

## 発達障害をもつ乳幼児とその家族に対する 通園施設の役割

—「通園施設における就学前教育(療育)の全国実態調査」より—

要 田 洋 江

### New Roles of Training Centers for Mentally Retarded Babies and Their Families: a Survey Report on Early Educational System in Japan

HIROE YOHDA

#### 問 題 提 起

従来、精神発達遅滞者の社会での位置づけは、異質なものを排除するという文化によって社会から拒否されるか、あるいは「保護」の名のもとに社会のおもて舞台からは隠されるかして、いずれにしても常に第二市民として位置づけられ、社会のいわゆる「お荷物」として扱われてきた。

このような社会のあり方は、精神発達遅滞者だけでなく、彼らをとりまく家族、親族に否定的な影響を与えない訳にはいかない。そして結果的に、新たに生を受けた精神発達遅滞児は、生育のための社会関係に障害を生じ、もともとの障害とは別の二次的の障害を獲得したり、あるいは発達を促されないままであることが多い。そのことがまた精神発達遅滞者に対する社会の偏見を助長していくというように、そこには社会の文化構造からくる悪循環をみとめることができる。

この悪循環に注目し、その原因を探るとともに、その悪循環を立ち切る運動がノーマリゼーションと言われるものである。この運動は、個人の内面にある意識の変革から、生活条件整備のための社会的制度要求実践まであらゆるレベルを含んでいるが、その主たる目的は、精神発達遅滞者が第一市民としての人格や権利を取り戻すことであり、換言すれば多くの健全者が通常享受している人生を障害者が経験することであり、さらにそのようにすることが社会全体にとっても有益であるとする価値観をもつ社会システムを創ることをめざしている。

中園康夫(1981)は、日本においてはノーマリゼーションの考え方がまだ定着していないと述べている。北欧で成熟してきたノーマリゼーションに共通する基本的視

点は、中國やW. G. ブロンストン(1976)の見解から、次の4点に集約することができるかと筆者は考える。

まず第一には、一般の人々が経験する特別でない普通の人生を経験するために、障害者がノーマルな生活を獲得すること、また第二には、障害者が年齢相応の行動ができる、あるいは扱いを受けるという、援助においてライフサイクルの視点を重視するということである。とかく精神発達遅滞者は「恐怖」の対象とされたり、「永遠の子どもたち」と捉えられてしまうことにより、ノーマルな生活から疎外され、偏見が助長されていた。

このような視点について研究者たちは具体的に次のように考えている。例えば、M. E. バンク・ミッケルセン(Bank=Mikkelsen, M. E.)は普通の人生経験に備わっている領域、すなわち住居、仕事、余暇という三つの領域について、それぞれ児童と成人の場合に分けて、その年齢に適切な援助の基本的内容を整える必要があると述べている。また、B. ニルジェ(Nilje, B.)は、一日、一週間、一年間のノーマルなリズムのある生活を地域社会の人々とともに経験できること、そして乳幼児期、学齢期、青年期、壮年期、老年期といった発達段階においてノーマルな経験をする機会をもつようになること、と述べている。そして、W. ウォルフエンズバーガー(Wolfensberger, W.)はイメージ・解釈、レッテルといった対人関係での認知構造に影響を与えるイデオロギーに特に注目し、社会の構成員の意識変革の重要性を説き、意識変革のための条件整備をノーマリゼーションの実践課題としているが、その際特に年齢への配慮をもった援助を重視している。

第三に、このような生活が可能となるように保健的、教育的、福祉的援助を行うこと、すなわち個人の能力を

最大限に発達させるため、個人のニーズに合せた処遇、教育、訓練が提供される必要がある。そして第四に、その際必要となる社会的サービス法といったものは、人間のカテゴリーを基準にするのではなく、すなわち障害者、非障害者によって区別するのではなく、個人のニーズが基準となる必要がある。言い換えれば、それは特別なニーズをもった人々に関する法であり、障害者にも非障害者にも等しく適用されるものでなければならないという考え方である。ただし、そのようになるためには前提として社会保障制度が充実してなければ実現不可能であることはいうまでもない。その意味ではノーマライゼーションの考え方は、社会システム全体にかかわる価値観といえよう。

以上の4点がノーマライゼーションの基本的視点と思われるところであるが、このような視点から精神発達遅滞者の保健・教育・福祉的援助を考えてみると、精神発達遅滞者が市民としての責任を果たすことが可能となるためには、様々な援助が用意されなくてはならない。なかでも能力を最大限に発達させるための処遇、特に精神発達遅滞児のための早期療育は必要であり、また重要といえる。

上田弘之(1984)によれば、精神発達遅滞児にとり障害の原因となる脳は、幼い時期であればあるほど可塑性に富み、早期療育の効果が高く、時期を失すとかえって好ましくない二次的変性とか、異常発達が進む恐れが強いといわれる。脳成熟を促す要因として、様々な環境刺激(学習刺激)はきわめて有用なことが指摘されているが、重要なことはこれらの環境刺激は、発達の各時期に応じて適切に加わらなければ、その効果がみられず、脳のごく未熟な時期に有効な刺激は時期を遅らせては必ずしも有効とはなりえない、ということである。

脳性まひ児の場合、ボイタ法、ボパース法などの療育技術によってめざましい療育効果をあげていることは広く知られている。療育技術がまだ確立されていない精神発達遅滞児の場合でも、例えば、年長児の生活自立訓練に効果をあげているある収容施設が、社会のニーズから必要にせまられて、3歳から5歳児を対象に母子短期入所で生活自立訓練を試みたところ、その年齢の時期に障害の実態を多角的に押さえ、そこから発達の援助をすると、収容している年長児と比較して非常に効果が大きいということが経験的に認められている(中村健二, 1976)。

とはいえ、精神発達遅滞児の早期療育の一般的現状をみると、療育の場が乏しいこと、また療育技術が十分発達していないことなどから、人生の初期に必要な療育が保障されていないためにこうした機会を奪われている発達障害のある乳幼児は依然多いといえよう。

## 1. 発達障害乳幼児をもつ家族が直面する困難と、家族に必要な社会的サービスの性格

障害児をもつ家族が直面する困難とはどのようなものかについて渡辺久子(1982)は次の三つを挙げている。まず第一に、子どもが障害児であったことによって生ずる「心理的衝撃」に対処していかなくてはならないこと、第二に、「障害をもつ子との母子関係」に困難が生じやすいこと、また第三として、子どもの世話等で「多大な労力、時間と精神力」が必要とされることである。

自分の子どもが精神発達遅滞であることに対する親の反応は親の置かれている状況によって様々であるが、一般的に認められる反応として、罪の意識、アンビパレンツ、失望、欲求不満、怒り、恥かしさ、悲しみといった感情が挙げられる(S. シルド, 1976)。こうした親の反応は、期待していた健康な子を失うという対象喪失からくる感情表現であり、精神発達遅滞児が生まれたことについての解答不能の問題を解決するための正常な反応である。特に母親が自分のこうした感情にとりくめないで、感情に囚われたままになっていると、精神発達遅滞乳児の場合、一般的に子どもの側からの親への要求や刺激が低い場合、子どもとの十分満足のいく母子関係を確立することが難しい。とかく母親の罪障感から過保護、放任と一貫しないきわめて感情的な扱いに陥りやすく、母親の嘆き悲しむ姿は、母子関係に問題を生じさせ、子の発達に悪い影響を与えるといえよう(Cashdan, A. & D. M. Jeffree, 1966)。また、精神発達遅滞乳児の場合、育児に特別の世話が要求されたり、通院や看護、あるいは訓練のための通園等、多くの労力の時間、努力が要求される。

これらに加え、心理的衝撃に伴う恥かしさの感情は、自分の子どもが精神発達遅滞児であることを打ち明けることを困難にし、結果的に親族や友人、近隣とのつきあいを疎遠にさせ、社会的に孤立させてしまう傾向がある。

このように、精神発達遅滞児を家族員にもつということは、障害児を受容し、家族が障害を乗り越えていく上で、両親の自己にもつ価値観の変革、家族の新たな組織化、そして社会関係の新たな形成という課題を背負うことといえる。特に乳幼児期の家族周期段階では、子どもの障害への適応という課題をもつ。したがって精神発達遅滞児をもつ家族に対して困難を克服していくための援助が与えられる必要があり、またその援助の性格は次のような点が重視される必要がある。

まず第一に、心理的衝撃は親個人だけでなく、夫婦関係、きょうだい関係、そして親族、友人、近隣関係にも影響を与えることになるため、親に対するより良いカウ

ンセリングは、精神発達遅滞児の第二次的障害を防ぐという意味だけでなく、他のきょうだいの十分な発達を保障する上で、またその家族が社会から孤立するのを防ぐ上で非常に重要である。

また第二に、家族に対して与えられる社会的サービスは、まず心理的問題を解決し、将来の危機に対して適切に対処できるような方向づけをするというカウンセリングの援助である。しかも、精神発達遅滞児をもつ家族が特別に多大なエネルギーを費さなければならないという状況に対して、その労力を軽減する方向で社会的サービスは用意されなくてはならない。

ノーマリゼーションの具体的内容の一つに、B. ニルジュが「両親、職員の環境がノーマルなものであること」を挙げているのは非常に重要な指摘といえる。ともすると、精神発達遅滞児をもつことにより家族が特別な生活を強いられることは、精神発達遅滞児への忌避へと繋がっていくように思われる。例えば、他のきょうだいにしても、両親が障害児の世話に追われ相手をしてもらえないといった状況はノーマルな状況とはいえないであろう。かえって精神発達遅滞者に対して否定的態度を形成するかもしれない。また、思春期に施設に入る子どもが多い理由の一つとして、母親が障害児の世話の疲れのため病気になるケースが多いことが指摘されている（渡辺、1982；中村、1975）。また W.G. ブロンストン（1976）はノーマリゼーションの視点からなされるサービスの性格として「家庭崩壊を避けること」を挙げている。家族への負担の量は、ある程度までは家族の凝集性を高めるといえるが、多大なる負担は家庭崩壊を進める要因となる。

精神発達遅滞児・者への対応をノーマリゼーションの立場から考えると、それは障害者を施設に孤立させてしまふのではなく、地域の中で精神発達遅滞者が普通の生活をしていくための地域ケアを重視していく立場である。それはまた、いたずらに家族のみに負担がかかる形で進められるものではない。むしろ精神発達遅滞児・者をもつ家族にとってもノーマリゼーションによって立つ考え方が必要であり、ノーマリゼーションとはそれら家族の負担を軽減していくという立場に立つものである。すなわち精神発達遅滞児が生まれても、健常な子が生まれたに等しい生活環境を家族全員が送れるということが、ひいては障害児・者に対する偏見を減少させていくことに繋がるのではないだろうか。

したがって、精神発達遅滞児に対する社会的サービスの基本は、精神発達遅滞児のニーズはもちろんのこと、精神発達遅滞児をもつ家族全体のニーズに基づき必要があらう。

## 2. ノーマリゼーションの実践と社会の歴史的文化的背景

ノーマリゼーションの思想が実践に移される場合、常に当該社会の歴史的文化的背景に照らしあわせられ、その社会に適切な実践方針が考えられなければならない。

欧米では、かつて障害児は幼い頃から施設に収容されることが多く、障害児・者は家族とのつながりが薄かった。したがってノーマリゼーション運動の第一は、障害児を家族の中で育てていくことが障害児に最も良い結果を生むことが主張され、障害児が育つ場を「施設から在宅へ」と変えることにあった。

一方、日本では、現在は失なわれているものの、かつては地域社会、家族に保護機能があった。そのため障害児・者も施設ではなく、家族の中で生活することが多かった。したがって地域社会、家族が障害者にとって良好に機能すれば共に生活したといえ、隔離的な欧米のあり方とは異なっていた。しかし半面、障害者は偏見やきげすみの中に存在し、また家族の中に「隠さ」れ、ほったらかしにされることも多かった。

このような日本と欧米の歴史的文化的背景の違いは、ノーマリゼーションの思想を実践に移す場合に、方針の力点の置き方がそれぞれ異なってくるのは当然であろう。すなわち日本では成人の場合、「施設から地域（家族ではなく）へ」という実践方針は適切としても、これから成長していく乳幼児にとっては、「施設から家族へ」ではなく、むしろもはやその段階ではなく、「家族だけから、障害児をもつ家族と共に歩む、より良い療育の場（在宅訓練施設）へ」と、障害児・者もその家族も生きられる社会づくりのために、実践方針が立てられ進むべきと考える。

このような視点から通園施設を捉えてみると、現在の通園施設の機能は不十分であったとしても、今後、就学前療育機関として重要な役割を担うことが予想される。

### 調査目的・対象・方法

上記の問題意識から、早期療育を担う機関として期待される通園施設について、主としてどのようなサービスが精神発達遅滞児及びその家族に対して提供されているか、実態調査を通じてその現状を把握し、その問題点と課題を検討するものである。

現在の施設の状況を捉える前に、日本の精神薄弱児通園施設制度、ひいては就学前療育機関の歴史的経過について若干ふれておきたい。

家庭にいる障害児が在宅のまま毎日通園して療育を受けることのできる精神薄弱児通園施設が児童福祉法に加えられ、設置されたのは昭和32年のことである。多くは地方公共団体により設置され、当初は学齢児を対象としていた。現実には学校教育の代替、補充の役割を果たしていたが、障害児学級（法では特殊学級）の増設や養護学校の設置などによって、またさらに養護学校の対象とする障害の程度がより重くなり、学齢期の障害児のための通園施設の役割は薄れてきた。昭和54年に文部省による障害児の悉皆義務教育制度が実施され、それに伴い厚生省では通園施設を、学齢未満児を対象とする早期療育の場と規定したため、通園施設の対象は主として3歳以上の幼児を対象とするようになった。

通園施設のこのような動きの傍ら、昭和49年以前は障害が発見されてから学齢に至るまでの期間に系統的な指導を受ける場は皆無であったため、早期訓練の必要を感じた親たちが独力で各地域に母子通園施設や幼児教室など、いろいろな形態の療育の場を模索してきた。またこれら民間が中心となった療育の場は、当初通園施設の不足を補うような意味で、比較的狭い地域を対象として設けられ、また子どもの指導だけでなく、母親への指導も行うところに特徴があった。そして昭和48年度から国が予算補助を行い「心身障害児小規模通園事業」となり現在に至っている。また、心身障害児を地域の中で育てようという運動から、数は少ないながら一般の幼稚園や保育所で健常児とともに障害児を受け入れる所が出てきたため、近年、早期に診断がなされる精神発達遅滞児の増加とともに小規模通園施設は、より早期の療育へと役割を移しつつある。

本稿で使用する調査データは、筆者もメンバーの一員として参加した障害児研究会<sup>1)</sup>が行った「通園施設における就学前障害児教育（療育）の全国実態調査」から、その一部を用い、分析を行う。

対象とした施設は（財）日本精神薄弱者愛護協会発行による「全国精神薄弱関係施設名簿1983年版」から、全国にある精神薄弱児通園施設（以下通園施設と呼ぶ）223施設と心身障害児小規模通園事業（以下小規模通園施設と呼ぶ）255施設の計478施設である。調査は、第1回を昭和59年6月に、そして回収できなかった分について第2回を7月にいずれも郵送により行った。その結果、335回収されたが、対象施設が成人施設へ変更していたり、記入もれ等で、うち有効票は、通園施設154、小規模通園施設159の計313である。したがって有効回収率は65.5%であった。

調査票は、(1) 通園児、(2) 専門スタッフ、(3) 入園・卒園状況、(4) 定期検査・診断、(5) 保育状況、そし

て、(6) 家族に対する援助・指導からなっており、本項で主として用いるデータは、そのうち通園児、専門スタッフ、入園状況、保育状況、家族に対する援助・指導の一部である。加えて質問項目について回答者が記載した自由記述も併用する。

分析枠組は図1に示してある通りであるが、現在早期療育のなかでも超早期療育が叫ばれているなか、通園を受け入れている子どもの年齢が2歳以下の場合と3歳以上の場合との援助内容の違いについて、また法的規定の水準が低いなか施設に配置されている専門スタッフの有無（常勤・非常勤を問わず）が援助内容にどのような影響を与えているかについて特に視点を置いた。

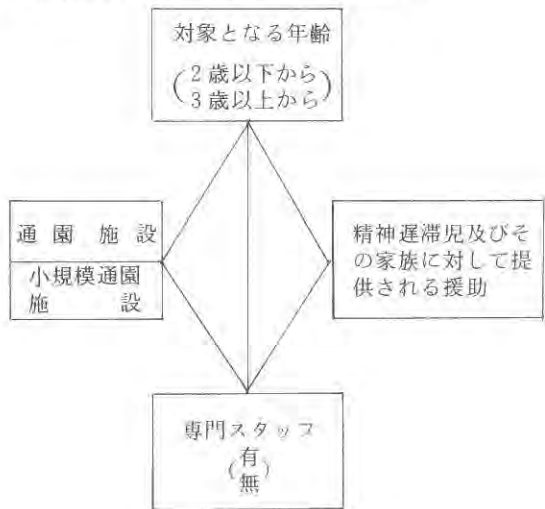


図1 分析枠組

## 結 果

### 1. 通園児について

どの年齢の子どもが通園しているかをみたのが表1である。通園施設では、3歳から5歳が中心である。1歳児は2割の施設で受け入れており、また2歳児は過半数の施設で通園しているが、0歳児を受け入れている施設は非常に少ない。そして学齢児となる6歳以上になると、通園児がいる施設は約半数に減少している。小規模通園施設の場合は、0歳児を受け入れている施設は約1割、1歳児では約4割、2歳児では7割の施設が受け入れている。そして3歳児、4歳児はほとんどの施設で通園児がいるが、5歳児になると通園児がいない施設がやや増えており、6歳以上の子が通園している施設は約6割である。このように、通園施設では3歳児から5歳児を中心に対象としており、なかでも2歳児を受け入れる施設の割合が約6割もあり、通園施設は2歳児から受け入れ



表1 各年齢別通園児の有無

施設	0歳児			1歳児			2歳児			3歳児			4歳児			5歳児			6歳児以上		
	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計
通園施設	*5	149	154	**34	120	154	**88	66	154	142	12	154	147	7	154	146	8	154	76	78	154
	(3.2)	(96.8)	(100.0)	(22.1)	(77.9)	(100.0)	(57.1)	(42.9)	(100.0)	(92.2)	(7.8)	(100.0)	(95.5)	(4.5)	(100.0)	(94.8)	(5.2)	(100.0)	(49.4)	(50.6)	(100.0)
小規模通園施設	21	137	158	58	100	158	113	45	158	145	13	158	148	10	158	139	19	158	93	65	158
	(13.3)	(86.7)	(100.0)	(36.7)	(63.3)	(100.0)	(71.5)	(28.5)	(100.0)	(91.8)	(8.2)	(100.0)	(93.7)	(6.3)	(100.0)	(88.0)	(12.0)	(100.0)	(58.9)	(41.1)	(100.0)

NA, 非該当は除く, \*\*P<0.01, \*P<0.05

表2 入園対象年齢

施設	対象年齢		計
	2歳以下から対象	3歳以上から対象	
通園施設	91 (59.1)	63 (40.9)	154 (100.0)
小規模通園施設	118 (74.7)	40 (25.3)	158 (100.0)

NA, 非該当は除く

表3 通園児数

施設	人数			計
	20人以下	21-40人	41人以上	
通園施設	50 (32.5)	80 (51.9)	24 (15.6)	154 (100.0)
小規模通園施設	99 (62.7)	37 (23.4)	22 (13.9)	158 (100.0)

NA, 非該当は除く

表4 入園規準

施設	規準の有無											
	A. 障害の程度			B. 排便, 排尿自立			C. 歩行可能			D. 居住地域制限		
	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計
通園施設	40 (27.2)	107 (72.8)	147 (100.0)	11 (7.5)	136 (92.5)	147 (100.0)	53 (36.1)	94 (63.9)	147 (100.0)	70 (47.9)	76 (52.1)	146 (100.0)
小規模通園施設	28 (18.7)	122 (81.3)	150 (100.0)	5 (3.4)	144 (96.6)	149 (100.0)	11 (7.4)	138 (92.6)	149 (100.0)	100 (67.1)	49 (32.9)	149 (100.0)

NA, 非該当は除く

つつあるといえよう。一方、小規模通園施設では中心は3歳児、4歳児ではあるが、1歳児を受け入れている施設は4割、2歳児では7割と、通園施設よりも早期の年齢から受け入れている施設が多い。また5歳児になると通園児がいる施設がやや減少しており、小規模通園施設は早期から受け入れ、そして一般の保育所、幼稚園へと繋げているように思われる。そして表2は、2歳児以下から受け入れている施設と3歳児以上を対象としている施設の数を見たものであるが、2歳児以下から受け入れている施設は、小規模通園施設が7割強、また通園施設では約6割といずれも過半数を超えている。しかし表1にみるように、最年少の中心は2歳からであり、0歳児となると非常に少ない。

各施設の通園児数(表3)は、通園施設は21人から40人が多く、小規模通園施設は20人以下である場合が多い。

次に、施設の入園規準についてその一部をみたのが表

4である。「排便、排尿自立」はほとんどの施設で採用していない。施設の役割が障害児の生活自立訓練であるとすれば当然の結果ではある。しかし、「歩行可能であること」は小規模通園施設では採用していないものの、通園施設では約4割が採用している。また「障害の程度」については、通園施設が約3割、小規模通園施設が約2割ほど採用している。ただし、障害が重度であるか、軽度を中心としているかは施設によって異なるが、医学的配慮を常時必要とする子どもは受け入れにくいようである。また通園施設では通園バスを使用しているためバスに乗車可能であることが条件となっている施設も多い。「居住地域制限」は通園施設の場合約5割、小規模通園施設は約7割と、小規模通園施設に居住地域制限のある施設が多い。

2. 保育状況について

施設への一週間の通園日数と、一日の保育時間をみたのが表5である。まず通園施設についてみると、通園日数は2歳児以下と3歳児以上とは異なり、3歳児からは5・6日とほとんど毎日の通園であり、0歳児の場合、1・2日、1歳児、2歳児の場合は3・4日というケースが増えてくる。保育時間は、3時間から6時間未満が各年齢とも最も多く、次いで6時間から8時間となっており、3時間未満はほとんどない。次に小規模通園施設の場合をみると、通園日数については、0歳児、1歳児は1・2日が多いが、2歳児から5・6日の施設が過半数を占めている。しかし、3・4日という施設も約3割、1・2日という施設も約2割ほどあり、施設により様々なパターンをとっていることがうかがえる。保育時間については、やはり3時間から6時間未満が約6割と、どの年齢でも多くなっているが、次いで3時間未満も2割強と多い。

このように通園施設と小規模通園施設とでは通園日数、保育時間に特徴があり、通園施設の場合、ほとんどの施設が毎日通う形態をとっており、また保育時間も3時間から6時間そして8時間となっているが、小規模通園施設では毎日通園する施設も半数あるが、3・4日、あるいは1・2日という施設も多い。また保育時間も3時間未満と、短い場合が通園施設と比べ多く、様々な形態で運営しているといえよう。

次に母子通園の頻度をみたのが表6である。通園施設では母子通園がない施設が多く、2歳児では4割、3歳児では5割、そして4歳児以上は過半数の施設で母子通園を採用していない。しかし、0歳児、1歳児は付き添いとして母子通園を採用しているようである。また通園施設のなかでも、週1回、週2・3回、週4回以上の母子通園を採用している施設も1割前後ある。一方小規模通園施設では、週2・3日と週4回以上が最も多く、2歳児以上の場合それぞれ3割から4割で、0歳児、1歳児の場合は週2・3回が過半数となっており、母子通園を採用していない施設は1割から2割と、通園施設に比べ少く、表5の通園日数を合わせ考えると、小規模通園施設の場合は母親付き添いが前提となっている施設が多いように思われる。

3. 専門スタッフについて

各施設に所属している、あるいは連携をとっている専門スタッフの有無について、医療、保健、保育、リハビリ、相談、栄養の6専門分野の計16専門職の有無について施設別にみたのが表7である。この場合、常勤、非常勤を問わず、表に示した専門分野を担当する人がいるか

表5 通園日数と保育時間

施設・年齢	通園日数(1週につき)				保育時間(1日につき)			計
	1, 2日	3, 4日	5, 6日	計	3時間未満	3～6時間	6～8時間	
0歳	2(66.7)	0(—)	1(33.3)	3(100.0)	0(—)	3(100.0)	0(—)	3(100.0)
1歳	3(12.0)	9(36.0)	13(52.0)	25(100.0)	3(10.7)	21(75.0)	4(14.3)	28(100.0)
2歳	4(5.1)	20(25.3)	55(69.6)	79(100.0)	3(3.8)	52(65.8)	24(30.4)	79(100.0)
3歳	1(0.7)	14(10.2)	122(89.1)	137(100.0)	1(0.8)	85(63.4)	48(35.8)	134(100.0)
4歳	1(0.7)	7(4.9)	135(94.4)	143(100.0)	1(0.7)	83(59.7)	55(39.6)	139(100.0)
5歳	1(0.7)	4(2.8)	138(96.5)	143(100.0)	1(0.7)	82(59.4)	55(39.9)	138(100.0)
6歳以上	0(—)	2(3.2)	61(96.8)	63(100.0)	1(1.6)	31(50.8)	29(47.6)	61(100.0)
0歳	10(47.6)	4(19.1)	7(33.3)	21(100.0)	8(40.0)	11(55.0)	1(5.0)	20(100.0)
1歳	20(39.2)	16(31.4)	15(29.4)	51(100.0)	18(36.7)	29(59.2)	2(4.1)	49(100.0)
2歳	26(24.8)	31(29.5)	48(45.7)	105(100.0)	26(26.3)	61(61.6)	12(12.1)	99(100.0)
3歳	23(16.6)	37(26.6)	79(56.8)	139(100.0)	25(18.9)	86(65.2)	21(15.9)	132(100.0)
4歳	26(18.6)	37(26.4)	77(55.0)	140(100.0)	26(19.3)	89(65.9)	20(14.8)	135(100.0)
5歳	21(16.4)	35(27.3)	72(56.3)	128(100.0)	23(18.9)	82(67.2)	17(13.9)	122(100.0)
6歳以上	20(25.3)	12(15.2)	47(59.5)	79(100.0)	18(24.7)	45(61.6)	10(13.7)	73(100.0)

NA, 非該当は除く

表6 母子通園の頻度

施設・年齢		頻度						計
		なし	2週に1回以下	週1回	週2、3回	週4回以上		
通園施設	0歳	0(—)	0(—)	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	3(99.9)	
	1歳	3(11.1)	2(7.4)	1(3.7)	11(40.8)	10(37.0)	27(100.0)	
	2歳	29(38.6)	5(6.7)	5(6.7)	21(28.0)	15(20.0)	75(100.0)	
	3歳	59(48.8)	11(9.1)	16(13.2)	19(15.7)	16(13.2)	121(100.0)	
	4歳	69(55.2)	10(8.0)	19(15.2)	16(12.8)	11(8.8)	125(100.0)	
	5歳	70(56.9)	11(8.9)	17(13.8)	14(11.5)	11(8.9)	123(100.0)	
	6歳以上	31(56.4)	4(7.3)	7(12.7)	7(12.7)	6(10.9)	55(100.0)	
小規模通園施設	0歳	1(5.3)	1(5.3)	2(10.5)	11(57.9)	4(21.0)	19(100.0)	
	1歳	2(4.4)	2(4.4)	3(6.7)	27(60.0)	11(24.4)	45(100.0)	
	2歳	11(11.2)	2(2.0)	10(10.2)	38(38.8)	37(37.8)	98(100.0)	
	3歳	21(17.7)	4(3.4)	18(15.1)	38(31.9)	38(31.9)	119(100.0)	
	4歳	24(19.7)	4(3.3)	21(17.2)	37(30.3)	36(29.5)	122(100.0)	
	5歳	21(18.6)	4(3.5)	20(17.7)	32(28.3)	36(31.9)	113(100.0)	
	6歳以上	17(24.3)	1(1.4)	15(21.4)	18(25.7)	19(27.2)	70(100.0)	

NA, 非該当は除く

どうかについてみたものである。また、一人の専門スタッフが複数の専門職——特に相談分野に多くみられたが——を担当している場合、それぞれの専門職に「有」とカウントした。

まず医療の分野をみると、精神科医（小児神経科医）や小児科医（内科医）が6割と過半数の施設で連携しており、次いで歯科医、整形外科医が多く約2割となっている。小規模通園施設では、小児科医（内科医）が約半数の施設において連携がとられているが、次いで多いのは整形外科医、そして精神科医（小児神経科医）の約3割、また歯科医の1割強となっている。耳鼻科医や眼科医と連携をとっている施設は双方とも少い。また通園施設と小規模通園施設とを比較すると、小児科、歯科、耳鼻科、眼科と連携をとっている施設の割合はいずれも差はないが、精神科医（小児神経科医）と連携をとっている施設の割合は、通園施設の方が2倍以上多い。一方、整形外科医と連携をとっている施設の割合は小規模通園施設の方が約2倍ほど多い。

次に保健の分野では、看護婦を配置している施設はいずれも約3割となっており、また保健婦を配置している、あるいは連携をとっている施設は非常に少いが、小規模通園施設の場合、有意な差はないものの小規模通園施設の方にやや多い。

保育の分野は、いずれもほとんどの施設に配置されている。

リハビリの分野では、通園施設の場合、言語訓練士が約2割の施設に、理学療法士が1割強の施設に配置されているが、8割以上の施設では配置していない。それに対し小規模通園施設では、理学療法士が3割5分の施設

に、言語訓練士は約2割5分の施設に配置されており、特に理学療法士を配置している施設の割合は通園施設の2倍以上である。

相談の分野は、通園施設、小規模通園施設とも専門スタッフを配置している施設は少い。心理判定員はいずれも1割強から約2割であり、臨床心理療法士になるともっと少く、1割にも満たない。そのなかでも小規模通園施設に、社会福祉ケースワーカーと連携をとっている施設の割合が多いのが特徴的である。

栄養士は、通園施設の4割に配置されているのに対し小規模通園施設では1割である。

全体の特徴として、通園施設は小規模通園施設と比べ、医師なかでも精神科医（小児神経科医）と連携をとっている施設が多く、また栄養士を配置している施設が多い。一方、小規模通園施設は通園施設と比べ、リハビリ分野、特に理学療法士、言語訓練士を配置している施設が多く、そのことが医師のなかでも整形外科医と連携している施設が相対的に多いことと関連しているように思われる。また、相談分野、なかでも社会福祉ケースワーカーと連携をとっている施設が相対的に多い。

さらに専門スタッフの有無を分野カテゴリー別にみたのが表8である。通園施設は、医療分野と栄養分野の専門スタッフが多いのが特徴的であり、小規模通園施設ではリハビリ分野に専門スタッフを配置している施設の割合が多いのが特徴的である。両施設を通じ専門スタッフを配置している、あるいは連携をとっている施設が半数以上ある専門分野は、保育分野と医療分野のみで、通園施設の栄養分野で約4割、そして小規模通園施設のリハビリ分野で約4割である以外は、あまり揃っておらず、相

表7 専門スタッフの有無

専門 スタッフ 施設	医 療 分 野										保 健 分 野													
	小児科医 (内科医)		精神科医 (小児神経科医)		整形外科医 (外科医)		耳鼻科医		眼科		内科		歯科		医		看護		保健婦		保健士			
	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計
通園施設	90 (59.2)	62 (40.8)	**98 (100.0)	56 (36.4)	154 (100.0)	**24 (15.6)	130 (84.4)	154 (100.0)	10 (6.5)	144 (93.5)	154 (100.0)	7 (4.5)	141 (95.5)	148 (100.0)	29 (18.8)	125 (81.2)	154 (100.0)	42 (27.3)	112 (72.7)	154 (100.0)	8 (5.2)	146 (94.8)	154 (100.0)	154 (100.0)
小規模 通園施設	82 (51.6)	77 (48.4)	159 (100.0)	41 (25.8)	118 (74.2)	47 (29.6)	112 (70.4)	159 (100.0)	6 (3.8)	153 (96.2)	159 (100.0)	6 (3.8)	153 (96.2)	159 (100.0)	24 (15.1)	135 (84.9)	159 (100.0)	39 (24.5)	120 (75.5)	159 (100.0)	16 (10.1)	142 (89.9)	158 (100.0)	158 (100.0)
専門 スタッフ 施設	相 談 分 野																							
施設	保育分野		リハビリ分野		言語訓練士		作業療法士		理学療法士		心理判定員		臨床心理療法士		社会福祉 ケースワーカー		栄養分野		栄 養 士					
	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計
	151 (98.1)	3 (1.9)	**154 (100.0)	22 (14.3)	132 (85.7)	154 (100.0)	9 (5.8)	145 (94.2)	154 (100.0)	27 (17.5)	127 (82.5)	154 (100.0)	13 (8.4)	141 (91.6)	154 (100.0)	**8 (5.3)	144 (94.7)	152 (100.0)	62 (40.8)	90 (59.2)	152 (100.0)	16 (10.1)	143 (89.9)	159 (100.0)

NA, 非該当は除く, \*\*P<0.01, \*P<0.05

談分野はいずれも約2割台でしかなく、専門スタッフのいる施設はまだ少ない。

次に、通園対象年齢別でみると、通園施設ではリハビリの分野にその特徴がみられ、2歳児以下から受け入れている施設では、リハビリの専門スタッフを配置している施設の割合が多くなっている。また小規模通園施設でも同様の傾向がみられ、リハビリ分野の専門スタッフを配置している施設は2歳児以下から受け入れている施設に多く、また医療分野でも多くなっている。このように通園対象年齢別にみると、2歳児以下から受け入れている施設の方が、3歳児以上を対象としている施設よりも専門スタッフを配置している、あるいは連携をとっている施設が多いことがうかがえる。

最後に、各施設に配置されている専門分野の数についてみると、表9のとおりである。通園施設と小規模通園施設と比較すると、どちらも3専門分野を配置している施設が最も多く、次いで2分野となっているが、通園施設の場合はさらに4分野と続いているのに対し、小規模通園施設では1分野となっている点に違いがみられる。また全分野スタッフが揃っている施設の割合は、通園施設が多くなっているが、1分野少く5分野配置している施設の割合は小規模通園施設の方が多い。

さらに通園対象年齢別でみると、通園施設では、2歳児以下から受け入れている施設に、配置している専門スタッフの分野が広い。2歳児以下から受け入れている施設の場合、3分野が最も多く、次いで4分野となっているが、3歳児以上を対象としている施設では、2分野が最も多く、次いで3分野となっている。全分野スタッフが揃っている施設は2歳児以下から受け入れている施設である。

また、小規模通園施設では、有意な差はないものの、全分野あるいは5分野スタッフが揃っている施設は2歳児以下から受け入れている施設に多いといえよう。

これらから双方の施設において、3歳児以上を対象としている施設に比べ、2歳児以下から受け入れている施設に幅広い専門スタッフが配置されているといえよう。

#### 4. 家族に提供されている援助

精神発達遅滞児をもつ家族は、問題提起の章で既に指摘したように様々な困難をかかえている。そこで、施設側が家族に対しどのような援助を提供しているかをみてみよう。

表10は、精神発達障害児をもつ家族、特に両親がかかえる諸問題について施設側が、一つの対応として相談を行っているかどうかをみたものである。本来とかく、親個人に対してのみに問題が限定されやすいが、現実には、家族関係や親せき関係、そして地域の問題等に困難が生じ



表 8 分野カテゴリー別・専門スタッフの有無

施設・ 対象年齢		A. 医療分野			B. 保健分野			C. 保育分野			D. リハビリ分野			E. 相談分野			F. 栄養分野		
		有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計	有	無	計
通園施設	2歳以下から	82 (90.1)	9 (9.9)	91 (100.0)	35 (38.5)	56 (61.5)	91 (100.0)	88 (96.7)	3 (3.3)	91 (100.0)	**32 (35.2)	59 (64.8)	91 (100.0)	22 (24.2)	69 (75.8)	91 (100.0)	36 (40.0)	54 (60.0)	90 (100.0)
	3歳以上	56 (88.9)	7 (11.1)	63 (100.0)	16 (25.4)	47 (74.6)	63 (100.0)	63 (100.0)	0 (-)	63 (100.0)	7 (11.1)	56 (88.9)	63 (100.0)	9 (14.3)	54 (85.7)	63 (100.0)	26 (41.9)	36 (58.1)	62 (100.0)
小規模通園施設	2歳以下から	**90 (75.6)	29 (24.4)	119 (100.0)	36 (30.3)	83 (69.7)	119 (100.0)	112 (94.1)	7 (5.9)	119 (100.0)	*50 (42.0)	69 (58.0)	119 (100.0)	29 (24.4)	90 (75.6)	119 (100.0)	11 (9.2)	108 (90.8)	119 (100.0)
	3歳以上	21 (52.5)	19 (47.5)	40 (100.0)	14 (35.0)	26 (65.0)	40 (100.0)	37 (94.9)	2 (5.1)	39 (100.0)	9 (22.5)	31 (77.5)	40 (100.0)	11 (27.5)	29 (72.5)	40 (100.0)	5 (12.5)	35 (87.5)	40 (100.0)
計	通園施設	**138 (89.6)	16 (10.4)	154 (100.0)	51 (33.1)	103 (66.9)	154 (100.0)	151 (98.1)	3 (1.9)	154 (100.0)	*39 (25.3)	115 (74.7)	154 (100.0)	31 (20.1)	123 (79.9)	154 (100.0)	**62 (40.8)	90 (59.2)	152 (100.0)
	小規模通園施設	111 (69.8)	48 (30.2)	159 (100.0)	50 (31.4)	109 (68.6)	159 (100.0)	149 (94.3)	9 (5.7)	158 (100.0)	59 (37.1)	100 (62.9)	159 (100.0)	40 (25.2)	119 (74.8)	159 (100.0)	16 (10.1)	143 (89.9)	159 (100.0)

NA, 非該当は除く, \*\* P&lt;0.01,\* P&lt;0.05

表9 配置されている専門分野数

施設		分野数	全分野	5分野	4分野	3分野	2分野	1分野	なし	計
通園施設	* 2歳以下から		7 (7.8)	6 (6.7)	22 (24.4)	29 (32.2)	19 (21.1)	7 (7.8)	0 (—)	90 (100.0)
	3歳以上		0 (—)	4 (6.5)	11 (17.7)	19 (30.7)	25 (40.3)	3 (4.8)	0 (—)	62 (100.0)
小規模施設	2歳以下から		2 (1.7)	15 (12.6)	10 (8.4)	39 (32.8)	32 (26.9)	20 (16.8)	1 (0.8)	119 (100.0)
	3歳以上		0 (—)	2 (5.1)	5 (12.8)	13 (33.3)	8 (20.5)	11 (28.2)	0 (—)	39 (100.0)
計	** 通園施設		7 (4.6)	10 (6.6)	33 (21.7)	48 (31.6)	44 (28.9)	10 (6.6)	0 (—)	152 (100.0)
	小規模通園施設		2 (1.3)	17 (10.8)	15 (9.5)	52 (32.9)	40 (25.3)	31 (19.6)	1 (0.6)	158 (100.0)

NA, 非該当は除く。 \*\* P<0.01, \* P<0.05

やすい。そしてまた、家族をとりまく周囲の人々との関係が改善され、家族に対して理解と援助が与えられることは、両親が障害児を受容していく上で重要である。それゆえ、単に親個人の問題に焦点が当てられるのではなく、周囲の環境についても注意が払われなければならない。したがって本調査では、両親が障害児を受容する上での個人の心理的問題、あるいは夫婦関係やきょうだい関係、そして親せきや地域の人々にかかわる問題の三領域を設定し、それらの領域の問題についての対応として相談がなされているかどうかについてみた。また施設側で両親の相談を行なっている場合、援助方法として個人を対象として行なっているか、あるいは親のグループを対象として行なっているかについてもみた。

通園施設と小規模通園施設とを比較すると、いずれも親の障害児受容にかかわる心理的問題に関しては、多くの施設が個人対象の形で行なっている。しかし夫婦・きょうだいの問題や地域・親せきの問題になるにつれて、相談を行なっている施設は少くなっている。また集団を対象とする形ではいずれの領域の問題も相談を行うことが少くなっている。ただし、有意な差はないものの、小規模通園施設の方に相談を行なっている施設の割合が高い。

次に通園対象年齢別にみると、通園施設では、2歳児以下から受け入れている施設の方が3歳児以上を対象とする施設に比べ、相談は個人を対象とする形だけでなく集団を対象とする形でも行なわれており、また三領域の問題についても相談されているのが特徴的である。一方小規模通園施設では通園児の対象年齢による差はほとん

どみられない。

次に、社会福祉サービス紹介の援助が行なわれているかどうかについてみたのが表11である。一般に社会福祉サービスの有無についての知識は、公報活動が十分でなく、親が自ら積極的に機関に働きかけなければ受けることが難しい。したがって複雑な制度の情報は親同志の口コミで、しかも断片的にしか知ることができないのが実情である。それゆえ、通園施設等で社会福祉サービスの紹介を包括的に行うことは、当該家族が経済的問題や労力の負担を軽減するために、現在あるサービスだけでも十分活用していく上で、重要であろう。

表11をみると、医療費の公費負担制度、特別児童扶養手当、療育手帳、身障者手帳など経済的問題にかかわるサービスは、多くの施設で紹介が行なわれているが、家庭奉仕員制度や介護ボランティアなど、労力や精神への負担を補うサービスの紹介はあまりなされていない。

施設においてサービス紹介の援助がどうなされているか、通園対象年齢別にみると、通園施設の場合、3歳児以上を対象としている施設に比べ、2歳児以下から受け入れている施設にいずれのサービスも紹介している施設の割合が高い。小規模通園施設でも同様の傾向がみられる。

次に、子育てがむずかしい障害児の育児について、親に援助を与えるということは非常に重要である。子どもの育て方をどのようにしたらよいかについて、親に対しアドバイスを与えるという援助がなされているかをみたのが表12である。まず通園施設と小規模通園施設とを比較してみると、栄養相談はいずれの施設も過半数の施設で

表10 家族に提供されている援助 (1) 家族をめぐる諸問題への対応

方法 問題領域 対応 施設・対象年齢		親個人対象									親グループ対象								
		A. 親の障害児受容について			B. 夫婦、きょうだいの問題について			C. 地域、親せきの問題について			A. 親の障害児受容について			B. 夫婦、きょうだいの問題について			C. 地域、親せきの問題について		
		相談している	相談していない	計	相談している	相談していない	計	相談している	相談していない	計	相談している	相談していない	計	相談している	相談していない	計	相談している	相談していない	計
通園施設	2歳以下から	*85 (95.5)	4 (4.5)	89 (100.0)	67 (75.3)	22 (24.7)	89 (100.0)	56 (63.6)	32 (36.4)	88 (100.0)	**55 (61.8)	34 (38.2)	89 (100.0)	**39 (44.3)	49 (55.7)	88 (100.0)	*31 (35.6)	56 (64.4)	87 (100.0)
	3歳以上	53 (84.1)	10 (15.9)	63 (100.0)	38 (61.3)	24 (38.7)	62 (100.0)	29 (47.5)	32 (52.5)	61 (100.0)	19 (31.7)	41 (68.3)	60 (100.0)	14 (23.0)	47 (77.0)	61 (100.0)	12 (19.7)	49 (80.3)	61 (100.0)
小規模通園施設	2歳以下から	109 (93.2)	8 (6.8)	117 (100.0)	86 (73.5)	31 (26.5)	117 (100.0)	75 (64.7)	41 (35.3)	116 (100.0)	63 (53.8)	54 (46.2)	117 (100.0)	41 (35.0)	76 (65.0)	117 (100.0)	42 (36.2)	74 (63.8)	116 (100.0)
	3歳以上	36 (90.0)	4 (10.0)	40 (100.0)	32 (80.0)	8 (20.0)	40 (100.0)	23 (57.5)	17 (42.5)	40 (100.0)	22 (56.4)	17 (43.6)	39 (100.0)	16 (41.0)	23 (59.0)	39 (100.0)	14 (35.9)	25 (64.1)	39 (100.0)
計	通園施設	138 (90.8)	14 (9.2)	152 (100.0)	105 (69.5)	46 (30.5)	151 (100.0)	85 (57.0)	64 (43.0)	149 (100.0)	74 (49.7)	75 (50.3)	149 (100.0)	53 (35.6)	96 (66.4)	149 (100.0)	43 (29.1)	105 (70.9)	148 (100.0)
	小規模通園施設	145 (92.4)	12 (7.6)	157 (100.0)	118 (75.2)	39 (24.8)	157 (100.0)	98 (62.8)	58 (37.2)	156 (100.0)	85 (54.5)	71 (45.5)	156 (100.0)	57 (36.5)	99 (63.5)	156 (100.0)	56 (36.1)	99 (63.9)	155 (100.0)

NA, 非該当は除く, \*\* P<0.01, \* P<0.05

表11 家族に提供されている援助 (2) 社会福祉サービス紹介

サービス 対応 施設・対象年齢		A. 医療費 公費負担制度			B. 特別児童 扶養手当			C. 療育手帳			D. 身障者手帳			E. 家庭奉仕員 制 度			F. 介 護 ボランティア		
		紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計
通園 施設	2歳以下から	* 74 (84.1)	14 (15.9)	88 (100.0)	73 (82.0)	16 (18.0)	89 (100.0)	79 (87.8)	11 (12.2)	90 (100.0)	* 71 (81.6)	16 (18.4)	87 (100.0)	36 (41.9)	50 (58.1)	86 (100.0)	18 (21.4)	66 (78.6)	84 (100.0)
	3歳以上	42 (67.7)	20 (32.3)	62 (100.0)	46 (74.2)	16 (25.8)	62 (100.0)	49 (79.0)	13 (21.0)	62 (100.0)	39 (65.0)	21 (35.0)	60 (100.0)	15 (25.4)	44 (74.6)	59 (100.0)	11 (18.6)	48 (81.4)	59 (100.0)
小規模 通園施設	2歳以下から	** 89 (76.1)	28 (23.9)	117 (100.0)	90 (76.9)	27 (23.1)	117 (100.0)	98 (83.8)	19 (16.2)	117 (100.0)	** 93 (80.9)	22 (19.1)	115 (100.0)	55 (47.8)	60 (52.2)	115 (100.0)	35 (30.4)	80 (69.6)	115 (100.0)
	3歳以上	18 (47.4)	20 (52.6)	38 (100.0)	24 (61.5)	15 (38.5)	39 (100.0)	27 (69.2)	12 (30.8)	39 (100.0)	21 (55.3)	17 (44.7)	38 (100.0)	13 (34.2)	25 (65.8)	38 (100.0)	6 (15.8)	32 (84.2)	38 (100.0)
計	通園施設	116 (77.3)	34 (22.7)	150 (100.0)	119 (78.8)	32 (21.2)	151 (100.0)	128 (84.2)	24 (15.8)	152 (100.0)	110 (74.8)	37 (25.2)	147 (100.0)	51 (35.2)	94 (64.8)	145 (100.0)	29 (20.3)	114 (79.7)	143 (100.0)
	小規模 通園施設	107 (69.0)	48 (31.0)	155 (100.0)	114 (73.1)	42 (26.9)	156 (100.0)	125 (80.1)	31 (19.9)	156 (100.0)	114 (74.5)	39 (25.5)	153 (100.0)	68 (44.0)	85 (55.6)	153 (100.0)	41 (26.8)	112 (73.2)	153 (100.0)

NA, 非該当は除く, \*\* P<0.01, \* P<0.05



表12 家族に提供されている援助 (3) 親への働きかけ (子への対応)

施設・対象年齢		A. 栄養相談			B. 子の発達援助方法			C. 生活習慣のしつけ			D. 子との関わり方		
		あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計
通園施設	2歳以下から	54 (60.7)	35 (39.3)	89 (100.0)	**69 (77.5)	20 (22.5)	89 (100.0)	89 (97.8)	2 (2.2)	91 (100.0)	88 (96.7)	3 (3.3)	91 (100.0)
	3歳以上	29 (46.8)	33 (53.2)	62 (100.0)	28 (45.2)	34 (54.8)	62 (100.0)	60 (95.2)	3 (4.8)	63 (100.0)	63 (100.0)	0 (—)	63 (100.0)
小規模施設	2歳以下から	65 (55.1)	53 (44.9)	118 (100.0)	90 (76.3)	28 (23.7)	118 (100.0)	115 (96.6)	4 (3.4)	119 (100.0)	115 (96.6)	4 (3.4)	119 (100.0)
	3歳以上	21 (53.8)	18 (46.2)	39 (100.0)	25 (62.5)	15 (37.5)	40 (100.0)	38 (95.0)	2 (5.0)	40 (100.0)	37 (94.9)	2 (5.1)	39 (100.0)
計	通園施設	83 (55.0)	68 (45.0)	151 (100.0)	97 (64.2)	54 (35.8)	151 (100.0)	149 (96.8)	5 (3.2)	154 (100.0)	151 (98.1)	3 (1.9)	154 (100.0)
	小規模施設	86 (54.8)	71 (45.2)	157 (100.0)	115 (72.8)	43 (27.2)	158 (100.0)	153 (96.2)	6 (3.8)	159 (100.0)	152 (96.2)	6 (3.8)	158 (100.0)

NA. 非該当を除く, \*\* P < 0.01

行っており違いはみられない。子の発達援助の方法についての指導は、小規模通園施設の方が有意な差ではないが、なされている施設がやや多い。また、生活習慣のしつけや子どもとの関わり方についてのアドバイスはいずれもほとんどの施設で行なっている。

親へのアドバイスの有無について、通園対象年齢別にみると、通園施設では栄養相談そして子の発達援助の指導のいずれも2歳児以下から受け入れている施設にその割合が高く、特に子の発達援助の指導においてその差が顕著である。小規模通園施設では、栄養相談には差がないが、子の発達援助の指導は、有意な差ではないが、2歳児以下から受け入れている施設で、指導がなされている施設の割合が高い。

### 5. 専門スタッフの有無と家族に提供される援助

専門スタッフの有無によって家族に提供される援助に違いがあるのかどうか、まず相談分野の専門スタッフの有無（少なくとも心理判定員、臨床心理療法士、社会福祉ケースワーカーのいずれかがいる）と家族問題カウンセリング援助の有無（今回は実際なされているカウンセリングの質については問うていない）についてみたのが表13である。多くの施設において、相談は個人対象の形で行なっており、しかも内容は主として親自身の問題が多く、次いで夫婦やきょうだいの問題を取り扱っているが、地域・親せきの問題となるとあまりされていない。ただし有意な差はないが、専門スタッフが配置されている、あるいは連携をとっている施設の方に、専門スタッフがいない施設よりも幅広い問題を対象として相談がよ

り行なわれている。また集団を対象とした形の相談は専門スタッフがいる場合になされることが多く、特に親自身の心理的問題についての相談においてその差が顕著に出ている。

さらに通園対象年齢別にみると、通園施設ではもともと専門スタッフの配置されている施設は少ないが、専門スタッフの有無と援助の有無との間に関連がみられない。この表では家族問題への対応とその相談の質は捉えられていないのでわからないが、長年通園施設では専門スタッフはいないまま摸索していく中で、相談業務が必要なこととしてなされてきたからかもしれない。これに対し小規模通園施設では、特に2歳以下から受け入れている施設において、専門スタッフの存在が、両親がかかえる問題についての対応の有無と大きくかかわっていることがわかる。すなわち、相談分野の専門スタッフがいる施設に相談を行なっている施設の割合が高い。また有意な差はないものの、3歳児以上の施設でも同様の傾向がみられ、専門スタッフがいる施設の方に相談が行なわれているといえよう。

次に、社会福祉サービスの紹介の有無と相談分野の専門スタッフの有無とをみたのが表14である。サービスのうち療育手帳と身障者手帳の紹介については専門スタッフの有無との関連はみられず、多くの施設でなされている。また医療費公費負担制度や特別児童扶養手当については有意な差はないが、専門スタッフのいる場合の方がなされている。家庭奉仕員制度の紹介については特に専門スタッフがいる施設の方に制度を紹介している施設の

表13 相談分野専門スタッフの有無別・家族をめぐる諸問題への対応

施設・対象年齢		方法 問題領域 対応 スタッフ		親個人対象									親グループ対象								
				A. 親の障害児受容について			B. 夫婦、きょうだい の問題について			C. 地域、親せきの 問題について			A. 親の障害児 受容について			B. 夫婦、きょうだい の問題について			C. 地域、親せきの 問題について		
				相談 している	相談 していない	計	相談 している	相談 していない	計	相談 している	相談 していない	計	相談 している	相談 していない	計	相談 している	相談 していない	計	相談 している	相談 していない	計
通園	2歳以下から	相談スタッフ	有	21 (95.5)	1 (4.5)	22 (100.0)	15 (68.2)	7 (31.8)	22 (100.0)	13 (61.9)	8 (38.1)	21 (100.0)	13 (59.1)	9 (40.9)	22 (100.0)	8 (36.4)	14 (63.6)	22 (100.0)	6 (28.6)	5 (71.4)	11 (100.0)
		相談スタッフ	無	64 (95.5)	3 (4.5)	67 (100.0)	52 (77.6)	15 (22.4)	67 (100.0)	43 (64.2)	24 (35.8)	67 (100.0)	42 (62.7)	25 (37.3)	67 (100.0)	31 (47.0)	35 (53.0)	66 (100.0)	25 (37.9)	41 (62.1)	66 (100.0)
施設	3歳以上	相談スタッフ	有	7 (77.8)	2 (22.2)	9 (100.0)	3 (33.3)	6 (66.7)	9 (100.0)	4 (44.4)	5 (55.6)	9 (100.0)	4 (44.4)	5 (55.6)	9 (100.0)	2 (22.2)	7 (77.8)	9 (100.0)	0 (-)	9 (100.0)	9 (100.0)
		相談スタッフ	無	46 (85.2)	8 (14.8)	54 (100.0)	35 (66.0)	18 (34.0)	53 (100.0)	25 (48.1)	27 (51.9)	52 (100.0)	15 (29.4)	36 (70.6)	51 (100.0)	12 (23.1)	40 (76.9)	52 (100.0)	12 (23.1)	40 (76.9)	52 (100.0)
小規模通園施設	2歳以下から	相談スタッフ	有	28 (100.0)	0 (-)	28 (100.0)	*25 (89.3)	3 (10.7)	28 (100.0)	*24 (85.7)	4 (14.3)	28 (100.0)	**23 (79.3)	6 (20.7)	29 (100.0)	**16 (55.2)	13 (44.8)	29 (100.0)	**17 (58.6)	12 (41.4)	29 (100.0)
		相談スタッフ	無	81 (91.0)	8 (9.0)	89 (100.0)	61 (68.5)	28 (31.5)	89 (100.0)	51 (58.0)	37 (42.0)	88 (100.0)	40 (45.5)	48 (54.5)	88 (100.0)	25 (28.4)	63 (71.6)	88 (100.0)	25 (28.7)	62 (71.3)	87 (100.0)
	3歳以上	相談スタッフ	有	10 (90.9)	1 (9.1)	11 (100.0)	10 (90.9)	1 (9.1)	11 (100.0)	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (100.0)	*9 (90.0)	1 (10.0)	10 (100.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (100.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (100.0)
		相談スタッフ	無	26 (89.7)	3 (10.3)	29 (100.0)	22 (75.9)	7 (24.1)	29 (100.0)	16 (55.2)	13 (44.8)	29 (100.0)	13 (44.8)	16 (55.2)	29 (100.0)	11 (37.9)	18 (62.9)	29 (100.0)	9 (31.0)	20 (69.0)	29 (100.0)
計		相談スタッフ	有	66 (94.3)	4 (5.7)	70 (100.0)	53 (75.7)	17 (24.3)	70 (100.0)	48 (69.6)	21 (30.4)	69 (100.0)	**49 (70.0)	21 (30.0)	70 (100.0)	31 (44.3)	39 (55.7)	70 (100.0)	28 (40.6)	41 (59.4)	69 (100.0)
		相談スタッフ	無	217 (90.8)	22 (9.2)	239 (100.0)	170 (71.4)	68 (28.6)	238 (100.0)	135 (57.2)	101 (42.8)	236 (100.0)	110 (46.8)	125 (53.2)	235 (100.0)	79 (33.6)	156 (66.4)	235 (100.0)	71 (30.3)	163 (69.7)	234 (100.0)

NA, 非該当は除く, \*\*P<0.01, \*P<0.05

表14 相談分野専門スタッフの有無別・社会福祉サービス紹介

施設・ 対象年齢			サービス			A. 医療費 公費負担制度			B. 特別児童 手当			C. 療育手帳			D. 身障者手帳			E. 家庭奉仕員 制度			F. 介 護 ボランティア		
			対応			紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計	紹介 あり	紹介 なし	計
			スタッフ	有	無																		
通 園	2 歳 以 下 か ら	相 談 ス タ フ	有	19 (90.5)	2 ( 9.5)	21 (100.0)	18 (85.7)	3 (14.3)	21 (100.0)	18 (85.7)	3 (14.3)	21 (100.0)	15 (75.0)	5 (25.0)	20 (100.0)	12 (60.0)	8 (40.0)	20 (100.0)	6 (30.0)	4 (70.0)	10 (100.0)		
		有 無	無	55 (82.1)	12 (17.9)	67 (100.0)	55 (80.9)	13 (19.1)	68 (100.0)	61 (88.4)	8 (11.6)	69 (100.0)	56 (83.6)	11 (16.4)	67 (100.0)	24 (36.4)	42 (63.6)	66 (100.0)	12 (22.2)	52 (77.8)	64 (100.0)		
施 設	3 歳 以 上	相 談 ス タ フ	有	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100.0)	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (100.0)	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100.0)	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (100.0)	2 (22.2)	7 (77.8)	9 (100.0)	2 (22.2)	7 (77.8)	9 (100.0)		
		有 無	無	36 (67.9)	17 (32.1)	53 (100.0)	41 (77.4)	12 (22.6)	53 (100.0)	43 (81.1)	10 (18.9)	53 (100.0)	34 (66.7)	17 (33.3)	51 (100.0)	13 (26.0)	37 (74.0)	50 (100.0)	9 (18.0)	41 (82.0)	50 (100.0)		
小 規 模 通 園 施 設	2 歳 以 下 か ら	相 談 ス タ フ	有	*27 (93.1)	2 ( 6.9)	29 (100.0)	*27 (93.1)	2 ( 6.9)	29 (100.0)	27 (93.1)	2 ( 6.9)	29 (100.0)	26 (92.9)	2 ( 7.1)	28 (100.0)	*19 (65.5)	10 (34.5)	29 (100.0)	9 (31.0)	20 (69.0)	29 (100.0)		
		有 無	無	62 (70.5)	26 (29.5)	88 (100.0)	63 (71.6)	25 (28.4)	88 (100.0)	71 (80.7)	17 (19.3)	88 (100.0)	67 (77.0)	20 (23.0)	87 (100.0)	36 (41.9)	50 (58.1)	86 (100.0)	26 (30.2)	60 (69.8)	86 (100.0)		
	3 歳 以 上	相 談 ス タ フ	有	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100.0)	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (100.0)	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (100.0)	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (100.0)	3 (30.0)	7 (70.0)	10 (100.0)	2 (20.0)	8 (80.0)	10 (100.0)		
		有 無	無	14 (50.0)	14 (50.0)	28 (100.0)	17 (60.7)	11 (39.3)	28 (100.0)	20 (71.4)	8 (28.6)	28 (100.0)	16 (57.1)	12 (42.9)	28 (100.0)	10 (35.7)	18 (64.3)	28 (100.0)	4 (14.3)	24 (85.7)	28 (100.0)		
計		相 談 ス タ フ	有	56 (81.2)	13 (18.8)	69 (100.0)	57 (81.4)	13 (18.6)	70 (100.0)	58 (82.9)	12 (17.1)	70 (100.0)	51 (76.1)	16 (23.9)	67 (100.0)	**36 (52.9)	32 (47.1)	68 (100.0)	19 (27.9)	49 (72.1)	68 (100.0)		
		有 無	無	167 (70.8)	69 (29.2)	236 (100.0)	176 (74.3)	61 (25.7)	237 (100.0)	195 (81.9)	43 (18.1)	238 (100.0)	173 (74.2)	60 (25.8)	233 (100.0)	83 (36.1)	147 (63.9)	230 (100.0)	51 (22.4)	177 (77.6)	228 (100.0)		

NA, 非該当は除く, \*\* P < 0.01, \* P < 0.05

表15 リハビリ分野専門スタッフの有無別子の発達援助方法の指導

施設 対象 年齢	指 導		子の発達援助方法の指導		
	スタッフ	有 無	あり	なし	計
通園	2歳以下から	有	26 (81.2)	6 (18.8)	32 (100.0)
		無	45 (75.4)	14 (24.6)	57 (100.0)
施設	3歳以上	有	5 (71.4)	2 (28.6)	7 (100.0)
		無	23 (41.8)	32 (58.2)	55 (100.0)
小規模通園施設	2歳以下から	有	42 (84.0)	8 (16.0)	50 (100.0)
		無	48 (70.6)	20 (29.4)	68 (100.0)
	3歳以上	有	6 (66.7)	3 (33.3)	9 (100.0)
		無	19 (61.3)	12 (38.7)	31 (100.0)
計	リハビリ スタッフ	有	** 79 (80.6)	19 (19.4)	98 (100.0)
		無	133 (63.0)	78 (37.0)	211 (100.0)

NA. 非該当は除く, \*\* P < 0.01

割合が高い。介護のボランティア活用についてみると、ボランティアの紹介はいずれもあまりなされていないようである。

さらに通園対象年齢別にみると、通園施設ではいずれも有意な差はみられないが、2歳児以下から受け入れている施設の中で、医療費公費負担制度、家庭奉仕員制度、そして介護ボランティアの紹介は、専門スタッフがいる施設においてなされている割合が高い。それに対し、3歳児以上を対象としている施設では専門スタッフの有無と社会福祉サービスの紹介という家族への援助の有無とはほとんど関連しない。

一方、小規模通園施設では、特に2歳以下から受け入れている施設において、専門スタッフが配置されている場合、医療費公費負担制度、特別児童扶養手当、療育手帳、身障者手帳の紹介は大多数でなされている。また家庭奉仕員制度についても約7割の施設で紹介が行なわれている。それに対し3歳児以上を対象とする施設では、専門スタッフの有無と社会福祉サービスの紹介の有無と

表16 保健分野専門スタッフ有無別栄養相談

施設 対象 年齢	相 談		栄 養 相 談		
	スタッフ	有 無	あり	なし	計
通園	2歳以下から	有	24 (68.6)	11 (31.4)	35 (100.0)
		無	30 (55.6)	24 (44.4)	54 (100.0)
施設	3歳以上	有	10 (62.5)	6 (37.5)	16 (100.0)
		無	19 (41.3)	27 (58.7)	46 (100.0)
小規模通園施設	2歳以下から	有	24 (66.7)	12 (33.3)	36 (100.0)
		無	41 (50.0)	41 (50.0)	82 (100.0)
	3歳以上	有	8 (57.1)	6 (42.9)	14 (100.0)
		無	13 (52.0)	12 (48.0)	25 (100.0)
計	保健 スタッフ	有	** 66 (65.3)	35 (34.7)	101 (100.0)
		無	103 (49.8)	104 (50.2)	207 (100.0)

NA. 非該当は除く, \*\* P < 0.01

は関連がない。

全体として、通園施設の場合も小規模通園施設の場合も、2歳児以下から受け入れている施設において、専門スタッフを配置している施設に社会福祉サービスの紹介がよくなされているといえよう。

次に親へのアドバイス、特に子どもの発達援助指導とリハビリ分野の専門スタッフの有無（少なくとも理学療法士、作業療法士、言語訓練士のいずれか一人がいる）との関連をみたのが表15である。明らかにリハビリ分野の専門スタッフがいる場合、親に対して子の発達援助の方法を指導している施設が多い。さらに通園対象年齢別にみると、通園施設では有意な差はないもののいずれも専門スタッフが配置されている施設に指導がされることが多い。それに対し小規模通園施設では、2歳児以下から受け入れている施設で親に対する指導を行なっていることが多いが、3歳児以上を対象とする施設では差がない。

表16は、保健分野の専門スタッフの有無（看護婦、保



健婦のいずれか一人がいる)と栄養相談の有無についてみたものであるが、保健分野の専門スタッフが配置されている施設に栄養相談が親に対してなされていることが明らかである。それを通園対象年齢別にみると、通園施設ではいずれも有意な差はないが、専門スタッフが配置されている施設で栄養相談が行なわれている割合が高い。小規模通園施設では、有意な差はないものの、2歳児以下から受け入れている施設において栄養相談がなされていることが多いが、3歳児以上を対象とする施設では違いはみられない。

### 考察と今後の課題

以上の結果を概括すると、次のようにまとめることができる。

第一に、精神薄弱児通園施設にしても小規模通園施設にしても0歳児を受け入れているところはほとんどない。第二に、母子通園は小規模通園施設のほとんどで常時採用しており、母子共の通園が条件となっていることが多い一方、精神薄弱児通園施設では、通園しはじめの頃を除くと常時採用しているところは少い。第三に、早期療育に必要な様々な分野の専門スタッフが揃っている施設はあまり多くなく、特に相談スタッフ(心理判定員、臨床心理療法士、社会福祉ケースワーカー)が配置されている施設は少い。また通園対象年齢別にみると、なかでも3歳児以上を対象としている施設よりも、2歳児以下から受け入れている施設の方が専門スタッフを配置している施設が多い。第四に、施設が家族に対して提供している専門的援助(カウンセリング、社会福祉サービス紹介、子育てに関する指導)は、2歳児以下から受け入れている施設では比較的なされているが、3歳児以上を対象としている施設ではあまりなされていない。そして第五に、専門スタッフの有無と家族に対する援助の有無との関連をみると、やはり専門スタッフがいる方が、家族に対して援助が行なわれている。

これらの結果から次のような問題点及び課題が指摘されよう。

まず、早期療育として3歳児以降の受け入れは定着してきているが、より早期の段階、特に0歳児の段階の対応がなされていないという点について考えてみると、近年とみに一部精神発達遅滞児の診断が非常に早期になされている現状——例えば染色体異常の場合は出生とほぼ同時期に疑いもたれ、1ヶ月以内に検査結果が出され、診断が下されている——からすると、診断から早くても1年以上もの間、子どもの発達を促す療育のみならず、両親の心理的衝撃に対しても専門的対応がなされないまま

に放置されていることになる。そのため、なかには診断に納得いかずホスピタル・ショッピング(病院めぐり)をするようになり、そのことによって子どもの発達を促すためにも貴重なかつ重要な時期をいたずらに過ぎてしまうことになる。既に療育法のかかなり進んでいる肢体不自由児の通園施設の場合、通園期間は診断直後から始められているのに対し、精神薄弱児通園施設の中には歩行ができるようになってから通園許可するという施設も少くない。早期療育の早期とは診断後すぐに開始される療育と理解すべきであろう。したがって早期療育のためには早期発見から適切な診断そして適切な療育のシステム作り(上出、1984)が緊要といえよう。

次に、母子通園についてであるが、本来母子通園は子どものみを対象とした援助から両親に対する援助・指導という、専門的援助を与える範囲を個人から親子関係にまで広げたものであり、障害児をとりまく環境に視点を置き、まず母親への援助を行なったという大きな意義を持つと考えられる。そしてこの母子通園のシステムは小規模通園施設に多くとり入れられている。しかしながら、今さらに母親個人から家族全体にまで視野を広げた時、母子通園の対象は母親のみの指導が中心となる点や、また母親も園児とともに通園するということがとすれば施設側の人手不足を補うための施設側の便利さからなされるという危険性を持つがゆえに、障害児、障害児をもつ家族、専門機関のあり方について、ノーマリゼーションの立場から、再び、母子通園システムの内容が問い直される必要があるのではないだろうか。このことは現在の母子通園の意義を否定するものでないことはもちろんである。しかし例えば、通園施設の入園の条件(暗黙の前提)として母親が付添わなければ入園できないとか、管理運営上きょうだいを連れてくることを禁止している場合がある。この点については働く母親が増加していることを考えた場合、また現代社会は核家族が中心となりつつも地域の人間関係が稀薄になっている状況で、きょうだいを家に置いておくことができない場合は明らかに通園することが困難となってくる。また家庭にいる主婦であっても付添いとして施設に通うことに頻繁に時間をとられることが果して母親本人にしても他の家族員にしても良いことかどうか考える余地があらう。保育機関での早期療育の利点の一つとして「もし子どもが1日のある部分を家の外で過ごすならば、母親がその数時間解放されることによって、彼と母親との関係は改善されるであろう」と指摘する専門家(E. L. ラクロス、1976)もいる。したがって現在行われている母子通園がいたずらに労力のみが要求されているとすれば問題である。通園施設は単

に門戸を開放していればよいという姿勢があるとすれば、ノーマリゼーションの精神から精神発達遅滞児をもつ家族への配慮を考えた場合、不完全な援助といえよう。一方精神薄弱児通園施設では逆に母子通園を行っていない施設が多いが、この場合、親への援助や施設との間のコミュニケーションは十分なのだろうか。今回の援助の有無についての調査では、必ずしも援助が劣っているという結果は出ていなかった。しかし、援助の質や親の満足度からすると問題があるかもしれない。そのためには、母子通園の適切な頻度およびカリキュラムについて研究されねばならないだろう。このことはノーマリゼーション実践の上で重要な一視点となろう。

一般に施設では専門スタッフがいないというのは悩みの一つでもあるが、リハビリ専門スタッフや相談業務を担当するスタッフが少いのが目立つ。特に両親の様々な心理的問題、精神発達遅滞児をもつ家族をとりまく環境調整などを行なう専門スタッフがいないということはどのような意味を持つのだろうか。精神発達遅滞児を成長させていく上には精神発達遅滞児のみの療育ではなく、家族への関わりが必要(Cashdan, A. & D. M. Jeffrey, 1966)であるという知見からみると、両親が抱く不安、心理的衝撃を一刻も早く和らげることが、両親のみならず、障害児及びきょうだいにとり非常に重要である。とすると、現在の施設の状況では、子どもの能力を最大限に発達させたいと思う家族のニーズに十分に答えられないのではないだろうか。障害児の療育効果を高める上で両親に対するカウンセリングは、個人カウンセリング、グループカウンセリングの両方が個人のニーズに合わせとりまぜて行なわれることが重要である(岩堂美智子, 1975)と指摘されている。

専門スタッフが配置されている場合は親個人を対象とした相談、及び親グループを対象とした相談の両方がなされていることが多いが、専門スタッフが配置されていない場合は、親の側から特別に相談があった時にその時その時個別に行なっていることも少くない。これでは精神発達遅滞児を受容し、家族の新たな組織化を進めていかなければならない両親にとって、頼りない援助と言わなければならないだろう。

また特に今回の調査では三歳児以上を対象としている精神薄弱児施設において、家族への対応があまり十分になされていないという点は、今後の通園施設の役割を考えると、やはり家族のニーズに答える形で、なおかつノーマリゼーションの立場から通園施設に新たに期待される役割を見直す必要があるのではないだろうか。すなわち早期療育への見直しとともに、両親に対する対応が

必要と思われる。

以上考察してきた問題点及び課題から、今後早期療育を担う通園施設の期待される役割について私見を述べてみたい。

通園施設はまず第一に早期診断に直接結びついた療育サービスがなされる機関であることが望まれる。新生児期に精神発達遅滞児と診断される乳児がいる現実からすると当然のごとく0才児から受け入れる体制でなければならないし、また精神発達遅滞児は新生児期に診断がつくとは限らず、したがって乳幼児期全体を通じて、新規受け入れ体制が整い、それに添ったカリキュラムが用意されていなければならない。

このように診断時期が特定化できないという、精神発達遅滞児の場合の見え・診断をめぐる複雑さはまた、その両親が活用する援助サービスの未開発、及びサービス利用の不自由さと結びつきやすい。現在、精神発達遅滞児をもつ家族に対し社会では様々な援助が、専門機関—例えば病院、保健所、児童相談所、社会福祉事務所、通園施設、保育機関等—において一定の援助が提供されている。しかし、多くの場合援助は単発的にしか行なわれていない。このことは精神発達遅滞児をもつ家族というそれらのサービスを利用する側からみれば、それらのサービスを享受するためには、大きなエネルギーを必要とすることを意味する。先に述べたように、もともと精神発達遅滞児をもつ両親は、障害児の世話や病院通い等で多大な労力を必要とする。加えて必要なサービスを享受するためにもエネルギーを必要としなければならない。しかも両親にとり心理的に困難をかかえている時期にサービスは必要となるが、障害児をもつことにかかわる困難によって心理的エネルギーを費やしてしまっているため、サービスを受けるというだけでも大変である。このような状況を考えると、現在の援助サービスのあり方に疑問を考える。ノーマリゼーションの立場から考えると、当該家族に対しては、子どもの療育のみならず適切な環境調整がなされるためにも、適切な援助を受けるために、あちこちの機関を渡り歩くという両親の負担は軽減されることが必要であろう。

精神発達遅滞児の場合、先に挙げた専門機関において主たる責任を負う機関は現在存在しない。サービスの内容によってそれぞれの機関がそれぞれの機能を担っているにすぎない。すなわちそれら機関の間には問題をかかえる家族に対して有機的な連携はなされていない。この現状と、現在ある機関の任務を考えあわせると、診断から即療育援助と結びついた新しい通園施設がキー・エージェンシー(key agency)となることが、すなわち当核

家族を各機関に結びつける中心的役割を担う機関となるのが望ましいと考える。なぜなら、精神発達遅滞児及びその家族を直接に全体として掌握できる可能性は通園施設だけだからである。通園施設以外の機関では、対象や業務がより広く、精神発達遅滞児のみを対象としているのではない。そのためよりきめの細かい対応を行わなければならないとしたならば、他の機関で新たな内容をしかも効果的に行なうことはなかなかむずかしいと考える。したがって通園施設が中心に置かれ、利用者もまっぴら通園施設にかかわることにより、様々なサービスが手に入れられるようになることが望ましい。また施設側からみれば、当該家族の処遇をめぐる、他機関との有機的な連携をとる必要が当然ある。そのためには最少限、専門機関間のネットワークの中心となる施設に必要な、既に指摘した専門スタッフ（相談分野スタッフ、リハビリ分野スタッフ、保健分野スタッフ）が必要であろう。

地域ごとに、障害児の診断、療育を行い、かつ医療、療育、保育機関のスーパービジョンやコンサルテーションを行っていく「センター方式」（上出，1984）が提起されているが、精神発達遅滞児にとって重要な乳幼児期の間は、当該家族に深く対応できる規模を考えると通園施設で援助がなされることが望ましいと思われる。したがって年齢を超えたスーパーバイズ機能と、機関に対してコンサルテーションを行う上位機関として「センター」を位置づけたとしても、障害児をもつ両親にとって、将来次々と出現する壁に対処できる姿勢を形成するために重要な乳幼児期は、ネットワークの中心的役割を担う通園施設の意義も減ずるものではない。このように機関のスーパービジョンとコンサルテーションを担うセンターと、障害児やその家族のきめ細かい直接的援助及び他機関ネットワークのキー・エージェンシーとしての通園施設をもつ早期療育システムを筆者は「二重センター方式」と呼ぶ。精神薄弱児の乳幼児期においては、このような早期療育システムが必要であろう。

以上のような実践的課題とともに、ノーマリゼーションの立場からの研究課題として、まず家族に対する適切な療育援助とともにいたずらな親への負担を軽減するという複眼的視点でもって、あらゆる援助が点検され、かつまた適切な母子通園のあり方はどのようなものか、より深く研究される必要がある。また両親に対する、家族をめぐる諸問題への対応にしても、どのような効果が得られているのかについて、すなわち療育や援助について家族側に立った効果測定、あるいは援助の質を高めるために、いつ、どのような介入が適切であるか、またそのための資源を開発するなどの研究がなされる必要であろう。

付記：調査にご協力下さった施設の方々に深く謝意を表します。本研究は、トヨタ財団昭和58年度研究助成を受けて行なわれた。

## 注

- 1) 障害児研究会の事務局は、現在本学部附属児童・家庭相談所におかれている。代表：藤田弘子，事務局長：辻野増枝。

## 文 献

- ブロンストン，W. G.：ノーマリゼーションの概念と理論，Koch, R. Dobson, J. C. (eds.), *The Mentally Retarded child and His Family*. Mark Paterson. London (1976) 所収。(R. コッホ，J. C. ドブソン編著，桜井芳郎他訳：精神遅滞児（者）の医療・教育・福祉，岩崎学術出版社 535—570 (1983))
- Cashdan, A. & Jeffree, D. M.: The influence of the home background on the development of severely subnormal children, *British Journal of Medical Psychology*, 39 (4), 313—318, (1966).
- 岩堂美智子：障害児の治療教育と親の問題，大阪市立大学生生活科学部紀要，第23巻，169—174 (1975)
- 上出弘之：精神遅滞の早期発見と早期療育，臨床精神医学，13 (6)，699—703 (1984)
- 中村健二編：実践記録・生きる「精神薄弱」第1巻，母親と家族，ドメス出版 (1975)
- 中村健二：実践記録・生きる「精神薄弱」別巻，ある実践家の歩み，ドメス出版 (1976)
- 中國康夫：「ノーマリゼーションの原理」の起源とその発展について——特に初期の理論形成を中心として——，社会福祉学，22—2号，89—111 (1981)
- シルド，S.：精神遅滞児の家族，Koch, R. & Dobson, J. C. (eds.) *The Mentally Retarded Child and His Family*. Mark Paterson, London (1976) 所収。(R. コッホ，J. C. ドブソン編著，桜井芳郎他訳：精神遅滞児（者）の医療・教育・福祉，岩崎学術出版社，498—508 (1983))
- 山口薫：養護学校と通園施設，精神薄弱者問題白書，1971年版 79—88
- 精神薄弱者問題白書，1971年版，1973年版，1975年版，1976年版，1980年版。
- 渡辺久子：障害児と家族過程——悲哀の仕事とライフサイクル，加藤正明・藤嶋昭・小比木啓吾編，講座家族精神医学 (3) ライフサイクルと家族の病理，弘文堂 233—254 (1982)
- ラクロス，E. L.：就学前教育の貢献，Koch, R. & Dob-

son, J. C. (eds.), *The Mentally Retarded child and His Family*, Mark Paterson, London(1976) 所収。(R. コッホ, J. C. ドブソン編著, 桜井芳郎他訳: 精神遅滞児(者)の医療・教育・福祉, 岩崎学術出版社, 359—367(1983)

(昭和59年11月6日 受理)

### Summary

A mail questionnaire survey was conducted in 1984 of training centers for mental retarded children in Japan.

Samples were 154 public training centers and 159 community training centers.

Results are as follows.

1. only a few training centers receive zero-year-old infants with mental retardation.
2. there are few counsellors in order to support their parents at both training centers.
3. therefore, they cannot support sufficiently to overcome emotional, financial, and interpersonal struggles for families with mental retarded children.

Consequently, training centers need to introduce early educational method of zero-year-old infants and promote to support their families, especially their parents, in order to lessen a burden on them, as soon as possible.