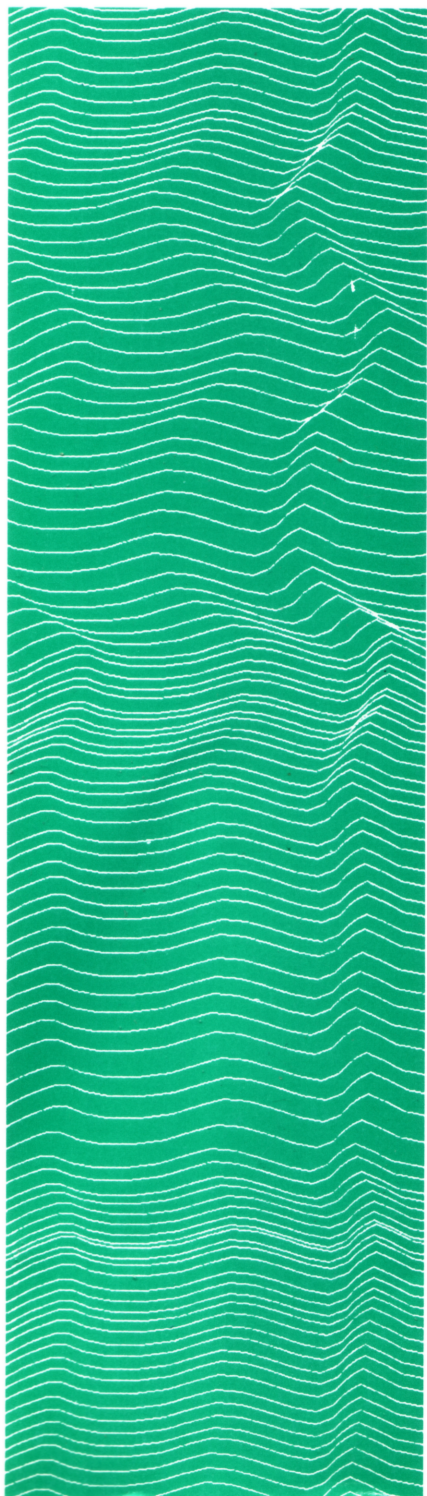


# 乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



## 第9回研究大会集録

- 特別講演 子どもを守るための保健  
医療と福祉の輪
- 講座 I ハイリスク新生児とグ  
ーゾーン
- 第1分科会 一般演題
- 第2分科会 地域活動
- 第3分科会 保育
- シンポジウム 乳幼児健診と早期療育
- 編集後記

1996年・第9号

# 乳幼児療育研究会第9号 目 次

## 特 集 第9回研究大会集録

### 〈特別講演〉

- 子どもを守るための保健医療と福祉の輪……………笠原吉孝 1

### 〈講座 I〉

- ハイリスク新生児とグレーゾーン……………本谷尚 9

### 〈分科会〉

#### 第1分科会———一般演題

- ① 予測された障害児における出生前診断の意義  
……………高橋義男・田辺千絵 25
- ② 発達に障害のある子どもたちに合併する睡眠障害とその対応  
……伊藤淳一・吉田達之・荒木章子・田中肇・田崎卓見・長和彦 30
- ③ 就学期を迎えた障害幼児の発達診断……………中村孝 34
- ④ 外来診療部門アンケート調査結果～前回との比較をとおして～  
……………堀江律子・井上和広・水上八行・鈴木真知子・奥田龍人  
横井裕一郎・福士善信・藤田美津子・片岡道彦・那須野集平 38
- ⑤ 北海道の早期療育システムにおける移動療育センター事業についての  
一考察～5年間を経過して～  
……………奥田龍人・中西芳之 44
- ⑥ 座長まとめ……………佐々木公男・鶴田剛 56

#### 第2分科会———地域活動

- ① 肢体不自由児訓練室の現状と課題  
……………伏見たまき 59
- ② 通園センターにおける作業療法士の現状と課題  
……………谷藤弘知 66
- ③ 一福祉行政におけるOTの活動  
……………三宮正美 72
- ④ 指定討論 (1) 通園センターにおけるOTの役割～OTの立場から～  
……………佐藤剛 75  
指定討論 (2) 通園センターにおけるOTの役割～医師の立場から～  
……………大場公孝 78
- ⑤ 座長まとめ……………近間雅一・村田修 79

## 第3分科会——保育

- |   |                           |       |    |
|---|---------------------------|-------|----|
| 1 | Rちゃんとの関わりを通して<br>.....    | 沢崎千尋  | 85 |
| 2 | 統合保育のシステムからはずれても<br>..... | 荒木純子  | 90 |
| 3 | 実践報告 .....                | 武宮千登勢 | 94 |
| 4 | 座長まとめ .....               | 伊藤克実  | 97 |
- 

### <シンポジウム>

#### テーマ：乳幼児健診と早期療育

- |   |   |           |     |
|---|---|-----------|-----|
| 1 | 障害児保育の立場 .....                          | 北村秀美      | 99  |
| 2 | 保健医療の立場から .....                         | 田中信子      | 104 |
| 3 | 通園施設の立場から<br>親の願い—地域で支え合う療育とは—<br>..... | 守屋陽子      | 106 |
| 4 | 札幌市における早期療育の現状と課題 .....                 | 辰田収       | 113 |
| 5 | 座長まとめ .....                             | 村上勝彦・武井英子 | 116 |
|   | 編集後記 .....                              |           | 118 |
|   | 北海道療育研究会会則 .....                        |           | 119 |

## 特別講演

# 子どもを守るための保健医療と福祉の輪

講師：笠原吉孝（元滋賀県立小児保健医療センター所長）

座長：阿部哲美（千歳市役所）

## はじめに

北海道乳幼児療育研究会のことは、厚生省研究班で伊藤則博先生からいろいろと資料を戴いて知っておりました。私の話が皆様方の主旨に合うのかどうか、そして何かの役に立つのかどうか分かりませんが、私は北海道が好きなので、「北海道に来ませんか」と言われて「はい、はい」とすぐにお返事をした次第です。

北海道を訪れたのはこれで3回目ですが、「北海道に行けるぞ」と喜んだのと同時に、「困ったなあ」と思ったのが実状です。皆様方に何をプレゼンテーションしたらよいのかをずっと考えて、結局私がしてきたことや考えてきたこととお話しすることにいたしました。

## 30年前の滋賀県

私は昭和42年に大学を卒業し、自分たちを「花の42青医連」と呼んでおりました。当時、博士号は「足の裏の飯」と言われていて、「取らないと気持ちが悪いけれども、取っても飯の種にはならない、それは教授体制を支えるだけだ。今の医療はこれでよいのか」等々を仲間たちで言っていました。今や「青」ではなく「老」になってしまいました。その後、日本で自分の道を開拓するために、ヨーロッパに行きました。整形外科を習いに行ったのですが、子どもの整形外科でしたので

で、帰る所もないし、いまさら教授に頼むわけにもいかないので、田舎にでも帰ろうと思っていたところ、教授から手がさしのべられました。「大学には帰りたくない。子どもの整形外科をやりたい。できれば九州の小倉に行きたい」と申しました。ちょうどその時、滋賀県で小児医療の充実、つまり子どもたちを自宅に帰そうという動きがありました。当時は、医療が不要な子どもたちは養護学校の寄宿舎に入ったり、びわこ学園（重度心身障害児施設）に入所している状況でした。また、肢体不自由児施設の子どもたちは施設以外の機関に移ったり、軽度児の療育の流れも変化してきました。ですから、積極的に保健に取り組む小児保健医療センターと、療育・福祉を担当する心身障害児総合療育センターができました。

障害児にはいろいろな機能を持つ機関が必要ですが、それをどう効率的に作っていくのかを考えるのが私たちの役目だったと思います。例えば、医療ではハイリスクの子どもたちが緊急事態を免れた場合、いろいろなカバーをしていかなければならないのが現実の姿ですから、トータルにどう対応するかが私に与えられた今後の課題だと考えております。

医師や看護婦、両親がいる中で、遊びのような感じで、一般の人には仕事をしているのか遊んでいるのか分からないように見えるかもしれませんが、いろいろな取り組みをしては特別講演致します。

15年前に私は県立滋賀整肢園におりました。滋

## 2 特別講演

賀整肢園は肢体不自由児の入所施設で、当時は組合運動が盛んで、子どもたちが50名程いましたが、医師不在の混乱の時期でした。私は子どもたちに戻ってきてもらいたいと思っていました。そこで、建物だけでなく医療面を立派にして、その上で本当に子どもたちを施設に入所させるべきかどうかを考えようと思いました。初めて福祉のことを考え始めた時期でした。その時に私が感じたのは、他の入所施設のことは存じませんが、「この子どもたち、何かおかしいなあ」ということでした。目が本当に子どもたちの目だろうか、どうも何かが違う、ギラギラしていない、獲物を追いかけていない感じがしました。原因は長期入所にあると思いつきました。「子どもたちにとって、長期入所だけが本当に彼らの人生なのだろうか、絶対に施設の外では生きられないのだろうか」。

そんな単純な動機で、「よし、一人一人見てみよう。どういう条件が揃えば家に帰れるのか」と考えたわけです。3年かかって50名の子どもが施設を出ました。「施設に入所して通学する以外に、通学するための方法はないだろうか、もっと生き生きできないだろうか」と考えたことで、そのような結果が出せたのではないかと考えています。

### 早期療育システム

そのうちに、「障害の正常化・軽減・社会自立」が療育のメインテーマの時代になりました。私たちもそれに手を貸さなければならないと思います、施設も小児整形外科センターに改称し、さらに新しく小児保健医療センターを作りました。陸橋を作り、医療センターと福祉施設をつないで、機能を強化・拡大させました。ところが、名前を変えた上に、多くのスタッフがいて、彼らをどう使い分けたらパワーを出せるのかが非常に重要な課題になりました。

滋賀の母子保健についてよく話題になりますが、県全体を7つの福祉圏に分けております。滋賀県立センターは湖南福祉圏にあり、50の市町村

があります。私たちの地域を担当するのは大津・湖南・草津保健所で、そこでの健診は、新生児健診と3・4カ月健診、10カ月健診、1歳6カ月健診、そして、3歳6カ月健診を行っています。人口は約127万人で、乳幼児健診の受診率は96%と、かなり高い数字が示されております。その中から要医療や要精検がでてきます。数字上では非常によくやっていますが、内容的にも検討しなければならぬと思います。

健診で最も大事なことは、レッテルを貼るだけではなく、その後をきちんとフォローしていくことです。

保健所で私が「問題じゃないかな」と感じたことがあります。保健所長に電話で「前に健診を担当していたドクターがやめたので、健診に来てほしい」と依頼されました。私はすぐ、「これで本当にいいのか」と思いました。私には自分の仕事もあり、1カ所や2カ所は引き受けても自ずと限界があるのです。それが「あっちに行ってるからこっちにも来てもらえないか」と依頼されると、やっていけません。組織として子どもたちを守るためには、ドクターがやめるたびに保健所が次の人を捜さなければならないシステムはおかしい。二次健診にきちんと対応できる体制作りが大切なのだと思ひまして、この小児保健医療センターという保健部門を作りました。そして、「これからは母子保健にきちんと取り組んでいこう」と、もちろんそのエリアの先生方やいろいろな方々に参加してもらって、お互いにカバーし合いながら健診の制度を作ったわけです。

たまたま今回、母子保健が市町村に降りるとの話ですが、そうなれば「どういう形で健診のレベルを守るのか」が非常に重要な問題になると思います。保健所の保健婦さんの役割は今までと同じでよいのか、どのような役割を担う必要があるのか、例えば、私たちの機関で技術的な面を研修していただいて、母子保健は市町村が直接担当するのが望ましいのか等々。その意味で、保健指導の保健部門というのは非常に大きな役割を持っているのだと思います。

ところで、私が子ども病院を始める時には、全国に子ども病院が18カ所あり、そのうちの何カ所かを視察し、子どもたちにどんなお城を作ろうかと考えました。堂々としたほうがよいか、それとも来やすく、何となく足を踏み入れてしまうような建物がよいか。結局私は足を踏み入れやすいほうを選びました。そのおかげで大変なことが起こりました。建物の外側だけで、中に入った途端に殺風景では困ります。そこで、スタッフは玄関の楽しいインテリア作りに取り組んでいます。ドアをパッと開くと「これは何だ?」と思われるのですが、実は動く折り紙があるのです。スタッフはお昼ご飯を食べ終わると、せっせと折り紙をおっています。子どもたちが持って帰ってもいいし、とにかく建物に入った途端に病気のことを忘れてしまうくらいにしたいと思っているわけです。ところが、うちのスタッフだけでは追いつかず、老人ホームの方に頼んで、そこでも「今月はどんな折り紙にしようか」と、大変ご苦労をなさっているようです。私は「そのへんのことを余り理解していない」といつも怒られています。

それから、玄関の折り紙だけではなく、病院の中にもたくさんの遊び道具がありまして、これも皆さんが持って行くので補充が大変です。ですから、付近の人が手伝いに来てくれたりしています。

実は、病院には必ず待ち時間があります。私は子どもたちが待ち時間をどのように待つかとても興味がありました。子ども病院の場合は「遊び待ち」が一番良いと思い、廊下を広くして、三輪車を置いたり、誰が病気の子もか分からないような、まるで健康な子どもが来ているような感じにしています。もちろん、一緒に健康な子どもが来て来る場合も多いので、「本当に病院?」と言われることもあります。

先ほども言いましたように、以前ですと、小学生や中学生はおそらく肢体不自由児の施設に入っていたと思います。私が整肢園を継いでいたら、そのまま整肢園生になっていたことでしょう。しかし、現在ではお母さんが子どもを在宅で育て、

それなりに楽しくやっているといます。

私たちは一つのシンボルとしてスタインウェイのピアノを使っています。この前も第50回オフィシャル・コンサート演奏会というのがあって、中道いくよさんが来てくれました。それから子どものコンクールもあります。

夏になると近所の人たちもいろいろな場面で参加してくれますから、子どもたちも病院を恐らなくなります。それから、もう一つ重要なことはボランティアの手が豊富にあるということです。

あまりいろいろな所から来ていただけるので、県と県の交流にもなって、寝ている暇がなくなることもあります。

もちろん医療や理学療法もあります。遊んでばかりいると言われそうですが、仕事もしています。私の本職は整形外科なので手術をすることもあります。手術場がありますが、そんな恐い場所でも子どもたちは入っていかなければならない。

以前、奈良から1年間かけて壁画を描きに来てくれた人がいました。「ハッと気づいたら、子どもたちは寝て入って来るのだから、天井が大事だと思って…。壁画をかくことは首が痛くて大変だった」と言っていました。そして、1年かかって大作が生まれました。子どもたちは泣いていたその絵が見えないわけですね。泣き止んだらやっと見えますから、看護婦さんはそこでパッと話題を変えて、ピーターパンとか何とか言いながら、子どもの恐怖をやわらげるようにしています。そうしますと、子どもたちは手術をする私のことを最初は悪いヤツだと思っていても、必ず本当のことを分かってくれて、ちょっとでも良くなると「所長!」と言って抱きついてきたりします。

それから通園もあります。必ずしも泊まり掛けで一日中ケアをしなければならないわけではありません。「私のところでこのようなことをしている」と言って喜んでいるのはおかしいのであって、子どもたちはより家庭の近くで療育を受けて生活していくのが一つの基本だと思います。ですから、県では隣に小規模通園事業などを作っています。さらに〇〇教室というのがたくさんあつ

#### 4 特別講演

て、これを福祉圏と連動して作るというのが大きなテーマであります。もちろん北海道でもそのようにやっておられるわけですが、私たちもそういう形でやらなければ意味がない、小児保健医療センターとか心身障害総合療育センターに子どもたちを預けて、それで「やっている！」というのではなく、より近くでいかに子どもたちが育っているかが大切だと思います。

滋賀県には国の補助事業が9つございます。現在はまだ県の単独事業ですが、今後、国の事業になると思われる事業が一つありますので、全部で10カ所になると思います。さらに一つの市に一カ所あります。市単独で、しかも国庫補助事業です。

これは広域事業と言いますが、町村が拠出し合い、同じような事業を作って、さらに国庫補助をもらっていくという事業です。

おかしいのは、療育・小規模通園事業ではなくて、親子教室があって、この機能を持っていません。ここに行政のエゴな面が出ているわけです。いつまでたってもプライドだけで何の機能もない。こういうことが滋賀県でも特に都市部を中心に起こっていて、問題ではないかと思えます。

### ノーマライゼーションに向かって

ところで、皆さんもご存じだと思いますが、私が昭和42年に大学を卒業して、整形外科医をホイホイとやっている時に、滋賀県では、糸賀一雄さんが真剣に福祉に取り組もうとしていました。彼は、福祉が全くない昭和21年に近江学園を作り、障害児や戦災孤児たちを集めて、「みんな一緒に生きていくんだ、大人が悪いんだ」と福祉を始めました。昭和43年に講演の途中で倒れて亡くなってしまったので私は全然知らないのですが、「この子らを世の光に」という信念で、「この子どもたちこそ私たちの光なのだ」という意味だと思いますが、福祉に取り組まれていましたので、私が滋賀県で仕事を始めたのが55年でしたが、もうかなりしっかりしていました。

だから、私が肢体不自由児の入所施設を廃止しようとしても何も問題が起らなかったのではないかと思います。この子たちが本当に私たちの光だと思ったら、肢体不自由児の子どもたちを10年間も施設に入所させておくはずがないと私も思います。

ところで、ノーマライゼーションという言葉がいまは当たり前のように使われておりますが、振り返ってみますと、私が肢体不自由児入所施設をつぶしたのはノーマライゼーションだったのかどうか。つぶすのがノーマライゼーションだと考えるのはいけないと思いますが、ある意味では親にとって、そして、職員にとってノーマライゼーションだったのか、本当に良かったのかどうか、非常に問題があります。特に職員にとっては大変な問題です。働く職場がなくなるわけですから、組合運動が山のように起こってくるかなと思っていましたが、全然起らないし、本当に必要なものならば、県民世論が出てきて、「何考えているんだ」ということになると思います。未だに私がここにいられるということは、それが時代の一つの流れだったのかと思います。ただ私を施設つぶし屋だと思われたら困ります。一つの施設内にとどまらなければならない人をどこまで少なくできるかを考えないといけないと思います。例えば、ある期間は何らかの条件で施設を利用しても、普段は地域の支えで生きていかなければならないと思えます。

そういうこともありまして、私たちは福祉圏をきちんと決めて、そして、そこに福祉資源を考えていこうと思いました。その中の一つに療育教室の充実を意識的に展開する考えがありました。その場合、ネットワーク作りの問題が必ず起こりますが、その時に伊藤先生と一緒にさせて頂きました。ネットワークに関して私が非常に危惧しておりますのは、既存の施設や機能を擁護する方向にならないかということです。ほとんど機能がないのかかわらずあるかのように、「ここここを結べば、子どもたちに保健医療の輪がかかる」ということを安易に考えすぎでないかと思いま

す。例えば、保健所でいろいろな保健活動をしています。そして、レッテルを貼ることを非常に得意にしていますが、その時に、どれだけ子どもたちに責任を持っているかが不明確だと思います。レッテルを貼られた子どもや親がどう困っているか、どんな支援を受けているか、成功したのか、不成功なのか等々を保健所の方々が把握していますか。「もちろんです」と言う方が随分いらっしゃると思いますが、データを探しても見当たりません。ある程度のデータはあると思いますが、「本当に一人一人が大丈夫だな、うまくいけているな」と、そこまで追いかけていますでしょうか。「それは理想の問題だ」と言う方がいると思いますが、それでは理想を言います。

## 地域福祉機構論

いま、障害を持った子どもたちはどのような問題を持っていますか。滋賀県の中でどのような問題が起こっているか。皆さんに来ていただいて説明を受けますと、そんなことどころじゃございません。「今は心の問題が大事だ！」と言って、もう大変です。心身症や登校拒否などで大変なんです。障害問題に手を回している暇がございません。これは北海道の話ではなく滋賀県の話です。私は机をひっくり返して「何を考えているんだ」と言いたいところですが、実際はニコニコ笑いながら「大変ですね」と言うのですが、これこそ問題なのです。「理想のお仕事は？」と言うと、子どもたちの問題についての的確に情報を集めて把握していくことになっています。それでは、もしそうやっても把握できない場合は、その部分は放棄するとか、もう少し強化するとか、何か本格的に対応しなければならないわけですが、それが私たちには欠けていると思うのです。そんな状況で「ネットワークを作ります」と言った途端に、保健所が保健をして、そのフォローを児童相談所がして、保健医療センターが医療をして、療育センターが療育をする。でも、最初に保健所で「ちょっとおかしいかな」と思うグレーゾーンの子ども

も含めたサポートがされているかということ、これは随分問題ではないか。どこまで対応すればよいのかの問題もありますが、これは一つ一つきちんとしていかなければならない。保健から医療までシステムとしてつながっていないことが多い。うろろしてやっとたどり着くことがあるのと思います。それで、連携やネットワークというような怪しい言葉は使わないほうがいい、例えば、療育については地域療育機構という発想に変えなければならないと申し上げたわけです。つまり、連携やネットワークの作り方が違うということ、これからお話ししたいと思います。

まず、市町村の一日保健所があり、それぞれが母子保健を担当して、「子どもたちに何か問題はないか、発達面で何かサポートすることはないか」と動いて、それで「問題がある」という時にはリストアップされて二次療育相談、つまり保健所にやってきます。そこで私たちのスタッフが保健所へ行って療育相談にのるシステムになっています。正常発達だと判断される割合が78%の町村もあれば58%の町村もあります。その差はどうして生じるのか、その原因は何なのかを私たちはもっと深く検討していなければいけないと思いますが、なかなか実現できない状況にあります。そういうわけで、保健部門というのは「疑わしい時は精密検査」という流れになっております。

さらにその上に一つのバックアップ機構として、できるだけ早く治療を始めて、地元に戻ったり、療育センターに入るルートがあります。私たちの機関には肢体不自由児通園と知的障害児通園の両方がありますが、ここに子どもたちが来て、私たちと生活することになる。ところが、いまの話だと、子どもたちは地域で生きていかなければならない。そうすると、ちょっとでもチャンスがあると、地域に子どもたちを帰し、そこにスタッフが行けばよいのです。その通りですね。しかし、例えば、私たちの通所の施設から法的なお金を全部出して、みんな一緒にして、必要な分だけサポートするようにしなければならない。当時は一つの施設でうまくやれば良かった。それは何と

## 6 特別講演

かできた。しかし、今はどうでしょうか。地域全体がそういう動きをしなければ意味がないのです。これは大変な作業です。その大変な作業をいま北海道はやろうとしていると私は思います。みんなで合意して、どう生きていくかを考えていると思うのです。

そこまでやらないと、「近江学園は50年も福祉に取り組んできて何を社会に訴えようとしているんだ。自分たちは何を伝えようとしているのか」と私は仲間に言うのです。いままでみたいに県職員だから給料だけもらってればいいのではなく、このことを地域福祉として実現できるのか、私たちに問われているのだと思います。

しかし、各論になるとよくこういう意見が出ますね。某施設、子どもが6人、職員が17人。入所している子どもが少なくなって、必要がなくなってきた。けれどつぶれないんですね。私たちはこのことをもう少し地域福祉機構として考えなければならぬと思います。なぜかという、本当は利用者の立場からプログラムを組んでいかなければならぬと思うわけです。私たちが本当に利用者の側から組み立てているかを、もう一度考え直してみなければならぬ。子どもたちが希望する暮らしの実現を目指すのであれば、それをどうサポートしたらよいか第一目標だろうと思います。この前、函館でもそういう話をしていたのですが、私たちが子どもたちを通園施設に通わせると、地元は子どもたちのことを忘れてしまうのです。その子のことについて、これからの将来をどう展開すればよいか、何を準備すればよいかを忘れてしまう。「滋賀県はそんなに遅れているんですか?」と言われましたが、北海道は遅れていない。その子どもがどういう状態にいるのかを、常に地元の人が理解しているように思います。日本全国多くの所で、ある子どもが地元の学校に戻って来ようとする、就学指導委員会を開いて、養護学校に行くべきだということになるのがおちです。18歳位になった重度障害児が、学校から社会にぞろぞろ出てくる。その時、このことが非常に問題になります。福祉と教育の間に入っ

て、地元が十分に協力できないとよく言われます。それだって本当はおかしいことです。そこに住む住民として、いつも何をサポートすべきか、特殊学級に行っているから何もサポートしないというのがおかしいのであって、そういう子どもたちも常に地元の住民であるということが本当に認識されているのかといえば、ある地域以外はほとんどなされていない。そうではなくて、全ての人が全ての子どもたちについて認識していれば、その子たちをサポートするに当たって何が必要か、小さな子どもだと、近くの小規模通園事業、もっと近くには障害児保育、さらに普通の保育園でもいいわけです。何をサポートすればよいのか。グリーゾーンの子どもたちがいるという事実ですね。そういう子どもも含めて地域で何を支えたらよいのか。一つの町や村では支えられないものがある。どうしたらよいのか。公益事業で支えたらよいのではないか。それでもダメだったら、北海道の保健センターなどが逆に支えるという考えも出てきていますね。小児医療センター、総合療育センターができて、そして、保育園で障害児保育をするというのが逆になっているのです。地域に住もうとした場合、施設があっても思うように機能していない、住民としてある機関に動いてほしいと思っても、そんなことを相談にいったらどなられます。それはおかしい。「私たちはあなたがたの機関をこう使います。そうでなかったらやめてもらうか、変化して下さいよ」と言える社会にならなければおかしい。そこを考えたのが地域福祉機構なのです。うちのセンターはそういう目的で建てました。「あなたは目が見えませんかね、それではうちは無理ですよ」という話ばかりなのです。では、どこに行ったらよいのかといえば、誰も何もしてくれない。「なんとかお願いします」という形でしかできないことがたくさんあるのです。

「この問題はこう解決しましょう」という形になっているのでしょうか。そこを私はもう少し考えなければと思うので、ネットワークとか連携とかいうのはうさんくさい、何とか良い言葉はない

かと考えて、地域福祉機構にしたのです。

そのためには推進会議が必要です。これは現在、うちでもサービス調整会議という名前で作っておりますし、もちろん行政には〇〇会議がたくさんあります。形式的な会議を年に2回ほど開いて何が起こるのだろうかと思います。住民がどのように作りたいのかから始まって、それをどう実現するのかを考える会議が必要です。継続的に開かれ、何かがあったらすぐに対処する、そこで投票され、そして「こう解決しましたよ」と、「保健医療センターがこう言いました。そしたらこの子はこうなりました」と報告し、公表できる、もちろんプライバシーは公表してはいけません。問題はこう解決できましたと公表できているかということです。「その解決の仕方はおかしい」とクレームがつけられるか。「仕方がない、黙っているしかないか、後で恐いしな」が滋賀県ではまだあると思います。だから本当の会議が必要なのだと思います。そして、権限が必要なのだと思います。「小児センター？もうそういうことはやめて下さい。そういうことをしたいのなら、よそに行ってやって下さい。滋賀県としてはこれがほしい、そのために私たちは皆さんに期待しているのです」と言われたら、「はい」と言える私たちでなければならない。けれどもその前に権限がなく、勝手に決められたらじたばたしたって終わりです。

福祉圏とは言っておりますが、彼らをサポートする福祉資源や在宅を実現させるための福祉資源にはほど遠い。まだまだ問題がございます。そのことを北海道ではどう取り組もうとしているか学んでいって、取り組みたい。子どもたちや障害を持った人にパラダイスが訪れることを願いたい。

そういうことで、地域福祉株式会社を考えなければならない。地域全体が一つの社会であり共生だということを認識せずに、この組織あの組織と考えすぎるのはおかしいと思います。

ところで以前、県の関係職員の人数を調べたことがありました。障害児保育は保母さんが232名、障害児保育を受けている子どもは500数名で

す。療育教室は16～17あり、スタッフは130名です。そして、療育センターは23名のスタッフがおりますので、合計しますと385名。

さらに、私たちは発達支援センターのエリアをしっかりと決めて、最低でも20万人に一つは作るべきだと言っています。7つの福祉圏が滋賀県にはありますから、そのスタッフを7で割ると、一つにつき55名のスタッフを導入できるわけです。私たちの案ではこの発達支援センターに20人や30人ではなく、55名が療育スタッフとしていたらいと思っています。ところが、それぞれに分かれ、どこも不満だらけになっています。先ほど言ったような形で調整できないのか。例えば、障害児保育で子どもが来ている、その子は非常に重度で保母さんが一人つきます。地域療育教室に3日行くので、保育園の保母さんはその間、何をしているのか、スタッフの使い方に問題があるのではないか。そこを私たちは検討する必要があります。これだけの資金を投入すればかなりのことができると思います。「そんなこと言ったって、実際にはできないよ」という意見はあります。しかし、私は「療育とは現実である」と考えております。サリバンさんは相手の動きや雰囲気を見ながら、その子に合わせて自分の技術を変えていくことができました。「それは才能である、タレントである、芸術家や音楽家、絵を描くのと同じように才能が必要である」と書かれていたのを私は読みました。でも、そのサリバンが「いや、私はメシのためにやっている」と書いているところに教育のおもしろさがあると思います。ですから、その55人で何をすればよいのかが一つの問題だと思います。

## おわりに

以前、「抱きしめて琵琶湖」というのをやりました。みんなで琵琶湖を抱きしめようというわけです。何月何日何時何分に抱きしめようというので、私もびっくりしました。「よくそんなアホなことができるなあ」と思い、「何のためです

## 8 特別講演

か？」と聞いたところ、「琵琶湖の水も大切ですが、生命や弱い子どもたちをそれで思い出し、参加して福祉を支えていくためだ」とのことでした。抱きしめに行くのに1,000円かかるので大変ですが、20～23万集まったのです。私はみんなにそういう気持ち、一役買いたいという気持ちがあると思うのです。ところがこれが二度と続かない。「毎年やるぞ」になったらと思います。お金も集まりますし、毎年その人たちが福祉のことに思いを馳せるということは素晴らしいと思います。しかし、二度目はほとんど集まらなかった。なぜか。もう一つ、私たち関係者がその心、エネルギー、炎に少し灯油か何かを撒かなければならないのだと思います。我々はそういう心を持っているのですから。

# ハイリスク新生児とグレーゾーン

本 谷 尚 (北海道立小児総合保健センター所長・  
札幌医科大学客員教授)

## はじめに

### 健康な新生児とは

ハイリスク因子をもたずに生れた無症状の新生児が、健康な新生児（正常新生児）ということになり、Prodhom の health newborn infant の定義（1976）に従えば、「妊娠適齢で健康な母体の、正常の妊娠で37週ないし42週未満の妊娠持続期間の後、頭位で正常分娩で出生し、1分間以内に啼泣し、Apgar 指数7以上で、娩出後10～15分以内に、呼吸系・中枢神経系に異常を認めず、体重10～90パーセントイルの新生児。となる。

新生児期は生命の危険が最も高い時期であり、またこの時期の疾患は救命し得ても後に永続的な障害を残す危険があり、心身障害児の発生予防という点からも、最も重要な時期といえる。

### 新生児期の臨床的意義

- 死亡率が高い
- 後遺症

脳性麻痺、知能障害、けいれん性疾患、未熟（児）網膜症など、身体障害、心身障害の原因が新生児期の異常に基づくことが少なくない。

新生児疾患の治療の目標は、単に救命するだけでなく、後遺症が残らないような治療への努力、すなわち、「後遺症なき生存率向上」（「後遺症なき救命」）である。

## 1. ハイリスク新生児 High Risk Infant

### 1. ハイリスク新生児の概念

ハイリスク新生児とは、「生後数日以内の新生児で、生命に対する危険性がとくに高いと考えられる新生児を指し、数時間、あるいは翌日には危険症状を現してくる可能性の高い新生児も含む、（山内）とされる。すなわち、妊娠持続日数、あるいは出生体重にかかわらず、子宮外の生活が分娩前の因子、分娩による因子、出生後の因子などによって、生命の危機、後障害の危険が大きくなると予測される新生児を指す（Pierog）。そのためリスク新生児には、とくに注意深い養護が必要であり、適切な管理により新生児死亡を防ぎ、後障害の発生予防につとめることが重要である。

ハイリスク新生児の頻度は全出生の約5～10%とされているが、このほかに10～20%が中等度のリスクにあると考えられている。

### 2. ハイリスク因子

母体・胎児・新生児にリスクをもたらす因子としてはGluckの記載（表1）があるが、多くの因子の中から新生児に直接異常を生じる危険の高い因子を次に上げる（表2）。

#### A) 母体のハイリスク因子と児におよぼす影響

##### (1)年齢：

- i) 若年層・高年者の妊娠：若年妊婦は妊娠・分娩・育児の未熟さが管理の上で問題になる。10歳

10 講座

代の妊娠の合併症としては妊娠第I、第III期の出血の危険が増大し、高血圧・妊娠中毒症の合併頻度が極めて高く、妊娠中の care が悪い、また、早産児や低出生体重児の出生率は20歳代に比べ3倍も高く、新生児死亡率も高い。

一方、高年妊婦では、本人の自覚から健康管理に留意するためか、周産期死亡率が低いとされるが、一般には胎盤機能低下による死産や染色体異常・奇形児の発生率が高くなる。

表 1. ハイリスク(危険)因子

(a)母体側の危険因子	b)分娩または児に関連した危険因子
1. 年齢： 16歳以下または46歳以上 35歳以上の初産 2. 既往妊娠暦： 既往妊娠の合併症 不妊の既往 Rh感作 多胎妊娠 未熟児分娩の既往 奇形児分娩の既往 4kg以上の児の分娩既往(糖尿病の有無にかかわらず) 3. 多胎妊娠 4. 薬物常用 5. Rh陰性または母体の感作 6. 妊娠20週以後の出血 7. 母体の医学的な諸問題： 妊娠中毒症、高血圧、慢性腎疾患、持続的蛋白尿、心臓病、糖尿病、肥満、慢性尿路感染、感染症(結核、梅毒など) ウィルス性または原虫性疾患(風疹、単純ヘルペス、サイトメガロ、トキソプラズマ) 貧血 妊娠中の外科手術 代謝性疾患(甲状腺機能亢進症など) 医師に処方された治療薬(iodides、propylthiouracil、rauwolfia、sulfasなど) 早産または誘発分娩 過期産(2週またはそれ以上)	1. 分娩所要時間： 初産 24時間以上 経産 12時間以上 分娩第2期 2時間以上 2. 24時間以上の破水(分娩前) 3. 在胎期間に比し過大または過小な児 4. 母体の発熱または感染 5. 前置胎盤または胎盤早期剥離 6. 難産または1分後のApgar score 5以下 7. 高位または中位鉗子 8. 帝王切開 9. 臀位 10. 出生体重2.5kg以下または4kg以上 11. 胎便による羊水混濁 12. 多胎 13. 蘇生を要する児 14. 胎児心電図または頭皮採血による胎児仮死の所見 15. 胎児機能検査における異常(estriol分泌試験、alkaline phosphatase試験、diamine oxidase 試験など) 16. 臍帯脱出 17. 呼吸窮迫症候群またはほかの呼吸窮迫 18. 児の奇形またはほかの明らかな異常 19. 分娩損傷 20. 薬物、そのほかによる児の抑制 21. 児における感染の所見 22. 外科手術を要する児(術前、術後)

(Gluck, L. : *Pediat. Clin. N. Amer.* 17:777. 1970)

ii) 高年初産婦：妊娠中毒症・流早産の増加・陣痛微弱・遷延分娩をきたす軟産道の硬化などが存在し、鉗子・吸引・帝王切開などの手術分娩が多

くなる。このため新生児には仮死・早産児・低出生体重児の出生率が高くなる。

表 2

A. 母体のハイリスク因子	
1.	年齢：若年、高年
2.	既往妊娠：妊娠・分娩の異常
3.	母体合併症：糖尿病、甲状腺疾患、感染症
4.	喫煙
B. 産科合併症と妊娠・分娩時のハイリスク因子	
1.	妊娠中毒症
2.	多胎
3.	Fetal Distress(胎児仮死)
4.	遷延分娩
5.	前早期破水
6.	羊水過多、過少および混濁
7.	前置胎盤、胎盤早期剥離
8.	臍帯脱出、下垂
9.	帝王切開、鉗子分娩、吸引分娩
10.	骨盤位分娩
11.	血液型不適合
12.	薬剤常用
C. 胎児・新生児のハイリスク因子	
1.	在胎期間の異常：早(期)産児、過期産児
2.	出生体重の異常：低出生体重児、巨大児
3.	胎児発育の異常：SFD児、AFD児
4.	新生児仮死、分娩損傷
5.	呼吸窮迫症候群およびほかの呼吸障害
6.	先天奇形
7.	黄疸
8.	ハイリスク因子としての異常症状
	(1)呼吸症状：呼吸数増加、陥没呼吸、呻吟など
	(2)循環症状：チアノーゼ、蒼白など
	(3)神経症状：けいれん、後弓反張
	(4)消化器症状：嘔吐、腹部膨満など
	(5)黄疸
	(6)一般症状：低体温、発熱、浮腫、なんとなく元気がない(not doing wellなど)

## (2)母体合併症

i) **糖尿病**：糖尿病母体が胎児に与える影響は大きい。一般に在胎が36週をこすと胎児死亡率が増加する。一方、糖尿病母体より出生した児(Infant of Diabetic Mother, IDM)は出生体重は比較的大きいが、各臓器の成熟度は低いので、在胎が少ないと未熟性に起因する死亡が多くなる。IDMの周産期死亡率は母親の糖尿病の重症度に著しい影響をうける。

糖尿病の分類としてはWhiteの分類(表3)が広く用いられている。糖尿病の重症度と妊娠および新生児期の経過を表にあげる(表4)。

IDMに見られる新生児期の主な異常を次にあげる。

①**低血糖症**：胎児期からインスリン分泌の亢進があるため、出生後母体からのグルコースの供給が絶たれた後に低血糖を示し、約半数の児が生後6時間で20 mg/100 ml以下になる。血糖値が下ってもインスリン分泌が続くため治療としては、グルコースの点滴が必要になる。

血糖値を維持するためには、毎分4～6 mg/Kgのグルコースの注入が必要で、10%グルコース溶液の点滴では60～90 ml/Kg/日が必要となる。一旦、低血糖になった後血糖値を上昇させるためには、さらに多量のグルコースの注入が必要である。低血糖時に高濃度のグルコース(20%または50%)を注入したり、点滴を急に中止する

表 3 Whiteの糖尿病の分類

Class	発症年齢	罹病期間	血管病変
A	化学的糖尿病(インスリン不要)		(-)
B	20歳以降	10年以下	(-)
C	10～19歳	または	10～19年
D	10歳未満	または	20年以上 または 良性網膜病変 下肢動脈石灰化
E			骨盤腔内の腸骨動脈または子宮動脈に石灰化
F			糖尿病腎症
R			増殖性網膜病

B以下はインスリンまたは経口糖尿病治療剤が必要

(Morble, A(ed.): Joslin's Diabetes Mellitus, Lea & Febiger, 1971.)

表4 糖尿病の重症度別の妊娠中および新生児期の経過

	自然 流産	羊水 過多	体重異 常増加	子癇 前症	胎盤 過重	出生時 体重過 重	児 死 亡			先天 奇形	糖尿 病重 化
							分娩前	分娩時	新生 児期		
A	N	+	+	+	冊	冊	+	冊	+	+	+
B	N	冊	冊	冊	冊	冊	+	冊	+	+	冊
C	N	冊	冊	冊	冊	冊	+	冊	冊	+	冊
D	+	冊	冊	冊	冊	冊	冊	+	冊	+	冊
E	冊	冊	冊	冊	+	+	冊	冊	冊	冊	冊
F	冊	±	0	?	0	0	冊	冊	冊	冊	冊
R	冊	冊	0	+	0	0	冊	冊	冊	冊	冊

(Morble, A (ed.): Joslin's Diabetes Mellitus, Lea &amp; Febiger, 1971.)

と反動でかえって低血糖となる危険もあり、点滴により血糖を維持しながら徐々にグルコース注入量を減らしていく。

②低カルシウム血症：正常新生児に比し低カルシウム血症の頻度が高く IDM では60%が本症を示すという。母体の高カルシウム血症により児に2次的に生じる hypoparathyroidism のためと考えられている。

③呼吸障害：糖尿病が合併した妊娠では、早産となりやすく児が未熟なため呼吸障害となることも多いが、37週以降に出生した児でも呼吸障害の頻度が高い。また IDM の中でも、妊娠中にインスリン治療を必要とした方が呼吸障害の頻度が高いとされる。

IDM では胎生期にインスリン分泌の亢進があり、これが肺のサーファクタント合成機構の成熟を遅らせ、正常妊娠では十分にレシチン濃度を上昇する時期になっても十分なサーファクタントが形成されず、呼吸窮迫症候群 (RDS) が発症すると考えられる。

最近では妊娠中の糖尿病管理が厳重になり、また胎児モニターにより fetal distress を早期発見し対処することが可能になったことより、糖尿病合併妊娠でもなるべく分娩予定日近くまで妊娠を継続させて RDS の発症を予防するようになってきている。

④巨大児：巨大児の頻度は IDM の約50%に見られるというが、新生児仮死や頭蓋内出血、腕神経叢麻痺などの分娩損傷が多いことに注意すべきである。

⑤その他：多血症、浮腫、高ビリルビン血症、心疾患および先天奇形があげられている。

ii) 甲状腺疾患：甲状腺機能亢進症が問題になる。妊娠中の母体に甲状腺機能亢進症があると、妊娠中毒症の頻度が高く、流

早産の危険も高くなる。子宮内の胎児発育も障害され、低出生体重児とくに SFD 児 (後述) の頻度も高い。

妊婦に投与された抗甲状腺剤が新生児に甲状腺機能低下症をおこすことが知られており、TSH の分泌亢進のため甲状腺腫が見られることがある。しかし通常の抗甲状腺剤使用量では胎児の奇形発生率は必ずしも高くはない。

甲状腺機能亢進症で治療中または以前に治療した母親から出生した児の中に、新生児期に甲状腺機能亢進症状 (眼球突出、頻脈、発汗、呼吸障害、チアノーゼなど) を示すものがある。これを新生児甲状腺機能亢進症 (neonatal thyrotoxicosis) といい、母親の血中に存在する LATS (long acting thyroid stimulator) などの異常甲状腺刺激物質が胎盤を通過して胎児に移行し、胎児新生児の甲状腺を刺激するため発症すると考えられる。

iii) 感染症：風疹、サイトメガロウイルス、ヘルペスウイルス、HB ウイルスなどのウイルス感染症、トキソプラズマ、梅毒、尿路感染症などが児におよぼす危険という点から問題になろう。

iv) 喫煙：喫煙者からの低出生体重児の出生は非喫煙者の約2倍であり出生体重は平均より200g 少ない。喫煙者の尿中 estriol 値が低く、胎児発育遅滞と関係があるという。

## B) 産科合併症と妊娠・分娩児のハイリスク因子の児におよぼす影響

### (1) 妊娠中毒症

妊娠中毒症は、胎児死亡、周産期死亡、低出生

体重児とくに SFD 児（後述）と分類される胎内発育障害、仮死、早産の原因となる。重症なものには胎児発育障害の発生が高く、周産期死亡も高率となる。なお慢性の胎盤機能不全を生じ、fetal distress の原因ともなり、また新生児低血糖症の原因としても重要である。

## (2)多胎

多胎は平均出生体重が低く、多胎の子宮内の発育は双胎・品胎（3つ子）へと児の数に比例して発育は劣る。

胎盤の発育異常、循環異常、臍帯の圧迫などにより、死産になる率が単胎の約3倍である。分娩時の損傷は相互に生じやすく、また臍帯脱出、胎盤早期剝離なども生じやすく、仮死になる危険が高い。一卵性双胎は二卵性より先天奇形の発生率は高く、双生児間輸血症候群（Twin-to-Twin Transfusion Syndrome）はしばしばみられる。本症候群の特徴的所見を表5に示す。単一臍帯動脈は単胎より双胎に3倍多く見られる。

表5 双生児間輸血症候群における特徴的な変化

双生児において	
動脈側供血者	静脈側受血者
羊水過少	羊水過多
小さな未熟児	大きな未熟児
栄養失調状態	良好な栄養状態
蒼白	著明な赤み
貧血	多血
循環血液量減少	循環血液量増加
ショック	心不全
小さな心臓（microcardia）	心肥大
糸球体小あるいは正	糸球体大
細動脈壁一薄い	細動脈壁一厚い

(Nelson's Textbook of Pediatrics, 12th ed., p. 341, W. B. Saunders Co., 1983.)

## (3)Fetal Distress（胎児仮死）

Fetal distress の最も重要な原因は胎児 hypoxia である。胎児 hypoxia の発生にはさら

に種々の原因が関与しており、重症妊娠中毒症をはじめとする母体の各種疾患、前置胎盤・胎盤早期剝離などの胎盤異常のほか、分娩時の過度子宮収縮、臍帯異常さらに胎児失血・胎児貧血そのほかの胎児異常があげられる。

Fetal distress は、児に低酸素症やアシドーシスを生じ、一時あるいは永続的な障害を残し、また胎児死亡を起こすことがある。出生時の仮死の頻度も高く、anoxic-ischemic encephalopathy や頭蓋内出血など中枢神経障害をおこす危険が高い。

## (4)遷延分娩

とくに分娩第II期の遷延は、臍帯脱出、巻絡、結節などの臍帯異常を引きおこしやすく、胎児や臍帯が長時間圧迫されるために仮死の発生率も高くなる。時間の遷延に比例して児の死亡率は上昇する。また感染の危険も増す。

## (5)前早期破水

前陣痛により破水するのを前期破水、分娩開始後外子宮口の開大が不十分で、胎児下向部が胎盤入口へ侵入固定する以前に破水するのを早期破水という。

乾燥分娩の状態になりやすく遷延分娩の原因となる。児は臍帯脱出が起こりやすく、したがって仮死に陥る。

さらに出生まで24時間以上要したものでは細菌感染症の危険が急激に増加する。羊水の汚染は胎児に子宮内肺炎、臍帯炎、敗血症などを生ずる。

## (6)羊水過多・過少および混濁

羊水過多と過少は奇形との関連性があり羊水過多の1/3に先天奇形を生ずる（表6）。羊水過多は吸吸運動を行っている胎児に消化管閉鎖があるために生じ、中枢神経系の異常は抗利尿ホルモンの産生を阻害するためにおこるといふ。また羊水過少は腎無形成など尿路系の奇形のほか、肺の形成不全をおこすことが知られている。

羊水混濁は、fetal distress の結果と考えられる。

**(7)前置胎盤、胎盤早期剝離**

前置胎盤や胎盤早期剝離は母体・胎児に死を及ぼす出血をおこす。母体は失血性ショック症状を生じ、児に貧血・低酸素症をもたらす。時に児に失血性ショックをみることもある。

**表6 羊水過多と羊水過小に伴う胎児奇形**

羊水過多	羊水過少
無脳症 (症例の約20%)	腎無形成
髄膜瘤竈および脳脱	尿管異形成
食道あるいは十二指腸閉鎖	尿道閉鎖
幽門狭窄	肺低形成
Klippel-Feil 症候群	羊膜結節
口蓋裂および唇裂	
軟骨無形成症	
横隔膜欠損	
多発奇形 (中枢神経系以外の)	
水頭症	
18あるいは21トリソミー	
非閉塞性水腎症	

(Nelson's Textbook of Pediatrics, 12th ed., p.330, W. B. Saunders Co., 1983.)

**(8)臍帯脱出**

破水後産道内または陰裂間に臍帯が懸垂することをいい、児頭骨盤不均衡、双胎、低出生体重児、羊水過多症、早期破水などで児先進部が子宮下部と接着できず、間隙がある場合におこる。児に重度な低酸素症をきたす危険がある。

**(9)帝王切開、鉗子分娩、吸引分娩**

これらは、それを必要とした原因疾患の影響のほかに手技自体による影響がある。

帝王切開分娩による児は、臍帯の早期結紮や手術による胎盤の損傷で貧血・失血をきたすことがある。また一過性多呼吸の発生率も高い。これは自然分娩とことなり出生児に胸郭の圧迫による肺胞液の排泄がないため、肺胞液の停滞ないし呼吸遅延が生ずるためである。

鉗子・吸引分娩では器械的損傷をみることがある。とくに吸引分娩では帽状腱膜下出血の頻度が高い。失血性ショックに陥ることもあり、また高

ビリルビン血症を合併することが多い。

**(10)骨盤位分娩**

骨盤位分娩の頻度は全分娩の約5%であるが、周産期死亡率の最も高い分娩様式であり頭位分娩の少なくとも5倍はあるという。分娩所要時間の遷延、臍帯の脱出・圧迫をともないやすく、仮死・頭蓋内出血・腕神経叢麻痺・骨折などの頻度が高い。

**(11)血液型不適合**

わが国ではRh血液型不適合妊娠は0.5~1.3%と推定されているが、新生児溶血性疾患は初回妊娠ではほとんどおこらず、第2回以後の妊娠で5~20%におこる。抗D抗体による新生児溶血性疾患の頻度は全出生4000人に1人とされる。またABO血液型不適合による新生児溶血性疾患の頻度は150~200人の出生に1人で、治療を要するものは1500~2000人に1人といわれている。

**(12)薬剤常用**

麻薬・アルコール・マリファナ常用者のほか、薬用量の精神安定剤、バルビタール剤の長期服用者から出生した新生児に離脱症状(禁断症候群 withdrawal syndrome)がおこることがある。

生後早期の症状では、易刺激性、しんせん、けいれん、筋緊張亢進、かん高い泣き声、鼻閉、くしゃみ、流涙などであり、また生後数日経ってからみられる症状としては、発熱、嘔吐、下痢、易刺激性、けいれんなどがある。また“late withdrawal syndrome”として生後2~4週にこれら症状がみられるものもある。

**C) 胎児・新生児のハイリスク因子****(1)在胎期間および出生体重の異常**

妊娠持続期間である在胎週数から、早産(preterm)、正期産(term)、過期産(postterm)に分けられ、早産は37週未満、正期産は37週~42週未満、過期産は42週以上とする。

出生体重からは、2500g未満を低出生体重児、4000g以上を巨大児と呼ぶ(表7)。

表7 新生児の分類

妊娠期間による 出生体重 による分類	早産 (preterm)	正期産 (term)	過期産 (postterm)
巨大児			
正常出生体重児			
低出生体重児			
	妊娠期間 22 24 26 28 30 32 34 36 37 40 42 44 週		

胎児・新生児の発育や成熟およびおこりやすい合併症などは、在胎期間、出生体重およびその組合せによる胎内の発育状態などから予測することになる。

出生体重が少ない児ほどその生命予後は悪い。しかし在胎週数が同じ胎児の出生体重についてもかなりの違いがある。つまり出生体重が在胎期間に比し過大または過少な児があり、これら児の生命予後や生後の予後も変わってくるのが考えられる。

そこで在胎週数と出生体重を組合せて、児の成熟度およびその予後を評価する目的で用いられるのが、在胎週別出生体重基準である。

i) パーセントイル曲線による方法

米国新生児学会胎児新生児委員会の提案によるもので Lubchenco (1963) の作成した生産児のパーセントイル曲線、またはそれを基本として作成した Denver 方式胎内発育曲線を用いる方法である(図1)。

出生体重の曲線の10パーセントイル未満のものを在胎期間に比べて小さい児・不当軽量児(light for date infant 児または light for gestational age infant 児)、10パーセントイル以上で90パーセントイル未満を在胎期間に適した体重の児・相当体重児(appropriate for date infant AFD 児または appropriate for gestational age infant AGA 児)90パーセントイル以上のものを在胎期間に比べて大きい児・不当重量児(heavy for date infant 児または heavy for gestational age infant 児)と分類する。

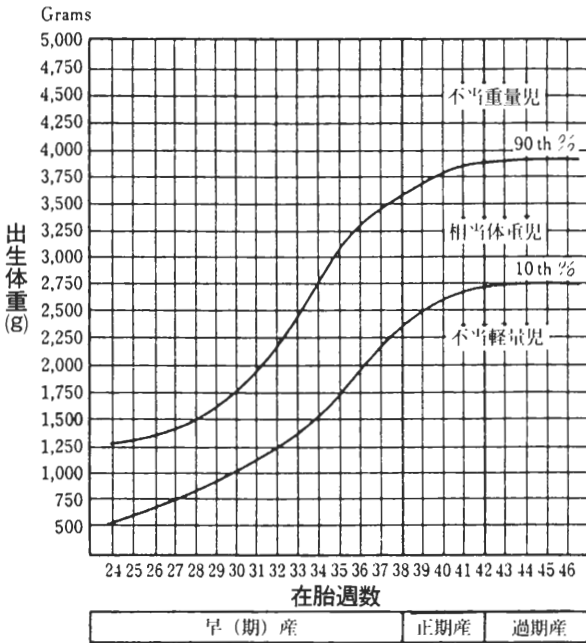
表8 出生時身体発育基準値(パーセントイル版)  
(1994年度厚生省研究班・1994年改定)

体重

妊娠週数	男 児					
	初 産			経 産		
	90%tile	Median	10%tile	90%tile	Median	10%tile
24	871	700	529	871	700	529
25	1,017	820	614	1,017	820	614
26	1,181	950	710	1,181	950	710
27	1,356	1,090	824	1,356	1,090	824
28	1,531	1,240	940	1,531	1,240	940
29	1,706	1,380	1,054	1,706	1,380	1,054
30	1,881	1,530	1,179	1,881	1,530	1,179
31	2,067	1,690	1,313	2,067	1,690	1,313
32	2,263	1,860	1,457	2,263	1,860	1,457
33	2,446	2,000	1,554	2,513	2,060	1,597
34	2,641	2,170	1,690	2,737	2,240	1,769
35	2,857	2,360	1,854	2,971	2,440	1,943
36	3,073	2,550	2,036	3,208	2,660	2,146
37	3,294	2,780	2,266	3,431	2,900	2,386
38	3,464	2,950	2,444	3,614	3,100	2,586
39	3,594	3,080	2,566	3,737	3,240	2,743
40	3,701	3,170	2,647	3,844	3,330	2,807
41	3,771	3,240	2,717	3,928	3,380	2,849
42	3,840	3,300	2,769	3,986	3,420	2,863
43	3,888	3,340	2,792	4,034	3,460	2,877
44	3,926	3,360	2,794	4,063	3,480	2,889

妊娠週数	女 児					
	初 産			経 産		
	90%tile	Median	10%tile	90%tile	Median	10%tile
24	864	650	436	864	650	436
25	1,000	760	520	1,000	760	520
26	1,137	880	623	1,137	880	623
27	1,303	1,020	737	1,303	1,020	737
28	1,479	1,170	861	1,479	1,170	861
29	1,654	1,320	986	1,654	1,320	986
30	1,830	1,470	1,110	1,830	1,470	1,110
31	2,014	1,620	1,226	2,014	1,620	1,226
32	2,199	1,770	1,341	2,199	1,770	1,341
33	2,363	1,900	1,437	2,423	1,960	1,497
34	2,547	2,050	1,553	2,646	2,140	1,634
35	2,763	2,240	1,717	2,908	2,360	1,812
36	2,983	2,460	1,937	3,166	2,600	2,043
37	3,176	2,670	2,164	3,363	2,840	2,317
38	3,348	2,860	2,372	3,508	3,020	2,532
39	3,480	3,000	2,529	3,623	3,160	2,697
40	3,581	3,110	2,639	3,691	3,220	2,766
41	3,651	3,180	2,709	3,741	3,270	2,807
42	3,701	3,230	2,759	3,780	3,300	2,829
43	3,721	3,250	2,779	3,798	3,310	2,839
44	3,740	3,260	2,780	3,817	3,320	2,840

身長				頭囲			
妊娠週数	90%tile	Median	10%tile	妊娠週数	90%tile	Median	10%tile
24	35.0	32.0	29.0	24	25.1	22.5	19.9
25	36.8	33.5	30.2	25	26.1	23.5	20.9
26	38.5	34.9	31.3	26	27.1	24.4	21.9
27	40.0	36.3	32.6	27	27.9	25.3	22.7
28	41.2	37.6	34.0	28	28.7	26.0	23.7
29	42.5	38.9	35.3	29	29.6	27.1	24.6
30	43.8	40.0	36.6	30	30.4	27.9	25.4
31	45.0	41.4	37.8	31	31.2	28.7	26.2
32	46.1	42.5	38.9	32	32.0	29.5	27.0
33	47.1	43.6	40.1	33	32.7	30.2	27.7
34	48.2	44.7	41.3	34	33.3	30.9	28.5
35	49.1	45.8	42.6	35	33.9	31.6	29.2
36	50.0	46.9	43.9	36	34.5	32.2	29.9
37	50.9	48.0	45.1	37	35.1	32.8	30.5
38	51.5	48.8	46.1	38	35.4	33.2	31.0
39	52.2	49.5	47.0	39	35.6	33.5	31.4
40	52.5	50.0	47.5	40	35.8	33.8	31.8
41	52.7	50.2	47.8	41	35.9	33.9	31.9
42	52.8	50.4	48.0	42	36.0	34.0	32.0
43	52.9	50.6	48.2	43	36.0	34.1	32.2
44	52.9	50.6	48.2	44	36.0	34.1	32.2



出生体重：10パーセント未満のもの  
light for date 児  
90パーセント以上のもの  
heavy for date 児

出生体重・身長とも：10パーセント未満のもの  
small for date 児 (SFD 児)  
90パーセント以上のもの  
large for date 児 (LFD 児)

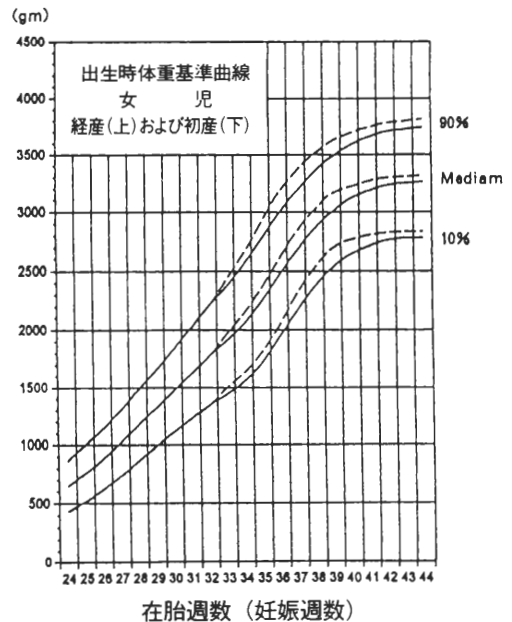
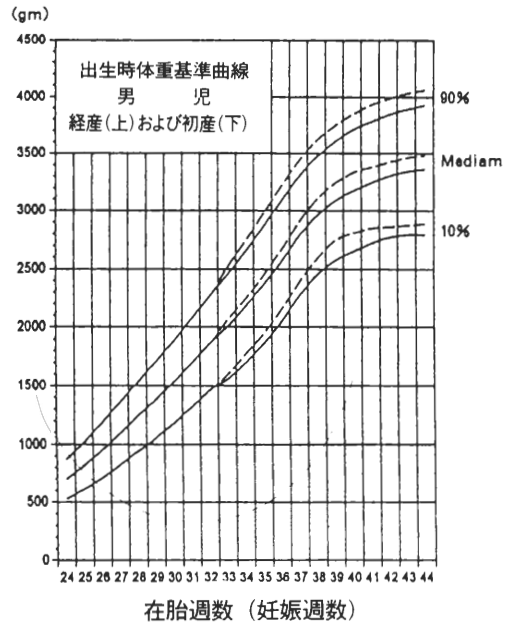
図1 出生体重と在胎週数による新生児の分類  
(パーセントイル曲線)  
(Battaglia, F. C. : J. Pediatr. 7 : 159, 1969.)

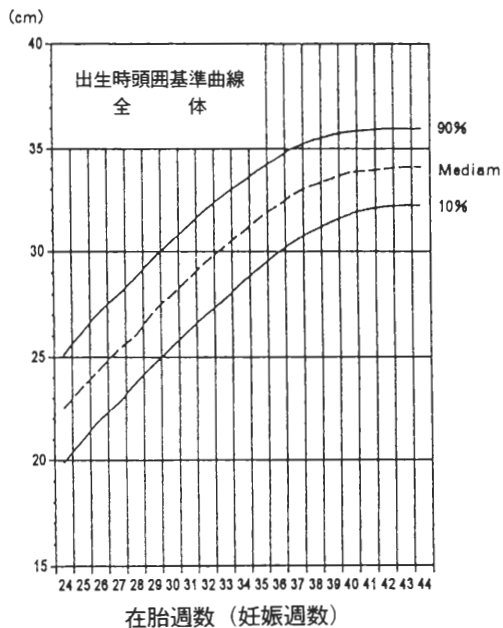
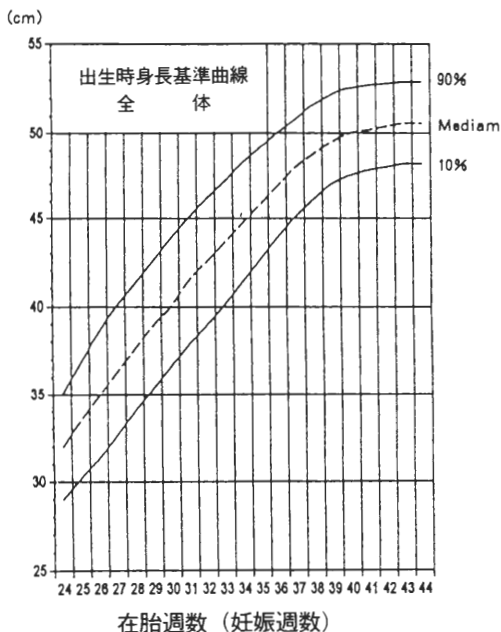
また出生体重・身長とも10パーセント未満のものを small for date 児 (SFD 児)、90パーセントイル以上のものを large for date 児 (LFD 児) という (1995年改訂)。

1994年厚生省研究班による我が国の出生児体重基準曲線を図2に示す。

図2 出生時体格基準曲線 (パーセントイル版)  
(1994年度厚生省研究班・1994年改定)

平成6年12月





これらの曲線を利用して得た評価は、単に未熟性の評価のみならず、子宮内での発育異常の問題などについても検討しうるので、臨床上非常に有用である。これらの基準より胎児期の発育に影響する諸因子および疾患を分類することができる(図3)。

在胎週数と出生体重から新生児死亡率をみると(図4)、同体重で出生した低出生体重児では在胎期間の長い方が死亡率が低い。たとえ発育遅滞があっても母体内に少しでも長くいた方が生命予後がよいことが示されている。子宮内での胎児発育がよいことは一般にはよい結果を得るが、LFD児では時に臨床上問題となることがある。LFD児はしばしば糖尿病母体より出生するが、とくに早産のLFD児のおよそ40%に低血糖症がみられるという。

出生体重・在胎期間および子宮内発育と新生児疾患の関係を見ると(図5)、AFD児の在胎28週前

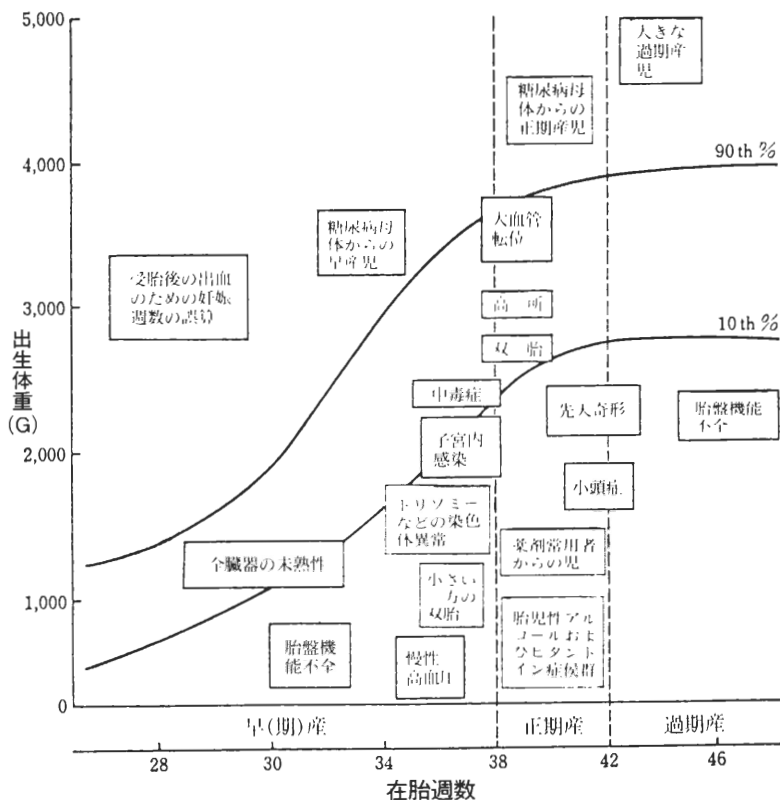


図3 出生体重・在胎期間と子宮内発育に影響する諸因子 (Battaglia, F. C.: Current Diagnosis and Treatment, 5th ed. 1978)

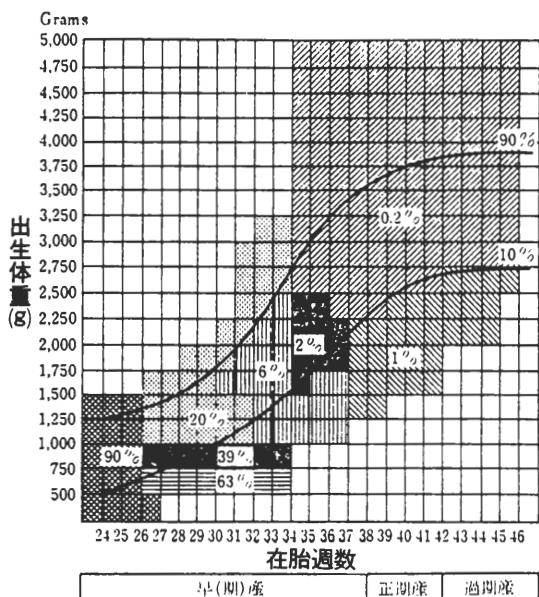


図4 新生児死亡率(コロラド大学、ヘルスサービスセンターにおける1974~1980年)

(Koop, B. L., et al: J. Pediatr. 101: 972, 1982.)

の早産では各臓器の未熟性、先天奇形がみられ、30~34週のAFD児では呼吸障害、黄疸、出血などをおこしやすく、38~42週のAFD児の疾患は少ないが、仮死、先天奇形などがみられる。SFD児では38週前では低血糖症、双胎の体重の小さい方の児などが入り、38~42週のSFD児では低血糖症、先天奇形、先天感染症などが、42週以後では胎便吸引症候群、低血糖症、先天奇形などである。LFD児ではIDMに低血糖症、分娩損傷などがみられる。

ii) 在胎期間の推定—新生児成熟度の評価

在胎期間は最終月経の第1日から出生までの週数または日数で表すが、最終月経の第1日をはっきり記憶していない母親もあり、また月経不順や不正出血のため確かでないことがある。さらにまったく不明の場合もある。このため在胎期間を推

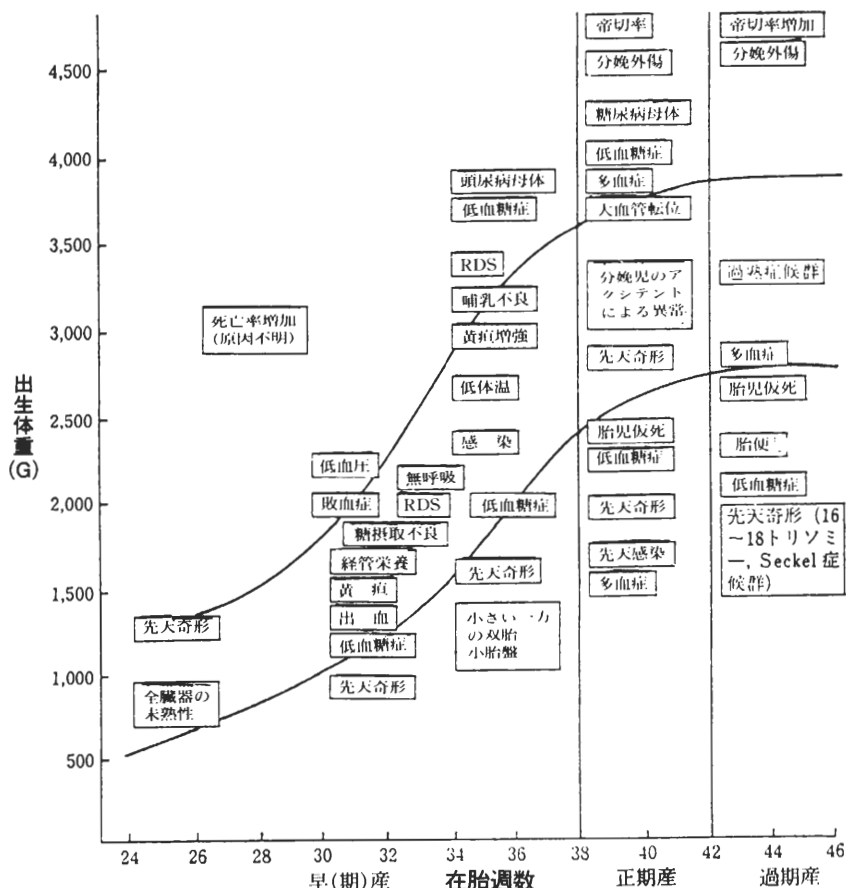


図5 出生体重と在胎期間とからみた新生児疾患

(Lubchenco, L. O: The High Risk Infant, W. B. Saunders Co., 1976.)

定することが必要となる。

新生児を観察、検査することによって在胎期間を推定する方法には、身体的微候による方法、神経学的検査による方法、尺骨神経の電氣的伝導速度、脳波などの方法があるが、これらの中で身体的微候と神経学的検査とによる方法が特殊な装置を必要とせず、しかも確実度が高いとされている。

最も広く用いられている Dubowitz (1970) の scoring system は、身体的微候と神経学的状態の両方を採点し、その結果によって在胎期間を判定する方法である(表9、図6)。

相関係数は0.93、在胎週数 (y) に対する総合得点 (x) の回帰方程式は、

$y=0.2642x+24.595$ で表わされる。この回帰の95%信頼限界は±2週であるという。

## (2)新生児仮死、分娩損傷

### i) 新生児仮死

fetal distress など子宮内無酸素症、頭蓋内出血、臍帯脱出、臍帯巻絡、大量の羊水吸引などが原因でおこる第1呼吸の開発障害、循環不全、筋緊張および反射興奮性の低下から構成される症候群をいう。

仮死の重症度を臨床的に評価するために、アプガー得点表 Apgar score (表10) が用いられる。

### ii) 分娩損傷

ハイリスク因子としては帽状腱膜下出血・頭蓋

内出血・骨折・末梢神経の損傷があげられる。

帽状腱膜下出血は、帽状腱膜と頭蓋骨の間の出血で、吸引分娩に合併しやすい。腫張は頭部全体におよぶことがあり生後24時間前後に広範囲な血腫を形成する。経過は比較的早く、失血によるショックに陥ることもある。高ビリルビン血症をとまうことが多い。

頭蓋内出血は、周産期死亡の主要な原因であるばかりでなく、神経学的後遺症との関連でも重要である。その原因による外傷性出血、無酸素性出血に区別される。出血部位により硬膜下出血、クモ膜下出血、脳実質内出血および脳室内出血に分けられる。また脳実質内出血の特殊型に上衣下出血がある。未熟児では原因的に無酸素症に基づくものが多く、クモ膜下、上衣下、および脳室内出血をみるものが多く、成熟児では機械的圧迫による外傷性硬膜下出血が多い。

仮死や呼吸障害などにみられるアシドーシスの矯正のために使用される重曹水の投与は、一過性の高浸透圧血症をきたし脳室内出血の原因となることが指摘されている。

骨折の中で最も多いのは鎖骨骨折であり肩甲難産児でしばしばみられる。骨盤位分娩では大腿骨骨頭の離開をきたすことが多いが、索出術施行のさいには骨幹部の骨折をみることがある。

末梢神経の損傷：①腕神経叢麻痺 上腕型麻痺は C<sub>5</sub>、C<sub>6</sub>の損傷で、肩の諸筋および前腕の屈筋

微候 得点	皮膚色 Appearance	心拍数 Pulse	反射興奮性 Grimace	筋トーンス Activity	呼吸 Respiration
2	全身ピンク色	100/分以上	泣く	能動運動あり	強い号泣
1	体幹ピンク色 四肢チアノーゼ	100/分以下	顔をしかめる	四肢やや屈曲	弱い号泣
0	全身チアノーゼ または蒼白	欠除	無反応	ぐんにゃり	欠除

(注) 1) 反射興奮性は足底を強くはじいたときの反応。

2) 判定は通常、生後1分および5分の時点で行われる。0~2点は重症仮死、3~6点は軽症仮死、7~10点は正常。

3) この採点法は V. Apgar 女史が考案したものであるが、Butterfield に従って観察項目を列べかえた。各項目の頭文字を連ねると APGAR となる。

表10 アプガール得点表の採点法

表9 Dubowitz 法の身体外表所見

項目	点数	0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
1. 浮腫		手足に明らかな浮腫、脛骨部圧痕(+)	手足に明らかな浮腫なし、脛骨部圧痕(+)	なし		
2. 皮膚の構造		非常に薄く膠様(gelatinous)の感じ	薄くて滑らか	滑らか。厚さは中等度。発疹または表皮剥脱	わずかに厚い。表在性の亀裂と剥脱(特に手足)	厚くて羊皮紙様。表在性または深い亀裂。
3. 皮膚の色		暗赤色	一様にピンク	すういピンク。体の部分により変化あり。	蒼白。耳、唇、手掌、足底のみピンク。	
4. 皮膚の(不)透明度(軀幹)		多数の静脈、細静脈が、はっきりと見える(特に軀幹で)	静脈とその支流が見える	腹壁で、数本の大きい血管が、はっきり見える。	腹壁で、数本の大きい血管が、不明瞭に見える。	血管が見えない。
5. 毳毛		なし	多数：背中全体に多数、密生	まばら(特に背面下部で)	少ない。毳毛のない部分あり。	背中少なくとも1/2は、毳毛なし
6. 足底のしわ		なし	足底の前半分にかすかな赤い線	前半分より広い領域にはっきりした赤い線。前1/3より狭い領域にはっきりした陥凹線。	前1/3より広い領域に陥凹した線	前1/3より広い領域にはっきりと深く陥凹した線
7. 乳頭の形成		乳頭がほとんど見えない。乳輪なし	乳頭がはっきり見える。乳輪：平坦で滑らか。直径<0.75cm	乳輪：点刻状(つぶつぶ)。辺縁隆起せず。直径<0.75cm	乳輪点刻状(つぶつぶ)。辺縁隆起。直径>0.75cm	
8. 乳房の大きさ		乳腺組織を触れない	1側または両側に乳腺組織を触れる。直径<0.5cm	両側に乳腺組織。1側または両側の直径0.5~1.0cm	両側に乳腺組織。1側または両側の直径>1.0cm	
9. 耳の形		耳介が平坦で、形の形成不充分。辺縁の内屈(内彎曲)は(-)またはわずか	耳介辺縁の一部が内屈	耳介上部全体が不完全ながら内屈	耳介上部全体が十分に内屈	
10. 耳の硬さ		耳介は軟らかく、容易にしわを作ることができる。反抗的に元の形に戻ることがない。	耳介は軟らかく、容易にしわを作ることができる。ゆっくり反抗して元の形に戻る。	耳介の辺縁まで軟骨(+).しかし軟らかい。反抗的に元の形に戻る。	耳介は硬く辺縁まで軟骨(+).瞬間的、反抗的に元の形に戻る。	
11. 性器 男児		両側とも睾丸下降を認めず。	少なくとも1側の睾丸が陰嚢内にある(但し高位)	少なくとも1側の睾丸が完全に下降		
女児(股関節で半分外転)		大陰唇が広く離開。小陰唇突出	大陰唇は小陰唇を殆ど覆う	大陰唇が小陰唇を完全に覆う		

Dobowitz 法：身体的徴候と神経学的状態の両方を採点し、その結果によって在胎期間を判定する方法。
















































検査項目	点数	0点	1点	2点	3点	4点	5点
1. 姿勢 仰臥位、安静		 腕と脚を伸展	 股関節、膝関節で僅かに屈曲、腕は伸展	 脚が、より強く屈曲、腕は伸展	 腕は僅かに屈曲、脚は屈曲外転	 腕と脚が完全に屈曲	
2. 手の前屈 Square window 検査者の拇指と示指で、児の手を前腕の方向へ十分屈曲させるように圧力を加える		 90° 前腕と小指球の角度 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
3. 足関節における背屈 術者の拇指を児の足趾に、他の指を児の脚の背面におき足を脚の前面向けて屈曲させる		 90°	 75°	 45°	 20°	 0°	
4. 腕の反跳 Arm recoil 仰臥位。児の腕を5分間屈曲させた後、手を引っ張って十分に伸展させ、それから手を放す		 180° 伸張、または無目的の運動	 90~180° 屈曲不完全または反跳ゆっくり	 <90° 迅速、完全に屈曲			
5. 脚の反跳 Leg recoil 仰臥位。股関節と膝関節を完全に屈曲（5分間）、次に足を引っ張って脚を伸展した後、手を放す		 180° 屈曲(-)、または僅か	 90~180° 不完全な屈曲	 <90° 股関節および膝関節で完全に屈曲			
6. 膝窩の角度 検査者の左の拇指と示指で、児の上腿を胸壁につけ(膝胸位)、右の示指で足関節の後部を圧して、脚を伸展させる		 180° 膝窩の角度 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 <90°
7. 踵→耳 Heel to ear maneuver 児の足を持って頭部に近づける。足と頭の距離、膝の伸展の度合を観察		 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	
8. スカーフ徴候 Scarf sign 仰臥位。児の手を持って、頭部の前を通過して他側の肩へ、そして後方へ向けて、できるだけ引っ張る		 180° 肘が他側の軟窩線に達する	 160° 肘が正中線と軟窩線との間	 130° 肘が正中線の位置	 110° 肘が正中線に達しない	 90°	
9. 頭部の連れ Head lag 仰臥位。検査者の両手(小さな児では腕)を握り、ゆっくりと座位に引き起こす。頭部と頸部の位置関係を観察		 180° 頭部が完全に後方に垂れる	 160° 頭部が不完全ながら頸部の動きについてゆく	 130° 頭部を頸部の線に保つことができる	 110° 頭部を頸部より前に出す	 90°	
10. 腹位懸垂 Ventral suspension 腹臥位。検査者の手を児の胸の下において児を持ち上げる。背部の伸展度、腕と足の屈曲、頭部と頸部の位置関係を観察		 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	

図6 神経学的検査による成熟度の採点基準

(Dubowitz, L. M. S. & Dubowitz, V. J. J. Pediatr. 77:1, 1970.)

在胎児期間の判定：Y (在胎週数) = 0.2642 × (表9、図6の点数の合計) + 24.595

と回外筋が麻痺する。ときに横隔膜神経麻痺を合併するが、予後はよいことが多い。前腕型麻痺はC<sub>7</sub>、C<sub>8</sub>およびD<sub>1</sub>の損傷で、前腕と手指の伸筋および屈筋が麻痺する。時に Horner 症候群(眼瞼下垂、縮瞳)をともなう。上腕型に比し予後は悪い。

②横隔膜神経麻痺 C<sub>4</sub>の神経根の損傷のさいにみられる。呼吸は胸式となり、呼吸困難と患側呼吸音の減弱をみとめる。X線では患側横隔膜の高位と、呼吸時における両側横隔膜の反対運動がみとめられる。

### (3)呼吸窮迫症候群および他の呼吸障害

子宮外生活への適応障害として呼吸障害は新生児死亡の主因を占め、生存し得ても後遺症を残すことが多い。

新生児の呼吸障害は肺拡張不全、呼吸窮迫症候群、胎便吸引症候群、肺炎、横隔膜ヘルニア、気胸、先天性心疾患さらに頭蓋内出血や周産期の anoxia など中枢性のもの、低血糖症や低カルシウム血症などの代謝性疾患にも現れる。したがって、原因疾患の診断・治療が速やかに行われる必要がある。

### (4)先天奇形

#### i) 羊水の異常と奇形(既述)

#### ii) 臍帯血管の異常—単一臍帯動脈

臍帯の血管は1本の静脈と2本の動脈から成るが、時に動脈の1本が欠如していることがある。単一臍帯動脈の奇形合併率は40~50%といわれ、心奇形、消化管奇形、腎奇形、唇裂、口蓋裂など種々の奇形をともなう。

### (5)黄疸

黄疸は発現の時期、程度、黄疸以外の症状の有無に注意し、核黄疸の予防につとめる。

#### i) 生後24時間以内に発現した黄疸(早発黄疸)

まず新生児溶血性疾患を、さらにサイトメガロウィルス感染症、トキソプラズマ症、先天性風疹症候群などの胎児感染を考えねばならない。前早期破水後の羊水感染(上行性感染)にも留意すべきである。

#### ii) 生後24時間後にみられる黄疸

“生理的、黄疸の範囲に入るのか、病的と考えさらに検索をすすめるべきなのか鑑別が重要である(詳しくは別章で)。

#### iii) 生後2週以上経過しても消失しない黄疸(遷延性黄疸)

蓄積型(非閉塞型、主として間接ビリルビンの増加)のものとしては、低出生体重児のほかに母乳栄養によるもの(breast milk jaundice)が多い。閉塞型、すなわち血中に直接ビリルビンが増加し無胆汁便やビリルビン尿をともなうものでは、いわゆる新生児肝炎(または乳児肝炎)、先天性胆道閉鎖症のいずれかである場合が多い。

### (6)ハイリクス因子としての異常症状(項目のみ)

#### i) 呼吸症状

呼吸数増加、陥没呼吸、呻吟、無呼吸発作、咯血など

#### ii) 循環症状チアノーゼ、蒼白など

#### iii) 神経症状

けいれん、後弓反張、項部強直、大泉門膨隆、運動過多、易刺激性、異常啼泣、落陽現象、モロ—反射などの新生児の正常反射の低下ないし消失、嘔吐、皮膚の異常紅潮、不随意性舌挺出(蛇舌様運動)、不活発、そのほかチアノーゼ発作、無呼吸発作などが中枢神経障害のあらわれである場合がある。

#### iv) 消化器症状

嘔吐、吐血、便秘、腹部膨満、腹部腫瘤、哺乳障害など。外科的疾患に注意することが必要である。

#### v) 黄疸

#### vi) 一般症状

低体温、発熱、四肢運動の障害、浮腫、元気がよくない(not doing well)など。何となく元気がない、様子がおかしいという不定な症状が重篤な疾患の初期の症状であることが少なくない。とくに感染症の初期症状として注意する必要がある。

## 3. ハイリスク新生児の管理

ハイリスク新生児の死亡の減少と後遺症を予防

するための最適医療システムの flow chart が、1970年 WHO で作られた (図7)。

妊娠、分娩から新生児へと一貫した医療が行われることが望まれる。

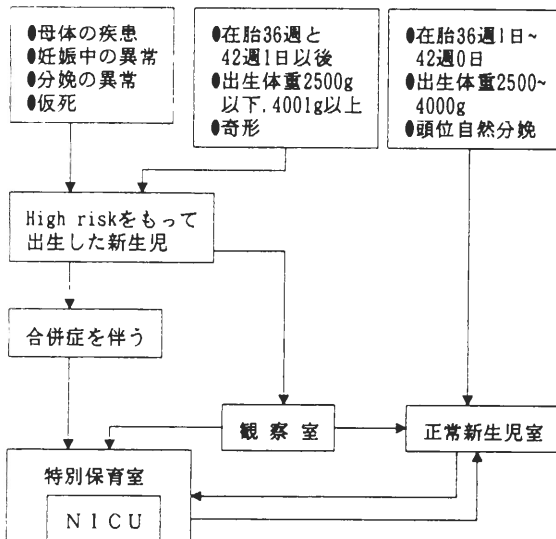


図7 新生児室の構成  
(WHO: Pubic Health Papers .42, 1970)

## A) 妊娠・分娩の管理

ハイリスク妊娠から児に異常の起こる頻度は、リスクのない母親よりはるかに高く、まず妊娠に適切な管理を行い、児に異常の発生を予防する。ハイリスク分娩はあらかじめ予想できないこともあるので、たとえ正常分娩であっても、緊急医療が行えるようにする。このためには周産期医療を行う施設が必要となる。

## B) 新生児の管理

ハイリスク新生児のすべてが重症疾患を生ずるとは限らない。妊娠中の管理がよいほど新生児の異常の発生は減少する。Flow chart に示したように、リスク因子を持って出生した児は観察室での care を行い、治療を必要とする児は特別養護室に、あるいは重症で人工呼吸などの高度の治療を行う児は新生児 ICU (neonatal ICU, NICU) に収容する。

次のような児は特別養護室に収容する。

- ①低出生体重児 (SFD 児を含む) または巨大児 (出生体重2500 g 未満または4000 g 以上のもの)
- ②在胎37週未満または42週以上
- ③妊娠・分娩に異常があった児
- ④仮死で出生した児 (Apgar score 4 点以下、5 分後が8 点以上にならない児)
- ⑤大きな先天奇形または分娩損傷がある時
- ⑥早発黄疸または母子間に血液型不適合のある時
- ⑦呼吸障害のある時
- ⑧中枢神経症状のある時
- ⑨児の感染を疑わせる症状のある時
- ⑩消化器症状のある時
- ⑪呼吸障害がないのにチアノーゼが持続する時
- ⑫出血あるいは貧血がある時
- ⑬そのほかハイリスクの母親よりの出生児

新生児医療はハイリスク新生児の医療の進歩と新生児 ICU の充実により、予後の著しい改善がみられている。周産期医療はさらに地域化 (regionalization) が行われ、システム化されることが望まれる。

## III. グレーゾーン

最近、療育関係者の一部に「グレーゾーン、なる語が使われている。

グレーゾーン (gray zone, grey zone) は、医学領域では用いられていないが、平成3年2月に開催された厚生省「全国母子衛生主管課長会議資料」乳幼児健全支援相談指導事業についての中に使用されていた (資料抜粋参考)。

「現代用語の基礎知識 1991」によると、グレーゾーンとは、どっちつかずの領域をいい、例示としてグレーゾーン兵器 (gray zone weapon) —戦略兵器か戦術兵器か区別しがたい (あいまいな)「灰白の」兵器、例えば巡航ミサイルがあげられている。

その後、厚生省ではこのグレーゾーンなる語は使用していないようだが、療育に携わる者の中に (ごく一部と思われるが) 1人歩きしている感が

ある。子どもの健全な発達を願うのなら、このグレーゾーンなる語はまったく配慮に欠けた表現であり、使うことは慎んでもらいたいものである。

〈資料抜粋〉

平成3年2月14日開催

厚生省「全国母子衛生主管課長会議資料」

乳幼児健全支援相談指導事業について

趣旨：現在、各種の健康診査や保健指導の結果、精密健康診査や治療訓練等を必要とする児童に対しては、医療機関や児童相談所等それぞれの機関において所要の措置が講じられているところである。

しかしながら、施設等への措置や専門的、継続的な指導を要する児童以外の、特に、直ちに個別的な指導を必要としないが注意を要する児童（いわゆる「グレーゾーン」に属する児童）に対しては、「要経過観察」とされ、特に対策が講じられないまま家庭に置かれている児童もあり、これが母親の育児不安を招き、このために児童の健全な育成を阻害する要因になっていることが指摘されている。

そこで、こうした保護者にとって不安を抱きながら家庭で養育されているグレーゾーンにある児童や育児不安を持つ保護者に対し、保育所等児童福祉施設が持つ育児機能を活用し、個別にあるいは集団的に指導することにより、児童の健全な発達を助長し、保護者の育児不安等の解消を図ろうとするものである。

## 第1分科会（一般演題）

### 1. 予測された障害児における出生前診断の意義

Significance of Fetal Diagnosis in Handycapped Children.  
—Fetal Diagnosis and Meningomyelocele with Hydrocephalus—

……………高橋義男（北海道小児総合保健センター 小児脳神経外科）

田辺千絵（北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター 小児科）

### 2. 発達に障害のある子どもたちに合併する睡眠障害とその対応

………伊藤淳一・吉田達之・荒木章子・田中 肇・田崎卓見・長 和彦  
（北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター 小児科）

### 3. 就学期を迎えた障害幼児の発達診断

……………中村 孝（上ノ国町母子通園センター センター長）

### 4. 外来診療部門アンケート調査の結果 ～前回との比較をとおして～

……………堀江律子・井上和広・水上八行・鈴木真知子・横井裕一郎  
奥田龍人・福士善信・藤田美津子・片岡道彦・那須野集平  
（北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター）

### 5. 北海道の早期療育システムにおける中核的施設の役割についての一考察 ～移動療育センター事業5年間を経過して～

……………奥田龍人（北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター）

### 6. まとめ

座長：佐々木 公男（北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター）  
鶴田 剛（静岡児童養育相談センター）

## はじめに

### 1 予測された障害児における出生前診断の意義

Significance of Fetal Diagnosis  
in Handycapped Children.  
—Fetal Diagnosis and Meningomyelocele  
with Hydrocephalus—

北海道立小児総合保健センター

小児脳神経外科 高橋義男

北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター

小児科 田辺千絵

産科の診断技術の進歩により、母体内胎児の診断が可能となってきている。中枢神経奇形児では水頭症、無脳症、脳瘤、ダンディウォーカー奇形、脊髄々膜瘤、脳内のう胞、全前脳胞症、水無脳症などが診断され、それらの多くは出生後障害児となる。

今回、著者らは出生前に胎児診断（Fetal diagnosis）が出来た、水頭症を伴った脊髄々膜瘤児（meningomyelocele, 以下MMC）の出生後臨床所見を出生前診断なく出生した、水頭症を伴うMMCの出生後臨床所見と比較し、予測された障

害児、特に水頭症を伴う脊髄々膜瘤児における出生前診断の意義を検討した。

## 1. 対象と研究方法

過去16年間の当センターで経過観察を行っている水頭症を伴う MMC 児のうち、臨床発達評価が可能と思われた2才以上の患児を対象とした。対象は出生前診断 (Fig 1) で水頭症を伴う MMC であるとされ出生した (以下 FD (+)) 25例と出生前診断なく出生した水頭症を伴う MMC 38例にわけられた (Fig 2)。



Fig 1: 脊髄々膜瘤児の胎児診断

また FD (+) はその出生時期の平均が在胎36週であったことから、36週未満13例、36週以降12例にわけ、FD 例における出生時期についても考察した。

FD (+) の診断時期は妊娠20週から39週、平均  $32 \pm 4$  週で、出生時期は水頭症の進行程度、下肢の動き、膀胱機能の程度、胎児の成熟度から判断され、在胎29週から41週、平均  $36 \pm 3$  週であった。一方、FD (-) の出生時期は在胎  $38 \pm 2$  週で、有意に FD (+) の在胎週数は短く、FD により意図的計画分娩が行われたことが明らかである (Fig 2)。

以上の FD (+) 群と FD (-) 群を2才以降において、知的障害の程度、運動障害の程度、膀胱直腸障害の程度、家族とのかかわりなど生活機能面から比較検討した。また、FD (+)、FD (-) 患児の MMC 発生

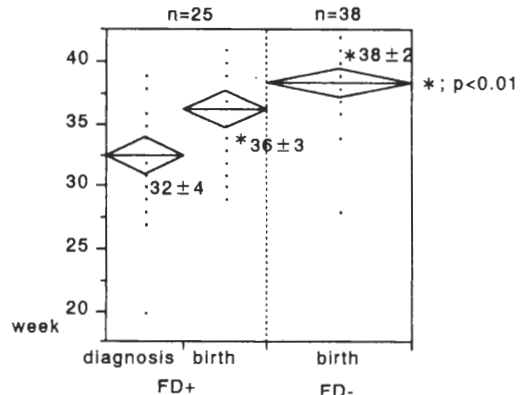


Fig 2: 出生前診断の時期と在胎週数

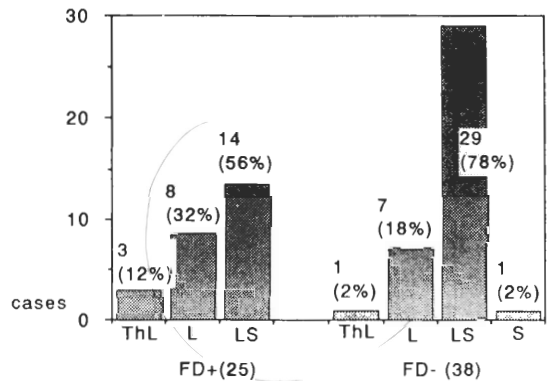


Fig 3: 脊髄々膜瘤の部位

FD (+): 出生前診断例、FD (-): 出生前非診断例  
Th: 胸椎、L: 腰椎、LS: 腰仙椎、S: 仙椎

部位に明らかな差異はなかった (Fig 3)。出生後の治療時期は FD (+) 例は FD (-) 例に比し、MMC の形成術の時期が生後  $34 \pm 21$  時間と有意に遅く、逆にシャント術が、生後  $65 \pm 62$  時間と比較的に有意に早いのを特徴とした (Fig 4)。

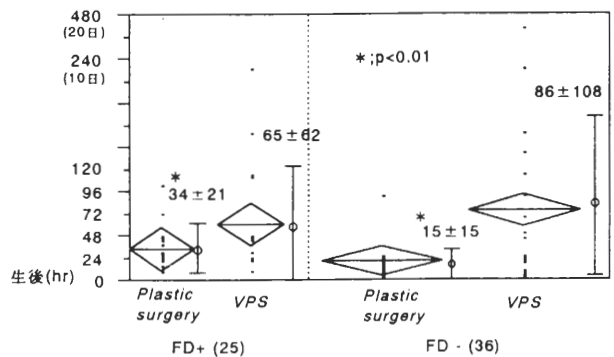


Fig 4: 出生後の手術時間

FD (+): 出生前診断例、FD (-): 出生前非診断例  
plastic surgery: 脊髄形成術、VPS: VP シャント

## II. 結果

### 1. 知的発達 (Fig 5)

FD (+) のIQないし知能性のDQは $95 \pm 10$ で、90%以上が知的に85以上と正常域であった。一方、FD (-) は $84 \pm 19$ でFD (+) に比し比較的有意に知的発達は悪い。

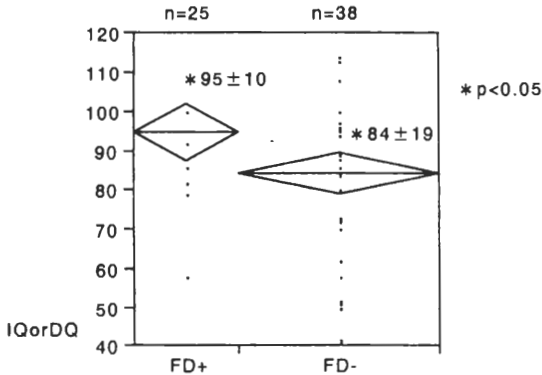


Fig 5: 水頭症を伴った脊髄々膜瘤児の知的発達 (2才以上)

### 2. 移動機能 (Fig 6)

運動面のDQはFD (+)  $53 \pm 26$ 、FD (-)  $44 \pm 29$ であった。FD (+) 児は、比較的有意に装具使用でも歩行可能な患児が多い。

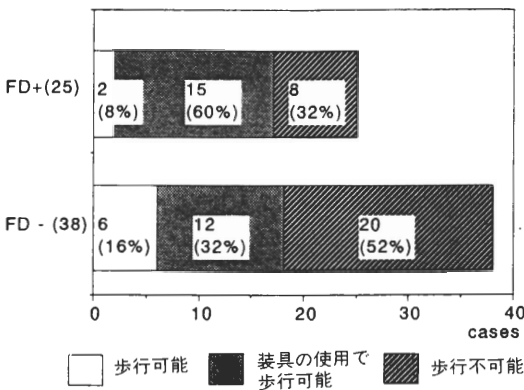


Fig 6: 水頭症を伴った脊髄々膜瘤児の移動機能 (2才以上)

### 3. 膀胱直腸障害 (Fig 7)

膀胱直腸障害に明らかな差異を認めなかったが、FD (-) には自力排尿困難例が多い傾向がみられた。

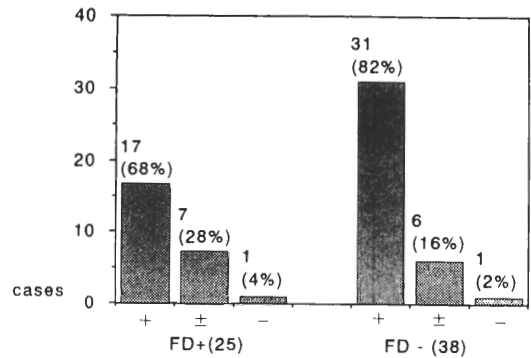


Fig 7: 水頭症を伴った脊髄々膜瘤児の膀胱直腸障害 (2才以上)

### 4. 出生時～新生児期併発症 (Fig 8)

FD (+) は出生後、新生児呼吸窮迫症候群 (RDS) など呼吸障害があり、人工呼吸を要した患児が多いのを特徴とした。

逆にFD (-) はその疾患が予測されていないため、通常分娩と同様の形態をとり、ために感染症、低酸素脳症の併発が多いことを特徴とした。FD (+) 児は呼吸管理を要したが、患児に低酸素脳症の併発は認めなかった。

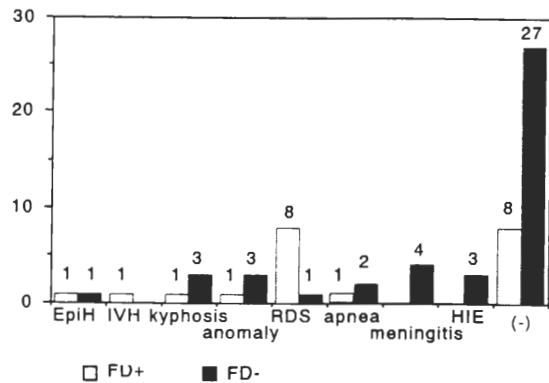


Fig 8: 水頭症を伴った脊髄々膜瘤児の出生時併発症

EpiH: 硬膜上血腫、IVH: 脳室内出血、Kyphosis: 脊椎後彎 anomaly: 他の併発奇形、RDS: 呼吸窮迫症、apnea: 無呼吸、meningitis: 髄膜炎、HIE: 低酸素性虚血性脳症

### 5. 出生前診断例における出生時期と転帰

胎児の重症度、成熟度から計画分娩の時期は決定される。水頭症の進行、排尿機能の低下などから36週前に出生したものと、成熟を待ってから出

生したものとに知能 (Fig 9)、移動機能 ((Fig 10)、膀胱直腸障害 (Fig 11) に明らかな差はみられなかった。差異としては、出生後併発症の RDS が在胎36週未満のものにのみみられた (Fig 12)。

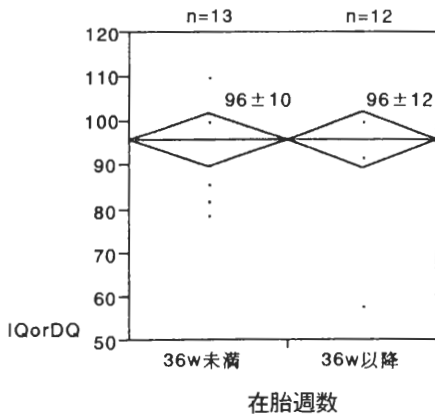


Fig 9 : 出生前胎児診断計画出産例の知的発達

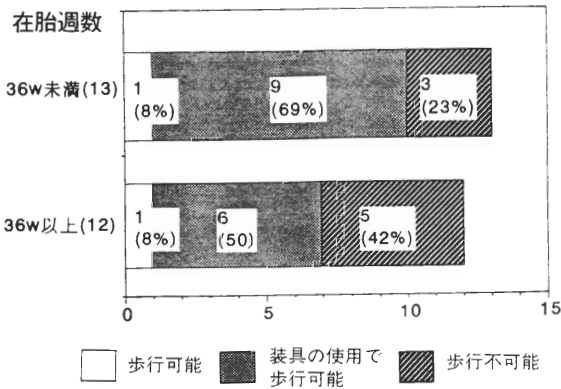


Fig10 : 出生前胎児診断計画出産例の移動機能

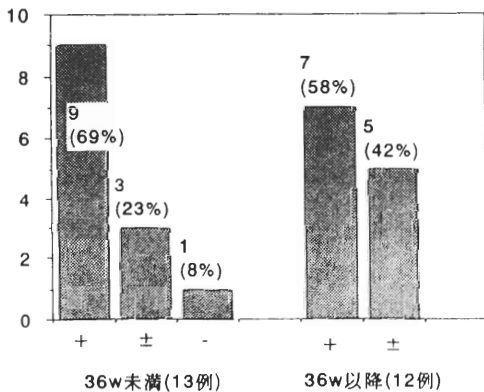


Fig11 : 出生前胎児診断計画出産例の膀胱直腸障害

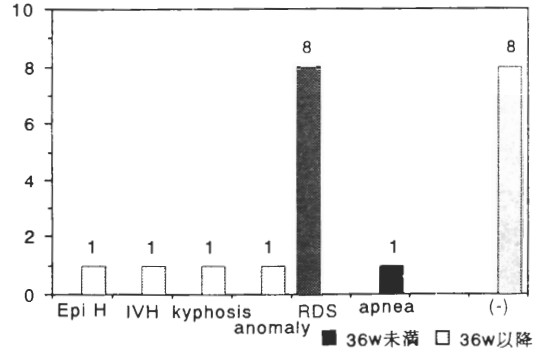


Fig12 : 出生前胎児診断計画出産例の出生時併発症  
Epi H : 硬膜上血腫、IVH : 脳室内出血、Kyphosis : 脊椎後彎 anomaly : 他の併発奇形、RDS : 呼吸窮迫症、apnea : 無呼吸

## 6. 家族とのかかわり

疾患の理解、家族関係、療育への取り組みの積極性、患児の能力への認知度などをアンケート調査し、両親に記載してもらった。

FD (+)、FD (-) 間に慢性期の有意差はみられないが、生後1年間の急性期においてFD (+) では、胎内にいる時から、病状を知り得、将来像を知っているためか、出生後のショックも少なく、かつ出生後早期よりの療育への積極的姿勢がみられた (詳細は次回報告予定)。

## III. 考察

産科の出産前診断技術の進歩により、母体内に子どもがいるうちから、その児の将来が予測されるようになる機会が増加しつつある。特に中枢神経奇形児は水頭症の存在などから、診断が比較的容易で、母体内にいるうちから障害児と判断される。問題点は、胎内での検査でその所見が明らかになり、診断する時期が自験例でも知り得たように在胎32週ぐらいであるということである。この時期は既に法的に可能な人工流産の時期にはなく、出生しなくてはならない。

そうであるから、私たちはいかに出生後障害を少なくし、かつ患児に有意義な生活を送らせるよう努力すべきである。FD (+) 児の知的発達、運動機能は有意にFD (-) 児に比し良好であった。その大きな理由は第一に計画分娩であった。

め、出生前後において専門医療システムで加療をうけられることである。MMCの治療転帰を改善するのは、より早く水頭症の脳への影響をとることであり、より早く脊髄を正常な形に形成することである。FD（+）であれば、胎児の成熟度をみながら、より安全に、より確実に早期から水頭症へのシャント術がなし得る。また、急ぐことなく、感染などなく、より正確に脊髄の形成術も可能となる。自験FD（-）で明らかなように、出生時に初めて診断されれば、急ぎの対応となり、計画性のない治療、不正確な治療となり、脊髄炎などの感染症、低酸素脳症などを併発し、それも患児の転帰を大きく左右することになる。

計画分娩での問題点は、FD（+）により早期出産となるため、未熟性による呼吸などの問題を生じることである。しかし、これも胎児診断及び新生児科の進歩により、それらを予測していれば充分対応可能である。自験例ではRDSなどを併発したが、低酸素脳症は生じていない。

第二は家族の精神面、受け入れに良好な結果を与えることである。母体内にいるうちに出生後の治療、療育方針、将来像を知り得ることから出生後のショックは少なく、出生後早期からの療育への取り組みも可能となる。特に出生前に多くのMMC児と対話し、安心することは、家族、特に母親へ安堵を与える。

このように出生前胎児診断による専門医療班の加療、母の情緒安定、父母の疾患理解による積極的な早期からの療育開始は予測された障害児の障害程度をより軽減し得るものと思われた。

また、医療面ではFD（+）児をいつ出生させるのかが大きな問題となる。理論上は障害を軽減するために、より早期の出生、加療が重要である。一方、患児の全身状態のためには、その未熟性からより満期の出生が安全である。より早期の出生かつ安全な出生後管理のためには産科、新生児科の進歩が不可欠であり、脳神経外科医も中枢神経の損傷をより少なくするため積極的に関与する必要がある。自験例では36週未満、36週以降出生MMC児の転帰に差異はなく、早期治療によ

る神経損傷軽減、かつ患児の安全管理のためには33～34週ぐらいが現在出来得る計画出生の時期と考えている。今後、更に早期に計画出生可能となれば、水頭症を伴ったMMC児の治療転帰はより改善されるものと思われた。

## 2 発達に障害のある子どもたちに合併する睡眠障害とその対応

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 吉田達之 荒木章子  
田中 肇 田崎卓見 長 和彦

### はじめに

発達に障害のある子どもに睡眠障害が合併することはまれでなく、実際にこのことで対応に苦慮している療育担当者も多いと思われる。夜間の快適な眠りは、日中の生活の活力の源であるのみならず、体調の維持にも結びついているのであり、睡眠障害が子どもたちに及ぼす影響は多大なものと考えられる。それと同時に、子どもたちの家族にとっても、耐え難い負担をかけている場合もある。

この報告では、まず睡眠の発達について概観し、私たちの経験をもとに、発達に障害のある子どもたちに合併する睡眠障害への対応について述べる。

### I. 睡眠覚醒リズムの発達

生まれたばかりの赤ちゃんは、ほとんど昼夜の区別なく起きてはミルクを欲しがるものである。それが生後4～5か月になると、昼と夜の大まかなリズムができて、起きるのが夜1～2回くらいとなる。そして1歳を過ぎるころには、2回くらいの昼寝をするだけで昼間の活動が可能になる。4～5歳を過ぎるころには昼寝はしなくなり、成人になると睡眠時間は8時間前後になる。以上の経過が、ヒトの睡眠覚醒リズムの発達といえる(図1)。

さて、ヒトを含む哺乳動物の睡眠覚醒のリズムは、脳の奥にある脳幹の神経系で支配された現象で、もともとの周期は約25時間といわれている。出生後にその固有リズムは、地球上の昼間と夜の

変化や社会的な活動や食事などの因子の影響を受けて、しだいに24時間のリズムに同調していく(図2)。したがって大人でも、すべての外界の変化から遮断された部屋で生活すると、約25時間の生活リズムにもどることが知られている。

図1 睡眠覚醒リズムの成熟

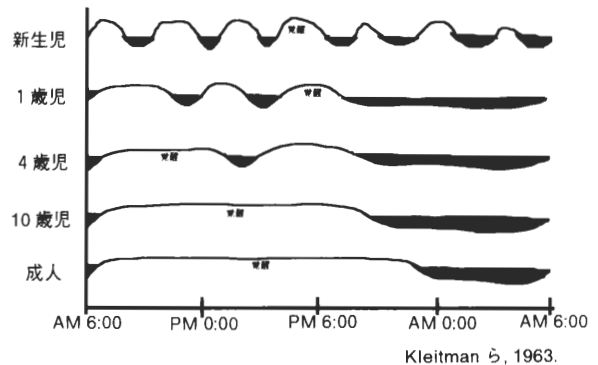
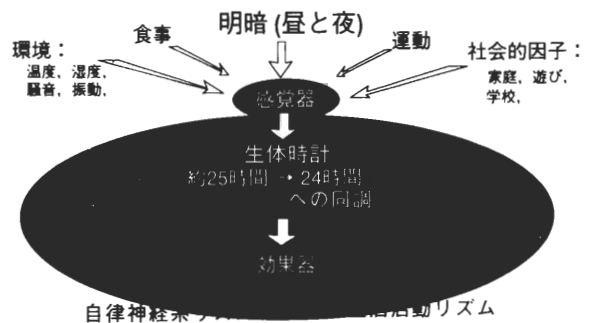


図2 ヒトの生体リズムの発現



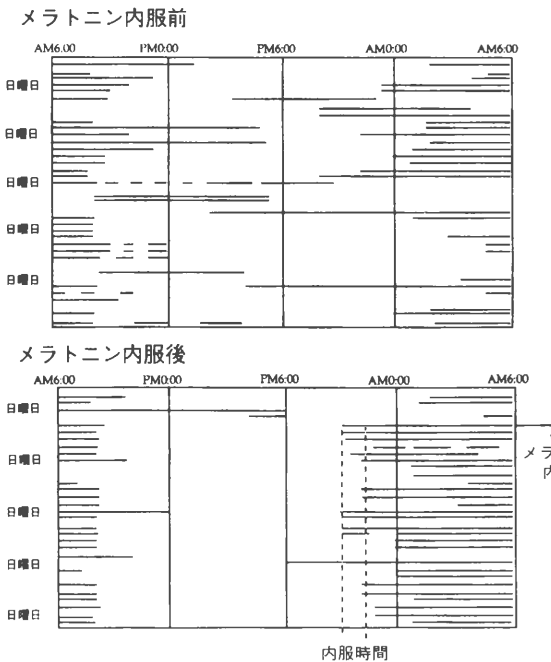
大川ら, 改変

### II. 中枢神経の障害と睡眠障害

睡眠の障害はその病態によって、リズムを作る中枢である脳幹の機能障害と、24時間のリズムに同調する過程の障害とに大別できる。たとえば、重篤な低酸素性脳症による広範な脳障害に合併するのは、前者が原因と推測される。症例として示した1歳の女兒は、出生時期に重度の低酸素症をきたし、治療前は新生児と同じ、昼夜リズムのまったくない状況といえる(図3)。また、自閉症には睡眠障害が合併する頻度が高いが、その原因を脳幹レベルの機能異常として説明する説もある。一方で、生活リズムの同調がうまく行かない

状況としては、先天的な眼科的疾患による視覚障害を合併する子どもがあげられる（図4：説明は後記）。また、知的発達の遅れのある子どもたちについても、どちらかといえば、生活環境への同調がなされないことが、睡眠障害に大きく関与すると考えられている。

図4 視覚障害を合併するBくんの睡眠覚醒の状況



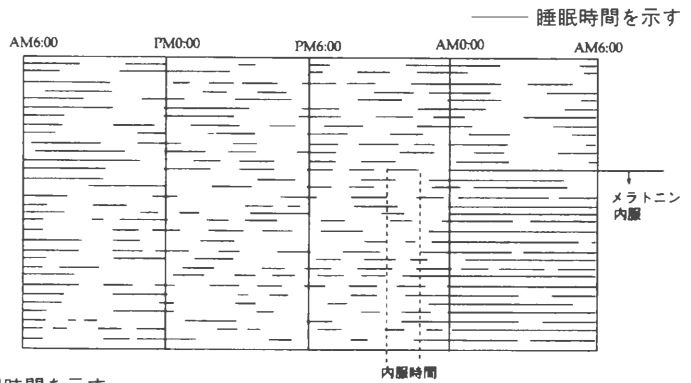
さて、発達の遅れのある子どもの睡眠障害の合併頻度についての報告は、どの状況を障害とするかによっても、その数値が異なる（両親と同じベッドで眠ることを障害のひとつとした報告もある）。ここでは、疾患名と睡眠障害の対比がなされた、Quineらの検討結果<sup>1)</sup>を（表1）に示した。

表1 発達障害の病因と睡眠障害

疾患名	睡眠障害の合併率
原因不明の発達遅滞	57%
ダウン症	44%
脳性麻痺	71%
他の中枢神経系疾患による発達遅滞	83%

Quineら（1991）

図3 低酸素性脳症の1歳、女児の睡眠覚醒の状況



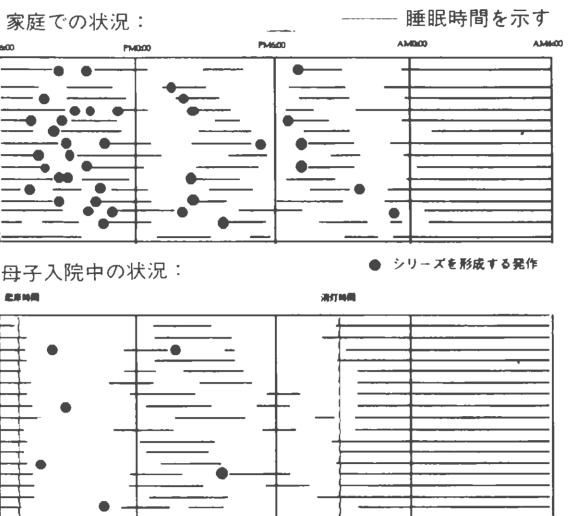
### III. 睡眠障害への対応

発達障害のある子どもたちの療育を行ううえで、睡眠覚醒リズムを保つことがいかに大切かは言うまでもない。いろいろな療育指導を行おうとしても、子どもが眠ってはどうにもならない。ところが、大人の睡眠障害の対応に関する精神科的な検討<sup>2)</sup>は多いが、小児科的にはまだまだ未知の分野といえる。そこで私たちの治療経験を通して、子どもたちの睡眠障害への対応について述べる。

#### 1. 環境調整（同調因子の強化、時間療法）

先天性の脳奇形があり、難治性のでんかんを合併している3歳の男児、Aくんの経過を（図5）に示した。

図5 脳奇形、てんかんを合併するAくんの睡眠覚醒の状況



家庭での消灯時間は午後11時過ぎで、Aくんの入眠時間は夜中を過ぎることが多かった。そして午前中は眠気が強く、てんかん発作も多いこともあり、地元の通園指導も十分に受けられない状況であった。てんかん発作が増加したため、地元の病院では抗てんかん薬が増量されていたが、眠気はより強くなっていた。

我々の療育センターに母子入院して1週間経つと、状況はすっかり変わった。朝7時に起床し夜9時に消灯するという、センターの日課に同調した睡眠覚醒リズムをとるようになった。午前中の覚醒状態が得られたため、療育的指導が行えるようになり、さらにけいれん発作も減少した。ところが家庭に戻ってからは、残念ながら元の睡眠覚醒状態にもどり、やはりけいれん発作も増えてしまった。

さて精神科の教科書には、睡眠障害の治療として、**同調因子の強化**という方法が書かれている。外界の同調因子が不十分と考えられる場合に、これを治療的に補う方法である。すなわち、昼間は外に出していっぱい遊ばせたり日光浴をさせる、1日3回の規則的な食事摂取をはかる、夜はまわりを暗くして静かな環境に置く、などといった方法である。A君の場合は、強制的に睡眠、覚醒させるといった、この極端な治療法を行ったともいえる。さて、特に肢体的な症状の重たい子どもたちの場合、どうしても日常生活において、このような生活上の配慮に欠けることがある。さらにこのような子どもたちは、難治性のてんかんなどを合併する割合が高く、眠気を来するような多種類の抗てんかん剤を使わざるを得ないこともある。

さて一般的には、「子どもが眠らなくて困るのなら、早く部屋の明かりを消して寝かしてしまえばよい」といった指導がなされていると思われる。ただし、このような生活が家庭において、そう簡単に行えるものではない。たしかに治療のひとつに**時間療法**があるが、これは原則的には、入眠時間を遅らせる方法である。ヒトの固有リズムは24時間より長いので、これを人為的に短くさせ

ることは、理論的にもむしろ困難なことといえる。とはいっても、睡眠障害の訴えのほとんどは、「うちの子は夜寝なくて困るんです」というものであろう。それに対して、環境調整を行うことが治療の基本であることは間違いない。

私たちの外来では、睡眠障害について相談を受けたときには、消灯時間と睡眠と覚醒の状況を、少なくとも2週間、記載していただいている。大変な作業であるが、これが出来ない養育者には、いくら生活指導をしても実施は無理、と実感している。生活指導は記載以上に根気のいる作業であり、これを養育者にわかっただけくとも大切といえる。そして、実際にその表を見ることで、生活上の問題がどこにあるか、よく見えてくるのである。それから、日中の生活の注意点について、いろいろと相談している。特に入眠時間については、とりあえず30分早く部屋を暗くする方法について具体的に相談している（見たいテレビはビデオにとれないか、など）。多くの場合はすぐに指導効果はあがらず、入眠覚醒の表をつけながら、指導を継続しなければならない。子どもの年齢と同じ期間を経て培われた生活リズムであり、指導についても当然ながら、長期的に取り組む必要があることを念頭にいれる必要がある。

## 2. 薬物療法

薬物療法は医療的な治療である。視覚的な障害があったり、明らかな脳障害に基づく場合は、生活指導だけでは治療が困難な場合もあり、その場合は投薬も必要である。個々の薬について、ここでは詳しく述べないが、私たちの施設では、ビタミン剤（ビタミンB<sub>12</sub>）や、フルニトラゼパムという睡眠導入薬を使用している。また抗けいれん剤を内服している子どもたちについては、それらの投与量や種類の調節をはかることもある。そのほかに、日本ではまだ薬として認められてないが（アメリカでは時差ボケの特効薬として一般的に売られている）、養育者と相談したうえで、メラトニンというホルモンを内服している子どももいる<sup>3)</sup>。ただし、眠れないときだけ内服といった、

頓用の薬の使用は注意する必要がある。このような薬は、しだいに習慣性がつくこともあり、また中止しようとするとは別な症状が出て困ることもある。

なお、どんな薬を使っても、適切な生活指導がなされなければ、睡眠障害の対応としては不十分といえよう。

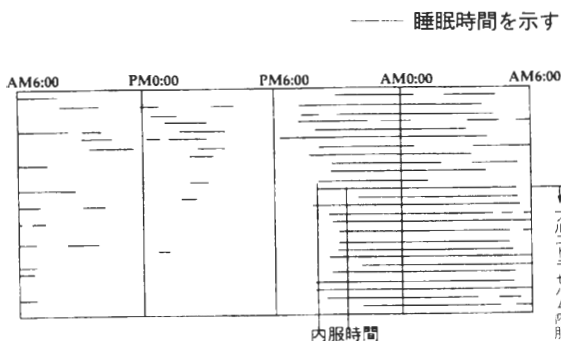
#### IV. 睡眠障害への対応の重要性

A くんのほかにも、当センターで睡眠障害に対して投薬を行っている2人の経過を通して、その対応の重要性について述べる。

生まれつき視覚障害のある B くんは経過を（図4）に示した。幼児期から睡眠障害があり、様々な薬を頓用したが無効であった。盲学校に入学後は、特に週末になるとリズムが崩れて昼夜逆転がおこり、次の週の始めの数日間、学校に行けない状況が続いた。メラトニンの内服後は良好な睡眠が得られて、その後は、おおむね昼夜リズムに一致した睡眠覚醒リズムを維持した。それとともに、情緒的に安定した生活が送れるようになり、学校の寮に入ることができた。さらに規則的に3回の食事がとれるようになり、緩下剤の内服で定期的に排便するようになった。

22歳の C さんは、発達の遅れを主な症状とするレット症候群である。本人そして家族は、この疾患の症状の一つの睡眠障害にずっと悩まされていた。夜間に起きては大きな声をあげるため、このような時、母親は一緒に起きていた（図6）。

図6 レット症候群の C さんの睡眠覚醒の状況



フルニトラゼパム内服で効果があり、昼夜のリズムが維持できるようになった。そして、四肢の痙性が以前より改善し、坐位がとりやすくなり、介助が楽になった。そして母親も夜眠れるようになり、また、本人が寝ている間は、外出できるようになったことで、母親自身が情緒的に安定したということである。

A くん、B くん、C さんの経過のように、睡眠障害に対処することが、本人の身体的状況を安定させ、療育的な指導効果が上げることにつながるとともに、同居する家族にとっても多くの利点があることは見逃せない。

これまでは、指導がうまくいった児童を例にあげて述べたが、実際はむしろ投薬を行っても治療が困難な子どもたちも多い。特に心因的な問題を伴っている（特に、学童期以後の子どもたち）場合などは、睡眠障害はあくまでもその症状の一つに過ぎず、私たちも対応に苦慮している。個々の児童の背景は様々であり、それに応じた対応を考える必要がある。

#### まとめ

睡眠障害は、本人のみならず、家族にとっても大変な問題といえる。そして、子どもが年長になるほど、その対応が大変なことが多い。睡眠障害への対応は、睡眠だけでなく一日の生活リズムそのものに対するものでなければならない。やはり生活の工夫が基本といえる。「夜起きてるなら、早く寝ればよい」ではうまくいかない。まず、養育者に睡眠覚醒の表をつけてもらい、何が問題かを考える必要がある。そして、個々の家庭で実践できる具体的な方針を立て、試行錯誤することが大切といえよう。

#### ■文献

1. Quine, L. 1991, Sleep problemes in children with mental handicap. J. Ment. Defic. Res. 35, 269-90
2. 内山真ら：睡眠・覚醒リズム障害／神経進歩 1995, 39 92-102
3. 伊藤淳一ら：発達障害児の睡眠障害に対するメラトニン治療／小児科臨床, 投稿中

### 3 就学期を迎えた障害幼児の 発達診断

上ノ国町母子通園センター  
中村 孝

#### 1. 概要

本児は、通園当初から関係機関で「言語発達遅滞」の診断を受けていたので、これを参考にこれまで発達援助のための療育・指導に取り組んできた。本児の指導の契機を見いだすために遠城寺式発達検査、鈴木ビネー検査、WISC-R検査等の検査を実施してきたが、十分な資料を得ることが出来なかった。そこで、2歳6ヵ月から心理教育アセスメントが可能で、アセスメントの結果が指導に直結するというK-ABC心理教育アセスメントバッテリーを本児に適用したところ、本児の認知処理から見た知能の実態や指導方略の視点について示唆に富む知見を得た。

#### 1. 対象児

平成5年5月から上ノ国町母子通園センターに週2回保護者同伴で通園している自閉的傾向児。

#### 2. 主訴

保護者は、本児が落ちついた行動が取れず、まだ文字・数等興味を持っていないので何とかしたいと考えている。保護者は、来春の就学に向けて現在の発達状況を客観的に把握し、今後の家庭や学校教育における発達援助の資料としたいと希望している。

#### 3. 背景となる情報

##### (1) 生育歴及び現在までの経過

前置胎盤9ヵ月の早産、帝王切開で出産している。2,160gの未熟児で未熟児センターに入院。運動発達については標準、歩きはじめ1歳2ヵ

月、1ヵ月半頃まで入院していたが、授乳の時、視線が合わない事が気になった。1歳の時点では呼んでも振り向かないことが多く、人とかかわろうとする仕草や態度等も見られなかった。

家での動きはそれほど目立たないが、外に出るとじっとしていることがなく落ち着きがなかった。

3歳時健診時の状態としては、声かけ、名前の呼びかけに対する応答はない。発声はトーンが高い。遊びながら声をかけると音声の模倣はある。「お父さんおそいな」等の2語文は出ているが、テレビのマンガの台詞を言うような言い方をしている。自発的に要求を示す言語としては「ちょうだい」「おいで」程度で「だっこ」はよくせがむ様子を示す。函館児童相談所の紹介で、3歳2ヵ月から通園して現在に至っている。

##### (2) 家庭環境

両親と本児、姉（小3）の4人暮らしで、父親は勤務の関係上出張が多く本児への関わりは少ないようだ。しかし、本児は母親より父親に関心を示している。姉弟仲も良好で、夏休みや冬休みの時期には本児を同伴していろいろ援助している。母親も専業主婦で本児の発達を促すような働きかけが多く見られる等、家庭教育には熱心である。

##### (3) 指導開始時の状態

###### (a) 障害の傾向

本児は、函館児童相談所で「言語発達遅滞児」、地域療育センターで「自閉的傾向児」という診断を受けているように「言語発達遅滞と自閉的傾向」の二重障害を合わせ持った児童である。

###### (b) 障害の程度

保護者が問題を感じた頃から人への関心が薄く、人との言語的なやりとりが下手で音声によるコミュニケーションがほとんど見られない。また、動作や身振り・指さし等の非言語的な伝達も乏しい。言語理解については、自分が関心のあるものについてはすぐ記憶するが関心を示さないものについてはなかなか身につかない。

## II. 各種検査結果から見た本児の実態

### 1. 遠城寺式乳幼児分析的発達

診断検査 (CA 3:0)

●検査結果

移動運動	3:0~3:4 (DQ=106)
手の運動	2:3~2:6 (DQ=79)
基本的習慣	2:9~3:0 (DQ=96)
対人関係	1:9~2:0 (DQ=63)
発語	2:0~2:3 (DQ=71)
言語理解	1:6~1:9 (DQ=54)

記録面接の前半は、いろいろな玩具に目が移り、じっとしていることはない。

●検査時の様子

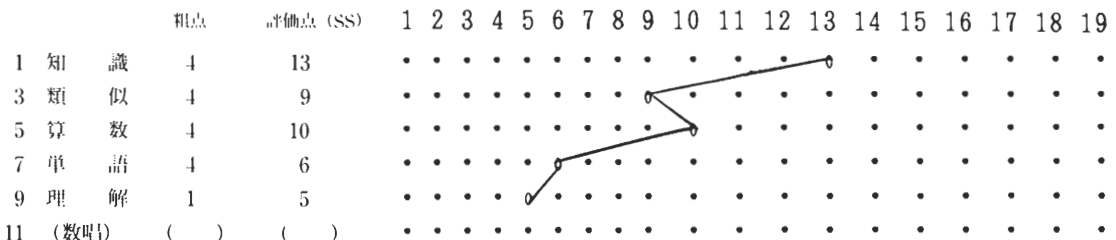
遊びも一人で取り組んでおり、積極的なアイコンタクトもなく、人と共感的に楽しむ様子も見られない。

### 2. 鈴木ビネー知能検査

● CA 4:7. MA 2:8. IQ=58

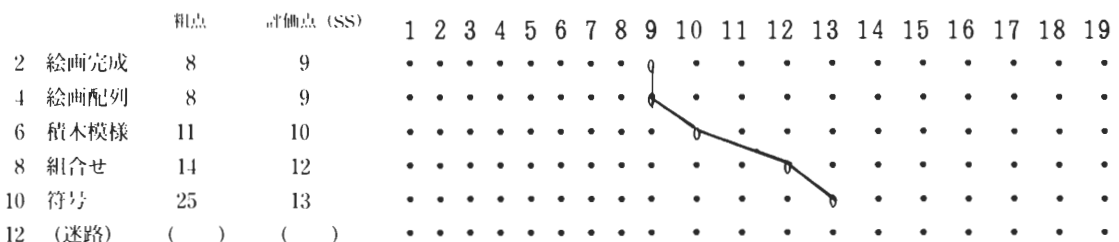
●評価点プロフィール

言語性検査 (Verbal Tests)



言語性評価点合計 VSS (43)

動作性検査 (Performance Tests)



動作性評価点合計 VSS (53)

### 3. WISC-R 知能診断検査

●検査結果 (CA 5:2)

言語性評価点合計 VSS(43) VIQ(92±9)

動作性評価点合計 VSS(53) PIQ(102±11)

全検査評価点合計 VSS(96) FIQ(97±9)

年 令 5年2月29日

### 4. K-ABC 知能検査法

カウフマン (Kaufman, A. & Kaufman, N., 1983) は、「知能研究の理論と研究成果を基にして知能を測定する」ことを目的とし、新しい知能検査として K-ABC (Kaufman Assessment Battery for Children) を標準化した。K-ABC は、知能として新奇な課題場面において使われる情報処理過程を同時処理と継次処理から測定し、またビネー式検査やウェクスラー式検査で言語性の課題として使われてきた算数問題や言語に関する知識などを、習得度検査として分けて測定している。



## 1. K-ABC の検査結果と解釈

### (1) 継次処理尺度と同時処理尺度の結果と解釈

継次処理尺度と同時処理尺度の標準得点はそれぞれ100 (±9)、113 (±9) であったが両者に有意な差が認められない。

### (2) 認知処理過程尺度と習得度尺度の結果と解釈

認知処理過程尺度と習得度尺度の標準得点は、それぞれ109 (±8)、78 (±7) であった。ディスクレパンシイは31となっており、認知処理過程尺度の方が有意に高い。

それに反して、本児の習得度が低く、それは数や言語に対する知識・能力の獲得に際して、継次処理能力と同時処理能力が十分に活用されていないことによる影響と考えてよい。したがって、指導に際しては、本児の得意な認知処理能力を検討し、それに基づき指導する事が望まれる。

### (3) プロフィール分析表による結果と解釈

下位検査によって測定される能力および影響因の仮説候補リストである。

#### 測定される能力および影響因の仮説候補リスト

強い能力または影響因	弱い能力または影響因
知覚的統合、知覚的推論 抽象的刺激から具体物への転換 非言語的的概念形成 時間的切迫下での作業	短期記憶(視覚) 本質と非本質の区別 連続的刺激的運動による再生 類推的思考 空間的配慮 衝動性

複数の下位検査に共通する強い能力として、知覚的統合、知覚的推論、抽象的刺激から具体物への転換、時間的切迫下での作業などをあげることができる。特に、知覚的統合は、与えられた幾つかの刺激をばらばらなものとしてではなく、相互に関連付けて一つの全体へとまとめあげる能力で、「手の動作」「絵の統合」「模様の構成」「視覚類推」「位置さがし」の下位検査で測定できる。ところが、本児の場合「絵の統合」「積木の構成」で良い得点を取っているが、「視覚類推」「位置さがし」は低得点となっている。

「絵の統合」「模様の構成」がSになる根拠として、本児には①物の弁別が優れている。②刺激の要素間の相互関係を認識する能力に優れている等の特徴が見られる。

低得点を示した下位検査の「手の動作」「模様の構成」「視覚類推」「位置さがし」は衝動性の影響因が示すように注意の集中が影響しているように見えるが、被伝導性がアセスメントの遂行に影響を与えたと見るべきではない。それよりも、「類推的思考」のベースとなる短期記憶(視覚)が問題であるように考える。その短期記憶は、順序が重要な意味を持つ情報に対し、正しい順序で処理を行う系列化能力や連続的刺激的運動による再生の基本となっており、本児にそのような能力が、何らかの要因で形成されていないと考えて良いであろう。本児は、この短期記憶(視覚)に問題があるように思うので、2,160g(未熟児)という背景情報に基づき、検討を加える必要がある。

## 2. その他の検査の結果と解釈

### (1) WISC-R 知能検査

- ①全検査IQは、CA 5:2で(97±9)である。
- ②言語性検査と動作性検査の間に有意差はない。言語性検査VIQ(92±9)動作性検査PIQ(102±11)
- ③検査結果から、S、Wのプロフィール分析が必要である。

## III. 総合解釈と指導方針

本児に実施したK-ABCの結果から、認知処理尺度109(±8)で、WISC-R知能検査の結果では97±9であった。この検査結果を総合的に解釈すると、認知処理能力は優れていると考えて良いだろう。それに比較してK-ABCの習得度の結果が低いことが明らかになった。

WISC-R知能検査は、K-ABCの習得度とほぼ同じである。

これらのことから、本児の認知処理能力を活用すれば、もっと多くの事が学習できるはずである。

## 4 外来診療部門アンケート 調査結果 ～前回との比較をとおして～

札幌肢体不自由児総合療育センター

堀江 律子 井上 和広  
水上 八行 鈴木真知子  
奥田 龍人 横井裕一郎  
福士 善信 藤田美津子  
片岡 道彦 那須野集平

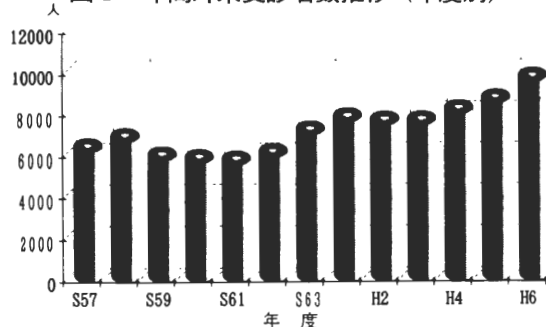
### はじめに

「ノーマライゼーション」を実現させるため、さまざまな取り組みがされて久しい。障害をもっていてもいなくても、家庭や地域で育児・療育される事は、とりわけ発達の上にある子にとっては重要なことである。北海道では、そうしたことを踏まえ、どの地域にいても一定のレベルの療育が受けられるよう1989年「障害児早期療育システム事業」を開始し、その中核的な施設として当センターが位置付けられ、外来部門や地域支援事業を充実させてきたところである。外来利用者の増加傾向から、外来部門のさらなる機能充実が望まれている。

そこで全道庁療育センター支部自治研推進委員会では、1989年に外来利用者に対しアンケート調査を行い、自治研レポートにまとめた。その後の6年間で、診療科目の増設、移動療育相談事業の開始、毎日外来の試行等の変化があった(図1)。療育センターの将来展望についても、本庁生活福祉部内に『あり方検討委員会』が設置され、検討が開始されている。

こうした状況から、再び外来利用者のニーズを把握することが意義深いことではないかと考え、外来利用者へのアンケート調査を実施した。その結果と考察を報告する。

図1 年間外来受診者数推移（年度別）



年度	S56	S57	S58	S59	S60	S61	S62
人	5,329	6,262	6,755	5,851	5,716	5,635	5,955
年度	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6
人	7,081	7,707	7,543	7,536	8,074	8,583	9,636

### アンケートの実施方法について

#### 1. 期間

1994年11月16日～12月27日

#### 2. 対象

外来受診児の保護者（付き添われてきた方）

#### 3. 方法

外来受付にて看護婦がアンケート用紙を配付し、待ち時間等に記入し、回収箱をおいて回収した。

#### 4. 回答数及び回収率

アンケート調査期間中の受診者は1,208名であったが、この期間中の再来利用の方も多いため重複を避けるように配慮し、453名の方にアンケート記入を依頼し、回収した。

回答数：409名 回収率：90.3%

### アンケートの調査結果について

～前回との比較による考察～

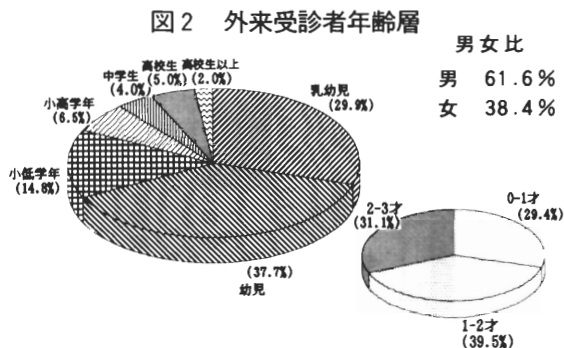
#### 1. 利用者男女比及び年齢層について

（今回は質問項目なし）(図2)

男女比は男：61.6% 女：38.4%

年齢層では、0～6才で3分の2を占めている。

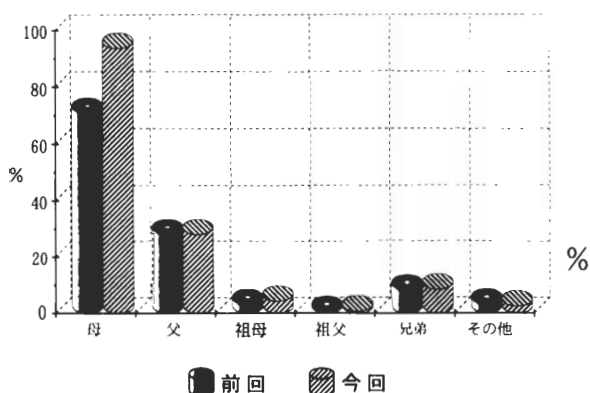
早期療育を柱とする移動療育相談事業でも似たような年齢構成となっているので、当センターの外来、地域支援に求められているニーズの中心が乳幼児期からの関わり（早期療育）ということが指摘できる。一方、高校生以上の外来利用者が7%あるということは、当センターが児童福祉施設（入院は18歳以上は困難）の枠を越えたサービスも求められていると考える。



## 2. 外来利用児の付き添い者について(図3)

前回調査では付き添い者を同伴者と曖昧な表現をしたため、母の数値が低く出ているが、日頃の利用者の傾向からしてほぼ今回の数値が実態に近いものとする。前回同様に父の同伴がある程度多いことについては、交通の不便さ、遠距離などの他に、障害受容、家庭療育の充実などの良い結果であるとも考えられる。

図3 付き添い者



## 3. 利用者居住地域について(図4)

利用者の居住地域については、前回同様に札幌

市内が45%程度を占めている。これは入院児童の割合とほぼ同様である。札幌市外の内訳を図4に示す。札幌市外の利用者の居住地域は近隣市町村が多く、遠方からの受診では帯広、釧路が目立ち、道南方面が少ないのは地域療育の充実と調査時期が冬期であることが考えられる。

図4 札幌市内受診者区域別割合及び札幌市外の内訳



## 4. 交通機関及び交通所要時間について(図5.6)

交通手段は自家用車が多い。

所要時間に関しては、前回と比較して1時間以内が10%程度高くなり、全体的に所要時間は短縮する傾向にある。その理由としては、前回アンケートとの少しの時期のずれで、今回は冬期間に入ったため遠方からの利用者が少なかったことや、高速道路の開通など交通事情がよくなったことが挙げられる。また道南、日胆地区などの地域療育の充実などにより、遠方からの受診頻度は以前と比較して少なくなってきていることも関与しているものと思われる。

図5 交通機関

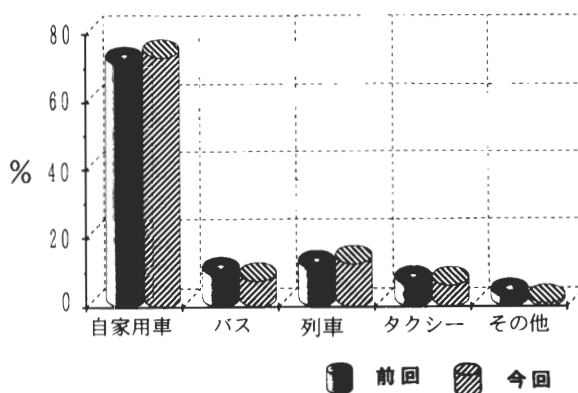
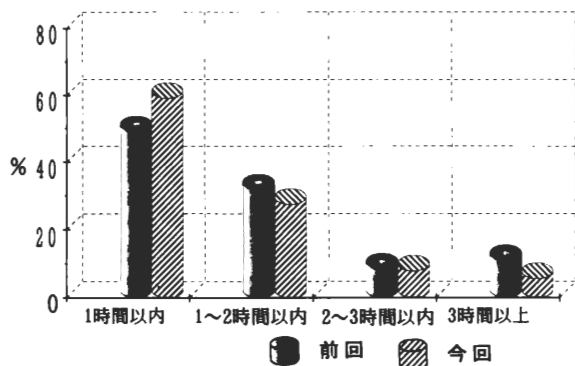


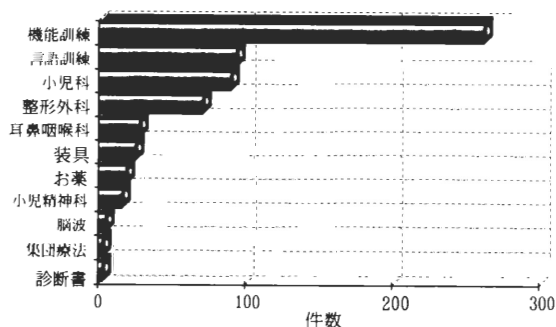
図6 所要時間



5. 受診について (図7)

前回と質問形式が多少異なるので比較はできないが、機能訓練の受診がぬきんでており、利用者の訓練への期待が大きいことがわかる。なお、初診については、前回8人(4.0%)に比べ、今回22人(5.4%)と増えている。

図7 受診科目別延べ件数



6. 診療受付時間について

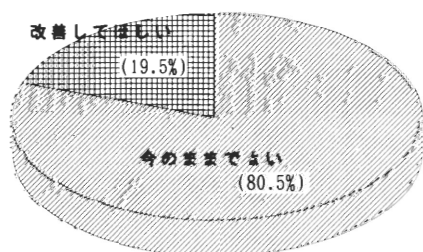
(前回は質問項目なし)(図8)

今のままでよい；80.5%

改善してほしい；19.5%

現行の受付時間は午前9:00~11:00と午後13:00~14:00であるが、実際はこの時間外に来た利用者にも対応しているので、現状のままでよいという回答

図8 受付時間



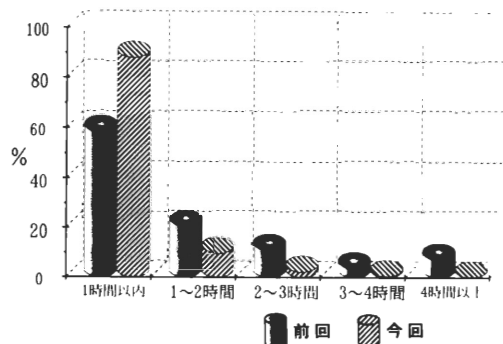
が多かったことと思われる。改善してほしい点に関しては、

受付時間の拡大をしてほしいという意見が多かった。

7. 診察を受けるまでの待ち時間について(図9)

診察までの待ち時間が前回よりも大幅に減少しているその理由として、訓練予約制の実施と受診表の利用により、外来受付や診察の割り振りが円滑になったと考えられる。そこで、納得できる時間として、待たなくてよい、我慢できるで約80%である。

図9 診察待ち時間の程度

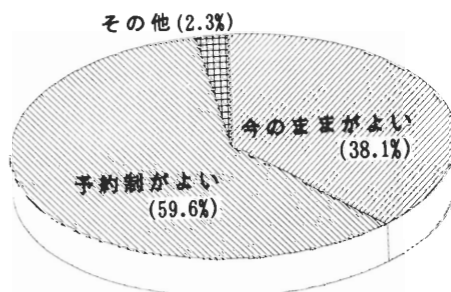


8. 医師の予約制診察について

(前回は質問項目なし)(図10)

医師予約制診察については、予約制の希望が約60%になっているが、現在の複数科受診(訓練含む)システムでは困難点もあるが、今後検討していかねばならないと考える。

図10 医師の予約制診察



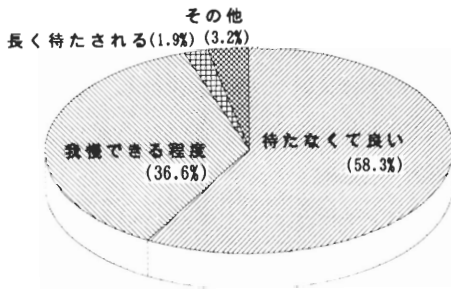
9. 訓練予約時間について

(前回は質問項目なし)(図11)

訓練予約については、前回のアンケート調査時には実施していないが、前回の調査では訓練の待ち時間が長いという不満が数多く寄せられていたことから考えると、一番改善された面ではないか

と考える。前回調査では、訓練の待ち時間1～3時間で35名（42%）、4時間以上4名（5%）もいたが、予約制によりこうした不都合が解消され、約95%が納得している。予約制により外来受付業務の円滑さも図られている。

図11 訓練予約時間

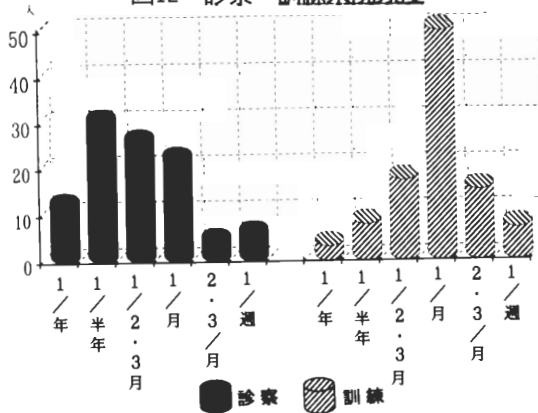


### 10. 診察・訓練来院頻度について

（前回は質問事項なし）(図12)

どのような頻度で来院しているかを調査したところ、医師の診察が年1回～半年に1回でほぼ半数である。訓練は月1回がほぼ半数で月2回以上が79名（22%）を占めている。前回調査にはなかった事項だが、当時の訓練状況では月に2回受診できた子がほとんどいなかった。前回調査でも訓練回数を増やしてほしいとの希望が多かったことを考えると大きな改善となっている。この原因として、集中的に訓練が必要な児童の対応に内部努力をしていること、日課の変更により15:00以降の外来対応が可能になったこと等が挙げられる。医師の診察のうち、月2回以上の大部分は小児精神科の集団療法や個別療法であると思われる。

図12 診察・訓練来院頻度



### 11. センターの今後のありかたに対して、利用者の立場からの意見、アイデアを

#### ◎情報提供・相談窓口について

- 普通幼稚園・保育園についての地域情報の提供。
- 訓練のみでは、いざ小学校という段階で就学について準備しても遅すぎる。早目の提示をセンターの方でしてくれれば考えることもできるし、調べたり情報を集めたり、子どもの学習準備ができる。
- 学習・育児・保育・子どもの障害について、就学・幼稚園・保育園等の情報や相談が専門にできる窓口を。成人した場合、今までどおり通院できるか心配。
- 日常的に使用する椅子・食器・スプーンなど展示して見せてくれるとか、ちょっと工夫すると利用できる市販の物、手の加え方、作れるものの紹介コーナーがあると良い。家庭ではなかなか手に入らないパソコンなど高価な商品を体験利用できるところもあるとよい。
- 私たちは初めての子どもが身障児でしたので、ここを利用していますが、福祉等の利用の仕方が諸々わからないことばかりです。そんな窓口が（区役所と別に）あれば、このセンターの利用価値がもっと上がると思う。

#### ◎診察・訓練について

- 精神科という用語でなく、心理発達科等にできないのか。
- 家族や本人が利用できるカウンセリング（心理療法内科？）があればよい。
- 地元の学校に入学しても訓練する場所や器具がないので、何回も通いたい先生によっては無理なので通えない。
- 道立なので他の病院・施設等に通っていても、いなくても普通にしてほしい。
- 緊急時に（発作など）診てもらえる時間外診察は札幌の場合、緊急の救急病院になってしまうので可能なら時間外など、どこかで診てもらえると助かる。
- 札幌市に住んでいるが、療育センターをこれからも利用したいと思う。療育センターは医療面でも

障害を持っている子どもたちをあちこちと連れまわさなくてもよいように整備してほしい。たとえば、けいれんの入院治療できる事等、訓練面については訓練士を大幅に増やして治療のできる訓練回数にしてほしい（現在はチェックのみ）。

- 最初のイメージが暗いなーとか閉鎖的に受け止めてしまいましたが、今は慣れも入ってかあまり感じませんが、全道的に利用している施設であればもっとオープンであり明るいところであり、また、社会に対しても少しでも自立していける教育等望みたい。
- 担当医師があまり変わるのには困る。
- 訓練の先生は大変だと思いますが、是非外来でも水治療をお願いします。
- 冬期間は訪問訓練が出来るようになれば良い。
- 機能訓練ばかりでなく、手の作業も言語も患者のニーズに合わせて訓練を進めてほしい。我が子の場合は自分の方からお願いして初めて受けることができました。
- 通うのがたいへんです。冬は特にです。最近地元の方にも先生方が来て下さるのでたいへん助かります。2か月に1回と定期的になるとよい。地方だと勉強・情報不足があり、会報みたいなものを読みたい。
- 地域通園センターや通園センターのないところへも、年数回でも、見にきて訓練の仕方など指導してほしい。

#### ◎入院・教育について

- 地元の学校と養護学校との行き来をもっと自由にできるようにしてほしい。
- 通学し訓練が出来ると良い。（3人）
- 通院しているものは健常者よりも勉強により長い時間を要すると思うので、中学～高等部への進学がより多く出来るように。
- 通園・通学・高等部の設置を、重度の子も受けてほしい。（43人）
- 高等部設置の際は学習と同時に療育面での必要性を重視してほしい。
- 今、札幌市で重度障害児が通学できるのは、真駒養か豊成養護しかありません。こちら方

面で通学できる場所としてセンターはもっとがんばってほしい。

- 介護者付き送迎の通学があればいい、本州はけっこう多いそうです。
- 通学バスで通学出来ると良い。
- 養護学校を肢体不自由児対象にも拡大してほしい。
- これから学校教育現場で障害を持つ子がどのように受け入れてもらえるのか、福祉の充実と口で言われながら現実はおそまつで将来がたいへん心配です。
- もう一つ学校をつくってほしい
- 集団生活の利点といえば仲間との意識がしっかりもてるという点だと思いますから、3・4か月の入退院では早すぎる。
- 全介助の子どもも親の入院など緊急な場合は本入院させてほしい（食事や体のことなどすべてのスタッフがそろっているので親も安心して入院できる）。
- 本入院の定数に余裕があると聞くが、手がかかるということで入院をおさえているようですが、訓練の必要な子はぜひぜひ本入院させてください。学校・家で訓練だけでは心もとない。
- 短期入院という形で子どもが対応できるか、見極めてから本入院するようにしてほしい。
- ショートステイの受入れ：緊急一時保護のみでなく、親の看護疲れなどにも利用させてほしい。市内の子どもたちも受け入れてほしい。（2人）

#### ◎進路について

- 学校卒業後のデイケアも訓練を充実させてほしい。（5人）
- 中等・高等部からの行き先を一緒に考えてほしい。
- 職訓の設置。

#### ◎その他

- 通園施設が少ない、もう少し通園施設があれば、例えば各区内に一つ。
- 肢体不自由児の学校が南区にかたよっている

ので西区側には非通学できるように。

- 0才～終身の総合的な施設が出来るが良い。
- 隣の訓練センターも含め総合的な施設に。
- 新しいセンターが一日も早く建設開設できるよう願っています。
- 近くにこのような施設がほしい。（4人）
- もっと重度の子の受け入れ（学校）をして、情報（どんなことをしているのか、どんな雰囲気なのか等）をみんなにわかってもらう努力をしたらよいのでは（マスコミを利用してよいと思う）。

## 12. センターの今後のありかたに対して

センターのことについては、前項と同様な指摘が多くあった。他の面では、教育の問題が多く寄せられた。特に、センター併設の手稲養護学校に通学制度、高等部の設置をという声は多くあり、今後の課題と考える。地元手稲地区の障害をもつ子が真駒内まで通学しなければならないことも、行政上の大きな課題と考える。

## まとめ

今回は、療育センターの外来をとりまくニーズについても調査した。その結果、多様なニーズがあることが明らかになった。外来部門を充実するには、それらを含めて考えることが望まれる。

89年より開始された北海道の早期療育システム事業の中核的施設として位置付けられ、移動療育事業の開始、小児精神科の設置、また毎日外来の試行、訓練の予約制導入等により、待ち時間の大幅な減少、訓練回数の増加等が改善されているが、施設設備面、システム面を含め、まだ課題は多い。

### 1. 施設整備については早期改築・改善が望まれる。

### 2. 療育センター外来機能・システムについて

(1)診療体制のシステムの見直しと機能の充実

- 整形外科医の長期定着化が望まれる。

- 受診者の状況は、単科受診から複数科受診が必要となっている。スムーズな受診ができるようなシステム化。
- 一貫した療育が受けられるように、外来ケースカンファレンス等による総合診療システム化
- 全科を毎日外来対応することにより、遠方から受診しても予約制診療を可能にしやすい。
- 職員の対応もある程度システム化し、効率性を高める。
- 本入院の日課を検討し、水曜日の訓練予約の集中を解消する。

(2)外来機能の充実に向けてパラメディカルスタッフの増員

- 外来診療が十分機能するには少ない定数で、以下の職種の増員が必要と考える。  
臨床検査技師・放射線技師・薬剤師・訓練士（PT・OT・ST・視能・聴能）・看護婦・栄養士・医師（特に歯科・口腔外科・眼科等の専門医） 歯科衛生士・心理士・MSW

## 3. 総合リハビリテーションシステムの整備

道では総合リハビリテーション構想を打ち出して整備に取り組んでいるが、障害をもった方のライフサイクルに対して、適切な支援体制と家庭や地域での療育でQOLの向上が望まれている。そこで

- (1)一人ひとりのライフサイクルに合わせたサポートネットワークづくり
- (2)地域支援部門を設け、支援体制を構築する
  - 地域療育機関への技術支援
  - 研修の受入れ
  - 療育情報の提供等
- (3)縦割り行政の弊害を克服し、保健医療・福祉・教育が一体となった支援体制
- (4)成人期への橋渡しと、その後フォロー等の課題解決が望まれます。

最後に、療育センターの『あり方検討委員会』が設けられ、進行中とのこと、今回のアンケートから明らかにされた利用者の声が十分に反映されるよう望みます。

アンケートにご協力くださいました、利用者のみなさまに深く感謝いたします。

## 5 北海道の早期療育システム における移動療育センター 事業についての一考察

～5年間を経過して～

北海道早期療育中核的施設協議会事務局  
札幌肢体不自由児総合療育センター

指導係長 奥田 龍人  
相談員 中西 芳之

### はじめに

北海道において平成元年度に開始された障害児の早期療育システム事業は、平成7年度に第1次圏の整備が完了し、ほぼシステムとしての形が整えられた。当センターはその中核的施設として位置づけられ、移動療育センター事業を中心とした地域支援を実施している。その現状と課題を報告し、あわせてその将来を展望してみたい。

### 1. 北海道の早期療育システムの概要

北海道の早期療育システムは、「障害をもつ子どもたちがどのような地域にいても、安心して適切な一貫した総合的な医療、福祉、教育のサービスを受けることができる早期療育システムを本道において確立する」(注1)というシステムづくりをめざしている。そしてその整備に当たっての3つの視点として、家庭を中心とした身近な地域において必要とするサービスが提供されなければならないという「地域性」、心身障害児に対する各専門分野のチームプレーとして総合的に取り組んでいかなければならないという「総合性」、発達段階に応じた発見、相談、療育、保育などの一貫した取り組みとなっていかなければならないという「一貫性」を挙げている。そのための有効な方法として1次から3次まで積み上げる療育圏構造を造った(図1・P54)。

概括的に言えば、複合市町村を単位とする1次圏(67圏域)、地域生活圏を単位とする2次圏(道南・道央・道北・十勝・北網・根釧の6圏域で道央を除く圏域は児童相談所の管轄区域に対応)、全道を対象とした3次圏(3カ所の中核的施設を指定)という形である。なお、政令指定都市の札幌市はこの事業の及ぶ範囲ではない(図2 P54)。

早期療育システム事業は表1のとおり4つの柱から成っており、それぞれの予算の推移は表2のとおりである。また、施策の整備状況は表3のとおりであり、母子通園センターは事業開始以降飛躍的に整備されてきているのがわかる。なお、母子通園センターへの補助金は、国庫補助事業(Ⅰ型)の場合は国4分の2・道4分の1で計4分の3、道単独事業の場合は道2分の1である。

(注1)資料：「北海道における早期療育システムに関する調査検討報告書」より。(昭和63年12月5日・障害児早期療育調査検討委員会)

表1 障害児早期療育システム推進事業(平成元年度開始)

障害児療育の充実を図るため、第1次～第3次までの療育圏を設定し、障害児の早期発見から早期療育に至るシステムの整備を進める。

#### (1)母子通園センター事業費補助事業

療育の場が不足する第1次療育圏において、市町村が実施する母子通園センター事業に対して助成する。

#### (2)地域療育センター整備事業

第1次療育圏を支援するため既存の精神薄弱児施設等に巡回療育訓練などの機能を付け加えることにより地域療育センターとして整備する。

心身障害児短期療育事業

心身障害児(者)巡回療育相談事業

心身障害児巡回療育訓練事業

#### (3)中核的施設機能強化事業(平成3年度開始)

第1次、第2次療育圏で対応できない高度の専門的な療育に対応し、地域への技術援助の役割を担う第3次療育圏の中核的施設の機能を整備する。

移動療育センター開設事業

地域療育センター指導事業

研究・情報提供推進事業

#### (4)地域療育推進体制整備事業

第1次～第3次までの療育圏に地域療育推進協議会を設置する。  
 （※平成7年度北海道「生活福祉行政の主な施策」より）

**表2 早期療育システム事業の予算の推移**  
 （北海道「生活福祉行政の主な施策」より）

事業年度	母子通園センター事業費補助事業	地域療育センター整備事業	中核的施設機能強化事業	地域療育推進体制整備事業	予算総計
平成元	156,798千円	1,386千円	-千円	6,305千円	164,489千円
2	186,359	3,537	-	10,302	200,198
3	225,126	11,462	16,630	10,761	263,979
4	272,913	13,116	7,576	11,867	305,472
5	310,564	13,418	9,352	12,149	345,783
6	339,729	13,806	9,730	12,914	376,179
7	361,070	13,940	10,485	13,689	399,184

**表3 早期療育システムの整備状況**

（H5まで「北海道の生活福祉（事業実績）」  
 ・H6～7北海道「生活福祉行政の主な施策」より）

事業年度	母子通園センター事業費補助事業			地域療育センター整備事業	中核的施設機能強化事業	地域療育推進体制整備事業
	国庫	道単	計			
昭和63	15ヶ所	～ヶ所	15ヶ所	ヶ所	一施設	～ヶ所
平成元	17	12	29	2	-	28
2	19	23	42	4	-	44
3	20	29	49	6	3	54
4	22	35	57	6	3	61
5	23	36	59	6	3	65
6	24	37	61	6	3	68
7	25	41	66	6	3	73

## II. 中核的施設機能強化事業の概要

中核的施設とは「第3次療育圏における高度で専門的な療育の中心的な役割を担う施設であるとともに本道における早期療育システム推進の中核的な役割を担う施設」（注2）として位置づけられ、札幌・旭川の肢体不自由児総合療育センター

（肢体不自由児の療育専門機関）と太陽の園発達援助センター（知的障害児の療育専門機関）が指定されている。この3次圏の圏域としては、両療育センターがそれぞれ道南・道央圏と（札幌療育センター）、道北・十勝・北網・根釧圏（旭川療育センター）とを分担しており、太陽の園発達援助センターが全道域をカバーしている。なお、北空知地方については砂川までを札幌療育、滝川から旭川療育と線引きしている。

この指定された施設の行う早期療育システムに関する事業が「中核的施設機能強化事業」であり、その内容として、①移動療育センター開設事業、②地域療育センター指導事業、③研究・情報提供事業の3事業を実施している。①については、この事業の中心的な事業であり後に考察したい。②については、6カ所の地域療育センターの母子訓練や職員研修等に中核的施設の療育専門職員（医師・PT・OT・ST・心理士・保健婦等）を派遣するというもので、実績は表4のとおりである。実施施設が偏っていることは後に述べる2次圏の問題の中で触れたい。③については、情報提供の一つの柱として、機関誌「スプリングボード」を発行してきた（年1回の発行で現在3号まで発行、他に別冊を1回発行）。また、1次、2次圏職員への研修の場として、通園施設職員等研修会を表5のとおり実施してきたところである。

（注2）「中核的施設の機能のあり方に関する調査検討報告書」より。（平成元年3月・障害児早期療育調査検討委員会）

**表4 地域療育センター指導事業の実績**

	おしま学園	太陽の園	北海道療育園	つづき学園	白鷺学園	きたみ学園	計
平3	0	1(札)	1(旭)	2(旭・太)	11(旭)	1(旭)	6
4	0	4(札)	0	2(旭・太)	2(旭・太)	1(旭)	9
5	0	5(札)	1(旭)*1	2(旭・太)	2(旭・太)	1(太)	11
6	0	2(札)*2	0	0	4(太2・旭2)	1(太)	7
7	0	4(札)*3	0	0	4(太2・旭2)	2(旭)*4	10

- ※1：富良野市への療育支援として実施。
- ※2：2次圏推進協議会の研修会として実施。
- ※3・4 それぞれ1回は2次圏推進協議会の研修会として実施。

表5 通園施設職員等研修会の実施実績

年月日	内 容	参加人数	担当施設
4・10・9	「地域障害療育のあり方」 (全国療育研究大会) 心身障害児総合医療療育センター 児玉和夫先生	518名	札幌療育 旭川療育
5・3・6 ～7	「ボバースアプローチの理論と実際」 札幌母子訓練センター 今村重孝先生 札幌スタッフ	82名	札幌療育
6・1・12 ～14	「運動障害をもった子どもへの発達 援助の実際」 ボバース記念病院 真鍋清則先生 千歳市こども療育課 阿部哲美先生 中央児童相談所 羽原牧子先生 札幌スタッフ	36名	札幌療育
7・2・1 ～3	「発達障害児の医療・療育」 旭川児童院 末光茂先生 旭療スタッフ	80名	旭川療育
7・2・15 ～17	「脳性マヒ児のタイプ別理解と療育」 札幌スタッフ	26名	札幌療育
8・1・8 ～9	「自閉症へのアプローチ」 筑波大・心理 肥後祥治先生 北海道教育大旭川校 古川宇一先生 旭療スタッフ	94名	旭川療育
8・1・10 ～12	「肢体不自由児の遊び」 東京都心身障害者福祉センター 岡田節子先生 札幌スタッフ	50名	札幌療育

### Ⅲ. 移動療育センター開設事業の概要

#### 1. 移動療育センター開設事業とは

移動療育センター開設事業（以下、「移動療育相談」と略）とは、3次圏からの1次圏支援事業であり、母子通園センターを運営している市町村へ1年に一度3次圏のスタッフ（2次圏スタッフ、児童相談所も加わる）を派遣し、通園センター利用児童の療育についてスタッフの専門的見地からのアドバイスを行う事業である。

##### ①派遣スタッフの構成

移動療育相談における派遣スタッフは、この事業の要綱においては3次圏の両療育センターから医師、PT、OT、ST、太陽の園発達援助センターから心理士、保健婦を各々1名派遣することとしている。しかし実際のところ、札幌療育圏域では医師については殆ど複数派遣しており、太陽の園の医師の活用も多い。また、相談全体を取りまとめるコーディネーターが必要であり、それぞれ

の施設から交互に派遣している。コーディネーターの職種としては、相談員、指導係長、療育主査等である。2次圏の地域療育センターと児童相談所からも職員を派遣していただいている。2次圏が1次圏を支援している事業と指導内容に整合性を持たせ、利用者が混乱しないための配慮でもある。地域療育センターからは主に地域支援担当のコーディネーター、児童相談所からは地区の担当児童福祉司が参加している。

##### ②相談の形態

相談の形態は、図3のとおり総合相談と単科相談に分かれる。

総合相談というのは、各受診パートの評価を行った上で各パートのセラピスト、児童相談所、2次圏・1次圏職員が医師とともにミーティングを行い、受診児童の状態像を明らかにし、評価や課題、指導内容を討論する。そして、そこで一致された結果を親に指導し、さらに通園での取り組み等をカンファレンスで話し合うものである。

単科相談というのは、医師が診察・評価し、訓練のオーダーをセラピストに出し、セラピストがセラピー（親指導含め）をして相談を終えるものである。ただし、カンファレンスの時間に地元機関へ受診結果の報告も心がけている。

こうした相談形態の差異は、一つには移動療育相談事業がその出発の際に、肢体不自由児巡回相談（それまで北海道肢体不自由児者福祉連合協会が行っていた事業）を吸い上げたという経過があり、通園児童でなくとも地元の親の会等の要望があれば肢体不自由児を診察訓練することとされていることによる。つまり、通園に通っていない肢体不自由児の訓練指導はあえて総合的な相談を必要としない場合がほとんどであり、通園支援という目的とも合致しないので単科相談という形態を設けたのである。

また、こうした形態の差異の根底には、肢体不自由児の療育と知的障害児の療育の歩んできた道の違いがあることも指摘できよう。肢体不自由児の療育の歴史は整形外科、小児科を中心とした医療的アプローチがその主流であったので、医師主

導型の診察から訓練へという流れが歴然としてある。PT、OTが訓練をする際に医師のオーダーが必要となるのは医療制度の故でもあるが、やはり医師主導による療育実践の象徴でもある。一方、知的障害児の療育の歴史は、教育的、心理的アプローチに医療が参加する中で形成されてきたので、チームによる評価と指導仮説の組立、実践という形で展開されてきた。こうした療育形態の違いを踏まえて、様々な障害像を現す受診児童に当たっているわけで、相談の形態がそのケースによって違うということになるのであろう。無論、近年増加している重複障害をもつ子どもに対しては両者のアプローチが必要であり、移動療育相談はそうした面で3次圏スタッフにとっても大いに勉強となる機会を与えてくれている。また、それ故、相談形態には単純に総合、単科という区別で

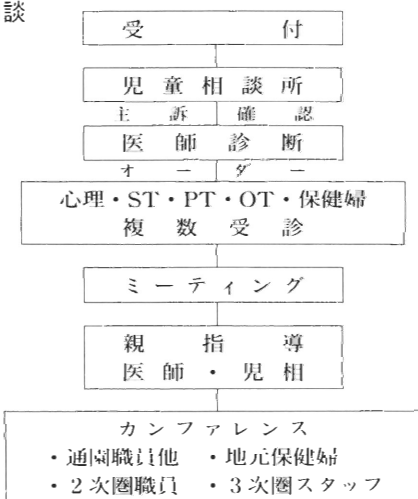
はなく、様々なバリエーションがあることはいまでもない。むしろ、現在では時間的制約の中で主訴を吟味して相談形態を分けている傾向が強い。

### ③相談の展開

移動療育相談の一日の流れは、図4のとおりである。9時から5時までを基本としているが、殆どの場合5時に終わることはなく、地元職員とのカンファレンスにはいくら時間があっても足りないぐらいである。たいていは、翌日の会場となる市町村へ移動するための交通手段によりカンファレンスを打ち切っているのが現状である(旅費の効率的な執行のため、近隣市町村を組み合わせる2～4日のスケジュールを立てている)。地元からもカンファレンスの時間をきちんと確保してほしいとの希望をよく聞くが、利用者の量(人数)と質(利用者に当たり前に対応する時間)との兼ね合いであることはいまでもない。

図3 移動療育センターの相談の流れ

#### (1)総合相談



#### (2)単科相談

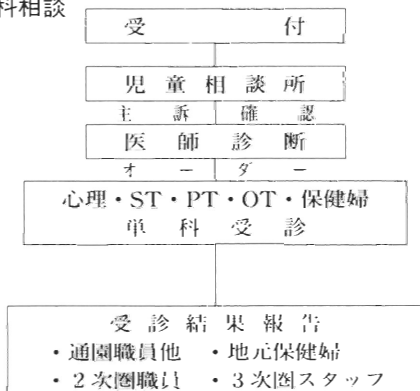
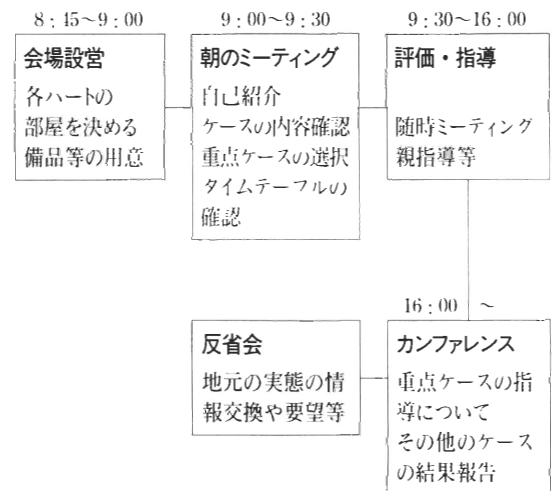


図4 移動療育センターの一日の流れ



## 2. 移動療育相談の実績

移動療育相談の事業開始時よりの実施実績は表6のとおりである。平成4年度は、函館の移動療育相談が平成3年度の積み残しとして二回実施してその分90名程多くなっており、それを除けばほぼ通園の増えてくる状況に対応して受診児童数も伸びてきている。市町村の受診児童の実績については表7のとおりであり、それぞれの市町村により実施回数や件数が異なっているのは、地域のニーズに合わせるというこの事業の特徴が出ているといえよう。

表6 移動療育センター開設事業実績

年度	圏域	実施市町村	受診児童実績数	相談の内容	
				総合	単科
H 3	札幌圏域	22	247	102	145
	旭療圏域	10	98	42	56
	合計	32	345	144	201
H 4	札幌圏域	25	386	89	297
	旭療圏域	19	103	68	35
	合計	44	489	157	332
H 5	札幌圏域	22	288	83	205
	旭療圏域	22	119	74	45
	合計	44	407	157	250
H 6	札幌圏域	25	310	75	235
	旭療圏域	28	118	87	31
	合計	53	428	162	266
H 7	札幌圏域	30	333	76	257
	旭療圏域	31	136	97	39
	合計	61	469	173	296

平成7年度の実施状況は表8のとおりである。平成7年度に1次圏67圏域のうち66圏域で通園センターが整備されたことから、7年度の66圏域実施が今後のベースになっていくものと思われる。

図5は、受診児童の年齢別の推移である。0～6歳の乳幼児で4分の3を占めており、ほぼこの事業の目的に添ったものとなっている。一方、10歳以上の児童も15%前後おり、肢体不自由相談を中心に成長期の問題も持ち込まれている。

図6は、受診児童の障害別の推移である。札幌・旭川療育センターの関わりということで、運動障害を持つ児童がかなり多い。重複も含めると、8割以上の児童が何らかの運動障害があると見られる。

図7は、受診児童の主訴別の推移で、障害別と同じく、運動訓練の希望がかなりの部分を占める。OT、PTなどのリハビリ専門職へのニーズの高さをうかがわせる。

図8は、受診児童の通園利用率の推移で、当初は50%程度であったが、平成6年度は若干伸びた。この事業は、通園を対象とした強化事業であるので、基本的には通園児が対象となるのだが、肢体不自由の学齢児の問題や、通園に通う前の段

表7 市町村別受診児童数の推移

実施市町村名	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度
函館市	27	182	108	105	104
松前町	5	9	13	8	8
木古内町	8	9	6	11	10
上ノ国町	18	11	10	10	13
今金町	21	17	21	26	24
伊達市	11	8	8	13	12
室蘭市	16	21	27	28	20
登別市	14	4	6	8	6
白老町	10	9	8	7	6
苫小牧市	—	10	—	10	11
鶴川町	7	8	12	8	9
平取町	2	4	3	5	3
静内町	11	12	8	12	12
浦河町	19	11	11	13	17
石狩町	6	5	6	6	5
余市町	—	—	6	6	6
倶知安町	7	7	6	6	5
岩内町	8	10	5	5	8
寿都町	—	5	5	5	4
栗山町	2	—	—	—	6
岩見沢市	20	11	8	6	6
美瑛市	—	—	4	7	4
砂川市	5	12	7	5	9
滝川市	9	4	9	8	4
赤平市	10	5	—	2	—
芦別市	5	6	7	5	6
深川市	—	—	—	5	6
帯広市	—	8	8	4	5
人形町	—	6	6	5	6
音更町	—	—	5	5	5
足寄町	—	5	7	4	5
白糠町	—	7	2	6	4
弟子屈町	—	6	7	5	5
網走市	8	—	—	—	—
根室市	6	5	6	5	5
中標津町	15	5	6	4	4
標津町	—	5	6	5	4
上富良野町	—	5	4	6	5
美瑛町	5	4	—	—	2
十勝市	—	5	3	4	4
名寄市	12	—	14	4	4
枝幸町	—	3	3	3	1
稚内市	18	6	4	9	15
利尻富士町	—	—	1	1	5(礼文町)
天塩町	12	6	—	4	4
羽幌町	6	5	—	5	6
網走市	10	5	4	3	4
美幌町	—	7	5	4	3
斜里町	6	6	5	5	3
北見市	—	—	—	2	2
紋別市	—	4	4	3	3
遠軽町	—	—	3	2	2
夕張市	—	—	—	—	5
森町	—	—	—	—	4
当麻町	—	—	—	—	4
富良野市	—	—	—	—	4
八雲町	—	—	—	—	10
当別町	—	—	—	—	6
厚岸町	—	—	—	—	3
合計	345	489	407	428	469

階での診断などのニーズもかなり存在するのである。

表8 平成7年度移動療育センターの実施状況

担当見相	実施箇所	通園事業をしている市町村（計66）
中央	6箇所	石狩市・江別市・広島町・恵庭市 千歳市・小樽市・寿都町・俱知安町 岩内町・余市町・当別町（11）
室蘭	9箇所	鶴川町・平取町・静内町・浦河町 伊達市・登別市・室蘭市・白老町 苫小牧市（9）
函館	6箇所	函館市・松前町・十ノ国町・今金町 八雲町・森町（6）
岩見沢	8箇所	岩見沢市・栗山町・美瑛市・夕張市 滝川市・砂川市・芦別市・深川市（8）
北見	6箇所	紋別市・遠軽町・北見市・網走市 美幌町・斜里町（6）
旭川	11箇所	稚内市・天塩町・羽幌町・留萌市 枝幸町・上富良野町・美瑛町 旭川市・利尻富士町・名寄市 上別市・当麻町・富良野市（13）
釧路	6箇所	標津町・中標津町・弟子屈町 白糠町・釧路市・根室市・厚岸町（7）
帯広	4箇所	足寄町・音更町・清水町・帯広市 浦幌町・大樹町（6）

※・道内の通園事業計66箇所、移動療育事業計56箇所、実施率85%。・アンダーラインのある市町村が実施していないところ。

図5 受診児童年齢別の推移

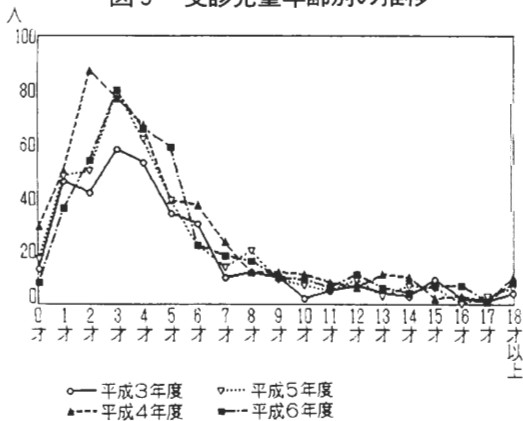


図6 受診児童障害別の推移

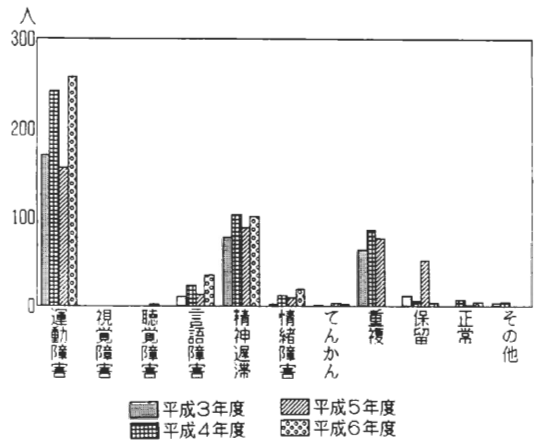


図7 受診児童主訴別の推移

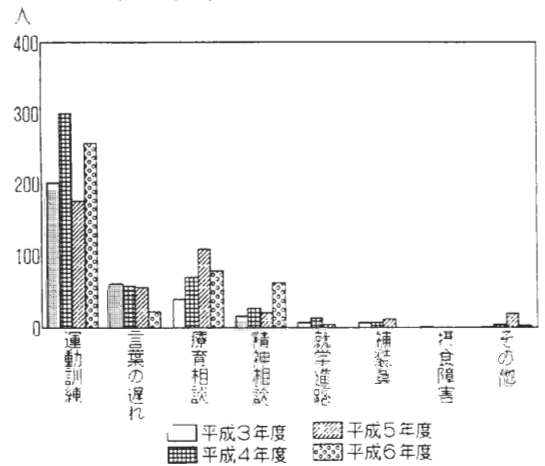
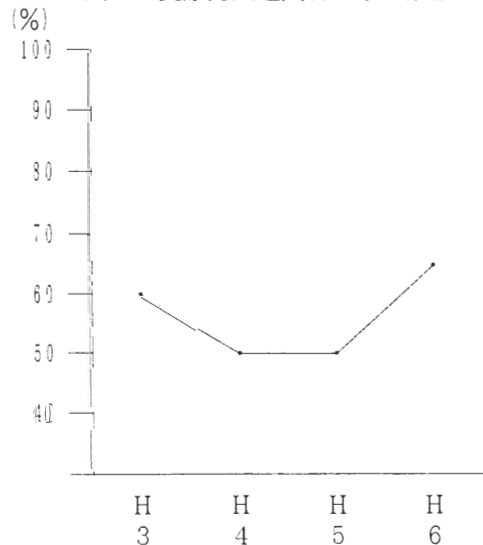


図8 受診児童通園利用率の推移



## IV. 利用者、利用機関のニーズについて

新しい事業ということもあり、関係機関と利用者に対し、それぞれ次のとおりアンケート調査を実施している。

- ・市町村のアンケート調査 平成4年度（平成5年5月にまとめを発表）
- ・利用者のアンケート調査 平成5年度（平成7年6月にまとめを発表）

アンケートについては別に発表しており省略するが、概括して「移動療育相談は意義があるので、さらに充実（回数、職種増等）してほしい」という要望が強く出ている。特に、療育専門スタッフの充実していない地方からの要望が強い。

また、北海道肢体不自由児者福祉連合協会（道肢連協）は、各地の肢体不自由児の親の会の希望をとりまとめ、移動療育相談の開催地や持ち方等について要望をとりまとめている。

これらを、幹事会、協議会で総合的に判断し、移動療育相談を実施している。

## V. 考察（課題と今後の展望）

### 1. 早期療育システムと北海道の特殊性

早期療育システムとは、北海道の特殊事情で開始された事業であると考えられる。療育を支援する三層構造は、プライマリーケアから高次医療までという医療システムを範にとったものである。しかし、療育的ケアが医療的な高次に積み重ねるシステム（ピラミッド型）に相容れるのかという問題がある。地域医療に対して高次医療の決定的に異なる点は、より費用のかかる最先端の診断、治療の展開であるが、療育の面では日常的な訓練、指導や関わりの方法がベースとなるのであって、超重症児の医療療育は別として、高次の機関が良い療育を展開するという保障はない。むしろ、一定のレベルの療育機能があればできるだけ家庭から切り放さない範囲（通園的な取り組み）での療育が児童にとって望ましいものであることはいうまでもない。にも関わらず、ピラミッド型にせざる

を得なかった点が北海道の特殊性であったと考える。

それらについては、①広域である、②過疎と高齢化の進行する町村が多い、③市町村の財政基盤が脆弱である、④歴史的なお上だよりの体質がある、⑤障害児医療療育を研究する大学、研究機関が少ない等のことが指摘できよう。こうした点が複合的な要因となって、地域における療育資源の貧しさをもたらしているのである。この貧しさの故に、3次圏の支援事業が必要とされていると考えて良い。実際、早期療育システムを展開する際、道や支庁、児童相談所は「支援体制を保障するので通園センターを整備してほしい」といって市町村を説得してきたという事実がある。

しかしまた、母子通園センターが組織的にもっとも早くできたのも北海道である。ポリオ対策でつくられたマザーズホームは全国の母子通園センターの先駆的な存在であり、本道は広域な市町村をカバーするための工夫をその時代から必要に迫られて展開してきたのである。札幌・旭川療育センターがこの事業以前から地域支援として行っている事業はそのような伝統を踏まえたものでもあり、そうしたベースがあって中核的施設の事業があると考えられる。

### 2. 移動療育相談の特殊性

移動療育相談は果たして役に立っているのだろうか、とはいつも駆け足で市町村を回りながらの疑問であった。当初の通園支援という目的は、実際に地元で受け付ける利用者の前にはあまり意味を持たないことも多く、何でも受け付けるという移動療育相談の性格付けの難しさが、相談の内容をあいまいにはしていないかという感じが常にあったのである。障害児を専門に見ている医師の複数派遣による多科受診ができるという機会は、地方にとってはあまりあるものではない。そういう機会に受診するという利用者は大別して、①肢体不自由児の早期発見のために疑わしき利用者を受診させる（0～3歳くらい）、②グレーゾーンと見られよくわからない子の確定診断のために受診

させる、または地元関係者は遅れを気付いているが、保護者に納得させるために障害児専門の医者が来るという権威を利用する＝障害の告知の場とする（3～6歳くらい）、③通園の処遇困難児の処遇方法について助言をもらう（本来の事業の目的）、④学齢以上の肢体不自由児、重症心身障害児で、身体の状態のチェックや訓練方法について医師やPTなどに見てもらふ、というように分けられる。

すなわち、利用者への直接的、具体的支援と通園の処遇への支援が入り乱れており、どちらかという利用者への直接的な支援の方がより求められていたといえる。無論、これは利用者に地元のどこが受診を薦めるのかということによっても違ってくる。保健婦に薦められた利用者は、①、②が多く、通園職員に薦められた利用者は②、③が多い。④は利用者（保護者）の希望であることが多かった。

利用者への支援とすると、個々の利用者にはそれぞれの家族背景、地域背景があり、そうした理解無しに相談は難しい。そう考えると年1回の相談というのはあまり意味を持たないのではないだろうか。一方、通園支援という目的でいえば、専門家は症例を多く見ているが故に普遍的なものを導くことはできるわけで、年1回でも十分とは言えないが有効な部分はあろうと思われる。

つまりは、通園支援としての移動療育相談と、利用者支援としての障害を持った子どもへの医療療育相談という、ニーズによって二つの形態に分けて別の事業とした方がわかりやすくなるのではないか。そして、通園支援という部分については、マンパワーが整備された通園については徐々に減らしてゆくようにすべきであるし、また2次圏の活用をもって代えてゆくべきであろう。通園が力をつけることが第一なのであり、その方法は専門家の年1度の支援というような方策よりも、通園のマンパワーの整備をまず考えていくことである。利用者支援ということでは、先に指摘した北海道の特殊性（とりわけ、障害児専門医の不足や療育機関の少なさ等）を克服するビジョン

をもって取り組むべきであり、総合リハビリテーションシステム（図9）の整備の中では避けて通れない問題だと考える。いずれにせよ、地元に近い施設の拡充、地域生活圏として設定されている2次圏施設の充実が図られるべきであろう。

### 3. 他の関係機関との整合性

この事業はまた、相談を受ける利用者について、事業に参加することのない他の関係機関が多く関わっている場合が多い。例えば、移動療育相談事業の対象となっていない法定通園との関係や、ことばの教室、保育園、幼稚園との関係、学齢児の場合の学校や、リハビリを受け持つ地元病院（PT等）などとの関係がある。そうした関係機関との相談、指導の整合性がなければ、利用者にとっては混乱を残すこととなり、よい結果は得られない。保育園の保母や養護学校の担任などは結構参加していただきありがたかったことが多いが、他の機関の場合は参加困難な場合が多かったようである（参加したくても忙しくていけない、参加する必要性を認めない、そもそもそういう相談があること自体を知らない等）。

また、参加している機関（児童相談所や2次圏施設、通園や保健婦等）の指導との整合性についてはカンファレンスの中で調整を図ることとなるが、短時間のカンファレンスでは困難なことも多い。この部分でも、後々になっての食い違いは多く見られた。特に、問題だったのは、障害の告知のタイミングという微妙な部分であった。典型的な例として、3次圏に確定診断をと期待する地元の機関と、問題はわかっているのでじっくりと取り組みつつ親指導をという2次圏施設の指導の考え方が一致していない場合などがあつた。

このような多機関の関わりについては、関わる機関の役割分担の明確化によってある程度は改善できる。地元の機関（通園や保育所など）をキーとし、専門的な機関との関わりについては、児童相談所がコーディネートすればよいのである。児童相談所が2次圏を含む専門機関と十分な意志疎通を図り、そのことにより親の信頼を得ることが

できれば、問題はあまりない。しかし、この事業としての問題となると困難なことも多い。移動療育相談は当初、児童相談所がコーディネーターとなることを予想して始められた。多機関が関わる利用者の処遇方針の整合性ということがこの事業の開始前から議論のあったところで、児童相談所をコーディネーターに据えることで見切り発車した経過がある。しかし、現実に実施する中でそれがほとんど困難であることが明らかになってきたのである。一つには、児童相談所の主体的な事業ではないということで、児童福祉司はあくまで相談セクションの一員という意識が強くてきたためであろう。二つには、児童福祉司が3次圏の専門医等のスタッフの意見を含めてカンファレンスするという経験が少なかったため（3次圏と児童相談所との交流があまりなかった）、児童相談所が「仕切る」という形ができなかったからであろう。結局、コーディネーターは3次圏で出さざるを得なくなり、移動療育相談の3次圏主導の運営が強くなってきた。しかし、これは先の問題でいえば、「屋上屋を重ねる」ような類のものとなる。地元にとってどのような相談であれ、複数機関のコーディネーターは混乱の原因でしかない。

だから、この事業においても児童福祉司が責任をもってコーディネートしてくれた場所は大変にスムーズであった。また、うまく活用していると感じられたのは、力のある1、2次圏が自分たちでコーディネートして、2次圏、3次圏の専門職を相談の中身によって配置しているところであった。

つまりは、3次圏の主導で行う事業という性格では、うまく運営できないだろうということだ。児童相談所や2次圏施設、力のある通園等が行ってこそ、立派な屋根ができるのであり、3次圏との療育技術の交流などもスムーズにできるというものである。

#### 4. 1、2次圏の強化をめざして

こうした点からみると、地元での療育の可能性をさらに整備してゆくことがまずは問われるだろう。

通園が67圏域で間に合うのかどうかの検討も必要であるし、保育園、幼稚園での統合保育の可能も考えられるべきである。結論をいえば、1次圏については、通園、保育所等を有機的に捉えた市町村レベルでの療育技術者（職種に囚われず療育事業に打ち込むことのできる人が望ましい）のマンパワーの充実がまず必要であろう。移動療育相談で行う具体的な療育技術の交流は、1次圏の担当者がその都度替わっているという状況では、発展しようもないのである。

さらに、バックアップ施設というのがやはり必要であり、それはおおむね地域生活圏として位置づけられている2次圏域が妥当であろう。2次圏施設が独自に指導事業を展開していることは評価すべきであるが、まだまだマンパワーの充実が問われよう。知的障害は見ることができるが肢体不自由は難しいという部分は克服すべきであるし、そのための専門職の配置は道が責任をもって行うべきである。

そうした面で、全国通園施設連絡協議会が提唱している中核都市をモデルとする通園センターは、障害の区分を取り払うということと、適切な職種を効率よく配置し、ショートスティや母子訓練などにも対応するという点で、極めて示唆に富むものではないか。市部が充実し、周辺の郡部の支援を行う体制をも保障することが、単純かつ合理的なあり方と考える。

また、地域生活圏としての2次圏ではあるが、道央地域については現状に即して、日高地区、胆振地区、石狩・後志地区、空知地区と分けて2次圏整備をすることが望まれる。道央地区は人口密度も高く、また対応する児童相談所も幅輳している現状があり、実態に即した対応が望まれる。

#### 5. 3次圏のあり方（主に両療育センターを中心に）

では、3次圏に望まれるものは何であろうか。

1、2次圏で処遇困難な障害児は3次圏で、というのが当初の考えであるが、この問題はきちんと整理されなければならない。どのような障害児も

基本的に家庭から離すことなく療育を展開する、そのための条件を整えるというのが早期療育システムの根本的な考え方である。3次圏での処遇とは、基本的に入院加療（または施設入所）が前提となる。

入院（入所）を前提とした処遇は、療育技術者の側からのアプローチとしては、①肢体不自由への手術的または訓練的アプローチ、②重症心身障害児への医療的アプローチ、③知的障害について行動観察と変容のアプローチなどがあげられよう。一方、社会的入院（入所）ということでは、①養護事情により在宅での処遇ができない、②重症心身障害児の医療が保障された生活の場として、③重心、肢体不自由の場合に典型的であるが、地域の学校等に受け皿がない、などがあげられる（学校の問題は極めて大きいものがあるが、早期療育に限って言えば本論ではない）。こうして見ると、処遇困難には様々な要素があり、それらが在宅での生活を否定する要因として決定的なものではないことがわかる。養護事情を除けば、短期間に地元に戻るというのが前提なのである。3次圏でなければできない高度な医療、訓練を入院（入所）して継続することが、1、2次圏にとって「処遇困難」となることは一部の重症心身障害児を除いては当てはまらない。

それゆえ、3次圏に求められている機能は「処遇困難」という整理ではなく、確定診断とそれに基づいた治療計画を前提とした療育プログラムの提示であろう。すなわち、障害児を専門的に診てきた医師を中心として医療療育の指針を指し示すことである。しかしまた、処遇の方針はこれとは別物で、地域環境と社会資源、家族の状況等から導かれるものでもある。すなわち、3次圏による医療的な指針をベースとしつつ、2次圏の専門性と1次圏の利用者への密着度から処遇方針がたてられることが望ましい。

逆に、先ほどから主張しているように2次圏の医療的な充実が図られれば、3次圏の役割というのは極めて限られてこよう。医療的な関わりが大変に必要な利用者（多科的診療体制）こそが、3

次圏の指導性を発揮するものとなるべきなのだろう。しかし、3次圏の現状は必ずしも万全のものではない。3次圏（ここでは両療育センター）の問題としては、①障害別に整備されてきているので、障害をトータルに見て相談指導する経験に欠ける、②入院（入所）として医療的に重心児を扱えるだけの基盤が整備されていない、③通園などの在宅メニューを持たないので、日常的な在宅支援の経験がない（ショートステイなどの受け入れの即応性に欠けることが典型的であるし、保育的なアプローチにも弱い）等があげられよう。もっとも現在、療育センターのあり方が検討されている最中と聞くので、ここでは問題を提起するに留めたい。

養護事情により在宅では困難である障害児については、基本的には2次圏域のなかで対応すべきであろう（障害別の施設となっているという現状はさておき）。面会や家族指導、児童相談所との連携等を考えるとできるだけ地元に近いところでの処遇が望ましい。この点で、3次圏はむしろ2次圏と同等の立場になるべきで、3次圏であっても地元に近いところの養護事情の障害児は受け入れるべきである。それは児童施設としての大前提であろう。

## まとめ

移動療育相談事業は、北海道特有の問題のとりあえずの解決方策としては有効なものである。しかし、将来的には地域生活圏の中での早期療育システムの整備が望まれ、その中で発展的に解消してゆくことが望ましい。一方、障害児への高度な医療、療育の提供とその研究機関として、3次圏施設が北海道の療育の牽引となってゆくように整備されることを期待したい。

図2 早期療育システム療育圏

第一次療育圏 67 (札幌市を除く)  
第二次療育圏 6

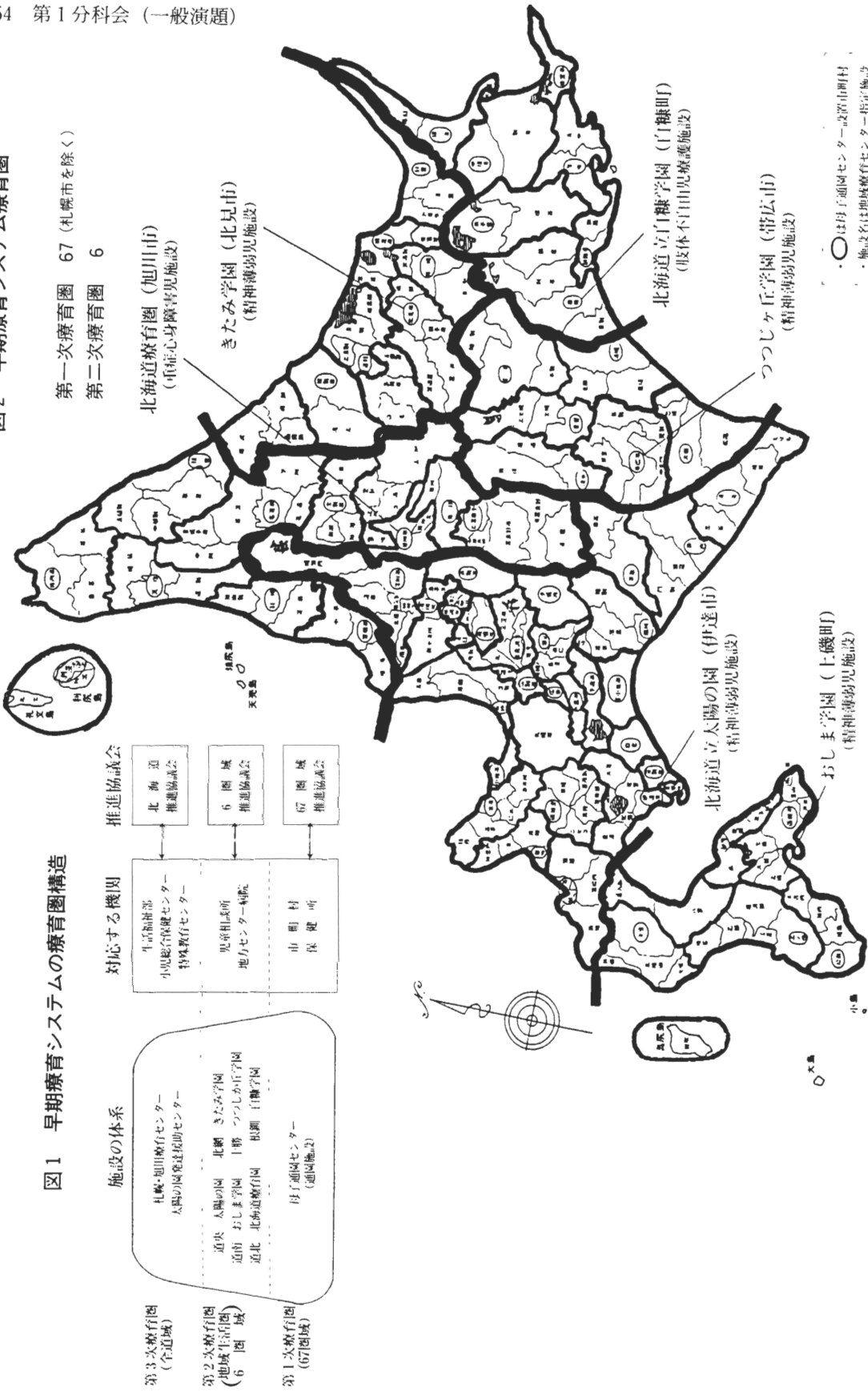
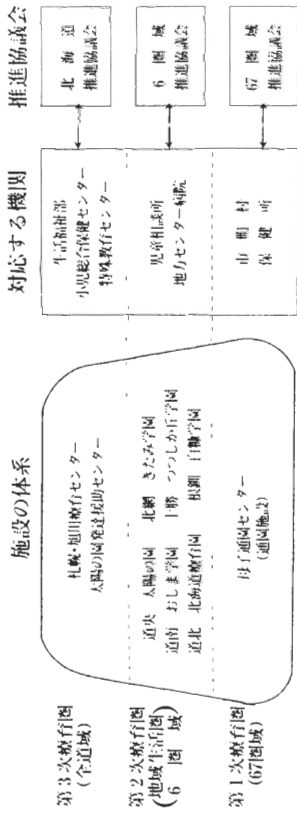


図1 早期療育システムの療育圏構造

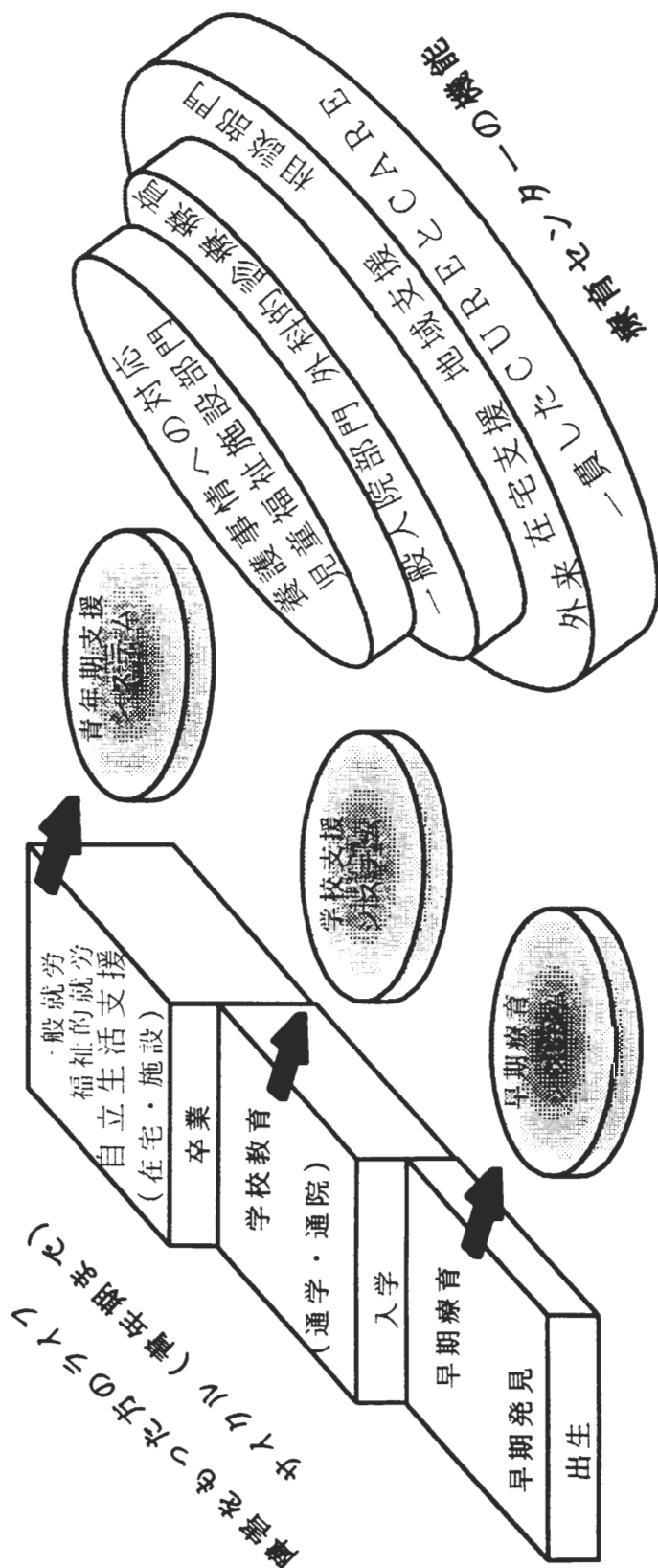


○は母子通園センター設置市町村  
●施設名は地域療育センター指定施設  
■は第 2次療育圏を示す

図9

総合リハビリテーションシステム

療育センターに求められているもの



療育をもちつた方のライフサイクル (青年期まで)

## 座長まとめ

北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター

佐々木 公男

静内児童養育相談センター

鶴田 剛

第1分科会では、医療、発達心理、療育に係わる一般演題として5題の発表があった。今回は演題数がいつもより少なかったので発表20分、討論5分として行ったが、十分な発表時間にもかかわらず時間をオーバーした演者も一部にみられた。演者には事前に発表時間、討論時間の連絡を徹底する必要があると思われた。今後の会の運営にあたって考慮していただきたいと思う。

以下、各演題を紹介して座長のまとめとする。

### 第1席：予測された障害児における出生前診断の意義

北海道立小児総合保健センター 高橋義男ほか

演者は小児脳神経外科医の立場から長い間、発達障害児の治療に携わっており、今回は脊髄髄膜瘤児を通して出生前診断の意義を考え、出生後の発達や予後について検討した結果を報告された。

過去15年間に経験した脊髄髄膜瘤児について、出生前診断が行われたもので行われなかったものに分けて、臨床経過、治療転帰について比較検討がなされた。脊髄髄膜瘤児の多くは水頭症を合併しているが、胎内では水頭症はあまり進行せず、出生後急速に増大する傾向がみられるという。出生前診断により早期に娩出し、治療を受けたものの方が出生前診断されなかったものより知的発達は良かったと述べている。出生前診断により胎生期より水頭症の進行の程度を確認することができ、出生後も水頭症に対する迅速な対応が可能となること、家族においては出生前より疾病に対する心構えができて早期療育に積極的な係わりをもてるなどの利点があることが明らかにされた。最

後に、治療にあたっては各関係パートのネットワーク作りが必要であると強調された。

### 第2席：発達に障害のある子どもたちに合併する睡眠障害とその対応

北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター 伊藤淳一ほか

発達障害児ではしばしば睡眠覚醒リズムの障害を伴うが、それに対する対策は未だ確立されていない。この発表では、自験例を基に睡眠覚醒リズムの障害を伴った発達障害児に対して試みた治療法について報告された。

睡眠障害への主な対応として、昼夜の生活のリズムを整える（環境調整）、目的とする睡眠時間に向けて生活を遅らせていく（時間療法）、睡眠導入剤の使用（薬物療法）、高照度光療法の4点が示された。薬物療法としてはメラトニンやフルニトラゼパムなどが有効な症例があり、難治例では試みる価値はあると思われた。睡眠覚醒リズムの障害は、患児のみでなく養育者（家族）にとっても大きな問題となっており、個々のケースに応じた幼少時期からの生活指導の重要性が指摘された。睡眠覚醒のリズムを保つことにより、情緒面の安定、日中の活動性を高める、筋緊張の低下、便秘の改善、けいれん発作の減少などの効果も期待できるとの報告であった。重障児ではこれらの対策を行っても十分な改善の得られないケースがあり、今後、この分野での研究の発展が期待される。

### 第3席：就学期を迎えた障害幼児の発達診断

上ノ国町母子通園センター 中村 孝

上ノ国町では母子通園センターの入所や就学時の検査として、鈴木ビネー式知能検査やWISC-Rなどが使用されてきているが、十分ではないということから、より子どもの理解を確かにするために、K-ABC検査をいち早く導入され、実践に生かされている取り組みを報告された。

K-ABC検査は認知処理過程を同時処理尺度と継時処理尺度の2種類の過程に分けている。また、日常生活や教科学習において、認知処理過程

を経て習得された知識、技能を評価する尺度として、習得度尺度がある。この検査のプロフィールから子どもの得意な情報処理過程や知的活動の特色がわかり、子どもが得意とする学習方法が導かれ、療育に何が必要かがわかるとされている。

具体的な検査項目の説明やプログラムの紹介は時間的に困難であったこともあり、どのくらいの時間を要するのか、遠城寺式発達検査との違いはどうか、発表ケースのプロフィールで同時処理尺度の下位検査項目間でも差があることをどのように解釈するのか、などの疑問が出されたが、十分な討議をする時間がなく残念であった。また、実際の検査項目をみると重度、あるいは低年齢の子どもにとっては難しいと思われる課題があり、どのように実施されているのかなども知りたいところである。

今後より具体的な実践例を報告されて、また各地での実践を交えて討議されることが期待される。

#### 第4席：外来診療部門アンケート調査の結果

##### 一前回との比較をとおして

北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター 堀江律子ほか

最近では障害児の肢体不自由児施設への入所が減る傾向にあるが、それに伴って在宅、地域での療育の充実が求められている。そのようななかで障害児の早期療育の中核的施設として位置づけられている札幌療育センターの外来診療部門の現状把握をとおして問題提起がなされたことは意義深いことと思われた。

外来利用者の年齢層は乳幼児期のものが多かったが、高校生以上の利用者も少なからずみられたことは年長児に対するサービスも求められていることが考えられた。外来の待ち時間に関しては、訓練では予約制の実施により前回のアンケート調査時と比較して大幅に短縮されていた。一方、医師の診療に関しては予約制を希望する利用者が多く、予約制の導入が今後必要となるものと思われた。他の医療機関の利用については小児保健センターや他の高度医療機関の利用が多く、重度重複障害児が多く通っている事が推測された。当セン

ターへの要望のなかで「歯科、眼科、皮膚科の増設を」、「けいれん発作など緊急時に入院治療ができるような体制にして欲しい」、「手稲養護学校への通学を可能にして欲しい」、「高等部の設置を」などの意見が多かったが、今回の調査で得られた利用者の声が十分反映されるように、より良い診療体制が確立されることが望まれると報告された。最後に、個々の障害児（者）に合わせた適切な支援体制とネットワーク作りの必要性について提言がなされた。

#### 第5席：北海道の早期療育システムにおける中核的施設の役割についての一考察

##### 一移動療育センター事業5年間を経過して

北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター 奥田龍人ほか

移動療育センター事業も開始から5年が経過し、軌道に乗ってきたと思われるが、各地で多種多様なニーズがあることが報告された。しかし、そのニーズに応えるためには派遣スタッフについても人数上限界があることや、地域にとって年1回の実施でよいのか、総合相談と単科相談のニーズの割合はどうか、いわゆるグレーゾーンの子の対応はどうかなど課題は多くあると思われる。

発表では3次圏の中核的施設はより高度な医療を役割とし、2次圏地域療育センターを強化、充実する必要があることが述べられた。しかし、フロアからは2次圏地域療育センターはほとんどが入所施設であり、十分なスタッフや力量、活動の時間、予算の裏付けがないのが実状であることが問題点として出された。2次圏の充実はエリアの見直しも含めて大きな課題と思われる。また、教育との連携で学校への支援システムの必要性も大きな課題となると思われる。

各圏それぞれの充実が期待されるとともに、さらに圏域間および圏域内の関係機関をつなぐコーディネート機能の充実も必要ではないだろうか。

# 第2分科会(地域活動)

## 通園センターにおけるOTの役割

### 1. 肢体不自由児訓練室の現状と課題

……………伏見 たまき（千歳市心身障害児通園施設 作業療法士）

### 2. 通園センターにおける作業療法士の現状と課題

……………谷藤 弘 知（江別市心身障害児通園施設あゆみ園 作業療法士）

### 3. 一福祉行政におけるOTの活動

……………三宮 正 美（稚内市福祉事務所 作業療法士）

### 4. 指定討論

OTの立場：佐藤 剛（札幌医科大学）

医師の立場：大場 公 孝（渡島コロニー地域療育センター）

### 5. まとめ

座長：近間 雅 一（釧路市療育センター）

村田 修（札幌楡の会）

## 1 肢体不自由児訓練室の現状と課題

千歳市心身障害児通園施設  
作業療法士 伏見 たまき

### はじめに

これまで千歳では、OT、PTとわけずに訓練指導を行ってきましたが、今年度からモデルケースとして1ケースに対してOT的領域、PT的領域の両側面からのアプローチを始めました。そのような形で始めた経過としては、多様な課題を持つ子どもたちに対して1担当者が全ての面にアプローチする難しさがあることと、もう一つはここ数年小児の分野においても、OT、PTの分化がいわれてきているという時代の流れが背景としてあります。

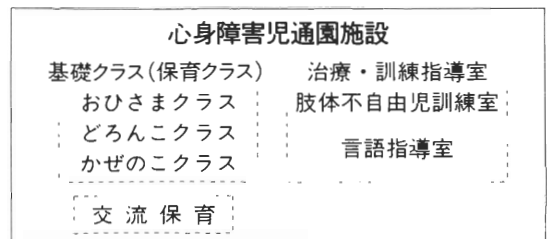
今回～通園センターにおけるOTの役割～というテーマを与えて頂きましたが、まだOTの指導を開始したばかりでいろいろ試みながらすすめているといった段階です。

そこで、今回は千歳市の肢体不自由児訓練室（以下訓練室と略す）の取り組み内容と、その中でOT的領域として整理してきた点、今後課題として考えられる点についてのまとめを報告いたします

### 1. 千歳市心身障害児通園施設の概要

当市の療育事業は、昭和46年頃から始まり、その頃は、市内に分散し会館などを利用して行っていました。昭和58年、千歳市総合福祉センターの設置を機に心身障害児通園施設（心身障害児通園事業）という形になり現在に至っています（写真①）。当通園施設は、様々な障害や発達上のつまづきによってクラス編成し、全体では、約120名ほどの在籍数があり、職員は、常勤14名、非常勤7名という規模です（図1）。

図1 療育体制





写真①

## II. 肢体不自由児訓練室について

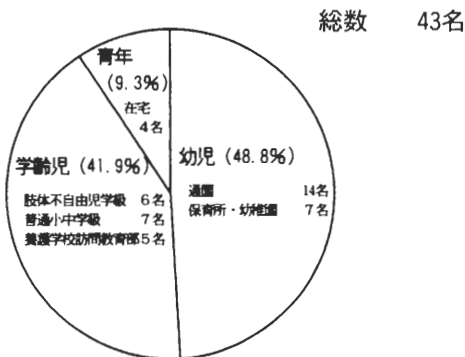
### 1. 概要

訓練室は、昭和49年に市内の会館内に設置されたのを皮切りに心身障害児通園施設の中の指導室となって今年で20年目を迎えています。この間子どもの人数や年齢幅の拡大等により訓練室指導体制、職員配置などの変遷がありました。現在は、例年約45名前後の子どもたちの在籍があり、4名の職員で対応しています。

#### (1) 対象児の年齢（図2）

平成7年10月1日現在の訓練室の在籍数は43名ですが、年齢層が幅広く、0才児から25才までとなっています。

図2 対象児の年齢区分（平成7年10月現在）

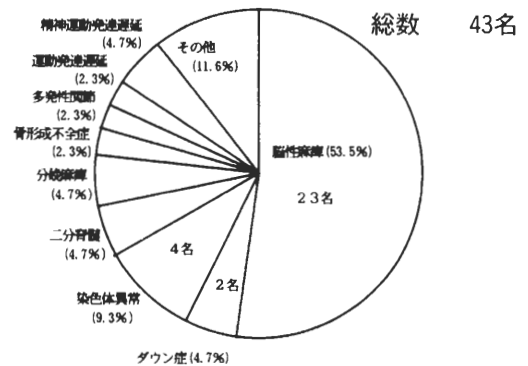


#### (2) 障害・疾患（図3）

おもな疾患としてはやはり、脳性麻痺が半数以上を占め、次にダウン症候群を含む染色体異常が多く、その他には整形疾患を持つ子どもたち、な

んらかの運動の遅れを持つ子どもたちが対象となっています。

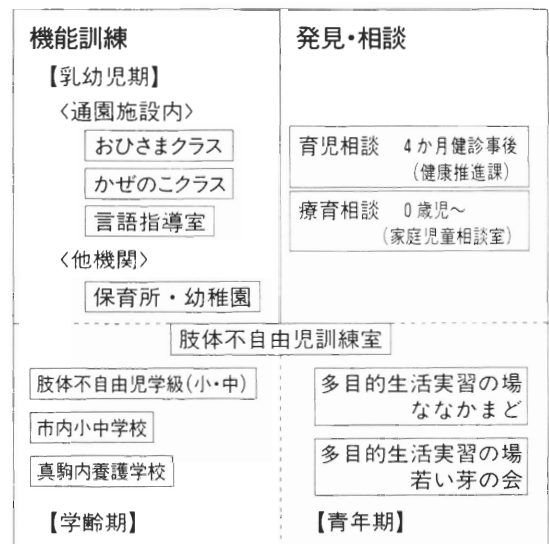
図3 障害疾患による区分（平成7年10月現在）



#### (3) 指導領域（図4）

訓練室の取り組み内容を整理すると、発見・相談と機能訓練の2つの領域に分けられます。

図4 指導領域



#### ① 発見・相談

発見・相談の領域には、育児相談、療育相談があります。育児相談は4ヵ月健診事後のフォローとして、当市健康推進課の依頼により実施するものです。療育相談は当市家庭児童相談室が窓口となる相談で、各健診や相談などでハイリスクと評価されたケースについて行っています。これらの相談の中で訓練スタッフは主に身体運動面の評価、親への助言等を行っています。

#### ② 機能訓練

機能訓練は個別指導の形態で、子どもの状態に応じて週1回から2回実施しています（写真②）。



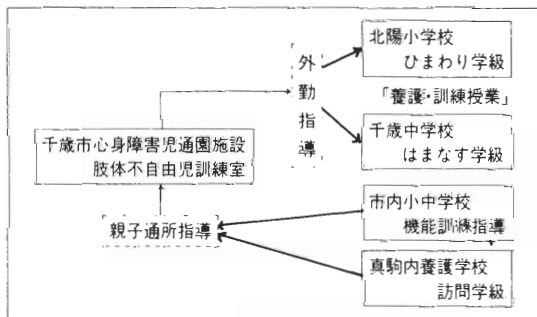
写真②

乳幼児期は、通園施設内においては、教育的な取り組みをするクラス（おひさまクラス、かぜのこクラス）、言語指導室などと連携して子どもにアプローチしています。

摂食（イーティング）指導については、子どもの所属するクラス、言語指導室、訓練室の3者で場を共有して実施しています。

次は学齢期ですが、このなかで特徴的なのは肢体不自由児学級への指導形態です（写真⑤）。他の子どもたちは、通所指導の形態で、放課後に訓練を実施していますが、肢体不自由児学級については、教育委員会・学校からの依頼に対して行っており、市内小学校、中学校（各1カ所）に対し、週2回外勤して『養護・訓練』授業のなかで指導しています。

図5 学齢期の機能訓練指導



ここでは、機能訓練だけではなく、身体を動かすことの楽しみや喜びを感じることに、夏は

プール学習（写真③）、冬はチェアスキーなどを実施したり、自分の力で身体を使い移動することで、生活の力をつけようと、「街を歩こう」と題して市内のトイレや公共施設を利用するなどの活動も実施してきました（写真④）。「街を歩こう」クリスマス編で、新千歳空港に行ったときには、電車で移動したのですが、ほとんどの子どもが「電車初体験、で大騒ぎでした（写真⑤）。



写真③



写真④



写真⑤

③その他

a 補装具のチェック相談

その他に機能訓練と合わせて実施している内容として補装具のチェック相談があります。当施設は、医師がいないため補装具や車椅子などの作成は市外の医療機関で行っていましたが、今年度から当市市立病院の整形外科と連携し、また、義肢装具などの業者の方に来室してもらうなかで、地域でも作成できるようになりました。

b 保護者学習会

子育ての主体は両親であるので、共通認識の中で、指導を進めるため、学習会、懇談会など設定しています（写真⑥）。



写真⑥

### III. OT 的指導内容

訓練室では、以上のような内容で実践してきていますが、今年度 OT 的指導を試行する中で、今までの段階で整理した点として、次のようにまとめました。

#### 1. 日常生活動作(ADL)の課題

日常生活動作は、そのものの指導と合わせて、母との確認の場面にもなっています。肢体不自由を持つ子どもたちは、日々の忙しい生活の中でできることでも介助されていることが意外とあります。そこで、衣服着脱のような具体的な場面は、姿勢のセッティングや、誘導の仕方によって、子どもたちの力を引きだせるのだということを母に

伝えやすい場面でもあります（写真⑦）。



写真⑦

#### 2. 作業的な課題

##### (1) 幼児期の子どもたち

保育所、幼稚園に通う子どもたちは、年長になると、道具を使った活動が増えてきます。本人もやってみたい反面、周りの子どもたちと自分を比べる力がついてくると苦手意識も芽生えてきます。保育所とのケース会議の中でもそのあたりのことが話題として出てきます。

そこで、就学前の準備も考慮し、はさみの使用や、書く動作の学習を実施しました（写真⑧）



写真⑧

##### (2) 学齢期の子どもたち

肢体不自由をもつ学齢期の子どもたちは、社会環境の不備や障害ゆえに、活動の選択肢も狭められてしまうことなどから、放課後外出する機会が少なく、家でもテレビをみて過ごすことが多い現状があります。

そこで、“作る、活動の中で、その楽しさと達

成感を共感することで、青年期にむけて大切な力である、余暇を楽しむ力につながればと、はた織り（写真⑨）や、ステンシルなどの“作る、活動”を実施しました。



写真⑨

余暇活動までつなげるには本人の嗜好もあるので難しさもありますが、選ぶ素材や、用具の工夫しだいで、障害を持っていても出来ることは広がるんだということ子どもたちに伝えたいという思いもあり実施した経過があります。

そのような関わりをきっかけに家庭でお母さんと“刺し子、をはじめた子どももいました。

### 3. 学校生活(教科)での課題

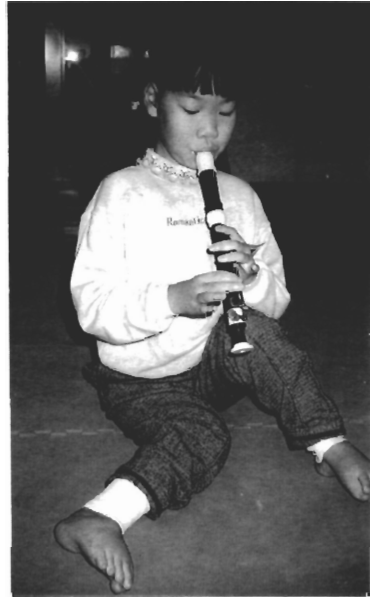
#### —学習用具の工夫—

前述のように、肢体不自由児学級での『養護・訓練』授業の中で、学校生活での子どもたちの姿を実際に見ることが出来ます。その中で聞こえてくる、「やりたいのにできない…」という子どもたちの声に対して、家庭科での裁縫や調理実習、音楽での笛などの工夫をしてきました。

例えば音楽では、手関節、手指の運動制限のため、笛の穴を押さえられない分婉麻痺の子どもに対して、義肢装具業者をお願いして、笛の穴をずらしてもったり、多発性関節症で手指の力が弱く穴を押さえられない子どもに対して、楽器業者に押さえをつけてもらったケースがありました。（写真⑩）

算数では、脳性麻痺両麻痺のタイプで、上肢の操作性が弱く、ものさしを押えつづけられないケ

ースに対して、木で押さえをつけ、裏にすべり止めをつけた例もあります（写真⑪）。



写真⑩



写真⑪

以上のような課題については、肢体不自由児学級の担任と相談しながら行っています。

### 4. 物理的な環境整備の課題

障害を持つ子どもたちにとって生活の中で自立度を向上するため、そして、介助者の介護量を軽減するために環境整備をする必要性が出てきています。

#### (1)家庭での坐位保持装置

脳性麻痺のアテトーゼの青年期の方に、トイレ用工房イスを作成した例があります（写真⑫）。

イスの作成前は、排便時母が後方から支えて、

1時間以上かかっており、本人にも母にも大きな負担でした。作成後、時間の短縮、介助量の軽減はもちろんのこと、介助されずに1人でできることは本人にとって身体面のみならず、精神的にも負担が軽減されるものがあったと思います。



写真⑫

スペースを有効に使えるように便器の位置の移動、自分で便器に移動できるように、便器と床をフラットにしてスロープの設置、1人で水を流せるように水槽の位置の工夫などを実施しました。その結果、全介助だったトイレ動作が、一部自分でできるようになりました（改造前：写真⑬）（改造後：写真⑭）。

その他、手洗いの工夫や玄関のスロープ（写真⑮）なども、保母の介助のしやすさも考慮して、工夫しました。保育所、業者との打ち合せの中ですすめていきました。



写真⑮

## (2) 保育所施設改造

保育所に入所する中で、本人の生活のしやすさ、保母の介助の問題を考えると、施設改造の必要性がでてきています。

脳性麻痺の両麻痺タイプで、トイレへの移乗、衣服の始末など全介助の子どもの例です。

## (3) 自宅改造に伴う相談

その他、家の新築にともない、相談を受けたケースがあり、本人、家族、建築業者の方と一緒に、福祉住宅や展示場の見学に行き実際に福祉機器を利用した後（写真⑯）、家屋の図面を見ながら検討しました。



写真⑬



写真⑭



写真⑯

## IV. 今後の課題

### 1. 機能訓練指導の分業

#### —PT 的指導、OT 的指導—

PT 的指導、OT 的指導に分けて半年が過ぎました。CP 児の特徴として全身体的な課題があり、1 担当ではすべてにアプローチするには難しさがありました。分業することでより専門的にアプローチできる良さがあります。その反面、チームアプローチをうまくすすめるためには情報交換が必要となってきます。実際には、なかなかその時間がとれない現状にあり、円滑に進める方法を検討する必要があると思います。

また今後、指導の対象範囲をどこまでにするかにもよりますが、現在の人的配置のなかではこれ以上分業していくのは難しいと思います。

### 2. 子どもの日々の暮らしのニーズに応じた指導と援助

今回整理した中で、OT 的な課題はやはり実際の生活場面から出てくるものであろうと思います。前述したような、肢体不自由児学級への外勤指導は、子どもたちの生活場面に行けるので、肢体不自由を持つ子どもたちがいろいろな場面で苦勞しているのだということがよくわかります。

子どもたちの暮らす地域にある通園施設として、より子どもたちのニーズに答えていきやすい位置にあるのではないかと思います。障害を持ちつつも豊かな生活を営むための援助をしていく視点を持って実践していく課題があると思います。

OT として、disability level、handicap level へのアプローチの課題が言われますが、子どもの疾患・障害と、その子を取り巻く環境を含めてみたときに、今何が必要かがやっと見えてくるのだということを実感し、またその難しさも感じています。

### 3. 研修の必要性

OT 的アプローチを深めていくためには研修

の必要性を感じています。評価の視点として、精神発達も含めて全体として子どもを評価する技術を向上すべきであろうと思います。

また、知覚認知面の評価とアプローチの方法も、学んでいきたいと思っています。

## おわりに

OT 的指導は、まだ始めたばかりでやっと課題として見えてきた部分と、まだ、気付いていない部分が多くありますが、やはり子どもたちの生活場面に外向いていくことで、アプローチすべき点が見えてくるということを実感しています。

今後実践を重ねる中で、検討し、充実させたいと思っています。

## 2 通園センターにおける作業療法士の現状と課題

江別市心身障害児通園施設あゆみ園  
作業療法士 谷藤弘知

### はじめに

今日、北海道における母子通園センターは66カ所に拡がり、地域を拠点とした、早期療育体制が徐々に整備されつつある。受け入れる障害児も重度重複化、多様化、低年齢化している傾向にあり、より高度で多彩なサービスを提供するためにも、通園センターへの専門職種の配置は欠くことのできない対応策になってきている。

こういった情勢の中、各施設での専門分野の協業、すなわち、チームアプローチの必要性が高まり、作業療法士（以下OTと略す）も地域療育の一端を担う重要なチームメンバーとして、年々増加の傾向にある。

現在、通園センターのOTは、道央圏を中心に勤務しているが、その歴史は浅く、道内第1号となった私が、当施設で勤務を始めたのは、昭和62年4月からであり、今年で9年目を迎えたこととなる。

本分科会のテーマでもある『通園センターにおけるOTの役割』なるものを報告するには、充実した内容には至っていないが、現在までの関わりを通して、当施設でのOTの現状と課題について報告する。

### 1. 当施設の概要

当施設は、昭和52年8月に『江別市肢体不自由児通園施設あゆみ園』として仮開設され、同年10月に国庫補助である心身障害児通園事業として認可を受けた。昭和58年4月には、『心身障害児通園施設あゆみ園』と名称を改め、翌年の7月から精神発達遅滞児の小集団指導を開始した。

設置主体、運営主体は共に江別市で、定員は概ね20名である。

職員は、園長1名、OT1名、訓練指導員1名、保育母3名（2名は非常勤）の6名で構成されている。

対象児は平成7年11月1日現在、46名が通園しており、主な障害内訳は表1の通りである。

表1 障害別在園児数

障害名	クッキーグループ	ドングリグループ	学童グループ	計
脳性麻痺	5	0	10	15
精神発達遅滞	4	3	0	7
ダウン症候群	5	0	1	6
染色体異常	2	1	1	4
自閉的傾向	0	3	0	3
ことばの遅れ	0	2	0	2
精神発達遅滞	0	2	0	2
自閉症	0	1	0	1
運動発達遅滞	1	0	0	1
二分脊椎	0	0	1	1
小頭症	0	0	1	1
脳梗塞	1	0	0	1
全前脳胞症	0	0	1	1
脳白質ジストロフィー	0	0	1	1
合計	18	12	16	46名

※平成7年11月1日現在

当施設では、障害児1人1人の主要問題や年齢、程度、生活環境が異なる中、対象児はもちろん、保護者に対しても必要十分な療育の支援を前提にしながら、非常に大雑把ではあるが、グループを3つに分けて指導に当たっている。

0歳～就学前で、主に運動機能に問題のあるグループをクッキーグループ、概ね1歳6ヵ月～就学前で、精神発達に問題のあるグループをドングリグループ、更に就学後、継続して機能訓練が必要な学童は、学童訓練グループとしている。

これら3つのグループの指導は、表2のようなスケジュールのなかで行われており、クッキー及びドングリグループは、月齢や障害の程度によって週1～5日通園し、小集団指導と個別指導を受けている。また、学童訓練グループは、週1回、学校の授業終了後、1時間程度の機能訓練を受けに通園している。

表2 平成7年度 デイリープログラム

	月		火		水		木		金	
	クッキーG	ドングリG	クッキーG	ドングリG	クッキーG	ドングリG	クッキーG	ドングリG	クッキーG	ドングリG
9:00	登園 自由遊び		登園 自由遊び		登園 自由遊び		登園 自由遊び		個別訓練 高月齢児 保育園交流	
9:15	個別訓練		個別訓練		個別訓練		個別訓練			
9:25	合同保育		合同保育		合同保育		個別保育			
9:30	個別訓練		個別訓練		個別訓練		個別訓練			
10:00	個別保育	個別訓練	フル指導	フル指導	個別保育	個別訓練	個別保育	個別訓練	準備	
10:15	個別訓練	母子訓練	保育	保育	個別保育	個別訓練	個別保育	個別訓練		
10:30	おやつ		おやつ		おやつ		おやつ		個別保育	
10:45	降園		降園		降園		降園			
11:05	食事指導		食事指導		食事指導		食事指導		個別訓練	
11:30	降園		降園		降園		降園			
11:15	自由遊び		個別保育		自由遊び		個別保育		休憩	
12:00	自由遊び		自由遊び		自由遊び		自由遊び			
12:10	降園		降園		降園		降園		ケースカンファレンス	
12:30	降園		降園		降園		降園			
13:00	休憩		休憩		休憩		休憩		訓練準備	
13:15	休憩		休憩		休憩		休憩			
13:30	ケースカンファレンス		フル準備		ケースカンファレンス		個別保育		学童グループ 個別訓練	個別保育
14:00	フル指導		フル指導		フル指導		フル指導		訓練準備	
14:15	フル指導		フル指導		フル指導		フル指導			
14:30	事務整理		訓練準備		訓練準備		訓練準備		訓練準備	
15:00	事務整理		訓練準備		訓練準備		訓練準備			
15:15	学童グループ 個別訓練		降園		学童グループ 個別訓練		学童グループ 個別訓練		学童グループ 個別訓練	
15:30	個別保育		事務整理		個別保育		事務整理			
16:00	学童グループ 個別訓練		学童グループ 個別訓練		学童グループ 個別訓練		学童グループ 個別訓練		保育打合せ	
16:30	個別訓練		個別訓練		個別訓練		個別訓練			

## II. 療育指導の中でのOT

OTは、午前中は主にクッキーグループ、午後からは学童訓練グループの指導にあたっている。

両グループに共通し、当施設のOTの役割として最も重要なものに、機能訓練業務がある。

小児分野のOTは、発達途上にある子どもを対象としていることから、全人間的発達を促す事にあると考える。そういう意味からも当施設では、神経発達の治療法をベースに、子どもの主要問題を明確にしつつ、訓練目標を立て、それに基づいた訓練プログラムを立案し、訓練指導を行っている。

また、通園し、訓練を受けている子どものほと

んどが、札幌療育センターや札幌市発達医療センター等の療育機関に関わっており、訓練指導も受けていることから、OTが直接関係機関に出向いたり、電話や文書などで情報交換したり、母親から直接聞いたりしながら、できるだけ訓練内容を一貫したものにしよう努めているが、十分とは言えない。基本的には、医師の指示箋に基づき、独自のプログラムで指導を進めているので、その際には、双方の訓練内容や方針が違うなどといった混乱がないよう母親に説明し、同意を得るようにしている。

また、子どもの療育の中心となるのは保護者であることから、個別訓練では母親指導を主としており、特に乳幼児の場合、できるだけ家庭や母子訓練のなかでも遊びながら、または、遊ばせなが

ら容易に実践できるものや、日常生活上の扱い方（抱き方）等を中心とした、home-handling 指導をしている。

細かいテクニック等の指導は、難しい場合が多く、その場合、実際に母親の手をとって指導することもあるが、直接 OT が子どもにハンドリングし、様々な感覚—運動経験を与えながら、多彩な運動技能を獲得できるようにしている。

また、子どもが発達途上であることから、障害は運動に限らず、できるだけ訓練のなかに視覚や聴覚、前庭覚、体性感覚、固有感覚等様々な感覚刺激を同時に与えながら、進めていくよう努めている。

こういった、感覚—運動経験を促すことによって、日常の遊びをより深い、豊かなものに広げていける可能性を秘めていると思われる。

しかし、週1回1時間足らずの個別訓練の中で、いくら良い反応や動きが生まれたところで、日常生活や遊びのなかでそれが活かされているか疑問でもある。

そもそも運動そのものは目的達成のための手段、道具にすぎないのであるから、先程も述べたように、子どもの全人的発達を目指す作業療法士にとって、ここで終わってしまっただけは意味がない。基本的には、生活に十分反映されていてこそ訓練の意味があると思われる。

そのため、当施設では、実際に子どもが遊んでいる場面、特に保育時間に OT がかわる事も重要と考えている。

入職して、5年間くらいは保母と一貫した保育プログラムのなかで、指導にあたっていたのだが、図1のように入園児が年々増加の傾向にあり、個別訓練の回数が少なくなる等、訓練業務の都合上、現在 OT が保育に参加できるのは火曜日の50分足らずである。

この時間は、感覚刺激を多く採り入れた感触遊びや感覚遊びを行っており、様々な感覚刺激を与える良い機会となっている。

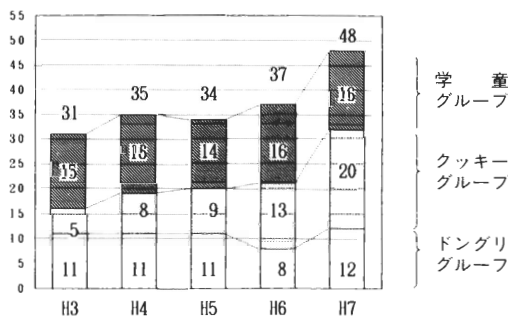
OT は、保母と同様な行動をとりつつ、基本的には感覚刺激そのものを大切に、最終的には子ども自身が遊びをつくりあげ、楽しく自由なものであってほしいと考えている。しかし、子どもが遊びに能動的であっても、遊びそのものが単調で変化に乏しい場合もあり、更に運動も異常なパターンや画一的なパターンを使っていることが多いなどといった問題も少なくない。

そういった場合は、必要に応じてハンドリングしながらアプローチしたり、姿勢などを配慮（ホジジョニング）しながらの指導も重要となっている。遊びの場面でのハンドリングやホジジョニングは、子どもに必要な手助けであり、遊びという目的を達成し、成功体験に導けるための手段である。介助は最小限度にとどめ、子どものできない部分だけを必要な分だけ与えてあげる。そうでなければ、今度は逆に受け身的になりすぎ、自由が損なわれ、たださせられているだけの遊びになってしまう。遊びの場面で、現実的かつ具体的な遊びの方法を母親に伝え、一緒に考えていくことも OT の役割と考えている。

また、OT の保育への介入は、保母の遊びのテクニックや様々な遊びを知る良い機会にもなっており、訓練での動機付けや遊びを生かした指導に非常に役立っている。訓練ではさっぱり歩かないが、遊びながらだと驚くほど歩けたり、また、移動能力が全くないと思っていた子が、遊びながらだと這行器で移動したりといった事も経験している。

このように、遊びそのものを、治療的に意味のある activity と捉え、発達を促すことも OT の

図1 在園児推移



※平成7年度は11月1日現在

重要な役割である。こういった働きかけは、保母が子どもに関わる際にも、有効な指導の一部となっており、また、施設内での食事や移動といったADL指導にも般化されている。

以上の点からも、保育の場面はOTと保母の連携プレーの場でもあり、保育への積極的な介入の必要性を改めて感じている。

また、子どもの遊びや日常生活を助けるために、OTが担うもう1つの重要な役割に、訓練器具や生活器具の提供がある。

器具は、車椅子や歩行器、バギー、座位保持椅子など既製のものも数多く出されているため、医療機関を通し利用している場合が多い。既製品は丈夫で見栄えもよく、衛生的にも管理しやすいものが多いなどの利点がある。

また、子ども1人ひとりの障害の症状や程度が異なることから、最近では特に座位保持装置等、子どもの障害にあわせた工房椅子が利用されている場合が多い。

しかし、これらの器具はコスト的に高いことや、特注品などでは引渡しまでに何ヵ月もかかったりするなど、不便な点も多いようである。

当施設では、車椅子や歩行器など大がかりなものを除き、素人でも簡単に扱える木や発砲スチロール、ウレタンなどの材料を使ってプロンボードや椅子、テーブル等の生活訓練器具の作製も行っている。

これらの器具は見栄えの点では既製品に劣るし、大量生産もできない欠点があるものの、加工しやすいことから、子どもの障害や症状にあわせて簡単に作製でき、また、コスト的にも材料費のみで済むため、個人負担が軽減する利点がある。

また、食器なども市販のプラスチックのカップをカットしたり、ステンレス製のスプーンを改良する等、簡単な加工で済むものは利用者も多く、保護者自ら工夫できる手軽な器具となっている。

これら工夫された器具は、子どもの生活を広く豊かにするだけでなく、保護者自身の精神的、身体的負担を軽減する重要な役割も持っている。また、機能的であるがゆえに、生活の中心である家

庭での利用も多く、保育園や肢体不自由児学級の担任と協力して、保育や授業の場面で利用してもらうなど、生活環境の改善にも役立っている。

### Ⅲ. 発達相談業務

平成5年度より、在園児以外の発達につまづきがあると思われるお子さんを対象に、発達相談を行っている。相談は、主に保健所や保健センター、保育園、ことばの教室など関係機関からの依頼が多いが、一般市民からの相談も随時受けている。

平成5年度から平成7年11月1日現在の相談件数は、表3の通り11件であり、主訴は様々である。

表3 発達相談件数

主 訴	5年度	6年度	7年度	合計
言葉の遅れ	0	7(5)	6(3)	13(8)
運動の遅れ	0	3(3)	1	4(3)
全体的な遅れ	0	3(2)	2	5(2)
脳性麻痺	0	3(2)	0	3(2)
歩き方がおかしい	2	1	0	3
首が坐らない	0	2(2)	0	2(2)
足部内反尖足	0	1(2)	1(1)	2(2)
自閉症	0	0	1(1)	1(1)
バランスが悪い	0	1	0	1
転びやすい	1(1)	0	0	1(1)
体がかたい	0	1	0	1
バネ指	1	0	0	1
合 計	4(1)	22(16)	11(5)	37(22)

※ H7年度は11月1日現在

※ ( ) 内は通園につながった件数

OTは主に、運動発達に関する相談を担当している。相談者からの主訴に基づいて相談を受け、運動機能だけでなく、子どもの発達全体を評価しながら助言している。

しかし、当施設は、判定や診断の機能は持たないため、問題がありそうな場合や明らかに問題がある場合は、経過観察として定期的相談を受けており、また、専門機関を紹介し、フォローして頂きながら通園につなげていっている。

## 70 第2分科会（地域活動）

実際に通園につながったケースは、表3の（ ）内でも示しており、平成5年度で4名中1名、平成6年度で22名中16名、平成7年度は11月1日現在で11名中5名と、合わせて22名であり、相談件数のおよそ59%となり、半数を超えている。

相談における助言はもちろん、障害や遅れを早期に発見し、適切な療育環境を保障するためにも、発達相談は重要であり、その中でのOTの役割は大きいと思われる。

## IV. 健診業務

平成5年度より、毎月第2火曜日、江別市保健センターで実施している4ヵ月健診のスタッフの一人としてOTが定期的に参加している。

OTの役割は、健診事後の発達相談で、問診、診察によって発達の遅れや異常の疑われるケースの場面指導を行っており、江別市の早期発見、早期療育の一貫した流れに対応している。

相談は、運動機能だけでなく、発達全体を評価した上で、育児場面や遊びのなかでできるような、現実に近い形で具体的に提示し、発達を促せるように努めているが、対象児の月齢が低いことや個人差が大きい事からも、慎重な指導を心掛けている。

問題があると思われるとき、もしくは疑われるときには母親に説明し、納得した上で2ヵ月ごとの経過観察で対応している。

その結果、思うような発達が見られなければ、医師や保健婦を通して適切な医療機関への精検を促している。

平成5年度から平成7年10月迄のOTの延べ指導数及び、精検の結果は表4の通りであるが、うち、当施設の通園につながったのは、平成5年度1名、平成6年度2名、平成7年度は、10月までに5名であり、全体で8名となっている。

このように、OTが健診に関わるることによって、医師や保健婦との連携や発見機関との関わりが密になっており、江別市の早期発見から早期療

育の一連した流れを担うこととなることから、その意義は大きい。

表4 4ヵ月健診 事後 OT 指導数

### 平成5年度

1. 健診対象児：898名  
受診児：857名（受診率：95.4%）
2. OT指導延べ数：105名（実数：85名）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
数	7	9	10	7	7	6	9	9	12	8	13	8	105

### 3. 総合判定分類

・異常なし	52
・10ヵ月健診経過観察	3
・1歳6ヵ月健診経過観察	8
・再検査	11
・電話確認	4
・心配があれば母より電話	1
・訪問	2
・医療継続	2
・要精検	1
・転出	1
計	85

### 4. 通園入園児 1名

### 平成6年度

1. 健診対象児：1004名  
受診児：958名（受診率：95.4%）
2. OT指導延べ数：94名（実数：54名）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
数	8	17	7	10	10	6	11	3	9	4	6	3	94

### 3. 総合判定分類

・異常なし	35
・10ヵ月健診経過観察	5
・1歳6ヵ月健診経過観察	1
・再検査	2

・電話確認	3
・あゆみ園通園中	3
・場面指導	2
・未受診	1
・転出	2
計	54

#### 4. 通園入園児 2名

平成7年度（10月まで）

1. 健診対象児：570名  
受診児：554名（受診率：97.1%）
2. OT指導延べ数：74名（実数：51名）

月	4	5	6	7	8	9	10	計
数	11	6	9	17	10	10	11	74

#### 3. 通園入園児 5名

## V. まとめ

以上、江別市におけるOTの役割について述べた。

要約すると、以下のようなことである。

- ① NDT等の神経発達の知識や訓練的知識をもって機能訓練にあたっている。
- ② 保育や施設内の生活場面で保母と一貫した遊びの提供をしている。
- ③ 訓練器具や生活器具の作製や工夫により、施設内だけでなく、家庭や保育園、学校生活の環境改善に努めている。
- ④ 発達相談により、早期に遅れや異常を発見し、地域の子どもの発達を支援する。
- ⑤ 乳幼児健診における事後相談を担うことで、医師や保健婦と連携し、子どもの発達を支援する。

## VI. 課題

私が、通園センターにおいて模索してきたOT

の活動は、通園そのものが家庭生活の延長線上にあり、生活すべてをactivityと捉えることであった。そういう意味からも、OTの単独事業ではなく、施設内の職員はもちろん、母親や関係機関とのチームアプローチが欠かせないものとなってきた。

しかしながら、当施設においてOTの担う領域は非常に広範囲であり、独自性という面では不明瞭な状態である。

現在は、対象児の増加に伴い個別訓練が週1回以下となっていることから、機能訓練業務が中心となってきており、保育場面への参加や遊びそのものへの働きかけ、知覚や認知機能へのアプローチといったOTとしての専門性を十分に発揮しているとはいえない状況である。

全人間的発達を促すといった基本理念を持ちつつも、OT1人で全てを担うには限界があり、そういったことから役割分担が必要となる。特に機能訓練、とりわけ基本的な運動機能面でのアプローチは、理学療法士の配置を考えていく必要がある、その上でOTは、知覚や認知等へのアプローチ、遊びやADLといった生活側面を中心に働きかけることが望ましいと思われる。

また、子どもにとって本当に必要なのは訓練ではなく、その結果である豊かな生活なのであるから、その実現のためには通園の指導だけではなく、生活場面において、子どもや子どもを取り巻く人々に直接OTの専門性を受け渡す作業が必要となってくる。

現在OTの持つ専門的な知識や技術は、施設や江別市の療育システムのなかでの活動にしか過ぎない。常に生活場面や問題点を共有しながら、QOLに働きかけていくこともOTの重要な課題であると思われる。

最終的には、子どもらしさ、人間らしさを追求し、そこに援助する手段としてOTが活用されていくよう、模索し続けなければならないだろう。

### 3 一福祉行政におけるOTの活動

稚内市福祉事務所

作業療法士 三宮正美

#### はじめに

稚内市は人口約46,000人、そのうち約1,600人（この内肢体不自由が約1,000人）が身障手帳の交付を受けている。

当事務所の福祉課は、身障・精薄・児童・母子・寡婦福祉法・生活保護法に基づく庶務事務や課内の庶務に関する事務等を行う庶務係、生活保護法に基づく援護・更生を行う保護係、身障・精薄・児童・母子福祉法に基づく援護・更生等を行う福祉係の3係で編成され、福祉係は係長、主査、作業療法士、主事補、家庭相談員、母子相談員各1名が配置されている。

福祉事務所という行政機関に所属する作業療法士（以下OTと略す）は全国的にまだ少なく、業務規定がない、病院や施設と異なった役割を持つなどから随分試行錯誤し、その都度業務の仕方を変えてきた。

今回『通園センターにおけるOTの役割』というサブテーマを与えられたが、あえて行政機関におけるOTの役割と今後の課題を述べ、その中で業務の一端となっている通園センターの業務も報告したい。

#### 1. 作業療法士の役割

##### 1. 母子通園センターにおける業務

稚内市母子通園センター事業は、市が稚内市早期療育推進委員会という任意団体に委託して運営され、運動・精神・言語等の発達に心配や遅れ、障害を持った就学前の子どもたちを対象に療育を行っている。

平成4年より福祉事務所にOTが配置になっ

たが、配置した最初の目的が母子通園センターへの派遣にあったため、初めはセンターに常勤していた。しかし、他の業務が増えるに従って自然とセンターに関わる時間が少なくなり、関わり方も大きく変わってきた。

現在センターには1週間に合計1.5日行って療育を行っているが、母子の様々な面から支援していくには常勤の職員でなければ難しいため、OTは次に述べるような運動面の家庭療育指導や感覚統合療法の面からの関わりのみ行い、センター職員は母子の全般的な支援という役割分担をしている。

OTの役割として具体的に3つに分けることが出来る。

##### (1) 肢体不自由児・運動発達遅滞児の機能訓練等の母親指導

本来訓練は毎日行うことが望ましいが、それぞれ1週間に1回、30～40分の療育時間しかとれないため、家庭での努力が大切になる。従って、1週間家庭でどんなことを行うか親に呈示し、確認をする。

##### (2) 感覚統合療育

感覚統合療育が適応になるだろうと考えられる運動精神言語発達遅滞児に対して、個別療育の中に感覚統合療法を採り入れようと少しずつ試みているところである。現在療育で使用する部屋が他の団体と共用で使用しており、用具もほとんどなく、療育内容自体もっと充実させなければならぬなど課題が多い部分の1つである。

##### (3) 集団療育への参加

当センターでは個別療育の他に、発達別の集団に別れた集団療育を行っている。1時間30分の中に様々な動作を組み入れたランニング、サーキット、手遊び、リズム体操、紙芝居など、ねらいの異なったプログラムを10種目ほど組み合わせた内容になっている。そして、集団療育と一緒に参加し、関わっている子の個別療育の場面と違った力を確認しながら、個別・集団療育に採り入れたいプログラムの提案などを行っている。

## 2. 小学校の肢体不自由児学級への訪問訓練

稚内市内に肢体不自由児学級を持っている小学校は2校あり、現在そのうちの1校を訪問訓練し、2名（痙直型脳性麻痺、二分脊椎）が対象になっている。

前述の母子通園センターは肢体不自由児に限って就学児童も対象になっているため、この2名も当初担任教諭の送迎によって週1回通っていたが、教育委員会から福祉課へ訪問訓練の依頼があり、平成6年度よりこれを開始した。現在月2回学校へ行き、養護訓練時間のなかで担任教諭とともに機能訓練を行っている。

## 3. 重度心身障害児の在宅訪問訓練

平成7年11月より重度脳性麻痺児1名に対し、月1回在宅訪問訓練を行っている。現在養護学校小学部5年生で、それ以前は担任教諭の送迎によって通園センターに通っていたが、遠隔地に住み、児の成長もあって通園が困難になったため、親からの希望により開始した。

就学後の肢体不自由児の機能訓練は母子通園センターが受け皿になっているが、通園手段等が障害になって、その機会が等しく保証されているとはいえないのが現状である。

## 4. 障害者・高齢者の在宅訪問

障害者の相談内容によっては訪問が必要なケースもあり、係で対応する。作業療法士がこれまで対応した相談として、家庭で出来る機能訓練プログラムの立案、身体機能・日常生活動作の評価、日常生活用具・補装具の給付に関する事、住宅整備資金貸付制度の説明を含めた家屋の新築・改造の相談等がある（図-1）。

図1 相談内容別延べ件数

日常生活用具	在宅機能訓練	補装具	住宅新築改造相談	住宅整備資金制度	自助具	合計
24	31	15	8	3	3	84

(H6年10月～H7年10月)

障害者本人、その家族から直接相談がある場合

もあるが、道・市の保健婦や介護支援センター、訪問看護支援センターより連絡を受ける場合が多い。高齢者に対応する課として高齢者対策課があるが、相談によっては高齢者も訪問する（図-2）。

図2 関係者・機関別の相談・連絡件数(H6年10月～H7年10月)

家族	通園センター	道保健所	ヘルパー	入院先のS・W等	本人	市保健婦	訪問看護	他関係部所	合計
14	8	7	6	5	2	2	2	2	48

訪問回数は1回の訪問で終わるケースから継続して訪問するケースもあり、訪問頻度もケースの状況によって変え、多いケースで週1回訪問しているが、必要に応じて対応できないのが現状である。疾患・障害名別のケースの件数は図-3の通りである。

図3 疾患・障害名別の相談件数(H6年10月～H7年10月)

脳卒中	脊髄小脳変性症	脊髄損傷	関節リウマチ	パーキンソン	脳性麻痺	合計
22	4	4	4	3	3	48
二分脊椎	脳性症	変形性膝関節症	脳下垂体機能障害	骨形成不全	内臓障害等	
2	1	1	1	1	2	

## 5. その他の業務

以上の業務の他に、北海道が地域に対して行う支援事業として心身障害者巡回相談、移動療育センター事業、重度心身障害者巡回相談など年1回ずつあり、その都度係で対応する。また、保健所の介護者教室等在宅で出来る機能訓練の紹介やレクリエーションなどの依頼を受けることもある。

## II. 今後の課題

### 1. 通園センターと医療の結びつき

就学前の肢体不自由児の大半は旭川療育センターにかかっているが、通園センターと市内の病院のとのつながりがほとんどない。そのため医療情報も考慮して療育の目標を立てたり対応したりという面が大変弱い。今後プライバシーを配慮した

範囲で、医療機関にどう結びついていくかが課題の一つと考えている。

## 2. 療育・在宅訪問時の事故の対応

セラピストとして障害児・者に関わっているかぎり、必ず事故の心配がある。特に福祉事務所に所属しながら派遣先で事故が生じた場合、不明瞭な点が多く、責任のあり方について検討する必要がある。

## 3. 就学した肢体不自由児の対応

稚内市母子通園センターは肢体不自由児を就学後も受け入れているが、どの子どもも等しく通うことが出来ないのが実情である。それには住む場所による地域格差や、学校側の訓練に対する考え方の違いなど様々な要因がある。就学後も希望に応じて等しく機能訓練の機会が持てることが課題となっている。

児童のニーズは成長するに従って特に変化する。例えば、乳幼児期には医療・保健・福祉の連携が重要であるが、就学期になると教育分野も加わることになる。しかし、年齢の変化に関係者の対応がついていっていないのが現状である。総合リハビリテーションの構築ということで、乳幼児期から高齢者までの医療・保健・福祉・教育・労働・建築等の各分野の連携が求められている。

## 4. 在宅障害(児)者・高齢者の対応

定期訪問、あるいは細やかな対応が必要なケースが多いにも関わらず必要に応じた訪問が出来ず、一時的な対応しか出来ないこともあるというのが現状である。今後何をおいてもOT（あるいはPT）の人員増加がなければ、対応が困難と考える。

## 5. 他職種・他機関へOTのピアール

どの地域のOTも感じていることかと思うが、OTの職性はまだ知られているとは言い難く、関連が深いと思われる保健婦にもあまり理解されていない。地域の福祉分野にいる者にとって

その存在を知ってもらうことは重要なことであり、仕事が行えるか無いか、情報がスムーズに流れるか流れないかの違いがある。積極的にOTのピアールにも努力していきたい。

## おわりに

今回与えられたテーマとは若干内容が異なったが、日頃地域で活動しながら、地方行政機関に所属する、あるいは、地域で活動するOT・PTの必要性を感じていたため、ピアールするにはまたとないチャンスと思い、稚内市福祉事務所におけるOT業務の概要を紹介した。

行政のなかのOTの役割、業務内容、問題の対応方法、課題の整理の仕方等どれを取ってもまだまだ検討に値する。少しずつ課題に取り組みつつ、地域のなかで活動するOTの機能の充実に努めたいと考えている。

## 4 指定討論 (1)

### 通園センターにおけるOTの役割 ～OTの立場から～

札幌医科大学保健医療学部作業療法学科

佐藤 剛

北海道乳幼児療育研究大会において、地域療育活動における作業療法士の役割を分科会として設定し討議されたことは画期的なことであり、作業療法士として、また養成する立場から企画者に敬意を表したい。その目的を考えると、作業療法士への将来に向けての期待と同時に、現状における他の関連職種との役割、等の混乱を明らかにするという意図であろうと推測する。

今回の発表者はいずれも地域の通園センターで活躍している作業療法士であり、これまでの作業療法の実態をそれぞれのセンターについて述べられた。私の指定発言としての役割は、作業療法が本来どのような役割や機能をもって発展してきたかを概述すること、そしてそれぞれの発表者あるいはその後参加者から受けた質問に対して私の意見を述べることであったので、それらをここに総括する。

#### 1. 作業療法は何を狙いとしているのか

作業療法はoccupational therapyの訳でOTと呼ばれることが多いが、1917年にアメリカで発足した専門職である。その名の通り、作業をセラピーとして活用することにより、人間の心身の健康回復に重要な役割を果たすという信念から出発している。それは、実は古代エジプトやギリシャの時代においても、作業活動の治療的効果は記述されているのである。

では、「作業 (occupation)」とは何なのか。この用語に後に述べる誤解や専門職としての浸透しづらさの根本があるようである。この日本語の通俗的な意味から受ける印象と専門的視点から意図

した意味とのギャップが誤解を生んでいるのかもしれない。作業とは、一人の人間が毎日の生活のなかで繰り返し行われている活動のことをいう。つまり、個人の年齢や性、あるいは家族や地域の生活環境によって生活のパターンが異なるとしても、誰もが当たり前のように行っている活動のことなのである。従って、一般に次の3つの領域に大別されている。

- ①日常生活活動（一般にADLと呼ばれ、食事等のセルフケアも含まれる）
- ②レクリエーション（小児の遊びも含まれる）
- ③生産的活動（学習や職業関連活動、等が含まれる）

従って、作業療法は、これらの作業と人間の健康増進に関するアプローチであるといえるのである。そして、その基本原則として次のことが指摘されている。つまり、①生活のサイクル（仕事、遊び、睡眠、等）の充実、②個人の現実感、時間・空間要素、興味の重視、③個人が能動的に、そして実際に為す過程の重視、④これらの3つの要素を通して個人の生きていく認識と適応的生活の促進の4点である。

また、発達障害児に対して、作業療法はどのようなパラダイム或いは理論を通して実践と結びつけているかは、表1に示した。実際には、対象児の障害に応じて幾つかのアプローチを折衷していく方法が取られている。

#### 2. 作業療法士は何ができるのか

では、作業療法士は具体的に何ができるのであろうか。第一は、いわゆる作業障害を評価、測定できることである。障害をもって生活が始まった時に、その障害の性質によって異なるであろうが、殆どの場合、身体的な制限の発生、精神的・心理的な適応障害、そして社会的（対人的、集団生活）な問題が同時的に襲いかかってくる。その結果として、上記の3つの作業の遂行に問題が生じるのである。

作業療法士は、この作業障害を多面的に評価することができる。例えば、脳性麻痺という障害を

もった子どもの作業障害（例えば、食事、服の着脱、排泄行為がうまくできない、友達とうまく遊べない、読み書きがうまくできない、等々）の背景となっている諸問題を分析することができる（図1）。

第二には、それらの評価結果を基盤として実際の作業療法、つまり対象患者をどのような方法で改善していくかを計画し、実践していくことができる。その場合、作業療法訓練室で行うばかりでなく、病棟や在宅でも作業療法を実施することができるのである。

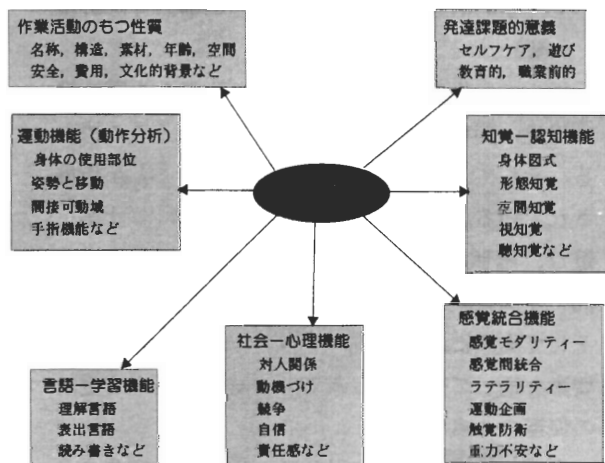


図1 発達障害児を対象とした包括的作業分析

### 3. どのような障害を対象とし、どこで働いているのか。

作業療法はあらゆる障害を対象とする、といっても過言でない。病気の急性期から慢性期、そして、一生涯何らかの障害をもって生活しなければならない人々、また、身体障害のみではなく精神障害、あるいは、重複障害に対しても、そして、乳幼児期から高齢者にいたるまでの広範囲な年齢層を対象としている。発達障害（小児）の領域では、脳性麻痺のみならず、精神遅滞、自閉症、学習障害（LD）、難病、あるいは、交通事故などでの頭部障害、脊髄損傷も作業療法の対象である。

また、これまで病院等の医療機関で働く作業療法士が8割以上であったが、近年の医療福祉政策

の変換により、在宅や地域の保健・福祉施設等と関係した業務にも徐々に関わるようになってきている。しかし、作業療法士が働く臨床領域をみると約5割が身体障害（脳卒中、等）に関連した病院で働いており、他は精神障害関連病院、発達障害（小児）関連医療施設で約3割、そして、残りの2割は老人福祉施設、教育職等となっている。今後、小児の領域においては、通園センター等の福祉施設や養護学校等の教育関連施設でますます作業療法士の役割が認識されることが期待される。

### 4. 法的にはどうなっているのか

作業療法士になるには国家試験に合格しなければならない。この免許制度は、昭和40年に制定された「理学療法士及び作業療法士法」で定められたもので、現在7690名（平成7年11月現在）の有資格者がいる。このうち少なくとも85%は作業療法に直接関係した仕事に就いている。また、この法律には作業療法士が医師の指示の下で実践することもうたわれている。では、医師のいない福祉施設では作業療法士は働けないのか、という疑問が残る。後述する参加者の質問もここに集中することになる。

この法律と関連して、厚生省令として、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」があり、養成のためのカリキュラムが規定されている。

また、作業療法専門職としての作業療法士の質的向上並びに社会的貢献を強化していくために、職能団体として「日本作業療法士協会」が法の制定後まもなく設立され活動を続けている。協会は昭和56年には社団法人となり、その後都道府県の地方作業療法士会も充実し、会員の私的向上のみならず、公益的事業を進めている。因みに、北海道は平成4年に社団法人の資格を取得し、現在約400名の作業療法士が活躍している。

### 5. どのような誤解を受けてきたのか

今回の分科会の参加者からの質問にも見られるように、「作業療法と理学療法の差が解らない」、

という声がよく聞かれる。確かに、実際の業務だけを外から観察していると、類似している部分が見られることが多いであろう。この背景には、作業療法を実施するためには理学療法の基礎知識や基盤技法の一部を学び、且つそれらが作業療法の臨床にも必要であると思われるためである。また、理学療法士からも作業療法の知識や技術を学んでおり、お互いに重複する臨床業務が増加するという結果となっている。

従って、どちらが行っても同じでないか、と判断され、結局は理学療法士一人居れば事足りるとまで見られてしまうことがある。これは作業療法士にとって非常に悲しい事態である。作業療法士自身が他の職員に十分説明することを怠っているか、あるいはそれで良いとして疑問も持たずに実践しているか、複雑な心境にある作業療法士が多いのではなからうか。

一方、通園センターのような小規模の所では、両者を同時に2名採用することが困難なところが多い。その結果、最初に採用された者が理学療法と作業療法の両者の役割を担ってしまう場合が多くなる。この現実も理学療法士にとっても作業療法士にとっても、専門職の発展の立場からすれば悲しい事態といえる。

## 7. 通園センターにおけるOTの現状と問題点(質問に答えて)

参加者からの質問や意見には、一つはすでに上述した作業療法の誤解と関係したものがあつた。作業療法が非常に広範囲の年齢層に対し、しかも広範囲な障害に対して実践できる基礎教育を受けていることを、十分理解されていないことが解つた。さらに、作業療法が在宅、地域と医療機関との連携をしていける職種であることも、参加者におよそ理解できたのではないかと思う。

第二の質問は、「医師の指示」の関することである。医師がいない福祉施設で働くこ

とはできないのか。勿論、そうとは思わない。しかし、作業療法士は自らの判断で対象児の医学的な診断や禁忌などについて医師との連携を持っていることが必要である。現在、福祉施設において作業療法士が採用されたとき、彼らの業務を法で規定する作業療法行為と見なし、診療報酬の対象とはできない仕組みとなっているのが現状である。今後、福祉施設で働く作業療法士が増加することは必須と思われるが（国の政策としても）、医療事故との関係でも「医師の指示」の法的係わりをどうするか、再検討が必要となっているのではないかと考えている。

### ■文献

- 1) 日本作業療法士協会編：発達障害  
作業療法学全書(第6巻) 協同医書出版社 1992

表1 小児作業療法の主要パラダイム

主要パラダイム	方法	対象	時期
作業 、 作業行動 人間作業モデル	規則正しい目標 適切な治療的環境 人格を重んじた関係 活動の段階づけ 習慣訓練 作業センター 職業前訓練 作業と遊び 気晴らし的	精神障害 行動障害 情緒障害 身体障害	1900年代 - 現在
人間発達	発達過程 評価	身体障害 精神障害 行動・情緒障害	1940年代 - 現在
運動学	筋肉の再教育 関節の可動域 運動の協調性 活動の段階づけ	身体障害	1930年代 - 現在
機能代償・環境 改善	自助具 スフリント 義肢装具 家屋改造 環境改善	身体障害	1940年代 - 現在
知覚・運動・認知	知覚運動機能 認知機能	身体障害 情緒障害	1950年代 - 現在
感覚統合	触覚 運動感覚 前庭感覚 高次脳機能 学習・行動	学習障害 情緒障害 行動障害 精神障害	1960年代 - 現在
神経筋促進(フ シリテーション)	移動ハターン 手の機能	身体障害	1940年代 - 現在
行動療法	条件づけ 行動・学習	精神障害 行動障害 情緒障害	1960年代 - 現在
精神力動理論	自己の治療的活用 集団力動 活動分析	精神障害 行動障害 情緒障害	1940年代 - 現在

## 4 指定討論 (2)

### 通園センターにおけるOTの役割 ～医師の立場から～

おしまコロニー地域療育センター

大場 公孝

北海道では67圏域のほぼ全域に通園センターが整備されている。その母体は言語教室や保育園など様々である。

近年、通園センターのありようが変化してきている。低年齢より療育が行われるようになり、0歳からの療育が行われ、運動発達の遅れをもつ子どもが通園センターに通うことが多くなっている。障害が多様化し、重度重複障害を持つ子どもたちが自宅で過ごすようになり、様々な子どもの療育が求められている。このような中で、通園センターに作業療法士はなくてはならぬ存在になりつつある。

様々な障害を持つ子どもが増える中で、作業療法士には何が求められるのであろうか。脳性麻痺の子どもには拘縮予防の機能訓練が主となる治療になるが、運動療法に疲れ果てた親の姿を見ることがある。そこには遊びをとり入れた運動療法と両親の余裕が必要になる。精神遅滞の子どもたちの運動発達の遅れに対してはmotivationを高めること、動機づけが必要になる。自閉症の子どもには巧緻動作の苦手な子や筋緊張の低い子があり、作業療法のアプローチが必要なことがある。学習障害は読み・書き・計算など、就学してからの問題であるが、将来学習障害になる可能性のある不器用で集団適応が苦手な子どもが通園センターにくる場合があり、低年齢からの運動療法が学校入学後の社会適応を育てることにつながる。

療育の流れとしては、チームアプローチとして、医師の診断があるほうが望ましい。脳性麻痺・筋疾患・ダウン症候群・自閉症・精神遅滞などの診断によってアプローチの仕方が異なっていく。

小児科・整形外科・精神科の医師、理学療法士、言語療法士、看護婦、心理、栄養士、保育スタッフなど、様々な職種が関わることにより、その子への様々なアプローチが考えられ、その子にとって必要な療育の優先順位がつけられる。子どもにとって今何が必要なのか考える必要がある。将来の予測や可能性なども話されていたほうが望ましいし、諸制度の利用、保健所や児童相談所との連携も考えられる。医師の指示箋は保険療育であれば必須のものであるが、大部分の通園センターには医師の常駐はなく、指示箋がない療育もありえる。作業療法士が独自の運動療法の組み立てをすることは十分有り得る。指示箋がない作業療法でも、疾患を持っていれば主治医がいるはずであり、主治医との連携が大事になる。

地域の中での作業療法士の役割として、出張サービスが必要になってくる。併行通園している場合には保育園・幼稚園訪問が必要になり、それぞれの園でどのような運動を取り入れるかアドバイスをを行う。家庭訪問し、家の構造を子どもに合わせたものにし、座位保持装置などの器具の工夫も考えられる。学校訪問し、教育現場へのアドバイスや連携も考えられる。保健所・児童相談所・医療機関との連携、健診への参加により、療育につなげることができる。

## 座長まとめ

釧路市療育センター 近間 雅一  
札幌 檜の会 村田 修

当初「通園センターにおけるPT及びOTの役割」というテーマで双方の関係者から発表を予定していたが、北海道PT学会の開催との関係で表題のテーマとなった。

### 1. 小児領域の療育視点の反省

北海道における母子通園施設は、ポリオ後遺症の機能回復を目的に1962年（昭和37年）道内10カ所に「マザーズ・ホーム」が創設されたのが始まりであった。比較的医療指導の性格をもつマザーズ・ホームは制度的にも類型がなく、国庫補助等の財源確保が至難であった。翌1963年（昭和38年）に肢体不自由児通園施設が児童施設として認められ医療型に準じた規模となった。従って「マザーズ・ホーム」は仮称「小規模通園施設」と分類され、1972年（昭和47年）心身障害児通園事業に指定され国庫補助を得ることになった。一方、療育はポリオ後遺症対策の目的を達成して終止し、50年初め、脳性マヒの早期療育へと転換する。

この頃から、脳性マヒの子どもが施設において積極的に受け入れられ、道央を中心にサービスエリアは拡大した。しかし、脳性マヒの早期療育は、歴史的背景を持つ母子通園施設で保健婦・指導員らによって、もっぱら治療技術に依存する形で発展した。

また、任用された専門職（PT・OT）も、これを小児領域のリハビリテーションとして方向づけ、邁進したといっても過言ではない。しかしこれは、北海道だけの特別な療育視点ではなかった。

「小児作業療法のあり方を問う」<sup>1)</sup>の中で、山

田は機械論的パラダイムで、「小児の作業療法の場合、子どもの興味（好み）に基づく活動の利用による運動技能の改善は、神経筋の促通や関節可動域の拡大に向けられ、その改善が子どもの有能感（コンピテンシー）を高め、自己イメージに好影響を及ぼすということには関心が払われず、神経筋の発達が達成されれば『普通の』子どものように精神的発達も達成されるものと考えられた。従って、多くの小児作業療法士は神経筋促通や感覚統合に関する知識や技能の習得を日指した。」と指摘している。

また、高橋<sup>2)</sup>は小児領域における作業療法の最も重要な特質は、様々な障害により、様々な発達レベルを示す対象児に対して必要な援助を提供することである。この場合、注意しなければならないのは、対象児のニーズに基づいて援助がなされなければならない。また、その援助は対象児が自身のおかれている環境への適応性を増加させるものであり、かつ年齢の推移による障害構造の変容に対応していかななければならない。さらに重要なのは将来の子どもたちの自立に向けて、そのために必要とされる潜在的要素を発達の早期から援助していくことであると指摘している。

この指摘を踏まえて、作業療法が求められている役割を十分に果たしているといえるであろうか。

一部のセラピストは特定の治療技術の習得に熱心になるあまり、作業療法本来の目的から逸脱することもありえると危機感を述べている。

いま、小児領域の作業療法は再構築の時期にきていると私どもには感じられる。

上田<sup>3)</sup>は、小児領域の作業療法に大いに期待することとして、次の3点について述べている。

第一は、小児の疾患は成人のそれと変わらないほどに種類が多い。成長や発達に伴う多様なニーズだけではなく、種々の内部障害も対象になる。現在、小児分野の作業療法士に、これだけの多様な疾患に適切に対応できる知識や技術がどれだけあるかと問うより、そのような知識・技術を身につけるマニュアルスタンダードがはっきりしない

と、現状の問題点を指摘している。

第二は、作業療法の内容である。小児は成人よりも、さらに「機能障害治療中心主義」が強く、ADL（広義）やQOLを目指す努力が足りないのではないだろうか。小児は全人間的な発達の途上にあり、一つひとつの経験が積み重なって将来の人間形成の礎石となっている。遊ぶことも小児にとっては知的・情動的・社会的発達のために重要な因子である。ADLの自立による行動範囲の広がりやQOLの向上による対人的・社会的経験の広がり、全人間的発達にとって貴重である。

それは、子どもの年齢や知的発達レベルに応じたアプローチをすることで可能となる。「発達の臨界領域」を逃さないように適時にアプローチし、総合的にアプローチできる技量を高める研修システムの必要性を強調している。

最後は小児の作業療法に携わる作業療法士の卒業研修のあり方について提言している。

American Occupational Therapy Association (AOTA) では、小児作業療法の専門職を試験によって認定しようとしている。実際に行われているかは明確ではないが、AOTAの資料では認定制度の目的が書かれている。

長谷<sup>4)</sup>が試験に含まれている基本的な知識の概略をまとめて表している。

表1 認定試験の範囲

I. 小児作業療法の基礎的原理

- A. 正常・異常の感覚運動発達
- B. 生物学的基礎
- C. 正常・異常の社会心理技能と心理学的構成
- D. 正常・異常の認知統合と認識構成
- E. 課題・素材・環境の適応

II. 臨床実践

- A. 年齢
  - 1) 乳児期0～2歳、2) 幼児期3～5歳、
  - 3) 学童期6～12歳、4) 少年期13～17歳、
  - 5) 青年期18～21歳
- B. 障害
  - 1) リスクのある乳幼児：①確定したリスクがある。②生物学的なリスクがある。③環境的なリスクがある。
  - 2) 発達の遅れ。3) 聾。4) 聾と盲の重

- 複。5) 難聴。6) 精神発達遅滞。7) 重複障害。8) 整形外科的な疾患（脳性麻痺、二分脊椎、先天奇形などを含む）。9) その他の健康障害。10) 重症な情緒障害。11) 学習障害。12) 言語障害。13) 視覚障害。14) 自閉症。15) 頭部外傷。16) 発達障害。17) 重症心身障害。

C. 遂行の分野

- 1) 日常生活活動。2) 職業能力。3) 遊び・余暇活動

D. 遂行の構成

- 1) 感覚運動。2) 認知。3) 心理社会/心理学

E. ケアの焦点

- 1) 評価・診断の過程：①標準化/定型化された手順。②標準化されていない/不定型の手順。2) 治療/作業療法のアプローチ：①発達/神経運動（神経発達の治療・知覚運動的治療・感覚統合的治療・時間空間的治療）。②心理社会的適応（行動療法・精神力動・人道的・ピア〈peer〉統合・家族療法）。③代償的な治療（環境や機材の機能と適応・テクノロジーの利用）。④バイオメカニカルなアプローチ（整形外科的装具・スプリント・座位関連の治療介入）。⑤作業行動（人間作業モデル・遊びの利用）

III. 専門領域

A. 法律

- 1) 法律・立法。2) 補償。

B. 倫理

- 1) 一般論。2) 治療者・患者・家族関係

C. 管理運営

- 1) 指導と運営。2) 質の評価。3) マーケティング。4) サービス提供の構成：①場面（学校・病院）。②サービスの提供のモデル：（例：直接の指導）。③サービスの提供のスタイル（例：単一の方法を使う。複数の方法で行う）。

D. 評価・研究

- 1) 評価法の信頼性と妥当性。2) 標準化テストの施行。3) 小児領域での作業療法で利用されている評価方法。4) 研究への導人と推進。

小児作業療法が現象を調節し、因果関係を理解し、予測し、説明できる科学的な知識として構成されるようになっている。

長谷は「自ら科学の学際的な基盤である理論を構築するのではなく、理論から導かれた手段を使用するだけの能力しか持ち合わせていないとすれば、作業療法の科学性は疑問視される（途中略）。

作業という素材を使いながらも治療の理論的な形成が行えないとすれば、作業療法の今後の学際的な発展に疑問を感じる」と非常に厳しい。

## II. 質疑から感じたこと

1) 地域における療育システムの確立をめざし、様々な機関間の関係調整した療育圏が北海道方式として始まった。

すでに、社会的要素の影響を強く受けて発展した北海道の母子通園センターは、地域住民に密着した療育の場（第1次療育圏）としてサービス網が急速に拡大した。その反面、地域によっては内容的にも格差と混乱をまねいている。

しかし、圏域内の約4分の1の施設は、たかだか30余年の歴史ではあるが、時代のニーズに敏感に対応した実践に踏み切っている。子どもの療育サービスが地域に依拠し療育枠が確保され、尚かつ、関係機関のネット・ワークが充実され、子どもの生活権が地域で充分保障されることで、母子通園センターの役割は今以上に独自性を持ち専門機関として独り立ちしていけよう。

2) 現に専門職の配置基準がない母子通園センターにおいてもOT（PTも含む）の任用が希少価値の域は脱し切れてはいないが徐々に増えている。しかも、次々と出される福祉・保健・行政からの多様なメニューを実践するために、それぞれの専門職が連携業務を行っており、それがかなりの荷重となってきていることが発表者の資料よりうかがえる。一方、各関係機関において有資格者（PT・OT）の責任所在や立場を定めないうままに業務が遂行されているが、プライバシーに関する業務だけに一抹の不安を抱くのである。

3) 専門職による子どもへの直接的働きかけと「障害を持ちながら育ちゆく」支援のあり方を模索する保母職との協業において、OTの専門的役割が未確立である。現況の療育システムの充実推移や研修、養成講座の内容では、母子通園センターが質の高い療育サービスが提供できるまでに成長するのは牛歩に等しく、従って大きな体制化の

もとに、小児領域の療育ビジョンの再構築が早急に望まれるところである。

## III. 通園施設の専門職の専門性を高める

地域にあつてはノーマライゼーション理念が、地区社協（社会福祉協議会）の育成の中で、障害を持つ人たちや高齢者が住民とのコミュニケーション活動を主として広まりつつある。また、障害を持つ人たちの、それぞれのライフステージにそつて適切な援助がなされ、地域社会の中で共に交わり育ちゆく生活権がもっと保障されることが、住みよい街（療育圏）となるのであろう。

一方療育の構図も点から面へと変化し、とりわけ障害を持つ子どもは、地域にいながらにして、幾多の層のサービスを受けることになる。療育システムの再構築である。

地域療育の定着は、利用者のニーズが必然的に質の高い専門性を要求される結果になり、また、ライフステージに関わる機関からも専門性の提供が一層期待されよう。

このような状況下の対応や責任を認識していても、従来、高度な専門的支援の大半を中核施設に依存してきた通園施設の体質から、その役割は十分に発揮できる状況にないのではないのか。しかし、役割はすでに遂行されているのである。専門職の力量を押し測る基準や専門職に課せられる倫理綱領も不十分であり、自らをきびしくチェックする姿勢が求められている。専門職としての信頼は実践効果を示す以外にない。そのためには、現況の養成教育課程では非常に困難が予測されることは前述のとおりである。

療育システムの遂行上、行政的配慮により早急に実現してほしいのが、専門職適任者（コーディネーター）の養成である。講座は単位制とし、修了者は小児領域のリハビリテーション、コーディネーターとして資格認定する。これは人事異動による弊害をなくする意味からも大切である。当然有資格者が優先となるが、専門職で受講基準（存在せず）に適合すれば、地域事情をくみ、職種に

こだわらない。コーディネーターの役割は、障害を持つ子どもの抱える問題点の分析から治療計画の方向性<sup>5)</sup>(緊急性、重大性、易改善性)の優先や治療目標を設定、それを実践する職員の指導と効果の検証等が主な役割となる。自立していく施設はかならずコーディネーターが配置され、支援を受ける施設や2次及び移動療育のコーディネーターの指導下に置かれる。個々の療育プログラムは、これらコーディネーターの責任のもとに管理される必要がある。従って、できれば同じ療育評価の観点を持つためにも、主なる評価(表2)検査法(表3)の統一や記載様式の共通性が望ましい。これらをベースにして、支援機関と通園施設が連携を密にすることが、支援効果を示し、北海道の療育レベルの向上となるように思う。何よりも有資格者の立場、役割が明らかになるのではないだろうか。

9) H. L. Hopking, H. D. Smith 編著,  
鎌倉矩子他訳:作業療法II巻(改訂第6版)、  
協同医学出版、1989

#### <参考文献>

- 1) 山田貞雄:脳性麻痺に対する作業療法  
—ファシリテーション技法の効果と今後のあり方—  
OTジャーナル28.338-344.1994
- 2) 高橋智宏:発達障害児と日常生活関連活動  
OTジャーナル28.351-367.1994
- 3) 上田敏:小児作業療法士に期待すること  
OTジャーナル28.368-370.1994
- 4) 長谷龍太郎:日米の作業療法の違い  
—治療理論と資格認定をめぐって—  
OTジャーナル28.  
334-337.1994
- 5) 中村伴子:小児疾患の作業療法評価法  
OTジャーナル30.555-561.1996
- 6) 杉原素子:小児領域作業療法の30年と今後  
OTジャーナル30.305-312.996
- 7) 長和彦:今求められている作業療法とは  
—小児科医、医療機関の立場から—  
北海道作業療法11. 3-13.1995
- 8) 鷺田孝俊他:欧米における精神遅滞に対する  
作業療法の歴史的考察

表2 評価領域と行動観察のポイント

生活場面上的作業活動遂行評価	発達領域における遂行技能評価	生活環境評価
<p><b>遊びと余暇活動</b> 好きな遊び、苦手な遊び、遊びの種類・時間、自己表現</p> <p><b>身辺処理活動</b> 摂食、排泄、更衣、整容、入浴、移動</p> <p><b>仕事活動</b>                      学習活動：粗大な、微細な、机上の、コミュニケーション能力（言語性、動作性、機器による）                      家事活動：食事の計画、料理、準備、後片づけ、掃除、洗濯、買物、手伝い                      職業前関連活動：心理的、身体的耐久力、仕事への興味・関心、上肢機能、作業習慣</p>	<p><b>健康状態</b> 顔色、体温、呼吸、皮膚、痙攣、栄養状態</p> <p><b>身体的特徴</b> 身長、体重、フロホーション、顔貌、身体部分の大きさ長さ</p> <p><b>運動技能</b> 日常姿勢、各姿勢におけるアライメント、上肢機能の実現しやすさ、姿勢反射・反応、筋緊張、粗大運動、微細運動（口腔機能、眼球運動、上肢機能）、筋力、耐久力、協調性、関節可動域</p> <p><b>感覚統合技能</b> 意識覚醒水準、触覚、固有覚、前庭覚、視覚と眼球運動、視知覚、聴覚定位、感覚・運動統合、感覚防衛</p> <p><b>認知技能</b> 感覚運動的知能レベル（物の永続性、因果関係、空間関係、音声模倣、動作模倣）、抽象概念（分類、数概念、空間概念、時間概念）、記憶力、判断力、問題解決能力、注意集中時間の管理能力</p> <p><b>心理社会技能</b> 情緒の分化、現実検討、自己統制力、自己管理、二者間関係、集団関係、役割行動</p>	<p><b>養育者の状態</b> 健康の有無、価値観、養育観、養育技術</p> <p><b>家庭環境</b> 両親のかかわり、療育方法、遊具、教材、家屋状況、1日のスケジュール</p> <p><b>地域環境</b> 援助者の有無、地域の社会資源、公園、通園、保育園、学校、職場などの環境、交通機関</p> <p><b>補装具</b> 装具、副子、自助具、義手、車椅子の適合性</p> <p><b>現在生活している病院・施設の環境</b> 人的環境、道具、遊び、教材</p>

表3 小児作業療法で用いられる検査法

検査名	主な検査領域	発達	認知	神経運動	巧緻運動	感覚総合	ADL	その他
日本版テンバー式発達スクリーニング検査		○						
日本版ミラー就学前発達スクリーニング検査		○	○	○	○	○		○（就学前学習基礎能力）
乳幼児分析的発達検査法（遠城寺式）		○						
乳幼児精神発達診断法（津守式）		○						
新版K式発達検査		○						
Uzgaris-Hunt 精神発達順序尺度		○	○					
ブラゼルトン新生児行動評価法		○	○	○	○	○		
乳幼児の発達指導法（Schafer M）		○	○	○	○		○	○（検査と指導法）
田中ビネー式知能検査法			○					
WISC-R 知能検査			○					
コロンビア知的能力検査			○					
コース立方体組み合わせテスト			○					
グッドイナフ人物画知能検査			○					
ミラニー運動発達スクリーニングテスト				○				
運動年齢テスト（Johnson, Zuck）				○	○			
エアハート発達の把握能力評価				○	○			
フロスティック視知覚発達検査								○（視知覚）
南カリフォルニア感覚統合検査						○		
南カリフォルニア回転後眼振検査						○		

## 第3分科会(保育)

### 1. Rちゃんとの関わりを通して

……………沢崎千尋（社会福祉法人 慧誠会 やまびこ保育園）

### 2. 統合保育のシステムからはずれても

……………荒木純子（千歳市立末広保育所）

### 3. 実践報告

……………武宮千登勢（札幌市琴似あやめ保育園）

### 4. まとめ

座長：伊藤克実（札幌市大谷地たかだ保育園）

古田耕一郎（札幌市きくすいもとまち幼稚園）

## 1 Rちゃんとの関わりを通して

やまびこ保育所

沢崎千尋

### 《帯広市の障害児保育の概要》

・帯広市では、障害児は指定保育所に入所することになっており、公立4、私立7の11指定保育所で障害児の受け入れをしている。

・ここ数年定員を超える入所希望があり、障害の程度にかかわらず、未満児も含めて入所希望する児童のほとんどが措置され、指定外の保育所にも入所しているのが実態である。

・障害児巡回指導制度があり、巡回指導員4名が指定、指定外を問わず、障害児の措置されている保育所を定期的に（年3～4回程度）巡回し、指導、助言を行っている。

\*帯広市における早期療育のしくみについては図1の通り。

### 《早期療育と保育所との関連・連携について》

・保育所での状態、関係機関での状態、家庭での状態等、さまざまな場面での状況から、子どもの全体像を把握し、それぞれの関係機関が共通の認

識を持ち、役割を分担していくことが重要だと思う。

・保育所の方からも、もっと積極的に他機関に向き定期的に連携をとることが大事である。

### 《保育所で障害児保育に取り組むに至った経過》

・姉妹園のつばさ保育所が昭和50年に開所以来、障害児保育を行っており、そこで保育を担当していた職員が健常見も障害児も共に育ちあうという経験を積んでいたこともあり、やまびこ保育所においても健常見と障害児が共に生活することがごく当たり前であるとの前提で、昭和56年の開所以来、継続して障害児と一緒に生活をしている。

### 《障害児保育を行う上で特に備えている条件》

\*施設面。

・特別なプレイルームはない。

・会議室や職員室、医務室等を利用し、個別の関わりを持つなどの創意工夫をしている。

\*人的配置。

・加配は障害児3名に対し保母1名となっているが、障害児2名に対し保母1名を配置している。

・3、4、5歳の縦割りのクラスに障害児を2名入れ、複数担任で担当している（クラス担当保母

母1名、障害児担当保母1名。障害児の状態によりパートをいれることもある）。

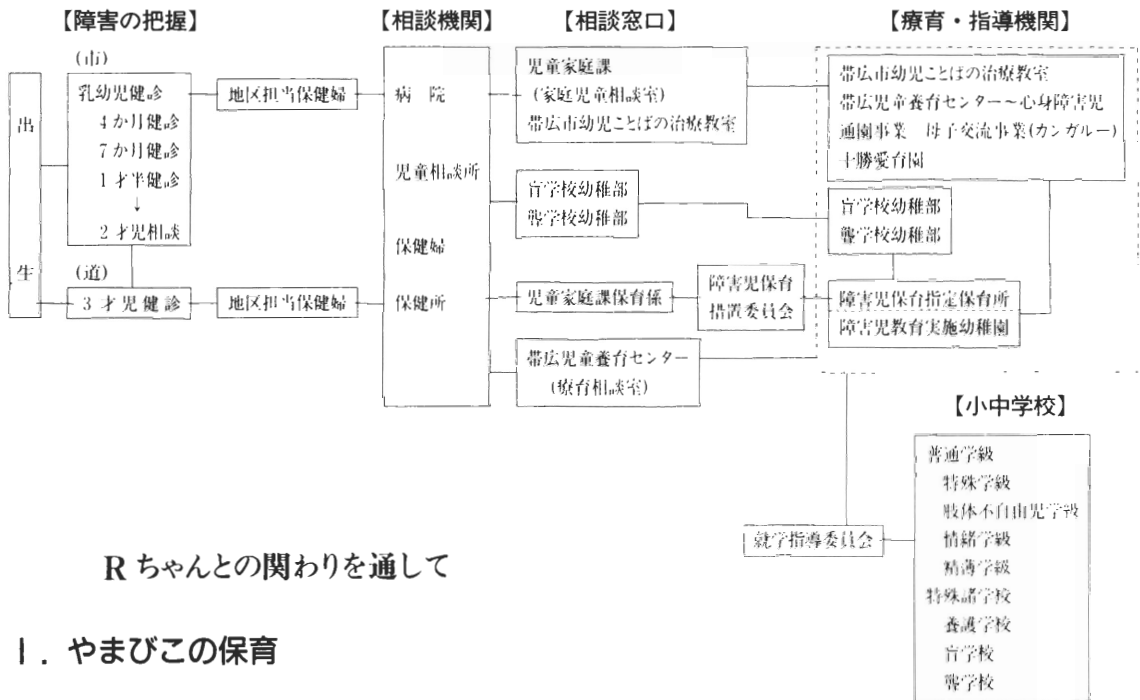
・毎日、保育所での本児の様子や周りの子どもとの関わりなどを母親に直接伝えるよう心がけ、わずかな変化も親と喜びを共にする（連絡ノートも毎日記入）。

《親への対応、どのように家族支援を行っているか》

- \* 親との信頼関係を第一に
  - ・ 先ず親を否定することなく、親自身の悩みや苦しみ等を全面的に受け入れる姿勢を持つ。

- \* 障害児の親としての悩みや想いなどを、ざっくばらんに話し合える場として、障害児の親子だけのヒクニックや懇談会を持つ。

図1 早期発見・早期療育



Rちゃんとの関わりを通して

1. やまびこの保育

やまびこ保育所では昭和56年の開設以来、各クラスに2名ずつ障害児が入った3、4、5歳児の縦割りクラス（3クラス）を中心に、乳児と未満児のクラスを含め、90人の子どもたちが生活している。毎日の生活の中で大事にしていることは次の3点である。

- \* 子ども一人ひとりが自分らしさを十分に発揮し、素直に人に甘えられること。
- \* 友達とのふれあいの中で、遊びや経験の幅を広げ、自信をたくさんつけていくこと。
- \* 異年齢集団の中で相互に刺激しあい、価値観の交流がなされること。

やまびこは今年で開設15年目になる。この間、

上記のような保育に対する基本的な姿勢を持ち続けながら、子どもの状況をその都度話し合い考えていく中で、保育の方法が「設定中心の保育」から「自由遊びの時間を充分にとる保育」に変わってきた。

現在も、中心になる縦割りクラスはそれぞれあるが、クラスにとらわれることなく行きたいクラスへ行ったり、好きな場所で遊びを充分にできることを大事にしている。その中で、子どもたちは今まで以上に遊びを工夫し、クラスを超えて友達を拡げていき、周りの友達から刺激をうけながら新しい事にむかっている意欲が育っているなど、さまざまな変化や様子を見せてくれている。

大人は、担当の子どもだけでなく、保育所全員の子どもをみんなでみていくこと、一人ひとりの子どもをみんなで考え押さえていくことを大事にしているが、まだまだ配慮すべき点もたくさんあるかと思う。

今後も自由な中での大人の役割（声かけ、新しい事の提供、遊びの援助等）を更に考えながら進めていきたいと思っている。

## II. 障害児に対して

『障害児は健常児とのふれあいの中で育つ』ことを基本に考えながら、次の点を大事に保育している。

- \* その子の全体像をしっかりと把握し、「その子の好きな事」「その子の力」などを押さえながら周りの子どもたちや集団との接点を持っていくこと。
- \* クラス担当者は、クラスの一員として障害児を受けて関わり、障害児担当者もクラスの子どもに積極的に関わりを持っていくことで、お互いに理解し合い、信頼関係を持つこと。
- \* 保育所全体でその子を理解し、みていくこと。（そのことで障害児への規制が減り、子どものやりたい事に応じることができる）

### 《青空保育について》

障害児6名と障害児担当3名が、個別または小集団で一人ひとり主体的に動けることをねらいとし、「その子のペースで動ける事」「じっくり取り組む事」を大事にして取り組んでいる。内容としては、

- ・ おいかけっこ、グルグルまわし等身体を使った遊び、
- ・ 手遊び、買い物ごっこ等課題的な遊び、
- ・ 障害児だけの散歩、いも団子作り、

などであるが、障害児担当にとっては、自分の担当の子を客観的に見たり聞いたりしてもらえ、小さな集団の中で細かく子どもをみていける場にもなる。

## III. Rちゃんとの出会い

私たちは、障害児も健常児も共にふれあう中

で、お互いに成長し、育ち合うものだと考えて保育をしている。

私は、障害児と健常児が無理なく関係を作っていくためには、先ず、担当がその子に対して「可愛い」「一緒にいて楽しい」という気持ちを持つこと、そしてその子の良いところを積極的に周りの子どもたちにアピールしていくことが大切ではないかと考えて、この2年間Rちゃんと関わってきた。

### 〈Rちゃん〉

平成3年1月24日生まれ（4歳9ヶ月）。

家族構成は父、母、兄（9歳、7歳、5歳）。

### \* 遠城寺式乳幼児分析的発達検査

	年齢	移動運動	手の運動	基本的 生活習慣	対人関係	発語	言語理解
H6.4	3才3ヶ月	1:0~1:2	0:8	0:9	0:10	0:8	0:7
H7.10	4才9ヶ月	1:4~1:6	1:1~1:2	2:0~2:1	1:2~1:0	0:9	1:4~1:5

\* 保育所に入所するに至る経過について。

- ・ 平成4年7月（1:6）……「帯広市の1歳半健診」。歩くことことができず、心配になり相談。
- ・ 平成4年10月（1:9）……まだ歩けず保健婦さんに相談。十勝愛育園に通い始める。（2歳4ヶ月で歩き始め、平成5年8月退園）
- ・ 平成5年11月（2:10）……小児総合保健センターにて検査（脳波、MRI、MR、CT等特に異常なし）。
- ・ 平成6年1月（3:0）……帯広市幼児ことばの教室に通い始める。
- ・ 平成6年4月（3:3）……やまびこ保育所入所。
- ・ 平成7年4月（4:3）……ことばの教室を退室。帯広児童養育センター通所（週1回）。

### 1. 入所当初の様子

（年少児4月／3歳3ヶ月）

- ・ 生活習慣は全介助。
- ・ 刺激の大きな集団の中では、動きも過敏になり、大きな音や聞きなれない声に敏感に反応する。

一日中神経が張り詰めている状態で、手をふれ

たり声をかけることも不安で、戸惑うことが多かったが、このようなRちゃんの様子から、まだまだ集団の中で動くのは難しいと捉え、とにかくあせらずにじっくりとつきあっていこうと考え、先ず次の点をポイントに関わった。

①保育所が、緊張した場所ではなく、心地良い場所になってほしいと思い、常にRちゃんのペースに合わせながら、一緒に行動する。

②Rちゃんの好きな事を通して担当との接点を持っていくように心がけ、お友だちの遊びを立ち止まり見ている時には、「○○ちゃんジャンプしているね」「おもしろいねー」等、楽しさを共有する。

\* Rちゃんに対してクラスの子どもたちは小さくて可愛いという印象を持っていたが、その反面、Rちゃんの過敏な姿に近寄りがたいものを感じ、見ているだけの時もあった。しかし担当は、そんな子どもたちにRちゃんの可愛らしさをアピールしたくて、リズム遊びを真似して笑っているRちゃんの所にクラスの子どもを連れて行き、見せたりしていた。

この時期しばらくは、クラスから離れて活動することが多くなったが、クラスの子ども達はRちゃんの事が気になり、乳児室を覗きに来る姿もみられた。

## 2. 安心して動き始めた時期

（年少児6月頃／3才5ヶ月）

- ・人の反応を見て楽しむ。
- ・いつも関わってくれる大人や子どもの区別がはっきりする。
- ・感情表現が強くなり、嫌な事があると周りの人（子ども、大人）をかじったり、髪をひっぱる等の行動がでてくる。

保育所にも徐々に慣れ、敏感さが少しずつ減ってきて、その中で自分を出し始めてきているのだと考え、次の点をポイントに関わるようにした。

- ①Rちゃんのやりたい事（いたずら等）を充分満たしてあげながら、大人との間だけではな

く、友だちとの関わりを通して遊びをふくらませていく。

- ②生活面や子どもとの関わり方等、一つひとつ繰り返し、ていねいに伝える。

\*この時期、周りの子どもたちは赤ちゃんを可愛がるように何でも手を貸し、声をかけ、担当が関わる余地がなくなるほど一緒に行動することが多くなる（特に年長の女の子）。反面、担当としては、かじったりひっぱったりすることが頻繁になり、子どもたちがRちゃんから離れていくのではないかとの不安もあったが、大人の心配に反して周りの子どもたちの方がうまく関わってくれた。

## 3. 集団に入り動き始めた時期

（年少児3月頃～現在）

この時期になると、相手に関係なくお友だちに向かっていく姿も減り、少し落ち着きをみせ、クラスで話をしている事等にも目を向けるようになってきた。

- ・気持ちで通じ合うことも増える。
- ・意志表示がはっきりする。
- ・ことばや音の模倣が多くなる。（ちょうだい→オーアイ、どうも→オーモ）

担当としては、人と関わって遊ぶことが楽しくなり、何でもやってみようとする意欲がでてきたのだと考え、次の点をポイントに関わった。

- ①意欲的に取り組もうとする気持ちややりたい気持ちを充分認めていく。
- ②興味をもった遊びを通して、周りの子どもたちを巻き込みながら一緒に遊び、共感できる環境を作っていく。

\*この時期の子どもたちは、たとえば食事を終えたRちゃんが乳児室に入ろうとすると、一緒について行って「今は赤ちゃんがごはん食べている時だからダメ」と言い、年長児ががまんをさせる等、Rちゃんに対して「小さいからできない」、「何でもやってあげる」というのではなく、「今はこれはがまんしなければならない事」とか「頑張らせてもよい事」など、子どもたちなりの状況

判断により関わるようになってきた。

#### 4. まとめと今後の方向

集団の中でもいきいきと活動できるようになった R ちゃんだが、まだまだ理解力や身体面、生活面での幼さや人との関係での弱さがみられる。

今後は、

①担当を中心に人との間で気持ちを通わせることを大事に共感できる関係を作っていく。

②お友だちのしていることをみて一緒に身体や気持ちを動かす中で、声、表情、要求をたくさん引き出していくことを中心にする。

しかし、集団の中では、まだまだ大人と一緒に動くことが多く、流されてしまうところもあるので、個別的な関わりも大事にしながら、自ら取り組もうとする意欲を一つひとつ育てていきたいと思っている。

## IV. おわりに

人への関心がほとんどなかった R ちゃんであったが、人と関わる事の心地よさや関わる方法を知り、集団の中で楽しく動けるようになってきた。それは現在、やまびこ保育所全体がクラスにとられることなく、子どもが行きたいクラスに行ったり、好きな場所で遊びを充分満足できるということを大切に保育を行っており、その中で R ちゃんに対しても、障害児担当やクラス担当だけでなく、周りの大人が共通認識を持って R ちゃんに関わってこれたからだと思う。そしてこの事は、R ちゃんに限らず、健常児にとっても大事なことはないかと強く感じている。

また、このような保育の中では見落としがちな、子どもの姿をしっかりみつめていく大人の姿勢が、今後も更に重要になってくると考えている。

そして、保育所だけで障害児保育をすすめていくのではなく、他機関との連携を密にして、その子どもの全体像を捉えて、それぞれの機関での役割を明確にし、対応していくことが必要だと思う

のである。

これからも、子どもたちから学ぶ姿勢を大切に、職員の連携をとりながら一人ひとりの子どもに合わせ、その子らしさを大切に保育をしていきたいと思っている。

## 2 統合保育のシステムから はずれても

千歳市立末広保育園  
荒木純子

千歳市の場合、乳幼児健診→発達相談→療育相談→療育という過程を経て、障害児保育専門委員会では選考された後、保育所入所となるのがほとんどである。このようにして入所してきた場合は、各保育所3名または6名の障害児枠があり、3：1の割合で保母が加配されているので対応は可能だが、そうではないケースもまれにある。そのような場合の対応について事例をあげて考えていきたい。

### 1. Mちゃんの場合

#### 1. 入所までの経過

1歳6ヵ月健診で全体的に遅れがあり、母親の問題意識もないとのことで、発達相談を受けた。その後、保健婦の家庭訪問や電話連絡を通して、子どもの観察や親への助言が行われた。しかし、母親は家庭訪問にも拒否的で本児が4歳0ヵ月のときの家庭訪問では、インターホン越しに「言葉は心配ないですから、もういいです」と言い、翌年4月からは幼稚園に入園した。幼稚園に半年通ったが、母親の体調が悪くなり、同年10月に保育所入所となった。

#### 2. 入所から統合保育に至るまで

入所時面接で本児は部屋に入ることを嫌がり、視線も合わず、声もほとんど発しなかった。この様子から次のような手順で関係機関との連絡を取り合い、どのように保育していったらよいかを検討し対処した。

- ①児童家庭課へ本児の様子を報告する。
- ②家庭児童相談員を通して市の保健婦に連絡し、健診の状況を確認する。

③本児が通園していた幼稚園の担任教諭と連絡を取り、在園時の本児の様子や園での対応について情報を得る。

④その後の対応について、家庭児童相談員と連携をとる。

⑤緊急の対応として、平成5年12月から本児のための加配保母（臨時職員）が配置される。

⑥親の同意を得て、障害児保育専門委員会で検討された結果、平成6年4月から統合保育となる。

この間、親へは日々様子を伝えたり、家庭での様子を聞いていく中で本児の気持ちの理解への糸口を探っていった。また、本児の現状をとらえたうえで所長が懇談を持ち、集団と共に専門的な見方のできる場が必要であることを伝え、専門機関や相談機関があることを知らせた。その後、親の方から統合保育の希望が出され、統合保育に繋がっていった。

#### 3. クラスの中でのMちゃん

##### (1)入所してからの半年

平成5年10月、5歳児2名（障害児）、4歳児23名、3歳児2名のクラスに配置した。担任は2名だったが、1：1対応が必要なため、フリー保母1名がクラスに入り、主に本児を担当した。12月からは保母1名（臨時職員）が加配された。

場面が切り替わる時には、奇声をあげて拒否反応を示した。視線は合いづらく、無表情で多動な面も見られた。他児に対して拒否的ではあったが、関心もあるようで、遊びの真似をしたり、離れた位置からこっそり見て、あとで再現することもあった。

他児は本児に対して小さい子扱いをし、優しく親しみを込めて接していた。

保母は本児のペースに合わせて一緒に遊ぶ中で、本児の発達の段階をおさえ、いろいろな行動特徴（こだわり、自傷行為、性器いじり、服を脱ぐなど）の意味していること、その裏に隠れている気持ちを理解するよう心がけた。

お正月開けには、これらの行動特徴が少し減

り、多動な面も多少落ち着きをみせ、友達の輪の中に入っていきようになった。

遊びの面でも、好きなことには集中して取り組む姿も見られた。その反面、気持ちに波があり、泣いたり、拒否の強い日も多かった。

遊びや友達関係を考慮し、平成6年4月、そのまま年長児クラスへ進級することとした。

## (2)年長児クラスでの1年

5歳児24名（内障害児2名）、4歳児5名のクラスに進級した。担任は2名となった。

4、5月は、部屋が変わり、担任も1名変わり、新入児が入るなどさまざまな環境の変化があったが、スムーズに順応していった。本児から他児に対してのかかわりはほとんどないが、友達がしていることには関心があり、同じことをしようとしていた。模倣する力は高く、友達や保育者の遊びを真似た。自分のペースでしたがり、何度も失敗したり、友達と同じようにしたいときは援助を受け入れるが、そうでないときは嫌がっていた。身体を使う遊びは好きで、特に飛び降りることを好んでいた。戸外ではすべり台を好み、ほとんどその周辺で遊んでいた。絵を描くことが好きで長時間楽しんでた。また、折り紙は友達の様子を見てするようになり、指先も器用であった。

6月から8月頃までは低調で、自分の気持ちや要求が相手にうまく伝わらないと、奇声をあげたり、泣いたり、排尿したりして、不満な気持ちを表していた。

9月頃からは、遊びに対して意欲が見られ、友達と一緒に運動遊びを楽しんでいた。保育士だけでなく、数人の友達とサッカーや転がしドッチボール、大縄飛び、電車ごっこ、タイヤ飛びなどルールは理解していないようだったが、その雰囲気を楽しんでいた。運動会の練習にはほとんど参加しなかったが、当日は父親が見てくれることを喜び、父親の姿をときどき確認しながら、保育士と一緒にそれぞれの競技に参加していた。12月のお遊戯会、3月の修了式も当日まではほとんど活動には参加せず、見ていたり、別なことをしていた。当日は不安定な部分もあったが、友達と一

緒に参加することができた。

絵は表現が細やかになり、想像して描いたり、好きなものや友達を描いていた。折り紙も本を見ながら折ったり、できないところは保育士や友達に手伝ってもらいながら、いろいろなものを作って楽しんでた。物に対して視線を真っ直ぐ向けられなかった（横目で見ると、目を細めて見る）が、遊びに集中したり、好きなことをするときには自然に見られるようになった。

言語面では、自発語の「おしっこ」「おしまい」で拒否の気持ちを表し、その他はアニメの主人公の名前や自分の名前を言っていたが、無意味に言うことが多かった。二語文は出ていなかった。6月頃から、保育士が帰る姿を見て「バイバイ」とつぶやいてそっと手をふるようになった。遊びの場面でも、保育士の言葉は無視しても、友達の言葉には「いいよ」と答えるなど、少しずつ状況を考慮したうえで自分の気持ちを言葉で表すようになってきた。9月頃からは友達の名前を言うようになった。1月頃から要求に対して保育士が気づかないときには、クレーンだけでなく、もの名前を言ったり、したいことを言葉で表現するようになってきた（「絵、描く」など）。人の名前はクラスの友達や担任以外の保育士も覚えていて、言ったり、絵の中に書いたりしていた（友達の名前を組み合わせ、架空の名前を作ったりすることもあった）。

## (3)仲間との育ちあい

4、5月の環境の変化に順応できた最大の理由は、友達と一緒にいたことだと思われる。本児のことを好きな子が多く、本児へかかわっていくことも多かった。本児自身も友達のしていることを一緒にしたいとの気持ちが強かった。そのかわりから、絵の中に友達が表れたりするようになったのだと思う。横目で見たり、目を細めて見ていたのが自然に見ることができるようになり、本児自身が誰かを支えているというよりも、周りの子どもたちが本児をバックアップしていた。その気持ちに本児が応えており、それがさらに友達

との繋がりを広げていった。「だめだよ」と言いながらも本児のペースに合わせてあげる子どもたち、「だめなものだめ」と言いながら、わかってもらえるように説得する子どもたち、その両方を見て保母に伝えたり、別な方に気持ちを向けるように考えたりする子どもたちとかかわり方はさまざまであった。その背景には、障害を持った子どもたちとの出会いの中で、言葉を話せない人がいたり、身体の不自由な人があるということを自然に受け入れ、「わからないから仕方がないのではなく、わかるようにするためにどうすればいいか」を一人ひとりが考えられるようになったのだと思われる。つまり、そのような子どもたちの育ちに支えられた結果なのだと思う。

#### 4. 保母のかかわり・配慮

みんなと同じことをしたいという気持ちが強くなってきていたので、本児の課題を「好きな遊びを通して、友達とかかわりを持つ」とし、1ヵ月ごとに障害児保育観察報告書を作成し、職員のケース会議で課題の確認を行い、そのアプローチの方法について検討した。

本児が気持ちの不安定さを示したときに、その原因が何なのかを考えたり、保母の働きかけが本児にとって適切だったのかどうかを見直し、いろいろな方法を探りながらかかわっていった。保母が働きかけを急ぎ過ぎたと感じたときは、本児の気持ちの安定を考え、もとのペースに戻るまで待ち、再び働きかけるようにした。

大きな行事に関しては、親が来たり、雰囲気の違いに不安定さを見せることが予測されていたので、本児にとって無理のない参加ができるよう、いろいろな方法を考え、親とも連絡を密にとるよう心がけた。

クラスの子どもの本児へのかかわりから学ぶことも多く、保母もさまざまな角度からの働きかけを考えていった。また、子どもたちの力を借りたり、子どもたちと一緒に本児のことやクラスの仲間のことについて話し合ったり、考えたりしていく中で、仲間意識を育てていくようにした。

#### 5. 親との繋がり

本児の家庭環境としては、母親が病氣療養中であり、父親が本児のことや生活の大部分を一人で担っている状況にあった。その中でも、本児に対して優しく、ゆったりとしたかかわりをしていった。

入所して統合保育に切り替わった経過や保育所側からの働きかけに対しても、本児の姿をおさえて、本児のために良い方向を見い出そうと考え、協力し合えた。

他の父母も統合保育を自然な形で受けとめ、行事の場面では本児への声援も大きく、特に同じクラスの父母は自分の子どもと一緒に本児の成長を喜ぶ声も聞かれた。

## II. Mちゃんの成長から

入所して1年6ヵ月という短い期間の中で、拒否的な言葉だけを発していた本児が、要求を言葉で言えるようになった。また多動でクラスの中にいることが難しかったが、絵の中に友達を描いたり、人を受けとめたり、人に向かっていくようになった。その背景には、好きなことに対する意欲が遊びへと向かい、遊びを通して人へ向かう気持ちに繋がっていったのだと思われる。それと同時に、本児を認め、評価し、受けとめていった子どもたちがいたことにより、本児が課題へアプローチできるようになったのではないかと。

このような子どもたちの姿を見て、「統合保育の良さとは何か」を問い返してみると、子ども同士の刺激がお互いの成長の糧となっていくことのように思われる。自然な活動や普段の活動が障害を持つ子にとって刺激であり、逆に障害を持つ子の姿そのものが周りの子どもたちにとって刺激になるのだと思われる。

その活動の中心が遊びであり、遊びが豊かであることが、次の活動に広がっていったり、どうしたらよいかを考えるきっかけとなっていくとともに、どう遊びを豊かにしていくかが課題であると感ずる。

さらに、家庭と保育所との連携を密にし、信頼関係を作り、その子にとってよりよい方向に向かえるよう協力し合うことが大切だと考えている。

### Ⅲ．統合保育のシステムからはずれても

Mちゃんとの出会いで、一度システムからはずれても、またシステムを利用することができるということを実際に経験できた。また、その子にとって何が必要なかを考えることが一番大事だということを改めて感じ、それを実行していけば、自ずとシステムを利用していくことに繋がっていくということも実感した。

広い視野でみていくために、担任だけでなく職員全体、さらに他の関係機関との連携をとり、助言を受けながら、積極的な姿勢で取り組むよう、今後も心がけていきたい。

## 3 実践報告

札幌市琴似あやめ保育園  
武宮 千登勢

### I. 園の概要

定員90名（現在99名）

産休あけ併設園

創立53年

### II. 該当児について

Mちゃん（男）：

#### ①生育歴

平成2年2月2日生れ（5歳11カ月）。

ダウン症候群。ビーバー。

かかりつけの小児科の先生からの紹介で「麦の子」に生後8カ月から2歳まで通っていた。

「麦の子」では週に2～3回、PM 3：00頃まで指導を受けていた。

#### ②保育歴

2歳から現在まで（今年度卒園）。

入所してから1年半は年齢より1歳下のクラスに入り3歳半から現在までは同年齢のクラス。

#### ③入所時の様子

ほとんど周囲には無関心で保育の働きかけにもあまり反応しないような状態。

### III. 今年度実践の様子

	子どもの姿	保育者の留意点	他の子どもとの関わり
4 ・ 5 月	<p>食事の準備を忘れて遊んでいることが多かった。</p> <p>排泄については、回数は少ないがパンツが汚れていても平気。</p> <p>みんなのしている事をしたがる。</p>	<p>声掛け。</p> <p>時間的にトイレへ連れていく。</p> <p>全体の中で気持ちを表わして楽しめるように、間をはしわたし。</p>	<p>手伝ってあげている</p> <p>トイレへ行った帰りに必ず水遊びをはじめるので周りの子が注意してくれる（Mちゃんは聞かない）</p> <p>Mちゃんがいて不利になるゲームなどでもそれほど文句も、言わずに協力してくれる。</p>
6 ・ 7 月	<p>食事については同じグループの子に助けられながら、基本的には自分でやろうとする意欲をもって取り組んでいる。</p> <p>本人からかかわりをもてる子は女の子2人ぐらい（ほとんどしゃべらない）。</p> <p>気持ちの切り替えが少しずつスムーズになってきた。</p>	<p>あまり声を掛けすぎるので、できるだけ本人からの行動を待ってあげられるようにする。</p> <p>周りの子から出る疑問はその都度答えていった（具体的な説明よりもありのまま受け入れてくれるように）。</p> <p>顔を向けて、目を見てしっかり話す。</p>	<p>Mちゃんはできないとすぐ頼る。また、保育者が気をつけていないと、みんなでごっそり手助けしている。</p> <p>「なんでMちゃんしゃべらないの?」「Mちゃんて病気?」という声が多くなった。</p> <p>今度は反対に「Mちゃん〇〇したよ」「Mちゃんこんなことできたよ」と保育者に教えてくれるようになった。</p>
8 月	<p>プールがはじまって、Mちゃんは他の子の飛びこみや水中へもぐったりもする遊びもするようになり、も</p>	<p>Mちゃんにする事は他の子にも同じようにしてあげるようにしていた。</p>	<p>Mちゃんを意識して保育者に「Mちゃんみたいにして」と言いに来る子も増えてきた。</p>

8 月	<p>のすごく自信をつけてきた。</p> <p>着脱についても早くプールへ行きたくて自分でさっさと脱いでしまったり、すべての面で意欲的に活動している。</p> <p>絵もたくさんかいている。</p>	<p>あまり手を出さないように見守っていく。</p>	<p>ちゃんと自分達の列にならばせて順番を守っている。</p>
9 月	<p>食事の準備もマイペースだったが、周囲の声掛けによってあわてたり走ったりするようになった。</p> <p>運動会は練習の時からとてもはりきっていて、保育がいつも側についていなくても自分でみんなの後をついて走るということに気づき、できるようになった。</p>	<p>周囲の子に対して「Mちゃんが自分の事は自分でするように、すべて手伝ってしまわないように」声掛け。</p> <p>「Mちゃんの事よりも、負けたからってふてくされるのはどうだろう?」という問いかけをした。</p> <p>どうにか同じ早さになるように工夫しました。</p>	<p>遅いと文句を言う事も増えてきたが反対にそういう子に「怒ったらだめなんだよ」「Mちゃんだってがんばってる」という声も出てきた。</p> <p>運動会のリレーでは「Mちゃんがいるから遅くなる」と言っていると泣きだす子やふてくされる子もいた。</p> <p>「オレ達がんばる」。</p>
10 月	<p>運動会や合宿などのいろいろな行事や、週一回の遠足をつづけることによって M ちゃんは大きな自信と力をつけてきた。</p> <p>最後の遠足三角山登山でも、頂上は無理だろうということで一人取り残されたが、上から聞こえる「Mちゃんがんばれ」の声にはげまされ頂上にたどり着くことができた。</p> <p>絵は手足首もかかっている。</p> <p>言葉もなにげない時に一言ポロリと出るという感じで増えてきた。</p>	<p>M ちゃんの力を信じて一緒にはげまし、がんばる。</p> <p>好きな時に絵がかけるようにいつも同じところに紙を置いておく。</p> <p>目を見てしっかり話す。</p>	<p>M ちゃんが頂上にたどり着いた時、数人の女の子達がかけよって来て「Mちゃんえらい。Mちゃんもやっぱりカバさんなんだね」という言葉を掛けてくれた。</p> <p>一緒になって絵をかいている。</p> <p>自分の名前を M ちゃんに言われてよるこんでいる。</p>
11 ・ 12 月	<p>お当番を意識できるようになってきた。自分がお当番の日は朝からはりきっている。</p> <p>排泄は自立に向かっていく。</p> <p>着脱はあいかわらずたより気味。ちゃんとそろえておかないと前後も上下もあまりよくわかっていない。</p> <p>生活発表会ではトンボの役と自分のやる事をしっかりおぼえて、セリフもところどころ声に出して言っている。</p> <p>みんなの中で一員としてがんばっていた。</p>	<p>忘れていた時は声掛けしたり、無理しないで続けられるよう周囲の子と話しあう。</p> <p>本人に確認して「ナイ」という時は無理にトイレへは連れていかない。</p> <p>必ず自分でさせる。</p> <p>やる気があったので、あまり手を掛けず、自分で気づいてできるように見守っていた。</p>	<p>ゆったりやらなかったりという M ちゃんにしかたないという対応。</p> <p>保育が見ていない所で着せてやっている。</p> <p>男の子3人でセリフを言うところも、M ちゃんが立つまでまっていたり、名前を呼んで気づかせたりしてくれた。</p> <p>ごく自然にやりとりしている。</p>
1 月	<p>ビーズ通しなど手先のことにも興味をもってやっている。</p> <p>ただ長い時間になるとしっかり目</p>	<p>毎日絵をかけるように。</p> <p>ビーズ通しボタンやままごとなども決った所へ置いておく。</p>	<p>そばに集ってきて、自分たちでもやりたがる。</p>

1 月	<p>で見て作業するのが難しい。 言葉もしっかりしてきて、半分くらい何を言っているのかわからないが、Mちゃんは自信をもっておしゃべりしている。 「うん」と返事をするようになった。</p>	<p>きちんと顔を見て話をする。</p>	<p>Mちゃんが返事をするようになってからは特に絵をかきながらMちゃんに話しかけてはその反応を見てみんなで笑いこぼしている。</p>
--------	---	----------------------	--

#### IV. 親との関わり

親への対応としては、日常での出来事や様子について、毎日連絡ノートに書いたり、お迎えの時に話をする。

個人懇談や家庭訪問をとおして、両親の考え方や家庭での様子を知り、また、子どもに対応するときのアドバイスをしたり、就学に向けて一緒に学校訪問などをするなど共に考え協力していける体制を作ってきた。

#### V. 他の専門機関との関わり

- 年2回の障害児観察（保育園）。
- 就学相談。

#### VI. 今後に向けて

基本的な生活習慣と移動運動は年齢に近づきつつあるが、言語の面では認知の部分がおくれているため、Mちゃんの意志がはっきり表現できないのだと思う。

また、手の運動面では、意識が向いてきており、集中力もついてきているが、まだまだうまく系統立った作業ができない。

だが、自信とやる気は着々としてきたので、このまま卒園まであとわずかとなってしまったが、Mちゃん、クラスの仲間、保母が一つになってがんばっていききたいと思う。

## 座長まとめ

札幌大谷地たかだ保育園

伊藤 克実

第3分科会「保育」では「障害児の保育とその条件」をテーマに道内3市にある保育園に発表を願った。今回、テーマを設定するにあたって考えたのは次の諸点である。

障害児保育の実施にあたっては確かに集団生活を共にするなかで、子どもに様々な変化（成長）が認められている。その変化は、子どものなかに自律的な力が育つことによると思われるが、その力が育つこと、すなわちその変化が起こる契機となる要因は保育の構造のなかに求められるであろう。それは、保育の基盤となる日々の生活の組み立て、保育者の指導の押さえや教材、共に生活する個々の子どもたちとの関わりの姿、また、子どもの育ちの要である家庭の機能と保育園との関連等をさぐるなかで明らかとなると思われる。その変化の契機を、できるだけ期間的にまとまりのある保育の営みを具体的にさぐるなかでアプローチしようと考えた（各園にレポートを依頼するとき各園共通事項と各園の個別実践と二本立てでお願いした）。

さて、帯広のやまびこ保育所の沢崎先生が発表した「Rちゃんの関わりを通して」は異年齢クラスの保育を特徴として、「自由遊びの時間を十分にとる保育」を重視したなかで、Rちゃんが他児とどう関わりを広がっていったかが語られた。保育の場がクラスの枠に限定されることなく、Rちゃんが楽しく過ごせる空間と人の関係をいかに作り上げるかに保育者の意図がある。「共感できる関係」づくり、模倣行動を通して自ら行為するなかで、自らの要求を出し切る力を育てる。これらの視点は大事である。

1歳の末広保育所の荒木先生は、Mちゃんの事例のなかで、子どもがもつ意欲が子どもを遊びに

向かわせること、遊ぶことは子どもの自発性を根拠としてあることの意味を指摘している。そして、遊びのなかでMちゃんが他児との関係を広げていったこと、このことは遊びを通して快的感情を共有しあうことが、子ども同士が関わりあうための大きな要因であることを意味する。楽しければ子どもは群れるのである。また、保育園と家庭とのコミュニケーションをどう作るかのなかで、保育園職員と父母とのケース会議を定期的に持つこと、Mちゃんの家庭では母親が病気のため父親が保育園との関係で果たす役割が大きかったようだが、父親が参加するなかで家庭が大きく変化したという指摘は、単に障害児保育という範疇を超えて保育のなかでもっと検討すべき課題であろう。

最後の札幌市のあやめ保育園の武宮先生の発表は、Mちゃんの事例を通して生活年齢クラスのなかで共に生活するなかで、課題をめぐって他児との間に次第に矛盾が生じてきたことと、そのことをめぐってMちゃんを取り巻く子どもたちのなかに様々な葛藤が芽生えてきたこと、そして、大事なのは取り巻く子どもたちにとって「ことば」がその個々の内部的な矛盾の解決のための手段となっている点である（このことは実は子どもたちは気づいていないことと思われるのだが）。

障害児保育の展開のなかでは障害をもった子どもに視点がおかれがちであるが、実は取り巻く子どもたちがもつ葛藤場面が障害児保育の質のある面では規定すると思われる。仲良しグループから、ある課題を共有し共に取り組むグループの成員としてある子どもたちの発達には質的な差がある。そのことは子ども個々の間の葛藤として具現化するであろう。そこに年長を迎えた障害児を取り巻く保育の質的な意義がある。共感をバネに、より高次としての集団としての矛盾、そして、個々のなかの矛盾の発生は保育にとって財産である。そして、その矛盾を解決する術（すべ）を言語という機能が果たす。子どもたちが発する言葉のなかに子どもたちの心の揺れがある。そして、これらの行為を通してクラス集団は矛盾に対処する力を養うであろう。そして、そのクラス集団は

さらに障害をもった子どもを取り巻いて、共に生活をして絆（共感）を深めていけるのではないかと思う。

発表のあと指定質問者の4人の方から問題を提起していただいた。紙面の都合で簡単にまとめると、親の立場から述べた燕氏は障害をもった子どもにとって「人と関わる力・遊びの力・やろうとする力・まねをする力」をつけることが大事であり、このためには幼保施設と専門機関連携が不可欠であること、障害を受けとめにくい（子どもの発達を親が理解しない）場合は、指導というよりも親との共感を培うようなケアという視点で臨んでほしいこと、幼保期間は条件が整備されているが、学童期になると統合の場が少ないこと、また、放課後の生活の場（学童保育）がないことが指摘された。

療育にたずさわっている立場から鈴木氏は、障害をもった子どもたちが保育を受ける場として療育・保育・家庭があること、そのなかで療育の立場で「健常児と共に・他児とふれあいができるか」が幼保機関へつなげていく視点であること、しかし、運動機能の面で障害のある子どもの受け入れが困難な状況が指摘された。

保育園の立場で堀岡氏は、障害児保育の展開の基盤である制度的問題に触れ、子どもの権利保障の視点が不可欠であることと、それを保育者が承知しているかどうかの問題、また、今後の保育園制度の動向と障害児保育との関連について強い懸念を示された。これは厚生省が導入を図った利用契約方式になった場合、果たして現行のままのように障害児保育がどの保育園でも可能となるのかどうかということである。

最後に行政にたずさわる立場で阿部氏は、障害児保育全体への評価をしつつも、子ども個々の育ちについてだれが点検しているのか、そのことを問う場が現在存在せず、今後、制度的に子どもの育ちを確認しあうことが必要であることを指摘された。このことは、療育・保育をベースとして制度の関わりのなかで、ひとりの子どもの成長を確認することと、それが欠けた場合の保障の在り方

を問うものであろう。また、園内においても同様の意味でそのような場をもつことが求められると思われる。

さて、以上のように分科会は問題が多くくださったが、時間の制約もあり深めることは難しかった。今回テーマとしたことからは、今後も継続して論議していくことが必要であることを確認して分科会のまとめの責を果したい。

なお、今回の発表がすべて保育園になったことについては研修を主に企画した立場のものが保育園関係であったことによっており、この点、了解を得たい。

# シンポジウム

〈テーマ〉

## 乳幼児健診と早期療育

〈シンポジスト〉

1. 北村 秀美 (札幌市立平岸保育園)
2. 田中 信子 (虻川町役場・保健婦)
3. 守屋 陽子 (元・旭川愛育センター)
4. 辰田 収 (札幌児童相談所)

〈まとめ〉

座長：村上 勝彦 (帯広けいせい苑)  
武井 英子 (当別町役場)

### 1 障害児保育の立場

平岸保育園  
北村 秀美

#### I. はじめに

平成8年1月現在の障害のある子の出生率は、1.5%となっております。また、診断されずにいるグレーゾーンの子を含めると、かなり多い率になることが予想されています。閉ざされた生活環境の中で、障害に気づかず、適切なかかわりがなされないまま時間を過ごしている子・受け入れ場所のない子などたくさん事例を耳にします。このような状況の中で、私たち保育者の役割は何か、今、何をすべきなのかを考え、一人でも多くの子どもたちに適切な生活の場、そして、「楽しかった」と感じることでできる場を与えられるよう努力しなければいけないと考えております。

#### II. 障害児の受け入れ状況

札幌市の認可保育園は157園です。そのうち31園が公立保育園です。

公立保育園での障害のある子の受け入れは、以前から少しずつありましたが、昭和55年、みかは保育園が指定園になりまして、本格的なスタートとなりました。当時、私もスタッフの一員として障害別の学習会を行い、初めての経験に皆緊張して4月より受け入れをしました。当初は、自閉症児・精神発達遅滞・ダウン症・水頭症のそれぞれの障害を持った子4名からの出発でした。毎日の保育の中で、子どもたちの送るサインが読み取れず、悩んだり、行き詰まりを感じ何度も話し合いを重ねてきました。このような経験を実践発表したり、他園（公立）をまわり報告会をすることにより少しずつ関心が高まってきました。また、私たちは4、5年に一度異動がありますので、体験した保育者の情熱を他園に伝えていくことができたことと、社会的に障害を持つ子への福祉の向上をはかるべく施策がとられてきたことなどの条件

が整い、指定園でなくともどの園でも、その子の居住区に近い園に措置できたらいのではないかとという気持ちがひとつになり、平成7年3月末で、みかは保育園の指定園ははずす事になりました。

S55年4月からH7年3月までの児童の推移は次の通りです。

	55	56	57	58	59	60	61	62	63	元	2	3	4	5	6	7
児童数	4	5	5	4	4	4	6	6	6	6	6	7	7	6	7	4

①平成6年度障害児保育認定審査会で入所認定された児童数は、公私立を合わせて12名います。また②入所後、保育をする経過の中で遅れがわかり認定された児童数は10名でした。認定された子に対しては、専門家の立場から教育大学の後藤先生に巡回指導をお願いし、子どもの発達状態・適切なかわりの指導を伺い、大変力強く思っております。②については、措置の段階で障害の有無・程度・家庭環境などを知ることができれば適切な配慮のもとに、受け入れができたのではないかと思います。そのためには、保健所との連絡を密にし、入所時には情報交換ができるようにする。また、措置業務に保育経験者が業務を行うなど、ネットワークづくりと行政の改善が必要と思われます。

平成7年10月25日現在の札幌市内保育園入所数と障害別受け入れ状況は次の通りです。

	2歳未満児	3歳児	4歳児	5歳児	合計
指定園 6園	3	4	9	13	29
私立 47園	16	16	24	27	83
公立 10園	1	4	3	9	17
合計	20	24	36	49	129

☆指定園は、私立保育園です。

精神発達の遅れ	言語発達の遅れ	視覚の障害	聴覚の障害	運動機能の障害	情緒の障害	内蔵の障害	その他
19	3	1	1	4	1	0	0
58	7	1	3	7	4	2	1
12	4	0	1	0	0	0	0
89	14	2	5	11	5	2	1

### III. ケース紹介

#### ケース①

■ T・Hくん（3歳10ヵ月）

療育手帳A級・先天性脳梁欠損症・精神遅滞児  
平成6年4月入園

治療訓練の状況

- 札幌肢体不自由児総合療育センター言語機能訓練（週1度）
- プール（週1度）
- 小児総合保健センター3、4ヵ月に1度、経過観察している。

居住地からは遠いのですが、小児総合保健センターの紹介ということもあり、母親運転の車で通園となりました。母親と相談し、2歳児と生活を共にしていますが、発熱が続いたり、訓練の後は休む、朝の目覚めが悪いなど休むことが多く、登園率は、35%くらいでした。

4月下旬、少し風邪がみでしたが帰園後、お昼寝もなかなか寝つかれずグズグズしていました。父親が帰宅し抱くとすぐに嘔吐し、引きつけの状態になり、救急車で小児総合保健センターに運ばれ入院しました。

1週間後、退院し登園しましたが、母親は子育ての大変さ、現在の状態を話してくれました。その内容は、父親はよく遊んでくれるので大好きで、帰ってくるとすぐ寄って行って機嫌よくしている。母親は、心から受け入れていないのではないだろうかと考えるようになってきた時だったので、ショックも大きかったようです。そして、  
“時々抱っこをされていてこのままギョッときつく抱くと、この子はどうなるのかなーと思うことが時々あるのです。と涙ながらに話してくれました。疲れている様子を感じました。

その後、母親に言葉かけを多くし、励まし、受け入れながらの日々が経過するうちに感情面に変化が見られるようになってきました。登園時、母と別れる時に悲しい表情をするようになってきたのです。また、お迎えに来た時は全身で嬉しさを表現していました。その頃から園生活でも快・不

快の感情を表わすようになり、担任に対する信頼関係が増してきました。また、トイレで排泄ができるようになり、母親をびっくりさせました。他児の遊びをジーッと見ていて、いつの間にか真似ていることもあります。食事でも食べられる品目が増えてきたなど、ほめられることが多くなり、笑顔が見られるようになりました。同時に母親は、「とってまわいくなり、育児が楽しくなり、希望が持てて嬉しい」と、笑顔が多くなり、家庭でもむかい合う時間が多くなると、子どもに「やってみよう」とする意欲的な行動がみられるようになってきました。

11月のある日、母と一緒にいる時間が楽しくて、毎朝、園の近くまで来ると泣く日が続き悩んでいる時、療育センターで相談し、もう少し母との時間を大切に、ゆっくりとした環境の中で訓練することが望ましいのではないだろうかということで退園しました。平成8年4月より新しいスタートとなりますが、母との絆がより太くなり、今後もより多くのことを経験し、吸収して欲しいと願っております。

健常児が本児から経験し学んだことが多かったことと、私たち職員も多くのことを体験したこと感謝しています。その後も母から電話があり、様子を知らせてきたり、園に遊びに来ています。うれしいことです。

## ケース②

平成7年4月入園、2歳10か月男児

普通に措置された子ですが、言葉を発せず立ちすくんだままジーッと友達の様子を見ていました。話しかけられたことに対しては理解でき「ウン」と首をたてに振っていました。1カ月が過ぎた頃より母親に園の様子を話してみましたが、「ちょっと言葉が遅いんですね、生活には支障がないんですが…」ということでした。少々気になったので3歳児健診を勧めました。

その後、保健所とコンタクトを取りました。結果は、「機能的には異常は認められない」、「家庭でのかかわり方について指導した」とのことでした。

6月上旬、保育園の行事として親子遠足がありましたが、本児の母は、「健診で休みを取ったので遠足には休めない」と保育者に依頼してきました。親子の楽しい会話を期待したい機会だったので大変残念に思いました。このようなことをふまえて、保育の面で十分に受け入れていくような話し合いをしてきました。徐々に保母に訴えてくるようになり、心を許した人（担任を中心に）には二語文を話すようになってきました。夏頃は、友達に押されても、遊具を取られても、抵抗もせず表情を変えずそのまま立っている状態でしたが、11月頃より不快を表わすようになっていきます。今後は楽しみです。

## ケース③

乳児保育での経験、2歳男児・生後10か月で入園、3歳頃ムコリピドーシスという診断を受ける。

坐位はできますが、体を動かすことが苦手で、働きかけをすると不快な表情をし拒否していました。2歳を過ぎても歩こうという意欲が見られず遊び・言語の面で消極的でした。母も「家庭では時間的に余裕がなく接する機会が少ない。簡単な世話は兄（小学生）にまかせている」ということで、子どもの状態を把握していないことが多くありました。

巡回指導を依頼し本児へのかかわり方を学んだり、会議で話し合いを重ね実践するなかで家庭でも大好きな母と「短くてもよいので楽しかったと思える時間をつくって欲しい」と話し合いました。「そうですネ、頑張ってみます」と返事をしてくれ、しばらくは子どもの表情も明るく意欲がでてきたように思われる日々が続いていました。

ある日、福祉部（措置係）から「転園希望がでているがどうしたか」という問い合わせの連絡がありました。その日の午後迎えに来た時に母と話し合いました。「とても子どもに満足できるようなかかわりはできない。つらいので放っておいてくれる保育園に転園したい」ということでした。母親のつらい気持ちを十分に聞いたうえで、頑張る接した時の子どもの変化、表情、そして、そ

の時に嬉しそうに話してくれたことを思い出しながら、子どもは放っておかれるよりもあたたかく見守られ、励まし、適切なかわりがあり成長するものであることなどを話しているうちに感じるものがあつたらしく、その場で転園を取り消してほしいと申し出がありました。

その後は、母の笑顔が以前より多くなり、保育者にも話しかけてくることが増えてきました。その頃から子どもも少しずつですがやる気が出てきました。母子訓練センターでの指導と平行しながら園でも働きかけを続け幼児保育園へ移行しました。

#### ケース④

消化器管アレルギー、4歳女児、乳児期難治下痢症で入退院をくり返す。

生後5か月頃よりミルクを飲むとアレルギー反応を示し、呼吸困難になる。その後、入退院をくり返しました。3歳頃より徐々に抵抗力がつき定期検診の結果、食事制限をしながら集団生活を経験させた方がよいのではないかとということで入園希望をしてきました。

母親・調理員と相談し、卵・牛乳・鶏肉・リンゴを除去することで入園しました。姉が年長児に措置されていたこともあり困難もなくスムーズに園生活に慣れました。食事に関しては、毎月末に翌月分の献立について母親と調理員が入念なチェックをしています。そして、調理員の「他の子と違う給食のため淋しい思いをさせたくない」という熱い思いで作ってくれる給食は、他の子と外見は変わらないよう配慮してくれ、姉を通して知っている母も、本児も大変喜んでます。今後、病院・母親と話し合いながら食べられる食品が増えていくことを願いながら進めていきたいと思っています。

#### ケース⑤

心臓疾患・腸に障害があり手術

2歳女児・3か月早産・4か月保育器に入る。

姉2人が入園しています。何度も危篤状態を経

験した親は、保育園生活を考えていませんでした。祖母も、姉の送迎時に「3番目が不憫で」と涙することがありました。生後1歳10か月を過ぎた頃、父の仕事の都合で母も手伝が必要となり、入園を希望してきました。歩行が困難であることと、健康面でも心配な面があったので、父母・職員間で十分な話し合いをし、受け入れました。

家庭でも姉たちから刺激を受けていたので、集団には早く慣れました。歩けるようになってからは、日々成長がみられるようになりました。2歳10か月現在、会話はできませんが話しかけには理解を示し、友達の中でも自己アピールの行動が多く、大きい子のアイドル的存在で楽しい保育園生活を過ごしています。定期検診を受けていますが心臓に空いていた穴もふさがり、順調に发育していますということで父母も大変喜んでます。

#### ケース⑥

染色体異常児・養護学校3年生8歳、措置児ではないが健常児と一緒に遊びを経験させたいという親の願いを受けて、不定期的にPM3:00～PM5:00の間に母と一緒に遊んでいます。回数は少ないのですが母親自身の気分転換になるといふこともあり喜んで来ています。

少しずつ慣れ、挨拶に來たり、顔に触れてみてニコッと安心した表情をしています。興味の範囲が広がり、いろいろな物に触り確認するようになってきました。学校で体を動かす時間が少なかった日は、帰宅後も不満が多くイライラしていると母は話し、そういう時は、園に遊びに來るよう努力しているとのことでした。

7歳で歩けるようになり、今は歩行が嬉しくて楽しくて…という気持ちが伝わってきます。園児も慣れ、自然に母子共に受け入れることができています。1日でも多く遊びに來て楽しい時間が共有できることを望んでいます。

#### ケース⑦

自閉症児・3歳男児・両親理容室経営

初めての子でこれでいいものと思ひ真剣に子育て

てをしてきました。保母をしているいとこより「気になるから調べてみては…。」と言われていたということでした。母も仕事に復帰しようと福祉部に行き、措置の段階で保健所へ相談に行くよう勧められ、その後、児童相談所に紹介され、現在に至っています。母は去年生まれた弟とはどこか違うと感じながらも、相談する場もわからず日々を過ごしていました。措置される前に園に遊びに来ましたが、母はあまり感情を表わすタイプではなく淡々と話していました。児童相談所での判定にはショックを隠せない様子で、判定員に「保育園生活は大丈夫だろうか。家でゆっくりかかわってやった方が良くはないか。」と話していました。まだ入園間もない子ですが、父母との信頼関係を持ちながら学習し、積極的な保育をしていきたいと思っています。

次に、措置はされていませんが、電話で相談のあったケースを紹介します。

#### 胆振管内に住む4歳男児の母

役場に集団生活をさせたいと相談したが「そのような重い障害のある子の保育している話は聞いたことがない。」と言われ、「本当にないのだろうか。実態を知りたい」という内容でした。障害があっても一人の人間として、他児と共に生きて欲しいという、この親と子の願いはどこで受け止めていくのでしょうか。札幌の現状と、私の知っている範囲をお知らせしました。加えてこの母親は、「我が子だけではなく、多くの障害を持った子どもたちが共に育つ場の基礎づくりをしたい。」と言い切っていました。この方には、ぜひ頑張っ

て欲しいと熱いエールを送りました。

以上7つのケースを紹介しましたが、2ケースは障害児と認定されて入園した子ですが、他は健常児で入園しています。他にも生育歴、生活環境など気になることはありますが、家庭と連絡を取りながら周囲の大人が丁寧にかかわっていくことの大切さを日々の保育の中から学んでいます。

T・Hくんと生活を共にした2歳児クラスの子どもたちは基本的な生活習慣を身につけ、自分中心の生活を送っている月齢ですが、8か月の生活の中からしっかりと思いやりの心が育っている様子がうかがえます。お互いに体験したことが子どもたちの宝物の一つになることと嬉しく思います。

## おわりに

障害のある子を持つ親の育児は、本当に大変な思いがあるのだろうといつも感じます。判定を受けた後の母親の気持ちの変化も実際に保育する中で見てきました。このような心の部分を含めて受け入れ、保育をしていくことの大切さを子ども・母親と話をするなかから感じるものがたくさんあります。私がお会いしたお母さんたちは、笑顔でしっかりと子どもとむき合い、子育てをしながら、いろいろな関係機関に積極的に参加し、学習している、その姿に敬意を感じます。このように一生懸命生きている子どもを希望する場で受け入れ、親子ともに安心した生活を保障していくことが必要であると思います。そのためには、私たちが専門機関との連携を密にし、気軽に相談に応じることのできる体制を整えていくことが必要であると思われます。

今後、身近かな保健所で健診を受けた後の必要範囲の連絡ができること。また、他施設との連携、地域に根ざした保育園のあり方・グリーゾンの子どもたちへのていねいな対応を目指していきたいと思っています。

## 2 保健医療の立場から

鷓川町役場・保健婦

田 中 信 子

鷓川町は人口7,900人の農業中心の町です。出生数は70人前後で、よく赤ちゃんの顔が見えています。母子通園センターの名称の「たんぼぼ教室」ですが、鷓川はししゃもとたんぼぼで売っている町で、たんぼぼにはなじみがあり、通園センターもそこから名前をとっています。施設ランクはII型Bで運営されています。指導員は2人で、主任保父と嘱託指導員で、幼稚園教諭の資格を持っています。一次圏域市町村の5町のうち、実際利用しているのは鷓川町と穂別町の2町です。

鷓川町のたんぼぼ教室の歴史について簡単に触れさせていただきます。

発達に遅れをもつ子の受け皿作りとして、7年前に話し合いが行われました。平成元年に道立太陽の園の全面的なバックアップという条件で、保健婦が主体的にこの事業をスタートさせました。遊びのプロに入って頂きたいと思い、次年度は嘱託職員の方に専門に入って頂きました。3年目には、念願だった保育園の保母さんに週1回入っていただき、だんだんと保健婦が手を引いていきました。4年目には、保育園の主体的な事業として移管されていきました。このようにたんぼぼ教室は、スタートに保健婦がかかわっていったというのが特色だと思います。

乳幼児健診の流れですが、新生児訪問を第1子に行っております。早期発見では、乳児健診が4、7、12ヶ月児にあるのですが、小児科の先生に担当していただいております。1歳半健診では、遊びの広場を開設しており、たんぼぼ教室の指導員が担当しております。次に早期療育ですが、1歳半、3歳で見つけたハイリスクのお子さんをたんぼぼ教室と保育園の集団保育で受け入れております。そういうお子さんの就学では、就

学指導委員会の中に保健婦とたんぼぼ教室の主任保父さんが入っているのが特色だと思います。お子さんの様子と親の気持ちを就学委員会に反映させやすい体制と言えます。養護学級の見学会も親の安心のためにたんぼぼ教室で行っています。

一連の流れをお話ししましたが、特に1歳半健診の話をします。以前ですと泣く子が多く、しっかりと順番待ちをして、子どもも遊ぶということがなかったんです。やっている保健婦もお母さんも大変だったんです。改善出来ないかと思い、たんぼぼ教室の先生に遊びの指導を相談しました。たんぼぼ教室の先生も、早期発見の機会ともなる場に携わることは、仕事へのプラスになると快く引き受けてくれました。平成5年度から実施して、これまでの健診が一変しました。問診の間にたんぼぼ教室の先生が遊びに誘導してくれます。子どももお母さんもおもちゃで緊張しないで遊んでいます。私たちは言葉の遅い子や歩きの遅い子をていねいに指導し、問診しようと考え、たんぼぼ教室の先生に「ていねいに見て下さいね」と連絡をします。問診の中で簡単なテストをしますが、泣き叫ぶ子とか、多動の子は、たんぼぼ教室の先生に「問診できなかったので、遊びの様子を見て下さいね」と連絡することもあります。そういうことで、安心して仕事をしています。

カンファレンスは、各担当のセッションから、それぞれの様子を報告し合います。そして、はっきり遅れの心配のある子は、簡単な処遇検討もされています。

たんぼぼ教室に結びつける時には、何回か家庭訪問をして、保健婦も同行して見学をし、子どもが生き生きと遊ぶことで、お母さんも安心することが多いです。

母子通園センターは保育園の2階を改造したところで実施しております。保育園の中にたんぼぼ教室があるメリットを考えてみますと、お母さんには保育園に通園するという気楽さがあると思います。また、保育園とたんぼぼ教室の両方を利用しているケースがほとんどで、保育園とたんぼぼ

教室が連絡を取りやすいということがあります。交流保育がやりやすく、給食も利用しやすいこともあります。デメリットもありまして、1階の物音が聞こえて気が散りやすく療育に専念できないとか、収納スペースが不十分で環境調整が難しいとか、部屋そのものが狭いとか、天井からの感覚統合の遊具が利用できないなどの制約もあるようです。

ケースを取り巻く関係者は、お父さん、お母さんはもちろんですが、家族、学校、保育園、保健婦、病院、児童相談所や太陽の園などの指導機関などがケースにかかわってきています。たんぼぼ教室としては、7年目を迎えていますが、まだまだPRしていかななくてはいけないと思います。具体的には、保健婦がお母さんの健康の話をしたり、栄養士を呼んでおやつや肥満などの話をしたり、虫歯のことで保健所の歯科衛生士を呼ぶとか、身体障害者の手帳の使い方を福祉の担当者に話してもらうとかが必要だと思っています。

たんぼぼ教室に紹介するケースの様相が変わってきているなと感じています。これまでは子ども自身に障害のある子を紹介するのが主でしたが、最近では子育てが下手なお母さんとか、お母さん自身に精神の病気があって、子育てがうまく出来ないというケースを紹介するなど、子育て支援センター的な機能がたんぼぼ教室に要求されています。保健婦もたんぼぼ教室と二人三脚でお母さんをサポートしなくてはと思っています。

最後になりますが、たんぼぼ教室に紹介したら保健婦の仕事は終わりかという指摘があり、反省しております。どういう役目を担えるのかと言えば、家庭訪問をしながら家族支援のサポートができるし、医療の情報が分からなくて保育園が不安な時に医療機関に連絡しやすいと思っています。福祉のいろいろな制度をご紹介し、そのサポートに保健婦を使ってもらおうといいかなと思っています。

### 3 通園施設の立場から 親の願いー地域で支え合う 療育とはー

元旭川市愛育センター  
守屋陽子

#### はじめに

北海道の早期療育システム推進事業が平成元年（1989年）に発足してから7年目になり、北海道各地の母子通園センターは、不十分な条件の下ではあるが、「道内どこで生まれても、どのような障害を持っている子どもにも、いま必要な療育サービスを提供し、子どもと親が不安な気持ちであちこち巡り歩かないように」という方向性を持って療育を行っている。それは、早期発見・早期療育の一貫性こそ重要と考えた地域療育活動である。各圏域には母子通園センター事業と同時に地域療育推進協議会が設けられた。推進協は地域の障害乳幼児の実態や療育の必要性の把握、療育サービスの検討、システムづくり、療育関係者への支援等を推進する役割を持っている。

今回は母子通園センターと地域療育推進協議会・療育部会が有機的に機能し、障害児とその親の願いを考えながらともに地域で生活することを実現した経過について報告する。

#### 1. 親の願い

「私とA男・B男がこの会に参加したのは4年前でした。そのころの私は他の人と話をする機会もほとんどなく、家事と子どもたちと遊ぶことだけでクタクタになり、1日が終わる毎日を過ごしていました。会に来て子どもたちは部屋から出たり、窓の方へ走っていったり、高いところにあがったりと私はいつも2人の後について走っていました。週1回ほかのお母さんに会ったり、保母先生に相談にのってもらえたことは私自身のり

フレッシュになっていました。年がかわり、お友達がかわるたびにA男・B男はどれだけ変わったのだろうと思うこともありました…。集団の中で遊び、個別指導では苦手な課題にとりくみ、待つこともできるようになり、言葉も増えてきました。そして、なにより2人が得たものは、たくさんのお友達だと思います。A男・B男のことを知ってくれるお友達と一緒に小学校に通えることは、子どもたちにとっても私にとっても心強いものとなると思います。…今回で会の文集に書くことも最後になります。」（'95、文集より）

#### 《親の願い》

##### 1 母子通園センターにお願い

- 各種の情報がほしい。
- 健診の会場や医療の場にリーフレットをおいてほしい。
- 子どもの様子について知らせてほしい。
- 療育のプログラムについて説明してほしい。
- 母子通園センターから保育園、幼稚園につながるようにしてほしい。
- 幼稚園、保育園に入ってから連絡を密にしてほしい。
- 親の不安を聞いてもらえる相談の場がほしい。
- 指導員と親たちとの話し合う機会がほしい。
- 他地域の母子通園センターと交流したい。
- 次年度就学予定の子どもに就学についての説明会を持ってほしい。

##### 2 保健婦にお願い

- 健診時に親が気軽に相談しやすいように療育や相談の資料をおいてほしい。
- 健診の場に療育の指導員や相談員を入れてほしい。
- 健診から療育につなぐ前に、子どもの様子を見てくれる場を作ってほしい。
- 健診後「気になる子」については親に説明し、早く療育につなげてほしい。
- 乳幼児の担当者は児の発達について統一理解を持ってほしい。
- 通園してからも相談ができるように療育担

当保健婦を決めてほしい。

- 保健婦は就学まで指導相談に乗ってほしい。
- 療育と連携を密にとり、子どもについての情報をまとめてほしい。
- 保健婦が入った相談の場を定期的に母子通園センター内で開いてほしい。
- 母子通園センターの療育の場にも参加してほしい。

## II. R 地域母子通園センター

### <開設経過>

平成2年(1990年)7月に町単独事業として開設された。①乳幼児健診で精神運動発達に問題がある子ども、親子関係がうまくいかないために発達が停滞している子ども等に対して具体的に支援する場がない。②集団の場を提供することで親が親子関係を見直すことができる。親同士の交流ができて育児をするうえで悩みを共感できる。③家庭以外の場で子どもを観察したり、関わりによって子どもがどのように変化するか見ることが可能となる等、このような地域の現状と保健婦の思いからはじまった(集団指導、週1回)。

平成3年(1991年)10月、北海道早期療育市町村母子通園センター事業の指定を受け、R地域母子通園センターとなる(3町村、II型Dランク)。母子通園センター発足に伴い、R地域療育推進連絡協議会(以下推進協という)・療育部会を設けた。

## III. R 地域推進連絡協議会

### 1. 推進協

その目的は「3町村における子どもの早期発見・早期療育の一貫した体制を整備するため、関係者の密接な連携を確保し、総合的に推進する」となっている。協議事項として、①3町村内の障害乳幼児の実態や療育ニーズの把握、②システムづくりのための方向性の検討とその推進と企画調整、③障害乳幼児に対する療育サービスの

ケース検討、④療育関係者の研修、⑤第2次、第3次の推進協との連絡調整等とする。構成メンバーは3町村の保健・福祉、部門教育委員会、保育所、私立幼稚園、言語治療教室と児童相談所、支庁福祉課、保健所からなり、総会は1回開かれている。推進協の下に療育部会を置いた。

### 2. 療育部会

療育部会は、具体的ケースを通して3町村の乳幼児の療育を考える。療育部会の基本的姿勢は、子どもとその親及び家族にとって、もっとも望ましい療育を考えることにあり、子どもや家族の立場にたち、柔軟であること。協議事項として、①3町村の障害乳幼児の療育サービスの検討、②3町村の障害乳幼児の実態把握と療育サービスの把握、③問題を抱えている親子についての処遇を検討し、支援方向を決める。構成メンバーは、3町村保健婦、同保育所保母、療育保母、療育相談員、言語治療教室、児童相談所、保健所、支庁福祉課、3町村教育委員会、学校(場合によって関係機関)。

療育部会には、部会長1名、副部会長2名(各町村1名分担)を置く。部会長の役割は、①療育部会の招集、②部会員が円滑に活動できるように連絡調整協議を行う、③推進協への連絡調整、④通園センターへの連絡調整協議、その他となっている。部会は2ヶ月に1回開催する。この部会において、母子通園センター入退園の検討が行われている。同時に、健診をはじめ各地域において発見され、処遇検討を必要とする子どもについてもケース検討がなされている。療育部会は療育担当者会議ともいえる。従って、母子通園センターのケース会議と連携して処遇を考えている。

R地域療育推進協議会及び療育部会活動(平成6年度)の内容を示す。

第1回地域療育推進連絡協議会総会(平成6年4月)

第1回療育部会(同年5月)

①母子通園センター入園判定

②平成7年度就学児判定前ケース検討、ほか

## 第2回療育部会（同年8月）

- ①母子通園センター入園判定、ほか

## 第3回療育部会（同年10月）

- ①平成7年度就学予定児特殊教育センター巡回相談結果報告
- ②視察研修について
- ③来年度予算について、ほか

## 第4回療育部会（同年11月）

- ①平成6年度療育部会研修会（視察研修）

## 第5回療育部会（平成7年1月）

- ①平成6年度療育部会活動報告
- ②平成7年度療育部会活動について
  - A、療育部会の持ち方（時期、内容、回数）
- ③母子通園センター入退園判定
- ④平成7年度研修内容について

## 第6回療育部会（同年3月）

- ①母子通園センター事業について
- ②役員改選について
- ③療育部会の今後の方向性について
- ④総合リハビリ推進協議会報告ほか

## IV. 地域で支え合う療育（事例）

### 1. 乳幼児健診

A君・B君（S63生）双生児

出生時、乳児期には特に問題はなかった。1歳半健診においても言語、運動面ともに「異常なし」で通過しており、経過観察にはなっていなかった。2歳11ヶ月時に家庭医の小児科医から「ことばの発達のおくれが気になる」と保健婦に連絡があったことから、家庭訪問を行った。初回訪問時の様子は、ことばは単語レベル、多動行動、生活面では、オムツ使用、母は2人の「ことばのおくれ」を気にしており、母子通園センターの活用を希望した。のちに母親は「あのころは、どこでもいいからすがりたい思いだった」と述べている。家庭は、父母、姉と本児等であり、家族は本児等の育児について悩んでいたようである。保健婦からも「本児等の健診結果から振り返ってみると、1歳半健診の時点で発達上のつまずきを

発見できなかったことは早期発見という意味から考えると問題であった。今後子どもが持つ問題を見極める力を養っていくことが課題であると考え」と、集団乳児健診時における精神面の発達をつまずきを発見することの重要さと困難さを指摘している。

### 2. 療育と関係機関との連携

A君とB君の日常の療育は母子通園センターに週2回（集団、個別指導各1回）通い、ほかの日は地域の私立幼稚園に通っている（幼稚園側からも母子通園センターの月1回のケース会議に参加して、A君・B君の療育方針を検討し確認していった）。幼稚園では最初の頃は集団遊びの時間に母と子で参加し、経過を見ながら時間を延長し、母子分離に移行していった。本児等が4歳になったとき、両親は就学について考えるようになり、通園側では親の考えを聞き、母子通園センターの検討をふまえて専門機関を紹介していった。児相巡回相談、A総合療育センター（諸検査をして継続的に発達を評価指導）、5歳児には、「北海道立太陽の園」母子訓練、同特殊教育センター巡回相談（就学について相談）等の機関につなげていった。受診結果については連絡文書を受け取り、母子通園センターのケース検討会に報告してきた。

各機関による巡回相談時のカンファレンスには本児等の療育に直接携わっている職種の関係者が出席して、発達の状況、指導方針について説明を聞き、検討し確認し合った。R地域においては、このような巡回相談の時間が唯一多職種のスタッフによるカンファレンスとなり、またこの場が療育関係者の研修の機会になっている。

A君B君の療育支援をしてきた保健婦は「親が子どもの発達をつまずきを受け止めるまでにはかなりの時間が必要です。専門機関では親に対して、子どもについて診断、発達評価、指導をしてきています。しかし、親がそれらをすぐにすべて理解していけるわけではありません。A君B君のお母さんも最初のかかわりから2年ほど経過

したときに『この子どもたちはいったい何なのだろう』と、かなり戸惑った時期がありました。やはり、親が、いまだどんな気持ちで子どもと向き合っているのかを確かめながら、一緒に方向性を考えていける人々が必要なのです。その役割が地域の身近なところにある母子通園センターという療育の場であり、保健婦をはじめ療育関係者に求められているのではないのでしょうか」と話している。

各地の母子通園センターが、地域から「子どものことで悩んだときは相談に行こう」と言われるように地域に開かれていくことが望まれる。そのためにはまず相談機能の充実が必要であろう。母子通園センターには、乳幼児健診の事後指導の機能を持つとともに、地域の子どもの健やかな育ちへの支援をしていく活動が求められている。A君B君の通う母子通園センターには、月1回来町する相談員が集団指導に参加し、子どもの行動観察と親との面談をして、その後のケース検討に臨んでいる。A君B君の母親は「…月1回私の話を聞いてもらい、2人の成長を確認し、また1ヶ月がんばろうと思うことができました」（'95文集より）と語っている。

障害児を育てていく親支援は療育活動において相談機能の重要性を示していると思われる。

### 3. 就学に向けて

A君B君の就学について、本児等の5歳の時に両親は「普通学級に通わせたい」との考えを出していた。この年（平成5年）の道立特殊教育センター巡回教育相談では、「就学前に学校を見学するように」との助言があった。本児等に関わっている関係者との話し合いを重ねていく過程で両親から、①親元から離したくない、②普通学級と交流を持ちながら特殊学級での就学を希望する等の方向が示された。平成6年度の見相巡回相談及び道立特殊教育センター巡回教育相談において、「特殊学級（情緒学級）の就学が望ましい」との助言指導があった。両親及び療育担当者は、地域内の小学校には情緒学級がないことから、他地域にある「情緒学級」を2カ所見学した。

一方、推進協療育部会では、平成6年の5月と10月に平成7年度就学対象児に対するケース検討を実施し、就学の方針を明確にしていた。A君B君については、特殊学級（情緒学級）への就学方針が進めることになったが、地域内小学校での開級に向けて、R地域療育推進連絡協議会から「請願書」を提出した。その結果、地域の小学校に特殊学級（情緒学級）が開級されることになり、平成7年4月入学となった。入学に際して、A君B君の療育に関わった、保健婦、療育担当者そして統合保育から支援してきた幼稚園関係者が、学校担当者にこれまでの療育経過について詳しく報告している。

## V. まとめ

地域療育システムにおいて、①健診の充実、それは子どもの持つ問題を見極める力を身につけることであり、そのためには乳幼児健診のあり方を考え、健診後のカンファレンスの質を高めていくことである。②療育指導については、子どもの発達を促進させる療育指導と同時に、子どもが持つ問題や障害を親とともに考え、いま必要なことは何かを明らかにして、親の不安を軽減しつつ、子どもの発達の道筋を示唆していくことであろう。それには母子通園センターに相談機能を持つことが是非必要である。それは、障害児の系統的療育機能の充実にとって必要である。さらに、療育専門機関をはじめ、幼稚園、保育園、学校、行政などとの連絡調整をしていくコーディネート機能を担うために必要である。

R地域の療育システムにこれらを見るならば、相談と関係機関との連絡調整は保健婦と療育担当者が担っているといえる。療育担当者は日常の療育指導の中で、細やかな親支援をしており、さらに通園児の通う幼稚園、保育園訪問を行い、重度心身障害児の家庭訪問を保健婦と一緒にし、その後も継続支援を展開している。その活動は、今のところ、職員配置、財政の問題から3町村均等にサービスを提供することができないでいるが、他

の地域からも求められており、これが今後の課題である。このように R 地域母子通園センターが主体的に地域療育活動をするためには、母子通園事業のランクアップが強く望まれるところであろう。制約の多い現状の下で、地域の実態を把握し、良質のサービスを可能な限り行っているのは、この地域の療育担当者による献身的な活動と行政、すなわち、保健と福祉が連携してこの事業を推進しているからである。保健と福祉の連携が R 地域療育の推進力になっているといえよう。母子通園センターを軸に推進協、療育部会が有機的、効果的に機能するためには、関係機関との連絡調整が円滑にいつているか否かにかかっていると言えよう。R 地域においては、この媒介の役割を保健婦が担っている。保健業務の中の家族支援という立場から、本事業が行政における福祉と

もに保健に期待するところは大きいと考える。

## おわりに

R 地域をはじめ、道内各圏域における地域療育システムが進展するに伴って、親たちは障害を持つ子どもたちが、地域に生まれ、育ち、生きていける地域社会づくりをめざして、各地で新しい動きを始めている。このことにも期待している。

本稿は、平成 7 年度留萌支庁管内早期療育関係者研修会における、事例発表「地域で支え合う療育とは」(羽幌町保健婦奥山洋美、留萌中部地域母子通園センター療育保母山本節子)に基づいてまとめたものである。

### 通園センター

- 児の発達を促すための療育の場
- 母を支える場
- 児が獲得したものを母と一緒に確認し確かなものとする場
- 母親集団参加により精神的ゆとりの持てる場  
→ 母親交流会 (在園児・卒園児)

### 幼稚園・保育園

- お互い幼稚園・保育園、通園の役割を分けて考える
- プレイの見学やカンファレンスへの参加をすることにより問題点や成長段階を共通視点で考えていく

### 療育相談員

- 児の成長段階の捉え方と働きかけ
- 療育保母に対する的確な助言
- 母への支援  
この児達の母から「一カ月に一度会えるのを楽しみに待っているんです。話を聞いてもらっていろいろ元気づけてもらい、一カ月頑張ろうと思う」という言葉が聞かれる

### 保健婦

- 学校、通園、行政および他機関との調整など総合的にケースマネジメントをする役割
- プレイの中に入ることでより児達の具体的な部分までも共通した見方ができる  
→ 家庭訪問を通して見る児や親の姿を合わせて大きな捉え方ができている
- 3 町村のため他町村の児の姿や問題点をなかなかみずらいが、プレイの中に入ることでより、通園に通う児してとらえ話し合えたのではないか

# 地域療育推進連絡協議会

3町村の 保健・福祉	3町村の 教育委員会	3町村の 保育所	私立幼稚園	言語 治療教室	児童相談所	支 庁	保健所
---------------	---------------	-------------	-------	------------	-------	-----	-----

**目的**  
 3町村の障害児の早期発見、早期療育の一貫した体制を整備するため、関係者の密接な連携を確保し、総合的・かつ効果的に推進する

**協議事項**

- 3町村内の障害乳幼児の実態や療育ニーズの把握
- システムづくりのための方向性の検討、システムづくり推進の企画調整
- 障害児に対する療育サービスのケース検討
- 療育関係者の研修
- 第2次、第3次の推進協議会との連絡調整

## 療育部会

**目 的**：具体的ケースを通じながら3町村内の乳幼児療育を考える

**協議事項**：① 3町村内の障害乳幼児の療育サービスの検討・研修（事例検討等）  
 ② 3町村内の障害乳幼児の実態把握や療育ニーズの把握  
 ③ 問題を抱えている親子について処遇検討し支援の方向性を決定  
 ④ その他必要な事項（研修企画等）

**メンバー**：3町村保健婦、保母、ことばの教室、療育保母、療育相談員、保健所、児童相談所、支庁、3町村教育委員会、学校（場合によっては関係機関）

**互 進**→ 部会長1名、副部会長2名、（各町村1名ずつ）

- <部会長の役割>
- 療育部会の招集
  - 部会員が円滑に活動できるよう調整、協議をおこなう
  - 協議会への連絡調整、協議
  - 通園センターへの連絡調整、協議
  - その他
- <副会長の役割>
- 部会長への協力

母子通園センター  
 （母子あそびの会）

通園している児  
 のケース検討会

実際のブレイ

- 毎月1回
  - ・療育保母
  - ・療育相談員
  - ・3町村保健婦
  - ・場合によって関係機関
- 対象
  - ① 障害をもった乳幼児
  - ② 発達の違いや障害が疑われる乳幼児
  - ③ 育児環境に問題のある親子
- 療育保母（臨時雇用）
- 療育相談員（月1回）
- 保健婦

「原則として参加。ただし回数には町村の状況等があるので明示はしない。」

療育内容と変化

母子通園センター

	通園での関わり	児の状況と変化	母親・家族の様子と変化	関係機関との連携
H3.5.15 (初会) 3歳11カ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発達を知る (動きが激しく危険を取り除くことに終始してしまい、なかなか関わりを持つことが出来ない)</li> <li>● 自由遊びでは兄と一緒に動き、プログラムでは兄と一緒に目指す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高いところに登ったり、部屋から飛び出したりと動きが激しい</li> <li>● 言葉はあまりでない</li> <li>● 視線あわな</li> <li>● 指には従えず</li> <li>● 一人遊びが中心</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 表情は固い</li> <li>● 常に発達を目で追っており動いている</li> <li>● 兄達が関わりをうまく持てなかつたり動きが激しいことを周りがどう思うのか気になってきている</li> <li>● 発語の少なさ、多動なことを悩んでいる</li> </ul>	
H3.10 H4.3 3歳3カ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別指導も行う</li> <li>● 個別メンバ－ (母・兄・保母2)</li> <li>● パラダンス感覚を育てる</li> <li>● 三輪車 大型積み木 シーツ</li> <li>● 皮膚感覚を大切に 落葉のスタンプ 小麦粉粘土 顔にクリ－ムを塗って遊び</li> <li>● スキンシップ的な遊び かくすぐり 追い駆けっこ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 二人の違いも出てくる</li> <li>● A兄～視線も合うようになり表情も明るくなり、言葉も多分出てきている</li> <li>● B兄～関わりられるのを好まず、一人で遊ぶことが多い。表情は乏しいが笑顔が時々見られるようになってきた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別指導の中では母の気持ちは落ち着き表情も明るくなった</li> <li>● 発達に対する関わりはともども長く、歌をうたってあげたり話しかけを多くしている</li> <li>● 家庭では母親を支える父親の存在、姉の存在はともども大きい</li> </ul>	
H4.4 H5.3 3歳10カ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 流れを持った身体遊び 物への興味関心を高める 「車よ」、「待つ」を目指す</li> <li>● 行動面のコントロール (声によって動きます動きかけ)</li> <li>● リズム遊び 号令に応じた遊び 食前食後のしつけ指導</li> <li>● 模倣を促す遊び</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A兄～遊びに集中する時間が少ずつ長くなってきており、興味あるプログラム (サーキット)は待つことが出来る</li> <li>● 日常の指示理解の範囲が広がる</li> <li>● B兄～言葉が少ずつ出はじめ、兄のほうから手をつなぐことも多くなる</li> <li>● ※通園以外の状況・場面には対応しきれず動きが激しくなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発達が少ずつ落ち着き、言葉が出てきたなどの変化を母も実感している</li> <li>● 父親もよく話を聞いてくれ、一緒に喜んでいたり考えたりしている</li> <li>● 動きに対する母の肉体的負担が大き</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ※幼稚園との話し合い</li> <li>● 発達への理解</li> <li>● 関わり方</li> <li>● 親への援助</li> </ul>
H5.4 H6.3 4歳10カ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「制止」「禁止」を考える</li> <li>● 待つことを目指す (イスに座って待つ)</li> <li>● 絵本の読み聞かせ</li> <li>● ※個別指導の兄が3人になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A兄～数に興味を持ち覚えるが固執してしまいうちも見られる。友人に「～ちゃん、どうしたの?」、保母に「～ちゃんはあつちだよ」等の言葉がある。</li> <li>● B兄～遊びのなかではなかなか関わりを持てないが保母の真似をしてみんなと握手したりは母と離れている時間も多くなる</li> <li>● 絵本は上手に読み聞くのも大好き</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発達の見方について考えている</li> <li>● 太陽の園の母子訓練に参加したことで発達を余裕を持ってみられるようになる</li> <li>● 幼稚園では発達だけで過ごせる時間が増えてきたので精神的肉体的に余裕がでてきている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ※就学に向けて</li> <li>● 幼稚園・教育相談員・保健婦・保母での話し合いをする</li> </ul>
H6.4 H7.3 5歳10カ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 言葉のイメージ化</li> <li>● 文章の復唱 (行動を伴うように)</li> <li>● 認知学習、概念理解の獲得</li> <li>● 見通しを持った行動の獲得</li> <li>● ex. 今日は何をするかとの質問に「～をする」と答える 「今日何する朝ご飯何食べた?」「今日何するって言うってた」</li> <li>● ※個別指導の兄が5人になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A兄～表情が豊かであり自分の思いを素直に表現し、話すことは大好きである。また50音を理解しているが、抽象的概念では難しい面を持つ。絵本が好き。</li> <li>● B兄～関わりやすい面はまだ難しさがあることがしばしば増えている。質問したことに返答見られる。</li> <li>● ※幼稚園生活では完全母子分離可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ※就学についての話し合いを重ねることで、「小学校に入りたい」「普通学級と特殊 (情緒) 学級を併用してやっていたい」「幼稚園でもとても伸びた面があり、みんなと一緒に成長したい」という思いを伺っている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● H6.10 東光小学校 (情緒学級) を両親・保健婦・保母で見学</li> <li>● H6.12 旭川緑が丘小学校 (情緒学級) を母・保健婦・保母で見学</li> </ul>

## 4 札幌市における早期療育の現状と課題

札幌市児童相談所  
辰 田 収

### はじめに

北海道における早期療育は1989年に開始され、今年で8年目となった。全道を67の一次療育圏に分け、人口約3万人に一か所、母子通園センターをつくり、障害もしくは障害の疑いのある乳幼児に早期よりの療育を実施していくこのシステムは着実に前進し、96年には奥尻町に母子通園センターが出来ることにより、当初の目的は達成しつつある。

ところで、北海道の人口の30パーセント強を占める札幌市は、政令都市であるがために、この計画からはずれてきた。道内の他の市町村から転入して来た障害幼児と保護者からは、「今まで週3日も母子通園センターに通っていたのに…」と並行して保育所に通っていたのに…」と札幌の早期療育の不備を苦情として聞く毎日である。しかし、札幌の療育もここ数年、後れ馳せながら努力しつつある。以下その報告をしたい。

### 1. 札幌の療育の進展状況

#### 1. 肢体不自由幼児通園

札幌市には「みかほ整肢園」（定数60名）、「ひまわり整肢園」（定数50名）の通園施設があり、1975年からこの体制で進んできた。肢体不自由幼児の出現率からみて、110名定数はほぼニーズに対応しているが、遠距離通園が大変であるということから、札幌肢体不自由児者父母の会が市内4園体制を希望する旨の議会陳情を行ない、それが採択されている。そして1993年には社会福祉法人楡の会「こもれび園」（定数40名）が新設され、「みかほ整肢園」（定数40名に変更）、「ひまわり

整肢園」（定数30名に変更）と合わせ市内3通園施設の体制となった。更に、札幌市発達医療センター（児童福祉総合センター併設：旧母子訓練センター）、楡の会子どもクリニックでの外来診療といった療育の体制となっている。

#### 2. 知的発達遅滞幼児通園

知的発達遅滞幼児通園は従来、札幌市立かしわ学園（定数60名：94年に定数40に変更）の1園体制であった。したがって、いつも待機状態であり、早期療育は、児童相談所や無認可のクリスチャンセンター、発達相談室「むぎのこ」などでかろうじて行ってきたにすぎない。しかし、肢体不自由幼児通園と同様に、市内4園で通いやすい体制が計画され、実行された。

具体的には、1993年に社会福祉法人楡の会「きらめきの里」（定数30：96年4月から定数40に増員）、94年には札幌市立はるにれ学園（定数30名：児童福祉総合センター併設）、そして96年には社会福祉法人「むぎのこ」（定数30）が発足し、定数140名と従来からみると80名の大幅な枠の拡大がなされ、札幌市内4通園体制となっている。

#### 3. 心身障害児通園事業・児童相談所の療育事業

さらに、従来より法的に位置付けされずにボランティア的に続けてきた北海道クリスチャンセンター家庭福祉相談室は、1995年に心身障害児通園事業として定数40名で、札幌市の委託事業として正式に位置づいた。また、社会福祉法人「むぎのこ」に1996年より、通園施設以外に心身障害児通園事業が定数50名で委託され、これで心身障害児通園事業が2園の体制となった。

また、従来から児童相談所でなされていた幼児のグループ指導は、1歳半・3歳児精検・事後指導として1990年に位置づき、95年には、ダウン症乳児の「先天性障害児早期療育事業」が正式に発足し、96年には「発達に心配のある子の早期療育事業」ということで体制整備がなされている。児

童相談所の療育は90年以降96年までに、正規職員1名、非常勤職員6名の増員がなされ、90年の60名程度の受け入れ規模から、150名程度の受け入れが可能な体制に整備されてきた。

#### 4. 医療機関その他

1994年に発足した社会福祉法人楡の会は「子どもクリニック」(診療所)を併設し、外来の療育を実施している。また「北海道立札幌療育センター」は94年から、外来の自閉症療育グループを実施、従来より続けている「市立札幌病院静療院児童部」の外来療育と併せ、市内で3つの医療機関が知的発達遅滞や自閉症の外来療育を実施する体制となっている。

また、ことばあそび教室「こぼと園」(札幌市単費事業：楡の会)、大谷地たかだ保育園「コアラ組」、北大教育学部幼児グループ等の発達障害幼児へのかかわりがあり、1993年以降、札幌の療育体制は急速に整備されつつある。

## II. 早期療育と保護者の意識

早期療育援助という時、親が我が子の障害について、どのように気づき、診断され、療育に入ってくるかが大変に大きな課題である。筆者等は1992年に札幌の障害をもつ子の保護者に障害の気づきと診断までの時期について、アンケート調査を実施した。

表1 小学生(養護学級・養護学校在籍中：129名)

内容	年齢		
	1歳半まで	2歳まで	3歳まで
障害に気付く	61.2%	68.2%	89.1%
相談に行く	53.8	59.8	82.3
診断される	39.3	42.7	65.0

表2 幼児(障害児保育・保育所入所中：104名)

内容	年齢		
	1歳半まで	2歳まで	3歳まで
障害に気付く	77.5%	85.3%	98.1%
相談に行く	70.7	71.7	91.1
診断される	65.5	70.0	90.0

障害児学級・学校に入級中の小学生の場合、9割は3歳まで気づき、3分の2は障害の診断を受けている。他方、現在障害児保育制度を活用し、保育所入所しているものは、3歳までにはほとんどが障害に気づき、9割が障害の診断を受けている。親たちは我が子の障害に相当早く気がついていることがわかる。そして、子育てが効果的でないことを悩んでいる。専門機関には、適切な情報の提供や療育の場所を提供してほしい等々述べている。

このアンケート調査は94年度の北海道乳幼児療育研究会に扇子幸一・辰田収が報告したものであるが、この調査に支えられて、発達に心配がある幼児については、保護者・幼児をまるごと受け止める姿勢が必要であると実感した次第である。北海道の早期療育システムは、この保護者の意識に対応し、発達の心配に気づいたその時点から、療育が受けられる仕組みを作ってきたと言え、その先進性を改めて確認したい。

## III. 札幌近郊の自治体の早期療育と今後の課題

自治体名	幼児人口	通園施設・母子通園センター通園実績	%
札幌市	100,122名	通園240通園事業20児相100医療180等(医療含むH6) 552名	0.55%
苫小牧市	10,600	苫小牧市心身障害児通園施設 在籍151名 おそろ園(定数120名)	1.42%
千歳市	6,260	千歳市心身障害児通園施設(定数90) 在籍 96名	1.53%
広島町	3,400	広島町心身障害児通園施設 つはめ学級(定数10) 在籍 49名	1.44%
恵庭市	4,241	恵庭市ひまわり子ども園(定数50) 在籍 69名	1.63%
当別町	1,324	当別町母子通園センターゆりのこ(定数20名) 在籍 20名	1.51%

注) %は療育児童数を幼児人口で割った数値である。障害発生は推定1.5%と考えられる。札幌の実績は1995年度末。他自治体は95年10月

この数字は、95年3月の札幌と10月の他自治体

の比較である。96年度になって、「むぎのこ」の通園施設・通園事業「きらめきの里」の10名増、95,96年度の児童相談所の充実等があり、療育数は100名弱の増加となっているが、それでも0.65%程度の療育率であり、札幌近郊の自治体の

半分程度の療育状況である。

そこで、札幌市において、「発達に心配のある子の早期療育事業」を推定幼児数の80%程度の水準で療育ができるよう（あと500名程度）療育の充実が必要であろう。

〈資料〉 札幌市内療育機関一覧（96）

\*印は90年以降に充実された機関である

	療育機関名	住 所	TEL・FAX	区割他
知的 発達 遅滞 幼児 通園	札幌市かしわ学園 定員40名	〒062 豊平区平岸5条15丁目1-5	TEL 824-1981 / FAX 824-1996	豊平・南・中
	札幌市はるにれ学園 定員30名	〒060 中央区北7条西26丁目2	TEL 622-8650 / FAX 622-8701	西・手稲・中 *94新設
	社会福祉法人 きらめきの里 定員40名	〒004 厚別区厚別町下野幌49番地33	TEL 898-3929 / FAX 898-5109	白・厚・清田 *93新設
	社会福祉法人 「むぎのこ」 定員30名	〒065 東区北36条東8丁目23	TEL 753-6468 / FAX 753-6468	北・東 *96認可
通園 事業	社会福祉法人 「むぎのこ」 定員40名	〒065 東区北36条東8丁目23	TEL 753-6468 / FAX 753-6468	*96認可
	北海道キリスト教センター 家庭福祉相談室 定員40名	〒060 北区北7条西6丁目12-13 北海道キリスト教センター内	TEL 746-6374 / FAX 746-6374	*95認可
その他	ことばあそび教室 こぼと園	〒005 南区真駒内曙町3丁目12-1	TEL 581-3934 / 申し込み楡の会	15名
	たかだ保育園 コアラ組 定員8名	〒003 白石区栄通19丁目	TEL 853-1801 / FAX 853-1801	遅滞 グループ
医療 機関	市立札幌病院 静療院児童部 定員	〒062 豊平区平岸4条18丁目	TEL 821-0303 / FAX 821-0241	自閉・遅滞個 別・グループ
	楡の会 こどもクリニック	〒004 厚別区厚別町下野幌49番地33	TEL 898-3929 / FAX 898-5109	*94より自閉 グループ3
	札幌肢体不自由児 総合療育センター	〒006 手稲区金山1条1丁目12-2	TEL 682-1331 / FAX 682-1331	*93より自閉 グループ2
	札幌市 発達医療センター	〒060 中央区北7条西26丁目1	TEL 622-8640 / FAX 622-8702	個別・外来 保育（肢）
肢体不 自由児 通園	札幌市 みかほ整肢園 定員40名	〒065 東区北17条東5丁目	TEL 731-5674 / FAX 731-5673	東・北・手稲・ 西
	札幌市ひまわり 整肢園 定員30名	〒062 豊平区平岸5条15丁目1-6	TEL 824-1922 / FAX 824-1996	豊平・南・中 央・西
	社会福祉法人楡の会 こもれび園 定員40名	〒004 厚別区厚別町下野幌49番地33	TEL 898-3929 / FAX 898-5109	白・厚・清田 *93新設
	札幌市児童相談所	〒060 中央区北7条西26丁目1	TEL 622-8630 / FAX 622-8701	グループ 10まで可能
学 校	ことばの教室	大通小 〒060 中央区北2条西11丁目 幌北小 〒001 北区北19条西2丁目 南郷小 〒003 白石区本郷通4丁目南3 琴似小 〒063 西区琴似2条7丁目11-30 元町小 〒065 東区北25条東17丁目 南月寒小 〒062 豊平区月寒西4条8丁目 青葉小 〒005 厚別区青葉町6丁目2-1	TEL 261-7881 TEL 747-6797 TEL 863-0863 TEL 611-4391 TEL 781-2194 TEL 855-7810 TEL 891-1500	*96新設

## 座長まとめ

帯広けいせい苑 村上勝彦  
当別町役場 武井英子

### Ⅰ. はじめに

今回のシンポジウムのテーマの背景として連携とネットワークを地域の実情として考えていくことが第一にあった。

連携・ネットワークは誰もが必要と思っているが、実際のところはまだまだではないか。

例えば保健婦が子を抱え込むようなことはないか、必要な支援ができているのだろうか。そして療育の立場から保健婦に何をどこまで求めているのだろうか。

出生前～出生～健診～ハイリスク者の早期療育・障害児保育へと流れる中で、保健サイドからは「出したが受けてもらえない、療育側と連携がとりづらい」、また、療育サイドからは「送ればそれで終わりという感覚がある保健婦にもっと見て欲しかった。その後はなしのつぶて」といった不満が双方にありはしないだろうか。

笠原吉孝氏は「連携とネットワークの空洞化」を指摘するが、しかし、人がつながっているのだ。どうあらねばならないかを自分の立場を守るという発想を越えてネットワークをつくっていかなくてはならない。

発見体制と、その後の流れをもっと深め、インフォームドコンセントのあり方や障害の多様化への対応、親の障害受容についても論議していきたい。

この報告では、シンポジウムの討論の中で話題となったこと、めざすものにむかって取り組んでいる報告、どうしたらよいかという討議を中心に、できるだけ簡潔にまとめた。

## Ⅱ. 討論から

### 1. 発見体制とその後の流れ

#### (1)親への同意に関して

フロアーからは「何も言われなくて母子通園センターに通っている実態がある。だれが診断して親の同意を得るのか」との質問があった。

鶴川町の保健婦は、母子通園センターがなかった時は、担当保健婦が1人で家庭訪問でそれを行っていた。現在は、1歳6か月児健診に「遊びの広場」を設定し、母子通園センターの指導員が入り、カンファレンスでケース検討を行っている。この中で1歳6か月児健診事後では発達途中で明確に障害や遅れと断定できないケースもあり、その場合は時間をかけて親の理解や対応への同意を得る必要があると述べている。

また、親への同意を得るための一つの方法として、親と療育担当者と保健婦でケース会議を持ち、サービス内容を決定しているという報告があった。療育を、保育園、または幼稚園一方で行うか、母子通園センター一方か、両方で行うかなどを決めているという当事者参加の形態である。

高齢者へのケアについてもサービスの選択決定権は本人や家族の合意が必要な時代となっており、療育ケアにおいてもこの点は重要な必要条件になろう。

#### (2)二次検診の精度の問題

1日目の特別講演の中で笠原吉孝氏は、健診がレッテルはりに終わらないように、「二次健診が一定レベルの機関でしっかりと行われるシステムづくりが必要である」と提起している。

保健サイドの発見の後で、児と親が本当にサポートされるには、この二次健診のシステムがどう作られているのかに着目する必要がある。

健診機関に対して出された要望は、第一にもれない健診をしてほしいこと。気になる子は「遊びの教室」など、事後フォロー教室に積極的につなげてほしい。1歳6か月児健診事後の重要性が大きく、3歳では遅すぎることを。

早期療育の成功のカギは、その地域の保健婦の理解にかかっていると、保健サイドへ熱いエールが送られた。

### (3)地域保健法の影響

保健サイドでは地域保健法に係わる権限移譲が平成9年度から施行される。

つまり、住民に身近な保健サービスは市町村で実施し、福祉と一体的なサービスを提供することが義務づけられたのである。

保健所はより専門的、技術的、広域的機能を強化する役割を持ち、3歳児健診は市町村に移譲する。具体的な保健所の統廃合案は平成8年度中に提出され、平成9年度からの実施となるのだ。

在宅ケアの対象者は増加の一途をたどり、保健婦はケアマネージャーとしての役割を期待されてきている。シンポジストの鶴川町でも、業務の8割方が老人、成人関係であることが報告されたが、母子保健事業の重点事項目標の明確化など業務の見直しと計画化が求められている状況である。

### (4)児童相談所の役割について

「児童相談所は判定に終始するのではなく、もっと重要なことは発達援助をどう行っていくかにある」と子どもの療育に責任を持てる機関として期待する声が多かった。

療育の科学的なスケールを持って、どういうふうに伸びて、何が足りないのかを明確にしていくこと。子どもの共通の理解をすすめる役割を。児童相談所の仕事には限界があり、手を出すことで仕事膨大になる。地域の力をどう児童相談所に生かしていくかを考えていくことが大切…等の意見がフロアから出された。

### (5)療育推進協議会が真に機能すること

各シンポジストに共通の意見としてケースの情報交換や検討の重要性がある。

いくらしくみはできても、日常の活動の中でどのくらい具体的な支援に関する話し合いがある

か、ある特定の者だけでなく、その地域全体で気軽に交流しあえる雰囲気があるか、そして、その雰囲気づくりを誰がひっぱっていくかということが大きく影響しているという話題であった。

これらをスムーズにしていくものとして療育推進協議会や専門部会が真に機能しているかどうかがある。連携とは担当者間の信頼関係と比例して作られるものではないだろうか。

## III. 連携、ネットワークを目指して

様々な討論の中で、お互い十分利用し合う、インフォームドコンセントを確立する、といった連携、ネットワークの足りない点が見えてきた。

体制づくりを考える時には、障害の多様化にどう対応していくのか、親の期待にどう応えていくのかを忘れずに検討しなければならない。

お互いの垣根を飛び越し、渡ろうという発想に戻りながら、今後も連携、ネットワークを考えていきたいものである。

## 編集後記

第9回北海道乳幼児療育研究会が盛会のうちに終わりました。

この研究会内容を網羅した「乳幼児療育研究」第9号もようやく完成し、皆様のお手元にお届けできることになりました。年にたった一度の研修会なのですが、会場の北大学術交流会館に足を踏み入れるたびに一年の速さを感じさせられます。そして、研究会での人との出会いと研修内容への期待とが交差する瞬間でもあります。

本研究会の魅力は何とんでも保健・医療・福祉・教育関係者が一体で研修を深めていることです。いま、高齢者の福祉の推進を図る上でようやく保健・医療・福祉の連携が叫ばれているところですが、乳幼児療育研究会は発足以来、関係職種の一体化の中で進んできました。このような理念と方向性をもった研究会は全国を見渡しても本研究会くらいではないでしょうか。

さて、第9回研究会はこれまでと同様の流れで進みましたが、メインの特別講演は元滋賀県立小児保健医療センター所長の笠原吉孝先生をお迎えして、療育の基本的観点について、療育方法や療育システムの考え方について講演をいただきました。また、道立小児総合保健センターの所長本谷尚先生には講座を受け持って下さり「ハイリスク新生児とグレーゾーン」について難しい医学的所見や学説を判り易くご教授いただいたところです。

例年、ご自分の実践や研究を発表する場である分科会は第1分科会一般演題に5題、第2分科会地域療育活動に3題、第3分科会保育に3題の報告とレポートが出され、参加者を交えて多様で深い質問や意見が交換されました。シンポジウムでは保育、保健、療育の連携と具体的活動について地域の特性も含めて、あるべき姿を浮き彫りにすることができたのではないのでしょうか。

北海道乳幼児療育研究会は、次回が発足10周年になります。これまで本研究会で9年にわたり蓄積してきた療育研究の積み重ねと変遷を、改めて自分自身の療育活動の歴史として思い返す契機なのかもしれません。

第10回乳幼児療育研究会での皆さま方との再会を楽しみにしています。

1996年11月

事務局編集担当理事一同

### 編集委員

阿部 哲美	伊藤 則博	飯浜 浩幸
氏家 正	後藤 守	佐々木 明員
鈴木 真知子	関 道子	扇子 幸一
辰田 収	*津川 敏	古塚 孝
三浦 哲	三島 与志正	村上 勝彦

\*は編集委員長

# 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。ただし再任は妨げない。

- (1) 会 長 1名
- (2) 副 会 長 3名
- (3) 常任理事 若干名（含、事務局長）
- (4) 理 事 （含、事務局・編集担当若干名）

(5) 監 事 2名

**第7条 (会 議)**

本会は、運営上の必要に応じ、下記の会議を開く。

- (1) 総会。定期（年1回）。なお、会長が必要と認めたとときおよび会員の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4,000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。

**研究会への入会手続**

入会手続は、①研究大会当日に受付で申告していただくか、②下記の事項を記載して研究会事務局に申し込み、同時に郵便振替で02790-1-18895（加入者名：北海道乳幼児療育研究会）に年会費4,000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

## 事務局体制

会長	伊藤 則博			
副会長	大場 公孝	長 和彦	村上 勝彦	
事務局長	扇 子幸	一		
事務局次長	三浦 哲	大江 美和子		
研修部長	阿部 哲美			
研修副部長	南 孝輔			
部員	伊藤 克実	伊藤 貴美子	金沢 俊文	
	重野 淳子	武井 英子	鶴田 剛	
	大西 由希子	浜 栄子	藤原 敦美	
	丸子 義明	水上 八行		
編集部長	佐藤 満雄			
編集副部長	鈴木 真知子			
部員	中西 芳之	三島 与志正	吉田 耕一郎	
	吉田 玲子			
総務部長	関 道子			
総務副部長	辰田 収	佐々木 浩治		
部員	市野 孝雄	飯浜 浩幸	糸田 尚史	
	内田 雅志	古川 智恭	高橋 修一	
	高橋 教之	中村 孝博	古川 力也	
	前田 裕文	水口 克幸	山田 克己	

---

**北海道乳幼児療育研究会機関誌**

**乳幼児療育研究 第9号**

平成8年11月2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

札幌大谷短期大学保育科扇子研究室

〒065 札幌市東区北15条東9丁目

TEL(011)742-1651 / FAX(011)741-3853

---