

育療



2008.2

特集

日本育療学会第11回学術集会総括報告	中塚 博勝	1
日本育療学会第11回学術集会並びに総会開催要項		2
基調講演座長報告	西牧 謙吾	7
基調講演		
「地域に根ざした発達障害への支援」	野村 東助	8
パネルディスカッション報告	西牧 謙吾	24
パネルディスカッション	金井 剛 島 治伸 本多 公恵 中村 文子	25
記念講演座長報告	中塚 博勝	47
記念講演		
「精神障害のある人を地域で支える」	佐藤 順恒	48
会長講演座長報告	山本 昌邦	67
会長講演		
「からだの弱い子どもの福祉支援」	中塚 博勝	68
研究発表座長報告		
●研究発表Ⅰ	滝川 国芳	97
●研究発表Ⅱ	棹山 勝子	99
●研究発表Ⅲ	小畑 文也	100
旧成東児童保健院訪問記	西牧 謙吾	102

編集後記

特集

日本育療学会第11回学術集会総括報告

中塚 博勝（日本育療学会第11回学術集会会長）

日本育療学会第11回学術集会が、平成19年8月24日・25日の二日間にわたって東京・全通会館を会場に「ひとり一人の子どもを支える・・・教育・医療・福祉の現場における連携」をテーマに開催されました。

学術集会開催にあたりご支援賜りました皆様にあらためてお礼申し上げますとともに、成功裡に終えられましたことをご報告いたします。

本大会は、テーマに従って「支えること」「連携」に焦点づけて、基調講演・記念講演及びパネルディスカッションを企画しました。

基調講演は「地域に根ざした発達障害への支援」と題して野村東助先生にお話しいただき、それを受けて「発達障害の子どもを支える医療・教育・福祉の現場における連携」をテーマにパネルディスカッションが行われ、より深く学ぶことができました。

記念講演は、「精神障害のある人を地域で支える」と題し佐藤順恒先生にお話しいただきまし

た。これに続く研究発表Ⅱで行われた三題の発表では、障害をもって地域で暮らす人たちを支える相談支援の現場から示唆に富んだ実践報告をいただき、支援・連携について改めて考える機会となりました。

その他の研究発表においては、日常の実践に学問的な考察を加えた現場におられる方ならではの内容のある報告をいただきました。

それぞれの先生方にお礼申し上げます。

最後に、この学術集会を開催するにあたりご後援、ご援助下さいました文部科学省・厚生労働省・東京都教育委員会・NPO難病のこども支援全国ネットワーク・全国特別支援学校病弱教育学校校長会・全国病弱虚弱教育学校PTA連合会・全国病弱虚弱教育研究連盟・全国病弱教育研究会・日本自閉症協会東京都支部他諸団体、本学会準備委員として多大なご協力を下さった諸先生方に心から感謝申し上げます。

平成19年度 日本育療学会第11回学術集会並びに 総会開催要項

大会テーマ

「ひとり一人の子どもを支える～医療・教育・福祉の現場における連携～」

1. 開催日時：平成19年8月24日(金) 10:00～17:00 25日(土) 9:00～16:30
2. 会場：全通会館（東京都文京区後楽1-2-7 TEL：03-3813-7029）
3. 会長：中塚博勝（社会福祉法人大泉旭出学園 大根旭出福祉園）
4. 内容：

<第1日目>

9：15～ 受付

10：00～10：10 開会 理事長挨拶

全体司会進行（日本育療学会理事 土屋忠之）

10：15～12：00 基調講演 「地域に根ざした発達障害への支援」

野村 東助 氏（東京コーディネーター研究会会長、東京学芸大学名誉教授）

座長 日本育療学会 副理事 西牧 謙吾（独立行政法人 国立特別支援教育総合研究所）

12：15～12：45 総会

13：15～15：00 パネルディスカッション

テーマ 「発達障害のある子どもを支える医療・教育・福祉の現場における連携」

パネラー

金井 剛 氏（横浜中央児童相談所医務担当課長）

島 治伸 氏（徳島文理大学人間生活学部教授）

本多 公恵 氏（滝乃川学園地域生活支援センター主任）

中村 文子 氏（日本自閉症協会東京都支部長）

コーディネーター 西牧 謙吾（独立行政法人 国立特別支援教育総合研究所）

15:15～16:45 研究発表 I

座長 横田雅史（愛知みずほ大学大学院人間科学研究科）

滝川国芳（独立行政法人 国立特別支援教育総合研究所）

I-1. 病気療養児の教育支援体制に関する一考察 –広島県下における実態調査から–

長江綾子（広島大学大学院教育学研究科）

I-2. 特別な教育的支援の必要な子どもへのかかわりに関する研究

～担任が望む養護教諭のかかわり～

○金子 紘子¹, 横田 雅史²

（1 愛知みずほ大学大学院人間科学研究科, 2 愛知みずほ大学）

I-3. 病弱児に対する養護教諭と関係機関との連携に関する研究

○工藤綾乃¹, 横田雅史²

（1 愛知みずほ大学大学院人間科学研究科, 2 愛知みずほ大学）

I-4. 病弱養護学校のセンター的機能に関する研究

—個別の教育支援計画を通しての小・中学校との連携を中心に—

○畔見志保¹, 滝川国芳², 西牧謙吾²

（1 群馬県立赤城養護学校, 2 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所）

I-5. 算数・数学における「学習空白」の研究

谷 麻紗美（千葉県市川市立第一中学校）

I-6. 重度知的障害児との集団指導から見えてきたもの

—地域校での特別支援教育の取り組み—

○西嶋大輔¹, 足立美香², 福本良之³

（1、2 兵庫県三田市立ゆりのき台小学校, 3 岡山大学大学院 医歯学総合研究科博士課程）

17:30～ 懇親会

<第2日目>

9:00～ 受付

9:30～10:30 会長講演 「からだの弱い子どもへの福祉支援」

大会会長 中塚博勝（社会福祉法人大泉旭出学園 大利根旭出福祉園）

座長 日本育療学会 理事長 山本昌邦（横浜国立大学名誉教授）

10:45～12:00 研究発表Ⅱ

座長 土屋忠之（都立久留米養護学校清瀬分教室教諭）

棹山勝子（前神奈川県立横浜南養護学校校長）

Ⅱ-1. 東京都発達障害者支援センターにおける相談支援事業について

石橋悦子（こどもの生活研究所）

Ⅱ-2. 中核地域生活支援センターの取組と役割

—中核地域生活支援センター香取ネットワークが取組んだ

地域で支えるシステムづくり—

高木美枝子（中核地域生活支援センター香取ネットワーク）

Ⅱ-3. 東総障害者就業・生活支援センターにおける就労支援

—地域で取り組む就労支援と今後の取り組み—

丸山理章（東総障害者就業・生活支援センター）

Ⅱ-4. 「自立活動」5区分とマカトン法との関連性について

—自閉症児の適切な教育支援の一考察

○竹内涼太¹, 星登志雄²

（1：旭出養護学校小学部教諭, 2：旭出養護学校校長）

Ⅱ-5. 第二次世界大戦前の京都における病虚弱児教育施設

○桐山直人¹, 西牧謙吾², 長谷川千恵美³, 滝川国芳²

（1 神奈川県立平塚養護学校, 2 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所, 3 日本大学）

13:00～14:30 記念講演 「精神障害のある人を地域で支える」

佐藤 順恒 氏（上尾の杜診療所院長 精神科医 社会福祉法人あげお福祉会理事長）

座長 大会会長 中塚博勝（社会福祉法人大泉旭出学園 大利根旭出福祉園）

14:45～16:30 研究発表Ⅲ

座長 河合洋子（順心会看護医療大学看護学部）

小畑文也（筑波大学人間総合科学研究科）

Ⅲ-1. 教医連携による近未来志向の筋ジス児に対する実践

○池田哲也¹，野本雅明¹，元木祐子¹，小森信幸¹，土屋和彦¹

（1 北海道八雲養護学校）

Ⅲ-2. 病棟における玩具の機能に関する研究

－テディベアを中心としたエピソード記録による分析－

○小畑文也¹・石川慶和¹・下村由紀子¹・相馬あゆみ²・深澤美華
恵¹ 宮本信也¹

（1 筑波大学・人間総合科学研究科 2 筑波大学・教育研究科）

Ⅲ-3. 通常の学級に在籍するアトピー性皮膚炎の児童・生徒への教育的支援について

－文献検討を中心に－

○深澤美華恵¹，山本昌邦²，小畑文也¹

（1 筑波大学人間総合科学研究科，2 横浜国立大学教育人間科学部）

Ⅲ-4. 小児がん患児とその母親による院内学級新聞作成の試み

○山口 志麻¹，前田知子²

（1 神戸大学大学院医学系研究科・神戸市立垂水養護学校，2 大阪大谷大学）

Ⅲ-5. セルフヘルプグループ（親の会）の存在意義の再考

－「全国心臓病の子どもを守る会」の活動を通して－

三ツ石圭吾（関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科）

Ⅲ-6. 療養中の長期欠席児の学習支援に関する研究

○河合洋子¹，藤原奈佳子²，横田雅史³

（1 順心会看護医療大学看護学部，2 愛知きわみ看護短期大学，3 愛知みずほ大学）

16:30 閉会

5. 参加費：

事前登録：会員4,000円 非会員5,000円 学生3,000円（1日参加・両日参加にかかわらず一律）
当日参加：会員5,000円 非会員6,000円 学生4,000円（1日参加・両日参加にかかわらず一律）
懇親会費：5,000円

6. 参加申込方法：

郵便払込取扱票（青色）にて、参加費をお振込みいただくことで、参加申込となります。
なお通信欄に払込金額等の内訳を明記してください。

（例：第11回学術集会参加します。非会員5,000円＋懇親会費5,000円＝10,000円）

郵便振替口座：口座番号／00270-5-75557
加入者名 日本育療学会

※なお、発表者は会員に限ります。現在会員でない方は、同時に入会手続きをお願いします。

日本育療学会入会手続き

「入会希望」の旨を下記宛てにご連絡ください。

日本育療学会事務局

〒113-0033東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6F

Fax：03-5840-5974

e-mail：japanikuryo@ybb.ne.jp

詳しくは、<http://www.nanbyonet.or.jp/ikuryo/> をご覧ください。

※ 第11回学術集会事務局と日本育療学会事務局とは異なりますのでご注意ください。

7. 後 援：

文部科学省、厚生労働省、東京都教育委員会、NPO難病のこども支援全国ネットワーク、
全国特別支援学校病弱教育学校長会、全国病弱虚弱教育学校PTA連合会、
全国病弱虚弱教育研究連盟、全国病弱教育研究会

基調講演座長報告

座長 西牧 謙吾（独立行政法人国立特別支援教育総合研究所）

演者の野村東助先生は、東京学芸大学名誉教授で、自閉症教育の第一人者として有名な方である。基調講演の内容は、発達障害の概念の変遷の説明から始まり、疾病分類学的な視点ではなく、教育や福祉で大切なのは支援する方法論から見た視点であると強調された。次に、アメリカ公法改正の流れとその日本へ影響を押さえた上で、日本において新たに発達障害者支援法や特別支援教育に至った道筋を丁寧に追いながら、発達障害のある人の支援方法を、自閉症、ADHD、学習障害別に説明された。発達障害を生きることについて事例を交えながらのお話しは、先生の今までの経験

が凝縮された内容だった。

障害があっても自分らしく生きること、家族や仲間とのつながりの中で生きること、このつながりを作ることが大切であると結ばれた。地域に根ざした発達障害への支援の本質も、この点ではないかと感じた。

この学術集会特集号では、基調講演をほぼ話された言葉で再現した。わずか、1時間30分の講演であったが、それだけでも発達障害を学ぶ入門的論説とも言える豊富な内容であった。

（文責 西牧謙吾）

基調講演

「地域に根ざした発達障害への支援」

野村 東助（東京コーディネーター研究会会長、東京学芸大学名誉教授）

おはようございます。野村でございます。本日、私、日本育療学会は初めてお目にかかります。でも、大方の方はほかの形で随分おつき合いの長い方もおられます。今日はよろしくお願いいたします。

現在、発達障害が大きな関心を集めておりまして、これはもともと特別支援教育から出てきたわけです。同時に福祉の方からも、発達障害者支援法ができました。今までは福祉関係は、知的障害と肢体不自由と精神障害の三つの区分しかなくて、発達障害がいつも知的障害の陰でひさしを借りて一緒に扱われてきたところがございます。これではいけないということで、とにかく発達障害が福祉の世界でも日の目が見られるように、いろいろな施策が行き届くような形にするように運動をしようというのが発達障害者支援法の趣旨でございます。そのこともあわせて、いろいろな形で発達障害が大きな注目を集めておりますので、それをひとつテーマ対象に考えていきたいということと同時に、今は地域連携・共生ということが障害者の世界で共通の課題というか目標になってきております。どのような形で支援をするにしても、地域を抜きにしては考えられない。地域をどういうような形で障害者の暮らしやすい場所を整備するか、これは地域の課題であります。その中で一体になっていかなければ、本当に幸せな障害者の生活はあり得ないということで、地域をどういうふうに生かしていくか、頼りにしていくか、もっと言えば育てていくかということが障害全般の課題となっております。このあたりについて本日の講演では、私が日ごろ考えておりますことをお話ししていきたいと思っております。

最初にちょっと、この発達障害というのは、いろいろな立場で捉え方といましようか、何を発達障害と呼ぶかということを含めていろいろ違うところがございます。きょうお話するこの

私の発達障害は、発達障害者支援法で定義されている、それから、特別支援教育の中でこれまで軽度発達障害と言われてきたような、そういう意味での発達障害を中心にお話をします。ところによってはいろいろな考え方があるので、全体の中で今私どもが考えている発達障害というのはどんな位置づけなのかということ、少しご理解いただいたほうが発達障害の支援をするに当たってのご参考になるかと思えます。そこでその点について、なるべく簡単に触れてみたいと思っております。

発達障害とは何か その共通要素 それらをまとめる括り紐

- ・ 疾病分類学的立場 診断分類体系
 - 時期：発達初期に発症する
 - 機能：認知、言語、コミュニケーション、運動、社会性といった諸機能の発達に見られる障害
 - 経過：寛解や再発がなく概して安定した経過をたどる
 - 原因：（何らかの脳の器質的障害に起因する）

発達障害と一口に言いますが、ではどういふものを発達障害というのかということなのですが、一つは、医学の世界で発達障害というものを一応病気・疾病ととらえて、いろいろな病気を分類する、難しいことと言うと疾病分類学的な立場がございます。これによっていろいろ同じような性質の病気を集めて、そして大きくまとめていって体系をつくり、大体いろいろな形の診断分類体系の中に発達障害というのはいふ立場から考えられてまとめられてきております。時期は発達の初めに起こる。そして、どういふ機能が障害されているのかということ、これがちょっと厄介なのですが、認知・言語・コミュニケーション・運動・社会性、つまり、かなり高次中枢神経がかかわる

機能の発達に障害が出てくるものであります。

これは経過ですが、ちょっと難しい言葉ですが、寛解や再発がなくて概して安定した経過をたどる、ちょっともったいぶった言い方ですが、要するに治らないということです。医学のほうから言えば、精神障害との違いがここにありますよという発達障害と精神障害との違いを指摘している。それから、原因は何らかの脳の器質的障害に起因するもの、括弧にしましたのは、具体的にどここのどういうところが障害されているかということとはわからない、でも、何か脳の機能のあり方に不具合があるのです。生まれつきにそういうものですよというように、これはどこから考えても間違いがない。しかし、特定できないものですから、診断分類体系の中ではこういうことは一切言いません。でも、経過がこうだということで大体これはわかるわけでございます。障害の中からこういうものを拾い上げ、これをまとめて発達障害と言ってきました。

DSM-III-R (1987)
APA, 診断・統計マニュアル改定第三版

「乳幼児期、小児期もしくは青年期に通常初めて診断される障害」という大項目の中に「Developmental Disorders」

主要な障害が、認知、言語、運動、あるいは社会的技能の獲得に見られること。経過は慢性の傾向にあり、寛解や悪化の時期はなく、いくつかの徴候は成人期まで持続する。

知的障害	全体的な遅れ
広汎性発達障害	多くの領域に発達の質的な歪み
特異的発達障害	特定領域の技能獲得に遅れ、不進歩

ちょっと例でございますが、一番はじめに発達障害という大きなまとまりを提案したのはDSM-III-Rというアメリカの精神医学会が作り出した診断と統計のためのマニュアルです。1987年ですけども、この中に大きく、乳幼児期から青年期に初めて発症する障害がたくさんあるわけです。これは大項目になります。その中の中項目に、発達障害、Developmental Disordersという中項目がありまして、その中にこの三つの障害が含まれております。これは、知的障害、精神遅滞ですね。もう一つは広汎性発達障害、これは自閉症を中心とした障害です。それから特異的発達障害と

いうものがありますが、これは、学習障害を初めとして、発達性言語障害であるとか、あるいは運動に関する発達性の協調運動障害であるとか、それからコミュニケーション障害も全部含めてこういう三つに分けました。三つに分けたのは、障害されている領域が精神発達の全体なのか、全体ではないけれどもかなり多くの領域なのか、かなり限定された特定の、例えば学習の算数障害であるとか読字障害であるとか言語の発達だけだとかという、この領域の広さによって三つに分けている。それぞれにいろいろ不具合があって、自閉症の場合は、単なる遅れとは言い難い点で、これは質的に障害があるといいますが、単なる遅れとは違うということです。

これは、ここに発達障害を出してきたという本当のねらいの一つは、自閉症がそれまで、一体これは分裂病なのか、それとも親の育て方が悪くて心理的な原因でできたのか、いろいろ自閉症の本体が何かについて議論が何十年も続いておりました、はっきりわからなかった。ところが、ようやく1970年代になりましてからいろいろな研究が行われ、やはり親の育て方というふうなものではないんだよと、認知や言語、いろいろな意味で特別な障害がある。それが自閉症の原因だということで、どこに分類しようか、精神障害ではない、何かやはり知的障害でもない、中に一つ新しい分類をつくらないといけない、そこで発達障害が一番いいなということで広汎性という名前をつけて発達障害によりやく納まったわけです。

もう一つ、今まで、皆さんがご存じのMBDという微細脳損傷症候群がありまして、はっきり脳損傷がある証拠はないけれども、どう考えても脳のどこかがおかしいからこうなっているのではないか、最初に学習障害の読字障害とか何かというのはこの微細脳損傷症候群じゃないか、いろいろ落ちつきのないのもそういうことから来るんじゃないか、特に不器用なものを今は協調運動障害と言っています。そういうのはみんな微妙なところがちょっと不具合を生じている。そういう任意症状が確かにあるということは誰もが認めていて、ただ、どうも名前が気に食わない。脳機能損傷群、微細とはいえ脳機能損傷群というといかにも脳が

冒されているというふうなイメージを与えていかんということで、しばらくMBDという言葉は使われなくなりました。しかし、使われなくなっても実際には存在している。そういう妙なところで機能的に不具合を生じているところがあるということを前提にアプローチしなきゃいかんということはわかっているの、それをどこに入れようか。やっぱりこれは発達障害の中に、限られた特定の領域だよということで特異的発達障害という形の中に入れて、学習障害などと一緒の仲間に入れたわけです。これでようやく、今までなかなかどこに入れていかかわからなかったものが納まったというところで大変大きな成果が上がったわけです。

DSM—IV
「発達障害」という中項目がなくなる

- ・「乳幼児期、小児期、青年期に通常初めに診断される障害」のもとに以下が並列
- ・ 知的障害
- ・ 学習障害
- ・ 運動機能障害
- ・ コミュニケーション障害
- ・ 広汎性発達障害
- ・ 注意欠陥/多動性障害
- ・ 摂食障害
- ・ チック障害 その他

私もこれだけを見ると非常に整合的でよくわかると思ったのですが、そうはいきませんでした。このDSM-III-Rの次に同じくDSM-IVというものができました。そのときには何と、せっかくDSM-III-Rで発達障害という中項目をつかったのに、それを全部取り外してしまったのです。それで、小さいときに発症するという大きな項目は残しましたが、DSM-III-Rで発達障害に含めていた知的障害・学習障害・運動機能障害・コミュニケーション障害、これは全部特異的発達障害ですが、これが全部そのまま発達障害という枠を抜きにしてそのまま出てきました。それで、広汎性発達障害、ここが厄介なところで、この中にADHDは含まれていません。多動性障害は、この発達障害の隣にもう一つ情緒及び行動の障害という大きな中項目があって、その中にチックであるとか行為障害であるとか、発達障害とは言えな

いさまざまな項目があり、その中に実は多動性障害が含まれたわけです。このところが、やや難しいところなのでしょうね。

注意欠陥・多動性障害がようやく発達障害とは別の形で独立してこのように……まだいっぱい幾つか並んでいます。

ICD-10
WHO、国際疾病分類10版

F70 知的障害
F80 心理的発達の障害(会話および言語、学力、そして運動機能、の特異的発達障害、そして広汎性発達障害、)
F90 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(多動性障害、行為障害、小児期に特異的に発症する情緒障害その他)

F81に含まれる障害には、次のような共通点がある。
①発症は常に乳幼児期あるいは小児期であること
②中枢神経系の生物学的成熟に深く関係した機能発達の障害、遅れ
③寛解や再発が見られない安定した経過であること

DSMはアメリカの精神医学会がつくったものですが、これは、WHOの国際疾病分類の第10版、いわゆるICD-10です。これも大体DSMと並ぶ世界の双壁になっておりますけれども、ここではF80-F89に心理的発達の障害という項目があって、ここにDSMの発達障害に大体該当するものが並んでいます。そのときには知的障害は外れて独立してF70になっています。多動性障害の場合、やはりDSMと同じように、発達障害の仲間ではなくて隣の行動及び情緒の障害に情緒障害などと一緒に含まれています。つまり、特に多動性障害はどういうふうに考えたらいいかというところで、これを疾病学的見地だけから言っていくとちょっと厄介です。

もう一つは、さっきの定義から言えば、大体、知的障害も発達障害に違いないのだけれども、発達障害の中に学習障害と並んで知的障害を入れるのではなく、やはり知的障害は独立したものでなければならぬ。

もう一つは、DSM-IVになりますと、多軸診断といって、いろいろな軸にはいろいろな障害があって、その障害の中に幾つか知的障害を含むものと含まないもののがあって、障害を診断するときには、「何々の障害ですよ」と同時に「知的障害を伴っていますか、伴っていませんか」という

二つの条項を併記して、例えば自閉症なら自閉症、知的障害を伴う自閉症とそうじゃない自閉症、伴っていると、そのために状況が全部違ってきますから、こういうために知的障害を使わなければならない。そのような様々な都合から、発達障害の中に入れておく具合が悪いということが生じてきました。ですから、DSM-IVが発達障害という枠を使わなくなったのは、よく訳がわかるわけで、疾病分類学的な見地から言うところとちょっと難しいということです。

発達障害の概念について 二つの系譜

- 障害をその性質によって疾病分類学的に区別する
 - Developmental Disorders
 - 医学、疾病モデル、目的は治療
 - 原因、症状、経過、転機、家族的背景などに注目
 - DSM-III-R(ほか各種の診断分類体系)
- 必要な支援のあり方が似たもの同士の障害をまとめる
 - Developmental Disabilities
 - 教育・福祉、障害モデル、目的はケア
 - 障害によってその人が受ける不便、不利益、困窮
 - アメリカ公法PL95-602 発達障害者支援法

今言った疾病分類学的な分けの仕方はその1で、二つケースがあって、もう一つ、ちょっとそれとは異なって、これは医学ではなく教育や福祉のほうの世界で支援を施す仕事の立場です。障害がどうであれ、支援の仕方がどうなのかということがまず一番大事です。支援のあり方が協調していれば、違った障害があってもいいではないかという精神で必要な支援のあり方が、似た者同士の障害をまとめていきましょう、こっちは障害の性質の類似をまとめていきましょう、という違いがございます。そのような分け方がありまして、これは実は英語ではDevelopmental Disabilitiesという言葉を使っています。つまり、障害そのものや疾病そのものではなく、障害の結果としていろいろな機能の低下が起こり、その結果、また生活にいろいろな不利益が生じる、こういうところに焦点を当てて、ではどのようにしたらいいのかということを考えていきましょうということです。

言葉が違うので分け方も違うのだけれども、残念ながらというか、どういうわけか、これも日本語にするとやはり障害と言うしかないの、能力

障害というとなんかもっともっと悪いようなニュアンスになってしまうのですね。両方とも日本では発達障害というふうに呼んでおります。実際に、これは一連のアメリカ公法に代表されます。日本の発達障害者支援法で定義されております発達障害は実はこの系統から来るものです。この系統から来るというのは、発達障害者支援法自体が、発達障害者たちが正当に受けるべきケア・サービスを受けられずに路頭に迷っているのではないか、それに対してきちんと必要な支援を提供するように国はしかるべく動きなさいと言うための法律なのです。そしてあくまでこれは、障害がどうであれ困っている人は全部助けなければいけないというところで、困っているのは、やっぱり、取り残されているのは発達障害です。教育で言う発達障害と同じ発達障害御三家ともいうべき広汎性発達障害とADHDと学習障害、この三つがここでも取り上げられているという形になっております。

Developmental Disabilities もう一つの系譜

- 1961年、ケネディ大統領は国家的委員会に精神遅滞に関する広範な研究と治療や予防に関する検討を求めた。この委員会の提言を受けて1970年に制定されたアメリカ公法PL91-517は発達障害を以下のように定義している。
- 精神遅滞、脳性麻痺、てんかん、または精神遅滞と同様の状態にあって同じような治療・処置を必要とする(と保健・教育・福祉長官が認めた)神経学的症状を意味する。
- サービスを受ける適性を認定し、その権利を保障する行政的概念

1961年にアメリカのケネディ大統領が、精神遅滞の人がいろいろと困っているな、ちゃんとした支援・教育を受けられないでいるな、この人たちに対してどのような対応したらいいのか、ということについて国として考えようとしたのです。彼は国内のあらゆる領域から医者、法律家、科学者など全部合わせて相当大がかりな委員会をつくりました。1年間を費やして検討しました。その結果、かなり膨大な早期発見が必要であること、このような場合にはこういう決定が必要であること、かなりいろいろな領域のケアが集まらなければいけないこと、しかもそれがかなりずっと後までも治るわけではなく、場合によっては生涯続け

なければいけないこと等を含む現在の障害者法に近いものをこのときに作りました。これを受けてアメリカの公法PL91-517が、こういう意味での発達障害があります、彼らに対してきちんとサービスを提供しなさい、ということ定義しました。その当時は、精神遅滞、脳性麻痺、てんかん、この三つ、または精神遅滞と同様の状態にあって同じような治療・処置を必要とすることを保健・教育・福祉長官がきちんと認めた上でということでした。これは医学と違って、いわばサービスを受ける資格がある、認定書とでもいうものでした。これによって発達障害と言われれば、これとこれのサービスを受ける権利がありますよ、その権利を保障するためのいわば行政的な一つのお墨付き的な役割を果たしているのです。とにかく同じようなものは全部含めようという精神がとことんあって、よくここまでこだわり通せるなと思っっているのですが、このことは非常に大事なことだと思いますね。だから、これはどんどん年がたっていくと変わっていくのです。新たに加わっていくのです。

続いて

- PL94-103(1975年) 発達障害とは、精神遅滞、脳性麻痺、てんかん、自閉症、さらに、全般的知的機能や適応行動の障害の結果、精神遅滞と同様の機能状態にあり、同様のサービスを必要としているもの
- PL95-602(1978年)では、主な日常生活の中で以下にあげる機能制約が三つ以上あるもの： 身辺自立、受容・表出言語、学習、移動、自己統制、生活の自立、経済的自立

このPL94-103を見ますと、今までのものに加えて、自閉症が入ってきました。このころ自閉症が大きく問題になっていました。あと全般的な知的機能や適応行動の障害の結果、精神遅滞同様の機能状態にあって同様のサービスを必要としている者いうのも含めてどんどん広めてきました。1978年のPL95-602では、もはや具体的な障害を名指していません。主な日常生活の中で以下に挙げる機能的制約が三つ以上ある者、ここを読んでいただければわかりますように、少々具合が悪くて適

応できない状態など多くがここに含まれてきますね。確かに含めてきちんとそれに応じた対応をしてしかるべきでありますので、国の予算は大変でしょうけれども、そのようなことは言っていられない。このような方たちを含めてケアをやっていきましょう、という立場でございます。このあり方は非常に全世界に影響を与えました。疾病分類学の確立には、やはり、支援を必要としている人たちにどうやってきちんとその支援を与えることができるのか、そのための国の義務とそれから利用者の権利というものをきちんと明確にするためにこういうものができたのです。

我が国が一番影響を受けたのは1歳半健診と3歳児健診です。この法律がとにかく小さいうちから早期発見をやりなさい、日本はそれを非常に真に受けて、今や1歳半健診・3歳児健診は世界に冠たるものだそうです。つまり、それだけきちんと全国津々浦々漏れなく、もっとも親が健診に来るか来ないかはまた別ですが、漏れなくきちんとその体制を整備して徹底的にそれを施行しているという点では世界に冠たるものだそうです。

発達障害者支援法平成16年12月制定 目下教育福祉で用いられている行政用語

- 発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう

そして、日本の教育福祉では発達障害者支援法ですよと言っている。そこでの定義は、自閉症、それから広汎性発達障害、それから学習障害、注意欠陥・多動性障害、一応三つを規定しましたが、やはりアメリカのPL95-602と同じように、その他これに類するものを全部入れてありますね。一応、政令や省令で決めた。例えば協調運動障害とかいろいろな細かい事項も全部この中に含まれて支援が受けられるようにしてあるわけです。

通常の学級で特別な支援の対象となる
発達障害

- ・ 高機能自閉症、アルペルガー障害
 - ・ 知的障害を伴う自閉症者は別途に考える
 - ・ LD
 - ・ 特異的発達障害をカバーする広義の学習障害
 - ・ ADHD
- ・ ぞくに発達障害御三家 また軽度発達障害
・ 知的障害を伴わない、障害は部分的である、
主として通常の学級で生活する、等のことから支援に関しては一括して考えられるところが多い

それでは、特別支援教育はどうかでしょうか。もともと発達障害がこんなに大きな騒ぎになったのは、火種は特別支援教育です。つまり、例の学級崩壊という現象がありましたね。小学校低学年のふわふわとしてまとまりがつかない、教室内を歩き回るといったような、集団生活の中にきちんと同じ行動がとれない。どうもこれはなかなか今まで見たことがないような子どもで、先生方がどうしていいかとても苦慮する。そのような子どもは昔も結構いたのですが、問題は、そういう子どもがひとり、ふたりと歩き出すと、クラス全体がわあっと群れを成して、それにいわば引きずられて一緒になって行動してしまう子どもが多くいるのです。結局そのような行動をする子どもがひとりやふたりならばなんとか授業ができるけれども、それに刺激されて全体が授業にならず、このようなことで学級崩壊になった。これはどうも、親のしつけが悪いとか、そういう新人類が出てきたのかな、ちょうど自閉症が増えて来る時期と一致してこのような子どももの増えているのかななどという物議を醸しました。もう一方では、いや、それはやっぱり先生の学級運営能力の問題ではありませんかという意見も出ました。いずれの意見も否定しがたいところがありました。そのときに、このような子どもを診察することができる児童の精神医学のほうの専門家が各地でふえてきた。「どうも様子が気になるので診てください」というふうに言って、診察をしてみますと、その中には、かなり高機能の自閉症であるとは言えないか、あるいは多動性症候群じゃないか、あるいは学習障害じゃないかというふうに、はっきりは

しないけれども、こういう発達障害絡みの子どもがかなりいました。あとは、かなり実際にしつけが悪い場合もあるでしょうし、ちょっといろいろ親子関係が悪くて非常に落ち着かない状態になっていて、心理的にADHDと同じような状態になってしまうなど、いろいろあるけれども、今まではそういう発達障害絡みということは視野になかったのです。みんな親のしつけを原因にしたり、でなければ心理的な原因にしたりして扱っていた。そういう形で扱う限りは、どうもうまくいかないわけです。そこで教育関係者が大騒ぎをしてきました。こういう子どもたちの多くは知的遅れがないのだから、通常の学級にいるのがベースとしては基本的に妥当です。ですから、特殊学級に行きなさいとか、病院に行って治しなさいと言っても、そのようなことにはならない。通常の学級の中でみんなと一緒に勉強しながらよりよい方向に向いていくように育てていかなければならない。その子どもの育て方をどうしたらいいか考える必要があります。そのためには、今までの特殊教育の枠を取っ払って、通常の学級も特別な支援を行う場所でありますから、普通の学級の担任の先生もおれは知らないじゃ済まない。やはりこういう子どもたちのことをある程度わかってもらって、学級の中でできること、できないこともいっぱいありますが、中でできることもまたいっぱいあるわけです。それを何とかしていきましょう、それを何とかするためには特別支援教育だったのです。そうして特殊教育を発展的に転換して特別支援教育という形の枠ができたわけです。

調べてみたら、全国の小中学校の通常学級には、このような子ども、これに近い子どもが合わせて64%いますという結果が出ました。これを私どもは6.4シンドロームと言っていますけれども、非常に驚きました、そんなにいるのかと。これでは、よほど腰を入れて対応しなきゃいかん。ただ、注意しなきゃいけないのは、あの調査は悉皆調査で、全国の小中学校の通常の学級の担任の先生に全部アンケートを出しまして、たくさん項目があってたくさん該当する子を出してくださいという調査でした。そのアンケートの項目の構成は三つから成ってまして、一つは学習面で困難があ

る子、次は行動面で困難がある子、第三が社会性の面で困難がある子、困難の具体的な内容というもの、全部それぞれ自閉症やADHDやLDの子どもは、おおよそこのような困難が出やすいですよという、担任の先生から見てわかりやすい、そういう項目を全部並べてあるので、それが全部たくさんついているのはやはりこれに近いことは考えなければいけないけれども、それは診断ではありません。ですから6.4%が全部こうだというふうにとるのはちょっと早計です。しかし、少なくとも特別な支援を必要としている子が6.4%ぐらいはいますよということは考えていいし、その中の多くはこれで占められているということを一応念頭に置いてこれから考えなければいけない。だから、何が何でも特別支援教育は進めなければなりません。これは、小泉さんの郵政民営化と同じように、絶対、何が何でも。数年の準備をかけて、ようやく今年本格施行になりましたけれども、ここにくるまでには大変でしたが、経緯はこのようなことでした。

そういう形の特別支援教育の中でこの三つが一応注目となって、こういう障害を持つ人たちに通級やその他の教育支援の場において専門的な支援を行うことは当然として、通常の学級の中でどういう対応をしたらいいかということは、これから一生懸命みんなで探さなければならないということでございます。

これらの子どもは軽度発達障害と数年前までまとめて呼ばれていました。どこの本屋にも、数年前まで、今でもそうですが、軽度発達障害についてとありました。これをまとめて呼ぶ呼び方は、つまり、知的障害が伴わない、それから知的障害が伴わないから障害といっても多かれ少なかれ部分的である。みんな通常の学級をベースに生活している。ここをベースに支援をしていくのですよということを前提にすると、支援のあり方についてはこの三つは非常にまとめて話がしやすいのです。同じ自閉症でも知的障害を伴う場合は、別に差別するわけではないのですが、養護学校や特殊学級での教育の対象となります。最近では、養護学校のほうでも、自閉症向けの教育課程を新しく、今までの知的障害と違ったものを編成しようとい

うことになり近年そのための作業に入りつつあります。どうも話を聞くと、昔、養護学校にもかなりいるなと思っていて、10年前ぐらいまでは大体3割ぐらいはどう見ても知的障害を伴う自閉症ですね。これが相場でしたが、このごろの相場はずっと上がってきまして、各養護学校の校長先生のお話を伺うとほとんど半数近いということです。これは本当にふえたのかどうなのか、こちらの目が肥えたのか、敏感になったのかは定かではありません。これからの知的障害養護学校は自閉症抜きには考えられないということだけは共通しています。同じ自閉症であっても、高機能で知的障害を伴わないということでは、むしろこの三つと一緒に考えたほうが共通点はいっぱいあります。同じ自閉症なのだけれども、知的障害を伴う自閉症と高機能自閉症とでは、少なくとも同じ自閉症ではあるのだけれども、支援の仕方は相当別途に考えていかないとまくいかないという問題がございます。

支援とは何か

- ・ 発達障害のある人について考える
- ・ その障害は発達の偏りとして捉えることができる
- ・ その他の面で生きる力を十分に持つ
- ・ 偏りをもう少し丸くして、持てる力を十分に生かして、その人なりの人格形成が可能である
- ・ 一方ではこの人格形成が深刻な状況に陥る

そういうことで、これからは、発達障害というときにはこの三つを念頭に置いて、この三つに関する支援のあり方ということで少し考えていきたいと思います。

疾病分類学的にとにかく言うことはもうやめましょう。まだいろいろ論議は残っているのですけれども、それは別で、支援の立場からどうかということ考えることです。

もう一つ大事なことです、支援というのは障害を支援するのではないということです。障害を持って生きている人を支援するのです。だから、支援の対象は人です。このことを考えて、では、

障害のある人を最も大きくまとめて言うかどうか。その障害はそれぞれみんな違った障害があるけれども、要は、その障害というのは発達の障害なのだけれども、発達の偏り、全般的な遅れとはちょっと異なり偏っているということです。その偏りがあるところからいろいろ障害が出てくる、そのように考えて、偏りであると捉えることです。そして次に、偏っていない他の部分では力を十分に持っているということがあります。ですから、これらのこと考えると、人全体としてどうしたらいいかということになります。一つは、確かに障害に左右されずにまだ持っている力を伸ばすことです。重箱の隅を突つのように、訓練だ、克服だ、改善だ、これはこれで大事なのですが、そればかりではだめなのです。つまり、角を矯めて牛を殺してはいかんで、角が残ってもいいから牛を生かしていかなくてはいけない。角のとがったところだけ適切にかかわることが大事になります。つまり、障害特性によって、一緒に生きていく周囲との関係に不都合が生じるので、もう少しコントロールできる範囲で何とか適切な対応ができるのであれば、そう無理に変えなくてもいいということです。

このことはちょっと厄介ですね。周囲に迷惑が及ばない範囲でというふうになると、両者にかかわってくるのです。本人もそうでないようにしなければならぬ。もう一つは、周囲の人も対応を考えなければならぬ。迷惑か迷惑でないかは周囲の人の取り方です。ある人はカチッと来たら「わあ、やだやだ」、ある人は「いや、そのくらい、まあ、どうってことない。結構おもしろいじゃないか」、だから、この丸くしてというのは、本人も丸くしなきゃいけないけれども周囲ももう少し丸くして、お互いに生きやすいように互いに努力するという、そういうことも全部含めてということです。あとは結局のところ、その人なりのトータルな人格形成なのです。

実際には、私も軽度の発達障害の方々をいろいろ見えています。後でまた話しますが、立派な人がいっぱいいます。普通の人のさらにまだ多くいます。発達障害だということで大きく問題になることはあるものの、一方ではかなりきちんと

やっている。一方ではそれが大きく問題になって非常に周囲と一緒に苦んでいる状態もあります。このように状況が分かれるのはどうしてでしょうか。それは発達障害が軽度だからという面もあるでしょう。やっぱり発達障害の人をトータルに見て、この両方をどういうふう折り合いをつけるか、これは教育のほうの問題です。発達障害は治らない。しかし、発達障害を生きる人の生き方については幾らでも変えていけるのです。悪い方にも変わります。そこに教育と福祉の役割があるのです。

では、その役割を一体どういうふうやっていったらいいのでしょうか。それが本日のいわば問題でございます。ちょっと厄介ではあります。

一般の人から見て発達障害は

- 見えない障害
 - 見えない(普通との境が不分明)
 - どうしてそうなのかが分からない
 - 困り感が汲み取れない、表現できない
- ボタンの掛け違いが起こりやすい
 - わがまま、怠け、しつけが出来ていない
 - 発達障害の視点、しかし、ではどうしたらよいか
 - 本人の困り感
- 社会適応という観点からは分が悪い

最初にこの二つについて話をしたいと思えます。今までは、疾病分類学的に自閉症は、人間関係の問題であるとか、コミュニケーションの問題である、想像力の問題だと言われていました。一般の人が、何も知らないで接した場合にどのようにするか。とにかく病人ではないのです。社会の中において発達障害をもちながら生きている。その中でどのようにしたらよいかのということになるわけです。一般の人から見て発達障害は、見えない障害です。わからない。どうもちょっとおかしいな、ちょっとちがうな、このところがどうも気になるな、など普通の人と違う面があるということだけはわかる。このことは、しつけの問題ではありません。しつけが悪くて落ちつきがない子はいっぱいいます。でも、同じ落ちつきがない子であってもその理由は様々であります。ADHDの子どもの場合は、これは性格的にもじっ

としてられないということです。自閉症の子どもが教室の中を常に歩き回ります。これは歩き回ろうと思ってしているのではなく、今やることがわからず、自分が何をしたらよいのかわからなくて、結果として歩き回るしかないのです。そうでなければ、机の中から何か自分の好きなものを全部取り出して、その場にいれば静かにしていることができます。

もう一つ厄介なことは、普通の子どもと同じようなのだけれども、どうしてこの子はこんなことをしてしまうのだろうということがなかなか理解してもらえないということです。今の社会というのは、できる・できない、ゆっくりしかできないということであるならば、まだ理解があるのです。いわゆる目が不自由であるというように誰もが目に見えることなら、ああ、そうか、なるほど、目が不自由だから、どうしても白杖を携行しなければいけない、点字ブロックは大事な、ちょっと迷っていたら手伝ってあげましょうなどと、どう手助けしてよいのかがすぐにわかるのです。発達障害の子どもの場合は、目に見えない障害ですから、どうやって手を差し出していいかわからないのです。普通に手を差し出しても、そのことへの反応がないことが多いのです。このことがあるので、どうしても、異端者という感じでみてしまうのです。どうも日本人というのは、みんなと同じにできなければできないで助けてあげるけれども、みんなと違うというのは怖く感じ、さらには忌み嫌うようです。

支援の一番のポイントは、障害があるということないのです。その人がどういうふうに困っているか、どんな苦痛を感じているか、どのように混乱しているのか、そのことにまずの焦点を当てる必要があります。そこから、まず第一歩どういうふうに手助けができるか、どうしたらこの事態から助けてあげられるのかということがわからない。目の不自由な方の場合はすぐに何か支援ができますよね。盲導犬がいればいいたろうとか、ちょっと口頭で教えてあげればいいたろうとか。

仮に診察を受けて、ADHDという診断を受けたとしましょう。ADHDだといっても、一体そ

れはどういうことなのか、なにかの障害だということはわかっているけれども、そのことだけであれば、ああそうか、障害あるのであればしょうがないと考えてしまいます。では、何か支援できるかといったら、やっぱり手の出しようがない、ということになり、結局何ら支援をしない状況になってしまいます。

きちんとボタンが合うように支援のツボがはまっていけないのです。ボタンのかけ違い。つまり、みんな一生懸命、それなりに周り何とかしようと考え、そのために一生懸命指導するのですが、どうも結局ははじめのボタンのかけ違いということであまりよくないのです。問題はここなのです。かけ違うのならば、何もしないでおいたほうが何かして混乱を招くよりもよいかと思うくらいです。決して放っておくほうがよいと言っているわけではありません。かけ違いによって、実はますます本人が苦しみ、困り感がふえてくるのです。それで、発達障害そのものが原因ということではなく、ボタンのかけ違いによって受けるストレス、苦痛によって、次はそのことによって心理的にマイナスの反応が出てきてしまいます。これを二次的障害といいます。そういったものがどんどんふえてきます。

三つの障害はみんな違います。でも、学習障害は社会的適応という観点では、一番問題が小さいのです。どの障害の子どもも一対一の状況であれば問題はほとんどないのです。つまり一対一の時は、自然とその子どもに合った対応で支援することができます。しかし集団の中においては、学習障害の子どもは自閉症と同じように周りの状況が理解できず、結果としてちょっと人とは異なる行動をとってしまいます。これは自閉症じゃなくて、学習障害を持って生きるということからストレスがとてたまってそういう同じような状態になるということです。目が見えない方は、一人で歩いても、その近くの間が関心を持たないでいれば別に迷惑をかけるわけではありません。しかし、周りに迷惑になるような行動がいっぱい出てくるものだから、一生懸命何とかしようとするほど、ボタンのかけ違いの方が余計激しくなってしまうようなことになります。

本人の中で何が起こるか

ボタンの掛け違いが続く場合

- どうしようもなくそうになってしまう
- 指導されればそのように努力する
- しかし努力は実らない
 - ・ 困ってしまう
- 発達障害の人には悩む力がある
 - ・ 挫折感、無力感、違和感、だめな自分、不信感
 - ・ やる気がなくなる、自堕落、怠け、防衛反応
 - ・ 障害特性の現れも深刻さを増す

今度は、本人が発達障害を生きるということについて考えてみたいと思います。この中に発達障害の人はいますか。結構こういうところに来ている人にはいるはずなので、きっといろいろ苦勞してきた、そういう苦勞を今一生懸命私は集めて、そうかそうか、そういうことがあるのかということに勉強しています。まず、当事者本人からすると、もちろん発達障害だということがわかっているわけではありません。障害だということも知りません。そのまんまの自分なのです。どうしようもなくそうなのです。他人に迷惑をかけようとしているわけじゃないのです。自分のありのままで生きようとするとうつ病が出てきてしまうということです。その障害に対して、さきほど申しましたように、「それではいけないよ、忘れ物はいけませんよ、もっとちゃんと、あしたは忘れ物しないようにしましょうね、約束だよ。」というように話しかけていきますね。ADHDの子は忘れ物が多いですからね。いつも、3日置きぐらいに忘れ物をしますね。何度も言っても忘れ物をしてしまいます。あなたは本当に忘れ物をしないでおこうと努力しているのか、と思いがちになります。ここが問題なのです。実は本人は努力しているのです。それなりに。幾ら努力しても、忘れ物がなくなるわけではありません。努力すれば、5回していた忘れ物のうち1回ぐらいは努力のおかげでしないようになります。だけでも、やっぱり、4回は忘れ物をしてしまうのですね。ここなのです。一生懸命みんな努力する。でも、その努力は実らない。実らないと言っても、つまり5回のうち1回ぐらいは忘れ物をしないで済むぐらいの実りはあるの

ですが。少なくとも、周りの者、指導者、先生のほうからは期待しているのです。ここまでできるようになったのだからもっとこうなってくれ、と期待してもそのとおりににはならないのです。当事者本人もやっぱり、忘れ物というのは悪い、いけないと思っているのです。でも、どうしても直らないから、自分で努力をしたかきがなく、実は本人もここで挫折感を感じているのです。つらいのです。ここなのです。

私がずっとつき合ってきたたくさんの普通の知的障害を伴った自閉症の子はそういう点でははつきりしているのです。幾ら言っても、やることはやるし、やらないことはやらないのです。言ったことの中の一部をやるかもしれないし、やらないかもしれない。やらなければやらないで、別に平気なのです。別に悩まないのです。そこが彼らのいいところなので、どんどんどんどん内に悩み事がこもって中にたまるといことがない。でも、発達障害の子どもは、自分で努力しても失敗すれば、「ああ、できなかつた、しまった」と思います。「ごめんね、またやればいいでしょう」で済むことであっても、そのようには自分の中では納まらないのです。「おれはまただめだった。まただめだった。おれはだめ人間なんだ。」というように自分自身の自己イメージをどんどん、どんどんいしば食いつぶしていくことになります。これが一番怖いですね。

つまり、彼らには生きる力があるから、生きる力の中には悩む力がある。特性や力はいい面に働く場合と悪い面に働く場合の両方があります。悩む力があるということは実は人間の人間たるゆえんで進歩の第一条件だけれども、同時に、こういうふうな文脈の中に入るとはまってしまくと、悩む力があることで、ますますどんどん悩みが大きくなり自分を壊していく方向に向かう場合があります。これが発達障害者の一番つらい悲劇となる場所だと思えます。挫折感、無力感、違和感、これがどんどんどんどん重なっていくのです。違和感というのは、周り自分との違い、これはわかるのです。みんなができていのに、おれだけできない、みんなはあれをおもしろがって話しているのに、おれはちっともおもしろくない、お

れがおもしろいと思っていることはみんなからばかにされるといふことでいじめられる。やっぱり、先生からは「だめ、だめ、だめ」と言われてしまう。どうもおれは人間としてみんなとは違う人間らしい。発達障害の子どもがこのように感じ始めると、異質のアイデンティティーを持つことになります。そして今度は不信感へとつながります。自分を追いやってくる先生に対して、あの先生の言うとおりにしようと思うと、ますます自分がだめになっちゃう、人間不信になってしまいます。人間不信が発達障害の本来の特性では決してありません。違和感も決して発達障害の特性ではありません。しかし、二次的障害としてこのような状況になってきます。そうになると、やる気がなくなり、例えば怠けてしまう。最初は字が書けない、書字障害がそこから始まる。こういうことになって、「何をやってるの、これとこれと、漢字を30回ずっと同じことを書きなさい」。こういう訓練のつらさたるものや、普通の子供の我慢と全然違うわけで、その割にはちゃんと字が書けるようになるかという、少しは思うほど成果はみえません。そうすると、「どうせだめなんだ」と思うと、今度は、もともとは書字障害だけだったのだけれども、読むことも、字を見るだけで嫌だとなります。そして次は、もう算数も嫌だ、勉強すべてが嫌だとなるのです。こうなるとはもう障害ということではないですね。怠けですね。嫌になってしまいやる気がない。

アスペルガーなんかの場合はそうですね。IQ120のアスペルガーの子どもがいたとします。いろいろなほかのところでは、いわばプライドが高い。だけれども、難しい字をいくら知っていても、物知り博士であっても、スポーツをやるにも全然ルールがわからなくなるということが起こる。実際の授業や勉強でもトータルにいくとなかなかうまくいかない。そこでやる気がなくなるというよりも、多くの場合は、むしろ逆に、防衛反動的に違うところで、例えば算数が好きだと、そっちのほうばかりで、一生懸命難しい数学の本か何かを買ってきて、十分に理解しないままに、おれは数字が得意だと言うようなことがあります。つまり、自分のイメージの楽しさだけに無理して見栄を

張って、そちらばかりに、何とか数学の勉強をしよう、数学のいいところで、ということで、自分に合わない目標を立てて努力します。ほかのことは一切やらないというようなことになります。

今は、とにかく悪いほうの話ばかりしているのですけれども、大事なことなのでお話しさせていただきました。二次的障害、つまり、周囲との差でここができない、できないから一生懸命やろうとする。でもやってもできないからやらなくなる。やらなくなると、また言われる、「だめじゃないか」。それでますますやらなくなる。二次的障害と周囲との関係は相互関係の中で確実にどんどんずれが拡大していきます。これはみんな、普通の子どもであっても、ちょっと情緒不安定な子どもが出てくると、それによって周囲が悪循環的にどんどん悪くなっていくことが幾らでもあります。そういうことが発達障害の場合にも起こります。これが一番怖いので、発達障害の特性を抱きながらも、二次的障害さえ起こらなければ、どんなにいいかなといつも私は思うのです。

周囲との相互作用のなかで 二次的障害の悪循環的拡大

- 地震にたとえると、一次的障害は家屋の崩壊、二次的障害は発生した火災による延焼
- 被虐待や不登校の人はADHDや高機能自閉症である場合がある、またこれらの発達障害には年長になると行為障害、解離性障害、強迫性障害、うつ病などが高頻度で併発するのが観察される
- 二次的障害の予防と食い止めが支援の第一歩

これを私はよく地震に例えます。例えば、地震によって家が倒壊する、このことは確かに不便ですよ。二次障害というのは発生した火災の延焼に近い、歯止めがきかない。倒れた家は倒れたまま、地震が起こらなければ次は倒れない。ところが、これはほうっておけばどんどん延焼します。これが二次的障害です。これは悪循環ですよ。

もう一つ、これは杉山登志郎さんがよく言っていることですが、虐待された子ども、それから不登校の子どもなどを診察してみると、どうも、もとはADHDや高機能自閉症である場合があると

いうことです。ADHDの子どもは小さいときに動きが激しくて、ちょっと受容の幅が狭い母親だととても耐えられない状況になります。「マザーキラーズ」という異名を取っています。それが虐待を生む一つの引き金になるのかもしれませんが。高機能自閉症の子どもはよく、周囲の子どもから「本当に生意気だよね」、「やはりね。知ったかぶりしただけだね」などと言われます。だから、いじめられやすいし、そのようなことが繰り返されることによって非常に精神的につらくなっていきます。

逆に今度は、発達障害の高機能の子どもたちが大きくなるまで観察していると、あるいは大きくなった人を見てみると、行為障害、一部は触法行動、それから解離性障害が高頻度に見られます。これらは、病気というよりは症状で診断しますから、見過ごしている場合もかなりあるようです。因果関係があるかどうかはわかりませんが、やはり、悩むことができるということからくる大変大きなストレスや苦痛や人間不信や気持の中の乱れ、安定感の喪失、そういったものが契機になって、そのことがひどくなれば、普通の人でも病になるように、発達障害の人であっても同じです。これが二次的障害ですね。いわば、それほどまでに発達障害の人は、発達障害自体ではなくて、発達障害を生きることによって、二次的にいろいろと苦痛や不安や混乱ということを経験しやすいのだということの一つの証拠だと私は思っております。

通常の学級では、そのような専門的な対応は丁寧にはできません。普通の学級ではみんなの中でやります。まずこの二次的障害のくいとめるための支援をやっぱり丁寧に行うことが必要ですね。

支援の具体

- ・ 障害特性にバリアフリーなお膳立て
 - ・ 手助け、工夫、配慮
- ・ いいところを伸ばす みんなの中で
 - ・ 得意 役立ち 独自性
- ・ 仲間がいる
 - ・ みんなの中で 障害仲間
- ・ 家族のサポート

さきほど言ったように、あまりにも障害の特性自体に向かって焦点を絞って鉢巻きを巻いて克服・改善とは、うたわないでほしいのです、だからといって、放っておけばいいというものでもありません。やっぱり、できる範囲で教育することは必要です。それは訓練とかということではなくて、読字障害の子どもに何度も繰り返し、繰り返し漢字を書けというのではなくて、どういうふうに行けばこの漢字が何とか書けるようになるかといったような、障害の特性に応じた独特の手助けがありますね。

私が知っている母親のことです。お子さんが中学生の女の子で普通学級に行っているのですが、そのお子さんが家に帰ってきて、母親と非常にいい関係なのです。この間、しばらく会わなかった先生に久しぶりに会って「○○ちゃん、どう、元気？」って聞いたようです。彼女が言うには「『元気？』って聞かれたって、体が元気なのか心が元気なのか、どっちのことなんだかわからなかったから答えなかった。そのまま来ちゃった。」と母親に報告したそうです。お母さんに報告したということは、答えなかったというのはどうも本当はいいことではなかったのではないかと、何か答えようがあったのではないかと、その子自身が考え、お母さんに相談したということです。アスペルガーの子もここまで来れば本当にもう何も心配いりません。実はこのお母さんがちょっとアスペルガーかなと思うことがあるのですね。そのお母さんが言うには「○○の気持がよくわかるんだ。」と。ここですね。わけがわからないのではないのです。「そうなのか、お前がそう言うのはよくわかるよ」って話したのです。「そうか、でもね、そんなに気にしなくてもいいんだよ。普通の人が「元気？」って聞いたからといって、心が元気か、体が元気かを区別して聞いているわけじゃない。何となく、きょうはいい天気ねっていうのと同じような意味で、ちょっと会ってお近づきの形のあいさつがわりにちょっと元気？って聞くだけだから、心も体もまあまあ特に悪くなければ、そうです、元気ですって言えばいいんだよ。きょうお母さんにしかられてどうのこうのってあったら、ちょっと心が元気じゃありませんとか言えばいい

んだよ」というように言って話してあげたら、そのお子さんは「ああ、そうか。何にもしなくていいんだ」という具合にして納得したということでした。私だったらどのように対応したか。私がこのようなことを直に聞いていたら、お母さんのようには言わないですね。「お前、やっぱりそういうことを気にするんだな、そこがお前の問題なんだよ。そんな小さいこと気にするな。もっと大きくなって」とか何とかと言って、すぐ特性の改善・克服の方向に行きがちになります。このように言ったら、次にその子はもう相談しに来なくなります。それでもうおしまいです。

やっぱり、その障害に合った形でどう対応したらいいのか。普通はこうすればいいんだけど、この子の場合、こういう困り感に対してはこうすればいいのかな、といったようなことで困り感に配慮していくことが大事です。障害というのは何か物事をする上で邪魔になってうまくできなくなる。負荷にならないようにちょっと手助けをして、障害を余り意識しないで、障害のままでもちょっとうまくできるように、少しお膳立てをしてあげるということによって、少しずつ障害特性が改善していく方向になっています。これは本人に対する直接の指導だけでも、注意してくださいよ。だからといってそんなに急に進歩するものではありません、1回や2回や3回では。大事なことは、さっき言った、お母さんと女の子のように、自分が困ればちょっと相談にのる人がいる。そういう関係ができるということなのです。

もう一つは、一つでも二つでも、今までどうしでもできなかった、自分の単なる努力ではできなかった、でも、先生に言われた工夫と手助けでちょっとできたという経験です。大事なことは、「おれはだめだ」という気持ちにならないようにすることです。期待どおりにはいかないかもしれないけれども、でも、手助けをしてもらえればちょっとはできるぞ、手助けをしてもらえればという条件つきではあるけれどもちょっとはできるぞ、といった気持ちです。このような気持ちがあれば、全然違ってきます。「だめだ」という気持ちにはならない。では、手助けがなくても自分で

どうしたらいいか、自分で少しやってみようか、という気持ち、つまりやる気が少し出てきます。

もう一つ、一番大事なことは、それでもなかなかうまくいかないときに、つべこべ言わずに手助けを誰かに求める方法を身につけるといことです。「ねえ、先生、これわかんない」。一番大事なのは、「これわかんない」の「これ」が言えることです。言ってくれば先生はちゃんと何とかやってくれるのです。けども、それなりに一生懸命表現しようとして、少しずつはそういう関係が子どものほうから育っていく。彼らはなかなかコミュニケーションがうまくいかないのです。もともとそういう力が弱いことは確かなことです。やはり自分なりに訴えたつもりでも、その訴えがすぐには人に通じないものだから、「訴えてもどうせだめだ」となってしまう。訴えようと努力すれば必ず報いがあるという経験が少ないので、少ない力がますます萎えてしまうという関係になります。このことが一番大事ですね。

そして、いいところをみんなの中で伸ばすということです。これはみんなそう思うことですが、正直に言うと、一生懸命探すんだけれどもいいところがなかなかないんですよ。これは探してもだめ。いいところはこちらからつくらないと。

障害特性は盾の両面である

	障害面	その反面
自閉症	融通が利かない 人の気持ち分からない 場の空気が読めない こだわる	ぶれない、愚直に貫く 策を弄して人を収めることができない 「その事にとことんこだわる」
学習障害	読字障害 書字障害	トム・クルーズは読字障害 ハンサムな書字障害の男の子を 診察した女医は言った「あんた、 字なんか書けなくていいからその 顔で勝負しなさい！」
多動性	じっとしていられない 衝動的　すぐ切れる 気が散りやすい	活動的 決断が早い　切り替えが早い 興味が旺盛　幅広い活動

これは三つの障害の特性です。その特性はうまく生かせる反面、融通がきかないこともありますね。融通がきかないということは、これはいい面としては捉えることがむずかしいのです。愚直に一直線です。人の気持ちがわからない。これがあるからどうしてもみんなに迷惑をかけるし、人が傷つくことを平気で言う。けれども、これは大事な

ことなのです。人の気持がわからないということは大事なことです。人の気持がわかると、「こう言えば、あいつはこう思うだろう」、この計算ができるのです。計算ができるから、「あいつにこう思わせるためには、こういうそを言えば、あいつはおれのいいようになる」といった策を弄して人を貶めるというようなことが出てくるのです。だから、人の気持がわからなくて迷惑をかけるという特性は、人をだますことをしないということなんです。

自閉症の方につき合った方もかなり居ると思います。自閉症と一緒にいると、どこかほっとするところがあるのだよね。世話は焼くのだけれどね。しようがないけど、「こいつ、たまには休んでくれないかな」って本当に思うときがありますけれども、実際に休んでいなくなるとぽかーっと大きな穴があいて、いたときにちょっとほっとしていた何ともいえない気持ちがないなということがよくわかるのです。いろいろ世話は焼かせますけど、わざと焼かせているのではないのです。自閉症だから、なんの悪気もないのです。腹に何にもない五月の空の吹き流しみたいなもので、私は癒しの神様じゃないかと言いたいくらいです。つまり、「こいつ、もしかしたらだますかもしれないから、だまされないようにちょっと多く裏を考えて」というようなエネルギーを使わないで、泣いてりゃ泣いてるだけのことよ、パニックならパニックだけのことよ、パニックを起こした次におれをやっつけようなんて思っているわけじゃないということがよくわかりますからね。そういう意味では楽ですよ。自閉症の人には、こういうところがあるんです。

こだわる、こだわるということを辞書で引きますと、悪い意味でのこだわりもありますが、人がどう言おうと自分はこれが大事だと、とことんこだわるというよい意味でもあります。いわば材料にこだわる、食品にこだわるなどありますね。

こういう人いっぱいいるのです。余り大きな声じゃ言えませんが、小泉さんってこうじゃない？ 私はそうだと思っているの。アスペルガーでうまく育った典型の人。とにかく郵政民営化一本槍ですね。何が何でも貫く。あの人は人の話を聞か

いんです。聞いていたら絶対貫き通せない。それで悪口言わないですね。何かあっても、「それは、お前、こうだよ」みたいに自分の話だけをばっと言って、人が言ったことに対してすぐ反応しないで自分の話だけを言う。それでとことんこだわりもあるし、やっぱり、こういう人でなければできないことはいっぱいあります。あの人がやったことがすべていいというわけではありません。もちろん恨みもあります。でも、あれはやっぱりあの人でなければできなかったということがいっぱいあります。

次に、学習障害には読字障害や書字障害があります。トム・クルーズは読字障害だそうです。直に見たわけじゃないので、台本を読むのに……どのくらいの読字障害かはわかりませんが、結構苦労していたでしょうね。多分、話を聞くと、台本が読めなくてもちゃんと覚えられるように、周りがいろいろちゃんと口頭で教えたりなんかして、いわゆる助けてもらえれば、あとは立派な俳優としてもやっていくことができます。学習障害の人はいっぱいいますね。立派な人の中にもいっぱいそういう人がいます。

これは、読字障害の男の子の話です。精神科の女医さんのところに診察に行ったのですね。中学生のときからようやくわかってきたのですね。中学生にしては結構ハンサム。何とか王子じゃないけれども、ああいう系統だね。歯が白くて。女医さんが何て言ったか、全部診察して、やっぱり読字障害と診断。本人に向かって何を言ったかというと、「ねえ、あんた、ハンサムね。あんた、字なんか書けなくていいから、その顔で勝負しなさい」と言ったのです。とんでもない言い方だけど、私はこれが支援の要諦だと思っています。いや、別に書けなくたっていいとは思っていないわけで、書けるように努力することは必要です。本人もそれはそう思っています。だけど、書けない、書けないということばかりではなくて、おれにはこの顔があると。この人はそれを認めてくれるということによって自分の中に力というものがわいてきますね。そうすれば、字を書く方向に向かってそれなりに少し意欲が出てきて字が書けるようになります。

多動性については、活動力がありますね。決断が速いですね。衝動的というのは切りかえが速いということです。それから気が散りやすい。これは興味が旺盛ということです。本当に、普通の人の中にも、多動性、ADHDじゃないかという人が結構いますので、要は、こういうふうに縦の両面があるので、全部その場の都合でこうだというように決めて来る。でも、その裏でもう少しその奥から考えていけば、こここのところについては、今はちょっと都合が悪いけれども、反面はこういうようになるということの可能性を見つめながらやっていくといいところも出ます。

雨が降っても風が吹いても必ず学校に来ます。38度ぐらい熱があっても学校に来ます。これはこだわりですよ。学校が好きだからでは必ずしもないので、学校へ行くと決めたから、一度決めたらそのとおりにとことんやりますから。そういうところをいろいろ見て、何か一つのお仕事でも、これをやったら次はこういうようにするというようにやっていく。みんなと比べて、いいからというようにいつも言わなくていいのです。みんなの役に立つようなことをきちんとやるというところがいいところだよというようにするのです。伸ばすだけじゃなくて、伸ばすことによってみんなの仲間の一人として自分の居場所を確立することができるということです。

本人、家族、地域の 究極の課題 障害の受容

- ・ 障害を知る
 - ・ 周囲と自分を隔てているものにも名前がある
- ・ 仲間が出来る
 - ・ ①理解してくれる仲間 ②障害仲間
- ・ 手助けがあればやっていける
- ・ 自分でコントロール
- ・ 手助けを求める方法を身につける
- ・ 障害自体、違っていることが、悪いのではない

最後は障害の受容の支援についてです。時間がありませんが、この障害の受容というのは本人もそうだし家族もそうだし地域も、全部含めてなのですけれども。ちょっと時間が……。このことについては、ただ受容しようと努力してもだめなの

です。仲間との関係の中で受容できるような状態になっていくということが大事なのです。これは別な機会にまたやりましょうね。

付け加えたいこと

- ・ 発達障害だといってあまり騒ぎ立てないでほしい
- ・ 土台は普通の人間の一人であることを忘れないでほしい
- ・ 障害特性について勉強してほしい
だが、それを振りかざしてレッテル貼りをしない
じっくりと付き合いの中で理解を深める下敷きに

発達障害だといって余り騒ぎ立てますと、何か発達障害はすごい障害があるんだよ、そういう子供が6.4%もいるんだよ、さあ大変だ。特別支援だから特別何か新しいことをしなければいけない、やっぱり今までのとおりにじゃいけないということは確かなのだけれども、とって新しいのではなくて、今までどおりの延長に、どういうふうに新しいということを行っていくのか。まずいきなり騒がないで、普通の人間の一人であるということ、じっくりつき合っていくって、発達障害だというふうに見るのではなくて、レッテルを張るのではなくて、付き合いの中で発達障害がある人にどうしようもないところがあるかもしれない、だとしたらどうなのだろうというように理解を深めていただければいいのです。最後はやはり、そういう本当の理解によって関係ができることによって子どもも伸びることができるです。

知的障害のある自閉症児・者

- ・ 分かり易い環境
- ・ 安定した生活の流れ
- ・ 主体的なコミュニケーション
- ・ 彼らの世界を尊重する
- ・ 生き方の形でなく質
- ・ 人とのつながり

もう一つ、今まで自閉症なら自閉症で、養護学校その他、支援のところで、一生懸命、どういう環境にしたらいいか、わかりやすい環境にするためには視覚的行動化とか、つまり、彼らの受け取り方に沿った形でわかりやすく、かかわり方も関係も、安定した、つまりスケジュールを余り頻繁に変えない、少しずつ変化を入れて、しかも変化を入れるときにはきちんと予告をして、変化に対応できる力を育てるように、少し変化に弱い固い心をほぐしながらやってきました。

コミュニケーションの障害は、主体的というのは、つまり、コミュニケーションがやはり下手なのです。どうやってもなかなかそれはうまくいかない。いかになくてもいいのです。ちょっとでもいいから自分で一つ何か新しいことをちょっと言って、それが受け入れられる。だから、カードを使うなど何を使ってもいいのです。「ちょっとこれして」と。言葉ではないけれども、カードに書いたことによって自分が主体的にそのことを伝えていく。それをすれば、自然と少しずつ伝えられます。伝えれば何とかしてもらえそうだということになると、これは自閉の人になってみないとわかりませんが、幾ら伝えてもだめだと思っていると、伝えるのは難しいけれども、言葉は全然わからなくても手振りで何かをやればできるかなと思うのとでは違います。

彼らの世界へのこだわりを含めて、独特の物の見え方、感じ方、興味があって世界があります。その世界は近寄り難いし、ちょっと見ても、何でこんなのがおもしろいのかとを感じる。やはり、そのままの彼らに対してある程度の尊重をし、ある

程度はみんな普通に生活する上でここはこのように配慮して、分けをしながら生き方の形をつくることです。今は自立だ、社会参加だというようにして、かなりの自閉の人たちが就職ができるようにはなりましたが、就職だけが人生じゃないでしょう。自分らしい生き方がどうできるか、お金は年金だけであっても何とか親がいなくても生活、生きていけるようにする、これは国の責任です。多分それは可能です。今は、まだまだ自立支援法がちょっと大問題であります。形にこだわらなくていい、給料幾らとっている、就職していると。就職するなど言っているではありませんよ。施設の中で暮らすような形で、施設のやり方次第でいい暮らし方、その人なりにいい暮らしができるような余地や工夫はいっぱいあると思います。そのような環境の中で、最後はやはり人とのつながりがすべて、家族の中でのつながり、仲間との間のつながり、先生の支援やつながりといった関係がうまくできてこそお互いの中でお互いが変わっていけるのです。支援者も変わっていきます。支援者のほうも、「あ、そうか。お前はそういうことがあったのか。それで悩んでいたのか。おれは気がつかなかった」といったように支援者も変わってきます。お互いに変わっていく。それにはやはり、つながりがないと「おれ、これに困ってるんだ」とはだれも言いません。このつながりを大事に育てていくのが一番大事かと思っています。

済みません、時間いっぱい使ってしまいました。質問の時間がとれませんでした。私はまだ大丈夫ですけれども、一応これでおしまいいたします。どうもご清聴ありがとうございました。(拍手)

パネルディスカッション報告

西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所）

パネルディスカッションは、大会テーマである「ひとり一人の子どもを支える・・・教育・医療・福祉の現場における連携」を受けて、「発達障害のある子どもを支える教育・医療・福祉の現場における連携」というサブテーマを掲げて行われた。午前中の基調講演を受ける形で、医療の立場から、横浜市中央児童相談所 金井剛先生、教育の立場から、徳島文理大学人間生活科学部 島治伸先生、福祉の立場から、滝乃川学園 本多公恵先生、保護者の立場から、日本自閉症協会東京支部 中村文子先生の4人からお話を聞いた。

金井剛先生は、発達障害の診断に潜む危うさをDSMの診断基準の成り立ちから説明され、医療の中で診断という行為は、本来戦略的なものであり、今の特別支援教育現場で行われている診断神話に警鐘を鳴らされた。長い臨床経験から、発達障害を理解する視点を理解しやすく説明された。最後に、医療と教育が連携するためのポイントをお話いただいた。普段あまり聞けない医者の本音が語られていた。

島治伸先生は、前文部科学省特殊教育調査官でもある。国の統計をもとに、特別支援教育の進捗状況の説明から始まり、学校現場の実態について厳しい指摘があった。同じ教員の経験から、特別支援教育は人、もの、金のシステム論ではなく、教員の意識の問題が大きいと指摘された。

本多公恵先生は、日本で最古の知的障害者施設である滝乃川学園の福祉事業の紹介から始まった。単に国のメニュー事業を行っているというだけでなく、長い歴史に培われた経営哲学に裏打ち

されたものであることが、言葉の端々に現れていた。地域の障害のある人を支援するには、ホームヘルパー養成一つをとっても、押さえの勘所があり、それを外した支援は有り得ないことを強調された。これは、教育にも大いに通じる内容であった。

中村文子先生は、保護者の目線で、自閉症と知的障害の関係を図を交えて説明され、図のどこに位置するかで、支援の方法は全く異なることを強調された。特別支援教育の動きの問題点を4点指摘し、保護者の立場で是非欲しい対策について述べられた。特に個別支援計画を活かすための支援シートやサポートブックの活用は、教育関係者に伝えたい内容である。

4人のパネリストの話が終わり、フロアーを交えたパネルディスカッションに入った。フロアーから、ふたつ質問があった。一つは、支援者としての心構えについて、もう一つは、やはりある地域の心のバリアについてであった。それぞれ、4人のパネリストから、その豊かな経験がにじみ出る回答があった。

午前中の基調講演を受けて、全体としては長いパネルディスカッションであったが、会場の参加者からは、有意義な時間であったという感想をいただいた。

パネルディスカッションも、内容が詳細に分かるように、話の内容をほぼ忠実に再現した。会員各位の参考になれば幸いである。

（文責 西牧謙吾）

パネルディスカッション

金井 剛氏（横浜中央児童相談所）
島 治伸氏（徳島文理大学人間生活科学部）
本多 公恵氏（滝乃川学園）
中村 文子氏（日本自閉症協会東京支部）

コーディネーター 西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所）

パネルディスカッションです。座長は、国立特別支援教育総合研究所の西牧謙吾先生です。西牧先生、よろしく願いいたします。

皆様こんにちは。この午後のパネルディスカッションのコーディネーターを務めさせていただきます国立特別支援教育総合研究所の西牧です。きょうは、午前中の野村先生の講演を受けまして、発達障害のある子どもを支える医療、教育、福祉、そして家庭、そういった現場からのご発言をいただきたいと思っております。

まずきょうのパネリストのご紹介をさせていただきます。まず一番初めに医療の立場から、横浜中央児童相談所の金井剛先生です。

次に、現在は徳島文理大学人間生活学部所属で、前文部科学省特殊教育調査官の島治伸先生です。

そして3番目には、福祉の立場からご発言いただきます滝乃川学園の本多公恵先生です。

そして最後に、保護者の立場よりの提言ということで、現在日本自閉症協会東京支部の中村文子先生です。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速パネルディスカッションに入りたいと思います。まず一番初めは、医療の立場からということで、金井先生のほうからお話をいただきたいと思っております。どうぞ先生よろしく願いいたします。

金井 横浜市の中央児童相談所で常勤の医師をしております児童精神科医で、金井と申します。私は、今まで働いていた病院が主に精神分析系の上司のいた病院だったものですから、発達障害は基本的には、個人的にあまり関心がない分野でした。それともう一つは、発達障害という言葉が非常に

あいまいで広い概念であるということ。その2つのことをお断りした上で、発達障害のお話をさせていただきたいと思っています。

最初に発達障害の診断について少し述べさせていただきます。今、野村先生のレジュメにもありましたけれども、まさに発達障害花盛りですけれども、じゃ、なぜそういうことになったかというときに、DSMというアメリカがつくった国際的な診断基準の影響があると思っています。このDSM-IVですね、今はIV-TRになりましたけれども、その診断基準は、原因とか背景とかを一切無視しているということです。どんな原因であろうが、背景であろうが、表面に出てきたその症状であるとか、行動とかからその診断を判断するという仕組みがあるわけです。だから、非常にごちゃ混ぜのものを診断してしまう危険性があるということが一つあります。そういう意味で、発達障害の診断が非常にあいまいなものになっています。だから、いろんなものを含んでいる、すなわち、それはあたかも症候群であるかのごとくになったということが一つあります。それともう一つは、その障害の程度とか、あるいは年齢特性であるとか、その問題行動のタイプであるとか、そういったものも非常に幅広いものがありまして、特に軽度発達障害なんていうものは、情緒障害との鑑別みたいなことが非常にあいまいなものになっていると思っております。それと、診断というのは本来時間の経過を見て考えるもののわけですが、それをたった今のその状態像で見るという問題もあつたりします。本来診断というのは、その目的があるわけですし、例えば医療現場である種の身体疾患の診断をするときは、それによって薬を選ぶとか、治療の方向性を決めるとか、手術をするかど

うかとか、本来そういった目的があるはずなんですけれども、この場合の診断というのが、そういったことが無視されているような気がします。本来診断というのは、非常に戦略的で繊細なものです。だから、診断をする、あるいは診断を告げるときには、必ずその診断を告げることのメリット、それとデメリットみたいなことを考えてしなくちゃいけないと思っています。

ところが、今私は、大学病院の小児精神科という科から児童相談所という福祉の場に移って7年目になるんですけれども、週1だけまだ大学病院で外来はしているんですが、福祉の場の診断の乱用というのは目を覆うばかりだと思っています。あるいは教育の場も同じなんじゃないかと思いません。要するに、例えば福祉の場で嫌われるのは人格障害という診断なんですけれども、これも非常にあいまいで定義のはっきりしない診断名なのです。あの人は人格障害だからというふうな言い方、教育の場での、かつて学習障害、あるいはADHD、それで、今度はアスペルガーとか、そういう高機能自閉とか、発達障害ということがとにかく簡単に口をついてきてしまう風潮ということ、非常に危険なものとして感じています。なぜ危険かということ、そのときにある種の排除の論理のおいを感じてしまいます。だから、そういう子だから特別だ、みたいな、そういったことでしょうか。あるいは、ある種特別な環境を設定しなくてはいけないとか、そういう排除の論理のおいを感じることに、ある種危険性を感じています。

それと、診断をするときに、やっぱり何が目的かということ、これを常に考えなくてはいけない。本来子どもの理解、あるいは生きやすさのためにするわけですし、だから、精神的、心理的、社会的ないろんなものをトータルにしてそれをするべきです。あるいは、子どもが学校とか、家庭とか、そういう集団の中でどう受け入れられていくかということ、これを戦略的に練るために、診断というのはあると。あるいは、場合によっては、その子を見る周囲がここにいていいという納得をするために、診断を添えることもあったりします。ただ、それは診断が、先ほど乱用のお話をしましたけれども、本来そういった子どものために、あるいは

場合によっては親のためということのはずですが、時々、その教師のため、あるいはそのかわる人間のために診断が欲しいというニュアンスを感じることも多々あったりします。

それともう一つは、その診断をして、最近の、特に特別支援教育を推進する際に、診断をしたら、即対応マニュアルが欲しいという傾向も少し感じています。そういうことではなく、診断というのは、あくまでもその個別性が本来大事なんだということを感じています。マニュアル的に一般化したり、あるいは構造化された指導法みたいなものというのは、例えばその子が落ちついたところで見えるものとか、あるいはそういう工夫をしていく中で見えるものとか、それを本来探るべきであって、ある種その子の個別性の理解や指導の入り口に過ぎないんだということを頭に置かなくちゃいけない。だから、ある種言葉は非常に乱暴なんですけれども、例えば教室の中でみんなが落ちつきましたとか、あるいは字が書けるようになりましたでも、みんなが集団行動をとれるようになりましたでも何でもいいんですけれども、それはまさに、言葉は本当に悪いですが、「調教」にしか過ぎないと思います。そこで、落ちついた後に、その後の生活とか人生を視野に入れて、この子には次に何が必要かとか、そういったことに目を向けるべきであって、そこで終わりではないんだということが大事なんだろうというふうに思っています。

今僕は、医療の立場というふうに言われたんですが、福祉の立場でもあり、どっちにスタンスを置いたらいいんだろうかというふうなことで、両方ちょっと欲張って、早口でお話をさせていただきます。児童相談所を、子どもたちが、あるいは親が、いろいろ訪れてきます。それは当然ある種診断を求めたりとか、あるいは何か問題の解決方法の助言を求めたりということ、これによって来るわけなんですけれども、児童相談所とか、あるいは病院というのは、いろいろトラブルたケースが来るものが多いものですから、ある種そのトラブルの解決のためとか、あるいは愚痴のために来ているのかなという方が非常に多い。その中で、例えば親の言い分や希望を十分聞いてくれないとか、子どもの特

性を理解しない、特性に合わせて扱ってくれないとか、子どもを悪者にする、排除しようとする、そんな訴えが実は多いです。こういうものを聞いて、この人たちは一体ここに何を求めて来ているんだろうかというときに、野村先生のお話の中にもありましたけれども、やっぱりある種居場所を求めて来ているんだという印象を受けます。だから、その子どもに、あるいはその親に面と向かってくれる人を探しに来た、あるいは、ある種、その子どもがかわいい子であるとか、あるいはおもしろい子であるとか、そういった歓迎される形で(扱って)もらえる場を探しに来ている。当然それが児相じゃないときもあります、病院じゃないこともあるわけですけれども、ただ、いずれにせよ、そうやって居場所を点々としているような親子が、児相や病院にはたくさん来ているような気がします。

児童相談所で例えば心理検査をします。それで、僕も面接をします。そういう中で、発達障害という言葉は、そのまま使うことはあまりないんです。そういう言葉を使う時には、どのように発達に問題があるかを、ある程度明確に伝えていきます。ただし、それは、あなたのお子さんはIQが幾つですとか、あるいは自閉症という診断ですとか、そういうことではなくて、例えば心理検査の結果とかを踏まえた上で、その子の発達の特徴とか、それと、ふだん、日ごろ起こる問題とか、そういったものとの関連を伝えるという形で告知をするように努めています。すなわち、問題解決につながる形でなければ、その診断を告知する意味がないですから、いつもその子の特徴、すなわち、例えば先を見る力がないから、どうしてもついつい何かいたずらをしてしまうとか、衝動性の強さとか、あるいは抽象的な過去のことと今とを比べる力がないからとか、そういう特徴をできるだけお話しするようにします。

これは後でもお話ししますが、野村先生のお話でも、いいとこ探しということがあって、いいとこづくりでしょうか、野村先生の言葉に従いますと。そういったこともプレゼントを添えるわけです。例えば能力の低さとか、遅れとかということは、できること、できないことがあるんだって

う、これははっきりとさせなくちゃいけないことかもしれません。あるいは得意であるとか、苦手であるとか、それは例えば、いつも僕は身長を比喻に使うんですけども、小さい子が届かないところを一生懸命ジャンプして届かないといっても、早く大きくなれと言っても無理でしょうというふうな、そんなことを比喻として使ったりします。いずれにせよ、そういう特徴を踏まえて、ある程度本人もできること、できないこと、あるいは得意、不得意を伝えて、それで、そのために、問題解決するために少し具体的な方法を少しずつ明示していく、ここまでが診断の告知だということを知っておかなくちゃいけないんだというふうに思っています。

ちょっと話を変えますが、児相で今子どもたちを見ていますと、とにかく児相は虐待の話ばかりです。虐待の子どもたちが、ある種の発達のバランスの悪さとかを背景にいろんなところでトラブルを起こすわけですけれども、そのことについて少し触れたいと思います。まず、先ほどの野村先生のお話にもありましたけれども、ADHDで親が大変だったから虐待というケースももちろんありますが、逆にネグレクトとか、あるいはかなり乳幼児期の早期に虐待を受けた子なんかは、それがもとで発達のバランスが悪くなっているように思える子もいます。すなわち、いつも鶏が先か卵が先かということを考えなくちゃいけない。そういう子たちの問題行動の多さというのは、非常に顕著である。最近はそのような子たちの脳の研究みたいなのが進んできていて、それと関連づけられるようなことも出てきている。発達障害、じゃあ何が多いかという、虐待の子は軽度発達障害が非常に多いという特徴があると思います。発達のバランスが悪い。例えば言語性が低くて動作性が高いとか、そういう言語性と動作性の違いとか、その下位項目でいえばもっといろんなばらつきがあったりします。その中で僕が強調したいのは、ある種言語表現の拙劣さだと思っています。こういう時代で、コミュニケーションもなかなか育たない。携帯とかが発達してしまって、「週刊新潮」かなんか、いつの間にか一人でテレビを見る時代になったなんていう広告が電車の中にあり

まして、あっ、なるほどな、と思ったりしたんですけれども、そういう時代的な背景もあるかもしれません。あるいはこれは年齢的と言ったほうがいいかもしれません。そういう特徴も相まって、子どもってというのは、とにかく言語表現が下手であると。特にその中で虐待を受けた子どもに顕著なのは、情緒的言語表現が非常に下手だというふうに思っています。国立武蔵野学院、非行の子なんかが入る児童自立支援施設ですけれども、あそこの先生が、ある研究会で、情感を示す言葉の辞書みたいな物がないかという話をしていました。要するに、子どもたちが、自分の情感を伝える言葉が非常に貧弱であるということで、その言葉をもっと覚えさせたいということらしいんですけれどもね。本当に虐待を受けた子たちってというのは、これが顕著のように思います。だからこそ行動しやすい。例えばPTSDの脳の研究から、ブローカーの言語野という発語に関係する分野の機能が、虐待を長期間受けた子は落ちているなんていう研究発表がありました。発語ですから、理解はしているけれども、発語が難しい。すなわち、心の中でわかっているんだけど、なかなか言葉にできないみたいな特徴があるんだなというふうなことが、ふだんの臨床と印象が一致したわけですけれども、だからこそ行動化しやすいということなんだろうと思います。そうすると、僕たちは、情緒的言葉を獲得していくことをお手伝いしなくちゃいけない。子どもが育っていくときに、子どもの気持ちを酌んで、痛かったのねとか、さみしかったのねとか、親が言うことでその言葉を覚えていくようなお手伝いを、我々はしていなくちゃいけない。あとは、落ちつきのなさ、ADHD、そんなのが発達障害としては多いような気がしています。その子たちは、非常に敏感で傷つきやすいです。だからこそ、意図しない虐待を僕たちは再現していることもあるんじゃないかと思えることがあります。すなわち、大きな声が聞こえるとき、あるいはだれかがけんかしていると、自分が虐待された場面を想起しちゃうかもしれません。そういう敏感さを持っている子たちが、刺激が多い集団の中で、不安にならないはずがないと、僕はちょっと感じたりすることがあります。それと、

人や、場所や、状況による違いが非常に大きい。年齢のこともありますので、揺さぶられやすい。それで、感情をコントロールすることも下手であるという特徴があったりします。

だけれども、理由のない行動というのは本当ではないと、僕は思っています。先ほど野村先生の中で、当たり前の人としてということがありましたけれども、僕は、分裂病になったこともありません、躁うつ病になったこともないけれども、そういう人たちを見ます。それは、そういう人たちの話をたくさん聞いていると、そういう気持ちになれる。あるいは人間、こういう場面だったら悲しいだろう、こういう場面だったら怒るだろう、そういうことはどんな子も多分変わらないだろうということが、僕の信念でもあったりします。だから、必ずそういう問題行動とかには理由や背景があるんだということを、いつも考えなくちゃいけない。聞いているのか、反省しているのかわからない、先ほど野村先生のお話でもありましたけれども、その子たちも聞いているし、反省もしているし、それでも反復してしまって自己イメージを低下させる、そういう悪循環もあるんだということ。だから、非常にわかりやすさが必要であると。よい悪い、評価と説教とか、それもそうですし、野村先生のお話の中でも、悩む力があるというお話とか、具体的なお話がたくさん出ましたが、そういうわかりやすさが必要であると思います。

それともう一つは、言葉を覚える、あるいは言葉で表現する、それは時間がかかることを覚悟しなくちゃいけない。だから、かかわりに対して、とにかくすぐに結果が出るということを一切期待してはいけません。もちろん、全然期待していなかったら仕事なんかできませんけれども。だけど、やっぱりこうした、結果が出ないことには非常に疲弊しますから、即座の結果を期待しないという態度も大事なんだろうと思っています。

今度は医者としてなんですけれども、医療ができることって何だろうと考えたときに、その診断する場ってというのはもちろん先ほどからお話をしてきました。それともう一つ、薬のお話をしておきたいんですが、僕は精神科医として薬を恐れなくていいいただきたいというふうに思っています。自

分の子どもが小さいころ風邪を引くと、僕は少量の安定剤を入れました。自分で処方してですね。それはよく寝てくれるからなんですけれども、自分の子どもにもそんなことをしたから言うんですけれども、精神科の治療薬というのは、本来根本的な治療を一切してくれないと考えていいと思います。すべてが対症療法であると言ったらいいかもしれません。だから、いつもある意味で副作用とてんびんをかけながら、その薬は使わなくちゃいけない。副作用でむしろ問題が大きくなることすらあるわけですから。薬を使う目的というのは、あくまでも治療ということよりは問題点の軽減のためだということですね。さらに言えば問題点を消失させるためでもないということ、そういうつもりで薬は使っていたきたい。すなわち、山に登るときに、つえを使ったり、ロープを使ったり、そのロープや杖の働きがその薬なんだという、そういう考え方をしていたきたいというふうに思っています。

あとは、コーディネーターとして、いろんな関係機関の調整とかをする、あるいは保護者とか、あるいは障害理解を促す、そんな一翼を担っているとも思っています。それともう一つ、自分で言うのもなんですが、ある種の権威として使っていたければいいと僕は思っています。すなわち、例えば学校でなかなか受け入れられない子が、病院にかかりましたということで、その学校が受け入れてくれることもあったりします。あるいはこういうことに気をつければ何とかやれるんじゃないでしょうかと医者がいましていうことで、例えば一月ぐらいいは何かもつことがあるかもしれない。そのような権威として、だから、ある種、病院にかかったことをどう利用するかというふうに考えていただければいいだろうと思っています。

僕は、今医療が不足していると思っています。特に発達障害を診てくれる医療というのは非常に少ないと思っています。医療の対象ではないということをよく言われます。だけど、そうじゃない。先ほど言ったように薬だって、問題解決をすべてしてくれるわけではないです。軽減してくれさえすればいいと僕は思っていますから。だから、そ

ういうことではなくて、例えばこの子のいらいら感を少し軽減できないでしょうか、夜眠れなくて親が疲れちゃうから、少し眠れるようにしていただきたい、そうやって目的を絞れば、医療機関というのはうんと使えるんだというふうに思っていたきたい。だから、医療はマジックじゃないですから、問題がゼロになることを期待して医療に行っただけいけないと、そんなふうに思っています。子どもの理解を深めるために心理テストもすればいい、そこで医学的な意見も聞けばいい、そういうことだし、あとは現実的具体的な視点が、医者は実は欠けていることが多いです。要するに、抽象的なことを言って、その場で何をすべきかという指示が非常に弱い部分がある。だから、こういう場合はどうしたらいいでしょう、こういう場合にはどうしたらいいでしょうという具体的な場面を想定して医者を利用すべきだというふうに僕は思っています。それと、医者に現場をとにかく見てもらおうということが大事だと思っています。それはカンファレンスに誘っても、あるいは見学に来てもらっていい、あるいは講師として招いて、そのときに見てもらえばいい、そうやって医者をとにかく現場に引きずり込むということを工夫していただきたいというふうに思っています。

教育には、個別性を重視していただきたいということと、医療との連携をだからぜひ利用するという形で視野に入れていただきたい。それと、僕は教育って閉鎖的だと思います。ほかの機関ととにかく連携する。児相のいいところは、いろんな職種の間があるということとして、重層的にかかわれるということがあると僕は思っていました、それをとにかく利用する。そのときに、主たる治療者はだれでもいいと僕は思っています。変な言い方ですけども、宗教に行ったら症状がうんと改善しましたでもいいと僕は思っていました、とにかく利用できるものは利用すべきだと、教育も考えるべきだというふうに思っています。それと、いろんな決定のときに、子どもの意思の確認を忘れないでいただきたい、あるいは親の意思もそうなんですけれども、しかも、子どもの場合は複数回それをきちんとしていただきたい。子どもは状況とかに非常に揺さぶられやすいですか

ら、その時々で言うことが違ったりします。だからこそ、複数回それをしていただきたい。それと、親が、一番子どもとかかわっている時間が長くて、一番情報を持っていますから、もっともっと、親を助言者としても利用すべきだというふうに感じています。それと、連携をいろんなところとするとき、とにかく教育や福祉は集団を見ることになれていて、医療や療育というのは個人を見ることになれていて、これが合体しなければ、本当に子どもたちを見ていけない時代になっていると思っています。とにかく子どものため、お互いに連携する人たちが名前と顔を覚えてもらうということですね。たくさん話せばいいし、名刺を配ればいいし、そういうことが必要であると思います。電話をしたときに、あの人ですねっていうことが必要です。それと、共通語を持つ必要があると僕は思っています。これは、その診断名とか、専門用語では決してありません。共通の言葉っていうのは、とにかく具体的な状態、言葉、あるいは姿、それが共通語だということなんだろうと思っています。変な言い方ですけども、素人であればあるほど専門用語を使いたがるということがあのような気が僕はします。そんな必要は全然ないということですね。それで、連携するとき、その子どものことが嫌になる前に連携を模索することが大事だと僕は思っています。やっぱり子どもを見るための余裕を持つためには、その子とつき合っていて楽しかったり、その子をかawaiiと思ったり、おもしろいと思ったり、そのためにも、その子が嫌になる前にとにかく連携を模索すべきだというふうに思います。

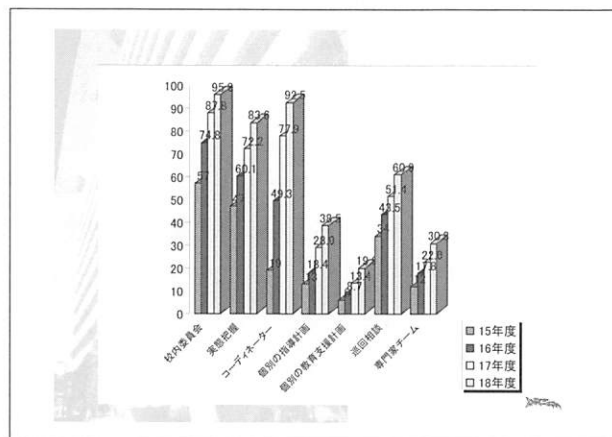
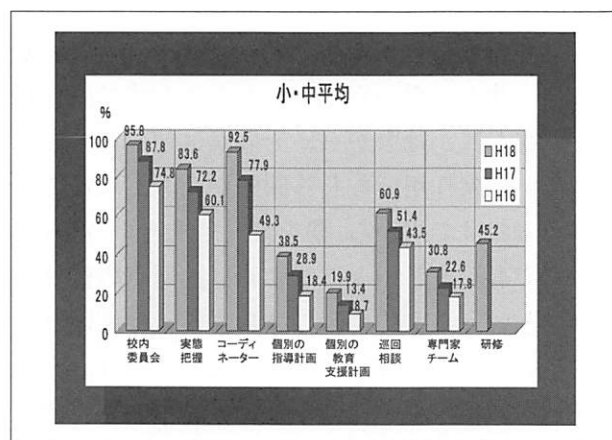
すみません、早口で。以上です。

西牧 金井先生、どうもありがとうございます。児童精神科医として、また、今児童相談所で働いていらっしゃる立場として、かなり本音の部分をいろいろ聞けたかなと思っております。

それでは次に、教育の立場からというところで、島先生、よろしくお願いいたします。

島 抄録に基づいて話を進めます。徳島県は人口が約80万人で、東京の世田谷区ぐらいの人口規模

です。そういうふうな小さな徳島県と、40万人弱の徳島市で、特別支援教育で、特に今、小・中学校に関わっています。今日は、連携をキーワードに、地域で問題になっていることについてお話をしていきます。



これはモデル事業が始まってから校内委員会がどのぐらいできているかというのを、毎年9月1日現在の時点で、15年から18年まで文部科学省調査からみてみますと、こうなんです。校内委員会とかっていうのは、大体95点で、ほとんどの学校に形はできています。実際私が行っているところ、県外でも何か所かに呼ばれたりしていくんですけど、そういうところでも校内委員会というのはほぼできている。コーディネーターの配置というのも、大体のところできている。実態把握というのも大体できてきている。それから、体制の整備ということで、自治体が巡回相談をしていますよとか、それを活用しています、あるいは専門のチーム、これは専門家がだれなんだというようなことがあって、専門家と言われる人が非常に少ないということもあつたりするので伸びがちよっ

と遅いんですけども、それらに比べると、支援計画って非常にまだまだできていない。

これらは、小学校、中学校のデータです。指導計画もそんなに伸びていない。特に支援計画ができないというのは、結局個別の教育支援計画は、連携をすることを前提にしていますので、連携が出来ていないことを意味します。特別支援学校なんかは、17年に全部の学校で作ることになっていたの、それまでに準備をしながら、特に進路や就学にかかわる担当が中心になって関係機関とつながりながら作っていった経過がありますが、小学校、中学校の場合はそういうことがあまりなくて、今年度途中で聞いたら、その特別支援学校がお手伝いをしながらやっているところというのは幾つかあるみたいなんですけれども、その連携というのがうまくできないということもあって、この支援計画があまり進んでいないという現状があると思います。

経験から感じること

- ・ 「特別支援教育」という名前に変わっただけと言う意識
→ 特殊は特殊でという発想から脱却できず
- ・ 縦割り行政による縦張り意識
→ どこが主導するか、押し付け合い
- ・ 他領域の業務に対する意識の低さ
→ 教員が福祉・医療制度を知らない(逆も)
- ・ その他
→ 専門家がない？、専門家に任せたい・・・？
→ 業務の効率化や人員配置の問題など

それで、私が経験的にずっと回っていて思うことをつらつらと書いていったんですけど、トータルで支援をしていくという形での特別支援教育という概念がまだ十分に理解されていないということが実際にあります。私は研究会とか、意識の高いところに結構参加することが多いんですけど、そうじゃないところに顔出しすると、まだまだ特殊教育の発想で進めている現場が多いです。先ほどちょっとお昼に西牧先生とも話していたんですけど、私たちが例えば学校保健とか、地域保健とかとのつながりをしていきましょうよという話を前からして、実際学校保健のほうで動いている人たちと話していても、そんなに特別支

援教育に関する意識の変化の影響が及んでいない部分があったり、ましてや、通常の小・中学校、特に田舎のほうに行ったりすると、ちょっと言葉は悪いんですけど、今までのとおりにやっているところ、モデル事業が15年から始まっているんだけれども、前年通りにやっているところがあって、特殊教育から特別支援教育に名前が変わっただけだというような意識のところはまだまだ多いという印象があります。そうすると、連携をしながら進めるという基本的概念に、今のままではつながってっていないんじゃないかなという気がします。

それから、おもしろい現象ですが、どこが主導するか、押しつけ合いというのを幾つか聞いています。これは、自治体で、実際に発達障害のお子さんたちに関してどこが主導するかといったときに、発達障害者支援法はあるんだけれども、福祉では具体的な支援内容がないが、学校のほうは、特別支援教育ということで形はなされている。そうすると、福祉側が学校の問題だろうというふうなことにしているところがある。逆に、理念法なんだけれども、発達障害者支援法というのができたんだから、正規に自治体でやろうぜとやっても、教育委員会側がうまく乗らなくて、都道府県、あるいは市町村で連携をして進めるという以前に、どこが主導するのかというところでつまづいているところも、幾つかありました。これは徳島県だけじゃなくて、幾つかの自治体で、実際あるメーリングリストを通じて、先生方、あるいは行政の人も含めてなんですけれども、そういうような意見を出していたのを見ております。

連携に向けて

- ・ システムや方法論の相互理解
- ・ 障害があるという視点からの脱却



- ・ 日常的な連携関係の必要性

= やっぱり「意識変革」が一番重要

現在は、児童部と成人部という入所部門に加えまして、地域で暮らされている障害をお持ちの、特に知的の方ですけれども、そういった方の支援をさせていただいている地域生活支援センターという部署の、3部署に分かれております。昨今、少子化の影響ですとか、児童施設で抱える加齢児の問題がありまして、児童施設自体が減っているんですけれども、滝乃川も、児童部の定員を半分以下に大幅に減らし、成人部の定員を増枠して、今成人部の定員が108、児童の定員が30、それから、地域の方が通われてくる通所部が15となっています。そして、地域で居宅介護事業というようなホームヘルパーの派遣事業、それから、もともと国の事業でした地域療育等相談支援事業で、現在東京都版では、知的障害児等相談支援事業をしています。これは、都内では2カ所その指定を受けているうちの1カ所です。私が相談事業のコーディネーターをさせていただいています。そのようにさまざまなサービスを提供している民間の事業所です。

東京都と言いながらも、なかなか地理的にはいいところがありまして、敷地面積が広く、真ん中に川が流れています。その川には、6月ぐらいにホタルが飛び交っていますし、今カブトムシがたくさん出ています。と言っても、奥多摩のそんなに山奥というわけでもなく、そこそこ都会なのですけれども、そういう恵まれた自然の中に施設があります。門柱はありますが、門はないので、人が常に勝手に出入りできて、散歩道にもなっています。川伝いにずっと歩いて通り抜けられるようになっているので、地域の方が散歩に見えられたり、今ですと、私たち夜中、夜勤のときなど、10時、12時と2回見回りをするようになっていたんですけれども、12時ぐらいの見回りに行くと、たも網を持った親子ががさがさと学園の中で、カブトムシをとっていらっしやる。カブトムシは夜出てくるんですね。朝飛んでいっちゃうので、出てきたところで木の幹につかまっているのをとるのが一番とりやすいらしく、私たちは見回りをしていたんですけれども、入っちゃいけないということでもないので、何のために見回っているのかよくわからないなと思いながら、きょうも三、四人の知

らない人がいらっしやいました。

もちろん、ショートステイのようなサービスもしていますけれども、在宅支援は、2000年から取り組みを始めています。最初は地域にお住まいの方の保護者の方からたくさんのご要望をお寄せいただいて、通級指導学級の送迎のサービスも始めました。在籍校から通級学級に通っていくアクセスのところを、今までは親御さんが送迎されている方が圧倒的に多いと思いますが、市に半分お金を出していただくように働きかけ、滝乃川がその事業を全部お受けして、利用者さんから予約をいただいて、在籍校から通級に送る、また、通級から在籍校にお戻しすることをしていました。それが年数を経て、ご自宅からというのもOKになって、朝ご自宅にお迎えに行き通級に送るというようなことで、そこの市内全域のサポート事業をやってまいりました。

ところが、昨年からは、これ、いろんな法律が絡んできていて、道路運送法の改定が行われた関係で、緑ナンバーを取っていない事業所がお金を取ってそういうことをしちゃいけないというふうになりました。市の事業としてやっているということで、いろいろ交渉をしたんですけれども、やっぱりいけないということになりました。私たちも緑ナンバーを取ってやるほど運送業に力を入れているわけではなく、やっぱり十分にお受けできる体制がとれなくて、今はそのサポート事業をタクシー会社がやることになり、とても残念な思いです。もちろん、タクシー会社の人がやってくださってもOKなんですけれども、やっぱりそこに障害の理解があるかないかということが、安全性の問題とか、本人への配慮に関して心配です。基本的には先生に引き渡し、先生からお受けするというのを確実にやるのが大切でして、玄関まで送っても教室にたどり着けるとは限らないお子さんもいらっしやるので、そういうところを大切に、口頭でちゃんと利用者さんの状態をお伝えしていくということも大事にしたいなと思っていただんですけれども、今の法律の絡みで、それを継続することができなくなってしまったということで去年、この事業が打ち切られました。

あと、ショートステイは、大体国立市を中心に

1時間圏内で行けるところの学校に送迎をさせていただいています。学校の平日のときにショートステイをお受けすると、ショートステイの場所でお過ごしになるところが多くて、学校に通えないんです。でも、やっぱり家庭からショートステイの場所に移るとのことだけでも、変化に対応しづらいお子さんは厳しい状況にあるので、できるだけ環境を変えたくないのと、それから、彼らの就学を保障したいという思いがありまして、そうはいっても都内全域からいらっしゃるものですから、滝乃川から葛飾区とかへは送っていけないので、半径1時間ぐらいで行けるところの範囲を決めさせていただいて送迎をさせていただいてまして、就学保障をしています。

それから、ショートステイは大赤字なんですけれど、施設の中に、ショートステイは大体15人とか20人の寮の中にお部屋を1つ確保して、そして、そこにお泊まりいただくというふうになっている施設が多いかと思います。そういうふうになると、突然家庭という小さな集団の中から大きな集団にぽっと入れられてしまいますし、それから、受ける側としたら、毎日毎日違う人がそこに泊まりに来ていて、中の状態も大変落ち着かなくなるということがありますので、ショートステイだけの建物を別に建てております。5部屋個室で、ショートステイの建物にショートの方だけが生活をされるようになっています。そこに職員が24時間体制で配置されるので、施設としては130%の利用率でも赤字というふうになります。要するに、もともとの単価は、入所施設の中に1部屋ベッドをあけておいて、そこに入れているので、そのために職員をふやすわけでもないし、食事をつくる人がちょっと1人分多くつくるぐらいのことでお受けできるような単価設定になっているので、そのために建物を別に建てて、そして、その建物を維持しながら、そこに職員を24時間配置するというふうにした時点で、もはや事業としては壊滅的な状態なわけです。ショートをお使いになる利用者さんの立場にできるだけ立って、そして、集団ということの環境だけで、もう精神的にいろんなプレッシャーを抱えてしまう方も多いし、ハードがソフトを助ける部分もたくさんあると思うので、

そういう意味ではショートステイの試みも、単独型というような形でやらせていただいています。

あと、在宅支援のほうは、私が相談支援を2003年からやらせていただいている中で、相談はされても、現実的にその解決のためにどうしたらいいかということ、やはりそれを支える社会資源が必要なのです。必ずしも施設入所が最終的にはいいですよということではないと思うので、家庭のどこをサポートしたら地域生活が続けられるかという視点に立って、ショートステイや在宅支援等の居宅介護事業を、支援費の導入とともに始めています。ただ、これも、支援費が始まったときは単価が比較的高かったのですが、事業としてはやって行けたのですけれども、こんなに下がるかと思うほど毎年毎年下がり続け、半額以下になっているので、事業としてはものすごく厳しい状況になっていまして、よその事業所では、知的サービスからは撤退する事業所もかなり出てきています。というのは、例えば1時間外出の支援をさせていただくと、大体国立市ですと1,500円いただけます。でも、それは支援に入って、こんにちをはしてからさようならするまでで、そこに行くまでとか、帰りとか、A宅からB宅に移動する間とかは、もちろんお金は支払われないわけです。ホームヘルパーさんと同じづくりですね。そうすると、スタッフのほうは、その間もフリーな時間ではなく、移動に要している時間なので、十分にその時間は拘束されている時間なんですけれども、収入としていただけるのは、その1時間だけなのです。今まではヘルパーさんたちに1,400円支払ってきたんですけど、そうすると、1時間やってもうちの上がり100円で、請求書1通だと80円かかるので、ものすごくこれがまた赤字だらけの事業になります。滝乃川が入所で多少貯めてきたものを食いつぶしている事業なんですけれども、地域支援事業はショートを含め、何をやっても赤字だと言われても、滝乃川としての役割があると言って、理事会では今は何とか通っています。なかなかこれが何年もつかというところでは、本当に厳しい状況で、滝乃川だけの問題ではなく、ここは都とか国にぜひ単価の設定とか、人の保障も含めてやっていただきたいなと切に思っているところです。

やっぱり在宅の生活を支えようと思ったら、本当に点と点とか、日中活動だけが充実していればということではなく、やっぱり日中活動の充実、それから、家庭の充実とともに、彼らの余暇支援ですとか、それから移動を支えるというところも、ものすごく大事な視点になってくるかと思います。そこをやっぱりフォローできるのが居宅介護サービスだと感じているので、高齢者でも、ホームヘルプとショートステイとデイサービスは3本柱だというふうに言っているわけで、障害者に対しても全く同じような、日中活動が学校である場合もあり、それから職場になる方もあり、作業所になる方もあると思いますけれども、それでも、その後のアフターフォローのところについては、居宅介護サービスの充実なくしては豊かな生活は絶対に送れないと思っています。

先ほども中村さんとお話をさせていただいたときに、男の子と女の子のお子さんがいらっしゃるとおっしゃっていましたが、男の子は中学校、高校ぐらいになると、お母さんが連れて歩くといっても限界があります。私も身体介護がない方の移動支援に関して、スタッフが足りないものですから、男の方についていくことがあるんですけど、トイレは自立されているので、トイレ介助はないんですが、そこでいつまでも水を流して遊んでいて、なかなか出てこない場合、失敗したんじゃないかとか、男子トイレの前でうろうろうろうろしてなきゃいけない自分があって、これは普通に考えたら変なおばさんがトイレの前で行ったり来たりしているなというふうに思われているんだらうなというふうに思いながら支援をしているんですけど、本当に年齢に合った支援、それから、年齢に合ったその時々々の支援者というのが必要になってきます。

ホームヘルパーの養成所を見ると、60を過ぎて定年退職をされて、第二の人生を奉仕みたいなことで何か有意義に過ごしたいと、ホームヘルパーを取られる方が多いんですね。でも、そういう方がヘルパーを取ったからといって、10代後半ぐらいの、ダッシュで危険回避をしないで走ってしまわれるような方にサポートにつく場合、瞬発的には頑張っても、長距離になるとなかなか厳

しい。若けりゃいいというわけでもないんですが、支援技術が高いか低いかよりも、100mを何秒で走れるかみたいところに勝負をかけるというのが必要な場面も多々あるんです。笑っている方は、多分同感だなと思っていただけているんじゃないかと思います。そういうことを考えたときに、本当に地域で支えるというのは、もちろん、学校や作業所さんも必要なんですけど、その間の移動等をフォローしていこうと思うと、やっぱりホームヘルパーさんの育成がすごく大事で、ホームヘルパーさんと一緒に地域に出て行くことが地域を耕していくことになるというふうに、私は思っています。

電車の中でちょっと歌を歌ったりとか、かわいい子がいるとちょっとさわりたくなっちゃったりする 때가あって、そのときに、もちろんあからさまに嫌な顔をされて、私の周りの30cm四方は、込んでいるのにだれもないみたいな状況になったりするんですけど。でも、すごくかわいいから、ちょっと握手したくなっちゃったんだよねっていうことを、直接彼らはすぐに行動に訴えてしまうので、私たちが通訳として一役買うということで周りとの友好的な関係をつくりながら、啓発活動の一つになっていると思っています。ヘルパーの対応の仕方を見て、ちゃんと対応すれば、この人たちは危険ではない。周りの方たちが、こういう障害を持っている人たちに対して、こういう支援をするとか、こういう態度で接すればいいんだということをわかっていただくための啓発活動にもなるんじゃないかなというふうに思っているので、本当はここにヘルパーの質の高さが求められるところだと思います。

もう一つ、行動援護という支援が新しくできています。行動援護という支援は、居宅の訪問系のサービスの中の一つですけども、行く場所が限定されたり、やる内容が限定されたりしているわけではないサービスです。こういった中が不明瞭なサービスが法律として出てくるというのは極めてまれなケースです。特に行動上に問題のある方に対しての支援ということで、知的障害と精神障害の方に限定されたサービスの内容になっています。このサービスができる人を現在養成している

んですけども、ホームヘルパーの資格だけではなくて、それに2年間以上の実務経験が必要というふうになっています。その研修の中で一番皆さんにお願いしていることは、その日、その場面で支援をすることはもちろん大事なんですけれども、そうではなくて、その前の段階で段取りがきちんできていないと、この支援は絶対に成功しないんですよということをお伝えしています。それはヘルパーの問題だけではなく、事業所さんにもお願いしていることです。先ほど野村先生のお話の中にも出てきましたけれども、障害をお持ちの、特に自閉症スペクトラムにあるようなお子さんの場合は、視覚支援が重要になってきたりします。そういう障害の理解とか、どういうものを手がかりにして彼らが私たちの言葉を理解しようとしてくれているとか、彼らの思いを私たちが理解できるのかというのを考えたときに、そういった彼らと共通の言語になり得るものをつくっていくところから、行動援護のサービスは始まります。それがなくては、コミュニケーションを取ることが出来ません。

だから、その中で環境調整というの、ものすごく重要な支援の内容の一つになっていまして、見たら買いたくなっちゃうとか、自動販売機からメッセージを受けて、この自動販売機の前を通ったら絶対午後ティーを買わねばならない人とかというのがいるので、そういうルートが、そこに自動販売機があるということがわかっていれば、違うルートを通るということをヘルパーは選択して、その視覚支援を逆に利用して、視覚に入らなければ買わなくて済むというような選択をするわけです。そういった意味で、ちょっと後半早口で申しわけないんですが、いろんな環境調整を事前にヘルパーや事業所がして支援に当たる。その段取りができていなければ、サービスは、その日サービスを提供しても、次に結びつくものがないということなんです。

行動援護は、小さいお子さんに使っていただくことが大事です。そうやって環境調整をして、野村先生がおっしゃったような二次障害を減らしていくこと、二次障害を起こさないサービスの提供の仕方の積み重ねで成功体験を重ねてもらって自

己評価を上げてもらうというのがとても大事です。もともとある障害はある程度仕方がない訳です。私も、もともと老眼じゃなかったんですけど、最近老眼になっちゃったので眼鏡をかけているんです。でも、眼鏡をかけることによって私の老眼という障害が軽減されている、もしくは全くなくなるに等しい。取っちゃうと見えないんですけど、そういう状況になっているわけで、そういうことが、多分知的障害の人たちにも同じように必要なわけなんです。

また彼らにとっては、学校生活も、地域の生活も、24時間のサイクルの中で動いていて、つながっているものですが、それを点と点にしてしまうのは、行政だったり、私たち支援者の側だったりするのです。そこを一人の24時間の生活の流れの中で、ここの時点、今の必要なものというのを見たりとか、全体的なライフステージの中で今必要なもの、目指すところはここなので、今やっておくべきこと考える。そのためには、教育とか、福祉とか、いろんなところが連携をしながらやっていくというのがとても大事なんじゃないかなというふうに思っています。以上です。(拍手)

西牧 本多先生、どうもありがとうございました。福祉のいろんなサービスの仕組みとか、そして、実際のその運用の仕方、運営の仕方、エピソードを交えてお話しいただきました。でも、滝乃川学園の恵まれた自然そのものがその地域にあるということが、きっと何か共生社会の一つのあり方かなというふうに思って聞いていました。

それでは、パネルディスカッションの発表の最後として、中村先生、よろしくお祈いします。

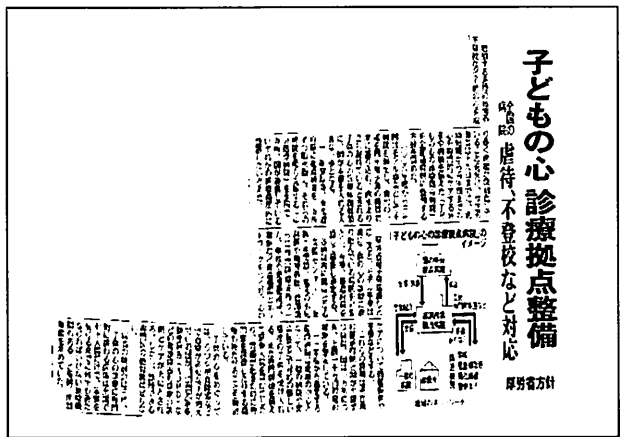
中村 皆さんこんにちは。ご紹介にあずかりました社団法人日本自閉症協会東京都支部の中村と申します。私は、子どもが2人とも自閉症児の保護者です。保護者は、ある意味ものすごい専門性かもしれないなとも思っています。比較的どこへでも平気で行っちゃいますし、どこだろうと平気で話をしてしまうものですから、いつの間にか支部長という肩書をいただいでしまいました。この肩書ももらってここで話すのは、いつも

とても肩身が狭いんですが、実は私はとても自閉症に不勉強な人間なものですから、今日は、今の状況について思いを話していただければというご要望でしたので、専門性がなくてもいいんだなと思ってお邪魔いたしました。

発達障害児に対する環境の変化

- 平成15年3月～ 特別支援教育体制の推進
 - 平成17年4月 発達障害者支援法の施行
 - 障害者雇用における、対発達障害の視点の導入
 - 医療サイドからの「子どもの心の診療」に対する取り組み etc....
- 発達障害という言葉に対する社会的認知度が向上してきている

まず、この発達障害と言われる子どもたちに対する環境の変化はどのように動いているかというのを、ざーっと並べさせていただきました。もう先ほどから諸先生方がお話しなさっていらっしやるので、私が申し上げるまでもないんですが、平成15年の3月に出た、「これからの特別支援教育のあり方について」以来、モデル事業の実施云々で特別支援教育体制というのが動き始めています。また、平成17年4月に発達障害者支援法というものが施行されまして、発達障害児・者を乳幼児期から一貫した支援をしようよという法律であるというふうに私は思っています。また、それと時を同じくするぐらいの時代から、障害者雇用の施策のほうでも発達障害という言葉も出てきておりました。



ちょうど何日か前の東京新聞というローカル新聞にこんな記事が載っていました。医療関係でも、子どもの心の診療等に関する検討委員会というのが立ち上がりまして、先ほど児相の金井先生がおっしゃっていたような虐待の方ですとか、いろんな方のものも含め、その中に発達障害の子どもも含めて子どもの心の診療拠点病院を整備しようという話が動いているということです。

こういう動きを見ると、発達障害の子どもたちにとって、世の中がよくなってきているんじゃないかなと親の立場ではつつい思ってしまうます。私ども自閉症協会の保護者の方は、とても熱心な方が多くて、こういう情報をメールとか、いろいろなところでたくさん並べてくださるんですね。そうすると、世の中がよく動いているような気がするんだけど、果たして自分の場合はどうなんだろうかという言葉も同時に聞こえてきます。

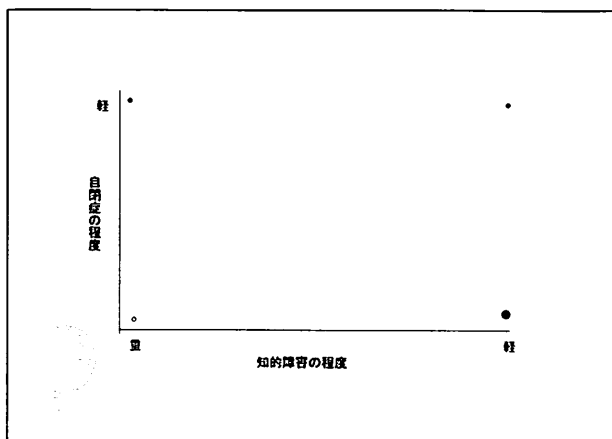
発達障害とは...

- 広汎性発達障害、アスペルガー症候群・高機能自閉症、注意欠陥多動性障害(ADHD)、学習障害(LD)などがある。
 - 同じ診断名でも、本人の個性や発達の状態や年齢、置かれた環境などによってその症状は異なってくる。
 - 知的障害を伴わない層においては、一般的な障害というイメージとは異なるように見えるが、幼少時からの一貫した指導がないと二次的な問題が大きくなり、知的な能力は高くとも社会適応は難しくなることがある
- 早期療育と関係者の連携による一生涯を通じた支援が大切

この発達障害というのは一体どういう定義なのかなということ、基本的にはもう本多先生を初めとする先生方がおっしゃったように、決してこういうすごく狭い範囲の定義ではないと思うんですが、今発達障害施策ということで動いている対象となると、ここに並べたような方々が対象になっています。名前で言うと、広汎性発達障害、自閉症スペクトラムという言い方もよくするようですが、あと、自閉の中でも知的におくれがないと言われるアスペルガー症候群、高機能自閉症、またはADHDですとか、LDなどです。

私ども自閉症協会や、ADHDの団体であるエ

ジソクラブとか、LD親の会などには毎月のように、親の話を聞かせてくださいと講師依頼が来ています。きのうも実はうちの事務局のほうに、2件ほど、何か早期の検診のことを記事にしたいので、メディアの方から、電話取材いいですかというご依頼が、ほぼ時を同時にして2社から来ていたというのを聞いています。比較的メディアの方も、発達障害という名前のついた子どもについての企画をたくさん取り上げてくださっていると思います。



発達障害という診断がついたとしても、これだけ名前も並びますし、一言例えば自閉症といっても、お子さんの症状は実際はもう、私はよく自閉症は左端から右端まで比べてみたら他人ですということを申し上げるんですが、私も子どもは2人おりますが、私の目から見ると、全く違うなっというも思います。ただ、顔が似ているせいか、周りから見るとよく似ているというふうに言われるんですけども、それぐらい個性や状況も違いますし、年齢や、先ほど金井先生がおっしゃったように、育ち方によって本当に状況が変わってくるなというふうに感じています。特に知的障害を伴わないような方について言えることは、なかなか周りの方々に、障害があるとか、支援が必要だということを知っていただけないというのが一番大きな悩みだと思います。無理を強いられてしまったり、ストレスをためることを幼少時から積み重ねた結果、二次的な問題がとても多くなってしまって、思春期以降、能力は高いのだけれども、社会適応ができないというケースがふえていると思います。それを考えると、早期療育と関係者の

連携による一生涯を通じた支援というのが不可欠だと思っています。

ただ、この早期療育という言葉が大変くせ者でして、早期療育は決して知的な部分を伸ばすための療育ということではなくて、その子にとって早い時期に必要なものを、早い時期から支援していこうよということだと思っんですね。ただ、この早期療育という言葉は、とらえる方によって本当にこんなにも違うのかという感じになってしまうというのが、昨今私がとても感じているところです。

これはとても乱暴な図なんですけど、知的障害を伴わない方がなかなかわかってもらえないということを知っていただくために、あえて作りました。こんな簡単なものではないと思うんですけど、例えば自閉症の中で知的障害のない方というふうにと考えると、自閉症の程度というものと、知的障害の程度というものを別々に考えたほうがいいと、私は思います。それで、横軸に知的障害の程度を考えて、縦軸に自閉症の程度というのを考えると、この4つのポイントそれぞれ考えると、子どもたちの程度、状態が全く違うということがまずわかります。知的障害の程度はすごく軽いだけけれども、このあたりですね、このあたりに所属しているような子どもたちというのは、確かに知的なおくれはほとんどないかもしれないけれども、自閉の度合いがとても重たいという場合があるんですよね。そうになると、社会生活を営むのに、本人はすごく大変な思いをしている。でも、あなたは字だって書けるし、算数なんて普通の子よりよっぽどよくできるし、テストをさせたらトップクラスじゃないかと言われてしまうような子たちは、本当につらいことがなかなかわかってもらえないと思います。

特別支援教育の動きを考えた時の問題点

- ・乳幼児期を中心とした初期段階の適切な支援や、この時期重要な保護者支援が充分ではない
- ・成長過程の中で、本人に必要な支援やその基本的アプローチの方法等具体的データが上手く引き継がれていかない
- ・医療との連携が充分に取れておらず、必要な支援にたどり着きにくい場合がまだ見られる
- ・障害特性の幅が広い発達障害児を考えた時、子どもの状態によっては、教育が中心では、支援がスムーズに進まない場合がある

次に、私が考える範囲で、今の特別支援教育の動きを考えた時の問題点というのを、4つほど挙げさせていただきました。まず乳幼児期を中心とした初期段階の適切な支援、そして、この時期の保護者の支援というのが、十分でないのではないかなというのを感じています。保健施策等の推進によって、早期発見というのは大変一生懸命やってくださっていて、行政によっては、5歳児健診もあったほうがいいとか、1歳半健診で自閉症という診断をつけてしまうような方も大変ふえてきています。ただ、診断をもらったんだけど、その後の支援がなかなか定まらないという方がとても多いんですね。私は、協会のほうで電話相談に入らせていただくことがあるんですけども、実は1歳半健診に行ったら、この子は自閉症じゃないかと言われて、「私は今どうしたらいいかわからないんです」という保護者の方から電話を受けることがとても多いです。お子さんの状態を電話で聞かせてもらえますかって聞くと、ああ、このぐらいのレベルでも自閉症という診断を今くだしてしまうんだ、先ほど金井先生がおっしゃったのにとっても近いかなと思うんです。言ってしまうとその後のフォローがなかったら、親がどうなるかっていうことをその人は考えたのかなと思うこともあります。別にその方の診断が間違っていると私は思わないけれども、今聞いた範囲だと、もしかすると家庭の中でお母さんがちょっとわかりやすく話しかけてあげたりとか、少し接する時間を持ったりとかしながら様子を見てもいいかもしれないと思いますよ、どうしても心配だったら、発達障害支援センターというのもありますから、

そちらのほうにご相談に行かれたらどうですかというふうにお話しするようにしています。

逆に、本当に今すぐ何か対応をしたほうがいいと思う方についても、診断は下ったけれども、療育機関に通えなかったり、なかなか適切な支援が受けられない状況もある。何より保護者が、「うちの子は普通の子じゃないんだ」と、ものすごいダメージを受けたときの精神的ケアというのは本当に少ないんですね。私は、この子のどこが障害なのか知りたいんですと電話をくださる方もいらっしゃいます。「どこと、どこと、どこが障害で、どこと、どこと、どこが障害じゃないのかを私はわかりたいんです」と。本人が言っていることは全く——こういう言い方は失礼ですけども——でたらめだということは多分お母さんはわかっていらっしゃると思うんですよ。でも、自分で納得ができないんですね。私は電話でお話することしかできないので、なかなかうまくはケアできないんですけども、「例えばお母さん、今すごくつらいのはよくわかるけれども、1年間、とにかく病院の先生や学校の先生とお話ししながらお子さんとつき合ってみてください。私は、子どもが障害があるって言われてから、1年間たった後の自分と、そのときの自分はすごく変わっていた気がするから、とにかく1年間、どこが障害云々ではなくて、じゃあ、今この子に何をしようかって考えながら少し接してみませんか」と申し上げるようにしています。その部分の支援はとても必要だなというのを痛切に感じています。

また、成長過程の中で、本人に必要な支援とか、基本的アプローチの方法なんかを、例えば幼児期に療育にたまたま運よくめぐり会ってしっかり蓄積されたのに、それがなかなか学齢期にきちんと引き継がれない。「小学校まではよかったんだよね、中学校へ行ったらだめなのよ」とか、「中学までは行けたんだけど、養護に行ったらだめだったのよ」とか、結局いいと思われるデータがなかなかきちんとつながっていかないという問題もあると思います。

そして、もう一つは、先ほど先生方おっしゃっていましたが、私は自分の子どもが知的障害養護学校に通っていたということもあると思う

んですが、実際の教育現場で医療との連携が十分にとられていないケースというのはとても多いです。お昼を食べながら、さっき思わず愚痴のように申し上げたんですが、例えばもう成人期に達しているのに、食事はほとんどもう口いっぱいにためてしまって、ごくんと丸のみしてしまうような方というのは、自閉症の方で決して少なくないです。多分幼児期のきちんとした摂食指導ですとか、そしゃくとか、そのあたりは全くなかったんだなというふうに思います。また、それ以外にも、例えばメンタル的な面で不安定になったときに、教師の判断だけでやってしまって、逆にとても悪くなってしまう場合や、本当に不登校になってしまったようなケースの場合は、学校に通えていないのに、学校に来させようという努力だけの教育をしてしまって、肝心のメンタルなケアの部分は全くないまま、強引な3年間を過ごしてして、学校に1日も来ないまま卒業するという生徒も、今養護学校の中で出てきています。通常級の中でも、こういう子どもたちが本当に多いと思います。うちの娘がお世話になった先生が、うちの娘の卒業とともに通信制の高校のほうに移動されたんですね、A高校というところなんです。卒業した後離任式でお話ししたときに、発達障害と言われるお子さんがとても多く在籍していらっちゃって、「入学式には会ったんだけど、それっきり学校へ来ないのよね」と、おっしゃっていました。そのときに、果たして学校は何ができるのか、学校で何ができるのか、もしかしたら何もできないままやっぱり3年過ぎてしまうのかなというふうに思います。一番下のところは、私がすごくそう思ったところです。教育の場合は、個別の教育支援計画という書き方をするものですから、教育が真ん中に立って連携しましょうよという動きが出てきているんですが、お子さんによっては、教育が中心にいたのでは、なかなかケアというのは進まないと思うケースがけっこう多いです。

考えられる対策

- ・ 乳幼児期からの早期発見早期療育と、学齢期への就学時移行支援の充実
- ・ 個別の支援計画が活かされるための、支援シートやサポートブック等の作成と活用
- ・ 子どもの状態に応じて、中心となる支援機関を柔軟に設定する視点
- ・ 親の会等による、ピアサポートの有効活用

そして、本当に頭がない中で考えて、考えられる対策ってなんだろうって。乳幼児期からの早期発見、早期療育と、学齢期への就学時移行支援というのをきっちりすることがまず大事だと思います。この早期療育というのは、さっき私がちょっと申し上げたように、決して数が読めたりとか、言葉がしゃべれたりとか、そういうようなスキルではなくて、その時期、その子どもにとって一番大事なことをきっちり身につける。あわせて、親の支援もきちんとするということだと思います。

あと、個別支援計画というものが活かされるためには、その下のレベルとして、その子どもの状態を理解するために支援シートやサポートブックと言われる、親が持っている子どもに対する対応等の内容を踏まえたようなものを作成するというのは、とても重要だと思います。お母さんの考えだけが正しいわけではないと思いますが、ある意味これをつくると、親御さんに抜けている視点というのもとてもよくわかると最近感じています。私は、実は地域で、余暇支援事業をグループをつくってやっているんですが、遊びの内容をお聞きしてみたら、何でお母さんこれ教えてくれないのということが結構たくさん多くて、サポートブックをつくると、あっ、お母さん、ここ全然気づいていないんだなというところもわかってくるかなと思います。

あとは、先ほど申し上げた子どもの状態によっては、教育が中心ということではなくて、どこがリーダーシップをとるかという視点を柔軟に持つということ、最後、親御さんを支援するという意味では、親の会等を利用したケアサポートを有効

活用して、就学の時期を通り過ぎた親御さんの話を聞くというのも大きいと思います。今日いただいた抄録の2日目のほうに、心臓病のお子さんに対するサポートのシステムというものの発表が出ていましたが、同じようなものがやはり発達障害でも必要だなと思っています。

大切なこと

- ・ 関係諸機関の連携による支援会議等の顔を合わせた話し合いの場の設定
- ・ それぞれの機関の役割分担の明確化と必要に応じた素早い対応
- ・ 子どもを中心に置いて視点を持ち続けること

発達障害児の豊かな生活の充実

とにかく大切なのは、関係機関の方々が顔を合わせて支援会議を持つということは本当に大事だと思っています。それぞれの機関が、自分が責任を持たなければいけないところはどこなのかというのをはっきりさせる。ただ、はっきりさせるということは、それ以外はしませんよということではなくて、逆に周りが、何かあったらこのことについてはここときちんと連携をとってやればいいんだなということを意識する意味で必要ななと思います。何より、とにかく子どもを真ん中において、今一番大事なことを持ち続けること、これが大事だと思います。最終的に私たちが望んでいるのは、発達障害児の豊かな生活の充実、この一言に尽きるのではないかと考えています。早口で大変申しわけありませんでしたが、私の発表は、以上で終わらせていただきます。ありがとうございました。(拍手)

西牧 中村先生、どうもありがとうございました。

それでは、パネリストの方は、壇上にお上がりください。これからパネルディスカッションに移りたいと思います。パネリストの皆様、時間の遵守にご協力ありがとうございました。

それでは、これからフロアーと交えてお話ししたいと思います。これまでの発表で、非常に幅の

広いお話が出ていると思います。パネルディスカッションに関しては、今回の学会学術集会の報告ということで、後で我々のほうでまとめますので、きょうはしっかり、皆様方の疑問とか、思っていることを、ここで出していただければと思っています。4人のお話を聞かれて、フロアーから、まずご質問、ご意見等をお伺いしたいと思いますが、どなたかご意見、ご質問のある方は、挙手をお願いしたいと思います。また、後ほどお互いにそれぞれのパネリスト同士で質問したいことやご意見もお聞きしたいと思いますので、このお時間に考えていただければと思います。いかがでしょうか。もしなければ、パネリストの先生方同士で、何かもう少しこのところを聞いておきたいとか、お互いに質問とかがございますか。どうぞ、お名前と所属をお願いいたします。

フロアーから質問

京都市から参りましたTと申します。かつて長いこと病弱児の子どもを育ててまいりまして、落ちついたところで、今、旬の職業と言われている特別支援加配ということで、京都市立小学校に入らせていただいています。私が行った小学校では、虐待を受けた子ども2人が中心となりまして学級崩壊があり、それから対教師暴力、それから子どもに対する暴力、人権侵害もひどい中で教育が行われているということを目の当たりにして、かなりショックを受けました。私は、寄り添いを基調とした教育を我が子にいただいて、とてもいい成果が出たので、私自身も寄り添いを基調として、その虐待を受けた子どもたちに、もう本当に祖母のようになって、穏やかに、あらゆる規律などもちょっとその子たちのためにアレンジして、その子たちの話を聞き、とにかく君たちを信じるから、君たちを絶対を守るから、とにかく私のところに戻っておいでと言って、幸い今年度から別室をいただきまして、そこで2対1であるとか、1対1で対応しています。特別支援がまだまだ行き届かない学校でしたので、連携なども一つ一つつくり上げようと努力してきました。私がそういう寄り添いの対応で子どもたちに接するものですから、なかなか配慮、教育もうまくいっていないこともあって、ほかの職員たちから、甘やかし過ぎでは

ないかというような批判もいただいています。その中で、やっぱり私は信じることに寄り添いは大事だと思って頑張っているんですが、時々彼らの人を逆なでする発言とか暴力に遭うと、その信念も揺らいでしまうようなところがあります。また月曜日から彼らと向き合う前に当たって、金井先生に、虐待を受けた子どもたちの言動の特徴といえますか、先ほど稚拙であるということはお聞きしたんですが、その逆なでするとか、そういうものがあるのか、また、対応として、何を中心に力を入れて行ったらいいのか教えていただければと思います。長くなりました。

西牧 何か広く支援者としての心構えというか、そんな視点でもよろしいでしょうかね、その虐待を見ていく上での。お医者さんの立場でもありますし、それ以外に福祉の立場にも今おられますし、さまざまな人と連携をとられていますので、金井先生、よろしいでしょうか。

金井 非常に難しい質問です。まず虐待を受けた子どもたちは、虐待を受けた状況を再現しがちである、虐待を受けた状況に巻き込みがちである、すなわち、受けていたような状況を自分のいる場でつくり出しちゃう傾向があります。だから、逆なでするような言葉とかいうのは、非常に特徴的なことだと思います。ただ、そこで寄り添う支援というのは、僕は非常に大事だと思っていますが、一つは、寄り添う支援を始めたときに、多くの場合は、子どもにかかわりを持ち始めたときに、子どもは一たん自分の慣れ親しんだパターンを急激に出すことがあります。むしろ問題行動とかが活発になってくる時期があったりします。ここを踏ん張れるかどうかということが、ある意味で例えば思春期病棟なんかでこういう子を治療すると、勝負どころになったりするんですね。そのときに、周りの目が非常に難しいことになってきます。この寄り添う姿勢というのは、周りから見ると、自分たちができないことをやっているという、ある種の嫉妬とか、そういうものも生むことがあります。あるいはそこで問題のあったことが、そんなことをやっていたら余計ひどくなった

じゃないかみたいなことにもなりがちです。そのときに大事なことは、とにかくオープンにすることなんです。別室をもらったというのは、子どもにかかわるには非常にやりやすいけれども、密室になってはいけません。そこでされていることをみんなが見ているというふうな状況をつくり、あるいはしょっちゅう報告をするということをする。とにかく、子どもの人生にとって、寄り添う支援というのは実は一時期しかつき合えません、ある意味で。そのことも本当は知っておかなくちゃいけない。だから、自分だけでそれを終結させてはいけません、できるだけオープンにすること、あるいは協力者をつくること、医療もそうかもしれません、あるいは養護の先生なんかもそうかもしれません、そうやってその部屋が密室にならないような、そういう注意がとにかく必要だろうというふうに思います。

西牧 どうもありがとうございます。それ以外に何かご質問等はございますか。どうぞ。

フロアから質問

私も京都から来たんですけど、Tさんとは随分前から知り合いです。ところで、きょうの一番のテーマ、地域に根差すというところで、野村先生もお話ししていただいて、4人の方々も、そういうことについてお話ししていただいたんですけど、私は、初めから地域って何だろうと、どうなっているんだろうと、それがわからないんですね。よくわからない、そのことをわかりたいと。そのことをわかるというのは、こういう教育や医療の専門家の集まりでそんなことを話すのはちょっと場違いかなと思ったりもするんですけど、私自身の経験の中で、例えば肢体不自由の子どもを、進路指導ということで現場実習に連れていきました。一定期間経て、あわよくば採用にならんかなと思って行ったら、だめですと、うちは慈善事業をやっているわけじゃないからこう言われたと。これ非常にはっきり物事をあらわしていると思うんです。世の中は、障害のある人につき合うということは慈善事業か何か。それを裏返して言えば、そんな者と無関係に世の中暮らしていると

そういうことですね。長年、昔の養護学校にいましたが、そんな場面にはもうさんざん出会いました。さあ、そこで、地域に根差すその子育て、一括して言えばそういうことになると思うんですけどね。ですから、私もそうだったし、今もそうですが、いわゆる地域と私らがどうかかわっていくのかと。かかわるといよりも、私らも地域で生きていくと、一緒に育てましょうというふうに思っていくのはどういう態度が要るのか、考え方が要るのかなと、そこのところを強く思います。今それぞれの専門のお立場で、そういうことについて考えていただいていると思いましたので、どなたということではありませんが、よろしく願います。

西牧 これは、社会における、特に障害のある人に対する心のバリアという、とても大きな問題だと思います。もしよろしければ、お一人ずつコメントがあればいただきたいと思います。もしどなたか、まずいかがでしょうか。指名させていただいてもよろしいですか。保護者のお立場ということで、何か来るかなと思っていらっしゃったみたいな感じで、中村さん、いかがでしょうか。

中村 究極のご質問で、おっしゃるとおりだと思います。正直私も、2人の子どもを卒業させるときに、下の娘は特に企業等も何回か回らせていただきましたし、あと、自分で地域活動もやっているものですから、介助者に入っていたときに、いろんな立場の方にお話ししたり、あと、活動するときにご迷惑をおかけしたときにおわびに行ったりして、いろんな方々と接触することが多いものですから、その経験を踏まえて、ただ一つ言えることは、私は親の立場として、何かをしてもらうという立場だけで、気持ちだけで行ったんではやっぱり地域には理解されないと、いつも思っています。私たちはどうしてもお願いしなきゃいけないことがとても多いんですけども、子どもと一緒にいて。でも、そうではなくて、自分たちだけが支援を受けるという気持ちで地域の中で理解してもらおうと思ったら、無理だと思います。自分たちも、もちろん地域の中の住民なので、やら

なきゃいけないことも——やらなきゃいけないというのは失礼だけど、やったほうがいいこともあると思います。私いつも、「逆差別意識を持つのはやめようよ」と、他の保護者に言うんですね。ついつい、自分で障害者は特別だと思ってしまうことがあるんです、保護者って。何かしてもらっているのが当たり前になってしまうと、それは私は逆差別だと思います。だから、障害はあるけれども、普通の人間として理解してもらいたいんであれば、そういうものを受けることが当たり前だ、それをしてくれて当然でしょうという気持ちでいたら、やっぱり地域には理解してもらえないと思う。だから、逆にこの子たちが地域の中できちんと貢献できる部分も押さえなきゃいけないなって。だから、娘が今企業のほうで、パートタイム雇用で1日6時間働かせていただいているんですが、娘には大変厳しい言い方をしました。お給料をもらうということで働いているんだから、そのお給料に見合うと思わなかったら、会社がそこでもう雇ってもらえなくなるかもしれないよということを、私ははっきり娘に言いました。だから、「会社はこういうふうに通ってくださってというふうに通って何なりという決まりがあったとしたら、それは最低限やっぱり沿わなきゃいけないんだよということを、わかる？」というふうに話しました。もしそれがだめだとしたら、会社じゃなくて、違うところで活動することを考えようねというふうに娘に言いました。それでも会社で働くって、うちの娘は言ったんですね。何で会社で働きたいのって言ったら、私はお給料をもらって、こういうこともしたいしということをするので、だったら、そういう約束を守らなかったら、やっぱり会社では働けないんだよって。もちろん、障害者雇用をしていただくときに、同じことを求められるということはないんですけども、やっぱり最低限度のその中でやらなきゃいけないことはやろうよっていうことを、娘に言いました。同じことをやっぱり私は、保護者と話しているときに言うことがあります。時々、「だって、こんなことしてくれるの、当然じゃない、それこそ特別支援教育のときだって、特別支援教育体制なんだから、こうやってくれるのが当然じゃない」という

ふうにおっしゃる方もいらっしゃるんですけども、そうじゃなくて、一緒に、普通に同じ立場で考えるという視点を忘れないようにしようよっていうふうに言っています。だから、私たちも、障害者であるために、地域の一住民、一人の子どもだよっていうことは忘れないようにしようよっていうのを、自分を戒める意味でよく言うことがあります。視点がずれちゃったら済みません、今思いついたのはそれだけでした。

西牧 どうもありがとうございます。本多先生には、歴史のある福祉施設で、今のような質問の内容をずっと経験しながら地域で、仕事をされてきたと思いますので、その立場からのお話をただければと思います。島先生には、教員養成とか、そういったこれから支援者を養成する立場から、少しコメントをいただければと思います。金井先生、もしお時間あればお願いします。

本多 地域に理解していただくというのは本当に難しいなというふうに感じています。私たちの施設はすごく古くて、明治のときにできたんです。今の地に移ったのは昭和4年です。昭和4年からもう長く今のところにありますけれども、例えば滝乃川から歩いて数分のところにグループホームをつくりたいと言っても、滝乃川があることはもう昔からあるので、まあ、いいも悪いもないんだけど、そこに新たにグループホームをつくると、それが高齢者のグループホームではなく知的障害者のグループホームの場合、どこかにつくるのはいいけれど、それはうちの隣じゃなくていいよね、っていうようなことにやっぱりなりがちです。戦略を変えて、事前につくりたいので皆さんにご説明会を開かせていただきますというふうにすると、うちのとなりじゃなくていいでしょうという話になっちゃうので、つくりましたのでよろしくお願ひしますという方法に、事前協議しないでごあいさつ周りに行くとか、説明会を開かせてもらうという方針に変えたりして、やっとグループホームができていくみたいな感じです。もちろん、ご迷惑をおかけすることもたくさんあります。うちの施設の方じゃなくても、隣のセブンイレブ

ンで無銭飲食があると、すぐに電話がかかってきまして、見に行くと、まあ、8割、9割はうちの施設の人ですけど、そうじゃない方もたまにいらっしゃるんですが。でも、永く、そこのお店を使う、それから、外食でも近隣のところを一生懸命使っていくようにすることで、そこの方に、特別な存在じゃないということをおわかっていただいたり、特にお店の方には消費者の一人であるという認識をしていただくというのを、それはもうすごく時間がかかることなんですけれど、やっています。何か私たちのほうに責任が帰する問題が起こったときにはもう即座に謝りに行く、ただひたすら謝るといふふうにしています。そういうふうにしてくと、例えば店員さんのほうで、例えばハンバーグを食べに行くと、ハンバーグがよく鉄板に載ってくる。利用者さんは、その鉄板を持って食べなくなっちゃうんですけど、鉄板は熱いから、それはさわっちゃいかんということをお教へいただけるようになる。それを心配してくださるような関係がつくっていきける。そして、さっきもお伝えした行動援護の支援なんかもそうなんですけれど、視覚支援でも何でも使っていることができるようになったら、今度は支援を引いていく支援というのがものすごく大事で、行動援護も一生使い続けるわけではなくて、何年かしてできるようになったら、今度はその内容であったり、回数であったりを引いていくことで本人の自立度を高める、そして、また違う次の課題を設定して、そこに向かっていく、その繰り返しだと思っています。なので、サービスは入れたら入れっ放しじゃないんですね。本人たちも、それは社会性も身につけてきますし、なかなか言葉で伝わっていかないことも、経験の中できちんと体得していくことが確実にできる方たちなので、普通のお子さんが3カ月なのが1年かかるかもしれないですけど、そこは絶対発達しているという視点を持ちながら、そして、できたことはもう引いていく。特に知的の場合は、私たちが支援をよかれと思ってしていくことが本人の成長の芽を摘んでしまうことがものすごくあって、入所施設にいたときに言葉が3つぐらいしかない方がいて、そのうちの1つが「コーヒー」だったんですけど、コー

ヒーは、施設では時間になると言わなくても出てくるんですね。例えば滝乃川でいうと、昼ご飯の後とか、夕飯の後とかに、黙っていてもコーヒーは出てくる。そうすると、コーヒーは出てくるから、言わなくても済むわけです。何年もやっている、「コーヒー」という言葉を発しなくなっちゃうんですね。3つしかない言語の1つを、私たちは取ってしまったなというふうに、10年ぐらいたって気がつくんです。最近「コーヒー」って言わなくなっちゃったね、みたいなことを。そういうことって絶対にあって、だから、やらなくてもよい支援はやらない、必要なところに、必要な分だけ支援をするということがものすごく大事で、それは地域に入ってからと同じことで、地域の人たちは常に見ているというふうに思いながら支援をしてほしいと思います。そのときにやっぱり、さっきお伝えしたように、かけ橋になっていくのがホームヘルパーだったり、支援者だったりするので、そこをちゃんとつないでいけるということが大事ですとお話をさせていただいています。グループホームもそうですが、そのグループホームに暮らすようになって、近隣の方には必ずあいさつをしようねって、いろんな言葉がわからなくても、笑って頭を下げるだけでもいいからあいさつはしようねってというようなことを伝えています。そういうことで、やっぱり心のバリアフリーが、ほんのちょっとずつなんですけれど、隣の家からできていく。ヘルパーとか、世話人とか、施設のスタッフの姿勢によって、やっぱりそこら辺の橋渡しを私たちがしていくべきなんだろうなというふうに思うし、私たちの利用者さんに対する働きかけを周りの人は見えて、だから、悪い働きかけをすれば、あっ、知的障害の人にはこんな対応でいいんだということも逆に学んでしまわれるので、やっぱりいつも見られている視点に立って、ほかの人に恥ずかしくない支援の仕方、そして、利用者さんにとってその支援がどうかということを考えながら支援をしていくようにというふうには思っていますが、現実的には厳しいバリアはあります。

西牧 ありがとうございます。島先生、いかがで

しょうか。

島 地域っていうのは、それぞれ地域、地域で違うと思うんですね。私は、生まれ育ったところというのは山の中で、人口数千人のところで、自分自身があまり小学校へ行っていなくて、校長室で遊んでいたような子どもだったんです。高校に行くのに、自分の町になかったからでかいところへ行行って、仕事で県内転々として、東京にいて、三鷹にいたんですけれどね、ついこの間まで。また今度帰って自分の地元にいるんです。地元といっても、生まれ育ったところじゃなくて、しかも、仕事をやっていたところじゃないところで今いるんですけれど、今心理学科で、それぞれ地域臨床というものをやっています。学生たちと話していて、いつも言うのは、地域というのは人のつながりだよということ言うんですね。これは、今おっしゃられたように、ほかの例えばお店の方と障害のある方のかかわりの中で生まれてくるものとかも含めて、そこに住んでいる人がそれぞれ持っている力で調整し合っていけるものっていうのかな、そういうようなものをどうやって育んでいくかというような部分じゃないかなというような気がしています。ずっとつき合っていた自閉症のお子さんで、言葉があるから誤解を生むという自閉症のお子さんがいたんですね、しゃべるものだから。ご存じのように、自閉症のお子さんは、しゃべっているんだけど、違う意味のことってよくありますでしょう、それを近くのお店の方がよく理解してくださった。そのことを、商店街というほどの大規模じゃないんだけど、その幾つかのお店の方が、あっ、あの子、こうだよってというのが、あっ、この間、そう言えばこう言ったけれど、何で怒ったかなと思ったら、意味的に違っていたんだということがわかってもらえたりもしたんですね。それから、精神障害の方で、ちょっと変な行動をしていた人がいて、その方なんかも、私が2回目に転勤した場所の町の方だったんだけど、町の人が知っているんですよ。危ないことになりそうだったら、ちゃんと周りの人がそれを見ていて、あの人、こういう人だからこうだよというような対応をちゃんと出来る。そういうふう

に、その住んでいるところで、さっき言った調整をする力を住んでいる人が持っていき、それらを自分たちがつくっていくというのかな、それが地域じゃないかなというふうな気がします。

西牧 いえ、どうもありがとうございました。もう3時を過ぎました。この質問で、今回のテーマの一番根本的な投げかけをしていただけたかなと思っております。今社会が急激に変わっています。子どもは真っ白で生まれて、その子どもたちがさまざまな家庭で育ち、また、家庭に恵まれず一人で育ち、そして、社会の一構成員になっていく。今の社会が、人にどう優しいかということが求められ始めた。我々が理念として求める方向というのは、言い換えると「共生社会」の実現ということになると思います。しかし、現実的には、どちらかという、個々の人が自分勝手な方向へ社会が動きつつある。しかし、それを例えば無理やり一緒になって何かするんだよということ教えるのではなくて、いかに日常的な支え合いの中で、

そういった社会を実現していくか、を実は模索したいということで、今日のテーマを設定させていただいています。また、このパネルディスカッションそのものが、短い時間でしたけれども、我々の日常的な仕事の中で、また、一人一人かかわる子どもの生活をしている地域の中で、きっと支えながら、我々とか、保護者とかが支え合いながら実現していけるものであるという話だったと思います。本当に短い時間の間でしたけれども、とても深い、さまざまなアイデアをいただいたお話が聞けたかなと思っております。ディスカッションの時間が短かったことが本当に残念ですが、また、これを機会に、皆様方の中でこういう議論を深めていただければいいかなと思っております。

きょうはパネルディスカッションの四方、どうもありがとうございました。改めて拍手をお願いいたします。(拍手)これでパネルディスカッションを閉じたいと思います。

(文責 西牧謙吾)

記念講演座長報告

座長 中塚 博勝 (大和根旭出福祉園)

平成18年4月障害者自立支援法が施行された。この法は、精神障害・身体障害・知的障害を同一の法の下で福祉サービスを保障しようとするもので、とりわけ、これまで福祉の網がかけられてなかった精神障害に関しては画期的なことであった。けれども、それをもって精神障害に対する福祉の向上や理解が進んだとは到底言い難い現実がある。

記念講演を企画した意図はここにある。同時に、教育・福祉の現場で多様な障害に対応している現状を踏まえ、障害を持った人たちをどのように支えていくのかに関する理解も欠かせない。講師佐藤順恒先生は長く精神科診療の現場で治療に携わる傍ら精神障害者の社会復帰に努力を傾けてこら

れました。

講演は、統合失調症を中心に、病気の本態を具体的な症例をひきながらわかりやすく説かれました。その中では、この人たちが受けてきた苦難の歴史、精神科医療の現状について淡々とした語り口で話されました。しかし、その言葉の端々に長い経験の中で培われた患者さんに対する温かい心を感じ取ることができました。

育療学会で精神科医療について学ぶ機会はおそらく初めてのことと思います。障害の多様化への対応が求められている現場で、知ることを通して理解の手掛かりを得る、そのきっかけを与えられた貴重な講演であったと受け止めています。

(文責 中塚博勝)

記念講演

「精神障害のある人を地域で支える」

佐藤 順恒（上尾の杜診療所院長、社会福祉法人あげお福祉会理事長）

こんにちは。ご紹介いただきました上尾の森診療所の佐藤順恒と申します。今、お話しいただきましたように、小学校5年、6年のとき、わたしは全く同年のいところにおりまして、もうすでに亡くなってしまったのですけれども、そのふたりを中塚博勝先生が、平日交互に、週3、3日ずつ、ずっと通って来られて家庭教師をしていただきました。うちは東京の荻窪で、いところが渋谷だったので、それを交互に、ずっと休むことなく…僕は休みたかったのですけれど、先生は休まない。

田舎が秋田にございまして、夏休み冬休みはずっとそこで過ごしていたのですね。そのときにも先生がずっと一緒。もう本当に親よりずっと長く一緒に過ごさせてください。このような席でご紹介いただくなど、ちょっと複雑な気持ちなのですけれども。今日はせっかくのお招きでございますので。

精神の問題と申しますのは、どうも育療学会の皆様方とは少し離れているのかもしれませんが、最近ではアスペルガー症候群辺りから軽度の発達障害というところで、いわゆる巧緻的問題と精神の問題が、少なくとも根っここのところはいろいろと重なる場面が多くなってきているように思います。精神科の中でも、後でお話すると思うのですけれども、統合失調症の本体は何かというのは、精神科を目指す者にとっては一番の関心事なのですけれども、そこに発達の問題がじわじわと忍び寄ってきている。無視できない領域になってきているというように認識しております。

そのような意味で、私は学会で話すなどということとはとても、今までしたことがございませぬし、パワーポイントも、中塚先生が先ほどのご講演の中で、今日初めてだとおっしゃっていただいたので、本当にほっとしたのですけれど。わたしも使ったことがほとんどないような、本当に患者さんを

診ることしか能のない人間なものですから、たいした話はできないと思うのですけれども、とにかく現場の話、ふだんやっていることを話してくれればいいんだよというようにおっしゃっていただきましたので、ちょっと恥ずかしいのですけれども、精神科の現場と申しますか、それを少しでも皆様にお伝えできればという気持ちでお話しさせていただきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

座って話をさせていただきます。

育療学会というのが、そもそもが結核を含めてどうも医療がスタートということで、この間障害の問題で申しますと、身体と知的に、初めて数年前に精神の障害の分野を取り入れたということで、精神は当初やはり医療が絡んでいるということで、ほかの知的・身体とはちょっと違うよというようなことであつたのですけれども、どうもこの学会はむしろ逆に医療のほうからスタートされている。ちょっとそのような意味で、スタートでちょっと困ってしまったのですけれども。少なくとも3障害統合という流れの中で、精神障害についてはまず絶対医療が不可欠である。これはもう絶対外せないことであるというのが障害特性の中で一番大事な問題だということに思います。

ただ、その医療とは言ってもやはり福祉の手助けもどうしても必要だということで、今の障害者自立支援法のほうに取り込まれているのですけれども、要はその精神医療の中で、一番メインの病気であります、従来精神分裂病というように言われていて、その呼称そのものが差別を含んでいる、偏見の元になっているということで、統合失調症というように病名が、家族会の念願かなって変わっているわけなのですけれども。

精神医療と申しますと統合失調症、分裂病というように、ほぼイコールというように言っていると思っております。ただ、最近子どもや思春期の

問題が大事な問題として登場してくる中で、もっともっと広くはなっているのですけれども、やはり精神科医療の中で一番メインの問題は統合失調症、分裂病問題というように言っていると思います。

それで今回のテーマであります支える、それともう一つ連携ということが随分言われていますので、その辺の話を少しさせていただければと思います。

看護学校でちょっと授業をしたことがあるのですけれども、やはりいろいろな病気を説明するのです。試験問題をやりますとやはり統合失調症の問題が一番できなかったです。何年やってもそうでした。こちらは時間をかけてたくさんたくさん教えるし、まねしたりするのですけれども、やはり統合失調症の人、症状とかいうのを理解していただくのが非常に難しいなというのを実感しました。

僕らはとにかく、精神科医になるとすぐに彼らだけを相手にしますので、何かそれが僕らにとっては何か当たり前の感じになっているのですけれども、やはり全然知らない方にとっては難しいのだなというように思っております。

ということで、ちょっとほかの何も知らない方に特に障害についてかかわっている方について、統合失調症の障害というのはどのような感じなのかというときには、慢性関節リュウマチが似ているのではないかというようなことを聞きましたので、ちょっと上げました。症状はちょっと後でお話ししますが、どのようなところが似ているかと言いますと、基本的には慢性的に進行している。進行性である。もちろん治る方もいらっしゃるのですが、進行していく。それから軽快と増悪を繰り返す。良くなったり悪くなったりを繰り返しつつ悪化といいますけど、こういう感じでだんだんと悪くなっていくというのが典型的なパターン。ただし、悪くなるときのきっかけとしては、ストレスが非常に関与する。とりわけライフイベント。失恋とか、友達関係でのトラブル。あるいは引越、転職、身内の方の病気とか死亡。そういったことがきっかけになって悪くなる。

ただ前提として、そのような感じで、これだけ

見ますと非常に悲観的に思われるかもしれませんが、前提としてまず統合失調症という病気が、まだどのような病気なのかということ自体が、100人精神科医がいれば、それを定義するといえますと100通りの答えが出てくるというように言われるぐらい、はっきりはしていません。では、大まかに統合失調症の中核部分、非常に狭い、あるいは治りにくい典型的な経過を取る人としてはこのような感じかなというのが、これがおおかたのイメージです。昔から統合失調症の方は100人に1人。これはずっと時代を経ても変わらずに、100人に1人ぐらいはいるというように言われています。この中にはいないかもしれませんが、2クラスあれば1人はいるという事ですね。

それだけ数は多いのですけれども、その3分の1は一過性で治ってしまうという、これまた昔から言われています。3分の1が治ってしまうというようなことは、おそらく精神分裂病とか統合失調症という言葉聞いたときの、少し知っている方のイメージには多分入っていないのだろうと思います。残りの3分の2の方がわりあい繰り返す、長い経過をたどるわけですね。その中で非常に治りにくい方から、わりあい軽くて済む、軽いだけれども慢性的に経過する。そのような感じの病気です。

もう精神科の現場のことをご存じの方がもしいらっしゃったら申し訳ないのですけれども、むしろ症例報告とかするときの感じをちょっと具体的にお話しするとイメージがわきやすいかなと思うので、ちょっと症例を作ってみました。わりあい、これは典型的なケースです。発病から最終的に地域で支える前のプロセスをちょっと作ってみましたのですけれども。書き方はちょっと本人の感じに沿って書いてみたのですが、診断は典型的な統合失調症。都市部の住宅街の一戸建てに住んでいて、お父さんは大卒の会社員、お母さんは短大卒の専業主婦です。これはどうでもいい話ですね、どちらかという。いわゆる遺伝要因はございませんというような内容で考えていただいていると思います。身内に精神科の疾患の方はいらっしゃらない。それで長男として生まれて、2歳年下の弟と、ちょっと離れた妹がいます。核家族です。

高校に入ったころからなんとなく人の目が気になり始めた。これはその段階では大体皆さん、家族にもだれにも相談しません。何だろうなぐらいで済んでしまっています。1年浪人してから大学に入る。1年生の5月ごろ、ちょっと失恋といいましても、内気な方ですからちょっと好きだった、好きになったのだけれども、恋人がいることを知ってしまって挫折した程度のことをきっかけにして不眠が続いて。

そのようなことをしているうちに、ある日突然妙に不安な気分襲われる。この妙に不安な気分、世界没落体験などという言葉が教科書には書いてありますけれども、世界がこのまま終わりになってしまうのではないかというような、ものすごくおどろおどろしい、不思議な、恐ろしい感覚に襲われるらしいです。それと同時に、街を歩いているとみんなが自分を見て、自分の悪口を言っているような。そうしているうちに、どうも家でも何かみんなの雰囲気がおかしいぞ。何かこのようにつらい思いをしたときに、だんだん夜眠れないのが続いて、学校のこともだんだんこう、授業中も集中できなくて勉強がついていけない。

そのようなことなどを考えているうちに、ある晩、部屋で1人寝ているはずなのに遠くのほうから、「おまえはバカだ。キチガイ。死んじまえ」というような、そのような声我突然聞こえてくる。何だろうなと本人は思うのだけれど、不思議です。このようなことがあっても彼らはだれにも相談しません。これをなぜかというのは、よく僕らは身内で話すのですけれども、多分ちょっと話しても、「そんなバカな」と言われる。実際言われてしまえばそうだし、そのようなことをしなくても多分相手にしてもらえないだろうなというような直感が働くのかもしれませんが。これは幻聴というやつですね。幻覚の感覚がおかしくなってくる。聞こえないものが聞こえてしまう。

それで自分はだめな人間だ。みんなが自分のことをバカにしているというように思ってしまう。どこに行っても自分を非難する声が聞こえてくるし、これはもう幻聴がだんだん慢性化してくる。日常化してくる。このようなのを病的体験というのですが、まとめて幻覚妄想状態と言います。要

は、幻聴が聞こえて、みんなが自分をバカだ、バカだとか、死ねとか思っている。被害妄想ですね。妄想にもいろいろあるのですけれども、大体このようなのが大体多いです。とても大学に行くどころか、もう外に出ることもできなくなって、引きこもっていく。当然ですね。結果として。

このような感覚は、「あれ、これはおかしいぞ」というようには思いません。もう実感としても聞こえてくることは本人には聞こえてくるのですから、実際聞こえてくるのね。それから、「あ、見てる。」例えば、あの方がわたしを見て笑ったという、もうこれはもう笑ったときに、おれを笑っていると、直感として感じられてしまうのです。ですからその感じたこと自体を変だというようには本人は思いません。ですから、とてもつらいですね。というところで当然食欲もなくなって、疲れやすくなって、そのうちいろいろあれこれ考えているうちに、どうも親も自分を殺そうとして、食事に毒を盛っているのではないかというようなことも考え出した。そうすると、ますます食べられません。

こんなことをする、なぜするんだらう。もうそうすると自分の頭の中でいろいろなことを考え出しますね。妄想が拡大している。本当は自分の親ではないのではないか。もしかしたら、もっと金持ちの出なのかもしれない。昔は、自分は実は天皇家の人間に違いない、というように思う方が多かったのです。今はそう思う方はいないですね。これは時代的な背景だと思います。妄想で言うと、妄想というのはかなりそのときの状況を反映しまして、病気ではないかという妄想もあるのですけれども、自分、昔は結核に…先ほどの話で言えば、結核が大変な病気ですから、結核にかかってしまったのではないかという妄想が多かった。その後は梅毒ではないか。最近より少し前はがんではないか。それで今はエイズではないか。

それから被害妄想の反対。誇大妄想というのがあるのですけれども、「なんじは神なり」と聞こえてくるなどというのが昔あったのですが、昔、松沢病院という精神病院、東京都の松沢病院には葦原將軍という、自分は偉い將軍であるという患者さんがいたというのは教科書に載っているのです

けれどね。今はそんな將軍だの、天皇だのというのは持たないですね。それから、聞こえてくるのも昔は電波に乗ってくるなどというのが多かったのですけれども、最近ではネット上でうわさされている。そのような妄想になってきます。

ちょっとお話がそれでしたけれど、そのようにいろいろ膨らんでいきます。だから、本当は、自分は偉い家の出なのに、だからこそみんなからねたまれてこんなふうにされているのではないか、などというようにいろいろ考えていって、最終的に部屋に閉じこもって耳をふさいで、そうやって何か聞こえてくると、それに対して応答してしまう。

このようなのを家族から見ていると、閉じこもって食事も取らない、どんどんやせていって、何だかぶつぶつひとりごとを言っている。独語といえます。ひとりごと。それで空笑というのです。にやにや笑ったりするのです。いい声が聞こえてきますよね。「君が世界を救え」などと聞こえてくる場合もありますから。そうすると、にやっとして。独語、空笑というのは、空の笑うと書きまして、これは精神科では独語・空笑と医者が記載するのです。そのような状態に周りからは見えません。

本人にしてみると、バカ、死ね、とかわーっとしてきて、もうわけが分からなくなってしまう、もうそこで、これは分かりませんが、もう錯乱ですね。全部脱いで大声でわめきながら外に飛び出してしまった、などというような錯乱状態に至ってしまう。こうやってわりあい、このような感じで発症するというのは、わりあい典型的な例です。

それでなんだかんだ両親に連れられて精神科の病院を受診して、僕はこんな精神科なんか来る人間じゃない。そんな必要ない。もう帰ろうよ、帰ろうよ、というように言ったのだけれど、それをまあまあ待ちなさい、ちょっと落ち着きなさい。これになると、僕は医者なのですが、ちょっと、ちょっと血圧が測ってみようよ、そう興奮しないで。興奮すると血圧が上がって危ないよ、とか言って、こう血圧を測る、ね。あれ、君、ちょっと高いよ。ちょっと危ないからちょっと注射1本打とうね。と、うそをつきました。昔は。昔です。

それで安定剤を注射して、少しトローンとしてきて、勢いが治まりますので、そうすると僕のほうで、「はい、みんな来て」と言って、男性の職員、看護師を呼んで、本人にしてみると何か突然眠くなったかなと思ったら、さあさあ、先生の言うことを聞いてとか言われて、何かわけの分からないうちに両手を取られて、もう冗談じゃない、もう帰るよと暴れたのだけれど、もう力も入らないし。さっと連れていかれて。どこに連れていかれたと思ったら、病棟の中。中に入ったらガチャンと後ろで鍵がかけられてしまう。それで暴れ続けて逃げようとしたら、ベッドに縛り付けられて、暗い個室に入れられてしまった。それでガチャンと鍵をかけられて。

これは、昔は保護室と言ったのです。保護する部屋などという聞こえがいいのですけれども、隔離室。今は観察室とかいうように、きれいな言葉で呼ばれるようになりましてけれども、要するに暴れてしまう人、あるいは自殺しようとして止まらない人などを、頭ぶつけようが何しようが何もない部屋です。紐なんかもちろんない。ちなみに、この段階で危険な物を全部取られます。ひどい話をしますと、これだけでも1時間でも2時間でも、ひどい話は、ある意味でちょっと面白い話で、いくらでも出てきてしまうのでやめますけれども。いまだに入院するときにおしりの穴まで調べるなどという病院もまだあるというようには聞いています。

そのように自分は、立て前としては危険な状態にならないように、それは自殺も含めて、例えばベルトは首つりの原因になりますから、ベルトは取り上げる。もちろんひものたぐいはもちろんですけれども。何か薬を隠し持っていないかということも調べるなどということもやる。などということもまだなくなっているはいない。ただ、本人にしてみると、このような感じですよ。

それで、もう薬を飲みなさいと言われたのだけれども、嫌だと言ったら注射を打たれてしまった。しょうがないのでだんだん言うことを聞くようにしていたら、だんだん落ち着いてきて、夜は。大体この辺ではひたすら寝かされます。もう眠くて、眠くて。食事が取れなければ点滴をしてというこ

とで、だんだん落ち着いてきたら6人部屋、あるいは精神科の病院にはもっと10人部屋とかそのような大きな部屋も昔はございましたけれども、そのような大部屋に移されます。言うことを聞いて薬を飲んでいると、このころには楽になっているのですが、面会もさせてくれて、職員とか10人ぐらいの患者さんと一緒に近所の散歩に出してくれた。そろそろだいぶ落ち着いてきたらちょっと家に帰ってみようかね。試しに。ということで、外泊というのを試みて、そのようなのを3回ぐらいやって、1か月半ぐらいで大体退院になりました。

この間に、お医者さんとはもちろん診察をします。よく、内科や別の科の先生から、君はちょっと精神的な問題があるようだから、精神科にかかってゆっくり話を聞いてもらいなさいよ、などということで僕らのところへ紹介されてくる患者さんがいるのですけれども、精神科の医者は基本的には話を聞かないかと思っていた方がいいと思います。入院して診察は、これはおそらく今でも変わっていないようです。週に1回ですね。入院患者さんに対する診察は。ひどい病院ですと、週に1回の病棟、回診とかで済ませてしまったりとかですね。わたしでも週2回です。それより3回、4回やったほうがいいということではないので、わたしは2回ぐらいというように思っているのですけれど、それはちょっと細かい話になりますので控えますけれども。決してたいした診察はしません。

それで、「まだ聞こえる？」とかですね。「眠れた？」「うち出てる？どう、気分は？」そのような話。だんだん落ち着いてきますと、幻聴とか、それから、これは不思議なことに薬を飲んで寝ていますと、そのような妄想のようなものもだんだんだんだん薄らいでいきます。気がついてみると、あれはあのときは聞こえたけれど、今はないな。あのときはあのようなことを考えていたけれど、今はそのようなことは思わないなというように、だんだん分かってきます。

大体この段階では、普通のお医者さんですと、あなたはこれこれ、このような病気、統合失調症ですよ。普通はこのような経過をたどるので、これまた多くのお医者さんはずっと飲みなさいとい

う先生が多いようです。一生飲まなくてはだめと。一生飲んだほうがいいというように大抵の医者は言うけれど、僕の場合はちょっと様子を見ながらやっていきましょうというように、ちょっとごまかしますが。そのような説明は受けます。そのようなことを言われて、全部腑に落ちたわけではないのだけれども、お医者さんがそう言うし、とりあえず楽になったからということで退院、めでたく退院です。

それで次は、実際病院の外来に通います。大体2週間に1回というのが普通ですね。それで、では、学校にも通おうね、ということで学校に通い始めて。このころは薬を飲みながら、飲むというのが前提ですけれども、症状はなく、わりあいごく普通の感覚。ちょっと元気がないぐらいのところ、わりあい普通にやれますので、彼女もできてしまって、このころだと多分運転免許も取ったりします。

ところが、もう大丈夫かなと思って医者の方は飲まなくてはだめだよ、ちゃんと来なさいと言うのですが、だんだんもういいやと、だんだんいいかげんになってきて、1年半後にやめてしまった。これも医者の方も分かっているのだけれど、本当は来ないとまた再発しやすいしということは分かっている、あえてちゃんと来て飲み続けなさいとまでは、この段階ではそこまで強制的といいますか、本人のモチベーションも、家族のモチベーションも高まっていないので、そのままになってしまうことが多いです。再発したらそのときという感じですね。

統合失調症は先ほど軽快と増悪を繰り返すと言いましたけれども、このように良くなって、このまま一生済んでしまう方もいるということです。それが3分の1ぐらいはいるというね。この典型的にはそれから1年後に大体同じようなことがまた始まってくるね。これはきっかけは何でもいいと思います。試験がうまくいかなかった。彼女とけんかした。何でもいいと思います。それでまた幻聴が出て、同じような状態になって、このときは家族から言われて、また調子が悪いからまた病院に行こうよと、病院に行ったら、お医者さんのほうから、ね、前と同じようになっちゃったよね。

ちょっと少し入院して休もうかという、今度はしぶしぶ入院。

このときも再発したときに1回経験しているから、あ、また病気が始まってしまったというように思うかもしれませんが、絶対というかほとんどならないのですね。これは不思議です。はっきりわたしは統合失調症であるときこのような症状があって、このように良くなったのだというように分かっている方でも、再発してまた幻聴と妄想の世界にいったん入り込んでいきますと、また分からなくなってしまうのですね。そこがこの病気の非常に不思議なところですよ。

ただ、経験がありますから、やはり初めは病気とは思えないのだけれども、とりあえず入院した。ところが2回目、3回目になりますと、これは再発を繰り返すと病気が治りにくくなり、症状が取れにくくなります。幻聴がなかなか消えない。でも入院して薬を飲んだりしてやりとりしている間に、それは幻聴だよというように周りからも言われるし、今度はさすがにこれは病気の声なのかなというぐらいには分かるようになった。それで聞こえるのもだいぶ減っている。ただ、どうもちょっと元気が出ないし、何かやる、特に人と交わるのがどうもおっくうで、煩わしくてしょうがないというような感じ。ちょっと元気がないのだけれど、大体治まったからいいでしょうということで、大体ちょっとこの前より長くて3か月ぐらいで退院しました。

病気の後にちょっと軽い疲労感として何か元気のない状態が出るのですが。ところが今度は良くなったのだけれども、もう3年生なので、そろそろ就職活動なども始まりますね。ところがその辺に行くまでの元気がなかなか戻ってこない。どうも大学に通学するまでの元気が戻ってこない。それで医者と話合っ、どうしようかね。なら、今ここでちょっと無理してもまた再発してもまずいからということで、でもかといってお医者さんも、今無理はするなと言いますし。このころは医者のほうも、再発したし、このような方はこのまますっきりというようにいかないなというような見立ても多分立てます。そうしますと大学を無理して卒業ができないかもしれないというような見

通しにも立って、ではまずは大学はちょっと保留にしておいて、でも家にばかりいるというのも良くないから、ちょっとリハビリテーションということで、デイケアに通ってみたら。

デイケアといいますのは、学校とか仕事には行けない、だけれど入院するほどでもない。かといって家庭にばかりいてはちょっとよろしくないしということで、そのような方たちが集まって、クリニックでもやっていますから、クリニックですと10人前後とか、大きな病院のデイケアですと20人、30人集まって、いろいろな活動をするのですね。みんなです。それから医療行為の一部として、レクリエーション的なことをやります。その中でSSTなどという、あいさつの仕方を覚えましょうとかいろいろことをやるのですが、そのようなデイケアに通って、だんだんちょっと元気になって、大学に、よし、では行ってみよう。だけれど結局は根気続かず休みがちになってしまって、結局大学は2年留年してもこれ以上は無理だ、辞めましょうということで辞めました。

いろいろその間にバイトなどもやってみたのだけれども、長くて3か月ぐらいしか続かない。どうも根気が続かなかつたり。これは統合失調症の方たちの、いわゆるストレス耐性の低さといえますか、疲れやすいとか、いわゆる抵抗力が低いというのですかね。そのような素質的な部分の反映というように考えてください。

そうするといつまでもデイケアというわけにもいかないし、大学ももう辞めることにしましたし、だけれどこれからどうしよう。将来的にはやはりなんとか自分で暮らしていけるようになりたい。ということでみんなで考えて、作業所に通うことにした。作業所というのは今度自立支援法で位置づけが少し変わってきたわけですがけれども。これはむしろ、ここまでが医療の分野でやってきたことですね。ここから先が障害者福祉の分野に、では移行しましょう。病状は概ね安定しているのだけれども、いわゆる通常の形での社会生活はちょっと難しいだろうということの割り切りです。

このころには、いわゆるこれは障害者年金というものが、精神障害にもございまして、そういう

のをもらいましょうというようなことも相談が始まります。この数十年後、これは10年、20年と考えてください。そのような作業所に通って、ある意味ではのんびりやった生活なのですけれども、そのような中でもやはり普通の恋をしたり失恋をしたりします。それからやはりがんばって仕事をしてみようとかいろいろなことでチャレンジはしたりはするのですが、ちょっとしたことをきっかけにしてまた落ち込んで、このときは自ら希望して3回目の入院。

この辺になりますと、幻聴とかがあっても患者さん自身も、「幻聴がひどくなってしまった。ちょっとつらい。ちょっと薬を増やしてください」などということがわりあい言えるようになる方が多いです。この段階で、ですから、このようなことがありますと、ちょっと失恋して落ち込んでいたら、「先生、入院させてください」などということをご本人が言うようにもなります。

このころになると、20年30年後ですと、ご両親も高齢化してきているし、弟、妹は基本的には兄弟は他人の始まりで、お兄さんの面倒までは見られない、となりますと、ではどうしようか。将来1人でも暮らせるようなことを今から考えていきましょうというようなことで、作業所に通いながら、まずは援護寮というのがあります、これは一人暮らしの訓練をする施設があります。そのようなところで少し訓練を受けてからグループホーム、ケアホームのようなのに入って、それからゆくゆくは可能であれば1人、単身生活を考えようか、などというようにこう進んでいきます。うまくいくと、今で言うと就労移行から障害者枠での障害者雇用で働けるようになればいいな、などというようになって行くのですね。

これは、このような経過が、この20年ぐらいの間でのわりあいいいパターンですね。比較的いいほうのパターンで、ただ、今ではもう、後で歴史の話をちょっとさせていただきたいとは思いますが、すけれども、みんながみんなこのようにすんなり行くというわけではないし、まだまだ、それこそスタッフ側の意識も、どれだけこのような患者さんを地域で支えるという意識が向いているかというのも非常にまだまちまちです。これはもうど

のような業界でもそうだと思います。積極的な人もいれば、消極的なスタッフもいるし。病院にしても医療界にしてもそうですので、後でその辺はお話しますが。とりあえず現段階で大抵の医者はこのぐらいのことは考え、精神科医はこのぐらいのことは考えてやっていますし、概ねこの程度の地域で支える作業というのは、わりあいできていると思います。全国的にも、メニューが。統合失調症の方に、このような典型的なパターンでプロセスを歩んでいる方に対するサポートとしては、このような形で進んでいるというように思います。

もう一つの例はちょっとそんなのではうまくいかないぞという、難しいケースは後でちょっとこうお話ししようと思うのですが。そのような意味で、最初1例目は、それほど、さあ、連携だ、支えなくてはいけないぞ、などと肩ひじ張らなくても、大体の病院、診療所、それから障害者の施設等々が、お互いに連絡を取り合いながらやっている部分だと思います。

では、そのような治療はもうちょっと細かくすつと説明したいと思います。

まず治療の場から申し上げますが、民間の単科の精神科病院。これは精神病院、精神病院と昔から言っていたのですが、精神病院という言葉はキチガイ病院というように連想されて、ずっとやはり市民の間に一つの暗いイメージがつきまどっているのだと思うのですが、最近、病院協会というのがあるのですけれども、それも日本精神病院協会から精神科病院協会というように名前を変えたりしたのですが、これも差別・偏見のいろいろな歴史を背負った的なことかなと思っているのですが、そのような民間の医者が経営する精神科だけの病院というのがほとんどの精神科の、統合失調症の方たちの治療を担っているというように考えて、これは間違いないと思います。

大体、病床の数が100から多くて500、もっと大きいものもありますけれども、そのような病院で入院をして治療するというのがメインであるということです。国公立の病院というのもあります。その中には東京都立松沢病院とかいうのも含めて、単科の、精神科だけの国公立の病院もあります。

これは非常に数が少ない。それから総合病院の外
来で精神科をやっているところは結構あるのです
けれども、ただ、ベッドまで持っているところは
非常に少ないです。この辺でも多分ほとんどの科
がそろっているのに精神科のベッドだけはないと
いうのがほとんどの総合病院の実態です。これは
おそらく精神科の患者さんと一緒には入院治療で
きないという事情があるのだと思いますが。

それからあと大学病院があります。これはやは
り教育・研究が主たる機能ですので、入院ベッド
が非常に少ない。ただ、外来は非常に多いと思
います。

それから精神科の診療所。これは精神科でこの
間の状況を非常に大きく変えている要因の一つで
す。大体は先ほどご紹介いただきましたけれども、
私のところは19床というベッドを持っているので
すけれども、そのようなのは全国的にも非常にご
くわずかで、大体は外来だけ。駅の近くにあつて、
ビル診といいます。最近ちょっと評判が悪くて、
駅前コンビニクリニックなどというような、あま
りありがたくない呼び名を…要は簡単にちょっ
と行けば、気楽に行つて薬が出してもらえると
いうようなマイナスイメージとしての言い方をされ
たりするのですが。それから5時になると閉めて
しまつて、あとは夜はちつとも相談に乗つてくれ
ないとかですね。ただ、実際にはそのような外来
だけの精神科診療所というのが非常に増えており
ます。

では、どのような治療をしているかと言いま
すと、先ほどからちらちらと薬、薬というように申
し上げておりますけれども、統合失調症の治療の
メインは、どうしてもこれはもう薬物療法が欠か
せません。統合失調症をお薬なしで治すというの
は、少なくとも今の医学ではちょっと難しいの
だ、難しいと思つている医者がほとんどだと思
います。ただ、ほかにうつ病とかいろいろな神経症、
いろいろな、たくさん、それこそ思春期の病気
で、思春期でもいろいろな病気があるのですけれ
ども、その辺に対してもいわゆる抗うつ剤、うつ
病を治す薬と、それから気分調整の薬とか。あと
睡眠剤、それか抗不安薬等々組み合わせて使うの
ですね。その薬物療法がメインです。

わたしは専門家の方にお話しすることなどとい
うのはとてもできないので、地域での市民講座の
ようなのはよくやるのですけれども、とりあえず
まずは、まだまだちょっと精神科の薬については
ちょっとまずい面も出かかつてはいますけれど
も、まだ今のところは精神科の治療に薬物はとて
も役に立ちますよという、そのような啓発をしな
くてはいけない段階だと思つております。という
ことで、薬物療法はわたしはもう欠かせないとい
うように考えています。

だけれど、では薬だけでいいのかと言いますと、
決してそれだけでは済まないで、精神療法、心
理療法。これが皆さんのイメージのほうにあるの
だと思つますけれども。内容的には患者さんのお
話をよく伺つて、例えば妄想に関しても、なぜそ
のような妄想が出てきたのかな、などということ
をちょっと話し合つたりもするし、家族について
いろいろ話し合うとかですね。家族関係の調整を
する。それから仕事についての相談に乗る等々、
その人の生活上の相談に乗ることも含めて、患者
さんと話し合つて、いわゆるはやりの心の問題に
ついて相談していくというのも、これも欠かせま
せん。極端な話が、統合、分裂病の治療に精神療
法は意味がないなどと言われた時代もあるのだ
すけれども、今そのようなことを言う医者は非常
に少ないと思つます。

このような薬以外の治療法として、認知行動療
法、精神分析療法、モニター療法等々いろいろあ
るのですけれども、電気けいれん療法というのは
電気ショック療法です。これは薬が発達する前に、
昔は外来でここ(頭部)に電極を当てまして、100ボ
ルト、150ボルトぐらいの電気を流すのです。そ
うしますとけいれん発作を起こすのですね。ガタ
ガタ。てんかん発作を起こす。人工的にけいれん
発作を起こさせて、ショックを与えて治していく
という治療で。これは実は怖いとお思ひでしょう
けれども、重いうつ病の方などにはやはりこれが
一番効果的だなどということは昔から言われてい
まして。でもさすがに激しいけいれんを起こしま
すから、下手するとろつ骨骨折を起こしかねませ
んし、お年寄りには当然できないということにな
りますので、現在は全身麻酔をかけて、入院して

全身麻酔をかけて行うというのが、今、進んでいるところですよ。

お年寄りのうつ病などはむしろ下手に薬物療法をやるよりは、こちらのほうが有効だよ、ファーストチョイス。最初にやる治療はこちらです、などと言う医者もいます。ただ、昔は入院中にスタッフに逆らうと電気ショックかける、電気かけるなどと、懲罰的に使われたなどということがありまして、そのようなイメージも古い患者さんには残っているかもしれません。細かい説明は今日はしません。

あとはリハビリテーションということで、デイケアに通うというのがさっき出ましたけれども、デイケア、ナイトケアというのを病院とか診療所でやります。ナイトといっても大体夜の9時ぐらまでですけども。夕食を一緒に食べて、それから家に帰ってもらう。要するに日中1人で家にいて何もやることがないというような方を支えていく活動の一つです。

それから作業療法というのは、これもいろいろあります。精神科の病院ではある程度落ち着いてきますと、それこそ園芸、畑を耕して園芸をするとか、あるいは陶器で何かを作るというような、そのような作業をやって少しリハビリやろうとか。

SSTというのはソーシャル・スキルズ・トレーニングとありますが、いわゆる社会的なスキルを身に付けましょう。例えばあいさつの仕方から始まってですね。患者さんは物事を頼まれると断れない方が多いですから、断る方法をちょっと勉強してみましようなどという、そのようなトレーニングをやります。

あとは通常にレクリエーションで、時にはみんなで繰り出して旅行に行ったり、盆踊り大会をやったり。そろそろ精神病院では地域の方を招いて盆踊り大会などという、夏祭りとかやっているところがあると思います。室内でカラオケをやったりスポーツをやったりします。

あとはいわゆる自助グループ。ピアカウンセリングとかお話にも出ていましたけれども、いわゆる患者さん同士の支え合い、助け合いという活動が、精神科の分野でも始まってきました。

断酒会、AAというのは、これはアルコール依存症の方のグループなのですが、これは歴史のあるグループで、だいぶ前から。アルコール依存症に関しては自分たちの支え合いがとても大事だということで、医者がどうのこうのよりは、このような断酒会とかで自分たちで助け合うというのが非常に有効だと言われています。最近、統合失調症のある程度安定された方が、自分の経験を生かして最近発病した方とかに等々、少し支える活動などというのもこれから、今始まりつつあるところです。さすがに精神科というのはまだまだ日の目を見ていないのですが、このような活動がぼちぼちと始まっております。

そのような治療に携わるのは、まずは医師。それからあと看護師。看護師さんは精神科の病院には男性の看護師が多いです。ある男性看護師、看護助手。これはもう率直な話が暴れる患者さんがいらっしやいますから、特に男性の病棟にはどうしても患者さんが万が一暴れたときにそれを、なんとかそれに対応する防力としての男性が必要です。

あとは精神保健福祉士という存在が、これはわりあい新しいですかね。だんだん重視されてきているのですが、いわゆるケースワーカーとかソーシャルワーカーとか言います。患者さんの経済的な問題、生活上の相談にも乗ります。例えば入院中に入院費がなかなか払えないようなときに、ではどうしたらいいか。将来的にも親の援助がそろそろ望めなくなるので、生活保護を受けようではないとか、それから少しでも年金をもらって生活の足しにしようとか、そのような相談に乗ります。

彼らは、精神病院にはたくさん、今までもいるのですが、なかなかそのような存在を認められないで来た歴史があります。ただ、実際には医療でも、病院や診療所とは別の社会活動をやっているグループが、埼玉県では、やどかりの里というのがとても有名ですけども、これはもう全国的に有名な、患者さんを地域で支える活動をやっている、精神保健福祉の方が作ったグループなのですが。彼らが基本的には精神科における福祉活動を作ってきたというように思います。

この場だから言ってしまうと、そのような活動をずっとやってこられた人たち、これまで自分たちがなんとか地域で精神障害者を支えようということで、法律の改正も含めてがんばってきたのに、それを全部ことごとくつぶしてきたのは病院だと言っています。

これも最近、心理士、カウンセラーが増えています。診療所には結構多いです。どのようなことをやっているかというのは、いわゆる心理療法というのをやります。これも細かく言うときりがないのですけれども、統合失調症の方にちょっと生活面のサポートをしてもらうためにお願いする場合がありますけれども、基本的には思春期の、いわゆる流行りのリストカットをするとか、大量服薬する、あるいは家庭内暴力的な状況に陥っている。そのような方についての、もうちょっと時間をかけたサポート、カウンセリングというのをやります。だから夫婦関係の調整とかね。

教育の分野ではスクールカウンセラーとかが随分出てきていると思いますけれども、彼らの今、国家資格化を目指した活動とかがあるのですけれども、いろいろ問題含みで、学会の先生方にもそのカウンセラーとの関係の深い方もいらっしゃると思うのですが、これはちょっと今日の本題から外れますので。診療所にはたくさんいます。

治療として、先ほどの件のちょっと説明になるのですけれども。とにかく日本の精神科、日本に限りませんが、欧米よりだいぶ遅れていると言われているのですが、とにかく入院治療が中心です。後で歴史のところでもちょっとふれたいと思いますけれども。まずその入院治療がどのように行われるかということですが、先ほどのガッチャンというやつですね。連れ込まれてしまって、なんだ、なんだといううちに入れられてしまう。そのような急性期といいますね。非常に症状が活発な急性期は閉鎖病棟での強制的な治療がどうしても必要になる。

要するに先ほどの事例でお話ししましたように、本人が病気だから薬を飲みましょう、ゆっくり休みましょうねと言っても、「いや、冗談じゃない。おれはキチガイじゃない。薬なんか飲むもんか。」という方が多いので、しょうがない、閉

じこめさせるね。開いていると逃げてしまいますし。ということで、鍵のかかる閉鎖病棟に強制的に、本人が嫌がっていても入れてしまう。そのような入院治療はほとんどが民間の単科、精神科の病院でやられている。大体90%、日本の全部の病床のうちの精神科のうちのおそらく90%以上が民間の精神科の病院です。

そのような強制入院を非自発的入院といいます。現時点で言いますと、当然本人の意思に反して閉じこめるのですからとんでもない話ですね。本人にしてみれば。当然その人の人権はどうなるのだということになるわけです。それを今精神保健福祉法という法律で、そのような患者さんの人権を守るためにいろいろなことが決められているのですが、そのメインが入院治療についての法律です。ですから強制的に入院させるときには、措置入院という方法、医療保護入院という方法、応急入院という3種類ある、大体3種類あるのですが、これはそれぞれに厳密に条件は決められています。ですから単純に医者か、はい、入院と言って認められるわけではないですね。きちんと医者の資格とか、それから入院治療中も当然薬を嫌がる方に薬を強引に飲ませたり、嫌がっている患者さんを縛ったり、それから暗い個室に閉じこめたり。人権侵害というものをやるわけですから、かなり厳密に要件が整えられ、報告も出さなくてはならないとかですね。それは当然だと思うのですが。そのようなのが定められています。

先ほどのケースで、3回目の入院は自分から入院したいということで入院になったとちょっとお話ししたのですが、それは自発的な入院です。これは任意入院という形で法律に定められています。本人の任意の意思に基づくという意味ですね。

要は、この辺は歴史でまたもう一回ちょっと出ますが、もうわたしが医者になってまもなくだったと思うのですが、それこそ群馬県辺りで、精神病院の院長と、ある資産家の兄弟がつるんで、その資産家を精神病院におち込んでしまって、その間に資産を全部乗っ取ってしまったという事件が実際にあったそうです。ですから何の、このような保証がないとそのようなことができてしまう。医者がこれは分裂病だ、強制入院が必要だ。それ

でもう入院させて本人が。みんな嫌だ、嫌だと言われるし、薬は嫌だと言うし、おれは病気じゃないとみんな言っているのだから。閉じこめられてしまって、皆と同じ扱いを受けて、1か月、2か月、3か月。場合によると6か月入院している間に財産を全部取られてしまったというはあるわけだし、可能だったのですね。ですから現時点でも、厳密に言うとそのようなことも不可能ではないので、このような法律でいろいろ定められているということです。

この現時点の法律でも、僕らはまだ問題があるというように考えるのですが、それはなぜかと言いますと、任意入院と言いましても、本当の意味での本人の意思だけではないのです。どのようなことかと言いますと、本人がこれは厳密には退院を申し出たら、当然退院させなくてははいけませんね。本人の意思に基づくのですから。ところがそこに条件がありまして、本人が退院を申し出ても病状によって医師が必要と判断するときには3日間に限って止めることができるということです。そうすると3日の間に今度は切り替えてしまう。医療保護入院というのは家族の、何らかの人権を代行する入院で一般、一番多い方法なのです。だから本当の意味での自由意思に基づく自発的入院ではないではないかという批判は今でもあります。その辺が精神科の一番の問題を反映しているという部分だというように思います。

いまだに精神科の病院の状況は、国のほうが1980年代ぐらいに日本の精神医療があまりにもひどすぎるということで、国連で批判されてから厚労省が一所懸命改善ということを始め、だいぶもっと開放化します。開放化といいますのは、外に自由に出入りするような病棟で治療しましょうということですね。僕らは医者になりたてのころは、病棟を少し開放化しようなどということをやっていたのですけれど。そのようなことを国のほうも少しずつ始めているのですが。でもなおかつまだ閉鎖病棟が多くを占めています。データなどでは、病院協会が調べたデータでは、閉鎖病棟の割合が6割とか非常に低い数字になっています。1日にちょっとお散歩行かせてあげるなどというのも開放病棟に入れてしまったりしてい

るので、全然当てにならない数字でして、埼玉県内でもいわゆる開放的な処遇で入院治療をやっている病院というのは本当に一つ、二つ、三つぐらいです。せいぜい。

そのような病院の中で、このような急性期の方は、さすがに今はもう経営的な問題もあって、2か月3か月ぐらいでは大体退院して行かれるのですが、今問題になっていますのは社会的入院というのは、これは老人に限らず精神科でも問題になっています。いわゆる高齢の方がもう10年20年どころか、30年とずっと精神病院に居っぱなしの方がたくさんいます。長期在院者。概ね、ほとんどの方がいわゆる慢性分裂病と昔言ったのね。今はですから統合失調症というように変わりましたけれども。いわゆる幻聴とか妄想とかも多分続いているし、外に出ようと言ってもなかなか本人自身がその意欲も出ないし。基本的には薬、薬物療法が発達するもっと前に入院していて、治療の良くなるチャンスを逸してしまって、結果的に病院にしかいざるをえなくなっているような方です。

ただ、病棟の中ではほとんど生活上問題ないというような方がたくさんいて、そのような人たちが、要するに働きかけ次第、あるいは社会の受け皿次第では病院にいる必要がなくて、退院させることができるのではないかという方たちを社会的入院と言っていますが、これはいろいろな数字が言われているのですけれども、少なくとも全入院患者さんの1から3割ぐらいいるだろうというように言われています。

ですから精神病院の、例えば100人、200人入院しているとしますと、どうなのですかね。その2、3割のところは、長くいる方。それから出たり入ったりが結構多くて、2、3割のところは頻りに出たり入ったりというようなですね。全体としては長くいる方が、入院が長ければ長いほど増えていくような状況があります。平均在院日数。これは計算した数値があるのですが、約1年。平成15年の数字でこのような平均。ただ、ですからこれは1、2か月で退院してしまう人から長く入院している人を含めての平均ですから。ただ、これは後でちょっとまたほかの国との比較をちょっと

見ていただきます。

このような状況に対して厚生労働省のほうは、さすがにこれは問題だということで、この社会的入院の解消ということを目指して数値目標を出しまして、それが7万2,000人というのは、これは数年前に出したのですが。ただ、これも精神病院に入院している患者さん、もう高齢化していらっしゃいますから、その方たちが率直な話、亡くなって退院になっていけば自然に達成される数字だなどという、そのような意地悪い話も出ています。

ただ、少なくとも昔よりは病院のほうも少しでも社会に帰していこうという努力を、随分するようになってきていることは確かだとは思いますが。まだまだ不十分かなというところです。

今現在、どのぐらいの病院の数があるかという、ベッド数です。これは1998年だから古いですね。ここまでしかないのですが。この1950年代からキューンと増えます。これはまた後で歴史のところちょっとふれますけれども、これは国の政策誘導があっただけこうなっています。今現在ずっとここからフラットです。35万人弱のところずっとこれは来ています。これは増えていません。これは国のほうもこれ以上病床を増やさないようにというように規制していますので。ただ、このようにガンと1950年ぐらいからずっと増えたということですね。

この35万人ぐらいがどのような数字かというのをまたちょっと後でお示ししますが。ちょっと小さくて見えないですね。僕が数字だけ言います。僕も見えないかな。ほかの病棟と比べて、いかに精神科の患者さんの入院が多いかという話です。精神科は、どこだ、この精神および行動の障害というところがあるのですが、総数が今これは単位千人で、平成14年の数字です。全体で792万人の入院、約800万人なのですが。入院はそのうちの145万人です。精神科はここなのですが、総数は800万人のうちの50万人。わりあいそれほど多くないのですが、とにかく入院については145万人のうちの32万人です。この32万人に匹敵する数字といいますのは、ほかを見渡してもあまりなくて、循環器の疾患が31万人、約ほとんど同じ。あとは感染症、これは感染症が例えば3万人とか、がん

で入院が16万人です。がんの場合入院している。循環器といったら心筋こうそく、脳こうそくとか、これは非常に多いと思うのですが、それより多いのですね。

ところで、では外来はどうかといいますと、総数、入院が全体では145万人に対して、外来の総数は647万人。ですから5倍ぐらいが外来の総数ですが、精神に関して見てみますと、外来は約20万人。20万人。さっき多かった循環系の外来は89万人。ちょっと分かりにくいと思いますが、要は入院のほうは一番ダントツに多いのに、外来のほうは循環器の4分の1以下。非常に少ない。感染症やがんよりも、がんよりちょっと多いけれど。要はこれを見ただけで、いかに入院が突出して非常に多いかという話です。

この表を見てみますと、やはり平成14年。精神のところは22%です。全入院のうちですね。22%を占めている。循環器がやはり同じぐらい。これが精神科、なおかつ精神科の6割ぐらいが統合失調症と言われていました。ほかにはうつ病とかアルコール依存とかいろいろあるのですが。

ところが外来について見てみると、項目そのものが消えてしまいますね。精神が多分8%、もっと低いのかな。8%ぐらいになると思うのです。あえて厚労省が意図的に精神をここに入れなかったのかもしれませんが。要はことほどさように精神科の患者さんたちの置かれている状況というのは、まだまだ入院中心の名残がまだ残っているということです。

どのぐらい入院しているか。先ほど平均在院日数というのがありましたけれども、これもちょっと見にくくて申し訳ないのですが、全体でこれは37日なの、精神はここでは296日になっています。精神分裂病を見たら、この精神分裂病のところは580日。全体として、たしか先ほど約1年分、350ぐらいの数字が出たのですが、分裂病だけについて言えば580日という数字が出ています。ちょっと若干データの取り方によって数値が違っているのだらうと思うのですが。

では、ほかの国との比較です。これは随分古いのですが、1996年ですから。ただ、数的にはそれほど変わっていないので、やはり35万人弱。

日本では、350日ぐらい。やはり1年近く平均在院していたのだけれども、アメリカ、フランス、ドイツではもうこのように少ないですよという話です。ドイツでも30日ぐらいで、38日ですか。アメリカ、フランスがこんなに短い。これは社会、大変システムの違いというのが当然あります。必ずしもこれがとても少ないからいいというように僕は思っていませんけれど。アメリカの医療崩壊の状況はもうすでに知っている方はご存じだと思いますので。一時アメリカは精神病院もどんどん、1,000人ぐらい入院する施設がたくさんあったのが、全部一遍になくしていったのですね。そのときに大量の、それこそ医療難民ではないですけども、精神科の患者さんたちがホームレスになったという、そのようなことがあったのですね。ただ、外国と、これほど格差がありますということです。

こういった状況に対して、外来も当然あるわけですが、やはりこの10年ぐらいちょっと変わってきましたよという話をこれからします。

病院ではやはりそのような退院した統合失調症の患者さんの外来がメインです。「急増している精神科診療所」とありますが、精神科診療所が非常に増えています。そこでは思春期の患者さんとか、いわゆる軽症、軽い、統合失調症ではない、もうちょっと神経症、これも細かい話は省きますけれども、軽いレベルの、症状としては軽いレベルの治療を担っています。いわゆる不登校、引きこもりの問題。それからその中で家庭内暴力が生じたときの相談。それからODというのは皆さんご存じですか？ オーバー・ドーズというのですが、薬の大量、過量服薬ですね。患者さん、OD、リスカ。リスカというのはリストカット。これは自傷行為です。僕はこの辺の言葉は出始めのころは患者さんたちから聞きました。「わたしリストカッターなんです」とかね。「ODしちゃいました」とかですね。そのようなわりあい思春期に多い、いわゆる人格障害という、今パーソナリティ障害とかいいますが、恋人からふられそうになると自傷行為をやってしまうとかですね。親御さんに対していろいろ、過量服薬をして心配をかけてしまうような若者が増えているのですけれども、その

ような人たちのお相手をするのはクリニックが多いです。

いわゆる「うつ病は心の風邪です」などというキャッチフレーズがマスコミなどでも出ていますし、タレントさんがカミングアウトとかいって話したりします。いわゆる僕らの考えている心の風邪としてのうつ病というのは、いわゆる疲労、過労の結果としてのうつ病なのですね。ですから休んでもらう。そのようなレベルのうつ病は、ただ薬がやはり飲んだほうがいいのですけれども。それはもうクリニックにたくさん来られます。

それから最近は自殺の問題が、これは産業精神衛生、最近産業メンタルヘルスというのが非常に声高に言われています。自殺の問題も。これは本当にこの間の経済の原理ばかりが、金がない、お国の財布が乏しいということで、国のほうが一所懸命力を入れ始めているところですね。働き盛りの自殺を防いで、メンタルヘルスを充実させて、少しでも生産性を上げようということになっているのかもしれませんが。最近これは国も力を入れているのですが、やはりクリニックもこのようなところに非常に絡んでいます。

それから虐待の問題、家庭内暴力、それから児童の問題。この辺は従来の精神科の、精神病院で扱う分野ではなかったのです。これは皆さん不思議に思われるかもしれませんが、精神科の診療所、外来をやっている精神科の診療所でも、高校生以下は診ませんという先生は決して珍しくありません。皆さん経験的にもおありかもしれませんが、大体大人を診るのが精神科医というのが、何と云うか、精神科医の常識なのね。精神科医というと大人を診る。

ですからそのような意味では、子どもの相談に乗ったりというのはちょっと今まではない話で、ましてや不登校の相談とかこのようなのは精神科のやることではない。精神病院に行くと、ここは来るところではないよと断られてしまったりもするのでね。そのようなのを精神科の対象にする分野がどんどん広がっていることは確かです、その広がっている分野をクリニックが、精神科の診療所がかなり担っているという実情があります。それは精神科のクリニックのほうが行きやす

い、入りやすい、敷居が低いということも大きな要因だと思いますが。

このようなところで外来治療は、これは普通に、例えば、これも医者によりますけれども、概ね2週間に1回ぐらい通っていただいて、診察をしてお薬を出してということを繰り返し、具合が悪くなると入院を勧めたり、ということをつないでいきます。もちろん、その間に家族にも会って、家族のほうから、どう接したらいいでしょうなどという相談がありますから、そのようなときには家族にも応じたり。そのようなことを外来ではやっています。

これはもう病院でも診療所でもそう変わらないはずですが、ただし外来での診療スタイルは医者によって相当違います。一度も目が合わなかったなどという患者さんの話を聞きます。要するに自分の目、目と目を合わせなかったお医者さんとかね。もちろんよく言われますように、本当に2、3分話を聞いただけで、何も言わないで、では薬を飲んで、で終わってしまう医者とかですね。そのぐらいはむしろ当たり前の状況で、これもまたどのような業界でもそうだと思いますけれども、ピンキリだと思います。

先ほどの事例でお話した、最後の社会復帰のところ。これは福祉のほうに入るのですけれども、病状の概ね安定している患者さんに対しては、地域での生活を援助して、あるいは場合によると就労まで支援する。そのような活動は基本的には、デイケアでも、医療機関のデイケアでもそこまでやることもありますけれども、統合失調症の方ですと、どちらかという福祉の分野で担っていただいています。

私は社会福祉法人の上尾福祉会を立ち上げたとご紹介いただいたのですけれども、それはちょっと違いまして、本当に患者さんのご家族、それから当事者、患者さん自身と、市とか、それから社会福祉協議会の熱心な方でサポートしてですね。それで本当にボランティアの集まりで作ったのですね。それで作業所が何もなかった十数年前に作りまして、その後、市のほうのいろいろ委託とか受けて、社会福祉法人までたどり着いているのですけれども。今は3施設とデイケア、グループホー

ムなどもやっています。わたしは何かそれは知りませんけれど、非常に優秀な、熱心な人たちに担がれて名前だけ、やはり医者の方がいいのだとか言われて、わけの分からない理由で理事長を務めているだけです。

ですからそのような意味で、上尾の森診療所とは全く関係ないのですね。だけれど、全国的には病院とか診療所の医者が、主に病院が多いのですが、そのような社会福祉施設を作っているところが多いです。

それで作業所とか、名前が今度変わりましたけれども授産施設、生活支援センター等々ですね。この辺の活動状況も非常にもうばらつきがあります。本当に熱心な施設ですと、もう地域的にもすごくがんばっているところもあれば、病院が経営していて、病院が患者さんをなんとか退院させる受け皿にしているだけで、あまり活動的でないなどというところまでいろいろです。

この間、障害者自立支援法というものに去年からなりまして、この辺の社会復帰の質が少し変えられかねないのかななどという、そのようなことは、ちょっとこれは余談なのですけれど。一つはちょっと就労が非常に重視されているのは、僕はある意味でちょっと危険だなと思っています。働くことというのは何だろうとか、生活の中での労働の問題というのは何だろうというような辺りのところは、もっときちんと考えていかななくてはいけないと思いますし、皆さんおっしゃっていますが、では自立というのはそもそもしなくてはいけないのかとかですね。僕などはよく患者さんにご家族に、親が元気な間はもういいよ。すねかじってな、などと。それだって一つの生き方でいいじゃない、などという話もしたりしますので、結構これは難しい話なので、少なくとも障害ゆえにハンデを背負っている方の、そのハンデをなんとか周りでしてあげるのに金を出せというのはちょっと、全くもっておかしいとわたしは個人的には、個人的にはみんな思っていますね。

精神も、ただ精神に関して言いますと、今まで国からの補助とか助成が本当になかったですから、その3障害に入れてもらったというのは悲願ではあったのですね。ただ、現実やはり始まって

みると、2障害に合わせたのではなくて、加わったために全体が下げられてしまったというような、そのような形で利用されているという感じは僕らも、精神の障害にかかわっている者たちはみんな感じているところです。

精神科の診療所が増えていますよという話なのですが、これもちょっと古いのですが、日本精神神経科診療所協会。これは病院と違って診療所のほうの協会があります。わたしもここの理事にもなっているのですけれども、この会員数がどれだけ増えているか、当初は本当に精神科の診療所など町中でやって患者さんが来てくれるのだろうか。それぐらい精神科にかかるということは、もう本当に普通の一般市民にとってはとても考えられなかったし、町中にそのような精神科の病気を扱う病院とかクリニックがあるなどということは許されないことだったと思います。ですから埼玉でも東京でも、クリニックを本当に初期から始められた先生方のお話を聞きますと、本当にもう、本当にご苦労されたのだなというように思うのですが。

そのような時代からあつという間に、この20年ぐらいの間に、さらに、今さらに10年近くたつのですが、今1,400近くまでに達しています。会員数が。ですから本当に放物線を描いて増えているのですね。

ということで、少なくとも僕ら開業を積極的に目指した精神科医は、そのような入院中心の今の精神科医療のあり方に批判を持って、このようなのではいけない。なんとかもうちょっと地域で支えていく必要があるだろう。なんでもかんでも入院させればいい。それで社会から隔離して、それで済むものではないという、そのような病院に対する、ある意味では病院の医療に対する批判とか、物足りなさとか、そのようなことがモチベーションで開業した人が非常に当初は多いのですね。ですからこの間の流れは僕らにしてみると隔世の感があると言いますかね。

本当に、僕は病院に勤めている間には、自分から来た患者さんというのは本当に1人、2人。顔も覚えているぐらいです。当たり前ですけどね。鉄格子のはまった窓で、いかめしくて薄暗い感じ

でね。入ると臭いもすさまじいし。そんな病院にはなかなか来ないのですが、クリニックを始めてみて、なんと高校生が彼女と一緒に来て、彼女や彼氏と一緒に来て、「親には内緒で来ました。」「ええ？」などという、びっくりした経験があるのですが。そのようにクリニックができたことによって敷居も低くなって、だんだんと、特に若い人やサラリーマンからの認知を得て、こうやって増えてきているというのは本当に隔世の感がある。

ただし、この間ちょっと精神科の診療所があまりにおいしい思いをしているのではないかと、むしろ病院の先生方から批判的に見られているなどという変な現象もあるのです。要は、外来だけ診て、楽をして金をもうけて、おいしいところ取りではないかというような、そのような批判を受けたりすることがあるのです。実際今の若い先生方は資格を取ってしまうともうさっさと開業してしまうなどという方が結構多いのですね。

ちょっと時間がなくなってきました。元々は、そもそも薬がない間は、統合失調症、分裂病を治す方法はなかったのです。それでむしろ暴れたり、彼らが何か悪いことをしたりしないように閉じこめてしまうという入院中心主義だったのですね。大ざっぱに言うと、そのような入院中心主義から社会復帰。社会復帰という言葉もちょっと引っかけられますけれども、そのような促進をしましようというように変わってきているし、元々、昔は治らない病気だったと言われたのが治るようになってきました。

それで歴史的に言うと、少し飛ばしますが、最初に明治33年、ちょうど1900年に精神病患者監護法というのができて。ただこれは私宅監置を認めた、これは要するに、自分の家に閉じこめておいていいですよというのを法律で作ってしまったのです。呉秀三という精神科の東大の教授が、私宅監置の実情を調べて、「わが国十何万の精神病患者は、実にこの病を得たるの不幸のほか、この国に生まれたるの不幸を重ねるものと言うべし」という、非常にこの名言を吐かれまして、そのような国を批判したのですね。そのようなことがあったのです。これは僕らの原点のような言葉ですね。

その後精神病院法ができる。それから精神衛生

法ができる。これはちょっと飛ばしますが、いろいろな法律上、いろいろ規定ができました。1955年、クロルプロマジンという薬が発売されて、これからは飛躍的に統合失調症の治療が進みます。1964年、これはライシャワーさんというアメリカの大使が統合失調症の若者に刺されたという事件がありまして、このときはやはり法律が変えられて、むしろ閉じこめる方向への強化がなされました。

それからここでずっと飛ぶのですが、先ほどの1950年。この後、精神病院が先ほどのグラフでお示しましたように、ぐっと増えるのですね。その後どんどん病院が増えていって、1984年、この宇都宮病院事件というのが起こります。今でもこの病院はありますので、今はそのようなのはおやめになっているというようにわたしは信じたいと思っているのですけれども。知っている人は知っているかもしれませんが、看護助手という、男性の看護助手が患者さんをリンチして殺してしまったということが発覚したのです。いろいろなひどいことがあったのですね。不祥事がね。

一つ今、関連の会社を作って、入院患者さんをそこに働きに行かせて、それで給料はほんの少し、たばこぐらいしかあげない。そして作業療法をしましたということで入院費を取る。会社のほうは労働をさせてもうけると、そのような二重の搾取をしたなどということですね。わたしのところに入院したところのある患者さん、シンナー依存症で、シンナー中毒でもう本当に激しい、怖い患者さんだったです。最後に僕のいる病院で大暴れして、もうだれも手を付けられなくて、す巻きにして別のもっと厳しい病院に送ったなどという方がいたのですけれど、そのような恐ろしい患者さんですら、宇都宮病院のことを話すと、「もうやめてくれ、やめてくれ。」とおびえていました。あんなひどいところはないということですね。

そのような事件がありまして、さすがにあちこちでこのようなことが問題になりまして、その前に1970年代から、いわゆる全共闘争とかあった時代から、精神病院に対する批判、僕なども学生時代、精神病院へ行って、「改革しろ」などという学生運動をやっていた経験があるのですけれど

も、70年代からはいろいろな精神医療に対する批判的な活動が始まっている中でこのような事件がありました。さすがに国のほうも、もう放置できないということになって、その延長として今現在にある、ベースになっています精神保健法というのができました。ここで初めて入院患者さんの人権の保護と社会復帰の促進というようなことが言われるようになってきます。この辺から変わり始めたということですね。それで精神科の診療所もこの辺、1990年代からずっと増えていくということです。

そして平成5年に障害者基本法の中で、精神障害者が障害として位置付けられました。それで家族会の悲願の3障害統合ということになっているのですが、これについてはまた、先ほど申し上げたような批判的なこともかなりたくさんあると思っております。

それで処遇についてお話ししたと思います。これは処遇困難で、支えるのが大変な人はどうするかという話で、これも幾つかのケースをちょっと兼ね合わせて作ったケースです。この方は最終的には知的な障害が軽度ですけれどもある。気分障害、それからそうとかうつとか。そして妄想がある。お父さんは酒乱で仕事が続かず、借金がかさんで本人が3歳のときに離婚してしまって母子家庭。5歳年上のお姉さんと3人家族なのだけれど、お姉ちゃんはこんな家が嫌ですぐ出ていってしまった。それでもう疎遠である。彼の成績はあまり良くない。それで学校をさぼって非行に走った。高校に入ったけれど行かないで、お母さんに暴力を振るって金をせびったり、結局19歳ぐらいには高校は中退して家を出て、女の子と暮らしたりしていた。

お母さんはその間に、病気になってしまって生活保護を受けている。本人は暴力団に出入りしたりしたけれども、とにかく安定しない。時々お母さんのところに行っては金をせびり取る。そんなことをやっている間に、あるとき酒に酔ってコンビニで大暴れして警察を呼ばれたのだけれど、話を聞くとどうも興奮しているし、店員がおれのことをばかにした、にらんでいた。何か悪口を言った。近所でもみんなおれのことを言っているのだ

というような、つじつまの合わないことを言う。警察から保健所のほうに連絡が行って、2名の精神保健指定医の統合失調症と診断され入院することになった。これを措置入院と言います。精神保健指定医という資格を持った医師2人が病気のためにこれは放っておけない、人を傷つけたり自分が自殺したりする危険性が高いと診察したときには、医師以外の者の同意なしに医者判断だけで強制的に入院させることができる。これが一番強い法律です。親が入院はだめだと言おうが、本人はもちろん。このような措置入院というのがあります。これは公費での入院になりますけれども。

結局家族からの援助は期待できないため、生活保護を受けて、退院になった。このときは統合失調症という診断がついた。それでいろいろやっていたのだけれども続かない。作業所に通ったけれども、酒を飲んだり、パチンコをやったり、作業所のほかの患者さんから金を借りては踏み倒したり。そのような問題行動が多いので、注意したところが今度はスタッフを罵倒して出て行ってしまった。病院のほうもだんだん行かなくなってしまって、薬も勝手に睡眠薬しか飲まないというようになっていたらしくて、もう一回また同じように周りで悪口を言っているうんぬんというような妄想が出てしまって、薬をちゃんと飲んで休みなさいとか言っても言うことを聞かなくて、結局中断。もう一回外で暴れて、警察呼ばれて、措置入院。

今度はもうちょっとよく診たところが、知的もちょっと、70ですと境界ですから知的障害に入れるのは難しいかもしれないけれど、そちらのほうをむしろベースに見る。これはどのようなことかという、本人の病気に対する自覚とか、いろいろな言語による理解を深めるというレベルでは限界があるだろうという、そのような見立ての問題ですね。そうすると当然本人に対する働きかけの仕方も知的なレベルによってやはり違います。これは一つ大事なことです。最近の話題なので、知的障害というのをちょっとケースとして強引に入れてしまったのですが。

それで今度は、当然入院を考えながらやりますから、病院の近くでやったのだけれども、やはりトラブルが絶えない。デイケアにも来させたのだ

けれども、いろいろ問題があって、そのうちどこかへ行ってしまった。トラブルも多い。そうこうするうちになんとなく医療・福祉から手が離れていくうちに、何か近所のお店でツケを払わないとか、子どもをにらみつけた、お隣で怖いとか、お隣の住人が夜中にうるさいと怒鳴り込んできたのです。困ってしまいました。なんとかしてくれ、というようなことが、いわゆる地域での苦情がどんどん寄せられるようになってしまった。

このようなケースは私たちがそう珍しくはない。多くはないのですけれど、珍しくもない。苦慮するケースです。このような人たちは処遇困難例と僕らは言います。これは処遇困難例というのは病院、医療が作ったという説もあるのですけれども、それは置いておいて、なぜそうなるかと言いますと、一つは重症であるということ。単純にどのような病気でも重い軽いがありますから。一言言うと、これはいろいろ異論のあるところかもしれませんが、少なくとも現在の医者の方の考え方としては、病気というのは遺伝と環境の絡み合いの中で成立して、その遺伝子そのものも環境と相互に作用し合う。ですから、環境によって遺伝子も変わるし、最近では遺伝子が環境を変えるなどという説も出ています。その辺はいろいろなエビデンスを出すなどということがやられているのですが。

環境というのはどのようなことがあるかと言いますと、精神科ではやはりどうしても母子関係は外せません。小さいときの養育環境の中で一番大きいのは母子関係。その辺は発達の問題で皆さんのほうが詳しいかもしれませんが。そのような養育環境、学校、職場、いろいろあります。この辺はですから遺伝子レベル、例えば統合失調症の親御さんからは精神的に問題のある子どもさんが多い。これは二重の意味で、遺伝的にそのような素質を引き継いでいるし、それから環境的にも、統合失調症のお母さんは子育てが下手という意味での、養育的なレベルでもマイナス要因となり、遺伝的にも環境的にも、二重のマイナスを被って病気になりやすいということは、それは間違いなく言ってしまうのだと思います。僕などは若いころは遺伝など冗談ではないとか言っていましたけれど

ども、今は、これは否めないと思っています。

そのようなところの両方の重さ。現時点では、支える人がいないわけですね。もう1人。単純に単身生活も環境的には非常に不利ということになります。だからあとは、さっきのケースのように、暴力とかそのような犯罪行為や周りに対する迷惑を繰り返す。

あと一番問題なのが、病気であることの自覚です。この辺はまだ何とかなると言いますか、対応しうるのだけれど、これが一番僕らにとって大きな問題です。これは病識という言葉がありますけれども、それが非常に薄いということです。病識を持ちにくい。これは先ほど、統合失調症の説明をしたときにも、幻聴が病気だ、症状だというようになかなか思えないという話をしましたけれども、そこから始まって、なかなかこれは被害妄想だと、あの人はわたしの、おれのことを笑っている。何か悪口が聞こえてきた。それを病気だと思えと言ってもなかなか難しいということがまず一つあります。それが特に統合失調症では病識が欠如、病識欠如という言葉で言うのですが、自分が病気だという認識が持てない。結果的に自分が病気であること。そのような障害を背負っている、ハンデを背負っているということ自体を自分が受け入れることがなかなか難しい。おれは、冗談じゃない、キチガイなんかじゃないぞ、というやつです。これは本人だけではなくて家族も、身内にそんなのがいてたまるか、と思う家族も多いようですね。

なぜそうになってしまうのかというのは、やはり一つに、僕自身はこの精神障害の人たちが今まで背負ってきたそのような偏見と差別、わけは分からないけれども分裂病は治らない。僕が医者になりたてのころに、分裂病の診断を下す上で条件が二つあって、了解不能。それから不治。治らない。その二つが統合失調症だの、分裂病だの診断基準だなどというやつもいるのだよ、ということをおっしゃいました。本当にわけが分からなくて治らないというやつです。ですから医者が本当に、これは治らないから分裂病だろうというような。逆に。どのようなことをやってもちっとも変わらないから分裂病だというような。そのような医療がむし

ろそのような差別・偏見を非常に助長してきた。診断がつけば精神閉鎖病棟に入院させてしまうというね。そのようにしてきた責任も大きいというように思います。

そういった困難な人をどのようにやるか。結局これは今まで、昨日もちょっと伺いましたけれども、皆さんがお話ししているように、顔の見える連携を関係者がするしかないと思うのです。でもちょっと、僕なりにちょっとだけ思ったことは、まず前提として、やはりそのような差別・偏見がありますから、何回も言うように、統合失調症というのはどのような人かと実感として分かる方がなかなか少ないので、まずはその差別・偏見を克服するためにも、まずは啓発・啓蒙活動というのは関係者がしなくてははいけない。

ですから僕は差別・偏見をなくすことが僕のライフワークというように思っています。少しでも少なくなるように。患者さん自身がとにかく自分を差別していますから、その患者さんには、「あなたはそのような統合失調症という重い、大変な病気を背負っているけれども、そのことで決して卑屈になるな。人にはもちろん言えない。でもそれはあなたのせいではなくて、社会が偏見を持っているからいけないだけなのだ。」というような話をします。「だからあなたは心の中では病気だっといういいじゃないかぐらいの誇りを持って、あなたが社会の中でがんばって生きて、あなたなりの生活ができるようになることが、差別・偏見の克服になるのですよ。」というような話を僕は一所懸命に患者さんにはします。そしていろいろな場で、このような啓発活動を僕はしなくてははいけないと思っています。

それが前提の上で、関係者、これは家族とご本人はもちろんそうです。医療機関としては病院、診療所、それから社会福祉施設。それからあと行政ですね。何かあったときには保健所。それから障害課とかそのような市町村の窓口。それから生活保護を受けている場合には福祉。それから子どもの場合には校医等々。あとは地域。このような方たちが、まず一番大事なことは、まずその人をよく知っていただきたい。当たり前ですけどね。でもそれがなかなか難しいということです。ただ、

いまだにやはりそのような差別・偏見があるので、周りの人に、この人は統合失調症という診断ですよ、などということをおかつに言えないという、非常にやりにくさがまだまだ残っているのを実感しています。地域ではね。

それからあとは、これが僕は大事だと思うのですが、すけれども、連携する人たちが自分自身の連携システムの中で、どのような位置にいて、何をすべきなのかをきちんとわきまえる。とりわけその中で自分のできることの限界をわきまえることがとても大事なのだというように僕はあちこちで言っています。熱心な人ほどもうのめり込んで、ばててしまうと言いますかね。家族なのか患者さんなのか分からなくなってしまうような場合もあります。それは決して好ましくないので、自分自身の限界を知って、決して自分で抱え込まない。結果的に燃え尽きないようにするというのが大事だというように思っています。

最後にちょっと、現場的には、知的障害との重なりが、アスペルガー症候群辺りをきっかけにして、精神科領域でも発達の問題を、これからもう

絶対診断する上でも外せない。それからその患者さんの今後の見通しを立てるためにも、発達の問題は見過ごせないということが、今、精神科の医者の中でも言われ始めていて、厚生労働省のほうも子どもを診られる精神科医を増やそうというプロジェクトが始まっています。そのテキスト作りとかが始まっていて、わたしもちょっとそれに参加したりしているのですがすけれども。単に統合失調症の社会復帰というだけで済まなくて、そのことを推し進めるためにも発達の問題、知的障害者の分野との連携ということが欠かせない時代になってきているなというように思っています。もっと言うと、心と体の区別がどんどん、どんどんなくなって、いい意味で区別をなくしていかなくてはいけない状況に入ってきているなというように思っています。

どうもすみません。長くなってしまいましたけれど、まとまりのない話でしたけれど、これで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。(終了)

会長講演座長報告

座長 山本 昌邦（横浜国立大学名誉教授）

中塚会長はご自身の長年にわたるご経験を基に、わが国の児童保護施策の変遷（古代から現在に至る児童保護の動向）、からだの弱い子どもに対する福祉支援の歩み（虚弱児施設の誕生と推移）、児童福祉法改正後の状況（虚弱児施設の廃止と課題）について、統計資料を交えながら具体的にお

話され、また、参加者に詳しい資料を配付していただきました。わが国の児童福祉の変遷と課題について理解し、今後のあり方を考える上でとても参考になる貴重なご講演であったと思います。

（文責 山本昌邦）

会長講演

「からだの弱い子どもへの福祉支援」

中塚 博勝（社会福祉法人大泉旭出学園 大利根旭出福祉園施設長）

おはようございます。ただいまご紹介いただきました、今大会長の大利根旭出福祉園中塚博勝と申します。昨日、開会のごあいさつで簡単に自己紹介を申し上げましたけれども、私は現在知的障害を持った方たちの入所更生施設の施設長を務めております。経歴は大学と大学院で心理学を専攻し、施設に暮らす子どもたちの発達について論文にまとめました。古い言葉で、「ホスピタリズム」といわれていましたが、施設や長期入院をする子どもの発達にかかわるいろいろな問題があります。そのことに関して論文を書いてきたので、少し毛色の違った心理学を学んできたわけでありませぬ。大学院修了後は、施設で働きたいという希望をずっと持っておりました。そうしましたところ、今日もお見えですけれども、日本育療学会理事をされています、小児科医の石橋祝（いしばしめぐみ）先生が体の弱い子どもの施設の園長をしておられて、その施設でお世話になることになりました。以来30年近く、病弱虚弱のお子さんとお付き合いをまいりました。その後、縁があって千葉県袖ヶ浦にあります自閉症児者の施設であります、ご存じの方もいらっしゃると思いますが、袖ヶ浦のびろ学園、ひかりの学園をつくられた石井哲夫先生のところで6年間、学園の園長を務めたあと、現在の知的障害施設で園長として今年で12年目になります。数えてみますと、47年ほど施設という現場で飯を食わせていただいたというようなことであります。

今回、会長講演をするということで、いったい何をお話したらよいか、しばらく迷いました。平成10年に児童福祉法が改正されて、長い歴史を持った虚弱児施設が法律の上から消えてしまいました。これまで自分が携わってきたことについてまとめて、今回のこの機会に虚弱児施設があったということ、体の弱いお子さんに対する福祉支援がどのように営まれてきたのかということをも

皆さんに知っていただきたいと考えました。併せて私が師と仰ぐ石橋先生へのこれまでの感謝を込めてお話をする機会を与えていただいたと思っております。今ほど山本昌邦理事長の方からご紹介いただきましたけれども、お話ししたい内容が非常に細かくて、そしてまたボリュームがあるものですから、この限られた時間の中ですべてをお伝えすることはできません。そこでレジュメということで、つたないものですが、1冊別刷りでつくってまいりました。本日のお話だけでは足りないところはぜひ、こちらをお目通しいただいて、補っていただけたらと思います。

体の弱い子どもへの支援というテーマを掲げたのですけれども、今申し上げてきましたように法律の上で保障された福祉サービスが無くなってしまったということが一番の問題です。ここでは虚弱児施設の歩み、そして、さらにさかのぼって、いったい子どもに対する福祉というのが日本の歴史の中でどのように守られてきたのかということを取りながらお話をさせていただきます。そして、今現在、福祉で体の弱い子どもはどう守られているのかということ、そして、これからどうあったらいいのかというようなことを含めてお話をさせていただきますと思っています。

（スライドがはじまる）まずはじめから児童福祉法と児童憲章が出てまいりました。私が大学の卒業論文を書く時に「施設で暮らす子どもたちの社会適応」というテーマで論文を書きました。その冒頭にこの児童憲章を載せたのであります。心理学の論文を書くやつが児童憲章を最初に出してくるなどというのは多分前代未聞だったと思えます。これは子どもが福祉の法でどのように守られているのか、あるいは私たちは子どもに対してどういう責任を持っているのかということをも基本的に理解しなければいけない。そのことを国民に訴えるためにつくられた法律であり、あるいは憲章

であるというふう考えたからです。虚弱児施設は昭和23年に、この児童福祉法が成立した時に初めて公的な裏付けを持った施設として誕生しました。それ以来、1998年、平成10年の3月で50年の歴史を閉じるまでに、ちょうど病院と家庭を結ぶラインの上に位置し、一方で慢性疾患の回復期の子どものアフターケア施設としての役割と、もう一方では時代の変化の中で発生してきた心身症、あるいは不登校といった心と体に問題を持つ子どもの治療教育的な機能を持った施設として心身の健康回復、あるいは社会復帰に成果を上げてまいりました。

けれども、この法の改正によって体の弱い子どもを守る福祉の砦が失われてしまったといえます。子どもは次世代を担う大切な存在であるという認識はいつの時代も変わりありません。けれども一方で心身に障害を持つ子ども、あるいは病弱な子どもというのはそれぞれの時代の中で常に弱者の立場に置かれてまいりました。卒業論文の冒頭掲げた児童福祉法、あるいは児童憲章は一人ひとりの子どもを権利の主体として認め、それを保障することを定めた画期的な法律であると考えております。けれども、昨今マスコミをにぎわす虐待とか、子殺し、あるいは少年犯罪といった社会的な問題を見聞きするたびに、改めて本当に子どもが守られているのだろうかということを考えさせられることが多いわけでありまして。ここでは我が国の福祉の歴史を振り返りながら、子どもの福祉、そして、体の弱い子どもの福祉がどのように守られてきたのかということを概観してお話をさせていただきたいと思っております。

体の弱い子どもへの福祉支援は、先ほど申し上げた児童福祉法が昭和23年に制定されることによって始まることとなります。そして虚弱児施設が設置されるまでは、全く手が付けられてこなかったと言っても過言でないと思えます。これは歴史的に体の弱い、あるいは体の健康に対することというのは医療の領域のこととして扱われてきましたし、それは現在でも変わっておりません。日本で一番古いと言いますか、文献に登場する最も古い児童虐待の記述というのがある本に載っております。これは有名なお話ですので、皆さんも

ほとんどの方がご存知だと思います。『古事記』の中に「神世編（じんせいへん）」と読むのですが、神の世の巻ですね。それはいろいろな神様が誕生したころのことをまとめて書かれたものであります。その中にイザナミ、イザナギノミコトの話が出てまいります。この二人の神様の間に子どもが生まれました。最初の子どもは蛭子（ヒルコ）と名付けられました。「3才を経ても足なお立たず」天磐椽楠（アマノイクス）船——これはアシでつくった船だそうですね——アシの天磐椽楠（アマノイクス）船に乗せて風のままに放ち捨てたもうた」という記述がありました。このヒルコというのはどうも脳性麻痺の子どもであったのではないかというふうに言われていました。「風のままに放ち捨てたもうた」となって何か気取った文章ですけれども、ありていに言えば川流しをしてしまったという残酷な話です。このヒルコが、後に七福神の1人の神様として復活をしてきたという、本当か嘘か分かりませんが、そういう逸話が残っております。2番目にまた子どもが生まれました。この子どもの名前は淡島、淡路島の淡に島の字。この淡というのは淡いのです。何が淡いのかというと知的な働きが淡い、どうも知的障害じゃないかと。このお子さんはどこかの島に流されて淡島神社というのがあるのだそうですね。そこの神様としてまつられたという記述がありました。3番目の子どもが生まれました。また今度障害を持った子どもが生まれてきたのでは困るということで、何かお産に際して今までとは違った気合いの入れ方を逆にしたというのです。どういう気合いの入れ方をしたのか分かりませんが、そしたら無事に健康な子どもが生まれて、その子どもが天照大御神（アマテラスオオミカミ）になったというのです。ここまではある本に書かれていたことで、おとといの夜、ある書店に行きまして、古事記を書棚から引っ張り出して本当に書いてあるのかどうかということを確認してまいりました。大半が漢字で書いてあったので全く読めなかったのですが、蛭子（ヒルコ）と書いてありまして、淡島も出ておりました。

こんなふうには、神様でさえ、障害を持った子ども

もを捨ててしまうようなことが行われていたわけ、しかも古代ですね。ですから、その後の歴史の中で障害を持った子どもやあるいは体の弱いお子さんというのはどんなふうに使われてきたのかということは推して知るべしだと思います。このレジュメの、私はこのパワーポイントというのは今日初めて使うものでありまして、この原稿を作っていた時に、うちの職員が「園長何ですか、日本史の講義をやるのですか」と言うから、「そうだ」とか言って出てきたのですけれども。

なかなか児童保護とか、あるいは体の弱い子ども、あるいは障害を持った子どもに関する記述というのはほとんど目にする機会がありませんし、また、そういう文献も残っておりません。これは社会福祉史、社会福祉の歴史について書かれている本の中からようやく拾い出したものをここに簡単にまとめました。まず古代から、先ほど古事記の話をしましたけれども、古代から明治期までの児童保護はどうであったのかということです。古代から平安期にかけては、主に皇室を中心にして児童保護というよりも、これは一般に暮らしに困った方を救済するというようなことで行われてまいりました。特に仏教が日本に入ってきた時に仏教の思想、教えの中に「子どもは仏の子として慈悲の対象となる」というそういうくだりがありました。これにならって、聖徳太子がなにわに四天王寺を建立して、その中にご存知の悲田院という施設を設けて、そこで孤児救済をしたという記述があります。もう一人は光明皇后が法華寺に悲田院を設置して孤児を救済したという、これは病弱虚弱とか、障害とかそういうことではなくて、身寄りのない子どもを救ったというような記述があります。

時代が下って鎌倉、室町になりますと、今までの皇室中心から僧侶中心の社会へと変わってまいりました。この時代の詳しい記述をされた文献というのはほとんどありませんが、残存するものとして、鎌倉の極楽寺に忍性というお坊さんが極楽悲田院という、名前がいいですね、極楽ですから、そこに孤児や病者を保護したという記録があります。それから堯蓮上人が京都の涌泉寺に悲田院をつくったという。この堯蓮上人というのは徒然草

の中に名前が出てくるお坊さんだそうなのですが、徒然草をしっかり読んだことがないので本当かどうかはよく分かりません。

それから、江戸時代になりますとその時々々の為政者、将軍ですけれども、あるいは各諸国の大名の考え方によって部分的に施策が行われました。例えば、吉宗は全国的に捨て子養育の制度を定める。あるいは、家吉は江戸区内の置き去り妻子、孤児に対する救済策をとったというような記録があります。ただ、その中身がどうであったのかということについては全く分かりません。

明治時代になりまして、明治維新の後というのは、ある意味で近代的な社会福祉に対する施策が行われなければいけない、あるいは、それが行われるいいチャンスであったと思うのですが、実際にはそうではなかったということです。その中で明治7年に恤救規則ができました。これは、社会福祉を学んだ方はご存知のことですね。国が初めて貧困者に対する救済法というものを決めました。ただ、江戸時代から親族相救の原則というものがありません。暮らし困ったものがいたら、まず身内同士で助け合いなさい、血縁による相互扶助を第一にしなさい。なおかつ、無国の救民ですね。これは全く身寄りのない、あるいは助けてくれる人のない、誰の助けも期待できない人に対しては公費で救済しましょうという制限付きの救済策であります。

この考え方である親族相救とか、本当に困った者だけを対象にするという考え方は、かなり後まで続きました。こうして国として救済をするという事業がほとんど行われなかった時代に、民間の慈善事業がこの時代に勃興いたしました。一人は石井十次先生、これは岡山孤児院を明治20年に立ち上げました。これは去年、『石井のお父さんありがとう』という映画がありまして、ご覧になった方がいらっしゃると思います。それから、これは昨日の滝乃川学園の本多公恵さんがお話をされましたけれども、石井亮一先生が孤児を預かる施設をつくったのです。ところが、たまたまその中に知的障害を持ったお子さんがいて、そのお子さんの、あるいは知的障害を持った方たちのお子さんの療育をやるということでは知的障害児の施設

に力を入れました。それが後の滝乃川学園としてもう110年近く歴史を持つ施設ですけれども、まだ現存しています。ちなみに私は群馬県の前橋の出身ですけれども、私の家は明治25年にできた、昔で言うところの孤児院でありました。今年で110数年になるのですが、群馬県に住む孤児を救済するためにつくられた施設で、現存する施設では日本で一番古い施設だというふうに言われています。岡山孤児院は途中で無くなってしまいましたので、その意味では、現存する施設としては一番古い施設だというふうに祖父や父から聞かされてまいりました。それから留岡幸助先生が北海道に家庭学校を設立いたしました。これは今で言う児童自立支援施設、あるいはその前は教護院と言われた、不良少年を矯正するための施設でありました。この時代にもいろいろ犯罪行為を犯す少年がたくさんいたとみえて、明治33年に感化法というのが設定されて、感化院という矯正施設が国の法律に従ってつくられたという記述があります。社会福祉という言葉は、昭和時代の第二次世界大戦が終わった後に使われるようになってきた言葉です。そして昭和26年以降に社会福祉という言葉が公的用語として使われるようになりました。それ以前は慈善事業とか、あるいは社会事業という言葉が使われた時代が長くありました。大正期に入って、これは第一次世界大戦の前後にヨーロッパで児童保護に対する関心が非常に高まってまいりました。その流れを受けて、日本でも大正15年に第1回全国児童保護事業会議というものが開かれました。こうした世の中の動きを受けて、例えば東京に乳児院が開設されました。東京の賛育会という、この法人はまだ今も残っていますが、乳児院として本格的なものであったそうです。また、児童の健康相談事業が日赤の京都支部で行われたり、大阪に児童相談所が開設されたりしました。

それから、虚弱児施設という言葉はこの時代はまだ使われていませんでしたが、体の弱いお子さんたちを療養する、あるいは療育する施設として、昨日もお見えになっていました山川保先生がいらっしゃる神奈川県茅ヶ崎にある白十字会林間学校が開校しました。それから、大阪では、

弘済会が臨海保養所を開設したという記述がありました。また、東京に肢体不自由児施設が開設されたという記述がありました。そして、これは今も残っていますが、国立の感化施設の教護院である国立武蔵野学院が開設されました。

こんなふうには子どもの保護、児童保護に関する、あるいは救済に関する事業というのは大正時代になって本格的に取り組まれるようになってきたということがあります。そのひとつは、大学において社会事業の専門教育が開始された時代でもありました。大正大学、東洋大学、あるいは日本女子大学などでは現在も授業は続けられていますけれども、社会事業の専門教育が開始されたという記録がありました。もう1つは大正7年に方面委員制度というのが大阪を中心にして設置されたという記録がありました。これは現在で言う児童民生員という制度であります。これは、地域において、それぞれの身近に暮らす方たちの暮らしの状況を把握しながら、その救済、福祉のサービスにつなげていく仕事をする制度であり、これの走りのような制度が大正時代につくられたという記録がございます。

次に昭和時代です。この昭和時代というのは第二次世界大戦を挟んで前後に分けて考えたときに、全く違った方向で発展をしてきたという経過があります。昭和初期から第二次世界大戦が終わるまでの児童保護というのは、現在「子どもの日」が5月5日に制定されておりますけれども、昭和2年ごろに全国児童愛護週間というのが設けられて、児童愛護に関する知識の普及を目的としたイベントが行われたという記録がありました。それから、昭和4年に救護法が制定されました。貧困のために生活することが困難な場合には本法により救護するということでもありますけれども、これは初めて国家が生活、暮らしに困った人たちの救護にあたる責任を明記した法律としては画期的なものであります。実際にはその時代の不況、その他の影響を受けて、なかなか法律本来の目的を果たすことができなかつたというふうに言われていました。昭和12年に、母子心中や親子心中の防止や、児童救済について定めた法律である母子保護法ができました。そして、昭和13年に、これは私

が生まれた年でありますけれども、厚生省が設置され社会局に児童課というのが設けられたという記述がありました。これはある意味では画期的なことであると思うのですけれども、この年にご存知の戦争に突入した年でもありました。厚生省が置かれ、この法律ができたのが1月ですけど、4月には国家総動員法というのが公布され、戦時の体制下に置かれます。ここで初めて、子どもは国の宝というようなことが大っぴらに言われるようになったのです。でも、本当の意味で国の宝として大事にしようという考え方ではなくて、強い兵隊さんをつくるために丈夫な子どもを育てよう、国民体力法というような法を制定して保健とか体力の向上を目指して丈夫な子どもをつくろう、育てようというようなことが盛んに奨励された時代でありました。その反面で保護を必要とする子どもに対する対策は大きく後退してしまったのです。すべてが戦争目的で施策が進められた時代に突入したということでもあります。戦中、あるいは戦後の時期の混乱というのは、改めて申し上げるまでもありません。

戦争が終わりまして、昭和23年に児童福祉法が施行されました。これは初めから児童福祉法という法律がつくられたのではなく、児童保護法という名前前で法律をつくるように国からの諮問があって、その諮問を受けた委員会が、ただ子どもを保護するよりも児童福祉、要するに保護を必要とする要保護児童を救済するのみならず、一般児童の福祉の向上を図ることの方が大切であるという意見を付けたことによって、児童保護法が児童福祉法に変わったと言われております。これは子どもに関する総合的な基本法律であって、児童の基本的な人権尊重とか、あるいは児童福祉のための社会全体の責任を明記した、本当に画期的な法律であると思います。そして、続けて昭和26年に児童憲章が設定されました。これは児童福祉が制定されてもまだまだ古い児童観というのが残っており、この国民の意識改革をしなければいけないということで、児童憲章が改めて制定されたという話がありました。この2つの法律というのは今も連綿と続いているわけで、私たち、子どもの教育、あるいは福祉、医療にあたる者が基本的にこれに

則った仕事をしていかなければいけない、その意味では大切にされなければいけない法律であり、憲章であると思います。先ほど申し上げましたように、昭和26年に社会福祉事業法という新しい法律は、これまでの児童福祉法、生活保護法、身体障害者福祉法などの法律の基本的な部分をひとつにまとめて、社会福祉事業法という法律の下に一括したものです。このような流れの中で、これまで慈善事業、あるいは社会事業と呼ばれていたものが、初めて社会福祉事業というように呼ばれることになり、その意味では節目の年であると考えています。

日本史のお勉強はこのくらいにしまして、では体の弱い子どもはこの歴史の中、流れの中でどのように守られてきたのかということをお話しさせていただきたいと思います。虚弱児施設の歩み、これは法律のうえでは、あるいは公的には何度も申し上げているように、児童福祉法が施行された昭和23年をもって始まったと言われております。これは心身薄弱な児童を収容し、その健康回復を図ることを目的として、虚弱児施設を設置するという法令ができたわけでありまして。現在も養育院という組織が残っていますが歴史的には、明治33年に東京市の養育院、明治43年に千葉県館山に東京市養育院安房分院を設置して体の弱い子どもをそこに集めて療育をしたという記述があります。それから、これは先ほど申し上げた大阪市の弘済会が臨海保養所を開設した。それから、白十字会が居宅養護事業として白十字会林間学校を設置し、これもまた現在も続いています。それから、大正15年に児童愛護会が千葉県の一宮に一宮学園という施設を開設しました。これも居宅養護事業であります。この白十字会と児童愛護会というのは、ある意味で新しい法の下に置かれた虚弱児施設の先駆的な実践を行った施設として大きな意義を持つものであります。

教育の方では、詳しいことは本学会の名誉理事長であられる加藤安雄先生が中心にまとめられた『日本病弱教育史』をお読みになると、非常に多くの教育におけるお子さんに対する様々な実践や試みがまとめられて報告されています。その中で一番古いのは、明治22年に三重県の三重尋常師範

学校が分校形式による虚弱教育を実施したという先駆的な取り組みがあるという報告です。福祉の領域での虚弱児施設は、学校教育に比べてかなり遅れをとっていると言えるのかもしれませんが、この虚弱児施設は昭和23年に正式に法律で認められて設置されることとなります。施設の数も昭和24年に全国7施設であったものが、昭和38年に全国34施設というように年を追うことにだんだん増えてまいりました。ただ、残念ながらこれ以上増えることはありませんでした。私が初めて太田区にあった太田児童福祉園という石橋祝先生がやっておられた施設に就職をした時に、虚弱児施設と聞いてきたから、何か青白い顔をした子どもがたくさんいて、何か皆ごろごろ転がって元気のない子どもたちがいるのかと思っていました。しかし実際は、飛んだり、跳ねたり、すごい元気な子どもたちがいて、どこが虚弱なのだろうというふうに思ったことがあります。でも、一人ひとりとはなんらかの病気、あるいは弱さを抱えていたわけがあります。虚弱児とかあるいは虚弱とか虚弱体質とか、虚弱児という言葉聞いた時にイメージとしては、どなたも、ああ、このような感じの子どもなのかな、というふうに思いあたると思うのです。しかし、改めて「虚弱児とは何ですか。」と尋ねられとすぐには明快な答えが出せません。それはご存知のように虚弱児というのは社会的な命名であり、いわゆる通用語です。つまり虚弱児は、医学的な診断名ではないということが元にあるのかもしれませんが。

児童福祉法ができた時に虚弱児施設に入所させることが適当と思われる子ども、要するに虚弱児の基準というのが10数項目が示されました。これをお読みになって何かよくわけが分からない基準もあるというようにお思いになるかもしれません。もう一方では学校教育法、これは古いものですがけれども、昭和28年の学校教育法令の中では病弱者1、病弱者2というふうに分けています。同じ体の弱い子どもを福祉の領域から、要するに福祉の対象として見た場合と教育の対象として見た場合にこのように捉え方が違うというのでしょうか。この学校教育法の基準ですけれども、これは最近では「特別支援学校に就

学させるべき病弱者の心身の故障の程度」というタイトルが付いて、病弱者1、病弱者2として、ここに書かれているものとはまたちょっと違ったニュアンスで書かれています。ただ、いずれにしても体の弱いひとりの子どもを目の前にしたときに、教育の対象として捉える場合と福祉の対象として捉える場合とで、捉え方がこのように違うということはどうしてなのかは、私にもよく分かりません。

この後は施設の歩みをいくつかの統計表でもってお話をしていきたいと思っています。

虚弱児施設の推移
(1) 年齢別入所児童の変化 (毎年度3月1日現在)

年齢 年度	3歳未満		6歳未満		12歳未満		12歳以上		合計
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	
昭和38年	44	2.9	261	17.0	784	51.1	444	29.0	1,533
48	71	3.9	322	17.8	847	46.8	570	31.5	1,810
57	24	1.3	168	10.0	902	48.3	754	40.4	1,868
58	26	1.4	152	8.1	811	43.4	679	47.1	1,668
60	24	1.3	138	7.5	685	38.3	1,006	54.9	1,831
62	19	1.1	143	8.5	585	34.8	934	55.6	1,681
平成 2年	17	1.1	139	8.6	573	35.4	890	55.9	1,619
4	26	1.7	132	8.6	494	32.2	882	57.5	1,534
6	28	1.9	121	8.3	500	34.4	806	55.4	1,455
7	26	1.8	149	10.0	469	31.8	840	58.6	1,484

この表は全国の虚弱児施設協議会というのがあります。石橋祝先生が永らく副会長を務めておられました。この協議会において、昭和38年から全国の虚弱児施設を対象に実態調査を開始されました。それ以来30年近くに及んで、その調査、同じ内容で調査をしているという、これは本当にまれなものだと思うのですけれども。私は最初下働きでいろいろ表を作れとか言われている時に、こんなものをやって何の意味があるのかと思いつつ、嫌々ながらやっていました。でも、後になってみてこれは本当に大事なことだったのだなということをおぼされました。この全国の虚弱児施設協議会が行った実態調査というのは、本当に石橋祝先生のご功績ですし、私たちが体の弱い子どもの福祉支援の歴史を学ぼうとするときに欠かせない資料です。ただ、残念ながら、昭和38年前、要するに昭和23年から虚弱児施設ができたのですけれども、それから昭和38年までの間が空白でありまして、全く全国を網羅した統計調査もありませんし、施設ごとの調査をまとめたものも、もちろん存在

しません。ですから、昭和23年から昭和38年までの施設の状況を伺い知ることは全くできないということ、それから平成10年に虚弱児施設が廃止されたことによって、これまで持っていたそれぞれの施設の資料について、今回この話をまとめるにあたって資料を集めようと試みましたが、存じ上げているすべての施設長さんに電話をして「資料があったら貸してください」とお願いしたのですが、「すでに処分してしまいました。」とか、「しまい込んですぐには分からない。」ということでした。ようやく、盛岡にみちのくみどり学園、そして小児病院であるみちのくみどり病院から資料をお借りすることができました。そこは私が勤務していた東京都立成東児童保健院と同じように唯一病院併設の虚弱児施設でありました。その藤澤昇園長が大事にしまっていてくれた資料があり、全部ではありませんでしたが、盛岡からその資料を送っていただき、かろうじてつじつまが合うような資料ができたと思っています。そんなわけで、ある部分だけを取り上げでお話をさせていただきます。

これは、昭和38年に統計が始まってから、最後の統計が平成8年の3月、要するに平成7年度で終わってしまっているわけですが、その間のデータがない年度も若干ございますが、どんな年齢の子どもがどのぐらいの比率が入ってきたのかということをもとめたものであります。1つは時代とともに入所児童の年齢構成が右の方に偏っていくという傾向です。6才未満を含めた幼児の数が徐々に減ってきました。それに代わって、12才以上のいわゆる高齢児が増えてきたという1つの事実があります。それから、もう1つは一番右側に合計の入所児童の数が書いてありますけれども、昭和58年をピークにして、徐々に入所児童が減少し、平成7年にはピーク時の79%まで落ち込んでしまったというあまり嬉しくない現実があります。いったい施設にどんな子どもが入っていたのだろうか。これは虚弱理由別にまとめたものでありますけれども、一番上に結核性虚弱児というのがあります。この結核性虚弱児とはどのような児童であるかということは、先ほどお示した、厚生省が示した虚弱児施設入所基準の1、2、3にあたる、イ、ロ、ハにあたるころのものです。

これは全国34施設のデータですが、昭和38年には47%で2人に1人が結核性虚弱児で占められていました。これが年を追うごとにだんだんと減っていった平成7年にはわずか2.3%に減少します。そして後天性慢性疾患がそれらに代わって増えてきたということが数字から見て取れます。昭和48年からは、ちょうど気管支ぜんそくのお子さんが増えてきた時代となります。この時代から気管支ぜんそくだけを別に取り出して、その数値を取るようにしました。気管支ぜんそくのお子さんが増えてきているという傾向がこれから見て取れます。そして、もう1つは下から2番目のその他のところの数字が、昭和38年には25.3%であったものが、平成2年あるいは平成7年には65%まで増加しています。この原因は何かといいますと、不登校の子どもたちをたくさん受け入れたという結果であります。全員が不登校ではありませんけれども、私がいた東京都立成東児童福祉園というのは途中から場所を変えまして、茨城県の九十九里の方に移って東京都立成東児童保健院と改称したわけですが、延べで二百何十人かの不登校のお子さんとおつき合いをした経験がございます。

(2) 虚弱理由の推移 (在籍児に占める割合)

年度 虚弱理由	(%)							
	昭和 38	42	48	52	57	61	平成 2	7
結核性虚弱児	47.0	27.7	17.1	12.9	8.2	5.3	4.0	2.3
先天性異常体質	6.6	3.6	2.8	2.1	5.5	6.7	7.8	6.1
その他の 先天性疾患	4.3	7.2	7.2	10.0	8.7	5.3	5.1	3.3
発育障害	9.0	10.8	7.8	7.7	5.6	5.5	4.2	2.0
後天性慢性疾患	7.8	18.3	20.8	24.2	28.3	19.8	19.1	20.5
上記のうち 気管支喘息			14.3	13.6	17.6	13.8	11.0	10.9
その他	25.3	34.8	44.3	43.1	48.7	57.4	60.0	65.7
在籍児童数	1,533	1,745	1,810	1,740	1,686	1,763	1,610	1,484

ちょうど虚弱児施設が誕生した時期というのは社会的な問題として結核性疾患、それから、食糧難による栄養失調の子どもがたくさんいた時代でありました。その救済策として虚弱児施設が誕生したといういきさつがありました。ところが、対象としていた子どもの数は、結核の治療薬が開発されて、治療方法が確立するにつれて、徐々に少なくなっていきました。このことは社会的には好ましいわけですが、また、栄養失調も同じように、

食べ物をきちんと与えていれば栄養失調になることはないわけですから、対象となる子どもがますます減少していきました。それに代わって、心と体の結びつきという視点から不登校のお子さんたち、要するに心に問題を抱えたお子さんたちというのは、身体的にも弱い面もあるのではないかという考え方のもとで、不登校あるいは心身症の子どもを積極的に受け入れるというように方向転換をしました。そのため、その他の数字が増加しています。このことは、別の表のところで見て取れると思います。

虚弱児施設に入る対象となる子どもは、適正な環境の下に、規則正しい日課と十分な栄養を与えることにより、さほど医療の必要なしに健康回復が図れる程度のものであります。そこで問題となるのは、この十分な栄養とはどのようなものであるのか、ということです。例えばその時代に虚弱児施設というのは、そうではない健康な子どもを預かる当時の養護施設の子どもの食費を比べたときに、1つだけ違いがありました。それは牛乳1本分のお金が余計に付いているということだけでした。それは結核性虚弱児の子どもには、牛乳1本を飲ませていいということでした。しかし、80人もいる子どもの中で結核性虚弱児だけ飲んで、そうでない子どもは飲めないというのはいけませんので、全員平等に牛乳を飲ませていたというようなエピソードがございました。国はこういう施設を作ったわけですが、特別な配慮するわけではありませんでした。その中でも、全国で38施設がこの体の弱い子どもの福祉を守るとりでとして頑張ってきたということがありました。

結核による年次別死亡数・死亡率(人口10万対)

年次	死亡数	死亡率	年次	死亡数	死亡率
1999年(明治23年)	97,599	155.7	1955年(昭和30年)	48,735	52.4
1930年(昭和5年)	119,635	185.6	60(35)	31,959	34.2
40(15)	153,154	212.9	65(40)	22,366	22.8
41(16)	154,344	215.3	70(45)	15,899	15.4
42(17)	161,484	223.1	75(50)	10,567	9.5
43(18)	171,473	233.3	80(55)	6,439	5.5
47(22)	146,241	187.2	85(60)	4,892	3.9
48(23)	143,909	179.9	90(平成2年)	3,664	3.0
49(24)	138,113	168.6	95(7)	3,178	2.8
50(25)	121,769	146.4	2000年(12)	2,656	2.1
51(26)	93,307	110.3	04(16)	2,330	1.8

(昭和16、22、25年 死因第一位 結核)

この表は、これは結核統計といいたましようか、国民衛生の動向という毎年出る冊子があります。その中から拾い出したものです。先ほどお話しした47%がわずかに数%になってしまったということが、全国における他の一般的な調査と比べてどうなのかという観点から、裏付けとして記載をしたものです。明治23年、結核の死亡数というのは67,000人、それから、昭和の時代に入りますます増え続け、昭和17年には161万人、そして昭和18年に170万人となりました。私の母は昭和20年に亡くなりました。昔は学校の先生というのは結核にかかる人が多くて、私の母は女学校の先生をしてようですが、私を産んですぐに発病して病院に入っていて、そのまま退院することなく亡くなりました。その後時代が進むにつれて2004年、平成16年には死亡数が全国で2,330人となり、人口10万人あたりの死亡率が1.8人と下がってきました。

年次別、年齢階級別結核罹患率

	昭和37	45	50	55	60	平成2	7	12	17
総数	403.2	172.3	98.6	60.7	48.4	41.9	34.3	31.0	22.2
0~4歳	184.4	75.3	20.0	7.9	5.4	3.1	2.5	1.8	1.0
5~9	261.3	96.8	19.9	6.5	3.5	1.8	1.2	0.7	0.4
10~14	143.4	47.0	13.7	6.3	3.9	2.1	1.5	1.1	0.6
15~19	218.7	65.4	32.8	18.5	12.6	9.9	7.0	5.7	4.4
20~29	409.9	130.7	70.2	38.0	28.1	25.1	20.8	20.1	15.4
30~39	504.5	162.9	78.5	44.9	29.9	24.5	20.3	19.6	14.9
40~49	536.4	217.8	115.3	63.1	42.7	32.7	28.0	21.6	14.0
50~59	618.6	294.1	175.5	107.6	78.3	56.5	41.3	31.3	18.9
60~69	733.3	413.3	252.6	161.0	122.7	96.2	66.5	48.1	26.2
70歳~	607.8	416.0	312.5	218.3	183.8	154.5	12.2	101.3	66.6

次にこの表は、これは年齢別の、それから年次別の結核の罹患率です。幼児、そして学童期の罹患率というのが非常に低いことがわかります。14歳未満でわずか2%です。この14歳未満の小児結核患者数をまとめた資料がありまして、昭和28年には14歳未満の小児結核患者数というのは全国で35万人いたそうです。それが昭和46年には13,000人、昭和55年には7,500人、昭和60年には3,800人というふうに減少したということです。これは社会的には好ましいことであるわけです。

こういった時代の流れの中で、果たして、今までの虚弱児施設の適当と思われる基準が時代に合っているのかどうかということが、その当時、

全国虚弱児施設協議会の中で検討されました。一度実態に合った新しい分類基準をつくらうということで、石橋祝先生を中心にして、スライドにあるような新しい分類基準をつくりました。

新しい基準による入所児童の分類 (毎年度3月1日現在)

分類	内容	児童数(人)		疾病・比率	
		平成10年度	平成11年度	平成10年度	平成11年度
1 公害転地	公害病または居住地変更の必要なもの	301 (18.8%)	283 (17.0%)	異常気象病 その他のアレルギー	11.2% 10.8%
2 虚弱児童	家庭的な理由から保護を要する身体虚弱なもの	221 (13.7%)	197 (12.6%)	身体虚弱	13.7
3 環境調整	家庭から分離し環境の改善を図る必要があるもの	556 (34.2%)	483 (32.5%)	視 覚 聴覚の発達遅滞 自閉症・高機能自閉症 心身症 急性脳炎・手足口病 てんかん 脳性麻痺 四肢麻痺 知的障害 精神発達遅滞 精神障害	4.0 4.2 0.3 2.2 14.8 0.1 1.4 0.1 0.8 0.5 0.4 5.7
4 療育管理	療育上特殊な配慮を要し家庭療育が困難なもの	353 (21.8%)	324 (21.8%)	心身症 てんかん 発達遅滞 異常行動 学習障害 知的障害 精神発達遅滞 精神障害 てんかん 脳性麻痺 四肢麻痺 知的障害 精神発達遅滞 精神障害 てんかん 脳性麻痺 四肢麻痺 知的障害 精神発達遅滞 精神障害	2.8 0.6 0.4 0.2 1.7 0.1 3.0 1.6 1.3 1.8 0.4 1.9 0.5 0.4 0.3 0.3 0.3 0.3 0.3
5 その他	児相と施設が協議し施設療育の必要なもの	33 (2.0%)	11 (0.7%)		
6 その他	上記分類に記入されなかった病児	165 (9.8%)	226 (13.2%)		

そして、こういった基準によって施設に入る子どものことを決めていただきたいということ厚生省に何回も頼みに行ったのですが、厚生省は全く受け取ってくれませんでした。この中の公害転地とか、虚弱養護とか、あるいは環境調整とはどのような内容を指すのかということは、レジュメの方に詳しく書いてありますので、後でお読みいただけたらと思います。繰り返しになりますが、平成10年に正式に福祉法の改正で虚弱児施設がなくなってしまいました。そして、5年間の経過期間をもって完全に児童養護施設に転換しなさいということでありました。平成10年の時に虚弱児施設に入っていた子どもが、5年間の経過を経た時の状況ですけれども、

病種別児童推移

病 種	平成10年度	平成15年度
異常気象病、アレルギー・アトピー	245人 (17.8%)	262 (16.9%)
てんかん・脳疾患	97 (7.0)	71 (4.8)
心臓疾患	38 (2.8)	32 (2.1)
腎疾患	4 (0.3)	0 (0.0)
胃疾患	16 (1.2)	17 (1.1)
肝疾患	9 (0.7)	7 (0.5)
伝染病・小児発熱・発育不良	35 (2.5)	29 (1.8)
耳鼻科疾患	33 (2.4)	29 (1.8)
眼科疾患	30 (2.2)	38 (2.4)
心身症	42 (3.0)	27 (1.7)
皮膚疾患(アトピーを除く)	9 (0.7)	9 (0.6)
急性けいれん	7 (0.5)	5 (0.3)
甲状腺疾患	7 (0.5)	2 (0.1)
肥満	52 (3.8)	24 (1.5)
精神疾患	32 (2.3)	22 (1.4)
異常・口鼻腔・口腔口唇疾患	4 (0.3)	7 (0.5)
骨柱側弯白癩	2 (0.1)	1 (0.1)
結核	21 (1.5)	11 (0.7)
精神発達遅滞	25 (1.8)	32 (2.1)
虐待被害	48 (3.5)	65 (4.2)
その他	198 (14.2)	164 (10.2)
病児、病者を持つ児童数	954	841
養護児(被虐待を含む)	426	713
入所児童数	1380	1554

ここに示された数字は、児童福祉法改正により虚弱児施設が廃止される直前の入所児童の状況である。これを見るかぎり虚弱児施設不要論の根拠を見出すことは困難である。さらに、こうした意見は次の表からも裏付けられる。

ご覧のように、さまざまな身体的な問題を持った子どもたちが施設を利用しているという事実がこの5年の経過を経てもまだあったということです。こういう事実を見ても、虚弱児施設はいらないという虚弱児施設不要論の根拠を見いだすことは困難であるということです。

児童養護施設と旧虚弱児施設の疾病問題の比較 (施設当平均人数)(平成15年度)

分類	内容	人数・比率	
		児童養護施設	旧虚弱児施設
1 公害転地	公害病または居住地変更の必要なもの	1.4人 (2.8%)	5.5人 (13.4%)
2 虚弱児童	家庭的な理由から保護を要する身体虚弱なもの	0.1人 (0.3%)	4.9人 (11.7%)
3 環境調整	家庭から分離し環境の改善を図る必要があるもの	3.8人 (8.0%)	12.5人 (30.1%)
4 療育管理	療育上特殊な配慮を要し家庭療育が困難なもの	0.6人 (1.3%)	2.6人 (6.4%)
5 その他	児相と施設が協議し施設療育の必要なもの	0.7 (1.4%)	2.1 (5.0%)
6 その他	上記分類に記入されなかったもの	39.3 (81.6%)	4.5 (10.8%)

そして、この表は児童養護施設と旧虚弱児施設、要するにもともと虚弱児施設であって、平成10年に児童用施設に転換をさせられた施設に入っている子どもの病類、疾病問題の比較であります。はるかに旧虚弱児施設の方に体の弱いお子さんがたくさん残っていたということでありました。この児童養護施設で、果たして虚弱児施設の代替ができるのかどうかということはまず難しいということです。それは何が違うのかというと、職員の配置基準の中で児童養護施設は看護師が配置義務ではないのです。看護師がいなくてもいいのです。そんな施設内において、もしも夜中にぜんそくの発作を起こしたお子さんがいたらどうするのでしょうか。あるいは他にもさまざまな医療的な配慮を必要とするお子さんがいるわけですから、そういうお子さんたちの健康は本当に守られるのかどうかという危惧は決してぬぐい去ることができません。

「なぜ、おまえ(演者)は施設のことばかり見ているのか、こだわっているのか。」という疑問を抱かれる方もいらっしゃると思いますが、施設というのは、家庭と比べて家庭には見られない、施設だからできるポジティブな面を持っているというふうに私は考えています。冒頭のところで触

れたホスピタリズムという問題があります。これは施設に長く置いておくと、子どもの発達が偏ってくるというようなことが言われてまいりました。でも、施設はそういったマイナスの働きしかないのかというところではなくて、施設そのものの役割をきちんと理解をして、そして、施設に入るということ、これは入院も同じだと思いますが、成長の経験のためとして施設を利用するという、そのような考え方に立つときに、施設の役割機能というのは、このスライドに挙げたいくつかの項目にまとめることができると思います。1つはピアサポートの体験、ここにはピアカウンセリングと書きました。同じような病気を持った者、あるいは心の痛みを持った者同士が集まることでお互いに支え合ったり、あるいは育ち合ったりするという体験ができるということ。それから、これは古い言葉ですけれども、ぜんそくの子どもの治療で親子離岸療法というものが一時期盛んに行われたことがありました。家庭から離すことによって、家庭の中の緊張、あるいは子どもの緊張を解きほぐすというそういう効果をねらうものです。そして、生活の規則性の回復をめざす。夜も寝ないで、朝からゴロゴロして、昼寝をして、というような不規則な暮らしから、そうでない規則的な生活リズムを回復することができるということでした。あるいは例えば鍛錬をするということもありました。ただ1人で毎朝何キロ走れとか、あるいは腹式呼吸を何十回やりなさいとか言われても、なかなか実行することができないわけです。しかし、皆と一緒にやることによって、そんなに苦痛を覚えずにそのような鍛錬を続けることができるということです。このような施設が持つプラスの役割とか、機能を前面に出して支援をしていくことで施設の意義というのは大いにある、あるいは大いに発揮できると私は考えています。

時間がなくなってきました。このように法律が変わってしまって、私に言わせれば、体の弱い子どもの福祉を守る砦がなくなってしまうと考えているわけです。平成17年にまたさら児童福祉法が改正されました。この中で改正児童福祉法の第2章に福祉の保障というくだりがあります。その中で何が変わったかということ、小児慢性特定疾患

治療研究事業が法的にきちんとここで位置付けられたということです。それから、もう1つは児童福祉の在り方についての新しい考え方が示されたことです。それは、従来は保護を必要とする子どもを守っていこうということが児童福祉の考え方だったわけですが、ただ子どもだけ守るのではなくて、子どもというのは家庭にあって、親がいるわけですから、家庭も同時に守っていかなければいけないという考え方になったのです。そういった意味で児童福祉から児童家庭福祉という考え方が新しくそこに持ち込まれたということと、それから地域で子どもたちをどう支えていくのかということにかかわって、市町村に児童相談に応じる機関を作りなさいという設置義務が課せられたわけです。そして家庭支援のための児童家庭支援センターを創設するとか、あるいは児童相談所の機能を見直すとかというようなことが盛り込まれた児童福祉法が新しく平成17年に誕生したという記述があります。

この小児慢性特定疾患治療研究事業というのは、確かに日本独特のユニークな制度であると聞いています。確かに慢性疾患を持った子どもの医療、教育、そして福祉を支えていくうえで大きな成果をあげる事業だと考えています。けれども、すべての体の弱い子どもがこの法の網にかかるわけじゃなくて、この網にかからない子どもも当然いるわけでありまして。この子どもたちを支えるためにどうしたらいいのかということが大事になります。ここで協調したいのは、地域で支える仕組みをきちんと充実していくということが大事だということです。それは地域保健医療の推進であり、あるいは地域やシステムを構築していくことでもあります。

それから、法律で支える仕組みというのは、これはご存知の生活保護の中で医療扶助というものがあって、暮らしに困った方に対してはこのような手当がありますよ、ということです。ただ、今言えることは子どもだけを守るのではなくて、子どもと、そして、その子どもを含んだ家庭を支える仕組みを整備するということが大事なことなのではないかということです。これは体の弱い子どもだけのことでなく、健康な子どもにとって

も言えることであると思っています。けれども、福祉サービスを利用するということには伝統的にためらいがあります。死んでも福祉のお上のお世話になりたくないとかというようなことをおっしゃるお年寄りもいらっしゃいます。これは福祉サービスを受けるということは、何か恥だとか、あるいは我が家の伝統、家系、家柄に傷が付くというような考え方を持っていたらっしゃる方がいます。福祉というのは、かつてはウエルフェアと言われました。でも、今はそうじゃなくてウェルビーイング、誰もがより良く生きることを支える仕組みであるというふうに言われます。特に今の福祉サービスというのは、申請主義であり、自分が言っていないと行政側からはなにも言ってくれないのです。そのためには言ってくるのを待つという姿勢ではなく、どういった福祉サービ

スが用意されているのか、どのような福祉サービスを使うことができるのかということに関するいろいろな情報を正しく把握していなければいけません。このようなことはもちろん必要であります。が、ウェルビーイングという考え方に立って、福祉サービスを積極的に利用して、一人ひとりの子どもを支えていくということを改めて認識をする必要があるのではないかと考えています。一人ひとりの子ども、特に体の弱い子どもを支えることにかかわって、子どもを中心に置いた医療、教育、福祉の現場における一層の連携が求められ、また、それは大事にされなければいけないことであるということを改めて考えております。

時間もありませんけれども、一応お話を終わらせていただきます。ありがとうございました。(拍手)

「からだの弱い子どもへの福祉支援」

第11回日本育療学会学術集会

社会福祉法人大泉大泉旭出学園
大利根旭出福祉園 中塚博勝

「からだの弱い子どもへの福祉支援」

はじめに

1948年（昭和23年）児童福祉法によって設置されたからだの弱い子どもに対する福祉支援の場としての児童福祉施設～虚弱児施設～が、1998年平成10年3月で50年に及ぶ施設の歴史に幕を下ろした。これは、平成9年に行われた児童福祉法の一部改正によって虚弱児施設の廃止が決定されたためである。

第二次世界対戦後の劣悪な生活状況による結核や栄養失調の子どもを保護するとともに、その健康回復を図ることを目的として設置されたものである。

以来、それぞれの時代の要請に応えながら、子どもの心身の健康回復に多大な貢献をしてきた。施設の役割・機能がなくなったとは関係者のだれもが考えてもいなかったにもかかわらず、児童福祉施設見直しのあおりを受けて廃止され、児童養護施設に転換させられたのである。この施設が実践してきたことは、病院と家庭を結ぶラインの中間に位置し、一方で慢性疾患回復期のこどものアフターケア施設としての役割を、一方で時代の変化の中で発生してきた心身症、不登校などこころとからだに問題をもつ子どもの治療教育的機能をもった施設として、心身の健康回復、社会復帰に成果を上げてきた。にもかかわらず、からだの弱い子どもを守る福祉の砦が失われてしまったのである。

子どもは次世代を担う大切な存在であるという認識は何時の世も変わらない。しかし、一方で心身に障害をもつ子ども、病弱な子どもはそれぞれの時代の中で常に弱者の立場におかれてきた。

後で掲げる児童福祉法、児童憲章は、ひとり一人の子どもを権利の主体として認め、それを保障することを定めた画期的なものである。

けれども、マスコミをにぎわす虐待や子殺し、少年犯罪などの社会的な問題を見聞きするとき、あらためて子どもは本当に守られているだろうかと考えさせられる子との多い昨今である。

ここでは、我が国の福祉の歴史を振り返りながら、子どもの福祉、からだの弱い子どもの福祉がどのように守られてきたのかを報告したい。

我が国の児童福祉は、親の責任～親が子どもの養育に責任を持ち、親の側に何らかの問題が生じてから事後処理的あるいは補完的・代替的にサービスが提供されてきた。

そうした体制の中では対応の遅れが生じ、虐待によって子どもが死亡するケースが数多く発生し、それを防ぐ手立てが講じられずに深刻な事態になってからようやくという場合がほとんどであった。

「児童福祉」から「子ども家庭福祉」への転換

これまでの児童福祉は子どもそのものの福祉を守ることが主体であった。しかし、子どもを守ることは、子ども自身だけではなく、親や兄弟・家庭を守ることが必要である。

子どもの問題の多くが子ども自身の問題というより、家庭の問題ということができる。子どもを守ることは、子どもだけではなく、その子どもを取り巻く家庭を守ることが絶対条件として必要なことである。

こうしたことから子どもだけの福祉ではなく、親や兄弟の福祉を促進することが必要という認識が広がってきた。これがいまの児童福祉の拠って立つところである。

からだの弱い子どもへの福祉支援

児童福祉法 (昭和22年12月)

第一章

第一条 すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。

第二条 すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。

第三条 国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに健やかに育成する責任を負う。

児童憲章 (昭和26年5月)

前文

「われらは、日本国憲法の精神にしたがい、児童に対する正しい観念を確立し、すべての児童の幸福をはかるために、この憲章を定める。

児童は人として尊ばれる

児童は社会の一員として重んぜられる

児童はよい環境の中で育てられる」

わが国における児童の福祉は、ここに示したように、第二次世界大戦後ようやく子どもの権利として守られるようになった。

「からだの弱い子どもへの福祉支援はどのような歩みをたどってきたか」

福祉施策としての病弱・虚弱児対策は、児童福祉法が制定されるまで全く手が着けられていなかったと言っても過言でない。歴史的に体の健康に関することは、医療の領域のこととして扱われてきたし、それは今日でも変わっていない。

ここでは、わが国の児童福祉の歴史を振り返りながら、病弱・虚弱児に対する福祉支援がどのような経過をたどってきたかについて整理したい。

第1章 「我が国の児童保護施策の変遷」

1. 古代から明治期までの児童保護の変遷

古代における児童の養護に対する救護の施設は、その殆が皇室を中心として設置されたものであった。家庭以外の場において、児童の養護を行った最初の施設は、聖徳太子の建立した悲田院であるといわれている。これは、その当時輸入された仏教思想に影響を受けたもので、「子どもは仏の子として慈悲の対象となる」という教えから、上流階級、仏僧たちによる宗教的動機からの慈善行為であった。

鎌倉・室町時代には、僧侶が中心となって保護事業が行われていたといわれるが、詳細は不明である。

江戸時代には、捨子禁止令や捨子養育の制を定め特別な救済を講じたとする記述がある。

近代以前のわが国の児童保護事業は、その対象とするところは、孤児、棄児、貧児等環境に特殊性を持つものへの事後的な保護救済にとどまっていたといえる。

2. 明治期の児童保護

明治維新は、近代日本誕生の契機であったが、維新後の70～80年間は親族相救という封建時代からの思想が引き継がれ、近代的社会事業の発達が阻まれた。

それは、明治7年日本で初めて成立した貧困者に対する救済法「恤救規則」に象徴される。貧困状態にある者の救済は「人民相互の情誼」によってなされるべきである。血縁・地縁関係などの相互扶助によることが基本原則であった。

そして、「無告の窮民」（だれの助けも期待できない困窮者）に限って、やむをえず公費で救済するという制限的救済であった。

・民間慈善事業

公的救済制度が整わない中で、それを補ったのは、もっぱら民間の宗教家や篤志家であった。その代表的な人たちとして次の三人があげられる。

- ・1887年（明治20年）孤児救済～石井十次 岡山孤児院設立
- ・1891年（明治24年）我が国最初の知的障害児施設～石井亮一 孤女学院（現在の滝乃川学園）設立
- ・1899年（明治32年）不良少年矯正～留岡幸助 北海道家庭学校設立
- ・1900年（明治33年）感化法制定～8歳～14歳までの、不良行為をなし、またはなす恐れのあるものを保護し教育する施設として感化院が設置された。

3. 大正期の児童保護

日本の社会事業は大正中期から後期にかけて成立したといわれている。それに伴って児童の社会的養護もようやく開花した。その背景には、第一次世界対戦後のヨーロッパにおける児童保護に関する問題意識の高まりがあり、1923年（大正12年）ジュネーブに国際児童保護協会が設立された。我が国でも1926年（大正15年）に、第一回全国児童保護会議が開催され児童保護問題を行政に反映させる努力が行われたという。

これまで貧児、孤児や感化事業を中心としていた児童保護事業も、母性、乳児、一般の児童の保健や保護に拡大されるようになった。

乳児院～1918年（大正7年）賛育会～東京に本格的な施設を設立

児童健康相談事業～1914年（大正3年）日本赤十字社京都支部

1919年（大正8年）大阪市児童相談所開設

虚弱児施設～1917年（大正6年）大阪弘済会～臨海養育所

肢体不自由児施設～1921年（大正10年）柏学園設立～東京

感化施設～1919年（大正8年）国立武蔵野学院開設

- ・大学における専門教育が開始された。大正大学、東洋大学、日本女子大学において、社会事業専門教育が開始された。

- ・方面委員制度誕生 1918年（大正7年）

地域をいくつかの方面に分け、方面事務所を設けて貧困世帯の状況を把握し、行政機関と連携し、相談・援助を行うもの。～現在の民生委員制度の前身ともいえるもの

これらの基礎の上に、貧困をすべての人々の共同責任で取り除くという社会連帯思想をその救済理念として社会事業が成立した。

1924年（大正13年） 生江孝之～日本の社会事業の父

「社会事業は社会生活の充実と福祉の増進を将来すべく社会的弱者を精神的、保健的、及び物質的に保護教導し、之を文化的生活の享有にまで向上且つ安定せしめんとする公私事業の総和であり全部である。」

社会事業の本質についてこのように述べている。

4. 昭和初期から昭和20年（第二次世界大戦終了）までの児童保護

1929年（昭和4年）「救護法」制定

「貧困のため生活すること能はざるときは本法により救護す」～初めて国家が救護に当たる責任を規定。

この年から始まった世界恐慌の影響を受け、国内は深刻な経済不況に陥った。そのあおりを受けて、児童虐待、親子心中、浮浪児、身売り等の問題が多く発生した。

国は昭和8年「児童虐待防止法」を制定した。これは罰則規定をもって児童保護を行おうとしたものである。

昭和13年厚生省が設置され社会局に児童課が設けられ、児童行政は広く一般児童の福祉の増進を目的とすることが明らかにされた。しかしまもなく国家総動員法が公布され、戦時体制が敷かれ、社会事業は厚生事業という名に変えられた。

児童は戦時体制の下で人的資源とされ、児童保護は救護や救済ではなく保健や体力の向上に重点をおいた戦争目的のものであった。

5. 第二次世界大戦終了から現在までの児童福祉の動向

第二次大戦が残したものは、飢餓と貧困であった。こうした状況で問題となったことは、生活困窮者対策と戦災孤児、浮浪児対策であった。その数は戦後5年間で40万人を超えていたといわれている。

国は昭和21年中央社会事業委員会に児童保護法を諮問した。それに対して、委員会は孤児や浮浪児など特殊な問題をもつ児童を保護するのではなく、児童一般を対象とした児童の福祉を積極的に増進する立法の必要性を強調し、児童保護法ではなく児童福祉法とすべきであるとして答申した。昭和23年児童福祉法が施行され、ここに初めて「児童の福祉」が法律によって護られることになったのである。

次いで昭和24年身体障害者福祉法が制定された。これは身体障害者の社会復帰のための職業補導、自助の精神及び家庭生活に必要な知識を育て、訓練することを目的とした法律であった。

昭和26年生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法にかかわる共通の基本的事項を規定する「社会福祉事業法」が成立した。

ちなみに、「福祉」ということばは戦後用いられるようになったもので、それ以前は慈善事業、社会事業ということばが使われていた。

第2章 「からだの弱い子どもに対する福祉支援の歩み」

1. からだの弱い子どもに対する支援の歩み

昭和23年に成立した児童福祉法によって、からだの弱い子どものための福祉施設「虚弱児施設」の設置が初めて公的に認められた。以来、平成9年児童福祉法の改正によって「児童養護施設」に転換されるまで、50年余りにわたってからだの弱い子どもの福祉支援に大きな役割を果たしてきたのである。

子どもの健康についての福祉のかかわりについて我が国の歩みを振り返るとき、教育の場ではすでに明治22年三重尋常師範学校で、分校形式による病弱教育が行われるなど、多くの先駆的取り組みが行われたという報告がある。福祉のかかわりは遅れをとり、篤志家によって設立された「孤児院」に収容された子どもの中の病弱児が保護されていたようなものの、からだの弱い子どもを対象とした施策に見るべきものはなかったのである。

歴史的に記録されているものとして、明治33年東京市養育院が千葉県館山に設置した「養育院安房分院」、大正6年大阪弘済会が臨海保養所開設、同じく白十字会が神奈川県茅ヶ崎に林間学校を開設した。これは民間による組織的養護・教育の始まりとされ、後の虚弱児施設の基礎となったものである。大正15年児童愛護会が千葉県一宮に一宮学園を設立した。これらの施設は結核対策として設置されたものであったが、この他には見るべきものがないまま戦後に至ったのである。

2. 虚弱児施設の誕生

戦中戦後を通して国民の健康に関する大きな問題は、結核そして食料不足による栄養不良であった。虚弱児施設の誕生はまさにそうした社会情勢を受け結核児・栄養失調児対策を目的にしたものである。

虚弱児施設の発祥は、すでに述べたように大正時代にさかのぼる。しかし、大多数の施設は昭和23年児童福祉法制定以後に開設されたものである。

大正6年社団法人日本白十字会が結核予防事業の一環として、結核性疾患児童の養護教育を行うため神奈川県茅ヶ崎に白十字林間学校を創立した。次いで大正15年関東大震災罹災者の児童を保護教育することを目的として児童愛護会が設立され、その事業の一環として栄養不良児ならびに結核感染発病の恐れのある児童を療育する施設として千葉県一宮に一宮学園が誕生した。

昭和23年児童福祉法施行後施設の開設は全国に及び、昭和24年には全国で7施設、26年12施設、27年15施設、30年21施設、32年29施設、58年に34施設となった。施設数はこのように増加したが、未設置県が22を数え、関東以西に偏在するなど地域偏在傾向が顕著であった。

これらの施設の全国組織として「全国虚弱児施設協議会」が設立されていたが、ようやく昭和38年度から毎年継続的に施設実態調査が実施されるようになった。

これは、長年に亘り同協議会副会長を務められ、現在育療学会理事である石橋 祝博士の功績によるところが大である。この実態調査は、平成8年3月までおよそ33年にわたり続けられた。しかし、残念なこととその資料の大半は虚弱児施設廃止とともに散逸し、施設の歴史全体を見通すことが困難である。

3. 虚弱児と虚弱児施設について

1) 虚弱児とは

児童福祉法では、虚弱児施設を「心身の虚弱な児童を収容しその健康回復を図る」と定義している。

虚弱とか虚弱体質ということばは日常的な通用語である。けれどもそこで用いられている意味は、ただなんとなく「弱い子ども」といった程度のことであって、さほど深い内容をもって使われていない。それゆえ、あらためて「虚弱児」とは何かと問い直されると、だれもが明解な説明をすることができない。

それはひとつには、虚弱とか虚弱児という名称が、社会的な命名であって、医学的な診断名ではないからである。昭和23年児童福祉法の施行にともない厚生省が定めた虚弱児の基準は以下の12項目であった。

- (イ) ツ反陽転後発病の危険大なる状態にある小児
- (ロ) ツ反陽性の乳児及び4歳未満の幼児
- (ハ) 結核家庭の幼児にして感染の危険性大なるもの
- (ニ) 神経質の小児
- (ホ) 体質異常または体質性疾患のある小児
- (ヘ) 貧血性の小児
- (ト) 特に認められる疾患がなくても発育の悪い小児
- (チ) 特に認められる疾患がなくても微熱のある小児
- (リ) 感冒に罹りやすい小児
- (ヌ) 下痢しやすい小児
- (ル) 筋骨が薄弱な小児
- (オ) その他医師の診断で虚弱体質と認められた小児

これらの児童は、適正な環境の下に規則正しい日課と十分な栄養を与えることにより、それほど医療の必要なしに健康児になる程度のものであると示されている。

一方、この時期学校教育法では、病弱・虚弱児について学校教育施行令（昭和28年）は次のように規定している。

- (イ) 病弱者1. 慢性の胸部疾患、心臓疾患、腎臓疾患等の状態が6カ月以上の医療または生活規制を必要とする程度のもの。
- (ロ) 病弱者2. 身体虚弱の状態が6カ月以上の生活規制を必要とする程度のもの。

ここでは病弱と身体虚弱とが区別されており、病弱とは疾病が長期にわたっており、回復のために相当期間の治療ないしは生活の規制が必要なもの、身体虚弱は、医学的に明確な疾病があるわけではないが、何らかの身体機能の異常を示し、疾病に対する抵抗力も低下しているため、健康上普通の学童と同等の教育を実施できないものとされている。

ひとりの子どもを福祉の対象としてとらえる場合と教育の対象としてとらえる場合とで、用いられる基準がこのように異なっている。

2) 虚弱児施設の推移

虚弱児施設の歩みは昭和23年から始ったが、施設の状況を統計的にまとめることは前述したように昭和38年が最初であり、それ以前を知る資料は残念ながら残されていない。ここでは、昭和38年以降平成7年まで毎年全国虚弱児施設協議会が実施した調査

報告のうち入手できた資料に基づいて推移をまとめることとした。

(1) 年齢別入所児童数（各年度3月1日現在）

年齢	3歳未満		～6歳未満		～12歳未満		12歳以上		合計
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	
昭和38年	44	2.9	261	17.0	784	51.1	444	29.0	1,533
42	73	4.1	301	17.0	828	46.3	579	32.6	1,745
48	71	3.9	322	17.8	847	46.8	570	31.5	1,810
52	34	2.0	288	16.5	804	46.2	614	35.3	1,740
57	24	1.3	186	10.0	902	48.3	754	40.4	1,866
58	26	1.4	152	8.1	811	43.4	879	47.1	1,868
59	20	1.1	166	9.0	728	39.4	933	50.5	1,847
60	24	1.3	136	7.5	665	36.3	1006	54.9	1,831
61	20	1.1	151	8.6	617	35.0	975	55.2	1,763
62	19	1.1	143	8.5	585	34.8	934	55.6	1,681
平成元年	23	1.3	147	8.8	552	33.3	938	56.6	1,660
2	17	1.1	139	8.6	573	35.4	890	55.9	1,619
3	20	1.3	141	8.8	561	35.0	880	54.9	1,602
4	26	1.7	132	8.6	494	32.2	882	57.5	1,534
5	28	1.9	142	9.5	463	30.9	867	57.8	1,500
6	28	1.9	121	8.3	500	34.4	806	55.4	1,455
7	26	1.8	149	10.0	469	31.6	840	56.6	1,484

50年代前半までは6歳未満児の占める割合が20%もあったが、57年度では11%となり、以降減少傾向が続いている。

もう一つの問題は、昭和58年度をピークとして入所児童の減少傾向が続き、平成7年度にはピーク時の79%にまで落ち込んだ。児童人口の減少（少子化傾向）の影響を受けたものと思われる。

昭和30年代から昭和50年代にかけ虚弱幼児のみを対象とした施設が二か所あった。しかし、幼児人口の減少により、一か所は廃止され一か所は高校生までを対象とする施設に移行した。ここに示したように昭和50年代半ばから高年齢児の占める割合が高くなり、入所児童の半数以上が中高生という状況になった。その背景には、後で述べる入所理由の変化～心に問題を持つ子ども（心身症・不登校）の増加～という要因があげられる。

(2) 虚弱理由の推移

年度 虚弱理由	昭和							平成		
	38	42	48	52	57	61	62	1	2	7
結核性虚弱児	47.0%	27.7	17.1	12.9	8.2	5.3	5.4	4.3	4.0	2.3
先天性異常体質	6.6	3.6	2.8	2.1	5.5	6.7	5.4	7.4	7.6	6.1
その他の先天性疾患	4.3	7.2	7.2	10.0	5.7	5.3	5.9	4.3	5.1	3.3
発育障害	9.0	10.8	7.8	7.7	5.6	5.5	4.5	3.0	4.2	2.0
後天性慢性疾患	7.8	16.3	20.8	24.2	26.3	19.8	20.8	19.0	19.1	20.5
上記のうち 気管支喘息			14.3	13.6	17.6	13.8	13.1	12.0	11.0	10.9
その他	25.3	34.8	44.3	43.1	48.7	57.4	58.0	62.0	60.0	65.7
在籍児童数	1,533	1,745	1,810	1,740	1,866	1,763	1,681	1,660	1,610	1,484

これは昭和38年度からの入所理由（虚弱理由）についてまとめたものである。

ここに見るように最も顕著な変化は、ツ反自然陽転・結核後療法・結核症などを含めた、いわゆる結核性虚弱児の減少である。調査を始めた昭和38年度には50%近くを占めていたこれらの児童は、その後減少傾向をたどり平成7年度には2%にまで減少した。

結核の減少は社会的には好ましいことであるが、施設の側には入所対象をどうするかという施設のあり方への対応を迫られる事態に直面させられることになったのである。

この表に示したその他の比率の増加傾向は、入所児童の多様化現象を現したものであるが、多様化ということは、身体的な問題のみならず心の問題をもった児童の増加を意味している。平成2年度には心の問題を入所理由とするものが24%も含まれ、そのうちの半数は不登校児であった。

3) 虚弱児施設の課題

1) 虚弱児の概念

児童福祉法では虚弱児施設の対象として前述のような基準を定め、規則正しい日課と十分な栄養を与えることにより、それほど医療の必要なしに健康回復する程度のものを「虚弱児」と考えていた。しかしながらこれが制定された昭和23年当時と現在では、社会情勢が異なると同時に、社会的にクローズアップされる疾病構造も大きく様変わりしている。例えば単に食糧不足による栄養不良児は皆無となり、かつては国民病といわれた結核も予防法、治療法の進歩により激減している。結核実態調査によれば、満14歳未満の小児結核患者の推定数は、昭和28年35万人、46年1万3千人、55年7,500人、60年3,800人となっている。児童福祉法制定時に想定された「虚弱児」と現在入所している「虚弱児」とでは大きな差異がある。この現状を受けて、全国虚弱児施設協議会では、「虚弱児施設のあり方研究委員会」を設置し、昭和60年代から独自の入所対象児の基準を作成し、それに基づいて入所児童の分類を行うこととした。

次の表は、新しい基準による入所児童の分類である。

結核による年次別死亡数・死亡率（人口10万対）

年次	死亡数	死亡率	年次	死亡数	死亡率
1899明治32年	67,599	155.7	1955昭和30	46,735	52.4
1930昭和5	119,635	185.6	60 35	31,959	34.2
40 15	153,154	212.9	65 40	22,366	22.8
41 16	154,344	215.3	70 45	15,899	15.4
42 17	161,484	223.1	75 50	10,567	9.5
43 18	171,473	235.3	80 55	6,439	5.5
47 22	146,241	187.2	85 60	4,692	3.9
48 23	143,909	179.9	90平成2	3,664	3.0
49 24	138,113	168.8	95 7	3,178	2.6
50 25	121,769	146.4	2000 12	2,656	2.1
51 26	93,307	110.3	4 16	2,330	1.8

（昭和15、22、25年～死因第一位 結核）

年次別、年齢階級別結核罹患率

（人口10万対）

	昭和37	45	50	55	60	平成2	7	12	17
総数	403.2	172.3	96.6	60.7	48.4	41.9	34.3	31.0	22.2
0～4歳	184.4	75.3	20.0	7.9	5.4	3.1	2.5	1.8	1.0
5～9	261.3	96.8	19.9	6.5	3.5	1.8	1.2	0.7	0.4
10～14	143.4	47.0	13.7	6.3	3.9	2.1	1.5	1.1	0.6
15～19	218.7	65.4	32.8	18.5	12.6	9.9	7.0	5.7	4.4
20～29	409.9	130.7	70.2	38.0	28.1	25.1	20.8	20.1	15.4
30～39	504.5	162.9	78.5	44.9	29.9	24.5	20.3	19.6	14.9
40～49	536.4	217.6	115.3	63.1	42.7	32.7	26.0	21.6	14.0
50～59	618.6	294.1	175.5	107.6	78.3	56.5	41.3	31.3	18.9
60～69	733.3	413.3	252.6	161.0	122.7	96.2	66.5	46.1	26.2
70歳～	607.8	416.0	312.5	218.3	183.8	154.5	12.2	101.3	66.6

新しい基準による入所児童の分類

(毎年度3月1日在籍児)

分類	内容	実数(人)		疾病問題		
		平成2年度	平成7年度	平成2年度	平成7年度	
1 公害転地	公害病または転地療養の必要なもの	301 (18.6%)	253 (17.0%)	気管支喘息 その他のアレルギー	11.0% 7.6	10.9% 6.1
2 虚弱養護	家庭的な理由から保護を要する身体虚弱なもの	221 (13.7%)	187 (12.6%)	身体虚弱	13.7	12.6
3 環境調整	家庭から分離し環境の改善を図る必要があるもの	556 (34.3%)	483 (32.5%)	結核 身体の発達遅滞 自律神経失調症 心身症 登校拒否・不登校 情緒障害 問題行動 神経性習癖 精神神経障害	4.0 4.2 0.3 2.2 14.8 0.1 1.4 0.8 6.4	2.3 2.0 0.6 2.6 16.2 0.1 2.4 0.5 5.7
4 療育管理	療育上特殊な配慮を受け家庭療育が困難なもの	353 (21.8%)	324 (21.8%)	心疾患 てんかん 血液疾患 栄養障害 腎炎等泌尿器疾患 肺疾患 肥満 内分泌・代謝 眼疾患 耳鼻咽喉疾患 言語障害 運動疾患 脳神経障害 先天奇形 腫瘍	2.5 5.6 0.4 0.2 1.7 0.1 3.0 1.6 1.3 1.5 0.4 1.9 0.5 0.4 0.3	2.0 5.3 0.0 0.2 1.1 0.7 3.8 1.9 1.2 1.8 0.2 1.2 1.2 0.2 0.5
5 その他	児相と施設が協議し施設療育の必要なもの	33 (2.0%)	11 (0.7%)			
6 その他	上記分類に記入されなかった病気	155 (9.6%)	226 (15.2%)			

- a 公害転地：公害など地域の特殊要因から転地する必要がある場合
- b 虚弱養護：家庭の人的経済的理由のため、保護を要する児童であって、健康増進を図る必要がある場合
- c 環境調整：家庭環境が児童の心身の療育上適正を欠くため、当分の間家庭から離し健康回復を図る必要がある場合
- d 療育管理：次のような特殊な配慮を要し、家庭での療育が困難な場合
 - ア、日常生活は普通にでき、ふだんは直接の医療を必要としないが急変の恐れのある児童（先天性・後天性疾患、リュウマチ熱及びてんかん回復期の児童）
 - イ、特殊な食餌療法が必要である児童（腎疾患、肝疾患の回復期の児童アレルギー疾患を有する児童、肥満児等）
 - ウ、特殊な生活訓練が必要である児童（起立性調節障害、心身症等を反復する児童、身体症状を主とする情緒障害児等）
- e その他：児童相談所が、施設との協議で施設における療育を必要とすると認めた場合

これは、あり方検討委員会が作成した、昭和60年代の入所児童の実態に則した分類基準である。しかし、当時の厚生省はこの基準を認定することはおろか、時代に則した虚弱児の基準や施設のあり方についてすらなんの対応も示さなかった。

結果として、それぞれの施設は地域社会の要請に応える形で独自の対応を迫られることになったのである。それは一方で入所児童の多様化という事態をもたらした。

平成4年度厚生省から厚生行政科学研究事業「小児慢性疾患児に対する中間施設のあり方に関する研究（児童福祉施設をモデルとして）」の委託を受け、石橋 祝博士を主任研究者として調査研究が行われた。これは奇しくもその前年度に同じ厚生省の心身障害研究事業「小児慢性疾患のトータルケアに関する研究」報告書として提出した中塚のレポートが厚生省の目に留まり、この研究が行われることになったそうである。

国による虚弱児施設に関する研究はこれを最後に以後行われることはなかった。

3. 児童福祉法改正後の状況

1) 児童福祉法改正（平成9年）

貧児・孤児を保護の対象として戦後策定された児童福祉法が、家庭における子育て機能の低下や、児童虐待、ひとり親家庭の増加など児童を取り巻く新たな問題にそぐわないことが明らかになってきたため、平成9年法律が改正されることになった。

この時点で虚弱児施設は5年の移行期間を設けて児童養護施設に転換されることになったのである。昭和23年以来50年に亘って体の弱い子どもを守る福祉の砦として大きな実績を上げてきたこの施設の役割や存在意義が失われたとは決して思えない。

次に示す表は、平成10年に実施された児童養護施設と虚弱児施設入所児童の疾病問題に関する調査結果（全社協・全国児童養護施設協議会）及び平成15年度に実施された旧虚弱児施設入所児童の病気の実態に関する調査（全国児童養護施設協議会）結果である。

病種別児童推移

病 種 別	平成10年度	平成15年度
気管支喘息・アレルギー・アトピー	245人 (17.8%)	262 (16.9%)
てんかん・脳疾患	97 (7.0)	71 (4.6)
心臓疾患	38 (2.8)	32 (2.1)
肺疾患	4 (0.3)	0 (0)
腎疾患	16 (1.2)	17 (1.1)
肝疾患	9 (0.7)	7 (0.5)
低身長・小人症・発育不良	35 (2.5)	29 (1.9)
耳鼻科疾患	33 (2.4)	29 (1.9)
眼科疾患	30 (2.2)	38 (2.4)
心身症	42 (3.0)	27 (1.7)
皮膚疾患(アトピーを除く)	9 (0.7)	6 (0.4)
熱性けいれん	7 (0.5)	5 (0.3)
甲状腺疾患	7 (0.5)	2 (0.1)
肥満	52 (3.8)	24 (1.5)
精神疾患	32 (2.3)	22 (1.4)
兔唇・口蓋裂・他軟口蓋疾患	4 (0.3)	7 (0.5)
脊柱側湾曲症	2 (0.1)	1 (0.1)
結核	21 (1.5)	11 (0.7)
精神発達遅滞	25 (1.8)	32 (2.1)
身体虚弱	48 (3.5)	65 (4.2)
その他	198 (14.3)	154 (9.9)
病気、疾患を持つ児童数	954	841
要養護(被虐待を含む)	426	713
入所児童数	1380	1554

ここに示された数字は、児童福祉法改正により虚弱児施設が廃止される直前の入所児童の状況である。これを見るかぎり虚弱児施設不要論の根拠を見いだすことは困難である。さらに、こうした意見は次の表からも裏付けられる。

児童養護施設と旧虚弱児施設の疾病問題の比較（施設当平均人数）（平成15年度）

分類	内 容	実 数・比 率	
		児童養護施設	旧虚弱児施設
1 公害転地	公害病または転地療養の 必要なもの	1.4人 (2.8%)	5.5人 (13.4%)
2 虚弱養護	家庭的な理由から保護を 要する身体虚弱なもの	0.1 (0.3%)	4.9 (11.7%)
3 環境調整	家庭から分離し環境の改 善を図る必要のあるもの	3.8 (8.0%)	12.5 (30.1%)
4 療育管理	療育上特殊な配慮を要し 家庭療育が困難なもの	0.6 (1.3%)	2.6 (6.4%)
5 その他	児相と施設が協議し施設 療育の必要なもの	0.7 (1.4%)	2.1 (5.0%)
6 その他	上記分類に記入されなか ったもの	39.3 (81.6%)	4.5 (10.8%)

虚弱児施設廃止後

平成10年虚弱児施設は廃止され、5年の移行期間を設けて児童養護施設への転換が行われた。次の表は、廃止が決まった平成10年度末における虚弱児施設入所児の状況及び移行期間終了時の入所児の状況の比較である。さらに次の表は、完全廃止直前に実施された児童養護施設と旧虚弱児施設入所児の疾病問題の比較である。このように健康上の問題をもった子どもが多数施設に入所していて、これを見るかぎり虚弱児施設不要論の根拠を見いだすことは困難である。

すでに法律上削除された施設について語ることは、亡くしたわが子の齢を数えるに等しいが、この施設が果たしてきた役割は、福祉施設として子どもの日常生活を支えながらその健康回復を図り、合わせて家庭を守ることであった。そこで行われていたことは、小児慢性疾患に対するトータルケア（患者に対する援助・親に対する援助・関連する職種との連携）そのものである。これらの機能や役割を児童養護施設に求めることは困難である。将来、この施設の役割が再認識され、あらためて虚弱児施設が再興される事を信じたい。

今、からだの弱い子どもは福祉でどのように守られているか

改正児童福祉法（2005年 平成17年4月）

第二章 福祉の保障

第二十条 都道府県は骨関節結核その他の結核にかかっている児童に対し、療養に併せて学習の援助を行うため、これを病院に入院させて療養の給付を行うことができる。療養の給付は、医療並びに学習及び療養生活に必要な物品の支給とする。

第二十一条の五 都道府県は、厚生労働大臣が定める慢性疾患にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童又は児童以外の満20歳に満たないものであって、当該疾患の状態が当該疾患ごとに厚生労働大臣が定める程度であるものの健全な育成を図るため、当該疾患の治療方法に関する研究その他必要な研究に資する医療の給付その他政令で定める事業を行うことができる。

「慢性疾患児童の健全な育成をはかるための措置」

- ・都道府県は、慢性疾患に罹っている児童等の健全育成のため、治療方法等に関する研究のための医療給付を行うことができる。
- ・国は都道府県が支弁する前述の給付に要する費用を補助することができる。都道府県知事は、患者等に対してその負担能力に応じた費用の支払いを命じることができる。

「小児慢性特定疾患治療研究事業」

1968年（昭和43年）

先天代謝異常、小児がん、慢性腎炎、内分泌疾患、膠原病、糖尿病、血友病、神経疾患等小児慢性疾患のうち、その治療が長期間にわたり、医療費の負担も高額になるので、負担の軽減を目的として指定するもの。

以来、年度ごとに対象疾患が追加されてきたが、昭和49年、対象疾患の大幅な拡大を行うのを契機に「小児慢性特定疾患治療研究事業」として統合され、さらに平成

2年度からは神経・筋疾患を対象に加え、その医療の確立と普及を図り、合わせて患児家庭における経済的、精神的負担の軽減をはかることとした。

平成15年、「小児慢性特定疾患治療研究事業の見直しに関する基本方針」を踏まえ次世代育成支援の観点から、子育てしやすい環境の整備を図るため、本事業を見直し、小児慢性特定疾患児に対する安定的な制度として法整備を含めた制度の改善・重点化を行うこととし、児童福祉法の一部改正が行われ、平成17年4月施行された。

この事業は法律に基づく安定的な制度とされるとともに、制度の改善・重点化が図られ、新たに福祉サービスに係る事業を実施することとなった。

- ・小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業
- ・療育指導費の拡大

まとめにかえて

「ふたたび、子どもの福祉を守ることについて」

「児童福祉の原理」

第一条 児童福祉の理念

「すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。すべて児童は、等しくその生活を保障され、愛護されなければならない。」

第二条 児童育成の責任

「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身共に健やかに育成する責任を負う。」

第三条 原理の尊重

「前二条に規定するところは、児童の福祉を保障するための原理であり、この原理は、すべて児童に関する法令の施行にあたって、常に尊重されなければならない」

1948年 昭和23年施行された児童福祉法は、数回にわたって改正されてきたが、このうち1997年 平成9年の改正は、この法律の枠組みや考え方の変更を前提とした大きな改正であった。

それまでの児童福祉サービスは、保護を必要とする児童に対する施設サービスが中心であり、なかでも昭和30年代から40年代にかけては重度障害児の施設が整備された。

これに対し、この改正では、家庭機能・家庭の子育て機能の強化といった「児童家庭福祉」を重視する新しい時代に即した枠組みに改められた。

この背景には、地域や家庭の子育て機能の低下など、児童や家庭を取り巻く環境の大きな変化がある。そのためにとられた方策は以下の点である。

- (1) 児童施設と保育施設の見直し
 - ・保育所の選択利用システムの導入
- (2) 児童自立支援施策の充実
 - ・児童相談所の機能強化
 - ・児童家庭支援センターの創設
 - ・児童施設の名称・機能の見直し

2005年 平成17年児童福祉法一部改正が行われた。この改正の主な点は、

- ・児童相談に関する体制の充実
- ・「要保護児童対策地域協議会」の設置

地方公共団体は、要保護児童の適切な保護を図るため、必要な情報交換を行う協議会をおくことができる。（虐待児対策の一環として）

この改正では、児童相談に応じることを市町村の義務として法律上明確にし、住民に身近な市町村において、虐待の未然防止・早期発見を中心に積極的な取組みを求める。

市町村の役割を積極的に求めるこの仕組みは意義あることであるが、市町村がそれに応えられる人材や機能を育し、その役割を担えるのかといった不安もある。

所期の成果を上げるためには、市町村担当者の質の向上と、国・県の強力なバックアップ体制の強化が必要である。

- ・「慢性疾患児童の健全な育成を図るための措置」

「都道府県は、慢性疾患にかかっている児童等の健全育成のため、治療法等に関する研究のための医療給付を行なうことができる。」

「国は都道府県が支弁する前述の給付に要する費用を補助することができる。」

都道府県知事は、患者等に対してその負担に応じた費用の支払いを命じることができる。」

このように小児慢性特定疾患治療研究事業は、法律に基づく安定的な制度となった。

この対策は他の国には見られない極めてユニークな施策といわれている。この施策によって全国的な規模で難病対策がとられるようになった。けれども、この制度の網にかからない多くの子どもに対しては、地域で支えて行く仕組み……地域保健医療の推進、地域ケアシステムの構築など課題が残されている。

近年、小児慢性疾患の治療は、治療薬の進歩、治療方法の変化などによって長期入院対応から、病気の状態によって～疾病の初期・症状の増悪・不安定な時期など～治療上必要な場合にかぎって入院適応とし、可能なかぎり外来治療で対応していこうとするようになり、家庭において通学しながら療育を続けようとするようになってきた。しかし、保護者の中には退院後の家庭での生活に不安を抱くものが少なくない。

療育の効果をあげるためには、それを家庭のみに負わせるのではなく医療や他機関のサポートが必要である。従来、病院と家庭を結ぶラインの中間に位置していた施設（虚弱児施設）が、アフタケア施設としての役割を果たしていたが、それが廃止されたいま、地域の諸機関の連携によって支えて行かなければならない。現在の福祉制度は申請主義といって、サービスを必要とするひと自らが行動を起こさなければならない。そこで大切なことは、利用可能なサービスに関する情報が日常的にどのように提供されているかということである。福祉サービスを利用することにためらいを感じるひともし少なくないが、福祉は、WELL-BEING だれもがよりよく生きることを支える仕組みである。ひとり一人の子ども……からだの弱い子どもを支えることにかかわって、子どもを中心においた、医療・教育・福祉の現場における一層の連携が求められるところである。

以 上

参考文献

1. 加藤忠明 : 難病の子どもたちへの医療の現状と今後のあり方
小児看護 第30巻 第1号 2007年
2. 加藤忠明 : 子どもの難病の統計 からだの科学 19
3. 金子光一 : 社会福祉のあゆみ 2005年 有斐閣
4. 黒川清 他 : 難病の研究と治療のあゆみ からだの科学 19
5. 厚生統計協会 : 厚生指標「国民衛生の動向」 2006年
6. 厚生統計協会 : 厚生指標「国民の福祉の動向」2006年
7. 小林 登 : 子どもの難病とは からだの科学 19
8. 杉本一義 他 : 児童福祉の方法 1973年 川島書店
9. 全国社会福祉協議会編 : 集団保育指針 1992年 日本小児医事出版
10. 全国病弱虚弱教育連盟・病弱史教育研究委員会編 : 代表 加藤安雄
日本病弱史 1990年
11. 千葉喜久也 : 児童福祉論 2005年 中央法規出版
12. 東野博彦 他 : 小児期発症の慢性疾患児の長期支援についてー小児ー思春期ー
成人医療のギャップを埋める「移行プログラム」の作成を目指して
小児内科 VOL.38 NO.5.2006-5
13. 中塚博勝 : 小児慢性疾患の生活管理のあり方 小児の精神と神経 第37巻
第1号 1997年
14. 前田光哉 : 子どもの難病と厚生行政 からだの科学 19
15. ミネルバ書房 : 社会福祉六法 2007年 平成19年版
16. 森 和夫 : 小児慢性疾患の現状と家庭支援 子ども家庭福祉情報 第6号
1993年 恩賜財団母子愛育会 日本総合愛育研究所

研究発表座長報告

●研究発表 I

座長 横田 雅史 (愛知みずほ大学)

滝川 国芳 (国立特別支援教育総合研究所)

I - 1. 病気療養児の教育支援体制に関する一考察 - 広島県下における実態調査から -

(長江綾子)

病気療養児の教育の実態、特に広島県内の院内学級における教育の実態を把握し、課題を明らかにした上で改善のための示唆を得ることを目的として、アンケート調査を行った。その結果、学籍・教員配置など行政面の課題の大きさ、連携の重要性と困難さ、院内学級存続の危機的状況、啓発の重要性、そして、院内学級の必要性などが明らかになったことが報告された。

教育改革、医療改革が急速に行われている日本においては、病気の子どもを取り巻く環境が大きく変化しており、通常の学級と院内学級との在籍を繰り返す児童生徒の教育を考える上で、示唆に富んだ発表であった。

I - 2. 特別な教育的支援の必要な子どもへのかかわりに関する研究 - 担任が望む養護教諭のかかわり -

(金子紘子他)

特別な教育的支援を必要とする子どもに対し、担任が望む養護教諭のかかわりについて明らかにすることを目的として、養護教諭及び担任教師にアンケート調査を行った。その結果、担任が望む関わりとは必ずしも一致しないこともあるものの養護教諭も、特別な支援を必要とする子どもにかかわっている実態が明らかとなったことを報告した。

特別支援教育を進めていく上で、学校保健の視点からのアプローチは重要であり、養護教諭が果たす役割について調査を行った意義は大きく、今後のさらなる研究に期待したい。

I - 3. 病弱児に対する養護教諭と関係機関との連携に関する研究

(工藤綾乃他)

小中学校に在籍している病気のある子どもの教育のための連携の実態を把握し、今後必要と考えられている連携機関を明らかにすることを目的として、小・中学校、病弱養護学校の養護教諭に対するアンケートを行った。その結果、連携が深い関係者として担任、保護者、病弱養護学校では、その他に主治医も多かったこと、スクールカウンセラーとの連携を必要とするのは、行動障害や内分泌疾患など心理的配慮が必要となる疾患であることが報告された。

病院への入院期間が短くなり、また在宅医療、外来通院を行う子どもたちは、小中学校の通常の学級に在籍することになる。そのような状況の中で、養護教諭が関係機関と連携しながら適切な教育環境を確保することは重要である。この際、特別支援教育コーディネーターとの連携も重要であり、学校組織としての取組に関する研究に発展することが望まれる。

I - 4. 病弱養護学校のセンター的機能に関する研究 - 個別の教育支援計画を通しての小・中学校との連携を中心に -

(畔見志保他)

病弱養護学校としてのセンター的機能の一環として児童生徒の転出入のあった小・中学校との連携するためのツールとして、個別の教育支援計画を取り上げ、その役割、連携のための活用方法を検討したものである。転入先の小中学校では、個別の教育支援計画を完成した資料として受け取る

ケースが多いこと、作成側の養護学校では、個人情報保護に留意していることが報告し、児童生徒の転出入が頻繁にある病弱養護学校ならでは、個別の教育支援計画の在り方について考察されていた。

病気の子どもが学校を転出入する際に、病院にある学校と小・中学校等とが連携することによって切れ目のない教育支援を行うことは重要で、そのためのツールとしての個別の教育支援計画の活用方法が探ることは重要であると考えます。

I-5. 算数・数学における「学習空白」の研究 (谷麻紗美)

「学習空白」とは何を指すのか、どのような状況であるのかと言うことは正確な言及はされていない。本研究では「学習空白」を「算数（数学）」といった積み重ねの必要な科目において、ある学習領域が未学習であったり、学習が完全に定着していないことにより、その後に行われる学習に望ましくない影響を及ぼしているもの」と定義を行い、養護学校教員にインタビュー調査を実施した。そして、「学習空白」とは何か、その対応策や配慮事項はどのようなものかを算数・数学に関して研究した報告であった。教員が「学習空白」というものを正確に把握していないと、転校の際の正確な引き継ぎにはつながらないことを指摘している。

病気による学習の遅れや学習意欲の低下を最小限にすることは、病気の子どもたちのQOLを高

めるためには必須事項であり、教員が「学習空白」をどのように共通認識するための具体的な方略を検討することはこれから必要になると考える。

I-6. 重度知的障害児との集団指導から見えてきたもの－地域校での特別支援教育の取り組み－

(西嶋大輔他)

地域校における重度知的障害児との集団指導について、当該児童とその子どもに関わる教職員・交流担任・保護者について相互作用に着目して分析し、学校全体がどのように変容したかを①教職員の意識②子どもたち③当該児童④保護者の4点から検証した報告である。個別の支援を満たす教育を行うためには、特別支援学級担任以外の教職員も含めた集団指導を行うことが不可欠であること、学校が、「すべての児童、すべての教職員、すべての保護者の相互学習の場である」というインクルージョンへの萌芽がみられたことを確認した。

小・中学校等において、さらに特別支援教育が浸透していくためには、これまで以上に管理職を含むすべての教職員、そして近年は学校教育にかかわる多職種の方々との連携は不可欠である。本研究は、事例を細かく分析し、重度知的障害児が集団の中で教育を受けることによる周囲の変容について明らかにしており、今後のインクルーシブ教育に向けた示唆を含んでいる。

(文責 滝川国芳)

●研究発表Ⅱ

座長 土屋 忠之（東京都立久留米養護学校）
榎山 勝子（前神奈川県立横浜南養護学校）

Ⅱ－1. 発達障害がある人の青年期、成人期にかかわる支援について－発達障害者支援センターにおける支援実践から－

（石橋悦子）

平成15年に開設した東京都発達障害者支援センターでの相談支援の経過概要と現状、課題について報告があった。知的障害を伴わない人からの相談が8割を占めており、高機能の発達障害の人たちが、地域社会の中で孤立無援の状態にある実態が見えた。会社などの周囲が発達障害者を理解して関わるができるように具体的な指針を提示した事例報告がされた。今後、生活全体を視野に入れた相談支援体制の整備、受け皿の確保が求められること、家族機能を活性化させるために医療・福祉・保健の協同が不可欠と結んだ。

Ⅱ－2. 中核地域生活支援センターの取組と役割－中核地域生活支援センター香取ネットワークが取り組んだ地域で支えるシステムづくり－

（高木美枝子）

たらいまわしや丸投げをせず365日24時間体制で、精力的に地域生活支援・相談・権利擁護等の機能を担っている生活支援センターの活動が報告された。千葉県では、14の健康福祉センター圏域ごとにこの中核センターが設置されており、1つ1つのケースワークと共に地域福祉創りが、有機的に結びついた活動を目指している。障害関係の相談の加え、児童・高齢・軽度発達障害等さまざまな相談が寄せられているが、それに対して、縦割り機能と横断的なネットワークが柔軟に機能して支援をする画期的なシステムが構築されようとしているとの印象をもった。

Ⅱ－3. 東総障害者就業・生活支援センターにおける就労支援－地域で取り組む就労支援と今後の取り組み－

（丸山理章）

千葉県から委託され、東総地区で障害者の雇用促進支援と生活支援の両面を一体的・総合的に提供する目的で活動している法人の報告であった。利用者の交通アクセスを考慮して事務所を設置したことで、精神障害者の方からの相談が増え、就職準備段階から職場定着までの一貫した支援を行う「地域障害者就労支援基幹整備事業」を立ち上げたことで、地域の関係機関がチームアプローチをすることで重層化した連携を図ることができたという試みができた。新たに障害者雇用を検討する企業も出るなど法人の取り組みが着実に結果を出していることがわかった。

Ⅱ－4. 「自立活動」5区分とマカトン法との関連性について－自閉症児の適切な教育支援の一考察－

（竹内涼太他）

私立旭出養護学校の設立経緯と学校の特色・小学部教育課程が児童の活動の様子を含め、画面から紹介された。旭出養護学校では1987年よりマカトン法での教育実践を行ってきたが、小学部児童（特に自閉症児）においてどんな有効性があったか、自立活動と週時程表・マカトン法と自立活動はそれぞれどんな関連をもつのか、教員へのアンケート調査をもとに報告された。結果、マカトン法は自立活動5領域すべてに有効であり、どの知的水準の自閉症児にも音声言語の獲得やコミュニケーション面での改善が見られたことが明らかになったと報告された。

II - 5. 第二次世界大戦前の京都における病虚弱児教育施設 (桐山直人他)

「日本病弱教育史」(第二次世界大戦前の京都)の補完をするべく行った文献調査研究の発表である。当地に赴き、文献に当たった結果、京都帝大付属病院内では1908年に医師によって慢性疾患児に教育が行われていた、1914年、全国に先駆けて夏季児童保養所が日赤等で実施された、1932年に

は、軍事援護団体の福祉事業として八瀬学園が開校した、1937年より京都市内の小中学校は、全校児童を対象とした郊外学舎を開設した、など新しい事柄が明らかになったことが報告された。貴重な写真を豊富に交え、興味深い発表であった。

(文責 棹山勝子)

●研究発表Ⅲ

座長 小畑 文也 (筑波大学人間総合科学研究科)
西牧 謙吾 (国立特別支援教育総合研究所)

Ⅲ - 1. 教医連携による近未来指向の筋ジス児に対する実践

(池田哲也他)

進行性筋ジストロフィー児のQOLとセルフエスティームの向上を目的として、教医の協働の元に、ハロウィック水泳法を軸とした実践を行った、その報告である。協働のための鍵として、ICFによる共通言語の使用、「システム・シンキング」をベースとした計画の立案が用いられた。水泳を中心としながら、その活動は多岐にわたり、概ね成功裏に終わった。

「協働」に関するリスクとリターンの視点から討議が行われたが、その見極めは難しいものであろう。

Ⅲ - 2. 病棟における玩具の機能に関する研究 - テディベアを中心としたエピソード記録による分析 -

(小畑文也他)

小児病棟における、「ヒーリングベア」の一斉配布を機に、それを子どもがどのように扱うかを「玩具の機能」の視点から詳細に追跡したものである。特にヒーリングベアに一定の役割を持た

せた子どもの観察(焦点観察)を通じて、それが玩具以外の様々な機能を持ちうる事が明らかとなった。

今回は同一玩具の一斉配布というある程度特殊な状況における観察・調査であったが、今後より通常の病棟環境における、玩具等環境の役割とその整備に向けての提言が望まれる。

Ⅲ - 3. 通常の学級に在籍するアトピー性皮膚炎の児童・生徒への教育的支援について - 文献検討を中心に -

(深沢美華恵他)

通常の学級に在籍するアトピー性皮膚炎の児童・生徒の教育的ニーズとそれへの支援の方法、および課題を明らかにするため、文献を中心に検討を行ったものである。結果、学校にシャワー設備等の清浄を行う設備がないこと、学生服など身近なものにも注意を払う必要があることが明らかとなった。

アレルギー疾患は、その有病率の高さからとかく日常生活の延長で捉えられがちであるが、それを有する子ども本人にとっては深刻な問題ともなりうるものである。潜在的なニーズの多い課題であるとも思われるため、今後の展開が期待される。

Ⅲ－４．小児がん患児とその母親による院内学級新聞作成の試み

(山口志麻他)

病院内学級新聞を壁新聞として作成し前籍校に掲示する、という試みを通して、小児がん患児と前籍校との繋がりを保ち、病院内学級の様子を前籍校に認知してもらった事例の報告である。保護者(母親)の視点からの発表であり、こういった試みが、子どものみならず、保護者、時として遺される家族にとって有効であることが示唆された。

一つのアイデアであるが、病棟という時間的にもスペースにおいても限られた環境では、有効な方途の一つと思われ、このような個人レベルの工夫が発表、蓄積されることは有益なことであると思われる。

Ⅲ－５．セルフヘルプグループ(親の会)の存在意義の再考－「全国心臓病の子どもを守る会」の活動を通して－

(三ツ石圭吾)

セルフヘルプグループ(以下SHG)の機能に関する研究は従来、当事者団体に関するものが中心であったが、本報告においては「親の会」(全国心臓病の子どもを守る会)の会員を対象に面接調査を行い、そのそれぞれにとってのSHGの存在意義を聴取し、まとめたものである。結果と

して、当事者のSHGと同様の存在意義を持つことが明らかとなったように思われる。

子どもに限らず、家族に病人が出た場合は、家族全体が障害状況になることは、ままあることである。今後、家族支援の視点から、こうした家族のSHGの機能が明確になっていくこと、それを元に家族のSHGの活動が促進されていくことが望まれる。

Ⅲ－６．療養中の長期欠席児の学習支援に関する研究

(河合洋子他)

医療と教育の谷間にある、長期欠席児の実態を、ひとつの県を中心に、詳細に調べたものである。入院していた児童・生徒では、骨折等損傷、呼吸器系、新生物・血液造血系など病名の明確なものが多かったが、入院していない在宅療養児では心身症等の行動障害が多く、病名が明確なものが多かった。

学校基本調査でも同様の調査が全国規模で行われているが、その結果は、不登校と身体疾患という大きな分類でしか示されておらず、児童・生徒の教育的ニーズの把握のためには不十分であった。その意味では、本報告の結果は貴重である。本学会をベースとして数年に1回程度の割合で、全国規模で調査を実施することはできないであろうか。

(文責 小畑文也)

旧成東児童保健院訪問記

西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所）

今学術集会会長である中塚博勝先生の会長講演は、長年先生が勤務された虚弱児施設の歴史的意義の記録を残したいという強い希望から実現した。そこで、会長講演にさらに花を添えて頂くために、長年日本育療学会理事を務められ、中塚先生とご一緒に日本の児童福祉における虚弱児施設の運営に貢献された石橋祝先生には、学術集会当日に指定発言をお願いすべきところ時間をとることが出来ず残念に思っていた。そこで、編集委員会より、石橋先生に育療40号に寄稿をお願いすることにした。しかし、体調がすぐれず、寄稿は難しいとのお答えを頂いた編集委員会では、直接お話をお聞きして、編集委員会の責任を果たそうと考えた。そこで、平成19年12月9日（日）、西牧、滝川とで、旧成東児童保健院の近くの石橋祝先生宅を訪問し、中塚先生にも同席頂いて、思い出話を聞くことにした。以下は、その時の話を西牧が記録して再現したものである。

石橋先生は、昭和32年に東京都保田児童福祉園に赴任された。東京都保田児童福祉園は、児童福祉法に基づく児童養護施設及び医療法に基づく病院として、都内に在住する心身に慢性疾患を持つ児童に適切な治療と教育を行い、健康を回復することを目的に、昭和24年に千葉県鋸南町保田の地に設置された。現在の児童福祉法にはないが、児童養護施設の中の虚弱児施設に当たる。

先生は、昭和22年千葉大学医学部の卒業で、成田日赤小児科を経て、小児科教授からの鶴の一声で赴任が決まったそうだ。当時の東京都保田児童福祉園は、結核のアフターケアとツ反陽転児（結核虚弱児）、親が結核で経過観察のための入所児、栄養失調の子どもたちが入所していた。定員は80人の施設で、建物だけでなく、子どもの心も荒れ果てていたという。石橋先生が赴任される前まで、園の所長は、長らく事務職が務めていた。当時の管理職は軍隊帰りの人も多く、子ども達は、軍隊式の集団生活でいじけていたそうだ。先生は、医

師として初めて所長に迎えられた。全国でも初めてのことだった。当時、医師として福祉の仕事に就くことをどう思われたかという質問に対し、先生は、「この仕事がすきだった」と答えられた。

先生は、子ども本位、医療本位で仕事を進められた。まず、柵を取り払い、運動場を広くし、思い切り遊べるようにすると、子ども達は、みるみる元気になっていった。この状況を科学的に評価するために、当時伊豆長岡に東京都の乳児院があり、そこにいた心理判定員を保谷に来てもらい、IQテストや性格テストを実施した。個人に合った生活をさせることで、子どもが元気になり、テスト結果にも、その変化が現れた。更に自分のやり方に自信をもたれたそうである。そこで、常勤の心理判定員を、伊豆長岡乳児院で心理判定員をされていた澤先生を通じて探して紹介されてきたのが、中塚先生であった。昭和36年のことである。このことは、虚弱児施設としては新しい試みであり、当時心理判定員がいる施設は、全国32施設の中でただ一つであった。

保田時代を振り返って、先生に感想をお聞きした。施設をよくするために、本庁の役人を接待して、酒の飲み方を覚え、そうこうするうちに、東京都も自分を認めてくれたと感想をもらされた。当時の小児医療を振り返ると、現在のように児童精神医学があまり進んでおらず、乳児院では感染症予防のために、人との接触を極端に制限した施設管理が行われていた。その上、入所する子ども達は、崩壊家庭の子弟で、健康が回復しても帰るところがなく、退所後は児童養護施設へそのまま入所する子どもが多かったという。ホスピタリズムという言葉は、当時は一般的には知られていなかった。ホスピタリズム研究は、20世紀初頭に欧米で注目され始めた。施設で育つ子どもは、栄養を与えても大きくならならず、死亡率が高く、その理由として、結局、人間関係の乏しさが原因であることが分かってきたのは、だいぶん後の

ことである（イギリスの精神医学者ボウルビィ；1951）。

そこで、石橋先生と中塚先生は、施設では心理検査で遅れがある子どもが多いことを実証し、「幼児期の体験は、どこまで引きずるのか」という課題に取り組まれた。家庭で育った子どもと施設で育った子どもの差は、社会性獲得の問題であるという、そこまでの児童観すらなかった時代である。上記のように、施設・設備を改善して、子どもが自由に遊べるようにすると、みるみる元気になった。このことでまず、保母さんの信頼を得たそうだ。

当時の興味深いエピソードに、「施設の人気者が、必ずしも学校では人気者ではない」、「同じ保谷にあった東京都療養所と東京都保田児童福祉園では、学校での問題行動の差があり、東京都保田児童福祉園の子どもは学校では大人しくしている」という話がある。つまり、施設で十分遊んでいる子どもは、そこでストレスを十分に発散させているので、学校では落ち着いて勉強できるというのである。昭和37年に保田児童福祉園が火災により焼失し、その年のうちに同じ千葉県成東へ移転した。

移転当初は、東京都立成東児童福祉園と称していた。昭和52年都立長岡児童福祉園を廃止し、成東児童福祉園に合併吸収されたことを受けて、昭和53年都立成東児童保健院となり、平成15年3月まで多くの病気の子どもの達を受け入れてきた。石橋先生は、昭和57年まで、院長をされた後、成東児童保健院のすぐそばで開業され、その後ずっと子ども達を見守っておられた。

ここで、少し虚弱児施設の歴史を振り返ってみたい。虚弱児施設では、昭和40年代になると、研究会を組織して、ホスピタリズムの問題に取り組んだ。施設人員の配置も進み、その後ホスピタリズムは解消していった。

疾病構造から虚弱児施設を見れば、昭和30年代後半より、入所者に小児喘息児童が増えていった。東京都の喘息対策として、虚弱児施設に病院を併設し、情緒障害も積極的に受け入れていった。40年代後半には、不登校が入り始め、50年代からは、入所者の年齢が、小学生から中学生へ上がった。

ていった。これは、不登校児童の受け入れを始めたからで、当時、虚弱児施設への措置は児童相談所が行っていた。東京都は、情緒障害短期治療施設を作らなかったのが、その理由である。このようなことが経年的に追えるのは、石橋先生が全国虚弱児施設実態調査を毎年まとめられた成果である。

病虚弱児施設に入所してくる児童は、同じ喘息でも家庭的な問題も大きい。100名以上の子どもが入所してきたので、学校をどうするかが問題となった。そこで、地域の学校へ行くことを選択(病弱学級)した。それは、養護学校義務制以後、発達保障はするけれども、社会性の発達保障が出来なかったという反省に立ったことからである。

成東児童保健院では、寄宿舎生活に工夫を凝らした。ここで活躍されたのが、石橋先生の片腕として生活指導室長として働かれた中塚先生である。宿舎での役割をこなすことで、生活の知恵を育て、生活に主体的に関わることで、社会で必要なことを学ぶことができるという信念で実践を積み重ねられた。親を変えるか、子どもを変えるか考えたとき、親を乗り越える子どもを作るというのがモットーだった。全国職員研修会でも活躍され、関東ブロックでは、年2回研修会を立ち上げ、事例研究を積み重ねられた。

石橋先生は、全国虚弱児施設協議会副会長として、医師として活躍される一方、文科省病弱教育の手引き書作成にも参画された。本学会の加藤安雄名誉理事長との接点も、その当時にでき、日本育療学会の設立発起人の一人になられた。

石橋先生ご自身が語られた成育歴についてふれる。石橋先生の父親は、旧約聖書を専門とする宗教学者で、日本で初めてヘブライ語を持ち込まれた方である。内村鑑三の愛弟子だったそうだ。親が宗教関係者だったから、初めて保田に行ったときにも、子どもをトータルに捉えることが出来たのではないかと、振り返っておられた。

最後に、今後の病弱特別支援学校について問うてみた。

石橋先生談。「病弱特別支援学校に虐待、心身症、不登校が入っている状況は、かつての虚弱施設と同じではないか。寄宿舎がなくなり、生活保障を

しながら、教育が出来るところがなくなるのは、平成10年に、虚弱児施設が児童養護施設に変わり、看護師もいなくなるのと状況が重なるような気がするとのこと。心の問題を抱えている子どもへの対応は、今には今に始まったことではない。時代が変わり、新たな子どものニーズが生じただけ。」中塚先生談。「病院と家庭を結ぶ中間施設である虚弱児施設は、その時代時代に、児童福祉の中の子育ての役割を果たしてきた。病気でもないし健康でもない、コウモリのような子どもを支える施設が必要である。これは精神障害の施設でも同じ。」

石橋先生は、東京都衛生局では初めて、勲四等

瑞宝章（平成5年11月3日）を受賞されている。福祉、医療、病弱教育との接点で働いていた医師の草分けであり、病気の子どもの福祉の現場に入って、石橋先生ほど長年働いた人はいないという。

このインタビュー報告をもって、中塚先生の会長講演に対する石橋先生の指定発言の代わりとしたい。

成東児童保健院をつなぐ会のホームページを見つけた。どのようなところだったかは、<http://tunagukai.ifdef.jp/top.htm>をご覧ください。

（文責 西牧謙吾）

第40号 育療 編集後記

育療第40号をお届けいたします。今回は、平成19年8月24、25日に東京で開催された日本育療学会第11回学術集会に関する特集号です。この学術集会は、中塚博勝理事を会長として「ひとり一人の子どもを支える～医療・教育・福祉の現場における連携～」を大会テーマに会員、非会員を含めて100人の参加を得て、盛会のうちに終えることができました。本号では、学術集会当日の基調講演、パネルディスカッション、記念講演、会長講演、そして研究発表の内容がなるべく忠実に再現されることを願いながら編集作業を進めて参りました。学術集会にご参加いただきました会員はもちろんのこと、諸事情によりご参加がかなわなかった会員の方々にも学術集会の成果を共有していただけますよう期待しております。また、本号の発刊が予定しておりました時期より、遅くなってしまいましたことをお詫びいたします。

なお、学会誌「育療」への投稿は、随時受け付けております。投稿規定については、日本育療学会ホームページに掲載されておりますのでご利用ください。

最後になりましたが、今後とも日本育療学会の研究・研修活動に積極的なご協力とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

滝川 国芳

編集委員

及川 郁子 小畑 文也 笠原 芳隆 小林 信秋 棹山 勝子 滝川 国芳
武田 鉄郎 中井 滋 中塚 博勝 西牧 謙吾* 濱中 喜代 平賀健太郎
村上 由則 山本 昌邦 横田 雅史 * (編集委員長)

編集規定

1. 本誌は、日本育療学会の機関誌であり、病気や障害のある子どもの健全育成を図るために、教育、医療、福祉、家族、福祉等に関する論文を掲載する。当分の間、年3号発行する。
2. 投稿資格は、連名者も含め日本育療学会会員に限る。
3. 投稿論文は編集委員会で審査され、掲載の可否が決定される。
4. 内容は、原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践論文などとする。
 - ・原著論文は、理論的、実験的又は事例的な研究論文でオリジナルなものとする。
 - ・事例研究は、事例を扱う原著とする。
 - ・資料は、資料的価値のある論文とする。
 - ・実践研究は、教育、医療、福祉などの実践をとおしてなされた研究論文で、実際的な問題の究明、解決を目的としたものとする。
5. 特集については、学会の趣旨に関連あるその時々々の社会の動き等の課題を取り上げ、問題とその解決策等を明確にする。なお、特集の責任者は編集会議で決定し、その責任者を中心に特集を組む。
6. プライバシーの問題や倫理的に問題のある研究や表現は認められない。

投稿規程については、別に定める。

日本育療学会機関誌「育療」 第40号

平成20年2月22日印刷

平成20年2月29日発行

編集・発行 日本育療学会理事長

山本 昌邦

「育療」編集委員長

西牧 謙吾

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6階

日本育療学会事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6F

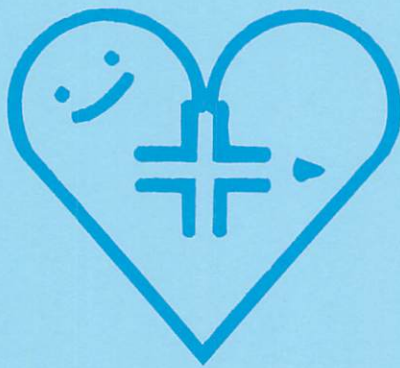
FAX番号：03-5840-5974

メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp

ホームページ <http://nihonikuryo.jp>

印刷所 共進印刷株式会社

〒233-0003 神奈川県横浜市南区港南3-5-30



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**