

名古屋市

10周年特別号

西部地域療育センターだより

正面壁画「友情」より

No. 9

広い視野にたって

所長 石川 道子

北部地域療育センターが始動し始めて、はや半年がたとうとしています。市内に地域療育センターが3ヶ所になったところで、地域事情による違いなどを考慮しつつ、名古屋市全体の療育体制について考える時期が来たと感じます。市内で一番早く開設された西部地域療育センターは、この10年の間、不十分ながらも、地域療育を模索しつつ実行してきました。5周年記念の時と同様、11月1日には、10周年記念の講演とシンポジウムを実施します。日頃は日常的な業務をこなすのに精一杯で、広い視野にたって療育を考えることが出来ないのも、是非一度立ち止まって熟慮する機会にしたいと思います。

フォローを続けている利用者数を反映して、年々、再診率はきつくなるばかりです。幼稚園・保育園には何度も巡回で、お邪魔する間に、親交(?)が生まれ、最近では学校からの巡回の要請も増えてきました。保健所とは、通常のかかわりでは難しいような場合に、何度も相談しあったりします。これらのことが、地域ネットワークなんだと実感しつつ、今後も連携を深めていけたらと思います。

10周年記念夏祭りを開催

7月26日(土)の午後5時半から、今年もセンター夏祭りを開催しました。今回は10周年記念として、開設以来のOB職員も招待し、現在センターに通っているお子さんとご家族、この春の通園部卒退園のお子さんご家族、近隣の方々など、450名程の賑やかな集まりとなりました。

模擬店、遊びのコーナー、関係団体のバザー、舞台では職員の和太鼓、人形劇、踊りなど多くの催しを行ない、鮮やかな花火で幕を閉じました。

お集まりいただいた方々、ボランティアでご協力いただいた方々にあらためてお礼を申し上げます。



特集 西部地域療育センター連続講座

西部地域療育センターでは、地域の保育園、幼稚園、学校、保健所、療育関係者やボランティアの方々と地域療育に関するさまざまな課題について考える機会とするため、毎年度、連続講座を開催しています。地域療育体制の充実とネットワークの形成にお役に立つことができれば幸いです。



平成15年度第1回 西部地域療育センター連続講座

障 害 と 子 育 て

平成15年7月4日 講師 名古屋市児童福祉センター 金山 学 療育室長（小児科医）

こんにちは。児童福祉センターの療育室長の金山です。私は小児科医で、日頃、障害児のお子さん、お母さんと接していきまして、児童相談所も同じ組織の中にあるから、相談所のお手伝いもしながら、日頃やっています。

自閉症、ADHD等が、今話題ですが、そういう専門の教育的な指導や具体的な対応は、日頃からよく聞いていると思うので、私のほうからは少し見る角度を変えてお話ししたいと思います。それは自閉症、ADHDといいますが子育て的な側面もあるので、その側面からお話していきたいと思います。

昨今、目標に注意を向けられないとか、落ち着きがない、自分中心的な行動をする、また、嫌なことはしない、言葉が遅いといった特徴をもった子が少し増えているかな？といった印象をもっております。そういった中に自閉症とか広汎性発達障害、さらにADHD、学習障害などのいわゆる軽度発達障害の子ども達も多数おられるように思います。そういった子ども達がなぜ増えているのか、その辺の考えられる要因、また、子どもが育つときの発達の仕方、経過をふまえて、子育ての視点を障害児だけでなく、健常児つまり、子育て一般のあり方について通じるところをお話して、親が障害告知を受け入れるときの気持ちについても少し触れたいと思います。

『脳の発達について』

子どもの脳の発達というと、いつも遺伝か環境かと

いう話が出てくるわけですが、それは二者択一的にどちらかひとつ、という訳ではなく混在しているものと思っています。そして、単一遺伝子から多因子遺伝という考え方になっています。自閉症の遺伝的研究もたくさんされておりまして、遺伝が関係しているのはまず間違いがない、そこにプラス があるのですが何かひとつの遺伝子が見つかるのではという研究がなされましたが、実は単一遺伝子では説明がつかないことが分かってきました。最近では、多くの遺伝子が複合的にかかわる多因子遺伝という考えになっております。ただ、特定の疾患は単一遺伝子で決定される疾患もいくつかあります。例えばレット症候群やフェニルケトン尿症、その他一部の染色体異常や先天異常、代謝異常などこれは同じ自閉症の症状を示しても病気からくるということで、病気が規定されるという意味でそういうものを除いて、いわゆる特定できないもろもろの自閉症ということでいくと単一遺伝子では決められない多因子遺伝子という考えになっております。子どもの脳や行動の発達に影響する要因ということでD.O.Hebbが提唱し、黒田洋一郎さんが論文で少し改変して書いていますが6つの要因があると書いてあります。

- 1: 遺伝要因...この遺伝要因というのは受精卵の生理学特性、いわゆる遺伝子そのものの遺伝的要因。
- 2: 化学物質環境;生まれる前...お母さんのお腹の中、子宮内の環境、主に母体の栄養や毒性化学物質に暴露されたとかそういった問題があるろうかと思ってい

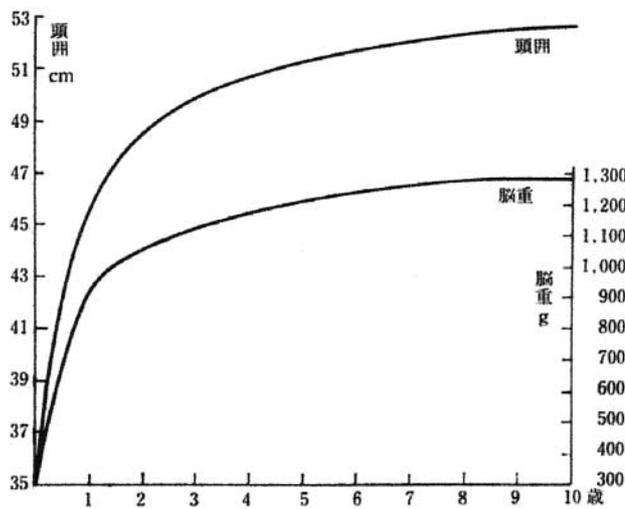
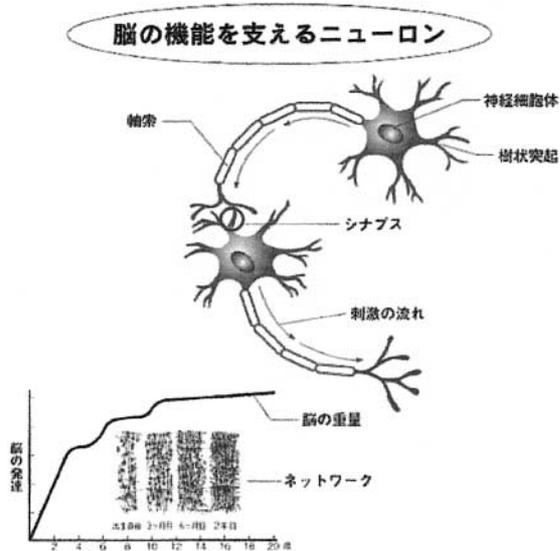


図6 成長に伴う頭囲と脳重の変化

「心を育てる」竹下研三著より引用

ます。

- 3:化学物質環境;生まれた後...育っていくときに食物や水、大気や住居環境に毒性化学物質の存在、こういうものに触れていくときに何らかの影響を受けていく。
- 4:外界からの感覚刺激...一般に誰にでも起こってくる、言ってみれば社会情勢の変化になります。少子化や住環境の変化、交通情勢、交通事情によって子ども達がなかなか外で遊べないというのもあるでしょうし、遊び方の変化、こういった大きな社会情勢の変化というものは個人に特定できない外界からの感覚刺激になります。
- 5:外界からの感覚刺激...個人特有な体験・経験ということになります。教育をきちんと受けていたか、もしくは放任を受けたり、虐待を受けたり、またそこまでの意識がなくても、ほったらかしにされたり、特定の家庭の環境に育ったりというようなものです。
- 6:精神的外傷...トラウマですね。これは色々なことがあると思いますが、いじめだってひとつのトラウマかもしれない。これが心理的に障害を残すというものです。

この中で遺伝というと、1番になります。また、一般に環境と捉えると5番の個人で特別にひどいことをしているとか、ひどい家庭に育ったとかと捉えられてしまうことが多いのですが、Hebbさんも指摘していますが、4番は誰にでも起こる環境、誰にでも共通している当たり前のこととして、すなわち社会情勢の変化などが重要視されずにいると述べています。このように、環境要因ではあるが母親の責任ではないというものもあるということをおさえておかなければいけないと思

ます。そういったことを総合して考えていきますと、脳の機能や行動の発達は多因子遺伝できていて、その上に出生後の様々な環境因子が相互作用的にかかわって発達していくと考えられ、遺伝か環境かという二者択一ではなく混ざり合って育っていくと考えられます。そして、脳の発達というところに着目しますと、神経生物学的な発達ということになると、もともと神経は裸であって、そこに鞘をかぶって太くなって速度が速くなってつながっていくという、いわゆる髄鞘形成というものがおこってきます。その神経系のネットワークを形成しながら成長していきます。脳の機能を支えるニューロンというのは、星のような形をした神経細胞体から軸索と樹状突起といって木の枝のようにいっぱい伸びています。そこに神経がつながっていくわけです。脳の重量は2歳くらいまでにぐっと増えるのですが、ネットワークの構築で目の粗いものがだんだんつまってきます。シナプスがつながり、神経のネットワークが年齢とともにできてくる、脳が刻々と変わってきます。次にアミン系の(=ドーパミン系、セロトニン系など)神経伝達物質があります。乳幼児期にかかわりながら神経が発達していく、簡単に言うと、夜はよく眠り日中は体を動かしてよく遊び、生活リズムのメリハリをつけることで発達を促進するといわれています。なぜかというと例えばドーパミンの神経系はレム睡眠と大きくかかわっていて、セロトニンの神経系はノンレム睡眠という眠りとかかかわっている。さらにこのセロトニンは日中覚醒時にさらに上昇していき、しっかり眠ってしっかり起きて活動するという事でセロトニンが賦活されていく。これはおおよそ2歳までに受けた環境から影響を受けることが大きいといわれています。そうい

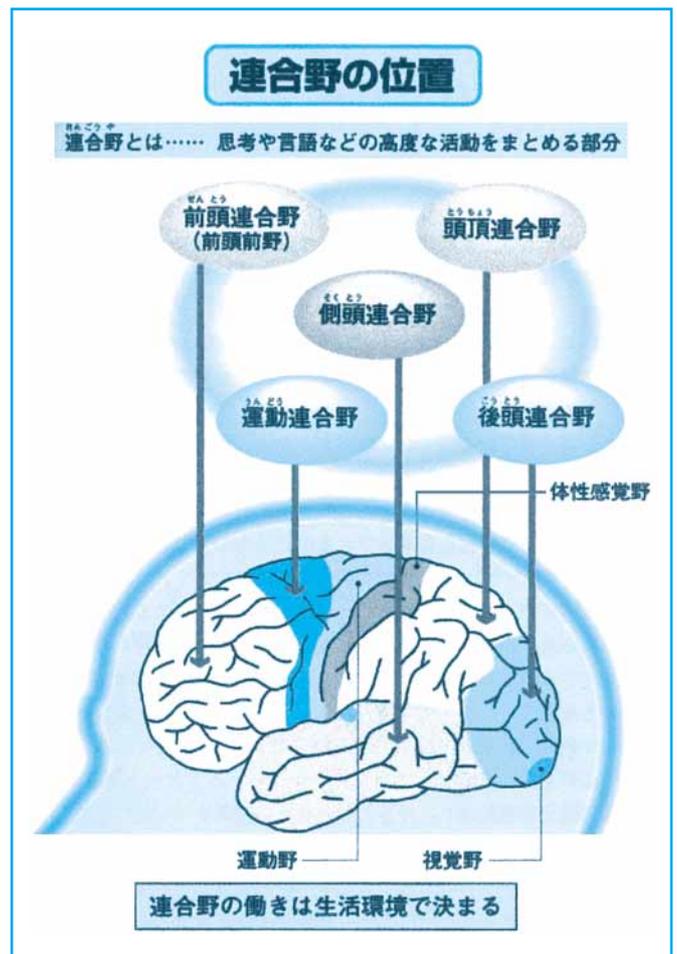
ったことで脳は幼児期に神経系のネットワークを組みながら様々な機能を発達させていくという可能性が考えられています。昨今は電気製品など便利なものが普及して、テレビは24時間放映されていますし、コンビニも24時間開いていますし、生活に朝と昼の区別がなくなってきました。そういった経済社会ではまず生活のリズムのメリハリをつけることは大事なことだと思います。

『子育ての視点から』

子どもが育っていくときには安心感、信頼感、応答性という安全基地が必要で、その上に様々な経験、体験を重ねていくと健やかな発達を得られる。そのために第一には「良いところ、魅力的なところを認める、見つける。好きだよという気持ちを伝える。」そういったこととお互いの信頼感ができていくと思うのです。そういった視点で考えていきますと、「父性と母性」という考え方があります。母性が先にあって最も大事なものです。母性だけでは子どもさんは育っていきません。そこに父性を積み重ねていくということが大事だと思うのです。母性というのは受け入れる、許す、癒し、安らぎです。父性というのは規則、規律、義務、役割、努力、我慢、そういった一歩、積極的に進んだ形なのかと思います。これは母子家庭、父子家庭など単身家庭だから母性しか与えられない、父性しか与えられないという訳ではないのです。母性、父性というのは考え方、接し方のことなので、単身家庭であってもそれは接し方で与えられるものです。それで「達成感、成功感を持つように」育てていくべきだと思います。そういったことで自分はやれるのだという自信を持っていく。それから「良いこと、悪いことのメリハリ」ですが、子どもさんは自己主張が強いですし、自我ができてくる段階で強くなります。自分の要求を通したいとかんしゃくを起したり、かなり無理な行動で要求を通そうとします。そういったときに本当にいけないものは毅然と無視または中断といった形での一貫した対応が子どもの枠付けに必要だと思います。それから、「子どもたちの遊びのあり方」としては、昨今、見えていますとたくさん子どもたちが群れて遊ぶということがなくなってきました。どちらかというと、反発・リアクションがないテレビやおもちゃ相手に、一方向での遊びが主体になってきている。だからどうしても人と付き合うことがだんだん下手になってきやすいという状況があるのです。そういう意味で一方向よりは双方向、反応のある遊び方、すなわち人であって、これは大人でも子どもでもいい

と思うのですが、人と遊ぶということですね。それと何人かいれば群れて遊ぶ、集団で遊ぶということを経験していくのも必要かと思います。テレビ、ビデオゲームの問題で一番問題なのは「仮想と現実の混乱」だと思います。例えばここに缶ジュースがあります。これに触って冷たいですし固いですし丸くてつるつるしてと感じが分かるのですが、これがテレビに映ってしまうと、平面で長方形に見えてちょっと緑色っぽいものというようになるのです。

乳幼児では実際のものを見ずに体験していくところが問題なのです。これがごく一部ならいいのですが、生活の大半になってしまうと問題です。それから、「一方向的な刺激であり、双方向なやりとりや推理・思考の力の発達を阻害する」というようなことも考えられます。それと同じようなことですが、「実際のぬくもり、感触、におい、立体感を感じることができず、平面的な見方に慣らされる」、それから、「脳の働きの基本的プログラムがテレビやビデオに合った形で作られていく可能性がある」。それはどういうことかという物を平面的に見てしまう感覚がついてしまうということです。それから、「テレビをずっとつけているとことばを聞き流す習慣がついてしまう可能性がある」。母親と面と向か



「脳のしくみ」(磐田誠、監修)より引用

ってお話をしていると、お腹がすいたの?じゃあケーキを食べようか?という声をかけますよね。それは顔を見て、しっかりその子に動機付けをして声をかけるわけですが、テレビは自然に流れていて色々な画面が出ているし、言葉もいっぱい出ている。そういう中でお腹がすいたの?という言葉がそこにあったとしても、常に流れていくのに慣れてしまっているから、どの言葉に着目していいのかわからない。だからなかなかテレビの言葉は育ってこないということです。むしろ聞き流す習慣がついてしまう可能性がある。また、自分で遊びを見つける力を弱くさせてしまいます。「アメリカの小児科学会が2～3年前に2歳以下の子どもにはテレビ・ビデオを見せないよう警告」を出しています。そこまでやるかは別として、大人だってレクリエーションとか余暇があってこそ仕事を一生懸命できる、子どもだって遊びの一部として少しはテレビが見たいかもしれない。そういうやり方ならいいのですが大半になってはちょっといけないのかなと思います。それとつけばなしというのは、ついている環境に慣れてっこなってしまうので、声をかけたときの集中が弱まるのです。テレビは見ないときには消したほうがいいです。それからテレビゲームの問題ですが、少し前にも新聞に出ていましたが長時間のテレビゲームが脳の前頭前野、この辺りが人間らしい高次元の思考をしているのですが、この活動を低下させていきます。いわゆるゲーム脳になるという警告があります。理性や想像力の低下、それから勝ち負けの判断に固執したり、この勝ち負けの判断に固執というのは私が付け加えたところもあるのですが、そういうイメージを持ちやすい。それから、キレやすい、忘れ物が多い、表情が乏しいというようなことになります。脳には連合野というのがあり、前頭連合野、側頭連合野、頭頂連合野、運動連合野、後頭連合野があります。連合野というのは大脳の中の細胞どうし、もしくは、大脳以外の部分も含めて複雑に情報のやりとりをして動きをスムーズにしています。連合野というのは神経のネットワークを加齢とともに刺激を受けて発達させていくわけですが、そこでは高次のことをつかさどっていくわけですが、その中で前頭連合野のところは、いわゆる思考です。ものを考えたり、推論したり、注意や意欲とか、喜怒哀楽のコントロールなどの働きをもっているところです。ゲームはそういった前頭前野の活動を低下させてしまうということらしいのです。遊び程度ならそこまでいかないと思うのですがやりすぎはそういうこともおこってくるので、こういう問題も現代社会だからこそ、少し意識していかないといけな

いかなと感じます。そういうことがわかりまして、子どもというのは個性も自主性もありますし、本当に勝手な動きもありますが、それは個性として望ましいこともあるのですが、やはり、必要なところで必要な行動の枠付けというのも幼児期から習慣的にやっていく必要があるのかなと思います。それからこれは言い過ぎかもしれませんが、子どもの自主性を尊重してもコントロールしているのは子どもではなく親であるとの意識付けが必要です。親が子どもに振り回されたらその後の関係は非常に取りにくくなるので、ある限界点は決めて応じていく必要があるのではないかと。子どもの自由をかなり認めて、でも、最後のところは毅然とした姿勢でもってお父さん、お母さんが決めるのだよという意識付けみたいなものがあるのではないかと思います。これは親だけでなく、幼稚園、保育園、学校で保育士さんや教員との関係においても、個性は認めても最後のきちんとしたところは先生が決めるのだよというのは必要なことではないかと思います。それからもう一つ、「繰り返し、積み重ねが将来に向けて必ず生きてくる」。子どもさんは1回2回ただけでは覚えられないのです。でも、これはいけない、これだけは絶対危険だから止めないといけないということは、毅然と繰り返し5回でも10回でも20回でも続けていくという、その積み重ねが将来必ず生きてくると思います。これはあきらめずにがんばって毅然とした態度を示していく必要があると思います。だいたいほとんどの子どもさんの行動を速やかに変えようとする事自体無理で、そんな魔法のような方法はないのです。やっぱり積み重ねてやっていくということは常に考えておかないといけない訳なのです。もう一つは「目標や目的を持てる」といいうもう少し上のお子さんかもしれませんが、自分は将来こんなことをやってみたいとか、こんな人になってみたいとか子どもの年齢に応じた希望というのがあると思います。希望や目標を持てるようなかわりをしてあげたいのですが、そういったのを見出せないお子さんはなかなか力が出てこないのですね。これは年齢が上がればあがるほど必要になってくるものだと思います。それから「自尊心の育み」、昨今よく言われていますが、広汎性発達障害にしてもアスペルガー症候群にしてもそういったものが直接、非行に結びついたり、犯罪に結びついたりするわけではないのです。育ってくる段階で受けた被害的な意識、迫害的な意識、そういったものが二次性障害をおこして、不安になったり、抑うつをおこしたり、人間不信になったり、周りへの攻撃性を持ったりするわけです、本来の病態とい

うか障害がすぐ非行に結びついているわけではなく、そこでその子を認めてくれる母親や先生がそばにいれば、もっともっと落ち着いた人格ですとかがきちんと育ってくると思うのです。こういった二次性障害をいかに避けるか、少なくするかということが大事ですし、その一番大きいところは仲間はずれではないかと思うのです。仲間はずれにしないということが大変大事だろうと思うのです。その子の良いところ、魅力的なところを見てやろうという気持ちが大切。人は色々な見方をすれば、必ずひとつやふたつはいいところがあると思います。何もできなくても魅力的なことを探せばそれもひとつやふたつあるわけで、それを感じてあげるだけでも変わってくるし、好きだよと言ってあげるだけで変わってくる可能性もあるのですね。仲間はずれにしないと言っても、そのお子さんの能力によって当然うまく中に入れないというのはあると思います。でも、そういうときでもはじめからダメという見方ではなくて、不十分でもよいからどこを工夫すればどこまで入れるかという見方、そういったものが子どもと付き合っていくときに大事なんじゃないかなと思います。まとめると、「愛情・やさしさと厳しさ」です。これは愛情・やさしさだけでもダメですし、厳しさだけでもダメです。言ってみれば母性と父性ということになるのですが、そこにもうひとつあげるとすれば共感ですね。その子どもたちの気持ちに共感してあげるという、これが大事になると思います。子育て一般からはこんなことが言えるのかと思います。

『障害児と子育ての視点』

知的障害と身体障害を分けたほうが良いと思いましたが分けてみました。いずれも、今、言ったことがベースになっていますので、若干重複するところがあると思います。

知的障害、自閉症などの場合どこがポイントになってくるかといいますと、まず障害の個性を理解しないといけない。かいつまんで言うと自閉症であったり、ADHDであったり、知的障害だった場合には、その行動特徴を理解して障害というかその子の持っている不自由さを補ってあげることが大切です。その子にあったコミュニケーションの方法であるかもしれないし、特別な接し方などの配慮がもれませんが、そういう不自由さを軽減するように関わってあげる。そういったところで安心感を持たせることが、障害の場合では基本になると思います。これも重複するかもしれませんが、子どもの良いところ、魅力的なところを見つける、認める、ほめる、ということが必要になってくる。何を伝えてい

るか、どうすべきか、ということを知りやすく伝える必要があるので、短く分かりやすい声かけ、注意を向けさせてから話す、視覚的手がかりを用いるなど、こういったことでコミュニケーションを分かりやすくしていくということがあります。それから、事前に約束しておく。スーパーへ行ったら1つだけ買って2つ以上はだめだよ、と約束しておけば2つ目欲しいと言ったときに、これは約束したでしょ、だからだめだよと言えますよね。レストランではおとなしく座っている、走り回ってはだめだよ、という当たり前のことだけ分かっているのです。だから行くときには大人しくしていようね、お母さんと約束しようね、としておけば走り回ったとき、約束してあったでしょ、これはいけないことだよと言えるわけです。ただ5分くらい待つところならいいのですが、30分も1時間も待たなくてはいけないところに子どもを連れて行くのは無謀というところもあるのでそれは配慮しなくてはなりません。どうしてほしいか、どうするといけないか、そういう概念、イメージがない時は約束をしていくとイメージをつけさせていくということはできると思います。それから、制止をするのは大きな声ではなく「タイミングのいい声かけ」というのが大事です。その子はいつもこういう場面になるとぱっと手が出るから、その前にタイミングよく制止して声を掛けるというそういう声かけが、案外有効であることが多いです。それでも、素早い子には負けることがありますけど、ちょっといくかな?と思ったときに、ぱっと声をかけると止まることがあります。それから、「良いこと悪いことのメリハリを」これはある程度の年齢で少しずつ分かってくることがあるので、言っていないといけないことだと思えます。同じように「無理な要求通しには毅然と無視、中断を」これは感情的になってしまってもしょうがないことなので、むしろ自分がどんなにかんしゃくをおこそうと暴れようと、こういう行動をしたときには欲しいものは手に入らないということを覚えさせるべきです。なだめることも必要ですし、落ち着かせることも必要です。でも、そういう要求をしたら、なだめることはするけど自分の手に入れたかったものはもう手に入らないという意識付けです。これは相当我慢もいります。それから「自分のとった行動の結果としてのフィードバックからの体得」です。簡単に言うと、その行動をとって損だったか得だったか、最初の5回10回は分からなくても20回30回になってくると、こういう行動をとったら自分は得をしないということが分かってくればいいのであきらめてはだめです。だから子どもを育てるといことは気の長い話だと思います。時には、



努力や我慢もしなくてはいけないこともあるということをそれにつなげていけばいいと思います。それから、一定の課題をやりとげることの成功感、達成感、これも是非、体得してほしいところです。不十分であってもいいから、　　ちゃんはこれだけやれば合格とかがんばったねと、まだできていないけど時間切れだから終わりというより、これだけやれば合格という目標をきって、スタートのポイントをもう少し前にしてあげて、達成感みたいなものも持たせてほしい。それから、「一貫した対処の積み重ねと枠付けを」。最後にくるのは「仲間はずれにしない」。どのように工夫すれば十分でなくても参加できるか、自分もみんなと一緒に参加している、役割があるとの思いを持てるかが心の健やかな成長には大事なのだと思います。オーストラリア人のベン・ポリスが書いている「ぼくは、ADHD!」という本があるのですが、少し紹介しておきます。最終的に彼が言っているのは「僕がすごくよくなったのは両親のおかげなんだ、僕の母は僕が何をしているとか、僕のことについて何でも知っている。母はいつも僕の1歩手前にいて、僕が道を踏み外しかけると両親はいつもそこにいてくれて軌道に戻してくれた。学校生活においても、いつも先生と僕に探りを入れていた。読み書きを教えるために時間を割いてくれた。」もう一つ言っていることは、「ADHDの子どもの親として心に刻んでおくこととして、子どもが一生懸命するということ、結局それだけが彼がこの世の中で生き抜く唯一の方法、親の愛と理解は子どもに与えられる最高の贈り物。希望という言葉だけが僕からADHDの子どもと親に与えられるこの上ない贈り物。」とちょっとはしょった言い方なので少し言葉足らずかもしれませんが、ADHDの本人の言葉です。ですから、色々足りない不自由さの部分の補ってあげることが必要だが、その人の能力に応じて、自分自身

でがんばれる力もどうすればつけられるかというところが自立に向けて考慮しなくてはいけないところかなと思います。

身体障害の場合は、乙武洋匡さんの本「五体不満足」、そのほか、いくつかの彼のドキュメンタリーから流れを書いた方が分かりやすいのかなと思いました。ただ、これが必ずしも一般とは言いませんが知的障害のない身体障害児への関わり方のひとつの考え方のように思います。この子は皆さんもご存知のように、先天性四肢切断といって手はおそらく10センチもない、足も10センチくらいだと思います。顔と胴しかないお子さんです。生後1ヶ月まで、病気だとかなんだと言ってお母さんは見せてもらえなかったのです。1ヶ月目に対面をしたとき、お母さんは「かわいい」と受け止めたのです。それで幼児期はどう過ごしたかというと、お母さんはいつもこの子を連れ出して近所の人気者になった。この子も非常に活発で聡明な子だったと思うのですが、幼稚園にも通って、ガキ大将的に振舞っている。ところが小学校に入るときの関門が高くて教育委員会に何度も行き、この子を見てもらって普通小学校に入った。このときに電動車椅子に乗っていますから、電動車椅子が面白いから子どもたちは興味を持って寄ってくるのか、友達は多く寄ってきた。担任の高木先生はその電動車椅子を使用禁止にしました。そういうものに頼っていないで自分でやれることはやれと。他の子と区別しないということでもかなり厳しく、電動車椅子を禁止して、教室など移動するときは這って動く状態で過ごしたという。なぜ、高木先生がそれをしたかと言うと、今ではなくて将来のために、今、何をなすべきかの信念だったのです。野球、サッカーなどバットを振るような真似をすれば誰かが走ってくれる、というような特別ルールで参加してきた。そういうかたちで彼は障害をほとんど自覚せずに育ってきた。彼は生まれながらにしてこうなので、ハンディーキャップという意識はあまり持っていなかったのではないかと思います。おそらく育っていく途中では持ちだしたと思うのですが、それを乗り越えるものが彼にはあったということだと思います。現在はスポーツキャスターや本も出して自立しています。彼が育ってくる中で、何を一番嫌ったかというと、困難な作業をさせられることには何の抵抗も示さなかった。しかし、周りの友達と区別されたり、一緒のことができないことを極度に嫌がったという感想をのべています。身体障害の場合は、まず、何でも自分ができるという気持ちを持たせることが大事だと思います。そして不自由な部分、足りないものは補って、

工夫して皆の中に入っていきことが子どもを成長させます。私自身も診察の中で、知的に問題のない片麻痺の子を年1回フォローしていますが、友だちとも積極的に遊び、元気に明るく学校生活を送っています。親にも何でもやれるという自信をつけさせる。基本は過保護になるより、むしろ限界を見すえながら、自信を持たせること、はげましを送っていくことだと思います。

『障害告知と親の受容に関して』

昨今、発達障害、自閉症のお子さんと伝えていくときに、基本的に障害の告知をして、そしてサポートできるサービスを示していくということがベースではありますが、なかなか人によっては難しいことがあります。国立精神神経センター精神保健研究所の中田洋二郎さんが、平成6年に実施された障害の告知に親が求めるものという母親のアンケートをやっています。有効回答65名で、その中の診断については、病理型精神発達遅滞が16人、病理型というのは病気の器質的疾患をもっているもの、たとえばダウン症や小頭症など検査ではっきりわかるというものです。広汎性発達障害が40名、その他原因不明が9名なのですが、その中で、早くに病名告知をしてほしかったという人が8名12.3%、条件付告知は10名15.4%、その他47名72.3%です。早期告知をしてほしかったという人の理由は告知に合わせて早期治療を期待する、子どもの異常に気づいてから障害を伝えるまでの迷いや悩みを早く断ち切るなどがあります。条件付告知では告知する時期を考慮してほしかったという方が3名、長期間かけて徐々に障害を伝える、あるいは段階的に言ってほしかったというのが2名、親の希望や性格に応じてというのが2名です。早期告知、条件付告知いづれにしても共通しているのは、障害のある子の早期療育や精神的援助を求めている点です。総括しますと、告知の際に求められていることは、障害名や病名以上に障害の内容や子どもの発達状態、今後の子どもの養育と将来設計に役立つ具体的な情報です。病名、障害名も大事なのですが、それ以上に障害の内容、子どもの発達状態、そして、どのように養育し将来設計に役立てていけばよいか、具体的なサポートの情報を求めているということがあります。中田先生は親の障害受容する気持ちというのは、障害のある子どもたちの集団や親の仲間を見ていく中で、子どもの状態に対して障害があるのだという肯定的な気持ち、そして障害がないと否定したい気持ちが揺れ動いて、揺れ動きの中で我が子の能力の限界を悟っていくのではないかと考えております。そういうのをこの

先生は障害受容の螺旋形モデルという言い方をしています。螺旋状にくるくると肯定と否定があって、螺旋形のモデルは短くなったり長くなったりする。短い人は早い時間で納得するが長く伸びている人は長い時間がかかる。肯定したり否定したりというのは場面、場面で親は揺れ動くもので、でもやっぱり能力の限界を悟っていく、すなわちこれが障害受容なのだと言っています。お母さんの気持ちの中でも、ずっと落ちる人もいれば分かっているもなかなか納得できない人、色々いると思います。我々もそういった部分を見ながら話をしていく必要があると思います。特に、親が障害を予測しないうちに医師から障害を伝えられる場合には告知の衝撃が避けられないと言っています。それはどういうことかということ、中には病理型の病気群で検査をしてはっきり結果の出るものがあります。それをいきなり言われたときに、親は夢にも思っていない事実にはビックリして衝撃は避けられないというものがあります。そういったものを伝えるときに病名だけではなくて、同時に治療の方法、今後の予測を伝えたり、生活の指導などを伝えていくことが大切です。同じようなことを私が時々感じるのは、よく保健所から言葉遅れだとか、一度行ってみなさいと言われて来られる親御さんがいて夢にも自閉症とは思っていない、言われたから来たという人に伝えていくときにこれと似た状況があるのかなと感じています。でも、基本的に障害があれば正しく伝えていかないといけないのですが、ちょっとクッションがあって、集団や仲間の中で親が少し意識づけされたときに言ったほうがいいのかなどしばしば思ったりします。特に最近では核家族が多く、地域の中でも人と人の関わりが薄くなっている中で気軽に人に相談できるということが少なくなっていて、不安があるところでも落ち込んでしまうところがあります。親ははっきり言われなくて戸惑っているように見えるのですが、肯定と否定があって、言われていないのだけれど親は気持ちではどこか分かっている。そこで障害告知を受けると、あーやっぱりとなるところがあるので、そのタイミングで言えるといいなと思います。ただいたずらに大丈夫だよと言うことがいいといっているわけではなく、基本的な姿勢はやはり障害があれば言っていく、それに必要なサービスとかサポートはやっていかないといいけないということです。そういう意味で、私たちが相談にみえたときには親にどう伝えていくか、正直言ってすごく重いときがありますのでこの機会にちょっと触れておくといいかと思ってお話しました。これで今日予定していた話を終わらせていただきます。

西部地域療育センター 10年の歩み

一人の心理担当職員として振り返ってみて

堀部文男

平成5年 1993年 4月に、名古屋市で初めての地域療育センターとしてスタートして10年余りが経過しました。最初のうちは、どう業務をすすめていけば、地域療育センターらしい仕事ができるのか、手探りでよちよち歩きのようなところがありましたが、もうすっかり他の療育センター(北部地域療育センターが平成15年 2003年、開設しました。)に対して、先輩のように(一応はずかしながら)手本を提供できるところまで来たように思います。

業務そのものの説明ではありませんが、この辺り(万町～八田)の環境も変わりました。夏の夕刻以降にセンターを出ると、地下鉄の駅に向かう道は、舗装が十分でなく今より畑・田圃が多く、カエルがピョンピョンと跳び出してきて、暗い中踏まないように気をつけて歩かなければなりません。耳にはカエルの大合唱が聞こえましたが、近頃はさっぱり聞けません。綺麗な舗装がなされ、いつのまにか宅地が畑に対して優勢になってきました。

さて本題の業務についてお話ししようと思いますが、いくつかのポイントに絞って説明しようと思います。まず業務全体に関わることですが、「地域療育センター前史」というのが重要だと思います。地域療育センターが建っている、というのは既定事実ですが、既定事実に至るまでにどれだけの人々の汗や辛い思いがあったかということに触れなくてはなりません。次に「巡回療育」という活動に触れたいと思います。そして「通園部児童に多職種が関わる活動」について説明していきたいと思います。

は時間的流れのなかで地域療育センターをとらえる、は地域において子ども達が生活している場とのつながりで地域療育センターの活動を考える、は診療相談部門と通園部門が合体してできあがっている地域療育センターの内部における職員のつながり・学び合いを考えるということになるかと思っています。この3つのほかにも拡大してきた療育グループ活動、さまざまな個別的なフォローの形、近頃の軽度発達障害の広がりへの対応などテーマは考えられますが、今回はこの3点にしておきましょう。

地域療育センター前史

西部地域療育センターの前身は何学園であったか、知っている人は今どのくらいになったでしょう。平成4年 1992年 度までは中村区に知的障害児通園施設「ひよし学園(昭和38年 1963年 開設)」という建物があって、これを移転して中川区の小本の地に新築したのです。昭和48年 1973年 に、市内6番目の通園が開設という出来事があったのですが、その後およそ20年間は6か所あった知的障害児通園施設が名古屋の地域療育を支えてきたと言っても良いでしょう。

知的障害児通園施設は定員が30人で、療育に関わる職員は保育士6名というのが基本的な形でした。たまたま私自身が昭和55年 1980年 前後に知的障害児通園施設への入園事務をそのころしておりました関係上、いろいろな問題点を耳にし現場を見て感じる場所が多くあったわけです。

まず療育に関わる職員は保育士だけと言ってもよい状況が続きました。最初の指導員は昭和57年 1982年に配置されたと思います。少ない保育士で多種多様の障害を持つ子どもに対応しなくてはならないという現場の悩みがありました。保護者からすると、CPなどの問題があって歩行がうまく進んでいかなないとき、A学園(仮にある通園施設をこう呼びましょう。)を休んで、整形外科医や訓練士のいる施設・病院に連れていかなくてはなりません。難聴を合併しているとわかると、その部分についての専門機関につれていかなくてはなりません。てんかんなど小児科的な問題があっても通園が必要なことはもちろんですが、園内でちょっとした容体の変化があっても、今行われているように、気軽にセンター内で医師や保健師・看護師にみてもらうというわけにはいきませんでした。

保護者からすると、A学園に看護師さんがいたら、耳鼻科があったら、リハビリの施設があったら、こんなに走り回らなくてもいいのに、ただでさえ体の弱い子を引っ張り回さなくて済むのに、との思いをいつも持たざるを得ませんでした。

職員側からすると、保護者から期待されるだけの対応ができなくて、申し訳なく歯がゆい思いをずっと抱いてきました。能力以上の対応(多少とも医学的知識を持たないと日常の療育ができない・ケースワーカー

がいなくても保健所・病院などとの連携もせざるを得ない・身近に医療職がない状況でも重複した障害を持つ保護者の不安に対応しなくてはいけない、等々)をいつも迫られ、児童福祉センター(児童相談所)や本庁の担当者と時にはぶつからざるを得ませんでした。

親も関係者もみんな問題点はわかっている、いつか解決をしないといけないが当面は無理だ、と残念に思う、そういう時代が長く続きました。知的障害児通園施設の将来のあり方を検討する会議や、地域療育センターを建設・運営していくための検討会も何度も開かれ、関東や北九州など先進地域と思われたところへ施設見学にも行きました。

自分の子はもうすぐ通園を卒業して、小学校に行くことがわかっているのに、これから入園するよその子のために、署名などの運動を行ってきた多数の保護者がおられました。

いまは既定事実のように地域療育センターは建っていますが、ずっとずっと長い間、地域療育センターは夢でした。20年ぐらいの間、障害児を抱える保護者にとっては溜め息まじりの“まぼろし”でしかなかったものが、今当たり前のように機能している、活動しているということに改めて確認しておきたいと思います。

“巡回療育”について

この事業は、平成6年 1994年 度から始められ、地域の保育園や幼稚園、時には学校に、療育センターの職員が出かけて子どもが実際に生活している場面を見て、療育的な支援を行うという地域療育センターの独自性がよく出ている活動だと思えます。

私自身が昭和57年 1982年 以後、平成4年 1992年 までは児童福祉センターで療育相談をしていましたから、違いを大きく感じています。

私が経験した療育相談の形は、相談に来てもらい、例えば一定期間グループに通ってもらい、そのあとまた必要に応じて相談にきてもらうということがほとんどで、地域の幼稚園や保育園に出かけたことは、一部の例外を除けばありませんでした。

私がこちら(地域療育センター)に配属され、園に出かけることが多くなり、気付かされ、驚かされたことは、“子どもは場面が変わると、その行動が変わる”ということです。“人間の行動は、素質と環境の両方の影響を受ける”という常識からすると当然のことなのですが、相談室内の子どもと、日常保育場面での子どもは、時には別人のように違うということなのです。

いくら相談室内で知能検査をやって、正常範囲内の能力を持っているという結果が出て、それは相談室

内という場面限定のできごとなのです。相談室では、大人と子どもがほぼマンツーマンで対峙します。大人は子どもとの関係づくりに配慮しながら能力を引き出すやり方をしていきますが、そのときには能力を發揮してくれるということなのです。

保育者1人に対して20人・30人の子どもが対峙する園では、全く状況が違います。(親と子、職員と来所された方、保育者と園児、先生と生徒...といった関係は、最初からスムーズな関係が保てるわけではなく、お互いの胸の内を知り合って、どうしたらさらに建設的な関係ができていくのだろうと、お互いの個性を生かしていくための研ぎ澄まされた“場”です。その意味で“対峙する”と表現するのがふさわしいでしょう。)そこは、ふつうまとまった時間、子どもとの関係づくりに配慮しながら、能力を引き出してくれる大人はいない環境です。知的能力は高くても、社会性の成長が幼い子は、なんとか自分に注目してもらおうとして保育者の気をひく行動をします。また、なんとか自分のオモチャ(スペース)を確保しようとして偶然近くに来た子を押し倒してしまう子もいます。そして大人のわずかな動作に“叱られるのではないか”という兆候を過剰に感じてしまう子は、大人にとって予想外の悪態を放って保育者を驚かせます。

何と言っても相談室内には、他の20数人の園児や、集団の規律を維持するために注意をしてくれる大人はいないので、相談室での状況のみによって園生活の状況をリアルに想像するのは無理と言ってよいくらいです。たとえ忙しくて園には行けなくても、ちょっと電話で様子をお聞きする、そういうことだけでも行動のギャップがよく浮かび上がってきます。相談室場面と集団生活場面の両方の情報をふまえると子どもが立体的に見えてくる、という感じがします。

この10年の初めの頃は、巡回するセンターの職員は何をしに来るのか、どういう立場の人なのか、最初のうちは戸惑われた園もありました。多分スーツ姿で来て、管理的な目で施設の様子を見にくるのだと、予想された私立幼稚園の先生もおられたようです。ところが、私たちが普段着で、園児と遊びながら様子を見ている姿に触れて、拍子抜けされ、その次からは親しみを持って受け入れて下さるようになったこともありました。

また幼稚園や保育園という環境は、障害を持つ子どもにとってモデルとなる行動を取ってくれる子がたくさんいます。療育施設内では、幼く職員に甘えがちであった子が、そうした一般園では職員に頼りすぎず、子ども達の一員として上手ではないけど頑張っている姿を見て、ある程度模倣の力がついてきたら、

一般園の方が伸びそうだ、という実感も沸きました。

巡回療育によって園での生活を把握したうえで、また再来の相談に来ていただく、あるいは療育グループなどに通ってもらう、という形を取ることで、より実際の集団生活を送るのにふさわしいアドバイスができてきたと言えると思います。もちろん社会性の問題ばかりでなく、姿勢の保持・くつの使用などの問題については理学療法士が、てんかんやADHDなどの問題があって薬の服用をしているケースには保健師が訪問するなどして、より適切な保育が地域で行われるようになってきていることなど、他にも利点は多いと言えるでしょう。

「通園部児童に多職種が関わる活動」について

「通園部児童に多職種が関わる活動」とは、通園部のクラス担任を構成する保育士・指導員に加えて、診療相談部門を構成する理学療法士・作業療法士・言語療法士・保健師または看護師・心理士が同じ場面で力を合わせて、子ども達によりよい療育活動を展開していこうという活動です。典型的には次のような場面になります。午前中の療育活動に子どもは数名います。保育士・指導員は3名、ここに参加する診療相談部門の専門職1名、合わせて4名で療育活動を行います。

初期においては特定の曜日に、ふだんのクラス構成とは別の児童編成(課題別グループと呼んでいました。)を行っていました。ですから仮にKちゃんという子から見ると、次のようなことになります。Kちゃんはうさぎ組で、月～木までは、5つある保育室のうち「うさぎ」の部屋で、ア・イ・ウという保育士・指導員と生活しています。うさぎ組には他にG・H・I・J・L・M・Nの7人の子どもがいます。金曜になると、a～eまである課題別グループのbグループに属していますから、bグループを行わず「りす」という保育室に移動します。同じうさぎ組のL・Mちゃんもbグループですが、他のクラスから来た4人の子A・B・C・Dも一緒です。bグループの職員はうさぎ組のウさんのほか他の組から来たエ・オさんも担当し、そこに診療相談担当から「タ」さんも来ています。職員はウ・エ・オ・タの4人、子どもはA・B・C・D・K・L・Mの7人というグループが「りす」組の部屋で構成されました。さあ、bグループの活動を始めましょうという具合です。

このやり方は講座制のように、まるでKちゃんが「タ」さんの講義を受けるために、「タ」さんの部屋に移動していくやり方ようです。アイデアとしては悪くないかもしれませんが、実際の運用はなかなかややこしくて、試行錯誤を経て現在のやり方になっています。今は日常の流れを大切に、クラス集団の雰囲気違ってしまいうやり方はとらず、ふだんのクラス構成のまま、診

療相談部門の職員が参加するという形になっています。Kちゃんにとって、部屋や子ども集団や職員集団が1週間に1回、がらりと変わるという体験はしなくて済むようになりました。

この変遷を振り返ってみると、「力み」ですね、力が入り過ぎていたのかもしれませんが。前史のところで述べましたように、ようやく知的障害児通園施設にとって長年の念願がなあって保育士・指導員以外の専門職種と共同の場を持てたのですから、何か特別のことをしなければいけない、普通とは違う療育活動をしなくてはいけない、という思いがとても強かったのだと思います。それから「積み重ね」ということがあると思います。当初はともかく、重度で重複した障害を持つ子ども達にどう接していったらよいかについて、自己研修で学習したり、外部機関での実践を取り入れたり、診療相談部門の職員との話し合いを重ねる、こういった「積み重ね」で、知的障害児通園・単独の時代から変わって地域療育センターになった中で、こういう療育活動を提供していけばいいんだ、というものが段々とできてきたと思われま

す。このようにして「通園部児童に多職種が関わる活動」では、何か子どもに特別のことを提供しなくてはいけない、という「力み」が入っていた時代から、子どもにとってより自然な、ふだんの保育の流れの中でできる工夫を、診療相談部門の職員の意見も聞きながら、できる工夫を「積み重ね」ていけばいい、というように変化してきたと言ってよいのではないかと思います。

まとめとして

以上で「西部地域療育センター10年の歩み」を振り返って思うことを、私の立場でいくつか述べさせていただきます。先人の辛苦の上に現在のサービスが行われ、実践がなされていることに注意を向けたく思います。この地域療育センターでよい取り組みが行われれば、例えば、「巡回療育」を通じて地域全体の療育実践を確かなものとする事ができるでしょう。療育センターの職員が、一般園の職員の保育から学ぶこともあるでしょう。センター内部の療育活動においても、一人一人の職員が子どもとしっかりと「対峙」し意見を交わすことで、職員同士の新たな学び合いも生まれるでしょう。さまざまな療育活動において、少しでもよい働きかけを見いだしていくことを「積み重ね」ることによって先人の辛苦に報い、将来につなげていくことが可能になると思います。

西部地域療育センター沿革

平成5年4月1日	地域療育センターとして開設される 担当区域；西区、中村区、中川区、熱田区、港区（知的障害児通園事業は西区、中村区、中川区）
平成5年4月	知的障害児通園事業と療育グループ、地域ケア事業（地域連絡調整及び訪問療育指導）開始
平成5年6月22日	竣工式
平成5年6月	療育（並行）グループ及び発達相談事業開始
平成5年7月	診療所開設の許可
平成5年7月26日	保険医療機関の指定
平成5年8月1日	医療事業（小児科、整形外科、精神科、耳鼻いん喉科）開始
平成5年8月4日	生活保護法医療機関の指定
平成6年度	巡回療育開始
平成7年度	アフターケアグループ開始
平成8年4月1日	南部地域療育センターそよ風開設 2号館開設に伴い、担当区域；西区、中村区、中川区、港区（知的障害児通園事業は西区、中村区、中川区）に変更
平成10年8月1日	「中川区障害児と区民のふれあい広場」への参加
平成10年10月1日	開設5周年記念事業開催
平成10年10月17日	障害児（者）地域療育等支援事業（平成8年児発第497号厚生省児童家庭局長通知）開始
平成11年2月	施設開放（第2・4土曜日）の試行開始
平成11年度	「連続講座」の開催 「センターだより」の発行 「センターボランティア」の登録制度開始
平成12年度	集団訓練会（くれよん会）開始
平成13年6月	「名古屋市障害児施設苦情処理解決実施要領」に基づく苦情処理窓口開設
平成15年4月1日	名称を「西部地域療育センター」と改める
平成15年4月1日	北部地域療育センター開設 3号館開設に伴い、対当区域；中村区、中川区、港区に変更
平成15年11月1日	開設10周年記念事業開催