

1965

障害と

ともに

医療福祉施設職員として38年

2003

はじめに

38年間、無事に勤めあげられたことを

たえず勇気を与えてくれた障害児・者のみなさま

そして ともに働いてきた方々に深く感謝いたします。

医療福祉施設職員として38年

この文集は請われ、課せられ、脳性まひを持つ身としての

思いもあり、その折々に記したものを集めました。

いわば、散木が散らしてきた落ち葉集です。

最後に、健康をたえず気遣ってくれた家族に

”ありがとう”と言わせてください。

2003年 3月

退職を前に

小川 義博

目次

雑誌，会報掲載文

肢体不自由児施設における指導
脳性まひ児のリハビリテーションを精神面から考える
社会人としての基礎は家庭から
脳性麻痺児の心理的問題とその援助
心身障害児の親子関係
兄弟関係をめぐって 子どもの心をさぐる
早期療育における母親の役割
電動タイプの使い方の工夫
知恵おくれの子をどう育てるか
知っておきたい特殊な障害と育て方
国際障害者年特集(2) 肢体不自由児
肢体不自由児施設の立場から
デンマークの精神薄弱児施設
オーケスホフス園
肢体不自由児施設の将来を考える
最近に思う事
障害者の為の街づくりに思う
ある会合で考えさせられた事
LSI と子供の将来
十九冊の「つどい」から考えさせられたこと
大いなる誤解
木製の車椅子
ハワイの大学における障害学生のための設備と受け入れ

分担執筆原稿

生活習慣の形成に問題のある児童
手足の不自由なお子さんの育てかた
感覚機能と認知
肢体不自由児とりわけ脳性まひ児の学習にコンピューターを利用した経験
境界児の精神発達の促しかた

原著論文

脳性まひ幼児の図地知覚障害に関する研究
脳性まひ児における鏡映文字の出現と利き手の関連について
普通学校へ就学した脳性まひ児についての調査
低出生体重で出生し普通学校に就学している脳性まひ児の学習上の問題点

学会発表論文

CP 幼児の両親認知に関する一考察
脳性まひ児における鏡映文字の出現に関する一考察
脳性まひ児における鏡映文字の出現に関する一考察(2)

脳性マヒ児に対する Raven's Colored Progressive Matrices による評価について
脳性まひ児の方向認知について
脳性まひ児の電動タイプライター指導上の問題と幼児期における指導の必要性
脳性まひ Spastic 型幼児の知覚障害と周産期異常との関連について
脳性まひ児特に痙直型児の知能構造と周産期異常(1)
脳性まひ児,特に痙直型児の知能構造と周産期異常(2)
脳性まひ児の利き側と左右認知
脳性まひ児の知能と上肢運動障害の関連
脳性まひ児の知能と下肢運動障害の関連
脳性まひ児の集団構造に関する考察(1)
脳性まひ児の集団構造に関する考察(2)
脳性まひ幼児(痙直型児)の知能構造に関与する要因について
脳性まひ児の知能構造(1)
 WPPSI テストにおける痙直型児の知能構造
脳性まひ児の知能構造(2)
 RAVEN'S TEST による不随意型 CP 児の知能構造を推察する試み
普通学校における脳性まひ児の学習成績(1)
 学習評価全般について
普通学校における脳性まひ児の学習成績(2)
 国語、算数について
普通学校における脳性まひ児の学習成績(3)
 生活行動面について
普通学校における脳性まひ児の学習成績(4)
 知能構造と学習成績(1)
普通学校における脳性まひ児の学習成績(5)
 知能構造と学習成績(2)
心身障害児統合保育の問題
援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴(1)
 宿泊訓練と偏在性要因との関連
援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴(2)
 偏在している地域について
援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴(3)
 精神障害と身体障害、知的障害の比較
普通学校就学脳性まひ児の学習成績とそこから考えさせる問題

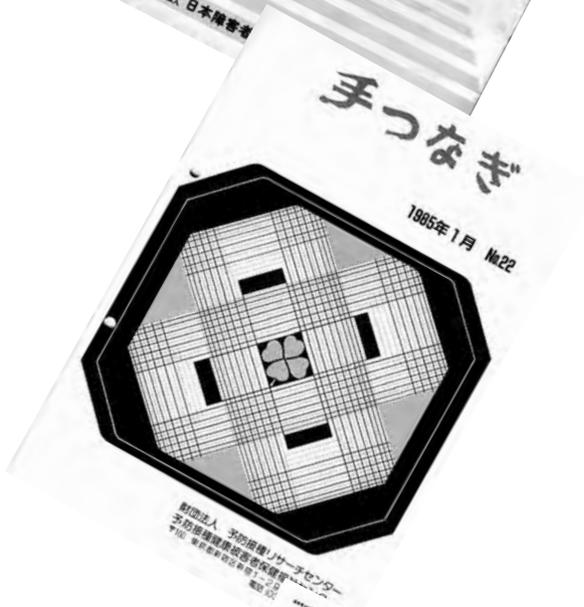
その他の発表原稿

附

趣味の世界

我が切手収集歴

厠ごよみ



雑誌・機関紙
会報
掲載雑文

肢体不自由児施設における 指導

はじめに

重度な脳性マヒ児を育てていらっしゃるご家族は、一度はお子さんを肢体不自由児施設に入園させることを考えたことがあると思います。入園することのよし悪しはひとくちには言えませんが、ここでは、重度な脳性マヒ児の将来の生活にとって、施設(入園)生活がどのようにかわっていくかという点と、その中で感じていることについて、今までの経験から述べ、今後お子さんを家庭で育てていくのに少しでも参考にさせていただければ幸いです。

生きる力

最近、発達保障ということが言われています。これはどんなに障害が重いお子さんでも、その生涯(天寿)を全うできるようにするという事です。このために一番重要なことは、どんな児童にも生きる力を持たせることです。それは食べる、排せつする、眠るということではないかと思えます。しかも、どんな環境でもこれらのことができなければなりません。他人から食事を食べさせてもらうことができ、他人から介助されても排せつができ、他人と一緒に寝るようになってよく眠れなければなりません。

重度児をもった御両親の一番の心配は御両親に万一のことがあったときのことでないでしょうか。よく、お母さんだとうまく食事がとれ、排せつの失敗はしないけれど、ほかの人だとうまくいかないというお子さんを目にします。こういうお子さんがこのまま成長したらどうでしょう。現状では重度なお子さん程ほかの人と生活、施設での生活をしなければならぬことが多くなると思います。よく言われる他人の飯を食べることです。大きく

なっても、家族からだけしかうまく介助をうけられない生きる力の弱い人間は困ります。幼いお子さんを親元から離して生活させることはご家庭にとってはつらいし、お子さんにとってもそれ以上つらいことになります。しかし、重度であればあるほど、このつらいことを乗り越えなければならないことが多いと思います。重度児にとって、この乗り越える力が一つの、大切な生きる力である言わざるを得ないのです。

施設がどんなに家庭に近づこうと努力しても、施設は家庭と異なり、お子さんの希望をかなえてあげることは難しい所です。更に、集団生活ですから目に見えないものまで色々規則があり、その中で生活していくにはがまんをしなければならぬことも多くなります。障害がどんなものであろうと障害を持つ者が普通の人よりがまんすることを求められることが多いことは致し方のない事実ではないでしょうか。このがまんする力、耐える力も障害を持った子にとっては、普通の子以上に大切な生きる力だと思います。

施設に入園することは、このように、今まで家庭で生活してきたことに必要な生きる力以上に生きる力を求めますし、自然と身につけさせると思えます。冷たい考えかもしれませんが、将来の生活を考えると重度児にとって、幼い時に施設生活を経験することは、施設生活のマイナス面を考えても有意義なことだと思いますし、御両親にとっても、お子さんが、そのような生活ができた、できるようになったということを知ることは、お子さんの生活を考える上で一つの安心感と自信をつけてくれると思います。

施設での過保護

お子さんにとって施設生活はつらいものだと述べましたが、施設は一般社会と比較すれば

ば、ある意味では障害児にとっても居心地の良い場所です。そこに、障害児を持つ両親によく言われる過保護という問題と共通する問題が存在していると思います。一般に、家庭で生活しているときよりも、施設の生活の方が自分でやらなければならないことがふえます。しかし、それも一般社会、更に大人になってからの授産施設、福祉工場等の生活に比べると、まだまだ居心地の良い生活です。居心地の良い生活だけを送って大きくなってしまったとき、それは本当に障害児にとって幸せなのでしょうか。

施設で障害児と接する職員は他人です。他人ですから、お子さんも家族に対するようなわがまは控えますが、他人である職員も家族であればとれる厳しい態度をとることを控えます。おさんが要求することはなるべくかなえてあげよう、施設では兄弟ともいべきほかの子と分け隔てなく生活させなければという気持ちが家族より強いかもしれません。ここに、何でもやってもらって当然、何事もほかの子たちと同じように扱われないと差別だと感じてしまう障害児にしてしまっていないかと危惧を感じます。

施設では家庭のように融通の利く生活はできず、一日の日課に従い食事、入浴等すべて時間が決められています。もちろん、障害児の施設ですから、時間は一般的に考えるよりも長くってあります。時間内で一定のことが済ませられる場合はよいのですが、できない場合には後の日課にひびきますから、できない子には手をかさざるを得なくなります。

こういったことを日常経験しているとできなければだれかが助けてくれる、助けてくれるのが当然だという意識を持ってしまいます。例えば、起床から登校まで一時間半のスケジュールだったとします。一般的に考えれば起床を三十分も早くすれば解決します。この

考えが実際にとられるかということ、障害が重いからといって、ほかの子より早く起こすことはかわいそうだということにとられません。将来もそのような生活が保障されていれば、それでいいのかもしれない。

しかし、現実の成人施設、福祉工場等としても児童施設のように人手も十分ではありません。就業開始時刻に間に合うために、障害の重い人は五時に起床しなければならないといった生活が待っているのが残念ながら現実です。こういった施設の職員の方から、子どもの時からもっと厳しい生活に慣れさせてあげて欲しい、でないとその子が苦労するといった話をよく耳にし考えさせられます。もっと視野を広げて、理想でなく現実に目を向け、長い将来を考えていく姿勢が障害児を育てていく上で普通の子どもを育てていく場合より必要なのかもしれない。このことは、施設に限らず家庭においても同様なことが言えるのではないのでしょうか。兄弟といつまでも同じようには育てられなくなる色々なことが生じてくるでしょう。

もう一つ少し異なった問題で考えさせられたことを述べてみます。それは差別ということです。幼いころは周囲も障害の程度にかかわらず、障害の重い子も、軽い子も同じように生活させられます。しかしいつまでもこういった扱いを続けられませんか、子どもたちの成長にもマイナスになってくることもあります。入浴は、施設生活で楽しい時間であると同時に人手が最もいる時間ですから、日中に行われています。あるとき、障害の軽い子から自分で入浴できる子は、夕食後に入浴させてほしいという希望ができました。集団生活ですから、この件を子どもたちで話し合ってもらいました。すると障書の重い子どもたちの一部から、それは差別だという発言ができました。この差別という言葉を聞いたとたんに希望を

だした子どもたちは態度が変わって、結果的には希望を取り下げてしまいました。差別だといった子どもたちは当然という態度です。自分中心の発想しかできずに大きくなってしまふ重度児の将来と、自己中心の考えを差別という言葉で表現するようになった背景を考えさせられてしまいました。

社会人としての自覚

最近、シルバーシートに代表されるごとく、障害者に対して社会の理解が深まったのか、種々の援助の手、福祉制度・サービスが改善されてきています。しかし、障害児が成人し社会人として生活するときに、これらの福祉サービスをどうとらえて利用していくかということは、社会人としての自覚という面で、とても重要なことだと思います。この福祉サービスに対する姿勢を障害児にどのように理解させていくかということが、余り検討されずにいるのではないのでしょうか。

障害を持つ者の当然の権利として利用できるものは、すべて利用していくという姿勢と、生活をしていくのに真に必要なものを必要なときだけ利用するという姿勢があると思います。現在前者の姿勢が多いと思います。福祉国家として有名なある国の障害者が種々の恩典、手当を返上して、逆に税金を納める生活を第一目標に生きているという語を聞いたことがあります。社会人としての厳しい自覚が感じられますし、このような障害者を見る周囲の人々の方が障害者を正しく理解できるのではないのでしょうか。

障害児に接していても、この種の問題を考えさせられる場面に出会います。例えばクラブ活動をしていて、ある物を購入したいが少しお金が不足するといったときに、二、三人の子どもから自分たちが障害児だと語をして安くしてもらってよと、なんのためらいもなく

発言しました。この子どもたちにこのような考えを持たせたものは何なのか。人の善意を善意と感じられなくなり、当たり前という気持ちを持たせてしまったのは、子どもの周囲にいる大人たち、職員、教員、両親に責任があるのではないのでしょうか。もっとけじめを障害児につけさせるのに意を注ぐべきだと思います。このことは、障害児が社会人として生きていくために大切なことです。

おわりに

何か焦点のぼけた話になってしまいました。障害が重ければ重い程他人の力を借りなければなりません。そのとき人間関係をうまくとっていくことが最も難しいことになってくると思います。社会の、障害児・者に対する理解はもっと深まっていくことでしょう。しかし障害児と障害者の間にある社会の態度の差はなくならないと思います。そこに障害児にとってその差に耐える力をつけさせることとその差を徐々に肌で知ることができる生活を用意してあげなければならないと思います。

1976年 日本肢体不自由児協会発行

はげみ 通巻131号 P4-8

を多くするよう働き掛けるようにすることが効果的であるように感じます。脳性まひ児を持つ親が意外に気づかないことに生きる力をどう身につけるかということがあります。歩くこと、字を読むこと。話すことには関心を持って基本的なことに目が向かないことが多いようです。生きる力とはなにをさすのかというと、食べて、排せつして、寝ることがどんな状況でもできることです。障害の重い児童にとっては、両親、家族の者以外の誰からでも食事を食べさせてもらえ、排せつの手つだいを受けられ、誰とでも安眠が取れることが生きる力ではないでしょうか。言い換えれば他人のなかで生活ができることです。脳性まひ児のように他人の力をかりないと生活できない障害を持った児童にとってこの生きる力が大切なのもかかわらず、母親からしか食事を受けつけず、母親としか寝られないという児童が日頃多くみられます。これは前に述べた過保護な養育態度に因ることが多いのですが、もう一つの外での生活経験があまりにも少ないことにも原因があります。もっと外での生活を体験させ、他人に接させて精神的なたくましさをつけることが運動機能訓練よりも急務だと感じさせる脳性まひ児がたくさんいます。

脳性まひ児の知的発達

脳性まひ児の知的発達もしくは知能について考えるとき、脳性まひ児の経験不足と、知能テストについて考慮しなければなりません。脳性まひ児は運動が制限されているのですから遊びを中心にした幼少時の生活がどうしても幅の狭い限られた活動になってしまうし、児童期には交友の機会も少なく、社会的体験をえる機会も少ないので、健常児に較べると脳を活発にする外部からの刺激が格段に少なくなっています。そのためにどうしても、知的な

発達に知識面にとどまらず理解力にも遅れが生じてくることが考えられます。また言葉や手が不自由ですから一般になされている知能テストの時間制限、細かな作業では不利で結果は低く出てしまいます。ですから脳性まひ児の知的な発達を正しく評価することはかなり難しいことで長い時間をかけて細かく観察することが求められます。これから述べることもこの二点のことを頭において読んでいただきたいと思います。

得意、不得意に注意して

脳性まひ児の知的能力をみるとき一番注意しなければならないのが知的な能力にばらつきがあるということです。知的な能力はいろいろな能力で構成されています。表現力、知識、数処理、記憶、推理力等、たくさんの能力があります。健常児は多少の得意、不得意はあってもどの能力も同じ程度にもっているのが普通です。ところが脳性まひ児はこの得意、不得意の差が極端に大きいのです。ことばで表現理解することはできても、数の理解が極端に悪かったり、文字を読んで、いろいろなことがらを知っていても、文字を書くことがとても困難だったり、目と手で考え物を構成することが下手だったりすることがよくみられます。勿論、手の機能は普通にあってのことです。ですから脳性まひ児の一面だけをみてその児童の知的能力を評価して、その児童の問題を考えることは片手落ちになってしまいます。いろいろの角度から広く児童の能力を評価する努力が必要です。そして、不得意な面を見いだして、その面を伸ばすためによい育て方を検討しなければと考えます。極端に不得意な面があると知的な総合力がうまく発揮できず、得意な面の能力も十分に生かされないからです。知的能力を配慮した育て方とはどんなことかということ、特別に時間を決めて特

脳性まひ児の リハビリテーションを 精神面から考える

脳性まひ児の発生は一昔前と較べるとかなり減少していますが、まだまだ不幸な児童が生まれています。その児童の健全な発達と将来の幸せな生活の一助となればと考え私見を述べてみたいと思います。脳性まひ児を考えると脳性まひ児というと運動障害を持った肢体不自由児と考えられがちです。しかし、脳性まひ児は複雑な合併障害を持った脳損傷児であることと、障害は脳に損傷を受けた後遺症であって進行はせず'病気になっている状態ではなく、一般には健康であることを知っておくことが大切です。脳損傷児とは脳に損傷を受けた結果いろいろな障害を持つ児童の総称です。具体的には大きく分けて精神発達遅滞、運動障害、てんかん、行動異常の4つがあります。脳性まひ児はこのうち運動障害が強く、他の障害も併せ持っていることが多いようです。反対に精神薄弱児は精神発達遅滞が強く、運動障害は軽いかもしくはない場合です。ですから脳性まひ児のリハビリテーションを考えると運動障害と同じ程度に精神面の発達、問題を考える必要があります。

脳性まひ児の精神発達

脳性まひ児の精神発達を考えると大切なことが2つあるようです。それは両親を含めた家族の脳性まひ児に対する養育態度、育て方と、脳の精神面をつかさどるところがどれだけ損傷を受けているかということです。

養育態度と生きる力

家族、特に両親の療育態度が精神面にどのような影響を与えるか考えてみましょう。一

般に障害児を育てる親は健常児を育てる場合に較べて過保護に育てる傾向と拒否的になってしまう傾向が多いといわれています。このことは障害児を持った直後の親の心理として当然のことですが、それをいつまでも続けていると児童にいろいろ悪い影響がでてしまいます。児童の訓練、教育の前に両親が早く障害児を持ったショックから抜け出し、正しい養育態度を取れるように努力することが求められます。過保護な養育態度とは障害児をふびんに思い、叱る必要がある時も叱らず甘やかし、要求を全て受け入れ、なんでもやってあげてしまうような育て方です。このように育てられると障害児にかぎらず自発的な活動を奪われ、依頼心が強く、引っ込み思案で孤独になったり、能力の割りに幼稚で責任感に欠けたり、忍耐力に欠け、自立する妨げになってしまいます。障害児にとって一番大切な障害を克服しようとする克服意欲が育たないでしまいます。拒否的な養育態度とは障害児を持っていることを恥ずかしがり、重荷と感じ、無視し、無関心になり、放任してしまうような育て方です。このように育てられると非常に消極的になり、自分に注意を引く行動や、愛清を求める行動を多く取り発達が遅れてしまったり、性格が歪んでしまいます。障害児の精神面の発達、問題を考えるとき避けておれないのが親を中心とした家族がどのように障害児に接し育てているかということであり、正しい養育態度で育てられていればそれだけでも精神発達は十分にのびていくといっても過言ではありません。そのためにも両親が早く障害を正しく理解し、感情的に障害児を受け入れられるようにしなければなりません。障害の症状や原因、訓練方法など知識として持つことはわりあい易しいのですが、感情的に障害児を受け入れることは難しいことです。そのためには同じ悩みを持つ家族と接する機会

別な教育的な活動をすることではありません。幼少児の生活の基本は遊びです。この遊びにちょっとした心くばりをしてあげるだけでいいのです。例えば、脳性まひ児の多くに見られる、言葉を介しての能力はよいが、目と手を使ってものを考えることが苦手な場合を考えてみます。このような児童は日常の遊びが偏っています。言葉を使っておはなしするのが好きですし、言葉で刺激してくれる本、テレビ、レコードといった受け身の遊びに時間を多く費やしてしまう上に、玩具も出来上がった自動車、人形といった物で遊んでいるようです。積み木、ブロック、粘土、折り紙、かきまぐりといった目と手を使って、自分から外に働きかけ、活動して、物をかたちづくる、形を見くらべるといった遊びが少なくなっています。周囲の者がちょっと心して玩具を適正に選択し、遊ぶ場所の環境を用意して強制でなく自然な遊びとして刺激してあげることだけでずいぶんちがってくると思います。遊びを豊かに、かたよりのないようにする目を持つことが大切です。

経験を大切に

もう一つ、知的能力を伸ばすために注意して欲しいことがあります。それは前に述べた経験不足を配慮した育て方です。経験ということを考えてみますと二つの経験に分けられます。一つは直接経験、もう一つは間接経験と呼ばれるものです。脳性まひ児を育てる上で注意しなければならないのは直接経験の不足に対する配慮です。直接経験とは実際に自分で見て、触り、体験するといった自分のすべての感覚器官を使ってひとつのことがらを理解することであり、間接経験とは本、テレビ、ラジオといった代用手設で視覚と聴覚だけから主にものを理解することで、限られた情報しか得られず、基本的なものを理解するには不十分

な経験です。ものを理解していく基礎となる感性的認識といわれるものが出来なってしまうのです。例えば、魚を理解することを考えてみましょう。健常児であれば母親と一緒に魚屋さんに行き、手で魚をさわってその手で顔を触り、台所で料理する前の魚をいたずらしたりできるでしょう。また、金魚をつかまえようとしてその動きの早いのにびっくりするでしょう。ここにのべた経験だけでも魚の肌ざわり、重量感、弾力性、冷たさ、臭いそして形、色合いなどを言葉としてではなく、感じとしてつかむことができます。ところが脳性まひ児のように運動障害があると店先、台所を目の前にして魚を見るだけで終わってしまうのが普通です。あとは本やテレビで言葉で理解するしかありません。この差が大きいのです。このようなことがすべてのものについて積み重なっていったとき、大きい問題を知らずに持ってしまう。これが社会的知識になるとなおさら体験できないことは問題になります。目や耳で経験させることと同様に手や足、肌や筋肉で経験する重要さを知ってほしいと思います。

社会に出てから困らないたくましさ

今度は少し年齢が高い脳性まひ児のことを考えてみたいと思います。最近、入園していた児童が大きくなり、養護学校の高等部を卒業して成人施設で働くようになって喜んでいました。ところがノイローゼになってうちへ帰ってきてしまう方の多いのにびっくりしています。また、成人施設の職員からもっと社会で通用する精神的なたくましさをもっと身につけるように脳性まひ児を育て教育してほしいと言われます。この2つのことを考えてみたいと思います。具体的な問題をあげてみると次のような事です。

基礎学力がないため作業に支障がある。

日常生活の基礎的な事柄(掃除の仕方、ガス器具の取り扱い)が理解できてない。

自己の障害、能力の正しい認識に欠け、希望、要求が高く、非現実的な空想を抱いている。

依存的態度が強く、意欲が薄い。

一般常識に欠け、社会の厳しさを知らず、社会性に欠ける。

親切にされることに慣らされ、自分自身をコントロールできなく、与えられた環境の中でしか生活が難しい。

問題は成人施設が期待、要求していることが大きいからだと考えます。期待されているのは障害を正しく理解し、それを乗り越えようとする意欲のあるたくましさを持つ人間であるのに、現実には世間知らずの甘い、温室育ちであることを考えさせられます。脳性まひ児は小さいときからどうしても外の世界との接触到に制限され学校も障害児だけが通う養護学校、接する人も障害福祉に理解を示す人が多く、家では前に述べたように、過保護な育てられ方をされてしまいがちです。これではどうしても温室育ちで、世間知らずになってしまうことは自然です。この点を防ぐには小さいときから外の世界にどんどん脳性まひ児をさらすことが第一ではないでしょうか。小さいときから近所の児童とどんどん交わりの機会を与え、大胆に社会に出していく勇気を脳性まひ児の周囲の者が持つことを求められていると考えます。それが現実には複数もしくは、集団としては脳性まひ児も社会に出ていくことになっていますが、個として社会に出ていくことがほとんどないのではないのでしょうか。もっと、個人として社会に出ていき、その中で社会の現実を感じさせることが必要だと考えます。今、脳性まひ児が社会に出ていくとき、オブラートでつつまれているような気がします。そして、オブラートにつつまれた社会の厳

しさを感ぜられないように育てられ、成長してしまっているように思われます。この点日頃、脳性まひ児の療育に携わる者として反省させられます。

ADLからQOLへ

最近、障害者のQOL(Quality of Life)という言葉が言われています。言葉の意味は生活の質、もしくは人生の質ということです。従来障害者のリハビリテーションが問題にされる時ADL(Activity of daily living、日常生活動作能力)だけが重視されてきました。その反省に立つて障害者の幸福を考えるとADLでなく、このQOLを問題にしなければならないと考えられつつあります。QOLとは具体的にADL、労働、経済生活、家庭生活、社会参加、趣味、文化活動、レジャー活動、スポーツといったことです。このQOLという言葉は児童期の脳性まひ児にあてはめて考えるとき、脳性まひ児が従来とかく能力障害を軽くするためという一点に目標を置かれ機能訓練、治療だけに生活の大半を費やされてしまって、親、専門家による親、専門家主導のリハビリテーションになっていたことに対する反省を求めているのではと考えます。もっとひろい視野に立って、情報を脳性まひ児に与える機会をもうけることが必要だと考えさせられます。その上である程度年齢のいつた脳性まひ児には本人の意志と責任を尊重した本人主導型のリハビリテーションに移行することを求めていると考えられます。そしてそうなった時初めて脳性まひ児が自分の障害を真剣に考え、自分の生活をより豊かにするためにはなにを克服しなければならないかを考え、そこに初めて自分の内から発生する真の克服意欲が出てくるのではないのでしょうか。

1985年

予防接種健康被害者保健福祉センター発行
てつなぎ N022 P2-6

社会人としての基礎は家庭から

はじめに

しつけは本末「躰」と書くように、身を美しくたしなむという礼儀作法的な意味ですが、ここでは社会の中で生活していくのに支障がないように生活の型を児童に身につけさせるという意味で考えていきたいと思います。また、最近では障害児者への理解が深まると並行して障害児者の権利擁護が叫ばれてきて喜ばしいのですが、反面、それがややもすると障害児のしつけを歪めてしまっていることはないかという面からも考え、運動障害をもつ児童の家族の方に少しでも参考になればと思います。

社会人としての基礎

社会が、そして学校が週休二日制になりつつある時、従来よりも家族で過ごす時間が増えてきています。自ずと家族が障害者に与える影響はますます大きく、大切になります。

生きる力を

障害児にとって最も重要なことは生きる力を持つことです。重度・重症な児童にとっては快適にどこでも、誰とでも食事ができ、排泄ができ、睡眠がとれることが生きる力です。母親以外、家族以外の人の介助を受け入れられて、家庭の外でこれらのごとができることが最低の生きる力ではないでしょうか。母親あるいは家族に万一のことがあった場合にこの力が児童の生活を大きく左右してしまいます。家族にとっても、この力を身につけてくれているということは日常生活を維持していく上で大変な安心感を持つことができ、育児全般に良い影響を与えることを日頃感じております。この力は身体の能力、障害といった面よりも精神面が大きく影響しています。なじみのな

い人に早くなれて普通の状態で生活ができるには、精神のたくましさを乳児期から心がけて育てることが必要だと考えます。

克服意欲をつける

ひと昔前まで、障害児の療育が語られる時必ず語られたのが障害を克服していこうとする克服意欲ということでした。しかし、最近はこの克服意欲がすっかり忘れられている感じを強くします。克服というと何か根性をつける、しごきに耐えろとか、障害を悪いものとして位置付けて発想していると感じられてしまう面からかと考えます。しかし、障害をもつことは一生その障害を乗り越えていこうとする努力が必要なことと認めなければいけないと考えます。健常な児童と比較すればすべての日常生活動作に大変な努力を必要とされます。この努力を障害児自身が大変ととらえるか、ごく自然なこととして受け止められるか、それが克服意欲があるかないかの問題となる点だと思います。この克服意欲を育てるといって、機能訓練を中心に考えられがちですが、そうではありません。日常の家庭での生活の中での問題が重要です。部屋の移動、着替え、食事等の行為を自分自身で行う習慣をつけていくことが基本的に必要なことです。このためには、よくいわれている過保護な甘やかしは当然なこととして、能力以上の無理を強いても逆効果です。能力を正しく理解して生活行為を課していくことが重要になってくると思います。

社会人としての自覚は

家族の一員としての責任から

社会の一員として生活するということは、なんらかの形で、社会の役割を果たすことであることを幼少のころから教えていくことが障害児にとっては健常児以上に家庭に課せら

れた重要なしつけだと思われます。なぜなら、障害児はどうしても社会から援助を受けることが多く、社会に働き返すという場が少ないために社会人としての責任という意識が育てられずに成長してしまうことが多いように感じられるからです。ですから、家庭で少しでもそれを補っていただきたいのです。どの家庭にも家族にそれぞれ役割分担があるはずです。それを意識的に障害児に課していく家庭であって欲しいと考えます。障害が重いと、役割を見つけてあげることは難しく、他の家族がしてしまった方が簡単で早いということが多くと思いますが、工夫して見つけてあげる努力が欲しいと考えます。自分の行為が周囲の人に役立っているのだという喜びを持つこと、役割には責任があるのだということを憶えさせていくことが成長してからの社会人としての意識の基礎になっていくと考えます。

社会との接触の中で

障害児が成長するにつれて、社会との接触が多くなり、感じとることもより多く複雑になり、その中で多くの問題が生じてきます。その問題をどのように受け止めていくか、児童白身よりも周囲の家族、教員、職員の姿勢が問われる問題が多いようです。

周囲の親切と公の制度を

どう受け止めさせるか

障害児は小さい時から周囲から奇異の目で見られると同時に、同情の言葉をかけられ、親切にされる経験を多くして育ってしまいます。さらに、子どもとしての扱いから大人としての扱いへ移行が健常児よりも遅れ、移る時の落差が急激であるように感じます。この落差に備えるしつけが必要です。また、福祉施策の充実とともに利用できる制度も多くなり、それを利用し生活も豊かに充実したものになっ

てきています。このような親切と福祉制度の利用をそれ自体どう理解させ、そして区別して受け止めさせていくかがたいへん難しいと思います。中学生の障害児たちが予算が足りないため、自分たちの障害を店に伝えて金額を低くしてもらえるように考えた場に居合わせたことがあります。このことで児童をどのように指導したらよいか、むしろ児童にそのような考えを持たせてしまった自分を含めた周囲の大人たちの態度を問題にせざるをえませんでした。多くの障害児の気持ちの片隅に、似たような考えを芽生えさせてしまっただけではないか、危惧します。動物園をはじめとする社会施設の入場の際に際しての特典、交通機関利用負担の軽減等を利用してきた過去の生活、そしてそれを利用してきた周囲の大人たちの姿勢が問われてはいないでしょうか。親切心、権利、同情と理解、公私の区別等をしっかり理解できるしつけ、育て方を家庭でも心掛けていただきたいと思っています。

障害児者としてのエチケットを

福祉思想の普及と人権問題に対する意識の向上から、障害児者に対する社会の態度は改善されつつあると感じます。言いかえれば障害児者に対するエチケットが向上したと思います。それに対応する障害児者側の健常児者側へのエチケットはどう考えたらよいのでしょうか。異なる考えもあるでしょうが、障害児者だからこそ身につけるべき、もしくは身につけた方がよいと思われるエチケットもあると考えます。障害をもっている周囲の者に奇異感などを持たれることがあるかもしれませんが、だとすれば、これを少しでも軽減する配慮が障害児者に求められてしかるべきであると思います。そういった感情を持つ方が間違っているという考えもありますが、現実はそのような考えは通用しないと思います。身だしなみ

に注意して、清潔に配慮できるしつけが健常児以上に小さい頃から必要だと考えます。特に、よだれ、身体の汚れ、衣服の乱れ、汚れを気かけられる育て方が忘れられていることを感じます。さらに、前述した親切を受けることに慣れ切ってしまうことから生じてくる問題があります。それは、感謝の気持ちを表わすことができないし下手だということです。時に、「できないことを手伝ってくれることは当然のことであって、感謝の面を問題にすること自体が障害者に卑屈になることを強いている」という言葉を聞きます。人間として助けてもらった感謝の気持ちを持ち、それを自然になんかの形で表現できる人間に育てるといふ、当たり前のことをもう一度考えてみる必要があると思います。障害児は家族、教員、施設職員、ボランティアという限られた範囲の人と接して過ごすことが多く、その限りでは、あまり感謝の気持ちを表現しないでも済んでしまっていることが影響しているかと思っています。それだけに、日常接する者がどのようにこのしつけを自然な形で与えられるか、難しい問題です。

生きがいを考えて

障害が重くなってきますと経済的な自立までを含んだ社会復帰ではなく、なんらかの形で社会参加を最終目標とせざるを得ません。そこで大切なことは、どのような生きがいを持って社会に参加していくかということです。多くの障害者の方々と接して感じるのが、どのような形であれ、物を作り上げる喜びの大切さです。手芸品、文、詩、学習成果、そしてサークル、障害をもった者に物を作るといったことは矛盾していると考えられがちですが、それは通常の価値基準で考えるからです。でき栄え、費やす時間、金銭価値を無視して作る過程、作り上げることに喜びを見いだせるよ

うに趣味、活動を育てていくことが生きがいの基礎になります。そのためには経済的な面を考慮せず、家族も一緒にその作り上げることを喜び、楽しめる意識の転換、姿勢、態度が不可欠です。

おわりに

このように障害児のしつけを考えてくると、子ども自身の問題よりも障害児を育てる家族、教師、施設職員といった周囲の者の考え方や生き方が問題として浮かび上がってこざるをえません。周囲の者の生活態度や行動が障害児の行動に反映されてしまっていることを改めて反省させられます。運動機能障害児の育て方を考える時、どうしても機能訓練を中心とした面に注意が集中しがちです。身体の障害が多少軽減したとしても、精神面が未熟であったり歪んでいたのでは、社会に適應していくことは難しくなってしまいます。もう一度、家庭の中での障害児に対するしつけを見直す意味で、障害児にとって何が一番大切なことかを家族で考えていく必要を痛感します。

1992年 全国心身障害時福祉財団発行

療育の窓 NO.82 P6-9

脳性麻痺児の心理的問題と その援助

医学の進歩により、脳性麻痺児の発生率は激減した。しかし、その障害内容は、運動障害主体から精神発達遅滞、てんかん、行動異常を伴う重複障害脳性麻痺が多くなり、療育の見直しが迫られてきた。そのため、看護をしていくうえで、脳性麻痺児の精神面などを十分に配慮していくことが求められている。ここでは、最近の脳性麻痺児の心理的問題とその援助として、基本的に留意しなければならない精神発達の特徴、基本的生活習慣の獲得、自己認知について、その考え方を考察した。

keywords

脳性麻痺、精神発達遅滞、知能構造
基本的生活習慣、自己認知

はじめに

最近の医学の進歩により、脳性麻痺は従来のように「運動と姿勢の異常」という枠ではとらえられなくなり、精神発達遅滞(MR)など従来から随伴症といわれている症候を伴う重複障害脳性麻痺児としての療育の実施が迫られている。そのため、脳性麻痺児の看護を考えるためには、その運動障害に対する理解と同様に、精神面についても理解をもつ必要が増してきている。そこで、最近の脳性麻痺児の看護を考えるにあたって、重要であると考えられる心理的側面の3つのことについて述べてみる。

知的能力の特徴(知能構造)

脳性麻痺児を看護しているとき、精神発達がどの程度であるかを知って接していくことは不可欠のことである。健常な児童であれば、少

しことばを交わしてだいたいの見当をつけても、そんなに間違わないはずである。ところが、脳性麻痺児の場合には、この点で思わぬ間違いを犯しやすいものである。知識やことば遣いからだけ判断して接していくうち、あるいは、最近ではほとんどの障害児のカルテに知能指数(IQ)、発達指数(DQ)の数値が記載されるようになったので、この指数からその児童の精神年齢、発達年齢を推しはかって接しているうち、問題にぶつかってしまうことがある。これは、脳性麻痺児の精神発達に凹凸がある、もしくは、知能構造に歪みがあるからである。図1は、ある脳性麻痺児の一つの知能「診断」検査の結果である。IQ80といっても、このように能力にばらつき、得意・不得意が健常児より極端にみられる。このパターンが、軽度な脳性麻痺児の知能構造と従来からいわれている。このことは、精神発達遅滞のある脳性麻痺児の場合にもあてはまる。年齢の低い段階の発達であるから、図1のように知能の細かい構造は明らかにできないが、「診断的」発達検査で精神発達をいくつかの領域に分けて評価できる。たとえば、K式発達検査では姿勢・運動、認知・適応、言語・社会の3つの領域に分けてとらえられる。一般的に、脳性麻痺児は姿勢・運動面は遅れているのは当然として、言語・社会面に比較して認知・適応面に遅れがみられる。だから脳性麻痺児を看護するとき、十分に観察をし、正

言語性検査	評価点	問題内容
検査名 知識 単語 算数 類似 理解	0 10 20 標準	1週間は何日ですか くぎはどんなものですか みかん2個と1個でいくつですか パンと肉はどう扱えますか マッチで遊んでいけない理由は
動作性検査	評価点	問題内容
検査名 動物の家 絵画完成 迷路 幾何図形 積木模様	0 10 20 標準	一定の規則に従い簡単な作業をする 一部分が欠けた絵の場所を見つける 提示された迷路の道順を書く 見本の基本的な図形を模写する 模様のついた板で見本の模様を作る
言語性IQ 109 動作性IQ 57 全検査IQ 80		

しくその能力をつかむこと、また、IQおよびDQの数値をみたとき、その数値自体でなく、その内容までをよくつかむことが重要である。いいかえれば、個人個人の能力の違い、普通にいわれる個人差、それに個人の能力の偏り、もしくは得意・不得意という個人内差を考慮した看護が不可欠だと思う。つぎに、これら脳性麻痺児の精神発達、知能構造の歪み、偏りを考慮した具体的援助について、生活の中心となる遊びをとおして考えてみよう。図1に示したように、一般に脳性麻痺児は言語で考えることは得意だが、目と手を使って考えることは不得意である。また、運動障害があるので、遊びがテレビを観るとか、本を見るとか、受容的な遊びが多くなりがちである。だから、できるだけ体を動かす遊びはもちろんであるが、目と手を一緒に使って考える遊びを多くさせることが重要である。あまり程度の低い遊びを強いても、自尊心を傷つけられたように感じさせてしまい、積極的にのってこないかもしれないので、年齢相応の遊びを考え、その子どもの能力に道具、方法を合わせてあげる工夫が必要である。たとえば、オセロゲームをさせるとき、盤面が大きいと位置が混乱してしまうことがみられれば、半分のスペースだけを使用し、“斜め”を理解することが難しければ、縦横だけではさむことにしてはじめ、徐々に普通の遊び方に近づけていくといった配慮をしたり、パズルであれば手がかりとなるいくつかの切片を最初から固定しておくとか、絵を描くときには、描くものをいくつかの基本的な形に分解して援助してあげるといったことである。このように、目の前にした脳性麻痺児の能力を考慮した臨機応変の創意工夫を、遊びに加えていくことが大切である。

基本的生活習慣の獲得

脳性麻痺児が、将来、経済的な自立生活を営

むのは無理にしても、社会のなかで自立的な生活を営んでいくためには、基本的生活習慣を身につけ、できるだけ自分で身の処理ができるようになること、介助をできるだけ少なくすることが重要なことである。脳性麻痺児の基本的生活習慣の形成には、大きく分けて2つの理由から問題がある。一つは、当然のことながら運動発達、精神発達の両面の障害の存在である。もう一つは、家族の養育態度の問題である。障害児の親は、どうしても過保護な態度で子どもを育ててしまいがちである。その結果、いつまでたっても赤ちゃん的に扱い、能力に見合った生活習慣を身につけさせないで育ててしまうことが普通である。ここでは、精神発達遅滞を伴う脳性麻痺児の生活習慣をどのようにつけたらよいのかを考えたいと思う。生活習慣を指導するときに、基本的に注意しなければならない3つのことがある。

第1は、その児童に理解できる方法で指導することである。あたりまえのことだが、もっとも忘れがちである。働きかけることばや動作が理解されなければなにもならない。わかりやすい簡潔なことばと動作を使うことである。この働きかけにも一般的に順序がある。まず、実際にやって見せ、手を取ってやってあげる、そしてやらせてみて、そのとき、ことばで必ず確認してあげ、徐々にその確認のことばを少なくしていくといった順序である。

第2は、人間関係が十分とれるようになってから、楽し雰囲気指導することである。

第3に、指導するポイントをはっきりさせてから指導することである。指導のポイントが不明瞭であつたり、そのつど異なり散発的であつては効果があがらない。

つぎに、精神発達遅滞を強く考慮して指導するときの留意点をいくつか述べる。

1. いつも同じ方法で指導すること

一つの生活習慣を正しく身につけさせるためには、連続した動作を分析して、一つひとつの動作を行う方法を決めて、いつもその方法をとらせ、その場しのぎや思いつきで指導しないことである。精神発達遅滞児は応用力に乏しいので、ちょっとした指導方法の違いであっても、まったく新しいこととして受け止め、混乱し、生活習慣の形成がそれだけ遅れてしまうことがあるため、児童に接する人が複数の場合、指導方法に一貫性をもった態度で臨む必要がある。そのため、指導するもの同士の意思の疎通、チームワーク、そして家族との協力が大切になる。

2. 完全に身につくまで繰り返すこと

精神発達遅滞児が一つのことを身につけるには、長い期間を要することはよく知られているが、身につけたことが簡単に崩れ去ってしまうことにはあまり注意が払われない。中途半端な状態で指導を打ち切ることなく、かなりの期間にわたって、生活習慣として安定するまで指導する必要がある。

3. 指導目標を小さく区切ること

精神発達遅滞児に無理を強いることがないように、課題をできるだけ小さく区切って、適度な時間をおいて、積み重ねていくことが必要である。課題を区切るときに、その児童の能力に見合った幅を決めることが重要である。このステップを決めるときに重要となるのが、前述した二つの意味の個人差である。

以上のような点に留意して、精神発達遅滞を伴う脳性麻痺児の将来の生活が自立的なもの、もしくは、介助を受けることの少ないものにしていくことが脳性麻痺児を看護していく基本と考える。

自己認識の甘さ(障害受容)

先にもふれたが、脳性麻痺児は家族に過保護に育てられ、地域社会のなかでも健常児とは異なる目で見られるものの、表面的には過保護な扱いを受けていると感じる。そして、多くの脳性麻痺児が養護学校という一般社会とはかなり異なる環境で生活を送っている。このような状態で成長して、いざ社会に出て生活していくとき、就労しえたにしろ、保護就労にしろ、多くの脳性麻痺児がいろいろな問題を抱えてしまう。そして、一般的な社会常識、慣習に関する知識不足はもちろんだが、その問題の多くが、自己認識の甘さにあることが多いことを経験している。これは、自己の能力を正しく理解できていないこと、そのことから派生して、自己の置かれている立場を認識できていないことなどから生じている。自分がどこまでできて、どこからはできないか、ということの基本にした自分自身の能力を、一般社会の尺度で評価できていない。そのため、社会のなかでの自分の立場を理解できないということである。このことは、学齢期の脳性麻痺児にとって、公共心、協力性、自主性などの点からも問題になっている。脳性麻痺児に一つの作業、課題をやらせるとき、どうしても介助の手があってはじめて完成することが多いと思う。このとき、どの程度自分でできて、どこからができなかったかを、わかりやすく、そのつど整理しあげることが、自己認識を正しくもたせるうえで必要だと思う。非常に冷たい扱いかもしれないが、長い目でみれば「脳性麻痺者」となったとき、目に見えない能力、力となると考える。

おわりに

脳性麻痺児は、他の疾患による障害児に比較し、困難な多くの問題をもっている。今回は、そのなかでも一般的にみられる心理的問題を考えてみた。運動障害と同じく精神面の障害

も、日常の生活のなかでの積み重ねが、その軽減には重要である。厳しくなることはあっても、甘くなることはない、脳性麻痺児の将来の生活を考慮して、療育において重要な役割をもつ療育看護の参考にしてもらえれば幸いである。

【引用・参考文献】

- 1)特集:知的発達異常.小児内科,10(4)(1987)
- 2)小川義博.脳性まひ児の知能構造.日本特殊教育学会18回大会論文集.1980,p.462-463
- 3)児玉省.WPPSI知能診断検査.東京,日本文化科学社,1969.
- 4)嶋津峯真,生澤稚夫,中瀬惇.新版K式発達検査.京都,京都国際社会福祉センター,1980.
- 5)船川幡夫編.障害児保育論.東京,建帛社,1984.
- 6)小川義博.心身障害児の親子関係.教育心理.21(6),37-41(1973)
- 7)特集成人脳性まひ.総合リハビリテーション.16(9),(1988)
- 8)小川義博.普通学校における脳性まひ児の学習成績(3).日本特殊教育学会22回大会論文集.1984,p.207-208

1989年 へるす出版 小児看護
12巻 第1号 P71-74

心身障害児の親子関係

すべての親はその子どもが五体満足で誕生してくることを希望する。しかし、その子が精神薄弱あるいは肢体不自由であった時、親はその事によりどうにもならないショックを受け、精神的に動揺してしまうであろう。心身障害児の親子関係はその時から普通の親子関係とは異なったものとしてスタートする。

心身障害児がどのようにして成長し、幸せな生活を送れるかどうかは教育、医療等の機関の役割よりも家庭の役割にかかっている。家庭は基本的な人間生活の習慣、態度を身につけさせる場であり、家庭が児童にとってどのような働きを成すかは、家庭生活の中で重要な位置をもつ親子関係がうまくいっているかどうかにかかっている。心身障害児をもった家庭は親子関係だけでなく、兄弟関係、近隣関係、親類関係等に複雑な問題を持つことになる。心身障害の原因が遺伝的因子と考えられる場合は家族全員が大きな影響をうけるし、障害が外見で明確に判断がついたり、脳性マヒ児の様に奇異に感じられたりするものであれば一般の偏見も強くなり、親もそれだけ精神的な負担を強いられる。また、親もしくは家族の社会的地位、住んでいる地域社会によっても心身障害児をもったことに対する親の受けとり方は異なるであろう。心身障害児をもった家族関係、親子関係を考え、指導する場合、健常児の親子関係と基本的には同じアプローチをとりつつ、障害児を取り巻く種々の状況とその要因をきめ細かに配慮していく姿勢が要求されると考える。

心身障害児をもつ親の心理

心身障害児といっても精神薄弱児、身体障害

児(盲、ろう、肢体不自由児)、重症心身障害児等、障害の種類、程度は異なる。この障害が異なることにより親の障害児に対する考え方も異なってくる。障害が目に見えてわかり顕在的であるか、潜在的であるかで親の考え方が異なり、その親子関係に少なからず影響する。

上田⁽¹⁾は、脳性まひ児と精神発達遅滞児の母親が障害をどのように認めているかを調査した結果、障害がなならないかもしれないと考えている母親が脳性まひ児で51%であるのに、精神発達遅滞児では16%しかいなかったとしている。さらに、障害児が将来どの程度にまで発達するのかについても、脳性まひ児の母親で91.2%が、子どもは他人の理解と助力を将来とも必要であると感じているのに、精神発達遅滞児の母親では50.0%がまったく普通にたると感じ、著しい差があったとしている。脳性まひ児の母親は子どもの障害を深刻にうげとめ比較的現実的な見方をしているのに対して、精神発達遅滞児の母親は親自身の希望的な観測と否認の機制が働いて、障害を認めがたく、非現実的た考え方をしている傾向がつよいとしている。

障害の質、程度で親のうけとり方が異なっても、一般的に親は子どもの障害を現実的に、客観的に認めることができず、精神的に不安定な状態になっている。親の反応はいろいろな形になって現われてくるが、よく見られるものに、絶望・悲哀、罪悪感、拒否・否認の3

つがある。絶望・悲哀というのは親が障害児をもったショックで将来への不安と絶望感もち、親としての自信をもてないで、健常児をもてると考えてきたことと障害児をもった現実のギャップをうめることができず、現実に対応していこうとする気持がない状態。罪悪感というのは親が子どもの障害に責任を感じ、子どもに申し訳けないといった罪の意識をもってしまい、自分の生活は犠牲にしても何んでもして子どもにつぐないをしようとして現実から離れようとする気持の状態。拒否・否認というのは自分の子どもが障害児であることを認めず、第三者の意見をよく聞かず、しかも障害の存在を否定する様に、都合よく解釈したり、希望的な言葉をかけてくれるのを期待して、一心に子どもの障害の存在を拒否し、現実を認めない気持の状態である。このような反応を示していた親も時とともに態度が変わっていく。精神薄弱児をもった親が子どもに対する理解を深めていく段階、親が現実に対応していく過程に関してローゼン(Rosen、L・)⁽²⁾、三木⁽³⁾等の研究がある。

ローゼン⁽²⁾は母親の子どもに対する理解度の発展を次の5つの段階に分けている。

- 1)問題に気づく段階
- 2)問題を認める段階
- 3)原因を探し求める段階
- 4)解決方法を探し求める段階
- 5)問題を受け入れる段階

表1 精神薄弱児をもつ親の理解と態度(三木,1959)

	第1段階	第2段階	第3段階
子どもの現状にたいする理解	精神薄弱ということに半信半疑。感情的に精神薄弱とみとめたくない	部分的には認めるが・全体的にはみとめない。しかしある点では記憶がよいから…文字がいくらか読めるようになったので…そのうちになんとか..	精神薄弱の本質を理解する。
教育観 子どもへの教育的期待	怠けていたからできないのだ。家が忙しくてかまっていられなかったからだ。	本人の能力が低くて学業成績が劣っているということはわかる。子どもを特殊学級に入れることを認める。何とか手をつくして普通学級にもどしたい。	人間にとって知的なもの以上にたいせつなものもあるということがわかってくる。人間の価値の再発見再認識。
対社会的態度、世間態	はじる。かくす。	同じ悩みをもつ親と話し合う。世間の人にたいして劣等感をもっている。	結局は自分一人では解決できるものではない。みんなで手をつないで社会的に解決しようという考えをもつ。
親の気分、心構え	不安。あせり。しょうがない子だとせめる。	失望と希望の交錯。	何らかの光明をつかむ。一不幸な子どもをもったために、さらに深く人間の尊さを知る。

これは母親についてのものであるが、父親については、母親より感情を整理するのが早く、理解も早いと考えられる。

三木⁽³⁾は親の理解度を表1に示す如く3段階に分けている。日頃、障害児の親と接していると第3段階にいると思われる親は少なく、子どもの年齢とともに生ずる新たな問題にぶつかり、第2段階にとどまっている親が多いと考える。

心身障害児の親子関係の問題点

心身障害児の親子関係は前述した通り、障害をもった子どもを親がどううけとめているかに密接に関連してくる。ここではサイモンズ(Symmonds, P.M.)が両親の態度を支配-服従、受容-拒否の2つの主要な因子に分けている型に準じて述べる。障害児の親によく見られる態度で子どもの発達を妨げてしまうものに溺愛的態度(過保護)、拒否的態度がある。溺愛的態度は子どもを不憫に思い、叱ることが必要な時も叱らず甘やかし、子どもの欲求は全て受け入れ、何でも子どもに代ってやってしまう保護や世話をしすぎる態度であり、前述した罪悪感をもった親に多くみられる。これは、罪悪感を代償するような機制が働くものと考えられる。この溺愛的態度の親に育てられた子どもは自発的な活動を奪われ、依頼心が強く、'引込み'思案で孤独になったり、能力の割に幼稚で責任感に欠けたり、忍耐力に欠け無器用であったりして自立するのに妨げとなる。

拒否的態度は障害のある子どもを持っていることを恥ずかしがり、重荷と感じ、子どもを邪魔もの扱いにしたり、無視したり、憎んで冷たくしたり、愛情を拒否する態度であり A 罪悪感をもった親が溺愛的態度をとれずにこういった態度をとっていることもあるし、家族間に不和があるとその原因がすぐ子どもを求める未熟な親に多く見られる。拒否的態度で

育てられた子どもは非常に消極的になり、神経過敏で罪悪感や劣等感を深めたり、自分に注意を引くためや愛情を求める行動をしたり、攻撃的・反抗的、加虐的行動をとったりして発達が遅れたり性格がゆがんだりしてしまう。拒否的態度には親の責任を放棄してしまう積極的拒否と放任・無関心といいた消極的拒否との2つの型があり、障害児の親にはこのうち消極的拒否が多い。

肢体不自由児と精神薄弱児の親ではその養育態度が多少異なる。梁井⁽⁴⁾は普通児の親は干渉型が多く、次に心配、放任型となっているのに、脳性まひ児の親は放任型が一番多く、心配・干渉型の順であり、消極的拒否をしていることを指摘している。これに対して、小林⁽⁵⁾、石黒⁽⁶⁾は精神薄弱児の親は普通児の親より溺愛的な態度をとることが多く、拒否的な態度は少ないと指摘している。このことは脳性まひ児が心身両面の二重障害児であるケースが多いことを考えると、障害児の質にこの要因の働いていることを考える。また、藤田⁽⁷⁾⁽⁸⁾等は脳性まひ児の障害程度、兄弟の有無などの条件によって親の態度が違ってくると次のように指摘している。子どもの成長を喜ぶ気持は障害の程度が重くなるにつれて少なくなり、将来への見通しのなさは重くなるにつれて多くなり、将来への期待・不安は障害が軽いほど多くなる。脳性まひ児に対して健常な兄、姉をもつ母親は精神的負担を感じながらも受容感情を示しているが、健常な弟、妹をもつ母親はこの受容感情を示さず、さらに脳性まひ児しかもたない母親は強い情緒的緊張をもっている。このようなことが親の態度を通して子どもに反映していくことを考えると親の態度といったことを軽視することはできないのである。

親子関係といった場合、通常は母親と子どもの関係が重視され、父親と子どもの関係は

あまり配慮されない傾向がある。障害児の親子関係は父と母の間に普通より不一致があり、子どもに好ましくない影響がある。障害児は父より母に普通児より顕著により適応を示し、父に対する適応は悪いともいわれていることを考えると障害児と父の関係にもっと注意を向ける必要がある。松原⁽⁹⁾は肢体不自由児の母親よりも、父親の養育態度により多くの問題があり、普通児の父親より、不安、溺愛、盲愛、干渉、矛盾、不一致的傾向があるとしている。筆者の調査⁽¹⁰⁾でも、両親を認知するのに普通児は父親と母親を区別して認知し、父親を権威(?)力の存在、母親を養育・愛情の存在と認知しているのに、脳性まひ児は父親を権威(?)力の存在と認知すると同時に養育・愛情の存在と認知し、父親と母親を明確に区別して認知していない。このことは脳性まひ児の父親が普通児の父親と異なる態度を子どもにとっていることをものがたっていると考えられる。このように障害児の親子関係を考えるとき、母親だけでなく父親との関係にも十分に注意していくことが必要である。

親の指導

心身障害児の親の指導はある意味で子どもを教育、指導するよりも重要であり、子どもの発達を促すのに役立つものである。障害児の親の指導は知的理解を深める指導と親の感情、情緒面の問題解決を助ける指導の2つがある。知的理解が深める指導は各々の障害の原因、症状、特質など医学的、心理学的知識を十分に知ってもらい、さらに効果的な指導方法や家庭で親ができる訓練、しつけ方を知ってもらうことである。これは教育、治療場面に親の参加を促したり、講演や映画を利用した母親教室、父親教室といったものを開いたり、社会資源の見学をしたりする。

親の感情、情緒面の問題解決を助ける指導

は適切な親子関係をつくる妨げとなっている過度の罪悪感、拒否、不安といった感情、情緒面の問題を解決するように働きかけるもので、障害児の親を指導する場合はたいへん重要でしかも困難なものである。障害児を知的に理解できても、感情的に受け入れない親が多いからである。親の期待感によって子どもは成長するのではないこと、子どものニードの存在を認め親の子ども観をつくること、子どもの世界と親の世界は本質的に別であること、知的能力、健全な身体というものに高い価値があると評価せずに、価値観をもっと変えたり拡げていくこと等が大切であり、必要であると親に判断させていくことである。これには個人的なアプローチとしてカウンセリソグ、集団的アプローチとして集団心理療法を盛り込んだグループ活動、もしくは集団カウンセリソグを時間をかけてしていくことが必要である。

親が子どもの成長、発達に果たす役割について自分で考え、親が自分の役割のかけがえないことを体得するのを助けていくことが障害児の親の指導であろう。

引用文献

- (1) 上田礼子: 親に対する育児指導「理学療法と作業療養」Vo1.6.No.7.1972
- (2) Rogen, L.: Selected aspects in the development of the mothers understanding of the mentally retarded child, Ame.Jour.Ment. Def., 1955, N059, 522-525.
- (3) 三木安正: 精神薄弱児の教育、東京大学出版会、1966
- (4) 梁井昇: 脳性小児麻痺児の治療教育の実際・小児の精神と神経 Vo1.1.No.2.1961
- (5) 小林久利: 精神薄弱児の親について、東京教育大学卒論、1956
- (6) 石黒太義: 家族関係と性格形成、金子書房、

1956

(7) 藤田和弘・小西雅子: 脳性まひ児をもつ母親の自己意識、相談学研究、1971、Vol. 4、No. 2.

(8) 藤田和弘・藤田雅子: 幼少脳性まひ児をもつ母親の自己意識、日本特殊教育学会第10回大会発表論文集、1972

(9) 松原達哉・山岡春美: 肢体不自由児の親の養育態度、特殊教育学研究、1968、Vol. 5; No. 2

(10) 小川義博: 脳性まひ幼児の両親認知に関する一考察、療育 1969 VOL. 1

1973年 日本文化科学社 教育心理 21巻
NO. 6 P48-51

子どもの心をさぐる

きょうだいの重要性

今回は障害をもった子どもの立場になって、きょうだい関係を考えてみたいと思います。

若いおかあさんがたに接して話をうかがっていると、たびたび「ほかに子どもをもったほうがいいか?」という質問をうけます。おかあさんにとっては、一度障害をもった子どもを持つと生まれてくる子どもに対する不安やその将来、きょうだい間で起こってくるであろう問題に対しての心配で、こういったことを考えるのももったもだと思います。

しかし、障害をもった子どもにとって、きょうだいはかりにどんな問題があったとしても、得がたい存在なのです。子どもは子どもどうして遊び、けんかをし、生活をして、その中で成長していくほうが、おとなから教わるものよりはるかに多くたいせつなことなのです。障害をもった子どもにも、このことは変わりないはずです。むしろ障害をもった子どもには、なおさらこのことはたいせつだから注意しなければなりません。

障害をもっていると、どうしても子どもどうしの接触が少なくなります。障害が重くなればなるほど、この傾向は強くなります。きょうだいがいればこの子どもどうしの接触の少なさをかなりカバーしてもらえenと思います。日ごろ、接している障害をもった子どもを見ても、きょうだいがいるといないとでは、子どもどうしの接し方や遊び方に差があるように思われるのです。普通の子どもでも、ひとりっ子はいろいろ問題がありますけれども、それにもまして障害をもった子どものひとりっ子は、いつまでもおかあさんのひざから離れず、赤ちゃん的になっています。下に弟でも妹でも生まれてから、見違えるように成長して、日

常生活に自分から努力するようになった子どもの例をかなり経験しております。

また、兄弟がいることのもう一つの良い面は、障害をもった子どもは、ほとんどが通園センター、養護学校というコースを歩んでいくと思います。ここでは障害をもった子どもとは接触できませんが、普通の子ともと接して生活はできません。障害をもった子どもとだけ生活していると、遊び方や話題そして考え方までが、何かかたよってしまう気がします。

家で近所の子どもたわと遊ぶ機会をつくることができにくい障害をもった子どもにとって、きょうだいは、普通の子どもの社会のいろんなことを伝えてくれますし、きょうだいやその友だちによって、その中にはいっていきます。こんなことで、おかあさんにはきょうだいは障害をもった子どもにたいせつだし、大きな助けになると語っています。

きょうだいをもったとしても、ただそれだけで障害をもつ子どもによい結果をうむわけではありません。やはり障害をもった子どもときょうだいを、両親さらにおじいさん、おばあさんたちがどういう態度で育てていくかによって、プラス面はいくらでも伸ばせます。しかし、悪い態度で育てていくときょうだいがいないほうがかえていいというようなことになり、障害をもった子にもきょうだいにも悪い結果しか与えないことになってしまいます。

家族の中の位置づけ

ここに今まで目にした家族のうち、よい結果を生んだAちゃんの語をしてみます。

Aちゃんは三人きょうだいのまん中で、おとうさん、おかあさんの五人家族の一員です。Aちゃんはどうかひとり歩きはできませんが、手がかなり不自由で、しかもことばの障害もっています。

おかあさんはAちゃんを、ほかのふたりの子

どもとなにごとも差をつけずに育てる。そして家庭での問題は、どんなちっちゃなことでも話し合って決めることに心をつかっていました。Aちゃんの家では、子どもたちにおこづかいを一か月いくらときめて、月給みたいにあげています。それに対して子どもたちは、毎朝学校へいく前に庭と廊下、げんかんと道路、自分たちの部屋といったところをそうじする役割をきめられ、月ごとにそうじする場所を交代するように決められています。

このそうじするのに、ほかの子どもは十分程度ですみますが、Aちゃんはどうしても二十分はかかってしまいます。おかあさんはAちゃんのできることは、人より時間はかかるけどかわらないという考えです。Aちゃんはこのことでたいへん努力しましたが、自信をつけました。自分も普通の人と同じなんだということ、家族の一員として、責任もっているんだということです。

このほかにもうひとつ、Aちゃんのためになったことがあります。それは近所の人たち、子どもたちのAちゃんを見る目がかわってきたことです。不自由なからだで、ぎこちない動作で毎日そうじする姿が戸外で見られるようになってから、最初、Aちゃんがかawaiiそうだとか、仕事がむずかしそうだとか言われて、おかあさんは苦勞して説明しなければならなかったのです。

しかし、日がたつにつれて、近所の人たちもそうじをするAちゃんを見なれてくると、何も言わなくなり、そうっと見守ってくれるようになりました。Aちゃんは近所の人たちから、正しく認められるようになって、それまで家から外へ出ることが少なかったのが、徐々に出ていくことが多くなりました。

このことは、きょうだいにも自信をつけましたし、きょうだいのAちゃんに対する考えにも役立ちました。きょうだいはそれまでより

ずっと自然に、友だちを家へ連れてきてAちゃんといっしょに遊ぶようになりました。こんなちょっとした身近なことに、Aちゃんに対するおかあさんの似重に考えた工夫とでもいったらいいことをして、きょうだいをのばしていきました。だけど、おかあさんにもどうしていいかわからないようなことにぶつかると、きょうだいを信じて、三人に相談させて、自分はそうっとわきで聞いていて、きょうだい三人の決定を見守るといったようにしていました。

きょうだいとのかかわり方

たとえば、きょうだい魚をとり近所の池へいくことになり、Aちゃんも連れて行ってほしいということになったとき、池のようすからして、Aちゃんにはとてもあぶないと思われ、おかあさんは行かせないと言いたいのをおさえて、きょうだい三人に相談させました。

きょうだいはAちゃん的能力について語したり、何かいい方法はないかと、いろいろ話し合っていました。やはりあぶないということになり、Aちゃんを残して出かけました。Aちゃんは少し不満そうでしたが、あきらめた様子でした。きょうだいは魚をとって帰ってからAちゃんに魚とりの様子をこまかく話してやっていました。

もし、おかあさんが一方的に行ってはいけないと言ったら、Aちゃんもこうあっさりとおぎらめられなかったでしょうし、きょうだいも魚とりを楽しくやれなかったにちがいありません。こんなふうには、きょうだいで話し合ううちに、Aちゃんは自分の能力を考えると、そしてがまんしなければならぬことのあるのを、自然と気づいていきました。きょうだいのほうも、Aちゃん能力、病気のことを考えるようになり、Aちゃんへ正しい思やりを持つことができるようになりました。Aちゃんの家

ではこんなふうにして家族のレクリエーションも、家族のきまりもスケジュールもきょうだいの話し合いにまかせて、両親は見守っていて、適当なアドバイスをする程度にしていました。

適切な方向づけの必要性

高校二年生になったAちゃんこう語してくれました。「家族が自分を必要として賛任を与えてくれたことが、ひじょうにうれしかったし、きょうだいと自分と話しをするなかで、わがままなところを教えてくれたり、直してくれた。病気のことむしろきょうだいのほうがよく知っていて、友だちがおかしいとって笑ったり、からかったりすると、きょうだいAちゃんと説明してくれたりしていた。もし、きょうだいがそんなとき、さびしそうな顔をしたり、友だちとけんかをしたら、からかわれたことそのものよりもっとみじめな思いをしたら。家族といろんなことを話し合っていくなかで自分の病気、障害がどう家族生活のなかで問題なのか、それに対して家族がどんな努力をしてくれているのか、自分でできることは、自分がどういうふうになればいいのかといったことがわかって、とても役にたった。いちばんうれしいのは、家族が障害をもった自分のいることをはずかしいと思ったり、人に知られるのをいやがったりしたことがなかったことです。自分のことをありのままに語してくれました。こういった家族の態度が、自分に劣等感やひがみを持たせなかったと思う。

それから弟が大きくなって、自分より能力が上になるようになったときに父が自分に語ってくれたことがすごく印象に残っているし、弟との関係であとあとまでためになったんです。それは、父がはっきりと自分に弟と同じこと、あるいは、兄だからそれ以上のことをという考えをもってはいけない。自分には障害があるんだから、弟よりもできないことがたくさんある

ことは当然であって、それを不満と考えるのは自分のまちがいだ。家族でやってあげられることには限りがある。弟のすぐれたところは率直にみとめてあげなさい。こう父が話してくれたときは、何かさびしいような、それでいて何かホッとした気持ちがしたんです」Aちゃんは明るくなつかしそうに話してくれました。

扱い方の留意点

このAちゃんの場合はよかった例です。しかし、かなりの場合は、これほどきょうだいをふくめての家族関係がうまくいっていません。いちばんよく感じるのは両親の態度がきょうだいにも影響していることです。両親が障害をもった子がいることにうしろめたさとかはさかしさを感じていれば、きょうだいにも自然とそれが感じられて、両親と同じ気持ちをもってしまう。両親が障害をもった子を外へ出すのをいやだと思ったり、外へ連れてきたときに、他人の目を気にしているような態度をとっていれば、きょうだいもそれを感じとってしまうはず。きょうだいも外へいっしょに遊びに連れていってほしくなくなるでしょうし友だちも家へ連れてきたがらなくなったり、連れてきても障害をもった子が友だちの目にとまらないようにするでしょう。障害をもった子もこういったふんい気を敏感に感じてひねくれてくるでしょう。

こうなってはきょうだいの関係がうまくいくわけはありません。これはきょうだいが悪いのではなくて、両親の気持ちの持ち方がいけないのです。さらにこういった両親は、障害児をもった子が家でひとりで遊んでいることを気にして、きょうだいに家にいて、いっしょに遊んであげなさいと、強制しがちです。

きょうだいにとってみれば、それぞれの友だちと遊びたいのです。それなのに、家にいる

といわれ、前にのべたようなことで、家に友だちもよびたくない。これではきょうだいもおもしろくありません。障害をもった子をじゃまに感じるでしょう。

さらに多くの家庭で障害を持った子がいるとその子を中心に、その子を第一に家庭が動いています。よく障害をもった子は過保護に育てられているといわれています。両親にしてみれば、障害をもった子はかわいそうですし、自分の責任、罪といったものを感じて過保護になるのでしょう。

「　　ちゃんはからだが不自由なんだから、あんたはこうしなさい、がまんしなさい、なんでもしてあげなさい」といったことがきょうだいに親の口から話されています。

これでは障害を持った子はなんでも自分中心にならされ、当然のこととしてわがままになり、きょうだいは普通以上にいろんなことをする責任をもたされ、いろんな欲求をがまんさせられてしまい、おもしろくないはず。ただでさえ障害をもった子がいれば、親の手を多くそちらへとられたり、病院や訓練へ通うために時間をとられていて、心のどこかでおこっているはず。

そこで、障害を持った子が過保護に扱われていて、自分たちが放任されていると感じたら、きょうだいは障害を持った子をねたむでしょうし、はらをたててしまいます。むずかしいことですが、きょうだいを公平に扱うことがたいせつだと思います。ごくあたりまえのことなのですが、それがなかなかできにくいのです。きょうだいをぎせいにしても、障害を持った子にいろいろのことをやってあげることが、はっきりいってまちがいだと思います。障害をもった子にもこういったことは長い目でみると、けっして良い結果にはならないと思います。きょうだいが大きくなったら、障害、病気のことは話す機会を多くもてば、あ

を責めて悩んでしまいます。しかし、実際に原因があるのは子供の方なので、自信をもってゆったりとした気分で根気良く授乳に臨んで欲しいのです。そうはいつでも、なかなかむずかしいことです。この時期の母親は子供のいろいろの問題に気づいて不安な状態の連続です。問題を都合よく解釈して希望的に考えようとして、障害の存在を拒否して現実を認めようとしないうつ気持で一杯です。問題に気づいていてもそれを認められないのです。早く現実の問題を正しく理解し、気持ちをきりかえて子供に接してゆくことが母親と子供の成長には必要です。

更に、授乳には栄養を与えること以外にもう一つ大切な意味があります。それは母子間の絆を太くする大切な行為であるということです。授乳は母親が子供に濃厚に接触する場面です。接触といっても肌の接触だけではありません。忘れてならないのが、目と耳と体の動きによる接触です。これらの接触を通して、母親と子が会話をしているのです。頬をなで、母親特有の高い声で話しかけ、顔の表情を変え、体をゆすったり、話しかけ(働きかけ)をします。これに対して子供も体を動かし、声を上げ、視線を固定したりして応答してきます。この会話の中で、目による会話が大切だといわれていますが、障害児は目の動きが緩慢だったり動きすぎたりしてこの会話がうまくいきません。また、全体に動きが少なく、会話がむずかしいのです。しかし、どんなに障害が重くても何らかの形で応答しています。母親がその応答の形を早くみつけてそれを発展させてあげなければいけません。この会話の中で母親と子供の間には信頼が生まれて、絆が太く強くなり、発達が促されていくわけです。そのためには、母級のこの会話にのぞむ時の気持ちが大切になります。

障害があるだけなのに病気の子どもとみてしまい話しかけ(働きかけ)を固定してしまった

り、ほとんどしなくなったり、反対にあせて相手の状態を無視して一方的に話しかけ(働きかけ)たり、子供の自発的なものを先にとってしまったりしてしまいがちです。こういうことを防ぐためには障害の存在を早く受け入れ、障害を正しく理解していく姿勢が母親に求められます。このように、母子の出会いである授乳をうまく行うことができれば、離乳食へ進んでいく時に自信をもって冷静に母親も子供も臨めると思います。

障害の理解

母親にとって障害の存在に気がつき、つらく苦しい心の過程を経て、障害を受け入れられたならば、次に障害を正しく理解しなければなりません。障害児の母親が最初に気づく異常は目で分かる姿勢や運動の面です。そして自分の子は運動機能に障害があることが分かっても精神発達の面に遅れや障害のあることには気がつかないことが多いようです。仮に気がついて、それを認めたがらないことが多く見られます。

早期療育の時期は子供の運動発達と同じように精神発達にとっても大切な時期なのですが、精神面での問題はなかなか目にとまらないのですが、この時期の発達は心身の発達が密接に関連しあっていることを十分理解しなければいけません。特に、脳性マヒ児を持った母親はなおさらです。肢体不自由児と考えるより重複障害児(運動機能と知能の双方が障害されている子供)であると考えた方が良くらいです。ですから運動機能訓練はもちろんですが、精神発達の基礎となるあらゆる感覚器官を発達させる面にも心をくだいてほしいのです。子供を腫れものにでもさわるか、ガラス細工でも扱うようにしている母親を見ますが、これでは運動機能面はもちろんのこと、精神面の発達も十分に促されません。

障害児とは病気ではなく、後遺症なのです。

普通の子供と同等に扱ってよいのです。たかいたかいをしたり、でんぐりがえしをしたり、逆に宙吊りにしてブランコをしてやったりして遊ばせ、いろいろないたずらを十分にさせて精神発達の糧を十分にあげて欲しいのです。細心の注意を払って大胆に子供を育てていく心構えが母親に求められます。母親の心構えは必ず子供にも投影されていき、きっと良い結果をもたらしてくれるでしょう。

次に大切なことは発達の順序をよく理解することです。これはすべての面についていえます。母親があせって発達の順序を無視して児童に無理を強いたり、不憫さや諦めが先にたって能力があるにもかかわらず、いつまでも同じ扱いを続けてしまって発達の芽をつんでしまっていることがよくあります。四つばいもできないのに歩くことをさせたり、噛む力があるのにいつまでも離乳食を与え続けていたりします。

発達を促すためには発達の道筋を知って、次の段階へ子供を導いてあげる時期と内容をうまくつかまなければなりません。専門家ではありませんから発達の順序をそんなに細かく知ることは必要ないでしょうが、普通の子供を育てている母親と同じであってはいけません。また、子供の能力を冷静に観察できることも必要です。

しかしながら、発達というと普通の子の発達と比較して遅れているとかいないとかに注意が払われがちです。遅れているのは当然なので比較のためであれば害の方が大きくなってしまいます。各々の子供には各々の発達のペースがあります。そのペースに合わせて次に何をしなければいけないか、現在こういった面での能力に問題があるかを、母親が見つかるためにこそ発達の道筋、順序を理解することが必要です。

独りで悩まず家族と一緒に、そして社会へ、子供に障害があることで、最も責任を感じて

しまうのが母親でしょう。しかし、母親だけで障害児を療育していくことは不可能でしょう。仮に、母親だけでできたとしても長い間に必ず行き詰ってしまいます。母親だけが子供に接しているわけではありません。両親の接し方、考え方が違っては療育の効果は半減どころかマイナスにもなりかねません。子供に対する責任は父親も同等にあるのですから、両親が協力しあって療育に臨まなければいけません。事情の許す限り、父親も診察に立ち会い、機能訓練に参加して両親で障害を理解し、療育について一緒に考えていくようにして欲しいのです。母親のしなければならぬ重要なことです。

更に、このことは何も父親ばかりでなく、兄弟姉妹、祖父母についてもいえることです。特に、祖父母のかかわりにとても難しいことが多いようです。祖父母は自分たちに都合のいい時に顔を出し、都合のいいように接すると多いようですし、最近でこそ少なくなってきましたが、障害の原因、責任を母親に負わせがちです。どうしても甘やかし、過保護に子供を扱ってしまうし、母親を必要以上に緊張させてしまいます。これでは療育がうまく成果を上げられません。育て方について十分話し合ったり、障害の原因や療育について専門家の話を聞ける機会をつくるように母親が努力してほしいと思います。このようにして家族全体をまきこんで、家族が一体となって取り組んで始めて早期療育の効果が十分挙げられるのです。

次に、してほしいことは母親も子供も外へ出ること、世界を広げることです。子供は家の中で家族とだけの交わりだけでは発達が片寄ってしまいます。他の子供との交わりを通してしか学べないことがあります。母親から離れて他の子供と遊べるようにしなければなりません。母親の膝の上だけでしか遊べないのは障害のためではなく母親の扱いの悪さの

る程度、理解してもらえますが、たいせつなのは小さいときの気持ちです。

結び

何かまとまりのないことになりましたが、いちばんたいせつなことはきょうだいをどうやって育てていくかということよりも、おとうさん、おかあさんたちが、障害をもった子をどういう気持ちでうけとめているか、どう考えていくかということのほうだと思います。

1972年 日本肢体不自由児協会 はげみ
第18巻第6号 P12-17

早期療育における母親の役割

早期療育の重要性が徐々に浸透してきて、いろいろの治療法が効果を上げてきています。しかし、専門家がどんなに素晴らしい治療法を開発し、それを子供に施しても、それだけでは子供にとっては十分ではありません。一番大切なことは、家族とりわけ両親がどのように我が子を育てていくかということです。専門家にどんなに多くの治療を受け、手をかけていただいても、それは母親が日ごろ我が子に接して、子供の成長に与える影響とくらべたら問題になりません。しかも、早期療育といわれる零歳、一歳時期の子供の発達段階はそれ以後の発達段階にくらべて非常に発達が速く、大きいことを考えるとき、この時期の母親の役割はなおいっそう重要な意味をもってきます。ですから、母親、また家族が障害児をもった痛手から早く立ちなおり、正しく障害を理解し、育て方を覚えて、より望ましい療育をしていくことが重要です。この時期の貴重な日々を一日たりともむだにはできません。

障害児との出会い

母親と我が子との最初の接触は授乳です。子供が乳を飲むために必要な吸引運動は母胎の中で胎児の時期からみられるといわれています。しかし、障害児は一般に吸引運動が十分にできないことが多くみられます。このため、ミルクをうまく飲めません。母と子の最初の接触から問題が生じてきてしまいます。おなかがすいていても母親の乳首を吸えないで拒否してしまいます。母親も子供もいららして身体的にも疲れてしまいます。このように親密で、調和された母子関係の基となる授乳がうまくいかないことは、親子の間に精神的な緊張を生じさせてしまいます。このような時、母親はその原因が自分にあると思い、自分

ためです。一方、母親も自分だけで悩んでいるのではなく、同じ悩みをもつ母親との交わりを親の会などで持つべきです。成長した子供を持つ親の体験談を聞くことや、互いに悩みや体験を話し合う中でどんなに励ましを受け、有意義な情報を知ることができるかわかりません。親自身が学習し、行動して人間的に成長することが、障害児の成長に不可欠です。親子ともに、家庭の外に成長していく場(世界)を持ってほしいと思います。

最後に、最もすばらしい発達をとげる時期なればこそ、療育効果もそれだけすばらしいということと、早期療育の主役は母親であって専門家はお手伝いはできても母親にはかわれないことを十分に認識されて貴重な日々をむだにしないで欲しいと思います。

1980年 日本肢体不自由児協会

はげみ 通巻151号 P22-25

電動タイプの使い方の工夫

手の不自由な脳性マヒ児が字をかくことができない場合、最近は電動タイプライターを使用しています。

しかし、タイプのキーを押すには、それなりに手や足の能力、そして手や足がつかえないときは、口に棒をくわえられる能力がなくてはなりません。さらに、どういう姿勢にしる、タイプライターを前にして、かなりの時間、一定の姿勢を保っていられる能力がいります。

しかし、これらの能力がすべてない重度児がかなりいます。こういった重度児がタイプライターを使いこなせるためには、いろいろなくふうが必要になってきます。

ここにひとりの重度児の例を紹介してみますので、参考にさせていただければと思います。

このお子さんは、小学校三年生の男の子で、ねがえりがやっとなで、坐位もイスにすわることもできません。手足も自分の思ったようには動かせませんから、日常生活はすべて介助が必要です、さらに、口の機能が悪くことばは全くできず、ものをくわえていることもできません。

このお子さんに頭でタイプライターを打つことができないだろうかと考え、まず長いことからだを起こして、頭が楽に動かせる姿勢を作ることを考えました。

普通のイスやリラックスイスにしばってやると、からだは後ろへは安定してますが、前に対して不安定になり、頭の動きが思うようにいきません。そこで、右ページ下段の写真のようなイスを使ってみました。これはイスの背もたれに、胸からもたれかかり、背中をマジックテープでとめるようなものがついているものです。これにすわらせると、からだも楽しく、頭の動きもスムーズになりました(これは

お子さんに合わせて、胸あての高さは調節でき、胸の角度は自由になります)。次に、頭に棒を固定しなければなりません、これは市販の肢体不自由児用ヘルメットに、手を加えることで解決できました。

ヘルメットに金属で補強して、そこに、二十四～二十六センチメートルぐらいの棒をとりつけました。棒の先にスperi止めのゴムをとりつけ、先が顔の中央前方、二十六～二十七センチメートルのところにくるように、角度をつけました。棒の材質は、じょうぶであればいいと思いますが、目の前のうるさいことを考え、透明のプラスチックの棒のようなものがないかと思ひます。

これで一応タイプライターを打てるようになりましたが、児童の頭を動かす能力によって、タイプライターを角度をつけて置いたり、フィンガープロテクター(ほかの文字のキーを誤って押すのを防ぐ板)をつければよいと思ひます。

この重度のお子さんは、自分の思つたことを、スピードはありませんが、自由に表現できるようになりつつあります。

電動タイプライターの使い方は、本誌の四十六年六・七月号に「電動タイプライターの使い方」として遠藤知見先生が詳しく書いていらっしゃいます。

**1973年 日本肢体不自由児協会
はげみ 4,5月号 P16-17**

知恵おくれの子をどう育てるか

前項までは知恵おくれのお子さんを育てるうえで必要な心理的知識について述べられてきました。ここでは知恵おくれのお子さんを育てていく上で大切なことを述べようと思ひます。お子さんを育てるのはご両親ですから、ご両親がお子さんに対してどのような気持ちを持ってお育てになつておられるか、これが一番基本的に考えなければならない問題です。

ご両親の気持ちが大切

知恵おくれのお子さんを持つたご両親は、少なからずお子さんに対して罪悪感を持ってしまふのが普通です。その結果、お子さんに対して過保護もしくは溺愛的な態度を持って育ててしまうことが多くなります。過保護に育てられたおさんは依頼心が強く、忍耐力にかけ、結局はお子さん自身が大きくなるにつれて苦勞する結果となります。そのためにも、大変難しいことですが、障害児を持つたショックから早く立ち直り、ご両親が気持ちの整理を一日も早くつけられ、おさんの状況を早く正しく理解し、認識されて、正しい育て方を身につけてほしいと思ひます。

基本的な生活習慣を身につける

乳幼児期の知恵おくれのお子さんを育てていく最初の問題は食事、排せつ、更衣といった人間が生きていくうえで必要な基本的な生活習慣をいかに早く身につけさせるかということです。知恵おくれのおさんに生活習慣をつけるうえで注意しなければならないことが四つあります。

一つのことを一度ではなく、いくつかに分けて少しずつ指導する。
簡単に見える日常生活の動作であっても、

知恵おくれのお子さんには少しも簡単ではないということを忘れがちです。一つの生活動作を幾つかの動作に分解して、一つずつ確実に身につけさせてから次のことを教えていくことが大切です。

例えば、洗面の動作を考えてみると大きく、洗面器に水を適量ためること、顔を正しく洗うこと、顔を拭いてタオルを洗面器を正しくしまつすることの三つの動作が考えられます。

お子さんの能力に合わせてこの動作の分け方はかえる必要がありますが、一つ一つの動作をいっぺんに覚えさせることが難しいことですから、一つの動作を覚えてから次の動作を教えていくことが大切になります。その際いつも同じ方法で教えていくこと、ご両親で教え方が違ったり、日によって動作の順序を変えたりしないことが大切です。そしてできたら必ずほめてあげることが大切です。

完全に身につけるまで毎日くりかえす。

知恵おくれのお子さんが一つのことを身につけるのに長い時間と努力が必要なことはご存じでも、身につけたことがアツという間に崩されてしまうことはあまりご存じではないようです。このくらいできればというのではなく、完全にできるまで見守ることはもちろん、それが安定して継続するまで安心はできません。親が納得するまで続けることが大切です。

いつも同じ方法で教える。

知恵おくれのお子さんの特徴は応用力が欠けると言われています。この程度なら今までの理解できた内容からしてわかってもらえるというような考えは適用しませんし、この程度の教え方の順序の違いは許されるという考え方も適用しません。少しの違いであっても全く新しいこと、新しい課題として受けとめざるをえないのです。そのため教え方が日によって、あるいは人によって異なるようだとお子さんは混乱してしまい、正しい動作、行動

を身につけるのに無駄な時間と努力を払うこととなります。

理解できる方法で教え認識をそのつどしていく。

教えるときに使う言葉そして動作が知恵おくれのお子さんに理解できているかをじゅうぶんに考える必要があります。これはあたりまえのことですが一番忘れがちです。わかりやすい言葉、動作で教えていくことは簡単に見えて難しいことです。そして動作と言葉を一緒に使って教えていくことも重要になります。教えることをお子さんに見せながらかみくだいて説明して、その後、お子さんの手足をもって一緒にやってみる。そして見ている前でやらせてみる。これが一般的な教え方になります。

そしてお子さんのした動作にはそのつどそのつど確認してあげることが必要です。もし、一定の指導をした後で、この確認することがほめることより誤りを正すことのほうが多いようでしたら、どこかに無理があると考えて内容を変えてみたほうがよいでしょう。さもないと一番大切なご両親とお子さんの心のつながりがうすくなってしまいます。

1991年 境屋図書

乳・幼児期知恵遅れ児の育児に必要な知識

P49-51

知っておきたい 特殊な障害と育て方

前項では基本的な生活習慣をつける上でのごく一般的なお話をしましたが、ここでは知恵おくれのお子さんのもつ特殊な障害とその改善方法について述べてみましょう。

いろいろな感覚の重要さ

人間が一つ簡単な動作をするためには運動能力だけでは不十分です。自分の周囲の状況、扱わなければならない物の位置、状態、そして自分の手足等、身体の状態など、いろいろな情報を受けとって、その情報を互いに比較して、うまく動作ができているかを判断しながら先へ動作が進んでいくわけです。この情報を受けとったり、比較する能力が感覚能力と言われています。感覚と言うと普通、視覚と聴覚だけを考えがちですが、そのほかに触覚があります。さらに、すこし難しくなりますが、体の傾きや動きを感じる前庭覚と筋肉や関節の動きを感じる固有感覚があります。このような感覚がお互いどうしうまく連絡をとりあっていろいろな動作や行動が可能になります。この感覚面に問題があるといくら正しい指導方法でお子さんを導いても効果があがらない結果となりますし、いったん身に付いたかと思われることが、すぐにもとに戻ってしまうことにもなります。

知恵おくれのお子さんが持つ

特異な感覚の問題

知恵おくれのお子さんはただ単に知恵おくれを示すだけでなく、知恵おくれをもたらす原因の一部として考えられるし、知恵おくれが引き起こしているとも考えられる感覚の問題を多く持っています。その中でも目と耳が関係する視覚、聴覚について見える、聞こえる

といったように周囲の人も問題を早く見つけ出しやすいし、重要なことと考えます。

この二つの感覚以外に知恵おくれのお子さんを育てていくのに注意してほしいことがあります。それは触覚と平衡感覚の障害です。

触覚の問題

まず、触覚の問題ですが、これは触覚防衛といわれています。普通の人でも急に何か肌に触れたりするとそれを避けようとする反応が出ますが、この反応が異常に多く出てしまい、発達の妨げになってしまうことが知恵おくれのお子さんによく見られるのです。

具体的には顔を触られるのを極度に嫌がったり、他の人が愛情の表現として抱いたり触ったりすることを拒否したり、砂、のり、特定の材質のぬいぐるみ等に触るのを嫌がったり、砂場や芝生を素足で歩くことを嫌がったりすることです。そしてこれを見過ごす成長とともにより注意散漫になったり、多動になったり一つのひきがねになってしまいます。触覚というと手だけを考えがちですが、顔、腕、体、足、足の裏等すべての面から刺激が大切で、どこの部分が喜ばれ、嫌われるかをよく観察しておくことが大切です。

この触覚防衛を改善するためには、嫌がる身体部位とどのような触られ方を嫌がるかを判断して、その部位を中心に弱い刺激から与えていくことと、お子さんの手をそえて刺激してあげることなどが大切になります。それよりもなるべく素肌を多くだして、いろいろの材質の床面で家族といっしょに肌の触れあう遊びを生活の中で多くとりいれて行くことが大切です。

平衡感覚の問題

二番目の平衡感覚の問題は重力不安と呼ばれます。普通のお子さんであれば身体を荒く

扱われ揺さぶられることをとても喜ぶことができるはずで。ところが知恵おくれのお子さんの中に、身体を位置を急に換えられたり、動かされたりすることを異常にこわがり、不安を見せるお子さんが多くいます。そしてこのことがいろいろ生活動作に獲得に障害をしめしたり、学習上の問題をもたらします。

とくに、脳性まひによる運動障害を併せもつようなお子さんの場合、運動が制限されていますので、本質的な障害に経験不足ということが加わりこの傾向が強くなります。乳児期から普通のお子さん以上に身体を揺さぶる経験を多く与えてください。

シーツの両端をご両親で持ち、ハンモックのように揺さぶったり、高い高いしたりすることを多くしてあげて、年齢とともにブランコ、シーソー、すべり台など一般的な遊具をこの面から意識して使用させていくことが大切です。

このような活発な運動を取り入れた生活を多くさせていく中で、いろいろの感覚と一緒に組み合わせて使い、自分の身体の部位の位置関係、身体の中の部分をどの程度の力で使用しているか、自分と物の関係など理解する力、手と目をうまく使う能力を培って発達の基礎的な力をつけていきます。

知恵おくれのお子さんを育てていくにはより基礎的なことの積み上げが大切ですから、一つのことのできるためには何ができる必要があるか、そのため必要な能力は何かを、感覚という点からも考えていくことが望まれます。

1991年 境屋図書

乳・幼児期知恵遅れ児の育児に必要な知識

P49-51

国際障害者年特集(2)

肢体不自由児

今回は全国で7万5000人近くいると推定されている肢体不自由児の現状と問題について論じていこうと考える。過去において肢体不自由児といえば、脊髄性小児マヒ(ポリオ)、先天性股関節脱臼(LCC)等が起因疾患の大半を占めていた。しかし、最近の医学の進歩、各種施策の充実により大きな変化が起因疾患に生じてきている。それは脳性まひの占める比率の増大である。現在、全国の肢体不自由児施設に入所している児童の70%近くが脳性まひ児によって占められている。脳性まひ児が肢体不自由児の大半を占めるということは肢体不自由児という概念を大きく変える必要、もしくは新しい考え方をしていく必要をもたらしている。

過去の肢体不自由児は整形外科的疾患によるもので、四肢、体幹に運動機能障害を持つだけの児童であった。これに対して脳性まひ児は中枢神経系の障害を持つため、運動機能障害だけでなく、言語障害、知能障害、てんかん発作等の合併障害を持っている重複障害児と考えた方が妥当であることが多い。また、脳損傷児という考え方もとれる。脳損傷児とは出生前後、または幼少児期における中枢神経(脳)に対する障害に起因する脳性まひ、精神薄弱、てんかん、行動異常の4症状を示す症候群を呈する小児をいう。脳性まひ児は運動機能障害を主症状に持つ脳損傷児と考えられるわけである。このため整形外科的アプローチから神経生理学的アプローチへと治療法が変化してきている。

もう一つの変化は治療開始時期の点である。幼児期あるいは学齢期からの治療では効果が上がらないために、乳児期、新生児期からの治

療にその重点が移ってきている。どんな病気も早期発見,早期治療が回復の決め手となるが,肢体不自由児,とりわけ脳性まひ児にとっても早期発見,早期治療は重要である。スキヤモンの成長曲線にみられるごとく,神経系統の成長は他の身体機構の成長と異なり乳児期に急速に成長が見られる。脳性まひは中枢神経(脳)の損傷による疾患であるから,この成長の著しい時期に治療をすることが効果的な治療となる。乳児期の脳性まひ児の脳は未熟であり,非進行性の脳疾患なので適切な刺激を与えることにより正常化する可能性があると考え,乳児期の脳の可塑性を利用して知覚,運動刺激を与えて脳の正常な発達を促進させる神経発達の治療がなされてきている。このような早期治療のためには早期発見が不可欠である。通常,母親が異常に気づき医師に診断を受けるわけであるが,これでは遅いのである。低体重出生,仮死分娩,重症黄疸,哺乳力微弱,ひきつけなどの既往歴を持ち脳性まひになる危険の大きな危険児を観察していくことから重要となる。そのためには乳児健診などに専門家が積極的に参加していくことが不可欠であり,この点から,肢体不自由児施設が保健所と連携を密にして地域社会の中で積極的な役割を果たしていかなければならないと考える。

つぎに,具体的な早期療育は正常運動感覚の習得や異常姿勢反射の抑制に重点がおかれているが,運動障害だけでなく知的発達や社会的経験の乏しさを伴っているので,心身共にバランスのとれた発達を促すために親の理解を深め家庭での指導が大切である。運動障害に対しては,機能訓練がなされる。一般に歩行を目的とした下肢訓練と上肢訓練,それに言語訓練がなされる。下肢訓練は正常の運動発達にしたがい,寝返り,四つん這い,座位,立位,そして歩行へとステップを踏んで機能向上を目ざして訓練がなされる。上肢訓練は日常生活

の諸動作(食事,更衣,排泄動作等)を目標に,遊びを通して動作の訓練がなされる。また,知的発達面では遊びの指導が重要になる。一般にテレビ,傍観,会話などの受容的遊びが多く,家庭内で過ごすことが多く遊び相手も兄弟が主であり,わがままに育てられている肢体不自由児の生活の特殊性は,性格,社会性の発達に大きな影響を及ぼしている。親に訓練方法,内容に関して理解させ,不安の高い親の情緒的側面を安定に向けて援助し,過保護な育児態度を改善させていくこと等,親への指導が児童への指導と同等もしくはそれ以上に重要なものとなる。それらのことを効果的に行うためには親子ともに集団経験を与えていくことが不可欠である。障害児を持つ親は世間に対して逃避的で孤立しがちである。同じ障害児を持つ親と接することで悩みを分かち合い,他の障害児を知るにより自分の子を客観的に見られることを促して,自分の子の障害を正しく理解して,より望ましい養育態度をとれる機会を与える。一方,障害児には次のような点に留意して集団保育を行っている。集団意識がほとんど育てないために,集団意識を育てることを主眼に各種の機能訓練と有機的な関連を持った保育を行うことを第1の目標とする。その上に個人差の著しい障害児であるから個別的な指導を個々の児童の発達段階に配慮して主体的な意欲を引き出すことを意図していく。また障害児の発達の,心理的問題を十分に考慮した治療保育的なアプローチをしていかなければならない。直接経験を多くして経験領域の拡大を図り,経験の質をより濃厚なものとしたり,感覚運動機能,言語発達の促進を図る治療訓練的な活動を取り入れた保育を考案・工夫していく。このような保育活動の中で,障害児にとって大切な障害を克服していく克服意欲を培っていく集団保育がなされねばならない。

このように療育の中で重要な保育を考える

とき保育者の養成が大きな問題となる。最近、統合教育・統合保育の重要性が論じられ、実践されているなかで、保母養成機関において障害児についての教育が少しずつ充実している。しかし、障害児について表面的な知識を教育するにとどまり、真に療育とは何か、療育の実践についてなど、基本的な理念を教育していくことがかなり不足していることを痛感する。また、障害児、特に肢体不自由児の療育は医療スタッフと福祉関係スタッフとのチームアプローチで成り立っている。保母養成機関の教育が保育所という保母の単一職種職場を主眼になされているため、療育現場において保母のチームアプローチへの戸惑いが目立ち、他のスタッフとこの点において差がある。チームの一員として業務を行っていくためのコミュニケーションの方法、保育業務の位置づけなどについて教育がなされてしかるべきである。今後、統合保育の拡充、治療保育の充実が障害児の幸せにつながることを思うと重要な問題として検討されねばならない。

1981年 保育研究 VOL2 NO2 P138-139

重症心身障害研究会
シンポジウム 指定発言
肢体不自由児施設の立場から

私は重心の施設ではなく肢体不自由児施設の指導員という立場からの発言ということをおことわりしておきます。先ほど私どものセンターを見学していただきましたが、説明できなかったところは先ほどからの発言にも関連する点がございますので、スライドで説明させていただきます。

スライド は北療育・医療センター機能関連図です。真中に北療、左側がお子さんあるいは患者さんの流れ、右側が、当センターで対応しきれない、より高度な医療を要するケースの場合に運携をとる関連機関でございます。病院部門と施設部門の2つに分かれており、それぞれ数字が入っているのはベッド数です。

今日のお話と関連しますのは、病院部門の病院的緊急一時保護、施設部門の緊急一時入園です。病院的緊急一時保護は福祉局との契約に基づいて2ベッド用意しています。福祉局の方で児相センターあるいは心障センター、

北療育医療センター入園児の状況(%)

100	1.3	3.9	6.6	
80	3.9	7.9	13.2	2.6
60	5.2	5.2	10.5	2.6
35	1.3	1.3	19.7	10.5
0	歩行可能	杖を使用可能	座位が可能	座位不可

北療育医療センター通園児の状況(%)

100	3.4			
80			3.4	3.4
60	3.4		13.8	17.2
35	6.9	3.4	13.8	31.0
0	歩行可能	杖を使用可能	座位が可能	座位不可

福祉事務所などから挙がってまいりましたケースを私どもでお預かりします。期間は一応3ヵ月を限度としております。昨年7月から今年の6月まで1年間に10名お預かりしております。平均年齢は大体13歳ぐらいです。大人が5名、子供が5名、年齢幅は35歳から10歳までとなっております。日数は14日から90日です。病院的緊急一時保護は普通の一時保護と違い、何らかの疾患

があり、家庭的に一時保護する必要があるという特殊な一時保護で、多少誤解を招くケースがあるようです。施設部門の緊急一時入園の6ベッドは、施設独自のもので全都の障害児を対象にはしておりません。あくまでも城北、城南地域の通園、外来通院の18歳未満の人達が対象です。去年1年間に18名が入っております。平均入園期間が1.4ヵ月です。入園理由としてはやはり、ご家族の病気が多いのです。次いで母親の出産、家庭の法事及び結婚式、その他、転居準備といった理由になっております。以上、当センターの補足説明をさせていただきました。

それから都立新大塚病院が63年度から心身障害者の専門医療病院として整備されて開設されます。当センターと違った医療機関が増えるという意味でちょっと申し上げておきます。時間がありましたら入園のお子さん方の状況もお話できるかと思いますが、施設に勤めておりまして私がお話ししたいことが3つあります。1つは重症心身障害児と規定する、従来から使われている分類表についてです。2番目は重心のお子さん達の教育及び療育について感じていること、3番目に、家庭療育への援助についてお話ししたいと思います。

分類表について

従来から使われている大島分類及び文部省の分類では、現在肢体不自由施設にいる児童

のかなりの割合が、重症心身障害児として規定されてしまいます。ちなみに北療育・医療センターの児童をこの分類に当てはめると、スライドのように、入園児の大体3割が重症児に入ってしまいます。通園児についてみますとスライドのように45%ないし半数のお子さんが重症児と判定されてしまいます。肢体不自由児施設が重心をかなりやっているという現実でございます。しかし、これらのお子さんを重症心身障害児施設のお子さんと比較した時に、明らかに何か異なっているというふうに感じます。それは運動障害の分類ではなく知能の分類の尺度に問題があるのではないかと感じます。現在発達指数35という線で分類しているわけですから、年齢によって全体的能力が違ってくるのは明らかで、その点で云々はしません。同一年齢、同一指数のレベルで比較して考えた場合、問題になるのは知能ではなくて対人行動、集団参加機能、自発性、そういった広い意味の生活面での発達というところで大きく異なるのではないかと思います。ですから、知能面ではなくて自我発達、社会性の発達を問題とした方が妥当な分類ができるのではないかと考えます。発達年齢、発達指数では十分に表現しえないものが何かあるような気がいたします。今後この点を具体化していく必要がありますので問題提起をいたします。

療育および教育の問題

次に、東京の肢体不自由児養護学校及び東京の障害児の療育をみた時に、ちょっと考えざるを得ない問題があります。それは第1に、重症心身障害児に生きる力を与えるということをお忘れ不得ないということです。生きる力というのは、重症心身障害児が家族から1人残された時、他人の介助を受けて生きて行ける力というふうにかんがいたいのです。家族以

外の人から低抗なく介助を受けられて、それまでと変わりなく健康を維持できるだけの、心身両面のたくましさをつけることを、いま以上に療育活動、教育活動の中に取りこんでいかなければいけないのではないかと思います。家庭療育を前提とした重症心身障害児の生活は理想であって、施設療育の必要がいつ生じるかわからないということを前提としてこの考え方をとりたいと思います。家族とその周辺の特定の方だけしか介助できない、介助を受けられない子供にしないような扱いが必要だと思います。2番目は、医療と教育の連携を、もっと深めていく必要があるということです。重症心身障害児の多くは早期療育が進み、就学を迎える6,7,8歳ごろが運動機能面で一番ピークに達していると考えたいと思います。しかし、就学してしまったり、医療機関から離れてしまうと、親の意識や我われの視線も、運動機能面への配慮が格段に低下するように感じます。

従来、肢体不自由児もしくは重複障害児を対象として言われてきたこのことが、重症心身障害児にもいえるのではないかと思います。就学してから機能低下してしまった子供を非常に多く目にしておりますので、重症心身障害児の場合にも機能低下が考えられ、それは即、健康面に影響を持つのではないかと考えます。機能の向上とまでいかななくても、ピーク時の機能を維持することにもっと配慮がなされた教育、療育が重症心身障害児に望まれるのではないかと思います。そのことが重症心身障害児の、言葉は妥当かどうかわかりませんが、天寿を全うすることに重要ではないかと考えます。

家庭療育への援助

最後に、先ほどから出ております成人した重症心身障害児の生活を考える時に、一番重

要なのは家庭の健康ではないかと思います。健康な家庭から地域社会に参加できることが理想の姿として考えられると思います。健康な家庭をできるだけ長く維持していくこと、つまり介護している家族の心身の健康を維持して行くことがポイントになることは明らかです。現状の行政サービスで一番欠けている点はその辺ではないかと思います。センターに勤めておりますのであまり大きなことは言えませんが、家族の休息のために1年間に一定期間、施設療育を受けられる制度とか、緊急一時保護の枠をもうちょっと広げるとか、そういった枠の拡大と質の向上とが望まれるのではないかと思います。以上、皆さん方と観点が違ったかも知れませんが、私の発言を終わらせていただきます。

1987年 重症心身障害研究会

重症心身障害研究会誌 NO.12 P23-26

肢体不自由児施設の 将来を考える 生活指導部門からの提言

現在、肢体不自由児施設は施設経営面もさることながら療育面においても多くの問題に直面している。問題を整理してみると次の3点になると考える。

1. 児童の障害の多様性と福祉ニーズの多様性への対応
2. 早期療育にともなう乳幼児の入園への対応
3. 社会参加能力の検討とそれに基づく療育体制の確立

この3つの問題点に対して生活指導部門としてどのようなことを迫られているのであろうか。

まず、多様性の問題については肢体不自由児施設が運動障害をもつ児童だけを対象とするのではなく、広く脳損傷児を扱う医療機関のみならず養護施設の性格をあわせ持つという認識にたつ必要がある。脳損傷児を対象とするからには運動機能訓練だけでは十分な療育効果を期待しえないと考える。運動機能障害への運動機能訓練に対する、精神発達遅滞、もしくは発達障害への精神機能訓練とでもいえる心理治療、特殊教育指導を確立していくことが必要であろう。脳性まひ児の発生低下にともなう重症心身障害児への療育対象の拡大、脳性まひの原因の変化による脳性まひ児の精神発達遅滞の増加を考えると従来にもましてこの必要性が増していくであろう。

一方、対象児の精神発達遅滞の進行とともにADLの向上を妨げる要因として、運動機能より精神機能面を考慮せざるをえなくなっている。図1は当園の入園児のADLに占める

精神発達面の影響を上肢・下肢運動能力との比較において示したものである。

食事、移動、歩行では精神発達の要因のしめ



図1 ADL能力に対する脳の影響率

る割合は少なかったが、更衣、排泄においてはその割合が運動能力と同等もしくは高くなっていた。そのために日常生活の指導にプログラム化したオペラント学習的な指導方法を大幅に取り入れていく必要がある。それ故、生活指導に携わる者が神経学とその周辺領域の知識を従来以上に持たねばならないと考える。更に、もう一つの対象児の多様性として入園目的が福祉ニーズの児童の増加が考えられる。それは一時保護と養護ニーズに分けられるかと考える。核家族化の進行とともに家族の種々の非常事態への対応力が失われていくなかで、障害児の養育を一時的に外部に委ねられるケースが増加することは明らかである。一方、欠損家庭、崩壊家庭の増加、女性の社会参加の増加等、社会変化に施設が対応することをもとめられてきている。これに生活指導に携わる者が積極的に力を貸すべきであると考える。従来、ややもすると、児童だけの幸せだけから施設の役割を考えてしまうくらいであった生活指導関係職員の発想の転換を問われていると考える。児童、親の人生、家族全体の幸福、そして社会負担というトータルな見方で施設を考える視野の広さが求められてい

るのではと考える。

次に、入幼児の入園への対応がある。早期発見、早期療育が叫ばれるようになってから、幼児の入園療育はいくつかの問題をかかえながらも一般的になってきた。母子分離にともなう精神発達面のマイナスから、入園療育よりも通園療育が幼児期においては望ましいことは明らかである。しかし、ケースによっては入園が望ましいと考えられる場合が多くみられ、現実に療育効果をあげたケースも多く経験している。このような現実から入園療育対象児の低年齢化がますます進み、乳児期の入園がめずらしくなくなることが現実のこととなると考える。そのためにも、乳児期の生活指導という新しい側面について準備を始めなければならないと考える。特に母子分離による精神発達面のマイナスを極力少なくする療育のための方法の確立のために障害児の保育という発達学、医学、看護学等を統合した新たな面へ取り組むことが求められていると考えたい。

最後に、社会参加能力の検討とそれに基づく坐生活指導体制を医療が優先、重視されてきた療育体制に確固たる位置付けをとる努力である。脳性まひ児の療育がその障害の重度なるためADL能力の獲得、向上を目標に主になされてきた感が強い。その結果家庭内の生活には耐えられる能力は持たにしても、社会生活に参加する能力という点、が軽んじられてきたのではないかと考える。その結果として、成人施設から問題を提起されることが起きてきたのではないだろうか。社会生活に参加するために必要な知識、主体的な態度を身につけられる指導が軽視されてきたと考える。言い換えればADLより多面的な概念であるQOL (Quality of Life)を視点においた療育への軽換を図ることが求められているのではないかと。QOLというと障害者のレベ

ルで検討されがちであり、児童期におけるQOLとはなにか、どのように評価されるべきか明確でないが、児童期の一般社会への参加の一側面として統合教育をとらえ、脳性まひ児がそこでどう評価されているかを検討することは現在の療育への反省となるであろう。表1は普通学級における脳性まひ児の生活面での評価である。教科学習の評価に比べて絶対評価という方法の違いによる面からかなりよい評価をうけていた。しかし、自主性、創意

表1 脳性まひ児の行動評価

評価項目	良い	普通	悪い
健康安全清潔	22	40	23
礼儀	11	68	6
自主性	10	62	13
責任感	17	62	6
根気強さ	13	63	9
創意工夫	5	72	8
情緒の安定	14	69	2
協力性	12	70	3
公正さ	7	77	1
公共心	7	74	4
IQ段階	106-	96-105	-95
人数	14	33	38
IQ 平均 92.12			

工夫において他の面と異なった評価を受けている傾向があり、養育態度によると考えさせられる。また、IQをからめてその関連性をみると、図2のようになり、IQの影響は少なく、精神発達によらない、療育という要因の大きいことを考えさせる。以上のことは将来の社会参加、もしくはQOLに生活指導面の果たす役割の重要性を示していると考ええる。

これら生活指導面の将来像を考えると、施設経営という観点で生活指導部門の業務が保険点数上なら貢献し得ないことから、その業務がないがしろにされる危険を感じる。医療制度における位置付けの明確化をはたす努力も併せて重要な問題である。

1985年 日本肢体不自由児協会

療育 NO.26 p90-91

デンマークの精神薄弱児施設 Childrens Hospital in Vamgede

世界的に高い水準にあるデンマークの社会福祉のなかであって、脳性マヒ児がどのような立場におかれているか関心をもって、この病院を訪ねた。

この病院の紹介の前に、デンマークにおける障害児に対するサービスがどのように行なわれているのかを簡単に説明すると、四百五十万人の人口のうち、精神障害者は二万五千人いるという。この人たちは全国の十一の地区にある福祉センターによって運営されている百六十五の施設でサービスをうけている。百六十五の施設は、九千のベッドをもつ六十五の在園システム施設と、百の通園システム施設からなり、小規模の施設四千六百五十がこれらに付属している。

障害者は義務制になっている屈出により、その地区の施設を最も有効に活用するように処置され、それでも問題点がある場合は再チェックのうえ、収容施設にはいる道が開けている。それらのキメの細かいサービスは、国の財政支出に一位を占める経費で全額国の負担となっている。1810年代に始まるこの国の障害者福祉は、着実にその成果を社会に示している。

このような福祉施策のなかでのこの病院の立場は、十一地区のうちのコペンハーゲンとその近郊地域とバルト海のボーンホルム島からなる地区の福祉センターである。そして、この地区のみ、全人口の三分の二が集中している関係から、福祉センターは児童と成人とに分かれている。この病院はしたがって児童の中心センターになっている。福祉センターは、すべてが中央施設、在園施設、通園施設、着看護婦養成学校、職業センター、庇護授産場をもっている。

この病院は、コペンハーゲンから車で十

分程度の郊外に、一九六六年九月にデンマークでのモデル病院として建てられた。HOSPITALという名から想像されるようなコンクリートの堅い感じの建物でなく、いかにも子供が生活するにふさわしい、赤いタイル屋根が周囲の木々に映えた平屋の建物が広い芝生に整然と建てられている。そして、おのおの建物が、そこで生活する子供が能率的に施設内の設備を利用できるように配置されている。外観からは、とてもこれが病院とは思えず、むしろ子供の村といったほうが適切な感じである。

ここには、一才～十五才までの精薄児のほかに、白閉症児、小児精神病児、脳性マヒ児、など三十類ぐらいの障害児三百人が収容されている。この病院のパンフレットにHospital for Mentally Retarded Children という説明がなされているがそこに生活している子供たちをみると、言葉どうり精神薄弱児のための病院とはうけとれない。障害児の総合病院として運営されているのか、精神発達遅滞をもつ子供なら病気の種類はなんであれ収容していく病院として運営されているのか、はっきりつかむことはできなかった。かりに、精薄児だけの病院としてみた場合、脳性マヒ児を肢体不自由児としてではなく、精薄児としてサービスを与えていることとなり、興味深く感じた。

三百人の児童に対して、専任医師五名(小児科医、小児精神科医、歯科医)、ソーシャルワーカー十名、PT六名、心理判定員三名、教師五十七名、看護婦・ハウスマザー・一般職員二百四十五名、巡回診療医六名が働いている。そしてこれちの職員は、事務、医療、教育、福祉の四つの部門に配属されており、各部門のチーフにより病院の運営がなされている。そこには、わが国にみられるセクショナリズムから生じるバラバラのサービスは感じられなかった。

各棟(House)は十二～十五名の児童が生活し十才以上の児童は二人部屋、十才以下は四人部屋を与えられ、おのおのベッド、戸棚、飾

り壁、机が与えられている。・そして、ハウスマザーにより各ハウスが家族的恋ふんい気で運営されている。各ハウスは、ハウスマザーの趣味、好みが生かされ、おのおの、外見上も異なったふんい気を感じさせて、病院全体を和らいだものとしているようであった。一つの家は、居室、食堂、応接間、遊戯室など二十二年の部屋からなっており、おのおのの部屋には、家具の本場だけに子供用のしゃれた家具があり、木製の玩具が豊富に室内におかれていた。戸外には、青々とした芝生に工夫をこらした戸外遊具が、一つのハウスの子供にとってはじゅうぶんすぎるぐらいに配置され、子供たちは戸を開ければすぐのびのびと自由に遊べるようになっている。

各ハウスの責任者であるハウスマザーになるには、三年間の看護婦としての養成過程を終えたのち、一年間 教育、心理等の知識を得、さらに六ヶ月の専門教育を受けねばならない。そして自分のハウスに勤めるのは昼間だけで夜間は専従の看護婦に任せる。これはハウスマザーの精神衛生を考慮してとのことだが一つの興味ある方法だと思う。

子供たちは日常生活に必要なルールを身につけることを第一目標に、家族的な集団、生活を過ごすように指導されており、七才ごろより職業指導をうけている。そこで日常生活においても、絵画、工作といった活動に重点がおかれている。これは、ここにはいつている子供たちのIQが0-70であることからして一般の教育の対象とはならないからであろう。ここの生活を終った子供はこの病院の近くの Lillemosegard という施設に移る。

以上、不明な点が多くじゅうぶんな紹介はできなかったが、この病院は一般の病院施設といったものではなく、子供の社会といったものを感じさせた子供の村であった

(1968年夏施設訪問)

1970年 日本肢体不自由児協会
肢体不自由教育 第4号 P22-23

オーケスホフス園

AKESHOVS GARDEN

1. はじめに

スウェーデンにおいて教会を中心とした消極的な保護の状態を打破り現在のリハビリテーションの考えを打ち出したのがハンスクヌーゼン方式を導入したカールレンダーであり、1885年のことである。

スウェーデンは24の州と6つの自治都市からなり、更に1,000のコミュンと呼ばれる行政地区の責任は国、州、自治都市で分担されており、国の行政は社会省の労働局・年金局、社会福祉局、文部省の教育局、職業教育局などである。スウェーデンにおける医学的リハビリテーションを必要とする者の発生は1年に10万人につき585人と見込まれている。これら肢体不自由児に対するサービスは、病院医療、学校教育の他に次の様なものがなされている。

訪問教師 専門家チームの利用(医師、教師、心理学者、ソーシャルワーカー、PT、OT、STのチーム)、精神衛生診療所の利用、移動サービス(CP児を中心に機能訓練を行う)、輸送サービス(通学、各種の行事に参加するための輸送)、キャンプ(夏期に数週間の身体障害児キャンプ計画がされる)、就学前教育(CP児のための幼稚園) 一時保護施設の利用、両親教育(障害児をもつ両親のために年6,7回の会合を開く)などである。今回訪問したオーケスホフス園は日本での通園施設と小規模通園事業の中間的なものに一時保護(療育を含む)を必要とする児童を中心に入所、通園させるのサービス施設である。

2. 概要

オーケスホフス園はストックホルム州が身体障害児を持つ家庭の負担を軽くするために1969年に設置された定数12人の施設であ

る。経費はすべてストックホルム州政府から出ている。ストックホルム州にはこの園と同じような一時保護施設が他に3施設設置されている。これらの施設は対象者の年齢を異にしている。この園は1才～7才の幼児を対象としているが、他の3施設は7～12才、12～18才、18～35才をそれぞれ対象としている。このうち18～35才の者を対象した施設が全寮制であるが、他の施設は通所と入所の2つの方法をとっている。これらの施設の利用は医師、PT、心理職、ケースワーカーで構成されている職員チームの判断により決定される。このチームはストックホルムを5つの地区に分けて分担している。ケースワーカーが受けもつケースは1人で300家族に達する。精神薄弱児の家庭の負担を軽くするための一時保護施設も設置されている。この園を利用する理由は家族の病気、母親の出産、家族のパネーション等であり、利用期間は半日から数年間といったようになり幅がひろい。児童には家庭、母親に代わる種々のサービスかなされることは勿論のこと、医学的ケアの必要な児童は病院へ通院させ、巡回のPTによる訓練をさせ、教育を受けているものは通学、通園をさせるといったサービスもなされている。このようなサービスをするために児童1人当たり1日350クローネ(2,200円)が予算化されており、すべて州政府で負担している。

(1)対象

対象はストックホルム市内に住む1才～6才までの児童でCPが中心であり障害程度によって制限するということはないが、普通の学校の特別クラスに入れる程度の子供が多い。

(2)建物・設備

ストックホルムの中心から車で20分程の住宅地にあり、石造りの地下1階、地上2階建の

建物である。外見は周囲の住宅建物と全く変わりなく、その地下と1階がこの施設になっており、2階は住宅となっている。1階に40㎡程度の居室が2つあり、観察室、職員会議室、浴室、洗濯室等があり、地下に北国の長い冬を過ごすための訓練室をかねた遊戯室がある。設備は以前に青少年クラブであつたものをそのまま使用しているため、特に障害児のための設備はない。強いてとりあげるとしたら、個々の児童の能力に対応できるように高さの異なるベッドが4種類用意されている程度である。

(3)職員及び労働条件

職員は15人で、構成は看護婦7人と看護助手2人、保母等6人である。看護助手とは義務教育終了後(スウェーデンで16才)、3年間施設実習をして、6ヶ月講習を受けて資格をもったものである。これらの職員以外は巡回にくるPTと市立病院にいる担当医師(校医に当る)である。勤務体制は三交代制で午前7時から午後10時までを前半・後半に分け、看護婦1人と助手等2人の3人が一組となって勤務し、夜勤は2人の看護婦で行うが、1人は寝当直である。職員の労働時間は週38時間、有給休は年に55日である。夏期(6月中旬から8月下旬)のパケーションシーズンでも、普通10名の児童が入所しているため2人以上が同時に休暇をとることは無理である。給与は公務員給与ベースにより、看護婦が3500～4000クローネ(22～26万円)、助手が3400クローネ、施設長が3900クローネに諸手当を入れて4300クローネ(29万円)で税金が2000クローネ(13万円)のことである。年間の人件費は885,700クローネ(5,669万円)である。このような条件で職員の勤務年限は中年者では長期間であるが、若い年齢の者は資格をとるための期間といった短期間の勤務が多い。

(4)児童の生活

児童の日課は下記の通りである。

- AM 5:00 ~ 6:00 起床
 6:00 ~ 7:00 洗面・オムツ交換
 7:00 ~ 8:00 朝食
 8:00 登園・登校(スクールバス, タクシーを利用し、職員2人が付き添う)
 11:00 ~ 12:00 昼食
 12:00 ~ 2:00 年睡(この間職員の会議)
 2:00 ~ 4:00 下校帰園
 4:00 ~ 4:30 夕食
 4:30 ~ 5:50 TV 子供番組視聴
 5:50 ~ 6:00 就寝準備
 6:00 ~ 7:00 TV 視聴
 7:00 ~ 就寝

地域住民との交わりはほとんどないため休日はなるべく外出を心がけ、野外博物館、映画館等に連れだしている。家族会の活動は、州政府のケースワーカーが担当し、4施設まとめて活発に行なわれている。

3. 見学雑感

この園を見学して先ず感じたことは、わが国には未だみられない中間施設的なものであるが、きめの細かいサービスを児童が受けられるためにはこの園程度のものもあってよいのではないかと考えられた。51年度の国家予算(日本)で障害児の一時保護制度が出来るが、家庭の負担を軽くするという目的に家族のバケーション時の保護ということが考えられるであろうか。北国という環境でのバケーションの位置づけが異なることもさることながら、個人主義に基づく親子関係、家族関係が私たちのものと相当に異質なものではないかと考えられ、今後、この点からヨーロッパの障害児の福祉サービスを見直していく必要性を痛感した。

1976年 民生局・衛生局

昭和50年度心身障害者(児)及び老人福祉関係収容施設職員海外派遣研修報告書 P77-79

最近に思う事

この度、東雪ヶ谷に北療育園の城南分園が開設され、ごちらに勤務することになりました。そして早速にも、こうして筆をとることが出来、うれしく感じております。先づ分園に関しての事ですが、どりあえず外来、通園の二つの方法で、皆様のお役に立てるのではたいかと思えます。

外来は一般病院の外来と同様に受付時間に来ていただき、診察、訓練、検査等を行います。通園は通園バスで通い、絵食、おやつをとり、集団生活をしながら、医療、訓練、生活指導等、あらゆる角度からの療育を一定期間行います。また子供達の精神面、躰、健康、学習等の日常生活一般、家庭の問題等、父兄の方と一緒に考え、子供達に、少しでもプラスになりたいと考えています。

肢体不自由児のために働かせてもらって、四年数ヶ月、最近疑問におもうことを述べさせて頂きます。それは子供達が本当に幸せに近づいているのだろうかという事です。確かに学校、施設等はふえてこの意味では幸せになつていのでしょうか。疑問は子供達への考え方なんです。近頃の教育熱、進学熱の嵐の中に、子供達が巻込まれてしまつているんじゃないか、つまり、普通の子供達と同じ道を進み、同じことをさせる事が幸せだという傾向があるということです。それだけの能力を持った児はいいのですが、ここで問題としたのは、どうみても無理と思われる児なのです。今日まで、いろいろの点から見て学校生活より、早く収容施設に入つてその能力に合った指導を受けられる生活をさせた方がいい児や、高等部に進学させるより職業訓練所で訓練した方がいい子を見てきました。そしてそ

の父兄に接してただ学校とか高等学校という名にとらわれて、子供の本当の幸せへ一度はぶつかる問題解決を後へづらして、ますます難かしい問題をかかえていくのではと危惧しました。そとに障害をもっているからせめて教育だけは、せめて小さい時だけでも表面的に人並にという意識が感じられるのです。このせめてと云うのが気になるのです。これば一部、せめ自分達親が活着ている間だけでもという意味ではないでしょうか。このせめて……だけということをお否定するのではありません。ただこういった考え方が強すぎて、子の真の幸せが目に入らなくなつてしまつてはいないでしょうか。子供も一人の人間なんです。

昨年夏、欧州の色々の関係機関を見る機会をもち感じたのですが、あちらでは学校、施設等に入るのが日本以上に難かしいということ。数が少ないからという事からでなく児童の能力を厳しすぎるくらい検討して入学や入所を許可しているということです。そこには冷たいものを感じた程です。学校に入れない児は、その児の能力に応じて各種の施設に入り、その児に合った生活を送ります。もちろん、能力が良すぎても許可されません。(このことは後程詳しく述べさせていただきます)そこには児童にむだな努力をさせたくない。社会にとっても広い意味で有効だとする冷たい合理性のみを考えていると断していいかもしれません。

しかし、その底にある温かいものがあることを見逃せないと思います。子供を一人の人間として認めていることが見えます。親も能力だけで進学、入学、期待した施設へ入所が出来ないから、幼ないのに親元をはなすからとかいって、心を痛めることが少ないようです。能力にあつた生活がその子の本当の幸せだと冷静にうけとめている。そこに働く人達もここ

にいる子供達にとってこれ以上の所はない、ここがこの子供達の天国なんだという自身をもち、焦りのないのがうらやましく思われしました。外国の一目冷たい考え方が絶対に正しく、それをまねしなければとっているのではありません。社会のしくみや生活感情、習慣の相違で受け入れられない事が、むしろ多いのではないのでしょうか。ただ一つの考え方として頭の隅においてほしいのです。大分話が横道にそれましたが、要するに父兄の方も、我々職員も表面的な考えで、子供の幸せをとらえ、無駄な努力や時を子供達に過させていないかということです。

次に、能力が良すぎても入れないということについて述べさせていただきます。十年位前の一般学校には、必ず十人前後の不自由な児が普通の児に混じつて生活していたのを記憶しています。それが最近は何もないと感じます。養護学校に入れて良かった児も多いでしょう。しかし、ちよつと不自由とだけで、安易に養護学校、施設に入つてしまった児がいるのではないのでしょうか。そしてその児の持つている能力を殺してはいないでしょうか。周囲の者から特別視されて、かわいそうだという考えがそこに働いていると思います。特別視にはいっかは会わなければならないし、特別視を非難できない一面があると思います。皆様も変わったものを見れば関心をよせ、なんだ、かんだというでしょう。これと同じ事が一面いえると思います当人ばかりでなく、周囲の児にも、こういつた傾向がマイナスになっていないのでしょうか。テレビや新聞で、肢体不自由児のことが取り扱われて、過去より知識として持つ機会は多くなつても、一諸に遊んだり勉強して過す機会はかえって少なくなっている危険を感じます。次の社会を作り上げて行くのはこの子供達なのです。知識だけ持った児と多少なりとも生活を一緒に

した方が大きくなって社会を作る時、そこで違いがくると思います。同情と理解という違いです。普通の子供達と交せる努力、橋渡しする努力に、もう少し心をくわいていいのではないのでしょうか。経験も浅く、子供を持っていない者がこんな事をいうのは僭越だとお叱りをうけるかもしれませんが、一つの考え方として聞いていただければ幸いです。

1969年 大田区肢体不自由児父母の会
会報 第六号 P1-3

障害者の為の街づくりに思う

最近、障害児及び障害者を施設の中に収容するのではなく、地域の中で地域社会の一員として生活できるようにしようという運動が盛んに行われ行政サービスもその方向に目が向けられつつあります。障害児にとっては非常に喜ばしいことです。このような社会の流れの中で日頃感じていることを二、三述べてみたいと思います。

障害を持った人達が生活しやすい環境をつくる。障害者のための街づくりが進んでいます。盲人のための点字ブロック、信号、車イス利用者のためのスロープ、トイレの設置等かなり改善されつつあります。しかし、障害者でもこの街づくりの中でややもすると忘れられがちな人達がいます。それは知恵遅れの人達(以後精薄者と書きます)です。精薄者にとっての街づくりは点字ブロック、スロープといった物質的な改善は必要ありません。必要なのは、周囲の人々の精神的な援助だと思います。現在の街づくり運動がややもすると物質的な面だけに目がいってしまい、精神的な面を忘れがちではないでしょうか。一つの点字ブロックが仏を作って魂入れずになっはいないかと考えさせられることがあります。近所に毎日仕事に出かける精薄の女の人があります。普通の人なら七、八分の駅までの道を二十分位かかって歩いています。動作が遅いこともありますが、いろいろなものに注意が奪われてしまっているのです。その時、一声かけて一緒に歩いてくれる人がいれば、遅れないし、字がよめなかつたりしてウロウロしているのをみたら、ちょっと助けてもらえたらと、話しているのを聞いたことがあります。周囲の人の気持をつくるのが精薄者の街づくりなの

です。しかし、このことは身体障害者にとっても大切なはずで、いくら設備が改善されても一般の人が正しくそれらを認識しなければ、本当の街づくりにはならないでしょう。現在の街づくり運動を精薄者のための街づくりも合わせて進めていくことを考えてもいいでしょう。そうすればシルバーシートにみられる形式的なものに陥ることは少しはなくなるのではないかと思います。

次に、街づくりができ、そのなかで障害者が生きていくのに必要な障害者側の生活の姿勢といったものが問題になります。障害者だからといって特別な姿勢をどうこうするのは間違っているといわれみ方もいらっしやるでしょう。ある意味では正しいかもしれませんが、現実にはそうとばかりいえない面があると考えます。

障害を持った人達は普通の人以上に他人に悪い印象を与えないようにしなければならないと思います。障害を持っていること自体周囲の者に奇異感、場合によっては恐怖感、不潔感を与えてしまいがちです。見なれていないのですから当然です。ですから、それ以上に悪い感じを与えないようにしなければと思います。私は普通の学校や社会にでていくお子さんの御両親にみだしなみを整え、清潔にしてあげてください。自分で清潔に気をくばれるように育ててくださいとお話しします。障害児だけの社会である施設や学校で生活していると、体の不自由により、口のまわりをよごしていたり、服をだらしなく着ていたりしても、大目に見すごされがちなどころがあります。本人も周囲もそれに慣らされてしまっていることがあると

思います。この慣れが恐ろしいと考えます。、ごのまま社会にでたら受けなくてすむ白い目も受けざるを得ないでしょう。お子さんをお預りしている者の一人として目頃、もづと留意しなければと反省しております。退園した

児童が成人して時々、園を訪ねてきてくれます。見違える程大きくなって楽しい話を聞かせてくれます。しかし、そういう時にハラハラさせられることが少なくありません。それは自分達は介助されなければ生活できないのだから、介助されるのは当然だという態度なのです。ボランティアの学生に連れてきてもらい、タバコを四、五本すわせてもらい一時間位談笑している間に、学生への感謝の言葉が一言も聞かれず、ぶっきらぼうに"灰を落して"、"消して"といった依頼なのです。果してこれでいいのかな、学生がどう受けとめているのかなと考えさせられてしまいます。感謝の言葉をとやかに言うのではなく、態度、表情といったものに、ハラハラさせられ、学生との関係が長続きしてくれればいいがと心配させられます。周囲の人の気持を気づかう思いやり、謙虚さが欲しいし、あったらなあと感じさせられます。障害者が健常の人々に卑屈になり、へつらって生活した方がいいというわけではありません。健常者の障害者に対するエチケットがあるのと同様に、障害者の側にも健常者に対するエチケットがあるはずですし、なければいけないのではないかと思うのです。この障害者の側のエチケットをどうとらえて子供を育てていくか、非常に大切なことだと考えます。以上、障害者の内と外から、街づくりを考えてみました。今後、お子さん達がより幸せに生活していくために何らかの参考にさせていただければ幸いです。

1977年 北療育園父母の会会報

つどい 第7号

ある会合で考えさせられた事

大分古くなってしまっていて恐縮ですが、去年の七月に関東地区の肢体不自由児施設の職員が集っての会合がありました。私も出席させてもらい、そこでいろいろの話を聞くことができましたので、そこで考えさせられた事を思い出して述べさせてもらいます。

話題は成人施設に入所した肢体不自由な方々の生活を通して、成人施設がどのような問題をその方々に感じているか、そして、それらの問題から児童を療育している立場として、今後どのように療育していくかということでした。成人施設に入所ということからすると、ここではかなり障害の軽い者が話題の中心となっています。成人施設側から出された問題をそのまま箇条書きにしてみます(一つの施設からのものではないので、重複しているものや、矛盾する点があるかと思えます)。

施設生活に慣れているので、成人施設の集団生活への適応はスムーズにできている。

生活のペースが遅いので、訓練や日常生活の場面ではどうにかついていけても就職は非常に困難である。

言語障害のためコミュニケーションが充分とれず、欲求不満が蓄積され、情緒不安定になる。

基礎的な学力に欠け、この面からも作業の内容が限定される(例えば、読字能力が低いため、タイプが打てても、仕事にならない)。

日常生活の基礎的なものが理解できてない(ガスの元栓の扱い、掃除の仕方)。

障害程度によってエリート意識、強いコンプレックスを持ってしまい、障害、能力の正しい認識に欠ける。

○一般常識を知らなかったり、社会の厳しさを知らず、社会性に欠ける。

日常生活の規律が守れずだらしない。

依存的傾向が見られて、最終的には親が見守ってくれるという安易な気持ちがみられる。

全般的に意欲低下がみられる。

希望、要求が高く、自己の障害をかえりみず、非現実的な空想を抱いている。

親切にされることに憤らされていて、自分自身をコントロールできない。与えられた環境の中でしか生活ができないことが多い。

以上のようなかなり厳しい意見が聞かれました。これらのことはなにも成人施設に入所した人達に限られたものではなく、成人していく障害児全般にいえることではないかと思えます。療育にたずさわる者の一人として深刻に考えさせる問題があります。それは肢体不自由という運動機能の障害そのものは余り問題にならずに、精神的な問題が多く指摘されていることです。勿論、これらの問題の根本にあるのは運動障害の存在であることは確かですし、運動障害の存在は当然として問題点として上ってこなかったこともあるでしょう。問題として指摘されるのはそれだけ成人施設側が要求し、期待しているものが大きいからだと考えられます。この立場からすると、成人施設(世間)の期待しているのは障害を正しく理解して、それをのりこえようとする意欲のあるたくましさを持つ人間であるのに、現実には世間知らずの甘い、温室育ちであるということ指摘されたのです。日頃、お子さん達は一生懸命少しでもよくなるようとしているのにどうしてだろうと考えさせられて、ふと気がついたことがあります。障害をのりこえようとする意欲がいつまでも周囲から励まされたり、強制されたりしないとでてこないままに大きくなってしまわないだろうか、真に自分の中から障害をのりこえようとする意欲が育っているのだろうかということです。よく、お子さん達の言動に両親のために、あるいは

職員のために訓練をしてやっているんだというような面を感じることがあります。幼い時はこういった面があって当然ですし、また必要なことかもしれません。現実には幼いお子さんが一生懸命訓練している姿には頭が下る思いですし、普通の子供達以上にたくましさを持っているなと感じるのに、それがいつの間に、前述した意欲がないと感じられてしまうようになるのでしょうか。そんなことを考えると、永年、園でお子さん達に接してきて、与えられた課題を与えられた時間、場所では熱心にとり組んでいる児でも、それ以上に、自らに何かを課し、何かを欲してとり組む姿勢が少ないことに気づきます。これには集団生活の制約、周囲の過大な期待からの逃避等色々な原因があるでしょうが、一番の問題は自分の障害は自分でしかのりこえられないという自覚を起させないで、他人がなんとかしてくれるという気持を起させてしまっている周囲の者の接し方、育て方にあると思います。自分の生活は自分で考え実行させ、その責任は自分がとらなければならないという独立心を早くから育てることに欠けているのではないかと思います。良い意味のつきはなした、自主性を尊重した育て方をした方が一時期マイナスに見えても長い目ではプラスになると考えます。以上、自分でも整理できない問題を述べさせてもらったので、訳のわからない文になってしまいましたが、お子さん達の将来にとって障害の程度より意欲、たくましさより重要なことを知っていただけたらと思います。

1978年 北療育園父母の会会報

つどい 第8号

LSIと子供の将来

最近の電子工学と情報処理の技術の進歩は知らず知らずの内に生活に影響の度合を大きくもたらしてきています。これは健常児のみならず障害児の生活にも少なからず影響をもたらし、療育していく上に大きく発想の転換を強いられる日がくるのではと考えます。

五年前、統計処理の計算に友人の勤務先の計算機を肩身のせまい思いをして利用させてもらっていたころ、男性であればその美しさで一見したことのあると思うプレイボーイを雑誌の片すみに目がとまった。パーソナルコンピュータの米国での発売であった。新しもの好きのなせる業、さっそくとりよせたのが運のつき、毎晩、タイプライターのようなキーボードをしこしこと打つことが始まってしまった。そんなことをしているある日、電々公社からキャプテンシステムという、電話とテレビと一体にした情報提供システム(ニュース、学習、買物等の資料や情報が電話してテレビに映しだされる)がモニターとしてわが西洋長屋に運びこまれた。それ以来、わが家は娘を中心として、学習教室とゲームセンターをミックスした近所の子供のたまり場と化し、親は電子音のピー、ピーと電話代やPTAの目を気にしなければならぬをった。こんな中で子供達の機械操作マスターの早さと使い方の利口さを目にしていると、障害児がもっと生活を豊かにしていける可能性を考えさせられる。まず、コミュニケーションの面であろう。現在、話し、書字のできない児童はひらがなタイプライターという手段でのコミュニケーションが可能である。しかし、誤字の訂正やひらがな文の宿命とて読みにくく、どうしても第三者に清書してもらわねばならない。この

点パソコンの延長線上にあるワードプロセッサを利用できれば、訂正の容易さ、文の保存という点だけでなく、漢字の利用が能力の面で左右されるが可能となり、実用という点からも有効となるであろう。まだ日本語の文字の複雑さから英文のようにソフトウェアだけでは限界があり、ハードウェアから変えるために電動タイプライター3台分程度の価格で高額であるが、タイプ並みになるのは時間の問題であろう。また、キーボードからでなく音声で、また、文字でなく音声として入出力できることがもっと安定し容易になることも現実化しつつあることを思うと障害をかなり軽減できるものと期待される。現に、外国のパソコン雑誌に障害児者のための記事が多くのもっているのを見るとき、この感を強くする。

次に利用できるのが学習面であろう。児童の能力にふさわしい内容と動機づけと方法を準備するのはかなりの労力と時間を費やし、障害が重ければその反応を正しくくみとることは困難である。この面でコンピュータが大きな力となるであろう。ゲーム、遊びとして学習させること、何日でもくりかえしがきくことなど効果が上がることが想像される。もちろん、代用できないものの方が多いであろうが、意外な利用方法があるのではないか。最近、園で購読している障害児教育に関する外国雑誌でこの特集がくまれ、色々の機械と同時に学習プログラムが多教開発されて販売されていることを知った。日本でも近々そのようをことになるのかと思うと複雑な気持ちである。

以上のようなことを障害児が実際に利用していくために必要な能力が二つあるように思う。一つは身体のだの部分でも良いから何らかの方法で意志を安定して確実に外にだせることである。指でなくても、口でも足でも、ま

ばたきでもよいから一つのスイッチをコントロールできることが不可欠である。もう一つは記号を識別できることである。記号の意味は問題でなく、形をくらべられる能力である。

これら二つの能力があればこれまでのべたこと以外に、種々の自助具が利用できる時代に近づいているのではないかと思う。これらのことは療育に従事するものに児童の能力向上について、可能性の正しい予測と代用手段の利用時期の判断を現在にも増してシビアに強いてくることであろうと思うと恐ろしくも感じられる。しかし、児童に早く訓練から解放されあたりまえの家庭生活をより豊かに送ってほしいと思うと責任の重大さを感じる。

1983年 北療育園父母の会 会報
つどい 第13号

十九冊の「つどい」から 考えさせられたこと

つどい二十号に原稿を依頼され、手元にあった過去のつどいを読みなおしてみました。なつかしい父兄の方々の顔が浮かんできます。おやつがそまつだったため、月一回の、父母の会として缶詰や石油缶にお菓子をいっぱい詰めて届けたり、靴下の消耗が激しく、それを補うために靴下を問屋から購入して届けてくれた方、希望しても養護学校に入れない状況を改善しようと力を注がれていた方、成人になってからの作業所を自宅に設置された方、お風呂のお手伝い表を苦勞なさって作られていた方、御苦勞を少しも苦にされなかった方々の笑顔が思い出されると同時に故人になられた方の多いのに驚かされ、複雑な思いをいただきました。その思いとは反対に、その頃のたのしかった事も思い出されます。いろいろの方、団体が子供たちの為に訪ねてきてくれました。落語家、ボニージャックス、吉永小百合、そして今も運動会の青空を際立たせてくれている万国旗を廊下に飾り、出店をだしてくれた上野のキヤバレー、の方々、年に三、四回は入園児を訪ねてくれる方々がありました。この苦樂を思い出しているうちに、この両者が時を同じくして少なくなり、そして殆ど無くなってきたことが気になりました。福祉に社会の目が向けられ、それにともない予算がふえてきて、父母の会、家族が負っていた事が必要でなくなったことは当然のこととして理解できます。しかし、後者の方が無くなってきたことを喜ぶべきことか、悲しむべきことか、また、その理由を考えさせられてしまいました。国や、地方自治体が福祉面に力を入れたから、個人レベルでやる事はない、任せて

おけばいいということか、行政側の姿勢によるのか、従来は弱者としてみられてきたのが一般人に近づいてきたと認識されてきていると解釈し評価すべきなのか、あわれみ、同情ということが否定された事によるのか、私にはよく解りません。ただ、福祉は個人ではなく国、地方自治体等がやるもの、働人はそれを監視していればいいといった考えが強くなっているのではないかと思います。このことがセンターに関わりをもつ子供たちの将来にどのような意味をもつのか、考えていきたいと思えます。

1990年 北療育園父母の会会報

つどい 第20号

大いなる誤解

最近、卒園して成人した方たちから、きれいに装丁された詩集、文集、歌集等が送られてくるが多くなってきました。それらは、自ら、ワープロのキーを時間を賭けてたたいて表現したものでありその努力を思うと自ずと重みを感じます。

十年前、この「つどい」に電子機器、情報機器の進歩が、障害をもつ方たちの生活を豊かにしてくれるであろうことを書いたのが、ホーキング博士に集約されるように、現実の形になってきたことを実感させられます。障害児者の情報機器利用に関心を持ち、いくつかの父兄の方たち、教員の研究会等に顔をだし、新しい情報を得させてもらっておりますが、その中で障害児に関わっている方たちに、情報機器に対するとんでもない誤解、期待があることを感じております。それは、情報機器が障害者の自立を実現してくれるという誤解です。確かに、情報機器は障害者の能力を高めてくれます。しかし、それは絶対能力であって、健常児者に対する相対能力ではありません。むしろ、情報機器の出現は、障害者の就労という点で問題になる。健常者との能力比較、相対能力という点では、逆に作用していく可能性を考えていかねばならないでしょう。情報機器は障害者と健常者の能力差を大きくしてしまっていることを考慮して、障害者の生活を考える必要があります。情報機器を利用して就労している方たちを見ると、その扱っている情報は非常に付加価値の高いものであることが明らかです。残念ながら付加価値の高い情報を扱える方はごく限られてきます。

この厳しい現実をふまえた情報機器の利用を考えてみると、就労を前提とした社会復帰

ではなく、社会参加を視点にしたその利用を考えていく必要があると考えます。そこで大切なことが、どのような生きがいを持って社会に参加していくかということです。多くの障害者の方々と接して感じるのが手芸品、文、詩、学習成果、そしてサークル活動の記録、どのような種類のものでもよいから、ものを、形あるものを作り上げる喜びの大切さです。障害をもった者にもものを作るといったことは矛盾していると考えられがちですが、それは通常の価値基準で考えるからです。出来栄え、費やす時間、金銭価値等を無視して作る過程、作り上げること、に喜びを見だせるように趣味、活動を育てていくことが生きがいの基礎になります。そのためには、経済的な面からの仕事という面を考慮せず、家族も一緒に、その作り上げること喜び、楽しめる意識の転換、姿勢、態度が不可欠です。その上で、情報機器の利用を考えていくなれば、新しい社会参加の形、生きがいが生れてくると考えます。

日進月歩の情報機器の変化の早さを見てみると、知的障害を軽減するような方法の出現に、代表される夢と期待がふくらんできますが、それと同時に、障害者の生活を考えていく意識の変化が求められていることを痛感します。

1993年北療育医療センター父母の会会報

つどい 第22号

木製の車椅子

毎年二～三回、大阪の千里丘陵を訪ねている。美しい竹林を見、旧友と痛飲し、そして国立民族学博物館を訪れる。展示物の種類は異なるが、大英博物館の展示物の量に圧倒されたことを思い出すぐらい、各地の生活用品が所狭しと展示されている。このヨーロッパのコーナーに他の博物館では見られないものがある。木製の車椅子と電気蓄音器を連想させる木製の重厚な中世の便器である。手あかが沁みた樫の木、錆びた板バネをみると、便所というものを持たず、椅子生活というヨーロッパにおいて、習慣が違うとはいえ、古くから障害をもつ人々に生活しやすい環境があったことが想像される。また、この秋、晴海の国際福祉機器展で、北欧の家具メーカーが障害者のための種々のソファ、ソファの便器、ソファの車椅子を展示している、のを目にし、その歴史の重みと強さをあらためて感じた。しかし、自分のヨーロッパで感じた重度障害児者に対する冷たさか、間違った偏見からか、それらが利用されている生活を思い巡らす時に、どうしても老人、中途障害者がそこに浮びあがってきてしまい、日頃接している重度な障害を持つ児童の生活が連想できない。なぜかを考えているうちに、最近の福祉の焦点が障害児者から老人に移行していることに思いを巡らさざるを得なくなった。障害児の減少と老人人口の増加の影響を、障害児の生活に関わる者が留意していかなければならない時期だと考える。

一つの判決がドイツの裁判でなされた。

ドイツ人夫婦が海外旅行で宿泊したホテルに障害者のグループが泊っていた。帰国後、「障害者と一緒のホテルで宿泊させられたので休

暇にならなかった」と旅行代理店を訴えた。裁判所はこれを認め、旅行代金は返金となった。(1992年)

この裁判結果にも言及して、ドイツの大統領が、障害の有無を判断できる出生前診断法(胎児診断)の可能性とともに、障害者の生きる権利を疑問視する社会的圧力を予想し、多様な人間性を認める社会の重要性を訴えて、「障害者の生きる権利に疑念をさしはさむ者は」という演説を行っている。(週刊金曜日93・9・24号)福祉先進国が多いヨーロッパでこのようなことが生じていることを知って、思い当たる面と信じられない面とが交錯した。幸いにも、日本では前述したような裁判はなされないであろうし、なされたとしても非難が集中するであろうと考えたい。外国の障害児者福祉というと、すぐれ、すばらしいと紹介されることが多い。文化、社会、民族性の背景を理解した見方と社会の変化、価値観の多様性を考慮した、北療の子供たちの将来を考える姿勢が大切だと、増して痛感する昨今である。九三年度に民族学博物館で、「心身障害の比較民族学的研究」という共同研究がなされている。また二日酔いの目をして、子供たちの生活を豊かにできるヒントを展示物に求めて千里丘陵を散策した時、ぜひこの興味深い研究も一読したいと思っている。

追記 最近、ホンダ自動車の労働組合が乗用車のソファを車椅子につける奉仕活動をして、老人ホームで好評を得ている。

1994年 北療育医療センター父母の会会報
つどい 第24号

翻訳紹介

ハワイの大学における 障害学生のための設備と 受け入れ

Facilities and Services for Handicapped
Students at Colleges in Hawaii
Tom Akamu, Ed.D.*

本論文は、ハワイの大学での身体障害者のための設備と組織に関して州全体に行った調査の結果である。大学は障害を持った人々の社会復帰に重要な役割を果たし、最大限の精神的、社会的、職業的、経済的に有益なものを社会復帰と健康回復のため障害者に提供している。ハワイにおいて私たちは、障害の重度な人にさえもできる限り便宜をはかろうとする偏見のない新たな試みに努力している大学に恵まれている。

障害者が高等教育を受けることについて真に検討されるようになったのは最近である。ごく最近までは、非常に知的に優れた障害者だけが大学での教育を受けるように勧められていた。状況は少しずつ変わってきており、私たちは障害者が可能性と尊厳な生涯を追求する

平等の機会を持てるようにする ため、果てしない努力をしているところである。

現在、ハワイ全体で42,000名の学生のうち600名(約1.5%)は身体的もしくは精神的に障害があると考えられている。この数字は大学の受け入れが広がるにつれて増加するであろう。

本論文は、障害者の教育を高めるために貢献している大学の努力に感謝するとともに、大学とそこでの受入状態、教育設備に人々の注意を集中させる一助となることを期待する。

調査手続き

ハワイ州の大学に調査資料を得るため調査用紙を送った。15校のうち、13校が回答した。2校は再三の依頼にもかかわらず回答せず、この報告では除外された。これら2校は私立で、このうち1校は学生65名たらずの宗教的教育方針の大学で、もう1校は約400名の学生がいるホノルル市下町にある私立の4年制商業実務学校であった。

回答した大学が全体として障害学生に高い関心がある大学と考えられるので、87%の回答で実態を示していると考えた。

結果

ハワイにおいては身体障害学生を敬遠することはほとんどなく、各大学とも何らかの手段でこれら学生に援助を与えている。

大学名	障害学生総数	車イス使用者	盲人または視覚障害者	杖使用者	テイパイス使用者	上肢障害者	学内の建築的配慮	快適さ	教室利用可能総数	教室車椅子利用可能総数	住宅または寮		障害学生のための計画または専門担当部	登録上の配慮
											利用可能	車いすで利用可能		
University of Hawaii -Manoa	325	8	15	6	5	4	あまり良くなし	良い	不明	改造する	可能	可能	KOKUA計画	有
Honolulu community college	55	1	1	0	1	2	良い	良い	70	51	不可能	-	学生発展・学生課	無
Kapiolani Community College	43	2	3	3	6	4	良い	良い	38	27	不可能	-	特別学生サービス計画	有
Leeward Community College	63	5	2	1	2	2	かなり良い	良い	79	全教室	不可能	-	Komo Mai THEUST及びTRIO計画	有
Maui Community College	28		1	1	4	3	良い	良い	59	56	可能	不可能	学生課	有
Kauai Community College	26		2				あまり良くない	あまり良くない			不可能	-	学生課 1976年に新キャンパス建設	有
Hilo and Hawaii Community College	無回答					10	良い	良い	94	89	可能	不可能	拡大教育課	無
Windward Community College	10	2	2	1	2	4	良い	良い	17	17	不可能	-	学生課	有
BYU-Hawaii Community College	2		1			1	良い	良い		全教室	可能	可能	学生課	有
Chaminade College of Honolulu	10		2			3	あまり良くない	あまり良くない		11	可能	不可能	学生課	無
Hawaii Loa College	0						かなり良い	良い	11	11	可能	可能	学生副部長	無
Maunaulu Campus USIU	1			1			良い	良い	4	2	可能	不可能	部長	有

多くの大学では学習障害、知的遅滞のある学生を成人補習教育過程にいる学生とともに身体障害を持った学生として区別している。ここでいう身体障害という言葉は、明らかに身体機能障害に加えて広く困難な状況ということを含んでいる。更に、州の職業リハビリテーション部(DVR = Division of Vocational Rehabilitation)の学生に対する援助が狭義の身体障害ということだけでなく、こういった広い意味で困難を持つ学生を対象にしているので、大部分の大学がこういう学生を障害学生として回答している。それ故どこの大学でも、障害という意味で区別される学生には、常にDVRの援助がなされている。

大学を比較してみると、州立大学は一致して専門担当部を設け、私立大学は一般学生の組織に統合して受け入れる傾向であった。しかし、全体としては学生数の少ない大学は専門担当部をほとんど設けていないが、学生数の多い大学は学内に種々の意味で例外的な学生のために、よく考慮され包容力のある組織を設けていた。

もう一つ興味のあることは、ハワイにおいて私的援助を受けて大学に通う障害学生が多数おり、彼らが自分の持っている困難な立場を明らかにしなかったり、利用できる特別な便宜を要求していないことである。従って、このような状況では、障害者のために役立とうとしている大学当局は、これらの人々を認識できない。例えば、DVRが援助している学生と傷痍軍人の一部の人々は特別な便宜を要する障害学生として扱われることを拒否している。そのため、各々の大学から出された数は正確でないかもしれない。しかし、障害の重い人々を集計するという意味では、大部分の人々が大学から回答された数に含まれているであろう。1~2の大学だけが自分のところへ入学する障害学生を探すといった進んだ施策を

とっていた。

大部分の学生はDVRと退役軍人本部から大学に紹介されている。しかし地域社会に働きかけるといった積極的な進んだ施策はうまくとられていないが、特別の障害者へのサービスとして相談員を配置している大学は、種々のリハビリテーション機関と接触をとっていた。援助する機関がないため、障害者は授業料の納入、外出、そして一般的な福利面で問題を持っていたり、大学では進んだ施策と援助活動を推進する人材が不足している。何人かの学生は高校から紹介されていたが、他のケースでは身体障害の状態は入学願書が健康検査結果に記入され明らかになっていた。どんな大学でも障害学生の入学に対して何ら特別な恩典はなかった。彼らも大学当局が一般の人々に求めている入学条件を満たさなければならぬのである。障害を持っているというだけでは大学には入れない。事実として自立しており、大学の大部分の学業についていける能力を持っていると証明しなければならない。また、大部分の大学は身辺処理のできている者だけを入学許可している。

何校かの大学では、受入態勢は非常に組織化されていたが、助言したり、付き添ったり、筆記したり、書写してくれる介助者を必要とするような受入態勢はなかった。これはこのような介助を必要とする学生を入学させていないことと、重度な学生を引き受けるだけの態勢がととのっていないことに起因していた。全般に、身辺自立が強く求められていた。

大学での健康管理はかなり多様であった。ある大学では学内でほとんど管理はせず、地域の医療機関、病院にまかせているし、ほかの大学では、学内に医師、看護婦のいる診療所を持っているといったようにであった。入学の際の健康診断もまた多様であり、最低限度の結核診察しかないCommunity College ***が

ら、入学前に厳密な健康診断をする4年制大学までにわたっていた。

回答した大学がすべて障害学生を受け入れるため学内に建築上の改造、修理をしていた。各大学の障害学生数、障害状態、使用補助具、特別な学内組織、そして特徴を次の表に示した。

70%の大学が障害学生のため特殊な登録制の特別扱いを与えていた。ある大学は障害学生のためのサービスとカウンセラーを準備していたし、他の大学では一般学生へのサービスを利用するようにして、もし特殊なサービスの必要があれば対処していた。

全体的に、すべての大学で教室へ車イスで出入りできるように一番考慮されていた(表参照)。ほとんどの大学で、ある種の障害者と車イス使用者に特別席を設けていた。しかし、特殊教室、資料室にも設けられていることは少なかった。

通学が、車イスを使用する学生と重度な障害を持つ学生にとって、当然ながら常に問題となっている。州のDVRが介助を期待できない場合には、通学の便を図っているにもかかわらず、学生は公の交通機関や私的な乗物を利用していた。1校の大学だけが車イス用リフトをつけた小型バスを用意していたが、これも大学の付近だけに限定されていた。

3校だけが車イス使用学生のための部屋を学生寮に用意していた。ほとんどは通学を前提としていたが、2~3の大学では遠距離を通学しているごく少数の学生を学内に下宿させていた。

ハワイの大学で援助を受けている学生の50%は、公的援助機関である州のDVRから援助を受け、35%は家庭もしくは私的援助機関から受け、残り15%は退役軍人本部から受けていた。ハワイの大学は全体的にみて身体障害学生に好意的な関心を持っている。

各大学における受入状況

ハワイの各大学での設備とそのサービス内容の注目すべき特徴と重要な点を簡単に記す。

マノアのハワイ大学(University of Hawaii)はハワイの主要な高等教育機関としてサービスをしており、2年制大学の州全体としての組織とヒロ市にある4年制大学を援助している。多くの建物は車イスが使えるようになっており、エレベーターもほとんどの施設で利用できるようになっている。古い校舎はまだ車イスが使えるようになっていないし、階段もあるが、新しい建物は完全に車イスが使用できる。

KOKUAという障害学生援助機関が時間割を組んだり、登録したり、教科書や用品をそろえ、特殊な備品や個別指導者を探したり、通学の便を図る等の援助を行っている。専門相談員や筆写の専門家が障害学生のために働いている。またKOKUAはハワイ全土の大学にいる障害学生のために拡大サービスを実施している。

ホノルル(Honolulu)Community Collegeでは障害学生のために職業技術教育に力を入れている。学内ではたえず建築上、障害学生に妨げとなるところをなくするため工事が行われている。学生課は通学の便と家庭教師や朗読をしたりするサービスを提供するために、学生と接触を密にして仕事をしている。最近では、特殊なサービスのためにコーディネーターを雇っている。大学は学生が卒業できるようにあらゆる努力をしている。

カピオラニ(Kapiolani)Community Collegeは障害学生のために、特別学生援助計画(Special Student Services Project = SSSP)を実施しており、その関心の高さを示している。SSSPは学生と大学側との調整問題を軽減し、教育及び個人の目標を高めるべく、サービスを行っている。その内容は専門的

サービス、登録、家庭教師の派遣、助言と指導のための照会等である。カピオラニにある校舎はすべて傾斜路がつけられ、休憩室は車イスで利用できる ようになっている。駐車場の便宜も障害学生には与えられている。ろうと教育可能な軽度の精神薄弱の学生に対して、台所での食器洗いや後片付けといった特別教育が行われる。

リーワード(Leeward)Community College では建物を建てる時には身体障害学生のことを考慮して、設備を設計している。すべての教室と教育施設 が利用しやすいように構内はコンクリート路面で結ばれている。いくつかの学内計画を実施して、照会、登録、奨学資金申請、相談、通学の便、建物の不便な点の改善等で障害学生を援助している。専任の相談員は個人指導の援助から学生同士の助け合いにわたって責任をもってあたっている。

1974年の夏、リーワードCommunity College は高等教育を望んでいるが多少能力的に疑わしい入学志願者に大学教育を受ける機会を与えることをねらった特別大学オリエンテーション講座を開いた。この実際に経験させる計画は成功し、将来も開く計画が持たれている。

マウイ(Maui)Community College は障害学生のために構内で改造工事を行っている。ほとんど建物は傾斜路を設けているし、必要に応じ傾斜路を更に備えることができる。援助は経済面、相談、教科書のテープ吹込み、朗読、家での個人指導、タイプの手伝いとか要求に応じて種々なものに及んでいる。この利用登録は重度な学生に優先して与えられている。

カウアイ(Kauai)Community College では、他の学生と同じく障害学生を快く入学させており、階段を傾斜にし、ほとんどの建物に手を加えている。1976年の工事で新しくなる構内は、すべての障害学生にとって便利になるは

ずである。障害学生には個人指導、教室間移動の便、タイプの手伝い、個別・集団カウンセリング等が与えられている。

ヒロ大学(Hilo College)とハワイCommunity College は、ヒロ市のハワイ総合大学の管轄の一部門である。多くの計画やサービスは最大限にその学内の学生を援助するように統合されている。傾斜路が設けられ、休憩室は車イスで利用でき、多層の建物はエレベーターがある。

Developmental Educational Services(DES)は、学内の身体障害者のための援助機関となっている。その目的は有益な助言、個別指導、基礎的学力をつけること、そして卒業を目ざしている学生に一層の援助をすることである。

ウィンドワード(Windward)Community College では、身体障害者のために施設設備はすでに利用しやすくなっていた。障害学生のために特別の相談員が選任されており、一般の相談サービスもすべて学内の障害者に利用できるようになっている。

ブリッグガム短期大学のハワイ分校(Brigham Young University, Hawaii Campus)では、教室はすべて1階にあり車イス使用者が利用できる。そして学生として登録すると、障害学生には特別の扱いがなされる。必要があれば適切な体育の授業もなされる。寮は利用できるようになっている。学生課の責任者は身体障害学生が可能なかぎり援助を受けられることを保証している。

ホノルルのカミネイド大学(Chaminade College)は適格とみなす障害学生の入学を奨励して、一般の人が利用できる範囲内で援助をしている。障害学生の入学は、建物とか学校の地形の点から制限されている。駐車場は整備され、自分で生活できるなら、障害学生は寮も利用できる。

ハワイロア大学(Hawaii Loa College)は障害学生を考慮して設計されていて、車イスですべての教室に行くことができる。傾斜路、車イス学生のための休憩室、幅の広い出入口とエレベーターなどの必要な設備が整っている。駐車場も利用でき、寮には両下肢マヒ者用の風呂のついた特別室がある。通常のサービスもすべて利用できる。

アメリカ国際大学マウナオル分校(United States International University, Maunaloa Campus)では身体能力の限界を考慮した上で、すべての者の可能性をのばしている。建物には傾斜路と広い出入口がある。便所は車イスで利用できるようになっている。必要なら障害学生の便宜をはかるための改造もされている。常勤の相談員による相談も行われている。

まとめ

この考察結果はハワイにおける大学が可能性を秘めた身体障害者の教育に、明確な関心を持っていることを強く示している。二つの大学から回答を得られなかったが、これはこの二つの大学が、かならずしも障害者に理解がないということではなく、これらの大学も障害者を助けるため何らかの方法では援助をしているであろう。

回答に示された努力を見る限り確実に進歩しており、以前には受けられなかった大学教育の恩恵を受けている障害者が増加していることは喜ばしいことである。大学と州のDVRや退役軍人本部のようなリハビリテーション機関との協力と相互理解も、障害者にとって将来がより良い時代となることを予言している。

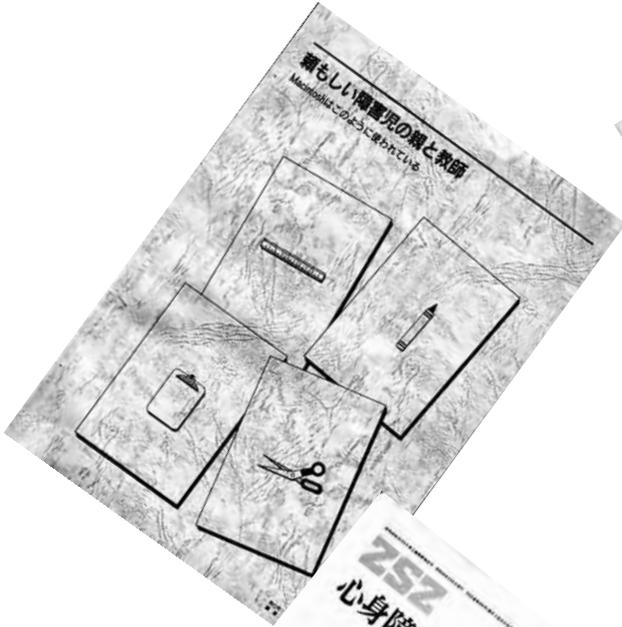
わがハワイ大学が社会で見落とされている多くの人々に、充実した人生と自己実現をみざす機会を提供するため前進をつづけるであろうと堅く信じる。

(Rehabilitation Literature, May 1975から)

参考文献 略

* アカム博士は1970年メリーランド大学を卒業し、1973年ハワイ大学でスクール・ガイダンス及びリハビリテーション・カウンセリングを専攻し、修士号を得た。現在、ホノルル退役軍人行政部地方事務所でカウンセリング・サイコロジストとして働いている。

* 日本でいう大学とは少し異なり成人学級と各種学校とを一緒にしたような性格をもつ大学
**1976年 日本障害者リハビリテーション協会
リハビリテーション研究第22号 P18-22**



書籍
分担

執筆



生活習慣の形成に問題のある児童

A 生活習慣の形成

生活習慣の形成ということばに含まれる意味は非常に広い。ここでは、しつけということばと同じような意味で考えていきたいと思う。しかし、厳密には同じとはいえず、しつけ過程のひとつである行動の統制を習慣化することではないかと考える。行動の統制を習慣化できるためには、その前提として欲求の統制と環境適応という過程を踏んでいることが必要である。つまり身近生活の自立、身体保力が図れてはじめて生活習慣の習得に進んでいくと考える。最初に食事、排泄、睡眠などの生理的なことに関する、衣服、清潔など身体的なことに関する、全体に技術的な習慣が確立されてから、他人との交渉をスムーズにするため、次に集団、社会生活に適応するためなどに必要な態度的な習慣の確立へと進んでいく。

しかし、この考えは普通の子どもを対象とすれば成り立つであろうが障害児を対象としたときには成り立たない場合が多い。障害児の生活習慣という場合には態度的な生活習慣ではなく、身近自立を図る技術的な生活習慣を指している場合が多い。また、発達が均衡してなく、偏りがあるため生活習慣の形成にも偏りが生じていることが多い。そのため、技術的な生活習慣と態度的な生活習慣と両方を合わせて考えていかなければならないこともある。しかし、年少の障害児を対象とするならば行動統制的で技術的な生活習慣が第一に問題となるし、障害の重度な児童を考えるとときにはなおさらである。そのため、ここでは生活習慣とは身近自立のために必要な行動統制的で技術的な習慣、身近自立を図るための基本的な生活習慣とする。

B 障害児の基本的な生活習慣

障害児の基本的な生活習慣を考えると問題になるのは、子どもの障害の程度である。障害が軽度であれば普通の子どもの基本的な生活習慣のしつけの側面が重要となり、普通の子どもの発達過程を参考にしながら、その形成を援助していくことである程度は達成していけるであろう。しかし、障害が重度であれば基本的な生活習慣の形成を図る目標をどこに設定するか考える必要がある。

重度な障害児の基本的な生活習慣の目標はなにか。

それは生きる力をつけることではないだろうか。重度な障害児を持つ親の最大の心配は親が死んだ後、子どもがどうやって生きていくかということである。そのとき一番問題となるのが親、家族以外の他人の世話を受けられるかということである。他人の世話で今までどおり食事をとり、排泄をし、安らかな眠りがとれるか、最低これらのことができないと重度な障害児は生きていけない。この親と他人とで分け隔てなく身の回りの世話を受けられる力、だれでも世話ができるまでに心身の力を持つこと、これが重度な障害児の生きるための力であり、この力をつけることが生活習慣形成の大きな目標となる。母親からだけは食事をとるが、他人からだ絶対を受け付けず、母親だと排泄がスムーズにできるが、他人だとできなくなってしまうようなことがあり、母親もそれを誇りにしていることが重度な障害児によくみられる。これでは現在は良いが母親が倒れたり、万一の場合には障害児は生きること自体が難しくなる。ここに生きる力を問題にする理由がある。

次に、目標となるのが世話を受けることに協力する、世話をされやすいように身を処せるようになることである。他人が世話をしやすいように自分をコントロールすることである。排椎を考えてみるとおむつを使用喧ねばならないのと、たんらかの尿器を使ってでも排泄できるのとでは世話をする側にとって負担が違う。また、おむつを使用せねばならぬ場合でも、おむつ交換時に障害児がみずから交換しやすいような体位をとったり、少しでも腰をあげることができれば世話をする者の負担は軽くなる。ささいな事のように考えられるが、一日に数回のことで、しかも毎日のことであれば大きな重みを持つ問題である。世話をする者、家族がくたびれては障害児の生活も豊かにできない。

最後に目標となるのがどんな形でも良いから自分の力で生きる能力を持つことである。重度な障害児の場合、この目標が最終の目標となる。ここで問題となるのがどんな形でもということである。一般社会から非常識と思われる形、生活習慣、行儀作法という枠から外れた形である。食事は食卓の前にして食器を使用するものという考えは捨てなければならない。手でなく、足で床に置かれた食器から食べら

れそうであればこの形をこの障害児にとっては食事の形として伸ばしていかねばならない。場合によっては食器から直接口で食べることも検討する必要もある。現実にはこの様にして食事をとって地域社会の中でひとりで暮している重度障害者の生活をみると、一時の同情とか哀れみの気持ちから他人が力を借して一般の生活習慣をとらせ、生活をさせていくことが真の生活習慣として意味があるか考えさせられる。

これらの目標は障害の種類、子どもの年齢を問わず基本的な生活習慣の目標である。しかし、これらの目標が達成されてはじめて普通の子どもにみられる技術的、態度的な生活習慣に目標を置くことでなく可能な限り双方を併行させていくことはもちろんである。

このように障害児の生活習慣を考えると、現在の障害程度と将来、障害がどの程度軽減したり、変化していくかの判断、さらに将来の生活に何が一番重要になるか慎重な検討が成されなければならない。そのためには、障害児保育に携わる者が障害についての深い考えと保育という狭い立場でなく広い視野に立った柔軟な考え方ができることが強く要求される。

C 生活習慣の形成に問題が生じる原因

障害児の生活習慣形成の問題の原因として考えられることに大きく2つのことがある。第一に本質的な原因として障害自体の存在、第二に副次的原因として生活環境である。

a 一次的な原因(障害の存在、発達の遅れ)

障害児が単純に一種類の障害だけを持っている場合は、生活習慣形成に問題を生じせしめている原因を考えることは容易ではあるがまれである。多くの障害児はいくつかの障害を重複している。しかし、障害児の生活習慣形成の問題を考えると、原因を主たるひとつの障害に求めがちであるが、結論を出す前に慎重に検討すべきである。重複障害を持つことの多い脳性まひ児などは特に注意すべきである。食事を落ち着いて食べられないとき、普通であれば行動面に原因を求めがちである。しかし、食事をとるときの姿勢の安定が大きく原因として作用していたり、テーブルと椅子の高さが合っていなかったりすることがある。反対に衣服の着替えでうまくいかないのを運動面の障害に原因を絞って検討していたのが、ポディーイメージの形成、方向感覚の形成に障害があったためであったり、抗けいれん剤の服用

のための意識レベルに問題があったためであったりする。

障害児の生活習慣形成も基本的には普通の子どもの生活習慣形成の過程と同じであるが、精神薄弱を伴う障害児を考えるとときにはいくつか注意しなければならない点がある。それは生活年齢(CA)と精神年齢(MA)との関連である。普通の子どもでは基本的な生活習慣の自立度が3~4歳で飛躍的に高まるが、精神薄弱児の場合にはCAでなくMAが問題となり、MA2~3歳で飛躍的に高まりMA5~6歳でほとんど完成される。精神薄弱を伴う障害児の生活習慣形成にも

KEY AGE があり、それはMA2~3歳であるということを知って指導に当たるべきであろう。しかし、MAと生活習慣の相関があるといっても生活経験を考慮することも重要であり、同じMAであってもCAが高ければ生活習慣形成が進んでいるし、食事に関しては他の生活習慣に比べてMAが低くても形成できることも注意しなければならない。このように障害児の生活習慣を考えると、障害について主に医学的な面からの正しい診断と、きめ細かい発達評価が不可欠である。

b 二次的な原因(親の養育態度を中心とした不適当な生活環境)

障害児の持つ障害には気質的な障害のほかには育てられ方による障害が大きいといわれている。生活習慣を考えるときにこの育てられ方、親の育児方法、養育態度による問題が他の領域よりも多く生じていることを考慮すべきである。障害児を持つ親の育児態度に多くみられるのが過保護、放任、拒否的な育児態度である。中でももっとも多くみられるのが過保護な育児態度である。子どもに障害を負わせてしまった罪傷感、子どもに対する憐憫感などから正しい育児態度がとれないのである。子どもの障害を受け入れようとせず、子どものニードに気がつかず、またニードが変化することに関心を払わないのである。そのためいつまでも乳児のような育て方を続けていることが多い。その結果、幼児期になっても離乳食のような食事しか食べられなくなっていたり、学齢期になっているのに添い寝の習慣がとれなかったりしていることがある。

しかし、真に問題となるのはこのような目に見えることでなく、障害児に培われてしまう精神的な態度である。自発的な活動を奪われてしまい、依頼心が強く、忍耐力に欠け自立心が育たないのである。その結果、生活習慣形成が十分に成されないまま成

長し問題を起こすことになる。このことは母親を中心として両親の養育態度について言われることが多いが、祖父母が同居している場合にはより一層この傾向が強く見られるのが普通である。生活習慣形成を進めるためには障害児に対する働きかけと同じ程度に、場合によってはそれ以上に親に対する働きかけが重要になってくる。その働きかけは単に障害について知識を持たせたり、指導方法を知らせるといった理性的な面への働きかけよりも、障害児を本当に理解し、受け入れ、人間の価値の再発見、再認識を促すという感情、情緒面への働きかけがより重要なことを心に留めておく必要がある。

D 生活習慣形成のために留意すべき点

障害児の生活習慣を効果的に形成するためには普通の子どもと異なりそれぞれの障害の特性を考慮して当たらなければならない。特に、理解力の劣る精神薄弱児に望ましい生活習慣を形成させることは難しく、留意すべき点がある。それは次の4点にまとめられるであろう。

a いつも同じ力法であること

精神薄弱児は自分の行っていることが正しいかどうか自分だけで判断することは難しい。ひとつの生活習慣を正しく形成するにはその連続した動作を分析して、ひとつひとつの動作を行う方法を決めて、いつもその方法をとらせてその時々で方法を変えないことである。その場しのぎや思いつきで当たることは子どもにとって混乱をまねき、生活習慣形成を不必要に遅らせるだけである。

b 完全に形成されるまで毎日繰り返すこと

精神薄弱児がひとつのことを身につけるためには長い期間継続した指導が必要であることは知られていても、身につけたことが簡単に崩れさってしまうことはあまり注意されてない。中途半端な状態で終わるとせっかく身につけたものも一瞬にして失ってしまうことが多い。この程度できればいいということなく、完全にできるようになっても安心することなく、その状態がかなりの期間、安定するまで継続する必要がある。

c 指導を統一すること

精神薄弱児は応用力に欠けているのでわずかな指導方法の違いであってもそれは彼らにとってまったく新しい経験として受けとられてしまう。精神薄弱児の生活習慣形成に携わる者がひとりの場合はよいが、ほとんどの場合複数である。保母、教員、家族など、児童に接する者が一貫性を持った方法と態度

で毎日の積み重ねを図らねばならない。このためには子どもを取り巻く者が指導方法を十分に共通に理解し納得してから指導を始めることはもちろん、指導過程の様子、問題点などを連絡し合う体制をとっておく必要がある。指導する側のチームワーク、意志の疎通の問題である。

d 条件づけを活用すること

指導に一貫性を持たせ、継続していくことを容易にするためには、条件づけが効果的である。ひとつの生活習慣を彩成させるために常に同じとき、同じ場所で、同じ働きかけをすることである。この条件づけを効果的にするために次の5つのことに留意すべきである。

1) スモールステップ

指導計画を立てる際に障害児の能力と生活習慣の課題の性格を十分に検討して、そのステップを障害児に無理を強くない程度に小さくする必要がある。ステップを小さく、スモールにすることである。

2) 積極的に反応すること

障害児がひとつの生活習慣を身につけようと積極的に反応をみせていけば、指導は効果的になされている。反対に消極的、受動的に反応しているようであれば励まし、勇気づけてやる必要がある。

3) 反応には即断、確認を与える

障害児が示した反応が正しいのか、誤りなのかを直ちに確認することが指導を効果的に進める。障害児の反応をそのとき、そのとき、直ちに強化していくことである。

4) 個人差を十分に配慮する

障害児の指導に当たって注意しなければならない点に個人差の問題がある。個々の子どもで能力に差があるという意味の個人間差とひとりの子どもの能力の内部における差、個人内差という2つの意味の個人差である。個々のステップが早過ぎても、遅過ぎても効果的でなくなる。個々の障害児の能力に合わせて速度を調整していく必要がある。

5) ステップごとに評価をしていく

各ステップに障害児がどのように反応しどのように誤りを犯しどう乗り越えていったか記録し、指導方法の評価をすることが次のステップの適正さと方法の妥当性への重要なヒントを与えてくれる。この評価の積みかさねが個々の障害児個々の障害児に一番合った、すなわち、個人差を考慮した生活習慣形成方法の立案につながる。

次に、運動機能に障害を持つ肢体不自由児の生活

習慣形成を考えてみる。運動機能に障害を持つ児童の基本的な生活習慣形成を図るときに考慮しなければならないことが2つある。第一は障害の軽減、回復をどこまで期待して生活習慣の形成を考えるかということである。医師、理学療法士、作業療法士等の専門家の意見を参考にして指導目標を設定しなければならない。目標を余り高く持ち過ぎて子どもに無理を強いたり、時間ばかりを浪費させてしまうことがよく見られる。子どもの能力を伸ばすことはたいせつであるがそれだけにとらわれている結果である。残された能力でできることを広げていくという考えを持つ必要がある。残された能力で基本的な生活習慣を形成できるように環境、道具を準備することである。この道具は自助具と呼ばれ基本的には個々の子どもの障害程度に合わせて作られることが望ましい。しかしながら安易にこの考えに走ることはせつかく伸びていく能力を持っているのに、その可能性をつんでしまう結果になる。このためにもたえず専門家と連絡を密にとりあって子どもに一番適正な方法を考えていかねばならない。

第二番目には、指導目標としていることが日常生活、とりわけ家庭での生活において実用的なもので無理なく取り入れられるかを検討すること睡眠・食事・排泄を取り上げて具体的な指導方法を考えてみよう。これら3つの生活習慣に眼らず生活習慣形成全般についていえる指導上注意しなければならないことは次のことである。

障害児に理解できる方法であること

このことは常識的なことであるがもっとも忘れがちである。働きかけることばや動作が理解されてなければならぬ。わかりやすくしかも簡潔なことばと動作そして双方を同時使用する。ことである。

人間関係を十分につけること

人間関係が十分とれてはじめて指導ができることは当然であり、楽しい雰囲気なかで指導ができるように努めなければならない。

働きかけに順序と変化をつける

生活習慣の形成には毎日の繰り返しが重要であるから働きかけに変化をつけてかなばならない。障害児の能力や形成状況などで多少の違いはあっても基本的には次のような段階が考えられる。

- ・ 指導する者がやって見せる。
- ・ 一緒に手をもってやって見せる。
- ・ 指導する者が見ている前でやらせる。
- ・ 反応に確認を必ずしてやる。

・ 確認の頻度を少なくしていく。

適切な要求水準でその指導目標のポイントをはっきりしておく

どの程度の要求水準を持って指導に当たり、次にどう変化させていったらいいか、そしてその時点での指導すべきポイントは何なのかを明確にして指導することである。指導のポイントが不明確であったり、そのつど異なり、散発的であれば効果は期待できない。

a 睡眠の指導

誕生直後は睡眠と覚醒が不規則にこきざみに生じ、16時間から18時間もあったものが徐々に短く夜に集中し規則的になり2歳になると昼寝を除き大人のパターンになる。睡眠の質も身体の動き、眼球運動が見られなんらかの精神活動が行われていると考えられる浅い眠りであるレム睡眠が半分以下になる。これが睡眠の一般的な発達であるが障害児の睡眠についての検討は少ない。そのいくつかをあげると睡眠時間については精神薄弱児はよく眠り過剰睡眠傾向がみられ、年齢とともに減少することが見られないとするものがある一方、中途覚醒が多いため減少が著しいとするものもあり明確でない。睡眠の質についてはレム睡眠の占める割合が低い傾向であるとされている。

障害児の睡眠の問題には一般に言われる睡眠過剰、不眠、夜驚、夢中遊行などの問題は少なく、寝つきが悪い、寝おきが悪い、夜泣き、夜目覚めて遊ぶ、夜と昼が逆になり日中寝てしまうなどの生活リズムに関係する問題が多い。これらの問題を考えるときに考慮しなければいけないのが抗てんかん剤の服用、運動不足、睡眠の必要量、身体的な苦痛の存在、分離不安の面である。このうち、抗てんかん剤の服用、身体的な苦痛の存在、分離不安が影響していることが多い。

抗てんかん剤の影響は障害児の意識レベルである。日中からウトウトとまどろんでいたり、昼と夜とで睡眠に明確な差がみられないときなどは抗てんかん剤の影響を考える必要がある。医師と十分た連絡を取り合って改善を図らなければならないが、親と指導に当たる者だけで薬の量などを加減するようなことは厳に慎まなければならない。また、子どもの意識レベルが急に変化したときにも他の原因もさることながら、抗てんかん剤の存在に注意を向けることが重要である。抗てんかん剤は脳波、血中濃度等の検査結果によってよく換えられ、その結果、意

識レベルに影響が生じるからである。

身体的な苦痛で睡眠が十分にとれないことが重症な障害を持つ脳性まひ児などに見られる。寝返りがうてなかつたり、顔を枕にうずめてしまったり、ベッドの柵に手足をはさんでしまったりすることがある。寝具を軽く、敷ぶとんは少し硬いものにしたり、時間を決めて体位を変えてあげたりすることでかなり改善される。

障害児の睡眠でもっとも影響しているのが分離不安である。これは親の養育態度の問題に起因している。障害児の多くは親、特に母親の過保護な養育のもとで育てられている。母親がいつも側にいてくれることに慣らされていることが多い。このように育てられた障害児が年齢とともにひとりで寝るようにしつけられるときに、寝付きが悪かったり、就寝儀式的な行動をとったり、親の注意を引き付けようとして問題を示すことが多い。改善のためには親の精神的な緊張を取り除くとともに養育態度の改善、生活全体のしつけに対する姿勢の改善までを問題にしなければならない。つまり親の障害受容という根本的な問題にかかわっていることが睡眠についての問題には多いことを認識して対応しなければならない。

このように睡眠を考えると家庭全体の生活リズムの規則性、住宅事情と脳波などに示される神経学的問題にも十分配慮して障害児だけを問題にするのではなく幅広く問題をとらえてみることも必要である。

b 食事の指導

食事の問題には習慣から生じている問題と運動機能面の障害から生じている問題に分けて考えていくことが必要である。

1) 習慣に原因がある問題と指導

習慣に原因がある問題でもっともよくみられるのが意欲の点である。本能的な欲求である食べることににおいても過去において食べさせてもらうことにならされてしまうと、機能的に問題がなくてもまったく自分で食べようとしなくなってしまう。このような子どもに対しては自分で食べることを覚えさせなければならない。食べさせてもらおうと口を開けていてもいっさい与えることなく自分で食物に手をのばすのを待つことが求められる。経験上、三食も食べないことはなく、空腹感から必ず自分から手を出してくる。この段階では食物を手で口にもっていくことを目標とし、スプーンの

使用などは課さない。そして毎食手で食べることが確実に見られるようになってから次の目標に進むのであり、この段階で重要なのは手づかみでも食べようとする意欲なのである。ただ注意しなければならないのは一種の絶食を強いることなので子どもの健康面を中心に十分に検討がなされ看護婦、医師等の医学的な管理を求めて実行されることが望ましい。次に目標にするのはこぼすことに意識を向けることである。こぼしたものを拾うことを覚えさせることである。テーブル、場合によっては床等を清潔にしておき、最初に与える食事量を少なめにし、こぼしたものを拾ったら次の食事量を与えるようにしていく。

次にスプーンあるいはホークを持つての食事指導に進む。スプーンは意外にその操作が難しくうまくスプーンに食物をのせられなかつたり、口に運ぶ途中落とってしまうことが多い。その点ホークの方が簡単なこともあるのでどちらを使わせるかは子どもの手の巧激性の程度を見て判断する。その際に考慮すべき点としてスプーン類の大きさと柄の太さである。柄の太いものは不器用な児童には扱いやすいものである。この点、乳児用品などを参考にすることも有効である。場合によっては食物の方から指導しやすいものを用意していく。すくいやすく、こぼれにくい粘着力のあるあんかけのようなものを使って、効果をあげることもある。そして最後に箸の使用を献立をみ見ながら始めていく。箸の使用はかなり高度なことなので無理のないように時間をかけて指導すべきである。箸を使用した遊びなどを食事とは別にやらせていくことも必要であろう。

習慣に原因を持つ問題に偏食がある。偏食はごくまれに体質の異常から生じていることがあるが、大部分は家庭の食生活、あるいは育てられ方による。食わず嫌い、わがままによるのである。そのため、その矯正には家庭の協力が不可欠であるし、年少の時期のほうが効果的なのである。毎食嫌いなものから食べるようにしむけ食べないうちは妥協しない姿勢をみせていくこと、集団の力を利用した場を用意することが一般的に効果が上がると考えられる。しかし、家庭の理解がなければ効果は期待できない。その場で食べなくても家で好きなものだけを食べられれば効果は上がらない。家庭の食事を変えてもらうぐらいの協力を求め連絡を密にして当たらなければならない。

重度な障害児に母親だけからしか食事を食べられ

ないという習慣に原因を持つ問題がある。このような場合には家族の協力から指導しなければならない。母親以外の家族から食べさせてもらえるように、家庭における育て方を変えてもらうことからはじめ、親しい友だちの母親そして通所している施設の職員と幅を広げて最後にはだれからでも食べられるようにしていく。しかし、このような問題を持つ子どもの場合、精神的緊張が機能面に影響してしまうことが多いので、その進め方は食事場面だけの働きかけだけでなく、生活全体からかかわることから考慮する必要がある。

2)運動機能面に原因がある問題と指導

食事に影響する運動機能としては姿勢の面、手の機能そして口腔器官の面がある。このうち口腔機能は食事ばかりでなくことばの発声と関連しており、言語障害の軽減につながることを十分知って検討したなければならない。

姿勢の問題

姿勢を正しく、しかも安定させるのが食事動作を指導する際の基本である。イス、テーブルの高さは考えられても意外に見落とされるのが、足が床に十分に着いているかという点である。足が床に着いていないと姿勢の安定は期待できない。これでも安定しないときには、イスに身体をよく固定させるために、股受けの装着、抑制帯の使用、そして横方向に対してはカットテーブルの使用、一般のテーブルに翼板の装着などを考えていくべきである。このように姿勢の安定を図って手が自由に使えるようにしてから食事動作を指導してしていく。

さらに食事がひとりでとれず介助を受ける子どもの場合、姿勢の安定に加えて首の安定が問題になる。頭部まで背もたれを高くして安定させるのが一般的であるが、この際に背もたれの角度が余り後ろにいたり、介助者が上の角度から食事を口に入れるようにならないよう気をつける必要がある。これは運動発達に望ましくない反射を起こしたり、しゃくする能力の発達に望ましくないからである。

口腔機能の問題

口腔機能の問題で食事に障害があるときは、ほとんどの場合、摂食反射の存在が問題となる。物が舌にのったとき舌を唇より突き出し、物を突き出してしまふ舌の突き出し反射、物が歯や歯ぐきに触れたとき下顎が強く押しあげられてしまふ咬合反射などである。

舌が突き出るときには、スプーンの背でしっかり

押しつけてその間に上唇で食物をとらせるようにすると食べさせやすくなるようである。このとき頭部を前に曲げるぐらいの姿勢をとらせると楽になる。口唇が閉じない場合には、二本の指の腹で口をはさむようにして閉じることを支持してあげることも必要である。かむことをのばすためには、歯の外側を食べるものでこすって刺激して歯の上に食べものを置き顎の機能で口をかたく閉じるように援助する。また、液体を飲めないような場合下唇をもちあげ、器に固定し上唇が液体に触るまで器を傾けて援助すること、ストロー、チューブなどを使わせて唇の機能を訓練することも効果をもたらす。以上のような口腔機能を問題にすると、姿勢の影響が大きいことと音声言語能力の訓練と関連づけてすすめることの重要性を考えて、機能訓練士、言語訓練士を交えて指導することが望ましい。

上肢運動機能の問題

食事動作は上肢の問題であるとしても過言ではない。上肢の障害を軽減することが改善の根本であるが、食器類のくふうでかなりの問題が改善される。自助具の使用である。

器を固定するための固定台、滑り止め効果のある特殊なゴム盤の使用などで器の安定を図り、そのうえで障害に合わせてスプーンなどの柄のくふう、角度の変更などが一般的になされるべきである。さらに器を変えてみたり特殊な器(こぼれないこととスプーンで食事がすくいやすいように器の一部の縁が高く中にかぶさっている)を検討されなければならない。

C 排泄の指導

排泄習慣は他の生活習慣に比べて障害の影響が大きいものであるし、情緒的な問題の影響も受けやすいものである。そのため排泄の問題を考えるときは十分に子どもの排泄の状況を観察評価する必要がある。また、障害の種類程度により排泄習慣の確立が無理な子どももいることを知らなければならない。

排泄習慣の確立が無理でなんらかの援助を必要とする子どもとしては、二分脊椎などで下半身がまひし、ぼうこう、直腸障害を持つ子どもが考えられる。これらの子どもは尿意を感じないのである。そのためおむつを使用しなければならないが、それだけでは絶えず残尿があるため感染を受け腎機能に問題を起こしてしまう危険がある。医師の指導を受け、おむつ交換時にぼうこう部分を軽く叩いたり、さすったり、押し下したりして残尿を少なくする必要が

ある。また、このような子どもは皮膚が弱いので、他のおむつを使用せざるえない子ども以上におむつかぶれなどに注意を要するから、おむつの清潔への配慮とおむつネットなどの使用も考える必要がある。

次に排泄習慣の自立が期待できる子どもについてその指導方法を考えてみると、まず問題となるのはおむつをいかにしてとるかである。おむつをとるためには、おむつが濡れたときに不快感を感じることである。そのためには濡れたおむつに馴れて平気でいられることがないようにすることがたいせつである。障害児にはおむつをとることに失敗してから長くおむつを使用しているため往々にして濡れていても平気である子どもが多い。頻繁におむつを取り替えて不快感を覚えさせることと並行して排尿時間を調べることから始める必要がある。その際、排尿時間と水分摂取量と摂取時間、食事および睡眠時間と関連が深いのでこの点も調べる必要がある。

一般に起床時、食後30分後に排尿があると考えられるので、この時間を目安にオマルもしくは便器にかけさせる。ただ初めから長時間かけさせるのは避けて緊張感を与えないようにする。精神薄弱児などは便器に馴れ、しかもそこが排泄する所だと判るまでには時間がかかる。かけさせて少しでも排泄があったらよく褒めてあげることが大切である。このオマルや便器に排せつする習慣が十分ついてない時期におもらしをしたとき、普通叱責をしてしまいがちであるがそれは逆効果をもたらしてしまうことが多い。パンツや床に排泄したから叱られたとは理解できなく、単に排泄行為自体を叱られたと受けとめてしまう。おもらしに大騒ぎせず下着を変えてやり、気長に時間排尿を続け、便器での排尿が安定してきたらおもらしに叱責を与えるようにする。叱責はおもらしの最中もしくは直後が効果的である。反対に便器での排糞に成功したときにはことば、表情、抱きしめなどで多くの賞賛を与えてその行為を強化していくことも忘れてはならない。

便器での排泄が安定したら下着の着脱、紙の扱い、拭き方、手洗いなどの行為をひとつずつ指導していく。ここで余り無理をしてしまうと排泄そのものを嫌ってしまうことがある。この段階では技術的なことは余り問わずに行為の習慣化を図ることに力点を置いた方が無難であるし、運動障害などを持つ場合などは能力を考慮した便所、便器、衣服などを検討しなければならない。

運動障害の中で移動能力と姿勢の保持能力が排せつ習慣の確立に大きく影響する。尿意を感じたら自発的に便所へ移動するのが本来の姿であるが、移動能力が重度であるときには能力にあった場所を決めてそこまで移動して介助を求める習慣をつけることが必要である。この習慣が大きくなって介助の点で便所で排泄させるのが無理になり、部屋に便器などをおいて介助せざるをえなくなったときの準備となる。便所までの距離、便器の位置を能力に合わせて検討し配慮していくことが必要である。

姿勢保持が十分にできない子どもには便所の特別な設備、特殊な便器の設置が必要となる。これは子どもの立場だけでなく介助する立場にとっても重要である。障害児には尿、便意を訴えてから排泄するまで時間がかかることが多いので子ども、介助者ともに負担が大きい。そのため姿勢を安定できる配慮が不可欠である。手摺、便坐などはもちろん、背もたれ、肘かけなどの付いた椅子便器を使用する方がよい。

最後に情緒的な問題の排泄習慣への影響で多くの障害児に見られるのが愛情、認丞欲求が満たされていないときに見られるおもらしである。これは一種の退行現象と考えられる。特に集団生活の中でのおもらしには留意すべき点である。声をかけられることが少ない時おもらしをすれば声をかけられスキンシップをも受けられるわけであるから、叱責もこのような子どもにとっては快の感情を与えていることがある。生活の他の面から配慮することが求められるが、叱責、指導の方法を変えていくことも必要になる。場合によっては機械的に対応して感情の交流を少なくしておもらしの後始末だけをするのが効果を上げることもある。

F 事例

A、男子、5歳7か月

食事習慣に問題があり、自発的な摂食行動が安定せず、手による少量の摂食後食物のこねまわし、食器を投げてしまう。また、偏食も強く生野菜、牛乳が出ると一層この傾向が強く見られる。また、食事を間食で補っている面が強絶えずお菓子類を求めて家の中を動き家具を引かきまわしてしまう。家庭での養育に母親が苦慮している。そのため運動機能訓練と生活習慣の改善のため施設に入所する。

子どもの概要として、脳性まひ、けい直型対まひ、両眼斜視、弱視(視神経萎縮)、脳波異常、脳室

拡大などが見られる。IQ:35 運動年齢:下肢12か月、上肢36か月。本児の問題は肢体不自由、精神薄弱に伴う問題とは考えないで、母親が本児を過保護に養育してきたことによる生活習慣の形成上の問題として考えた。本児の食事習慣の改善と併せて、母親の養育態度を正していくことが、この事例の問題の解決と考えた。そのためには、職員と母親が一体となって問題を考えていき、その過程で母親に障害児の正しい育て方を考えてもらう。最初の指導段階(食事方法は問わず一定時間に一定量の食事を摂食させる)として、入所後食事は本児の摂食にまかせて摂食を促す働きかけはいっさいせずに一定時間経過したら食事をさげることにした。1日目は家庭と同じ状態で過ごしたが、2日目の夕食より食事が目だって増加しだし、以後、波はあるが食事は家庭での食事量とは比較にならないほど摂るようになった。この間に間食を要求して職員を追い求め他児と遊ぶことがほとんどできない状態であった。職員の配慮としてかみくだいて間食のないこと、食事をたくさん摂ることを説明することと気を紛らわすために遊びを導入することを重点に置いた。

2週間目に、家庭外泊があり家庭の状態を指導効果として考え、母親に施設での取り扱い方法を家庭でも踏襲するように依頼した。しかし、母親は本児の要求に折れてしまい以前の状態で過ごさせた。そのため施設で母親を交えての指導をする必要を考え、3日間母親に施設と一緒に日中生活させた。この経験は、母親に本児の養育方法について反省させる機会となり、以後の指導への協力を効果を上げた。

2回目の外泊において、母親の協力で間食は摂らせずに過ごせたが、食事量の点は、施設での状態にはならなかった。しかし、母親の態度から家庭での食事量も外泊の回を重ねれば改善すると判断し、この段階の目標は達したと考えた。なお、この間、手で食事をしていたが、他児の食事方法に関心を示し、徐々にスプーンを使う変化を見せた。

次の指導段階(偏食の改善)として、前段階において嫌いな物がでると食器類を床に投げることに對しては、ことばおよび手を打つことで叱責してきたのでかなり改善し、事前に確認をすれば食器を投げることは少なくなっていたが、偏食自体に変化は見られなかった。前段階の指導を通して、本児の指導に

は周囲の妥協を許さない毅然とした態度が効果的であると判断したので、偏食に対してもこの考えで臨んだ。

生野菜については毎食出すことができないので、出た時には少量ずつ別にして、それを摂るまで他のものを与えないことにして徐々にその量を増やしていく。牛乳は毎食出すようにして、それを飲んでから他の汁ものを飲ませることにした。生野菜については、最初から少量であれば他の食べ物を報酬として促すと摂ることが見られ、1週間で他児の半分程度は摂れるようになったが、他の食物と一緒に出すとよけてしまった。そこで、献立量を少量ずつ4回程度に分けて出すようにして、生野菜を含めて全量摂ったら追加していくことにした。

この結果、1週間ほどで脇に付き添い、ことばで確認してやれば他児と変わらなくなり、確認の頻度を低くして一ヶ月後に一応目標に達した。これに對して、牛乳には強い拒否を示し、強く促すとテーブルに流してしまう状態が2週も続いた。そのため医師に体質面から検査を依頼するとともに、水分の摂取状況を観察した。

体質には問題なかったが、水分は朝の洗面時に多量にとり、食事以外の時間帯に他児より多くとっていた。そこで医師と看護婦の監視のもとに、本児の摂る水分をすべて牛乳に制限することにし、うがい水も牛乳にするなど徹底した生活管理を行った。初日の朝食から効果が現れはじめて、牛乳の入った器を口まではこぶ様子が見られ昼食には、20ccほどを飲むことが見られ、以後、毎食自発的に飲むことができるようになった。

その後1週間は、この状態で量の増えにくいことを見守り、量的に問題がなくなった段階でうがい水・汁もの・お茶の順に解除した。このようにして、3週間目には問題なく飲めるようになり、家庭に外泊しても施設と変わりがなかったため、目標を達したと考えた。

本事例では極端な方法をとって効果を上げたが、偏食の原因を明らかにできずに指導したことは是非、母親も指導に協力してもらい効果を上げたことなどを考えてほしい。また、施設入所ということでこのような指導方法をとれたことも、本事例にとってどう評価できるかも併せて考えてほしい。

1990年 文研出版発行

早期発見・早期療育で生き生きと ハンディキャップのある子とともに

P122-129

手足の不自由なお子さんの育てかた

手足が不自由になってしまう原因には、大きく分けて二つの原因が考えられます。一つは人間が生きていくのにいちばん重要な脳がなんらかの理由で十分に機能しないこと。二番目には脳は正常に機能しているにもかかわらず、からだの各部分を動かすことに必要な骨、関節、筋肉、そしてそこに運動の命令を伝える神経が十分に機能しないことです。

この二つの原因のうち一番目の原因、脳が十分に機能しないことにより、手足が不自由になってしまうことが、圧倒的に多いのです。ですから、ここでは、脳になんらかの問題があり、手足が不自由(運動機能障害)になったお子さん、しかも重い障害をもってしまったお子さん(脳性まひ児に代表されます)の育てかたを中心にふれていきたいと思います。

克服意欲と生きる力が育てる基本です

手足の不自由なお子さんを育てる中で、いちばん大切なことは手足が不自由であるというハンディキャップを乗り越えていく意欲、障害の克服意欲をもたせることです。つまり、ひとりの人間として生きる力をつけることを、たえず念頭において育てていくことではないでしょうか。このためには、2章で述べられているお子さんをとりまく家族の心の持ちかたが、大切になります。健常なお子さんに比較すれば、すべての日常動作にたいへんな努力が必要でしょう。その努力をごく当然のこと、自然なこととして受け止め、さらに障害を少しでも軽くするために積極的に努力する生活が必要なのです。ハンディキャップを乗り越えていこうとする気持ちをはぐむような育てかたがたいせつです。そのためには、過保護な甘やかしはもちろぬ禁物ですし、逆に過度な期待から無理を強いるような育てかたもいけません。お子さんの障害の性質をよく理解し、お子さんのできることを正しく評価することです。そし

て、現状よりも今一步先のところを目標に、生活の中でごく自然に努力させてしまうような育てかたが必要です。このことはお子さんの育てかたの基本であり、あたりまえのことですが、障害をもったお子さんを育てていくときには、ややもすると、忘れがちになります。中でも、ハンディキャップのあるお子さんを育てていく上で注意してほしいことは、わずかな進歩でもそれを見落とさないでほしいのです。いいかえれば、お母さん、お父さんがお子さんの進歩を測るものさしを、普通より細かな目盛をもったものさしで測ることが求められているのです。

他人の介護を受けられる子に育てましょう

生きる力とはなんでしょう。自分で食事、排泄などができない障害の重いお子さんの場合には、どうしても他人の介助の手が必要になります。また、将来にわたって家族になんらかの事故があった場合には、家庭から離れた生活を余儀なくされることが現状では多く考えられます。この状況に耐えられる力をつけてあげることが必要だと考えられます。

障害が重いお子さんは、家族の介助で食事・排泄をしているのがごく普通の状態なのです。しかし、このようなお子さんが、他人から介助を受けることが難しい場合も多く見られます。お母さんからは、食事を食べさせてもらえるのに、他の人からだと精神的に緊張してしまい、食べられなくなってしまったり、食べさせる方法が難しく、他人ではできないといったことがよく見られます。これでは、お母さんに万一のことがあったとき、いちばん困るのはそのお子さん自身です。

普段から、他人から介助を受けられる習慣をつけてあげる、他人でも少しの配慮で介助ができる能力まで障害を軽くしてあげることが必要です。ハン

ディキナップが重いお子さんほど、他人の世語で食事が受けられ、排泄ができ、安眠ができる習慣を、日ごろから心がけて育てることが、克服意欲を育てることより大切になります。自分のお子さんの能力をよく理解し、本当に大切なことは何かを、よく兄極めることが求められます。

優康と体力を十分つけましょう

手足の不自由なお子さんにとって、学齢期まではどうしても運動機能回復のための機能訓練が、生活の重要な部分を占めます。その機能訓練にとって欠かせないことは、少しずつでも毎日続けることです。また、脳に起因した運動障害のあるお子さんにとっては、脳が一生のうちもっとも活発に発達している、1歳から3歳までの機能訓練が、より重要になります。その機能訓練を十分にやりとげ、障害を少しずつでも軽くするためには、お子さんの健康状態と体力が大切なものになります。健康と体力増進のために重要なことは、正しいリズムをもった生活と正しい食事です。

正しい生活リズムを

健康を増進させるためには、あたりまえのことで、規則正しい生活をする必要があります。障害のあるお子さんをかかえる家庭は、往々にして、このあたりまえのことができていないことが多いようです。そのいちばんの理由が、昼寝のとらせかたに問題があります。体力がないため、昼寝を2回とったり夕方近くにとらせてしまうことから、生活のリズムをくずしてしまうことが多いようです。夕方昼寝をとれば、夜更かしになり、朝遅く目覚め、昼寝を昼すぎにはとらず、また、夜更かしになってしまうという悪循環になってしまいます。

さらに、食事に時間がかかるお子さんや薬を飲んでいるお子さんは、生活リズムがくずれてしまうといったことが見られます。この生活リズムを、家族の協力で、普通の生活リズムに早く立て直してあげることが必要です。このことが、健康の増進にとってはとても大事なことになります。

食事が基本

正しい食事習慣をつけ、十分な栄養をとることは、機能訓練に耐えられる体力をつくることのほかに、機能訓練の目的である、正しい運動のしかたを

覚える脳の発達にとっても重要なことです。栄養が十分でない、脳の発達に悪影響が生じます。この点についてはこれまで気づかれずにいたことが、障害を軽くするためには大切なことです。栄養を十分とるためには、早く普通の食事が食べられるようになることと、偏食を防ぐことです。口の機能と呼吸の機能に問題があるような障害が重いお子さんは、離乳食のようなものが食べやすく、また食べさせやすいので、いつまでも離乳食が続いてしまうことが多いようです。嘔むことがへただったり、飲み込むことがへただったりするためです。これでは栄養がどうしても偏りがちになりますし、食事内容も偏りがちになって、偏食の芽を知らず知らずのうちに育ててしまいます。さらに、嚙む力が育たないと、声やことばをつくる機能が十分に育たなくなってしまいます。普通のもので食べられるように、毎日少しずつ内容を工夫していくこと、時間をかけゆっくり食事をとらせることが必要です。舌が突き出してしまったり、唇が閉じなかったりして、食べさせるのが難しい場合には、早く専門機関に相談すること、特に言語訓練士の助言を受けることが必要でしょう。

機能訓練は意味を理解し、ゆっくりと

楽しく行いましょう

手足の不自由なお子さんをもった家族の、いちばんの関心事は、どうしても機能訓練になります。そのためにどうしても効果を急いでしまいがちです。ここで機能訓練について知っておいてほしいことを、いくつか述べてみましょう

お子さんの自発的な動きを誘い出しましょう

第一に、機能訓練で不自由な部分を動かすのは、その部分の筋肉を機能訓練していると考えずに、その部分の動かしかたを、脳に憶えさせていると考えてほしいのです。年齢が低ければ低いほど、このことは強くいえます。ですから、他動的に手足を数多く動かしても、あまり機能訓練にはなりません。むしろゆっくり、お子さんの自発的な動きを誘い出すといった考えで、機能訓練にのぞんでいただきたいのです。

発達順序にしたがった訓練を

第二に、発達順序にしたがって機能訓練をして

いくということです。首のすわり、寝返り、腹ばい、四つばい、つかまり立ち、つかまり歩きといった発達の順序にしたがって、機能訓練をしていくことです。足を床につけ足をつっぱって動かすからといって、四つばいができないうちに、歩く練習をさせたりしてしまうといったことをよく見かけます。これはむしろ逆効果で、かえって悪い運動のしかたを憶えさせてしまう結果にもなります。発達の順序をご家族でよく勉強する必要があります。そのうえで、順序にしたがい、一つ、一つの発達段階を登っていくことが必要です。

訓練の目的を理解しましょう

第三に一概にはいえませんが、だいたい就学年齢になったら、機能訓練の目的が変わってくることを知ってください。それまでは、お子さんの真の能力を伸ばす機能訓練だったのが、そこまで伸びた能力が元に戻らないように維持する、伸びた能力でいろいろな器具を使ってできることの、幅を広げてあげる機能訓練が、大切になるということです。四つばいができても歩けないお子さんには、つえを使って歩くことを訓練する、うまく字の書けないお子さんには、タイプを訓練するといったことです。

家庭での訓練が大切です

最後に、機能訓練は専門家ができることはそう多くなく、ご家族が毎日やるのが大部分であることを覚えておいてください。そしてお子さんに訓練をあそびとして受け止めてもらえる雰囲気をつくるのが大切です。訓練は一度にたくさんすることよりも毎日少しずつ続けるほうが効果があります。専門の訓練士に、機能訓練をしてもらえるのはせいぜい週に2回が限度でしょうから、他の日に訓練をしなければ効果はあがりません。ご家族が機能訓練の方法を学び、それをご家庭で、毎日なん回かに分けて少しずつ、いかに楽しく、あそびの雰囲気の中に入れていくかが、長い期間にわたるお子さんの機能回復の鍵といってもいいでしょう。

あそびが何よりも大切です

子どもにとって、あそびは生活であり仕事であるといわれるように、あそびの中で基本的なものを身につけていきます。このことは手足が不自由なお子さんにとっても同じこと、あるいはそれ以上に重視

しなければなりません。手足が不自由ですから、あそびがどうしても制限されてしまいがちです。そのため、家族がその制限されてしまうことを少しでも少なくする努力を払う必要があります。制限されてしまうことの中で見落とされがちなことに感覚という面があります。また、動きが制限されるために遊んでもらうことに慣れてしまい、自分で遊ばない習慣がつきがちです。

感覚を刺激してあげよう

感覚というと視覚・聴覚といって、見る・聴くという面を考えがちですが、それにも増して大切なのが、触覚と運動感覚です。健康なお子さんはいろいろなものを全身の皮膚で感じて、そこから物の形・性質を、からだで理解できます。また、いろいろな姿勢をとったり、動きまわって、運動による変化を筋肉を通して理解しています。このような基本的なことをからだで理解することが、発達を進める上でとても大切なのです。そのため、少しでもこのような感覚を、まわりから刺激してあげることが必要です。多少の汚れや、不潔さには目をつむってでも、いろいろなものに触り、いじくり、全身で、あらゆる感覚を通して、親しめるようにしてあげましょう。危険のないようにして宙返り、放り上げ、ぐるぐる回しなどをしてあげ、その運動の中でからだの位置の変化、バランスのくずれ、筋肉に加わる力の変化などを感じさせてあげてください。

自分であそびを見つけさせる

動くことにたいへんな努力を要し、持つことがうまくできないと、どうしても目と耳で、あるいは口で遊んでしまいがちです。テレビやレコードで受け身の状態であそぶことが多くなってしまいます。そのうえ、周囲の人が過保護になって、いろいろおもちゃを与え、それであそぶ相手に、絶えずなってしまうことが多いようです。これでは自分ひとりであそぶことがなかなかできず、自発的に行動することが身につけません。強いては、大切な克服意識が育っていきません。だからといって、ひとりにおけばよいというわけではなく、あそべる環境を整えて、あそばせてあげる必要があります。例えば、お子さんが自分で自動車を動かさなければ、コタツ板でゆるやかなスロープを用意してスロープから走

書籍執筆

らせ、お子さんもはらばいになって自動車をいっしょに移動できるようにしたり、手を動かしやすいようにしてあげましょう。また、少しの動きで変化の大きい動きができるおもちゃを選択してあげるといった配慮をしてください。脇からそっと見守ってあげることが望まれるのです。

1990年 日本文化科学社発行

実践カウンセリング5 福祉カウンセリング P86-90

障害児の母子通園

(1) 母子通園の位置づけ

心身障害児の療育の場としては、大きく通園療育(通所)と人閑療育(入所)の2つのシステムが存在する。両者とも、中枢神経系が最も可塑性のある時期、すなわち、訓練が一番有効な0歳から6歳の時期に療育を行い、障害の軽減を目的とする。両者とも通常は児童福祉法の措置児として措置される。さらに、通園療育、入園療育とも単独通園・入園と母子通園・入園システムがあり、児童の状況、家庭状況から最も適したシステムで療育を受けられる。

(2) 母子通園の目的と限界

通園システムは、児童が生活する場として最も自然でふさわしい家庭から児童を離さないで通園して療育できるので、最近では通園システムが多く設置されてきている。そのため就学前の障害児が多く、いくなれば障害児の保育園あるいは幼稚園といった意味づけがされる。その中でも母子通園は、母親と障害児と一緒に通園するシステムであり、母親を通して家族に対して障害児の正しい育て方を学習してもらうという目的が障害児療育という目的に強く加味されている。そのため、一般的に、健康面、体力面

で問題を抱える年少や重症の障害児が対象になるが、通園システム自体が、通園という観点から家庭環境に支障がないことが条件になるし、母子通園となるとなおさらであるので、この点から対象児は制限される。また、限られた日の限られた時間しか療育できないので、母親のみならず全家族が療育内容を十分理解し、家庭生活においてそれが実践されないと効果が期待できないという通園療育の限界がある。

(3) 心身障害児をもつ家族へのカウンセリングのポイント

母子通園の対象となる障害児は乳幼児であるため、そのカウンセリングの対象は母親を中心とした家族である。親は自分の子どもに問題があると気づいていても、障害児であることには半信半疑であり、それを認めたくないために、別に原因や理由を探すといった不安定な状況にある場合が多い。家族の気持ちを十分に理解し、受け入れ、そして援助していく姿勢が必要である。障害を正しく理解させるとか、適切な育て方を学ばせるといった理性的な面は二の次にして、まず障害児であることを家族がい

書籍執筆

かに正しく受容し、家族の気持ちを立ち直らせるかといった感情的な面に留意してカウンセリングを進めていくことになる。母親を中心とした家族が障害児を受容できてはじめて、障害、育児、そして社会資源の利用について指導と援助を開始し、本来の療育へスムーズに導入できると考える。

【例6】A・T(男児、1歳)

疾患名

脳性マヒ・精神発達遅滞・てんかん

障害状況:身体全体が硬く、寝返りすらできない状態であり、精神発達遅滞も重く、肢体不自由児というよりは運動障害を主症状とする重複障害児である。

家庭環境と療育機関へのかかわりまでの経過

父親42歳、母親38歳、姉8歳、祖父母の6人家族である。父は祖父と一緒に町工場を営み、母も事務を手伝っている。長らく待ち望んでいた男児が誕生し、家族の喜びが大きかっただけに、A・Tの障害を認めることができず、3～4カ所の病院をまわった。誕生以来かかわってきた保健所の保健婦が「障害を軽くするのに一番大切な時期を失ってしまうわよ」と忠告した言葉に動かされて、母親が決心をして障害児療育施設の外来を訪ねてきた。

(解説)障害を認めながらいない状態にある家族に、ただちに障害児専門機関を紹介して受診させることには慎重を要する。家族の気持ちを汲み、家族がある程度納得する経過が必要であり、家族と親しい関係がとれている専門家から、最終的な療育への導入を図るべきである。

母子通園への入園

外来において医師より疾患についての説明を受け、今後の方針を話され、週1回外来の機能訓練に通うこととなる。A・Tに対する家庭での態度が過保護であり、運動機能回復のみならず、生活リズム、食事等を中心に生活全体に関して指導する必要があることを訓練士より指摘された。母子通園の対象として母親に通園の内容を紹介して見学の結果、母子通園に参加することになった。

(解説)療育施設の医師や訓練士は疾患については家族によく説明できても、児童の生活全体から問題をとらえることは、ややもすると軽視しがちであ

る。そのため、これらスタッフとの接触を十分に図り、個々の児童と家族の抱える問題を発見し改善に努める必要がある。

母子通園における問題点とその解決への経過

機能訓練を中心とした通園生活の中で、A・Tの生活時間が大人の生活時間になってしまっている、2歳になって食事がミルクを中心とした離乳食段階である、生活全般にわたってA・Tは家族の「ペット的存在」であるといった問題が明らかとなった。食事については、食べさせ方を少し工夫して時間をかければ、年齢相応の食物が食べられることを通園の他児との食事場面の中で実際に理解し、通園場面では年齢並の給食になった。しかし、家庭では食事も含めて、生活に改善がみられず、その点を話題に他の母親を交えた雑談に導入した。その中で、「うちはおばあちゃんが」「おじいちゃんたちがなかなかそこまで」といった言葉が多く聞かれ、祖父母の存在と、父親の姿勢が問題の底にあると推測された。そこで、父親に通園の場に来てもらい、他児の様子、他児の母親の話等を自然に聞ける機会をつくり、祖父母も含めて家族が本児をいかに過保護、「ペット的に育てている」かを意識し反省してもらうようにした。その後、祖母の来園もあり、徐々に家族の態度に改善がみられるようになった。

(解説)祖父母の存在は、障害児をかかえる家庭の態度に多大な影響を及ぼす傾向がある。祖父母が建設的な考えをもっている場合は、核家族で育てる場合よりもその存在が母親に心の支えと生活の知恵を与えて、療育を理想的に進めていく力となる。しかし、多くの場合は逆で、孫を不びんに思いどうしても過保護になりやすいので、母親の立場を考慮しつつ、祖父母への働きかけも重要になる。また、祖父母に対しては、専門職員の助言等よりも、同じように障害児を育てている他の母親が育て方を正す力をもっている場合が多いので、母親集団の雰囲気とその力を利用させてもらうことは重要である。

次に、生じた問題が母親の障害の理解とあせりである。軽度の児童が次々と歩行が可能となり、統合保育に移っていく中で、遅々と進まないA・Tの障害の軽減にあせりと不安を示し、「保育園が近くに

書籍執筆

あるのに……」「まだ、お座りが、四つ這いが……」といった言葉が多くなってきた。それまで関係職員は、A・Tの少しの発達の変化を素晴らしい進歩として母親にとらえてもらえるように働きかけきた。しかし、やはり親としては、A・Tが歩けるようになるという大きな目標をあきらめられない様子であった。職員間で役割を分担し、中枢神経系の障害の性格とその訓練の限界について話し、運動面ばかりでなく精神発達面の変化、特に表情が豊かになってきていることは、毎親が努力をした成果であると母親を励ました。気持ちの落ち込みを乗り越えられるように、側面から援助し、就学年齢を迎え

母子通園を終了した。

(解説)重複障害児の家族はどうしても運動面の進歩に関心が偏り、その進歩の遅さに気持ちが落ち込んでしまいがちである。それに対して、児童の全般的な発達に目を向け、わずかな進歩であっても障害児にとって、その意味は大きいことをあらゆる機会に母親と話していくことが、子どもの長い療育を支え続ける母親の気力の立て直しや動機づけにつながると考えられる。しかし、家族の人間観や価値観も関連するため、真に母親の援助者になることは難しく、療育に脇わる者自身の人間性をも問われる問題である。

1979年 全国心身障害児福祉財団発行

心身障害児の家庭療育

3歳児段階までの発達 P57-66

感覚機能と認知

認知とは法律関係を除いては一般には聞きなれないことばであるが、心理学教育学の分野ではよく使われる。この認知ということばは人によってかなり異なった意味に用いられるが、一般には次のように考えられている。認知とは精神機能の知情意の知にあたり、周囲の世界から刺激として受けとった情報を処理する精神的な諸機能、高等な心理的過程全体をいう。具体的には感覚、知覚、記憶、概念形成、抽象作用、思考などである。勿論、これらの機能がそれぞれ独立して働くのではなく、互に関連しあって活動しているし、人の行動がこれらだけに支えられているのではない。注意の喚起、動機づけ、不安などが認知活動に影響を与えていることも重要である。感覚に障害をもっていたり、緊張が高すぎる状態にいると認知活動が充分に行われず、行動能力が低下してしまう。このように、認知といっても明

確にどのような機能であるということは不可能に近いと考える。

そこで、本節では新生児期、乳幼児期の認知を考えていくのに重要な感覚と知覚を中心にその発達と障害児の特徴とその指導について述べていく。

1. 感覚と知覚

感覚と知覚を区別することはむずかしい。眼、耳、皮膚等の受容器が周囲から刺激をうけ、種々の精神活動が生じ、その刺激の意味をつかむことを知覚といい、この知覚過程の中で直接に生理的条件だけに関連した状態を感覚という。花を見て、網膜が刺激をうけ興奮することが感覚であり、更に、花であり美しいといった記憶、推理の要素とか主観的観念が加わった状態を知覚と考えてよいであろう。

私達の感覚は視覚・聴覚・味覚・嗅覚・皮膚感覚(温度感覚、触覚、圧覚)・運動感覚・内臓感覚など

に大別される。感覚の発達には基本的に近い刺激を受容する感覚から、遠い刺激を受容する感覚へと発達していく。新生児の感覚は未熟で周囲の複雑な刺激や情報から適切な行動をとるには不十分である。新生児の生活はその大半をしめる睡眠と目覚めであり、目覚めの生活内での割合は発育とともに増えていく。この目覚めを生じさせるのが空腹などの内部からの刺激を受容する感覚である。

次に、内部からでなく、外部からの刺激を受容していくようになるが、まだ視覚、聴覚など遠くから刺激を受容することは未発達で味覚や皮膚感覚のように近くから刺激を受容することが先に発達すると考えられている。しかしながらその間、視覚、聴覚も全くないのではなく、徐々に正確さを増して発達し感覚の中心的な役割をもつ。その後、各感覚は成長とともに補足、関連しながら機能を徐々に発達させ、知覚として統合されて分化していく。知覚は段階をふんで発達していき、それぞれの段階に合った複雑さを持った刺激を情報として処理していく。知覚の発達にはその発達程度に適した複雑さをもった刺激を与えることが必要である。一般的な知覚の発達段階を知っていなければ、適切な刺激を与えることはできない。このことは障害児を考える場合も重要である。障害児の知覚発達段階を評価し、その上で今後の方針を立てることがより効果的な療育になるからである。

2. 視知覚を中心とした認知の発達

新生児も視覚を通じて物を知覚する能力を持つと考えられ、一定のパターンに注意を向けることが知られている。生後1日～6日の新生児に円板を見せると、単なる色円板より模様のある円板や人の顔に似た円板の方に凝視時間が長くなること、三角形をみせたとき1つの頂点に凝視が集中することが実験的に報告されている。また、生後1週～2週目で動くものを目で追うことも知られている。これらは凝視追跡といっても段階的、衝動的なものであって、機能として多少なりとも定着してくるのは1ヵ月以後である。この頃になると、視線の中央の物を確実に目で追うようになり、母が話しかけるとじっと母の顔を見守り、本当の人の顔ではなくとも形や大きさが似たものに視線が集中する。こうしたことをよ

り効果的に発達させるためには、周囲の者がこうした反応に関心を持ち、より多くの働きかけが必要である。

この時期において、赤ん坊の皮膚により多く手を触れてやることで視覚の発達を促すといわれている。2ヵ月～3ヵ月頃になると物を片方から視線の中央まで追うようになり、身近かな物を注視するようになる。この時期は運動が充分でないで、目で物をとろうとする時期ともいえるだろう。また、この頃に自分の手をじっと見ることがみられる。5ヵ月になると食べ物に関係した物を見ると興奮するようになり、物が見やすいように自分で体を動かす。この時期に手の運動が活発になり、目と手の動きの協調という認知活動にとって重要な能力が見られる。それはつかむ動作の出現であり、同時に視覚の代理、または競争相手となる物の大きさ、形、重さ、密度、表面の特質などを知覚する触知覚がより発達してくる。

聴覚も主に曲調のある音、特に人間の声に集中するようになり、音の聞こえる方へ頭を動かし、それがどこから出ているか目で探すことが正確になる。つまり、視覚と聴覚とが統一されて同じ刺激にむけられるようになる。

以上のように、この時期までの発達は中枢神経系統を含めた感覚器官が周囲のものを知覚できるための基礎をつくること、周囲の刺激の状態に対して順応すること、相互に関連すること等が可能になり、同一のものに同時に協同して働くといった意味を持つ。このような発達を基盤に基本的行為のつかむ動作が習得され、それに伴い事物を知覚する能力が発達してくる。

つかむ動作の発達からその後の認知についてみると、6ヵ月頃に片方の手で物をつかむことができるようになるが、視覚の統御が不十分で目標が定まらず手が曲って動き、物の大きさや形に関係なく全部の指で握ろうとする。8ヵ月頃には手を目標に直線的に命中させられ、目で方向や距離を計り、動きが計画的になる。この時期には両手に異なる目的を持たせることができ、紙やぶりなどができるようになる。

1才には視覚が著しく成長し、物の大きさや形と

手や指の状態を関連づけられ、前もって指の形を物に合せて変化させられる。また、空間における自分の位置と物の状態を対比できるようになり、一度みたら目かくしをされてもつかむことができる。このように目と手の協調は、この時期までにかなり確実になると考えられよう。

このような発達を促すためには、児童の身近かにさまざまな性質をもつ物を置き接するように配慮することが大切である。大小の球類、積木類、長さ太さの違う棒、紐、軟かいゴム製品、中空の物などを用意しておく必要がある。こうしたものをつかみ、もてあそぶなかで、視覚を通じて大きさ、形、方向、距離、触覚を通じて重さ、弾力性、滑らかさなどを筋肉運動感覚と一体となって理解していくのである。

一方、行動の様子も単純な試行錯誤と考えられるくりかえし自体に促され、動機づけられているかにみえる同じ動作のくりかえしが正確になってくる。6ヵ月頃から動作の結果に注意を向け、試す、予期することが見られる。1才すぎると、これまでに経験してきた行動を利用するばかりでなく、変化させて新しい行動、経験に挑戦するようになり、これまでのつかむ、たたくといった動作に、物を投げる、転がす、引くといった行動が加わり周囲の物への働きかけが多くなっていく。

また、この頃から時間をしばらくおいてからでもいろいろの行動を模倣する延滞模倣がみられ、ある物を一定の目的に使用したり、たとえたりする象徴的機能を含む象徴的遊びが言語の出現と密接に関連しながら出現する。こうして1才半頃に発達の最初の感覚運動(知能)期といわれている段階から、前概念的思考期もしくは象徴的思考期といわれる4才までの段階へと進んでいく。

象徴的思考期という1才半以後になると象徴的機能がますます発達し、種々の事物、現象を何らかの像として保持して思いだすことができるようになる。どこにあったか、どこにあるか、誰のものかなどが判断できる。注意の範囲が拡がり、物を集合させることに興味をもってくるし、積木を3つ程度積み上げることもできる。一方、行動も知覚的にとらえた意味に従ってできるようになり、行動に1つ

1つ区切りがでてくる。この時期に、物の形、大きさ、空間における位置、色等の特質に関して物の相互に存在する同じ、異なる、似ているといった関係を正しくつかみ、比較対照する能力をつけることが感覚的、知覚的発達にとって重要になる。そのためには事物をより多く使用させる活動がより必要となる。各種の道具、日用品をあらゆる玩具に働きかけ、動かすことを憶えはじめ。これらの活動を通じて表面的なみかけでなく、知りえた用途によって活動の動作がきまってくる。また、このような実際活動の中で触覚的体験の積み重ねによって、形の関係を知覚することもかなり発達して、一定の形をした木片をそれと同一の穴に入れることが3才になるとできるようになる。

このように、主に触覚的な活動を通して、形、大きさ、空間にわかる位置などを理解してきたのが、3才頃より視覚的なものだけによって理解が可能になってくる。更に、手の運動能力の発達と視覚的能力の発達があいまって、手の運動を統御調節する能力が著しく発達してくる。これは、描画、積木などの活動に顕著に見られる。積木を積み上げることに於いて、2才で6つ程度であったのが9つ程度までつむことができる。また方向も1才半の垂直方向から2才での水平方向への協応動作が合わさり、垂直、水平両方向への拡がりをもち、橋、トンネルといったものを作る。描画においても模倣して垂直線が1才半頃にひけ、水平方向の線が2才代にかけていたのが3才になると双方をむすび四辺形がかけられるようになる。自由画においても線が変化に富み、律動的になり、絵に構想のきざしが見られるようになり、描き終わってから名前をつけるようになる。

そして、3才後半には他の機能より早く発達する感覚機能を基にした知覚、そして言語の発達にもとづいて知的諸機能の芽ばえが見られ、まだ未発達な面や知覚に左右される面を含みながらも思考が多様になり、成人の思考のひな型があらわれる。

3. 障害児の感覚知覚障害とその指導

障害児は感覚に種々の問題を持ち、それに伴って知覚能力だけにとどまらず認知能力に多くの問題をもっている。障害児といっても感覚器官だけに障害を持つ視覚障害児、聴覚障害児と脳を含めた神経系

統に障害を持つ精神発達遅滞児、脳性マヒ児、重症心身障害児等では、そこに生じる問題は異なる。感覚を通して環境への適応が発達し、人間関係を中心とした感情が発達していくわけであるから感覚に刺激のない世界に人間をおいたら、心身両面、特に心の発達に芽生えが見られなくなる。感覚器官に障害がある場合、神経系統の発達が著しい乳幼児期にそれぞれに代わる感覚器官による代償機能を発達させることが重要であり、指導も自ずと考えやすい。しかし、脳を含めた神経系統に障害がある場合には、かかえる問題が複雑である。重症になれば、前者にも増して児童が自ら求めることができないので、刺激のない世界に放置されがちである。ここに感覚知覚機能の発達を促進させる指導の難しさと重要さがある。そこで、脳に障害を持つ児童の問題と指導方法について述べる。

障害児の知覚はよく未分化であるといわれている。対象物、刺激をどのように知覚しているかという、末梢的な細部のみ知覚して一つの形態として統合的に把握することが困難だったり、背景(地)と知覚されるべきもの(図)との関係があいまいで、知覚できなかつたり、物の大小や差異を瞬間的に比較判断することが困難だったり、模写するのに物を形態としてつかむことができなかつたりするといわれている。これは視知覚だけでなく、聴知覚、触知覚にもいえることである。しかし、このようなことは比較的年齢が進み、発達が進んでから問題になることであり、乳幼児期においては、知覚の問題というよりも行動の問題としてとらえていかざるを得ない。

初期の障害児の行動上の問題をみると、大きく4つの面で発達の遅れがみられる。第1は意識の水準である。感覚刺激に対してほとんど反応を示さず、不活発であったり、自閉的な殻にとじこもっているようにみられることが多い。この状態は快感と不快感を与える刺激の認識と過去にうけた刺激を想起し、これから先にこれらの刺激を受けようとしたり、拒否したりする判断の能力の発達を妨げる。従って、選択的な反応、意図的な行動をする能力が発達しない。第2は運動面である。意識(覚醒)

の状態に障害があると、一般的に身体運動に障害が現われる。あるものは不活発でほとんど動かず、あるものは過活動でたえず動きまわる。この状態は基本的な運動反射と、感覚器官と運動器官との統合の発達を妨げる。ひどい場合は感覚刺激に対して適応するのに必要な粗大運動ができないでしまっている。第3は環境への働きかけの面である。意識、運動の障害により、身体的情緒的な欲求を満たすために、環境への働きかけが困難である。これは目と手の協応の能力で手で物を握る、持つといった周囲の物を受け入れたり拒否したりする能力に影響を与える。このような活動がくりかえされ感覚と運動の統合能力を高めてはじめて環境への働きかけが発達する。更にこの能力は物理的な環境だけでなく、対人的環境への働きかけにとっても重要であり、社会的な能力と密接に関連してくる。最後は姿勢保持と移動能力の面である。脳性マヒなどで運動障害があると、運動経験を通しての方向性、片側優位性(利き側)を学習する機会が少なく、発達が遅れてしまう。そして姿勢保持がしっかりとれないと、自分をとりまく環境との確かな身体的、知覚的關係を成立させることが困難になる。つまり身体的空間を理解したり、実際経験を通してボディイメージとか、身体的位置の変化に従って筋肉の位置と身体部分とを相互に関連させて調整すること(ボディシェーマ)を形成できないでいる。以上のような行動の問題は感覚と運動、もしくは知覚と運動の統合に起因していると考えられている。

感覚(知覚)と運動の統合が行われているのは脳においてである。脳がその働きを最大に発揮するためには絶えまない多量の刺激、特に身体から刺激を受けとめ、これを目的に合せて濾過し、組織し、統合して脳の機能を発達させることが必要である。統合とは2つ以上の機能、もしくは過程が脳の適応力を増強するような形で相互に協調することであり、生体に対して環境の及ぼす作用と生体が環境に対して行う反作用との相互作用の環を拡げて、生体と環境との交渉をうまく運ぶためにいくつかの機能を調和させることである。

脳の統合過程の基礎となるのが感覚の種類間の統合である。これは8才頃に成熟点に達して特に学業

にとって重要な過程であり、障害児において侵されていることが多い。一般に児童の知覚的活動は特定の感覚経路だけに限られるものでなく、すべての感覚経路からの情報の相互関係からなっている。多くの障害児は1つ、もしくは2,3の感覚経路からの情報が独自に存在しているか、または他の情報とぶつかり合っていて統合がうまく働いていないと考えられている。更に、生体と環境の相互作用の環についても、障害児のように貧弱な刺激環境におかれがちであったり、感覚器官や脳を含めた中枢機能に障害を持った場合、限られた範囲の特定の身体部位や対象の中で終結してしまう閉じられた環をかたちづくってしまう。これが障害児に見られる身体いじりや特定の物事へのかたよった関心や盲児に見られる身体をゆすったり、手で自分の身体の一部をたたいたりするブラインティズムなどの原因として考えられている。これには外部より適切な働きかけを通じて刺激を与え、開かれた環にすることを心がける必要がある。

障害児のこのような感覚、知覚と運動の統合の障害もしくは発達の遅れを改善し、心身全般の発達を促進するにはどのような指導がなされなければならないだろうか。(それには感覚、知覚情報を用いて運動反応を起す活動と、運動反応の出現とともにその過程で生じる知覚情報に注意を集中させる目的をもつ種々の活動を中心とした指導がなされなければならない。) 先ず、意識を高めるためには、受動的な刺激を感じやすい感覚である触覚と、筋肉運動感覚を刺激することが重要である。活動性の低い子供の脳は触覚刺激によって中枢性興奮を正常に近い状態までもっていけるといわれている。タオルややわらかいブラシで手足を摩擦したり、異なる硬さやなめらかさをもつ床の上を他動的でも自力でも転がったりすることは意識を高めるばかりでなく、触覚と運動、及び筋肉運動感覚を統合させることに効果がある。

視覚と聴覚の面では、光の色の刺激、音の刺激に対して好悪の反応をしっかりとものにさせ、手を伸ばして触ったり、つかんだりする運動と統合させることと、特定のものを選択するという図地知覚の芽ばえを促すことも忘れてはならない。

運動能力を改善するためには、筋肉運動感覚と運

動反応との統合を促進することが必要である。それには運動と重力を感じとる前庭器官を刺激する活動(転がり、揺する、振る)をブランコ、トランポリン、ゆり椅子等を利用してさせるのが効果的である。乳幼児がゆりうごかされることを好み、ブランコにゆられ、空中にほうり上げられることを好むように、人間は常に前庭器官を刺激することや平衡感覚を試すことを楽しむものである。これは障害児も同様である。しかも認知機能の開始の基礎をもたらすもののうちで、前庭器官を通しての感覚が最も作用するともいわれ、身体の多様な機能が孤立するのに対抗する方向に作用する器官であるともいわれてきている。このように前庭器官を刺激することは筋肉運動感覚と運動反応との統合だけでなく、他の機能間の統合にとっても重要であり、統合の障害の改善に利用しうる強力な方法である。

最後に、環境への働きかけの改善のためには種々の感覚、特に視覚及び触覚と運動反応との統合を促進することが必要である。種々の手ざわりや色をした物に手をのばす、つかむ、持たせる、投げさせるといった活動をさせ、目と手の協応を促進させる。また異質な物、水、砂、粘土といったものに触れることが触覚と運動反応を統合させていくことも大切である。重い脳性マヒ児のように手が全く動かない場合でもこういった活動は大切である。この場合には自分の手に気づかせることに充分配慮をして、その上で自らの運動を大切にしつつ最小限度の他動的な助けをかって統合を計らねばならない。

以上のようなことはかなり年少だったり、重度な障害児の場合のことと考えられがちである。しかし発達程度がちがっても基本的に考えていかなければならないことである。方法的に活動内容や使用するものを各々の児童の能力より少々高い刺激となるような配慮し、しかも興味をもたせるように工夫しなければならぬ。脳に可塑性があるといっても、能力とかけはなれた刺激に反応ができる程に柔軟なものではない。また障害児の多くは内発的衝動が弱く、忍耐強く注意を持続させて活動することができず、すぐ飽きてしまうので、興味のわく活動をさせることを普通の児童以上に留意しなければいけない。3才レベルに発達した障害児は触覚と運動、筋肉運動感

書籍執筆

覚と運動等の統合は一応のレベルに発達している。そこで視知覚の発達と視知覚と運動との統合の発達に重点をおいた指導をしていく必要がある。天井からつるしたボールを目で追わせてバットで打たせるといったことで眼球運動のコントロールと視覚と運動の統合をより発達させる。ペグボード(いくつかの穴が垂直、水平にあいており、その穴に一定の物をさしていく板)や、2センチ辺程度のピース状の積木にひもを通させるひも通しなどは空間関係の理解、空間関係を視覚的に記憶する能力と視覚と運動の統合を発達させるのに有効な活動となる。更に、筆記用具を使ってより高度な活動への準備も導入されねばならない。異なった方向の線や形をみぞにした板を与えて、そのみぞを指や筆記具でなぞせたり、異なる方向と間隔で記された線や点をなぞらせ、むすばせたりすることは触覚、視覚と運動の統合をより発達させ、将来の文字学習や描画にとって必要な能力の一部を培う。

発達的には具体的な直感的な知識の獲得から、抽象的な概念操作へ発達していく。従って、いきなりことばや記号を使用して抽象的、概念的な活動をさせるのは無理であり、その基礎として直感的な知識を十分に得させるようにしなければならない。具体物を使って色、形、大きさ、長短、太さなどを基準に分類したり、比較する活動を多くし、部分と全体の関係、方向性、目的と手段の関係等の知識を身につけさせるはめ絵、はめ板、パズルを使って活動をさせる必要がある。その際に課題もしくは課業といった受けとめ方を障害児にさせずに、遊びとして受けとめさせる工夫が一方で重要であろう。

最後に障害児の発達を阻害するものとして経験の問題がある。経験には実際に物事に働きかけて、現実によくのこを得る直接経験と、写真や絵で見たり読んだり聞いたりすることばを通して、間接的に多くのこを得る代理経験とがある。直接経験は行動やすべての感覚を通して物事を認識する感性的認識を与え、代理経験は概念やことばで認識する理性的認識を与えるとされている。理性的認識は感性的認識があってはじめて成立するわけであり、その意

味で感性的認識を与える直接経験は重要な意味をもつ。このことは障害児にいろいろのこを理解させるのに一層重みを増してくることである。運動障害を持っていたり、自発性の低い障害児は直接経験をつむことが非常に少なくなってしまう。そのために、必然的に感性的認識を持たないで成長し、以後の理性的認識ができにくくなり、発達上マイナスとなってしまうのである。特に、手の障害を持つ脳性マヒ児の場合などは留意すべきであろう。魚を理解させるのにただ実物を見せるだけでなく、手で触らせ、表面のはだざわり、弾力性、冷たさを感じさせたり、嗅いをかがせたりして知識を豊かにし深めることが必要である。このような直接経験を多くさせて、概念やことばでの認識をしっかりとしたものにするのを忘れてはならない。

参考書

1. N. ケパード著(大村実訳)「発達障害児上・下」
医歯薬出版
2. 米連邦保健教育厚生省障害児教育局編(安藤幸男訳)「障害幼児の指導の手引」ぎょうせい
3. ソ連幼児教育研究会(青木冴子訳)「幼児の感覚教育」明治図書

肢体不自由児とりわけ脳性まひ児の学習に コンピューターを利用した経験

・コンピューター利用のポイント

肢体不自由児は、主に手足に運動障害を持った児童であり、その学習のためにコンピューターを利用することを考えると手を中心とした運動障害の代償性を高めるためにコンピューターを利用する面だけが重視されがちです。そのため、一般的にはフィンガーガード(コンピューターのキーボードの上に穴の開いた板)とか特殊な入力スイッチを工夫すれば良いように考えられがちです。しかし、末梢神経障害に起因する肢体不自由児にとっては有効な手段であっても、現在、肢体不自由児の大部分を占める脳性まひ児のように中枢神経の障害に起因する肢体不自由児の場合はそれだけでは不十分です。これらの児童は、重複障害児として知的発達障害、言語障害、視知覚障害等を持っている児童として指導していくことが不可欠だと考えます。ここでは脳性まひ児の学習、生活にコンピューターを利用してきた反省から、基本的に重要なことを述べてみたいと思います。

1. コンピューターを移動

脳性まひ児は、運動障害と姿勢の異常を特徴とするため、コンピューターを利用するのに不可欠なのが安定した姿勢の保持です。手、足、そして頭を利用してなんらかの入力装置を利用するにつけてもその子が最も楽な安定した姿勢で利用できることを考えていかねばなりません。まずコンピューターは動かし、ばらしても使えるという発想を持つことです。よく見かけるのがコンピューターの場所、位置を決めてしまって、姿勢をその場所、位置に合せようとしていることです。学校や施設ではコンピューターは移動のできるワゴン等にのせて、どこへでも移動できるようにしておくこと、そして、少なくともキーボードとモニターは延長コードをつけてかな

り広い範囲に下ろして使えるようにしておくことが重要です。このようにしておけば、床上で寝た姿勢、座卓での座位、そして車椅子、どのような姿勢に対しても対応できます。

2. 姿勢の保持と安定

背もたれの角度、足の固定、頭部の保持等をいろいろ試してみる必要があります。機能訓練士等の専門家に相談すれば、評価用の椅子というものがかなり有効な助言を得られることが期待できます。頭、足等を利用してコンピューターを使用するのであれば、通常の椅子の使い方よりも、椅子の背もたれに胸をあずける形の姿勢を考慮しても意外な実用につながったりするを経験しています(小川, 1976)。

3. 本当の実用化は家庭に

最終目標は、家庭での実用化であることを忘れないことです。家庭での実用化には家庭環境、生活形態をよく知った上での姿勢の保持を可能にする方法を検討せねばなりません。学校や施設で使用が可能になっても、家庭では物理的に無理で真の実用に纏いつけられない失敗がよくあります。また、コンピュータと特殊な入力装置(日本肢体不自由児教育研究会, 1990)を家庭でセットしたり、保守、管理するのは家族、特に母親であることを考慮する必要があります。どんなに素晴らしい入力装置であっても、微妙な調整、準備が必要であったり、故障が起きやすいようなものであったら、家庭での実用化は期待できません。

・上肢機能障害と軽度な言語障害をもつ脳性まひのM君へのコンピューター利用経験から

ここで紹介するのは、就学したばかりの緊張を示す混合型の脳性まひ児に学習、特に書字手段として

書籍執筆

コンピューターを利用した経験です。M君は日常の生活は全て他人の介助を受け、言語も聞き取りにくいけれど、理解力は少し遅れている程度で教科学習は可能です。

1. 姿勢を考える

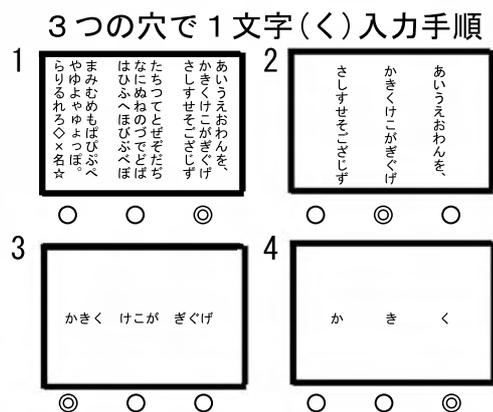
普段の生活は床上で寝た状態で過し、移動は寝返りがやっとであるM君が随意運動が比較的残されていたのは左右の上肢でした。この上肢機能を十分に発揮させるためには座位をとることが不可欠で、しかも首の安定を援助し頭部を安定しなければなりません。車椅子では体幹が安定せず手操作が難しいという姿勢の問題がありました。幸い、別の目的で訓練士が作業用に首と肩を支え、体幹を安定するために腹部と大腿部を固定し、しかも緊張を弱めるように背もたれの負度を調整した木製の椅子を使用していたので、これを借用することにして姿勢の問題は解決できました。しかし、将来的には、成長とともに介助の負担が増加することを考えると、車椅子を手操作が安定して発揮できるようなものに改造する必要があります。

2. コンピューターの入力方法とソフトを

一緒に考える

健常な5,6歳の児童にも市販のワープロ専用機を操作させることは無理です。そこで使う者の状態をソフト面で考慮できるコンピューターを選択しました。M君はコンピューターのキーボードを正確に打つことはもちろん、キーガードをつけても無理です。そこで肢体不自由児のために特殊スイッチ類を利用でき、文字盤上をカーソルが定時間間隔で自動的に移動して行と列を特定して文字入力ができる市販ソフトを利用してみました。しかし、文字盤に表示されている文字の数が文字学習を始めるM君には多すぎて、混乱を生じさせてしまい、カーソルが目的の場所に近づくとM君の脳性まひの症状である緊張がどうしても高まってしまいスイッチを押せないという問題があり、利用をあきらめ別の方法を考えねばなりません。しかし、ハード面を改造したり、装置を作成する知識も予算もありませんのでソフト面からだけ検討することにして次のような目標を立てました。1)キーボードを1から5箇所程度に場所を分割し入力スイッチの機能を持たせる。そして障害程度に応じて分割数、位置を容易に変更で

きる。2)学習の進行にあわせて表示する文字を増加させる。3)文字入力だけでなく、算数の学習等にも利用できる汎用性のある入力方式ソフトにする。この目標のためにキーボードの上に木製の板をおき、M君が正確に押せる間隔をおいた2つの穴を開けました。この2つの穴でひらがな50音を選択できるようなソフトの作成を試みました。このソフトは、モニター画面に50音文字列を表示しそれを半分ずつ選択していった目的の1文字を特定する方法です。8列、8行の文字行列が表示されますと、まず目的の文字が表示されている列を半分にしていく作業を左右どちらかの穴を3回押すことによって特定し、つぎに列を特定するのに同じく3回押して一文字を入力できるという方法をプログラムしたものです。この方法ですと、次のような利点がみられました。(1)障害の状態、使う身体部位によって穴の大き



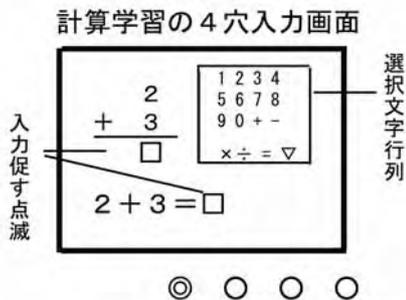
さを1個のキーの大きさから12個程度のキーのかたまりの大きさまでソフトで加減できたこと。(2)文字学習の速度に合わせて表示する文字の数を変化させられたこと。(3)ハード面は既製のままなので管理しやすくなったこと。(4)カーソルが自動的に移動してくるのを待つという受身的な時間を、主体的操作する時間に換えられたうえに、移動してしまうという緊張感を持たずに済むようになったこと。(5)障害の程度によっては、この入力方法への慣れや穴の数を増やすことにより、少ない入力回数で文

書籍執筆

字を特定できるようになったこと(16列4行64文字からの選択を4つの穴にすると3回でよい)。

(6)運動機能の不安定さによる入力の確認の曖昧さを音により確認できたこと。このような文字入力手段を用意して、名前がどうか読めるM君を名前に含まれるひらがな4文字の文字行列を2つ穴で選択することから指導していきました。

徐々に憶えた文字が増えて喜んでいたり、思わぬ問題にぶつかりました。それはM君が言語障害を持っていたために、連続した発音を正しく音節に分解できない、間違った音で物の名前を発音してい



たのが気づかれなかったということです。これは発音が不明瞭で、実用になる音声言語を持たない障害児を指導した際に、いやというほど感じられていたこと(小川, 1975)。M君のようにかなり実用になる音声言語を持っているにもかかわらず、このような問題が同じように見られることは予想外でした。この音節分解、音韻を指導に有効だったのMacintoshです。Macintoshの肉声を扱えることは電子音による疑似音声しか扱えない他のコンピューターより非常にすぐれた点だと考えます。幸い、他の先生が作成した「音いくつ」という相応しいソフトがありましたので、これを利用させていただきました。M君の文字学習にあわせて、「音いくつ」に追加、変更を加えていき一文字ずつ発音、聞き取り、単語からの拾いだしなどを楽しく指導していくことができました。このように文字言語を指導していくのに、言語障害のある児童にはぜひ音声言語を視覚的に確認できる方法が不可欠なことを考えると、肉声を扱うことのできるMacintoshのようなコンピューターが効果を発揮できることをM君が教えて

くれました。このようにしてM君は濁音までを2つの穴で選択して、簡単な文は表現できるようになり、入力方法にも慣れ3つの穴での入力(9列9行81文字)も可能になってきました。M君の能力と指導期間から最終的な目標は4つの穴で16列16行漢字も含む256文字の文字表示からの選択方法の習得を考えています。それと同時に、他の学習にも利用する意味で数の学習ソフトに4つの穴で数字と記号を選択できるソフトを用意して、計算練習などはコンピューターの出題してくる課題に独力で一定時間取組める段階まで達しています。更に、机上型から携帯用コンピューターの使用ができ、より実用化を進めるためにカラーの手がかりを少なくしていく配慮をしました。今後の課題は、この入力方法のプログラムを市販の教育ソフト等に組み込めるように改善して、肢体不自由児、特に脳性まひ児のコンピューター利用の範囲を広げていけたらと考えています。

視覚障害を持つ児童への コンピューターの利用

脳性まひ児の中には、知覚障害、特に視覚障害という随伴障害を持ち、学習面に多くの問題を生じさせる例がみられます。図地知覚の障害(中司、小川、藤田, 1971)、目と手の協応動作の障害(小川, 1975)、方向認知の障害(小川, 1973 汗川, 1993)等多数の問題が指摘されています。これらの障害は実際の学習場面において、図形模写が下手である(高山, 1987)、書字に鏡映文字がいつまでも残る(小川, 1972)、算数学習において位取りが混乱してしまう等の問題(小川, 1987)を示しています。これらの問題を就学してから指導するのでは遅きに失しているといわざるを得ません。幼児期にこれらの視覚障害を軽減して、学習レディネスを高めておくことが必要です。学習レディネスを高めるためにコンピューターは効果的な手段を与えてくれます。それは遊びながら自然に視覚障害を軽減できること、既存の視覚訓練課題(Frostig, 1964)を利用した個別的な指導に利用できます。

1. 必要な機器類

幼児期で、しかも知的発達遅れの脳性まひ児が、コンピューターを利用する時にキーの操作やマウスを使えると考えるのは無理があります。幼児は、指でモ

二タの画面をさわって楽しむのが自然ですし、複数の幼児が相互に刺激しあいながら遊んだ方が効果的です。このため、画面をさわることによって入力可能なタッチパネルという画面の上に装着する透明の機器を用意することがどうしても必要です。また、このパネルを利用する時は、できるだけ画面が水平になるようにモニタを設置する配慮が必要でしょう。さらに、目的の性格上、画像を扱うことが多く、それを自作していたのでは時間と労力が多大に必要になります。このためできれば、印刷物から画像を呼込んで利用するスキャナを準備できたらと思います。

2. 遊びながらの視知覚能力を伸ばす

脳性まひ幼児が遊びながら視知覚能力を向上させるために準備しているのは、自作のソフトと市販の複数グラフィックソフトと数十枚の画像ファイルです。

(1) 遊びながら図地知覚を訓練する。

図に示すような動物を探すとといったやさしい隠し絵のプログラムを用意しました。目指す動物を探す遊びです。目的の動物の場所をさわるとその動物のいくつかの生態を描いた画像がその動物の鳴き声と一緒に表示されてきます。遊ばせる児童の能力に合わせて、画像を縮小、拡大したものを用意しておくことが必要ですし、見守る職員が適宜、解説を加え



ていったり、鳴き声を模倣したり、児童の模倣した鳴き声を出せるようにしたりすると、遊びの幅がかなり広がってきます。また、複数の児童で遊ばせると自然にゲームのようになっていたりして動機づけも高まるようです。少し高度な課題としてすぐれた隠し

絵の絵本、「もりのえほん」(安野, 1981)「ウォリーをさがせ!」(Han ord, 1989)等の絵をスキャナで呼び込み、難易度を色、大きさで編集しながら本と一緒に利用していくことも遊びとして発展していきます。また、児童と一緒に隠し絵(課題)を作成するというコンピューターならではの遊びもできます。この課題を作るという遊び方は、従来は紙の上では難しい、じゃまをする地としての図形、模様、映像をいろいろ変化させたり、図としての具体物の絵の大きさ、色に変化を加えたりすることにより図地の区別を理解させる上で非常に効果をあげています。

(2) お絵かきソフト(グラフィックソフト)を

利用して遊ぶ

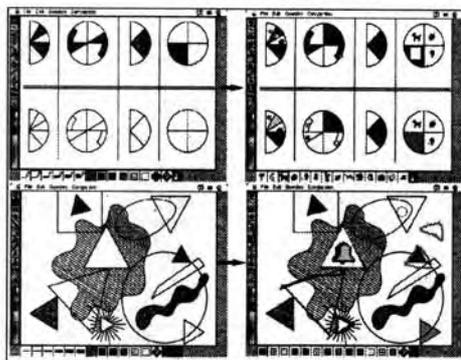
グラフィックソフトを利用して描画で遊ばせることで最も効果が上がる児童は筆記具が持てなかったり、筆圧がなくて紙に筆記具の痕跡線すら描けないような児童にタッチパネルで遊ばせることです。足、げんこつでもはっきりした描画ができるからです。さらに、ぬりえにも従来期待できなかった面での利用範囲が広がるように考えます。色をぬることは、重度な脳性まひ児には非常に難しい課題です。ぬることに労力を費やしてしまい、その楽しさを味わいにくいことです。しかし、グラフィックソフトを使用すればその難易をいくらかでも操作でき、かつ完成した作品に徐々に細かな部分を追加(部分拡大のメニューを利用)していく楽しい過程の中に、色に対する感覚、物の位置関係などが自然と学習されてきます。このように、手の訓練という観点では問題を含みますが、遊びの中でこれまで長時間を要して得られた経験、学習が短時間に繰り返し得られる効果は計りしれないものです。

(3) 視知覚訓練ワークブックとしての利用

脳性まひ児をふくめて視知覚障害の存在が疑われる児童には、Frostig等によって視知覚の発達を促すためにワークブック(参考文献)が準備されています。これを使用して指導すると、このワークブックを消費してしまい、かなりの費用もかさみ、十分に練習回数をこなせないことが悩みでした。そこでこのワークブックをページ毎にスキャナでファイルとして準備して子供用のグラフィックソフトであるKidpixを利用してみました。かく、けす、ぬる、す

書籍執筆

すべてのことに音が伴うこと、興味を持続させるために工夫がほどこされていること等で、児童はとても喜んで取り組んでくれます。



目一運動協応、図一地、形の恒常性、空間の位置、空間関係すべての課題を通じて次の点で指導がしやすくなりました。繰り返し練習ができるので間違いの場所、難しい場所に線の太さ、色の変化で注意を喚起させるために、その場で表示に変化を加えて繰り返し練習させ、徐々に表示を本来の姿に戻していくこと、児童の障害の程度、練習の成果に合わせた新しい課題をその場で作成して与えられることです。そのため、対象児の障害の持つ問題がどこにあるのか、手がかりを考慮しながら練習をさせられるという利点が得られました。今後、このような指導から図地知覚訓練用ソフトのように系統的な遊びとして扱える連続したソフトを目一運動協応、形の恒常性、空間の位置、空間関係に作成したいと考えています。

おわりに

最近の肢体不自由児で問題の多い脳性まひ児の治療と教育に、コンピューターを利用しながら痛感していることが2つあります。

まず、コンピューターに利用されるのではなく、利用していくという姿勢を忘れないことです。つい便利なので他の先生の作成したソフトや市販のソフトを漠然と使用して時間を過ぎてしまうことがあります。利用するソフトが児童のどの面を刺激して、発達を促してくれるかを充分吟味して、目的を明確にして使用する姿勢がコンピューターを利用する者に不可欠です。

次に、コンピューターが操作できることで児童、

家族に甘い幻想を持たせない配慮です。多少とも操作ができると職業に結びつけて考えてしまいます。コンピューターは、障害児者の絶対能力は高めますが、健常者と比較しての相対能力は逆に低くしてしまい就労という点ではその場を狭めてしまう危険があることです。たしかに、コンピューターを使用して自立している方は多くいらっしゃいます。しかし、その方々はかなり付加価値の高い情報を扱っていることを時間をかけて理解させていくこと、コンピューターを生きがい、趣味といった面で生活を豊かにするうえで価値をみいだせるように指導することが大切だと感じています。

参考文献

- Frosdgm.(1964).Teachers Guide for the Development of Visual Perception.NewYork: Fo11etPub1ishingComp my.
- Handford,M.(1989).ウォリーをさがせ.フレーベル館
- 中司利一、小川義博、藤田和弘(1971).脳性まひ幼児の図地知覚障害に関する研究.特殊教育学研究,9(1),35-46.
- 日本肢体不自由児教育研究会(1990).コンピューターの活用肢体不自由教育,97,18-22.
- 小川義博(1972).脳性まひ児における鏡映文字の出現と利き手の関連.特殊教育学研究,9(3),36-46
- 小川義博(1973).脳性まひ児の方向認知について.第11回日本特殊教育学会発表論文集,286-287.
- 小川義博(1975).脳性まひ児の電動タイプライター指導上の問題と幼児期における必要性.篤13回日本特殊教育学会発表論文集,274-275.
- 小川義博(1975).脳性まひSPASTIC型幼児の知覚障害と周産期異常との関連.第17回日本教育心理学会発表論文集,246_247.
- 小川義博(1976).電動タイプの使い方の工夫.はげみ,4-5,16-17.
- 小川義博(1987).普通学校における脳性まひ児の学習成績(5).第24回特殊教育学会発表論文集,338-339.干川隆(1993).脳性まひ児の方向概念に関する研究.特殊教育学研究,30(5),19-27.
- 高山佳子(1987).脳障害児の視知覚発達に関する研究図形模写からの検討.横浜国立大学紀要,3,25-35
- 安野光雅(1981).もりのえほん.福音館

境界児の精神発達の促しかた

1. 境界児の捉えかた

境界児を考える時、重要なことは発達の量的側面と質的側面を区別して考えることである。量的側面とは発達指数(DQ)、知能指数(IQ)などで表現される発達レベルである。正常発達範囲からどの程度逸脱しているかを発達全体で問題にする場合に考慮する側面である。言いかたをかえるなら、個人と個人の発達程度の差(個人間差)を考えることである。この観点では、発達指数、知能指数がおおよそ75~90と測定される児童が境界児として検討されてしかるべきである。

他方、質的側面とは一個人内の種々の能力間で発達の差の有無を問題にする場合に考慮する側面である。例えば、DQ80と評価された児童を考える時、その児童の精神発達が全体に遅れている場合もあるし、正常発達している側面をもちながら言語に関する能力が極端に遅れてトータルにDQ80となっている場合もある。一個人のもつ能力の差(個人内差)すなわち、発達のプロフィールを考慮することである。境界児はその精神発達を個人内差の側面から十分検討して、おのおのの個人間差に十分配慮していく育てかたが不可欠であると考えられる。

境界児には精神発達の個人内差もしくは発達プロフィールに凹凸をもつ児童が多いことを経験している。境界児を捉える場合、この発達のプロフィールをしっかりと見定めることが重要であろう。この点から、境界児として考えられる児童には具体的に次のようなことが観察される児童が多い。運動発達面、視聴覚面、精神発達面に明確な障害をもたないにもかかわらず、運動がスローである、運動感覚が鈍い、不器用さが目立つ、行動に安定感がなく全体に落ち着きがない、理解力からは精神発達遅滞と考えたいけれど言動がしっかりしていて、社会性も高く、ある面では年齢に近い能力をもっている児童などである。これら児童の知能指数は精神発達遅滞と診断されるほど低い値は示さないが、就学先の決定が難しく、就学後に特殊な学習上の多くの問題を抱えてしまうことを経験している。ここでは、このような問題を1つでももつ児童を境界児と考え、運動障害、視聴覚障害、微細脳損傷症候をもつ児童をも含めて、その精神発達を促すため留意しなければならないことを軽度脳性麻痺児を中心に検討する。

表1 各種心理検査と適用年齢

種類	検査/年齢	1才	2才	3才	4才	5才	6才	7才	8才	9才	10才	11才	12才
発達検査	遠城寺式乳幼児分析的発達検査	****	****	****	*** (4.8)								
	乳幼児精神発達診断法	****	****	****	****	****	*** (7.0)						
	Mccベビーテスト	***	****	** (2.6)									
知能検査	新版K式発達検査	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	** (14)
	田中ビネー(TK式)		****	****	****	****	****	****	****	****	****	**	
	WPPSI知能診断検査				****	****	****	** (7.1)					
	WISC-R知能診断検査					****	****	****	****	****	****	****	* (16.11)
	WAIS-R知能診断検査												(16-成人)
	グッドイナップ人物画知能テスト			****	****	****	****	****	****	****	****	** (成人)	
能力別検査	マッカーシー認知能力発達テスト		***	****	****	****	****	****	** (8.6)				
	ペンダーゲシュタルトテスト					****	****	****	****	****	****		
	フロステイック視知覚発達テスト				****	****	****	****	****	**			
	ベントン視覚記憶テスト								****	****	****	** (成人)	
	言語学習能力診断テスト			****	****	****	****	****	****	** (9.11)			
	絵画語彙テスト			****	****	****	****	****	****	****	****	****	
	読み能力診断テスト								小3年*	****	****	****	*中1年
算数能力診断検査									小4年*	****	****	*中3年	
SM式社会生活能力検査	**	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	*中3年
	適応行動尺度			****	****	****	****	****	****	****	****	****	****

* は適用できる年齢の範囲、()内数字は年齢・月で適用の上限を示す。

書籍執筆

2. 評価方法

境界児を評価する時に留意しなければならないのは発達のプロフィールを明らかにして問題点を見つけることであるから、発達の全体像だけを評価する方法でなく、発達の各領域ごとに評価のできる検査を実施することである。3歳程度までは遠域寺式発達診断検査、津守式発達検査などで各領域の発達レベルを把握し、問題のある領域があれば新版K式発達検査などを実施してより問題点を詳しく把握しなければならない。また、問題がなく正常に発達していると考えられる領域であっても、その領域において達成できなかった検査項目を整理して、それらの検査項目がなんらかの共通した能力に起因していないか検討してみることも重要である。

4歳以降で精神発達に問題を見出すようであれば、ビー式知能検査でなく、ウェクスラー式知能診断検査を実施していくことが不可欠であると考えられる。

表2 脳性まひ児と健常児の知能構造

検査項目	検査項目	脳性まひ児		健常児	
		平均	SD	平均	SD
言語性下位検査項目	知識	8.9	3.52	10.2	3.40
	単語	8.8	3.79	10.9	3.57
	算数	5.1	3.22	10.1	3.17
	類似	8.4	3.33	10.8	3.73
	理解	7.8	3.37	10.6	3.02
	言語性IQ	88.1	21.2	103.2	18.4
動作性下位検査項目	動物の家	5.8	3.31	10.4	3.83
	絵画完成	7.7	3.25	10.5	3.29
	迷路	5.6	3.27	11.5	3.51
	幾何図形	6.9	3.76	12.2	3.41
	積木模様	6.2	3.90	12.3	3.06
	動作性IQ	73.1	22.9	107.2	17.10
	全体IQ	76.3	21.8	106.1	19.10

WPPSI知能診断検査脳性まひ児72名 健常児121名

ウェクスラー式知能診断検査には年齢段階により、WPPSI、WISC、WAISというように継続的に種々の知的能力を同一の方法で測定していくことが

できるので、境界児を療育していくうえで有効な情報をもたらしてくれる。さらに、詳しく問題を掘り下げる必要があれば、その問題にふさわしい、言語学習能力診断テスト、フロスティグ視知覚発達テストなどを実施して問題点を明らかにしていくことが求められる。

これら発達、知能、各種能力を測定する検査方法とその適用可能年齢範囲を整理してみると表1のように整理できる。これら評価実施の頻度

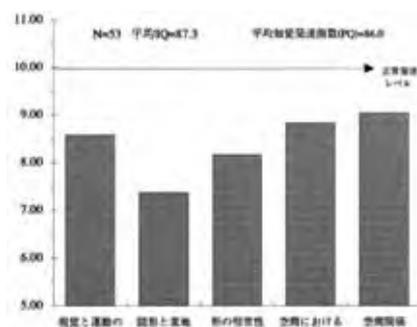


図1 脳性まひ児の視知覚発達テストの結果

は問題にもよるが発達の変化と指導効果を考慮する立場から検査は少なくとも年に1度、発達の著しい時期である小学校4年生くらいまでは半年に1度程度は実施していくことが望まれる。

3. 境界児としての脳性麻痺児の知能構造と教科学習の問題を考える

脳性麻痺児は重複障害児として位置づけられることが普通である。しかし、ここでは運動機能障害は下肢機能が主であり、上肢機能には明らかな障害がなく、さらに明確な精神発達遅滞をもたない北療育医療センターで療育を受けた脳性麻痺児を境界児として従来から検討してきた知能構造と学習上の問題の研究から考えてみる。

a. 知能構造

脳性麻痺児の知能構造をWPPSI知能診断検査で検討した研究¹⁾からみると、表2に示すように健常児とは明らかな差がある。内容的には言語性知能に比較し動作性知能が明らかに低く、下位検査項目別にみると、言語性検査項目では算数問題が明らかに

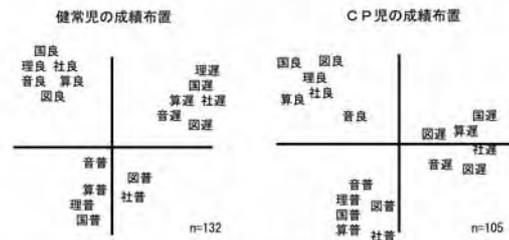


図2 CP児と健常児の成績布置の比較

低く、動作性検査項目は絵画完成問題がやや低いほかは残りの検査項目すべてが著しく低い結果を示していることが認められる。また、下位検査項目間の関連をみると言語性下位検査項目で目立って低い値を示した算数問題が健常児と異なり動作性検査項目と関連が高く、とりわけ幾何図形、積木模様問題と高い関連があることを示している。以上の結果から精神発達面からは境界児と考えられる痙直型脳性麻痺児は数の理解、観察力、視覚的に知覚した素材の

解釈とそれを組織化する能力、さらに視知覚運動能力に問題をもつと考えられ

表4 各教科と下位検査項目(WPPSI)との関連

科目	相関比	重みのある下位検査項目		
		積木模様*	知識	理解
国語	0.523			
社会	0.509	算数	類似	迷路*
算数	0.612	積木模様*	算数	理解
理科	0.236	積木模様*	理解	迷路*
音楽	0.500	動物の家*	積木模様*	算数
図工	0.639	動物の家*	幾何図形*	算数

判別分析 目的変数=評価 説明変数=下位検査得点
* =動作性項目

書籍執筆

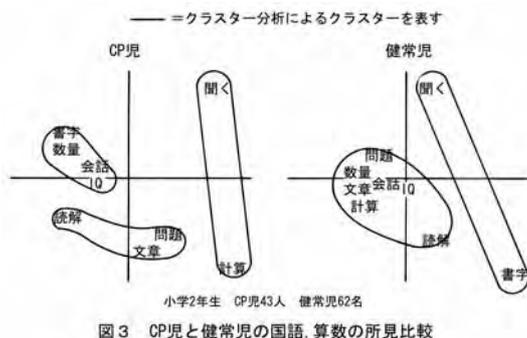
る。つまり、主に視知覚を中心とした知覚運動能力の問題が精神発達の遅れに大きく関与していることを考えさせる。

さらに、視知覚の発達を検討してみると図1に示すように知覚発達指数が86.0と明らかに遅れがある2)。サブテストでは視覚と運動の協応、図形と素地、形の恒常性の知覚に遅れが大きくみられていること、空間の位置、空間関係知覚の能力が年齢が進むに従って発達が遅れてくる傾向があることが注意される。

b. 学校生活での問題

1) 教科学習

視知覚の問題から知能構造に凹凸をもつ知的境界域にある脳性麻痺児が就学してから、教科学習にどのような問題が生じているかを検討してみる。知能構造を検討したのと同じく上肢機能に障害がなく、明らかな精神発達遅滞のない105名の脳性麻痺児で、普通学校の普通クラスで教育を受けるいわゆる統合教育を受けている児童についての学習成績を検討した。知能指数は平均92.3(SD19.8)で知能指数の



評価では65%以上の児童が境界児であった。これらの児童の小学校の学習成績をその成績表から整理してみると教科別には大きな差はみられなかった。しかし、教科相互の評価の関連をみると、図2のように健常児は各教科の評価に相違がなく、ちらばりがないのに対して、脳性麻痺児は教科ごとの評価が異なる傾向がみられた。また、健常児で基本的に各教科の成績は知能指数と関連しており一般に考えられることがみられたのに対して、脳性麻痺児で一部児童に知能指数と教科の評価が関連していないこともみられた。このことは脳性麻痺児の知能構造が学習面に影響していることを考えさせる。

各教科別に知能と知能構造との関連をWPPSI知能診断検査からみると、IQは国語、算数、社会、音楽と関連を強く示している。さらに、言語性知能指

数、動作性知能指数に分けてみると言語性知能指数は国語、算数、理科、社会の主要4教科と関連をもつものに対して、動作性知能指数は国語、理科、音楽、図工と関連をもち異なる結果を示している。しかしながら全体的な傾向からは、学習面への影響は動作性知能指数の影響が強いと考えられる。

下位検査項目の評価点から検討してみると表3のように理科を除く各教科と高い関連がみられた。内容的には動作性検査項目が社会を除くすべての教科に大きく影響をもち、しかも、各教科で最も影響をもつ検査項目が動作性検査項目であることはいかに動作性知能が学習面に影響をもっているかを考えさせる。特に、動作性検査項目の積木模様検査、言語性検査項目の算数検査が他の検査項目に比べて学習成績に大きく関与をしており、しかも、教科の算数に積木模様が第一に関与していることが注意され

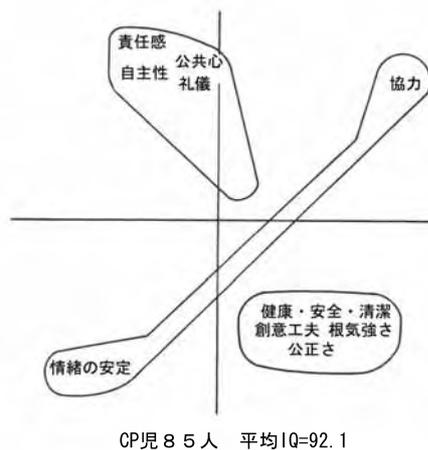


図4 行動評価項目とIQの関連布置

た。このことは空間認知能力から数量を空間的に認知し、図形などを構成し分解する能力の問題が学習成績に大きく関与しているのではないかと考えさせる。

さらに、基本教科である国語と算数の学習所見とIQの関連の観点から検討すると図3のように健常児と著しい相違が存在する。健常児では書字能力と聞き取る能力がIQと関連がない以外はすべての能力がIQと関連もつ傾向があるのに対して、脳性麻痺児では会話力、数量記号の理解力、書字能力の3つの能力だけが関連をもつ結果であった。このことは脳性麻痺児の知的能力に前述した空間認知能力から

書籍執筆

数量を空間的に認知し、図形などを構成し分解する能力が大きなウエートをもち、それが学習面に大きく影響していることを裏付けていることを考えさせられる。

この空間認知能力に関連をもつのが方向性を認知する能力が考えられる。脳性麻痺児はこの方向性を認知する能力に問題がある8)。前と後、上と下の方向性を認知することは健常児とあまり差はないのに対して左右の方向性を認知する能力はかなり遅れて確立し、しかも相対的な位置としての左右を認知することが著しく困難である。身体の一側方が他方と異なっていること(身体の左右勾配)を感じる事が左右の抽象概念を獲得し、左右の認知能力をえることに不可欠であるといわれてきている。脳性麻痺児はこの身体の左右勾配つまり利き側に問題をもつことも指摘されている9)。脳性麻痺児は手、足とも左利きが多いこと、利き手が確立していない児童と手、足、目の利き側の一致していない児童が多く、しかも利き側の未確立と手、足、目の利き側の不一致が左右を認知することに影響がみられる。これらのことはPalmerら「1・2」が大脳半球優位性の交叉することが学業不振と関連があることを指摘していることに考慮する必要がある。

以上のように、境界児として捉えられる脳性麻痺児は空間認知、空間概念を中心とした視知覚運動面の問題に起因する知能構造の歪み、もしくは偏りをもつと考えられる。そして、その知能構造の影響が学習面にも現れている。

2)生活行動面

学習面以外の学校生活でどのような行動特徴をもつか考える。成績表の行動評価に記載された評価は学習面よりは問題が少ないと判断される。健康・安全・清潔面の評価がほかと異なり評価が大きく分れている。これは脳性麻痺児の運動障害に起因していると考えられる。運動障害、特に歩行に対する担任教師の考えかた、歩行時の安全を確認する周囲への注意の払いかたをどのように考えるかという面の影響を考える。二の生活行動面と知能がどのように関連するかは図4のとおりである5)。礼儀、自主性、責任感、公共心がIQが高いとよいと評価され、逆に健康・安全・清潔、根気強さ、創意工夫、協力はIQが高いと悪いと評価をされるという一般的に考えられることと矛盾する傾向がみられた。これは知識、理解力が多分に生活行動面に影響をもっていることを考えさせると同等に脳性麻痺児の育てられかた、担任教師が能力から期待する面と行動の相違を物語る結果ではないかと考える。

また、成績表の担任教師の記述欄に記載された事

項を整理してみると、自分の学用品、教科書などの整理、管理することが著しく下手であること、さらに、その結果であろうと考えられる忘れ物が非常に多いということ、学習、作業などにとりかかることに時間を要し遅いことが多くの児童に指摘されていることが注意された。以上、健常児と比較してないので明確に結論づけられないが、精神発達面で境界域の脳性麻痺児には知能構造から推測される物の操作面における問題、従来からいわれている固執性が強いという行動特徴、さらに、親の育児態度などが学校での生活行動に影響していることを考えさせる。

4.運動、遊びが精神発達を促す

境界児の精神発達を促進する方法も基本的になら健常児と異なることはなく、発達の順序に従い、発達レベルにふさわしい扱いをしていくことが重要である。そこで重要となることは個々の境界児の発達のプロフィールを注意して、バランスを崩している遅れている面に留意した指導を心がけることである。境界児は言語面に遅れをみせる場合と、手と目を主に使用して問題を解決する能力である視知覚運動面に遅れをみせる場合が多い。ここでは後者の視知覚運動面に遅れをみせる境界児の3歳、4歳頃までに注意して指導すべき事項を考えてみる。

視知覚運動面に問題をもつ境界児を指導する時に重視すべき問題が感覚をいかに刺激するか、言い換えれば、いかに種々の感覚に刺激を与え、感覚をより効果的に発達させる遊びを多くさせるといふことである。そして、家族に境界児の問題を正しく理解させたうえで育てることが重要である。

a.感覚、知覚の発達と重要性

感覚と知覚を区別することは難しいことである。皮膚、目、耳などの感覚受容器が刺激を受け、種々の精神的活動が生まれ、刺激の意味をつかむことを知覚と考えてよいであろう。この知覚が生じる過程の中で直接生理的条件だけが関連した過程を感覚と捉えられる。感覚は基本的に身体内部、皮膚刺激といった近い刺激から、視覚、聴覚といった遠い刺激を受容していく順序で発達する。通常は身体白身の受容、皮膚からの受容、耳からの受容、目からの受容という順に受容する刺激量が増加していき、視覚と聴覚から受け入れる刺激が圧倒的に多くなる発達過程を踏むと考えられている。このような感覚の発達に並行して知覚と運動の統合が発達して、高度な行動、認知へと発展していく。感覚、知覚と運動の統合がためられるのは脳においてである。脳がその

書籍執筆

働きを最大限に発揮させるために必要なことは多くの刺激を受け止め、これを目的に合わせて組織として統合し、脳の機能を発達させることである。

統合とは複数の機能または過程が脳の働きを増すために相互に協調することであり、環境から刺激を受け、環境に対して働きかけを返して環境にうまく適応するためにいくつかの機能を調和させることと考えられる。脳の統合過程の基本となるのが感覚相互の統合である。児童の知覚に関連する機能は特定の感覚経路だけに限られるものでなく、多くの感覚経路からの情報の相互関係から成り立っている。この統合の成熟は8歳頃と考えられており学習作業に重要な役割を果たす。精神発達に問題をもつ児童は特定の感覚経路が単独にしか働かなかつたり、ほかの感覚経路からの情報とぶつかりあって統合がうまくいっていないと考えられている。

このような感覚、知覚と運動の統合の問題、遅れを改善するためにはどのような指導がなされなければならないであろうか。このためには感覚、知覚情報を用いて運動反応を引き出す活動と運動反応によって生じる知覚情報の変化に注意を集中させる活動を児童の発達にふさわしい内容をもたせて、意図的になされなければならない。まず、近くから遠くの順に刺激を受容するという原則に従い、筋肉運動感覚と運動反応との統合を促進する活動が重要である。運動とそこで生じる重力の変化を感じると前庭器官を刺激する活動が基本的に重要な活動と位置づけられる。他動的でも自力でも転げ廻る活動があげられる。転げ廻ることで全身の触覚に刺激を受け、意識レベルを高め、触覚、運動感覚、筋肉運動感覚、前庭器官が刺激され平衡感覚などの統合を高めることに効果をもたらす。前庭器官は身体の多様な機能が孤立するのに対抗する作用をもつ器官であるといわれており、前庭器官を刺激することはこのほかの機能間の統合にとっても重要であり、統合に問題をもつ児童の指導の基本となる活動と位置づけられる。

このような運動を中心とした活動を基本におき、発達レベルに合わせて全身の運動感覚と視覚との統合を意図した活動を導入していく。しかも、徐々に運動感覚は上肢、下肢、さらに腕から手先そして指へ、視覚は大から小へ、単純から複雑へと発展させていくことが大切である。前庭器官を刺激し平衡感覚と筋肉運動感覚との統合を刺激する活動としては転がり、揺さぶり、飛びなど、大きな運動を

固定遊具など利用して行うことが考えられる。この際に上下、左右、前後、斜め、円運動など、運動の方向と児童の体位の方向も変化に富ませて刺激していくことに留意することが重要になる。筋肉運動感覚と視覚の統合を刺激する活動としては手、足を使って物をつかまえる、投げる、蹴る、動くものを避ける、そして手に持った物で同じような活動をさせることが考えられる。そして徐々に物を小さくし、速度を増し、手先から指へ発展させていく。

発達遅滞をもつ児童に触覚防衛という特殊な感覚の問題がある。肌にさわられる、肌で物をさわられることを極端にきらい、拒否する行動である。健常児でも急に物が肌に触れたり、経験のない刺激を肌を受けたりするとみられる反応が多くに出現する。顔にさわられるのを極度に嫌がり、芝生、慣れていない材質の床に素足を下ろすことを拒否したり、未経験の物にさわられることを異常に怖がる。この触覚防衛を見過ごしておくとも注意散漫、落ち着きのなさといった行動上の問題に派生していくと考えられている。どの身体部分に対してどのような刺激がこの触覚防衛を起こしているかよく観察し、その部位の周囲から弱い刺激を児童自身の手を添えて与えていく働きかけがこの特殊な問題を軽減させるのに効果的であることを経験している。

以上のような感覚、運動面の問題を考慮する時、父母への理解を促す努力が重要である。児童の精神発達に問題を感じている父母はどうしてもまず言葉の示される表現力、理解力、知識などに注意がいき、次いで、手で表現される絵、工作での出来栄に注意する。そのために、色、形、文字、数などに関する内容の遊び・玩具類や手先、指先だけを小さく使用する遊びに関心がいき、身体の触覚、前庭感覚、筋肉運動感覚を刺激する身体の大きな動きを伴う遊びをさせようとしめない。加えて視知覚運動に問題をもつ児童は言葉が達者で言葉で遊んでしまったり、テレビ、音楽などの受身の遊びに耽けてしまうことが多い。父母にはこの点を十分に説明し理解を促すことが重要な課題になる。最近の傾向として専門機関で専門家から特殊な指導・治療を受けることで父母の役割は十分果たし、専門家に任せることで効果があると考え、安心してしまふ父母が遺憾ながら多い。専門家がなすことは微々たることで生活の大部分を担う家庭で父母の果たす役割が最も大切であることを認識させる必要がある。

b. 学習への準備としての遊び

書籍執筆

児童の発達にとって一番大切なことは豊かな遊びを経験することである。遊びは児童の発達に大きく3つの働きをもつ。情緒を発達させ、安定させる。人とかわることを学び社会能力をつける。物を操作する能力を育て問題を解決する能力をつける。以上の3つのことである。ここでは境界児の物を操作する能力を育て問題を目と手で解決する能力を高めるために心して遊びの中で経験させたいこと、就学前後の学習面で援助し指導したい点を考える。

1) ボール遊びと身振り模倣遊び

目で物をしっかりみて運動することを意図しての遊びである。ボールの大きさ、動きを徐々に加減し、かつ平面から空間へと変化させて遊ばせる。大きな風船、ビーチボール、まり、野球ボールというようにボールをかえる。そして平面を転がすゴロのキャッチボールからゴロバレーそして物でボールを操作するゴロ野球と徐々に遊びを変化させる。

そして空間へ、腕・手から指へと視点・視野、運動部位をかえ、目標をねらうという要素も加味しておはじき、ビー玉遊びへと進める。ややもすると単調であきやすい遊びであるから、父母自身が一緒に楽しむ気持ちと少しずつ変化をつけることが大切である。

また、手遊び、遊戯など身体動作、身振りを模倣して遊ぶことを意図的に多くさせることも重要である。この遊びの中で手指の認知、顔面部位の認知、身体部位の認知という身体図式を理解することが発達する。この身体図式を獲得することが上下左右(垂直、水平)の理解、左右概念、奥行の理解などの発達の基礎となり、視覚的認知能力を補助して空間認知の発達を促し、描画、図形の理解の基礎的能力をつける。細かな手先動作の不器用な児童はこの身振り、動作を模倣することが苦手であるといわれていること(丁3)を考慮してみる必要がある。

このような遊びの中で目の動き、利き手がどちらであるか、遊びによって利き手に変化がないか、よく観察して問題を分析することが指導、援助するものに求められる。

2) 絵描き遊び

なぐり描きを十分に経験し筆記具の扱い、力の入れかたをある程度獲得してからの遊びである。絵描きの基礎は線を描く、形を描く、塗ることである。線を滑らかに、目的の場所から目的の場所に引くことは境界児にとっては難しい。特に目的の場所に止める、斜めに線を描くことが難しい。大きな点を

打って点と点の間を線で結ばせたり道を描いて、その間をはみ出さないように線を引かせる。これらのことを距離、方向、点の大きさ、線の太さ、筆記具を動かす方向、色などを考慮しつつ遊びの要素をおりこみ、日常たえず経験させることが大切である。

次に、形を描くことである。円、三角、四角の基本図形を描くことである。形を描くためには形を捉えられなければならない。図形板をいじらせて角をしっかりと認めさせる働きかけをする。そして角で運筆を留めることをしっかり覚えさせることである。一筆描きで、しかも連続した動きで描いてしまうことが多い。このような場合に言葉を加えることで描きかたを助けることが効果をもつ。絵かき歌の方法を利用するのである。三角であれば数、方向、運筆を留めることなどを言葉としていわせながら描かせる。また、形の大きさ、運筆の速さなどにも注意する必要がある。

基本図形が描けるようになったら具体物を描かせる。具体物を描く前に単純ではっきりした線で描かれた具体物から基本図形を見つけ出すという、絵から基本図形を分解する遊びも大切になる。そして、基本図形の組合わせで身近な具体物を描くことへ進める。

最後に、塗ることである。大切なことは筆記具の種類と塗る部分の大きさ、周囲の線の太さ、塗る形の複雑さを能力に合わせて与えることである。また、塗りがたが縦、横、斜めと一定しないようであれば、塗る部分に合った方向に一定させて塗ることを覚えさせる。

このような描く遊びの進めかたは創造性、芸術性という観点で疑問を感じられるであろうが、特異な障害を改善させる立場から実施している。

3) 両手を使って物を作る遊び

これまではどちらかという片手と目を協応させる遊びであった。ここでは目と両手を協応させ、物を作る遊びを考える。物を積み、組合わせ、切り、折り、貼るといった操作を含む遊びである。積木も大きなものと積むことは両手の協同作業となり、組み木、ブロックになると両手の違った動きの協同作業になり、目と片手だけの作業とは異なる。ここで注意して遊ばせてほしいのが基本図形の組合わせを手で覚えるくらい遊ばせてほしいことである。正方形を合わせて長方形、三角形を合わせて四角形、そして大きな三角形になることである。特に、斜めの概念を経験する意味からも、三角形を使った遊び

書籍執筆

かたには少し援助をして遊ばせる必要を考える。

はさみを使うことはより細かな目と手の協応動作を求め、紙も動かして切るとはさらに複雑な協応動作が必要になる。はさみと紙の質を吟味して、切る長さ、方向などに変化をつけて切ることに十分に慣れ、楽しませて、線にそった切る作業へ進める。

はさみで切ること以上に境界児が困難さをみせるのが折り紙である。四すみを揃えるということはかなり高度な目と手の協応動作を求めていると考えられる。しかも、揃えた状態を一定時間保ち片手に違う作業を求める。意外と見落されがちな遊びである。折り紙が苦手だった児童が定規での計測、線引きなどの学習でつまづいていることを目にする。このような描く、塗る、切る、折るなどは紙工作に集約されるので筆者は能力に合わせた紙工作の用紙を自作でいくつか準備している。

ほかに、迷路というものを理解させるため積木、木片などで実際に簡単な迷路を作りボール、ミニカーを動かさせたり、形の理解を促すために市販のパズル類を貼り合わせ簡単なパズルを準備したり、運動感覚として形を理解させるため粘土板に基本図形の引っ掻き傷をつけさせている。

4)その他に注意したいこと

少し問題を異にするが、文字の読みに対する注意も必要である。読むことは一見問題がないようにみられ、早く黙読ができてしまうことが多い。しかし、活字が小さく、行が多くなっていると行をとばして読む、思い込みで読む、文字をとばして読んでいるのに気づかれないでいる。多くの機会を見つけて音読をさせる習慣をつけることにも意を注いでほしい。

物をきちんと整理する習慣を幼児期からつけることも大切であると感じている。机上に物がたくさんあると目的物を見出すことが健常児と違って非常に難しい。描画など使用したクレヨンとその都度あった場所に戻してから次のクレヨンを使う。どのような作業でも道具類はいつも同じ位置、場所において作業をする。このような習慣づけが就学後の学習でいつも消しゴムを探し、本の中に隠れた用品を探すといった学習を中断し、学習の能率が低くなることを軽減する。小さい、ちょっとしたことが境界児にはおおいに影響することである。

これまで述べたことを通じて重要なことは、児童の行動、遊びを細かく観察し、無理強いせず児童に合ったものを周囲のものが工夫して作り、準備

し、楽しく遊ばせながら障害を軽減していくこと、

図形が描けないから図形を描く指導のみだけするという狭い範囲で問題を捉えることなく関連する問題を広範に捉えて広い領域の指導、特に運動面からの指導を考慮することであろう。それが就学後の境界児の学習を助ける結果につながるのだと考える。

5.境界児の1例

典型的な視知覚運動障害をもつ境界児と考える児童を紹介し、その発達過程を振り返りながらその問題を考える。

紹介するK児は脳性麻痺(痙直型)の男児で普通小学校4年生に在籍し、少し不安定ながら実用歩行が可能である。小学校3年時の学習成績は表4のとおりである。全体としては成績は中位に位置しているが各教科の観点別評価において表現する力、学習技能面と資料の観察、利用面に問題をもっている。この点、学年が進むに従って問題が明らかになってきており、文字を正しく書く、計器(定規)を用いて測定する、図画工作の技能などが困難になっている。上記の問題は具体的に図5のようにみられる。基本図形の描写に示されるとおり運筆能力自体はかなりスムーズに線を引けるものをもつにもかかわらず、書字、具体物の表現が著しく劣っており、複雑な形を把握し、表現することに問題をもっている。さらに、文章、計算という連続した書字を求められると位置を揃える、見通しをもった位置を予測することができなく、文章、計算式が途中で混乱して学習の障害になってきており、学年が進むに従って大きな問題になることが考えられる。

物を操作することも両手で定規と筆記具と一緒に使用すること、物を一定場所に合わせる事が困難であり、2つの定規で角度を表現すること、分度器で角度を測定することが物の使用方法を理解する段階から困難である。はさみ使用も単純に切り分けることは可能であるが、複雑な形を平面として切り取ることができない。図5の電車の輪郭を切り取るのははさみで不要部分を少しずつ削り取るような方法である。また、消しゴムの使用が下手で必要部分を過不足なく消すことができず、筆記能力の問題が加わり非常に学習能率、効率面が低くなっている。このため基本的なノートの使いかたを指導し、ノートに筆記を助け、手がかりとなる補助線、印などを目的に合わせて加えるなどの学習援助が必要である。

書籍執筆

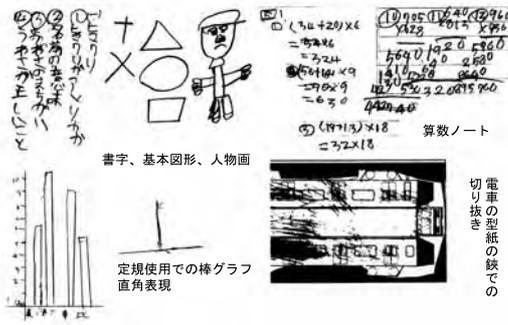


図5 K児の小学4年生時の書字描画など



図6 K児の知能構造の変化

さらに、学年が進むにつれて問題がより多く複雑になってくるので、学習作業を十分に観察し、随時に学習を援助、補助する方法を準備することがこの年齢段階以上になればより必要になると考える。同時に、家族に対して視知覚運動障害を軽減するため、基本的原因の理解を促し、家庭生活の中で種々の配慮を指導することが不可欠となる。

K児の発育歴は在胎35週、2,087gで出生し、首すわり4ヵ月、寝返り11ヵ月、独歩22ヵ月で運動面の遅れを示したが、発語は23ヵ月で50語みられ、27ヵ月で3語文がみられ言語面は順調な発達をみせた。しかし、発達に従って視知覚運動障害の存在が認められ、歩行の安定とともにその軽減が療育の大きな目標となり指導を受けた。しかし、図6のような知能診断検査のプロフィールであり動作性知能指数は成長とともに低下しており遅れの幅は広がっている。しかし、図7にみるように能力自体は確実に成長をしており、本児の努力は報われて、家族の配慮は成果をあげてい

紹介するK児は脳性麻痺(痙直型)の男児で普通小学校4年生に在籍し、少し不安定ながら実用歩行が可能である。小学校3年時の学習成績は表4のとおり

である。全体としては成績は中位に位置しているが各教科の観点別評価において表現する力、学習技能面と資料の観察、利用面に問題をもっている。この点、学年が進むに従って問題が明らかになってきており、文字を正しく書く、計器(定規)を用いて測定する、図画工作の技能などが困難になっている。上記の問題は具体的に図5のようにみられる。基本図形の描写に示されるとおり運筆能力自体はかなりスムーズに線を引けるものをもつにもかかわらず、書字、具体物の表現が著しく劣っており、複雑な形を把握し、表現することに問題をもっている。さらに、文章、計算という連続した書字を求められると位置を揃える、見通しをもった位置を予測することができなく、文章、計算式が途中で混乱して学習の障害になってきており、学年が進むに従って大きな問題になることが考えられる。物を操作することも両手で定規と筆記具を一緒に使用すること、物を一定場所に合わせる事が困難であり、2つの定規で角度を表現す

4 K児の小学校3年時の学習成績

		学習状況 観点	評価	総合評価
国語	国語	国語への関心、意欲、態度	普通	普通
		表現の能力	普通	
		理解の能力	普通	
社会	社会	言語についての知識、理解、技能	遅れ	普通
		社会的な思考、判断	普通	
		社会的な思考、判断	普通	
算数	算数	社会的な思考、判断	普通	普通
		観察、資料活用の技能、表現	普通	
		社会的な思考、判断	普通	
理科	理科	算数への関心、意欲、態度	普通	普通
		数学的な考え方の工夫	普通	
		数量や図形についての表現、処理	遅れ	
音楽	音楽	数量や図形についての知識、理解	普通	遅れ
		自然現象への関心、意欲、態度	普通	
		科学的な思考	遅れ	
図画工作	図画工作	観察、実験の技能、表現	遅れ	遅れ
		自然現象についての知識、理解	普通	
		音楽への関心、意欲、態度	良い	
音楽的な感受や表現の工夫	普通			
表現の技能	良い			
体育	体育	鑑賞能力	普通	普通
		造形への関心、意欲、態度	普通	
		発想や構想の能力	普通	
体育	体育	創造的な技能	遅れ	普通
		鑑賞能力	普通	
		運動や健康、安全への関心、意欲、態度	良い	
運動や健康、安全についての思考、判断	普通			
運動技能	遅れ			

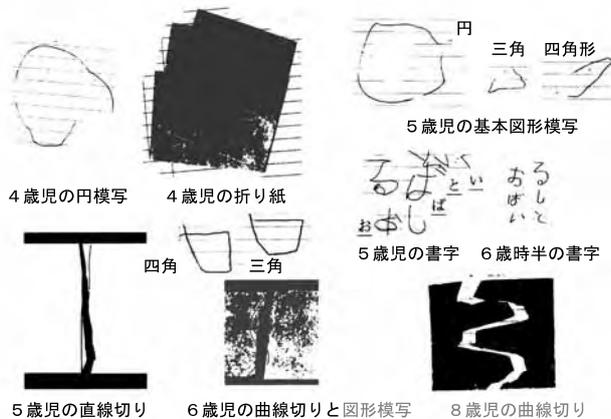


図7 K児の4歳から8歳時の書字、図形模写、はさみ使用

ること、分度器で角度を測定することが物の使用方法を理解する段階から困難である。はさみ使用も単純に切り分けることは可能であるが、複雑な形を平面として切り取ることはできない。図5の電車の輪郭を切り取るのははさみで不要部分を少しずつ削り取るような方法である。また、消しゴムの使用が下手で必要部分を過不足なく消すことができず、筆記能力の問題が加わり非常に学習能率、効率面が低くなっている。このため基本的なノートの使いかたを指導し、ノートに筆記を助け、手がかりとなる補助線、印などを目的に合わせて加えるなどの学習援助が必要である。さらに、学年が進むにつれて問題がより多く複雑になってくるので、学習作業を十分に観察し、随時に学習を援助、補助する方法を準備することがこの年齢段階以上になればより必要になると考える。同時に、家族に対して視知覚運動障害を軽減するため、基本的原因の理解を促し、家庭生活の中で種々の配慮を指導することが不可欠となる。K児の発育歴は在胎35週、2,087gで出生し、首すわり4ヵ月、寝返り11ヵ月、独歩22ヵ月で運動面の遅れを示したが、発語は23ヵ月で50語みられ、27ヵ月で3語文がみられ言語面は順調な発達をみせた。しかし、発達に従って視知覚運動障害の存在が認められ、歩行の安定とともにその軽減が療育の大きな目標となり指導を受けた。しかし、図6のような知能診断検査のプロフィールであり動作性知能指数は成長とともに低下しており遅れの幅は広がっている。しかし、図7にみるように能力自体は確実に成長をしており、本児の努力は報われて、家族の配慮は成果をあげていることがわかる。

このように、境界児を育てていくことは遅れていることを認め、その原因を詳しく検討したうえで、長期間にわたる家族と一緒に児童それぞれにふさわしい育児を考えていくことである。

参考文献

- 1)小川義博:脳性まひ児の知能構造・日本特殊教育学会第18回大会発表論文集・p.462-463.1980.
- 2)小川義博:脳性まひSPASTIC型幼児の知覚障害と周産期異常との関連・日本教育心理学会第17回大会発表論文集・p.256-257.1975.
- 3)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(1)・日本特殊教育学会第20回大会発表論文集・p.182-183.1982.
- 4)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(2)・日本特殊教育学会第21回大会発表論文集・p.126-127.1983.
- 5)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(3)・日本特殊教育学会第22回大会発表論文集・p.306-307.1984.
- 6)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(4)・日本特殊教育学会第24回大会発表論文集・p.356-357、1986.
- 7)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(5)・日本特殊教育学会第25回大会発表論文集・p.338-339.1987.
- 8)小川義博:脳性まひ児の方向認知について・日本特殊教育学会第11回大会発表論文集・p.234-235.1973.
- 9)小川義博:脳性まひ児の利き側と左右の認知・日本特殊教育学会第15回大会発表論文集・p.236-237.1977.
- 10)成瀬悟策:脳性まひ児におけるラテラリティ・日本心理学会第37回大会発表論文集・p.282-283.1973.
- 11)Palmer.R.D:Development of a differentiated handedness.Psychol.Bun.62(4):257-272.1964.
- 12)小川義博:脳性まひ児における鏡映文字の出現と利き手の関連特殊教育学研究9(3):36-46.1972.
- 13)山口俊郎:不器用な子がもしいるとしたら発達13(51):1-12.1992.

脳性まひ幼児の図地知覚障害に関する研究

I 目的

Wemer, H. と Strauss, A. A. は図地知覚検査を含む一連の検査を開発し、外因性精神薄弱児に実施して、比較対照群としての正常児や内因性精神薄弱児と比較して、彼らに図地知覚障害のあることを見いだし、その原因を知覚運動領域を図と地に体制化する能力の劣性と、選択的に刺激に反応する能力の障害すなわち注意分散性に求めた。その後、精神薄弱児のこうした図地知覚について追試や新しい観点からの研究が行われている。DoIphin, J. E. ら3)は、Wemer, H. らの報告した図地知覚の特徴が脳性まひ児にも見いだされるかどうかを実験した。彼女は、平均生活年令10.02才、精神年令9.5才の脳性まひ児30名と、平均生活年令10.17才、精神年令9.5才の正常児に、図地知覚検査を実施し、脳性まひ児にも地反応が多いことを観察した。Cruickshank, W. M. ら2)は、スタンフォードビネー知能検査で、少なくとも75以上のIQをもつ6才から16才までの脳性まひ児325人と正常児110人に、Wemer, H. らの開発した検査を参考にして作成したSyracuse Visual FigureBackground Testを実施した。その結果、彼らは、脳性まひ児といっても、病型によって差異のあること、発達の異なることを見いだした。すなわち、痙直型の脳性まひ児はアテトーゼ型よりも地反応の傾向が強く、年齢が増すと両群ともそれにともなって地反傾向の少なくなる傾向が軽度ではあるが認められた。こうした傾向は、万田4)の追試でははっきりみられなかったが、別の図形をもちいた白井7)の研究においても明らかに見いだされた。また、Wood, N. E. 10)は、Wemer, H. らの検査に類似したテストを10才から30才までの痙直性右片まひ50人と痙直性左片まひ36人に実施し、両群とも反応の傾向に差のないことを観察し、損傷が脳のどちら側に存在するかと視覚障害の間に積極的な関係を得ることができなかつたと述べている。

本研究は、脳性まひ児のこうした図と地に関する

知覚が、幼児においてはどのような特徴を示すかを明らかにしようとするものである。

ところで、前述の先行研究はいくつかの制限をもっている。それらはいずれも、実験の結果得られた反応を分析するさい、図に言及した反応と地に言及した反応だけをとりあげ、それ以外の反応や無答を考慮していない。図と地の知覚とは、提示された組合わされた図形をあいまいな図形と或る図形または或る図形Aと或る図形Bに分節し、そのいずれかを選択する活動であると考えられる。こうした場合、図形を選択する以前の段階としてわからないとかでたらめの反応があるはずである。図地知覚を研究するときには当然これらの反応の有無や出現の程度も検討しなければならないだろう。

次に、Cruickshank, W. M. らも批判しているが、これまでの研究のいくつかは個人差を十分に検討していないという欠点をもっている。極度に多くの特徴的な反応を示す被験者がいれば、たとえ少数でも、彼が属する被験者群はその特徴によって影響される可能性があるであろう。また、これらの研究で得られた結果は平均的なものであって、個々の被験者の特徴が消滅されてしまっていることも考えられる。こうした点を考慮した場合、脳性まひ幼児はどのような特徴を示すであろうか。

脳性まひ児にみられた地反傾向の原因の一つは外部刺激への強制的反応性現象に帰せられている。2)3)Rubin, S. S. 6)は、Wemer, H. らの見いだした脳損傷精神薄弱児の地反傾向は注意分散性だけでなく別の理由があるだろうと考えた。そこで彼は注意分散を防ぐためのおおいのついたタキストスコープをもちいて、多肢選択法による再認形式で反応を求めた。その結果にもとづいてRubin, S. S. はWemer, H. らの被験者がおこなった反応は表現の欠陥、注意分散、教示の不完全を反映したものと思われると述べている。本研究は瞬間視という条件下での単独図形の認知と表現の可否をチェックして、図

原著論文

地知覚の特徴が認知と表現の欠陥にもとづく可能性を除去した。そして、瞬間視の能力を検討することによってその原因の一端をさぐるうとした。

方法

(1)材料 予備実験で Wemer, H. や Cruickshank, W. M. らのテストは幼児にとってむずかしすぎるのがわかった。とりわけ、一般に背景として認められる図形は言語化が困難であった。そのため、使用する図形は図となることが予想される図形も、幼児が熟知しているもの、言語で容易に表現できるものを選択条件とした。図とされると考えられた図形は幼児が日常見なれている事物の絵から選ぶことにした。これらの図形を事物図形とよんだ。地とされると考えられた図形は簡単な幾何学図形から選んだ。これらの図形を幾何学図形とよんだ。次の図版を作成した。

B 系列(事物図形) 前述の条件をみたま絵が Peabody Picture Vocabulary Intelligence Test のはじめのいくつかに見いだされた。そこでそこから 13 枚の絵をゼロックスでコピーし、白色の厚紙に貼付した。13 枚

C 系列(幾何学図形) 円、三角、四角をゼロックスでコピーした用紙と同じ種類の紙に墨で描き、白色の厚紙に貼付したもの。13 枚。図形には、一個(円のみ、三角のみ、四角のみ、円三角四角各一個) 数個 数個を交叉させたものなどがある。

A 系列(事物図形と幾何学図形の組合せ) B 系列の事物図形に C 系列の幾何学図形を描き加え、白色の厚紙に貼付したもの。13 枚。

図形の大きさは約 3 ~ 8 cm × 約 3 ~ 8 cm である。ABC 三系列計 39 枚の図版は Figure 1 にあげてある。

(2)実験方法

前述の図版を次の順序にしたがって労研式タキストスコープで瞬間的に提示した。

A 系列を 400 シグマで 1 回

B 系列を 400 シグマで 1 回

C 系列を 400 シグマで 1 回

系列内の提示順序はラソダムであった。提示ごとに「何が見えたか」質問し、その解答を記録用紙に記録した。

最後に、A 系列を再び与え、手で保持させながら反応が得られるまで無制限に提示した。提示ごとに「何が描いてあるか」たずねた。なお実験に先だて別の図版で練習させた。実験は個別に行

なった。

(3)得点 B および C 系列は採点基準に達した反応を 1 点とした。B 系列は描かれている事物名を正確に言いあてた、又はほぼ正しく言いあてた(例ねこを犬という)を合格とし、C 系列は図形名を正確に言いあてたか、それに類似した事物名を述べた場合(例円をたまごという)を合格とした。それぞれの系列の満点は 13 点であった。

A 系列の反応は次のように分類した。

事物図形のみへの言及(これを図反応とよぶ)

事物図形と幾何学図形の両者に対する反応(これを図と地反応とよぶ)

幾何学図形のみへの言及(これを地反応とよぶ)

事物図形にも幾何学図形にもまったく似ていない図形や形態の陳述、ばくぜんとしたあいまいな認知、前の反応の繰返し、無答(これを誤・無答反応とよぶ)

さきに述べたように、得られ反応が認知や表現の欠陥を反映したものでなく、瞬間視下で認知し表現できた二つの図形を組合わせたとき、分節した図と地に体制化できるかを示しているように、この系列は B 系列も C 系列もともに正しく又はほぼ正しく認知し言語化できた場合にのみ分析対象とした。

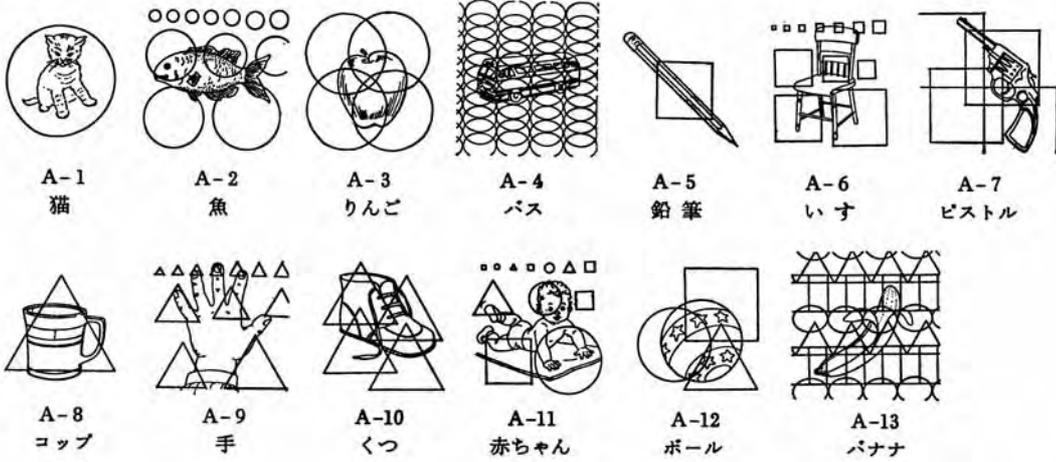
採用された反応数が被験者によって異なったため、図反応、地反応等各反応ごとに全反応の中で占める割合の 100 倍を得点とした。なお、総反応数が 5 以下の者は分析対象から除いた。

Table 1 被験者

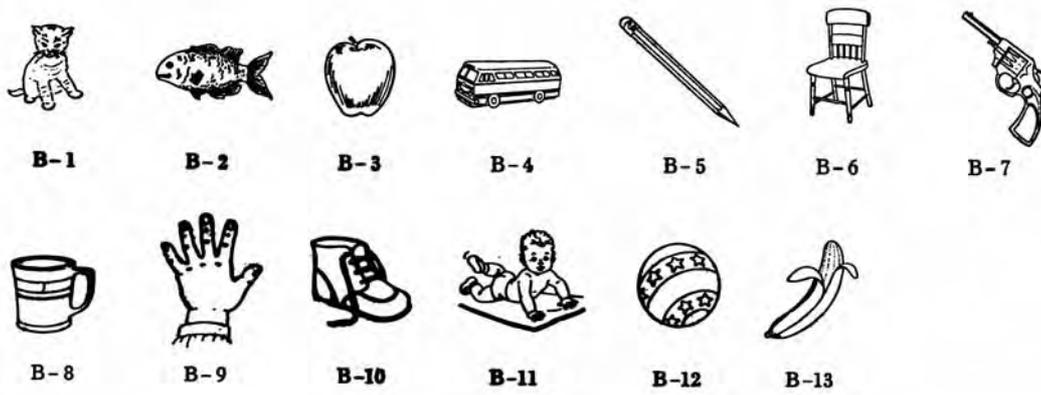
		3-4歳児群		4-5歳児群	
		脳性まひ幼児	正常児	脳性まひ幼児	正常児
人数		15	17	26	18
年齢	平均年齢	51.3	50.8	66.7	67.8
	SD	5.5	5.1	5.3	4.4
	範囲	42-59	42-59	60-76	60-76
知的発達 (知能指数又は発達指数)	上(121-)	0	1	1	7
	中(81-120)	12	5	20	9
	下(-80)	3	11	3	2
	不明	3	11	3	2
病型	痙直型	16		20	
	アテトーゼ	1		9	
下肢障害	軽度	8		15	
	中・重度	9		14	
性	男	8	7	18	11
	女	9	10	11	7

原著論文

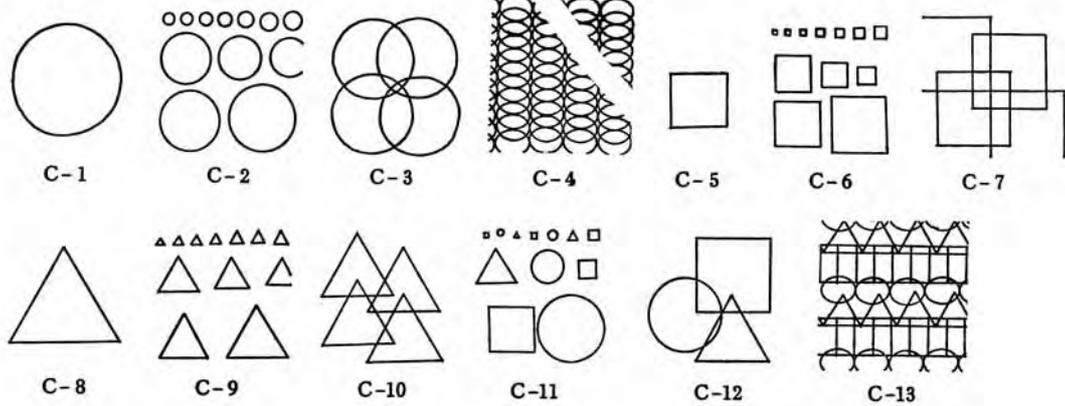
A系列



B系列



C系列



(4) 被験者

被験者は平均年齢4才3月の脳性まひ幼児17名と

平均年齢5才7月の脳性まひ幼児29名の二群であった。彼らの病型その他のうちわけはTable 1のと

原著論文

おりであった。彼らは北療育園などの肢体不自由児療育施設に入、通園している児童であった。比較対照するため年令でマッチした正常児に同一の実験をおこなった。彼らは平均年令4才3月の幼児17名と平均年令5才8月の幼児18名の二群であった。彼らは保育所通園児であった。

結果

(1) 図地知覚の様相

1 時間制限の場合 Table2に見られるように、脳性まひ幼児は正常児と比較して図反応をわずかしが示さず地反応を多くおこなった。彼らは全反応の中で地反応の得点をもっとも高く、これに対して正常児では図反応の得点をもっとも高かった。この傾向は3～4才群でも5～6才群でもともに認められ

Table 2 時間制限下の図地知覚

		3-4歳児群			4-5歳児群		
		脳性まひ 幼児	正常児	差	脳性まひ 幼児	正常児	差
人数		15	17		26	18	
図反応	平均点	18.83	48.28	-29.5	26.53	71.19	-44.7
	S D	12.69	23.67	**	15.97	20.1	**
	範囲	0-40	15.4-84.6		0-69.2	30.8-100	
図と地 反応	平均点	0.55	3.17	-2.62	5.38	2.99	2.39
	S D	2.07	7.5	ns	9.23	10.63	ns
	範囲	0-8.3	0-23.1		0-33.3	0-46.2	
地反応	平均点	47.9	29.31	18.59	38.04	15.67	22.37
	S D	24.54	18.6	*	21.55	17.7	**
	範囲	0-84.6	0-77.8		0-77.8	0-61.6	
誤・無答	平均点	32.72	19.26	13.46	30.05	10.19	19.86
	S D	31.39	18	ns	21.24	8.23	*
	範囲	0-100	0-55.6		0-100	0-25	

注 * 5%で有意 ** 1%で有意 ns 有意差なし

Table 3 時間非制限下の図地知覚

		3-4歳児群			4-5歳児群		
		脳性まひ 幼児	正常児	差	脳性まひ 幼児	正常児	差
人数		15	17		29	18	
図反応	平均点	66.67	83.25	-16.6	80.18	92.74	-12.6
	S D	34.7	29.76	ns	32.51	22.86	ns
	範囲	0-100	0-100		0-100	0-100	
図と地 反応	平均点	18.45	12.67	5.78	14.5	5.98	8.52
	S D	28.75	30.65	ns	29.74	22.87	ns
	範囲	0-92.3	0-100		0-100	0-100	
地反応	平均点	13.85	1.81	12.04	3.55	0.85	2.7
	S D	18.45	4.2	*	9.35	3.44	ns
	範囲	0-61.5	0-15.4		0-46.1	0-15.4	
誤・無答	平均点	1.03	2.26	-1.23	1.78	0.42	1.36
	S D	3.84	3.51	ns	4.43	1.76	ns
	範囲	0-15.4	0-7.7		0-15.4	0-7.7	

注 * 5%で有意 ns 有意差なし

た。誤・無答反応は脳性まひ幼児の方に多く出現する傾向があり、5～6才群では統計的に有意であった。

2 時間非制限の場合 脳性まひ幼児は正常児群とほぼ同様な反応の様相を示した。全反応における各反応の得点順位も正常児と同様図反応が一位であり、非常に高く、図と地反応がこれに次いだ。誤・無答反応はもっとも少なかった。(Table 3)

3 提示時間による差異 正常児は提示時間を無制限にすると、図反応が増加し地反応が減少するとともに、誤・無答反応が減少した。脳性まひ幼児も図反応が増加し地反応が減少するとともに、誤・無

Table 4 知覚障害児の割合

		3-4歳児群		4-5歳児群	
		脳性まひ 幼児	正常児	脳性まひ 幼児	正常児
人数		15	17	26	18
軽度 (正常児の平均-1SD)	人数	10	5	25	3
	%	66.7	29.4	96.2	16.7
重度 (正常児の平均-2SD)	人数	2	0	17	1
	%	12.3	0	62.4	5.6

答反応が減少した。彼らは、提示時間が400シグマの時には四つの反応の中で地反応の得点をもっとも高かったが、時間制限をとり除くと図反応の得点が一番高くなった。(Table2と3)

(2) 図地知覚障害児の割合

1 図地知覚障害児の割合

時間制限下と時間非制限下の図地知覚の様相を比較した時、制限された条件下では図反応と図と地反応が減少することがわかった。また、次に述べるように年令が低い場合図反応と図と地反応が少ない傾向がうかがえる。したがって図反応と図と地反応の程度は図地知覚の発達に関係しているように思われた。そこで、図反応と図と地反応をあわせた反応の得点が、対応する同年令の正常児群の「平均 -1SD 又は2SD」より少ない者を図地知覚障害児と考えた。その結果、Table 4に見られるように、正常児に比べて脳性まひ幼児には図地知覚障害児が非常に多く認められた。

図地知覚の様相による類型 で述べた結果は脳性まひ幼児群と正常児群のそれぞれの平均であった。個々の幼児がどのような図地知覚の特徴を示すか調べた。そのため児童を図地知覚の特徴によって分類してみた。この場合、対応する正常児群の四つの反応のそれぞれの平均点とSDを基準にして、

個々の児童のしめした四つの反応のうち正常児の平均 + 1 SD よりも高い得点があれば、その反応を特徴的に示すタイプであるとした。たとえば、図反応得点が正常児平均 + 1SD より高ければ図反応優位型とし、四つの反応のいずれも平均 + 1SD より高くなければ無特徴型とした。その結果、正常児群では無特徴型もっとも多くみられたが、脳性まひ幼児群は主として地反応優位型と誤・無答反応優位型およびそれらの混合型の三群に分類された。(Table 5)

Table 5 図地知覚の様相による類型

		図地知覚の様相による類型				混合型				無特徴型
		図反応優位型	図と地反応優位型	地反応優位型	誤・無答反応優位型	図と地	地誤・無答	誤・無答		
3-4歳児群	正常児	人数 3	3	3	4	0	0	0	5	
	脳性まひ幼児	% 17.6	11.8	17.6	23.5	0	0	0	29.5	
5-6歳児群	正常児	人数 2	1	3	3	0	0	0	9	
	脳性まひ幼児	% 11	5.6	16.7	16.7	0	0	0	50	

諸要因と図地知覚の様相

次に時間制限下におけるこうした図地知覚の特徴がどのような要因と関係が深いのか検討した。

1. 年令 3 ~ 4 才群と 5 ~ 6 才群の結果を比較すると、正常児群で年令がふえると図反応が多なり地反応が少なくなるのがわかった。これに対して脳性まひ幼児群もほぼ同様な傾向が認められたが統計には有意でなかった。彼らは年令がふえても、地反応の得点部全反応の中でもっとも高いという特徴はかわらなかった。(Table 2)

2. 知的発達 被験者一覧でわかるように脳性まひ幼児群は低い知的発達の方に片よっている。そこで(1)の結果で見いだされた脳性まひ幼児と正常児の差異が知的発達の程度と関係があるか調べるために、両群の知的能力を同一にしてみた。この場合もちいた知的発達の程度は被験者の所属する機関の資料を利用したものであり、その中にはピネー系の知能検査や発達検査などの結果が含まれていて必ずしも厳密でない。図地知覚の特

Table 6 知的発達と図地知覚の特徴

		脳性まひ幼児	正常児	差
人数		10	10	
知的発達	平均	110.3	110	125
	範囲	100-126	102-125	
年齢	平均	63.3	62.1	ns
	S D 範囲	7.6 48-73	5.7 53-71	
図反応	平均点	24.38	61.89	-37.51
	S D 範囲	16.03 11-69.2	22.4 15.4-84	**
図と地反応	平均点	6.47	8.47	-2
	S D 範囲	11.37 0-33.3	14.38 0-46.2	ns
地反応	平均点	47.4	20	27.33
	S D 範囲	27.15 7.7-84.6	18.39 0-61.5	*
誤・無答反応	平均点	21.75	9.57	12.18
	S D 範囲	16.94 0-33.4	9.27 0-25	ns

時間制限下

徴が年令にやや関係のある傾向がみられたので年令は統制した。Table 6 にあるように、知的発達の程度がほぼ同一にもかかわらず、脳性まひ幼児群は正常児群よりも多くの地反応得点を示した。それは正常児と異

なっており、四つの反応の中で最も高い得点であった。さらに、脳性まひ児の中で知的発達の程度によって図地知覚に差異がみられるか調べた。彼らを知的発達の程度にしたがって上下の二群に分けた。上群は知能指数又は発達指数が 100 以上の者で、下群は 90 以下の者であった。その結果、知的発達のすぐれた者と劣った者の間に

Table 7 知的発達と図地知覚の特徴

		上群	下群	差
人数		10	10	
知的発達	平均	110.3	76.9	
	範囲	100-126	53-90	
年齢	平均	63.3	62.6	0.7
	S D 範囲	7.6 48-73	8.2 49-73	ns
図反応	平均点	24.38	28.2	-3.82
	S D 範囲	16.03 11-69.2	13.8 0-44.5	ns
図と地反応	平均点	6.47	1.82	4.65
	S D 範囲	11.37 0-33.3	5.46 0-18.2	ns
地反応	平均点	47.4	51.14	3.74
	S D 範囲	27.15 7.7-84.6	15.04 27.2-75	ns
誤・無答反応	平均点	21.75	18.84	2.91
	S D 範囲	16.94 0-33.4	13.04 0-41.7	ns

脳性まひ児の上群と下群

時間制限下

Table 8 病型と図地知覚の特徴

		痙直型	アテトーゼ型	差
人数		12	8	
年齢	平均	64.3	63.4	0.9
	S D 範囲	5.6 49-73	7.5 50-75	ns
図反応	平均点	25.48	25.1	0.38
	S D 範囲	15.53 0-44.5	16.66 0-11.1	ns
図と地反応	平均点	2.68	1.39	1.29
	S D 範囲	4.92 0-15.4	3.67 0-11.1	ns
地反応	平均点	46.73	33.73	13
	S D 範囲	18.58 16.7-77.8	16.96 9.0-66.7	ns
誤・無答反応	平均点	25.12	39.79	-14.67
	S D 範囲	20.57 0-70	20.93 11.1-71.4	ns

時間制限下

Table 9 下肢障害と図地知覚の特徴

		軽度	中・重度	差
人数		19	19	
年齢	平均	62.8	62.7	0.9
	S D 範囲	9.1 48-76	7.4 49-74	ns
図反応	平均点	22.83	27.01	-4.18
	S D 範囲	16.97 0-69	12.76 0-45.5	ns
図と地反応	平均点	4.38	3.42	0.96
	S D 範囲	8.88 0-33.3	7.07 0-23.3	ns
地反応	平均点	41.78	41.53	13
	S D 範囲	24.82 0-83.3	18.94 9-75	ns
誤・無答反応	平均点	31	28.3	2.97
	S D 範囲	21.86 0-71.4	24.46 0-75	ns

時間制限下

Table10 事物図形の瞬間視

	3-4歳児群			4-5歳児群		
	脳性まひ幼児	正常児	差	脳性まひ幼児	正常児	差
人数	17	17		29	18	
平均点	10.71	12.65	-1.94	11.07	12.78	-1.61
S D	2.37	0.48	**	2.68	0.42	**
範囲	6-13	12-13		1-13	8-13	

図地知覚の特徴がまったくちがいのないことがわかった。彼らは両群とも地反応で最大の得点を示していた。(Tab1e 7)

3 病型 脳性まひ児を痙直型とアテトーゼ型の二群に分けた時のそれぞれの結果はTable 8のとおりであった。アテトーゼ型の幼児は痙直型の幼児に比較して、地反応がやや少なく誤・無答反応を多く示す傾向があったが統計的には有意でなかった。四つの反応の中で痙直型は地反応の得点をもっとも高く、アテトーゼ型は誤・無答反応と地反応の得点を高く示した。

4 下肢障害 下肢運動機能障害と図地知覚の特徴にはまったく関係がみられなかった。障害程度が軽度の者も中重度の者もそれぞれの反応でほぼ同様な得点を示した。また全反応の中では両群とも地反応が第一位の得点を占めた。(Tab1e 9)

Table11 幾何学図形の瞬間視

	3-4歳児群			4-5歳児群		
	脳性まひ幼児	正常児	差	脳性まひ幼児	正常児	差
人数	17	17		29	18	
平均点	10.53	10.94	-0.41	11.35	12	-0.65
S D	3.18	1.7	ns	1.9	1.45	ns
範囲	0-13	9-13		5-13	8-13	

(4)瞬間視能力

1 瞬間視の成績 事物図形の瞬間視視は、table 10に見られるように、3～4才児群でも5～6才児群でも脳性まひ幼児の方が正常児よりも劣っている。

Table 12 瞬間視の成績と図地知覚の特徴

	人数	脳性まひ幼児			正常児		
		下群	上群	差	下群	上群	差
瞬間視の成績	平均点	9.36	12.45	3.09	12	13	-0.65
	S D	1.49	0.66	**	0	0	ns
	範囲	6-11	11-13		12	13	
年齢	平均点	61.5	61.3	0.2	58.8	56.4	0.4
	S D	10.1	9.6	ns	9.6	9.4	ns
	範囲	48-75	48-74		42-68	42-67	
図反応	平均点	15.22	32.45	-17.23	53.96	62.94	-8.98
	S D	11.58	9.57	**	24.07	27.07	ns
	範囲	0-33.3	12.4-44.5		22.9-90.9	15.4-91.7	
図と地反応	平均点	1.01	5.15	-4.14	0	2.89	-2.89
	S D	3.19	8.6	ns	0	7.64	ns
	範囲	0-11.1	0-23.1		0	0-23.1	
地反応	平均点	38.59	45.09	-6.5	20.43	22.56	-2.13
	S D	20.74	13.11	ns	19.01	23.84	ns
	範囲	12.5-77.8	27.2-71.4	ns	0-54.5	0-77.8	
誤・無答反応	平均点	45.17	17.31	27.86	25.61	11.63	13.98
	S D	22.79	17.1	**	17.34	10.86	ns
	範囲	11.1-75	0-33.4		0-55.6	0-23.1	

た。この差は1%レベルで統計的に有意であった。これに反して養何学図形の瞬間視ではTable 11に見られるように、脳性まひ幼児は正常児とまったく同様な結果を示した。

2 瞬間視の成績と図地知覚の特徴 瞬間視の成績と図地知覚の特徴の間に関係がみられるかを調べるために、事物図形の瞬間視の成績をもとに脳性まひ幼児と正常児をそれぞれ上下の二群に分けた。脳性まひ幼児は3～4群では10点以下を下群とし、5～6才群では11点以下を下群とした。一方、正常児は両年令群とも12点以下を下群とした。そしてそれぞれより高い得点の者を上群とした。上下二群を構成する際、脳性まひ幼児群も正常児群も年令でマッチさせた。その結果はTable 12のようであった。正常児の場合、統計的には有意でないが、瞬間視の成績の劣った者はすぐれた者にくらべて図反応が少なく誤・無答反応が多い傾向が認められた。これに対して、脳性まひ幼児群ではそのような傾向は非常に明瞭であって、統計的に1%レベルで有意であった。さらに、瞬間視の成績の劣った脳性まひ幼児は四つの反応の中で誤・無答反応の得点をもっとも高く地反応の得点がこれに次いでいたが、すぐれた脳性まひ幼児は地反応の得点をもっとも高いということがわかった。

(5)各図版の結果

時間制限下における各図版の結果はTable 13のとおりであった。

これらの図版は、図版1のように脳性まひ幼児も正常児もともに図反応の方が多くみられる図版(図反応優位図版)と、図版9のように脳性まひ幼児も正常児もともに地反応が多くみられる図版(地反応優位図版)と、図版2のように脳性まひ幼児には地反応が多いが正常児には図反応が多いという逆の結果をもたらす図版(図地反応図版)に分けることができる。図反応優位図版は図版1、図版5、図版8、図版12であり、地反応優位図版は図版4、図版9、図版6、図版7、図版10、図版11であった。図地反応図版は瞬間視下における脳性まひ幼児の図地知覚の特徴を検討するのに適した図版であると思われる。

考察

本結果がもつ研究上の意義と、本研究の結果と先行研究の結果の関係について考察してみよう。本研究によって脳性まひ幼児には図反応が少ないという

Table13 各図版の結果(A系列)

図版		5~6才児群				3~4才児群			
		正常児		脳性まひ児		正常児		脳性まひ児	
		割合	主な反応	割合	主な反応	割合	主な反応	割合	主な反応
1 ねこ	図反応	100	猫	55.2	猫,犬	94.2	猫	58.9	ねこ
	図と地	0		6.8	猫とまる	0		5.8	猫とまる
	地反応	0		17.2	まる	5.8	まる	0	
	誤・無答	0		20.8	字、?	0		35.3	お店屋
2 さかな	図反応	66.7	魚,金魚	10.4	魚	41.2	魚	17.7	かお
	図と地	5.6	魚とまる	3.5	魚とボール	11.8	魚とボール	0	
	地反応	22.2	まる	51.7	まる	29.4	まる	58.8	まる
	誤・無答	5.5	?	34.4	?	17.6	?	23.5	おいもや
3 りんご	図反応	44.5	りんご	6.8	りんご	35.4	りんご	5.9	りんご
	図と地	0		0	まる、ボール	0		0	
	地反応	33.3	まる	51.9	まる、ボール	47.0	まる	70.6	まる,めがね
	誤・無答	22.2	?	41.3	クレヨン、?	17.6	?	23.5	四角、?
4 パス	図反応	22.3	ロケット、パス	0		0		0	
	図と地	0		0		0		0	
	地反応	11.1	ボール	62.1	まる	76.5	まる	70.6	まる、たまご
	誤・無答	66.6	注射、?	37.9	テレビ、?	11.7	?	29.4	?
5 鉛筆	図反応	94.5	鉛筆	55.3	鉛筆	76.6	鉛筆	41.2	鉛筆
	図と地	5.5	鉛筆と折り紙	17.2	鉛筆と紙	11.7	鉛筆と紙	0	
	地反応	0		10.3	紙	0		29.4	四角
	誤・無答	0		17.2	三角	11.7	?	29.4	?
6 いす	図反応	88.9	いす	17.3	いす	53	いす	11.7	いす
	図と地	0		0		0		0	
	地反応	5.6	四角	34.5	四角	11.8	四角	29.5	四角
	誤・無答	5.5	三角	48.2	水道、?	35.2	長靴、?	58.8	りぼん、?
7 ピストル	図反応	88.9	ピストル,鉄砲	20.7	てっぽう	64.8	ピストル	17.7	パンパン
	図と地	0		0		5.8	ピストルと四角	0	
	地反応	0		27.6	四角	0		35.3	四角
	誤・無答	11.1	鉛筆	51.7	自動車	29.4	?	47	いえ、?
8 コップ	図反応	83.4	コップ	41.5	コップ	64.9	コップ	29.5	おちゃわん
	図と地	5.6	コップと三角	3.5	パケツと棒	5.8	ままごとと三角	0	
	地反応	5.5	三角	13.7	三角	5.8	三角	23.5	三角
	誤・無答	5.5	わ	41.3	四角、?	23.5	ロケット	47	?
9 手	図反応	33.4	手	0		11.8	手	0	
	図と地	5.5	お山と木	48.3	三角とおもちゃ	0		0	
	地反応	50.0	三角	48.2	三角	53	三角,おうち	76.5	三角
	誤・無答	11.1	?	3.5	折り紙	35.2	?	23.5	?
10 くつ	図反応	83.4	くつ	6.9	くつ	35.4	くつ	11.8	くつ
	図と地	0		6.9		0		0	
	地反応	16.6	三角	34.5	三角,積木	17.6	三角	41.2	三角
	誤・無答	0		55.1	レンガのうち	47	洋服,牛乳	47	まる、?
11 赤ちゃん	図反応	50.1	赤ちゃん	10.4	赤ちゃん,人形	23.6	赤ちゃん,犬	5.9	いぬ
	図と地	11.1	赤ちゃんとまると三角	6.9	人形とパケツ	5.9	犬とボール	0	
	地反応	16.6	まると四角と三角	44.8	まる,四角	35.3	三角	53	まる,三角
	誤・無答	22.2	?	37.9	お花、?	35.2	?	41.1	?
12 ボール	図反応	89	まり、ボール	55.2	ボールまり	64.8	ボール,まり	29.5	ボール
	図と地	5.5	まりと四角	0		5.9	ボール,四角	0	
	地反応	5.5	まると四角と三角	20.7	まる,タイヤ	11.7	まると三角	41.1	四角,まる
	誤・無答	0		24.1	ぞう、?	17.6	?	29.4	手紙
13 バナナ	図反応	16.7	バナナ	0		5.9	バナナ	0	
	図と地	0		0		0		0	
	地反応	27.8	うち,積木	62.1	しかく,三角	70.6	うち,三角	82.4	まる,三角

が学習や行動とどのような関係をもっているか興味が生れる。Trippe, M.J. (8) は図地知覚の特徴とパーソナリティの関係を調べている。彼は、障害のある者は社会的学習の失敗をひきおこし、他者や自己についての概念の形成に悪影響をうけていると仮定して、図地知覚障害と各種のパーソナリティ検査の結果との関係を検討したが、明瞭な結果を得ることができなかった。Qualtere, T. J(5)は図地知覚の特徴と知能検査の関係を調べ、地反応傾向を示す者は色彩付加のしていない図形をもちいた知能検査で成績が劣っていたと報告している。本研究では地反応優位型の幼児だけでなく、誤・無答反応優位型の幼児等

図地知覚の特徴が存在することが明らかにされた。この結果は Dolphin, J.E., Cruickshank, らのおこなった児童および青年についての研究結果と一致している。しかしこうした特徴は瞬間視という制限された条件下でのみ示されるものであった。この特徴

の存在することが見いだされたが、これらの児童が学習や行動においてどのような特徴を示しているか興味のあることである。このように本研究の結果は脳性まひ児の心理的特徴についてさらにさぐる手がかりとなるであろう。脳性まひ幼児の地反応は年令

原著論文

が増すとともに幾分減少する傾向があると考えられる。この結果は、Cruickshank, W. M. らの研究とほぼ一致している。知的発達と図地知覚の特徴の結果をみると、同じ脳性まひという障害をもっていれば地反応も誤・無答反応も知的発達の程度と関係していないことがわかった。Cobrinik, L (1)もオーバーラップした図形を含む三つのテストで調べた脳性まひ児の図と地の知覚の成績とIQの相関は-0.31と+0.23の範囲で統計的に有意でなかったと報告している。一方、知的発達の程度がほぼ同じにもかかわらず、脳性まひ児には正常児よりも多くの地反応が認められることが明らかにされた。結果(3)-3では病型の差異によって反応にちがいが見られなかったが、これはCruickShank, W. M. らやそのほかの脳性まひ児の知覚に関する研究の結果と異なっている。この原因は被験者の病型の検討が不十分で痙直型とアテトーゼ型を正しく代表する幼児が選ばれなかったためかもしれない。正確な診断にもとづいたより多くの幼児についてさらに実験を重ねることが必要であろう。さて、脳性まひ幼児に誤・無答反応と地反応が多く見られることが明らかになったが、こうした反応が多い理由はどこにあるだろうか。得点のところでも述べたように、彼らは単独図形の場合には認知報告できることを確かめてあるので、その原因はRubin, S. S. と異なって表現の欠陥によるのではない。結果(4)-1で脳性まひ幼児は事物図形の瞬間視に正常児より劣っており、結果(4)-2で脳性まひ児の中でも瞬間視の劣る者には図反応が少なく誤無答反応が多く認められることがわかった。瞬間視のすぐれた脳性まひ児は劣った正常児より誤・無答反応、が少ない傾向にある。そこで、単独図形を瞬間視する能力と組合わせ図形の分節能力とは関係があるように思われる。脳性まひ幼児は瞬間視の能力が劣るため図形を分節できず、誤・無答反応を多くおこなうのであろう。しかし、瞬間視の劣る者に地反応が多くみられたが、よい者にも同じ程度に、多くの地反応が認められたし、彼らは瞬間視の劣る正常児と比較した時でさえ非常に多くの地反応をしていた。したがって、組合わせ図形を分節できた場合脳性まひ幼児がなぜ地反応(幾何学図形の選択)を多くおこなうのかは瞬間視から説明できない。この地反応優位傾向は、知的発達や病型とも関係がなく、脳

性まひであるということにだけ関係していた。地反応の理由は脳性まひ児がもつ他の要因からさらに探究されなければならぬ。

参考文献

- 1 Cobrinik, L (1959) : The performance of brain-injured children on hidden-figure tasks. *Amer. J. of Psychology* 72, 566-571.
- 2 Cruickshank, W. M. et al. (1957) : Perception and Cerebral Palsy. Syracuse University Press.
- 3 Dolphin, J. E. et al. (1951) : The figure-background relationship in children with cerebral palsy. *J. of Clinical Psychology*, 7, 228-231.
- 4 石田紘子(1966) : Brain-Injured Childrenの認知特性について, 早稲田大学第一文学部心理学科卒業論文. 未発表.
- 5 Qualtere, T. J. (1957) : An investigation of the relationship between visual figure-background disturbance and performance of Raven's Progress Matrices Test in cerebral palsy children. Unpublished doctoral dissertation, Syracuse University.
- 6 Rubin, S.S.(1969) : A reevaluation of figure-children in brain-damaged children *Amer. J. men Defic.*, 74, 111-115.
- 7 白井節子(1967) : 脳性まひ児の視知覚特性について. 東京教育大学教育学部特殊教育学科卒業論文抄録集 .39-51.
- 8 Trippe, M.J.(1957) : A study of the relationship perceptual ability and selected personality variables in a group of cerebral palsied children. Unpublished doctoral dissertation, Syracuse University.
- 9 Werner, H. et al. (1941) : Pathology figure back-ground relation in the child. *J. of Abnormal and Social Psychology*, 36, 236-248.
- 10 Wood, N. E. (1955) : A comparison of right hemiplegics and left hemiplegics in visual perception. *J. of Clinical Psychology*, 11, 378-380.

A STUDY OF FIGURE - BACKGROUND DISTURBANCE IN CEREBRAL PALSIED INFANTS

The authors intended to demonstrate what characteristics cerebral palsied infants had in perception of a card which was tachistoscopically shown with a line drawing or combined two line drawings.

We devised tests consisted of 39 cards. 13 cards had line drawings of common everyday objects and were designated as everyday object cards. 13 cards had line drawings of geometric forms and were designated as geometric form cards. 13 cards had line drawings of the same objects as ones in the everyday object cards and the same forms as ones in the geometric form cards, and were designated as combined drawings cards. We showed a subject each of these cards with a tachistoscope for 0.4 second and finally showed the combined drawings cards once again with no time limit. We asked to tell him what he saw everytime we showed the cards. In the test of the everyday object cards and the geometric form cards we counted the number of the cards of which he gave names of the drawings exactly or nearly exactly. When he gave exact or nearly exact names both in the test of an everyday object card and in the test of a geometric form card, we classified his response to the test of a combined drawings card into one of the following four categories. (1) Figure response ; the subject gave a name of an everyday object. (2) Figure and background response ; the subject gave a name of an everyday object and a name of a geometric form. (3) Background response ; the subject gave a name of a geometric form. (4) Wrong or no response ; the subject gave a name different from names of the drawings or did not give a name of them. Experimental subjects were 17 cerebral palsied infants of 3 to 4 years old and 29 cerebral palsied infants of 5 to 6 years old. Control subjects were 17 nonhandicapped infants of 3 to 4 years and 18 nonhandicapped infants of 5 to 6 years old.

The cerebral palsied infants made a much more mean number of background responses and wrong or no responses than the nonhandicapped when they were shown the cards for 0.4 second. There were three types of infants in the cerebral palsied infants ; (1) The infants who made more background responses than the nonhandicapped, (2) The infants who made more wrong or no response than the nonhandicapped. (3) The infants who made more background responses and more wrong or no responses than the nonhandicapped. In the test of the everyday object cards the cerebral palsied infants were fewer than the nonhandicapped in a mean number of the cards of which they gave names of the drawings exactly or nearly exactly. We interpreted the wrong or no responses made by the cerebral palsied infants as resulting from their inferior ability to perceive a tachistoscopically shown card.

脳性まひ児における鏡映文字の出現と利き手の関連について

1 はじめに

日常、脳性まひ児(以後CP児と記す)と接していて、その書字に上肢における筋機能の障害と直接的な関連のない知覚障害もしくは、知覚発達遅滞とも考えられる鏡映文字の出現が正常と比較して異常に多いことを感じている。又、CP児は筋の機能障害の他に合併障害のの1つとして大脳半球優位性(利き側)の障害があるといわれており、日常CP児の利き手の判断に困難を感じる事が多い。本研究はこの2つの問題からCP児の書字を検討し、病型、病因などとの関連を見る。

従来から幼児、小学1,2年生の文字を書き初めの児童に関する、書字の誤りについて Davids cm .H.P.2), Vernon M.D.19), 田中敏隆18)らの研究があり、書字における方向の誤りとして鏡映文字への誤りが圧倒的に多いことを示している。また、Davidson H.P.9)は図形知覚と文字知覚の研究において6才-6才半に鏡映関係への誤りが断層的に減少することを示し、Gibson E.J.7)も鏡映関係へ誤りが8才には殆んどなくなることを示している。これらの研究結果から鏡映像関係への方向未分化が鏡映文字への誤りの一因である。通常鏡映文字は児童の発達に伴い、その出現をみなくなっていく(10)21)。しかし、児童精神医学上で先天性語盲(特殊読書欠陥)と診断される児童ではこれが後まで残ることが指摘されている(17)。Orton S.T.15), Monroe M.12)らはこの現象を大脳半球の優位(利き側)の確立の程度によると説明している。通常人は習慣的に複雑な作業をする場合、左右どちら側かの手を優位に使用する。それが利き手といわれ右利きが多く、左利きは3~10% 1)

である。しかし年令、性差、社会的背景、身体的精神的状态により左利きの出現率がかなり違うことも報告されている。10) CP児の利き手は右利き、左利きの間に目立った差がなく、左

利き46%(ニュージャージー研究13))、34%(大阪府立堺養護学校報告13))という結果が出ており、精薄;精神病者(左利き16~30%)、盲人(左利き10%)、聾啞者(左利き4%)よりもかなり左利きが多い。Dusdon M.I.4)は左利きと関連して起こっていると考えられる読み書きの障害、利き目と利き手の関係から生じる教育上の問題がCP児に普通児以上に多く生じるであろうと予想している。

利き手の原因としては遺伝説、環境説等があるが、CPの随伴症状として大脳病理学的障害(失認、失行、失語)があること(16))と、一般に大脳病理学的障害に遺伝説で問題になる大脳半球優位性が関連することを考慮し、利き手の原因として遺伝説(大脳半球優位説)の立場から検討する。CP児が書字困難を示すことを筋機能障害、精神発達などの問題からだけ検討するのは誤りだと考える。本研究においてはCP児の書字困難として鏡映文字を取り上げ大脳半球優位性(利き側)の問題を加味し検討する。

方法

-1. 対象

対象は年令5才1ヶ月から14才7ヶ月までのCP児104名(以後CP児群と記す)であった。彼らは東京都内の肢体不自由児施設、肢体不自由児養護学校に入園、通園、通学している児童であった。また比較対照するため、同年令範囲の正常児及び、脳器質疾患のな肢体不自由児74名(以後非CP児群と記す)を対象とした。CP児以外の肢体不自由児の選択は整形外科、小児科の医師の診断に従った。対象児の学年、年令(月令)の内訳はTable,1のとおりであった。

Table 1 被験者

	幼児		小学1年生		小学2年生		小学3年生		小学4年生		小学		中学生		全体	
	脳まひ性児	非脳まひ性児														
人数	18	5	25	10	12	13	14	9	8	12	16	12	11	13	104	74
平均年令	68.2	65.3	79.7	78.4	91.5	94.1	104.2	101.5	119.4	116.8	134.3	130.2	162.6	166.7	102.6	113.2
日常書字に左手を使用している人数	4	0	6	1	2	0	3	1	2	1	3	0	3	2	23	5

Table 2 鏡映文字の出現

	人数	鏡映文字を書いた児童		差
		人数	%	
非脳性まひ児	28	1	3.6	N.S.
脳性まひ児	55	7	12.7	
Athetotic型	15	0	0	

-2. 実験方法

A4版の画用紙を縦に2つ折にし、エンピツ、サインペンなどを与え、自分の名前をひら仮名で、左右どちら側か日常書字に使用している手で書かせた。次に、これを見えないようにして、反対側の手で同じくひら仮名で名前を書かせた。書き方は転位の要因が影響せぬように縦書きとし、書き順、大きさ、時間は自由にした。名前を書かせたのは、日常生活の中で、児童が最も書き慣れており、年少児においても明瞭に書けると考えたからである。

-3. 鏡映文字の判定

次のことを示した文字を鏡映文字とした。

左右が完全に鏡映関係(逆)になっている。
い・こ・へひなど左右が対称に近い文字は、明白に型が鏡映関係を示している。

字の1部分が鏡映関係をしている。例)は、む、す など、

結果

-1 日常、書字に使用している側の手(以後一応利き手と記す)で書いた場合の鏡映文字出現

非CP児群においては幼児に1人だけしか鏡映文字がみられなかった(非CP児群の1.4%)。これに対し、CP児群においては幼児に2人、小学1年児に3人、小学2年児に2人計7人と多く見られたが統計的に有意な差はなかった。小学2年生以下の児童について、鏡映文字を書いた割合はTable.2のとおりである。

Table 2 鏡映文字の出現

	人数	鏡映文字を書いた児童		差
		人数	%	
非脳性まひ児	28	1	3.6	N.S.
脳性まひ児	55	7	12.7	
Athetotic型	15	0	0	N.S.
Spastic型	40	7	17.5	

N.S. 有意差なし

Spastic型児群がAthetotic型児群と非CP児群よりやや多く鏡映文字を書いたが、統計的に有意な差はなかった。利き手の左右の別から鏡映文字の出現を見ると、鏡映文字を書いた8人のうち、2人が左手、6人が右手であり、左手を使用した児童にやや高い割合で出現していた(左手

Table 4 病型と左右で1文字以上文字を鏡映関係に書いた児童

	幼児		小学1年		小学2年		小学3年		小学4年		小学5,6年		中学生		全体	
	At.	Sp.	At.	Sp.	At.	Sp.	At.	Sp.	At.	Sp.	At.	Sp.	At.	Sp.	At.	Sp.
出現比	1/6	9/12	1/7	14/18	0/2	8/10	1/6	6/8	1/2	4/6	0/6	7/10	0/3	5/8	4/32	53/72
%	16.6	75	14.3	77.8	0	80	16.6	75	50	66.7	0	70	0	62.5	12.5	73.6
差	*		**		**		*				**		**		**	

* 5%で有意 ** 1%で有意 At. Athetotic型 Sp. Spastic型

使用7.1%、右手使用4%)。

-2. 日常は書字に使用していたい側の手(以後一応非利き手と記す)で書いた場合の鏡映文字の出現

利き手で書いた文字に鏡映関係になる文字を1字以上書いた児童をCP児群、非CP児群ごとに各学年別にその出現を見ると、Table.3のとおりであった(利き手で鏡映文字であったものを非利き手において正しい文字に書いた児童も含めた。)

非CP児群において、左右で1字以上文字を鏡映関

Table3 左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童

	幼児		小学1年		小学2年		小学3年		小学4年		小学5,6年		中学生		全体	
	ひ脳性まひ児	まひ児	ひ脳性まひ児	まひ児	ひ脳性まひ児	まひ児	ひ脳性まひ児	まひ児	ひ脳性まひ児	まひ児	ひ脳性まひ児	まひ児	ひ脳性まひ児	まひ児	ひ脳性まひ児	まひ児
出現比	10/18	0/5	15/25	1/10	8/12	0/13	7/14	0/9	5/8	1/12	7/16	0/12	5/11	0/13	77/1042	7/4
%	55.6	0	60	10	66.7	0	50	0	62.5	8.3	43.8	0	45.5	0	54.8	3.7
差	*		**		**		*		**		**		**		**	

* 5%で有意 ** 1%で有意

係に書いた児童は極くわずかしかなかった。CP児群においては各学年を通じ、半数近くの児童が左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童であり、統計的に有意な差をもって多かった。左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童は利き手の左右の別には関係なく出現していた。

-3. 脳性まひ児の病型と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の関連

CP児をAthetotic型児群、Spastic型児群に分けて左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出現をみると、Table.4のとおりであった。Athetotic型児群は各学年を通じてSpastic型児群より出現が統計的に有意な差をもって少なかった。Athetotic型児群は小学5年以上には出現しなかったが、Spastic型児群は学年に関係なく高い出現を示した。

更に、Spastic型をまひ部位により片まひ(Hemiplegia)、対まひ(Paraplegia)、三肢まひ(Triplegia)、両まひ(Diplegia)、四肢まひ(Quadriplegia)に分けて左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出現との関連を検討したが、特に関連はなかった。Athetotic型の児童4人が左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童であつたが、このうち3人はAthetosis with Spasticity型(Athetosis>Spasticity)でSpasticな要素をもって

原著論文

おり、純粋なAthetotic型は1人であった。

病型別の結果を - 2, Table.3に示した非CP児群の結果と比較すると、Athetotic型児群は各学年、全体とも非CP児群と統計的に有意な差はなかった(5%レベル)。Spastic型児群は各学年、全体において統計的に有意な差をもって非CP児群より、左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童が多かった(1%レベル)。

- 4. 知能指数(IQ)と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童との関連

CP児群について左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童と左右両側の手で正しく文字が書けた児童とのIQを較べてみるとTable.5のとおりであった。左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童がIQでやや低い、統計的には有意な差はな

Table 5 知能指数と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童

	人数	平均IQ	S.D.	差
左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童	57	82.7	16.95	N.S.
左右両側で正しく書いた児童	47	87.1	18.35	

N.S 有意差なし

かった。尚 IQは鈴木ピネー、田中ピネー知能検査の結果であった。

- 5. 脳性まひの原因(出生時異常)と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童との関連

CP児群のうち出生時の状態がつかめた76人を左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童42人、左右両側の手で正しく文字を書いた児童34人に分け、在胎期間、生下時体重、出生時異常の有無などを見るとTable.6,7のとおりであった。早期(前期)破水、仮死、重症黄疸について、左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童、左右両側の手で正しく書いた児童の別に各々の生起をみるとTable.8のとおりであった。仮死は左右両側で正しく書いた児童に多く、早期(前期)破水、重症、黄疸は左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童に多く生起していたが、統計的には有意な差はなかった。

平均在胎期間を左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童、左右両側で正しく書いた児童の別に見ると、Table9のとおりであった。左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童は左右両側で正しく書い

た児童より在胎期間が短かった。在胎期間を区切って左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出現を見るとTable.10のとおりであった。在胎期間

Table 9 平均在胎期間と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童

	人数	平均在胎期間	S.D.	差
左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童	42	8.74	1.14	0.7 **
左右両側で正しく書いた児童	34	9.44	0.81	

** 1%で有意

Table.10 在胎期間と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童

在胎期間(週)	人数	左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童		差			
		人数	%	26-29	30-33	34-37	38-
26-29	9	9	100				
30-33	17	11	64.7				
34-37	15	6	40.0		N.S.		
38-	35	16	45.7		N.S.	N.S.	

注 5%で有意 1%で有意 N.S有意差なし

が長くなると、左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出生が減少する傾向があり、在胎期間29週以下の児童にそれ以上の在胎期間の児童より、統計上有意に出現が多かった。平均生下時体重を左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童、左右両側で正しく書いた児童の別に見ると、Table.11のとおりであった。左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童はその在胎期間が短いこととも関連して、左右両側で正しく書いた児童より生下時体重は統計上有意に少なかった。生下時体重を1000gから500gごとに区切って左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出現を見るとTable.12のとおりであった。生下時体重1500g未満と3500g以上の児童に左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出現が高く、1500g未満の児童に2500g以上の児童より統計的に有意に多く左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童が出現していた。在胎期間と生下体重の関連を見ると、Figure1のとおりであった。左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童が早産未熟の傾向を示しており、胎児体重の発育と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童とは関連はな

Table 11 平均生下時体重と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童

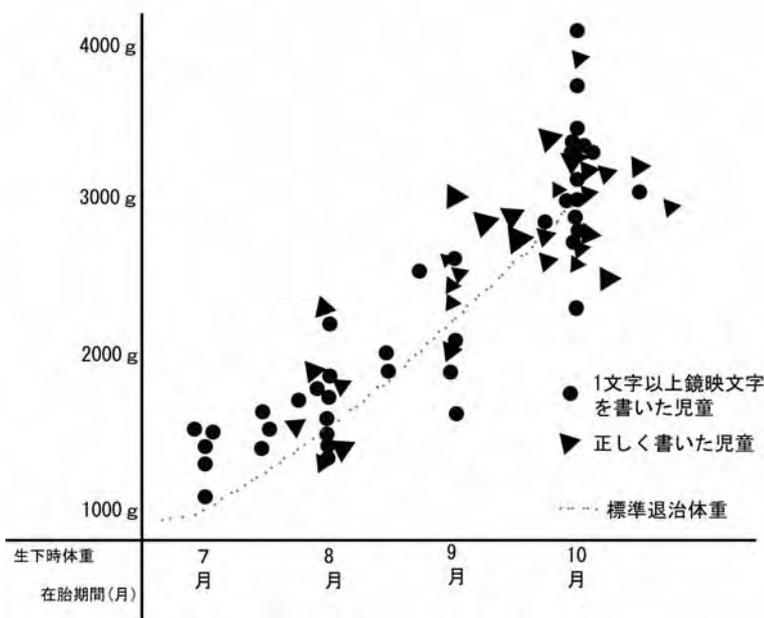
	人数	平均在胎期間	S.D.	差
左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童	42	2270.4g	798.06	-372.1 *
左右両側で正しく書いた児童	34	2642.5g	588.06	

* 5%で有意

Table.12 生下時体重と左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童

生下時体重	人数	左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童	差						
			人数	1000g	1500g	2000g	2500g	3000g	3500g
1000g	9	7							
1500g	16	13	N.S.						
2000g	10	5	N.S.	N.S.					
2500g	19	6			N.S.				
3000g	19	9				N.S.			
3500g	3	2	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.		

注 5%で有意 1%で有意 N.S.有意差なし



かった。未熟児(生下時体重 2500g以下)と成熟児とに分け、左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出現を見るとTable.13のとおりであり、未熟児に統計上有意に多く出現しな。左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童の出現はCPの原因と考えられるもののうち、仮死、早期(前期)破水、重症黄疸とは関連はみられず、生下時体重、在胎期間とかなりの関連があり、未熟児に多くみられた。

-6. 全ての字を左右で鏡映関係に書いた児童

CPで左右で1字以上文字を鏡映関係に書いた児童のうち14人(CP児群の13.5%)が非利き手の書字において、利き側での字に鏡映関係を全ての字に示した。この14人の学年別人数はTable.14, IQはTable.15のとおりであった。学年によって差はなく、IQもTable.5と比較してみると左右両側で正しく書いた児童と殆んど同じ値であり、学年(年齢)、IQとの関連はなかった。病型は13人がSpasticで、1人がAthetosis

wit hSpasticityであつた。これらの児童は氏名だけでなく、他のひら仮名、カタカナ、漢字などの書字にも左右手で鏡映関係の字を書き、簡単なマッチ棒でのデザインを再構成する作業をさせた場合にも左右手で鏡映関係の結果を示す傾向があつた。これらの児童は自分の書いた字の誤り(鏡映関係)に気づいていながらも正しい字を書くことに少なからず困難をみせた。(これらの児童のうち5人にフロスティグ知覚発達テストを実施した。その知覚発達指数は平均70と低かった。)

-7. 鏡映文字以外の書字の誤り

本実験中、鏡映文字、左、右手での鏡映関係以外の書字の誤りとしては利き手で全て逆さまの字(1人)、Handskill から生じたと考える90度以内の傾きの字があつた。尚、利き手、非利き手での上下が逆になった文字を書いた誤りはなかった。

考察

本結果がもつ研究上の意味と先行関連研究の結果と
Table 15 全ての字に左右で鏡映関係を示した児童の関連について考察してみる。

人数	IQの範囲	平均IQ	SD
14	62-114	88.7	12.6

日常の観察と同様にCP児群に利き手での鏡映文字が、非CP児群と比較して統計的に有意な差はなかったが、多くしかも後まで出現した。

名前という最も書き慣れた文字において鏡映文字を書いたことは他の文字において、どのような結果であるのか今後検討していく必要を考える。

CP児の鏡映文字を正常児のそれと同様に発達上の問題としてとらえるかはAbercrombie, 中司らの研究8)で知覚障害の存在を認めたSpastic型児群に鏡映文字が偏ってみられることに照して、単に発

原著論文

達上の問題からだけとらえるのは誤りであろう。空間知覚、運動知覚の障害との関連、左右の概念形成などの問題から検討していく必要を考える。

利き手と非利き手の書字に鏡映関係が生じていたことが年齢にかかわらず非CP児群よりCP児群にはるかに多くみられたことは、脳器質疾患に関連し起因する合併障害の1つとしての書字障害と理解したい。本検査において、左手で書字した児童がCPに22.1%おり、従来からのCPに左利きが34-46%という結果より少ない。日常書字する側の手を利き手とするかの判断は他の日常諸動作での手の選択と関連させて決定されねばならない。Ortonは大脳半球優位性の混乱と優位の確立程度が書字障害、読字障害と関連のあることを指摘している。Keats.SはCPの片まひ(Hemiplegia)において、障害の程度が軽い方の手が必ずしも優位ではなく、優位の移行が必要なもの、不完全移行のものが多いことを指摘している。Macmeakenは利き手と利き目の側が一致しない交叉優位(Crossed Laterality)の場合に書字障害があることを指摘している。本研究においては利き目の検査を実施しなかったが、Dusdon M. I、Woods G. E.らはCPに左利き目が正常児の約2倍多いこと、Athetotic型に左利き目が多いことなど利き目に問題のあることを指摘していることから、利き目との関連の検討が必要であろう。CPの原因のうち、在胎期間、生下時体重の少ない未熟児傾向と左右で文字が鏡映関係になることと関連があった。これはEamas Tの未熟児に両手利き、左手利きが多く、大脳半球優位性に問題があるという研究結果との関連を考える。これらのことから、利き手と書字する手の不一致、利き脳(Brainedness)と利き手の関係の混乱など、大脳半球優位性(Cerebral Dominance)の問題が、左右で文字が鏡映関係になる要因の1つとして考えられるであろう。CPの病型との関連において、Spastic型に左右で文字が鏡映関係になるものが多かった。これは利き手での書字に鏡映文字が多かったのと同じく知覚障害の要因との関連を考える。本研究結果では知能指数との関連はなかったが、動作性、言語性IQ別、知能構造などからの細かい検討が必要であろう。

最後に、本研究結果にみられたことが大脳病理学的障害(失認、失行、失語など)一連の症候の1つであることを考え、医学的、大脳病理学的観点からの研究を切望する。

V 要約

CP児に鏡映文字を書くものが多いことと、利き手の判断に困難を感じることを経験してきた。本研究においてこれらの2つの観点からCP児の書字について検討した。研究方法としては、日常書字している側の手で自分の名前をひらがなで縦に書かせ、次に反対側の手で前に書いた字を見せないで、同じく名前を書かせた。

被験者は5才1ヶ月から14才7ヶ月までのCP児104人であった。(平均年齢8才9ヶ月)病型は72人がSpastic、32人がAthetoticであった。同年令範囲の脳器質疾患のない肢体不自由と正常児74人を比較対象児とした。

結果としては次の5点のことが得られた。

鏡映文字はCP児に多く、しかもSpastic児にだけみられた。

左手で書字する児童がCP児に多くみられた。

日常書字していたい側の手で書字すると反対側で書いた字と鏡映関係になる文字を書く児童がCP児には年齢にかかわらず非常に多く、非CP児には少なかったo(CP54.8%、非CP3.7%)

しかもAthetotic型よりSpastic型に多く見られた。(Athetotic型12.5%、Spastic型73.6%)

知能指数と左手、右手で文字が鏡映関係になることは関連はなかった。

CPの原因と左手、右手で文字が鏡映関係にたることとの関連は仮死、早期破水、黄疸とはなく、在胎期間の短いこと(29週以下)、生下時体重の小さいこと(2000g未満)と関連があった。未熟児に成熟児より多くこの傾向があった。

本研究の結果はCP児のうち、Spastic型に鏡映文字と左手、右手で鏡映関係に字を書く傾向があることを示した。このことはCPの知覚障害と関係があるだろう。更に、CP児に、障害をもった手と利き手との関係、利き目と利き手の関係、利き側の確立程度等に混乱があるといわれ、これらのことが一般に書字障害の一因であるといわれていることを考えると、大脳半球優位性(利き側)の問題との関連性を示唆していると考えられる。

参考文献

1. Bakwin, H. (1960) : Clinical Management of Behavior Disorders in Children. W. B. Saunders Company.
2. Davidson, H. B. (1935) : A Study of The

原著論文

- Confu-sing Letter B. D. P. and Q. J. Genet. Psychol., 47, 458-468.
3. Davidson, H. P. (1934) : A Study of Reversals in Young Children. J. Genet. Psychol., 45. 452-465 .
4. Dunsdon, M. I. (1952) : The Educability of Cerebral Palsied Childrc!L National Foundation for Educational Research in Engl8nd and Wale Newnes EducatioDal Co.,
5. Eames. T. H. (1957) : Flequency of Cerebral Lateral Dominance Variations among School Children of Premature and Full Term Birth. J. Pediat., 51. 300.
6. Frostig, M. (1966) : Administration and Scoring, Manual for Tbe Marianne Frostig Developmental Test of Visual Perception. Consulting Psycho-logists Press.
7. Gibson, E. J. (1965) : Learning to Read. Science. 148.1068-1072.
8. 橋本重治(1967):脳性まひ児の心理と教育 金子書房
9. Keats, S. (1965) : Cerebral Palsy. Chales C Thomas.
10. 松原達哉(1963):利き手に関する研究,東京教育大学教育相談所紀要,第5集,97-110.
11. 守屋光雄(1962):発達心理学,朝倉書店.
12. Monroe, M. (1932): Children Who Can not Read. University Chicago Press.
13. 文部省(1970):職能の訓練の実際,日本肢体不自由児協会.
14. 大橋博司(1965):臨床脳病理学,医学書院.
15. Orton, S. T. (1925): Word Blindness in School Children. Arch. Neurol. & Psychiat., 14, 581-615.
16. 佐藤孝三他(1971):脳性マヒ,医学書院.
17. 高木四郎(1964):児童精神医学各論一児童相談の諸問題一慶応通信.
18. 田中敏隆(1966):図形認知の発達心理学,講談社
- 19) Vernon, M. (1957): Backwardness in Reading. Cambridge University Press.
20. Woods, G. E. (1957): Cerebral Palsy in Childhood Bristol, John Wright and Sons Ltd.
21. 山下俊郎(1964):改訂幼児心理学,朝倉書店.

THE RELATIONSHIPS BETWEEN MIRROR WRITING AND HANDEDNESS IN CEREBRAL PALSIED CHILDREN

The author has experienced that many cerebral palsied children write mirror writing and their handedness is difficult to be identified. The purpose of this article is to consider writing in the cerebral palsied from these two points of view. Each child was asked to write his name lengthwise in the Japanese cursive syllabary with the hand that he wrote everyday, and then equally with the other hand. Subjects were 104 cerebral palsied children, ranging in age from 5 years 1 month to 14 years 7 months old (mean ; 8 years 6 months). Seventy two children were classified as spastic and 32 children as athetosis. Control subjects were 74 non-brain-damaged children in the same range of years (mean ; 9 years 5 months).

Results were as follows :

1. Mirror writing was found in the cerebral palsied more often than in the non-brain-damaged. It was not recognized in the athetotic, but in the spastic.
2. Those who wrote with left hand were more frequently found in the cerebral palsied than in the non-brain-damaged.
3. In many of the cerebral palsied, mirror relation was observed between the letters which were written with the preferred hand and those with the other hand, but in the non-brain-damaged, such relation was scarcely found (the cerebral palsied : 54. 8%, the non-brain-damaged : 3.7 %). This tendency was recognized regardless of age and more in the spastic than in the athetotic (the spastic 73. 6 the athetotic : 12. 5%)
4. There were no relation between IQ and to write the letters with mirror relation.
5. Examining the relation between causes of cerebral palsy and to write the letters with mirror relation, such writing, did not relate to asphyxia of the newborn, blasensprung and ikterus gravis of the newborn but to shortness of fetal life (below 29 weeks) and small weight at birth (below 2000 g). The cerebral palsied who were born prematurely wrote much more letters with mirror relation than those who were born maturely.

The results of this article suggest the relationship between, to write the letters with mirror relation and perceptual disorders, because spastic children with perceptual disorders wrote letters with mirror relation much more than athetotic and non-brain-damaged children. Further-more, considering that cerebral palsied children have some difficulties in establishment of handedness, and in relations between the handicapped hand and handedness, or eyedness and handedness, these difficulties maybe one of the causes of dysgraphia. It still remains to study relationships between cerebral dominance and to write the letters with mirror relation.

普通学校へ就学した脳性まひ児についての調査

はじめに

肢体不自由児の療育機関において、児童の両親から相談をされるなかで、最も難しい問題が就学にあたって養護学校、特殊学級、普通学校のいずれにすべきかということである。肢体不自由児であっても基本的には健常児と差別されることなく同等に教育されるべきであるとは考えても、統合教育の意味、「障害児をその障害を補う特別の配慮をしながら、健常児と一緒に教育すること」の「障害を補う特別の配慮」が現在の教育制度のもとで十分に期待しうるとは考えられない、かといって、健常児と全く隔離されがちな養護学校の教育で健全な人間として成長していけるとも考えられないからである。ここに建て前とは別に現実的な配慮が必要となる。特別の配慮といった場合、普通学校では往々にして教育面の配慮だけがわずかに考慮されるに留まってしまう傾向があるが、肢体不自由児の場合には、教育面の特別の配慮はいうまでもなく、低学年のうちにはことに医学的な配慮が必要である。普通学校においても、その学校医によってある程度のことまでは医学的に配慮されているが、脳性まひのように整形外科、小児(神経)科等のかかなり専門的な立場からの知識が要る疾患の場合には問題が見過ごされてしまいがちである。しかし、専門機関としての肢体不自由児療育機関がアフターケアでさえ、とても完全とはいえず、保護者の積極的な来診を待って行われている現状では、普通学校へ通学している肢体不自由児の医療面でのケアはどうしても保護者の意識に委ねられざるを得ない。保護者は普通学校に入学させてしまうと学習面へ注意がいき、障害の状態の変化に対する注意、機能回復訓練への生活上の配慮が薄れがちになり、障害の悪化がみられたり、機能の回復が停滞してしまうことをよく経験させられる。また、教育面の配慮にしても、育より教を重視し、個人差をあまり認めない現在の普通学校教育に対して充分なものを期待するのは無理であると考え。肢体不自由者の集まりで「私は養護学校に入れなかつ

たからこそ、こうやって一人前に社会でやっていけるので、養護学校に行なっていたらとても現在の自分は考えられない」という話しをよく耳にする。これは盲教育において「盲学校に適応すればするほど一般社会に適応できない」といわれていることが肢体不自由教育にもある程度言えることを意味していないだろうか。現在のようにほとんど健常児との交流の機会を持たない隔離された療育施設、養護学校で生活している児童が一般社会の厳しい生活への適応能力を身につけられるかどうかは疑問である。私の経験上、養護学校に入学した児童でその後、普通学校へ転校したものは極めてまれであり、転校した場合でも学年を一年遅らせて転校することが多いのである。それに反し、普通学校から養護学校へ転校させられてくる児童は割りに多くいる。養護学校は普通学校で適応出来ない児童を受けとめる機能は果たしても、積極的に普通学校へ児童をを適応させていく機能は果たせず、むしろ逆の機能を時として果たしているのではないかと考えられる。養護学校の存在で教育が保障され幸せになった児童が多くいる反面、一部の児童にはそれが不幸な結果を招いていることは否定出来ない。養護学校が存在することで、普通学校が安易に肢体不自由児を入学させることを拒み、その責任を養護学校に転嫁している傾向があるのではないかと考える。このように、現在の肢体不自由児教育の状態を考えると肢体不自由児が入学するときの決定は、以後すべての面で肢体不自由児として生活していくか、それとも健常児の中で特定の場面だけを肢体不自由児として生活していくかという全く異なる進路を決めることになり、非常に重要な意味を持っている。特に、肢体不自由児の大部分を占める脳性まひ児の場合、他の末梢神経系の疾患による肢体不自由児と異なり、単に身体の機能障害とその治療プログラムの達成度からだけでなく、言語障害、知的能力を含めた精神面全般、そして場合によっては視力障害、聴力障害等も考慮して検討しなければならず、非常に難しい問題となっ

原著論文

ている。更に、脳性まひ児は0才にはじまる早期発見、早期治療が重要であり、極く軽い障害の児童は例外として、就学前の大半の時期を医学的な治療を中心とした日々で費している。従って健常児が保育園、幼稚園で経験するのと同様な集団生活を送ることは少ない。また従来から指摘されている親子関係に問題があることも関連して精神発達にゆがみがある場合が多い。しかしながら、サリドマイド児についての研究²⁾はあっても、普通学校でどの程度の障害をもつ脳性まひ児がどう適応し、どのような問題を持って学校生活を送っているかという研究、調査はなく、脳性まひ児の就学に対し、漠然とした考えで臨んでいるのが実情である。そこで現在の普通学校で学校生活を送り、教育を受けている脳性まひ児の実態とそこで生じてきている問題を明らかにし、今後の就学相談も含めた療育の一助とするため調査を行なった。

調査対象及び調査方法

調査対象は過去7年間に都立北療育園に6ヵ月間以上継続して入園、通園していた脳性まひ児で養護学校を経ずに当初から普通クラスに就学した児童であった。児童の現在の学年は小学校1年児12人、2年児11人、3年児6人、4年児4人、5年児3人、6年児8人、中学1年児4人であった。調査方法は対象児の父兄に普通学校就学までの経過、現在までの学校生活、現在の家庭生活、日常生活動作能力(Activities of Daily Living, 以後ADLと記す)、普通学校での生活に対する感想等について30項目の択一式、記述式を併せた調査用紙を配布して回答を求めた。また父兄より回答のあった児童の現在の学校生活の状況をより正しく把握するため、現在の担任教師に学習、交友、進学への判断について18項目の択一式記述式を併せた調査用紙を配布して回答を求めた。調査期間は昭和48年7月1日より9月10日までであった。児童の病型と能力調査対象児の病型はTable1に示す通りで、Spastic型児が多く、障

Table 1 調査対象児の病型

病型	人数	%
Spastic型	46	75
(Hemiplegia)	14	23
(Paraplegia)	27	44
(Diplegia)	5	8
Athetotic型	15	25

害部位ではQuadriplegiaは1人もおらず上肢が少なくとも一方は障害

をもっていないことが注目されな。Athetotic型児は少なく、すべてがTension Athetotic型児であった。更に、合併障害として、てんかん発作をもつ児童が9人、言語障害が重い児童が7人、聴力障害が明らかな児童1人で、視力障害は把握出来なかった。これら児童の就学時における下肢運動年齢(MAL)とIQはTable2に示すとおりであった。

下肢運動年齢は運動年齢検査²⁾、IQは鈴木ビネーテスト、田中ビネーテストにより測定した。下肢運動年齢は平均35.3ヵ月で、'歩行がスピードの点は除いて一応自立しており、階段の昇降も、手すり、片手の支えでどうにか自立していた。クラッチを使用していた児童は9人であった。IQはその範囲が62から134と下肢運動能力の点と比較してかなり幅が

Table 2 IQ 下肢運動年齢

	N	IQ		下肢運動年齢(月)	
		平均	Range	平均	Range
Spastic型	46	98.9	67-124	35.4	21-72
Athetotic型	15	100.9	62-134	35.0	15-48
全体	61	99.6	62-134	35.3	15-72

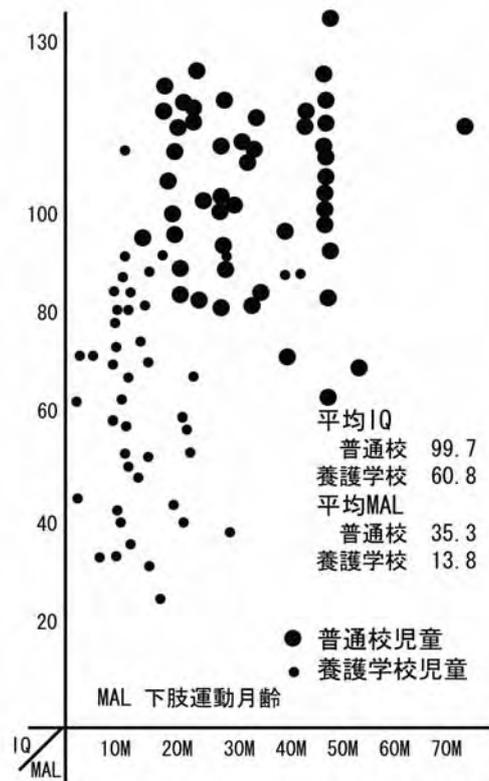


Fig 1 普通校と養護学校の児童能力の比較

原著論文

あった。これら児童の能力を脳性まひ児にあってどう評価すべきかを考えるために過去2年間に北療育園から養護学校に就学した脳性まひ児44人のIQ、下肢運動年令と比較するとFig.1に示すとおり、明らかに普通学校に就学した児童が高い能力をもった軽度の障害の脳性まひ児であった。養護学校に就学した児童の平均IQは60.82、平均下肢年令は13.82ヵ月であった。更に、児童のその分布状況から、教育措置について普通学校か養護学校かを決めさせる境界線が、IQで90-80、下肢運動年令で20ヶ月の前後あたりにあることが、それぞれ推測された。IQについては測定方法、評価の問題は除外して考えて一般に言われている境界線とほぼ一致しており、下肢運動能力においてはクラッチ歩行を含めた歩行と更に片手を利用して階段昇降が可能かどうか境界線の問題として考えられた。

以上のように、脳性まひ児とはいってもほとんどが歩行が可能で、上肢機能も片手が健全か、軽い障害程度で、随伴障害も軽く、知的能力もかなり高い極く限定された児童しか普通学校に入学していなかったのである。

調査結果と考察

調査用紙の回答率は父兄77%(47人)担任教師62%(29人)であった。

【父兄の結果】

保育園、幼稚園に通園経験のある児童は45%おり(幼稚園28%、保育園17%)他の児童は就学直前まで肢体不自由児療育施設で生活していた。就学した学校はすべて市立、区立の公立学校であった。ほとんどの父兄は児童の5.6才時に普通学校へ就学させる決心をしていた。このような決心は幼稚園、保育園への通園経験の有無とは関係なかった。選択の理由として、69%の父兄が児童の障害程度が軽度であったからとしており、残りの父兄は障害の程度をどう考えるべきかについての不安をもち、医師、MSW等療育専門家に相談を持ちかけ、その意見を参考として選択したとしていた。このように父兄は学校選択を程度の差はあっても、児童の障害程度からだけ考慮して他の点からはほとんど考慮していないことがうかがわれた。また、障害程度といっても身体機能障害だけが考慮され、精神発達の面は余り考慮されない傾向がみられた。

父兄の就学希望に対して、普通学校は児童の就学に拒否的な態度を示しており、医師の診断書、療育

機関の生活全般についての意見書の提出、校長、担任予定教師による他の児童には行なわない特別の面接、評価を数回求めている。この際、普通学校への就学を一度拒否された児童とそうでない児童の間では障害程度には全く差がなく、普通学校で脳性まひ児の就学に対する態度、判断が互いに異なっていた。更に、普通学校への就学を許可する場合に何らかの条件をつけることが58%の学校にみられた。その条件とは、通学を主として学習時以外の学校生活での父兄の付き添いが一番多く、次いで体育、行事時の見学、不参加等の特別扱いがあり、更に、問題が生じた時の転校、災害時も含めて学校生活での危険の発生の責任を学校に問わないこと等であり、これらの点について父兄が予め了承しておくことであった。これらの条件を求められた児童とそうでない児童を下肢運動年令とIQの点でみるFig.2のとおりであり、普通学校への就学条件は学校相互間でかなり異なっていた。普通学校の脳性まひ児の就学に対するこのような消極的姿勢の中で、脳性まひ児を就学させるのに一番大きく作用する要因は、療育機関、教育相談所等の助力や協力であると判断した父兄は26%であったのに対し、親の熱意がすべてであるとする父兄が68%と多かった。

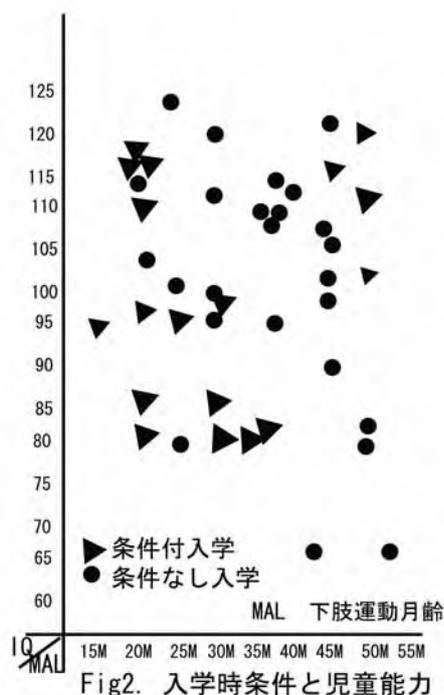


Fig2. 入学時条件と児童能力

原著論文

現在のADLはFig 3に示すとおりで、食事、言語、排泄、更衣の動作に比べ、書字、歩行が劣っている傾向があり、特に書字動作能力の点で学習作業の能率の悪い児童が多くいることが想像された。また、食事、排泄、更衣等生活上何らかの介助が必要な児童が少数いた。また、両手の協応動作を定規を使用して線を引く能力でみると、56%の児童が定規を押さえていることができず上肢機能で片手に障害をもつ児童が半数以上おり、両手の使用が必要な他の動作の遂行にかなり障害があることがうかがわれた。これらADLについては入学の前と後との変化は検討出来なかった。

普通学校への通学方法は乳母車を使用している児童1人を除いてすべて歩行で、通学に要する時間は

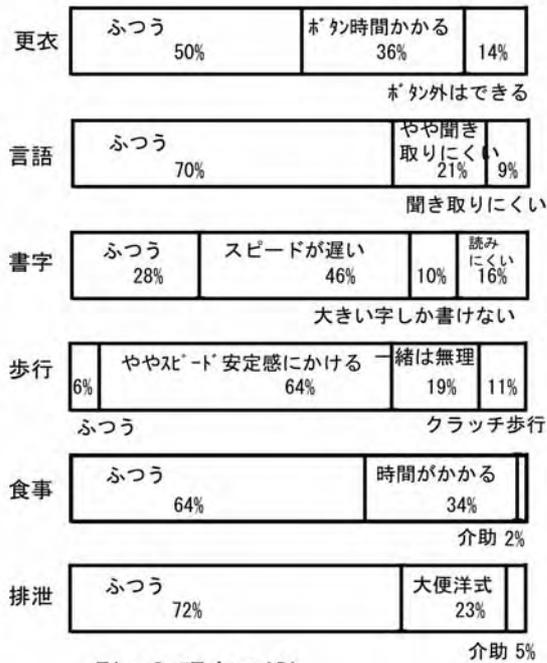
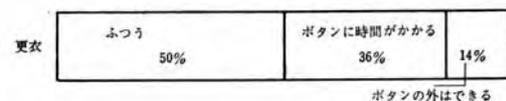


Fig. 3 現在のADL

15分以内が75%で、30分以上が25であった。健常児と同様に単独、集団で通学している児童は51%で他の児童は父兄が付き添い通学していた。このような通学時の付き添いは高学年になると少なくなる傾向はみられたが、遠足、社会見学等の校外行事における父兄の付き添いを62%の児童が必要としており、雨の日の通学だけは付き添いを必要とする児童が15%、トイレだけに付き添いが要る児童が4%いた。このように程度の差はあるが、学校生活をしていく上で父兄の負担が不可欠となっている児童が

70%にも達していて、肢体不自由養護学校への通学児童生徒の場合と同じように普通学校にあって、健常児の父兄は負わないですむ種の負担を脳性まひ児の父兄の場合はやはり負っていた。

健康状態は特に問題となることはなく、懸念していた疲労の点も入学当初の一時期にみられた程度であり、従って出席状況も良好であった。しかし、健康上の理由以外で登校を嫌ったことのある児童が32%おり、その理由は、学習が難しいという学習上のことが25%であるのに対して、障害が嘲笑されるということが50%、運動会、学芸会等多数の人の前で行動させられることが25%というように、障害自体の問題よりも障害に対する周囲の態度に関連すると思われる理由が多かった。家庭での交友関係は父兄は余り問題を感じていないが特定の極く限られた少数の友人しかおらず、しかも年少児が多く、交友場が自宅に限られており、健常児より交友関係全般に範囲が狭いと考えられる児童が57%おり、かなり問題のあることがうかがわれた。この交友関係の問題は障害程度やIQとの関連はなかった。障害に対する家庭での配慮として、機能訓練、専門機関での診察があるが、機能訓練を毎日実行していたり、自費で訓練士に家へ来てもらって機能訓練を受けている児童は8%にすぎず、残りの児童はほとんど機能訓練をしていなかった。診察も専門機関で定期的に受けている児童は19%にすぎず、残りの児童はほとんど受けていないか、父兄が問題を感じた時だけ受けるという実情であった。このように脳性まひ児が普通学校に入学してしまうとそれまで受けていた医学的配慮を受けなくなってしまう傾向のあることは、児童の障害の状態からして医学的配慮の必要性がなくなったことによるとは考えられず、むしろ父兄の意識の変化によるものと考えられる。これに反して、家庭での学習面では母親が30分以上ついて学習している児童62%があり、家庭教師や学習教室で学習している児童が55%いることから、機能訓練面よりもいわゆる教科学習を重視している姿勢が見られた。父兄の普通学校へ入学させたことに対する評価は一時的に後悔した38%の父兄に見られるが、89%の父兄が児童に良い結果が見られたとして現在の普通学校の生活に満足していた。父兄が一時的に後悔した理由としては、学習が難しくついていけなかった20%、身体機能面で巧緻性、スピードが周囲の児童についていけなかった29%と児童の能力上の問題が多かったが、教師が無理解であった21%、



原著論文

他の児童、父兄が揶揄、嘲笑したり、白い目で見たりした21%、周囲が非常に過保護であった8%で、周囲の者の障害児もしくは障害に対する態度の問題であったことが注目される。普通学校に通学させていることが、父兄に付き添いに見られる肉体的な負担の上はかなり精神的な負担も負わせていることが推察された。現在において、普通学校の生活は無理で、養護学校へ通学した方がよいのではないかと後悔している父兄は11%で、この父兄の児童にあって障害程度はむしろ軽く、IQが低くて学習面での問題が大きいことが考えられた。普通学校に就学し通学させていることを積極的に判断・評価し、脳性まひ児にとって良かったとして、その父兄が挙げる理由は、健常児と同等に生活していけるという自信を脳性まひ児がもてた53%、児童の身体機能がかなり進歩した13%、児童のADLが進歩した11%、児童が精神的にたくましくなった21%であった。このように、父兄は脳性まひ児の身体機能面の改善、進歩よりも、精神面での成長を評価していた。このことは父兄の主観的な判断で、客観的な資料がないので、一概に判断できないが、脳性まひ児の統合教育の将来を考える1つの指標になると考えられる。

普通学校に就学させてみて、療育機関が就学前にもっと児童にどのような指導、訓練をするべきだったかという、就学前の療育内容への希望については、ADL訓練機能訓練の充実17%と意外に少なく、文字、数の知識を教える15%、精神面のたくましさをつける23%、健常児と遊ぶ場を設けて健常児と交流する態度を身につける13%というように精神面でのレディネスに関するものが多かった。これは従来どちらかというとき身体機能面を重視しがちである就学前の脳性まひ児療育のあり方について問題を指摘しているだけでなく、幼児期における統合教育の必要性をも指摘していると考えられる。

【担任教師の結果】

教師の59%が脳性まひ児を担任して、かなり負担であるとしていた。その理由としては学習面、性格面についての問題は少なく、ケガの発生、非常時の避難等69%、障害の悪化17%など身体障害に起因する危険の防止に関するものが多かった。更に、これらの問題を担任個人で解決せねばならず、学校全体で考えてもらえないことを指摘している教師が48%もいた。学校生活を送る上で身体障害と精神発達遅滞も含めた知的能力とのどちらが学校生活において問題になっているかということについて、身体障害

だけ62%、身体機能障害と精神発達遅滞とが同程度に問題になる24%、精神発達遅滞だけ10%であった。身体機能は当然として、精神発達遅滞がかなり問題となっており、脳性まひ児の学校生活への適応が複雑な問題を持っていることを示していた。障害部位では、児童の58%で足の障害が、42%で手の障害がそれぞれ問題にされており、調査対象児の病型、ADLの状態等からして手の障害は足の障害よりも軽度であると判断していたが、それでも42%という高い割合で問題となっていることは、普通学校ではかなり高度の上肢機能が必要とされていると考えられる。実際に生ぜしめる問題は、スピードが遅く時間がかかることが48%と多く、巧緻性、安定性に欠けること、及び持続力がなく疲れやすいことが共に21%と同じ割合であった。具体的な動作内容としては歩行動作が67%と当然ながら多くの児童で問題とされており、次いで更衣動作21%が食事動作、排泄動作が各々3%の児童で問題にされ、更衣動作が問題にされている児童が意外と多かったことが注意された。

これらの障害から生じる問題を改善するため普通学校で特別の設備、備品を用意していたのは便所に特別の手すりをつけた学校が一校だけであった。しかし、父兄の調査によるADLの状況からして特別の設備、備品を必要とする児童がかなりいたことを考えると普通学校側で物理的な面の配慮がもっとなされていくべきではないかと考えられる。また特別の指導、訓練を普通学校で受けている児童はなかった。精神面の問題としては、知的発達の遅れが24%、集中力、落ち着きのないことが11%というように、脳性まひ児に一般に言われている問題が指摘され、更に、自信がなく依頼心が強いことが28%の児童に問題として指摘されていた。この自信がなく、依頼心が強いという事実と父兄の調査で普通学校に就学して自信がついて、精神的にたくましくなったと父兄が判断している事実とを関連させて考えると、同じような問題を父兄も教師も問題にしていると考えられる。

学習面について、教師は負担という受けとめ方はしていなかったが、児童の55%は学習成績でクラスの下位にいた。学習成績を下肢運動能力、IQの点でみると、Table 3に示す通りであった。学習成績とIQの関連はみられるが、下肢運動能力との関連はほとんどみられず、障害程度が学力に影響することは少ないと考えられる。体育を除く学習場面で問題

ンに時間がかかる	36%	14%
ボタンの外はできる		

ややききとり		
--------	--	--

点として指摘された具体的な内容としては、書字が遅くへたである、楽器が使用できない、理科の実験ができない、工作に時間がかかる等、上肢機能障害によると考えられることが多く、次いで、声を出して本が読めない、ハーモニカ、笛、サカホンで呼吸が続かないといった言語障害と関連すること、思考力、理解力が悪いといった知能に関することであった。下肢機能障害に関することは全くなく、下肢運動能力のその学力への影響はなく、体育を除く学習に歩行的障害は余り困難な問題を起していないと考える。更に、字の形はつかめても正確に書けない、絵が形にならない、工作において組み合わせることを理解しにくい、算数で計算力に比べ図形に関して理解が悪い等、知覚障害と関連した学習障害と考えられる問題が7

Table 3 学習成績とIQ, 下肢運動年齢

成績	N	平均IQ	平均 下肢運動年齢(月)
上位	2	119	33
普通	11	101	27
下位	12	98	31
最下位	4	78	40

人の児童について指摘されていた。教科の中で身体障害と最も関わりがある体育では児童の90%が程度は異なるが、何らかのかたちで参加しており、全く参加せず見学しているだけの児童10%であった。障害程度と体育への参加との関係を下肢運動能力からみると、Table4に示すとおりで、あまり関連はみられなかった。このことは障害のとらえ方が、個々の教師によってかなり異なっていることによると考えられる。学校行事の参加状況では児童の45%が他児と変わりなく参加していたが、残り55%の児童は一部の行事に参加できずにいた。行事としてはプール教室、運動会、遠足、社会見学で児童が参加できずにいた。

学校での交友関係に児童の69%は問題なかったが、28%の児童は他の児童と一緒に行動せず孤立していた。このことと下肢、言語の障害程度、知的能力との関連は見いだせなかった。次に、脳性まひ児の存在が学級の他の児童に対する影響については、プラス面もマイナス面も同程度であると判断する教師が48%と最も多く、次いでプラス面の方が多いと判断する教師31%、マイナス面の方が多いと判断する教師10%と、全体としてプラス面が影響が多いと判断されていた。同程度と判断した教師も含めて、その内容をまとめると、プラス面としては、脳性まひ児と一緒に学校生活を送ることで周囲の児童が他

人に対していたわり、親切にすること、協力することが自然に無理なく身につけられるということ、身体の不自由な子のいることを身近に知ったこと、

Table 4 体育参加と下肢運動年齢

	N	平均 下肢運動年齢(月)
すべて参加	8	34
参加>見学	9	35
見学>参加	9	27
すべて見学	3	35

者に関心が深まったことであり、マイナス面としては、脳性まひ児がいるために学級全体の行動が遅れる、運動や戶外でのゲームが制限される、学級の児童全体に重荷になる、担任の注意が脳性まひ児だけに集中しがちになるといったことであった。このように従来、学級経営上の問題点として、障害児の存在はマイナスのみ重視され、検討されてきたが、プラス面がかなりあり、しかもその内容が他の方法、機会では補うことが難しい点を含んでいることを考えると、統合教育を論じる場合に障害児の立場から検討されることは勿論であるが、もっと健常児の立場からも検討されねばならないと考えられる。

教育面に対する父兄の態度は健常児の父兄と比べて非常に熱心であると父兄の45%が判断されており、無関心無責任であると7%の父兄が判断されていた。父兄が不安を感じていることは、学習の遅れ、今後の進級進学等、健常児の父兄と同様に学習面に対することが多かったが、交友関係、性格、しつけ面に対する不安を健常児の父兄以上にもっている教師に判断されていた。脳性まひ児が学級にいたことが父兄の間で問題を生じさせたのは1人の児童の場合だけであった。その内容は周囲の児童が怪我をさせたときの責任というものであった。

最後に、脳性まひ児の能力と普通学校の現状とを考慮して、義務教育段階での今後の教育的処遇について、脳性まひ児は担任教師に次のように判断されていた。児童の31%は何ら心配なく普通学校でやっていけると判断され、児童のは不安は残るが普通学校でやっていけそうであると判断され、児童の71%は普通学校では無理であり、転校等が必要であると判断されていた。この判断を児童の下肢運動年齢、IQの点からみると、Fig.4のとおりであった。下肢運動年齢つまり下肢の障害程度から今後の教育的処遇について判断はされず、IQ90の点から判断されていると考えられる。特にIQ90以下の児童は現状の普通学校においては無理で養護学校、特殊学級へ

原著論文

移った方がよいと判断されていた。このことは現在脳性まひ児が普通学校に就学する場合、障害の程度を検討する必要があることは勿論のことであるがそれにも増して知的発達をより慎重に検討せねばならないことを示していると考えられる。

以上、今回の調査対象児が脳性まひ児の障害が非常に軽度な極根られ、恵まれた児童であったにもかかわらず、入学の際の普通学校の受け入れ姿勢と現在の学校生活が望ましい状況であるとは考えられない。

普通学校が障害をもっているということだけで、健常児と全く異なった評価をしてしまう一種の偏見をもち、差別をしているとは決めつけられないにしても、好意的な反応を示しているとは言えないであろう。そこに、一般社会の障害者観と似たものが作用していることは否めないと考えられる。しかし、それは脳性まひ児の父兄の普通学校希望理由、そして就学前脳性まひ児に接している者が普通学校への就学を判断する場合にも作用しているということも否めないと考えられる。そこで、軽度児しか普通学校に就学していなかったことを、一方的に普通学校の態度からのみ論じることにはできない。むしろ普通学校の受け入れ姿勢が学校によって異なり定まった基準がなく把えようによっては幅があるのに対して、養護学校と普通学校とで、児童の障害程度が明らかに異なっていたという事実からして、父兄も含めて就学前の脳性まひ児に接する者が主観的な既成概念を持って脳性まひ児の就学を判断している危険

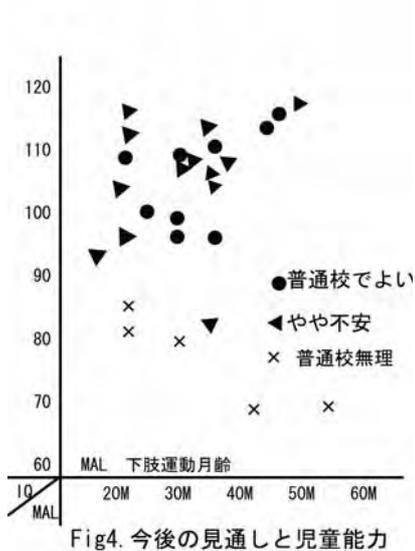


Fig4. 今後の見通しと児童能力

現在の普通学校における学校生活は父兄、担任教師の精神的、肉体的な負担、とりわけ担任教師の負担の上で成り立っていると考えられ

る。教師の負担は複数担任制、学級児童数の削減、設備の改善等でかなり軽減しうるが、それだけで問題は解決されないと考えられる。脳性まひ児の担任として問題をもっている学校全体で考えられることがないと一部の教師から指摘されているごとく、担任教師が周囲から援助されることなく、全く孤立無援の状態に脳性まひ児を教育していく精神的次負担が多いと考えられる。この負担を軽減するために、各学校もしくは一定地域に障害児教育専門教師もしくは治療教育の専門家を配置することが必要であると考えられる。更に、普通学校の多くの教師が障害児に対する正しい見識をもち、障害児を身近かに考えるために、一般の小・中・高の教員養成課程在学者に障害児教育の科目の履修を義務づけることも障害児のために検討されてしかるべきであるとは考えられる。しかしながら、当面の急務としては、脳性まひ児の教育・医療の専門機関及び職員が、普通学校及び普通学校担任教師と接触を持たず、適正な情報を提供せずにいることを反省し、脳性まひ児の専門機関と脳性まひ児の就学する普通学校とがより密接な系統化組織化された接触の場を持つことを検討していかねばならないと考えられる。

学校生活で生じている問題の多くは、身体障害による運動能力の面に起因している。しかし、学習成績、今後の教育的処遇の判断とIQとの関連、そして特殊な学習障害の存在が推察されること等のように、現在の普通学校の教育内容、教育方法のもとでは知的能力の面に起因している問題がより深刻であると考えられる。脳性まひ児を肢体不自由児として把えて、その統合教育を検討することは出来ず、今後より多く脳性まひ児が普通児と一緒に望ましい教育を受けられるためには身体機能障害に対する教育上の配慮は言うに及ばず、知的発達の遅れ、精神神経学的な障害に対する教育上の配慮がもっとなされることが必要であると考えられる。そこに脳性まひ児の統合教育が視覚障害児、聴覚障害児、精神薄弱児と異なりより難しく、その統合教育を進める方式も現在いくつか考えられているものだけでは解決できないであろうと考えられる。今後、今回の調査で検討しなかった普通学校における脳性まひ児のパーソナリティ、社会性の問題とその発達、そして高等教育における問題を今回の調査を深めることと併せて検討し、より多くの脳性まひ児が望ましい状態で健常児と一緒に教育を受けられるための一助とした

原著論文

要約

肢体不自由児の教育を考える時、普通学校で教育されるべきか、養護学校で教育されるべきかの決定は非常に難しく、そして児童の将来にとって重要な問題であると考えられる。特に脳性まひ児は合併障害のため、その決定は一層複雑で、困難な問題である。そこで、普通学校で教育を受けている脳性まひ児の実態とその問題点を調査し、今後の脳性まひ児の教育を考える一助としたい。調査方法は普通学校に通学している脳性まひ児61名の父兄に入学期のも問題、家庭生活、日常生活動作能力、学校生活についての調査用紙、現在の担任教師に学校生活全般についての調査用紙を配布して行なった。調査は昭和48年7月から9月の期間であった。

主な調査結果は以下のとおりであった。

1. 回答率は求兄77%、担任教師62%であった。
2. 児童の病型はSpastic型75%で、Athetotic型25%であった。入学時の能力は平均IQ99.6、下肢運動能力年令35.2ヶ月であり、障害は非常に軽度であった。
3. 多くの父兄は障害が軽度であることを理由に、普通学校入学を希望したが、学校側は障害程度に関係なく53%に拒否的で、58%に入学を認めるための条件を求めた。
4. 日常生活動作能力は歩行・書字が劣っているが、他の面はほとんど自立していた。しかし70%の児童が通学、校外行事等に父兄の附添いを必要としていた。
5. 健康状態に問題なく、89%の父兄が児童の精神面での成長を評価し、普通学校の生活に満足していたが、機能訓練、障害の診察を受けていない児童がほとんどであった。
6. 教師の95%が危険の防止を理由にかなり負担を感じており、そして機能障害だけでなく精神発達遅滞を教師の34%が問題であると判断していた。
7. 学習成績は知的能力と関係があったが、下肢障害の程度とは関係なかった。学習場面では下肢の障害より、上肢障害と随伴障害が問題となっていた。
8. 教師は脳性まひ児の存在を学級経営上で悪い影響より、他人への態度、障害者への関心での良い影響の方が多いと判断していた。
9. ほとんどの児童は今後も普通学校で教育を受けた方が良いと判断されていたが、IQ90以下の児童は養護学校、特殊学級の方が望ましいと判断されていた。

このように障害が軽度の脳性まひ児であったにもかかわらず、その学校生活には多くの問題をもっていた。今後より多くの脳性まひ児が普通学校で教育されるために、身体の機能障害の面には当然のこと精神発達の面に十分な配慮がなされなければならないと考えられる。

おわりに本調査は北療育園の内藤とし子、服部洋子、平向信雄、四元登の各氏と共同で行ったものを、筆者が纏めたものである。

注

(1) 東京都教育委員会指導部(1968-1971)身体障害児の普通学級における教育的処遇及び指導法に関する研究(その1-その4)

(2) M.K. Johnson (1951) : The Motor Age Test : Measurement of Motor Handicaps in Children with Neuromuscular Disorders such as Cerebral palsy J. of Bone and Joint Surgery; Vol. 33-A, No. 3, 698-707

AN INVESTIGATION OF CEREBRAL PALSIED CHILDREN AT THE REGULAR SCHOOLS

As concerns the education of physically handicapped children, we think that is a very difficult problem to decide on entrance into a regular school. Its decision has a very important significance for the future of them.

Especially in cerebral palsied children, its decision is more complex and difficult by the reason of their complications. In order to consider the education of cerebral palsied children, the author investigated their actual state in regular schools by questionnaire.

The questionnaires related to entrance formalities, home lives, activities of daily living, studies, and school lives were sent to 61 parents and 47 teachers in charge of them. The data were collected in July, 1973.

The main results were follows.

1. The answer rate of parent was 77% and that of teacher 62%.
2. The number of the spastic was more than the athetotic, (the spastic : 75% the athetotic : 25%) Their average of IQ and motor age of lower extremity were 99.6 and 35.2 months respectively. Most of them were mild handicapped.
3. Most of their parents hoped to enter regular schools for the reason of the mild physically handicapped, but the 53% of the regular schools assumed conservative attitude toward their entrance and 58% asked to accept some special requests regardless of their severity of physical handicap.
4. In the activities of daily living, they had gait and writing disturbance, but generally they were independent in others. Seventy percent of them needed the attendance of their parents to go to school and participate in school events.
5. Eighty nine percent of the parents were satisfied with their regular school lives since their mental condition had made a remarkable growth. Children were in good health, but most of them had never taken medical advices on their physical handicap and physical training.
6. Fifty nine percent of the teachers were imposed burden to prevent the children from accidents and 34% called not only physical handicap in questions but also mental retardation.
7. The school performance had not relation to the activities of locomotion but to IQ. Their motor disorder of the upper extremity and complications (speech disorder, psychoneurological learning disabilities) were more harmful for their studies than that of lower extremity.
8. In the operation of the class, most of the teachers judged that the presence of the cerebral palsied child had good influence on the normal children.
9. The teachers judged that most of them might be able to receive the education of regular schools in future, but the cerebral palsied children below IQ 90 should change their schools to special classes or schools for the physically handicapped.

In spite of mild motor disabilities of them, they had many difficult matters at the life of regular schools. In order to educate more cerebral palsied children at regular schools in desirable conditions, we must take the mental retardation into more careful consideration as well as the physical handicap.

低出生体重で出生し普通学校に就学している脳性まひ児の学習上の問題点

Key words: 脳性まひ児、極小未熟児、学習成績, WPPSI、知能構造

要旨

統合教育を受ける脳性まひ児にどのような問題が教科学習に生じ、出生体重がどのように関与しているかを検討した。普通校在籍CP児113名の成績と出産時状況、知能を検討した。極小未熟児は他の児童とIQに有意差はなかったが、成績は全体に極小未熟児が低い傾向で、算数良が他の児童より少なく、図工で遅れを示す児童の多いことが注意された。教科の関連は健常児、CP児全体は関連が非常に強く評価にばらつきが少ないが、極小未熟児群はばらつきが大きく、知能構造から検討の必要があった。極小未熟出生CP児は算数、図工を中心に学習障害を疑わせ、SFDのCP児は加えて精神発達遅滞の存在が考えられた。WPPSI検査との関連は動作性検査が学習成績と強く関連し、下位項目ではその関連が健常児と異なる。以上から、未熟出産と関係すると考えられる視知覚能力、方向認知、利き側の問題がCP児の学習成績に関連している可能性が高いと考える。

はじめに

脳性まひ児の発症率は医学の進歩、特に産科学と新生児学を中心とする周産期医療の進歩により減少してきているといわれている。このことは過去に脳性まひ児の3大原因といわれた新生児重症黄疸、仮死、低体重出産(未熟出生児)のうち、新生児黄疸、仮死による脳性まひ児の発生の減少が大きく影響していると思われる。一方、低出生体重児(未熟出生児)の原因は最近の脳性まひ児の発生原因として注意される子宮内発育遅滞もしくは発育異常の問題と関連し、目にみえた減少はみられず、脳性まひ児発生の原因として依然として大きなウェイトを占めている。ここに脳性まひ児の症状、運動機能の障害程度、精神発達を検討していくうえで出産時の発育状況は重要な要因として考えねばならない。一方、脳性まひ児を取り巻く、社会的状況も大きく変化をみせている。特に、脳性まひ児をめぐる教育環境に大きな変化がみられる。心身障害児の全員就学が実施されたこと、障害児の普通学校への就学(統合教育)が広く進められたことである。特に、統合教育の普及は脳性まひ児の教育的進路を大きく変えつつある。しかし、そこで抱える問題は多く、多岐にわたっていることを日頃、痛感させられる。

本考察では、脳性まひ児が統合教育で抱える問題のうち、教科学習にどのような問題が生じ、その問

題に脳性まひ児の発生原因の一つとして残る低出生体重出産がどのように関与しているか、特に極小未熟出産と教科学習上の問題の関与を検討する。

1. 対象および方法

対象は北療育医療センターにおいて療育を受け、普通小学校の普通学級に就学した脳性まひ児のうち、教科学習成績評価資料(成績表)、知能検査資料が得られた113名の児童である。成績評価資料は各児童の最も新しい時点(学年、学期)の成績表を用いた。性別、学年別人数は表1のとおりで男児、低学年児が多い傾向であった。なお、小学校1,2年児童の資料は社会、理科が生活に統合される以前の資料を用いた。検討方法としては、教科学習評価が児童の所属する集団における相対評価でなされているので、可能な限り相関分析法の手法を用いて行うようにした。

表1 対象児

項目	人数
対象児総数	113
男	68
女	45
小学校1年	33
2年	26
3年	24
4年	9
5年	13
6年	8

II. 結果と考察

1. 対象児童の症状と出生体重

対象児童の病型をみると表2のとおりであり、Spastic型児童86名(76%)、そのうちHemiplegia、Diplegia64名(55%)と運動機能上比較的軽度な障害

表2 対象児の診断名

診断名	人数
Minor CP	4
CP spastic hemiplegia	26
CP spastic paraplegia	8
CP spastic diplegia	38
CP spastic quadriplegia	2
CP spastic ?	12
CP athetoid	8
CP ataxia	3
Clumsy + minorCP	2
CP ?	10
合計	113

を持つ児童が多いこと, Athetoid 8名(7%), Quadrip1e-gia 2名(1.7%)と重度な障害を持つ児童が少ないという一般的な傾向が示されていた。さらに, 移動能力においても杖使用を含め歩行可能児童が107名(95%)と運動機能障害の

知能指数と出生体重との関係を極小未熟出生児, 未熟出生児, SFDとその他児童を比較すると表3~5に示すとおりである。極小未熟出生児と2,500g以上出生児の知能指数には5%レベルで有意差があり, 1,500~2,500g 児童の知能指数の平均は88.7(SD18.3)で2,500g以上児童とは有意差はなかった。この結果は対象となった脳性まひ児においては胎内発育が少なからず知的能力に影響を持っていることを示していると考えられる。

表3 極小未熟児と1,500g以上出生児の出生状況とIQ

対象児	人数	在胎週数		出生体重		IQ	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD
極小未熟児	35	29.7	3.19	1,199.57	204.62	86.6	18.2
1,500g以上出生児	78	38.3	3.31	2,840.16	660.36	93.4	19.8
有意差			1%水準		1%水準		なし

表4 未熟児と2,500g以上出生児の出生状況とIQ

対象児	人数	在胎週数		出生体重		IQ	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD
未熟児	56	34.3	3.54	1,476.35	433.30	87.4	18.3
2,500g以上出生児	57	39.9	1.72	3,172.66	390.88	95.1	20.0
有意差			1%水準		1%水準		5%水準

表5 SFDとAFD, LFD児の出生状況とIQ

対象児	人数	在胎週数		出生体重		IQ	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD
SFD	22	34.5	3.11	1,565.68	414.52	86.0	18.2
AFD, LFD	91	35.9	5.37	2,517.28	920.50	92.6	19.8
有意差			なし		1%水準		なし

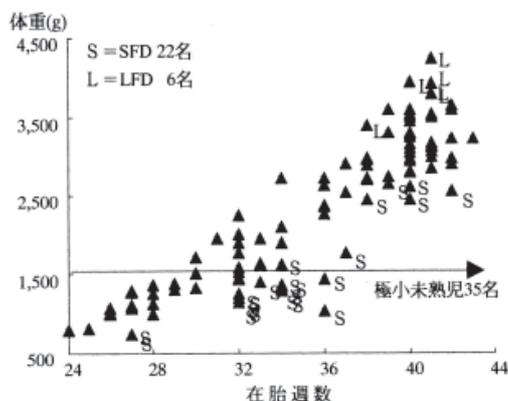


図1 対象児の在胎週数と体重

軽度なことが統合教育を受ける条件となっていると考えられた。精神発達面を知能指数でみると平均IQ91.3, SD19.5(田中ビネー, WPPSI, WISC)と脳性まひ児としては精神面の発達障害も軽度な児童であった。この結果を20年前の調査と比較すると, Athetoid児の減少, Spastic diplegia児の増加, 知能指数の低下(平均IQで8.3の減少)が明確にみられ障害の重い児童, 特に精神発達面に遅滞を持つ児童の普通学校就学の増加を示していた。

次に, 対象児童の出生時体重と在胎期間は図1のようである。平均在胎期間35.63週, SD5.12, 平均出生時体重2,332g, SD943.09と従来からいわれてきた脳性まひSpastic型児童の出生時体重と在胎期間での早産, 未熟という特徴を明確に示し, さらに極小未熟出生児35人(31%), 2,500g以下の未熟出生児56人(50%), さらにSma11-for-Date児(SFD)22名(19%)が存在した。

2. 学習成績

対象児全員の成績は図2に示すように社会が通常考えられる評価分布に近い結果であることを除いて, その他の科目はすべて一般にみられる成績分布よ

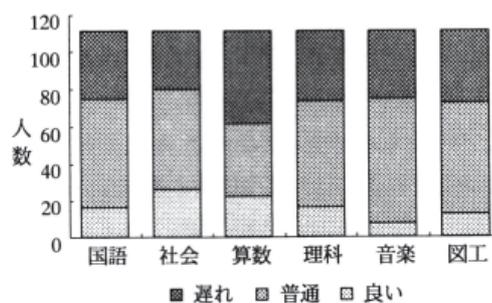


図2 対象児全員の成績

りも遅れの評価の方に偏りをみせていた。評価別では算数に遅れていると評価された児童が他の科目と比較して多く, 図工, 音楽, 国語といった上肢機能, 言語機能と関連していると考え得る科目に良いと評価される児童が少なかった。これは対象児童にSpastic型児童が多いことから, 運動機能, 言語機能の影響よりも, 知能構造面からの検討が必要であ

原著論文

ることを示唆していると考えられる。しかしながら、全体を通じては対象児童の知能指数の平均が91.3という結果を反映した当然の結果であると考えられる。

次に、極小未熟出生児とその他児童との成績を比

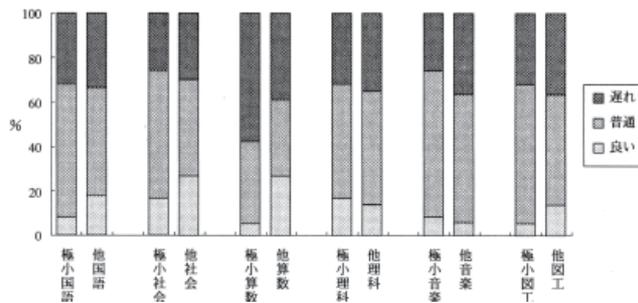


図3 極小未熟児とその他児との比較

較すると図3のとおりであった。全体としては大きな差は無いが国語、算数、図工で良いと評価される児童が少なくなっており、特に、算数に問題を多く抱えていることを考えさせる結果であった。さらに、SFDとその他児とを比較すると図4のとおりであった。極小未熟出生児とほぼ同じ傾向を示したが、図工で良いと評価される児童が存在しなくなっていることが注意される。

以上のように、対象となった脳性まひ児にあっては学習成績において、胎内発育が学習成績に影響を与えている。科目によって胎内発育の影響の程度は異なっている。と考えられる結果であり、知能構造との関連が検討されねばならないと考える。

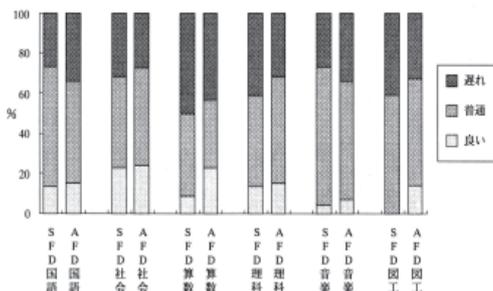


図4 SFD, AFDの成績比較

3. 学習科目間の評価の関連

各教科の評価間の関連を数量化分析3類で分析し、健常児と同じく分析した結果と比較してみると図5のようになった。基本的に、脳性まひ児と健常児ともに科目間の評価は関連を強く持っていることを

示したが、脳性まひ児で良い、遅れの評価が健常児と比べその布置に散らばりがみられること、科目全体を通じて普通と遅れの評価の位置がいくぶん近づいていることから脳性まひ児の成績評価が健常児の評価より科目によってばらつきのあることが考え

るものであった。また、図工、算数における遅れの評価が他の科目と異なり普通の評価の位置に近く布置していることは図工、算数を他の教科に比較し不得意とする児童が多く存在することを考えさせる結果である。次に、各教科の成績と知能指数との関連を検討した。知能指数を標準偏差を尺度に成績評価と同じく3段階(IQ高 IQ 110, IQ中 109 IQ 72, IQ低 IQ 71)に分けて同じく数量化分析3類で布置をみると図5と基本的

的に布置に変化はないが、健常児が成績の布置と対応した位置に知能指数が布置されているのに比較し、脳性まひ児ではIQ高、IQ中が中心へ大きくずれた

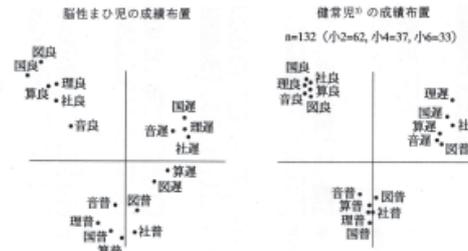


図5 CP児と健常児の成績布置

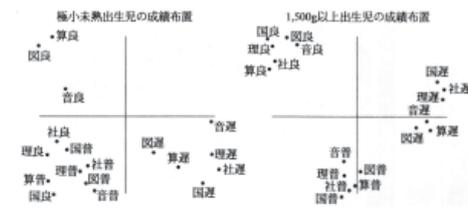


図6 極小未熟児と1500g以上出生児の成績布置の比較

位置に布置されていた。これは知能指数の低い児童を除いて脳性まひ児の学習成績を知能指数から予測することが困難であると考えられる。

極小未熟出生児と1,500g以上出生児に分けて、学習科目の評価間での関連をみると図6のとおりであった。1,500g以上出生児の布置は図5の健常児の布置と大きく異なるものでなかったのに対して、極小未熟出生児の布置は大きく異なるものであった。遅れの評価は多少の散らばりはあるもの一応のま

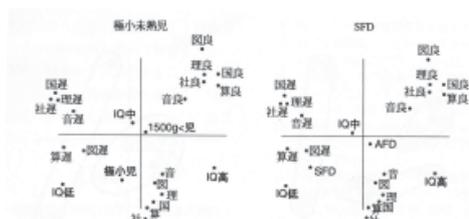


図7 成績, IQと胎内発育の布置

とまりをみせているのに対して、良い、普通の評価はまとまりを示さない布置であった。特に図工、算数が健常児と異なる布置をもたらしていると考えられる。これは極小未熟児が学習面で得意、不得意が際立っていることを示唆し、知能構造面からの影響が大きく作用していることを示唆するものであろう。

胎内発育の学習成績への影響を検討するため知能指数を加えて、極小未熟児と1,500g以上出生児、SFDとAFDとでその布置を比較すると図7のようになった。極小未熟児は知能指数でやや低く学習面でも遅れが多少みられるといった位置に布置されるのに対して、SFDは知能指数が低く学習成績も遅れが明らかだと考えられる位置に布置されていた。また、SFDが脳性まひ児で学習で問題になっていると考えられる図工、算数の遅れをより多く持つ可能性をも考えさせる位置に布置されていた。このことから在胎期間に相応な発育(胎内発育程度)が学習成績に少なからず影響を持つであろうことを考えさせるものである。これは橋らが超未熟児に関して学業に優れているか否かは胎内発育程度がかかわるとしていることが脳性まひ児にもいえると思われる。

対象児のうち54名にWPPSIテストを実施したので、これら児童の学習成績とその結果との関連から知能構造と検討した。WPPSIテストの結果は平均IQ83.2, SD21.4, VIQ95.6, SD21.3, PIQ77.1, SD20.1と言語性優位の傾向が明らかであった。学習成績にはPIQがVIQより関連を持ち、科目別では図工、算数がPIQ, VIQの両者と関連を持っていた。これは過去の検討結果とほぼ同じ結果であった。次に、各教科の評価を目的変数、下位検査項目を説明変数にし、判別分析を行い表6のような結果が得られた。理科を除き下位検査項目が各科目の成績を判別するのに有効であること、動作性項目が言語性項目よりも判別に強く作用しており、項目では積木模様、W算数(WPPSIの算数を表わす)が大きく成績に影響を与えていた。ここで注意されるのがW算数の持つ意味である。立川らが日本版WISC-Rの下位検査算数が持つ性格が米国版と異なり言語性検査

と位置付けられないこと、小川がWPPSIの因子分析においてW算数が健常児で言語、動作性のどちらにも属さない可能性、脳性まひ児でW算数が動作性に近い位置にあること、さらに原らはWPPSIが学童期の学習障害を予測するのに有効性があることを指摘

科目	相関比	重みのある下位検査項目		
		積木模様	知識	理解
国語	0.523	積木模様	知識	理解
社会	0.509	算数	類似	迷路
算数	0.612	積木模様	算数	理解
理科	0.236	積木模様	理解	迷路
音楽	0.500	動物の家	積木模様	算数
図工	0.639	動物の家	幾何図形	算数

している。今後、下位検査項目の持つ意味を考慮しながら知能構造と学習成績の関連を検討しなければならないと考える。

このように対象とした脳性まひ児の学習成績には出生時体重および胎内発育が影響を及ぼしており、SFDは精神発達遅滞に起因する学習の問題、極小未熟児は学習障害に類した学習の問題を持っていると考える。また、これらのことには知能構造、特に動作性知能が大きく影響を及ぼしていると考えられる。知能構造および動作性知能と関係する事項と出生時体重との関係については多くの研究がなされている。神谷10)は極小未熟児に言語性優位より動作性優位が多いとしているのに対し、佐藤11)は精神発達遅滞児のうち未熟児で出生した児童が動作性に劣ること、小川14)も脳性まひ児において動作性知能が出生体重と関連があり低体重出生が動作性知能を低くし、極小未熟児が視覚発達指数で優位に劣り、低体重出生脳一性まひ児に鏡映文字が多く出現すること、Fe1dkamp15)も未熟出生脳性まひ児に知覚障害が有意に多く出現することを指摘している。さらに、Eames'6)は未熟児に利き側の未成立、混乱が多いこと、加えて、小川18)が脳性まひ児は視点を移動しての方向認知、左右の認知が悪く

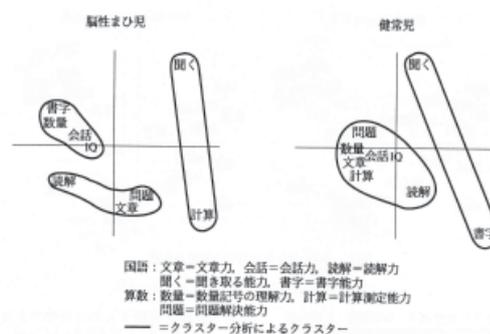


図8 国語、算数の所見比較

原著論文

、利き側の確立しないと左右の認知が劣っていると指摘している。以上のようなことから脳性まひ児の学習成績を考える時、精神発達面だけでなく神経学的な面からの検討が不可欠であると考える。また、小川19は主要教科である国語、算数の成績表の所見を整理し、図8のような結果を得ている。健常児で多くの言字見が知能と関連を持っているのに対して、1瞳柱まひ児で知能と関連する所見が少ないこと、知能と関連が少ない所見に健常児では聞き取る能力、書字能力なのに対して、瞳性まひ児では聞き取る能力、計算測定能力と異なることから、脳性まひ児の学習成績に知的働面ばかりで

なく、集中力、注意力、情緒の安定といった行動面の影響を示凌している。さらに、竹肝¹が超未熟児に注意力とその持続力などの行動面から学習障害を疑われる児童の存在を指摘していることも考え合わせ行動面から詳しい検討がなされる必要がある。最後に、本考察は対象人数の少なさに加えて、学習成績という評価尺度の統一されていないものを用いたうえに、知能テストも複数で統制されていないものを用いて検討をした。ここに自ずと結果から主張できることには限界がある。今後は、関係機関と連携し、時間的に、評価尺度的にも統制された検討がなされねばならないと考える。

文献

- 1)小川義博:普通学校に通学した脳性まひ児についての調査. 特殊教育学研究 11(3):85-91.1974
- 2)仁志田博司, 坂上正道, 船川幡夫, 他:日本人の胎児発育曲線(出生時体格基準曲線). 日本新生児医学会誌 20(1):90-97.1984
- 3)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(1). 日本特殊教育学会第20回大会発表論文集,1982:182-183
- 4)橘英弥, 金澤忠博, 他:超未熟児の学業成績について. 和歌山大学教育学部紀要教育科学 42:143-157.1992
- 5)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(4)一知能構造と学習成績(1). 日本特殊教育学会第24回大会発表論文集,1986:250-251
- 6)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(5)一知能構造と学習成績(2). 日本特殊教育学会第25回大会発表論文集,1987:338-339
- 7)立川和子, 他:日本版WSC-Rによる Learning Disability Index の検討. 小児の精神と神経 33(2):107-121.1993
- 8)小川義博:脳性まひ児の知能構造一WPPSI テストにおける痙直型児の知能構造. 日本特殊教育学会第18回大会発表論文集,1980:462-436
- 9)原仁:就学前に学習障害を予測する発達指標一学童期極小未熟児における発達指標. 小児の精神と神経 33(2):133-141.1993
- 10)神谷育司:極小未熟児の知能構造に関する研究一mm SC にみられる因子構造について. 小児の精神と神経 18(4):13-18.1978
- 11)佐藤新治:出生時体重からみた心身障害児の知能発達. 大分大学教育学部研究紀要 4(4):1-13.1974
- 12)小川義博:脳性まひ幼児(痙直型児)の知能構造に關与する要因について. 日本教育心理学会第22回大会発表論文集,1980:958-959
- 13)小川義博:脳性まひSpastic型幼児の知覚障害と周産期異常との關連について. 日本教育心理学会第17回大会発表論文集,1975:876-878
- 14)小川義博:脳性まひ児における鏡映文字の出現と利き手の關連について. 特殊教育学研究 9(3):36-45.1972
- 15)Fe1dkamp M: Perzeptionsstorungen bei ehmalis fruhgeborenen Cerebralparetikem. Mschr Kinderheilk 121:302-303.1972
- 16)Eames TH: Freency of cerebral lateral dominance variations among school children of premature and full-term birth. J. Pediatrics 49: 300-302.1957
- 17)小川義博:脳性まひ児の方向認知. 日本特殊教育学会第11回大会発表論文集,1973:142-147
- 18)小川義博:脳性まひ児の利き側と左右の認知. 日本特殊教育学会第15回大会発表論文集,1977:236-237
- 19)小川義博:普通学校における脳性まひ児の学習成績(2). 日本特殊教育学会第21回大会発表論文集,1983:126-127
- 20)竹内徹:超未熟児の学齡期の発達. 日本未熟児新生児学会誌 5(1):1-16.1993



学
会
発



表
論
文



CP 幼児の両親認知に関する一考察

今回の発表においては、CP 幼児が両親の属性をいかに認知しているかについて抄録に述べてあるような目的を持って明らかにしていきたいと思う。Kagan はこれに関連した普通児での研究で児童が父親を権威の源泉とみなし、権力のある、力のある、よりこわい、罰する者とみており、母親を愛情の源泉とみなし、好きな人、希望をうけとめてくれる者とみていること、さらに、男・女ともに同性の親、つまり、男児は父親、女児は母親を、優しくない信頼できない者と認知していくことを指摘している。これらのことがCP というハンディを負った子とその両親間の関係が、従来からいわれている諸問題と関連しCP 幼児の両親認知に何らかの異なった傾向があるかどうかを明らかにしたいと考えた。

手続・方法は調査対象として都立北療育園在園児 27 人、通園センター児 33 人計 60 人を選びこれら児童に対し、Kagan の施行したものと同一質問を個人面接で間接法 A、間接法 B、直接法の順に施行した。

結果は表 1(省略)に示すような父親・母親選択頻度となり、さらにこれを質問の内容によって整理し、権威・力の質問群、罰・敵意の質問群、愛情、養育の質問群、好悪の質問、保護の質問に分けておのおの男児、女児の父親・母親への選択頻度を比較してみる表 2 に示すごとくなり権威・力属性に関しては男女児ともに母親より父親に認知して、普通児と同じ傾向を示した。罰・敵意の属性には女児が父親に認知しているのに、男児は母親に認知し、普通児と逆の傾向を示し、男児に母親から女児より多くの圧力が加わり男児と母親の双方が女児の場合よりフラストレートしていることを示していると考えた。次に養育・愛情の属性に関しては男女児ともに父親・母親に差はなく普通児と異なる認知傾向を示した。このことは従来から指摘されてきたCP 児の親の過保護な態度、特に父親の態度との関連性を示していると考えた。すなわち、CP 児に対し父親が母親的とも思われる細々とした配慮を児童になし、母親的立場に位置する傾向があり、そこにCP 児をして本来母親に認知すべき属性を父親にも認知させる結果となったのではないかと考えた。保護、好悪等の属性に関する質問についてみると、同性の親を認知する傾向を示し、まだ同性の親を脅迫的に認知する段階に達しておらず、多少の精神的遅滞を考えさせられた。

次に、全体を通して、普通児に比べ、男女間に目立った両親認知の差がなく、ほぼ同じような傾向を示しており、CP 児が男女の一定した役割を把握した上で両親を認知しておらず、これに必要な男の子、女の子としての取り扱いを受けることが少ないのでは

ないかということも考えさせられた。

次に、通園、在園という点から比べてみると、表 3(省略)に示すごとく、罰・敵意の質問群で男女児ともに在園児が父親に認知しているのに対し、通園児は母親に認知している。さらに、養育、愛情の質問群では通園男児が在園男児と逆に父親に認知しており、在園児のほうが普通時に近い傾向を示した。通園児が家庭にいながらこのような結果を示したことは、現実の生活場面で種々の問題を持った親子関係のなかにいること、さらに、在園児が入園という他動的な親子分離を受け入れ、CP 児が困難といわれている親子分離をある程度なしとげているのに通園児はこの点で問題があること、以上、2つの面から、このようなある意味でゆがめられた両親認知をしているものと考えられた。

親子関係と両親認知の関連性については、田研式親子関係診断テストを両親に施行し拒否傾向の著しい母親の子と保護傾向の著しい子の認知傾向を比べてみると表 4(省略)に示す結果となり、特に目立った差異は認められず、この点に関しては対象児の兄弟の認知傾向との関連等、別の角度からの考察が必要であろうと感じた。

最後に、方法上の比較からみると直接法にインストラクションを強化したにもかかわらず、父母以外の家族に反応する者が多く、しかも反応が遅れ、あいまいになる傾向があり、反応に際して親子関係に関連していると思われる不安を示したことが注意された。

以上のように、今回の考察において、方法上、統計処理上不十分な点が多く明確なことはいえないが、CP 幼児には両親を認知するのに際し、普通児に比べ多少の混乱が見られる。その理由として両親が父親・母親として児童に対する相違の少ないこと、特に父親が児童に身近かな存在であること、児童に男、女として、取り扱いをうけることが少ないために男女という幼児段階での理解ができてないことを考えた。

参考文献

1. Jerome Kagan and Judith Lemkin: The Child Defferential Perception of Parental Attributes. Journal of Abnormal and Social Psychology 1960, Vol 61, No.3, 440-447
2. Smith S.: Age and Sex Differences in Children's Opinion Concerning Sex Differences. Journal Genet. Psychol., 1959, 54, 17-25
3. Jarome Kagan: The Child's Perception of the Parents Journal Abnorm. Soc. Psychol. 1956, 53, 257-258.
4. 玉池純子他: 三才児の遊戯場面における母子関係 1965. 臨床心理学の進歩

脳性まひ児における鏡映文字の出現に関する一考察(1)

目的

脳性まひ児が書字する際に鏡映文字を書く傾向があることは、その書字能力障害の一つとして指摘されてきている。しかし鏡映文字の出現に関して、発達遅滞の問題としてとらえるのか、それとも視覚運動機能の混乱等の問題としてとらえるのかは検討がなされていない。本考察においては脳の優位性(利き手)の問題から、脳性まひ児の鏡映文字の出現を考察し、知能、病型との関連を検討して、今後の脳性まひ児の書字指導の一助となればと考える。

方法

A4版の画用紙を2つ折にし、クレヨンもしくはサインペンで各自の名前をひら仮名で、初めに日常使用している左右どちらかの手で書かせ、次にそれを見えないようにして反対側の手で書かせた。名前は縦書きとし、字の大きさは制限しなかった。名前を書かせたのは日常児童が一番書きなれており、年少児において最も明瞭に書けるものとしてとりあげた。

対象児

被験児は両手で書字動作の可能なものとし、

脳性まひ児(CP児)99人、非脳性まひ児(非CP児)74人である。これらの児童の学年別人数はTable1. に示す通りである。

結果と考察

日常書字に使用している側の手(以後一応、利き手と表現する)で書かせた場合

非CP児においては幼児に一人だけしか鏡映文字が見られなかったのに対して、CP児においては幼児に2人、小1年に3人、小2年に2人、計7人と多く見られた(有意差なし)。しかもこれらCP児7人を病型からみると、全てSpastic型であった。左右の利き手による差は見いだせなかった。

利き手ではない側の手で書かせた場合

利き手で書いた字に鏡映関係を示す字を1字以上書いた者を左右の鏡映字としてCP時、非CP児の各学年別にその割合を示すとTable2. に示す通りである。(利き手において鏡映文字を示したものが、反対側において正しい文字となった児童も左右の鏡映字とみなした。)

非CP児においては各学年とも左右の鏡映児は少なかったのに対し、CP児においては各学

年とも半数以上の者が左右鏡映児であり、しかも学年による差は見られなかった。このことは利き手での鏡映文字が低学年に出現していたことを考えて、CP児においては利き手でない側の手による書字に関しては、発達、学習的要因との関連は少

Table 1 被験児

	幼児	小1	小2	小3	小4	小5、6	中学	全体
CP児	14	25	11	14	8	16	11	99
非CP児	5	10	13	9	12	12	13	74

Table 2 学年別左右の鏡映児の割合

	幼児	小1	小2	小3	小4	小5、6	中学	全体
CP児	50	60	63.6	50	62.5	58.3	45.5	53.5
非CP児	0	10	0	0	8.3	0	0	3.7

Table 3 CPの病型別左右鏡映児の割合

	幼児	小1	小2	小3	小4	小5、6	中学	全体
Athetotic	40	14.3	0	16.6	50	0	0	12.9
Spastic	46.7	77.8	77.8	75	66.7	70	62.5	72.1

ないのではないかと考える。尚上下の関係を示す鏡映文字は全く見られなかった。

CPの病型からみた左右の鏡映児についてCP児をSpastic型、Athetotic型に分けて左右の鏡映児をみるとTable3に示す通りである。

Athetotic型に比べ、Spastic型において左右の鏡映児が約6倍も多くおり、各学年を通じても一様に高い出現率を示した。更にSpastic型児をPara.、Dipl.、Trip.、Quad.に分けて、その出現を検討したが明らかな差は見いだせなかった。Athetotic型4人が鏡映現象を示したが、この中3人はAthetotic with Spasticity型で、Spasticの要素をもった児童であり、純粋なAthetotic型は1人であった。

次にこの病型別の結果を非CP児の結果と比較すると、Athetotic型児は各学年、全体とも非CP児と有意な差はなかったのに対し、Spastic型児は幼児を除いた全ての学年及び全体において有意な差(0.01レベル)をもって左右の鏡映児が多かった。

以上のように利き手でない側の手で書字させた場合、Spastic型児は非CP児、Athetotic型児より多く利き手で字と鏡映の関係を示す字を書いた。

左右の鏡映児と知能との関連について

CP児に関して、左右の鏡映児と正しく書いた児とのIQを較べてみるとTable4の通りである。左右の鏡映児がややIQにおいて低い傾

Table 4 左右の鏡映児と正しく書いた児のIQ

	人数	平均IQ	SD
左右の鏡映児	53	82.9	16.9
正しく書いた児	46	87.2	18.3
	有意差なし		

Table 6 すべての字に左右で鏡映関係を示した児童のIQ

人数	IQの範囲	平均	SD
14	62--107	88.73	12.66

Table 5 すべての字に左右で鏡映関係を示した児童

	幼児	小1	小2	小3	小4	小5、6	中学
人数	2	3	3	2	2	0	2

向を示しているが、優位さはなく、知能との関連性はないように考える。

全ての字に左右で鏡映関係を示した児童について

CPの左右での鏡映児中14人(CP児の14%)が自分の氏名を利き手でない側で書くと、全ての字に利き手で字と鏡映関係の字を示した。非CP児にはこのような児童はいなかった。この14人の学年別人数はTable5.、平均IQはTable6.に示す通りである。

学年別による差はほとんどなく、IQもTable4と比較してみるとやや高い値を示している。病型は13人がSpastic型であり(Spastic型児の19.1%)、残り1人はAthetotic with Spasticity型であった。これら児童は氏名だけでなく、他のひら仮名、かた仮名、漢字等にも利き手で字と鏡映関係の字を書く傾向を示したし、簡単なマッチ棒でのデザインを再構成する作業をさせた場合にも左右で鏡映関係の結果を示した。これらの児童は自分の書いた字の誤りに気がついて、正しい字を書くことにはかなりの困難さを示した。この児童の中5人にフロスティグ視覚発達テストを施行してみた。その結果、知覚指数は70とかなり低いものであり、視知覚発達のかなりのおくれを示していた。これらの児童に対する知能構造、上肢の運動発達等からの細かい検討の必要を感じたが今回は実施しなかった。

以上のように、脳性まひのSpastic型の児童において、非CP児童、Athetotic型の児童と異なり日常使用している側の手で書かせた字と、反対側の手で書かせた字が鏡映関係を示す傾向が年齢にかかわらずあることが注目された。

今後これらのことにつき、更に知能構造、知覚発達、運動機能、利き目等の点から細かい検討を加えていきたいと考える。

脳性まひ児における鏡映文字の出現に関する一考察(2)

目的: 第9回大会の発表及び特殊教育学研究第9巻第3号で述べたように、脳性まひ児が書字する時に左右の手で書いた文字が鏡映関係になった。しかも脳性まひのうち Spastic 型の児に知能、年齢に関係なくその鏡映関係が多く見られた。本考察においては Spastic 型児に上記の発表での名前を書くこと(ひらがな)からひらがなの46文字を書くことに変えて、左右の手で書いた文字の間に鏡映関係が見られるか、そして同じく鏡映関係が見られるとしたら文字の形態で何らかの差があるかどうかを検討する。

対象・方法: 対象は両手で書字動作の可能な6才から14才までの Spastic 型児21名(Hemiplegia1名、Paraplegia9名、Triplegia5名、Quadriplegia6名)であった。比較対照として普通校の1年生33名(入学2ヶ月)を対象とした。その男女別、日常書字している側の手の(以後一応利き手と記す)左右別等は Table1. に示すとおりであった。方法は35mmの升の用紙を用意し、50音順にひらがな46文字利き手でエンピツを用いて書かせた。次に別の用紙に利き手でない側の手で書かせた。

Table 1 被験児

	人数	男	女	平均月齢	S D	左利き	右利き	差なし
Spastic児	21	11	10	115.4	16.7	4	17	0
普通児	33	17	16	79.91	3.4	2	30	1

Table 2 鏡映文字の出現率と人数

出現率	0	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	100
Spastic児	2 9.5%	4 19.0%	3 14.3%	3 14.3%	2 9.5%	1 4.8%	1 4.8%	2 9.5%	2 9.5%	1 4.8%	0 0.0%
普通児	21 63.6%	9 27.3%	2 6.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

結果と考察:

利き手、非利き手により書かれた文字

児童の書いた文字を整理してみると正しい文字、鏡映文字、部分的鏡映文字(、、、等)混乱して判別できない文字、90度回転した文字、誤字、書字出来ない文字等が見られた。これを Spastic 児群、普通児群に分けてみると Table2の通りであった。利き手での書字において普通児群は誤字が多少みられるにすぎないのに対し、Spastic 児群は鏡映文字や判別できない文字等が見られ、正しい文字を普通児より書くことに有意に劣っていた。非利き手での書字において、普通児群はわずかに正しい文字が利き手より書けなくなり、鏡映文字が書かれた。しかし Spastic 児群では有意な差をもって正しい文字が少なくなり、鏡映文字、部分的鏡映文字が多く書かれた。

Spastic 児群と普通児群を比較すると正しい文字は利き手、非利き手とも Spastic 児群に有意に少なかった。鏡映文字、部分的鏡映文字は非利き手で Spastic 児群に有意に多かった。これは前回発表の結果と一致しており、Spastic 児は名前という限定された文字だけでなく、ひらがな全般に非利き手で書いたときに鏡映文字を書く傾向があることが明らかとなった。更に、Spastic 児群に利き手、非利き手とも混乱して判別できない文字が普通児群より有意に多く見られた。このことは知能、機能ばかりでなく知覚能力からのより細かい検討の必要を感じさせた。

非利き手による鏡映文字出現率と児童の人数

非利き手で所持した場合の鏡映文字の出現率と児童の人数は Table3の通りであった。Spastic 児群においてほとんどの児童が鏡映文字を示し、29%の児童が半数以上の文字

Table 3 Spastic児と普通児の書いた文字数の比較

	Spastic児			普通児			Spastic児と普通児との差	
	利き手	非利き手	差	利き手	非利き手	差	利き手	非利き手
正しい文字	43.1	28.6	**	45.82	44.1	*	*	**
鏡映文字	0.62	12.4	**	0	1.2	NS	NS	**
部分的鏡映文字	0.14	3.4	**	0	0	NS	**	*
混乱した文字	1.52	0.76	NS	0	0	NS	**	*
書字不能	0.62	0.76	NS	0	0	NS	NS	NS
90度回転文字	0	0.19	NS	0	0	NS	NS	NS
誤字	0.04	0	NS	0.18	0.12	NS	NS	*

** P < .01 * P < .05

を鏡映文字とし、全く正しく書けた児童は2人と非常に少なかった。更に年齢、IQとの関連は見られず前回の結果と同じ傾向を示した。普通児群ではほとんどの児童が正しく書くか、1~2文字の鏡映文字を書くにすぎなかった。

をもつ文字(よみよを含んだ文字)とその他の文字とで鏡映文字の出現率がTable5.の通り有意な差を示した。

また部分的鏡映文字を検討しても、「な」の字で「な」が2人に対し、「も」が10人、「は」の字で「お」が4人に対し、「は」が4人、「ほ」の字で「お」が5人に

対し、「ほ」が7人「む」のじで「ひ」が3人に対し、「む」が4人、「よ」の字で「よ」が5人に対し、「よ」が7人と「も」の部分での鏡映に書字することが他の部分より多く、270度以上回転した曲

Table 4 文字別にみた鏡映文字の出現率

	あ	い	う	え	お	か	き	く	け	こ	さ	し	す	せ	そ	た	ち	つ	て	と	な	に	ぬ
Spastic児	23.8	4.7	19	23.8	47.6	28.5	47.6	38	19	0	38	28.5	42.8	14.2	42.8	19	28.5	23.8	28.5	38	57.1	23.8	47.6
普通児	0	0	6	3	9	9	3	0	0	0	3	0	9	0	12.1	3	6	6	6	3	3	0	6
差	**	NS	NS	NS	**	NS	**	**	**	NS	**	**	**	*	*	*	*	NS	*	**	**	**	**
	ね	の	は	ひ	ふ	へ	ほ	ま	み	む	め	も	や	ゆ	よ	ら	り	る	れ	ろ	わ	ん	を
Spastic児	28.5	38	38	4.7	4.7	33.3	57.1	66.7	23.8	33.3	42.8	33.3	42.8	38	57.1	57.1	52.3	47.3	38	52.3	38	42.8	38
普通児	3	0	6	0	3	0	3	6	3	9	0	0	3	0	3	3	0	3	0	3	6	0	3
差	**	**	**	NS	NS	**	**	**	*	*	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**

** P < .01 * P < .05

文字別に見た非利き手による鏡映文字

非利き手で書いた鏡映文字を46文字別に出現率を示すとTable4に示す通りであった。「い、う、え、こ、つ、ひ、ろ」の7文字のほかはすべての文字にSpastic児群が有意な差をもって鏡映文字を示していた。差のなかった7文字のうち「い、こ、ひ」の3文字は左右対称に近く鏡映文字かどうかの判断に困難だった。Spastic児群と普通児群間に文字別で鏡映文字の出現についての相関はr=0.477とかなりの相関が見られた。Spastic児群と普通児群とは文字別での鏡映文字の出現傾向には余り差はなかったが出現率には明らかに差が見られた。次に文字の形態からSpastic児群の非利き手での鏡映文字を検討すると、「ま、は、ほ等」270度以上回転した曲線

線をもつ文字に鏡映文字の出現率の高い事の一面を示していた。このことが鏡映文字の出現全体に、利き手、非利き手の書字を問わず、見られるかどうかは、利き手での鏡映文字が少なく明らかに出来なかった。その他の形態からは明らかな差はないようであった。

以上、脳性まひのSpastic児は普通児より非利き手の書字において鏡映文字を多く書く傾向のあることは明白だと考える。

今後、書き順、図形描写等の点から検討し、この鏡映文字の出現を知覚性要因、運動性要因によるものか、脳皮質疾患からの認識障害によるものか検討されねばならないと考える。

参考文献

秋本波留夫(1954)失語症と失行症 心理学講座 2 - V. 3 - 22 .
 福田邦三(1937)幼ナ児ニ於ケル空間知覚ト裏返し文字ニ就イテ 日本生理学雑誌第1巻
 児玉昌(1935)再び児童の書く鏡映文字について 東京医事雑誌、29、22 -

Table 5 鏡映文字出現の比較 %

	270度以上の曲線を持つ文字	その他の文字	全体
鏡映文字の割合	43.15	30.15	34.67
差	P < 0.01で有意差		

脳性マヒ児に対するRaven's Colored Progressive Matrices による評価について

目的: 脳性マヒ児(以下CP児と略す)の知能を測り、評価することは特に上肢機能障害、言語障害が重い場合、非常に困難である。過去の研究によるとCP児の10%~30%は普通児用の標準知能テストは適さなかったり、テストの修正が必要であるとしている。そこでCP児(者)用の知能テストの作成が必要で言われているが、未だ作成されずにいる。欧米においてはCP児(者)用に作成されたり、開発されたテストがあり、実際に使用されている。

Ammons Full-Range Picture Vocabulary Test (FRPVT), Leiter International Performance Scale (LIPS), Raven's Colored Progressive Matrices (RCPM), Columbia Mental Maturity Scale (CMMS), Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT) 等がある。本考察ではCP児に比較的多く欧州で使用されているというRCPMをとりあげ、CP児の知能を年齢発達による変化、病型別、CP児の原因と考えられる出生状況から検討する。また、RCPMと鈴木ビネーテストとの関連、各項目の

通過率等を考察する。

対象・方法

対象は北療育園に入園、通園しているCP児150名であった。対象児の年齢、IQはTable1に示す通りで障害程度は軽度から最重度まで含んでいた。また、CP児の結果と比較するため6歳の普通児9人を対象にした。これら対象児にRCPMを手引き通り実施して正答の数を得点とした。

結果と考察

各年齢別の得点

Table2に示す通り年齢が進むにつれて得点は高くなっていったが、6歳児群を除いて全てRevenの標準より低い値を示していた。しかし6歳児群も普通児と比較してみると有意差を持って低く(0.01レベル)、本邦における先行研究の普通児の得点と他の年齢群も比較するとかなり低く、R.C.P.Mのみよとする「比較をし、類推によって推理する知的能力」においてはCP児は普通児よりも劣っていると判断した。Set毎の得点は全年齢でA, Ab, Bの順に高く、得点構成もほぼ標準と一致していた。

R.C.P.Mが交叉文化的なテストといわれながら、その標準が低すぎるといわれ本邦における標準がない現在CP児の結果は慎重に扱わなければならないであろう。

病型別、出生時状況別の得点

5,6歳児群を病型別にし得点を示すとTable3の通

りであり、Spastic児群とAthe-
totic児群の間に5,6歳児群とも
に有意な差はなく他のテストに
おいてAthe-
totic児群が優れて
いるといわれていることは
R.C.P.Mにおいては見られなかつ
た。

CPの原因と考えられている周

Table 1 被験児

		月齢			IQ	
		人数	平均	SD	平均	SD
脳性 ま ひ 児	5歳児群	37	68.2	4.8	90.1	18.4
	6歳児群	61	75.8	5.6	92.0	15.3
	7歳児群	21	89.0	5.4	78.8	15.2
	8歳児群	21	101.4	5.0	81.2	17.1
	9歳児群	20	112.1	4.7	79.2	17.2
普通児	6歳児群	19	76.5	5.2		

Table2 年齢別得点

		SET A		SET Ab		SET B		Total	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
脳性 ま ひ 児	5歳児群	5.95	1.33	3.29	1.62	2.43	1.26	11.65	3.16
	6歳児群	7.16	1.29	4.52	1.51	3.46	1.41	15.15	2.92
	7歳児群	7.19	2.08	4.29	2.14	4.00	1.48	15.48	4.52
	8歳児群	8.06	1.63	5.10	2.14	4.00	1.41	17.19	4.67
	9歳児群	7.90	1.81	6.50	2.26	5.70	1.71	20.10	4.79
普通児	6歳児群	8.37	1.26	6.00	1.65	3.89	1.41	18.26	3.54

Table 3 病型別得点

年齢	病型	人数	得点	SD	差
5歳	Athetosis	11	12.09	2.42	なし
	Spasticity	26	11.47	3.41	
6歳	Athetosis	24	15.63	2.41	なし
	Spasticity	37	14.78	3.11	

Table 4 出産時状況と得点

出産時状況	人数	得点	SD	差	
生下時 体重	2500g以下	21	14.43	2.46	なし
	2500g以上	40	15.53	3.06	
仮死	仮死あり	29	14.49	2.56	なし
	仮死なし	32	14.59	6.03	

Table5 IQとの相関

		SET A	SET Ab	SET B	Total
脳性 まひ 児	5歳児群	0.410	0.426	0.162	0.320
	6歳児群	0.399	0.107	0.097	0.183
	7歳児群	0.473	0.410	0.131	0.343
	8歳児群	0.586	0.396	0.447	0.610
	9歳児群	0.625	0.447	0.073	0.339

産期異常のうち、仮死、生下時体重から6歳児群の得点を示すと、Table4の通りであり、仮死の有無、未熟児(2500g以下)と成熟児(2500g以上)では有意な差はなかった。また、黄疸の有無による得点にも差はなく、例数が少なく明らかではないが、未熟+仮死+黄疸、未熟+仮死、仮死+黄疸といった分け方で得点を見ても特に目立った傾向は見られなかったが、今後、R.C.P.Mを逐年的に施行し追跡して検討を試みる必要がある。

鈴木ビネーとの関連について

鈴木ビネー知能テストのIQとR.C.P.Mの得点の相関はTable5に示す通りで8歳児群をのぞいて低い相関しかなかった。各Set別に見ると5歳児群を除いて、A, Ab, Bの順で相関があった。SetBはほとんど相関がなく、このSetの得点の低さを考えCP児に施行する場合慎重を要する。先行研究の他の知能テ

ストとの相関を比較してみると、WISCで0.70(言語性0.528、動作性0.730)、CP児で鈴木ビネーと検討した研究はなく普通児で0.59と本調査よりかなり高い相関を示している。R.C.P.M.が言語性テストというよりは動作性テストであることを考えるとWISCとの相関よりも鈴木ビネーとの相関が低くなることは当然と考えられるが、普通児に同様のことがいえるかCP児特有の傾向か検討していくべきであろう。

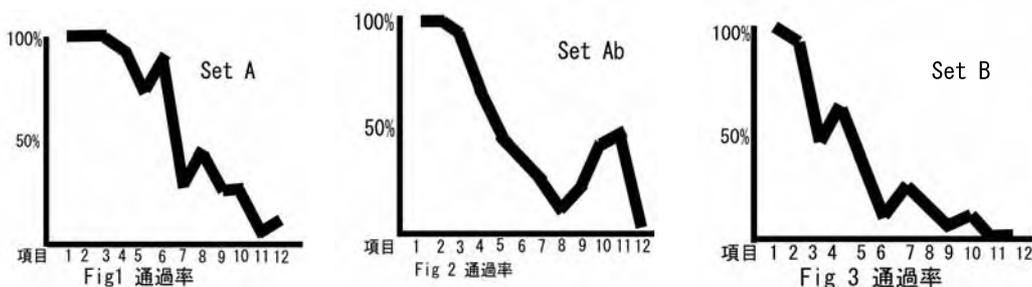
各項目の通過率

各Setの各項目の通過率はFig1-3に示す通りでSetAにおいてCp児群が項目1から12になるにつれて通過率が低くなるのに、普通児群では1から10までと11,12項目に難易差が明らかに見られた。SetAbにおいてはCP児、普通児群ともで項目8が低く、10が高く、配列を直す必要がある。SetBにおいては順次低くなっていったが項目8がやや難しすぎる傾向があった。全体を先行研究の結果と比較すると前述した配列を直す必要のある項目は一致しているが、曲線が不規則で凹凸があるのが目立った。また、通過率の低い項目について誤答を検討してみると、普通児群では誤答に一定の傾向が見られたがCP児群ではほとんど見られなかった。これは普通児群とCP児群では同じように正答を出すのに失敗しながらも推理の程度が異なっていることを示していると考ええる。

討議希望事項

CP児は知覚や知覚運動能力に問題があるといわれ、言語性知能より動作性知能に劣っている。

R.C.P.Mの問題が全体の構成に必要な関係の知覚と関係あるため、CP児がその統合困難をはじめとする知覚障害のため、R.C.P.M.において不利となり正しい評価が不可能ではないかと考える。この点についてご検討をいただきたい。



脳性まひ児の方向認知について

目的

空間概念の発達については、Piaget・Jは感覚運動空間の単なる複写物でなく、環境に対する積極的な働きかけ、行為とそれらが内面化し、ひとつのImageとして統合されることによって形成されるとしている。脳性まひ児（以下CP児と略す）はその障害のため環境に対する働きかけは制限されている。このためCP児の空間概念についてはその知覚障害との関連において空間概念欠如（Spatial Inability）の存在が指摘されてきており、その方向認知にも問題のあることが知られてきた。そこで、本考察においてはCP児の空間概念のうち、自己を中心とした上下、前後、左右の方向認知、更に、対象物における同じく上下、前後、左右の方向認知を検討し、CP児の方向認知の発達、及びその問題点を明らかにし、従来の研究結果と比較し検討を加えていく。

対象・方法

対象児は4才6ヶ月より、17歳0ヶ月までで、手もしくは言語で明確に方向指示可能なCP児93名であった。方法は 立位又は座位で自己の前後、上下、左右の指示。 仰臥位で前後、上下、左右の指

Table MA別被験児

MA(月齢)	59以下	60-71	72-83	84-119	120以上
人数	21	23	20	18	11
平均	50.1	64.3	76.9	107.2	156.5
SD	8.1	3.2	3.5	13.4	14.4

示。 対面立位の人形の前後、上下、左右の指示。

対面仰臥位の人形の前後、上下、左右の指示。これら ~ を実験者の質問に答える型で行った。更に、左右の認知と相対的関係としての左右の認知を確かにするため、Head・Hの系列テストの手眼耳試験（hand-eye-ear test）の対面検査運動模倣、対面会が命令、口頭命令の検査を上肢機能的に実施可能な62名に行った。

結果と考察

結果の整理にあたり、全被験児93名をその精神年齢（MA）でTable の通り、自己、対象物（以下人形と記す）とも立位では前後差なく正しく認知していた。しかし仰臥位では自己、人形とも誤りが多くなった。立位と仰臥位とで正答率にMA5才、6才で1% - 5%レベルで有意差あり、特に5才6才7・8才が5才以下より低くなっていることが注目された。前に対しての方が後に対してより正答が多い傾向を示していた。誤りの内容として前は足方向、後は頭部方向の答えが多く、立位で床面に対して水平の関係の前後方向を垂直関係に変えられないものが多いことを示していた。人形の立位において、前後を自己の前後を基準として逆に指示する誤りはごくわずかだった。

上下の方向認知：立位においては自己、人形ともにMA5才段階で100%近くの児童が垂直方向を指示できた。しかし仰臥位においては上下方向とも著しく正答率は低かった（自己、人形ともMA10歳

Table MA別 前後上下方向指示 %

条件	MA月齢	59以下				60-71				72-83				84-119				120以上					
		前	後	上	下	前	後	上	下	前	後	上	下	前	後	上	下	前	後	上	下		
立自	位己	正答	100	95	95	86	100	100	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		誤り	0	5	5	14	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
立人	位形	正答	90	86	90	86	100	100	100	100	100	100	95	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		誤り	10	14	10	14	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自己	仰臥位	正答	76	86	62	62	83	70	74	61	80	65	65	65	83	72	56	61	91	91	91	91	91
		誤り	頭部方向	10	10	29	0	9	13	26	0	0	35	35	0	6	17	44	0	0	9	0	9
			足方向	10	0	0	24	9	9	0	35	20	0	0	35	12	11	0	39	9	0	9	0
			その他	5	5	10	13	0	9	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人形	仰臥位	正答	62	81	43	38	74	74	43	57	75	75	55	50	83	72	56	56	82	91	82	91	91
		誤り	頭部方向	19	5	48	0	26	0	57	0	5	20	45	0	12	11	44	0	0	0	0	9
			足方向	5	10	0	48	0	26	0	43	20	5	0	50	6	17	0	44	18	9	18	0
			その他	14	5	10	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Table 左右の結果 %

条件	MA(月齢)	%				
	内容	59以下	60-71	72-83	84-119	120以上
自己 身体	正答	48	48	70	94	91
	左右逆	38	30	15	0	9
	不一致	14	22	15	6	0
人形	二姿勢とも正答	14	17	55	61	82
	二姿勢とも左右逆	43	48	30	28	18
	二姿勢で不一致	43	35	15	12	0
自己と 人形の 関係の 左	自己・人形とも正答	10	4	35	61	73
	鏡映的判断	24	30	25	22	0
	自己・人形とも左右逆	14	14	5	0	0
	自己で左右逆人形で正答	0	9	5	0	9
	他の混乱	52	43	30	17	18

以上をのぞいて、立位と仰臥位との正答率に1%レベルで有意差あり)。仰臥位ではMA10才以上で正答率が急に上昇しており、それ以前では正答率に明確な発達の上昇は見られなかった。誤りの内容としては頭部方向、下は足部方向の答えが多く、姿勢条件が変化しても視点の移動が困難で自己中心的な認知をしていることを示していた。普通児においても立位と仰臥位とでは仰臥位の方が正答率が10%前後低い。これと比べるとCP児は20%から40%も低く、CP児が姿勢の変化に視点を移動させることにかなり困難な傾向があった。

左右の認知: 左右では上下、前後とは異なり姿勢の変化が左右の認知に影響を与えていなかった。そこで、自己、人形について左右の指示がそれぞれの立位、仰臥位の二姿勢で正しく指示したものを正答、どちらかの姿勢で逆に指示したものと二姿勢とも逆に指示したものを誤答とするとTable のようになった。自己の左右はMA5才までは誤りがかなりあり、左右が逆だったり、あいまいだったりした。しかしMA7才以上では90%以上が正確になり発達の上昇傾向は見られた。人形の左右は自己に比べ正答率は低く(MA6才と10才以上段階を除き5%レベル

Table MA別手眼耳テスト平均反応数

MA(月齢)	内容	%				
		59以下	60-71	72-83	84-119	120以上
検者 模倣	正答	0.33	0.12	0.50	4.20	7.00
	誤答	1.50	0.88	0.94	1.10	0.86
	左右逆答	6.17	7.00	6.56	2.70	0.14
カード 模倣	正答	0.17	0.00	0.44	3.90	7.00
	誤答	1.33	0.41	0.50	0.00	0.43
	左右逆答	6.50	7.59	7.06	4.10	0.57
口頭 指示	正答	2.33	4.47	5.00	6.70	8.00
	誤答	3.75	1.59	1.25	0.30	0.00
	左右逆答	1.92	1.94	1.75	1.00	0.00
人数		12	17	16	10	7

で有意差あり)誤りは自己の左右を基準として逆にしたものより、あいまいなものが増加していた。CP児においても普通児と同じく対面物(人形)の左右認知は自己より難しく発達の遅れていた。自己と人形との関連から自己と対面物との左右の相対的逆関係の認知を見ると、MA10才以上でもかなりのものが理解出来ず、自己の基準で左右を逆に認知していた。

手眼耳テストの結果はTable のとおりであった。自己の左右認知を口頭指示の結果からみるとMA7才以上で90%の正答率になったことからCP児が自己の左右を正確に認知出来るのはMA7才以上と思われた。このことを従来から普通児で自己の左右をCA5才ないし6才で正しく認知出来るといわれてきていることと比べるとCP児が少なからず遅れていると指摘できるのではなからうか。次に自己と対面物との左右の相対的逆関係の認知を検者模倣、カード模倣の結果からみるとMA6才まではほとんどが自己の基準で左右を逆に認知しており、MA7才以上になって相対的な関係としての左右を認知しはじめることを推察した。この結果と自己と人形との関連での結果からCP児が相対的な関係としての左右を認知出来るのは、発達の遅れで自己の左右よりかなり遅れてMA10才以上になってからであり、従来普通児のそれがCA8才ないし9才であるといわれていることと比べて遅れていた。

尚、左右の場合、他の方向と異なりMA7才以上でも左右の方向認知が時間的経過で全く逆になったりして非常に不安定な傾向があり、また手眼耳テストにおいて、左右は正しく認知していながら、手と反対側の眼耳には反応ができない児童がいたことが注意された。

以上、CP児をMAでみた場合、方向認知のうち、自己の前後、上下は特に問題はなかったが、姿勢条件を変化させた場合の方向認知、左右及び相対的な関係としての左右の認知は普通児より遅れており、今後更に病型、運動能力、優位性等から検討していかねばならぬと考える。

【参考文献】

勝井 晃(1971): 方向の認知に関する発達の研究

【討議希望事項】

CP児の方向認知を検討する場合の検査方法について。

脳性まひ児の電動タイプライター指導上の問題と幼児期における指導の必要性

目的

近年、脳性まひ児(以下CP児と記す)に電動かな文字タイプライター(以下カナタイプと記す)の普及は著しく、重度障害児にも使用できるように種々の装置の開発、改良が行われている。しかし、カナタイプの使用は小学校高学年、もしくは中学からなされているように思われる。それは、書字能力、音声言語の障害に改善の見通しが望めないと判断してからであり、カナタイプの使用は書字能力、音声言語能力を進歩させる上でむしろ弊害になると考えられている面が多いと思われる。しかしながら、カナタイプをもっと言語能力全体の発達を促す手段としての利用を考えてもよいのではないかと考える。言語能力は普通は音声言語活動により発達していき、その中で文字習得がなされ、生産的言語技能の書く能力が発達しことばを文字で視覚化し、表現がより適切なものとなっていく。CP児の言語障害に対しては発声器官、呼吸器官、構音器官の機能訓練がじゅうしされてきている。しかし、文字学習が音声言語面へよい影響があると井野、高杉等が指摘している点を考えCP児へのカナタイプ指導が文字習得、書きことばだけでなく、音声言語習得への有効な手段となるのではないかと考える。本発表においては、以上の観点を中心にCP児のカナタイプの指導について事例を通じて考える。

事例1 (M.F. 8歳10ヶ月 男)

在胎期間41週で切迫分娩、鉗子使用、仮死度、生下時体重2250g、黄疸強、クベース収容4日間、強制栄養7日間。生後4ヶ月でCP, Tension Athetoidと診断された。障害状態は四肢マヒで移動は背這い、寝返りがやっと、日常生活動作は全介助であった。座位は両下肢を支えとして2-3分程度可能であった。上肢運動年齢は4ヶ月、発声はあるが口唇の開閉が困難で、舌が出にくく、構音が不可能であった。YES, NOの表出は顔の表情で明確にできた。IQ 67(鈴木ビネー)。【指導過程】担任教師より文字は学習できているという評価があったので、タイピングの方法を確立するこ

とを指導した。上肢、下肢によることは機能的に無理と判断されたので口による方法を試みたが、口唇機能が悪く実用にならなかった。幸い首のコントロールがよかったので、ヘルメット装着具を作成した。しかし、普通の座位、イス座位ではタイプ操作が無理なので胸部を支えて姿勢を保持できる姿勢保持具を準備し頭によるタイピングが可能になった。機械操作は4回の指導で完全に習得したが、この段階で文字の理解が全くできていないことが明らかになった。これはカナタイプ使用前は本児の手や表情の曖昧な意志表出を周囲の者が推量し、補って判断していたことによると考えられた。そこで、文字指導をカナタイプを使用して行ったが、一音節の音声に対しては正しく反応できても、二音節には全く反応できないことが目立った。例えば、a あは可能であるが、ame あめではあが反応できなかった。そこで音声法による文字指導を直音で二音節から四音節単語の音節分解能力を高める面に重点を置いて行った。聴覚的に通過する音を視覚的に置き換える課題をカナタイプの数字の0を使用して行い、その際、構音の正確さととられずに発声を区切らせた。さらに、これと並行して、音韻抽出課題を与えて、音節分解を促した。以上のような指導を週2回(1回90分)を3ヶ月行った結果、二音節、三音節の単語は音声を聞いて構成できるようになったが、絵から文字には限られた単語しかできなかった。音声を持っていないため綴り字を音声に正確に対応することができないことによると考えられるが、読みに非常に困難を見せ、綴り字から絵に反応することが難しかった。語彙の点では聴取語彙はかなりのものを持っていないが、読み語彙、書き語彙の増加は進まなかったといえる。その後、濁音を学習させ、音節数を五音節まで名詞、動詞、形容詞を10ヶ月にわたりそれまでの音節分解を重点にした指導を行ったが、音声を聞いて正しくタイピングできた誤は170語程度であり、絵からは80語程度までしかタイピングできなかった。個々までの段階で注意されたのはアクセントが異なるとタイピングが出来なくなってしまうこと(雨はできるが飴はできない)。アクセントを意図的に変えてもどうよう

あった。)指導した単語を除いては自分で新しく単語をタイピングできないこと、日常の発声が増え、音声の区切りが感じられ、場面にあった音声として感じられる発声が多くなったこと等があった。その後、語彙の量を増すことと、単語の理解を深めるため、正しい使い方を促すために簡単な日常会話の形式をとりながら指導した。

表 1 . T.N. の誤り例(一部)

	誤り	置換え	位置	
ローソク	どーそく	置換え	頭	R-D
おねえさん	おでさん	置換え、省略	中	N-D
デート	レヘト	置換え	頭、中	D-R
きた	りた	置換え	頭	K-R
デパート	レパート	置換え	頭	D-R
を	う、ご	置換え		O-U, GO
あまい	ふまい	置換え	頭	A-HU
・・・です。	れす	置換え		D-R
おめでとう	おめれう	置換え、省略	中	D-R
せんぼうき	てんぼうき	置換え	頭	S-T
にらめっこ	にらねっこ	置換え	中	M-N
ぶるべら	ぶるてら	置換え	中	P-T
エレベータ	エベレタ	置換え	中	R-V, V, R
うんち	んち	省略	中	
せんたくき	でんたくく	置換え	中、尾	S-D, I-U
ものさし	ものたし	置換え	中	S-T
らくだ	らくら	置換え	尾	R-D
さらだ	さらな	置換え	尾	D-N

事例 2 【N . T 5才6ヶ月 男】

妊娠 3 5 週より妊娠中毒症のあった母より、在胎期間 40 週で人工的早期破水 + 所要時間 1 2 時間で出生、仮死 度、黄疸普通、生下時体重 3030g。生後 7 ヶ月で CP Spasticity と診断された。障害状態は四肢マヒで移動は四つ這い、膝歩き、座位は可能である。上肢運動年齢 15 ヶ月。言語面は要求、感情を身振り、音声で行う。舌、口唇、下顎運動に不随運動見られ、大きさ、ピッチ、高低に急激な変化がある。構音はほとんどひずんでおり、母音の他は構音できる音が少ない。母音のひずみ音で音節数を単語として発語して理解できる語が 8 語程度であった。IQ52(鈴木ビネー)

【指導過程】文字は濁音も含めて完全に学習できており、右上肢を使用してタイピングが可能であった。そこで機械操作の指導から始めた。機械操作は 1 回で学習できた。ITPA のことばの理解、絵の理解の評価では 5 歳レベルにあった。聴覚語彙と読み語彙のかなり差があり、読み語彙は聴覚語彙の 80% 程度であった。本児も事例 1 の児童と同じく

カナタイプ使用において 1 音節の音声に対しては正しく反応できても、二音節には全く反応できなかった。そこで読みの指導と並行して二音節単語で語頭、語尾と交互に音節分解とあわせて音韻抽出能力を指導した。しかし、8 週間指導してもほとんど変化がなかった。ここで注意されたのが、音声言語として発語できる二音節から四音節の 15 単語については誤りはなく表現できたことである。(まま、ごはん、がっこう等) 9 週目より、三音節単語を導入して語中の音韻抽出を指導した。16 週目より、急激に読み能力に進歩が見られ、それとともに音声刺激と、絵カードに対して単語を構成できるようになり、自発的に単語を構成することがみられた。さらにこれまで指導に使用していない単語の音声刺激に時間を要し、誤りがあるが、一応構成できるようになってきた。この段階での誤りに音声言語の発達段階にみられる不正構音と共通するものが表 1 に示すとおりみられた。

これらの誤りを分類してみると、音節省略、音節頭(子)音省略は少なく、置き換えが多いのが注意された。これらの置き換えの語内位置は語頭、語中に多く、語尾にすくない傾向があった。置換えの形としてはラ行音とダ行音、サ行音とタ行音との置換えが多く見られた。これらのことは本児の構音上の欠陥からの反映と考えるか、音声の聞き分け能力の欠如によるものか今後の課題として残っている。言語面において身振りすることが少なく、発語が多くなり、構音できる単語がわずかであるが増加した。

考察:カナタイプの指導は事例で述べたごとく表現手段をもたなかったり、それが不十分な CP 児にとっては単にタイプ操作の面、文字学習の面だけでなく言語能力の表現過程、受容過程の面へ重点を置かなくてはならないと考える。発達的に文字の習得は話し言葉から始まり、これを基礎に成されていく。語音に定位して一定の音韻を単語の中から抽出していく能力が必要な音節分解ができないことは音韻表象が形成されないでいて、単語の音をいくつもの音の集合ではなく、一つの連続音として知覚されていることによる。健常児では 4 歳後半に音節分解が可能になるといわれている。しかし、音声言語に障害のある CP 児に音声に代わるものを与えないかぎりこの点の発達は困難であろうと考える。この意味で幼児期におけるカナタイプの検討の必要を考える。従来、カナタイプが書写道具の面から改良検討されているが言語学習という面から指導法が検討される必要を感じる。幼児期の使用に適した文字サイズ、キーの配色、さらに Moore.D.K のもの言うタイプ等の検討も必要であろう。

脳性まひ Spastic 型幼児の知覚障害と周産期異常との関連について

目的

脳性まひ(以下CPと略記)の随伴障害の一つに知覚障害が存在すると指摘されている。特に、図一地知覚を中心に視知覚に障害があるといわれ、CP児の学習指導面において困難な問題を示している。CP児の病型と知覚障害との関係についてはM.L.T Abercrombieらの研究があり、多くはAthetotic型よりSpastic型に知覚障害が多く認められるとされている。しかし、CPの原因と考えられている周産期における異常の面からの検討は病型、障害部位についてはかなりなされてきており、知能との関連も一部検討されているが、知覚障害との関連は僅かにFeldkampの研究があるにすぎない。FeldkampはCPの知覚障害が成熟出産の児童より未熟出産の児童に多く見られると指摘している。CPの知覚障害が部分的に大脳病理学的な疾患の視空間失認に見られる障害に似ていることを日頃感じている。CP児の知覚障害が発達上の問題だけでなく脳病理学的、神経学的な立場から検討されねばならないと考える。従来から、CPの三大原因と考えられている、未熟出産、仮死産、重症黄疸のうち、重症黄疸は大脳基底核、仮死産は大脳皮質に損傷を与えるといわれている。このように損傷部位が異なるという面から、CPの知覚障害を検討することは重要であると考えられる。本考察は以上のような立場から知覚障害を理解する一助とするため、CPの原因と考えられている異常のうち未熟出産、仮死産、重症黄疸と知覚障害との関連を検討する。

方法

対象 対象児は北療育園に入園したCP児のうち、Spastic型と診断されている児童で出産状況が

TABLE 1 対象児

人数	4才	5才	6才	7才	全体
	14	20	13	6	53
平均月齢	54.6	65.5	75.2	88.2	
SD	3.2	2.67	2.51	2.48	
平均IQ	84.9	87.8	88.4	89.3	87.3
SD	17.7	22.3	24.9	6.6	21.3

正確につかめ、且つ上肢運動年齢 (motor age of upper extremities 以下

MAUと記す)が30ヶ月以上の53人であった。対象児の年齢は4歳から7歳で平均年齢およびIQはTable 1の通りであった。障害部位ではParaplegia28人、Diplegia17人、Quadriplegia8人であった。

手続き フロスティグ視知覚発達検査を手引きにしたがって行った。実施は個別に行った。結果は手引きにしたがって採点した。

結果と考察

全体のテスト結果はTable 2に示す通りでPQ(知覚発達指数)86.0と知覚発達に遅れが見られ、サブテストでは 図と地が最も劣っていた。この結果は従来の研究と同様な傾向であった。年齢とともにサブテストの得点は増加しており発達の傾向は見られたが、サブテスト において評価点での減少が見られた。このことはCP児に空間の位置、空間関係知覚発達の問題がことを考えるとともにサブテスト の妥当性の検討する必要がある。障害部位、Mauとの関連は特に見られなかった。また、

TABLE 3 周産期の状態とPQ

	人数	平均PQ	SD
三大原因なし	9	85.5	22.9
未熟産	15	88.7	14.7
仮死産	11	90.0	16.2
重症黄疸	3	76.3	
未熟産+仮死産	3	83.3	
未熟産+重症黄疸	7	86.7	16.2
仮死産+重症黄疸	2	78.0	
三大原因すべて	3	73.0	

男女差も明らかでなかった。IQとの関連は相関係数で0.455とかんがりの相関が見られた。つぎに周産期異常との関連をPQにつ

いてみるとTable 3に示す通りであった。仮死産だけのものが90.0と一番高く、未熟出産だけのものが88.7とこれについて高くなっていた。しかしながら、三大原因を持たないものが85.5と三大原因を持つ者より低くなっていることが注意された。このことは三大原因以外の妊娠中毒症、胎盤早期剥離、遺伝因子等から検討されねばならないであろう。三大原因の一原因だけのものは平均87.9、二原因のものは84.4、三原因全てを持つものは73.

学会論文

0と周産期異常を多く持ったものはPQが低くなる傾向が見られた。これは知覚発達と脳の損傷程度が関連をもっていることを示していると考え。更に、原因別に見ると仮死産と未熟産は他の原因が加わることでPQは低くなっていたが、重症黄疸についてこのことは見られなかった。重症黄疸がRigidity型と関連することから今後検討されねばならぬと考える。

更に、三大原因別に見ると、仮死についてはTable4に示す通りであり、明らかな差は見出せなかった。サブテストについても の図一地で仮死産でなかったものがやや劣っていたが、有意な差は見出せなかった。重症黄疸はTable5の通りでありPQとサブテストとともに仮死産に比べると明らかに差が見られ重症黄疸のあった者が知覚発達に劣っている傾向があった。しかし、重症黄疸が他の原因と重複しているものが多かったことを考え、一概に重症黄疸と知覚発達との関連があるとは判断できない。次に生下時体重の面から未熟児(生下時体重2500g以下)と成熟時に分けてみるとTable6に示す通り

であり、有意な差はPQ、サブテストに見られなかった。しかし、生下時体重1500g以下の生下時体重児についてみると、Table7のとおりであり、PQ、サブテストともかなり低い結果を示した。これは1500g以上の児童、1500g以上の未熟児、成熟児に比べて有意に劣っていた。(5%レベル) これらの児童は他の原因を合併していることが少なくTable2で見られたような脳の損傷程度との関連は少ないと考える。次に、生下時体重と在胎期間との関連をSFD、LFDについてみるとSFDは平均PQ90.4、LFDは4人でPQ91.5という結果を示し胎内の発育状態と知覚発達との関連は少ないと考える。

今後、CPの原因と考えられている他の要因と知覚障害と関連、仮死の程度、黄疸の程度との関連を検討したい。更に、CPに限定せず精薄、てんかんなどを含め、知覚障害と周産期異常との関連を検討する必要がある。

(注) 在胎期間の割に体重が3/2 以上少ないものをSFD (Small for date baby)、大きいものをLFD (Large for date baby)

TABLE 2 フロスティグテストの結果

	人数	平均PQ	SD	サブテスト									
				SS		SD		SS		SD			
				SS	SD	SS	SD	SS	SD	SS	SD		
全体	53	86.0	16.2	8.6	3.1	7.4	1.9	8.2	3.0	8.8	2.1	9.0	1.8

Table 4 仮死産とテスト結果

	人数	平均PQ	SD	サブテスト									
				SS		SD		SS		SD			
				SS	SD	SS	SD	SS	SD	SS	SD		
仮死産+	19	85.1	17.4	8.2	3.4	8.00	2.4	87.0	2.6	9.1	2.2	9.1	2.2
仮死産-	34	86.4	15.2	8.6	2.9	7.1	1.5	8.2	3.1	8.8	1.8	9.0	1.5

Table 5 重症黄疸とテスト結果

	人数	平均PQ	SD	サブテスト									
				SS		SD		SS		SD			
				SS	SD	SS	SD	SS	SD	SS	SD		
黄疸+	15	80.7	13.9	7.9	2.8	6.6	1.0	7.3	3.2	8.3	1.5	8.4	1.5
黄疸-	38	87.9	16.4	8.7	3.2	7.6	2.0	8.4	2.8	9.0	2.3	9.3	1.8

Table 6 生下時体重とテスト結果

	人数	平均PQ	SD	サブテスト									
				SS		SD		SS		SD			
				SS	SD	SS	SD	SS	SD	SS	SD		
未熟産	28	86.4	17.1	9.0	3.2	7.3	2.1	8.4	3.3	8.9	1.9	9.1	1.8
成熟産	25	85.2	14.9	7.9	2.9	7.5	1.6	7.8	2.5	8.7	2.3	9.0	1.7

Table 7 低出生体重児とテスト結果

	人数	平均PQ	SD	サブテスト									
				SS		SD		SS		SD			
				SS	SD	SS	SD	SS	SD	SS	SD		
低出生体重児	13	75.3	10.1	7.1	1.7	6.9	1.6	7.1	1.9	8.8	1.8	8.6	1.6

脳性まひ児特に痙直型児の知能構造と周産期異常(1)

目的

脳性まひ(以下CP)は脳の器質的異常による疾患であるから、CPのもつ多くの特性は脳の損傷程度によるものが大きいと考えられる。CPの脳損傷の原因の多くは種々の周産期の異常と関連している。CP児の知能を考えると、部分的に脳の損傷をきたす原因を対応させて考えることがCP児を理解していく上で重要な方法になると思われる。

CP児の知能構造については三沢、石井等の研究で言語性IQ(VIQ)が動作性IQ(PIQ)より優れていることが明らかにされているが病型別からは検討されてない。更に、CP児の原因とりわけ周産期異常と知能の関連については岡田他、小川等の研究があるにすぎない。これらの研究では、CPの三大原因(仮死・重症黄疸・未熟出産)のうち、仮死と未熟出産特に低出生時体重重産(SFD)がIQと関連があると指摘している。

普通児では未熟(出産)児について多くの研究がなされ、未熟児は幼児期に知能の遅れが見られるが、以後は正常であるといわれている。知能構造について、斉藤はVIQ>PIQの児童が多いとしている。Davis.P.A.は未熟児でもSFDはAFDより知能は低く、しかもPIQが劣ると指摘している。

以上のようにCP児の知能、特に知能構造について周産期異常との関連についてはまだ十分に検討されていない。そこで本考察においてはSpastic型児についてこの関連を明らかにし、今後のCP児の理解と指導の一助としたい。

対象及び方法

対象はCP児で明らかに痙直型と診断された児童であり、言語障害はほとんどなく、上肢運動年齢25ヶ月以上の33名であった。対象児の年令、障害部位等は表1に示すとおりであった。脳波異常のある児童は9名であった。方法はWPPSI

テストを実施した。

結果と考察

全体のテスト結果は表2の如くであり、IQ73.1とかなりの遅れを示していた。

知能構造はVIQがPIQより高かった(5%で有意)。この結果は他の疾患による肢体不自由児と同様な傾向であるが、PIQがかなり劣っていたことは

表2 WPPSIの結果

人数	IQ			VIQ			PIQ		
	平均	SD	範囲	平均	SD	範囲	平均	SD	範囲
33	73.1	23.7	45-135	85.3	21.5	45-139	71.1	24.4	45-130

Spastic児のリハビリテーションという観点で予後を見ると、その予後は思わしくないものが多いと推察される。周産期の状態とIQとの関連は表3に示すとおりであり、明確ではないが周産期の異常が重複するに従いIQは低い傾向がうかがわれた。

このことはVIQよりPIQに顕著に表れていた。未熟出産だけの児童と三大原因がなかった児童では

表3 周産期の状態とWPPSIの結果

	人数	IQ		VIQ		PIQ	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD
未熟+仮死	4	81.7		91.7		75.5	
未熟+黄疸	3	61		81.3		51	
未熟+仮死+黄疸	5	74		97.4		57.8	
未熟のみ	10	68.4	19.3	85	20.1	62.4	17.2
仮死のみ	2	86		81		95	
黄疸のみ	1	95		90		101	
仮死+黄疸	1	45		45		45	
異常なし	7	84.1	24.1	82.6	20	91.6	24.9

IQ及びPIQに明らかな差があった(1%で有意)。これらの結果は脳の損傷程度がIQ特にPIQと関連する事を示していると考えられる。次に、三大原因別みると、仮死産は表4に示すとおりであり、IQにほとんど差はなかったが、仮死のなかった児童に比べ、VIQとPIQとの差が大きい傾向がみられ、VIQで仮死のなかった児童よりかなり高い値を示したことが注意された。重症黄疸は表5に示すとおりであり、黄疸が重症でなかった児童のIQが高かったが、これはPIQの差によるものであった。

表1 被験児

人数	年齢(月齢)			障害部位			上肢運動年齢			性別	
	平均	SD	範囲	Para	Dip	Quad	平均	SD	範囲	男	女
33	69.5	11.1	52-85	11	12	10	44.5	10.1	25-62	25	8

表4 仮死産とWPPSIの結果

	人数	IQ			VIQ			PIQ		
		平均	SD	範囲	平均	SD	範囲	平均	SD	範囲
仮死(+)	12	76.1	24.2	45-135	88.4	24.2	45-139	68.9	22.8	42-113
仮死(-)	21	73.7	21.9	45-121	79.1	25.5	50-118	72.4	25.2	45-130

表5 重症黄疸とWPPSIの結果

	人数	IQ			VIQ			PIQ		
		平均	SD	範囲	平均	SD	範囲	平均	SD	範囲
黄疸(+)	10	69	14.7	45-95	86.6	24.2	45-109	58.8	16.6	45-101
黄疸(-)	23	77.6	25.5	45-135	85.1	22.3	50-139	76.5	25.3	45-130

表6 生下時体重とWPPSIの結果

	人数	IQ			VIQ			PIQ		
		平均	SD	範囲	平均	SD	範囲	平均	SD	範囲
未熟児	22	70.9	20.5	45-135	88.5	19.6	45-139	62.2	18.2	45-112
成熟児	11	81.9	25.4	45-121	79.5	22.4	45-107	88.8	25.5	45-124

表7 SFD児のWPPSIの結果

	人数	IQ		VIQ-PIQ		VIQ		PIQ	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
SFD	6	82.8	29.8	13.5	13.7	91.1	27.8	77.6	22.9

表8 生下時体重、在胎期間とWPPSIの結果との相関

	生下時体重	在胎期間	IQ	VIQ-PIQ	VIQ	PIQ
生下時体重						
在胎期間	0.878					
IQ	0.469	0.491				
VIQ-PIQ	-0.748	-0.743	-0.186			
VIQ	-0.051	-0.039	0.740	0.428		
PIQ	0.699	0.705	0.818	-0.621	0.430	

重症黄疸のあった児童ではVIQがPIQより高かった(1%で有意)。重症黄疸がこのように知能構造と関連を持っていることはCPの生理学的側面からの検討を加味して考えていく必要がある。次に生下時体重の点から、2500g以下の未熟出産時と成熟出産時とにわけると表6のとおりであった。

未熟児はIQで成熟児より低かった。これはPIQが有意に低いことによるものであり(1%レベル)、VIQは成熟児より逆に高かった。未熟児ではVIQがPIQより26.2高いのに対して成熟児はPIQがVIQより9.3高く、1%レベルで有意さがあり、両群は知能構造が異なっていた。未熟児はPIQがVIQより低く(1%で有意)、Davis.D.C.、Davis.P.A.の結果と一致している。

これらのことはFeldcampがCPの知覚障害が未熟児に多いとしていることから、CPの知覚障害との関連を検討せねばならないであろう。またSFDについては表7のとおりでやはりVIQ;

かった。

次に在胎期間、生下時体重、IQ、VIQ、PIQ、VIQとPIQとの差の相関は表8のとおりであった。生下時体重の点ではIQとかなり相関がみられ胎内での発育がIQにかなり影響していることが推察される。これを知能構造からみるとVIQはほとんど生下時体重と相関はみられなかったが、PIQは0.699と高い相関がみられた。VIQとPIQの差(VIQ - PIQ)も - 0.748と相関が高く、生下時体重の増加に伴いPIQが高くなり、VIQより高くなることをあらわしている。在胎期間については当然に生下時体重と同様な結果であったが、IQ、PIQがわずかに相関が高くなり、PIQについては図1のとおりであった。

IQとVIQ、PIQとの関係はPIQがより相関は高く、Spastic児童の知能はPIQに左右される面がより大きく、そのPIQは在胎期間、生下時体重との関連から胎内での発達に密接に関係していると考えられる。

今後、年令段階を追って経過を検討し、併せて他の病型、他の周産期異常について知能構造との関連

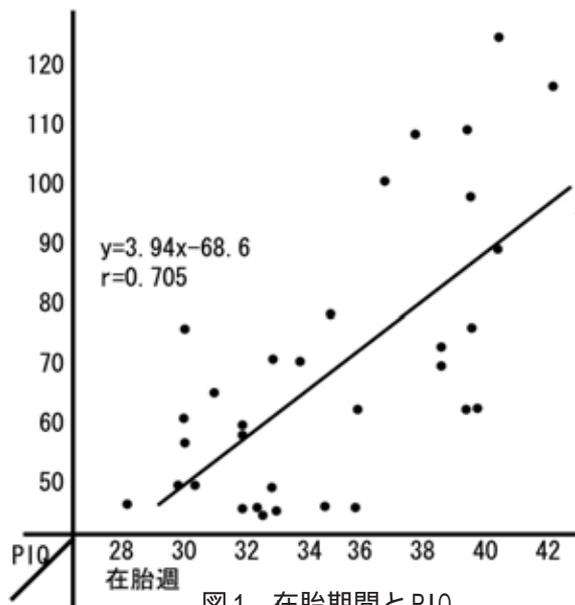


図1 在胎期間とPIQ

脳性まひ児，特に痙直型児の知能構造と周産期異常(2)

目的

脳性まひ児(以下CPと略記)の発生率が近年低下しているといわれている。しかし、CPの原因が未熟出産、仮死、黄疸が高い割合を占めていることは変わらない。これらの原因が程度は異なり心身の障害程度、特性に関連すると考える。」この考えに基づき、第18回教育心理学会痙直型児の地脳構造と周産期異常と関連を検討し以下のことを報告した。周産期異常は言語性IQ(VIQ)よりも動作性IQ(PIQ)により関連していた。周産期の異常が重複するに従い、IQは低くなる傾向があった。重症黄疸、未熟児であった児童はVIQ>PIQであったが、成熟児はPIQ>VIQであり、胎内での発育が知能構造に密接に関連していた。佐藤は精神薄弱児の知能と出生時体重との関連についてPIQに出生時体重との関係が強く見られ、未熟児に言語性優位の出現率が高いとしている。本考察においては18回教育心理学会の結果を更に下位検査結果から検討して知能構造と周産期異常の関連を明らかにしたい。

対象および方法

対象児はCPのSPASTIC型児で言語障害はなく常氏運動の障害の軽度な33名の児童であった。方法はWPPSIテストを実施した。

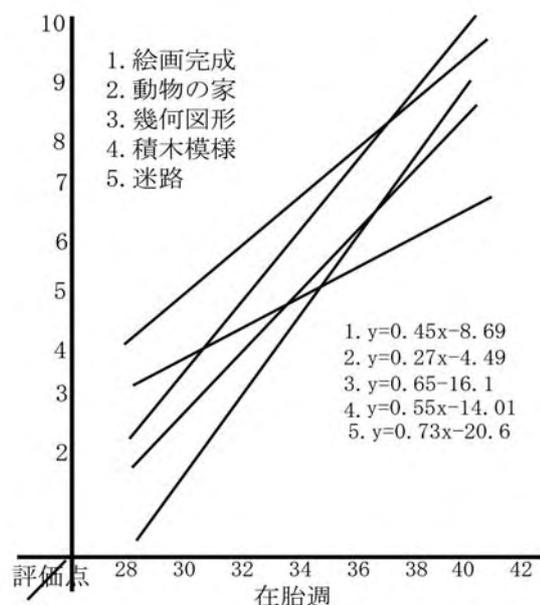
結果と考察

下位検査の結果は表1の通りであり、言語性検査で算数、理解、動作性検査で動物の家、迷路で劣っているのが目立った。これは松永、石井、等の結果と同じ傾向であった。算数が劣っていたことはSPASTIC児が抽象能力の欠如を示し脳器質障害の傾向が強いことを考える。周産期状態と評価点(SS)との関連を見るとどの検査においても周産期異常の重複につれてSSは低くなっていた。三大原因別に見ると仮死産は表2の通りであり仮死産の有無で書く下位検査に有意差(5%レベル)はなかった。仮死の

あった児童は単語を除いて言語性検査で仮死のない児童は幾何図形をのぞいた動作性検査で高いSSを示し異なる傾向を示した。重症黄疸については表3の通りであり言語性検査ではほとんど各検査項目とも有意差(5%レベル)はなかった。動作性検査ですべての検査項目に黄疸のなかった児童が高いSSを示し、幾何図形、積木模様においては有意差が(5%レベル)あった。このことは重症黄疸が視覚的、運動的発達面に影響していることと、抽象図形の分解構成能力、形態把握能力に影響していることを考えさせる。また、重症黄疸がCPのSPASTIC型よりATHETOTIC型の原因と認められている点から、ATHETOTIC型児の知能構造と比較していくことと、重症黄疸の程度から検討していくことが必要であろう。生下時体重の面から、未熟児(生下時体重2500g以下)と成熟児に分けてみると表4の通りであった。言語性検査では算数を除いて各下位検査項目で未熟児が高いSSを示したが有意差はなかった。これに対して動作性検査では逆にすべての下位検査項目で成熟児が高いSSを示し、動物の家を除いて有意差(5%レベル)があった。この結果は、佐藤、Davis等の未熟児の知能構造の研究結果とほぼ一致しており未熟児に知覚・運動統合能力、注意力の劣り、知覚障害が存在することを示しているのではないかと考える。また、未熟児に算数、迷路において落ち込みが目立っており、高度の抽象能力、見通し能力の面から検討する必要がある。

つぎに、在胎期間、生下時体重、上肢運動年齢と下位検査項目との関連、および下肢検査項目間の関連は表5のとおりであった。在胎期間より生下時体重が全般的に下位検査項目のSSと高い相関が見られた。特に、迷路において相関が高く動物の家が他の検査項目に較べ一段低くなっているのが目立った。図1に示すように動物の家は他の検査項目と異なる特徴を在胎期間、および生下時体重との関係を示していた。言語性検査項目は生下時体重、在胎期

間の双方ともに相関はほとんどなかったがその中で算数が低い相関を示しており他の検査項目と異なる傾向を示していた。これを前述した未熟児の結果と考えると胎内での児童の発達が高度の抽象能力と思考能力に関連している面があるのではなからうかと考える。次に下位検査項目の内部相関では言語性検査、動作検査それぞれの内部だけは一般よりかなり高かったが、言語性と動作性との相関は低くなってきていた。特に、単語、類似が動作性検査とほとんど相関がなく迷路、絵画完成が言語性検査とほとんど相関がなかった。しかし言語性検査で算数、動作性検査で動物の家が他の検査項目と異なり、それぞれ動作性検査および言語性検査と相関が高くなっていった。このように内部相関にSPASTIC児は動作性検査、言語性検査とに明らかに差を示しており、その知能診断の難しさを考えさせた。更に、上肢運動年齢の点から検討すると上肢運



から検討していないので明確でないが胎内での発達と上肢運動能力が関連をもつであろうことを示すと考える。上肢運動年齢はすべて動作検査項目とかなり相関があり上肢障害程度が検査に影響していることが考えられる。しかし上肢

運動能力検査自体がかなり知的側面を検査していると考えるので、今後この点を更に検討していく必要がある。

参考文献

佐藤新治 出生体重からみた心身障害児の知的発達 大分大学教育学部 紀要 4-4

表1 下位検査の評価点

	N	言語性検査					動作性検査				
		1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
全体	33	9.0	8.4	6.9	8.2	7.4	5.2	7.4	5.5	7.7	5.7

表2 仮死と下位検査の評価点

	N	言語性検査					動作性検査				
		1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
仮死+	12	10.0	8.0	7.5	8.8	7.7	5.1	7.0	4.9	7.1	5.5
仮死-	21	8.4	8.5	6.6	7.8	7.4	5.2	7.6	5.9	6.9	5.8

表3 重症黄疸と下位検査の評価点

	N	言語性検査					動作性検査				
		1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
黄疸+	10	9.4	9.1	6.7	8.3	7.1	4.4	6.1	3.6	5.0	3.9
黄疸-	23	8.8	7.9	7.0	8.1	7.7	5.5	7.9	6.3	7.9	6.4

表4 生下時体重と下位検査の評価点

	N	言語性検査					動作性検査				
		1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
成熟児	11	8.3	6.9	7.3	6.5	6.5	6.4	9.5	9.0	10.0	7.8
未熟児	22	9.4	9.0	6.8	8.9	7.9	4.5	6.3	3.8	5.5	4.6

表5 生下時体重、在胎期間、上肢運動年齢と下位検査項目の相関と検査の内部相関

		生下時 体重	在胎期 間	上肢運 動年齢	知識	単語	算数	類似	理解	動物の 家	絵画完 成	迷路	幾何図 形	積木模 様
生下時体重			**	*						*	**	**	**	**
在胎期間		0.878								**	**	**	**	**
上肢運動年齢		0.414	0.319		**	*	*		**	**	**	*	**	**
言語性 下位 検査 項目	知識	-0.061	-0.095	0.500		**	**	**	**	**	*	*	*	*
	単語	-0.181	-0.222	0.353	0.710		**	**	**	**	*	*	*	*
	算数	0.253	0.238	0.418	0.628	0.461		**	**	**	**	*	**	**
	類似	-0.146	-0.047	0.176	0.572	0.563	0.658		**	**	**	*	*	*
動作性 下位 検査 項目	理解	-0.091	-0.009	0.455	0.619	0.606	0.467	0.626		**	*	*	*	*
	動物の家	0.361	0.318	0.527	0.548	0.357	0.633	0.277	0.536		**	**	**	**
	絵画完成	0.657	0.619	0.495	0.315	0.108	0.456	0.230	0.305	0.629		**	**	**
	迷路	0.773	0.770	0.423	-0.007	-0.096	0.398	0.073	0.117	0.489	0.779		**	**
幾何図形	幾何図形	0.647	0.645	0.538	0.361	0.230	0.679	0.382	0.318	0.579	0.638	0.773		**
	積木模様	0.550	0.577	0.580	0.348	0.218	0.656	0.376	0.405	0.647	0.648	0.799	0.925	

** P < 0.01 * P < 0.05

脳性まひ児の利き側と左右認知

目的

近年、ラテラルィーに関する研究がさかに行われつつあるが、脳性まひ児(以下CP児と記す)のそれについての研究は少ない。CP児はその身体障害によってラテラルィーの発達が遅れ種々の適応能力に問題を持つといわれている。成瀬⁽¹⁾はCP児がCP児が普通児と異なるラテラルィーを持つこと、上肢動作において左利きが多くみられ、更に歩行動作における左右差が普通児と質的に異なると指摘している。しかし、運動系のラテラルィーと並んで重要な感覚系のラテラルィーに関してはほとんど検討されていない。丸山がCP児に斜視、屈折異常、器質的病変があるということから視覚系のラテラルィーがCP児の適応に重要な問題を持つのではないかと考える。M. MacmeeKenは読書欠陥と左目の優位との重要な関係を認めている。F. J. Shonellは交叉優位が学業不振の一要因となっていることを指摘している。以上のようにCP児の種々の適応上の問題を考えるとき、その運動系のラテラルィーと感覚系のラテラルィーの発達、及び、相互の関連を明らかにすることは重要であると考え。

次に、CP児に知覚障害との関連において、空間概念欠如(Spatial Inability)の存在が指摘されてきており、その方向認知に問題があることが知られている。小川⁽²⁾はCP児が左右及び、相対的な関係としての左右の認知において、普通児と比較し遅れていることを指摘している。この左右の認知には左右勾配が影響しており、身体の一側方が他方と違っていることを感じる事が、左右の抽象的概念を児童が獲得していくとBentonはいつている。本考察においては、以上の点からCP児のラテラルィーの発達とラテラルィーの確立程度と左右の認知との関連を検討する。

表1 対象児

	N	年齢		IQ		病型	
		平均	S D	平均	S D	S pal	Ath.
幼児	21	67.9	9.8	88.2	18.8	15	6
学童	20	90.4	13.6	85.0	20.5	11	9

対象、方法

対象児は5歳から10歳までのCP児41名で、その平均年齢、IQ、病型は表1のとおりであった。利き側についてはH.G. Birch等の用いた方法で調査した。手については、(1)ボール投げ、(2)ドアのノブ廻し(3)ハサミ使用(4)書字、目については(1)万華鏡のぞき(2)鉄砲の照準(3)15cm四方紙中央1cm径穴のぞき、足についてはボール蹴りであった。利き側の判定は手、目については凡てを一側行った時、その側を利き手、目とし、足については蹴る側と正確さで行い、一致しない場合は利き側不明とした。次に左右認知については、Piagetの用いた方法で調査した。自己の左右に関して4項目、他者の左右に6項目、位置を変えた時の左右に4項目、三つの具対物間の左右に6項目の質問を行い、各々凡て正しく反応したときを正答とした。

結果と考察

利き側については表3に示すとおりであり、手目足ともにCP児は普通児より右利きが少ない傾向があり、Birch等⁽³⁾の結果と比べて手足が特にこの傾向が著しかった。利き側の確立が高いのが足で、一般にいわれているのと同様の傾向を示していた。発達的には学令児が手目足とも右利きが多くなっており、特に目について優位さをもって学令児に右利きが多くなっていった。(5%レベル)これは利き側の確立度に差がないことを考え、一概に発達的な問題とはいえないであろう。次に手目足の利き側の関係を見ると表4に示すとおりであり手足の一致度が高く、目と手、目と足の一致度がやや低くなっていたが、普通児とほとんど差がなかった。手と足の運動系の一致度と比べ、目と手、目と足の感覚系と運動系との一致度が低いことは感覚系のラテラルィーが運動系のそれより確立が遅れることによるとも考えられるが、今後、聴覚系との関連とも検討されねばならないであろう。発達的には凡て学令児が利き側

学会論文

の一致度が高くなっており、特に手と足では有意差を持って学令児が高くなっていった(1%レベル)。CP児も普通児と同じく、年令とともに利き側が一致する傾向があると考えられる。

次に、病型別に利き側とその関係を見ると、表5、表6に示す通りであった。利き側において、Spastic児が凡ての面で右利きが多く、手、目について、Athetotic児より有意差をもって右利きが多くなっていった(5%レベル)。また、Spastic児に利き手の確立度が低くなっていたが、上肢の障害程度との関連はみられなかった。利き側の関係は全般にSpastic児よりAthetotic児がラテラルリティに検討されねばならない問題をもっているのではないかと考える。尚、手目足の利き側が凡て一致していた児童は17人(41.5%)でSpastic児12人(46.1%)、Athetotic児5人(33.3%)であった。

次に、左右認知については、表7に示すとおりであった。全体にCP児が普通児に比べて左右認知能力が劣っている傾向があった。他者の左右、事物間の左右認知が自己の左右、位置を移動しての左右の認知より劣っており自己を基準とした絶対的な左右認知に比べて、相対的關係としての左右認知能力が劣っていることを示し、従来の研究と同じ結果であった。発達的には他者の左右を除いて、学童が幼児より有意に正しく反応していた(1%レベル)。しかし、他者の左右、事物間の左右に関して認知する能力は充分でなく、CP児が相対的關係としての左右認知が可能になるのは10才前後になるのではないかと考える。病型別に見ると表8に示す通りであり、Spastic児が全般に左右の認知能力に劣っている傾向がみられた。これは過去の研究結果と同じ傾向であり、Spastic児に多いと指摘されている学習

障害との関連から検討されねばならない問題を考える。

最後に、利き側の確立と左右の認知能力との関連を検討した。手目足の利き側が凡て一致した児童17人と不一致、不明の児童24人について左右認知能力を比較してみると表9の通りであった。利き側の一致児が凡てにわたって左右認知能力に優れており、特に他者の左右に関して有意に優れていた(1%レベル)。このようにCP児の左右認知に身体の左右勾配が1つの要因として影響していることが推察されるが、今後、普通児との比較から検討される必要があるであろう。

以上、CP児の利き側と左右認知の問題との関連を検討したが、今後、神経学的な利き側の検査から検討されねばならないと考える。

参考文献

- (1)成瀬悟策：脳性まひ児におけるラテラルリティ 日本心理学会第37回大会発表論文集 282-283 1973
- (2)小川義博：脳性まひ児の方向認知について 日本特殊教育学会第11回大会発表論文集 242-243 1973
- (3)H.G.Birch: Belmont, L.& Birch, H.G.: Lateral dominance and right-left awareness in normal children. Chile Development, 34, 257-270. 1963

表2 病型別対象児

	幼児				学童				Total			
	年齢		IQ		年齢		IQ		年齢		IQ	
	平均	S D	平均	S D	平均	S D						
Spastic	67.9	8.9	88.9	17.5	87	12.2	98.9	20.8	76	14	91	19.4
Athetotic	68	11.8	86.5	21.1	94.4	13.6	74	11.7	83.9	18.6	79	16.9

表3 手、目、足の利き側 %

	手			目			足		
	右	左	不明	右	左	不明	右	左	不明
幼児	57	19	24	38	52	10	71	19	0
学童児	65	20	15	70	20	10	80	20	0
全体	61	19	19	54	37	10	76	24	0

表4 利き側の関係 %

	手と目		手と足		目と足	
	一致	不一致	一致	不一致	一致	不一致
幼児	38	62	52	48	43	57
学童児	65	35	70	30	70	30
全体	51	49	31	39	56	44

表5 病型別にみた手、目、足の利き側 %

	手			目			足		
	右	左	不明	右	左	不明	右	左	不明
Spast	69	8	23	69	27	4	85	15	0
Athet	47	40	13	26	53	20	60	40	0

表7 左右認知の結果 %

	自己の左右	他者の左右	位置の移動	三つの事物
幼児	71	67	57	24
学童児	95	75	95	70
全体	83	71	76	46

表6 病型別にみた利き側の関係 %

	手と目		手と足		目と足	
	一致	不一致	一致	不一致	一致	不一致
Spastic	50	50	65	35	65	35
Athetotic	53	47	53	47	40	60

表8 病型別左右認知の結果 %

	自己の左右	他者の左右	位置の移動	三つの事物
Spastic	81	42	73	38
Athetotic	87	60	80	60

表9 利き側確立と左右認知の関連 %

	自己の左右	他者の左右	位置の移動	三つの事物
利き側一致	94	58	82	53
利き側不一致、不明	75	58	71	42

脳性まひ児の知能と上肢運動障害の関連

目的

脳性まひ児（以下CPと記す）の知能に関する研究は多くなされてきた。CP児の知能に対する研究は運動機能、知覚、言語などの障害によって方法的に困難な面がある。CP児の知能は検査方法によってその評価が左右されることが多く、検査方法に関する検討がAllen、Kogan、Taylor等によって立場を異にして多くなされてきている。また、CPの基本的障害である運動機能障害と知能との関連に関しては、障害部位との関連で片まひが最も高く四肢まひが低いという研究が多くなされている。運動機能との関連では吉原、村井等が精神発達が移動運動より手の運動と相関が高いと報告し、森山も運動年齢(Motor age、以下MOA記す)と精神年齢に相関のあることを指摘している。しかし、CPの知能構造と種々の障害との関連についての研究は少なく、検査項目の通過率から検討されて、運動機能を必要とする項目、知覚機能を必要とする項目が低いことが示されている程度に過ぎない。そこで本考察においてはCP児のうち言語障害が比較的少ないSpastic型の児童について、その知的発達と運動機能との関連を上肢運動機能との関連から検討する。

方法及び対象

知能はWPPSI知能診断検査を実施した。対象は上肢運動年齢テストで24ヶ月以上の上肢運動能力をもち、言語障害がほとんどないSpastic型幼児46名であった。性別、年齢等は表1に示すとおりであり、Diplegia21名、Paraplegia14名、Quadriplegia11名であった。

表1 対象児

人数	性別		年齢(月齢)			上肢運動年齢(月齢)			上肢運動発達指数		
	男	女	平均	S.D.	範囲	平均	S.D.	範囲	平均	S.D.	範囲
46	38	8	67.9	11.7	140-84	45.9	11.3	125-65	67.7	19.29	135-120

表2 WPPSIの結果

	IQ	VIQ	PIQ	1知識	3単語	5算数	8類似	10理解	2動物の家	4絵画完成	6迷路	7幾何図形	9積み木模様
平均	77.9	88.3	75	9.2	8.9	7.1	8.5	7.8	6.1	8.4	6.2	7.3	6.4
S.D.	23.2	22.6	24.8	3.9	4.1	3.3	3.5	3.4	3.5	3.4	4.3	4.2	4.3

結果及び考察

WPPSIの全体としての結果は表2のとおりであり、言語性IQ(VIQ)が動作性IQよりも優位に高い値を示した(1%レベル)。これは従来からの研究結果と同じであり、CP児の知的発達が不均衡なことを考えさせられる。下位検査ではすべての問題で標準以下の評価点であり、検査項目間の差は表3に

表3 下位検査項目の差

		言語性検査項目					動作性検査項目						
		1	3	5	8	10	2	4	6	7	9		
言語性検査項目	1												
	3												
	5	**	*										
	8												
	10												
動作性検査項目	2	**	**		**	*							
	4							**					
	6	**	**		**				**				
	7	*											
	9	**	**		*				*				

** : P < 0.01 * : P < 0.05

示すとおりで、言語性検査において算数問題が知識、単語問題より優位に低く、動作性問題において絵画完成問題が幾何図形問題を除いた問題より優位に高くなっていた。言語性検査と動作性検査の項目をとおしてみると、算数問題と理解問題に動作性検査項目とほとんど差が見られず、動物の家問題、迷路問題、積み木問題は言語性検査項目より低い傾向が見られた。これら三項目の検査が時間制限法であることが運動障害との関連から検討されねばならぬであろう。次に相関をみると、TIQはVIQとPIQとも0.817、0.857と有意な相関(1%レベル)であるがやや低い相関であった。下位検査項目での内部相関は表4に示すとおりであった。言語性検査項目、動作性検査項目とも各々の内部相関はすべて有意(1%レベル)であったが、両検査項目間では有意な相関は2/3にしか見られず低くなっていた。算数問題がすべての動作性検査項目と有意な相関を示しているのに対して、単語問題、迷路問題がほとんど相関を示していなかった。以上のWPPSIの結果からCPのSpastic児は空間的能力より言語的能力に優れており、更に記憶力、生産的能力が劣っている知的な

力に比べて思考力、生産的能力が劣っている知的な

表4 下位検査項目の相関

項目	言語性検査項目					動作性検査項目				
	1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
言語性検査項目	1									
	3	**								
	5	**	**							
	8	**	**	**						
	10	**	**	**	**					
動作性検査項目	2	**	**	**	*					
	4	*	**	**	*	**				
	6			*		**	**			
	7	*		**	*	**	**	**		
	9	*		**	*	**	**	**	**	

** : P < 0.01 * : P < 0.05

特質をもつのではないかと考えられる。

知能と上肢運動障害との関連を上肢運動年齢 (Motor Age, MOA) と運動発達指数 (Motor Quotient, MQ) との相関からみると表5の通りであった。TIQ とPIQはMOA, MQとも有意な相関 (1%レベル) を示しており、MOAよりMQと高い相関を示した。こ

表5 上肢運動発達とWPPSIとの相関

	TIQ	VIQ	言語性検査項目					PIQ	動作性検査項目				
			1	3	5	8	10		2	4	6	7	9
MoA	0.469 **	0.325 *	0.353 *	0.234	0.281	0.199	0.326 *	0.477 **	0.441 **	0.437 **	0.281	0.414 **	0.478 **
MoQ	0.563 **	0.296 *	0.279	0.099	0.280	0.103	0.309 *	0.670 **	0.502 **	0.612 **	0.563 **	0.593 **	0.574 **

** : P < 0.01 * : P < 0.05

れに対しVIQはMOA、MQでの相関に5%レベルで有意な差を示した (t=2278)。またMOAはVIQとPIQとの相関に有意な差はなかったが、MQはVIQとPIQとの相関に1%レベルで有意な差を示した (t=3.108)。このように上肢運動能力もしくは障害がVIQよりもPIQにより影響を及ぼしていたが、年齢に比しての上肢運動能力の発達の割合とのより高い関連を示したことは運動発達テストの内容と動作性検査項目内容との共通性から検討していく必要を考える。また、TIQが運動能力とPIQよりも低い相関を示したことはSpastic児における運動野の損傷程度と知能野の損傷程度がかなり関連している可能性を考えさせられる。次に下位検査項目についてみると動作性検査項目で迷路問題を除いてすべてが、MOA、MQと高い相関を示し、言語性検査項目では知識問題、理解問題が低い有意な相関を示した。下位検査項目とMQとの関連を回帰直線でみると図1のとおりであった。勾配、高さともに言語性、動作性検査項目より明らかに高く、MQ80 - 90を境として逆に動作性検査項目が高くなる傾向がみられた。項目では比較的上肢運動能力を要しないと思われる絵画完成問題が相関が最も高かったこと、算数問題が本来的には最も劣っていると推測されたことが注意された。また前述した時間制限法の三問題と他の問題とで相関に有意差はなく時間的な要因の影響はないと考える。次、VIQとPIQとの差とMOA、MQとの関連は図2の通りであり、MQが6才 (72ヶ月) レベル (最高限度) であっ

てもVIQが高く、MQ75以上であればPIQが高くなる傾向がみられた。これは運動能力より運動能力の発達程度がVIQとPIQの差にも大きく影響していることをしめしている。最後に障害部位との関連では、障害部位によってIQに差はなく、

Quadriplegia児が有意にVIQがPIQより高くなっていた。

以上、Spastic児の知能が上肢運動能力の発達と関連のあることを考えさせられたが、今後、運動年齢テストの内容、及びそれと視知覚障害との関連等から、更に検討を加えていきたい。

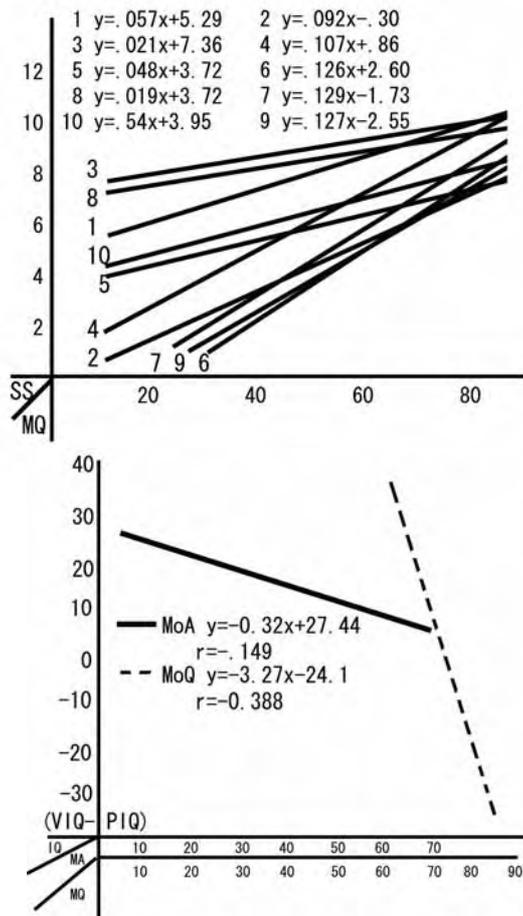


図2 VIQPIQの差とMoQ, MoA

脳性まひ児の知能と下肢運動障害の関連

目的

前回の本学会において、脳性まひ児 (Spastic児) の知能と上肢運動障害との関連を WPPSI 検査結果から検討し、次のような関連を指摘した。全 IQ (TIQ) と動作性 IQ (PIQ) は上肢運動年令 (Motor Age, MOA) と上肢運動発達指数 (Motor Quotient, MOQ) と相関を示し、言語性 IQ (VIQ) も PIQ より低い相関を示した。TIQ と VIQ は MOA, MOQ との相関に差があり、また MOQ では PIQ と VIQ に相関で差がみられた。このように上肢運動機能または、障害が VIQ よりも PIQ により影響を及ぼしていたことは、上肢運動能力テストと WPPSI テスト項目の内容について共通性の点から検討する必要性を示していた。また、VIQ も PIA より低い運動能力と相関があったことは、Spastic 児において運動野と知能野の損傷程度がかなり関連していることを考えた。VIQ と PIQ との差にも

表2 WPPSIの結果

	IQ	VIQ	PIQ	1知識	3単語	5算数	8類似	10理解	2動物の家	4絵画完成	6迷路	7幾何図形	9積木模様
平均	78.1	88.6	74.7	9.2	9.0	7.2	8.5	7.8	6.0	8.2	6.1	7.2	6.3
SD	23.44	22.2	24	3.8	4.0	3.2	3.4	3.4	3.3	3.4	4.1	3.9	4.0

上肢運動機能が関連しており、運動能力が低いほど差が大きく (VIQ > PIQ) なることが明らかであった。次に下位検査項目については、迷路問題を除いた動作性問題と知識問題、理解問題が MOA, MOQ と相関を示した。

以上のような、前回の結果をふまえて本考察においては、下肢運動機能 (移動能力) と知能との関連を検討して、併せて上肢と下肢運動機能との知能に關与する程度にどのような相違が存在するかを検討していく。先行研究としては、村井等が遠城寺式発達検査の結果から、手の運動が移動運動より知的発達と高い相関を持ち、この傾向が Athetotic 型児より、Spastic 型児につよいことを指摘している。

方法及び対象

知能は WPPSI 知能検査で測定した。対象児は上肢運動年令テストで 24ヶ月以上の能力を持ち、言語障害がほとんどない Spastic 型幼児 60名であり、性別、年令等は表 1 に示すとおりであった。尚、障害部位 Diplegia 27名、Paraplegia 18名、Quadriplegia 15名であった。

表1 対象児

人数	性別		年齢 (月齢)			下肢運動年齢 (月齢)			下肢運動発達指数		
	男	女	平均	SD	範囲	平均	SD	範囲	平均	SD	範囲
60	50	10	67.8	10.5	40-84	19.0	5.8	9-59	30.0	10.5	17-59

結果及び考察

WPPSI の結果は表 2 の通りであり、従来の研究結果と同じく VIQ が有意 ($t=4.3535, P < 0.01$) に PIQ より高く、Spastic 児の知的発達が不均衡であると考えられた。また障害部位と年令との関連をみると、障害部位によっては有意な差はみられなかったが、年令との関連は相関係数が IQ と -0.325 、VIQ と -0.143 、PIQ と -0.420 となっており、Spastic 児の知的発達が PIQ を主として年令とともに鈍化していく傾向を示していた。この結果は深津の先行研究の結果と同じ傾向であり、Spastic 児の発達を考える上で更に検討を加えねばならないと考える。下位検査項目では前回同様にすべての項目において評価点 (ss) が標準以下であった。検査項目間の差は表 3 に示すとおりであった。算数問題と絵画完成問題が他の問題と異なる

傾向のあることを除けば、言語性検査項目と動作性検査項目の間はかなり差がみられた。

次に各検査間の関連をみると、IQ と VIQ は相関係数で 0.823 、IQ と PIQ とは 0.857 となっており、PIQ がわずかに高い値を示していた。また、VIQ と PIQ で 0.440 と健常児に関して従来からいわれている値より低く前述した知的発達の不均衡をこの点からも推測された。下位検査項目の内部相関は表 4 のとおりであった。言語性、動作性検査ともに各々の内部相関はすべて有意 ($P < 0.01$) な相関を示し、動作性検査の方が全体として高い相関を示していた。言語性と動作性検査間の相関はかなり低くはなるが、ほとんどの項目間に相関がみられた。しかし、迷路問題が算数問題としか有意な相関をもたず、他の項目と異なる傾向を持つていたことが注意された。検査項目間で相関する変動分をとりのぞいて検査項目間の偏相関から見ると、いずれの検査項目間も相関は低くなって、しかも、言語性、動作性検査官において負の相関がみられたことはやはり知的発達の不均衡をあらわしていると考えられた。

下肢運動機能 (障害) との関連を下肢運動年令 (MOA) と下肢運動発達指数 (MOQ) との相関からみると表 5 のとおりであった。MOQ とは IQ, VIQ, PIQ とともに有意な相関を持ち、関連がみられたが、MOA とでは VIQ と関連がみられなかった。また重相関においても MOA ($0.3235, F=2.181$ 、

表3 下位検査項目の差

		言語性検査項目					動作性検査項目				
		1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
言語性検査項目	1										
	3	**									
	5	**	**								
	8			**							
	10	**	**								
動作性検査項目	2	**	**	**	**	**					
	4			*			**				
	6	**	**		**	**		**			
	7	**	**		*		**		**		
	9	**	**	*	**	**		**		**	

** : P < 0.01 * : P < 0.05

表4 下位検査項目の相関(左下:相関 右上:偏相関)

		言語性検査項目					動作性検査項目				
		1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
言語性検査項目	1		0.436	0.296	0.123	0.171	0.200	0.218	0.106	0.045	-0.126
	3	0.758		0.073	0.052	0.291	0.003	-0.025	-0.162	0.006	0.101
	5	0.682	0.581		0.355	-0.028	0.192	0.245	0.095	0.236	0.015
	8	0.657	0.619	0.643		0.307	-0.202	0.196	-0.249	0.075	0.230
	10	0.65	0.656	0.507	0.649		0.097	0.065	0.096	0.067	0.228
動作性検査項目	2	0.496	0.346	0.534	0.306	0.301		0.342	-0.122	-0.083	0.396
	4	0.415	0.245	0.346	0.300	0.347	0.642		0.603	-0.114	-0.072
	6	0.188	0.056	0.350	0.115	0.183	0.573	0.741		0.308	0.331
	7	0.334	0.242	0.558	0.281	0.253	0.598	0.547	0.769		0.551
	9	0.384	0.301	0.562	0.363	0.325	0.709	0.626	0.784	0.865	

P < 0.05)よりMOQ (0.5350, F=7.480, P < 0.01)が高い相関を示していた。このことより、前回の上肢運動機能と同じく、下肢運動機能においても能力そのものより、年令に比しての能力つまり下肢運動機能の発達程度が各IQと関連を強くもっていると考えられた。しかし、偏相関からみると、ほとんど関連が見られず、下肢運動機能の発達程度などから更に検討されねばならないであろう。次に、下位検査項目についてみると、各IQの結果からも明らかなように、すべての検査項目におい

していなかった。

以上のように、下肢運動機能と知能とは運動機能の能力それ自体よりも年令を考慮しての発達程度と関連がつよくみられたが、上肢運動機能と知能とに比較すれば、関連はかなり少ないと考えられる。しかし、下位検査項目についてみると、関連の内容がことなり、上肢運動機能よりも言語性検査項目との関連がつよくみられるなど、関連のしかたに差があり、今後、Athetotic児及び他の疾患の児童との比較において明らかにせねばならないと考える。

表5 下肢運動発達とWPPSIとの相関

	TIQ	VIQ	PIQ	言語性検査項目					動作性検査項目				
				1	3	5	8	10	2	4	6	7	9
MoA	0.315	0.228	0.303	0.130	0.172	0.315	0.172	0.162	0.376	0.216	0.192	0.271	0.185
	*		*			*			**			*	
MoQ	0.503	0.380	0.463	0.238	0.287	0.483	0.368	0.247	0.446	0.351	0.393	0.526	0.426
	**	**	**	*	*	**	**		**	**	**	**	**

** : P < 0.01 * : P < 0.05

て
MOQとの相関がMOAより高く、重相関においてもMOAが0.562 (P < 0.01) に対してMOQ0.684 (P < 0.01) と高くなっている。また動作性検査項目がすべてMOQと有意 (P < 0.01) な相関を示しており、上肢運動機能よりは相関は低かったが、同じような傾向であった。しかし、言語性検査項目との相関が上肢運動機能より高くなり、有意な相関を示す検査項目も異なり、かなり違った傾向をしめした。この言語性検査における上肢運動と下肢運動機能の影響の差は脳の損傷程度も含めて生活経験の質量と言う点からも検討されねばならないであろう。また項目間でみるとMOAにおいて、動物の家が知識、積木模様と、MOQにおいて、知識と理解が算数幾何図形と有意 (P < 0.05) に相関の差がみられた。更に偏相関をみると、知識と積木模様が優位なマイナス相関になっており、項目間で

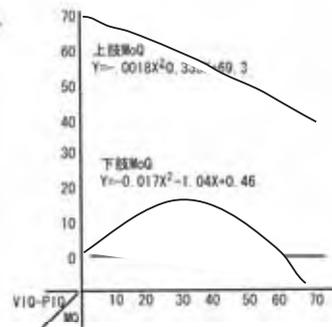


図1 VIQとPIQの差とMoQ

脳性まひ児の集団構造に関する考察(1)

目的

脳性まひ児はその特異な障害のために、幼少時より社会的経験が貧弱であり、その発達が未熟であるといわれている。機能障害のために経験できる集団への参加は少なく、参加できたとしても集団の範囲は同じ障害児集団に限定されている場合が多い。更に、療育のため施設入所をよぎなくされた児童の場合に、そこでの集団が唯一の参加しうる集団となることが多い。ここに療育施設における集団が児童に与える影響は重要である。しかるに脳性まひ児集団の心理学的構造は十分に明らかにされていない。脳性まひ児集団の心理学的構造を検討するのに、その機能障害がどのように作用しているかを明らかにすることが基本的な事項と考える。本考察においては集団内での地位に脳性まひ児の負っている障害(上肢運動障害、下肢運動障害、言語障害、知的発達)がどのように影響しているかを、年齢、性格の点も加味して検討する。そしてより望ましい集団生活のための集団再構成、また児童の指導上の一助となればと考える。

方法及び対象

対象は肢体不自由児療育施設に入所し、同一病棟で生活している学令児の集団6グループである。これらのグループの人数、年齢、機能等は表1のとおりであった。方法は各グループ毎にソシオメトリックテストを個人別に行った。テストは遊戯集団を基準として、便宜上、選択、排斥を3人に制限した。社会測定的地位指数(Index of Sociometric Status Score、以下ISSSと略記)は下記の式により算出した。

$$ISSS = \left(\frac{CRS}{(n-1)} + \left(\frac{mc-mr}{d} \right) \right) / 2$$

(C: 被選択、R: 被排斥、mc: 相互選択、mr: 相互排斥、N: 集団成員数、d: 制限人数(3)、CRS: C - R)

表1 各集団の児童

	性別		CA(M)		IQ		MA(M)		上肢運動年齢		下肢運動年齢	
	男	女	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
A	16	5	105.8	13.8	64.7	26.9	67.6	27.3	34.2	20.6	14.6	4.7
B	7	4	105.5	13.9	69.5	24.7	72.6	28.6	32.3	17.5	12.5	5.7
C	16	3	97.9	16.9	62.5	29.1	65.1	27.4	35.1	21.6	14.8	5.6
D	6	9	94.4	16.5	70.4	33.8	67.4	37.1	25.4	16.2	11.9	5.9
E	13	3	99.6	15.0	67.0	27.6	67.3	30.0	33.3	21.6	14.4	5.6
F	6	8	95.0	16.4	69.9	34.9	67.4	37.5	23.0	13.2	10.5	4.6

またEグループの児童について普通児童・特殊児童用性格診断検査(PDT)を児童に接している職員3人により実施して、結果は平均値とした。

結果と考察

各グループの集団構造を見るとすべてのグループに下位集団はみられた。下位集団の集団構成員に占める割合は25~63%になっており、平均は40%であった。周辺児は13~45%になり、平均で34%であり、孤立児は14~46%になり、平均で26%であった。これらの点を集団構成員数からみると、本考察の対象グループ程度の人数であれば、構成員数が多くなるほど、下位集団の構成人数の割合は大きくなり、周辺児、孤立時の割合は小さくなる傾向を見せていた。

次に、各グループ毎にISSSとIQ、上肢運動年齢(MoAU)、下肢運動年齢(MoAL)、CA、MAとの関連を相関係数から、また、言語表出能力との関連を集団内での言語表出能力順位とISSSの順位とのスピアマンの順位相関係数からみると、表2のとおりであった。グループ別では、BとFグループを除いて同じような傾向がみられた。各グループの能力に有意差はないので、グループの人数、性別などとの関連を検討していく必要があると考える。各項目別にみると、IQがISSSと高い相関をもっており、それと関連してMAが高い相関をもつ傾向がみられた。運動機能面では全体的にMoAUの方がMoALよりも高い値を示しており、下肢よりも上肢の運動機能がISSSと関連をもつことを示していた。CAはAグループにおいて有意にマイナスの相関を示しているのを除いて、ISSSと明らかな相関がみられなかった。

言語についてはグループによって差があり、一定の関連は結論づけられなく、今後、表出言語能力と理解言語能力、更に、ジェスチャーを含めて総合的なコミュニケーション能力という観点から分析して

みる必要があると考える。
以上の点をグループとしてではなく、対象児全体(96人)としてみると、ISSSにIQとMAが上肢と下肢運動能力よりも大きく影響しているのではない

表2 ISSSとの関連

グループ 項目	A	B	C	D	E	F	全体
IQ	**0.581	-0.009	**0.880	**0.618	**0.619	*0.515	**0.526
MoAU	0.380	0.252	**0.603	0.282	0.331	-0.493	*0.287
MoAL	0.283	0.339	0.384	-0.014	0.213	-0.080	*0.281
CA	*-0.525	-0.147	-0.136	0.165	0.020	0.038	-0.111
MA	0.411	-0.096	**0.74	*0.554	**0.601	*0.525	**0.441
言語(順位)	0.264	-0.177	**0.615	0.225	0.130	*-0.626	

** P < .01 * P < .05

表3 ISSSとの偏相関

グループ 項目	A	B	C	D	E	F	全体
IQ	0.410	0.003	**0.741	*0.576	*0.588	0.335	*0.492
MoAU	0.196	-0.070	*0.521	-0.313	0.176	*-0.583	0.096
MoAL	-0.056	0.327	-0.325	0.462	-0.261	0.465	0.126
CA	-0.458	-0.283	-0.229	0.028	0.121	0.040	-0.166

** P < .01 * P < .05

表4 ISSSとIQ,MAU,CAの重相関

グループ	A	B	C	D	E	F	全体
R	**0.802	0.429	**0.866	**0.727	*0.654	*0.720	**0.581

** P < .01 * P < .05

かと考えられる。そして、上肢と下肢の運動能力のISSSとの関連はほとんど同じであるとみられる。しかし、MAを除いて偏相関を求めると表3のとおりになった。

IQとCAについては傾向に変化はない。しかし、上肢、下肢運動能力についてはグループによってかなり異なる傾向がみられ、集団構成上の何らか他の要因と関連しあっている可能性を考える。また、ISSSとIQ、CA、上肢、下肢運動能力との重相関を求めると表4のとおりでBグループを除いて有意な相関を示した。

次に、ISSSと性格との関連をPDTの結果からみると表5のとおりであった。情緒不安定、自己中心性、固執性、活動過多性の特性が有意にISSSとマイナス相関を、また、有意ではないが一般的活動

表6 ISSSと性格、知能、運動機能との関連(偏相関)

類型と能力	個人的適	社会的適	心理的未	生分的未	IQ	MoAU	MoAL
	0.405	-0.497	*0.677	-0.043			
タイプと能力	積極的自我		未分化性	自我劣弱	IQ	MoAU	MoAL
	-0.037		*-0.595	0.170	0.195	-0.115	0.026

* P < .05

表5 ISSSと相関

特性	一般的活動性	生活習慣	自主性	根気強さ	指導性	社会性	自省心	情緒不安定	自己中心性	顕示性	固執性	活動過多性	神経質	劣等感	未熟性
相関	0.360	0.427	0.265	0.118	0.242	0.384	0.242	*-0.726	*-0.596	-0.434	** -0.83	-0.500	-0.374	-0.246	-0.332
類型相関	個人的適応				社会的適応			心理的未分化			生理的未分化			自我劣弱	
相関	0.398				0.328			** -0.749			** -0.665			-0.012	
偏相関	0.541				-0.418			** -0.635			-0.042				
タイプ相関	積極的適応							未分化性							
相関・偏相関	0.407				0.119			** -0.750			* -0.725			-0.012 0.256	

** P < .01 * P < .05

性、生活習慣、社会性等がプラス相関の傾向を示して、一般にいわれている傾向がみられた。4類型別で見ると、心理的未分化、生理的未分化がISSSと有意なマイナス相関を示し、情緒が不安定で精神面の発達未分化であり、脳損傷に主として起因する行動特性があるとISSSが低くなる事が明らかであった。また、偏相関をみると個人的適応と社会的適応とが逆の傾向をもっていた。これは個人的適応と心理的未分化がほとんど関連がなかったり、特性で指導性と顕示性の関連が高くなっていたり、指導性と活動型、情緒不安定、社会性と顕示性が目立った関連を示していなかったりしていることによるのではないと思うが、1つの矛盾する傾向として注意された。また、テスト項目の点からも検討されねばならないであろう。3つのタイプ別にみると未分化性が有意にISSSとマイナスの相関を示していた。以上のように、性格面では心理的、生理的未分化を伏せもった幼児的な性格、行動、もしくは脳損傷児特有の行動特性が集団内での地位に影響していると考えられた。

次に、知能と運動機能の心身両面における能力と性格特性を通して、ISSSとの関連を偏相関からみると表6のとおりであった。

4類型と能力を通してみると、能力面は知能、運動機能ともに関連がないのに対し、性格特性で身分化に有意なマイナス相関があった。これらのことはISSSは心身両面の能力よりも、性格面との関連の方が大きく、特に個人的適応と心理的未分化の面が大きく作用していることを示していた。

以上、CP児集団の構造を考える場合知能を含めて障害程度よりも、性格面がより重視されねばならないかと考える。今後、対象集団を多くし、言語面と異なった性格要因から検討を加えたいと考える。

脳性まひ児の集団構造に関する考察(2)

目的

脳性まひ児(以後CP児と略記)が集団経験を持つ機会には健常児と比較するとかなり乏しいと思われる。そのためCP児が帰属する集団を望ましい状態に導く事は重要な治療教育の側面である。第17回本学会において集団内での地位にCP児の負っている障害がどのように影響しているかを報告した。IQとMAが運動障害よりも集団内の地位に影響し、更に性格特性がIQ、MA以上に地位に影響していた。即ち、心理的、生理的未分化を併せ持った幼児的性格、行動特性が集団内での地位にマイナスに作用していた。本報告においてはCP児集団の理解を深めるため次の2点から検討する。

1. 集団の凝集性と集団の種々の要因(CA、MA、MAL、MAU)との関連を検討する。また凝集性に大きく影響する相互選択、相互排斥がどの要因において差を示しているかを検討する。

2. 各児童の持つ要因(CA、MA、IQ、MAL、MAU、病型、性別)が選択・排斥と被選択・被排斥の間でどう関連しているかを検討する。即ち選択、排斥する児童の状態が自己の持つ状態とどのような関連を示すかを検討する。更に、この関連がIQ、MAL、病型の相違、選択と排斥の相違によって異なるかを検討する。

対象児及び方法

対象はCP児が90%以上を占める年令6才から10才、成員数が11人から21人の10集団であった。方法はソシオメトリックテストを、基準：遊戯場面、反応人数：3人で実施した。

結果と考察：

(1) 集団の凝集性について

集団の持つ要因(CA、MA、IQ、MAL、MAUの平均とばらつき)各集団における各要因と社会的地位指数との関連程度(地位指数と各要因との相関係数)と集団凝集的指標(表1)との関連を相関係数からみると表2のとおりであった。集団の能力の点ではMALが高い程、集団凝集性が高く、逆にIQが高い程凝集性が低くなる傾向であった。集団内児童の能力のばらつきの点では

CA、MAUに関連がみられ年令と上肢機能に幅がある集団で凝集性が高くなる傾向であった。社会的地位指数との影響要因の点では、MA、IQ、MAUで相関が高かった。これは集団内での地位が精神発達、上肢機能の面から影響されている集団において凝集性が高まる事を意味している。

次に、凝集性に強く影響する相互選択、相互排斥における児童間の各要因の差の平均と差同士相関をみた。(表3)両反応で差が見られたのは平均でMA、相関でMAUとMALであった。(P < 0.01)相互選択においてMAに近いこと、相互排斥においては上肢、下肢機能が一体となって関与している事の2点が両反応間で異なる点として考えられる。

以上のことから、集団の凝集性には精神発達の面が、運動機能の面により関与していると考えられる。

(2) 選択、排斥に関与する要因

被選択、排斥される要因が性格特性であると指摘した。今回は選択、排斥する側と被選択、排斥され

表1 各集団の凝集性指標

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
凝集性	.571	.121	.771	.355	.500	.380	.666	.518	.369	.542

る側の児童とで児童の持つ要因(CA、MA、MAL、MAU、病型、性別)がどう関与するかを数量化 類で検討した。選択、排斥する側の児童を基準にしてCA、MA6ヶ月、IQ10ヶ月、MAU5ヶ月、MAL3ヶ月を尺度として高い、同じ、低いのカテゴリーに、病型は不随意運動型、痙直型、他疾病、性別は同姓、異性の力

表2 凝集性と集団要因との関連

	R	X	SD
CA	.173	.020	.520
IQ	.615	-.571	.061
MA	.675	-.471	.325
MAU	.483	.037	.508
MAL	.146	.491	.029
SPEECH	.168		

表3 相互選択と相互排斥みおける各要因毎の児童間の差と相関

	CA	MA	IQ	MAU	MAL	X	SD
CA		.153	.128	.094	.136	24.360	16.163
MA	.178		.682	.144	-.118	12.721	13.508
IQ	.227	.822		-.072	.119	23.120	16.676
MAU	-.265	.134	.275		.193	24.470	18.373
MAL	-.150	.105	.163	.721		4.624	3.859
X	29.475	21.606	25.000	18.176	6.823		
SD	22.885	17.344	14.638	13.880	4.798		

テゴリーに各要因を分類した。外的基準に選択、排斥を取り、反応間に影響する要因の相違を検討した。(表4)相関比0.205と精度が低く、7要因以外に他の要因を加えての検討が必要であった。7要因の中では病型、IQ、MA、CAの要因が選択と排斥で影響程度が異なっていた。各要因において同等であり、癡直型であることに選択のウエイトがあり、運動機能の要因は余り関与してないと考えられる。

次に、児童の精神発達、病型、下肢機能は性別によって要因

の方が精度が高く、排斥が選択よりもIQ、病系、MALの相違に影響をうけるかと考えられる。

選択においてIQ、病系、MAの要因が影響に差を示していた。IQが高い児童でIQの低い事、他の疾病である事、IQの低い児童でMAが同程度である事にウエイトがあった。病型によってはMAU、MAL病型が影響に差を示し、運動機能にウエイトがある点に注意される。MALによっては病型、MALが影響に差を示し、MALの高い児童でMAL、MAUの低いことが同等であることにウエイトがあった。全体を通じて、外的に基準にとった要因、病型が強く影響していた。

排斥においてはIQの程度によってIQの要因が影響に差を示した。IQの高い児童でIAの低いこと、低い児童でIQの高いことにウエイトがあった。これは選択と同じ傾向であったが、病型を第一として他の要因の影響が減っていることから、IQの程度でIQを基準にして反応が排斥において選択よりもなされていることが異なっていた。病型によってはMAU、病型が影響に差を示し、選択と同じ傾向であった。MALによってはCA、病型が影響に差を示し、MALの高い児童で他の疾病、年下である事にウエイトがあった。

以上のように選択と排斥を決定づける要因も、児童の能力、病型等の違いによる反応パターンのさも明確にできなかったが、精神発達、病型の要因が運動機能よりも選択、排斥において影響していると考えた。

今後、集団の対象を増し、性格特性の要因、生活環境等を加味して、集団構造を明らかにするとともに、健常児集団内のCP児の立場へと発展させたいと考える。

表4 選択、排斥反応のカテゴリー得点

要因	カテゴリー	スコア	レンジ
C A	自分より年上	.407	
	自分より年下	.108	1.066
	同じ年	-.654	
M A	自分より高い	.299	
	自分より低い	-.061	1.105
	自分と同等	-.806	
I Q	自分より高い	-.493	
	自分より低い	.675	1.168
	自分と同等	-.383	
M A U	自分より高い	.081	
	自分より低い	-.097	.178
	自分と同等	.007	
M A L	自分より高い	.116	
	自分より低い	.167	.423
	自分と同等	-.307	
病型	不随意型	.828	
	癡直型	-.509	1.337
	他の疾病	-.226	
性別	同性	-.301	
	異性	.643	.944
	相関比	.205	
統計量	外的基準	X	SD
	選択	-.446	.925
	排斥	.460	.854

の影響の相違を選択と排斥、別個に同じく数量化 類で検討した。外的基準はIQ(70以上、70以下)病型(不随意運動型、癡直型、その他の疾病)、MAL(18ヶ月以上、18ヶ月以下)、性別であった。(表5)性格では何ら意味ある傾向は見られなかった。相関比から排斥

表5 反応別にIQ、病型、MALを外的基準にしたときのカテゴリー得点

要因	外的基準 カテゴリー	選択(N=98)						排斥(N=93)					
		IQ		病型		MAL		IQ		病型		MAL	
C A	自分より年上	.320		-.200		.045		.139		-.248		.507	
	自分より年下	-0.92	.467	.040	.306	.241	.482	-.335	.577	.266	.514	-.913	1.420
	同じ年	-.147		.106		-.241		.242		.171		.321	
M A	自分より高い	.048		-.098		.127		-.219		-.057		-.441	
	自分より低い	-.434	1.455	.103	.241	-.240	.552	.239	.554	.050	.107	.379	.820
	自分と同等	1.021		-.024		.312		-.315		-.001		.028	
I Q	自分より高い	.881		.573		-.233		-.902		.409		-.014	
	自分より低い	-.661	1.542	-.444	1.017	.044	.427	.727	1.624	-.407	.816	-.145	.541
	自分と同等	-.227		-.133		.194		-.088		.235		.396	
M A U	自分より高い	-.219		-.925		.484		-.079		1.302		-.174	
	自分より低い	.193	.470	.999	1.924	-.466	.950	-.099	.178	1.197	2.499	.282	.493
	自分と同等	.251		.628		-.462		.061		.206		-.319	
M A L	自分より高い	.211		-.068		.620		-.119		.200		-.374	
	自分より低い	-.119	.375	.789	1.266	-1.245	1.865	-.051	.359	-.14	.341	.283	.657
	自分と同等	-.164		-.477		.149		.240		-.120		.203	
病型	不随意型	-.228		-.974		.682		.040		-.367		-.222	
	癡直型	.208	1.293	.305	1.759	-.198	1.373	-.035	.081	.215	1.518	.067	1.364
	他の疾病	-1.085		.785		-.691		-.041		1.151		1.142	
性別	同性	-.195		-.058		-.017		-.269		-.145		-.316	
	異性	.636	.831	.190	.248	.055	.072	.389	.658	.210	.355	.457	.773
	相関比	.337		.358		-.284		.496		.373		.438	
統計量	外的基準	内容	平均	内容	平均	内容	平均	内容	平均	内容	平均	内容	平均
	クラス1	70以上	-.605	不随意型	.785	18以上	-.433	70以上	.727	不随意型	-.740	18以上	.562
	クラス2	70以下	.557	癡直型	.450	18以下	.655	70以下	-.682	癡直型	.395	18以下	-.779
	クラス3			その他	.507					その他	1.078		

脳性まひ幼児（痙直型児）の知能構造に關与する要因について

目的

脳性まひ児の知能に關与する要因については病型、障害程度から多くの検討がされてきている。病型では不随意型が痙直型より優れていること、痙直型においては上肢運動障害の程度が知能に關連していることが認められている。身体發育との關連では藤田が頭圍が知能と關連あることを指摘している。また脳性まひ児の知能構造については田川が高知能段階では脳器質損傷と運動障害に共通したプロフィールを示し、低知能段階では精神薄弱児の特徴が混在したプロフィールを示すと指摘している。小川も痙直型児に關し普通児に見られぬ精神薄弱児に見られる短期記憶因子に似た因子が見られることを指摘した。しかし、知能構造と前述したような要因との關連の検討はなく小川が痙直型児の出産時体重、在胎期間と動作性知能との關連を指摘しているに過ぎない。一方、普通児で低出生体重児の知能構造にかんして脳性まひ児のそれに近似していることは神谷らが指摘している。そこで本考察においては、痙直型児の知能がどの要因と關連をもち、それら要因が知能構造にどのような影響を与えているかを重回帰分析法と因子分析法(主因子法)を使用して検討することを目的とする。

対象及び方法

対象児は痙直型児72名(CA平均67.0月、SD10.5)であり、テストはWPPSIテストを使用した。IQ、障害程度(運動年齢)、出生時体重、在胎期間及び出生時体重偏差値(標準値は船川の資料)は表1のとおりであった。

表1 対象児の出産状態とIQ運動年齢及びその相関行列

	在胎期間	出生時体重	体重偏差値	MoAU	MoAL	TIQ	VIQ	PIQ	VIQ-PIQ
在胎期間		.861	-.136	.325	.160	.339	-.013	.536	-.494
出生時体重			.343	.358	.103	.321	-.028	.540	-.544
体重偏差値				.108	-.005	.005	-.065	.049	-.104
MoAU					.222	.378	.238	.411	-.172
MoAL						.098	.076	.087	-.018
TIQ							.816	.847	-.093
VIQ								.418	.481
PIQ									-.588
VIQ-PIQ									
平均	35.13	2170.24	44.82	44.55	19.79	76.54	88.23	73.02	14.95
SD	4.50	708.25	8.29	10.41	9.01	21.91	21.22	22.92	23.59

* 在胎期間は週、体重はグラム、MoAU,MoALは月齢で表示

結果及び考察

まず各IQを目的変数とし、上肢運動年齢(MoAU)、下肢運動年齢(MoAL)、在胎期間、出生時体重の4つの要因を説明変数として重回帰分析を行い知能と障害、出産時の状況との關連を見ると表2の通りで

表2 IQと出産時状況・運動年齢との重回帰分析

X \ Y	在胎期間	出生時体重	上肢運動年齢	下肢運動年齢	R	F
TIQ	.225	.020	.299	-.006	.442	**4.081
VIQ	.121	-.234	.278	.019	.275	1.375
PIQ	.267	.223	.252	-.034	.604	**6.944
VIQ-PIQ	-.145	-.419	.015	.044	.542	2.447

注 標準偏回帰係数 **P<0.01

表3 IQと出産時状況との重回帰分析

X \ Y	在胎期間	出生時体重	生下時体重偏差値	R	F
TIQ	.244	.111	.000	.344	*3.052
VIQ	.218	-.226	.041	.080	.147
PIQ	-.086	.505	-.112	.560	**10.37
VIQ-PIQ	.101	-.670	.139	.541	**9.43

注 標準偏回帰係数 **P<0.01 *P>.0.05

あった。分散比でTIQ、PIQにおいて有意で回帰式の有意である結果を得た。標準偏回帰係数でみると上肢運動障害、下肢運動障害は各目的変数において目立った差がないのに対して、在胎期間、出産時体重は目的変数によって差が見られた。更に出産時の

状態だけを説明変数にすると表3の通りであった。表2と比較して(VIQ-PIQ)の分散比が有意で回帰式が有意となり、出産時体重偏差値はあまり關連を示さなかった。以上から障害程度は知能程度に出産時の状態は知能構造に關連して

いると考える。

次に下位検査項目について同じ説明変数で重回帰分析をすると表4の通りであった。分散比で動作性項目はすべて有意であり回帰式が有意であるのに対し、言語性項目では知識だけに有意な回帰式が得られたにすぎない。上肢運動機能がすべての項目に寄与しているのに下肢運動機能が寄与していないことは今までの研究結果に反しており、計算過程において上肢、下肢運動年齢の変数間に抑制が作用している可能性を考え、上肢の変数を除き計算した結果は同様であった。また出生時体重は動作性項目に寄与していることは明らかであるが、在胎期間は明らかな傾向は見られなかった。出産時の状況だけから下位検査項目との関連を見ると表5の通りであった。有意な回帰式は迷路、幾何、積木の3項目にだけに示されるに過ぎない。このことから出産時の状態は動作性項目に関連していることが明らかである。ここで注意されるのは理解が他の項目と異なる

表5 下位検査項目の重回帰分析の結果

X \ Y	在胎期間	出生時体重	生下時体重偏差値	R	F
1知識	-.359	.513	-.242	.156	.556
3単語	-.609	.576	-.302	.138	.440
5算数	-.150	.327	-.007	.207	1.021
8類似	-.560	.569	-.433	.201	.960
10理解	.474	.489	.110	.159	.591
2動物	.077	.025	.199	.221	1.17
4絵画	-.243	.593	-.151	.337	2.913
6迷路	-.273	.203	.155	.496	**7.426
7幾何	.261	.181	.171	.470	**6.448
9積木	-.017	.323	.122	.379	*3.824

P<0.05 P<0.01

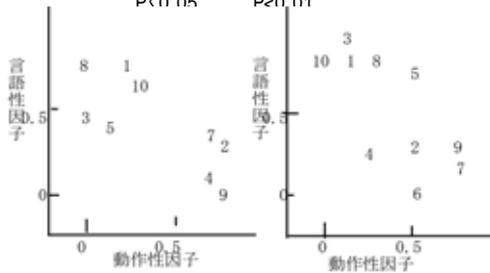


図1 30週未満児の因子配置

図2 36週以上児の因子配置

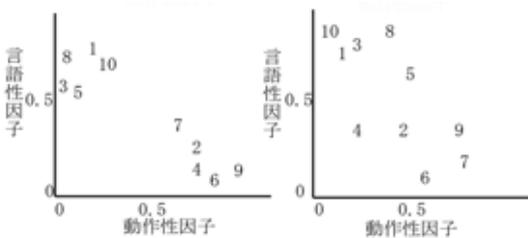


図3 2000g未満児の因子配置

図4 2000g以上児の因子配置

点と、表3と表5の値に矛盾する値が示されている点である。後者は変数選択の妥当性と統計誤差の点から検討せねばならないと考える。以上、重回帰分析の結果から知能構造に影響を与える要因としては運動障害よりも出産時の状態がより大きく影響していると考えられる。そこで知能構造を検討するために在胎期間、出生時体重、出生時体重偏差値の3要因ごとに対象児をそれぞれ2群に分け主因子分析を行った。在胎期間は36週未満(37人)と36週以上(35人)に生下時体重は2000g未満(36人)、2000以上(36人)に、生下時体重偏差値(47未満)36人、47以上(36人)に分けた。すべての群について多少固有値に差はあるが、第1因子は一般能力因子、第2因子は言語性、動作性の両極因子と考えられた。これらの結果を単純化するためにバリマックス回転し言語性因子、動作性因子の2因子からだけ因子負荷量を図示すると図1から図6のようになった。在胎期間で因子配置をみると図1,2のとおりであり、36週未満に極在化が目立ち、36週以上では動作性因子により変化が生じてわずかに極在化がくずれていた。生下時体重では図3,4のとおりで在胎期間で同様の変化が体重の増加にともないみられた。これに対して生下時体重偏差値では図5,6のとおりで言語性因子により生じた変動でかなり極在化がくずれた因子配置になった。この因子配置は小川の発表した普通児の因子配置に類似したものとなっている。また、各要因をとおして動物の家(2)、絵画完成(4)、算数(5)の項目により変化が大きいことが注意された。以上、因子分析から知能構造には在胎期間、出生時体重よりは在胎期間に見合った発育状態がより関連して、発育状態が良好であれば普通児に近い知能構造を示すのではないかと考える。

今後、仮死、黄疸妊娠状況等の要因をくわえて対象児を多くしてより詳細に検討したいと考える。

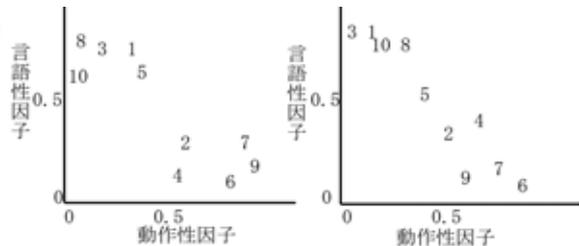


図6 体重偏差値47以上児の因子配置

図5 体重偏差値47未満児の因子配置

脳性まひ児の知能構造(1)

WPPSIテストにおける痙直型児の知能構造

目的

脳背尾まひ児の知能については数多くの研究がなされ普通児に比べて知能発達に遅れのあることが認められている。脳性まひ児のうち不随意型児と痙直型児を比べると不随意型児が遅れが少ないことが知られている。しかしながら知能構造、知能特性についての研究は少なく田川、等がWISCテストにおける学齢期の脳性まひ児に関して因子分析を行っている程度である(1978)即ち、高知能段階では脳の器質的損傷とそれとともなう運動障害に共通したプロフィールを示し、低知能段階では精神薄弱児の特徴が混在した独特なプロフィールを示していると指摘している。しかし、病型については検討していない。病型によって運動障害と知的発達に関連あることについては筆者および藤田が指摘している。また日頃の学習活動の中で両病型間に知的柔軟性といった面に差があることを感じていることから、脳性まひ児の知能構造を検討するとき病型別に検討することが重要である。また、年齢的推移により知的構造が知覚障害、経験の積み重ね等により変化を受けることも考えられる。本考察においては以上の2点を考慮して、幼児期の脳性まひのうち痙直型の知能についてWPPSI知能診断検査の結果を統計的多変量解析の1つである因子分析法(主因子法)で分析して因子構造を普通児のそれと比較して痙直型幼児の知能構造と比較することを目的とする。

対象

痙直型児は北療育園に入園した言語障害がほとんどなく、上肢運動年齢の25ヶ月以上(平均44.82、SD11.37)の児童を対象とした。普通児はWPPSIの標準化に際してテストされた5才児、6才児のうち121人であった。両群の年齢、IQの平均、SD等は表1の通りであった。

表1 対象児

	人数	性別		月齢		VIQ		PIQ		TIQ	
		男	女	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
脳性まひ児	72	58	14	67.0	10.5	88.0	21.2	73.1	22.9	76.3	21.8
普通児	121	68	53	68.5	8.4	103.2	18.4	107.2	17.0	106.1	19.0

結果および考察

WPPSIテストにおける各項目毎の評価点(SS)の平均とSD、および内部相関を痙直型と普通児群についてみると表2の通りであった。痙直児群においてVIQ>PIQであったことにより当然ながら言語性項目が動作性項目に較べて高いSSを示しており、言語性項目で算数、動作性項目で迷路が低いSSを、また絵画完成が高いSSを示した。一方、普通児においては逆に動作性項目が高く迷路、幾何図形に高いSSを示した。更に、各項目毎の両群間で差を見ると知識を除いてすべて有意に普通児群が高いSSであった。(p<0.01)これらのことは先行研究の結果と同じ傾向であり、痙直児の知的発達の遅れと、知的構造の不均衡さがあることを考えさせる。しかし、知能が高くなるにつれてVIQとPIQの差が小さくなりPIQのTIQに対する寄与が大きいことが田川等の結果と異なり、痙直型児の特徴として考える。次にCAとの関連を相関係数から検討するとTIQ R=-.311、VIQ R=-.181、PIQ R=-.394となり、各項目ごとでは単語を除いたすべての項目に負の相関が見られた。(P<.05) このことは痙直型児の知的発達の遅れが成長とともに大きくなり、不均衡さが増していくことを示唆していると考えられる。

表2の相関行列の対角線に両群とも共通性の指定値としてSMC(重相関係数の2乗)を入れて主因子法で因子分析を行った。因子数はPOWER法より得られた固有値が負になるとき因子の抽出を打ち切り決定した。この方法で因子数を痙直型児群で3つ、普通児群で2つに決定し因子負荷行列とそれをバリマックス回転した結果は表3、4のとおりであった。両群における差は前述したごとく因子数である。このことはBaumeisterら(1962年)が精薄児と普通児のWISCの結果を因子分析し、普通児に一般因子、言語因子、動作因子の三因子を精薄児にこれら三因子の他に記憶痕跡因子を抽出したことと関連

して考える必要がある。因子毎に検討してみると第一因子は両群とも一般因子と考えられるが、痙直型児群

表2 脳性まひ児,普通児のテスト結果と相関

項目	知識	単語	算数	類似	理解	動物	絵画	迷路	幾何	積木	平均	SD
知識		.720	.628	.641	.654	.454	.4	.242	.371	.393	8.90	3.52
単語	.570		.522	.622	.631	.322	.257	.082	.266	.259	8.83	3.79
算数	.542	.391		.605	.463	.473	.357	.351	.553	.486	5.18	3.22
類似	.539	.471	.407		.641	.289	.295	.123	.303	.319	8.43	3.33
理解	.543	.583	.343	.470		.283	.269	.152	.263	.280	7.79	3.37
動物	.439	.231	.334	.198	.109		.644	.559	.579	.716	5.79	3.30
絵画	.5	.458	.400	.350	.351	.248		.017	.549	.605	7.69	3.25
迷路	.295	.315	.364	.373	.358	.193	.424		.756	.754	5.55	3.27
幾何	.270	.269	.377	.240	.241	.269	.331	.508		.813	6.88	3.76
積木	.364	.384	.358	.315	.261	.275	.361	.419	.374		6.20	3.90
平均	10.21	10.93	10.06	10.82	10.57	10.44	10.50	11.45	12.27	10.53		
SD	3.40	3.57	3.17	3.73	3.02	3.83	3.29	3.51	3.41	3.06		

右上 脳性まひ児 左下 普通児

表3 痙直型児の因子負荷行列

項目	因子負荷量			回転後の因子負荷量		
	第1因子	第2因子	第3因子	第1因子	第2因子	第3因子
1.知識	.727	.430	.084	.264	.804	.059
3.単語	.596	.529	.043	.098	.791	.027
5.算数	.721	.212	-.206	.388	.633	-.235
8.類似	.623	.493	-.055	.137	.781	-.072
10.理解	.586	.481	.054	.123	.749	.037
2.動物	.726	-.231	.152	.708	.304	.109
4.絵画	.695	-.308	.325	.741	.232	.281
6.迷路	.672	-.576	.039	.885	.013	-.010
7.幾何	.768	-.366	-.268	.801	.230	-.315
9.積み木	.797	-.395	-.116	.851	.229	-.166
固有値	4.82	2.74	1.76			

表4 普通児の因子負荷行列

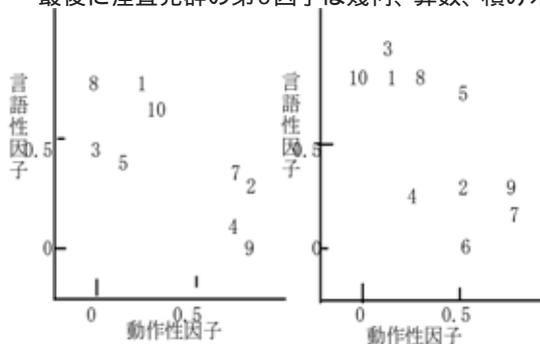
項目	因子負荷量		回転後の因子負荷量	
	第1因子	第2因子	第1因子	第2因子
1.知識	.772	.240	.741	-.321
3.単語	.694	.241	.683	-.269
5.算数	.639	-.071	.438	-.470
8.類似	.627	.163	.581	-.285
10.理解	.630	.291	.667	-.189
2.動物	.418	-.126	.234	-.368
4.絵画	.628	-.054	.441	-.450
6.迷路	.590	-.325	.235	-.631
7.幾何	.514	-.384	.139	-.626
9.積み木	.554	-.211	.282	-.521
固有値	3.77	2.51		

では積み木、幾何、動物の家といった項目に高い負荷を持ち全体として動作性検査が一般知能を測定していると考えられるが、反対に普通児群では今までの発表と同様に、知識、単語に高い負荷をもち全体として言語性検査がより一般知能を測定していると考えられる。このことは痙直型児の知能が運動障害に影響されている可能性を示唆しているものと推察される。次に、第2因子は一方が動作性、他方が言語性の極を示す両極性因子と両群において考えられる。普通児群に比べて痙直群において極在化が目立ち本因子における両群における寄与が異なることを示していた。また、算数の負荷量が他の項目と異なる傾向を示し、両群間でも差があることが示されていた。以上の第1因子、第2因子の結果を単純化するためバリマックス回転後の因子負荷量を図示すると図1、図2のようになる。まず普通児の因子布置をみると知

識(1)、単語(3)、類推(8)、理解(10)で1つのクラスター、そして動物の家(2)、絵画完成(4)、算数(5)で1つのクラスター、迷路(6)、幾何(7)、積み木(9)で1つのクラスター、計3つのクラスターが考えられる。第1のクラスターは過去の学習、経験の記憶、理解、表現する能力に関連するものであり、第2のク

ラスターは数の操作、物の観察、図形と記号の連合等に注意力、集中力に関連するものであり、第3のクラスターはCohenのいう視覚的、知覚的に知覚した素材を解釈、組織化する能力に関連するものであると考える。一方、痙直型児の因子布値は算数、迷路をのぞいて2つのクラスターに小さくまとまり、普通児と異なる布置を示した。このことは痙直型児が抽象度の高い記号の操作と視覚面での注意力と集中力、さらに空間概念に関する視覚運動対応能力に問題を持つことを示し、CP児の行動特徴といわれる注意の転動性と知覚障害と関連を考えられる。

最後に痙直児群の第3因子は幾何、算数、積み木



ら Baumeister らのいう短期記憶、記憶痕跡の因子とも考えられなくもないが、符号問題と類似した動物に低く負荷している点などから推理因子と考えた方が妥当であると考え。この点今後他のテストとからめて検討せねばならないと考える。

以上の結果より、痙直型児の知能構造は普通児よりも精薄児のそれに類似しているであろうと思われる。今後、精薄児と比較検討してこの点を明らかにしたいと考える。

参考文献 Baumeister.A.(1962) A Comparison of the factor structure of normals and retarded. Amer. J. Ment. defi. 66 641-646

脳性まひ児の知能構造(2)

RAVEN'S TESTによる不随意型CP児の知能構造を推察する試み

目的

脳性まひは脳損傷であるので、運動面、言語面、精神面に複雑な症状を有しており、知能について正しく評価することは大変に困難である。第21回教育心理学会、第18回特殊教育学会において、脳性まひのなかでもテスト実施上比較的困難の少ない痙直型児知能に関してその構造、それに関与する要因について発表した。痙直型児の知能構造は精神薄弱児に似ており、その構造に関与する要因として胎内の発育が考えられ、発育の悪い症例ほど健常児と異なる構造を示すことを指摘した。しかし、脳性まひのもう一つのタイプである不随意運動型(以後、不随意型と略記)の知能構造を明らかにすることはその症状が複雑なため著しく困難であり、先行研究もない不随意型児の知能構造を明らかにするためには既存のテスト方法、用具の改善を図りテスト実施上の問題を解決する方法と不随意型児でも支障なく実施できると考えられるテストを利用する方法等が考えられる。今回は後者の方法により、不随意型児の知能構造を検討した。テストは欧米において知能評価に有効性を認められ、且つ障害児に対して幅広く実施できることが認められているRAVEN'S COLOUR PROGRESSIVE MATRIX TEST(以後、RAVEN'S TESTと略記)を用いた。

対象及び方法

対象児童は表1に示すとおりであった。CP児は北

療育園の入園児であり、健常児は都内の保育園児であった。表1に示されたごとく不随意型児群は上肢、下肢ともに障害が重くしかも言語障害も重くどうか文章が話せる児童は8人であった。方法は痙直型児にWPPSI TESTとRAVEN'S TESTを実施した。WPPSI TEST 下位検査項目の粗点を目的変数にRAVEN'S TESTのA、A B、Bの得点を説明変数に重回帰分析を行いWPPSI TEST 各ITEM毎のRAVEN'S TESTよりの重回帰式を求めた。また、不随意型児群、健常児群にRAVEN'S TESTだけを行いその得点を痙直型児群よりもとめた重回帰式に当てはめ、こ

表1 対象児

	人数	月齢		上肢運動年齢		下肢運動年齢	
		平均	S D	平均	S D	平均	S D
痙直型児	52	63.2	8.4	42.69	10.1	19.4	8.8
不随意型児	40	64.7	10.1	22.1	10.7	10.6	8.8
健常児	37	62.4	4.7				

の2群のWPPSI TESTの粗点を予測した。次にこの結果を主因子法により因子分析を行い各群の知能構造に何らかの差異があるかを検討した。

結果と考察

各群のRAVEN'S TESTと痙直型児群のWPPSI TEST結果と各TESTの内部相関及び両TESTのITEM間の相関は表2に示す通りであった。痙直型児群のWPPSI TESTは従来から指摘されている言語性優位であることは明らかであり、しかも言語性と動作性ITEM間での相関がそれぞれの内部相関よりも低くなっていた。このことは痙直型児群の知能が

表2 各群のRAVEN'S TEST及び痙直型児群のWPPSI TEST結果

RAVEN'S TEST	RAVEN'S TEST			WPPSI TEST										平均	S D
	A	A B	B	知識	単語	算数	類似	理解	動物の家	絵画完成	迷路	幾何図形	積木模様		
痙直型	A	0.628	0.575	0.036	0.034	-0.033	0.000	-0.176	0.403	0.365	0.717	0.460	0.558	6.58	1.71
	A B		0.710	0.169	0.174	0.153	0.026	0.100	0.460	0.362	0.821	0.703	0.602	4.61	2.05
	B			0.293	0.149	0.079	0.042	0.083	0.415	0.500	0.755	0.483	0.510	3.48	1.73
不随意型				知識	単語	算数	類似	理解	動物	絵画	迷路	幾何	積木	平均	S D
					0.677	0.705	0.637	0.487	0.430	0.528	0.213	0.366	0.239	10.48	3.21
					0.577	0.700	0.615	0.278	0.348	0.094	0.146	0.253	13.32	6.73	
健常児						算数	類似	理解	動物	絵画	迷路	幾何	積木	平均	S D
							0.635	0.512	0.442	0.430	0.152	0.408	0.324	8.12	3.51
								0.666	0.335	0.492	-0.075	0.107	0.113	6.67	3.02
不随意型	A	0.542	0.407	7.25	1.92			理解	動物	絵画	迷路	幾何	積木	平均	S D
	A B		0.569	5.70	2.35				0.046	0.121	-0.038	0.000	0.022	9.67	3.74
	B			4.40	1.71				0.568	0.514	0.625	0.442	27.35	14.12	
健常児	A	0.562	0.596	8.38	1.29					迷路	幾何	積木	平均	S D	
	A B		0.488	5.83	1.53						0.823	0.597	7.41	6.86	
	B			3.94	1.39							0.610	6.38	3.95	

言語生徒動作性とで明らかに差があることを考えさせる。RAVEN'S TESTは全体として健常児群の得点が高く、不随意型児群、痙直型児群の順位なっており、脳性まひ児の知的発達の遅れがこのテストからも考えられる。RAVEN'S TESTのITEM毎に比較すると痙直型児群と不随意型児群とでは不随意型児群がA B、Bで有意に高く(5%レベル)、痙直型児群と健常児群とでは健常児群がA、A Bで有意に高く(1%レベル)健常児群と不随意型児群とではやはりAで有意に高くなっていった(1%レベル)。内部相関を見ると不随意型児群と健常児群は同じような傾向であるが痙直型児群は他の2群とやや異なる傾向を示していた。RAVEN'S TESTにおいては明確でないが痙直型児群が得点が低く内容的にも他の2群と異なることがうかがえた。

次に痙直型児群における両テスト間の相関をみるとRAVEN'S TESTのどのITEMも言語性ITEMとはほとんど相関がないが動作性ITEMとはかなり高い相関が見られた。これはRAVEN'S TESTの1つの特徴を示していると考え。これらの結果を踏まえて重回帰分析を行いRAVEN'S TESTからWPPSI TESTの各ITEMを推察する重回帰式求めると表3のとおりであった。前述した相関係数の結果からも明らか

なようにどの言語性ITEMにおいても有効な重回帰式はえられなかった。言語性ITEM全体でも $F=0.604$ であった。これに反して動作性ITEMは動物の家を除いて一応有効な重回帰式と判断できるものが得られ、特に迷路のITEMに高い信頼をおける重回帰式がえられた。動作性ITEM全体でも $F=11.436$ でRAVEN'S TESTからWPPSI TESTの動作性ITEMの粗点を予測しうるのではと考える。更に、RAVEN'S TESTのITEMの説明変数としての有効性を偏回帰及び標準偏回帰係数両面からみるとAはほとんど説明変数としての意味がなく、B、A Bに説明変数として意味が認められ、Aを別の角度から検討してみる必要を考える。

最後に、このように言語性知能を予測し得ない問題ある重回帰式から不随意型児群と健常児群のWPPSI TESTの粗点を算出して各群の知能構造を参考までに推察してみた。主因子法による因子分析の結果は表4、および図1、図2、図3のとおりであった。3群とも動作性因子と言語性因子が抽出され従来から指摘されていることと一致していた。しかし、健常児群と不随意型児群で同一因子と考えられる第3因子が痙直型児群にみられなかった。そのうえ、動作性因子、言語性因子の因子布置も不随意型児群は健常児群と似た布置を示したが痙直型児群は2群とかなり異なる布置を示している。このように脳性まひ児の知能構造は病型により異なり不随意型児は従来からいわれているように痙直型児より知能が高い上に知能構造も健常児のそれと似たものでないかと推察された。

本考察には2つの重大な問題があるとかんがえる。第1は知能構造に問題の有る痙直型児群から重回帰式を算出したこと、第2は重回帰式が言語性知能を予測し得ないものであったことである。今後、他のテスト特に言語性知能を予測するのに有効なテストとRAVEN'S TESTを健常児から分析してゆき、本考察の妥当性を検討することが不可欠であると考えられた。

表3 痙直型児の重回帰分析の結果

	偏回帰係数			R	F	
	A	A B	B			
知識	-0.376	0.019	0.739	10.294	0.335	1.134
単語	-0.564	0.660	0.344	12.792	0.209	0.410
算数	-0.440	0.500	0.000	8.752	0.228	0.493
類似	-0.093	0.025	0.105	6.808	0.058	0.030
理解	-0.927	0.497	0.289	12.478	0.337	1.156
動物の家	1.306	1.804	1.119	6.540	0.492	2.879
絵画完成	0.277	-0.075	0.959	4.665	0.510	3.161
迷路	1.092	1.513	1.091	-10.546	0.882	31.467
幾何図形	0.089	1.363	-0.096	-0.151	0.705	8.869
積木模様	0.702	0.763	0.241	0.153	0.648	6.552

表4 三群のWPPSI TESTの因子分析結果

	痙直型児			不随意型児			健常児		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
知識	0.687	0.233	-0.347	0.136	0.494	0.767	0.235	0.205	0.883
単語	0.798	0.118	-0.168	0.478	0.815	0.245	0.477	0.732	0.389
算数	0.673	0.258	-0.224	0.203	0.944	0.044	0.157	0.936	0.060
類似	0.809	-0.055	-0.372	-0.141	0.197	0.126	0.134	0.483	0.730
理解	0.808	-0.037	0.093	-0.105	0.919	0.275	-0.135	0.963	0.129
動物の家	0.172	0.531	-0.489	0.976	0.107	0.178	0.945	0.655	0.312
絵画完成	0.267	0.305	-0.716	0.706	-0.028	0.686	0.653	-0.266	0.699
迷路	-0.047	0.906	-0.151	0.971	0.107	0.206	0.924	0.006	0.370
幾何図形	0.078	0.892	-0.135	0.896	0.401	-0.085	0.920	0.347	-0.026
積木模様	0.100	0.650	0.146	0.084	0.044	0.082	0.070	0.026	0.474

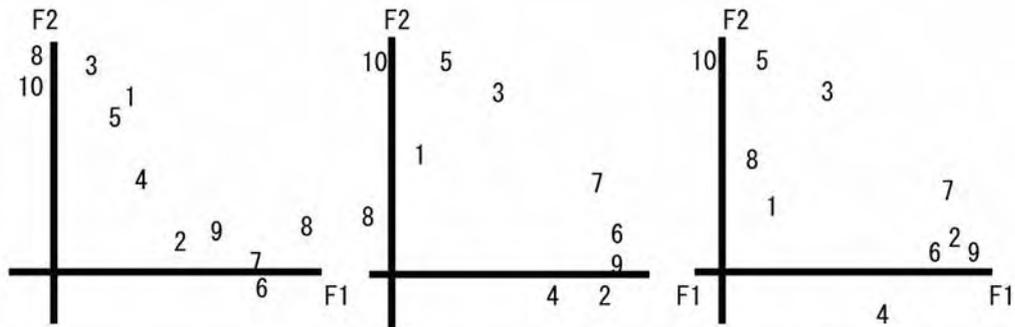


図1 痙直児群の因子布置

図2 不随意型児群の因子布置

図3 件状児群の因子布置

普通学校における脳性まひ児の学習成績(1) 学習評価全般について

目的

脳性まひ児は障害内容が複雑であり、かつ学校教育法施行令第5条、11条、22条の2により普通学校進学がのぞまれる場合も養護学校への進学が余儀なくされる等、その就学の決定はきわめてむずかしい。統合教育の重要性が叫ばれて、10余年が経過し、その間、心身障害児の全員就学が実施された。普通学校における統合教育への理解の深まりと、養護学校の重度、重症化の急激な進行がこの間に見られた。このため、最近の東京都においては養護学校への就学が望ましいと考えられる児童までが、親の養護学校への拒否感情、統合教育への過大ともとれる期待感から、安易に普通学校へ就学していく傾向を感じる。これらの点は北療育園の実施した2回の調査の比較においても明らかである(昭和49、56年)。体育の授業時見学する児童の増加、現在の教育処遇に不安をもたれる児童の増加などが明確になっている。しかし、教科学習、学校生活での行動等についての評価はほとんど検討されてない。本報告においては教科学習面において脳性まひ児がどのような評価を受け、どのような特徴をもつかを成績表から健常児と比較検討し、今後の幼少脳性まひ児の療育、就学問題を考える一助としたい。

方法および対象

対象児は北療育園で療育をうけ普通学校に入学した脳性まひ児67人で、病型は痙直型児58人、不随意運動型9人であった。健常児は都内小学校に通学している132人であった。両群の学年、IQ(脳性まひ児は各種ビネー式検査)は表1のとおりであった。学習評価は両群とも成績表の評価を用いた。なお脳性まひ児の運動障害は車イス使用児2人、松葉杖歩行児44人、独歩児21人であった。

表1 対象児

	学年人数						計	IQ	
	1年	2年	3年	4年	5年	6年		平均	SD
脳性まひ児	19	14	16	8	6	4	67	99.6	14.5
健常児	0	62	0	37	0	33	132	103	15.6

結果と考察

本報告の対象となった脳性まひ児のIQの平均が99と脳性まひ児としてはかなり高く、障害も軽度であったが、その成績は過去において指摘されている如く、良いものではなかった(表2)。教科別ではやはり運動障害のために体育の評価が低くなっていた。また、図工の評価が低かったことは知覚障害の影響も考えられるが、主として運動障害のためと理解される。しかし、運動障害の影響が比較的少ないと考えられる音楽の評価が体育について低いことが注意される。このことは、対象時に言語障害をもたない痙直型児が多くいたことから、歌唱能力の面よりは楽器を操作する能力面から低くなっていると考えたい。次に主要4教科で

表2 教科別成績

		脳性まひ児		健常児	
		人数	割合	人数	割合
国語	良	10	15%	36	27%
	普	37	55%	73	55%
	劣	20	30%	23	17%
社会	良	10	15%	42	32%
	普	43	64%	74	56%
	劣	14	21%	16	12%
算数	良	15	22%	45	34%
	普	36	54%	64	48%
	劣	16	24%	23	17%
理科	良	12	18%	35	27%
	普	35	52%	80	61%
	劣	20	30%	17	13%
音楽	良	2	3%	32	24%
	普	43	64%	88	67%
	劣	22	33%	12	9%
図工	良	10	15%	26	20%
	普	30	45%	87	66%
	劣	27	40%	19	14%
体育	良	0	0%	31	23%
	普	27	40%	80	61%
	劣	40	60%	21	16%

は大きな相違はなく、経験上一番困難を持っていると考えられる算数も他の教科と変らなかったことが注意され、学年から今後検討していきたい。

次に各教科及びIQ間の関連を数量化の理論に基づいて求めた(表3)。全体を通じて健常児群の方が脳性まひ児群より高い関連を示した。これを数量化4類により図示すると図1、2のとおりであった。両群で共通に国語が他の教科と離れた位置にあり、国語が他の教科と何らかの異なる能力を必要とされる教科であると考えられ、今後、詳しく分析したい。健常児群で体育が他の教科、知能とはなれた位置にあり、従来から指摘されてきたのと同様の傾向であったが、脳性まひ児群では図工、音楽、社会と近い位置にあった。これは運動障害が体育だけでなく他の教科に影響を与えていることを裏付けていると考えたい。しかも下肢運動障害のみならず、上肢運

表3 教科及びIQ間の相関

	国語	社会	算数	理科	音楽	図工	体育	IQ
国語		0.216	-0.539	-0.243	-0.032	-0.153	-0.096	-0.194
社会	-0.248		-0.132	0.023	0.09	-0.189	0.016	0.083
算数	0.089	0.521		0.36	-0.036	-0.011	-0.033	0.275
理科	-0.189	0.586	0.457		-0.089	0.179	0.102	0.253
音楽	0.162	0.091	0.102	0.047		0.146	-0.047	0.204
図工	0.121	0.354	0.306	0.354	0.318		0.31	0.242
体育	-0.252	0.115	-0.031	0.02	-0.093	-0.202		0.32
IQ	0.132	0.322	0.403	0.341	0.291	0.443	-0.022	

上 脳性まひ児 下 健常児

運動障害が表面上は目立たないが図工、音楽に大きく関与していることを示していると考えられる。社会科と近い位置にあったことは経験の要因を考えたい。運動障害により社会的経験が制約をうけていることがこの結果をもたらしている一つの理由ではないかと考える。

表4 IQに対する各教科のカテゴリーウェイト

	カテゴリーウェイト	偏相関			
		脳性まひ児	健常児		
国語	良	-0.179	-1.379	.006	.121
	劣	-0.004	1.546		
社会	良	-3.815	1.384	.126	.052
	劣	0.967	-0.572		
算数	良	2.627	3.544	.241	.196
	劣	1.939	-0.362		
理科	良	-1.477	3.393	.131	.121
	劣	1.719	-1.206		
音楽	良	16.471	-0.936	.233	.187
	劣	-1.218	1.385		
図工	良	0.883	-7.663	.125	.254
	劣	2.125	4.245		
体育	良	1.161	0.771	.301	.080
	劣	-2.077	-9.342		
		0.526	0.569		

次にIQが健常児群では教科と近い位置であるのに、脳性まひ児群では主要4教科より、体育、図工に近い位置に異なっていた。これは脳性まひ児の知能が運動障害と密接

に関連をもっていることによると考える。しかも脳性まひ児の大半が痙直型児であったことは筆者も以前指摘したとおり、IQと運動障害の関連は不随意運動型に近く、痙直型にあることから予想

される結果である。今後、病型別に検討せねばならない。以上、健常児はIQが脳性まひ児では運動障害が成績に関連し、両者で異なる結果を示した。

更に、IQと教科の関連を詳しく検討するために、IQを目的変数とし教科を説明変数として数量化1類で、そしてIQを3段階の順序尺度(3: IQ 0-90、2: IQ 91-105、1: IQ 106-)にし、数量化3類で分析した(表4、図3、図4、)。

数量化1類において、脳性まひ児群では体育が一番偏相関が高く、やはり知能と運動機能が密接に関連していることを示していた。健常児群においては図工が一番の関連を示し体育はほとんど関連を示してなく、少なくとも下肢運動機能と関連は余りないと考えられる。両群において算数、音楽、理科が同じ順位でIQに関連し、国語、社会が同様に低く、ほぼ同じ傾向を示していた。このことは脳性まひ児の成績も健常児と度合は少ないながらも質的には同様にIQと関連をもっていると考えさせる。

以上、脳性まひ児の学習成績は運動機能により大きく左右され、知能は健常児ほど明確な関連をもたないと考えられる。しかし、脳性まひ児の知能は知能

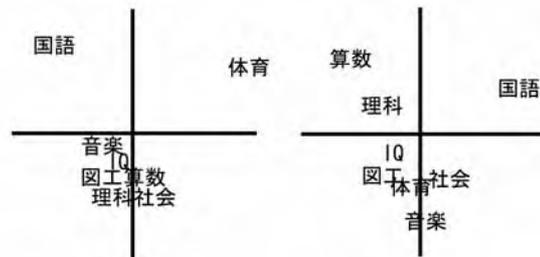


図1 健常児群における各教科の布置

図2 CP児群の各教科の布置

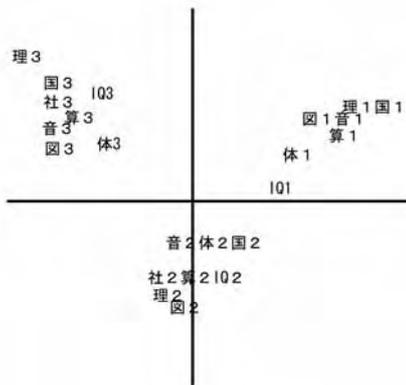


図3 健常児群における評価の布置

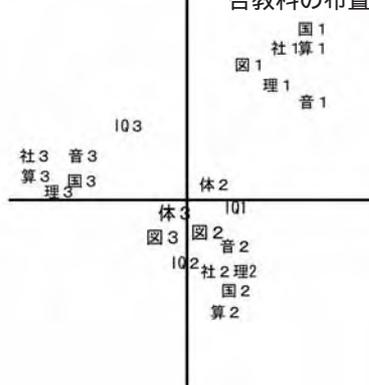


図4 脳性まひ児群における評価の布置

構造の面がより重要であると考えられるので、今後は知能構造と学習成績の関連を検討せねばならないと考える。また、各教科における所見を分析し、各教科において具体的にどのような問題をもつかを明らかにしたい。

普通学校における脳性まひ児の学習成績(2) 国語、算数について

目的

脳性まひ児の統合教育は障害児の統合教育の中でもその障害の複雑さのためもっとも困難な問題をもっていると考えられる。前回の本学会において、従来明らかになっていなかった脳性まひ児の普通学校における教科学習について検討した。脳性まひ児は学習成績において、体育、図工、音楽において評価が低く、主要4教科は健常児と大きな相違はなかった。しかしIQとの関連においては、健常児が体育、国語を除き各教科がIQと関連を示していたのに対して、脳性まひ児は運動障害が関連していると考えられる体育、図工、音楽と社会がIQと関連しており異なる傾向が明らかであった。更に脳性まひ児のうちIQ90以上の児童においてはIQと各教科の成績と関連が少なく、脳性まひ児の知能測定の困難さを示していた。本考察においては前述した事項をふまえ、脳性まひ児が学習上に示すより具体的な問題点を明らかにしたいと考え、主要教科の中、国語と算数について前回と同じく、成績表から健常児と比較検討する。

対象及び方法

対象児は北療育園で療育をうけ普通学校に入学した小学2年生児43人と健常児62人であった。(平均IQ 健常児99.8、脳性まひ児98.8)方法は成績表の国語、算数の所見欄の評価を3段階に整理した。検討した所見は国語5項目(文章力、会話力、読解

力、聞きとる能力、書字能力)、算数3項目(数量記号の理解力、計算、測定能力、問題解決能力)の8項目であった。

結果と考察

まず両群の各教科の関連をみると脳性まひ児では国語、算数は関連が見られたが、健常児では国語が他の教科とはなれて位置して異なる傾向を示した。(図1,2)各所見をみるとすべての項目において脳性まひ児が劣り、全体としては算数が国語より劣っていた。(表1)項目では書字能力、問題解決能力が劣っていることが明らかである。書字能力は運動障害、知覚障害の影響と考えられる。問題解決能力を第1として算数が劣るのは従来から指摘されているウェクスラー式知能検査での言語性検査の中で数概念項目が低いことと関連して考えられる結果である。

次に、各所見とIQとの関連を数量化一類で分析してみると表2のとおりであった。図1、図2で国語の位置が健常児と脳性まひ児とで大きく異なっていたことから明らかなように、脳性まひ児では国語の所見が、健常児では算数の所見が主にウェイトを持ち両者で異なる傾向を示していた。内容的にみると、両者が文章力、書字能力の面において逆のウェイトをもっていること、脳性まひ児において数量、記号の理解力が他の所見にくらべて著しく高いウェイトを持っていることが注意される。これは脳

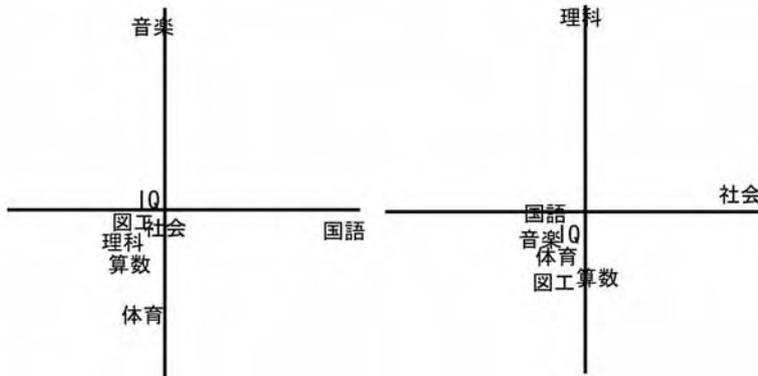


図1 健常児の各教科の布置

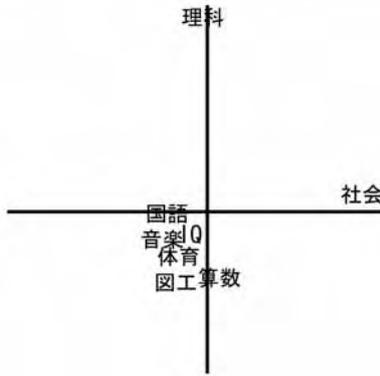


図2 脳性まひ児の各教科の布置

性まひ児の大半が痙直型児であった事を考え合わせて、脳性まひ児の上肢運動能力と視知覚を中心とした知覚障害が教科学習面に影響を与えているのではないかと考える。この点、運動障害と知能構造の点から詳しく検討されねばならないと考える。

表1 各項目の評価

所見		脳性まひ児			健常児		
		良	普	劣	良	普	劣
国語	文章力	12	60	28	33	54	13
	会話力	9	67	23	27	68	4
	読解力	23	56	21	37	60	16
	聞き能力	16	70	14	37	49	14
	書字能力	16	49	35	25	62	13
算数	数量記号の理解力	19	63	19	33	54	13
	計算測定能力	26	44	30	37	51	13
	問題解決能力	9	60	30	35	49	16

表2 IQに対する各所見のカテゴリーウェイト

所見		脳性まひ児				健常児			
		良	普	劣	偏相関	良	普	劣	偏相関
国語	文章力	-13.42	-0.80	5.78	.416	1.65	0.79	-7.70	.193
	会話力	4.35	0.53	-3.30	.173	9.84	-2.96	-13.25	.411
	読解力	-1.84	3.36	-6.93	.331	-1.74	2.14	-2.42	.142
	聞き能力	3.67	-2.21	6.77	.286	-0.67	-0.76	4.38	.126
	書字能力	2.85	3.47	-6.20	.329	-9.64	3.60	1.71	.365
算数	数量記号の理解力	10.46	0.94	13.63	.519	4.01	0.40	-12.28	.302
	計算測定能力	-1.36	-2.37	5.16	.267	2.58	-0.32	-6.14	.160
	問題解決能力	-2.98	0.45	-1.81	.089	2.94	-2.82	2.26	.183

各所見にIQを加えて、9項目の関連を数量化理論とクラスター分析した結果を合わせて図示すると図3、図4のとおりであった。クラスターが健常児では2、脳性まひ児では3と関連の内容が全体を通じて異なっており、脳性まひ児が教科学習上複雑な問題を持っていることを示唆していた。健常児で聞きとる能力と書字能力が他と離れたクラスターを形成しているのに対して脳性まひ児では聞きとる能力は同じであるが、書字能力と計算測定能力とが入れ替わっている。このことは書字能力の面上肢の運動能力が影響していること、聞きとる能力との関連から集中力、注意力といった行動面が計算、測定能力に影響していること等、知的側面以外の要因を考え

ていくべきではないかと想像させられる。健常児においては上記の2つの能力以外はIQを中心として1つのクラスターを形成しているのに対して、脳性まひ児はIQとクラスターを形成しているのは会話力、書字能力、数量記号の理解力の3項目だけであった。これは前回IQと図工、音楽、体育が関連を示したことと同じく、運動障害程度がIQと同じく国語の学習にもかなり影響を与えて

いる面があることを示している。文章力、読解力、問題解決能力が1つのクラスターを形成し、健常児にはないクラスターが存在した。これらの3つの項目は洞察力、帰納的推理力、抽象能力等を他

の項目よりも必要な知的側面を持つ項目と考える。このことは脳性まひ児において種々の障害で知能テストが学習に必要な知的能力を十分に評価しえないということを示唆していると考えたい。また算数の3項目が脳性まひ児において各々異なるクラスターに位置していることが注目される。これは知覚因子がより算数と関連があるといわれているように、知覚障害の面から慎重に検討されねばならない。

最後に、健常児と脳性まひ児を判別する有効な項目は何であるかを、参考までに数量化二類で検討した。算数の問題解決能力、会話力、文章力が偏相関で高い値を示して、良い評価は健常児群へ高い寄与を示していた。

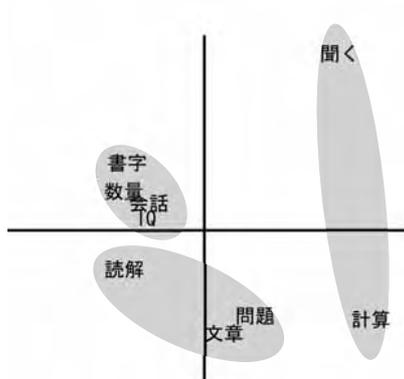


図3 脳性まひ児の所見とIQの布置

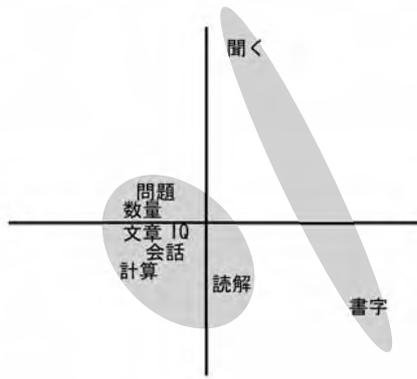


図4 健常児の所見とIQの布置

以上国語、算数の2教にかぎっても、脳性まひ児では健常児と異なり、IQだけでは予測できない評価がなされており、今後、運動能力、知覚構造、加えて知覚面へ詳しい検査から検査から検討し、また、病型面、学年からも検討されねばならないと考え

普通学校における脳性まひ児の学習成績(3) 生活行動面について

目的

脳性まひ児の普通小学校への就学はその障害が中枢神経の疾患のため運動機能障害にとどまらず、精神発達、言語面にも及び複雑であるため他の疾患による障害児より多くの問題を持っている。しかし、統合教育への理解の深まりと障害児の全員就学の実施とそれに伴う養護学校の重度化により脳性まひ児の普通学校への就学は年毎に多くなっている。脳性まひ児が普通学校においてどのように生活を送り、どのような問題を抱えているか十分に検討されていない。教科学習については過去2回の本学会において発表したごとく、学習成績に評価は低く、特に体育、音楽、図工といった上肢機能に関連を持つと考えられる教科の評価が低くなっていた。就学前におけるIQが95以上である時に学習成績をIQから予測することが困難であり通常の知能検査結果で学習活動への適応を考えられないこと、国語、算数の所見においても健常児と異なった傾向を持ちIQと関連を示す所見が少く知能構造を検討する必要性と、算数の問題解決能力、国語の会話力、文章力が健常児と脳性まひ児とで特に違いが大きいことなどを指摘した。本考察においては教科学習以上に学校生活を送る上で問題となる生活行動面における評価を検討し脳性まひ児の行動面の問題を明らかにすると同時に年少脳性まひ児を療育する上で従来にも増して力を注ぐべき点に些かなりとも有益な知見を得たいと考える。

対象及び手続き

評価結果は成績表から得た。対象児は北療育園で就学前に療育を受け普通小学校の普通学級に就学した児童で、生活行動面の評価内容が同一で、方法も同一な児童であった。対象児の性別、学年は表1のとおりであった。これら児童の障害程度は一応全員

表1 対象児

学年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	計
男	11	15	9	6	4	4	49
女	8	10	6	4	5	3	36
計	19	25	15	10	9	7	85

歩行可能で2名を除いて書字が実用化していると判断でき脳性まひ児としては軽度障害児であった。また、IQも高く表2に示すとおりであった。

結果及び考察

生活行動面の評価内容は学校により表現が若干異なるが、それら内容を整理してみると次の10項目にまとめられた。健康安全清潔、礼儀、自主性、責任感、根気強さ、創意工夫、情緒の安定、協力性、公正さ、公共心である。これら10項目の評価結果は表2のとおりであり、教科学習と異なり普通もしくは良い評価を受けていた。この評価をそのまま解釈することは危険であり、障害の存在を考慮しての評価が多分に成されていると考えたほうが良いと通信欄などの記述から考えたい。項目別にみて目立つのが健康安全清潔の評価が他の項目と異なる傾向をみせ評価がちらばっていることである。これは教師により障害の受けとめ方がかなり異なっていることによる結果であると考え。また、自主性で悪い評価が多くなっていた。これは従来から障害児に指摘されている過保護な養育の結果としての依存性の問題を示唆しているかと考えたい。この点、対象児の多くが施設入所を経験していることを考える時、施設における療育で生活指導面における軽度児に対する問題点を考えさせる。更に公正さ、公共心で他の項目に比較して良い評価が少ない点も併せて就学前脳性まひ児を療育していくうえでその内容を検討す

表2 行動およびIQの評価結果

評価項目	良い	普通	悪い
健康安全清潔	22	40	23
礼儀	11	68	6
自主性	10	62	13
責任感	17	62	6
根気強さ	13	63	9
創意工夫	5	72	8
情緒の安定	14	69	2
協力性	12	70	3
公正さ	7	77	1
公共心	7	74	4
IQ段階	106-	96-105	-95
人数	14	33	38
IQ平均	92.12	SD	14.36

表3 評価項目間の相関行列

評価項目	健康安全清潔	礼儀	自主性	責任感	根気強さ	創意工夫	情緒の安定	協力性	公正さ	公共心
健康安全清潔		-.201	-.261	-.234	.120	.144	-.147	.062	.145	-.122
礼儀	-.201		.515	.066	-.319	-.031	.017	-.039	-.112	.107
自主性	-.261	.515		.208	-.170	-.115	.105	-.192	-.187	.097
責任感	-.234	.066	.208		-.286	-.254	.022	-.101	-.344	.299
根気強さ	.120	-.319	-.170	-.286		-.006	.002	.043	.189	-.198
創意工夫	.144	-.031	-.115	-.254	-.006		-.049	-.103	.538	-.205
情緒の安定	-.147	.017	.105	.022	.002	-.049		-.789	-.015	-.008
協力性	.062	-.039	-.192	-.101	.043	-.103	-.789		.052	-.116
公正さ	.145	-.112	-.187	-.344	.189	.538	-.015	.052		-.347
公共心	-.122	.107	.097	.299	-.198	-.205	-.008	-.116	-.347	

る必要がある。創意工夫で良い評価が最も少なくなっていた。これは脳性まひ児の知能構造の一面を示唆していると考え更に詳しい検討を加えたい。次に項目間の関連をみると表3のとおりであり全体に関連は少なく、むしろ(一)の関連を持つ傾向が強かった。公正さと創意工夫、礼儀と自主性、公共心と責任感に関連がみられる程度であった。反対に、情緒の安定と協力性では逆の関連があるうに他の項目と関連が少ない概向を示していた。これは脳性まひ児の行動特性といわれている転動性、固執性などの点、社会性の発達、自我発達の未熟などの発達の点などとの関連と、脳波異常との関連を検討する必要を示しているのではないかと考える。次に、IQとの関連を検討した。IQを表2に示した如く3段階にわけ数量化3類、およびクラスター分析を用いて各項目の関連を図示すると図1のようになった。IQはどの項目からも離れており教科学習とは明らかに異なる傾向を示していた。しかしクラスター分析では3つに大きく分かれたクラスターの内、責任感、公共心、自主性、礼儀と1つのクラスターを形成していた。これらの項目は自主性を除き他の項目と比較して知識、作法的な面を多く持った項目ではないかと考えると、理解力が生活行動面に影響を与えていることを考えさせる。又、運動機能

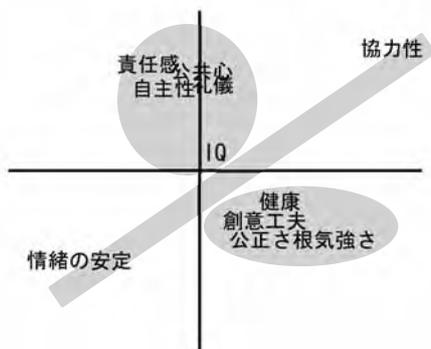


図1 行動評価項目の布置

障害との関連を歩行能力から検討したが明らかな傾向は見いだせなかった。更に、生活行動面とIQとの関連をみるために対象児をIQで3群に分けては数量化2類で分析すると表4の

とおりであり、高IQ群と中、低IQ群とでかなりの差があった。項目別にみると公共心。礼儀、自主性など図1で1つのクラスターを形成している項目がIQ群を分けるのに大きく作用していることが明らかである。この点、精神発達の遅れを伴う脳性まひ児を療育していく際に留意していく必要を感じる。又、根気強さ、創意工夫、健康、協力性などIQに影響を持たないことがここにおいても明らかである。今後この点は前述した脳波、病型、歩行能力以外の障害程度などから検討すべきだと考える。以上、脳性まひ児の学校における生活行動面は教科学習面に比較すれば問題は少なくなっていたがやはりIQの面が行動面にも影響を与えている傾向が見られた。IQ105以下の児童が担任教師に問題を指摘されていると考えられる結果であった。しかし、学習面と異なり行動面の評価が多分に教師の主観的判断に左右されていることが多いと考えるので行動面の問題を検討するためには実際の生活場面での観察、調査から成されるのが望ましい。尚、成績表の通信欄の記述を整理してみても目立つのが忘れものが多いこと、学用品の自分の持ち物を整理管理することの下手なこと、仕事にとりかかることが遅いこと等が多く指摘されており、今後この様な具体的問題を検討することが脳性まひ児の療育に有効な情報をもたらすと考える。

表4 IQ群の判別に占める評価のウェイト

評価項目	良い	普通	悪い	差の順
健康安全清潔	-.543	.033	.462	8
礼儀	.837	-.020	-1.304	2
自主性	1.371	-.061	-.761	3
責任感	.369	.002	-1.071	6
根気強さ	-.207	-.019	.432	10
創意工夫	-.661	.009	.333	9
情緒の安定	-.247	.093	-1.496	5
協力性	.366	-.103	1.053	7
公正さ	-1.360	.149	-1.947	4
公共心	1.679	-.086	-1.347	1
	高IQ群	中IQ群	低IQ群	重相関
スコア平均	1.525	-.21	-.279	.357
SD	1.091	.734	.796	

普通学校における脳性まひ児の学習成績(4)

知能構造と学習成績

はじめに

脳性まひ児の就学に際し進路の決定はその障害が複雑であるため難しい問題である。肢体不自由児養護学校の重症化が進む東京都の場合、普通学校への進学(統合教育)は著しく増えているが多くの問題を抱えている。

過去の本学会において普通学校に進学した脳性まひ児の持つ問題点を下記の4点について指摘した。1.多くの児童が学習面で低い評価を受けている。2. 幼児期の知能が学習評価に影響しているが、健常児より予測は難しい。3. 知能と教科、知能と国語、算数における評価所見の関連が健常児と異なる。4. 生活行動面の評価も学習面よりは低い。知能の影響がある。このように脳性まひ児の普通学校における問題は運動機能面より知的能力面が影響していると考えられた。しかしながら脳性まひ児の知能を考えると知能構造を重視すべきであり、学習障害の存在と知能構造が深く関わりを持つことを考えると知能構造と学習成績との関連を検討することは脳性まひ児の療育を考える上で重要であると思うわれる。本考察においては幼児期の知能構造が学習成績とどのような関連を持つ力を明らかにし、今後の脳性まひ児の療育の一助としたい。

対象および手続き

対象児は北療育医療センター(旧北療育園)で療育を受け、普通小学校に就学した脳性まひ児のうち幼児期にWPPSI知能テストを受けえた児童50名であった。学年の内訳は1年13名、2年10名、3年12名、4年8名、5年6名、6年1名であった。運動障害はSpastic型で軽度のものが多かった。

表2 対象児のWPPSI

	平均	SD
TIQ	96.92	21.99
VIQ	101.98	21.16
PIQ	93.04	21.24
VIQ-PIQ	8.94	23.80

結果および考察

対象児の学習成績を各教科別にみると表1に示すとおりであり。対象児が脳性まひ児の内でも学習面において比較的問題を持たない児童であった。しかし、主要4教科に比較して音楽、図工、体育の成績が低く、運動機能面が少なからず学習面に影響していることを示していた。

幼児期のWPPSI検査の結果は表2に示すとおりであり、脳性まひ児について一般的にいわれている言語性知能優位の傾向を示したが、SDは大きい比較的那の差は少なかった。

各教科の評価段階ごとに各々のIQの値を表3に示した。教科全体を通じて評価とIQは一致する傾向であった。しかし体育は過去の結果とおなじくIQに差は見られなかった。また、言語性知能は図工の評価に影響を持たないが、動作性知能は大きく影響しており、今後、運動機能面と知覚的側面の影響を検討する必要がある。また理科の評価に他の主要3教科より知能の影響が見られなく学習内容の側面との関係を検討していく必要を考える。評価段階で見ると言語性知能は良いと普通段階、動作

表1 対象児の学習成績

	国語	社会	算数	理科	音楽	図工	体育
良い	10	9	11	9	6	8	0
普通	27	31	22	27	31	22	20
悪い	13	10	17	14	13	20	30

表3 各教科の評価とIQ

		国語	社会	算数	理科	音楽	図工	体育
全検査IQ	良い	114.0	116.3	115.9	102.8	110.1	110.7	
	普通	97.7	96.0	98.1	99.5	100.3	91.9	95.0
	悪い	82.0	82.2	83.0	88.0	82.5	96.8	98.1
言語性IQ	良い	116.8	114.7	116.6	103.7	112.8	97.6	
	普通	101.2	101.8	103.2	101.7	101.8	95.9	95.3
	悪い	92.0	91.0	90.8	101.2	97.3	110.3	106.4
動作性IQ	良い	103.7	109.0	106.6	100.5	101.1	120.3	
	普通	96.4	92.9	95.2	97.8	98.4	89.7	97.8
	悪い	77.3	79.1	81.4	78.8	76.4	85.7	89.8
VIQ-PIQ	良い	13.1	5.7	10.0	3.2	11.6	-22.7	
	普通	4.8	8.9	8.0	3.8	3.3	6.1	-2.5
	悪い	14.3	11.9	9.4	22.5	20.9	24.6	16.5

表4 知能指数と学業成績の関連

知能指数	偏相関係数							重相関
	国語	社会	算数	理科	音楽	図工	体育	
TIQ	.191	.210	.321	.111	.123	.219	.264	.676
VIQ	.270	.143	.390	.041	.335	.406	.254	.696
PIQ	.169	.195	.309	.202	.291	.513	.154	.736
VIQ-PIQ	.345	.097	.465	.203	.550	.729	.186	.826
相関係数								
TIQ	.483	.455	.472	.209	.390	.283	.051	
VIQ	.390	.343	.448	.002	.016	.304	.160	
PIQ	.395	.365	.101	.357	.430	.567	.019	
VIQ-PIQ	.112	.008	.016	.227	.316	.678	.356	

性知能は悪いと普通段階の評価に影響を与えていること、言語性、動作性知能の差と評価の間に明らかな傾向が見られなかったことが注意された。これは対象児の各IQにおける分布の型より言語性知能優位な児童数が圧倒的多かったという対象児の内容の問題を示唆していると考えられる。次に各IQと教科の関連をみるため数量化分析1類の方法で偏相関を求めると表4のようになり、これらの関連を相関係数から数量化3類およびクラスター分析により図示すると図1～図3のようになり、2つの分析方法でかなり異なる傾向を示した。表4からは、教科別では社会、理科、体育の3教科はどのIQとも関連を持たないと考えられる。また国語が言語性IQとも関連が少ないことは脳性まひ児が幼児期に示す言語活動が国語において求められる能力と異なっていることを考えさせる。このことは今後、健常児においてどのような関連があるかを検討していかなばならぬ問題である。国語とならんで基本教科である算数は他の4教科に比較するとどのIQとも同じ程度に関

連を持ち、異なる傾向をしめていた。次に言語性IQと動作性IQとの差が教科と関連をよく示しているが、図工だけが動作性優位が評価を高くすることを意味しており、他の数値はいずれも言語性優位が教科の評価を高くすることを意味していた。このことはIQの程度により関連の程度と内容が異なる傾向があるのでIQをいくつかの段階に分けて検討していく必要がある。一方、図からは、主要4教科と残りの3教科が各IQとの関連において大きく異なっていることが考えられる。主要4教科、特に国語、算数は全IQ、言語性IQと関連を示すのに対して、図工、音楽は動作性IQとの関連を示していた。体育はIQとの関連は見られなかった。個々の教科についてみると、国語が動作性IQと関連を示し、表出理解等の言語能力と同等に書字に關係する能力が評価されていることが推察される。音楽が言語性IQでなく動作性IQと関連を持つことは歌唱面より楽器の操作面が評価にウェイトをもっているかと考える。

国語、図工、音楽が動作性IQと関連を示したことはこれらの教科に知覚的側面もさることながら上肢の運動能力面がかなり要求されていると考える。以上知能構造と学習成績面との明確な関連は明らかにできなかった。これは対象とした脳性まひ児の大多数が言語性優位であったためと考える。今後、対象児を増し下位検査項目からの検討を加えて詳細に検討したい。

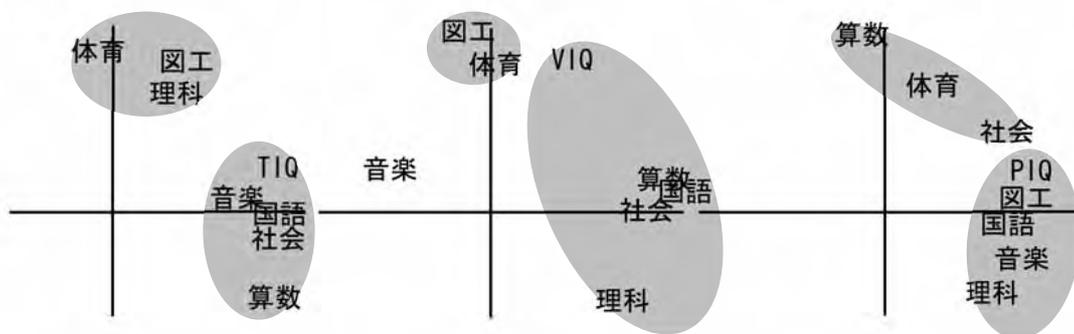


図1 TIQと教科の布置

図2 VIQと教科の布置

図3 PIQと教科の布置

普通学校における脳性まひ児の学習成績(5) 知能構造と学習成績

目的

最近の脳性まひは単なる運動障害児ではなく精神発達遅滞を伴う重複障害児として捉えて療育しなければならないものが多い。また、最近の障害児の発生要因の変化は障害児を大きく軽度障害か重度障害かに両極分化してきている。そのため脳性まひ児の就学問題における軽度脳性まひ児の進路決定が占める割合は増してきている。さらに、東京都では障害児の全員就学を契機とした肢体不自由児養護学校の重症心身障害児養護学校化への変化は多くの軽度障害児の統合教育への参加を容易にしている。反面、統合教育におけるこれら障害児のかかえる問題については検討されてない。

過去の本学会において普通学校に就学した脳性まひ児の学習成績に検討を加えて運動障害よりも知的発達面の学習活動への影響が大きいことを指摘した。また、前回の本学会においては脳性まひ児の知能構造の重要性を考慮し知能構造と学習成績の関連について WPPSI TEST の結果から一部検討し、言語性知能が動作性知能より学習成績に影響を持つこと、国語、算数、理科、社会の主要4教科はより言語性知能と関連を持つものに対して、図工、音楽は動作性知能と関連を持つこと、国語、図工、音楽が動作性知能と関連を持つことから知覚的側面の学習成績への影響が考えられることなどを指摘した。本考察においては WPPSI 知能検査の下位検査項目の結果と学習成績との関連を検討し、より具体的に脳性まひ児の知能構造と学習成績との関連を明らかにし、

表1 WPPSIの結果 今後の脳性まひ児の療育と脳性まひ児の統合教育の一助としたい。

全検査IQ	97.2
言語性IQ	103
動作性IQ	92.4
知識	11.2
単語	10.8
算数	9.1
類似	10.6
理解	9.4
動物	8.1
絵画	9.9
迷路	7.9
幾何	10.3
積木	9.6

表2 教科の評価

	よい	ふつう	わるい
国語	11	28	13
社会	9	32	11
算数	12	22	18
理科	9	29	14
音楽	6	32	14
図工	8	24	20

対象及び手続き

前回の発表と同じく、北療育医療センターで療育を受け普通小学校に就学した脳性まひ児のうち幼児期に WPPSI 知能検査を受けえた児童 51 名を対象とした。対象児の学年内訳は1年14名、2年10名、3年12名、4年8名、5年6名、6年1名であった。運動障害は SPASTIC 型で軽度の者が多かった。前回、体育が検査結果と関連が少なかったことを踏まえて検討から除外した。

結果と考察

対象児の学習成績を教科別にみると表1に示すとおりであった。また、幼児期の WPPSI 知能検査は表2に示すとおりであった。言語性知能優位であることに加えて、下位検査においても言語性検査で算数、動作性検査で迷路の結果が他の検査より低くなっており、従来から脳性まひ児にいわれてきた知能構造を示していた。

各教科の成績別に下位検査の評価点を整理すると表3のとおりであった。国語の成績はほとんどの下位検査結果と一致していたが他の科目はいくつかの下位検査結果と一致していない面があった。特に音楽、図工が半数の下位検査と一致してなく、図工は全ての言語性下位検査と一致していない。このことは国語が全体的な知的能力を求めているのに対して、音楽、図工が部分的、特殊な能力を求めていることを示すと考えたい。また、下位検査のうち知識、算数、迷路、積木模様の検査は成績と一致している傾向があったが、理解、類似、単語、動物の家の検査が成績とあまり一致していない傾向があった。全体的にみると言語性下位検査よりも動作性下位検査の方が成績の段階でより差を多く示していた。これら差を[良い]と[普通]と[悪い]の段階別に整理してみると[良い]と[普通]の間では言語性検査に差が多くみられ、[普通]と[悪い]の間では動作性検査に差が多くみられる傾向があった。このことは言語性検査での一定レベル以上の評価点は成績を良くすることを、言語性検査での一定レベル以下の評価点は成績を悪くすることに影響を持つのではないかと考えられる。教科別にみると図

表3 成績別下位検査評価点

	国語			社会			算数			理科			音楽			図工		
	良い	普通	悪い	良い	普通	悪い	良い	普通	悪い	良い	普通	悪い	良い	普通	悪い	良い	普通	悪い
知識	12.9	11.6	8.8	12.6	11.3	9.8	13.4	11.4	9.5	11.5	11.3	10.7	12.8	11.3	10.2	11.3	10.6	11.9
単語	12.9	10.6	9.4	11.6	11.0	9.4	12.6	10.6	9.7	11.6	10.5	10.7	11.6	10.6	10.7	9.5	10.4	11.9
算数	12.3	9.1	6.6	12.8	8.8	7.0	12.7	9.1	6.7	10.3	9.2	8.3	12.3	9.3	7.4	10.4	8.3	9.7
類似	12.9	9.9	9.9	13.2	9.9	10.1	13.0	10.1	9.3	10.0	10.8	10.3	12.1	10.4	10.2	9.0	10.3	11.6
理解	11.0	9.2	8.7	9.4	9.7	8.5	10.0	10.0	8.4	8.6	9.8	9.1	9.8	9.3	9.5	7.8	9.3	10.4
動物	9.0	8.2	6.9	8.2	8.3	7.1	8.4	8.8	6.9	9.6	8.1	7.0	7.5	8.9	6.5	11.1	7.8	7.3
絵画	10.1	9.7	9.9	10.0	9.9	9.7	9.6	10.0	9.8	11.4	9.6	9.3	8.8	10.0	9.9	12.5	9.8	9.1
迷路	9.0	8.7	5.3	10.5	9.9	9.7	9.4	8.1	6.7	9.3	8.7	5.5	8.0	8.9	5.6	11.1	7.8	6.8
幾何	11.5	11.1	7.3	14.3	10.2	7.0	13.5	10.4	7.8	10.2	11.4	7.8	14.8	10.8	6.8	15.6	9.1	9.5
積木	11.4	9.4	6.1	13.0	8.9	6.0	12.1	9.5	6.3	10.0	9.8	6.5	11.8	10.0	5.7	13.5	8.2	8.2

表4 判別分析による教科と下位検査の相関比

	相関比	重みのある項目
国語	0.523	積木模様、知識
社会	0.509	算数、類似
算数	0.612	積木模様、算数
理科	0.236	積木模様、理解
音楽	0.500	動物の家、積木模様
図工	0.639	動物の家、幾何図形

表5 相関比に対する各項目の重み

	国語	社会	算数	理科	音楽	図工
知識	.296	-.060	.147	.055	-.081	-.330
単語	-.134	-.471	-.347	-.167	-.246	-.290
算数	.176	.630	.405	-.014	.248	.335
類似	-.225	.312	-.109	-.143	-.050	.014
理解	.193	-.174	.294	.238	.173	.072
動物	-.041	-.245	.229	.133	.623	.66
絵画	-.324	.045	-.317	-.307	-.564	.218
迷路	.126	.274	-.063	.274	.053	-.110
幾何	-.422	-.220	-.272	-.307	-.360	.414
積木	.687	-.249	.601	.780	.356	.299

工における言語性検査の矛盾する結果以外は評価点は成績に反映している結果がみられた。しかし、理科に対する言語性検査の影響の低いこと、図工における動作性検査の影響の高さが注意される。これらのことは前回のIQの結果と当然一致していたが、評価点での検討の方がより明確な結果が得られた。

次に、各教科の成績を目的変数、評価点を説明変数として判別分析を行った。表4、5に示すとおり、理科は相関比が低くWPPSI検査から成績を判断はで

きないと考えられた。他の科目は理科に比べると相関比が高かった。なかでも、図工、算数は相関比が高くWPPSI検査からかなり成績を予測できると考えられる。各教科に対する重みをみると動作性の項目が社会をのぞく科目において重みを待っており、特に積木模様が4つの教科に重みを持っていることが注意される。今後、積木模様の課題が図形の分解能力、比較能力、洞察力、上肢機能等、どの

ような能力を必要としているのかを別の角度から分析する必要を考えさせられる。また、音楽、図工に他の科目と異なり動物の家が重みを示したことはこの2つの科目で上肢機能の面が成績にかなり影響していることを示しているのではないかと考える。各下位検査の重みを全体でみると下位検査が大きく3つに分けられた。第1に算数、理

解、動物の家、迷路、積木模様のほとんどの教科と関連を持つ検査群、第2に知識の一部の教科と関連をもつ検査群、そして単語、絵画完成、幾何図形のほとんどの教科と関連を持たない検査群の3つである。教科と関連を持つ第1の検査群の4つまでが時間制限法の検査であること、3つまでが上肢機能の功ち性を求める検査であることが注意された。これは脳性まひ児が普通学校での学習において知的作業と運動的作業の両面において敏速さと正確さが求められていると考えたい。

最後に下位検査と教科の成績の関係を全体的にみるため、下位検査の評価点を9点で2段階にわけて成績の3段階と数量化分析3類でみると図1のようになった。言語性検査の学習成績への影響の強いこと、理科と図工が他の教科と異なる性質を持つことが前述してきたことを裏づける形でみられた。今後、動作性機能優位の脳性まひ児の資料を多く加えて考察していくこと、そのうえで健常児の資料との比較検討していくことが脳性まひ児の学習問題を考えるうえで重要であると考えられる。

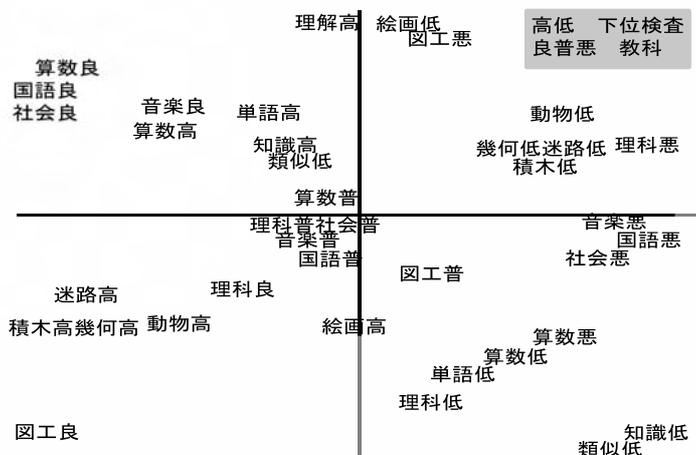


図1 教科と下位検査との布置

心身障害児統合保育の問題

はじめに

近年、障害児の統合保育、教育は統合教育の考えの普及と障害児療育対象児、障害児教育対象児の重度重症化、更に児童の出生率の減少にともなう教育、保育現場における児童数の減少等の要因により近年ますますその実践は増加している。統合教育に関しては過去5回にわたり本学会においてその抱えている問題の一部を脳性まひ児を中心に検討し、学習面の問題、知能および知能構造の学習面への影響、生活面における種々の問題等を指摘した。その背景となる統合保育については本保(1988)等が保護者、保育者が統合保育の児童、家庭、保育者にたいするプラス面の効果を指摘しているが、他にあまり検討がなされていない。本考察においては一自治体の統合保育の現状をとらえ、その中で保育者側の立場から児童がどのようにとらえられているかを明らかにし、今後の統合保育の在り方を考える一助としたい。

方法

首都圏の一自治体(人口23万人、6才以下人口12000人)の公私立保育園42園(公立26、私立16)のうち統合保育を案施している36園(公立24、私立12)の保育者に対

表1 対象児の障害

障害名	児童数
精神発達遅滞	35
肢体不自由	6
てんかん	4
視覚障害	3
聴覚障害	1
言語障害	6
内部障害	2
その他	14

結果と考察

得られた回答は96人の対象児童のうち71人(73%)であった。性別は男児42人、女児29名、年齢は3才以下29人、3才以上42人であり、障害の種類は表1のとおりであった。全体に精神発達遅滞が主た

る障害であろうと考えられる児童が多い傾向を示し、運動障害、視聴覚障害を伴う児童が少ない傾向にあり、これら児童が専門機関で濃厚な早期療育を受けていて、統合教育を受ける時期に至っていないことが考えられた。また、身障手帳等を所持している児童は7人でこの地区の所持児童の10%でしかなく、障害の比較的軽度の者が統合保育の対象になっていることを考えさせた。

表2 保育園生活上の問題

具体的な問題点	児童数
集団不適応	35
コミュニケーション問題	41
生活面介助	40
危険の防止	33
生活能力未熟	39
しつけ上の問題	30
理解力不足	43
集中力の欠如	43
健康管理	22
その他	6

次に、これら児童の保育園生活で持つ問題についてみると表2のとおりであった。ほとんどの児童がなんらかの問題を持っており、その問題が広範囲に及んでおり、一人平均4.6項目に問題を持つことが指摘された。これら問題の中で、健康管理面に対する指摘が少ないことは医療的管理を多く要する児童は統合保育に無理があると判断される。これを年齢からみると、危険の防止、生活面での介助、健康管理面は3才以下の児童に、日常生活能力、集中力の面は3才以上の児童に多く指摘されており、年齢により保育場面で問題にされることが変化することがうかがわれた。これら問題の関連を数量化分析でみると、図1のように精神発達が影響していると考えられる群(集団適応、コミュニケーション・理解力・集中力)、運動機能面の影響が加わった群(生活面の介助、生活能力、しつけ、危険の防止)、そして健康管理の3群に分けられ、年齢の変化で問題がこれら3群間を移動するのではないかと考える。又、これら問題が精神発達遅滞と回答された児童とそれ以外の児童で異なる回答のされ方を示すか判別分析でみると、日常生活能力、理解力の面が精神発達遅滞に関連する問題、健康管理がその他の障害に関連する問題であり、残りの問題は特に目立った傾

表3 問題の原因と考えられた内容

内容	人数
精神発達遅滞	14
運動発達障害	28
言語障害 (精神発達遅滞に伴う)	35
言語障害 (発声発語器官の障害)	14
行動異常	12
視覚聴覚障害	12

向は見られなかった。次に、これら問題の原因と考えられる事項の回答は表3のとおりであった。精神薄弱児およびそれにもなう言語障害が原因と多く考えられており、対象児の障害内容を裏付けていたが、運動障害が28名の者に指摘されていることは精神発達遅滞にもなう運動発達遅滞(動作の緩慢さ、不正確、不安定、巧緻性の欠如等)を持つ児童が多くいること、つまり重複障害児の存在が多いことを物語っていた。これら原因の関連を見ると、精神発達遅滞、精神発達遅滞に伴

う言語障害、行動異常が似かよった指摘のされ方をし、他の障害と異なっていた。これら問題に対して、保育園は70%の児童に対してなんらかの個別指導、家族への指導助言を行なっているが、統合保育を受けながら医療機関、療育機関、教育機関で専門的な指導を受けている者がほとんどであり、なんらの特別な指導を受けていない児童は5人のみであり、家族が統合保育のみでは児童の発達に充分でないと考えている傾向がみられた。一方、保育者側の75%が障害児療育機関からの指導を児童に対してのみならず、家族、保育職員に対しても求めていた。このことは今後、保育園と家族も含めて、障害児療育機関が統合保育実施機関と連携を密にして側面から援助していくことが統合保育の発展に不可欠であることを示していると考ええる。また、11人の児童が統合保育から、障害児療育機関での療育へ移った方が



図1 保育場面での問題の相互関連

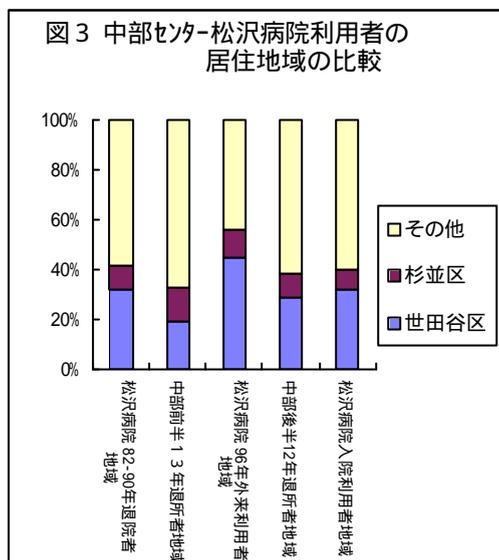
問題内容	-0.995 影響の度合い(ウェイトベクトル) 統合保育継続	0	0.995 障害児療育へ
集団適応	問題無 ←	問題有 →	
コミュニケーション	問題無 ←	問題有 →	
生活面での介助	問題有 ←	問題無 →	
危険防止	問題無 ←	問題有 →	
日常生活能力	問題無 ←	問題有 →	
しつけ	問題有 ←	問題無 →	
理解力	問題無 ←	問題有 →	
集中力	問題有 ←	問題無 →	
健康管理	問題無 ←	問題有 →	

図2 統合保育継続判断と問題の関連

が良いと判断されていた。11人は全員3才以上の児童であり、年齢と共に問題が深刻になることを考えさせられた。これら児童と他の児童との違いを問題にされる事項から検討してみると図2のようになった。集団適応、コミュニケーション、理解力の問題が統合保育継続を疑問視させており、生活能力、生活介助の点は統合保育継続の是非に考慮されることが少なかった。集中力の点がこの面で矛盾する傾向を示しているが、統合教育の段階でこの点がどのように変化するかを今後検討していきたい。

以上の様に統合保育においては精神発達遅滞を中心に予測した以上に重複障害児が多く存在し、多くの問題を保育者側が抱えている実態が考えられた。また、年齢が進むにつれて問題が理解力、集団適応等を中心に困難さを増しており、統合教育場面と同じ傾向を示していた。今後、より問題点を詳しく調査し、より多くの障害児が望ましい保育環境を持てるよう検討を加えたい。

の範囲内に古くから都立松沢病院・昭和医科大学付属烏山病院といった精神科病床を多く有する病院があることが影響している。松沢病院利用者⁽²⁾にも居住地域の偏在性が見られるごとく(図3)、帯広に見られる支援下宿的⁽³⁾なアパートの存在、精神障害者に慣れた住民の存在の多さといった精神障害者が居住しやすい潜在的要因⁽⁴⁾が近隣地域に存在していることを考えさせられる。加えてセンターに通院治療を受けており、これまでセンター退所後も長期間にわたり医療面からセンターとのつながりが続くケースが多く存在してきた。



更に、

日中の作業の場、また生活場所としての通所資源としての精神科小規模共同作業所の数が増えてきたこともあげられる。現在世田谷区内には21カ所、杉並区内には9カ所の小規模共同作業所があるが、その内センター2km圏には9カ所もある。また、保健所・福祉事務所などもセンター2km圏に存在し、健康面・生活面全般にわたったフォローを受けやすく生活環境面での好条件な状況もある。

このように生活をささえる大切な医療、通所(職業)の場が近隣に揃っていること、また行政機関が近くにあること、多くの退所者が近所に住んでおり互いに支え合えるなどのメリットがあると思われる。

次に、センターの退所者への援助継続の方法も要因のひとつになっていると思われる。まず1つには先に述べたセンター外来の問題がある。医療面を含めたフォローをアフターケアという形で提供していたため、「センター丸抱え」のような状況が続いてきたケースも多かったと思われる。また「一時泊」制度・「給食サービス」制度の利用により軽微な調子の崩れや問題の発生を何とか乗り切ったり、アパート生活の休養をとり何とか生活を維持したりすることが出来るシステムの存在も影響してきたと思われる。(給食サービス制度平成8年廃止)

最後に、一方センター利用中のメンバーへの援助方法による影響も否めない。まず就労について考えると、25年間の経過の中で一般就労の割合が減り、逆に共同作業所への通所者が激増してきた実状がある。これについては近年の不況の影響・共同作業所数の

増加など外からの影響もあると思われるが、センターへ紹介されてくるケースの重度化などにより就労自立の道を目指しても頓挫してしまうケースや、最初からあまり変化を生じさせないように「まず近くの共同作業所で慣れてから」がそのままその共同作業所になじみ、それ以上変化を求めなくなりセンターから遠距離に位置する共同作業所に通えないケース、それに退所と同時に居住地の選択と共同作業所の選択という二つの環境変化の負荷を同時にかけてられないケースなどが増えているのではないかとと思われる。

終わりに

この偏在性については二つの角度から考える必要がある。第1に退所者から見た角度である。退所者にとってみればセンターが大都市の中の住宅街に位置しているため比較的近くにアパートを借りやすい上、地域に大規模な精神科医療機関がそろっていること、保健所・福祉事務所なども近くにありフォローを受けやすいこと、また共同作業所も近隣に多数存在していること、加えてセンター利用した同じ仲間がやはり近隣に多く住んでいることから得られる安心感など、センター近隣に居住することは他では得にくい生活のしやすさがあると思われる。第2に、それを受ける地域にとっての問題である。永年、大規模な精神科医療機関を抱えてきたという歴史があるにせよ、今後もこの状況が続くとすればある程度の影響が生じていくのは否めないと思われる。

当センターがこの偏在性を前にやれるべきことを考えてみると、1. 今まで実質上アフターケアとして行われてきた生活支援センター的業務の見直し 2. 地域とのつながりに力を入れる 3. 関係機関とのパートナーシップの見直しなどがあげられる。退所者の宿泊制度をショートステイ制度に組み込み、「退所者」より「地域生活者」としての扱いに重きを置くこと、また、地域生活援助室(OB室)の退所者以外へ開放などが考えられる。また、これほどの偏在性がある地域の中では他地域とは異なる関係機関との連携を考えていく必要があると思われる。すなわち保健所・福祉事務所と効率的な役割分担、また退所者と地域との相互扶助⁽⁵⁾を含めた相互交流への援助をも視野に入れた役割を検討していかねばならないであろう。

参考文献

1. 子安善章：もみの木寮23年の歩みから見えてくるもの 公設精神科リハビリテーション施設研究協議会報告集(9)1995
2. 松沢病院PSW室業務年報1982-90
3. 井口洋司：地方都市における公的精神科リハビリテーション施設の役割支援下宿アパートの関わりを通して 公設精神科リハビリテーション施設研究協議会報告集(10)1996
4. 古寺久仁子：単身アパート生活者の住宅問題 - 松沢病院PSW室10年間の住宅問題調査より - 東京都衛生局学会誌N083 1988
5. 仲野実：退院して病院周辺のアパートに住んでいる人たちについての報告 精神科医療N035,9巻2号

援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴(2)

偏在している地域について

東京都立中部総合精神保健福祉センター

右田周平 沖山明美 小川義博

はじめに

開設以来、過去25年間の宿泊訓練部門(援護寮)の退所者の約半数がセンターの近隣地域に居住しており他の地域と異なる傾向を示している。本稿1では退所者の居住地域の偏在性とその地域特徴について、宿泊訓練という援助形態の視点から検討し、偏在化の実態、偏在化を促した要因という側面を考察した。本稿では、偏在化の実態、促した要因を踏まえ、偏在化を受け入れているこの地域の特徴を他の地域と比較しながら考察する。

研究方法

地域で生活する精神障害者数を正確に把握することは不可能に近いと思われるので、比較の実数をよく反映していると思われる通院医療費公費負担制度利用者数(以後、32条利用者と略記)1)を基本的数として、各地域の利用者割合(対地域人口)でもって、各地域の精神障害者の数に関連を予測した数的資料と比較検討した。なお、利用者数の算出が区部と異なる多摩地区は保健所所管地域に数値を修正処理した。

本稿1の結果より、退所者の居住地域は当センターの近くを通る私鉄の沿線に集中していることがわかった。また、退所者が最も多く集中している世田谷区に着目してみても退所者は世田谷区内に均一に居住しているわけではなく、私鉄沿線の地域(砧地区)に偏って居住していることがわかっている。そこで、まず、砧地区を他の近隣地域(砧地区以外の世田谷区、杉並区、調布市、府中市)とを比較してみた。次に、砧地区と他地域(23区、多摩地域)との比較を行った。さらに、砧地区については地域を保健相談所所管地域で2つに分け砧地区内での比較も行った。結果、考察

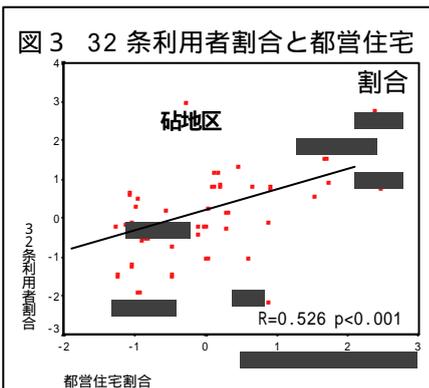
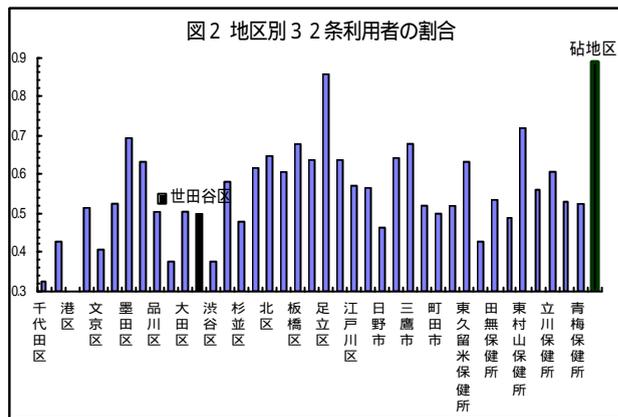
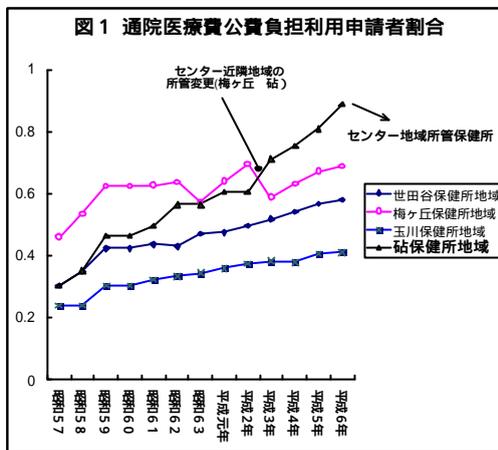
32条利用者数と人口、面積、人口密度、精神病院ベッド数、退院帰住先人数、共同住宅・作業所数、各種ホームヘルパー利用数、生活保護受給者(2)、都営住宅戸数等との関連みた。

表1 世田谷区住宅状況および関連事項(3,4)

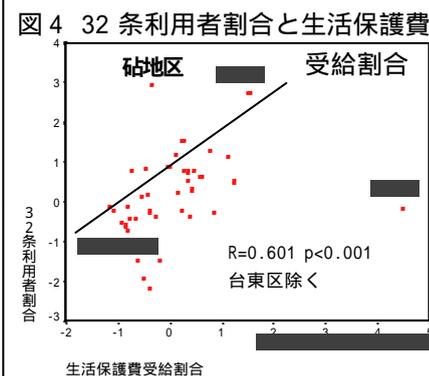
	世田谷	東京	区部	多摩地域
持ち家率	36%	42.30%		
借家率	50%-60%	54%	55%	53.80%
空き家率	8%-12%	9.90%	10.50%	8.50%
共同住宅率	55%-75%	65.30%	68.90%	56.50%
平均アパート家賃	74569円(市部よりやすい)			
民間借家の規模	1世帯当たり10-12畳			
住宅増数	37000戸(区部3位)			
都営住宅	7524戸			
区営住宅	137戸			
区立住宅	354戸			
高齢者借り上げ	10戸	東京	区部	多摩地域
人口増減率(85-95)	-15.0%	-0.10%	-4.30%	11.70%
人口ピーク年	85年	平均	65年	
世帯増減率	0%-15%	9.80%	5.10%	25%

その結果、32条利用者数の割合(対その地域の人口)と都営住宅の割合、32

条利用者数の割合と生活保護受給者の割合の間には相関関係が認められた。(都営住宅 $R=.795$ 、生活保護 $R=.887$)世田谷区の住



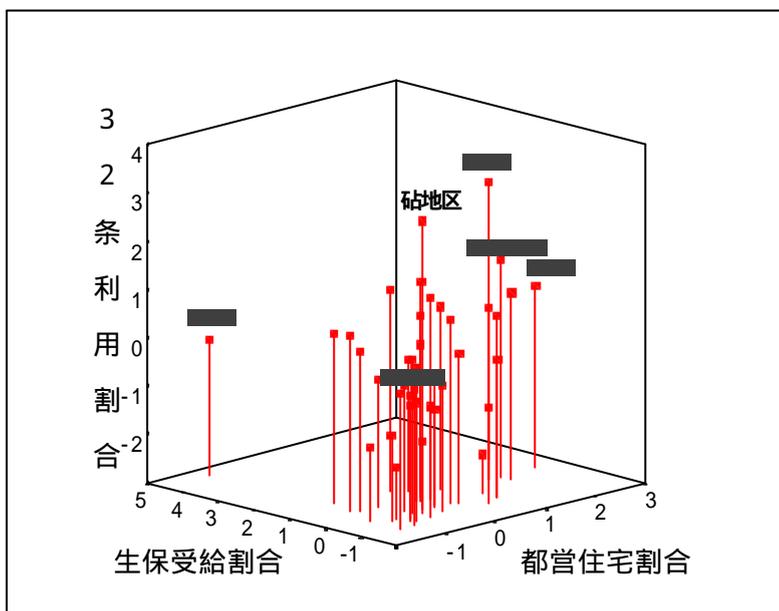
宅状況は表1のとおりであった。特徴としてアパート家賃が市部より安い、持ち家率が低いなどがあげられる。(4)



近隣地域の32条利用者割合の推移については、図1に示した。近隣地域に比較し、砧地区の増加が目立っていた。また、地区別の32条利用者の割合を図2に示した。(5)この中でも、砧地区を含む世田谷区の割合は

目立って多いわけではないが、砧地区に限ってみると、利用者割合が突出している。次に、32条利用者割合と都営住宅の割合との関係について図3に示した。両者の関係には相関関係が認められるが、砧地区に着目してみると、32条利用者割合が高い割に都営住宅の割合は低く全体とは異なる傾向を示していた。32条利用者割合と生活保護受給者割合な関係については、図4に示す。両者の関係についても正の相関関係が認められるが、砧地区に限ってみると、32条利用者割合が高いが生活保護受給者割合は低く特異な地域特性を持つことが明らかであった。以上、32条利用者割合、都営住宅割合、生活保護受給者割合の3者関係を示したものを図5に示す。砧地区の特異な位置が目立つ。

図5 32条利用、生保受給、都営住宅割合の関係



砧地区をさらにセンターに近い烏山保健相談所所管地域と砧保健相談所所管地域の2つの地域に分け、生活保護世帯割合、生活保護受給者割合、都営住宅割合について示したものが、表2である。32条利用者割合の資料がないの明らかなでないが、生活保護受給者割合、都営住宅割合とも烏山地域の方が高く、32条利用者割合も高いと推定される。

以上のことから総合的に考えると、砧地区を含む世田谷区という自治体レベルで他の地域と比較すると目立った結果は得られないが、砧地区に限定してみると、他の地域に比べ32条利用者の割合が大きいことがわかる。さらに、砧地区を2地域に細かく分

表2 センター周辺2地域の比較	烏山地区	砧地区	合計
世帯数	48250	56547	104797
人口	100043	125918	225961
生活保護世帯割合	1.46%	0.86%	1.14%
生保受給者割合	0.89%	0.49%	0.67%
32条割合	?	?	0.0088
都営住宅割合	0.02011	0.0113	0.0152

けて見ると、当センターを含む烏山地域の方が、砧地区に比べ生

活保護受給者、都営住宅割合とも高く32条利用者も多いと推定される。このことから、当センター近隣地域である烏山地域は他の地域と比較し、精神障害者の居住割合が異常に高い地域であると推定される。しかし都営住宅戸数割合は都の平均程度の地域である。このことはこの地域が低額、小規模の賃貸アパート数が確保されていることと、医療機関をはじめとして精神障害者に必要な社会資源の存在というハード的側面だけでなく精神障害者を包む人的、ソフト的な資源の存在を無視できない。

まとめ

当センター援護寮退所者の偏在化について、当センターとしての課題については本稿1で述べたので、以下では地域偏在化の是非及び課題について述べたい。

精神障害者が、ある特定の地域に偏在するという事は、ノーマライゼーションの過渡期であれば致し方ないことではあるが、真のノーマライゼーションという視点で考えれば、望ましい姿とはいえないであろう。

これまでの結果から、砧地区、特に烏山地域は、当センター援護寮の退所者の偏在化が認められる他に、元々、精神障害者の居住割合が他の地域に比較し大きいことがわかった。その理由については、別途調査研究が必要であるが、本稿1でも示した、都立松沢病院、昭和大学付属烏山病院といった精神科病床を多く持った病院が古くから存在していたこ

と、精神障害者向けの地域社会資源が豊富なことなどが考えられる。これらのことは当センター援護寮退所者の偏在化を促した要因としても十分に考えられる。

このことは、逆にいえば、精神障害者向けの地域社会資源の充実を、地域に偏り無く、まんべんなく計画的に行っていけば、長期的な視点に立てば偏在を解消していけるかという問題を示している。今後、地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応を中心となって行う生活支援センターも新たな偏在化を生じさせうることも考えられる。今後も、引き続き退所者及び精神障害者の居住地の偏在とその要因についてさらに研究を進め、偏在化のもたらす長短両面の問題を検討していく必要があると考える。

参考文献 1.東京都衛生局:東京都の精神保健福祉 1997.3 2.東京都福祉局:業務統計月報1997.3 3.東京都生活文化局:民営家賃等に関する調査報告書 1997 4.東京都:東京都住宅白書 1997 3 5.世田谷区衛生部:保健衛生事業概要1988-97

援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴 (3)

精神障害と身体障害、知的障害の比較検討

中部総合精神保健福祉センター

小川義博 沖山明美

目的：過去の考察^(1,2)において

過去 25 年間中部センター援護寮を退所した精神障害者の多くがセンターの在る世田谷区、近隣の杉並区、調布市に居住していること
その居住割合は他の地域に比較して非常に高い値であったこと
都内の精神障害者の居住状況から公設住宅の存在が精神障害者の地域生活に重要なこと
中部センター地域の高い割合は他地域と異なり精神障害者に対する社会資源の存在が影響していること

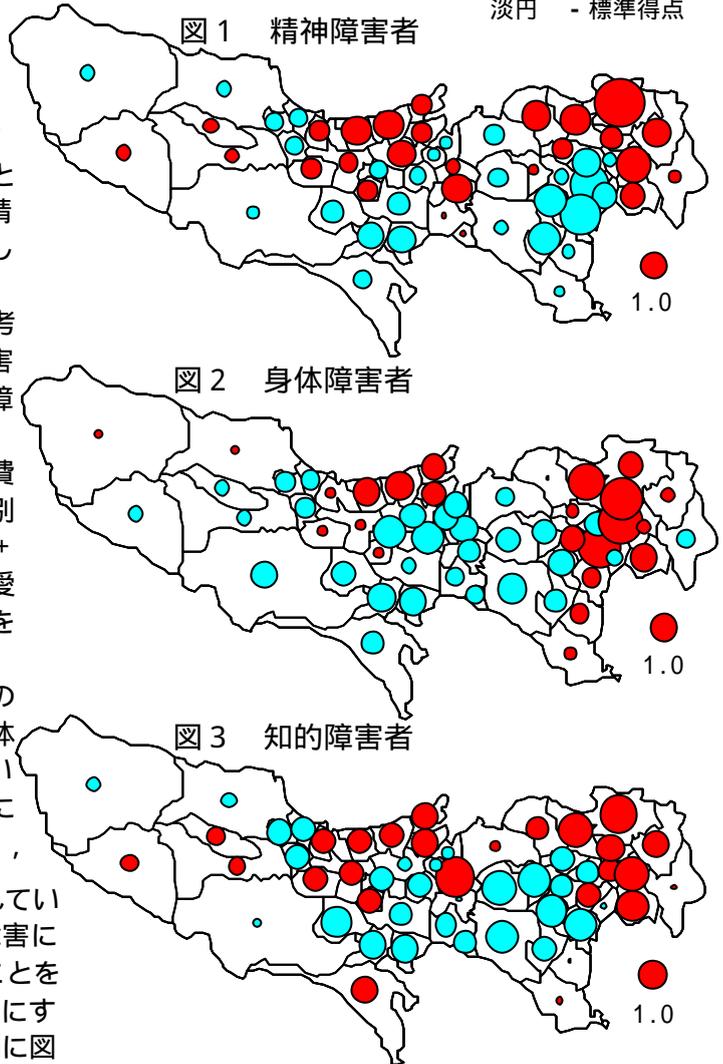
等が考えられることを指摘した。本考察においては精神障害者と他二障害(身体障害者、知的障害者)の居住傾向を比較し、精神障害者の地域生活援助の一助としたい。

方法：精神保健福祉法 32 条による通院医療費公費負担申請者(精神障害者と記)の保健所別件数⁽³⁾を基本に 40 保健所管轄地域別(23 区 + 区外 17 地区)に身体障害者手帳所持者数、愛の手帳所持者数、各種人口、住宅状況資料等を整理し検討した。

結果および考察：三障害の対人口比は表 1 のごとく各障害間に有意な差が見られ、特に身体障害が他障害に比し著しく高い値を示していた。これは身体障害者に肢体不自由(58.0%)に加え、視覚障害(10.1%)、聴覚言語障害(12.0%)、内部障害(19.9%)⁽⁴⁾ という多様な障害が含まれていることが示されていると考える。また、精神障害に他の障害にないおおきな地域差が生じていることをその値の差から考えた。この地域間差を明らかにするため対人口比の値を標準得点にして、地域別に図示すると図 1-3 のとおりであった。精神障害者と知的障害者が区部東部、市部東北部に多い傾向であるのに対して、身体障害者は区部中心部、市部北東部に多く、異なる傾向が見られた。これは身体障害者の障害の多様性の側面に加えてその年齢構成が他の

図 1 - 3 地域別障害者居住割合

市町村の値は管轄保健所の値を挿入 濃円 + 標準得点
淡円 - 標準得点



障害と異なることによることが考えられる。知的障害、精神障害の年齢構成は同じような傾向を示しているのに対して身体障害者には慢性疾患、脳血管障害を原因とする中高年齢者の割合が高く、44.9% が 65 才以上の高齢者であることが異なる居住状況に影響していると考えられる。65 才以上の高齢者の地域別対人口比を示すのが図 4 で図 2 と区部中心部が高い共通点が見いだせる。これは地域住民の居住期間の長さとその関連する持ち家割合の高さの要因が示されていると考える。知的障害者、精神障害者の高齢者割合は低

表 1 障害別人口比の比較 (40 地域) 相関係数

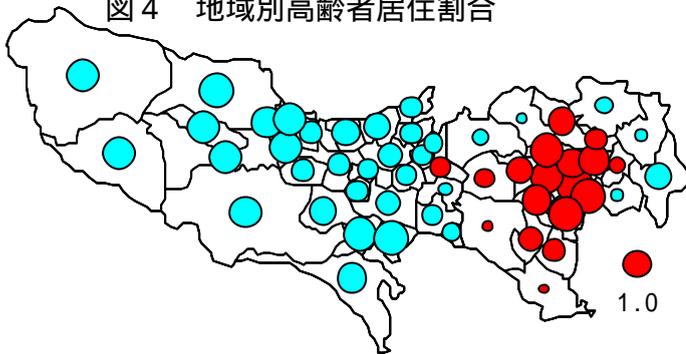
	平均	SD	最大	最小	精神障害	知的障害	身体障害
精神障害	0.70	0.15	1.17	0.38	-----	0.604	0.207
知的障害	0.36	0.05	0.49	0.28	差あり	-----	0.542
身体障害	2.72	0.66	4.47	1.87	差あり	差あり	-----

人口 100 人当り

有意差 (p<0.01)

く(約3%、30%(入院者年齢構成))、身体障害者と居住地域の異ったと考える。次に知的障害者、精神障害の居住地域の偏りの要因を考えるとき各種障害者の行政に対する高い要望項目にあげられる住宅施策との関連をみるた

図4 地域別高齢者居住割合

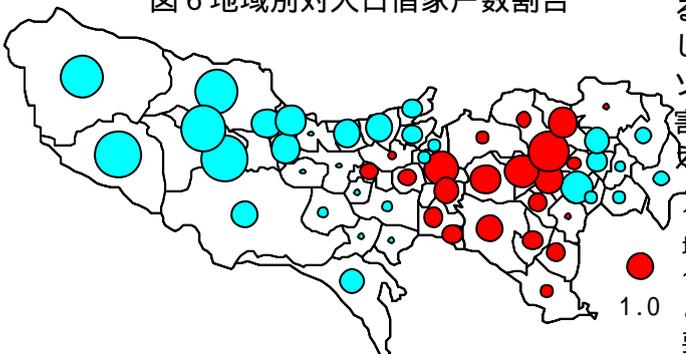


め、低額公営住宅としての都営住宅と一般借家戸数の対人口比を同じ方法で示したが図5、6である。一般借家比率の高い地域に障害者が少なく、都営住宅比率の高い地域に障害者が多く居住する傾向が見られると考える。更に、地域を狭めて検討してみると、北区の調査では身体障害者、知的障害者の居住と公営住宅の存在が同じく関連しているのに対して、世田谷区では加えて社会資源の存在が精神障害者の居住状況に影響を及ぼす傾

図5 地域別対人口都営住宅戸数割合



図6 地域別対人口借家戸数割合



向が見られた。このように地域を限定することによっては異なる要因の存在が考えられる。

以上の障害者居住状況、住宅事情等10項目で各地域を分類する(クラスター分析)と図6のとおり7つの地域に分類でき、障害者の地域生活に占める住宅問題の大きさ重要性を改めて考えさせられる。

図7 障害者の居住と住宅事情から見た地域分類



次に、過去の調査等から障害別に住宅状況、同居人の状況等を比較すると表2に示すとおりであった。身体、知的障害者に比べ精神障害者に同居人名義を含め持ち家に住む割合がかなり低く、住宅状況に多く問題が存在することを考えさせら

表2 障害別住宅、世帯状況(%)

	持ち家	借家	公営	その他	一人住まい	家族等と同居
精神障害	52.4	20.6	13.9	13.1	24.1	73.3
知的障害	59.1	13.0	11.4	16.5	2.6	95.3
身体障害	59.0	31.0	9.6	0.4	13.5	86.0

れる。また、同居状況では知的障害者、障害の重い身体障害者が日常生活援助者の割合に関連して、一人住まいが少なく複数世帯向住宅が生活に不可欠であることを示している。一方、一部の精神障害者はその障害の持つ特質から一人住まいをせざる得ない面があり、他の障害に比し一人住まいが多くなっていると考えられ、公営住宅に少ない単身世帯向住宅が家族世帯向住宅同様にその地域生活を考える上でより重要なことを示している。

終わりに

障害者の地域生活は公営住宅の利用にかなりの部分依存している状況が精神障害者を中心に存在している。公営住宅というハード面に依存している限り現在のような偏った居住を余儀なくされてしまうが、福祉型借上公共賃貸住宅制度といったソフト面からの充実が検討されることによって障害者の地域生活がより豊かに充実されることが考えられた

参考文献

1. 沖山明美他 援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴(1) 東京都精神保健福祉センター研究紀要12号1998
2. 右田周平他 援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴(2) 東京都精神保健福祉センター研究紀要12号1998
3. 東京都の精神保健福祉 東京都衛生局医療福祉部精神保健課
4. 身体障害者(児)及び精神薄弱者(児)の状況 東京都福祉局総務部計画調整課 1994
5. ノーマリゼーション推進東京プラン 東京都福祉局障害福祉部計画課1998
6. 全家連保健福祉研究所 精神障害者住宅施策への展望
7. 東京都営住宅一覧 東京都住宅局管理部 1998
8. 北区障害者実態意向調査 北区 1997

普通学校就学脳性まひ児の学習成績とそこから考えさせる問題

統合教育の重要性が認められ多くの脳性まひ児が普通学校の中で教育を受けられるようになった。しかし、脳性まひ児が普通教育の中で、どのような問題を抱えて学校生活を送っているのか検討されることが少ない。過去に脳性まひ児の学習上の問題を普通教育の中で学習成績の面から(1)教科学習の評価にどのような傾向を示しているか(2)学習成績が知能、および知能構造とどのような関連を示しているかを検討して、そこに存在する問題とその問題が示唆する側面を考察した。

考察の対象となった脳性まひ児は北療育医療センターで幼児期に療育を受け普通学校普通学級に就学した児童113名であった。これらの児童の成績表の評価を分析した。対象児113名の状況はSPAS-TIC型児を中心とした言語障害の比較的少ない、運動機能、知的能力もかなり高い低学年児であった。これを20年前の調査⁽¹⁾と比較すると、Athetoid型児の減少と知能指数の低下(平均IQで8.3)が見られた。

学校での生活態度、行動面では絶対評価としてはやや評価が低い傾向であると考えられ、いくぶん生活面での問題を持った児童が多く存在することが考えられた。また、行動評価と知的能力との関連をIQを加えて数量化分析するとIQとの関連は少ない結果であった。また、整理整頓の下手なこと、忘れ物の多さ、気分の切り替えの悪さが多く記述されていた。

学習成績は図1の通りであった。良評価が音楽、図工をはじめとして少なく、遅れ評価が算数をはじめとして全体に多い傾向であった。各教科の関連を数量化3類で132名の健常児の成績と比較すると、図2のように

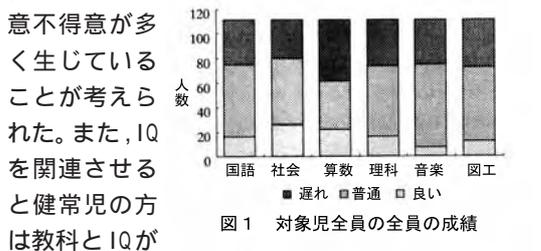


図1 対象児全員の全員の成績

ほとんど同一位置にプロットされるのに対し、脳性まひ児ではIQと教科の関連が少なく知能構造からの検討が必要であると考えさせられた。次に知能構造と教科の関連をWPPSI知能診断テストの結果と検討した。表1の重相関係数に示すように動作性知能(PIQ)が言語性(VIQ)よりも学習成績に大きく影響し

表1 知能と学習成績

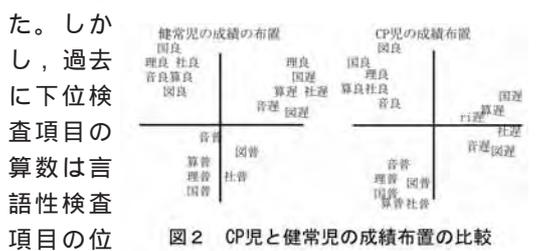
知能指数	偏相関係数						重相関
	国語	社会	算数	理科	音楽	図工	
TIQ	0.191	0.21	0.21	0.111	0.123	0.219	0.676
VIQ	0.270	0.143	0.39	0.041	0.335	0.406	0.696
PIQ	0.169	0.195	0.309	0.202	0.291	0.513	0.736

数量化1類による

ていると考え 表2 教科とWPPSI下位検査

教科	相関比	重みのある検査項目	
国語	0.523	積木模様	知識
社会	0.509	算数	類似
算数	0.612	積木模様	算数
理科	0.236	積木模様	理解
音楽	0.500	動物の家	積木模様
図工	0.639	動物の家	幾何図形

すと表2のように動作性検査項目と成績の関連が大きいと判断された。また、教科に影響を持つ下位検査項目に偏りがみられ、動作性においては積み木模様、動物の家、言語性では算数の検査が学習面を左右する能力を評価している可能性を考えさせられた。しかし、過去に下位検査項目の算数は言語性検査項目の位置づけられないことを指摘してきたこと⁽¹⁾、日本語版WISC-Rの算数にも同じようなことがみられ⁽³⁾算数を言語性検査項目と考えることに問題があると考え



ていた。このように算数を言語性項目でないと考えると脳性まひ児の動作性知能と視知覚運動能力からの検討が重要である。

動作性知能、視知覚運動能力について周産期要因のうち出生体重が関与することを鏡映文字の出現⁽⁴⁾、他の研究報告⁽⁵⁾等からの知見があり、脳性まひ児

の成績に対する未熟児出産の関与を検討⁽⁶⁾した。対象児の出生時状況は半数が未熟児であり、体重1500g以下の極小未熟児が35名、在胎期間に比べて体重の1.5SD大きいLFDが6名、少ないSFDが22名が存在した。低体重児においてややIQが低くなっていたが有意差はなかった。極小未熟児とそれ以外の児童の成績を比較すると目立つ差はないが算数の良がかなり少なく、遅れを評価されるものが半数に達していることである。さらに、教科の関連をみると両群の教科布置は図3のように明らかに異なっており、極小未熟児の成績にばらつきがあり、得意不得意が他の脳性まひ児よりも存在すると考えられた。極小未熟児の布置で算数、図工の良の評価が近くに位置し、他の評価から離れていることが注意された。これは極小未熟児に算数と図工の学習に影響する能力が検討されねばならないと考えられた。1500g以上児の布置は極小未熟児の偏りが除かれ健

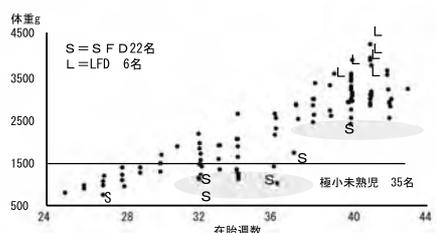


図3 対象児の在胎週数と体重



図4 極小未熟児と1500g以上出生児の成績比較

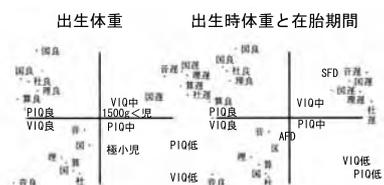


図5 成績、PIQ、VIQ、出生体重の布置

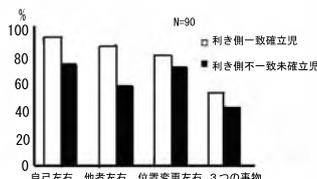


図6 脳性まひ児の利き側の確立と左右認知

していることが注意された。次に、出生体重自体と在胎期間に見合った体重つまり体内での発育状況との学習成績への影響の相違を知能を加味して検討した。図5のように左右の両図とも横軸(X軸)は知的能力を表すことがPIQ、VIQの布置から明らかであり、学習成績と知的能力の強い関連を示したが、出生時状況は極小未熟児と1500g以上児ではX軸上に差はないが、右図のSFD児の位置はX軸で右により、各教科の遅れの評価位置に重なっていた。このことは在胎期間に比例した母胎内での発育が知的能力、学習成績に影響を及ぼしていると考えられた。

最後に、胎内発育と学習成績の問題との関連を考えると所謂利き手、利き足等のラテラルイター、優位性の問題の検討の必要を考えてきた。Eames⁽⁷⁾は未熟児に利き側の未成立、混乱が多く出現することを指摘している。また、脳性まひ児では図6のように左右の認知は利き側の確立度が関連しており⁽⁸⁾、身体の左右勾配の未発達が発育の欠如、知覚運動障害に影響を考えてきた。そこから脳性まひの学習を考えると、知能構造はもちろん知能構造とも関連するラテラルイターを中心に神経学的な面からの検討が不可欠であり、今後の課題として検討したい。

参考文献

- 1)小川義博1普通学校に就学した脳性まひ児についての調査, 特殊教育学研究 11(3):85-91.1974
- 2)小川義博:脳性まひ児の知能構造, 日本特殊教育学会第18回大会発表論文集:462-463.1980
- 3)立石和子他1日本版WISC-Rによる Learning Disability Index の検討, 小児の精神と神経 33(2) P107-121,1993
- 4)小川義博1脳性まひ児における鏡映文字の出現と利き手の関連, 特殊教育学研究 9(3)136-46.1972
- 5)Feldkamp M:Perzeptionsstorungen bei ehmal fruhgeborenen Cerebra1 paretikem. Mschr Kinderheilk 121:302-303.1972
- 6)小川義博, 甘楽重信, 落合幸勝:低出生体重で出生し普通学校に就学している脳性まひ児の学習上の問題点 小児の精神と神経 34(1,2)169-77.1994
- 7)EamesTH:Frequency of cerebral dominance variations among school children premature and full term birth.J.Pediatrics 49:300-302.1957
- 8)小川義博:脳性まひ児の利き側と左右の認知, 日本特殊教育学会第15回大会発表論文集P263-237.1977

その他の発表原稿

- 1967年 CP学童の不安に関する一考察
第12回全国肢体不自由児施設療育研究大会
- 1969年 RAVEN'S COLOURED PROGRESSIVE MATRIX TESTの
脳性まひ幼児施行に関する一考察
第14回全国肢体不自由児施設療育研究大会
- 1970年 脳性まひ幼児の図地知覚障害に関する研究
日本特殊教育学会第8回大会発表論文集 P128-129
- 1971年 肢体不自由児施設における指導員業務の検討
第16回全国肢体不自由児施設療育研究大会
- 1972年 脳性まひ児の知覚障害について 事例を中心として
第17回全国肢体不自由児施設療育研究大会
- 1973年 普通学校に入学した脳性まひの実態と諸問題
第18回全国肢体不自由児施設療育研究大会(共同発表)
- 1974年 肢体不自由児施設における指導員業務についての2、3の検討
義務教育を終了した退園児の実態調査
第19回全国肢体不自由児施設療育研究大会(共同発表)
- 1974年 脳性まひ児における方向認知と文字の方向変容の問題
53回東京都衛生局学会誌 53
- 1975年 学校と施設のつながりをどのように持つか
肢体不自由児教育 N04
- 1976年 脳性まひ児の知覚障害と指導
57回東京都衛生局学会誌
- 1977年 北療育園における児童指導員の業務
59回東京都衛生局学会誌
- 1978年 北療育園における保育実習生の受入れと問題点
61回東京都衛生局学会誌
- 1979年 脳性まひ児の知能と運動機能障害との関連
63回東京都衛生局学会誌
- 1981年 脳性まひ児の入園による体温変化(1)(2)
67回東京都衛生局学会誌
- 1985年 生活指導部門からの提言
療育 26号
- 1993年 パソコン利用による重複障害児指導の経験
67回東京都衛生局学会誌
- 1991年 心身障害児の統合保育と統合教育の問題
療育 32号 P108

趣味の世界



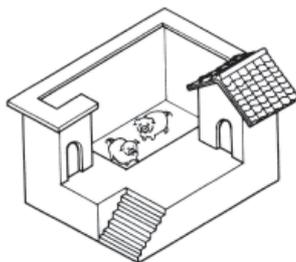
1800年代のオーストリーの便器



ヨーロッパで使用されたオマル



柿洪で化粧された樋箱



中国の豚便所



縄文人糞石



オーストリア国営鉄道列車便器



ヨーロッパのいす便器

我が切手収集

小学校時代からはじめ切手研時代を頂点にした切手収集はどうか初老を迎える今もかすかに続けられている。形ばかりの収集を続けられているのは1枚の切手との出会いのおかげである。切手研入部以来、エリザベス女王の切手に魅せられていた頃、切手研メンバー青柳君から紹介されて加入した1ドルクラブで届いた1通の封書に張られたオーストリアの美術協会100年記念切手が目に飛び込んできた。色彩は単色で地味だが渋い感じで凹版印刷された大きめ切手は芸術品と思われた。即、その差出人である10歳年長の男性と文通がはじまり現在まで続いている。手持ちの切手の交換からはじまり、年に2、3回新たに発行された切手を送るというパターンが続いている。未使用であればそれほどの苦労はないが使用済みの美品の希望をかなえるためには絶えず郵便物に気を配り、年末には不足分を切手商でそろえてクリスマスカードに添えて送ることが30年近く続いている。このことが我が切手収集を継続させる大きな力になっている。おかげで我が切手収集はオーストリアと日本切手を中心に終わらずにいる。

このように続けさせてもらった収集の中で自分で大切にしているものがクリスマスカードの封書である。その封筒には切手(クリスマス切手は1967年より)は当然ながら毎年、異なるクリスマス消印が押印されている。(図1)消印も30余種類あると楽しいものである。この消印を説明するとデザインは毎年変わるが表示されている4411という番号はクリスマス期間にのみ使用される郵便局のコード番号で30年間変化していない。オーストリアでは古くから消印には地域郵便局のコード番号が刻まれている。友人

住むGRAZという都市では8010,8020-8055という番号が使用されている。また、小さい番号はデザイン番号であるという。おのずからクリスマス消印収集家が存在するのであろう。時間を見つけてインターネットなどで探索してみたいと思っている。

ふと封書を裏返してみるとそこに東京国際空港郵便局(羽田空港)の消印が押されている。投函から空港到着までの必要日時が一目瞭然である。ただし、当時と今を比較してもあまり差はないようである。

さて、ひさびさにアルバムを手にして感じるのは両国とも年毎に切手の種類はともかく色彩が豊かになり、昔の面影がなくなってしまうことである。しかし、日本とオーストリアで



図1 オーストリア クリスマス切手と
クリスマス消印

付録

は感じ方が違うので何年ぶりのScottをひも解くまでもなく、印刷方式が大幅に変化している結果であった。この印刷方式の変化を1955年から97年までの42年間の特殊切手(日本は公園、年賀、地方切手を除く)に絞って整理してみたのが図2,3である。両国ともグラビア印刷にシフトしているがオーストリアが伝統の凹版をグラビアに加えている点が異なり、それが自ずと切手の品格に影響しているのかと考えさせられた。凹版の原版を完成させるのには名工が2-3ヶ月を要するといわれると今の切手発行状況では困難さは否めないが年に2,3種類はぜひ日本でも発行してほしいものだと感じている。

切手収集をかるうじて続けて思わぬ国際交流(?)に役立てることもできた。地球の割れ目が地上に現れ、その地形に加え氷河から火山、間欠泉が得意な景観を見せていることに興味を持ち、その景観と自然の猛威が切手にも表現されているアイスランドを先年訪ねた。厳しい気象条件の石と岩の荒野をほとんどオフロードのような行程を楽しんでいたときひょんな縁でフェラテリストと知り合い、自宅に招かれ切手談義ができた。そのときに1枚のカードを頂いた。月面をほうふつさせる荒野にケルンのような石積みが見えられたがそれを道標に郵便事業を維持してきたことを記念するカードであった。(図4)一枚の切手にこのような生い立ちを持ったものがあることを思い起こさせてもらった。どんなスタンプを押された切手にも生育歴があること



図2 オーストリア特殊切手印刷方式の推移

思い、時に切手に話かけたくなる。

逆に外国人が訪ねてきた時にも話題を提供してくれて思いがけない知識を得ることを経験した。旧ユーゴの青年を迎えた時、切手とカタログを見せると人物切手を次々に指差し、首をはねると銃殺されるしぐさをするので、いろいろ質すうちに世界の火薬庫の現実を教えられた。

先日、前述の友人から第二の人生に入ったという知らせとかなりのカタログを脇にピンセットを片手に机上の切手を重厚なアルバムに整理している姿の写真を送ってきた。まことに教養の豊かな人生を感じさせる言葉である。我が切手収集も郵~趣~の美をどうまとめるかアルバムのアレンジに頭を悩まされる。

1999年 大正出版社

早大切手研50年 P200-201



一昔前のアイスランドの郵便輸送風景

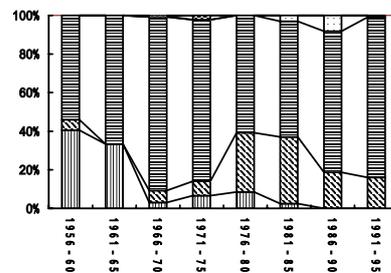
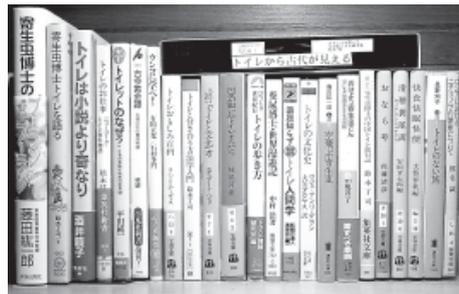


図3 日本特殊切手印刷方式の推移

私は、京都や奈良の寺院へ行って、昔風の、うすぐらい、そうしてしかも掃除の行き届いた廁へ案内されることに、つくづく日本建築の有難みを感じる。茶の間もいいにはいいけれども、日本の廁は実に精神が安まるように出来ている。それらは必ず母屋から離れて、青葉の匂や苔の匂のして来るような植え込みの陰に設けてあり、廊下を伝わって行くのであるが、そのうすぐらい光線の中にうすくまって、ほんのり明るい障子の反射を受けながら瞑想に耽り、または窓外の庭のけしきを眺める気持は、何ともいえない。漱石先生は毎朝便通に行かれることを一つの楽しみに数えられ、それはむしろ生理的快感であるといわれたそうだが、その快感を味わう上にも、閑寂な壁と、清楚な木目に囲まれて、眼に青空や青葉の色を見ることが出来る日本の廁ほど、恰好な場所はあるまい。そうしてそれには、繰り返していうが、或る程度の薄暗さと、徹底的清潔であることと、蚊の呻りさえ耳につくような静かさなどが、必須の条件なのである。私はそういう廁にあって、しとしと降る雨の音を聴くのを好む。殊に関東の廁には、床に細長い掃き出し窓がついているので、軒端や木の葉がらしたたり落ちる点滴が、石燈籠の根を洗い飛び石の苔を湿おしつづ土に沁み入るしめやかな音をよく、鳥の声によく、月夜にもまたふさわしく、四季おりおりの物のあわれを味わうのに最も適した場所であって、恐らく古来の俳人は此処から無数の題材を得ているであろう。されば日本の建築の中で、一番風流に出来ているのは廁であるともいえない。総べてのものを詩化してしまう我らの祖先は、住宅中で何処よりも不潔であるべき場所を、かえって、雅致のある場所に変え、花鳥風月と結び付けて、なつかしい連想の中へ包むようにした。これを西洋人が頭から不浄扱いにし、公衆の前で口にすることをさえ忌むのに比べれば、我らの方が遙かに賢明であり、真に風雅の真髄を得ている。強いて欠点をいうならば、母屋から離れているために、夜中に通うには便利が悪く、冬は殊に風邪を引く憂いがあることだけれども、「風流は寒きものなり」という斎藤緑雨の言の如く、ああいう場所は外気と同じ冷たさの方が気持がよい。ホテルの西洋便所で、スチームの温気がして来るなどは、真にイヤなものである。ところで、数寄屋普請を好む人は、誰もこういつ日本流の廁を理想とするであろうが、寺院のように家の広い割りに人数が少く、しかも掃除の手が揃っている所



はいいが、普通の住宅で、ああいう風に常に清潔を保つことは容易でない。取り分け床を板張りや畳にすると、礼儀作法をやがましくいい、雑巾がけを励行しても、つい汚れが目立つのである。奪で、これもタイルを張り詰め、水洗式のタンクや便器を取り付けて、浄化装置にするのが、衛生的でもあれば、手数も省けるということになるが、その代り「風雅」や「花鳥風月」とは全く縁が切れてし事。彼処がそんな風にはつと明るくて、おまけに四方が真っ白な壁だらけでは、漱石先生のいわゆる生理的快感を、心ゆく限り享楽する気分になりにくい。なるほど、隅から隅まで純白に見え渡るのだから確かに清潔には違いないが、自分の体から出る物の落ち着き先について、そのまま念を押さずとものことである。いくら美人の玉の肌でも、お尻や足を人前に出しては失礼であると同じように、ああムキ出しに明るくするのは余りといえば無難千万、見える部分が清潔であるだけ見えない部分の連想を挑発させるようにもなる。やはりああいう場所は、もやもやとした薄暗がりの光線で包んで、何処から清浄なり何処から不浄になるとも、けじめを朦朧とぼかして置いた方がよい。まあそんな訳で私も自分の家を建てる時、浄化装置にはしたものの、タイルだけは一切使わぬようにして、床は楠の板を張り詰め、日本風の感じを出すようにしてみたが、さて困つたのは便器であつた。というのは、御承知の如く、水洗式のものには皆真っ白な磁器で出来ていて、ピカピカ光る金属製の把手などが附いている。ぜんたい私の注文をいえば、あの器は、男子用のも、女子用のも木製の奴が一番いい。蟻塗りにしたのは最も結構だが、木地のままで、年月を経るうちに適当に黒ずんで来て、木目が魅力を持つようになり、不思議に神経を落ち着かせる。分けてもあの、いささか木製の朝顔に青々とした杉の葉を詰めたのは、眼に快いばかりでなく些の音響をも立てない点で理想的というべきである。私はああいう贅沢な真似は出来ないまでも、せめて自分の好みに叶つた器を造り、それへ水洗式を応用するようにしてみたいと思つたのだが、そういうものを特別に眺めると、よほどの手間と費用が懸るのであきらめるより外はなかつた。そしてその時に感じたのは、照明にしろ、暖房にしろ、便器にしろ、文明の利器を取り入れるのに勿論異議はないけれども、それならそれでなせも少しわれわれの習慣や趣味生活を重んじ、それに順応するように改良を加えないのであつたか、という一事であつた。

谷崎潤一郎「陰翳礼讃」より

自作厠曆

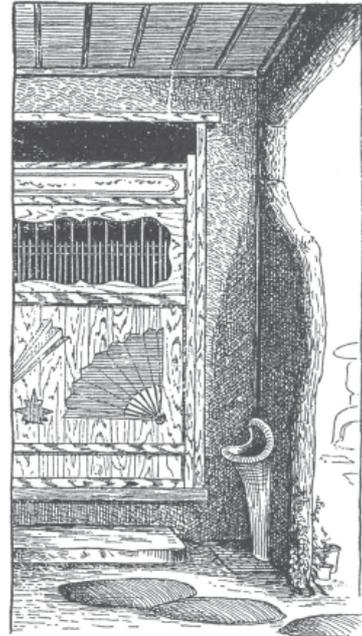
エドモンド・モースの見た日本のトイレ



日光・鉢石村の旅館の便所
 渡り廊下の縁取りの自然木の幹、入口の潜りに使われた葡萄づるのアーチの素材に感嘆し外側の竹垣の趣味を賞賛している

浅草の商家の
 小便所

さまざまな色の材質の木を用いた象嵌細工による模様戸を指物細工の見本と絶賛



モース来日当時の一般的なトイレ



商家便所内部

ウンチウ

その著『日本のすまい 内と外』で「便所といえども日本家屋では、芸術的感性のある職人はこれ

に注意を注いでいる」とし、日光・鉢石村の旅館と浅草の商家のトイレを例に紹介している。そして「日本のある地方の村の旅籠で描いたこのスケッチを細かく検討したならば、キリスト教国の多くの村々に、はたしてこれに類似した便利な設備(木製の四脚台に置かれた水桶と洗面器、そして手拭い)があるかどうか、ひとつ公正無私に思い起こしてみるとよいのである」と述べ、とかく東洋の辺境に位置する遅れた国という欧米人の日本観に警鐘を鳴らしながら、公平な眼で欧米と比較して日本のトイレ文化を高く評価している。

2002年 9 月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

作成後記

折々に記したものを集め、改めて読み返して、世の中の物質的豊かさと医学の進歩を痛切に感じる。その中で自分の考えの浅はかさ、愚かさ、先見の無さを恥じる思いである。

38年間の人生の一部を恥をさらす思いで編集した。

一施設職員の独り言としてご容赦願いたい。

勤務施設

北療育園

北療育園城南分園

北療育医療センター

中部総合精神保健福祉センター

府中療育センター

医療福祉施設職員に38年

障害児・者と共に

発行者 小川 義博

