

# 心身障害児の療育指針の設定に関する研究

(大妻女子大学)

平井信義  
大場幸夫  
松本壽昭  
石井悦子  
弟子丸郁子

(大妻女子大学)

山崖俊子  
(都立教育研究所)  
村田保太郎  
(天野クリニック)  
天野 暉

## 序 論

心身障害児の療育指針の設定が適切に行なわれるためには、医療のみでなく、心理や教育、福祉の面からの接近が非常に重要な意味を持ち、それらが総合的に行なわれる必要があることは、識者によってかねてから指摘されていたところである。医師によって療育指針が示されることが多かったが、それが医療に傾き、ともすれば教育や福祉がおろそかにされることが多く、その療育指針が適切であっても、それに対して積極的に従おうとする障害児の両親の態度が確立されなければ、その療育指針は中途半端になりやない。どうしても心理や教育、福祉の面との協力が必要となるし、とくに家庭の福祉の面を十分に考慮することが必要となる。

むしろ、療育指針の設定に当っては、家庭福祉や親子の心理状態が十分に考慮されなければならない、その上で初めて適切な療育指針が設定されることが絶対に必要となる。一方的に医療が先行する場合には、かえって障害児の両親が不安となり、それが子どもの精神発達に障害を与えることになり、近年その傾向が強くなってきている。

そこで、どのようにして医療に従事している者と、心理、教育、福祉に従事している者

とが協力し合って、一人の心身障害児の療育指針の設定に当たるべきか、そのシステムを明確にする必要に迫られた。

## 1. 研究の経過 (昭和48～51年)

昭和48年間から4年間に亘って、一人の心身障害児に対する療育指針の設定が行なわれているが、その際の問題点は何かを明らかにする目的で、医療に従事している者、心理部門を担当している者、障害児の教育に当たっている者、児童福祉を担当している者、ボランティア活動を行っている者が一堂に集まり、6回に及ぶ事例照会を行なうことから始められた。

その結果、多くの事例において、一人の医師によって療育指針の設定が行なわれていることがわかった。しかも、それが家庭の事情などを考慮することなく一方的に両親に指示されているので、それに不安を感じた親の中には他の医師を訪問する者があり、しかも、二人の医師の間で療育指針が異っていたりして、両親はますます不安になっている例が、次々と報告された。

或いは、障害児の教育を担当している教育者から見て、療育指針を変更した方がその障害児の発達に寄与する面が大きいかとわかっていても、療育指針を設定した医師との連

絡がつかなくなったり、教師からの提案を受け入れようとしめない医師が多いことが話された。一方、その数は少ないが、教育者とよく協力し合って障害児の療育指針の設定やその変更をしている医師の例も報告され、障害児およびその親に極めてよい影響を与えている例も報告された。

さらに、障害児の中でも、自閉児の場合には、医師からは精神薄弱児と診断されている例が多く、従って療育指針も全く異っており、心理面を担当しているセラピストによる新しい療育指針の提示によって、症状が好転している例についても報告があり、一人の医師による療育指針の設定がいかに危険であるかを知った。

肢体不自由児の場合にも、子どもに毎日接している教師が、より積極的療育指針の必要性を感じ、医師の設定した療育指針を変更して実施したところ、運動機能が改善され、意欲的に活動する子どもになった例の少ないこと、或いは、ボランティアが在宅障害児を訪問して助言することにより、非常に著しい発達が認められたが、その際に、一人の医師によって設定された療育指針がむしろ妨げとなっていたという事例の報告もあった。

また、同一施設内に、医師や心理学専攻者や福祉学専攻者がいても、それぞれの間で事例についての協議の機会がないために、それぞれの立場から親に療育指針が示され、それらが統合されていないために、両親には混乱が生じ、不安を増大させている例のあることが報告された。

以上の話し合いの中から、一人の障害児の療育指針の設定に当っては、医療、心理、教育、福祉の各分野の専門家が協議し合うことによって、その障害児に最も適した療育指針の設定が行なわれることが明確となった。そこで、協議の実現の可能性のある施設を探し求めたが、残念ながら見つかることができなかった。また、些かでもその実現の可能性のある施設との協同研究を提案したが、ついに

協力が得られなかった。ここに、心身障害児の療育指針の設定にかかわる大きな問題が横たわっていることを痛感した。

## 2. 大妻女子大学児童臨床相談室での努力

そこで、医療、心理、福祉を専攻した者のいる大妻女子大学児童臨床相談室の機能を点検して、それを向上させる努力を始め、10回の討論を重ねた。

相談室においては、手紙による申し込みによって intake work を始めているが、その手紙には、生活史、家族構成、問題発現の状況とその後の経過などをできるだけ詳細に書いてもらう。それによって疑診を立て、相談員の間で協議した上で、両親へのカウンセラーと子どもへのセラピストが決定され、面接日と時間を書いた手紙を送る。その際に、両親ともに来室してもらうように要請しているが、その実現は2割前後に過ぎず、多くは母親のみであり、この点も障害児の療育指針の設定に当って、問題となる点である。つまり、父親の協力が得られにくいことが推定されるからである。

初回の面接および行動観察は、ふつうは1時間であるが、親への面接には2～3時間を費す例もある。とくに遠隔地から来た両親に対する場合である。初回において診断が確定せず、療育指針を確定できない場合には、親への面接中、子どもには遊戯観察を重ねることになる。その間、診断名をカウンセラーの方から提示することは少なく、それを両親に求められる場合には、療育指針を述べる中で間接的・具体的に説明する。それは、親が求めているのは診断名ではなく、適切な療育指針であるからである。

子どもに対する遊戯観察は極めて重要であり、十分に観察を行なわなければ、診断も療育指針の設定もできない例が多い。子どもの行動から、情緒や自主性、適応能力や知的能

力を推定できるからであり、その点で知能テストなどは非常に不確定な検査といえよう。われわれの相談室では、ほとんど知能テストを行なわない。遊戯観察に当っては、教育上のことを考えて、子どもの「よい面」を発見することに努力する。両親との面接においても、両親から子どもの「よい面」についてできるだけ多くのことを報告してもらおう。それは、われわれが病理的観点を排除して、教育的観点到立っているからである。

親に対して療育指針を述べる中で、今後の経過について、できるだけ明るい見透しを述べることになるが、一応3ヵ月区切りでその見透しを立てることにする。明るい見透しは、両親を勇気づけるものである。決して悲観的な見透しは立てない。それは、子どもは無限の可能性を秘めた存在である——というわれわれの児童観にもとづいている。3ヵ月毎に療育指針の点検が行なわれ、必要を認められた場合にはそれを修正する。

カウンセラーとセラピストはその回を終った時に意見交換を行ない、必要に応じて、随時、スーパーバイザーからスーパービジョンを受けている。

相談室には医療設備がないので、協同研究者の一人である天野の協力を得て、クリニックにおいて脳波検査を行うが、異常があればその結果は、直ちに親に話されることはなく、その所見と行動観察の結果とを照合し、十分に検討した上で、両親に報告することになる。それは、脳波上の異常所見は、必ずしも行動異常の原因ではなく、包括的に家庭環境やこれまでの教育上の過誤などの関係を追求してみると、むしろ教育上に問題の大きいことを見出すことが多いからである。そのような例については、療育指針は教育上の問題を大幅に考慮することになり、より効果をあげている。他の医療機関において、脳波異常が子どもの問題行動の原因となっていると診断され、投薬を受けていた子どもたちを、薬物から解放し、親に対するカウンセリング

によって効果をあげた例の多かったことを附言する。

その他、代謝障害の疑いのある子どもに対しては大病院と連絡を取り、難聴の疑いのある場合には専門施設に紹介している。

以上、十分とは言えないが、適切な療育指針の設定のために、われわれの相談室が行っている方法について述べたが、療育指針の設定に当っては、各分野の観点が必要であるとともに、その背後にある児童観が重要な意味を持っていることを強調したい。

その他、ケース会議には毎週1回午後3時間を当て、全員参加のもとに討論するが、とくに困難な問題をかかえているカウンセラーやセラピストからの問題提起が多い。なお、その際に、診断や療育指針が適切か否かを検討し、不適切な面を発見したときには速かに修正する。

さらに、教育機関、例えば幼稚園・保育所、小学校などに通園通学している子どもについては、その機関の職員と連絡をとり合うほか、しばしばその機関を訪問して観察を行ったり、職員と懇談して、情報の交換を行い、よりよい療育指針の設定に努力している。それには主としてセラピストが当たり、その情報はケース会議において報告されることになる。相談員の視野が広がることは言うまでもない。

また、両親から、他の治療法や相談機関について相談があった場合には、われわれの能力にも不足があることを考え、他の機関に紹介したり、両親の希望する機関へ紹介状や経過報告を渡すことにしている。

### 3. 特殊学級および養護学校の教育者との月例研究会

昭和49年より、特殊学級および養護学校の教育者有志、さらに普通学級に障害児を積極的に受けいれている教育者とともに、治療教育のための方法論について研究会を続けなが

ら、医療と教育との関係をも追求してきた。

その結果、昭和53年度においては、とくに自閉児を中心とした教育の立体化構造プログラムの一部を作成することができた。その際に、対人関係の発達段階の妥当性について検討したが、とくに対人関係の概念についてあいまいさがあり、自閉児に対して軽度とか重度とかを診断してきた従来のマトリックスが、必ずしも妥当でないことが判然としてきた。自閉児においては、とくに母親との関係、父親との関係、教師との関係、医師との関係の在り方はそれぞれ異っているにもかかわらず、それを総括的に判断して段階を決定していた方法に問題があり、もしそれによって療育指針が設定されるとなると、かえって自閉性を強めることになりかねない。その点で、自閉児と関係する人々の受容能力が問題にされなければならないし、その時の状況によっても異ってくる。その弊を打破するために、われわれは、一部ではあるが、自閉児の言語と意欲とを取り上げて、立体的なプログラムを作成する努力を続けている。

なお、従来、自閉児に対して子ども集団を与えればそれが刺激となって治療教育の効果をあげるように言われてきたが、それが大きな誤りであることが指摘された。つまり、子どもに対して関心を示すまでに至っていない自閉児に対して、子ども集団の中に入れるような療育指針を示すことは、かえって自閉児に対して恐怖心を与える結果となり、自閉性を強めている例が少なくない。従って、自閉児が他の子どもに関心を持っているか否かの判定が必要であり、関心があるとするれば、どのような子ども集団が望ましいかの判断も必要となる。

なお、脳波検査を受けて異常ありと診断され、投薬を受けていた自閉児について、教育上の立場から検討し直してみると、薬物の効果がなかったり、薬物が自閉児の意識や行動を鈍麻させているために、教育上に支障を来たしている例もあり、療育指針の設定に大き

な問題のあることを知った。そのような例については、両親に対する指導を行ないながら薬物の服用を中止させ、さらに教師と両親との間に強力な協力体制を作り上げることによって、自閉児の状態像が著しく改善された事例の報告もあり、医療と教育のどちらを優先すべきかを討論したが、自閉児と身近に接し、教育に打ち込んでおり、しかも両親と密接にかかわりを持っている教師の場合には、その意見を十分に取り入れた療育指針の設定が極めて重要であることを認識した。

#### 4. 秋田県過疎村における障害児対策

1) 昭和47年以来、秋田県下の一過疎村(C村)を中心に、「児童の生活構造の変遷に関する研究」を継続してきた。その都度、各方面から、家庭生活や育児への助言を求められてきたが、昭和52年11月に、初めて心身障害児の問題に対して助言を求められるようになった。それは、とくに昭和54年の全員就学を旨として教育委員会が対策を立てる必要に迫られたからであるが、われわれもそれに積極的な関心を示したからでもある。

その後、われわれは、教育行政担当者のみでなく、保健および福祉の担当者と協力し合って対策を立てる必要のあることを、村長に提案した。その結果、それぞれの課長および係長が集合して、次回にその具体的対策を実現することになった。

2) 昭和53年2月にC村を訪問した際には、保健婦、保育所保育、児童委員、小学校教師(訪問教師を含む)、生活改善普及員など30余名が参集したが、各種の障害児問題についての活発な発言があり、その状態とともに、C村独自の社会的背景のあることを把握することができた。例えば、村から隔絶された土地に住む家族、とくに父親に精神発達遅滞があり、しかも文化的な面で極めて低い状態にある家族の中の精神発達遅滞児や、母親の就労により祖母まかせの育児から生じてい

る心身の障害、さらに障害の診断や療育指針は、秋田市まで出向かなければならず、必ずしも適切な療育指針を受けていない点が大きな問題であることを知った。

さらに、われわれは、医療（平井）、児童心理（大場）、児童福祉（松本）と2名の助手とチームを組んで、約20名の障害児について観察と診療を行ない、また、それら障害児とかかわっている保健婦、保母、教師および母親から事情を聴取した。（母親は就労しているために、子どもの実態について詳しい情報を持っていない例が少なくない。）

その結果、それぞれに療育指針を示すことになったが、対象になった障害は、脳性まひ、てんかん、難聴、精神発達遅滞、言語障害、行動異常などであり、軽度の自閉性のある子どもも含まれていた。てんかん児には新たに処方箋を与え、難聴児や言語障害児については、秋田市および東京都においてわれわれと密接な関係のある施設（私立）を紹介した。精神発達遅滞児には保育所への通園をすすめ、保母との連絡を密にすることができた。

3) 昭和53年11月にC村を訪問した際には、前回に示した療育指針が非常によい効果をあげ、例えば、てんかん児には発作が減少し、難聴児は保育所での活動が活発になるなどによって、村当局から歓迎され、さらに10数名の障害児の観察と診察、母親、保母、教師との面接を行ない、療育指針を示した。

保健婦や保母、さらに行政担当者らは、C村が小さいだけに、家庭内の事情にもかなりくわしく、家庭関係の中での葛藤についても聴取することができて、療育指針の設定に当っては、彼らの意見が非常によい参考となった。依然としてタテ社会の意識が強く、それが葛藤の原因となっていること、それを回避するために嫁である母親が就労している面のあることも知った。

4) 昭和54年3月に、第3回目の療育相談を実施した。この時には、前年度からの継続

相談とともに、新しい地区の障害児の相談を含めて、約10名の幼児・児童の観察と検診を行ない、親、保健婦、保母、教師に療育指針を示し、助言を行った。

また、教育長の呼びかけで「幼児・学齢児童担当の教職員の研修会」が開催された。参加者は、保健婦、保母、教師（小学校）、養護教諭、民生員、および行政（教育、民生、保健）の関係職員など40名に及んだ。出席者の顔ぶれをあえて明記する意図は、いわゆるタテワリ行政の弊害を克服することが可能になってきているからであり、われわれの研究目的がこのC村で実現される可能性が生じたからである。

この研究会においては、われわれは、C村においてこれまで観察し療育指針を示した事例について話し質疑を受ける中で、われわれの障害児観や療育指針の設定に関する試案などを示し、そのためのモデル地区にしたいという念願についても話した。そのためには、障害児のリストを作成してもらうこと、それに関して障害児の早期発見および療育指針設定のシステムを作成して提案することを約束した。

その後送られてきた障害児のリストは、次の如くである。（表1）

このリストから、5歳未満児については、診断と療育指針の設定にわれわれが関係したことが現れているが、学童の多くが「精神薄弱」という診断のもとに片づけられていることがわかった。今後はその解明に当たり、真の精神薄弱か仮性精神薄弱かを明らかにして、療育指針を明確にしたいと考え、その資料の蒐集を始めている。

5) 昭和54年度は、54年11月と55年2月の2回にわたってC村を訪問し、とくに2月には25人の障害児が対象となった。それらは、すでに継続観察の対象になっていた12名と、新しい障害児13名とである。なお、その中には、中学3年生女兒の登校拒否児がおり、家庭訪問を行って面接することができた。さら

表1 心身障害児のリスト

No	名	性別	年月日	主 訴	備考
1	T. K	女	S. 51. 9. 29	肢体不自由, 知能の遅れ	
2	M. S	女	S. 51. 1. 10	知能の遅れ, ことば	
3	M. A	男	S. 50. 7. 9	ことば, ひきつけ歩行(一)	
4	S. H	男	S. 50. 6. 14	ことば, 多動, 落ちつきなし	
5	M. T	男	S. 50. 5. 15	ことば, 発達の遅れ	
6	M. Y	男	S. 50. 3. 26	ことば	
7	S. H	男	S. 50. 1. 19	知能, ことば, C. P.	
8	M. M	男	S. 49. 5. 10	動き激しい, 集中力なし, 文章(一)	
9	K. H	女	S. 49. 2. 27	ことば, 発音不明瞭, 文章(一)	
10	S. A	女	S. 48. 1. 3	ことば	
11	T. M	女	S. 47. 9. 19	ことば, 落ちつきなし	
12	O. S	男	S. 46. 12. 21	C. P. ? てんかん	
13	S. M	女	S. 46. 6. 11	難聴(ことばの教室へ)	小1
14	S. C	女	S. 46. 1. 23	難聴(就学猶予1年)	小1
15	O. O	男	S. 46. 1. 21	精薄	小2
16	S. T	男	S. 46. 1. 20	精薄	小2
17	F. H	男	S. 45. 2. 2	精薄(就学猶予1年)	小2
18	M. M	女	S. 45. 1. 26	精薄	小3
19	S. M	男	S. 44. 12. 21	精薄	小3
20	S. Y	男	S. 44. 3. 18	精薄	小4
21	S. S	女	S. 44. 1. 14	精薄	小4
22	S. K	女	S. 43. 12. 16	精薄	小4
23	M. A	女	S. 43. 8. 26	精薄	小4
24	S. H	男	S. 43. 4. 7	難聴	小5
25	T. M	女	S. 41. 1. 26	てんかん	中1
26	K. F	男	S. 40. 4. 24	精薄	中1
27	T. A	男	S. 40. 2. 27	精薄	中2
28	S. T	男	S. 39. 12. 9	精薄	中2
29	S. K	女	S. 39. 6. 23	精薄	中2

に、小学校3年男児の強度の頭痛および4年男児の腹痛も登校拒否の前兆と考えられ、過疎地においても登校拒否の波が押し寄せてきていることが明らかになった。これはすでにわれわれが予見していたところである。その理由は、年寄りによる育児がすでに15年前から始まっていて、子どもの自主性の発達がお

くれる可能性が大きかったことによる。

過去3回の指導によって、対策が立てられていた子どもの経過は概ね良好であり、2人の脳性まひ児のうち1人は歩行を開始しており、もう1人は友だちに興味を示していたので、歩行はできないが、保育園への入園という療育指針を示すことができ、友だちからの刺激によって発達を促進させることになった。著しく多動であった子どもも、保育母の努力と祖母の協力によって情緒が安定するとともに、行動が落ついた。難聴女児2名も、小学校入学以後、女教師の努力によって非常に活発となり、発言も多くなっていた。これらの効果が、村の行政関係者および保育母や教師に障害児への関心を高める原因となり、われわれを歓迎する状況をさらに強めたものと思われる。

一般的に言って、言語発達の遅滞している幼児が多く、その発見は保育母による例が多いが、その原因の第一は、母親の就労による母子間の言語的コミュニケーションが少いこと、第二には、絵本なども少なく、家庭の文化的背景の低いことにあり、保育所へ通園することによってそれが促進されるとはいえ、まだ不十分であることが指摘できる。従って、母親の就労をいかに少くして、母子関係を緊密化するか、絵本などの文化財の給与をいかにするかが、今後のC村における障害児対策の一つとなろう。

以上4回の観察と診察などを通じて、具体的に障害児のリストが作られ、その問題点が次第に明らかになってきている。来年度においては、15歳までの心身障害児の実態が明らかにされるとともに、療育指針もシステム化されるものと考えている。

## 結 語

心身障害児の療育指針の設定は、本人の発達と生活を軸にして、家庭および関連施設(保育所や小・中学校など)を含む地域ケアの観点から、統合的に行なわれることが望ま

表2 心身障害児のリスト

氏名	性	年齢	主訴	備考	氏名	性	年齢	主訴	備考
K. T.	♀	3:5	ことばのおくれ	C. P.	K. O.	♂	6:6	難聴	
K. M.	♀	3:11	ことばのおくれ	母:分裂病 環境悪	M. S.	♂	6:9	ことばのおくれ	
T. S.	♀	4:2	多動	改善	H. H.	♂	6:10	ことばのおくれ	
H. S.	♂	4:8	多動		A. S.	♀	7:1	ことばのおくれ	
M. O.	♀	4:9	ことばのおくれ		H. S.	♀	7:11	無口	特異な環境
T. M.	♂	4:9	ことばのおくれ		S. O.	♂	8:2	発達のおくれ	"
K. S.	♂	4:11	ことばのおくれ		Y. S.	♂	8:5	強度の頭痛	登校拒否の前兆
Y. M.	♂	4:11	ことばのおくれ		W. S.	♂	8:7	情緒不安定	
H. S.	♂	5:1	発達遅滞	C. P.	M. S.	♀	8:8	難聴	
N. O.	♀	5:4	ことばのおくれ		K. O.	♂	9:0	くり返す腹痛	登校拒否の前兆
T. F.	♂	5:8	ことばのおくれ	精神発達遅滞	C. S.	♀	9:1	難聴	
K. H.	♂	5:8	ことばのおくれ		H. M.	♀	15:	登校拒否	
M. M.	♂	5:9	全体のおくれ						

表3

年齢	人数
3歳	2
4歳	6
5歳	5
6歳	3
7歳	2
8歳	4
9歳	2
15歳	1
計	25

(表2)は昭和55年2月に観察したC村における障害児のリストであるが、男児対女児の比は15:10であり、(表3)は、その年齢と人数である。

れる。こうした観点からの地道な実践が必要であり、その際には地域の生活構造の特質をふまえて、独自に療育指針を設定していくことが重要である。

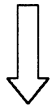
3年間にわたるC村におけるわれわれの活動を通して見る限りでは、第一に、療育相談へのきっかけは多様であっても、それを有機的に一本化することが絶対に必要である。とくに出生直後より義務教育を終えるまでの発達期の中で、医療、福祉、教育が一つのシステムの中で療育指針の設定に当たり、いかによりよいシステムを生み出していかを話し合うことの必要性を痛感している。幸い、C村の行政担当者の熱意はさかんであり、われわれ分担研究者・協力者もそれに答えて、今

後においても各方面にわたって指導を継続し、日本における心身障害児療育体制のモデルにしたいと念願している。



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



### 結 語

心身障害児の療育指針の設定は、本人の発達と生活を軸にして、家庭および関連施設(保育所や小・中学校など)を含む地域ケアの観点から、統合的に行なわれることが望まれる。こうした観点からの地道な実践が必要であり、その際には地域の生活構造の特質をふまえて、独自に療育指針を設定していくことが重要である。

3年間にわたるC村におけるわれわれの活動を通して見る限りでは、第一に、療育相談へのきっかけは多様であっても、それを有機的に一本化することが絶対に必要である。とくに出生直後より義務教育を終えるまでの発達期の中で、医療、福祉、教育が一つのシステムの中で療育指針の設定に当たり、いかによりよいシステムを生み出していくかを話し合うことの必要性を痛感している。幸い、C村の行政担当者の熱意はさかんであり、われわれ分担研究者・協力者もそれに答えて、今後においても各方面にわたって指導を継続し、日本における心身障害児療育体制のモデルにしたいと念願している。