

福井県障害児者・親の会を通じてアンケート調査を行い、障害児がいる家族のライフサイクルについて検討した。

その結果ライフステージに合わせて数回にわたって危機的状態が存在し、それを乗り越えることによって障害が受容できていくことが分かった。今後、こうした危機的状態を乗り越えるために地域にある、医療・教育・福祉などの資源をどの様に総合的に利用するのかを追求していきたい。

D. 終わりに

初年度は学童期の障害児のもつさまざまな問題の現状および問題を列挙し、整理し、グループ別に分類した。学童期の療育の問題はいままで総合的に捉えられることも少なく、かつ医療と教育の二つの分野が集まって討論することは少なかったように思う。我々の班はそうした意味からも重要な役割を持っていると思われる。今後実態調査、モデル事業などを行う中で、学童期の障害児の療育のあり方に付いて積極的な提言をするつもりである。

(分担研究：学童期の療育指導の在り方)
学校保健態勢の充実と地域療育との接点

分担研究者 小西行郎
研究協力者 杉本健郎、禹 満

研究要旨：重度重複脳障害児の通学する学校の保健態勢の在り方について述べた。内科校医は重度児の療育に理解のある小児神経ないし小児科専門医があたるべきである。その斡旋紹介は各学会が行う。校内では校医、看護婦免許をもった養護教諭が柱になり、保健室を名実ともに学校保健のセンターにすべきである。学校保健法で定められた学校保健委員会を定期化し、保護者や地域の公的な療育スタッフの参加を得て、学校保健の課題を共通のものにすべきである。学童期の障害児に対しても、保健所の療育相談や地域通園施設での自立訓練を保障すべきである。

研究協力者 杉本健郎（関西医大男山病院小児科助教授）、禹 満（関西医大男山病院小児科助手）

これまで、厚生省心身障害研究班研究で学校内での「医療的ケア」の問題点と21世紀に向けた学校保健の在り方について報告してきた^{1,2,3}。今回の研究は現在の問題点とこれからの課題をさらに詳細に検討した。以下に早急に実施すべき内容の提案を行う。

1. 学校保健態勢の在り方

(1)信頼関係を基礎にした保健室のセンター化：重度障害児が増加するに従い、学校保健室の役割はこれまで以上に重要になってくる。病態の解説や医療情報提供などは校医の指導・助言によるが、日常の看護的ケアは保健室の養護教諭の指導による。しかもそのケアは、単なる医療技術の施行であるのではなく（北米の「保健室」は「医務室」であって、教育と切り離れた、診察と治療・処置のみを担当する専門部屋である）、学校教育の一貫として捉えられ、取り込まなければならない。校内におけるその方向づけ・舵取りが養護教諭の任務となる。そのためには養護教諭が、トレーニングされた複数の看護婦であるべきことは何度も述べてきた。また、個々のケア内容はすべて同一ではない。学童期までに積み重ねてきたわが子へのケアの中身を保護者が十分理解するため、また養護教諭や担任教諭が保護者から信頼されるためには、両者の十分な交流と話し合いが必要である。あくまで人と人の信頼関係が基礎になければならない。京都市の肢体不自由養護学校の校医中尾安次氏は、保健室の役割について以下のように述べている。「自由に出入り出来る雰囲気が必要。担当教諭がどんな小さなことでも相談出来る雰囲気が必要。毎週専門医（後述）が保健室に居るので直接診察し専門的な相談にのれる。担任教諭の不安が解消すると、母子共に良い影響を与える。時には家族の相談にのれる」⁴。研究協力者が担当している肢体不自由養護学校でも同様のことを実行してきた。ただ、その時のキーパーソンはあくまで養護教諭である。相談のセットアップから、父兄との信頼関係、さらにもっと基本的な養護教諭と担任教諭の信頼関係が築けないことには、保健室は単なる「形骸化」したものになる。

医療的ケアに関して、最近、悪い面が見られる。保護者や主治医が「医療的ケア」の一つ一つについて、何枚も、しかも繰り返し、契約関係の成立を裏付ける

ための書類を学校側から書かされるのである。書類の意味は十分な討論の末の合意の単なる印に過ぎない。決してミスを免罪されるためのものでもない。真に信頼関係が成立するなら、書類は最小限にすべきである。

(2)校医を専門医に：校医制度は明治時代からはじまったわが国の誇るべき制度である（北米にはこのような制度はない）。昭和54年以降、養護学校に重度障害児の入学が増加している。しかし、校医（内科）の任命制度は地域医師会の推薦と教育委員会からの委嘱のみである。日本の行政はリストラ時代に入っている。比較的不要な経費の削減はもとより、新しい職種を増やすことは経済的に問題がある。現在、肢体不自由校での「医療的ケア」の対策として、「センター内診療所」「訪問看護制度転用」「学校隣接診療所」などの案が出てきている。しかし、経費的に多額の予算が追加必要になる。前記の養護教諭同様、校医制度も養護学校については見直す時期にきている。大阪府の肢体不自由養護学校8校のうち内科校医の3校が小児神経専門医が正式に赴任している。文部省は1998年度に700万円の予算を組み、「特殊養育のおける福祉・医療との連携に関する実践的研究」に着手している⁵。それによると、酸素吸入、喀痰吸引、経管栄養、導尿などを校内で実施する態勢の検討がモデル校を指定し実施されてきている。そして、一番手軽な訪問看護制度の転用についても言及されている。われわれは校医の経験から、文部省の上記4項目のケア内容は、開かれた保健室が中心になり、専門医による校医とトレーニングされた看護婦免許をもった複数養護教諭の態勢（研修も含む）が学内で確立すれば、保健室指導の下、より良い教育の実践のために教育の一貫として教室での担任教諭のケアの実施は十分可能と考える。但し、全国津々浦々の肢体不自由校で専門医が確保できるかの問題がある。全国約210校余りあり、約50校が医療機関が隣接・附属している。160校については、専門学会、たとえば日本小児科学会、日本小児神経学会が窓口になって専門医師の紹介にあたるべきと考える。また、障害児医療・教育に理解ある校医を養成するために、学会指導で担当者や希望者の研究会・研修会をつくっていく必要があると考える。

次に校医が専門医になった場合の学校への勤務回数の問題である。従来の校医（内科）の健診は月に一回までであった。前述した京都市の中尾氏は、週に一回

の午前中保健室に勤務しておられる。また、我々は月2回出向しているが、その間は頻りに意見を求めるFAXが入る。現在の校医への報酬は、医師の出張時間給としては不十分であろうが、しかしながら今後は週一回の出張が保障されれば、信頼をベースに保健室はまさにセンター化するのではないだろうか。

文部省が今回示した4項目以外のさらに医療的側面が重要になる人工呼吸器の学校での稼働は、上記保健室態勢では不可能と思われる。米国やスウェーデンでは、ケア担当者が終始つきっきりで対応している。しかもスウェーデンでは市が派遣している。訪問看護というシステムでなく、市町村のバリアフリーの常時のサポートとして捉えるべきと考える。

2. 地域療育との接点

(1)学校保健委員会の定期的開催：学校保健委員会は地域療育・保健活動との極めて有効な接点となる。

学校保健委員会の存在は、昭和24～25年から「中学校、小学校保健計画実施要項」に「毎月1回開催し」（小学校）と記載に始まる。そして、昭和33年の学校保健法にも記載され、昭和47年の保健体育審議会の答申には「学校保健委員会は、学校や地域の実状に追うして、校長、保健主事、養護教諭、体育主任、安全主任、学校給食主任、保健教育担当教員、その他の一般教員および学校医、学校歯科医、学校薬剤師、などの学校側代表並びに家庭、保健所その他地域の保健関係機関等の代表をもって組織するとともに、年間を通して計画的に開催し、学校への協力体制はもとより家庭や地域社会との協力関係を確立して、地域保険との密接な連携を図ることが必要である」としている⁶。ところが、この委員会の開催はもとより、存在すら知らない教諭がいる。開催率が全国で約60%という数字であるが、年1回開催が殆どではないだろうか。むしろ、肢体不自由校でこそ、学校関係者と地域療育関係者（保健婦、通園施設専門職員、消防署、病院医師など）、そして関連する父兄がオープンにしかも定期的に校内で学校保健について話し合う中からはじまるのではないだろうか。是非とも活性化を図ってほしいものである。

(2)通学バスの問題：第一に通学時間の長さがある。本邦の養護学校の場合、通学時間が1時間を越えることは極めて多いが、せめて30分以内に出来ないか。北米・北欧は小さなバスを活用し30分以内としている。第二に、バス内でのトラブル時の対応が殆ど不可能な学校が多い。通常、運転手以外に介助者が一名で、その介助者はケアのトレーニングは受けてないし、資格もないのが殆どである。せめて、重度児の乗るバスには、看護婦免許をもつ職員が同乗すべきであろう。第三に、責任体制が曖昧である。多くの学校のバスは、教育委員会の委託したバス会社によっている。現状では、緊急時最寄りの病院へ横付けするのがたった一つの手段である。

バスに乗せられない重度児で、親が車や免許をもたない場合は、登校手段の確保が出来ないという理由だけで、訪問籍になっている。

(3)保健所療育相談の利用：都道府県のリストラ策の一

つとして、保健所業務の縮小、市町村への移管が行われている。しかし、保健所業務の残った一つに「療育相談」がある。われわれは大阪府立枚方保健所で、学童期の障害児の療育相談業務を行っている。保健婦、臨床心理士、小児神経専門医が常時担当し、時には学校の担任教諭に來所してもらい、親を含めて学校での療育について討論をしている。この業務は全国的にもっと活用すべきと考える。

(4)地域公的通園専門スタッフと施設の利用：療育の継続と発達の観点からの専門スタッフのかかわり。総理府障害者対策推進本部は1995年12月に「障害者プランナーノーマライゼーション7か年戦略（1995～2002年）」を発表した。地域で共に生活するため、社会的自立を促進するため、バリアフリー化を推進するため、QOLの向上を目指してなどを重点的に推進する目的で障害者施策の緊急目標を設定した。そのなかで、地域における自立の支援の一つとして、重症心身障害児（者）等の通園事業の施設をこれまでの4倍以上に増やす計画がある。さらに障害児の療育や相談支援の場を人口30万人あたり2カ所にする目標もある。これらは基本的には市長村の経費が中心になり、果たしてどこまで目標が達成できるか不明ではあるが、少なくとも国の方針としての「地域でのノーマライゼーションを目指す」施策です。施設が立ち上がるとそこにはソフトのとしての専門家集団も。これまでの通園施設は、乳幼児6歳までの療育であった。この障害者プランの理念からしても、地域療育機関は、学童期に至っても必要な相談業務や訓練等は地域で持続して行えるようにしていかなければならない。

教育改革で、養護学校の学習指導要領に養護・訓練があるが、これが「自立」に変わる。名前は変わっても、比較的訓練が主になる授業であることは変わらないであろう。本来は養護学校に在籍学童のニードにあう質と量の心理士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、音楽療法士を新たに雇い入れるべきであるが、現実的には難しい。授業として、学童が居住する地域の専門スタッフによって継続的に自立への取り組みが保障されるべきではないだろうか。

文献

1. 杉本健郎、禹 満. 学校における障害児の療育：「医療的ケア」についての問題点と今後の課題. 1997, pp84-85、平成8年度厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」報告書
2. 杉本健郎、禹 満. 学校における障害児療育：21世紀の肢体不自由養護学校の学校保健. 1998, pp74-75、平成9年度厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」報告書
3. 杉本健郎、禹 満. 養護学校における医療的ケアの実態と対策. 小児科診療、1998；37：933-937
4. 中尾安次、呉竹養護学校に於ける医療的ケアの現状と今後. 第4回大阪養護教育と医療研究会資料（1999年1月）
5. 文部省. 特殊教育諸学校の医療・福祉連携研究. 教育医事新聞、1998年6月25日より
6. 矢野 亨. 学校保健と地域保健：学校保健委員会活動を中心として. 小児科臨床、1991；44：1618-1622

分担研究報告書

「学童期の療育指導のあり方」

—軽度脳性マヒ児の学童期の心理的問題について—

分担研究者：小西行郎 福井医科大学小児科
協力研究者：広川律子 愛徳福祉会 南大阪療育園（心理）

研究要旨：統合教育がすすむ中で、軽度の脳性マヒ児の場合、都市部では殆どが、普通校に在席している。しかし、教科学習や対人関係など種々の問題を生じ、本人はもとより、親や教師もその対応に苦慮しているのが現状である。本研究では、発達心理学の立場より、典型例を検討し、彼らの学童期の心理的問題について明らかにする事を目的とする。

A. 研究目的

軽度の脳性マヒ児の療育を考える場合、知的発達の遅れのみならず脳障害特有の学習～行動障害についての理解が必要である。痙直型では、空間認識～構成障害や対人関係面での問題を持ち、教科学習や友人関係など学校生活での不適応を来している場合も少なくない。他方、この問題は、近年の痙直型両マヒ児の出生数の増加からみても重要であり、また、近年、脳病理上明らかにされてきた脳室周囲白質軟化症との関連でも明らかにすべき点が多く含まれている。本研究では、本年度は典型的な6症例について検討を行う。

B. 方法と対象

普通小・中学校に在席する痙直型マヒ児について知的発達の「正常範囲」「境界」「軽度遅滞」の3群各々2名、計6名に発達検査と面接を行い、保護者との面談もおこなった（表1）。対象児は全員、筆者により乳児期より発達検査を実施しているケースである。

表1. 対象児と新版K式発達検査の結果

知的発達	対象児	新K式検査	DA	DQ
正常範囲	A (男・小5)	認知・適応	9:11	88
		言語・社会	11:11	106
	B (女・小6)	認知・適応	10:5	86
		言語・社会	11:3	93
境界級	C (男・小6)	認知・適応	5:9	52
		言語・社会	8:3	75
	D (女・中3)	認知・適応	6:5	44
		言語・社会	12:6	86
軽度遅滞	E (女・中2)	認知・適応	5:6	40
		言語・社会	7:4	55
	F (女・中2)	認知・適応	5:5	41
		言語・社会	7:5	57

C. 研究結果と考察

3群に共通しているのは「認知・適応」いわゆる動作性課題の困難さであり、学習障害児における空間認知～構成障害と同様の性格を有するものである。これらは脳性マヒ療育の領域では「知覚～運動障害」とよばれ、発達検査上では、動作性得点が言語性のそれに比して顕著に低いという結果を示す。上記の対象児の場合でも、教科では算数（計算、空間操作）、図工、地図や音符の理解が苦手という症状を呈し、遊びでも野球やトランプなど空間認識の必要なゲームの理解が困難との訴えがなされた。いじめでは、言葉によるもの、無視される、班活動の際に孤立させられる、修学旅行に参加できない、などであるが全員が何らかのいじめを経験している。心理的問題としては、場面緘黙、吃音が各1名、心身症、不登校各2名、心身症の内容は、不安、不眠、息苦しさである。また、知的障害との関係でみると、「正常群」の2人は算数の特定領域（面積、体積など）では苦勞をしているものの教科学習にさほど問題はなく、むしろ小1からの場面緘黙と吃音（A）、断続的な不登校と心身症（B）などの問題が深刻である。「境界群」では、知覚～運動障害が学習面全般に障害を及ぼし、加えて不登校、友人とのトラブル（C）、心身症、方向感覚悪く単独で外出不可能（D）など社会性に関わる問題がより顕著になってきている。「軽度群」では、教科全般にわたって学力不振を来しているが、計算や書字が不可能（E・F）といった知覚～運動障害特有の症状が一層深刻になる。しかし、この群の問題は自己の障害認識の不十分さによる社会的場面での不適応といえる。

D. 結論

痙直型両マヒ児は、知的レベルの如何にかかわらず空間認知～構成を基礎にした教科学習と社会場面において特有の障害を呈し、それらが種々の心理的問題を招いている。それに対してどのような配慮が普通小・中学校で必要であるのかを考えていく必要がある。

障害児がいる家族のライフサイクルについて

分担研究者 松木健一 福井大学

研究要旨：親は子どもの障害をいっぺんに受容できるものではない。親は、子どもの成長とともに、社会から就学・就労などといった要請を受け、そのたびに障害に直面し危機に陥ることになるであろう。実際調査結果を見ると、ライフステージに合わせ数回にわたる危機が存在し、それを乗り越えとともに障害を受容して行く家族の様子が明らかになった。

A 研究の目的

障害を持った子どもが生まれてから、成長していく過程において、家族は、様々な困難に遭遇し、その危機を乗り越え、子どもとともに成長して行く。この危機は、家族と障害児のライフステージとそれに見合った社会的要請に合わせて何度も出現する。そして、家族はその危機を乗り越えながら次第に障害を受容して行く。

本研究では、このような家族のたどる成長の様子を質問紙調査によって明らかにし、家族がそれぞれのステージで直面する危機を知るとともに、その危機に対する社会的なサポートのあり方を検討するものである。

B 研究の方法

福井県に住む障害児を持つ親や家族に対して、それぞれにライフステージ（障害児の誕生・告知・療育・就学・学校生活・地域生活・家庭生活・就職・老後など）に合わせてどのような危機に直面するのか質問紙調査を行う。質問紙は、福井県障害児者親の会連絡会を通して配布・回収した。

調査用紙は、親の会連絡会を通して 22 団体に配布され、198 名からの回収があった。回収率は 79.2%であった。

C 研究結果

- ①居住地域：福井県全県下から回答が寄せられたが、福井市(51名)敦賀市(20名)などの都市部からの回答が多かった。
- ②障害児の年齢：就学前(6歳以下68名)、小学生(12歳以下78名)、中学生(15歳以下24名)、義務教育後(15歳以上20名)となった。回答して下さった保護者の年齢(母親は30代から40代)が、若いことが分かった。

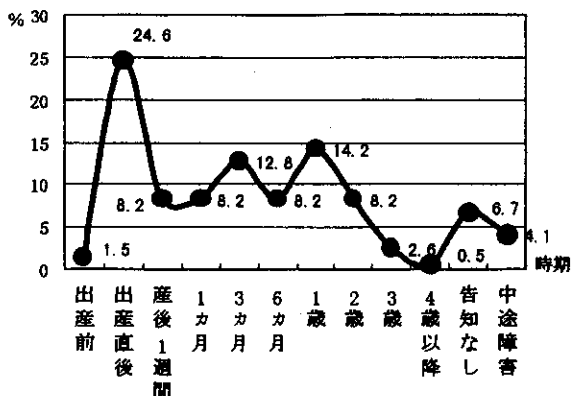


図1 いつ告知されたか

- ③子どもの障害：知的障害(40.9%)、肢体不自由(18.2%)、重複障害(31.5%)が多かった。また、病名では、脳性麻痺(29.8%)、染色体異常(26.5%)、自閉症(13.9%)が多かった。
- ④告知：染色体異常や脳性麻痺である対象者が多いこともあって、告知は比較的早い時期に行われている。ただし、告知のされ方については47%の方が不満を持っていた。

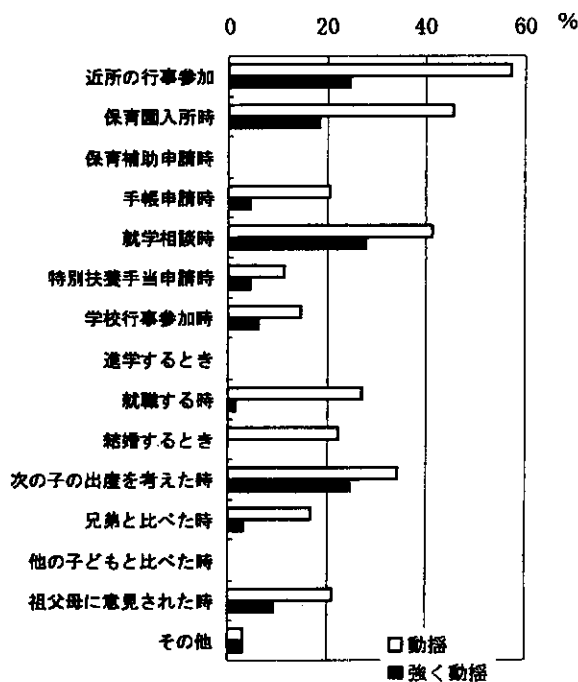


図2 障害児受容に動揺した時

- ⑤受容に動揺をきたした時：子どもを受け入れたつもりであっても就学の時、近所の行事の時、次の子の出産を考えた時などには動揺をするようである。
- ⑥親同士のつながり：危機を乗り越えて行くのには親同士の交流が大切である。親の多くが、療育機関や学校を通して親密な関係になっている。療育機関などでは、知り合うことが訓練と同等の意味合いを持っているようである。

D その他

本研究は福井県障害児者親の会連絡会との共同研究であり、野波千代氏(福井大学)の協力をえて行ったものである。

平成10年度厚生省子ども家庭総合研究

前川班「要観察児等いわゆるハイリスク児の育児支援及び療育体制の確立に関する研究」
分担研究「学童期の療育指導のあり方」

研究協力者 愛知県立大府養護学校 犬飼和夫

病弱養護学校からみた医療と教育の関わり

1 病弱教育の現状

(1) 対象となる児童生徒と教育の場

学校教育法施行令22条の3において、病弱養護学校や病弱特殊学級で教育することが適当である者が示されている。しかし、この規定は現在の医療の状況からすると、適切であるとはいえなくなっている。特に「6月以上の医療又は生活規制を必要とする者」の部分は、これを「長期」と解釈して就学指導をするようになってきているのが現状である。

(2) 対象児童生徒の移り変わり

児童生徒数は昭和52～54年を境にして減少傾向である。

病気の種類は昭和30年頃は身体虚弱と結核、昭和40年頃は筋ジス、喘息、腎疾患が増加した。昭和50年頃は虚弱・肥満、重複障害、心身症、白血病等が増加した。

近年は入院期間の短期化と頻回化の傾向にあり、悪性新生物、心身症が増加している。

(3) 学校数、学級数、児童生徒数

平成8年5月1日現在で、盲・聾・養護学校は975校である。内訳を見ると、盲学校が71校、聾学校が107校、養護学校が797校である。さらに養護学校は、知的障害511校、肢体不自由

191校、病弱95校である。

その病弱養護学校には、幼稚部・小学部・中学部・高等部に4436人が在籍している。ほとんどの学校は病院に併設又は隣接しており、高等部は40校に、幼稚部は1校に設置されている。

病弱・身体虚弱学級は658学級あり、1809人が在籍している。これは前年に比べて59学級、131人多くなっており、増加傾向にある。

(4) 進路

中学部の進路先は、高校等への進学が50%、養護学校高等部が32%である。

高等部の進路先は医療機関等が44%、教育訓練機関が20%となっている。

(5) 病気の種類

小学部では、呼吸器、虚弱肥満、精神神経、腎臓の順が多い。中学部では、精神神経、呼吸器、腎臓、筋ジスの順、高等部では、筋ジス、精神神経の順である。

2 病弱教育の特質と意義

病弱教育の特質は、密接な医療との関係のもとにあることと、児童生徒が転学してくることから、前籍校との関わりがあることである。

また、病弱教育の意義としては、第一に学習の遅れの補完と学力補償、第二に

積極性、自主性、社会性の涵養があげられる。さらに、心理的安定への寄与や病児に対する自己管理能力の育成、そして教育が治療に対して良い効果をもたらすことがあげられる。

3 課題

- (1) 長期療養中の病弱児の実態把握と教育の場の設置
- (2) 幼稚部、高等部の設置
- (3) 心身症等の児童生徒への対応方法の確立
- (4) 教職員の専門性の向上
- (5) 転学手続きの簡素化

4 「病気療養児の教育について(通知)」

文部省初等中等教育局長平成 6 年 12 月 21 日 病弱教育のあり方が変化しつつあるときに、調査協力者会議によって答申された内容が局長通知として出された。これからの病弱教育を考える第一歩である。

通知後にはすべての国立大学医学部付属病院に院内学級が設置されたり、病院内に設置される特殊学級(院内学級)が増加したりしている。

しかしながら病院設置者に対しては、この局長通知は効果を発揮しているとはいえ、病気療養児を取り巻く環境にはまだまだ改善すべきところが多い。

5 教育と医療の関係

全国病弱虚弱教育研究連盟や日本育療学会など、病弱児の医療と教育を考える団体がある。厚生省においても「これからの母子医療に関する検討会」や「国

立療養所における小児慢性疾患に対する医療のあり方検討会」が病気療養児の教育について提言をしている。これからは子どもを取り巻く医療と教育が、より有機的に連携して子どもを支援していかなければならない。

保健所における学童期の療育指導の在り方に関する研究

(分担研究：学童期の療育指導のあり方)

研究協力者 伊藤正利¹⁾

共同研究者：田中敦子¹⁾、小林寿子²⁾

要約：保健所における学童期の療育指導の在り方を検討する目的で、平成9年度に滋賀県で行った小児慢性疾患児面接指導、訪問指導、医療機関からの療育指導依頼について実施状況を分析した。保健所における学童期の療育指導のためには、小児慢性特定疾患治療研究事業を通じての療育指導や医療機関からの障害児や慢性疾患児に対する療育指導依頼の普及のみでなく、教育機関との連携が重要であり、保健所を地域の連絡・調整の核とする療育指導システムの構築が必要である。

見出し語：小児慢性特定疾患、療育発達相談、保健所、障害児、療育指導

はじめに：

地域保健法の改正により、平成9年度から母子保健事業の多くが市町村に移譲され、滋賀県においても市町村と県（保健所）の役割分担がおこなわれ、市町村は乳幼児健康診査、新生児・妊産婦訪問指導、育児相談、地区組織活動等、住民に対する基本的なサービスを実施し、保健所の役割は調査研究・企画・研修、関係機関との連絡調整、市町村母子保健事業への技術的助言・支援、長期にわたり療養を必要とする障害児・慢性疾患児の療育についての専門的母子保健サービスの提供等とされた。従来、保健所における障害児の療育指導は乳幼児発達相談事業および療育相談指導事業でおこなわれ、就学時には一旦終了し、学童期では学校（養護学校）が主体となり保健所はほとんど関わってこなかった。しかし、障害児および慢性疾患児の治療やケアが向上し、学校が終了しても長期にわたり地域や施設で療養が必要となり、ライフスパンをどうしての療育指導が重要となってきた。その際、保健所は生活指導等の技術的助言や医療機関、福祉機関および教育機関との連絡調整の面で中核になりうると思われる。本研究では、保健所における学童期の療育指導の在り方を検討する。

方法：

滋賀県では、長期にわたり療養を必要とする児童への支援の目的で、小児慢性疾患児（その保護者）に対して小児慢性特定疾患治療研究事業の医療受診券の交付を保健所でおこない、その際、希望者について平成9年度より面接相談を実施し、必要な児にたいして訪問指導をおこなっている。また、小児慢性特定疾患以外の長期療養の必要な障害児でも医療機関から療育指導を依頼された場合に対応している。本研究では、平成9年度の小児慢性疾患児面接相談実施状況、小児慢性疾患児訪問指導実施状況、医療機関からの依頼について分析検討した。

結果：

平成9年度の医療受診券の受給者数を表1に示す。年齢分布をみると、小学校就学から18歳未満が全受給者2644人中1622人（61.3%）を占めており、学童が多いことがわかる。

面接相談は、935人（35.4%）延べ1017人が受けており、そのほとんどが医療券申請時に希望したものであった（表2）。神経・筋疾患31人の内5人は、医療機関からの依頼で面接相談を実施していた。面接相談実施者は、慢性心疾患が最も多く、次いで内分泌疾患、慢性腎疾患、悪性新生物、血液疾患、喘息、神経・筋疾患等の順であった。

1) 滋賀県立小児保健医療センター保健指導部 2) 滋賀県健康福祉部健康対策課 1) Shiga Medical Center for Children 2) Health Promotion Division, Shiga Prefectural Government

面接相談の内容は、小児慢性特定疾患治療研究事業の申請・制度についてが最も多く、次いで病状・予後、医療・治療、家族会等の紹介、療養・家庭看護、学校生活・就学等の順であった（表3）。

訪問指導は、24人が受けており、医療券申請によるものより医療機関よりの依頼によるものが多かった（表4）。疾患別では、神経・筋疾患が16人と最も多かった。

訪問指導の内容は、療養・家庭看護についてが最も

多く、次いで福祉制度、医療・治療、学校生活・就学、家族会等の紹介、栄養指導の順であった（表5）。

医療機関から保健所への療育指導依頼は、21件あり、依頼時年齢は、1ヶ月から9歳で、学童は5人（23.8%）であった（表6）。疾患別では、神経・筋疾患が18人（85.7%）と大部分を占めていた。依頼内容は、精神的支援、福祉制度の紹介・利用、発達相談、食事・栄養指導等についてが多かった。

表1 平成9年度小児慢性特定疾患医療受診券受給者数

	未就学	小学校就学 -18歳未満	18歳 -20歳未満	計(実人員)
悪性新生物	61	167	3	231
慢性腎疾患	75	271	9	355
喘息	63	77	1	141
慢性心疾患	537	429	9	975
内分泌疾患	100	427	11	538
膠原病	6	33	0	39
糖尿病	2	35	0	37
先天性代謝異常	28	40	0	68
血友病等血液疾患	75	129	1	205
神経・筋疾患	41	14	0	55
計	988(37.4%)	1622(61.3%)	34(1.3%)	2644(100%)

表2 小児慢性疾患面接相談経路

	実人員	延人員	相談経路		
			医療券申請	医療機関	その他
悪性新生物	77	89	77	0	0
慢性腎疾患	165	172	165	0	0
喘息	41	42	41	0	0
慢性心疾患	324	357	321	0	3
内分泌疾患	203	221	202	0	1
膠原病	21	23	21	0	0
糖尿病	11	11	10	0	1
先天性代謝異常	19	25	19	0	0
血友病等血液疾患	43	45	42	0	1
神経・筋疾患	31	32	25	5	1
計	935	1017	923	5	7

表3 小児慢性疾患面接相談内容

	申請・制度等	医療・治療	療養・家庭看護	福祉制度	学校生活・就学	栄養	歯科	病状・予後	家族会等の紹介	その他
悪性新生物	70	7	5	0	4	0	0	18	3	9
慢性腎疾患	131	33	19	1	13	4	0	36	23	29
喘息	35	4	3	0	2	0	0	10	4	7
慢性心疾患	291	36	13	2	7	0	0	35	32	13
内分泌疾患	200	16	5	4	11	1	0	19	6	15
膠原病	18	8	4	0	5	0	0	10	3	7
糖尿病	9	1	0	0	1	0	0	2	3	0
先天性代謝異常	15	3	1	0	2	1	0	10	1	1
血友病等血液疾患	35	8	2	1	3	0	0	7	4	2
神経・筋疾患	24	6	7	3	4	2	0	6	3	7
計	828	122	59	11	52	8	0	153	82	90

重複あり

表4 小児慢性疾患訪問指導相談経路

	実人員	延人員	相談経路		
			医療券申請	医療機関	その他
悪性新生物	2	4	2	0	0
慢性腎疾患	1	1	0	0	1
喘息	0	0	0	0	0
慢性心疾患	2	3	2	0	0
内分泌疾患	1	2	0	0	1
膠原病	0	0	0	0	0
糖尿病	0	0	0	0	0
先天性代謝異常	1	0	0	1	0
血友病等血液疾患	0	0	0	0	0
神経・筋疾患	16	26	0	14	2
その他	1	2	0	1	0
計	24	38	4	16	4

表5 小児慢性疾患訪問指導相談内容

	申請・制度等	医療・治療	療養・家庭看護	福祉制度	学校生活・就学	栄養	歯科	病状・予後	家族会等の紹介	その他
悪性新生物	2	2	1	0	2	0	0	2	2	0
慢性腎疾患	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
喘息	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
慢性心疾患	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0
内分泌疾患	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
膠原病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
糖尿病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
先天性代謝異常	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
血友病等血液疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神経・筋疾患	0	2	16	11	4	3	0	0	2	3
その他	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
計	3	6	22	11	6	5	1	2	4	6

重複あり

表6-1 医療機関から保健所への療育指導依頼

性別	年齢	住所	疾患名	依頼内容	対応
1 女	2歳	大津	ブラダーウィリー-症候群	生活指導、食事・栄養指導	面接
2 女	1ヶ月	大津	先天性副腎過形成(21ヒドロキシラーゼ欠損症)	食事・栄養指導	訪問
3 男	9ヶ月	大津	脳性麻痺	発達相談、福祉制度の紹介・利用、精神的支援	訪問
4 女	8歳	草津	West症候群	食事・栄養指導、発達相談、福祉制度の紹介・利用、精神的支援	訪問
5 男	9歳	草津	脳性麻痺、てんかん	食事・栄養指導、精神的支援	訪問
6 男	1歳	草津	先天性多発性関節拘縮症	精神的支援	訪問
7 男	5歳	草津	先天性乳糜胸水	食事指導	訪問
8 女	6歳	草津	脳性麻痺	福祉制度の紹介・利用、精神的支援	訪問
9 男	9歳	草津	XYY症候群、発達遅滞	発達相談、精神的支援	訪問
10 男	7ヶ月	水口	脳性麻痺、West症候群	食事・栄養指導、福祉制度の紹介・利用	訪問
11 男	9ヶ月	八日市	脳性麻痺	福祉制度の紹介・利用、精神的支援、発達相談	訪問
12 女	1歳2ヶ月	八日市	脳性麻痺	発達相談、福祉制度の紹介・利用、精神的支援、保育所との連絡・調整	面接
13 女	1歳2ヶ月	八日市	脳性麻痺	発達相談、福祉制度の紹介・利用、保育所との連絡・調整、精神的支援	面接
14 女	1歳1ヶ月	八日市	West症候群	家庭看護指導、発達相談、福祉制度の紹介・利用、精神的支援	訪問
15 男	3ヶ月	八日市	脳性麻痺	家庭看護指導、福祉制度の紹介・利用、精神的支援	訪問
16 男	7歳6ヶ月	彦根	ベルテス病	食事・栄養指導	面接
17 女	6ヶ月	彦根	発達遅滞、母親フィリピン人	食事・栄養指導、発達相談、精神的支援	訪問
18 女	9ヶ月	彦根	発達遅滞	発達相談、療育機関の紹介、精神的支援	訪問
19 女	2ヶ月	彦根	ウエルドニヒホフマン病	食事・栄養指導、精神的支援	訪問
20 女	5ヶ月	彦根	脳性麻痺、難聴、視力障害	福祉制度の紹介・利用、精神的支援	面接
21 男	10ヶ月	八日市	脳性麻痺	発達相談、福祉制度の紹介・利用、精神的支援	訪問

表6-2 医療機関から保健所への療育指導依頼（続き）

指導内容	援助方針
1 栄養士による食事指導	栄養指導の継続、療育教室との連携
2 育児、福祉制度の説明	医療機関と連携して栄養指導
3 栄養指導、発達相談、療育機関の紹介	個別相談の継続、療育機関との連携
4 療育教室の紹介	
5 食事指導、療育教室の紹介	継続的支援
6 育児指導	継続的支援
7 食事指導	発達について訪問指導
8 育児指導	
9 育児指導	継続的支援
10 食事・栄養指導	
11 保育所との調整、発達相談、療育教室の紹介、障害児親の会の紹介	継続的支援
12 発達相談、療育教室の紹介	
13 発達相談	
14 障害児親の会紹介、療育教室紹介	
15 食事指導、訪問看護サービスの利用、精神的支援	精神的支援の継続
16 食事・栄養指導	
17 療育発達相談	訪問指導、療育発達相談の継続
18 食事指導、療育教室紹介	発達相談
19 食事指導、精神的支援、医療機関との連絡	訪問の継続
20 福祉制度の紹介	転出
21 発達相談・指導、福祉制度の紹介、精神的支援	発達相談の継続

考察：

小児慢性特定疾患治療研究事業の受給者の約60%が学童であり、医療受診券交付時に面接相談を実施することは、学童の療育指導への契機になりうると思われるが、平成9年度の時点では、面接相談のみで終わっている事例がほとんどであり、訪問指導等の継続的支援につながっている事例は少ない。面接相談の内容をみると、療養・家庭看護、医療・治療、学校生活・就学等、訪問や他機関との連絡調整の必要なものも多く見られ、事後指導が必要な事例はもっと多いと思われる。

一方、医療機関からの療育相談依頼は、少ないがほとんど訪問がされており、有効に対応されていると思われる。しかし、医療機関からの依頼はまだ少なく医療機関への啓発が課題である。今後は、教育機関と連携することが重要であり、養護学校等からの依頼を受けることも必要である。また、多機関が関与する事例については、療育指導の方針決定や関係機関との連携のために関係する機関の多職種による事例検討会（連絡調整会議）を行うことが必要になると思われる。

保健所における学童期の療育指導のためには、医

療機関からの慢性疾患児・障害児に対する療育指導依頼や教育機関からの依頼の受付だけでなく、いままでの乳幼児健診から保健所療育発達相談、精密健診につながり診断がついた時点で医療機関、療育機関に紹介し保健所でのフォローアップがうち切られていた体制の見直しも必要と思われる。

学童期の療育指導のためには、医療機関、教育機関、福祉（療育）機関との連携が重要であり、その連絡調整のキーパーソンとして保健所保健婦の役割が期待される。

文献：

1. 伊藤正利、清水光弘、馬場文、小西文子：滋賀県乳幼児健康診査システムの現状と課題 厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成システム化に関する研究」平成8年度報告書 pp80-81
2. 伊藤正利、清水光弘、馬場文、小林寿子：滋賀県の保健所における療育発達相談指導事業マニュアル 厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成システム化に関する研究」平成9年度報告書 pp57-60

脳性麻痺の療育の充実のための医療・教育の連携への試論

(分担研究：学童期の療育指導の在り方)

分担研究者：福井医科大学小児科 小西 行郎

研究協力者：北九州市立総合療育センター 北原 信

はじめに

脳性麻痺（CP）の早期発見・早期療育の提唱以来、医療はCPの治癒を目指してきた。しかし運動機能障害の改善が得られたとしても脳性麻痺児は脳性麻痺の大人になった。CP児がCPの成人になるとすれば、早期から生涯を見通した長期的で一貫した関わり方が求められる。しかし就学前の治癒を中心においた医療的関わりと、就学後の教育的関わりとの間に、目標や目標を達成する方法、その質等の連続性においてしばしば不一致が見られるように思う。不一致が、目標を同じくする中でのお互いの役割分担による関わり方の違いであるならば問題はないが、脳性麻痺の捉え方および脳性麻痺児を如何に育てるかの目標の違いに起因しているとするならば、検討し改善する必要がある。

1. 脳性麻痺へのアプローチの視点

脳性麻痺児の治療・訓練のあり方を検討する場合、医療においても「医学モデルから障害モデルへ」の視点が求められていることを改めて強調しておきたい。その特徴は、身体の生理学的な機能の改善のアプローチから、課題遂行能力の強化をめざすアプローチへの転換である。医学モデルでは、原因、病理、症候の発現といった関係で疾病を捉え、治療・訓練する。障害モデルでは、機能障害、能力低下、社会的不利の関係を重視する。CP児の治療・訓練に際して、障害モデルに基づき機能障害の改善を行っている医療関係者は主張しても、結果的には医学モデルの延長上の症状・徴候の改善でしかないことが多い。

CPの診断では、医学モデルに基づき、症状・徴候を捉え、正常か異常かを弁別する。CPの運動障害の特徴や予後を把握する上で欠かせないからである。一方障害モデルでの機能障害の評価は、正常か異常かの弁別ではなく、環境の中でひとりのCP児が課題遂行をどの程度可能か、を裏付けるための評価である。その制約の下に、個人レベルでの課題遂行が可能となるように、身体的、環境的な調整、すなわち、治療や訓練、障害を除去する介入がなされる。これらの視点に立ち、CP児に対する治療・訓練・教育での目標とその達成方法を早期から生涯に亘る長期的一貫性をもって再検討していく必要があるだろう。

2. 脳性麻痺の障害特性と二次障害の予

防

CPの障害の特徴を改めて確かめておきたい。CPの機能障害は中枢神経に起因する運動障害であり、これにより個人レベルの課題遂行機能は制約を受ける。その意味でCPの運動障害の発生起序を確認する。CPは、脳損傷の結果、運動機能に制約を受ける。この運動機能の制約により、正常と異なる運動習慣が起こり、運動発達の偏向がみられるようになる。また筋、骨格系に変形を来す。運動機能の制約により、運動機能が達成しにくく、失敗経験を繰り返す。CPでは、これらが、脳損傷の結果起こる一次障害である。一方、これらは脳損傷の結果のみならず、成長過程で、環境との相互交渉の結果、正常と異なる運動発達が習慣化され、固定化され、動きの多様性や柔軟性が制約されたり、筋・骨格系の変形が進み、運動障害の重度化に至る。二次障害である。「正常と異なる運動習慣」「運動発達の偏向」「筋・骨格系の変形」の経路に関しては、外科的な治療法をはじめ、薬物療法、理学・作業療法、多くの治療法・訓練法が開発され、実施されてきた。早期療育を含め、今まで精力的に治療・訓練がされてきたが、CPの子どもはCPの大人になった。この方面での取り組みは、基本的には、機能障害あるいは身体の生理学的機能の改善を目指す医学モデルに基づくアプローチである。この点のこれからの取り組み、研究の重要性がなくなるわけではない。

一方、個人レベルでの課題遂行機能の強化という観点からは、「運動の不成功」「運動への無関心」の経路の検討が重要

となる。一次的機能障害をもつCPの子どもに対して、環境を調整して、一人のCP児の活動の低下を防ぐことである。課題遂行の失敗を繰り返すと、運動すること、課題に取り組むことに意欲を示さなくなり、運動することに無関心となる。廃用性・誤用性症候群による運動障害の重度化が生じる。また社会的な環境要因として、親・医師・訓練スタッフ・教師等による不適切な育児・治療・訓練・教育は二次障害をもたらす。すなわちCP児の持っている実力や発達レベル以上の課題達成を要求し続けて誤用症候群や過用症候群、あるいは実力以下の課題しか提示しなかったり、できることまで手助けしてしまう過保護・過庇護による廃用症候群、である。これらの二次障害を起こさない配慮も極めて重要である。

3. 課題遂行機能の強化

機能障害の改善は重要なことであるが、ひとりのCP児が充実した生活を送れることはもっと重要である。むしろ機能障害改善のための治療・訓練は、充実した生活を送るためのものであると言えよう。そのためにもひとりのCP児の課題遂行機能の強化は、就学前、就学後も一貫して検討されるべきである。

1) 移動運動手段の確保

早期療育では、CPの機能障害としての姿勢・運動の異常の正常化を目指し、粗大運動では歩行の獲得に力を注いできた。歩行獲得の予後は大きな関心事である。歩行獲得の予後は、座位獲得や四つ這い移動の獲得時期から、2～4歳で頃にはすでに予測可能である。これに関しては、1959年のCrother & Paineを

始めとして、Molnar et al(1976) Baddel-Ribera(1985) Campos da Paz et al(1994)により、同じ主旨の報告がされている。またわが国においても五味が1972年、佐伯らが1992年、平田が1997年に同じような内容の報告をしている。早期療育にて、また幾多の治療・訓練方法が開発されても、実用的な歩行が全てのCPに可能になるわけではない。従って3、4歳以降では、運動発達レベルを評価して、歩行の獲得ではなく、自立した移動手段の獲得という目標が立てられるべきである。杖歩行、歩行器、車椅子、電動車椅子などにより、自ら移動できることが目標になる。行きたい所に自ら行き、動きたい時に自ら動くという個人レベルでの課題の遂行である。また重度の運動障害児においても、歩行器の工夫にて屋外活動が可能になり、学校生活での活動を拡大することが可能である。さらに重度の運動障害に対しても、移動手段確保のために、幼児期からもっと積極的に電動車椅子等の移動手段を導入すべきである。そして学童期以降には、歩行獲得を目指した訓練よりも、いろいろな移動手段を駆使して長距離を長時間移動できるための体力づくりとさまざまな環境下で使用可能となるスキルの向上が図られるべきである。且つ移動とは別に、介助の容易さの面から立位保持機能の強化も図るべきである。

2) 構成能力障害

個人レベルでの課題遂行を重視しても、機能障害を無視するわけではない。機能障害による課題遂行の制約を理解した上で、可能なことを模索することである。

CP児の課題遂行を妨げる機能障害の一つとして高次神経機能障害を配慮する必要がある。AFDで生まれた低出生体重未熟児では、視知覚系の障害のみならず、構成能力の障害がしばしば合併する。この場合、WISC-R知能検査では動作性IQと言語性IQとの間に大きな乖離がみられる。また運動構成を必要としない視知覚系の検査では、高い値を示すのに、視覚-運動統合発達検査(VMI)のように構成能力を要する検査では、低い発達年齢になる。これらは必ずしも運動麻痺によるものではなく、高次神経機能障害の構成能力障害の結果である。日常生活では、着衣ができない、絵や字が書けない等が見られる。構成能力障害による課題遂行の失敗に対しては、それに対応した適切な訓練・指導が必要である。構成能力障害を持った子ども達は運動麻痺も軽く、言語機能が良いだけに、機能障害としての構成能力障害が見落とされ、口先だけ達者で実際は何もできない児と見なされていたり、あるいはやる気がない、依存心が強いと判断されていたりする。CPの中で未熟児による痙性両麻痺の占める割合が大きくなっているのも、構成能力障害の特徴を教育につなげていくことが、医療側の大きな役割である。

3) 代償機能の活用

課題遂行能力を高めるためには、機能障害による制約を補う必要がある。そのためには、補装具、テクノエイドの応用は効力を発揮する。テクノエイドでは、適切なエイドの選択、フィッティング、姿勢保持の仕方や利用可能な身体部位の選定も重要である。テクノエイドの応用

は日常生活での活動の場を広げ、集団の中での個人の役割を果たす機会を多くする。コミュニケーションが可能となる機会も広げる。それは対人関係を深め、ソーシャルスキルの向上・拡大を得ることになり、年長・成人になって集団生活、あるいは自立生活をおくるための準備でもある。

おわりに

CP児の療育の充実に向けた長期的な取り組みについて、上記のような検討を加えていくと医療、教育のみならず福祉をも含めた多くの専門スタッフの協力・連携が継続的に必要となる。この中で特に求められることは、CP児に関与する専門スタッフ間での共通認識であり、短期・長期目標の共有である。また目標達成のための方法論の是非に対する率直な意見交換である。方法論の是非の中には、実践面での技術・技能の使い方の是非も含めて検討されるべきであろう。これらが乳幼児期、学童期、卒業後の生活の現状を踏まえて一貫性をもち継続的に行われることが望まれる。

文献

- 1) Molnar GE, et al : Cerebral palsy : predictive value of selective clinical signs for early prognostication of motorfunction. Arch Phys Med Rehabil 57: 153-158,1976
- 2) Badell-Ribera A : Cerebral palsy : postural-locomotor prognosis in spastic diplegia. Arch Phys Med Rehabil 66: 614-619, 1985
- 3) Campos da Pas A, et al : Walking

prognosis in cerebral Palsy : a 22-year retrospective analysis. Develop Med Child Neurol 36:130-134, 1994

4) Crothers B et al : The Natural History of Cerebral Palsy. Harvard University Press, Cambridge, 1959.

5) 五味重春：脳性麻痺の予後. リハ医学 9 : 11-19, 1972

6) 佐伯満・他：脳性麻痺の移動予後に関する調査. リハ医学 29 : 944-945, 1992

7) 平田淳：脳性麻痺における歩行能力の予後に関する研究. リハ医学 34 : 205-211, 1997

8) 北原 侑：早期療育から生涯を見通した長期療育へ. リハ医学 36 : 94-97, 1999

在宅障害児の療育指導：家族短期施設利用を行った家族へのアンケート調査を通して

(分担研究：学童期の療育指導の在り方、分担研究者 小西行郎¹⁾)

研究協力者 栗原まな²⁾

要約：

当センターで行っている在宅精神薄弱児短期入所（家族短期施設利用）事業における支援状況（特に小児科医とリハスタッフの役割）、家族のかかえる問題点については平成8、9年の本研究にて報告した。今年度は更に発展させ、「家族短期施設利用」を行った家族に対しアンケート調査を行い、養育の中での「家族短期施設利用」の意義を検討した。それを通して、在宅における家族の抱える問題の把握と、それらの問題に対する療育指導の在り方を検討した。

見出し語：在宅障害児、療育支援、家族短期入所、アンケート調査

はじめに：

当センターは、県から2病院、6福祉施設、研究・研修所および看護学校の管理、運営等を受託し、身体障害者、精神薄弱児者、老人など心身に障害を有する人々に対し、医学、心理、社会、教育、職能等の面から、治療、総合評価、支援、訓練等を行い、さらに地域福祉医療への協力を行っている。

その一貫に、「地域福祉対策事業」があり、その中で最も力を入れている在宅精神薄弱児短期入所（家族短期施設利用）の概要について、平成8、9年度に報告した。

本年度はさらに家族短期施設利用を行った家族にアンケート調査を行い、養育の中での「家族短期施設利用」の意義を検討した。それを通して、在宅における家族の抱える問題の把握と、それらの問題に対する療育指導の在り方を検討した。

研究対象および方法：

「家族短期施設利用」は、在宅の精神遅滞児およびその保護者を共に短期間入所させ、児童の行動観察および指導を行い、さらに保護者に対して、精神遅滞児を正しく理解するための相談、助言、指導を行うことを目的としている。小児科医を中心として、地域福祉課員、言語療法士、臨床心理士、看護婦などのスタッフが関与し、児と保護者の個別または集団指導を実施し、4泊5日の入所を原則としている。

今回は、「家族短期施設利用」実施1カ月半から2カ月後に、利用時を振

1) 福井医科大学小児科 (Dept. of Pediatrics, Fukui University)

2) 神奈川県総合リハビリセンター小児科 (Dept. of Pediatrics, The Kanagawa Rehab. Center)

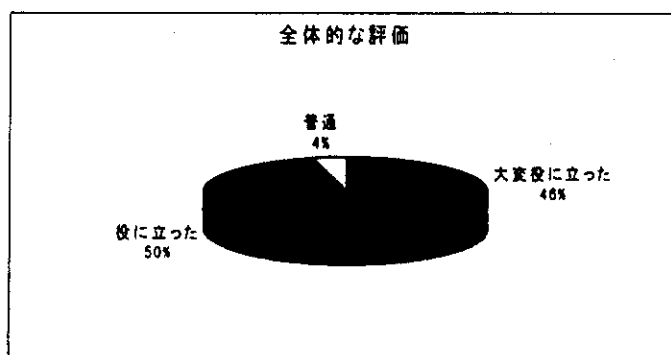
り返る形で、アンケート調査を行った。

対象は、平成9年度、4泊5日の「家族短期施設利用」を行った82組で、回答数は52件(63.4%)であった。

調査項目は、(1)「家族短期施設利用」の全体的な印象、(2)期待した事柄についての満足度、(3)利用後の児童の様子、(4)利用後の母親の様子、(5)全体的な感想・意見である。

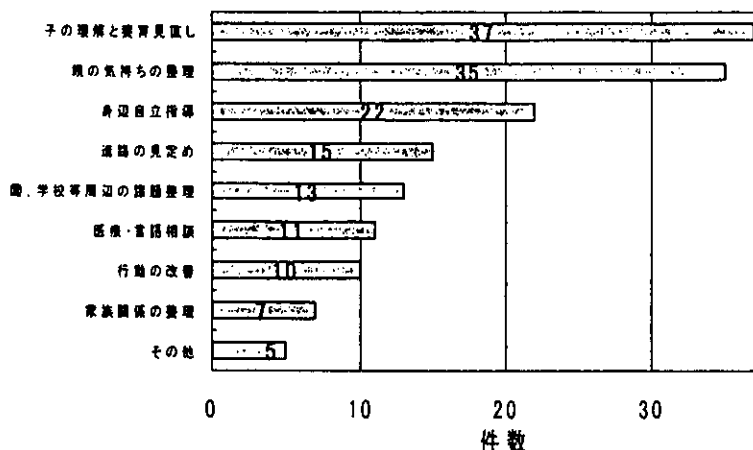
結果：

1. 利用者(母親)の「家族短期施設利用」に対する全体的な評価



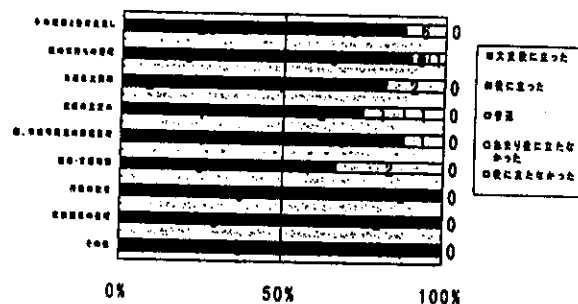
全体的な評価として、「大変役に立った」「役に立った」を合わせて50件(96%)であった。

2. 利用者(母親)が「家族短期施設利用」に期待した事柄



特に、「母親側の養育姿勢」を振り返ったり、「気持ちを整理する場」として求めている(82件,69.5%)ことがわかる。

3. 「家族短期施設利用」に期待した事柄についての満足度



期待していた事柄について、「大変役に立った」「役に立った」と回答している例が101件(87%)と良好であった。

4. 利用後の児童の様子

身辺面の向上、言語面の向上、対人関係の向上、興味・関心の広がりの中で改善が認められ、母親自身の養育の励みになっていることがうかがえた。

5. 帰宅後の母親の様子

養育姿勢が変わった、元気になった、気持ちの余裕ができた、前向きになれた、他の母親との出会いがあった、地域に働きかけるきっかけとなった、などの記載があった。

6. 全体的な感想・意見

本プログラムに心の支えを感じられたという意見が目立った。特に、気持ちの整理ができ、現在の状況を見直す機会となり、新たな出会いが得られたという積極的な感想・意見が多かった。

考察：

地域福祉課は昭和54年に設置され17年を経過する。心身障害児者の在宅福祉の向上をめざし、事業が展開されてきた。近年ますます在宅での療育の重要性が強調されるようになり、本事業の役割が再認識されてきている。

母子短期入所の対象は就学前が約7割を占め、大部分が精神発達遅滞を有し、

それに伴う行動上の問題や身辺処理の指導を希望して入所してくる例が多かったが、実際の指導内容では、それらの指導より、障害受容、障害の理解促進に力がいれられていた。

今回のアンケート調査から、回答者の100%に参加意義が認められ、特に「子どもの障害理解と関わりを含めた養育姿勢の見直し、確認」といった項目に期待が大きかった。ほとんどの例で期待した事項に満足を得ていたが、少数例で満足が得られなかった。これは、親の気持ちが整理できなかったという場合と、進路の見極めに結論が出されなかったことに起因していた。これについては、職員の取り組みの質を高めることと、地域資源の十分な把握が必要であると思われた。

本プログラムを通じて、児童、母親共に利用後向上が認められ、前向きな姿勢が認められることは喜ばしいことである。

今回のアンケート調査の記載を参考に、今後のプログラムに反映していきたい。

フォロー型児童養育

児童名 _____ 年齢 歳
入所年月日 _____ 年 月 日

その後いかがお過ごしですか。またお子様の様子はいかがでしょうか。

さてこの辺で母子短期での体験を振り返りながら、その後の様子をお知らせ頂いたりご意見・ご感想をお寄せいただければと思います。お忙しい中、大変恐縮ですが、以下の質問にお答えいただき、同封の封筒でご返送ください、よろしく御協力お願いいたします。

1 以下のことについて右の評価表であてはまる所に○をしてください。(1大役に立った 2役に立った 3普通 4あまり役に立たなかった 5役に立たなかった)

(1) 母子短期入所の全体的な感じはいかがでしたか。..... 1 2 3 4 5

(2) 母子短期入所に期待された主な事項を、下の項目から

2つ選び、それについて右の表にチェックして下さい。 1 2 3 4 5

① 身辺自立指導(食事・排泄・その他)

② 子供の問題行動の改善

③ 医療・言語相談

④ 子供の現状理解と養育方法の見直し

⑤ 親の気持ちの整理

⑥ 家族(兄弟・父親・その他)の問題の整理

⑦ 園・学校・その他、周辺環境の問題の整理

⑧ 入園・入学・施設利用等進路の見定め

⑨ その他()

(3) 母子短期入所プログラムはいかがでしたか。..... 1 2 3 4 5

① 子供の指導訓練

② 母親グループ学習

③ 医療相談

④ 言語相談(受けた方のみ)

2 入所中の指導内容やプログラムについてご自由にお書き下さい。

3 帰宅後、家庭や園・学校でのお子さんの様子はいかがですか。ご自由にお書き下さい

4 帰宅後お母さんご自身はいかがお過ごしですか。ご自由にお書き下さい。

5 その他、ご自由に感想や意見等をお書き下さい。

6 フォロー入所及び来所相談の希望がありますか。

① フォロー入所を a 希望する (案内の日程で～参加を希望する・参加は不可能)
b 希望しない

② 来所相談を a 希望する
b 希望しない

平成10年度厚生科学研究

子供家庭総合研究

前川班「要観察児童等いわゆるハイリスク児の育児支援及び療育体制の確立に関する研究」

分担研究「学童期の療育指導の在り方」 分担研究者 小西行郎

研究協力者 矢倉資久

奈良県立高等養護学校（前県立教育研究所）

学習障害（LD）児の実態及び保護者のニーズについて

要約： 教育相談における学習障害児のアセスメントを行った結果、乳幼児期にことばの遅れがあったり多動であったりしたことが多くみられ、対象児の描いた人物画は稚拙であるとともに社会生活能力も低い傾向にあった。同時に、教育相談の主訴に関係する保護者の教育的ニーズをまとめた結果、ソーシャルスキルに関する教育的ニーズが多かった。

見出し語：障害児、学習障害（LD）児、ソーシャルスキル

1 はじめに

我が国における学習障害（Learning Disabilities；以下LDと略記）児等に関する社会的認知は、Table 1「我が国のLDに関する対応の推移」に示すとおり1990年に「全国学習障害児・者親の会連絡会」が発足したときからであるといえる。1991年には、「通級学級に関する調査研究協力者会議」の中間報告においてLDについて認知され、1992年の協力者会議のまとめにおいてLDの概念がでてきた。そして、1995年の「学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議」の中間まとめにおいて、文部省としてのLDの定義が示され、LD児等に関する公的教育的支援について現在検討されている。

Table 1 我が国のLDに関する対応の推移

1980年代	◎LDについての啓発 学会レベルでのシンポジウム、ケース報告、調査始まる。
1990・2・11（平成2年）	◎「全国学習障害児・者親の会連絡会」が発足。
1990・4・25（平成2年）	◎衆議院文教委員会にて、文部省が初めてLD児の研究に取り組むことを明らかにする。
1990・6・25（平成2年）	◎「全国学習障害児・者親の会連絡会」が文部大臣宛に要望書提出
1990・12（平成2年）	◎「全国学習障害児・者親の会連絡会」が各親の会の会員に対して「LD児・者のアンケート調査」を実施する。
1991・7（平成3年）	◎「LD児・者のアンケート調査」の結果をまとめる。 学校での特別な教育的配慮の必要性を小学生の親430名中93.0%、中学生の親165名中90.9%の者が感じている。
1991・7（平成3年）	◎「通級学級に関する調査研究協力者会議」の中間報告において、文部省が初めてLDを認知する。

1992・3 (平成4年)	◎1991年度から4年間国立特殊教育総合研究所で基礎研究始まる。 ◎「通級学級に関する調査研究協力者会議」のまとめにおいて、「通級の充実方策について」まとめるとともにLDを取り上げ文部省において初めてLDの概念がでてきた。
1992・6 (平成4年)	◎「学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議」を設置。
1992 (平成4年)	◎「日本LD学会」が発足。
1993・4 (平成5年)	◎通級による指導が公に認められる。
1993・4 (平成5年)	◎文部省は1993年度からLD等に関する先駆的な教育の試みを検討するため、全国に10校の調査協力校を指定する。「指導方法の実践的な研究」が始まる。
1995・3・27 (平成7年)	◎「学習障害及びこれに類似する学習上の困難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議」の中間報告において、LDの定義、指導内容、指導方法、実態把握の方法、指導形態等についてまとめる。
1995・7 (平成7年)	◎「教科学習に特異な困難を示す児童・生徒の類型化と指導法の研究」を国立特殊教育総合研究所が特別研究報告書として発行。
1996・3 (平成8年)	◎「学習障害(LD)児等理解に向けて」のリーフレットを文部省が平成8年3月下旬に25万部作成して、小・中学校の教員に対して理解、啓発を行う。
1996・4 (平成8年)	◎「学習障害児等指導相談事業」(巡回指導相談事業)を開始。10都道府県を対象(平成8・9年度)小学校21校、中学校10校。
1997・4 (平成9年)	◎「学習障害(LD)児等の指導 みつめよう一人一人を — 学習上特別な配慮が必要な子供たち —」 平成7年の調査研究協力者会議の中間報告等をもとに、LD等の指導に関する基礎的・基本的事項について解説し、指導内容・方法等についての要点をまとめた冊子を文部省が発行。

LD児は、その認知発達に偏りをもつために、学習や行動面に様々な特異症状をもつ。そのため、米国やイギリスにおいてはLDに関する基本用語として、学力障害(Learning Disorders)、学習困難(Learning Difficulties)、学習方法の相違(Learning Differences)、知覚・認知に問題がある子(Perception Cognition Child)といった用語が用いられている。

上野らは、WISC-R知能診断検査(以下WISC-Rと略記)から情報処理方略の特性を捉え、それによって類型化し、指導類型のタイプを試みてきた。それらのタイプを整理すると次の四つになる。

- ① 言語性LD (verbal type) : 主として言語能力に欠陥をもつ、聴覚-音声回路型タイプ。
- ② 非言語性LD (nonverbal type) : 主として非言語性(視覚・空間)能力に欠陥をもつ、視覚-運動回路型タイプ。
- ③ 注意・記憶性LD (attention memory type) : 主として注意集中力や短期記憶能力に障害をも