



筑紫女学園大学リポジット

On Cooperative Child Support Methodology:Nursing Schools and Organizations

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2014-02-13 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 牧野, 桂一, MAKINO, Keiichi メールアドレス: 所属:
URL	https://chikushi-u.repo.nii.ac.jp/records/100

保育現場と療育機関とが連携した子ども支援のあり方

牧 野 桂 一

On Cooperative Child Support Methodology: Nursing Schools and Organizations

Keiichi MAKINO

はじめに

「保育現場における気になる子どもの評価と支援」^{注1)}について、平成22年度筑紫女学園大学研究紀要6で、保育所や幼稚園の全般的な問題について具体的な提案を行っている。それをふまえ、翌平成23年度筑紫女学園大学・短期大学部人間文化研究所年報第22号において、保育現場における子どもの問題を発達障害に絞り込み「保育現場における発達につまずきのある子どもに対する子どもの評価と支援」^{注2)}というタイトルで、子ども評価のためのチェックリストとその評価に基づいた具体的な支援の方法について提案した。さらに、平成23年度筑紫女学園大学研究紀要7において、「保育現場における子育て相談と保護者の支援のあり方」^{注3)}というタイトルで、「気になる子ども」の家庭における支援のあり方について提案した。

しかし、これまでの研究で追求してきた発達障害の子どもたちに対しては保育現場や家庭の対応だけでは十分に発達を保障することができない事例も多いということが顕在化してきた。そこで、本研究では、そのような子どもたちを対象を絞り、医療関係等他機関と保育現場との連携のあり方を探った。対象として直接関わった事例は、平成20年以降では、大分県、福岡県、熊本県、宮崎県、長崎県、広島県、兵庫県、香川県、京都府、岐阜県、東京都で五十数件に及んでいるが、本稿では、この問題については、非常に共通点が多いことをふまえつつ、筆者が平成20年度よりアドバイザーと理事を務める「社会福祉法人大分こども発達支援センター」における医療・療育を中心に、保育現場との連携のあり方を探ることにした。

障害やつまずきのある子どもへの対応については、発達障害者支援法の制定等を契機に保育現場においても具体的な支援が急速に発展してきており、特別な保育ニーズが必要と考えられる子

どもの数は増加の一途をたどっている。そして、見過ごせない点として、この段階での子どもたちの障害やつまずきは多様化し重度化するという傾向が見られるということである。

筆者の参加する保育研修会においても、知的障害、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、病弱、情緒障害、言語障害、発達障害のある子どものことが事例として取り上げられる頻度が高くなってきている。つまり、このような子どもたちに対しては、これまでのような保育現場だけでの対応にはどうしても限界があり、一人一人の子どもの発達を十分には保障しきれないという問題が生じ始めているのである。そこで、本研究においては医療・療育機関における医療や療育の内容を、「子どもの発達のニーズにどのようにマッチさせていくことができるか」、という点に焦点を当てながら望ましい子ども支援の方法を考えていくことにした。

研究に当たっては、保育所や幼稚園等の日々の保育の中で出会うつまずきや障害のある子どもの支援の中で起きてくる問題を中心に、医療・療育機関と連携した保育実践の事例をもとに療育機関で行われている療育の内容をわかりやすく紹介するという形で進めてきた。

I 障害やつまずきのある子ども支援の基本

1 子どもの障害や発達のつまずきと支援の方向性

近年、障害や発達のつまずきのある子どもたちを支援するための法整備は急激に進み、制度も徐々に整ってきている。乳幼児の場合、社会的な問題として保護者のニーズとの関係から待機児童の問題が取り上げられることが多いが、保育現場としては、子どもを中心に考えると障害や発達のつまずきの問題が大きい。もちろんこの問題には、そうした子どもたちを育てる難しさを背景にした保護者のニーズと関係する一面もある。

さて、ここで問題になってくる子どもの障害や発達のつまずきということであるが、保育の難しさという面では一般の保育問題と違って、幅広い関係機関との連携と保育者の専門性が求められる場合が多い。特に、保健所や児童相談所等から紹介されてくる場合は、一時的ではあるが保育現場が混乱に巻き込まれることもまれではない。ところが紹介した保健所や児童相談所は保育に関する専門機関ではないので、その混乱はそのまま全面的に保育現場が抱え込んでしまうことになるのが現状である。

そこで、現状の保育現場における混乱を解決に導くために、保育所や幼稚園の機能の可能性と限界を明らかにするとともに保育所や幼稚園が担うことが難しい問題については関係機関とのよりよい関係を構築していく必要がある。特に障害や発達のつまずきに対する支援に当たっては、医療・療育との連携に注目し、そこでの内容を保護者をはじめとした関係者と共有していく道筋を明らかにしていくことが重要である。

2 子どもの障害や発達のつまずき支援に対する基本的考え方

(1) 個別な障害やつまずきへの着目

保育現場には0歳から6歳までの子が在籍しており、様々な課題のある子どもたちがいる。ま

た、この段階の子どもたちは、人間の成長期の中でも最も変化の激しい時代といわれている。子どもたちは、様々な課題に突き当たることも多いが、それらの課題を乗り越えて大きな変化を見せるのもまたこの時代の特徴である。

保育現場では、子どもたちの当面する障害や発達のみならずに対して専門的な対応が求められるたり、発達のみならずに対して適切な支援を求められるたりすることがたびたびである。しかし、ここでの子どもたちの障害や発達のみならずに対して、保育現場だけでは対応しきれない問題も多く、特別支援学校や保健所、医療機関、療育機関等幅広い専門機関と連携しなければ対応できないものも少なくない。そして、そこでの連携に当たっては、保育現場が単独でできるものはごく限られており、親権者である保護者の理解がなければできないことがほとんどである。したがって、子どもたちの最善の利益を前提とするならば保育現場としては、子どもたちへの具体的な支援とともに保護者へのコンサルテーションとコーディネーションが強く求められるのである。

(2) 医療との連携の必要性

子どもの障害や発達のみならずに対しては、その理解の広がりとともに、最近では、医療機関での診断を受ける子どもも増えてきている。その結果、保育現場においても医療機関での診断を基にして、それぞれの障害や発達のみならずの状態をきちんとふまえて基本的な対応のあり方を考えていくことが求められるようになってきている。

医療機関における正確な診断は、これまで対応に苦慮してきた保護者や保育者にとっては貴重な情報となっている。その一方で、客観的に見れば医療的な診断を基にした支援が必要と考えられるにもかかわらず、保護者が医療機関との連携を拒む場合も少なくない。このようなことに対して、保育現場では現在有効な手立てはほとんど持っていないというのが現状である。

筆者の関わっている保育心理士認定機構の行う保育心理士のフォローアップ講座においても、保育現場における大きな課題として、保護者への障害の告知と告知後の障害の受け止めに対する保護者支援が取り上げられることが多い。ここでは医療・療育機関との連携が最も大きな課題であるが、保護者に対して医療・療育機関を紹介し受診を勧めることが一般に考えられる以上に難しいという現状がある。

(3) 障害や発達のみならずのある子どもの医療・療育への紹介

医療・療育との連携が必要な子どもにとってその連携を進める大きな壁になっているのが、保護者の抵抗である。保護者によってその立場は異なるが、初歩的な問題としてまず、医療・療育機関を知らないということがある。また、保護者は子どもの障害や発達のみならずに気付いているけれども、心情的に受け入れられない場合もある。さらに、母親が子どもの障害や発達のみならずを受け入れても家族がそれを拒否して逆に母親を責めるという場合もある。

一方、健診等の機会に障害や発達のみならずを指摘されても、次のつながりが何も用意されていない場合もある。極端な場合は保護者は子どもの障害や発達のみならずに気付いて相談をしているにもかかわらず「心配はいらないでしょう」「しばらく見てみましょう」等と言って、そのまま放置されていることもある。このような問題を防ぎ、子どもたちの最善の利益を保障するため

の支援を構築していくためには、子どもたちと出会う機会が最も多い保育現場の保育者が、保護者に対して適切な情報を提供することが最も重要なことと考えられる。

そこで、「保護者の知りたい情報」「保育者に必要な情報」「医療・療育機関が知って欲しい情報」をそれぞれの当事者から聞き取り、それを整理してまとめていくことにした。

Ⅱ 医師による医療的支援

1 医師による対応の概要

幼児を持つ保護者は、わが子の正常な成長・発達を望み期待を持って子どもを育てている。しかし、自分の子どもを育てていく中で知的な遅れや言葉の遅れ等があったり、パニックを起しやすかったり、落ち着きがなかったり、極端に不器用であったりして色々と悩みを持っている保護者もいる。発達期の医療・療育にかかわっている医師は、そのような子どもたちや保護者を医療、療育の面から支援を行う中核的な役割を担っている。

ここでの医師は乳幼児期、学童期の知的障害、発達障害、言葉の遅れ、コミュニケーション障害、自閉症スペクトラム障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、心身症、不登校、染色体異常、重症心身障害等の診療・療育を行っている。小児科専門や小児神経専門の医師、歯科医師等が臨床心理士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、保育士、栄養士等とともに、多面的・多角的に日常生活と遊びの中で知的発達を促し、言葉の発達を促進させ、さまざまな運動・感覚機能訓練を行い、子どもの発達をできるだけ正常に近づけるような支援を行っている。また、療育機関においては、この他にも痙攣性疾患、気管支喘息、心疾患、川崎病等子どもの慢性的な疾患や小児科一般、急性感染症や予防接種等通常の診療も行っている。

これらの病気についてどのような場合に受診することが望ましいかを「大分子ども発達支援センター」での事例を基に説明していきたい。

2 療育現場での障害のある子どもの症状と医師の診療

(1) 発達障害

医療・療育現場で対応する発達障害には、知的障害、これまで広汎性発達障害といわれていた自閉症スペクトラム障害、アスペルガー障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等が含まれている。発達障害には、しばしばそれぞれの症状が重なり合うこともあり、年齢によっても症状の変化が見られることもある。そのため一度の診察や短期間の観察だけでは簡単に診断することができないのも発達障害の特徴である。ここでは、医療・療育現場の対応で中心をなす発達障害について医師の説明を紹介する。

①知的障害（MR）

知的障害は全体的な知能（知的能力）の発達に遅れがありこれまでは広く精神発達遅滞と呼ばれてきた。うまく自分の意思を他人に伝えられなかったり、日常生活における身辺処理ができなかったり、社会生活に適応できなかったり等全般的な知的能力が低い状態にとどまるものをい

う。主に18歳までに発症し、人口の1%の発症率があるといわれているが、そのうち半数以上が軽度発達遅滞で、表現力が乏しい、不器用である、身の回りのことに時間がかかる等から回りの者が気付くことが多いようである。

原因は染色体異常症、先天性代謝異常症、甲状腺機能低下、胎児・新生児期の低酸素症や感染症等多彩であるが、70%近くが原因が不明ということである。障害の状態は知能指数（IQ）によってその程度が判断され、ウェクスラーの知能検査でIQが50～69を軽度、35～49を中度、20～34を重度、さらに20未満を最重度としている。しかしIQが70～85のボーダーライン、グレーゾーンの子どもにも園生活や遊び、日常生活への適応等で問題も多く、適切な療育を受けて支援を行う必要があるという。

発達の遅れという情報を保育者や保護者と共有するために医師の指導を具体化するために「子どもの発達の遅れをとらえるためのチェックリスト」^{注4)}を使い、「どのようなことがどれくらい遅れているか」を関係者で確認し合いながら療育に繋げている。現在使っているチェックリストが資料1である。

資料1 発達の遅れをとらえるためのチェックシート

8:00	前回りや後ろ回りを する	ピアノやオルガン で好きな曲を弾く	置き場所を決めて身 の回りの物を整頓する	少人数のグループ で話し合いができる	簡単な漢字のある 本を読む	一桁のかけ算がで きる
7:06	片足で30秒立つ	ピアノを好きなよ うにひく	道具を使って手伝 いをする	道具を使い協力作 して掃除をする	ひらがなの本を完 全に読む	簡単な足し算がで きる
7:00	毬つきで毬を脚の 下に潜らせる	風船や鶴を自分で 折る	ひもを蝶結びする	人がして欲しいこ とを察してしてあ げる	幼児語をほとんど 使わなくなる	時計の針を正しく 読む
6:06	ひとりで縄跳びを する	絵具で絵を描く	手ぬぐいや雑巾を 絞る	トランプのばば抜 きができる	ひらがなの本を読 む	トランプの神経衰 弱をする
6:00	片足で10秒立つ	人物画（6部分）	ひとりで外出の支 度が完全にできる	簡単なルールの ゲームができる	数を数えてブラン コの順番が変わる	馬は大きい、鼠は 反対類推ができる
5:06	立ってブランコを こぐ	飛行機の飛ばし方 を工夫する	体をタオルで拭く	店で買い物をして お釣りをもらう	しりとりを、つな げる	なぞなぞをする
5:00	スキップができる	タオルや雑巾を絞 る	一人で外出の支度 ができる	まねて簡単なルー ルのゲームができ る	まねて物語を話す	お腹が空いた、寒 い等を理解する。
4:06	ブランコに立ち乗 りしてこぐ	紙飛行機を自分で 折る	ひとりで着衣がで きる	砂場で協力して山 を作る	短い文章の復唱が できる	5まで数の概念が 分かる
4:00	片足で数歩跳ぶ	紙を直線にそって 切る	入浴時、ある程度 自分で体を洗う	大人に断って移動 する	両親の姓名、住所 を言う	用途によって聞か れた物を指示する
3:06	でんぐり返りをす る	投げたボールをつ かむ	手を洗って拭く	自分の物と他人の 物の区別がつく	同年齢の子と会話 ができる	高い、低いに分か る

3:00	片足で立ったまま回る	はさみを使って紙を切る	靴をひとりではなく	ままごとで役を演じる	小さな人形等の二語文の復習する	赤、青、黄、緑が分かる
2:06	足を交互に出して階段を上がる	まねて直線を引く	こぼさないでひとり食べる	友だちとけんかをすると言いつけに来る	自分の姓名を言う	大きい、小さいが分かる
2:00	一段毎に足を揃え階段を上がる	積木を横に並べる	排尿を予告するストローで飲む	親や先生から離れて遊ぶ	「わんわん来た」など二語文を話す	「もうひとつ」が分かる
1:09	物につかまって立っている	おもちゃのたいこをたたく	コップ等を両手で口に持っていく	おもちゃを取られると不快を示す	ダ・タ・チャ等の音声が出る	「バイバイ」「にぎにぎ」の動作をまねる
1:06	走る	積木を重ねて積む	口もとをひとりですり拭こうとする	簡単な手伝いをする	絵本をみて物の名前を言う	絵本を読んでもらいたがる
1:03	立って歩く	コップの中の小粒を取り出す	お菓子の包み紙を取って食べる	ほめられると同じ動作を繰り返す	2語から3語の言葉と言える	「ちょうだい」等要求を理解する
1:00	座った位置から立ち上がる	なぐり書きをする	さじで食べようとする	身近な者の後追いをする	言葉を正しくまねようとする	「バイバイ」の言葉に反応する
0:09	物につかまって立っている	おもちゃのたいこをたたく	コップ等を両手で口に持っていく	おもちゃを取られると不快を示す	ダ・タ・チャ等の音声が出る	「バイバイ」「にぎにぎ」の動作をまねる
0:06	寝返りや腹這いをする	手を出して物をつかむ	自分で食べ物を持って食べる	人を見ると笑いかける	人に向かって声をだす	身近な者の声を聞き分け反応する
0:03	あおむけにして体をおこした時頭を保つ	頬の触れたものを取ろうとして手を動かす	顔に布をかけられて不快を示す	人の声ができる方に向く	泣かずに声を出す(アー・ウー)	人の声でしずまる
0:01	あおむけで時々左右に首の向きを変える	手に触れたものを掴む	空腹時に抱くと顔を乳の方に向ける	泣いている時抱き上げるとしずまる	元気な声で泣く	大きな音に反応する
年:月	健康と身体運動	表現と手指機能	養護と生活習慣	人間関係とコミュニケーション	言葉と対話	環境と理解
	運動の発達		社会性の発達		言語・認知の発達	

②自閉症スペクトラム障害（ASD）

自閉症スペクトラム障害というのは、最近の新しい診断名で新しく改定されるDSM-Vによると、自閉性障害を中心にその連続線上の障害をいうということである。勿論自閉症も含まれるが、自閉症に似ているけれど少し違うというような自閉的症狀を持つ状態の総称と考えられている。

基本は社会性やコミュニケーション機能、そして想像性等の障害を中心とする発達障害ということである。乳児の頃から母親があやしても目を合わせようとしない、声をかけてもあまり反応しない、甘えてこない、抱っこを嫌がる等の愛着行動が少なく、一見育てやすい子と勘違いされることもあるという。

幼児期になると友達に関心を示さず一人遊びばかりして友達と一緒に遊ぼうとしなかったり、表情が乏しく自分の気持ちを表現したり、相手の気持ちを思いやる事ができなかつたり、急に自分の感情をコントロールできなくなり、パニックを起こしたりするようになるという。

言葉の発達が遅れることも多く、3歳を過ぎてもしゃべらない事もよくあるという。保護者が呼びかけても返事をしない、自分から話しかけてこない等の症状も見られることがある。オウム返しがみられ、会話が成立しにくく、一方的にしゃべることもよく見られるという。

想像力の乏しさからこだわり行動が見られ、いつも同じ行動を取り、いつもと少しでも違っているとパニックを起こすこともある。遊びも限定され、友達と一緒に遊ぼうとしなくて、一人で同じ遊びをしていることが多い。また音にも敏感で高い音や大きい音に耳をふさいだりすることもあるという。以前は育て方や母子関係等が問題にされたこともあるが、現在では脳内の神経伝達機能や脳の一部の未熟性、機能異常があるのではないかと考えられている。アスペルガー障害もこの連続性の中に含まれている。

治療としてはコミュニケーションスキルをのばすこと、他人の気持ちをイメージできる能力を育てること、適応力を育てて本人の自立を支援することを目標にしている。特に自閉症スペクトラム障害では、医師、臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士等による総合的な療育が必要であるといわれている。

自閉症スペクトラム障害という情報を保育者や保護者と共有し医師の指導を具体化するために診断のための検査で使用しているPARS（広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度）の内容を取り入れて作成した「自閉症スペクトラ

資料2 自閉症スペクトラム障害をとらえるためのチェックリスト

※ 評価 ○ない △時々ある ●よくある

項目	評価
社会性	
・視線が合いにくい	
・声をかけても反応しない	
・ジェスチャー等で意志を伝えようとししない	
・甘えてこない	
・周りの人に関心を示さない	
・抱っこを嫌がる	
・友達関係を作れない	
・気に入った友達の側ばかりに行く	
・協力して遊ぶことができない	
・ごっこ遊びができない	
・見立て遊びができない	
・集団に入らず一人遊びが多い	
・人が困惑するようなことを平気でする	
コミュニケーション	
・しゃべらない	
・名前を呼ばれても振り向かない	
・表情が乏しい	
・オウム返して話す	
・自分の気持ちを表現しない	
・普通に挨拶することができない	
・聞かれたことに答えられない	
・話をするが会話が成り立たない	
・単調な独特な声で話すことがある	
・相手や場に合わせた話し方ができない	
・CMなどをそのままの言葉で繰り返し言う	
・抑揚をつけて話すことができない	
・助詞をうまく使って話せない	
想像力	
・同じ遊びを繰り返す	
・特定の物や考えへのこだわりが強い	
・ビデオの特定場面を繰り返し見る	
・人が興味を持たないことに異常な関心を示す	
・相手の気持ちを思いやれない	
・自分だけの空想の世界で遊ぶ	
・ページめくりや紙破りなどをくり返す	
・特定の分野のことをよく知っている	
・環境や習慣等の変更に抵抗を示す	
・昨日、今日、明日などの時間がわからない	
・とても得意なものがある	
・極端に苦手なものがある	
・自分なりの手順や日課に強くこだわる	
その他特異な行動	
・感覚遊びに没頭する	

ム障害をとらえるためのチェックリスト」^{注5)}を使って、どのような症状があるかということに関係者で確認し合いながら療育に繋げている。現在使っているチェックリストが資料2である。

③アスペルガー障害

アスペルガー障害は、自閉症スペクトラム障害の一つのタイプである。他の自閉性障害と異なり表面的には言葉の遅れが見られず、むしろよくしゃべるが一方向的なしゃべり方をする。

知的発達の遅れがほとんど見られず、むしろ知能指数が高い子もいるという。そのため、障害があることに気付くのが遅れる場合が多い。

他人の気持ちを理解したり、共感することができず、ルールを守れない、集団行動が苦手等コミュニケーションや社会性に問題を持っていることが多い。そのために周りから変わった子とか自分勝手な子と誤解されやすく、いじめの対象になってしまうこともあるという。

興味の対象が狭く、普通の子があまり関心を示さないようなことに夢中になったり、自分なりの考えややり方にこだわり、いったんやると決めたらとことんやったりするというところもある。何か特定のものを詳しく覚えたり、特定のことに才能を発揮したりすることもある。逆に不器用な子も多く、手と足を同時に動かすような運動は苦手である。このような子の場合、医師の指導のもと臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士等による生活環境の整備や訓練も必要になる。

④注意欠陥多動性障害（ADHD）

注意欠陥多動性障害というのは以前は「微細脳機能障害（M.B.D）」と呼ばれていた。障害の特性としては、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力や衝動性、多動性を特徴とする行動の障害で、社会的な活動や学業の機能に支障をきたすもので、中枢神経系に何らかの要因による機能不全があると推定されるという。しかしながら、この子どもたちには知的な障害や自閉性障害等が認められず、脳の神経生理学的な状態で、ドーパミンやセロトニン、ノルアドレナリン等の脳内神経伝達物質が何らかの理由で正常に必要な量を分泌、伝達、循環されないために脳内の認識機能、注意力、集中力が低下するといわれている。

・手をひらひらさせる等常動行動がある	
・極端な偏食がある	
・くるくる回るものを見るのが好きである	
・抱っこされるのをいやがる	
・玩具や積木を並べる遊びに没頭する	
・限られた物以外は受け付けない	
・パニックを起こす	
・自傷行為や他傷行為がある	
・長く爪先立ちをする	
・独特な姿勢をする	
・動作がぎこちなく不器用である	
・音・匂い・色・味・触に対して敏感すぎる	
・独特な上目付きをする	
・飛び跳ねながらくるくる回る	

資料3 注意欠陥多動性障害をとらえるためのチェックリスト
※ 評価 ○ない △時々ある ●よくある

項目	評価
注意性	
・注意を払えない	
・注意を集中できない	
・よくものにぶつかる	
・追視ができない	
・話す人を見て話を聞けない	
・同じことを失敗してよく注意をされる	
・ものごとに集中することができない	
・1つのことが終わらないうちに別のことをはじめる	
・気が散りやすい	
・指示を理解して従うことができない	
・片づけができない	
・物を置いた所をすぐに忘れる	
・持ち物をよくなくす	
・探し物を見つけれられない	
・よく物忘れをする	

最近の画像診断の発達により、前頭葉の前頭野と呼ばれる部分の機能が低下していることが観察されているということである。具体的な症状としては、下に示しているように不注意性優勢型、多動・衝動性優勢型とその混合型があり不適応行動を伴うことが多いといわれている。

3歳過ぎから症状がはっきりしてくるが、幼児期ではすぐ迷子になる、人見知りしない、自分勝手な行動をする、絵本を読んでもじっくり聞くことができない等の症状が見られる。幼児期から学童期では落ち着きが無くじっとしてられない。特になれない場所や刺激の多い場所で興奮して走り回る、我慢ができない、順番が待てない、友達の玩具を黙って取り上げる、衝動的な行動をしがちでパニックになりやすい、叱られるとすぐ切れる、注意力が無い、スポーツも苦手でバランス感覚が悪い等、多動性、衝動性、注意力のなさ等の症状が見られるのが特徴という。

医師の判断で治療に薬を使うこともあるが、臨床心理士や言語聴覚士、作業療法士による作業や遊びを取り入れた療育で意欲や自信を持たせるようにしている。また、サポーターとしての保護者に対してはペアレントトレーニング等の療育も必要になるという。

注意欠陥多動性障害（ADHD）という情報を保育者や保護者と共有して医師の指導を具体化するために「注意欠陥多動性障害をとらえるためのチェックリスト」^{注6)}を使って、どのような症状があるかということに関係者で確認し合いながら療育に繋げている。現在使っているチェックリストが資料3である。

○不注意性

一つの事柄に注意が集中できなくて気が散りやすい、いつもそわそわしている。また、持ち物をよくなくしたり、保育者の話を聞いていないことが多いという。

○多動性

多動性の特徴としては、じっと座っていることができず、身体が大きく動く多動性と、いつも上体のどこかがそわそわと動いている多活動性という2つのタイプがあると言われている。注意しても席を離れ座っていても手足を動かしていることが多いようである。

多動性	
・じっと座っていることができない	
・いつも体を動かしている	
・そわそわして落ち着きがない	
・席に座っていても手足を動かしている	
・部屋からふらふら出ていく	
・異常にはしゃぐ	
・異常に興奮する	
・平気で高い所に登る	
・平気で高い所から跳び降りる	
・話を最後まで聞けず途中で答える	
・反則をしてでも勝とうとする	
・人の遊びを邪魔する	
衝動性	
・突然飛び出す	
・突然物を投げる	
・気に入らないと暴力を振るう	
・我慢ができにくく我を通す	
・順番を待てず自分が先に行く	
・まわりを見ないで道路にとび出す	
・急に走り出す	
・危険な行動をする	
・周りがある物をあたりかまわず投げる	
・いつも一番になりたがる	
・譲り合いながら遊べない	
・人の話が終わる前にしゃべり出す	
・列に並んで順番を待つことができない	
・急に部屋から飛び出していったりする	

○衝動性

衝動性の特徴としては、順番が待てない、おしゃべりが抑えられなかったりよく考えないで行動してしまい事故に遭いやすいという衝動性と些細なことで興奮してしまうというような易興奮性があるという2つのタイプがあると言われている。周りから見ると我慢ができにくいので、友だちの遊びを邪魔するよう見られてしまうようである。

⑤学習障害（LD）

学習障害（LD）というのは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないのに聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する等、ある特定の学習能力だけが著しく劣っている。文部科学省の定義では「基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指す」としている。例えば他の子達と比べて、「聞きかえしが多い」「ことばがスムーズに出にくい」「文字や数字に関心を示さない」「絵が描けない」「不器用で体のバランス感覚が極端に悪い」等のような行動がみられる。

国語では文字の形が区別できない、正確に文字を読んだり字を書いたりできない等が見られる。

算数では簡単な足し算ができない、九九が覚えられない等が見られる。不器用な子が多く協調運動が苦手である。対人関係や集団行動にも問題があることがあり前述の注意欠陥多動性障害（ADHD）を合併していることもある。

心理検査を行いどの様な問題があるかを探り、その結果や保育・教育現場の観察により個別に得意な分野を伸ばしていく等の臨床心理士や言語聴覚士、作業療法士によるサポートも必要になることがあるという。

学習障害（LD）という情報を保育者や保護者と共有するための医師の指導を具体化するために「幼児期の学習障害にかかわるチェックリスト」^{注7)}を使って、どのような状態であるかということに関係者で確認し合いながら療育に繋げている。現在使っているチェックリストが資料4である。

（2）脳性麻痺

脳性麻痺とは、筋肉の動きをつかさどる脳に受けた損傷が原因で起こる症状の総称である。

資料4 幼児期の学習障害にかかわる適応の状態

※ 評価 ○ない △時々ある ●よくある

項目	評価
簡単な単語の意味を取り違える	
指示に従うことができず、戸惑う	
聞きかえしが多い	
聞き違いが多く聞いたことを覚えられない	
ちょっとした雑音でも注意がそれる	
ことばがスムーズに出にくい	
友達との話し合いについていけない	
相手が聞いてわかるように話せない	
特定の音節の発音ができない	
助詞をうまく使って話せない	
経験したことをうまく話せない	
年齢不相応な幼児語を使う	
自分の意見を的確な言葉で表せない	
文字や数字に関心を示さない	
文字の弁別ができない	
形の弁別ができない	
簡単な折り紙もできない	
枠に入れて形や字を書けずはみ出す	
指示した物を指で押さえることができない	
物を並べるときに間違いが多い	
絵が描けない	
継ぎ足（タンデム歩行）で歩けない	
極端に不器用で体のバランス感覚が悪い	
協調運動が苦手である	

いったん受けた脳の損傷は、症状が子どもの成長や成熟によって変化することがあっても、それ以上悪化することはないといわれている。脳の非運動野も影響を受けている場合があるため、精神遅滞、行動障害、てんかん等の合併が見られることもある。

脳性麻痺はそれ自体を治癒してなくすことは難しいが、子どもの可動性や自立を向上させるために、薬物治療や理学療法士・作業療法士を中心にした歩行訓練等のリハビリテーションとして医療・療育でできることは多くあり、特に早期に診断し、早期に療育を始めて支援すると効果があがるといわれている。

（3）重度精神運動発達遅滞

精神遅滞のなかでも、IQがおおよそ35以下の場合を、重度精神遅滞という。また、20以下を最重度精神遅滞という。大部分に身体合併症、てんかん等の合併症が見られる。一人で座ることができない等の重度の身体障害を合わせ持った子どもを重症心身障害児といい、日常生活介助が必要となる。

特に障害が重く、また複雑な場合は、家庭での支援が困難になる場合もあり、子どもへの医療・療育の支援とともに家族への支援が重要となるので看護師や理学療法士・作業療法士とともにきめ細かな対応を考える必要があるため、できるだけ早く療育を始めることが望まれる。

（4）発達遅滞を伴う症候群

①ダウン症候群

最も有名な常染色体異常による病気である。1000人に1人の割合で生れるという。原因は常染色体の21番目が3本ある事である。症状としては目と目の間が離れ、鼻が低く、つり上がった目といった特有の顔立ちをしている。また身長は低く、筋肉も弛緩している。内臓の形態異常が見られたりする場合もあり、約半数に先天性心疾患の合併があるといわれている。発達面にも遅れがみられ、症状や発達の度合いに合わせた療育をすることによって本人の能力を高め、園・学校や社会生活に適應するようになっていくことを療育の目標としているという。対応としては、知的障害（MR）とほぼ同じことを行っている。

②結節性硬化症

染色体の9番目と16番目に結節性硬化症をおこす遺伝子があることが分かっている。症状としては全身に過誤腫と呼ばれる良性の腫瘍ができる病気である。この病気は全身疾患なのでいろんなところにいろんな症状が認められる。症状の出方も人それぞれによって違いがある。他の症状では約80%の人に痙攣発作が認められるという。また心臓や目に異常を起こすこともあるので専門医に定期的に見てもらふ必要もある。治療は症状により違うが、発達遅滞に関してはリハビリテーションが必要になるので専門医に相談しながらできるだけ早期に療育に繋ぐことが望ましい。

③レット症候群

X染色体の中の遺伝子異常が原因といわれている。女の子だけが発症する病気である。生後半年から一年半ぐらいまでは正常発達するが、20歳以前にそれまで身につけていた言葉や動作が

ゆっくりと消失していくとともに脳の成長がとまって小頭症になり、手をもむ常同運動や各種の神経症状を生じ症状は人によって様々である。

この病気の特徴として両手を常に握り合わせたり、たたいたり、口に入れたりする等の独特の動作が見られる。根本的な治療法は見つかっていないが、早期に発見して療育に繋ぎ、症状に合わせて投薬やリハビリテーション等を行っていくことが必要であるという。

(5) てんかん

てんかんとは脳の一部の神経細胞が異常な興奮を起こし、自分の予期しない時に、完全または部分的に意識を失って、痙攣を起こし四肢が硬直したりがくがくしたりして体をコントロールできなくなることをいう。1000人に8～10人程度の人が発症するという。発作は無意識のうちに起こる意識消失のことで、発作の原因は脳の神経細胞の異常放電といわれている。異常放電によって異常な動き、異常感覚をもたらすのである。発作には神経細胞の異常興奮が脳の局所から生じる部分発作と神経細胞の異常興奮が最初から両側の大脳半球で生じる全般発作の二つに大きく分けられる。全般発作にはいくつか発作の種類があるが最もよく見られるのが強直間代発作といわれている。

発作が始まると同時に意識がなくなり、全身を硬直させる強直発作が起り、直後がくがくと全身が痙攣する間代発作が起こる。また5～30秒ほどの非常に短い間意識が途切れ、意識が戻ると直前までやっていたことをすぐに再開できるのが特徴の欠神発作や四肢が一瞬のうちに電撃的にびくつくミオクローヌス性発作、全身の力が瞬時になくなって崩れるように倒れる脱力発作等がある。部分発作も刺激される部位によって様々な症状が出る単純部分発作と発作中のことを記憶していない複雑部分発作がある。治療としては、症状にあった抗てんかん薬等を飲んで発作をコントロールしていくという。発作の誘因因子としては睡眠不足、ストレス、感染、アルコール等がある。きちんと薬を飲むことや規則正しい生活を心がけると発作を防ぐことができるという。

また子どもの痙攣の中で、最もよく聞くものに熱性痙攣がある。日本人には多く7～9%の発症といわれている。熱性痙攣は生後半年から5歳の間に良く起こるといい、良性のもので3歳までに起こすのが圧倒的に多いという。38℃以上の発熱があり、90%以上は発熱が始まってから24時間以内に起こすといわれている。殆どは1回だけであるが、2回以上起こした場合は予防のために薬を使う場合もあるという。このような病気に対しても療育施設では、保護者の対応の仕方について細かく指導を行っているということである。

(6) 発達性言語障害、構音障害、選択性緘黙症等

1歳半健診や3歳時健診で言葉の遅れに気付くことが多いという。言葉の発達には言葉を理解することと言葉を話す事の二つの側面がある。言葉を話すには言語を理解して言語が貯蓄された後話し言葉として表出するという順番になっている。話し言葉がうまく出ていなくても、言葉が理解できているのか、アイコンタクトや指差しでコミュニケーションが取れているか等が重要になってくる。子どもの成長に伴って言語は獲得されてくるが、精神発達や言語環境等も影響され

る。言葉の遅れには様々な原因があるといわれているがその原因については、まず聴力障害がないかの確認が必要である。聞こえが悪ければ単語が出る時期も遅くなるからである。難聴が疑われるときは詳しい検査を受ける必要がある。難聴がなければ対人関係やコミュニケーションがとれているかが重要になってくる。視線が合わない等コミュニケーションが上手にとれない場合は自閉症スペクトラム障害の可能性も考えられる。それ以外に原因として考えられるものは精神発達の遅れや不適切な言語環境、音を作り出す構音器官の器質的疾患、家等ではよくしゃべるのにある特定の場や状況等で話せない選択性緘黙症がある。

また音を作り出す構音器官の器質的疾患等はないけれどカ行音がタ行音になる、サ行音がタ行音になる等、違う音になっていることを機能性構音障害というが、これらは正しい音の出し方を学ぶことで改善される。そのためにもできるだけ早く療育施設と連携することが望ましい。

Ⅲ 通所施設における支援の実際

1 重度身障児の通所支援の実際

(1) 重症児通園施設の概要について

1975年頃から重症児は施設に入所するよりは、在宅の志向が強くなっている。特に1979年の学校教育における「都道府県の養護学校義務設置と親権者に対する就学義務」の実施は、各種の児童福祉施設の入所が激減し、障害児の在宅志向を強める結果となった。

国は平成元年度から全国5ヶ所（北海道、新潟県、横浜市、岡山県、福岡県）の重症児施設に通園事業を付設し、モデル事業が開始されるようになった。この事業は、通園バスによる送迎を前提とし、1日標準定員15人とした。しかし、人数が集まりにくい中小都市において、できるだけ身近で通える施設をとという要望に沿って、平成5年から1日5人の小規模通園モデル事業が開始された。通園事業は、幼児期の早期療育の場として重要な役割を持っており、保護者の障害受容に向けた取り組みとしても大きな意義があり、生きがいつくり、機能低下の防止、健康管理、家族の介護負担の軽減等にも一定の役割を果たしている。

(2) 重度身障児の療育内容

通所施設においては、登園すると併設の診療所の小児科医と看護師が、診察と検温を行い、体調を見極め、一日通所施設で過ごせるかどうかを判断し、必要な場合は薬を処方する等の処置も含めて支援を行っている。

療育活動としては、健康に留意しながら自分の世界を広げられるように音楽に合わせて体を動かしながら歌ったり、横になって姿勢を保持したり、全身をマッサージすることでリラクゼーションを図ったりしている。また、快反応や笑顔を引き出すために時には激しく体を動かしたり、刺激を与えたりしている。声掛けは、一人一人の子どもに合わせて行い、それぞれに応じた反応を引き出している。給食は、個々に指導員がつき、マンツーマンの状態で摂食・嚥下や口腔ケアまで歯科医の指導のもとで行っている。

午後の活動は、落ち着いて過ごせるように音楽鑑賞したり、紙芝居等を中心にくつろいだりす

る活動を取り入れたりしている。また、この他にも発作や発熱等の体調管理とともに吸引や胃瘻等を医師、看護師の指導のもとで行っている。さらに、子どもの機能の維持・向上を目的として各種の訓練も行い、バギーや横になった時の姿勢等に負担がかからないようにしている。

一方、保護者支援として、就学前の子どもには母子通園を行っている。しかし、仕事がある場合は、保護者のレスパイトも兼ねて単独通園で受け入れることができるようになっている。その他に急用や兄弟児の体調が悪いとき等も単独での受け入れを行い、保護者自身のストレスや負担を軽減するように配慮している。

2 知的障害児の通所支援の実際

(1) 知的障害児の通園施設

近年、知的障害や発達障害、発達の遅れやアンバランス、特性等によって生活上の困難がある子どもが、早期に気づかれるようになってきた。また、療育的な支援を適切な時期に受けることで、遅れがあっても能力を十分に発揮して、社会生活に適応できることがわかってきた。

知的障害児通園施設は、家庭で養育される義務教育前の知的障害児（都道府県によっては、発達障害児等、通園が望ましいと判断された場合も含む）が、地域での生活を見通して、障害の特性に応じた療育を受けることができる専門施設として平成13年に設立された。

(2) 知的障害児通所施設の療育について

福祉施設である知的障害児通所施設には、大分こども発達支援センターのように医療機関としての「療育センター」が併設されている場合がある。ここでは、子どもは日常的な集団での生活体験を通して、楽しみながら知的障害児通所施設に通って、保育・教育を基盤とした治療的な支援を受けることができる。さらに医師の診察や心理面接、心理療法、訓練等を併用することもできる。具体的には、子どもに個別の療育計画を策定して、「一人一人のこどもが、生き生きと心豊かに生活し、持っている力を十分に伸ばして、将来に向かって羽ばたいていくこと」を目指して、情緒の安定を基礎に基本的な生活習慣やコミュニケーション能力、社会性が身につくように日々の支援を行っている。

入所のきっかけとしては、病院の小児科、保健センター、県や市の相談センターからの紹介が主である。最近では、地域の保育所や幼稚園の保育者の施設での研修の機会が増えるとともに園からの紹介が増えてきているのも特徴である。

IV 医療・療育現場における検査や訓練・治療の実際

1 心理士による対応

(1) 子どもの総合的理解のための心理検査

心理士の対応としては医師が心理検査の必要を認めた時に、子どもの心理検査を実施している。そして、その心理検査の結果を文章化して、関係職員が共有できる資料を作成し、これからの子どもの支援方針を医師とともに考えていくのである。心理検査は、子どもの知的な面、社会

生活的な面、情緒的な面を理解するために行うが、検査結果は、検査を行った時の子どもの心理状況とかなり深く関連するので、心理士はそれらを十分に理解した上で心理検査の結果をまとめていくようにしている。

心理検査を行う手順としては、まず医師から心理検査の依頼を受けて、心理士は子どもとともに保護者とも面談する。心理士の自己紹介の後、心理検査の実施について説明を行い了承を得てから、心理検査室に案内する。心理検査の種類によっては、保護者の聞き取りの形で実施するものと、子どもが検査者と一対一で個別の検査に取り組む形のものがある。

心理検査には知能検査、発達検査、人格検査等があるが、子どもの年齢や発達段階により、医師が指示して次に示したような検査を心理士が実施するようになっている。

<知能検査>…個別検査

- ・WISC-Ⅲ知能検査（対象年齢：5歳0ヶ月～16歳11ヶ月）
- ・WPPSI知能診断検査（対象年齢：3歳10ヶ月～7歳1ヶ月）
- ・田中・ビネー式知能検査V（対象年齢：2歳0ヶ月～成人）

<発達検査>…聞き取り検査

- ・乳幼児精神発達質問紙（対象年齢：乳幼児～7歳）

<人格検査>…個別検査

- ・描画テスト（HTPPテスト・バウムテスト）
- ・SCT文章完成法
- ・Y-G性格検査
- ・PFスタディ

<その他>…聞き取り検査

- ・S-M社会生活能力検査（対象年齢：1歳～15歳）
- ・PARS（広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度）（対象年齢：3歳～成人）等

心理士は、心理検査の終了後、検査結果を説明する日時の手配を行い、結果説明は医師から直接保護者に行っている。また、保護者の希望があれば、検査を実施した心理士が補足説明を行う場合もある。心理検査の結果を伝えるために心理士は子どもの主訴が生じている要因を推測し、保護者が理解できるように説明を準備し、2週間～1ヶ月以内で保護者に伝えられるようにしている。結果説明の時に、医師より今後の方針についても提案するようになっている。方針については、具体的に、リハビリテーション（理学療法、作業療法、言語療法）、心理療法、要経過観察、さらには他機関への相談等の勧めがある。

（2）心理療法の実際

心理士のもう一つの重要な仕事に心理療法がある。心理療法とは、一般的に成人に行うカウンセリングや面接とほぼ同じようなことであるが、幼児には遊戯面接を実践している。遊戯面接とは、遊戯面接室という日常と切り離された場所で、ことばを媒介に遊びながら行う心理療法である。心理療法は、子どもの中に隠されている問題を明確にし、その消失を子どもと心理療法士が

共に目標にしながら、ことばでのやりとりを通して協力しながら行っていくものである。

面接は、週1回～月1回等様々であるが主な問題やその症状の程度によって医師が頻度の指示を出すようにしている。面接時間は45～50分であり、決められた曜日の決められた時間に定期的に来所して行っている。子どもの担当心理士は、原則変わることなく面接を行っている。

心理士は、心理検査の結果を基に、子どもや保護者の話をよく聞き、またある時は子どもとともに遊ぶことで、子どもの当面している心身症や異常行動等の問題の背景にある心理的要因について仮説を立てながら関わって行く。話を聴くだけでなく、子どもが気づいていない本人の気持ちや対人関係の特徴等をことばにして伝えていく。面接を終結する期間は、事例ごとに異なるが、おおよそ半年から1年半ぐらいで終結することが多いようである。

2 作業療法による対応

(1) 作業療法の必要性

作業療法とは、日本作業療法協会の定義によると、「身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す『作業活動』を用いて、治療、指導及び援助を行うこと」^{注8)}とされている。ここでいう「作業活動」とは、日常生活の諸活動や仕事、遊び等人間に関わる全ての諸活動と呼び、治療や援助もしくは指導の手段ともなっている。例えば身体運動、仕事、学習、絵画・手工芸等の芸術活動等がある。特に療育においては遊びを通して、苦手とする手先や粗大運動等の動作を基礎から学ぶ手助けを行っている。その獲得した動作を発展させ、食事、更衣、排泄、入浴等の日常生活動作の基礎となる手指動作の向上へとつなげていくのである。

作業療法の対象としては、児童施設においては脳性まひ、精神発達遅滞、自閉症、学習障害等発達期に障害のある子どもが多い。ここで対象となるのは、手先の不器用、左右・前後・上下等の空間把握の困難さ、運動のぎこちなさ、姿勢の悪さ、落ち着きのなさ、高い場所や不安定な場所への恐怖、苦手な感触や音等の感覚の受け取り方の偏り、玩具を握る、つまむ、放す動きの困難さ等がある子どもが考えられる。

作業療法の目的としては運動機能・精神機能の基本能力、食事やトイレ等、生活活動の応用能力、地域活動への参加・就学の準備等の社会生活適応能力の3つの能力を維持・改善するためである。また、人的・物理的環境の調整、社会資源や諸制度の活用を促したりもする。これらは「作業活動」を媒介として行われ、その人らしい生活の獲得が目標となる。

(2) 作業療法の実際

作業療法では上肢機能、粗大運動、日常生活動作に分けて、主に1歳～6歳までの子どもの正常発達を基に作成した正常発達表を用いた検査や検査結果に基づいた訓練を行っている。

上肢機能については、手を伸ばす、握る、つまむ、離す、はさみを使う、粘土で形を作る等の操作がある。これらの機能には、目と手の協応や両手の協調等が深く関係している。ここでは、子どもの興味・関心のある好きな遊びを通して、手先の不器用さの改善や道具操作等の機能の獲

得を目指している。

物を掴む事が苦手な子どもには、ブロックを棒に挿す、トンカチを握って叩く等の遊びの中に基礎となる握り・離しの動作を取り入れていき、その中で握ったり離したりする動作の発達を促していくのである。

粗大運動については、階段の昇り降りや障害物を乗り越える等の運動を行い、ボールを投げる・蹴る、縄跳びをする、三輪車に乗る等の手足を動かす運動、それに伴う重心の移動や力のコントロール等の運動も行っている。ここでは、投げる・蹴る、跳ぶ、押す・引く等の運動に関して、子どもの状況を把握し、その子に合った方法や遊びを用いて子どもの苦手な運動を経験する機会を提供している。また、家庭や園で苦手な運動を取り入れた遊び等に取り組む際に必要なアドバイスすることもある。

感覚運動遊びでは、感覚刺激を大切にしたい遊びを行っている。その中の前庭覚は、バランス感覚ともいわれ、体の傾きや動き、運動の速さの変化等を知る感覚であり、すべり台からすべる時や、ブランコで揺れる時に感じるものである。スクーターボード、ハンモック、空中ブランコ、スイング（ボルスター、フレキサー、プラットホーム等）が前庭覚の刺激が得られるといわれているので、訓練の中ではそれらを取り入れた遊びを行っている。前庭覚は体のバランス、目の使い方、筋の張り、脳の覚醒等に関連しているといわれている。

固有覚は運動覚ともいわれ、筋肉や関節等にあるといわれており、手足の位置や体の動きを知る感覚である。体を動かすことで必ず入ってくる感覚である。ぶら下がる・引く・押す等、力を入れて体を動かすことで強い固有覚の刺激が得られる。綱引き、トランポリン、空中ブランコのぶら下がり、平均台、ジャングルジム、重い荷物を持つ、スロープで遊ぶとき等にも固有覚が得られる。固有覚は、体の各部分をスムーズに動かし、同じ姿勢を保つこと等に関連しているといわれている。

触覚は触る・触られる時に感じる感覚である。触ることで何かを弁別したり、危険を知ったりする感覚で、情緒の発達にも関連しているといわれている。

感覚統合訓練における内容としては、子どもの必要としている感覚や過敏な感覚を理解しながら、必要な感覚を満たしたり、過敏を軽減したりすることを目的に行っている。主に全身を使った感覚遊びや机上での課題を行い、必要に応じて日常生活に適応しやすいように、家庭や園で取り組める遊びや環境設定等を提案している。

3 言語療法による対応

(1) 言語療法の必要性

言語訓練を行う言語聴覚士とは、言語聴覚士法で「厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者」と定められた国家資格である。

言語聴覚障害には聞こえに問題があるといわれる聴覚障害がある。生まれつきの聴覚障害とともに病気やけがによって聞こえが悪くなる場合もあり、相手の話が聞こえにくだけでなく、自分の話し声も聞き取れないため発音や声の大きさ等が不自然になってしまうのである。また、聞こえないことによってことばの学習にも影響を受けることがある。

言語機能の障害は「うまく話せない」「話を理解することが出来ない」「記憶することが出来ない」等というようなものである。生まれつきの言語発達障害や病気やけがによって引き起こされる失語症、高次脳機能障害等があり、日常生活に困難が生じたりする。

話しことばの障害では「大きな声が出ない」「声がかすれる」「発音を誤る」等といった、音声障害や構音障害がある。声や発音に障害があると話し相手に聞き取りづらくコミュニケーションに影響を及ぼすことが多いようである。

食べることの障害には「上手にかめない」「飲み込めない」等で摂食・嚥下障害と言われるものがある。うまく飲み込めずに窒息を起こす危険性や肺に食べ物が入って肺炎を起こす等、命の危険をとまなうこともある。また、免疫力の低下や食べる楽しみを失うといった影響もある。

言語聴覚士は、このような障害の改善克服を助けるために検査、訓練、指導、援助を行い、よりよい日常生活が送れるように支援している。また、必要によっては医師や歯科医師の指示のもとで嚥下訓練や人工内耳の調整等も行っている。

(2) 言語療法の実際

言語治療においては、まず医師から言語訓練開始の指示を受け、子どもの発達実態を把握するために必要な検査を実施する。また、待合室や遊戯室での様子を観察したり、家族から家庭での様子を聞くことで、子どもの発達レベルを確認していく。検査実施後、子どもの得意な面や苦しい面等を把握し、訓練の目標及び内容を設定し、家族に検査結果についての説明を行っている。このような検査結果を基にその子に合った訓練計画の立案および実施として長期目標（約1年）および短期目標（約3～6か月）を考えている。家族や保育所、幼稚園から情報提供書作成の依頼があった際には、保護者を通して検査結果や子どもの現状、訓練内容、子どもの支援方法、訓練経過等を記載した情報を提供している。

訓練の教材は市販のものを使用することもあるが市販の教材では対応出来ない時や子どもの興味のある素材を用いたい時には、一人一人子どもに合った教材を作成していくようにしている。

言語発達の遅れ（理解すること・話すことの障害）に対しては、名詞や動詞等の単語や2語文および3語文を理解すること、話すこと、会話することが実際の年齢より遅れていることが多いので、その発達に合わせて対応するようにしている。場面に不適切な行動や発言をしてしまったり、ことばの意味を誤って捉えてしまったり、話題が次々と変わってしまったりする場合には生活になじみのある場面を活用してソーシャルスキルトレーニングを行っている。

また、実際の会話の中で誤って発音している構音障害（発音の障害）に対しては、不明瞭で聞き取り難い発音の仕方の改善を行っている。

次に、難聴（聞こえの障害）に対しては、話しかけても振り向かない、いつも声が大きい、テ

レビを大音量で聞く等、耳鼻科で聞こえが悪いと言われ周囲の音や人の声が聞こえにくいという状態なので補聴器を活用する等聞こえを補うような支援を行っている。

さらに、「りんご」が「り・り・り・り・りんご」と同じことばを繰り返したり（連発性吃音）、はじめの音をのばしたり（伸発性吃音）、ことばがつかえて出なくなったりする（難発性吃音）等の症状の出てくる吃音に対しては、緊張すると症状が出るが多くなるので、リラックスできるような対応を行っている。

言語障害とは別に、摂食・嚥下障害に対しても、食べることや飲むことに困難が見られることが多いので、食べ物の飲み方や食べ方等について基本的なことを教えている。

一方、施設支援として子どもが実際に通っている地域の保育所、幼稚園および学校へ出向き、普段の子どもの様子を観察し、保育者や教師との情報交換等を行い子どもがより良い環境で過ごせるように連携を図って支援をしている。

4 理学療法による対応

（1）理学療法の必要性

理学療法においては病気、けが、障害等によって運動機能が低下した状態にある子どもに対し、運動機能の維持・改善を目的に運動、温熱、電気、水、光線等の物理的手段を用いて訓練や治療が行われる。「理学療法士及び作業療法士法」第2条には、「身体に障害のある者に対し、基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気療法、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう」と定義されている。

理学療法は、運動発達を促進するために、手・足・胴の大きな運動つまり、立つことも含めて、立つまでに乳児が行う手足を動かす、腹這いになる、這う、這って越える等の運動を援助するために重要な役割を持った支援である。また歩行完成以後の乳児の運動については、主として機能練習遊びや戸外遊び等が重要な意味を持っている。

（2）理学療法の実際

療育施設では、障害や発達に遅れのある子どもの運動機能から生活全般にわたる支援を理学療法として行っている。また個々の子どもの発達に即した助言や抱き方、遊び方、歩き方、眠る姿勢、食事の方法等の指導も行っている。さらに、車椅子や座位保持装置、補装具等も必要に応じて製作している。一方、重度障害のために来所出来ない子どもたちには、家庭を訪問してそれぞれの子どものに必要な理学療法を行っている。

運動発達の遅れを医者から指摘されたり、保健所から紹介されたりした6か月から1歳ぐらいの子どもには、理学療法が開始されるが、その子どもには「おすわりをしない」「ハイハイをしない」等の特徴がある。つまり、ハイハイせずに座ったまま移動してしまう子どもたちである。このような純粋な運動の遅れの場合、ほとんどの子どもは低緊張（体が柔らかい）で、体の動かし方を知らなかったり、知っていても不十分な場合が多い。そこで、子どもの現在の様子を評価し、遊び方、抱っここの仕方、気を付けること等家庭での関わり方を保護者に説明し、経過を見な

がら、支援していくようにしている。

理学療法の進め方は、このように子どもの年齢に左右されるので、乳児には微笑みかけ、まず理学療法士を受け入れてくれる体勢を作るようにする。一方、幼児は見知らぬ理学療法士に母親から引き離されて抱かれたり、動かされたりするのを嫌がるので、慣れるまでは母親の膝に抱かれた状態で活動を行ったりしている。

療育に携わる理学療法士は、子どもと遊ぶ技術と創造力をもっており、子どもが喜ぶような適切な遊び活動を展開し、簡単すぎて退屈させたり、能力を超えるほど難しい内容になって困惑させたりしないようにしている。

障害の重い子どもの治療では、成功感や成就経験を得ることが大変重要なことになるので、毎日の生活場面や遊びや活動で失敗しないで成功できるように様々な工夫をしている。理学療法士は、子ども自身が認識でき、たとえわずかな程度であっても達成できたと感じられるように活動をつねに修正して子どもに充実感を味わえるようにし、理学療法は常に楽しい場面であり、「理学療法士といればいつでも成功経験を得ることができる」と認識してもらうようにしている。

そのような面からいえば、理学療法技術というのは、理学療法士が加える刺激の方法というよりは、その刺激に対する重症児の反応によって修正、決定していく技術ともいえる。子どもに何かをしてその反応を引き出すだけでなく、「子どもがこのようにした時には、理学療法士はどのように反応したらよいか」という相互作用の観点で、治療を進めていくようにしている。

「ごく当たり前の日常生活」の中に、姿勢・運動制御、感覚、理解、意思疎通、聴覚、視覚、手の使用の要素があり、この「ごく当たり前の日常生活」を実現できるように支援することを子どもたちに対する理学療法の目的にしている。

おわりに

本研究においてはこれまで、障害や発達のみずきのある子の支援としては家庭や保育所・幼稚園だけではどうしても限界のあった医療・療育について、臨床の現場に入ってその内容を明らかにし、保育現場と結びつけた支援の方法を探ることができた。

医療・療育については、当然のことながら保育現場でそれに直接関わることはできないが、実際の子どもたちの当面しているさまざまな問題を解決していくためには、医療・療育の現場も保育現場に対して強く連携を求めているということが分かった。

今回は、そのためのごく初歩的な課題として、「保育現場で保育に関わっている人たちにはこれだけは知っておいてほしい」という医療・療育現場からの情報を整理して提供することができたと思う。

医療・療育と保育現場とが連携した具体的な支援については、大分こども発達支援センターを利用している子どもたちの保育所や幼稚園を中心に、ここで紹介したような情報を相互に共有しながら支援している。そして、施設から保育現場への巡回指導や保育現場からの療育施設の見学等を相互の交流を重ねながら支援の事例を積みかさねているところである。

本研究を通して、大分こども発達支援センターをはじめ多くの医療・療育現場との交流の場が与えられ、そこで真摯に療育に取り組む子どもたちの現実に出会うことができ、医療・療育現場と保育現場との連携の必要性を改めて学ぶことができた。その中で、医療・療育現場でよくいわれる言葉として「医療できない患者はいても看護できない患者はいない」ということがあると聞いた。医療・療育現場としっかりとした連携ができれば、やがて「医療できない子どもはいても保育できない子どもはいない」という言葉が保育現場を信頼した医療現場の声として普通に交わされるようになるかもしれないという期待を持つことができるようになった。

今回お世話になった多くの医師、歯科医師、臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、看護師の方々が日々取り組んでいる医療・療育の内容を聞き取りながら何とか本質的なことをゆがめなくて簡潔にまとめて伝えようと努力したが、その内容があまりに広くそして深かったために偏ったまとめ方になってしまったのではないかと危惧している。いずれにしてもこれらの内容については、内容が多岐にわたるので現場で活用できるような「保育と療育をつなぐガイドブック」としてまとめていくことが必要であり現場からも求められているということがわかった。その実現については、後日を期したい。

最後に、本研究に対して絶大な支援と協力をいただいた大分こども発達支援センター加藤所長、勝谷次長、菊池朋子訓練課長兼相談室長をはじめ職員の皆様、キッドワールド保育園、鶴崎同光園、みんなの森認定子ども園等の教職員の皆様方に心よりお礼と感謝を申し上げたい。

注

- 1) 牧野桂一 「保育現場における気になる子どもの評価と保育支援のあり方」『筑紫女学園大学紀要第6号』2010 p. 1 - p.14
- 2) 牧野桂一 「保育現場における発達に障害やつまずきのある子どもの評価と支援」『筑紫女学園大学・短期大学部人間文化研究所年報第22号』2011 p.249 - p.266
- 3) 牧野桂一 「保育現場における子育て相談と保護者支援のあり方」『筑紫女学園大学紀要第7号』2011 p.179 - p.191
- 4) 牧野桂一 「保育現場における発達に障害やつまずきのある子どもの評価と支援」『筑紫女学園大学・短期大学部人間文化研究所年報第22号』2011 p.251 - p.252
- 5) 同上 p.253
- 6) 同上 p.255
- 7) 同上 p.256
- 8) 日本作業療法士協会 <http://www.jaot.or.jp/>

参考文献

- 遠城寺宗徳 遠城寺式乳幼児分析的発達検査法 慶應義塾大学出版会 1977
松尾 隆『脳性麻痺と整形外科』南江堂 1991
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION D S M - IV 医学書院 1995

江草安彦『重症心身障害療育マニュアル』医歯薬出版株式会社 1998
高橋三郎他訳『DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き新訂版』医学書院 2002
佐藤剛『作業治療学3発達障害』協同医書出版 2003
W.K.Frankenburg.M.D原著「DENVERⅡ-デンバー発達判定法-」社団法人日本小児保健協会 2003
伊勢田亮 他『障害のある幼児の保育・教育』明治図書 2003
立木考、市川銀一郎『聴覚検査の実際 改訂版2版』南山堂 2004
安藤忠『こどものためのAAC入門』協同医書出版社 2004
山下格『精神医学ハンドブック 第5版』日本評論社 2004
久保健彦『言語聴覚療法シリーズ16 AAC』建帛社 2005
廣瀬肇、石田宏代『言語発達障害 言語聴覚士テキスト』医歯薬出版 2005
岩崎清隆『発達障害と作業療法 実践編』三輪書店 2006
中井久夫・山口直彦『看護のための精神医学』医学書院 2006
牧野桂一・山田真理子『保育心理』樹心社 2007
佐藤和美『たのしくあそんで感覚統合』かもがわ出版 2008
梶谷喬・寺田喜平・小河晶子『改訂第2版医療保育』診断と治療社 2009
日本医療保育学会『医療保育テキスト』日本医療保育学会 2009
田村良子『作業療法学全書 改定第3版』協同医書出版社 2010
牧野桂一『子どもの発達とことば・かず』たちき書房 2010
牧野桂一「保育現場における子育て相談と保護者支援のあり方」『筑紫女学園大学紀要第7号』 2011
岩田力・近喰ふじ子『子どもの病気・理解と接しかた』医学出版社 2012

(まきの けいいち：人間形成専攻 教授)