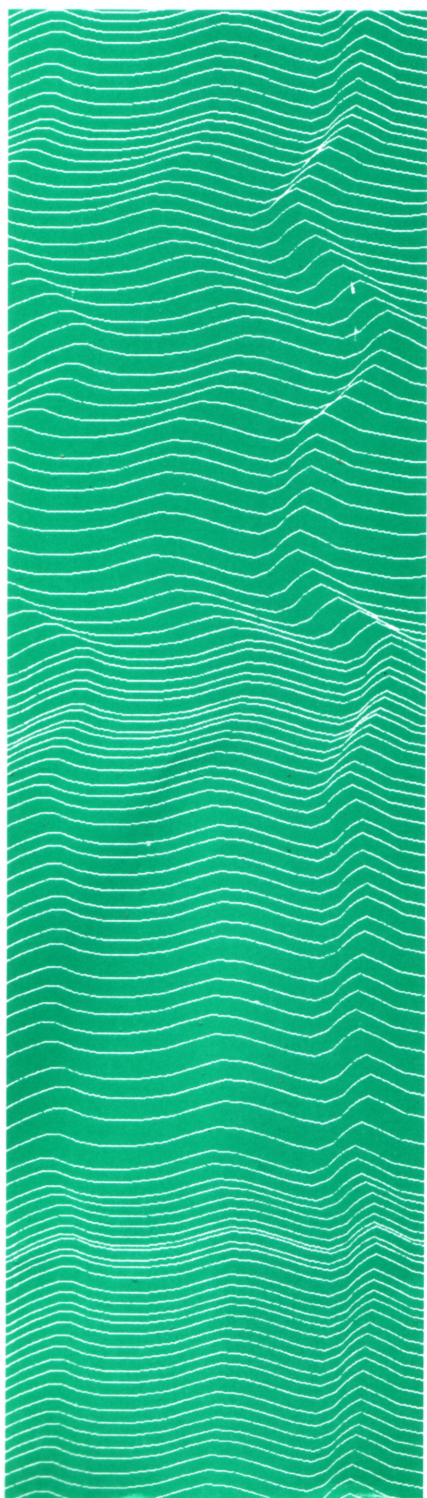


乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



第12回研究大会集録

- 特別講演 発達障害児(者)への支援のあり方を問い直す
- 講座 I 学習障害児に対する多職種合同ミーティングの公開
- 講座 II 排便機能の理解とトイレトレーニング
- 講座 III 児童虐待と療育
- 第1分科会 一般演題
- 第2分科会 地域療育活動
- 第3分科会 保育
- シンポジウム ライフサイクルを見据えた療育とは
- 編集後記

1999年・第12号

乳幼児療育研究会第12号 目 次

特 集 第12回研究大会集録

〈特別講演〉

発達障害児(者)への支援のあり方を問い直す ……岡 田 喜 篤	1
---------------------------------	---

〈講 座 Ⅰ〉

学習障害児に対する多職種合同ミーティングの公開 ……田中 哲・小泉雅彦・二宮信一・堀野賢治・堀野千晶	19
---	----

〈講 座 Ⅱ〉

排拙機能の理解とトイレトレーニング ……石 川 丹	25
実践報告①肢体不自由のある子のトイレトレーニング ……植 木 芳 子	30
実践報告②発達遅滞児のトイレトレーニング ……千葉裕子・東山浩史	38

〈講 座 Ⅲ〉

児童虐待と療育 ……田 中 康 雄	45
-------------------	----

〈分 科 会〉

第1分科会 ———— 一般演題 — 1

① キレル子は学習障害か、多動性障害か ……氏 家 武	53
② 1歳6カ月児健診を中心とした早期対応・支援 …古 川 力 也	57
③ 緑ヶ丘病院児童部からの報告(1) 発達障害外来15年のあゆみ ……犬 塚 実	61
④ 緑ヶ丘病院児童部からの報告(2) 精神科児童病棟における保母の役割 ……藤 田 晴 美	67
⑤ 楡の会の保育 ……加藤法子・和久井三保子・三宅誼・氏家武	72
⑥ 栗山町の子育て支援センターの活動状況 ……宮林葉月・須田幸子・中野和広・松岡登美江	76
⑦ 地域療育機関への療育支援 ……金 沢 俊 文	86

第1分科会 ———— 一般演題 — 2

① 自閉症児の親への愛着を促進する療育方法について(1) ……古塚 孝・斉藤真善	93
② 脳梁欠損を持つ読みが苦手な小学生男児の事例 ……岡部善也・古塚 孝・諸富 隆	97

3	自閉症者における不適応行動の生起要因の検討	本間尚史・古塚 孝・諸富 隆	104
4	ある発達性失語症児への平仮名の読みの指導の試み	斉藤真善・古塚 孝・諸富 隆	112
5	比喩理解が困難な中学生男子の事例	遠藤純子・古塚 孝・諸富 隆	117
6	状況認知に困難を示す女兒の対人関係スキルの獲得	佐々木綾・古塚 孝・諸富 隆	124
7	多動傾向の児童の対人関係分析の新しい取り組み	高久宏一・後藤恵美子・金沢克美・後藤 守	131

第2分科会———地域療育活動

1	特殊教育諸学校の教育相談の方向性	福 島 美恵子	137
2	2次圏のコーディネーターの相談業務のあり方	河 村 吉 造	144
3	児童相談所の相談業務のあり方	内 田 雅 志	149
4	座長まとめ	百井悦子・佐々木浩治	153

第3分科会———保育（ミニシンポジウム）

1	人として子どもとして	村上勝彦・木村 仁	155
2	座長まとめ	浜 栄子・伊藤貴美子	166

〈シンポジウム〉

テーマ：ライフサイクルを見据えた療育とは

1	利用者及び保護者が求める、ライフサイクルを見据えた療育とは	亀田さよ子・川村由美子・坂口恵子	167
2	利用者及び保護者が求める、ライフサイクルを見据えた療育とは	飯 田 かおり	175
3	早期療育と学校教育に求めるライフサイクル	大 谷 裕香里	179
4	コメンテーター	鈴 木 真知子	182
5	座長まとめ	牧野誠一・阿部哲美	186

編集後記	189
------------	-----

北海道療育研究会会則	190
------------------	-----

特別講演

発達障害児(者)への支援のあり方を問い直す

北翔会総合施設長・北星学園大学教授 岡田喜篤

座長：長 和彦

(旭川肢体不自由総合療育センター院長)

ただいまから、本研究会のメインイベントでございます。岡田喜篤先生の特別講演をお聞きしたいと思います。

もうすでに皆様方には、ご案内のとおりでございますけれども、今日の先生のご演題は、ここに書いてありますように、『発達障害児・者への支援のあり方を問い直す』という、まさに今日的な話題でございます。

岡田先生につきましては、私が紹介するまでもなく、早くお話を聞きしたいというところだと思いますけれども、恒例でございますので、岡田先生のご略歴をごくごく簡単にご紹介させていただきますと思います。

岡田先生は、昭和34年3月に名古屋大学の医学部をご卒業になられまして、その後、医学研究科の方に進まれております。そして、昭和40年の4月に名古屋市立大学の医学部の精神科の教室にご入局され、そして、昭和43年の7月から、確かそうだと思いますけれども、愛知県コロニーの重症心身障害施設「小鳩学園」の方に赴任されております。

おそらく、ここから先生の障害児療育の道が始まったのではないかというふうに推察するわけでございますけれども、その51年の4月に、その小鳩学園の園長にご就任されております。その間、昭和47年の2月に米国のコロラド大学の方にご留学されまして、いわゆる神経学のお勉強をされておられます。そして、昭和62年になると思い

ますけれども、北海道の社会福祉法人の北翔会札幌あゆみの園の園長になられまして、私どもとの関係が非常に密になったと、そういうことなだろうと思います。

その間、平成3年4月に、川崎医療福祉大学の医療福祉学部の教授に併任され、そして、本当にあの当時のこと思い出しますと断腸の思いだったのでございますけれども、平成5年7月に、国立秩父学園の園長におなりになるということで、一時、北海道から姿を消されたといえますか、お離れになったのです。

今日お集まりの方々の皆さんの一致した想いだっと思うのですけれども、是非また先生に北海道に戻ってきてほしい、いつの日か戻ってくる日をといて、カンバックサーモンではございませんけれども、そんな思いが通じたのか、今年の4月から、北翔会総合施設長兼北星学園大学の社会福祉学部教授ということで、また北海道に戻って来ていただきました。嬉しいかぎりです。

そこで今日、こういうご講演を聞くという機会になったということで、本当に私ども、またきつと皆さん方もそうだと思いますけれども、本当に良かったなという思いなんだろうと思います。今、非常に簡単におしつながら先生のご略歴をご紹介申し上げましたけれども、先生は精神科医であり、また神経科医であります。それからまた、昭和43年からずっと障害児療育にまっ正面から取り組んでこられた、いわゆる医療と福祉の実践家でおられるということ、それからまた最後になりますけれども、いわゆる教育研究者とし

2 特別講演

て、大学人といえますか、そういう、実は三つのお立場がおありになるだろうと思うのです。

療育の世界の中で、療育の新しい戦略とでも言いますか、ストラテジーズとでも言いますか、マルチ・ディシプリナリー・インターベンションとでも言いますか、多専門的な介入というのが、実は叫ばれて久しいわけでございますけれども、なかなかその連携ということを具体化するというのは難しいというのが、きっとあちこちで叫ばれているのだろうと思います。

そういう意味で、三つのお立場に立つ、まさにその先生に、この療育についてあらためて問い直すという、現代的な今日のお話を今日ここで伺いできるのは光栄であります。この話題に関しては、先生をおいて他にいないだろうというふうには私は考えてきました。

そんなわけで、先生のお話の中から明日への道といえますか、一步が、きっと皆さん方に伝わり、何かをつかんでお帰りになってくださるだろうというふうに思っております。このことを確信しておりますので、どうぞ一字一句といえますか、聞き漏らさないように頑張ってお聞き下さい。ということで、私の話が長いのは無作法でございますので、すぐ岡田先生のお話をお聞きしたいと思えます。

そういうことで、先生どうぞよろしくお願いを致します。(拍手)

岡田喜篤

日頃、大変親しくしていただいております長先生から、逃げ出したいほど立派なご紹介いただきまして、恐縮しております。

先生は、何かお体に気をつけなければいけない状態にいらっしゃるのに、今日、わざわざ出て来てくださったそうでございますから、どうか先生、気楽な場所にお移りになってお聞き下さい。

今日、この会にお招きいただくことについて、伊藤会長先生に大変失礼なわがままを言いまして、いろいろ注文をつけました。いま、後悔しながらも、やむを得なかった事情ゆえのことですの

でお許しいただきたいと願っております。

はじめに

今日の話は1時間ちょっとの時間を頂いておりますが、とにかく北海道へようやく帰ってまいりましたので、そのご報告をさせていただくつもりで進めたいと思います。そして、私はこの5年間、ほとんど学術的な仕事もしませんでしたし、かといって障害者運動の先頭にたって努力をしたわけでもありませんので、おそらく話の内容は通俗的かつ漫談的なものになるかもしれませんが、それはお許しいただきたいと思えます。

まず、私は国立の秩父学園という所へ5年間行っておりました。そこでの話を先にちょっとさせていざこうと思えます。秩父学園は、ご存知のように我が国でたった一つの国立国営の知的障害児施設でございますが、この歴史は非常に古くて昭和33年にさかのぼります。初代の園長先生は北海道大学のご卒業、精神科の先輩でいらっしゃる菅 修先生という大変立派な先生でいらっしゃいました。この先生が国立秩父学園を開かれた時は、この分野の関係者は、「一度は秩父学園を訪れなければ、もぐりだ」と言われたほど立派な施設になりまして、多くの人がここを訪れては、その教えを請うて、そしてまた、それぞれの地域に散って行ったという、そういう所でございます。しかし、私が行きました平成5年は、この国立秩父学園がすっかりかつての栄光を捨ててしましまして、大変な施設に落ちぶれておりました。私がここへ赴任する時に、北海道愛護協会の主だった方々がたくさん私を励ましてくださいましたが、その時のお一人お一人の言葉はすべて一致しておまして、「秩父学園などはあってはならない施設で、先生が行ったら潰して帰ってこい」と、こう言って下さいました。そして、「秩父学園に入所している人たちのことで困るのであれば、北海道でいつでも引き受けるから安心して潰してこい」と、こういうふうに言われまして、確かにそんな所なんだろうという気持ちでまいりましたけれども、行きましたら、それは聞きしに

勝るところでございました。もう退職しておりますので悪口を具体的に言うことは差し控えたいと思いますが、とにかく感じることの多い施設でした。

1. 公立公営施設の問題

一つは、今日ここには不愉快になる方もいらっしゃるかもしれませんが、国立・国営施設のあり方については厳しく反省させられました。ともかく、施設内部の混乱と不統一は、この秩父学園は最たるものでしたけれども、公立・公営施設が持っている共通の性格だと感じました。

国立秩父学園におりますと、全国の施設調査をしなければならぬ立場にございます。そのため、いろいろな施設を調査させていただきましたが、その結果は見るもみごとに国立施設を含む公立施設が、その機能においても社会的評価においても、まったく評価できないという結果でした。

いったい何故こうなったのかということですが、おそらくいろいろな側面があると思います。これから、このテーマ一つだけでも真剣に考える必要があります。

三番目は、国立施設、あるいは公立施設の持っている基本的条件、与えられている条件が民間施設と根本的に違うということでした。いい面もありますし問題点もございますが、いま総体的に考えますと、公立施設、国立施設が与えられている条件は、あまりにも非現実的、あまりにも一般施設と掛け離れているということでもあります。

その一つに、昨年9月ですが、東京都は、立派な「東京都福祉」という冊子を作りました。この冊子は不特定多数の人々に、どなたでも差し上げるといふ冊子ですが、その29ページ、この1ページにだけ衝撃的なことが書いてあります。それは、東京都立都営施設の一人当たりにかかっている1カ月の費用を数字で示したものです。「これをお読みになった方々は、是非率直なご意見をお寄せ下さい」というハガキまで付いている冊子であります。その冊子の中に出てまいります東京都立のある施設、B福祉園と書いてありますが、

その福祉園の1カ月の費用は、なんと187万6000円であります。民間施設ですと、たかだか30万円前後であります。1カ月の措置費は30万から35万という時に、一人当たり187万6000円というお金が使われているという、こういうことを考えただけでも、あまりにも条件が違い過ぎる。そして、職員数は入所者の約3倍。これが当たり前という状況になっておりました。東京都の場合は、東京都が委託をしております民間施設でも同じ状況にあります。例えば、一寮の入所定数は16名で、そこに配置されている直接処遇職員の定数は22名であります。それに対して民間の方は、4.3対1という職員配置基準が重くのしかかっておりまして、それで様々なサービスを提供する仕組みになっております。こういう状況についても、深く考えさせられたものでした。

四番目に、今日の入所施設における大きな問題は、不適応行動を持つ子どもたちをどのように遇するかということに尽きると思いますが、この点につきましても、ほとんど公立施設は真剣な取り組みをやっておりません。そして、国立秩父学園もその例外ではありませんでして、秩父学園には様々な問題とされる子どもたちが入っておりました。あそこは、もともとスタートの時から重度・重複の人たちを入所させるという主旨でスタートしておりまして、入っております方々の大半は自閉症、あるいは肢体不自由を合併していたり、あるいは視覚障害、全盲で重度の知的障害をもっている方々とか、あるいはまったく耳が聞こえなくて自閉症の方々とか、そういった方々がたくさんいらっしゃいます。そういう施設におきまして具体的に不適応行動に対して、どういう考え方と手段を持っているかと申しますと、それはまったくゼロでありました。私が赴任した当時は、子どもを縛りつけることは当たり前、殴りつけたり、あるいは様々な職員の個人的な判断によって罰を与えて、そして、子どもたちがその職員に恐れを感じるように威嚇することが先輩職員の優れた職員像でありました。ですから、新しい職員が優しくいたしますと、子どもはもういろいろ注文もつ

けますし、問題行動もたくさん出てまいります。そういたしますと先輩職員は、「おまえは、なめられておる」、「早くなめられないように先輩を見習え」という世界でありました。私が在任した5年間の大半は、この不適応行動をどう捉らえて、どう対処するかということが大きな課題でした。

2. 問題行動・不適応行動について

東京都立都営施設の一つに東村山福祉園という知的障害児施設が秩父学園の近くにあります。そこに赴任をされました関さんという方は、東京都の行政の方でいらっしゃいました。この方が赴任した時に、東村山福祉園の実情に驚き呆れるとともに、何とか改善をしたいということで、秩父学園に来て下さいました。私は、この関さんと共同で、秩父学園と東村山福祉園を良くすることはできないにしても現在の問題点を顕わにして、それを何とか当局に分からしめようではないか、ということで二人は努力いたしました。それから、この関先生は全国を駆け巡って勉強されました。そして、たちまちのうちに東村山福祉園のある部分の骨格を変えていきました。これには、私も本当に頭が下がる思いでしたが、その中でこういうエピソードがあります。

東京都の私立の施設で、「うめだ・あけほの学園」という幼児通園施設があります。ここは、大変評価の高い施設ですが、ここを運営しておられる園長は加藤先生という方でいらっしゃいます。この方は早稲田大学の出身だということもありまして、関さんにお勧めいたしまして、加藤さんと呼んで一回研修会をやった方がいいですよというようなことを申し上げました。

この加藤さんが呼ばれて行ったわけです。加藤さんは、「ぜひ子どもたちの食べる食事を一緒に食べさせてくれ」とお願いしまして、子どもたちと関さんと一緒に食事が始まりました。たまたま、ちょっと離れた所で食事をしておりました入所児が突然テーブルをひっくり返して、食べているものを全部ぶちまけてしまいました。そういたしましたら、その近くで立って後ろ手を組んで監視を

していたといわざるを得ないのですが、一人の指導員が無言のまま、ツカツカとその子どもの所に近寄って行って、突然往復ビンタを食らわせました。加藤さんは啞然として、「いったいこれはどういうことだ」と驚いたということを私に教えてくれました。加藤さんはあちこちでそれを言ってくれましたから、ずいぶん有名な話になってしまいました。

こういうことが、実は公立施設では平気で行われてしまうわけです。

それから、また私にとっては大変良かったなと思うのは、埼玉県に歴史的にも有名な施設で、埼玉医大を作っている法人が設置しております重症心身障害児施設「毛呂病院光の家」と、それからもう一つ、同じ法人で別仕立てになっている「育心寮」という知的障害関係の施設との出会いでした。これらは、何れも埼玉医大を経営しております丸木先生とそのご家族が運営している施設でありまして、社会的には様々な評価を受けていた施設でありました。私が赴任する少し前に、ここの理事長先生がお亡くなりになりました。その後、残された奥様とお子様方が、これからのこの施設をどうしようかという時に、「やはりうちの施設は必要悪の施設になっているといわざるを得ないのではないか」、そして「施設をこのままにすることは許されないのではないか」、こういうふうにご兄弟や残された奥様方が相談されまして私の所にいらっしゃいました。「うちの施設を何とか良くしたいので協力してほしい」ということでしたので、「できるだけことはいたしましたよ」と言って、いろいろな試みをいたしました。その中の一つに、職員の意識を変える、あるいは管理者の意識を変えることが必要だというわけで、北海道の「おしまコロニー」をお願いして、何回も職員の研修をしていただいております。毎年、ここは職員を派遣しておりますが、さすが組織的に良くなろうとしますと、施設はたちまち変わっていくわけでありまして、それまで、閉じ込めと薬漬けにしていたある寮が、今から2年ほど前でございますが、鍵は一切取る、そして、部屋の

中にすべて日常的な生活環境を導入するという
ことで、植木鉢とか花や絵を飾り始めました。到底
そういうものを受け付けないと思われていた入所
者たちが、いま行ってみますと、見事にそういう
中でゆったりと生活できるようになっているとい
う、こういう現実を見せつけられました。私が改
めて感じたことは、発達障害児が示す様々な問題
点、それは外見上は確かに精神病的な色彩を思わ
しめるものはたくさんございますけれども、しか
し、具体的にそういうものを解決する時には、や
はり精神的な手法で解決するのではなくて、環
境と心理的なアプローチで解決をしていかなけれ
ばならないものだということを身をもって教えら
れました。そのことは秩父学園そのものもそうで
ありまして、何人かのチャンピオンクラスといわ
れる人たち、つまり秩父学園が開設した時からず
っと入っているような、そういう激しい問題行動
の人たち、この人たちの中には大量の抗精神薬を
服用するだけではなくて、1週に2回から3回デ
ポ剤の筋注の注射をしているような人たちがおり
ました。その人たちに対して考え方を変え、やり
方を変えることによって、現在ではもちろん注射
はもう完全に脱却いたしました、抗精神薬の内
服もほとんど軽微なものになってしまいました。
そういう現実を見た時に、発達障害児、特に問題
行動を持っている人たちに対して、私たちはいま
真剣に考えを深めなければいけない、こういうこ
とを痛感したわけでございます。

その結果といたしまして、秩父学園の養成所の
カリキュラムを全面的とまではいかなかったので
すが、大幅に変えさせていただきました。それま
で10年一日のごとく、特定の先生が来て特定の講
義をするという格好でございましたが、できるだ
け若くて、そして新しい実践活動をやっている
方々に協力をいただくということで、講師の方々
の入れ替えをさせていただきました。その結果、
やはり、おしまコロナーからは必ず毎年、数回は
秩父学園に来て講義をしていただくという願い
をせざるを得なくなりましたし、また全国で様々
な優れた活動をしている人たちを秩父学園に来て

いただいて、新しい考え方を学生さんや研修生に
伝えさせていただくという仕事をさせていただきました。

それから、秩父学園長という立場は、厚生省の
行います研究班の何らかの役割を担うのが当然の
ように行われておりましたので、その研究班に
も、一人ひとりの障害を持つ方々が人間として生
きていくために必要な援助をしていると思われる
人たちに入っていました。

今日は、そういう研究班活動の中で検討され、
まとめられられたものを中心にお話をさせていた
だこうと思っております。

3. 知的障害の規定をめぐる問題

秩父学園へ行ってもまず考えさせられたものは、
知的障害に関する用語と概念であります。今年の
9月28日付をもちまして、政府はこの用語で官報
に登載して公付いたしました。精神薄弱という名
称を知的障害に変更するという公付でありまし
て、来年4月1日からこれが実施されることにな
っております。32の法律にあります精神薄弱とい
う言葉を、一律に知的障害と変更するわけです
が、ここではまだ精神薄弱という言葉が出てくる
かもしれません。この用語の使い方についての混
乱はお許しいただきたいと思えます。

まず感じましたことは、我が国には精神遅滞、
あるいは精神薄弱の概念が法律上定められていな
いということでありまして、現在、精神障害ある
いは身体障害につきましては法律上の概念が明確に
定められておりますのに、精神薄弱もしくは知的
障害は法律上何も規定されていないということ
です。

現在、身体障害は全国に300万人、精神障害は
200万人いると言われております。その中で知的
障害はわずか41万3千人というのが政府の公式発
表であります。この数字が正しいかどうか極めて
疑問でありまして、皆さんの実際の感じ方から
も、こんなに少ないとは思えないのではないでし
ょうか。様々な書物によりまして、精神遅滞の
出現率は一番厳しいものでも1%、昔の精神薄弱

の概念を使えば3%というのが通り相場であります。我が国の人口は1億2千5百万人ですから、その1%といえは125万人になります。我が国の場合、知的障害の大人と子どもを含めても41万3千人しかいないということになっています。この数字は信頼できないと思われませんが、現実には41万3千人と認識され、その施策が営まれているわけですので、知的障害の世界というのはマイノリティであり、それゆえに一般的な理解には到達していないと言わざるを得ません。

現在、厚生省としては平成11年の法改正をめざして、知的障害の法律上の定義と入所判定基準を定めようとしております。その原案作りのための研究班も設置され、私がおの主任研究者をさせていただいております、つい先ごろ基本原案を策定いたしました。そして、厚生省にも非公式なレポートをすでに出しております、今月の末もしくは来月の初めには、厚生省に対して、これからの我が国における知的障害の定義と施設入所の判定基準の最終案を出させていただくことになっております。

4. 知的障害児施設の処遇上の問題

二番目の問題は、処遇の基本的枠組みについての疑問であります。すでにご存知のように、子どもの施設、知的障害児施設は次々と減っております。昭和52～53年までに、我が国には約350カ所の施設がありましたが、現在では280数カ所に減っております。そして、そこに入所している人の数も確実に減りつつありまして、現在、知的障害児施設に入っている人の総数は約1万5千人であります。しかし、この1万5千人の約半数は18歳以上の人々であります。したがって、児童として入所しているのは約7,500人ですが、その内、15歳以上の人々が約半分です。すなわち、本来知的障害児施設の入所対象年齢としては、14歳までが固有の機能と考えられます。ところが14歳までの人たちの占める割合は、全体の25%程度に過ぎません。

もはや全国の知的障害児施設は、入所児の数だ

けで考えれば、ほとんどその機能を果たしていないというほどになっていると言えます。しかし、それでは本当に知的障害児施設はいらなくなったのかと申しますと、決して単純に結論づけることはできないと考えられます。どういう意味かと申しますと、障害の内容や程度に関係なく、今日、家庭や地域社会で著しい不適応行動を示している子どもの数は確実に増え続けておりまして、そういう子どもたちの実態を見る限り、とりあえずは親子を切り離し、家庭の負担を軽くしてあげて、そして本人には、正しい環境と正しい援助をすることによって安定した状態をもたらし、そのうえで改めて家庭や地域社会に返してあげるべき子どもたちが非常に多くなっているからであります。それを担えるのは、おそらく長い間の歴史と、そして様々な知識・技術を蓄積している知的障害児施設が最も有力であると思うからです。そういう意味で、処遇の基本的な枠組みについて大きな問題を感じております。

ついでに申し上げますと、重度という区分と重度棟の存在については極めて懐疑的な考え方を持たざるを得ないということでもあります。重度という判定がどういう意味を持っているのか。たいてい全国どこへ行きましても重度判定はIQで定めております。そして、IQによる重度の人々を専門的に集める所が重度棟であります。もはやそういうものはほとんど意味をなさないといいように考えられました。IQ重度というものの意味は極めて乏しいということと、そして重度棟という形で重度の人たちばかりを選りすぐって集めれば、一人ひとりのマイナスな部分が強調されて、良い面はほとんど相殺されてしまうということが明らかでありまして、その典型的なものは秩父学園の実態でありました。そこで、私は重度の考え方を考えようではないかと提唱しました。IQはどんな程度であっても、処遇上様々な困難を極める人たちを対象にすべきではないか、重度の人たちばかりを集めることはやめようではないか、比較的軽い人たちや中度の人たちも含めて、ある一定のバランスの中で安定的な集団が営める

ような、そういう受け止め方をしようではないかということで、徐々にそういう方向へもってまいりました。

それから、知的障害児施設において最も問題だと思われるのは、児童福祉法第63条の2であります。重度の障害である場合、二十歳を超えても無制限に施設に在所することができるという規定があります。この規定があるために、実は知的障害児施設といわれる所は、子どもが新しく入りましても子どもとしての処遇ができないわけでありませ

す。秩父学園の例を申し上げますと、70数名入所している中で18歳未満の児童はわずか10名そこそこであります。入所者のほとんどが様々な問題を抱えた人たち、その様々な問題というのは、今から考えれば、入所したが故に起こった、施設の中で生じた問題行動というのが圧倒的に多かったわけでありまして、職員たちは朝から晩まで、そういう大人の処遇に振り回されておまして、そこに新しい子どもが入ってまいりましても、子どもに相応しい環境や、子どもに相応しい生活リズムを提供するなどということは極めて困難であります。そして、子どもたちは幸か不幸か昼間は学校へ行っておりまして、しかし、学校から帰って来ても職員たちはその子どもに目をくれるはずもなく、大人の方にすべての労力が取られてしまっていて、子どもはまるで邪魔物扱いです。知的障害児施設という子どものための施設が大人に占領されておまして、新しく子どもが入って来ても、子どもに適切な処遇ができないという、まったく矛盾した実態を知的障害児施設は続けて来たわけ

あります。その最大の原因は、この63条の2にあるわけですから。重度であれば、いつまでも施設に入れておくことができるという、このために施設は自らの性格までも食い潰してしまい、何のために施設があるのか分からなくなっています。入所者はまさに施設を存続するために入所しているという実態でした。

5. 軽度障害とグレーゾーンの問題

それから三番目には、児童全体のことを考えざるを得ませんでした。施設に入っているいないにかかわらず、今日、日本の多くの児童たちがどうなっているか、特に障害との関係でどうなっているかと申しますと、医学の進歩によって重い障害の子どもたちが救命されると同時に、今日ではグレーゾーンあるいは軽度の子どもたちが非常に増えているということでもあります。

そして、グレーゾーンや軽度の子どもたちの方がはるかに処遇が不十分でありまして、しかも、家庭や地域社会でその子どもたちは誤って理解され、あるいは間違った援助を受けてしまっているというのが実態です。

それから、今日の障害発生は男の子が圧倒的に多くて、どこの養護学校あるいは特殊学級へ行きましても、男の子の入学が圧倒的に多いということが指摘できます。また、最近では虐待や放置の子どもが非常に多くなっています。重症心身障害児施設に入所依頼が来る子どもや、あるいは知的障害児施設への入所依頼ケースでも、その何割かは虐待もしくは放任であります。こういう状況にあることを考えると、我々は施設だけのことを考えては行けないのではないか、子どもたちがおかれている環境や、あるいは子どもに対する社会的な認識、そして、特に軽度あるいはグレーゾーンの子どものたちに対して適切な処遇ができる仕組みを生み出していかなければいけないのではないか、このような気持ちになりました。

6. わが国の知的障害児処遇小史

—GHQ—三原則

前置きはそのくらいにいたしまして、いくつかの問題についてお話したいと思います。

我が国の知的障害にかかわる処遇の歴史は、ご存知のように、戦後に始まったことは間違いがありません。それまでは、篤志家とか、あるいは宗教的な背景とか、こういった方々によって支えられることはありましても、行政が障害者を支えて

8 特別講演

いくという仕組みはありませんでした。戦後、ようやくそれが始まったわけではありますが、これに強い影響を与えたのは1946年に出されたGHQ三原則でありました。この三原則というのは、まず第一が「無差別平等」の原則であります。二つ目は「国家責任の明確化」であります。何事も国家責任において行うという原則であります。三番目は「援助費の非制限」、つまり必要な援助について制限を加えてはいけないという原則であります。これは、一見すると非常にいいように見えます。事実この原則に従って戦後の枠組みが作られてまいりました。第一の無差別平等の原則があればこそ、措置という制度が生まれました。そして、どんな人も措置による平等かつ画一的な処遇を行うという考え方になりました。個別処遇ができないと批判されておりますが、まさにそこに根ざしております。無差別平等の原則の上に措置制度が構築されましたので、一人ひとりの子どもを様々な工夫を凝らしながら処遇するということは基本的にできない仕組みになっておりました。

二つ目に、すべてが国家責任の明確化という原則でございましたから、あらゆるものが国の方針、国の制度によって福祉が提供されるという状況をつくってまいりました。それは、福祉のある段階までは必要なことでありましたが、今日的にはもはやこれに対しても時代には合わなくなっていると言われる所以であります。

三つ目の援助費の非制限という原則は極めて皮肉な結果を生みました。必要なものについて費用を制限してはならないという原則でありますので、必要なものでも必要だとは言わないという行政の姿勢になってしまいました。必要であるけれどもお金がないからやれないというようなセリフは使えない。したがって、どんな必要なものでも「必要とは認めない」という姿勢に立ってしまいました。4.3対1という比率がまったく変わらないのも、必要であるかないかということを判断せずに、もっぱらそれを実現できないので必要性を認めないという形になってしまったわけであり

このように、戦後50年以上にわたって、GHQ三原則によって構築されてまいりました我が国の障害者福祉問題は、いまようやく一つの大きな曲がり角に来ております。措置制度につきましても制度疲労が著しいと言われておりますし、国が画一的に決めたサービスでは満足できないほど、いまの福祉に対する国民的要求は多様化し、高度化していると言われております。まさに地方自治体が積極的に福祉の担い手にならざるを得ないという、こういう状況になってきております。

そして、また費用の非制限という原則はいつまでたっても根源的な解決ができないために、もはやこういう枠組みを越えて新しい費用のあり方を模索せざるを得なくなりまして、介護保険の導入とか、あるいは昨今言われておりますように、応能負担から応益負担へというようなスローガンが出てきております。

いずれにいたしましても、戦後今日までを支えてまいりました大きな枠組みは、いま揺るぎはじめておりました、21世紀に向けて新しい枠組みを設定せざるを得ないというのが実態であります。

ご存知のように、障害者福祉に関しましては、国際障害者年以來、我が国は目覚ましいというか、めまぐるしい変化を遂げてまいりました。私ども日本が知的障害者の福祉に手をつけ始めたのは、実は昭和35年以降のことです。具体的には、精神薄弱者福祉法が制定されてからのことです。それまでは、児童福祉法がありましたけれども、知的障害者に関する福祉的な施策は法律上なんの根拠も持ちませんでした。しかし、昭和35年以降と申しましても、その当時、障害の重い人たちには一切関わることはできませんでした。皆さんもご存知のように、知的障害児関係で重度棟の設置が認められましたのは昭和39年のことです。したがって、戦後から昭和30年代の後半に至るまで、我が国は障害の重い人たちには一切その具体的な方法を持っていなかったということになります。我が国は、ようやく昭和35～36年から施設を造り始めておりますが、その施設はもっぱら入所施設であります。極めて皮肉なことに、

昭和35年といえは1960年でありまして、米国ではジョン・F・ケネディーが当選した年であります。ケネディーは自分の妹さんに知的障害があったということから、彼は政治的な課題の中に知的障害の問題を位置づけしまして、これを強力に進めました。その政策の基本は脱巨大施設政策であり、地域化政策でありました。デセントラリゼーション並びにリージョナリゼーションといわれる方針であります。すなわち、大きな施設、巨大施設に入所させておくことは罪悪であるという考え方で、施設は縮小されなければならないという政策です。また、施設は可能な限り地域社会の中にあるべきであるということから、必然的に施設を縮小、解体の方向にもってまいりました。やがて、この方針はデインスティチュショナルリゼーションに変わってまいります。脱施設政策と言いますか、施設否定政策に変わっていくわけです。

7. 米国の自立生活運動とノーマライゼーション

ご存知のように、1962年は重度身体障害の方々を中心に始めたIL運動の中心的な一人でありますエドワード・ロバーツがカルフォルニア大学パークレー校に入学した年であります。彼は入学をしましてから、大学自身を次々と変えただけではなく、たちまちのうちにパークレーの街を障害者のメッカと言われるほどに変えてまいります。その中心的な思想は自立の新しい概念にあったと言えます。エドワード・ロバーツたちが唱えた自立は、どんな援助を受けていても、どんな介護を受けていても差し支えなく、しかし、自らの生活を自らが決定し、その結果についても責任を持つというものであります。自己決定・自己責任という原則が自立生活における自立の概念であります。したがって、彼らはそれ故にこそ「年金をよこせ」「ヘルパーを派遣しろ」ということを社会に訴えました。この主張は、全米の多くの障害者たちから熱狂的な支持を取りつけることになります。そして、彼らは自立生活運動を展開したわ

けであります。その自立生活運動の背景には施設罪悪論がありました。エドワード・ロバーツ自身、小さい時に入所施設におりまして、そこでの生活体験は、彼をして施設は罪悪であるという結論を持たせたわけでありまして、なぜかと申しますと、起床時間から消灯時間に至るまで、すべて管理された生活を余儀なくされておりました。そこには人間らしい生活のかけらほどもなかったということでもあります。そのために施設は罪悪であるということを経験し、それを彼は言い出しました。

ケネディーの行いました施設縮小政策と、このエドワード・ロバーツが唱えました施設罪悪論とは見事に合体しまして、アメリカでは施設否定的な考え方が1960年代の終わりには確実に定着しておりました。そういう状況の中へ、北欧からのノーマライゼーションの思想がアメリカに上陸するわけであります。たちまちのうちに、アメリカにおけるノーマライゼーションは施設否定の思想として大きく成長していきます。そして、ノーマライゼーションと言えば、施設を否定する思想として今日に至っているわけでありまして。しかし、北欧諸国で台頭いたしましたノーマライゼーションの初期概念というのは、決して施設を否定的に捉えてはおりませんでした。施設は必要なもの、しかしながら、それは正常化されなければならない、人間が人間らしく生活できる施設でなければならないという意味でのノーマライゼーションでありました。アメリカに行ってからこの思想は施設否定的な考え方として大きく発展し、これがやがて北欧諸国にも逆輸入され、今日ではデンマークやスウェーデンにおきましても、ノーマライゼーションといえは施設否定的な思想として受け止められております。

8. わが国の状況

我が国にノーマライゼーションが入ってまいりましたのは、1970年代の後半であります。それは、アメリカからのノーマライゼーションでありました。すなわち、施設否定の色彩の極めて強い思想として、我が国はこれを受け入れたわけであ

ります。我が国では、このノーマライゼーションを国民がこぞって歓迎しております。どんな人たちに聞きましても、どんな会合に出ましても、ノーマライゼーションの理念を高らかに賞賛し、それに向かつての努力を展開するということを表明しております。ところが、我が国は大人の施設を中心といたしまして、入所施設を造り続けているという状況にあります。我が国は毎年、知的障害者更生施設を2000名分ずつ増やしているわけでありまして、そして、障害者プランにも謳われておりますように、平成14年までにプラス1万床、合計9万5千床から10万床の知的障害者更生施設整備というプランになっております。施設否定の思想であるノーマライゼーションを大歓迎しながら、一方では入所施設を造り続けるという特異な現象にある国であります。

しからば、我が国はノーマライゼーションを誤って理解しているのかどうか。あるいは、建前と本音を使い分けているのかどうか、これらについては議論のあるところですが、私の考えるところ、あるいは秩父学園におりまして、研究班の人たちといろいろ議論した限りでは決してそのように結論づけることは困難だろうということでした。

理由の第一は、先程言いましたように、我が国が知的障害の人々に対して施策を展開しはじめたのは昭和35年以降であります。そして、ケネディーの方針に触発されて、施設づくりが加率的に進んだわけですが、それまではまったく何もありませんでした。まず造らなければいけなかったのは入所施設でありました。入所施設を一生懸命造らざるを得ない状況にあったということではありますが、それは欧米に比べれば半世紀以上のずれをもっていたということになります。

次に、我が国はご存知のように、伝統的に家族扶養の国であります。どんな問題が起こりましても、家族の力によってそれを支えていくというのが当たり前という考え方を長い間培ってまいりました。家族制度、あるいは家族扶養といわれるものでありまして、これは東洋諸国の美德とさえ言われているものであります。どんな問題が起こっ

ても親子兄弟が助け合って生きていかなければならないという、そういう社会規範の中で生活を営んできた国であります。それであればこそ、ご存知のように、民法877条には扶養の義務が明記されております。「直系血族並びに兄弟姉妹は互いに扶養の義務を負う」と書いてあります。つまり「どんなことがあっても親子兄弟は互いに助け合って生きていけ」というのが国民的義務とされているわけでありまして。しかし今日、我が国の多くの人々でこの民法877条を善く行い得る家庭がどれだけあるかと申しますとほとんど乏しいと言わざるを得ません。

障害があるかないかは関係なく、どんな場合でも家族の力によって親子兄弟が助け合って生きていけるという家庭はほとんどありません。つまり、いま我が国の状態は家族扶養の実態が崩れまして、民法877条は形骸化してしまっているわけでありまして。これから我が国の課題は社会的扶養システムの確立であります。ところが、それは確立しておりませんし、国民的な課題意識にもなっておりません。何故ならば、北欧諸国と違いまして、我が国は税に対する考え方が根本的に違います。歴史的に我が国は「税金というものはとられるもの」と認識してまいりました。私を含めて税金はとられるものという認識であります。北欧諸国に行ってみますと、国民は口を揃えて、「税金は重たいけれども生活を豊かにするものである」と、こう言っております。税に対する考え方が根本的に違う我が国では、社会的扶養システムを確立するために大変努力をしなければなりませんし、紆余曲折が予想されるところであります。当分の間、この社会的扶養システムの確立は目途が立たないと思われまして。

障害を持っている人たち、特に障害が重い人たちについて、かつて親たちは、「この子は長生きできず、10代半ばぐらいには死ぬだろうから、それまで大事にしてあげなさい」と言われ、一生懸命ケアしてまいりました。ところが、我が国はご存知のように世界一の長寿の国でして、国民的に寿命が伸びるとともに、障害を持っている方々も

寿命がかなり伸びてまいりました。例えば、ダウン症でも、今から30年前でしたら、二十歳を越えますと間もなく死期を迎えるというのが当たり前でありましたが、今では、ダウンの方々でも50歳、60歳は決して珍しくありません。そのように、長命になってきた今、親たちは大きな不安を感じはじめています。親が亡くなった後、この子は誰が責任を持って世話をしてくれるか、誰が後ろ盾になってくれるのかという不安と悩みです。他の兄弟に頼むことは不可能ですし、また、自分たちが死んでも社会は決して見捨てはしないというほど安心できる状況にはありません。そのため親たちは、我が子の将来を思えばこそ、問題だらけで不満はありますが、法律で固く守られた入所施設に我が子の将来を託すしかないという気持ちから、入所施設に対する要望が強くなるわけです。

こういう背景をみますと、いま入所施設を造り続けているという状況について、ノーマライゼーションの思想に反するとか、あるいは、建前と本音を使い分けていると片づけるわけにはありません。親や家族が社会を信頼できて、この人たちは支えられるのだと思えるような社会的仕組みをつくらない限り、入所施設の需要は永久に続くであろうと思われま。

私たちは、この親たちの気持ちにだけ応じているわけではありません。入所施設も造っておりますけれども、それ以上の勢いで、通所施設やグループホームや、あるいは様々の地域社会で利用できるものを懸命に生み出そうとしております。その数は入所施設の増え方よりもはるかに大きいものがあります。したがって、我が国は決して施設だけを造り続けているわけではありません。地域で、この人たちが生きていけるための社会資源を懸命に生み出しているということも忘れてはならない事実だと思います。

9. わが国の知的障害児への対応

現在我が国では、よほど特殊な環境や特殊な事情にあるところでない限り、障害が見つけられ、

社会的に認識されるのは大半が6歳前後までであります。つまり幼児期に、児童相談所は障害についてほとんど把握できるようになっております。保健所、医療機関、教育機関などが、お互いに連携するようになってから、障害は比較的早く把握されるようになりました。一方、親たちはそういう子どもであることを認識した時、昔のようにすぐ入所施設に入れてほしいとか、あるいはやたらに感情的になって、うろたえたりということは比較的少なくなりました。児童相談所や学校の先生や、あるいは様々な医療機関の支えを受けながら、この子どもについてどうしたらいいかを冷静に考える親が増えてきています。その具体的な処遇も、できるだけ在宅や地域で受け止めていくという方向で展開されておまして、その中心的な役割を担っているのは、幼児通園施設であります。いま障害関係施設において、最も真剣に、最も燃えて仕事しているところは、おそらく幼児通園施設だと思われま。ただ、幼児の問題について感じることは、あまりにも選択肢が多く、しかも、その内容が利用者である親にはなかなか分かりにくいという点です。幼稚園でも保育園でも、障害児を受け止めてくれます。それは喜ばしいことではありますけれども、受け止めてくれるということと、いいサービスが保証されるということとは別でありまして、どのようなところを、どのように選んでいったらよいか分からない場合がしばしばありますので、なお混乱はしております。しかし、最も中核的な役割を果たしておりますのは、それぞれの地方自治体単位、あるいはその地域ごとにつくられております幼児通園施設だということは間違いがありません。その幼児通園施設では、親たちに対する支えも同時に担っているというのが実態であります。おそらく全国どこへ行ってもそうであろうと思われま。

先程申し上げましたように、学校教育が大きく影響して、昭和54年以後、知的障害児施設への入所が激減しました。そして現在では、子どもが療育される場、あるいは療育の場として期待できるのはどこかと申しますと、幼児通園施設と学校で

あります。ところが残念ながら、幼児通園施設と学校との間には、地域によってかなり大きなギャップがあります。幼児通園施設側から言わせると、学校へ行ってからあらためて子どもたちが混乱しているというような、こういうケースも珍しくありませんし、学校の方は学校の方で、先生方が大変苦労しながら子どもを受け止めていこうとしてくれておりますけれども、幼児通園施設の考え方ややり方と学校の仕組みや、あるいはスケジュールとは必ずしも合致いたしませんので、そこに不協和音が起こって、親たちからいろいろな不満や問題指摘が起こっているというのが実態です。

そういう中で、最近では特に、障害の軽いケース、あるいはグレーゾーンの人たちが非常に戸惑いとか、具体的な対応策に欠けるための悩みが大きくなっているという実態にあります。

10. 知的障害の新しい定義

さて今日では、知的障害に対する考え方が大きく変わってきたことを認識しなければなりません。特に、1992年にアメリカ精神遅滞学会が発表した「精神遅滞の定義・分類並びに支援システム」という書物にみられる新しい考え方は、今日世界中に広がりつつありまして、アメリカでは毎年、このための研修会や講習会が開かれているといわれております。ところが我が国の場合には、1992年のこのアメリカ精神遅滞学会の新しい定義とその分類がほとんど一般には紹介されておられません。これは、日本の訳本が出ていないということに大きな理由があるわけですが、慶応大学の富安先生を中心として訳出作業はほとんど終わっているそうですが、最後の出版にこぎ着けることができずにお蔵入りしているということです。この1992年のアメリカ精神遅滞学会の思想はこれからの考え方の基準になるものではないかと思えます。

この精神遅滞の定義も、従来通り三つの枠組みで決まることになっております。「発達期」そして「知的機能の水準」、おおよそIQ75以下、従

来は70以下と言っておりましたが、今回は70～75以下としております。そして、三日の条件は「適応技能」であります。従来は適応行動としておりました。すなわち、従来の精神遅滞の定義は、満17歳までの間に、IQがおおよそ70以下で、それに適応行動に障害があればその人を精神遅滞と診断するというものでありましたが、今回の定義は、17歳までの時点でIQがおおよそ75以下で、そして適応技能の10領域のうち2つ以上の領域で障害がある場合であります。適応技能とは、誰もが社会生活を営むうえで基本的に必要とする生活上の技能でありまして、これを10の領域として定めたわけでありまして、障害の有無に関係なく、社会の中で生きていくうえで基本的に必要となる生活上の技能の10領域のうち、二つ以上の領域で障害がある場合に、それを精神遅滞と診断するというわけでありまして。

10領域の内容は次のようなものになります。

- ① communication コミュニケーション
記号的行動（話し言葉、書き言葉、身振り、手話など）または非記号的行動（表情、動作、ジェスチャーなど）を通して情報を理解したり表現する技能。
- ② self-care 身辺処理
トイレ、食事、着脱衣、衛生、身だしなみの技能。
- ③ home living 家庭生活
衣類の整理、ハウスキーピング、財産管理、食事の支度や調理、買い物計画性や予算を立てる技能。
- ④ social skills 社会的技能
他者と社会的なやりとりをする技能。
- ⑤ community use 地域社会の利用
社会資源を適切に利用する技能：地域の病院や店の利用、教会に行くこと、交通機関や公共施設（学校、図書館、公園など）の利用、観劇、文化施設の利用。
- ⑥ self-direction 自己指南性
自己選択の技能：スケジュールに従って行動すること、状態・状況・個人的趣味などに応じて

行動すること、義務を履行すること、必要な援助を求めること、身近な問題や新しい問題を解決すること、自分の権利を主張し、あるいは擁護すること。

⑦ health and safety 健康と安全

健康管理の技能：食事、病気の感知・対処・予防、基本的な応急処置、性の認識、健康の維持、定期的健康診断（歯科を含む）を受けること。

安全への配慮の技能：法律・規則の遵守、シートベルトの着用、道路の横断、必要な援助を求めること。

その他の技能：犯罪から身を守ること、地域で適切な行動をとること。

⑧ functional academics 実用的学業

学校での学習技能：読むこと、書くこと、計算すること、科学・地理・社会の学習。

（学業成績が問題なのではなく、自立生活に必要な実用的技能の修得が重要）

⑨ leisure 余暇

自分の意志でレジャーや娯楽を考える技能。

⑩ work 仕事

パートタイムないしはフルタイムで働ける技能：特別な技術があるか、適切な社会的行動が取れるか、関連する技術があるか（業務の遂行、スケジュールの認識、援助を求め技術を向上させようとする能力、金銭管理、通勤や仕事の準備、仕事上の自己管理、仲間との対人関係）。

そして、次の問題は極めて示唆的であります。従来私たちはIQの程度によって分類をしてまいりました。すなわち軽度、中度、重度、最重度といった分類であります。IQが70～50を軽度、50～35を中度、35～20を重度、20以下を最重度と、こう規定してまいりました。ところが、アメリカ精神遅滞学会に言わせると、これらの事柄は何の意味もなかったということでもあります。このようなものを測定しても、本人にとって必要なものは何も提供することができなかった、したがって、このような分類は全面的に廃棄する、という

わけで、今回廃棄されております。その代わり、支援の程度による分類を定めました。「必要に応じて支援すればよい程度」「一定の期間は支援が必要な程度」「一定の条件のもとでは継続的に支援が必要な程度」、そして「いかなる状況のもとでも継続的に支援が必要な程度」という四つの分類であります。

何故こういう分類を採用するに至ったかという説明を読んで改めて考えさせられます。従来、私たちは一人の子どもを前にして、この子はどこが障害されているか、どの程度劣っているかを科学的に明らかにしようとしてきたが、そこから、その子にとって大切なものを導き出すことはできなかった。どの程度劣っているか、どこが劣っているか、それをいくら明らかにしても、その子にとって意味のある処遇を導き出すことはできなかったということです。最も大切なことは、いまこの子は何を必要としているか、これを科学的に明らかにすることであるということです。それは、IQを測っても出てくるものではないという考えであります。そして、その場合に必要となるのが、先の10領域の適応技能であります。コミュニケーションにおいて援助を必要とするのか、家庭生活において援助を必要とするのか、あるいは地域社会の利用において援助を必要とするのか、そういうニーズを明らかにし、そして我々は援助を明らかにしなければならないというわけでありませう。

今日、知的障害に対する考え方はこのように大きく変わろうとしておりまして、私たちはいま、基本的な姿勢の転換を迫られていると思います。ともすれば、私たちは「この症状を克服させよう」「この点が問題なのでこれをなんとか変えさせよう」という気持ちが働きまして、子どもに盛んに介入いたしました、基本的にそういう姿勢を捨てなければならないと思います。それよりも大切なことは、国際障害分類が謳っておりますように、メディカル・モデルに拘泥してはならないということでもあります。一番大切なことは、ソーシャル・モデルとして捉らえなければなりません。

ん。つまり、この子はどこが障害されているか、どの程度劣っているかという視点よりも、もっと大切なことは、ソーシャル・モデルとしての視点、すなわち障害そのものは本人の特徴だとか機能障害という捉え方ではなくて、その人がうまく生活できていないのは社会や環境の方に問題があるからだと考える思想であります。もちろん、国際障害分類の思想は、その両方が必要だと言っているわけですが、特に、アメリカ精神遅滞学会は知的障害に関して基本的に必要なのは、その人のニーズを明らかにして援助を提供することだと言っているわけです。それは、私たちにとってなかなか当初は受け入れ難い考え方です。もちろん、子どもの時代には本人が変わらなければならない課題があることは確かです。発達課題もあり、治療的な課題もあるからです。しかしそれでも、障害がどの程度であるか、どの程度劣っているかという考え方ではなくて、本人は何を必要としているかという視点から支援することによって、実は発達課題や治療的課題の多くが解決されているということは無視できません。このことと関連して、先程の学習障害のところでも田中先生もおっしゃっていた問題ですが、IEP(individualized education program)といわれるものが極めて重要であります。学校教育においては、IEP、あるいは、その前においてはIFSP(individualized family service program)と言われるもの、学校を卒業する段階になりますと、ITP(individualized transition program)と言われるもの、これらが極めて重要だということでもあります。これらは、一つ一つ何が必要か、何を提供するか、ということに終始した考え方です。

同じように、学校教育以外の福祉サービスではIPP(individualized program plan)と言われるもの、あるいはISP(individualized service plan)、IHP(individualized habilitation program)、こういったものが作られるようになってまいりました。本人に対して努力をさせるということではなくて、私たちが本人のニーズを察知し、そのニーズに対してどうやって応えていくか、こういう考

え方のもとに様々な問題を解決していこうという姿勢であります。

こういった事柄を考えてみますと、私たちはいま、制度的にも大きな変革期にありますし、知的障害に対するものの見方、それはことによれば人間観の転換を求める見方でもあります。障害を持っている人を、障害があるという理由によって、訓練をしたり、あるいは指導をしたりするという考え方を捨てなければならないということになります。

11. 保護・指導・訓練への問いかけ

そういう観点から、今日では、知的障害者更生施設のあり方が厳しく問われるようになりました。知的障害者更生施設は、精神薄弱者福祉法の第21条に明記されております。「精神薄弱者更生施設は、満18歳以上の精神薄弱者を入所させて、これを保護するとともに、更生に必要な指導並びに訓練を行う施設とする」と書いてあります。この条文が、様々に解釈されまして、施設によっては訓練が目的であると強調する施設もありますし、有期限の施設だから、適当な時で出てもらうという施設もあるわけですが、今日世界的な認識から見ますと、この更生施設に関する条文は基本的に誤っていると言わざるを得ません。なぜかと申しますと、まず、保護するとともにという点に大きな批判が向けられております。保護主義は誤りであるというのが、国際障害者年以來、一貫した国際的認識であります。保護をしてはならない。保護しなければならないというのは、何らかの誤ったものから保護することを意味します。誤ったものを放置しておいて、障害者だけを保護することは、隔離主義につながるという思想であります。「社会から保護しなければいけないのなら、まず社会を正せ」、これが国際障害者年以來、一貫した思想であります。それが我が国の条文では、「保護するとともに」と書いてあるのですが、この保護主義はもはや時代おくれたと言われるゆえんであります。

それからまた、更生に必要な指導並びに訓練を

行う施設だといっておりますが、更生とは何かということは別問題として、更生がどの程度、成し遂げられたかを考えた時に、どの施設へ行きましたも、年間1%以下であります。すなわち、地域社会に出れるようになった人たちは、年間1%以下であります。そういったしますと100人の入所定数の更生施設で、100人目の人が退所できるのは100年後ということになります。100年間、毎日毎日職員から指導・学習・訓練としてガンバレ・ガンバレを言い続けられて、生活をしなければならぬ人生というのは、人間らしい生活と言えるのか、これは、まったく昔の隔離施設と同じではないのか、更生できるならば、それが本当に実現できるような高度な療育技能を持っていないといけないし、しかも、それは今日、国際リハビリテーション協会が強く言っておりますように、有期限でなければなりません。ただ徒にリハビリテーションを続けることは残酷であるというわけです。一定の期間、効果があるものを実施する以外には許されないという考え方が強くなってきております。

その点については、北九州市の療育センターにおられた高松鶴吉先生もおっしゃいます。「我々はかつて脳性マヒの子どもたちに歩けるようになるためにという理由で辛い訓練を強制し、本当にいやな手術まで行ってきた。その子どもたちがいま30、40を迎えながら、ほとんどが歩けるようになっていない。彼らから我々は厳しいまなざしで睨め付けられている」と。「自分の青春を返せ」「始めっから歩けないことは分かっていたのではないか」「それならば、なぜ歩けないという前提の下で援助してくれなかったのか」……。このように彼らは言っているのです。したがって、訓練・学習・指導という問題は責任を伴っていないといけないし、効果が無いものをしてはならない。1年以上やって効果が無ければ、やめなければいけない。こういう厳しい考え方が求められているわけでありませぬ。

12. 障害児の地域生活とソーシャルワーカー

私たち研究班の初年度は、子どもに限定して、いろいろ検討しました。いま児童に対しては、どのような支援が必要なのかということでもあります。児童は基本的に家庭や地域社会で生活することが原則であり、また多くの子どもはそうなっています。したがって、その療育の場は明らかに幼児通園施設と学校ということになります。そして、私たちは幼児通園施設と学校との連携が大切であるとともに、子どもを取り巻く様々な社会資源のネットワークを、どのようにつくるかということが大きな課題になります。

そのためには、先程来この学習障害の講義でも言われましたように、一人ひとりの子どもに、ソーシャルワーカーが必要だと考えます。子ども自身の代弁者になってくれる人、その子どもの立場をちゃんと守ってくれる人、この存在が絶対に必要です。そして、そのソーシャルワーカーの様々な働きかけによって、多くの専門家がネットワークをつくる、こういう体制をつくっていかねばいけません。ところが、我が国は、ソーシャルワークに対する認識が非常に低い国であります。現実にソーシャルワーカーとして位置づけられている人たちが正しく認識され、正しく処遇されているとは限りりません。欧米諸国はもちろん、東南アジアの国々と比較しても、ソーシャルワーカーが、これほど低い認識におかれているのは日本だけだと思います。

障害者プランは一般的に高い評価が得られておりますが、あの障害者プランで、もし欠点があるとすれば、ソーシャルワークの重要性とソーシャルワーカーの育成について何にも書いていないことでもあります。

ただ1行、『精神科ソーシャルワーカーの資格化を図る』と書かれているだけです。これは重大なことでもあります。一人のクライアントが、よりどころになる人がなくて、専門家ばかりがたくさんいても、あるいは専門施設がたくさんあっても、それは、あまり有効ではありません。その人

の立場に立って様々な資源や、あるいは専門家を有効に活用してくれる人が必要であります。そういう意味で、ソーシャルワーカー、ソーシャルワークというものの重要性を、是非認識すべきだと思います。

もう一つは、手前みそになるかもしれませんが、子どもであっても、入所施設はむしろますます必要になると思います。この場合の入所施設は、都道府県単位、もしくは政令都市単位で一定の割合で造らせる必要があるのではないかと思います。今のように、社会福祉法人の自由な選択によって各地にできている知的障害児施設は、経営難の故にバタバタと倒れそうになっております。北海道にもたくさんありますけれども、今のところ、北海道の東部とか中央部や南部でどこがどのように担うかというような行政的な整理はなされておられません。経営ができなくなったところは潰れていくという状況にありますので、何とか行政の指導によって子どもの入所施設を健全に運営できるような仕組みを創らなければ、近い将来困ることになると思います。

とにかく家庭から切り離してあげなければ、親子共々倒れてしまうというケースが確実に増えているからであります。そういうためにも、入所施設のあり方、子どもの施設のあり方は、考えなければなりません。

次に、その子どものための入所施設ではどういうものが必要かということではありますが、私たちとしては、三つの種類の施設が必要だと思います。

13. 必要な障害児施設の類型

知的障害や自閉症の人たちが受け止められるような施設を第1群。これを発達支援施設群と呼んでおります。

第2群は、数は少ないのですけれども、視力や聴力に問題のある感覚障害の子どもたちの施設、これは独特の専門性や問題点を持っておりまして感覚障害施設群と呼んでいます。三つ目のグループは、医療を必要とする子どもたちの施設であり

まして、重症児施設や肢体不自由児施設が該当します。これを医療施設群と呼んでおります。

将来的には、こういう子どもたちの入所施設が、整備されるべきではなからうか、というふうを考えているわけでありまして。しかし、大人の問題については、まだ、さらに深刻な問題がたくさんあります。今日、知的障害者更生施設や、あるいは知的障害者授産施設の入所型の施設で、年齢のある時期から急激な機能低下や合併症を呈して医学的な管理を要するようになる人たちが増えつつあります。こういう人たちが社会がどうやって支えていくのか、このシステムがまだでき上がっておりません。従来はこういう子どもたちが重症児施設や肢体不自由児施設に、部分的には頼っていたものですが、現在の全国的な趨勢から見ますと、そんなものでは到底対処しきれないほど増えております。

一方では、今日の医療改革の中で、医療機関で受け止められていた障害を持つ方々が、にわかにはじき出されつつあります。例えば身体障害者療護施設には、ALSの人たちが多数押し付けられそうになっておりますし、また、その他の難病とか重症心身障害の人たちが少なからず入所しているのが現実です。そういう点を考えますと、成人に対する支援のあり方は、もう一度仕切り直しをせざるを得ないと考えております。

おわりに

話があっちこっち飛んで分かりにくかったと思います。私どもの研究班活動の中から柱になりそうところをピックアップしてお話ししましたが、時間の関係で早口になってしまいました。5年間留守をいたしておりましたが、秩父学園に在る間に多くの人たちとの交流がたくさん得ることができました。そして、秩父学園に行ってから、あらためて私は北海道にずいぶんお世話になりました。北海道の施設を多くの人が見学するようになりましたし、また北海道の方々によって、いろいろなところで指導をお願いしたりいたしておりました。いま、再び北海道へ戻ってきて、皆

さんと一緒に、皆さんの邪魔をしないように、努力をしないと思っておりますが、こういう形になったこと、本当に嬉しく思っております。どうかこれからもよろしく願いいたします。これで失礼致します。(拍手)

座長：長 和彦

岡田先生、どうもありがとうございました。

どうでしょう。時間は時間なんでございますけれども、こういう折角の機会でございますし、いま日本の歴史の中で、これからどういうふうに、我々が向かっていかなければいけないかという辺のところ、非常に示唆に富んだお話を伺いましたと思います。

いま、先生がお話し下さったのを聞いておまして、やはり、いかにこれから社会的な支援システムをつくっていくのか、その基本的なベースとして、子どもたちのそれぞれのニーズを、どう知って、それにどう支援していけるのかというところが、一つのキーワードなのかなというふうに思いましたけれども、その辺のところはまた我々の宿題として、日々のそれぞれのアクティビティーを高めていくということで、今日のこの特別講演はこれで終わりにさせていただきたいと思いません。

確か、このあと懇親会が盛大に行われる予定でございますので、どうぞ、先生を捕まえて、大いに議論をふっかけていただけると、きっと岡田先生も、「ああ北海道に帰ってきた」という実感が湧いて、本当によろしいのではないかというふうに思いますので、どうぞよろしく願いしたいと思いません。

そういうことで、ちょうど時間になりましたので、この特別講演はこれで閉じさせていただきたいと思いません。最後に、先生にもう一度暖かい拍手をお願いいたします。(拍手)

注：用語の改訂に伴い、編集部で知的障害と使用した方がよいと考えられる部分については知的障害に変えさせていただきました。

— 講座 I —

学習障害児に対する多職種 合同ミーティングの公開

市立札幌病院静療院・児童部 田 中 哲
 平岸中学校のぞみ分校 小 泉 雅 彦
 北海道YMCA 二 宮 信 一
 ケースの両親 堀野賢治・堀野千晶

1. 多職種合同ミーティングの公開にあたって

(1) 多職種ミーティングの意義について

本分科会は、演者らが定期的に行っている多職種合同ミーティングそのものを一般に公開する試みである。当日は定例メンバーとして医療から田中、教育から小泉、民間機関から二宮に加えて本ケースの両親が参加した。なお当日は学級担任の参加が得られなかったが、前担任・現担任および学校管理職はこれまでの会合には常に同席し、学校生活からの貴重な情報を提供してくれていた（今回も直前の会合で学校生活上の課題が提示されており、それを出発点にして話し合いが行われた）。また、定例メンバーに教育相談室指導主事も加わっている。

本稿では、当日のミーティングの内容を逐語的に再現するのではなく、むしろ当日には十分に触れられなかった、ミーティング成立の契機や意義について、執筆を分担しつつ触れることにした。

現在のようにLD児が制度的に特別な配慮を受けられないままに、普通学級に在籍している状況では、活用し得る資源をフルに活用しつつ、なお

かつ療育の全体が不調和に陥らない配慮を重ねる必要がある。それを誰の主導権のもとに遂行すべきかは、おそらく今後の課題になっていくだろうが、われわれの課題は、当面の援助を必要としている子どもたちの援助をも視野に入れなくてはならない。われわれの関心はこの調和のあり方に払われる。

つまり、LDが教育的な診断概念である以上、援助の軸はあくまでも子どもの発達の視点を重視した教育的なフィールドに展開するものでなくてはならない。しかし、その際の『教育』を学校教育に限定した狭い視野で捕らえるのではなく、学校教育を中心に家庭教育や援用し得る社会資源をも含めた広い裾野を持ったものとしてイメージする必要がある。LDという現象自体がそのことを要求していると考えるのである。これがわれわれの第一の出発点である。

教育的な診断という立場を取るということは、これまでの障害児療育が依拠していた医学的診断／治療モデルとはいくぶん距離をおくことを意味している（筆者個人としてはLD療育においては、医療は脇役に徹するべきであると考えている）。診断作業の目的は問題の類型化ではなく、できる限り広汎な情報収集と子どもの問題の全体

像の把握である。このためには子どもに注がれる視点は、情報が混乱しない程度に多い方がよいはずである。全体像が把握できれば、それぞれの専門領域での療育課題は自ずと明らかになるはずである。これがわれわれの第二の出発点である。

つまり、子どもに対する教育、あるいは教育環境の整備は、かかわりをもち得る専門家たちの共同作業であるという認識に立っている。そして、この共同作業の形を探る試みの一つが、一連の合同ミーティングなのだと思っただきたい。

(2) 子どもに対する評価会議への親の参加

このミーティングのもうひとつの特徴は、各専門職と同等の立場でケースの親が参加していることであろう。これは両親それぞれが、子どもへの教育に関しては独自の情報と役割を持っていると考えるからである。

これまで親たちは、本来は療育の最終的な主体でありながら、療育内容を検討する際に発言する機会が与えられることが少なすぎた。このことが学校教育と家庭教育の有機的関連をむずかしくし、長期にわたる療育全体の一貫性を損なっている可能性は大きいといわなくてはならない。そして、これらの点こそ、LD児たちの療育をデザインするうえで、細心の注意を払わなければならない点であると考えるのである。したがって親の主体的な参加は不可欠であると言ってもさしつかえない。

(3) ミーティング公開の意味について

さて、本来は非常に個人的な性格の強いこうした会合を、専門職の研究会とはいえ一般に公開したことの意味について触れておきたい。

われわれが関与できる事例には、人的・時間的な限界があることも認識している。この意味では、この事例はテストケースにすぎないという言い方も可能である。たしかにわれわれがこうしたケースの対応のあり方の基本を学ばせてもらった部分も少なくない。しかし、一連のミーティングを通じて、参加者の思いの内であったことは、われわれ自身の子どもに対するまなざしが成熟して

くることを感じる喜びであったということが出来るし、この意味でわれわれは、このミーティングを通じて彼をより深く愛することが可能になったとってよいのではないかと考えている。

われわれが公開の場で共有したかったのは、このまなざしが交わる感覚である。われわれはこの方法を唯一だとも優れているとも考えていないし、これ以外の方法ももちろん考えられる。しかし、明瞭な方向性を持ったこうしたやり方でここまでできることを提示して、次のステップの踏み台にすることが、われわれの務めであると考えたのである。

なお、今回の公開ならびにこの報告は、本来は本児に対する教育的かかわりの主役である学校担任の参加が実現しなかった点で、十分なものとはいえないが、これまでの経過では、こうしたことはむしろ例外的な事態であったことを申し添えた。また、われわれのミーティングの意図を余すところなく理解し、今回の公開に際しても積極的という以上の協力をされたご両親には、心からの敬意を表したい。

(田中)

2. LD (学習障害) 児指導のための ミーティング・チームへの参画

～民間団体としてのYMCAがサポートする意味～

YMCAは、民間の青少年教育団体として古くから野外活動やグループワークなどを通して、公教育の補完的な役割を担ったり、先駆的な存在として活動してきた。

95年7月より始まった北海道YMCAのLD児クラスには現在約100名の子ども達通っている。それはまさに公教育の補完、先駆的な存在としての役割であり、その意味と価値が100名という子ども達を通過しているといえる。

YMCAではLDクラス開始当初より他の関係機関との連携を重視し、可能な限りそれらの関係

機関との情報交換を持ちながら行うようにしてきた。それは、多くの保護者が子育てや教育の問題で相談機関に行くが、その情報が断片となっていて、連携を図れないままになっていることが多かったことや、YMCAという民間の一団体が、その子どもを抱え込んでしまっても逆に何もできないことが明らかであったためである。

そのため、YMCAでは、保護者に対して過去の相談歴を確認し、専門機関での相談、診察等を受けていない場合は、YMCA入会前に教育相談、発達相談などを受けていただくように勧めることとしている。これは、「公の機関によりLDのスクリーニングを行うこと」「その子どもにとって教育環境としてYMCAが適しているかどうか相談してもらうこと、また、その選択を保護者が行うこと」「保護者や学級担任のみがその子の課題を抱え込んでしまわないように、広く連携の中に子どもを位置づけ、対応の幅が広がるようにすること、また指導上、連携が図れるようその環境を整える必要性を保護者が意識すること」などが理由であった。

子どもの生活の実際を考えると、家庭と学校が中心で、そこで子どもの育ちや学習が問題となっているのであるから、本人自身大変生活しづらい環境の中にいるといえる。しかし、YMCAに来る子どもにとってYMCAは、週1回または月一回通うだけの所ではあるが、そのような日常から離れた一種の「非日常の場」であり、自由さと寛容さのある世界として受け止めている。子どもが抱える課題に直接取り組んでも、楽しい活動の中に織り込まれるため（時には抵抗はあるが）応えようとするし、得意なことに取り組むことによって「自分」が認められる場を作り、日常とは違った環境の中で、全く違った自分自身が現れてくる。そこに、子ども自身、自分自身の新しい発見をする。YMCAのクラスはこの非日常の経験を家庭や学校などの日常で生かすことをめざした指導なのである。

このような考え方を前提にして、ミーティング・チームに参加することは、YMCAでの指導

上、大きな意味をもたらすこととなる。YMCAのカリキュラムの考え方は、子どもの課題に即してであり、それが明確であれば、それに対応するカリキュラムを作成することになる。YMCAでは見えない家庭での様子や学校での課題がわかることで、子どもの課題設定が明確で、より具体的な形で設定ができることとなる。そして、ミーティングでの課題の共有と、それぞれの役割の分担が子どもの成長と課題解決への手助けになることは明らかである。例えば、学校での課題を先取りする形で経験させたり、練習したりすることができる。家庭での問題を設定して、保護者に協力をお願いすることができる。YMCAはこのような様々な試みが可能な環境であるといえる。LD児指導を有効なものとするには、このようなキャッチボールが、生活の現場とLD児指導の現場とに必要なのである。民間のYMCAにできることには限界がある。実際の家庭や学校での生活・学習に生きてこなければ意味がない。しかし、逆にYMCAだからこそ家庭や学校での課題に取組み、生活の現場に戻していくことができるのである。

そこに残されている課題は、指導者のミーティング・チームの機能をより一層高めていくための力量であろう。

(二宮)

3. 本ケースの概要と展望

現在小学5年生の男児。発達してきたエピソードは後の母親の文章に見られるとおりだが、学級場面への適応の微妙なずれに問題を感じた両親とともに静療院を受診した。担当医の学校場面の視察などを経て、第一回の相談会が招集され、それ以降ほぼ学期ごとに一度程度の頻度で公開までにすでに4回のミーティングが重ねられてきた。これまでのミーティングで明らかになった子どもの姿は次のようなものである。

・周りの様子にとらわれて興味が移ってしまう。

- ・集団の中でうまく自分のとるべき行動を見つけられない。
- ・言葉をアイテムとして使えずに、一方的な会話になってしまう。
- ・トイレや水飲み場を避難場所や緩衝的役割の場として使っている。
- ・新しいものに対する不安があり、本やビデオなど同じものを見てしまう。
- ・思うようにいかないと乱暴なかかわりや衝動的な行動に出る。

このような子どもに対する教育的な評価として次のような把握が可能になってきた。

- ①相手の行動を指摘できるが、自分の行動の良否の判断が難しい。つまり、自分を見つめるモニターが育っていない。
- ②他児との関係でうまく自己主張ができず、自分の意見を引っ込めてしまうことが多い。集団の世界と自分の世界の調和がとれず、自信を失っていると考えられる。
- ③对人的な関わり方が表面的で（マニュアル的に）パターン化しているため、応用が難しい。予想外の事態に対応できない。
- ④細かな指示や声かけがないと、課題遂行のための見通しがもてない。
- ⑤空間的なものを平面的にとらえてしまう傾向がある。

こうした評価に基いた教育として、次のような課題を設定し、家庭・学校・YMCAのそれぞれでさらに具体的に方策を検討することになる。そして、具体的な方策から得られた結果は、次のミーティングに還元される。

- a. 受動的立場からリーダー等を経験することで、物事に自分で見通しをつけていく戦略を育てていく。
- b. 認知特性を把握しそれに応じた学習面の支援を考える。
- c. 得意と感ずる分野を発掘し、そのことが評価される場面を増やしていく。 (小泉・田中)

4. ミーティングに参加した両親の感想

<人として>

木へんに尊いと書き「樽」、魚へんに尊いと書き「鱒」と読む。古代中国から学ぶ漢字の意味には、生活に係わる居・食・住などへの大切さかその字からうかがえる。

中国と国境を挟むモンゴルをご存じの方は多いだろうが、このモンゴルの国旗には、世界でも珍しく魚の絵が描かれている。

「一匹の魚を殺すことで何千何万粒の卵（生命）が絶える事を表し、人としての生命の大切さを意味している。また、魚は瞬きをしない事から、しっかりと物事を見つめるように」とされている。

なんと意義深い国旗だろうか。

自分の祖国の国旗の意味を海外の人に聞かれたなら、僕は正直言って胸を張って答えることはできない。

長男がLDであることでも、僕は普段と変わりのない生活観を持って、家族みんなで明るく過ごしている。それは決して悲しいこととか、運が悪いとかではなく、親として、人として巡り逢った人生であり、僕は家族が彼と共に学ぶことを、まして彼から学べることの多さを、生涯に於いて無形の財産として大切に生きていたい。

すべての人々には、ハンディキャップがあるから……。

大人（親）はある程度の全てのことに對して、子どもよりもデキルと確信しているはずである。観念として無意識にもそう思っている大人（親）が多いのではないだろうか。親として子どもを観る眼は、たしかに本能というものによるところが多いのだろうけど、人間としての人生観を考えた時、その接し方は大いに変わってくる。

「いそがしいから・ちょっとまってて・あとで・まったくもう・なんで・どうして・ばっかだな〜……」などと口走っているのは、大人という

立場を上手く、都合のいいように利用した親である。ましてや手までだされた日には、たまらなく惨めになる。

自分を子どもだった頃に置き換えてみると、なんとも寂しい光景だ。

この言葉を発した後で、人として反省し、子どもの心と精神をきちんとアシストしなければと気がつく方は実に素晴らしい……。

可能性を秘めた子どもの感性を見失うことなく、ゆっくりと育てたい。

今の時代に、のんびりだなんて呆れる方もおられるだろうが、それは大人の都合であり、親の勝手である。

日常生活の中で頻繁に起きる様々な出来事は、家族のコミュニケーションのバランスをうまくとることによって育まれる、大切な素材となるような気がする。だから僕は、妻にとっても感謝している。

子どもも大人も夢がある
夢は願うものではなく
夢は叶えるもの

二度と少年にはなれないけど
少年の日に帰れる心だけは大切にしたい
僕は41歳

1998年11月、乳幼児療育研究会での公開ミーティング。

日頃から、人として、感じ・悩みながらも前へ取り組むDr. 田中に溢れるほどの感謝の念を込めて……。
(堀野賢治)

我が子は、現在小学5年生の男児です。

乳幼児期から、首のすわり、一人歩き、言葉と少しずつ遅れ気味ながらも何とか追いついてくれるので、検診でも問題なし、また周りの大人達も、「この子にはこの子の成長がある」と思ってみていました。

幼児期には、こだわりの強さや問題行動もありましたが、いつもニコニコと明るい子でしたので、よく言われる「何事にも興味のある好奇心旺盛な子」と、誰からもかわいがられる子どもでした。

行動や感情面で、問題が表面化したのはやはり就学後です。次々に起こる予測のつかない問題に泣いて暮らした時期もありましたが、このようなタイプの子だと解ってからは、学校や先生方のご理解を得ることができ、また、周りの子どもたちに支えられ、ここまで育ててくれたと感謝しております。

現在は、個別ミーティングの形で、この子に何をどう支援していけるかということの話し合いを続けていただいています。

このミーティングを通して、つかみどころのない我が子の実像が見えてきましたし、(子どもは、それぞれの場面で、全く違った面を見せていました)そして何よりもこのミーティングが開かれるたび、親は、それだけで安心できるのです。

乳幼児療育研究会にも公開の形で参加させていただきましたが(実際にはもっと和気あいあいとやっていますが)、特別勇気を奮って出た訳ではなく、親の立場から「こんないい方法があります。親も楽になれます」という、そんな気持ちからでした。

あのミーティングの後、出席下さった方々に、声まで掛けていただきとても励まされました。ありがとうございました。

このタイプの子ども達は本当に無限の可能性を秘めていると思います。その可能性をつぶさないよう、伸びる芽はさらに伸ばし、また、まだ芽を出していない「何か」を早く見つけてあげること、そのためにたくさんのチャンスを与えてあげること、それが親の仕事だと思ってやっています。手を貸してあげられることは、わずかかも知れませんが、後で後悔することのないよう親として努力したいと思っております。

この先も、この春には6年生への進級が、また中学入学・卒業と目前に迫ったハードルがいくつ

24 講座 I

もありますが『我が道を行く』子どもと共に成長し、軌道を誤れば少しずつ修正してあげられるサポーターとして、子どもを応援し、見守り続けたいと思います。

(堀野千晶)

— 講座 II —

排泄機能の理解とトイレトレーニング

講師：石川 丹 (札幌市児童福祉総合センター)

実践発表者：植木 芳子 (札幌肢体不自由児総合療育センター)

千葉 裕子 (太陽の園発達援助センター)

座長：岡 隆治 (旭川肢体不自由児総合療育センター)

1. 排泄の神経機構

排尿排便は意志による行動ではあるが自律神経も関与するため、まず自律神経の説明から始める。

(1) 自律神経

例えば、手足を動かす神経は手足を動かそうとする意図を大脳皮質（大脳表面厚さ2.5mmの部分で神経細胞が状に並んでいる）から手足の筋肉に伝える伝導路であり、随意運動をコントロールする。これに対して、例えば胃や腸を動かす神経は大脳の下部、即ち脳幹の中の視床下部という所から発せられた指令を伝える伝導路で、概ね意図とは無関係に働くので自律神経という。

自律神経が分布する身体部分は、瞳孔、心臓、小動脈、静脈、気管支、胃、腸、胆嚢胆管、腎臓、膀胱、尿道、子宮、男性器、皮膚立毛筋、汗腺、副腎髄質、肝臓、唾液腺、鼻咽喉腺、膵臓である。

自律神経には交感神経と副交感神経の2種類があり、その作用は拮抗する。

自律神経は大脳辺縁系が働いた結果生じる心の動きとしての情動を身体表現する機能も持つ。

例えば、交感神経は喧嘩する時にスムーズに戦えるように身体の状態を調整する神経である。戦

う時は目をカーッと見開いて、つまり瞳孔を拡げ、相手をきちんと見据える。猫が毛を逆立てるのは「怒髪天を衝く」に相当し立毛筋が収縮するためである。酸素をたくさん取り入れるため肺の気管支は拡張し、手足の筋肉を力強く動かすために心臓は早鐘のように脈打ち血液を身体の隅々に送る。戦っている時に大便をしたくなったら困るので腸の蠕動（消化した食物を肛門の方に運ぶためのうねうねした腸の動き）は減少し、肛門括約筋はギュウッと締まる。おしっこしたくなったら困るので膀胱は弛緩し容量を大きくして尿を溜め、漏れないように尿道括約筋は締まる。

副交感神経は交感神経とは逆に作用する、つまりゆったりリラックスした状態に身体を調整する。いずれにしても指令部は大脳視床下部である。

(2) 排尿の神経機構

A 蓄尿

膀胱は弛緩し尿道括約筋は収縮した状態で尿を膀胱に溜めることを蓄尿という。

仙髄（脊髄の最下部）の陰部神経という運動神経の働きによって外尿道括約筋が収縮して尿道が閉じられた状態で、胸髄や腰髄の交感神経は膀胱下部だけを締め膀胱全体は弛緩させておく。そのため尿が膀胱に溜まる。ある程度尿が溜まったら尿意を感じる。しかし、もうちょっと我慢しよう

と思ったとするとその思いが脳幹下部の橋というところにある蓄尿中枢に伝わる。蓄尿中枢はお漏らししてはいけないと指令を発し、その指令は脊髄を伝わって膀胱を更に弛緩させ尿道括約筋を一層収縮させる。

イ 排尿

膀胱が収縮し尿道括約筋が弛緩すれば尿は体外に排泄される。これが排尿である。

トイレに行っておしっこをしようとする時、まず大脳皮質の運動野から指令が出て横隔膜と腹筋が収縮する、これが力む状態である。力むとお腹の中の圧（腹腔内圧）が上昇して橋の排尿中枢が刺激される。そうすると仙髄の副交感神経が膀胱を収縮させ、同時に胸腰髄の交感神経は抑制され膀胱全体の弛緩状態が解消され、締まっていた膀胱下部が緩む。橋の排尿中枢は外尿道括約筋を収縮させていた陰部神経の作用も抑制して外尿道括約筋を弛緩させ尿道を尿が流れ易くする。こうして排尿が実行される。

(3) 排便の神経機構

肛門の中側20cm（大人の場合）を直腸といい、通常は空虚で便塊は無い。直腸とその上の結腸との境にある輪状筋という筋肉が常に緊張収縮していて便塊の通過を妨げているからである。

結腸に溜まった便塊が蠕動によって、あるいは自然の重みによって直腸に送られると便塊が直腸を内側から押すことになる。この拡張圧（直腸内圧）が30～50mmHgに高まるとそこに分布している骨盤神経を通じて刺激が仙髄と大脳に伝えられる。（朝起床した後、臥位から立位になると自然の重力によって便塊が結腸から直腸に下降する。だから毎朝排便することは自然の摂理にかなった健康的習慣と言えるのである。）

直腸内圧上昇によって大脳に便意が生じてても我慢出来るのは外肛門括約筋が随意筋であるためである。我慢という意欲は大脳から脊髄下部の仙髄へ、ついで仙髄から出る陰部神経を通過して外肛門括約筋に伝えられ、外肛門括約筋はさらに収縮する。

直腸内圧上昇を感知した仙髄は直腸の蠕動を起こさせ内肛門括約筋を弛緩させる。だから、便器に座って息んで腹圧をかけ、同時に随意筋である外肛門括約筋を意識的に緩めると、便塊は肛門から外へ押し出されることになる。こうして排便行為が達成される。直腸と内肛門括約筋には交感神経（下腹神経）と副交感神経（骨盤神経）の両方が分布する。交感神経は直腸蠕動を抑制し内肛門括約筋を収縮させるので排便を抑制する。副交感神経は直腸蠕動を促進し内肛門括約筋を弛緩させるので排便を促進する。

2. アメリカの代表的トレーニング方法 (Brazelton TB: A Child-oriented Approach to Toilet Training. Pediatrics 29:120-8,1962.)

本論文の記述は30年来アメリカの家庭の多くでなされている方法とのことである。1歳半になったら、洋式おまるを部屋に置きその子専用の椅子とする（洋式おまるは日本のおまるのようにまたぐのではなく、普通の椅子のように座れるようになっていて）。初めの1週間は毎日数分間座るように促す。服をきちんと着せて座らせるのが大事である。子どもが座っている間は親もより沿って、本を読んだりお菓子を与えたりする。子どもが立とうとしたらいつでも許す。

2週目はおむつを取って座ることを提案する。おまるに排泄させようとしたり、座っていることを恐れさせてはいけない。座っているのに慣れてきたら、おむつが汚れた時にその日2回目として座らせ、汚れたおむつをおまるにポイする。この時に親は出た便をポイするためにおまるがあることを子に説明する。子どもが理解できたら、おまるに排泄しようとして日に何回か座るようになるだろう。

次はおまるを子ども部屋に置く。一定時間おむつを外して、自分でしたければしてよいよ、と言っておく。望めば、定期的に座らせるのもよい。完全でなくても一人でしようとするなら、トレーニングパンツをはかせる。

排便できるようになった後、男子なら立っておしっこをさせる。夜間トレーニングは日中の排便が確立した後、本人が興味をもったら始める。夜の10時に起こしておまるにする？、と提案する。ついで、早朝に起こす。おまるは派手な色のものがよい。

3. トイレトレーニング開始年齢は排泄行動の発達を左右するか？

(Largo RH, et al.: Does A Profound Change in Toilet-training Affect Development of Bowel and Bladder Control?. *Developmental Medicine and Child Neurology* 38:1106-16, 1996.)

本論文はチューリッヒ大学で実施された二つの縦断的発達心理学研究のうちの排泄行動発達に関する結果である。

〈方法〉

研究 I は1954-56年生まれの320人を、研究 II は1974-84年生まれの309人を対象とした。いずれも健康なスイス人の子どもで、生後1、3、6、9カ月、1歳、1歳半、2歳、その後は1年毎に観察され、その都度排泄行動の発達が調べられた。両親の社会的経済的生活状態(socio-economic status, SES)も調査された。

〈結果〉

およそ20年の間隔をおいて実施された研究 I と II の間に有意差を見た調査項目は、トイレトレーニング開始月齢、毎日おまるに座らせる回数、子どもからのおまる要求、日中および夜間の排尿行動完成、排便行動完成であった。有意な女性優位は研究 I では排便と夜間排尿行動完成で、研究 II ではすべての項目で見られた。

(1) トイレトレーニング

おまる使用開始は研究 I の方が早く男女とも平均7カ月齢、研究 II の平均は女兒1歳7カ月、男児1歳9カ月で有意差を見た。対象児の90%の子

がトレーニング開始されていた年齢は研究 II のグループの子どもでは2年も後であった。排泄コントロール行動促進のためにおまるに座らせられる1日の回数は研究 I では1歳半～2歳は3～4回、3歳以降は1回に急減した。

(2) トレーニング効果

トレーニング開始(おまる使用開始)は研究 II の方が約1年遅かったが、3歳時の日中排尿コントロールは研究 II の方ができている子が多かった。排便コントロールは研究 I の方が早く達成する子が多かったが、1歳半～2歳で失敗する子が研究 II より目立った。

(3) 子による主導(おまる要求行動)

子どもは表情や動作を真似たり、トイレの方に行ったり、おまるにまたがったり、あるいは言葉で尿意便意を表現する。こうしたおまる要求行動は研究 II より I の方が多かった。排便排尿のコントロールの達成はトレーニング開始年齢よりおまる要求行動の方が有意に関係していた。

(4) 親のSESの影響はなかった。

〈考察〉

研究 I で見出した早期トレーニング開始はトレーニング効果の過信と洗濯物を減らすという現実的理由によるのだろう。スウェーデンでは早くから使い捨ておむつが普及しているためかトレーニング開始は遅いという。研究 II では I に比べてトレーニング開始は明らかに遅く促進行為は少なかったが、排尿コントロールに遅れはなかった。これは排尿コントロールの発達はトレーニング量とは無関係な子どもの身体的成熟の度合いによることを示唆している。排泄コントロールは子による主導性(尿意便意の表現)と強く一致していたが、この主導性はトレーニングの早期開始や促進行為の増加によって強められたわけではなかった。女兒の方がコントロールが早かったのは女兒の方が身体的成熟が早いためと考えられた。

〈結語〉

乳児期にトレーニング開始しても早く排泄行動

が確立するとは限らない。最近のスイスでは、2～3歳でトレーニング開始して3～4歳で達成させるようにしている家庭が多い。

4. 2組の一卵性双生児を対象とした検討 (McGraw MB: Neural Maturation as Exemplified in Achievement of Bladder Control. *Journal of Pediatrics* 16:580-90, 1940.)

双生児の一方は乳児期から排泄訓練を行い、他方は2歳まで訓練しなかったところ結果に差は無かった。乳児期からおまるに座らせて早期にトレーニングを開始しても排泄行動の完成が早かったわけではなかった、ということは神経系の成熟が必要条件であることを示唆している。

5. トイレで排便しようとしないうちの行動特徴 (Blum NJ, et al.: Behavioral Characteristics of Children with Stool Toileting Refusal. *Pediatrics* 99:50-3, 1997.)

多くの子どもでは排泄は2歳半にはしつけられるが、2～10%の子どもでは4歳になってもまだである。多くの子では排便の方が排尿に先んじるか同時だが、1.7～20%の子では排尿の方が先んじる。こういう子はいずれ遺糞症になるのではないかと心配されたりする。

〈対象と方法〉

排尿は確立しているがトイレで排便しようとしないうちの2歳半～4歳の27人と同年齢で排泄の確立している27人について、反抗性、多動性、攻撃性、破壊行動、引きこもり、抑鬱行動、気質、食事、睡眠、活動レベル、注意スパン、友人兄弟関係、親への依存度、しつけのし難さ、かんしゃく、気分、不安、恐怖について調べ、親子で遊んだ後の片付け行動の観察もした。

〈結果〉

トイレで排便しようとしないうちの子は育て難い気質をもつ傾向があり、便秘と排便痛がある傾向があった。

〈考察〉

Richmanの報告ではトイレトレーニング困難な子の30%に問題行動を見たというが、本報告ではそれほど多くはなかった。

6. 自閉症におけるトイレトレーニングと行動問題 (Dalrymple NJ, et al.: Toilet Training and Behavior of People with Autism: Parent Views. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 22:265-75, 1992.)

〈対象と方法〉

DSM III Rに基づいて診断された9歳以上の自閉症の親315名にアンケート用紙を送り、100名から回答を得た。年齢は9～38歳、平均19歳、男68名、女32名、診断時年齢平均は5歳であった。

〈結果〉

排尿トレーニングは開始平均年齢2.2歳、確立平均年齢3.8歳であった。3割でトレーニング中に退行現象を認め、原因はルーチン変更が42%、かぜなどの疾病が24%、引越しが15%、下の子の誕生が12%、その他36%であった。退行現象を呈した人の認知機能レベルは有意に低かった。排便トレーニングは開始年齢平均2.6歳、確立平均年齢4.7歳、開始と確立ともに言語および認知のレベルと有意に関係していた。退行が見られたのはやはり30%で、原因は排尿訓練時の場合とほぼ同様であった。トレーニングに際してスケジュールを用いた人の49%はトイレに行くとき許可をもらうように教えられた。スケジュールを用いた人の76%は排尿に、56%は排便に効果があった。全例の25%で有効であった教育の手がかりはモデリングと水洗の流れであった。85%の親は強化子を用い、93%の親は賞賛を、33%の親は食べ物を用いた。

13%ではおもちゃを強化子としていた。34%の親は叱ったり、お尻を叩くなどの罰を与えていた。問題行動はトイレを詰まらせる、水を流しっぱなしにする、便を塗り付ける、トイレや便器で遊ぶ、慣れたトイレ以外は使えないなどで、これらは言語レベルと有意に相関していた。排泄行動の際、便器に座ること、水を流すこと、お尻を拭くこと、一人でトイレに居ることなどに対して恐怖を示すことがあり、こうした人は言葉の豊富な人に多かった。

〈考察〉

本調査では排尿と排便の確立平均年齢は各々約4歳、5歳であったので、自閉症児のトレーニング開始はその頃まで待ってもいいだろう。それまでは児が排泄に興味を持たないので。今後の課題は有効な強化方略を考案すること、子どもからの合図を如何に読み取るか、そして般化の問題などであろう。

実践報告①

肢体不自由のある子のトイレトレーニング

道立札幌肢体不自由児総合療育センター

2病棟婦長

植木 芳子

このたび乳幼児研究会で、肢体不自由のある子のトイレトレーニングについての取り組みの経験談を話してほしいとの依頼を受け、私どもの日頃の関わり的一端を話したいと思っています。

私が勤務しています療育センターは、皆さんよくご存じかと思いますが、隣接している養護学校に、今年度から高等部ができて、小学生・中学生・高校生が三つの病棟に入院しています。

簡単に紹介しますと、1病棟は手術対象のお子さんが主で、手術前の検査や健康管理、手術直後の管理が主な援助であり、2病棟は就学前や低学年の子どもさん、重度障害のお子さんが生活している他、手術後の訓練のために、1病棟から転入して来て、ADL向上のために頑張っています。3病棟は、高学年のお子さんが自立に向けて生活しています。

そのほか、お子さんとお母さんが一緒に入院して、訓練を習う母子入院という入院形態があります。

センターは、身体の不自由なお子さんが入院していますので、生活のための様々な工夫がされています。排泄の場面でも身体の不自由なお子さんの場合、体幹筋力が弱い、筋緊張が高い、または低いなどで、便座に一人で座ってられない子どもが多く、便座の工夫が必要になります。便座の両サイドにバーを取り付けたり、背も垂れを付けたり、体幹を安定させるためのベルトを付けたりなど、子どもの状態に合わせて様々な工夫をしています。

センター開院時の設備では対応できず、入院している子どもの状態に合わせて、改造したり増築

されたりしてきました。

それらを工夫しても体幹が安定しない場合や、手術後などで椅子座位が不可能な場合、いわゆる床面に便座をはめ込みにしたトイレを使用し、さらには床面を高くして介助しやすくすることにより、オムツ使用児の介助にも使いやすくなりますので、三つの病棟に設置しているほか、隣接している養護学校にも設置されています。

スライドでトイレを紹介します。

<スライド1>

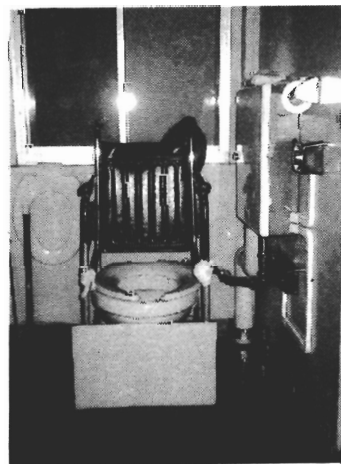
2病棟入り口のトイレです。

便座のサイズは大・中・小があり、便座の側面には手摺が付いておりますが、前方への転倒を防止するために、プラスチック製のバーを付けたり、テーブルを付けたりしています。



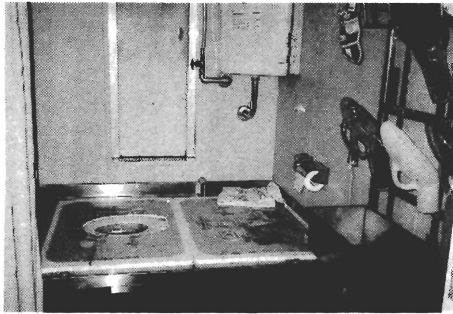
<スライド2>

使えなくなった車椅子を利用して、転倒防止の支えとして付けています。



<スライド3>

高床式の便座です。車椅子が入るようにしてあり、転倒防止の手摺がはめ込み式になっています。



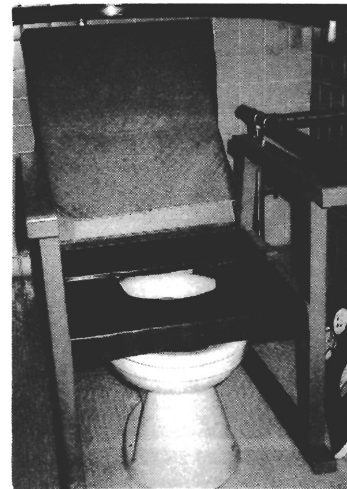
<スライド6・7・8>

センター開設以来、何度も便座を交換していますが、寝返りや四つ這いで移動して床面で使えるような便座もつけましたが、現在は使っていません。

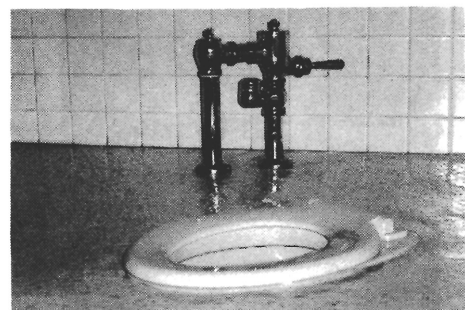


<スライド4>

シャワースペースに、テーブルとバスマットでオムツコーナーを作り、オムツ交換のほかに、衣類の上げ下げのときに利用しています。



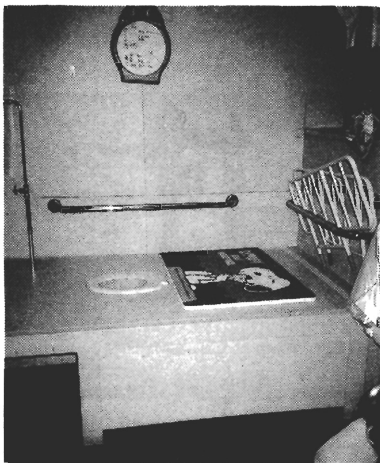
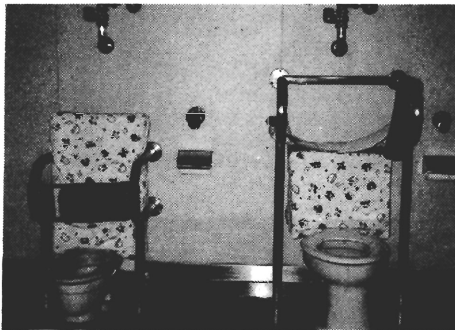
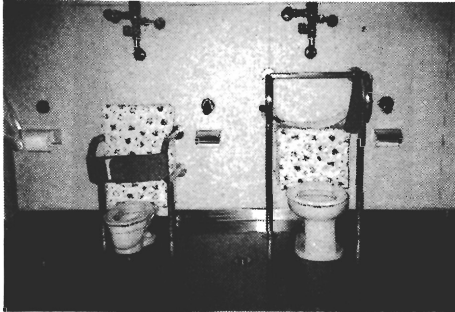
<スライド5>



<スライド9・10・11・12>

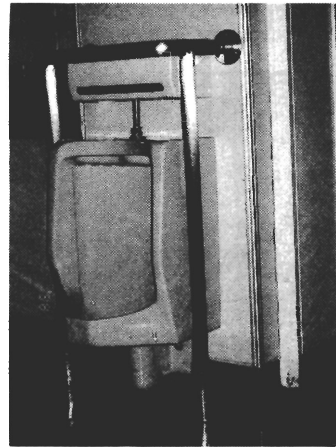
増築の際に作ったトイレです。

車椅子で移動する子どもが多くなったためと、介助しやすいように、スペースも広くし高床式のトイレも追加して設置しました。



<スライド13>

男の子用のスツールです。



平成10年10月現在、24名入院中、疾患別では脳性麻痺18名、二分脊椎1名、整形疾患4名、染色体異常1名であり、未就学児8名、小学生13名、中学生3名です。そのうちオムツ使用児は6名、夜間のみ使用は2名です。

入院しているすべての子ども達が、自分の意思でトイレに行き、一人で排泄できるわけではなく、トイレへの誘導や声掛け、援助が必要な子どもが大勢います。

私たちは、食事を美味しく食べることと同じように、気持ちよく排泄することは、生活上非常に大切なこととして位置づけています。

排泄は、同じ時間帯に集中し、一人一人に関わる時間が長く掛かるため、増築の都度トイレの数を増やしてきました。私が勤務している2病棟には、便座は12個、スツールは4個、高床式の便座は2個、設置してあります。

次に日頃の看護婦の、トイレトレーニングの取り組みについてお話をします。基本的には、障害の有無に関係なく、同じ手順で進められます。

コミュニケーションがとれる場合のほうがスムーズに進みますが、そうでなくてもサインをキャッチすることが大事なポイントになりますので、気がついたサイン等の情報を交換します。

母子棟の看護の場面では、子どもへの関わりは母親が主体であり、看護婦は健康管理と育児への援助として、トイレトレーニングに関わっています。

母子入院をしている期間は子どもの事に集中できることから、オムツを外すことを、入院中の目標の一つにあげる母親もいます。

オムツを外せる時期でないときは、排泄した後、あるいは排泄したいとき、何かサインがあるかどうか気をつけてみるように、また、排泄後はすぐにオムツを交換して子どもがいつも気持ちよい状態にいるように気を配ること、排便のため頑張っているときは、オムツを外して、両足を持ち上げ膝を屈曲してあげることにより、腹筋の弱い子どもは排泄が楽になり、何時までも排泄物でお尻が汚れていることがなくなります。

オマルだけではなく、センターの小さい便座で練習させることができるのも、トイレトレーニングをしやすくしています。

看護婦が考えていることと母親の思いが一致しているかどうかを知るために、今回簡単なアンケートを取ってみました。

その結果は以下のとおりです。

1・現在オムツをしている……8名

質問

①オムツを交換する間隔はどれくらいですか

②いつ頃オムツを外そうと考えていますか

1歳 1名

①の答：オムツを見てしていたら換える

②の答：子どもが教えるようになったら外そうと思う

2歳 4名

①の答：食事の後に換える
時間的に換える

間隔が長くなったら外したい

②の答：外すことができるようになったら外す自然にと思っています

3歳 1名

①の答：出かける時、食事の時、後はオムツの状態

②の答：教えるような動作を取ったら外したい

6歳 2名

①の答：オシッコが出たら取り換える

起床後、食後、外出前後、入浴前、就寝前に交換する

②の答：ある程度座位が安定したら外したい

外す時期は考えていない

2・オムツをしていない……3名

3歳 1名 4歳 2名

どのようなサインがあったか

・オムツを外そうとする 排尿時ふるえる

・触って教える 排便時かたまる

3・オムツを外す時期は、かなり個人差がありますが、運動発達の遅れのあるお子さんの場合、どのように考えていますか。

・本人のペースに合わせていこうと思いつつも、少し年齢的なことで焦っています。

・その子の発達に併せてゆっくりやっていけばいいのではと思います。

・外せるときがきたらいいなと思います。

・いま少しずつトレーニングしようと思っていますが、なかなかむずかしいです。

しかし、なるべく自然に、自分から教えていけるようにと思います。

・いつ外すことができるようになるかわからないが、その前にやってほしいことがたくさんあるので、あまり考えていない。

・もう少し体がしっかりしたら、ゆっくり気長に考えたい。

・時間などを見ながらトイレにさそって、できたらほめて、焦らず気長に行います。

・子どもの成長に合わせてゆっくりやるしかないのではと思っています。

・我が子の場合は、何時とは、決めていません。今は紙オムツをして通学ですが定時排尿を繰り返し続け、そのうち失敗がなくなれば、と思っ

ています。

- ・いずれは、取ればいいなと思いますが、年齢は関係なく本人の発達に合わせたいと思います。
- 次に、現在勤務している2病棟の子ども達のトイレットトレーニングについて、幾つかの例を基に話したいと思います。

<ケース1 Y・S君7歳>平成元年12月29日生

センター入院 平成8年4月 6歳

IQ 鈴木ビネー 56+α

入院目的

- ・機能訓練（座位の安定）
- ・車イス移動

父親から、オムツを取れるようにしてほしいと希望ある。

入院時のADL

- ・食事 左手にスプーン・フォークを持ちなんとか一人で食べるが、介助が必要。
- ・洗面 全介助
- ・排泄 終日オムツ使用
- ・移動 棟内 寝返り 棟外 車イスの乗り降り 介助 移動介助
- ・会話 大人との会話が好き 職員のいうことは概ね理解できる

看護の関わり

入院時

排泄のサインもなく、便・尿ともに失禁状態であった。他児を時間的に誘導する時には、S君も便座に座らせたり、尿器を当てたりした。

入院1カ月後

オムツが濡れていないときに、座って排尿することがあり、ほめられる。

カンファレンスにより、オムツが濡れていても尿器を使用するように統一する。

入院半年後

排泄の成功によりほめられると得意になりかなり

意識が高まる。

麻痺が強いため、トイレでの排泄は無理かもしれないという意見があったが、便座に座ったときの体幹の保持をしっかりとすることにより、解決された。訓練サイドでも、イス座位の安定が得られるようになり、排便の訓練は目標どおりに進められた。排尿については、尿器での成功回数が増えた。

入院1年後

オムツの全面除去にふみきった。しかし、尿失敗で車イスまで汚したりするため、尿とりパットを当てるなどで経過を見て、オムツは当てないようにしていた。

朝食後すぐに排便するため、食べ終わったらすぐにトイレに座らせ排便訓練するうち、ごちそうさままで我慢できるようになった。

結果

入院1年後、完全にオムツをはずせた。

<ケース2 M・Oちゃん4歳>平成5年7月28日生

センター入院 平成7年12月1日（2歳4月）

IQ 59

入院目的

- ・母親が病気のため養育できない

入院時のADL

- ・食事 左手にスプーン・フォークを持ちなんとか一人で食べる 手づかみもする
- ・洗面 全介助
- ・排泄 終日オムツ使用 教えない
- ・移動 棟内 バニーホッピング 棟外 車イス 乗り降り介助 移動介助
- ・会話 喃語程度

看護の関わり

H8年6月（入院半年後）

終日オムツ使用 教えない

トイレットトレーニングのためオマルに座らせるが、歌などうたい楽しんでいる状況で、ほとんど

成功したことはない

H 8 年10月

トイレでも排尿できるようになり「出たよ」と教えてくれる。

ただしオムツは常に濡れている。排便もオムツで

H 9 年2月

トイレトレーニングを始めて1年
便器に座ることをいやがらず、座るとすぐにチョロチョロと排尿するようになったが、オムツは濡れていることが多く、排尿間隔が短い。

便もオムツにすることがほとんどである。

まだトイレトレーニングの段階ではないと判断する。

H 9 年8月

便は失禁状態（午睡中に多い）

昼食後の排便訓練を設定するが、便器での排便は成功したことがない。

H 9 年2月よりトイレトレーニングを中止していたが、夏休みで在院児が少ないためオムツを外してドライタイムの観察を行った。（8月7日～）

その結果、45分～1時間～2時間ドライタイムを確認する。

排尿時には、腹圧をかけ意識して排尿している「したいな」と尿意を訴えることもある。

濡れた感じがわかるように、オムツを外す（8月18日～午前中のみ）。

H10年10月

日中は、尿意・便意を訴えトイレで排泄している夜間のみ夜尿のためオムツ使用しているが、夜尿をしない時もあり、間もなくオムツは全面除去になりそうである。

<ケース3 Y・Tちゃん4歳>平成5年10月12日生

センター入院 平成10年8月17日（4歳10月）

入院目的

- ・下肢の交差肢位が強いため、手術で姿勢を整える
- ・訓練して立位・歩行器で歩けるように

8月25日手術

- ・両股関節・膝関節筋解離術

9月4日2病棟へ転入して来る

転入時のADL

食事 スプーン・フォーク使用で一人で食べるが、介助も必要 手づかみもする

洗面 全介助

排泄 終日オムツ使用 ほとんど失敗する

移動 手術直後のため、リクライニング式の車イスで移動介助

会話 年齢相応の会話ができる

看護の関わり

2病棟転入時

手術後まもなく、腰から足先までギプスが巻かれていて、リクライニング式の車イス使用。終日オムツ使用で、母親は退院してからゆっくりトレーニングしますと言っていたが、時間誘導で寝たまま排泄できる高床式の便座を使用する。

2病棟へ転入後間もなく、自分から「オシッコ」と尿意を知らせるようになり、トレーニングを始めるつもりがなかった私たちのほうが驚いてしまった。

9月16日、ギプス除去により普通の車イスになり、自分で車イスを運転して目的の所まで移動できるようになる。

3週間以上ギプスで固定されていたため、股関節を開く・膝関節を曲げる等の時、痛がるために高床式の便座を使っていたが、訓練後やリラックスしている時には、普通の便座に座らせて、終わるまで体を支えて側についていた。

痛みが緩和してくると、体を固定していると、一人で座っていることができ、排便もトイレで確実

にできるようになり、職員が側を離れても不安はなくなる。

11月5日、カンファレンスで日中のオムツは外すことにする。

夜尿をしない時もあり、目覚めてからトイレに座って成功する。

考察

以上3人の成功したケースを紹介しました。

1のケースは、既にオムツを外せる状況であったが、母親が病弱なため子どもの世話が十分でなかったため、トイレトレーニングが遅れていたと考えられる。

2のケースは、2歳から入院していて、終日オムツをしているが、他児と一緒にトイレに誘導していた。3歳をすぎ、オムツを外す方向に関わったが、ドライタイムが短く、生理的にまだ外せる時期ではないと確認しあい、神経質にならないようにしていた。その後、半年くらい経ってMちゃんにゆっくり関わることができるようになったとき、受け持ちの看護婦がオムツを外して排泄の様子を見ていると、尿で足が濡れると気持ちが悪くて訴えるようになり、見通しがついたと判断し、トイレトレーニングを進めていった。

3のケースは、既にオムツを外せる時期になっていて、子どもの状態を観察しているうちに、思いがけずにオムツを外せるようになった。母親は、3人の子どもの一番下の本児を、体も不自由なため年齢より幼い子どもに接するようにしていたのではないかと思われ、入院していなければオムツが外れるのはもう少し先になっていたのではないかと思われる。

成功したケースばかりではなく、見通しがつかないまま退院した子どももいます。

<ケース4 Y・M君6歳>平成2年11月26日生

センター入院

平成9年4月1日(6歳4月) DQ 13

入院目的

- ・機能訓練 座位・立位姿勢の保持
- ・言語訓練

入院時のADL

- ・食事 全介助
- ・洗面 全介助
- ・排泄 終日オムツ使用 教えない
- ・移動 右方向に寝返り少し 工房イスに座って介助移動
- ・会話 オウム返し ハイ・イエエがはっきりしない

看護の関わり

終日オムツ使用で、外すのはほとんど無理と判断。

オムツ交換時、濡れていない時に尿器を当てても、排尿しようとする意識はなく遊んでしまう。

排便の方は、入院前は便秘がちであったが、入院後1日2～3回、食後・就寝中・目覚めるとすぐなど、時間も決まらなく、嫌な表情もしない。

H10年3月(入院後約1年)

頻回に排便するため、毎食後トイレに座らせていたが、排便訓練は朝食後のみとして、

子どもが朝食後には頑張って排便すると意識できるように方向づけする。

食べ方や食べ物によっても便の状態が変わってくるため、食事介助時には、良く噛むように声かけしながら介助する。

H10年8月 退院(他の施設へ)

朝食後、丁度よい有形便を排泄すると、その後失敗することがない時もあったが、便座に座らせても、いたづらをして遊んでしまったり、排便せず「出たー出たー」と言ってなかなか意識づけられなかった。

このようなケースの場合、トイレトレーニング

ニングは難しいが、根気よく続けながらオムツを外せる時期を待たなければならないと思う。

運動発達が遅れている子どものほか、排泄面で問題のあるお子さんも入院しています。例えば、二分脊椎という障害を持って生まれたお子さんや、事故などにより脊髄を損傷したお子さん達の場合、直腸・膀胱傷害があるため、尿意・便意を感じることができません。

排便のコントロールをすること、ドライタイムを知り、時間的に排尿させる、導尿するなどの援助が必要になります。

センター開設時から二分脊椎のお子さんが入院していましたので、事故の後遺症で排泄の援助が必要なお子さんを含めると、20名以上の子ども達の排泄に関わってきました。

入院してきた時、一番必要なのは、母親から情報を収集することです。どこの医療機関で指導を受けているか、家庭でどのように管理しているか、まずは、家庭でしていることを基本にしてセンターの生活に乗れるように計画します。

センターは、毎日の日課が決まっているため、リズムをつかみやすく規則正しい生活ができますので、長期間家に帰ると体調を崩してしまうことがあり、家族への指導が必要になるときもあります。

自己導尿の開始も注意深く始められます。

- ・第一に子ども自身が自分でできるようになりたいと望んでいること。
 - ・体幹がしっかりしてきて、上肢の機能が良くなり動作が可能になること。
 - ・次の施設に行くためにマスターしなければならないこと。
 - ・就学のため必要であるとき。
- 等です。

現在の2病棟には、二分脊椎のお子さんが1名います。T・T君、6歳、IQ66、来春就学です。

現在は、1日6回看護婦が導尿しています。T

君は身長90.0cm、体重15.8kgで2歳位の体形をしています。

左手の軽い神経マヒと股関節の拘縮があるため、手の支持なく長時間の座位保持ができません。そのため自己導尿の開始を難しくしています。

受け持ちの看護婦が日勤でいる時、T君にしてみようという気持ちがある時だけ、自己導尿の練習をしています。高床式のトイレのコーナーに、マットを立て掛け体幹を保持します。

心理検査の結果では、「日々の繰り返し（パターンで）おぼえてゆくことは苦手ではないだろう」と言われています。しかし、尿道狭窄があり、看護婦でも難しい時がありますので、マスターできるのがいつ頃か見通しがついていません。

以上、私たちが日頃接している子どもたちの排泄の面で、どのような援助をしているか、ほんの一端ですが述べさせていただきました。

排泄面も、からだの発達に沿って成長していくものと思います。身体が不自由なお子さんだけが特別というわけでもなく、少し遅れても少しゆっくりでも、同じ様にトイレット・トレーニングを進めていきたいと考えています。

終わりに、日頃の看護の実践を発表する場を得られたことに、感謝致します。

実践発表②

発達遅滞児のトイレトレーニング

太陽の園発達援助センター
千葉裕子・東山浩史

はじめに

排泄の自立は睡眠や食事等とともに最も基本的で大切な生活習慣の一つである。排泄の自立には、尿意や便意の確立、排泄とトイレの関係認知、更に排泄に伴う諸技能の修得等が必要である。しかし発達障害児の場合、生活年齢に比べ認知面の遅れ、筋力低下や運動機能面の遅れやバランスの悪さ、言語や社会性の遅れ、こだわりの強さ等諸々の要因から健常児の様にトレーニング効果が表われ難い。また、排泄に関わる行動問題等も加わり、親の悩みを一層大きくし、母子訓練での療育ニーズに挙げられることも多い。

1. 平成9年度母子訓練参加児の排泄状況 (全参加児96名)

(1) 参加児の年齢分布・障害別

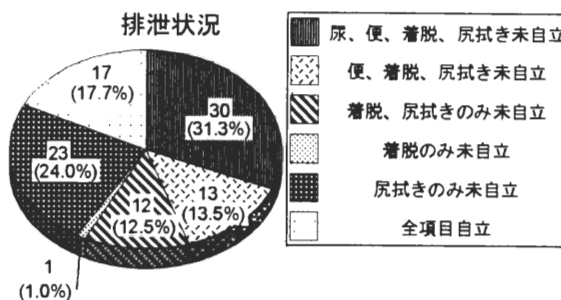
年齢分布は2歳6名(6.3%)、3歳17名(17.7%)、4歳23名(24%)、5歳23名(24%)、6歳12名(12.5%)、7歳以上15名(15.6%)である。

障害別では知的障害(MR、特定疾患も含む)29名(30.3%)、知的障害と自閉症の合併42名(43.8%)、精神運動発達遅滞11名(11.5%)、自閉症・傾向7名(7.3%)、言語発達遅滞5名(5.2%)、知的障害と肢体不自由の合併2名(2.1%)である。

(2) 排泄状況

- 尿、便、着脱、尻拭き未自立～30名(31.2%)

- 便、着脱、尻拭き未自立～13名(13.5%)
 - 尿、着脱、尻拭き未自立～0名
 - 着脱、尻拭きのみ未自立～12名(12.5%)
 - 着脱のみ未自立～1名(1%)
 - 尻拭きのみ未自立～23名(24%)
 - 全項目自立～17名(17.7%)
- * 自立～定時排泄であっても50%以上成功とする。

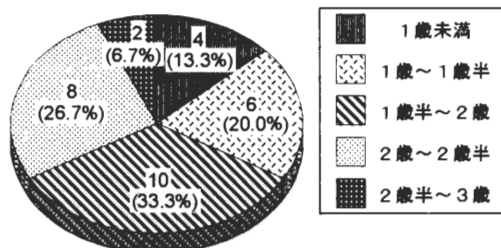


平成9年度 母子訓練参加児 (96名) 排泄状況

(3) 排尿、便の自立と発達年齢(DA)の関係 (DAは新版K式による数値)

ア 尿、便共未自立30名の発達年齢分布

- 1歳未満～4名(13.3%)
 - 1歳から1歳半～6名(20%)
 - 1歳半から2歳～10名(33.2%)
 - 2歳から2歳半～8名(26.7%)
 - 2歳半から3歳～2名(6.7%)でいずれも強いこだわりのある自閉児。
- * 2歳1ヶ月未満児は26名(86.7%)で、排尿の自立は発達年齢が2歳以降と考えられる。

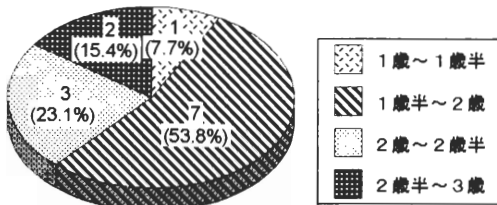


2歳1ヶ月未満～26名(86.7%)

■ (2歳半～3歳) = 強いこだわりのある自閉児

イ 便のみ未自立13名の発達年齢分布

- ・ 1歳から1歳半～1名 (7.7%)
 - ・ 1歳半から2歳～7名 (53.8%)
 - ・ 2歳から2歳半～3名 (23.1%)
 - ・ 2歳半から3歳～2名 (13.4%) どれも強いこだわりのある自閉児。
- * 2歳半未満児は11名 (84.6%) となっており、排便の自立は2歳半以降と考えられる。



2歳半未満～11名 (84.6%)

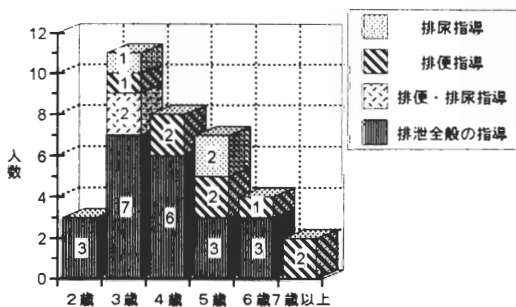
■ (2歳半～3歳) = 強いこだわりのある自閉児

ウ 発達年齢 (DA) が2歳未満でも排便が自立している4人は生活年齢が5歳以上で、排泄の自立には発達年齢と共に生活年齢も関係することが解る。

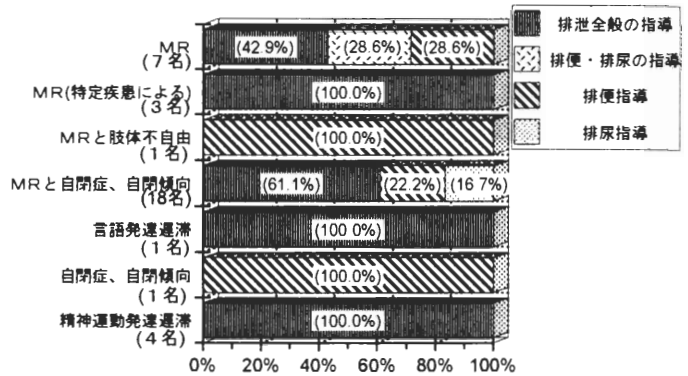
- M (6歳) ～DA 1歳9カ月
- W (5歳) ～DA 1歳6カ月
- T (6歳) ～DA 1歳11カ月
- S (5歳) ～DA 1歳9カ月

2. 平成9年度母子訓練参加児の排泄ニーズ [全参加児96名中35名 (36.5%)]

(1) 参加児の年齢と排泄ニーズの関係



(2) 参加児の障害別と排泄ニーズの関係



- * どの年齢層においても、排泄全般のニーズは多いが、6歳以上では便秘を伴うケースの排便や尻拭き等の問題が挙げられる。
- * 障害との関係は確認できない。

3. 排泄トレーニングの実際

(1) 事例1場面 不安と依存性が高いA女の排尿

- ア 年齢 2歳11カ月から4歳10カ月まで 4回母子訓練参加)
- イ 軽度MR・自閉症
- ウ 排尿状況
4回目 (4歳10カ月) トレーニングパンツ使用、トイレでの時間排泄 (少量ずつ出す)
- エ 発達状況、問題行動
4回目発達年齢 2歳11カ月、筋緊張低下はあるが歩行力向上、触覚過敏はかなり改善、物の名称の理解が進み要求は2～3語文可能、独語やエコラリア多い、場面不安は改善しつつあるが指示通りは悪い、偏食はあるが形や調理形態へのこだわりは減少。
- オ 排尿指導の経過、まとめ
1～2回目から排尿指導も療育ニーズに挙げられていたが、療育中泣くことが多く担当者に抱っこをされて過ごす状態であること、また極度の偏食もあり、健康管理の面からも食事面を優先すること、発達状況でも排尿トレ

ーニング実施の前段階ということで母子訓期間中は未実施。母子訓練の雰囲気にも慣れた3回目からオムツを外し1時間半の定時排尿を取り組む。この頃は言葉での要求が多くなっていたので、「シッコ」の言葉かけと腹部を押えるゼスチャーを教える。本児が一番安定する家庭でも定時排尿を継続してもらうとともに、トイレと排泄の関係づけのために失禁はトイレで処理し、「シッコはここで」を繰り返し教えてもらう。4回目は定時排尿が定着しつつあったが、1回に出し切らず途中パンツをぬらすこともあった。排尿間隔は1時間半を基本に途中失敗したら、トイレで残尿を出させるよう促し、そこからまた排尿間隔を確認し実施した。その後間もなくA女は保育園にも慣れ、他児の模倣もでき、トイレでの排尿が可能になる。

(2) 事例2 紙パンツへのこだわりが強いB女の排尿

ア 年齢3歳5カ月と4歳7カ月の2回母子訓練参加

イ 中重度MR・ウエスト症候群

ウ 排尿状況

2回目(4歳7カ月)紙パンツ使用、オマルや便器に座ることは可能だが排尿はできない「シッコ出る」と言うが予告ではない、トレーニングを開始すると排尿間隔が極端に長くなる。

エ 発達状況、問題行動

2回目DA1歳8カ月、全身の筋力アップしており、歩行時のふらつきも減少、表出語は増えているがやり取りはできない、不明瞭な独語多い、偏食傾向は残っているが食品の種類は増加、触覚過敏は改善気味、特定のキャラクターにこだわる。

オ 排尿指導の経過、まとめ

1回目から排尿指導も療育ニーズに挙げられていたが排尿間隔も一定せず、発達状況からもトレーニングを本格的に開始するのは難しいため、当面は排尿間隔のチェックとオマル

や便器に一定時間座ることのみを課題とした。

2回目参加までの間に、家庭と地域の母子通園センターでも排尿トレーニングを開始するが進展していない。2回目参加時には紙パンツには排泄するが布パンツに替えると排泄せず、我慢をし、20時間以上になることもあった。期間中は排尿指導に対する緊張感を除くために、本児が好きなキャラクターシールをトイレに貼ったり、居室で母親と2人きりでオマルに座らせたり、本児の好きなくすぐり遊びや手遊びを十分にやってリラックスさせてから取り組むが、いずれも効果なく終わっている。また、日頃から排尿回数が極端に少なく、家庭でも1日2~3回が普通のため、飲水量を増やす取り組みとして、食後とおやつ時に水150ccや果物、ヨーグルトを与えているが変化なし。訓練終了後、保育所では紙パンツの中ではあるが排尿回数が増えており、環境に慣れるにしたがい排尿を我慢することはなくなっているとの報告があった。B女のように障害が重く、且つこだわりが強いケースで、家庭や保育所で個別対応が可能な場合には、今後フォックス・アズリン法等(大友昇「ほめて子育てトイレットトレーニング」川島書店、1997)の導入も考えられる。

(3) 事例3 オペラント条件づけが効果的だったC女の排便

ア 年齢12歳・養護学校小6

イ 重度MR・自閉症・躁鬱傾向

ウ 排便状況

3~4日に1回で便秘気味、居室での放便、便こね、寝具にくるんで窓から投げる等。

エ 発達状況、問題行動

有意味な表出語はないが日常的な指示は理解可能、パニック(他害、物損等)、飛び出し、便所への物詰め、寝具の水つけ、放尿、シャンプーや洗剤のばらまき、偏食等。

オ 排便指導の経過、まとめ

入所2年目、オペラント条件づけを応用した排便指導を実施。

(手続き)

- ・毎日夕食後便所に誘う。
- ・強化子には『ハッカ味のアメ』を用意する。
- ・最初の1週間を目処に便器におとなしく座ったら『ハッカ味のアメ』を与える。
- ・その後、便所で排便をしたら『ハッカ味のアメ』を与える(約2カ月)。
- ・その後、強化子を特に定めず、他児と同じおやつやほめ言葉のみで実施。

(実施状況)

- H2年4月 排便8回 成功3回 失敗5回(2回寝具に便を包んで遊ぶ)
- H2年5月 排便指導開始、排便12回 成功8回 失敗4回(2回便秘有り)
- H2年6月 排便10回 成功8回 失敗2回(1回寝具に便を包んで外へ投げる)
- H2年7月 排便18回 成功12回(自発1回) 失敗6回(修学旅行、帰省等の環境変化有り)
- H2年8月 排便8回 成功8回(自発4回、強化子なし3回) 失敗0回(8日間夏期帰省、帰寮後も問題なし)
- 指導後は2日に1回程度の排便が夕食後に見ら

れ、便秘が解消した。不調時には放便も1カ月に1回位あるが排便時間が一定し確認が可能のため、便秘や遊びに発展することはなくなった。本児の排便指導でオペラント法が有効だったのは、入所型の施設で食べ物や時間的な管理がしやすかったこと、自閉児のC女はハッカ味のアメや豆チョコ等が大好きで強化子として効果的であったこと等が考えられる。

(4) 事例4 関わり方により頻尿が改善したD男

- ア 年齢9歳・養護学校小3
- イ MR重度・自閉傾向・てんかん・中等度難聴
- ウ 排尿状況
尿失禁が1日15~20回、トイレに誘うと少量でも排泄。
- エ 発達状況、問題行動
DA1歳8カ月、有意味発声ないが要求はクレーン、便・つば塗り、食事拒否や偏食、寮外への飛び出し、徘徊等。
- オ 排尿指導の経過、まとめ
D男は処遇困難児として2回の園内ケースカンファレンスで処遇を検討。

1回目カンファレンス内容

ニーズ	確認事項	実行内容	反応・変化
①尿失禁が頻繁(1日15回以上)	<ul style="list-style-type: none"> ・機能的尿放症の疑いあり →尿比重検査実施(医務) ・飲水量、排尿水量調査の実施 →量、回数、臭、色(寮、学校) ・学校(登校~下校)での飲水量を500CC以下に制限(学校) ・入浴、洗面時の飲水量を制限(寮) ・快、不快の感覚や清潔感の養成 →失禁時に下着をすぐに取り替える(寮、学校) ・定時排尿の実施(寮、学校) 	<ul style="list-style-type: none"> →実施 →実施 →実施 →実施するが洗面場では制限困難 →実施 →実施 	<ul style="list-style-type: none"> →異常なし →学校での飲水量 200CC以下、排尿回数10~19回中1~8回失禁 下着が湿る程度の失禁 →水遊び、紙遊び等の好きな課題時には失禁少ない精神的不調時に失禁多い →未確認時に多量に飲水 →下着が湿る程度の失禁 →常に失禁状態であるが便所でも少量を排尿する
②便、つばぬり	<ul style="list-style-type: none"> ・感覚的な(触覚)遊びや興味のある描く遊び(えんぴつ、クレヨン)の体験を増やす(寮、学校) →(寮)放課後の個別対応(水遊び、絵描き、ハサミ遊び) →(学校)授業で1対1体制で感触遊び、挿らし遊びを取組む 	<ul style="list-style-type: none"> →(寮)水遊び、紙切り、ブロック遊びや絵描きを行う、つばぬり用マットを用意する →(学校)感触遊び、ドロ遊びを行う 	<ul style="list-style-type: none"> →便ぬりは減少傾向にあるが、無くなってはいない →他に集中できる遊びがあると、便ぬり、つばぬりは減少する
③親との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・母親の健康状態を配慮しながら、行事の参加や短期間の帰省を実施する(寮) 	<ul style="list-style-type: none"> →行事の参加時に親子で1泊する 	<ul style="list-style-type: none"> →帰省や面会を本生も楽しみにしている →親も熱心に関わる
④再カンファレンスの実施	2週間の飲水、排尿調査後とする		

1 回目のカンファレンス後に、医療的な検査、飲水量と排尿量チェック、定時排尿の実施、失禁時の下着取り替え（快・不快の感覚）、個別プログラムの実施(感覚的な遊び、本児の好むドライブ等)を行う。

2 回目ケースカンファレンス内容

ニーズ	確認事項	実行内容	反応・変化
①頻尿失禁の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・習慣性頻尿はあるが、精神的な要因が大きい ・頻尿が本生の職員との関わり的手段となっているため、失禁ごとの下着交換は止め、大量失禁時のみとする ・定時排尿間隔を50分とし、多量に排尿するように働きかける ・個別指導時間の確保 ・興味のある遊び、課題をプログラム化する（水遊び、絵描き、紙切り、ドライブ等） 	<ul style="list-style-type: none"> →実施 →実施 →放課後実施 →なるべく配慮する 	<ul style="list-style-type: none"> →徐々に自分から便所に行き排尿するようになる →1日に0～2回の失禁回数に減少 →入浴日に夜尿ある（入浴中に多飲傾向） →ドライブ時等ではまったく失禁ない →職員の手を引いて要求を表す（ドライブに行きたい、ハサミが欲しい）
②難聴の疑い	<ul style="list-style-type: none"> ・機能的には問題ないが、音の高低による反応差について高精検が必要→札幌大受診（医務） ・コミュニケーション手段の獲得→サイン言語の訓練 ・OT、STの個別指導の実施 	<ul style="list-style-type: none"> →札幌大受診 →OT個別指導の実施 	<ul style="list-style-type: none"> →中度の難聴で(70%の聴力)補聴器の装用の試行、その後中止 →感覚統合療法の実施 徐々に慣れ楽しそうに遊ぶ
③家庭との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭状況調査を考慮に入れながら連携する ・父母に代わる者(職員)が個別の対応(抱っこ、スキンシップ、おんぶ等)を行い基本的信頼感を育てる 	* 1 回目ケース・カンファレンスと同じ	

問題行動の一つである習慣性頻尿は、職員との関わり的手段と判断し、少量で意識的な失禁は無視し大量の失禁のみ対応する。また、50分間隔の定時排泄を実施（学校の休み時間に合わせる）。その他の領域での個別的な関わり（OTの感覚統合訓練、STのサイン指導）を重視する対応が確認実施されたことで、頻尿は改善し失禁もほとんどなくなり、他の問題行動も減少している。

4. 発達障害児によく見られる（親が訴える）排泄の問題

- ・排尿間隔が短い（頻尿）、排尿間隔が一定しない（定時排泄が難しい）。
- ・汚れに対する不快感がない、汚れに気づかない。
- ・尿や便を一回に出し切れない（いつも下着を汚している、肛門いじりをする）。
- ・オマルやトイレでの排泄を嫌がる。
- ・紙オムツの中でしか排尿（便）をできない。
- ・便所以外の一定の場所でしか排便できない。

- ・排泄を我慢する（場所が変わったり、紙オムツを外すと何時間も排泄をしない）。
- ・便秘で自力排便が難しい。
- ・排泄の予告ができない、サインがない。
- ・定時排泄から自力排泄へ移行ができない（声かけがないとトイレに行けない）。
- ・下着を全部脱いで排泄する（年齢が高くなると困った問題になる）。
- ・尻拭きや手洗い、衣服の始末ができない。
- ・夜尿が治らない。

5. 排泄トレーニング開始のめやす

- ・排尿は発達年齢が1歳後半から2歳位、排便は2歳位以上をめやすとする。
- ・運動面では特別な場合を除き独歩ができ、6カ月以上が経っている。
- ・排尿間隔が平均1時間以上ある（間隔が30～40分では頻尿傾向をつくる）。
- ・排便が定期的にある。ひどい便秘は一定程度コントロールしてから開始。

- ・自分の体の部位や排泄物に関心を示せる。
- ・対象児の対応にかなりの時間を費やせる大人がいる（母親の体調不良、下の子の出産等の時期は不適）。
- ・春から夏にかけての3カ月位に集中的に実施する（薄着の時期、親子にとって意欲的に取り組める期間）。

6. 排泄トレーニングに当たっての配慮点

- ・医療の問題や緊急性の療育課題（極度の偏食、睡眠リズムの問題、危険を伴う問題行動等）がある場合は、優先順位を決め取り組む。一度にたくさんの課題は対象児に大きな負担。
- ・排尿間隔の把握、排尿と飲水量の関係を把握（おやつや食事等）。
- ・排泄前の状況やしぐさ（落ち着きなくなる、影に隠れる、一定の場所に行く、力む等）排泄後の状況やサイン（泣く、親の側に来る、ジーと立っている、汚れた衣類を脱ぐ、そのまま遊んでいる等）を把握。
- ・汚れに気づかせる、便や尿で遊ばせないために早めに着替えさせる。
- ・排泄とトイレの関係を理解させるために、失禁時はトイレで処理したり便を流すのを子どもに見せる。
- ・オマルや便器に座ることから始め、徐々に時間を長くしていく。子どもの不安がなくなるまで大人と一緒につき、励ましや頑張りを褒めてやる。
- ・排尿間隔が一定しない時や発達年齢が低い時、母親が忙しく十分手がかけられない時は起床時、午睡後、入浴前等一日3回位から試しを開始し状況を把握する。
- ・トイレを嫌な場所にしないために環境を整備する（照明を明るく、好きなキャラクターシール等を貼る、補助便器、足を固定する台、支え棒、換気扇の音や水量の調節等）。
- ・こだわりの強い子どもの場合は、最初から好まし方法で習慣づける（入浴中の排泄、屋外での

排泄、トイレ以外での排泄を禁止）。

- ・排泄の促しは言葉とジェスチャーを併用し、繰り返し行う。
- ・定時排泄が可能になったら間隔を伸ばしていく、また、自発サイン（予告）を促すためにすぐに誘わず少し待つ。
- ・予告サインは発達状況に合わせ、言葉、ジェスチャー、絵カード等をうまく利用する。
- ・全身の筋力アップ、特に腹筋を強化する（運動量の確保等）。
- ・失敗を叱らない、成功は大げさに褒める。子どもによってはご褒美（おやつ、シール）をうまく利用する（行動療法等の取り組みも含まれる）。
- ・汚されても困らない環境作りをする（パンツをたくさん用意、安いじゅうたんや掃除が簡単な床面等）。

おわりに

本レポートは当園母子訓練参加児及び入所児の療育実践を通してまとめたものである。事例でも示した通り、トレーニング実施に当たっては対象児個々の発達状況（運動面、知的面）、養育環境（親や家族の状況、住宅環境）、障害特徴（こだわり、場面不安、筋力低下等）を十分に把握し、望ましい時期に無理のない課題から取り組むことが大切である。また一度自立したと思われる排泄習慣が情緒的な問題等により退行した場合も、いち早くその要因を確認し、望ましい対応をすることで解決して欲しいと考える。

— 講座 III —

児童虐待と療育

北海道立緑ヶ丘病院 田中康雄

はじめに

急速な児童虐待への社会的関心の背景には、

- (1) 虐待件数の増加
(平成9年度全国の児童相談所の取扱相談件数は5352件で、この7年間で5倍に増加)
- (2) 子どもの権利への認識の深まり
(94年に批准された子どもの権利条約の影響)
- (3) 被虐待者の告白およびセルフ・ヘルプ・グループ
(特に性的虐待への注目)
- (4) 救援機関・組織の立ち上げ
(90年大阪、東京を皮切りに、愛知、北海道、埼玉、栃木、青森、群馬、千葉、静岡、和歌山、福島、横浜などにネットワーク組織誕生、96年日本子どもの虐待防止研究会〔JaSPCAN〕が成立)
などがあげられる。

児童虐待の事実の存在が認められてきたことは喜ばしいが、これは、ケンプの6段階説のうち、ようやく第1段階（地域社会が虐待の事実が存在することを「否認」し、認めようとしな）がクリアされ第2段階（身体的虐待の存在を認めて、具体的な対処をする）に近づいたにすぎない。今後求められることは、様々な虐待への具体的で実践的な援助と予防である。第6段階（子ども虐待に対して社会的に「すべての子どもの保護的・予防的ケアを保証する」制度の確立）までは道遠しの感否めない（浅井春夫，1998）。

また、一般に「家庭は健やかに営まれ、子どもは親から愛されて育てられるべきである」として、われわれには虐待の存在を否定したい気持ちがある。こうしたなか、虐待問題に正面から取り組むことは、非常に不快なジレンマをもった仕事となりやすい。これを乗り越えるためには、問題の大きさと深さを理解することにかかっている（Roy Meadow, 1997）。

1. 定義と分類

(1) 定義

ア 西澤 哲 (1997)

大人（主に親）が自分自身の欲求の満足のみを求めて子どもと関わる時に発生する行為（子どもの濫用〔乱用〕というべきである）

イ 浅井春夫 (1998)

子どもの安全が脅かされ、子どもの人権が侵害され、子どもの意志が踏みにじられる行為

ウ 児童虐待調査委員会 (1982)

親あるいは学校の教師、施設職員、その他見知らぬ人も含む「おとな」により、非偶発的に（たんなる事故ではなく、故意による場合を含む）子どもに加えられた（身体的虐待、保護の怠慢ないし拒否、性的虐待、心理的虐待）行為

ここで問題になるのは、「行為」に対する評価である。一般に、適切、不適切な養育という評価は、社会・生物学的な状況で行われ、その様相は時代とともに変遷し、同時代でも国家の社会経済

的なレベルや文化圏の伝統的な価値観、さらには個々の家庭により異なって規定される。すなわち行為に対して、誰もがいつでも同じように「虐待」と判断できるということが、実は非常に難しい。

(2) 分類

ア 国際児童虐待常任委員会

- (ア) 家庭内の子どもへの不当な取り扱い
 - a. 身体的虐待
 - b. 心理的虐待
 - c. ネグレクト
 - d. 性的虐待
- (イ) 施設内の子どもへの不当な取り扱い
- (ロ) 家庭外の子どもへの不当な取り扱い
 - a. ポルノグラフィや売春
 - b. 児童労働の搾取
- (ハ) その他
 - a. 薬物やアルコール依存への誘惑
 - b. マスメディアの刺激
 - c. その他 (子ども向け広告、食品、住宅、遊び場などの問題)

これはあまりにも広義すぎて、アメリカやイギリスでは(ア)、(イ)を児童虐待と定義し、残りを「重大な懸念事項」としている。日本では、(ア)のみを定義していることが多いが、今後施設内虐待も加える必要がある。さらに日本はマスメディアなどの規制が弱いため、早急に「重大な懸念事項」をも検討する必要がある。

イ 子ども虐待のスペクトル (坂井聖二, 1998) :

図1 参照

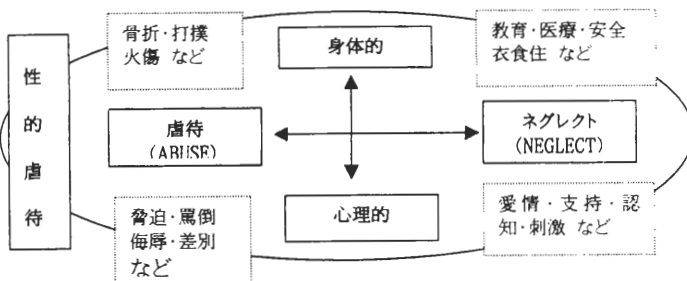


図1 子ども虐待スペクトル(坂井聖二, 1998, 一部改変)

ウ 児童虐待の特殊な形態

(ア) 代理ミュンヒハウゼン症候群

養育者が健康な子どもに対して故意の行為(口を塞ぐ、毒物を飲ませる、過量に薬物を使用するなど)を行い、虚偽の症状を作り出し、病院を転々と変えながら不必要な検査、手術、治療、入院を繰り返して、子どもの正常な発達、健康、生育を妨げる行為をいう。

(イ) 揺さぶられっこ症候群

乳幼児を暴力的に揺さぶり、その後に外傷を生じるさせる行為をいう(頭蓋内出血、硬膜下出血、頸部損傷など)。

(ロ) ネグレクトによる成長障害(愛情遮断性小人症)

低身長、低体重を示し、凍りついた瞳など表情変化が乏しい。成長ホルモンの分泌低下及び成長ホルモンへの反応性低下が疑われている。

(ハ) 出生前虐待

妊娠中の女性が、麻薬・覚醒剤の濫用、喫煙、アルコールの大量摂取などによって胎児の健康を害させる行為をいう。

(ニ) 親子心中

60%以上が母子心中であり、母親は年齢35歳未満、子どもは乳幼児というパターンが多く、死亡を選ぶ要因は育児不安、育児ノイローゼが高率である。

一方、一家心中は、親年齢が35~40歳と高く、子どもは小学生が多い。死亡を選ぶ要因として経済的な問題が少なくない。

(ホ) 棄児・置去児

子どもとの関係を完全に断絶する行為であり、殺人に関する未必の故意という点で、ネグレクトとは別に考えるべき行為、全国で年間250件、ここ数年大きな変動はない。

2. 児童虐待の歴史

児童虐待の歴史は、社会が子どもの人権を認めなかった時代と、認めようとしてつつある時代に分けられる。

(1) 社会病理としての児童虐待：社会が子どもの人権を認めていない時代の虐待行為

- 374年：幼児殺しの禁止（ローマ帝国）
- 1843年：子どもの人柱（ドイツ）
- 1874年：メリー・エレン事件（アメリカ）
- 1933年：児童虐待防止法（日本）
- 1947年：日本国憲法成立。労働搾取、人身売買の禁止
- 1962年：殴打された子の症候群（小児科医ケンブ）
- 1963年：児童虐待の報告義務の法制化（カリフォルニア州）

(2) 個人の精神病理としての児童虐待：社会が子どもの人権を認めようとする時代の流れ

- 1960年代：新聞報道に取り上げられる
- 1970年代：コインロッカー事件
- 1980年代：大都市で広範な調査（関心の高まり）
- 1990年代：地域的な取り組み、関係機関のネットワーク作り
- 1994年：児童の権利に関する条約の批准

3. 発生頻度（出現率）

児童1000人に対し、アメリカで39.0人、イギリスで3.42人とされている。アメリカは通報制、イギリスは登録制を採っている。日本も通報を義務付けしている（児童福祉法25条）が確かな数値はなく、児童相談所の数値から、年間1万件、疑いをいれると10万件と推定されている。これはいわゆる義務教育における不登校児童とほぼ同数である。

では、児童虐待は増えているのだろうか？ 増加傾向にあるという根拠は主に福祉関係者達の印象である。しかし、単に遭遇する事例、相談件数の増加だけでは判断できない。そのためにも実態調査が重要なのであるが、実施困難である理由としては、前述したように、虐待の定義、程度についての共通理解が困難であること、次第に拡大解釈され幅広く捉えられている可能性があること、家庭という密室で生じる行為であることなどが挙げられている。

4. 虐待が生まれる要因 (Robert Goodman & Stephen Scott, 1997) : 図2 参照

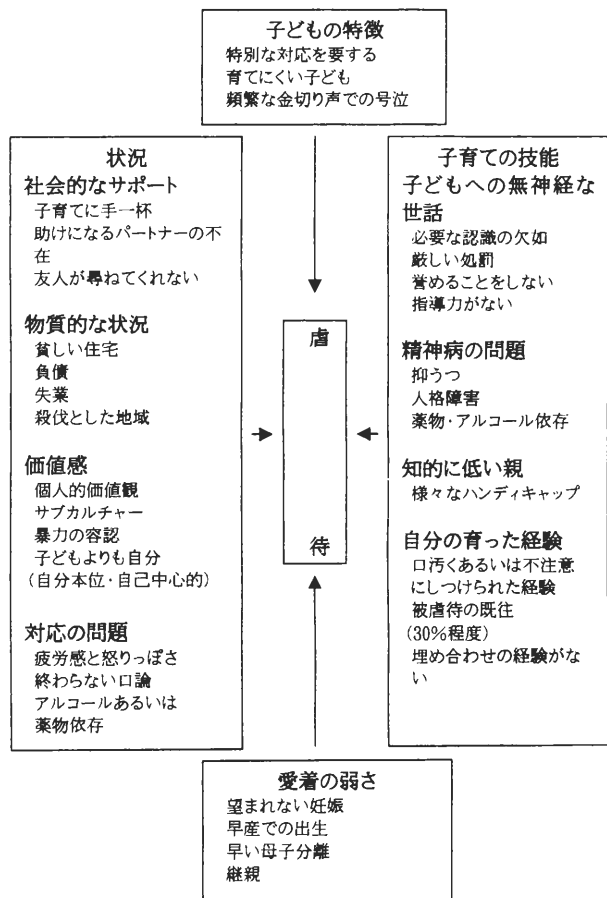


図2 虐待が生まれる要因

Robert Goodman & Stephen Scott (1997) 一部改変して私訳

虐待を引き起こす子どもの特徴について、これまで様々な報告があるが、子どもの特徴を親がど

う認知し、解釈するかという介在因子抜きに結論は下せない。西澤哲（1994）によると、虐待は、子どもの特徴と親の特性との相互関係のなかで生じるという。

しかも、子ども側には虐待に対する回避権はなく、親側の判断に委ねられている（逃げられない！）のである。

5. 診断

(1) まず疑う：「3つの変」に気をつける

ア 子どもが変

イ 親が変

ウ 状況が変

(2) 行動面や精神面の症状で相談に見えた時、長期あるいはかつての虐待を明らかにすることは難しい。「疑わしいという気分」を大切に持ち続け、あせらず、あきらめずにチャンスをうかがうことが大切である。

(3) 診断とは、誰がどのような虐待をしたかだけでなく、どのような状況で起こったのかを理解し、重症度や緊急度を含めて判断することである。その上で、今この家族にとって何が必要か、何が適切な支援になるかを考えることが重要である。援助に結びつかない診断・査定は無意味といえよう。

6. 児童虐待への対応

(1) 取り組みの困難さと留意点

ア 危機介入を望まない家族の子どもが対象（おせっかい）

イ かわいそうな子対悪い親という視点での介入（権威性）

ウ 虐待という差別的ラベリングで始まる介入（事件性）

エ 過剰な社会的反応からの早急な法的介入（差別・対立）

などにより、援助目的の介入（親子関係の修復、調整）が困難となる。

(2) 初期対応の原則

ア 対応するチームを作る

決して、一人で動いてはいけない。役割分担・他職種への理解も大切である。

他者非難からは何も生まれない。また頼りになる人とネットワークを組むため、具体的に動ける人を発掘し続ける。

イ 迅速かつ長期的に子どもを保護する

手が離れても関係は切れない。長期的にフォローし続ける。

ウ 家族への援助体制を作る

家族もまた援助を必要としている。直接の親、その配偶者、きょうだい等個別計画が必要である。

(3) 介入成否の指標（Robert Goodman & Stephen Scott, 1997）：表1参照

これは、今これから対応しようとしている子どもとその親が困難な事例か否かの指標になる。うまくいくのはせいぜい2、3割という話すらある。さらに援助者もまた傷つくということに留意しなければいけない。

(4) 親へのアプローチ

ア 母性の発達（渡辺久子, 1995）：表2参照

胎児の発達と平行して母性は発達する。

イ 母親になるなるプロセス（氏家達夫, 1996）

(ア) 出産後の女性は、感覚と体験に違和感が生じる

(イ) これまでの行動＝思考＝感情システムが機能失調に陥る

(ウ) 理念では理解できるが、実際に有効な行動がとれない

(エ) 要求と責任は感じるが、できないことで自己概念が傷つく

(オ) 不適切感を抱きながら自律性が喪失する

(カ) 公的知識、他者の経験、文化的価値に依存

的になる

(キ) 自己のこれまでの体験記憶が活性化する
(世代間伝達)

(ク) 新しい行動＝思考＝感情システムが機能する

(ケ) 親になってゆく

(反抗期になると、再びイへ戻る)

ウ 心の中の3つの乳児 (渡辺久子、1995) : 表3 参照

Lebovici, S. による赤ん坊のイメージ

表2 母性の発達 (渡辺久子, 1995)

妊娠期間	前期	中期	後期	出産
母性の発達	妊娠の受容	胎児の実感	母親である実感	分離・適応・出会い
母親の意識	戸惑いと誇り	あともどりてきない	社会的な評価	生まれた安心感と同時に生じる喪失感

表3 心の中の3つの乳児 (Lebovici, S.)

心の層	3つの乳児	由来
心の意識の層	現実の乳児	目の前の赤ん坊
半意識の層	空想的乳児	小さいときから空想していた赤ん坊
無意識の層	幻想的乳児	かつて赤ん坊として生きた時の世界を想起している時の自分の精神状態

表1 介入が成功するか否かの指標

Robert Goodman & Stephen Scott (1997) 一部改変して私訳

要因	よりよい結果が生まれるための指標	あまり良くない結果が生まれるための指標
親	問題を受け入れることができる	問題の否認
	対処に従順である	協力関係への否認
	性格に特別問題がない	人格的な問題 非社会的 残虐的 攻撃的 子ども時代に虐待を受けている
	サポートしてくれるパートナーである	虐待的なパートナーである
	精神的な障害がない	アルコール乱用 物質乱用 精神病
虐待の特徴	虐待による障害がそれほどひどくない	虐待による障害がひどい こぶ、やけど 丈夫に育っていない 様々なタイプの虐待が混在 直接性交渉に至った性的虐待 長年におたる性的虐待 残虐な虐待 代理ミュンヒハウゼン症候群
	子どものニーズに最優先で応えることができる	親が最初に自分自身を満たそうとする
子どもとの相互作用	普通の子どもの愛着が可能 共感を示すことができる 触れあいに応えることができる	うまくいっていない愛着 共感を示すことができない 無神経な触れあいで終わる
	健康な子ども 虐待に対して回復力がある 養育関係が結べる	特別な配慮 (身体的あるいは学習面での問題) が求められる 広範囲な精神病理を持つ よい方向に影響を与える人の不在
状況	優れた地域型の保育	施設がない
	うち解けたネットワーク	社会から隔離されている
専門家の介入	非常によく鍛えられ、いざという時に対応できる能力	対応策や技術がほとんどない
	治療関係が成立する	治療関係が成立できない

「幻想的な乳児」の世界とは、実際に赤ん坊と向き合うときに、赤ん坊の気持ちに同一化して、身をおくことを助けてくれる世界である。

実際に母親になって子どもを抱くとき、この空想的乳児と幻想的乳児のイメージが、現実の乳児に対する気持ちの土台になる。虐待体験などにより、空想的乳児および幻想的乳児のイメージが良好に保てなかった場合、親になってからわが子に同じような行為を繰り返すという精神病理的な世代間伝達が生まれる。

母親は赤ん坊と向き合う時、自分を見つめているわが子 (実際の赤ん坊) と、そのわが子によって想起するかつての赤ん坊の自分 (心の中の赤ん坊) というふたつのものをみている。

Ⅰ 虐待の世代間伝達

虐待の世代間伝達の頻度は、推定30%といわれている。

Ⅱ 愛着の世代間伝達

不幸な体験を受けたというこ

とだけでなく、愛着（アタッチメント）という乳幼児が生まれつき本能的に親をよりどころにして、生存の安全を確保するメカニズムが歪んで伝達されるという指摘もある。

カ) 世代間伝達の鎖を切る

逆境に育ち、虐待体験や母性的養育の剝奪体験を持ちながら、安定した愛着をもつ子どもを育てたスラム街の母親を調査した（Fonagy P et al .1991）。

母親たちは、自分の幼児期の辛さを正直に情緒的に振り返る力をもっていた。安心できる場所で、しみじみと自分を見つめることができる時、内省的な自己が育まれるという（いわゆる自己治癒的なトラウマワークであろう）。

キ) 治療的な取り組み

親の辛さに共感する。

内省的自己の育みで世代間伝達に終止符を打つことができる。

自分自身を受け入れられない気持ちを支え、決して親を責めず、親の自己価値観を浮上させてゆく。

自分の悲しさに気づくことで、子どもと自分との関係の悲しさに気づき、自分を愛おしく思えるように、子どもへの憎しみを薄めてゆくことを目指す。

(5) 子どもへのアプローチ

ア 被虐待児の心的特徴（岩田泰子，1998）

- (ア) 人間に対する不信任感、被害感が強く、攻撃性が高い。
- (イ) 自分を生まれつきの悪い子と認識している。
- (ウ) 満たされない愛情欲求を持っていて、人との距離が適切にとれず、援助を求めない。
- (エ) 自己表現が率直にできず、感情や衝動性のコントロールができない。
- (オ) 親や家族に現実的でない期待を持っている。
- (カ) 親子の間で子どもが加害者、親が被害者としておのおの認識しているケースが多い。

- (キ) 親と別れていても、常に親からの精神的拘束が続いていたり、または続いていると感じていることがみられる。

イ 関わるものの心構え

- (ア) 秘密を守り、安全を確保する
- (イ) 馬鹿にせず、真剣に話を聞く
- (ウ) 言葉や大人の都合で子どもをごまかさず、支配せず、尊重する
- (エ) 言葉だけでなく、具体的な行動を示唆し、時に一緒に行動する
- (オ) 早急な結論を急がずに待つ
- (カ) 見返りを期待せず信頼する
- (キ) 常に「生活の視点」で話し合う
- (ク) 子どもにこれ以上貧乏くじを引かせてはいけないという意志

ウ 被虐待児の治療目標

子どもたちが、自分自身を大切に、人を愛し、人と共感できる人間として成長し、社会の中で自立して生きていけることを目指す。

最低限、この程度は心がけておくべきであろう。

(6) 関係機関との連携

ア ネットワーク

- (ア) はじまり：関係者を誰も排除せずにチームを作る
- (イ) 人につなぐ：関わる人の確保、どこに誰がいるか？
- (ウ) 連携の強化：情報交換、担当者会議、迅速な連絡
- (エ) 柔軟性：ケースにより主になる機関が変わる
- (オ) 相互の支持：互いに支え合い、常にチームで動いているという自負

イ 連携の留意点

- (ア) 他職種での立場を各々が尊重し、それぞれの考え方を理解したうえで、現状把握「みため」をしっかりと共有する。
- (イ) それぞれができることとできないことを明確にする。
- (ウ) 互いに責め合う関係でなく、互いに補う関

係で動く。

- (エ) バトンタッチでなく、常に継続フォローで導きの糸を切らないこと。

(7) 予防

ア 周産期からの予防

母性の発達のケアと家族調節

イ 出産直後からのケア

- (ア) 初期の母子の絆作り
 (イ) 障害児、心配な子どもへの支援（愛着関係が結びにくい）
 (ウ) 不用意なアドバイスは新たな傷を作る
 (エ) 幻想を捨て、希望を抱かせるような配慮

ウ 育児相談・育児支援

- (ア) 不用意なアドバイスは新たな傷を作る
 (イ) 一人で育児はできない、社会が子どもを育てる

エ 社会的な要請

弱者を大切にすると社会文化の発展のための活動

(8) 予後

身体虐待の10%以上が死亡している！（諏訪城三, 1995）という事実を忘れてはいけない。

7. 今後の課題

実態調査、予後調査などの長期的調査・研究を多くの関係者で行うべきである。

気づかれない虐待は今も続いているのである。特に被虐待児が施設に入所した後の経過は要注意である。援助者側は、見えなくなったからといって、安心したりあきらめてはいけない。丹念に注意し続けるしつこさが求められる。

さらに、実践的なトラウマワークの技術向上は早急に目指さなければならないと思われる。

また、性的虐待が今後明らかになると予想されている。この問題への理解と対処も未開の地である。

加えて介入困難例への対処の工夫など、まだまだ（緊急）課題は山積している。

おわりに

児童虐待を受けた子どもは、身体・心理的外傷だけでなく、本来信頼し守られるべき親や大人から一方的になされたことで、人間としての存在そのものを否定されたと受け止め、自らを生きる価値のない人間、存在自体が悪い人間と認識してしまう。これこそがもっとも悲しく、恐ろしいことである。

エリクソンは、自らの発達段階理論のなかで、乳児期にまず子どもは世界と対峙することで、多くの不信にさらされながらも最終的には母性を対象として、世界を信頼する体験、すなわち「基本的信頼感」を学ぶと述べている。津守真（1997）にいわせると、ここで子どもは「希望」を学ぶのだという。

虐待の好発年齢は、0歳から4歳といわれている。そうすると、子どもたちは人間として生まれた直後に、親からの不適切な扱いにより「希望」を剝奪されたことになる。

今日、精神医学は、「発達」と「虐待」がキーワードになるだろうと思われる。また乳幼児精神医学の見地からは、周産期を母子が幸福に日々を送るようにすることが、将来の発達障害や精神障害の大切な予防になると強調されてきている。

そのためにも、われわれ子どもの療育に関わる専門家たちのこの分野における責任は重く、さらなる経験の蓄積と調査・研究が求められているといえよう。

これは、レジメの一部をアレンジしたものである。教科書風あるいはパンフレットのようなものになってしまった。当日は、当院児童外来のデータなどの報告や、様々なエピソードも話させていただいた。また、引用した文献の他、多くの他職種の仲間たちとの話し合いのなかで生まれた事柄が様々な形で盛り込まれている。特に十勝の仲間や北海道子どもの虐待防止協会十勝支部のメンバーからは、日頃から大きな力をいただいている。ここに記して感謝したい。

今回このような機会を設けていただきました、北海道乳幼児療育研究会のみなさま、会長の伊藤則博教授に、深く感謝いたします。

<参考文献>

- 浅井春夫 (1998) : 児童福祉改革と実践の課題,
日本評論社
- Roy Meadow (1997) : ABC of CHILD ABUSE
(Third Edition) . BMJ Publishing Group
- 西澤 哲 (1997) : 子どものトラウマ, 講談社現
代新書
- 坂井聖二 (1998) : 子ども虐待のスペクトルとメ
カニズム, 保健婦雑誌 第54
巻、610-619頁, 医学書院
- Robert Goodman, Stephen Scott (1997) :
Maltreatment of Children. In Child
Psychiatry, Blackwell Science, Oxford.
- 西澤 哲 (1994) : 子どもの虐待, 誠信書房
- 渡辺久子 (1995) : 周産期とこころの曙 子ども
の発達とその障害, 放送大学
教育振興会
- 氏家達夫 (1996) : 親になるプロセス, 金子書房
- Fonagy P et al. (1991) :
Maternal representations of attachment
during pregnancy predict the organization
of Infant-mother attachment at one year
of age. Child Development. 62, p891-905.
- 岩田泰子 (1998) : 児童虐待 臨床精神医学講座
11巻「児童青年期精神障害」,
327-338頁, 中山書店
- 諏訪城三 (1995) : 被虐待児117例の検討、日本小
児科学会雑誌 第99巻2069-2077頁
- 津守 真 (1997) : 保育者の地平, ミネルヴァ書房

— 第1分科会（一般演題－1） —

1. キレル子は学習障害か、多動性障害か
～学習障害とそれに近縁する発達障害の用語と概念の整理～
.....氏家 武
2. 1歳6カ月児健診を中心とした早期対応・支援
～南十勝地域システムの構築から～
.....古川力也
3. 緑ヶ丘病院児童部からの報告（1）
発達障害外来15年のあゆみ
～自閉症とその周辺の子どもたちとの関わりから～
.....犬塚 実
4. 緑ヶ丘病院児童部からの報告（2）
精神科児童病棟における保母の役割～生活という視点から～
.....藤田晴美
5. 楡の会の保育～5年間の取り組み～
.....加藤法子・和久井三保子・三宅 誼・氏家 武
6. 栗山町の子育て支援センターの活動状況
.....宮林葉月・須田幸子・中野和広・松岡登美江
7. 地域療育機関への療育支援～母子訓練を通しての支援～
.....金沢俊文

1

キレル子は学習障害か、 多動性障害か

—学習障害とそれに近縁する
発達障害の用語と概念の整理—

楡の会 子どもクリニック
氏 家 武

学習障害の定義

- ①LDとは、聞く、話す、読む、書く、推理する、算数などの諸能力の習得と使用に著しい困難をきたす、さまざまな障害群を総称する。
- ②これらの障害は、その個人に内発するものであって、中枢神経系の機能障害によると推定され、それは生涯にわたっておこる可能性がある。
- ③行動の自己調節や、社会的認知、社会的相互交渉における問題は、LDにもあり得るが、それ自

体がLDの本質ではない。

④LDは、他のハンディキャップ状態（例えば知的障害や感覚障害）、あるいは文化的な差異や不適切な教育など外的な影響に伴って起こる可能性もあるが、それらの状態や影響の結果そのものではない。

LDに関する全米合同委員会（NJCLD）、1988

学習障害の中核障害と付随障害

I. 学習障害の中核障害

- ①学習能力障害（読み、書き、算数障害）
- ②言葉と会話の障害（発達性構音障害、表出型言語障害、受容型言語障害）
- ③運動能力障害（協応運動障害、不器用）

II. 学習障害に付随して認められることが多い障害

- ①注意欠陥多動障害
- ②社会的認知障害
- ③情緒障害
- ④感覚・知覚障害

注意欠陥多動障害（ADHD）とは？

1. 行動面に現れる問題

- ①注意の障害（注意転導性、注意集中障害、注意の持続障害など）
- ②活動性の亢進（多動、多弁、落ち着きの無さ、寝相が悪い、チックなど）
- ③衝動的行動（自己衝動抑制の欠如、自己防衛に伴う攻撃的行動など）

2. 情緒面の問題

- ①自己中心的思考
- ②客観的思考の欠如
- ③こだわり
- ④気分、情緒状態の変動
- ⑤対人関係形成の拙劣さ

行為障害（Conduct disorder）とは？

- ①反復する反社会的、攻撃的、あるいは反抗的な行動が持続してみられる状態。
- ②過度な喧嘩やイジメ、残虐行為、破壊行為、放火、盗み、虚言、怠学、家出、反抗挑発的な行為などの行動が重篤で反復的に行われる。
- ③行為障害は、ケースによっては非社会的な人格障害へと発展することがある。
- ④行為障害は、しばしば不満足な家族関係や学校での失敗を含む、不利な心理社会的環境と関連している。
- ⑤男児に多く認められる。

行為障害のタイプ

①家庭限局性行為障害

行為障害の症状出現が、ほとんど自宅内や家族との相互関係内に限られている。家庭環境以外では行為障害が見られず、家族外での社会的関係は悪くない。家庭内暴力のように、家族内の特定に人物に攻撃性が向けられたり、状況に依存して症状が出現することが多い。

②非社会型行為障害

単独で行為障害を示すタイプで、同年齢の仲間にもうまくとけ込めず、弱い者イジメ、けんか、ゆすり、暴行、かんしゃく、激怒、極度の不従順・無作法・非協力、器物の破壊、放火、動物虐待などが認められる。

③社会型行為障害

同年齢の仲間がいて、集団で行為障害を示すタイプ。集団非行や暴力団構成員としての触法行為、集団窃盗、怠学などが多い。

④反抗挑戦性障害

9、10歳未満の児童で、極めて挑戦的で不従順で挑発的な行動がみられる場合。しかし、法や他人の権利を侵害するほどの反社会的あるいは攻撃的な行動はみられない。おとなの要求やルールに背く、平然と他人を苛立たせる行為を繰り返す、欲求不満耐性が低くかんしゃくをおこしやすいなど。

「キレル」とは何か？

—言葉としての「ムカツク」「キレル」—

★「ムカツク」とは、嫌悪の対象があまりはっきりせず、なんとなく何かに腹を立てているような感じで、そのためいつも気分が晴れずイライラした状態が続いている。

★「キレル」とは、何かをきっかけにそれまで「ムカツク」気持ちを抑えていた理性が失われ、その気持ちが衝動的に不合理な行動やむき出しの感情によって吐き出されることである。

私たちは、なぜムカツキ、キレルのか？

★私たちの世界は、極めてストレスフルである。しかも、そのストレスは止まることなく、解消する場もない。そのため、些細な不快な出来事に対してムカツキを感じる事が多く、気分は晴れずイライラしており荒んだ気持ちになる。そんな中で、私たちの我慢が限界に達した時に、偶発的な出来事をきっかけにして「キレル」のである。ムカツキ、キレルことは誰にでも起きていることである。

★ それでは、「キレヤスイ」とうことはあるのだろうか。

① ストレスが大きければ大きいほど、キレル危険性は高まる。そういう意味で、自分の将来が自分だけで決められない子どもが最もストレスが多く「キレヤスイ」のではないか。

② 気分の変動が激しい、感情のコントロールが弱い、衝動性が高い、自分の気持ちを言葉で十分表現できないなど、能力や性格の偏りは「キレヤスイ」リスクが高いだろう。

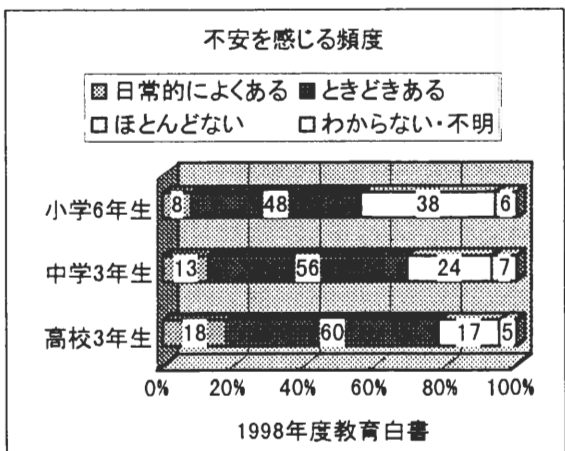
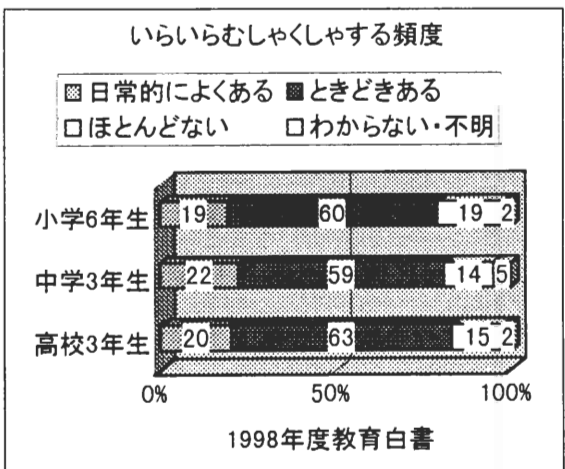
むかつく子、きれる子どもの育て方

★むかつく子育ては3歳までが勝負★

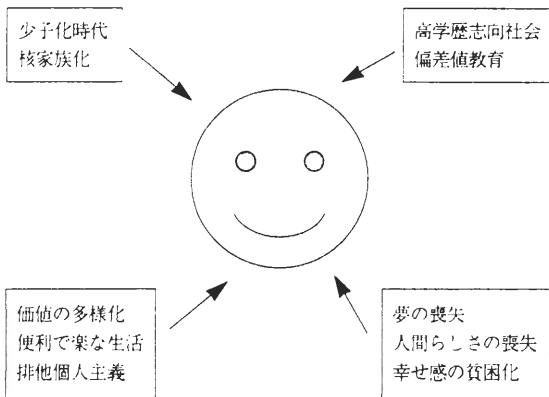
1. 疲れやすいからだを育てる—むかつく心はまず疲れやすい体づくりから。食事も大切。
2. いらいらと怒りっぽい心をつくる—外で遊ばせない。テレビ・ビデオ・ゲーム機。

3. 人への憎しみを育てる—愛情のない育児をして先ずは親を憎しむことを教える。
4. 具体的な暴力のふるい方を教える—幼児期から暴力シーンをたくさん見せよう。

怒りっぽい子を育てようと思って育てている人なんか一人も見ることがありません。親は根気強く優しいのに、すぐにかあーとなる子もいます。現代にはテレビ、ビデオ、ゲーム機・お菓子・おそねおそおきという、どんないい子も悪くしてしまう毒があります。そのためどの子も怒りっぽい子、きれる子になりやすい状況にあります。これらを幼児の生活から少し除いてあげると、子どもはぐんと落ち着き、親も叱る回数が減ると思います。



子どもたちの心を脅かすもの、心の背景にあるもの



★確かに、気分の変動が激しい、感情のコントロールが弱い、衝動性が高い、自分の気持ちを言葉で十分表現できないなど、一部のADHDやLDの子どもたちは「キレヤスイ」リスクは高いかもしれない。しかし、ADHDやLDの子どもが「キレル」（衝動的な行動やパニックなど）のは「ムカツク」気持ち（他者に対する不信感、嫌悪感）から生じるのではなく、自分にとって不合理な状況を避けるための手段なのである。

行為障害（Conduct disorder）の 成り立ちと対処

行為障害の原因は極めて多彩である。

生得的な要因が認められる場合もあるが、より重大な要因は個人の生き立ちや生活環境であり、さまざまな問題が複雑に絡み合って障害の全体が徐々に形成されてくると考えられる。

行為障害への対処は子ども一人一人でまったく違う。

- ①早急な問題の解決を期待するのではなく、長期的な見通しを持つこと。
- ②教師の価値や学校の事情を優先すべきではない。
- ③子どもや親のサイドに立って問題解決の糸口を考える。
- ④チームを組んで問題に関与し、スタッフの役割分担と学校全体での対処を考える。

キレル子はADHDか、LDか？

★「キレル」ことはADHDやLDの子どもたちだけではなく、誰にでも起こることである。要は、背景に「ムカツク」気分が存在しているかどうか、鬱積した他者への不信感や嫌悪感があるかどうかである。

2 1歳6カ月児童健診を中心とした早期対応・支援 ～南十勝支援システムの構築から～

大樹町母子通園センター
古川力也

はじめに

南十勝地域は、帯広市より南の2町（大樹町、広尾町）3村（中札内村、更別村、忠類村）よりなり、畑作や酪農を中心に、林業、漁業を基幹産業として発展してきている。人口は合わせて26,330人、年間出生数245人（平成8年9月30日現在 住民基本台帳）である。

また地域における療育機関としては、昭和62年に2町3村の共同運営による南十勝ことばの教室が大樹町に開設され、平成2年には大樹町母子通園センターがことばの教室に併設されている。そして、何らかのハンディを持つ、あるいは子育てに配慮が求められる子どもたちへの療育的かかわりや家族への支援を進める傍ら、1歳6カ月児や3歳児健診での相談業務等に携わってきている。さらに子育て支援センターが大樹町で平成9年4月に、中札内村で平成10年7月にそれぞれスタートし、在宅乳幼児の保育と家族支援の活動が進められている。

療育についての地域的な課題は、療育を必要としている子どもの早期発見・早期対応の一貫した体制を整備すること、またそのための協議をする場を確保すること、さらには療育に携わる関係者の力量を高めること等であった。これらの点について南十勝地域では関係者によるいくつかの取り組みがなされたことで、その方向性が幾分明らかになりつつあるように思われる。現時点では試みの領域を出ていない段階であるが、これまでの経過と取り組みの状況について報告したい。

1. 南十勝地域療育研究会

ことばの教室と母子通園センターという療育資源を有しながらも南十勝地域は様々な課題を抱えていた。関係者間でのつながりが乏しいというだけでなく、情報交換の機会にも恵まれてはいなかった。それぞれの職場では対応に苦慮するケースを抱えながら、いったいどのようにしたらよいものかと、悩む日々が続いていたといえる。そんな折、「広尾保健所管内の早期療育の現状と課題について」と題し、広尾保健所保健福祉サービス調整推進会議が開かれた。その中で、療育、保育、教育、そして母子保健関係者の学習をしていく場の必要性が明らかにされ、そしてそれは「自主的」であるべきという結論が打ち出された。平成6年7月のことである。

同年11月15日、有志によりついに南十勝地域療育研究会という自主研究会が設立され、第1回の例会が開かれた。平成6年度中には3回の例会がもたれ、南十勝2町3村からのべ58人の関係者（保健婦、保母、指導員、幼稚園教諭）が出席している。内容は、事例検討や障害児の支援体制について、あるいは、専門研修会の復命報告などである。それぞれの勤務を終えてから、中札内村から広尾町までの2町3村の関係者が大樹町に集合して、文字通り自主的な学習を積み上げていった。研究会が終了しても時間を忘れ夜遅くまで情報の交流が続いていた。このことがまさに出席者のニーズであった。

平成7年度は、11回の例会で出席者はのべ238人。内容は事例検討が中心だったが、発達に関する講演会（150人出席）や、専門研修会（74人出席）も実施している。また地域の様々な事例や課題を話し合う中で、1歳6カ月児健診でフォローしていないケースが保育所入所後に発見されたということが取り上げられ、1歳6カ月児健診の重要性が関係者の中で改めて認識され、地域的にその充実が緊急の課題となっていったのである。

平成8年度は、年度の途中まで5回例会を実施（のべ118人の出席）。内容としては、各町村の福

社課を主管課として検討されていた南十勝地域療育推進協議会と南十勝地域療育研究会の関係についての検討、各職場からの情報交換、ミニ講演会、アメリカ研修報告等である。保健婦、栄養士、保育所保母、幼稚園教諭、ことばの教室・母子通園センター指導員など、職域を越えて課題の交流や事例検討、発達の学習の積み上げをしている。こういう取り組みをする中で、地域のシステムの必要性、療育に対する認識などが共通のものとなっていったと考えられる。

平成8年10月に南十勝地域療育推進協議会（一次圏）が設立され、南十勝地域療育研究会は発展的に解消したが、この自主研究会で育まれた関係者のネットワーク、学習の意欲等がそのまま専門部会の一つである研修部会に引き継がれている。

2. 南十勝地域療育推進協議会活動開始と1歳6カ月児健診

2年間という時間をかけて保健所、児童相談所、2町3村の課長と係長（福祉、保健、教育）段階での協議が続けられ、「南十勝地域における障害児の早期発見・早期療育の一貫した体制を整備するため、関係者の連携を確保し、総合的かつ効果的に推進を図る」ことを目的に平成8年10月に南十勝地域療育推進協議会が設立され、実質的に活動を開始した。

事業の一つとして、南十勝地域療育推進協議会の専門部会である療育推進部会が中心となり、各町村に療育に関する意向調査を行っている。回答の中では、1歳6カ月児健診の充実と、南十勝地域にただ一つの療育機関である南十勝ことばの教室・大樹町母子通園センターの機能の充実を求める声が多数を占めていた。

また、1歳半の発達の学習をしたいという要望が保健婦だけではなく、保母の中にも切実なものとしてあることがわかった。これらを受けて「こどもの発達と療育 — 1歳6カ月児を中心に—」と題した白石正久氏（大阪電気通信大学）の講演会を実施し学習をしている。この取り組みを通し

9年度からの1歳6カ月児健診の見直しの機運が一気に高まっていった。

9年3月には、療育推進部会が主催して1歳6カ月児健診を実施するうえでのポイント、検査用具の使い方について研修会を開いている。それは各町村、保健所の保健婦が出席した実践的な研修であった。また、それを受けて各町村でも独自に学習会を開いている。問診についての視点を共有する取り組みが町村間で、そしてそれぞれの職場内でなされていった。なぜこの問診項目があるのか、どこに視点をあてることが発達支援になるのかなどを学習していった。そして、必要な用具を揃えたり、指さしの状態を把握するための、あるいは、子どもたち同士のかかわりをみるための場の設定など、健診会場を整えていった。

3. 1歳6カ月児健診を中心とした早期対応・支援

先の療育に対する意向調査の中でも1歳6カ月児健診での母子通園センターの役割が強く求められていた。平成8年度までは母子通園センターの職員は3歳児健診に参加していたが、9年度からは1歳6カ月児健診中心に参加することになった（表1）。

表1 乳幼児健診参加回数（*出張回数）

	中札内村	更別村	忠類村	大樹町	広尾町	計	備考
8年度	2	2	2	3	3	12	3歳児健診
9年度	4	4	2	6	6	22	1歳6カ月児健診

9年度は相談コーナーを公開し、だれが相談を担当しているのか、どういう状況で相談を受けているのかなどをオープンにしたのである。そして、相談担当者の役割として、育児上の困難を抱えている保護者への対応、会場内での子どもの様子の観察、問診の中で確認できなかった点の評価、などを位置づけた。

面接の中では保護者が抱えている育児上の困難を聞き、実際に子どもとかかわりながらアドバイスをするというかたちをとっている。緊急性のあ

る場合、あるいは保護者の方から当施設への通園希望がある場合は来所相談を紹介し、その他については2歳になる前に様子を保健婦に伝えてもらうこと（連絡する、しないは自己決定している）や、今後も様子をみさせてもらうことの詳細を得るようにしている。実際には保護者の方から連絡のある場合は多くはないが、保健婦が連絡をしてみると、「アドバイスの通りかかわっています。連絡しようかしまいか迷っていました」という答えが返ってくる人が多いという。

1歳6か月児健診での相談業務の事後処理としては、面接をした全ケースについて報告書を作成し、該当する町村の保健婦に送付している。その内容は、主訴、保護者からの情報、ケースの観察所見、全体所見、保護者へアドバイスした内容、そして方向性等である。この報告書については各町村でケースのフォローのために活用していると聞いている。

1歳6か月児健診での相談コーナーの利用については受診対象児の10～50%と、町村によってばらつきはあるが、いずれにしても決して少なくはない値である。これは1歳6か月児健診の内容の充実とリンクし、コーナーがより利用しやすい状況になりつつあることを示しているといえる。それはまた早期対応・支援の可能性を広げるものである。

平成9年度は1歳6か月児健診での相談コーナーの利用が78件（図1）あり、当施設へ直接来所しての相談20件（図2）と合わせると98件の新規の相談を受けたことになる。相談の内容も発達に関することにとどまらず、育児全般というように広範囲である。相談活動については育児上のトラブルの予防という観点からも注目したいと思っている。

4. 1歳6か月児健診の見直し後の状況と課題

健診見直し後1年4か月が過ぎた平成10年8月7日、2町3村から母子保健担当が出席した保健

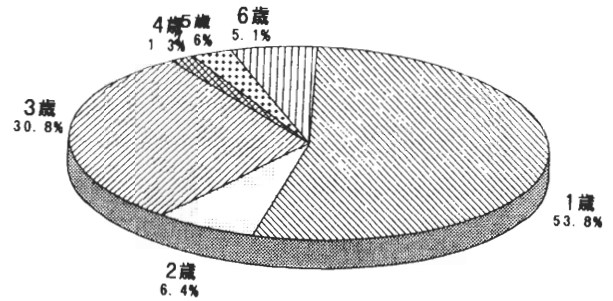


図1 発達相談コーナー利用状況

(平成9年度1歳6か月児健診)

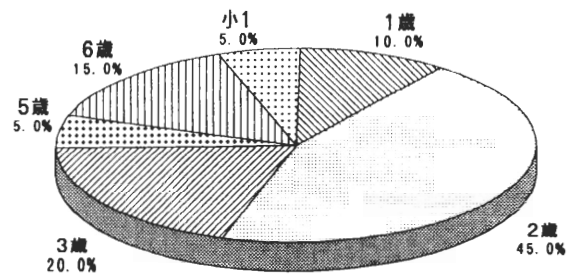


図2 平成9年度来所相談状況

婦対象研修会（母子保健交流）が実施された。その中では次のような発言が聞かれた。

- 問診項目自体は今までとほとんど同じだが、項目の一つひとつの裏に隠されていること、何のためにそれを聞くかということを学習することができた。
- 積木を積むとはどういうことかをいつも考えている。
- なぐりがきやぐるぐるまるについては、以前はそれを子どもにさせておいて母親と話し合いをしていたということもあった。
- 会場に保母を配置し、気になる子どもとかかわるという態勢をつくっている。
- 母子通園センター職員が同じ会場で相談を公開しているので、相談をすすめやすくなった。
- 南十勝地域療育推進協議会研修会と合わせて職場でも研修している。母子通園センターからの報告書で学習し、それをケースの訪問前に読み返している。

以上のような発言から直接健診を担当する側か

ら見た健診の見直し後の状況というものを伺い知ることができる。

今後の課題は、私たちの実践を絶えず点検することはもちろんであるが、健診や相談コーナーの利用者の視点から早期対応・支援のあり方を検討することである。そして広い意味での子育て支援ができるようにシステムの充実をはかっていくことであると考えている。

南十勝地域で始められたこれらの取り組みは1回の健診の受診児数が少ないためにできることかもしれない。また母子通園センターの職員が会場全体を見渡せ、自由な形で直接子どもたちとかかわることができるような配置になっていることも有効にはたらいているようである。しかしながら、何よりも保健婦を中心とした健診、そしてフォロー体制がシステムとして動きだしていることが大きく影響しているように思われる。

3 緑ヶ丘病院児童部からの報告 (1) 発達障害外来15年のあゆみ ～自閉症とその周辺の子どもたちとの関わりから～

北海道立緑ヶ丘病院

犬塚 実・藤田晴美・岸浪理恵・石塚陽子

はじめに

道立緑ヶ丘病院が帯広市から音更町に移転して14年、児童病棟が新設されてから13年が経過しました。移転当初から児童外来に発達障害外来部門が組み込まれ、主として自閉症の子どもを対象に治療教育に取り組んできました。この15年間の歩みを紹介し、皆様のご意見、ご批判を頂戴したいと思います。

1. 概要

(1) スタッフの構成と役割分担

判定員（心理）と児童病棟所属の保母で治療チームが構成されています。保母は病棟の業務があるため、交代しながら担当しております。

下記のように役割を分担しています。セッション終了後にはそれぞれの立場で意見を交換・検討し、次回の通院時に生かせるよう努力しています。課題学習については、後に説明いたします。

ア 心理…保護者面接

- ・課題学習の設定、点検、修正
- ・生活全体の相談、助言、指導

イ 保母…通院児の対応

- ・保護者への子どもとの関わり方の見本
- ・課題学習の実施、点検
- ・遊び

(2) セッションの構成

セッション開始当初は個人指導から入ります。

子どもの成長に伴い、年齢、能力、性別を考慮しながら集団へと導入していきます。時間や内容は下記のように構成しています。

ア 個人療法

1時間（課題学習+遊び）

イ 集団療法（2～4人）

1～2時間（共同作業 [料理・工作]+遊び）

(3) 部屋の構造

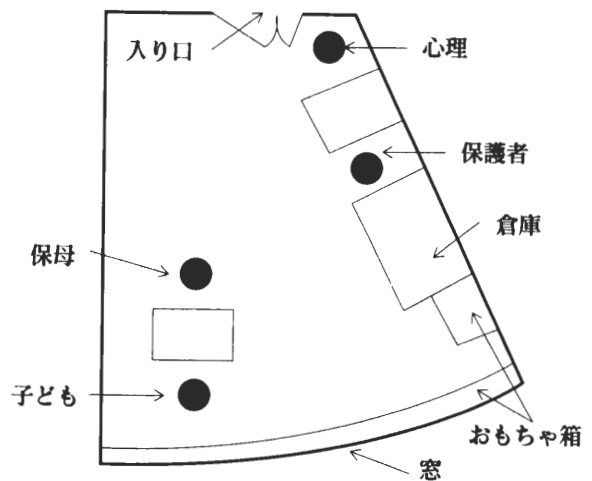


図1 治療室の平面図

ア 保護者面接と子どもと同室

図1に示すように、保護者の面接と子どもの治療教育は原則的に同じ部屋で行います。保母と子どもとの関わり方を保護者に参考にしてもらい、普段の生活に生かしてもらうためです。また、子どもの行動を観察しながら、自閉症児の行動特徴とその原因・理由を説明し、一人一人の特徴を理解していただくためでもあります。

保母は、判定員や保護者の視線を感じながら子どもとつきあわねばなりません。子どもの反応を見れば、関わり方の失敗はすぐにわかってしまいます。かなりの緊張を強いられます。ただし、そのような状況で鍛えられますので、保母のセンスや技量を磨くには良いようです。

イ 刺激の少ない造り

プレイルームは、模様が入った明るい色調の壁紙が張られ、様々な遊具がところ狭しと置かれているのが通常です。ところが自閉症児は刺激の整理・統合が苦手です。そのようなプレイルームは子どもの注意の転導性を強め、注意の集中や持続を難しくし、セラピストとの関わりを稀薄なものにしてしまいがちです。我々の治療室は、壁紙は無地であり、遊具は常に整理されています。窓の外が気になる子どもの場合は、必要に応じてカーテンをかけます。注意の集中が持続し、セラピストと密接な関係が維持できるようにと、できるだけ刺激の少ないデザインにしています。

ウ 道具、遊具は整理

様々な道具や遊具が散乱していると自閉症児の多くは次々と目移りしてしまい、一つのことに集中することができません。使った道具や遊具は扉のついた倉庫やおもちゃ箱に片付け、その後、次の課題や遊びの道具・遊具を出すよう指導しています。そうすることによって次の課題や遊びに集中できます。

(4) 通院状況

表1 延べ人数

年度	延べ人数	
84		84年2月 判定員着任
85	294	
86	338	84年7月 新築移転・児童外来開設・保母配属
87	446	
88	801	
89	1,171	
90	956	
91	992	91年2月 児童担当医交替
92	895	
93	702	
94	595	
95	501	95年1月 児童担当医交替
96	510	
97	592	

児童担当医の交替や昼休み時間の変更により、

90年度から通院児の延べ人数は減少し、2度目の担当医の交替後の96年度から上昇しております。

2. 自閉症児の治療教育

(1) 基本的な考え

ア 生活全体が教育の場

自閉症児の病因に関する論争はほぼ30年前に収束し、認知障害が自閉症児の適応を困難にしているとの結論に達しています。認知の障害である以上、子ども達の不適応は対人関係のみならず、あらゆる生活場面で起きます。適応的な行動を身につけてもらうためには、その場にふさわしい行動をその場で覚えてもらう必要があります。時間が過ぎてから教えようとしても身につくものではありません。あらゆる機会をとらえて新しい行動の形成を図らねばなりません。生活全体が治療教育の場だと考えています。

イ 新しい行動の学習

認知の歪みから誤った不適応行動を学習していると考えるならば、不適応行動を消すことに焦点を合わせるのではなく、新しい適応的な行動を学習すればいいと考えます。そうすれば不適応行動は相対的に減少し、自閉症児の適応水準を上げることができます。そのためにも、失敗経験を少なくし、成功経験を積み重ねることができるような細かな配慮が必要です。

ウ ボトムアップとトップダウン

まずは、注意の集中・持続、観察力、簡単な指示の理解の向上を目指します。上記の能力が定着すれば、より複雑な言語理解、数の理解、計算能力、読字、書字能力、文章理解力等、基礎的な学習能力の向上がプログラムに入ります。低年齢のうち、子どもの成長に応じて、基礎的な能力の底上げを目標とします。

年齢が上がれば、いずれは学校教育終了後のことを考えなければなりません。どのような進路を

とるにせよ、「読み、書き、算盤」の能力を伸ばしても、生活に役立たないものであるならば宝の持ち腐れです。社会生活を送る上で役に立つ生活技術を身につけるほうが得策だと考えています。

小学校の高学年に至ったならば、数年先の学校教育終了後の子どもの社会適応目標を定めるよう保護者と話し合います。その目標に従って、買物、公共の交通機関を利用する力、掃除、洗濯、料理、余暇の過ごし方等、生活技術を身に付けるプログラムを組んでいきます。ただし、最初に設定した目標に固執する必要はありません。子どもの成長・能力に応じて修正し、課題も変更していけばいいのです。高すぎもせず低すぎもしない、能力に見合った社会的自立能力の達成が最終的な目標です。

以上のことは、折にふれ保護者との面接の中で常に話し合っています。

エ 中心は保護者であり、病院は支持、助言

保護者が困っている問題行動は普段の生活の中で起きますし、身に付けてほしい行動は毎日の中にあります。しかもその場その場での適切な対応をしなければ、子どもに適応的な行動は形成されません。

面接の中ではなかなか改善しない問題行動の悩みがよく話題になります。保護者の悩みや苦勞に耳を傾けながら助言はします。しかし、私たちはせいぜい週に1回1時間しか子ども達とつきあうことができません。対応は共に過ごしていること一番多い保護者に委ねられます。保護者が自信を持って対応できる方法を見いだせるよう努力しています。

自閉症児の障害の特徴や一人一人の子どもの特徴を理解・受容し、子どもの能力を適切に評価する。高すぎもせず低すぎもしない要求水準の設定をし、一貫した対応ができる保護者としての成長を願っています。できれば治療教育の方針を自ら提案できる保護者となってくれば本望です。治療教育の中心はあくまでも保護者であり、私たちは、点検、修正、助言する立場であり、脇役であ

ります。

(2) 治療教育の方法

ア 行動変容の技法

オペラント条件付けを基本とした行動変容の技法（行動療法）を基礎において課題を設定し、子どもとの遊びも構成しております。行動療法という言葉聞きますと「飴と鞭」の方法とか動物の調教をイメージされがちですが、私たちは、新しい行動の形成には有効な方法として採用しています。

行動療法は、とかく指示し命令するだけの方法と受け取られます。子どもの自主性や自発性を損なうという批判をよく耳にします。ただ、「オペラント」はあくまでも自発的に生じた行動を増やしたり減らしたりすること（強化）が原理原則であり、決して無理強いしている訳ではありません。行動の枠を決めることはしますが、実際に行動するかどうか、働きかけに応じるかどうかは子どもの自主性に任せています。ですから、私たちの治療教育場面を見学した場合、保母と子どもの動きを見る限りでは、どこが行動療法なのか分からないのではないかと思います。

一次性の強化子（食物等）を使わず、二次性の強化子（誉め言葉、好きな遊び）のみを使って行動の定着を計ります。やる気を起こしてもらうには、タイミングやその気にさせる言葉の掛け方が必要です。それが結構難しく、保母達は常に自分の技量を練達する努力を重ねています。

イ 細かいステップの積み重ね

自閉症児の場合、人との関わりを楽しむよりも、できる、できないによって課題に取り組む意欲が強まったり弱まったりします。設定した課題に取り組んでもらうためには、まずは、子どもが興味を持ち、できることから始めます。成功すれば意欲は持続します。課題が達成されれば次第にステップを上げていきます。子どもの能力を適切に評価することが重要です。

ステップの上げ方も、現在できることの、ちょ

っと上のレベルに設定します。能力よりも高すぎる目標を設定しますと、当然子どもは意欲をなくします。何の無理も感じず、いつの間にかできるようになり、目標を達成できていることが究極の理想です。

ウ 誉めることの工夫

家庭で躰をしたり、行動形成しようとする場合、「叱る」ことが多いように思われます。ところが自閉症児は言語理解が悪く、言葉の内容よりも声の調子に反応しがちです。「叱る」時の声の調子は、叱られる側に嫌悪感を持たせ、指示を受け入れる気持ちをなくさせます。叱ることが多いと、子どもは叱られることに慣れてしまい、同じ方法では効き目がなくなります。叱り方は段々とエスカレートし、強い叱り方をする人の指示は聞き入れますが、弱い人の指示を聞こうとしません。悪くすれば周囲からは積極的な関わりを持ってもらえず、対人関係を持つ機会を少なくしてしまいます。そうならないために、保護者にはできるだけ禁止や制止の言葉を使わないようお願いしています。治療室では、禁止・制止の言葉をまったく使わずに子どもとつきあうことが保母に課せられた最低限のノルマであり、当院ではそれを実行しています。

自閉症児の場合、表情の変化は乏しく、言葉で誉められてもうれしそうには見えません。しかし、彼らは決して喜んでいないという訳ではないのです。感情表現が下手なのです。誉めることによって課題の達成感を持ち、さらに次の目標を達成しようという意欲を高めたいと思います。

通常は叱るような場面でも、見方を変えれば誉める場面に変えられます。例えば、机の上に登った場合、「だめ！」の言葉ではなく、「降りようね」と声を掛ければよいのです。机から降りれば、指示を聞き入れてくれたのですから、「いい子だね」と誉めることができます。このように、具体的な短い言葉で指示します。指示に応じれば誉める機会を1つ増やせます。

エ 家庭での課題学習の設定

当院で1週間に1度1時間子どもと関わっても、実施された課題の学習効果は次回には薄れています。家庭での課題学習を設定し、保護者が毎日実施することにより、学習効果をあげています。子どもの能力を向上させることが第一の目的ではありますが、もう一つ別の目的もあります。保護者が成功や失敗を繰り返しながら、子どもの反応を目の当りにし、下記のような力をつけることがもう一つの狙いです。

- 子どもの能力の適切な評価
- 障害の理解と受容
- 適切な要求水準の設定
- 日常生活への応用
- 家庭教育の場の確立

オ 学習材料の設定

大多数の自閉症児は、聴覚認知能力に比べて視覚認知能力が優位です。視覚認知能力と聴覚認知能力のレベルによって材料を構成しています。さらに知能検査や導入当初の遊びの内容等を勘案しながら、下記の順番で課題学習が設定されます。最初の課題は子どもの能力によって決定されます。

- (ア) 視覚刺激
- (イ) 視覚刺激＋聴覚刺激
- (ウ) 聴覚刺激＋視覚刺激
- (エ) 聴覚刺激（＋視覚刺激）

カ 課題学習

ほぼ順番に沿って初期のいくつかの課題学習を紹介します。どの課題においても毎日の記録をとり、次回の通院時に持参してもらい、保護者を交えて検討・修正します。

(ア) 基本的な生活習慣

排泄、食事、衣服の着脱等、生活習慣の全てが対象となります。

(イ) パズル学習 2～8切片

目的：簡単な指示の理解、注意の集中・持続力、観察力の向上、学習態勢の確立

材料：子どもが好きな絵、文字等で作ったパズル
(ウ) ブロック学習

3～10個

目的：パズルよりもより高度な注意の集中・持続力、観察力の向上、模倣能力の向上、学習態勢の確立

材料：市販されているブロック

(エ) 実物・絵カード選択学習

目的：言葉への注意の集中・持続力の向上言語理解、言語表現力の向上、文字言語の理解

材料：家庭にある事物、絵カード

(オ) その他

能力に応じた読字、書字、計算能力、文章理解力、生活技術（買物、料理、洗濯等）

(3) 課題学習から得られるもの

ア 自閉症児

子ども達は保育園、幼稚園、学校等、様々な生活場面の中で暮らしており、病院で過ごす時間はわずかなものです。課題学習の実施のみが子どもの能力を伸ばすものであるとは考えていません。ただ、課題学習を実施する中で得られたものを、生活のあらゆる場面で応用してもらうことにより、下記の力が身に付くことを期待しています。また、あくまでも目標であります。

自閉症児の特徴として、「同一性の保持」があります。子ども達はいつもの行動パターンを変えることに不安が強く、それゆえ、新しいことに興味を示さず、経験の幅が広がりません。課題学習を実施すれば、提示された新しいことに取り組む姿勢が形成され、経験を拡大することができます。相手の提案を受け入れるようになり、それまで自己流であったやり方を変え、開発されなかった能力が表面化します。

上記の経験を積み重ね、さらに応用する力を養うことによって、知識を運用する力を身に付け、自我を育成し、能力に応じた社会的自立能力を獲得することができるものと期待しております。ただ、これは自閉症児一人のできるものではありません。

多くの人々の援助、特に保護者の多大な努力と一貫した姿勢があって初めて成し遂げられるものであると思います。

イ 保護者

自閉症の子ども達は、私たちとは違った理解・反応をしがちです。保護者（親）として、よかれと思ってやったことも、自閉症の子どもには通じず、保護者たちは子どもへの関わりに自信を失っています。また、子どもには高い能力を願う一方で、過去の失敗の経験から「できるはずがない。できやしない」と思い込み、できるにもかかわらず、手を出し、口を出してしまいます。時には過大なわがままも許してしまいます。一貫した対応ができず、ちぐはぐな対応をしてしまいがちです。

そのような保護者も課題学習を行なうことにより、子どもの能力を適切に評価できるようになります。上手な関わりさえ持てれば、子どもは設定された目標を次々と達成していきます。それを目の当りにした保護者が自信を回復していく姿を数多く見てきました。

保護者が障害の特徴を理解し、受容し、自信を回復しさえすればしめたものです。単に課題学習にとどまらず、日常生活に必要な適応的な行動の改善、習得に取り組んでくれます。時には、頑張りすぎるためにセラピストの側がブレーキをかけなければならないようなこともあります。

要望がある限りは応えていくのは当たり前ですが、「もう、病院のアドバイスは必要ない。自分たちだけで子どもと関わるができる」と言えるような自立した保護者になることが私たちの最終的な願いです。

3. 周辺の子供達の治療教育

(1) 通院児の変化

表2 診断別

診断	年月	97.10	98.10
自閉症		18	22
LD・ADHD		1	9
その他		5	6

表2に示すように、発達障害外来が担当する子どもは、この1年間に大きく変わってきました。子ども達の心理検査、特に知能検査を通して、知的バランスに大きなばらつきがある子どもがいることは気になっていました。学習障害児、多動児の存在も知ってはいましたが、まだまだ関わりを持つことに自信がありませんでした。ただし、学習障害児、多動児の児童外来の受診が増大し、担当医や保母の強い働きかけにより、自閉症以外の子ども達も担当する決意を固めました。まだまだ取り組み始めたばかりであります。簡単に紹介し、皆様の助言をいただけたらと思います。

(2) 基本的な考え

現在のところ、下記のような目標を立てて子どもとつきあっております。まだまだ、おおまかな目標であり、必要に応じて修正するつもりです。

- 基礎学力の向上
- 自己評価の向上
 - ・できることを誉める。
 - ・好きなことを増やす。
 - ・ストレスの発散
- 言語理解力・表現力・対人関係能力の向上
 - ・衝動のコントロール
 - ・相手の気持ちや考えを読み取る能力
 - ・適切な感情表現
 - ・筋道を立てて話をする。
 - ・見通しを持つ能力
 - ・T.P.Oの理解

まだまだ緒についたばかりであり、他機関と連携をとりながら、発達障害児の適応に手を貸せばと思っております。

<参考文献>

- 梅津耕作ほか：「自閉児の行動療法」 有斐閣双書，1975
- 東京都教育庁指導部心身障害教育指導課：「LDって何ですかー学習障害児の理解と指導 Q&A」，1998

4 緑ヶ丘病院からの報告 (2) 精神科児童病棟における 保母の役割

～生活という視点から～

北海道緑ヶ丘病院

藤田晴美・久保由里子・室井三佳
岸浪理恵・鈴木なおみ・石塚陽子

1. 病棟の概要

病院開設：昭和28年

児童病棟開設：昭和59年病院移転。

昭和60年6月10日より

外来機能：児童一般外来、発達障害外来

対象患者：精神病圏、神経症圏、発達障害（自閉症およびその周辺の障害）

スタッフの構成：医師1名、看護婦16名、保母3名、場面に応じ作業療法士、心理判定委員

2. 児童病棟の構造

病棟：男女混合病棟、隔離室、静養室、母子入院室を含め25床

開設：平成4年音更中学校緑ヶ丘病院内分教室

3. 病棟での保母の活動

(1) 主な活動 表1を参照

(2) グループ学習

対象：小学生、中学生（平成4年より音更中学校院内学級開設となり小学生のみとなる）

人数：年間3～5名

方法：教科書、問題集、学校からのプリント、子どもの能力に応じた課題設定

目的：学習姿勢の獲得

達成感を得る。能力の向上

学校との連携

音更町の学校に関しては出席扱いとなる。

（院内学級教師のアドバイスを受けて行う。学習は教育委員会より認められている）

他の地域については学校長判断となっている。

書類提出や必要に応じての学校訪問を行っている。

表1

動	Pタイム(楽しい時間)	フリータイム	個別・小集団活動
ねらい	積極性・主体性の獲得。経験の広がり。創造性の広がり。自信回復。基本的なルールの理解。社会性を身につける。		
期待する所	情操教育の一環として多くの経験を通し、自信につなげる。	自由に意見が言えることで自主性、自発性がつく。	生活技能の確立。
対応	複数の見本を用意して自分で選択する。興味の持てる流行の曲を利用する。	日常の会話の中で子どもが発言した種目を取り上げ企画する。	子ども一人一人のレベルに合わせプログラムを考える。
内容	・音楽リズム 合唱、器楽演奏、 鼓笛隊、リズム体操 ・絵画制作 ボディーペインティング、カレンダー、クリスマスカード、母の日カード、父の日カード	料理、絵画制作	工作、遊び、言語学習、学習、音楽、パズル、ブロック、箱庭、買い物学習、プラモデル
場の雰囲気	強制せず、参加して良かったと思えるような声かけ、関わりを持ち楽しめる雰囲気を作る。		

4. 基本的な姿勢

・対等な関係で子どもとつきあう。

子どもだから、「教えてやろう」と上下関係で見めるのではなく同じ人として、つきあっていこうとする気持ち。「教える」ということは下手すると押しつけになってしまう、子どもの自主性までつぶしてしまう。

・子どもの行動すべてを自己表現としてとらえる。（行

動、表情、ことば)

まだ、成長途中の子ども達は言葉での表現が乏しい。「いやだ」ということも怒られたらと思うと言えず、だまってしまうことがある。子どもと関わる時は表情、行動をきちんと見て判断する必要がある。

- 子どもは「遊び」から学ぶ。

子ども達は遊ぶことで、いろいろなことを学んでいる。

- 自由の中に自発性が隠れている。

自由とは勝手にさせるのではなく、やさしく見守っている。

- 「やさしさ」と「厳しさ」両面を持つ。

やさしいだけでは子どもからは信頼されない。厳しいだけでは嫌われてしまう。メリハリのある関わりが大事。

- ほめる。

子どもはほめられるととても喜ぶ、お手伝いしたとき、勉強が出来たとき、とにかく良かったよと相手に分かるようにたくさんほめることが必要。ほめられると、またほめられたいからしようかなと積極的に行動できるようになる。

- 一緒に考える（一緒に学ぼうとする姿勢）。

子どもに覚えて欲しいと思うときは言葉で伝えるよりも、まず一緒に行動してみる。そうすると真似をしながら覚えることができる。

- 信頼関係の中に「希望」が生まれる。

人とのつきあいは信頼関係が大事。そのためには、大人も子どもを信頼していくことが必要。

（1）生活という視点から

なぜ生活から見なくてはいけないのだろうか。すべての生活する姿から、その子の本来、育ってきた環境が見え、今の発達段階も理解することができる。そして、その何気ない毎日の生活が、子どもにとっていちばんの学習の場であり、成長するための手がかりとなっている。だからこそ、私たち保母は、生活という視点から子どもを見ている。

ア 出会い

子どもたちとの出会いは、病棟に入院したときから始まる。なぜ入院するのか理解できないまま、家族と離れ、自らの問題に直面する病棟は、非日常的な構造と思える。しかも、周りはまったく知らない世界である。

最初に出会う子どもたちは、不安が強く、緊張と恐怖で、押しつぶされそうな状況におかれていることを理解したい。

保母は障害の有無に関らず、つねに誰とでも対等な人間として出会うことを実践してきた。そのため入院してきた子どもたちも比較的、身近な存在として寄り添い、同じ人として対等な立場で出会うことができる。出会いから成長が始まると信じている。

【症例1】

まだあどけない表情の残る、10歳の女の子が入院してきた。テレビの前にぼつんと座り、キョロキョロと周りの様子を見ている。

「こんにちは」「隣に座っていい？」と尋ねても返事もできず、足元を見ている。「何年生？」「どこの学校？」何を聞いても無言。「わたしは保母さんなんだよ」、子どもは不思議そうな顔をしてやっと顔を上げた。「わたしは保母の…です。よろしく」「どうしてここに保母さんがいるの？」とやっと口を開いてくれる。「みんなと一緒に遊ぶためにいるんだよ」「ふーん」という返事が帰ってきたので場を離れる。

次の日の朝、その子が、隣にくるなり、「おはよう」と挨拶してくれる。「今日はいつ遊ぶ時間なの」と聞いてくる。「昨日の話覚えていてくれたの。すごくうれしい…何時になったら遊ぼうね」と約束する。

いつも、こううまくいくとは限らないが、人との出会いは第一印象が大事である。

印象を良くするには、緊張が強ければ強いほど短時間の声かけと、自分は何をする人なのか明確に伝えている。必ず保母と名乗ることが大事で、病院なのにお姉さんみたいな人がいる所なんだと

思うことでほっとするようだ（子どもにとって病院は注射される怖いところとイメージがある）。

イ 表現

子どもたちとつきあうときに保母が、いちばん大切にしているのは様々な表現である。

時に、それが問題行動であっても、それが、その子のメッセージとして受け止めなければならない。

子どもは遊びの達人と思っていたが、入院してきた子どもたちにどうして遊びが少ないのか。こうした気づきから、前述したPタイムやフリータイムが生まれた。生きていく上で、いちばん大事な、役に立つことは「遊び」から学べる。

【症例2】

もう入院して1週間が過ぎても、ホールでボーっとしているか、自室で横になっている中学生の男の子に、「何かすることないの？」と聞いても「いいや別に」「体育館へ行かない？」と誘っても「めんどくさい」「家では何してた？」と聞いても「何もないよ」としか答えない。

ある日、ホールにいるその子にトランプを誘ってみた。何人かそばにいた子どもも誘った。ばば抜きをするが、楽しそうというより仕方なくしているように見える。ところが勝つと、周りの子どもに、「いいなー、よし2番をねらうぞ」と言われ、ちょっと得意な表情になり「がんばれ」と声をかけている。それからは、子ども同士で話をしたり、一緒に体育館へ行ったりとボーっとしていることが少なくなったように感じる。

ただのトランプであっても遊ぶことで会話が増え、楽しむことでやって良かったという気持ちになれる。遊びは子どもにとって、とても大事なことだと思う。

遊びから、気づくことも多く、興味が広がり、新しい発見もある。そして、そこに、子どもの自主性、積極性、創造性……いろいろな気持ちが隠れている。個別、小グループ活動場面で、時に見かける、意外な一面。一人一人、みんな力があ

り、それをいつ表現しようかときっかけを待っているということを子どもたちから教えてもらった。

【症例3】

人前ではほとんど話のできない16歳の女の子と個別の関りとして音楽をすることになった。音楽室で、カラオケに合わせ小声ではあったが何曲も歌っている。「楽しいかい？」には「うん、楽しい」と笑顔になる。ちょうどその年の病院クリスマス会で、子どもたちとバンド演奏をすることになったので、「バンドに合わせて歌ってみる？」とたずねると「うん」と返事が返ってきた。練習も本番もニコニコとしながら楽しそうに最後まで歌うことができた。

子どもは、度胸と、隠れた才能を意外なところで発揮してくれるとあらためて考えさせられた。

グループ活動においては、いつも子ども中心の活動と考えている。自主性や協調性を養うだけではなく、誰もが主役、子どもたちみんなにスポットライトが、当るよう考えている。失敗も、成功も数多く体験することが、大事なことだと思う。

【症例4】

いつもボーっとしているか、中学生とキーカー言っている、20歳を過ぎた女性が料理の話し合いをしていると、調理器具の使い方を知っており、他の子どもから質問される度に答えていた。「すごいねー」とみんなに注目され満足していた。

また、別の男の子は包丁の使い方がとても上手で、やはり、みんなに「すごいねー」と言われ、照れながらも満足していた。

【症例5】

Pタイムで鼓笛隊をすることになった時、普段は無口の中学生の女の子が「大太鼓してもいい？」と聞いてきた。「重たいけどいいの？」のと聞くと「小学生の時はやってみたっかたけど言えなかった。今やってみよう」と自己主張してい

る。「いいよ、がんばろうね」には笑顔を見せ、一生懸命練習していた。

どんな場面でもみんなに注目される、ほめられるという体験はうれしいもので、そのことで自信がつき意欲もわく。つねにみんながそう思えるよう、いっぱいスポットライトが当るように考えている。

表現を考えると、言葉だけが子どものメッセージと考えてはいけない。子どもの表情、目の動き、口元の動き、姿勢、距離感などにも気配りが必要と考える。出来るだけ先入観を持たず、あるがままの子どもとつきあっていきたい。

【症例5】

入院して1週間が過ぎた、高校1年生の女の子に「おはよう」と声をかけても下を向いたまま、ムツとした声で「おはよう」と小声でかえってくる。次の日から「～さんおはようございます」と正面に立ってみた。同じ返事しか返ってこなかったが、2、3日続けてみると顔を上げて「おはようございます」と返事が返ってきた。思わず「今のあいさついいね、あいさつがいいと気持ちいいね」とひとこと誉めた。次の日からはその子どもから笑顔で「おはようございます」と言ってきた。

「高校生なんだから、あいさつくらいきちんとしなさい」でなく、どういうふうにするのがいいのかまず見せて、真似をすればいいのかと思えるように関ることが大事。そしてできたときには、とにかくほめて、良いことなんだと思えるように、関わる必要性がある。

(2) いまを生きる

入院してきた子どもたちとは、短いときは1週間、長くても4、5年のつきあいである。

これは子どもたちにとって、ほんの一瞬の出来事に過ぎない。しかし、子どもたちは、成長の真っ最中であり、その一瞬、一瞬を大事に過ごす必要があると感じている。一人一人のペースに合わせ（保母のペースではなく）とにかく、楽しむこ

とが「子どものいま」を生きるということになる。

子どもの心の修復と成長には、ゆっくりと時間をかけることが大事である。子どもの成長を見守り「待つ」ことで、いまを生きている子どもの姿が見えてくる。

(3) とともに育つ

子どもがいて、保母がいる。保母は出合った子どもたちが、成長していくことを心から願い関わっている。入院している子どもたちには、たくさん健康的なところがあり、ここでの生活での経験が少しでも意味のあるものになれたらと思う。出来るだけ一緒に遊び、多くの経験をすることで、保母自身も子どもと一緒に成長している。子どもも自ら育てる人になることが、保母の目標であろうと思う。

おわりに

普通の生活という状況から離れた場所で、子どもとともに成長している保母の役割を考えてみた。一部は経験から学んだことであり、一部は子どもたちから教えられたこともある。そして、大部分は希望的観測である。病院という枠の中で、「なぜ、ここに保母がいるの？」と子どもから近寄ってくる。それだけ子どもから身近な存在と思われている。その子どもの気持ちに答えながら、人と人とのつきあいをこの生活という場の中で行っていきたい。「チルドレンファースト」子どもが第1という言葉を大事にしていきたいと考えていきたい。

今回、本研究会でこれまでの活動と病棟での子どもたちとのつきあってきた中で、考えた事柄の一部をまとめることができました。まだ、試行錯誤していることもありますが、今後、さらに実践を積み、研鑽していきたいと思えます。多くの方々のご意見、ご教示をいただきたいと思います。

<参考文献>

- 1) 日本小児精神神経学会誌：小児の精神と神経，第37巻，1997
- 2) 平井信義・監修 鈴木政次郎 朽尾勲・編集：新保育所保育指針解説，ひかりのくに 1997
- 3) 津守真：保育者の地平，ミネルヴァ書房，1998
- 4) 加藤美和子：音楽療法の実践，星和出版，1995，P65
- 5) 山縣文治，津崎哲郎，小山隆他編著：福祉の仕事，朱鷺書房，1994，P180-6)
北海道立緑ヶ丘病院：1997年度病院 年報

5

「楡の会」の保育

～5年間のとりくみ～

社会福祉法人 楡の会

加藤法子・和久井三保子・三宅誼・氏家武

社会福祉法人「楡の会」は平成5年に、厚別区に精神薄弱児通園施設「きらめきの里」・肢体不自由児通園施設「こもれび園」として、札幌市内では初の民営による通園施設として開設された。

当初から今日まで一貫した理念として持っているのは「こどもを障害で分けない」という点である。この理念のもと、様々なニーズに対応しながら継続してきたが、この機会に「保育」の視点から振り返ってみることにした。

1. 保育集団の変化 (5年度～8年度)

創設者の構想の中心となっていたのが「在宅支援」のための施設だった。そのため母親のレスパイト的な要素を大きくして、長時間保育、単独通園といった形態でスタートした。しかし、未就学児にとっては初めての集団生活の経験であり、必ずしも単独通園がのぞましくないケースがあることを認識したことと、低年齢児の母子通園のニーズが高まってきたことをうけ、翌、平成6年から低年齢・母子隔日通園クラスがスタートすることとなった（きらめきの里措置のみ）。

この中で、母親の育児不安、障害告知によるショック等の精神的支援と児に対する様々な角度からの評価等、専門療育機関としての役割を強く認識するに至ったが、「障害」としての捉えが強く、障害の種類の偏りや、発達年齢重視の傾向にあった。

4年目の平成8年には、様々な年齢、発達状態の子ども集団の中で子ども同士が互いに影響し合うのでは？という発想から、大まかな運動発達状況別のクラス作りがなされた。保育の面から振り返ると確かに子どもが相互的に影響しあう様子も

みられたが年齢の幅・活動量の差等、同じ集団のなかでのむずかしさも感じられた。

(9年度～10年度)

前年度までの経験と反省をふまえて、9年度のクラス編成は、まず生活年齢を重視した。そのうえで障害の状態（特に身体及び運動発達の状態）に配慮した。年齢がある程度まとまったクラス運営のなかで問題になってきたのが日課である。

9年度の日課のなかで保育のさまたげになっていたのは、午前の活動時間が短く、充分にあそびを堪能することなく昼食時間になってしまうこと。年少児には午後の降園まで時間が長く、眠い状態のままの活動で生活リズムに乱れが生じてしまうケースが多くみられはじめた。

10年度は、登園時間を15分早め10時には活動を開始できるように、また年少児は昼食後、午睡または降園のどちらかにすることで、前年度の問題点の改善を図った。

半年たってみて、日課作りが子どもに大切であることを改めて認識することになった。年少児の生活リズムが整いはじめ、午前中の活動時間が最も気分の良い時間帯となることがわかった。そして、日課を改善したことが食事への集中度も増し、「よく遊び、よく食べ、よく寝る」、本来子どもが生物として持っている力を発揮できる体制になったと思われる。また、年長児もメリハリのある午前の活動、充分に「あそびきる」というねらいを持った保育時間の設定により、体力の増強・生活リズムが整う・活動への集中力等、年長児としてのたくましさを備えてきている。

このような5年間の取り組みの中から、私たちは保育者として障害児にとって通園施設の保育のなかで目指したいことは以下のようなことではないかと考える。

- ①「特別な子ども」ではない「子ども」としての育ちを重視する。
 - 「くう（だす）・ねる・あそぶ」ちからを育てる。
- ②個々の発達課題が必要な「特別な配慮」ある

保育

⇨他職種との連携＋発達の捉え

- ③「障害ごと子どもを受け止められるようになる」ための母親への援助

⇨通過施設としての役割

- ④集団の中で育ち合うこどもの姿

⇨「いつでも・どこでも・だれとでも」楽しめる姿を目指して

2. 新たな課題

資料の数字を追っていくと、入園開始の年齢と在園年数の変化をみることができる。

通園開始年齢は年々低くなり、早期に介入する機会が得られ、改善するケースが増加している。しかし一方で、各保健センターの健診での早期発見の流れのなかで、ハイリスク児でありながら、親が適切な対応をできないでいるケースが目立っており、3歳すぎて通園になる頃には障害としての特徴が顕在化している事実を多く目にするにつけ、通園施設が地域資源のひとつとして、持てる知識を使用する必要性を感じている。それは、自ら大人を動かし、発達のなかで主体になろうとする力の弱い子どもたちを育てながら母としての自信を持たず、不安ななかで子育てをしている母たちへ、すこしでも早くその混乱、困惑を整理しやすいよう手助けしてあげることが子どもの育ちにとって大切だと思うからである。また、通園年数も若干減少傾向にあり、ごく短期間で幼稚園の3年保育へ移行するケースが多くなってきた。そこには、親のねがいと不安が、また、子ども自身の混乱も予想される。地域の子どもたちと共に育ち、いきいきとしたその子らしさを発揮してほしいと、送り出す我々保育者は願っており、そのための援助の必要性もやはり感じている。

そこで、楡の会では今年度から、また来年度にむけて、以下のような新しい企画を考えている。

- ①児童相談所・保健センターとの連携（早期療育への取り組み）

⇨ プレイルーム楡の会

- ②幼稚園・保育園就園後のケースのフォローと母親の不安への対応（地域で育つこどもとしての支援）

⇨ 小集団プレイ

＋幼稚園・保育園 訪問、子育て相談

3. まとめ

このようにして、5年間の保育のとりくみをすすめてきた。肢体不自由児と精神薄弱児との混合保育のなかで、見学に来る方が「ふつうなんですね」と話されることがある。

特別な配慮ある普通の保育をめざす、わたしたち通園の職員にとって、その言葉は励みになり、また、自信をもって保育をすすめることができる。乳幼児期からの子育てに関わる保育者として、一人一人のお母さんに「子どもがかわいい」と思えるシーンをどれだけ多く経験させ、実感させてあげられるか。そしてその繰り返し、親子のあいだで相互に自信を持ち、愛情を深めていくための私たちの役割だと思う。

私たちは、発達の援助者・子育ての援助者として、これからも、そういった保育を続けていきたいと思う。

資料－楡の会 5年間のあゆみ

〈沿革〉

- 平成4年12月21日 法人認可
- 平成5年4月1日 知的障害児通園施設きらめきの里（定員30名）
肢体不自由児通園施設こもれび園（定員40名） 開園
- 平成5年4月15日 診療部こどもクリニック 開設
- 平成7年4月1日 札幌市身体障害者デイサービス事業受託
- 平成8年4月1日 きらめきの里定員40名となる
- 平成8年7月9日 こどもクリニック 歯科開設

表1 〈措置児童数と年齢構成〉

	平成5年度 (H6・3現在)		平成6年度 (H6・4現在)		平成7年度 (H7・4現在)		平成8年度 (H8・4現在)		平成9年度 (H9・4現在)		平成10年度 (H10・4現在)	
	きらめきの里	こもれび園	きらめきの里	こもれび園	きらめきの里	こもれび園	きらめきの里	こもれび園	きらめきの里	こもれび園	きらめきの里	こもれび園
0歳児	1名	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
1歳児	1	5	5	2	3	2	4	3	4	4	2	2
2歳児	9	7	6	6	9	6	10	4	12	9	12	2
3歳児	4	3	13	12	12	12	13	11	13	4	20	7
4歳児	3	4	4	4	6	4	11	8	5	6	4	7
5歳児	2	4	2	4	0	4	1	5	6	4	2	5
計	20	25	30	28	30	29	39	32	40	27	40	23

表2 〈入退所児童のべ人数〉

	平成5年度		平成6年度		平成7年度		平成8年度		平成9年度		
	きらめき	こもれび	きらめき	こもれび	きらめき	こもれび	きらめき	こもれび	きらめき	こもれび	
入所	23	30	16	23	12	30	31	15	22	18	〈平均在籍期間〉 各年度末在籍児の 平均 （きらめきの里） H7年 18.0ヶ月 H8年 16.0ヶ月 H9年 18.0ヶ月 （こもれび園） H7年 14.9ヶ月 H8年 19.0ヶ月 H9年 20.0ヶ月
退所	4	13	5	13	13	23	19	22	23	18	
入所時 年齢	0歳：1	3	0	1	0	2	1	0	0	1	
	1歳：2	5	5	5	4	7	5	1	5	3	
	2歳：8	9	6	6	3	8	10	3	11	8	
	3歳：6	3	5	8	6	4	8	8	5	4	
	4歳：4	5	0	3	0	6	5	2	1	1	
	5歳：2	5	0	0	0	3	1	1	0	1	
居住区	厚別：12	10	5	7	6	8	11	4	6	6	
	白石：4	8	11	6	3	7	9	1	10	5	
	豊平：0	4	0	2	2	2	7	2	5	3	
	他区：3	8	0	3	1	9	1	7	0	4	
	市外：4	0	0	5	1	4	2	1	1	0	
退所後 の進路	幼稚園：1	1	幼稚園：3	2	幼稚園：7	8	幼稚園：13	3	幼稚園：14	8	
	保育園：1	5	保育園：0	1	保育園：0	11	保育園：5	1	保育園：6	0	
	他施設：1	3	他施設：0	6	他施設：2	4	他施設：1	10	他施設：2	2	
	就学：0	0	就学：2	4	就学：4	0	就学：0	6	就学：1	5	
	その他：1	0	その他：0	0	その他：0	0	その他：0	2	その他：0	3	

※数字は人数を表す ※「他施設」にはきら→こも、こも→きらへの異動療育センターの
母子・幼児入院を含む ※「その他」には他市町村への転出・死亡を含む

表3 <クラス編成の特徴>

	クラス数	クラスの特徴
平成5年度	3	<ul style="list-style-type: none"> ・肢体不自由 1 知的障害 1 混 合 1クラス ・発達を考慮し、1クラスの年齢の構成は幅広い
平成6年度	5	<ul style="list-style-type: none"> ・知的障害3歳未満児の隔日通園実施（1クラス2グループ） ・肢体不自由 1 知的障害 1 隔日通園 1 混 合 2クラス ・発達を考慮し、1クラスの年齢の構成は幅広い
平成7年度	6	<ul style="list-style-type: none"> ・隔日通園児各クラスに分散 ・肢体不自由 1 知的障害 2 （うち自閉傾向 1） 混 合 3クラス ・発達の課題重視のクラス編成で年齢の幅は広い
平成8年度	5	<ul style="list-style-type: none"> ・障害や発達課題で分けず、混合することで子ども同士の自然な交流を促す ・知的障害 （自閉傾向含む） 2 知的障害・肢体不自由混合 3クラス
平成9年度	5	<ul style="list-style-type: none"> ・生活年齢に配慮し、心身の発達状態の似通った子ども同士でクラス編成 ・肢体不自由 年少1、年長1 知的障害 年中1、年長1 混 合 年少1クラス
平成10年度	5	<ul style="list-style-type: none"> ・平成9年度と同様

表4 <保育と訓練の日課について>

		(保育)		(訓練)
		年長(例)	年少(例)	
9:45	視診・着替え等	視診・着替え等		9:10 個別①
10:00	リズム体操(ホール) 朝の会	朝の会 ストレッチ		9:50 個別②
10:30	排泄・水分補給	排泄・水分補給		10:30
11:30	設定保育	設定保育		
45	給食準備	給食準備		
12:00	給食	給食		11:50 個別③ (摂食指導)
30	自由遊び(ホール)	帰りの会(へんぎん)		12:00
12:45	個別保育	1・2歳児降園		12:30 個別④
13:25	自由遊び終了 帰りの会(ホール) 個別保育降園準備			12:40
14:00	降園	降園		13:20 個別⑤
				14:00 個別⑥
				14:40

人の内約半数を栗山町が占め、南幌町は32%に留まります。

(2) 平成9年度健診の受診状況

3町に於ける1歳6カ月児健診と3歳児健診について調べてみました。南幌町は1歳6カ月児健診の受診率が100%。この2つの健診の平均受診率でも97.7%と最も高く、次いで栗山町平均94.2%、由仁町90.3%という結果でした。3町共に90%以上の健診受診率であることがわかりました。由仁町の1歳6カ月健診が87.3%という結果は、町の地理的条件（南は追分町・東は夕張市に隣接）の問題と、農繁期には働き手としての母親たちが健診に出向くことが困難であるということが考えられます。

3. 運営内容【療育部門】

(1) 目的

栗山町及び栗山地区に居住する乳幼児や親に対して、多様な生活や遊びの経験が得られるよう援助し、子どもの健やかな発達を促す。

(2) 実施主体 栗山町

(3) 一次療育圏域 栗山町・由仁町・南幌町

(4) 協力機関

岩見沢児童相談所・道立太陽の園発達援助セン

ター・空知支庁・岩見沢保健所由仁支所・美唄学園・その他

(5) 対象

心身の発達に心配や遅れがあり、子育てに配慮を要する乳幼児や親を対象とする。

(6) 利用方法

栗山町長は、保護者の申請及び共同利用する町長の委託依頼に基づき、本事業の通園・援助を受けさせるものとする。尚、栗山町長は障がい児の療育・援助について、栗山地区早期療育推進協議会の意見を踏まえて決定する。

(7) 事業内容

ア 早期発見

栗山町・由仁町・南幌町に於ける乳幼児健康診査に協力をし、心身の異常や発達の遅れを早期に発見し、適切な療育援助が受けられるように務める。

イ 療育・相談

子どもの発達の状況に応じた遊びの援助・運動訓練・感覚訓練・日常生活動作の指導・集団生活への適応訓練等を個別及び集団指導の中でおこなう。

ウ 他機関との連携と調整

事業を進める上で必要な事項について、各関係機関との連携と調整をおこなう。

表1 3町に於ける乳幼児及び学齢児に関する資料（栗山町・由仁町・南幌町）

町	H10・9・1現在 人口数	H9年度 出生数	H10・9・1現在 乳幼児人口		S63年度 乳幼児 人口	H9年度3町各健診受診率				H10・9・1現在 学 童 人 口		H10・9・1現在 通級指導教室 学 童 利 用 数		
			1歳未満	1～6歳		健 診	対象数	受診数	受診率(%)	小	中			
栗山町	15,535	120	99	608	1,122	1 : 6	124	119	96.0	小	823	1,286	23	26
			707			3 : 0	131	121	92.4	中	463		3	
由仁町	7,222	46	72	335	581	1 : 6	55	48	87.3	小	419	674	7	8
			407			3 : 0	59	55	93.2	中	255		1	
南幌町	9,961	77	82	817	471	1 : 6	121	121	100.0	小	972	1,425	3	4
			899			3 : 0	152	145	95.4	中	453		1	

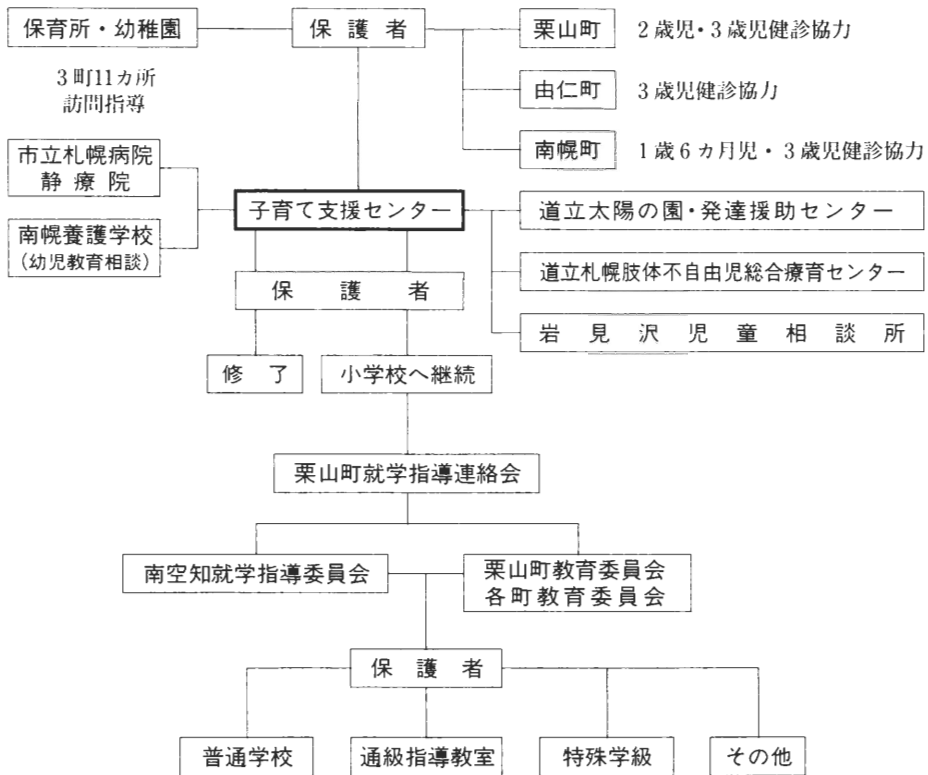


図1 関係機関との連携
(発達相談・指導に関する関係機関との連携)

(B) 基本的な日課

時間	内容	療育のポイント	準備	留意点
9:30	スタッフ打合せ	本日の流れ確認・ポイント 役割の確認	遊具	
10:00	自由遊び	人や場所に慣れる 人や物への興味関心を育てる		児の状態の把握
10:15	集合・体操 あいさつ ----- 動作歌 ・ 親子遊び	リズムに合わせて体を動かす 動作模倣・呼名反応を見る ----- 発声意欲・動作模倣 母親の働きかけやスキンシップを促す	ラジカセ	母子で楽しく参加する
10:40	課題遊び	指示を理解する・行動統制 順番を待つ・他児への関心 体を動かす・手の巧緻性を育てる	課題に必要な物を準備	静と動の遊び 危険への配慮 指示を正確に
11:20	水分補給・見る遊び	物や絵を意識して見る	絵本・他	関心を向けさせる
11:40	集合・シール・あいさつ	子どもの活動を認め、誉める	出席カード・シール	次回予告
11:50	解散	さようならをする		

4. 療育指導状況

(1) 平成9年度発達相談について

過去7年間の発達相談件数の推移をみていくと、センター開設の年に相談が急激に増えました。36件です。平成3年度早期療育事業開始時の数値と比較すると、約3倍増となります。しかも年齢別では1歳児から3歳児が相談の約67%を占めています。

障がい別では言語発達遅滞が多く39%。次いで精神発達遅滞28%という結果になりました。その他に吃音を主訴として相談を受ける子どもが3名おり、全体の8%になりました。ここ数年吃音の相談がなかったことから、新しい傾向と理解しています。また相談に至る経過を調べてみると（H9 10・1現在）健診及び保健婦からの紹介が24

件（66.7%）。保育所及び幼稚園からの紹介5件（13.9%）。母親自身が相談を申し込む6件（16.7%）という傾向があらわれました。

(2) 平成10年度発達相談について

実施件数は20件でした。障がい別では主に発音に関する相談が10件で半数を占めました。発達遅滞に伴う相談は、開設年度にしかも低年齢を対象に集中して実施されたものと考えます。年齢別でも、4歳から6歳児で13名（65%）になりました。健診に至る経過でも（H11・3末現在）健診及び保健婦からの紹介10件（50.0%）保育所・幼稚園からの紹介7件（約35.0%）母親自身から申し込む2件（約10.0%）事業等を通して1件（約5.0%）でした。

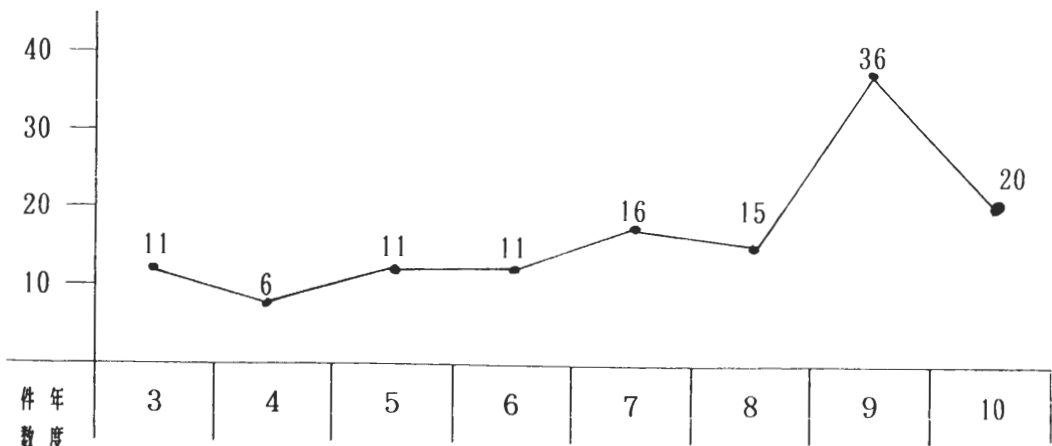


図2 過去7年間における相談件数の比較

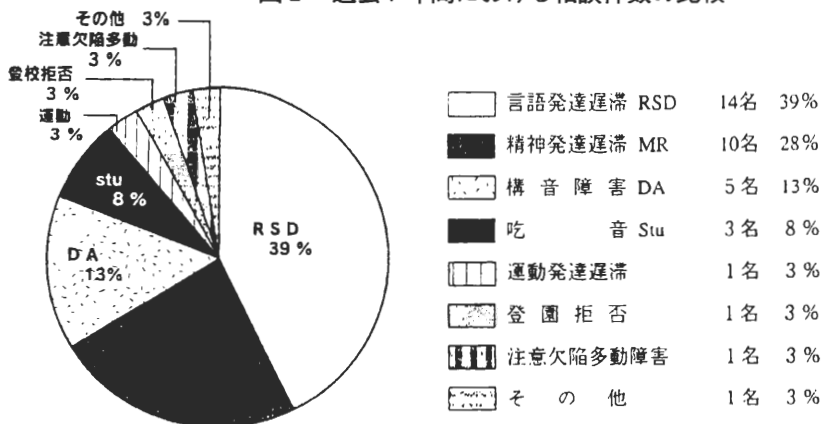


図3 平成9年度発達相談結果（障がい別）

(3) 療育指導利用状況

(1) 表1 子育て支援センター開設及び指導日数

平成9年度				平成10年度			
開設日数	248日	H9・4・1 ～H10・3・31	土・日・祝日・年末年始休業除	開設日数	246日	H10・4・1 ～H11・3・31	土・日・祝日・年末年始休業除
指導日数	230日	H9・4・21 ～H10・3・23	土・日・祝日・年末年始休業除 3月及び4月の会議準備期間除	指導日数	232日	H10・4・6 ～H11・3・18	土・日・祝日・年末年始休業除 3月及び4月の会議準備期間除

(2) 表2 通園在籍数

平成9年度								平成10年度											
平成10年3月1日								平成11年3月1日											
町別	年齢	1	2	3	4	5	6	合計	町別	年齢	1	2	3	4	5	6	7	8	合計
栗山町		1	6	5	9	5	7	33	栗山町			4	5	7	7	9			32
由仁町		1		2	4	2		9	由仁町			1	0	2	3	2	1	1	10
南幌町		1	4	5	3	2	1	16	南幌町			1	3	7	5	2			18
合計		3	10	12	16	9	8	58	合計			6	8	16	15	13	1	1	60

(3) 小集団指導に関する報告

表3 平成9年度月別実施日数と参加状況（延べ人数）

月別	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	
実施回数	3	8	8	7	6	8	8	7	8	6	8	6	83回	
町別参加児	栗山	11	26	35	25	52	22	45	29	35	15	29	44	368人
	由仁	2	4	9	4	9	6	7	3	3	1	3	4	55人
	南幌	4	7	6	10	25	11	28	14	13	6	13	20	157人
合計	17	37	50	39	86	39	80	46	51	22	45	68	580人	

表4 平成10年度月別実施日数と参加状況（延べ人数）

月別	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	
実施回数	6	8	9	9	6	12	9	10	9	8	11	9	106回	
町別参加児	栗山	25	43	47	56	90	61	31	40	51	37	39	51	571人
	由仁	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	5	9人
	南幌	8	30	40	37	33	25	23	24	21	13	22	41	317人
合計	33	73	87	95	125	86	54	64	72	50	61	97	897人	

(4) 個別指導に関する報告

表5 平成9年度月別実施日数と参加状況（延べ人数）

月別	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	
指導回数	8	21	22	24	21	21	22	19	21	14	20	17	230日	
町別参加児	栗山	9	28	20	34	34	42	50	49	46	34	58	44	448人
	由仁	0	4	2	8	5	5	6	10	4	4	7	8	63人
	南幌	5	9	12	17	7	12	14	16	17	9	13	14	145人
合計	14	41	34	59	46	59	70	75	67	47	78	66	656人	

表6 平成10年度

月別	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計	
指導回数	19	19	22	22	21	20	22	19	18	17	19	14	232日	
町別参加児	栗山	30	61	49	68	64	61	62	72	65	76	85	68	761人
	由仁	6	1	10	3	8	4	12	9	15	28	19	15	130人
	南幌	26	37	27	37	27	34	42	35	40	41	47	32	425人
合計	62	99	86	108	99	99	116	116	120	145	151	115	1,316人	

小集団指導について2年間の利用延べ数を比較しました。平成9年度は総数580人。平成10年度は897人と一年間で317人増(約1.5倍)となっています。

町別では栗山町が述べ203人増(約1.5倍)南幌町は160人増(2倍)となり、利用者数が増えま

した。これは母親や子どもたちが通園形態に慣れたことでもあります。グループを2から3グループに編成し直した結果、母親同士や職員と子どもたちとのコミュニケーションが安定していったことなどの結果と考えます。

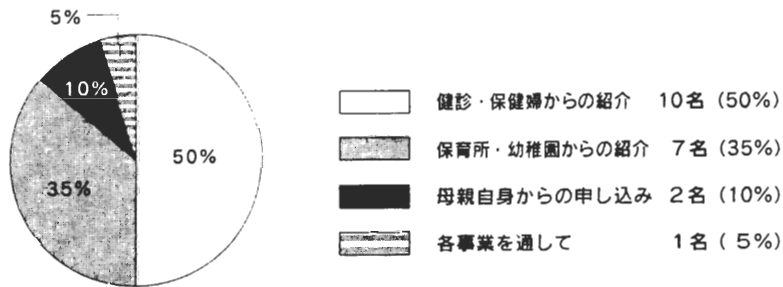


図4 平成10年度 相談に至る経過 平成11年3月末現在

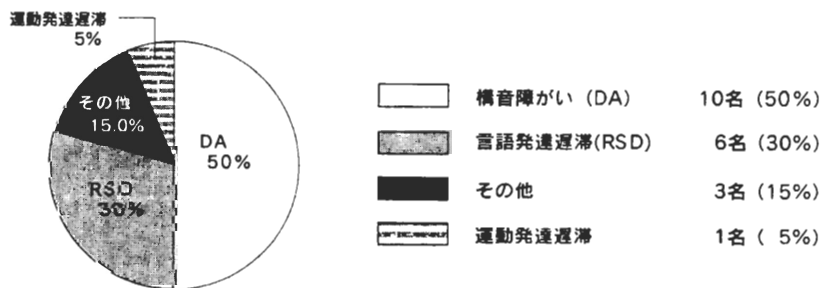


図5 平成10年度 発達相談結果 (障がい別) 平成11年3月末現在

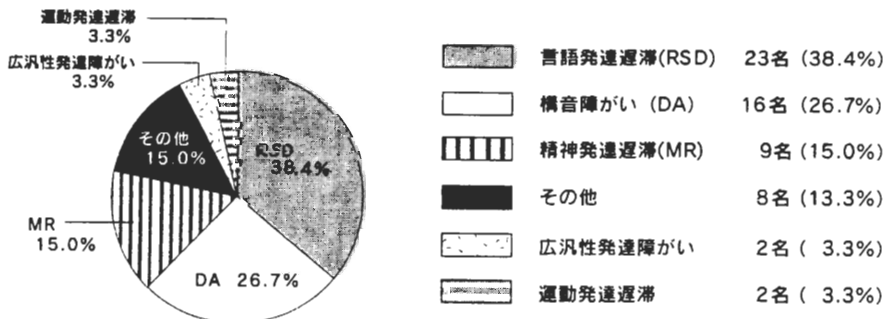


図6 平成10年度 通園児障がい別 平成11年3月末現在

(5) 表7 保育所・幼稚園並行利用状況

(平成11年3月1日)

所属	年齢	1	2	3	4	5	6	7	8	合計
保育所			2	5	5	7	1			20
幼稚園				1	3	11	3			18
その他						1	1		1	3
小計			2	6	8	19	5		1	41

在宅			6	7	5		1			19
合計			8	13	13	19	6		1	60

備考その他内訳（施設利用1名・小学校1名・養護学校訪問1名）

通園利用児60名の内、41名が保育所・幼稚園その他の機関を利用しています。これは全体の約70%を占めています。年齢別では5歳児が最も多く、41名中19名（46%）になります。日常的には保育所・幼稚園で集団生活の経験を重ねながら、運動・社会性・言語能力を育て、より細やかな個の発達を支えていく存在としてセンターの役割があるのだと思います。その為にも保育所及び幼稚園と家庭の3者の連携が今後益々重要になります。

5. 身体障がい児療育指導事業について

栗山地区に於いては昭和53年ことばの教室開設以来、ことばの指導を中心として障がい乳幼児への支援をおこなってきました。特に平成3年度以降は対象地域の実態調査を実施し、各町保健婦の協力の下で障がいを持つ乳幼児の状況把握に努めてきました。しかし言語を母体とした早期療育体制の確立が進むなかで、幾つかの傾向と問題点が考えられるようになりました。その中のひとつが肢体不自由児たちへの地域支援がなされないままに進んできたということです。

そこで平成9年度より、岩見沢保健所由仁支所の申し入れに基づき、身体障がい児療育指導事業を実施することになりました。これは年3回程、札幌肢体不自由児総合療育センターから専門の医師と理学療法士に来ていただき、栗山町・由仁町・南幌町の子どもたちに対して療育支援をするものです。

身体障がい児療育相談指導事業（ポニーサークル事業）報告 H9～H10

H9	7月22日(火)	9月2日(火)	平成10年1月20日(火)
対象	栗山町2名・由仁町2名・南幌町2名	栗山町3名・由仁町2名・南幌町1名	栗山町2名・由仁町1名
内容	9:00～15:00 療育指導 15:00～17:00 カンファレンス	9:00～15:00 療育指導 15:00～17:00 カンファレンス	9:00～14:00 療育指導 14:00～16:00 カンファレンス
スタッフ	札幌療育センターDr・PT 各町担当保健婦 南幌養護学校担任 栗山中学校担任	札幌療育センターDr・PT 各町担当保健婦 南幌養護学校担任 めぐみ幼稚園担任	札幌療育センターDr・PT 各町担当保健婦 南幌養護学校担任
前日研修内容		テーマ「乳幼児の運動発達について」 講師 Dr・実技 PT 時間 PM4時～7時 参加者 39名 ことばの教室・保健婦・保母・養護学校担当ビデオを使って研修	テーマ「Aちゃんの指導方法の研修」 講師 Dr・PT 時間 PM3時30分～7時 参加者 南幌養護学校担任・センター職員 用意された資料とビデオを研修資料として指導法の実践を研修
H10	7月14日(火)	10月20日(火)	平成11年1月19日(火)
対象	栗山町2名・由仁町2名・南幌町3名	栗山町2名・由仁町1名・南幌町2名	由仁町2名・南幌町2名
内容	9:00～15:00 療育指導 15:30～17:00 カンファレンス	9:00～15:00 療育指導 15:30～17:00 カンファレンス	9:00～14:00 療育指導 15:30～17:00 カンファレンス
スタッフ	札幌療育センターDr・PT 各町担当保健婦 南幌養護学校担任 三川小学校担任	札幌療育センターDr・PT 各町担当保健婦 南幌養護学校担任 夕張太保所保母	札幌療育センターDr・PT 各町担当保健婦 南幌養護学校担任
前日研修	テーマ「乳児の異常運動発達について」 講師 Dr・PT 時間 PM4時～7時 参加者 27名	テーマ「学齡児の事例研究」 講師 Dr・PT 発表者 中学校担任・ことばの教室担任 参加者 19名	テーマ「運動発達の遅れ」 講師 Dr・PT 参加者 13名

6. 子育て支援について

栗山地区（栗山町・由仁町・南幌町）における乳幼児人口については先の資料からもわかるように、少子化傾向は私たちにとりましても深刻な問題を提起しています。情報化社会となった今の日本では、地方の郡部においても都会と同じ状況がいろいろなところに見られます。そのような中であらゆる社会の構成メンバーが協力して「子育て支援システム」を構築していくためには、地方だからこそ限られた資材をできるだけ活用し、時代（最小単位としての市民町民あるいは隣人）のニーズに応えられる視点を持つことが要求されていると思います。既存の保育所・幼稚園だけではなく、母子通園センター機能を持つ施設もその一部の役割を担ってよい機関ではないでしょうか。栗山町にはすでに学童保育を中心として開設されている「町立児童センター」があります。ここは平成4年から地域の一般幼児のために、毎日午前中施設を開放してきました。さらに毎週1回は「幼児の日」という時間を設け、いろいろな楽しい催しを行ってきました。これも町独自の運営姿勢であると思います。

子育て支援センターも平成9年度開設以来友達同士誘い合って相談に来る若い母親の姿がみられ始めました。子どもにハンディキャップが有る無しに関わらず、その境界が明確にはみえない今という時代の中で、皆が子育ての方法等について悩んでいます。それは対子どもへのアプローチ方法だけではなく、母親自身の心理的な問題も包括されている深刻な場合もあります。このような社会的背景がある中で、地方自治体が力を注いで作った大切な施設だからこそ、出来る限り地域の人々に広く利用してもらおう視点を持ちたいと思うのです。21世紀に生きていく子どもたちは障がいがある無しに関わらず、共に育ち各々に必要なサービスを同等にそして適切に受けられるシステムを我々は提供していく責任があるのではないのでしょうか。社会の一機関として、これまでどこか特殊な世界とされてきた時代から脱却した視点（療育

も大切な子育ての一部）でこれからの子どもたちのための施設というものを考えていきたいと思えます。

(1) 運営内容

ア 施設の一般開放

目的	母親及び子ども同士の交流の場 育児についての情報交換の場 いろいろな遊具と触れ合い、遊びの経験を広げる場
開設	平成10年4月1日より週1回(毎週水曜日)に開設
場所	子育て支援センター全室
実施回数	49回(平成10年4月1日～1年3月31日)
利用者数	母親 263人(平均5.4人) 子ども 353人(平均7.2人)

イ 育児サークル支援

毎週土曜日、遊具の貸し出しをする

ウ 育児相談

電話・来所相談をおこなう

エ 子どもの健康相談

- 子どもの心と体に関する相談について、医師が相談に応じる
- 平成10年11月11日より開始年3回
- 時間は午後3時30分から4時30分

7. 各種講演会について

(1) 子育て講演会

平成9年度	平成10年度
講師 内田玲子氏 家庭教育カウンセラー	講師 南部春生氏 朋佑会産科婦人科病院 名誉院長
テーマ 愛のみちしるべ ー心のパズルあわせー	テーマ 子どもの体と心が 見えますか
参加 27名	参加 88名(保母会共催)

（2）療育担当職員研修会

講師	伊藤則博氏（北海道教育大学旭川校教授）
テーマ	早期療育と子育て支援 －地域社会の変貌とこれからの子育て－
参加者	50名

8. 今後の課題

（1）身体障がい児への療育支援体制の充実

私たちはこれまで、ことばを中心としたコミュニケーションに障がいのある子どもたちを対象として、指導をしてきました。ところが、地域にいる肢体不自由児を中心とした重度重複障がいを持つ子どもたちへの支援体制は、センターが開設された段階では模索の状態でした。しかし身体障がい児療育指導事業を活用することで、地域に専門の先生にきていただき、子どもへの療育指導支援が受けられるようになりました。平成9年7月から始め、利用している母親たちの意識化ではすでに定着してきております。正確な状態把握・的確なアドバイスが専門家によって地域で受けられることは、貴重な機会であります。親たちのニーズも根強く、その積み重ねを如何に我々が日常の療育に浸透させ、支援体制を充実していくかが第1の課題です。

（2）指導体制の充実

平成6年度から始められた小集団指導は、常に20名以上の人数で月1回からスタートいたしました。平成10年度には週3回体制になりましたが、保育所・幼稚園へのステップの為に、特に在宅の子どもたちを中心に毎日通園できるような体制を作る方向を模索しています。

（3）指導担当職員の増員

栗山町子育て支援センターの基本的な姿勢は、子どもの持つ問題についてどのようなことにも対応できる体制を確立することとされておりま

す。父母や地域の幼児教育機関からの相談も含め、個別指導・小集団指導・一般開放・子育て相談・健診業務などの充実に向け、指導の領域が広くなり又専門性も求められています。現在は小集団指導や各行事の時にはOBの母親たちや町民にボランティアを依頼しながら体制の充実をめざしています。

（4）乳幼児健診の早期協力

平成5年、栗山町以外の由仁町・南幌町に対しても、3歳児健診の協力を求めました。特に学校併設時代には相談に至る90%以上の子どもが健診及び保健婦からの紹介で進められていました。早期発見・早期指導の大切さが謳われるなかで、当時は3健というラインが両者にとって妥協できる最大のところだったのかもわかりません。それは学校側の人的配置の問題や学校という学齢期に合わせた設備で、早期乳幼児を受け入れるという特殊な対応体制を組む困難さも考えられました。しかし現実的には、3歳児健診から指導へ至る時期が4歳代を迎えてしまうという問題もありました。なかでも自閉傾向を伴う精神発達遅滞児へのアプローチでは、早期に母子関係・対人関係の安定が、認知面を含む予後の発達に良い傾向をもたらせます。近隣市町村では少しずつ1歳半健診から介入していく方向が取られ始めていましたが、当地区では3町を対象としていたためその整備は遅れました。

しかし、平成9年より南幌町1歳半健診及び3歳児健診（同日実施）、平成10年度より栗山町1歳半健診（毎月）及び3歳児健診（年4回）が開始されています。これからは発見－指導という視点のみならず、一次療育圏という立場にとって私たちが母子と最初に出会う大切な機会であります。その段階では障がい呈する状況は未分化の時期でもあるため子育てに対する不安を受け止められる場としても大切です。さらに近年、指導上困難を示す注意欠陥多動傾向のある子どもたちへの早期発見・早期対応という意味においても、1歳半健診に介入できることは、健診体制の充実に

向けて第一歩を踏み出すことでもあると考えます。

（5）学齢期への移行体制の確立

子どもや親たちにとりまして最終的な課題は、幼児期に積み重ねられた指導を学校教育にどう引き継ぎ、どう生かしてもらうのかということです。特に普通学級との連携の確立が急務と考えます。そのためにも地域における部会を構成するなどの、他機関への働き掛けが求められていると思います。

（6）研修体制の充実

早期健診や指導の充実を求めていく一方で私たちは自己研修の努力と共に、他機関と連携したなかでの研修の充実が必要になってきます。近年子どもたちの示す発達の様子を観ると、問題の発祥を見極める難しさに立たされることが多くあります。障がいの多様化に対し、お互いが同じ視点で子どもの持つ問題を理解し対応の方向を学ぶためにも、お互いの連携のなかで研修を深めていくことも大切だと思えます。

（7）子育て支援策の具体化

週に一度場所の提供をするだけで、地域の母子たちはしっかりとその場所を利用始めました。それは私たち職員にとっても初めての経験でした。なかには発達的に心配な子どももおりますが、健診指導とは違う自然な受け入れのなかで、母子も親しみながら遊びに来るようになりました。このことは一日も早く子育て支援策を講じなければならないことを意味しています。保育所にその機能を下ろすだけで問題が解決するのではなく、地域の資源（施設・人材）をひとつの単位として考え、今後各々の機関がどういう役割を持って子育て支援策を構築していくのかを考えていきたいと思えます。

9. まとめ

栗山地区における早期療育は平成3年（1991

年）栗山小学校ことばの教室に、母子通園センターが設置されたところから始まりました。実態調査を開始し、急速に関係機関との連携強化が求められるようになりました。そして我々もそれになんとか応じようとする努力が始まりました。保健婦・保母・言語幼児担当者・福祉行政の4者が常にチームワークを組んで、早期療育推進の構築をめざし話し合いを重ねてきたのです。実はこのような時にこそ、個々が培ってきた専門性が問われまた生かされそして育てられるということをあらためて教えられました。

さらにこの事業は、第2次療育圏である道立太陽の園発達援助センター及び岩見沢児相の系統的な且つ具体的な援助指導なしでは、実現することはありませんでした。彼らは常に調整役に徹し、方向性を示すアドバイザーとして指導してくれました。その力は栗山地区にとりまして推進の「支柱」でありました。

8年という歳月は、立場の違う一人一人の人間を鍛え育ててくれました。自らが置かれている立場を自覚し、自らの職務を確認しそこから一緒に「地域」というものを大切に考えた早期療育を育てることは、ある意味では自らが帰属する職場意識からの自立を求められることでもありました。その中から掴んだ何かはさらに、地域に暮らす母子の視線の高さで物事を考える姿勢の大切さを教えてくれたのかもわかりません。この過程があったからこそ、早期療育というひとつの枠組みだけを考えてのではなく、もっと広く地域の子どもたちの発達にも寄り添えるセンターを求めていくことができたのだと思えます。センターが今後地域とどうコミュニケーションができる施設として機能していくのかを、常に念頭に置いた姿勢で運営していきたいと考えています。子どもの成長に例えて、胎児期を経て誕生し何とか歩き始めたことができた今、新しい目で新しい感覚で地域を見る力を持ったセンターに育ってくれることを願っています。

表－1 ケース・シート

児童名：A子（女）		生年月日：平成3年〇月〇日（当時4：11）		障害名：自閉症・知的障害	
[相談ニーズ] ①A子の発達段階及び障害像の把握。 ②身辺能力（排泄－排便の改善）の向上。		[紹介機関] ・B母子通園センター ・移動療育センター事業		[紹介理由] ・具体的療育内容の確認 ・移動療育センター事業フォロー	
[地域] ・C町（人口約16,000人）－農業が主産業。 ・福祉面での取り組みを積極的に行う。		[関係機関] ・B母子通園センター（1回/週） ・町立D保育園（毎日）障害児保育実施 ・太陽の園巡回療育相談実施（年6回支援）			
[家族構成・家庭状況・家族の協力] (34)父□ ○母(30)・4人家族 会社員 主婦 (比)管理業 □ ● (小1)兄 A子(4)		[母子関係・両親の特徴] ・母親は真面目で、助言にも素直に応じている。 ・両親は、A子が3才11ヶ月時に障害や行動の特徴等の説明（告知）を受け安定しているが、その時々に関わり等では不安がみられる。 ・住宅地域一軒家、隣に父方祖父母（元教員）居住 ・父親は多忙だが、告知以後は協力的である。			
[主な生育歴] 省略		[福祉制度の利用] ・療育手帳(A)、特別児童扶養手当（1級）受給			
[母子訓練におけるA子及び母親の様子] ・母親は、ごく自然に接し安定しているが、その時々発達段階や障害による特徴的な行動等については、整理ができず不安な姿もみられる。 ・周囲の者への関心や意図的な関わりは少ない。片付け等の簡単な指示の理解は可能だが、状況に応じた主体的な行動はみられない。動作歌等を好み、パターン的ではあるが一部模倣もみられる。 ・小さいカップ等を手もとで何度も落したり、紐状の物をヒラヒラさせたり、指先で固い物の表面を叩くことを好む。また、新規場面への参加には不安を示す。 ・単語レベルの表出が主で、反響言語(エコー)もみられる。伝達意図は少ないが、絵本の絵柄を指差しして命名したり、相手に命名を求めたりする。2才台の絵カード名称等は不可だが、型弁別等はでき、言語性の能力に比べ動作的能力がある程度優位している。(ST評価含む) ・粗大運動は良いが、バランス面や協調運動が未熟である。全体的な筋力低下や指先の不器用さがある。以前拒否していた感触遊びや揺らし遊びも慣れだし、感覚面の問題は少ない。(OT評価含む) ・食事では、強い偏食はないが、こだわりの食べ方がみられる。スプーン・フォークを使用している。排泄では、小便是自立し、「シー」と予告する。大便是未自立である。					
[発達検査] 生活年齢(CA) 4：11 *参考値		[医師所見(概略)] 妊娠、分娩異常なし。乳児期は手のかからない、おとなしい子で、運動発達指標は普通。身体的及び神経学的異常なし。過去に、商標へのこだわりや触覚的な過敏さあり。聴力検査実施(3：10)異常なし。 現在、一人遊び多いが、母親への関心が少しみられ、ことばや指差しの使用が増えてきた。新規場面への不安や特異的な行動がみられる。知的な遅れあり、自閉性障害の特徴もみられる。			
津守/稲毛式検査		新版K式発達検査			
発達年齢(DA) 運動 3：0* 探索 1：6* 社会 1：9* 身辺 1：9* 言語 1：6* ----- 全体 1：9		発達年齢 指数 (DA) (DQ) 姿勢/運動 2：11 (59) 認知/適応 1：11 (39) 言語/社会 1：9 (36) ----- 全体 1：11 (39)			
[保健婦所見(概略)] 身長、体重バランス良い(105cm, 15kg, 頭囲51cm, 腕囲13.6cm)。栄養状態良好、生活リズムも安定。					

エ A子の療育プログラム

A子の療育プログラムを、以下に示す。

ー〈療育プログラム〉ー

- ①両親に、訓練中の様子や検査結果、各パート（医師・保健婦・心理士・ST・OT）の所見等を基にA子の発達段階及び障害像を説明している。また、今後も地域療育機関（母子通園センター・保育園）と連携をもち、支援を継続していく。
- ②遊びは、現在の発達状況から人を介した遊びで、③人への期待感を育て疎通性を高めること、④相手とごく簡単なルールのあるやり取り遊びで、人に応じる姿勢を獲得すること、等を基本に行う。
→③人への期待感
～追いかけてこやおどかし遊び、くすぐり遊びを行って人を意識させ、一緒に遊ぶ楽しさを体験する。
→④人に応じる姿勢
～遊びのなかで順番待ちや物を交互に使うこと、合図に合わせて走ったり飛び込む遊び等を体験する。
- ③コミュニケーション能力を伸ばす。
～好きな遊びの場でA子が要求する場を設定して、身振りやことば等を使って表現することを体験する。（ex まごおひー「ちやうだい」「ドモ」「アハハ」等）
- ④基礎的な認識力を付けるために、はめ込み遊びや同じ色や形（物）同士のマッチング、理解語彙数（名詞）の増加を行う。
→型はめパズル、絵カード合せ、簡単な弁別教材等
- ⑤やや筋力の弱さや運動能力の未熟さ、指先の不器用さがあるため、全身を使うダイナミックな運動遊びや上肢（腕や上半身）、指先を使う遊びを体験する。
→重い物を運んだり、引っ張ったりする、手押し車、点結び、ひも通し、はさみの使用等。
- ⑥排泄（排便）では、A子の排便のリズムが夕食後であるため、毎回夕食後にトイレの便器に座ることを促し排便を習慣づけていく。
- ⑦今後は、日常の体験の幅を広げ場面適応力を高めることが必要である。そのため、障害（自閉症）の特徴を考慮し、ある取組みを行う時には事前に体験する場面の状況を解りやすい方法を用いて知らせること、日課の流れは、A子にとって分かり易いもので程度固定化すること等が必要である。
- ⑧母親をはじめ家族（父親、兄）は、今後も色々な問題に遭遇すると思われるため、地域の関係機関が相互に連絡を取りながら、継続して家族を支えていくことが大切である。

オ 地域療育機関との連携

母子訓練で行った総合評価及び療育プログラムの内容は、アフター・ケアとしてケースが利用している関係機関に文章（連絡票）等を使って引き継ぎを行っている。

[尚、母子訓練では、訓練の前後にプリ・ケア（家庭への聞き取りや関係機関への事前調査）及びアフター・ケア（引き継ぎ等）は、両親の承諾を得て行っている。]

A子の場合、巡回療育相談に合せてケース担当者が地域に出向き、A子に関わる関係機関（センター・保育園・保健婦）の参加を得て合同ケース会議を開いた。会議では、母子通園センターが全体の調整（コーディネート）を担当し、A子の総合評価及び療育プログラムについて具体的な説明を行い検討した。さらに、確認されたプログラムについて、それぞれの機関ごとに役割（機能）の分担を行い、地域における療育方針の統一を図った。

これらの役割（機能）分担の内容を、以下表2に示す。

表2 療育プログラムの役割（機能）分担

療育プログラムの内容	機関間での役割（機能）分担
①再評価（発達診断）	太陽の園（母子訓練）
②遊び-③人への期待感	保育園 = 母子通園センター
②遊び-④人に応じる	保育園 = 母子通園センター
③身振り	母子通園センター > 保育園
④基礎的な認識力	母子通園センター
⑤ダイナミックな運動遊び	保育園 > 母子通園センター
⑤指先を使う遊び	保育園 = 母子通園センター
⑥排泄（排便）では、	保育園
⑦対応上での留意点	保育園 = 母子通園センター
⑧母親及び家族支援	保育園 = 母子通園センター

* 役割（機能）分担を明確に行うのは困難なため、比較的分担の割合が多い方を>の記号を用いて表わす。

* 保健婦については、現在関わりの必要性はそれほど高くないと確認され、表には示していない。今後も、ケース会議には随時参加する。

（2）地域療育機関への地域ニーズ調査

ア 地域療育機関への訪問調査

ア) 調査対象及び方法

調査の対象は、太陽の園（第二次療育機関）が心身障害児（者）療育等支援施設事業（施設支援一般指導事業）で巡回相談を実施している道央圏の母子通園センター3カ所である。（尚、3カ所

のうち1カ所は前述のケースA子が利用しているB母子通園センターである。）

- ・方法－訪問による聞き取り調査。
- ・調査内容－療育支援機関に対し、地域療育機関（母子通園センター）から要望する支援内容

イ 結果

訪問調査の結果を、以下表－3に示す。

表－3 地域療育機関（母子通園センター）から要望する支援内容

〔①圏域人口、②定員、③職員数－正職数、非常勤数〕

B町母子通園センター 〔① 16,000 人, ②25名 ③4名－2名〔ST2〕・非2〕	E市母子通園センター 〔① 17,000 人, ②20名 ③3名－0名, 非3〕	F市母子通園センター 〔① 33,000 人, ②20名 ③4名－0名, 非4〕
・日常の集団及び個別指導に参加して、指導内容の助言を具体的に得たい。	・同左	・同左
・発達や言語、運動面の客観的専門的な評価を得たい。	・同左	・同左
・運営や指導内容について他の視点からの助言を得たい。	・同左	・同左
・各ケースに示された療育プログラムを、担当者に具体的に説明し示して欲しい。	・同左	・同左
・機関や地域の特性、ケースに応じた柔軟な対応ができるように、2次圏により多くの専門職を配置して欲しい。	・同左	・同左
—	・地域の療育資源の特性に応じて、専門職種の配置及び地域派遣を柔軟にして欲しい。	・同左
・処遇困難ケースを母子訓練等で評価し直ちに引き継いで欲しい。	・同左	—
・各種研修会、療育技法等や他の母子通園センターの情報を得たい。	・同左	・同左

2. 考察

- (1) 早期での療育ニーズは、専門性、具体性、及び今後の見通し（情報）と家族の心理的なサポートである。

ア 母子訓練利用者のニーズ

A子が母子訓練に参加した時の親のニーズ（主訴）は、「発達段階、障害像の把握」「身辺能力（排便の改善）の向上」であるが、相談の中からは「運動遊びの内容」「家族（祖父母）への障害の意味の説明」「兄への接し方」等、いろいろな疑問や不安が出され、内容も変化している。

ここに平成元年4月～5年3月までに、太陽の園母子訓練を利用した障害乳幼児291組の母親のニーズの上位6項目を、表－4に示す。

ニーズを整理すると、主に三つになる。一つは「子どもの発達段階を知りたい」「前回の参加に比べて、成長を確かめたい」等、子どもの状態の客観的な把握である。二つ目は「就学ついて」「進路」等の将来への見通し（予後）である。三つ目は、「偏食を直すにはどうしたらいいのか」「叱ることはできるが、どんな時に誉ればいいのか」「親子でのあそび方」「ことばを促すために何をすればいいのか」等の具体的な日常の関わり方である。

このように、母子訓練利用者のニーズの主なもの、発達診断等による客観的な子どもの把握と将来への見通し（予後）、具体的な関わり方である。言い換えると、親は専門的であつ家庭でもできる具体的なアドバイスと将来に関する情報を望んでいることが伺える。

表－4 母子訓練利用者のニーズ内容（上位6項目）

相談内容	件	%
①子どもの状況確認・発達評価	103	35
②進路	97	33
③食事（偏食・過食・拒食他）	94	32
④ことばの発達を促したい	92	32
⑤排拙	89	31
⑥子どもとの接し方のポイント	63	22

全調査組数 [291組、件数は延件数である]

イ 地域療育機関利用者のニーズ

『乳幼児療育研究1998年第11号』に収録されている「北海道における障害児療育・障害児保育の実態と課題」（水口、佐々木）の調査データをもとに検討する。（表－5参照）

表－5 母子通園センターを充実させるために必要なこと

	総合評価	比率
専門スタッフの採用	203	26.0%
子育て相談の体制	100	12.8%
指導回数、時間の増加	79	10.1%
訓練器具、遊具の充実	47	6.0%
職員の発達の見方の向上	47	6.0%
職員数の増加	45	5.8%
親同士の仲間づくり	39	5.0%
施設の面積拡大	38	4.9%
他機関との連携充実	37	4.7%
指導技術の向上	36	4.6%
無回答	33	4.2%
相談内容の充実	26	3.3%
通園距離を短く	22	2.8%
経費助成	21	2.7%
その他	7	0.9%
合計	780	100.0%

論文では、「母子通園センターを充実させるために必要なこと」という設問で、利用者のニーズが調査されている。回答では、大きく二つに分けられる。一つは「専門スタッフの採用」（26.0%）、「指導回数、時間の増加」（10.1%）、「訓練器具、遊具の増加」（6.0%）等のハード面の充実である。もう一つは、「子育て相談の体制（の充実）」（12.8%）、「職員の発達の見方の向上」（6.0%）、「指導技術の向上」（4.6%）等のソフト面の充実であり、より質の高い専門的な相談及び療育技術を求めている。

また、7番目のニーズとして「親同士の仲間づくり」（5.0%）がある。これは、母子通園センターの利用児に直接関わる内容ではないが、母親自身や家族が同じ悩みをもつ仲間同士での交流や相談（心理的なサポート）を求めていることになる。母子通園センターでの療育の第1歩は、“まず母親（家族）の話に親身になって耳を傾けて、十分に聞くことである”と言われてるように、家族へのケアは大切な療育のひとつである。

親たちは、個々により多くの療育を受ける機会、それぞれ質の高い専門的なケア及びより身近で安心できる相談の場を望んでいることが伺える。

（2）地域療育機関への支援内容

ア 客観的な評価機能

地域で日々行う療育の目的は、日常の支援活動を通して、障害及び二次障害の軽減、予防、社会適応能力の向上を図りながら、子どもと家族の成長と発達を保障することである。日常の支援活動では、対象児の状態を客観的に評価し把握することが大切であり、これをもとに療育のプログラムが決定される。

A子の場合、母子訓練で心理検査やST、OTによる言語面や運動面の評価、医師や保健婦の診察、評価等を行い総合評価が出され、具体的な療育のプログラムが作成されて、地域（母子通園センター）に提供されている。

「地域療育機関への訪問調査」でも「発達や運動面の評価を行い客観的、専門的な情報を得たい」という要望が、調査を実施した3地域の母子通園センターから共通に出ている。

前述の「利用者への調査」（表－5）にも、5番目のニーズとして「職員の発達の見方の向上」

（6.0%）があり、地域においても専門的な評価機能を求めていることが伺える。

しかし、道内の母子通園センターで、独自に心理担当者やST、OTを配置しているセンターは少なく、各専門分野からの評価データを独自に得ることは困難である。

今後は、支援機関としての二次圏（地域療育センター）に、より多くの専門職種の配置が求められる。

イ 地域（家庭）で行うプログラムの具体的な提示（説明）

療育機関（第二、三次圏）で相談や訓練を終えた親達から、「いろいろな器材があつて訓練できたが、ここ（母子通園センター）や家には同じものがなく、どう工夫すればいいのか？同じ様にやりたい…」という声（要望）が時々聞かれる。実際に生活の場（地域）に、療育機関と同じ環境（器材やスタッフ）を準備することは困難である。

A子の場合、母子訓練開始前にプリ・ケアとして事前に家庭訪問や関係機関（母子通園センター・保育園）を訪問し、母親の考え方や家庭の状況、地域の療育資源の状況等の情報をなるべく多く把握した。そして、実際の母子訓練の療育の場面を通して、事前に確認した親と地域からのニーズに基づいて療育のプログラムを考えた。同時に、そのプログラムが地域のどの機関（家庭・母子通園センター・保育園）が担当し、どう具体的に展開すれば、最も効果的であるか考え整理してきた。

また、両親には療育のプログラムの内容と意味づけを最終日の相談で説明し、家庭で行うことを担当職員が具体的に提示し、母子でやり方そのものを体験してもらった。

療育機関が提示する療育のプログラムは、親や地域のニーズに基づき、実際に親や地域療育機関が継続できるように具体的にその意味づけを説明しながらを行うことが大切である。

ウ 地域療育機関の補完的機能の充実

A子の相談ニーズ（主訴）に、「身辺能力（排便の改善）の向上」がある。これは、保育園や母子通園センターでの日中での関わり（ディ・ケア）だけでは不十分である。そのため、ナイト・ケア含めた24時間ケアの中でA子の排便のリズム

や状態を把握して、具体的な対応を考えることを両親と関係機関が確認し決めた。

地域での療育活動は、主に日中のディ・ケアが中心であり、いろいろな制約がある。子どもの療育ニーズの中には“身辺能力の獲得”や“食事（偏食）の改善”“肥満の対応”“問題行動の改善”、等のナイト・ケアを含めた24時間ケアでの長い期間の積み重ねを必要とすることが意外と多い。乳幼児期の療育は、家庭で家族を基盤とした地域での取り組みが基本ではあるが限界もある。そのため、相談の内容によっては目的と期間を予め決めて療育機関（第二、三次圏）を利用することも有効な手段の一つである。

療育支援機関は、地域で必要としている療育ニーズを把握しながら、地域では展開できない母子訓練や短期入所、レスパイト・ケア、在宅訪問（重心児）等のいろいろな療育メニューを準備することが求められている。

エ コーディネート機能の充実

A子の場合、ケース担当者が地域に出向いて、A子に関わる関係機関（母子通園センター・保育園・保健婦）の参加を得て合同ケース会議を開き、総合評価及び療育プログラム内容を検討し、確認されたプログラムは、それぞれの機関ごとに役割（機能）の分担を行い、地域での療育方針の統一を図った。

この療育方針の統一を図るために合同ケース会議を開いた以後は、関係機関同士の交流が大変スムーズになった。また、A子の母親からは、「母子通園センターと保育園が統一した見方でA子に関わってくれて、とても安心し心強い」という感想も聞かれている。

このように、関係機関がケースを通して、それぞれの立場と役割の違いを認め合い、互に協力し実践を積み重ねて連携をもつことは大切である。個々のケースの管理を行い関係機関間の調整を行ったり、地域の療育ニーズを把握して各種取り組みを企画、調整するコーディネート機能が地域療育支援では非常に重要な部分を担う。

おわりに

障害乳幼児の療育支援では、家族が主体者となり、共に家庭で家族を基盤とし、愛情と安心感をもち育ち合うことが大切である。療育関係者は、あくまでもその援助者にすぎない。

援助者の役割は、子育てに悩み、援助の手を求めている親（家族）に対して、①家庭（地域）で家族を基盤とし、親自身の主体性を尊重し、②実行可能な援助内容を具体的に示し、③スムーズな関係機関の連携を進めること、であると思う。

今後も、この広い北海道の各地で地域に根ざした地域実践が展開されることを願い、今後も努力していきたいと思う。

注：母子訓練（心身障害児短期療育事業）

発達に心配や遅れのある乳幼児とその母親を対象に、5泊6日間療育訓練（宿泊）を実施し、家庭療育の指導及母親への学習（グループ・カウンセリング）を行う。

注：本レポートは、北海道児童青年精神保健学会第21回例会（1997,2,23）で発表した論文を一部加筆補正したものである。

— 第1分科会（一般演題－2） —

1. 自閉症児の親への愛着を促進する療育方法について(1)
～2歳までのセラピー法～
.....古塚 孝・斉藤真善
2. 脳梁欠損を持つ読みが苦手な小学生男児の事例
.....岡部善也・古塚 孝・諸富 隆
3. 自閉症者における不適応行動の生起要因の検討
～知的障害者更生施設における作業場面の分析～
.....本間尚史・古塚 孝・諸富 隆
4. ある発達性失語症児への平仮名の読みの指導の試み
.....斉藤真善・古塚 孝・諸富 隆
5. 比喩理解が困難な中学生男子の事例
.....遠藤純子・古塚 孝・諸富 隆
6. 状況認知に困難を示す女児の対人関係スキルの獲得
.....佐々木綾・古塚 孝・諸富 隆
7. 多動傾向の児童の対人関係分析の新しい取り組み
.....高久宏一・後藤恵美子・金沢克美・後藤 守・

1

自閉症児の親への愛着を促進する療育方法について(1)

～2歳までのセラピー法～

藤女子短期大学 保育科

古塚 孝

北海道大学教育学研究科

斉藤 真善

この数年、私たちは自閉的傾向が強い子どもを指導してきた。親の養育相談と個別プレイセラピ

ーを並行して行ってきた。今回は、自閉傾向児への働きかけについて報告する。

典型例：2歳当初、機嫌が悪く、母親のひざの上にはいつもいる。手をひらひらさせる、ものへの興味無し。寝ころんだまま動かないときもある。かんしゃくがでると母親の髪をひっぱる。母親の主訴は「何をすればよいか全くわからない、何に興味があるかもわからない、理由なしに不機嫌になる、機嫌を直す方法がわからない」というものでお手上げ状態であった。

課題1. 適切覚醒レベルの維持

人は外部から刺激が提示されると自動的に注意を迫られます。通常、人は注意システムにより、その刺激に対処するに適切な量に興奮レベルを上げたり下げたりします。この調節は過去経験にその大部分を依存します。新奇な刺激に対しては、それが自己の生命をおびやかすものか否かが第一優先順位の判断です。「ひと」であれば「敵か味方か」ですし、「もの」であれば「危険か否か」です。「危険な状況」では、興奮レベルを最高レベルにして如何なる状況でも対処できる体勢を作ります。

自閉症児は動物行動学のレベルでの判断に障害があり、未だ味方を発見し得ていないので親を敵と間違えて恐怖したり、我々にとっては何でもない「もの」を過剰に危険なもの（例：掃除機の音が恐怖である）と判断し、回避する（無関心・無視・拒否・常同行動）と考える方が実状に合うと言えます。事態の推移・結果を見通すことで、ひとは危険な状況を乗り越えることが可能になります。見通しを持つこと、つまり「意図スタンス（パロンコーエン、1995）」が成立して初めてヒトは安心・安定の世界の住人となれるのです。

2歳までの段階の自閉児は見通しを持つことはできませんから、不安・恐怖に陥るのは必然であると言えます。この状況では、学習する余裕はありません。これまでに獲得した心理機能を用いて如何に逃走するか専念し、新しい心理機能の獲得・学習は成立しません。発達障害はこのことから生じるのかもしれませんが。学習は安全な状況で初めて可能になるのです。この段階では、親が安全だと判断した環境にさえも自閉児は危険環境だと判断するのです。

それゆえ、年少自閉児の第一の課題は、自己の興奮レベルを適正に制御すること、つまり、彼の周辺で生じる出来事の性質に対応して興奮レベルを適切に上げたり下げたりできることです。興奮レベルが下がった時の環境が安全だということを繰り返し感じ、制御可能な興奮レベルにあることで自閉児は落ち着いてくるものです。

従来、自閉児は感覚刺激に敏感すぎる、逆に鈍感過ぎると言われてきました。これは、当該刺激処理に適切な脳の興奮を適切なレベルに設定することが困難であるということです。こちらが弱い刺激だと思っても、それが彼にとっては強烈すぎて逃げ出す、泣き出す、または、弱すぎて気づかないのです。同一性の保持も状況の変化を極端に嫌悪することもこのことを示しています。

初回セラピーでは、子どもが緊張し、不安であると仮定し対応する。動き回ったり、手をひらひらさせるなど常同行動があったり、無関心であることが不安と緊張の指標であると考え、それが治まるようにセラピストは振る舞う。こちらが操作できる変数は、子どもとセラピストと母親との距離、声かけの頻度と声の大きさなどです。この変数を動かすことによって、子どもの動きと筋緊張・表情がどのように変化するかを観察する。緊張が高い場合は子どもへ視線を向けることをしないで、親との会話に集中する。親がリラックスし、にこやかな表情を出し、時には笑いが生じるまで行きます。健常児では、この段階で積極的な子は「母親から離れて遊ぶ、おもちゃに興味を移す、他の子どもの動きを視線で追う」などが生じます。母親との会話の中で、母親が子どもを見つめた時に一緒に視線を子どもに向けるなど、徐々に直接的に子どもに対するようにします。子どもが嫌がる、緊張すると、子どもにわかるように、極端に視線をそらす、子どもから離れる、時には部屋を出る、部屋の隅への移動が重要です。

興奮し不安になりそうになると、刺激量（ヒトとモノ）を少なくし、もとの安心状態に戻す。安心していると、刺激量を増やす、不安になると減らすという繰り返しで子どもが自分で自分の覚醒・興奮レベルに気づき、操作することができるようにするのです。「この人は少しぐらい近づいても不安になる前に遠ざかる」ことを実感し続けることで、徐々に安心するのです。

新奇刺激に対する慣れは、「刺激提示後、何も危険なことは生じなかった」という経験を繰り返すことで生じます。我々は自閉児の内部の情報処

理機構としての「慣れというメカニズム」を利用するしか方法はありません。

「慣れる」の基本は一緒にいる時間の長さとし繰り返回数です。慣れの第一に、子どもが落ちつくように玩具の配置を決めることです。恐怖する玩具はどこにあるかがわかっていて、逃げ道が開いていれば耐えることができます。恐怖する玩具は慣れることで、大好きな玩具に変わります。自閉児は「もの」への興味が限定（ミニカーを厳密に並べる）されています。当面は「限定された玩具と一緒に遊ぶ」を目指します。

第二は、他者との距離です。セラピストはできるだけ自閉児と自分との距離を長くし、許可を得ながら徐々に距離を少なくしていきます。そして興奮レベルが上がりすぎそうになるとまた距離を長くします。対面では不安が高くなるので、並行、後ろ向きと一緒にいることを目指します。

第三は、誰も入り込めない逃げ場の設定です。そこに自閉症児が入り込めば、出てくるまで待つしかない逃げ場を作っておきます。「いつでも対人関係から逃げるのが可能である」ことがわかると、自閉児がどんなことに恐怖・不安を感じるかがこちらにわかるようになります。

課題2. 行動連鎖（スクリプト）の形成

安心できる場が広がること、近くに他者がいてもゆったりできていることを目標にセラピーを続けながら、短時間（子どもにとってそれは、当初10秒、後には1分）**決まりきった遊び（課題）**を繰り返します。子どもを観察し、興奮レベルが下がったときに遊びに誘います。できるだけ早く結果に到着し、「おしまい」と言いながら離れます。反復が「慣れ」を徐々に生じさせます。また、遊びの始まりから終了までを彼が見通せるようにします。次に何が生じるかがわかり、順番通りに推移すること、最後にこれをすれば自由になることなどが確実に理解できるようにします。つまり、心の中にスクリプト（台本）ができあがり、スクリプト通りに自体は始まり終わるのです。ものがスクリプト通りに推移することが確信で

きれば耐えられるようになります。

ブルーナーは、（ピエロの人形を使った）いないいないばー遊びで、①「始めるよ」注意喚起、玩具への視線固定、②ピエロが消失する、「いなくなっちゃった、どこへ行ったかな」③探索行動への誘導（隠れた、ソファの下かな）④「ばー」で再出現。「いたー、ピエロを抱っこする、」⑤「おしまい」と言って、セラピストも「ほっとして」緊張を解く。「拍手」をして褒める。⑥繰り返しをするかを聞く（もう一回）という手続きで何度も繰り返すと、徐々に子どもは予期が働くようになり、最終目標が表象できるようになり、課題の段階に応じて興奮・覚醒レベルを制御できるようになることを示しています。ブルーナーはこの構造を反復することで、子どもの心の中にスクリプト（台本）ができあがり、それが自動化してしまうと、次に何が生じるかも当たり前になり、事の推移を安心して見守れる、参加できるようになるのです。私は、①の「始めるよ」⑤「おしまい」がすごく大事であると思います。また、始めるとき、セラピストは少し、緊張し、課題中は緊張レベルを少し上げ、課題達成時は緊張を解く、微笑むというように感情の表出を含めて過剰な演技が必要であると考えています。

遊びの例：足を触る・こそばす・ジグソーパズル・ミニカーを手渡して並べてもらう・鉄棒にぶら下がらせるなど。同じ手続きで、同じ所要時間で遊びを構成することが大事です。

この状況で、子どもが獲得するのは、

（イ）他者の存在に気づかせる。他者がいないと面白くないという経験をする。

（ロ）課題に適切な緊張状態の維持が可能になる。自分の緊張状態を制御していることに気づく。

（ハ）指さし、共同注意への気づき。

（ニ）予期・期待の形成、（ホ）脳内表象の形成などです。（イ）から（ホ）が可能になると、彼は「意図」を持つようになり、親も子供の意図が分かると一緒に過ごして楽しい状態になります。

課題3. 生物的感情表現をコミュニケーションの 道具に

健常児は生後直後から感情をコミュニケーションの道具として使います。自閉児は快の感情（笑い、ほほえみ）を殆ど表出しないばかりか、時に間違っ表出します。不快感情もまた出さないか、表出しすぎるようです。例えば、TちゃんとMちゃんは掃除機への恐怖、音のする玩具に対する恐怖を過剰に表出しました。抱いてみると心拍率がすごく高くなっています。これを克服するのも「慣れ」機構です。弱い刺激を提示することからはじめ、徐々に耐えられる大きさを増量する。ものばかりでなく、人にも恐怖します。

Tちゃんの場合、母親に抱っこされた状態で徐々にセラピストが近づく。足に触る。嫌がると止める。「イヤ」と言うと1分ほど経過して、また繰り返すなかで徐々に不安が生じる距離が短くなるように試みます。そして、次に接触の楽しさ、抱っこを喜ぶようになることが最終目標です。毎回のセラピーで一度は体操だと言って、子どもの両手、または両足をつかみ、動かします。動かされることに抵抗したらそのまま力をかけ続けます。子どもは、抵抗する中で相手の意図を認め、自分の意志を確認します。そして、その反復の中で、相手に身を沿わせて体操することを喜ぶようになります。また、「イヤダ、やめて」と意思表示するようになります。そして、自分の意志で逃げ出し、母親の後ろに隠れます。そして母親が、「敵・セラピスト」から子どもを守るのです。この遊びの中で徐々に母親を「援助してくれる人」と見なすようになります。このとき、感情表現があるとそれを強化します。そして、繰り返しの中で、徐々に誰にでもわかる感情表現（イヤダ、うれしい）を獲得させます。リラックスしたときは微笑みを、不安恐怖のときはイヤな表情をすることができると、それ以前は子どもに何をしたらよいかわからなかった母親もうまく子どもと遊べるようになります。そしてこの反復が、愛着の形成になるのです。

2 脳梁欠損をもつ読みが苦手な小学生男児の事例

北海道大学大学院教育学研究科

岡部 善也

藤女子短期大学

古塚 孝

北海道大学教育学部

諸 富 隆

はじめに

本報告では脳梁の完全欠損を持ち、クモ膜嚢胞により右側脳室内側灰白質白質が著しく菲薄化している小学生男児の事例について報告する。神経心理学的側面と、認知機能について報告する。

(1) 脳梁の機能

人間の脳は左右の半球に分かれている。感覚情報入力は、体の左側の情報は右半球へ、右側は左半球へ入力される。視覚では、左視野の情報が右半球に入力され、右視野の情報は左半球に入力される。また腕や足などの運動出力についても、左側は右半球がコントロールし右側の手足は左半球支配となる。体の左右が別々に動くということはありません、左右半球の情報伝達がおこなわれ両半球は協調して働く。左右の半球を連絡する交連繊維が存在し、高次精神機能にかかわる左右の大脳皮質間を連絡する最大の神経線維が脳梁である。脳梁は約2億～8億本の交連繊維からなるといわれている。

難治性のでんかん治療で交連繊維を全切断ないし部分切除する場合がある。1950～60年代にかけて Sperry がこういった分離脳者を被験者として半球間の情報伝達について研究を行った。分離脳者は片方の大脳半球に入力された情報をもう一方の半球が利用できない半球離断症状が現れることがあきらかとなった。この症状は瞬間提示法検査などによって顕在化する。瞬間提示法検査と

は、それぞれの目の左視野にあるものは右半球へ、右視野は左半球へと交差して送られることを利用し、眼球運動が起きないようにごく短時間の刺激提示により左右の脳半球に分離して刺激を入力する実験手法である (Fig.1、Fig.2参照)。分離脳患者は日常的な物体の絵が左視野に瞬間提示され(右半球に入力されたと考えられる)、何を見たかたずねられると答えられないが、提示された物体を左手の触覚のみで選び出すことはできるのである。これは入力された刺激が半球を越えて左半球にある言語野に到達できないためにこのようなことが起こると考えられる (Fig.1参照)。また視覚情報を使わずに触覚のみで、左右の手でさわったものが同じものかどうかを判断する課題が遂行できないなどの事実が明らかとなった。

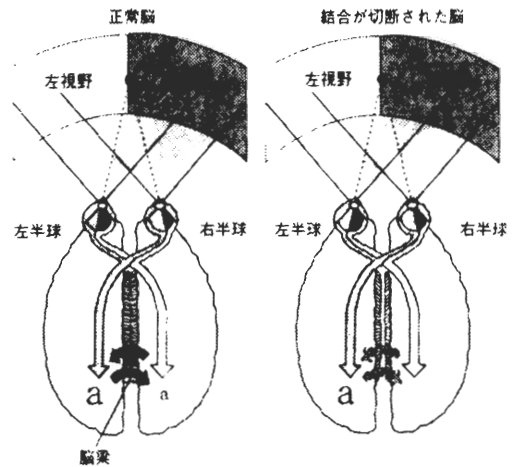


Fig.1 分離脳患者の視覚情報の伝達

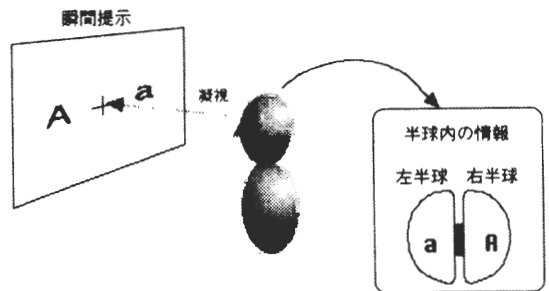


Fig.2 瞬間提示法による各半球に一次的に投射される情報

（2）脳梁低形成者の認知機能

先天的に脳梁形成に問題のある脳梁低形成者が2万人に1人程度の割合で出現する。初期の研究の多くは低形成者が分離脳者にみられる離断症候を示さないことを強調していた。低形成者は視覚によらないで左右の手で触れたものを比較する課題（触覚同定課題）を難なくこなすし、半視野の比較を必要とする瞬間提示課題でも障害はない。一側提示のものを認識する課題でも問題はない。少しの例外をのぞいて低形成者は分離脳者と違い、瞬間提示法で左視野に提示した文字の半側失読はなく、左手でさわった物の名称失語も示さなかった。実際に低形成者は日常生活において特に困難を自覚することは少なく、MRIなどを用いた検査で偶然発見されなければ気づかずに生活を送る人も多い。

しかし最近の研究によれば、低形成者が半球間伝達で障害を示すという事実が多数報告されてきた。Jeeves (1994) のレビューでは連続した指への刺激を対側で同定することに障害を示す。同じように低形成者では半球間伝達時間が異常に長いことが報告されている。非同期的な末梢運動を必要とする課題で障害が認められたとの報告もある。これは両手運動で半球間統合が弱いことを示唆する。また言語に関しても問題があるという研究があり、Temple & Hsley (1994) によると低形成者は聴覚入力による2つの音素が同一かどうかを判別することが苦手で、非単語の音読に困難を示した。単語の音読は規則語でも非規則語でも問題がないが、非単語では書記素から音素への変換に問題があり、音読は同じIQの健常者に比べ成績が劣っていた。脳梁は左右の大脳皮質の抑制と促進の作用を担っており、時間的に重なった聴覚刺激が同側半球に入力されたときには抑制機能がうまく働かないという研究がある (Jeeves, 1994)。その他にも多動性、無気力などがあるという (O'Brien, 1994)。

このように低形成者は分離脳者のような衝撃的な症状は現れないが、詳細に検討すると行動・認知機能上で問題を示す。

1. 事例概要

Yは小学生男児で、1985年12月9日生まれ。母親32歳で正常分娩で出生体重2585g、第一児である。幼稚園の時に頭が痛いとうったえたことがあり、小学校1年の夏頃に頭が痛いと病院に行き、MRI施行により脳梁欠損が判明した。

利き手は左手利き。書字と箸は左手、ボール投げは右手で行う。

学校は普通学級に通っている。体を動かすことが好きで勉強はあまり得意ではない。母親によると、読み書きはあまり得意ではなく、字の覚えは遅かったという。算数は時間はかかるが分かっている。学校の先生は、全体として理解力が乏しいとみている。集中できる時間は短い。

本児とは9歳から12歳まで週一回のかかわりを持った。そのなかでは行動面や情緒面、対人関係面等で特に大きな問題はなかった。

2. MR画像所見

Fig. 3に7歳の正常脳のMR画像を示す。中央部の白い湾曲した部分が脳梁である。

YのMR画像をFig. 4に示す。左上の正中矢状断にみられるように、脳梁は完全欠損である。前交連は存在する。前額断、水平断画像より、右半球内側面に第三脳室上部から頭頂部に及ぶ巨大なクモ膜嚢胞が認められる。このクモ膜嚢胞は右側脳室を圧排し、右側脳室内側灰白質白質を著しく菲薄化させている。

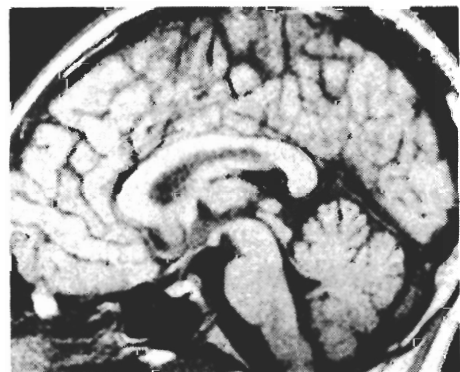


Fig. 3 7歳の正常脳のMRI画像（矢状断）

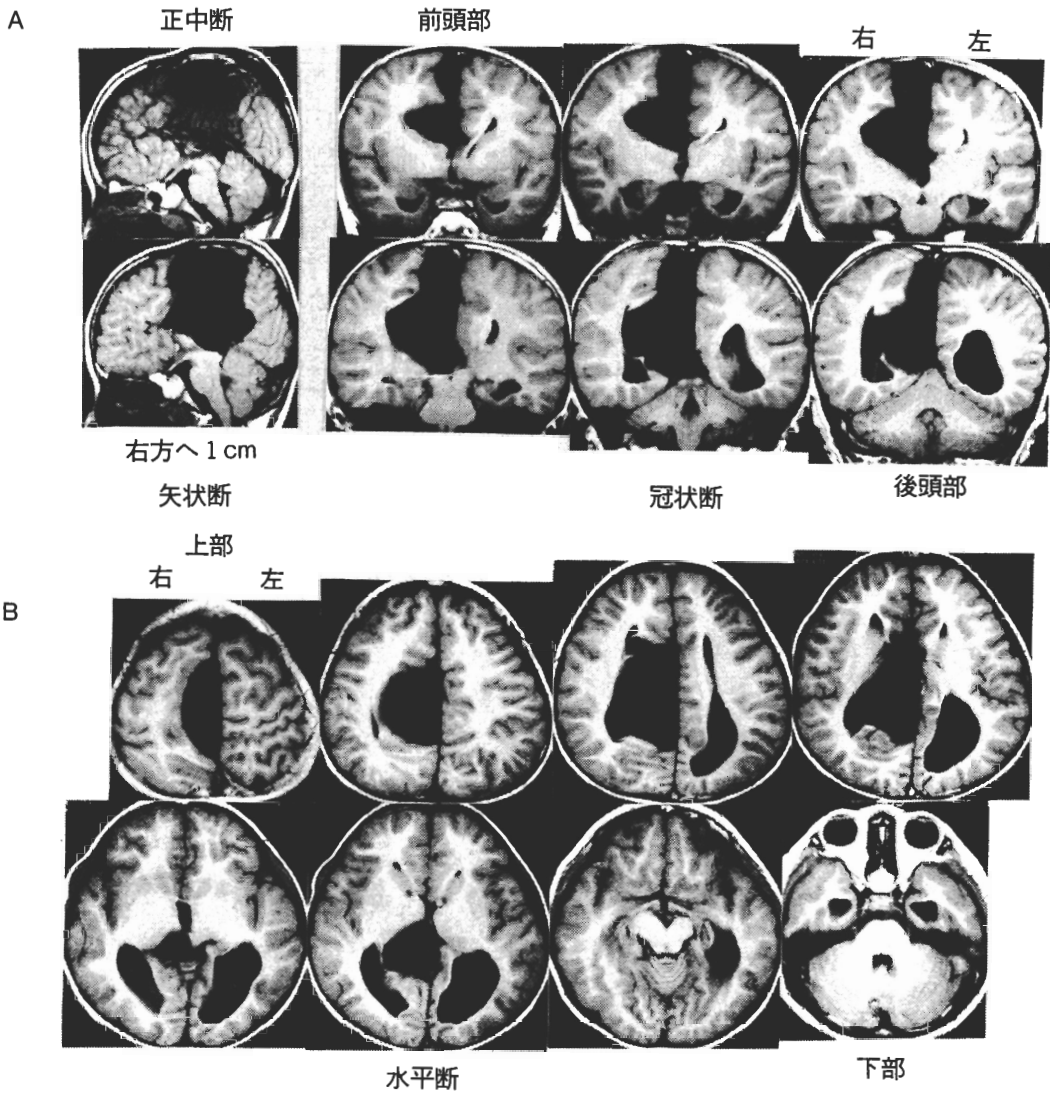


Fig. 4 Yの8歳7ヶ月時のMR画像。Aは矢状断と冠状断、Bは水平断。

3. 知能検査等結果

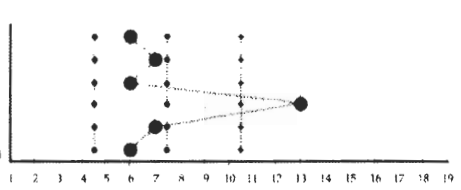
(1) WISC-R (95/11～96/6実施—10～11歳時)

全IQ88（言語性IQ86／動作性IQ93）で平均の下のレベルである。Fig.5に下位検査のプロフィールを示す。言語性検査は単語のみ13点であとは6-7点にとどまる。動作性検査はばらつきは大きく絵画完成が非常に低い。組合せは14点と高い。プロフィール分析によると、視覚的体制化能力が低い。また右半球が優位とされている空間的・統合的な処理が

言語性検査

項目	評価点
1 知識	6
3 類似	7
5 算数	6
7 単語	13
9 理解	7
11 (数唱)	6

言語性評価点合計VSS 39



動作性検査

項目	評価点
2 絵画完成	4
4 絵画配列	9
6 積木模様	8
8 組合せ	14
10 符号	10
12 (迷路)	7

動作性評価点合計PSS 45

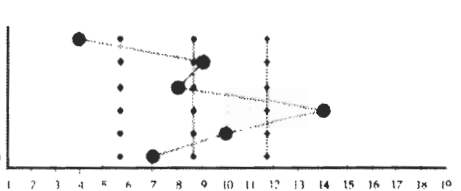


Fig.5 YのWISC-Rのプロフィール

必要な完成、組合せ検査が相反する結果となっていた。そのため右半球処理と両半球処理の観点では違いは見られなかった。

(2) ITPA (96/6実施 10歳6カ月)

PLA (言語学習年齢) は8歳10カ月であった。全般的に言語発達は遅れており、ばらつきはさほどない。絵さがしが平均より良い。

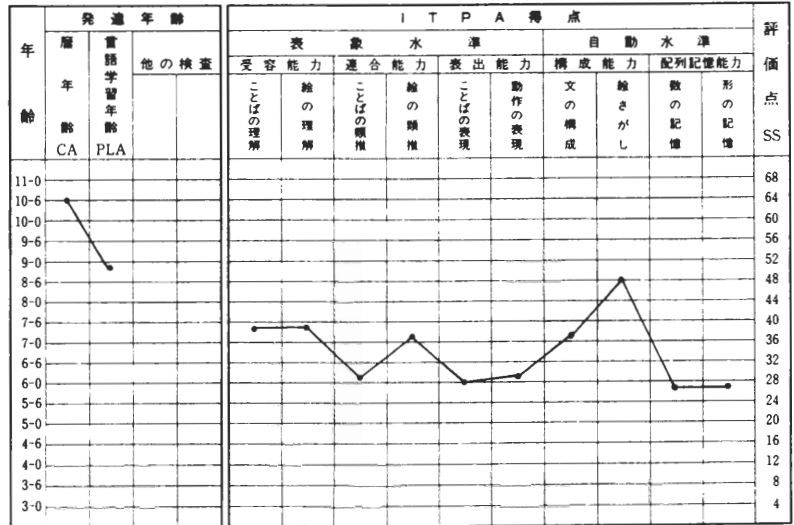


Fig. 6 ITPAの結果。10歳6カ月時。

(3) K-ABCテスト (97年6月～11月実施。11歳時)

継次処理尺度が96 (±12)、同時処理尺度が82 (±10)、認知処理尺度88 (±9)、習得度尺度74 (±6)、非言語性尺度84 (±9)であった。継次処理尺度は5%水準で同時処理尺度より有意に高く、同時処理尺度は5%水準で習得度尺度より有意に高く、継次処理尺度は1%水準で習得度尺度より有意に高かった。従って、本児の能力は「継次処理>同時処理>習得度」ということになる。また下位検査項目では習得度尺度における言葉の読みが有意に弱く、文の理解が有意に強い能力であった (5%水準)。文字の呼称、漢字の読みの力が弱く、読解や身ぶりによるコミュニケーションの力は高い結果となった。

以上の検査を総合すると、知的レベルは平均の下から境界線レベルである。全般的な発達の遅れがあり、言語能力は高くはない。WISC-Rのプロフィール分析からは、両半球処理の困難は特に指摘できない。同時的処理が必要とされる絵画完成と組合せは、前者が低く後者が高いという矛盾する結果であった。空間処理の必要なITPAの絵さがしが比較的良好であった。しかし、K-ABCからは継次処理能力が同時処理能力よりも高い結

果となった。このように同時的空間処理がまったく障害されているわけではなく、検査によって結果にはばらつきが見られるものであった。

4. 実験的検討

次に本児に行った実験的アプローチによる読み能力について報告する。

脳梁低形成者は非単語の音読が困難だという報告があることは前に述べた。また読み障害が半球間伝達と何らかの関係があるのではないかという示唆もある。そこで今回は、読み、特に非単語の音読にスポットをあて本児は非単語をきちんと音読できるのかという点を検討した。

(1) 方法

課題はコンピュータの画面に出てくる文字を音読すること。文字は縦書きで3文字であった。単語と偽単語があり、偽単語は実在の単語の2文字目と3文字目を入れ換えたものである。例えば、「からす」と「かすら」である。

6回連続で文字を提示し音読させた。最後の1回の発声までの時間を測定し反応時間とした。試行数は64回であった。最初の5回をプライム刺激と呼び、6回目の文字列をターゲット刺激と呼ぶ。プライムとターゲットとも単語か偽単語かで

2×2の4通りがあった。プライム刺激それぞれは違う語であるが単語か偽単語かは統一した。刺激例をTable 1に示す。

それぞれの刺激の提示間隔（SOA）は1500ミリ秒で、刺激の提示時間は100ミリ秒とした。画面中央に凝視点を示し、プライムは凝視点と同じく中央に提示し、ターゲットは凝視点をはさんで左右視野どちらかに提示した（Fig.7参照）。

(2) 結果

分析は全てターゲットの音読潜時についてのものである。本児は左視野でも右視野のターゲットでも音読が可能であった。

正答率が全体で47%と非常に低いため、反応時間ではなく、エラー分析を主に行った。Table 2にエラーの種類を示す。ここでのターゲットのデータは右視野、左視野を合わせた。網掛けした部分は偽単語であるにも関わらず、単語として読んだか途中まで読んだエラーである。違う読み・一部読みはどの条件でも変わらないが、偽単語刺激を単語として読んでもしまうエラーが多いことが分かる。偽単語を文字どおりに音読することが困難であるといえる。

単語らしい文字列（偽単語）を全体的な特徴から単語と判断してしまうのではないかと考えられる。

5. 考察

本児は脳梁の完全欠損があり、右半球の内側皮質の発育は阻害されている。知的レベルは一般的な発達の遅れはあるが、日常的には大きな困難は小学校の時点ではまだあらわれてはいない。右脳優位とされている空間的处理や同時的处理はある程度保たれているものの、継次処理よりも不得手である。

読み能力は低く、特に偽単語の音読は困難を示

Table 1 刺激例。プライム-ターゲットの組合せは4種類。

プライム-ターゲット	プライム					ターゲット
	1	2	3	4	5	
単語-単語	(単語) いなか	(単語) えほん	(単語) おかし	(単語) おかね	(単語) おやこ	(単語) うしろ
単語-偽単語	(単語) かつお	(単語) からす	(単語) きけん	(単語) けんか	(単語) こいぬ	(偽単語) うろし
偽単語-単語	(偽単語) えんほ	(偽単語) いかな	(偽単語) おしか	(偽単語) おねか	(偽単語) おこや	(単語) くもり
偽単語-偽単語	(偽単語) こぬい	(偽単語) かすら	(偽単語) きんけ	(偽単語) かおつ	(偽単語) けかん	(偽単語) くりも

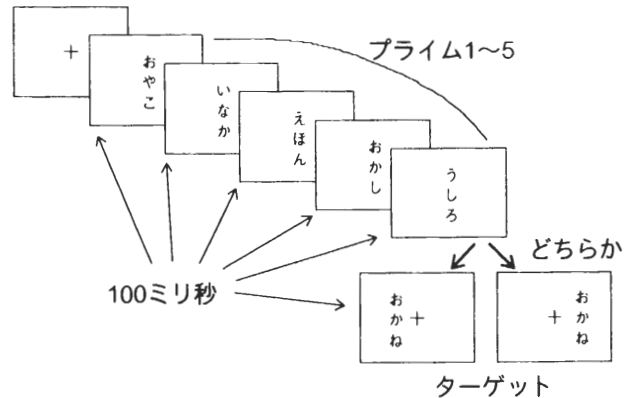


Fig. 7 刺激提示の例

Table 2 ターゲットのエラータイプ

プライム-ターゲット	単語	偽単語	単語	偽単語	計
	単語		偽単語		
単語読み			9	4	13
半単語読み		1			1
偽単語読み	1				1
違う読み・一部	5	3	4	4	16
つかかり					0
無回答					0
計	6	4	13	8	31

それぞれのエラータイプの分類基準を示す。単語読み：入れ替えの偽単語を単語として音読。例「とうふ」を「とうふ」/半単語読み：単語として音読をするが途中で修正。例「とうふ」を「とうとふ」「ととふ」/偽単語読み：単語を入れ替え語の非単語として音読。例「とうふ」を「とふ」/違う読み・一部読み：「とうむ」「とう」など/つかかり：「えっとうふ」など別の音で測定がなされた/無回答：反応せず。

した。これは脳梁低形成者が非単語の音読に困難を示すという先行研究と一致する。非単語の音読そのものが本児にとっては難しい課題であったといえる。偽単語を単語として読んでしまうエラーが多く出現し、逐字的な読み方をせずに、似た単語として音読することがみられた。本児は読みのスキルの低さをおぎなうために、文字列の全体的な視覚的特徴に基づいて読む方略を採っているものと考えられる。では同時処理能力が低いにもかかわらず、本児はなぜ同時処理的方略を採ったのであろうか。

瞬間提示された文字列を継次的に処理するためにはある程度の時間がかかるが、本児は100ミリ秒という提示時間では処理しきれないとする。その結果同時処理方略に頼らざるを得ないのだが、その能力は脆弱なものであるためにエラーが増大することになる。継次処理方略をとれるだけ提示時間が長ければ、結果は変わったかもしれない。

継次処理能力は同時処理能力の脆弱さをカバーするだけの発達は遂げていないともいえよう。同時処理能力と右半球、継次処理と左半球という図式で考えてみると、右半球の発達が阻害されていたために左半球でその機能を代替したのであろうか。そのため本来左半球が担う継次処理能力や言語能力が発達しきれなかったと考えるべきであろうか。いずれにせよ両半球の機能分担のバランスが崩れると、全体としての能力低下が生じることは明らかである。

本児は脳梁完全欠損を伴っているために、半球間の相互作用にも困難があるはずである。バランスの悪い状態で左右半球で処理を分担したとしても、それらを統合する手段に乏しい。もしくは左半球への処理の集中がなされているために、半球間情報伝達の必要性が低くなっているために、情報の統合ができない事による問題があらわれないのかもしれない。

空間処理や同時処理などの特定の処理様式と右半球の結びつきは可能性は高いものの十分に証明されているとは言えず(Kaufman & Kaufman, 1983)、本事例の左右半球の機能分担や半球間

情報伝達の詳細についてはさらなる検討が必要である。

いずれにせよ、本事例は脳梁完全欠損、右半球内側皮質髄質の発育不良を伴いながらも、脳の可塑性により高いレベルまで補償されている例といえよう。

6. 要約

脳梁の完全欠損とクモ膜嚢胞により右側脳室内側灰白質白質の成熟が著しく阻害されている小学生男児の事例について報告した。知的レベルはIQが88で全般的に遅れがある。脳梁欠損による離断症状はあらわれてはいない。右半球の成熟障害があるが、右半球優位とされる同時的処理、空間処理がまったく障害されているわけではなく、検査によって結果にはばらつきが見られた。読み能力は低く、特に非単語の音読は困難を示した。ある特定の認知機能や処理様式と特定の半球や皮質領域との関連の可能性はあるが、本事例からはそう単純に結びつけることはできない。いずれにせよ本事例は脳梁完全欠損、右半球内側皮質の発育不良を伴いながらも、脳の可塑性により高いレベルまで補償されている例といえる。

<引用文献>

- Norman, D. C. (1986) *The Brain Code: Mechanisms of Information Transfer and the Role of the Corpus Callosum*, Methuen & Co.,「ブレインコード-左右半球間の情報処理」,久保田ら訳, 紀伊国屋書店.
- Jeeves, A. M. (1994). *Callosal Agenesis: A natural split-brain Overview*, in M. Lissone & A. M. Jeeves (Eds.), *Callosal Agenesis-A Natural Split-Brain?*, Plenum Press, New York, 1994, 285-299
- Temple, C., Ilesley, J. (1994). *Sound and shapes: Language and spatial cognition in callosal agenesis.*, in M. Lissone & Jeeves, M. A. (Eds.), *Callosal Agenesis: A Natural*

Split Brain?, Plenum Press, New York
,1994,261-273

O'Brien, G. (1994). The behavioral and developmental consequences of corpus callosal agenesis and Aicardi syndrome. in M. Lassonde & M. A. Jeeves (Eds.), *Callosal Agenesis - A Natural Split-Brain?*, Plenum Press, 1994, 235-246. New York.

Kaufman, A., Kaufman, N. L. (1983) .
Kaufman Assensment Battery for
Children., 「K-ABC心理・教育アセスメントバッテリー。解釈マニュアル」, 松原ら共訳, 丸善メイツ.

3 自閉症者における不適応行動の生起要因の検討

～知的障害者更生施設における作業場面の分析～

北海道大学大学院教育学研究科

本 間 尚 史

藤女子短期大学

古 塚 孝

北海道大学

諸 富 隆

はじめに

青年期の自閉症者が抱える不適応行動（問題行動）の問題

従来から不適応行動（問題行動）は「原因がよくわからない行動」とされ、周囲へ被害を及ぼす行動とされてきた。自閉症者の家族がどのような不適応行動（問題行動）を対応困難なものとして捉えているのかをあらわす調査として、日本自閉症協会が平成7年に自閉症児者の家族に実施した調査がある。その中で、「現在困っている行動面の問題」としては、「固執」18.1%、「パニック」13.5%、「常同行為」10.3%、「思春期の行動障害」、「自傷」、「多動」、「他害」などがあがっていた。また、施設における不適応行動では、全国自閉症者施設協議会（1994）が自閉症者施設を対象に行った調査結果によると、自閉症の行動障害は知的障害と比べて明らかに出現頻度が高かった。家族はもちろん、福祉施設や作業所の職員も不適応行動（問題行動）を何とか抑えようと苦慮している現状がある。その理由として、障害児者にとって、不適応行動（問題行動）をもつことは、社会参加を深刻に制限される場合が多いからである。このことから、前述した現状は、特に青年期の自閉症者において深刻な問題であると考えられる。そこで本研究では不適応行動（問題行動）を行動分析の手法を用いて、詳細に検討し、新たな

対応を模索することにした。これは自閉症者の社会参加を考えていくうえで一つの策になるであろうと考える。

本研究での不適応行動（問題行動）の捉え方

従来、不適応行動（問題行動）は理由なしに生じるものとして考えられ、「低減・消去すること」のみが重要であるとされてきた。しかし、C.ハート（1992）は、彼の兄弟と息子が自閉症である経験から、自閉症の人を鋭く観察し、「問題行動によって自閉症の人は社会から孤立していく。それらの行動の低減・消失は障害の原因である神経系統の改善よりも重視すべきである」と指摘した。自閉症児者が起こしている不適応行動（問題行動）についての社会の無理解、自閉症児者に対する誤った対応が新たな問題行動を引き起こすことになることを彼は強調している。よって、本研究では、不適応行動（問題行動）を周囲との関わりの中で学習したものと捉え、不適応行動（問題行動）の改善へ向けて、自閉症児者と周囲の関わりとの関係を詳細に検討することから始める。

1. 目的

本研究では青年期の対応困難な不適応行動（問題行動）をもつ自閉症者事例Aの作業場面について観察・ビデオ撮影を行い、不適応行動（問題行動）の生起場면을事例Aの行動と周囲の状況の観点から分析し、不適応行動（問題行動）が生起する構造や意味を検討する。さらにその分析結果や検討結果から仮説としての対応策を立て、対応策を実施し不適応行動（問題行動）の低減を図ることを目的とする。

2. 事例概要

事例A（自閉症、重度精神遅滞、23歳男性、B施設通所7年目）

・言葉で要求することができない。

- ・自分勝手に動き、他者には彼の意図が理解しにくい。
- ・「仕事や作業」の意欲は旺盛である。
- ・作業の中断の状態を苦手とする面が見られる。

【要求行動と不適応行動（問題行動）について】

- ・Aは現在、次の不適応行動（問題行動）をもつ。①外に飛び出し靴投げをする。②待ち時間が長くなると服を脱ぎ出す。③特定の利用者を叩く他害行為。本研究では「①外に飛び出し靴投げをすることを不適応行動（問題行動）として取り上げる（以下、このAの行動を不適応行動とする）」。
- ・今まで施設側はこれらの行動に対して、無視をしたり、叱咤するなどの罰をあたえることで不適応行動が低減するものと考えたが、効果が上がらなかった。よって、他の方法で低減する方法を探ることになった。
- ・予備観察から、股間を指差すジェスチャーで「トイレに行きたい」と「靴をなげに行く」を表現する行動が見られた。施設側はそのジェスチャーが「トイレに行きたい」という要求を表現していることは認識していた。しかし、それを多種多様な要求を表現する行動として捉えていなかった。一方、家庭では股間を指差すジェスチャーを多種多様な要求行動として捉えていたようであった。その他に、作業時間中には作業に熱中し、はっきりした要求行動は見られなかった。家庭では、欲しい物を要求するときには、欲しいものの横で手を上下に振る行動が見られた。

3. 方法

観察対象者

事例A（23歳重度自閉症男性）

観察方法

筆者は観察場所に1998年6月から12月まで週に1～3回のペースで通い、利用者とともに作業をしながら対象者を観察した。ビデオカメラは、A

が作業する様子が撮影されるような定点に設置した。取り組み経過期間毎に、「不適応行動の分析方法」、「不適応行動の対応の方法」について記述する。取り組み期間は①観察期：7月6日～8月27日。②仮説的対応期：9月2日～10月30日。③行動形成期：11月4日～12月9日である。

4. 取り組み経過

（1）観察期：7月～8月の取り組み経過

ア 不適応行動生起前（後）の分析の結果

目的 予備観察の結果、作業の援助が得られるまで時間がかかる、つまり長い時間待たされると、不適応行動が生起していた。よって、不適応行動生起場面の前後で、「Aの状態」、「Aの行動」、「職員のAへの行動」がどのように関わっているのかを分析することにした。

方法 7～8月の作業中に生起した場面とその前後3分間を抽出し、分析対象時間とした。分析対象時間を分析時間間隔10秒間とし1/10タイムサンプリング法を用いて分析した。

結果 第一に、不適応行動が生起するパターンが2通り見られた。

①Aがビーズがなくなるなどの作業遂行困難状態になり、Aは職員の援助を待つか、もしくは援助を要求していた。しかし、職員によって適切な援助がなされると、Aは股間を指差してみせた。その行動を職員は「トイレに行きたい」と誤って解釈し、Aは不適応行動を起こしていたパターン。

②Aが作業遂行困難状態になり、職員の援助を待っていた。しかし、そのAの状態に職員が気づかず適切な援助がなされると、Aが室内を立ち回った。その後、さらに放任の状態が続くと、Aは不適応行動を起こしていたパターン。第二に、不適応行動が生起する時間的に前の状況は、Aに作業遂行困難状態、つまり援助（ビーズがなくなるなど材料不足、糸が絡まるなどの道具が不具合）が必要な状態であることがわかった（表1参照）。第三に、Aの作業遂行困難状態が職員の援助によって改善されると、Aは不適応行動が収まってい

た（表2参照）。第四に、不適応行動の生起している原因が解決していない状況では、不適応行動が生起しつづけていた。原因が取り除かれると不適応行動は収束していた（表2参照）。第五に、不適応行動生起前には不適応行動が生起する前兆と考えられる行動として、「職員を注視する」、「股間

を指差す」などの行動は出していた。それらに職員が気づかないことが長く続くと、Aは不適応行動を生起していた。Aが要求を表出したのにも関わらず、職員が気づかない場面、Aの意図を誤って判断することが見られた。

表1 生起前後の3分間の分析（観察期）

7月6日①

	-3	-2	-1	☆	1	2	3
Aの行動	立つ(状態)						
	股間指す						
	靴を投げる						
	職員への視線						
	職員の接近						
	発声						
Aの状態	作業中						
職員の行動	作業援助・指示						
		材料不足	援助の視線か?	材料補充	職員気づかず	職員気づかず	作業再開 席に戻る

表2 生起前後3分間の分析（観察期）

8月20日①

	-3	-2	-1	☆	1	2	3
Aの行動	立つ(状態)						
	股間指す						
	靴を投げる						
	職員への視線						
	職員の接近						
	発声						
Aの状態	作業中						
職員の行動	作業援助・指示						
		注意なし		接近する	職員気づかない	②生起 職員気づかない	視線・発声増加 ③生起 職員気づかない

8月20日②

	-3	-2	-1	☆	1	2	3
Aの行動	立つ(状態)						
	股間指す						
	靴を投げる						
	職員への視線						
	職員の接近						
	発声						
Aの状態	作業中						
職員の行動	作業援助・指示						
			接近する	①生起 職員気づかない	職員気づかない	③生起 職員気づかない	職員気づかず

観察期の作業観察の結果

(1) 不適応行動の生起パターン

- ① 作業遂行困難状態→Aが援助を待つか援助を要求する→適切な援助がなされないとAが股間指差し→職員「トイレに行きたい」と誤って対応する→玄関へ行き、不適応行動生起
- ② 作業遂行困難状態→職員の援助を待つ→適切な援助がなされない→Aが室内を歩き回る→職員がAに気づかず、放任状態→玄関へ行き、不適応行動生起

(2) 不適応行動は適切な援助が得られない結果、起こしている行動

- ・生起前のAの状況は、作業が中断している状態。
- ・作業が中断している状態の時、股間を指差しをした後に不適応行動が起きていた。
- ＊股間指差しは援助を要求する行動と考えられる。
- ・生起後、Aに作業の指示や道具を直したり、材料を補充するとおさまっていた。
- ・中断していた理由はビーズがないなどの材料不足、糸が絡まるなどの道具が不具合であった。

(3) 長い時間を待つ状態には生起する

—130秒以上には100%生起していた。

(2) 仮説的対応期：9～10月：仮説の検証

観察期のデータに基づき、Aに対する対応法を設定し実施した。また、Aの不適応行動が対応後どうなったかを評価した。

対応法の設定

不適応行動を生起する前兆（股間を指差す、職員への発声・視線など）を見たときは、Aが作業についての援助を求めているという前提でAに対応すること。

ア 不適応行動生起前（後）の分析の結果

目的 観察期と同様。

方法 観察期と同様。

結果（表3参照）対応を決めて行ったため、作業中断時間が長いことが原因による不適応行動の生起はなくなった。2場面とも観察期と同様に材料不足により生起しそうな場面であり、材料不足の原因が解決されると不適応行動は収まった。また、所定の座席で目の前の職員に対して、股間を指差しをした後に、不適応行動が起きているパターンのみであった。生起1分前の分析では、Aが材料不足の状態になってから、Aは職員に非言語的な手段で職員に援助を要求しているが、職員が気づかないことが見られた。しかし、そのあと座って待つが、股間を指差し職員に注意を喚起していた。職員はトイレに行くことだと依然として解釈していた。その後、職員が靴投げをしよう

表3 生起前後3分間の分析（仮説的対応期）

09月24日		-3	-2	-1	☆	1	2	3
Aの行動	立つ(状態)							
	股間指す							
	靴を投げる							
	職員への視線							
	職員の接近							
	発声							
Aの状態	作業中							
職員の行動	作業援助・指示							
		作業中						
					材料不足	トイレ?	職員追いかける	作業場にもどる
						作業再開		

☆ ※ ☆

としているAに気づき追いかけ、作業をすることを促し、材料補充をして作業再開することが見られた。このことから、観察期での結果と同様に、「Aは不適応行動を生起することで職員の援助を獲得しようとしていたこと」、「材料不足の状態に職員が気づかず、作業中断時間が長くなると、不適応行動が生起してしそうになっていたが、その状態に職員が気づいたとき作業を促し材料不足を充足することで、不適応行動を生起せずに済んでいたこと」、「Aの要求行動は職員には分かりづかったこと」が見られた。

イ「不適応行動」と「作業中断時間の長さ」との関係

目的 観察期と同様。

方法 観察期と同様。

結果 (図2参照)「作業中断時間の長さ」と「不適応行動の生起頻度」との関係と視点で見つめる。不適応行動が未然に収まったにしても、11～40秒のところで2回起きていた。その他はなかった。

作業中断時間の長さについて各々時間帯での場面頻度に対してどのくらい不適応行動が生起しているかを次の方法で見つめる。その方法は、各々の時間帯での不適応行動生起率＝(各々の作業中断時間での不適応行動の生起頻度／各々の作業中断時間の場面頻度×100)を用いて見ると次のようになった。11～40秒で5.2%となっている。41秒以上は、41～70秒で5場面あり、71～100秒では1場面あった。ともに不適応行動は生起していない。

観察期の結果との比較で見ると次のことがある。第一に、長い作業中断時間の場面頻度が減少したことは、対応を決めて作業中断時間を短くしようとした結果である。よって、作業遂行困難状

態にAがおかれることが少なくなったといえる。第二に、方法に述べたような仮説を実施していくうちに、Aは不適応行動(問題行動)を生起しなくなった。観察期では全般的に不適応行動が生起していた。この仮説的対応期では不適応行動生起数自体も減り、作業中断時間の時間帯の種類が100秒以下の作業中断時間のみになった。また、観察期では100秒以下の作業中断時間の場面で5回不適応行動が起きていたが、仮説的対応期では起こさずにすんだ場面が2回のみになった。このことは、仮説による対応によって、「長い作業中断時間がなくなったこと」、「短い作業中断時間するとき、職員の援助が来るまで待つことができるようになってきていること」が要因となったと考えられる。

よって、仮説に基づいた対応を行なうことで、Aの不適応行動は低減した。「Aの不適応行動の生起要因が作業遂行困難状態のときに適切に援助を要求できないこと」という仮説が妥当と考えられるので適切な援助要求行動を形成する。

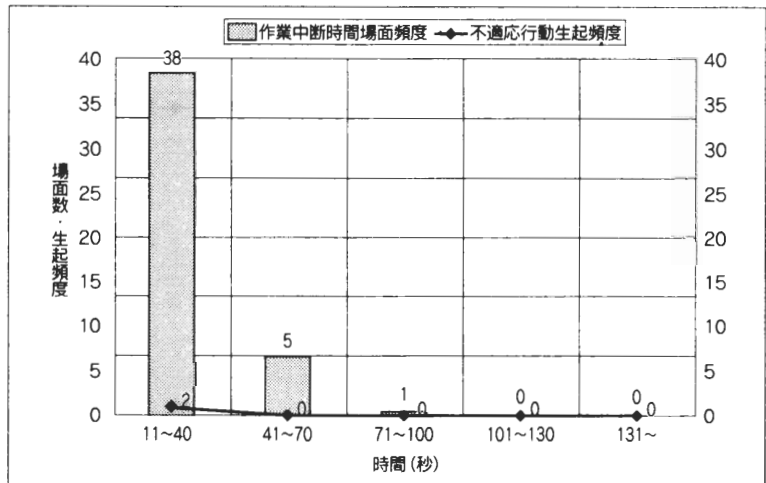


図2 各作業中断時間場面数と問題行動生起頻度
(仮説対応期6日累積)

(3) 行動形成期：11月上旬から12月上旬まで

目的 不適応行動は職員による援助を求めるために生起させていたと推測された。そのことから、不適応行動を低減させるには、適切に援助要求が職員にはっきりわかるような行動をAがすればよい。

手続き 教える対象となる行動を、「材料がトレイになくならたらトレイを持って材料の入っている箱の前に行き、ダンボールに入っている材料を指差し発声する。」（以下、対象行動とする）とする。実施期間は11月4日から12月9日まで行った。ベースライン期は10月28～30日であった。行動を教えた時期は11月4日～11月26日であった。また、その行動が職員の働きかけなしに自発的に行えるかを評価する時期は11月27～12月9日であった。場所は、対象者Aが日常の室内作業を行なっている作業棟であった。対象行動を以下の手続きによって教えた。Aの作業時に着席する位置を確定した。また、Aが材料を取りに来る箱の前に職員一人が作業時に座るようにした。まず、Aの材料がなくなったら、Aが材料の入っている箱の前に来るように促す。その後、「どうする？」と職員がAに向かって質問する。その後、職員は3秒待つ。その3秒以内にAが何らかの反応を生起させたとき、かつその反応が対象行動であったときには職員が材料をトレイに入れる。しかし、対象行動以外の反応が生起したときは、材料を渡さず職員が箱を指差しみせる。Aが対象行動を生

起するまで繰り返す。

結果 「外に飛び出して玄関前に靴を投げる」といった不適応行動は依然として生起しなかった。対象行動の推移を見てみると、ベースライン期では0%でありAが対象行動をもっていないことが明らかになっている。つぎに行動を教える時期についてであるが、11月19日から60%以上、11月26日で100%となった。対象行動が職員の働きかけなしに自発的に行なえるかを評価する時期では、11月27日以降に手続きを行うことなく、100%を維持していた。よって、対象行動は獲得されたと見られる（図3参照）。

5. 考察

従来、自閉症児者の不適応行動は、推定要因と不適応行動（問題行動）の因果関係がはっきりせず、原因不明といわれることがあった。しかし、本研究では不適応行動（問題行動）とその生起要因が因果的に関係づけられたことは重要なことであった。

本研究から、自閉症児者と周囲の関わりという

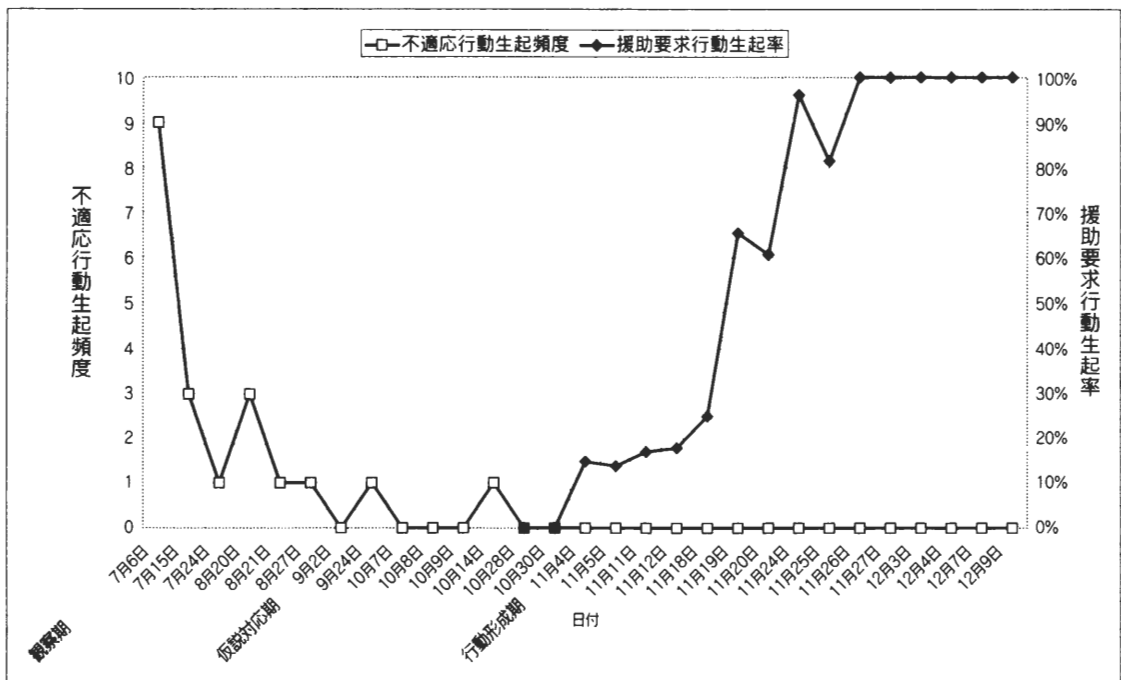


図3 一日あたりの不適応行動生起頻度と援助要求行動の生起率

視点に立ち、援助者が不適応行動の生起要因を推測し対応すること、さらに周囲との関わりの中で起きる要求や意図を適切な方法により表出することを自閉症児者に教えていくことで、不適応行動の再発を防ぐことになると考えられた。以上のことから、不適応行動に対応していく際の一つの方法として、自閉症児者の要求や意図に応じた適切な要求行動の形成が有効であることが考えられる。そして、このような適切な要求行動の形成の積み重ねが、将来の社会参加へつながるのではないかと考える。

Aは家庭では不適応行動が比較的少なく、施設では不適応行動を頻繁に生起させていた。私はこのような違いを青年期の自閉症者の社会化されていないコミュニケーションスキルと関連させて捉えるべきであると考え。この社会化されていないコミュニケーションスキルに関しては、青年期を溯り、幼児期の時点でも指摘されており、自閉症児の母子の相互交渉が特異的なものとして成立するといわれている（Ricks, 1979）。つまり、自閉症児の獲得するコミュニケーションスキルは独特なものであり、養育者には通じるが、養育者以外の者には通じにくいということである。このコミュニケーションスキルが青年期になっても社会化されないと次の様になると推測される。青年期になると、行動範囲が広がるにつれて、関わる人が多様になり、自分の意図・要求が細分化・明確化してくる。この際、自分の要求や意図を周囲の人に伝えるためのコミュニケーションスキルが社会化していないと、周囲の人に意図や要求が通じにくいことが生じると考えられる。このような状況が自閉症児者の中に葛藤や欲求不満を生み、それが不適応行動（問題行動）という歪んだ形となり形成されるのではないかと考える。このように捉えると、不適応行動（問題行動）により表出していた要求や意図を適切な方法で表出することを教えることで、自閉症児者が抱える葛藤や欲求不満は減少し、不適応行動（問題行動）が低減するであろうと考える。また、セラピストなどの援助者は母親や養育者に対して、幼児期から適切に要

求行動を分化させるような助言や援助が必要であると考え。そうすることで、将来の不適応行動（問題行動）の出現を防ぎ、適切な要求行動をもち得ると考える。

<引用文献>

- 1 C.ハート 1992（高見安規子訳） 見えない病 晶文社
- 2 社団法人日本自閉症協会 1997 心を開く No.26 社会福祉法人 全国心身障害児福祉財団
- 3 Ricks, D. 1979 Making sense of experience to make sensible sounds. In M. Bullowa (Eds.), Before speech: The beginning of interpersonal communication (pp.245-268). New York: Cambridge University Press
- 4 全国自閉症者施設協議会 1994 1992年度自閉症者施設実態調査報告書

4 発達性失読症児への平仮名の指導の試み

北海道大学大学院教育学研究科

齊藤真善

藤女子短期大学保育科

古塚孝

北海道大学教育学部

諸富隆

はじめに

発達性失読症 (Developmental Dyslexia) とは、学習障害 (Learning Disability) のなかで、最も問題視されている読み障害の呼び名のひとつである。彼らは、正常な口頭言語を持つが、文字の習得や単語の読解に困難を示す。日本語では、文字と音声の対応が明確なために、読みの障害は生じにくいとされてきたため、その評価法や療育プログラムは未だ確立されておらず、この分野の研究が急がれている。

本報告では、仮名单語を逐次読みし、かつ読解に困難を示すAちゃんの症例を通し、仮名单語の読みの情報処理過程並びに個別療育プログラムの作成について検討をした。

1. 事例概要

1986年生まれの11歳3カ月。現在小学校6年生で普通学級に在籍。対人関係、社会性は良好であり、友人も多い。主訴は、国語、算数の学力改善。

妊娠分娩時に異常なし。筋緊張低下と運動発達遅滞があった。始語は1歳頃(マンマなど)。2歳半頃、2語文があったが、語彙が増えずSTによる指導を受ける(半年に一回)。語彙模倣は可能であった。3歳半頃、3語文が可能になるが、依然として語彙は増えなかった。4歳より保育園に入園するが、集団適応には問題はなかった。就

学後、文字の習得や数の理解の困難のため学習障害が疑われS医科大学で、仮名文字の学習を中心としたセラピーを2年間受ける。9歳10カ月より北海道大学教育学部付属乳幼児発達臨床センターに来所。仮名文字の学習を継続し現在に至る(週2回)。

2. Aちゃんの読みの問題点

セラピー開始当初(小学5年生)の、Aちゃんの読みの問題点を以下6点にまとめた。

- ①清音の平仮名文字を単独に提示されれば読むことができた。
- ②聞いて分かる単語でも、仮名单語になると逐次読みになり、発音しても理解することができない。単語を見ても「分からない」と言い、読もうとしない。
- ③無意味綴り(以下、非単語)を提示すると、逐次読みになり、全体を読み終えるのに大変時間が、かかった。
- ④パッと見て読む単語(sight vocabulary)が少数存在した。例えば「りんご」「おかあさん」。
- ⑤語頭や語尾等が共通する単語に置き換える読みの間違いが見られた。意味的に類似した単語への置き換えはなかった。
- ⑥文字を入れ替えて作成された偽単語(例：ほうき→ほきう)を単語として読んだ。

なぜAちゃんは仮名文字が単独で提示されれば読めるのに、仮名单語を読解できないのか?この点が、我々にとって大きな関心事であった。

3. Frithの読みの発達モデル

Frith (1985) は単語の読みの発達モデルを提唱しており、発達性失読症に関しても独自の見解を示している。Frithのモデルは以下のである。

stage 1(logographic stage) :

単語の全体的形態特徴に対しnamingする段

階。

stage 2(alphabetic stage) :

綴り－音声の対応規則を習得し、分析的に単語を読む段階。

stage 3(orthographic stage) :

単語の視覚的情報から直接に、意味並びに音声が入心内辞書から引き出されて読む段階。綴り－音声の対応規則によって、音韻に変換しない。自動的に速い音読が可能になる。

Frithは、「発達性失読症とは、stage 1にとどまっている状態である」と指摘した。従来、発達性失読症に関し、その質的な欠陥が想定され理解されているものが多い中で、この見解は子どもの発達可能性を含んでいる意見として興味深い。

4. 個別療育プログラムの作成経過

Frithのモデルに従い、先ほどの1～6の問題点を整理すると以下ようになる。

- 単語の読解、非単語の読みの困難→stage 2への移行が行われていない。
- sight vocabulary、仮名文字の習得→stage 1でも習得可能（絵と音声のマッチング）。
- 単語の置き換え→logographicな読み故のエラー。

そこで我々はAちゃんに対し、冒険ではあったが、仮名文字列を分析的に読むというstage 2に相当する課題を課した。文字列には2～4文字の非単語を用いた（徐々に文字数を増やした）。以下にその読みの変化を示した。

第一期（1997年4～5月）：

非単語が提示されるとすぐに第1文字目を読み始め、全体を読み終えるのに時間がかかった。例「と、と、とま、とまーに、も」

第二期（1997年6～11月）：

音読の潜時が長くなる。小声で発音をリハーサルしてから、まとめて言うようになった。例「(とーまーにーも)、とまにも！」

第三期（1997年12～1月）：

2文字を単位としてまとめて読むようになった。読みがスムーズになりはじめた。

第四期（1998年2月～）：

新奇の非単語でも、読めるようになった。単語の並びに絵本の文章の読解力も高まった。

このように非単語を繰り返し読むことで、仮名語の読みに練習の効果が現れ、Frithの発達性失読症の捉え方が正しいことが示唆された。

ではなぜ、Aちゃんにはstage 2における分析的な読みが潜在的に可能であったにも関わらず、読みが現在までの様に発達しないままになってしまったのであろうか。この点について次に、単語認知の分野でよく用いられる二重経路説について説明をした後、もう一度考えてみたい。

5. 二重経路説による単語の音読の解釈

従来、健常成人もしくは後天的失読症の音読のメカニズムには、二重経路説が用いられてきた。その基本的な構造を図1に示す。

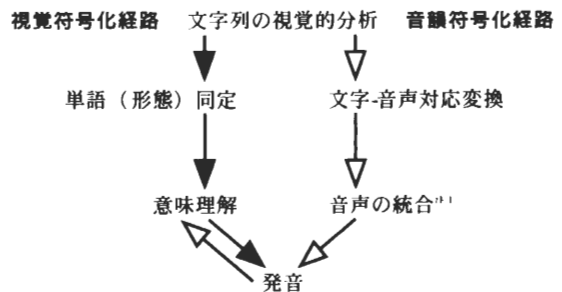


図1 仮名单語の音読の基本的な二重経路モデル

視覚符号化経路は文字列の視覚的分析の後、単語同定処理を経て、単語の意味表象、続いて音韻表象に基づいて音読される経路であり、音韻符号化経路は文字－音声変換した後、それらの音声を音声列として統合して音読される経路である。

Coltheart(1977)によって、はじめて提唱されたこの二重経路説は、単語のもつ性質（表記の親近性や使用頻度）によって、どちらの経路で処理されるかが決定されると考えられていた。

この説によって、発達性失読症は、二つのタイプに分類されてきた。細かく比較すれば違いはあるものの例えば、Boder(1973)の dysphonetic/dyseidetic dyslexia や Bakker(1990)の P-type/L-typeなどがそうである。それらの分類によると、前者は単語の読みが非常に遅く、打診的に読む(英語では、“sound out”と表現される。「り、りん、りんーご」というふうな読み方)タイプであり、後者は読みのスピードは普通だが、単語の置き換えが起きやすいタイプである。前者は、音韻符号化経路の欠陥、後者は、視覚符号化経路の欠陥ということになる。

しかしながら、我々は非単語の読みを練習することによって Aちゃんが音韻符号化経路をうまく使えるようになったという事実に出会った。単に経路の欠陥というふうに分類し片付けるわけにはいかない。この事実はAちゃんが音韻符号化経路に欠陥があるので非単語が読めないのではなく、本来使用可能な音韻符号化経路による読みを選択してこなかったと理解するのが正しいのではないかと我々は考えた。

Hendriks & Kolk (1997) は、発達性失読症の子どものもつ読みシステムが、読み方略の選択をすることを、教示の効果を通して実験的に証明している。Castle & Coltheart (1993) らの「これら二つのタイプの分類は、二重経路説においてどちらか一方の欠陥のために経路そのものが動いていないために生じるのではなく、相対的なバランスの悪さを反映している」との仮説をとりあげ、発達性失読症児における二つの経路の選択的使用に関して検討したのであった。20人の発達性失読症児に、単語と文章を、「できるだけ速く読む」もしくは、「できるだけ正確に読む」条件を設定し、それぞれの条件下で得られた音読のエラータイプを分類し検討した。その結果、できるだけ速く読んだ場合には、単語の置き換えのエラーが多数生じ、反対に打診的な読みのエラーが減少した。一方、できるだけ正確に読んだ場合に

は、エラーのタイプは逆転した。このように彼らは、子どもの読みの方略の選択が、従来の発達性失読症を分類する基準となっていた二つの症状に反映している可能性を示し、単語を読む環境によって二つの経路を柔軟に利用していることを明らかにした。

6. 発達性失読症の捉え直し

発達性失読症を、二重経路説による二分法で捉えるのはやはり適切ではない。Frithに従えば、発達性失読症とは、stage 2 にまだ移行しておらず stage 1 にとどまった状態か、または stage 2 における音韻符号化経路の発達が健常児に比べて遅れており、stage 3 に至るにはまだ練習が相当量必要であるかのいずれかの状態のグループに分類できる。前者の場合は、“logographic”な読み(視覚符号化経路の初期段階)の段階にあり、後者は、音韻符号化経路の発達過程にある段階である。

学校などの教育現場では、これらの段階で躓く子どもは非常に少ないために、これらの子どもたちに対する配慮はまだ行われていないに等しい。Aちゃんが8カ月間も非単語の練習をしたように、文字をじっくりと読むことを許され、そのうえ何回も練習する機会はあたえられないにちがいない。そのため stage 2 への移行の機会そのものがないといってよいだろう。そのためこれらの子どもたちは、学年が上がるにつれて、“logographic”な読みで固執するようになる¹²⁾。しかしながら習得しなければならない視覚的な単語の量は増加するので、知っている単語への置き換えが多くなることが可能性として考えられるのである。そして、このようなエラーの増加は読みの障害を特徴づけるものとして決定的になっていく。つまり、視覚符号化経路の欠陥として分類されてしまうことになる。“logographic”な読みは、視覚符号化経路の読みの初期段階であ

注1 単語の音声、音節の羅列として捉えるという意味以上に、ゲシュタルト的に認知すること。

り、完全ではないのだから当然である。

さらにAちゃんのように、時間をかけstage 2への移行がすんだと思われても、それ以前の読書経験の不足や読むことに対しての苦手意識から、せつかく音韻符号化経路を使い始めてもそれ以上進まないことになるからである。結果、いつまでたっても、つかかりながら読むことになる。これも先ほどと同様に、ひどい打診的な読み方は、音韻符号化経路の欠陥として分類されてしまうであろう。

いずれにしても、単語の置き換えや打診的な読みのエラーは、後天性失読症のように固定的な障害像ではない。それらの症状は子どものもつ読みシステムが選択する読みの方略に依存するのである。stage 1で停滞している子どもとstage 2の発達途上にある子どものどちらにも、単語の置き換えや打診的な読みのエラーが見られる可能性があるからである。つまり、stage 1で停滞している子どもは、基本的には単語の置き換えのエラーが多く見られるであろうが、ゆっくり読むことが許されたり、単語の文字数が少ない場合には、音韻符号化経路を使用するようになるので、その時は単語の置き換えに代わって打診的な読みの反応が見られるようになるだろう（音韻符号化経路が未熟なため）。またstage 2にある子どもでも、基本的には打診的な読みのエラーが多く見られるであろうが、速く読まなければならなかったり、単語の文字数が多い場合には、音韻符号化経路による読みでは対応しきれなくなるため、より易しい

“logographic”な読みへと読み方略が退行し、打診的な読みの反応に代わって単語の置き換えが見られるようになると考えられるからである。このように捉えると成人における後天性失読症と発達性失読症の示す症状の意味が違うことがわかり頂けると思う。

以上の考察から、発達性失読症の子どもにとって、音韻符号化経路をいかに選択的に使用するかが、流暢な読みを実現する鍵であるといえる。音韻符号化経路の繰り返し学習によって視覚符号化経路が完成されると考えるならば、音韻符号化経路が読みの基本であると言える。

7. 今後の課題

- (1) Aちゃんの症例で得られたいくつかの知見が普遍性のあるものかどうか（読み方略の選択性とその後の読みの発達の予測性、非単語の読みの練習とその後の読みの上達の関係など）を判断するには、他の数多くの症例との比較が必要である。
- (2) 認知心理学において提唱されている単語認知モデルの再検討する必要がある。読みの獲得という発達の視点を盛り込んだモデルの作成を進めたいと考えている。

<引用文献>

- 1 Bakker, D. J. (1990), *Neuropsychological treatment of dyslexia*. New York : Oxford University Press.

注2 この点に関し、logographicな読みがその後の読みの発達を妨げる理由を考えるうえで、チンパンジーに対する図形文字による視覚性人工言語の習得に関する研究（Matsuzawa, 1988a）は興味深い。松沢は、AIプロジェクトと名づけられた一連の研究のなかで、注目すべきは、視覚言語を構成する記号素を9個に限定し、それらの組み合わせによって、単語を作り出したところにあった。

チンパンジーのアイが図形文字の習得に成功した裏には、図形文字が少ない構成要素から成っていることが鍵となっているとおもわれる。なぜなら、いくら単純な図形を用いても、多くの語彙にそれらの図形を割り当てて記憶することは不可能であるからである。つまり、単語に特徴的な部分にのみ注目し、それに単語の音声をマッチングさせていくlogographicな読みには、記憶の負荷が大きくかかるので、大量に単語を覚えるのは困難なのである。したがって発達性失語症児にとっても、数多くの仮名単語を習得するには、その構成要素である仮名文字をしっかりと習得し（基本となる仮名文字の50音は障害児にとってのは構成要素としては多いかもしれないが）、自発的に単語の構成要素の分析が行えなければならないのである。

- 2 Boder, E. (1973) , Developmental Dyslexia : A diagnostic approach based on three atypical reading-spelling patterns. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 15, 663-687.
- 3 Castle, A. & Coltheart, M. (1993) , Varieties of developmental dyslexia. *Cognition*, 47, 149-180.
- 4 Coltheart, M. , Develaar, E. , Jonasson, J. T. , & Besner, D. (1977) , Access to the internal lexicon. In *Attention & Performance XI* (ed. by S. Dornic) , Lawrence Erlbaum Associates.
- 5 Frith, U. (1985) , Beneath the surface of developmental dyslexia. In *Surface Dyslexia*. (ed. by K. E. Peterson, J. C. Marshall, & M. Coltheart) . London : Routledge and Kegan Paul.
- 6 Hendriks, W. & Kolk, J. (1997) , Strategic Control in Developmental Dyslexia. *Cognitive Neuropsychology*, 14 (3) , 321-366.
- 7 斉藤真善 古塚孝 諸富隆 (1998a) 発達性失読症児への平仮名の読みの指導の試み 障害児療育相談報告（その4） 北海道大学教育学部紀要76号
- 8 斉藤真善 古塚孝 諸富隆 (1998b) ある発達性失読症児への平仮名の読みの指導の試み 第36回日本特殊教育学会論文集

5 ある中学生男児における怒りの生起因についての検討

北海道大学大学院教育学研究科

遠藤 純子

藤女子短期大学

古塚 孝

北海道大学教育学部

諸 富 隆

はじめに

本報告は、些細な出来事で怒りを生起し、その怒りがおさまりにくく、つき合いにくさを感じさせてしまう中学生男児の事例である。これまでのセラピーを振り返り、彼の怒りの複数の生起因について検討し、これからの彼へのアプローチを考えていきたい。

1. 事例概要

(1) 症例

M・M、昭和60年10月生まれ。男児。セラピー開始時11歳4カ月。現在（98年10月）中学校1年生で通常学級に在籍。家族構成は父、母、姉（現在中学3年生）、Mの4人。

・生育歴およびセラピー開始までの経過

妊娠分娩時に異常はなし。生下体重3290g。1カ月時にベビーベッドから転落し、頭を強打したが外傷はなく、病院では異常はないと言われた。始語は1歳3カ月。生活リズムはしっかりしており、泣くことが少なく、手のかからないおとなしい子だった。母はMのことばの遅れを心配していたが、保健所の検診では発達の遅れは指摘されなかった。3歳半で保育園に入園。母はMについての不安を保母に相談したが、おとなしいが特に心配ないと言われた。歩く、走るといったことに問題はなかったが体が固かった。感情の起伏は少な

く、叩かれたりしても、どう表情をつくっていいか分からない様子をみせ、感情がストレートにでてこないことがあった。回るもの（特にタイヤ）へ過度の興味を示し、何時間でも回るものをじっと眺めていた。4歳頃から、嫌だった出来事についてのみ同じことをしつこく言うことが出てきた。母が字を教えても受けつけなかったが、就学前に名前だけ書けるようにさせた。

就学後、勉強ができないことが表面化する。担任の先生から会話がかみあわないことがあると指摘された。1年生の終わりごろまでに母が五十音、数字は書けるようにさせた。母が必死に勉強を教えるが、Mはできないため、母はイライラしてMを泣かせてしまうこともしばしばで、関係が悪化してきてしまった。3年生の時に担任の先生と相談して、Mの行き場がなくなってしまうように、家では勉強を教えないことにした。1年生の時から学習塾に通っていた。塾のプリントできていても、学校で同じ様なことをさせるとできなかった。中学年あたりから、一方的に話しだすことが出てきた。高学年になると怒りっぽさが出てきた。6年生になり、母はMの中学進学を意識しだし、再び勉強に取り組ませるようになり、北海道大学教育学部附属乳幼児臨床発達センターに来所した。来所時Mは、漢字は小学校1年生程度のものなら読み書きでき、算数は、たす、ひくなど何をすればいいか分ければ小学校2、3年生レベルまでの四則計算はすることができた。

(2) 主訴

勉強以外の不安な点（対人面、生活の基本的なスキル）の改善。特に、対人面において些細なことですぐに怒り、いつまでもしつこくその怒りをひきずってしまい、つきあいにくい点を改善したい。

2. 開始からのMの様子

(1) 北大でのセラピー経過

・セラピーの方法

セラピー開始は97年5月。現在も継続中であ

り、98年10月31日までに30回のセラピーを行った。セラピーは週一回、土曜日の午後1時半から2時半までで、前半30分は個別の課題を実施し、後半30分はホールで他の子どもたちやスタッフのいる中で自由に遊ぶという形式であった。98年4月からは北大でのセラピー以外に、週一回の家庭学習を行っており、98年10月末までに27回行った。

これまでの北大でのセラピーの中でのMの様子を、集団の遊び場面での対人関係の変化を中心に5つの時期に分けてまとめたものを以下に示す。

第1期（97/5/17～97/6/28）：第1回～第6回：新しい場所での緊張が高い時期

頑張るぞ、と不自然なほど意欲的。こちらの話にはあまり耳を傾けず、Mくんペースで一方的に話をしていく。学生の中からかきいに怒ったり、相手が自分の思いどおりに行動してくれないと怒り、謝っても簡単には怒りがおさまらず、数週間後まで怒りを引きずることもあった。1回のセラピーで何度も怒ることがあり、緊張が高かった。

第2期（97/9/27～97/11/29）：第7回～第14回：少しずつ場の雰囲気慣れてきた時期

北大でのセラピーの雰囲気慣れてきたのか、Th.以外のスタッフやセラピーに来ている他の子どもの一人とも遊べるようになってきた。個別の課題場面では、できないところを隠さず、「本当は分からない」と自分から言うようになった。また、Th.の前で冗談を言うなど、リラックスした様子も見せるようになった。

第3期（98/1/24～98/2/27）：第15回～第18回：集団の中で自己を表し始めた時期

集団の中に本当は入りたいのだが、ホールに入る手前で「やっぱりやめた」と言い、また戻って「やっぱり行こうかな」「やっぱりやめた」と繰り返し、相手の反応を期待しつつも意地をはるといふ行動をとるようになった。何をしても周囲の反応が気になり、少し何かを言われただけで

否定的に捉え、怒った。嫌と言いながらもスタッフと相撲をとり、勝つと満足そうな様子を見せ、自信がわいたのか、もう一度とる、と自分から相撲をとることもあった。

第4期（98/4/18～98/6/20）第19回～第25回：安定する時間に変化が表れるようになった。

スタッフとのやりとりの中で、Mが怒ったときにすぐに謝るなどして場をおさめるという対応をとるようになって、怒りを長くひきずらなくなった。謝られると「冗談だってば」と自分の怒りをごまかすこともでてきた。しかし、自分中心で意に添わないことを言われるとブイと怒ってしまうことが多かった。

第5期（98/7/4～98/10/31）第26回～第30回：積極性がみられるようになる。

自分からスタッフと一緒に遊ぼう、と声をかけることができるようになり、いろいろなスタッフと遊べるようになってきた。リラックスしている様子をTh.以外のスタッフにもみせるようになってきた。

北大でのセラピーの雰囲気になれてきて、怒りの保持時間、回数は減少してきているように思える。しかしながら、通常は怒りが生じるとは思えない状況でMは怒りを生起させる。これはMの集団場面での緊張の高さということだけでは説明ができないだろう。その要因にはどのようなものが挙げられるのだろうか？

次に心理諸検査の結果も合わせてMの抱える問題点、怒りの生起因について考えてみたい。

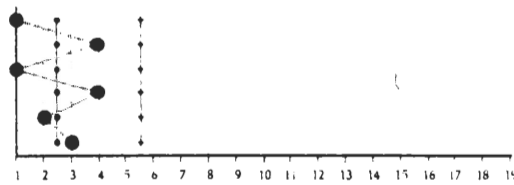
3. 怒りの生起因について

(1) 心理検査の結果と解釈

ア WISC-R（97年5月実施、検査時年齢11歳4カ月）：図1参照
全検査IQ：65、言語性IQ：54、動作性IQ：84（動作性優位）。

言語性検査

	粗点	評価点
1. 知識	2	1
3. 類似	4	4
5. 算数	1	1
7. 単語	14	4
9. 理解	5	2
11. (数唱)	(6)	(3)
言語性評価点合計 VSS		12



動作性検査

	粗点	評価点
2. 絵画完成	19	8
4. 絵画配列	23	7
6. 積木模様	32	7
8. 組合せ	18	7
10. 符号	40	10
12. (迷路)	(23)	(10)
動作性評価点合計 PSS		39

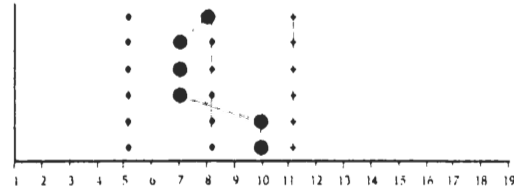


図1 WISC-Rにおける各下位検査評価点のプロフィール

言語性検査内、動作性検査内での評価点のばらつきは少なかった。言語性検査では、問題の意図・意味が理解できないために誤答となることが多かった。また、質問の中に含まれる言葉から連想される事柄を答えることが多いため、説明的な言語応答を要求される項目の成績は劣っていた。こうしたことは、Mが学校のテストで、答えが分かっても質問に適した答え方ができない、日常会話においても質問に対して答えずに一方的に話してしまうことが多いことと一致する。言語概念化の弱さがあると推測される。動作性検査は解答の仕方が分かりやすいため、言語性検査より評価点が高かったと推測される。また、視覚的記憶は劣っていないと推測され（絵画完成・符号はそれぞれ±、+）、これはMが一度しか見たことのないものを上手に絵で示すことができるという臨床像と一致する。

イ K-ABC (98年1月実施、検査時年齢12歳3カ月)：図2 参照 (120p)

相当年齢8歳6カ月に補正して解釈を行った結果、継次処理尺度：92±11、同時処理尺度：99±9、認知処理尺度：101±8、習得度尺度：74±6であり、習得度尺度の標準得点が認知処理尺度の標準得点よりも有意に低かった(1%水準)。このことから(1)本児が持っている能力が知識の獲得に結

びついていない、(2)学習環境が本児にとって適切なものではなかった、ということが推測される。

下位検査からプロフィールを分析すると、モデルの再生、短期記憶(視覚)の強さ、聴覚的記憶の弱さが挙げられ、本児の臨床的印象と一致している。下位項目の結果をみると、言葉の読み・文の理解では漢字を読むことができないことが課題の遂行の妨げとなっ

いた。また、語の配列がWであった。これは、言葉で聞いて絵を指して答える、と処理の手続きが多い項目であるから、そこに処理の負荷がかかり、記憶に要する処理資源が減ったと推測される。Mは通常の学習時でも、計算し終わったものを紙に書こうとするとその答えを忘れてしまうことがある。これらのことから、Mは作動記憶の弱さがあると予想される。これらのことをあわせ、先に挙げた(1)(2)の要因を考えると、(1)の要因として聴覚的短期記憶または作動記憶の弱さ、(2)の要因としては集団場面での緊張の高さ、不安の強さが考えられる。

ウ P-Fスタディ (98年10月実施、検査時年齢13歳0カ月)

アグレッションの方向は、E-A(他責的)%が60%と標準値よりも1SD以上高く、I-A(自責的)%が13%と1SD以上低い。これらのことから、欲求不満の原因を他者や環境に求める傾向があり、他人からの非難や攻撃をされることを気にし、その防衛機制として相手を非難し敵意を示す傾向があること、欲求不満の原因を自分に向けられることを避ける傾向があることが予測される。アグレッションの型は、E-D(自我防衛型)が65%(1SD+)と高い。中でもE(他罰反応)が標準値よりも2SD以上高い。これもMの他責性

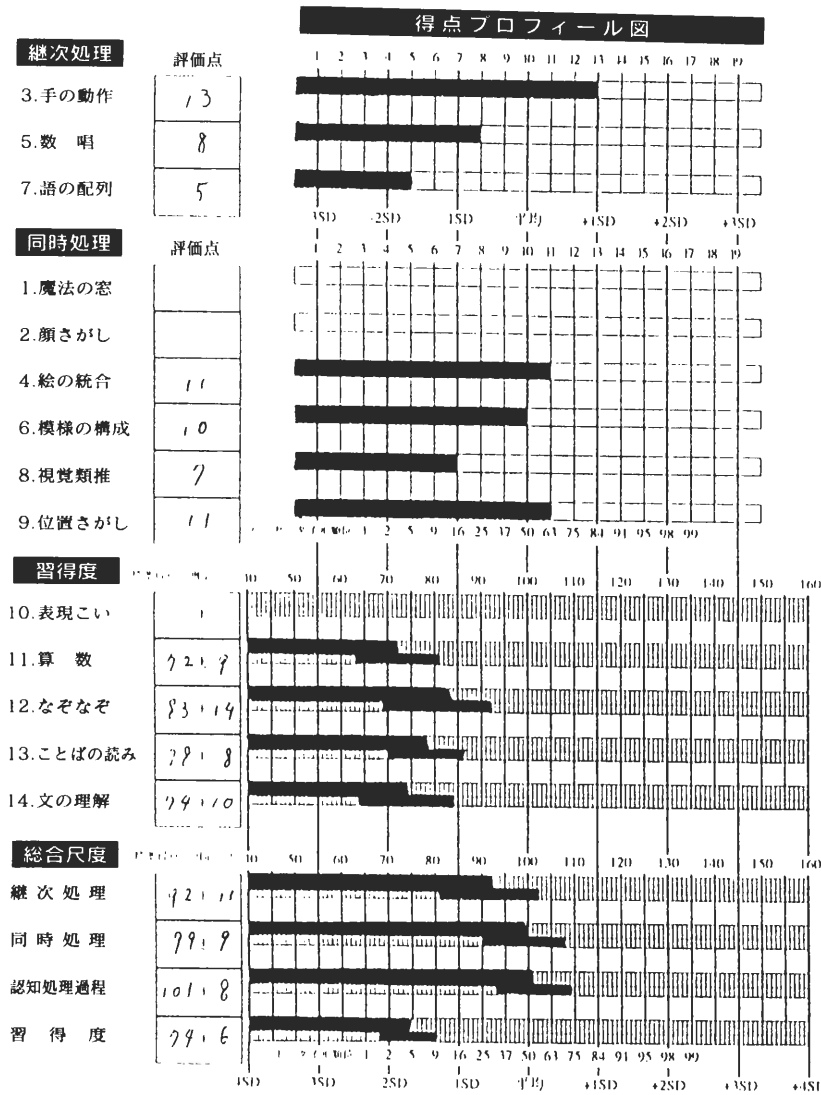


図2 K-ABCにおける得点プロフィール図

の高さを反映していると考えられる。

Mは学校ではいじめられる対象になりやすいが、嫌なことをされてもその場では攻撃せず、北大でのセラピーや家庭学習の場でth.に「この話は秘密だけど…」と不満を話すことがある。その一方で北大のセラピーの集団遊びでは欲求不満場面になると、すぐさま相手を攻撃・非難する。GCR(常識的反応)は58%と標準の1SD範囲内であり、普通の社会適応性を持っていると考えられることから、Mは他責傾向を持っているが、怒りの表出の場面を選んでいることが予想される。

また、テスト場面の中で、相手が自分が悪いのだ、と表明している場合にはその非を許すが、相手が非を答える側(M)に帰する場合には自分に非はない、と攻撃で反応している。これもMの行動と一致しており、自己防衛の強さを反映している。

(2) 怒りの生起因として挙げられる要因

Mの行動や心理諸検査の結果から、怒りの生起因として考えられる要因いくつか挙げる。

ア 物事を否定的に捉える傾向

Mは何か言われると、肯定的なことであっても否定的に捉え、怒ってしまうことが多い。一つの思いこみから逃れることが難しく、自分が思いこんでいる観点から解釈してしまい、その結果、事実を否定的に捉え

てしまう傾向がある。このことは注意を逸脱させることが難しいこととの関連が予想される。また、Mの成功経験の欠如からくる劣等感、友達との間でからかわれてしまうことが多いことなども、否定的に捉える傾向の生じる一因となっていると推測される。

イ 作動記憶の弱さ

やり方の慣れていないものは実力が反映されないが、手順がルーチン化されるとやりかた自体に要する処理の負荷は減り、難しい問題でも解けるようになることがある。会話中も、一度に複数の

人に話しかけられたり、注意を他に向けさせられるようなことがあると混乱したり、嫌がったりする。WISC-Rのdigit spanは3、K-ABCでは4であることから、情報を保持することが困難であり、一度に多くのことを処理することに困難があり、混乱してしまうことが状況理解の悪さやにもつながっていると考えられる。また言語概念化の弱さにも影響していると推測される。また、Mの不安の強さも、他の情報の処理の妨げとなっているのではないだろうか。

ウ 状況理解、物事の意味を理解することの難しさ（歪み）

冗談・からかいなどの理解ができず、からかいを本気で受け取ってしまい、怒ってしまうことが多く見られ（例：かくれんぼで檻の中に入り、サルみたいだね、と言われ「ぼくはサルじゃないよ」と怒る）、暗に含む意味を推測することが難しいと考えられる。また、複雑な状況に直面したときは、原因と結果との関係が理解できなかつたり、なぜその出来事が生じたのかを考えることが難しいため混乱に陥ることがあり、結果だけを受け取って怒りが生起することがある。複雑な情報を処理することの難しさは、先に挙げた作動記憶との関連が考えられる。また、否定的に捉えてしまう傾向も歪んだ状況認知をしてしまうことに影響しているであろう。

エ 他者の立場で考えることの難しさ

怒られても、しょぼんとするよりも不満ばかり出てきて怒りが生じることがある（掃除をしておく約束をお母さんとしたのに、せずに怒られた→「お母さんひどいよ！」）。怒った人が「なぜ怒ったのか」と原因を考えず、「怒られた」という事実だけを強調して受け取ってしまう傾向があることが推測される。このようになぜ、相手がある行動をとったのか、と相手の意図を考えずに自分にふりかかった事実だけを受け取り、怒りが生じることがある。これにも原因と結果の因果関係の理解の難しさ、Mの否定的に解釈する傾向の強さが

影響していると考えられる。

上で挙げた要因は互いに関連し合い、怒りの生起因になっていると予想される。これらのことから、Mは単に怒りっぽいという直接的な要因だけではなく、認知面、心理面から生じている問題が要因が間接的に影響していると考えられる。こうしたことを踏まえて、どうMへアプローチしていったらよいのだろうか？

4. 考察

（1）前提条件として：安定した場での学習

Mは課題遂行中や遊びの中で、間違いを指摘されたり、自分のやり方を直されることを嫌がり、そのような言葉掛けを非難と解釈することが多い。あまり関係を築いていない相手であるとその傾向は強く、Mは怒りを生起させる。こうした否定的な解釈は、Mが今までに非難されたり、いじめられることが多かったために生じてしまったのではないだろうか。そうした経験の積み重ねが、他者との関係を信頼からはじめるのではなく、警戒することから始めさせてしまうのかもしれない。Mは、自分を攻撃しているのではないと分かる相手からの言葉には耳を傾ける。信頼できる関係を増やし、他者に対する認識の仕方に変化を生じさせることがMの安定をもたらし、物事を否定的に捉える傾向を改善へとつながるであろう。また、不安要因を減らすことで、情報を処理する力を状況理解へとむけることができるだろう。

Mは、北大では他の子ども達の存在や、いつもと違う場所ということで緊張が高い（体をこわばらせてセンターに入ってくる、人の目を見ようとしない）が、家庭ではそういうことはなく、落ちついて課題を遂行することができ、一方的な発話も減少する。またやり方がある程度ルーチン化された課題では、課題遂行の方法に注意を要することがなくなり、課題自体に実力を発揮することができた。こうした情緒的にも、スキルの遂行方法でも安定した状態での学習で、Mは力を伸ばすこ

とができるのであろう。Mにとっての適切な学習条件には、まず安定した場の確保が必要であると言える。このことは学業面だけでなく、他者の意図の理解、状況の理解のスキルを獲得する場としても重要なことであろう。

ここでは、家庭学習での手紙課題を安定した場での学習がスキル獲得の芽生えを示した例として挙げる。

ア 手紙課題

目的

Mが大好きな留学生のRさんの協力を得て、Rさんに手紙を書くという課題である。手紙の書き方、表現の仕方を勉強する。手紙は書いたら終わりなのではなく、伝えたいことがあるから書く、という動機があり、自分の書いたことに対して返事をもらうことで何かを伝える喜びが生じる。また、字に書いて表すことで、自分の思いを客観的に見ることができ、書くという作業でワンクッションおいて考えを整理して書くことができるのではないかと考えた。実施期間は98/4/14～98/10/13で、計14通の手紙を書いている。経過は以下の通り

<第1期>98/4/14～98/5/19（手紙1～手紙5）

文章を書くことに慣れていないので、字を書くときは一字一字口に出した言葉を確認しながら文にした。書くことに集中するので一方的に話すことが取まった。書くことはMにとっては大変な集中力を要するものであったので、字を書いている途中で書こうとしていたことを忘れてしまうこともあった。

<第2期>98/6/9～98/6/30（手紙6～8）

第1期ではMが大好きな亀の話ばかり書いていたので、違う話題で書いてみようとしてTh.が提案した時期。それぞれ一回でMは自分で話題を考え、ドラえもん、ゴエモン、スターウォーズの話を書くが、事実の羅列をするのみで相手へのメッセージがなくなってしまった。しかし、自分の興味が

あり且つよく知っている事柄なので、ひとりで多くの文章を書けるようになった。書きたいことがでてきた。

<第3期>98/7/7～98/10/13（手紙9～14）

相手に何かを伝えたいので手紙を書く、という意志がみられはじめた。毎回、手紙の半分は絵を描いていたのだが、絵を書くときも「色塗った方が喜ぶと思うな」と、相手にどういう手紙だったら喜ばれるかを考えるようになった。また、以前は漢字をほとんど使ってなかったのだが、Rさんは中国人なので漢字のほうが分かるよね、と言い、自分から「～は（漢字で）どうかくの？」と聞いてくるようになり、難しい漢字でも努力して書くようになった。また、書くことに慣れてきて、文の量も増えて欄外にまで書くようにもなった。1枚で書く分量の見当もつくようになり、最後は話を締めくくって終わるようになった。

イ 手紙課題についての考察

課題開始当初は、文章を書くことの経験が少なかったのか、字を書くこと自体に抵抗がみられ、間違いを気にすることが多く、二、三文書くのがやっとだったが、書くことに慣れてきて自分から多くの文章を書けるようになった。また、どんな手紙にしたら相手に喜んでもらえるかを考えて書くようになり、自分中心ではなく相手のことを気遣う姿勢がみられるようになった。書き終わってから見直すことで文法的におかしいところを自分で訂正するようにもなり、単なる考えの羅列に整理し直すという作業が加わった。書くということは彼にとっては黒板に書いてあることを写す、漢字の練習をするといった機械的なもの、面倒くさいものだったのが、何かを伝達する手段としての機能をもつようになったのではないのだろうか。また今まで昇華されなかった気持ちが、伝えたいことを何らかの形になるものに置き換えることができるようになったのではないだろうか。Rさんから返事をもらう喜びに加え、何かを達成したという達成感から自信がついてきたと思われる。

(2) 今後の展望

本報告では、Mの怒りの生起する要因を直接的な原因だけではなく、怒りの生起の背景にある要因を考え、問題を捉え直すことを試みた。本事例では、怒りの生起の背景を考え、その要因の改善を少しずつ目指すことが回り道のようなかもしれないが、より根本的な解決を目指すものであると考えた。また、Mのように物事を否定的に捉える傾向がある子どもには、まず安定した場を確保し、そうした場での学習の効果が大きいであろう。本事例ではそうした成果をわずかながらではあるがみることができた。Mのもつ困難さを考慮した方法・状況で指導をし、Mの抱える問題の改善を目指すことにより、MとTh.との関係の安定にとどまらず、他の状況・人との関わりの中でも、歪んだ認知をせずに安定できるのではないだろうか。また、こちらが安定した状況を提供するのではなく、Mが自ら環境に適応できる力を身につけることを目指すことができるかもしれない。こうしたことがMの怒りの生起の減少につながるであろう。今後はこうした関係の中で、Mの他者の視点の理解、ものごとの意味を理解すること、状況理解などの課題に取り組んでいきたい。

6 状況認知に困難を示す女兒の対人関係スキルの獲得

北海道大学大学院教育学研究科

佐々木 綾

藤女子短期大学保育科

古塚 孝

北海道大学教育学部

諸 富 隆

はじめに

「学習障害(LD)」とは、おもに特定の認知機能の障害やそのアンバランスを主とする症状群につけられた総称である。これらの障害によって、対人関係の困難さや集団不適応、情緒的な混乱が引き起こされることがある。また、それらの対人的な問題が、LD児の抱えているもともとの認知的な問題に拍車をかけてしまうことがある。これは、「学習障害」が本人の努力では乗り越えられない問題であるという周囲の理解が少ないために生じるのであり、LD児本人も認知機能の障害を自己の「やる気の問題」と捉えざるを得なくなる。その結果、LD児の自信と自己効力感を感じる頻度が少なくなり、結果的に情緒的混乱と不適応を招くのである。認知の障害とそうした適応上の問題や社会情緒的問題との関係についての議論は多くなされており、それらは相互に影響を与えているものと考えられている。

一方、LD児の中には、言葉のニュアンスや顔の表情、身振り、感情などの理解といった「非言語」的なコミュニケーション能力を中心とした社会的・情緒的な情報の認知障害を示す「非言語性学習能力障害(NLD)」も提起されている(Rourke, 1995)。

今回事例として取り上げるKは、過剰攻撃性の問題を主とする女兒で、適切な対人行動スキル、他者の意図や感情表現の意味を受け取る認知スキルに大きな困難が見られた。セラピーを開始して

からほぼ1年を通して、Kの攻撃性はほぼ消失し、対人関係の取り方についても大きな変化が見られた。そのような児に対し、どのような援助が有効であるのかを1年間のセラピー過程の分析を通して検討する。

1. 事例概要

父・母・Kの3人家族。妊娠及び出生時に特に異常はなかった。乳児期は、母親が母乳を与えようとしても吸おうとせず、ほ乳瓶に切り替えたが、飲むことに時間がかかった。要求は明確ではなかった。また、母親が歌をうたったりあやそうとするとむずかかって嫌がる素振りを見せた。人見知りは激しく、外出しようとするとき泣き叫んだが、家族と一緒に家の中にいる限りはKは大人しく、お人形のもようであった。4歳になって幼稚園に入った頃、集団行動がとれないことに両親が初めて気づいた。靴も履けないことを母親の妹に指摘され、大急ぎで身辺自立を働きかけたがうまくいかず、結局、母親の妹が数カ月かけて教えてくれた。幼稚園では固まって立ち尽くしているだけで、他児から、からかわれることが多かった。その後、幼稚園でも家の中でも口をきかなくなった。1年後に少人数制の幼稚園に移り、教育相談所の勧めで言葉の教室にも通い始めた。2、3カ月で言葉が出るようになるが急に多弁になり、先生や母親に攻撃的で反抗的な態度を示すようになった。平成7年4月にS小学校(私立・複式学級)に通い始めた。同時期にN病院に通い始め、学習障害の状態を呈する注意欠陥性多動障害と診断された。学校へは最初は普通に通っていたが、徐々に動作が遅く、言われても行動できないことから仲間外れにされた。一方、親切にしてくれる子に対してKは攻撃的な態度をとってしまい、最終的には孤立化してしまった。教師側から対応が困難なので転校して欲しいと言われ(同年11月)、翌年4月にN小学校に転校したが、状況は殆ど変わらなかった。N病院の臨床心理士から状況についての報告があり、平成8年10月から北大教育学

部付属乳幼児発達臨床センターで引き受けることになった。

2. セラピーの方法

セラピーは週1回1時間（前半30分は他のスタッフ、子どもがいる中での自由遊び、後半は課題が設定された個別時間）であった。個別場面ではビデオ録画を行った。また、平成9年5月からは、セラピーに平行して、週1回の家庭教師を開始した。セラピーは現在も継続して行っている。

3. セラピー経過

注：Kの発話は<>、Th.の発話は「」で示す。

以下に、セラピー開始から1年間の経過（1996年10月～97年10月まで）をV期に分けて記す。

(1) 第I期：Th.に対する攻撃・拒否行動の始まりの時期（1996年10～12月）

【Kの攻撃】初回のTh.との顔合わせ時には人なつこく接していたが、課題場面に入った途端に一変して攻撃的になる（例：<どうして私のことを選んじゃったの？><私はお姉さんのことが嫌い!>）。会話は常にKから一方的に行われ、Th.の応答や質問には無視したり、他の話を始めたりする。Th.がショックを受け、「悲しい」、「どうして嫌いなのお姉さんはKのこと好きだよ」と言われることを期待して、ニヤニヤしながら何度も攻撃を繰り返す。縄跳びをしていて、上手に飛べないKに他のスタッフから「髪の毛がひっかかってうまく飛べないんだよ」と教えられると、Th.に向かって<あの人今すぐく意地悪なこと言った>と誤った解釈を示す。Th.に誉められても<見るな！私のこと好きだからってひどいよ！>と怒る。おどけるKを見てTh.が笑うと<オラ！笑うな！>と怒り、自分を馬鹿にした笑いだと解釈して怒る。

【課題場面】Th.の「間違い」の指摘を受け入れることが困難。文章を読む「声」、自分の書い

た「字」をTh.に見られることを極端に嫌がる。

【意図・感情理解】Th.の「悲しい」という反応に興味を示すが、自分の行動に対する反省は全く見られない。

【Th.の受けとめ方・対応】Kの<嫌い>攻撃を真に受ける。Kから受けた攻撃をそのままやり返して、「Kだってやられたら悲しいでしょう？」と言ってみるが、Kの<嫌い>攻撃はかえってエスカレートしてしまう。Kが常に失敗して周囲に非難されることを不安に思っているのではないかと考え、「失敗することは悪いことではなく、挑戦することが偉い」と説明する。

(2) 第II期：徐々に「弱み」を見せ始めた時期（1997年1～3月）

【Kの攻撃】Th.に<私（K）と自分（Th.）のお母さんとどっちが好き？どっちも（好きだっという答え）はなし>と聞き、自分が一番好きだとTh.に執拗に言わせようとする。Th.がKを少しでも非難するような言動を示すと敏感に反応して怒る。

【課題場面】<漢字は苦手><算数は嫌い>と素直に言えるようになってくるが、それでも<失敗したらどうしよう…どうせ怒るんでしょ？>と言う。問題は1問終わる毎に<合ってる？>と確認する。ハサミを使う作業をすると、Kはおしゃべりに夢中で手元に集中出来ない。

【Th.の受けとめ方・対応】Kが<自分を好きか？>と何度も攻撃的に確認することは、Kは自分が好かれているか自信がなく、不安に思っているのだとTh.は解釈する。課題でKに<正解か？>を聞かれたときにはその都度合っていることを誉めながら教え、励まししながら進めていく。

(3) 第III期：他者に対する敵意的な解釈が減少した時期（1997年4～6月）

【Kの攻撃】Th.がKに微笑みかけても、最初は<見るな！>と怒っていたが、次第に<なぜ笑うのか>を聞くようになり、<（私が楽しんでいるのを見て）いいなあって思って（笑ったの）？>と

肯定的な解釈を示すようになる。Th.がKに近寄ろうとすると、<抱きしめないでよ！気持ち悪い！>と怒るが、自分のことを好きなのかをTh.に言わせるときには<そんなに抱きしめたいほど好きなの？>と聞く。個別以外の場面では、Th.を拒否しつつもTh.が「遊ぼうよ」と誘うのを期待して隠れて待ち構える。6月に入ると、Kの家で飼っているウサギに対して学校で友達に言われた悪口を20分以上も叫び続けることが続く。一方、KはTh.に対しては、<一番好きな動物はウサギ。家で飼ってるウサギはすっごく可愛いんだ>と何度も言う。

【課題場面】回答の間違いを徐々に認められるようになる。Th.がKの答えを感心して聞いていることが分かると自信を持った様子を見せ、短い文章なら声を出して読むようになる。分からない問題があった時に、<なーに？なーに？分からない！どうしよう…>と焦った様子を示すが、Th.が何も責めてこないことが分かると<分からなかったら分からないって言うてもいいの？>と聞く。個別時間中に逃げ出すが、玄関に立っている守衛のおじさんを見るとKは驚いて立ちすくみ、部屋に戻ってくる。その後、<あのおじさんは怖い人なの？あたしにどんな顔してた？怒ってた？あたしどんな顔してた？>など、その場の状況を何度もTh.に確認しようとする。

【意図・感情理解】Th.がKの言ったことに対し「嬉しくて泣く」という表現を使うと、<泣く？悲しくて泣いちゃうの？いじめて泣かすわけではないの？>と「泣く」行動に「嬉しい」という感情が結びつくことがあることを知り、びっくりした様子を見せる。Th.がKにされたことが悲しい、と説明すると<（痛かったから）悲しいの？><（用紙を破られて）悲しいの？>と聞くようになる。

【Th.の受けとめ方・対応】課題に対して、Th.が感心したり、誉めたりすることをKが徐々に理解し、受け入れてくれていると感じる。KのTh.を「悲しませる」行動に対しては、なぜ「悲しい」気持ちになるのかの説明を繰り返す。

（4）第Ⅳ期：他者に対する「非意図的」概念の獲得期（1997年7～9月）

【Kの攻撃】Kの攻撃が個別場面に限られるようになり、それ以外では<あと何秒でうち（私）のこと抱きしめられるでしょう？>と逃げ回ってはTh.に抱っこしてもらおう。Kがイヤなことを攻撃で対処しようとしたときに、Th.に「イヤなんだね」と言語化されると落ち着くようになる。家庭でのウサギへの攻撃は、7月に入った頃にほぼ消失する。Th.を何度も叩いた後、<お姉さんは何をしてもうち（私）のことが好きなんだね>と確信したように言って落ち着く。その後、自分のことを好きかの攻撃を用いた確認行為は一気に減少する。

【意図・感情理解】家庭では母親を挑発する行動をしておいて怒られるとキョトンとし、なぜ自分が怒られているのか理解できない様子を示す。その場にいたTh.がなぜ母親が怒っているのかを説明し（Kの言動は母親を怒らせるものであったこと）、Kは自分のしたことに対して母親に謝るべき状況であることを説明すると、<ごめんなさいって言えばいいの？いつ言えばいいの？><お母さんは今悲しい気持ちなの？お姉さんも悲しいの？>とTh.に逐一確認してくる。クラスの友達に「病気だ」とバカにされたことをTh.に訴え、<うち（私）は、人に優しく出来ない病気なんだ><人がなにしゃべってるのか分からない病気なんだ>と言う。Th.が「Kちゃんは悲しかったんだよね」と言うと、それを認めて落ち着くことができる。

【Th.の受けとめ方・対応】一見挑発的だと見られるKの行動が、ほとんどの場合、友達や母親からされたことの「うけうり」であることが分かる。Kは「うけうり」の攻撃をTh.にすることを通して、自分がどのように感じるべきであったのか、どう対処するべきであったのか、などをTh.の反応を通して学習しようとしていたのだと分かる。現実の場面のできる限り丁寧にそれらを教えていく必要がある、と感じる。

(5) 第V期：「意図性」と「非意図性」の弁別理解の芽生え（1997年10月）

【Kの攻撃】Th.をバカにしたような言動を示すが、その後Kは自分から「学校で友達にされたことであり、どう対応すれば良かったのか」をTh.に直接聞くことができる。

【課題場面】問題に対し、「分からない」と言った後、「ちょっと待って」とさらに取り組むことができる。Th.とのやりとりよりも、如何に課題を早く終わらせるか、ということに夢中になる。課題を終え、Th.に誉められると「Th.は意地悪ではなく、勉強の時だけは厳しいんだね」と確認する。

【意図・感情理解】Th.に唾を吐きかけてTh.に怒られると、「透明な唾なら可愛い唾だけど、白く濁った唾がイヤなの？」、「お姉さんは今悲しくて怒ってるの？悲しいの？怒ってるの？どっち？」と聞く。「Th.の怒りを鎮めるにはどうすればいいの？」を聞く。「私が嬉しいところを見せると、お姉さんに笑ってもらえるの？」、「私が悲しいところを見るのも悲しいし、怒ったところを見るのも悲しい？」と聞く。「わざと」か「わざとではない」かで、その後の対応の違い（意図的であるならば怒られるけれど、非意図的ならば許される）が生まれるのかについて話し合う。Th.がKを怒ろうとすると、「ただあのさ、お姉さんの苦しみも分かってよ、って言ってるの？」と確認し、「ごめんさい」と自分から謝ることができる、自分の行動と相手の反応との因果関係についての意識・理解が進む。

【Th.の受けとめ方・対応】この時期に初めてKに「怒り」を示すが、「Kを叱ることと、Kを好きかどうかは別のことである」と説明する。最初Kは「嫌いだ！」と反発するが、徐々にそれらを理解し、学習しつつあると感じる。

4. 心理検査から

(1) WISC-R

VIQ77、PIQ54、FIQ63

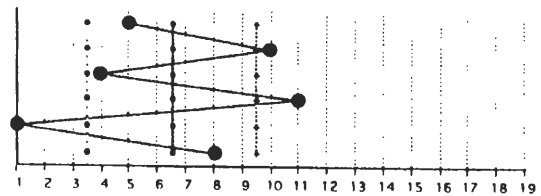
IQ水準は低く、VIQに比べてPIQが有意に低

い。「類似」「単語」が高いことに比べて「理解」「組合せ」が低いことから、ある事柄についての知識は豊富で、それらの関係づけも可能ではある。しかし、実際の社会的文脈の中で「原因-結果」をふまえた関係性の中に、それらの知識を柔軟性を持って対応させていくことに困難があると言え、社会的判断の未発達さを示していると考えられる。

言語性検査

	粗点	評価点
1 知識	5	5
3 類似	9	10
5 算数	5	4
7 単語	18	11
9 理解	1	1
11 (数唱)	(8)	(8)

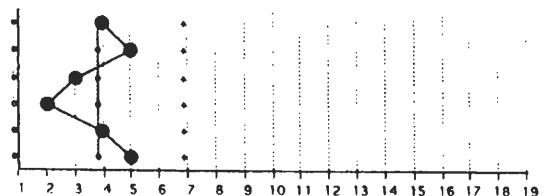
言語性評価点合計VZZ 31



動作性検査

	粗点	評価点
2 絵画完成	7	4
4 絵画配列	8	5
6 積木模様	5	3
8 組合せ	5	2
10 符号	16	4
12 (迷路)	(11)	(5)

動作性評価点合計PSS 18



VIQ (77) PIQ (54) IQ (63)

Fig.1 WISC-R (8歳11カ月時)

(2) P-Fスタディ

1回目 (1997年5月実施)

GCR (常識的) 反応41.6%、E(他責的) 反応89.6%、I(自責的) 反応6.3%、M(無責的) 反応

4.2%

他責的反応が高く、自責、無責的反応が低いことから、欲求不満場面の原因を他人や環境のせいにすることが多いが、責任を自分に帰したり妥協する傾向は少ない。解釈としては、他者から常に非難・攻撃されるのではないかという不安と他責的、即ち攻撃的な振る舞い方しか知らないことが推測された。

2回目（1997年11月）

GCR（常識的）反応63%、E（他責的）反応67%、I（自責的）反応13%、M（無責的）反応21%

1回目の結果に比べ他責的反応は減少し、自責、無責的反応は増加している。これらから、欲求不満場面に対し折り合いの付け方、対処の仕方のスキル、即ち他責的な振る舞い以外のコミュニケーションスキルが獲得されたことを示していると考えられる。

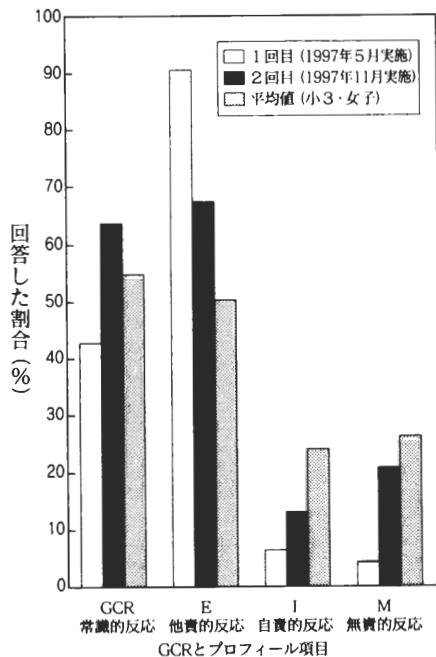


Fig.2 P-Fスタディの結果の推移

5. 考察

この1年間で、Kが抱えていた対人関係面における社会・情緒的問題は、目覚ましいスピードで

改善された。Kの適応的な問題について、経験的な要因としては、乳児期に母親との関わりを拒否するような態度を示したことで、適切な情緒的関わりが持てなかったこと、集団行動に入っていくことができず、他の子どもたちとの適切な関わりを持つ経験が持てなかった、などが挙げられる。また、適切な関わりが持てなかった要因として、Kの認知的な問題が絡んでいたと考えられる。WISC-Rの結果では、VIQ>PIQ、「算数」が低いことからRourke(1995)の提唱した「非言語性LD」の子どもが示す特徴に近いことが言える。Kが状況理解に困難を示していたことは、(1)Kの「攻撃」には、その場の状況や文脈から外れた場面において、K自身が他の場所でされたことの再現が含まれていたこと、(2)家庭やセラピー場面では「攻撃」行動を出現させるのに、学校や慣れない場面ではニヤニヤしたりポーっとして、常に周囲を気にして行動していたこと、(3)K自身が経験したり、実際に起こっている状況について、Th.や母親に細かく尋ねることを繰り返していたこと、などからも考えることができる。

以上のことからKの抱えていた問題がどのように形成されていったのかのモデルを示すと、Fig.3のようになる。まず、《第1段階》であるが、これはKが言葉の教室に通い、攻撃的な言動が起きるまで時期に相当する。乳幼児期のKは、集団行動に入っていくことができないことによって他児からのからかひにあうが、その「攻撃」が理解できないことにより、漠然とした不安・恐怖心がKの中に生まれてしまう。《第2段階》は第1段階からセラピー開始時期まで相当するが、Kは相手に関わろうとしても、状況をうまく読みとることができず、攻撃的な振る舞い方しか知らないために、相手に反撃されてしまう。自分の攻撃が原因で他人の反撃が生じたことが分からず、自分は悪くない、という認識しか働かないので、Kの被害者意識は増大し、他者は自分に敵意を持っているという誤った対人認知パターンが形成され、Kの攻撃行動はますます増加してしまう。

セラピーにおいて、それぞれの問題に対して対

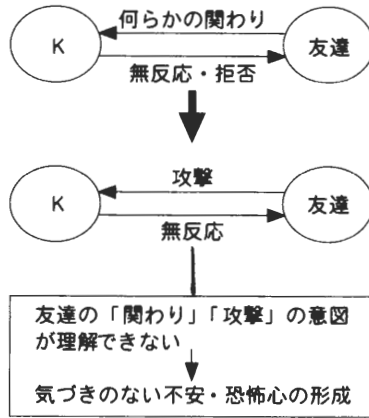
応していくことにより、Kはまず、自分は相手に拒否されていないこと、失敗することは自分自身を否定されるわけではないことを理解できるようになった。しかし、相変わらず「うけうり」的な攻撃をするKに対して、それらの攻撃がどのような意味を持つのかを教え、どのように対応するべきかをTh.自身が振る舞いながら教えることにより、Kはそれらを徐々に学んでいくことができた。そして、最終的に、Kは「うけうり」の「攻撃」ではなく、Th.に「友だちからこんなふうにされたけど、それにはどう対応すればよかったのか」などを直接質問できるようになり、同時にKの「攻撃的」な行動は減少する結果になった。全体を通し、Kは相手を受け入れることができるようになり、自分の失敗を認められるようになり、自分が不安な状況にいること、どう行動するべきかを質問できるようになり、相手の意図・感情に興味を抱き、理解し、予測を立てられるようになったと言える。

Kが徐々に変化を見せていくことにより、母親のKに対する意識や態度も1年間の中で変化していった。最初は、Kの「攻撃」に対し、「売り言葉に買い言葉」といった対応をしていた母親は、Kに「攻撃」されても、「あんた、学校でやられてきたんでしょ」といった対応に変化した。また、Kが学校でポーっとしたり、ニヤニヤしていることに対し、「何がそんなに面白いんだろう」と母親は疑問に思っていた様子であったが、「Kにとっては何をすれば良いのか分からない恐怖の場所にいるのに、よく頑張っていると思う」という見方に変化していった。

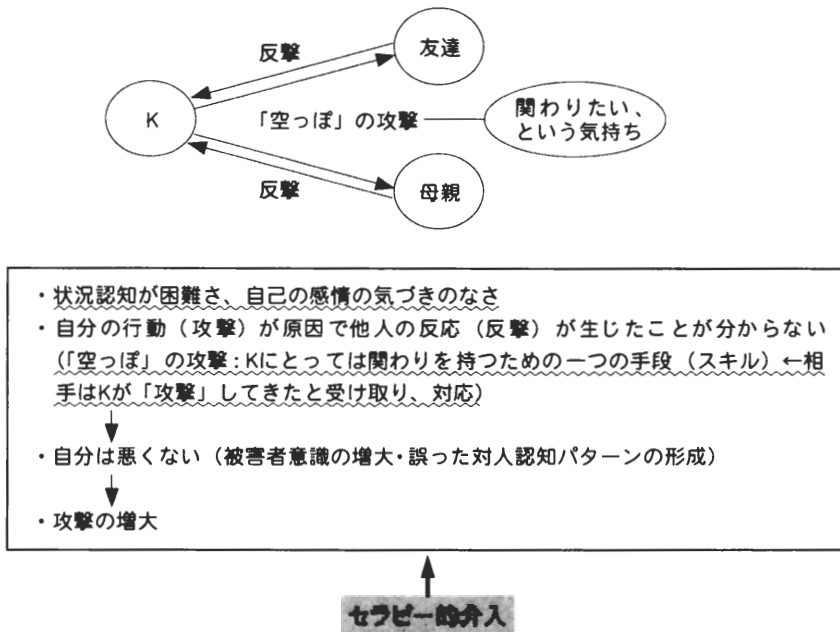
Kは不器用であり、折り紙も最初は上手く折ることができなかったが、何度も繰り返していくうちに丁寧に折れるようになったり、手先を使った作業に自信を持って取り組もうとする機会も増加している。また、学校で授業中に黒板に書いてあることをノートに書き写しきれず宿題を忘れてしまう、算数でひっ算するとき、文字の大きさや列をそろえることができないことでミスになってしまう、などの問題を抱えていた。それらの問題

も、Kが課題に集中して取り組むことができるようになった後に、丁寧に書こう、という意識を持たせたり、何度も繰り返し練習させることにより、改善されてきている。しかし、Kが少しずつ変化を示しても、学校における友達からの「いじめやすい子ども」というKへの見方はなかなか変化しないので、セラピー場面や家庭などの慣れた場面以外では、周囲の振る舞いを自分に対して敵意的に行っているものだ、とKが解釈してしまう傾向は強く残されている。それらの問題を、セラピーや家庭教師という限られた場面の中で、どのように援助し、見守っていくことができるのが現在の課題である。

〈第一段階〉



〈第二段階〉



〈第三段階〉

- ・ Kは攻撃以外のコミュニケーションの方法を探し始める
- ↓
- ・ うけうりの攻撃

〈第四段階〉

- ・ コミュニケーション方法をThに聞くことができる（「質問する」スキル獲得）
- ↓
- ・ 成功体験の増加

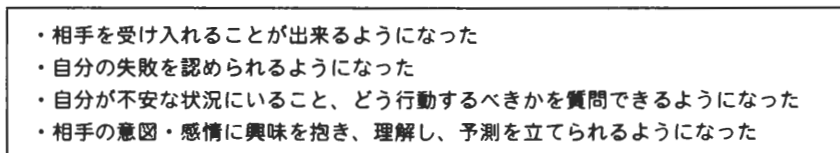


Fig. 3 Kの抱えていた問題形成過程と改善過程についてのモデル

7 多動傾向の児童の対人関係 分析の新しい取り組み

北海道教育大学附属教育実践研究指導センター

高久 宏一

札幌市児童家庭部保育課

後藤 恵美子

北海道教育大学岩見沢校

金澤 克美

北海道教育大学札幌校

後藤 守

1. 研究の目的

これまで、われわれは子どもの能動的、自発的な表出行動を活発化し、子ども達が自分達を取り巻く環境との関係性を深めながら生き生きと活動できる生活空間の再構成に取り組んできている。その中で、環境の側の課題として、「応答する環境作り」と「構造化された場の構成」の二つを主軸にした「行動空間療法」に関する実践的研究を進めてきている（後藤他，1997）。この「行動空間療法」は時間と空間を他者と共有する中で生起する行動を重視し、そのような行動がしやすいような場を設定し、指導を展開していくところに力点がかけられているところに特徴をもつ。ここでは、①物理的場の構成、②遊具の選定、および③心理学的、社会的場の構成、の3点がこの指導法を構成する基本的骨子としてあげられる。特に、③心理学的、社会的場の構成ではそれぞれの子どもの行動が個のレベルから集団としての活動のレベルへと発展し得るような行動空間を構成するために指導者チームの中にチーフの指導者（以下、チーフという）を位置づけている。その意味ではこのチーフの動きが集団全体の活動の方向性の指標となっている。

本指導法は、年齢の壁、障害種別の壁、障害の重さの壁を破る新しい視点に立つ集団療法とし

て、開発検討中のものであるが、現在、その精度を検証する意味もこめて、多動傾向の児童に焦点をあて、研究を進めている。すでに、この指導法による実践の把握と評価にあたってはわれわれが独自に開発した行動空間分析法（後藤他，1983）と相互作用過程分析法（三宅、後藤他，1974）の二つの分析法が用いられてきている。後者の分析方法は母子の相互作用過程を分析するために開発されたものであり、2者間の関係行動の連鎖を分析することができ、この分析方法を集団指導場面に適用することによって、分析対象となる子どもと他のメンバーとの間に成立する関係行動の成立水準を明らかにしてきている。一方、行動空間分析法は行動空間療法の評価のために独自に開発されたものであり、そこでは、「行動を流れにおいて捉えること」および「関係の脈絡の中で子どもの表出行動を捉えること」の2点が重視され、相互作用的观点からの分析が行なわれている。行動空間療法では分析対象者が「いつ」、「どこで」、「誰と」、「何をした」という4つの要素が行動空間による分析と関係カテゴリー型による分析によって明らかにされている。

以上の研究の流れを受けて、本研究ではともすれば、他者とは関係が希薄になりがちな、多動傾向の子どもや、発達の遅れの著しい子ども達が、その子ども達なりに場の流れの中で心理学的かつ社会的場における自分の位置を定位しようとしている様相を浮きぼりにしようとしている。そのことによって、一見、不連続に見えるこれらの子ども達の動きの中に他者との接点の萌芽を捉えることができると考えたことによる。本研究はその第1弾として、場の設定および分析法開発のための工夫を中心に検討を深めることとする。

2. 行動空間療法による場の設定

(1) メンバーの構成と物理的場の構成

「遊びの指導」は特殊学級に在籍する児童14名、および指導担当者5名から構成されている。また、物理的場として、体育館中央に2段重ねの

舞台を設定している。下段を25cmの段差のある正方形（405cm×405cm）とし、上段の舞台は直径180cmの円形となっている。この2段重ねの舞台空間をCo空間と名づけ、かかわりの密度の高い活動が期待できる空間としている。

（2）行動空間療法による指導の基本的枠組

ア 心理的・社会的場の構成：指導者集団の中にチーフをおき、チーフは全体の活動の流れを方向づけ、より密度の高い行動空間が形成されるような展開が要求されている。特にチーフを軸とした場（以下、軸空間という）の動きと連動して、集団の活動の流れがどのような様相を呈するかは本指導法においては特に、重視する視点である。

イ 遊具の選定：遊具は大型組立てブロック（滑車をつけると、それに乗って移動が可能）に限定し、共通の素材を通して人とかかわりや集団としての共通の動きが作りやすいようにしていること。

3. 分析法開発のための工夫

（1）分析法開発のためのコンセプト

分析法の開発にあたって、行動空間療法の持つ特性を最大限資料に反映させる意図から、次の3点を分析の観点として設定する。(a) 行動の流れにおいて捉えること。(b) 関係的視点から捉えること。(c) 構成員全体のまとまりの様相を、特に、チーフを軸点として捉えること。

（2）広角ビデオカメラによる資料の収集および分析法

体育館の天井に広角のカメラを設置し、全体の活動の様子を広角ビデオカメラで収録する。収録されたビデオ資料は座標軸に示した行動空間の枠組みによって、分析対象児の空間の移動の推移を資料化する。空間は舞台空間であるCo空間とそれを取りまく空間で構成される。取り巻く空間はさらにRo空間とNa空間に大別される。Ro空間は比較的大きな動きが求められ、いわゆる動空間と

しての特性を持っている。Na空間は、天井の第1カメラの視野からはずれる空間で、現在のところ操作的に範囲を設定している。

分析は5秒毎に画像を止め、対象児のその時点の空間の位置を確定する。併せて、軸空間との関係を明らかにする必要から、チーフの行動の軌跡を同様の分析方法を用いて資料化する。

4. 分析を通して見た指導の流れ

天井の広角ビデオカメラによって録画されたVTR資料は5秒毎に画像が止められ、指導者と全児童のプレイルームにおける位置が解析されるわけであるが、特に重要なのはチーフの指示者との位置関係である。以下にその実際を写真で説明してみよう。

図1は第2象限床面（Ro空間）にいるチーフが子ども達の名前を呼び、指導の立ち上げのための呼吸あわせをしている場面である。

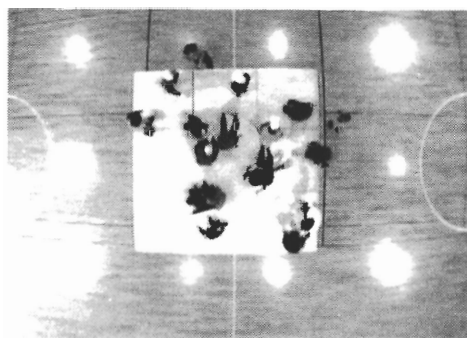


図1

対象の子どもは第1象限舞台の2段目（円い舞台）のふちにいる。

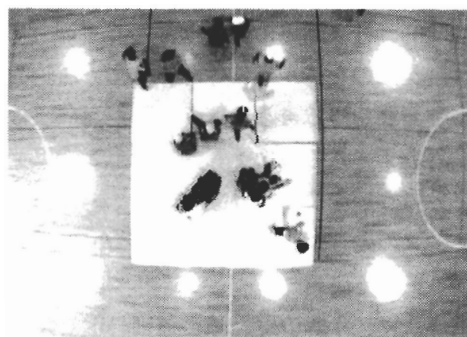


図2

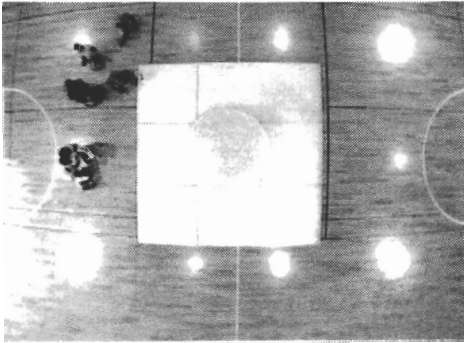


図3

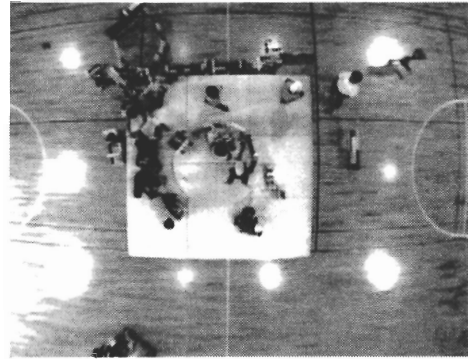


図7

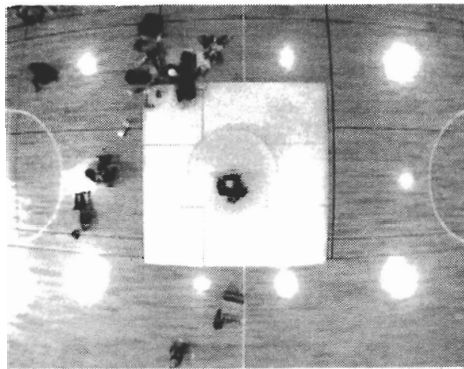


図4



図5

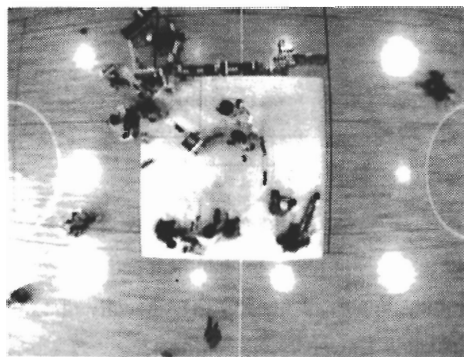


図6

図2は、はじまりの音楽が聞こえてきて、第1、第2象限の壁のそばにあるブロックコーナーに移動中の場面である。対象児Aは第1象限の舞台（Co空間）の上から床面（Ro空間）においてブロックコーナーに移動しようとしている。図3はブロックカーを作りあげた子ども達が順次Ro空間に繰り出してきている場面であるが本児Aの姿はまだない。図4はチーフが第2象限のRo空間（床面）とCo空間（舞台空間）の接点部分（舞台の角のところ）に軸空間を形成しはじめているところである。軸空間とはチーフの位置する空間で集団全体の流れと方向を規定する。（動きを持つ空間で、その周辺にいる子ども達や指導者が多いほど、場の凝集化は進行していることを意味する。対象児Aは軸空間で一緒にブロックの組み立ての活動の流れにいる。図5はチーフがCo空間（舞台）に軸空間を移動させた場面であるが対象児AはすぐそばのRo空間（第2象限）で指導者と一緒に組み立ての活動を続けている。

図5、6、7はチーフがCo空間に軸空間を移動させた際の活動の様子をビデオ記録からプリントしたものであるが図5では対象児AはNa空間（写真の外枠）にいて写真には写っていないが図6（第1象限舞台上）、図7（第1象限舞台上）では流れに十分乗り切れてはいないがCo空間（舞台）での活動は続けている。チーフとは直接的ではないが軸空間の視野の中には捉えられているとってよいであろう。

5. 分析結果のまとめ方

分析資料は以下の2通りの方法でまとめられる。ここではその基本的枠組と図示の仕方を紹介する。

(1) 時間軸およびチーフとの関連を中心とした整理法

図8は分析事例B児の指導開始後4分から6分間の分析結果を抜粋したものである。分析対象児（●印）、チーフ（□印）の行動を象限別及び行動空間別にまとめたものである。このプロフィールを見ると、チーフと分析対象児はRo空間を不連続に動きながらも、5分40秒の時点からは同一の空間を共有し、活動し続けていることがわかる。

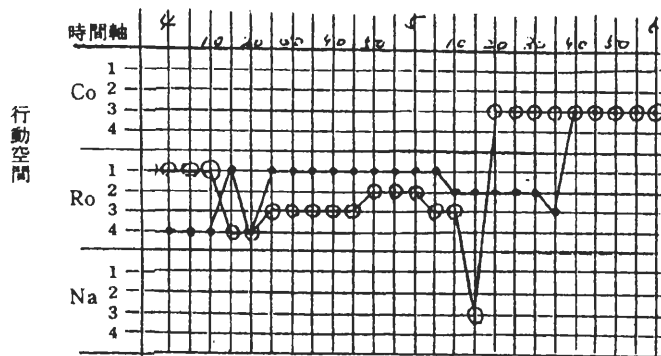


図8 対象事例の行動空間の推移

(2) 停留時間および対人関係行動の割合を中心とした整理法

図9は分析事例C児を停留時間を重視した形で図示したものである（金澤1994,北教大コミュニケーション障害研究）。具体的にはC児の行動の軌跡を対物関係、対人関係を加味して行動空間にプロットし、15秒の停留をその停留時間に比例させて円で表し、合わせてその停留時間にどの程度対人関係行動が生じたかを3段階に図示している。

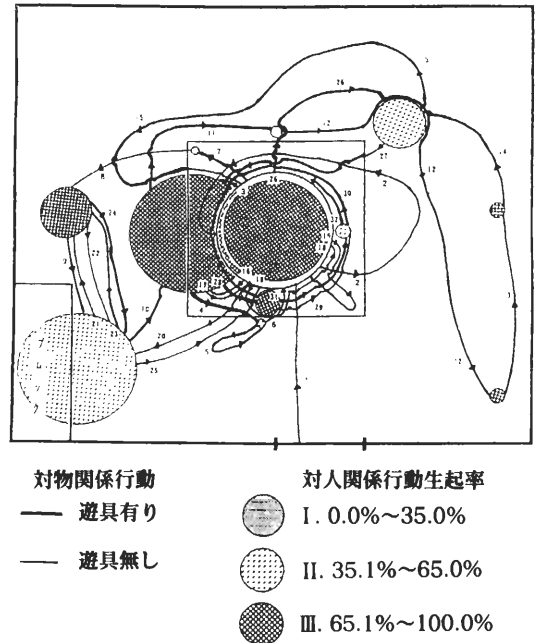


図9

6. まとめと今後の課題

本研究では主として分析法の開発に焦点をあてて検討を進めてきたが、次の段階としては、特定の対象児の行動の軌跡を資料化し、行動空間療法の指導の精度を検証することが求められている。

<引用・参考文献>

- 1) 後藤 守・小笠原詠子・後藤恵美子・福原真理子(1984):行動空間療法の体系化に関する研究.北海道教育大学紀要(第一部C),第34巻第2号,77-86.
- 2) 北海道教育大学教育学部附属札幌小・中学校,特殊学級(ふじのめ学級)編(1993):ふじのめ教育課程,1-344.
- 3) Gotoh, E.(1994): "Behavioral Space Therapy":an alternative approach to 'handicapped'children. Annual Report of the RCCCD, Faculty of Education Hokkaido University, No. 15,35-42.
- 4) 金澤克美(1995):障害をもつ子どもの社会

的場に関する研究.北海道教育大学コミュニケーション障害研究,創刊号,1-42.

- 5) Kanazawa, K., Gotoh, E., Gotoh, M. (1995): An Investigation of Differences in Social Space in The Playroom, Through Analysis by The Quotient of 'Associated' Behavior. Annual Report of the RCCCD, Faculty of Education Hokkaido University ,No.17,9-21.
- 6) 後藤 守・後藤恵美子・金澤克美・梶家大祐・三浦 哲・高畠 晋・渡辺康行・小坂千華・木村裕昭・山田浩富 (1997): 精神発達に遅れをもつ子ども達の生活空間の再構成に関する研究 (第1報) -大学および附属校教官による教育的遊戯療法に関する予備的研究を通して-. 北海道教育大学紀要(第1部C), 第47巻第2号, 135-150.
- 7) 後藤 守・高久宏一(1998): コミュニケーション障害児のための行動空間療法 -子どもの自発的表出行動を重視した教育臨床の世界を探る-, 日本特殊教育学会, 131-133.
- 8) 高久宏一・後藤恵美子・金澤克美・後藤 守 (1998): 小集団活動場面におけるコミュニケーション障害児の行動空間分析の試み 北海道心理学会

— 第2分科会（地域療育活動） —

1. 特殊教育諸学校の教育相談の方向性

.....福島美恵子

2. 2次圏のコーディネーターの相談業務のあり方

.....河村吉造

3. 児童相談所の相談業務のあり方

.....内田雅志

4. ま と め

座 長：百井悦子・佐々木浩治

1 特殊教育諸学校における早期教育相談の充実

北海道立特殊教育センター
 肢体不自由・病弱教育室長
 福 島 美 恵 子

はじめに

21世紀を前に、「ゆとり」と「うるおい」の中で子どもたち一人ひとりに主体的に「生きる力」を育てようとする新しい教育のあり方に関する答申が相次いで出され、具体的な教育改革の施策として実施されようとしている。

特殊教育に関しては、平成9年2月と平成9年10月に文部省「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の第1次報告、第2次報告が出され、これからの特殊教育についての方向性が示された。

その中で、「早期からの教育相談の充実」が特殊教育諸学校の「高等部の拡充整備と訪問教育の実施」「交流教育の充実」などとともに、わが国の特殊教育の改善・充実のための重点施策として提言された。

また、平成10年度を初年度とする第3次北海道

新教育長期総合計画においても乳幼児期からの早期教育相談の充実が盛り込まれ、地域における就学等の相談を担当する医療・保健・福祉・教育関係者等の教育相談に関する研究機会の充実を図ることが具体的内容の一つにあげられた。これを受けて、本年度から北海道教育委員会の新規事業「北海道早期教育相談協議会」がスタートし、全道7会場で実施されたが、予想を大きく上回る関係者の参加を得ることができ早期教育相談に対する関心の高さがうかがわれた。

1. 新しい教育改革と早期教育相談

(1) 文部省「特殊教育の改善・充実に関する調査協力者会議」第1次報告より

早期からの教育相談の充実について

(1) 特殊教育機関における早期からの教育相談の意義

- ① 保護者の障害受容への支援
- ② 良好な親子関係の形成
- ③ 乳幼児期の発達の促進
- ④ 障害の状態の改善
- ⑤ 特殊教育の理解

(2) 早期からの教育相談の充実

- ① 教育相談ネットワークの形成
- ② 盲・ろう・養護学校における早期からの教育相談

- ③ 特殊教育センター等における早期からの教育相談
- (3) 今後の課題
 - ① 盲・ろう・養護学校における教育相談機能の拡充
 - ② 盲・ろう・養護学校における幼稚部教育の充実
 - ③ 医療・福祉関係機関における相談と一体化した教育相談の充実
 - ④ 教育相談担当者の資質の向上

(2) 21世紀の北海道新教育長期プラン「第3次北海道教育長期総合計画」

— 特殊教育の充実 —

～教育相談関係分～

- 地域における就学等の相談を担当する医療・保健・福祉・教育関係者等の教育相談に関する研究機会の充実
- 特殊教育センターなどにおける乳幼児からの早期教育相談や専門的な教育相談の充実
- 乳幼児期からの教育相談の実施や特級学級・通級指導教室教員に対する指導助言の充実
- 特殊教育センターでの就学指導や早期教育に関する研修の充実

2. 本道の特殊教育諸学校における早期教育相談の現状（北海道立特殊教育センターのアンケート調査）

平成9年度の巡回教育相談を受けに来た一部の保護者と道内の全ての特殊教育諸学校、及び早期療育関係者に対して、教育相談についてアンケート調査をした結果、次のようなことがわかった。

(1) 保護者への調査結果から

- ア 特殊教育諸学校で教育相談をしていることを約68%の保護者は知らなかった。
- イ 特殊教育諸学校に教育相談に行ったこと

がない保護者は約87%であった。

- ウ 保護者が望む相談内容は多い順に次のとおりである。

- 就学について
- 家庭での養育の仕方について
- 子どもの障害や発達の状態について

(2) 特殊教育諸学校への調査結果から

- ア 平成8年度の1校当たりの相談受理件数は北海道聴覚障害乳幼児療育事業を実施している聾学校が最も多く平均25件だった。
- イ 知的障害養護学校、肢体不自由養護学校では就学が間近な6歳児の相談が最も多いが、幼稚部の設置されている盲、聾学校では3歳児の相談が最も多かった。
- ウ 相談の主訴として、「就学」「障害、発達の状態」に関するものが多かった。

(3) 早期療育関係者への調査結果から

- ア 早期療育関係者が特殊教育諸学校と連携を図っている例は少ないが、保健婦と聾学校の間にやや連携がみられた。
- イ どの早期療育関係者も児童相談所との連携が図られていた。
- ウ 母子通園センター職員は養護学校よりも特殊学級との連携が多くみられた。
- エ 幼稚園教諭、保育所保育士は特殊教育諸学校よりも特殊学級と連携を図っていた。
- オ 早期療育関係者が特殊教育諸学校の教育相談内容として期待するものは多い順に次のとおりである。

- 早期療育の内容、方法について
- 家庭での養育方法について
- 保護者の心理と理解

以上の調査結果から、巡回教育相談を受けに来た保護者には「わが子の障害や発達はどのような状態なのかについて知りたい。その上で、その障害の状態を少しでも改善、軽減し、発達を促すために親としての家庭でのかわり方を教えてほし

い。また、今後、わが子の障害、発達の状態に合った教育を受けるためにはどのような学校に入学したらよいか」について相談したいというニーズがあることが確認された。しかし、巡回教育相談は年に1回しか実施されないが「身近なところで、継続して相談したい」というニーズも高いことは、別の巡回教育相談に関するアンケートにおいて明らかになっている。一方、早期療育関係者については「子どもの障害、発達の状態に応じて、日々、どのような療育を行っていったらよいか相談したい」というニーズがあることがわかったが、特殊教育諸学校の教育相談には、こうした地域のさまざまなニーズに応えていくことが期待されている。

3. 早期からの教育相談機関として地域のニーズに応えるために

(1) 地域の社会資源としての特殊教育諸学校

本来、学校は公共機関であり、施設設備についても地域住民に十分活用されるよう、さまざまな事業や活動が実施されている。

また、さまざまな情報や技能を蓄積し、人材を揃え、ソフト面における地域の社会資源として活用されなければならない。

(2) 特殊教育の専門機関として

養護学校の義務化によって、どんなに障害が重くても学校教育が受けられるようになってから、20年が経とうとし、特殊教育諸学校にはさまざまな障害のある、発達段階としては0歳から青年期までの多様な子どもたちが学んでいる。中でも、障害が重く、重複している子どもたちが多くなってきている。当初は試行錯誤の手探りの実践を積み重ねるうちに、特殊教育の専門機関としてハード面、ソフト面の内容を充実させてきた。

即ち、子どもの障害や発達の状態をとらえるための検査や評価の仕方、指導計画の立て方、具体的な指導の方法やかかわり方について、将来の成長・発達の見通し、また、関連する医療、福祉、

労働などに関する情報を蓄積してきた。こうした特殊教育の専門機関としての専門性を、社会資源として地域へ提供していくことが、開かれた学校としての責務でもある。

(3) 教育相談のための校内組織・体制の整備

「北海道聴覚障害乳幼児療育事業」が整備されている聾学校では、「乳幼児教育相談室」が校内組織として位置づけられ、相談乳幼児数に応じて相談担当者が配置されているところもある。また、知的障害養護学校である南幌養護学校では、就学前の乳幼児を対象とした継続的な教育相談を独自に行っているが、そのために地域の人の親しみやすい通称「ひよこ学級」を校内に設置して、小学部の低学年児童が下校した月曜日の午後に教育相談の時間を設定している。

このように、特殊教育諸学校で教育相談を行っていくためには、全校職員の共通理解を図りながら、校内の組織体制を整備していかなければならないのは、いうまでもないことである。

(4) 教育相談担当者の専門性の向上

特殊教育諸学校は今日までの教育実践の積み重ねにより、障害のある子どものとらえ方、指導の方法などについてのノウハウを蓄積してきた。

しかし、それだけでは保護者のニーズに応じて適切な教育相談を行うには十分とはいえ、教育相談の技法やケースマネジメントなどに関する研修により、教育相談に関する専門性を高めることが必要である。

本センターでは、平成10年度の研修講座の中に教育相談に関する講義や演習を設定し、これまで以上にその充実を図った。

表 平成10年度教育相談関係研修講座

講座名	形式	テーマ
特殊教育 生徒指導 研修講座	公開講座	カウンセリングの理論 と学校での活用
	講義	カウンセリングの実際
特殊教育 障害幼児 研修講座	講義	特殊教育における保護 者支援
	講義	早期教育相談ネットワ ークについて
心理検査実技 研修講座	演習	各種心理検査
特殊教育指導 技術研修講座	講義	教育相談の技術

(5) 地域の教育相談ネットワーク形成

道の母子通園センターが設置されている67カ所のうち、特殊教育諸学校が設置されているのは20カ所である。知的障害養護学校についてみると、校区内に3～5カ所の母子通園センターが設置されている。保護者のニーズにきめ細かく対応し、コンサルテーションとしての教育相談の充実を図るためにも、地域の保健機関、療育機関などの関係者と機能的な連携が図らねばならない。北海道早期療育システムの中で整備された各地域の早期療育体制に積極的に参画し、各特殊教育諸学校が行う教育相談の特長を啓発し、早期療育体制の中で果たしうる役割を明確にすることが大切になる。実際の連携に際しては、連携の名のもとにケースのたらい回しや、保護者の無用のドクターショッピングを招かないように、コーディネーターとしての役割も十分に果たせなくてはならない。ケースマネジメントに関する連携とともに、関係者が合同で研修会を行うなどの連携も求められる。

次の図に南幌養護学校と南空知地区の早期療育機関とのネットワーク形成の状況について示した。北海道地域療育推進体制では、特殊教育諸学校は第1次療育圏の相談機関として位置づけられているが、実際には第1次圏以上のエリアを校区として設定している。第1次療育圏の障害の発見機関である保健所や、療育機関である栗山町の母

子通園センター、第2次療育圏の中核的施設である太陽の園、さらに第3次療育圏の高度・専門的な相談・診断・療育等の実施機関である札幌肢体不自由児総合療育センターや本センターとも個々の相談事例のニーズに応じて重層的な連携が図られ、地域療育システムの一翼を担っていることがわかる。今後、他の特殊教育諸学校が学校や地域の実状に応じて早期教育相談に関する地域ネットワークを形成していく際の一つのモデルになろう。

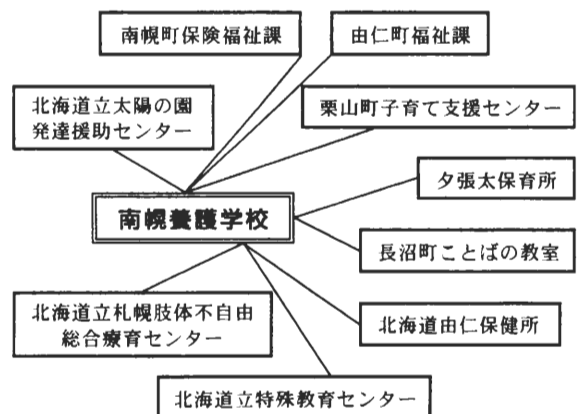


図1 南幌養護学校との連携機関

（『特殊教育ほっかいどう33号』より）

ここで注目したいのは、療育機関が整備されている南空知地区において、南幌養護学校が引き受けた教育相談の中で、継続相談となるのは障害の比較的重い幼児が多いということである。軽度、もしくはグレーゾーンの幼児については、他の機関への療育につながり、地域での役割分担が明確になっているようである。

一方、昭和63年から「北海道聴覚障害乳児療育事業」に取り組んできた旭川聾学校の場合、早期教育相談に来校する乳幼児の居住地は北空知以北の道北から、道東にかけて非常に広範囲となっている。これまでの十年の実績をとおして各地域の保健婦、医師、母子通園センター、保育所、幼稚園などの関係者との連携が図られている。具体的な事例については、保健婦をキーパーソンに医師、保育所の保母と連携し、障害を発見し、医学的診断を経て、保護者の障害受容を促し、早定期

就学相談で大切なことは、単に容物を選択することではなく、子どもの障害や発達の状態に応じて、教育内容や方法を検討し、地域の状況を考慮し教育の場を選択していく一連のプロセスである。就学間際になって1回の相談では、保護者にとっても相談員にとっても十分とはいえ、南幌養護学校の例にもあるように1～2歳の早期から教育相談（発達相談）を継続し、その延長上に就学相談、そして進路相談へとライフステージに応じて継続されることが望ましい。そのため、地域の教育相談機関として特殊教育諸学校が果たしていく役割は大きい。今後は、特殊教育諸学校が行った教育相談で、より高度な専門性が必要とされるケースを巡回教育相談で引き継ぎ、さらに場合によっては来所相談へとコーディネートし、その結果を保護者の同意を得て、特殊教育諸学校へフィードバックするようなネットワーク形成を図っていきたい。

（2）地域ネットワーク形成への支援

平成8～9年度にかけて、本センター巡回教育相談の一部の実施会場で教育相談関係者の研修と情報交換等を行っていた「巡回教育相談関係者セミナー」が発展して、平成10年度からは北海道新長期教育計画に基づく北海道教育委員会の新規事業「北海道早期教育相談協議会」となり、スタートしたところである。全道14支庁を2支庁単位で7ブロックに分け、7会場で実施されたが、保健、福祉、教育関係者の500名を越える参加があった。

本センターとしては資料集の作成や協議会の運営等への支援を行ったが、教育、保健、福祉等の関係者が一堂に会して、「保護者の障害受容」「早期発見から早期療育へのスムーズな移行」「適正就学」などについて協議を行い地域ごとの早期療育や特殊教育の状況についての共通理解を図り、連携の重要性への認識を深めた。今後は、地域に密着したネットワーク形成が課題となるが、特殊教育諸学校は、第1次圏の地域療育推進協議会とも連携を密にし、子どもや保護者のニーズに基づ

いた教育相談の実績を積み上げ、地域の相談機関として位置づいていくことが求められる。

知的障害者の母親からの就学相談をめぐる関係機関との連携について

主 訴

- 通常の学級で学習についていけない次女の、札幌市内への転校先をおしえてほしい (A児)
- あわせて、現在養護学校へ通学している長女の就学先はどこがよいか (B児)

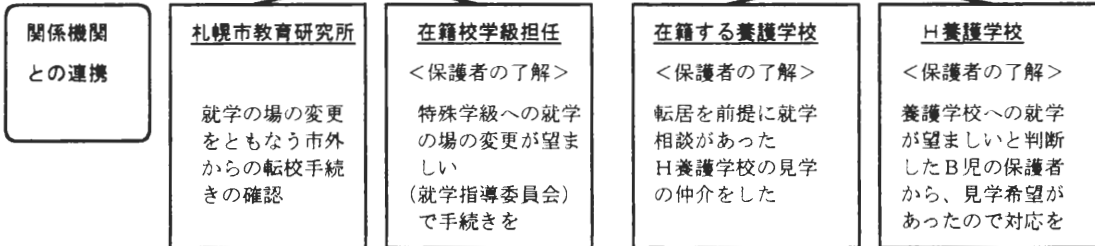
相談回数 1回

来談者 母 長女 次女 長男 祖母 祖父 同居人 (計7人)

家 族 関 係

母(軽度知的障害者・無職) 長女 次女 長男(3歳) 同居人
 * 本年1月離婚。母親の障害者年金や(特別)児童手当等で生計を立てている
 札幌への転居を希望しており、相談日の前日に住宅探しに7人で来札

	A児	B児
対 象 児	平成4年2月11日生まれ 小学校1年 通常の学級在籍(経過観察中)	平成2年12月17日生まれ 知的障害養護学校2年在籍
検 査 結 果	<ul style="list-style-type: none"> ● 鈴木ビネー式知能検査 歴年齢 7歳0月 知能年齢 4歳11月 IQ 70 ● SM社会生活能力検査 身辺自立 5歳0月 移 動 4歳8月 作 業 4歳5月 意思交換 5歳8月 集団参加 5歳5月 自己統制 6歳4月 社会生活年齢 5歳2月 S Q 67 	<ul style="list-style-type: none"> ● 鈴木ビネー式知能検査 歴年齢 8歳2月 知能年齢 3歳2月 IQ 39 ● SM社会生活能力検査 身辺自立 5歳0月 移 動 4歳8月 作 業 4歳5月 意思交換 5歳8月 集団参加 5歳5月 自己統制 6歳4月 社会生活年齢 4歳2月 S Q 50
行 動 観 察	一人で意欲的に遊ぶ 年齢相応の人物画を描く 自分の名前を平かなで書く	人なつこい 物より人と遊びたがる(かかわりを求める) 発音不明瞭(構音の未熟)
相 談 歴	居住地の児童相談所 居住地の特殊教育センター	居住地の児童相談所 在籍校(校長から特学でもよいと言われた)
助 言 内 容	特殊学級への就学の場の変更が望ましいので 帰宅したら手続きをとるように	引き続き知的障害養護学校に就学することが望ましい。 転居予定地はH養護学校の校区



2 2次圏のコーディネーターの 相談業務のあり方

おしま学園
河村 吉造

はじめに

平成元年度より北海道が取り組み出した『障害児早期療育システム』は、障害を持った乳幼児がどのような地域にいても同等な、そして適切な療育支援が受けられるようにと、北海道を1次圏として67カ所（プラスサブ1）・2次圏を8カ所・3次圏を3カ所に、その機能（資料1）として実施され10年を経過しました。その間、国の『障害者プラン』－ノーマライゼーション7カ年戦略－により人口30万人に2カ所、知的障害児・者の地域生活のための相談・支援を行う『心身障害児（者）地域療育等支援事業』が開始され、道の2次指定施設は、同時に国の事業の指定も受けています。そのため、コーディネーターの仕事の量も『障害保健福祉圏域』内の障害種別を越えて対象となり、その専門性及び迅速かつスムーズな取り組みが期待されています。しかし、コーディネーターが受け持つ圏域は、北海道の特性から広範囲になっています。身近な地域で顔を見ながら具体的な援助を行う生活支援と、広域で支援体制を構築し、障害種別を越えて医療・教育・福祉・労働に関することなど仕事量は増大しています。この様な中で、乳幼児に対する支援から学童期・成人期に至る支援までの業務が円滑に行われているのか、各種事業等を通して、2次圏におけるコーディネーターの役割と課題について考察してみたい。

1. 母子通園センター等への支援

当園のエリアの中には、別紙資料1の様に、7カ所に母子通園センターが開設されている。2次が単独で専門スタッフを派遣・技術支援するものと3次と協力して実施する移動療育事業（当園か

らは、心理とコーディネーターが参加）が大きなものになる（年間計画については、資料2）。1次圏の中には、知的障害児及びグレーゾーンの幼児を受け入れている保育園・幼稚園・学校等もあり、そこへの支援と母子通園併用の場合の連携・調整、他機関への依頼等が必要になる（これについては国の事業あり）。

2. 心身障害児短期療育事業

道の2次圏指定施設で実施されている。母子通園センター支援（移動療育事業も含む）や下記4の事業の中から療育機関等への橋渡しが必要なケースもある。その中で、当施設で実施している母子訓練へ繋げることも出てくる。

3. ショートステイ・セミステイ

有期限・有目的に施設を利用する。親や家族の休息や母子訓練などよりは、もう少し長期的に取り組む必要がある場合など、親と相談しながら実施する。

4. 心身障害児（者）地域療育等支援事業

この事業そのものは国の事業である。しかし、上記したように2次の指定を受けている所はこの事業の指定も受けている。道が実施していた事業が名前を変えてあるものと同様の内容にプラスされた事業や新規事業がある。

- 在宅支援訪問療育等指導事業（口頭説明）
- 在宅支援外来療育等指導事業（ 〃 ）
- 施設支援一般指導事業（ 〃 ）
- 地域生活支援事業

在宅の心身障害児（者）の家庭を訪問する等により、在宅療育に関する保護者の相談等に応じながら、各種福祉サービスの提供に関わる調整等を行い、その家庭及び在宅の心身障害児（者）が、地域生活が維持出来るように支援する。

そして、以下のような援助活動を行う。

- (1) 対象者の把握（登録）
- (2) 登録された心身障害児（者）に対する援助業務

- ア 在宅療育等に関する相談
- イ 在宅療育等の援助プログラムの作成
- ウ 施設入所による指導訓練についての相談・助言
- エ 児童相談所、市町村、福祉事務所等との連絡調整

(3) 地域に対する援助業務

- ア ボランティア活動を行う者の育成等
- イ 地域啓発活動

上記した事業を24時間体制でフォローするシステムも用意している（資料3）。

5. コーディネーターの動き

例えば、3歳の自閉症と思われる子どもについて保健婦を通じ、親から相談を受けた場合（慎重に進めることが大切である）。

- 家庭での様子も知りたいので家庭訪問の実施及び保健婦さんからの情報収集
- おしまコロニー地域療育センター受診（Dr、心理、STなど）
- 診断（障害の内容について説明・療育機関や福祉制度などの説明）
- 療育機関へ（母子通園・単独通園・保育所・母子訓練等）
- 療育スタッフとの綿密な連携（例えばティーチプログラムの導入など）
- 定期的な専門スタッフの派遣及び援助プログラムの作成
- 心理的に不安定な状態にある家族、特に母親に対するケア（正しい情報の提供等）
- 地域でかかわっていた保健婦等との情報交換

例として、コーディネーターの関わり方を考えてみたが、これは最低の動きであり、もっと実際は複雑であることが想像される。コーディネーターは迅速且つ冷静に、そして親を不安な気持ちにさせない役割が担われている。それに加え、上記した事業の実施調整もあり、その仕事の内容は膨大である。

6. コーディネーターと親・本人との関係での配慮点

- 常に利用者側に立つ心構えが必要
- 相談に対しては、親に不安を与えるような受け答えではなく、できるだけはっきりと分かりやすく伝えること。
- 相談等は、けっしてやりっ放しにならないように訪問や専門家の派遣など継続的なものとなること。
- 支援にあたっては、事前に各々の関係機関との連携を図り、正しい情報を得ると共に提供すること。
- 親にとって、信頼される存在であること。
- 情報の共有化とプライバシー保護。
- つかず、離れずの距離を保つこと。
- 相談において多いのが生活習慣等身近な部分でのものが多いので、常に現場的な仕事をし、デスクワーク的な動きは避けること。

その他、たくさんあると思うが思うがまま列記してみた。

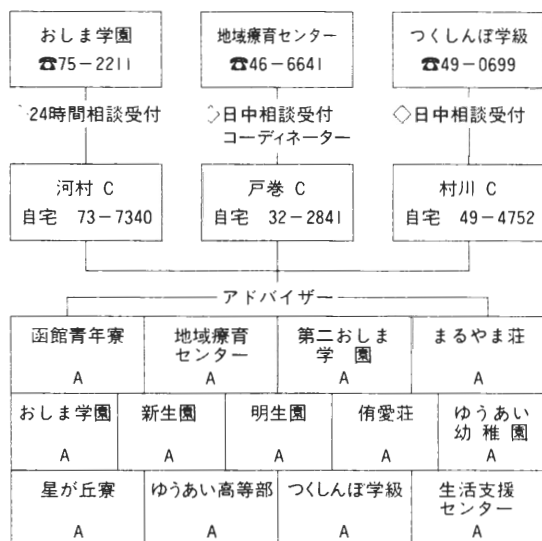
まとめ

上記してきたように、2次のコーディネーターが受け持つ仕事やマネジメントは膨大なものである。すぐそこにある親の悩み事から地域にある療育機関・行政機関・学校等との連携・調整・情報のやり取りなど多岐にわたる。しかし、一人の知的障害のある児童を様々な専門家・専門機関において、同じような考え方に立ち支援が出来るように調整を図らなければならない。なぜなら、一番混乱するのは相談者や本人であるからである。バラバラな事をしては、けっして親からの信頼は得られない。より俊敏なコーディネーターの動きが求められる。

在宅している知的障害児（者）やその家族が地域社会を基盤に様々な支援を受けながら地域の中で日常生活が維持出来るように圏域内で活動することが望まれているのではない。

資料③

『おしま会』24時間サポートシステム



- ◇相談受付
- ◇3名のCの誰かにつなぐ
- ◇夜間の緊急相談はCの自宅へ連絡

- ◇電話相談
- ◇施設での相談
- ◇家庭訪問
- ◇関係機関の紹介
- ◇関係機関との連絡調整
- ◇情報の提供
- ◇相談者とAとの連絡調整
- ◇記録の保管・管理

- ◇電話相談
- ◇施設での相談
- ◇家庭訪問
- ◇関係機関の紹介
- ◇関係機関との連絡調整
- ◇情報の提供

☆本人ファイル（本人票や相談記録も含む）は、おしま学園と地域療育センターの2カ所で保管する。

☆相談終了後、相談要請のあったCに相談内容の報告をする。

☆相談後、相談内容を所定の相談記録用紙に記録し、おしま学園（河村C）に提出する。

☆CやAは、関係機関との連携の際に相談者やその家庭に関する情報提供を必要最小限度にすること。

☆相談者や本人、その家庭に関するプライバシーの保護には十分に配慮すること。

3 児童相談所の相談業務のあり方

北海道帯広児童相談所
内田 雅志

早期の療育・教育の重要性が言われる中で、幼児期の発達や療育に関わる相談の場所が増えて来ていますが、多ければよいというものではありません。様々なところで助言を受ける中で、利用者が混乱したり、適切な支援を得るのに遠回りするという危険性も高くなります。この分科会のテーマは各種の相談機関の特性の違いを明らかにし、今後それぞれが担うべき役割を議論し、利用者にとってもっと利用価値の高いものにしていこうというものだと考え、その観点でお話します。

私は道職員になってからの14年を全てを児童相談所で過ごしています。そのうち、昭和63年に判定員になってからの約12年間で実際の相談の現場でのキャリアとなります。私が判定員になった年は、この乳幼児療育研究会がスタートして間もなくであり、北海道の早期療育システムに関する調査検討報告書が提出された年でした。翌、平成元年から早期療育システム推進事業が始まり、各地に母子通園センターができ、徐々に地域療育の形ができあがっていく。その始まりからの経過を児童相談所職員として見てきました。特に私は平成2年から現在までずっと帯広児童相談所に勤務しており、十勝の地域療育システムのウォッチャーといった自負を持っています。そういった視点から今後、地域の中で児童相談所が果たすべき役割を考えていきたいと思っています。

まず初めに、児童相談所は、もともとどういった特徴・持ち

味を持っているものなのかを整理して考えたいと思います。児童相談所は相談・調査等のケースワーク部門を担当する相談員・児童福祉司、心理判定・心理治療を担当する判定員、保護・行動観察・指導を担当する一時保護所というように職務内容が違う職員がひとつのケースにチームで関わるという機構上の特色を持っています。

児童相談所は18歳未満の児童に関することであれば、どんな内容の相談でも受けることになっていますが、実際にどのような相談を受けているのか、統計上の分類である図1「相談種別受理状況」、表1「相談の種類及び主な内容」を見てください。

最近の統計を見ると障害に関する相談が断然多くなっています。しかし、児童相談所や児童福祉法の成立の過程を考えますと、養護に欠ける児童、つまり、何らかの理由で家庭で暮らすことができない、家庭の機能では児童の健全な育成が十分できない状態にある、そういった児童について、何らかの適切な処遇を行うというのが、児童相談所ならではの業務といえます。この相談種別の中では養護相談と非行に関する相談ということになります。

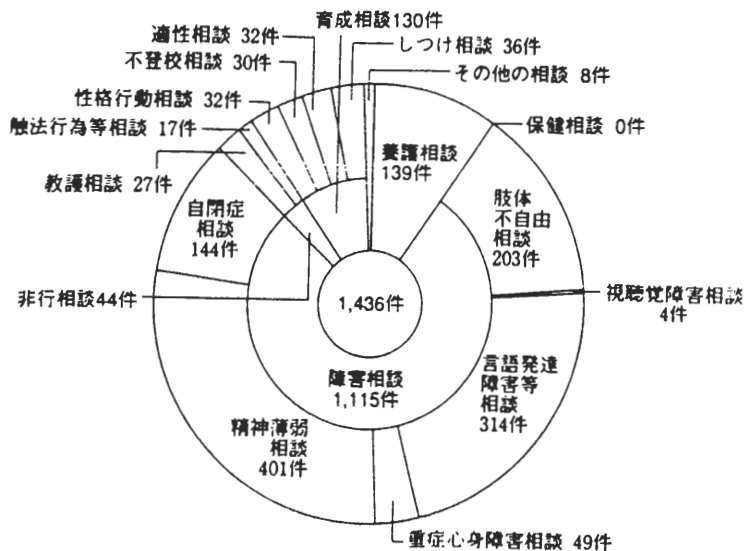


図1 相談種別受理状況

表1 相談の種類及び主な内容

養護相談	1. 養護相談	父又は母等保護者の家出、失踪、死亡、離婚、入院、稼働及び服役等による養育困難児、棄児、迷子、被虐待児、被放任児等に関する相談及び養子縁組に関する相談
保健相談	2. 保健相談	未熟児、虚弱児、内部機能障害、小児喘息その他の疾患（精神疾患を含む）等を有する児童に関する相談
障害相談	3. 肢体不自由相談	肢体不自由児、運動発達の遅れに関する相談
	4. 視聴覚障害相談	盲（弱視を含む）、ろう（難聴を含む）等視聴覚障害児に関する相談
	5. 言語発達障害等相談	構音障害、吃音、失語等音声や言語の機能障害をもつ児童、言語発達遅滞、注意集中障害を有する児童等に関する相談
	6. 重傷心身障害相談	重症心身障害児（者）に関する相談
	7. 精神薄弱相談	精神薄弱児に関する相談
	8. 自閉症相談	自閉症若しくは自閉的傾向のある児童に関する相談
非行相談	9. 教護相談	虚言癖、浪費癖、家出、浮浪、乱暴、性的逸脱等のぐ犯行為、問題行動のある児童、警察署からぐ犯少年として通告のあった児童、又は触法行為があったと史料されても警察署から法第25条による通告のない児童に関する相談
	10. 触法行為等相談	触法行為があったとして警察署から法第25条による通告のあった児童、犯罪少年に関して家庭裁判所から送致のあった児童に関する相談
育成相談	11. 性格行動相談	児童の人格の発達上問題となる反抗、友達と遊べない、落ち着きがない、内気、緘黙、不活発、家庭内暴力等性格行動上の問題を有する児童に関する相談
	12. 不登校相談	いわゆる登校（登園）拒否等学校（幼稚園を含む）及び保育所に在籍中で、登校（園）できない、していない状態にある児童に関する相談
	13. 適正相談	進学適性、職業適性、学業不振等に関する相談
	14. しつけ相談	家庭内における幼児のしつけ、児童の性教育、遊び等に関する相談
その他の相談	15. その他の相談	1～14のいずれにも該当しない相談

今年から児童福祉法が変わり、保育所に関わる部分が大きく変化しましたし、児童福祉施設の名称の変更がありました。数年前に噂されていたような大改訂ではありませんでした。どうも児童相談所に関わるような部分では、これはマイナーチェンジだったようです。かねてから噂になっていますが、障害児の施設利用に関わる措置権が都道府県知事から市町村に移る、つまり児童相談所が直接施設入所の権限を持たなくなるということが現実になるらしいのです。先ほどお話しました事業や福祉制度の業務がありますので、全国的にも統計上の相談の件数はやはり障害に関する相談が多いのですが、今後、児童相談所での業務の比重は虐待に関するものにシフトしていくのかもしれない。

しかし、やはり道内の児童相談所は先ほどの統計にも現われているように、心身障害に関する相談が多いようです。その中で、療育手帳の判定や

ショートステイ事業、母子訓練の申請等、手続き上、必ず児童相談所に関わるものを除くと、きっと幼児期の発達に関わる相談が多いと思います。

児童相談所所在地以外の市町村で公民館や保健センター等の会場をお借りして、地区担当のケースワーカーと判定員が2人一組で相談会を行う巡回相談で相談を受けつけた数が全道平均で相談数の40%になります。このうちのほとんどといってもよい位の数、幼児期の発達相談ですから、全相談数の30%以上、多い児童相談所では半分近く幼児の相談になっていると思います。これに来所相談が加わりますから、実際のところ児童相談所の相談の半分以上は乳幼児の発達や障害に関するものと考えてもいいと思います。

しかし、児童相談所職員は自分で直接療育をするわけでも、障害の問題についてだけのスペシャリストというわけでもありません。研修を受け、経験を重ね、ある程度の力についてはいますが、

療育や特殊教育を専門にしている職種の人に知識・技術で確実に上にいるとは思えませんし、また、変な言い方ですが、そういった人たちが児童相談所なんかを負けてはいけなだろうと思います。

では、児童相談所が療育相談に関わる意味やメリットは何でしょうか。

児童相談所の仕事は何か、一言でというと「ケースワーク」です。先ほど申しましたように、児童相談所でなければできない業務は養護相談・非行相談ですが、決してこういった内容のことは障害の問題とは無縁ではありません。

この言葉は慎重に使わなければいけませんし、あまり強調してはいけませんが、昨日、当研究会の講座「児童虐待と療育」で話されたように、障害のある子、育て方に特別の配慮が必要な子がいるということは、家庭にとってのストレスとなりやすく、「虐待」や「不適切な養育」という問題に関して非常にリスクです。

また、地域や家庭の事情で十分な、最適な療育が利用できない場合、次善の策を講じるとか、他の情報を得るとか、療育側の対応で別の手を考えると、子どもの発達の状況以外の要因に対応する面をどう考えるか、それについては児童相談所が力を発揮しなければいけない分野だろうと思います。

非行に関わる相談でも、私たちが直接子どもさんに会ってみると、知的障害があったり、最近、マスコミで不用意に取り沙汰されていますが、学習障害や注意欠陥性多動障害ではないかという状態があったり、問題行動の大きな要素として発達上の問題があるという場合もあります。障害のある子は非行を起こす可能性が高いという安易な話をするつもりは毛頭ありません。障害があるから非行児になるのではなく、本児の発達の上での弱さに周囲が着目したり、ケアすることがなかったために、二次的な複雑な問題が発生しやすいと言いたいのです。

中学校になってからテレフォンクラブに頻繁に電話をして、遊び相手を求める子の中に、普通学級でずっとお客さんでいた知的障害の子がいた

り、暴力事件を起こした子が小さな頃から落ち着きがなく、対人関係がうまく持てていなかったりということは私たちの仕事の中では決して珍しいことではないのです。もし、彼らが幼児期、学童期から発達の弱さに目を向けられ、何らかの配慮をされていたり、周囲の目が違っていたら、こういったことにはなっていないかと思うことはよくあります。本当はいい子だから、勉強はできないけど他の子には迷惑をかけないからということで、様子を見ようという態度が、結局何もせずに放置するのと同じということになっていることは多いように思います。

身体や知能の発達だけでなく、全体の発達を見ること。人格の発達や社会に生きる人としての成長のことを考えるスタンスを持つという意味でも様々な相談を受ける児童相談所の役割はあると思います。そういった意味では各地の児童相談所で係を細分化し、障害に関する相談とその他の相談を分けていくという方向は持ち味を殺してしまう可能性はあるかもしれません。

また、地域の機関とのよい関係を保ち、地域のコーディネイトをするのも大きな仕事のひとつです。今、道立児童相談所には広報や事業の企画調整のための地域活動福祉司というポストがあって、具体的には児童相談所主催の研修会や講演会の企画、巡回相談等の計画や調整、広報紙の発行といった仕事をしています。十勝管内はお陰様で研修会への参加が多く、テーマが療育でも虐待でも常時、150から200位の参加者が来ていただいています。

こういった相談業務以外の活動も重要なのですが、やはり相談所としては相談ケースに基づいた地域の連携を図らなければなりません。私が帯広児童相談所に着任した時には、幼児の相談の時には保健婦さんや保母さんが面接の場面に同席するのが、かなり多いというか、当たり前になっていました。こうすると関係者に一度に共通に情報が周り、次の動きも早まります。

巡回相談の時にはケースカンファレンスをかなり大きな規模ですることもあります。最大では、

保健婦、母子通園センターの先生、保母、役場の児童福祉主管係、教育委員会学校教育係、教員等、十数から20人位の規模で開かれます。保護者へのアドバイスは面接の場面だけではなく、このカンファレンスの後、先生や保健婦さんたちから伝えられる部分もあり、いろいろな人がばらばらに接触を持つということ避ける意味合いもあります。

これは最も本人の近い所、住んでいる地域で、関係者の連携をとる方法であり、療育システムの基盤をなすものではないかと思っています。この集まりは「地域診断会議」という名称で行っており、療育推進協議会の市町村単位のバージョンと考えていただいてもよいと思います。この会議の設立の経過は、乳幼児療育研究会の編集で出版された「北海道の早期療育」に書きましたが、簡単に主旨を申しますと、地域、特に都市部ではない所には単独で専門的な療育技術を持った機関はほとんどないので、地域にあるものを最大限活用しなければなりません。そのために関係者の知恵をフル稼働し、整理された情報を子どもと家族に提供することが必要です。

また、地域で関わる療育者や保育者が問題を抱え込んでしまうという危険を回避していくのにはよい方法と思っています。それぞれは単体では力は弱いのですが、結集することでもう少しよい仕事ができるのではないかと思います。先ほど、地域のコーディネイトの重要性をお話ししましたが、このネットワークを作ることには力を注がなければいけないと思います。

児童相談所等での相談に対して、よく聞かれる批判は「経過を見ましょう」ばかりで、はっきりしたことを言わないといったことですが、この方法では、その面接場面では無理に助言しなくても、情報収集に努めて、処遇検討は地域のネットワークの中で考えるといったこともできます。私はその方がよいと思っています。単独行動は職場の中でも危険ですし、地域の中でも危険です。

こう考えた場合、児童相談所がこれから果さなければならぬ役割も見えてきます。児童問題に

関わる情報センターにならなければならないだろうと思います。福祉に限らず、医療・教育・子育て支援等様々な分野の情報を持ち、相談の内容に応じてどれを、またどういった組合せで提供するのかをきちんと考えられる。そういったものにならなければなりません。そのためには子どもの発達・家族関係・地域の体制といった各層での見立てと判断の力をつけていくことが要求されてくると思います。

また、こういった頭脳の部分と同時に、情報を集め、家族と地域に情報を届けるフットワークも充実していくことが大事でしょう。その地域にとって必要な生の情報を、家族と実際におつき合いしていく中で、その人たちに必要なものを感じ取るといった姿勢も必要と思います。

こういった動きをしていくなら、各地の児童相談所は決まったサービスを用意しておくのではなく、その地域地域によって意味合いが違うものであってよいのではないかと思います。役に立つという意味で平等であれば、ある地域では前面に出て活動し、ある地域では後方支援する。地域が児童相談所を育て、地域にとっての姿を柔軟に変えていくものであればと思います。

この研究会等でのつながりも情報として大事ですが、今、児童相談所の職員として定着する人が少なくなってきており、この辺りまでもが自分の仕事の範囲と感ずるまでに在職しないことが多いのですが、これも課題のひとつでしょうか。

長々とお話しましたが、ここまで、原稿を書いたところで、でも、これはやはり児童相談所の側から見たものの見方だなということに気づきました。利用者や関係者の方から見るとまだまだ「何をしてくれるのか」よくわからないところだろうと思います。やはり、これからは子どもに関する地域の情報センターとして、とりあえず、何かあったら一応児童相談所に問い合わせしてみよう。直接児童相談所で何かできなくても、きっと何とかしてくれるところへは責任を持ってつないでくれる。いったんは受け止めてくれるという場所になりたいと思います。

座長のまとめ

足寄町あゆみ園
佐々木 浩 治
旭川養護学校
百井 悦 子

はじめに

発達に支援を必要としている子どもを抱える保護者にとって、様々な相談窓口が整備されてきた。北海道早期療育システム推進事業による母子通園センターの整備、2次圏の地域療育センターへのコーディネーターの配置、児童相談所の相談業務、特殊教育諸学校における乳幼児の相談事業の開始などが、相談窓口の整備の現れと考えられる。しかし、相談機関が整備されたとしても、各相談機関が他機関との連携なしに保護者に対応すると、相談業務によって保護者に混乱を与えてしまうことも予想される。

本分科会では、各相談機関の相談業務の内容を互いに理解し、保護者にとって必要な連携とは何かを検討することを目的に話し合いをすすめてきた。

以下、質疑応答によって明らかになった内容等を中心に記述しながら、座長のまとめとする。

1. 質疑応答の中から

(1) 特殊教育諸学校の乳幼児教育相談で理解されていない部分

ア 特殊教育諸学校の乳幼児教育相談に高等養護学校も指定を受けている。

イ 対象年齢は、0歳児からで、障害状況における限定は設けていない。

ウ 特殊教育諸学校の乳幼児教育相談の制度的な整備の時期については明記されておらず、財政的な問題もあり、できるところから始めることになっている。

エ 巡回教育相談の回数が減少することから、養

護学校が巡回相談を実施できるのか、という質問があった。文部省には出前相談という考えもあるようだが、財政的に実施できるかどうか疑問との答えであった。

オ 養護学校が相談を受けるというのは関係者は理解できるが、保護者にはなかなか理解してもらえないという現実がある。「～センター」のような2枚看板を出すことで、保護者が相談しやすくなるのでは、という質問があった。この点に関しては、運用面の問題であり、実際に2枚看板にしている学校もあるとの答えであった。

(2) 二次圏の地域療育センターの機能で理解されていない部分

二次圏のコーディネーターは、母子通園センターへの支援ばかりではなく、保育所・幼稚園等への支援も含まれている。利用に関しては、支援が必要という要請をすることで、コーディネーターが派遣されると思う。

2. 質疑のまとめ

各機関の担当者が、制度における中身を十分に理解していない状況がある。特殊教育諸学校の乳幼児教育相談とは、地域療育センターのコーディネーターの活用の仕方とはなど、その制度的な中身を知らなければ、相談を必要としている人達に適切な支援ができないと考えられる。制度的な中身を、関係者が再度学習し、熟知することが必要と思われる。

(1) 意見交換の中から（代表的な意見）

ア 一貫性をもった処遇をするということはとても大切なことである。多くの機関がかかわると処遇がバラバラになってしまう危険性もあるが、反面、互いの不足している部分を補いあえるという良い面もある。機関が連携し合うバランスが大切だと思う。また、多くの機関がかかわることで、相談者のプライバシー

の問題もある。相談者のプライバシーに配慮した支援のあり方を考える必要があると思う。

イ 6歳から学校で、それ以前を福祉・保健が担当するという時代ではなく、その子どもにとって何が必要なかを考える時代だと思う。学校も、そのお子さんのニーズに合わせ、様々な機関や情報を生かしながら、教育をすすめていきたいと考えている。

学校と連携がとれないという部分に関しては、学校の先生方が療育や福祉、保健の仕事のあり方を理解していないためにそのような状況が生まれていると思われる。先生方に各機関の役割等を理解してもらうような働きかけが必要と考えている。

年齢で区切らず、ニーズに合わせた視点で支援をすすめていくことが大切である。

ウ 連携ができているところに、学校教育の相談システムが入ってくるというのは、現場が混乱するのではないかという指摘があったが、教育・福祉関係者が同じテーブルで話し合い、療育システムを再編するという考え方にたって欲しい。

エ 今回、文部省が特殊教育諸学校での教育相談を打ち出してき背景には、北海道とは違い、早期療育の場がほとんどない都府県において、教育相談のノウハウのある学校が早期に対応しなければならないという事情があると考えられる。

上質なサービスを提供するためには、様々な資源があることは良いことであるが、たくさんあることが恵まれているのではない。地域のなかでの連携が必要である。二次圏の中で連携も最近の動きであることを考えると、互いに話し合い、互いに何をやっているのか見えるようになることが、サービスの向上につながると考えている。

オ 親御さんがキーパーソンになる可能性がある。

親御さんが、これらのシステムを使用できる立場にあることを知らせ、使用できる力を育てていくことが、困った時に親御さん自身

が選択し、相談機関を活用することにつながると考えられる。利用する人がその制度を知っている、ということが重要である。

また、親御さんが、お子さんの状況を知っておくことが重要と考えている。様々な葛藤期があると思うが、お子さんの状況を適切に理解してもらうことが、サービスの活用につながると考えている。

カ 乳幼児の教育相談を実施する時には、教員配置など制度的な位置づけをしっかりとしてほしい。そして、移動によって教員が変わっても、変わらない体制にしてほしい。

北海道のシステムが、教育と連携することでより良いものとなるように、教育・福祉保健の各機関が互いに努力するという姿勢が必要と考えている。

まとめ

新たな制度が動き出す時には、様々な混乱がある。乳幼児の療育・教育相談を取り巻く環境は、正にその状況である。しかし、いくら現場が混乱していても、その混乱の中に利用する人達を巻き込むことはできない。様々な制度が、利用する人達のために動き出していることを考えると、現場ではどのような混乱があったとしても、今まで通りのサービスを提供していくことが重要である。

本分科会の話し合いの中身を総合すると、互いに共に歩んでいきたいという願いがあると思う。しかし、今までは、同じ土俵になかなか上がれず、話し合う機会も少なかったことから、行き違いや不信が合ったのではないか。療育も、教育も、保健も、支援を必要としている人達に寄り添い、適切にかかわりたいという願いは同じである。今、教育が乳幼児という同じ土俵の上にあがってきた。この時を逃さず、互いにどのような役割分担をすべきなのかをじっくりと話し合う時期なのではないだろうか。

北海道のシステムが利用者本位の、より良いシステムとなるための努力が、全ての機関に望まれていると思われる。

— 第3分科会（保育）

<ミニシンポジウム>

人として子どもとして

- <シンポジスト>
1. 村 上 勝 彦（帯広けいせい苑）
 2. 木 村 仁（札幌トモエ幼稚園）

<ま と め> 座長：浜 栄子（札幌大谷短期大学）
伊藤貴美子（八軒太陽の子保育園）

このシンポジウムの一つのねらいは、シンポジストに問題提起をしていただいて、実践している我々が日頃考えている立場から、このシンポジストの話と接点を持ちながら我々の問題意識を深めて、明日の実践につなげていけるような会にしたいということと、子どもの見方、親の見方、我々自身を含め人間の見方を深めていけるという会にしたいというねらいがあります。

前段はシンポジストの方々のお話を、後段はフリートーキングで活発な討論をお願いしたいと思います。

シンポジスト 村 上 勝 彦

1. 人間の理解と発達

たぶん実績を持っている方々と思っていますので、私はこれから勝手なことをお話しますので、あとでご批判をいただければと思っています。

ご紹介いただいたように老人ホームに行ってもう6年になります。その間、海の中の塩漬けのようなもので錆きっているかなと思います。老人ホームに行き行って思ったのは、人間というのは子どももお年よりも、そして障害をもっている人たちもみんな基本的には変わらないんだということ

を教えてくれていると思います。そんなことを含めて話をさせていただければと思います。

まず最初に「人として子どもとして」という根源的なテーマの中で今日のシンポジウムが行われるわけですが、「人ってなんだろう」「子どもってなんだろう」というときに、えてしてある種、専門的な事をやっているがために人間というものを誤って理解していく可能性はないのかなと思います。

保育や療育の中でも発達ということ勝手に解釈している部分がないかということ、私自身は保育にいるときから感じたことがあります。

例えば当時4歳児の子どもたちです。生まれてから発達の仕方があるのですが、3歳くらいまではどちらかといえば、1歳だとか2歳半くらいまでは、あまりそうでないかもしれませんが、3歳くらいまでは目についたもの、あるいは感じた雰囲気や動いてしまうということがあると思うのですが、4歳半を過ぎてから、どうもそれまで非常に活発だった子が動けなくなる。それまですごく明るかった子がメソメソする。あるいはひとりで、もくもくと遊んでいた子が、集団生活の中で「なんでなんだろう」というような現象、場面に出会った人がいっぱいいるだろうと思います。そういうときに例えば3歳のときにすごい活発だった、お友達もいっぱいいた、やりたいことたくさん

んあった、なのに4歳を越えて4歳半くらいになったときに、どうも元気がなくなった。そうすると、原因はいろいろあるでしょうけれど、例えば家で怒られるとか友達同士で入れてもらえなくなったという原因があったとしても、元気があったのだから遊びなさい。元気だったのだからもっともつと前のように元気にしなさいと、ついつい言ってしまうことがある。これは発達連続性の中でそういうように言うのでしょうか、実は発達というのは繰り返し繰り返し一回下がっては昇り、一回下がっては昇ると言われているわけです。学問的にそういうふうに使われているわけですが、私は現実の子どもを見たとき、発達は確かにそうだけれども、発達をもっと子どもの中に見ていったときに、そういう解釈だけでは、すまないのだと思ったことがありました。

何かというと、例えば3歳児はうんと遊んでいたけれど、それが4歳から5歳に向かっていくときの遊び方を見ていると、5歳は頭をつかって遊んで、思考して遊ぶ。だから友達関係も複雑になってくる。ルールもすごく多くなってくる。ルールが無いと面白くないんですね。そうすると、この間の4歳というのは頭の中で考えて遊ぶというよりも、目の前の楽しいことに飛びつきながら、だんだん考えて遊ぶということに向かって行くことになってくる、その切り替えの部分なのです。

切り替えの部分だとすると、今までだったらすぐに行きたがったのに、行こうとすると、あそこにAちゃんという友達がいる、あの子強い子だよ、あるいは後から入って行って入れてもらえるかしら、そういうようなことを頭の中で次々と考えてしまう。今までだったら関係なく入っていったことが入れなくなる、という思考が働き始めるのが4歳半くらいなのかなと、私は子ども全体を見ていて科学的でないにしてもそう思ったのです。

4歳半のあたりがそうだとすると、むりやりに前元気だったのだから、こうしなさいああなさい、メソメソしてはダメよ、というのが果たしてそ

ういう子どもたちにその時の対応としていいことなのか。私はそうではないだろうと思ったのです。例えば、その5歳前の子どもたちの年齢発達だけを考えてみても、子どもの姿からそう教えられることを考えると我々は発達ということを前面に出してしまい、どうしても上に上にと保育をすすめたとすると、4歳児の子どもたちに対して無理をさせていることはないのか、今しなければならぬことを急がせているのではないのかと感ずることがあったわけです。そう考えますと人間の理解というときに、我々は何を根拠に人間を理解しているか、我々は少なくとも目の前に子どもがいたり、いま私であれば目の前にお年寄りがいたり、そういう現実の人の姿があるわけです。人の姿あるいは人の本質を見ながら、その人の理解をしているかどうかということになると、意外と頭の中でこうだと思ったことに向かって、人を勝手に理解している部分があるのではないかなと思ったりします。

2. 子どもからの脱皮と自我の発現

12歳くらいの子どもたちは子どもから脱皮して、そこには自我がどんどん出てきます。1歳半の壁とよく言われますけれども、そのあと4歳があり、その後小学校に行くわけです。小学校3年生になると算数がガラッとかわるといわれます。3歳は行動的な動きをします。4歳を通して年長になってくると思考的な動きをします。それを続けながら、3年生から4年生にかけて抽象的な思考が芽生えてきて、抽象的な思考ができるから、算数が難しくなっても頭の中で考えて組み立てができるという意味で、算数がむずかしくなるそうです。子どもの発達で抽象的な思考ができるようになると、勉強の部分でも勿論人格的には自我が一方で育ってくるわけですから、自分と他人、あるいは自分と自分の周りの環境、あるいは環境から入ってくる自分に対する刺激をどう自分の中に取り入れていくかという非常に葛藤の激しい時期と考えてもいいのではと思います。

このときに大人が一方的に今あるべき姿としての価値観を押し付けてしまう場合があります。小学校4年生くらいですと親に対して思いっきり反抗したり、反発したりしたとしても、まだ力からいっても大人は負けません。だから何とか対応できるとしても、こういうものがどんどん入っていったときに結果的にいろんな問題が後で起こってきます。私ごとですが、私は自分の子が3人います。下の子二人が男の子です。中学校に入って年子ですけど、それぞれ中学校に入ってある時期から親に対してものすごく反抗的で、こちらが言ったことを「そうだね」ではなくて「そうじゃないじゃないか」と言い出したことがありました。これが高じて親子喧嘩、場合によっては取っ組み合いまでしました。これを通じて思ったことは、子どもが小さいうちは親は単なる保護者だと思いました。子どもが本当に自分という存在を親に対し表現するようになって初めて親なんだと実感させられ、そうか、これから親にならなければならないんだ、親をつきつけられているぞ、と私は思いました。ですから、親は子どもに成長させられるといいます。子どもによって親にさせられるといいます。

私は自分の子どもを通じてそれを実感しました。子どもは自分の思いの中でいろんなことをやるわけですから、親からみたらおかしいことをたくさんします。この関係の中でもものすごい対立関係がおきています。あるときに私はこれ以上対立していてもしょうがないと思いました。この子は今、そういう気持ちでいるんだけれどこっちが言えば言うほど対立が深まり、関係が希薄化することに気がつきました。だったら社会に対し犯罪的なこと、人に対し悪いことをしない限りはやるだけやったらいいじゃないかと開き直ったのです。そしたら子どもはカラッと落ちて着いてしまったのです。ここを最後の最後まで自分が親で相手は子どもなんだから、子どもはこうならなければならないと、やり通したとしたら、おそらく我が親子はいま分裂しているだろうと思います。そういう意味で親になることは簡単ではないというこ

とを自分の子どもから学ばされました。そういう意味で、12歳前後の抽象的思考というものが頭の中に芽生えてくる時期が大人の社会に仲間入りする一番最初の転換期なのだと思います。

3. 障害と正常

障害と健常の部分の理解の間違いもすごく大きいと思います。発達ということを標準に考えますと、障害をもっている子どもたちというのは、年齢相応に表現されていない場合が多いですね。障害をもっている子の発達というのは、ある部分は1歳の発達かもしれないけれど、でも別の部分は0歳に近いかもしれないし、あるいは6カ月かもしれないし、場合によっては3カ月かもしれない、ものすごいバラツキがあります。この発達を指標にしながら子どもを理解し、それを手がかりに一番おちているところを支援しながら、その子自身が発達していく、それが保育とか療育の役割だろうと思います。けれども、それを発達という枠の中で、あの子は何歳の発達しかしてない、と解釈してしまいがちです。そうするとこっちは楽なのです。そう見たときに保育や療育で子どもにどう対応するかというと、たとえば4歳で排泄が自立していないとか、あるいはご飯を食べるときに手を洗わないとか、箸をもてないとかという現象がみえると、それを身につかせましようということをするわけです。生活習慣を身につかせせることを重点にし、躰という形でやるのが結構多いだろうと思うのです。けれども、普通、子どもが生まれ、親のもとでスクスク育っていて、どの段階で排泄訓練を一般的にやるでしょう。例えば2歳だったら2歳くらいで少しずつおしっこやうんちを自分でできるようにしていくというときに、親は発達上こうなっているからそろそろ排泄訓練をさせようかと考えているのではなく、子どもの全体像の中で、たとえば話をしたときに、聞いているぞとか、ダメだよと言った時にまずい顔をするとか、子どもの方からいろんな事を見て親に伝えてくれるとか、そういうような総合的なこ

とが見えたときに、そろそろオムツをはずしたらこの子は楽になるだろうなと思って排泄訓練をしているはずです。そうすると発達というよりは全体像の中で、そろそろこんなことができるよと、親は子どものしよとすることを躰という意味で、訓練するのではなく、子ども自身もっと自分の自由度を高めるための支援が躰であり、総合的な子どもの成長の中で親は屈屈にそれを行っている行為ということが出来ます。

保育園で例えば4歳で入ってきて、排泄できない、何もできない、だからまずはできることから教えましょうという方針の下で保育を進めたとしたら、この子の全体的な発達をキチッと見ながら、だから必要だということになっているかどうか。できないからやらせる、できたほうがいいだろうという、こちらの思いで子どもに無理強いをさせていたかもしれない。例えば障害を持っている子の発達はガタガタしていますから、その子の発達の水準が6カ月とか8カ月だったとしたら6カ月くらいの子に普通の親は躰をしますか？排泄訓練なんかしませんでしょう。そういうことをどう考えながら療育だとか保育をやっているかという問題、ここが我々のプロとしての役割なのだろうと思うのですけれども。

実は、障害児保育をすると我々のところでもありますけれど、発達を一方でいいながら、現実にいる子どもについては、それよりは現象でこうあるべきだということをやっている。ということを考えますと、人間のことを理解するということが非常に難しい。誰もが陥りがちなことですが、気がついたときからどうするかということが非常に大事だと思います。

4. おりこうさん子ども

昭和50年つばさ保育所を開設し、障害児保育も初めから取り組みました。そして2年目からは、3、4、5歳の混合保育と障害保育を一緒にしてどのクラスにも障害児がいる保育形態で現在に至っています。その中で、子どもを見ていて何かお

かしいと思ったことがありました。障害をもって
いる子が何かできないということ、これは変でない。でも元気な子どもの中に変だなと思う子がいっぱいいた。それは後から気がついたことですが、人に甘えるのが下手なこと、自分の気持ち、特に嫌だという気持ちを人に言えない子ども、そういう子どもの中に変だなということを感じたんです。これはずっと見てみると、いわゆるおりこうさん子どもなんですね。おりこうさん子どもというのは、集団保育の中では大変やりやすいんです。別に障害を持っている子どもでもありませんし、非常に集団生活の中では適応してくれますからすごくいいんです。ところが、自由時間に行ってみると、つたつたまんま動けないとか、喧嘩できないとか、人に対して自分がこうしたいとか言えない。その逆に人から言われたことは何でもできてしまう、人の顔色を見なが自分を評価してもらおうためにいろんな事をする。そういう子どもがけっこういたわけです。そういう子ども達を見たときに、これは子どもとしては最も子どもらしくないなと思いました。人に対して甘えることが下手で、自分の否定的な感情を人に対して言えない子どもをおりこうさんと定義しましたが、そのまま年を重ねて人間関係が将来的に複雑になった時、そこで対応できない人間になっていく可能性を秘めているのではないかと思うのです。我々は一人一人の子どもをみ、実際に子どもと触れ合いながら、子ども自身が変わろうという援助者なのです。その基本をしっかりとしないと本当の人間の理解はできないと思うし、子どもを知るといって一番根本的なところを担っているものとしては改めてこれから考えていかなければいけないと思います。これは保育だけでなく療育も同じです。今、子どものことだけしか言っていませんが、社会構造、社会環境等の変化や問題も加味して子どもを見ることも必要です。子ども側から上に見ていくだけではなくて、思春期、青年、高齢者から子どもの在り方を考えることも忘れてはいけないと思うのです。私のいる帯広けいせい苑に現在103歳の男性がいます。そこで103歳から0歳

を見ていく。そうすると人間というのは単に下から積み上げてこうあるべきだと考えるばかりではいけない。80数歳になって何かおかしいと気づき、ずっと遡ってみていったら0歳付近にその原因があった。そのために80数歳で様子が不自然と思われる方がいるんです。0歳のところからやり直しました。そうしたらガラッと変わりました。人間というのはずっと続いているのですね。我々がやるのは、上に向かって伸びていくことに力を注ぎがちです。この人が80数歳でつまづいているのは、こうあるべきだと0歳からやられたからそうなっているのかもしれない。

こういう間違いだって我々の世界にはあるんだということを、いま老人ホームの中でお年寄りが、また教えてくれていると私は思っています。

5. 保育の専門性とは

私はしつけという言葉を使ったことがありません。良く保育の中で使われている生活習慣という言葉も。18年間いて使ったことがないような気がします。子どもはそれなりになったときにやることはやるようになるんだと思っていますし、そのために我々が存在していると思っています。だからしつけとか生活習慣とか、あえて言うことないだろうと。それよりはいま子どもが次ぎに向かって何かやりたい、あるいはこうなって欲しいというときに我々はどう役割を果たすのかという意味での専門性が我々が存在している理由なのだと思います。そういう考えたときに子どもの発達、子どもの理解はとても大事な視点だと思います。お年寄りのわがままで、問題老人だ、と言われることが多々あります。しかし、我々のところはお年寄りがしたいと思うことはできるだけすぐにやりたいと思っています。ついこの間も網走監獄に行きたいというお年寄りがいたものだから担当者で行ってきました。

お年寄りがしたいと言ったら「ちょっと待ってね」ではなくできるだけ早くやる、そういうことを我々のところでは心がけています。子どもの

場合、何かしたいと言っても「ちょっと待って我慢して」が多いですね。なぜ子どもがそうしたいのか、どうしてそういう行動をとるのかを把握しないで子どもは我慢することも子どもの力の一つだと考えながら、それだけさせたりすると大変危険です。子どもの側からもう一回見ていく必要があると思います。

また、ケンカをいかに上手にできるかは子どものうちはすごい大事なことです。だからケンカしたらすぐに仲裁に入ってどっちがいい、悪いと白黒つけるということをすぐやるべきではない。ただし、中身による。私が経験した中では大喧嘩をしていたのですが、廊下でケンカをしていたので危ないから遊戯室でやるようにと言ったら、手をつないで遊戯室に行って、またけんかを始めました。子どものけんかなんてこんなものですよ。そこで白黒つけなければならないのか。そんなところでこちらの価値観を押しつけて善悪を教えることは大切なことなのか。食事の好き嫌いについては自分でも好き嫌いがたくさんあるのに何を言っているのかと思うことたくさんあります。好き嫌いがあっても別のものを食べていけば大きくなります。どうして子どもだからそんなに嫌いな物を食べさせなければならないか。これが結果的に食べない子をいつまでも置いておいて口から出したものを口に突っ込むということをやってしまうことになるのですね。ある意味で一生懸命さだと思うのです。けれども一生懸命さの裏側は怖いんだということも考えなければいけないと思います。私は担任だとかクラスだとかを否定するものではありませんが、私が担任だとかクラスだとかをみんな取っ払ってしまった方がいいと思ったのは今から15年ほど前に、ドイツやイギリスに行ったときに日本の保育は、やり過ぎだと思ったからです。何でクラスだとかカリキュラムだとかガリガリやられなければならないのか、向こうに行った時は日本の保育って素晴らしいと思って帰って来ました。が、ある時にいやそうじゃない、日本の保育ってやり過ぎなんだ、もっと子どもは自由でいい、自由にやっている子ども達の群れの一人

一人をどう理解できるか、あるいは発達を考えながら子どもを見れるか、そのうえで必要に応じて瞬時に関わるというのが保育者の役割、これが専門性だろう。一番保育者の専門性が問われるのはそういう時じゃないか。クラスがあって、カリキュラムがあって、それを教えるんだったら何も保育者でなくてももっと上手な人はたくさんいます。ですから、子どもの理解、子どもの必要としていることを分かって、それを支援する。その入り口として発達というものがある。これを当たり前に使える、それが我々の専門性なんだろうと私自身はずっと思っています。

シンポジスト 木村 仁

はじめに

『人として、子どもとして』というテーマが与えられましたが、これは私にとってはとても嬉しいテーマです。というのも、それは私がこれまで探求し、そしてこれからも探求し続けなければならないと思っている「人間とは何か」というテーマと重なるからです。ここでは、自分が人間についての探求をどのようにしてきたかを、これまで勉強してきたことや実践してきたことを含めて述べます。

私は10年間、牧師をしていましたが「人間が作り出す信仰」のおろかさを知って、あえて牧師を辞めました。ひとつの宗教に拘束されずに人間を探求していきたいと思ったからです。私は死ぬまで「人間とは何か」ということを探求するだろうと思います。それはつまり、「自分とは何か」ということの探求です。現在60歳になりましたが、60歳の人間が何を考えるかは60歳になってみないとわからないことです。70歳になって初めて70歳の気持ちがわかるということです。「自分とは何か」の探求は、私にとっては一生の課題なのです。

1. 人間（子ども）という存在

時々、結婚式の司式を引き受けます。その時、牧師のメッセージということで5分間程の時間で「結婚とは何か」「あなたの命とは何か」ということを話しています。「結婚相手を選ぶのに、同じような性格や顔の人が世の中にはたくさんいるのに、どうしてその人でなくてはならないのでしょうか？」というような意味のことを話します。

結婚前、どれだけ相手のことを知っているのでしょうか。知っているというよりも、ずっとその人といたいと思ったり、また、お互いに相手に夢や期待をもつとか信頼するといったことで結婚するのだと思います。信頼とは一言で言えば愛情です。相手のことを知っているとは決して言えない二人を結びつけたものがその愛で、それはとても不思議で神秘的だと思うのです。

そして司式の最後には二人にこういうことを言います。「あなたの愛した人は、そのお父さんやお母さんがあなた方と同じように相手を信じ、そして夢を掛けて愛情を持ったから生まれたはずだ」と。人間はその両親の愛によって命が与えられますが、その当たり前のことが実は不思議で神秘的なことであることを結婚の最初に、まず確認して歩んでほしいのです。そうした相手と、いま自分は愛を育てているということを意識してほしいのです。自分と相手のルーツ、そこにある不思議さや神秘を知ることは、愛の大きさ、偉大さを知ることです。そうした愛に育まれて子どもは誕生し、大きくなっていくのです。

2. 脅かされる子どもという存在

しかし、そうではない子どももたくさんいます。母親から捨てられてつらい思いをした子どもは、大人になっても傷を癒すのに苦労する場合があります。あの法政大学の田嶋洋子さんが、NHKテレビの『課外授業』という番組で自分の子ども時代について語っていました。感動的でした。彼女は他の番組で北野たけしとケンカするよう

な、大胆な面を持っているようですが、反面すごく繊細です。彼女の母親は20代でカリエスになり寝たきりです。彼女は学校から帰って来たものさしで叩かれながら勉強させられていたそうです。彼女は勉強もよくできたそうですが、13歳の時、信頼している中学の先生に「今おまえは勉強がトップでも女性のモノが来たら男に負けるんだよ」と言われてものすごく傷を負ったと、涙ぐんで言っていました。そして、現在まで自分で自分を変えるために一生懸命努力してきたそうです。しかし、もしこのままで結婚して子どもを産んでいたなら、「第2の私をつくっていただろう」と言っていました。それぐらい子どもの時に受けた傷はその人の心に大きく影を落とし、一生涯引きずることにもなります。

また、これもNHKの番組でしたが、「代理によるミュンヒハウゼン症候群」について放送していました。母親が医者とのコミュニケーションを求め、また受け入れてもらうために、そして社会から大変なことを背負っている親と思われることで自分の存在感を得たいと、わが子に毒物を飲ませたりハンマーで足を叩いたりして病院に行く理由をつくり、自分の納得する診断と自分を良き母親と認めてくれる医者に出会うまで、次から次へと病院を変えていく、そうしなければ生きていけないという母親がいるというのです。大変な病気です。日本でもあるのでしょうか。

今、日本では学級崩壊が問題になっています。やっと文部省が本腰を入れ始めました。学級崩壊の一番大きな原因は、一言で言えば愛情不足にあると思います。NHKが数カ月かけて学級崩壊が起きている学校に入って取材していました。そこには、愛情の不足分を担任に受け入れてもらうことで埋めようとしている子どもたちの姿がありました。それに対して学校は、教師は何ができるでしょうか。

学校は小学校の1年生の子どもが入学してきた時に、その子がある程度の精神的成長段階にあることを前提にして存在しています。しかし今、状況が変わっています。人は（子どもは）愛情の不

足によって、精神発達が遅れることが知られています。第一次世界大戦で多くの赤ちゃんが孤児になった時、看護婦さんが忙しくて乳を与えオムツを変えるだけの関わりしかできずにいると、その子どもたちは普通の家庭で母親から愛情ある関わりを受けている子どもたちより身体的、精神的発達が遅れていたというデータがあるのはご存知だと思います。そこまで極端ではないけれども、それに類したことが学級崩壊の原因にあると思います。ただ、子どもたちは不足している愛情を、なんとかして得ようと表現しています。それは愛情の不足で被った心の傷を癒そうとしているのかもしれない。

それに対して現在、教師たちは哀しんでいるでしょうか。その心の傷をどこまで癒そうとしているでしょうか。給食のお盆をひっくり返してしまったり、授業中に机の上を歩いてしまう子どもに対して怒ってはいないでしょうか。教師はその心の傷に気がついて、泣いて抱きかかえられる人になれているでしょうか。学級崩壊は教師たちにとって大問題です。それは子どもの心をしっかりと見つめ、彼らに寄り添っていくだけの大きな愛情を試されているからです。日々の勉強の努力と実践しかないと思います。

3. ヒトとしての子ども

私のところは母親が参加できる幼稚園ですから、妊婦も大きなおなかを抱えて来ています。いろんな子どもがきておなかをさわらせてもらい、「今、動いた！」と育まれている命を感じる機会に恵まれています。自分の体内に命が宿り、10カ月をかけて大きくなっていくというのはどんな感じなのでしょう。私には体験できないことが残念でたまりません。また、妊娠中毒で何カ月も入院した親もいます。一人の命をおなかの中に育むというのは大変なものです。

胎児は誕生の準備ができると自分からホルモンを分泌して、その指令が母親の脳に届き陣痛が始まるといいます。母親が産みたくて産むわけでは

ないのです。胎児は産道を通る時、頭蓋骨の分かれ目をきっちりとくっつけて、そして回転しながら移動してきます。神秘です。最近では、そうした神秘的瞬間を家族で迎えたいと自宅で出産する方もいます。

私には5人の子どもがいます。生まれる時は一緒にいたかったのですが、恐怖でそばにすることができなくて廊下で立っていました。それでも、「オギャー」という声は必ず聞きました。感動でした。母親なら、その感動はなおさらでしょう。そして生まれた子どもは、どこか親に似ている。私の場合は、顔だけでなく指の形まで父親に似ています。確かに人間には遺伝があります。しかし、双子や三つ子を実際に観察したり、五つ子についても勉強しましたが、同じような顔を持っていても性格はほとんど違います。神秘です。不思議としか言えません。やはり生まれ持った感性、感覚が違うのです。

よく、「感受性を育てる」ということを言います。しかし、それは大人が意図的に教えることができるのでしょうか。私は色彩・美的感覚、音の感覚、造型感覚などの基礎を育てるのは自然だと考えています。それは、音楽家でも美術家でも造形家でもありません。大人がカリキュラムを駆使して、それを幼稚園や保育園で教えようとしても無理です。「自然に勝る教師なし」です。

私は最初、子どもたちに絵や音楽を厳しく教える幼稚園の園長に就きましたが、限界を感じたのです。その道のプロに聞いてみましたが、「感受性などは、教えられない」と言いました。自分の子ども時代も参考にして、自然に頼るしかないと考えました。

ノーベル賞を受賞した福井謙一さんのエッセイが、中学校の教科書に載っていました。「雨上がりの山道を歩くのが好きだ。土の匂いがする」と。5月6月の雨上がりの山道を歩いてみると、それはもういい匂いです。春の気温の上昇で土中のバクテリアがたくさん発生し、木の葉などを腐食させます。その土の匂いがプンプンするので。新緑の木の葉の匂いもします。見事です。大

人でさえ、そうした自然からの刺激は身体の深いところに届きます。子どもならなおさらでしょう。

最近になりやっと産婦人科でも、白い粉石けんをつけたような、へその緒をつけたままの生まれただばかりの赤ちゃんを母親に渡すようになりました。生まれてすぐに母親の匂いや感触を、赤ちゃんが感じられるようにということです。哺乳動物では、母親は子どもを産んですぐに自分でなめてやります。それが母を必要とする子どもの感覚に働きかけるから、子どもは自分の母を追うことができるのです。産婦人科が動物学から学んだのです。

4. 人としての子ども

赤ちゃんを抱っこする時、「左の心臓の近いところで抱く方がいい」と言う人がいますが、右も近いです。右も左も変わらないと思います。赤ちゃんはおっぱいを飲む時、親の目を見ています。それが重要なことで、右か左かは重要ではないと思います。右利きの人、左利きの人がいるのだから、抱きやすい方でいいと思います。また、「胎教にモーツァルトを聞かせろ」などと言う人もいますが、母親が我慢してクラシックを聞いても胎児は心地よくない。無理することはないと思います。その人がジャズでもレゲエでも気持ちがりラックスでき、豊かに過ごせることが大切だと思います。自分は興味がなくて我慢しながら胎児に英語を聞かせようとすることにいたっては、胎児にとっても迷惑です。

そして、生後3カ月もたつと相性をみます。その頃の赤ちゃんに私が近づくと、9割がたは泣きます。ニコニコしながら行ってもだめです。しかし、近づいて手を触らせてくれる子もいます。相性があるのです。そうしたことを考えると、幼稚園や保育園では担任制をやめたほうがいいのではないのでしょうか。相性の合わない子は必ずいます。その子にとっては、相性の合わない担任と長い時間過ごさなければならぬのはつらいことで

す。私は28年前にそのことに気づき、子どもが相性の合う教師を選ぶことができることを重視し、担任制を廃止してチームティーチングを実行しました。

また、教育者がよく使う言葉に「みんな仲良くしましょう」というのがあります。しかし、誰とも仲良くすることなど大人でさえできないことです。自分ができないことを子どもに要求するのは偽善者です。そんな教育をしてきたとしたら、教育者は犯罪者です。

そして、まだ子どもたちに勉強を強いる親がたくさんいます。意志や感情よりも勉強を重視して育てられてきたような人たちが社会を乱し、貧しい人々を苦しめているのではないのでしょうか。拓銀をはじめ山一証券、大蔵省、NECや防衛庁と、あらゆるところでおかしなことが起きています。勉強は後から付いてくるものです。幼児たちを見ているとそう思います。彼らはいつも何かを吸収しようとしています。知りたがり、試したがついています。そんな自発性や主体性が生まれていれば、そのために努力した親の愛情は必ず伝わっているのではないのでしょうか。

人間とはいったい何でしょう。どのようにすれば、人は人間らしく成長できるのでしょうか。もっと幅広く人間を科学しなければ、社会も教育も良くなりません。私は幼い子どもと30年つきあってきましたが、彼らと真剣に関わろうとして人間を理解する感性が磨かれてきたことを感じます。彼らは日に日に成長し、固定観念がないのでいろんなことを想像します。ですから、人間の中では幼児を理解することが最も難しいと感じてきました。その幼児と最も深く関わるのは母親です。母親が生きる意味を考えながら生きているならば、世の中は変わると思います。

5. 人としての障害

自閉傾向の子がかなり成長しています。人間関係を楽しむことができるようになり、普通学級に入っている子もいます。それは、その子の成長の

段階に合った刺激や人間関係がもてることが大きいと思います。子どもというのは、イルカのように常に自分から波長を送り、相手と交信しているものだと思います。自閉傾向の子は最初、遠くから波長を送ります。周りの子も遠くから波長を送り返します。その距離が段々と短くなり、チョッカイをかけ合うようになります。というのは、子どもたちが自由に安心して自己表現できる環境をつくることで、彼らは自分の気質や性格、個性に合った波長を出し合うようになるからです。それは、その時その子の必要性に最も合致した刺激のやりとりを生みます。そうした精神環境が重要です。

また、お母さん自身もリラックスしていることによって子どもがどんどん変わる（成長する）ということもあります。ハンディキャップを持った子どもであろうとなかろうと、子どもの心理に最も大きな影響をもつ母親の心理をいい状態につくってあげることが重要です。では、子どもの様々な問題は母親に原因があるのかというと、違います。地域社会の崩壊にあります。誰でも欠点だけで不十分な人間であるはずですが、皆で支え合い、補い合って生活するべきなのです。母親だって（もちろん父親も）完全ではありません。甘やかし過ぎたり、厳しくし過ぎたりしてしまいます。そんな時、親以外に厳しく接してくれたり、優しくしてくれる人がいれば、子どもはどうかバランスをとって成長していけるのです。

私は、13年程前から障害児という言葉を使わないようにしています。障害児、健常児という区別が私には差別的に感じられるからです。そして、よくよく自分を見つめてみると、私自身、社会の流れや周りの人に合わせられなかったり、物事を多くの人と違ってとらえてしまったりすることがあり、そうした意味では一般に言う障害者の側面を私自身も持っているということを感じるからです。ひょっとしたら、誰にもそういう側面があるかもしれません。それなら障害という言葉はいりません。ですから障害児教育という言葉、また当然、統合教育という言葉も使わないようにしたの

です。

早稲田大学の乙武君の本を読んでまさに母だと思いました。母が変わり夫が支えてあげると、手と脚がなくても「僕は障害児でない、障害者でない」と言える人になりました。生まれて初めてお母さんが彼に会う時、周りの人たちは卒倒するか失神するかと思っていたそうですが、彼女は「あらかわいいわね」と言ったそうです。また、中学1年生の時に、彼が「青森に友達と行きたい」と言ったら、「ああそう、いつ行くの」などと言い、あっさり上野から送り出して、父母は香港旅行に行ってしまったといひます。すごい親です。人間はそうなれるのですね。乙武家族が提出した問題に社会はどう応えることができるのでしょうか。私たち一人ひとりの問題です。

おわりに

子どもと共に生活する私たちは、どのような大人であらねばならないのでしょうか。もし、親として賢い親になろうとすると、賢い親を演じてしまい、人の目を気にし過ぎて自分らしさを失ってしまうでしょう。子どもにとっては、演じるのではなくあるがままの自分を大切にしながら表現することで「その人が見える（わかる）」ので安心です。大人があるがままの自分を表現できる楽しい日々を創ろうとすることで、子どもは安定した生活を送れるものです。

また、大人が子どもに教育、しつけをしようとする関わり方は、子どもの柔らかい豊かな感性から送られてくる多くのサインを受け止める感覚を鈍らせることになります。教育、子育てとは、子どものそばにそっと寄り添い、見守り、成長の支えになってあげることです。大人は、一人の人間として、お互いに快く生きることを考え、子どもの人生の邪魔をしないようにしたいものです。子どもの大切な時間を泥棒しない大人になりたいものです。

<参考文献>

- 『ふたば No62』1998、11 財団法人 母子健康協会 p1～10 人が育つ町を願って、親も通う札幌トモエ幼稚園
『五体不満足』 乙武洋匡著 1998、10 講談社

<質問>

発達ということについて、いわゆる固有名詞の発達ということだと思うのですが、障害児保育をしていると、発達という視点を持つことによって子どもの見方も随分前進したなという部分もあったわけです。先生のおっしゃったこともそういうことも踏まえて出ていることですが、やはりそのへんの見方は欠かせないのではないかと思います。そのへんについてももう少し先生の考えをお聞きしたい。

<村上>

子どもに対して、親に対してわれわれの役割として地域や環境に対して具体的対応というのは各々持っているものですが、特に子どもに対して具体的な対応をどういうふうにか考えるかというときに、発達というのは非常に視点としては大切な接近の仕方だと思います。ある意味では保育とか療育をするものの唯一の武器なんだろうと思うんです。発達というのをどういうふうにかわれわれの専門性の中に生かしていくのかは、こういう部分は大事だと思う。明日、明後日と全道の老人福祉施設関係のセミナーがあって一時間ほど話することになっていますが、このときに介護の専門性というのは何かということ強調したい。技術として介護を考えるのかと見られがちですが人をどう理解するのか、理解した人に対し自分という人間性を含めてわれわれの役割はといったところにどういうふうにか触れ合っていくのか、この触れ合いの中でお年寄りがどう表現するのか、動かないところをどう動かそうとするのか、結果的にそのお年よりが抱えている不自由さをどういうふうにか自由になるような制限を自分で外そうとするの

かというあたりのことを私は介護の専門性だと思っている。なぜそういうふうに言うかというと、いま介護というと排泄介護、入浴介護、食事介護といっているんですね。介護というとまだいっぱいあるにもかかわらずそう言っている。その中で排泄介護というとオムツは何回取りかえるか、どれだけ上手に取りかえるか、食事介護であれば食事をどういうふうに上手く食べさせるか、場合によっては、あかない口に大きなスプーンでご飯を突っ込むなんていうようなことを含めて介護だなんて言っているのだとすれば、そんなもの専門性と言えるか、何のためにお年よりの中にわれわれがいるんだ、我々は何をやるためにいるんだ、このへんのところを私は実際に6年間いて本当に憤慨することがたくさんありました。そういう意味で言うと保育や療育の専門性というはある意味では発達という武器を使いながら子どもをどういうふうに理解するか、子どもはいま何を求めているか、そこをどういうふうに関心するか、そこから子どもの状態に応じて何を提供してあげれば子どもはそれを取りこめるのかというあたりが発達というものの一番の大事さだなと思うわけです。たとえばお利口さんという子ども、甘えない、動かない、人に対して感情を表現できない、この3つが揃ったら私はお利口さんだと思いますけど、この子どもたちがいたときに我々は発達上、その子どもに何をするかというと、甘えられない子どもは対人関係について大変下手です。だからこそ動けないんですね。自分の表現を人にぶつけられないわけですよ。そうすると甘えるというあたりのところが子どもの発達上非常に大事だとすれば、甘えるということはどうしたらよいかということだけをやるわけですよ。そうすると我々はその子に何をやるかということ「一緒に遊ぼうよ」あるいはふざけっこをしながら、格闘みたいなものをやったり、あるいは抱きしめてやったり、あるいは頭をなでてやったり、たくさん声をかけてやったり、注目をしてあげたり、こんなことでしかないんですね。ただ子どもなぜそれをするかということ、子どもの発達上それは必要だからし

ているわけですよ。発達ということを考えてこれをやらなければならないというのではなくて、今、子どもがのどが乾いて水を飲みたいというところはどこかというところを見つけるために発達というものは使うわけですね。だから結果的にやることというのは何もこうやらねばならないということではなくて、当たり前のことをやっている。結果的に甘えられなかった子どもがべたべた側にくるようになり、すごく礼儀正しかった子が蹴っ飛ばしてくるようになる。けんかできなかった子どもが担当者の間で対人関係のようなことができるようになることによって子ども同士のケンカができるようになる。これを発達という中でその子どもの中に見てあげて、当たり前のことをやったことによって出てくるとすればこんな大きなことではない。ですからそのあたりのところでは発達というのは大事だと思っています。

ただ木村先生がお話していましたが、カリキュラムがあってカリキュラムによってこちらが設定したものを子どもにやらせて、やれない子どもはできるとかできないとかいい、子どもはつきあってくれている。こういうことに気がつかないままカリキュラムを重視した時代があったでしょう。集団というものは大事だという、集団でなければ子どもは育たないと言い、結果的に集団という十把一からげな単位で子どもを見たこともあったでしょう。同じように発達といって発達の一人歩きをさせたこともあったんです。我々の世界では。そう言う意味で、私はそのような発達であれば意味が無い。これは子どもからかけ離れている発達、我々が勝手に考えている発達、こういう発達だったら子どもは大変迷惑です。ですから子どもがつきあってくれているということがたくさんあるわけですが、子どもが実際にやってくれることによって我々がいい保育者なんだ、先生なんだというふうに、もしもはき違えて考えていたとしたら子どもはいい犠牲者ですね。

そんな意味での発達は発達ではない。だから私は伊藤先生とは基本的には考えは変わらないと思っています。

座長のまとめ

札幌大谷短期大学

浜 栄 子

八軒太陽の子保育園

伊 藤 貴 美 子

このシンポジウムのねらいは、シンポジストに問題提起をしていただいて、日頃、実践の中で考えていることと接点をもちながら我々の問題意識を深めていけるような会にしたいということ、また子どもの見方、親の見方、我々自身を含め人間の見方を深めていける会にしたいというねらいがありました。

前段では、シンポジストのお二人の先生から今回のテーマである「人として、子どもとして」についてを、ご自分が勉強してきたこと、実践してきたことで人間についての探求をどのようにしてきたかを、理想論ではなく、実践面から今も人間探求をしていることをお話してくださいました。

後段ではフリートーキングで進行し、会場から何人かの質問、意見が出され、内容の掘り下げが得られました。

これらの質問をまとめてみると、

村上先生に対して

○障害児保育をしていると、発達という視点を持つことによって子どもの見方が前進する部分もあるが、そのへんについてのお考えを聞きたい。

質問に対する説明の要旨

特に子どもに対して、具体的な対応をどういうように考えるかというときに、発達というのは視点としては大切な接近の仕方だと思う。発達ということを我々の専門性の中にどう生かしていくのかは大事だ。しかし、発達ということを考えて、これをやらなければならないというのではなく、子どもはいま何を求めているか、それをどう感じ取るか、子どもの状態に応じて何を提供してあげれば子どもはそれを取り込めるのか、というところが発達が一番の大事さと思う。

木村先生に対して

○担任制の場合、幼稚園と保育園は同じように思っていたのですが、親との関わりが保育園の場合は少ないので、子どものよりどころとして担任制は大事にしたい。担任制を置かない先生のところでは子どもたちの心のよりどころというのは、どういう積み重ねの中でできているのでしょうか。

質問に対する説明の要旨

担任制はいまの私にはできない。私に慣れるのに3年も5年もかかる子もいれば、すぐ慣れる子もいて千差万別です。それを受け入れていくのはチームワークでなければできないことを基本としている。

○いまの医学なり科学の分野で、すでに胎児期の子どもの状態と周産期の子どもの状態、乳児期の子どもの状態など、今まで理解できなかった部分がかかり解明されてきています。子どもの見方を変えなければならない状況が一方ではあるが、存在の意味合いのところでも解明しきれない部分をお聞きしたい。

質問に対する説明の要旨

人間の心とからだについて勉強してきて、言えるのは、子どもの主体性、自発性、創造性は大人では理解できない世界だと私は思います。言葉があまり発達していないから態度とか感情に出てくるわけです。であるならば、自由にしてあげて、過去、現在、未来でみてあげて、待つてあげる。

主体性を重んじて、怪我しないかぎり待つてあげることで子どもの理解につながる。

「人として、子どもとして」という根源的なテーマを語るお二人の真摯な生き方に、参加者は心を傾けて聞き入っている様子でした。強い意志と信念を持って実践しているお二人のお話は私たちへの励ましでもあり、明日への実践につなげていける内容でした。お二人のシンポジストによって第三分科会は共感と感動を一人ひとりの心に呼び起こして終了しました。

シンポジウム

<テーマ>

ライフサイクルを見据えた療育とは

～今までの療育を振り返り、今後の療育のあり方を探る～

- <シンポジスト>
1. 亀田さよ子・川村由美子・坂口恵子
 2. 飯田かおり
 3. 大谷裕香里

<コメンターター> 鈴木真知子

<助言者> 蔭山 英順

<まとめ> 座長：阿部哲美・牧野誠一

1 利用者及び保護者が求める、 ライフサイクルを見据えた 療育とは

足寄町ふれあい

亀田さよ子・川村由美子・坂口恵子

ただいまご紹介をいただきました亀田と申します。この度は、このような発表の機会を与えていただき感謝いたします。お話をいただいた当初は、私が一人で発表する予定でしたが、緊張しやすいために、ふれあいで一緒に頑張ってきた2人の方と3人で発表したいとお願いしたところ、研究会の方からもご快諾をいただきましたので、今日は3人で役割分担をしながら発表させていただきます。このような機会での発表は初めてで、3人とも緊張しているために、不十分なお話ししかできないと思いますが、よろしく願いいたします。

それでは、ふれあいの説明から始めさせていた

だきます。ふれあいの活動を記録した論文が、発達障害療育奨励賞を受賞し、乳幼児療育研究第11号に掲載されています。詳しい内容については、そちらをお読みいただければと思っています。今回は、簡単なレジメと発達障害療育奨励賞の受賞やふれあいの活動を町民の方々に知っていただくために、足寄町広報8月号に掲載されました記事を資料として用意させていただきました。ご参照ください。

<資料1 足寄町広報8月号>

発達障害療育研究会主催の「発達障害療育賞」の入選作がこのほど発表され、足寄町役場あゆみ園の研究論文が発達障害療育奨励賞を受賞しました。

発達障害療育賞は、社会福祉事業研究開発基金の助成事業で発達障害児・者の直接処遇に携わる人から研究論文を募ったものです。今回は、全国各地から応募があった中から療育賞1作品、奨励賞2作品が選ばれ、あゆみ園（佐々木浩治・内藤由美・亀田勝・高橋教之・吉田芳雄）の研究論文「障害児の生涯にわたる地域支援体制のあり方に

関する研究」が奨励賞を受賞しました。

この論文には一親の会「ふれあい」の活動を通しての副題がつけられ、あゆみ園を卒園した父母や現在通園している父母らで構成する「ふれあい」（亀田勝会長）のこれまでの活動とハンディキャップのある子ども達に対する地域支援体制のあり方について書かれたものです。以後、「ふれあい」の活動を紹介します。

あゆみ園は、道が平成元年度から開始した早期療育システム整備事業に基づいて設置された母子通園センターで、平成3年1月に開園しました。発達に配慮が必要なお子さんや発達に何らかの心配のあるお子さんが通園しています。

「ふれあい」は、平成5年7月に、あゆみ園卒園児の父母や関係機関の職員にて設立されました。現在では48家族にて構成されています。

「ふれあい」では、親睦を深めるための、キャンプ・クリスマス会、研修を深めるための講演会・視察研修など様々な事業を実施してきました。その中で会員たちは多くのことを学びました。視察させていただいた伊達市の太陽の園では、「町が慣れる、町に慣れる」ということで多くのハンディキャップのある人たちが地域の中で生活する姿を見せていただき、地域で生きることの重要性を学びました。

これらの事業を通して、地域の方々に理解していただかなければハンディキャップのある人たちが生き生きと生活が出できないこと、子ども達のライフステージに合わせた援助と親と子どもが、子どもの幸せを求めて自己決定できることが重要であることに気がつきました。

現在の「ふれあい」は、「ハンディキャップを持つ子ども達のために小規模作業所の建設」を目標に、地域支援体制の整備を目指した取り組みを行っています。足寄町には、中学校・高等学校を卒業した後の受け皿がなく、自分の生まれた町を離れなければならないという現実があります。自分たちの子どもの将来や他に必要とする子ども達のために、ふれあいゴミ袋（200円）の販売、古紙の回収等少しでも地域の方々に理解していただ

き、環境を整備したいと願いながら取り組んでいます。

「ふれあい」の活動は、親の様々な悩みや不安を共に乗り越える中で育ち、広がってきました。「ふれあい」が目標としている小規模作業所建設を含めた地域支援体制の整備は容易なことではなく、あゆみ園を含めた多くの関係機関が連携を図りながらバックアップしていくと同時に、何よりも町民の皆さんのハンディキャップのある方々に対する理解と協力がなければなりません。

近藤原理氏の「あるがままにあたり前に」ということばを目指し、同じ町民として生まれてきた子どもたちの将来を共に考えてみませんか。住む人全てが、明るい笑顔のあふれる町づくりのために。

【お問い合わせ】あゆみ園 01652-5-3504

<資料2 第12回北海道乳幼児療育研究会当日資料>

1. ふれあいについて

- (1) ふれあい設立 平成5年7月10日
- (2) 現在の会員数
卒園児及び通園児18家族・他機関通園児6家族・関係機関職員25家族・計49家族
- (3) ふれあいの事業

	事業内容
平成5年度	療育キャンプ・クリスマス会 講演会（講師 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター言語療法係長 鈴木真知子氏）
平成6年度	療育キャンプ・クリスマス会 講演会（講師 療育相談員 守屋陽子氏） 講演会（講師 京都右京病院発達相談員 白石正久氏）
平成7年度	療育キャンプ・クリスマス会 講演会（講師 京都右京病院発達相談員 白石正久氏） 講演会（講師 旭川市ポブラ作業所指導員 井原啓子氏） 視察（旭川市花咲ポブラ作業所） 視察（旭川市花咲ポブラ作業所・大雪の園）

平成8年度	療育キャンプ・クリスマス会 講演会（講師 北海道教育大学旭川校教授 伊藤則博氏） 講演会（講師 北海道立太陽の園心理士 金沢俊文氏） 親子視察旅行（伊達市北海道立太陽の園・ 苫小牧市ファンタジードーム）
平成9年度	療育キャンプ・クリスマス会 講演会（講師 ウレシバ共同作業所指導員 大谷裕香里・高橋渉氏） 映画会（どんぐりの家） 視察（アットホーム芽室・帯広養護学校） 親子視察旅行（剣淵町北の杜舎・旭川市サ ンタプレゼントパーク）
平成10年度	療育キャンプ 親子視察旅行（夕張市自由が丘学園・石炭 の歴史村） 視察（中札内高等養護学校）

③ 小規模作業所の建設を目指した動き

- ・ふれあいゴミ袋の販売（町内の様々なバザーに参加）・古紙回収

2. 子育て時代の思い

3. まとめ

療育・教育関係者へへのお願いふれあいの設立時期・会員数・事業は別紙のレジメの通りです。主な事業の内容を簡単に説明致します。

(1)療育キャンプ・クリスマス会は、親睦を目的とした行事ですが、子どもの現状や将来について本音で語り合える場になりました。

(2)親子視察旅行は、ライフステージにおける選択肢を自分達の日で確かめること、親子で楽しい時間を共有することを目的としています。参加者からは、ふれあいの旅行だからこそ、気兼ねなくハンディキャップのある我が子と共に参加出来るという感想が聞かれました。兄弟達も笑顔一杯の旅行になっています。

ふれあいの活動の特色は、親が主人公になり、生き生きと行事を楽しむ中で、大きな輪が育ってきた事だと思えます。また、設立以来、懇親会と

いう名の飲み会を繰り返し行ったことで父親達が積極的に参加しています。夫婦で楽しみながら参加し、初めて参加した人であっても同じ仲間として受け入れながら、皆が生き生きと参加出来る会になったことが、ふれあいの大きな成果と思っています。

ふれあいの説明はこの位にして、我が子を育ててきた中での思いを、3人で順番にお話したいと思えます。

<プロフィール>

長男のTは、小学6年生。自閉傾向があり地元の小学校へ通い、普通学級に在籍し、週に一度こたばの教室へ通級しています。

家族は主人、Tの姉（14歳）の4人家族です。

<誕生から今までの経緯>

Tは予定日より10日ほど早く、普通分娩で生まれました。体重3100g、身長49.7cm。希望していた男の子で、主人と2人でピースサインを出し合って喜びました。

乳児期の発達は順調でしたが“この子は少し違うな”と思い始めたのは1歳を過ぎた頃からでした。TVから流れてくる歌やCMには身体を揺らしてリズムを取るのに名前を呼んでも振りむかない、だっこをしてあやしても視線が合わない、指差しをしない、言葉が少なく目を離すとどこへ行くか判らない、2人目の子だったから気づけたことかも知れません。その頃から、“このままではこの子は成長できない、どこか場所を探さなきゃ”という漠然とした思いがありました。

町の健診では「もう少し様子を見ましょう」と言われ、3歳児健診でようやく「町の健診は3歳までなので、心配なら巡回の児童相談でお話をして下さい」と一歩進み、そこから帯広児童養育センターを紹介してもらい、二カ月に一度くらい連絡をもらい往復3時間かけて通いました。

当時の足寄町には、通園センターもまだなく、保健婦さんの持っている情報も無いため発達などに心配のある子のほとんどは小学校の中にできた

ばかりの「ことばの教室」でお世話になっていました。Tもそこで相談してみてもと言われて通い始めたのですが、相談に行きたいという最初の連絡を自分でしなければならなかったのはショックでした。出生時からのことを一から話すという作業を何度したらいいのか、今までの健診で保健婦さんたちに話してきた記録は何のためだったのか、繰り返し繰り返し口にすることでこの子の障害を私たち夫婦に突きつけられているかのようでした。その度に“そんなことは判っている、だから何をしたらいいのかを教えて欲しい”という思いを強くしていきました。

その頃のTは、単語は幾つか話していましたが二語文にはなっていません。散歩が大好きで、公園に行くとき真っ先に滑り台で遊び、それから砂場でアルファベットを書くということをして、何時間でも公園にいたがりました。私はTが生後三カ月の頃から仕事をしていたので子どもと遊べるのは午後のほんの少しの時間だけです。毎日のようにむずかるTを連れて帰っていました。

それから間もなく足寄町に母子通園センター「あゆみ園」ができ、週2回通うようになりました。センターには初めはおもちゃもちょっとしかなくて段ボールで遊んでいましたが、それでもTにとっては体中で遊べる「あゆみ園」が大事な「場所」になっていました。「探していたのはここだったんだ」と確信しました。

二カ月後、Tは集団の中に入った方がいいだろうということで「あゆみ園」のすぐ隣にある保育所に入所して、週2回「あゆみ園」に通園することになりましたが、保育所に行き始めてから数週間は、私も主人もお迎えの時間まで電話の側から離れられませんでした。「大好きな場所がすぐ側にあるんだから、絶対保育所を抜け出して「あゆみ園」に行ってしまうのではないか」という心配をしていたからです。ですが、彼は大方の予想を裏切ったのびのびと保育所での時間を楽しんでいました。

保育所から渡された連絡ノートに、最初は何を書いたらいいのか判らず、保母さんの文章におも

ちゃのハンコを押していただけでしたが、「何でもいいですよ、お家では何をして遊んでますか？」という言葉に勇気づけられて、少しずつ書いていけるようになりました。保育所修了までの2年間で20冊ほどのノートができました。コミュニケーションをとることの大事さを教えてもらった私の大事な宝ものです。

Tはその2年の間に、自分の名前を呼ばれて返事をし、オウム返してはならない会話をし、イスに座って課題に取り組み集中することなどができるようになりました。保育所での集団と、「あゆみ園」での個別の指導が成長の糧になり、メロディオンが得意で他の子に教えてあげることまで、できるようになりました。夢のようでした。

2年前までは普通学級で生活できるとは思いもしなかったことですが「何とかやってみよう」と話し合い、姉と同じ小学校へ入学しました。つまづきながら、立ち止まり、後戻りしながらの6年間でした。毎年担任の先生が替わってしまったことが一番親も子もこたえました。3年生の時に二期途中で担任が替わり、徐々に連絡ノートの登場もなくなってしまったのです。

友達との関係にこじれ、先生との関係にこじれ、一週間登校拒否をし、それでも友達と言葉の教室に助けられて何とか乗り越えました。私は先生に「自分一人で解決しようとしなくて下さい。相談ができる場所で相談して下さい」とお願いしました。通園施設、保母、保健婦、言葉の担当者等の垣根はとれたのに、学校の垣根は足寄でもなかなかとれないのだというのが実感です。なぜなのでしょう？あと半年で中学生です。中学校では対人関係がもっとシビアになります。子どものわがままだと片づけずに、せっかく出している信号を見逃さないでいたい、先生にもそうあって欲しいと思います。

私は今、「ふれあい」という会の仲間たちと足寄に小規模作業所をつくろうと活動をしています。その会のメンバーには障害児を持つ親だけでなく、保母、保健婦、学校の先生、施設職員、役場職員、等いろいろな人がいます。「どうしてそ

んな会ができるの？」とよく聞かれますが、わたしは「足寄にはなにもなかったから」としか答えられませんが、それはきっとみんなが気持ちの深い所で待ち望んでいたことだから自然にできたことなのだと私は思っています。

私の発表は以上です。次は、川村さんにお子さんの話をしてもらいます。

<プロフィール>

川村と申します。三男Hは、帯広養護学校中学部の1年生です。診断名は自閉症で、言語はあるのですが、ほとんどがオーム返しです。

日常生活では、生活体験があることに限れば、指示を理解することができます。

家族構成は、16歳・14歳の兄が2人の4人家族で、主人はHが1歳9カ月の時に亡くなりました。

<誕生から自閉症と診断されるまで>

Hは、予定日より少し遅れましたが、自然分娩で生まれました。出生時に3,250gと標準体重だった以外は、現在に至るまで標準体重以下で、1歳になるまでは毎月町の保健指導室に通い、身体測定と栄養指導を受けていました。発育の面では、歩き始めたのが1歳半と遅かった位で、特別気にかけていませんでした。

Hが2歳10カ月の時に風邪から口内炎がひどくなり、点滴のために町立病院に入院した際に、担当だった医師から「耳元で手を叩いても反応しない。一度他の病院で診てもらった方がよいのでは」と言われ、帯広厚生病院の小児科を受診しました。結果は、Hの観察と母親の話だけでは自閉症とは診断しにくいとのことでした。

3歳2カ月の時に帯広児童相談所の巡回相談を受け、その場で自閉症と言われました当時のHは、言語は全くなく、オムツもとれていませんでした。何より高い所が大好きで手をつながれるのを嫌がり、抱っこすると後方に反り返る子どもでした。

<入学までの3年間>

自閉症の診断を受けたからと言っても、どこにどう働きかければいいのかも分からず、保健婦さんのアドバイスもあり、ことばの教室に相談に行き、週1回通室させてもらうことになりました。その後、ことばの教室の先生の紹介で足寄保育所の遊びの時間に連れていくようになりましたが、この時期は私自身、Hの自閉症という事実を正面から受け止めることができず、真剣になれない時期でもありました。

91年1月帯広のつづけ丘学園で実施された母子訓練に参加してから、少しずつではありますが、私の中で何かが変わってきたと思います。同じようなお子さんを持つお母さん方との交流を持てたのも、Hだけしか見れなかった私には良い結果をもたらしました。

92年2月からは、ことばの教室に加えて母子通園センターに週3回通うようになりました。当初は遊びの道具も揃ってなく、通園の先生と交代でHをグルグル回して遊んでいました。

1年間の通園でしたが、保育所との交流もあり、1対1の関係が多かったHには入学に向けて良い経験だったと思っています。

<小学校時代>

93年4月、足寄町立西小学校の情緒学級に入学しました。ここでは6年間1対1の指導でしたが、遠足、運動会、学芸会等、行事の時には親学級との交流の場も持てました。特に、5年生の宿泊学習、6年生の自転車遠足と修学旅行に参加できたことはHの自信にもなったことと思います。親としては、初めからできないと決めつけないで、とにかくやってみよう、やらせてみようということ学びました。

小学校での6年間で3人の先生とめぐり会いました。どの先生もHの負担にならず、楽しくかわりを持てることを第一に接してくれました。何度か「行かない」と言って休んだこともありましたが、それもHの自己主張だと認めてくれた先生たちです。私にとっても、この3人の先生方との

出会いは、忘れられないものとなりました。

<養護学校入学>

小学校への入学前から、中学校からは養護学校と決めていました。遠隔地のため、入学と同時に寄宿舎生活が始まりました。親としては、学校生活よりこの寄宿舎生活を心配していたのですが、始まってみると「何を心配していたの？」という位、今のところ順調です。他者との関係を求めているHと、入舎のタイミングが良かったのか、寄宿舎の子どもたち、先生の名前を覚え、ノートに書き連ねる姿は喜々としています。生活面でも一人でできることが多くなりました。

<出会い>

Hの自閉症との診断以降の出会いは、親である私を大きく変えてくれました。母子訓練で出会ったお母さん方との交流では、自分だけが大変なわけじゃないことを知り、この先どうしようと思っていた頃に母子通園センターが開設。母子通園センターの先生、小学校の先生との出会いは、何事にも受け身で自信のなかった私にちょっぴりの勇気と自信をくれました。

ふれあいの会員の方々との出会いは、私の家族が増えたような感じです。Hがいなかったら知り合うこともなかった人たちとも親交が持てました。私ひとりでは抱えきれない荷物も、この人たちに話すことで軽くなります。この出会いを与えてくれたHに私はとても感謝しています。

<プロフィール>

坂口と申します。長男Yは、帯広養護学校中学校部の2年生です。障害名は、精神発達遅滞と自閉症の重複で、今は少しずつですが自分の要求を単語ではありますが、言えるようになってきました。家族は、運送業を営む主人と妹の4人家族で、隣に私の母親が住んでいます。

<誕生から>

Yは、予定日より1週間早いだけで、10カ月お

腹にいたることができました。破水したことで陣痛促進剤を打たれ、想像以上の痛みに生まれてくる喜びを感じるどころではありませんでした。

正常な出産でしたので6日で退院。その後、母乳もよく飲み、よく寝て、3カ月頃には首もすわり、6～7カ月頃になるとおすわりや側にあるおもちゃをつかんだりしていました。ただ、そろそろ始まる人見知りがなく、誰にでも抱かれていました。それと喃語らしき言葉がない分おとなしかったように思います。1歳3カ月頃までは、全然言葉がなかったわけではなく、「マンマ」とか「ブー」とか、呼ばれたら「ハイ」と返事をすることもありました。その頃からでしょうか、周りからは「おとなしいね」と言われ始めましたが、主人も私も言葉はそれぞれ個人差があるからとそんなに気にしていませんでした。2歳を迎えた頃、名前を呼んでも振り向かない、行動面でも落ち着きがなく、よく動き回り、外に散歩に出ても毎回同じ行動、そして、同じ位の年齢の子に会っても興味を持つことがなく、だんだん不安になってきました。

2歳児健診で保健婦さんに相談。しかし、その時の健診は待っている時間が長く、寝てしまったYの顔を見ながら保健婦さんに、「かしこそうな顔をしているし、言葉は個人差があるから、もう少し様子を見ては」と言われました。その時は、「そうなのかな～」と思いつつ、半年くらい様子を見ていました。しかし、言葉がなく、親子のコミュニケーションがとれないわけですから、だんだん不安になり、何度も小児科に行きました。ある時、主人の姉から、一度帯広にある大江病院に行くことを勧められました。行って分かったのですが、精神科と書いてあるのを見て、何故この病院なのかがよくわかりませんでした。診察を終え、その時に先生から自閉症との診断、初めて聞く言葉に、あまり理解できずにいたのは確かです。とりあえず集団の中に入れることを勧められ、病院の側にあった帯広児童養育センターを紹介してもらい、すぐその足で所長さんとお話をした後、見学、その時初めて障害を持っている子ど

もたちを見ることになったのですが、やはり気持ちのどこかに何故、この場所なのかという思いがありました。まして、自分の子とその仲間に入るとは思ってもみないことでした。

私自身、第2子の妊娠8カ月ということもあって、出産後日があけてから、月1回の指導で通園することになりました。

その後は、何とかしなくてはという思いもあり、保健婦さんに相談、そして保育所へも行き、事情を説明、その時におやつ後の自由時間を親子で利用させてもらうことになり、それからというもの毎日のように通いつめました。また、その合間にも札幌大まで行き、いろいろと検査してもらいました。その結果、教授からは「運動神経の発達はあるようだが…。まだまだ障害の重いお子さんもいるのだから、集団の中に入れて頑張りなさい」と言われました。病名もなく、あまりにも漠然としていただけに、親として何とかして言葉が出るように、治すというのは変なんです、そんな思いでいっぱいでした。

7月から親子で通い始めた保育所、毎日欠かすことはありませんでした。次年度に、年少さんで入所することが決まった時には本当に嬉しかったです。足寄保育所では、障害児を受け入れるのがYが初めてで、まして多動で目が離せない状態ただけに、保母さんにも大変ご苦労をかけました。1年位経ってからわかったのですが、保育所の入所に関しては、親子で一生懸命に通いつめた期間があったからこそ、その熱意に心動かされ、受け入れを決めたと聞き、頑張ってきてよかったな—と思いました。そのおかげで、親子関係に少し距離をおくことができましたし、冷静に見られるようになったりと、そして何と言っても精神的に私自身が休まる時間が持てたことは、どんなに救いになったことでしょう。また、それと併行して帯広児童養育センターにも週2～3回通園することになりました。そこで、同じ悩みを持つお母さんたちと知り合え、いろいろな話をする中で自分の気持ちを追い詰めず、元気の素をいただいたり、先生方に親子での遊びを教えていただき、

Yの喜ぶ顔が見られるようになりました。それがあったからこそ、Yの障害を受け止めることができたのかも知れません。センターは、気分転換を図りながら、子どもと一緒に成長することができた必要な場所でした。だからこそ、片道1時間半の道のりも通えたのかも知れません。あつという間の3年間でした。

<小学校入学〜>

年長の後半位から、就学についての問題が出てきました。Yにとってどんな教育が必要なのか、親の判断で決めなくてはならないだけに、悩みも大きかったように思います。いろいろな方に相談にのってもらったり、学校を見学したりと。最終的には将来、最小限自分のことが自分でできるようにならないと、どこへ行っても困るのではとの思いから身辺自立のことを考え、帯広養護学校に入れることに決めました。6歳という年齢で親元から離れての寄宿舎生活になることもふまえて考えていましたが、気持ちのどこかに親として罪悪感めいたものがあったのは確かです。

入学当初は、週末の送り迎えの度に親子で泣いてばかり、切ない日々を送っていました。半年、1年、2年と年数を重ねていくうちにYも自分で気持ちを切り換えることができるようになり、親が思うよりも子どもの方がどんどんたくましくなっていました。この生活も8年目を迎え、長年かかって一つ一つ積み重ねてきたことが、大きな成長につながり、また、親と子がお互いに程よい距離を持ったことでYをいとおしく思うことができました。

今では、早期発見・早期療育が行われていますが、私の頃は手探りの状態だっただけに、身近に通園施設があることは、子育ての不安を聞いてもらえたり、同じ仲間と知り合えることから早期療育は絶対必要な場だと言わせていただきます。できれば、そこに父親も一緒にかかわっていただくことが必要ではないでしょうか。また、子どもの成長と共に親の体力の低下という課題があります。小学校までは一緒に行動できたことも中学生

になるとそうもいきません。特に長期の休みなど、地域での居場所が少なく、つつい家の中にいることが多くなります。そんな時、ボランティアの人やヘルパーさんなど、家庭のニーズにあったサービスが受けられればどんなに良いかと思えます。このようにいろいろな思いはありますが、とにかく、伸び伸びと楽しいことを楽しいと感じられるYでいてほしいと思っています。

<まとめ>

私たちの経験から、療育・教育に携わる方々への願いを率直に話させていただきます。

①健診について

保健婦さんは、療育機関・相談機関・制度などの情報をたくさんもっててください。情報が少ないことが親を不安にさせるのです。そして、親が子どものことで心配なことを聞いてきた時には、無責任な「様子を見ましょう」「いずれ良くなるでしょう」などとは言わず、一緒に考えてください。そして、家庭訪問等でフォローしてください。

②療育について

療育の場で私たちは、子どもとの接し方のポイントを教えてもらったり、子どもの違う見方を知らせてもらったり、他の親との交流ができたことでいい経験をさせていただきました。これからも、そのような療育であってほしいと思っています。また、親は、子どものことも心配なだけでなく、自分の話を聞いて欲しいと強く思っている時期があります。親御さんの話をたくさん聞いてあげてください。親たちは聞いてもらえるだけで、元気が出てくるのです。

③学校について

特殊学級・養護学校では、子どもに合わせ根気よくつき合っていました。

しかし、普通学級の中では子どもに合わせた働きかけをしていただけないのが現実でした。普通

学級の先生は、子どものことが理解できなければ、専門機関に相談して欲しいと思っています。一生懸命さで親や子どもを潰さないでください。そして、わかったふりをして、子どもを決めつけないでください。これが私たちの願いです。

最後になりますが、このような機会を与えていただいた本研究会にお礼申し上げます。

2 利用者及び保護者が求める、 ライフサイクルを見据えた 療育とは

飯田かおり
(小2児童の保護者)

私は、現在小学2年生の普通学級に通っている女の子を持つ母親です。

娘は1歳6カ月の時、インフルエンザによると思われる高熱を出しました。頭や体が「痛い痛い」と言いだし、その数時間後、けいれんが起き意識をなくし、呼吸もなくなりました。主人が小児科医でもあり、そのまま共に病院へ連れて行き、一命はとりとめることができました。しかし5日間目がさめず、目がさめたときには筋力がまったくなく、私たちのこともわからなくなっているようで、生まれた時の状態に戻ってしまっているように思えました。その時、当時主人の上司の先生から、できるだけ早い時期から刺激を入れてあげるようにした方がよいと言われ、冷たい刺激のある物を食べさせること、元気な頃好きだった音楽を聞かせることなど、アドバイスをいただきました。早速、アイスクリームを口に入れたり、大好きな歌のテープを繰り返し聞かせました。そして、どんなに筋力がなくてもベッドの上に起こして座らせ、手をにぎるなど皮膚感覚を育てるように教えていただきました。意識を失ってから7日目頃からやっと、固形の物をかむようになり、音楽に耳をかたむけるような反応が見られるようになりました。

それから数日後、療育センターを受診し、座位も歩行もできない運動障害ということですぐに訓練を開始していただきました。訓練はボイタ法を中心としたもので、その後6週間の母子入院をしました。母子入院では一日のメニューをしっかり決めていただき、必死に訓練しました。母子入院はとても効果があったのですが、いろいろ考え

せられることもありました。例えば、入院中いろいろな子どもの風邪をもらい、抵抗力の弱っていた娘は何度か高熱を出し、訓練に影響が出ました。私も、娘が病気をしてからずっと、三カ月間病院での入院生活をした後の母子入院でしたので、とても疲れていて、精神的にも肉体的にもまいってしまいました。母子入院という制度は、その当時必ず母親がつきそうになっていて、どうしても母親への負担が大きく、いっそう精神的・肉体的なストレスが高くなったような気がします。もし私が倒れたら娘はどうなるのかと悩みをかかえていました。この経験で思ったことは、夜に祖父母や父親などに交代してもよいのでは、ということです。そうすれば不安な気持ちを訓練だけに向けられたように思います。またその時、不安な気持ちを解消するために母親へのカウンセリングをしていただけるカウンセラーが配置され、気軽に相談できていたならどんなに楽な気持ちで訓練できたかと思います。そして訓練については、小児科医や訓練の先生と親が話し合い、親のニーズも取り入れた内容にしてほしいと思いました。例えば、日光浴をさせたいと親の思いがあっても、訓練が忙しくなかなか時間が取れませんでした。また、ボイタ法中心のメニューで生活をしていたので、娘の私への甘える時間も少なかったように思えます。限られた期間でたくさんのメニューをこなさなければいけないことは承知していましたが、親子でのんびり過ごせる時間も、もう少しはあった方がよかったですのでは、と思っています。

母子入院が終わってから、その時住んでいた室蘭の訓練施設へ通園し、一カ月に一度のペースで療育センターへも通いました。その時、一緒に通園していたお母さんの紹介で、伊達の白崎先生に出会いました。二歳になっても、まだ物をかじったり、動き回るだけでほとんど言葉を発せずにいた娘に、目を合わせること、そして見る力をつけて、きちんと座って何かをすることの大切さや、発達段階に応じた対応などを教えていただきました。またその時に、かなり重い状態の娘をかかえ

て不安な毎日を送っていた私たちに、「お母さん、きちんと対応すれば絶対良くなるよ」と希望を与えてくださり、また具体的な悩みを聞いていただき、娘への指導の方法などを教わりました。それまでは、訓練の先生には恵まれていましたが、診断の先生や相談員に「小学校入学なんてとんでもない、学校捜しが大変」とか、「体づくりが一番」、「母親が頑張っていくことが大切」といわれ、具体的な方法を教えてもらうどころか、親がこの子を一生背負っていく覚悟をなさい、というような言われ方で傷ついていた私に、子どもの発達や教育に熟知した専門家の先生の手を借りる大切さ、診断ではなくどのようにしたら子どもが成長できるかなどの方法をアドバイスしていただくことの重要性を教えてくださいました。その時から、私は前向きに娘と生きることができるようになりました。文字積み木での文字認知や、聞き取る力を2歳の娘に教えていただいたことが、今とても役に立っています。

その後、札幌に転勤になった私たちは、白崎先生の紹介で2歳の娘を心の里親保育園の一歳児クラスに入れていただきました。ここでは遊ぶことの楽しさをあまり知らなかった娘に、他の子と遊ぶ楽しさを教えていただきました。体が弱く病院通いの毎日でしたが、時々行っては大好きな本を読んでもらったり、散歩をしたりしました。今、その時の写真を見ても、お友達と楽しく過ごしていたのがよくわかりますし、その時の経験が、現在の成長・発達のもとになっていることがとても実感できます。

その後、父親の大阪への転勤で心の里親での生活を一年間しか経験できませんでした。しかし私は、この一年間の経験が無駄にたくなく、大阪で通う幼稚園を捜しました。そして偶然捜した大阪の幼稚園がとても理解があり、娘を普通児として受け入れていただきました。幼稚園入園の頃、まだつたない歩き方で、皆が走ると恐がって泣くことも多く、先生方の力を何度もお借りしました。その幼稚園はとてもユニークな所で、クリエイティブムーブメントの教育方法を取り入れてい

て、子ども自身が考えて何かになりきったり、自主的に物事を考えることに重きを置いていました。一年後の年中の頃、ハサミを使うことなどがうまいかず、かなり苦勞をしていましたが、かたくなになりそうな娘を応援してくださり、できることが少しずつ多くなりました。また、この頃、同じクラスの友達や先生が楽しそうに、おしゃべりしているのを聞いているうちに、急に言葉が増え、「○○したで一」「○○やんか」という関西弁がポンポン出てくるようになりました。年長のクラス替えの後、仲良しの友達も増えて、先生の「できてるやんか」という明るく前向きな言葉によって、元気いっぱいな子どもに成長しました。ただ、列に並ぶことは大変苦手なようで、いつも戸惑っていました。しかし、子どもたちが自然な形でカバーしてくれていたのです。この幼稚園では自由な雰囲気与生活し、背の順に並ぶことや前ならえ、さらに入場行進もしたことがありませんでした。

私たちの住んでいた大阪府吹田市という所は、基本的に障害があっても地域の学校へ入学するのが当たり前で、何か問題がある場合には学校に相談すると、その子のためにクラスの中にもう一人の先生が入り、一緒に学習ができるような配慮が普通だったのです。入学にあたって、幼稚園の園長先生に相談したとき、過去の病気はいちいち説明することはない、これだけいろいろ理解ができるようになってきているのだから、入学してから学校と生活や学習のことを相談するとよいのでは、というアドバイスを受けました。ですから、「図工がうまくできない」「走ることや仕度が遅い」「一回ではなく数回いわれて体が動く」などの不安はありましたが、入学してからネックになることだとは思わずにいました。入学と同時に北海道に戻ってきた私たちにとって、大阪と北海道との学校のギャップにショックを感じずにはいられませんでした。娘も言葉を覚え始めたのが大阪だったので、大阪弁以外の言葉で指導されると反応できないことも多くありました。例えば大阪では「なおす」というのは片づけるという意味です

が、北海道では教室で誤りを訂正する場面でしきりに使われています。このような言葉の違いのほかに、本人が大阪風におどけて笑いをとろうとすると、逆に周りの方が、かなり戸惑ってしまうということもありました。入学後、幼稚園時代には、前ならえも入場行進も知らずに過ごしてきた娘について、これらのことができず指示に従わないということで、先生から親にきつい一言を言われたり、指導上の戸惑いを告げられました。そのため、言葉の違いや幼稚園時代の育った環境を含め、苦手なことなどもいろいろ説明し、さらに他の子より少しだけ多く説明してほしいという希望も出しましたが理解してもらいにくい雰囲気に親子で苦しみました。すでに、LDの指導について、というパンフレットが文部省から各学校へ配布されていたので、どこの小学校でも対応に関しては大丈夫と思い込んでいた私たちはどうしてよいかわからず、子どもの方を責めることが増えてしまい、子どもの成長が少なくなっていました。また、学校の子どもたちからも指摘されることも多く、高学年からのいじめもあり転校も考えました。しかし、持ち前の明るさでクラスの中にとけ込みかけていた娘は学校へ行きたがり、自分で乗り越えましたが、とてもつらい日々でした。その後、近所の人たちの理解や、わかってもらえそうな方へ私がコミュニケーションをとっていくことでいじめもなくなり、楽しそうに学校生活を送ることができるようになりました。

入学と時期を同じくして、一年生の四月から札幌医大で感覚統合をされている佐藤先生のところに通うようになり、娘の今までの動きへの戸惑いや恐怖は、運動の組み立てがうまくいかないことによるものなのだと、改めて娘の弱点を理解しました。娘は空間の認知がうまくいかないため勉強が進まず、暗記は得意でもノートがうまく使えず、ストレスが生じ、それが大きくなっているのだとわかりました。そんな娘のことを、口で説明するのはむずかしく、学校や周囲の人には理解しにくいのもかもしれないと感じましたが、しかし、親や先生が手伝うことが過保護と思われがち

なのは心外だと私は思っています。また、ノートがうまく使えないときなど、学校の中で個別に娘のそばで教えてもらえる体制が組まれていないことや、そのような対応が日常的に行われていないことは、とても悲しいことだと感じています。

2年生になって、娘の経験不足がまだあり、自信をなくした娘に何かできることはないかと思いい、YMCAのつまずきのある子のクラスの、プライムクラスに入れていただきました。工作の苦手な娘に作ることの楽しさや、待つことの重要さを教えていただいています。最初は途中で飽きることもあったようですが、今は集中できる時間もだんだん長くなり、YMCAに行くことを楽しみにしています。

今、私が一番望んでいることは、娘のようにボーダーラインにいる子どもたちを学校の中から排除しないようにしてもらいたいということです。先生方の理解があれば、子どもたちは絶対に、知らず知らずのうちにお互いを理解することができると思います。また、幼稚園のころ、先生から、「ちょっと言い方を変え、見るところを教えてあげたらうまく理解できた」という話を聞いていました。せっかく、幼稚園で築き上げた理解していく方法があるのに、学校では皆と同じ言い方で、一回で覚えなくてはいけないという、個性の否定をするやり方に不満があります。もちろん、親が毎日子どもをよく見て、先生に伝えていくことも大事ですが、幼稚園でのやり方や、いろいろ通っている所の先生方の話もきちんと受け入れて、学校での指導に役立ててほしいと思います。学校は確かに同じ事をしなければいけない所です。でも、意欲があっても学習の方法がわからない子どもに、その子にあった手のさしのべ方をして、それはひいきにあたらないと思います。実際、同じ日本の中で、それが当たり前という地域があるのです。

そして、つまずきのある子をもつ私たち親は、いつも不安を持ちながら生活しています。失敗をすることが多く、ストレスのたまりやすい子どもをフォローすることは、親だけでは限界があり、

かなり疲れとストレスを感じてしまいます。子どもだけではなく、親の話も、もっと聞いてもらえる所ができることを望んでいます。それから、診断する先生方をお願いしたいことがあります。子どもに対して、否定的な言い方をしないで下さい。私たちはいろいろなトラブルをかかえて落ち込みそうになりながら、前向きに療育する努力をしています。先生方の不用意な一言で傷つき、立ち直れなくなることもある、ということを覚えておいて下さい。私は、娘の弱点は気になりますが、娘の長所、良いところにも目を向けています。否定することでは、成長や発達の芽は育たないと思います。日本はまだ、専門家が責任を負うという体制ではなく、親が頑張っているのです。ですから、そんな親の生き方を専門家といわれる人は認めて、不用意な言葉を慎んでほしいと思っています。

娘は今、いろいろなことに自分で挑戦しようという意欲が出てきて、自分自身の力がどの位なのかも分かりかけています。その娘も来年には、三年生というむずかしい時期を迎え、これからも苦労が多いと思いますが、前向きに対処しようと考えています。

北海道が一日も早く、つまずきのある子どもを暖かく見守る教育環境や体制を作り上げることに前進されることを願って、私の発表を終わらせていただきたいと思います。

3 早期療育と学校教育に求めるライフサイクル

ウレシパ共同作業所
大谷 裕香里

今日は、“ライフサイクルを見据えた援助とは”ということで、お声がかかったわけですが、私自身は小規模作業所を運営しながら、一体どのような関わりがライフサイクルを見据えた援助になるのか、まだ分からず、右に揺れたり、左に揺れたりしながら、確信的なものは何もなくメンバーさんと関わっている状態です。

はっきりとライフサイクルとして、私の関わり方からメンバーさんの人生にとってこれが一番良いと言えるようなものは何もありますが、いろいろな先生から教えを受けたりして、最近、私自身がメンバーさん達と関わりながら、“こうかな”“あ～かな”と思い考えるところをお話できればと思います。

まずは、私の働いていますウレシパ共同作業所のことを少しお話したいと思います。ウレシパ共同作業所は札幌の清田区にあり、自閉症の人とか、知的障害のある方など5名を毎日送迎をして、日中一緒に過ごしているところです。

メンバーの人たちの今までの人生というのは、いろいろやパニックなどがとても強くて「施設の物を壊して、どうにもこうにももちがあかないので、済みませんけどお引き取り願えませんか」みたいな形で、入所施設での適応が困難であったりした人、あるいは、札幌には小規模作業所が90カ所近くあるのですが、その大部分の作業所は何らかの作業をして作業所らしくしているのですが、そういう作業所に通所しても、なかなか作業についていけなくて、やはり同じように困ってしまって退所を余儀なくされてしまった人、また、中学部、高等部を卒業しても親子でまだ一緒に暮らしたいけれど、家庭以外に行き場がないので、何と

かウレシパの方で日中見てもらえないかという人であったりして、ウレシパ共同作業所は作業所といっても、できる作業がほとんどなく、何かを作ったりということが、むずかしい人たちの集まっているところです。

一人だけ、アルミ缶を潰したり、空き箱を解体したり、牛乳パックをひろげたりしてくれて、リサイクル的なことをしてくれていますが、大部分の方は、到底そこまできれないので、それぞれの興味のあることで過ごしてもらっています。

ある人は一日絵を描いていたり、また、ある人は一日寝ていたりする。一見すると気ままに見えることが多く、これで良いのかと思ったりもするのですが、彼らのたどってきた人生を振り返ってみますと、大人の側から、“こうしなさい”“あ～しなさい”みたいな『やらせ』の連続で、当事者たちが自分で何かを選択したり、あるいは自分で何かを決めて動いたりすることが少なかったように感じます。

そういう意味で今、「布団の中で寝ていたい」とか、「一日絵を描きたい」とか、彼らのそういう声を大切にしたいと考えています。「気ままに、ウレシパでは何も指導をしていないし、何をさせているのか、さっぱりわからん」とご批判もあるかと思うのですが、やはり一度、彼ら側に立って私自身はいろいろなことを考えてみたいと思っています。

私自身は、この作業所を始める以前に、目の見えない、知的障害の人たちの入所型の施設で働いたことがあります。私がある施設で働き始めた頃は、まだ全員就学ではありませんでしたので、就学猶予とか就学免除のようなものがありまして、小学校に行く前の5～6歳で施設に入所して来る人もいます。そして、大部分の人はまず施設を出ていくようなことはなく、一生をそこで送るといえる人生です。ライフサイクルとしては、本当にこういう人生を送らせていることでいいのだろうか、ひとりの人の人生の重みのようなものを感じていました。

昨日の岡田先生も言われていましたが、施設は

『指導・訓練』が中心で、この子を施設の中で適応できるようにしよう、身辺自立ができるようにしようという課題を設定して取り組むわけです。その中で、集団生活がうまくできる人が社会適応でき、社会適応できた人が社会復帰できるという論法で考えられてきたのですが、いま思うと、そういうのは幻想ではなかったのかと思えるのです。

これも岡田先生の話にありましたが、『指導・訓練』ということでも全然効果もないのに、何年も何年も同じことを繰り返している。

朝6:30の起床から始まり洗面、朝食というように日課が生まれ、身辺自立のための指導、訓練として、『ひとりでの衣服の着脱、食べ物がひとりで食べれる』というように課題がついてまわる。そして夜9:00になると就寝である。そういうことが毎日毎日同じように繰り返される。そういう生活のあり方が期限を切られることもなく、施設入所の時から退所するまで続く。そんな人生のあり方が本当にひとりひとりのライフサイクルとしてどうなのか、と考えられてこなかったことは事実です。

ちょうどその頃、昭和54年の全員就学に向けて、盲学校で実験学級が開設され、私は運良く子どもたちの送り迎えとして、日中を盲学校で過ごせることができました。タクシーに乗って学校に着くと、黒板には『イヤを大切に』と書いてある。だから、タクシーを降りた瞬間から靴を履きたくないと言っていると、施設では何とか靴を履かせようとするが、盲学校の先生は「よしよし」と言って、おぶって下駄箱まで連れていってくれる。何かを「したくない」という子には「よしよし」と接してくれる。施設の職員からすると「こんなわがままなことばかりさせて、この子が本当にいろいろなことを習得していくのか」と、半分親にも似た気持ちで「何、させているんですか」みたいにくっついてかかっているような状況もありましたが、子どもたちは正直で、土曜、日曜日は学校は休みなのに、その時間になると今日もタクシーが来るのではないかと玄関の所まで行って待っている。学校は彼らにとって、とても居心地

のいい場所だったのだらうと思います。施設は朝から晩まで訓練、指導で窮屈な部分が多くありますが、学校では彼らは伸び伸びと、そして自分を大切にしてくれる。そういうことを簡単に見分けていたのではないかという気がします。

私のいた施設は、成人施設も併設されていましたが、大人の方も多くおられました。いま思い返してみると、成人になられた方は無気力で、指示待ちで、消極的で、どの人も画一化されていたような記憶が蘇ってきます。職員は号令一つでも動かしていたような、よく言えば集団慣れをしているが、ある意味では個性がない、そんな感じでした。

本当は皆んな「したくない」とか「イヤだ」という思いがあるのに、一斉に流れ作業のように流れていく指導や、こちらにとって楽な形ばかり求めた結果がそういう動きになってしまったのではないかと。

そういう反省も踏まえて、ウレシパでは当事者の要求や当事者の主体的な動きはできるだけ多く聞くようにしたいと考えています。経済的、物理的なことで完全に彼らの言うことを全部聞き取ったり、受け入れたりできないことも多くありますが、一見わがままに見える部分も大切にしたいと考えています。当然、「うちの子がわがままになって困る」という親の声もあるのですが、そういうことを大切にしていくことで「自分でいろいろなことを乗り越えていく」というか、自分で時間をかけて自分の生活を創っていくものではないのかと最近では考えるようになってきました。

たとえば、こちらの誘いにすぐに「イヤ、しない」という人は、大人に対しての不信感を持っていて、大人の誘いは一方的な命令だからいい思いをしたことがない。だから、本人の大好きなことを誘っても「イヤ、しない」と断られてしまう。大人の側にずいぶん強引に振り回された結果として「ひきこもり」のような形として表出するのではないのか。こんな現実を見ると、大人は子どもにとって迷惑なことばかりしてきたのではないかと感じてしまいます。

だから今、当事者の意思として「しない」ということを大切にしないと、「しない」と言ったことを無理に強引にさせてしまうと、そこからはコミュニケーションすら生まれて来ないし、いままでの対応と何ら変わらないものになってしまいます。

コミュニケーションというのは、まず、こちら側の言うことを聞いてもらうのではなく、彼らが彼らなりに、言葉のない人も、上手に自分を伝えることの難かしい人も、それなりに彼らが出す発信に対して、こちらがどう受け止めるかというところにコミュニケーションの出発点があるのではないかと思うのです。

だから、当事者の出す行動のひとつ一つに対してあまり気にしないで、いい場面もあれば、悪い場面もあり、それがいいとか悪いとか判断しないで、まず彼らの出す表現や行動の全部に気長につき合っていくようにしたいと考えています。こちらが勝手に「これがいい」「これが悪い」と判断すると彼らが自分で判断したり、自分で決めたりすることがなくなり、自分で作り出すということがなかなか難しいのではないか。だから、本人たちの“納得の仕方”、“気持のおさめ方”というところを一番大切にしたいと思います。

今日は『早期療育と学校教育に求めるライフサイクル』ということで話すように言われて、話しながら「今、私は言っているほどのことをしているのか」と、ちょっと困っているのですが、今までの話しをまとめてみますと、彼らを“しつける”とか“障害を乗り越えさせる”とか“障害をなおしてあげる”とか“この子を高めてあげる”みたいなことは、こちら側に結構“傲慢さ”があるのではないかと思います。

大人たちは「この子の将来を見越して、こうするんだ」と、私なども言い訳がましく言ったりしますが、将来の見通しの前に『いま』があるような気がします。『いま』が大切にされないと将来を見通すという将来も生まれて来ないような気がします。

最近、私が参加している地域支援を考える会の

人たちがされた学齢前の子どもをかかえる親たちからとったアンケートの中に、

一つは情報を多くほしい、

一つはこの子の障害をなんとかなおしたい

一つはアンケート自体がうさんくさいのか、ほとんど何も書いてない

というのがありました。

そういうものを全部ふくめて、あまり早期療育の時に親を頑張らせすぎないというか、親の尻をたたかないということが大事なことに思います。専門家は鉄は熱いうちに打てというようなやり方で「小さいときからやっていると大きくなったとき障害も軽くなっている」みたいなことを言われますが、そういうことより、お母さんはその子に愛情をいっぱい注いで欲しいと思います。障害は少しは改善されるかもしれないが、つらい思いをして歩んできた人生よりも、その人が心豊かに、精神的にも落ち着いていることの方がもっと大切なような気がします。

地域社会は、まだまだ整備はされていないけれども、「地域社会も見捨てたものじゃないかもしれないよ」ぐらいのことをお母さんたちに言ってあげれる援助の仕方ということが早期療育でも、学校教育でも必要なのではないのでしょうか。障害を乗り越えるために何かを教えて改善してあげるというのは、小手先とは言わないけれど、障害は大きなハンディだから、少しでも軽減すると本人も高まるとか、社会で生きやすいというようなことよりも、地域社会をハンディある人が生きやすいように変えてあげようという努力が必要だと思います。その人にハンディがあるということは地域にハンディがあるということだと昨日の岡田先生もお話しされていました。

私たちは子どものありのままの姿をどれだけたくさん認められるか、彼らを“なおす”指導から、一緒に歩み、育くむ、豊かな心が必要だと思います。

一番大事なのは子どもにとって一番気持の良いことをたくさんしてあげることなのだと、最近、私はそう考えています。

コメンテーター

札幌肢体不自由児総合療育センター
鈴木真知子

はじめに

障害児に長年、療育に携わってきた者の一人として、日頃感じてきたこと、考えてきたことについてコメントさせていただきます。

私と障害児の出会いは今から約30年前に遡ります。学生ボランティアとして知的障害児の通園施設に通い始め、その施設で12歳になったダウン症の少年に出会いました。彼は、まだ12歳になったばかりでしたが、顔は皺だらけ、ぶくぶくの肥満体で60代の老人と見まがうばかりでした。でも、それは彼だけではなかったのです。次々と、紹介されたダウン症児やクレチン病のお子さんなどの多くが大同小異の容貌でした。障害児ボランティアのつもりだった私は正直、戸惑いました。この体験を通して、知的障害児の中でも、染色体異常などの生得的な問題を有するお子さんは老化しやすいことを教えられました。また、障害児の在宅状況調査をテーマに選んだ先輩の卒論調査に随行して、何軒かのお宅を訪問し、お母さんからお話を伺う機会を頂きました。あるお宅で、「動く重症児」と呼ばれるお子さんに出会いました。涎で洋服をべたべたにし、奇声を挙げながら室内を徘徊していました。本人の片手は口中にあり、時折指吸いの結果生じた吸いダコやふやけて2倍にも膨らんで見える指が見えました。

室内は、本人が遊び回った結果と思われるいろいろな玩具や生活用品が床に散乱していました。そんな状況にも関わらず、「汚くしていますがどうぞ」と招じ入れて下さいました。お母さんが調査に協力して下さいる間、お子さんはたびたびお母さんや私のところにやってきてちょっかいをかけ、私に抱きついたり、指を吸ったり、涎でべとべとのほっぺをくっつけたりして、帰るときには

すっかり誕まみれになりました。お母さんは、目に涙を浮かべて申し訳ながってくれました。その時、障害児を我が子に持った母親の悲しみが痛いように胸に迫り、お宅を辞去し、家までの道すらその思いを胸に抱きしめて歩きました。この時、本人の福祉だけでなく家族、とりわけ母親のサポートが必要なのだと痛感しました。今、あのお母さんが語って下さったことばをすべて思い出すことはできませんが、「治療の方法がないこと、重症児の教育は受け入れ体制が学校になくて、施設に入れるしか方法がないにもかかわらず、施設入所のなかなかできない状態あること」、「もし、自分が病気になったりしたら、子どもの面倒は誰に見てもらったらよいのだろうか。可能な限り、自分で世話をしていくつもりでいるが年老いて世話ができなくなったり、先に逝くようなことがあったらこの子はどうなるのだろうか、とても将来が不安だ」、「この子がいることで、兄弟が世間に対して肩身の狭い思いをしたり、結婚に差し支えたりしないかと思うと早く施設に預けたほうがよいのかもしれないと思い悩んでいる」等々であったと記憶しています。

あのお母さんから、およそ30年が経過して、教育も福祉も随分発展したと思いますが、根幹に触れる問題は山積したままのように思います。

1. 療育と教育の歩み

学校教育では全員就学が体制化され、大半の障害児は学校教育が可能になりました。施設では施設内学級が、病院では院内学級または訪問教育が保障されるようになりました。

療育は、通園事業が進み、かなりの母子が通園可能な状態になりました。福祉サービス制度は、ホームヘルパー、送迎ボランティア、レスパイトケアなど家族支援を目的としたメニューも作られるようになってきました。

これらは、諸々の国際的な人権・福祉に関する風潮を追い風に国際障害者年10年の“ノーマライゼーション、QOL運動”が火付け役になって運動に弾みがついた成果だと私は思っています。し

かし依然として、障害に関する基本的理解の面でも、障害の発見、告知そして療育という道筋でも、まだ十分に血肉化した状況になっていないと考えます。

本日の報告者である4人のお母さんが、ご自分たちの体験を語ることで、迅速且つ適切な医療や福祉サービスが誠意をもって提供されていない多くの事実を伝えてくださいました。しかし、一方で焦りや絶望の淵にいるお母さんたちへ様々な形でサポートしようと努力されていた保健婦さんと通園施設の職員等と比較的早い時期の出会い、支援を受けながら障害児を持つご家族が相互に支えあい育ちあう過程が窺え、療育が微力であっても生きている事実をうれしく思いました。これらの事実を、私たち療育支援に関わる者は真摯に受けとめ、今後の療育支援の現場に生かしていくことが必要なのだと思います。

2. 告知と障害受容

両親が障害に気づき始めたときに、その思いに寄り添って支えくれる地域の支援者の多くは保健婦さんだと思われます。確定診断が下されるまでの長く暗いトンネルを一緒に歩き続けてくれる頼りになる誰かが必要なのだと思います。そして、確定診断をしっかりと、真心を込めて告知できる人が必要なのだと思います。告知は、ご両親に、診断名だけではなく本人の一生にわたる障害の全容を伝え、どう障害とつきあっていくかの覚悟をきめる瞬間だと私は考えます。両親に障害を告知することは、ある意味で「死の宣告」と似ているとおしゃった人がいます。なぜなら、癒えることのない病とつきあいながら生涯を過ごしていくことを告知するわけですから。「お医者さんから脳性麻痺と診断されて、帰り道をどう辿ったか全く記憶がない」という話を何組ものご両親から、うかがいました。絶望の淵から、ご両親が立ち直っていくプロセスをどう支えていくか、この点に関しては未だに積極的な取り組みが十分なされていないというのが現実のように思います。

障害を宣告された両親が、お子さんの障害を受

け止め健やかな成長のために、よりよい養育に専念できる条件づくりや環境づくりが療育の第一歩だと誰しもが考えていると思います。

3. 家族サポート

社会の風潮も福祉サービスメニューも、障害当事者と両親とりわけ母親のサポートにはスポットが当てやすいように思います。事実最近になって、レスパイトケア、送迎ボランティア、家事ボランティア等々の福祉サービスメニューが作られてきました。

家庭療育を推進するためには、家族とりわけ兄弟姉妹の存在は無視できないものがあります。しかし、家族の中心的存在である母親が障害児の養育に軸を移し、父親特に兄弟姉妹への目配りが少なくなりがちなのが障害児を持つ家庭の現状のようです。例えば、夫婦不和や父親への不満の捌け口として母親から兄弟姉妹がよく叱責されたり、放任されたりしがちになります。また、入院、通園等でいつも置いてきぼりにされる淋しさ、同じ日に学校行事がぶつかるとうとうしても障害児が優先されがちになって、運動会に一人でお弁当を食べるなど我慢し続ける悲しさや辛さからの逃避行動として、家庭内暴力、不登校、非行に走ったりするなど枚挙にいとまがありません。平成6年に、私は母親と障害児の兄弟それぞれを対象にしたインタビュー調査を行いました。母親からは兄弟に対する自責のこぼれを、兄弟からは母親と障害児に対する突き放した思いや、長い間、人知れず母親を心底で求めてきた、うめきや恨みのこぼれをうかがいました。この調査を通して、障害児を家族に持つことで招じてくる様々な問題をクリアする社会的なサポートが必要なのだと改めて痛感させられました。そして、障害当事者だけにスポットが当たる現在の医療や福祉のあり方が問われているのだと思います。

4. インテグレーションの動向

福祉・障害児教育では、インテグレイションについてかなり以前から唱われ、その取り組みがなされ

てきています。障害を持つお子さんが健常児と過ごす場として、障害児保育や幼稚園教育の中では長い歴史的な歩みがあります。約30年前には、障害児を受け入れてくれる保育園・幼稚園は全道でも数えるほどであったと記憶しています。まして、障害児を持ったお母さんが職業を続けるために保育園に入れたいという希望を口にするのはとても勇気が必要な時代でした。しかし徐々に、統合保育が謳われ受け入れてくれる保育園、幼稚園が増え、働く母親が受け入れるような状態になってきました。現在、障害児の大半は統合保育・教育を受けられるようになってきました。しかし、最近、新たな課題が誕生してきています。総てのお子さんに保育の場をとということで、最重度のお子さんの受け入れを求める療育関係者やご両親が増えてきました。経管栄養のお子さんや難治性のてんかんが頻発するお子さん等々手厚い医療的なケアが必要なお子さんの療育を母子分離した形態で保育園で展開してほしいという要請です。この提案は、従来の療育のあり方を根底から検討し直す提案だと思われます。ここには、養育の責任を他者に委ねてしまう母の問題が顕現してきます。「社会の子」として「総ての子ども」の養育に責任を持つという覚悟を含めて課題を見つめ直す視点も必要になってきていると思われます。また、教育基本法に謳われている「能力に応じて等しく教育を受ける権利」についても検討することが大切ではないでしょうか。平等ということは皆同じということではない、能力に応じた平等が大切なのだと思います。障害を持つお子さんにとっては、健常児とともに学ぶ場の確保は大切だと考えられています。これは障害を持つお子さんが健常児とともに学ぶ機会がほとんど得られていない、言い換えれば隔離・差別されているという発想と子どもは等しく教育を受ける権利を要するという教育権の保障、侵害の立場から運動が展開されてきたと考えます。どのお子さんにも教育の場の保障ということで全員就学が実現したのは幸いだったと思います。しかし、現実の壁は厚く普通教育を望む両親と特殊教育が必要と考える教育・

療育サイド間で長年にわたって協議が続き、徐々に普通教育の場へ入級する障害児が増えているというのが現状であるといえます。普通学級に入級したから問題が総て解決したわけではないのです。入級したお子さんがクラスメイトと対等に学びあえる条件をどう整備していくかという新たな課題に向けての出発なのです。身体障害児であれば、玄関、廊下、学級のドア、机と椅子、トイレ等々特別な配慮が必要になってきます。授業を展開するときには、学習しやすいような手助けが必要になります。このように、生じてくる課題に迅速に対応する姿勢が求められてくるわけです。現在、養護学校などで教育課程を修了したお子さんたちに対して様々な意見があります。その意見の一つとして、次のようなことを紹介したいと思います。

5. ノーマライゼーション

障害当事者は他者から援助を長期間受け続けた結果、自分で考え行動する、行動に責任を持つという経験が極めて乏しく、未成熟なまま成人し易いという傾向が指摘されています。その結果、成人になっても常識的な態度や円滑な対応ができない場面が多々みられたり、依存的な態度、自己中心的な思考や行動を頻回にとっては周囲とのトラブルを起こしがちです。無論、すべての障害者に当てはまるわけではありませんが、このような傾向は彼らの長年にわたる過保護、依存的な養育環境などを考えると無理がない結果であるといっても過言ではないように思われます。

他方、健常者と伍して共に学んできたある脳性マヒの女性について紹介したいと思います。彼女は地方の高校を卒業し、札幌で現在就労中ですが、先日、その彼女の結婚式に出席いたしました。人前結婚式を行ってから披露宴という結婚式でした。花嫁が脳性麻痺で両足が不自由なのですが、入場の時は打ち掛け姿でした。草履を履いて花婿と介添え役の式場の係の方の介添えで入場してきました。私たちは本人の障害がどの程度か理解していますので、果たしてこの姿で新郎新婦の

テーブルまで歩いて行けるのか内心はらはらしておりました。しかし、彼女は見事にしかも笑顔が浮かべて、二度のお色直しも滞りなくやり過ごし、披露宴が終了するまで頑張りました。テーブルを歩く彼女を見つめながら深い感動に酔いしれていたのは私だけではありませんでした。見ると、訓練仲間のKさんも彼女の担当だったN看護婦さんの目も潤んでおりました。披露宴の最後は、新郎新婦の両親への花束贈呈でした。新郎のお父さんが彼女との結婚を心から祝福して下さるご挨拶をなさって、彼女の幸せを嫁に出す母親のような思いでかみしめました。「おめでとう。よかったね。幸せになってね」心の中でつぶやきながら、この結婚式の成功は、本人の不屈の精神力や両家の暖かい応援が有ることは勿論、この結婚披露宴を支えた会場側の配慮も素晴らしかったと思いました。例えば、結婚衣装やヘアスタイルに至るまで、本人ができる限り負担が軽くなるような配慮が成されていました。テーブル間を歩くと、きや着席するときなどのときには介添えの方が細心の注意を払いながらもさりげなく心配りされている場面が随所にみられました。披露宴終了後のお見送りでは花嫁は椅子に坐っていました。その前を「おめでとう」と声をかけて歩きながら二人を見ました。花嫁の笑顔はみんなのエールに答えて、がんばり抜いた人だけが見せる自己充足に輝いていました。「ああ、きれいだな」と思うととても嬉しかったひとときでした。

ノーマライゼーションというのはこういう場面を指すのだと思います。人間の能力は同じではありません。能力の違いを補って、同じように暮らしが成り立つように相互に扶助し合うのがノーマライゼーションではないかと私は考えます。この日、若い彼らから身をもってそのことを教えられたように思います。

おわりに

障害を人生の伴走者にして過ごしていくことは、平坦な人生ではないことがよくわかります。様々な艱難辛苦も多いですが、小さな喜び大きな

喜びにも敏感になり、春秋に富む豊かな人生を過ごすことが可能なように思います。

座長まとめ

南幌養護学校
牧野 誠 一
北海道医療大学
阿部 哲 美

はじめに

この研究大会に出席すると、いつも重い宿題を背負ったような気持ちになってしまう。

乳幼児の療育に携わる人や保護者からの学校教育へ声が非常に重いからである。数年前には「学校は何をしているのか分からない。少し深く具体的に話を聞きたいと思い、学校に問いただすと『その部分はプライバシーの問題もあるので』という回答が返って来る。

「学校はブラックボックスだ」という声も聞かれた。さて、今回も話題を提供して下さったのは、大谷氏を除くと障害児といわれている子どもをかかえているお母さん方である。お母さん方の生の声とフロアーからの声、助言の蔭山英順先生のお話の中などから核となるような事項についてまとめてみたい。

1. 話題提供の中にある学校教育関係の事項について

- (1) 毎年担任が替ったのにはこたえた
- (2) 連絡ノートが徐々になくなった
- (3) 「問題を一人で解決しようとせず、ネットワークを生かして」という声は聞いてもらえないようだ
- (4) 小学校6年間で3人の先生にめぐり合ったが、どの先生も楽しい関わりを第一に考えてくれた
- (5) 「行かない」ことも自己主張だと認めてくれた
- (6) 6歳で親から離れ、寄宿舎に入って養護学校に通うという道を選ぶ事に罪悪感めいたもの

を感じた。

- (7) 遠くの養護学校に行っている子などは長期の休みなどになると、家に戻ってきても地域での居場所がない
- (8) 一生懸命さで親や子どもをつぶさないでほしい。わかったふりをして、子どもを決めつけないでほしい

2. これらの意見を聞いて思うこと

「特殊学級の担任は非常によく替わる」これは、私が様々な教育研究団体の調査資料を見たり、自分自身が各地の特殊学級担任と連絡を取り合う経験から思うことである。腰をすえて特殊学級教育に取り組むような教員配置をあらゆる立場の人たちが考えるべきだと思う。

学校と乳幼児療育機関とのパイプは非常に細く、時として断絶してしまっている場合も多い。私自身が調べた調査結果では学校の障害児教育担当者の声は「乳幼児療育はよくやっているとは思いますが、学校には学校の指導目標、内容、方法があるのだから任せてほしい。あえて、乳幼児療育関係者と強く連携する必要を感じない」というものであった。学校という場合は、知育、徳育、体育を育む場であるが、乳幼児時代と大きく異なるのは多分「知育」の教育の比重が大きくなることではなかろうか。「身辺自立」「自分の事は自分でする」「ぐずぐずしない」「人に迷惑をかけない」(一見徳育の目標のようにも見えるが、その場でどのような行動を選択するのが適切なのか?といった知的な判断を要求される場合がとても多い)「進んで働く力を身につける」などなど、知育に重きを置いた教育目標が目につく。たしかに「〇〇が自力でできるようになった」という意義は大きいと思う。しかし、児童の実態よりも「社会で自立して生活していくためには、最低これだけの事はできなければ」という目標設定が最初にあり、それに向かって子どもを引き上げようとするならば、無理を生じるケースは多いのではなかろうか。

「行きたくない」といった「イヤダ」を大切にしたいと大谷氏は言われたが、四名のお母さんも、学校で教育をするに当たって社会に適應する生活技術や知識の習得は大切だが、その前に「この子らが何を思っているのか」をていねいにくみ取って欲しい、と願っている。助言者の蔭山英順先生が「障害児の生活指導の指針のようなものを自分は研究してもってはいるが、それをやりなさいとは言わない。親から求められたら提示しつつその子、その家庭に合ったやり方を保護者と共に作り上げていく」と言われたが、学校教育に求められるのはこうした保護者と共に作り上げていく教育ではなからうか。

どこに就学するか（できるか？）といった問題も大きい。北海道のA管内の特殊学級を調査した結果では知的障害の学級と情緒障害の学級に在籍している児童生徒の三分の一は就学指導では「養護学校が適当」という結果であった。「この子が生き抜いて行くためには、どこに就学するのが良いのか」という保護者の一人一人の学校探しのエネルギーはすごいものを感じる。障害児の教育においては保護者が学校を選ぶ時代に入ったのではなからうか。行政は保護者のニーズを的確にとらえ、養護学校の分校や分教室の増設、特殊学級と養護学校の人事交流、地域に生きる障害児へのサービス、いわゆる普通学級の中における特殊教育の推進に関する研修など、きめ細かなバックアップをしていただくことを望みたい。

(牧野 誠一)

障害児を抱えた親は様々な困難に直面してきている。それも一時的でなく、生涯に渡って続く。このことを予め知っていて障害児の親を引き受ける親はいないであろう。親たちに対して援助が必要であり、その方向をしっかりと見つめて支えることが求められている。

ここでは乳幼児期、義務教育期、青年・成人期に区切って考えていきたい。特に教育の期間にお

いて親は多くの不満があるようである。

ここのシンポジウムを聞いて、まず第一に日本の教育は人間が育つことを目的として個人から出発したシステムでなく、将来の目的に合わせて個人を追い込むシステムであると感じた。例えば、「良い学校」に行くため、「良い就職」するため、早期から勉強に励まされている。そうすることで幸せになれると信じている。これは言わば個人に合わせて服を作るオーダーメイドでなくて、既製服に個人の身体を合わせていきなさい、と命じているようなものであると思われる。

このような信念が日本の隅々まで染込んでいるが、早期療育はこれでは成り立たない。障害児に対して予め決まった方法でアプローチする指導員や保母はいないであろう。子どもの反応を見ながら喜びそうな働きかけを工夫していくのが障害児療育の通常姿であろう。これは先ほどのアプローチとは正反対の方法で、まさに個人から出発している。

第二に各ライフ・ステージに特有の困難さがあることである。乳幼児期については本研究会が開いてきているので省略するが、北海道に67母子通園センターが配置されているのと比べれば、全国ではまだ通う場（通園）がない地域は相当数ある。

学齢期は放課後、つまり在宅生活の貧困さが調査によって明らかにされてきている。他方、養護学校の寄宿舎教育が再認識されている。北海道は訪問教育を受けている障害児の数が全国第1位である。これは在校教育を受けられない条件が子どもの側にあるのではなく、大半は教育条件を整えられないことが理由である。

そして、青年・成人期では高等部まではほとんどの子どもが入れるようになったことはここ10年の成果であるが、学校後に通う場がまだない場合が多いのが実態である。親の老後を考えると入所施設に入れるのもやむを得ないであろう。このため相変わらず入所施設は増えつづけている。国がようやく雇用や在宅の支援策は端緒についたばかりである。しかし、これはノーマライゼーション

の理念とは程遠い。

第三に早期療育においても指導の力量を問われていくであろう。早期療育の構造は①子どもへの指導、②親への育児支援、③地域のコーディネーションである。ここで言う指導は①の子どもへの指導であるが、まだ、このような領域区分に関する認識は未分化であり、障害児教育と比べても十分に検討されていないのが実情である。早期療育の今後の課題である。

第四にノーマライゼーションという用語はすでに日本で福祉関係者の間では定着しているが、その理念とすることは相変わらず現実化していない。真にノーマライゼーションを実現するには、入所施設をなくすプログラムを全国的に展開でもしない限り不可能であろう。同時に、在宅福祉サービスの様々な方策を提言していくことも重要であろう。

(阿部哲美)

編集後記

アカウンタビリティを果たそう

北海道東川養護学校 佐藤 満雄

平成10年某月某日、足寄の佐々木さんから電話。「佐藤先生、乳幼研のシンポジュームの座長をお願いします」、「いいよ、まかせなさい」。こんな会話がありました。

平成10年某月某日、東川養護学校校長室。超整理手帳で日程を整理している佐藤。

突然悲鳴！「しまった」。なんと乳幼研の日は、本校の学芸会の日ではないか。あわてて足寄に電話する佐藤。顔面は「ちびまるこ状態」。

ダブルブッキングを防ぐために超整理手帳を購入して、日程の調整をしていたはずなのに。(いつも形から入る佐藤の失敗) こんな訳で、昨年度の乳幼研当日は参加できませんでした。そのお詫びのつもりで今年は6月に発行するぞと、叫んではみたものの、やはり原稿がそろったのは、蛙の鳴き声から虫の鳴き声に変わる頃となり、オフィス・イマージュの影山氏から催促の手紙が今年も例年どおり参りました。

参加していなかった分、原稿を読むのが新鮮でいろいろ勉強させていただきました。岡田先生の論文を読みながら、特殊教育センターで聞いた岡田先生の、よどみのない講演を思い出しました。確かに岡田先生の指摘されるとおり、公立施設と民間施設の職員配置等の差は大きく、それなのに施設廻りをいたしますとモラルは、民間施設の方が高いような気がします。そのことは学校においても同じで、本校は児童生徒83名に対し教職員が86名配置されています。そのため、アカウンタビリティを考えなければならぬということと地域に積極的に関わり、地域の特殊教育センターとしての役割を果たそうと努力しています。その過程を通して考えさせられたのは、まず職員の意

識改革が急がれるのではないのでしょうか。民間と公立の人事交流等がなされるべきではないかと思われま。いずれにしても、これからの福祉、教育はアカウンタビリティということを念頭に置いた運営が望まれます。

先日出張の帰りJRの機関紙に目を通していると、こんなことが書かれていました。日本の子どもは世界で席を老人や障害のある人たちに譲る率は低いそうです。中教審のデータには他の国と比較して老後、親をみるのは当たり前だと考える子どもは少ないというものがありました。他のデータでも、日本の子どもの道徳観・倫理観は他の国に比較して劣っているのではないかと考えさせられるものがあります。最近のニュースでは、成績が良く一橋大学を出た人が、飛行機を操縦したいという目的でハイジャックを犯すという信じられない自己中心的な行動にでたり、偏差値が非常に高い人たちが入る慶応大学医学部の学生が集団で婦女暴行を犯す事件がありました。戦後30数年教職の立場にいた私にとって、これらのことは自分の責任でもあります。「個人の自由(宗教心を持たない)、権利」を前面に掲げて指導してきた戦後民主教育の陰の面が前面に出た結果ではないのでしょうか。

岡田先生は、GHQ三原則から現在の福祉の制度を振り返っておられますが、私たちも、もう一度戦後に戻り、どうしてこうなったかを検討する必要があるのではないのでしょうか。それが戦後を生きてきた大人の責任でもあるし、今からでも遅くはないと考えているこのごろです。

北海道乳幼児療育研究会会則

第1条（名称および事務局）

本会は、北海道乳幼児療育研究会と称し、事務局を北海道教育大学札幌校扇子研究室／三浦研究室におく。

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	大 江 美和子	三 浦	哲	
研修部長	阿 部 哲 美			
研修副部長	佐々木 浩 治	水 口 克 幸		
部 員	伊 藤 克 実	伊 藤 貴美子	大 西 由希子	
	金 沢 俊 文	重 野 淳 子	鶴 田 剛	
	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	今 西 豊	三 島 与志正	吉 田 耕一郎	
	吉 田 玲 子	菅 原 康 之		
総務部長	関 道 子			
総務副部長	市 野 孝 雄	辰 田 収		
部 員	飯 浜 浩 幸	糸 田 尚 史	内 田 雅 志	
	高 橋 修 一	高 橋 教 之	中 村 孝 博	
	藤 崎 賢 治	古 川 智 恭	古 川 力 也	
	前 田 裕 文	水 口 克 幸	山 田 克 己	

編 集 委 員

阿 部 哲 美	石 川 丹	伊 藤 則 博	飯 浜 浩 幸
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機関誌

乳幼児療育研究 第12号 平成11年9月15日 発行

編集者 北海道乳幼児療育研究会

事務局編集部（代表 伊藤則博）

研究会事務局

北海道教育大学札幌校 扇子研究室／三浦研究室

〒002-8075 札幌市北区あいの里5条3丁目1

TEL (011) 778-8811 / FAX (011) 778-8822

印刷 (有)オフィス・イマージュ

〒063-0804 札幌市西区二十四軒4条6丁目4-18

TEL (011) 644-5533 / FAX (011) 613-9323
