

乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



第7回研究大会集録

- 特別講演 早期療育が願う特殊教育とは
- 講座 I 北海道通園センター連絡協議会の設立とその経過
- 講座 II 札幌市における早期療育の実態調査
- 第1分科会 一般演題
- 第2分科会 地域療育活動
- 第3分科会 障害児保育
- シンポジウム 早期療育と学校教育
- 乳幼児精神保健講演会報告
- パネル・ディスカッション 乳幼児研究者・実践者に期待する
- 編集後記

1994年・第7号

特集 第7回研究大会集録

〈特別講演〉

| | | |
|--------------------|--------|----|
| 早期療育が願う特殊教育とは…………… | 加藤 正 仁 | 1 |
| 座長まとめ…………… | 村上 勝彦 | 13 |

〈講座Ⅰ〉

| | | |
|-------------------------|------|----|
| 北海道通園センター連絡協議会の設立とその経過… | 藤岡 登 | 14 |
|-------------------------|------|----|

〈講座Ⅱ〉

| | | |
|--------------------|------------|----|
| 札幌市における早期療育の実態調査…… | 扇子 孝一・辰田 収 | 18 |
| | 三浦 哲・古塚 孝 | |

〈分科会〉

第1分科会——一般演題

| | | |
|----------------------------------|------------------------|----|
| ① 痙直型両麻痺児の知的発達の特徴…………… | 伊藤 淳一・田中 肇 | 44 |
| | 田崎 敏・長 和彦 | |
| ② 乳児期の発達に問題があった児の長期予後に関する調査報告 | | |
| …………… | 佐々木公男・平野 精一・菅 和洋・津川 敏 | 49 |
| | 佐久間和子・今村 重孝・佐藤 章・田辺 千絵 | |
| ③ 新生児・乳幼児低酸素脳症のMRI所見と治療転帰 | | |
| …………… | 高橋 義男・田辺 千絵 | 55 |
| ④ 当院発達外来に関わる発達障害児の就学現況—その問題点と期待— | | |
| …………… | 兼子 健児・木村 敏 | 63 |
| | 中村 志信・三河 誠 | |
| ⑤ 幼児言語治療体制の調査検討報告…………… | 島田 美智子 | 69 |
| ⑥ 特殊教育と通級による指導…………… | 神田 英治 | 73 |
| ⑦ 学習障害をめぐる諸問題…………… | 山本 信義 | 77 |
| ⑧ 座長のまとめ…………… | 氏家 武・池田 寛 | 79 |

第2分科会——地域療育活動

ミニシンポジウム —札幌市の療育を考える—

| | | |
|-------------|-------------|----|
| シンポジスト | 横山 末代 | 83 |
| | 伊藤 克美 | 86 |
| | 佐藤 光代 | 90 |
| | 吉川 法生 | 96 |
| 座長のまとめ…………… | 相場 幸子・加藤 典敏 | 98 |

第3分科会——保育

| | | |
|---------------------------|-----------|-----|
| ① 夜間保育所の取り組み | 安井正市 | 102 |
| ② 保育園の子育て電話相談 | 北村秀美 | 109 |
| ③ 帯広市子育て支援ネットワーク | 小野豊子 | 114 |
| ④ 母親の育児行動・育児ストレスとサポートシステム | 佐藤公治・岩田美香 | 121 |
| 座長のまとめ | 大坂克之・浜栄子 | 127 |

〈シンポジウム〉

テーマ：早期療育と学校教育

| | | |
|----------|------------|-----|
| ① 学校教育から | 佐藤義昭 | 130 |
| ② 児童相談から | 松浦秀昭 | 134 |
| ③ 早期療育から | 阿部哲美 | 139 |
| ④ 医療から | 黒川新二 | 143 |
| 座長のまとめ | 佐藤満雄・川守田京子 | 148 |

特別論文〈乳幼児精神保健講演会報告〉

講演

| | | |
|---------------------------|--------|-----|
| ・発達初期の意味の共有—プリテンス（ふり）と音楽性 | R・エムデイ | 151 |
| ・児童精神医学における乳幼児研究 | 山崎晃資 | 157 |
| ・最近の子育て観をめぐる諸問題 | 三宅和夫 | 167 |

パネル・ディスカッション

| | | |
|------------------------|------------------|-----|
| テーマ——「乳幼児研究者・実践者に期待する」 | | 173 |
| | R・エムデイ・三宅和夫・山崎晃資 | |

編集後記 183

北海道乳幼児療育研究会会則 185

早期療育が願う特殊教育とは

演者：加藤正仁（東京うめだ・あけぼの学園々長）

座長：村上勝彦（帯広児童養育センター）

記録：坂井扶美（札幌市立手稲中央幼稚園）

1：はじめに

おはようございます。ただいまご紹介に預かりましたうめだ・あけぼの学園の加藤でございます。今日はこのような会の講演者としてお招きに預かり恐縮しておりますと同時に心から御礼申し上げます。私が今回このようなことになりましたのは、昨年本会の会長をされている北海道教育大学の伊藤則博先生にご推薦いただいたからではないかと思っております。伊藤先生には昨年私どもの学園で企画しました「足立・子ども福祉フォーラム」でご講演をいただいたり、厚生省の心身障害研究・高松鶴吉班のメンバーとしてもここ数年にわたってご一緒させていただいております。その間、先生方がこの過疎の地北海道で展開されて来た早期療育地域ネットワークシステムについては伊藤先生から何度となくお聞きすることがあり、とても強い興味と関心さらには敬意の念を抱き続けてきておりました。すなわち、私どもの学園のあります東京では想像もつかないような広大なエリアと一部を除いては人口的に全く過疎のこの北海道で、さらには東京に比べれば財政的にも決して豊かとは言えないこの北海道でどうしてこれほどまでにすばらしいシステムが出来るのか。一方ひるがえって我々のエリアでは金も、人もあるのに何故にそれができないのか考えさせられてきました。でも、今日その答の一つが見出せたような気がします。そうです、あの北海道の驚嘆すべき早期療育システムとその展開は、

このような場とここに集まった皆さんの熱い思いに支えられているのだと確信しました。聞くところによりますと今日この場に集うために汽車を乗り継いで6時間以上もかけて来られた方もおられるとか……。信じられません。東京から汽車で6時間かけたら九州博多迄行ってしまいます。そんな広範囲のエリアから、しかしそれでも同じ行政自治体に属するという者同士で、志を同じくする人々が集まって2日間熱い議論を戦わし、情報交換をされるということ、しかもさらにはこの北海道での子どもの育ちに関わっている医療系、教育系、福祉系さまざまな職種、立場の方々が400名から参加されているとのこと、本当にすばらしい一言です。うらやましい限りです。北海道に生まれた子どもは幸せだと思います。このことについて常々思っていることですが、現実には明確に施設間格差や地域間格差が存在しています。このことによって育ち上に必要とされるサービスや援助が得られずにいる子どもと家族がいます。

こうした不平等、それは差別ではないかとさえ思います。地域特性や施設の個性は尊重されるべきではあるが、格差はあってはならないと考えます。その意味で一日も早く全国津々浦々にまでこの北海道のような個性的な療育システムが出来上がって行くことを望みたいものです。

いずれにしてもこのような場に引っ張りだされて、お集まりの皆さんの払われている努力と犠牲に見合うだけの内容のあるお話しがで

きるかどうかとても不安ですが、生来のずうずうしさと伊藤先生への恩返し of 思いでなんとか乗り切りたいと思いますのでご静聴よろしくお願ひ申しあげます。さて今日の本題のテーマですが事務局の方からいただいているものは特殊教育への提言のようなものをとということでしたので「東京での早期教育に関係している者が感じている特殊教育の姿とそれへの苦言」といった感じの内容をお話しさせていただこうかと思っています。そしてそれが皆様の日々の活動にとってのなにかのお役に立てばともうれしく思います。

2：今日の乳幼児早期療育とうめだ

・あけぼの学園

皆様ご案内のように、例えば今日では発達上になんらかの不安やつまずきや障害をもった場合に療育を中心としたサービスを提供してくれる機関は法内（これは昭和32年に児童福祉法の中に規定された）施設としての児通園施設と法外（これは昭和47年に市町村事業として制度化された）施設である心身障害児通園事業としての小規模通園施設が全国合計で約500箇所、その他に肢体不自由児通園施設、難聴幼児通園施設が100箇所前後あります。このように数的には全国に都合600箇所、現在の我が国の人口が12,000万人としますと人口120万人に1施設ということになります。しかしながらすでに申し上げましたようにこれら600の施設が全国に均一に存在しているのではないし、そのサービスのレベルにバラツキが多いことなどがあります。すなわち早期療育の実態は、施設の地域偏在（大都市を中心とした太平洋側）と施設間格差（導入されているスタッフの職種、サービスの多様さ、人員配置などの違い）があつていろいろです。自分で言うのもなんですが、そんななかにあつて私どものうめだ・あけぼの学園はおかげさまで比較的高い評価をいただいております。現在措置児数が159名で0才から就学前までの乳幼児が

週1回・週2回・週3回・毎日と、それぞれの年齢と発達特性に応じて母子であるいは単独で通園してきております。そのほかに待機中の子ども、地域の保育園や幼稚園に転園した子ども、他県の子ども、経過観察中の子どもなどのいわゆる措置外児へのサービスを延べ年間で1000人以上を「相談・療育部」でおこなっています。いずれにしろ、今日の早期療育機関でのサービスは1機関で平均20-30名位の定員で、在園期間が大体24カ月未満というのが平均的な姿です。その意味では我が園は措置児数が159名、平均在園期間が48カ月強、通園エリアは東京23区の中の10区以上にまたがり、そのエリア内の人口も500万人を超えていますし、さらには隣接の県なども入れるとかなりの人口エリアになりますので、我が国において他に類を見ない破格の規模と言えます。残念ながら必ずしも大きいこと、多いことは良いサービスには繋がりません。しかしながら何故に利用者の高い信頼と関係者の高い評価が得られているのでしょうか。その原因を分析してみることは、今早期療育に何が求められているか、これからの療育サービスに求められるものの手掛かりが得られるのではないのでしょうか。その意味から当学園の評価されている特色を分析してみることにしましょう。すなわち、

①0才からの療育

発達上になんらかのつまずきや障害あるいはその可能性のあるリスク児に対して医療的なサービス（例えば、手術をしたり注射や服薬による治療など）を提供してくれる機関は珍しくもありませんが、療育・訓練・教育・福祉的な視点からの発達支援サービスを0才から体系的に、しかも措置制度の上で提供してくれる通園施設はうめだ・あけぼの学園が唯一です。このことは、当学園が昭和53年の4月に東京都から0才からの母子通園が認可されて以来17年間の間に他に全然増えていないことからいかに特異的なことかが伺えると思います。これはもっぱら

当時の東京都の障害福祉に係わる関係者の先見の明と英断の賜物と思います。しかしながら、一方ではダウン症などを代表に今日では出生直後、場合によっては胎児の段階から育ち上に特別なサービスが必要であることがわかっているし、そうした子どもを抱えた家族も母親を中心に混乱と苦悩の状態にあることがわかっているにもかかわらず、それへの体系的な援助がなにもされようとしなないのは極めて不合理なことではないでしょうか。今日ではその必要性和有効性においても広く関係者のコンセンサスを得ていることでしょう。にもかかわらず、現実とはたとえば全国217の通園施設ではうめだ・あけぼの学園唯1箇所だけなのです。

確かに、近年通園施設での療育対象年齢の下限が3才から2才になり、さらにはこのところ地域によっては1才からの療育が開始されて来ています。この傾向がさらに全国的な動きとなり、0才からの対応が可能となることが強く望まれていると思います。我々のささやかな経験の中でも、明らかに早期特に超早期の対応が必要とされている場合にそうしたサービスが一定の水準で提供されたときには子どもとその家族にとって明らかに大きな意味があると思いますし、大きなサービス効果に繋がると実感しております。

②さまざまな子どもの育ちに関する専門職員とその専任化

超早期の段階から療育上の子ども自身と家族の持つニーズには多領域にわたっての多様なものがあります。こうしたニーズにきめこまやかに、丁寧に答えていこうとするとき一個人、一職種、一機関では自己完結できません。われわれはスーパーマンではありません。その意味では、子どもの育ちに関して限界だらけではあるけれども、ある面では特異な知識・経験・情報・技術をもったいろいろな人材が必要です。当学園には医師・看護婦・理学療法士・作業療法士・言語治療士・心理士・視能訓練員・保

母・児童指導員・ケースワーカー・栄養士などが最低1名、職種によっては複数人専任で配置されています。その意味では、多くの通園施設ではそうした専門職のバリエーションがまだまだ足りないのではないのでしょうか。近年の動向として、確かに関連専門職の導入が積極的に図られて来ています。しかし、残念ながらその多くは非常勤職での導入です。この点については、もちろんたとえ非常勤であってもいいよりはましなのですが、しかしその療育上の効果は非常勤と専任では半分以下だと思います。すなわち、多様な専門スタッフのいることの意味はそれぞれが何人かの特別なニーズを持つ子供に特別なサービスが提供できることだけではありません。

そのこと以上に意味があると思うのは、そこに集まるさまざまなスタッフがお互いに共通のケースを巡ってそれぞれの立場からの固有の視点・意見を出し合うことによって、お互いが学びあう場が確保できることにあると思います。すなわち、「気付きのなかで築きあう」関係が職場のサービスレベルの向上と活性化に繋がるからです。その意味では時間で切られてしまう勤務形態のなかで、他の職種の職員との連携が取りにくい非常勤の体制は専任化に向けてのワン・ステップであって、決してゴールであってはならないでしょう。

③各種スタッフによるチームアプローチ

一組の親子の持つニーズは多様であり、複雑です。その意味で、いろいろな人々がいろいろな角度からかかわることになります。それぞれの専門家としてのプライドや経験年数、さらには職種間の上下関係など、ただでさえ複数の人間関係のなかで譲り合ったり、助け合ったり、導きあったりと複雑な要素が存在している中に、そうしたものが介在してきてしまうので、チームアプローチの重要性を理解することはそんなに難しいことではないでしょうが、実際は大変なことになります。特にメディカルとパラメ

ディカルの領域においてはトップ・ダウン式の上下関係の中での人間関係が常識化していますので、療育現場での水平思考というかボトム・アップ的な課題解決システムである療育上のチームアプローチは大変困難なものとなります。その結果、多職種を抱えた大きな機関ではほとんど内部はバラバラ、それぞれが勝手なことをやっているということになります。その例には枚挙にいとまがありません。すなわち、このシステムを効果的に機能させるためにはコーディネーターとかキーパーソンというまとめ役が必要になります。このアプローチの成否は、ひとえにこの人たちの存在とその活動にかかっているといっても過言ではないでしょう。しかし、多くの公立のこうした施設にあっては、こうした役割の立場が一応係長レベルであるのですが、如何せんこのポストは一般行政職のポストで昨日まで年金課にいた人が辞令1本でやって来て、2年後には下水課にご栄転といった具合です。これでは、情熱、知識、経験において現場の各種スタッフをまとめたり、リードしたりはまったく不可能です。結果として、多くの税金を使っている割には住民にとって決して満足のゆく良質なサービスにはなっておりません。この点については、われわれ納税者としても、もう少し発言すべきではないかと思ったりもするのですが……。

④個別指導の重視

発達像が極めて個性的であり、そうした子どもを抱えている家族像もまったく百人百色です。そんな状況の中で、当事者の抱える問題が深刻であったり、複雑であったりすればするほど家族などの関係者の思いはじっくり聞いて欲しい、人前では言いたくないとなるのが人情ではないでしょうか。抱えた問題にじっくりオーダーメイドの解決法が見出せるまでは、「十把一絡げ」の対応は当事者にとって決して満足できるものとはならないでしょう。その意味でも、子どもの発達状態の把握にしろ、具体的に直接的な療

育的対応にしろ、家族とのコミュニケーションにしろ、個別的に、じっくり、どっしり受けとめるという気持ちはもちろんのことですが、態度で援助の形態においても具体的に形に表わして表現することが大切ではないかと思えます。たとえ1週間に30分でもいいから、子どもと親と援助者が1対1になれる時間が欲しいものです。われわれのところでも、たとえばすでに一山も二山も越えた親であっても、そうした個別の時間をとても楽しみにしているし、とても安心するという感想をよく耳にします。しかし、これとても職員間の労働の平等原則からとか労働強化につながるというので、たとえ子どもが2-3人の日であっても子どもの数よりもはるかに多い直接処遇職員が全員でグループ指導を行うといったばかげたことをよく聞きますが、まったくナンセンスな話です。誰のための施設かと言いたくなります。

⑤モンテッソーリ治療教育の実践

ご存知のようにモンテッソーリ法は幼児教育法として今日世界的に評価され、普及した方法論ですが、またこの方法論の確立の原点は治療教育であったことも良く知られています。我が国においてもこの方法を取り入れた幼児教育機関が今日1,000箇所近くあると言われています。その第1号が、昭和45年に当学園に隣接する姉妹園でもある、同一法人の保育園である、「うめだ子供の家」でした。そのようなこともあって、うめだ・あけぼの学園でも特に毎日・単独・集団を中心とする通園形態の部門ではモンテッソーリ法とその原点である治療教育をドッキングさせたモンテッソーリ治療教育を日々展開しています。そこでは、モンテッソーリ感覚教具を中心に人的・物的な環境整備をし、その中で子どもの自発的・主体的な行動を引き出すような視点で療育が展開されます。この視点は、今日のノーマライゼーション理念でいわれるところの自己選択・自己決定の尊重とその力の養成にまったく合致するものではないかと思っていま

す。また、モンテッソーリ環境では子どもたちの生活空間が整然としかもカラフルに魅力的に構成されているわけですが、こうした環境が当たり前だと思っていた親たちが学校へ体験学習や公開見学会にいくとかならずといていいほどカルチャーショックを受けて帰ってきます。「何もない」、「色が無い」、「子どもの主体性が無視されている」、「汚い」などなど。金もあり人もいるはずなのに困ったものです。「思いが無い」、「知恵が無い」、「策が無い」ということなのでしょう。

⑥デイリープログラムのなかでの健常児とのインテグレーション

健常児といわれる子どもとの接点は、発達上にハンディのある子どもにとっていくつかの点で積極的な意味を持つと考えられます。たとえば、ヴィゴツキーの発達最近接領域説の考え方からも、健常児との日常的な接点を持つことは彼ら健常児がハンディのある子ども達の最近接モデルとして存在し、よき示範事象となるでしょう。また、今日のノーマライゼーションの理念からも異能力の子ども、さまざまな個性を持つ子ども同士が互いに仲間として認めあい、支えあい、協力しあって生活する体験は貴重な出会いとなるでしょうし、大きな気付きをもたらすのではないのでしょうか。一方ではわれわれの老婆心かも知れませんが、個々の個別的な発達要請に対する個別的な対応の難しさ、就学時の情報不足、保母側の就学相談時の援助経験の不足、さらには親の障害受容の過程でのモラトリアム期にあることでの対応の困難さ、とりわけ父親へのはたらきかけの困難さのことなど気がかりな課題が山積しています。またさらに複雑で、デリケートな問題としてはグレーゾーンの子どもの問題があります。この点については私も考えれば考えるほど頭が痛い、自分自身でも自己矛盾をおこしてしまいそうです。すなわち、それなりの発達を遂げてきている子どもであり、まさに境界児的な存在でほどほどに生

活上のさまざまな行動ができていますが何か気になる、放っておけない存在で何をするにも周りの子ども達よりレベル、スピード、意欲などにおいて、常に少し遅れをとってしまっている子どものことです。本人も自分の存在が相対的に評価できるほどに育ちがあり、しかも周囲のお友達からの評価についても理解できる力があり、しかもその評価が決してプラスではなく皆より劣っている、マイナスとして存在していること、さらに自分自身の自我水準が要求水準にまで到達し得ていないことに打ちのめされていることなどが心配されます。これほどのレベルにまで発達している子どもであってみれば、こうした自分の在りように満足できるはずもなく、それどころかそうした在りようを許せないことと受けとめているのではないのでしょうか。かといって、今まで以上の頑張りの中で溜飲を下げることができればよいのですが、それには余りにいままで失敗経験や挫折経験を繰り返し過ぎていたためにそれもできない。結果として本人が辿り着く帰結は、「参加するからこんなことになる。なんでもかんでもチャレンジをしようとするからこうした許せない、口惜しい結果になる。」ということに気付き、その結果、あれやこれやもっともらしい理由を付けて引き込み、参加やチャレンジをしようとしないうという最悪の状況になってしまうのではないのでしょうか。乳幼児期の発達課題はプレ・アカデミック・スキルといわれるお勉強的なことだけではなく、いやそれ以上に大切なこととして未知なることに意欲的に取り組む気持ち、チャレンジ精神を大きく育てておくことではないかと思うのですが、なまじ良い育ちをしたばかりにこの時期もっとも大切な自信とか勇気とかの基礎となる「自己価値」がペシャンコにされているのではないのでしょうか。「小さな親切、大きなお世話」じゃありませんが、ひょっとすると大変な、取り返しのつかないダメージを与えてしまっているのではと心配されます。この責任は誰にあるのでしょうか。傷害罪にならないのでし

ようか。とにかくこうしたグレーゾーンの子ども達のデリカシーを、インテグレーションに立ち会っている周囲の大人たちはどこまで理解し、日々の生活の中で配慮出来ているのでしょうか。まさに「有用感」を実感できる生活が過ごせているかということになるかと思いますが、このことはわれわれがよほど日頃から意識していないとまったく無視されてしまっている可能性が高いと思います。とても怖いことです。

いずれにせよ、今日においてインテグレーションの理念を否定する人はいないと思います。しかしそれではどこで、機関間での実践をやっているのかということになれば、せいぜい年間を通じて数回の行事交流どまりではないでしょうか。ハンディのある子と無い子が出会い、暮らすことが共に育ち上に積極的な意味を持つためには、唯単に両者がミックスされているという状況だけでは足りません。周囲の大人達の周到的な配慮と工夫が必要で、情熱やひらめきだけでも足りません。特に、この点については子どもの背後にあって大きな影響力を持つ親、PTAを視野に入れたというか巻き込んだる配慮がポイントになるでしょう。

私どもの園では、隣接する姉妹施設である保育園とのディリープログラムの中でインテグレーションが行われています。20年近い試行錯誤の歴史があるのですが、今日においてはかなりうまくいっているなと思いますが、その決定的な理由は、自由保育で縦割り制の保育システムを基礎に置いているモンテッソーリ法が出来ていることが大きいだろうと思います。

⑦障害受容と家族のための支援活動

もちろん、私達の第一義的な役割りは個性的で複雑な発達要請を持つ子どもへの直接的な療育的援助活動です。しかしながら、発達が初期的な段階にあればあるほどその発達はより身近な親を中心とした家族に依存します。その意味からも、われわれにとって第一義を十全に果たすためにも家族をターゲットにした諸援助活動

が必要不可欠でしょう。そのことについては、それぞれの機関においていろいろ多彩に展開されていることでしょう。保護者会、父兄参観、運動会、クリスマス会、お誕生会など。しかしながらこうした活動で不足している視点は、両親を対象としたプログラムの存在と障害受容の問題ではないでしょうか。

多くの場合、各機関での親を対象とした行事では参加者はほとんどは母親が中心ではないでしょうか。それではいけないというので、最近父親を対象としての職員との飲み会などが企画されたりしています。もちろんそれらのことは大切ですし、それなりの成果はあるでしょう。しかし、最終的にはハンディを持ちながら生きていく時の、少なくとも後期中等教育時期まではもっとも信頼すべき、身近な援助者であり支援者としての存在が彼ら家族であるときに、そのハンディをどこまで積極的に受けとめて障害のある彼らと共生していけるかが大きな課題になると思います。その意味で、夫婦間の協力支援関係の形成や調整とか障害受容レベルの夫婦間のギャップを解消し、その受容レベルの進展を図る上での具体的支援プログラムが大切ではないでしょうか。そんな認識に基づいて、たとえば、当学園では年間を通じて1回ですけど、夫婦が揃って参加することを前提にした夫婦一緒に聞き、語り合うというプログラムがあり、その間は子供は預かるという具合です。もちろん、その他の行事に夫婦で参加したり、父親を特に対象としたプログラムなどもあります。

また、特に近年の当学園でのこの問題でのトピックスは「OYAJIの会」の組織化の活動です。いままで述べてきましたように、兎角父親は子どもの療育に関して蚊帳の外的な扱いが多かったように思います。しかし、そのような反省からここ数年父親を対象としたプログラムを継続的・積極的に展開してきました。その蓄積効果が昨年おやじの会の設立として結実しました。あくまでも学園関係者は黒子に徹し、父親達が自主的に組織、運営、活動していく会で

す。いまでは、卒園児の父親も含め年々会員数も増加し200名近くなっています。養育・子育てにおいて父親の果たすべきこと、父親だからできることなどを皆で考え、出来るところから実践に移していこうというもので、その組織も「頭の部」、「手の部」「身体の部」といったものがあり、この秋にはたとえば親子キャンプが実施され総勢300名近くの参加者があり盛況でした。しかし、幹事のおとうさん達は大勢の参加は嬉しいがその反面食事にしろ、その他のいろいろな活動にしても数が多すぎてちょっと……という嬉しい愚痴や悲鳴が出るほどでした。この会とその活動については、学校にいてもそうした活動も組織もないので、これから自分達がそれぞれの学校でそうした組織を創るんだとはりきっています。またよその地域のそうした会とのアクセスも出来はじめていて、これからの新しい地域福祉の拠点がめばえ始めているような気がします。その意味でこの動きに注目し、黒子として出過ぎずに確かな動きをしていこうと思っています。

⑧地域の関連機関とのネットワーク

今までにもすでに申し上げて来ましたように、われわれの対象である子どもとその家族への支援活動は一個人、一職種、一機関だけでは不十分ですし、完結し得ません。われわれはいずれもスーパーマンではあり得ません。また彼ら家族がそれぞれの地域で暮らしていくことを考えるとき、彼らだけを対象にしたサービスだけでは不足であって、彼らの生活する地域全体へのアプローチがさらに求められていると思います。そうした意味からも地域で暮らし、育ち、働き、生きていく時間的、空間的広がりの中での支援ネットワークの形成が大切であると思います。各ライフ・ステージごとの水平軸面上での拡がり、たとえば幼児期であれば医療機関であったり保健所であったり、また保育園や幼稚園などの他の幼児教育保育機関であったり、類似の療育機関であったり、児童相談所などでしょう。

また、一方ではその前後のライフ・ステージ間での垂直軸上での拡がりというネットワークも重要であると思います。たとえば、学童期であればその前のステージである幼児の通園機関や保育園や幼稚園などとの連携ということでしょうし、その後のステージである後期中等教育以後の諸機関、たとえば就労先の職場、作業所、病院、入所施設、職業安定所、児童相談所、更生相談所、職業訓練所など、また場合によっては家庭の場合もあるでしょうが、このように一人の人間が地域で育ち、暮らしていく上ではこうしたさまざまなレベルの諸関連機関が関係し、連携してネットワークすることが必要不可欠ですし、そのキーセンターとしてそれぞれのライフ・ステージでの療育・教育機関が任じることが求められているのではないのでしょうか。たとえば、東京などでは実に多くの社会資源が縦割り行政とお役所仕事の感覚の中で乱立しています。そして、残念ながら多くの場合それらはネットワークされていません。すなわち、一組の親子にそれらのサービスが収斂していかないのです。

なんという無駄、ロスでしょうか。そんな思いから当学園では先の「足立・子ども福祉フォーラム」を企画し、地域の関連機関に、一緒にやりましょう、一緒に考えましょうと呼びかけています。特にこの活動の特徴としては地域選出の政治家（衆参議院議員・都議会議員・区議会議員など）にも参加を呼びかけていることです。その結果わかったことですが、日頃から弱者の味方、福祉の重視などを党是として掲げている党ほど反応がないことがはっきりしました。しかし、めげずにこれからも彼らにも呼びかけ続けていこうと思っています。福祉思想や理念の向上、福祉施策の充実に向けて地域のすべての人々の結集を図る努力は福祉関係者の義務でもあり、任務の1つでもあると思います。

以上、うめだ・あけぼの学園での活動の特徴というか力点をご紹介しますながら今日の就学前の療育機関が何を考え、何にこだわっているか、

いまどのような状況にあるかをご紹介してきました。もちろん、これが全国的な平均像というわけではありませんが、近未来を視座においた早期療育の動向であることは確かだろうと思います。

3：就学問題を通してみる

特殊教育の体質

私たち、早期教育機関と学校教育との接点の1つは就学問題です。親にとって、早期療育の成果の上にこれからどのような学校でさらなる積み上げを期待すればよいか。どこにどのような学校があって、どのような先生がおられて、どのような教え方がされているのか興味、関心さらには期待がある一方では不安も共存していると思います。長い人では、そのために夫婦で2年、3年と時間をかけて情報を集め、見学をしてみわり、夫婦で話し合うということも稀ではありません。そんな親達の切実な思いに対して、ときどき現場の教員達から聞く言葉は「どうせ行くところは一カ所であり、選べるわけでもなし、時間の無駄だ。そんな時間があつたら今をもっと子どもの教育に時間を割くべきだ。」などという言葉です。なんと傲慢な、そして親の就学に託す思いから遠い感覚でしょうか。まさにこうしたことに象徴されるように、就学に関しては多くの親たちは絶望や諦めのなかで就学していくのが残念ながら現実ではないかと思えます。その際の親の思いを代弁するとすれば、たとえば就学相談の段階では、

- ①子どものことを就学相談の先生はどこまで理解してくれているのか。
- ②少なくとも相談員の先生の前での我が子の姿は日常の姿ではない。
- ③非日常的な環境のなかでの2-3回の観察でわかるはずがない。
- ④親の揺れている思いをどこまで聴いてくれているのか。
- ⑤療育機関からの発達状況について2-3ページの文字情報でどこまで子どもの実態が把握で

きるのか。

⑥なぜ学校が選べないのか。距離的にも時間的にもそれほど変わるわけではないのに。

⑦なぜ転学が一方（普通学級から特殊学級へ、特殊学級から養護学校へ）だけでその逆はないのか。

⑧なぜ通学に不便な遠い所に通わなければならないのか。こういう子どもであるからこそ通学にはそれほど負担をかけさせたくないのに。

また、学校見学、体験学習などでの感想においては、

①教室に教材などがなくて殺風景である。

②子どもの生活環境としても色彩がなく、しかも建物が古いわけではないが汚い。

③先生の考え方が古い。障害のことなどについて知らない。

④クラスが雑然としていて、まとまりがない。

⑤子ども達にも先生にも元気さや覇気がない。

⑥健常児との交流がせいぜい行事交流止まりでほとんどない。そのことの必要性も感じていないし、それに向けての努力や工夫もない。

⑦先生達の態度が横柄で廊下ですれちがっても挨拶もしない。

とにかく、いずれにしても皆さんご承知のように今日特殊教育関係の諸学校・学級についての評価は、親を中心として関係者のなかでは散々です。誰も評価していない。我が国においては、国レベルでの特殊教育の長い歴史と大きな教員組織への財政的な配分もそれなりにされて来ているにもかかわらず、どうしてこのような評価に留まってしまっているのでしょうか。これほど評価の低い、それでいて莫大な費用を費やしている国家的事業は自衛隊の上をいくのではないのでしょうか。これは国家的二重の損失です。何故でしょうか。

私のささやかな経験のなかで感じる問題点としては特殊教育界が、

①時代からの孤立

②地域からの孤立

③専門性からの孤立

という3つの孤立に陥ってしまっているからではないかと懸念しております。孤立無援のなかで孤軍奮闘なら格好良いのですが、親方日の丸の上で真っ昼間から惰眠を貪っているのではと思いたくなります。

今まででも触れて来ましたように、たとえば時代の流れとりわけ今日の障害者福祉の潮流であるノーマライゼーション理念は、彼らの障害児者の「人権」の保障を中核に、彼らの生活にコペルニクスのような変化をもたらそうとしています。厚生行政のなかにおいても、施設福祉から地域福祉へとという大きな変革の流れが財政的な裏付けをもって進められています。まさに、障害を持って生きる人々の生活や暮らしが根底から変わろうとしているこの時代にあって文部行政のなかで、とりわけ特殊教育においてこうした時代の流れを汲み取った動きがどこまで具体的に展開されているのでしょうか。あきらかに教育の対象である子ども達が暮らそうとする社会が変化してきているのに、十年一日のごとく旧態依然とした感覚とカリキュラムのなかで教育がされていてよいのでしょうか。もちろん、教育の本質には不易流行としての時代に関係なく普遍なる課題もあるでしょうが、その一方では時代の先駆けとしての変革者を任ずる役割もあるのではないのでしょうか。その意味では世紀末的なこの大きな時代の変革のうねりに対して無頓着ではすまされないし、親達もそれらのことについての知識も情報も、場合によっては自分なりの見解をも持っていることを知るべきでしょう。

一人ひとりの子ども達の「normal」、[personal]、「social」な有り様をどのように学校教育の中で保障していくのか、また卒後の暮らしにおいてそうした世界が享受できる力をどのようなプログラムで養成していくのか緊急な課題が突き付けられているはずであり、惰眠を貪っている暇はありません。

また地域との関係においても、学校では教員という単一職種集団で構成されているわけで、

もちろんそのなかにはさまざまな個性や能力の人はおられるでしょうが、所詮は教師として同じようなことを考え、同じような視点から、同じような評価で、同じようなことをやっているのです。これが他の職種であれば、同じ子どもの状態像からでもまったく異なる視点・評価・指導が導き出されうることを知るべきで、とりわけ6才から18才までの発達・教育課題の量的な多さと複雑さの時代であることを考えれば、さらにはその背後の家族や地域のことでまで視野に入れたら、教師という単一職種集団だけでそれらの問題や要請に対して自己完結できるはずがありません。地域の中で孤立を託ついているとしたならば、それは教師の傲慢さか、無知からくるものであって、いずれにしてもそのしわよせは子どもにいくことになります。あるかないかわからないようなプライドは捨てて、もっと地域に出て、ネットワーキングをし、謙虚に学び、協力を求めるべきではないでしょうか。親達にはとっくに見抜かれているのですから。実際いろいろ周りから誘いかけても重い腰があがりません。忙しいのはどこも同じでむしろ人員配置は福祉系では7.5対1、幼児加算がついても4対1です。養護学校などでは1.8対1とか悪くても2対1位ではないでしょうか。その点でも「忙しい」とか「人がいない」というのはさぼりの口実ではないでしょうか。

いずれにせよ、孤立からはなにも生まれないということです。

4：ノーマライゼーションと

あらたな教育課題

「量的な生産の拡大が質的な変革を可能にした」ということなのでしょうが、いずれにしても21世紀を直前にして、世の中あらゆる面において変革が生じています。そしてその変革のスピードといい、その行き着こうとしている先の不透明さといい、まさに世の中何が起きてもおかしくないような時代になっています。これがまさに世紀末という様相なのでしょうが、

政治面では東西イデオロギー的対立と冷戦構造の崩壊、民族独立紛争の多発とその激化、我が国においても55年体制の崩壊など、また経済面ではバブルの崩壊、リストラの進行、国内生産構造の空洞化など、さらには社会・生活面ではボーダーレスに基づく新たな価値観、個性の尊重、QOLなどなど。こうした多領域にまたがる一見無原則的な変革の嵐も、それらの背景には共通に横たわっている理念があるように思います。

そうです。それが、今日われわれの業界で耳にタコがあたるほど聞きなじんでいる概念である「ノーマライゼーション」ではないでしょうか。確かにこの概念については他の領域からは余り聞くことはなく、この業界の特殊用語と思うほどですが、わたしはそうではないと思います。つまり、幸いにしてわれわれだけがいち早くこの時代精神を先取りしているのであって、われわれだけが気付き得ている概念ではないかと思えます。これから世の中どのようなところで落ち着いていくのか先はまったく不透明ですが、どのような時代が来ようとも新たに構築された社会秩序・構造はこの「NORMALIZATION」をその基本理念としたものであろうことだけは確信できるような気がします。

すなわち「バブル経済がもたらした剰余物」といった表層的、一時的な理念ではなく、それらがトリガーとなつての「人類が辿り得た叡知の総決算」的な理念と言えるのではないのでしょうか。人類が長い熟考の歴史的時間と数々の悲劇的な愚行を重ねたあげく、量的な豊かさの余熱を借りて熟成させた叡知の結晶のような……。

N O M A L I Z A T I O N = a (T I M E ×
BEHAVIOUR)/SOCIAL PRODUCTS

その意味において「normal」、[personal]、「social」な存在としての育ち、生活、暮らしはあまねく同時代の人々に共有されなければならないと思います。ところが、従来の効率主義、

能率主義の重視される社会にあって、こうした有り様がもっとも軽視され、無視され、時には存在そのものが否定されてきた人々が、ハンディのある人達ではないでしょうか。そのことが、今日「人権」とか「ノーマライゼーション」といった概念がもっとも多くの障害児関係の問題に関連して語られる所以ではないでしょうか。

いかなる人々も「主体的で」、「自分流で」、「当たり前」暮らしを営む権利を持ち、そのことをお互いに認めあい、尊重していこうということではないでしょうか。ところが、今までは彼らに対して一方的で行政的強権、たとえば措置という手法で保護・収容・教育を給付してきたのではないのでしょうか。そうしたお上り施しの中で生命を保障し、教育してやっているという感覚は、たとえば「措置」、「更生」、「収容」、「投産」、「処遇」、「投棄」、「給食」などという概念のなかにはっきりと伺えます。こうした差別的な概念・用語が今日でもわれわれ関係者の中でまったく無頓着に使われているのも残念ながら事実です。

今、われわれ関係者の意識の変革と同時に具体的な日常での係わりや働きかけの見直しや改革が求められているように思えます。たとえば、従来では給付的な発想による施設内生活をしている人々が、さまざまなハンディがありながらも敢えて自立生活を希望し、地域での暮らしを実行し始めています。もちろん、そうした暮らしにおいては周囲の人々や関係者から多くの支援や援助が必要となります。また同時に、社会のシステムやサービスの内容においても吟味される必要があります。また、一方では本人自身にも当然のことながら今まで以上に多くの努力を求めることにもなるでしょう。すなわち、従来の管理され、賄われた施設内での生活とは異なり、まさに地域の一市民として判断し、決定し、生活を営んでいくための基本的なスキルの形成、獲得が必要になって来るからです。そうしたソーシャル・スキルの獲得は、家庭教育や社会教育・職場教育などにおいてももちろん展

開されるのでしょうか、発達初期の段階においては早期療育機関や学校がその主要な教育の場となるのではないのでしょうか。その意味では従来の障害者教育の中で考え、行われてきた教育内容だけでは不十分となっています。たとえば次のような課題が考えられると思います。

①障害の自己覚知

私たちは、基本的には彼らに対して障害やウィークポイントに対しては触れない、意識させないように振る舞うことに努めているようなところがあります。そして、常に可能性を信じて改善なり獲得に向けて努力することを自他ともに要求しています。「がんばれ、がんばれ」と…。しかしどんなに頑張っても、いつまで頑張っても不十分であったり、不完全なままであったり、時には不可能なことなどがあるのではないのでしょうか。「もういい。よく頑張ったね。残念だけど君にはこのことは出来ない、苦手なところだ。そのために困ることが出て来るだろうから、そんな時には無理をして一人で頑張らないで周りの人に助けてもらおうね」ということがあるのではないのでしょうか。確かに人間は、頑張りの中で途方もない可能性や力を発揮することもあるでしょう。が同時に自分ができないこと、苦手とすることを含めた自分の真の姿を冷静に認識することも大切ではないのでしょうか。従来の教育活動の中で行われてきたように、ひたすら可能性を信じて「がんばれ、がんばれ」だけではすまないことになるのでは……。それではどの時期に、どのような手続きで、だれがこの点についての指導や援助をするのでしょうか。誰かが猫に鈴をつける役をしなければいけないのでしょうか。

②自己決定・自己選択

ハンディを持つ児者の場合においては、管理とか保護とかいう名のもとに、また彼らに対する能力の過小評価から生活上でのさまざまな行為が賄われ、あてがわれてきたのではないでし

ようか。「失敗する」、「出来ないだろう」、「危険」「無駄が出る」といった周囲の過保護、過干渉のなかで、失敗も含めて自力で賄う機会が奪われてしまっているようなところがあります。しかしこれからは、いままでのようにいつも誰かが監視し、見守り、介助をしてくれるというわけにはいきません。日常の生活のなかでの些細なことがらの一つ一つを彼らが自分で判断し、決定し、行動し、その結果についての責任までも担えるような場面、機会、時間が保障されていく必要があるような気がします。何倍ものチャンスと反復が必要な彼らに、われわれはほとんどかあるいは何分の1しかそれらを与えていないのではないのでしょうか。特に、学校教育のなかでは教師からの一方的な伝達や指導といった形態が中心に展開されてきた体質があるだけに、この点についての対応はなかなか厄介な問題ではないのでしょうか。最近話題になりだした「子どもの権利条約」などとの関連からもわれわれにとっての今後の大きな課題ではないのでしょうか。

③ヘルプ・コール

われわれは誰だって欠点だらけ、出来ないことだらけの存在です。それでも一応社会生活がそれほど不自由さも感じないで出来ています。それは、自分の不足部分に対して上手に周囲から援助を受けて補ってもらっているからです。ハンディのある場合にはこうした不足部分が大きかったり、多かったりしているわけで、それでも地域のなかで暮らしていこうとするならばその部分に対して適切に、すなわち求め過ぎもせず、求め足らずもなく、自己努力をしながらのHELP CALLは大切な生活上の必須技能ではないのでしょうか。

羊飼いの少年や独り善がりや依存過多症にならないためのソーシャル・スキルの獲得が求められています。

④否定・拒否・さぼり・浪費

教育において、素直であることや積極的で建設的で前向きなといった態度は基本的にもっとも評価され、またそのような生活態度が身に付くように努力をするところでもあります。

私なども、きっと皆さんにおいてもそうだと思いますが、「嘘をつくな」、「無駄使いをするな」、「いやと言うな」など、物心ついたころから周囲のあらゆる大人達から言われ続けてきました。確かにそうありたいと折りある事に努力してきたのも事実です。世間から「真面目な人だ」、「信頼できる人だ」などと言われ悪い気分はしていないが、しかしそんな自分ではあるが絶対に「嘘もつかない」、「怠けもしない」、「手抜きもしない」、「浪費もしない」人間であるかといえば自信を持って「否」と言えます。たぶん、皆さんもそうだと思います。まさに生活のなかに上手にそれらを織り込んでいくことが生活の楽しさであり、ゆとりであり、メリハリではないでしょうか。そんな自分のことをさておいて、われわれは教育という名の下に聖人君子になることを彼らに求め続けています。人生「イエスマン」だけでは通せません。築いてきた人間関係を壊すことなく、そつなく「NO」と言えることは大事なことですし、無理をして大事に到る前に上手に身体を休める知恵も大事なことでしょう。こうした内容は従来の形成とか養成といった建設的な視点だけでは教育課題として取り上げることに気付かないばかりか、たとえ気付いたとしても教室のなかではとても教えるにくいことでしょう。

⑤形成概念から関係概念の世界へ

出来ないところを出来るように、わからないところをわかるように、不完全なところを完全に、小さいところを大きく、弱いところを強くと言った具合に、教育は基本的には形成概念のなかで考え、展開される活動でしょう。すなわちマイナスあるいはゼロ状態からプラス状態への引き上げ志向です。すなわち不足・不完全・

不十分状態にあるということからのニーズへの対応は教育の得意とするところでしょう。しかしどんなに頑張っても、そうした状態に留まってしまっているハンディのある人々はいつまで教育の対象にされるのでしょうか。大人になって、ある程度自立できているのにまだ「余暇指導」とか「生活指導」とか言われて指導・教育されると言うことはいかかなものでしょう。能力的にはたとえデコボコしながらも、ある一定の年齢に達したらその状態を丸抱えにしての共存が許されてよいのではないのでしょうか。お互いに支え、支えられて生きる関係を大事にし、そのための経験やスキルを獲得することに方向を転換することがある時期からあってよいのではないのでしょうか。その意味でも、現実の生活は実に多様な人間関係のなかで営まれているし、そのためにも多様な人間との多様な関係を数多く体験しておくことの意味は大きいと思います。ところが、養護学校とか特殊学級での経験だけではそうした多様な経験の絶対量が決定的に不足します。その点からも、健常児とのインテグレーション場面を通しての意図的、意識的な体験学習が重要でしょう。

5：おわりに

いままで縷々お話ししてきましたように、特殊教育は今日就学前機関から、またとりわけ就学時の保護者から突き上げをくらっています。それは時代がなせるものであり、時代からの叫びであるとも言えます。特殊教育関係者は謙虚にこうした批判に耳を傾け、一日も早く出来るところから行動に移して欲しいと思います。もちろん大きすぎる組織、長すぎる歴史が即応的な対応を不可能にしているようにも思いますが、その一方では全体的にトーンが低めの安定状態にある気がします。そうした惰眠状態からの覚醒を促す道を画策する必要があるかと思いますが、たとえば

- ① 特殊学級・学校の自由選択制の導入
- ② 両方向の転学の活発化

- ③ 教師資格の見直しと他職種の導入
- ④ 学校と教員の地域資源としての地域開放化
- ⑤ 普通学級・特殊学級・養護学校の同時利用制の導入
- ⑥ 教員の再教育とその単位制の導入
- ⑦ 障害についての人間学的理解のための研修

などを考えますがいかがでしょうか。とにかくなんらかの手立てをこうしなければこのままでは早晚特殊教育は破滅状態になるのではないのでしょうか。それを行政や先人達のせいだけにしていたのでは、なにも解決しないような気がします。まずはわれわれ一人ひとりの真摯な日常活動が基本になると思います。その意味で私の話がそうした手掛かりの一つにでもなればとてもうれしく思います。時間いっぱい一人でしゃべり捲ってしまいました。いろいろ反論、意見、質問もあろうかと思いますが、このあとエンドレスのコミュニケーションもあるようです。その件につきましては逃げも隠れもいたしませんので、そちらでもお受けしたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。どうもご静聴ありがとうございました。

特別講演のまとめ

(帯広児童養育センター)

村上 勝彦

第7回乳幼児療育研究会は東京からうめだ・あけぼの学園の加藤正仁園長をお迎えして、地域に密着し、高度な専門性を持った療育機関のあり方等について講演をして頂きました。その座長として加藤園長が強調したかったと思われる内容を主観的にまとめさせてもらい、座長の責務に替えさせていただきます。

加藤氏は話の冒頭で、療育機関のチーム・アプローチについて触れました。

1、一つの職種はオールマイティではない。専門領域が統合されて親子を支えなければならない。専門職種が単に在るということで条件を満

たしているとはいえない。そういうところに限って各職種が手前勝手などをしていることがある。

2、職場環境として職員同志が育ち合える下地が必要である。子どもを巡るダイナミクスが大切であり、お互いの視点の違いが療育機関としての機能の充実につながってくる。

3、キーパーソンの重要性和果たすべき機能を高める努力が必要である。療育機関内のコーディネーションが重要である。

うめだ・あけぼの学園は療育技法の基礎にモンテッソーリーをおいている。これは、子どもの自発性、自主性を促し、子ども自身が主体的な生活を持った暮らしをして欲しいと願っているからである、と加藤氏は話されました。この実践を通して氏は、インテグレーションについて理念的には否定しないが、むしろ親同志のインテグレートが大切である。なぜなら子ども同志は子どもが自由に多彩な活動をしている中で障害児もまぎれていけるし、その適応力もある、と述べています。そしてこれらの話しの返す刀で痛烈な学校批判に切り込みました。

まず、学校は障害児のハンデキャップによって入学の選択ができないはずである。特殊教育は評判が悪いが、障害児の就学に際しての学級選択の自由、転学の自由は学校、教員の意識改革を計るきっかけにもなるはずである、と提言?しています。しかし、それができていない理由として

1、学校は時代から孤立しているからだとして、ノーマライゼーションの進展から取り残されており、自己決定できない余裕のない教育、障害児自身が障害の自己覚知を意識させない教育をしているからである。

2、学校はまた地域からも孤立している。障害児の教育は各専門職種のネットワークの上で成り立っているが、学校、教員は自己決定できると考えている。その結果、学校に対する不満の駆け込み寺として療育機関が利用される場合も少なくない。

3、専門性からの孤立もある。教育関係者はお互いに子どもを考える共通項を持っていなければいけない。今の学校、教員は親より知識がなく情報もない。これは問題外だ。そのために親は不満が募りガス抜きされないままそれを学校にぶつけることが多い。わからないことは学校だけで自己解決しないで他専門家に聞く努力が必要である。以上のような警告を学校教育関係者に発しました。

全体を通じて加藤氏の講演は次のようにまとめることができるのではないかと思いますのでそれを記して要旨の紹介に替えさせていただきます。

- 1、話全体が大変辛口である。
- 2、しかし、社会情勢から見て話しの内容は的を得ている。
- 3、親と子どもに対する療育の根幹を鋭く突いている。
- 4、学校、教員の諸提言、警告は学校、療育双方から歩み寄るきっかけとしての問題提起として受け取ることが大切である。
- 5、療育、障害児教育の概念を再構成する示唆にとんだ講演であった。

<講座Ⅰ>

北海道通園センター連絡協議会の 設立とその経過

恵庭市地域療育センターひまわり子ども園長
(北海道通園センター連絡協議会事務局次長)

園長：藤岡 登

(はじめに)

北海道通園センター連絡協議会は平成4年10月2日に29施設の参加とオブザーバー参加を得て設立しました。平成5年10月末日現在、参加施設は通園事業施設(母子通園センターI型)17施設、母子通園センター事業施設(II型)16施設、肢体不自由児通園施設2施設、市町村単独事業施設2施設、民間施設3施設、賛助会員施設1施設等々、合計41施設の会員を擁するにいたっています。

北海道通園センター連絡協議会(以下通園センター連絡協議会)は平成元年度に始まった、北海道の「障害児早期療育システム推進事業」に示された全道67圏域の第一次圏施設を対象とする組織です。一次圏施設はそれぞれ、地域的な制約に縛られながら療育訓練を行わざるを得ない実情にあります。しかし一方で、事業が対象とする児童と家族が抱く施設への期待とニードは、全道どここの地域でもほとんど共通しています。通園センター連絡協議会は、こうした実態の前に必然的に生まれた組織といえます。この協議会の設立趣意書には、「(施設をとりまく地域性という実態と、さまざまなタイプの子どもの通うという共通性の前に)各地の通園センターの悩み、課題、要望を療育システムの発展のきっかけとして全道規模で考え合う組織の設立が必要」とうたわれています。

(設立の経過)

'93/7/4(仮称)北海道通園センター連絡協議会設立発起人会(かでの2.7)

道教育大伊藤則博教授、道庁障害福祉課高橋係長、道社協村田課長らのアドバイザーのご出席のもと、6市の母子通園センターが集まって設立の呼びかけを協議した。

8/22(仮称)北海道通園センター連絡協議会準備会(かでの2.7)。発起人会時のお三方の他に、道庁障害福祉課長、道立札幌肢体不自由児療育センター院長(副院長代理)、同指導係長、道中央児童相談所長、同企画調整室長らのご出席を得て、母子通園センター13施設が集まり、協議会の必要性の確認と設立にむけた意志一致をはかる。

10/2 北海道通園センター連絡協議会発会式(札幌市社会福祉総合センター)ならびに第1回設立総会 伊藤則博教授、小野沢中央児童相談所長(代理出席)、井坂道庁障害福祉課長(代理出席)らのご出席を得て、通園事業施設13、母子通園事業施設8、単独施設3、その他5施設の参加で開催。

- 11/13 協議会設立で関係機関へ挨拶
- 12/24 協議会の認知要請～北海道市長会、同町村会へ
- 1/27 北海道町村会から承認を受ける。
- 2/12 第1回幹事会。(かでの2.7)
11施設参加
- 2/26 北海道新聞社会福祉基金へ補助金要請(第1回)
- 3/2 北海道市長会から承認を受ける
(Bランク格付け)
- 3/31 事務局打ち合わせ
- 4/9 北海道新聞社会福祉基金へ補助金要請(第2回)
- 4/23 通園センター連絡協議会たより第1号発行
- 5/7 総会開催事務局打ち合わせ
- 6/4 第2回幹事会・第2回総会・第1回研究会(札幌市社会福祉総合センター)
- 10/9 第1回研究会報告集発行

(通園センター連絡協議会の目的と意義)

さて、地域の母子通園センターの施設は専用ではないのがほとんどです。保育園の一部を借りて療育訓練がなされるというのはまだいい方です。ところによっては地区会館の一部を借りて行われているため、葬儀が入ると訓練が出来なくなるという実態すらあります。職員も、その多くは臨時パートの身分で、なにより、多様な障害をもつ子ども達を前にして子どもの療育や訓練に「一体何を、どうやったらいいのか?!」ということからすべてが始まるというのが共通する実態だと思います。まさに施設も設備もノウハウもマンパワーも不足という中で療育や訓練が始まっているのです。通園センター連絡協議会は、療育訓練の情報はもちろん施設運営のノウハウ等の情報を交換したり、研修会の開催によって研鑽し合ったりという事を通じて、母子通園センター事業が相互に充実向上する事を最大の目的とします。同時に、療育サービスを受ける側にとっては、全道どこにいても、

地域の様々な制約がありながらも質的に一定レベルの療育が受けられるようになるということが願いであります。

(行政としての役割像の交換)

通園センター連絡協議会の構成にはもう一つの特徴がみられます。それは、直接の療育担当職員のみではなく施設運営にかかるそれぞれの運営主体の事務職員(その多くは市町村職員)も重要な構成員として存在することです。従って、協議会の会議や研修会の中での協議事項や情報交換事項がストレートに施設運営にはねかえせるという事です。実際に施設を運営する現場にとって、直面する多くの問題点は予算措置なしには解決が出来ないものが多くあります。例えばそれは、施設や備品の整備であったり、指導員の研修(研修に伴う出張旅費の問題も含まれる)であったり、臨時・パートの身分が圧倒的に多い職員の問題であったり、親と子の通園手段の確保であったりという具合です(もちろん予算措置を必要としない、担当者のちょっとした配慮で解決する問題もあるはずです)。

協議会での情報交換により、施設運営に関しての情報が次年度予算の確保や運営上の配慮のヒントとなって、行政がそれぞれの地域の中で果たすべき新たな役割像を見出すということが重要です。このことが従来の施設運営にありがちな、療育現場と事務所の間にある「溝」によって生じる様々な問題、その多くは結果として療育サービスの直接の送り手と受け手の両方にしわ寄せがきたものですが、この解決には大きな意義があると考えられます。

(通園センター連絡協議会の

今後の方向性)

平成5年6月4日、通園センター連絡協議会の第1回目の研修会が全道から41施設61名の参加をもって札幌市において開催されました。

テーマは「北海道の地域における乳幼児療育のあり方を考える」とされ、三つの代表的な母

子通園センター（通園事業）施設からの発表と討論が行われました。

特に、ここ数年の間に出来た施設と先発している施設との間の「差」には著しいものがあります。例えば通園センターへの入園決定問題は、それが親子にとって一生を左右する運命の分かれ道といえるものですが、地域にことばの教室があったりなかったり、障害児保育があったりなかったりせずいふんところがうこと、また関わるスタッフの数と職種で差が生じることなどが明らかになりました。さらに、定員と実際の入園児童数との「差」、それが多かったり少なかったりするの、受け入れる立場の考え方の違いが現れている事も理解出来ました。そしてこの議論が「障害があるから・ないから」ではなく、子どもにとって必要な援助が何であるのか、が一番重要である事の共通認識へと進んで来ます。

この様にそれぞれの地域での療育全般にわたる「差」は、それぞれの地域の中では「一つの現象」としてしか見えませんが、議論を通じてそれが地域的な「社会資源の違い」の結果として現れている事が見えて来ます。それ故に、「何が自分たちの課題なのか」が次の目標となって見えてくるのです。この「差」についての認識を参加者が持ち帰ることが、地域ごとの療育の「差」を乗り越える大事なエネルギー源であることは間違いありません。このような活動が通園センター連絡協議会の今後の大切な方向であると認識しています。

（具体的に考えられる事業活動）

具体的な事業については、一つは研修会の地域化を考えています。一度だけ実施した研修会は全道規模のものでした。参加は41施設・61名にのぼりましたが、母子通園センター（通園事業）に限ると33施設であり、ほぼ6割の出席でした。出席出来なかった施設はそのほとんどがパートや臨時の身分の職員が療育に携わっており、研修のための旅費や負担金はほとんどない、だから出席しないというのが実態でありましょう。

実は、この研修が必要なのはむしろそういう地域の施設なのです。他の通園センターの情報がほとんど入ってこない中で、現場の指導員の情熱によってのみ支えられていると言っても過言ではない地域の施設にこそ「他の通園センターの傾向はどうなっているのか」という情報が必要なのだと思われます。そこで考えられるのは、あくまで一つの構想ですが、児童相談所ごとの規模程度での研修会の開催です。この程度の地域割にすれば研修会に出られる施設はもっと増えると思えますし、また同じ施設から一度に出られる人数も増えるのではないかと推測します。全道的な療育の全体像が地元の研修会で得られることは、先に述べた手探りで始まった母子通園センターにとっては大きな意味があると考えますし、またその必要性は大きいものがあります。事業としての可能性を検討していかなければなりません。

（他の研究会との違い）

他の研究会、とりわけ母子通園センターの職員にとってなじみの深い「全道発達障害児研究会（以下発障研）」との違いを確認しておきたいと思います。

発達障害児研究会の会則では、「発達に障害をもつ子ども達の発達の保障に携わる人達が、その実践・体制・制度について交流しあい、互いに力量を高めあうことを目指す。（趣旨）」とあります。さらに研究会のあり方についての趣旨は、

- ・子どもについての理解の仕方、子どもへの対応、指導の考え方について議論しあえる場であること。
- ・自分たちの指導を高めたいと願う施設は自らの実践をこの研究会で公開し、子どもの理解と指導に関するレポートの提出とともに内容の検討に供する。
- ・子どもの指導に関しては、財政的、人材的、施設的な課題があるが、日々の指導場面での子どもと指導者間の事象を議論の対象とする。

一方通園センター連絡協議会の方は、

・行政の考え方による施設の運営の違いが浮か
び上がること

・地域の様々な住民の意識が異なることによる
療育活動への影響

などが主題になり、その中で自分たちの療育
をどうするのが課題です。

つまり、発障研が子どもとその子と向き合う
療育指導者の関係を議論するのに対して、通園
センター連絡協議会は子どもと療育指導者をと
りまく地域的な課題を議論するということにな
ります。

(財政補助制度上の問題)

通園センターと他の法定児童施設との財政実
態の「差」も、この協議会の問題意識にありま
す。

平成4年の乳幼児療育研究会で、北海道ノー
ーマライゼーション研究センターの委託を受けた
「北海道における早期療育活動の実態調査（阿部
哲美他）」が報告されました。この中で道内の肢
体不自由児通園施設（以下肢体通園）、精神薄弱
児通園施設（以下精薄通園）、心身障害児通園事
業施設（以下児通園）、母子通園センター事業施
設（以下母子通園）の運営費が比較されていま
した。

これによると、各施設ごとの平均的な年間運
営費は

肢体通園 103,951千円 (2.94倍)

精薄通園 97,289千円 (2.75倍)

児通園 35,408千円 (1.00倍)

母子通園 8,094千円 (0.23倍) の差があります。

これを子ども一人当たりの費用で見ると

肢体通園 3,166千円 (4.42倍)

精薄通園 3,040千円 (4.24倍)

児通園 717千円 (1.00倍)

母子通園 369千円 (0.51倍) の差となります。

さらに、国や道からの補助金を子ども一人当
たりにすると

肢体通園 708千円 (4.27倍)

精薄通園 1,853千円 (11.16倍)

児通園 166千円 (1.00倍)

母子通園 112千円 (0.67倍) の差となります。

国と道からの子ども一人当たりへの補助金の
差は、児通園を基準にすると肢体通園で4倍以上、
精薄通園になると11倍以上の差、それに精薄通
園と母子通園とでは実に17倍もの差があります。

「同じ障害を持ちながら、居住する地域や自
治体の考え方で、受けるサービスに格差が生じ
るというのは大きな不公平である」（北海道教育
大学 伊藤則博教授）という認識も、この協議
会の大きな原動力になっています。

(最後に)

以上のように、通園センター連絡協議会は地
域での「早期発見・早期療育」システムの中で
手探りを続ける担当者と担当事務方の双方に、
「よそでの実態」の情報を提供することが重要な
ポイントであると考えています。それを知ること
を通して自分たちの療育システム全体を見直
すきっかけを提供すること（財源的な問題も含
めて）、このことに尽きると考えています。

また、ノーーマライゼーションの理念が社会へ
浸透して、様々な障害を持つ子ども達を社会が
十分に受け入れて子ども達とその両親が生きる
ことの楽しさや喜びを感じるよう、支援する立
場に我々は立っています。全道どこにいても同
じ質の療育が地域に根ざした療育資源のなかで
受けられることを、この協議会の運営の中で目
指したいと考えています。

〈講座Ⅱ〉

札幌市における早期療育の実態調査

| | |
|-------|------------|
| 扇子 幸一 | (札幌大谷短期大学) |
| 辰田 収 | (札幌市児童相談所) |
| 三浦 哲 | (道教育大学札幌校) |
| 古塚 孝 | (北海道大学) |

1、はじめに

北海道の障害乳幼児療育は、1988年から早期療育システム推進事業が発足し、一応の整備を得つつある。その中であって札幌市の早期療育体制は、一方では先端的な医療、福祉機関が存在し、幼稚園・保育園の統合保育も量的には大阪に次ぐレベルとすら言われている。ところが他方では、どこに行っても良いかわからない、行くところがないという親の声もいまだに聞かれる。このところの民間精神薄弱児及び肢体不自由児通園施設、市児童福祉総合センター、市精神薄弱児通園施設の相次いでの開設などによって状況が改善することが期待される場所である。

ところで状況の改善というときに、一方で量的な拡大は当然として、真の改善はそれと同時に障害児やその親のニーズに即することで初めて実現するものであろう。障害児とその親にとっての困難は何なのか、彼らはどのような悩みを持ち、どのような援助を行政に求めているのかを把握することが重要であろう。われわれはそのような視点から、これまでの札幌市における早期療育の実態を検討し、今後の望ましい機関とシステムのあり方を探るため本研究を計画した。

本研究の目的は、(1) 障害児を持つ親が、いつ障害に気づき、どのように相談をし、診断を受け、その診断に納得し、早期療育機関にたどり着いたかを時系列的に追いかける中で、医療、保健、社会福祉、教育の諸機関がどのように関わっているかの実態を明らかにし、(2) 障害児とその親が専門機関、幼稚園、保育園にたどりつく道程でどのような早期療育を望むかを明らか

かにすることである。

2 対象と方法

札幌市内の特殊学級、養護学校に在籍する障害を持つ小学生の親400名に、親の会を通じ16頁に及ぶアンケートを配布し、135名の回答を得た。回答は郵送によったが、膨大な記入量にもかかわらず、33.8%の回収を得た。調査期間は1992年12月から1993年2月までであった。

本来であれば、現在まさにその渦中にある障害乳幼児の親の全数を対象としたいところではあったが、方法上の制約から上記の対象に制限された。したがって、今回の調査結果が現在の札幌市の障害児の実態を直接反映するものとは言えない。しかし、その年令で特殊教育を受ける障害児は700名程度(特殊学級460名、養護学校240名)と思われるので、調査対象はその約20%であり、一定の実態を示すものと考えられる。そして何よりも、対象以外から別のニーズが追加されることはあっても、ここに得られただけの親の声があるというのは事実だということである。

ところで、今回の回答を分析している実感では、回答をよこしてくれたのは障害を持ったわが子を認める上での数々の心理的困難を乗り越えた人たちではないかということがある。それには子どもの障害の程度、親の個人的資質や家族関係、福祉サービスの良質の部分に好運にも接した、などさまざまな理由が考えられる。ただし、障害の事実には押しつぶされてしまったり、公的サービスの機会にいやな思いをさせられた人は、大部のアンケートに答えるということをしなかったようである。うらみつらみを文章にするのは大変だし、アンケートは大部だし、そういう人は結局は回答をよこさなかったようである。

この報告を読まれる方には、そのところをぜひ忘れずに押さえておいてほしいものである。つまり、ここで得られた結果は、おそらく最も好意的な家族の声であろうということである。その部分から要望として出されたものは、きわ

めて深刻なものとして受けとめるべきであり、ほどほどの数字が出ているところについても、機会を積極的に利用し、障害児の成長や自分自身の成長を考えると至っていない親たちからも同じ結果が出てくるだろうか、と自問しながら受けとめなければいけないものであろう。

3 結果

3.1 障害児自身

135名の平均年齢は10才2カ月である。障害種別ごとの人数は、表3.1.1に示すとおりである。また障害手帳、手当の受給状況を表3.1.2に示した。療育手帳と身障手帳の合計は129名であり、受けていない人は6名に過ぎない。現在小学生年齢ということで、ほとんどが学校に通っているが、その内訳は表3.1.3のとおりである。親の会を通じての配布ということで普通学級在籍児には調査が及ばなかった。

学校に通うかわら、並行して治療や訓練に通う者は、36名がのべ45機関に通っている。(表3.1.4)内訳は、療育センターには脳性マヒと少数の精神発達遅滞、静療院には自閉症、母子訓練センターには精神発達遅滞の子どもたちが通っている。のべ45機関のうち、医療系は37、福祉系は4に過ぎず、しかも2はボランティア組織のクリスチャンセンターである。そのうち幼児期から継続して同じ機関に通っている人は10名(療育センター5 静療院2 母子訓練センター2 学習塾1)、非継続の人は31名である。非継続の人の内訳は表3.1.5のとおりである。就学すると福祉機関の援助が終了していることがはっきり示されているが、それまでかかっていた医療系の機関にかかるケースが多いのはなぜだろうか。その年齢で医療への必要が増すとは思われず、指導、訓練を求めてということが少なくないのではないだろうか。たとえば療育センター11名の中には、幼児期、療育センターではなく整肢園に通っていたという例が5ケースもあるが、それがなぜ小学校入学後新たに療育セン

ターを訪ねるのであろうか。それは訓練の必要によるのか、専門機関とつながっていないと不安だということなのか、にわかには断じがたい。親の生の声にも、継続して見てもらえるところがほしいという意見が強く出されていたが、教育期間中は福祉機関のサービスは一切受けられないということはいかなるものであろうか。

この子どもたちの身辺自律の様子を示したのが表3.1.6である。項目にもよるが90%近くが自律していると言って良いだろう。ただし表3.1.7に示すように、だからといってひとりで行動できるというわけではなく、80%にはなんらかの形で家族の関与が必要であり、20%は常時関与を必要としている。脳性マヒの子どもがひとりで動けないのはわかるとして、自閉症の子どもも、全面的に見ていなければならぬというわけではないが、ひとりで外出させることが難しいことがわかる。

子どもたちの好きな遊びを表3.1.8に示す。対人関係を伴うと思われるままごとやボール遊びが自閉症で少ないなど、選好率の差は障害の特徴を示しており、興味深い結果である。ただし自由回答ではなく、選択法なのでこのままが子どもたちの姿でないことは言うまでもない。

表3.1.1 障害別人数

| 障害名 | 人数 | 注 |
|--------|-----|--|
| 精神発達遅滞 | 40 | 注1.その他の中には、脳障害4、骨・関節疾患2、染色体異常2、言語発達遅滞2、心臓疾患、ルービンシュタイン症候群、聴覚障害、コルネリア・ |
| 自閉症 | 40 | デ・ランゲ症候群、筋疾患、腎臓疾患各1を含む |
| ダウン症 | 22 | 注2.自閉には精神発達遅滞を伴うもの14名、精神発達遅滞にはてんかんを伴うもの6名、脳性マヒ |
| 脳性マヒ | 10 | にはてんかんを伴うもの2名、精神発達遅滞を伴 |
| その他 | 17 | うもの1名を含む |
| 不明 | 6 | |
| 全体 | 135 | |

表3.1.2 障害手帳保有状況

| | 療育手帳 | 特児手当 | 身障手帳 | 福祉手当 | いつくしみ手帳 |
|--------|------|------|------|------|---------|
| 受けている | 103 | 90 | 26 | 22 | 0 |
| 受けていない | 23 | 34 | 63 | 65 | 82 |
| 無回答 | 9 | 11 | 46 | 48 | 53 |
| 合計 | 135 | 135 | 135 | 135 | 135 |

表3.1.3 現在通っているところ

| | |
|--------|-----|
| 普通学級 | 0 |
| 養護学級 | 75 |
| 情緒障害学級 | 31 |
| 看護学校 | 12 |
| 無回答 | 17 |
| 合計 | 135 |

表 3.1.4 学校と並行しての通園

| | |
|------------|------------|
| 療育センター | 16 |
| 静療院 | 9 |
| 母子訓練センター | 4 |
| 小児保健センター | 3 |
| ことばの教室 | 3 |
| クリスチャンセンター | 2 |
| 児童相談所 | 1 |
| その他 | 7 (医療機関 5) |
| 合計 | 45 |

表 3.1.5 幼児期と現在の通園先が異なる場合の療育機関

| 幼児期の療育機関 | | 現在かかっている療育機関 | |
|-----------------|-----|--------------|-----|
| 聾肢園 | 6 | 療育センター | 1 |
| クリスチャンセンター | 5 | 静療院 | 7 |
| 母子訓練センター | 3 | 小児保健センター | 3 |
| 児童相談所 | 2 | 母子訓練センター | 2 |
| 保育所 | 2 | 他の医療機関 | 3 |
| どんぐり学級 | 2 | クリスチャンセンター | 2 |
| 幼稚園かしわ子供館療育センター | 各 1 | 児相あゆみ特教センター | 各 1 |
| 通わず | 7 | | |
| 医療系 | 4 | 医療系 | 2 |
| 福祉系 | 1 | 福祉系 | 4 |
| 教育系 | 1 | 教育系 | 1 |
| 通わず | 7 | | |
| 合計 | 31 | 合計 | 31 |

表 3.1.6 身辺自律状況

| 自律状況 | 着替え | 食 事 | 歩 行 | 排 便 | 換 拶 | 介 助 |
|-------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 自 律 | 111 (83.5) | 127 (95.5) | 119 (89.5) | 119 (89.5) | 95 (72.0) | 24 (18.0) |
| 中 間 | 18 (13.5) | 3 (2.3) | 2 (1.5) | 10 (7.5) | 15 (11.4) | 80 (60.2) |
| 未 自 律 | 4 (3.0) | 3 (2.3) | 12 (9.0) | 4 (3.0) | 22 (16.7) | 29 (21.8) |
| 合 計 | 133 (100) | 133 (100) | 133 (100) | 133 (100) | 132 (100) | 133 (100) |

表 3.1.7 家における障害児の自由度

| 自由度 | 障 害 名 | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、不明 | 全 体 |
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| いつも家族がそばに | 6 (15.4) | 6 (15.4) | 3 (13.6) | 3 (30.0) | 6 (26.1) | 24 (18.0) |
| 家の中では自由 | 22 (56.4) | 28 (71.8) | 13 (59.1) | 6 (60.0) | 11 (47.8) | 80 (60.2) |
| 一人で遊びに行ける | 11 (28.2) | 5 (12.8) | 6 (27.3) | 1 (10.0) | 6 (26.1) | 29 (21.8) |
| 全体 | 39 (100) | 39 (100) | 22 (100) | 10 (100) | 23 (100) | 133 (100) |

表 3.1.8 好きな遊び (複数回答)

| 遊び | 障 害 名 | | | | | |
|-------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、不明 | 全 体 |
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| ブロック | 11 (27.5) | 15 (37.5) | 6 (27.3) | 0 (0.0) | 9 (39.1) | 41 (30.4) |
| 砂遊び | 7 (17.5) | 9 (22.5) | 3 (13.6) | 1 (10.0) | 7 (30.4) | 27 (20.0) |
| ままごと | 8 (20.0) | 1 (2.5) | 4 (18.2) | 1 (10.0) | 4 (17.4) | 18 (13.3) |
| ブランコ | 6 (15.0) | 15 (37.5) | 8 (36.4) | 2 (20.0) | 7 (30.4) | 38 (28.1) |
| すべり台 | 6 (15.0) | 12 (30.0) | 4 (18.2) | 1 (10.0) | 6 (26.1) | 29 (21.5) |
| 鉄棒 | 1 (2.5) | 4 (10.0) | 1 (4.5) | 0 (0.0) | 2 (8.7) | 8 (5.9) |
| ボール遊び | 7 (17.5) | 6 (15.0) | 7 (31.8) | 3 (30.0) | 6 (26.1) | 29 (21.5) |
| 水遊び | 8 (20.0) | 21 (52.5) | 4 (18.2) | 3 (30.0) | 9 (39.1) | 45 (33.3) |
| 絵を描く | 7 (17.5) | 11 (27.5) | 8 (36.4) | 2 (20.0) | 5 (21.7) | 33 (24.4) |
| ファミコン | 16 (40.0) | 15 (37.5) | 4 (18.2) | 3 (30.0) | 10 (43.5) | 48 (35.6) |
| その他 | 22 (55.0) | 19 (47.5) | 7 (31.8) | 5 (50.0) | 8 (34.8) | 61 (45.2) |
| 障害別人数 | 40 (100) | 40 (100) | 22 (100) | 10 (100) | 23 (100) | 135 (100) |

注: %表示は各障害の合計人数に対する比

3.2 養育環境

対象者の家族構成を表3.2.1に示した。祖父母同居家族は6.5%に過ぎず、核家族構成の下で障害児の世話等で両親の負担が大きいものと思われる。なお他欄の記載から父親のみという家族は記載の間違が多いと思われる。ほとんどのアンケートが母親の記載になる様子だが、家族欄を父親に書かせたところ父親は自分についてだけ書き、母親はその次の欄から書き出すといったことで記載もれになってしまったことが考えられる。記載のあった123家族のうち、単親家族は母親のみの5家族と見て概ね間違いないようだ。ただし、現場の実感としては離婚単親家庭の比率はもっと高く、一部は施設入所となっていたりして調査対象から外れていることがあるかもしれない。

家族の職業を表3.2.2に示した。母親のみの家族で有職なのは公務員の1家族のみであった。母親の就業率はパートを含めて10%である。子どもが小学校に通っている母親の平均的な稼働率に比較して明らかに低いのではないだろうか。

家族の年収を表3.2.3に示した。大雑把には、父親の平均年収が582万円、稼働している母親の年収が88万円と推定できる。家庭の中での障害児の世話や遊びの状況を示したのが表3.2.4、3.2.5である。世話、遊びとも母親が担っていることがわかるが、世話では父親、遊びでは兄弟もそれなりに役割を担っており、家族内での共同体制は良好に見える。同じことは、母親が誰を頼りにしているかにも表れている。(表3.2.6) そのことに関して興味深いのは、中学生以上の兄弟でもかなりの程度世話、遊び相手をつとめていることである。思春期以降には兄弟の間も徐々に距離ができてゆくものである。特に年齢や性別が離れている場合に顕著であり、そうした点では障害児を兄弟に持つことは発達上特異な効果を持っているようだ。障害児の親たちが兄弟の育ちを心配し、実際幼児期から児童期初めには各種の情緒的反応を示す兄弟が多いことは実務的にも良く経験するところである。その

力動は複雑で、神経症的な人格形成をもたらしたりもするが、豊かな人間性の源にもなり得、良いとか悪いとかを越えた問題であろう。ただ福祉サービス体制の貧困が家族内での共同を余儀なくさせている面があるとしたら、兄弟たちの発達の自由度を保障する観点からも必要な手立てが求められるところである。今回回答をよこさなかった人たちの中には、家族関係に葛藤を抱えるケースもなくはないであろう。そのことを考えると、家族の頑張りに相当程度委ねてしまっている現状には改善の余地が多いのではないだろうか。

外出に関して、135人中外出をあきらめた14人を除く121人が、それぞれが多様な預け先を工夫している。(表3.2.7) むしろそれだけ工夫しなければならず、それでも14人は外出をあきらめている状況と言った方が良いかもしれない。そのことについては最初に触れたが、これらの結果が障害児家族全数というより、良く機能している家族についてのものである可能性が高いことは、調査結果の周辺の深刻な現実をも示唆する。

暮らしの中で何が変わり、何が辛いかという質問には、表3.2.8、3.2.9のような回答が得られた。子どもの相手や世話に時間を取られ、病気もしておられず、したがって心休まる暇がないという状況が読み取れる。興味深いのは、障害種別によって親が何を辛いと感ずるかが異なっていることである。自閉症の親は、近所への気遣いなどで精神的負担や緊張を強く感じており、疲労気味である。サンプル数は少ないが脳性マヒでは、逆に、相手や世話に時間を取られ、外出や自分の時間を持つことが困難で、病気もしてられないとするが、その割には精神的緊張や疲労感が少ない様子が見て取れる。精神発達遅滞やダウン症はその中間的な印象である。物理的にはいちばん大変な脳性マヒが、外見上ははっきり障害を認知できるからであろうか、むしろ他の目を意識することなく、精神的には良好な状態にある。逆に外見からは障害が判然としない自閉症や精神発達遅滞では、他人の視線

を意識させられ、精神的負担が大きい。特にコミュニケーションの障害が質的に異なる自閉症で、「あの子は何なの」といった好奇と非難の入り混じった視線を体験してきているのであろう、その程度が最も高い。脳性マヒ児には介助を含む物理的支援、自閉症児には心理的支援、たとえば親同士が自然に交流できる機会の用意など、それぞれに見合った援助が求められる。障害児の親の育児ストレス軽減といっても一律にはいかなことがわかる。

総じて核家族で援助の手がない中、父親や兄弟も力を合わせて頑張っている様子が認められ

る。しかし、障害児中心の生活になりがちで、外出もままならない様子からは、健常児の親には可能な親自身の自己実現が阻害されており、精神的なゆとりには程遠いことがわかる。そうした家族にとっては、心理的負担の軽減のために気軽に相談に乗ってくれたり、カウンセリングに応じてくれるところや、ショートステイやデイサービスなど一時的にでもあずかってもらえるところが必要であろう。特に、後者は保育所の活用などで大きなシステムの創出なしに実現可能でもあり、期待されるところである。

表3.2.1 家族構成

| | | | | | |
|-------|-----|--------|----|--------|----|
| 核家族 | 115 | 兄弟あり | 89 | 兄弟なし | 26 |
| | | 単親-父のみ | 4 | 単親-母のみ | 4 |
| 祖父母同居 | 8 | 兄弟あり | 8 | 兄弟なし | 0 |
| | | 単親-父のみ | 0 | 単親-母のみ | 1 |
| 無回答 | 12 | - | - | - | - |
| 全体 | 135 | 兄弟あり | 97 | 兄弟なし | 26 |
| | | 単親-父のみ | 4 | 単親-母のみ | 5 |

表3.2.2 家族の職業

| | 父の職業 | 母の職業 |
|--------|------|------|
| 農林漁業 | 0 | 0 |
| 自営業 | 17 | 6 |
| 技能・労務職 | 10 | 1 |
| 販売職 | 0 | 0 |
| 事務職 | 3 | 0 |
| 会社員 | 61 | 1 |
| 公務員 | 21 | 2 |
| その他 | 9 | 2 |
| パート | 0 | 5 |
| 計 | 117 | 17 |

表3.2.3 家族の年収

| 年収(万円) | 家族 1 | 家族 2 |
|---------|------|------|
| ～99 | 2 | 13 |
| 100～299 | 3 | 3 |
| 300～499 | 38 | 1 |
| 500～749 | 46 | |
| 750～999 | 15 | |
| 1000～ | 7 | |
| | 111 | 17 |

表3.2.6 家族で頼りになるのは誰か

| | 夫(妻) | 母方祖父母 | 父方祖父母 | 子ども | その他 | 合計 |
|------------|------|-------|-------|------|------|-----|
| 家族で頼りになるのは | 103 | 19 | 13 | 32 | 4 | 171 |
| 実数 | | | | | | |
| ％ | 60.2 | 11.1 | 7.6 | 18.7 | 2.3 | 100 |
| 頼りにならないのは | 7 | 9 | 19 | 5 | 8 | 48 |
| 実数 | | | | | | |
| ％ | 14.5 | 18.8 | 39.6 | 10.4 | 16.7 | 100 |

表3.2.4 障害児の世話

| 世話 | 父 | | 母 | | 兄弟 | | 兄弟-男児 | | 兄弟-女児 | | 兄弟-乳幼児 | | 兄弟-小学生 | | 兄弟-中学生以上 | |
|-----------|-----|--------|-----|--------|----|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|
| | 実数 | (%) | 実数 | (%) | 実数 | (%) | 実数 | (%) | 実数 | (%) | 実数 | (%) | 実数 | (%) | 実数 | (%) |
| 主に世話 | 1 | (1.0) | 97 | (88.2) | 2 | (2.3) | 1 | (2.4) | 1 | (2.2) | 1 | (4.8) | 0 | (0.0) | 1 | (4.5) |
| よく世話 | 40 | (38.1) | 7 | (6.4) | 19 | (21.8) | 7 | (17.1) | 12 | (26.7) | 4 | (19.0) | 12 | (27.3) | 3 | (13.6) |
| 頼まれれば世話 | 56 | (53.3) | 4 | (3.6) | 46 | (54.0) | 19 | (46.3) | 27 | (60.0) | 5 | (23.8) | 27 | (61.4) | 15 | (68.2) |
| あまりしたがらない | 6 | (5.7) | 0 | (0.0) | 6 | (6.9) | 4 | (9.8) | 2 | (4.4) | 2 | (9.5) | 3 | (6.8) | 1 | (4.5) |
| しない | 2 | (1.9) | 2 | (1.8) | 13 | (14.9) | 10 | (24.4) | 3 | (6.7) | 9 | (42.9) | 2 | (4.5) | 2 | (9.1) |
| 合計 | 105 | (100) | 110 | (100) | 86 | (100) | 41 | (100) | 45 | (100) | 21 | (100) | 44 | (100) | 22 | (100) |

注.記入もれのため、男女別の合計は兄弟の数に一致しない

表 3.2.5 障害児の遊び相手

| 遊び相手 | 父 | 母 | 兄弟 | 兄弟-男児 | 兄弟-女児 | 兄弟-乳幼児 | 兄弟-小学生 | 兄弟-中学生以上 |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 主に | 2 (1.8) | 47 (44.3) | 13 (12.1) | 7 (13.0) | 6 (11.8) | 8 (24.2) | 5 (9.8) | 0 (0.0) |
| よく | 27 (24.8) | 27 (25.5) | 41 (38.3) | 18 (33.3) | 23 (45.1) | 11 (33.3) | 24 (47.1) | 6 (26.1) |
| ときどき | 63 (57.8) | 29 (27.4) | 47 (43.9) | 26 (48.1) | 19 (37.3) | 11 (33.3) | 20 (39.2) | 16 (69.6) |
| あまり | 13 (11.9) | 2 (1.9) | 3 (2.8) | 2 (3.7) | 1 (2.0) | 2 (6.1) | 1 (2.0) | 0 (0.0) |
| 全然 | 2 (1.8) | 1 (0.9) | 2 (1.9) | 1 (1.9) | 1 (2.0) | 0 (0.0) | 1 (2.0) | 1 (4.3) |
| うるさがる | 2 (1.8) | 0 (0.0) | 1 (0.9) | 0 (0.0) | 1 (2.0) | 1 (3.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 合計 | 109 (100) | 106 (100) | 107 (100) | 54 (100) | 51 (100) | 33 (100) | 51 (100) | 23 (100) |

注.記入もれのため、男女別の合計は兄弟の数に一致しない

表 3.2.7 外出時の預け先は

| 外出時の預け先 | 実数 | (%) |
|----------|-----|------|
| 夫(妻) | 76 | 37.8 |
| 母方祖父母 | 32 | 15.9 |
| 父方祖父母 | 15 | 7.5 |
| 兄弟姉妹 | 23 | 11.4 |
| おじ・おば | 9 | 4.5 |
| 近所の人 | 11 | 5.5 |
| 障害児の親 | 20 | 10.0 |
| ベビーホテル | 1 | 0.5 |
| 外出をあきらめた | 14 | 7.0 |
| 合計 | 201 | 100% |

表 3.2.8 暮らしで変わったこと

| 変わったこと | 障害名 | | | | | |
|---------|-----------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|-------------|
| | 精神発達遅滞 実数(%) | 自閉症 実数(%) | ダウン症 実数(%) | 脳性マヒ 実数(%) | その他、不明 実数(%) | 全体 実数(%) |
| 子供中心の生活 | 24 (60.0) | 29 (72.5) | 14 (63.6) | 9 (90.0) | 8 (34.8) | 84 (62.2) |
| 子供の世話大変 | 11 (27.5) | 19 (47.5) | 9 (40.9) | 8 (80.0) | 7 (30.4) | 54 (40.0) |
| 通院訓練に時間 | 14 (35.0) | 13 (32.5) | 10 (45.5) | 8 (80.0) | 9 (39.1) | 54 (40.0) |
| 遊びへの気遣 | 16 (40.0) | 17 (42.5) | 5 (22.7) | 6 (60.0) | 6 (26.1) | 50 (37.0) |
| 家事おろそかに | 6 (15.0) | 6 (15.0) | 3 (13.6) | 4 (40.0) | 5 (21.7) | 24 (17.8) |
| 兄弟にしわ寄せ | 14 (35.0) | 20 (50.0) | 10 (45.5) | 6 (60.0) | 6 (26.1) | 56 (41.5) |
| 外出不可 | 6 (15.0) | 6 (15.0) | 5 (22.7) | 3 (30.0) | 4 (17.4) | 24 (17.8) |
| 経済ゆとり無 | 5 (12.5) | 3 (7.5) | 2 (9.1) | 2 (20.0) | 2 (8.7) | 14 (10.4) |
| 精神ゆとり無 | 20 (50.0) | 24 (60.0) | 9 (40.9) | 7 (70.0) | 11 (47.8) | 71 (52.6) |
| 食事時間不足 | 1 (2.5) | 6 (15.0) | 0 (0.0) | 2 (20.0) | 2 (8.7) | 11 (8.1) |
| 変化なし | 9 (22.5) | 2 (5.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 5 (21.7) | 16 (11.9) |
| その他 | 1 (2.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (10.0) | 1 (4.3) | 3 (2.2) |
| 障害別合計人数 | 40 (100) | 40 (100) | 22 (100) | 10 (100) | 23 (100) | 135 (100) |

注.複数回答であり、%表示は障害別合計人数に対する比

表 3.2.9 暮らしで辛いこと

| 辛いこと | 障害名 | | | | | |
|---------|-----------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|-------------|
| | 精神発達遅滞 実数(%) | 自閉症 実数(%) | ダウン症 実数(%) | 脳性マヒ 実数(%) | その他、不明 実数(%) | 全体 実数(%) |
| 相手世話に時間 | 19 (47.5) | 18 (45.0) | 9 (40.9) | 6 (60.0) | 6 (26.1) | 58 (43.0) |
| 兄弟の世話不可 | 12 (30.0) | 10 (25.0) | 6 (27.3) | 4 (40.0) | 4 (17.4) | 36 (26.7) |
| 自分の時間不可 | 10 (25.0) | 17 (42.5) | 6 (27.3) | 5 (50.0) | 3 (13.0) | 41 (30.4) |
| 疲れる | 13 (32.5) | 20 (50.0) | 4 (18.2) | 3 (30.0) | 6 (26.1) | 46 (34.1) |
| 遊び方わからず | 7 (17.5) | 13 (32.5) | 2 (9.1) | 1 (10.0) | 1 (4.3) | 24 (17.8) |
| 精神的負担緊張 | 21 (52.5) | 23 (57.5) | 12 (54.5) | 1 (10.0) | 9 (39.1) | 66 (48.9) |
| 通院訓練が負担 | 8 (20.0) | 6 (15.0) | 5 (22.7) | 4 (40.0) | 2 (13.0) | 26 (19.3) |
| 外出が困難 | 15 (37.5) | 15 (37.5) | 8 (36.4) | 7 (70.0) | 8 (34.8) | 53 (39.3) |
| 近所への気遣い | 14 (35.0) | 20 (50.0) | 2 (9.1) | 0 (0.0) | 10 (43.5) | 46 (34.1) |
| 余分な支出苦し | 4 (10.0) | 6 (15.0) | 3 (13.6) | 1 (10.0) | 3 (13.0) | 17 (12.6) |
| 親の病氣時困る | 17 (42.5) | 21 (52.5) | 12 (54.5) | 8 (80.0) | 8 (34.8) | 66 (48.9) |
| 食事時間不足 | 2 (5.0) | 2 (5.0) | 3 (13.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 7 (5.2) |
| 睡眠時間不足 | 5 (12.5) | 4 (10.0) | 3 (13.6) | 2 (20.0) | 0 (0.0) | 14 (10.4) |
| その他 | 3 (7.5) | 3 (7.5) | 2 (9.1) | 2 (20.0) | 0 (0.0) | 10 (7.4) |
| 障害別合計人数 | 40 (100) | 40 (100) | 22 (100) | 10 (100) | 23 (100) | 135 (100) |

注.複数回答であり、%表示は障害別合計人数に対する比

3.3 気づき

障害に気づいた時期を報告してくれた133名の平均は1才4か月（15.9月）である。半数以上が1才前には気づいており、2才時までには96%が気づいている。また主な障害別に見ると、ダウン症、脳性マヒなど早期に発見が可能なものと、精神発達遅滞、自閉症など気づきまでに一定の時間を要するものとに分かれることが示されているが、後者についても2才時までにはほとんどが気づかれている。気づきが3才時以降にずれこむのは精神発達遅滞の5%、自閉症の2.5%に過ぎない。（表3.3.1）

どんな点が心配だったかは、ダウン症、脳性マヒが運動面に集中するのに対し、精神発達遅滞では運動面に加えて言語発達、自閉症では言語発達と人間関係が多く心配されていた。（表3.3.2）

表3.3.3を見ると、生後すぐに気づかれるのは産院によってだが、その後は母によって気づかれることが56%と大半であり、父の10%を加えると3分の2は父母によって気づかれている。小児科や保健所の健診によって発見される率は合わせて13%程度だが、微妙な部分の気づきや疑

いの段階にあったものへの対処などを考えると、この数字への評価は別に検討したい。

障害に気づいたときの気持ちを年齢別に示したのが表3.3.4である。早期に気づかれた場合には不安・絶望の程度が高く、遅くなると何かの間違いではないかという気持ちが強まる。気づく年齢が上がるということは、健常との区別がつきにくいということである。少なくとも健常と違って子育てをしてきたということであろうから、自然な感情の流れではあろう。ただし、その一方で対策をと考える人の割合が少なくなく、しかも気づく年齢が上がるほどその思いが強まっていることに注意を要する。この場合には気持ちにより添うこと以上に、適切な療育機関につなげていくことが求められる。これらの結果は、健診や相談の場において、親の状態の如何によっては求められる対応が異なるということを示している。障害という事実打ちのめされた不安、絶望という気持ち、障害受容の困難さを示す間違いではないかという気持ち、対策をと急ぐ気持ち、これらの親の気持ちに対する感受性がまず求められるのではないだろうか。

表3.3.1 障害名と気づいた時期

| 気づいた時期 | 障害名 | | | | | 全体 実数(%) |
|--------|-----------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|-------------|
| | 精神発達遅滞 実数(%) | 自閉症 実数(%) | ダウン症 実数(%) | 脳性マヒ 実数(%) | その他、不明 実数(%) | |
| 生後すぐ | 4 (10.3) | 0 (0.0) | 17 (77.3) | 4 (40.0) | 7 (31.8) | 32 (24.1) |
| 0才時 | 13 (33.3) | 10 (25.0) | 5 (22.7) | 5 (50.0) | 5 (22.7) | 38 (28.6) |
| 1才時 | 13 (33.3) | 16 (40.0) | 0 (0.0) | 1 (10.0) | 3 (13.6) | 33 (24.8) |
| 2才時 | 7 (17.9) | 13 (32.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 5 (22.7) | 25 (18.8) |
| 3才時 | 1 (2.6) | 1 (2.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (1.5) |
| 4才以上 | 1 (2.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (9.1) | 3 (2.3) |
| 全体 | 39 (100) | 40 (100) | 22 (100) | 10 (100) | 22 (100) | 133 (100) |

注.複数回答であり、%表示は障害別合計人数に対する比

表 3.3.2 障害名と心配した点

| 心配した点 | 障 害 名 | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、不明 | 全 体 |
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 運動面 | 22 (33.8) | 4 (4.5) | 13 (52.0) | 10 (62.5) | 12 (33.3) | 61 (26.4) |
| 対人関係 | 3 (4.6) | 21 (23.6) | 1 (4.0) | 1 (6.3) | 4 (11.1) | 30 (13.0) |
| 知的関心 | 5 (7.7) | 5 (5.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.8) | 11 (4.8) |
| 大人しすぎる | 5 (7.7) | 1 (1.1) | 4 (16.0) | 1 (6.3) | 1 (2.8) | 12 (5.2) |
| 多動 | 2 (3.1) | 13 (14.6) | 0 (0.0) | 1 (6.3) | 2 (5.6) | 18 (7.8) |
| 言葉 | 21 (32.3) | 32 (36.0) | 4 (16.0) | 0 (0.0) | 11 (30.6) | 68 (29.4) |
| 集団参加 | 3 (4.6) | 9 (10.1) | 1 (4.0) | 1 (6.3) | 2 (5.6) | 16 (6.9) |
| その他 | 4 (6.2) | 4 (4.5) | 2 (8.0) | 2 (12.5) | 3 (8.3) | 15 (6.5) |
| 全体 | 65 (100) | 89 (100) | 25 (100) | 16 (100) | 36 (100) | 231 (100) |

表 3.3.3 気づいた時期と気づいた人

| 気づいた人 | 気づいた時期 | | | | | |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才以上 | 全 体 |
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 母 | 9 (26.5) | 25 (62.5) | 28 (73.7) | 18 (60.0) | 3 (60.0) | 83 (56.5) |
| 父 | 2 (5.9) | 4 (10.0) | 4 (10.5) | 5 (16.7) | 0 (0.0) | 15 (10.2) |
| 父方祖父母 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (3.3) | 0 (0.0) | 1 (0.7) |
| 母方祖父母 | 1 (2.9) | 0 (0.0) | 1 (2.6) | 1 (3.3) | 0 (0.0) | 3 (2.0) |
| 産院 | 20 (58.8) | 1 (2.5) | 0 (0.0) | 1 (3.3) | 1 (20.0) | 23 (15.6) |
| 小児科 | 2 (5.9) | 4 (10.0) | 1 (2.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 7 (4.8) |
| 保健所 | 0 (0.0) | 6 (15.0) | 3 (7.9) | 2 (6.7) | 1 (20.0) | 12 (8.2) |
| その他 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.6) | 2 (6.7) | 0 (0.0) | 3 (2.0) |
| 全体 | 34 (100) | 40 (100) | 38 (100) | 30 (100) | 5 (100) | 147 (100) |

表 3.3.4 気づいた時期とその時の気持ち

| 気づいた時の気持ち | 気づいた時期 | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才以上 | 全 体 |
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 間違い | 2 (5.7) | 7 (18.9) | 15 (44.1) | 11 (35.5) | 2 (33.3) | 37 (25.9) |
| 不安 | 13 (37.1) | 10 (27.0) | 10 (29.4) | 5 (16.1) | 1 (16.7) | 39 (27.3) |
| 絶望 | 9 (25.7) | 4 (10.8) | 1 (2.9) | 4 (12.9) | 0 (0.0) | 18 (12.6) |
| 対策を | 9 (25.7) | 14 (37.8) | 8 (23.5) | 10 (32.3) | 3 (50.0) | 44 (30.8) |
| その他 | 2 (5.7) | 2 (5.4) | 0 (0.0) | 1 (3.2) | 0 (0.0) | 5 (3.5) |
| 全体 | 35 (100) | 37 (100) | 34 (100) | 31 (100) | 6 (100) | 143 (100) |

3.4 相談

初めて相談に行った時期を、障害別に表3.4.1に示した。平均は1才10カ月(22.1月)となっている。2才時までにはほぼ85%の人が相談に行っており、障害別に見ると、多少後ろにずれこんではいるが、気づいた時期と概ね共通の傾向にある。その気づいた時期と相談時期の関係を示したのが表3.4.2である。相談が後ろにずれるのが当然な生後すぐに気づかれた場合を除いて考えても、三分の一以上は気づきがすぐに相談にはつながない。93例中36例で1誕生を経過し

ている。不安を感じながらも、相談にまでは踏み切れないでいる様子がうかがえる。

またどの障害が、どこに相談に行ったかを表3.4.3に示した。さらに、そこを選んだ理由とその結果が良かったかどうかを表3.4.4に示した。積極的に相談先を選択した人は約20%しかおらず、十分な情報のないまま選択していることがうかがえる。そうしたことが評価にも反映しており、自ら選んだ人の評価は他の群より高く、逆に、そこしか知らなかったとか、はっきりした理由を挙げなかった人で評価が低くなっている。

る。全体として良かったと評価する人が三分の二（80/118）であるが、どちらとも言えないを含め、良かったとは評価しない人が三分の一（38/118）に上ることは見逃せないところである。十分な情報を得ての主体的な選択が大事ということであるが、子どもの発達に疑問を感じたときにどのような機会があるかの周知徹底、あるいは健診の際の丁寧な説明が、相談結果、あるいはその後の流れをも左右すると考えて良いようだ。

評価の中身を障害別に示したのが表3.4.5である。複数回答でいくつも答えた人も、答えなかった人もいるが、全体としては、継続して相談に乗ってもらえるところがあった、親身に相談

に乗ってもらえ気持ちが安定したといった親の心情面への支援が、事実としての相談内容以上に良かった理由として上げられている。良かった理由として挙げられた数と良くなかったとされた数の小計を比較すると、早期に発見されるダウン症、脳性マヒ群では良くなかったとする率が低く、発見が遅くなり、曖昧さが残る精神発達遅滞や自閉症では良くなかった点の指摘が多くなっている。理由としても、曖昧で不安が増大した点が上げられている。心情を汲み取って、しかも曖昧でない対応が求められており、相談員には厳しい専門性が求められているといえよう。

表3.4.1 障害名と相談時期

| 相談時期 | 障害名 | | | | | 全体 |
|------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、不明 | |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | |
| 生後すぐ | 1 (2.6) | 0 (0.0) | 3 (15.0) | 0 (0.0) | 1 (5.3) | 5 (4.1) |
| 0才 | 12 (31.6) | 0 (0.0) | 16 (80.0) | 8 (80.0) | 10 (52.6) | 46 (37.4) |
| 1才 | 9 (23.7) | 11 (30.6) | 0 (0.0) | 2 (20.0) | 0 (0.0) | 22 (17.9) |
| 2才 | 9 (23.7) | 14 (38.9) | 1 (5.0) | 0 (0.0) | 5 (26.3) | 29 (23.6) |
| 3才 | 5 (13.2) | 9 (25.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 14 (11.4) |
| 4才以上 | 2 (5.3) | 2 (5.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (15.8) | 7 (5.7) |
| 全体 | 38 (100) | 36 (100) | 20 (100) | 10 (100) | 19 (100) | 123 (100) |

表3.4.2 気づいた時期と相談した時期

| 相談した時期 | 気づいた時期 | | | | | | 全体 |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|----------|-----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才時 | 4才時 | |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | |
| 生後すぐ | 5 (17.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 5 (4.1) |
| 0才 | 22 (75.9) | 23 (67.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (33.3) | 46 (37.7) |
| 1才 | 0 (0.0) | 7 (20.6) | 15 (46.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 22 (18.0) |
| 2才 | 1 (3.4) | 2 (5.9) | 12 (37.5) | 14 (63.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 29 (23.8) |
| 3才 | 1 (3.4) | 1 (2.9) | 4 (12.5) | 6 (27.3) | 2 (100) | 0 (0.0) | 14 (11.5) |
| 4才以上 | 0 (0.0) | 1 (2.9) | 1 (3.1) | 2 (9.1) | 0 (0.0) | 2 (66.7) | 6 (4.9) |
| 全体 | 29 (100) | 34 (100) | 32 (100) | 22 (100) | 2 (100) | 3 (100) | 122 (100) |

表 3.4.3 障害名と相談機関

| 相談機関 | 障害名 | | | | | 全 体 |
|------------|--------|-----|------|------|--------|-----|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、不明 | |
| 保健所 | 9 | 13 | 4 | 0 | 3 | 29 |
| 小児科 | 8 | 1 | 8 | 0 | 3 | 20 |
| 児童相談所 | 1 | 7 | 5 | 1 | 3 | 17 |
| 診療院 | 3 | 10 | 0 | 0 | 2 | 15 |
| 療育センター | 6 | 1 | 0 | 6 | 2 | 15 |
| 母子訓練センター | 4 | 1 | 0 | 1 | 3 | 9 |
| 小児保健センター | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 7 |
| クリスチャンセンター | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 教育研究所 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 総合病院 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 産科 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 病院(小産以外) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 道外 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 不明 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 全体 | 37 | 37 | 20 | 10 | 21 | 125 |

表 3.4.4 相談機関を選んだ理由と相談に行ってよかったか

| 相談に行 って良かったか | 選んだ理由 | | | | | 全 体 |
|-----------------|------------------|----------------|-------------------|---------------|--------------|-----------|
| | そこしか知らず 実数(%) | 勧められて 実数(%) | 適切に思ったから 実数(%) | 何となく 実数(%) | その他 実数(%) | |
| 良かった | 10 (52.6) | 46 (70.8) | 21 (84.0) | 0 (0.0) | 3 (37.5) | 80 (67.8) |
| 良くなかった | 7 (36.8) | 9 (13.8) | 2 (8.0) | 1(100.0) | 4 (50.0) | 23 (19.5) |
| どちらとも言えない | 2 (10.5) | 10 (15.4) | 2 (8.0) | 0 (0.0) | 1 (12.5) | 15 (12.7) |
| 全体 | 19 (100) | 65 (100) | 25 (100) | 1 (100) | 8 (100) | 118 (100) |

表 3.4.5 障害名と相談に行って良かったか

| 相談に行 って良かったか | 障害名 | | | | | 全 体 |
|-----------------|-----------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|-----------|
| | 精神発達遅滞 実数(%) | 自閉症 実数(%) | ダウン症 実数(%) | 脳性マヒ 実数(%) | その他、不明 実数(%) | |
| 親身に相談、気持ちが安定 | 6 (24.0) | 11 (30.6) | 8 (38.1) | 0 (0.0) | 3 (17.6) | 28 (25.5) |
| 継続相談できる場所ができた | 13 (52.0) | 12 (33.3) | 5 (23.8) | 2 (18.2) | 11 (64.7) | 43 (39.1) |
| 困っていることに適切助言 | 2 (8.0) | 5 (13.9) | 5 (23.8) | 3 (27.3) | 2 (11.8) | 17 (15.5) |
| 療育機関紹介 | 4 (16.0) | 6 (16.7) | 2 (9.5) | 3 (27.3) | 1 (5.9) | 16 (14.5) |
| その他 | 0 (0.0) | 2 (5.6) | 1 (4.8) | 3 (27.3) | 0 (0.0) | 6 (5.5) |
| 小計 | 25 (100) | 36 (100) | 21 (100) | 11 (100) | 17 (100) | 110 (100) |
| いきなり断定され傷ついた | 1 (10.0) | 1 (10.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (25.0) | 3 (11.1) |
| 曖昧で不安が増大した | 5 (50.0) | 5 (50.0) | 1 (50.0) | 0 (0.0) | 1 (25.0) | 12 (44.4) |
| 家庭での対応法が教われず | 1 (10.0) | 3 (30.0) | 1 (50.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 5 (18.5) |
| その他 | 3 (30.0) | 1 (10.0) | 0 (0.0) | 1(100.0) | 2 (50.0) | 7 (25.9) |
| 小計 | 10 (100) | 10 (100) | 2 (100) | 1 (100) | 4 (100) | 27 (100) |
| 合計 | 35 | 46 | 23 | 12 | 21 | 137 |

3.5 診断

次に診断について見る。ダウン症や脳性マヒでは、まず最初に診断がある場合があるだろうし、自閉症などのように何かおかしいと相談に行ったところ受診を勧められるといった場合もあるだろう。精神発達遅滞では必ずしも診断を受けるとは限らない。診断の位置づけは様ではないだろうが、最初に診断を受けた平均的時期は2才5カ月(29.6月)となっている。気づき1才4カ月、相談1才10カ月から見るとかなり遅れている。気づきと診断時期を見ると(表3.5.1)、生後すぐ気づかれた場合に比して、徐々に気づかれた場合の方が診断までに期間を要していることがうかがえる。気づいたときの気持ちとして、対策をとという気持ちと同時に何かの間違ひではという気持ちも強くなっていくことを見たが、障害受容の困難さを示しているのであろうか。徐々に気づかれたケースでは診断を受けに行くこと自体が大きな決断を要するものであるようだ。

相談時期と診断時期の関係(表3.5.2)はさらに複雑になっている。0才時に相談をした人を見ると大半は診断から回ってきたか、すぐに受診しているが、診断が1～3年遅れる場合も見

られる。1才以降の相談では診断から回される例はほとんどなく、生後すぐに診断されたケースが極端に後になって訪れたケースが2例あるのみで、これも新たな問題とか、制度とのからみでの相談と思われる。診断が相談に先行するのは早い時期に発見される障害の場合で、徐々に気づかれるケースでは相談が先行し、診断が1年以上後になってという例も少なからず認められる。

どの障害がいつ、どこで診断されているかを表3.5.3、3.5.4に、その結果に納得できたかどうかを表3.5.5に、納得できた、あるいはできなかった理由を表3.5.6に示した。早期に発見され、診断結果がはっきり出る脳性マヒ、ダウン症に比して、気づきの遅れる発達遅滞や自閉症の納得率が低くなっている。納得できなかった理由としては、障害の説明がない16名、以後の対応や見通しの説明がない12名などが上げられた。

次に、「診断に納得できたかどうか」が、「その後他機関に相談したか」に影響するかを検討したが(表3.5.7)、他機関相談率は、納得した場合で56%、しない場合でも60%で、納得の如何にはよらないようである。

表3.5.1 気づいた時期と診断を受けた時期

| 気づいた時期 | 診断時期 | | | | | | |
|--------|----------|----------|----------|---------|---------|----------|----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才時 | 4才以上 | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 生後すぐ | 16(51.6) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 16(12.9) |
| 0才時 | 13(41.9) | 17(48.6) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 30(24.2) |
| 1才時 | 1(3.2) | 4(11.4) | 3(10.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 8(6.5) |
| 2才時 | 0(0.0) | 8(22.9) | 11(36.7) | 8(33.3) | 0(0.0) | 0(0.0) | 27(21.8) |
| 3才時 | 1(3.2) | 4(11.4) | 11(36.7) | 8(33.3) | 1(50.0) | 0(0.0) | 25(20.2) |
| 4才以上 | 0(0.0) | 2(5.7) | 5(16.7) | 8(33.3) | 1(50.0) | 2(100.0) | 18(14.5) |
| 全体 | 31(100) | 35(100) | 30(100) | 24(100) | 2(100) | 2(100) | 124(100) |

表3.5.2 相談時期と診断時期

| 診断時期 | 相談時期 | | | | | | |
|------|---------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才時 | 4才以上 | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 生後すぐ | 3(60.0) | 10(22.7) | 0(0.0) | 1(3.6) | 1(7.1) | 0(0.0) | 15(13.0) |
| 0才時 | 1(20.0) | 26(59.1) | 1(5.6) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 28(24.3) |
| 1才時 | 0(0.0) | 3(6.8) | 5(27.8) | 0(0.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 8(7.0) |
| 2才時 | 0(0.0) | 3(6.8) | 6(33.3) | 14(50.0) | 0(0.0) | 0(0.0) | 23(20.0) |
| 3才時 | 1(20.0) | 2(4.5) | 3(16.7) | 8(28.6) | 10(71.4) | 0(0.0) | 24(20.9) |
| 4才以上 | 0(0.0) | 0(0.0) | 3(16.7) | 5(17.9) | 3(21.4) | 6(100.0) | 17(14.8) |
| 全体 | 5(100) | 44(100) | 18(100) | 28(100) | 14(100) | 6(100) | 115(100) |

表3.5.3 障害名と診断時期

| 診断時期 | 障害名 | | | | | |
|------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、無回答 | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 生後すぐ | 1 (2.7) | 0 (0.0) | 13 (65.0) | 0 (0.0) | 2 (9.5) | 16 (12.8) |
| 0才時 | 8 (21.6) | 0 (0.0) | 6 (30.0) | 8 (80.0) | 8 (38.1) | 30 (24.0) |
| 1才時 | 3 (8.1) | 2 (5.4) | 0 (0.0) | 2 (20.0) | 1 (4.8) | 8 (6.4) |
| 2才時 | 5 (13.5) | 16 (43.2) | 1 (5.0) | 0 (0.0) | 5 (23.8) | 27 (21.6) |
| 3才時 | 10 (27.0) | 13 (35.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (9.5) | 25 (20.0) |
| 4才以上 | 10 (27.0) | 6 (16.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (14.3) | 19 (15.2) |
| 全体 | 37 (100) | 37 (100) | 20 (100) | 10 (100) | 21 (100) | 125 (100) |

表3.5.4 障害名と診断機関

| 診断機関 | 障害名 | | | | | |
|------------|--------|-----|------|------|---------|-----|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、無回答 | 全体 |
| 児童相談所 | 14 | 13 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| 総合病院 | 9 | 2 | 7 | 1 | 8 | 27 |
| 静療院 | 4 | 15 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| 療育センター | 2 | 1 | 0 | 6 | 0 | 9 |
| 小児保健センター | 1 | 0 | 1 | 2 | 5 | 9 |
| 産科 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| 病院(除産小) | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 6 |
| 小児科 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 4 |
| 教育研究所 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 保健所 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| クリスチャンセンター | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 整肢園 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| その他 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 道外 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 無回答 | 5 | 4 | 2 | 0 | 7 | 18 |
| 全体 | 40 | 40 | 22 | 10 | 23 | 135 |

表3.5.5 障害名と診断に納得できたかどうか

| 障害名 | 納得できたか | | |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| | 納得できた | できなかった | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 精神発達遅滞 | 25 (69.4) | 11 (30.6) | 36 (100) |
| 自閉症 | 25 (67.6) | 12 (32.4) | 37 (100) |
| ダウン症 | 17 (85.0) | 3 (15.0) | 20 (100) |
| 脳性マヒ | 8 (88.9) | 1 (11.1) | 9 (100) |
| その他、無回答 | 14 (70.0) | 6 (30.0) | 20 (100) |
| 全体 | 89 (73.0) | 33 (27.0) | 122 (100) |

表3.5.7 診断に納得できたかどうかと他機関相談

| 他機関相談 | 診断に納得できたか | | |
|-------|-----------|-----------|-----------|
| | 納得できた | できなかった | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 相談した | 39 (50.0) | 18 (56.3) | 57 (51.8) |
| 相談せず | 39 (50.0) | 14 (43.8) | 53 (48.2) |
| 全体 | 78 (100) | 32 (100) | 110 (100) |

表 3.5.6 障害名と診断に納得できた、できなかった理由

| 納得できた理由 | 障 害 名 | | | | | |
|---------------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、不明 | 全 体 |
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 診断的確 | 17 (54.8) | 9 (27.3) | 11 (39.3) | 6 (54.5) | 4 (26.7) | 47 (39.8) |
| 気持ちへの配慮あり | 7 (22.6) | 8 (24.2) | 8 (28.6) | 1 (9.1) | 2 (13.3) | 26 (22.0) |
| 見通しの説明あり | 3 (9.7) | 9 (27.3) | 6 (21.4) | 2 (18.2) | 7 (46.7) | 27 (22.9) |
| 時間かけ、納得への配慮あり | 3 (9.7) | 2 (6.1) | 1 (3.6) | 0 (0.0) | 1 (6.7) | 7 (5.9) |
| 利用できる制度施設説明 | 1 (3.2) | 4 (12.1) | 2 (7.1) | 1 (9.1) | 1 (6.7) | 9 (7.6) |
| その他 | 0 (0.0) | 1 (3.0) | 0 (0.0) | 1 (9.1) | 0 (0.0) | 2 (1.7) |
| 小計 | 31 (100) | 33 (100) | 28 (100) | 11 (100) | 15 (100) | 118 (100) |
| 納得できなかった理由 | 障 害 名 | | | | | |
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、不明 | 全 体 |
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 診断名のみ、説明なし | 7 (50.0) | 4 (23.5) | 1 (33.3) | 0 (0.0) | 4 (40.0) | 16 (35.6) |
| 診断不適切 | 1 (7.1) | 3 (17.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (10.0) | 5 (11.1) |
| 対応仕方、見直し説明なし | 3 (21.4) | 5 (29.4) | 1 (33.3) | 1(100.0) | 2 (20.0) | 12 (26.7) |
| 気持ちへの配慮なし | 0 (0.0) | 2 (11.8) | 1 (33.3) | 0 (0.0) | 2 (20.0) | 5 (11.1) |
| その他 | 3 (21.4) | 3 (17.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (10.0) | 7 (15.6) |
| 小計 | 14 (100) | 17 (100) | 3 (100) | 1 (100) | 10 (100) | 45 (100) |
| 全体 | 45 | 50 | 31 | 12 | 25 | 163 |

3.6 専門機関での療育

療育・訓練のために2週に1度以上同一機関に通ったかという設問で、療育・訓練の実態を聞いた。

被調査者135名のうち104名が、延べ150の療育機関に通ったと回答している。療育開始時期が報告された103名の平均開始時期は2才7カ月(31月)となっている。療育開始時期と気づいた時期、相談した時期、診断を受けた時期との関連を示したのが、表3.6.1である。生後すぐから0才時と早いうちに気づかれ、相談に乗ったものは比較的速やかに療育につながっている。しかし2才以降のグループでは療育につながるまでに数年を要しているケースもある。気づいたときに、信じたくないという気持ちと早く対策をとるという気持ちが複雑に交錯しているグループであろう。相談もその気持ちの揺れに振り回されていることが考えられる。診断から療育へは年令にかかわらず比較的スムーズだが、早い時期の診断でない場合は、診断を受けに行くこと自体決心していくもののようなので、そこを踏切った場合には、療育へはそう大きなステップではないのであろう。

また療育開始時期を障害別に見たのが表3.6.2

である。ダウン症と脳性マヒは早く、自閉症と精神発達遅滞の一部で遅い。気づき、相談はこれよりは早くなっているの、疑いの時期からの対応が問題となる。相談には現われるものの、スムーズに療育に引き継がれていないことが懸念される。表面的な親の気持ちでは、何かの間違いであってほしいと思っているのだから、障害の事実を確定させてでなければ引き継げないとしたらそうなることはありがちであろう。しかし後になっては、適切などころを紹介してくれなかったという声ともなるのだから、相談者には親の気持ちに添いながらも適切に誘導するという専門的対応が求められる。それ以上に、決断を経なくとも疑いのうちから療育的対応が取れるシステムの整備が望まれる。

どの障害が、どこの機関に通ったのかを示したのが表3.6.3である。ダウン症は児童相談所とかしわ学園に、脳性マヒは整肢園に、自閉症は静療院を中心に児童相談所、クリスチャンセンター、幼稚園、保育所に通っていたことがわかる。精神発達遅滞は特定の機関に集中せず、かしわ学園、母子訓練センター、療育センター、どんぐり学級その他に分散して通っている。

延べ142名の回答者の通園頻度は表3.6.4に示す

が、週1回が52名、毎日が42名となっている。この結果の評価はひとまず措くとして、子どもや親のニーズにあわせて通園回数が決めているかどうかが気になるところである。かつて週1回と決まっていた通園回数を、ニーズに応じて毎日でも受け入れるとした通園施設もあるが、そこでもパート職員の配置によっては可能な訓練が制限されていたりする。改善されて来ているが、療育機関の都合でなく、必要に応じた療育を可能にする体制の一層の充実が望まれる。

交通手段について回答のあった延べ198名（複数回答）のうち、公共交通機関が76名と最も多いが、自家用車も49名と次いで多くなっている。およそ1時間（平均61分）をかけて、主に母が付き添って（130/160）、半日仕事で（平均所要時間4.0時間）通っている。その間兄弟は通園、通学している場合（36%）を除くと、ほとんど同

行している。（47%）同伴兄弟への配慮が強く求められるところである。

子どもたちは、先生が好きになった、指導がおもしろいなどの理由で、81%（106/131）が通園を楽しみにしていたが、19%はそうではなかった。それを受けて親は90%（127/141）が効果があったと考え、その理由としてコミュニケーション面66名、遊び64名、運動面50名、身辺面48名などを挙げている。結局96%（133/139）が行って良かったと評価しており、その理由として関係者と良い関係がとれた120名、相談に乗ってもらえた113名、育て方等アドバイスしてもらえた113名、親同士知り合いになれた108名などを挙げている。ただし障害についての説明に関しては充分でなかったとする声30名もないわけではなかった。

表3.6.1 気づき、相談、診断の始期と療育開始時期

| 療育開始時期 | 気づき | | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才時 | 4才以上 | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 生後すぐ | 1 (3.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (1.0) |
| 0才時 | 12 (42.9) | 11 (33.3) | 1 (3.8) | 1 (5.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 25 (24.0) |
| 1才時 | 5 (17.9) | 7 (21.2) | 2 (7.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 14 (13.5) |
| 2才時 | 5 (17.9) | 9 (27.3) | 3 (11.5) | 3 (17.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 20 (19.2) |
| 3才時 | 5 (17.9) | 3 (9.1) | 13 (50.0) | 10 (58.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 31 (29.8) |
| 4才以上 | 0 (0.0) | 3 (9.1) | 7 (26.9) | 3 (17.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 13 (12.5) |
| 全体 | 28 (100) | 33 (100) | 26 (100) | 17 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 104 (100) |

| 療育開始時期 | 相談 | | | | | | |
|--------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才時 | 4才以上 | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 生後すぐ | 1 (20.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (1.1) |
| 0才時 | 3 (60.0) | 18 (47.4) | 2 (10.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 23 (24.2) |
| 1才時 | 0 (0.0) | 9 (23.7) | 3 (15.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 12 (12.6) |
| 2才時 | 1 (20.0) | 4 (10.5) | 3 (15.8) | 8 (36.4) | 1 (11.1) | 0 (0.0) | 17 (17.9) |
| 3才時 | 0 (0.0) | 5 (13.2) | 8 (42.1) | 11 (50.0) | 6 (66.7) | 0 (0.0) | 30 (31.6) |
| 4才以上 | 0 (0.0) | 2 (5.3) | 3 (15.8) | 3 (13.6) | 2 (22.2) | 2 (100.0) | 12 (12.6) |
| 全体 | 5 (100) | 38 (100) | 19 (100) | 22 (100) | 9 (100) | 2 (100) | 95 (100) |

| 療育開始時期 | 診断 | | | | | | |
|--------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | 生後すぐ | 0才時 | 1才時 | 2才時 | 3才時 | 4才以上 | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 生後すぐ | 1 (7.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (1.0) |
| 0才時 | 4 (28.6) | 14 (53.8) | 1 (16.7) | 2 (9.1) | 1 (5.3) | 0 (0.0) | 22 (22.9) |
| 1才時 | 3 (21.4) | 6 (23.1) | 2 (33.3) | 1 (4.5) | 1 (5.3) | 1 (11.1) | 14 (14.6) |
| 2才時 | 3 (21.4) | 4 (15.4) | 1 (16.7) | 8 (36.4) | 2 (10.5) | 0 (0.0) | 18 (18.8) |
| 3才時 | 3 (21.4) | 1 (3.8) | 1 (16.7) | 8 (36.4) | 11 (57.9) | 5 (55.6) | 29 (30.2) |
| 4才以上 | 0 (0.0) | 1 (3.8) | 1 (16.7) | 3 (13.6) | 4 (21.1) | 3 (33.3) | 12 (12.5) |
| 全体 | 14 (100) | 26 (100) | 6 (100) | 22 (100) | 19 (100) | 9 (100) | 96 (100) |

表 3.6.2 障害名と療育開始時期

| 療育開始時期 | 障害名 | | | | | |
|--------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、無回答 | 全 体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 生後すぐ | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (7.7) | 1 (1.0) |
| 0才時 | 5 (17.9) | 2 (6.1) | 4 (44.4) | 11 (55.0) | 3 (23.1) | 25 (24.3) |
| 1才時 | 6 (21.4) | 0 (0.0) | 3 (33.3) | 4 (20.0) | 1 (7.7) | 14 (13.6) |
| 2才時 | 3 (10.7) | 9 (27.3) | 1 (11.1) | 4 (20.0) | 3 (23.1) | 20 (19.6) |
| 3才時 | 9 (32.1) | 18 (54.5) | 0 (0.0) | 1 (5.0) | 3 (23.1) | 31 (30.1) |
| 4才以上 | 5 (17.9) | 4 (12.1) | 1 (11.1) | 0 (0.0) | 2 (15.4) | 12 (11.7) |
| 全体 | 28 (100) | 33 (100) | 9 (100) | 20 (100) | 13 (100) | 103 (100) |

表 3.6.3 障害名と療育機関

| 機関名 | 障害名 | | | | | |
|------------|--------|-------|-------|-------|---------|-------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、無回答 | 全 体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| かしわ学園 | 5 | 1 | 12 | 0 | 0 | 18 |
| 静療院 | 3 | 11 | 0 | 0 | 2 | 16 |
| 児童相談所 | 3 | 5 | 6 | 0 | 0 | 14 |
| 整肢園 | 3 | 0 | 0 | 6 | 3 | 12 |
| 母子訓練センター | 5 | 0 | 2 | 2 | 3 | 12 |
| クリスチャンセンター | 3 | 5 | 0 | 1 | 2 | 11 |
| 療育センター | 5 | 1 | 0 | 2 | 2 | 10 |
| どんぐり学級 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| 保育所 | 0 | 4 | 2 | 2 | 0 | 8 |
| 私立幼稚園 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| ことばの教室 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| 市立幼稚園 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| 学習塾 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 特殊教育センター | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| まの子学園 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 北大幼児センター | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| なかよし子供館 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 教育研究所 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 総合病院 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 盲聾学校幼稚部 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| その他不明 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 4 |
| 道外 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 8 |
| 全体 | 39 | 48 | 32 | 15 | 16 | 150 |

※幼稚園、保育所は、療育機関として上げた人とそうでない人がいる

表 3.6.4 障害名と通園頻度

| 通園頻度 | 障害名 | | | | | |
|-------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、無回答 | 全 体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 月1～3回 | 10 (27.0) | 4 (8.5) | 3 (10.0) | 3 (20.0) | 3 (23.1) | 23 (16.2) |
| 週1回 | 10 (27.0) | 26 (55.3) | 8 (26.7) | 3 (20.0) | 5 (38.5) | 52 (36.6) |
| 週2回 | 3 (8.1) | 4 (8.5) | 3 (10.0) | 2 (13.3) | 1 (7.7) | 13 (9.2) |
| 週3回 | 3 (8.1) | 1 (2.1) | 2 (6.7) | 4 (26.7) | 2 (15.4) | 12 (8.5) |
| 毎日 | 11 (29.7) | 12 (25.5) | 14 (46.7) | 3 (20.0) | 2 (15.4) | 42 (29.6) |
| 全体 | 37 (100) | 47 (100) | 30 (100) | 15 (100) | 13 (100) | 142 (100) |

3.7 気づきから相談、診断、療育へ

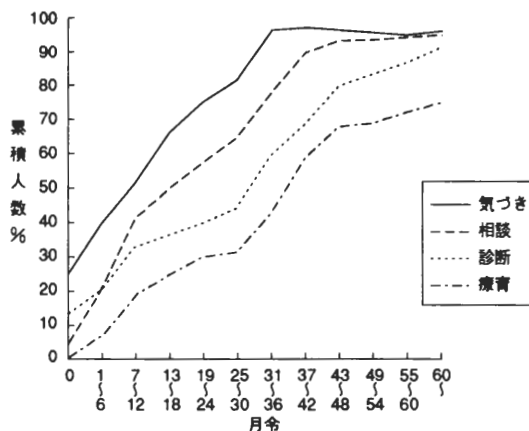
気づきと相談・診断・療育のそれぞれの間の関係は既に見てきたが、改めてそれらの間の関係を見てみたい。図3.7は、気づき、相談、診断、療育の始期について、全体135名に対する年齢ごとの累積%を示したものである。

気づきは2才半～3才の間までにはほぼ完了し、3才になってから気づかれる例はほとんどないことが示されている。それに対し相談は、生後すぐには気づきに大きく遅れるが、その後は気づきに必ずる形で増加し、3才になると気づかれたケースのほとんどがなんらかの形で相談の場に現われている。これは早期には絶望という気持ちから相談へという動きが遅れるが、徐々に気づかれた場合は、何かの間違いではと思う反面、対策をとという気持ちが相談へ向わしているのであろう。

それに対し診断は、生後すぐにはダウン症や重症の脳性マヒなどで、高い受診率を示す。一部には、気づきに先行することも見られるが、相談へと立ち上がれない絶望感をもたらすことを考えると、父母の心の動揺に医療機関が果たす役割はきわめて重要である。診断はその後0～2才時にはやや遅れがちだが、3、4才となって気づきが頭打ちになってからは徐々に追いつく。療育は、診断の10%ほど下でほぼ同じような増加傾向を示すが、3才以後はむしろ頭打ちとなっている。

総じて相談は比較的スムーズに求められているが、そこから診断・療育にはやや断層があると言えるのではないだろうか。相談はその間をつなぐ役割をきちんと果たしているかどうか再検討する必要があるのではないか。特に、間違いであってほしいと表面的には障害受容に抵抗を示してはいても、同時にそうならば対策をと求めてもいる親に対して、早い時期の絶望感に対すると同様の対応を取って、いたずらに不安な期間を過ごさせることはあってはならないことである。

図3.7. 気づき、相談、診断、療育の始期



3.8 障害児保育

保育に関してのみ、遅れて届いた6名を除く129名について分析する。85%にあたる110名が幼稚園または保育所の保育を受けたと回答している。健常児が100%に近く保育を受けている現状からはこれでよしとするわけではないが、保育を受けさせたくともその場を得られなかった状況からは格段の進歩と言えよう。ただし、入園に際する悩み等の個別のコメントには、いくつかの園を断られてようやくたどりついたり、一度入った園を断られて他の園に受け入れてもらって救われた思いがした、といった苦勞が報告されていた。この数字も、望めば得られるといった数字ではなく、親の血のにじむような苦勞の結果ようやく受け入れてもらったものを何割かは含むと考えたほうが良さそうである。その意味では障害児保育が進展してきたと安心していて良いというわけではなさそうである。

この時代の札幌市での幼稚園、保育所の園児数の百分率比は71:29であり、障害児保育諸制度の利用状況からは障害児の割合も72:28と算出されていた。われわれの対象児は77(82名):23(24名)であった。

入園年令を表3.8.1に示した。幼稚園に関して見ると、3、4、5才(6才を含む)での入園が、それぞれ23.8、48.8、27.6%であったが、通常は16.9、72.1、11%である。健常児に比して3

才、5才（時には6才になって！）での入園が多いという二極分化が見られ、早期からの保育と重度の子の保育というニーズを示しているであろう。2才までにはほぼ障害が気づかれている状況からは、保育の面での早期対応も求められているのであろうが、それにしても保育所での入園年齢がそう低くないのはなぜだろうか。多くの親が保育に欠ける要件の緩和を求めているが、そうした面が影響しているのかもしれない。

園の受入体制について見よう。障害児保育をしていたかどうかを表3.8.2に示したが、一般の園にも一定数受け入れられていることがわかる。クラス編成とサイズを表3.8.3、表3.8.4に示した。年齢別クラスが多いが、幼稚園では障害児クラスが3割を越えている。人数から見てクラスの規模が15人以下という幼稚園のクラスが障害児クラスなのであろう。健常児との統合を求める親の期待からすると、幼稚園の障害児クラスでの受け入れには疑問が残るが、そもそも文部省の助成制度はそうした形態を前提としてきている。現実には、民間幼稚園の教育形態と経営実態に、一定以上の重度の子どもを受け入れたときには完全統合が困難な場合も少なくないようである。そのことは表3.8.5担任構成からも読み取れる。保育園では二人担任制が80%だが、クラス規模がより大きい幼稚園で一人担任が多くなっている。1～15人のクラス規模が小さい障害児クラスではおそらく複数担任だろうから、担任一人当たりの児童数は表が示している以上と思われる、実際上の困難さがわかる。

次に園での子どもたちの様子を見る。自由遊び場面と課題設定場面での行動を表3.8.6、3.8.7に、なかよしの友達がいたかどうかを表3.8.8に示した。子ども集団への参加がそう簡単ではない様子が示されているが、それでも子どもたちのほとんどが通園を楽しみにしていたことが表3.8.9に示されている。しかもこうした子どもたちの様子は、受け入れ体制によって左右される。つまり、幼稚園に関して見ると、障害児保育を

している園であったり、複数担任であったりした方が、おそらく障害は重度なのであろうから集団参加そのものはそれほど簡単でないが、そのわりにはなかよしができたり、何より通園を楽しみにしていたりすることが見られるのである。（表3.8.10）

園、教師・保母に対する親の評価を見ると、担任に対しては障害理解、連絡・連携とも高く評価している。（表3.8.11、表3.8.12）園自体に対しては、質問内容が違っているが、担任よりはやや辛めの評価となっている。（表3.8.13）園自体というよりは担任に良くしてもらっていると感じているところがうかがえる。通わせて良かったことを自由記載で回答してもらったが、分類整理したものを表3.8.14に示す。園での様子について50%前後が集団参加できていないと回答していたが、それにもかかわらず子どもの発達に効果が上がっていると考えているようである。周囲の子どもの影響や、子ども自身真似をすることで、言葉を初め行動面や社会性などに成長の加速が見られたことを、多くの親が指摘している。健常児の行動や遊びを家に帰って真似して、いろいろなことができるようになったとする回答もいくつか見られた。保育所に対して幼稚園の親で特徴的なのが、親の仲間関係ができたことを上げた人が9名いたことである。職場での人間関係を持たない分、健常児の親からも聞かれる声ではあるが、その場合保育に通わせて良かった理由として改めて指摘されるであろうか。これは、障害児を育てている親の心情を改めて示すものであり、早期療育全般の運営を考える上でも重要な点であろう。

また保育そのものも評価してもらったが、選択肢の不備で実感を把握するには至らなかった。ただ否定的に評価する回答は、幼稚園で10%、保育所で5%に過ぎなかった。その評価と相関が高い項目を見ると、園の受け入れ体制、子どもの園での様子、担任や園への評価のほぼすべてと結びついていた。要するに、園が体制を整えて受け入れ、熱心に取り組んでくれ、その結果

子どもが園でうまく行っていると感じている人は高く評価するという、いとも当たり前の結果が得られた。ただし、保育の側が受け入れていくときの視点としては当たり前ではあるが重要なことであろう。

通わせて良かった理由に親の仲間関係ができたことを上げる人があることは既に見たが、興味深いのは、園での親同士の交流があったと答えた人が保育を高く評価していることである。交流があったという人の60%が保育を良かったと評価しているのに、なかったとする人では20%でしかない。

最後に保育と並行しての専門療育機関への通園について聞いた。回答のあった110名のうち、毎週1回以上通った人は32名、月1回以上だと62名、半年に1回の経過観察まで含めると66名がどこかの機関に通っている。通った機関を表3.8.15に、また障害別に整理したものを表3.8.16に示した。通った率、通った頻度とも自閉症、脳性マヒで高く、精神発達遅滞、ダウン症では幼稚園・保育所のみに通うことが多く、また並行して通うことがあるにしても頻度は低くなっている。幼稚園、保育所別の並行通園状況を表3.8.17に示した。通った率、通った頻度とも保育所で低くなっており、保育所に通わせる親から耳にする並行通園への要望が実態を伴うものであることがわかる。

実際に通ったかどうかではなく、幼稚園、保育所と並行して通える適当な専門機関があれば通うか、又通うとしたときの適当な頻度を聞いた。結果を表3.8.18、表3.8.19に示した。通ったグループではほぼ全員が通うと答えた。通わなかったグループも70%は通うと答え、ニーズを示している、ただし希望する頻度はグループによっては変わらず、概ね週1回～2週に1回といったところである。

表3.8.1 入園年齢

| 年 令 | 幼稚園 | 保育所 | 全 体 |
|-----|-----------|----------|-----------|
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 0才 | 0 (0.0) | 1 (4.3) | 1 (1.0) |
| 1才 | 0 (0.0) | 1 (4.3) | 1 (1.0) |
| 2才 | 0 (0.0) | 1 (4.3) | 1 (1.0) |
| 3才 | 19 (23.8) | 9 (39.1) | 28 (27.2) |
| 4才 | 39 (48.8) | 7 (30.4) | 46 (44.7) |
| 5才 | 19 (23.8) | 4 (17.4) | 23 (22.3) |
| 6才 | 3 (3.8) | 0 (0.0) | 3 (2.9) |
| 全 体 | 80 (100) | 23 (100) | 103 (100) |

表3.8.2 障害児保育をしていたか

| 障害児保育を | 幼稚園 | 保育所 | 全 体 |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| していた | 58 (72.5) | 13 (59.1) | 71 (69.6) |
| していなかった | 22 (27.5) | 9 (40.9) | 31 (30.4) |
| 全体 | 80 (100) | 22 (100) | 102 (100) |

表3.8.3 クラス編成

| クラス編成 | 幼稚園 | 保育所 | 全 体 |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 生活年齢クラス | 44 (63.8) | 20 (87.0) | 64 (69.6) |
| 発達年齢クラス | 0 (0.0) | 3 (13.0) | 3 (3.3) |
| 混合クラス | 4 (5.8) | 0 (0.0) | 4 (4.3) |
| 障害児クラス | 21 (30.4) | 0 (0.0) | 21 (22.8) |
| 合計 | 66 (100) | 23 (100) | 21 (100) |

表3.8.4 クラスの園児数

| クラスの園児数 | 幼稚園 | 保育所 |
|---------|-----------|----------|
| | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 1～5人 | 2 (3.0) | 0 (0.0) |
| 6～10人 | 15 (22.7) | 4 (21.1) |
| 11～15人 | 4 (6.1) | 2 (10.5) |
| 16～20人 | 7 (10.6) | 6 (31.6) |
| 21～25人 | 5 (7.6) | 2 (10.5) |
| 26～30人 | 12 (18.2) | 4 (21.1) |
| 31～35人 | 4 (6.1) | 1 (5.3) |
| 36～40人 | 14 (21.2) | 0 (0.0) |
| 41～45人 | 2 (3.0) | 0 (0.0) |
| 46～50人 | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 51～55人 | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 56～60人 | 1 (1.5) | 0 (0.0) |
| 合計 | 66 (100) | 19 (100) |
| 平均園児数 | 23.7人 | 18.8人 |

表3.8.5 担任構成

| 担任数 | 幼稚園 | 保育所 |
|-----|----------|----------|
| | 実数(%) | 実数(%) |
| 1人 | 28(41.8) | 3(15.0) |
| 2人 | 32(47.8) | 16(80.0) |
| 3人 | 6(9.0) | 1(5.0) |
| 4人 | 1(1.5) | 0(0.0) |
| 合計 | 67(100) | 20(100) |

表3.8.6 園での様子：自由遊び場面

| 自由遊びでの様子 | 幼稚園 | 保育所 | 全体 |
|----------|----------|----------|----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 一人遊び | 41(53.2) | 7(30.4) | 48(48.0) |
| 2～3人 | 22(28.6) | 10(43.5) | 32(32.0) |
| みんなで | 14(18.2) | 6(26.1) | 20(20.0) |
| 合計 | 77(100) | 23(100) | 100(100) |

表3.8.7 園での様子：課題設定場面

| 認定場面での様子 | 幼稚園 | 保育所 | 全体 |
|----------|----------|----------|----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 抜ける | 34(45.9) | 6(27.3) | 40(41.7) |
| 2～3人 | 18(24.3) | 5(22.7) | 23(24.0) |
| みんなで | 19(25.7) | 11(50.0) | 30(31.3) |
| その他 | 3(4.1) | 0(0.0) | 3(3.1) |
| 小計 | 74(100) | 22(100) | 96(100) |

表3.8.10 受入体制の保育効果への影響

| | | 障害児保育 | | | 担任数 | | |
|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | していた | していなかった | 総数 | 一人 | 複数 | 総数 |
| | | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 自由遊びの様子 | ひとり | 35(46.1) | 17(50.0) | 52(47.3) | 18(43.9) | 29(48.3) | 47(46.5) |
| | 2～3人 | 28(36.8) | 8(23.5) | 36(32.7) | 10(24.4) | 23(38.3) | 33(32.7) |
| | 皆で | 13(17.1) | 9(26.5) | 22(20.0) | 13(31.7) | 8(13.3) | 21(20.8) |
| | 合計 | 76(100) | 34(100) | 110(100) | 41(100) | 60(100) | 101(100) |
| 課題設定の様子 | ひとり | 31(42.5) | 17(51.5) | 48(45.3) | 19(47.5) | 27(46.6) | 46(46.9) |
| | 2～3人 | 20(27.4) | 3(9.1) | 23(21.7) | 4(10.0) | 16(27.6) | 20(20.4) |
| | 皆で | 22(30.1) | 13(39.4) | 35(33.0) | 17(42.5) | 15(25.9) | 32(32.7) |
| | 合計 | 73(100) | 33(100) | 106(100) | 40(100) | 58(100) | 98(100) |
| 仲良しの友達が | いた | 41(55.4) | 15(46.9) | 56(52.8) | 21(51.2) | 33(58.9) | 54(55.7) |
| | いなかった | 33(44.6) | 17(53.1) | 50(47.2) | 20(48.8) | 23(41.1) | 43(44.3) |
| | 合計 | 74(100) | 32(100) | 106(100) | 41(100) | 56(100) | 97(100) |
| 通園を楽しみに | していた | 73(93.6) | 25(80.6) | 98(89.9) | 32(82.1) | 56(94.9) | 88(89.8) |
| | していなかった | 5(6.4) | 6(19.4) | 11(10.1) | 7(17.9) | 3(5.1) | 10(10.2) |
| | 合計 | 78(100) | 31(100) | 109(100) | 39(100) | 59(100) | 98(100) |

表3.8.8 クラスに仲良しの友達はいたか

| 仲良しの友達が | 幼稚園 | 保育所 | 全体 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| いた | 39(51.3) | 14(70.0) | 53(55.2) |
| いなかった | 37(48.7) | 6(30.0) | 43(44.8) |
| 合計 | 76(100) | 20(100) | 96(100) |

表3.8.9 通園を楽しみにしていたか

| 通園を楽しみに | 幼稚園 | 保育所 | 全体 |
|---------|----------|----------|----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| していた | 68(88.3) | 20(95.2) | 88(89.8) |
| していなかった | 9(11.7) | 1(4.8) | 10(10.2) |
| 合計 | 77(100) | 21(100) | 98(100) |

表 3.8.1.1 担任は障害を理解していたか

| 担任は障害を理解 | 幼稚園 | 保育所 | 合計 |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| していた | 65 (85.5) | 22 (91.7) | 87 (87.0) |
| いなかった | 3 (3.9) | 0 (0.0) | 3 (3.0) |
| わからない | 8 (10.5) | 2 (8.3) | 10 (10.0) |
| 合計 | 76 (100) | 24 (100) | 100 (100) |

表 3.8.1.2 担任との連絡、連携は取れていたか

| 連絡、連携は取れて | 幼稚園 | 保育所 | 合計 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| いた | 70 (90.9) | 22 (95.7) | 92 (92.0) |
| いなかった | 7 (9.1) | 1 (4.3) | 8 (8.0) |
| 合計 | 77 (100) | 23 (100) | 100 (100) |

表 3.8.1.3 園の親への対応

| 園の対応 | 幼稚園 | 保育所 | 合計 |
|-------------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 良く相談に乗ってくれた | 49 (70.0) | 16 (76.2) | 65 (71.4) |
| ものたりなかった | 15 (21.4) | 2 (9.5) | 17 (18.7) |
| その他 | 6 (8.6) | 3 (14.3) | 9 (9.9) |
| 合計 | 70 (100) | 21 (100) | 91 (100) |

表 3.8.1.6 障害名と並行通園の頻度

| 並行通園頻度 | 障害名 | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | 精神発達遅滞 | 自閉症 | ダウン症 | 脳性マヒ | その他、無回答 | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 週1回以上 | 3 (9.1) | 23 (60.5) | 0 (0.0) | 4 (57.1) | 2 (13.3) | 32 (29.1) |
| 週1回未満 | 13 (39.4) | 6 (15.8) | 5 (29.4) | 2 (28.6) | 8 (53.3) | 34 (30.9) |
| 通わなかった | 17 (51.5) | 9 (23.7) | 12 (70.6) | 1 (14.3) | 5 (33.3) | 44 (40.0) |
| 全体 | 33 (100) | 38 (100) | 17 (100) | 7 (100) | 15 (100) | 110 (100) |

表 3.8.1.7 幼稚園、保育所の別と並行通園の頻度

| 並行通園頻度 | 幼稚園 | 保育所 | 全体 |
|--------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 週1回以上 | 26 (33.8) | 2 (8.7) | 28 (28.0) |
| 週1回未満 | 21 (27.3) | 10 (43.5) | 31 (31.0) |
| 通わなかった | 30 (39.0) | 11 (47.8) | 41 (41.0) |
| 全体 | 77 (100) | 23 (100) | 100 (100) |

表 3.8.1.8 並行通園頻度と並行通園を希望するか

| 並行通園を | 並行通園頻度 | | | |
|-------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | 週1回以上 | 週1回未満 | 通わなかった | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 希望する | 22 (95.7) | 25 (100.0) | 25 (69.4) | 72 (85.7) |
| 希望しない | 1 (4.3) | 0 (0.0) | 11 (30.6) | 12 (14.3) |
| 全体 | 23 (100) | 25 (100) | 36 (100) | 84 (100) |

表 3.8.1.4 通わせて良かったことは

| 良かったこと | 幼稚園 | 保育所 | 合計 |
|--------|-----------|-----------|-----------|
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 身辺処理 | 4 (4.8) | 7 (20.6) | 11 (9.3) |
| 体力・運動 | 2 (2.4) | 5 (14.7) | 7 (5.9) |
| 遊び | 1 (1.2) | 1 (2.9) | 2 (1.7) |
| 知能・言葉 | 7 (8.3) | 2 (5.9) | 9 (7.6) |
| 集団生活 | 14 (16.7) | 4 (11.8) | 18 (15.3) |
| 対人面友人 | 27 (32.1) | 10 (29.4) | 37 (31.4) |
| 親に仲間 | 9 (10.7) | 1 (2.9) | 10 (8.5) |
| 親の不安解消 | 3 (3.6) | 1 (2.9) | 4 (3.4) |
| その他 | 17 (20.2) | 3 (8.8) | 20 (16.9) |
| 合計 | 84 (100) | 34 (100) | 118 (100) |

表 3.8.1.5 並行通園先と通園頻度

| 並行通園先 | 並行通園頻度 | | |
|------------|--------|-------|----|
| | 週1回以上 | 週1回未満 | 全体 |
| 診療院 | 17 | 8 | 25 |
| ことばの教室 | 6 | 8 | 14 |
| 療育センター | 3 | 4 | 7 |
| 母子訓練センター | 0 | 7 | 7 |
| 聾肢園 | 3 | 0 | 3 |
| 北大センター | 2 | 1 | 3 |
| 特殊教育センター | 0 | 2 | 2 |
| クリスチャンセンター | 0 | 1 | 1 |
| 教育研究所 | 0 | 1 | 1 |
| 保健所 | 0 | 1 | 1 |
| 全体 | 32 | 34 | 66 |

表 3.8.1.9 並行通園頻度と並行通園希望頻度

| 並行通園希望頻度 | 並行通園頻度 | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 週1回以上 | 週1回未満 | 通わなかった | 全体 |
| | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) | 実数(%) |
| 週1回 | 14 (70.0) | 15 (60.0) | 15 (68.2) | 44 (65.7) |
| 2週に1回 | 5 (25.0) | 6 (24.0) | 3 (13.6) | 14 (20.9) |
| 月1回 | 1 (5.0) | 3 (12.0) | 4 (18.2) | 8 (11.9) |
| 3月に1回 | 0 (0.0) | 1 (4.0) | 0 (0.0) | 1 (1.5) |
| 全体 | 20 (100) | 25 (100) | 22 (100) | 67 (100) |

3.9 療育関連機関の評価

アンケートの最後に、通った機関とその評価を求めた。最も良かった場合を1点、最も悪かった場合を5点として、項目ごとに5段階に評価してもらった。そのことによって各機関、施設の実態を知ることができるかどうかはともかく、親の目にどう映っているかということ自体も重要なことであると考えて実施した。結果を表3.9に示したが、日常的に接触のあるところの評価

が高く、一度きりで判断されてしまうことのある判定機関や、医療機関は厳しく評価されている。それはそれで自然なことではあろうが、情報の質や療育に関する効果の評価もそれに準じて評価されているところには注意を要する。結局信頼というものが人間関係の中でのみ決まっていくということを改めて感じさせる結果である。

表 3.9 早期療育機関の評価

| 評価項目 | 全機関平均 | | | | | | | 相談判定機関 | | | | | | |
|-------|----------|-------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|-------|---------|---------|---------|---------|----------|
| | 通う前のイメージ | 通いやすさ | 窓口職員の対応 | 担当職員の対応 | 適切な情報提供 | 相談療育の効果 | 通っての総合評価 | 通う前のイメージ | 通いやすさ | 窓口職員の対応 | 担当職員の対応 | 適切な情報提供 | 相談療育の効果 | 通っての総合評価 |
| 人数 | 304 | 309 | 297 | 309 | 302 | 293 | 300 | 89 | 89 | 90 | 89 | 87 | 85 | 85 |
| 合計評価点 | 805 | 975 | 724 | 695 | 833 | 796 | 780 | 278 | 303 | 246 | 224 | 262 | 274 | 260 |
| 平均評価点 | 2.8 | 3.2 | 2.4 | 2.2 | 2.8 | 2.6 | 2.6 | 3.1 | 3.4 | 2.7 | 2.5 | 3.0 | 3.2 | 3.1 |
| 評価項目 | 医療機関 | | | | | | | 医療系通園施設 | | | | | | |
| | 通う前のイメージ | 通いやすさ | 窓口職員の対応 | 担当職員の対応 | 適切な情報提供 | 相談療育の効果 | 通っての総合評価 | 通う前のイメージ | 通いやすさ | 窓口職員の対応 | 担当職員の対応 | 適切な情報提供 | 相談療育の効果 | 通っての総合評価 |
| 人数 | 43 | 44 | 41 | 44 | 43 | 37 | 41 | 61 | 63 | 63 | 64 | 64 | 63 | 63 |
| 合計評価点 | 115 | 140 | 110 | 116 | 135 | 113 | 117 | 180 | 224 | 148 | 127 | 155 | 152 | 152 |
| 平均評価点 | 2.7 | 3.2 | 2.7 | 2.6 | 3.1 | 3.1 | 2.9 | 3.0 | 3.6 | 2.3 | 2.0 | 2.4 | 2.4 | 2.4 |
| 評価項目 | 福祉系通園施設 | | | | | | | 保育施設 | | | | | | |
| | 通う前のイメージ | 通いやすさ | 窓口職員の対応 | 担当職員の対応 | 適切な情報提供 | 相談療育の効果 | 通っての総合評価 | 通う前のイメージ | 通いやすさ | 窓口職員の対応 | 担当職員の対応 | 適切な情報提供 | 相談療育の効果 | 通っての総合評価 |
| 人数 | 40 | 39 | 38 | 40 | 38 | 40 | 40 | 48 | 49 | 40 | 47 | 45 | 45 | 48 |
| 合計評価点 | 96 | 108 | 78 | 70 | 87 | 93 | 87 | 117 | 130 | 76 | 87 | 116 | 90 | 91 |
| 平均評価点 | 2.4 | 2.8 | 2.1 | 1.8 | 2.3 | 2.3 | 2.2 | 2.4 | 2.7 | 1.9 | 1.9 | 2.6 | 2.0 | 1.9 |

※最も悪い場合を5点、最も良い場合を1点として、項目ごとに5段階評価

4 考察

今回の調査で明らかになったこと、あるいは考えさせられたことを記す。

4.1 気づきの時期とその気持ち

早く気づかれたときには、いきなりであるだけに不安、絶望の気持ちに打ちのめされ、徐々に気づかれたときには、それまでの子どもとの人間関係からか、間違いであってほしいという気持ちが強く生じるようだ。だが一方では、育児経験の中で信じたくはないが本当はわかってもいるのだろう、早く対策をとる気持ちも強い。

4.2 親の気持ちに即した対応とそうできる体制を

相談、判定、診断においては、そうしたさまざまなに揺れる親の気持ちに即した対応が求められる。早い時期に障害の事実を告げるには気持ちへの配慮が特に重要であろう。間違いであってほしいと否認の姿勢を示している親も、内心には対策をとる気持ちも持っていることが多いようだ。最終判断を保留しながらも、療育につなげていくような対応が望まれるし、そうしたつながりができるようなシステムが望ましい。グレイゾーンの子らにも確定判断なしに実質的に対応できるプレイや保育の場が用意され、相談者が親の表面の気持ちに添っても抱え込みにな

ってしまわずにすむような形が望まれる。親の気持ちが揺れている間の子どもの心情安定を保証することもまた重要なことであろう。様子を見ましようばかりでどうしたら良いか教えてくれなかった、という声が少なからず見られるが、十分な制度保証がなければ、相談者が親の表面的な否認のメカニズムに振り回されることは今後も続くだろう。

4.3 早期療育の場の充実を

0、1才台でほとんど、残りも2才台でほぼすべて気づかされている。その時に受け入れられる体制が整っていないければ相談も対応できない。前項の具体的な形としては、早い時期の母親支援体制、1～2才時の発達遅滞や自閉症児への早期療育体制の整備が望まれる。それも診断、判定を確定させずとも過渡的に利用できるような体制が望まれる。

4.4 つなぎの重要性と職員の専門性の向上を

相談への評価が、豊富で正しい情報の下に主体的に選択することによっていることを見た。おそらく療育全般について言えることであろう。健診・相談に関しては、子育てに困ったときに気軽に利用できることとしての日常的な啓発活動が必要であろうし、相談・診断の場では、障害そのものについてと同じくらい、将来的な見通しやそれに至る道筋、それとの関連で現在の療育の場に関する情報を伝えることが求められる。それも専門家の側の十分かどうかの判断ではなく、対象者が納得できる、判断できるという仕方で説明されることが必要と思われる。時にはわからなさを共有する作業にもなるかもしれないが、それもまた重要であろう。

そしてそうしたことは専門機関同士の連携、相互乗り入れが前提である。多くのことが実は専門家が意識した瞬間に始まることとも思われるのだが、日常の職務の中で皆が意識するとは限らないし、自分の殻の中の方が楽というのも事実である。日常的な連絡調整や情報交換、相

互研修などをきちんとシステム化してゆく必要があるだろう。

その意味では、相談や判定の重要なポストを非常勤でまかなっている札幌市の実態は大いに疑問である。数量化はしなかったが、アンケートでも相談職員の専門性の強化を要望するコメントがたくさん出されていたことを記しておく。

4.5 親同士の交流への援助を

障害児自身への療育はもちろん重要であるが、障害児保育の分析で見たように、親同士の交流ということが、療育効果のひとつのキーにもなりそうである。障害児の親同士の交流以上に親の社会関係の拡大であり、最終的には障害児を持っても親自身が自己実現を放棄しなくとも済む体制の整備ということになるのであろうが、とりあえずは、療育体制の中に親同士の交流への援助を業務や予算として位置づけることが望まれる。

4.6 障害児保育体制の吟味を

数だけから言えば札幌市の障害児保育は充実しているし、むしろそれが早期療育体制への必要性を包み込んでしまってきたとすら言われている。しかし実際にはあちこちで断られて救われるような思いでようやくひとつの園にたどりついた、園長から退園してもらいたい旨を遠回しに言われたといったコメントが少なからず見られた。内容的にはまだまだ安心できるものではない。また数の上で相当数を占める民間幼稚園で、他では引き受けてくれない重度の子を引き受けながら、補助制度の硬直性や不十分さもあって、十分な体制を組めないでいる様子も見受けられた。保育に欠ける要件で保育所には入れず、もよりの市立幼稚園にも受け入れてもらえない中で、民間幼稚園でようやく受け入れてもらえたという例が何ケースか見られたが、それを園と、実際には担任の頑張りだけに任せておいて良いのか、いずれにせよ障害児保育も自身の再検討の時期にきているのではないだろう

か。

5. 付記：札幌市の早期療育体制の現状

昨年の研究大会以降、札幌市の早期療育の状況は大きく進展し、この研究の目的としたところも一部は実現に向かいつつある。経過と現状を簡単にまとめる。

5.1 経過

93年11月28日、札幌市児童福祉総合センターが新設オープンした。この児童福祉総合センターは、従来の児童相談所、発達医療センター（旧札幌市母子訓練センター）、はるにれ学園（精神遅滞幼児通園施設）を同じ建物に併設し、さらにかしわ学園（精神遅滞幼児通園施設）、みかほ整肢園・ひまわり整肢園（肢体不自由幼児通園施設）を含め、構造的に統合したものである。そして児童福祉総合センター児童育成課が、従来障害福祉部、保育部が持っていた本庁の企画部門も受け持つ形となっている。

児童福祉総合センター建設にあたっての社会福祉審議会答申では、札幌市中心身障害児総合療育会議の設置をうたっている。そこでこの総合調整会議へ向けた第一歩として、94年1月25日、市内の相談、療育にかかわる機関すべてを網羅して、情報交換および療育にかかわる調整を行なう相談療育機関連絡調整会議の設立と2～3カ月に一度の定例化を決めた。

又4月には、はるにれ学園（精神遅滞幼児通園施設）開設にともなう発達遅滞幼児通園施設定員増もあり、別紙1のお知らせ《発達遅滞幼児の通園施設が充実しました…通園のお子さんを募集します》を作成し、保健所、福祉事務所等の関連機関に配布した。また特に保健所には通園施設対象児の紹介をお願いした。

2月25日には、第1回相談療育機関連絡調整会議を開催し、児童福祉総合センター内の諸施設の他、民間施設、無認可施設、市立病院静療院、札幌療育センター、保健衛生部、保健所代表、ことばの教室代表をも含めた形でスタートした。

その後4月26日に第2回、7月20日に第3回の調整会議を開催した。そしてさらに札幌市保育部（障害児保育）、札幌市教育委員会（幼児教育）を含めてきている。

5.2 現状と課題

別紙2《相談療育機関7月の扱い状況》を参照されたい。7月の時点で相談療育機関に2週に一度以上通ってきている乳幼児は529名である。また昨年の障害児保育の実績は、市立幼稚園181名、私立幼稚園135名、保育所143名の合計459名である。

静療院、クリスチヤンセンター、発達医療センター等、幼稚園、保育所と並行して通っている児童もいるため、900名程度が療育、保育を受けていると判断された。

2月の時点の相談療育機関連絡調整会議では、470名となっていた。7月時点で529名は、59名増である。2月時点は年度末であり、各機関とも最大の受け入れ状況と思われるが、7月の段階で既に2月を越えている。しかも、1才6カ月、3才児健診の精密検査で、指導の必要な子どもたちは今後さらに増えるものと思われる。

ここ数年のうちに発達相談室麦の子が認可施設となり、北海道クリスチヤンセンター家庭福祉相談室も小規模通園事業として位置づけされる見通しが得られ、これでいくらかの拡充が期待できる。また榆の会子どもクリニックの外来療育グループ開始の検討、札幌肢体不自由児療育センターでの自閉症児を主とした外来療育の昨年からの開始も、状況的にはタイムリーである。しかし各機関が満度に受け入れ、スムーズな連携が取れてもまだ十分とは言えない。

幼稚園、保育所で障害児保育を受けている親子にとって、幼稚園、保育所と併せて通う専門機関が必要である。そこで静療院、療育センター、発達医療センター等の外来療育、ことばの教室への通所等の流れを、もう少しどのレベルの子どもたちが通うのか検討し、障害児保育と専門機関の連携のシステムが必要である。

札幌市児童福祉総合センターからのお知らせ

発達遅滞幼児の通園施設が充実しました



……通園のお子さんを募集します……



言葉が出ない、運動面の遅れがある、発達が遅れている、人との関わりがとれない等、子どもの発達には色々な不安がつきものですが、早期からのかかわりは大変重要です。

札幌市は、発達の遅れのある子どもの早期からの育児相談と援助の体制を確立する努力をしていますが、このほど札幌市内の幼児の通園施設が大幅に充実しました。そこで、今年の四月にむけて、障害をもった幼児、あるいは障害の心配、発達の遅れのある幼児で通園施設希望者を下記の要領で募集します。



1. 対象幼児及び内容について

対象幼児

障害をもった幼児、言語や運動・知的な面など発達遅滞のある幼児
(肢体不自由児通園施設で訓練の必要な肢体不自由幼児を除きます。)

年 齢

1歳～就学前

原則として1～2歳児は母子通園 3歳児以上は単独通園

指導内容

遊びを主とした保育 食事・着脱・排泄のトレーニング
言語や発達の援助・指導 保護者への育児相談・援助



目 標

1歳～幼稚園・保育園就園前の子供を対象に、集団保育が可能なレベルまで遊びや身辺自立ができるように、指導します。



また、幼稚園・保育園就園年齢ではあるが、まだ集団保育に不安のあるお子さんも通園できます。

費 用

所得に応じた負担となります。

通園について

四月上～中旬からです。通園バスをご利用できます。



2. 通園施設の名称・場所

札幌市かしわ学園 定数40名 豊平区平岸5条15丁目1-6 ☎824-1981

札幌市はるにれ学園 定数30名 中央区北7条西26丁目2 ☎622-8650

社会福祉法人^い楡の会 定数30名 厚別区厚別町下野幌49 ☎898-3929
きらめきの里

通園区域があります



3. 申し込み先

札幌市児童相談所 中央区北7条西26丁目札幌市児童福祉総合センター内 ☎622-8630

詳細は、児童相談所もしくはそれぞれの通園施設へお問い合わせください。



別紙2 相談療育機関7月の扱い状況

| 療育機関名 | 住 所 | FAX | 対 象 児 | 通 園 内 容 | 0歳 | 1歳 | 2歳 | 3歳 | 4歳 | 5歳 | 計 | 総 計 | 備 考 | 費 用 | 食 事 他 | |
|----------|--|-------------|-----------------------------|--------------------------------------|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|-------|--|
| 発達遅滞幼児通園 | 札幌市かしの学園 〒140 062豊平区平岸5条1丁目1-5 ☎824-1981 | FAX824-1996 | 自閉・精神遅滞等 | 母子通園 単独通園 | 4 | 5 | 8 | 9 | 8 | - | 17 | 36 | 職員18時給 待機：母子6 | 税に応じた徴収金 | 昼食指導 | |
| 発達遅滞幼児通園 | 札幌市はるにれ学園 〒130 060中央区北7条西2丁目2 ☎622-8650 | FAX622-8701 | 自閉・精神遅滞等 | 母子通園 単独通園 | - | 6 | 6 | 10 | 2 | - | 12 | 30 | 満員 待機： 母子6単独2 | 同上 | 同上 | |
| 発達遅滞幼児通園 | 社会福祉法人輸入の会 きらめきの里 〒130 004厚別区厚別町下野幌4番地3 ☎898-3929 | FAX898-5109 | 自閉・精神遅滞等 | 母子通園 単独通園 | - | 5 | 5 | 13 | 4 | - | 10 | 30 | 満員 待機： 母子6単独2 | 同上 | 同上 | |
| 発達遅滞幼児通園 | 北海道クリスタルセンター 〒140 060北区北7条西6丁目2-13 北海道クリスタルセンター内 ☎746-6374 | FAX746-6374 | 自閉・精神遅滞・ 全般的発達遅滞児 | 週2回 週1回 週1並行通園 | - | - | 2 | 8 | - | - | 10 | 40 | 満員 3時給 待機：18時給 待機：母子6 2名(新規) | 月8500円 5000円 2500円 | 屋食指導 | |
| 発達遅滞幼児通園 | 発達相談室 妻の子 〒140 065東区北17条東1丁目2-3 ☎783-8851 | FAX781-5361 | 自閉・精神遅滞・ 全般的発達遅滞児 | 週4回 週1回(水) 週1並行通園 | - | - | 2 | 6 | 2 | - | 10 | 31 | 週2：18時給 週3：18時給 週4：18時給 | ¥28000円 5000円 2500円 | 屋食指導 | |
| 発達遅滞幼児通園 | こども未来館 〒140 005南区真駒内曙町3丁目2-10581 3934 ☎853-1801 | FAX853-1801 | 言語発達の遅れ | 週1日 | - | - | - | 1 | 5 | 4 | 10 | 15 | 無待機 | 月8000円 | | |
| 発達遅滞幼児通園 | ほろろ コアラ組 〒140 003白石区栄通り1丁目 ☎853-1801 | FAX853-1801 | 全般的発達遅滞 肢体不自由 | 週5～3回 | - | - | - | 2 | 3 | 3 | 8 | 8 | 満員 | ¥3000 ~2000円 | 屋食指導 | |
| 発達遅滞幼児通園 | 市立札幌病院 〒140 062豊平区平岸4条1丁目 ☎821-0303 | FAX821-0241 | 自閉症を中心に精 神障害・発達遅滞 | 週1回 週2回 | - | - | 5 | 11 | 18 | 27 | 61 | 72 | | | | |
| 発達遅滞幼児通園 | 木の会 〒140 004厚別区厚別町下野幌4番地3 ☎898-3929 | FAX898-5109 | 肢体不自由・自閉 症・全般的遅滞 | 外来療育 週1 | - | - | 6 | 4 | 6 | 15 | 31 | 31 | 週1を基本に 既開カ-7時給 | 週1 { 学齢 89 既開カ-7時給 | | |
| 発達遅滞幼児通園 | 道立札幌肢体不自由 児総合療育センター 〒140 006手稲区金山1条1丁目2-2 ☎682-1331 | FAX682-1331 | 肢体不自由・自閉 症・全般的遅滞 | 林講・園カ-7 時給・野良・7時給 | - | - | 2 | 3 | - | - | 5 | 5 | 毎週月曜日 | 他に母子入院・本入院 ・外来療育 | | |
| 発達遅滞幼児通園 | 札幌市 〒140 060中央区北7条西2丁目1 ☎622-8640 | FAX622-8702 | 肢体不自由を中心 とした発達遅滞児 | 外来療育 週1 外来療育 週1 母子入院(7時) | 12 | 20 | 7 | 6 | 14 | 9 | 68 | 86 | 診察数(6月) 初診 35 再診 667 {PT 275 OT 195 訓練総数(6時) ST 113 | 税に応じた徴収金 | 屋食指導 | |
| 発達遅滞幼児通園 | 札幌市みかば整肢 〒140 065東区北17条東5丁目 ☎731-5674 | FAX731-5673 | 肢体不自由児 | 毎日通園 母子通園 | - | 2 | 3 | 11 | 15 | 7 | 38 | 38 | | | | |
| 発達遅滞幼児通園 | 札幌市ひまわり整肢 〒140 062豊平区平岸5条1丁目1-6 ☎824-1922 | FAX824-1996 | 肢体不自由児 | 毎日通園 母子通園 | - | - | 2 | 6 | 13 | 8 | 29 | 29 | | | | |
| 発達遅滞幼児通園 | 社会福祉法人輸入の会 こもれび園 〒140 004厚別区厚別町下野幌4番地3 ☎898-3929 | FAX898-5109 | 肢体不自由児 | 毎日通園 母子・単独 | - | 3 | 8 | 12 | 3 | 4 | 31 | 32 | | | | |
| 発達遅滞幼児通園 | 札幌市児童相談所 〒140 060中央区北7条西2丁目1 ☎622-8630 | FAX622-8701 | 知的発達遅滞 精神遅滞・自閉症 ・発達遅滞 | ダウン症乳児 月曜グループ 火曜グループ 木曜グループ | 6 | 3 | 1 | 1 | - | - | 10 | 10 | 6月より1名 ループ増 3歳児3名参加：53 名になる。(発達遅滞 通園待機を含む) | 8月より、2歳児4名 3歳児3名参加：53 名になる。(発達遅滞 通園待機を含む) | | |
| 計 | | | | | 22 | 57 | 87 | 130 | 123 | 101 | 529 | 529 | | | | |

ともかく札幌の早期療育は整備されつつある。そこで発達に遅れや心配のある子どもすべてを見れる仕組みをどうつくるかが今後の課題である。現状ではぎりぎりの状況であり、今後どこをどのように拡充し、強化していったら良いのか、さらに検討が必要である。

参考文献

- 1、吉村信義他 特集 札幌における障害乳幼児療育を考える 北海道発達発達臨床研究第3巻 1号 1992 P.1~70
- 2、古塚孝他 札幌市の早期療育の現状と課題 北海道ノーマライゼーション研究 第5巻 1993 P69~86
- 3、相場幸子・古塚孝 早期療育システムをめぐる現状と親の希望 日本心理臨床学会第12回大会発表論文集 1993 P418~419

本研究は北海道ノーマライゼーション研究センターの援助に基づく調査をまとめたものである。共同研究者は以下のメンバーである。(所属は調査実施時)

相場幸子(北星学園大学) 伊藤克美(大谷地たかだ保育園) 太田清(札幌市立幌北小学校ことばの教室) 川守田京子(市立札幌病院静療院) 金内勝司(札幌市児童相談所) 後藤守(北海道教育大学札幌校) 佐藤光代(北海道クリスチャンセンター) 鈴木真知子(北海道立札幌療育センター) 扇子幸一(札幌大谷短期大学) 武市恵美子(札幌市立みかほ整肢園) 辰田収(札幌市児童相談所) 古塚孝(北海道大学) 三浦哲(北海道立心身障害者総合相談所)

第1分科会（一般演題）

1. 痙直型両麻痺児の知的発達の特徴……伊藤淳一、田中 肇、田崎 敏、長 和彦
2. 乳児期の発達に問題があった児の長期予後に関する調査報告
佐々木公男、平野精一、菅 和洋、津川 敏、佐久間和子、今村重孝、佐藤 章、田辺千絵
3. 新生児・乳幼児低酸素脳症のMRI所見と治療転帰
…………… 高橋義男、田辺千絵
4. 当院発達外来に関わる発達障害児の就学現況
—その問題点と期待…………… 兼子健児、木村 敏、中村志信、三河 誠
5. 幼児言語治療体制の調査検討報告…………… 島田美智子
6. 特殊教育と通級による指導…………… 神田英治
7. 学習障害をめぐる諸問題…………… 山本信義
8. まとめ
座長 氏家 武（楡の会子どもクリニック）
池田 寛（札幌市立幌北小学校）
記録 三野 綾（稚内市立中央小学校）

1 痙直型両麻痺児の知的発達の特徴 —就学前児童を対象とした検討—

（北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター
小児科）

伊藤淳一、田中肇、田崎卓見、長和彦

1、はじめに

近年、障害児も可能な限り健常児とともに社会生活をおくることが望ましいとされ、統合教育の重要性が指摘されている。実際に私たちの施設に通う肢体不自由児でも、以前より普通学級で教育を受ける機会が増えていると思われる。しかしながら、学校側の受け入れ体制は必ずしも十分とはいえ、就学後に運動面以外の様々な問題をきたした児童についても経験している。したがって、療育担当者は携わる児童の様々な発達状況について理解しておく必要がある。今回、私たちの肢体不自由児施設において療育を

行っている、痙直型両麻痺（以下両麻痺）児童の知的発達の特徴について検討したので、報告する。

2、対象と方法

平成2年からの3年間に私たちのセンターに母子入院をした児童のうち、小学校入学前の5、6歳の両麻痺児童76名を対象とした。知能検査として、WPPSI（Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence）を行った。さらに児童の移動状態によって、実用的な歩行で日常生活をおくる歩行群25名と非歩行群51名の2群に分けて、知的発達について比較した。

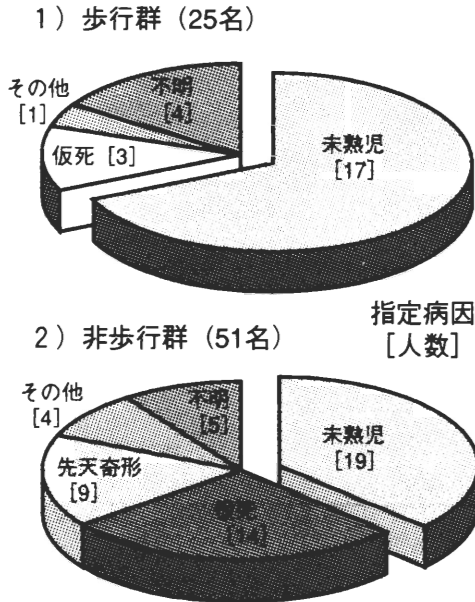
3、検討結果と考察

(1) 両麻痺の病因（図1）

歩行群25名のうち未熟児が17名（68%）と、その原因の過半数を占めていた。また非歩行群についても未熟児は51名のうち19名（37%）と

頻度は高いものの、他に成熟児仮死（14名、27%）、先天奇形（9名、18%）も原因疾患として多かった。

図1



(2) 知能検査ができた児童数と病因

歩行群では15名（60%）で言語性IQ、動作性IQが判定できた。15名の病因は、未熟児が10名、仮死1名、不明4名であった。非歩行群の児童では、言語性IQは12名（24%）が判定でき、そのうち9名が未熟児が原因の児童であった。動作性IQは7名（14%）が判定でき、うち4名が未熟児であった。また上肢機能の障害を伴い言語性検査だけができた児童が5名いたが、全例が未熟児であった（図2）。非歩行群の成熟児仮死と先天奇形が原因であった児童は、全員が知能指数の判定ができなかった。

言語性検査ができた児童数について注目すると、両麻痺児全体では肢体症状の軽い歩行群の方が、検査ができた児童が有意に多かった（ $P < 0.01$ 、 Z 検定）。ただし、原因が未熟児の児童だけの検討では、その傾向は認められなかった（ $P = 0.49$ 、 Z 検定）（図3）。

図2

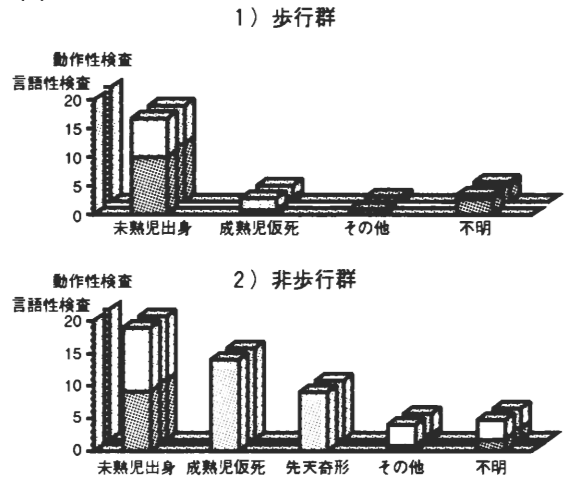
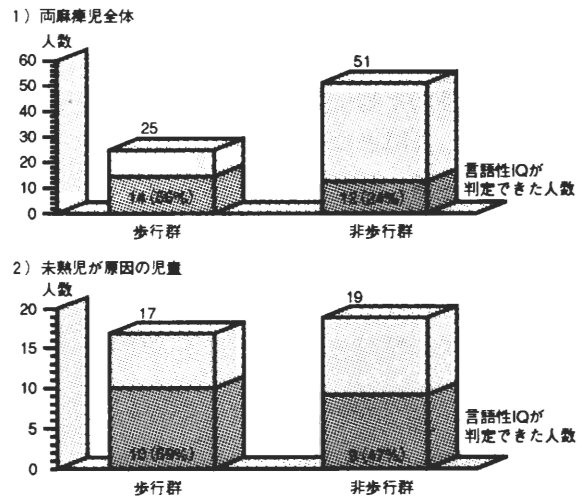
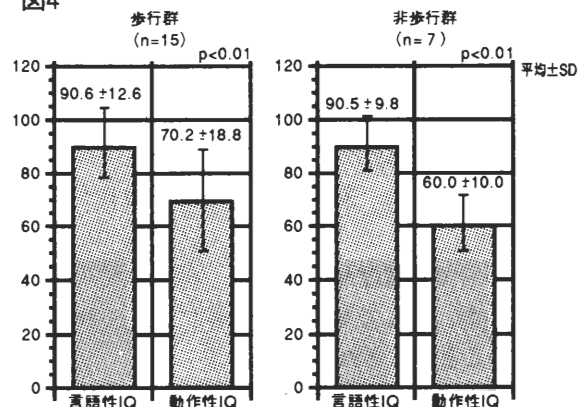


図3



(3) 言語性能力、動作性能力の比較（図4）

図4



歩行群15名の動作性IQ（平均 70.2±18.8 SD）は、言語性IQ（平均 90.6±12.6 SD）より有意に低かった（ $P<0.01$, t検定）。さらに10名では2つのIQの差が15以上あり、明らかな動作性能力の障害と判断された。非歩行群でも、すべての下位検査が施行できた7名について比較したが、動作性IQ（平均 60.0±10.0 SD）は言語性IQ（平均 90.5±9.8 SD）に比べて有意に低かった（ $P<0.01$, t検定）ただし、歩行群と非歩行群との間での比較では、言語性IQや動作性IQについて有意差は認められなかった。

これまでの検討から、脳性麻痺のなかでも未熟児が原因である児童については、他の原因の児童に比べ知的発達予後がよいこと、さらに下肢の症状が強く移動が困難であっても、高い言語性能力をもつ児童がいることが示された。ただし言語性IQと動作性IQの比較から、上肢機能には目立った障害のない歩行群でも過半数の児童については、明らかな動作性能力の障害が認められた。したがって、痙直型麻痺児童の知的発達を判断するには、単なる知能指数（IQ）だけでなく、言語性能力と動作性（非言語性）能力の知的発達のバランスについて注意する必要がある。

(4) 知的発達における視覚認知障害の関与

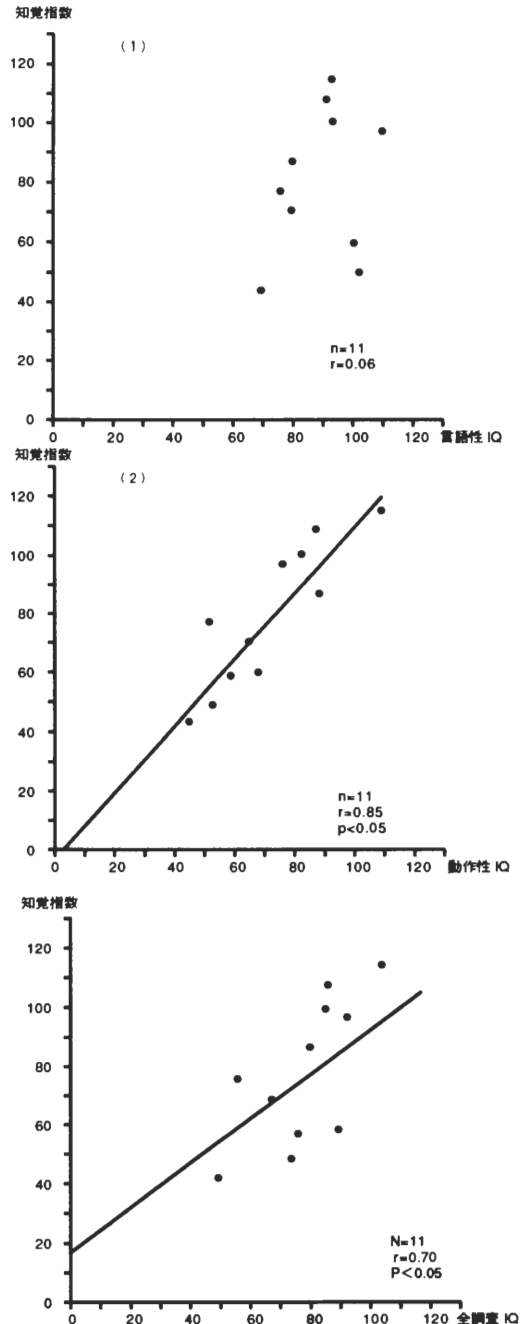
脳性麻痺には視覚認知の障害が合併することは古くから知られている¹⁾。私たちは視覚認知障害の知的発達への影響を知るために、歩行群の児童11名にWPPSIと同時にフロステイグ視覚発達検査を行い、WPPSIの結果と比較、検討を行った（図5）。視覚検査による知覚指数は、言語性IQとは相関はなく、動作性IQや全検査IQとは相関係数がそれぞれ 0.85、0.70と高い正の相関があった（動作性IQ、全検査IQとも $P<0.05$ ）。

したがって視覚認知の障害が、両麻痺児童の動作性能力、そして知的発達全体に大きく関与していることが示された。

豊富な語彙を持つ両麻痺児は、知的に問題な

いと判断されがちである。しかし、たとえば「大きい」という言葉を使っている、物の大小の比較や判断はできないというように、言葉とその認識のギャップがあった両麻痺児を経験している。おそらく認知障害のない児童であれば、

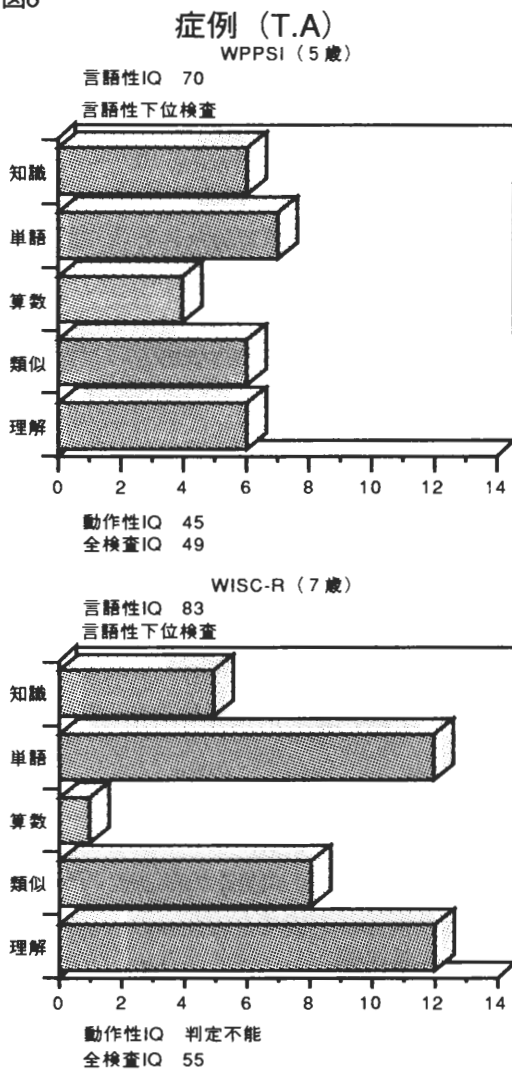
図5



日常生活において物を見ながら比較、判断して言葉に結びつけるのであろう。しかし視覚認知障害のある両麻痺児は、言葉と視覚的概念が結びつくのに時間がかかるか、結びつかないと考えられる。また幼少時期では、書くことや物を作ることなどの動作性能力は個人差も大きく、他の児童より下手であってもそれを障害と判断できないと思われる。しかし小学校の勉強は、長い文章を読む、字や絵を書く、数や図形の勉強などを通して知的発達が促されるために、知的発達の問題がより顕著化することも考えられる。

(5) 小学校入学後に学習上の問題をきたした男

図6



児例 (図6)。

T.A君は脳性麻痺の疑いで、1歳2カ月より私たちのセンターで療育を受けていた。3歳時には軽度の痙性歩行が認められたが、日常生活上は問題とならなかった。言語面では構音障害を認めるも、ほぼ年齢相当の発達と判断された。5歳時で知能指数は74 (境界領域)と判定された。WPPSIでは、言語性IQが70、動作性IQが45、全検査IQが49と、知的発達はアンバランスな状態であった。普通小学校に入学後、数の概念は習得されず (数は100以上ということができない、かけ算の九九はいえる) 書字障害も伴った (学校のテストは口答で行った) 状態となった。同時に、夜尿や登校をいやがるといった行動上の問題もきたし、学業を続けるのが困難となった。ただし7歳時のWISC-Rでは言語性IQは83で、下位検査でも単語、知識、理解の項目は評価点が高くなっていたが、算数は極端に低く動作性検査は判定不能となっていた。

粗大な神経学的異常のない学習障害児の過半数に、動作性能力の障害が認められるとの報告もあり²⁾、普通学級で教育を受ける両麻痺児についても、このような学習面の問題が起こりうることも注意する必要があるだろう。

(6) 未熟児が原因の両麻痺の運動障害、視覚認知障害の病態について

脳性麻痺の中樞神経系の病態は、原因疾患によって様々である。なかでも先天奇形や、重度の仮死に伴う低酸素性脳障害などは、神経系の形態や構築の広範な障害を伴い、重度の発達障害をきたすとされている。一方で、知的発達の予後のよい早産未熟児では、大脳の側脳室周囲が虚血に伴う白質軟化症が起こりやすい。その病変が中枢からの運動指令を伝える皮質脊髄路を巻き込むために、より下肢に強い麻痺をきたす (図7)。ただし大脳皮質は保たれているために、知的発達と運動症状との解離を認めることもある³⁾。

近年の頭部画像診断の進歩に伴い、視覚認知

の障害の病態についても検索が進んでいる。視覚情報は眼球から視神経、視索、視放線を経て、視覚中枢である後頭葉へと伝えられる。この経路で視放線は側脳室後角周囲を取り巻いているため、未熟児による白質軟化症の障害を受けやすい(図8)。小枝らは頭部PからMRI上の視索部分の断面積の検討⁴⁾から、私たちが側脳室後角部の断面積の検討⁵⁾から、視覚認知障害の病態について報告している。現在、私たちは、後頭葉の機能的な障害の可能性についても検討を

進めている⁶⁾。

4、 おわりに

近年の周産期医療の進歩に伴い周産期死亡率は大きく減少する一方で、生存可能となった特に早産未熟児群における後遺症の問題が危惧されている。両麻痺児童の療育においては、運動面のみならず知的発達の特異性についても目を向けて、その病態や指導方法について検討を続ける必要がある。

文献

1. 伊藤淳一、他：痙直型両麻痺児の知的発達と視覚認知障害、小児保健研究(掲載予定) 1994
2. 長和彦、他：学習障害児(LD児)の細分化とその臨床的特徴、安田生命社会事業団研究助成論文集 26; 85-93、1990
3. Volpe JJ. et al : Neurology of the new born, 2nd ed, WB Saunders, Philadelphia, 1987
4. 小枝達也、他：痙性両麻痺児の視覚認知障害とその病巣について、脳神経42 : 759-763、1990
5. 伊藤淳一、他：痙直型両麻痺児の視覚認知障害と側脳室後角部の拡大所見について、小児科学会雑誌(投稿中)
6. 田中肇、他：視覚認知障害を有する小児における図形反転視覚誘発電位所見、臨床脳波(投稿中)

図7

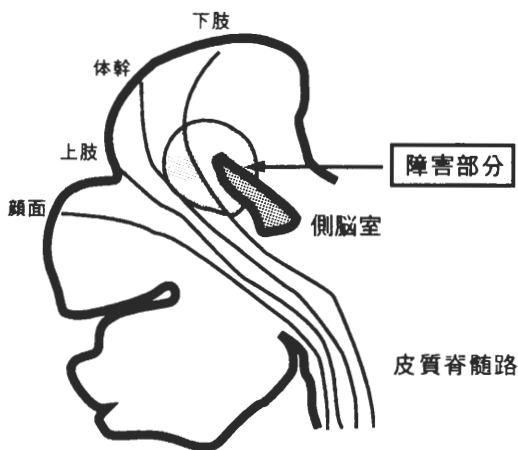
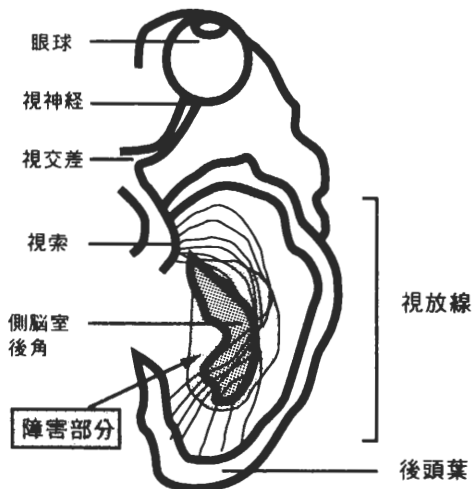


図8



図の表題と説明

図1 両麻痺の病因

歩行群、非歩行群とも未熟児が原因の児童が多かった。

図2 知能検査が施行できた児童数と病因(濃い色: 施行できた児童数) 検査が施行できた両麻痺児の多くは未熟児が原因であった。

図3 動作性IQが判定できた児童数(濃い色: 判定できた児童数)

未熟児が原因の両麻痺児童では、歩行群、非歩行群とも、約半数の児童で言語性IQが判定が

できた。

図4 言語性IQ、動作性IQの比較

歩行群、非歩行群においても、動作性IQは言語性IQより有意に低かった。

図5 各IQと視知覚発達検査の結果（知覚指数）との関連

知覚指数と言語性IQには相関がなかったが、動作性IQ、全検査IQとは高い相関が認められた。

図6 症例の知能検査結果

T.A.君の入学前のWPPSIと小学2年生時のWISC-Rの結果を示した。

図7 両麻痺の運動障害の病態（推定）(Volpera, 一部改)

未熟児に起きやすい側脳室周囲の白質軟化症により皮質脊髄路が傷害される。その解剖学的な位置関係から上肢より下肢の症状が起きやすい。

図8 視覚認知障害の病態（推定）

側脳室後角を取り巻く視放線は、側脳室周囲の白質軟化症による傷害を受けやすい。

② 乳児期の発達に問題のあった児の長期予後について

(道立札幌肢体不自由児総合療育センター)

佐々木公男・平野精一・田辺千絵・

菅和洋・津川敏・佐久間和子

(札幌市発達医療センター)

今村重孝

(道岩見沢保健所)

佐藤章

1、はじめに

乳児期に発達の遅れや何らかの異常を認めた児が学童期にどのような状況にあるかを把握することを目的として調査、検討を行ったので報告する。

障害児の早期発見・早期療育の必要性が叫ばれてから久しくなるが、北海道においてはそのシステム化へ向けて、昭和53年度より岩見沢保健所管内において脳性麻痺（以下CPと略す）等

早期発見・早期治療推進事業として乳児健診の他に二次検診（精密検診：以下、検診と略す）が行われてきた。この検診において経過観察されていた児が5歳以上の年齢に達した現在、どのような状況にあるかを把握することを目的として以下の調査を行った。

2、対象と方法

対象は昭和53年7月から昭和62年3月の間に岩見沢保健所管内で行われた検診において、異常、要経過観察あるいは要治療と診断された生後2～10ヵ月の乳児のうち1歳3ヵ月以降においても要経過観察として引き続き検診を受けたものあるいは他の医療機関に紹介されたものである。

現在の医学的状況について郵送によるアンケート調査を行った。アンケートの質問事項は主に選択肢を○で囲む方式で行い、就学状況、運動面および身体面の障害の有無、けいれんの有無、日常生活動作、学習、言語および行動面の問題、機能訓練施行の有無について質問した。調査用紙は対象となる298名の児童の各家庭に郵送した。

更に、アンケートに回答されたものについて、乳児期の検診記録を基に①初診時、経過観察終了時およびアンケート調査時の診断名の比較②運動発達遅滞または中枢性協調障害（ZKS）と診断された児の予後③境界児、精神発達遅滞（MR）児および脳性麻痺（CP）児の初診時の状況と主な危険因子について検討を行った。

3、結果

1、事前調査

岩見沢保健所管内において昭和53年より昭和61年までの期間の6ヵ月児を対象とする乳児健診受診者総数は10,410名で、そのうち検診受診者総数は656名で、6ヵ月健診受診者総数に対する検診受診者総数の割合は6.3%であった。検診受診者総数に対する今回の調査対象者数（アンケート発送分：298名）の割合は45.4%であった。

2、アンケート調査の結果

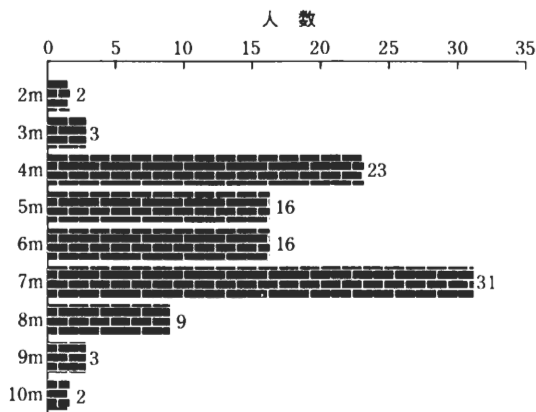
質問用紙が返送されたものは131名で回収率は44%であった。このうち初診時に既にダウン症候群、分娩麻痺、あるいは先天性心疾患など診断が確定しているもの（6名）および1歳以後の初診児（20名）を除外した残りの105名を対象として以下の検討を行った。

1) 調査時の年齢および男女別構成：

調査時現在の年齢は5～13歳で、平均は8.6歳であった。大半は学童期の児童であったが、小学校入学前の児童が18名と中学生以上の児が9名含まれていた。男女別では男児67名、女児38名で男女比は1.76：1と男児が多かった。

2) 初診時月齢：検診時の受診票を基に初診時月齢を調査した。7ヵ月の初診が最も多く、次いで4ヵ月が多かった（図1）。初診児の平均月齢は5.9カ月であった。

図1 初診時の月齢



3) 就学状況：普通学級へ通っているものは77名（90.6%）、特殊学級および養護学校へはそれぞれ4名（4.7%）であった。特殊学級の種類は精神遅滞の学級が2名で、肢体不自由の学級が1名であった。養護学校の種類は訪問が2名で、精神遅滞の養護学校が1名であった。

4) 運動面の障害：運動能力については、「運動は全く問題なくできる」ものは70名で、「運動は得意ではないが何とかできる」ものは27名で、両者を合わせると97名（92.4%）であった。「運

動はすべて苦手で下手」なものは6名、運動面で何らかの問題を抱えているものは8名（7.6%）であったが、重度の運動障害を持つものは1名と少なかった。

運動面の具体的問題点では、「手先が不器用」と答えたものは14名、「速く走れない」と答えたものは8名存在した（表1）。上肢の問題が比較的多かったが、下肢の障害も少なくなかった。

表1 運動面の問題*

| | 人数 |
|------------------|----|
| 手先が不器用 | 14 |
| 速く走れない | 8 |
| 動作時に不自然な手足の動きがある | 4 |
| 歩く格好がよくない | 4 |
| 階段昇降は手摺が必要 | 4 |
| 走るとつま先立ちになりやすい | 3 |
| ひとりで歩けない | 3 |
| ひとりで歩けるが転びやすい | 1 |
| その他 | 2 |

*重複回答あり

5) 身体面の障害：身体的症状では、「視力が悪い」ものが10名と最も多かった（表2）。

表2 身体面の症状*

| | 人数 |
|--------------|----|
| 視力が悪い | 10 |
| 脊柱変形 | 3 |
| けいれん | 3 |
| 外反扁平足 | 3 |
| 斜視 | 3 |
| 尖足またはアキレス腱短縮 | 3 |
| 股関節の開きが悪い | 2 |
| ゼロゼロしやすい | 2 |
| 緊張すると反り返る | 1 |

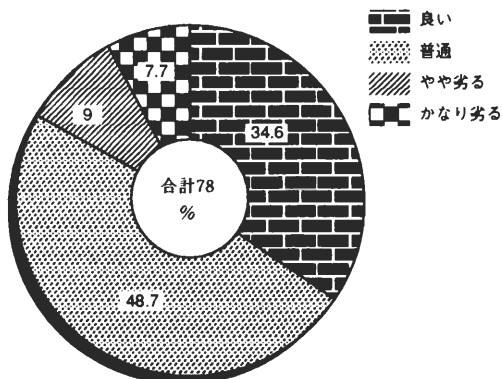
*重複回答あり

けいれんに関しては、けいれんを起こしたことのあるものは8名（10.4%）存在した。現在もコントロール不良のものは2名存在した。

6) 身の処置能力（ADL）：食事、更衣、トイレの自立度について調査した。食事の自立度が最も高く、98.0%で、更衣、トイレにおいても96%のものが自立していた。

7) 学習面の問題：就学前の児童の学習能力については、「他児と同等あるいはそれ以上の能力がある」と答えたものは16名で81.3%、「少し劣る」と答えたものは2名(12.5%)、「かなり劣る」と答えたものは1名(6.3%)であった。就学している児童の学校の成績については、「良い」と答えたものは78名中27名(34.6%)、「普通」と答えたものは38名(48.7%)で、両者を合わせると83.3%のものは普通以上の成績をとっていた。「やや劣る」は7名(9.0%)で、「かなり劣る」は6名(7.7%)であった(図2)。

図2 学校の成績



学習面の具体的な問題では、「問題なし」67名(72.0%)で、「計算の文章問題が弱い」、「計算問題が弱い」、「読解力が弱い」、「根気がない」、「集中力がない」などの問題が多く、何らかの問題をもつものは26名(28.0%)であった。

言語発達の問題では、「普通」と答えたものは85名(83.3%)で、「少し遅れている」9名(8.8%)、「かなり遅れている」2名(2.0%)、「言語理解は良いが、発音が不明瞭」5名(4.9%)、「ほとんど話せない」は3名で、何らかの問題をもつものは18名(17.6%)であった。軽度の言語発達遅滞と思われるものが多かったが、重度の言語発達遅滞ないし精神発達遅滞と考えられるものも少数ながら存在した。

行動面の問題では、「問題なし」84名(85.7%)で、「落ち着きがない」10名(10.2%)、「集団に入れない」3名(3.1%)、「攻撃的」2名(2.0%)で、何らかの問題をもつものは13名(13.3%)で

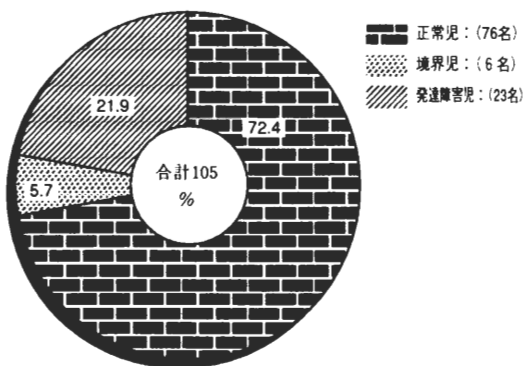
あった。

対人関係の問題では、「積極的に友達と良く遊べる」ものは77名(81.9%)、「一人で遊ぶことが多い」9名(9.6%)、「協調性がない」3名(3.2%)であった。対人関係では17.0%のものが何らかの問題を抱えていた。

8) 療育に関して：訓練指導を受けたことがないものは53.6%で、訓練指導を受けたことがあるものは46.4%であった。訓練を行ったもののうち終了できたものは33.0%で、現在も継続中のものは13.4%であった。訓練を開始した月齢は3ヵ月が最も早く、逆に最も遅いものは6歳7ヵ月で、平均は11.9ヵ月であった。訓練を行った期間については、訓練を終了し得たものでは0-6ヵ月の間に終了できたものが最も多く、9名存在し、0-18ヵ月の間に終了できたものは約70%に達した。訓練を施行した頻度については、「1-3回/日」と答えたものが多かった。主として行った訓練法については、ボイタ法が24名、ポバースアプローチが17名であった。主に継続して通った、あるいは通っている施設については、札幌療育センターが34名、通園施設が10名であった。

9) アンケート調査時の医学的状況：アンケート調査結果を基に発達障害の有無から「正常」、「境界(明らかに正常あるいは発達障害と判定し難いものあるいは微細脳障害症候群と思われるもの)」、または「発達障害」と判定を下した。「正常児」とされるものは76名(72.4%)、「境界児」とされるものは6名(5.7%)、「発達障害児」は23名(21.9%)であった(図3)。

図3 アンケート調査時の状況



3、診断名の推移 (表3)

検診時の受診表および医師の記録より初診時の診断名について検討した。「運動発達遅滞」または「ZKS」が最も多く両者を合わせると70名(66.7%)で、「正常」13名(12.4%)、「頭囲拡大」7名(6.7%)であった。

経過観察終了時診断名では、「正常」が58名(55.2%)で最も多く、次に「MR」および「言語発達遅滞」がそれぞれ11名(10.5%)となっていた。MR単独あるいはMRに他の疾患を合併するものの総数は18名で17.1%に達した。CP単独あるいはCPに他の疾患を合併するものの総数は9名で8.6%であった。

調査時の診断名では、「境界児」のなかでは言語発達遅滞疑が3名で、微細脳障害症候群(MBD)疑、学習障害およびclumsy childがそれぞれ1名であった。「発達障害児(23名)」のなかではMRが最も多く、MRのみのものは11名存在した。MRに他の疾患を合併するものは6名で、両者を合わせると17名(全発達障害児の73.9%)であった。CP(単独)は5名、CPに他の疾患を合併するものは4名で、両者を合わせると9名(全発達障害児の39.1%)であった。

表3 診断名の推移

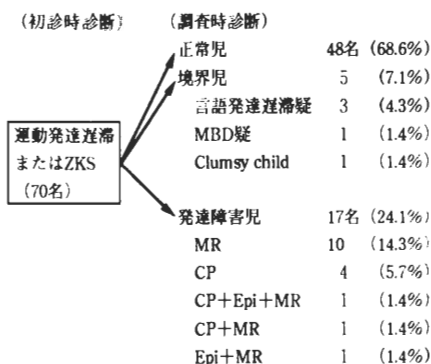
| 診断名 | 初診時 | 経過観察終了時 | 調査時 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|
| 正常 | 13 (12.4) | 58 (55.2) | 76 (72.4) |
| 運動発達遅滞またはZKS | 70 (66.7) | 2 (1.9) | |
| 頭囲拡大 | 7 (6.7) | | |
| 良性先天性筋緊張低下疑 | 2 (1.9) | | |
| 硬膜下水腫 | | 4 (3.8) | |
| #言語発達遅滞疑 | | 11 (10.5) | 3 (2.9) |
| #MBD疑 | | | 1 (1.0) |
| #学習障害 | | | 1 (1.0) |
| #Clumsy child | | | 1 (1.0) |
| MRまたはMMR | 2 (1.9) | 11 (10.5) | 11 (10.5) |
| MR+Epi | | 1 (1.0) | 1 (1.0) |
| MR+大動脈狭窄 | | 1 (1.0) | |
| MMR+Epi+脳梁欠損症 | | 1 (1.0) | 1 (1.0) |
| MMR+矢状口蓋裂+VSD | 1 (1.0) | 1 (1.0) | 1 (1.0) |
| CP | 4 (3.8) | 4 (3.8) | 5 (4.8) |
| CP+MR+Epi | | 2 (1.9) | 1 (1.0) |
| CP+MR | | 1 (1.0) | 2 (1.9) |
| CP+言語発達遅滞 | | 1 (1.0) | |
| CP+くも膜嚢胞 | | 1 (1.0) | 1 (1.0) |
| Epi | | 1 (1.0) | |
| その他 | 6 (5.7) | 5 (4.8) | |

#：境界児 ZKS：中枢性協調障害 MBD：微細脳障害症候群
MR：精神発達遅滞 MMR：精神運動発達遅滞 Epi：てんかん
VSD：心室中隔欠損症 CP：脳性麻痺

4、運動発達遅滞およびZKS児のその後の経過

初診時診断名で最も多く存在した運動発達遅滞またはZKS児(両者を合わせて70名)は、今回の調査では68.6%が正常児となり、境界児となったものは7.1%で、そのなかでは言語発達遅滞疑が3名と最も多かった 発達障害児は24.3%、MR(他の疾患との合併も含めて)となったものは13名(18.6%)、CP(他の疾患との合併も含めて)となったものは6名(8.6%)であった(図4)。

図4 運動発達遅滞児およびZKS児の追跡結果



ZKS：中枢性協調障害 MR：精神発達遅滞 MBD：微細脳障害症候群
CP：脳性麻痺 Epi：てんかん

5、境界児、MR児およびCP児の初診時の状況 および運動発達の経過

初診時月齢は境界児、MR児ともに3-7カ月で、CP児では3-8カ月であったが、この三者間で大きな差はみられなかった。境界児（6名）のなかで言語発達遅滞疑の初診時診断名は3名とも運動発達遅滞であった。初診時に運動発達遅滞またはZKSと診断されたものは5名（83.3%）存在したが、運動発達は経過観察中に5名中4名が正常となった。境界児で独歩開始時期の遅れを認めたものは2名で、言語発達遅滞疑およびclumsy childが含まれていた。Clumsy childの初診時診断名はZKS疑で、学習障害の1名は初診時「正常」と診断されていた。

発達障害児（23名）は全例、MR+（ α ）あるいはCP+（ α ）として分類可能であった。MR児（17名）は初診時には多くのものが、運動発達遅滞（9名）と診断されていたが、ZKSと診断されていたものも存在した。独歩開始時期は17名中15名で遅れていた。

CP児（9名）では初診時診断名はZKSが最も多く、5名（55.6%）、次いでCP（疑いも含めて）および運動発達遅滞がそれぞれ2名（22.2%）であった。全例に独歩開始時期の遅れを認めた。

6、危険因子

表4 主な危険因子とその頻度

| | | |
|----------|-----------|----------------|
| 正常児（76名） | ① 妊娠中毒症 | 5 / 76 (6.6%) |
| | ① 切迫流（早）産 | 5 / 76 (6.6%) |
| | ③ 帝王切開 | 4 / 76 (5.2%) |
| 境界児（6名） | ① 仮死 | 1 / 6 (16.7%) |
| | ① 帝王切開 | 1 / 6 (16.7%) |
| | ① 骨盤位分娩 | 1 / 6 (16.7%) |
| | ① 黄疸（重症） | 1 / 6 (16.7%) |
| MR児（17名） | ① 妊娠中毒症 | 2 / 17 (11.8%) |
| | ① 前（早）期破水 | 2 / 17 (11.8%) |
| CP児（9名） | ① 妊娠中毒症 | 3 / 9 (27.3%) |
| | ② 切迫流（早）産 | 2 / 9 (22.2%) |
| | ② 仮死 | 2 / 9 (22.2%) |
| | ② 前（早）期破水 | 2 / 9 (22.2%) |
| | ② 臍帯巻絡 | 2 / 9 (22.2%) |

MR：精神発達遅滞 CP：脳性麻痺

周産期の主な危険因子について正常児、境界児、MR児およびCP児において比較検討した（表4）。正常児では他の三者に比較して危険因子をもつ頻度は低かった。危険因子を2つ以上もつものは正常児で5.7%、境界児で16.7%、MR児で5.9%、CP児で66.7%にみられ、CP児において危険因子の重複するものの割合が特に高かった。しかし、境界児、MR児およびCP児で特定の危険因子の割合が特に高いという傾向は得られなかった。

4、考察

今回の調査結果より、精神発達上の問題を抱えるものの方が身体的問題を抱えるものより多いことが確かめられたが、具体的な問題としては計算能力や文章の読解力に欠けるもの、集中力や根気に欠けるもの、少し言葉の発達が遅れているもの、落ち着きがないものが多かった。

乳児期に何らかの問題を抱えていた児が学童期以降には7割強のものは正常化し、明かな発達障害を残したものは2割強であった。初診時診断名、経過観察終了時診断名およびアンケート調査時診断名の三者を比較検討してみると、初診時は運動発達遅滞とZKSで多数を占めていたものが、経過観察終了時にはそれらの多くのものが正常となり一部のもののみMR、言語発達遅滞ないしCPとなる傾向が認められた。アンケート調査時診断名になると正常児が更に増え、経過観察終了時に言語発達遅滞や硬膜下水腫あるいは運動発達遅滞と診断されていたものの大部分が正常化した。萩尾ら¹⁾は乳児期に運動発達上の問題を有したものは3歳以後80%近くが精神発達上順調に発達していると述べている。一方、林ら²⁾は正常化したと判断されたZKS児の6歳時発達を検討した結果、直接健診では40%が要指導児であったと述べている。今回の調査における対象児は一度スクリーニングにかかった児の集団であり、一般の母集団に比して発達障害児の割合が高いのは当然であるが、正常化するものも決して少なくはないと言えるのではないだろうか。

初診時の受診票では、ボイタの姿勢反応に異常を認めるか、明らかな筋緊張の異常を伴っているものに対してZKSの診断が下されていたが、初診時の診断においてZKSと運動発達遅滞との区別は厳密にはされていないと判断されたため、今回の検討ではこの両者は一つのグループとして扱った。ZKSからCPとなる危険率がしばしば問題にされている。今回の調査結果ではZKSまたは運動発達遅滞と診断されたものが、後にCP+(α)となったものは8.6%であったが、ZKSの重症度（即ち微軽症や軽症のZKSを含めるか否か）によってこの数値は大きく変わるため評価は慎重でなければならない。ZKSまたは運動発達遅滞児から、後に発達障害を残したものではMRはCPのほぼ2倍存在した。即ち、ZKSまたは運動発達遅滞児では従来より、CPへの移行が問題視されてきたが、MRとなるものの方がCPとなるものより多い事を念頭において経過を診る必要があると思われた。

危険因子に関しては、落合ら³⁾はCP児における危険因子は仮死、低出生体重および妊娠中毒症が高率であったと述べている。今回の検索ではCP児で仮死や低出生体重が意外と少なかったが、未熟児で仮死を伴うような重症な場合は最初から医療機関とのつながりが深いため検診を受けなかったケースが存在するためと思われた。

今回の対象児は、現在学童期にあるものが多かったが、障害児および境界児が今後進学、就職と社会参加していく過程で、医学的および社会的に新たな問題が浮かび上がってくることも十分考えられる。彼らの10年先、20年先を見通し、対策を講じるためにも今後とも長期に渡った追跡調査が必要になると思われる。

最後に、アンケート調査の対象児の名簿作成および資料提供にあたり北海道岩見沢保健所予防課普及係の方々、保健婦の皆様には多大なご協力をいただき、また、名簿の照会にあたり、岩見沢市、三笠市、栗沢町、月形町、北村の各市町村のご協力をいただき深謝致します。なお、

この研究は北海道ノーマライゼーション研究センター調査研究費の助成を受けて行われた。

文献

- 1) 萩尾藤江、山地岑代、川原三記子、中島誠：運動発達遅滞児の乳幼児期の精神発達について（第2報） 小児保健研究 49（2）：187、1990
- 2) 林 律子、野村忠雄：中枢性協調障害児の発達評価 — 訓練後正常化と判断された6歳時点を中心として — 小児保健研究 49（6）：624-628、1990
- 3) 落合幸勝、甘楽重信：療育を実施したリスク児の縦断的研究 東京都立北療育センター臨床研究業績集（昭和60-61年度）p117-122、1988

③ なんとかしようぜ障害児

一知能、運動障害児における低酸素脳症の
関与とMRI所見、治療方針一

(北海道立小児総合保健センター)

脳神経外科 高橋 義男

(北海道立札幌総合療育センター)

小児科 田辺 千絵

はじめに

障害児の主体である運動障害(≡脳性麻痺)、
知能障害の主因は低酸素脳症(Hypoxic ischemic
encephalopathy, HIE)である¹⁾。

周産期～乳児期の神経は未熟であるため、
その時期でのHIEは脳の髄鞘化に影響を与え、
大脳に損傷、形成障害を生じる。著者らは新生児期
～幼児期における軽～重症HIEの影響をMRIを主
として報告する。また、脳保護を目的とした急
性期大量バルビタール療法(High dose barbiturate
therapy, HBT)を中～重症HIE例に行ったので
そのMRI所見、治療転帰からHBTの有効性につ
いても検討する。

1. 対象と研究方法

1) 過去10年間に経験した、保存的ないしはグリ
セオール、ステロイドなどで治療した新生児
HIE(バルビタール非使用例、HBT(-))108例の
慢性期MRI所見と発症3～6年転帰を検討した。

2) 新生児中～重症HIE133例をHBT(-)61例、
HBT(+)72例にわけ、各々の治療転帰からHBT
の効果を検討した。

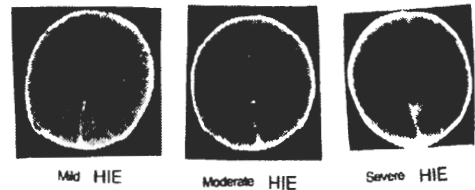
3) 乳幼児中～重症HIE52例の慢性期MRI所見と
発症2～4年転帰及びHBTの治療効果を検討した。

尚、HIEの定義^{3), 4)}は、新生児HIE:周産期に
中～重症の仮死、無呼吸などHIEになりうる現病
歴をもち、入院時CT所見でHIEの所見を認めた
もの。乳幼児HIE:痙攣重積、呼吸不全などの
HIEになりうる現病歴をもち、かつ入院時意義レ
ベルが傾眠～昏睡のもの(Japan Coma Scale,
GCS 30以上)で、入院後CTでHIEの所見を認
めたものとした。

CT上の重症度(Fig 1)^{3), 4)}は、軽症HIE:脳

室圧排所見がなく、脳動脈境界域の低吸収が強
いもの。中等症HIE:大脳全体が低吸収であるが
脳室圧排所見を認めないもの。重症HIE:大脳全
体が低吸収でかつ脳室圧排が明らかなものとし
た。また、HBTはThiamylalないしはPheno-
barbitalで行った^{3), 4)}

Fig 1: 新生児低酸素脳症のCT上重症度分類



左: 軽症低酸素脳症 中: 中等度低酸素脳症
右: 重症低酸素脳症

2. 結果

1) 新生児HIEの慢性期MRI所見と転帰

1才以降にMRIを施行し得た108例を出生体重
から2500g未満の未熟児とそれ以上の成熟児に
わけ、更にHIE軽症(未熟児32例、成熟児15例)
HIE中～重症(未熟児15例、成熟児22例)にわけ
検討した。

1 治療転帰

発達指数DQ(Fig 2)は未熟児において軽症
HIE 70.3 ± 29.3 、中～重症HIE 46.3 ± 27.6 と明らか
に有意($P < 0.001$)に軽症のDQは良好で、成熟
児では軽症 58.5 ± 34.6 、中～重症 33.4 ± 23.6 と比較
的有意($P < 0.05$)に軽症例の転帰は良好であ
った。運動障害(Fig 3)は未熟児ではその発生は
HIEの重症度に差なく認められ³⁾、軽症では91%、
中～重症では97%にみられた。

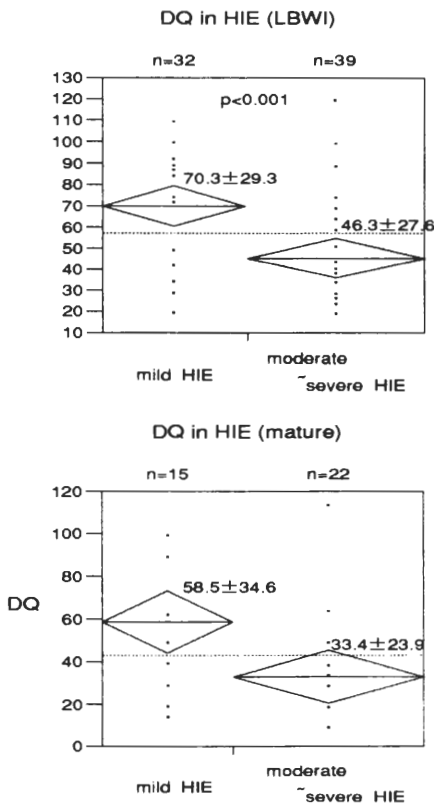
その運動障害の内容からみると中～重症では有
意に四肢痙性麻痺が多い。

成熟児でも同様に軽症80%、中～重症91%と
差なくみられ、内容的には軽症では両麻痺が多
く、中～重症では、極めて有意に四肢痙性麻痺
が多い。

てんかんの出現率(Fig 4)は、未熟児、成熟
児に関係なく、また重症度にも関係なく、未熟
児32%、36%、成熟児47%、55%に認めた。し
かし、West症候群は、軽症な成熟児にのみ有意

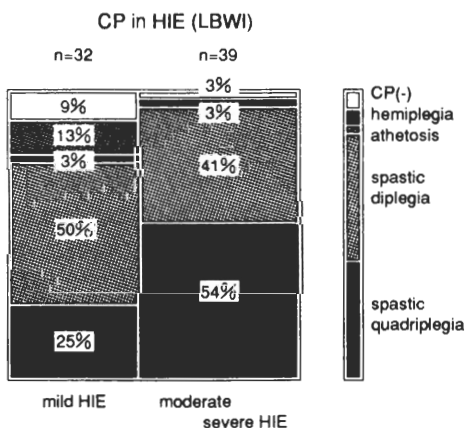
に13%と高値に認めた。

Fig 2：低酸素脳症児の発症後3～6年、発達指数（DQ）

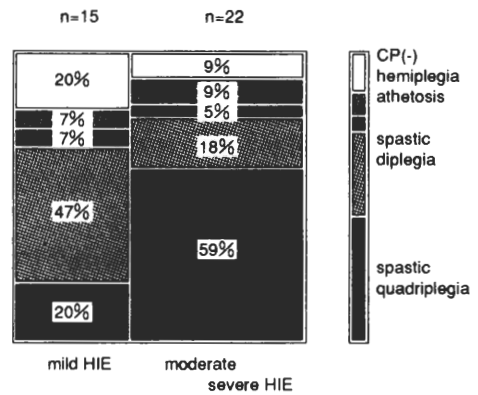


mild HIE：軽症低酸素脳症、moderate～severe HIE：中～重症低酸素脳症、LBWI：未熟児、mature：成熟児

Fig 3：低酸素脳症児の発症後3～6年、運動障害

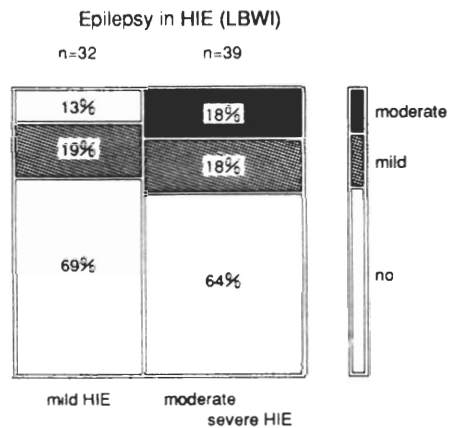


CP in HIE (mature)

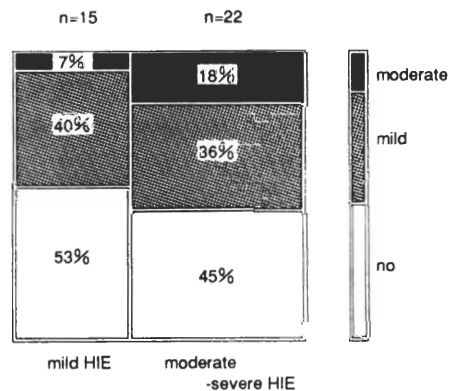


CP (-)：正常、hemiplegia：片麻痺、athetosis：アテトーゼ、spastic diplegia：痙性両麻痺、spastic quadriplegia：痙性四肢麻痺

Fig 4：低酸素脳症児のてんかん出現率



Epilepsy in HIE (mature)



no：なし、mild：軽症、moderate：中等度～難治性

2 MRI所見

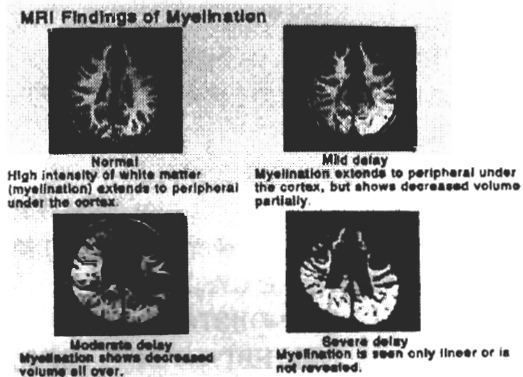
新生児HIEで主に問題となるのは髄鞘の発達 (myelination) と脳内損傷である。髄鞘発達は、極めて不良のものから正常のものまで、4段階にわかれた (Fig 5)。未熟児では、軽症HIEの髄鞘発達は有意に良好で、成熟児、中～重症HIEの髄鞘化は極めて有意に悪い (Fig 6)。

前大脳動脈、中大脳動脈、後大脳動脈境界域の低酸素による損傷 (Fig 7) は未熟児、成熟児に差はなく、中、後大脳動脈境界域は重症度にも関係なく、前～中で約40%に、中～後で約50%に損傷を認めた。

脳室周囲の虚血巣 (Fig 8) は、極めて有意に未熟児に多く、重症度に関係なく、約85%に認められた。一方、成熟児はわずか28%～46%にしか認めず、とりわけ成熟児、中～重症例は28%にしか認めなかった (Fig9)。

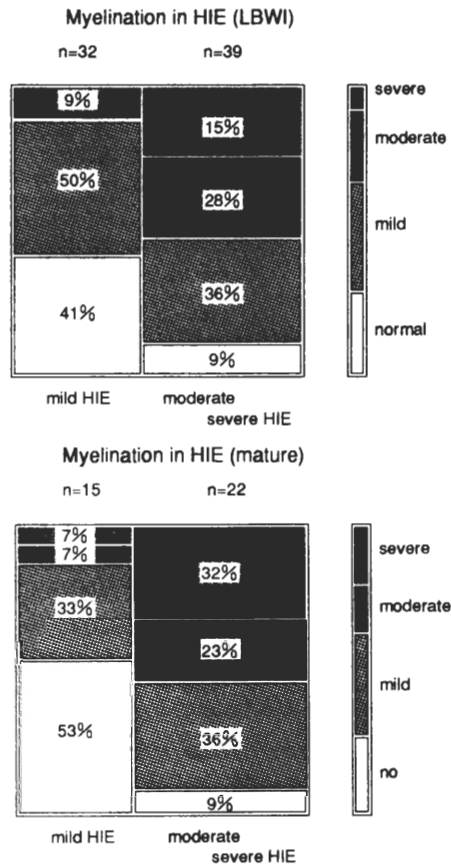
その他、白質、灰白質の軟化を示すencephaloleukomalasiaは成熟児、中～重症例にのみ23%にみられ (Fig10)、脳梗塞も成熟児、中～重症例に32%に有意にみられた (Fig11)。

Fig 5 : MRIからみた髄鞘形成



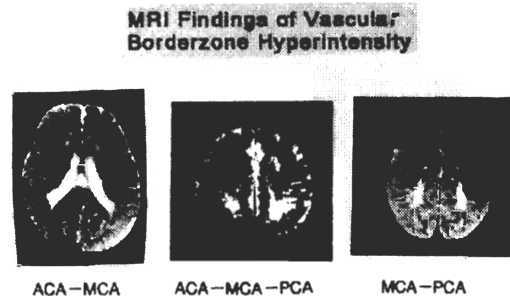
正常 やや不良
不良 極めて不良

Fig 6 : 髄鞘発達障害



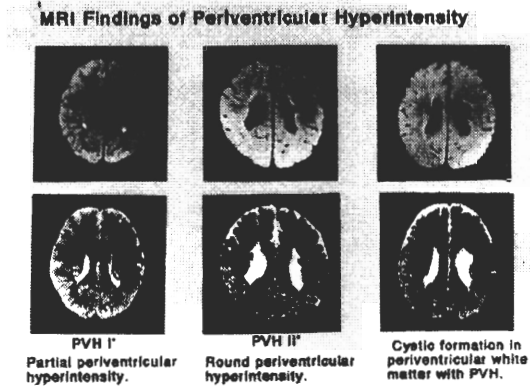
LBWI : 未熟児、mature : 成熟児、no : 正常、mild : やや不良、moderate、不良、severe : 極めて不良

Fig 7 : 大脳動脈境界域虚血巣 (MRI)



左 : 前～中大脳動脈境界域
中 : 前～中～後大脳動脈境界域
右 : 中～後大脳動脈境界域

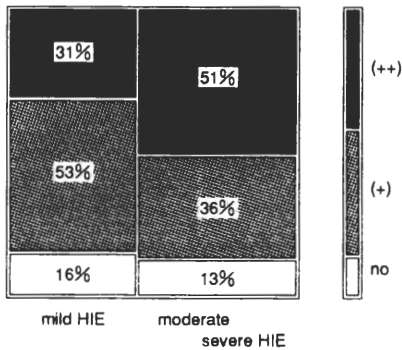
Fig 8 : 脳室周囲虚血巣 (MRI)



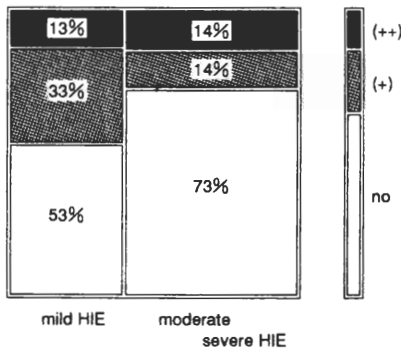
左：脳室周囲一部 中：脳室周囲全周 右：脳室壁のう胞形成

Fig 9 : 脳室周囲虚血巣

Periventricular Hyperintensity (PVH) in HIE (LBWI)
n=32 n=39



Periventricular Hyperintensity (PVH) in HIE (mature)
n=15 n=22



no : 正常、(+) : 一部、(++) : 全周

Fig 10 : 白質、灰白質の脳軟化、変性 (MRI)

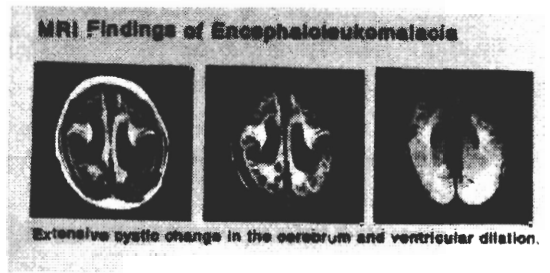
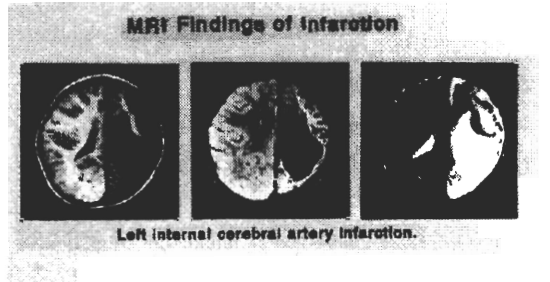


Fig 11 : 左内頸動脈梗塞? (MRI)



3 小括

新生児HIEは程度の差こそあれ、何らかの障害を残した。より重症なHIEであれば、より重篤な後遺症を残した。

新生児HIEは出生体重(在胎週数)により損傷部位、後遺症の違いを認め、成熟児中～重症HIEが最も重篤な後遺症を残した。未熟児では脳室周囲、白質の虚血巣が主病変で両麻痺が多く、成熟児では大脳全体の病変、つまり、髄鞘形成不全、leukomalasia、脳梗塞様所見が多く、知能障害、四肢痙性麻痺を主とした。

2) 新生児中～重症HIEへのHBTの治療効果

未熟児HBT (-) 39例、HBT (+) 24例、成熟児HBT (-) 22例、HBT (+) 44例にわけ検討した。

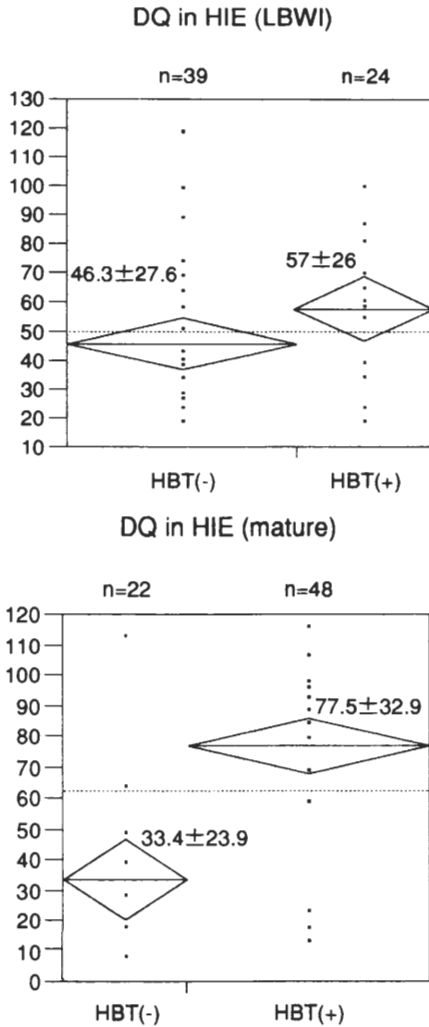
① 治療転帰

DQ (Fig 12) : 未熟児ではHBT (-) 46.3±27.6に対しHBT (+) 57±26とややHBT (+) のDQ転帰は良好であった。成熟児ではHBT (-) 33.4±23.9に対しHBT (+) は77.5±32.9と極めて有意にHBT (+) の治療転帰は良好であった。

運動障害 (Fig 13) は、未熟児HBT (-) 97%に対し、HBT (+) は67%、成熟児HBT (-) 91%に対し、HBT (+) 33%と未熟児では有意に、成

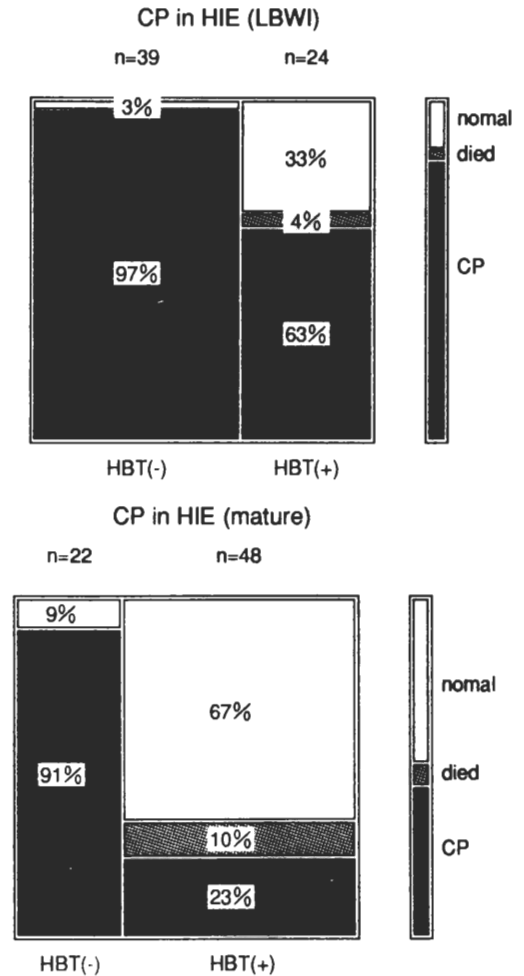
熟児では明らかに有意にHBT (+) の運動障害に対する治療転帰は良好であった。

Fig 12：新生児中～重症低酸素脳症児の発達指数 (DQ) と治療



HBT (-) : 非バルビタール療法、HBT (+) : バルビタール療法

Fig 13：新生児中～重症低酸素脳症児の運動障害と治療



てんかんでは未熟児HBT (-) 36%、HBT (+) 44%と明らかな差はなく、成熟児ではHBT (-) 55%、HBT (+) 16%と有意にHBT (+) はてんかんの発生が少ない。しかし、Westでは未熟児HBT (-) 8%、HBT (+) 35%とHBT (-) が有意に発症が少なかった。成熟児では5%、12%と未熟児同様これもHBT (+) にやや多い傾向を認めたがあきらかではなかった。

② MRI所見

髄鞘の発達 (Fig 14) : 未熟児ではHBT (-) は、正常発達21%なのに対しHBT (+) は42%と有意に髄鞘発達は良好で、成熟児ではHBT (-) 9%に対し、HBT (+) 60%と極めて有意にHBT (+) の髄鞘発達は良好であった。

Fig 14：新生児中～重症低酸素脳症児の髄鞘発達と治療

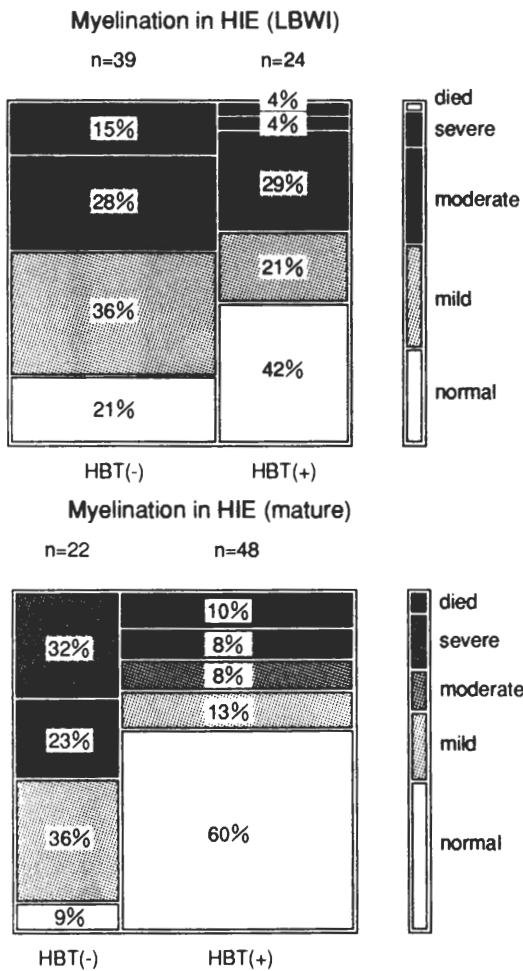
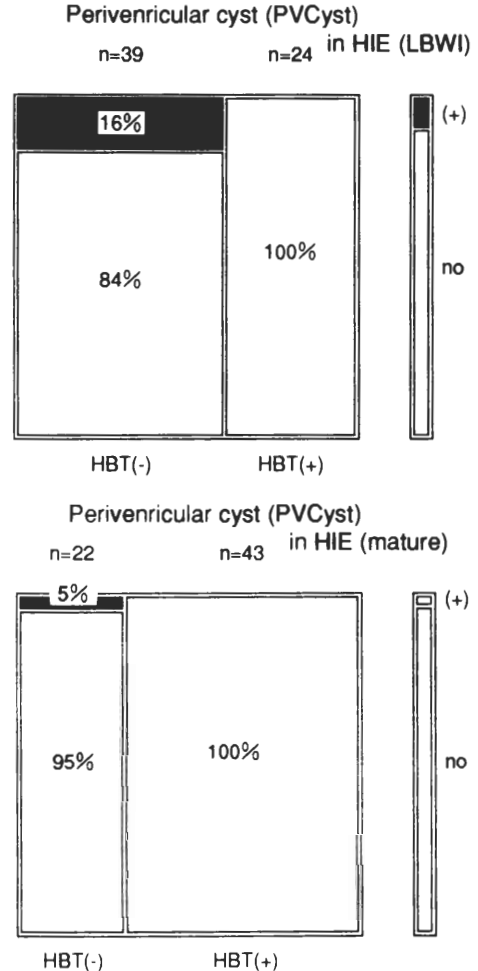


Fig 15：新生児中～重症低酸素脳症児の脳室周囲虚血巣と治療



動脈境界域の虚血巣は、未熟児では治療法でHBT (+) にやや虚血巣が少なく、成熟児では中～後脳動脈境界域に差は乏しいが、前～中大脳動脈領域は極めて有意に、HBT (+) では虚血巣が少なかった。

脳室周囲の白質内虚血巣は、未熟児ではHBT (-) 87%、HBT (+) 57%と明らかに有意に、成熟児ではHBT (-) 28%、HBT (+) 4%と、有意にHBT (+) では虚血巣が少なかった (Fig15)。

Encephaloleukomalasiaは成熟児でHBT (-) 23%に対し、HBT (+) 7%と有意に少なく、脳梗塞も成熟児HBT (-) 32%に対し、HBT (+) 5%と有意にHBT (+) においてその発生は少なかった。

③ 小括

新生児、中～重症HIEへのHBTの効果は、HBT非使用例に比し、急性期死亡を減少させるとともに、生存例の治療を有意に改善するものと考えられた。

特に成熟児では、HIEによる虚血巣の抑制、浮腫などによる2次的な脳損傷を阻止し、髄鞘形成への影響を減少させ、結果として知能、運動障害を減少させると考えられた。

3 乳幼児中～重症HIEの慢性期MRI所見と転帰及びそれらに対するHBTの治療効果対象は、外傷後の痙攣重積などで生じた52例（平均年齢24.3±29.1ヶ月）で、治療法からHBT (-) 37例、HBT (+) 15例にわけ検討した (Table 1)。

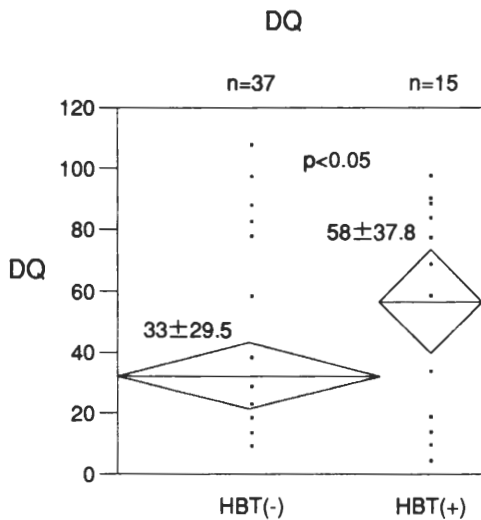
Table 1: 乳幼児中～重症低酸素脳症児の内訳

| 発症原因 | 非HBT (37例) | HBT (15例) |
|-------------|------------|-----------|
| 頭部外傷 | 6例 (16%) | 7例 (47%) |
| 呼吸、循環不全 | 8例 (22%) | 2例 (13%) |
| 痙攣重積 | 4例 (11%) | 3例 (20%) |
| 脳炎、脳症 | 7例 (19%) | 0例 (0%) |
| ライ症候群疑い | 4例 (11%) | 0例 (0%) |
| 突然死症候群? | 3例 (8%) | 1例 (7%) |
| 特発性脳梗塞 | 2例 (5%) | 2例 (13%) |
| V・K欠乏症硬膜下血腫 | 1例 (3%) | 0例 (0%) |
| 高血圧 | 1例 (3%) | 0例 (0%) |
| 脳動静脈奇形破裂 | 1例 (3%) | 0例 (0%) |

① 治療転帰

DQは、HBT (-) 33±29.5に対し、HBT (+) 58±37.8と有意にHBT (+) の治療転帰は良好であった (Fig 16)。

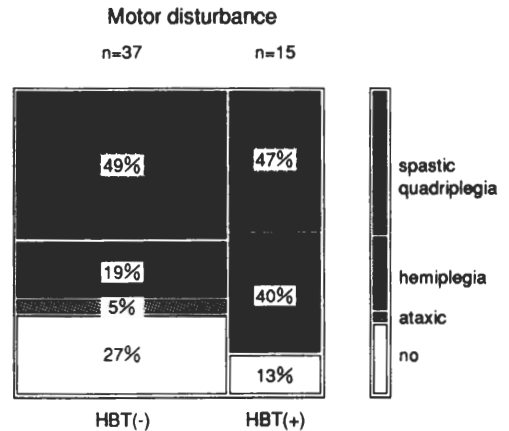
Fig 16: 乳幼児中～重症低酸素脳症の2～4年後発達指数 (DQ) と治療



運動障害を認めなかったのは、HBT (-) 27% に対し、HBT (+) 13%と有意差はない (Fig 17)。

しかし、HBT (-) がむしろ運動障害が少ない傾向であった。てんかんはHBT (-) 49%、HBT (+) 27%に認め、HBT (+) に少ない傾向を認めた。

Fig 17: 乳幼児中～重症低酸素脳症の運動障害と治療

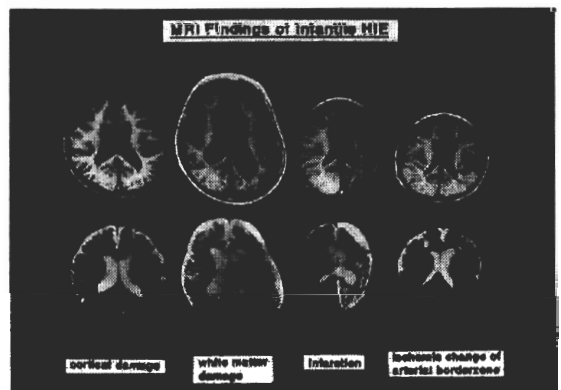


② MRI所見

髄鞘形成障害は、HBT (-) 70%、HBT (+) 60%で有意差は認めない。

新生児に比し、乳幼児中～重症HIEのMRI所見で特徴的であったのは大脳皮質の損傷で (Fig 18)、HBT (-) 81%、HBT (+) 73%と治療法に関係なく認めた。

Fig 18: 乳幼児中～重症低酸素出症の慢性期MRI所見



皮質損傷/白質損傷/梗塞/境界域虚血

前～中大脳動脈境界域の虚血巣はHBT (-) 30%、HBT (+) 33%に認め、差はなく、中～後大脳動脈境界域は、HBT (-) 51%、HBT (+) 33%とややHBT (+) に少なかった。

大脳全体の所見である、encephaloleukomalasiaはHBT (-) の8%に認め、梗塞はHBT (-) 51%、HBT (+) 53%、水頭症様脳室拡大はHBT (-) 86%、HBT (+) 67%と治療法に差はなく認められた。乳幼児中～重症HIEは新生児HIEに比し、梗塞様所見、脳室拡大所見が有意に多く認められた。

③ 小括

乳幼児中～重症HIEでは、脳室周囲病変、損傷を認めることがなく、大脳病変が主体であり、知能障害、四肢痙性麻痺が特徴的な後遺症であった。乳幼児中～重症HIEではMRI上、新生児HIEに比し、大脳皮質の損傷が特徴的であり、梗塞様所見、脳室拡大も新生児HIEに比し、有意に認めた。HBTの効果は新生児ほど有意に有効とは認められなかった。しかし、DQのみHBT (+) が有意に有効で、知能障害を軽減しえと考えられた。

3. 考 察

小児に運動障害、知能障害を生じさせる主な原因は低酸素脳症 (HIE)、脳虚血である^{1), 2)}。逆に、この原因を予防、阻止するとにより障害児は激減するといえる。

しかし、新生児、産科医療の進歩にもかかわらず、HIEの発生は減少していない⁵⁾。そうであるが故に、実際的には、発生してしまった場合の治療法も重要視されるべきである。その方針としては、①HIEを早期に発見する ②脳浮腫など2次的脳損傷の抑制及び脳保護 ③慢性期における能力引き出しなどに大きくわかれる。これらの方針を行うには以下の問題点の考慮が必要である。

つまり、なぜ新生児、乳幼児HIEの発見、初期治療が遅れるのか、なぜ軽症HIEと思われた患児が大きな障害を残すか、なぜ重症なのに生きてしまうかなどである。

新生児、乳児では頭蓋縫合が未完成なため脳腫脹が著しくても、外減圧が自然に可能で、比

較的頭蓋内圧亢進に耐え得る。ために、直接的な脳幹損傷が生じにくく、死亡しづらい^{3), 4)}。また、上記理由より、頭蓋内圧亢進症状に乏しく、更に大脳の未発達、小脳テントの未発達のため、局所症状に乏しく、脳ヘルニアによる症状も認めにくい。

このようなことから、新生児HIEでは、脳の症状からその発見を期待することは出来ず、それを見出した時は治療の時期がすぎている場合が多い。仮死などの現病歴があった場合は、元気がない、過敏、ミルクを飲まないなどからHIEを予想し、CTなどで早期にそれを確認して早期より治療を開始すべきである。

また、新生児は脳代謝がさかんで⁶⁾、血流も多く、また、脳が未熟なため脳浮腫も生じやすく、小さな損傷でも広汎な神経発達障害、脳代謝低下を招き、大きな後遺症となる²⁾。つまり、症状からは軽いと思われた患児が、予想外の重度の後遺症となる場合がある。

自験例でも明らかなように、脳が未熟であるが故に、未熟児では脆弱性が問題となり脳を中心とする脳室周囲の損傷、成熟児では髄鞘形成障害など大脳全体の損傷、発達障害を生じる。

このように考えた場合、新生児HIEが生じた場合の最も大きな治療方針はその損傷に対処するだけではなく、脳の将来の発達を考えた脳保護が主体となる。そのためには成人例で多く報告されている⁷⁾ 大量バルビタール療法 (HBT) が有効^{3), 4)} と考えられる。自験例でも有意に有効であり、成熟児では特に明らかであった。HBTは脳保護だけではなく、頭蓋内圧の管理、痙攣の予防にも有効⁸⁾ である。

幼児でもほぼ同様の解剖学的特徴を認める。自験例でも知り得るようにこの時期では脳自体が完成しつつあるため、白質よりも血流が多い皮質の損傷が主体となる。また、脳は完成しつつあるが、血管は柔らかく、圧迫にて脳梗塞も生じやすい⁸⁾。そして、代謝障害も生じやすい。

この時期は、新生児に比し、症状を見出しやすく、対処も早急に可能である。しかし、新生児と異なり、幼児中～重症HIE例はその損傷が脳浮腫などによる2次的なものよりもHIEによる直接損傷が主体と考えられる。よってHBTによる

効果も乏しいが、前述したようにこの時期においても脳保護は重要で、自験DQの有意差からも知り得るように、少しでも改善させるにはHBTが有効と思われた。

以上のようにHIE急性期治療は早期判断と、脳保護を主体とする早期治療が重要である。また、慢性期においてはMRIなどで残存能力を知るとともに、Habilitationを行ないながら能力を引き出す。更に、慢性期では水頭症へのシャント術、2次性狭頭症への拡大頭蓋形成術も脳の機能を引き出す上で重要と思われた。

このように障害児を減少させるためにはHIEの予防¹⁾はもちろんのこと、生じた場合、まだまだ医療側ですべき問題のあることを強調したい。

4、まとめ

1) 新生児HIEは出生体重（在胎週数）により、その損傷部位、後遺症の特徴を認めた。

未熟児では脳室周囲病変を主とし、両下肢麻痺が多く、成熟では大脳全体の病変、大脳の発達障害を主体として知能障害、四肢麻痺が多かった。

2) 乳幼児は成熟児同様に大脳損傷を主体としたが、未熟性が新生児より少ないため、大脳皮質の損傷、脳梗塞、大脳の萎縮、髄液循環不全に伴う脳室拡大を特徴とした。

3) 治療としては、新生児～乳幼児の特徴を充分熟知した早期発見と早期治療が重要で、特に脳保護を主体とした治療が重要である。この中で大量バルビタール療法（High dose barbiturate therapy, HBT）は新生児、特に成熟児では極めて有意に良好な転帰が得られ、治療法として第1選択にすべきものと思われた。

4) 慢性期においてはMRIなどを駆使して残存能力を把握するとともに、シャント術、頭蓋拡大術などによる、機能引き出しが可能かを検討する必要がある。

5) 障害児を減少させるために医療側としてまだまだやるべきことがある。

文献

1) 小寺澤敏子、下垣佳代子、他：脳性麻痺、重症心身障害児の発症原因に関する研究 脳と発

達 26：9-13、1994

2) Lupton BA, Hill A et al : Brain swelling in asphyxiated term newborn.

Pathogenesis and outcome. Pediatrics

82：139-146、1988

3) 高橋義男：新生児の脳圧下降剤と使用適応

小児脳神経 14：351-357、1989

4) 高橋義男、梶田祐司：新生児頭蓋内圧亢進例におけるフェノバルビタール療法〈急速大量バルビタール療法の臨床的意義〉小児脳神経 15：77-84、1990

5) 鈴木文晴、磯文子：東大和市における脳性麻痺、重症心身障害、およびダウン症候群の発生率の検討。脳と発達 24：323-326、1992

6) 小川 彰、吉本高志：脳の発達と脳循環

脳と神経 41、843-850、1989

7) 武下浩：小特集「脳蘇生」によせて

臨床麻酔 6：513-517、1982

8) 高橋義男、堤博、他：新生児、乳児重症硬膜下血腫における大量バルビタール療法の臨床的意義 小児脳神経 16：291-299、1991

4 当院発達外来に関わる発達障害児の就学現況

～その問題点と期待～

（総合病院北見赤十字病院リハビリテーション課）
兼子健児（OTR）・木村徹（OTR）・遠野静枝（OTR）
井上秀美（RPT）・中村志信（MSW）・三河誠（MD）

1、はじめに

'93年10月の山崎恵さんの裁判での判決は、発達障害児とその家族等に大きな波紋を投げ掛け、発達障害児の就学の困難さを改めて浮き彫りにしました。当院の発達外来では、1985年以来、脳性麻痺児、精神発達遅滞児等のフォローアップを行ってきた。フォローアップ医療の目的は、子育ての支援であり、障害を持つ子供の就学時の支援はとくに重要な課題である。今回著者等は発達外来でフォローしている脳性麻痺児

と精神発達遅滞児の就学の現状を概観し、特に障害児療育に関わる就学時の問題とその後の課題について考察した。

2、対象

対象は就学している52人。その内訳は脳性麻痺児20人、精神発達遅滞児群32人で、この精神発達遅滞児群にはダウン症と自閉症児、自閉傾向の児童を含んでいる。

3、脳性麻痺児群

[就学現況の概観]

脳性麻痺児は、麻痺の部位やタイプ、知的障害や随伴症状等によって多様な症状を呈する症候群である。それゆえ障害像は多様であり、幅広く、一概に捉えるのは困難である。しかし現在就学している20人を麻痺の部位、移動能力、会話による意思の疎通能力をあえて単純に表にすると以下ようになる。日常生活動作（以下ADL: Activities of Daily Living）能力については項目が多岐にわたるため記載していない。

就学先は、普通学級9人、特殊学級7人、養護、訪問ともに2人。さらに麻痺の部位別による実際の就学形態を図2に示した。

図1 麻痺の部位等による分類

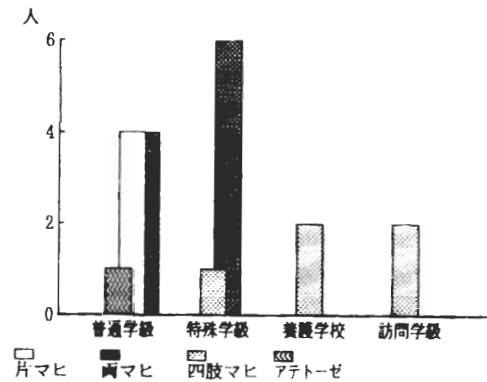
| マヒの部位 | 移動能力 | 会話による疎通能力 |
|---------|--------|------------|
| 片マヒ 4 | 独歩 7 | No problem |
| 両マヒ 10 | 四這い 7 | |
| アテトーゼ 1 | ずり這い 1 | 理解良好も表出困難 |
| 四肢マヒ 5 | 寝返り 5 | 理解、表出とも困難 |

普通学級に入学した児童は移動能力が高く、9人中7人が独歩できた。また会話による意思疎通能力も全員良好だった。しかし、ADL面では、アテトーゼの児童が全介助で、両麻痺の児童1人が、車椅子から床への乗り移りに介助を要した。二人はいずれも母親が終日同伴していた。特殊学級では移動能力は四這い6人、寝返り1人だった。会話による意思疎通能力は、四肢麻痺の児童が理解力は良好だったが言葉で意志を伝えられる程には実用的ではなかった。

ADLでは2人が便座への乗り移りに介助を必要とした。訪問学級と養護は全員四肢麻痺で、移動は寝返り、ADLは全介助、会話による意思疎通能力は良好な理解力を示す児童もいるが、意志を伝えるには、実用的ではなかった。

年度の推移では、昨年に普通学級へ終日母の介助が必要な児童が2人入学し、今年はADLだけでなく、意志の伝達も難しい全介助の四肢麻痺の児童が1人特殊学級に入学している。すなわちより重度な児童が通学を希望するケースが増えている。さらに養護学校に入った2人も通学しており、親元での成長を願い、通学を希望するケースが多くなっている。そしてこれら脳性麻痺児全員が、親の希望通りの就学形態に就学できていた

図2 脳性麻痺児の就学形態別就学人数



【症例1】

名前はMちゃん 女児、診断名は脳性麻痺で痙直型両麻痺。出生時状況は表1の通り。就学時の評価は下肢屈筋優位、体幹は低緊張、割り座が多く、移動はバニーホッピング、すなわち股関節や膝関節を曲げる筋肉が強すぎて両足を支えに使用せず、床から立ち上がれない。胸から下がやわらかく、座っていてもすぐ姿勢が崩れ易い。左右の手足を交互に出せず、特に下肢は左右同時に動かし床を引きずるように移動する。車椅子での移動は可能だが乗り移りは不可能。排泄は和式トイレなら可能。知的能力は年齢相

当で、コミュニケーションにも何ら問題はない。就学にあたって学校側は当初、入学には消極的

表1 Mちゃんのプロフィール

| | | | |
|-----------|---------|--------|-------|
| 名前 | Mちゃん | 女児 | 脳性マヒ |
| 在胎周数 | 26周 | 理学療法開始 | 生後8ヵ月 |
| 出生時体重 | 889グラム | 作業療法開始 | 3才 |
| NICU退院時体重 | 3474グラム | (4ヵ月後) | |

就学前ADL

- 移動 : パニーホッピング、車椅子
- 排泄 : 割坐にて和式トイレ可能
- 書字 : 可能
- 意思疎通: 言語表出・理解ともに年齢相当

だった。しかし、町や教育委員会は受け入れに積極的な姿勢を見せ、学校側も歩み寄り、入学するに当たっての学校側が出した条件(表2)

表2 就学を許可する条件と就学時の問題点

- | | |
|-------|------------------|
| 【条件】 | ①階段昇降ができること |
| | ②排泄が自立していること |
| | ③母親が同伴し介助すること |
| | ④移動は車椅子(衛生上) |
| 【問題点】 | ①階段は不可能 |
| | ②便座への乗り移りが不可能 |
| | ③同伴できないときの対処方がない |
| | ④野外での車椅子操作は困難 |

は、①教室が2階のため、階段昇降が可能であること。②排泄動作が自立していること。③必要な時は母親が介助すること、の3点だった。その後、床上での移動は衛生上好ましくないという理由で、④移動は車椅子で行なう、が加えられた。前述したように、床から立ち上がれない児童なので、この児童の能力では校舎環境の整備なくして入学は不可能だった。しかしその後、教室を1階に移す譲歩が得られ、早急に階段の昇降を必要としなくなった。ただ排泄動作は車椅子からの乗り移りが困難なため、既設のトイレでは不可能であり、早急にトイレへの移動動

作を獲得する必要があった。これに対し当院小児科医師を中心にソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士がチームとなり積極的に町や、学校側を訪問、交渉し、トイレの1カ所を児童専用とし、トイレの床面を車椅子の座面まで高くして両側に手摺りを付けた。運動発達上はあまり好ましい方法ではないが、最も早く習得可能な方法として、手摺りに掴まり体を引き込んで移動する方法で練習した。結局Mちゃんは入学できたが、将来教室が2階に移ったときの対処法が見つかっていないし、終日母親が同伴していることの負担をどう解決するかは妙案が見つからない。Mちゃんが地元の学校に入学できた要因の一つは、以前から当院とS町保健行政との間に特に老人機能訓練事業を通して、密接な連絡があったことで、就学に向けて事前に情報を交換できたこと。さらにS町は小児の通園事業を設けるなど、療育に熱心に取り組む姿勢が成功の要因とも考えられる。また当院発達外来のチームアプローチも功を奏したといえる。

【脳性マヒ児に対する就学時の一般的アプローチ】

図3は、図1、2をまとめ、さらに坐位保持能力を加え簡単にまとめたものである。ここでは詳述しないが、坐位保持能力を評価すると、手の自由度とほぼ比例する。坐位保持能力が高いほど手の自由度は増し、物を操作できる能力は高いと言える(認知や記憶などの高次脳機能に著しい障害が無ければ)。すなわち手の使用は目的的な活動に結びつき、ADLの自立度は高い。

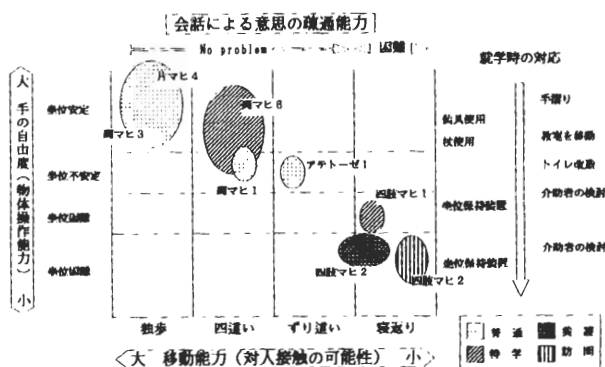


図3 機能力からみた就学形態と就学時の対応

移動能力も同様にADL自立の指標であるが、それ以上に対人接触の可能性の指標という側面をもっている。より能動的に集団に参加し、目的的に活動ができれば、児童が何らかの役割を担えると言える。それゆえに、彼等の潜在能力を十分に引き出すアプローチが考慮される。たとえば移動能力が高く普通学級へ就学した児童でも、階段昇降、特に降りる事が難しい場合が多く、教室を1階に移す、手摺りを付ける等の検討が必要になる。あるいは坐位の不安定な児童には腰部パッドつき椅子や坐位保持装置などで、支えから手を解放させ、より高い操作能力を獲得させる等の方策が必要となる。すなわち個体レベルでは、下肢装具、車椅子、坐位保持装置などの検討は当然、治療・訓練の方策としてなされるが、校舎の物理的環境・トイレの改造、手すり・スロープの設置、教室を低層へ移す等の検討、だれが児童を介助するのかという人的環境の検討は、就学前には必須の事項であろう。

4、精神発達遅滞児群

精神発達遅滞児群（以下MR群）32名の内訳は以下に示す通りである。

- (1) Mental Retardation 18
- (2) Autism or Autistic Child 7
- (3) Down Syndrome 7

【親の希望と実際の就学形態】

MR児では、表3にあるように普通学級が9名と最も多く、ほぼ希望通りに就学した。

表3 Mental Retardation 実際の就学形態

| | 普通 | 特学 | 養護 | 訪問 |
|----------|----|----|----|----|
| 普通希望 (5) | 5 | | | |
| 特学 (7) | 2 | 3 | 1 | 1 |
| 養護 (3) | | 1 | 2 | |
| 訪問 (0) | | | | |
| 不明 (3) | 2 | | 1 | |
| | 9 | 4 | 4 | 1 |

□の部分希望通り
不明の3名を除いた15名中13名が希望通り
(不明は養育放棄などによる)

表4 AutismとAutistic Child 実際の就学形態

| | 普通 | 特学 | 養護 | 訪問 |
|----------|----|----|----|----|
| 普通希望 (2) | 2 | | | |
| 特学 (4) | | 4 | | |
| 養護 (1) | | | 1 | |
| 訪問 (0) | | | | |
| | 2 | 4 | 1 | |

□の部分希望通り
100%が希望通りに就学
(7人中5人が保育を経験している)

AutismとAutistic Childに関しては7人全員が親の希望通りに就学している。

ここに普通学級に就学した2人の特異性を記載しておく。

(a) 1学年1学級で特学が無く、幼稚園も同様で、そこで育った仲間が全員同級生となった。そのため同級生たちが自閉症児に対する接し方を自然と身につけており、就学後もほぼ問題なく通学している。地域の特徴が健常児との統合を可能にしたケースだった (b) 一方の児童は、両親が、障害児であっても普通教育を受ける権利があるという信念で、就学相談を拒否し普通学級に就学した。就学後は担当教諭の熱意によって統合教育が実践されているケースである。

就学前の統合保育については、7人中資料から確認できなかった2人を除いた5人が幼稚園ないし保育所に通っていた。木村等は、平成4

表5 Down Syndrome 実際の就学形態

| | 普通 | 特学 | 養護 | 訪問 |
|----------|----|----|----|----|
| 普通希望 (2) | 2 | | | |
| 特学 (5) | | 5 | | |
| 養護 (0) | | | | |
| 訪問 (0) | | | | |
| | 2 | 5 | | |

□ 100%希望通りに就学7人全員が就学前に統合保育を経験している。

年段階で、北見地区でのAutismとAutistic Childの7割は統合保育を経験している。しかし就学後は2割弱しか統合教育を受けいていないと報告している。

ダウン症児の療育に関してはかなり一般的な広がりを見せており、保母や教諭にとって対応のしやすい疾患群になってきたと考えられる。

【症例2】

次に精神発達遅滞の児童、Nちゃんを紹介する(表6)。Nちゃんは中等度の精神発達遅滞で、

表6 Nちゃんのプロフィール

| 名前 | Nちゃん | 女児 | 精神発達遅滞 | てんかん | 普通学級 |
|-------|---------|----|--------|------|-------|
| 在胎周数 | 41周 | 0日 | 理学療法開始 | | 生後9ヵ月 |
| 出生時体重 | 3106グラム | | 作業療法開始 | | 2才1ヵ月 |
| 寝返り | 1才3ヵ月 | | お日さま教室 | | 3才 |
| 独歩 | 2才 | | 幼稚園 | | 5才 |

就学前ADL 移動 : 独歩
 排泄 : 尿は自立、便は介助 教える
 更衣 : 脱ぐことは可能
 食事 : こぼすも自立
 書字 : 隙り書き
 意思疎通 : 表出は単語簡陋、2語文出始め

IQは40程度。精神発達遅滞に伴う低緊張があり、体が全体に柔らかく、ふらふらと歩く。身辺処理能力は排泄が自立。食事動作、更衣動作もなんとか可能だが、目的を持って課題を行なうことがまだ弱い児童である。コミュニケーション能力は単語の語尾で2語文が時に見られるが、母親以外は十分に理解することは難しい。ただこの児童は同年令の子供がとても好きで、どんどん仲間に入って行こうとする。就学前の幼稚園では、教諭達が積極的で、Nちゃんが多くの健常児と関われる遊びや場を作ってくれ、そういう環境で発達してきた。そのような経緯があり、両親は就学に当たっても健常児との交流を強く希望し、現状では健常児との交流が殆ど無い特殊学級への入学を拒否した。初期には入学を渋っていた学校も条件付で、普通学級への入学を承諾した。その条件は、介助が必要なときだけ母親が同伴することだった。しかし入学後、実際には学級運営上、介助の要・不要が判断できな

いと、児童が落ち着いて着席してられない場面があったり、母親が傍にいないければ特殊学級の教諭がNちゃんを連れていってしまう事があったということで、母親が終日同伴しているのが現状である。Nちゃんにおける統合教育の方向性はまだ決まっていない。

表7 就学を許可する条件と就学時の問題点

【条件】 ①必要なときは、Nちゃんの介助をする
 ②それ以外は終日学校での待機は必要ない

【問題点】 ①介助の要・不要が不明確

②落ち着いて着席してられない

5、統合教育に求められるもの

筆者は就学にあたり、通学することが重要だと考える。健常児のなかに入って対人適応や、社会的ルール、遊びの技能を獲得するのは非常に大切なことだ。ただ統合保育だけ、統合教育だけによって全てが解決するのではないのは事実である。木佐らは統合保育による伸びは情緒・社会性・言語・ADLに限られていたと述べており、統合保育では補えない知覚・認知といった能力に関しては個別的指導が必要であるとしている。保育は生活習慣や仲間づくり、遊びの技能の獲得などがその目的の中心であり、教育は認知、記憶、など知的処理の技能を獲得することにその目的があると考えられるので、保育と教育は互いに補完し合うものだろう。統合保育と統合教育を同一に論じることはできないが、幼稚園や保育所における現実的で積極的な対応に比べると就学後の対応は消極的に思える。ユネスコ刊行の特殊教育用語辞典には「通常教育組織のなかで適切な特殊教育を与える」ことが統合教育の考え方であると記してある。精神発達遅滞児に関しては特に特殊教育の個別的で具体的なプログラムが望まれる。中でもAutismやAutistic Childに関しては情緒、社会性、言語などの適応行動不全が障害の中心であり、統合教育の中に保育の内容をより多く取り入れる必要があるだろうし、TEACHプログラムの構

造化された指導方法などの様に一層具体的で、なおかつ家族や地域社会との連携を考えた教育方針等も必要なのではないか。ただし、その特殊教育の方策はあくまでも健常児から隔離するものではなく、社会性を意識した内容でなければならぬ。

6 《療育システムに対する期待》 ～特に就学後の～

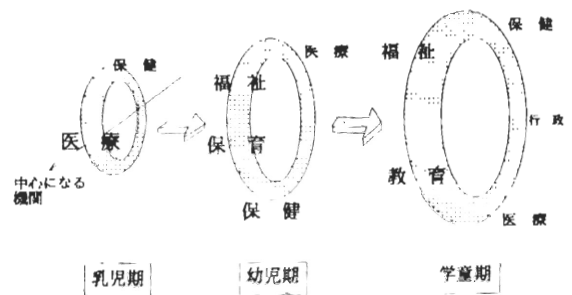
上述したように、就学にあたり言葉の能力だとか、身辺処理の能力が重要視されるが、より重度な障害を持つ児童が普通学級や特殊学級へ通学し始めたことは、そういう能力が、就学先を決定づける大きな要因ではあるが絶対的ではなく、人的・物理的な環境を変えることで、就学形態を選択する自由度は大きくなると言える。脳性麻痺児も精神発達遅滞児もほぼ希望通り就学しており、どうしたら就学できるのかについては何らかの対応は可能なのだと言える。ただし就学後のどう教育するか、どう育ててほしいかという点が考慮されていなかったり、不透明だったりするようだ。

当院発達外来の目的の一つは子育て支援であると述べた。児童の障害が重度であれば尚のこと、両親は食事、排泄、整容と、身の回りのこと一切を介助しなければならず、さらに多動などがあれば、危険回避に気を配らねばならないなど、親が負わねばならない仕事はたくさんある。健常な子を持つと、本来自然と醸成されるであろう親子間のコミュニケーションが十分に育ってこないし、子に対し、時には自分に対してもマイナスのイメージを抱いてしまう事がよくある。抱っここの技術一つにしても、上手に抱ければ、子供は泣き止み、親は“なんて可愛い子だろう”と思うだろうし、上手に抱ければ泣き続け、親は“なんてうるさい子だろう”と考える。ご飯が上手に飲み込めず、噛んだものを口から出してしまうと、“なぜ食べないの”と思うし、上手に食べさせることができれば、“こうすればいいのね”となり、親は自信を持つ

て対応することができるようになる。子供を育てることは、同時に親としての技能と、自信を獲得していく過程である。

障害児を持つ親が、確かな親子間のコミュニケーションを育てるには、余裕を持って子育てできる環境が必要である。その為に我々は、福祉や医療の社会保障制度、ボランティアなどの社会資源を大切に、また柔軟に活用して子育てを支援していく必要がある。子供の成長発達だけを考えて場合でも、発達の特異性や年齢の違いによってどこの機関が中心となり、支えて行くかが異なってくる(図4)。

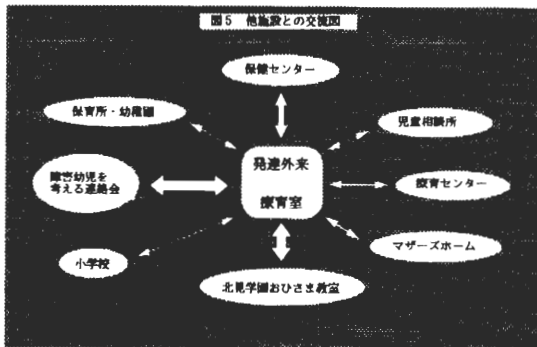
図4 子育てに係わる機関



多くの場合、出生から乳児期にかけては医療が中心となり、その次に、乳幼児検診の保健医療行政、生活習慣や遊びの技能獲得仲間づくりの為に保育、そしてその後に対人・社会適応や知的処理の技能を育てる学校が療育の中心となり、支援の内容をコーディネートして行くのではないか。障害を持った児童に対する最善の支援をするために、たくさんの機関が手をつないでいく必要があると考える。現在、療育の課題は療育に関わる関係者の認識の薄さと、保健・医療・教育・福祉の間の交流と情報交換が行われていないことに尽きるようだ。適切な時期に最良の援助が出来ず、細切れとなり、児童の成長発達を継続して支えて行けないのが現状である。当院では「障害幼児を考える連絡会」という公的ではないが、関係者の交流と情報交換が

出来る場に参加しており、さらに個別施設とのケースカンファレンスを行ない障害児の援助と子育ての支援を行なっている(図5)。ただ残念なのは学校教諭、特に普通学級を担当する教諭等の参加が極めて稀である事である。健常児等にとっても、障害を持った友達が身近にいる事実を知り、そういう友達とどう接したらよいかを身を以て体験するわけだから、将来的にも必ず役立つ貴重な体験となるはずである。彼等を指導する普通学級の教諭の方々にぜひともその先頭に立っていただきたいと思う。

就学までに多くの機関が障害児療育に関わっている。そこからの情報なくしては、就学後の実のある教育プログラムは描けないのではないだろうか。療育に関わる多くの職種の人たちが交流の輪を広げられるよう強く希望する。



7. おわりに

他職種との交流に関わることは、教諭、行政職、保母、医師、セラピストと言った専門職の立場から、より総合的な視点を持ち得るジェネラリストになり得る絶好の機会である。そうすることで専門職としての役割を再確認し、深めて行けるのではないだろうか。

療育において統合という理念は障害児・者理解の最も大事な枠組みである。理念を現実にしたいものである。

この原稿は第7回乳幼児療育研究会第1分科会において発表した内容を修正、加筆したもので

ある。

文献

- (1) 木村徹、北見地区における自閉症児の現状と課題：第6回乳幼児療育研究大会収録
- (2) E・ショプラー著、佐々木正美 監修 自閉症児の療育者：神奈川県児童医療福祉財団
- (3) 木佐俊郎 精神発達遅滞児の療育：総合リハビリテーション No.10 1992 医学書院
- (4) 山口薫 精神発達遅滞児教育の現況と問題点：総合リハビリテーション No.8 1994 医学書院

5 望ましい幼児言語治療体制のあり方 —状況分析と提言—

(岩見沢市ことばの教室)

島田 美智子

はじめに

北海道における幼児言語治療は、それぞれの地域で地道な努力が続けられてきました。

しかし、制度的な弱さ等の理由から様々な課題に直面しています。

これに対し北海道言語障害児教育研究協議会では、幼児問題調査検討委員会を組織し、課題の解決に近づくため現状を明らかにするとともに、望ましいあり方を求め、2年間、全会員で調査及び検討を行ってきました。

本提言はそのまとめです。

詳しくは、北海道言語障害児教育研究協議会事務局発行(1993年10月1日)の「望ましい幼児言語治療体制のあり方～状況分析と提言～」をお読みください。

この分析は第一章と第二章からなります。第一章では、北海道における幼児言語治療のありみと現状を分析し、第二章では、幼児言語治療体制のかかえる課題と望ましいあり方を分析し

ました。

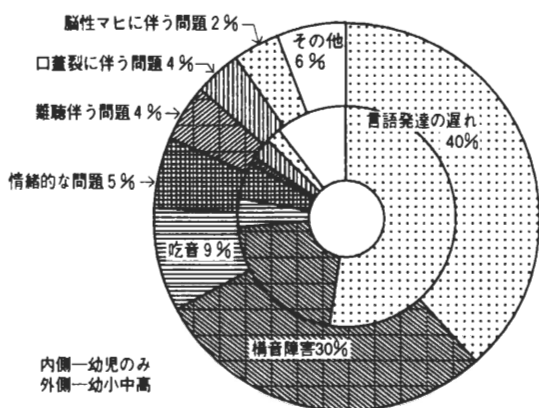
1. 北海道における幼児言語治療の

あゆみと現状

【1】《意義》

「幼児期の言語の障害は人の発達全体と深く関連のある重大な問題であり、早期に発見し早期に適切な対応をとることが、重要であること」を述べています。

道内の言語治療機関を訪れる子どもたちをその症状や要因から分類するとグラフのようになります。



〔平成4年度 北海道における言語障害時期教育の実態〕より

【2】《あゆみ》

北海道の言語治療教育は1964年に道立真駒内養護学校から始まり、保護者の願いに基づき、各市町村が独自の対策を行い、学齡児から幼児へと、様々な形の言語治療機関が生まれてきました。

【3】《設置状況》

現在、北海道には、言語治療機関が130カ所。幼児に対する相談・指導を行っている所が、103カ所あり、設置形態をあえて分けると15に類別されます。

【4】《北海道各地の幼児言語治療機関がかかえている代表的な問題》

「器の問題」「人の問題」「運営の問題」「背景

の問題」であります。

特に「背景の問題」では

- 1 市町村に主体的な療育プラン作りがない。
- 2 国・道の補助事業が不十分。
- 3 各教室が道の行政機構と結びついていない。
- 4 幼児言語治療の重要性に対する社会の理解が不十分。

等で、各市町村が対症療法的な対応をしている場合が多く、地域に合う総合的な療育プランを作成しているところは少ないのが現状です。

各市町村の対応を援護するべく、国の心身障害児通園事業や道の市町村母子通園センター事業の内容が、まだ不十分でもあります。

(※1～4は北海道言語障害児教育協議会事務局発行(1993年10月1日)の「望ましい幼児言語治療体制のあり方～状況分析と提言～」6pに載せた項目1～13を抜粋したものです。)

2. 幼児言語治療体制のかかえる課題と

望ましいあり方

【1】《幼児言語治療機関の役割》

地域社会から何を求められているか？

地域の中では、「相談機関」、「療育機関」として、また、「地域療育の一員」として、高い専門性と信頼性をもって応えていく責任があり、地域の関連機関とネットワークを持ち、連携し、子どもの問題に 대응することが望まれています。

関連機関とケースを通し、信頼関係を養っていくことも大切であり、現在、北海道が進めている障害児早期療育システム推進事業の「地域療育推進協議会」へ参加していくことも一つの方法であります。

幼児言語治療機関は、地域療育体制作りにおいて、積極的に役割を果たすことが期待されています。

【2】《市町村の役割》

「市町村にどのような療育施設が求められているか？」ということです。

「障害の早期発見・早期療育」のため、「安心して

て子どもを生み育てられる町づくり」のために市町村は主体的に療育プランを作成し、地域療育体制づくりに取り組むことが望まれます。

重視すべき点は「幼児言語治療機関の設置・運営面」において、制度的な義務がないため、各市町村独自の判断に委ねられ、そのため地域格差が生じていることです。各市町村への要望として考えられることは、

- 1 子どもの数に応じた幼児担当職員の配置。
- 2 運営に関して協議する機関の設置、ならびに運営要綱の条例化。
- 3 道生活福祉部や道教育委員会からの行政的情報が教室に届くようにしていただきたい。
- 4 幼児担当職員を正職員としていただきたい。
- 5 教育委員会と福祉部局とが協力して職員の身分・待遇・研修の機会、施設・設備等の充実に努めていただきたい。

等です。

(※1～5の数字は、北海道言語障害児教育協議会事務局発行(1993年10月1日)の「望ましい幼児言語治療体制のあり方～状況分析と提言～」10pに載せた項目1～8を抜粋したものです。)

【3】《地域の乳幼児療育のあり方》

障害の「予防」「発見」「相談」「療育」等について、療育資源を活用し、質、量ともに充実させ、有機的に関連させていくことや療育機関職員の養成等が重要であります。

障害や発達つまづき等を早期に発見し、適切な対応をすることにより、可能な限りその能力を伸ばしていくこと、障害に伴う困難さを軽減していくことが重要であります。

【4】《国・道の役割》

国および道は制度の見直し、改善、補助事業の充実に努めることが望まれます。しかし、その前に、市町村独自の事業として各幼児ことばの教室が設置されてきた経過があり、道は、制度の運用にかかわって市町村や療育現場との間で、情報の提供、収集、交換に努めることが望まれます。

次に、幼児言語治療機関が活用できる、国の

心身障害児通園事業と道の障害児早期療育システム推進事業についての有効性と問題点、について考えてみました。

国の心身障害児通園事業の有効性は、障害の種類、障害の程度に制限がない、二重措置的処遇が可能。入所を市町村で決定できる等、地域にあう場合は効果的に機能できます。

反面、財政基盤が弱い、専門スタッフの確保が困難、対象規定の中に言語障害に対する機関が少ない、通達の内容が20年間見直しされていない等の問題点が上げられます。

国への要望として考えられることは、心身障害児通園事業の内容に関して

- 1 指導対象に「言語障害」を明示していただきたい。
- 2 専任職員配置の基準が子どもの数に応じて増えるようにしていただきたい。
- 3 補助基準を子どもの数に応じて増えるようにしていただきたい。

等です。

平成元年度より北海道が取り組んでいる障害児早期療育システム推進事業は、「北海道における障害児療育の充実を図るため、一次～三次までの療育圏を設定し、それぞれの圏域における療育機能を充実することによって、障害児の早期発見・早期療育に至るシステムの整備を進める」ことを目的にしています。

問題点は既存の通園施設がある地域は対象から外されているので設置できない。

対象に言語障害が明文化されていないため、主に精神発達や運動発達の遅れ、行動の異常等の問題に対応する機関の設置になることが多い。

乳幼児期の体制整備のため、学校教育まで視野に含まれていないことから、学校のことばの教室に情報が届かない地域もある等が指摘されます。

本事業の基本理念は、我々が求めるものと基本的に同じ方向であります。そのことが、現場へ充分知られていない面があります。

一方、言語治療機関側の問題としては、情報

不足と認識の低さ、幼児担当者の身分の不安定さを反映し、企画・立案に参画することが困難であることも挙げられます。

以上から道への要望として考えられることは

1 道の生活福祉部と道の教育委員会との間で連携を取っていただき、言語治療機関に福祉・教育の行政的情報が届くようにしていただきたい。

2 専任職員の研修体制の充実を図っていただきたい。

3 早期療育システム推進事業に関して

・対象の中に「言語障害」を明示していただきたい。

・専任職員を子どもの数に応じて増えるようにしていただきたい。

・道の補助額を引き上げていただきたい。

・既存の通園施設がある地域も設置の対象にしていただきたい。

等が上げられます。

(※1～3の数字は、北海道言語障害児教育協議会事務局発行(1993年10月1日)の「望ましい幼児言語治療体制のあり方～状況分析及提言～」17pに載せた項目を抜粋したものです。)

【5】《設置のあり方》

設置状況では指導の成果を上げれば、上げるほど、子どもが増える状況で、子ども増に見合う、指導者増が行える定数措置が必要です。

望ましい設置形態を考えるうえで重視すべき点は、働く人の問題であり、幼児担当職員が市町村職員として、主体的意欲的に仕事に取り組める環境であることが、将来の発展につながる重要な要素であります。その観点からすると、併設・単独運営かセンター型が望ましい設置形態と考えられます。

いずれの場合も小・中学校のこぼの教室と、十分に連携を取ることが重要です。

【6】《運営のあり方》

行政担当者、管理職、現場担当者が運営方法について協議したことを運営要綱や条例等に文章化し、毎年、見直し、改善を図っていくこと

が望ましいと考えます。

問題点の解決には、幼児言語治療の必要性・重要性について理解を得るため、啓発活動を進めること。

市町村の行政機構の中での教室の位置づけを明確にし、道生活福祉部や道教育委員会から、道の事業や研修会等の情報が教室に届くような仕組みを作ることも重要です。

【7】《指導者の養成・研修のあり方》

指導者は、個々の子どもに「ことば」という窓口を通して子どもの発達全体にかかわっていくため、言語病理学・聴能学・医学等広い知識と高い専門性が要求されます。

大学や北海道特殊教育センター、北海道社会福祉協議会等の公的機関の養成・研修が拡充、保障され、長期にわたって市町村職員が研修を受けられる制度を確立していくことが急務であります。

【8】《指導者の身分・待遇のあり方》

「平成4年度北海道における言語障害児教育の実態」によると、幼児担当者の身分は臨時職員16%、嘱託職員26%にのぼり、近年増加の傾向です。

これは、専門職として長期にわたり、子どもと親の信頼を得ていかなければならない責任の重い仕事ゆえに重大な問題です。

一方、正職員であっても、行政機構の中で企画決定に参画できる立場にない等、受け身の立場に置かれているのが現状で、行政機構の中で企画決定に参画できる立場が与えられることも重要です。

【9】《施設・設備・予算のあり方》

幼児言語治療機関は、既存の施設に併設して設置されたものが多く、幼児が使用するには、施設・設備・整備の面で、遅れています。

幼児言語治療機関特有のものとして、整備されていることが最低限必要であります。

予算の措置にしても、指導援助に必要な費用は、最低限保障されなければなりません。

職員の研修にかかわる費用も、予算措置がさ

れなければ、内容のともなった指導や援助とはなりません。

いかに優れた療育プランも、財政的な裏付けがなければ、効果をあげません。

器、人、経費について、部局を越え取り組むことが大切であり、プランの実現には特に福祉と教育の協力が重要であります。

おわりに

この2年間、全会員が一つになって「望ましい幼児言語治療体制のあり方」を求めてきた。根底に流れている願いそれは、子どもに対して、どの地域にいても、どの子どもにも同じように最良の言語治療が受けられるようになることでもあります。

しかし、制度的な弱さ、曖昧さ等が、言語に障害を持つ子への受け入れや指導上の問題、雇用の問題、施設・設備の問題等へと及んでいます。

そこで、制度の充実をめざす一歩は、私たち一人一人が、よりよい仕事をし、担当する子の父母、仲間、社会からの信頼を得て、共に制度的な弱さ、曖昧さ等に声を出し続けることです。

⑥ 「特殊教育と通級による指導」

(北海道立特殊教育センター)

室長 神田 英治

はじめに

我が国の特殊教育は、これまで盲、聾、養護学校の特殊教育諸学校と小・中学校の特殊学級において固定的な教育の形態で指導が行われてきました。しかし、本年四月の学校教育法施行規則の改正と文部省告示により、「通級による指導」が制度化され、柔軟でかつ新しい教育の形態が誕生しました。これまでも弱視、難聴、言語障害、情緒障害の一部の子供に対し、通級による指導が行われてきましたが、公的制度としては認められておらず、そのため学級編制や教

員配置等で多くの苦勞があったことは周知のとおりです。特に、主として言語障害の子供たちの保護者や指導に当たってこられた先生方、教育行政関係者等にとっては、長年の念願でもありました。

1、制度化への歩み(表1参照)

通級の制度化に至る経緯としては、

・昭和53年8月「軽度心身障害児に対する学校教育の在り方」(通級による指導または専門教師の巡回指導)

・昭和53年10月文初特第309号通達(教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育措置と留意事項)

・昭和62年4月臨時教育審議会教育改革に関する第三次答申

(通級学級における指導体制の充実、整備)

・昭和63年12月 教育課程審議会答申

(通級学級の教育条件の改善、整備)

・平成4年3月通級学級に関する調査研究協力者会議(通級による指導に関する充実の方策と具体化)

・平成5年1月文部省令第1号

(学校教育法施行規則の一部改正、第6章中第73の20の次に21と22を加える)

・平成5年1月文部省告示第7号

(特別の教育課程と特別の指導)

平成5年1月 文初特第278号通達

(通級による指導の対象と特別な教育課程と特別な指導の内容及び留意事項)

こうして、心身の障害の程度が比較的軽度な児童生徒に対して、各教科等の指導は通常の学級で行い、心身の障害に応じた特別な指導(特別の教育課程)を特別な指導の場(いわゆる通級指導教室)で指導するという新しい制度がスタートしました。

2、「通級による指導」とは(表2参照)

「通級による指導」の障害の種類・程度及び指導の内容及び留意事項についての詳細は、前述

の省令、告示、通達等を参照していただき、本稿では、その概略を説明したいと思います。

通級による指導の対象は、言語障害者、情緒障害者、弱視者、難聴者、その他心身に故障のある者（軽度の肢体不自由者、病弱者及び身体虚弱者）であり、いずれの障害もその程度が比較的軽度で、通常の学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とするもの（特殊学級に在籍する児童生徒は除く）となっています。

従前より特殊学級の指導に当たっては特別の教育課程によることができ、また特殊教育諸学校においても重複障害者等への特例が認められてきました。今回の通級による指導に当たっても、特別の教育課程を編成して指導できるようになりました（例えば、必要に応じて盲、聾、養護学校の「養護・訓練」の内容等を参考に行う）。

特別の指導（授業時数）は、心身の故障の状態の改善又は克服を目的とする指導（年間35単位時間から105単位時間を標準）であり、また特に必要があるときは、各教科の内容を補充するための特別の指導（おおむね合計年間280単位時間以内）も含むものです。留意事項は、前述の適切な運用と指導上の配慮について、特に指導記録の作成、指導要録への記載、通常の学級担任との連携等が挙げられます。

おわりに

今回の制度化により、障害が軽度な児童生徒に対する教育の条件整備、指導内容・方法の確立が図られたわけですが、実施からわずかに半年余りであり、多くの課題や困難性があると思われれます。例えば、担当者の研究・研修活動の充実、通常の学級担任及び保護者との連携、通級による指導の場を設置している校内の教育関係者の理解・啓発、巡回における指導上の問題等が挙げられます。また、専門的知識と指導技術の向上も緊要な課題の一つです。今後は、この制度の充実と発展のためにも、既存の特殊学

級等における教育や最近の「学習障害児」の教育対応も含めて、十分検討していく必要があると思われれます。

1 「通級による指導」の制度化への歩み

(1) 通級の制度化に至る歴史的経緯（特に言語障害を中心として）

| 経 過 | 答 申、 制 度 改 正 等 | 内 容 |
|-------------------------|--|--|
| 昭和22年 3月 5月 | 学校教育法の設立 学校教育法施行規則 | 第75条で特殊学校の設置が規定され、その対象として「言語不自由者」が明示。 |
| 昭和27年 8月 | 文部省；「特殊教育資料」発行（昭和25、26年の研究資料改訂） 文初特第303号通達 | 「言語障害をもつ子供」の見方や教授法を解説。 |
| 昭和28年 6月 | 文部省；「特殊児童判別基準とその解説」発行 | 教育上特別な取扱いを要する児童生徒の判別基準明示。「言語障害者」の判別基準等について解説。 |
| 昭和33年 昭和34年 昭和36年 | 宮城県に言語治療教室の設置 千葉県に言語治療教室の設置 学校教育法の一部改正 | これを契機として、全国に言語障害児のための治療教室が誕生。「言語不自由者」の項を削除して「その他心身に故障のある者」に包括。 |
| 昭和37年10月 | 文初特第380号通達 | 「言語障害者」は特殊学級か普通学級において留意して指導。 |
| 昭和39年 8月 10月 | 全国言語障害児をもつ親の会が発足 北海道に言語治療教室が認可（北海道真駒内養護学校内設置） | 「通級教室の制度化」をスローガンに運動開始。 |
| 昭和40年 | 文部省；「心身障害児の判別とその指導の手引き」の発行 | 「言語障害者」の判別と就学上の留意点を解説。 |
| 昭和43年10月 | 北海道言語障害児教育研究協議会の設立 | 言語障害児のための学級開設と指導上の諸問題を検討。 |
| 昭和44年 3月 昭和46年 | 特殊教育協力者会議 全国公立学校難聴・言語障害教育研究協議会の設立 | 通級に関する教育の充実が審議。全国の難聴・言語障害教育関係者の組織化と研究交流。 |
| 昭和48年11月 昭和53年 8月 | 養護学校義務化の予告政令公布 「軽度心身障害児に対する学校教育の在り方」〈辻村答申〉 | 通級による指導または専門教師の巡回指導を答申。 |
| 昭和53年10月 昭和54年 4月 | 文初特第309号通達 養護学校の義務制施行 | 教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育措置の留意事項等の明示。 |
| 昭和59年10月 | 文部省；「心身障害児の就学指導資料」の発行 | →言語障害は、特殊学級か通常の学級で留意して指導すること。 |
| 昭和62年 4月 | 臨時教育審議会「教育改革に関する第3次答申」 | 「言語障害」の特性と教育的対応（言語障害特殊学級）の解説。 |
| 昭和63年12月 平成 2年 9月 | 教育課程審議会答申 親の会に「通級学級問題対策委員会」設置 | 通級学級における指導体制の充実、整備を答申。 |
| 平成 4年 3月 | 通級学級に関する調査研究協力者会議報告 | 通級学級の教育条件の改善、整備。委員会の報告から国会及び関係省庁への請願や陳情。病障連と連携。 |
| 平成 5年 1月 | 文部省令第1号 学校教育法施行規則の一部改正 | 通級による指導に関する充実の方策と具体化を報告。 |
| 平成 5年 1月 平成 5年 1月 | 文部省告示第7号 文初特第278号通達 | 第6章中第73条の20の次に21と22を付加。 特別の教育課程と特別の指導 |
| | 「通級による指導」制度化 | 通級による指導の対象と特別な教育課程と特別な指導の内容及び留意事項を明示。 |
| 平成 5年 4月 | 「通級による指導」の実施 第6次教職員改善計画による通級による指導のための教育配置 | →言語障害者の対象となる児童生徒と通級による指導の留意点等の明確化。 |
| 平成 5年 7月 | 「通級による指導」指導者講習会の実施。 | 国立特殊教育総合研究所で開催。（対象は、言語障害と情緒障害） |

(2) 言語障害特殊学級から通級指導教室への移行と相違

| 特殊学級等の設置と教育措置 | 法的根拠 | 内 容 |
|---|---|---|
| <p>言語障害特殊学級の設置の根拠</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 特殊学級の教職員配置 <10人→1人> </div> <p>●学級編成と教職員の定数</p> <p>●小中学校県費負担教職員定数の配置基準</p> | <p>学校教育法第75条1項</p> <p>学校教育施行規則第73条18</p> <p>公立義務教育諸学校の学級編成及び教職員定数の標準に関する法律</p> <p>地方教育行政の組織及び運営に関する法律</p> | <p>「その他心身に故障のある者で、特殊学級において教育を行うことが適当なもの」</p> <p>「特別の事情のある場合を除いては、学校教育法第75条第1項各号に掲げる区分に従って置くものとする。」</p> |
| <p>教育措置</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 従来の制度では、固定制の指導形態であり、通級制は公認されないものである。 </div> | <p>文初特第380号通達</p> <p>文初特第309号通達</p> | <p>「教育上特別な取扱いを要する児童生徒の教育措置」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その他の言語障害→言語障害特殊学級又は通常の学級で留意して指導。 |
| <p>「通級による指導」の場（いわゆる「通級指導教室」）の設置の根拠</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 通級指導教室の教職員配置 <10人（8人）→1人> </div> <p>●第6次教職員改善計画（H5～）通級指導の教員1,529人加配</p> | <p>学校教育法施行規則の一部改正（第6章中第73条の20の次に21と22を加える）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象児 言語障害者、情緒障害者、弱視者、難聴者、その他心身に故障のある者（肢体・病虚弱者） | <p>「次の各号に該当する児童又は生徒（特殊学級の児童及び生徒を除く）のうち当該心身の故障に応じた特別の指導を行う必要があるもの……特別の教育課程によることができる。」（例えば、必要に応じて盲、聾、養護学校の「養護・訓練」の内容等を参考）</p> |
| <p>教育措置</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 通級制は、軽度心身障害児への教育の充実と個に応じた指導内容・方法の充実、教育制度の弾力化である。 </div> <p>【背景】</p> <ul style="list-style-type: none"> ※アメリカのリソースルームとIEP（個別教育プログラム）の影響 ※言語障害の障害特性→個別化 ※言語障害特殊学級での実践 ※親の会と全難言協の制度化への要望 | <p>文初特第278号通達</p> <p>学校教育法施行規則第73条の21</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別の教育課程 ・特別の指導（授業時数） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 児童生徒1人当りの指導時数は、週1～3単位時間。 </div> <ul style="list-style-type: none"> ・留意事項 | <p>特殊学級における教育課程（第73条の18、との相違は、</p> <p>→【要届出】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①心身の故障の状態の改善又は克服を目的とする指導（年間35単位時間から105単位時間を標準） ②各教科の内容を補充するための特別の指導（おおむね合計年間280単位時間以内） <p>前述の適切な運用と指導上の配慮について、特に指導記録の作成、指導要録への記載、通常の学級担任との連携等</p> |

7 学習障害をめぐる諸問題

(札幌市教育研究所) 山本 信義

はじめに

わたしが学習障害という言葉をはじめて知ったのは、昭和47年ころ岡山大学附属養護学校でITPA(言語学習能力発達検査)の標準化に先駆けて使われた説明書であった。このときに着目したのは子供理解に当たって個人間差と個人内差の違いが明確に示され、子供をトータルにのみ理解するのではなく、個々の子供を分析的に見ること、見ようとする姿勢を持つことの大切さである。すなわち、子供の表れで判断するのではなく、その背景となる特徴を理解することにある。

学習障害という言葉は平成元年頃から多く耳にするようになったが、この言葉の表面的な意味が先走りしているようであり、現在も学際的にもその見解が一致しているとはいえない状態と思う。

しかし、この用語で説明されるような子供が存在し、教育的なサービスを必要としている現実を考えて行かなければならないと思う。

1. 学習障害の用語をめぐる

学習障害は1962年に米国のカークが「知的には大きな遅れはないのに落ち着きがなく、注意の集中の持続が短く、不器用、そして学習面で様々なつまづきがある」といつた子供に「Learning Disabilities」という用語を用いたことが一つのきっかけとなって米国全土に広がった。この用語については日本においても1974年上野等によって紹介されている。

以下、米国におけるLDの定義と日本の動向について記述する。

(1) 米国における学習障害児の定義について

○全米障害児諮問委員会(National Advisory

Committee on Handicapped Children : NACHC 1968年) 合衆国議会、労働と公共福祉委員会の小委員会

「特殊な学習障害をもった児童とは、話し言葉や文字を理解したり使用したりする際に、基本的な心理過程で1つないしそれ以上の障害を呈するものである。例えば、聞く、考える、話す、読む、書く、綴る、計算する、といった面での障害である。それは知覚障害、脳損傷、微細脳損傷、失読症、発達性失語症などによるものが含まれる。しかし、一次性的視覚、聴覚、運動障害によるものや、精神遅滞や情緒障害によるもの、さらには環境不全による学習障害などは含まれない。

○学習障害に関する全米合同委員会(National Joint Committee of Learning Disabilities : NJCLD 1981年)

「学習障害とは、聞く、話す、読む、書く、思考する、あるいは数学的な能力の獲得、使用に頭著な困難を示す異質な障害を含むグループにつけられた包括的な名称である。これらの障害は個人に固有のものであり、中枢神経機能の障害に起因すると推定される。学習上の問題に、他の障害(感覚障害、精神発達遅滞、対人関係ないし情緒障害)あるいは環境的要因(文化の違い、不十分な教授、真因性の要因)が付随することはあるが、ここに述べる学習障害はこれら他の障害や環境要因の直接の結果として生じたものではない。」

○学習障害に関する官庁間連絡委員会(The Interagency Committee on Learning Disabilities : ICLD 1987年)

「学習障害とは、聞く・話す・読む・書く・考える能力や数学的能力とか、または社会的技能とかを獲得したり使用したりする時に示される有意な困難によって明らかにされる、異種の障害集団に当てはまる包括的な用語である。これらの障害は、本来個人に備わっているもので

あり、中枢神経系の機能障害のためであると考えられる。たとえ学習障害というものが他の障害状態（例えば、感覚障害、精神遅滞、社会障害や情緒障害）とか、社会環境的影響（例えば、文化的差異、不十分なし不適切な教育、心因性の要因）とか、とりわけ注意欠陥障害とか、学習問題を引き起こすであろうすべてのものと一緒に生ずるとしても、学習障害というものはそういった状態や影響から成る直接的な結果ではない。（川村）

○学習問題に関する全米合同委員会（National Joint Committee of Learning Disabilities：NJCLD 1988年）

「学習障害とは、聞く、話す、読む、書く、推理する、あるいは算数の諸能力についての習得と使用に、著しい困難を伴うさまざまな障害群を総称する用語である。これらの障害は、その個人に内発するものであって、中枢神経系の機能障害によると推定され、それは全生涯にわたって起こる可能性がある。行動の調節や、社会的認知、社会的相互交渉における問題は、学習障害に重複することがあるが、それ自体が学習障害の本質ではない。学習の障害は、他の障害状態（たとえば、感覚障害、精神遅滞、重度の情緒障害）、あるいは環境要因（文化の違い、不適切な指導、心理的要因）によっても起こるが、それらの状態や要因の直接的な結果によるものは含まれない。」

米国では、1975年の全障害児教育法（公法94-142）に採用されて以来、対象の児童生徒は増加しており、教育的サービスを多くの子供達が受けることができるようになってきている。なかでも学習障害児は激増していると聞いている。しかし、学習障害は特定の症状をあらわすものでなく、幅広い症状を包含しているため、いわゆる学習障害の周辺の子供達も包含するためではないかと言われている。

概念規定にあたっては、焦点の当て方によ

て異なる考え方が出てくることも考えられる。日本においても同様である。

一方、DSMⅢ-Rなどにもあるように医学界においてはいわゆる学習障害と言われる子供に対して「学習障害」という用語は使われておらず、慎重に診断されているようであり、ここでは医学的なことについては詳述は避けるが、この用語の扱いに慎重であることが必要であり、学会においても「LD」という用語で表わしている主旨を理解することが大切のようである。

（2）日本の動向

平成元年頃よりこの用語が広く知られるようになり、平成4年には「通級学級に関する調査研究協力者会議」の審議のまとめにおいて、公的にもその存在が表現されたが、その後新たな報告がなく、それだけに、より慎重な扱いを要する用語であると理解する必要がある。以下、日本の主な取り組みについて列記する。

○平成3年度から4年計画「教科学習に特異な困難を示す児童生徒の研究」国立特殊教育総合研究所

○平成4年3月「通級学級に関する調査研究協力者会議」審議のまとめ

○平成4年6月「学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究」

○平成4年 日本LD研究会発足、翌年学会へ

2. いわゆる学習障害児の教育相談

当研究所教育相談室においても、以前からいわゆる学習障害といわれる子供の相談が行われてきたが、平成元年にこの子供についての相談をする事を表明し、相談を行ってきた。その結果相談件数が急増しているのが現状である。しかし、分類の概念が不明確な現状では基本的な人数は報告できないが数十名にのぼるといえる。以下、その相談の概要について報告する。

インテークについては、親からの申し出、あるいは幼稚園や学校からのすすめで相談室に来

所することがほとんどであるが、中には他の障害を主とするケースが結構多く、学習障害の理解が不十分であり、他の障害と混同していることも多々ある。むしろ、他の障害が主訴のケースの中に発見される場合が多くあった。相談の流れについては、通常の教育相談と同様に行動観察、心理検査、保護者からの生育歴や現在までの状況報告を受ける。行動観察の時点でLDの疑いがあるかないかを判断し、もし疑いがある場合は保護者からは特に乳幼児期からの生育歴について詳しく聞き、保護者には発達上の様相と指導の基本について説明し、更に子供理解するために心理検査、時には医学的診断の了解を求め、相談活動を進める。LDの疑いのある子供については基本的には医学的診断を加えることにしている。

指導について、当教育相談室においては指導や訓練をすることが困難なため、経過観察並びに幼稚園・学校などそして保護者への指導上のアドバイスをを行っているところである。

3、指導上の視点

LD児は一人一人の違いを特性としており、標準的な見方や指導は効果が期待できないことを前提に、以下を指導上の視点と考えている。

(1) 自己有能感を高める：課題の構造化と適切な援助を軸に具体的な作業課題を通して成功感や成就感を体験させることで、自信の育成と達成への意欲を育てる。

(2) 葛藤場面の克服体験をさせる：子供に解決可能な小さな失敗や混乱が予想される葛藤場面や状況をあえて設け、自発的に問題を解決する体験をさせることも大切である。

(3) 自己評価、他者評価の機会をつくる：身体の特徴、持ち物、学力や運動機能といった表面的、外面的な評価の観点から、考え方、人との関係のもち方、心理的、社会的役割の果たし方といった心理的、内面的なものの方の見方の大切さを教える。また、周りの人は自分をどうみているかといったことを友達同士で話し合わせるこ

とも効果がある。

(4) スキルの日常化：指導の中で習得した技能を、日常的な場面、家庭や学校で応用できるよう、協力を求め、応用体験させる機会をつくる。

4、今後の課題

LDについての考えが定まっていない現状の中で課題を論ずることは難しいが、現実のLD児が存在することが表現された現時点で考えたいことを列記する。

(1) 学習障害の理解・認識

いわゆるLD児について、その子を取りまくスタッフが固定的な児童観でみることなく、子供の個性重視の立場で子供を理解すること、並びに用語に左右されることなく学習障害について認識することが大切であり、同時に課題である。

(2) 地域に根ざした専門チームによる基礎研究

LDは一機関で判断できるものではなく、広く識見を求めていく必要がある。そのために、地域において関係者による基礎研究が必要である。

(3) 教育の場の充実

LD児は柔軟な教育的対応が必要と思われる。全ての教育機関において、教育用語としての「学習障害」について理解し、充実することが課題である。

(4) 家庭教育力の充実

教育機関と同様、家庭においても教育力の充実が求められるが、同時に指導機関の効果的な取り組みも求められよう。

座長のまとめ

(楡の会子どもクリニック) 氏家 武
(札幌市立幌北小学校) 池田 寛

第1分科会では、さまざまなハンディキャップをもつ障害児の医療、療育、教育に関する一般演題が8題発表されました。会場にはこれらの問題に興味を抱く多くの方々の参加をいた

き、前半は充実した発表と熱心な討論が行われました。しかし、座長（氏家）の不手際で進行時間を大幅に超過してしまい、後半は終了時間をぎりぎりまで延長したにもかかわらず発表や討論を充分に行われないうままに終わらずをえませんでした。以下に、各演題に対する座長のコメントを述べさせていただきます。

まず、旭川療育センター小児科の伊藤淳一先生らによる「痙直型両麻痺児の知的発達の特徴—就学前児童を対象とした検討—」の発表は、身体的ハンディキャップを持つ子どもの知的発達の偏りを明らかにすることで、より包括的な療育が展開されることを望んだ大変意義深いものです。特に、未熟児であることが病因の脳性麻痺児は、他の病因によるものよりも知的発達は全般的に比較的良好であり、移動能力に大きなハンディキャップがあっても言語性知能は比較的良好であることが多いという特徴が明らかにされました。また、両麻痺児の知的発達の偏り（言語性知能>動作性知能）は視覚認知障害と関連があることが示唆されました。両麻痺児の教育を考える際にはこれらの所見を考慮し、視覚的手がかりを十分に与えながら言語獲得を促したり、実際の生活場面での体験を生かした事物の理解を図ることが大切であると思われまます。この研究がさらに進み、視覚認知障害と両麻痺児における後頭葉の機能的障害の関連が明らかにされることを望みます。

第二席の札幌療育センター小児科の佐々木公男先生らによる「乳幼児期に発達に問題あった児の長期予後に関する調査報告」の発表は、先に北海道社会福祉協議会のノーマライゼーション研究の一環として行われた障害児の早期発見・早期療育の充実に関する調査研究」をまとめられたものです。この研究は、医療機関と保健所の連携により一定地域における多数の心身障害リスク児を対象にその予後調査を行ったもので、心身障害の早期療育の在り方を考える上で大変有用な資料となるものと考えられます。特に、乳児期に発達上の問題を抱えていた児の7

割以上が正常化したことが明らかにされ、心身障害リスク児に対する早期の療育的介入の効果や在り方について示唆するものが多いと思います。また、学習能力障害や注意欠陥多動障害などの発達障害が身体障害よりも多く認められたことは、今後、障害児療育の対象が脳性麻痺を中心とする身体障害から発達障害へと転換し新たな障害児療育ネットワーク構築の必要性を示すものと思われまます。

第三席の道立小児保健センター脳神経外科の高橋義男先生らによる「新生児乳幼児低酸素脳症のMRI所見と治療転帰」の発表は、高橋先生らが長い間行ってきた心身障害児医療における独自のアプローチとその効果を公表したもので、大変興味深いものでした。心身障害の主要病因である新生児期の低酸素性脳症は、それがより重度であれば後遺症もより重症になることが明らかにされ、それに対する急性期大量バルビタール療法は、急性期死亡の減少だけではなく脳保護作用による二次的脳損傷を防ぎ、結果として精神運動障害を軽減する効果があることが示されました。今後このような脳神経科学的なアプローチによっても心身障害の発症や重症化が少しでも予防されることを望みたいと思われまます。

第四席の北見赤十字病院小児科の兼子健児先生らによる「当院発達外来に関わる発達障害児の就学現況—その問題点と期待」の発表は、医療と学校の連携の在り方を考えさせる貴重な発表でした。学校が医療スタッフと連携して障害児の特徴を把握し、積極的に受け入れを工夫しているケースが紹介されました。

今後、あらゆる地域においてこのような望ましい医療と教育の連携が広がっていくことが願われまます。

第五席の岩見沢市立中央小学校の島田先生による「幼児言語治療体制の調査検討報告」は北海道言語障害児教育研究協議会の幼児問題調査検討委員会が、2年がかりでまとめた「望ましい幼児言語治療体制のあり方～状況分析と提言～」

を報告したものでした。

筆者はこの「提言」の作成にかかわった一人として、この「提言」が作られた背景について若干補足をしたいと思います。

北海道の言語障害児教育は学校のことばの教室からスタートしましたが、その当初から幼児指導の重要性が認識され、全道各地で幼児の指導の試みがなされてきました。しかし、幼児ことばの教室のための国や道の制度があるわけではなく、市町村の独自の施策として実施されてきたため、実に多様な教室形態・人員配置がなされてきました。また、活用できる制度も不十分なため、様々な問題が生じてきました。特に幼児担当職員の身分待遇や教室の設置形態に関する悩みが多く、その解決策を求める会員の声が多く寄せられてくる事態となりました。それに応えるために幼児問題調査検討委員会が設置され、この「提言」の発行にいたった次第です。

この「提言」の中で指摘されていることは、制度の積極的な活用であったり、関係諸機関との連携強化であったり、専門職としての自覚をもつことであったりしますが、最も重要なことは担当者同士の強い連帯のきづなをもつことであるとまとめています。

この2年間、検討委員会の6人の中で行われた白熱した議論が、それぞれの地域の担当者の間でも行われることを強く願うものです。

第六席の道立特殊教育センターの神田英治先生の「特殊教育と通級による指導」の報告は、最新の出来事である「通級による指導」の制度化についてでした。

先生は、制度化の内容についての説明に入る前に、制度化に至る歴史について大変詳しく解説していただきました。このことは、大変重要な指摘であると考えます。

これまでどのような法令や調査報告があり、制度化へ向けてどのような歩みがあったのかを十分踏まえた上で、今回の制度化の意味を考えることが重要です。

我々は、今まで自分たちが行ってきたことが即実績であると考えがちです。しかし、これまでは「通級による指導」を裏付ける法令はありませんでしたから、無理な辻褃合わせをして、しのいできたこととなります。

つまり、我々が行ってきた「通級による指導」は、教育内容としての実績はありますが、制度上及び予算執行上の実績は全くないのです。従って今後我々は、教育内容については継続発展させていくこととなりますが、制度的には新しいものをこれから作り上げていく意識を持つ必要があります。

その意味で、これまでの歴史を十分踏まえた上で、新しい時代への対応を考えていく必要があります。今回、神田先生から教えていただいたことは大変貴重であったと言えます。先生は通級指導教室への移行について、積極的に取り組む必要があることを強調されていました。先生から教えていただいたことを再度よく復習し、準備を進めていくことが大切と考えます。

第七席の札幌市教育研究所の山本信義先生の「学習障害をめぐる諸問題」の報告は、今日的な課題であり、誰もが知りたいと願っている「学習障害」について講演されました。

先生の講演は、まずアメリカの動向や日本の動向などから説き起こして「学習障害」の概念についてお話しをされました。そして先生ご自身が教育研究所の教育相談室の相談員を勤められている立場から、数十名の学習障害と思われる子どもとの相談業務を通しての体験的な教訓をお話されました。

まとめの中で先生は、四つのことを指摘されています。一つ目は、固定的な目で子どもを見ないこと。二つ目は、多くの目で子どもを見ていくこと、三つ目は、全ての教育機関で柔軟な対応をすること。四つ目は、家庭における対応も重要であること。

このことは、学習障害に対してばかりでなく、我々療育担当者が等しく会得していなければな

—札幌市の早期療育を考える—

シンポジスト

1. 横山 未代（札幌市児童相談所）
2. 伊藤 克実（大谷地たかだ保育園）
3. 佐藤 光代（北海道クリスチャンセンター）
4. 吉川 法生（札幌榆の会）

まとめ 座長：相場 幸子（北星大学）
加藤 典敏（江別市立病院）
記録：吉田耕一郎（札幌市立菊水元町幼稚園）

札幌市の早期療育を考える

—児童相談所における母子通所指導から—

（札幌市児童相談所相談判定課）
判定係 横山 未代

1、はじめに

札幌市児童相談所において心身障害相談は全体の6割以上を占めているが、児相が心身障害相談にかかわる場合、療育手帳などの福祉諸制度の判定書交付、施設入所措置などの行政的機能が中心になってくる。一方で幼稚園、保育園、その他の通所機関につながる間療育の場を保障するために、発達遅滞の認められる乳幼児の母子通所指導を昭和48年から行ってきた。この母子通所指導は、児相全体の業務の中で大きな位置を占めているとはいいがたいが、札幌市における早期療育の一端を担ってきたと思われる。

この度、児相が新築・移転され児童福祉総合センターとなり、精薄児通園施設3園、肢体不自由児通園施設3園という体制が整うのだが、今後の児相の役割について考えてみたい。

2、母子通所指導の現在までの流れ

昭和47年に札幌市に児童相談所が設置されたが、グループ指導が開始されたのは昭和48年に入ってからである。この時は言語指導や自閉児、微細脳損傷の疑いのある子への行動治療的なかかわりが中心であり、就園・就学してからも児相が並行してかかわっていくことが多かった。この年さらにダウン症候群（2歳児）のグループも加わり、診断名別に4グループの指導が行われていた。昭和50年度には精神薄弱児通園施設かしわ学園にひよこ学級が設置され、当所の2歳児ダウン症グループが引き継がれていった。また障害児受け入れの幼稚園・保育園の新設が相次ぎ、通所していた児童の大半がそちらに移っていった。

昭和51年度には小グループが形成され、就園・就学にむけての集団適応の準備としてのグループが作られるようになった。

昭和52年度には積極的にグループが作られ、年齢・診断名別のグループに編成されていた。

指導形態は、昭和48年から基本的に子供はセラピストがプレイセラピーを行い、母親には判定員がグループカウンセリングを行う形が取られてきた。昭和52年ごろより、母子分離困難な

表3 進路（推移）

| 進路等区分\年度 | 昭和63年度 | 平成元年度 | 2年度 | 3年度 | 4年度 |
|------------|--------|-------|-----|-----|-----|
| 幼稚園 | 18 | 25 | 20 | 14 | 13 |
| 保育園 | 5 | 5 | 10 | 9 | 6 |
| 精神薄弱児通園施設 | 21 | 25 | 21 | 13 | 22 |
| 障害幼児通園施設 | 3 | 5 | 7 | 5 | 2 |
| 肢体不自由児通園施設 | - | 1 | 2 | - | - |
| 仲よし子ども館 | 5 | - | 4 | 6 | 7 |
| 継続 | 9 | 13 | 21 | 6 | 8 |
| 在宅 | 3 | 2 | 2 | - | 1 |
| 中断 | 2 | 2 | 9 | - | - |
| 転居 | 1 | 3 | 4 | 6 | 2 |
| その他 | 3 | - | 4 | 8 | 5 |
| 計 | 70 | 81 | 104 | 67 | 66 |

この表では乳児グループも含まれた進路状況となっているが、幼児グループに限ると以下のようになる。

登録者45名中、精薄児通園施設5名、クリスチャンセンター1名、麦の子学園1名、幼稚園13名、保育園6名、当所グループ指導継続8名であった。

親へのグループカウンセリングの中で進路相談を行っているが、基本的に選択は親にゆだねている。ここ2年間のかしわ学園に入園できたのは4名ずつであり、現実問題として幼稚園・保育園を進路先として考えざるを得ない状況であった。

2 ダウン症乳児グループ

生後間もなくダウン症と診断され、かしわ学園母子通園指導が開始される1歳までの間当所で通所の場を保障し、親への不安軽減と子供の早期発達訓練を図っている（もちろんダウン症以外でも受け入れ可能である）。平成5年度の登録者数は15名である。これらは保健婦による指導を受けており、紹介されてくることが多い。このうち生後2ヵ月で来所した者が3名おり、手術の必要のある合併症がない場合は着実に早期に見相につながっている（生後6ヵ月未満は9名である）。

4、まとめ

これまで児相における母子通所指導について述べてきたが、ここ数年は通園施設の待機者を当所でフォローしており、次の療育機関への中継的な位置づけであることは述べてきたとおりである。しかし、札幌へ転入してきた人が以前は通園施設に通っていたのに当所の通所指導で空きを待つという逆戻り的な現象も見られている。

また、1歳6ヵ月児・3歳児精密健康診断を見相で行っているが、これも受け入れ先の問題もあり、保健所からの通告は過去3年間とも20数件という非常に少ないものである。かしわ学園に加えて今年は「きらめきの里」が開設し、来年4月には「はるにれ学園」も開設することになっている。さらに麦の子学園や、クリスチャンセンターも加えると、何とか就園前の幼児の指導場所が確保されるという見通しが立つと予想される。

また札幌市では全国的に見ても障害児保育の受け入れは広がっているが、幼稚園・保育園に通っている子の並行訓練の場所をクリスチャンセンター、楡の会こどもクリニック、静療院に頼っている現状であり、こちらの整備も今後の課題となってくるであろう。

今後は保健所を始めとする関係機関との連携

がこれまで以上に重要となり、児相が中心になって早期療育ネットワークを作っていくことが望まれていると思う。

「札幌市の早期療育を考える」

(大谷地たかだ保育園)

園長 伊藤 克実

1、はじめに

障害乳幼児の早期療育機関としての保育園がたどってきた道程は、制度ができてからでも20年がたとうとしている。制度化以前の取り組みは、制度化を契機にその内容を変えてきたことは想像に難くない。制度化は障害乳幼児の受け入れを特別な取り組みから保育の機能の一環としての位置づけへと大きく飛躍させる条件でもあった。札幌市では、当初は指定園方式から出発した制度も一般園方式との平行方式でその対象児童は拡大してきている。札幌市自体が障害児保育実施要綱策定の中で生活圏のなかでの障害児の保育保障を提言していたように(注1)、障害をもった子どもたちが保育を受ける場は家庭から身近なところが望ましい。その意味で障害児保育実施園の増加はそのことを可能にする条件の整備であったと言える。

今回、札幌市において児童相談所を中心として早期療育システムの改組が試みられた。「児童福祉総合センター」構想の中で具体的に保育園とどう連携システムが実現されるのかは不明であるが、早期療育の観点から保育園の立場を踏まえて今後の課題を考えてみたい。

(注1)「札幌市障害児保育事業実施要綱の制定と取り扱いについて(通知)」S57.7.5
札保育指第519号

2、障害児保育をめぐる問題

表1から表3は昨年度の札幌市における認可保育園での障害児保育の実施状況である。また表4はここ数年の障害児保育の対象となった児童数の推移をみたものである。

表1. 実施園内訳

| 内 訳 | 園 数 | 実施比率 |
|-----|-----|------|
| 公立園 | 14 | 48% |
| 私立園 | 47 | 38% |
| 合 計 | 61 | 39% |

表2. 年齢別・程度判定別内訳

| 年 齢 | 児童数 | % | 特児対象 | % |
|------|-----|-----|------|----|
| 2歳以下 | 20 | 15 | 13 | 65 |
| 3 歳 | 22 | 17 | 12 | 55 |
| 4 歳 | 47 | 36 | 27 | 57 |
| 5 歳 | 41 | 32 | 25 | 61 |
| 合 計 | 130 | 100 | 77 | 59 |

表3. 障害別・程度判定別内訳

| | 精 神 遅 滞 | 肢 体 不自由 | 視 覚 障 害 | 聴 覚 障 害 | 言 語 障 害 | 情 緒 障 害 | 自閉症 | その他 |
|-----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|-----|
| 児童数 | 84 | 12 | 1 | 6 | 18 | 1 | 5 | 3 |
| % | 65 | 9 | 0.5 | 5 | 14 | 0.5 | 4 | 2 |
| 特 児 | 49 | 11 | 1 | 5 | 4 | 1 | 5 | 2 |

表4. 障害児保育対象児童数の推移

| 年 度 | 60 | 61 | 62 | 63 | 1 | 2 | 3 |
|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 児童数 | 92 | 110 | 105 | 121 | 126 | 136 | 161 |

表1は障害児保育の公立・民間保育園の実施率をみたものであるが、公立園での実施率がほぼ半数に達しているのに対して民間園での実施率は約4割弱となっている。札幌市における障害児保育の取り組みの歴史は幼稚園を先駆として保育園がそれに追随した形となっていたが、その保育園での取り組みは民間園主導で進められて来た。公立園での取り組みは大きく遅れていたのが実態であった。しかしその民間園の取り組みも、その内実は先に述べた子どもの生活圏での受け入れを原則とした観点から言えば、数の上からもまた地域性から言っても課題が多い。たとえば平成2年度「札幌市の保育行政」にある民間保育園のなかで障害児保育を実施している割合を地域毎にみると次のとおりである。中央区29%・北区40%・東区33%・白石区61%・厚別区75%・豊平区14%・南区50%・西区43%・手稲区50%。障害児出生の発現率が地域によって異なるという科学的裏付けでもない限り、この割合の差は単に受け入れをする保育園がどれだけあるかの差としか考えられないで

あろう。他区から障害児保育の受け入れを求めてくるケースがかなり多いのが現状である。また表2は年齢別障害乳幼児の在籍率をまとめたものであるが、ここで気づくのは年齢によって受け入れに大きな開きがあるということである。昭和60年に民間保育園に在籍する障害児童の実態調査をした分析では、年長児童が大部分であり3歳以下はわずか7%にすぎなかったが（注1）、表2で見るとおり特徴的には障害児保育事業実施要綱のその後の見直しもあって3歳以下のこどもたちの受け入れが大幅に増加してきているが、4歳以上と比較して倍以上に違うことに留意したい。このことがどんな背景によるものなのか、たとえば早い時期の療育機関での療育の保障と連携して年中児になった段階で保育園に移行していくルートの確立を意味しているのかどうか吟味する必要があるだろう。

障害児保育に関してみると、保育者の意識も高くまた関心も深い、そのことと受け入れの進展とはかならずしも一致しておらず、保育の見通しの上での困難さ（注2）が依然あることがこの背景となっているようである。

（注1）札幌私保連「障害児保育の制度をめぐって」

（注2）伊藤則博他「北海道における障害児保育の方法とその成果」

制度化されてからこの20年余のなかで障害児保育はそれなりの進展をみえてきたことは明らかである。専門療育機関から就学に向けて、その中間的役割としての幼稚園や保育園での障害児保育は社会的に認知されている。この意味で言えば障害児保育の一般化といっても差し支えない状況が見られる。しかし、先に認められたように保育園に限って見ればその内実はかならずしも一般化と言えるかどうか問題が多い。

一般化という言葉にこだわってもう少し考えてみたいが、一般化したというニュアンスにはさまざまな条件が不可欠であろう。ひとつにはやはり「どの保育園でも」という条件である。そして二つにはその裏返しとして「保育が必要なこども」という条件が続く。三つにはそのこどもたちのための「保育はどの保育者でもできる」という条件があげられる。四つには三番目

に大きく関わるのであるが障害を持ったこどもたちの保育が特殊化されてあるのではなく「障害のこどももそうでないこどもも共に」という保育の見方や創造性の問題である。つぎにこれらの諸点との関連で抱える課題に触れて行くこととする。

3、障害児保育の果たしている 役割と課題

保育園における障害児保育の実践から次のことが指摘される。すなわち障害をもったこどもにとって保育園での保育はそのこどもの発達の観点から効果的な役割を果たしている。昭和55年に北海道の委託を受けて実施された調査（注3）では「障害児保育における発達の効果」として「1 集団適応（協調性と同調性）、2 言語（語い数の増加、一語文から二語文、理解の深まり）、3 生活習慣の確立と身辺自立の促進、4 コミュニケーションの手段獲得」の4点が挙げられている。表5は札幌市の民間保育園に在籍する障害幼児を対象とした調査（注4）の結果であるが、同じことが指摘できよう。

表5. 保育園に入って変化したこと

| 保育園での変化 | % |
|------------------|----|
| 親自身のゆとりがもてる | 69 |
| 集団生活（交流・対話）ができる | 66 |
| ことばが増えてきた | 64 |
| 基本的な生活習慣を獲得した | 60 |
| 自分でやろうとする意欲がでてきた | 53 |
| 生活のリズムがついてきた | 53 |
| こどもが丈夫になった | 49 |

また、この調査では障害幼児を抱える親自身の悩みや問題の解決にも保育園が果たしている役割の大きさをうかがわせている。障害をもったこどもの家庭は他の家庭とさまざま異なるニーズを持つ（注5）が、保育園が持つ集団性（こどもの集団と共に親たちの集団、さらには保育者集団）がさまざまな形で親たちを支える条件になっているのである。

（注3）忍 博次他「統合保育における発達効果及び発達を可能にする諸要因に関する研究」

（注4）札幌私保連前掲書

(注5) 加藤正仁「発達障害乳幼児とその家族の援助」(発達障害研究 第14巻第2号) 加藤氏はこどもの側の特徴として次の諸点を挙げておられる。

- ①発達上の可塑性が高く、敏感期もこの時期に集中している。
 - ②発達が未分化な段階である。
 - ③発達臨床像が不安定である。
 - ④周囲の大人への依存度が高い。
 - ⑤問題臨床像が未だ顕在化していないことがあり、診断や評価が困難である。
 - ⑥障害によっては医療的問題が未解決なために発達上にさまざまな影響がでている。
- また、このような乳幼児を抱える家族においては次のような特徴が指摘される。
- ①親の障害受容が未だ十分でなく養育環境として不安定である。
 - ②家族内での養育体制が未だ確立しておらず家族間での協力体制が不十分である。
 - ③家族が地域社会から孤立していることが多い。
 - ④概して親の年齢も若く、子育ての経験が浅いことから自信の無さ、不安感が大きい
 - ⑤こどもの発達に関して未だ確かな視点を持ち得ず、過大評価や過小評価に一喜一憂している。
 - ⑥発達の可塑性の富む時期であることから子どもの育ちに関して関心、期待が大きい。

加藤氏が指摘されるように、乳幼児期という特性と共にそのこどもに障害があることからくる困難さが、他の家族像と大きく異なる点である。保育園には「障害受容」でいまだ乗り越えていない家庭もあり、園として対応に苦慮するケースもあることも事実である。しかし他方、保育園保育のなかで親自身が変容する場合も多い。1993年にまとめた札幌市内の障害乳幼児・児童の家庭を対象とした調査では、親から次のような声が寄せられていた。

- ・先生そしていろいろな親と知り合って障害児の親だけが子育てに悩んでいるわけではないと励まされた。力になってくれた。
- ・たくさんの親と友達になれた。
- ・締め付け、強制もなく自由にいられた。

・親同士(特に障害児を持つ)のきずなが数多くできた。

保育園保育の中でこどもとともに親自身の成長が確認できるのである。

(古塚孝他「札幌市の早期療育の現状と課題」)

このように保育園での障害児保育はこどもと親にとって大きな支えとしてその役割を果たしているが、2で述べたようにさまざまな課題がその展開を規制している。先に障害児保育の一般化についての条件にふれたが、制度的に課題が大きい。「どの保育園でも」ということに関してみれば、そのネックになっているのは補助体制であろう。現在の札幌市の障害児保育事業は各区に一園の障害児保育指定園と一般園の並立方式がとられており、それぞれに補助がおこなわれているが、指定園の障害児定数の定額保障に対して一般園ではその実人員に対しての保障であり、単価的にも額に大きな開きがある(注6)。

(注6) 札幌市の平成5年度障害児保育事業補助の内容は次のとおりである。

| 区分 | 補助額 | 備考 |
|-----|--------------|--------------|
| 指定園 | 定額 247,500×2 | 障害児定員6名、保母2名 |
| 一般園 | 軽度 47,070 | 児童一人当たり |
| | 中度 67,240 | 児童一人当たり |

いずれも月単位

保育の現場で、障害児保育に関心や意欲がありながらも「足」をふませているものはこの補助のありかたによるところが多いと思われる。次に、制度の課題としてあるのはいわゆる保育園の入所要件である「保育に欠ける」規定との関連である。保育園に入園するためには「日々保育に欠ける」要件が必要とされ、その要件が市町村の入所条例で政令に基づいて定められることとなっているが、国自体の考え方のなかに障害の有無を入所要件のひとつとしてとらえておらず(注7)、したがってほとんどの市町村で「父母」の立場により入所手続きがとられている実態がある。保育園での障害児保育をさらに進めるためにはこの入所要件の規定を「障害」のこどもがおかれた「状況」にまで拡大させるこ

とが緊喫の課題である（注8）。

（注7）戦後保育の歴史において保育園保育の対象児童は「保育に欠ける」「普通児童を主体」としたものであったことが厚生省の「児童福祉法の解説」の分析等で理解されるが、昭和38年7月に出された中央児童福祉審議会の中間報告「保育問題をこう考える」は「保育に欠ける」要件を「こどもの心身の発達にとって不可欠なものを与えなくする状況」と規定し、「保育に欠ける状況」のひとつに「児童の心身の障害によるもの」を盛り込んだことは、それが今の統合保育の理念とは隔たりがあるものの特筆すべき事柄であった。

（田辺敦子『障害児保育の展開に関する一考察』…『現代日本の福祉』所収）

（注8）札幌市で行った調査結果でもこの点を指摘しているが、特に父母から寄せられた意見にもこのことに触れたものが多かった。

- ・まず入園するのが困難（親がともに働いていなかったとか）。区の相談課では妻が働いていなければ入園できないといわれ、容易にはいかなかった。こどもが障害児なのに、妻も働いていないと入園できないのはおかしいと思った。
- ・障害児を保育園に入園させたい場合、役所では母親が働いていないと入園させられないという答えが返ってきますが、体の弱いこどもを抱えてどうして働くことができるのでしょうか。各関係機関が連絡を密に取り合って障害児の母親が働かなくても保育園に入園できるように。

（古塚他前掲書）

つぎに、保育園保育のなかで障害児保育をどうとらえるかである。障害児保育に関心があってもそれが即実践につながる背景には、障害をもった乳幼児の保育を特別なものとして見て、そのための保育技術や知識の欠如を取り組めない原因としている場合が見られるが（注9）、保育園保育に障害児保育を取り込まない限り保育者にはこのジレンマがついてまわることになる。その解消のためには専門療育機関の専門性とともに入園保育の専門性を明らかにするとともに、その保育の中に障害乳幼児を内包する

視点をもつ必要がある。保育園が対象とする年齢である0～6歳の発達のな特徴は心身の未分化な発達段階から分化へとたどる道筋でもある。その保育の構造はその乳幼児の発達分化の特性に対応する形で仮説的には「生活」「遊び」「課業」（注10）の3層構造論が提起され、保育実践上深められているが、いわばそれらの保育の柱は重層的に、また重複的にあるのであって、こどもの作用としては保育者のある働きかけには「遊び」に見られるとおりのさまざまな機能の発達の波及効果が認められる。ひとつの関わりがさまざまに影響するという、総合性もまたこの時期のこどもの特性である。学習という言葉は文化財の系統的論理性の上に成り立つ分野は逆に分化を強化する働きをするが、乳幼児の段階はかなりまとまった構造をもつと考えられ、このことが障害乳幼児を保育の場に引き込む要因となっていると思われる。特に何か特別な対応というよりも日常的に関わりの中でする保育のなかでどうこどもたちが育って行ったかを実践的に明らかにすることで専門療育機関に対する保育園の役割が明らかとなろう。

（注9）札幌私保連前掲書

（注10）穴戸健夫他『幼児の保育計画と実践』シリーズ4、

4、厚生省「保育改革」と障害児保育

保育園での障害児保育の制度化は昭和49年の「障害児保育事業実施要綱」に始まる。この要綱による「指定保育所方式」から昭和53年の「保育所における障害児の受け入れ」に規定される「一般保育所方式」の導入へと展開する訳だが（注11）、その内容は障害児保育を「特別保育」事業のひとつとして位置づけ助成の対象とするものである。これは障害児保育を「措置」ではなく「付加的サービス」としていることを意味している（注12）。「保育に欠ける」要件にこどものおかれた心身の発達の条件を含めれば当然「措置」となるのであるが、「措置」外の「付加的サービス」であるところに助成水準の低さの原因があった。

今回、厚生省は「利用しやすい」保育園の改革を目的として「保育問題検討会」を設置し審議を重ねて来たが、平成5年11月に保育園の

「直接利用契約方式」の導入を骨子とする、いわゆる厚生省「たたき台」を「同検討会」に提案した。この「たたき台」の案は所得によって保育園の入園方法を従来の「措置」と「直接利用契約」の二つに分けるものであるが、これによってさまざまな問題の発生が予見されたことで全国的に反対議論が起り、結果的には平成6年度実施を見送ることとなった。この案と障害児保育との関連では次のような問題が懸念される。すなわち「直接利用契約」により園児獲得のための（これ自体は厚生省がもつめる市場原理の導入にほかならない）競争が園の間で起こること、所得により入園方法が異なるために入りたくても入れない場合が起こり得ること、このようななかで保育コストが高い障害児保育が拡大する余地が果たしてあるかどうかである。札幌市でかつておこなった調査でも障害児保育担当保育者の複数制をしいているところが障害児保育をしている保育園で8割にもものぼっている（注13）。ひとりの障害乳幼児を保育現場に受け入れて行くためにはどうしてもそれだけの人的配置が不可欠といえる。助成もままにならない状況下で実践的に切り開いてきたことは特筆すべきであるが、この現状が仮に厚生省「たたき台」の案になった場合、さらに条件が厳しくなることが予想される。障害児保育の充実のためには現在さまざまにネックの原因となっている「保育に欠ける」要件にこどもの心身の発達の状況まで拡大をすることが必要である。

（注11）清水貞夫他「統合保育」

（注12）村山祐一「保育園はどう変わるべきか」

（注13）札幌私保連前掲書

5、おわりに…若干の提起

札幌市の早期療育を考えたときに一定、保育園が果たしてきた役割は評価できるといえる。今回長年の懸案であった「児童福祉総合センター」が開設したことで今後さらに保育園の機能が問われると思われるが、その保育園を含めて札幌市の早期発見・療育システムがどう機能しているかどうかの検討が必要であろう。近藤直子氏たちが各自治体の障害乳幼児対策の現状を見る視点として次の3点、すなわち①各年齢毎

の早期発見体制の条件②0歳からの早期療育の準備状況③早期療育から就学までの系統的な保育・教育の場の保障の柱を設定して人口規模別に調査をおこなっているが、札幌市を含む大都市圏の課題のひとつとして「地域療育センターを人口30万人単位を目安に設置」していくことを提言している（注14）。

このことは、すでに見たようにこどもの生活圏のなかに療育・保育の場を配置することにほかならない。近藤氏が指摘するように今後は行政単位である区をひとつの生活圏として、そのなかに療育システムの構想をもつことが次の課題であろう。

（注14）近藤直子他「自治体における障害乳幼児対策の実態」（障害者問題研究No.67）

クリスチャンセンター相談室の 現状と課題

（北海道クリスチャンセンター）佐藤 光代

はじめに

1990年、札幌市地方社会福祉審議会から、札幌市長が諮問していた「児童相談センター（仮称）のあり方についての答申」が出されました。その中に札幌市心身障害児療育ネットワークが図式化され、私が勤務する北海道クリスチャンセンター家庭福祉相談室（以下相談室と略す）も民間療育訓練施設として麦の子学園（現・発達相談室むぎのこ）と共に組み込まれてありました。

この答申を受けて4年、1993年12月には、札幌市児童福祉総合センターが開設され、札幌市の療育システムが形となって動きだしています。

北海道の他都市と比べても、また全国的にみても後発進の札幌市ですが、ここまでくるには、官民を問わない療育、保育に携わっている多くの人の熱い思いがあり、それが現実化しようとしています。

とりあえず、図式の中心に据えられたセンタ

一の建物が出来、機能し始めていますが、それが子供や親たちにとって真に利用しやすいシステムになるには、さらに多くの時間が必要でしょうし、関わる人たちのこれまで以上の努力が求められることと思います。

答申が出されてから児童福祉総合センターが出来るまでの3年余り、「北海道発達臨床研究会」では、答申を現実化するに当たって、民間レベルでの意見交換が繰り返し行われてきました。相談室も何度か機会を与えられ、相談室の現状と、いま私たちが抱えている問題点、将来的な希望などを述べてきましたが、今回は、それらを通して札幌市の療育システムの中での相談室を考えてみたいと思います。

1. 〈相談室は〉

「1966年北海道クリスチャンセンターの一活動分野として開設され、家庭福祉相談室として週1回の個別相談から始まりました。以来28年間、常に地域社会のニーズに応える形で、幼児と母親、生徒から成人まで広い範囲にわたる相談、助言、カウンセリング、発達援助等の活動が続いています。

相談室の特徴のひとつは、その活動の多くの部分がボランティアの手で支えられていることであり、もうひとつは常に時代が求めるものを率先して、その活動に加えてきた点です（出張相談、親のグループ、併行通園など）。ここから各地に巣立っていったワーカーも少なくありません。

1987年には相談室事業後援会が発足し、1989年からは、社会福祉法人の付帯的公益事業となり、札幌市、社会福祉協議会、共同募金ほか多くの援助金に支えられ、他機関との有機的な連携のもとに、より充実した活動を図っています。」（相談室のしおりから抜粋）。

相談室ではいろいろな人を対象に、いろいろな相談を受けていますが、発達援助グループは、その中の一分野で、相談室の中心的な事業です。

2. 相談室の基本姿勢と現状

1) 来室者のニーズに敏感に反応し、自分達の組織の機能、都合によってニーズを選択しない。

開始当初は、肢体不自由児中心の保育の場として出発したグループも、1970年代には、自閉傾向、発達遅滞、情緒障害の幼児が多くなりました。当時、まだこのような子ども達、特に自閉症児の療育をする場がなく、幼稚園や保育園はもちろん、施設でもなかなか受け入れてもらえない状況でした。相談室を作ったのがそもそも「行く場のない困っている親の悩みを見るに見かねて」始めたものでしたので、当然その当時最も困っていた自閉症児に対して、何かしなければという思いがあったのだと思います。

また1979年には、2歳児中心のグループを始めました。親が自分の子供を見て、「よその子供と違う、おかしいな」と思い始めるのが、2歳前後からです。それは言葉が出始め、他の子供を意識する時期に当たりますが、わが子にはそれが無い、漠然とした不安を抱く年齢でもあります（資料No.2）。

札幌市ではこれより数年前、任意ではありますが、保健所で1歳半健診を行っています。相談室の2歳児のグループは、保健所で早期発見、診断されるケースについて、親の不安を受け止める場として社会のニーズに応えていこうとするものでした。親が不安を感じた時点から、そのときの子供に適した発達援助がなされなければ、不安や焦燥の中にいるまま、子供をあちこちと連れて歩くことになります。それは子供の成長に対する親の不安感を募らせ、子供が必死で送ってくるサインを受け止める余裕をなくしてしまいます。

1歳半健診は、1985年から全幼児を対象にするようになり、様々な医療機関や相談機関で低年齢のうちに障害を発見、診断されるようになってきました。

以前のように「様子を見ましょう」というみの専門家のはっきりしない態度は次第に少なくなってきたとはいえ、発見されたならば早期

に療育を開始することは、親の強い希望と思います。

幸い、札幌市においてもここ数年で公立幼稚園や保育園は勿論の事、私立の園でも自閉症児を含むさまざまな障害幼児を受け入れ、統合保育をする園が増えて、数的には障害児保育は確保されていると聞きます。また、いろいろな施設も増えてきました。しかし公立幼稚園は、就学2年前からですし、保育園は「保育に欠ける」つまり保育者である母親が就労していなければならないという条件があります（この件については様々な意見がありますが、今回は触れません）。

また児童相談所や保健所の対応も早くなってきています。

今や早期に発見された障害児とその疑いのある子供達に対しての発達援助は、幼稚園や保育園で統合保育を受けるための準備期間になっている感すらあります。しかし、この準備期間こそが可塑性に富んだ子供の発達に非常に大切であることを自負し、その基本となる諸々の事（人との関わり、言葉、遊びなど）について母と子にどのような援助が出来るかを日々模索しています。

相談室のグループは、資料No.1にあるように、

No.1 発達援助グループの種類別

| 名称 | 回数・時間 | メンバーの条件 |
|-------|-----------------|---|
| Aグループ | 週2回 各2時間 | ・4月1日現在3歳以上の幼児 ・受付順 |
| Bグループ | 週1回 各2時間 | ・3歳児未満 ・保護者が週1回を希望する場合 ・Aグループが希望者でAに入れなかった場合 |
| Cグループ | 週1回(午後) 各2時間 | ・他の通園保育集団に属し、必要を認める場合で、週1回を希望する場合 |
| Dグループ | 月2回(午後) 各2時間 | ・他の通園保育集団に属し、必要を認める場合で、月2回を希望する場合 ・Cグループ希望者でCに入れなかった場合 |

4つありますが、該当するメンバーの条件にあえば特別な参加基準はなく、先着順に受け入れられています。認可施設は、入るためには児童相談所の判定が必要ですが、相談室では、開設当初より、子ども達の障害の種類や程度で「障害児」

という枠にはめずに親たちが子どもの発達に不安を感じたときに即応できるような体制をとってきました。もちろん、すでに児童相談所で障害の判定を受けた子ども達もきていますし、児童相談所や保健所で経過観察中の子ども、まったく公的機関へ行ったことのない子ども、障害の種類、程度も様々です。（資料 No.3、No.4）

2) マン・ツー・マンの体制をとりながら集団保育をする

子どもに対しては、マン・ツー・マンで関わっています。これは、相談室がこれまでボランティアでしてきた事と大きく関係しています。現在（1994年度）ワーカーと呼ばれる人は、63名います。社会福祉や心理の実習生が10名、学生ボランティア21名、社会人（主に婦人）ボランティア24名、スタッフ8名（含有給職員3名）です。

これだけの人が現在4つの発達援助グループを支え、40名の子ども達とその親達に関わっています。マン・ツー・マンと言っても個別指導ばかりでなく、担当者と一緒に10組がひとつのグループを形づくっています。

これは、開室当初、個別治療から始まった援助方法が、その形を残しながら集団（グループ）プログラムに発展していったものです。これは相談室に来る子供達が1対1で関わる必要性があり、さらにグループで行う方がプログラムに広がりをもたせることができやすく、回を重ねると直接的な関わりは少ないとはいえ他児の動きを意識するようになるといういささか欲張った発想によるものです。この方法が可能なのは、相談室が28年間ボランティアを主体に続けてきたから出来たことでしょう。

ただこの手厚さが、外の世界に出た時に、風の強さをことさら強く感じ、くじけてしまうという、過保護と言われることもあります。私はある時期、特に年少児や重度の子供にとって、温床とかビニールハウスの中で育つことも必要なことはあると思っています。ここで基礎的な

成長があれば、外の世界でも生き易いのではないかと考えています。

3) 子供への援助は、親への援助

発達援助グループは、子どもグループと親グループがあります。

親グループは、子どもグループに参加している親（主に母親）を対象に、子どもグループと同じ時間帯に別室で行われています。1グループ10名の親たち、カウンセラー、同伴の小さい弟妹も同席して毎回行われています。カウンセラーを交えての自由なおしゃべりを中心に展開されていきます。

いのちのせんたく、仲間作り、情報の交換、自発的学習などを通じて、子どもの状態を正しく認識し、進路決定、制度の利用等、適切な自己決定を可能にしていくよう親同士のやり取りを大切にしていますが、そのほかに親文庫の利用、幼稚園などの施設見学、ビデオを見て子どもグループの様子を知ったり、子どもグループのリーダーやカウンセラーとの個別懇談をしたりしています。

以前は、親グループを子どもグループと同様にはっきり位置づけているところはほとんどありませんでしたが、最近では、多くの施設で親グループの必要性が言われ、作られています。特に早期療育について話すとき、子供への援助は、親への援助と同義語として語られることが多くなっています。

相談室では開設の早い時期から母子分離しての保育の形を取ってききましたので、自然に親グループは根付いていますが、母子分離では子どもの様子が分からない、伝わってこないという欠点もあります。この欠点を埋めるためにビデオや個別懇談をしています。なかなか親の希望に添えない現状です。

また、相談室を出た親たちが年1回集まり、主に情報交換、交流を行う「同窓会」があります。もちろん現メンバーの母親達も参加して先輩達の話に熱心に耳を傾けます。成人した子

もの親たちもいたりして、20数年間の相談室の歴史を感じるときでもあります。

その他に、父親懇談会というものも年2回行っています。この会は日頃あまり来室できない父親が、ビデオや写真を見ながら、相談室での子どもの様子を知り、また父親同士やスタッフとの話合いの中から、質問、悩み、意見が出されて、母親と一緒に考えていくきっかけにもなっているようです。

4) 併行通園の希望者が増えてきた

最近の傾向として、幼稚園や保育園との併行通園の希望が多くなっています（資料N0.1）。

障害児保育の枠が広がり、健常児集団での統合保育の場が確保されてきた現在、さらにこの傾向は強くなっていくことでしょう。

併行通園をしている子供達を見ていると、確かに統合保育から受ける刺激を次第に自分のものにしていっているという印象を受けます。行動するときのルールを体験している様子も見られます。また一方で、その子供独自の発達に応じた刺激を与えられているかという点、それは、たぶん統合保育の中では、人的にも、技術的にも、時間的にも難しい園が多いと思われます。発達のレベルにあった関わりの中で、子供が安定して課題に取り組める場として、療育機関が必要とされてきたのだと思います。

1990年からは、2つのグループが併行通園グループになりました。

増え続ける併行通園希望、質的な充実を目指して幼稚園や保育園との密なる連携、就学についての教育相談など課題山積の中での併行通園です。

3. 相談室が抱えている問題

1) 財政的基盤の不安定さ

同じ社会福祉法人下に、相談室に隣接するのはこぶね保育園があります。この保育園は1984年に認可されたもので、それから5年後の1989年社会福祉法人北海道クリスチャンセンター福祉

会の付帯的公益事業として相談室が認められた
 のです。但し、この付帯的公益事業というのは、

No.2-1 新規受理ケース（幼児のみ）の年齢別人数

| 年度 年齢 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 計 |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 6 | 4 | 2 | 7 | 6 | 43 |
| 2 | 14 | 12 | 16 | 14 | 9 | 18 | 13 | 15 | 11 | 10 | 152 |
| 3 | 3 | 7 | 8 | 10 | 8 | 7 | 10 | 6 | 9 | 14 | 82 |
| 4 | 5 | 2 | 3 | 8 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 6 | 42 |
| 5 | 2 | | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | | 1 | 1 | 15 |
| 6 | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | 3 |
| 計 | 28 | 26 | 33 | 38 | 26 | 40 | 31 | 25 | 33 | 37 | 317 |

No.2-2 グループ在籍児の年齢別人数

| 年度 年齢 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 計 |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| 2 | 5 | 9 | 7 | 6 | 7 | 11 | 10 | 8 | 3 | 4 | 70 |
| 3 | 13 | 13 | 18 | 12 | 15 | 10 | 13 | 17 | 19 | 17 | 147 |
| 4 | 6 | 4 | 8 | 8 | | 8 | 7 | 12 | 12 | 12 | 77 |
| 5 | 3 | 3 | 1 | 3 | 6 | 3 | 9 | 5 | 8 | 9 | 50 |
| 6 | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| 計 | 28 | 30 | 34 | 30 | 29 | 33 | 40 | 44 | 43 | 43 | 354 |

No.3-1 新規受理ケース（幼児のみ）問題別人数

| 年度 問題別 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 計 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 発達遅滞 | 22 | 18 | 16 | 17 | 25 | 12 | 22 | 17 | 14 | 11 | 21 | 173 |
| 自閉傾向 | 6 | 7 | 8 | 5 | 7 | 10 | 13 | 9 | 5 | 8 | 10 | 82 |
| 多動 | | | | | | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | | 9 |
| 言語遅滞 | | | 1 | 3 | 1 | | | | 2 | 2 | 1 | 10 |
| 情緒的問題 | | 1 | | 2 | 1 | | | 3 | | 1 | 2 | 10 |
| その他 | 2 | 1 | | 6 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 10 | 3 | 33 |
| 計 | 30 | 27 | 25 | 33 | 38 | 26 | 40 | 32 | 25 | 34 | 37 | 317 |

No.3-2 グループ在籍児の問題別人数

| 年度 問題別 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 計 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 発達遅滞 | 17 | 19 | 23 | 20 | 17 | 15 | 19 | 20 | 19 | 18 | 187 |
| 自閉傾向 | 11 | 11 | 10 | 9 | 11 | 17 | 14 | 19 | 17 | 16 | 135 |
| 多動 | | | | 1 | 1 | | 4 | 2 | 3 | 6 | 17 |
| 言語遅滞 | | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 |
| 情緒的問題 | | | | | | | 1 | 1 | | | 2 |
| その他 | | | 1 | | | | 1 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| 計 | 28 | 30 | 34 | 30 | 29 | 33 | 40 | 44 | 43 | 43 | 354 |

No.4

1993年度グループ在籍児の
 障害程度

重度 6名 (13.9%)
 重度～中度 7 (16.2%)
 中度 8 (18.6%)
 中度～軽度 4 (9.3%)
 軽度 14 (32.5%)
 ボーダー～ 4 (9.3%)

No.5

1993年度グループ在籍児の
 居住区

東区……………11名 (25.5%)
 北区……………8 (18.6%)
 西区……………6 (13.9%)
 南区……………6 (13.9%)
 手稲区……………4 (9.3%)
 豊平区……………3 (6.9%)
 白石区……………3 (6.9%)
 中央区……………2 (4.6%)
 厚別区……………0 (0%)

No.6 新規受理ケースの紹介経路別人数

| 年度 紹介者 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 計 |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 道立総合療育センター | 5 | 4 | 6 | 10 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 3 | 47 |
| 札幌母子訓練センター | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | | 2 | 1 | | 17 |
| 児童相談所（道、市） | 2 | | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 4 | 1 | 20 |
| 保健所 | 6 | 10 | 4 | 1 | 2 | 12 | 5 | 6 | 10 | 13 | 69 |
| 病院（北大、医大） | 3 | 1 | 9 | 6 | 7 | 4 | 3 | 1 | 1 | 3 | 38 |
| その他病院 | | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | | 2 | 16 |
| 小児保健総合センター | | | | | | | 4 | 3 | 3 | 4 | 14 |
| 道立特殊教育センター | | | | | | 1 | 2 | | | | 3 |
| 養護学校・特殊学級 | | 2 | | 1 | | | 1 | | | | 4 |
| 幼稚園・保育所 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | | 1 | 2 | 13 |
| 施設・専門機関 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 8 |
| 新聞・パンフレット | 1 | 1 | | 9 | 2 | | | 1 | 1 | | 15 |
| 個人 | 5 | 2 | 7 | 8 | 6 | 8 | 7 | 7 | 10 | 4 | 64 |
| その他 | 4 | 6 | | | 1 | 3 | | 1 | 3 | 7 | 25 |
| 計 | 29 | 34 | 36 | 43 | 30 | 42 | 34 | 29 | 36 | 40 | 353 |

法人としてこのような事業をしていますというだけであり、認可施設にはなっていないため、なんら法律上の経済的な根拠がありません。

1988年、札幌市から「札幌市中心障害児療育通園事業補助金」と言う名前で、公的な援助を初めて受けることになりました。これはどこにも法的な根拠を見いだせない相談室に対する札幌市独自の補助金ですが、現在は、相談室以外の2ヶ所の無認可施設でも受けています。

1987年この補助金がきっかけとなり、それまでボランティアのみで運営されてきた相談室に初めて有給職員を置くことが出来ました。

しかし、現在40組の親子、60数名のワーカー、3名の有給職員が常時いる事業を、確固とした経済的な基盤がないまま続けている現状です。

年間経費およそ1千万円は、親からの保育料、個人団体からの寄付金や援助金、札幌市からの補助金で賄っていますが、札幌市の早期療育システムの中での、なんらかの位置づけと、それに伴う財政的な援助をお願いしています。そのひとつとして相談室の小規模通園事業への移行(認可)を数年前から希望していますが、各区にひとつの通園施設という当初の目標が、順当に整備されていくよう期待しています。

2) 専門性の維持

発達障害児、特に自閉傾向の子供に対してこれが絶対だと言える治療、療育方法はまだ見付かりません。まして低年齢児の障害の診断さえはっきりつかない時期に療育を始めようとするれば、それは試行錯誤の連続であるし、効果を問われれば長期的な見通しの中からしかいえないものです。それでも親たちの要望が絶えず、私たちは悩みつづ発達援助として続けてきました。

発達援助という本来がきわめて専門的な職種に対して、これだけの規模と親からの信頼を持ちこたえるにはボランティアでは限界があります。特に20数年中心的な役割を担ってきたスタッフの高齢化にともない、若い人材を確保し、スタッフ(有給職員も含め)を増やすこと、ま

たこれまで培ってきたそれぞれの援助技術やケースワークのあり方を伝えていくことも急がれます。

また関連機関との連携を深めることがさらに大切になってくるでしょう。これまでヒューマンネットワークに頼ってきた相談室が、早期療育システムの中で、今までのように子供と親たちの方をしっかりと向きながら、さらに他の機関と、機関同士として連携していく力をつけることが必要と思います。

3) ニーズへの対応

来室者のニーズを受け止め、私たちに出来ることは何かを探って、28年間事業を続けてきました。発達援助グループも、ニーズに応じて少しずつ内容が変わってきていますが、そのグループの延長線上に、グループを終了したこども達のニーズがあります。

今は就学と同時に相談室とは切れてしまっていますが、最近幼児期と同じような、学齢児の併行通学(?)の希望が出てきました。

放課後の遊び場が欲しいという声。普通学級へ行った子供達は、補習の場を求めています。一部の学童保育では障害児を受け入れていますが、全市にわたってということにはまだなっていません。プールや学習塾へいっている子供達も多いと聞きます。その選択肢の中に療育機関も加わって欲しいということでしょう。

また、親たちは義務教育終了後についての進路先に不安を持ち、話し合える仲間(場)を求めています。

札幌市の療育システムが軌道に乗り、相談室がその中でなんらかの役割を果たしながら、幼児期だけでなく、これらのニーズに応えられる日がくるかも知れません。

室長は、「余り無理をしないこと、出来る範囲ですること、あとは札幌市に返してやりなさい」と常々私たちの焦る気持ちにブレーキをかけますが、現実的には、無認可でお金もかかる、

通園日数も少ない相談室をわざわざ選んでくる子供と親に対して、少し無理をしてもなんとか力になりたいと言うことで続けている現状です。

参考文献

発達援助に携わって一家庭福祉相談室レポート
No.10、No.11
北海道発達臨床研究（通巻3号）

楡の会の現状から

札幌市の療育を考える

（社会福祉法人 楡の会） 吉川 法生

社会福祉法人楡の会は、平成5年4月1日に開設され、精神薄弱児通園施設きらめきの里・肢体不自由児通園施設こもれび園・診療部こどもクリニック・自主療育の家あけぼの園の4施設を運営しています。障害・年齢の別を問わず、障害を持つすべての子供達と家族に援助ができるよう医療機能と福祉機能をあわせ持つ施設として計画されました。また、今まであまりサービスなどの機会がなかった在宅重度心身障害児・者が、気軽に利用出来るディケアなど、今ニードの高い事業も計画・実施しています。まず最初に、楡の会の8ヶ月の活動の内容を報告し、その実際の場面から現在の札幌市における早期療育の在り方について、提案いたします。

まず、現在の取扱件数ですが、'93年11月20日現在できらめきの里は定員30名で措置数が16名、こもれび園が定員40名中措置数18名、ディケア利用数は、週1回以上の利用数が39名、定期外来は116名となっており、全体数から見て措置の割合が低くなっています。相談のみの子も含め全体で関わった子の住所別でみますと、厚別区58名を筆頭に、豊平区42名、白石区34名、南区25名、北区21名、東区19名、西区13名、中央区11名、手稲区9名となっており、全市に散らばっています。札幌市外でも、江別市15名、広島町14名などその他13市町村から相談を受けております。また、障害の状況をみますと、他で受

けた診断名を並べますととても数が多いのですが、大まかに分類しますと、多いものから脳性麻痺127、精神発達遅滞41、ダウン症を含む染色体異常19、自閉傾向を含む自閉症17、筋ジストロフィー7、言語発達遅滞7、心疾患8、視覚・聴覚障害8などとなっており、その中でも盲精薄6などのように重複した障害を抱えている子が少なくありません。また、いわゆる重症心身障害児にあたる子は、大島分類の1～4で見ると約30%にのぼっています。年齢も様々であり、3歳未満児が27名、3歳から6歳が59名で就学前の子と合わせて86名です。また、6歳から12歳までの小学校学齢児が90名、12歳から15歳までの中学校学齢児が24名、高等部に関わる15歳から18歳までが39名、18歳以上が40名となっています。紹介ルートは、児童相談所からの紹介のほか、札幌市母子訓練センターを含む医療機関、保健所、母親からの紹介など多岐にわたっています。現在措置されている子供の中にも、児童相談所から直接紹介でなく、親が他機関からの紹介などで先に当園に相談に来て、こちらから児童相談所に報告しているケースが13例で38%ありました。このことは、札幌市における早期発見・早期療育のネットワークが見えない事を表しているのではないのでしょうか。障害の疑いのある乳幼児は、基本的に保健所の1歳6カ月児健診や3歳児健診で発見されるものと思われれます。その場で措置につながるようなはっきりとした障害があれば、児童相談所につながると思いますが、そうでない例、例えば要経過観察となった子についてはその後どこがフォローアップしているかわからない状態です。札幌は北海道の中心都市でもあり、他の都市に比べて医療機関や相談機関も多く、親の選択肢も多くあるはずですが。当園の相談ケースもほとんどどこかの医療機関や相談機関にかかっています。ただ、この機関同士に相互の理解と役割分担が明確にされていないため、ライフサイクルの中での療育にたいする一貫した方針が取れず、結果的に親はあちこち回って疲労して行

く状況を生んでいるのではないのでしょうか。療育側から言うと「親のわがまま」という言葉で済まされがちですが、親が障害のことや将来の事に不安を感じるのはあたりまえの事であって、そのあたりまえの悩みを継続的に受けとめきれない私たちに問題があると考えます。このように、早期療育機関のネットワークがないため、ケースマネジメントが実施されておらず、このことがいろいろな問題を生ずる原因になっているのではないのでしょうか。このケースマネジメントをどこが担うべきかというところで、やはりこれは児童相談所が実施する事が望ましいと考えます。発見から親の認識を得るまでの期間に、児童相談所がその専門性を生かして積極的に関与し、子供の状態を把握して専門機関につなげるという動きをして欲しいと思います。現在、肢体不自由児は医療機関がすぐ関わり、精神発達障害児は、保健所の精神発達相談員が関わるが多いと思います。つまり、児童相談所が発達障害という観点からケースマネジメントをしていく機会が少ないのではないのでしょうか。

今後の療育体制としましては、札幌市が現在通園施設を市内4分割にして担当させるという計画をお聞きしましたが、これに基づきますと当園の担当地区を仮に白石区・厚別区としますと、その地区以外から通園されている方が多くいらっしゃいます。また、当園担当区に住んでいる子どもも他園に通われていると思います。この子どもたちが負担なくスムーズに移行出来るようにご配慮いただきたいと同時に、当園には診療機能を併設しておりますので、その点をメリットに通園している子どもも市内に散らばっております。このような施設機能や施設間の役割分担などもご考慮の上、ご判断頂ければと思います。そのメリットですが、児童福祉施設最低基準による職員配置では、発達障害に関するあらゆる視点からの対応が不完全です。特に理学療法士などの専門スタッフは、肢体不自由児通園施設に1名配置されるのみで、当園の2つの

施設規模では到底対応しきれません。ダウン症で運動発達も遅れているような場合、理学療法士が関わる必要が認められるケースもありますし、道外の施設には精神薄弱児施設に理学療法士が配置されていることはざらにあります。道内では作業療法士さえ配置がありません。法人の持ち出しでも採用するとなると、経営基盤が揺らぐ原因ともなります。そこで楡の会では診療部の機能を充実させ、そこに医療職種を配置することで通園施設に関わる療育体制を整備しております。現在楡の会には理学療法士が2名、作業療法士が3名、言語療法士が2名おりますが、これでもまだ不十分な数です。民間施設ですと、このような問題も抱えていかなければ、充実した体制を取れないということもあります。それでも、様々な職種がいることで子供の問題を多面的に捉えていけるというメリットは大きいものと思われまます。また、楡の会は制度の違いを越えて年齢や障害に関わらず利用出来るようにしておりますので、長いライフサイクルの中での関わりができるものと思われまます。その長い関わりの中には、子供の障害の部分に限定した関わりのみならず、QOL部分についても関わっていかねばならないと考えています。そうであれば、なおさら細切れに障害の部分だけの解決を図るのではなく、生活全般について相談出来る機能を持たなければいけないと考えています。近い将来、訪問指導などの展開ができるように施設機能のグレードアップを図るつもりですが、一民間施設だけが考えることではないと思います。

また、いわゆる「グレーゾーン」と呼ばれる子供達にあっては、当園にも様々な機関からご依頼をいただきますが、当園は障害児通園施設という名称がついており、親が様々な受け止め方をしている期間中にこうした名称の施設を利用することの抵抗感というものは、やはり存在します。通園施設というものがどのようなものか、ということを理解していただくまでかなりの労力を必要とします。医療機関としての機

能を強調し、障害の診断というよりは、子供の状態と一緒に勉強しましょう、という形で外来児として受け入れておりますが、子供の状況によっては、どうしても集団の場が必要になることがあります。ここで一つの提案ですが、現在の保育所機能を生かしなから、保育所が障害児やリスク児の受け入れ体制を市のバップアップによって充実させ、早期療育機関も受け持ちの保育所を決めて、そこの担当者が各保育所を定期的に（週1回程度）関わることによって個別の情報を保育所職員へスーパービジョンということで伝達・指導することは可能ではないでしょうか。また、その子が週1回程度療育機関へ通園（通院）し、本人と親に個別指導を行なうことを組み合わせることによって、現在通園施設が行なっている指導と同じ程度の効果が期待されるものと思われまます。これらの情報がきちんとどこかの機関（児童相談所が適切と考えますが）に集約されて、ケースマネジメントをする人間と療育を担当する人間が直接、定期的に協議・調整出来る場面を用意することが必要と思われまます。現在は全市的な体制、というよりは各機関同士の個別的な連絡をしているに過ぎず、情報交換も十分とはいえません。これも、各機関の意志に任せるのではなく、全市的な早期療育の方針として各療育機関の義務として考えて行く必要があると思われまます。その場面として、例えば各区に在る家庭児童相談室の機能とスタッフを充実させ、地域事情に則したケースマネジメントを行なうことなども考えられます。

ここまで、ケースマネジメントを誰が主体的に行なうか、という話しを中心に進めましたが、やはりこれは児童相談所については札幌市が、現在の実情を充分認識し、強い意志を持って市内の早期療育機関をリードして進めて行くことしかないのではないかと思います。今回、札幌市児童総合センターがオープンし、児童相談所と市立施設が有機的に関係を持って運営されると聞いておりますので楽しみにしておりますが、

市の内部だけで調整を図るだけでなく、私共のような民間施設や、他管轄の施設とも同じテーブルで調整していただければと思います。市がそういう強い決意を持って、療育体制を整備して行くということであれば、当園としても人の派遣を含めて、積極的にお手伝いしたいと思っています。今までにも様々な機会に、多くの人達が札幌市における早期療育の在り方について検討されているようですが、今必要なことは、出来ることをすぐ実施することではないでしょうか。札幌市が手を上げてはじめて可能になることであって、既存の施策を少しいじって解決する問題ではありません。楡の会を始めて8カ月たった今、この事を痛切に感じる次第であります。

座長のまとめ

(北星大学) 相場 幸子
(江別市立病院) 加藤 典敏

大会のメインテーマの一つである「地域療育活動」では全道各地の実践報告がなされるのが通例でしたが、今回は「札幌市」の療育システムに絞って徹底討議しようということになりました。内容の詳細はそれぞれのシンポジストの抄録に譲ることにして、なぜ今回「札幌市」が焦点になったのかを説明したいと思います。

道では昭和62年9月に“障害児早期療育検討委員会”の設置、平成元年3月“早期療育システムに関する検討委員会”の最終報告が答申されました。これを受け札幌市を除く全道で“障害児早期療育システム推進事業”がスタートしました。(北海道単費事業)

一次療育圏の要である母子通園センターは平成5年の段階で約60程誕生し、一方、その急速な進展を補う形での“北海道通園センター連絡協議会”が平成4年10月に結成されています。また、三次中核的施設強化事業として“移動療育センター事業”、“地域療育センター指導事業”、“情報伝達・啓蒙・研修事業”などが二次施設支

援策として平成3年より実施されています。

いくつかの先進的取組があったとは言え、システムとしてはいま始まったばかりでもあり、関係者の皆さんのご苦勞は並大抵のものではないのではと想像します。しかし、“下駄履きで”とは言わないまでも身近に頼りになる施設ができたことは確かです。これらの施設群を中心として今後さらにきめ細かな予防・発見・療育・連携・支援技術の向上が図られるものと期待されます。

さて次に札幌市の現状に触れてみましょう。市地方福祉審議会は平成2年4月“児童相談センター（仮称）のありかた”を答申し、それを受け市では平成5年度に向けて“児童福祉総合センター”の建設計画がスタートしました。

この“児童福祉総合センター”構想は心身障害児の療育体制や療育システムを含むものとして計画されています。これを契機として問題ありとされてきた札幌市の療育システムをもう一度検討し、170万都市にふさわしいありかた、システムを展望しようというのが今回のシンポジウムの目的です。

次に札幌市における障害乳幼児の早期発見・療育・支援システムに対する問題点を当日のフロアーの意見もまじえて簡単に整理しておきます。

1. 保健所・精神発育相談一療育の連携

未熟児ケア、3ヶ月健診、1歳半健診、3歳健診後の事後指導は精神発育相談室が担当してきたが、これは保健所単独の形で児相、通園施設との連携はシステム化されていなかった。平成元年より児相に事後指導が位置づいて一定の整理が図られた。しかし、今回の児相の報告では保健所からの紹介数が3年間で20数名と極めて少ない。フロアーからは“各区20万人として優に一つの都市で本格的なセンターを必要とする規模である、全市からの要精健数がその程度とは信じられない”、“保健所訪問で知り得た経過観察、精健数と児相の数との相違は連携の有り

無しの問題ではなく行政のシステムの問題である。全ての障害児がこのルートを通るわけではないが、この入り口をきちんと整理することで境界例を含む支援を必要とする子供の数がわかり、システム構築に不可欠な資料を提供できる。この基本的なデータベースが無いことが過去の混乱の原因であり、また、システムを展望する際の共通認識を妨げる原因となっている”との指摘がありました。

先進地域の参加者からは乳幼児健診の状況が説明され“もっとゆとりある健診、さらに健診時期、健診項目等について療育にあたる者との粘り強い相互学習・理解が必要ではないか。”一方、市にあって直接その業務を担当してきた参加者からは“全数健診への取組の努力や老人保健法後の業務量の増大、事後指導のきめ細かさへのしわよせ”等が報告されました。また、担当部局、職員間でも業務の分担についての合意はできていないとのことでした。

この入り口の問題はフロアーからの意見にもあるように極めて重大なものと思います。是非早期に解決を図って頂きたいと考えます。

2. 早期療育の場

障害児通園施設はかしわ学園（精神薄弱児：定員60名）、みかほ整肢園（肢体不自由児：定員60名）、ひまわり整肢園（肢体不自由児：定員50名）が認可施設としてあります。私保連の報告でも明らかのように、まず絶対数が極めて少ない、また精神遅滞児と肢体不自由児の割合がさかさまといえます。次に療育の分野ではこの10数年来の変化として、低年齢化、重複化、併行通園児の増加等が顕著になってきており過去の体制（施設、通園形態、必要職種、職員配置）ではもはや対応できないとも言われております。

昭和63年にかしわ学園待機児童問題が発生し、どんぐり学級ができる以外はなんとかこの数で間に合っていたのも事実です。この事について発臨研報告は①で述べたように健診一療育の連携が十分でなかったこと、昭和50年代からの幼

稚園・保育園の障害児保育が進展したこと、クリスチャンセンター家庭福祉相談室、麦の子学園など民間機関・施設の活動が底支えの役目を果たしたとしています。

システムが稼働すれば施設定員、配置、障害種別通園、施設職員など抜本的な見直しが必要になると思われます。フロアーからは“札幌市はこれまでニーズ待ちの姿勢が目立つ、今回のシステム構築にあたってはニーズのほりおこしの姿勢に立っていただきたい。”との意見がありました。

3. 専門医療機関

自閉症児の専門的医療・療育機関として札幌市静療院があります。これは昭和48年に山崎晃資医師を中心とした北大医学部・教育学部の自閉症児研究グループが発展し開設したのですが、早期の医学的診断、治療のほか個別指導・集団指導を実施しています。

また、北海道立札幌肢体不自由児総合療育センターは昭和46年の開設であり、北海道の肢体不自由児の診断・療育のセンターです。しかし両専門医療機関とも北海道全域をカバーしており、量的にも札幌市民に十分対応し切れる状況ではありません。札幌市には昭和54年より札幌市肢体不自由児母子訓練センターがあり、ミニ療育センターとして母子入院と診断・療育を行っています。

その他、北大病院・札幌大病院があり、障害児・保護者が通っていますが、総じて福祉にかかわるネットワークは必ずしもスムーズではないといわれております。

4. その他の専門機関

北海道クリスチャンセンター家庭福祉相談室は昭和45年より、障害児相談を開始し、相談と共に自閉・発達遅滞その他境界例も含めたグループ指導を実施しています。開設当初はほとんどが4、5歳児で就学前の指導でありましたが、現在では2、3歳児の就園前グループが中心と

なり、また併行通園のニーズも増えてきたと言う事です。センターの障害児本人の問題についての相談はもとより、母親、家庭を含んだ相談・援助活動は好評を得ており地域の支えとなっています。この20数年約250名の子どもたちが相談・援助を受けました。定員は40名です。

麦の子学園は昭和56年大学を卒業したばかりの4人の青年によって開始されました。“札幌市に精神遅滞児の通園施設が一か所しかない”というのが設立の動機と聞いております。当初は幼児クラス定員8名、乳児クラス定員3名でスタートし、現在子どもは21名に増えてきています。5/w通園児は3.3~3.5万円、1/w通園児は5千円を徴収しています。彼等の活動は本会第5回大会記録“この子らが太陽”に詳しく報告されています。また、今年度より“障害幼児通園 麦の子”の名称を“発達相談室 麦の子”に変更したとの報告がありました。

本年4月に社会福祉法人“楡の会”により“きらめきの里”（精神薄弱児通園施設・定員30）と“こもれび園”（肢体不自由児通園施設・定員30）が開設されました。開設以来ほぼ半年になりますがまだ定員に満たない状況です。この間の事情、及び今後への提言はシンポジストである吉川氏の発表を参考にしてください。これもまた札幌市のシステムの不備を示すものであると考えます。

一方で札幌市は昭和63年より無認可のクリスチャンセンター、麦の子に補助金をそれぞれ180万円を出しています。しかしながら、例えば麦の子職員の給料はボーナスを含め140万円ということでありました。先に両機関は札幌市の施設不足の底支えとなっていると述べましたが、その実態はボランティア、もしくは犠牲的精神によって支えられているといえます。フロアーからの“ある一定のシステムがあり、独自さをもって両機関が活動しているならばともかく、全くシステムの重要な要素となっている両者がボランティアであってはならない。”との発言は参加者の共通認識であったと考えます。

5. 障害児保育

国の障害児保育実施要綱は昭和49年に出され、札幌市ではそれを受けて50年に障害児保育要綱を出しています。しかし、札幌の障害児保育はそれよりはるか以前より始まっていました。辰田によれば（発臨研No.3）“昭和30年代より、なかのしま幼稚園・浄恩幼稚園・麻生明星幼稚園等が障害児を受け入れ、50年代には半数近くの私立幼稚園で障害児保育が実施されるに至っています。現在では200名程と推定されています。一方市立幼稚園は50年の開始で現在110数名が保育を受けています。保育園では、全国9ヶ所の指定保育園の一つとして50年に羊が丘藤保育園が保育を始め、その後7ヶ所の指定保育園となり、更に障害児保育協力園方式をとり、150名ちかくが通園している。”

このように障害児保育は広く実践されてきましたが、伊藤は制度的問題点を四つあげています（発臨研No.3）。①“保育に欠ける”の要件、②年齢と障害程度、③療育と保育の同時保障、④障害児のデータベース。

一方、阿部は同書において“保育園、幼稚園に入れたことで全てが解決するわけではない。”とし、各区単位の巡回制度、保育職員への研修制度の保障を提案しています。また、障害児通園施設職員の協力・支援を期待し、そこに通園施設の専門性の鍵があると見えています。

フロアーからは障害児保育の財政的困難さが補助金との関係で論議されました。

以上、札幌市において早期療育に関する問題点を当日のシンポジストの提起、フロアーの意見交換、過去の資料をもとに整理してみました。“児童福祉総合センター”は、機構の問題ではなく以上の札幌市の状況を整備、発展させる象徴であると考えます。新しい発想で、官民の共同で、柔軟なセンター、システムへの論議はさらに続けられるべきと考えます。（文責：加藤）

<付記> 児童福祉総合センターは6年4月に開設し、事業をスタートしました。この詳細および現状については「札幌市における早期療育の実

態調査」報告を参照していただきたいと思いません。

第3分科会（保育）

テーマ

保育の挑戦

〈発表者〉

1. 安井 正市（札幌市二十四軒夜間保育所）
2. 北村 秀美（札幌市平岸幼稚園）
3. 小野 豊子（帯広市立若草保育園）
4. 佐藤 公治（北海道大学）
岩田 美香（北海道大学）

〈まとめ〉 座長：大坂 克之（札幌光塩女子短期大学）
浜 栄子（心の里親乳児保育園）
記録：柏木 順（札幌市立手稲中央幼稚園）

夜間保育園の取組み

（札幌市二十四軒夜間保育園）

園長 安井 正市

I 夜間保育園はどんな処か

札幌市二十四軒夜間保育園

園長 安井正市

電話(011)631-8615

保育時間 14:00～24:00

定員 30名

乳幼児併設・夜間保育

交通案内……地下鉄東西線・琴似ゆき、24軒
駅下車

昇降口⑤番上る……上ったら左を見る……郵便局・薬局を左に曲がる

白い2階建の建物……（徒歩3分）（出札口を出て）

1日の保育のながれ

| 幼 児 | 時間 | 乳 児 |
|----------|-------|-----------|
| 登園・健康診断 | 14:00 | 登 園 |
| おやつ持ち物整理 | 14:30 | 検温、授乳、離乳食 |
| 集会 | 15:40 | 排泄・睡眠 |
| 設定保育 | 16:00 | 排泄・睡眠 |
| お 茶 | 17:00 | お 茶 |
| 夕 食 | 17:30 | 夕 食 |
| あそび・入浴 | 18:30 | あそび・入浴 |
| 歯みがき・仮眠 | 19:00 | 睡 眠 |
| 順次降園 | 22:00 | 順次降園 |
| 降園終了 | 24:00 | 降園終了 |

1日の保育園のながれ

1. 夜間保育園というのは、どんな処か。

子どもが生後5ヶ月から小学校入学前の子で、夜働く親と子供のための施設です。両親が夜安心して働けるように、又、お子さんがすこやかに、安全で、丈夫に育ちますようにと、全職員が一生懸命に頑張っています。

当園は、昭和58年4月1日開設されました公立民営の施設です。56年から57年にかけて全国各地のベビーホテルで乳児がたくさん死亡するという事件が続発しました。民間の盛り上がる

声や厚生省の設置呼び掛けに応じた札幌市当局の配慮と英断で全国夜間保育園（以下「夜保」と略称）で9番目に設けられました。児童福祉の心に対応した札幌市は立派だと思い、敬意を表します。

早いものでもう10年を経過しました。この10年間に全国各地に37ヶ所の「夜保」が誕生しました。当園のこの10年間の取扱延人数は2,733人（月平均21人）になります。保護者の仕事の関係で「夜保」の入退園状況は激しく移り変わります（表1参照）。設立当初5年間は大通「夜保」はなく、当園一ヶ所でしたので満員の状況でありましたが、62年1月には中央区に大通「夜保」が出来ました。ご承知のように、薄野大歓楽街のバー・キャバレーなどのニーズに対応できるようになりました。その頃から始まった児童の“少子現象”から当園の取扱数はほぼ半数に減少しています（図1参照）。

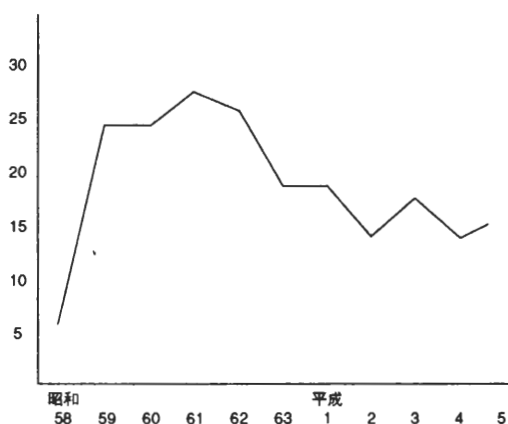
一方では、大通「夜保」は児童数は満員に近く盛況を呈している。保育時間の“前倒し承認”により保育時間は「午前8時から24時まで」となっています。当園は依然、14:00～24:00の保育時間です。

（表1） 24軒「夜保」年度別・月別取扱人員表

| 月別 年度別 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 平均 (人) |
|-----------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|-----------|
| 昭和58年 | 6 | 7 | 7 | 8 | 11 | 13 | 15 | 15 | 19 | 19 | 20 | 19 | 13 |
| 59 | 24 | 24 | 24 | 25 | 25 | 25 | 26 | 26 | 27 | 29 | 26 | 27 | 26 |
| 60 | 24 | 28 | 28 | 29 | 29 | 26 | 27 | 29 | 26 | 28 | 28 | 28 | 27 |
| 61 | 28 | 28 | 30 | 29 | 26 | 26 | 26 | 27 | 29 | 29 | 29 | 30 | 28 |
| 62 | 26 | 26 | 28 | 29 | 28 | 27 | 25 | 26 | 25 | 25 | 24 | 36 | 36 |
| 63 | 18 | 21 | 21 | 20 | 22 | 22 | 24 | 22 | 22 | 24 | 24 | 24 | 22 |
| 平成1年 | 18 | 18 | 18 | 18 | 20 | 21 | 23 | 26 | 28 | 28 | 29 | 29 | 23 |
| 2 | 14 | 15 | 16 | 15 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 15 | 19 | 15 |
| 3 | 18 | 20 | 20 | 19 | 18 | 19 | 19 | 20 | 19 | 19 | 19 | 15 | 19 |
| 4 | 14 | 14 | 15 | 17 | 16 | 16 | 21 | 19 | 23 | 23 | 23 | 21 | 18 |
| 5 | 15 | 17 | 17 | 15 | 15 | 14 | 14 | 15 | 15 | 15 | | | |

（図1） 24軒夜保・毎年度4月当初月の在籍児童数

図1 24軒夜保・毎年度4月当月の在籍児童数



2、 全国夜間保育園は僅か37ヶ園しか。

全国各地に点在している「夜保」については表2の通り現在37ヶ所であります。

各「夜保」定員は原則30名でありますから、 $30 \times 37 = 1,110$ 名（定員＝人員数）で全国の夜間働く大人のニーズを満たしていることとなります。これから働く婦人は一層増えていくこととします。行政サイドの努力が必要とします。

大東京には、たった1つしかありません。東京は土地事情のため止むを得ないのでしょうか（平成5年12月28日現在、台東区に夜保新設の動きがあり、夜保についての照会がありました。又、保母の住宅対策、帰宅方法……ハイヤー手当など園負担は過重です）。

（表2） 全国夜間保育園名簿

3、道内4ヶ所ある各「夜保」の運営状況

（表3）は道内4ヶ所にある「夜保」の運営状況を比較してみたものです。

（表3） 道内4ヶ所の夜間保育園の運営上の比較
調査は札幌市二十四軒夜間保育園

表2

全国夜間保育園連盟名簿

H3. 10. 1

| NO | 保育園名 | 園長 | 経営主体 | 代表者 | 〒 | 所在地 | TEL | 備考 |
|----|-----------------|-------|-------------------|---------|-----------|--------------------------------------|-----|----|
| 1 | 札幌二十四軒 夜間保育園 | 安井正市 | (福) 発妻子どもの園 | 村上政之 | 063 | 北海道札幌市西区二十四軒一条4-2-6 011(631)8615 | | |
| 2 | 札幌市大通 夜間保育園 | 佐々木利次 | (福) ろうふく会 | 古田嘉宏 | 060 | 北海道札幌市中央区大通東4-5-1 011(222)6112 | | |
| 3 | 釧路旭 夜間保育園 | 吉田慶子 | (福) 釧路まりも学園 | 羽田行雄 | 085 | 北海道釧路市旭町12-2 0154(24)6130 | | |
| 4 | すいせい 保育所 | 高橋修一 | (福) 懇誠会 | 大江覚 | 080 | 北海道帯広市四条南10-6 0155(22)3241 | | |
| 5 | しいの実 保育園 | 小松ゆり | (福) 育和会 | 田中隆子 | 171 | 東京都豊島区長崎4-15-3 03(3554)4103 | | |
| 6 | 若葉 保育園 | 永井輝司 | (福) 長野市 私立保育協会 | 村沢恒男 | 380 | 長野県長野市緑町1594 0262(32)8210 | | |
| 7 | 栄 夜間保育園 | 坂たず子 | (財) 坂文権報徳会 | 坂幹雄 | 460 | 愛知県名古屋市中区新栄町2-4 052(971)3473 | | |
| 8 | 春岡 夜間保育園 | 横尾吉彦 | (福) 志の波会 | 岩井直 | 464 | 愛知県名古屋市中区今池南12-6 052(733)9131 | | |
| 9 | 衆善会 夜間保育園 | 塚本繁 | (福) 衆善会 | 伊藤次郎左衛門 | 460 | 愛知県名古屋市中区新栄3-33-11 052(264)4872 | | |
| 10 | かわらまち 夜間保育園 | 堀江京子 | (福) 池内福祉会 | 加藤茂 | 460 | 愛知県名古屋市中区金山1-2-27 052(323)2650 | | |
| 11 | 青い鳥 保育園 | 池村美代子 | (福) 青い鳥福祉会 | 前田愛子 | 910 | 福井県福井市中央2-7-23 0776(21)2817 | | |
| 12 | 芦原 保育所 | 藪晃枝子 | (福) 聖徳園 | 三上法道 | 910 41 | 福井県坂井郡芦原町田中3-25-7 0776(78)7885 | | |
| 13 | 野町 夜間保育園 | 道林信郎 | (福) 野町保育園 | 道林治郎 | 921 | 石川県金沢市野町3-24-32 0762(44)6458 | | |
| 14 | 薬王園 夜間保育所 | 堀井隆栄 | (福) 薬王園保育所 | | 922 02 | 石川県加賀市山代温泉8-168-1 07617(6)1642 | | |
| 15 | 第二星の子 保育園 | 上田敦子 | (福) 大津せんだん会 | 古川静三 | 520 01 | 滋賀県大津市雄琴一丁目字串林1436-1 0775(79)3922 | | |

(参考) 住所変更 7. 栄夜間保育園 期間2.4.1~4.3.31〒461 愛知県名古屋市中区東栄2丁目8番1号

| NO | 保育園名 | 園長 | 経営主体 | 代表者 | 〒 | 所在地 | TEL | 備考 |
|----|------------------|-------|-------------------|-------|-----|--|-----|---------------------|
| 16 | 保育の家 しょうなん | 山本真文 | (福) 湘南学園 | 中沢弘幸 | 520 | 滋賀県大津市平津2-4-9 0775(37)0046 | | |
| 17 | だん王 夜間保育園 | 信ヶ原雅文 | (福) だん王子供の家 | 信ヶ原良文 | 606 | 京都府京都市左京区川端通り三条上ル 075(771)0870 | | FAX 075-751-0018 |
| 18 | 六満 こどもの家 | 君野典子 | (福) 六満学園 | 内海典乗 | 604 | 京都府京都市中京区六条通大宮西入ル 075(841)1196 | | |
| 19 | 富士 夜間保育園 | 伊興田菊野 | (福) 富士保育園 | 伊興田薫 | 615 | 京都府京都市右京区梅津尻清町28 075(872)4776 | | |
| 20 | こぼと 夜間保育園 | 橋本さかえ | (福) 曙会 | 橋本寛 | 607 | 京都府京都市山科区東野門口町7-1 075(593)3501 | | FAX 075-594-6225 |
| 21 | 第二 わかば園 | 吉岡昭 | (福) わかば園 | 吉岡壽恵 | 602 | 京都市上京区東三本木通丸太町上ル之上の町488 075(256)2727 | | |
| 22 | みのり園 | 椋田喜久子 | (福) 無量寿会 | 椋田知雄 | 601 | 京都府京都市南区唐橋高田町57 075(691)9471 | | |
| 23 | 第二せいしん 幼児園 | 城戸幸子 | (福) 第二せいしん 幼児園 | | 602 | 京都市上京区裏門通中立売り下ル高台院驛町 075(415)1234 207 | | FAX 06-696-5347 |
| 24 | 四思みろく 保育園 | 高橋信教 | (福) 四思学園 | 金戸述 | 558 | 大阪府大阪市住吉区苅田4-3-9 06(692)5071 | | FAX 06-696-5347 |
| 25 | 保育所 あすなろ | 岡戸敦子 | (福) 路交館 | 桑原重夫 | 533 | 大阪府大阪市東淀川区東淀路2-7-5 06(321)3955 | | FAX 06-328-8183 |
| 26 | ナルド 夜間保育園 | 亀山カツ子 | (福) 阿望仔 | 山岡盛夫 | 545 | 大阪府大阪市阿倍野区阿倍野筋5-13-17 06(651)0802 | | FAX 06-652-8841 |
| 27 | 花園第二 保育園 | 宮田満子 | (福) 信光園 | 森田智子 | 578 | 大阪府東大阪市吉田5-8-2 0729(62)4153 | | |
| 28 | 第二寝屋川 なかよし保育園 | 水崎勝 | (福) なかよし福祉会 | 水崎勝 | 572 | 大阪府寝屋川市春日町26-31 0720(29)0948 | | |
| 29 | あけぼの会 夜間保育園 | 石橋守 | (福) あけぼの会 | 四方豪 | 630 | 奈良県奈良市白毫寺町208 0742(22)1699 | | |
| 30 | 小ざくら 夜間保育園 | 森永喜美子 | (福) 光明会 | 浅田弘義 | 712 | 岡山県倉敷市水島北幸町2-3 0864(46)2021 | | |
| 31 | 千代 夜間保育所 | 佐藤禮子 | (福) あかつき会 | 廣本一由 | 720 | 広島県福山市南町14番11号 0849(22)8700 | | |
| 32 | 高松第二 保育園 | 堀仁 | (宗) 勝法寺 | 堀仁 | 760 | 香川県高松市御坊町2-2 0878(21)5241 | | |
| 33 | 神岳第二 保育園 | 酒井光義 | (福) 正善寺福祉会 | 酒井カスミ | 802 | 福岡県北九州市小倉北区神岳2-10-31 093(521)4669 | | |
| 34 | 第二どろんこ 夜間保育園 | 天久薫 | (福) 四季の会 | 代美弥子 | 812 | 福岡県福岡市博多区住吉1-2-50 092(271)3343 | | |
| 35 | 熊本 夜間保育園 | 鷺山法豊 | (福) はちす福祉会 | 鷺山法水 | 860 | 熊本県熊本市新市街13-19 096(355)6558 | | |

※平成5年6月20日現在数は37ヶ所

〈表3〉 道内4ヶ所の夜間保育園の運営上の比較

調査は札幌市二十四軒夜間保育園

| 項目 | (1) 開園時間 | (2) 閉園時間 | (1)と(2)に 定めた日時 | 定員・現員 一時緊急 保護 | 職 員 | | | | | | |
|---------------------|---------------|-------------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|--------------|---------------|----------------------|-----|---------------|------------|
| | | | | | 園長の 執務時間 | 保母 (正)(臨) | 調理員正 臨・パート | 事務員正 臨・パート | 看護婦 | 用務員正 臨・パート | その他の 職員 |
| 二十四軒 夜間保育園 | 14:00 | 24:00 | 昭58.4.1 | 30名 15名 なし | 15:00~ 24:00 (毎日) | 正4名 臨1名 | 正1名 バ1名 | 臨1名 | なし | バ1名 (調兼) | なし |
| 大通 夜間保育園 | 8:00 | 24:00 | 平3.11.1 | 30名 28名 | 10:00~ 18:00 | 正5名 臨6名 | 正1名 | なし | なし | 臨1名 昼食調兼 | なし |
| 釧路旭 夜間保育園 | 17:00 | 午前1時 | 昭61.4.1 | 30名 27名 | 16:00~ 24:00 | 正4名 臨0名 | 正1名 バ1名 | なし | なし | なし | なし |
| 帯広 すいせい 夜間保育園 | 16:00 職員早番 | 24:00 遅いお迎え は2:00 | 平3.10.1 | 30名 22名 | 16:15~ 0:30 | 正5名 | 正1名 バ1名 | 専属1名 法人内事 務員補佐 | | なし | なし |

| 項目 | 週 休 制 | 22時、24時以 降の深夜勤務 手当 | 保母の給与で 独自の加給手 当は(月額) | 閉園後お迎え の時の保護者 の費用負担 | 閉園後の職員 の帰宅方法は | 一日に二食給 食してですか | 平成4年度の 決算状況は (概況) | 保護者は何区に お住まいですか |
|---------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|--|
| 二十四軒 夜間保育園 | 四週五休 | ある 時間×1.5 時間×0.25 | していない但 住宅手当とし て1~2.35万円 | とっていない | 採用時園より5 分以内の居住の こと 徒歩 | していない | 赤字スレスレ (月平均18人) | 西区7人(46%) 手 稲区5人(33%) 他 地区から1名づつ |
| 大通 夜間保育園 | 就規で週三九 以内として 四週六休 | 有 時間×1.5 時間×0.25 | 夜間手当 1万円 | とっていない | 自家用車又は ハイヤー利用 (園負担) | 二食給食と長時 間保育と一時 緊急保育サービス | 法人からの 入金200万円 月平均29.7人 | 中央区11人(42.3%) ■ 平塚区4人(15.4%) ■ 白石区3人(11.5%) ■ 北区1人、西区 1人、手稲区7人 |
| 釧路旭 夜間保育園 | 四週五休 | 有 24時 時 間×1.5 22時 時間×0.25 | 有 2,500円 | とっていない | タクシー又は 自家用車 | 一食のみ | 外壁塗装の140万円 は修繕引当金戻入 で対応、結果的に4 万円残 | 全市全域 但し 車で10~15分以 内に居住してる |
| 帯広 すいせい 夜間保育園 | 5年度より 四週五休 | 22時以降特 になし24時以降 有 時間×1.25 | 夜間勤務手当 月額2万円 | 一切ないです | 原則的に女子職 員はタクシー 他は自家用車 | 夕食一食 | 常時22~27名 赤字にならず | 帯広市全域 |

| 項目 | その他、貴園独自の創意工夫により他園より優位の状況にあると考えられる点などご自由にお応えください |
|---------------------|--|
| 二十四軒 夜間保育園 | 平成4年11月頃雨漏れ(10年目)で屋根塗装150万円は本庁負担して頂く。 有難かった。(公立民営のせい) 庁舎の修繕管理などは、他にもよく面倒をみてもらえます。 |
| 大通 夜間保育園 | 現状では特にありません。 |
| 釧路旭 夜間保育園 | お宅より優位の状況 (一)、ただ繁華街にあり入退園が頻繁で運営が難しい。保護者21家庭中17家庭が母子家庭。ほとんどがホステスさんのため、友達に口コミで入園や“夜間保育”の存在を広めてもらえることが強い支えになっているのかも。逆に言えることは、職員確保の困難さは悲しいばかり…。問題はたくさんあります。なお、8月1日より定時制教員の子2名受入予定につき職員は1時間早い3時30分出勤(1時間起動) |
| 帯広 すいせい 夜間保育園 | 参考になるかどうか分かりませんが、児童保育センターを併設(定員20名)しているのでその分の人件費で職員1名のやりくり可能。実際にはセンター4名しかきておりませんので、小学生を交えた縦割り保育となっています。又兄弟ができてるとき、上の子が卒園してもセンターで預かることができるので、保育所へ定着するメリット(利点)があるかも知れません。 |

4つの園をA B C Dの4区分にして比較してあります。記入は各園長に協力依頼しました。これは情報交換をして運営上格差を生じないようにするためです。主な相違点は

- ①Bの開園時間は8:00~24:00の長時間保育であること。
- ②Bの給食は昼、夜食の2食給食であること。
- ③夜保勤務の独自の加給手当は、Aは住宅手当(1万円~2万円給付)を支給し、Bは夜間手当(1万円)を、Cは2,500円、Dは2万円であること。
- ④閉園後の職員の帰宅方法は、Aは採用時点で、園より徒歩5分以内に住居を定めることとし、他3園は、経費負担は園でハイヤーか自家用車利用(国の補助金はない)となっています。これは法人負担となり、かなりの過剰負担となっています。
- ⑤園舎などの大修繕費(例、塗装)の負担はAとBは直営で市側負担であります。C、Dは引当金戻入で法人負担です。

4、 24軒「夜保」運営上の欠点は何か

利用している保護者側の意見を聴くことが一番よいと思う。たまたま藤女子短大保育科学生4名が(卒論執筆の目的)“「夜保」の業務研究”のため、実習と視察を兼ね来園したが、その際、保護者宛、下記の「8つのアンケート」を持参、依頼された(5年7月10日)。

1. 藤女子短大の8つのアンケートから

- ①夜間保育園のどのような点に満足していますか。
- ②「夜保」のどのような点に不満ですか。
- ③今後「夜保」に望むことはありますか。
- ④何区にお住まいですか。
- ⑤何時から何時までこちらの保育園を利用していますか。
- ⑥昼間も他の保育園や幼稚園を利用していますか。
- ⑦家で子どもと過ごす時間はどの位ですか。
- ⑧差し支えなければ年齢、性別、職業などを

記入下さい。

以上8項目の質問に対し在籍児の母15名から15答を得られた。(回答率100%) (無記名方式)。

1. 8質問中、有意な回答から要約する。

質問1 (24軒「夜保」の満足な点)

- ①園児人数の割に先生が多く、子どもの気持ちを理解してくれる(6:3才児の母)
- ②昼間保育園と変わらない。一人一人に目が行き届いている(1:6才児の母)
- ③夜遅くまで預かってくれる(2:2才児の母、5:1才児の母、2:2才児の母、4:5才児の母、5:3才児の母)
- ④安心して預かってもらえる(1:6才児の母、1:10才児の母、3:8才児の母)

24時までの保育は好感をもって迎えられている。24時以降の保育希望はない

質問2 (24軒「夜保」の不満な点)

- ①「夜保」の数が少なく、遠くまで通園を余儀なくされている点(1:10才児の母)
- ②親の勝手だと思いますが、もっと時間の中を考えてほしい(3:8才児の母)
- ③不満というより希望ですが、もう少し早い時間から預かってほしい(4:5才児の母)
- ④現在の夜間保育園は午前中から預けられないので利用が限られています。“前倒し体制”に変われば保護者に有利と思います(5:11才児の母)
- ⑤不満は(別に)ありません(1:6才児の母、1:6才児の母、1:6才児の母)
- ⑥昼間の保育園のように、もっと海や山に出掛けるチャンスがあればよいと(3:11才児の母)
- ⑦友達が少ないこと。外遊びの時間は遅くなるので冬などは風邪などの心配があります(5:1才児の母)
- ⑧もう少し子どもがいるとよいですね(6:3才児の母)

夜間保育園への不満は、概に14:00~22:00時までの厚生省の枠通りとなっている点にあると思う。その後厚生省は“前倒し延長保育”を承認したが、当園は地方自治体の財政事情から追認

されていない。このことを重点的に指向して市当局に対し連続して要請が必要である。

以下は（質問4～8）主題に係わりのある事項について簡潔に述べる。

質問4（何区にお住まいか）

西区7人（46%）、手稲区5人（33%）、その他である。当園の位置は全市からの通園には遠距離であろう。地下鉄の利便は活用すべきであろう。

質問5（何時から何時まで「夜保」をご利用か）

登園が12時以降が5人。13時～14時迄が10人。正規の保育時間以前登園児には特別事情あるものに限り認め、保育の時差出勤を調整して対応。

質問6（昼間も他保育園や幼稚園を利用されていますか）

15人中14人までが「いいえ」。保護者中1人が「はい」理由「以前民間の保育園に預けたことがあり、大変な出費でした。民間保育園に預けている人達の悩みはそこにあります。何卒考慮願います。（5：5才児の母）」

質問7（家で子どもと過ごす時間は）

平均して3～4時間程度。保護者と「夜保」の協力によって育児することは当節賢明なことと考えます。

質問8（差し支えなければ年齢、性別、職業などをご記入下さい）

20才台の人4人。30才台の人8人。40才台の人3人。概して中年層の方々。回答者はオール母親。職業は「柔らかい職業」は飲食店関係8人（キャバレーのカウンター、焼鳥店、寿司店、スナック、ラーメン店、内自営業者4人。「固い職業」は、会社員、ペット商店、美容師、フラワーショップの7人。計15人。

生活保護受給者は4人。母子世帯、未婚の母は4人。お迎えは24:00まできちんとしていて安心できる。誠実に生きている人々。

2. 補足：現行の夜間保育制度に就いて

現行の夜間保育園制度は昭和55年にモデル的試行事業として実施された。基本保育時間は午後2時から午後10時までのおよそ8時間で、措

置費は小規模保育所単価が適用されているが、午前10時頃から開園する場合、「夜間保育所延長保育」の補助制度がプラスされ、更に、午前7時頃から開園する場合は、「長時間保育サービス事業」の補助が適用される。

実態的には約半数の夜間保育園で夜10時を超えた保育がなされているが、これに対する国の補助制度はない。

札幌市当局では、お迎えに来る保護者の所要時間を考え、保育終了時間を地下鉄の最終電車に間に合う午前0時までであることが示されている。その後（昭和62年1月）、札幌市大通夜間保育園が開設され保育時間は午前8時より24:00時までと改変されているが、24軒「夜保」の保育時間の変更はなく、保育時間の前倒し要請を認めず、保育時間は依然として午後2時より24時までである（夜間保育園への不満点前述）。

5、当面する24軒「夜保」の課題は何か。

ここのテーマについては以下の各機関に提出した要請文を記すことで代えたい。

1. 緊急全国園長会議出席案内に対する文書回答（7/7日、全国夜保連盟会長宛）

<当面する課題5つ>

① 夜間保育所における延長保育に就いての補助金の増額は希望する所であるが、札幌市は要請し続けて6年になるが、初めの後倒し（22:00～24:00）の外は依然として前倒しの延長保育（10:00～24:00）に踏み切らず、出生率の減少と共に大幅な欠員を生じ運営が苦しい（現在欠員は15名）。このことについては要求充足の為に将来ともに要求してゆく所存である。

欠員であっても定員定額の措置費がくるようになって欲しい。

② “昼間型夜間保育所”とか“新型児童福祉施設”とか書かれていますが、朝から夜（深夜）に亘って保育をすれば「長時間保育サービス事業」を全夜間保育所に適用して受け入れ体制を広げて欲しい。これにより補助金がつき

運営し易くなると思います。

③ 「母親が自分の子どもを育てないなんて…」との関連で、当保育園としては危惧していない。保護者が安心して仕事と子育てをするために、職員は一生懸命に夜遅くまで預かっており、保護者より喜ばれている。

④ 「モデル事業」と云われて10年になる。地域の子育てを叫ばれている今日的課題から考えても「試行的な制度」という枠を外すべきだと思います。

⑤ 夜間保育園に勤務する保母などに対する「夜間勤務の特勤手当を給付する制度がない。昼間保育園勤務保母と同じ待遇である。せめて養護施設と同様に待遇改善を図って欲しい。

2. 「長時間保育サービス事業の適用」お願い

(札幌市保育部長宛、'93年8/17日付)

日頃夜間保育園の運営指導に就きましては格別のご指導を頂いており厚く感謝申し上げます。

さて、かねてよりお願いいたしておりました処の、夜間保育園としての前倒し延長保育(午前10時より)に就きましては、市の予算がないので、というお返事を頂いてから早や6年も経ちました。

当保育園の現状については、年4回の「人前児童状況報告」でご存知のこととしますので省略いたしますが、“少子化”の将来を憂いて厚生省をはじめ関係者一同、育児機能の支援に力を入れてきております状況の中で、少しでも地域の子どもの福祉をきめ細かく考えていきたいと思っておりますので平成6年に向けて、次のことをお願い申し上げます。

お願い

平成6年度より当保育園を「長時間保育サービス事業の適用」を得たく、ご高配お願いいたします。

3. 「長時間保育サービス事業の組み替え変更によるC型時間延長保育申請のお願い」

(札幌市保育部長宛 '93年9月27日付)

二十四軒夜間保育園の運営指導に就きましては、日頃ご配慮を賜り感謝いたしております。8月17日付文書で当園に対し「長時間保育サービス事業の適用方」につきまして格別のご配慮をお願い申しあげたところでありましたが、その後情勢が変化してきまして、ご存じのことと思いますが、全私保連発行、10月保育通信によりますと、「少子化」対策に延長保育を拡充することにつきまして、厚生省平成6年度概算要求資料情報では、(エンゼルプラン)として来年度から「働くお母さんたちを援護する本格的な育児対策」をスタートさせ、保育所に2～6時間の延長保育を行う旨であります。

このことに就き、当園から全国夜間保育連盟事務局に照会中のところ回答があり、「長時間保育サービス事業は、平成6年度より組み替え廃止し」これに代わる案として、保育については8時間を単位とし延長型を重視する。

A型……8時間+2時間延長する……全国保育所2,000ヶ所に適用……273万円、補助金支出。

B型……8時間+4時間延長……全国保育園で200ヶ所に適用……659万円補助金支出。

C型……8時間+6時間延長……全国夜保30ヶ所を対象に適用……805万円補助金を支出。

としています。

ついでながら「夜保とは、2食給食し、深夜帰宅時の職員のタクシー代金を負担することは当然のことである」としています。

なお、今迄の「夜保」のモデル的試行事業の制度化に向けての改革は、本年11月末提出される予定の児童福祉審議会の答申を待って、平成7年度までには明らかにされる予定とのこととあります。

以上の情勢変化に対応し、当園より提出した「長時間保育サービス事業の適用方申請」は保留して頂き、代案の「C型延長型の30ヶ所指定する予定の」対象施設となるよう厚生省に対し申請して下さるよう格別なご配慮をお願いいたします。

6、「夜保」の現況と課題のまとめ

「夜保」の欠陥解消努力は勿論のことである。しかし、平成5年11月3日朝日新聞記載『子どもと家族』シンポジウム、女性403人の『育児アンケート』によると、保育園関係では、

- ①安心して預けられる保育所が足りない。
- ②保育園の保育時間が短い。
- ③子どもが病気の時仕事を休みにくい等々となっています。

保育所の信頼を高めるため、保育所が行っている、乳幼児対策、障害児対策、さらに延長保育、長時間保育サービス、夜間保育対策等の一層の充実を期し、エンゼルプランの確定を祈念し、深刻化する子育ての不安解消と、増大する働く婦人の福祉増進に努める覚悟です。〈以上〉

| 幼稚園 | 幼稚園 | 乳児園 | 併設 | 計 |
|------|-----|-----|----|-----|
| 北 区 | 3園 | 3園 | | 6園 |
| 中央区 | 1〃 | 1〃 | | 2〃 |
| 東 区 | 2〃 | 1〃 | | 3〃 |
| 西 区 | 2〃 | 2〃 | | 4〃 |
| 南 区 | 0〃 | 1〃 | | 1〃 |
| 豊平区 | 4〃 | 4〃 | | 8〃 |
| 手稲区 | 1〃 | 0〃 | | 1〃 |
| 白石区 | 3〃 | 3〃 | 1園 | 7〃 |
| 厚別区 | 0〃 | 0〃 | | 0〃 |
| 計16〃 | 16〃 | 15〃 | 1〃 | 32〃 |

昭和24年3月1日 青葉保育園が開設しました。昭和40年には14園になりました。40年代後半には乳児の入所希望が多く乳児専門園として14園増設されました。昭和56年3月 みかほ保育園が障害児保育の指定園となりました。昭和63年より産休明け保育を始めました。2年後には併設も含めて全園が受け入れております。平成3年10月1日より子育て電話相談をはじめました。

障害児保育につきましては、指定のみではなく、全園で受け入れをしています。平成5年11月1日現在の受け入れ状況は下記の通りです。

障害児の受入れ数（平成5年11月1日現在）

| | | | |
|--------|----|------------|------|
| 四肢麻痺 | 1名 | 精神遅滞・てんかん | 1名 |
| 両感音性難聴 | 2名 | 精神遅滞・自閉症 | 1名 |
| 言語遅滞 | 4名 | 精神遅滞・ダウン症 | 3名 |
| 精神遅滞 | 7名 | 精神遅滞・脳炎 | 1名 |
| 精神発達遅滞 | 2名 | 精神発達遅滞・水頭症 | 1名 |
| 言語発達遅滞 | 1名 | ダウン症 | 3名 |
| 上肢機能障害 | 1名 | | 計28名 |

〈子育て電話相談の目的〉

最近、少子化、核家族化が進むなかで毎日子どもと付き合って生活していると、自分の考えている通りに育児が進まない。例えば決まった量だけミルクを飲まない、時間になっても眠らない、など周囲の者から見ると些細な事でも

保育園の子育て電話相談

（平岸保育園） 北村 秀美

〈はじめに〉

最近、子どもを取りまく社会的環境、特に集団保育に対するニーズが多様化してきました。これらの要求に答えられるよういろいろな角度から保育を見直し、検討をしております。まず、その一環として家庭で育児をしている母親の悩みが少しでも解消でき、楽しく育児に専念できる事を願い、札幌市公立保育園では、平成3年10月1日より電話による子育て相談を始めました。

まだまだ相談件数も少なく、考慮しなければいけない点が多くありますが、今回の発表を見直しの機会にし、さらに積み重ねをしていきたいと思っております。

《札幌市公立保育園の概要》

公立保育園は32園あります。

母親にとっては、体調が悪いのだろうか、どこかに異常があるのではないか、など真剣に悩む事が多くあります。このような時に、2世帯、3世帯同居の家庭ですと、子育てに経験のある人が居て、ひと言“だいじょうぶだよ”とってくれる。またいろいろな事を教えてもらえる事により、安心して子どもと向きあう事ができるのですが、核家族の場合は、このようなアドバイザーがいないため不安な日々を送るというのが現状です。

又、父親の帰りが遅く不安や悩みを聞いてもらえない。子育ては母親に任せるという家庭も多く一人で責任を感じている母親も少なくありません。

育児書には、月令に合わせて〇か月には、ミルクを〇cc。睡眠は〇時間おき。〇才で歩行ができ、〇才でおむつがはずれる。〇才ではおはなしができるようになるなど平均的な数字が書かれていますので、初めて子育てをする母親にとってこの基本に合わない事が異常ではないか、と悩みは大きく広がっていくわけです。実際には、その日の体調、個人差がありますのでミルクの量も睡眠も違ってきます。又、おはなしも今までの育児過程でどのようにかかわってきたかによって発育、発達も変わってくるのです。また、歩行やトイレで排泄ができるようになるのも生活環境によって差が大きく出てきます。そして大きな問題として“子どもの心の安定、子どもを受け入れてやる家庭環境がある”かどうか大きな要因となってきます。

現在入園している子どもの母親からも“家庭でどのように接して良いかわからない”と相談を受ける事もあります。公園で園児と遊んでいる時、居合わせた母親から「この年令でもスベリ台を滑らせても良いか」「友達と遊ばなくて困る」などの相談を受けることもあります。どのように接して良いかわからないという事がはつきりと表れてきています。

最近の社会的傾向を象徴しているような事件が報じられているのをよく目にしますが、“子ど

もの虐待”、“子どもを捨てた”など悲惨な事件には心が痛みます。以前は、子どもを捨てる時は、やむを得ない事情の場合が殆どで、よそ行きの服を着せ、手紙・ミルクを添え、涙ながらに祈る気持ちで家の前に置いて行ったと聞いています。最近は、殺害しコンクリート詰めにして捨てたとか、コインロッカーに入れて行ったり、ゴミ袋にいれゴミステーションに捨ててあったなど残酷な方法に変わってきました。

愛情のない冷え切った心を見る思いがします。このように最後まで追い込まれている母親の悩みを聞いてあげ、「安心して楽しく子育てができる環境を整える子育て支援をしよう」というのが子育て電話相談の目的です。

《実際に受けた相談件数と内容》

平成4年度公立保育園育児相談集計(表1)

年齢別相談件数(表2)

3年度10月から始めた件数(表3)

※1月 道新に関係記事掲載

※3月 「広報さっぽろ」にお知らせ原稿を掲載

以上ですが、内容を見てみますと月別では、4月・5月には相談件数が多くなっています。外へ出る機会が多くなり開放的な気持ちになる夏は少なくなっています。

内容については、発育・発達・育児方法がわからない、などが多くなっています。

年令では、0・1・2才と月令の低い子どもの相談が多くみられます。

道新に関係記事が掲載された1月や「広報さっぽろ」にお知らせした3月には多くなっています。

保育センター(社会福祉センター内)で専従職員1名。公・私立保育園より園長が参加し2名で育児相談を行っています。

毎週火曜日～木曜日、午後1:00～4:00です。

表1

平成4年度公立保育園育児相談集計表

| | 相談受付件数 | | | | | | 延べ相談 件数 | 取扱 実人員 |
|-----|-------------|--------|-----------|--------|--------|-------|------------|-----------|
| | 基本的 生活習慣 | 発育発達 | 医学的 問題 | 生活環境 | 育児方法 | その他 | | |
| 4月 | 2 | 2 | | 4 | 4 | 1 | 13 | 11 |
| 5月 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 13 | 10 |
| 6月 | 2 | 1 | | 1 | 1 | 3 | 8 | 5 |
| 7月 | | 1 | | | | 1 | 2 | 2 |
| 8月 | | 1 | | | | | 1 | 1 |
| 9月 | 1 | 1 | | | | | 2 | 2 |
| 10月 | 2(4) | 1(5) | | 1(3) | 3(5) | 1(5) | 8(22) | 7(19) |
| 11月 | | 3(1) | 1 | 1 | (1) | 1 | 6(2) | 6(2) |
| 12月 | (1) | 2(2) | 3 | (5) | 1(1) | 1(3) | 7(12) | 5(7) |
| ※1月 | 2(1) | 6(1) | 1(1) | 1(1) | 1(2) | 4 | 15(6) | 12(4) |
| 2月 | 1(6) | 1(6) | (2) | 1(1) | 1(11) | (1) | 4(27) | 4(24) |
| ※3月 | 2(4) | 4(3) | | 1(1) | 3(4) | 2 | 12(12) | 7(11) |
| 合計 | 14(16) | 26(18) | 6(3) | 11(11) | 17(24) | 17(9) | 91(81) | 72(67) |

表2

平成4年度年齢別相談件数

| | 相談受付件数 | | | | | | 延べ相談 件数 | 取扱 実人員 |
|----|-------------|--------|-----------|--------|--------|-------|------------|-----------|
| | 基本的 生活習慣 | 発育発達 | 医学的 問題 | 生活環境 | 育児方法 | その他 | | |
| 0才 | 8(8) | 5(4) | 2(2) | 2(5) | 3(5) | 1(3) | 21(27) | 18(21) |
| 1才 | 3(1) | (2) | (1) | | 7(6) | 3 | 13(10) | 12(18) |
| 2才 | 3(2) | 7(5) | | 2(2) | 2(2) | 6(3) | 20(14) | 19(11) |
| 3才 | (1) | 5(4) | 3 | 2(1) | 2(5) | 2(1) | 14(12) | 10(12) |
| 4才 | (2) | 7(3) | | 4(1) | 2(4) | 2 | 15(10) | 9(10) |
| 5才 | (2) | 2 | 1 | 1(2) | 1(2) | 3(2) | 8(8) | 3(5) |
| 計 | 14(16) | 26(18) | 6(3) | 11(11) | 17(24) | 17(9) | 91(81) | 72(67) |

1 育児相談件数

《私の受けた相談件数と内容・実例》

私は、道立小児総合保健センター脳神経外科医長高橋先生と面識があり、お話する機会が多くありました。いろいろ話すなかで「障害のある子は、健常児と生活することにより基本的生活習慣・言語・遊びなどすべての面で学び発

達するものである。又、健常児も障害のある子と接するなかで心が育つ」と聞いていました。保育者にこの旨を伝えたいという依頼があり、私もこの考え方に同感していましたが異動のある公立保育園で統一見解を持つことが難しく、どのような方法が良いのかと考え時間を費やしていました。

そこで、現在私の勤務しております平岸保育園が主催しまして、他の保育園にも呼びかけるという形で研修会を実施しました。多くの保育者に聞いて頂き障害を持っている子への思いの壁を取り除くことができたと思っています。障害の専門的な部分は医者・専門機関で対処し、私達は健常児と共に楽しく生活できる場を整えること。そして1番大切な事は、それぞれの子どもの訴えに耳を傾けることを学び確認しました。

このように積極的に活動している高橋先生の熱意と、私も障害児保育に同じ考えを持っていましたので何か行動したいと思い、現在行っています子育て電話相談のなかで「道立小児総合保健センターで治療を受けている子どもたちが健常児と交わる場を紹介する」という部分からはじめました。

その内容は次の通りです。

表3 育児相談件数

1 育児相談件数

() 3年度件数

| 月 | 生活習慣 | 発育・発達 | 生活環境 | 育児方法 | その他 | 延件数 | 実人数 |
|----|---------|---------|--------|---------|---------|-----------|-----------|
| 4 | 5 (3) | 3 (1) | 2 (2) | 2 (1) | 2 (0) | 14 (7) | 11 (5) |
| 5 | 10 (13) | 0 (12) | 1 (0) | 3 (8) | 3 (7) | 17 (40) | 10 (36) |
| 6 | 18 (4) | 23 (4) | 2 (0) | 0 (2) | 7 (1) | 50 (11) | 39 (11) |
| 7 | 8 (3) | 11 (5) | 0 (0) | 2 (0) | 1 (0) | 22 (8) | 19 (7) |
| 8 | 2 (9) | 3 (4) | 1 (3) | 0 (7) | 0 (6) | 6 (29) | 6 (29) |
| 9 | 2 (2) | 5 (5) | 1 (0) | 3 (2) | 1 (0) | 12 (9) | 9 (8) |
| 10 | 15 (4) | 24 (1) | 0 (1) | 5 (4) | 9 (2) | 53 (12) | 48 (10) |
| 11 | 3 (16) | 6 (21) | 0 (3) | 2 (11) | 3 (15) | 14 (66) | 13 (60) |
| 12 | 0 (2) | 5 (2) | 0 (1) | 1 (3) | 1 (5) | 7 (13) | 6 (9) |
| 1 | 2 (2) | 2 (2) | 0 (2) | 0 (1) | 5 (1) | 9 (8) | 9 (6) |
| 2 | 1 (4) | 1 (1) | 0 (2) | 2 (1) | 5 (3) | 9 (11) | 9 (7) |
| 3 | 0 (19) | 4 (12) | 0 (0) | 2 (4) | 1 (8) | 7 (43) | 6 (36) |
| 計 | 66 (81) | 87 (70) | 7 (14) | 22 (44) | 38 (48) | 220 (257) | 185 (224) |

《事例》

●平成4年8月7日 3才児

1才1か月の時にずい膜炎にかかり頭に水がたまる。理解力はあるが言葉が出ていない。4月1日より公立保育園に入園（水頭症・精神発達遅滞の合併症）。

●平成4年9月25日 4才児（第2子）

2分脊髄内反足 装具をつけている。歩行一伝い歩き、腎臓が悪く導尿をしている。言語一接続詞が合わず通じないこともある。5年4月より幼稚園に入園予定。

●平成4年10月20日 3才児 精神発達遅滞・サイトロメガロ感染症（妊娠中に風疹・はしかの菌が頭の育つ時期に入ったのではないかと）幼稚園に入園決定。

●平成4年12月17日 2才4か月児

生後1か月目にチアノーゼ。頭に障害があるという事で手術をする。
歩行一伝い歩き。言葉一少し話せるようになってきている。現在保育園の入園はできていないが、週に1・2度親と一緒に保育園に遊びに来てもいいですよと言ってくれたので健常児との交わりの時間をつくっているとの報告がある。

●平成5年2月4日 3才8か月

難聴 外耳閉鎖 右手の握力が弱い。食事は自分で食べる。歩行一2才8か月から歩く。言語一あーあー バイバイ程度。幼稚園に入園決定。

●平成5年3月 3才児 脳梗塞のため手術

歩行一完成 少し走ることができる。右手に障害があるが左手でカバーしている。言語一1語文はでているが会話は無理。苫小牧の通園施設・手稲療育センターに通っている。札幌に移る予定なので集団生活の場を紹介して欲しいという相談でした。時期が遅く保育園・幼稚園の入園は無理なので仲良し子供館を紹介する。後日、友達も子供館に行くので良かったと連絡がある。

以上5例紹介しましたが、真剣に縋りたい気持ちで相談している父母の様子をうかがい“何とか力になりたい”と取り組んできました。札幌以外からの相談の時は知識がありませんので、

市役所で全園を統括している保育部に全道の保育園の一覧表を依頼しました。また幼稚園・子ども館の資料も取り寄せ、時間をかけずに紹介できるようにしました。

相談を受けていく中で、措置の条件として住民届のしてある市町村となっていますが、実際にはそこには受け入れの園がない、通園には隣の町の方が便利というケースがありました。また、療育センター・ろう学校・児童相談所・母子訓練センターとコンタクトを取りながら健常児との生活を経験させたいと相談したが良い返事をもらえない施設があったと悩んでいる親もいました。

「その子にとって何が必要なのか」を考え、環境を整えていく努力が必要であると実感しました。“ぜひ家の子を見て欲しい”という相談の時に強い親の希望があり一家で来園した方もいました。稚内から来たという方は3才の子でした。当園児は散歩中でしたが帰って来て子どもの声が聞こえてくると急に表情が明るくなり這いながら子ども達の中へ入っていききました。その様子を見ていた両親は「やっぱり子供同士がいいんだネ。今までこんなうれしそうな顔を見た事なかった。」と集団の意義を感じとった様子で“帰ったらさっそく市の方に申し込みたい”と喜んで帰って行きました。

このように面談した場合も、電話による相談でも、施設を紹介するだけではなく話していく中で家庭での接し方（基本的な生活習慣の面でのかわり・一緒に遊んでいるか、話しかけを多くしているか）など、どのように接しているかを聞いてみると「最近テレビに興味を示しているのでビデオを見せている」「食事はこぼすので殆ど食べさせている」「遊んでいてもすぐ飽きてしまう」などが多くありました。信頼関係の深い父母が中心となり、目を合わせて接していく事が大切である事を話してきました。

実例の中で紹介しましたが、入園できた喜びを電話や手紙で報告を受け、役に立てた事を嬉しく思っています。障害があるからと特別な意

識を持つ前に、1人の子どもとして見ていける目を私達が養わなければいけない事も学びました。

次に健常な子どもですが、新川乳児保育園の時に受けたケースを紹介します。

①平成3年10月 生後10か月児ですが這わないという相談でした。いろいろ話した後「時間がありましたら保育園には同じような子がいますので遊びに来てみて下さい。」と話したところ、3日後に子どもを連れて来ました。保育室で他の子とうつ伏せにしますとすぐ泣いてしまいました。すぐ抱き上げて「家でもこうなんです」という母親の目は、泣かずに上体を起こし機嫌よく遊んでいる他の子どもの様子をじっと見ていました。

「最初からこうではなく、ほめたり励ましたりしながらの積み重ねであること。今日から急に頑張りなさいとうつ伏せの姿勢にするのではなく、最初はお母さんも同じ姿勢・目を合わせ安心して楽しくできるように配慮してほしいなど話し、1時間程遊んで帰りました。その後適切なかわりができ言うことができるようになったと連絡がありました。そして5か月後の翌年4月、新入園児の中に1才3ヶ月になったその子の親がありました。現在は幼稚園に移行し、元気に生活しています。そして第二子目を出産し自信を持って育児を楽しんでいます。

②二子目出産のため退園した母親のケースです。在園中もいろいろと相談の多い母でしたが二子目出産後、“授乳中、オムツ交換時に今まで以上に甘えてくる事が多くなり、どのように接して良いかわからない。また、公園で遊ばせている時、他の子に遊具を取られてしまった場合のかわり方を教えてほしい”など数回の相談がありました。その都度今子どもの置かれている立場・気持ちを考慮しながら対応してきました。

③母親が精神的に障害があり措置された子の例です。1才で入園しましたが、幻覚症状に悩まされ、自分と子どもの間にいつも邪魔する者がいてイライラする。もう子育ては無理なので施

設に預けたいと夜に相談の電話をかけてきた事が数回程ありました。その時、気持ちを受け入れてやると、「明日まで頑張ってみる」と落ちつききました。又、朝目覚めが悪く時計を3台セットして寝るが起きられないと1時間遅刻の目が続いたり、イライラすると力いっぱい叩き、顔が腫れてしまうなど不安定な時期が続きました。毎朝登園時に事務室で30分ぐらいおしゃべりをするのが日課となっていました。病院ともコンタクトを取り医者・ケースワーカーとも立会い話し合いをしていましたが、母子家庭であること、母親（子の祖母）との関係も良くない状態など精神的安定を計る条件が少なく、自分自身の気持ちをコントロールするのが精一杯という状況でした。“子どもが風邪ぎみだが風呂に入れても良いか”“下痢ぎみだがカレーライスを食べさせても良いか”“咳をするが病院へ連れて行った方が良いか”など、不安に思った事は仕夜を問わず相談の電話をかけてきます。2才になった時に遊びの後の片付けができずイライラして叩くと相談がありました。平井信義先生の“2才児の保育”という本を貸しました。どのような結果になるのか不安でしたが、“2才ってこんなに小さいんだネ。今までの自分の接し方が間違っていた事がわかった”と報告があった頃より子どもの表情からおびえが少なくなってきました。その頃より社会復帰する事を目標とするようになり励まし、話し合いを重ねてきましたが、少しずつですが落ちついてきています。現在も週に2・3回近況報告と疑問、不安に思った事の相談の電話を受けています。この子が大好きなお母さんと安心して生活できることを願って信頼関係を維持できるよう努力していきたいと思っています。以上のような例は、相談件数には入っていませんが、身近なところからより多くの人達の不安や悩みを聞き、適切なアドバイスができる事を続けていきたいと思っています。

《おわりに》

“安心して楽しく子育てができる環境を整える”ことを目的とし、子育て支援事業の一環として始めた電話相談ですが、真剣に思い悩んでいる多くの人達と出会い、話しをするなかで、私自身も学ぶことがたくさんありました。将来を担う子ども達が、健やかに育ってほしいという願いを受け止め、さらに発展させていきたいと思っています。そのためには、PRの徹底・他機関とのネットワークづくりの大切さをあらためて感じました。さらに電話での相談だけではなく、悩みを持っている親と子が、同じような年令の子の様子を見聞できる場の提供も必要になってきています。地域に根ざした保育を目ざして、努力していきたいと思っています。

帯広市子育て支援システムについて

(システム実行協議会庶務)

(帯広市南保育所) 小野 豊子

はじめに

近年、子どもをとりまく環境は目まぐるしく変化し、中でも子どもの生活基盤である家庭や地域社会の変貌は子どもの健全な成長発達に大きく影響する重要な問題として各方面で指摘されている。帯広市においても例外でなく、少子化、核家族化が進み、育児の伝承や地域の相互扶助機能が徐々に低下している事は周知のとおりである。

これらは、子育て中の親にとっては益々孤立化を進行させ育児不安や悩みを積もらせることになる。全国各地で起きている育児ノイローゼによる乳幼児虐待や子殺しなどの痛ましい事件は、明らかにこのひとつの表れではないだろうか。

そこで、このような時こそ保育所は措置された子どものための家庭代替機能だけでなく、これまで蓄積してきた専門性を生かし、「地域の子

育て支援センター」の役割をになって行く事が必要である。また、厚生省が提起しているこの間の政策転換の内容は、保育所が長い歴史の中で果たしてきた児童福祉の理念から少しずつ離れていくように見える。それ故、ここで再度保育所のあり方を問い直し、広くその存在意義を知ってもらおう主体的活動が重要ではないだろうかと考えた。以上の問題意識が、帯広市の保育関係者による「帯広市子育て支援システム」構想を生み出すことになった。

1. 支援システム実行協議会設立の経過

平成4年6月、帯広市私立保育園園長会と帯広市長の語る会が開催され、その時、行政側より帯広市総合福祉基本計画が示された。その後、関係課とも協議し基本計画にある「児童の健全育成」の項目の中に「子育て支援」を加えることになった。

しかし、一刻も早く帯広市の親と子どもが求めているニーズに応える体制づくりが必要であり、それには市内にある全保育所（認可）が、ひとつになり主体性をもって積極的に動きはじめようという声があがった。

(1) 公立保育所と私立保育所の連帯

乳幼児人口の激減の中で、厚生省が保育所へ向けて種々の制度転換を示してきた事は保育所存亡の危機である。そこで保育所は公立、私立の垣根をなくして連帯し、保育所の機能を広く市民にアピールし、活用してもらうことも課題となる。そして、実際に一組の親子へ支援をしようとする時、一施設や一保育所が何とかしていこうという自己完結型の時代ではない。互いに保育方法を交換し、協力していくという連携が必要であるとの認識に立ち、第1回公立私立合同所長会議を平成4年11月に設け、今後一丸となって子育て支援体制づくりに向けて検討していく事を確認する。

(2) システム実行協議会設立の提案

子育て支援を行う時、保育所機能だけでは限界があるので専門機関や専門家を含めたネット

ワークを形成することを将来的なシステムとして考えている。だが、まず支援システム実行協議会をつくり、当面出来るところから実施し「帯広市子育て支援システム」を目指そうという提案がされる。ところで、全保育所を中心とした子どもや育児に関わるあらゆる組織や人的資源が、どうシステム化していくかのマニュアルがあるわけでない。暗中模索状態であるが、「止まっているは何も生まれない、歩きながら考えよう」を合言葉に行動を開始することになった。

(3) システム実行協議会の発足

平成5年1月、公・私立保育所長代表による小委員会を作り実行協議会発足に向けて検討を重ねる。この委員会がいろいろ論議していく中で、構成メンバーは所長のみでなく、各所の主任保母と、行政から保育所担当課にも一員として参加を求め、同じ認識の上で活動していく必要があるとの理解に至った。

こうして、平成5年3月23日、公立保育所17カ所、私立保育所10カ所、児童養育センター1カ所から各所長と各主任、そして、保育所担当課により設立総会が開催され、「帯広市子育て支援システム実行協議会」が発足した。

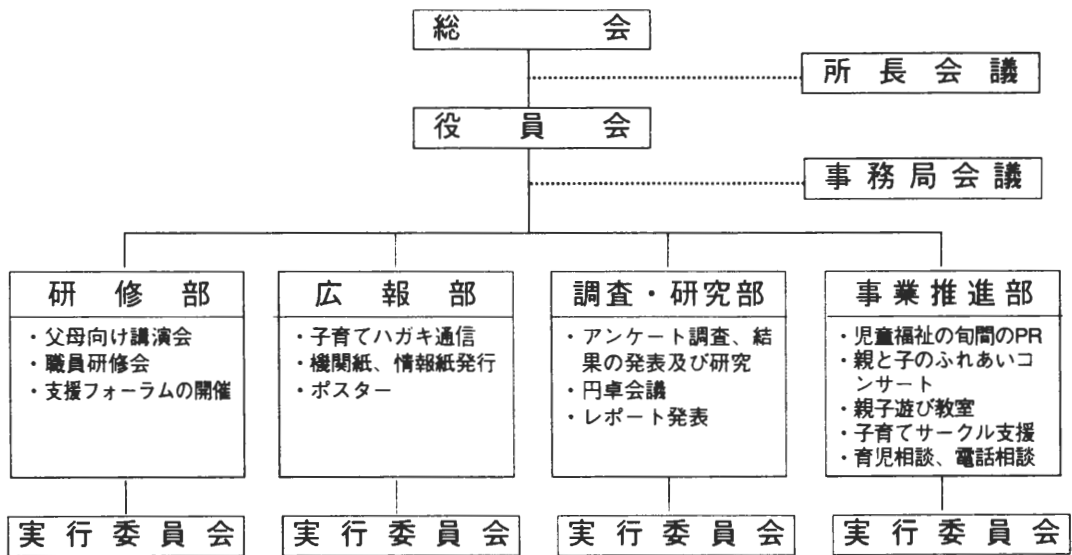
2. 支援システム実行協議会の

組織とその活動

子育て支援の内容検討に入っていたとき、厚生省の平成5年度予算で「保育所地域子育てモデル事業」の新規予算化の動きがあり帯広市が指定された。これを受けてどう進めるかを論議した結果、支援事業とモデル事業の目指すものは同様であることからシステムの中に組み込み、支援体制の強化策として計画に加えられた。

事業を進めるにあたっては、実行協議会の中に具体的活動のために体制づくりをする。研修部、広報部、調査・研究部、事業推進部の4部門に分け企画・実施する。そして部が事業を展開するにあたって必要であれば実行委員会を設置する。又、事務局を設け各部や関係機関等との調整及び庶務、会計の事務にあたる（図1）。

図1 帯広市の子育て支援システム実行協議会組織図



構成メンバーは、会長、参与、副会長他15人の役員と、各所の所長、主任を部員とする。会則を設け、この協議会の目的と事業の運営に関する事項を明確にする。

――活動の経過――

① 研修部

イ、職員研修

平成5年5月、保育所職員全員が支援システムの内容を理解し、共通認識をもって事業を展開するために「今、何故システムが必要か」をテーマに市内を三つに分けたブロック別研修と、全体研修（196名参加）を実施した。同年6月、「保育所指針の改定は何故必要だったか、そしてこれから保育所の進む道は」のテーマで、日本社会事業大学名誉教授石井哲夫氏の講演会（147名参加）を実施した。同年12月、「育児相談の対応について――電話の対応――」という内容で帯広市森の里小学校特殊学級教諭横浜ミエ氏の講演会（120名参加）を実施した。

平成6年2月には、「今後における保育制度改革と、それに伴う保育現場の対応」をテーマに全国私立保育園連盟常任理事菅原良次氏の講演

会を予定している。

ロ、父母向け講演会

平成5年6月、「子どものストレスとその影響」をテーマに札幌大使病院小児科部長南部春生氏の話しを240名の父母と保育関係者が聞き、「自分の子育てや保育をふりかえり反省した。そして、今後の参考にしたい」という感想が多く寄せられた。

② 広報部

イ、子育てハガキ通信

赤ちゃんの誕生から、その子が1才になる迄、子どもの成長に合わせて子育ての情報やワンポイントアドバイスをハガキで送り、子育てのお手伝いをする。

帯広市内で平成5年7月以降に生まれた第1子から開始し、現在第6号まで発送した。1カ月約90人の出生数があるので最高1,080枚のハガキを郵送する月も出てくる。また、6号目と最後の通信で、受けとっている家族からハガキへの感想や要望のアンケートをとり、今後の通信の参考にする予定である。

ロ、機関紙、情報紙の発行

関係者や関係機関に支援システムの活動状況や情報を流し、理解と協力を深める。情報紙は「事務局だより」として事務局が当面担当し、機関紙も年2回発行の予定である。

ハ、子育て支援ポスターの作成

「子育ては、みんなで楽しく」の願いを込め、広く市民に支援システムが理解され活用されるようPRしていく。

③ 調査・研究部

イ、アンケート調査と結果研究

第1回目アンケート調査、4月末～5月の児童福祉旬間に市役所市民ホール（保育所児童手づくり鯉のぼり展示他）に、訪れた子育て中の親を対象に実施し105人の回答を得た。その結果、育児に困ったとき相談するのは友人、知人が最も多く、ついで親、姉妹、保健婦の順で、子育てサークルに参加している人は26人、今後参加したいと思っている人が41人いる等のことがわかった。

第2回目アンケート調査を、11月に保育所の父母を対象に「子育てに悩んだ時、どのようなものがあればよいか」「保育所にあずけて、よかった事、よくなかった事」等の項目で実施したが、その結果は現在集計中である。

ロ、円卓会議や ハ、レポート発表の企画もあるがまだ具体化に至っていない。まず子育て中の親の直接の声を調査し、他機関とのネットワークづくりと、システムの充実を図るための基礎的資料づくりに、取り組んでいる。

④ 事業推進部

イ、児童福祉旬間のP・R

市役所市民ホールに、全保育所の年長児製作の鯉のぼりと保育所を紹介したパネルを展示した。又、システム発足のお知らせと利用の呼びかけを行い、期間中育児相談コーナーも設け14件の相談があった。10月にも帯広市保育所父母連絡会主催「保育まつり」会場にシステムコーナーを設けP・Rを行った。

ロ、親子ふれ合いコンサート

10月、生の演奏で子どもが好きな曲を聴かせ

たり、一緒に歌ったり、510人の親子がたのしんだ。このコンサートは8回目の実施であり特別保育事業の「乳幼児健全育成事業」の中で、昭和61年度より開催してきたもので、今回からシステムに組み込み、推進部が中心となり実行委員会体制で継続している。

ハ、親子遊びの教室

平成5年7月、1才～2才までの親子40組、平成6年1月、8カ月～2才6カ月までの親子60組が手遊び、身体を使った遊び、手作りおもちゃ等を楽しんだ。その時、懇談の時間も設け親同士の交流と、悩みの相談の場としている。この遊びの教室は数えて14回目になる。昭和62年度より公立私立保育所で実行委員会体制で実施してきたもので、7月の教室からはこのシステムに組み込んで継続している。

このように「子育ては親子の楽しいふれ合いから」「健やかな発達は親子の豊かな遊びから」を目標に実施してきて、当初から保健婦、家庭児童相談員、栄養士、ことばの教室、学識経験者、市保育所担当課らが育児相談会の協力者としてネットワークが作られてきた。さらに必要な専門スタッフが加わって、どのような子育て支援にも応じられることが望まれる。

ニ、家庭支援

5月より定期訪問をして支援を続けているケースが1件ある。脳性マヒによる肢体不自由児をもつ家庭で、1カ月に1回、遊びと親との懇談を中心に行っている。経過の中でリハビリを受ける方向へ親の意志も変化したので重度心身障害児施設、国立十勝帯広病院の協力を得、デイ・ケアのテストケースとして週2回定期リハビリを受けることができ、現在も続いている。

その他、育児相談の内容によって訪問支援が必要と思われるケースについては家庭に向いている。現在迄に同ケースで3回、その他1回の支援をした。

家庭支援をしてみると、母親の精神的不安の部分をフォローしていく役割が大きく、まさしく「母親への支援」の感がする。今後も市内在

住の0才～6才の子どもをもち、子育てに不安のある親に対し、話し相手になったり具体的な関わり方を一緒に考え、その親子に必要な支援を関係機関と連携をとりながら進めていくことになる。

ホ、子育てサークル支援

現在、市内に16の子育てグループがある。この内の7グループに月1回～2回訪問し、一緒に遊んだり、リーダーとしての遊び方を支援している。このようなサークルは、まだ増えそうな動きがあるが、現状は市内に気軽に集まる場所がない、遊びがわからない、遊具がない等の理由から活動が伸び悩んでいる。そこで平成6年1月より保育所が部屋と遊具の提供及び、遊びとリーダーの勉強の場としても開放することにした。部屋の提供は12カ所、遊具の提供とリーダーの勉強は全保育所が応じる。但し、利用にあたってはサークル支援取扱要綱により申請、登録しなければならない。

また、サークルへの情報提供とサークル間の交流を進める「さーくる通信」を発行する。サークルづくりの動機は主に、子どもの事に重点が置かれていたが、子どもを連れて集まるメンバーは親同士の交流を強く求め、その活動も充実させたい欲求がある。

へ、育児相談（電話相談）

現在まで、電話での育児相談61件、サークル紹介13件、来所相談1件があった。内容は、子どもの行動について、集団生活に適應しない子について、生活と健康について、親自身の養育姿勢について、などである。

電話相談は乳幼児健全育成事業として昭和61年から私立つばさ保育所で実施してきたが、4月からシステムの中に組み込み、来所相談も含め、全保育所で受けている。相談の対象は主に乳幼児とするが、特に子どもの年齢制限はしていない。

育児不安や問題があっても相談にこない親への呼びかけを、公的情報紙も活用して積極的に行うことにする。

ト、遊び場の提供

少子化、過疎化が進む状況下で、子ども達が友達とふれ合う機会が少なく、社会性を身につけるゆとりも得られない。そこで保育所は、子どもに発達上の心配がある無しにかかわらず子ども達に遊びの場を提供することになった。朝の自由遊びや行事へ親子で参加する形で全保育所が受け入れ、現在は3カ所に6組の親子が通い、保育所の子ども達と遊んでいる。

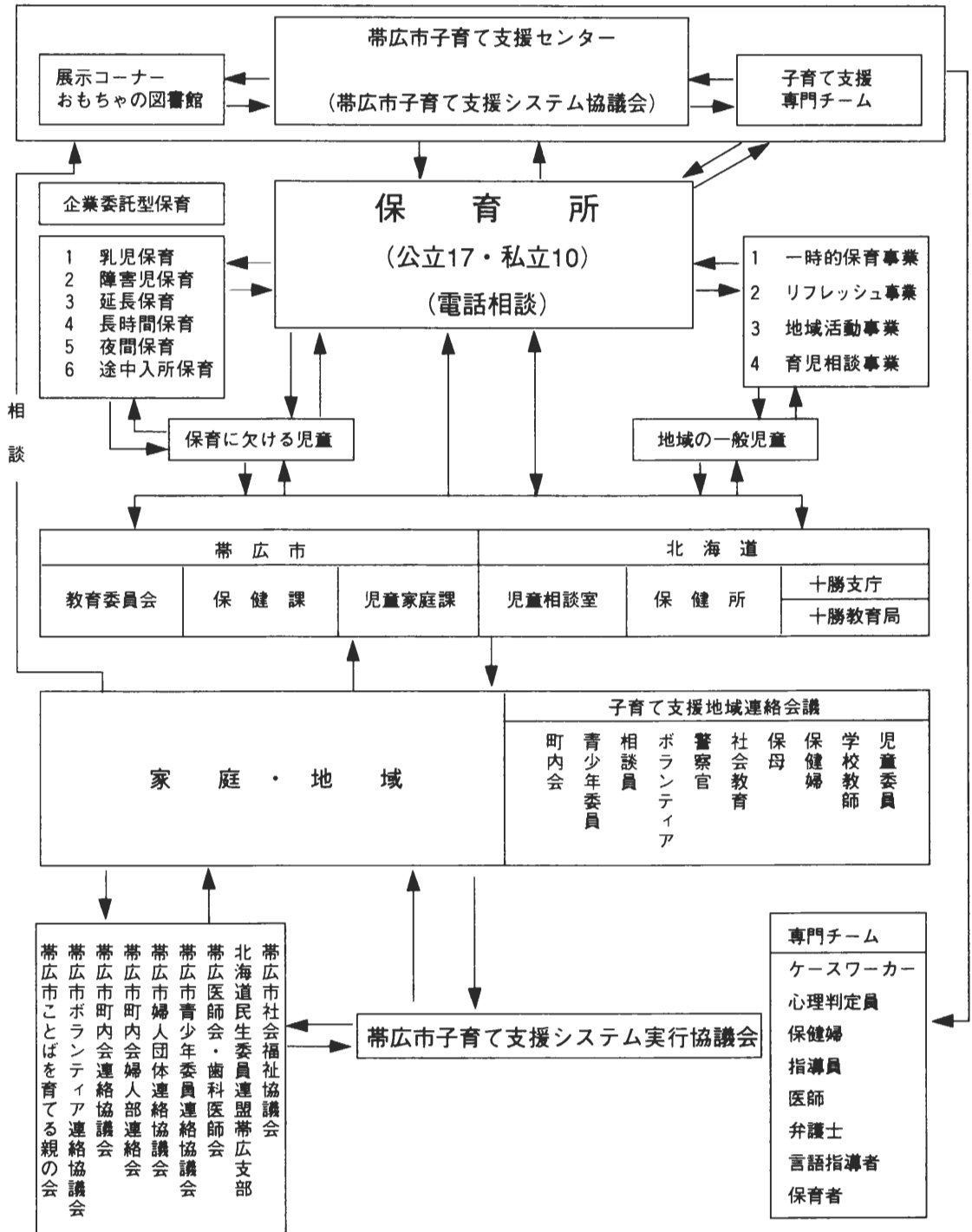
3. 今後の課題と展望

帯広市は幸いに、障害児の療育ネットワークが確立されている。児童相談所、医師、保健婦、家庭児童相談員、幼児ことばの教室、養育センター、保育所等の機関と施設がネットワークを構築し、1人の子どもの療育と保育が系統立てて行われている。しかし、一般の親と子が抱える様々な育児問題への支援体制は不十分で、実行協議会が事業を進めていく中で少しずつその輪が広がってきている状況である。

そこで、支援事業の推進方向と、関係機関や専門機関との連携のあり方を体系化してみた(図2)。この図2は、将来展望を視点に考えた理想プランであるから状況に応じて修正したり、必要なものを加えたりして、より充実した体系図にしていく予定である。図にもあるように、現在の実行協議会は発展的に解消し、帯広市子育て支援システム協議会となり、将来は固有の建物と専任のスタッフをもった「子育て支援センター」の実現が目標でもある。また、このシステム体系が確立され有効に機能していくには、公、私立保育所の協議会活動と、行政の政策との両輪の形が望まれる。その意味からも、帯広市総合福祉基本計画の早期現実化が期待される。

図2

(仮称) 帯広市子育て支援システム協議会 体系図 (案)



おわりに

私達にできることからはじめようとスタートしたこの事業は、試行錯誤を重ねながらようやく10カ月を経過した。しかし、活動を続けるごとに、保育所機能だけでは満足されない数々のニーズや、新たに生まれる支援問題など、対応の急がれる事が出てくる。メンバーはそのつど頭をよせ、知恵を出し合っているが、ある程度予想していたこととはいえ、状況は早いペースで進んでいる。

現在、事業の展開の中で、児童相談所、保健婦、医師、栄養士、理学療法士、幼児ことばの教室、学識経験者、家庭児童相談員、教員等の協力が得られている。より広く関係機関、団体、専門家とのネットワークがつくられそれがシステムとして確立され連動してはじめて1組の親子に必要とされる支援が充分に出来ることを思うと、一日も早いシステムの構築が望まれる。そして、親が安心して子どもを生み、たのしく子育てができる子どもが増え、地域に子どもの姿がもどる事にもなる。そして地域の人々に見守られ明るく元気に育つ子ども達の、笑い声がいつも聞こえる、そんなまちづくりを思い描き、メンバー全員がこれからも力を合わせて歩み続けたい。

〈付記〉

帯広市子育て支援システム実行協議会 会則

(名称)

第1条 本会は、帯広市子育て支援システム実行協議会と称する。

(目的)

第2条 本会は、帯広市内における子育てを総合的に支援するための基盤を作り、本会の事業を通じ関係機関、団体とのネットワークの形成を目的とする。

(組織)

第3条 本会は、帯広市内の認可保育所（保育所

担当課を含む）及び児童療育センター（「以下」保育所等という）で組織する。

(事務所)

第4条 本会は、事務所を会長所属の保育所等におく。

(事業)

第5条 本会は、第2条の目的を達成するため、次の事業を行う。

(1) 子育てニーズ、子育て支援についての調査研究及び啓蒙。

(2) 子育て家庭への相談・支援及び子育てサークル等への支援。

(3) その他目的達成に必要な事業。

(役員)

第6条 本会に次の役員をおき、総会において会員中よりこれを選出する。ただし、参与は保育所担当課長、事務局員のうち1名は保育所担当係長とする。

(1) 会長1名 (2) 参与1名 (3) 副会長2名

(4) 庶務2名 (5) 会計1名 (6) 幹事 若干名

(7) 事務局員 若干名 (8) 監査1名

第7条

1、会長は、この会を代表し、会務を統理する。

2、参与は、主に行政面を担当する。

3、副会長は、会長を補佐し、会長事故あるときはその職務を代理する。

4、庶務は、各部の調整をはかり、庶務全般を分掌する。

5、会計は、経理を分掌する。

6、幹事は、会務を執行する。

7、事務局員は、庶務を補佐し、本会の事業を積極的に推進する。

8、監査は、経理の状況を監査する。

第8条

1、役員任期は、2年とし、再選を妨げない。

2、補欠による役員任期は、前任者の残任期間とする。

第9条

1、会議は会長が招集する。

2、会議は、総会及び役員会とし、総会は定期総

会と臨時総会とに分ける。ただし、役員会が必要と認めた場合には所長会議、事務局会議、部会、及び実行委員会を随時開催することができる。

第10条

- 1、総会は、会員保育所等の所長（これに準ずるものを含む）及び主任をもって構成する。
- 2、総会の議長はその総会において出席会員の中から選出する。
- 3、役員会は、会長、参与、副会長、庶務、会計、幹事及び事務局員で構成する。
- 4、役員会の議長は会長がこれにあたる。

（専門部及び役員会）

第11条 本会に専門部をおき、会務を分掌する。

- （1）研修部 研修に関すること。
 - （2）広報部 広告活動に関すること。
 - （3）調査研究部 情報収集及びその分析に関すること。
 - （4）事業推進部 事業の具体的推進に関すること。
- 2、役員会が必要と認めたときは、実行委員会を設置することができる。

（事務局）

第12条

- 1、本費に事務局をおき庶務、会計、及び事務局員で構成する。
- 2、事務局は各部の調整をはかるとともに、緊急に解決をはかる事項の処理にあたる。

（経理）

第13条 本会の経理は、会費、事業収入、助成金その他の収入をもって賄う。

- 2、会費は、毎年総会の議を経て決定する。
- 3、本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる。

（会則の変更）

第14条 この会則を変更しようとする時は、総会の議決を経なければならない。

附則

この会則は、平成5年4月1日より施行する。

母親の育児行動・育児ストレス とサポートシステム

—札幌市3歳児母親の調査結果から—

（北海道大学教育学部）

佐藤 公治

岩田 美香

1、問題

今日、社会・経済構造の変化などに伴い、家庭の機能や役割が大きく変質してきている。それらは「少子化」現象や、親の「育児に対する価値観」の変化、さらには、「育児」に不安やストレスを感じる母親が増えるという形であらわれてきている。あるいは親の「育児行動」そのものの低下も指摘されている。

労働人口の確保という観点からもさまざまな子育て支援策が行政側から出されているのが最近の動きである。だが、「少子化」の裏にある家族の変化、特に核家族化が当該の子どもや家族にとってどんな問題となって影を落としているかがまずもって問われなければならないと考える。

また、母親の「育児能力」の低下の問題にしても、ひとり母親個人の問題にのみ帰すだけでは問題の解決には一向にならない。今の若い親たちの個人主義的志向や安易な形で育児情報や育児技術に頼りがちな世代特有の問題を否定することはできないとしても、これらの背景には、若い頃に全く小さい子に接する機会がないまま、子どもを産み、子どもを育てることを始めるといったパターンに代表されるような、子どもの頃に十分な生活体験をできないで過ごさざるをえなかった状況や、「育児」のノウハウや伝統をうまく世代から世代へ受け継いでいくことをしなかったこと、育児行動を支えるシステムが家庭内や地域でうまく作られないままであること等を考えていかなければならない。

わが国を含めた西欧のデータによると、勤労女性が増えたことが必ずしも「少子化」につな

がっている訳ではないという指摘がある(柏木、1993)。女性の「性役割」の時代的变化や、女性の自尊感情(self-esteem)の高まり(かつて青年女子の自尊感情は同じ年齢の青年男子よりも常に低くなっていたが、最近では逆に女子が高くなる結果が出ている)といった社会経済的・文化的状況の変化を強く受けているものが、若い女性の「育児」への価値観や「子育て」への参加の仕方を変えていると言わなければならない。

このように考えると、母親が育児の中で抱えるさまざまな問題も単に「育児ストレス」、「育児不安」だけを取り出すのではなく、母親のライフスタイルやさらには母親としてのアイデンティティの問題と関連させて論じていかなければならない。

これまで母親の「育児不安・ストレス」の問題についてのエポック・メイキング的な研究として服部祥子を中心とした「大阪レポート」が出され、兵庫県と兵庫県家庭問題研究所による「核家族の育児援助に関する調査報告書」がある。また、「育児不安」については牧野による一連の研究が先行研究としてあげることができる。これらの先行研究については、「大阪レポート」では母親の育児ストレスや子どもの発達の特性については詳細な検討がなされているが、母親を取り巻く社会的ネットワークやサポートシステムについての検討は必ずしも十分ではない。一方、兵庫県調査や牧野の研究ではネットワークとの関連の中で母親が抱える育児上の諸問題を捉えていく視点はあるものの、ともすると母親の立場を外側にある育児援助から受けるだけの方向だけで考えがちである。

これに対して、母親が育児の中で生じたさまざまな問題を白らがネットワークを作る方向で動いたり、また社会的活動に参加していくことによってネットワークに参加し、サポーターの役割をも同時に果たし合っていくといういわゆる「ネットワーキング」していく視点を研究の中に入れていく必要がある。そこでは当然ながら

ら、母親の生活と活動の中に「育児」の問題を位置づけていくこと、母親がどう「育児」の問題を克服していったのか、あるいはいけなかったというプロセスとして捉えていく視点が求められる。

また、母親のどの育児上の問題の解決にどういう援助がサポートとして働いているのかについてのより詳細な分析と議論が必要であると考ええる。この視点は社会心理学や社会学でこれまで行われてきたソーシャル・サポート研究が今後取り組むべき課題として久田(1987)が指摘していることでもある。

以上の問題意識から、札幌市内の3歳児を持つ母親を対象にして、育児行動の実態、育児に伴って母親に生じているさまざまなストレスや、育児不安等の心理的諸問題、生活の実態とサポート・システムの機能・実態について質問紙と面接調査から明らかにしていく研究を進めている。今回の報告はその結果の一部についてまとめたものである。

2、方法

(1) 質問紙調査

札幌市の9保健所を通して、3歳児健診で来所した母親に40数項目にわたるアンケート用紙を配布し、後日郵送による回収を行った。947票を配布し、291票を回収した(回収率31%)。

今回、調査対象は3歳児の子どもを持つ母親で、3歳児を第1子として持つといった制限を設けてはいない。従って、当該の子ども他に上や下に兄弟がいたり、当該の子どもだけというケースなど、さまざまな家族構成が含まれている。今回、あえて制限を設けなかったのは、上に兄弟がいて既に母親自身が子育ての経験がある場合と、逆に当該の子どもがはじめての子どもとでは育児行動そのものやネットワークに違いがでてくるだろうし、また、下に2歳以下の子どもがいる場合には母親の毎日の生活はずいぶんと違ってくるのであり、これらの家庭要因の違いを積極的に問題にしたかったからである。

調査対象の291ケースの子どもの構成は以下の通りである。また、75%が核家族である。母親の学歴は、半数が高校卒業である。

(2) 面接調査

質問紙調査の回答者で面接調査に応諾した59名の中、連絡がとれない、日程の調整ができない、子どもの病気などで調査が不可能になった14名を除いた44名が最終的な面接の対象者になった。面接では、あらかじめ作成した聞き取りの項目を中心にしながら、さらに追加質問を加えていった。面接時間は一人およそ1時間半程である。

3、質問紙調査の結果について

(1) 母親の生活・社会的活動について

調査対象の母親の約8割が専業主婦で、フルタイム、パートタイムによる職業を持っている者が13%、自営業が4%である。専業主婦でも、ボランティア、趣味等の育児以外の活動をしている母親が25%と全体の約1/4いるが、他方、「家事以外の活動」をしていない人が45%と半数近くにのぼっており、子育てに大部分の時間を使ってしまわざるを得ない現実があらわれている。仕事や趣味等で社会的活動をしていることが育児ストレス等の母親の心理的側面の緩和にどう作用しているかについては次の所で述べる。

今は「家事以外の活動」は何もしていない人も、仕事やさまざまな活動につきたいと考えており、社会的活動への参加意欲の傾向がここでもはっきりとあらわれている。あるいは現実と理想とのギャップが大きくなっているのもここでの結果である。特に条件が整うならば今すぐにでもしたいという強い希望を持っている母親が25%いる。

表1 現在していること（複数回答） N=308

| | 件数 | % |
|-----------------|-----|--------|
| ①フルタイム勤務の仕事 | 21 | (6.8) |
| ②パートタイム勤務の仕事 | 19 | (6.2) |
| ③内職 | 10 | (3.2) |
| ④自営業 | 13 | (4.2) |
| ⑤自由業 | 3 | (1.0) |
| ⑥ボランティア・地域活動など | 18 | (5.8) |
| ⑦趣味・教養に関する | 58 | (18.8) |
| ⑧その他 | 26 | (8.4) |
| 「家事以外の活動」はしていない | 140 | (45.5) |

表2 将来したいもの N=291

| | 件数 | % |
|-----------------|-----|--------|
| ①フルタイム勤務の仕事 | 40 | (13.7) |
| ②パートタイム勤務の仕事 | 110 | (37.8) |
| ③内職 | 8 | (2.7) |
| ④自営業 | 7 | (2.4) |
| ⑤自由業 | 4 | (1.4) |
| ⑥ボランティア・地域活動など | 6 | (2.1) |
| ⑦趣味・教養に関する | 96 | (33.0) |
| ⑧その他 | 4 | (1.4) |
| 「家事以外の活動」はしていない | 7 | (2.4) |
| NA | 9 | (3.1) |

表3 いつから始めたいか（表2で①～⑧の人） N=273

| | 件数 | % |
|---------------------|-----|--------|
| 機会があれば今すぐにでも | 44 | (16.1) |
| 子どもを預かってくれれば、今すぐにでも | 26 | (9.5) |
| 末子が小学校に入ったら | 155 | (56.8) |
| その他 | 48 | (17.6) |

(2) 育児行動の危険因子としての育児疲労と育児不安

①育児の心理的側面（育児疲労、育児不安）と行動面との関係

母親は子どもに対してイライラしたり、手をあげることがどれだけあるのだろうか？「衝動的に手をあげてしまう」母親が60%おり、イライラしているのが91%という高い率である（表4）。

表4 子どもに対してイライラして怒ることがあるか

| | ある (%) | ない (%) | NA % |
|-----------|------------|------------|----------|
| イライラする | 266 (91.4) | 16 (5.5) | 9 (3.1) |
| 大声で怒る | 267 (91.8) | 16 (5.5) | 8 (2.7) |
| 衝撃的に手を上げる | 177 (60.8) | 9.9 (34.0) | 15 (5.2) |

このような実際の行動となってあらわれている背後には当然ながら、育児ストレスや育児疲労がかなり蓄積されていると考えなければならない。

母親の「育児不安」傾向をここでは牧野の先行研究などを基にして作成された「育児不安尺度」を用いて操作的に定義、測定した。牧野によれば「育児不安」とは、「育児を担当している人が、子どもの状態や育児のやり方などについて感じる漠然とした恐れを含む不安の感情。焦り、イライラなどの精神状態を伴う」と定義されている。今回得られたデータについては、「育児不安尺度」で測られた「育児不安」は実際には「育児による心理的疲労感や充実欠如感」と「育児ストレスと育児不安」の2つの因子になっていることが因子分析等の結果から明らかになった。従って、「育児疲労・充実欠如感」と「育児ストレス・育児不安」は育児行動における危険因子 (risk factors) を構成するものであるが、両者は独立した因子とみなし、区別して分析を行っていく。「育児充実欠如」、「育児不安」の得点の高い群はいずれも、行動面でもストレスフルな行動を子どもに向けており、「大声を出したり」、「衝動的に手をあげてしまう」親が多い。2つの危険因子と3つの育児ストレス行動との関係を1要因の分散分析を行った結果、いずれも統計的に有意な関係が得られた。「育児充実欠如」では、「イライラ」 $F(1,273) = 12.07 (P < .001)$ 、「大声」 $F(1,274) = 7.50 (P < .01)$ 、「手を上げる」 $F(1,267) = 5.89 (P < .05)$ との間で有意であった。「育児不安」では、「イライラ」 $F(1,271) = 12.15 (P < .001)$ 、「大声」 $F(1,272) = 6.59 (P < .05)$ 、「手を上げる」 $F(1,266) = 22.15 (P < .001)$ との間で同じく有意な関係にあった。これらの結果をまとめたのが次の図-1であり、実線で結ばれたもの間には統計的に有意な関係が見られたことを意味している。

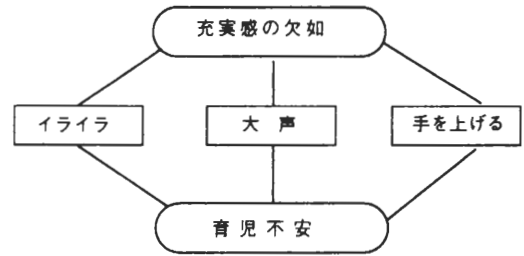


図-1 充実感の欠如、育児不安と育児行動との関連

②「育児充実欠如」と社会的活動

母親が仕事や趣味等で社会的活動をしていることが「充実感」の低減にはプラスに作用しており、生活の充実感も高いことが示されている(図-2)。仕事(パートや内職を含む)やボランティア、趣味の活動をしている母親と、家事・育児以外の活動は何もしていない母親の2つの群に分けて「育児疲労・充実欠如感」の得点を比較してみると、後者が有意に得点が高く、両群の間には、 $F(1,274) = 6.32 (P < .05)$ で有意な差がみられた。「育児不安」因子の場合には社会的活動の有無は直接関連が見られなかった(図-3)。これは「育児不安」は子どもの発達やうまく育児をしていないという不全感から作られてしまい、どちらかということ子どもとの直接的な関わりの中でうまれてくるものであると考えるならば、母親が社会的活動をしていたとしても直ちに「育児不安」の低下にはつながらないのは当然かもしれない。

(3) 母親のソーシャル・ネットと育児援助

今回の調査対象になった母親については、親戚以外で子どもを預け合えることができたり、家族ぐるみのつき合いをしているような子育て仲間がいなくて「孤立」していると母親自身が感じているのが40%にのぼっている。現に、「頼りにできる人は誰もいない」、「知人はいるが、気心の知れた人はいない」という感じを抱えている人が少なからずいる(30%弱)のが現実である。

日常的な中で支え合いができるネットワークを持つことが育児からくる心理的問題の「緩衝

にとってはきわめて重要である。

「子どもを預け合えることができる」友人を地域の中で持ったり、「家族ぐるみのつき合いをしている」人を持っている場合の方が、いずれも「育児不安」の得点が低くなっているのが今回の調査でも得られている(図-3)。「育児不安」得点と「世間話しをする友人を持っている」こととの関係では、分散分析の結果、 $F(3,278) = 8.30 (P<.001)$ 、同じく「家族ぐるみのつきあいをしている友人がいること」とは、 $F(1,279) = 9.87 (P<.01)$ でいずれも統計的に有意であった。これと同じことは「育児充実欠如」の場合にも見られ、「世間話し」とは、 $F(3,280) = 3.77 (P<.05)$ 、「家族ぐるみ」とは、 $F(1,281) = 5.33 (P<.05)$ 、でやはり統計的に有意な関係になっている(図-2)。

(4) 育児経験との関係

今回の調査では、既に上に子どもがいて子育ての経験がある母親と、3歳児が第1子である母親がそれぞれ半数ずつであった。仮説としては、既に子育ての経験をしている母親の方が育児不安は低いと予想したが、結果的には「充実感」、「育児不安」共に両者の間で差は見られず、直接の効果はなかった。単純に上に兄や姉がいる第2子の子だからといって、それだけで育児不安が軽減するようなものでないということだろう。ただし、子育ての経験済みの母親の方がソーシャル・ネットワーク(「子どもの預け合い」)は多くなっており、育児経験は間接的に母親の心理面に影響を与えている。

(5) 母親の発達期待

子ども(3歳)に現在、どのような習いものをさせているか、また習わせたいと考えているかを問うてみると、運動、学習や通信教育、その他の幼児教育を含めるとかなりの割合で実際に習わせており、「今後習わせてみたい」になるとさらに増加をする(表-5)。今日の若い母親の幼児教育への傾斜ぶりがあらわれている。この「習いもの」志向は母親の学歴の高さと統計的にも有意な関係になっていた。母親の学歴と習い

ものの数との間の分散分析では、 $F(3,284) = 9.57 (P<.001)$ で、有意な結果が得られた。

また、「自分の子どもと他人の子どもを比較するか」という問いでは、よくある、たまにあるを含めると半数近くになっている(表-6)。

表5 習いもの(複数回答)

| | 習わせたい (%) | 習わせている (%) | NA (%) |
|---------|------------|------------|------------|
| スポーツ | 168 (57.7) | 38 (13.1) | 85 (29.2) |
| 学習 | 59 (20.3) | 16 (5.5) | 216 (74.2) |
| 芸術 | 106 (36.4) | 11 (3.8) | 174 (59.8) |
| しつけ | 12 (4.1) | 2 (0.7) | 277 (95.2) |
| 通信教育 | 7 (2.4) | 21 (7.3) | 263 (90.4) |
| その他幼児教育 | 12 (4.1) | 27 (9.3) | 252 (86.6) |
| その他 | 6 (2.1) | 1 (0.3) | 284 (97.6) |

表6 他の子と比較するか

| | 件数 | % |
|-------|-----|--------|
| よくある | 9 | (3.1) |
| たまにある | 121 | (41.6) |
| あまりない | 129 | (44.3) |
| ない | 31 | (10.7) |
| N A | 1 | (0.3) |

従来から指摘されているように、他児と比較するあまり過剰な発達要求をわが子の向けてしまい、そのことが母親自身のあせり、イライラ、育児に対する自信のなさの一つになっている。その傾向がここでも見られている。

具体的には、「他児と比較することが多い」ほど「育児充実欠如」、「育児不安」のいずれの得点においても高くなっている。「育児充実欠如」と「他児比較」との間は、 $F(3,280) = 7.24 (P<.001)$ 、「育児不安」と「他児比較」とは、 $F(3,278) = 5.33 (P<.01)$ でいずれも有意な関係になっている(図-2、図-3)。

以上、育児行動における2つの危険因子(「育児充実感の欠如」「育児不安」と他の諸変数との関係をまとめたのが図-2、図-3であり、実線が結ばれているものはいずれも統計的に有意な関係になっていることを意味している。本文では直接触れることはできなかったが、夫の協力や夫の家事・育児参加に対して満足度が低くなると「充実感」が低下するといったことも統

計的に有意であった。「夫の協力」では、 $F(2,245) = 3.76 (P < .05)$ 「参加への満足度」では、 $F(2,272) = 15.72 (P < .001)$ で有意な結果になっている。また、「育児不安」と「夫の家事・育児参加への満足」も有意な関係になっている。 $F(2,268) = 3.04 (P < .05)$ と統計的に有意な結果が得られている。ただし、「育児不安」と「夫の協力」との間には統計的に有意な関係はみられなかった。

また、居住形態や夫の職業と統計的に有意な関係がみられたものもある。

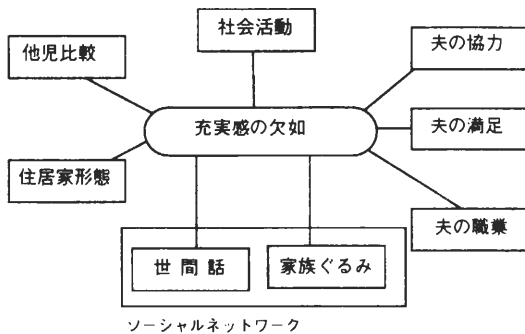


図-2 充足感の欠如と関連する要因

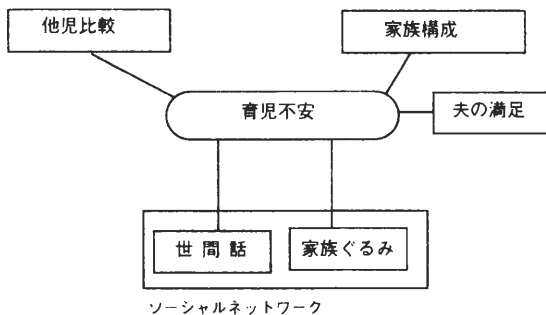


図-3 育児不安と関連する要因

(6) 育児における問題解決とそのサポーター

育児や母親自身の生活上の悩みを解決し、乗り越えていく上で、母親はどのような人に相談をし、サポーターとしての期待を抱いているだろうか？

母親は悩みや相談の内容に応じて、誰に相談をしていくかを分けており、サポート・システ

ムを使い分けているのが特徴である。そして、医学的な問題は別にして、子どもの発達上の問題を含めて広くサポーターとしての役割をはたしているのが、子どもを通して親しくなった友人であり、母親自身の問題についてサポート機能を果たしているのが子育ての前からいた友人である。もちろん、夫が、第1の相談相手になっていることを指摘しておかなければならない。

地域をベースにしたネットである子どもを通して親しくなった友人が、身近にいて、必要な時に使えるサポート・システムになっていること、しかも援助される側だけでなく、自らが同時にサポートする機能を果たしているという側面があることが大切なのであると考える。しかし、前述したように地域から孤立したり、十分なネットワークが自分にはないと感じている母親が30%近くいることが育児不安の問題を生んでいる大きな原因の一つである。

現在、「子育て相談」は多くの機関で行われており、相談や母親の悩みの内容によってはサポーターの役割を果たし得る可能性は大きいのが、特にその可能性が期待できる相談機関ほど存在そのものが母親には情報として伝わっていないのが現状である(表-7)。

| 相談機関名 | 知っている (%) | 利用した % |
|-------------|------------|-----------|
| 保健所 | 180 (61.9) | 99 (34.0) |
| 児童相談所 | 193 (66.3) | 2 (0.7) |
| 幼児教育センター | 21 (7.2) | 4 (1.4) |
| 福祉事務所 | 74 (25.4) | 2 (0.7) |
| 公立保育園 | 53 (18.2) | 0 (0.0) |
| 心の里親乳保育園 | 21 (7.2) | 0 (0.0) |
| 保育センター | 14 (4.8) | 0 (0.0) |
| カウンセリングセンター | 14 (4.8) | 1 (0.3) |
| クリスチャンセンター | 7 (2.4) | 0 (0.0) |
| その他 | 4 (1.4) | 3 (1.0) |

4. まとめとして

母親が健全に「子育て」をするためには、自分が生活している地域の中で身近な形でサポート・システムが作られていることが重要である。いくつかの面接のケースでは、地域の中でネットワークを見い出すことも、作っていくこともできずに孤立している母親も少なからずいた。まさにネットワーク作りを社会や行政がどうサポートしていくかが問われていると言えるだろう。カナダでは子育て期の母親や家庭を支援する「家族のための資源センター」が地域の中に作られているという(小出、1993)。フィンランドでも「プレイグランド」や「オープンダイケアセンター」が地域単位で用意され、家庭保育の支援の場になっている。

わが国はいまだ子育て支援では後進国である。だが、私たちの身近な所では、帯広市の「子育て支援システム」が先進的な試みを行ってきているし、その他のいくつかの地域でも子育て支援の運動が始まっている。地方・地域から新しい動きが始まっているのである。

母親が社会的な活動を進めていく中で、自分達で作上げたネットワークやネットワーク作りの活動(ネットワーキング)が母親自身の生活と育児の充実に大きく寄与しているのである。子育て支援を考えていくにあたっては、「ネットワーキング」の発想と本来的にネットワークが持っている意味世界の創造の場としての機能が展開されるように、どう支援していくかという視点が必要である。さらには社会がそもそも女性のライフコースの中で自立のための多様な選択肢をどこまで用意しているのかという原点に立ち帰って考えなければならない。

【文献】

1. 服部祥子・原田正文 1991 乳幼児の心身発達と環境. 名古屋大学出版会.
2. 久田満 1987 ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題 看護学研究20、170-179.
3. 兵庫県・兵庫県家庭問題研究所 1987 核家

族の育児援助に関する調査研究報告書。

4. 柏木恵子 1993 父親の発達心理学、川島書店。
5. 小出まみ 1993 地域の子育てをめぐる状況、保育白書1993年、8-15、草土文化。
6. 牧野カツコ 1981 育児における〈不安〉について。家庭教育研究所紀要No. 2、4、4-48。
7. 牧野カツコ 1982 乳幼児をもつ母親の生活と〈育児不安〉、家庭教育研究所紀要No.3、34-56。
8. 牧野カツコ 1983 働く母親と育児不安、家庭教育研究所紀要No.4、67-76。
9. 牧野カツコ 1985 乳幼児をもつ母親の育児不安—父親の生活および意識との関連—。家庭教育研究所紀要 No.6、11-24。
10. 牧野カツコ 1988 乳幼児をもつ母親の学習活動への参加と育児不安、家庭教育研究所紀要No.9、1-13。
11. 牧野カツコ 1988 〈育児不安〉の概念とその影響要因についての再検討 家庭教育研究所紀要 No.10、23-31。

第3分科会(保育)

座長 まとめ

(札幌光塩女子短期大学)

大坂克之

(心の里親乳児保育園)

浜 栄子

座長の依頼を受けた時、今、保育をテーマに討議する分科会のお世話は役割分担とはいえ、ふたつ返事というわけではなかった。

厚生省の動向が注目されている時でもあり、この分科会で今後の保育の方向を見いだすことができるのか？現状を出し合っても現場の不安が解決するだろうか？もしかしたら不安は拡がるだけではないか？など正直いって不安の方が大きかった。

研究会当日はそんな不安がそのまま関係者の課題であることを示すかのような参加者数がみられた。

4本のレポートは子どもの育てを軸にして、

母親、家族、地域、公的機関のかかわりをどう考えていくかという接点があったように思う。

1. 夜間保育園の運営状況、保育内容、父母の意識、今後の課題について発表された。

その中でも印象に残ったのは、夜間保育園に望む父母の声であった。

○園児数の割に先生数が少ないように思うが、子どもの気持ちを良く理解してくれる。

○昼間の保育園と変わりなく、ひとりひとりに目が行き届いている。

○夜遅くまで安心して預かってもらえるなど保育内容についての父母の満足である。

反面、数が少ないことによる通園の不便さ、仕事の内容と折り合わない保育時間、日中の行事参加のむずかしさ、外遊びが少なくならざるを得ないことなど夜間保育故の問題もあげられていた。

現行の制度は昭和55年、モデル的試行事業として実施されてきたが、安井正市先生の発表にもあるように「モデル事業」といわれているが、地域の健全な子育てが叫ばれている今日的課題から考えても「試行的な制度」という枠を外すべきだとの主張に賛意を送りたい。

2と3のレポートは札幌市と帯広市の保育園からの都市型の子育てサポートである。

2のレポートの中で紹介された道立小児総合保健センターからの2年間で23件という障害危険児の相談件数が注目をひいた。

保育園の熱意で対応していくのであるが、本来、その役割はどこなのか？日頃、同じ様な問題に直面することが多いだけに北村秀美先生のていねいな対応に頭が下がる。

もうひとつの帯広市子育て支援ネットワーク・子育て支援システム実行協議会の実践発表は、その協議会の歴史は浅いが保育園の地域とどうかかわっていくかを具体的にわかりやすく報告された。

地域の子育てを市内全保育園が中心になり、関係機関のネットワークを実行協議会として設置し、体制がととのうのを足ぶみして待つので

はなく、歩きながら考えたいと話されていた。

できるところから始めようと始めたけれど、計画どおりいかない大変さ、思いの外の多忙など歩いてみて気づくこともたくさんあるとのこと、地域の子育ては保育園にとどまることでないことをあらためて知らされた。

4のレポートは保育現場からではなく、研究者の調査を通してという方法で発表された。

社会、経済構造の変化などに伴い家庭の機能や役割が大きく変質し、育児に不安やストレスを感じる母親が増え、親の育児行動そのものの低下の指摘に対する実態把握を質問紙調査及び面接方法で実施されている。

質問調査の集約、分析は省略するが、面接調査事例は興味をもてるものであり、時間の都合で大急ぎの発表はもったいなかった。

ケースごとにいくつかの共通点をもちながら、ひとつとして同じケースがないところに簡単に解決できない悩みがそれぞれにあるのだろう。このそれぞれの悩みこそが子育てであるのではないかという気がしたが、この悩みを母親だけで乗り越えるには悩みや問題は複雑で大き過ぎるかもしれない。

発表者の佐藤公治先生の資料と思われる中に「夫は責任逃れをしてはならないという自戒の念の意味でも」と記していたのにも興味を感じた。

以上4本のレポートに沿って感想を書いたが、乳幼児療育研究会の中で「保育問題」はこれまでなんとなく無理矢理仲間に入れてもらっている感じがしないでもなかったのが、今回は保育園の役割、あり方が少し見えてきたように思えた。しかし、個々の努力で解決できるのではなく、子育てを社会的公的責任として関係者がどうかかわっていくのかを考えさせられた。

最後にあまり大きな意味はないのかもしれないが、保育、教育、育児、子育て、しつけなどのことばの違いや共通点を整理し、どの視点から子どもを見、話し合うのかを討議した方が子どものあるべき姿も見えるのではと、発表、討

議を聞きながら感じた（文責 浜 栄子）。

テーマ

早期療育と学校教育

シンポジスト

1. 佐藤 義昭（北海道札幌養護学校）
2. 松浦 秀昭（北海道岩見沢児童相談所）
3. 阿部 哲美（千歳市福祉センター）
4. 黒川 新二（市立札幌病院静療院児童部）

〈まとめ〉

座長：佐藤 満雄（北海道新篠津高等養護学校）
：川守田京子（元市立札幌病院静療院）
記録：高橋 教之（足寄町立西小学校）

学校教育の立場から

（北海道札幌養護学校） 佐藤 義昭

はじめに

早期療育と学校教育について、学校教育の立場から日ごろ考えていることを述べたいと思います。この乳幼児療育研究会がスタートしたときから参加しているいつも感じることは、早期療育にかかわっている会員のみなさんの多くが、学校教育に対して強い不信感、不満をもっているということです。

例えば、学校教育は、早期療育の成果を生かしていないとか、学校教育は、開かれた経営になっていない、あげくは学校の先生は給料分働いていないなどと、辛辣なことを言われています。また、昨年の研究会では、「学校教育は、ブラックボックスだ」と言われ、今年の研究会では、「特殊教育諸学校は、時代からの孤立、地域からの孤立、専門性からの孤立だ」と自信をもって主張されますと、障害のある子どもたちの健やかな成長に携わっているものが学校教育に対してこのような考えをもっているのかと思う

と、複雑な思いと同時に大変悲しいものを感じたところです。

本研究会は、早期療育に携わっているもの同士の交流、早期療育と学校教育の情報交換などを積極的に行い、孤立したり、独善に陥らないように、お互いに切磋琢磨していくために発足したと考えています。早期療育と学校教育のそれぞれの立場からお互いに批判し合っても何も生まれなし、この教育そのものに対する不信感を一層もたせることとなります。

ここでは、学校教育の実態、特殊教育の現状などについて紹介をし、理解を深めていただきたいと思うと同時に、今後も一層の連携を図っていきたいと思います。

1、道内の特殊教育の現状について

本道の平成5年度の特教育の現状をみると、国公私立の特教育諸学校は、盲学校5校、聾学校8校、養護学校43校（精神薄弱養護学校32校、肢体不自由養護学校8校、病弱養護学校3校）の56校があります。また、特殊学級は、弱視5学級、難聴9学級、精神薄弱652学級、肢体不自由47学級、病弱・虚弱37学級、言語障害183学級、情緒障害288学級の1,221学級があり、それぞれの

障害の状態、発達段階に応じた適切な指導を行っています。

(1) 特殊教育の就学状況について

道内において、特殊教育に就学している数は、総数8,471人で、特殊教育諸学校に就学している者4,271人、特殊学級に就学している者4,200人となっており、特殊教育諸学校と特殊学級で教育をうけているものとほぼ同じ数となっています。

特殊教育諸学校においては、精神薄弱の児童生徒が59.0%、肢体不自由が18.8%となっています。

特殊教育諸学校の教職員一人当たりの児童生徒数は、1.23人となっており、人的にも物的にも整備されています。

特殊学級においては、精神薄弱の児童生徒が50.8%、言語障害が23.2%、情緒障害が20.5%となっています。

表(1) 特殊教育の就学状況

(5年5月現在)

| 区 分 | 就 学 者 数 | | | | | | | | |
|---------------|---------------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | 特 殊 教 育 諸 学 校 | | | | | 特 殊 学 級 | | | 合 計 |
| | 幼 | 小 | 中 | 高 | 小 計 | 小 | 中 | 小 計 | |
| 視 覚 障 害 | 27 | 63 | 48 | 132 | 270 | 4 | 5 | 9 | 279 |
| 聴 覚 障 害 | 94 | 183 | 79 | 123 | 479 | 29 | 5 | 34 | 513 |
| 精 神 薄 弱 | | 776 | 610 | 1,133 | 2,519 | 1,191 | 944 | 2,135 | 4,654 |
| 肢 体 不 自 由 | 5 | 403 | 211 | 185 | 804 | 74 | 19 | 93 | 897 |
| 病 弱 ・ 身 体 虚 弱 | | 69 | 66 | 64 | 199 | 68 | 22 | 90 | 289 |
| 言 語 障 害 | | | | | | 935 | 41 | 976 | 976 |
| 情 緒 障 害 | | | | | | 571 | 292 | 863 | 863 |
| 合 計 | 126 | 1,494 | 1,014 | 1,637 | 4,271 | 2,872 | 1,328 | 4,200 | 8,471 |

—平成5年度北海道の特殊教育—

(2) 特殊教育諸学校の児童生徒数の推移

特殊教育諸学校の児童生徒数は、漸減しております。盲学校の児童生徒の推移をみますと昭和58年をピークにして年々減少し、270人(5校)

となっています。

精神薄弱養護学校は、昭和61年をピークにして年々減少し、この数年2,500人(32校)ほどとなっています。

表(2) 特殊教育諸学校の学校数及び児童生徒数の推移

| 年度 | 盲 学 校 | | 聾 学 校 | | 養 護 学 校 | | | | 計 | |
|----|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-----|-----|-------|
| | 学校数 | 児童生徒数 | 学校数 | 児童生徒数 | 学校数 | 精神薄弱 | 肢体不自由 | 病 弱 | 学校数 | 児童生徒数 |
| 58 | 5 | 409 | 8 | 583 | 37 | 2,420 | 837 | 359 | 50 | 4,608 |
| 59 | 5 | 392 | 8 | 566 | 39 | 2,533 | 836 | 356 | 52 | 4,683 |
| 60 | 5 | 381 | 8 | 573 | 42 | 2,697 | 802 | 320 | 55 | 4,773 |
| 61 | 5 | 372 | 8 | 560 | 42 | 2,815 | 800 | 297 | 55 | 4,844 |
| 62 | 5 | 363 | 8 | 526 | 42 | 2,781 | 797 | 298 | 55 | 4,765 |
| 63 | 5 | 350 | 8 | 497 | 42 | 2,710 | 792 | 272 | 55 | 4,621 |
| 元 | 5 | 313 | 8 | 491 | 42 | 2,633 | 787 | 264 | 55 | 4,488 |
| 2 | 5 | 290 | 8 | 488 | 43 | 2,582 | 777 | 264 | 56 | 4,401 |
| 3 | 5 | 275 | 8 | 488 | 44 | 2,545 | 770 | 237 | 57 | 4,315 |
| 4 | 5 | 280 | 8 | 465 | 42 | 2,502 | 787 | 210 | 55 | 4,244 |
| 5 | 5 | 270 | 8 | 479 | 43 | 2,519 | 804 | 199 | 56 | 4,271 |

—平成5年度北海道の特殊教育—

(含 幼稚園、高等部)

(3) 進路状況について

進路指導は、生涯学習の視点に立って関係諸機関と連携をとりながら行っています。

平成5年3月の卒業生の進路状況について、特殊教育諸学校中学部の進路先をみると、精神薄弱養護学校以外は、ほとんどが進学となっています。

ますが、精神薄弱養護学校の進学は33%、福祉施設58.6%、その他7.2%と多様な進路先となっています。

中学校特殊学級は、就職9.6%、進学66.5%、福祉施設17.5%、その他6.3%です。

表(3) 特殊教育諸学校等卒業業者(5年3月)の進路状況

| 進路 | 学校 | | 養護学校 | | | 計 | 中学校 特殊学級 |
|----------|---------|-----|------|-------|----|-----|-------------|
| | 盲学校 | 聾学校 | 精神薄弱 | 肢体不自由 | 病弱 | | |
| | (国、公私立) | | | | | | |
| 卒業生 | 18 | 24 | 220 | 58 | 11 | 331 | 458 |
| 就職 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 44 |
| 進高等部等 | 15 | 24 | 73 | 34 | 10 | 156 | 294 |
| 学教育訓練機関等 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| 福祉施設入所 | 2 | 0 | 129 | 19 | 1 | 151 | 80 |
| その他 | 1 | 0 | 16 | 5 | 0 | 22 | 29 |

*その他は、入院、家事従事、自宅待機等

平成5年度北海道の特殊教育

(4) 交流教育について

特殊教育は閉鎖的などといわれますが、小・中学校にある特殊学級においては、各学級の実態に応じて通常の学級と教科や行事等を通して積極的に交流を行っています。また、特殊教育諸学校においても幼稚園、小学校、中学校、高等学校の142校と交流を行うとともに地域社会の人々との活動をともにする機会を設け、社会性

を養い、好ましい人間関係等を育てています。

本校においては、昭和61年度からボランティアスクール(初級、中級)を開催し、地域社会の人々との交流を図るとともに理解と啓発に努めています。このボランティアスクールの卒業生による「かしわ会」というボランティアの組織ができ、一緒にさまざまな教育活動を行っています。

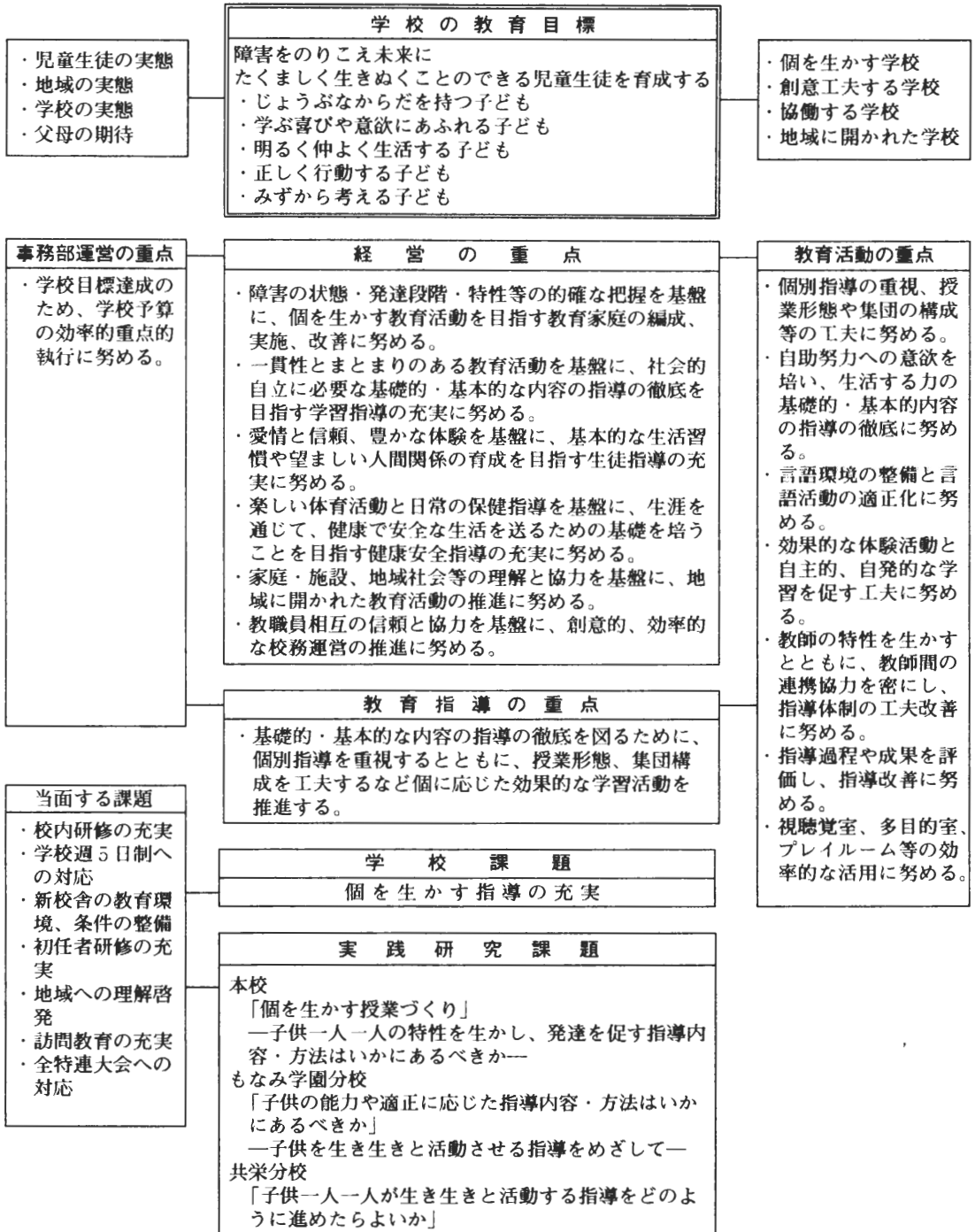
表4 交流教育実践校の数

(5年5月現在)

| 区分 地区 | 道立特殊 教育諸学校 | 幼稚園 保育園 | 小学校 | 中学校 | 高等学校 | 計 |
|----------|---------------|------------|-----|-----|------|-----|
| 石狩 | 11 | 2 | 8 | 6 | 7 | 22 |
| 渡島 | 7 | 3 | 9 | 6 | 6 | 25 |
| 後志 | 4 | 1 | 5 | 4 | 4 | 14 |
| 空知 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | 9 |
| 上川 | 6 | 3 | 7 | 6 | 2 | 18 |
| 宗谷 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 網走 | 4 | 1 | 8 | 3 | 3 | 15 |
| 胆振 | 4 | 1 | 3 | 4 | 1 | 9 |
| 日高 | 2 | 0 | 3 | 2 | 1 | 6 |
| 十勝 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 12 |
| 釧路 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 10 |
| 計 | 50 | 16 | 54 | 39 | 33 | 142 |

平成5年度北海道の特殊教育

平成5年度学校経営の重点



2、北海道札幌養護学校の取り組みについて

「平成5年度学校経営の重点」の構造図にあるように「障害をのりこえ、未来にたくましく生きぬくことのできる児童生徒を育成する」ことを学校目標に掲げ、個を生かす指導の充実をめざして日々実践に取り組んでいます。教育活動の重点として、個別指導の重視、効果的な体験活動と自主的、自発的な学習、指導体制の工夫などに努め、地域に開かれた学校づくりに教職員が一体となって行っています。

本校の教育は、「ブラックボックス」とか「時代から孤立している」などと指摘されないように一人一人の成長のために創意工夫しているところです。

本校は、明るく、意欲的に取り組んでいますので、学校においでいただき、御批判いただければと思います。

3、就学指導について

学校教育に対する問題は、就学指導のときにさまざまなトラブルが生じ、顕著に現れてきます。就学指導は、学校教育法施行令第22条の2「教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育措置について」の文部省通達等に基づいて、障害の状態、特性、発達段階等をふまえて、医学的、心理学的、教育的な観点から総合的かつ慎重に行われていますが、就学指導委員会で「特殊教育は、暗い。隔離している。差別している。」などという意見が出されることがあります。就学指導は、通常の学級→特殊学級→特殊教育諸学校と下にさげていくとか、差別しているということではなく、障害の状態、特性、発達段階をふまえて、医学的、心理学的、教育的な観点から総合的かつ慎重に、その子に最も適した教育の場を考えていかなければならないのです。

この度の発表のときに「北海道札幌養護学校の教育」のビデオテープをさわりだけ御覧いただきましたのは、発表の時間もなかったということもありましたが、早期療育と学校教育の理解の程度を示したかったからです。

おわりに

重度の肢体不自由の人が書かれた「炎群」という本の中で、「ある家庭で、障害のある子どもが生まれ、母親が悩み、苦しみ、ついには自分の子供を遠い国に旅立たせてしまった。これに対して、近隣の人たちが母親に同情し、刑を軽くする嘆願運動を行った。」ということに対して、二つのことを指摘しています。

ひとつは、死んでいった子どもの人権はどうなるのかということと、もうひとつは、刑の嘆願運動をしている近隣の人たちの視線や態度等が母親に悲しい行為をさせたのではないかということに、その人たち自身が気づいて運動をしているのかということです。

今後、学校教育に対する批判や意見については、謙虚に受け止めるとともにハンディキャップのある子どもたちにかかわっている専門家として、それぞれの教育力を尊重し、子どもたちの豊かな未来のために真摯に取り組んでまいりたいものと考えております。

児童相談の立場から

(北海道岩見沢児童相談所) 松浦 秀昭

はじめに

平成5年11月現在、「母子通園センター（国庫補助事業を含む）」は全道67圏域中58ヶ所に設置され、設置率は87%に達しています。さらに今年度深川市に、来年度は2ヶ所に設置される予定です。このような障害児早期療育システム推進事業（以下早期療育事業）の進展に伴い、ここでの成果をどのように学校教育へつないでいくのかが課題となってきています。これは早期療育事業がスタートしたときから言われてきたことですが、児童相談の現場にいても、障害幼児を抱える親から「学校はどうなるのでしょうか」と相談を受けることが多く、いずれこの場で取り上げられるテーマと考えていました。

ただ、「早期療育と学校教育」というテーマは

少し漠然としてますので、児童相談の現場から見て、早期療育から学校教育へという流れの中でどんな問題が起きているのかに焦点を当ててお話ししたいと思います。もとより、私の狭い経験の中での話ですので、児童相談所を代表しているわけではないことを初めにお断りしておきます。

1、児童相談所における心身障害相談の状況

表1から明らかなように、岩見沢児童相談所の心身障害相談は入学後大きく減少し、14・5歳、つまり中学卒業近くになってまた増加するという傾向にあります。これは岩見沢児童相談所だけでなく、全道的な傾向です。

相談の内容をみますと、1歳頃までは肢体不自由相談が中心で、2歳頃から言葉の遅れに関する相談が増加し、MRに関する相談も徐々に増加

しています。MR相談は入学後大きく減少し、14・5歳で心身障害相談の中心となっています。これは中卒後の進路に関する相談が増加するためです。このように児童相談の現場からみても、学校教育場面が見えにくいという傾向があります。昨年、関水先生がこの場で、「学校教育がブラックボックスになっている」と指摘した事と同じような状況があるものと思います。もちろん、入学後の教育・指導の主体は学校に移るわけですから、相談件数が少ないこと自体が問題というわけではありません。ただ、その少ない相談内容の中から、時折学校場面での問題がかいま見られます。「学校はこれでいいのかな」という疑問をもつこともあります。やはり、早期療育から学校教育へ、あるいは小学校から中学校へきちんとつながっていないのではないかとこの実感をもっています。

| 年齢(歳) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18歳以上 |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 件数(件) | 62 | 72 | 79 | 75 | 71 | 68 | 41 | 20 | 9 | 12 | 11 | 17 | 25 | 16 | 48 | 41 | 4 | 9 | 44 |

表1 心身障害相談年齢別受理状況(平成4年度、岩見沢児童相談所管内)

2、就学指導にかかわる諸問題

所謂つなぎの問題に関し、まず就学指導の現状と問題点についてお話しします。

(1) 児童相談所と就学指導委員会

「岩見沢児童相談所管内の状況」

ア、就学指導委員会設置地区11地区(うち児童相談所での委嘱9地区)

イ、児童相談所判定員の役割

| 役割内容 | 地区数 |
|------------------------|-----|
| 委員会における意見具申、一部教育相談 | 7地区 |
| 委員会における意見具申、教育相談(全ケース) | 2地区 |

「ア、イ」から分かるように、岩見沢児童相談所では管内の多くの地区から委嘱を受けており、

何らかの形で教育相談にも携わっています。しかし、全道的には委嘱の割合が低い児童相談所もあります。

また、就学指導委員会の場合には1ケースの検討にかかる時間が少ないという問題があります。これは、医師・学識経験者などに忙しい人が多く、委員会に長い時間を割けないためです。そうすると、特殊学級がいいのか普通学級なのか等の判別に時間をとられて、その児童にとってどのような学校教育場面が必要なのかということの検討に時間が取れないという問題があります。

(2) 「母子通園センター」と就学指導委員会

調べた範囲では「母子通園センター」が機関として委員の委嘱を受けているのが1ヵ所、あ

とは言葉の教室の先生が検査委員として委嘱を受けているのが数箇所程度です。長年児童の療育に携わってきた「母子通園センター」の職員が、就学についての意見を反映させるためにも、就学指導委員会に入って行くことが必要になると思います。

(3) 以上のことから次の問題が指摘できます。

まず第一に、乳幼児期の情報が的確に伝わらず、情報があってもそれが就学指導のレベルでは「振り分け・判別」に使われることが多く、学校教育の現場に伝わらないという問題があります。つまり、その児童はどんな子なのか・どんな療育経過をたどってきたのか・父母の係わりはどうだったのか・学校教育に何を期待するのか—こういった必要で十分な情報が、学校教育の現場に伝わっていないのではないかという懸念をもっています。

第二は守秘義務の問題です。かつて、児童相談所の相談歴のある保護者から就学相談を拒否されるということがありました。訳を聞くと、児童相談所に相談をすると教育委員会にわかってしまうからというのです。どういうことなのか調べると、役場の福祉課に送った巡回相談の結果表がいつの間にか教育委員会に流れていたことがわかりました。今はさすがにこういったことはなくなってきていますが、児童相談所職員が就学指導委員を兼ねている場合、保護者の側が、相談内容が全部教育委員会に流れるのではという懸念をもつことがあります。特に、普通教育を強く望む保護者にこの傾向がみられます。保護者の理解を得ながら、必要な情報を教育サイドにつなげて行くことが大事になっています。

(4) 保護者のニーズと就学指導

保護者との係わりの問題がでましたので、保護者のニーズと就学指導に触れたいと思います。最近統合保育の拡充に伴い、保護者の側に普通学級入級のニーズが増えています。これは当然生まれてくる状況ですし、実際、普通学級での受け入れも増えています。ハンディを抱えて

いる児童を普通学級でいかに教育を進めていくか大きな課題になっています。理想的には「統合教育」を進めることですが—クラス担任のほかに特殊教育の専門家が入り込んで指導に当たる態勢—現状では様々な困難があるので、当面は交流教育の拡充を図ることが大切です。

そのためには、教育場面でのノーマライゼーションを図る必要があります。昨日、加藤先生も指摘していましたが、健常児の親も巻き込んでいかなければなりません。健常児の側にこそノーマライゼーションが必要になっています。

最後にこの問題に関し、ハンディのある子が保育所や幼稚園でうまくいってもそれがそのまま普通学級での適応にはつながらない事を指摘したいと思います。

このことと関連したケースを次に御紹介します。なお、プライバシー上の配慮から一部事実を変えています。

3、二次障害としての学校不適応について 「事例1」

(1) A君(男)12歳

主訴；学校内で他児とのトラブルが絶えず、けがをさせたこともある。どのように考え、どうしたらよいのか検査をお願いしたい。

家族関係；本児と祖父母の3人家族。

生育歴；妊娠中はつわりがひどかった。吸引分娩で黄疽も強かった。しかし、その後の生育はおおむね順調だった。

本児2歳の頃父母が離婚。以後祖父母に育てられるが、わがままで落ち着きのない子だった。なお、児童相談所での一時保護期間が短かったため、幼児期の詳細には不明な点も多いということです。小学校入学(普通学級)間もなくから、時折他児とのトラブルを起こしていたが、3・4年生からその傾向が強まってきています。例えば、同級生と取っ組み合いの喧嘩をするが手加減をしない、他の子のちょっとしたしぐさを許せなくて喧嘩を吹っかける、授業中声を上げるといったことです。とにかく自分の思うよ

うにならないと気が済まない状態でした。

取扱い経過

X年3月；学校から通告を受理。調査を進める。

4月；学校で再度他児をけがさせたため、一時保護による検査依頼がある。

4月；児相からB医師宛診察依頼。

診断結果「学習障害；正常値だが数学・国語力の低下が著しい。集中力散漫で、微細協調運動は稚拙である。集団場面での精査を要す。CTは異常なし。脳波でてんかん波はみられない。」

4月；児童相談所一時保護。しかしパニックが続き4日後一時保護所を退所する。C病院紹介。

5月；C病院入院。

事例の概略は以上のとおりですが、ここからは次の問題点が指摘されます。

(2) 問題点

第一に、本ケースには家庭・学校での疎外感があり、愛情飢餓状態が長く続いていたことです。

第二に、問題行動の一方に学習障害があったが、学校・家庭ともそれに気づかず、家庭環境からくるもの、つまり、小さい頃から甘やかされたため、わがままに育ったと考えていたことです。このため「わがまま」を押さえることに力点が置かれ、状況を悪化させていったわけです。

このように、基本に何らかの中樞神経系の障害を有しながら、それが見逃されたり、あるいは理解されなかったりしたため「二次障害」を招いてしまったケースを時折見かけます。例えば「自閉的傾向」をベースにした不登校児など、様々な学校不適応状況がみられます。これらのケースは普通学級に多く、「発達障害」が学校不適応を招かないための方策が必要です。親と学校との相互理解・協力が不可欠になっています。

まとめ

1、「早期療育から学校教育へ」のスムーズな移

行を図るために

このためには、学校教育の側へ何をどのように伝えるのかを考えなくてはならないと思います。

(1) 何を伝えるのか

これについては次の三つに整理できます。

ア、情報の伝達

児童の状況や家庭環境等を的確に伝えることです。

イ、成果の伝達

早期療育によりどんな改善がみられたのか、残る問題点は何かを正確に伝えることです。横浜国立大学の加藤先生は次の様に言っています。特殊教育とは「一般的な学級において通常の教育を行ったのでは本人が必要としている教育内容が満たされないものに対し、専門的な手厚い教育を行って、本人の必要としている教育内容を保障する教育（下線筆者）」。下線部分については普通教育場面でも当てはまることです。早期療育によりどこまできたのか、今後何が必要なのかを伝えることが大事です。

ウ、理念の継承

早期療育には、ハンディのある子もない子もみんな地域の中で育てられ、成長が図られるというねらいがあります。つまり、ノーマライゼーションの理念で、これを継承していくことが大事です。早期療育の関係者が、私たちはこういう理念で親や子供と係わってきましたと、学校関係者に伝えることです。そのためには逆に、早期療育の場面で本当にノーマライゼーションが図られているのかが問われます。自分たちがやっていないことを相手に伝えることなどできないからです。昨年、学校週休二日制に関しこんな議論があったと聞いています。ある市のことですが、学校週休二日の時に健常児は児童館で受けるが、ハンディのある子はどうしようというのです。結局、地域の身障センターのような所で受けよう、となったのですが、その理由は「危ないから」です。まだまだ管理の考え方が残っています。教育場面でのノーマライゼーションが望まれます。

(2) どのように伝えるのか

このことでは次の二つの問題があります。

ア、早期療育の関係者が意見を伝達できる場を確保すること

まず、早期療育の関係者が機関として就学指導委員会に入っていくことです。しかし、それだけでは必要な情報が伝わらない恐れもあるので、一人一人の児童の情報が過不足なく伝わる場が必要です。

イ、適正手続き

就学指導の場で保護者と教育サイドが対立し、膠着してしまうことが時折みられます。極端な場合には、教育委員会が保護者に対し再三再四教育相談に来よう呼びかけても、保護者が頑として応じない、内容証明付きの郵便も無視したという例がありました。教育委員会が保護者の考えを十分に聞くようなシステムができないものかと思います。保護者にとって、自分たちの希望に反し教育措置が取られることは、「不利益処分」に近いものだと思います。行政処分などでは「適正手続き」という考え方がありますが、このことを教育措置場面でももっと取り入れなければいけないと思います。

2、総合リハビリテーションシステムについて

今までお話ししたことが、総合リハビリテーションシステムと重なることから、最後にこの

問題について触れたいと思います。

(1) 総合リハビリテーションシステムとは

総合リハビリテーションシステムとは、一口で言うと「地域における障害者の生活を支える総合的な取り組み態勢」と言えるでしょう。

(2) そのねらい

そのねらいは次の三つに分かれます。

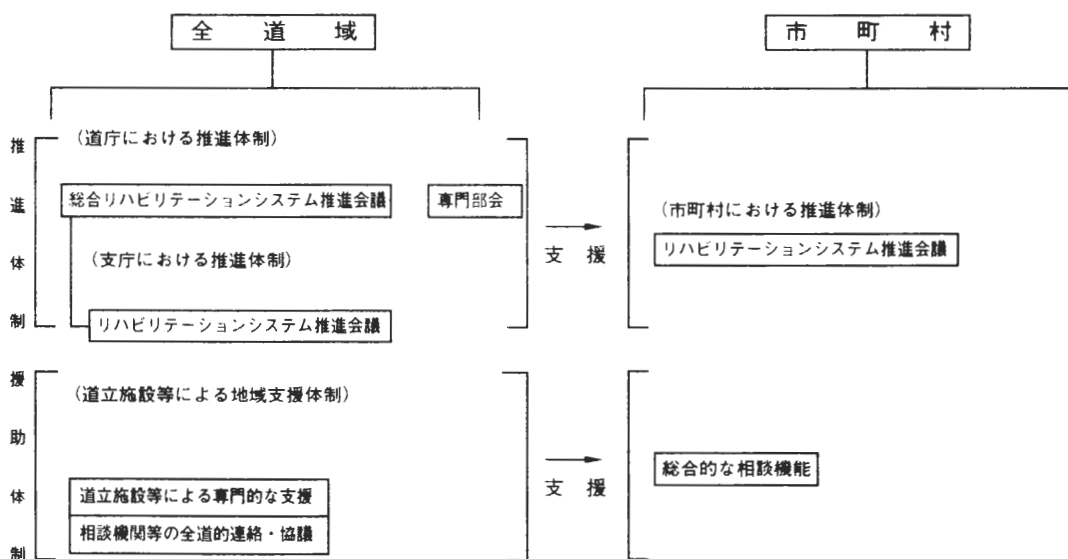
ア、第一は、地域においてノーマライゼーションの理念が根づく事です。

イ、第二は福祉、保健・医療、教育、労働等関連する分野が密接な連携を図ることです。いわゆる縦割り行政の弊害を無くすことです。障害のある方々があっちの窓口へ行ったり、こっちの窓口へ来たりという弊害を無くすため、各分野が密接な連携を保たなければなりません。

ウ、第三は、障害のある方々がライフサイクルの各段階において、また各段階を通じて必要なサービスを有機的、体系的に受けられるようにすることです。

これがいわゆる「つなぎ」の問題です。乳幼児期・学齢期から高齢期まで、それぞれの段階でのサービスが切れる事なくつながって行くことが大事です。

(3) 総合リハビリテーションシステムの推進体制・援助体制



これについては、前頁の図を参考にしてください。

この図についていくつか補足しますと、市町村における推進体制の「リハビリテーションシステム推進会議」と「総合的な相談機能」の関係については、早期療育事業の母子通園センターと地域療育推進協議会の関係をイメージしていただければわかりやすいと思います。又、「総合的な相談機能」とは、障害のある方々がそこへ行けば、その人が必要とするサービス全体についての相談が受けられるというケースマネジメント機能ということです。

この事業はまだスタートしたばかりですが、「早期療育から学校教育へのスムーズな移行」を図るためには、今後、総合リハビリテーションシステムが一定の役割を果たしていくものと期待しています。

以上、「早期療育から学校教育へ」という流れの中での課題等についてお話しして来ました。皆さんのご批判をいただければ、幸いです。

注：この文章は、当日の発表を元に加筆修正したものです。

早期療育の立場から 千歳市の機関連携の努力

(千歳市福祉部こども療育課) 阿部 哲美

連携は頻繁に語られる言葉であるが、意外と正しく理解されていないのではないかと考えている。相当に高い見識が要求されるものであると考えている。互いに対等な立場で各々の持つ固有の業務を提供し合い、新しい質の業務を生み出すことが連携である。相手に対して自分の無いものを求めるのは依存以外のなにものでもない。相手を非難することでもない。相手とは長い友好関係を保たなくてはならない立場である。しかし、この時日本人は往々にして公的な仕事の関係であるにも関わらず、個人的感情を伴って関係が成立する。このため混乱が生まれる恐れもある。

現在において早期療育の仕事を円滑にするためには、多くの関係機関と連携していかないと成り立たない。しかも、受け身でなくこちらから積極的に求めていかないと成立しないのが現実であると感じている。

1、他機関との関わりの現状

千歳市の事業を円滑に進めるためには、概略として以下のことが連携を上手に取っていかなくてはならない分野であると考えている(図1を参照)。

(1) 乳幼児健診の精密健診(発達相談)

千歳市の事業として4ヶ月健診、10ヶ月健診、1歳半健診が市民部健康推進課で実施されている。このうち4ヶ月健診と1歳半健診は保健婦等が直接行っているが、10ヶ月健診は市内の小児科医に委託している。我々こども療育課の職員と児童家庭課の家庭児童相談員が1歳半健診の精密健診の部分を受け持っている。

3歳児健診は道の保健所が実施していて、これにもこども療育課の職員と児童家庭課の家庭児童相談員が参加している。

この時、親には家庭で取り組むべき実行可能な内容を伝える。家庭で数カ月を実施してもらう。この発達相談の後にすぐ療育相談に結びつくこともあるが、大半はこの後に地区担当保健婦が幾度か家庭訪問して、子どもの変化を観察し、親へ助言をしたりする。この経過の中で子どもの障害への認識を深めていくように方向付けする。母親が行ってきたことを確認する。母親だけでは子どもの変化をつくり出すことが無理だと感じて療育相談につなげることが多い。

(2) 育児相談

これは健康推進課が実施している事業である。月1日窓口を自由に開いて、育児に関する相談を受けている。

ここにこども療育課の指導を必要とするような専門的な判断が求められる子どもに対して、その場に出向いて判断するという協力をしてい

る。

(3) 療育相談

これは児童家庭課の家庭児童相談室が担当している。しかし、相談室だけで成り立っているのではなく、相談に来る親には相談員が家庭事情や親の悩みを聞き、子どもにはこども療育課の指導員が子どもの課題（発達や障害の状況）に応じて入る。これまでの経過によっては地区担当保健婦が参加する。この結果は参加した担当者で協議して、通園施設に入園するかどうか方向付けの結論を出す。この結論を入退園措置会議にかけて決定する。

(1)(2)(3)については、子どもの様子の基準が、療育する者と発見に関わる者とで一致した見方が形成されるのに10年以上要したと考えている。この基準は地域のシステムの形態によって変わるであろう。

親への育児支援をする場所はどこにも触れていないが、(1)から(3)までの経過で実際には行われている。1歳半や3歳児健診の精密健診では、子どもの障害についてはほとんど話題にすることはない。子どもの様子に応じて、子育てのアドバイスをしている。

(4) 障害児保育専門委員会と統合保育

千歳市は昭和53年から障害児保育を実施してきた。現在、7カ所の認可保育所（千歳市立保育所4カ所、私立保育園3カ所）全園で障害児保育を行っている。保母加配は9人、障害児枠が27人である。入所選考のために障害児保育専門委員会を設置している。よく入所基準を明文化するべきであると指摘されることがあるが、子どもの障害の多様性や個性の広がりから不可能であると判断している。我々人間の能力評価などが極めて困難であることを考えれば、当然なことではないだろうか。

(5) 就学1年前の交流保育

重度の障害児は保育所や幼稚園のような子ども集団に入れないので、就学1年前に保育所の子

どもたちと交流する機会を設けている。このために非常勤の専任保母を配置している。

(6) 就学児の引き継ぎ ※以下、学校教育に関わりがある分野

市内の普通学級、特殊学級に就学した子どもの引き継ぎ会議を出向して行っている。養護学校にはケース記録を送付している。訪問教育を受ける子どもの引き継ぎは訪問教育の先生と行っている。年々、友好的な関係が育ってきていると感じられる。

(7) 就学指導委員会※

就学指導委員会にはこども療育課から2名参加している。就学前の子どもの様子は保育所、幼稚園、こども療育課から提出する形ができあがっている。これで幼児期の判断と就学時の判断が大きくくい違うことはほとんどなくなっていると判断している。

(8) 肢体不自由児学級の養護・訓練

(機能訓練)※

市内肢体不自由児学級（小学校と中学校）のカリキュラムの中の養護・訓練を週2日こども療育課の訓練士が担当している。これを円滑に進めるために教育委員会、肢体不自由児学級のある学校と福祉部との三者で打ち合わせ、合意を取っている。これは、子どもたちの時間設定が大変むずかしい作業である。子どもによってはこの授業を受けたいとか、親が受けさせたいと希望が出てくる。全部の希望通りにはできないが、大体の希望を尊重しないと不満が大きくなる。養護・訓練の成績表も我々の職員が作成している。曜日を早くから決めて、個々の子どもたちの1週間のカリキュラムに支障がないようにしなくてはならない。

(9) 訪問教育児の機能訓練※

訪問教育の子どもは身体の障害も重度であることがほとんどであり、機能訓練を週2回確保している。訪問教育が週2日あるいは3日であ

るから訪問教育の曜日が決定してから、この訪問教育の子どもの訓練日がある間に入ることとなる。それにより、幼児期の子どもの訓練時間が定まり、これらにぶつからないように保育等の時間や曜日が決まってくる。我々の施設の1週間のスケジュールは訪問教育により大きく影響されている。

我々の施設では、一人一人の子どもに多くて3つの指導アプローチ（言語指導・口腔指導、機能訓練、保育）が恒常的に存在するので、前述の学齢児のための作業の後に、幼児期の子もたちのために互いの時間調整をしなくてはならず、毎年神経を使う作業になっている。

(10) 普通学級児の機能訓練※

普通学級に在籍する肢体不自由児が学校終了後に我々の施設に、言わば塾に通うかのように訓練に来ている。

(11) 義務教育を終了した肢体不自由の

青年の機能訓練

障害が重度のため学校を終了しても行き場のない青年が、福祉センターの3階の部屋に週2日通い、それ以外の1日を機能訓練に通っている。

以上のような対外的な関係を良好に保つことなくしては千歳市の療育システムが成り立たない。極端なことを言えば、これらのどれかが狂うと療育システムが崩れかねない。また、関係する担当者が変われば新たに確認しなくてはならないことが多い。

2、千歳市福祉部こども療育課の仕事

(心身障害児通園施設)

(1) 各指導クラス・指導室の職員配置

- 1) おひさまクラス（肢体不自由、知恵遅れ等）

児童指導員2名、囁託指導員2名

- 2) かぜのこクラス（言語障害等）

言語指導員2名、保母1名

- 3) どんごクラス（自閉症等）

児童指導員1名、保母2名、
囁託指導員1名、交流
保育保母1名

- 4) 言語指導室（摂食指導）

言語指導員2名兼務

- 5) 肢体不自由児機能訓練室（幼児、学童）

訓練指導員2名、作業療法士2名

(2) 各事業

- 1) 給食指導
- 2) 歯科検診
- 3) 栄養相談

- 4) 健康相談
- 5) 母親学習会
- 6) 交通費助成
- 7) 幼稚園とのクラス交流
- 8) 講演会（発達と障害講座）

(3) 行事

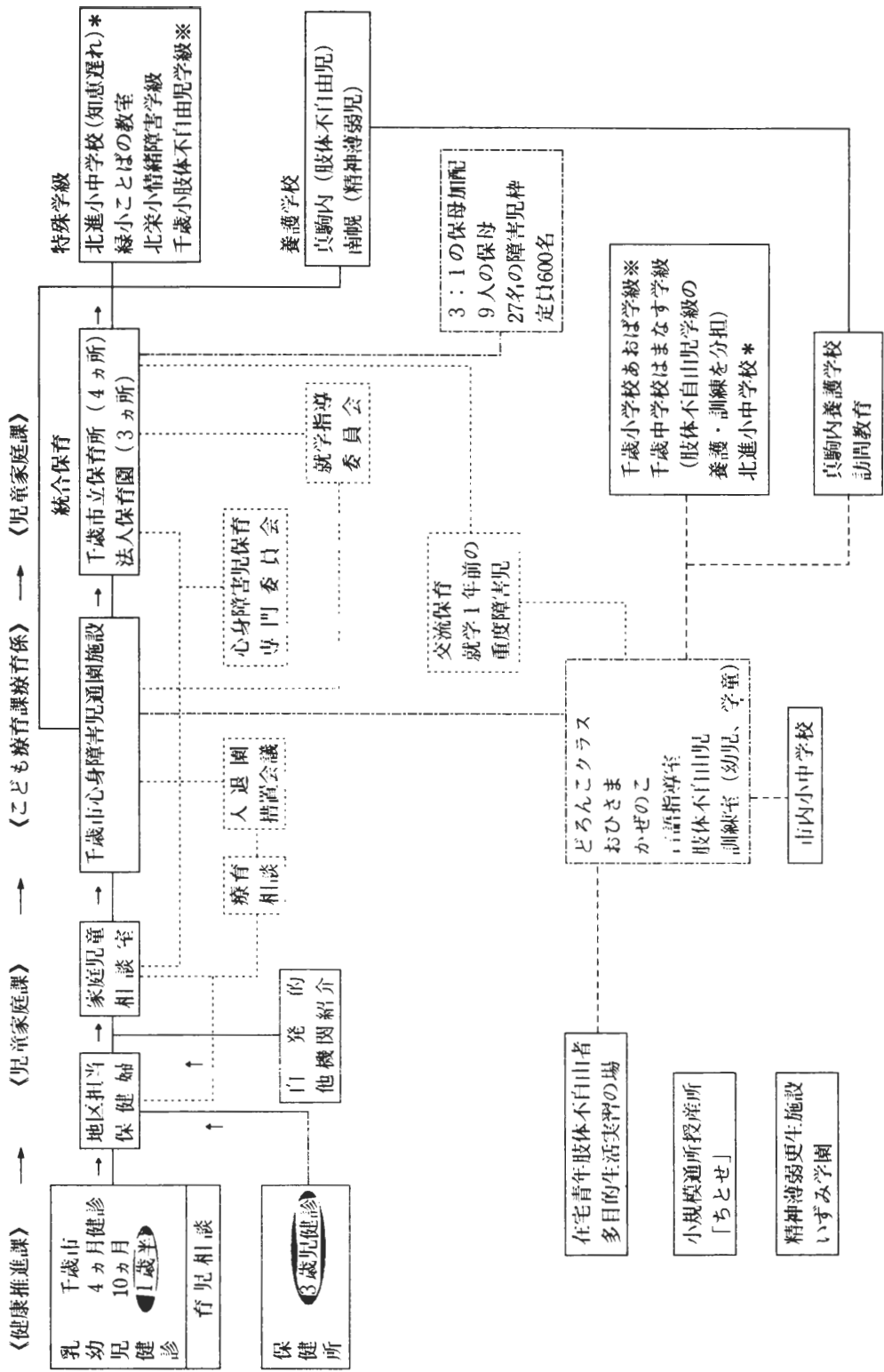
- 1) オリエンテーション
- 2) 始業式
- 3) バス遠足
- 4) 施設見学
- 5) 園まつり
- 6) 保育所見学
- 7) 統合保育説明会
- 8) 障害児学級見学
- 9) 修了式（とびだせみんなの会）

(4) 父母と職員の会（PTA）

- 1) 総会
- 2) 懇親会
- 3) 懇談会
- 4) フリーマーケット
- 5) 講演会
- 6) 文集づくり

3、千歳市の障害児療育システム（資料）

千歳市の障害児療育システム（資料）



医療の立場から

障害児の発達の糧と過程

(市立札幌病院静病院) 黒川 新二

はじめに

子どもは、健常児であっても障害児であっても、学校生活を通じて、第一に自分のパーソナリティーの発達に必要な体験をつみ、第二に将来必要な知識や思考力や技術を身につける。したがって、発達障害児にとってどんな学校教育が良いのかを議論するときにも、この二つのことをどういう形で実現できるのかを考えることが必要である。

とくに、パーソナリティーの発達にとって義務教育期は大切な時期なのだが、どういう体験がパーソナリティーの発達の糧になり、どういう過程を経るものなのかを、障害児の教育関係者はもっとよく理解する必要があるだろう。これは、健常児の教育の関係者にも言えることである。

以下、義務教育期における、障害児の発達の過程と教育のニーズの理解のしかたを、事例を通して説明する。

1. 自閉症児の小学生時代

発達障害児の中で、発達状態の把握や教育のニーズの理解が比較的難しい自閉症児の場合を論じていく。自閉症児の発達状態の把握や教育

ニーズが難しいと感じられることがあるとすれば、理由は、自閉症児では、精神機能が領域毎に発達が異なるためである。

障害児の発達は、「言語力」「対人遊びの力や社会性」「視空間技能」の3領域に分けて検討すると分かりやすい。自閉症の事例U・Tの小学生時代の発達を表1に示した。

言語力の発達水準は、文法能力と対話能力とをもとにして判断した。参考までに、子供の対話能力の発達を表2に示した。対人遊びの力や社会性（社会的状況を理解する力）の発達水準は、表2に示した区分によって判断した。視空間技能（形を見分けたり再構成したりする力）の発達水準は、絵画表現力と知能検査成績(WPPSIの「幾何図形」と「積木模様」)によって判断した。

U・Tは比較的発達のよい自閉症児である。表1を見れば、自閉症では、小学生時代に各領域の精神機能がどのような速度で発達するものなのかを理解することができるだろう。

つぎに、U・Tの発達を、発達指数に換算して、精神遅滞の事例(I・D)や失語症の事例(A・

表1 自閉症児U・Tの発達

| 生活年齢 | 言語力 | | 対人遊び と社会性 | 視空間技能 |
|------|-------|---------|--------------|-------|
| | 表出 | 理解 | | |
| 6:0 | 2歳前半 | 2歳後半 | 2歳後半 | 7歳 |
| 7:0 | 2歳後半 | 3歳後半 | 3歳後半 | |
| 9:0 | 3歳(?) | 4歳~4歳半 | 4歳後半 | |
| 11:0 | 3歳(?) | 4歳~5歳後半 | 4歳~6歳 | |

表2 言語・遊び・社会性の発達段階

| 発達年齢 | 言語能力 | 人との遊び | 社会性 |
|---------|------------------------------|---|---|
| 1歳3月 | 簡単ないつけが分かる 〔○○もついで〕 | ふざけ合い等で大人に遊んでもらう | けじめやきまりに関心もないし、理解もできない。それでも、皆と一緒にしたことが一人遊びよりも面白かったという体験を重ね、将来の社会性の学習への根がつけられている。 |
| 1歳後半~2歳 | 問いかけに応答する 〔「食べるの?」「食べる。」〕 | レジスターごっこや怪物ごっこで短時間のやりとり (集団所属意識の芽ばえ) | |
| 2歳後半~3歳 | 経験したことを簡単に報告できる | | |
| 3歳後半 | | | 集団場面には何か約束ごとがあるらしいと気づきはじめている。しかし、ルールがよくわからず心細い。お手本を示してくれる友達、手をとって応援してくれる先生を求めている。 |
| 4歳半以後 | しようと思っている計画について話し合う | ジャンケンで勝敗がわかるルールがわかる | 今、どういう事情なのか、自分はどういう立場なのかを理解できる。役割、善悪、ルール違反がわかる。 |

S)と比較した。それが表3である。精神遅滞では、「言語力」「対人遊びと社会性」「視空間技能」の3領域の発達指数がほぼ等しい。失語症では、「言語力」の発達障害が重いが、他の2領域の発達は、正常ないし準正常である。自閉症では、「言語力」と「対人遊びと社会性」とが中等度の遅滞にあり、「視空間技能」が正常発達を示す(表3)。

表3 障害による発達のちがい

| | 言語力 | 対人遊びと社会性 | 視空間技能 |
|----------|-------|----------|-------|
| 精神遅滞 I・D | 50 | 55 | 50 |
| 自閉症 U・T | 30~45 | 50 | 100 |
| 失語症 A・S | 20~35 | 65以上 | 90 |

表中の数値は発達指数であり、生活年齢相当の発達をしていれば、指数は100になる。

表1や表3に示したような自閉症児の発達の特異さが、自閉症児の教育ニーズを特異なものにする。社会的状況を理解する力が必要な課題に対しては中等度遅滞児と同じようなハンディキャップを示し、一方、視空間技能や記憶力が重要な課題(制作や、算数の筆算や、漢字の習得など)には上手に指導さえすれば健常児に劣らぬ成績を示す子も少なくない。そして中等度の遅滞域の精神機能も、健常児にひけをとらない精神機能も、ともに十分に発達させられるような教育環境が必要なのである。

自閉症児たちはどういう形で小学校生活を送っているのだろうか。市立札幌病院静療院小児外来へ通院している自閉症児たちが、どういう形で小学校へ入学したかを調べたものを、表4に示した。昭和60年から平成2年までの間に就学した自閉症児たちでは、24%が普通学級に入り、51%が障害児のための特殊学級へ入り、24%が養護学校へ入学している(表4)。現在の

表4 静療院外来の自閉症児の就学先(小学校)

| 出生年(就学年) | 患児数 | 普通学級 | 障害児学級 | 養護学校 |
|-----------------|-----|------|-------|------|
| S ~39 (~46) | 31人 | 34% | 48% | 11% |
| S 40~46 (47~53) | 207 | 30 | 65 | 5 |
| S 47~52 (54~59) | 349 | 21 | 66 | 12 |
| S 53~58 (60~H2) | 237 | 24 | 51 | 24 |

普通学級、障害児学級、あるいは養護学校は、発達の姿が異なる各々の子供に、諸領域の精神機能の発達に必要な教育をどう提供できるだろうか。よく考えてみたいところである。

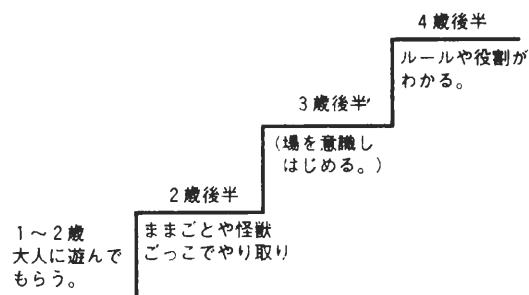
2、事例にみる発達の糧と過程

もう一つの事例K・Yを紹介する。この事例では、障害児のパーソナリティの発達の過程を考えてみよう。事例K・Yは自閉症の女児である。

(1) 事例K・Yの幼児期

3歳半頃。ほかの子の活動への関心が少し出てきた。ママゴト遊びに誘うと、空のコップで飲むマネをすることもあるが、相手とのやり取りにはならない(2歳以下の対人遊びである。図1参照)。絵を描かせると、かんたんな人の顔の絵を描く(3歳児相当の描画力)。言葉は、オウム返し返答が目立つ。

図1 子どもの遊びと社会性の発達



幼稚園1年目。気に入った園児へ自分から近づいていくこともあるが、他児から誘われて手を引っぱられると、いやがってキーキーいう。設定保育からはみ出す。お弁当のときに、イタダキマスの挨拶まで待てない。

強制されない雰囲気ならば、砂場で他児と並んで砂いじりをすることもある。家庭では親から叱られたときに、それまでは制止されたことへの癩癩を起こすだけだったのが、なきべそをかくようになった。弟と顔を見合わせて笑ったり、じゃれ合ったり、玩具のとり合いをしたりするようになった。ただ、弟が泣くと、耳をふさいで逃げる。

幼稚園2年目。他児の活動をまねすることが増えた。隣の子の絵を見ながら、まねをして描く。まわりの子の踊り方を見ながら、まねしてお遊戯をする。運動会の練習では、先生の指示によって並ばされていて、ときどき競争に参加したように前へ出ようとするのだが、まだ本児の順番ではないので制止されていた。設定保育では、歌は一緒に歌うが、絵本を読んでもらう時間が退屈で、椅子から床へゴロリと寝転んでしまうこともある。

母親のまねをして、化粧やマニキュアをしてほしがる。母親と同じ服装、同じ仕事をしたり。人形遊びでは、人形を抱いたり、立たせたり、四つ這いさせたりして遊ぶ（3歳未満児の遊び方である）。オウム返し返答は減って、「ウン」と答えることもある。

(2) 幼稚園時代の指導のあり方

自閉症児の、対人関係をこなす力やルールを理解する力は、対人遊びや想像遊びのあり方に対応しているものである。そうすると、幼稚園2年目のK・Yは、2歳半くらいの力であることになる。表2に示したように、社会性の発達の最初の段階である。したがって、けじめやきまりに関心もないし、理解もできない。

幼稚園においてこの段階の子どもを保育するときには、理解不可能な集団生活のきまりを押つけないほうがよい。そうではなくて、どうすれば幼稚園を面白いところだと感じてもらえるのか、それだけを工夫すればよい。楽しい経験だったという思い出が、将来の社会性の発達の根（ほかの子どもたちに混じっていろいろ体験することもことも悪くないな、という心理）になる。

K・Yは、入園のころには他人の活動への関心をもちはじめていたので、幼稚園生活によって幼児らしい活動への興味が広がり、参加意欲が強まった。他方、幼稚園教諭が、この子にも社会生活のルールを教えたいという考えを捨て切れずにしつけを急ぐことがあり、そのためにK・Yの登園意欲を低下させてしまうことがあった。

(3) 事例K・Yの小学校1年～3年

就学直前のK・Yは、運動会で二人三脚競走ができた。家庭では、弟をお客にしてレジのまねをして遊ぶようになってきた（図1の2歳後半の遊び方）。小学校は普通学級へ入学して、週1回情緒障害児治療教室へ通級する形になった。

小学1年の5月頃。クラスメイトと同じ行動をしようという気持ちが出てきた。自分一人では分からないことだらけなので、友達のまねをしてなんとか団体行動をこなす。担任の先生を頼りにして、先生の来室を心待ちにしていた。このふるまい方は、表2の3歳後半の社会性に相当する。K・Yは、小学校低学年の間、この水準で学校生活を送った。

小学1年の10月頃。帽子とりゲームなどに喜んで参加する。ただ、まだゲームの目標やルールがよく分からない。帽子を奪われると怒り出す。交差点では交通信号機は見ずに、まわりの歩行者の動きを見て、進むべきか止まるべきかを判断する。

小学1年末から小学2年。母親がするように家族の行動に指図したが、り、「もう、さっき食べたでしょ！」と間食を叱責したりする。自分で絵を書いたあと、赤ペンをもって、先生が採点をするまねをする。このようなふるまいは、健常児の4歳・5歳頃に盛んにみられるふるまいである。精神分析学はこの時期をエディプス期と名づけたが、人間は各々役割を担って生活しているということに気づき、自分も役割の担い手になりたいという願望をもつ時期である。

役割担いの願望は、生活において重要な役割を果たしている人、ほかの人々から尊敬されるような人への憧れによって強められる。この時期のこういう役割の憧れを通じて、子供は集団生活に対して、やがて人生に対して自発的、積極的になっていく。

小学3年の後半。運動会や生活発表会で、健常児と変わらぬ参加ぶり。友人が増えた。

なかよくしてくれていた友人の気を悪くさせてしまうことがあった。帰宅して、母親に困っ

たと訴えて泣いた。母親の助言に従って、あやまりに行って許してもらってホッとしたようだが、しかし、K・Yはなぜ友人が気を悪くしたのかをよく分かっていないようだった。

それでも、特定の子どもとなかよしでありつづけたいという気持ちをもつようになり、もう相手にしてもらえないかもしれないということを、本当につらく悲しいと感じるようになったことは、K・Yの成長・人間関係の深まりをあらわしている。

子どもが責任感や向上心を身につけるのは、親や教師の教育によるものではない。仲間間で認められたいという気持ちや、大切な友人を失いたくないという気持ちによって、責任感や向上心を身につけるのである。だから、友人体験は子どもの人格形成にとってとても重要である。この頃、K・Yの友達になってくれたのは、お姉さんタイプのクラスメイト（健常児）だった

(4) 事例K・Yの小学4年～6年

小学4年。他人が自分に対し示す表情や態度の意味を理解できるようになった。他クラスの生徒が本児に侮蔑的な態度をとると、『何をシロジロ見てる!』『笑うな!』と言って怒る

社会生活意識の水準を知る目的で、「食事の前に手を洗わなければならないのはどうしてでしょうか?」と質問すると、K・Yは「だって、おばあさんから言われた」と答えた。善・悪の判断根拠を、養育者や指導者の認否の如くに置いている。これは、まだ幼稚園児水準の思考方法である。

テストのときには、隣の子の解答を見せてほしがる。これも、K・Yの社会性の発達か幼稚園的な段階にあるからである。誰の力も借りずにやり遂げることに価値がある、実力を競い合う、ということの意義がわかるのは、健常児では7歳頃である。K・Yのように社会性の発達が4歳・5歳の水準の子どもには、一人でできないときは援助してもらおうということを体験させるほうがよい。

小学5年。新体操を見て華麗さに憧れてバトンクラブに入りたいと言い、バトンを買って帰って一生懸命練習しはじめた。また、情緒障害児治療教室のM先生に憧れて、自分も高校と大学を出て『先生になって、M先生と一緒にお仕事する』という。このように、何かになりたい、誰かに憧れる、という気持ちが原動力になって、自分の生活に目標を持ちはじめた。そして、ある目標に到達するためには途中の努力が必要だという意識が出てきている。

小学6年。女性らしいことばを使おうと努力しているのだが、まだまだどたどしい。つい地が出て、『うるさいわい』（K・Yは関西弁である）と言ってしまったりする。道で人にぶつかってしまったときなどに、ちょっとしなをつくって『すみません』と言う。母親がふざけて、家の中で『Yさん、すみませんねえ』と言ってみると、『お母さん、家族やから、すみませんといわなくてもいいの』と言って、母親にマナーの基本を教えているつもりである。2学期に初潮。学校ではトイレに行くときに、生理用品を他児にみられないように、隠して持っていく。

こういう"女性らしさ"や"人前での恥じらい"は、健常児では7歳頃からみられるふるまいである。K・Yは、本当はまだその水準ではないが、女子クラスメイトや憧れの女性教師や母親の毎日のふるまいを見聞きして、女性らしさをまねたい、恥じらうふるまいをまねたい、と思うようになったのだろう。

小学6年になって、やっとなんかジャンケンポンの勝敗がわかるようになった。徒競走で、勝ちたくて、全力で走るようになった。ようやく、就学直前年齢（5歳・6歳）水準の社会性に到達した。

(5) 障害児の成長を支えるもの

障害児が、他児に混じっているいろいろな体験するのも悪くはないな、という気持ちをもち、世の中には自分の知らなかった面白いことが沢山あることに気づいて興味の幅を拡げ、共同生活での役割に積極的になり、友達の大切さを知り、

他人の心が少しづつ分かるようになり、子どもらしい将来の夢をもったり、明日の成功のための今日のがんばりの必要性を理解するようになること、ソフトな物腰やマナーを自発的に練習して、その時代、その文化の中で認められるようなふるまい方を身につけていくこと、そのためには、どんな刺激、どんなモデル、どんな気持ちの支えが必要なのかを、事例K・Yの発達過程を参考にして考えてみていただきたい。

3、学校教育は何を目指すか

発達障害児にとってどんな学校教育がよいのかを議論すると、必ず問題になるのは教科学習の伸びである。パーソナリティーの発達への刺激の豊かさ（普通学級生活）を重視するのか、それとも、教科学習の力（障害児学級での個人別指導）を中心に考えるのか、という形で、就学のときに親と教育委員会の意見が対立することもある。

事例K・Yの教科学習能力の伸びを、表5に示した。概念や論理能力は、社会性の伸びと同じくらいにゆっくり発達する。教科学習能力の発達保障を考えるならば、普通学級がよいのか障害児学級がよいのかを争う前に、各々の子どもの概念や論理能力の発達状態を正確に把握する力を、教育者は磨いてほしい。さらに、概念や論理能力の各発達段階に対して、どんな援助をすれば、どんな速度で伸びていくものなのかが分かるようにならなければならない。教科学習の指導を拝見して、さすがに教育の専門家であるな、と感心させられる教師は、そう大勢いらっしゃらない。

障害児の教科学習援助では、まず前述のような指導技術の向上が望まれると思うし、次にパーソナリティーの発達に必要な体験の保障と両立させる方法の案出が必要なのではないか。試行が始まっている普通学級での複数担任による指導方法にも、期待したいと思う。

表5 事例K・Yの教科学習能力

| | |
|---------------------------|---|
| 幼稚園年長（社会性 2歳半） | おうむ返し（残）。返答の「うん」（+） 園であったことを問われても答えない。 |
| 小学1年10月（社会性 3歳後半） | 平仮名 全部書ける。数概念少しわかる。 |
| 小学2年2月 | 連絡帳の文意がわかる。1桁の加算、減算。 |
| 小学4年5月（社会性 4歳） | 言語「を・に」理解（混乱） 絵画語彙検査5歳6月。 |
| 小学4年12月 | 算数 文章題理解できない（数字をひろって加算）。 |
| | WPPSI算数問題7点（4歳。9までの概念）。 |
| 小学6年4月（社会性 ジャンケンが分かる。4歳半） | Piagetの“水面の水平”“視点の協応”不可。 |
| 小学6年7月（小学6年11月で社会性は就学前水準） | 算数 1桁加・減算の文章題が分かる。 Piagetの“量の保存”不可。 |

川守田京子
佐藤 満雄

はじめに

本シンポジウムのテーマ「早期療育と学校教育」は、早期療育機関が増えるにつれ、早期療育関係者からわきあがってきている、学校への不満について、お互いの場を知らないことから起こるものと考え、それぞれの立場を出し合って知り合うことにより、早期療育機関と学校との連携をスムーズにし、より子どもの発達に寄与することを目的に設定された。シンポジストは、学校、児童相談所、病院、早期療育機関に勤務する4名で、それぞれの立場から連携について貴重な提言があった。しかし、日程がつかってきただけから、時間を短縮せざるを得なかったことや、また、このテーマが第1回目であることから、基本的な質問が多く、子どもたちの発達にどう寄与して行くのかという当初の目的まで達しなかったのは残念である。以下、シンポジストの提言は、前掲されているので割愛し、質疑、討論の概要について記し、まとめとする。

1、学齢児と児童相談所の関係について

Q：早期療育を町独自で始めて10年経った。卒業しても学校に受け皿がないため問題が多い。そのため、児童相談所に仲介してもらって教育委員会に話してもらったが、教育委員会は特殊教育センターに行きなさいと言っている。児童相談所は、学齢児をフォローできないのか。

A：学校に行ったからといって、関係が切れることはない。(特殊教育センターと連携をとった事例を紹介)

2、地域の受け皿と養護学校について

Q：親が養護学校を決めるとき、家から離す心配、さらには今後の見通しが親に見えないなどの心配がある。このような問題に対して養護学校としてどのように努力しているのか。

A：小さいうちは親元から通学させたいという考え方は理解できる。しかし、親元から離れ寄宿舎で24時間の指導を行うことにより身につくものもある。将来の見通しが見えない不安に対しては、就学前に何度も相談し、多動であった子が落ちついて作業に取り組んでいる様子などを見せ理解してもらっている。また、進路相談を小学部の低学年から行っている。学校からこの問題を見た場合、学校卒業後の追指導も学校が担っているところに問題がある。福祉、労働との連携が実際には具体的に行われていない。

3、地元の資源を利用した受け皿を作る必要性について

Q：現在の厳しい進路指導の状況は分かるが、そういうシステムが作られ、養護学校もその中に組み込まれているのではないのか。

地元の資源を利用した受け皿を作る必要があるのではないのか。

A：総合リハビリテーションシステムの状況について、また出口の段階での各機関との連携が必要であることを親に話している。

A：施設入所のため、教師や親が探し歩いているという北海道の状態はかなり異常である。また、親は障害を受容していないと言っている早期療育にも問題がある。障害をきっちり認識させることを誤解している。ハンディキャップを認めながら社会の中でどう対応していくのか考えるべきである。入所施設を探して回っている親が自分の姿がおかしいと思う必要がある。

A：総合リハは、まだスタートしかかったばかりで予測はつかない。地域におけるリハビリテーションシステムということなので、養護学校が抜けてしまうことが考えられる。

A：総合リハは、老人福祉の側と早期療育の側からの利点があると思う。本道の状況を見るとチームを組んでアプローチする活動は見られるが、ネットワークを作ってアプローチすることは弱い。障害を持っている人を主役にする必要がある。北海道のもっている風土を取り入れて行くことがよいのではないか。

4、今回のシンポジストについて

Q：普通学校の関係者がシンポジストに参加していないのか。

A：企画の段階で適当な人がいなかった。

5、特殊教育センターと児童相談所の連携について

Q：特殊教育センターと児童相談所の連携はとれているというが、教育委員会に対して就学指導委員会を開いてほしいとか、一人一人の指導にアドバイスする児童相談所であってほしい。特殊教育センターと児童相談所の連携について教えてほしい。

A：形のうえで連携は作られてきているが、魂を入れるのはこれからである。(事例を説明) 具体的な場面を利用して連携していくことが必要である。

6、知的障害児の就学の間及び自閉症児の通常の学級での対応について

Q：知的ハンディキャップのある子を病院で見ている、親から学校に対する不満を聞くことがある。学校は、学業の修得だけでなくパーソナリティを育てるところに重要な意味があるので、能率の面だけを考えて子どもを区別

することは、教育を受ける側から見てあまり意味がないのではないかと考える。自閉症のケースで通常の学校で対応する方法について教えていただきたい。

A：入学前に児童について将来的な見通しをもって、能力的な面を細かく説明する。5月くらいに実際にクラスを見に行く。学級で対応できているのかどうかを確認しに行く。児童は、はじめは教室にいることを目的とする。しかし、担任は他児との間のアンバランスにジレンマを感じてしまう。この子にとってこのままでは良いのだろうという不安感が生じるため、教科学習に関する質問が多い。だが、小学校低学年においては発達の状態から教科学習は早い。まだ、ままと的要素が必要である。子どもの発達段階にあった勉強が必要である。子どもが成長するためには気持ちをしっかり受けとめてくれる人、つまり親との関係を強める必要があり、このことを考えると寄宿舎での生活はマイナスである。また、なりたいたいというモデルを見つけてあげる必要がある。養護学校にはモデルがない。介助員を雇うなど通常の学級でできることを工夫して行うのがよのではないか。

以上がシンポジウムの討論の主な内容である、はじめにも書いたとおり、早期療育と学校の関係をどのようにして「子供を中心においた連携をとるか」ということまでには議論が至らなかった。内容を高めるためには就学指導のシステムと各機関の関係、通常の教育と特殊教育との指導内容・方法の相違、療育に係わる各機関の関係等、基本的なことについては講座を開くなどにより共通理解を得て討論を行う方がより現実的であると考えられる。黒川先生が最後に話された「発達段階にあった指導」がこの子たちの指導には欠かせないことは参加者全員がうなずくところである。

であるならば、発達段階にあった指導内容は

どのようなものがあるのか、指導方法はどうか、やらなければならないのか、学業を伸ばすこととパーソナリティーが別々に育つものであろうか。その議論があって初めて、学校の措置が決まるのではないであろうか。「統合」と言う言葉が一人歩きし始めたこの頃、その歩き方が地についていないで、子どもを忘れたところで議論されていると感じているのは私一人であろうか。通常の学級で育ってきた子どもたちが、高等部で不適応を起こしている姿を見る度に、そのことが気になる昨今である。（文責 佐藤 満雄）

〈特別論文〉

—〈乳幼児精神保健講演会報告〉—

1. 発達初期の意味の共有

—プリテンス（ふり）と音楽性

R.エムディ

2. 児童精神医学における乳幼児研究

山崎 晃資

3. 最近の子育て観をめぐる諸問題

三宅 和夫

4. パネル・ディスカッション

テーマ 「乳幼児研究者・実践者に期待する」

R.エムディ・三宅 和夫・山崎 晃資

コーディネーター

田中 哲

発達初期の意味の共有

—プリテンス（ふり）と音楽性—

ロバート・エムディ、MD.

(コロラド大学健康科学センター教授)

伊藤先生、ご紹介ありがとうございます。このように素晴らしい天候のもと、心暖かい方々がいらっしやる美しい街に来ることができて嬉しいです。何人かの同僚と共に東京に滞在していましたが、ちょうど桜の満開の時期でした。札幌での開花ももうすぐと聞いております。

私は、三宅教授と陳博士を何年も前から存じ上げております。というのも、お互いに共通の興味を持って共同研究をしてきたからです。また、何人かの方々はご存じでしょうが、私の同僚であるジョセフ・キャンボス博士が札幌に何カ月間か滞在したことがあります。私自身が初めてここに来ることができて、大変嬉しく思っております。

心理学の新しい視点

この講演の中で、私は発達心理学、特に乳児の発達しつつある世界についての新しい視点(perspectives)をいくつかお話ししたいと思います。今日、お集まりの方々は、療育関係の方々、

臨床医、心理学者、あるいは大学関係者など、非常に広い範囲の方々と伺っておりますが、これらの視点は、おそらく全ての方々にとって興味のあるものであると思います。これらの視点は、ある意味では単純なものです。しかし、つい最近になって研究論文や臨床論文がそれらの必要性を論議するまでは、理論上無視されておりました。私はこれらの視点は、単純ではあるけれど、奥深いものであると考えております。皆様方の中には、数学のカオス理論をご存じの方がいらっしやると思いますが、カオス理論ではある変化のモデルに従って、時々、予測のつかない別のすべての大変化のきっかけとなる変化が起こるということを説明しています。私がかこれから説明しようとする3つの視点は、現在一般には認められていないし、これまでも認められてこなかったものではありませんが、心理学の中で大きな変化を引き起こすようなものであると考えております。初めにこれらの3つの視点に名前をつけて、それぞれを説明していきたいと思っております。

これからお話します、精神活動の3つの様相の全ては、多語文の開始に先立つ6カ月から24カ月の乳児を特徴づけるものです。

最初の視点は、精神活動は意図的であるということ、第2番目の視点は、精神活動は手順的であるということ、第3番目の視点は、精神活

動は慣行であるということです。それで、私たちは少々拡大的ではありますが、最近の研究から、子どもの発達しつつある内的な世界は意図的で、手順的で、慣行的であると理解するに至りました。つまり、子どもの発達しつつある内的な精神世界はこの3つの視点によって特徴づけられているのです。

新しい視点が生まれた背景

これらの視点がどのように重要であるのか、また、4つの領域からこれらの視点が生じたことについて説明したいと思います。最初の領域は愛着研究です。愛着研究については、三宅先生のセンターで精力的に進められて来ましたので、皆さん方の多くがよくご存じのことと思います。もう1つの領域は初期の道徳の発達研究で、今では言語の成立以前にさえかなり生起することがわかってきました。もう2つは特に私共の研究からわかってきたものですが、そのうちの1つは、子どものごく初期の「ふり」(pretense、pretend、make-believe)の発達に関係し、もう1つは両親と子ども間の音楽的相互交渉の初期の発達に関係しています。この最後の2つの領域に関しては、後程ビデオでその例を見ていただきたいと思います。

視点1：精神活動は意図的で未来志向である

意図的な精神活動とは、未来志向の精神活動であります。これまで多くの異なる理論において、子どもの発達しつつある精神世界は、主に「象徴」という概念で考えられて来ました。構成概念や観念、あるいは理論としての「象徴」は、理論が異なると別な意味で用いられてきました。現在の経験や精神力動学、あるいは精神分析心理学で表されている、おおむね過去志向のものは「知覚」と呼ばれ、内的世界あるいは外的世界の知覚が「象徴」と呼ばれてきました。私た

ちの子どもの発達しつつある内的世界についての考えが、これまでは静的で過去志向のものであったこと、そして、よりダイナミックな未来志向的な観念や構成概念を構築する必要があることに気が付いたのです。ゆえに、これからの新しい発達心理学では、「意図」、「期待」、「計画」「目標」に関係する経験の単位が、まさに中心的な課題となると思います。「意図」、「目標」、「計画」などのような構成概念は、子どもの発達しつつある世界の「責任感」と関係する別の側面を強調することになりますが、それも心理学のほとんどの分野で欠落していました。「計画」、「目標」の他のよく知られた例としては、「欲望」と「願望」があります。

それでは、愛着研究と初期の道徳発達の研究から、いくつかの例をお話しします。発達心理学と臨床医学を巻き込んだ愛着研究では、研究が進むにつれて、子どもの「期待」を記述する人間関係のワーキングモデルを何度も何度も改訂したり変えたりしながら、より有効な概念を見出しはじめました。今では「構造化された目標や計画」が考慮されています。同様に、初期の道徳発達の研究でも、社会的相互交渉や情動、および内化された標準である期待の妨害に関連する「行為傾向」や「目標」があることを認めるようになりました。つまり、視点1は子どもの発達しつつある精神世界は、未来志向であり意図的であるということです。

視点2：手順的知識は無意識なものである

視点2は、手順的知識 (procedural knowledge) と精神活動に関係しています。これは、子どもが習得するようになる非常によく機能している日常的な行動のもとになっているスキル (技能) やルールと関係しています。現在、私たちは、学習および学習や発達のプロセスを、意識され得る知識、あるいは言語化され得る知識として考えています。精神分析は無意識的な知識や、抑圧されたり隠されたり葛藤の中にある知識に

ついて、かなり強調してきました。しかし、私たちはフロイトの精神分析が考える以上より広い無意識の精神活動の領域があることを理解しはじめました。それは、私たちの行動を規制するような経験を通して私たちが学習するある種の知識であり、熟練して自動的な知識であります。多くの運動操作はこれに属します。

しかし、もっと身近な例は、子どもが初めて覚える言語（母語）の知識と文法です。子どもは初めての言語の非常に複雑な文法を規則を知らずに、そして、その文法を導く規則を言語化することなしに学習します。同様に、愛着研究では、乳児期や人生を通して、育児や親密さを調整する目標や手順の複雑な規則があることに気づきはじめました。無意識的な文法的規則です。この規則とは、例えば、話すときにあちこち見るとか、人の前に立つときにどのくらい近づいたらよいかなどを支配する規則であり、文化固有の規則ではありますが、さまざまな文化を越えてある程度普遍的な規則です。

そのような規則は、1歳になる前に日常の家庭生活の中で内化あるいは学習され、後の、言語のみならず社会的相互交渉のための基礎を形成しつつ、一生を通して継続します。道徳の発達についても同様で、例えば、乳児期に学習されて一生続くような、社会的相互作用やターン・ティッキング（交替）のための文法があります。これもまた、社会的交渉や、これからお話しする育児や同情の他の側面を支配する、多語文成立に先立つ、つまり2歳以前に習得される無意識的な規則です。このことは、実験的に、母親に石のようにじっと硬い表情をしていたら、乳児が既に学習した交替行動を妨害してみるとわかります。その乳児はだんだん活発になって、その関係を修復しよう、あるいは相互交渉をもとに戻そうとします。そして、その関係が修復されないとわかると、ぐずりはじめ、顔をそむけます。同様に、24カ月になる前の乳児が他の人の悲しみに遭遇したとき、その乳児は情動的に喚起され、自分の持っているものを

その人にあげたり、助けたり、世話をしたり、慰めたりすることを、実験的に示すことができます。共感の発達です。例えば、私共の研究では、毎日この年齢の同情の発達を、母親やテスターに悲しみの表情をさせ、2歳以前の道徳発達の初期の形を特徴づける技能および規則の組み合わせである子どもの反応を見ています。

視点3：精神活動は慣行である

第3の視点は精神活動の慣行と関係しています。これも研究成果から、精神活動における発達しつつある知識は、その全てが単に乳児だけのものではなく、ある程度共有されるものであるということが考慮されるようになりました。精神活動は、他者、特に養育者との協応的な繰り返し相互交渉のある程度含んでいます。これは、個々人の間で共有された日常的な慣行であり、共通の意図を含んだ世界です。それは人と人との間に生じるものであり、血縁関係や家族に特に関係しています。よく見られる例としては、家族で行われるゲームや家族が食卓についたときのお決まりの手順や、特別な休日に家族が行う儀式などがあります。単純なアイデアですが、非常に意味深いものです。このことは西洋の文化におけるより、日本の文化の心情においてはなじみ深いことだと思います。これは、記憶がある程度個人内ではなく、人と人との間の対人的協応の中に存在することを説明しています。ゆえに、愛着研究は、理論的に、愛着のパターンは、乳児が学習し特徴づけ一生を通して乳児が保持すると以前は信じられていたパターンに反して、ある特別な個人同士が一生を通じて結び付くときにだけ起こる関係固有の対人的協応であることを考慮しなければなりません。

実際、愛着研究は、乳児や子どもにとっての関係固有性について、一生を通して異なった親しい関係を保ちながら父親と母親に対してでは異なるパターンを示すことや、そのパターンは、

個人内で行われるというよりも、それらの関係に特定のであるというような多くの発見を示しています。

同様に初期の道徳発達に関して、私たちは初期の道徳発達を、共有された意図と、関係性と状況に特定のな手順をふむルールや技能をとまなう、共有された意味として考える必要があることがわかりました。もちろん、精神発達の主要な部分としてのこの共有された意図や対人的協応についての第3の視点は、文化によるバリエーションの重要性を強調するものであります。私たちの研究は国際的協同研究ですので、ちょっとそれについて考えてみたいのですが、その研究は、三宅教授とそのグループが大変劇的に示したように、母親と乳児の分離や再会の意味が、西洋と日本とでは違っていることを明らかにしています。日本では、母親が乳児から離れることは、アメリカ合衆国でよりもずっと少ないので、その結果、分離の意味はアメリカよりもより大きい苦痛 (distress) や情動の喚起 (arousal) を引き起こします。そして愛着のハターンはその文化の意味の違いから異なって見えるでしょう。アメリカでも日本でも、西洋と日本における自律性や、個人となること、独立することについての意味の違いについて論文が多く出されています。上居健郎も「あまえ」としてそのような概念について書いています

コロラドで現在進行中の3つの縦断研究

次に新しい2つの領域に話を進めますか、まず現在私たちがコロラドで行っているいくつかの違った双生児の縦断研究についてご紹介していきたいと思います。私たちの研究は、主に家族の方々に実験遊戯室に来ていただいたり、家庭に伺って観察したりビデオを撮ったりする方法をとっています。どのような研究を行っているか3つほどご紹介します。

1つは双生児の縦断研究ですが、400組の双生児について異なる環境の影響と関連して遺伝的

な影響を見えています。ご存じのように、一卵性双生児や二卵性双生児の類似性を比較することによって、環境の影響ばかりではなく遺伝的な影響を推定することができます。この研究は、1歳から7歳までの認知発達に関連して気質と情動の発達に焦点を当てています。

もう1つは世界的な共同研究で、本会の司会者関道子さんが行っているのもその1つです。これは談話 (narrative)、つまり子どもが身の回りの世界について感じ取っているものを物語りにまとめる能力の研究です。私の研究室では、家庭と実験室で子どもの談話の能力に関するデータを3歳から6歳まで毎年とっています。特に、談話の中で表現されたり話された家族内部での情動の発達と道徳の発達に焦点を当てています。

3番目の縦断研究は様々なコミュニケーションの発達に焦点を当てています。この研究では、15カ月から30カ月の間に焦点をあて、3カ月毎に言語、情動の発達、気質、その他の特徴に関して家庭と実験室で詳細な観察を行っています。この研究から、前述の3つの視点が適用できるもう2つの領域をこれからご紹介します。この3つの視点の影響を、楽しく、わかりやすいようにお見せしたいと思います。

「ふり」の領域に含まれる3つの視点

最初の領域は子どもが2歳になる前の「ふり」の発達に関係しています。これまでの心理学や臨床研究では、子どもは概ね何が現実で、何が想像上あるいは虚偽かについて混乱していると考えられていました。しかし、現在では状況は全く違います。なぜなら、これまでの文化を越えた様々な研究から、子どもは非常に早期から「ふり」をし、ふりができるものとできないものの区別を難なく行うこと、両親も非常に早期から、初語以前にさえも子どものふり遊びを喜んで援助することなどがわかったからです。人間の「ふり」の使用は強い発達の機能であるとさえ言えます。それは通常の状況下で、言葉が発

達途中の時に主に起源をもつ大変に重要なものであります。「ふり」の機能は、代わりの世界への準備、つまり、子どもの想像性の発達、社会的な関係や役割の代替えや現実を起こることと起こらないことに対する準備に適応的な重要性をもつだろうと考えています。それは非常に重要な発達の機能であって、両親が全く自然に援助するものであります。

これからビデオで2つの「ふり」の例をお見せします。これは子どもが24カ月の時に撮ったものです。このような「ふり」はその家庭では4、5カ月前から見られていましたが、子どもの言葉が発達して、その子が何のふりをしているかははっきりと言葉で表現できるようになった24カ月の時点のものを選びました。家庭の中の、「ふり」に含まれる、手順の意図性、計画性、目標志向性、共有性などがおわかりになると思います。

最初にお見せします例は、夕食時に起こったもので、子どもがパンをつかんでそれを馬に見立てています。とても速く進行するので何が起こるか説明します。最初に子どもがパンを持ち上げて舌でコンコンと音を立てます。母親は、何が起こっているのかわからず、「おいしい食事ね」と言います。けれども子どもはその動作を続け、「見て、お馬さん、お馬さん、ママ」と言います。そこで母親は子どもが馬に見立てていることに気づき、全く自然に「お馬さんに見えるの？」と言います。「うん！ボクのパンのお馬さん」と子どもは答えます。母親はすこし笑って「あなたのパンのお馬さん？」と言います。彼女はおもしろがっています。それから子どもはパンがくずれたので、「落ちちゃった」と言い、母親は「あらあら」と言います。「あんまりよくないけど…」と子どもが言います。母親は子どもが「もう一度くっつけよう」といったのがわかって「一度パンがばらばらになったら、もうくっつかないわよ。」と言います。これがお見せしたい部分で、それが終わったらテープを止めます。

次の例は、同じ家族で家庭訪問の時のものです。これは子どもが大変に好きで、してほしいとせがんだ水泳プールゲームです。これもまたこの家族における共有された慣行の意図性を示しています。これは子どもにとって大きな楽しみで、子どもはかなりの想像性を発揮し、「ふり」をしています。わたしはこの例を特に東京にいる同僚の小此木啓吾博士に見せることができ嬉しかったです。というのは彼はいつも日本の両親と赤ちゃんのイメージを「川」にたとえて話しているからです。コロラドでの家族のイメージはプールです。さて、どんな展開があるかご説明します。子どもと父親、母親との会話を聞くと、その言葉はほんとうにすばらしく、両親が子どもの「ふり」をよく援助していることがわかります。まず、こどもがプールゲームをしてほしいとせがんだので、(両親は向き合って座って両足を開き) プールを作ります。子どもは両親の脚の中に入って「外は冷たい、外は冷たい」と言います。子どもはプールを作っている両親の脚の中で「暖かい、お湯だ」と言った後で、冷たい水とお湯についてのやりとりが続きます。それから子どもは表情を変えて、「魚がいる！」と言ってプールから飛び出します。その後、母親と父親は想像を繰り広げ、子どもに魚にえさをやりたいかと、誰が魚になるかという話し合いが行われます。魚の色についての会話があり、子どもは魚を取り上げてキスをして、水に返します。そして子どもはプールに入ったり出たりします。子どもが魚になっているのか再び自分自身にもどっているのかははっきりしません。母親は「ライオン、楽しそうね」と言います。子どもは水の中に寝転んでバシャバシャと音を立てます。そこでまたテープを止めます。

「音楽的インタラクション」の領域に含まれる3つの視点

最後に、非常に初期の音楽的インタラクシ

ンの領域における、共有され、多くの技能やルールを持つ意図性についてご説明します。音楽的インタラクションについては、何度も考えた末に15カ月から30カ月の第3の縦断研究に入れることにしました。これからご覧いただくビデオは全て15カ月の時のものです。最初の2つの例は、子どもの喜びをもった未来志向の期待について説明するものです。それは、子どもが以前両親と遊んでよく知っている、共有された音楽ゲームを認知していることを示しています。私たちは、このような音楽的インタラクションを、母親に子どもと一緒に好きな歌、あるいは子守歌を歌って下さいと頼んで誘い出しました。初めにお見せするのは、母親が「洗濯はこうするの」という歌を選んだものです。子どもは身振りやリズムや歌を知っていて喜びをもって期待しているのを見ることができます。2番目の例は「イッチ・ビッチ・スパイダー」という、クモが排水管を登っていく歌です。子どもの期待にあふれた楽しそうな笑みの表情を見て下さい。子どもは、両手を上に挙げていますので、歌の最後を期待していることがわかります。次にもう2例お見せしますが、最初に15カ月の時点での母親と父親と子どもが3者が儀式的なゲームにそれぞれが熱心に参加している例です。「洗濯はこうするの」と同じ登場人物で、家庭訪問での父親と母親と子どもが一緒の場面です。これは、「バラを囲んで」です。子どもは倒れることを期待していることが、おわかりになると思います。子どもは一緒に歌おうとしています。最後の例は本当に楽しいもので、15カ月時の初期のダンスの技能を示すものです。子どもはステレオのところに行って母親に自分の好きな曲をかけるようにステレオを指さします。これは「ベビーバルガ・ウエーブ」という曲です。この子どもは2カ月前に歩き始めたばかりですが、踊るのが大好きです。そして両親もそれを楽しんでます。父親は、「何か持っておどりたい？」とききます。子どもは毛布をもらいますが、父親はもっと軽いスカーフを与えます。音楽が変わると、

子どもがそれに合わせてリズムを変えていることかおわかりになると思います。

これでビデオは終わりですが、子どもの発達しつつある精神世界を、これまでにあった理論に加えて、想像的な世界のみならず、音楽的インタラクションにおいても、意図的で、多くの点で共有され、複雑な技能やルールや手順を含むものとして考える必要があることを確信する材料となることを希望します。

ご静聴ありがとうございました。

注) 翻訳 北海道大学留学生センター
助教授 関 道子

なお、エムディ先生の講演の英語のトランスクリプションをご希望の方は、事務局までご連絡下さい。

児童精神医学における乳幼児研究— 自閉症の初期徴候について—

(東海大学医学部精神科・教授)

山崎 晃資

1、はじめに

東海大学の山崎です。旧友の伊藤則博教授のご挨拶の中で、私と伊藤先生とは2歳の差なのに、頭髮の維持状態はかなりの差があると話していましたが、私は苦勞の差異によるものではないと思っています。どちらが苦勞しているのかは、人によって評価が別れるところでしょう。Emde教授が58歳で、私が56歳、そして伊藤先生が54歳位だと思いますが、苦勞の仕方によるというよりも、遺伝子、DNAの差によるものではないと思っています。

さて、本日は、私が今まで取り組んで参りました「児童精神医学領域における乳幼児研究」の中から、特に「自閉症の初期徴候に関する研究」についてお話しをしたいと思います。

発達障害の中で、治療・教育が最も困難な自閉症は、広汎性発達障害の代表的なものであり、中枢神経系のなんらかの機能障害を基盤として、乳幼児期における母—子間の相互作用の障害がその症状形成に大きく関与しているものと考えられています。Justin Call教授は、世界乳幼児精神保健学会(WAIMH)・東京大会における発表の中で、月齢段階別の自閉症症状を表1(後述)のように整理しました。しかし、どのような要素的行動が「自閉症」を構成するのか、さらに、自閉症症状としてとらえ得る以前の特徴的な行動、すなわち「初期徴候」はどのような行動によって構成されているのかなどは未だに解明されておられません。

乳幼児の行動を直接観察することによって、自閉症の初期徴候を抽出することができれば、次の3つの点で有用となります：

①保健所の乳幼児健診における早期診断および要経過観察の判定に活用できる。

②早期療育システムの展開に活用できる。

③自閉症をはじめとする発達障害の生物学的背景、すなわち原因の解明にとっての重要な手がかりを得ることができる。

ここでは、私達が行ってきた自閉症の初期徴候に関するこれまでの研究の中から、次の3つのポイントについて話をしたいと思います：

①母子相互作用過程の分析

②チェック・リストによる行動研究

③ホーム・ビデオの記録による初期徴候の研究

2、自閉症の母子相互作用過程の分析

伊藤先生もお話しになっていましたが、私たちが乳幼児についての共同研究を始めたのは、1960年代のはじめでした。いわゆる大学紛争の頃で、さまざまな意味で混乱していた状況の中での研究でした。その頃、三宅先生は助教授でいらっしゃいましたが、北海道大学教育学部の実験幼稚園(幼児園)が古い剣道場の裏側にありました。教育学部の建物が新しくなり、理学部前に移転することになった時に、実験幼稚園の建物が2～3年空き家になるという情報を得たものですから、当時の諏訪教授(医学部精神科)のご尽力を得て大学本部と交渉し、精神科教室が2～3年の限定付きで幼児園の建物を借りることになりました。その古い幼児園で研究をスタートしたのが精神科医と発達心理学者の共同研究の始まりであったのです。

よく知られているように、1950年代の後半から、子どもの精神発達、個体と環境との相互作用によるものと考えられるようになり、さらに子どもの活動や情報処理に内在する内的動機づけを重視し、子どもを能動的な存在としてとらえるようになって参りました。この考え方によりますと、子どもの行動を横断面的・一方向的に観察することは意味がなく、子どもと環境(主として母親)との相互作用のあり方を文脈的・二方向的にとらえなければならないこととなります。

私達は、子どもと母親の自由遊び場面をビデオ

contactおよび微笑はみられましたが、後追いはみられませんでした。言語は、1;0歳頃、喃語からカタコト（「パッチ」）へと移行しましたが、その後の発達がみられません。3;10歳時、他のケースに比べて、子どもの母親に対するかかわり（A水準Ⅱ型、B水準Ⅳ型、C水準Ⅵ型）、および母親の子どもに対するかかわり（A水準Ⅰ型、B水準Ⅲ型、C水準Ⅴ型）が共に少ないことがわかります。「覚えようとしなから教えても無駄」というこの当時の母親の評価によく現されていますように、母子間の相互交渉が質・量共に少なかったのです。4;10歳になりますと、初頭「M→」は50%に増加し、母親の子どもに対する積極的な関わりが増加していることを示しております。しかし、「C→」は依然として少なく、子どもの母親に対する発信行動が極端に少ないことがこのケースの特徴と考えられます。

このように、乳幼児期における母子間の相互作用過程を解析致しますと、子どもとその養育者とのかかわりの成立を文脈的にとらえることが可能となり、発達障害の初期徴候を明かにする糸目をつかむことができると考えられました。しかし、日常の臨床場面においては、このような解析方法はあまりに煩雑であり、実用困難であるために、より簡便な方法として「行動チェックリスト法」が検討されはじめました。

3、チェックリストによる

自閉症の初期徴候の検討

1940年代前半になされたKanner, L. およびAsperger, H.の症例報告には、自閉症児の早幼児期の行動特徴が詳細に記述されています。その後、自閉症の早期症状について、Ornitz, E. M. & Ritvo, E.R・Wing, L., Call, J. D.、小泉、山崎らによる多くの研究がなされてきました。

例えば、WAIMH・東京大会で、Call, J. D.は、自閉症の各月齢段階における行動特徴を記載しています（表1）。これらの乳幼児期における自閉症児の行動の多くは、Bowlby, J. Ainsworth, M. D.らのいう愛着行動（泣く、笑う、吸う、しが

表1 早期自閉的行動
Justin Call (1994)

- 【0～2ヵ月】
視線を合わせない。
予期行動をとらない
相互依存行動がない
- 【2～4ヵ月】
他者の表情に無関心
社会的微笑がない
顔をそむける
- 【4～6ヵ月】
人に無関心
過度にリズムカルな運動
しかめ顔
- 【6ヵ月～1歳】
機械的な発音
新しい食物を拒否する
人見知りや分離不安を示さない
- 【1歳～2歳】
言葉の遅れまたは抑揚のない発音
TVのコマーシャルを繰り返す
人に無関心
自己刺激や身体各部の分離
社会的微笑を伴わない表情の変化
儀式的行動：同一性保持
奇妙な遊びへのこだわり
特異的な仮眠・摂食のパターン

みつく、後を追う、目と目が合うなど）の障害と密接な関連をもっています。私達は、24項目のチェック・リスト（表2）を作製して、自閉症の初期徴候に関する研究を行ってきました。その結果を要約しますと：

- ①他の発達障害児と比較して自閉症児に有意に多くみられ、健常児のどの年齢層においても出現頻度が10%以下の行動は、次の6つの行動でありました。すなわち、「(8) 名前を呼んでも声をかけても振り向かない」、「(10) イナイナイパーをしても喜んだり笑ったりしない」、「(11) 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらない」、「(12) 視線が合わない」、「(15) 1-2歳ごろまでに出現

表2 自閉症の初期備考チェック・リスト

- | | |
|--|---|
| 1. あやしても顔をみたり笑ったりしない。 | (Lack of social smiling) |
| 2. 小さな音にも過敏である。 | (Hypersensitivity) |
| 3. 大きな音にも驚かない。 | (Hyposensitivity) |
| 4. 喃語が少ない。 | (Poverty of babbling) |
| 5. 人見知りしない。 | (Lack of stranger anxiety) |
| 6. 家族（主に母親）がいなくても平気で一人である。 | (Aloneness or indifference) |
| 7. 親の後追いをしない。 | (Lack of following) |
| 8. 名前を呼んでも声をかけても振り向かない。 | (No response to calling) |
| 9. 表情の動きが少ない。 | (Expressionless face) |
| 10. イナイナイバーをしても喜んだり笑ったりしない。 | (No response to peek-a-boo) |
| 11. 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらない。 | (Lack of anticipatory motor adjustment) |
| 12. 視線が合わない。 | (Lack of eye-to-eye contact) |
| 13. 指さしをしない。 | (Never uses finger pointing) |
| 14. 2歳をすぎても言葉がほとんど出ないか、2・3語出た後、会話に発展しない。 | (Speech delay) |
| 15. 1-2歳ごろまでに出現していた有意味語が消失する。 | (Loss of verbal expression) |
| 16. 人やテレビの動作のまねをしない。 | (Difficulty in copying movements made by other people) |
| 17. 手をヒラヒラさせたり、指を動かしてそれをじっとながめる。 | (Autostimulation behavior) |
| 18. 周囲にほとんど関心を示さなくて、独り遊びにふけている。 | (Extreme withdrawal) |
| 19. 遊びに介入されることをいやがる。 | (Dislike being intervened while playing) |
| 20. ごっこ遊びをしない。 | (No symbolic play) |
| 21. ある動作、順序、遊びをくり返したり、著しく執着したりする。 | (Insistence on sameness) |
| 22. おちつかなく、手をはなすとどこに行くかわからない。 | (Hyperactivity) |
| 23. わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりする。 | (Sudden laughing and crying without any apparent reasons) |
| 24. 夜寝る時間、覚醒時間が不規則である。 | (Irregular and disturbed nocturnal sleep) |

していた有意味語が消失する]、「(23) わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりする」であります。これらの行動は、自閉症に特異的な初期徴候である可能性が高いと考えられます。

②自閉症児と他の発達障害児との間に有意差がみられず、健常児のどの年齢層かで出現頻度20%以上の行動は、2、3、5、7、17、18、19、21、22、24の10項目であります。これらの行動は、従来、自閉症の特徴的な行動として記述されているものでありますが、今回の研究では、健常児の乳幼児期においても断片的ながら20%以上でみられており、自閉症に特異的な行動か否かはさらに検討が必要であります。

③項目17、18、19、22の行動は、年齢段階の推移と関連して興味があります。すなわち、「(17)手をヒラヒラさせたり、指を動かしてそれをじっとながめる」、(19)「遊びに介入されることをいやがる」、(22)「おちつきなく手をはなすとどこに行くかわからない」の3行動は年齢と共に減少し、「(18)周囲にほとんど関心を示さないで、独り遊びにふけている」は逆に増加する傾向を示しています。子どもの精神発達または成熟との関連による行動の変化なのか、または母親の評価の仕方が子どもの年齢によって変化するのか、さらに検討しなければなりません。

これらの24項目について、自閉症診断との関連を検討するために、私達は、自閉症児群188例(男146例、女42例、平均年齢6.7±3.5歳)と健常児群261例(男133例、女128例、平均年齢8±0.8歳)の比較検討を行いました。自閉症に特異的な項目をLogistic回帰分析によって抽出しますと、Level I～IVの4段階に整理することができました(表3)。すなわち、自閉症診断との関連性の高い順に、Level IからLevel IVまで4段階に整理され、それぞれのLevelでも関連性の高い順序で並べられました。

自閉症診断と最も関連性の高いLevel Iの行動は、1;6歳以後に見られる行動であり、自閉症の診断基準に含まれているものであります。

表3 24項目のLogistic回帰分析

| Level I | |
|-----------|-------------------------------------|
| b (18) | 周囲にほとんど関心を示さないで、独り遊びにふけている |
| (14) | 2歳をすぎても言葉がほとんど出ないか、2～3語出た後、会話に発展しない |
| (13) | 指さしをしない |
| Level II | |
| a (20) | ごっこ遊びをしない |
| b (8) | 名前を呼んでも声をかけても振り向かない |
| a (12) | 視線が合わない |
| (16) | 人やテレビの動作のまねをしない |
| (9) | 表情の動きが少ない |
| a (23) | わけもなく突然笑い出たり、泣き叫んだりする |
| Level III | |
| (6) | 家族(主に母親)がいなくても平気で一人でいる |
| b (19) | 遊びに介入されることをいやがる |
| b (21) | ある動作、順序、遊びをくり返したり、着しく執着したりする |
| b (22) | おちつきなく手をはなすとどこに行くかわからない |
| (4) | 喃語が少ない |
| a (10) | イナイナイバをしても喜んだり笑ったりしない |
| a (11) | 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらない |
| a (15) | 1～2歳ごろまでに出現していた有意味語が消失する |
| b (7) | 親の後追いをしない |
| Level IV | |
| b (24) | 夜寝時間、覚醒時間が不規則である |
| b (5) | 人見知りしない |
| (1) | あやしても顔をみたり笑ったりしない |
| b (17) | 手をヒラヒラさせたり、指を動かしてそれをじっとながめる |
| b (3) | 大きな音にも驚かない |
| b (2) | 小さな音にも過敏である |

* a: 自閉症群に有意に高く、健常児群のどの年齢でも10%以下に認められる行動

b: 自閉症群と他の発達障害児群で有意差がなく、健常児群のどの年齢かで20%以上認められる行動

Level II、IIIの中で、aをつけた行動は、自閉症群に有意に高く、健常児群のどの年齢でも10%以下に認められたものであり、先行研究では、初期徴候としての可能性があると考えられた行動であります。bをつけた行動は、自閉症群と他の発達障害群で有意差がなく、健常児群のどの年齢かで20%以上に、認められる行動であり、

先行研究では自閉症に非特異的な行動と考えられていたものであります。

今回の解析結果から考察しますと、診断学的にはLevel I が自閉症との関連が最も高いが、自閉症症状として出現する以前の行動、すなわち、初期徴候との関連ではLevel IVの行動が重要な意味をもつものと考えられました。

4、ホーム・ビデオ記録を用いた 初期徴候の研究

私達のこれまでの研究の結果では、自閉症の比較的早期の段階で認められる行動を確定することはできませんでしたが、自閉症症状が明らかになる以前の行動、すなわち初期徴候を抽出することはできませんでした。

チェック・リストを用いたこれまでの研究の結果をまとめますと、次の諸点についての再検討が必要となります：

- ①このような行動チェック・リストに基づく回顧的研究で得られた所見が、いつ、どのような状況において発現した行動なのか。
- ②観察者の評価と親の評価の差異をどのように考えるのか。
- ③日常生活場面における乳幼児の行動評価をどのように行うのか。

従来試みられてきた前方視的追跡研究、すなわち出生直後から継続的に観察を続ける発達研究では、10,000人：15～18人という極めて低い自閉症の出現率からしますと当然のことではあります。成果がきわめて乏しいものであります。そこで考案されたのが、子どもが自閉症と診断される前に記録されていたホームビデオの記録を解析する方法であります。この方法は、最近、Massie, H. N. & Rosenthal, J., Sauvage, D., Adrien, J. L.らによってホーム・ムービーを資料として試みられているものであります。

Adrien, J. L.らは、12例の自閉症児の0～2歳までのホーム・ムービーの記録（食事、入浴、クリスマス、海水浴、歩き始め、お誕生日、きょうだいの学校行事などの場面）から、次の5項

目を抽出しています。

- ①社会的相互交渉の障害（孤立、目が合わない、姿勢の悪さ、頭位の不安定さ、予期的行動の乏しさ、自発性の乏しさ）
- ②情緒的障害（表情の乏しさ、微笑の乏しさ、新しい場面への不安、情緒不安定）。
- ③視覚的・聴覚的行動（視線が合わない、反応性の問題）
- ④筋トーンと運動の障害（ヒポトニア、おとなしい子ども、手振り行動、防衛的行動の乏しさ）。
- ⑤非定型的行動（自己刺激的行動、強迫的行動、常同行動）

最近、日本におけるホーム・ビデオの普及率は急激に上昇しており、自閉症と診断される以前の乳幼児期に記録されていたビデオ資料を収集することが可能となってきました。そこで、私達は両親からビデオ記録が提供されたケースについての予備的な検討を始めました。

今回は、次の2例についてビデオ記録を供覧しなから、検討して行きたいと思えます：

- ①生後3カ月から視線を合わせないことに気付かれていた初診時4；6歳の男児で、生後3カ月から4；4歳までの記録。
- ②元来頑固な子どもと思われていたが、1；6歳健診で言葉の遅れを指摘され、2；4歳で初診した男児の新生児期から2；3歳までの記録。お断りしておきますが、このような公の場でホーム・ビデオを供覧することにはさまざまな問題があります。プライバシー保護については十分に配慮することを条件に、ご両親、時にはご家族全員のご了解を得たものです。ご両親には、編集したビデオを見て頂き、最終的にご承諾を得たものですので、ごく限られた場面になっておりますことをご了承下さい。

【Case 1】男児。初診時4；6歳。

経過：生後3～4カ月頃から「視線が合わない、人見知りをしない、鏡を異常に嫌がる」ことが気になっていた。1；6歳健診で「自閉的である」と指摘を受け、

2歳からA県立療育センターに通いはじめ、自閉症児のための療育指導を受けた。3;3歳、B医科大学を受診し、「自閉症」と診断された。2歳頃に「オカーカン、アンパンマン、マンマ」などの発語があったが、3歳頃から言葉が消失した。最近、5~6語を話し、おとなの言葉をまねたり、指さしをするようになった。4;6歳時、R-THBP療法を希望して来院。
 発達歴：正常分娩、仮死なし。生下時体重3,020g。生後10カ月まで母乳。頸定3カ月、起坐

6カ月、ハイハイ11カ月、始歩1;1歳。愛着行動の発現は最初から乏しかった(表4)。

家族歴：父、母、姉、本児の4人家族。

検査所見：発達指数63.4(津守式)、脳波：異常(右側優位に突発性スパイク)

【Case 2】男児。初診時2;4歳。

経過：両親は、もともと頑固な子どもと思っていたが、1;6歳健診で言葉の遅れが指摘されるまでは特に異常と気付いていなかった。その後、保健婦が訪問して来るよ

表4. Evaluation of Infant Behaviors by the 24-Item Chek-List

| | Case 1 | Case 2 |
|---|--------|--------|
| 1. Lack of social smiling | + | - |
| 2. Hypersensitivity | + | + |
| 3. Hyposensitivity | - | - |
| 4. Poverty of babbling | - | - |
| 5. Lack of stranger anxiety | + | - |
| 6. Aloneness or indifference | + | - |
| 7. Lack of following | + | - |
| 8. No response to calling | △ | + |
| 9. Expressionless face | + | - |
| 10. No response to peek-a-boo | + | - |
| 11. Lack of anticipatory motor adjustment | - | - |
| 12. Lack of eye-to-eye contact | + | △ |
| 13. Never uses finger pointing | + | + |
| 14. Speech delay | + | + |
| 15. Loss of verbal expression | + | + |
| 16. Difficulty in copying movements made by other people | + | + |
| 17. Autostimulation behavior | + | + |
| 18. Extreme withdrawal | + | + |
| 19. Dislike being intervened while playing | + | + |
| 20. No symbolic play | - | - |
| 21. Insistence on sameness | + | + |
| 22. Hyperactivity Sameness | + | - |
| 23. Sudden laughing and crying without any apparent reasons | - | △ |
| 24. Irregular and disturbed nocturnal sleep | + | + |

+ : recognized - : non-recognized △: unclear

うになり、「目が合わない、呼んでも振り向かない」などと指摘されているうちに、心配になってきた。1993年3月(2;2歳)、C市保健センターで行動観察がなされた。その時、嫌がる本児を強引に母親から分離し、約20分間、泣き続け、最後には激しい嘔吐を繰り返したという(母親から)。「自分の世界で、好きなことしかしない頑固な子ども」と評価された。2;4歳時、児童精神医学的診断を希望して来院。

発達歴：正常分娩、仮死なし。生下時体重3,130g。

生後4カ月間は母乳。予定3カ月、起坐6カ月、始歩9カ月、発語1;6歳(オイチイ)。愛着行動は、微笑、人見知り、親の後追いなどは認められました(表4)。

家族歴：父、母、本児の3人家族。

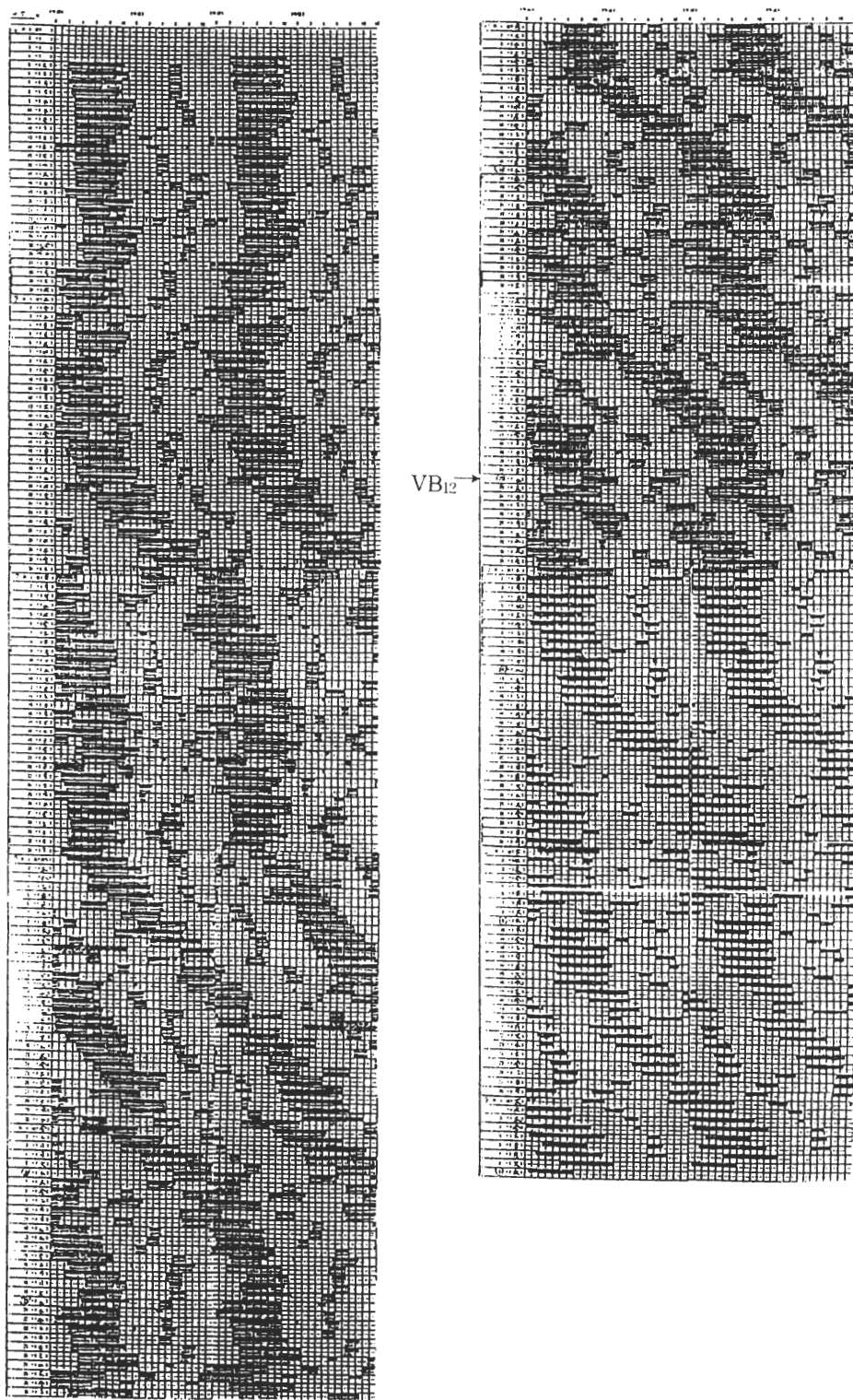
検査所見：未施行(激しく泣き続け、診察室への入室を拒否するため)

それでは、この2例の子どものビデオ・テープを見たいと思います。まず、第1例目ですが、これは生後3カ月目です。視線が合わないことや、呼んでも音源の方に目を向けないという問題がありますが、それよりも重要だと思うのは、お気づきになり難いかもしれませんが、お姉ちゃんの髪の毛がフワフワ動くのをじっと見ているという点です。これは私達が研究し始めたばかりの段階ですので、私が申し上げていることが正しいかどうかは今後の検討が必要ですが、私の感じでは注目してよい特徴だと思います。小さな物がチラチラ動くのをジッと見るという行動は、この当時の母親の育児日記にも書かれています。これは11カ月目のプールでの水遊びの場面ですが、周りにほとんど関心を払わず、ジッと水面を見えています。私の考えでは、光が波に反射してキラキラするのをじっと見ているのではないかと思います。このようなキラキラするものに非常に興味をもって見るというのは、正常な発達段階でも生まれて間もない頃に過性にあることですし、Daniel Sternの文献にも記述されています。

これはハイハイをするようになった11カ月の場面です。手の肢位によく注目してもらいたいと思いますが、先ほどのEmde先生のテープでは、お子さんの手がしっかり開いた形で床に着いていました。この子どもの場合には余り明らかな問題があるとはいえないと思いますが、このようなハイハイをする時の手の形や足の形が、案外重要なサインであると考えています。これは2歳11カ月の時の盆踊りの場面です。Emde先生のmusical interactionと関係するのかもしれませんが、周囲に対して全く反応がありません。全然違う行動をとっています。

次に第2例目ですが、この子どもが精神科の外来に来ますと、激しく泣きました。私は乳幼児の扱いはうまいと自負していたのですが、この子どもはどうしようもありませんでした。まず病院の玄関で会って、廊下で会って、待合室で会って、いろいろな場面で会いながら、かなりの回数を重ねて少しずつ導入していきました。お母さんが神経症的状态になっていて、疲労困憊している様子でしたので、その理由を聞くと、子どもが夜寝ないとのことでした。日中はずっと泣いているし、ちょっとでもうとうとしたと思うとまたハッと目が覚めるような状態なので、お母さんに協力をお願いして、睡眠-覚醒リズムを記録して頂きました(図3)。睡眠-覚醒リズムを見ますと、奇妙なことにリズムが少しずつ後退して行って、約1カ月で昼夜が逆転しています。さまざまな対応を試みましたが、余りうまくいきませんので、覚醒-睡眠リズムの形成に有効であるといわれているビタミンB₁₂を使用致しました。そして1週間後にお会い致しますと、子どもは非常に安定していましたが、睡眠-覚醒リズムには全く改善の兆しがありません。これはある意味での心理的効果だと思います。つまりお母さんは睡眠-覚醒リズムをチェックすることは比較的容易だといっていました。この子どもにとって役に立つ明らかな事柄を実行できるのだという気持ちがお母さんには大きな目的になったのではないでし

図3 睡眠・覚醒リズム表



ようか。また、お母さんの父親が腰痛症でビタミンB₁₂を飲んでいたので。お母さんは、ビタミンB₁₂は安全な薬だという先入観があるものですから、抵抗なく子どもに飲ませることができたのではないかと思います。現在では、診察室に導入して観察できる状態になっています。

それではビデオを見て頂きます。これは生後間もなくの映像で、この状態では全く判断のしようがありません。お断りしておきますが、ホーム・ビデオは大抵お父さんが撮っていますので、いろいろな限定があります。これは撮影の仕方に問題があったようで、音が入っていません。お母さんが子どもを抱っこして、お乳を上げている場面です。Justin Callの記述では、お乳を与えられる時に、哺乳壺を持つような姿勢をとるとありますが、この映像からは余りはっきりしたことはいえません。ただ、経験豊かな保母さんにこのビデオを見て貰いますと、このような行動は正常範囲内だということでした

これは生後4カ月です。おばあちゃんにあやされていて、非常によい微笑反応が出ています。ここの手の形に注目してほしいと思いますが、握りこぶしでハイハイしていますね。これはApe Handといって、神経学的な発達が未熟な状態に見られるものです。ヒポトニア、つまり筋緊張が低下している子どもの場合に、このような肢位で、肘を使って前進するような行動をとるといわれていますが、それが認められます。お母さんに抱かれているこの場面での姿勢は、私には余り問題があるようには見えません。そして1歳1カ月になりますと、周りと関係なく一人でどンドン歩いて行ってしまいます。

この2つの例を見てみますと、まず第1例目は、感覚的に非常に過敏な子どもで、正常な発達をしている子どもの場合にはあまり興味を示さない物に関心を持ち続けているところが問題になるのかもしれませんが。アタッチメント行動の展開は明らかに乏しいのですが、しかし神経学的成熟のレベルからすると、第2例目の子どもと比較しますと、ずっと良いのではないかと

思います。この第1例目は、早期からご両親が問題に気づいていた例で、アタッチメント行動の発現が乏しいことがポイントになっていたようです。一方、第2例目は、乳幼児期のアタッチメント行動は一応出ていますが、神経学的成熟に問題があったようです。この例では、ご両親が子どもの問題に気づいたのが1歳半以後です。

この2つの例でも明らかなように、自閉症にはいくつかのサブ・カテゴリがあると思います。

このように、私達が今まで取り組んできた幾つかの研究をまとめてみますと、チェック・リストを用いて臨床場面で回顧的に得る情報と、実際に生まれてからその子どもが問題があると気づくまでに撮られていたビデオ記録のデータを対比して考えるという研究方法は、大変興味のある重要な方法論であると思います。特にビデオの普及率の高い日本では、このような研究はもっと注目してよいのではないかと思います。

5、おわりに

本日は、世界乳幼児精神保健学会の重鎮であるRobert Emde教授を交えて、乳幼児研究の諸問題について率直な意見交換をする機会に恵まれました。ただ今お話し致しましたように、北海道で私達が始めた乳幼児研究は、当時の世界的なレベルに決してひけをとるものではなかったと自負しております。そして、最も評価してよいことは、北海道における乳幼児精神保健の実践は、文字通りの「超学際的实践」であり、子ども達のために専門家がいかにあるべきかを実践し、互いに切磋琢磨したものでした。研究のために、学派のために子どもを利用するという考えがまったくないところに、北海道における臨床実践の素晴らしさがあるのではないのでしょうか。このことをEmde教授に是非知っておいて頂きたいと同時に、皆様が自負してよいものであり、さらなる発展を心より念願してやみません。

最近の子育て観をめぐる諸問題

(北大名誉教授・放送大学教授) 三宅和夫

1、はじめに

三宅でございます。先ほど山崎先生のお話で、ビタミンB₁₂のことが出ていましたが、私も実は多少その気がありまして、長く座っていると腰が痛いので、そろそろ早く始めたいなと思っていましたが、ようやく順番が回ってきました。

北海道で話しをするのは全く久しぶりで、何だか異国へ来たような感じがしております。やはりこちらは時間の流れがゆったりしていると言いますか、電車が空いているとか、人が少ないというようなことは山崎先生も感じていらっしゃるようですが、私も感じています。私は性分がせかせかしております、東京の水が合うようです。それでだんだん足が遠のいてきて、最近では月のうちの3分の2は東京で暮らしております、それはそれで結構楽しいものです。もっとも家内は来てくれませんので、私と息子と二人暮らしです。息子はこのたび大変難しい就職試験にパスしまして、私の所から巣立ってしまうので、非常に困ったと思っています。世話をしたりコントロールする相手がいなくなってしまうという、日本の父親も母親と同じ様な気持ちになるものだと思っています。実は今日はその様な話しをしようと思っています。

他のお二人の先生のようにビデオを使って時間を稼いだりすることはできないので、私の話しは30分くらいで終わるのではないかと思います。ちょっとしたOHPは使いますが、あしからずご了承下さい。

2、育児意識の変化

今日は、私がこの10～15年の間に話してきた事とは毛色の違った話しをすることになると思います。早いもので、こちらにいた時からもう5～6年も経っていますが、当時は色々な大きなグループやチームを作って、実証的な研究もさせて頂きました。おかげさまでそれがアメリ

カにも伝わっているという次第で、これはひとえに皆様方の協力があったからです。今は陸に上がった河童同然で、その様な大きな研究をしようと思ってもなかなかできません。それでも時々ささやかに続けている取り組みについて今日は紹介しようと思います。

たまたまある育児雑誌を発行している雑誌社からインタビューの依頼がありまして、「実は先生、雑誌に載せるのですが、何か子育てのことを話して下さい」と言われました。その時女性編集者と話しをして、「だいたい子育てというのは自己犠牲を伴うのだ」ということを言いました。ところが「先生、それは載せられません」と言うので、「なぜ載せないのか、けしからん」と言うので、「今の若いお母さんにそんなことを言ったら受けません」と言われました。やはり私は化石か墓標になってしまっているのです。その時つくづくそうなのかと思いました。「そんなことを言ったら、今の母親連は目を回して、そんなことについてくる人は絶対にいない」と言われてしまったわけです。

しかし、私はその時に思いついた事がありました。確か日本の母親と赤ちゃんとの関わりについて組織的に研究がなされたのは、ご存じの通り1960年に入ってからです。最初はアメリカの人がこちらに来られて行った研究です。その日米比較研究の中に、ウィリアム・コーディールの研究がありました。生後3カ月の第1子の赤ちゃんとお母さんとの家庭での自然なやりとりを分析しました。それが非常に有名になって、日本のお母さんは子どもと一体感がある、あるいは自分の体の分身であるとか延長したものであるとかいったような解釈が色々となされました。それから先ほど小此木先生が「川の字」ということを伝えられたらしいのですが、その様なことがすぐ思い浮かぶわけです。私の家でも「四本川」で暮らしたことがありました。それから1960年頃にコーディールが研究の対象としたお母さん達が今は幾つだろうと考えたのです。おそらく当時対象になったのは20代前半位の人

達だったと思います。それから30年経っていますから、当時のお母さん達は現在50代前半位だろうと思ったわけです。そうすると、先ほど編集者の方から聞いた話とかなりギャップがあると思いました。とすれば、それを比較してみたらどうだろうと思ったのです。この種の世代間の比較をダイレクトな質問紙やインタビューで行った研究はありますが、それではつまらない。もう少し本音を出させる方法でやってみようと思ったのがそもそもの出発点でした。

そこで20代と30代、そして50代はどう違うのかと考えました。本当は40代も含めたかったのですが、たまたま私の教えている女子大の学生を使って20代のデータを取り、その母親の年齢をきいて50代としました。本当はその間の40歳前後が変わり目ではないかという気もしますが、たまたまチャンスがありませんでした。そういうことで、最初にこの話しをしようと思います。

3、育児書

それからもう一つ、この事に関連して、1960年代は最初の「育児ブーム」だったと思います。不肖、私の子どももその頃に産まれておりまして、一人は30歳近く、もう一人は20代の後半にさしかかる頃です。当時、どの様な育児書があったかを思い出しますと、スポック博士の育児書が翻訳されて問もなくだったような気がします。それから松田道夫の本などが出版されて、育児書の時代になりました。その後、多少下火になったようですが、最近またたくさん出ているようです。それから育児書だけではなくて、育児雑誌もたくさん出ています。それで時々編集者が私の所へ来るので、お小遣いになったりするわけです。そこで育児に関する著書や雑誌を調べてみたらどうかと思いつきました。つまり60年代の前半に子育てをしていた人達に対する育児書と、最近のものがどの様に違うのかということです。これを放送大学の一人の学生に図書館で検索させて、もう一人には江戸時代から徹底的に調べさせたのです。大変優秀な論文ができあがりしました。北海道大学にはこんなに

優秀な学生はいませんでした。今日はこの二つのお話をして、私の役目を果たしたいと思っています。

60年代初め頃の子育てというのは、まさにアメリカなどで日本の子育てについて語られる場合の典型的な特徴があったと思います。それからまた1980年代に入ってから、それについてのフォローアップが日本で行われました。例えば仙石さん達が60年代と80年代の子育ての比較をした研究では、細かい部分では違いますが大筋では違わないという結果が出ています。それでは最近はどう違うのかを考えてみました。私達も5~6年前に、家庭で4~5カ月の赤ちゃんとお母さんとのやりとりを90分位撮ったビデオがありまして、まだ十分に分析していませんが、それを見てアメリカと比較しますと、確かに昔コーディールが観察した結果や、その後の報告などと共通点もありました。つまり身体的な接近や接触、それから全体的な表情や声の調子などが、日本の方がよく言えば穏やかで柔らかで静かです。先ほど見せて頂いたエムディ先生の例でも、アメリカのお父さんやお母さんは活発だと思います。おそらく日本ではあそこまでないだろうと思います。確かに我々がビデオを持ち込んで見ている時ですから、多少おとなしくなるという側面はあるでしょう。しかし自分の家のことを思い出しても、それほど活発にはしなかったという気がしますし、その辺では昔と共通した点が残っているのだと思います。しかし一方で、やはりかなり変わってきているのではないかと思う面もあります。例えば最近のお母さんは昔と比べて仕事を持つ割合が増えてきています。また核家族になったから、サポートして下さる方がいなくなりました。昔はおばあちゃんがいる、「家付き、car付き、パパア抜き」という言い方がはやったくらいです。おそらくそれは1960年代だったと思います。ですから当時は、アメリカの育児書が入ってきて、それを翻訳したような育児書が多かったのです。それが現代になってきますと、非常にこと細かに領

域別に書かれています。日本の子育ての本を一番多く書いているのは小児科の先生です。それ以外に心理学も含めて多少はあります。そして現在のup-dateな知識を元に書かれています。それと同時に、もう一つはお母さんと子どもとの「相互作用」という言葉がよく出てきます。30年位前の育児書には出てきません。ところが最近では「母子の相互作用」と書かれている本が大変多いし、「お父さんとの相互作用」と書いてある本も多少ありました。とにかく「相互作用」という言葉がよく使われています。

最近、育児書の需要があるからどんどん出版されていますが、これは母親が自分が指導して子どもを自分の自由にするために利用しているのではないかという気がしています。専門家はそんな研究を大いにするべきですが、「相互作用が大切である」ということをダイレクトに伝えようと、本来の相互作用ではなく、ただ勝手に働きかけてしまう危険性さえあると思います。ですから、この様に実践家と研究者の関係というのは非常に難しく、私達がたまたま実験室で見たこと、または家庭を訪問して観察した事というのは、やはり自然とは少し違うのですから、そこで見た事は禁欲的に考えなければならぬと思います。その中で一般の方に伝える時は、言葉を選んで伝えなければならぬと思います。そのまま伝えると誤解を招いてしまいます。その様なことを最近の育児書や育児雑誌ブームの中で感じました。それではさらにもう少し内容を細かく見てみたいと思います。

4、育児意識の世代差

私の話の本論ですが、先ほどの点で30歳前後の人と50歳前後の人ではどの様に違うのだろうかと思いました。そこで10年位前にケーガンさんと一緒に仕事をしていた頃に、日本でもやってみないかと言われたことがありました。言葉が違うので難しいのですがとにかくやってみまして、6～7年前のInternational Journal of Behavior Developmentという雑誌に私も共著者の一人として載っています。その時はmiddle classとlower

classのお母さんの子育て観を比較しました。その事を先ほどの問題に関連して思いつきまして、50歳前後と30歳前後と、それから20歳位の未婚の学生のデータを取って比較させました。方法はエッセイ・リコール (Essay Recall) と呼ばれています。それは例えば「あなたは子育てを生き甲斐だと思えますか」と言うような直接的な質問は、質問紙や面接でよく使います。そうすると聞かれる方は心理学者に聞かれているのだと思って必ず防衛が働くと思います。あるいは格好の良い答えをするのだと思います。ですからその様な方法は余り当てになりません。そこで色々な研究があって、一応の裏付けがなされているようなので、リコールの方法を使ってみました。これは800～1000字位のエッセイをテープに録音して、一人一人に聞かせるわけです。その後で、「今、お聞きになった中で、どの様なことを覚えていらっしゃるでしょうか？」と質問し、自由に答えてもらいます。エッセイの中には二つの対立した見解が入っています。もちろん全くナチュラルな部分もあります。最初はそのエッセイを作るために予備的な調査をしました。そしてその結果から、3つの話を作りました。今日はそのうちの一つを紹介します。母親が子育てを自分の主要な役割として見ているのかどうか、あるいは子育てに生き甲斐を感じているのかどうかということについて、ダイレクトに聞くのではなく、この様な文章を作ってみました。例えばかいつまんで言うと、「子どもを育てることこそが女性の最大の仕事であり、女性は育児に最高の価値を見いだすべきだ」という考え方がある一方で、育児労働は必ずしも高く評価せず、女性も育児以外に自分の生き甲斐を求める必要があるという考え方もある。それから子どもを生き甲斐としている母親達は、子どもを自分自身で育て上げていくことが喜びであり、子どものためなら自分の全てを捧げ、苦勞をいとわない。そして子どもを育てることは母親の義務であり誇りでもあるという根強い一体感を持っている。反対に育児以外に自分の生き

甲斐を求めている母親は、育児ばかりに追われていると若さが早く失われ、自由な生活もできなくなり、世間から取り残されていくのではと不安を持ってしまう。そしてそういう人達は、子どもも一人の人間、母親も一人の人間という考え方を持っている」ということで、これでいたい3分の1程読みました。この様に色々な意見が出てくるのです。ですからもし興味があれば、自分がどちらにはいるのか、試してみたらよいと思います。

そういうことで、3つのエッセイを使ってみました。最初のエッセイは、夫は子育ての協力者であるべきか、それともそうでなくて良いのかという内容です。二つ目は子どもに対するしつけは自立させる方向が良いのか、それともコントロールした方がよいのかというものです。それから今お読みしたのが3つ目のエッセイです。つまり育児は女性の、母親のつとめだと考えているのかどうかということです。

それではその結果をこれからお話しします。私もおそらく差が出るのだろうとは思っていましたが、非常にはっきりとした差が出ました。人数は各群20名です。19～22歳がA群で、27～35歳の母親がB群、45～55歳の母親がC群です。平均年齢は20.2歳、30.6歳、50.9歳です。実際には様々な整理をしましたが、ここでは要点だけお話しします。

まず最初は最も分かりやすい「協定」からです。これは「協力すべきである」という考え方の語数の方が多く、少ない人の人数です。ご覧の通り、20歳前後の学生は、14名が「協力すべき」の語数が多く、6人が少ないのです。B世代、つまり30代の現役のお母さん達は15人と5人、つまりこの二つのグループは旦那が協力すべきだと言うわけです。私は時代を先取りして、私などはもうC世代ではなくD世代位ですが、それでも協力しています。それでC世代では2人と18人です。語数の数え方ですが、英語の場合は楽ですが、日本語の場合には切っていかなければなりませんので、切り方が決まっていま

す。助詞などを省いていって、単語を数えます。そのようにして整理した結果ですが、非常にはっきりした差が出ています。

それから子どもはコントロールして育てた方がよいかどうかですが、学生の場合には8人と12人ですから、ここではコントロールする方が少ないようです。つまりこのグループにはまだ現実感がないのだと思います。ところがB世代のように実際に子どもを持つと、16人と4人になってしまいます。つまり「うんと締め付けなくっちゃ」と思っているわけです。最近の若いお母さんを見てみるとこのパターンが多いようです。いかにして自分が楽をするかということに重点がありますから、余り手が掛からないようにしようと思ってこの様な結果になってしまうのではないかと思います。それからC世代ですが、逆に3人と17人です。これもまた反省しなければなりません。後ほど詳しく申し上げますが、このC世代がB世代を育てたわけです。ですから今非常に大きな問題が起きているのです。最近、日本人の子育てと我々日本人の感情 (emotion) の問題について、向こうの方から原稿を頼まれて山崎先生と2人で書きました。その中で色々検討してみましたが、この様にはっきりと差が出ています。

最後に、先ほどちょっとお読みした、育児に生き甲斐を感じるかどうかについてですが、さすがにA世代の学生には生き甲斐を感じる人はいませんね。ここは無視しても良いと思いますが、B世代で8人と12人、C世代で17人と3人です。この様に非常に違います。A世代は子育てをしているわけではありませんから、同じ条件で比較することはできないとして、BとCを比べるとかなり違います。そこで私がちょっと振り返ってみますと、私はこれより一つ先の世代ではありましたが、うちの家内は私と少し歳が離れていますからC世代に近いのです。そうしますと私の家内はまさにこの結果の通りです。つまり実際には余り私の協力を求めてはいないけれども、私が無理矢理協力してしまっていたわけです。

それから制限するかどうかについては、全く制限しませんね。私も口では制限しているようで、実は制限していません。ですから今になって「失敗したな～」と思うわけです。子ども達はフラストレーションなど全然なくて、やりたい放題で、息子などはひどいものです。私に朝の飯も全部作らせて、掃除もさせ、たまに「車で送れ」と言うとしぶしぶいやいやという感じで、あんなのが銀行員になって何やっているのかと思いますが、そういうわけでございまして、全くこの結果の通りです。それから育児に生き甲斐を感じているかどうかですが、うちの家内は感じていますね。ですから今、子どもと離れていても気になるようです。ところが自分でやればいいのに自分ではやらないで、私に電話をかけてくるわけです。例えば土曜の夜だ、今頃何をしているか分からない、夜は帰ってこない、明日は寝坊するのではないかと心配するわけです。そういうわけでこの世代はこの様な特徴を持っていたのではないかという点で、やはり本音が出てきたのだと思います。

5、変化したもの、しないもの

せっかく用意してきたので、もう少し細かい分析についても見てみましょう。今度はリコールされた語数を分散分析しましたが、やはり明確な差が出ています。(OHPにある)これは、エッセイの言葉と多少違った言葉でも、意味的に同じであればカウントした結果です。それから次のこの結果は、厳密に同じ言葉だけをカウントしてみました。やはり同じ傾向です。

ところが一方で、古来の日本の特徴は残っていると思います。私達が数年前に観察したお母さんと子どもとのやりとりを見ていると、あれはアメリカの方が見たら絶対「自分達とは違う」と言うはずで、ですから日本人の場合にはやはり密着した部分があります。母子密着とか母子一体感という様な特徴は、そのまま残っていると思います。しかし今の実験結果で典型的に示されたように、育児が自分の主要なつとめではないということになると、これが良いとか悪

いとかという事とは全然別問題ですが、一方では日本人的特徴が残っているとすると、色々な問題が起きるのではないかという気もするわけです。このことはおそらく山崎先生の領域に含まれる問題で、先生も例えば登校拒否や対人恐怖、日本の子育ての問題などについて書かれています。その様な問題と関連しているのではないかと思われるわけです。今の事と直接には関係しませんが、実は学生達に質問したことがあります。例えば「一番恥ずかしいと思うことはどういう事か」と聞いてみました。するとやはり人の目を気にする時が一番恥ずかしいと感じるようです。札幌ではあまりないのかもしれませんが、例えば日本人に圧倒的に多いのが、急いで階段を上がって行って電車のドアが閉まった時です。そこでアメリカに行った時に、向こうの学生達に「そういう時、恥ずかしいと思うか」と聞いてみたら、「腹が立つ」と答えていました。そういう時に出てくる感情が「怒り(anger)」だと言うわけです。ところが日本人はshyと言うのかshameと言うのか、その様に感じる人が非常に多いということです。

そこで今度は幼児をもつお母さん達に、子どもさんに大事だと思うことを書いてもらいました。そうすると、やはり人の目を気にするということは、今のお母さんにも共通しています。つまり人に見られることは注意しています。例えば「そういう事をしたら外で笑われます」とか、「幼稚園に行ったら皆に変な子だと言われる」とか「先生に注意される」とか、「そんなことではお母さんが恥ずかしい」とか、何十年も前に私が私の母親から言われたのと同じ様なことをやはり言っているわけです。そういう人が70%以上います。先ほど、今のお母さんたちは子どもをコントロールするということを言いました。少し古いお母さん達は、自分達がろくな物を食べられなかったので、子どもに何でもしてしまったという感じがしますが、今のお母さんは自分達が十分飽食の時代に育ってきているから、子どもには制限をしようということが強調

されていますが、そういう事と今の日本の社会や文化と重ねて考えてみると、かなり子どもにとっては厳しいのではないかと思います。つまり私が育った昔だって、日本的な部分はありましたが、それほど過重な期待を私一人が背負わされたという記憶もないし、いくら親がコントロールしようとしても、兄弟が多かったからコントロールできるわけがありません。ですから皆勝手なことをして、家に帰って来てはぶん殴られて、風呂場に突っ込まれて「体洗ってこい！」などというのが日常茶飯事でした。そういう具合ですから、子どもとしては結構発散できたのです。ところが今は育児書がたくさんあって、そこでこと細かく伝授しているわけです。「母子相互作用とはこういう事で、こうやったらよい、子どもをよく見て、言葉をたくさんかけて」という具合ですが、その様なことはやめた方がよいのです。

6、Enjoy your baby!

放送大学で教材を作るために、海外から来られた先生にインタビューしました。エムディ先生にもインタビューしましたが、そこで今日お話ししたような事について若干お話ししながら、先生のお話も聞くことにしました。そして最後に私は、「今の日本では育児を一つのテクニックとして、何かうまくやって消化してしまおうという傾向が見えるような気がする」と、そして昔は余りその様な事を知らなかったわけですが、むしろ知らなかった方が良かったのではないか」というような事を言いました。そうしましたら、エムディ先生は母親達に伝えるべき言葉として、“Enjoy your baby!”とおっしゃったのです。つまり育児を楽しむということです。今のお母さん達にはそれが欠けているのです。その背景には親自身の問題もあるでしょうし、父親と母親の関係など、色々な要因があるのでしょう。あるいはサポート・システムの問題が出てくると思いますが、その様な援助が欠けていれば母親自身が不安定だから、子育てをエンジョイする気持ちにはなれないわけでしょう。ですから

先ほど言いましたように、制限するとか、極端な言い方をすれば邪魔者扱いするということにはなりはしないかということなのです。エムディ先生のその一言が頭に焼き付いて離れないのです。この前の東京でのWAIMHに出席して、その事が一番頭に残っています。ですからこれからあちらこちらで相談されたら、エムディ先生の言葉をうまく日本語に訳して使おうと思っています。「他のことは忘れなさい、とにかく自然体であれ」ということですよ。それが一番大事なのではないかと感じています。

前のお二人に比べると大変お粗末で申し訳ございませんでしたが、これで私の話を終わらせていただきます。

パネル・ディスカッション

コーディネーター：(市立札幌病院) 田中 哲

田中：

それではディスカッションを始めたいと思います。私は静療院の田中と申します。この司会を務めさせていただきます。内容を考えましたが、1時間しか時間がございません。ディスカッションの方向としては、「実践者に期待すること」ということで、私達の今後の糧に還元できる様な内容にしていきたいと思いますが、時間の都合上、フロアからの質問を頂いたり意見を頂いたりする時間がなくなるかもしれません。その時にはお許し下さい。

それでは三宅先生と山崎先生から、まず今のお話の補足ないし全体につなげるようなお話を頂いて、その後でエムディ先生のお話に移り、その中から共通の話題を見つけてディスカッションに移りたいと考えています。

それでは三宅先生、お話をお願いいたします。
三宅：

私達二人が10分以内ずつ話しをして、その話を聞いて頂いた後でエムディ先生にお願いします。先ほどとは順序を逆にして、私から話の続きとして話をさせていただきます。年をとると思い出するのが難しくなりますので、忘れないうちに話してしまいます。

それで、私が若い頃にこの様な研究の世界に飛び込んだ頃と今と、問題となっていることは変わっていないのではないかと思います。つまり「研究者は」とか「実践家とは」という話ですね。とにかく昔から学会やその他の場で何度も繰り返されています。ということは、やはりこれは難しい問題なのでしょう。そしてそれがどこまで可能なのかという問題は、それぞれの方がそれぞれなりに相手の立場を理解して活用するということだと思うのです。色々な育児書を書いたり、雑誌に書いたり、色々な講義をするのを研究者と言ひ、実践家には親を含めても

良いと思うのですが、この研究者と実践家とのインターフェイスがまた一つ問題になってくると思います。そうすると互いに使っている言葉が違うので、研究者の方はまず気をつけて言葉を使わなければならないと思います。私はこの様な仕事をしているので、色々な方に接するし、例えば生物学者や医者、哲学者など色々な学問分野の人と接する機会があります。そこで話をする時に、ついつい分かりきったことのように自分の専門分野の言葉を使うと、相手に誤解を招いてしまうことがしばしばあります。例えば私どもの使う「子どもの社会化」という言葉は、社会学で言うsocializationとはちょっと意味が違うようですね。そういう意味で、私達研究家というか専門家は、自分の考えを伝える時には、その様な事を配慮しなくてはならないと言うことだと思います。

それからやはり研究家というのはいつも禁欲的でなければならぬと思っています。先ほど山崎先生やエムディ先生のお話にもありましたように、例えばホーム・ビデオや家庭での観察などの方法が用いられているようですが、私のこれまでの経験からすると大変難しいし、実際には不可能に近いと言えるのではないかと思います。時々私は学会などでとくとくと「長時間観察をした」とか「ビデオを4～5時間も回したんだ」などと言った覚えがありますが、しかし考えてみると、「だからちゃんとやったんだ」とは言えないのではないかなと思えて仕方がないのです。

それからよく言われることですが、母親と子どもを調べて何が分かるのかということ。父親も見なければならぬということ。確かにその様な配慮も必要ですし、そうしなければならぬと思いますが、それにも限界があります。研究者にも限界があるし臨床家にも限界があると思います。24時間張り付いていたって、全部を見ることなどできるわけがありません。ですからそこでは、スパッと諦めて切り捨ててやらなければならない部分はあるのです。です

から「研究者は実験室でやってるだけではないか」とか「限定された状況を設定しているだけではないか」とよく言われますが、やはりそうしなければ何も分からないということがあるし、逆にその中から言えることもあるわけです。その言えることを、言えること以上に言ってはいけないだろうという意味で、私は「禁欲的に」と言ったわけです。ですから変な幻想を一般の方に抱かれるような形にはいけないのではないかということです。

それから私自身の過去の経験から言えば、家庭に行ってきたさんの親や子どもに会って学んだことは多かったと思います。データにならなかったり、そこから一つの法則を出すことにはどうていなりませんでしたが、自分が次のステップに進む時にどれだけプラスになったことか。そういう意味で、研究者の立場の方はできるだけ現実の社会に目を向けて行って、そこから問題を発見していくことを怠ってはいけないのだと思います。私が若い頃、つまり北大に米来たばかりの時に、保母さんや幼稚園の先生達と研究会を開きました。私も若くて独身でしたから随分もてまして楽しかったですけど、色々幼稚園や保育園に行っては子ども達の観察をしたりしましたが、それは無駄なようで大変役に立ったと思っています。そういう事をいつもいつも忘れてはいけないんだと思います。現代のことを知らないで、つい10年も20年も前のことをそのまま頭に入れて何かを考えていてもいけない。そういう意味ではいつも私などは若い人に接することができるので、幸い何とかついていけるという気はしています。ですから研究している人というのは案外自分のリサーチをして業績を作る場合、言葉は悪いですが、大事なことを捨ててカスを扱っているのではないかという気がして仕方ありません。つまり、きれいにまとめやすい事は割合扱いやすいのですが、複雑怪奇で分かりにくいことは残してしまう。例えば母子関係や母子相互作用とよく言いますが、母親と子どもだけを切りとってきて、どの

様な家庭でどの様な背景の人達であるかという事などは抜きにして、そこだけを見てしまう。そうすると大事なことは全て落ちてしまう。この前も東京で言ってきましたが、先ほどの60年代も現在もそうですし、母子相互作用もそうですが、アメリカでの研究成果をそのまま日本に持ってきて、いかにも同じようになるのだと思っていてはいけないのではないかと思うのです。例えば問題が起きるとしても、日本独特の問題が起きているはずなのです。その様な日本独特の問題が起きるのはなぜかということに、例えば発達心理学の基礎研究の人だって目を向けなければならぬのだらうと思っています。ですから先ほど私が感情の問題などにちょっと触れましたが、アメリカよりも日本の方が人間関係の中でそれがかなり重要な位置を占めているのではないか。こういうことを言うと、エムディ先生は「そうじゃない」とおっしゃるかもしれませんが、アメリカの方はどちらかという感情を個人内(intra personal)の問題として扱っている側面が非常に強いと思います。ところが私達はinter personalとして使うことが非常に多いのではないか。つまりnon verbalなコミュニケーションとか、「相手の心を読む」とよく言いますね。実は心を読んでいるのではなくて、相手の顔つきとか肢位とか言葉の端とか調子などを見ているわけです。そうすると、日本の親子関係など色々なことを理解するためには、そういう側面の研究ももっとやらなければならないと思います。それが非常に重要なことのように思います。田中：それでは続けて、山崎先生お願いします。

山崎：

OHPをお願いします。OHPを使いますと、三宅先生に時間の浪費だといわれそうですが、これは考え方をまとめようとして使っているのです。ビジュアルな教材に対する認識の年齢的な差異であるのかもしれませんが。

日本における乳幼児研究は、最近非常に関心を持たれており、先週行われた世界乳幼児精神保健学会・東京大会には600人ほどの参加者があ

り、さまざまな議論が展開されました。しかし冷静に見てみますと、海外からの高名な研究者のお話を拝聴するという雰囲気、ちょうど1960年代に行動療法が日本に入ってきた時と同じような印象を受けました。つまり、本当の意味で対等なディスカッションがなされず、輸入文化に対する日本的な憧れに満ちた議論のようでした。

ところで、活気を帯びてきている日本の乳幼児研究には、2つの潮流があると思います。第1は、子どもの発達や成長を前方視的に追跡しようとする研究で、自閉症を中心とする発達障害に関するいろいろな研究であります。それらの研究の過程で、児童精神科医は、当然のことながら発達心理学者と協力していかなければならなかったし、母子相互作用であるとか、認知発達であるとか、愛着行動、初期徴候、さらには気質 (temperament) などの重要なキーワードが当然のように出てきたわけです。これらの事柄の背景にある分子生物学や精神科学、精神生理学、放射線診断学、神経心理学などの最新の研究方法が導入されてきて、今まで臨床の場面で考えてきたいろいろな問題を再検討しようとする研究が始められてきたのです。

ところがもう一方では、第2の流れといいますか、精神分析を主流とする力動的精神医学の人達が、成人期、青年期、児童期、乳幼児期というように、回顧的に研究の対象を広げてきました。この流れは、私の偏見なのかもしれませんが、乳幼児を直接観察したり治療的に継続的に関わらないで、いろいろなことをいっているのではないかと感じるわけです。まるで、理論物理学のように、子どもを見ずに論理を展開しているようです。臨床の世界に「理論精神医学」があり得るのでしょうか。

このように、日本では、精神分析学が中心になる回顧的・理論的な流れと、発達障害などを中心とした前方視的・臨床的観察の流れが合流しようとする傾向があり、2年ほど前に「乳幼児医学・心理学研究会」ができて、超学際的な

研究領域の人達が集まって、乳幼児を直接観察しながらいろいろな問題を考えていこうとする新しい流れが出て参りました。

これらの研究の流れから考えてみますと、児童精神科医として私が乳幼児精神医学の領域の研究に携わってきて一番興味を持ち、今後も検討して行こうと考えているのは、Emde先生も触れていたように、母子相互作用の背景に何があるのかということです。例えば、多くの人は、母子関係を中心に考えて、全ての問題を母子関係によって理解できるかのように考えています。しかし、臨床的な発想からすると、母親は重要な情報源ですので、私達には安易に母親に問題の起源をもって行くという傾向があるのではないかと思います。お母さんの背景にある夫婦関係の問題や、嫁姑の関係など、いろいろな関係が関与していて、1つのファクターとしてお母さんのイメージを作っているのであって、その背後にある複雑な問題を慎重に考慮する態度が必要であると思います。さらに子ども側の要因も無視することはできません。

それから、今日もお話ししましたが、発達障害の初期徴候を見つけ出そうとしていくと、どうしても生物学的というか神経学的なレベルの問題が重要な要因として考えなければならなくなります。その意味では、Emde先生のお話は、精神医学的というよりも、きわめて心理学的であると感じました。私は、ダイナミックでありたい、サイコ・ソーシャルな視点で考えたいと思いつつも、どうしても問題の基盤に生物学的な要因を置いて考えてしまいます。私のかたくなさなのか、発展性のなさなのか、または児童精神科医のアイデンティティなのか、その辺の問題も私は考えてみるべき重要なテーマであると思います。

さらに、乳幼児の研究者、実践家の人達にお願いしたいし、検討して頂きたいと思っていることは、私達がいろいろな情報として得たこと、研究で得たこと、実践で得たこと、経験で得たことを、どこまで子ども、ご両親、さらにご家

族に伝達してよいのかという問題です。臨床の限界性または節度とでもいうべき問題を考えてみる必要があると思います。例えば相互作用の場合、私達が意図していない情報の伝わり方があって、子どもとお母さん、そして子どもとお父さん、きょうだい同士は、いろいろな相互交渉が営まれているのでしろうし、その中では非言語的なコミュニケーションのレベルが非常に重要になると思います。三宅先生は感情や情緒が重要であるとおっしゃいましたが、本当に微妙で重要な問題であると思います。表情やしぐさなどの問題をもう少し検討していかなければ、いわゆるデータ・ベースに乗るような事柄をただ抽出していても、限界があるのではないのでしょうか。その意味で、三宅先生もEmde先生も、”Enjoy your baby”とおっしゃったのではないのでしょうか。

最近、D.W. Winnicottの「赤ん坊と母親 (Babies and their mothers)」という講演集の翻訳が出ましたが、その中で何度も強調されていることは、「研究者のいつていることをお母さんは絶対信用してはいけない」ということです。このようなことをいった後にお話ししても矛盾に満ちていると思われるかもしれませんが、研究者はある種の限界を持ってお母さん達にいろいろな情報を提供していかなければいけないし、お母さん達が自信をもって育児をしていける、またお父さんも関与していけるような状況をいかに作っていくのが、これからの大きな課題ではないかと思ひます。

田中：

どうもありがとうございます。私の知人にも北海道の空気はおいしくて口が良く回るといふ人がいますが、両先生にも十分に語って頂けたと思ひます。この口の滑った部分がうまく翻訳されたかどうか分かりませんが、少しエムディ先生に今の話を受けてコメントやお話を頂きたいと思ひます。エムディ先生、お願いいたします。

エムディ：

三宅先生と山崎先生がおっしゃったことと、私の立場が同じであることを嬉しくかつ光栄に思ひます。その流れにそつて、私はコミュニケーションの重要性と最近の親たちとのコミュニケーションのありかたについて焦点をあててお話ししたいと思ひます。また、このパネルは臨床と研究を代表するものなので、ここでの内容が、親と乳児の生活を援助し改善する方向にあるべきであるという両先生に賛同いたします。

三宅先生は、研究者達が使う多くの異なつた言語があり、それらはしばしば親たちによって誤解されているとおっしゃいましたが、全くその通りだと思ひます。研究の仕事は、特定の理論に基づいて知識を構築することです。母親と父親は、特定の状況、特定の家族の中で特定の乳児を育てており、非常に異なつた役目を果たしています。私共が研究でご両親とそのお子さんに協力を求めるとき、私たちは、ご両親にお子さんの個性に興味をもつていること、そしてご両親はそのお子さんについて世界のエキスパートであること、過去現在を通じて他の子どもたちとは全く異なつた存在であることを説明します。私たちはそう信じていますし、親たちもそのことを知っています。そして親たちは、私たちと個々のお子さんについて観察をしたり学んだりする共同研究者になります。これは日本の文化では、これからは行われるかもしれませんが、あまり行われていない方法だと思ひます。臨床医として申し上げますが、研究者というのは、個々について、それが個々の子どもであっても、個々の家族であっても、個々の状況についてでも、研究したり興味をもつことはあまりありません。そういうことに関して研究者というのは誠にお粗末で、臨床医たちはそのことをよく知っています。なぜなら問題のある家族を毎日援助している臨床医は特定の個別的な問題に関わつており、それについての知識をもつと必要としているからです。

私は、三宅先生と山崎先生のお二人が現在親

にとってこれまで以上に問題となっている点について指摘されたと思います。経済的、技術革新の程度、文化的変化などの様々な理由から、親たちは親としての自信をなくし、何をすべきか心配し懸念しています。親たちは、かつてないほど伝統や祖父母との結び付きが弱くなっています。お二人の話題提供者は、研究者や臨床医としての私たちの言葉や知恵や文献は親に誤解されがちで、親たちの信念よりむしろガイドとして用いられがちであり、さらには親たちがごく自然にもっている親としての自信を妨害する傾向にあるという事実を指摘されました。その問題にさらに加えて、親たちの自動的にスムーズに行われている上手な手順は、先程ご説明した手順的知識であるということを目指したいと思います。家族の中で共有され支えられている手順的知識で、そのような自動的な機能は現在研究中でわかってきたある特徴を持っています。そのひとつは、もしそのような手順を指摘すると、それを妨害してしまったりぎこちなくしてしまうような手順です。例えば赤ん坊の抱き方とか、あやしたり赤ちゃんに話しかけたりするやり方や、その他の似たような手順がたくさんあります。その特徴は、もしそのようなやり方を指摘して、それについて熟慮するように言うと、その手順を妨害してしまうことにあります。臨床医として私たちは、親たち、特にサポートのない若い親たち、例えば未熟児をかかえた10代の親たちを援助するためにこれらの手順を研究しています。軌道からはずれてしまっているのを、どうしたら軌道にもどすことができるかということで研究しています。

ところで、私たちはそのような場合、10代の母親と未熟児とのビデオを撮り、それをその母親に見せて、良いインタラクションや、赤ちゃんが動きで反応したりお母さんにほほ笑みかけたりするシーンが出てくるまで待ちます。そして私たちはそれを指摘します。なぜなら、とりわけ私たちは彼女の自信や自己信頼、自尊心をとりもどすのを援助したいからで、どこが問題

かを指摘したい訳ではないからです。このことは、山崎先生が外部のエキスパートの知恵を受ける傾向として指摘されたことと大きな意味で関係していると思います。そのことについて私は山崎先生が批判的であると受け取ったのですが、それは、決して日本の文化に限ったことではなく、私たちは外部のエキスパートからの知恵を受けたいという傾向があります。そして、お二人とも、日本の文化の中で研究することの重要性について、文化といっても1つではなく多くの変りつつある異なる文化がその中にありますが、また、親たちの自信を増したり、援助したり、親たちがもっと心情的に赤ちゃんをエンジョイするのを支えるひとつの方法として非言語的な相互交渉を研究する重要性について話されたと思います。アメリカの文化の中で多様なことが起こっているように日本の文化の内部でも様々でしょう。

私の発言をもう一度臨床医として話すことで終えたいと思います。そうすれば、山崎先生に私が臨床医であることを信じていただけたと思いますので。それは、私たちが臨床医として使ういくつかの特定の用語は誤解されうるということです。第1番目は、「乳幼児精神医学」という用語です。わたしは国際学会がそれを「乳幼児のメンタルヘルス」というように改めたことを嬉しく思っています。なぜなら、乳幼児精神医学は多くの分野から成り立っていて、認定された病気だけではなく、事実、病気の予防の分野についても含んでいるからです。

山崎先生は、臨床医が使っている用語の知識が、それが診断的用語でさえ、他の人に分かれたれど、意図せぬ影響がありうることを注意深く指摘されました。その流れにそって、誤解されやすい「自閉症」の2つの特徴について述べたいとおもいます。これらは臨床医には誤解されないのですが、ここにいらっしゃる精神科医ではない親御さんたちには誤解されやすいことなので、指摘したいと思います。最初は、病気としての自閉症は、社会性の欠如のサインや初

期のコミュニケーションに問題が非常に一般的に見られるのに対してごく稀な病気だということです。もし誕生から3歳、4歳、自閉症を病気として診断する5歳までをグラフに描くと、自閉症はこの程度ですが、社会的インタラクションの兆候は大変ありふれたもので、この百倍以上になるでしょう。それに対して自閉症という病気は、このような兆候を持っている子どものごく小さな割合にしかすぎません。山崎先生の研究は、この大きなグループのどの部分が主な問題を代表しているかという手掛かりをつかむためにビデオをサーチライトとして使って振り返って見るというもので、大変に重要です。しかし、それは社会的インタラクションの問題のうちでは、非常に小さな割合を占めるもので、そのことを誤解してはならないと思います。

自閉症のもうひとつの特徴についてですが、最近になって、私たちが現在自閉症と呼んでいる病気の中に、非常に多くの異種があり、これからは自閉症候群と呼ぶようになるだろうということがわかってきました。自閉症には多くの異なる原因が混じっていることがわかってきて、ここ数年のうちに明らかになると思います。これはひとつの病気ではなく、脳障害や、遺伝的影響とともに、おそらくは感染を含む環境の影響などの多くの原因による合併した特徴をもった多くの病気です。

最後に再び、三宅先生と山崎先生の、とりわけ私たちは現在の親たちに、積極的な態度、信念、自信、子どもへの愛情を支える方法を見いだす必要があるというご意見に賛同したいと思います。結局、私たちは以前にまして困難な状況、より複雑な生活環境の中にいるのです。そして私たちの子どもや孫はそのような注目を受ける資格があると思います。重ねて私へのご歓待と、ご静聴を感謝するとともに、特に通訳の労をとっていただいたお二人に心から感謝致します。

田中： 今の三先生のお話で、お母さんをどの様に支えていこうかというあたりに次第に収束してきたと思うのですが、内容的には本当に色々な話が含まれていました。今、三宅先生と山崎先生にお伺いしましたら、ここでディスカッションをするよりも、フロアの中に質問がたくさんわき起こっている方がいらっしゃるに違いないと思うので、是非質問をして頂いて、そこから話を発展させてはどうかということでしたので、いかがでしょうか。

そちらの先生、お願い致します。

南部：

私は三宅先生よりも少し年下ですが、D世代でございます。幸いなことに30年間未熟児を含めて新生児を見てきました。約3万人の赤ちゃんとお母さんに接してきました。今のエムディ先生のお話しをお聞きして、今日は安心して帰れるのですが、全くその通りの結論で良かったと思います。ありがとうございます。

そこで、お三人の先生方それぞれにお聞きしたいことがございます。三宅先生は大変乱暴な言い方でお話しをされましたが、実は大変優しい方で、お母さん達の前では決してあの様なことは言いません。今日は研究者としての三宅先生のお話を聞いておりました。研究者ではない私は、学会などで色々な人の話を聞いて、それを子ども達の中に応用していこうということで一生懸命やって参りました。三宅先生とは普段一緒に仕事をすることもありますので、この程度にしておきます。

エムディ先生と山崎先生の話しは、VTRで大変楽しませて頂きました。この二つのVTRで感じたことをまずお話し致します。アメリカの方のファミリーはお父さんとお母さんが輪になり、その中で子どもと遊んでいるということで、一枚の写真の中に皆が居ました。ここに大変象徴的なものを感じました。ところが山崎先生のVTRには、お母さんもお父さんも両方いない、いるとすれば後ろにいたということで、かなり

日本的で大人中心のセット・アップした中でVTRが撮られているという印象を持ちました。私も登校拒否の子どもを見る立場にいて、VTRのことは大変気にしておりました。あのお子さん達の親は、随分たくさんVTRを撮っているのです。たくさん日記も書いておられます。実際にしつこいくらい、書いてあります。「持ってこい」と言って持ってきてもらおうと、見るのが嫌になります。そういう意味では子どもと一緒につき合っていないのではないかといつも思いました。そこには母子相互作用も何もないと言うか、要するに言葉が流れているだけで相互作用をしていないということが分かったのです。それがあのアメリカのファミリーの中で自然に展開されているということに非常に印象的な思いを持ったわけです。

そこでエムディ先生にお伺いしたいのですが、先生は6～24カ月のあたりで色々なお話しを展開してくれました。私は今1～4カ月の子に興味があります。その子ども達を見ていると、生まれたばかりの赤ちゃんでも私が抱くと顔を背けます。お母さんが抱くとニコッと笑います。泣いている赤ちゃんは私が抱くともっと泣きます。しかしお母さんが抱くと泣き止みます。もちろん声を掛けています。その辺のお仕事をやっていないわけではないと思うので、どうぞ私の参考になるようなことを教えてほしいと言うことです。

それから山崎先生のVTRの中では、おそらくお母さんが抱っこしている姿はノーマルなプロポジションであるとおっしゃっておられましたけれども、私はやはり手をつないで目を見てお話しをするのが原則であるとも思っております。そして子どもが歩けるようになるまでは両手をつないで遊ぶしかないんじゃないか、それが生活の中でどの様に展開されるかは一人一人のお母さん方や、その背景にいる人達がどの様な人達なのかで、そこに背景因子が絡んできて、できるかどうかが決まるのではないか。その結果として、いわゆるマイナー・サインもし

くはソフト・サインと言われるものから我々がつかめるのではないか。そういうものが仮りにソフト・サインであっても、その人には何かあるのではないかという関わりがこれから小児科の医者達にも随分必要ではないかと思えます。これは私のクリニシャンとしての立場からの話しにすぎませんが、どうぞその辺のことでお二人の先生にお話しをうかがいたいと思います。どうぞ宜しくお願い致します。

田中：

ありがとうございました。それではまず、エムディ先生からお願い致します。

エムディ：

小児科医として、特に赤ちゃんに興味をもっていらっしゃる先生の、大変に興味深いご発言をお聞きしながら最初に思いましたことは、先生もよくご存じのブラゼルトン新生児評価テストが、アメリカでは単なる評価テスト以上にプラスの介入として用いられてきたという事実です。これについて、ブラゼルトンテストを母親の前ですると、特に赤ちゃんが未熟児で母親が家族から孤立しているようなハイリスクの状況のときに、後の赤ちゃんとのインタラクションに良い影響を及ぼすことを明らかにした多くの研究があります。私の経験では、新生児に対するブラゼルトンテストは、実際に、赤ちゃんの状態（ステイト）や赤ちゃんがいつ反応的で、目をそらさないか、いつ目をそらすかを知ろうとするものであると思います。そのお母さんがあなたに赤ちゃんを手渡すとき、暗黙のうちに、赤ちゃんがお母さんに対するより反応が少なくなるようなやり方で預けているのではないのでしょうか。ご助言申し上げるのは僭越ですが、私ならそのお母さんに、どうやったらお子さんが私になつくかきいてみるでしょう。そうすることは、その赤ちゃんとお母さんにとって有効な手段だと思えますし、お母さんに対して尊敬の念を示すことにもなります。これが私の考えです。そのことは赤ちゃんをテストするだけではなく、母子関係にも役立つものと思います。

山崎：

まず第1に、私とEmde先生がお見せしたビデオの違いについてお答え致します。Emde先生のビデオを記録した場面は、家庭の中に実験場面を作って撮ったもので、ある意味での実験室的設定です。一方、私が今日お見せ致しましたビデオは、日常の家庭生活の中で家族が子どもの様子を撮ったもので、Emde先生のビデオとは質的に全く状況が違うということをご理解頂きたいのです。両親のどちらか、多くは父親が撮っていますので、親子3人の相互作用場面は撮れないのです。発表の中でもお話し致しましたように、ホーム・ビデオによる研究には当然のごとく限界があります。また、ビデオの中に家族が出てこないというご指摘ですが、先ほども申し上げましたように、プライバシーの問題がありますので、私達が研究室で検討する時には全部の記録を見ますが、このような発表の場では、プライバシーを侵害するような映像は全て除外してあります。そういう意味で誤解を招いたのかもしれませんが。繰り返しになりますが、現在の状況では、どうしてもお父さんかお母さんのいずれかが写しているのです。おそらくおじいちゃんやおばあちゃんはビデオ・カメラを操作できないのでしょうか。ですから、今から10～20年後には、おじいちゃんやおばあちゃんがカメラを操作して、赤ちゃん、お母さん、お父さんのやりとりを撮す非常に良い場面を得ることができるかもしれません。

第2に、私達の臨床場面でも観察されることですが、お母さんに抱かれているとものすごく泣いていて、私達が抱くとピタッと泣き止む例が稀にあります。これはお母さんになんらかの問題のある例で、ある意味でお母さんに対する濃厚な治療的かわりをしていかなければならないだろうと思います。ですから先生がおっしゃったように、先生が抱くと泣くけれども、お母さんが抱くと泣き止むという子どもはごく普通の状態だと思えます。そのような状況を作っている要因には、いろいろな研究者が報告して

いますが、ケミカル・コミュニケーション（化学的伝達）であるとか、体温や匂いなど、通常の間人関係では私達が見過ごしていることがらで、非言語的コミュニケーションが非常に重要な意味を持っているのではないかと思います。

南部：

例えば手を握らない、コミュニケーションの悪い親子の場合、やはり私が抱くととても喜びます。その時に、お母さんは不思議な顔をするわけです。それから一方で大事だと思うのは、私に抱かれた時にじっと緊張した目で私を見る子どもがいます。それは大変な緊張状態に置かれているわけで、むしろカテーコール・アミンもどんどん出し始めている状態です。そしてその段階を少し越えるとワッと泣き始めるということはよく見かけます。しかし親にちゃんと抱かれていない子どもというのは、ぼくが抱くと本当にニコニコして寄り添ってくるような感じがあります。そういう子どもの場合にどの様にお母さんをサポートしたらよいのかという問題も、生後1カ月の段階で感じますので、非常に早い時期からこれらの事柄がどの様な意味を持っていたのかということ先生方と一緒に考えてみたいと思っています。

山崎：

私は、そのような赤ちゃんが思春期になった時にどうなるか、非常に心配です。ボーダーライン・チャイルドのような例になる可能性を十分に含んでいますので、できればそういう段階で小児科の先生方が、もう少し母子関係に治療的な介入をしてあげられるようになって頂きたいと思えます。この問題は非常に重要ですが、症例の詳細をお聞きした上で、きちんと議論をしなければ誤解を生じますので、またいずれ何かの機会にディスカッションさせて頂ければ幸いです。

田中：

もう時間がなくなりましたが、あとお一人、ご質問を頂きたいと思えますが、どなたかございませんでしょうか。

お願いします。

藤田：

トクイや致しました小児科医です。年齢は南部先生よりも三宅先生に近いのですが、三宅先生にお聞きします。先生はアンケートで一つのお答えを出されました。ですがぼくが見たところ、先生のアンケートのテーマが多少そぐわないのではないかという印象を受けました。私も先生と同じように若い女の学生さんを教えておりますので、例えば子育てについての方法論と致しまして、「日常もっとコントロールして制限した方がよい」、または「もっと自由に」という選択肢でしたが、今エムディ先生がおっしゃいましたように、“enjoy your baby”という立場に立ちますと、方法論というのは余り問題にはならないのではないのでしょうか。先生は非常にユーモラスに「私も失敗いたしました」とおっしゃいましたが、“enjoy your baby”という立場に立ちますと、子育ての場合、結果ではなくて経過が一番大事になると思います。そういったしますと、成功したとか失敗したということは余り問題にならないと思います。例えば小児科医が育児書をたくさん書いておりますが、その大部分は健康を基礎にしております。ところが近頃時代が変わりまして、ノーマライゼーションのことが頻繁に言われました。そうすると子どもが病気を抱いていようが不健康であろうが、間もなく命を落とすかもしれない、例えばエイズの赤ちゃんを養子として抱きしめるとか、その様な状況の中では、健康を基本にするという考え方は過去のものになったような気がいたします。

それから父親の育児に対する協力についてですが、北海道では某地方有力新聞が非常にこのことを強調しておりまして「協力の時代ではなくて、挑戦の時代だ」と言われています。例えば学校の先生などに多いようですが、生まれてすぐ母親さんが育児体験を取ってしまうので、お母さんが仕事に出るわけです。小児科の現場で一番気になるのは、母乳をとらない、るの

かということです。大部分の方は人工栄養に切り替えているようです。これはちっとも子どもにとってプラスになりません。

それから最後の育児が生き甲斐であるかどうかですが、僕は仕事と育児を同列に並べるのはおかしいのではないかと思います。具体的に言いますと、人間はホモサピエンスの一族でありまして、生物である限りは、神様が与えてくれた種族維持と個体維持の二つの願望があります。それで、人間のなかでも特に日本人は個体維持に大変強くウエイトを置いて、種族維持を非常に軽く考えています。主婦の中でも、特に専業主婦の社会的な価値や働きの評価は非常に低い。この種族維持と個体維持の両面を僕たちがホモサピエンスである限り同列に考えて、仕事と育児を同じ位相のものと考えべきではない。例えば仕事はやめようと思えばいつでもやめることができますが、個体維持と種族維持は途中でやめることができない。個体維持をやめようすれば自殺するしかないし、種族維持すなわち子育ても途中でやめることができない。ですから生き甲斐をはじめとした先生の設問は、何か時代にそぐわないのではないかという気がいたします。

三宅：

先生はまさに私と同じ世代ですから、おっしゃりたいことをおっしゃったと思いますが、私も同感で、「それが大事だ、母親よ、家庭に帰れ」と言いたくて、ここまで出かかっているのですが、そこまで言うとひんしゆくを買うので言わなかったということはおざいます。

それから、方法論的には先生は誤解していらっしゃると思います。もしもダイレクトな質問紙であれば全くおっしゃる通りで良くないと思います。つまりお母さん方に「あなたは育児を取るか、仕事を取るか」と私が聞いたのであれば、それは止しくないと思います。ですからあえてあの様な方法を使ったと私は申し上げたわけです。あれはただ、お話しを聞いたわけで、聞いた後で頭の中に残ったものは何かを聞いているわけ

です。つまりその人の持っている色々な感情や、あるいは一つの知的なスキーマというようにものに触れるものと触れないものでは絶対に記憶が違うということが、色々な研究結果として出ているわけです。ですから、あえてあの様な方法をとったわけで、私が「どっちが正しいと思いますか」と聞いたのではない。三つのエッセイともに「どっちが正しいか」とか「あなたはどちらを取りますか」と聞いたわけではない。例えば我々はいつも新聞を読んでいても雑誌を読んでいても、それから先生の話聞いていても、その時に何か記憶に残るわけです。それは大抵、自分の琴線に触れるもの、自分に合うものは残るのであって、そうでないものはどんどん捨てて忘れてしまうわけです。それでこの様な方法をとったということですから、先生からご批判を頂く点はあるかと思いますが、あえて直接質問をしなかった、あるいは質問紙を使わなかったという点をご理解頂きたいと思いません。

田中：

どうもありがとうございました。ここに座って会場を眺めますと、研究者としても実践家としても本当に立派な方々が大変たくさんお集まりで、きっと話題にしたいことをたくさんお持ちかと思いますが、この会場の都合や次の懇親会の都合で、どうしてもこの時間に切り上げなければなりません。誠に申し訳ありませんが、これをもって今日のパネル・ディスカッションを閉じさせていただきます。

どうもご協力ありがとうございました。

関：

エムディ先生、三宅先生、それから山崎先生、本当にありがとうございました。

それからコーディネーターの田中先生、ありがとうございました。先ほどエムディ先生が通訳の方に謝辞を述べられたのですが、山田さんはそれを訳しませんでした。今日のこの会が非常にスムーズに進んだのは、通訳の労をかけて出てくれた山田恵さんと教育学部助教授の陳先

〈追記〉

エムディ・三宅・山崎の3教授は、1994年4月に東京で開催された世界乳幼児精神保健学会に参加された後札幌までおいでいただき、講演ならびにパネルディスカッションをしていただきました。「世界大会のミニチュア版を札幌で」という会員の願いに快くお応えいただいた先生方に感謝いたします。

本論文は、当日の講演・発表原稿を編集させていただいたものですが、エムディ先生の英語の翻訳は本会理事でエムディの共同研究者である関道子先生にお願い致しました。

講演会が終ってから、「参加費1,000円は安すぎた」と後悔しています。

(研究会々長)

編集後記

私たちの乳幼児療育研究がついに7号を発刊することができました。当初は、この研究会がいつまで続くか不安があるという声が周囲から聞かれました。ところが、今振り返って考えると不思議なことに、私は事務局の仕事を手伝いながら、一度もこのような不安を感じたことがありませんでした。昭和63年以降の北海道の療育の流れを見て、この研究会の発展はあっても衰退はありえないと見ていたように思うのです。

皆さんもご存知のように北海道は知事公約で平成元年度より「早期療育システム推進事業」を推進して、療育の分野が急速に様変わりしてきました。各地に母子通園センターが次々と開設されました。地域療育推進協議会も設置されました。第2次の地域療育センターも活動を開始しました。中核的施設の移動療育センター事業も進められています。これらの一連の流れとこの乳幼児療育研究会はしっかり連動してきたと考えられます。

道の「推進事業」は到達目標へ一定の見通しが見えてきました。道内67療育圏の内、61療育圏に母子通園センターが設置されました。残りもほぼ見通しが立ってきました。中には市町村単独でも母子通園センター事業を始めている所も出てきています。これらの職員は兼務も含めて371人で、扱っている子どもの数は1,832人になっています。

事態は進展しているときは活気があるのは自然です。目標に到達した後こそ真価が問われるはずですが、道内にも多数の研究団体がありますが、大半がかつての勢いを失っていると言われていています。今後、この研究会がどのように進むかは極めて重要であると判断しています。

この研究会はこれらの母子通園センターに関わる人たちを大切にしなければならぬのは勿論であるとしても、これ以外の職種の人たちと

手をつないでいくことが極めて重要です。療育の仕事が直接指導に関わっている人間だけで成り立っているわけではありません。この研究会会員の職種が多様であることがこの事実を如実に示しています。

発達や教育の研究はセガンを初めとしてワロンやゲゼル等で明らかのように、障害児に対する取り組みを抜きにしては語れません。いわば、発達論は発達と障害との相互連関で発展してきました。ですから、障害児を相手にすることは健常児を見る目を確かなものにするにつながるはずです。

更に、この研究会は当事者である子どもや家庭のみならず、社会福祉制度、地域の結びつき、言い替えれば、地域療育活動全体を対象としてきています。障害児を軸としてその周囲も含めて総合的な認識を求めてきています。これは参加者にとって自分の地域での広い意味での実践に役立っているはずですが、こういう意味では制度を前進させる運動でもあると見る事ができます。

この研究会は、学としての認識のレベルでは素朴な水準にあることもあるでしょう。しかし、近年、学問研究は論文として体裁を整えることに性急すぎ、そのために認識の総合性・現実性を放棄したきらいがあったのではないのでしょうか。この研究会に参加する人たちは大半が現場人です。故に、療育現場全体を理解し、前進させることがこの研究会の原点であることを改めて確認しておくことが必要でしょう。

その上で、教育との関係を強めることが求められ、早期療育と学校教育をテーマとしたシンポジウムを行いました。次大会で特に教育分野からその続きを求められ、同じテーマでシンポジウムが予定されています。更に議論が深まることを期待したいところです。この種のテーマでは往々にして「連携」がキーワードになります。しかし、以前からこのことばの概念が不明確であり、使用法に疑問を持っていました。

8回大会のシンポジウムで少しでも意味が明確

になることを望みたい。

本誌に新しい事務局体制を載せていますが、昨年の総会以来この新体制で活動しています。まだ、ぎこちなさがありますが、まずまずの滑り出しではないかと思っています。これからは各部ごとに動く面が多くなりますから、研究会全体の一貫性や統一性を各部の一人一人が認識していくことも課題でないかと考えたりしています。

事務局体制（新）

事務局

事務局長 扇子幸一
事務局次長 三浦 哲
事務局次長 塚本典子

総務部

総務部長 加藤典敬
〃 次長 辰田 収
〃 次長 関 道子
部 員 市野孝雄 佐々木浩治
前田裕文 山田真己
吉田耕一郎

研修部

研修部長 村上勝彦
研修次長 佐藤満雄
部 員 水七八行 中西由希子
古川力也 南 孝輔 藤原敦美
武井英子 伊藤克実 浜 栄子
金沢俊之 丸子義明

編集部

編集部長 阿部哲美
編集次長 鈴木真知子
部 員 古塚 孝 氏家 武
三島与志正 奥田 龍人

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、事務局を札幌大谷短期大学保育科研究室におく。

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、会長が必要と認めるときおよび会員の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7号

平成6年11月12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

065 札幌市東区北15条東9丁目

札幌大谷短期大学保育科扇子研究室

Tel (011) 742-1651 Fax (011) 741-3853
