

7章 子どもを育てる社会資源システムの 現状と課題

一どの子も地域で育つために一

川崎 千里

1 節 育児観の変容

最近40年ほどの間に、子どもの数が急速に減りつつある。女性ひとりあたりの出生数は1991年に1.53人となり、1950年（3.65人）の半分以上となった。この背景には、社会経済的な問題の他に、生まれた子どもは健康に育つものという認識がある。40年の間に日本の保健衛生状態は急速に改善され、乳児死亡率は7/1,000人となり1947年（77人）の1/10以下に減少している。出産、育児はもはやリスクの多い仕事ではなくなり、両親は子どもが無事に育つことを前提条件として、生み育てるようになった。

これらの変化は、子ども観や育児法にも大きな変化をもたらしている。ひとくちでいえば少数精鋭主義である。子どもたちは幼いうちから飾られ早期教育を受ける。このこと自体は決して子どもにとって不幸な出来事ではないが、問題は、子どもが無事に育つだけでは親が喜ばなくなっていることである。仁志田はこれを well baby syndrome と呼んだ。あかちゃんは無事に育つだけでなく、「よい子」であることが要求される。かわいらしく育てやすく、親に喜びを与えてくれる子どもでなくてはならない。実際には親も子も、親子間の問題や健康問題などをひとつずつ克服しながら成長していくものであるが。

子どもが「よい子」でない場合に、親の感じるストレスは以前にもまして強く悩みは深い。育児が安全な仕事になったことは、一方で、ちょっとしたつまづきも両親や周囲の大人の心配の種になりやすいという、逆のストレスを生み出しているのである。現代社会はそういう意味で、障害をもつ児、また健常児と言われる子どもにとっても、けっして子育てをしやすい環境であるとはいえ

ない。

こういう時代に、子どもにつまづきが見いだされた場合には、育児にかかわる専門職はどういう援助ができるだろうか。子どもに対しては原因を見いだし見通しをたて対策を実行すること。親に対しては精神的な支えとなり子どもについて学ぶよう援助すること。保育講座シリーズはこのために、心身に問題を持つ子どもについて医療職がもつ新しい知識と技術を、保育・教育職や両親に役に立つかたちで提供することをおもな内容として実施されてきた。さまざまな具体的テーマについて三者が語り合う場であったが、その中で浮かび上がってきたのは、子どもを育てる社会資源のシステム化に関する問題であった。

2 節 地域のなかの子ども

J君は県北のある町に暮らす4歳の男の子である。家族は農業を営む祖父母と父。母親は農協の事務員をしている。保健所の3歳児健康診断で医師から言葉の遅れを指摘され、児童相談所が年数回の面接を始めた。保育園に入所したが散歩の列から離れるなど集団適応が困難であった。園は母親に週1回の付添いを依頼したが協力を得られず、他方、町役場の福祉課長からは事故防止のために即刻退園させるよう指示され、担当保母は苦慮していた。

小児科医（筆者）と心理士の診察の結果、J君は注意欠陥多動障害で、脳の微細な障害がその原因であろうと診断された。これは幼児期の集団適応困難児にしばしばみられる状態である。付き添いの母親と保母に診断と2、3の具体的な対応法を告げると、母親は身構えていたのが逆にはっとした表情になり、育て方のせいではないと言うと涙を浮かべた。母親が周囲の人から責められ、子どもが疎ましくなっていた経過がうかがわれた。その後は話がスムーズに進み、母親は保育所と協力して養育方法を見直し、保育園は町役場に交渉して保育を続けることになった。もし保育園を止めさせていたら、この子は遊び仲間もなく家庭に閉じ込もって就学までを過ごすことになっただろう。

「どの子も地域で育つ」。ありふれた、当然のことのように見える。しかし現実には地域社会の中で孤立している親子は少なくなく、むしろ増加しつつあるように見える。

増加の理由のひとつは、母親のライフスタイルの変化である。半世紀前と比

較すると農業など家内労働に従事する母親が減少し、家事労働も軽減されて母親に自由時間が増えた。この自由時間は外で働くか、あるいは子どもの教育に振り向けられる。この状態で配慮が乏しいと、母子関係の不安定さや逆に過剰な母子密着関係を生む危険があり、地域からは孤立しがちである。

もうひとつは、車の普及である。狭い路地や田舎道にも車が走るようになり、親たちは子どもを安心して外で遊ばせられなくなった。子ども達は近所の仲間と遊ぶかわりに、週末に家族で車に乗って遠出する。それは地域の子どもの社会の自然形成を困難にしている。

これらの変化に対応して、子どもは早くから地域の保育園、幼稚園に集まるようになった。これらの施設の保育、教育レベルは全般的に上がってきており、入園した子どもはかなりよい環境のなかで育つ。しかし一方、このことは家庭にいる子ども達から遊び仲間を奪う結果にもなっているのである。

こんな状況のなかで、発達につまづきをもつ子どもと親は、特に地域から孤立しがちである。第一に、親自身が「よい子」イメージの挫折と向かい合い、克服しなくてはならない。あるダウン症児の親は、小さいお子さんですねと同情されるのが苦痛で、3歳になるまで人前に出せなかった。第二に、親がオープンになれたとしても、少数精鋭主義の風潮の中で、わが子を障害のある子どもと自然体で遊ばせてくれる隣人はそれほど多くない。子どもを持つ以前の大人同士の交流が乏しかった場合はなおさらである。親自身がオープンになること、周囲のひとびとが暖かく受け入れること。どちらにも専門職の援助が必要な時代であるように思われる。

さきに述べたケースから得た教訓は3つあった。ひとつは、保健婦、心理、医師、保母、福祉事務職員など多様な専門職がかかわり、相当なコストが費やされることが、必ずしも親子を支える役割を果たしているとは限らないこと。もうひとつは、各施設が何をおこなったかではなく親子が総合的にみて何を受け取っているかの観点でみるべきであること。3つめは、保健・医療と福祉・保育・教育の連携がさらに必要なことである。

3節 子どもを育てる社会資源システムの問題点

人間の人となりが決定的なものには生まれて最初の数年間が非常に重要であ

ることは、「三つ子の魂、百まで」と諺にいわれるだけでなく、発達心理学者の等しく認めるところである。人の一生がこの時期にきまるといってもよい。この大切な子ども時代を、日本の子どもたちは幸せなことに、暖かく教育的な家族、両親にまもられて過ごす。いや、まもられているとみなされている。そこには義務教育が始まるまでの子育ては、親とくに母親の責任という考え方がある。この家庭単位の見方は子育てにも老人介護にも共通してみられるが、現在の社会資源システムは援助の必要な家庭を本当に支えているのだろうか。

現在、社会資源のなかで比較的充足しているのは、家庭養育をギブアップされた子どもの「乳児院」、障害が重く家庭養育の困難な子どもの「重症心身障害児施設」など、家庭というシェルターからはみ出し「福祉のお世話になる」子の入所施設である。これらの施設は家庭という単位の養育力を前提にし、家庭から外れた最弱者のみを救済するシステムとして組み立てられてきた。

家庭にいる子どもとその養育者を援助するシステムはいまだに貧弱である。たとえば就学前の子どものもっとポピュラーな施設は保育所であるが、親のニーズに合わせる姿勢がこれまで乏しかったために、劣悪な民間託児施設を利用する母親が少なくない。また家庭環境不良で発達に遅れがあるなどの理由では、なかなか通園出来ない現状である。

発達障害児が最初に相談に訪れるのは、病院や保健所であることが多い。このとき狭義の医療だけでは問題が解決せず、福祉の介入を依頼することがしばしばある。治療費の援助、療育グループや集団保育への参加など、福祉と医療が一体となった援助がスムーズに家庭に届けば、それは子どもの障害に直面して途方に暮れる親にとって、何よりの具体的かつ精神的支えとなる。

保健と福祉、医療と保育・教育は、それぞれ別個に施設をもち運営されている。これまでも施設間の連携を重視する提言はみられたが、施設中心の考え方を脱していないものがいまだ多いように思われる。つまり、ある大地域を想定し中核となる施設をつくり、周辺地域の小施設や機能の異なる施設との連携を確立することで、地域住民が必要なサービスを受けられるようにというものである(図1)。療育はひとつの施設だけでカバーできるものではないので、親子はいくつかの施設を利用することになるが、施設間の連携がいまだ不十分な現状では、療育システムのネットワークからこぼれ落ちるケースが少なくない。

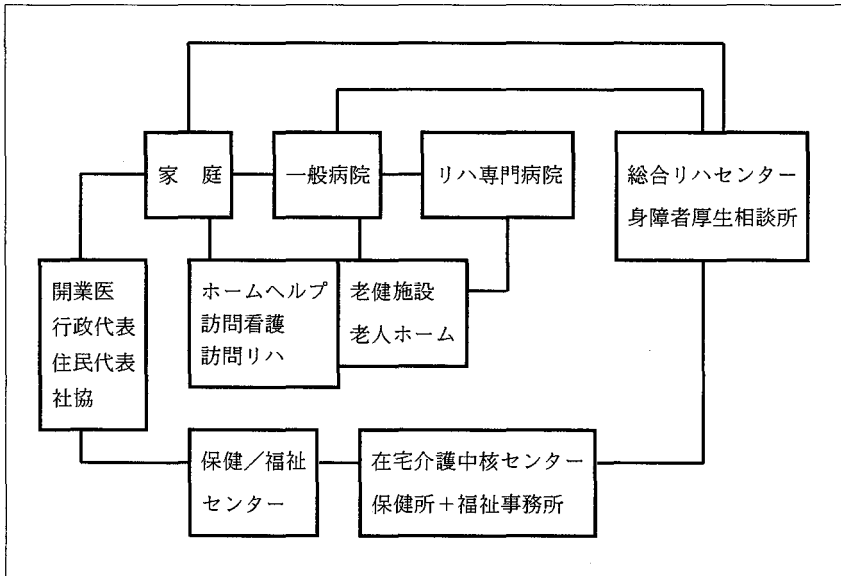


図1 現行の成人リハビリテーションのシステム（文献8より改変）

4 節 家庭中心のアプローチ

子どもは総体としてひとりであり、医療の対象児、生活援助対象児、経済的保護対象児といったばらばらな存在ではない。また通常は養育者とワンセットになった存在である。これまでは家庭の養育機能が当然のこととしてあり、両親が各施設をうまく組み合わせて利用できると仮定され、家庭へのアプローチが軽視されがちだった。例えば、特別児童扶養手当は障害児を養育する親に対する援助であるが、親が申告しなければ受けることができない。保健、医療機関で障害を発見された際に制度の存在を知らされなければ、親は福祉機関に行き申告できるだろうか。

また現在ではさまざまな療育施設が不十分ながらも増えてきている。それぞれの施設の専門とする障害領域、子どもへの直接指導型か親指導型かなど特性に応じて、どの施設をどのように利用したらよいかの判断が療育の質を決めることになる。親に熱意と能力があれば親指導型施設で親の育児力を高める援助が

効果的であろうし、親に限界がある場合には直接指導型で家庭養育力を補うことが子どもにとって望ましいであろう。親が施設の特徴をみきわめ選択するには、専門家の援助が必要である。専門職・施設が複数の場合は、船頭多くして船山に登ることになりやすいので、一組の親子に対して、相談窓口は一つであることが望ましい。

このように、それぞれの施設や制度がサービスを提供することでよしとするのではなく、各家庭について持てる機能を増強し不足する機能を補うアプローチこそが、療育を真に効果的なものにするだろう。さまざまな施設は、親子を中心としてレイアウトされ選択される。とくに離島、僻地の多い長崎県では、機能、施設特性だけでなく距離、交通機関の要素に留意せねばならない（図2）。

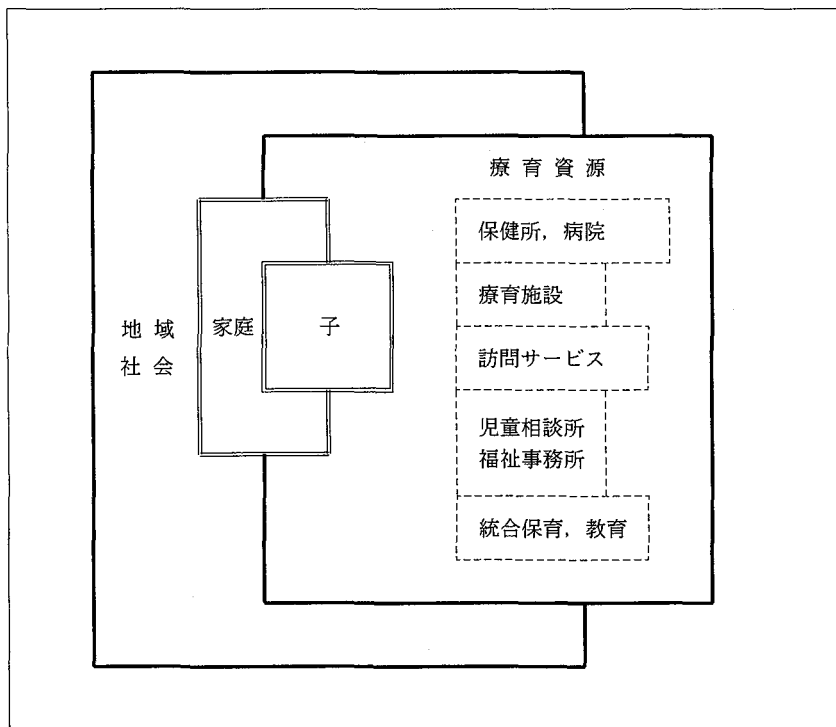


図2 家庭中心アプローチのシステム

5 節 障害発見から地域に居場所をつくるまで

この家庭アプローチの初期には、専門職の側にとっては、家庭の養育機能の評価と、養育機能を促進するカウンセリングが欠かせない。両親は特殊な場合を除いて子どもをよくしたいと思っているものである。うまく養育できない場合にはなんらかの理由がある。前述のような育てにくい子ども、親自身の祖母との葛藤、経済的な問題など、理由を言葉にして話せるだけでも事態はかなり改善できる。カウンセリングを通じて、とまどっている親も自分が孤独でなく支えられているという実感をもてれば、前向きな姿勢で問題に対処できるようになる。

初期にはもうひとつ、支えが精神面だけでなく技術面でも信頼できるものであることが大切である。親自身がまだ不安定な時期には、試行錯誤でなく助言による成功体験のほうが、親に自信をもたせ子どもを理解し助けようという意欲を強める。このように、初期は親と専門職の強い結び付きが必要な時期である。

つぎの段階ではしかし、親はいつまでも人によりかかっているといけない。いくら子どもが理解できるようになると、さらに子どもを理解し助けるために自分はどうすべきか、親としての自発的な学習が始まる。ここで重要なのはセルフヘルプ（自助）の精神である。これはなにも家庭内で孤軍奮闘することを意味しているわけではない。必要な学習情報や福祉、医療はどんなふうに分かるか、主体的に考え行動できることである。

専門職に依存する段階からセルフヘルプの段階への移行には、親のグループ活動が大いに助けになるだろう。親同士という対等な関係を持つことによって、受身的な学習でなく主体的な学習のかまえを養うことができる。また話合いそれぞれの経験と照合することによって借り物でない真の育児の力が身につくであろうし、孤立の防止にも役立つ。親グループは自然発生的に作られることは少なく、はじめは専門職がグループを形成し、ついで親たちが自立していくという例が多いようである。

移行の段階にはもうひとつ、子どもの集団参加が必要である。これには数々のメリットがある。親はそこで子どもをある程度客観的にみることができるよ

うになる。また保母と子どものやりとりから、自分の接し方を見直す機会ともなる。そして集団参加が健常児との統合保育につながれば、それは地域に親子の居場所を作る大きな手がかりになる。

地域の中にいつも暖かい援助の手が満ちているわけではない。若い両親はもとも地域社会とのつながりが乏しく、子どもの障害に気づいたとき容易に地域から孤立する。しかし初期に支えとなる専門職と出会い、その専門職に地域で育てる発想があるならば、そこを拠点に子どもと親は自分達の居場所を作ってゆけるだろう。また親のセルフヘルプの精神は、障害児が成長後にみずから自立しようとすることを助けるだろう。

おわりに

育児は日々の営みの技術と哲学の双方が必要な領域である。哲学だけでは幼い子どもは育てられないし、技術だけでは次の時代を託せる大人に育てられない。これは健常児についてもいえるし、障害をもつ児にはなおさらいえることである。

私たちの老後を支えてくれ次世代を担う子どもたちが、弱者にやさしく心身たくましく育つこと。そのためにも、いま子どもに接する大人が、弱者にやさしく「頼れる」存在であること。保育講座は、「頼れる」大人になろうと志す人々の集まりであったが、個々の技術の向上だけでなく、療育システムを親子を中心として再構築する必要性が認識された。

参 考 文 献（日本語のもの）

- 1) 国民衛生の動向（厚生指標増刊号）厚生省 1991.
- 2) 新生児学入門 仁志田博 医学書院 1988.
- 3) 日本子ども資料年鑑 日本総合愛育研究所編 中央出版 1991.
- 4) 婦人労働の実情 労働省婦人局 1992.
- 5) DSM-Ⅲ-R小児精神障害の診断 J. ラバポート他 医学書院 1989.
- 6) 情緒障害児とその家族 川崎千里（慢性障害者の看護 太田保之編）ヒューマンティワイ 1990.
- 7) 幼児期の微細神経発達障害スクリーニング検査法の検討 川崎千里 日本小児科学会誌 96巻 1827-1836 1992.

7 章 子どもを育てる社会資源システムの現状と課題

- 8) わが国における地域リハビリテーションシステムの展望 澤村誠志 リハビリ
テーション医学 29巻 703—709 1992.