

論 文

地域における療育について

橋 本 尚 子

要約 近年、育児支援として、各地域で、様々な母子への関わりが工夫されてきている。そんな中で、子どもへの心理、発達に関しての治療的ケアの意味合いをも含む、セラピストによる療育についても、柔軟性や、工夫が求められてきている。ここでは、筆者が関わった3つの療育について、比較しつつ考察をすすめることで、今後の療育のシステムを考えていく上での一つの基盤としていきたい。療育の形態、行政や他機関からのニーズへの対応、他機関との連携、療育が必要な母子への関わり、について考察した。

キーワード 療育 地域 育児支援 セラピスト

はじめに

近年、少子化、虐待、など母子をめぐる問題が注目を集めることが多い。現代の核家族の問題、子どもが安心して、子どもだけで遊べる場が存在しなくなったこと、その結果としての、テレビ漬け、母子の密着、あるいは、反対に、育児放棄など、様々な問題が複合的に存在している。現代は、経済的には豊かになったものの、おそらく昔と比べて、そのような意味では非常に子どもを育てにくい、子どもの側からすると、育ちにくい環境なのだろう。また育児支援に関わる者として、子どもの発達についても、従来の教科書的理論からは大きく離れるような事態が増えてきているように思う。例えば、トイレトレーニングに関して、昔は1歳から2歳でおしめがとれるのが普通と考えられており、遅いと、親がプレッシャーを感じたりということもあったが、現在はその反動

か、あるいは、手軽な紙おむつの普及のせいもあるのだろうが、「おむつはずれ」というような、自然におむつがはずれるイメージをもつような言葉も存在し、非常にゆっくりになってきている。パンツ型のおしめは、4から5歳くらいの子どもでもはけるものが開発されている。親のトイレトレーニングへの関心にも、おそらく昔とは変化があるのだろう。他にも、幼稚園や保育園の先生からも、ずいぶん昔とは変わりました、という言葉聞く。そのように、育児に新たな状況が出現してきている状況の中で、各地域で育児支援がなされている。育児支援に携わるものは、従来の見方にとらわれていては、対応できず、現在の母子に必要とされていることを手探りで探し、工夫しているのが現状であろう。また、そのような場にセラピストが関わることも増えている。ここでは3つの療育機関のシステムを改めて捉え、セラピストに出来ることや、今後の療育のあり方について考えてみたい。

療育とは、発達や、言葉の遅れなどの問題を持ったこどもに対し、治療的、教育的働きかけをしていくことで、自ずとのびようとする力の芽を育み、子どもが本来持っている力を十分に引き出し、同時に、親への相談や、援助も行うものである。様々な治療が存在するが、筆者は、遊びを通して、子どもの内面によりそい、その体験を支えとして、子どもが自ら伸びていくことを主眼とする、遊戯療法（プレイセラピー）を行ってきた。地域によるが、行政のもと、住民が、無料でそのような療育を受けられるような仕組みがあるところがある。受けるかどうかは個人の自由であり、強制ではない。地域の公民館や、保健センター、廃校になった小学校や幼稚園、保育園の1室などを利用して実施されていることが多い。プレイルームには、様々な玩具、砂場、水場などもあり、子どもの心の表現をよりしやすくする工夫がされている。通常、心理療法としての遊戯療法は、来所者1人に対し、週に1回、40から50分ほどの時間である。

筆者も現在まで、そのような形で、セラピスト（治療者）として、療育に携わってきた。しかし、地域によって、システムは様々に異なり、様々なニーズにどう対応していくべきか等、単に遊戯療法を行ってればよいということだけではすまない、工夫や、柔軟性が求められるのが実情である。ここで3つの療育機関でのシステムを比較し、考察してみたい。

療育A

セラピスト8人、週に2回、計6コマ（1コマ50分）開催される。来談者は、この枠の中から、週に1回、1コマ50分、来談する。

3人のセラピストが、それぞれ担当の子どもとペアになり、セラピストと子どもの3ペアが同時に入室しセラピーが行われる。その間、別のセラピスト1名が母親3人に対し、別室でグループ面接を行う。計4人のセラピストが、1コマで、3組の母子に関わることになる。また母親グループ担当セラピストの他に1名、市から配属される療育担当者（心理の専門家ではないが、長年療育を担当している。入れ替わりの多いセラピストに代わって、これまでの療育教室の流れなどを把握している）が加わる。各時間に3組の母子が参加し、計18組の母子がこの療育教室に参加することとなる。療育開始、終了は、その子どもに応じた形で、適宜、セラピストと親の間で話し合われて、決定されていく。療育への参加の基準は、保健婦らから、「気になる」という子どもや、親らの状態を伝えてもらい、待機者が多い場合は選考会を開き、優先順位を決める。療育の最終期限は、小学校入学までである。又これは、強制ではなく、事情によっていつでもやめることができる。月に1回、保健婦や、行政側の担当者らと交え、連絡会議が開かれた。

療育B

セラピスト4人，週に1回，計4コマ（1コマ50分）であった。来談者は，週1回1コマ，あるいは，2週に1回1コマに来談する。

ここではセラピストと子ども1名ずつ，1組が入室してのプレイであった。その間母親は，別室での面接をうける。対象者は，保健婦らから上がってくる場合と，保育園や，幼稚園の先生からの相談による場合があった。またここでの特徴的な形としては，外来という時間を設け，セラピストが，療育以外の外部からの相談を受けるための工夫があった。外来では，保育園や幼稚園の先生らが現在園で，対応に苦慮している子どもの相談のために来談したり，療育待機者に対し，セラピストがインテーク（初回面接）をし，すぐには療育は始めることが出来ない（人数の制限などにより）場合などでも，現在の状態を把握し，緊急性をみることに用いられったりした。年に2回，保健婦，幼稚園，保育園の先生，行政側の担当者らを交え，連絡会議が開かれた。

療育C

療育の形態は，定期的なものは，セラピストは3人，週1回1コマ45分，計4コマ開催される。来談者は，週1回1コマ来談する。4コマのうち2コマはグループの形態をとる。子どもの状態に応じてどちらかが決められる。グループに関しては，セラピストだけではなく，保健士や，保育士がスタッフとして加わり，3名から5名ほどの子どもが同時に1つの部屋に入ってなされる。この週に1回の基本的な療育については，原則として，半年を1クールとし，半年毎に継続の必要性をセラピストと，親で話し合い，再考する機会が設けられている。

ここでの大きな特徴は，他の地域とは比較にならないほど，保健士とセラピストの関係が密であることである。また，保健士のほかに，言語療法士や，小

児科医、発達心理士、保育士など多職種のもものが様々な形で加わっている。

基本的な療育の形に加えて、非常に多彩な形態での発達援助が行われている。週に1回行われる上述の療育の他に、同年齢の子供たちを集めてのグループ遊びが月に数回取り入れられており、多くの母子が参加している。他に発達相談などの時間も月に1回から2回設定されている。また、乳児に関しては、療育的な関わりは比較的見過ごされがちであるが、ここでは、生後数ヶ月の第一子を抱えた母親を対象として、検診でも相談でもない、茶話会のようなものが試みられた。産後、母親が、子どもを連れての外出もしにくく、孤立しがちになることを防ぐことや、ほぼ同月齢の乳児を抱える母親同士が、コミュニケーションをとれることを主として目指したものである。検診などが、そのような役目をはたせそうに思うが、検診は、実際にはかなり時間におわれる面があり、とても母親同士がコミュニケーションをとる余裕はみられないためである。その際にも、セラピストや、保育士などが加わる形であった。

定期的な療育の他に、別のセラピストが、保育園、幼稚園を訪問したり、乳幼児検診や、グループ遊びなどにも臨時で参加し、スタッフへのアドバイスをしたり、発達に関して、やや気にはなるが、はっきりしたことは言えないグレーゾーンである子どもに対し、どのような関わりがよいかをスタッフと話し合うということもなされている。

これらの要請は、全体を統括する保健士からなされ、それに応じる形でセラピストが、適宜動くというものと、別に、保健士とセラピストによって、どのような活動が必要かつ可能であるかが、話合われ、実行されてきた。年に2～3回、事例検討も含め、各職種のスタッフと、行政側の担当者らが集まり、連絡会議が開かれる。

A, B, Cいずれの療育においても、来談者の匿名性への配慮は常になされ

ていたことも記しておきたい。また、いずれも、筆者が担当であった当時のものであり、各地域を統括する行政の方針の変更により、療育の形態も変化したり、また、予算の問題や、コスト削減などにより、当時は心理療法の専門家が担当していたものが、現在では臨床心理士は全く関与していないケースも含まれる。しかし、現在の療育の体制は、各自治体の要請に従って形態を変えながら、おのおのが手探りで工夫し、問題の解決に当たっているのが実情であり、いくつかの事例を積み重ねていくことで、共有できる有用な情報が見えてくる可能性がある。またそれは、今後の療育を考えていくためにも必要なことと思われる。

以下は、上の3つの療育の形態をもとに、考察していきたい。

I. 療育の形態とそれにもなう問題

いずれの療育でも、基本的な形態は母子別室であった。心理療法では、現実の母親と同じくらい、こどもの心の中の母親イメージも大切なものとなってくる。母親と、たとえ、現実と一緒にいなくとも、そのこどもの心の中に、自分を支えてくれる母親イメージが育っていくことが、非常に大切であり、そのようなイメージが育って初めて、こどもは母親から離れて、一人で遊ぶ能力を獲得していく。逆にいうと、母親から離れて子どもが一人で遊べるのは、実際には一人なのではなく、心の中に、母親のイメージをきちんと持っていられるからである。だから、もし心の中に、自分を支えてくれる母親イメージが十分育っていなければ、現実にとれほど母親がそばにいようとも、一人で遊ぶことはできない。療育では、母親とはなれて過ごす50分を体験し、その後また、待っていてくれた母親と再会することで、会えない時も母親は自分を待っていてくれること、母親のそばを離れても、母親はどこにも行かないし、安心して遊んでいても大丈夫なことを子どもは、体験していく。また、療育のプロセスの中

で、この母親との分離の体験は変化していく。最初の時点で、分離することに激しい抵抗を示す場合は、きちんと母親との愛着関係が成立していると考えられるが、自閉症児などの場合は、むしろ、分離に対して何の反応も示さないケースがある。母親との愛着関係が成立しておらず、母親の存在や、自分の存在についての意識が希薄であると言えるケースである。しかし、それらもセラピーの進展とともに変化していくことが多い。常に一緒にいることから絆が生まれるだけではなく、不在からもまた絆がつむぎだされる。もちろん、不在が絆を生み出すことができる場合の不在とは、単に、「いないこと」ではなく、いる、いない、を超えるような、存在の強さによって支えられるものであるともいえる。

これらの意味もあり、基本は母子別室で、という形態であったのだが、どの療育の現場でも、必ず母親から「別室にいる子どもの様子をみたい」という要望はでてきた。親として、当然の思いであろうと思われる。それらの要望に対しては、専門家からみると、上述のような意味がある、ということを説明することを通常行ってきた。その対応は、専門家として、原則的で、基本的なことであったと思われる。しかし、行政のもとでの療育という点で、難しい側面も含まれていた。通常の、個人の意思で通い、料金を払ってなされる心理療法とは異なり、検診などの結果、遅れがみられるため、発達促進のために療育を勧められた親が多い。自ら望んでの療育というよりも、市や、町から呼び出されたような感じを抱く場合もある。そのような中で、原則のみを説明しても、理解されにくいことも多い。不信感が強くなりすぎると、療育の継続自体が難しくなる。このような場合は、本来の療育の目的を、治療者が、再認識した上で、原則にこだわりすぎず、柔軟に対応していく必要がある。しかしまた、こどもの心の仕事になされていくプロセスは、しっかりとした器に守られる必要があり、決して、セラピストとその子ども以外に、漏らされてはいけない場合もある。

る。そのような場合は、親と十分に話し合い、理解を得る努力がいるだろう。

また、親だけではなく、その療育が所属する場や、療育を担当する行政側にもそのような理解を得ておくことが望ましい。子どもとの治療が展開されるプレイルームだけが、子どもの心の変容の器になるのではなく、療育自体をとりまく環境全てが器であると考える必要がある。療育をとりまく環境（行政や、療育が属している場）との不調和で、療育自体の成立が困難になる場合もあるからである。実際に、療育への苦情が、直接セラピストに伝えられる場合は、対応のしようもあり、親と話し合えるチャンスにもなるものであるが、そういう場合が全てではなく、直接は言いにくいので、市や町の担当者に伝えられる場合がある。そのような場合は、単に、親に、別室でのこどもの様子を伝えるかどうか、という問題をこえて、常日頃から、セラピストが、市や、町の担当者と良好な関係を築けていないと、親の不安が、市や町の担当者の不安と重なり、両者からの療育への不信感を増幅してしまうこともある。

他に、近年の育児の問題をみると、育児経験者からよいタイミングで、言葉をかけてもらったり、自分の母親に相談したりできない母親が、手探りで育児をしており、その結果、大きなことではない、ささいなことについて、子どもにどう関わってよいかわからない、というような母親も増えている。おそらく、昔は強かったしがらみや、近所づきあいが、何とか補っていたのであろう部分が、現代になって手薄になったところがあるのだろう。そのような母親の場合などは、カウンセリングというよりも、同年齢の子を持つ母親同士で、少し話ができたり、カウンセラーがその母子とともに、子どもへの関わり方をさりげなく示すことで、改善される場合もある。必ずしも、母子別室での本格的なカウンセリングや、遊戯療法にとらわれず、必要なものを提供していければよいと思う。かつて、どう子どもに関わってよいかわからない、子どもの言葉も遅れているという主訴で相談に来られた母子があった。セラピストも加

わり3人での関わりを重ねていくうちに、今まで「子どもは何も話さない。時々わけのわからないことを少し言うことがある。」と述べていた母親が、セラピストが子どもの言葉をうけて「そうだね、ちゅんちゅんだね」など返していくうちに、「そうか。Aは今、チュンチュンて言ってたんだね」などと徐々に、以前は母親にとって、何を言っているのかわからない、拙い子どもの言葉が、実は意味を持っていて、母親である自分に何かを伝えようとしていたのだ、と喜びを感じつつ、認識されて行った事例があった。それとともに、子どもの言葉の遅れも改善されていった。比較的短期間で変化がみられた事例であり、全てがこのように進むわけではないが、母子同室での関わりが意味を持った事例であったと思う。

また同年齢の子を持つ母親が、近所におらず育児において孤立しがちになることを防ぐには、療育Cのように治療目的ではないグループ遊びなどを設定することも意味を持ってくる。グループについては療育Aでなされていたように、障害を持つ子どもの親面接で、グループのメンバー同士が、悩みを共有できたり、子どもの発達の道筋が、他の子どもの様子からわかったり、悩みの共有から、かつてその悩みを通った親が、現在悩んでいる親にアドバイスを行うなど、良い点も多かった。しかし、障害の形や重さ、受け止め方にも個人差があり、当然のことであるが、その点への配慮はもちろん欠かせないものである。

Ⅱ. 行政や、他機関からのニーズに対して

先に、療育をとりまく環境という言葉を使ったが、環境をいかにつくっていくことができるか、というのも、地域における療育の大きな主眼であると思われる。療育Aのように、心理療法が行われる療育機関が、比較的独立していた方が、心理療法そのものは行いやすい側面がある。しかし、独立した相談センターなどではなく、地域の行政に属しているという点からみると、保健所、幼

幼稚園、保育園、場合によっては小学校、市や町の役所などに、役に立つ、という感じを持たれて、支持を得ることができないと、存続が難しい側面が強いように思う。そのための工夫をみていきたい。

行政側からは「心理スタッフの人数や、人件費のわりに、みている子どもの人数が少ない。特定の人ばかりではなく、できるだけ、多くの人の利用が望ましい」という意見はよく聞くところである。心理療法は時間がかかるため、場合によっては3歳や4歳から通所しだした子どもが、就学までずっと通うというケースもある。そのような場合など、その子どもにとっては必要なことであっても、行政の立場からみると、もっと他の子どもも、みてほしい、療育が必要なのはその子どもだけではないはず、という意見がでるのも、もっともなことに思われる。その点については、療育Cでは、原則、半年を1クールとする形態をとり、半年ごとに通所が、セラピストと親の間で検討されている。必要なら延長する。半年であっても、劇的に変化する子どももいる。不必要にだらだら通うのではなく、通所者の意識を高める効果もあるように思われる。また、グループでの療法も取り入れることで、療育の必要な子どもに、少しでも多く療育が行き渡るように配慮されている。また、ここでは、中核的な心理療法だけでなく、遊びの場の提供という意味をも含んだ広い活動が行われている。昨今、遊びの場が減り、地方では、一見自然が多く、子どもが遊びやすいのではないかという印象が持たれるが、少子化で、たとえ公園へ行っても、他の子どもがおらず、子供同士が遊べる場がないという現状もある。そのような現状のなかで、遊びの場の提供を含む活動は、大変意味がある。専門家が、広く、多くの母子に関わることができるというメリットがある。他にも、親子で閉ざしてしまうことは、虐待にもつながりうる閉塞感をもたらすものであるので、外部に開かれるという意味でも、虐待などの防止の効果も期待できる。生じてしまった虐待に対する対応は大変困難を伴う。このような小さな活動は、地味で

はあるが、親子が閉ざしてしまいがちな時代にあって大切なことである。また、この療育Cは非常に多角的な関わりがなされているせいもあるのか、正確なことは詳しい調査が必要であると思われるが、虐待の事例がほとんどみられないことも特徴である。様々な試みが、治療という目的のためだけでなく、予防の意味を持っていることが伺われる。また、保健士の意識が非常に高く、ていねいに母子に関わっていることも大きいことであろうと思われる。

また、虐待などの増加により、緊急に対応しなければいけないケースもあり、このような公共の機関では、心理療法を専門的に行うよりも、浅く広くの関わりを求められることもあるが、現実には、心理療法が必要だからといって、専門の機関に通える時間的、経済的余裕が、全ての母子にあるわけではなく、このような公共の機関で、それらを必要とする人が、専門家によるサポートを受けられるというのも、大切なことに思われる。

Ⅲ. 他機関との連携について

他の機関との連携については、療育Bや療育Cでの、外来という仕組みも参考になる。通所している子どものことだけでなく、それ以外の子どものことでも、保育園、幼稚園、あるいは小学校の先生方が、対応に悩む場合にも、利用される。また、療育に通所するかどうかは別として、子どものことで、何か相談したい、という親にも利用される。保健士を通して、相談に来られることもある。実際に、1から2回のアドバイスや、カウンセリングで改善されるようなケースもある。長期的、定期的療育の他に、このような臨機応変に対応できる療育の仕組みは非常に意味を持っている。またこれらの仕組みは、療育機関の存在の意味を他機関にも認めてもらえる意味も持っている。ただし、外来の仕組みは、B、Cともに小さい地域であるから機能している側面もあるのかもしれない。逆にいうと、B、Cでは小さい地域ならではの特性がうまく生かさ

れているといえる。

又、療育が、ある程度、他機関から独立した形で運営されているのか、あるいは、むしろ他機関に従属する要素が強い形で運営されているかによっても、大きく異なるところがある。療育Aのように、他機関から独立した形で運営されている場合は、セラピストと、来談者が、比較的1対1の直接的な関係を持ちやすいように思う。間に入る仲介者の存在が薄いとでもいうのだろうか。そのような場合は、例えば、療育機関での療育終了後も、担当セラピストと連絡をとったり、場合によってはそのセラピストと、別の場所での療育継続ということも珍しくはない。そのようなメリットがある反面、実際に他機関との連携をどうとっていくか、ということに難しさが残る。セラピストは、常勤ではないため、毎年入れ替わりがある。継続的に、園や保育所との関係をとるといっても、関係の蓄積自体が難しい。また、外部から、その地域にやってきたセラピストには、その地域の雰囲気や、今までの歴史がわかりにくい。それが、よい場合もあるが、他機関と関係をとっていく時には、難しい問題が残る。連携といっても、単にビジネスライクに、問題意識を共有するだけではすまない、その背後にある雰囲気のようなものの共有が欠かせない。そのような雰囲気がないままに、問題意識が共有されてもあまり意味がないことも多いように思う。

逆に、療育Cのように、他機関に従属的な場合というのは、セラピストと来談者の間に他機関が仲介のように存在し、その存在が強い場合である。この場合は、1対1の関係というよりも、来談者と、その機関との関係が強いといえる。セラピストに、個人的に関係を持つというより、その機関自体が、頼れるところ、と認識され、何かあったらその機関に相談に来る、といった感じである。その機関でたまたま療育をやっていたセラピスト、というような認識をされるように思う。その場合のメリットは、先も述べたように、セラピストが入れ替わり、何年も継続的に担当するのが難しいという現状では、機関が、頼り

にされることは、大きい意味を持ってくる。また、セラピストにはよくわからない、地域の雰囲気などもさすがによく把握されており、セラピストは教わる場所が大きい。

また、セラピストが直接連絡をとっても、関係の蓄積がないため、連携が難しいような場合など、機関が仲介してくれることで、連携がとりやすいところもある。又、療育期間終了後も、その機関を主とする地域が、その子どもの様子をそれとなく把握しており、地域で子どもが育つ、ということの意味を考えさせられる。セラピストの入れ替わりがあり、数年前に通所していた子どものことを、現在その機関でセラピストをしているものが知らないという状況は、機関が仲介的に存在することで防がれ、その機関に常駐している者（保健士や保育士など）が、かつてそこに通っていた子どものことを、覚えていたり、気にかけていたり、成長を喜んだりすることができる。療育Cの場合はこのような形での療育が展開されている。その市や町の大きさにもよるものであろうが、よい意味でのしがらみ、言葉をかえれば、その子どもをとりまく環境の問題になってくる。ただ、人によってはこのようなしがらみをよしとはしないこともある、という点も心にとめておきたい。

Ⅳ. 療育が必要と思われる母子について

近年、療育は地域に必要ない、と言われることもあり、その理由に、療育を必要とする母子があまりいないから、といわれることがある。しかし、現代の状況を考えると、その指摘はあまり鵜呑みにすることはできない。誰がどのような側面を見るかにより、大きく変わるからである。ていねいにに関わり、みていくことがないままに、問題はない、とされていることもあるように思われる。実際に、少し発達が遅れている、という程度から、自閉症状を持つ子どもまで、範囲は様々である。あるいは、一見、検診では何の問題もない場合でも、母親

の元気のなさや思いつめた感じなどから、何か気になり、よくよく関わって聞いてみると、育児ノイローゼや、うつ、虐待などがあつた事例もある。大切なのは、冷たい目で、問題を発見しようと観察するのではなく、ていねいに、優しい気持ちを持って関わることであろう。数年前に、「子どもが自閉症ではないか」を非常に心配し、ノイローゼ的になり、乳児にアルコール入りのミルクを飲ませ、死亡させてしまった母親の事件が、新聞等でとりあげられた。母親はいくつかの相談機関に行き、「子どもは、おそらく自閉症ではないが、様子をみましょう」というような内容を言われていたそうである。このような場合は、「子どもは自閉症ではない」から問題はないと単純に考えるのではなく、子どもの問題の有無よりも、母親が、それほど、苦しい辛い思いを抱えている点に目が向けられるべきであり、子どもの客観的な診断よりも、母親自身へのサポートが必要であつたのだらうと推測される。これは、子どもの客観的な症状や、発達の遅れの有無をみるという視点だけにとらわれていたのでは見えてこない側面である。早期の母子への関わりとして、子どもに、発達上の問題が、現在それほどみられなくとも、母親の精神的な状態が、非常にダイレクトに子どもに影響を与える場合があることも、見過ごされてはならない。しかし、近年、早期発見が大切といわれる風潮のせいか、検診の場が時として、非常に厳しいような雰囲気をつたえてしまっていることがあり、母親の微妙な雰囲気や、相談したい、という気持ちに沿うには、余裕がなさすぎる感がある。セラピストも含め、乳幼児検診の場に関わる者が、自ら、自分がどのような表情をしているのか、余裕は持っているか、にも目をむけたいものである。

また、グレーゾーンと思われる子どもについて、「経過観察」というのもよくとられる方法である。はっきりしたことは言えないので、様子を見ましょう、というものである。しかし、せっかく専門家が関わり、何らかの、「気になる感じ」を感じながら、もう少し積極的な関わりを持てないものかという思いに

応えるものとして、療育Cなどの場合にみられるように、遊びの場の設定がある。単に、専門家がノータッチのまま、数ヵ月後に再来所してもらうのを待つというのではなく、月に1から2回、このような遊びの場を利用してもらうことで、変化を見守ることができ、また時々母親と子どもの様子について話もでき、変化をつかみやすい、というメリットもある。これらの形態は保健士や、保育士との協力なくしては成立しえないという点もあり、セラピストだけでは如何ともし難い点でもあるが、大切なことであるといえる。

V. 療育手帳の交付の問題について

療育手帳を交付されると、いくつかの点で、優遇が受けられるというシステムが、存在する。療育への来談者に、手帳のことを、どのように伝えるかということも、療育に携わるものとしては、大切なことである。

療育手帳の交付については、親は、様々な思いを抱くケースが多い。便利なシステムだから使えばよいという割り切った考え方をする場合もあれば、手帳の交付が、あたかも一つの大きな烙印のように感じられる場合もある。そのような思い自体を話し合う場があることも大切なことであるし、行政側から、事務的に、その制度が存在することを伝えてもらい、その後の、心理的揺らぎや、手帳を申請するかどうかを、セラピストと親が話し合うという役割分担型も、一つの方法である。様々なスタッフが、関わることで、的確な情報を親に伝え、適宜話し合っていくことが必要と思われる。

ま と め

3つの療育のあり方をみていくことで、療育がなされる地域によって、異なるテーマが存在すること、それらに対し、セラピストが自らの仕事の基本は守りつつも、柔軟に対応し、他機関とのスタッフと話し合いを深め、連携をとって

いく必要があることが改めて認識された。また、来談する母子への援助のみではなく、地域にも役立つような活動を通し、療育の存在を地域にも認識され、外部からも、療育の存在を支持されることが、療育の存続には必要であり、そのための具体的な活動や工夫についても触れた。これらの工夫や活動が蓄積され、さらにより療育のシステムが作られていくことを願う。

終わりに

療育はどうあるべきか、ということを考えさせられることが増えている。市町村の合併の問題などもあるためでもある。市町村合併により、現在まで、様々な形態で、工夫をこらされて存続してきた、各地域の療育の体制が大きく変化する可能性もある。また、基本的なセラピストとしての仕事の中核は同じであっても、療育に関わる地域によって、非常に療育に求められるものが異なっており、保健士や、保育士、他機関との連携のとり方が異なっているという体験をし、療育が、地域や、地域の雰囲気にも密接に根ざしたものであるという感を強くしている。また、それは療育に限らず、現在、筆者の中では、心理療法そのものにも大きく関わってくることと感じられている。

子育て支援では、小さい町や村はそれなりに、その小ささを生かした関わりの方法が用いられたり、都市ではみられない、ていねいで、細やかな母子への配慮がみられることもある。都市部ではまたその大きさや、しがらみのなさをいかしつつ、ファミリーサポートなど有料あるいは無料のボランティアの方法で、今までのしがらみではない、新たな人間関係のネットワークづくりが模索されたりしているところもある。

そのような子育て支援とともに、臨床を専門とするセラピストが、提供できるものは何なのか、どのような形で役に立つことができるかは、考える価値のあることと思われる。基本的には、専門家としての知識を生かしつつの関わり

であることには間違いはないが、本格的な心理療法から、グループ遊びまで、その知識を生かせる範囲は非常に広く、だからこそ、どのような関わりが可能であるかを、各地域の実情に合わせて、考えていく必要がある。

子どもの問題は、これから減ることは予想されにくく、ますます難しい問題が生じてくるだろう。生じてからの対応も大切だが、人生の、第一歩である、乳児期、幼児期を、大切にしていくことは、子どものこれからの人生への大きな糧となるだろう。またそれは、その時期孤立しやすい母親にとっても、大切なことであろう。かつてないほどの、子どもが自然に育つことが非常に難しくなりつつある時代に、何か少しでも、療育が役にたつことがあれば、と願っている。