

(11) 全ての乳幼児について、乳幼児管理カードやパソコン等を活用して健康情報を一元的に管理していますか。

a. している→SQへ進んでください

b. していない

SQ 「a. している」場合は、どのようなものを活用していますか。また、特に工夫している点がありましたら、その内容を具体的に記述してください。

--

(12) 現在行なわれている健診・精健・事後指導のプロセスの中で、困っていることを記入してください。さらに、現状の問題点や今後の課題について、保健婦としてのご意見がありましたら記載してください。

--

地域療育について

(13) 事後フォローケースについて、発達の遅れが明らかになり、専門的な療育が必要と判断された場合、つなげている施設や機関がありますか。あてはまる項目に○をつけてください。

- a. ある→SQ①、②へ進んでください
- b. ない→SQ④へ進んでください

SQ① 上記で、「a. ある」と回答した場合、それは次のどのような施設になりますか。あてはまる項目に○をつけ、施設名を記述してください。

- a. 通園施設（市、広域事務組合、社会福祉法人等が運営）

施設名（ _____ ）

- b. 入所施設（市、広域事務組合、社会福祉法人等が運営）

施設名（ _____ ）

- c. 上記以外のもので療育支援を行う民間の機関・団体

機関名（ _____ ）

SQ② SQ①の療育施設や機関とは、ケースについてどのような連携をしていますか。あてはまる項目に○をつけてください。

- a. 連絡会の開催など連絡の機会が定期的にある→SQ③へ進んでください
- b. 問題が生じた時に連絡を取るなどして対応している
- c. ほとんど連絡をしていない
- d. その他

SQ③ 上記で「a. 連絡会の開催など」と回答した場合は、その頻度や方法等について簡単に記述してください。

SQ④ 項目(13)で「b. ない」と回答した場合は、実際にはどうしていますか。

- a. 保育所や幼稚園に紹介
- b. その他の機関や施設に紹介（名称： _____ ）
- c. 特に、他機関につなげていない

(14) 事後フォローケースを保育所や幼稚園へ繋げたい場合は、どのようにしていますか。あてはまる項目に○をつけ、受け入れ可能な園の数を判る範囲で記入してください。

- a. 市町村内に特定の障害児を受け入れる（指定）園がある
 - ① 保育所（ _____ カ所）
 - ② 幼稚園（ _____ カ所）
- b. 特定の障害児を受け入れる（指定）園はないが、個別的に受け入れてくれる園がある
 - ① 保育所（ _____ カ所）
 - ② 幼稚園（ _____ カ所）
- c. 特定の障害児を受け入れる（指定）園はなく、障害児を積極的に受け入れる園もない

(15) 項目(14)の保育所や幼稚園と、どのように連携をしていますか。あてはまる項目に○をつけてください。

- a. 連絡会の開催など連絡の機会が定期的にある→SQへ進んでください
- b. 問題が生じた時に連絡を取り合い対応している
- c. ほとんど連絡はしていない
- d. その他

SQ 「a. 連絡会」と回答した場合は、その頻度や方法等について簡単に記述してください。

(16) 発達の遅れが発見された後に、専門的療育機関や保育施設を考える場合、保健婦として感じている問題点や課題等がありましたら、何でも結構ですのお書きください。

学童期への援助について

(17) 保健婦の就学指導委員会への関わりは、どの程度ありますか。あてはまる項目に○をつけてください。

- a. 委員会の構成メンバーとして参加している
- b. 検討ケースについて問い合わせがあれば答える
- c. 全く関わりがない
- d. その他 ()

(18) 学童期の発達障害児について、保健婦はどの程度関わりがありますか。あてはまる項目に○をつけてください。

- a. 事業や業務として積極的に関わっているものがある→SQへ進んでください
- b. 相談があれば受けて、ケースとして対応していく
- c. 相談があった場合、なるべく他機関へつなげている

(機関名：)

SQ 「a. 事業や業務として関わっている」と回答した場合は、その名称や内容等を簡単に記述してください。

(19) 学童期の発達障害児に対する支援について、保健婦としてのご意見がありましたらお書きください。

成人期への援助について

(20) 成人期の発達障害の方に対して、保健婦はどのような関わりがありますか。あてはまる項目に○をつけてください。

- a. 事業や業務として積極的に関わっているものがある→SQへ進んでください
- b. 相談があれば受けて、ケースとして対応していく
- c. 相談があった場合、なるべく他機関へつなげる

(機関名：)

SQ 「a. 事業や業務として関わっている」の場合は、その名称や内容等を簡単に記述してください。

(21) 成人期の発達障害の方への支援について、保健婦としてのご意見がありましたら書きください。

他職種・他機関との連携

(22) 母子保健を担当しているあなたの課は、児童福祉を担当している課とどの程度連携をとっていますか

- a. 緊密に連携をとっている
- b. 時々は連携をとっている（ケースについて問題が生じた時など）
- c. あまり連携はとっていない

(23) 発達障害児や子育て支援におけるケース検討会（サービス・支援の調整を行う会議）などがありますか。あてはまる項目に○をつけてください。

- a. 定期的にある→SQへ進んでください
- b. 不定期にある
- c. ない

SQ 「a. 定期的にある」の場合は、次のことについて教えてください。

- a. 名称（ _____ ）
- b. 回数（年・月・週に _____ 回）
- c. 構成メンバー（ _____ ）

今 後 の 課 題

(24) 障害児（者）への施策として、発見からケアまでの様々なものが市町村に移っていく流れの中で、療育システムという視点から市町村や県の機関の役割について問い直していきたいと考えています。どんなことでも結構ですので、県保健所と児童相談所へのご意見・ご要望がありましたらお書きください。

【県保健所へのご意見・ご要望】

【児童相談所へのご意見・ご要望】

質問は、以上です。記入漏れがないかももう一度お確かめください。

以下の添付資料がありましたら、付けてください。

添付1：(3)の健康診査の基準

添付2：(10)のフロー図

お忙しいところ、ご協力頂きましてありがとうございました。

【第2部】地域療育等支援事業とその活用についての研究

I. はじめに

障害児（者）福祉は、半世紀にわたって措置制度を基盤に進められてきた。しかし、国際障害者年をきっかけとしたノーマライゼーションの理念に基づく「施設福祉から地域（在宅）福祉へ」「ADLからQOLへ」という大きな流れに沿って、障害児（者）福祉制度は大きな改革を迎えている。地域生活支援という歴史的課題や措置制度の限界をふまえて、地域療育等支援事業（以下、「支援事業」とする）が創案され、平成8年度からスタートした「障害者プラン七ヵ年戦略」の中心的な事業として位置付けられている。

新しい理念と手法をもった「支援事業」は、措置制度を基盤とする従来の制度や施設機能の限界を超えて、施設が地域の拠点となって障害児（者）やその家族の地域生活への具体的な支援を展開していくという、これからの障害福祉のモデルともいえる事業である。地域療育システムを新たに構築・整備していくためには、この事業の活用が課題となると思われる。そこで、この支援事業について概観し、通園施設における活用について考えてみたい。

II. 地域療育システム構築に向けて

1. 措置制度の限界と地域療育等支援事業

従来の措置制度について、いろいろな限界や問題点が指摘されており、成人の施設においては、平成15年度から措置制度が支援制度となっていく。従来の措置制度では、地域生活や子育てを支援できない限界があった。たとえ通園施設であっても、地域での暮らしや育ちを犠牲にして通わなくてはならなかった。そうした限界や問題点は、次の6点に整理される。①障害種別に分けられた施設体系、②措置定員の存在、③対象年齢の存在、④在籍人数による措置費、

⑤サービス提供場所の限定、⑥利用者を選択権がない、の6点である。言い換えれば、従来の措置制度は、施設というサービス提供側を中心に考えられた援助サービスであったと言えよう。

上記に記した措置制度の限界と問題の中で、熱心な施設では、ボランティア的に措置外の子どもに対する相談事業や保育所との連携システム等を実施しながら、親のニーズに応じてきたところも多かった。そうした取り組みを制度化するものが、この「支援事業」といえる。

本事業の実施主体は、都道府県や中核市であり、対象は複数の市町村で構成される障害保健福祉圏域である。その目的は、在宅障害児（者）の地域生活を支えるために、身近な地域での療育機能や相談機能を充実させることにある。また、埋もれた療育ニーズを掘り起こし、従来の福祉・療育制度の谷間を埋めるようにサービスを組み立て、提供することである。次に、「支援事業」の具体的な内容としては、以下の4事業により構成されている。

① 在宅支援訪問療育等指導事業

- a. 巡回相談（家庭あるいは地域）
- b. 訪問による健康診査

② 在宅支援外来療育等指導事業

外来の方法による各種相談、指導

③ 施設支援一般指導事業

障害児保育を行う保育所・幼稚園及び障害児通園（デイサービス）事業等の職員に対し、療育に関する研修や技術援助の実施

④ 地域生活支援事業

コーディネーターを配置し、地域の支援ニーズを掘り起こし、在宅療育に関する相談、情報提供、サービス調整等を行う中で、具体的な援助を展開

本事業の特徴としては、人口30万人（概ね障害保健福祉圏域に一致）に2ヵ所とされ、市町村エリア（圏域）を活動範囲とするコーディネ

ーターを支援施設に配置し(地域生活支援事業)、関係機関との連絡調整や社会資源の組み立てによる具体的な援助を企図している。また、具体的なサービスは「訪問(巡回)」「外来」「地域の施設への支援」というメニューで展開し、その実績に対して「出来高払い」で支援施設が収入を得るという、従来の障害福祉制度には見られなかった手法が導入された。

ところで、「支援事業」は平成12年に「局長通知」が出され、いくつかが改正された。その中でも、療育支援3事業(上記の①②③)の「一部再委託」や「連絡調整会議の設置」「サービス調整会議の設置」などが盛り込まれた意義は大きい。

支援施設の持つ機能だけでは対象者のニーズを満たせない場合には、「出来高払い」の収入などによって専門性を持つ施設へ「再委託」や「専門職の雇い上げ」などの方法を用いることができるようになった。医療機関や他の障害種別施設などの地域資源を積極的に活用することによって、地域としての療育機能を充実することが可能となったわけである。

また、従来から「支援事業」の実施・展開においては支援施設が単独で努力しなければならないことが多く、都道府県や圏域内の市町村、関係機関などの協力が得られにくいと言われてきた。その結果として、施設間較差や地域較差が生じやすいということも指摘されてきた。今回の、連絡調整会議とサービス調整会議の2つの会議が設置されることにより、「支援事業」が圏域内で円滑に推進できる体制の整備が進むことと期待する。連絡調整会議では、実施主体である都道府県や中核市のリーダーシップと圏域内市町村の理解のもとで、行政機関の代表者レベルが事業の計画・評価・不足する社会資源の整備等の問題を検討・協議していく。サービス調整会議では、実務者レベルで集まり、個々の援助プログラムの作成や実施を行うことが目的となるだろう。

2. 通園施設における措置外児療育

日本知的障害者福祉協会による『平成11年度、全国知的障害児通園施設実態調査報告書』によれば、全国230の知的障害児通園施設(以下「通園施設」)の中で、措置外児を対象にした事業を実施している施設は73%である。その主な内訳は、①「療育相談、発達診断等」69%、②「療育グループの開設」53%、③「保育所、幼稚園への指導・援助」53%、④「地域療育グループへの指導・援助」33%となっている。しかし、こうした措置外児の療育のために担当職員を置いているのは20~30%に限られ、多くは施設内部のやりくりで実施している状況である。地域的なニーズが高いのにもかかわらず、専任職員等を配置できる裏付けとしての制度が不十分なため、一部の職員が本来の業務と兼任しながらの取り組みとなっているわけである。

さて、先に述べた療育等支援事業は、「措置制度に基づく福祉サービスの問題点や限界性を克服して地域生活を基盤とした柔軟な援助を実施するために、障害者プランの新規事業として創設された先進的な事業」とされてきた。しかしながら、障害児(者)地域療育等支援事業全国連絡協議会の調査によれば、全国384の受託施設の中で通園施設(総合通園センターを含む)は43施設(11%)にすぎない。全国230の通園施設数からみてもわずか19%である。また、通園施設に受託している県は、15の都道府県(32%)と9の政令指定都市・中核市だけである。「支援事業」への理解には都道府県や市町村によって、大きな差があることがわかる。したがって、通園施設が支援事業を適用したくてもなかなか難しい現実があるのではないだろうか。

静岡県においても、7ヵ所の通園施設の全てで措置外児療育に取り組んでいるが、「支援事業」の受託施設は、平成13年度末現在で1ヵ所もない。県内では1ヵ所の通園施設が、同じ組合運営の児童入所施設で支援事業を受託したことから、3事業の一部が利用できる見通しとなった。ほとんどの施設で巡回療育相談事業を利用しているが、この事業は平成14年度で打ち切りとな

る予定であり、平成15年度以後の措置外児療育の減少が心配されている。

先に挙げた通園施設で取り組んでいる措置外児療育の内容からすれば、「療育相談、発達診断等」は①の訪問療育事業（巡回相談）や②の外來療育事業の対象であり、「療育グループ」も外來療育事業の対象となる。「保育所、幼稚園への指導・援助」は③の施設支援事業であり、「地域療育グループへの指導・援助」は内容によっては①の訪問療育事業（巡回相談）となる。いずれの取り組みも、従来の定員枠や限られたサービス提供場所という「措置」の限界性を越えた実践であり、支援3事業（①②③）にそのまま当てはまる重要な活動であろう。

このように、多くの通園施設は現在の療育制度に満足することなく、地域ニーズに応えながら措置外児療育の必要性から多様な取り組みを展開してきた。「支援事業」そのものは年齢対象を問わない事業であり、コーディネーターを配置した④の地域生活支援事業はその軸とならなければならないだろうと思われる。その一方、他の3事業については、多くの関係機関との連携を保ちながら進められる障害乳幼児対策へ適用されやすい性質と内容をもっているのである。通園施設側では、本事業に大きな期待を寄せていると思われる。特に、サービスの報酬が回数や内容によって「出来高払い」で支払われるという、新しい理念と実施方法による財政的な裏づけがあるからである。

3. 地域療育システム構築への事業の活用

以上の意味から、「支援事業」は、地域の早期発見・早期療育システムを形成してゆくための大きな力になる事業であると思われる。したがって、都道府県や市町村は、本事業の意義や有効性を改めて理解・確認したうえで、通園施設への新たな委託、あるいは再委託を積極的に進めるべきだと思われる。

(1) 地域療育システム構築への「連絡調整会議」の利用

市町村へのアンケート調査でも明らかになっ

たように、乳幼児健診等で発達の遅れが発見されたとしても、その受け皿としての療育教室や通園施設等の状況には大きな地域較差が生じている。どんな地域に生まれても、「必要な時期に、必要な療育を、必要なだけ」受けられるよう、療育の地域較差をなくすことは地域療育システム構築の第一歩となる。

平成12年5月に示された本事業の要綱改正の中に、実施主体である都道府県や中核市の責任において「連絡調整会議」の定期的な開催が盛り込まれた。実施エリアである圏域内の市町村（担当課長）、関係機関（健康福祉センター・児童相談所・保健所等）、支援施設の代表（場合によりコーディネーター）などによる代表者レベルの会議といえる。この連絡調整会議を活用して、圏域における地域療育システムの整備を進めていくことが可能であると思われる。その中で、不足している療育事業や各種スタッフ等があれば、地域資源の新たな立ち上げや組み立て、そして支援事業の活用等を検討し、システム確立に向け具体化をはかりたい。会議の参加者は、必要なテーマ（課題）によっても変わるだろうが、上記の参加者に市町村の担当保健師や通園施設・通園事業職員等も加えていくことが重要になると思われる。

(2) 地域療育システムにおける通園施設等の役割

施設が、施設という箱の中でサービスを提供する時代は、すでに終わったというべきであろう。通園施設も措置という枠にとらわれることなく、家族や地域の中で育つ乳幼児期の子どもに対して、「必要な時期に（早期発見から）、適切な場所で（保健センター・施設・保育園・幼稚園で）、適切な療育を（年齢や障害の種類・発達段階に即して）、最善の配慮をもって（保護者の障害受容と伴走しつつ）」進めていくことが大切になっていると考える。県と市の母子保健や福祉をはじめ多くの関係機関と連携しながら、圏域における障害乳幼児のための発達支援を担う核としての役割が求められている。

(3) 通園施設等における「支援事業」の活用

地域の障害乳幼児とその保護者にとって、発達ニーズに応える療育機能を持ち合わせているのは通園（児）施設であると思われる。まさに、地域の貴重な福祉資源であり、その療育機能を地域に役立てることが、通園施設が担う地域福祉における大きな役割であると考えられる。「相互利用制度」や「並行通園」等の新たな制度は、その持てる機能を発揮するための大きな糸口になるであろう。

そして、先に述べた「支援事業」の3事業（訪問・外来・施設支援）は、出前型療育をはじめとして措置外の子供に対して、多様でタイムリーなサービスを可能にする、手立てであると思われる。一般的な療育システムに「支援事業」を当てはめてみると以下の図1のようになる。又、図2には、療育の流れと「支援事業」を示した。発達支援に比重を置きたい乳幼児には、療育支援3事業がより有効である。

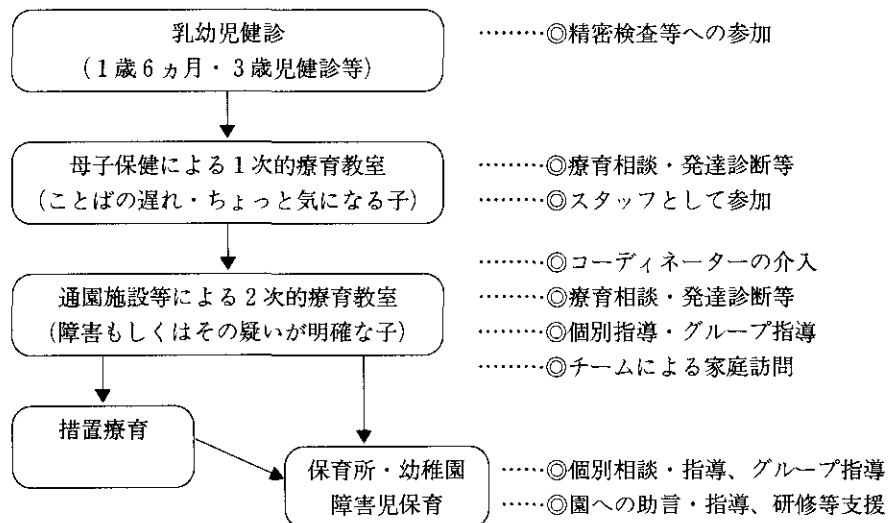
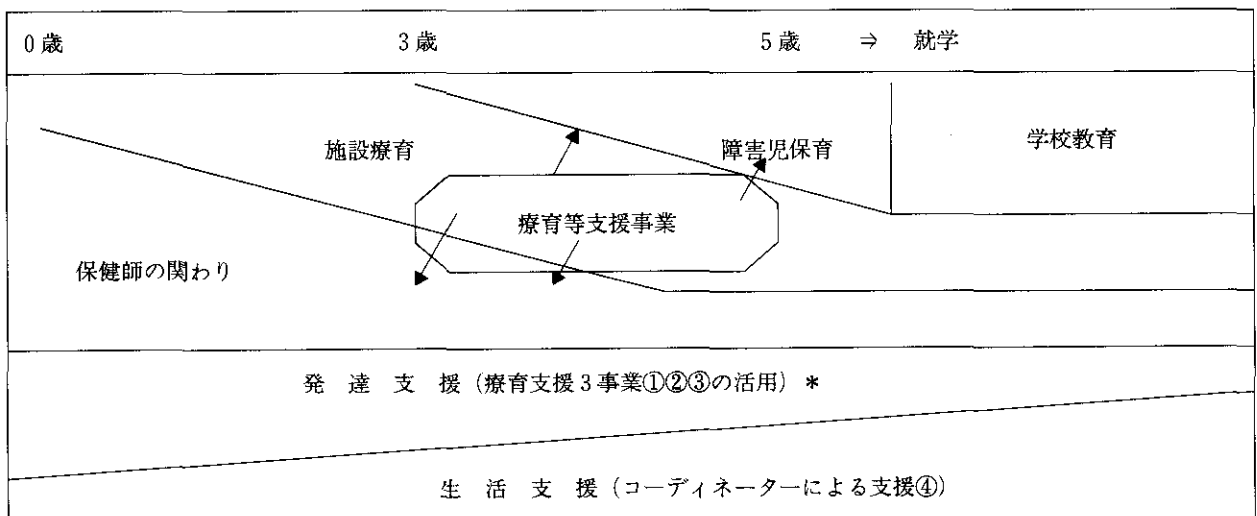


図1 地域療育システムへの支援事業の活用



*コーディネーターによる地域生活支援は、対象年齢の高まりとともにその役割が増す。

図2 療育の流れと支援事業

(4) 地域性と「支援事業」の柔軟な適用

本事業は「人口30万人（概ね障害保健福祉圏域に一致）に2ヵ所」とされている。しかし、実際の圏域は40万人を超えたり10万人を下回る圏域もある。また、人口規模や市町村の数だけでなく、広大な面積である場合もある。それぞれの地域事情によって、療育システム作りも変わってくる。したがって、本事業のもつ意義や有効性を活かしながら、圏域別に柔軟な適用が求められよう。

比較的規模の大きい圏域であれば、委託施設を増やすと同時に、実施主体の主導で地域分け

やライフステージ分け等の役割分担をしながら、在宅の障害児（者）の声が届くきめの細かなサービスを進める必要がある。状況に応じて、都道府県の単独事業として「支援事業」を拡大することも検討されて良いのではないだろうか。

さらに、療育システムの構築の際には、本事業を受託していない通園施設に対する積極的な再委託を行うことや、出前型療育等を積極的に実施している障害児通園（デイサービス）事業に対しては、支援3事業の「一部再委託制度」を県独自の事業として立ち上げる等、その地域にあった柔軟な対応を提案したい。

【第3部】静岡県地域療育講演会およびシンポジウム

テーマ：「子育てを支える療育 ～地域における施設・市町村・県それぞれの役割～」

日時 平成13年11月5日（月）午後1：15～4：15

会場 グランシップ 会議ホール「風」（静岡市）

I. はじめに

静岡県こころと体の相談センター所長

村木正宣

本日は、皆様お忙しいところを参加していただき、ありがとうございます。

今日の講演会とシンポジウムは、障害児の地域療育を考えるという内容で、本県としては、こうしたテーマでの講演会やシンポジウムは、初めての試みであろうかと思えます。

平成8年に障害者プランが実施に移されましたが、以来、ノーマライゼーションの理念のもとに、これからの障害者福祉は、地域福祉を本流にしていく、障害のある人も、ない人も、地域で人として当たり前で暮らしていくために、そのために必要な福祉を中心に据える、という考え方が強く打ち出されました。こうした流れの中で、障害児の発達を支援するうえで大変重要である在宅の障害児を対象にした地域療育等支援事業が、いま全国で展開されつつありますが、本県でも一部の地域で取り組みが始められておりますが、その実施状況となると、全国的に見てもまだ緒に就いたばかりの状態のようでもあります。

子育ては、特に初めての子どもの場合は、障害がなくても、初めて出会う困難ばかりを伴い、誰にとっても大変なことでありますが、生まれてきた子どもが障害を持っていたとしたらどうでしょうか。親御さんは、まず驚きと大きな不安の中で、もっと多くの困難を抱えて子育てをスタートすることになるわけでもあります。

こうした親御さんを、保健・医療・福祉・教育のそれぞれの領域の専門家といわれる人々が支えていくこととなりますが、そうした機関や専門家が、点として存在していても、個々バラバラに関わっていくのでは、効果的ではないということでもあります。大切なことは、保健・医療・福祉・教育といった機関或いは専門家が、有機的に作用していくシステム、地域療育システムが是非とも必要であるといわれています。

本日は、はるばる姫路市から療育支援事業等に関して貴重な実践と研究を行っていらっしゃる宮田先生をお迎えすることができました。先生は、診療と全国へのご講演等で大変お忙しいと伺っておりましたが、今回は、企画しました厚生科学研究班が、どうしても先生に来ていただきたいということで、お願いしたという経緯があります。

宮田先生のレジメの最後にもありますように、『障害があることが、「不便」ではあるが「不幸」ではない社会』の実現に向けて、私たちはそれぞれの立場で知恵を出し合って、地域に於ける療育システムを作り上げていかなければならないと考えています。

この講演会とシンポジウムが、静岡県の地域療育を前進させていく原動力となりますことを期待してご挨拶いたします。

II. 講演

「子育てを支える療育 ～地域における施設・市町村・県それぞれの役割～」

姫路市総合福祉通園センター・ルネス花北所長
宮田 広 善

1. はじめに

今ご紹介にあずかりました、兵庫県の姫路市の宮田と申します。今日は風邪で声がつぶれておりました、非常にお聞き苦しいお話になるかもしれませんが御了承願いたいと思います。今日僕に与えられたテーマは2つあります。療育、障害のある子どもたちを育てていく上での理念や立場やシステムはどうあるべきかというところが1つと、そして、その地域療育を進める1つの手段としての地域療育等支援事業の活用についての指針ですね。この部分がもう1つのテーマです。非常に盛りだくさんな話なので短い時間ではお伝えできないかと思ひます。特にこの声ですから、非常に駆け足の、かつ早口のお話になるかもしれませんが、その点もご了承願いたいと思います。障害のある子供たちの福祉、療育、教育を考えていくときに、まず子どもたちを取り巻く状況というものの変化をおさえておきたいと思ひます。まず、社会情勢です。不況、不況と言われますけれども、しかし障害を取り巻く扶助制度ですとか手帳制度というのは、不完全ながらも完備してまいりました。ただ、育児不安、虐待というような障害のあるなしにかかわらず、育児に対する援助が必要な状況というものが各家庭に出てきています。次に、情報技術ですね。パソコンや生活機器の進歩によって、障害のある人達の生活や自立に対する概念的な部分も大きく変化したと思ひます。ユニクロの宣伝に出たということで今話題になっておりますホーキング博士。でも、もう首から下というか、脳だけしか動いてないという状況の中で、言葉もコンピューターで発して、でも、彼を自立していないという人は誰もいない。そういうようなところでは、この情報技術の発

展というのは、障害のある方々に対するバックアップとしては非常に大きな位置を占め出していると思ひます。加えて、国際障害者年以後の福祉理念の変化ですね。皆さん御存知のノーマライゼーションの理念が福祉の基盤になりました。そういう意味では、障害のある本人の努力ですとか家族の苦勞というものが前提になる福祉から、社会の変革というものが大前提として考えられなければならない、そういった状況が出てきています。いわゆる障害の克服とかというような嫌な言葉はですね、もう死後になるというか、差別用語として糾弾されるような時期が来ているんだらうと思ひます。次に、障害の状況の変化です。非常に重度化した子ども達の対応に対して、学校や通園施設をはじめとして地域の生活支援をする上での、医療との連携システムというのが非常に大きな課題になってきてますように、人工呼吸器を付けて家庭生活をしている子どもさん、痙攣が頻発しているような子どもさん。そういう方に対する療育や教育を考えると、非常に医療というところがもう抜けない立場に上りつめていかなと思ひます。逆に、軽度な子どもさん。例えばADHDですとかLDだとか、そういう人達も今まで福祉の対象、療育の対象として浮き上がってこなかった人達が私達の目の前に登場する。そういうような状況が今、我々の前にあるんじゃないかなと思ひます。そういう歴史的な流れの中で、リハビリテーションの世界では、皆さん御存知のようにADLからQOLへというような理念の変化がなされました。ADLを目標にするというリハビリテーションが唱えられたのは、1949年のリハビリテーション国際会議でした。その当時としては非常に画期的でした。いかに生活する力をつけていくか、そのための活動能力をどうサポートするかというところでリハビリテーションが働き出したことというのは非常に大きかったわけですが、その後アメリカを中心とする障害者団体からの大きな批判を浴びました。ADLが自立しなければ人は自立しないのかというような根源的な問いかけの中で、リ

ハビリテーション学会は、生活や人生の質を豊かにするリハビリテーション、QOLを大事にするリハビリテーションということで方向転換しました。これが1974年。もう30年も前からリハビリテーションの世界ではADLからQOLという流れへ変化してきています。そういった流れの中で障害のある人や子どもへの援助は、乳幼児期には育児支援、そして学童期にはソーシャルスキルの獲得。そして成人期には地域生活を支援するという立場が基盤にならないようになってきています。ただ、自分も療育の施設で長いこと飯を食わしてもらっているが、我々の療育、もしくは教育界のですね、訓練指導、そして強化学習の流れの中で障害の克服や軽減というようなものを目標にした旧来の図式というものを変えられているのかどうかということを我々は今、もう一度自らに振り返って考えてみなければならない時代がきているんじゃないかなと思います。

2. 「早期発見・早期療育」がもたらしたもの

今日は地域療育ということを中心にしておりますが、この30年来、早期発見・早期療育というのが掛け声で私達は活動をしてまいりました。この早期発見・早期療育が言われ出して、それからその療育システムの中に乗って、もう大人になって、もう30歳になってる人達がいるわけですけども、その人達は本当に幸せな生活をしているのかどうか。恥ずかしながら我々はその検証の努力というのはあまり熱心にやってきておりません。ただ、我々のところの、成人施設も我々のセンターにあるわけですけども、我々のセンターに通ってくる大人の方達を見ていると、これはどうしたことだろうと思うようないろんな問題が目につきます。そういった問題をまず1つ押さえておきたいと思うんですけども、1つは、育児というものを私達は非常に軽視してきたのではないかと。育児の重要性、家庭への援助、親への援助というところを、育児というところをポイントにしてですね、接点持ってやっていくという部分が療育のシステ

ムの中で非常に軽視されてきたんじゃないか。にもかかわらずですね、例えば我々のところに小さい赤ちゃんが来るわけですけども、例えば保健所、保健センター、児童相談所等々ですね、「お母さんかかわり方が悪いね」、「育て方がちょっとね」と言われている方達ってというのはそれほど少なくなく、今だに存在する。じゃあ、育児が下手だと子ども達の発達は遅れるのかどうか。じゃあ、もっと発達障害児はいてもいいと思いますよね。どんどん家庭での子育ての能力というのは落ちてきているわけだから、発達障害児はどんどん増えても仕方がないような状況があるはずにもかかわらずそうではない。もしくは、育児が下手だといわれたお母さんは、お兄ちゃんはちゃんと育てられている。そうなら、育児ってというのは基本的に子ども達の発達状況を左右する要素というのは非常に少ないんじゃないか、と思わざるを得ない部分がある。もう1つ、育児を引っ張っているのは実は子どもなんじゃないか。例えば生後4ヶ月の赤ちゃんをお母さんがあやします。子どもはうれしくてキャッキョと笑う。で、お母さんの立場からしたら、もしくは大人の立場からしたら、私が、もしくは大人があやしてあげるから子ども達は笑う、と思うよね。でも、子ども達がもしそこでしゃべれたら、「僕が笑ってあげるからお母さん楽しくってまたあやすんじゃない？」っていう関係って絶対あるはずなわけで、そこで障害があってもなかなか笑わない子どもさんとかかわりというのは疎にならざるを得ない。お母さんはだんだんあやさなくなる。その部分を乳児検診とかで見つけられて、「お母さんちょっと冷たいんじゃない」みたいなことというのはこれは理不尽ですよ。もっと言えば、子ども達は親の育児能力を引き出す力もある。かつてアメリカの心理学者がですね、言葉かけ、親が子どもに対してどういう言葉かけをしているかということを入念にチェックしたことがある。生後8か月から10か月頃にですね、突如、お母さんの口から子ども達の運動の方向性とかですね、体の位置を表す前置詞が急に増えるという

ことが分かった。例えばそちら、僕ら一番困るんですけども、これが「オン (on)」ですよ、で、これが「オーバー (over)」だとかって言うような、そういう運動の方向性や位置を表す前置詞が急に増える。これはなぜかと言うと子ども達が急に活動し出すからです。例えばソファの上によじ上って落ちそうになる。そこにいちやだめ、そこに上っちゃだめ、そこにくぐっちゃだめというような、そういう言葉かけをする中で、自然に親は、無意識にですね、子ども達の運動の方向性や子ども達の体の位置を示すような前置詞を発する。子ども達は自分の体でそれを覚えていく。ここで知的障害がなくても運動の障害があるような子どもさんだと、これだけでその部分の経験というのが欠落していくわけですよ。もっと言えば子ども達は自分の発達も推進する。例えば、四つん這いがやっとならなくなった赤ちゃんの様子をよく見ておられたら、前後左右に体を揺すっている。これは何のために揺すっているかと言うと手足、膝、両膝両手の体重のかけ分けを覚えているわけですね。経験して。そこで、両膝と片手に3点で体重を支えられることを覚えた時に、フリーになった手は前に出て四つん這いが始まる。子ども達は自分の発達も自分で練習して前へ進む。育児の自信でもそうです。お母さん方は、障害のない子どもを育てる時は、泣いてる、抱き上げる、泣き止んでくれた。あっ、この子には私が必要なんだ。もしくはおっぱいをあげて泣き止む。あー、私の判断は正しかったんだ。そういう形で、障害のない子どもと親の関係というのは、丸の関係で進んでいきます。でも障害のある子ども達ははどうでしょう？泣いて、泣いてるから抱き上げたらもっと反り返って泣いちゃった。夜もなかなか寝てくれない。おっぱいを飲ませると、飲むのが下手でむせて泣いちゃう。自閉性障害の子どもは、何か悪いことをして怒ったら、もっとパニックになってひどいことになる。子ども達は親の自信すらも育ててくれない。そのように、障害のある子ども達というのは、一般の子育てよりもはるかに難し

くて、そして親の自信も育たない。そして結果的に子ども達の生きる意欲、育つ意欲、育つ自信というものが育っていかない状況がある。そうであるなら、障害があるからこそ、ここでやはり子育てを支援する、子育てを支えるという部分が前提にならないと、全ての努力、全てのシステムは無になってしまう危険性を持つということがあると思います。で、先ほど申し上げた気になる子ども達。未熟児出身の脳性麻痺の子ども達というのは認知障害とかを持ってましてですね、よくしゃべって知的に能力が高そうに見えても、なかなかやはり目で見て判断するとかですね、一連の行動が組み立てられないとかってというのは、高次の脳機能の障害を持っているってということが最近言われてるわけですが、そういうケースでなくてもですね、例えば学校行ってから優しい先生の言うことはなかなか聞かない。怖い先生の前では借りてきた猫のようになってるし、親の言うことも聞かない。周りの子ども達にうまく助けを求められなくて、優しい友人達には命令口調でしゃべってしまう。で、嫌われてしまう。何かこう、回答を求められると常にお母さんの顔を確かめながらしか返事ができない。そういうような、非常に自信のない、もしくは生きる技術というか周りの人達と折り合いをつけられるような技術が育てられていない。そんな子ども達というのは少なからず、我々が通園施設のほうを卒業させてですね、学校へ送り出して、そしてあとフォローしている中で少なからずいる。こういう子ども達の出現ってというのは、いったいどういうところから出てきたのかってというのが僕の今のテーマなわけですが、1つは乳児検診の問題。乳児検診というのは育児の援助と、それから生育環境の整備とか、子ども達の育つ権利の保障とかというのが教科書に出てくる目的ですよ。にもかかわらず、私達療育の専門家と呼ばれる人間達がですね、保健婦さんを追い詰める中で、早く見つけなきゃ、早く見つけたら障害は治るかもしれないというようなプレッシャーの中で、保健婦さん達がやはりその、早期

に障害を発見するというようなところへシフトしている。そして、加えてやっぱり老人保健とかですね、他の保健業務が比率を増す中で、なかなか時間も手間もかけられない状態の中で、発見だけが形骸化していく中で、一般の親達も、障害のない子ども達の親達も乳児検診は心の負担というのが、全国的に今問題になっている問題ですよ。毛利子来さんとか山田真さんとか育児書をたくさん出しておられる小児科の先生方から、乳児検診はもう止めたらどうだというような運動も出てくるような、そういうような状況が出てきてしまっている。2つ目に、親子関係、育児っていうところに対する我々療育者の責任はですね、まず先ほど申し上げたように非常に育児がしにくい、子育てに自信が持てない、何をしてもいいか分からないというような親子関係の中に、1日何回かの訓練したら何とか何とか……って言うような、非常にマニュアル化された、特に訓練を介在した親子関係というところを我々は要求してきてしまった。加えて、やはり子どもの障害を理解して、そして受け容れていくというところの心の動きというのが、やっぱり障害のある子ども達を育てる親の、最低限、最初にスタート地点で抱えられなければいけない私達の課題なわけなんですけれども、その部分がですね、早期発見して超早期療育をすれば障害が治るとかっていうのはね、僕は嘘だとあえて言えますけれども、その部分が前面に立つことによって、障害を受容するという、子どもの障害を認めて、子ども総体として、子ども全体として受け容れていくというような親御さんの心の動きというのを阻害したんじゃないか。加えて、例えば4か月、5か月放置された脳性麻痺の子ども達の硬いケースはですね、僕はただの小児科医ですけれども、ちょっと僕ら程度でも触るだけで柔らかくなります。柔らかくなったからってべつに障害が治るわけじゃないんだけれども、その専門的技術に最初に出会う、それまではもうへとへとですよ。毎日毎日夜も寝ない子ども、おっぱいもなかなか飲めなくて肺炎を起こして入退院を繰り返すという

ような状況の子どもで、もうへとへとになって育児をしている親御さんの前にですね、少し専門的技術が登場するだけでですね、楽になったような気がする。これはすごく大事なことです。子育てを楽にするために専門的技術が使われるということがすごく大事なただけれども、それを飛び越えてですね、あの人でないと子どもは育たないんだ、あの人について行こうって思った時点で、専門家に指導されないと進まない育児というものが作り出されてしまった。それからあの、先生でないとだめなんですよとか、この施設でないとうちの子はだめなんですよって言われるっていうのは、それぞれの専門職、それぞれの施設にとっては非常に耳障りの良い、気分を良くするもんだと思うんだけれども、これはもう確実に療育の失敗だと思います。しっかりと先生とさよならができる、しっかりとその施設からさよならができて、そして、困ったらすぐ電話かけてくるから先生またよろしくねっていうような関係の中ですっぱりと別れていける施設こそが良い施設なのであって、いつまでも先生でなくちゃって言われるところの関係っていうのは療育の中では良くないんじゃないか。で、3つ目に子ども達にはどのような影響があったかというのは、やっぱり課題を常に負わされる子ども達。自信が育つわけがないですよ。ここまでの課題を設定されて。例えばハイハイしよう、ここまでやっとなんかやってきた、次はそれならここまで。で、その達成した課題をほめられたり、もしくはその課題を使って自分の活動へ展開できたりするような、そんな経験なしに常に課題を求められる子ども達。この子ども達には自信や意欲というものはなかなか育たない。加えて、塾通いの子どもにも言えるんですけどね、例えば学校から帰る時にマクドナルドに寄ったら、親からもうこっぴどく怒られますよね。でも塾から帰る時にマクドナルドに寄ってもあまり怒られなかったりする。親っていうのは、嫌な事を子どもにさせている、もしくは子どもにしているかと思っただけで甘くなります。だから、何とか訓練だけ泣かないでしっ

かりとやってくれたらっていうところに親が引き下がったときに、本来の子育ては崩れます。まあそういうような問題点が僕達のこの30年間の療育っていう中でもたらされて来たのではないかな。この辺りからの反省をもってしか、これからの21世紀の地域療育というのは語られないんじゃないかというふうにまあ申し上げています。

3. 障害のある人にとっての自立を考える

障害のある人達の自立とは何ぞや。もしくはその自立を提供するためにはどのような努力、どのような能力を提供する努力が必要なのかというところを考えているわけですけども。まあ、まず、障害のある人だけに自立自立って言われること自体があまりいい話じゃないですよ。うちの職員でも27.8歳で結婚してなければ、親掛かりですよ。親と一緒に暮らしてたりしますよ。その人たちはべつに自立とは言われぬ。まあただ、その人達は急に親が寝込んだり、亡くなったりしても3、4日たじろげばそれなりに生きていけますけれども、われわれのところの子ども達は、もしくは大人達は、親がパタッと倒れると、それまでそれなりに就職できてたり、我々のところにしっかりと通って来れてても、すぐ入所施設という話が出てきてしまうような状況がありますから、それなりに準備しなければならぬわけですけども。じゃ、自立とは何かっていうところなんですけども、まあ、我々にとっても自立というのは難しいですよ。1人でちゃんと生きていける人なんていうのは世の中いないわけで、だから経済的自立とか身辺自立とかいうような形容詞を付けるわけですよ。で、一番まあ、障害福祉の分野で使われている自立の定義というのはそこに書いてある自助具や他人の援助を受けようとしても云々という、1960年代のアメリカの自立生活運動が定義した自立の定義です。まあ、これを提案したエドワードロバーツという人はポリオで、首から下が全く麻痺してまして、まあその後呼吸器も麻痺して人工呼吸器の世話になるようになる

んですけども、ただ彼はカリフォルニア州の福祉の局長まで上りつめます。まあそういうようなお国柄なんですけども、ただこれを日本の障害のある人達に当てはめようとするとなかなか難しい部分がある。自分の行動に責任を負い……、うーん、能力にあった生活を主体的に選択する……、うーん、という部分がありますよね。特に知的障害が重い場合、なかなか難しい部分があります。で、僕はやはり、自分の人生の主人公として、自分の人生を自分の意志で選んで生きていく、で、それに対する努力ができる、という部分がやはり自立と呼んでいいんじゃないか。そしてわれわれはそのようになるような人達を育てていく努力を要求される。で、そういう自立がもたらされるためにはどのような力が必要なのかということなんですけど、いつも、割とショックを受けたんで、いつもこういうお話の時にこの『マイ・レフト・フット』という映画のことを言うんですけど。ケビン・コスナーが若い頃、まだ無名だった頃だと思ってるんですけど、脳性麻痺の画家の話です。で、非常に重度のアテトーゼのある脳性麻痺の人が、小さい時から、もう100年以上も前の実話なんだそうですけれども、診断も付かないで放ったらかされてて、でも、7つぐらいになって、でも口も聞けないんですよ。唯一動く左足で、床に落ちていた鉛筆です。字を書くんですよ。何か兄弟は、あーこいつは分かってたんだということで、いろいろ左足にも持たせて、結局クレヨン持って、クレパス持って、絵筆を持って絵描きになっていく。でまあ、それなりに名の売れた絵描きになっていくという単純なお話なんですけど。で、僕その映画を見ながら、僕達なら、おそらくもっと彼は手が使えただろう。左足で筆を持つというような異常運動を許しはしない、って思ったわけです。見ながらね。でも、僕達は画家を育てられたらどうか。僕達が早期に関わって、早期に訓練をしたケースは、おそらくそのように手が全く使えないということはないでしょう。ただ、不十分もしくは、不完全に使える手で彼は絵描きになれたかどうか

か。で、その時おそらく左足ってというのは使えないんですね。僕達禁止されるから。小さい時から。で、そうであるなら、僕達は「どちらが彼にとって幸せだったんだろう」っていうことの間い直しから療育をスタートさせなければならぬだろう。どう言う人間、どういう人達を育てるんだ。例えば歩いてことは自立の要素でしょうか？歩けたら自立できますか？車椅子だって自立生活をしている方は数限りなくおられる。しゃべるといこともそうですね。言葉があってもコミュニケーションできない人もたくさんいる。読み、書き、計算。字はどうだろう？エジソンだって字が書けなかった。都蝶々さんだって字が書けない。お付きの男の人に、「これ何という字？何という字？」って聞いているうちに、そのお付きの人がご主人になり、相方になって南都雄二さんになったわけですね。わりと有名な話です。彼女は知的障害があるわけじゃなくて、小さい時から学校も行けず巡業をしてたから字が読めなかった。でも大丈夫。計算できたら買い物ができますか？小学校行く前の子どもだって買い物ができます。計算ができないのにもかかわらず。生活するという時にいったい僕達はどのような能力が必要かっていうことを、やっぱり問い直す必要があるんじゃないか。いや、できなくていいって言うわけじゃないんですよ。できればできるでいいんだけど、それだけを追求する中で見落とししている能力というものがないのかどうかっていうことをお話しているわけです。で、僕なりに社会で生きていく時に必要な能力ということを考えますと、まずやはり、意欲や自信や安心感。これはお年寄りでもそうですね。卒中で倒れられて、バックアップしておられる保健婦さんとか病院関係者がおられると思うんですけども、意欲がある高齢者とそうでない方ってというのはもうぜんぜん関わってて違いますよね。子どもだってそうです。どう育つ意欲、生きる自信を提供していくかっていうことですね。僕の、今日は本も置いてもらってるんですけども、本の中にも書かしてもらったんだけど、今てんか

んの治療で僕が見ています25、26になりましたかね、非常に知的障害の重い自閉性障害の方なんですけれども、小さい時から非常にパニックを起こす、こだわりが強い。で、例えば、お膳の上においてあるティッシュペーパーの箱は、角にきっちりそろってないともうパニックを起こすみたいな方がおられます。で、弟がそれをちょっと崩しただけでももうパニくるわけですね。いろんなこだわりが強かったんだけど、お母さんは3つ過ぎた頃から、このこだわりってのは基本的にはこの子の力だし能力なんじゃないかってことで、彼のきっちり屋さんというか几帳面な部分をどう育てるかっていうところにシフトしたんですね。例えば、ティッシュペーパーの場所だけじゃなくてね、彼は調味料入れの、例えば醤油が減ってるだけで怒ってたんですね。じゃあ、あなたが入れなさいってことで、彼が入れる係になり、いつも満杯。とか、家で仏壇を作っておられるお家なんですけども、非常におがくずがたくさん出て、たくさんゴミがでる。で、彼が掃除の係。ジャガイモの皮むきとかですね、餃子の皮包みなんてのはひだの数が全部一緒。そういう位ね、これはね、こだわりって言うと問題行動だけど、これは能力ですよ。で、そこで彼は非常に重いIQも20あるかないかとかっていうような方なんですけども、家の中でそれなりの役割を持たしてもらいながら育てられた。で、パニックも減るんですね。「ともちゃん、やってくれたから助かったわ、お母さん」って言われるだけでニコッと笑って安定する。それをやはり僕達っていうのは、これは問題行動だから何とかしようっていう風に否定的にしか捉えてこなかった歴史ってのはありますよね。やっぱり、自信、そして自分がそこにもいいんだっていう安心感とかですね、意欲とかってというのは、小さい時からの僕たちの関わりの中で潰されてきた、もしくは育ってきた、2つの道を分かれてきたんじゃないかなと思います。それから、コミュニケーションする力というのは絶対に必要です。ただ、言葉が要るかどうか。僕達一般の人間でも言葉

というのは3割使ってないそうです。コミュニケーションの表情とか目つきとか手振りとか、その辺りで大体の気持ちの流れっていうのはあるわけですね。声でね、1歳前の赤ちゃんって大体何考えてるか分かるでしょう？彼らもね、分からしてるっていう自信を持っていますよ。そういう自信とか、この子はこういうこと分かってるんだっていうような、そういう関係の中で1歳半位から言葉が出てきたりするわけですね。だから、人間っていうのは、言葉っていうのは1つの象徴的なコミュニケーションの手段ではあるけれども、その裾野っていうのは非常に広いものである。で、その裾野を育てるっていう努力をしないで、言葉をどう広げるか高めるかっていうところの療育はおそらく自信を失わせることになる危険がある。加えてですね、超重症と言われるような、体も動かない、知的な発達も非常に遅れてるような子どもさんでも、うちの言語聴覚士が一生懸命頑張るわけですが、例えば、目線だけでもそれなりに訴えてのはあるんですよね。それで、この子は分かってないからと言っておもちゃはこちらが必ず与えるというような操作をしてる限りは、彼のコミュニケーションする力っていうのはなかなか育たないけれども、必ず、「どっち？」もしくは、「お母さん好き？この先生好き？」というようなところの中で目は一瞬動いたりする。その中で彼の言いたいことっていうものをどうこちらが受け取ってやるかっていうところが最初になると、彼のコミュニケーションする力っていうのは育っていかないだろう。それからやっぱり生活する技術ですね。まあ、買い物できるとか身だしなみに気を使えるとかですね、まあいろいろあると思うんですけども、それが、例えば計算もできないと買い物なんかできないよっていうような思い込みの中でつぶされるとするならば、そうじゃないでしょう。僕達だって買い物行った時にそんなにちゃんと計算なんかしてませんよって思わないと、そこを確認しないと子ども達の生活力っていうのはなかなかついて行かない。加えてね、保育士さんも多いんであれ

なんですけど、我々のところの保育士とか、それから学校の先生もそうなんですけど、低学年になればなるほどまず褒める、認めるっていうのが関わり方の大原則だったりしますよね。でもね、これが大人まで続けられて育てられたら、これはただの嫌な奴ですよ。でしょ？先程も申し上げたような、せっかく一生懸命手伝ってくれるような友人達に命令口調でしかしゃべれなかったりとか、それからうちの成人施設から就職した人がクビ切られる理由っていうのは能力じゃないです。能力が低いのを前提に雇ってもらってるんだから。やな奴だからです。時間が守れないとか。雨降ったらっていうだけで親から電話が掛かってきて今日は休ませます、かわいそうだからっていうような話がざらにある。やはり、けじめとかしつけとか、叱るという部分が並行して提供されないと駄目ですよ。一般の子どもでもそうでしょう？例えば公園でボール蹴とばしたら上手上手って言ってもらえるけども、2、3歳の子どもで。家でボール蹴飛ばしたら怒られますよね？これは、「あっ、家ではやっちゃ駄目なんだ」という部分っていうのは押さえていくわけだけれども、普段ボール蹴らない子どもがですね、家でボール蹴飛ばしたら上手上手って言うよね？で、これは上手上手って言ってあげたらいいんですよ、最初は。でもいつまでなんだって言うところをきちっとおさえて指導しないとなかなか難しいわけです。それは小さい時にお母さんもっとしっかり抱きしめてあげてって言って、中学になってからまだ抱きしめてあげてる人はそんなに珍しくないですよ。だから今自分達がやっている指導が、大人になった時に親がどんどん変えていってくれるのか、そのまま行っちゃうのかっていうところは僕たちの責任でおさえておかなければならない。それから自分で決め自分で選ぶ力です。これは先程も申し上げたようにやっぱり小さい時から訓練をしていかないと駄目。で、自分で決めるというのは特に知的障害が重い方についてはなかなか難しいだろうと思うんですけど、自分で選ぶということというのはかなり能力が低

くてもやれないわけではないはずですね。小さい時からそれなりの習慣を持って対応していきならね。これって日本人にとって一番不得意なところなんですよ。自己決定、自己選択っていうのは。2年か3年前に埼玉県の県立の進学校で卒業式どうするかとか、今までは生徒達が自主的にやってきたけども、校長さん変わった途端に、いや一学校がやらなならんのかやとか言うて大もめにもめたケースがありましたよね。あれを見ながら僕はやっぱり、いわゆる進学校といわれるような高校でさえ自己決定も自己選択も生徒達は認められていないんだ、今までずーっと何十年もやってきたことがどうしてそこで理由もなく崩されていくのかってことを見た時に、それが日本の国民性としてあるのかしら、子供たちの自己決定、自己選択を育てない。それは一般の子どもはそれでも反発してやっていくけれども、障害のある子ども達っていうのはそこで丸く固まってしまうというところに危険なところがあるわけですね。障害のある子どもたちを育てるのに必要な親の立場としては、やっぱり子どもの障害を理解して受け容れていく努力。すぐ受け容れなさいはなかなか難しいかもしれない。でもその受け容れを進めていく援助も我々の責任としてやっていかなければならない。このあと小林先生のほうからもあるかもしれませんが、告知する責任ってのがやっぱり小児科医にあるはずで、我々のところの30、40歳の障害のある方々のお母さんお父さんと話してもですね、まだ言葉の遅れとしか聞いたことありませんとかいう人ってそう珍しくないですよ。知的障害の通園施設に入れ、知的障害の養護学校に行き、今知的障害の通所授産施設にいる人でさえ、言葉の遅れとしか表現できない親御さんが知的障害を受容せえって言うたってそりゃ難しい。やはりわれわれ医者にはですね、告知する義務と責任とそしてその後のフォローをする立場というものがあるはずだと思います。それからやはり育てる自信というのを持っていただく。

4. 育児を支え自立をめざす地域療育

そういう地域療育を進めるためにはまず指導・訓練・管理ではなくて育児援助・育児支援というところから始まる療育を提供したい。そのためには保育士さんに頑張っていたきたい。やはり、具体的な生活のイメージですとか、生活する楽しみとか、意欲ですね。この部分を育てていくということがベースにならないと療育は成り立たない。我々のところは、〇〇療法士という人間が20人近く、もう20人超えましたかね、ぐらいおるんですが、基本的にうちにバリバリの脳性麻痺の子どもが紹介されたとしても訓練はしません。まず外来保育と呼ばれる保育士さんのかかわりから始めて、お母さんが少し落ち着かれて育児というところで一緒にお話ができるような時点から訓練が始まります。まあ当然姿勢がどんどん悪くなっていったりとかいろいろな問題が出てきますから、お手伝いとして療法士が保育の中に入ってるんですけども、お母さんに聞かれない限りはそれとなく抱き方をこうしたほうがやりやすいかなみたいな話をするだけで指導的なことは一切しゃべるなど言っております。それで子ども達が悪くなったとか、良くなり方が非常に悪くなったとかっていうようなことはこの10年経験していません。それとやっぱり相談機能ですよ。やっぱり家庭そのものが子どもに障害があるなしに関わらずなかなか成り立ち行かなくなっている。お父さんも、見てたら保険の、社会保険の番号がどんどん変わる人がいる。やっぱりリストラ、リストラ、もしくは転職みたいな中でですね、家の財政基盤も難しくなり、子育ても難しくなっているという状況があるならば、やはりその支援、そして親の悩みに対するカウンセリング機能というのが療育の最初の部分で提供される必要があるし、療育を通した基盤として整備される必要がある。訓練なら、訓練は必要なんですけど、例えば手が動けばいいねという訓練じゃなくて、この遊びをこういう風に広げるためにはこの手はこういう風に動くべきだよ、みたいなところの立場性がやっぱり必要だろう