

一がある。このようなケースでは肢体不自由単
独校における医療機関との連携と同じような方法
が必要となるので、これについては次に述べるこ
とにする。

2) 肢体不自由単独校(知肢併置校を含む)の場合

肢体不自由単独校でも医療機関との連携の課題
については医療・福祉施設併設、隣接校と同じよ
うなことが言えると思いますが、肢体不自由単
独校ではさらに条件が厳しくなる。

まず主治医との連携ですが、最も大きな課題は
児童生徒の主治医のいる病院・医院が遠距離の場
合があり、直接会って話をする機会がほとんどな
いということである。主治医との連携は児童生徒
一人ひとりの障害の状態や健康状態を把握する上
で、また、教員が日常生活での留意点、配慮事項
などの情報を入手し、教育内容を決定していく上
で欠かせないものである。障害が重度になればな
るほどその必要度は増してくる。しかし、教員が
主治医のところへ出向くことは時間的にも体制的
にも困難で、結局は保護者を通しての間接的な連
携にならざるを得ないのが現状である。単に情報
を得るためだけなら間接的な連携でも良いのであ
るが、正確な情報を得るためや互いの思いを通じ
合わせるにはやはり直接の連携でなければならない。
とは言うものの、主治医の立場からすれば、
頻りに担任や担当者が訪ねて来られては迷惑なこ
とであり、また、毎年担任や担当者が代わるたび
に同じような内容の話をしなければならないのも
困ったことである。これらの点を解消するために、
インターネットやテレビ電話を利用して連携を行
っているケースも増えてきている。これならばそ
れぞれが持ち場を離れることなく意見交換や情報
交換ができるので、出向く手間も時間も省くこと
ができ、互いに知り得た情報も蓄積することが可

能である。このような情報機器の利用は今後ま
す増えてくるであろう。しかし、プライバシー
の保護、情報の蓄積の方法については十分に留意
する必要がある。

逆に、主治医が学校へ来校するというケースが
ある。主治医が学校での児童生徒の様子を見て、
必要に応じてその場でアドバイスをするというも
のである。ある養護学校では、主治医と一緒に授
業の中に入り学習活動や日常生活における配慮事
項などについて細かくアドバイスするといったこ
とが行われている。実際に児童生徒を前にして的確
かつ具体的なアドバイスを頂けるのでわかりやす
く大変好評なようである。しかし、これはまだ
システム化されたものではなく、すべての児童生
徒の主治医が来校するわけではないが、こうい
った動きがさらに広がっていけば、連携はスム
ーズに行えるようになるであろう。

次に、学校の近隣の医療機関との連携について
であるが、医療・福祉施設併設、隣接校とは違い、
緊急時には救急車を要請したり教職員や保護者
によって搬送したりするなどの措置を講じなければ
ならない。主治医のいる病院は児童生徒の障害の
状態や配慮事項について熟知しているので、適切
な診断、治療を行ってもらえるが、学校の近く救
急病院や一般の病院や医院では専門医がいるとは
限らず対応が難しい場合がある。やはりこうい
った場合でも普段からの連携が重要となってくる。
児童生徒の実態をよく知ってもらっていると緊急
時においてもスムーズな対応が可能になるからで
ある。具体的には、前もって受診しておきカルテ
を作っておくことで、その児童生徒のことをよく
知ってもらっておくことや、どういう障害があり、
どのような配慮が必要な児童生徒が在籍してい
るのかといったリストを作成し、近隣病院や医院に
知ってもらっておくことで、緊急時の対応に備え

てもらうなどの方策が考えられる。学校においては、緊急時のマニュアルを作成しすべての教職員がそれに則って行動できるよう研修を積むことや、児童生徒の通常時の体温、心拍数、呼吸数等を記録しておき、緊急時にはすぐに医療機関に伝えられるよう保存しておくなど普段からの取り組みが必要なことは言うまでもないことである。

また、緊急時には医療機関だけでなく、消防署との連携も大切な事である。在籍する児童生徒の実態については事前に知ってもらっておくほうが処置もしやすいであろうし、先に述べたように児童生徒の通常時のバイタルサインをスムーズに伝えられるように準備しておくことも大切である。

肢体不自由単独校では通学路線上の医療機関との連携も大切になってくる。児童生徒は自宅からスクールバスやタクシー、自家用車で登下校しているのがほとんどである。万一の事故や急な体調の変化などの緊急時に備えて、通学路線上にある医療機関の専門医の有無や児童生徒の受け入れ態勢について事前に確認しておくことが必要であろう。そして、学校の近隣の医療機関の場合と同様に、普段から児童生徒についての情報は可能な限り入れておき、素早い対応ができるようにしておくことも必要である。特に通学バスでは、多くの児童生徒が乗っている上に医療の専門家が添乗していないという状況である。少数の乗務員では緊急時に対応しきれないこともある。こういった場

合に素早く対応できるよう通学路線上の医療機関も組み入れた通学バスの緊急時マニュアルが必要となってくるであろう。

おわりに

教育と医療との連携の必要性については、これまであらゆるところで言われ続けていて、誰もが認めるところですが、互いに相手のあることでもあるので困難な面もあります。しかし、そんな時でこそ「誰のための連携」であるのかを問い直す必要がある。連携は自分たちのためにあるのではなく、児童生徒のためにあることを忘れてはならない。確かに物理的な連携も大切である。しかし、今必要なのは教育と医療との心の連携であろう。連携は互いの信頼関係の上に成り立っているものである。そこから協働化を視野に入れた連携体制が始まるのである。

参考資料：亀谷正樹（2000）；「教育と医療との連携システムに関する研究」－肢体不自由養護学校における「医療的ケア」を中心に－（平成12年度兵庫教育大学学校教育研究科修士論文）

学齢期における障害児の摂食機能障害の、加齢による経年的悪化の、 病態と対応法についての検討

分担研究者 小西行郎 研究協力者 北住映二（心身障害児総合医療療育センター）

目的

摂食障害を伴う障害児において、学齢期に摂食機能が向上し経管栄養を終了できる例もあるが、一方で、学齢期に摂食機能が悪化し、経管栄養開始を必要とするようになってくる例も少なくない。

このような、加齢に伴う学齢期での悪化例においては、誤嚥性肺炎を予防しながら QOL を維持していくために、病態の適切な把握、経口摂取方法の変更（食物形態、姿勢等）、適期における経管栄養の導入等を、行っていく必要がある。

これは医療サイドの課題であるとともに、通学の継続のための学校スタッフによる経管栄養の施行等、教育サイドも課題でもある。

このようなケースについて、医療的および教育的に適切な対応がなされるために、病態と対応法についての検討が必要であるが、そのような報告は今まで無い。そこで、今回の検討を行った。

対象と方法

- ・心身障害児総合医療療育センター、および、東京都内の2つの肢体不自由養護学校において、診療録と記録から、学齢期（小学校～高等学校）に経管栄養を開始したケースを抽出。
- ・経管栄養開始時期、基礎疾患、経管栄養開始に伴う問題、学校での対応等を検討。
- ・X線透視ビデオ造影嚥下検査を施行しているケースでは、そのビデオ記録を検討。再検討が必要なケースは、追加検査を施行。

結果と考察

1. 開始時期

学齢期になって経管栄養を開始したケースは40例と多数。開始時期は、表1の通り。

小学生年齢で開始が17例、中学生年齢で開始7例、高校生年齢での開始が16例。

2. 基礎疾患

基礎疾患を表1に記す。溺水、頭部外傷による中途障害が2例。進行性疾患は、確定診断のついていない神経変性疾患2例、SSPE1例、GM1gangliosidosis1例、福山型先天性筋ジストロフィー FCMD3例。他は、疾患としては進行性ではない広義の脳性麻痺のケースであった。

3. X線透視ビデオ造影嚥下検査結果および病態と対応法の検討

40例の中で18例につき、X線透視ビデオ造影嚥下検査（以下VF検査と略）を検討し、摂食嚥下障害の病態を検討した。

(1) 福山型先天性筋ジストロフィー（FCMD）のVF検査結果と病態および治療対応法

FCMD3例とも、造影剤を含む液体および食物（以下、食塊と略）の、喉頭蓋谷・梨状窩・下咽頭

への、滞留（嚥下前の停滞、および嚥下後の残留）が認められた。3例とも気管内への誤嚥が認められた。とくに、咽頭部に食塊が下降してから、喉頭蓋谷・梨状窩・下咽頭に多量に停滞している状態が著しく認められた（図1）。食塊が停滞している間に喉頭に侵入した状態では、うがい様の喘鳴が聞かれた。造影剤が多量に停滞しながら食道入口部が開かず、嚥下運動が生ずる前に気管に落ち込み気管内誤嚥となる aspiration before swallow が認められた（図2）。また、嚥下運動が生じて、固形ないし半固形の食塊が食道入口部を通過できず、停滞したまま残りそれが誤嚥される状態も認められた。嚥下運動に伴う喉頭の挙上は低下していた。このような状態は、喉頭の前上方への挙上を主とする嚥下運動の低下と、食道入口部の弛緩の障害とが複合して生じるものと考えられる。

姿勢の変更により、気管内誤嚥が軽減することが認められた。すなわち、1例では、座位で上体が垂直の姿勢での誤嚥と比較して、三角マット上での臥位で誤嚥が明らかに減少するのが認められた（図2）。

このような VF 結果や臨床的状态から、FCMD における摂食嚥下障害の病態は、図3のようにまとめられる。FCMD では筋力低下を代償するため上体はやや前傾させ頸部は後屈させる座位の姿勢となってくるが、このパターンが嚥下機能にとっては不利をもたらす。また、咽頭梨状窩に停滞した食塊の気管内誤嚥は垂直位より後傾位～臥位で軽減する。早期から、後傾ないし上体挙上の臥位で、頸部は後屈位でなく中間位～軽い前屈位の姿勢で、食事摂取をすることを進めていくことが、このような悪化を防ぐ方策の一つと考えられる。

食道入口部の弛緩の障害は機能的障害だけではなく、食道入口部の輪状咽頭筋の変化（線維化等）による部分も大きいと推定される。成人の嚥下障害の治療法の一つとして確立されつつあるバルーンによる食道入口部の開大法を、FCMD の嚥下障害の治療の一つとして試みる価値があると思われる。

(2) 脳性麻痺グループの VF 検査結果と病態および対応法の検討

この40例の中で、脳性麻痺の14例についてVF検査結果を検討した。

喉頭蓋谷、梨状窩への滞留が、FCMD の場合ほど著しくはないが、全例に認められた。気管内誤嚥が全例に認められ、誤嚥の種類は、嚥下運動前の誤嚥 aspiration before swallow、嚥下運動中の誤嚥 aspiration before swallow、嚥下運動終了後の誤嚥 aspiration before swallow の、いずれの誤嚥もあるケースが多数であった。誤嚥していても、むせない、咳き込まないという、silent aspiration の状態であるかどうか、臨床的に重要なポイントである。今回のグループでは、乳児期から嚥下障害が強く経管栄養を要しているケースと比較して silent aspiration の程度は強く無いが、気管内への誤嚥の量が中等量の場合には、誤嚥に反応してむせが出るものの、むせの生ずるタイミングが遅くなっていること、少量～微量の誤嚥には silent であるという傾向が認められた。

姿勢による誤嚥の変化として、頸部の後屈により誤嚥が悪化、頸部の後屈を緩和することにより改善する傾向が明らかに認められた。上体を垂直姿勢から後傾姿勢～水平位に変更することによる変化については個人差があり、単純な一般化は困難と思われた。

脳性麻痺は疾病としては進行するものではないが、加齢による機能低下は、学齢期においても生ずる。今回の検討で、嚥下機能の低下がこのように多数に認められていることは、学齢期の療育の中で大きく注意を要する。病態についての考察を図4に示す。図4に示されたような諸要因に対し、対応可能な部分について、嚥下障害が悪化する以前から適切な対応を行っていくことが必要である。たとえば、誤嚥予防のための安全策として、食物形態を落とすこと（固形→半固形等）が学校では一般的に行われているが、これが嚥下機能の減退を招く可能性等、見直しが必要であると考えられる。

4. 経管栄養の導入の問題

経口摂取量の低下、誤嚥によると考えられる下気道感染の反復により、経管栄養が開始されているが、医学的には経管栄養の導入が必要と判断されながら、その導入が遅れた例が4例あった。

導入が遅れた理由の第1は、図4に示す口腔相機能と咽頭相（嚥下）機能の乖離を本人および周囲の人が十分に認識できない、すなわち嚥下機能が悪化し誤嚥による健康状態の悪化の可能性がありながらも、食物を取り込み送り込むという口腔相機能はかなり保たれているので「まだ食べていて大丈夫」と周囲も本人も考えてしまうことである。これに対しては、VF検査を、家族や担当教員が同席しながら行ったり、VFのビデオを一緒にみてもらい、胸部CTでの誤嚥によると考えられる慢性的病変を一緒に見てもらい等を通して、情報をしっかりと共有することで、スムーズに進められた例があった。

導入の遅れの第2の理由は、経管栄養になると通学できなくなる、通学が続けられるとしても経管栄養注入のために母親が学校に毎日行かなければならなくなるが家庭事情や母の体調からそれは不可能である、したがって学校では経管栄養とはしないで口からの摂取を続けたいという、社会的理由である。幸い、学校教職員による医療的ケアの実施の体制が整うに伴い、表1の○印の時期に学校スタッフによる経管栄養注入が可能となってきた。

今回の40例のうち34例は、嚥下機能の悪化はあっても、全身状態としては通学の継続が可能なケースであった。このようなケースが、学校で注入ができないという理由だけで、通学できなくなる、教育内容が大幅に制限されてしまうようになる、家族の負担が急に増加する、あるいはそれを避けるために医学的には無理な経口摂取を学校で続ける、というような事態に陥らないよう、経管栄養等の「医療的ケア」の、学校での家族以外のスタッフによる実施が前進することが必要である。

表 1

ケースNo (基礎疾患)	経管栄養開始時期 (●)					学校スタッフによる注入開始時期 (○)					
	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	高1	高2
1 (CP)	●										
2 (変性疾患)		●						○			
3 (CP)		●									
4 (CP)			●								
5 (溺水後遺症)				●	○						
6 (SSPE)				●	○						
7 (頭部外傷)				●							
8 (変性疾患)				●							
9 (CP)				●					○		
10 (CP)				●							
11 (CP)					●	○					
12 (CP)					●						
13 (CP)					●						
14 (CP)						●					
15 (CP)						●					
16 (CP)						●					
17 (CP)						●					
18 (CP)							●				
19 (CP)							●				
20 (滑脳症)								●			
21 (CP)								●			
22 (CP)								●			
23 (CP)								●			
24 (CP)									●○		
25 (FCMD)										●	○
26 (GM1)										●	○
27 (Rett 症候群)										●	
28 (染色体異常)										●	○
29 (CP)										●	
30 (CP)										●	
31 (CP)										●	
32 (CP)										●	
33 (FCMD)										●	
34 (FCMD)										●	
35 (Aicardi 症候群)										●	
36 (CP)										●	
37 (CP)										●	
38 (CP)										●	
39 (CP)										●	
40 (CP)										●	

図1 梨状窩滞留と喉頭侵入

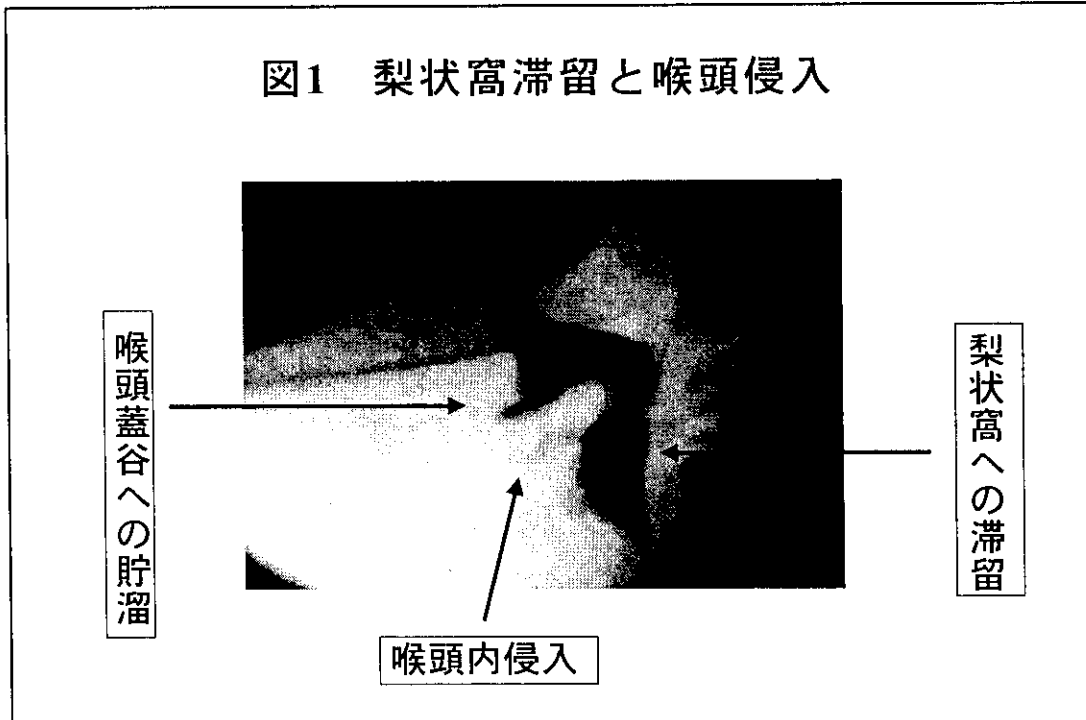
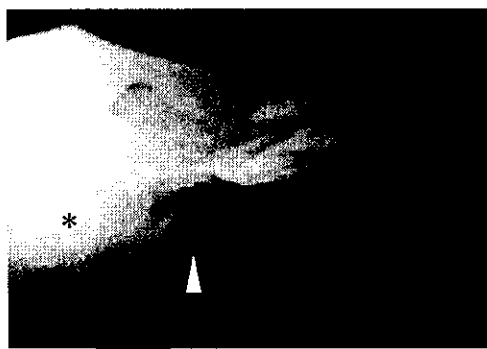


図2 FCMDのVF例

↑↑ 気管内誤嚥：坐位 > 臥位 △: 梨状窩貯溜 *: 気管



三角マット上 (30度) 臥位



坐位

図3：FCMDの摂食嚥下機能障害

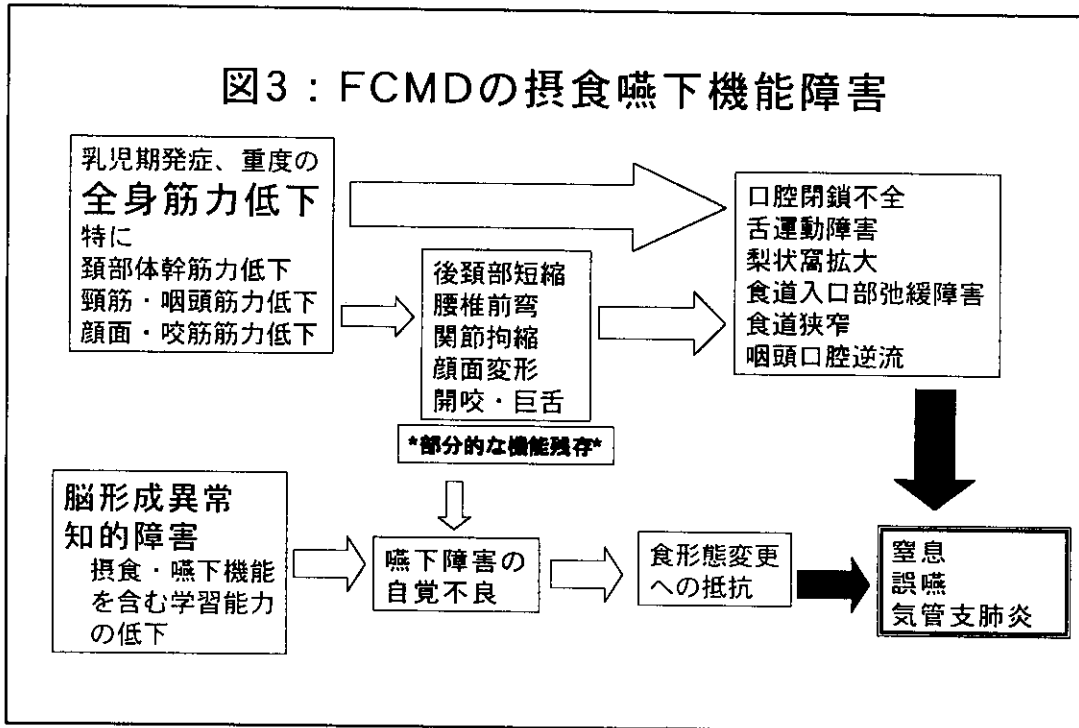
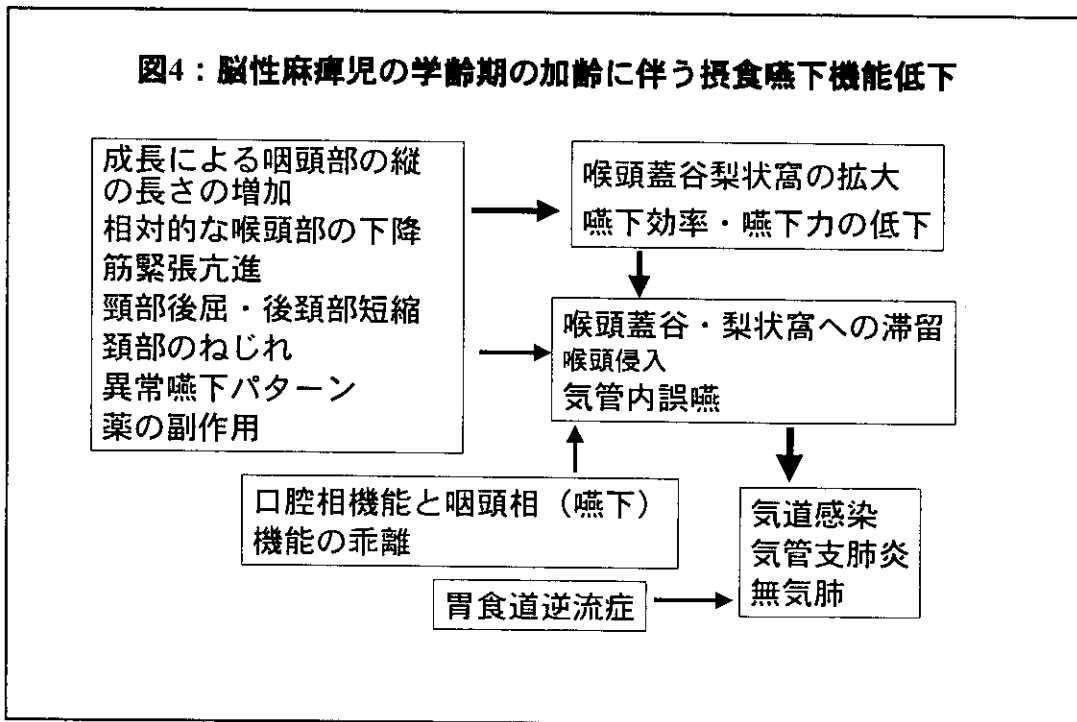


図4：脳性麻痺児の学齢期の加齢に伴う摂食嚥下機能低下



集団適応に問題を持つ学童への外来グループ訓練

(分担研究：学童期の療育指導の在り方に関する研究)

分担研究者：小西 行郎 埼玉医科大学小児科
研究協力者：北原 侑 北九州市立総合療育センター
加藤 ますみ 北九州市立総合療育センター
尾首 雅亮 北九州市立総合療育センター

研究要旨：集団適応に問題を持つ学童に対して小集団での外来訓練を行った。他児の活動に注目すること、自分の発言や行動に気付かせること、集団活動への参加を成功させること、各児の能力上、学習上の苦手な活動を行うこと、を配慮した集団活動内容を行った。この経過の中で、①退席せずに、持続して活動に取り組むようになった、②他児の前で、短い文章であるが発言できるようになった、③順番が待てるようになり、他児への批判的発言が減少した、④集団活動に積極的に参加するようになった、等々の集団適応行動に変化がみられた。集団適応に問題を持つ子ども達に対する小集団での訓練は集団適応行動のスキル向上に有効である。これらのスキルが訓練スタッフのいない集団や学級においても汎化しているのか、あるいは汎化できるものなのかについては、今後も検討を続ける必要がある。

研究目的

集団適応に問題を持つ学童は少なくない。北九州市立総合療育センターの外来にも「注意が持続せず、集中力に欠ける」「衝動的行動を抑制できない」「友人と協力して活動が出来ない」等を主訴に受診する子ども達がいる。これに対して、当センターでは、集団適応に問題を持ち学習障害が疑われる学童を主な対象にして、臨床心理士、作業療法士を中心にそれぞれが「一対一」の個別訓練を行ってきた。この訓練経過の中で、個別場面での対人面での技能、能力は改善されても、所属集団での友人関係、コミュニケーションの取り方、課題への集中性などの問題点が依然として残ることが指摘された。それ故に個別場面のみでの訓練では、集団の中で技能、能力を発揮する集団適応スキルの改善に対しては限界があると捉え、小人数による集団での訓練の方法を試みてきた。小人数による集団適応スキルの向上を目指した訓練により、それなりの効果がみられたので取組み方と結果について報告する。

対象と方法

1. 対象児の特徴

①対象児が抱えている集団適応上の主訴は、以下のようなことがあげられた。

1. 注意が持続せず、集中力に欠ける
2. 自分の考えを他人に伝えるのが苦手
3. 衝動的行動を抑制できない
4. 友人と協力して活動が出来ない
5. じっとしてられない

②対象児は、平成12年10月の時点で、小学3年生から中学1年生までの10名である。

③対象児の学年、診断分類、ウェクスラー児童用知能指数は表に示す。

2. 訓練頻度

訓練スタッフは臨床心理士が2名、作業療法士が3名で関わった。月1回の頻度で、約1時間半訓練を行った。訓練期間は短い児で約1年、長い児で約3年間行った。

3. グループ訓練の配慮点

グループ訓練を行う上では、グループ全体

としての共通点と個々の学童への個別な点とを、以下のように、配慮した。

①グループ全体の共通点としての場面設定状況は

1. 他児の活動に注目すること
2. 自分の発言や行動に気付かせること
3. 集団活動への参加を成功させること

②個々児への配慮としては、各児の能力上、学習上の苦手な活動を取り入れた。

4. グループ訓練の活動内容

グループ訓練の活動内容としては以下のようなことを行った。代表的な活動のみを例としてあげる。

①感覚・運動活動：サッカーゲーム、風船バレー、大縄跳び、サーキットなど

②学習的課題：トランプ、しりとり、描画、カード作り、ちぎり絵、自己紹介、楽器の練習、連想ゲーム、命令ゲーム、探し物ゲーム、漢字の書き写し、漢字探し、漢字カルタ、辞書引きなど

③日常生活活動：買い物、デザート作り、整理整頓ゲーム、身だしなみチェックなど

5. グループ訓練を実施する上での配慮点

①グループ全体の共通点としての場面設定では

1. 他児の活動に注目すること：そのために子ども同士が協力したり、順番を待つゲーム等を考慮した。たとえば、風船バレーは、チーム分けにより子ども同士の協力やチームメイトの動きに注目することが必要であった。大縄跳びでは、他児のタイミングに合わせた動きが必要になる。サーキットでは、順番を守る必要がある。これらを適宜用いて他児の活動を注目することを促した。

2. 自分の発言や行動に気付かせること：指示的な言葉がけにならないように配慮して、周囲への注目を促した。ゲーム世代の子どもであり、自ら「聞くモードが壊れた」などと発言しているの、スタッフ側も「聞くモード」という言葉で注意を促したりした。他児への批判、非難の発言に対しては、受け手が自分自身であったときの気持ちを尋ねた。周りの子どもをも含めた自分達の「気持ち」を言語化するように試みた。一人の子どもの発言中は、他の子どもは発言を止めるよう配慮した。

指示を解りやすくした。そして言葉だけでなく文字で示したりもした。たとえば、一つ

の作業課題毎に指示を読ませることも心がけた。これを繰り返すことで、除々に言語指示のみで行動するようになってきた。

カード作りなどのように課題取組みの手順が明瞭な課題を選び、提示した。まず一人で課題を達成するよう促した。自分で確認しながら作業手順を進めていくことを体験させた。これにより自分で判断することが上手になるよう配慮した。

3. 集団活動への参加を成功させること：集団の中での子ども同士の関係に配慮し、必要に応じて役割を設定した。デザート作りでは、手順を確認しながら、他児と協力して作り上げるようにした。自己紹介やクリスマス会での話し合いなどを通して他児の前で発言できる機会を提供した。他児の前で発言することを嫌がっていた児に対しては、テーマがはっきりしていて進め方が簡単な状況での司会役をさせることで発言を促す配慮をした。

②個々児への配慮としては、各児の能力上、学習上の苦手な活動を取り入れた。

キャッチボールや縄跳びが苦手な児には、感覚・運動活動を用いての成功体験を積み上げて行った。字を覚えられない、漢字が書けない、文章を読むのが苦手、行を飛ばして読むなどに対して、学習的活動を組み合わせて行った。探し物ゲームの中で文章書き写しをゲーム形式で取り入れ、書字への取組みを行い苦手意識の軽減を図った。整理整頓が苦手なことに対して、整理整頓ゲームの中で、苦手な活動へ取組みを図った。

結果

グループ訓練の経過の中で集団適応行動に変化が見られた。個々人で集団活動での行動の変化は異なるが、以下のような顕著な行動の変化が見られた。

①課題取組み場面で、しばしば退室していたのが、持続して課題に取り組むようになった。

②発言を求められても黙り込んだり、関係のないことを話し始めていたのが、友達の前で、短い文章や単語レベルであっても発言するようになった。あるいは役割が与えられた場面では発言がするようになった。

③順番が待てずに、一斉に活動を始める、他児の間をウロウロする、苛立って相手を批判したり、苦手さを指摘するという行動が減少し、順番を守る、待つことができるようになった。また手間どっている児に対して批判的な発言が減少し、気遣う態度が見られるよ

うになった。

④集団での活動に消極的であったのが、年少児に活動の仕方を教えることに興味を示すようになった。その後集団活動に積極的に参加するようになった。

考察

集団適応に問題を持った子ども達に対するグループ訓練の効果について検討した。集団の中に入れて一緒に活動しさえすれば自ずと集団適応行動上のスキルが向上するほどに、これらの問題の解決は簡単ではない。

集団の中でも、個々の子どもの興味を引き付けて活動を行うことが大切と言えよう。かつ苦手な課題にも取り組むと言う課題設定の工夫が必要である。なおかつ訓練場面では、他児の活動に注目する、集団活動への参加を成功させる、個々の課題を達成するといった課題設定、課題達成への最小限でタイミングの良い援助が必要である。また少人数であれ子ども同士におけるやりとりの訓練スタッフによる調整も必要不可欠である。

グループ活動への参加が成功するという体験の積み重ねは、自分の行動が否定されない、自分の存在が否定されないという体験の中で、自分の行動や発言を周囲との関係の中で見直す機会になっていると解釈できよう。また他児との比較による「出来た」「出来ない」ではなく、個々人のレベルでの達成を認められ、同じような年齢の子ども達と最後まで場面を共有できたという経験は、多くの心理的な変化をもたらしていると理解したいところである。集団での達成感や満足感は、集団活動を拒否せず、集団活動への参加を促しているといえよう。

グループ訓練は、子ども達に上記のような行動・情緒上の変化を引き起こし、集団活動への適応スキルを除々に高めているといえよう。なおこれらの集団適応力はあくまでも小集団で、専門スタッフが濃密に関与している中で培われたものである。今後は、小集団であっても子ども同士だけで活動が進められようスキルを高めて行く必要がある。また学級という大集団へ適応できるスキルへと結びつける訓練方法を開発して行きたいものである。

集団訓練は、小人数であっても子ども同士のやり取りがあり、ダイナミックな相互作用が生ずる。そのため訓練をするスタッフ側の環境調整が不十分になりやすい。しかし子どもの集団適応スキルの向上は、集団活動の経

験の中でしか培われたい。それゆえ集団のダイナミックな動きを生かせる訓練方法の洗練化が求められている。小集団による訓練は、今後とも大いに成果が期待される訓練法といえよう。

表 対象児の学年、診断分類、ウェクスラー児童用知能指数

症例	学年	診断名	F I Q	V I Q	P I Q
1. D・Y (小3)		P D D	126	128	120
2. K・S (小3)		P D D	85	91	82
3. M・K (小4)		A D H D	98	97	100 *
4. M・S (小4)		A D H D	96	82	111
5. N・D (小4)		P D D	111	116	103
6. S・F (小4)		L D	107	120	91
7. S・T (小5)		L D	79	83	79 *
8. O・Y (小5)		L D	75	96	55
9. K・H (小5)		A D H D	97	104	90
10. Y・M (中1)		L D	86	96	77

F I Q : 全検査 I Q, V I Q : 言語性 I Q, P I Q : 動作性 I Q

P D D : 広汎性発達障害、A D H D : 注意欠陥多動症候群

L D : 学習障害 (言語性、非言語性、注意・記憶性)

* : 注意・記憶の群得点が有意に劣る

埼玉医科大学小児科
小西 行郎 先生
ご侍史

前略

平成12年度小西班研究報告書を送付致します。
大変遅くなって、ご迷惑をおかけしてすみません。

今後ともご指導頂ければ幸いです。

三寒四温の季節です。お体を御自愛下さい。
そしてご活躍を遠方より見つめています。
ではお元気で。
福地さんにもよろしくお伝え下さい

草々

2001年3月12日

北原 信

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究：学童期の療育指導のあり方 研究報告書

分担研究者 小西行郎（埼玉医科大学小児科教授）

総合リハビリテーションセンターにおける障害児の療育

研究要旨：総合リハビリテーションセンターにおける、地域に根ざした障害児の療育について報告した。すべての障害を対象とし、神奈川リハビリテーション病院における外来・入院診療と、知的障害児施設・重症心身障害児施設における診療が中心となっている。そのほか、在宅障害児の支援として、発達障害児訪問事業、家族短期入所事業、重症心身障害児訪問事業、重症心身障害児親子教室などを行っている。いずれも地域関連機関との連携が重要である。

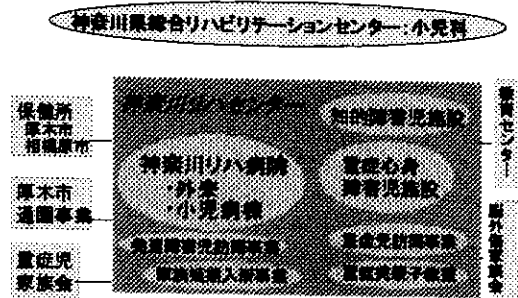
研究協力者

栗原まな（神奈川県総合リハビリテーションセンター小児科部長）

1. 「神奈川県総合リハビリテーションセンター小児科」の位置づけ

神奈川県総合リハビリテーションセンター（神奈川リハセンターと略す）は神奈川県の中央、丹沢の麓にあり自然環境は抜群である。昭和48年に開設され、14万m²の広大な敷地の中に、2つの病院と6つの社会福祉施設（知的障害児者施設、重症心身障害児施設、肢体不自由者更生施設など）をあわせもっており、障害児の医療とリハビリテーションを総合的に行っている。

小児科が関連している分野を示す。



神奈川リハビリテーション病院での外来・入院診療、知的障害児施設、重症心身障害児（重症児と略す）施設での診療が活動の中心になっている。そのほか、在宅障害児の支援として、発達障害児訪問事業、家族短期入所事業、重症児訪問事業、重症児親子教室などの事業が行われている。

県央・県西地区には一般の総合病院がいくつかあり、地域の子ども達はそこで一般の診療を受けているが、療育を必要とする子ども達の多くは当センターを受診する。従って神奈川リハセ

ンターはセンターがある厚木市を中心とした県央・県西地区の保健所、通園事業にも必然的にかかわっている。また重症児や脳外傷患者の家族から立ち上げられた家族会への支援や、特殊教育を扱っている神奈川県立第二教育センターとの連携もある。

2. 対象疾患

すべての障害を対象としているが、神奈川リハセンターの機能を最大限に利用するという面から、リハスタッフの協力が必要な疾患に力を入れている。脳性麻痺、精神遅滞、てんかんなどの疾患をもつ子どもが多いが、さらに後天性脳障害、特に頭部外傷・脳炎脳症・脳血管障害後のリハにも力を入れている。また小児期に生じた障害に対しては、成人になっても小児科で診療を続けていく方針で診療を行っている。

3. 病院における療育支援

①外来：

小児科外来で診療をするだけでなく、療育支援が必要な子どもについては、ケースワーカーが積極的に関わりをもって支援が行われる。

②入院：

神奈川リハセンターでのリハ効果が最も発揮できる具体的な例を示す。

症例は10歳男児。7歳時発症の急性脳症（ライ症候群）後遺症のリハを目的に、発症後3カ月で当センターに転院してきた。当初は歩行も不可能で、発語はなく、日常生活動作を全般的に忘れていたようであった。医療面では医療精査を行ったが、頭部MRI検査で軽度の脳萎縮と、脳波でてんかん性の発作波が認められたので定期的に検

査を行った。理学療法では歩行を安定させる訓練が行われた。洋服の脱ぎ着にはじまり、鉛筆の握り方、チャックの開け閉めなどほとんどの日常動作を忘れてしまっていたため、作業療法では動作訓練が繰り返行われた。構音性失語症のためにことばが出にくかったため、言語訓練では文字によるコミュニケーション訓練に力が入れた。また心理療法では、視覚認知障害や失行に対する認知訓練と平行して、家族の障害受容への支援に力が入れた。なぜならば、家族は、突然子どもが障害をもったことを受け入れることができず、子どもを友人や近隣の人の眼に触れさせることを拒否し続けていたからである。院内学級教師は復学へ向けての学習を行うと同時に、ケースワーカーと一緒に復学に向けての支援を行った。さらに体育療法では集団での運動訓練を行った。そして5カ月の入院リハを行った後、在宅生活へ戻ることができた。復学前には院内学級教師、ケースワーカーなどが家族と一緒にいくつかの学校を訪問し、学校を決める際のアドバイスをした。

入院でのリハが終わった後は外来で経過をみていくが、必要に応じて定期的に入院を繰り返して検査や集中訓練を行うことも行われている。

③院内学級：

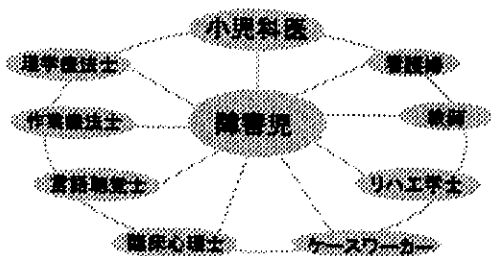
当センター入院児の入院期間は1カ月から3カ月が多く、長い時には6カ月に及ぶこともある。平成7年に院内学級が併設されてからは、入院学童の学習の問題がかなり解消された。学級内には年齢、知能、運動能力の面からさまざまなレベルの児童が混在しているが、ベテラン教師の対応によって充実した学級生活が行われている。学習

の補いのみならず、集団での学習の経験、家族への対応、復学への支援など欠かすことのできない大切な役割をはたしている。

④リハスタッフとの連携：

10歳男児の例で示したように、当センターではチームアプローチを基本としてリハが行われている。リハが行われている子どもにおいては、2カ月に1回程の割で関係スタッフ全員でのミーティングが行われ、リハ内容の確認と今後の方針の決定がされる。チームの中心は小児科医である。

リハビリテーションにおけるチームアプローチ



⑤在宅訪問：

在宅訪問が必要な場合には、関係スタッフが家庭を訪問する。特に退院前に家屋改造が必要であると思われる場合には、理学療法士、作業療法士、ケースワーカーが患者さん・家族と一緒に家庭を訪問し、退院に向けての具体的な準備をする。また退院後にも必要に応じて訪問が繰り返される。

重症児や発達障害児の場合には、後に示す「訪問事業」を通しての在宅訪問が行われる。

⑥学校との連携：

退院後の復学に関しては、院内学級教師とケースワーカーが支援することが最も多いが、退院後などに学校の問題が大きい時には、在籍校へ児童の説明やアドバイスをする書類を送付した

り、在籍校教師・センタースタッフ・家族とで会議を開いたりすることによって問題を解決していく。

4. 重症心身障害児施設

神奈川県は日本でも1, 2を争うほど重症児施設のベッド数が少なく、重症児の在宅生活が推奨されている県で、県内の6つの重症児施設は役割が分担されている。神奈川リハセンター併設の重症児施設は15歳以上の重症者が対象となっており、現在の平均年齢は43歳である。年齢が高くても「発達障害児の年齢が高くなった」という感じにすぎず、小児科医が診療にあたることに何ら疑問を感じることはなく、むしろ「生まれてから死ぬまで診ていく障害児者医療」という観点から意義のある施設だと思っている。

40床の内の34床は長期入所枠で動かないが、残りの6床は2泊3日から3カ月の入所に利用されてフル回転、年間100人余りの重症者が利用している。

5. 知的障害児施設

発達障害児を有目的有期限で受け入れ、社会適応能力をつけるために、評価・訓練・治療を行う施設である。難治性てんかんと強度行動障害の治療が大きな柱となり、知的障害児の生活の質 quality of life の向上に役だっている。

6. 家族短期入所事業

在宅生活を支えるために、地域の関連機関（施設・訓練会・幼稚園・保育園・学校）などと連携しながら、療育相談や指導など、個々に応じたさまざまな地域福祉事業を行っている。家族

短期入所事業（母子で宿泊する4泊5日コース・2泊3日コース、父子で宿泊する1泊2日コース、1日日帰りコース）、家族セミナー、外来療育指導、療育相談などがあるが、母子で4泊5日する事業が中心となっている。年間の利用者数は、4泊5日コースが約80家族、1泊2日コースが40家族、1日コースが250家族である。

4泊5日コースは、5日間昼夜一緒に過ごす児童指導員の他に、小児科医、言語聴覚士、臨床心理士、看護婦が適宜関わる。兄弟姉妹も一緒に連れてくることができるコースである。子どもについての心配なことを相談しながら、他の家族とともに5日間を過ごすこの事業は、障害児をもつ家族に評判がよい。

7. 在宅重症心身障害児者療育訪問事業

神奈川リハビリセンター重症児施設の職員による地域巡回が行われている。主に児童指導員が訪問にあたるが、必要に応じて他の職種が加わる。養育・療育状況の把握と助言、日常生活動作訓練、保護者などへの療育技術指導を行っている。児童相談所からの依頼により、県央・県西地区の重症児の家庭を訪問する。年間延べ約150回の訪問が行われている。

8. 発達障害児訪問事業

年間延べ約180回の家庭訪問がされており、個別に養育・療育状況の把握と助言などが行われている。

9. 在宅重症心身障害児者親子教室

在宅で過ごしている重症児者で施設に接したことがない家族を対象として、重症児施設への1日入園をする事業である。医師・児童指導員・看護婦が中心となって診療・相談・医療指導・施設見学など行うが、理学療法士・臨床心理士・栄養士なども関わり、福祉機器の紹介・体験利用、介助方法の指導、栄養指導なども行われる。

10. 保健所との連携

センターのある厚木市を中心として近隣の相模原市などとのつながりを強くもっており、乳幼児の経過検診にはじまり、異常の疑いのある子どもの精査・治療、障害をもったお子さんの家族への指導などを行っている。

11. 厚木市通園事業との連携

障害をもった子どもは厚木市の通園事業「ひよこ園」に参加して訓練を行う。3歳以上の40人が週5日の措置通園を行い、その他に1歳以上の20人程が週1日の通園を行っている。通園事業は幼児が対象であるが、学校に入学した後でも必要に応じてアフターフォローを受けることができ、適宜相談に応じている。

12. 教育センターとの連携

教師・施設職員の研修会において定期的な指導を行っており、間接的に障害児の療育に関わっている。また当センターで経過をみている子どもで学校の問題が認められる時は、教育センターと連絡をとりあい、個別に対応している。

13. 重症児家族会「ちゅーりっぷの会」への支援

厚木市周辺に住む重症児（幼児と学童）の家族会で、情報交換・医療相談・勉強会・レクリエーション・衛生材料の集団購入などを行っている。当センターの在宅重症児訪問事業を担当している児童指導員1名と児童相談所の職員1名が集まりに加わっている。医師と看護婦は必要な時に相談に応じている。

14. 脳外傷家族会「ナナの会」への支援

現在、全国に8つの脳外傷家族会が発足しているが、「ナナの会」は全国で2番目にできた2番目に大きい家族会である。当センターに関係する脳外傷患者の家族会で、センターの職員が支援している。勉強会・交流会・厚生省への陳情、全国レベルのセミナーの開催など積極的な活動をしている。

厚生省科学研究・子供家庭総合研究

「学童期の療育指導の在り方」研究班（班長 小西行郎）

平成12年度報告書

学童期における学校を中心とした精神保健活動の在り方に関する研究
一学校精神保健コンサルテーションに対する教師の
アンケート調査結果について一

研究協力者 白瀧貞昭
伊藤正利
吉武清美

1. はじめに

今日、児童、学童、青年のこころの不健康が関係していると思われる適応の障害、行動の異常、対人関係の異常、情動反応異常などを示す事例が著明に増加してきている。さらに、彼らの自我発達そのものも不健康とはいえないまでも、かなりの歪みを持ちつつ形成されているのではないかとの危惧が持たれている。多くの人が、学童期の自我発達の最近の特徴として「狭小な自我」、「硬直した自我」という特性があると指摘している。このような自我特性があると、最近の子供がすぐに「切れる」、「かっとなって、すぐに手を出す」という特徴があることもよく説明できる。このような特性は、以前からの日本人の「何でも心の奥にしまっしまい、このために多くの人々が神経症的に悩む」という心性に真っ向から対立するかのようなあり方である。いわば、以前には人知れず悩むというかたちのもものが、今日では心の中に一瞬たりとも貯めておかずに、即座に外に向かって、それも人に向かって自己の葛藤を放出するという形をとるのであるともいえる。学校のような大勢の人々が集団で生活する場所では、今日このあり方のために多くの問題が発生することになる。事実、最近の学校での子供の心の問題は問題行動、反社会的行動異常というかたちが著名に増加してきている。

このために、学校現場で生徒達の身体的・精神的ケアのために外部からの専門家のアドバイスを受け入れる必要が増加してきていると言える。我々医師も小児科、精神科、整形外科、小児神経科医としてすでに学校現場でこのような機能を担うべく、学校との連を持つようになってきている。もちろん、この連携によって何をどのように共同作業していくのかが問われなければならない。従来、学校現場で子どもの精神保健に関して外部の専門家を利用するといえば、ほとんどはいわゆる心の病を持つ児童生徒の治療を依頼するという形に限られていた。しかし、学校全体からみればこのような治療を要する児童生徒の数はそんなに大きなものではなく、他方、治療はまだ必要ないかもしれないが病気になる

一歩手前の状態にある子どもであったり、心の不安・ストレスをたくさん心の中に抱えていてそれに対して何らかの介入を外部から与えてやった方がよい子どもはその数倍の数になる程たくさんいるのである。このような外部からの心の専門家の介入には特に学校という場ではそれほど簡単には行い得なかった。学校には教員免許を持っている人しか入れないという風潮が以前から合ったのである。しかし、今日のように子どもの心の育ちがあらゆる要因で危機に瀕している状況下で学校側も外部の専門家の手を借りなければならない必燃性が生じてきているのである。

しかし、学校現場にいる教師がこの様な連携を本当に有用なものとしてとらえているのか、あるいは、かえって迷惑な事柄としてとらえていないかなど、この段階で教師の認識の度合いを調べておく必要があるのではないかと我々は考えた。そこで、昨年度、我々は教師の意見をアンケート形式で聞くための道具の開発、この道具を用いて実際にいくつかの地域でアンケート調査をおこない、その分析結果の一部分を報告した。本年度は我々がこの13年間、教育委員会主管のもとで学校精神保健活動を行ってきた兵庫県西宮市での小学校、中学校教師からのアンケート調査回答を分析、比較検討して我々の問いに対するいくつかの答えを得たので報告することにする。

2. 方法と対象

用いた教師に対するアンケート調査票は資料として示してある（資料1参照）。我々が尋ねた事柄は、子供の心の問題で教師として、どの程度困っているか、最近そのような心の問題が実際に増えてきていると思うか否か、その解決のためにはどのようなことが必要と考えているか、外部から専門家がコンサルタントとして学校現場に入ってくることをどう考えるか、現時点で学校現場としてこの問題にどの様に対処しているか、心を育てる教育ということはどう考えるかなどであった。

この様にして開発したアンケート調査票を兵庫県西宮市、滋賀県守山市、宮城県仙台市の教育委員会を通じてアンケート調査に同意された学校に配布し、各教師無記入で調査票への回答を依頼した。行われた期日は平成12年1月末であった。このうち、今年度の報告ではすでに分析のすんだ小学校（普通校）教師から464通、中学校教師から158通を分析の対象にした。

3. 結果

1. 回答者の性別、経験年数別、職務種類別比率は図1に示すとおりである。

女性対男性比率は小学校では70対30、中学校では40対60であった。教師としての経験年数は小・中学校とも15～20年が全体の25.5%～27%弱で最も多く、次いで21～25年の21.7%（小学校）、12.7%（中学校）、26～30年が16.9%（小学