

コミュニティ心理学と自閉児治療教育

佐 藤 望 ・ 安 田 節 子

平 川 忠 敏[※] ・ 豊 留 かく子^{※※}

目 次

第 I 部 コミュニティ心理学

I 序

II コミュニティ心理学概説

- 1 コミュニティ精神医学の抬頭
- 2 コミュニティ心理学の抬頭
- 3 日本におけるコミュニティ心理学の抬頭
- 4 コミュニティ心理学の対象領域
- 5 コミュニティ心理学者のアイデンティティ

III コミュニティ心理学の方法論

- 1 精神衛生コンサルテーション
 - a 概念規定
 - b 具体的展開
 - c コンサルテーションの意義とケア・ネットワークづくり

第 II 部 自閉児治療教育の実践

- 1 はじめに
- 2 自閉児に対する治療教育の考え方
- 3 自閉児集団療育「日曜学級」の誕生
- 4 「日曜学級」の機構と在り方
- 5 「日曜学級」の運営状況
- 6 集団療育の形態
- 7 療育プログラムの編成
- 8 親とトレーナーのミーティング
- 9 観察記録の作成，トレーナーのミーティング
- 10 親学級の開催
- 11 今後の課題

※ 鹿児島大学教養部心理学教室

※※ 鹿児島市立わかば園

第Ⅰ部 コミュニティ心理学

平 川 忠 敏

Ⅰ 序 密室からフィールドへ

「心理臨床家は修理屋か」という議論がある。次の2点から答えは「否」である。第1点は一般に治癒可能と考えられている神経症の患者を前にした時でも単に症状を除去するに留らず、その人の「生き様」を問題にしない限り根本的解決にはならないであろうからである。

患者の発言に合い図を打ち共感し、「あなたはこう考えているのですね」と問題を明確化する作業に終始しているのでは浅薄な心理療法に終わってしまう危険がある。患者の表現する表層的悩みしか聞こえてこない心理臨床家は専門家とはいえない。患者の訴える悩みの中からそこにその人の「生き様」が見えてきてそこを問題にし明確化していく心理臨床である時、心理臨床家は単なる修理屋に終わらない。

第2点は、精神病、精神薄弱そして我々が中心的対象としている自閉児 (autistic child) などいわば狭義の心理療法ではその効果性を見い出すのが比較的困難と思われる患者を前にした時である。もっと乱暴な言い方をすればなかなか「一丁あがり」といかない患者に接した時である。かかる事態ではその人を取り巻き、支えている家族や教師などへの接触が必要となってくる。そこでは診察室や相談室における「密室内作業」から「フィールドワーク」として患者が生活している地域の中へ入っていくことが必要となる。そして心理臨床家は患者を取り巻く環境因子を調整するという Social Agent 的役割りを担う必要がでてくる。

以上2点から心理臨床家が単なる修理屋から脱皮しなければならないことを痛感している。とくに第2点に関しては、心理学を基盤に持ちその独自性を保ちながらも「地域精神衛生的ワーカー (Community Mental Health Worker)」的役割りを果すべきであると考ええる。

この小論では上述の考えのもと、我々が10年近くかかわりあってきた自閉児とその家族を中心とする「地域ぐるみの障害児教育」をコミュニティ心理学 (Community Psychology) の観点から把えてみようとするものである。

Ⅱ コミュニティ心理学概説

上述の精神障害者や自閉児の如く個人への心理学的及び医学的アプローチが極めて困難と思われるケースにおいてはその患者を取り巻く環境因子へアプローチし環境調整することになる。すなわち、彼らの日常生活場面へ出かけて行きそこでの彼らの生活を保障する

作業が生じてくる。このような動きは治療室でのかかわりあいがある患者の日常生活場面へほとんどその影響を与えないような重篤なケースを前にした時必然的に生じてくる。さもないければ患者—治療者関係を断ち切る以外にない。このようなフィールドワークとしての動きを支える学問としてコミュニティ心理学あるいはコミュニティ精神医学 (Community Psychiatry) があげられる。この両者は時を同じくして出現してきたが「地域精神衛生活動」 (Community Mental Health Movement) という共通の基盤を持っている。

なお、コミュニティの示す意味が日本と欧米で異なるため一般には翻訳せずそのままコミュニティ心理学もしくはコミュニティ精神医学として用いられている。わずかに Therapeutic Community の訳語が「治療共同体」として市民権を得ている程度である。コミュニティに関しては多くの議論がある。例えば、日本の現状としては Community でなく Region という方が適切であるというものや、Community の示す意味は一般に訳される「地域社会」でなく「自治体」であり日本には自治体はないというものもある (羽仁, 1968)。また、日本の精神衛生センターは各県 1 つであるがアメリカでは原則として人口 7 万 5 千人から 20 万人までに 1 つとなっておりこのことからコミュニティの大きさの違いがわかる (安藤, 1972)。

日本国内においても、コミュニティ帰属意識は変化してきているといえよう。例えば、大都会の住民ほど自分の住んでいる地域に対しての愛着を持たず近隣関係を意識しないことが多い。これに対し地方にいくとこの意識は薄らいでくるといえよう。松原 (1973) は今日のコミュニティを「これまで住民のよりどころとなっていた既存の地域共同体は、産業社会の変化に対応できずに解体したに等しくなりとて新たな人間関係が形成されないままに住民の多くが無意味に孤立した生活競争を余儀なくされている」と解説し、コミュニティを『コミュニティは人々がその定住をもとにして「生きること」「より豊かに生きること」「人間的に生き続けること」の全てにわたって生活福祉が確保されるためのベースキャンプということになる』と定義している。

このように様々な議論がある中でコミュニティが「地域性」と「共同性」という 2 つの要素を含んでいることは異論がない。コミュニティの包括概念についてはこの程度にとどめて次に進みたい。

1. コミュニティ精神医学の抬頭

まずコミュニティ精神医学の抬頭について簡単にふれよう。精神医学の領域では、コミュニティ精神医学は、ピネル、フロイド、薬物治療に続く第 4 の革命とまで言われており 1963 年以降よく使用されるようになった用語である。この概念が生まれるに至った背景として寺嶋 (1970) はまず精神障害者をヒューマニティーを持った人物として受け入れ、社会の成員として取り扱うべきであるという新しい考え方の出現をあげ次の 4 点にまとめている。

(1) 第2次世界大戦で戦争神経症を中心とする精神障害者が多く出現したことによって精神障害と社会環境の関係が注目されたこと。

(2) ヨーロッパにおける開放病棟、夜間病院、デイケアセンター、リハビリテーションセンターなどの各制度の影響により精神病が必ずしも慢性経過をとり一生入院を必要とするものではないという認識を与えたこと。

(3) (2)の流れのひとつとして社会学者M. Jones が第2次世界大戦中から実験的試みとして行った治療共同体 (Therapeutic Community) の影響。

(4) 症状が軽くて、金持ちしか受けられないアメリカの精神医療から貧富、人種、年齢、疾患の差を越えて精神医療を受けられるようにしようという動き。

これらの動きがケネディ大統領の議会教書によって集約されたのである。これによって予防、治療、リハビリテーションの場が病院からコミュニティへ移ってきていわゆる地域精神衛生活動が展開されるようになったのである。

2. コミュニティ心理学の抬頭

コミュニティ心理学もこの流れの中で生まれてきた。すなわち、地域精神衛生活動において心理臨床家は何をなすべきかという新しいしかも基本的問題が生じてきた。

そこで心理学の独自性を守りながら地域精神衛生活動に入っていくため「コミュニティ心理学」という新しい用語が登場した。この用語は1965年に行われた「地域精神衛生に携わる心理学者の教育に関する会議 (Conference on the Education of Psychologist for Community Mental Health)」を契機に市民権を得、1966年にはアメリカ心理学会の一部門として正式に取り入れられている。この会議はボストン郊外で行われたため通称「ボストン会議」と呼ばれている。

ボストン会議では「コミュニティ心理学は……複雑な相互作用の中で個人の行動と社会体系とを関係づける心理過程全般に関する研究に貢献するものである。この関係づけについての概念化の試みによる明確化は、個人、集団、そして社会体系を改善しようとする活動計画の基礎を提供するものである」(山本, 1976)と定義している。

また、マレル(1973)は「社会システムのネットワーク、ポピュレーション、および人びとの、三者間の交互作用に関する研究、人間と環境の適合性 (fit) 改善のための介入方法の開発およびその評価、新しい社会システムの設計および評価、そうした知識と変革から、当該個人の心理—社会的な諸条件の向上を図ること」と定義しコミュニティ心理学がもはや地域精神衛生活動から分離して新しい境地へ歩み出していることを強調している。

3. 日本におけるコミュニティ心理学の抬頭

わが国においてはライシャワー大使刺傷事件を契機として昭和40年に精神衛生法が改正された。これにより精神衛生センターの設置が始まり精神衛生の最前線は保健所へと移っていった。この時から精神衛生センターの心理臨床家は地域精神衛生的動きを要請されたにも

かかわらずどう動いていいかわからないというのが現状であった。

他方、学会の動きとしては1969年の日本心理学会で「コミュニティ心理学の問題」と題するシンポジウムが開かれたのが最初である。(水島他, 1969)。内容は、精神衛生の社会的位置づけと臨床諸概念の再検討(水島), 地域精神衛生のアプローチ(山本), 学校における精神的な健康者発見の問題(村瀬), 社会心理学的側面からの再考察(安藤)の以上であった。しかしまだ機が熟さなかったのかいくつかの論文は発表されたがその後の発展をみなかった。

1974年には日本グループダイナミックス学会で「コミュニティアプローチと集団力学」と題するシンポジウムがもたれている。ここではすでにコミュニティ心理学がマレルが指摘するように地域精神衛生から脱皮しつつあることがうかがえる。

その他の動きについては安藤が詳細に述べている(安藤, 1972)。

なお, 1975年, 1976年と山本, 安藤両氏が世話人となって「コミュニティ心理学シンポジウム」が開催され約20名の参会をみた。1977年には第3回が福岡県の志賀島で3泊4日間行われた。

著者(平川)は第1回(1975年)で「自閉症児とその家族への地域精神衛生的アプローチ」(印刷中)と題して, また第2回(1976年)は「日曜母子学級と精薄育成会の動き」と題して発表した。

第3回は「社会的インターベンション」というテーマのもとに約30名が参加したが心理学者だけでなく, 社会学者, 公衆衛生学者, 精神医学者なども参加し学際的雰囲気溢れていた。この第3回コミュニティ心理学シンポジウムは先の日本グループダイナミックス学会でのシンポジウムとあわせて, 日本においてもコミュニティ心理学が地域精神衛生活動中心からもっと広範囲な領域へ発展していくことを示唆する大会であったといえよう。

これらの学会の動きと呼応してコミュニティ心理学に関する書物も次第に出版されるようになってきた。

これらの動きを総括して「(コミュニティ心理学は)わが国においてはようやく胎動期を終えようとしているといってよさそうである」(安藤, 1977)といえる。

4. コミュニティ心理学の対象領域

コミュニティ心理学の出発点は地域精神衛生活動に心理臨床家がどのようにかかわっていくかにあったが, マレル(1973)もその著書の冒頭で述べている如く最近は取り扱う対象領域が一般的社会事象へと変化してきている。いわば臨床心理学を基盤に始まったコミュニティ心理学が次第に社会心理学の色彩が濃くなってきたといえよう。

第3回のコミュニティ心理学シンポジウムの発表題目も実に多彩なものであった。このことからコミュニティ心理学の対象の多彩さがうかがえる。いくつかの発表題目を紹介すると次の通りである。

- (1) 地域ぐるみの成人病対策はかく進められた
- (2) へき地保健医療における需給システム
- (3) 精神障害者の地域ケア
- (4) 地域ポピュレーションへの介入：クライアント・リソースシステムの組織化への試み
- (5) シカゴ西部における地域精神衛生活動の一端にふれて
- (6) 自律的職場コミュニティ創造への一視点
- (7) システムインタービナー(介入者)の資質
- (8) 「北九州いのちの電話」の組織化をふりかえって
- (9) 地域社会に対する態度の類型化の改良の試み
- (10) 地域住民の環境満足度と行政への要望についてのインターバッテリー法による因子分析
- (11) コンサルテーションの理論と実際
- (12) 原級残留リスクの高い大学生ポピュレーションへの介入とその効果

こうしていくつか列記してみるとその多彩さに驚く。またここで対象として取りあげられたものは、国や県などの広域なもの(2.3.4.10),市や町村などの特定地域(1.5.)学校や特定企業(6.7.12)がありその他にTグループなどの特定グループあるいは個人であった。じつに様々のポピュレーションがコミュニティ心理学の対象になっていることがわかる。山本(1976)はコミュニティ心理学の場を「広場のような空地」とみなし様々の領域の参加を呼びかけている。

例えば、第2回、第3回のコミュニティ心理学シンポジウムでは「いのちの電話」の報告があった。これも確かにコミュニティへのサービスであるが東京のいのちの電話に鹿児島から電話している場合を考えると電話により結ばれた関係は特異な領域といえよう。しかしこのような領域もコミュニティ心理学の土俵にのせようというわけである。

今後は、社会変革をはじめ、団地づくり、マンパワーの養成などコミュニティを取り巻く様々の問題が対象領域となつてこよう。

5. コミュニティ心理学者のアイデンティティ

最近の心理臨床家には序で述べたように、治療室や相談室で密室的作業を行うよりも地域精神衛生的ワーカーとしての動きが要請されてきている。そこでは心理診断や心理療法などの心理学的武器を売りものにしている心理臨床家よりも、社会資源を有機的に機能させる Social Agent としての活動の可能な心理臨床家が望まれている。従って日本のような「顔」コミュニケーションが重要な役割を果たす社会においては各社会資源との顔つなぎが重要になってこよう。カナダにおける精神科医の訓練コースの第一段階も社事資源との顔つなぎであることを伝聞したことがある。しかしそうは言っても各ポピュレーションへの介入の仕方は従来の密室内作業のレベルから広範な社会に対してまで種々様々であり(安藤, 1976, マレル, 1973), 心理診断, 心理療法などの技術を基盤として持っているこ

とは必要である。さらにその上に Social Agent としての資質も要求されているといえる。

すなわち、臨床心理学的方法論だけでなく組織変革などの社会心理学的方法論も備えた人が要請されている。その他様々の学際的素養が必要とされるが、これまで述べてきたところをまとめると臨床心理学と社会心理学の重なる部分にコミュニティ心理学を把握することができここに自らコミュニティ心理学者のアイデンティティが明確になってこよう。

スクリブナーはコミュニティ心理学者を次の 4 つに分類している (Scribner, 1968)。

(1) Social Psychologist

心理学の枠組みを越えて政治、社会などの社会変革運動を展開する立場に立つ人

(2) Social Action Psychologist

コロニーやセツルメントをつくって、政治運動というよりも社会福祉活動を展開していく立場に立つ人

(3) New Clinical Psychologist

患者を室内作業として扱っていたことからスクールコンサルテーションなどを通して社会の中で問題を展開していこうとする立場に立つ人で、地域精神衛生活動の立場に立つ人はこれにあたる。

(4) Social Engineer

地震や火災などのパニック状態での社会心理を研究している人でいわば心理学的技術コンサルタントである。

これら 4 種の中でもとくに(3)の役割りが重要視されている。

また山本は第 1 回のコミュニティ心理学シンポジウムの席上次のようにコミュニティ心理学者の役割りをまとめている (星野, 1976)。

(1) 変革のお手伝い役

個人や社会の変革に加わっていく役割り

(2) コンサルタントの役割り

key person—街の専門家で医師、教師、保健婦、民生委員などコミュニティケアネットワーク (Community care network)[※] づくりの中心となる人—とのコンサルテーションを通してケアネットワークを地域へ拡大していく役割り

(3) 組織評価の役割り

社会資源の分析や評価の役割り

(4) システム機能の調整とコミュニケーションを促進させる役割り

社会システムの機能を住民にとって役立つように調整する役割り

※ コミュニティケアネットワークとは地域の中で他の住民といっしょにその人が生活していけるような全ての援助システムのことである。単に疾病の治療システムのみをさすのではなく、‘当事者の生活の中で’ということが基本になる。コミュニティケアネットワークづくりとは、key person など社会資源の養成や、そこで展開されるプログラムづくりや社会資源間同志のチームワークづくりなどを示す。

(5) 問題を整理し、一般化し、共通の知的資源にする役割り

社会や個人の変革に参加しながら一方でその過程を整理し理論化していく役割りを示し Participant conceptualizer と呼ばれている。

III コミュニティ心理学の方法論

前節まではコミュニティ心理学の理論について概説してきたが、本節ではかかる理論構成のもとにいかなる方法論(方略)を展開しているのかについてみてみよう。

対象ポピュレーションが、個人から国レベルのものまでであるためマレル(1973)による介入の6つのレベルによるまでもなくじつに多くの介入の方法が考えられる。同様のことは第3回コミュニティ心理学シンポジウムの発表内容の多彩さ、すなわち対象とアプローチの多彩さからも明らかである。同シンポジウムの席上安藤はHornstein, H. A. による介入者の位置づけの分類を示した (Table 1 参照)。この9種類のどこで介入するかによって方法論も大きく異ってくるであろう。また単にひとつの方法論のみによることはなくいくつかの方法論が重複しあうことを考えればこれまた実に多くのものが考えられる。

Table 1
介入者の位置づけ

		介入者と対象の位置づけ		
		エキスパート	協働者	唱導者
介入の形式	研究			
	オリエンテーション			
	社会学			

(Hornstein, H. A.)

例えば、企業において生産性を低めずして安全性を高めるための方法や留年予備軍へのアプローチなど多くの方法論が展開されている。

しかし、我々の実践活動が「自閉児を中心とする地域ぐるみの障害児教育」であることから鑑み、本節ではコミュニティ心理学の当初の基本問題であった地域精神衛生活動の展開に用いられている精神衛生コンサルテーション (Mental Health Consultation) について紹介する。なお山本(1976)は地域精神衛生活動の方略として次の4つをあげている。

(1) 援助者になる人々のマンパワー拡大をねらった戦略

例: key person の養成訓練

(2) サービスの内容や過程を革新しようとした戦略

例: 親子入院などの新しい制度確立

(3) サービスを受ける被援助者を中心とした戦略

例：仕事の紹介，予防的カウンセリング

(4) 場所と機会に対して働きかけることを中心にした戦略

例：電話相談の設置

1 精神衛生コンサルテーション

a. 概念規定

キャプラン（Caplan, G. 1961, 山本, 1967, 1974）によれば，コンサルテーションとは職種の異なる専門家同志の話し合いである。一般に，心理臨床家がコンサルタント（Consultant）であり，例えば自閉児が入級してきてその教育的取り扱いに困っている学級担任がコンサルティ（Consultee）である。専門家同志の話し合いであって，カウンセラーがクライアントの個人的葛藤や人格の弱さを問題にするカウンセリングとは異なる。また，熟練した専門家が同じ職種の未熟な専門家に指導助言するスーパーバイズとも異なる。

コンサルテーションでは例え，コンサルティである学級担任の個人的問題が明らかになってきたとしてもそこを問題にしない。その個人的問題をかかえている担任でありながらも自閉児と対処していくにはどうすればよいかということをお互いに模索することになる。すなわち，コンサルティの仕事の中にのみ焦点があてられ個人的問題は標的としない。またそうでないとコンサルテーションの特徴である職種の異なる専門家同志の協力体制が組みなくなりカウンセラーとクライアントの関係になってしまう。Foley らの自我心理学に基づいて，弱いところを強化補強するよりも健康な強い部分で対処するように方向づけるといった作業が行われる。しかし，ある当面の問題を解決することによってコンサルティは精神的耐性を強くしたと考えられるのでその意味では個人の内部へ入ったといえないこともない。このようにコンサルテーションはkey person が主な対象となる。

b. 具体的展開

コンサルテーションとは自由意志に基づく契約関係であり何かクライシスが生じた時電話による依頼でもって開始されるか，あるいは定期的会合を持っていてその席上で開始される。前者の場合は，crisis consultation と呼ばれ，後者はcontinuous and regular-consultationと呼ばれている。原則としてコンサルティの土俵で行われる。すなわち，学級担任がコンサルティであればその学級内で行われる。コンサルタントが相談室にいてコンサルティが来室するのを待って始めることはしない。この姿勢は，個人よりも環境に問題が存在するという理解によるものである。コンサルタントはコンサルティの問題をかかえこむことはしないでむしろいつも一定の距離をおいている。そして，これはあなたの問題であり，あなた自身で解決すべきである。私はそれを援助しているにすぎないという姿勢をとる。コンサルティが独力でそのクライシスを乗り越えるまで援助し乗り切れば関

係は一応終わってしまう。但し、何かまたクライシスが生じたらいつでもコンサルテーションを開く体制はつくっておく。

コンサルテーションは1~3回ぐらいで終わってしまうことが多くその間隔は任意である。一般には、crisis consultation が行われている。1回のクライシスはせいぜい1か月位なので連絡を受けたら早期にコンサルテーションを開始しないとそのクライシスは何らかの解決をしていることになる恐れもある。山本は第3回コミュニティ心理学シンポジウムの席上キャプランの提唱する4種類のコンサルテーションについて紹介している。

(1) client-centered case consultation

ケースをみながらそのケースを担当している教師とコンサルテーションを開く方法で我々が自閉児の学級担任と行っている方法はこれである。

(2) consultee-centered case consultation

この場合はケースに会わないこともしばしばである。ケースをかかえている学級担任とのみ開くコンサルテーションである。

(3) program-centered administration consultation

学校保健の顧問とか人事課の顧問として雇われる場合で管理的、対策的なコンサルテーションを開くことになる。

(4) consultee-centered administration consultation

コンサルティの行動計画を一緒に考えてやるやり方である。

コンサルテーションの実際については平川（印刷中）、山本（1971）に具体例がまとめている。

c. コンサルテーションの意義とケアネットワークづくり

コンサルテーションは本来コンサルティからの要請によって開始されるものである。従って契約関係を作っておくかPRをしていざという時連絡がくるようにしておくことになる。しかし、上下関係や契約関係また学校関係者以外の者が学校へ入ってくることへの嫌悪感などの問題がある（山本，1967）。このような理由から本来のスタイルでコンサルテーションが行われることは少ない。我々の自閉児を中心とするスクールコンサルテーションにおいても学校側からコンサルテーション開始を希望する側は極めて少ない。担任と父母との関係がかなりうまくいっている学校でのみ、4月から5月の新学期の頃担任から積極的にコンサルテーションの開始を希望することが数例あるだけである。従って、我々は父母を動かして担任が問題意識を持つように働きかけるかあるいは積極的に我々が学校へ出かけていくという方法をとっている。同様のことは学校のみでなく障害児(者)を取り巻く全ての key person に対していえることである。

key person からの要請を待っていたのでは時機を逸する危険もあるのでこちらからkey person へ積極的に働きかけることによってコミュニティケアネットワークを質量ともに拡大していくことが当面は必要であろう。すなわち、当初はコンサルタント指導型のコン

サルテーションから次第にコンサルティ優位型のコンサルテーションへと変えていくことになる。

コンサルテーションを通じてkey person の養成を図りそれによって地域の中での予防、治療、リハビリテーションの機能をより強力にすることが必要である。またいろいろなkey person とコンサルテーションを持つことにより学校をはじめとする各社会資源との関係もスムーズにいくことになる。

要するに、精神衛生コンサルテーションを通じてケースや彼を取り巻く人々を支えながら地域全体の精神衛生の促進をめざしていこうとするものである。

以上、コミュニティ心理学の理論と方法論について紹介してきた。次に我々の実践活動である「自閉児治療教育」を紹介する。ここでは日曜学級を中心とする地域ぐるみの障害児教育の実践報告がなされる。

日曜学級を核として、保健婦のグループ、大学生のグループ、幼稚園教諭、保育園保母のグループなど数多くのボランティアグループが生まれコミュニティケアネットワークがどんどん拡大していくのをみているのは痛快ですらある。

引用文献

- 安藤延男 1972 地域精神衛生 (星野命・詫摩武俊編 臨床心理学 233-245 新曜社)
- 安藤延男 1976 コミュニティ心理学における介入の概念について 日本心理学会第40回大会発表論文集 1233-1234.
- Caplan, G. 1961 An approach to Community mental health. Tavistock Publications (加藤正明監修 山本和郎訳 1968 地域精神衛生の理論と実際 医学書院)
- 羽仁五郎 1968 都市の論理 勁草書店.
- 平川忠敏 印刷中 自閉症児とその家族への地域精神衛生的アプローチ (安藤延男編 コミュニティ心理学シンポジウム I 第7章 新曜社)
- 星野 命 1976 社会・文化 (生活様式) の変化と臨床実践 (星野命・山本和郎編 社会文化の変化と臨床心理学 125-147 誠信書房)
- 松原治郎 1973 コミュニティの今日的意味 現代のエスプリ 68, 5-21 至文堂.
- 水島恵一他 1969 コミュニティ心理学の問題 日本心理学会第33回大会発表論文集 236-241.
- Murrell, S. A. 1973 Community Psychology and Social Systems: A Conceptual Framework and Intervention Guide. Human Science Press (安藤延男監訳 1977 コミュニティ心理学 新曜社)

- Scribner, S. 1970 What is community psychologist made of ? Cook, P. E. (ed.) Community Psychology and Community Mental Health, introductory readings, 13—20. Holden-Day.
- 寺嶋正吾 1970 コミュニティ精神医学 (懸田克躬・加藤正明編 社会精神医学 147—200 医学書院)
- 山本和郎 1967 精神衛生コンサルテーションの方法と日本における問題点 精神衛生研究 15, 59—68.
- 山本和郎 1971 アーリー・インターベンション・セオリー 教育と医学 19, 53—59.
- 山本和郎 1974 地域精神衛生 (佐治守夫 水島恵一編 臨床心理学の基礎知識 237—268 有斐閣)
- 山本和郎 1976 コミュニティ心理学と地域精神衛生 (星野命・山本和郎編 社会・文化の変化と臨床心理学 166—206 誠信書房)

参 考 文 献

- Allen, G. J., Chinsky, J. M., Larcen, S. W., Lochman, J. E., & Selinger, H. V. 1976 Community Psychology and the Schools: A Behaviorally oriented multilevel preventive approach. John Willey and Sons.
- Caplan, G. 1964 Principles of preventive psychiatry. Basic Book (新福尚武監訳 1970 予防精神医学 朝倉書店)
- Cook, P. E. (ed.) 1970 Community Psychology and Community Mental Health: introductory readings. Holden-Day.
- Iscoe, I., & Spielberger, C. D. (eds.) 1970 Community Psychology: Perspectives in Training and Research. Appleton-Century-Crofts.
- 加藤正明他 1967 精神衛生センター運営に関する試案 精神衛生研究, 16, 95—124.
- 加藤正明 1970 治療的社会における人間関係 (懸田克躬・加藤正明編 社会精神医学 9—49 医学書院)
- 宮崎隆太郎 1974 学校ぐるみの障害児教育 ミネルヴァ書房
- 山本和郎 1967 地域精神衛生と臨床心理学 臨床心理学研究, 6, 117—126.
- 山本和郎 1969 学校精神衛生からみた「学校」という場のもつ条件 教育と医学 17, 201—207.
- 山本和郎 1971 クライシス理論について 年報社会心理学, 12, 51—66.

第Ⅱ部 自閉児治療教育の実践

佐 藤 望

1. はじめに

第Ⅰ部でコミュニティ心理学の理論と方法について述べたが（平川）本稿では、障害児の中で特に治療がむづかしいと考えられている自閉児に対する地域ぐるみの治療教育活動の試みとして、われわれ自閉児療育研究グループが昨年より運営している自閉児集団療育「日曜学級」について、コミュニティ心理学の立場にたつ実践活動の一つとしてその概要現況を報告したい。

この地域における実践活動には、自閉児にかゝわりをもつ心理臨床家、幼稚園教師、保育園保母、保健婦、施設指導員、学生など常時50名以上のボランティアが熱心に参加し、回を重ねるに従いボランティアのアイデンティティも高まり、強い情熱に結晶しつつある。この「日曜学級」の活動が治療的核として各コミュニティにネットワークされていくのがわれわれの念願である。

2. 自閉児に対する治療教育の考え方

小児自閉症および自閉的傾向をもつ子どもを総括して自閉児とよぶ。自閉性障害の本態や症候についての詳述は本稿においては割愛するが、まず自閉児に対する地域における広範な治療的かかわりあいの必要性を考察してみたい。

情緒障害、精神薄弱、児童精神病等多くの子どもの精神障害の中で、自閉症は未だその原因も確定せず、その示す症候も極めて多面的であり、研究者、臨床家の自閉児に対する取り組み方も多様である。しかし、われわれ研究グループは十有余年の自閉児とのかかわりの中で、自閉症治療について一つの方向性をもちつつある。

われわれは自閉性障害の本態を現時点においては Rutter, M., Wing, L. ら Maudsley 学派の提唱する「言語－認知障害」すなわち「言語を含む認知的発達の変異」との考え方を仮説的に支持する。従って自閉症は何らかの原因による脳の器質的、機能的障害であり、疾病ではなく症候群であり、発達障害であると仮定する。この立場から自閉児の治療教育方法の重要点を次のように考える。

第一に、個別治療については、自閉症という症候群はその基盤に厳のような障害をもちその上に二次的に情緒的な特異な行動異常を示しているのだから、心因性障害である情緒障害や心身症のようにある単一の治療技法によって全人格的発達が促進されるのではない。すなわち、従来心理療法家は自閉児に対しても情緒障害児と同様、遊戯療法、行動療法などのある一つの治療技法に立って治療し、その面の障害や問題が改善されれば、必然的に全

人格的発達が遂げられると考えた。しかし自閉性障害の治療には症候の多面性から治療的側面の次元が異り、年齢、障害程度等により治療技法を相違させる必要がある。

従って、それぞれ専門の立場に立つ治療者同志の横の有機的連繋が要求され、他の障害のように一人の治療者のみで個別の治療を達成させることは困難である。

第二には上述の問題点から、自閉児の療育は「治療」と「教育」が車の両輪のように機能し合う「総合的療育」が要求されることである。わが国における自閉児療育の動向も数年前から、情緒安定、統制を目的とする遊戯療法より、知的機能の発達、行動変容を目的とする行動療法、学習訓練の教育的アプローチが盛になってきた。しかし自閉児療育は、この両技法のいずれが適切かという二者択一的選択にあるのではなく、両者の融合された「総合的療育」すなわち Wing, L. のいう「構成された」 Structured 教育環境の設定が重要視されることとなる。

第三には「集団への参加」の必要性である。自閉症の症候の一つとして、対人接触障害はたしかに前面に現われる大きな特質である。しかし自閉児は大人に対してはかなりの接触、疎通性をもちうるが、子どもに対しては明白な孤立、無関心がある。従って、同年令の子ども集団への参加により、その集団のグループ・ダイナミックスにより相対的自己像を認知させ、集団への所属感、融和感を体得させる必要がある。小学校就学時点で、それ以前の幼稚園や保育園での集団参加の経験の有無は、学校適応やその後の発達に大きな影響をもつ。

幼稚園、小学校への入園、入学は、自閉児にとっては「普通児集団への参加」に一義的意味がある。普通児集団のもつ構造化、凝集性が対人接触感の稀薄な自閉児を同化し、質的变化をおこさせることは、家庭や狭義の治療場面では達成できない社会適応への重要な力動的メカニズムと考える。

第四に、親が積極的に「最もよい治療者、教育者」になることの重要性である。現在の自閉症原因の有力な考え方は、親はその基本的原因に直接的関連性はないということである。親は治療機関や学校、施設にその療育をまかせるのでなく、積極的に治療教育方法を学び、考え、実行することである。特に自閉児の知的適応、教科学習は親との個別学習なくして発達は望みえない。

そのために親の団体である親の会の結束を固め、地域社会に広く啓蒙し、行政に必要施策の実施を強く要求していくと同時に、よき治療者となるための研修、学習等資質づくりに努力しなければならない。

以上、自閉児治療教育についての主要観点を考察したが、われわれ研究グループは第一部で述べたように、コミュニティ心理学の立場から一人の自閉児を取りまく地域社会的資源に対し治療的かゝわりを持つと同時に、この自閉児療育研究グループを核として、すべての障害児にかゝわる人々、父親、母親、同胞、友達、保母、教師、その学級、近隣、病院、施設等に、自主的、主体的な治療的指向性をもつ輪を拡げていきたいと念願している。

この活動の一環として、われわれは自閉児集団療育のボランティア活動として「日曜学級」を運営しているので、以下その概要を述べてみたい。

3. 自閉児集団療育「日曜学級」の誕生

従来、ある治療機関がそのスタッフにより行う自閉児に対する集団療育は各地で若干行われているが、純粹のボランティア活動として集団療育を全国で初めて試みたのは昭和44年、福岡地区に福岡大学医学部精神医学教室村田豊久助教授を中心に誕生した「土曜学級」が最初であろう。この学級はいくたの困難や変遷を経て今日まで意欲的に継続している。その後他県にもこの形式の活動がボツボツ現われはじめ、九州地区でも熊本県で開始された。

この動向をうけて、昭和51年4月鹿児島県自閉症児親の会（以下親の会という）会長並びに役員会より鹿児島県においても集団療育を開催してほしい旨の要請が、自閉症治療を行っている専門家達に対してなされた。現在、自閉児の個別治療を定期的、継続的に行っている機関は、県精神衛生センター、県教育センター教育相談室、鹿児島大学教育学部障害児教育科、県立短期大学心理学研究室の四機関のみで、各所に数名ずつの自閉児が通所しているが、各所共にそのスタッフ・メンバーや施設上現状で満配であり、これ以上の子どもを受け入れることは困難である。これでは、県下約 300名と推定される自閉児の療育を行うには程遠い。従って少しでも療育の輪を広げるとすれば、地域活動として県下各地区で集団療育を行うより外に方法はない。その手はじめとして鹿児島市周辺の自閉児の参加による活動を考えることは誠に必要なことと考えられた。

ところが県機関所属の療育専門家達はその個有の業務や身分上からボランティア活動には参加しにくいという隘路等もあり、結局本学の療育スタッフを中心として鹿大教育学部教養部の心理臨床家の応援で開始せざるを得なくなった。本学では、昭和48年より自閉児療育に関心をもつ学生達が学生自治会活動として発達心理研究部を結成し、心理学研究室の研究テーマである自閉症研究の実践面をボランティアとして活動してくれている。この発達心理研究部の学生が現在25名おり、この学生に鹿大法文学部、教育学部、医学部等の学生が参加し、更に障害児教育に関心をもつ保母、幼稚園教師の参加もあり、すべての者がボランティアとしてこの活動を盛り立てていくことになった。

この集団療育は毎月1回、第2日曜日に開催することになり、「日曜学級」と名づけ、昭和51年7月に第1回を開催し、52年12月で第17回となった。

4. 「日曜学級」の機構と在り方

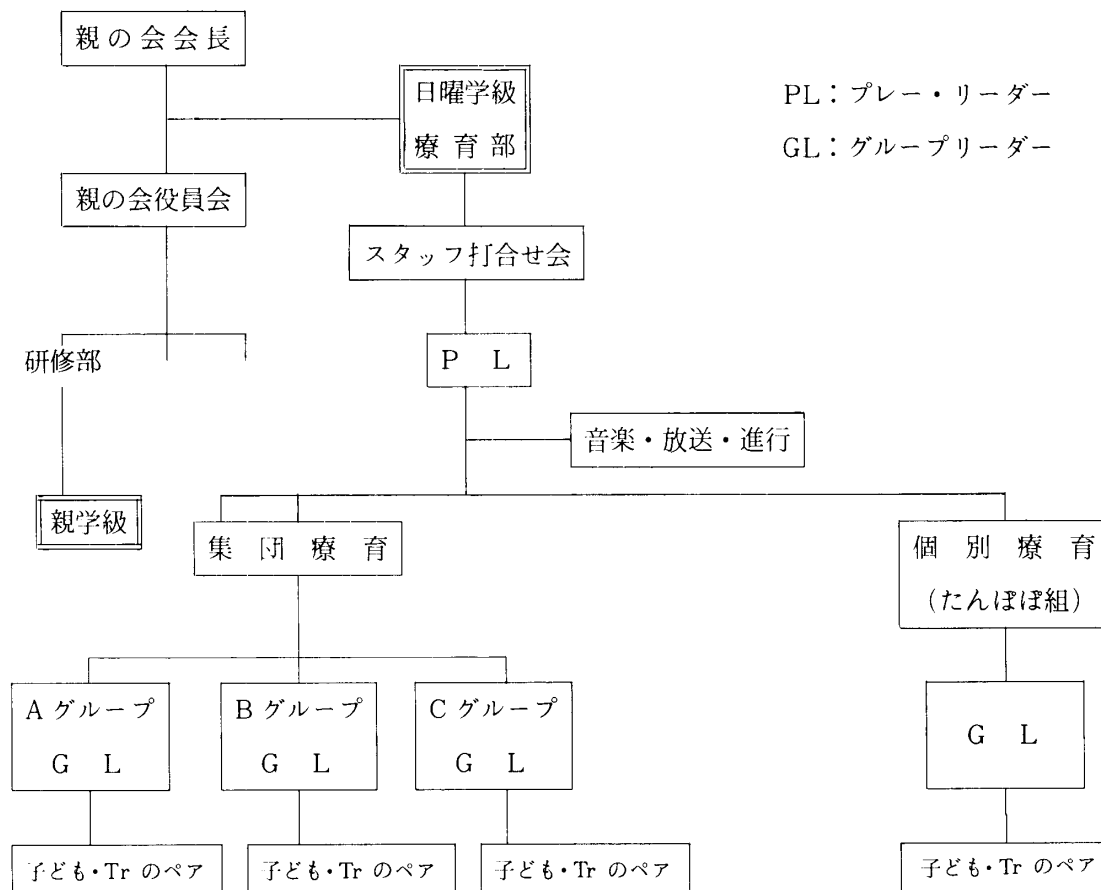
コミュニティ心理学の立場から考えると、自閉児の発達を促進するすべての地域社会の人々とのかゝわりにおいて、それらの人々の自治や主体性を尊重しながら、この日曜学級が核として機能するためには、日曜学級がどのような性格をもち機構とするかは基本的で

あり、しかも大変むづかしい問題である。特に親の会との関係は極めて密接であるだけに慎重に考えねばならぬ事柄である。最もよい形態が生れるには、なお多くの経験と日時が必要であらう。従って、ここでは現状の機構、組織を述べる。

そももこの学級設立は親の会の要望によるものであり、親の会としては、その組織を拡大し会員相互の結束もかため、かつ行政に対する力も強固にするため、定期的な強力な事業を運営することの必要性がある。従って日曜学級は親の会主催とし運営は親の会が司り、心理臨床家、教師、学生等はただボランティアとしてこの活動に参画するという形で発足した。

当初の日曜学級機構は自閉児の療育を行う療育部と、親の研修を行う親学級から構成される。療育部の療育内容はボランティアである療育専門家に任されるが、その運営権は親の会にあるので、日時、時間設定、場所、参加者の連絡方法、予算に係る事項等は全て親の会役員会の承認なくしては実施しえない。親学級は親の会研修部が独自に計画をたてて研修を実施する。このような機構で約1年間を経過した。この間、療育内容はボランティア・スタッフの情熱とアイデンティティにより回を重ねるに従い充実してき、子どもの集団適応も見違えるように発達してきた。これに伴い、専門性を必要とする「療育」と親の会の「事業」との矛盾が大きくクローズ・アップしてきた。日曜学級は単に月一回自閉児たちが集り、ボランティアと遊ぶという行事やお祭りではなく、「専門的療育」を実施するこ

表1 日曜学級組織表



とを目的としているので、専門家のいない親の会が学級を運営し、親の会会員でないボランティアが療育を担当するという形態は、治療上の責任も不明確となり、実のある療育を実施する運営上にも大きな支障をきたす結果となった。従って、当初より考えられたことではあるが、「療育と運営の一体化」がなされねば学級の発展は期待できないとの帰結となり、学級開始2年目より表1の組織表のごとく、日曜学級は親の会の事業とはするが、療育部は親の会役員会には支配されない独立運営とし会長に直属し、経常経費は当日の参加費により賄うこととした。しかし療育と同時並行して開催される親学級は従来通り親の会研修部が企画運営している。現在の組織で療育そのものは極めて円滑に運営されるようになったが、地域活動としての日曜学級の機構としてはなお矛盾をはらみ、あくまで過渡的機構と考えざるを得ない。今後、コミュニティ心理学の立場から日曜学級が自閉児に対する地域における治療的核として機能するための在り方については実践の中で苦しみながら模索していかなければならないであろう。

5. 「日曜学級」の運営状況

(1) 事務局および実施会場

上述のように、現在日曜学級療育部は独立運営とし、その事務局を県立短大心理学研究室におき、著者らを中心とするスタッフを編成して運営している（スタッフメンバーは後掲する）。

実施会場は開設から一年間は鹿児島市立鴨池小学校（情緒障害児学級設置校）の御協力によりその講堂で実施していたが、独立運営とした52年7月から運営上の利便もあり県立短大体育館で実施している。各地のこの種のボランティア活動では会場確保が最も隘路になっているが、現在大学側の理解のもとに支障なく使用でき、この点大変恵まれていることに感謝している。

(2) ボランティアの確保・研修

このような実践活動が成功するか否かは、いつに熱心なボランティアが得られるか否かにかゝわる。ボランティアの資質条件の第一は子どもが好きで、子どもに共感できるパーソナリティであることと、第二は障害児に対する理解と学習意欲であろう。学級開設以来自閉児に関心をもつ専門家、教師、学生等に機会あるごとに働きかけ、表2のごとく今日までに219名が参加してくれており、現在この中50名以上は完全なレギュラーとして毎回参加し、子どもへの治療的かゝわりの技術も格段に上達している。

われわれは、このような子どもにかゝわりをもつボランティアをトレーナー（Tr）と呼んでいる。この言葉は、単にある行動を訓練する者という意味ではない。日曜学級は治療教育場面であり、Trは療育スタッフが毎回綿密に計画していく療育プログラムの中で、それぞれの子どもが自ら獲得していく身体的、心理的適応をたすける治療的な「適応援助者」とでもいう意味である。Trは学生が主体であるが、自閉症についての一応の専門的

表 2 ボランティアの職種別人員

職 種	人 数	職 種	人 数
心 理 職	6 人	鹿児島大学医学部	23 人
学 校 教 諭	6	鹿児島大学教育学部	16
幼 稚 園 教 諭	6	鹿児島大学他学部	2
保 育 園 保 母	9	鹿児島県立短期大学	54
保 健 婦	6	鹿児島短期大学	33
施 設 指 導 員	2	他の短期大学	9
一 般 社 会 人 (県短OB, 他)	12	各高等看護学校	15
鹿児島大学法文学部	20	計	219
男 子	45 人	女 子	174 人

知識と障害児教育に情熱をもった諸君であり、日頃常に自閉児療育に取り組んでいる者も多数いる。

(3) 参加児の状況

日曜学級開設当時は鹿児島県親の会会員数は約30名であり、従って学級参加児は大体20数名であろうと予想していた。親の会は学級開設に当り、テレビやラジオの報道を通じ自閉傾向のある子どもさんの参加を呼びかけた。その結果第1回の開級式には30名以上の主として2～3才の新しい子どもさんが参加し、面接に追われた。その後、第6回まで継続報道し、毎回5～10名の新参加児が加わった。従って表3のごとく学級に参加した人員は総数116名である。この中には報道により参加された子どもで、自閉傾向の認められない

表 3 子どもの参加回数

回 数	参加人員	回 数	参加人員
1	40 人	10	1 人
2	6	11	6
3	6	12	7
4	7	13	4
5	6	14	5
6	4	15	6
7	1	16	2
8	4	17	2
9	9	計	116

精神発達遅滞児や言語発達遅滞児などかなり含まれ、従って1回のみ参加児が40名ある。しかしこの報道により自閉傾向の強く認められる2～3才児が多数発見され、改めて未だ治療機関に行っていない潜在的自閉児数の多さに驚かされた。この結果、親の会会員数は現在80名に達し、一年間で倍増以上になったのである。52年に入り、学級のキャパシティからこれ以上増加することは困難なので報道を中止した。受け入

れ態勢ができてから報道を再開する予定であるが、なお、新発見児がかなり出てくることが容易に予想される。

子どもの年令別は表4のとおり3～6才に多く、男女比は約5：1である。参加回数は17回中8回以上参加している人員は46名で、表5のように毎回の参加児数は50名前後であ

表 4 子どもの年令別人員

年 令	男	女	計
1才	1人	0人	1人
2	8	0	8
3	17	1	18
4	18	8	26
5	15	2	17
6	9	4	13
7	8	2	10
8	4	2	6
9	4	0	4
10	6	0	6
11	1	0	1
12	2	1	3
13	2	0	2
14	0	0	0
15	1	0	1
計	96 (82.8%)	20 (17.2%)	116

る。最近は療育の充実に伴い欠席数も少くなり、この約50名は固定した参加児と考えられる。なおこの固定参加児は概ねはっきりした症候をもつ自閉児である。

6. 集団療育の形態

(1) 療育のねらい

日曜学級においてどのような治療教育を実施するかということは基本的問題である。前述の治療教育の考え方の中の「集団への参加」に意義を求めるとしても、「普通児集団への参加」と「自閉児集団への参加」では多くの側面で意味が異なる。

自閉児を集団で療育することの第一の意味は、日曜学級誕生の契機が、年々増加の傾向を辿る多くの自閉児に数少ない療育専門

家がかゝわろうとすれば、一度に多数児を療育するという利便に頼らざるをえないという

表 5 子ども、トレーナーの回数別参加人員

回	年・月・日	子 ども					ト レ ー ナ ー					
		たんぽぽ	A	B	C	計	たんぽぽ	A	B	C	Free	計
1	S 51. 7. 11	19	11	9	8	47	21	12	9	8		50
2	8. 22	15	10	9	4	38	14	11	9	4		38
3	9. 23	12	10	10	6	38	13	10	10	6		39
4	10. 17	12	10	6	6	34	10	10	6	5		31
5	11. 14	22	12	5	9	48	18	12	5	9		44
6	12. 12	19	10	10	10	49	20	10	10	11		51
7	S 52. 1. 16	16	11	10	10	47	16	11	10	10		47
8	2. 13	11	13	8	9	41	11	13	8	9		41
9	3. 13	24	15	7	7	53	19	15	7	7		48
10	4. 10	12	13	7	5	37	14	17	8	7	7	53 (20)
11	5. 8	14	14	7	7	42	23	14	8	7	8	60 (20)
12	6. 12	20	10	5	5	40	22	13	11	5	10	61 (18)
13	7. 10	20	11	6	5	42	20	13	10	6	7	56 (12)
14	9. 12	26	11	8	6	51	30	11	8	8	8	65 (23)
15	10. 10	20	9	4	4	37	23	10	5	4	9	51 (16)
16	11. 13	24	11	7	6	48	25	13	9	7	13	67 (20)
17	12. 11	22	8	8	8	46	32	11	11	14	10	78 (24)

※ () は重複人員

消極面である。第二に自閉児集団であっても個別療育では得られない何らかの集団効果を期待しようという積極面である。

そこでまず、自閉性障害の治療の中で、集団で行える、否、行わねばならない要件は何かということを模索しなければならない。学級開設頭初、われわれスタッフは数次に亘り真剣に討議し次の4項目の療育のねらいの柱を立てた。

1) 「対人的接触感の増進をはかる」。自閉児の前面症状である対人的疎通性欠如の改善を集団の中で考える。まずTrとの疎通性を増進させ、これを他児への接触に拡げていく。そして究極的に集団への参加意識、融和感、所属感を集団力動を利用して涵養する。

2) 「模倣動作や行動を訓練する」。自閉児は身体自己像の形成不全のため、他人の動作や行動の模倣が困難である。従って集団遊戯や集団行動の中で、Trや他児の動作を模倣する、人のやっている通りに自分もやってみることを学習させる。

3) 「目標行動をとらせる」。自閉児は極めて多動で、その行動は自己の特殊な興味、情動を手掛りとする自分勝手行動に終始し、指示行動やルール行動がとれない。従って目標に到達する行動を最後までやらせる。ボール投げ、リレー、玉入れ、乗物遊びなどで、ルール遵守まで発展させていく。

4) 「体育による身体的適応をはかる」。自閉児には運動コントロールの障害が考えられる。従って行進、体操、マット、平均台、跳び箱等により体育的に運動機能の発達を促進させる。

以上の4つの柱を単位として種目を考えてプログラムを編成する。

そして参加児には必ず1名のTrが配置され、1対1のペアが基本になり、参加児数のペア数が集団として全体的にプレーリーダーの指揮のもとに有機的に集団行動をとるという形態を考えている。

(2) 子どものグループ編成

1) 個別療育グループ

日曜学級は集団療育を目的としているが、全く集団に入れない2～4才児が多数参加しているので、これらの年少児は個別療育をせざるをえず、このグループに「たんぽぽ組」の愛称をつけている。開設後9回までは年長児グループと同時間帯に別室で療育していたが、年少児数の増加に伴い、会場、療育時間、Tr数等の関係で同時間帯に二箇所療育することは困難となり、第10回目よりたんぽぽ組は午前中、年長児は午後に療育するようになった。

2) 集団療育グループ

概ね4～5才以上の集団適応の可能性のある子どもたちで、年令、障害程度によりABCの3つのグループに分ける。

Aグループ：6才未満の主として幼稚園、保育園に通っている子ども。

Bグループ：小学校1～2年位の子ども。

C グループ：概ね小学校 3 年以上、またはよく発達している子ども。

このグループ編成は固定的なものではなく、一応の区分基準で、集団適応の発達や、各グループの人員平均等を考慮して、できるだけ上のグループと進ませていく。勿論たんばほ組からも集団適応が可能になれば A グループへ編入する。

(3) トレーナーの配置および役割

各子どもに最も適切な担当 Tr を配置するため手続上大変苦労してきた。各担当は事前に決定しておかねばならず、そのためには子どもと Tr の出欠が確定しなければならない。Tr の出欠は所属別に出席者を事務局に連絡してもらう。問題は参加児名で、その数に応じて Tr を確保しなければならない。初期の頃はこの手続がうまくいかず、当日療育開始前に諸種の混乱をきたしたが、現在は往復ハガキで開催案内をして参加申込のあった子どもだけに Tr を配置する。申込をしないで当日参加した者は Tr に余猶のある場合のみ療育を受けられる。最近は参加児も参加 Tr もほぼ固定してきたので配置上の混乱は少なくなった。

Tr の担当児決定の考え方に、同一児を一定期間固定して担当し関係を深める方法と、むしろ固定せず多くの Tr とのかゝわりを持たせる方法とが考えられる。両者に一長一短があるが、実際には子どもに取り扱いの難易があり、Tr に経験の深浅がある。また両者に当日の出欠のくい違いもある等で、一定児を固定して長く担当することは困難である。従って現在は毎回かなりの変動があるが、Tr の担当希望児を主体に、経験の長い者にむづかしい子どもを担当してもらっている。

さて、Tr の役割として子どもを担当する者のほかに、集団行動を指揮し、集団遊戯を指導するプレー・リーダー（P L）がいる。全体行動はすべて P L の指揮に従う。更に各グループにグループ・リーダー（G L）を正副 2 名ずつおく。グループ遊びは G L が指導し、全体行動も P L の補助役として G L が機能する。その他放送設備を操作する音楽係、タイムキーパーを兼ねる進行係、遊具用具係等子どもを担当できないスタッフ Tr が必要である。更に最近療育内容が充実し、子どもの積極的行動が盛になるに従い、進行準備や遊びの全体的介助を応變的、有機的に機能するフリー Tr も必要になってきている。

以上のことから毎回必要な Tr 数は参加児数の担当 Tr と、個別、集団両療育の P L，G L，フリー Tr 10 数名、計 65～75 名必要である。この中約 20 名が午前、午後を通じて療育してくれている。

7. 療育プログラムの編成

(1) スタッフ打合せ会

療育開催日一週間前の月曜日午後 6 時より療育スタッフ全員（約 15 名）の打合せ会をもつ。前回の反省事項にたち各単元の各種目の一つずつ検討し改善案を作成していく。このスタッフメンバーが日曜学級を推進していく原動力であり、強いアイデンティティが形成

されている。打合せ会で作成されたプログラムは表 6（第17回プログラム）のように毎回印刷してTr 全員に配布する。

表 6 第17回 日曜学級プログラム S 52. 12. 11

於：県短体育館

I 個別療育（たんぱほ組）

10:00 子供, Tr 集合 (Tr 打合せ)

10:20 子供の引渡し……子供とTr のペアができてから中に入れる (BGM)

10:30 療育開始……輪の形に集合

{

11:30 療育終了, 親とTr とのミーティング

{

11:50 Tr ミーティング, 昼食

12:30 解 散

(療育プログラム)

	プログラム	内 容	ね ら い	備 考
10:30	開 始 準 備	自由遊び	ラポートづくり	電車ごっこ用ロープ
10:45	集 団 遊 戯	〈輪の形に集合〉 1. 地球をどンドン 2. 握手でこんにちは 3. ホーキー・ポーキー 4. 開いて閉じて 5. 押しくらまんじゅう	Tr-子供のペアがいくつか集まり, その集団への所属感, 模倣行動の育成	トランポリン 三輪車, スクーター カラートネル 平均台, マット ボール, 跳箱, フープ, ネット,
		◎ 個別の自由遊び 意図的小集団は, 構成しない (舟こぎ, どんでん返しなど)	Tr-子供の1対1の関係で受容的に自由な行動を発展させる	パンチングドール, タンバリン, アコーディオン, 鉄棒
11:20	自由遊び			
11:30	集 団 遊 戯	1. 地球をどンドン 2. ハメハメハ大王 3. さようならの歌	上の集団遊戯と同じ	

II 集団療育 (A・B・C グループ)

12:30 子供, Tr 集合 (Tr 打ち合わせ)

13:00 子供の引渡し……子供とTr のペアができてから中に入れる

13:10 療育開始

{

14:50 療育終了, 親とTr のミーティング

15:10 Tr ミーティング (グループ→全体)

16:30 解 散

(療育プログラム)

時間	プログラム	内 容	ね ら い	備 考
13:00	開始準備	自由遊び	ラポートづくり	
13:10	行 進	行進しながら輪をつくる		ドレミの歌
	全 体 遊 戯	1. ハメハメハ大王 2. 地球をどンドン 3. みんなの誕生日(ペア同志で) 4. 大きな栗の木の下で (子供同志向き合って) 5. みんなで踊ろう(ウオンデッド, お化けのロックンロール) 6. 開いて閉じて 7. 押しくらまんじゅう	集団への融和 模倣動作	
13:30	行 進			ドレミの歌
	全 体 体育遊 び	1. 平均台, カラートンネル, マ ット, 跳び箱, 縄とび, 鉄棒, トランポリン 2. 玉入れ 3. リレー	身体的適応 目標行動	平均台, マット, 跳び箱, トランポリン, カラートン ネル, 縄とび用ロープ, バ トン, アンカー用たすき, お手玉, 玉入れかご, 鉄棒
13:45	行 進			ドレミの歌
	グ ル ー プ遊 び	Aグループ: 子供の王様 かごめかごめ Bグループ: すもう, ボール遊び Cグループ: 縄とび, ボール遊び	ボール扱い 身体的適応 集団への融和	ボール, 縄とび用ロープ
14:10	自 由 遊 び	できるだけ自主的に遊ばせる(舟こぎ, でんぐり返しなど)		
14:20	全 体 乗り物 遊 び	・ 子供-Trのペア, 数人1組 の電車 ・ 信号機, 交通標識に従って行 動する	対人的接触感 目標行動 ルール遵守	信号機, 交通標識, 三輪車, 電車(ロープ, 段ボール) マット, 平均台, 笛
14:30	行 進			ドレミの歌
	全 体 遊 戯	1. かもめの水兵さん 2. マイム, マイム 3. 地球をどンドン 4. ホーキーポーカー 5. 開いて閉じて 6. 手をたたきながら歩く 7. さようならの歌を皆で歌う	集団への所属感 模倣行動	
14:50				

- ◎行進について 1. 子供を内側にして歩く
2. 子供同志の前後の距離をあけないようにする
3. 子供同志がTrに手を引かれなくてもなるべく1人で歩けるようにする

◎Trは担当児の誕生日を確認しておくこと

◎療育場面には, 兄弟, 姉妹は参加させない

個別および集団療育ともに療育実施中は, 子供は室外へ出さないことを原則とする。

(2) プログラム内容

1) 個別療育（たんぼ組）

午前中に表 6 のような時間割で進行する。療育時間は60分である。この療育は子どもと Tr の 1 対 1 の関係で自由遊びが主体である。広い体育館に20数ペアが同居しての遊戯療法である。館内に散在してある多くの遊具、体育用具を自由に使って遊ぶ。Tr はできるだけ子どもを受容し共感しながら遊ぶ。

しかし一方、本学級のねらいが集団適応を発達させることにあるので、スタッフ打合せ会で「たんぼ組」にも集団遊びを導入する必要性が討議され、第11回より療育の始めと終わりに集団遊戯を編成した。しかしこの遊戯は特に子どもを強制せず、PL の呼びかけに応じて集った子どもだけで開始する。はじめは数名の子どもだけしか集団になれなかったが、現在は大多数の子どもが自発的に参加している。

2) 集団療育（ABC グループ）

午後の時間割も表 6 のとおりである。療育時間は 100分である。この療育はPL の総指揮により全部のペアが集団で行動することを目的とする。プログラム作成の主要観点は、全体的に楽しい、リラックスした雰囲気を作りだしていくことである。プログラムの流れにアクセントをつけながら、100分の療育時間が短く感ぜらるようであれば成功である。そのためにはTr が十分に楽しみながら子どもと遊ぶことである。

種目は療育のねらいの 4 つの柱を軸にして構成するが、初期に比べて現在は格段に充実してきた。療育の導入と終結は集団遊戯で盛り上げて集団への所属感を高まらせる。種目の変わり目には終結「ドレミの歌」で輪になって行進する。「ドレミの歌」が鳴れば種目の変ることを子ども達は学習している。グループ遊びはABC の小集団でGL の指導でそれぞれに応ずる遊びをする。

体育遊びは各種の体育用具を大きな環状に配置し一つ一つ使わせていく。また玉入れ、リレーなどで目標行動をとらせる。乗り物遊びは段ボール箱で電車やバスを作り、数名中に入れて線路上を歩かせる。点滅する信号機を作り信号を守らせる。駅を作り切符を渡して乗降させる。このような方法で社会的ルールを体験させる。この種目を子ども達は非常に喜ぶ。

現在この集団療育はどの子どもも精一杯の適応を示し、生き生きした集団としてプログラムが流れていく。時折集団から逸脱して勝手行動に出る子どももあるが、強い強制はせず励ましを中心として集団に参加させている。

(3) 使用する遊具 用具等

療育内容が充実するに従い、必要な遊具、用具、道具、設備等が増えてくるのでその準備、整備は大変である。大きな高額の用具は親の会に配慮してもらうが、多くは大学、学校等からの借用物で間に合わせる。乗り物、信号機、交通標識、お手玉等の小道具はすべて Tr の手作りである。

8. 親とトレーナーのミーティング

療育終了後、Tr は親とのミーティングを行う。この話し合いに次のような意味を考える。(1) 親とTr の親和をはかる。(2) 親に集団療育内容を理解してもらう。(3) その日の子どもの状況を報告し、少しずつ現われる子どもの変化、発達を理解しあう。(4) Tr は学生か主体であくまでボランティアであり、決して療育専門家でないので、このミーティングを通じ、Tr 自身の技術の研鑽、責任感の自覚を深めてもらう。

9. 観察記録の作成、トレーナーのミーティング

各Tr は担当児のその日の行動を所定の観察記録用紙に記載する。この記録から子どもの変化がよく感得され、この療育の効果測定に貴重な記録である。どの子どもも一年間位の間にかなりの発達の变化を示しているの、別の機会に療育効果を報告したい。

最後に反省会を行う。まずグループ別ミーティングをGLが主宰する。ここで細かい事項についての活発な討議がなされる。その後PLの司会で会体ミーティングを行い、GLがグループ状況を報告し全体討議を行う。

10. 親学級の開催

子どもの療育中、別室で親学級が開催される。親学級は親の会研修部により企画運営されており、研修部役員一名が療育スタッフ打合せ会にも出席し療育部との連絡に当たっている。研修内容は県内外の講師を招へいしての講話や、療育相談、進学相談などが主である。

11. 今後の課題

以上、日曜学級の概要、現状を述べてきたが、療育部の活動についてはスタッフ、全Trのアイデンティティは回を重ねるに従い高まり、Trの子どもへの接し方、具体的技術も格段に向上し、療育時間を大切に過してくれている。子どもの集団適応も、毎月一回ではあるが、毎回それぞれ何らかの適応的变化を示している。現在約50名の固定参加児が鹿児島市だけでなく、郡部から長時間掛って参加する者も含め殆ど欠席がないのも、親の日曜学級への期待の現われと考えられ、自閉児療育の地域活動の大きな力になりつつあることを信ずる。

しかし一方、未だ学級運営上にも、またコミュニティ心理学の観点からする日曜学級の在り方、機能の仕方にも多くの今後の課題が残されている。

(1) 最も密接な関係にある親の会との関連をどのような形にすべきかがまず大きな課題である。専門性を必要とする治療教育を親の会が主催することが適当か否かの問題で、治療に対する責任を明確化する体制を考えることである。療育専門家が親の会に支配されることも、専門家が親の会の主導権をとることも避けねばならない。

(2) 上記に関連して、現在親の会の立場を考慮して便法的、妥協的に療育部と親学級が

二本立て運営になっているが、本来両者は日曜学級という一つの組織体であるので、両者の運営の一本化がなされるべきである。日曜学級に参加する子どもと親は一体であり、親がよき治療者になるために、療育をスタッフ、Tr にただまかせるのではなく、積極的に日曜学級の療育の考え方、療育技術を学んでもらう必要がある。

(3) 本稿では療育効果について触れなかったが、どの子どもも、それぞれに応じ対人接触、言語発達、身体適応についてみるべき変化が認められているので、この効果を調査測定し療育プログラム検討の資料としたい。

(4) Tr たちが単にボランティアとして個人参加しているだけに止まらず、その所属するパート、たとえば幼稚園教師、保育園保母、施設指導員、保健婦、各大学、各学部の学生などに日曜学級を核として療育ネットワークを拡げ、それぞれで障害児に関する研究会実践活動を展開できるように機能したい。

(5) 日曜学級は現在鹿児島市だけで開催しているが、療育ネットワークを拡げ県下主要地区で同様の治療活動が行えるよう努力する必要がある。

最後に現在の日曜学級療育スタッフの氏名を掲載する。

本	部	佐 藤 望	鹿児島県立短期大学心理学研究室
		平 川 忠 敏	鹿児島大学教養部心理学教室
		安 田 節 子	鹿児島県立短期大学一般教育研究室
プ ー レ リ ー ダ ー		豊 留 かく子	鹿児島市立わかば園
		小 倉 京 子	錦ヶ丘幼稚園
グ ル ー プ リ ー ダ ー		田 辺 真 喜	鹿児島市中央保健所
		財 部 マチ子	鹿児島市中央保健所
		荒 武 純 博	吉野学園
		西牟田 順 子	一之宮幼稚園
		田 中 のき子	牧園町役場保健係
		中 田 耕 一	鹿児島大学法文学部心理学科学生
		佐 藤 信	鹿児島大学法文学部心理学科学生
		音 楽 ・ 進 行 有 枝 義 昭	鹿児島大学法文学部心理学科卒

以上のほか、特に中心になって活動してくれている鹿児島県立短期大学発達心理研究部の諸君、並びにすべてのトレーナーに深甚の敬意を表する。