

精神遅滞児への治療教育考

松田 淳之助

はじめに

精神遅滞児、すなわち、知能に障害をもつ子どもはもちろん、心身になんらかの障害をもつ子どもはその障害のゆえに、なんら障害をもたない子どものように順調な発達を期待しがたい。そのみならず、それら障害が、子どもの発達の妨害、抑制、ゆがみなどから更に個人的・社会的不適応をも招来し、ひいては人格全体への障害にまでも波及しかねない。このような考え方から、心身に障害をもつ子どもに対してはただ単に上述のような方向におこませない、障害を今以上に悪化させない、というような消極的な取り組みにとどまらず、より積極的な取り組みがなされなければならない。現に、種々の障害児をかかえる多くの保育所、幼稚園、児童福祉施設等ではそれぞれに知恵をしぼり、工夫をこらして日夜それへ向けての保育・指導がなされているようである。そして、これら保育・指導の基本には多分に「治療教育」のアプローチがなされているものと考ええる。すなわち、「すこしでも障害の軽減——できれば除去——を図ることによって発達の促進化、情緒の安定化、個人的・社会的適応化、ひいてはよりよい人格の形成を図る」ことへの取り組みである。このような考え方がまさに治療教育であり、このような取り組みこそが最重要課題であると考える。

「治療教育」を以上のように考えるならば、心身に障害をもつすべての子どもが治療教育の対象となる。が、本稿ではそのうち精神遅滞児にスポットをあてて論究していくことにする。

目 的

精神遅滞児への治療教育のあり方を、その歴史的側面から眺め、それをもとに、現状をふまえ、その上で将来に目を向け、今後更により効果的なあり方を考究することを目的とする。

治療教育の史的発展経過

まず、過去に目を向け、治療教育がいつ頃からどのように発展してきたか、ということの概略をのべることにする。

1. 治療教育の萌芽

今をさかのぼること186年も昔、1799年にパリ郊外のアヴェロンで発見、保護された11～12才の少年——いわゆる、アヴェロンの野生児——への教育を試みたフランスの医師イタル Itard, M.G. (1774～1838) のその教育方法が治療教育の方向を示唆するものとして、彼が治療教育の最初の人である、といわれている。

イタルは、この少年が全く言葉をもたず、人間性を喪失しているような行動をとるのは人間社会から完全に隔絶された、いわば、野生的環境での生活の故であるから、その生活環境を人間社会の環境とし、その中で適当な訓練や教育を行うことにより、喪失した人間性、言語等の回復、獲得は可能となるのではないかと考えた。

彼はこの考えのもとに次のような5つの具体的方法をもってこの少年に働きかけた。

- ① この少年を人間社会の生活の中にとけこませること。
- ② 強い刺激で感受性をよみがえらせること。
- ③ 人間との接触の機会をより多くすることによって思考活動の活発化を図ること。
- ④ 必要度を増すことによって言語の使用を多くさせること。
- ⑤ 生理的欲求に対する精神的活動ができるようにすること。

以上のような方法でこの少年を5年間にわたって教育、訓練を続けたのである。だが、その効果は彼の期待するほどのものをもたらすことができなかった、という。しかしながら、このような試みは後の世の人に大きな影響を与えずにはおかなかった。中でも、直接的な影響を与えたのは彼の弟子のセガン Suguin, E. (1812～1880) であった。

2. 治療教育の体系化

セガンは上述のようなイタルの考え方を更に発展させ、生理学的な治療教育の体系化を試みた最初の人とされている。

彼は精神遅滞児を生理学的見地から徹底した教育訓練すべきことを強く主張し、特に、感覚と筋肉の訓練と精神的な訓練を重要視した。それは、筋肉系統の訓練によって感覚が喚起され、それが知育・徳育の完成に結びつくという根拠に基づく考え方によるものである。また、感覚の訓練の中では特に触覚の訓練をもっとも重視した。それは、注意力の刺激にもっともよい方法が触覚の訓練であるとする彼の考え方によるものである。

彼は、このような基本的な考え方を基に、

- ① 筋肉系統の訓練
- ② 神経系の訓練
- ③ 視・聴・味・嗅・触の5感の喚起
- ④ 基本的な観念の習得
- ⑤ 抽象的思考に基づく社会習慣の理解能力養成

という5つの段階を想定し、各段階ごとに、そして常に個別的に最も適した訓練法とそれに必要な数々の教具を考案した。彼もまた、「治療教育」という用語こそ用いなかったものの、内容的、方法的には十分、治療教育的アプローチであり、それ故にこそ、いわゆる治療教育の体系化をなしとげた最初の人といわれ、モンテッソーリ Montessori, M. (1870~1952) など、後の人々に多大の影響をおよぼしたのである。

3. 「治療教育学」の呼称

イタルおよび、セガンは共に「治療教育学」という呼称こそ用いなかったものの、上述のように、その教育・訓練の方法はまさに治療教育そのものであった。この2人の影響を多分に受けてはじめて「治療教育学」という呼称を用いたのがゲオルゲン Georgens, J.D. とダイnhルト Deinhardt, H. の2人である。彼らは2人で今から124年もの昔、1861年に「特に白痴と白痴院とを顧慮しての治療教育学」と題する書物を公にし、本書で初めて「治療教育学」という用語を正式に用いたのである。

この書物の中で彼らは治療教育の課題として、著しい発達制止と重大な欠陥の治癒は不可能なので、そのような欠陥を教育的に補い、それによって人間性の実現化に努めることとした。また、治療教育の方法としては環境を整備・美化し、栄養指導・生活指導を最重点に、体操・作業なども取り入れて精神・身体両面からの働きかけを行うことを試みた。そして、その具体化として、精神遅滞のみならず広く心身障害児者を対象とした治療看

護教育院なる施設を開設したのである。それに刺激されたのか、その後欧米各地に精神遅滞児のための治療教育施設や学校が次々に設立されたようである。

4. 治療教育、その研究と実践活動

上述のイタルやセガンらもちろん治療教育についての研究や実践活動に取り組んだことには違いないが、以下には、彼等の影響をうけて更に研究・実践活動をすすめた主な人々について述べることにする。

まず、その第1人者は何といても、前にもふれたモンテッソーリであろう。彼女は1869年頃より精薄児教育の研究に取り組み、独自の教育指導法や数々の教育遊具を考案し、教育実践を行った。

モンテッソーリはまず「子どもの内面から生起する成長への志向能力を信頼し、それを十分に発揮させてやるための物的・教育的環境の整備に意をそそぐことが精薄児の自己啓発に結びつくことになる」との教育理念のもとに「子どもの家」の教育実践を行い、研究を続けた。その結果、治療教育のあり方を次のように結論づけたのである。すなわち、

- ① 治療教育の内容としては感覚訓練・運動技能訓練・日常生活訓練を中心とすること。
- ② 環境に重点をおくこと。
- ③ 自己教育・自己啓発に重点をおくこと。
- ④ 以上のために、教具・教材を常に独特の工夫をこらして用意すること。
- ⑤ 教育に際しては、極力報酬や罰をさけること。
- ⑥ 共同作業を行わせる場合は、秩序と調和の雰囲気をつくるようにすること。

などである。このような結論づけから、彼女の治療教育は極めて教育的であること、精薄児自身の自発性の尊重という点がなかなかユニークなものと考えられる。

モンテッソーリが精薄児の研究に着手した26年後の1895年、オーストリアのヘラー Heller, T. はウィーンに精神遅滞児と神経質児教育のために治療教育院を設立し、治療教育の実践に取り組んだ。と同時に、実践を通しての研究にも取り組み、1904年に「治療教育学の基礎」を、また、1914年には「教育療法」を、さらに、1925年には「治療教育学の基礎、第3版」を相次いで出版している。そして、彼はそれらの中で「治療教育学は教育と医学との境界領域である」とし、さらに「それは、一方では子どもの精神的異常の除去、またはその改善の役目を担い、他方では、彼らへの教育を効果的に行うための精神的働きかけをどのようにしたらよいかを研究する任務がある」とし、医学の知識もその前提条件として持たねばな

らないことを強調している。

次に、治療教育の具体的方法について、まず基本的に精薄児一人一人の特性を把握し、個々人に適合する方法でなければならないことを強調し、その前提に立って、注意力・意志力の訓練、自然物の直接利用、作業療法、感覚・運動・言語訓練、日常生活経験の豊富化、身体・精神両面の調和的育成等々について非常に詳細、かつ系統的に述べている。その領域も広範であり、治療教育学の体系はヘラーによって確立されたといっても過言ではなからう。

以上のような19世紀の先人の実践、研究の影響を受け、あるいは刺激され、今世紀にはいつてからは更に実践、研究者の数が増えていったようである。いま、その主なものについてのみ列挙してみると、

まず、今世紀のトップに挙げられるのはベルギーのデクロリー Decroly, O. であろう。彼は1901年に精薄児と異常児のための特別教育研究所を設立して治療教育を發展させ、さらに1907年には「生活による生活のための学校」を設立し治療教育の基本理念、方法をうちたてた。それは、精神薄弱の子どもは、その子どもの必要性に基いた教育が行わなければならないとし、自然の状態の中から学習できるような環境を作り、子どもの精神的エネルギーを集中させるための教育的遊戯 (Educational games) を学習過程に活用する。という彼独特のユニークな方法を取り入れ、後にデクロリー法と呼ばれ、精神薄弱教育界に大きな影響を与えた。

中でも、特に大きな影響を与えたのは彼の弟子のデクドール Descoedres, A. であった。彼女は師の「デクロリー法」を応用してさらに研究を進め、感覚教育を最重点に、教育的遊戯、実物教育など精薄児の全面発達の保障に重要、かつ広範な領域にわたってのすぐれた実践プランを作成し多くの精薄教育実践家に多大の影響を与えたのである。

ついで著名な研究・実践者としてスイスのハンゼルマン Hanselmann, H. がいる。彼は1924年、チューリッヒに治療教育学研究所を設立し、精薄児はもとより、盲・ろうまでひろげた治療教育の実践をなし、「治療教育入門」(1930)、「特殊教育理論綱要」(1941)などの著書も表わし、すぐれた治療教育者として国際治療教育協会の初代会長となった人でもある。治療教育についての彼の基本的な考え方は身体面・精神面のどこかに発達障害を有する子どもが治療教育の対象となり、そのような子どもに対して、医学と教育の連携による援助である。とし、このようなアプローチを「特殊教育」と呼称した。

いま1人、1940年、このハンゼルマンの後継者となったムーア Moor, P. がいる。彼は治療教育学を「個人的または社会的要因によって、持続的に心身の発達が制止されている子どもの教育学である」と定義づけ、その実践に際しては次の点を強調している。

- ① 対象児をまず理解すること。
- ② 障害そのものでなく、障害をもっている対象児に何をなすべきかということが大切であること。
- ③ 対象児だけでなく、その周囲の人たちをも教育しなければならないこと。
- ④ 対象児を教育する教師自身も自己教育しなければならないこと。

このように、彼は治療教育を対象児だけでなく、周囲の人や教師自身の資質の向上にも目を向けているところに特色があるといえよう。

さて、ここでわが国における精神遅滞児の治療教育の流れについてみてみよう。すると、その第一の先駆者として挙げられるのは石井亮一 (1867~1937) であろう。彼は、わが国では最初の精薄施設「滝乃川学園」を創立し、そこでセガンの生理学的教育法を導入した精薄児教育を行い、1904 (明治37) 年には「白痴児、其研究及教育」としてまとめ出版した。この著書がわが国最初の白痴教育に関する専門書ともなった。

ついで川田貞治郎 (1879~1959) がいる。彼の思想の特徴は、

- ① キリスト教に基づく人間平等観。
- ② 障害の程度がいかに重い子どもでも教育はすべて可能である。不可能視する場合は、そのようにみる教育者側に問題がある。
- ③ 障害児自身の自己陶冶、自己創造の過程を大切に

する教育・発達観。などであり、治療教育についてはセガンやヘラーなどの治療教育思想に触発され「心練」なる独創性に富んだ直観訓練法を考案した。この訓練法には末梢器官の機能を発達させるためのものと「為すことによって学ぶ」という労作教育とからなり、いわゆる全人格的教育となっているもので後々の実践者・研究者に多大の影響を与えた。

その他、家庭的雰囲気重視しての人格形成に努めた脇田良吉 (1875~1948)、環境重視の観点から治療的行動教育を行った岩崎佐一 (1876~1962)、治療教育の理念をあみだすなど、治療教育学の集大成化を試み、つい数年前他界された菅修 (1901~1979) などが特に注目される人々であろう。

以上、治療教育の史的経過についてその概略を述べた

が、いま、それを要約してみると、イタルの生理学的基礎による方法に端を発した治療教育がセガンに受け継がれて体系化され、ゲオルゲンとダイnhaltによってはじめて「治療教育学」という名称が用いられた。彼らはまた、治療看護教育院を開設し組織的な治療教育を開始した。それに刺激され、その後欧米各地に精神遅滞児のための治療教育施設や学校が次々に設立された。このような先人の影響を受け、独自のユニークな教育実践を行い、数々の教育遊具を考案したのがモンテッソーリである。ついでヘラーが医学の知識も不可欠であると強調して治療教育の体系化を確立させた。そして治療教育の理論・方法等はデクローリ、デクードル、ハンゼルマン、ムアーなどを経て生理学の基礎の上に医学の知識を導入、心身に障害をもつ者すべてが対象とされ、感覚訓練、運動機能訓練を中核とする数多くのユニークな方法が開発され、今日に至っているということがいえよう。

治療教育の概念と理念

1. 治療教育の概念

治療教育の概念あるいは定義づけについてはイタルをはじめとして数多くの先駆者たちがそれぞれ唱えていることは上述のとおりである。この多くの先駆者の唱えた概念を現代的な観点から見直して唱えたのがアスペルガー Asperger, H¹⁾ (1904~) である。すなわち、彼は治療教育学を「異常な小児の人間性の生物学的な知識に基礎をおいて、青少年の知的ならびに感覚的欠陥や、神経病的ならびに精神的障害を、主として教育的方法で治療しようとする科学である。」と定義づけ、さらに続けて「治療教育学の支柱となる科学は精神医学、小児医学、心理学、社会学および教育学である。これらの中のどれか一つだけの科学領域だけでは治療教育は成り立たない。各専門分野の知識を集めて、一つの学問体系に融合さすことで、はじめて成り立ちうるものである。」と述べ、教育的方法で治療する、とは言いながら医学に重点がおかれているとも受けとれる定義づけのようにも思われる。それはともかく、彼のこの定義づけの中には多分に、各専門分野の人々がプロジェクトチームを組んで当ることが治療教育には不可欠であることを示唆しており、それ故に、非常に画期的なものといえるのではなからうか。

アスペルガーが以上のような概念化を公にしたのは1961(昭和36)年であるが、その後、13年を経過した1974(昭和49)年には上述の菅修²⁾がその著「治療教育学」の中で「治療教育の概念の中には、治療する目的と教育する目的とが含まれているとみてよい。別の角度

からいうと、その働きかけは、治療と教育の両方の意味を同時に含んでいる。しかし、その目的の重さは、学者により、対象者によってその位置を異にし、ある時は治療に、ある時は教育に重さが加わり、ある時はどちらにも同じ重さがかかる」と前おきをし、精神遅滞のように、心身に障害がある場合には、治療するに当っては教育的方法が必要であり、反対に教育するに当っては、その障害を治療しながら行わなければならない、つまり、教育的働きかけの中にほとんどいつも治療的な働きかけが含まれているので、それらの全部を包括する上位概念としては「治療教育学」という用語がふさわしい、とし、結論的に「治療教育学の概念は治療と教育の意味を含んだ働きかけである」と簡潔に定義づけている。この定義づけは一見、漠然としたもののようにも考えられるが、非常に広範で柔軟性に富み、障害児者一人一人の人間性尊重の念が秘められたもののように筆者には感じられるのである。

このような経緯をふまえ、より具体的な表現で定義づけをしたと考えられるものが1981(昭和56)年発行の臨床心理用語事典2、診断・症状・治療篇³⁾(小川捷之編集・至文社発行)に記述されている。すなわち、その中では治療教育を「精神的あるいは身体的な障害をもつ児童生徒に対し、医学的および心理学的な治療手段を用いてその障害を軽減させ、能力の育成をはかり、それによって教育上の困難の軽減、社会的適応を可能にするための教育行為をさす。」(同書、P.250、堀之内高久執筆)と、上述2人の概念を包含し、治療教育の対象、方法・内容、目的など簡潔かつ明確に定義づけており、「はじめに」のところで述べた筆者の見解も相容れられ、極めて妥当性の高い概念と思われる。ただし、治療教育の概念規定は、これで完成の域に達した、という積りはない。今後とも、識者による検討を積み重ね、さらに、よりよい概念を作りあげていく作業は続けていかなければならないと考える。

2. 治療教育の理念

治療教育はその概念規定を明確にすることが大切なことには違いないが、いまひとつ大切だと考えられることは治療教育に際しての基本的な考え方であろう。それが漠然としていたのでは、あるいは不明確であっては自信をもった、あるいは積極的、意欲的な取り組みは困難となるであろう。

では、精神遅滞児に対する場合の望ましい治療教育理念はどのようなものであるべきだろうか。それを考えたすための大きな前提となるものは、まず、精神遅滞児の

心身の諸特性をよりの確に把握・理解する、ということであろう。ついで、治療教育の概念の、より明確化ということであると考ええる。前述の菅修も、上述の著書⁴⁾の中で「治療教育の理念は、治療教育の概念によって多少変わってくる。すなわち、治療教育にあたって、治療が主な目標であるときは治療行為となる理由がその理念となる。一方、教育が主な目標であるならば、どのようにして教育するかがその理念となる」といっているように、理念の前提としての概念の明確化を強調している。その彼が、精神遅滞児について治療が主な目標であるときの理念を次の5つと考えている。

① 作業性肥大の原理適用。人間は、身体はもちろん、精神も使えば使うほどよく発達するものである。

② 廃用性萎縮の原理適用。これと反対に心身とも使わないとだんだん萎縮したり退化したり、その働きが鈍ってくる。

③ 庇護と訓練の適正な配分。庇護というのは、組織や器官をかばうことで、訓練というのは、働きを促してその働きを高めることである。庇護が過ぎれば働きが廃用性萎縮の原理でおとろえるが、適性であれば疲労が回復して働きが高まる。これに対して、訓練が過ぎれば疲労が蓄積して働きは鈍るが適性であれば機能は高まる。それ故に、そのいずれにも偏しないようにすることが大切である。

④ 心身機能全般の調整。一部の器官の能力の回復、訓練のみに全力を集中して、そのために、心身全体のバランスのとれた発達を失することがないようにしなければならない。換言すれば、常に全体の器官や機能のバランスを考えてその働きを満足させなければならない。

⑤ 病的症状固定化の打破。精神遅滞児はなんらかの症状や悪癖が固定化しやすいので——これらの症状や悪癖は、一般には、精神遅滞固有の症状のように思われていることが多い。が、実はそうではなく、精神遅滞本来の症状と環境との合作によるものであることが案外に多い——できるだけ早く手を打って、その固定化を打破する努力をしなければならない。

さらに、彼は教育に重点をおいた場合の理念として、次の4点をあげている。

① 精神薄弱の治療教育にあたっては、精神の発達遅滞の概念の外に、精神の障害の概念をとり入れる必要がある。それは、精神薄弱者の示す症状の中には、正常な発達段階のどこにも現われないような症状があるからである。そのような症状の理解なしには、精神薄弱児を教育することはできない。

② 精神薄弱児教育のためにはIQなど、知能テストによる知能レベルだけでなく、感情、意志などを含めた全精神の精神構造を知り、個々の症状をその全体像から理解する必要がある。その理解から正しい教育目標や方法が立てられる。

③ 精神に発達遅滞のない身体障害児の教育と精神に故障がある者を教育するのでは、教育の方法に根本的なちがいがあがる。

④ 精神の発達遅滞や障害を理解するためには、医学、心理学、社会学など教育学以外の知識が必要である。

このように彼は、精神遅滞児への治療教育理念を、治療に重点をおいた場合と教育に重点をおいた場合の2つの側面からそれぞれ、まことに的をいた論をのべている。まさに、これに尽きる理念である、といっても過言ではないと思われる。ただ、最近では、このような治療という側面、教育という側面というように治療と教育を切り離した考え方は次第に薄れ、「治療教育」なる一語で考える傾向が高まりつつあるところから、そしてそれは先の臨床心理用語事典に述べられているように、治療教育は障害や能力の欠陥だけを問題とするのではなく、障害をもつ子どもそのものを問題とする立場がとられつつあるところから、このような観点からの理念をうちだす時に来ているのではないかと思われる。昨今はよく「障害も個性なり」ということを耳目にする。人間は障害の有無にかかわらず個性的・実存的存在であり、その生命の、人間性の尊厳は万人共通であらねばならない。特に子どもの場合は、すべての子どもに等しく発達権・教育権が与えられねばならない。また、わが国の場合、児童憲章の精神にもとつた、このような観点からの治療教育理念をうちだすことが今後の大きな課題ではないかと考える。

治療教育の現状と課題

精神遅滞児の治療教育に関する理論的展開をなしたもののとしての単著をみると、前述、菅修の「治療教育学」が1974（昭和49）年に公にされている。その中には、上述の歴史、概念・理念のほか、治療教育の方法として作業療法・生活療法・環境療法などの諸療法が詳細、克明に記述されている。特に、子ども自身の意思を尊重し、それに基づいた生活をさせ、生活意欲を高め、ひいては個々人の心身諸機能を高めることをもねらいとした生活療法と物的・精神的に本人をとりまく環境を調整して、情緒の安定化を図ることをねらいとした環境療法の2つの方法を力説している。治療教育というと、とかく個人

へのアプローチのみに偏しやすいが、彼の環境も重視という、この方法、考え方は注目にあたいするものである。

菅の著書発刊がわが国で最初かと思ったら、その1年前に牛島義友編⁵⁾になる「精神薄弱児の治療教育」と題する著書、上・下2巻が発刊されていた。その上巻の中で、昇地三郎が彼の設立した「しいのみ学園」での実践を主とした治療教育について論述している。彼はまず、情意の安定をねらいとする教育技術の工夫、考察から集団活動・興味・許容・賞賛・自信・予見・共在・体感・変化・集中の10の原理をうちだしている。ついで、精神遅滞児へのアプローチとして、心理療法が非常に大切であるとし、その意義・目的・方法について詳述している。特に、方法については個人操作と環境操作（菅修の環境療法とはその内容が若干異なる）の2側面があることを指摘し、環境の与える影響の重要性を強調している。

いま1人、西本順次郎⁶⁾が菅の著書発刊の翌年、昭和51年に「精神遅滞児の治療教育」と題する書を表わしている。彼はその書の中で「治療を目的とする教育的方法が治療教育であり、教育的治療の方法である」と規定し、1957（昭和32）年以来、精神遅滞児への治療教育のための生理学的訓練の実践から、生理学的訓練を動作訓練（歩行・積木・旗取り・発声訓練など）・学習訓練（造形・数量・言語訓練など）・運動機能訓練（反射・随意運動など）・生活訓練（身辺自立の基礎的訓練・集団参加・職能の開発など）についての詳細、かつ具体的な論を展開、これら、訓練の根拠となる生理学的基礎について、更に、訓練による行動変容のあり方等についても詳述しており、実践者にとっても大いに参考とすべき点が多々示されている、いわゆる啓発書といっても過言ではなからう。

その西本は、実は上述の著書発刊の16年も前の昭和35年に林重政と共著⁷⁾で「精神薄弱児の治療と教育」と題する書を公にしている。そして、その書の序文「治療教育のために」の中で、治療教育は現代の医学や心理学と教育学とが一体となって育成の方法を生み出す必要がある、と述べ、また、「治療教育とその実際」の項では、医学的理論に立脚した教育原理を前提とした“しつけ療法”（これは、先の菅の生活療法に相当するものと思われる）を行うとともに環境構成を重視（これも、菅の環境療法に相当）し、これらを通して集団生活に順応させるのであって、日々の訓練と不断のしつけによって“よい習慣づけ”をねらうのである、と述べている。そして、一定のカリキュラムの下で計画的な治療教育を実践、その効果をみるための生活態度評定基準を作成し、毎月1

回評定する、という極めて具体的、現実的な論述、表なども示され、これまた、実践家にとって大いに参考となる書とってよいだろう。

その他、「治療教育」という用語こそ明記していないが、精神遅滞児の教育に関する書物、文献等の数はおびただしいものがある。また、諸学会等での、それに関する研究発表、論文等も年ごとに増加の一途をたどっている。当然、これらの中には、実践に関するものも数多くみられる。治療教育に関するこれら多くの著書、論文、発表等の中で必ずといってよい位にふれられているのは、心理療法に関することと感覚・運動・言語・生活全般についての訓練・教育に関することである。これらは治療教育の主流をなすものであり、いな、不可欠なものであるというべきものであろう。特に、諸心理療法は然りである。そこでまず、心理療法についてふれてみることにする。

一口に心理療法といっても、現在その種類は優に百を越えており、今後、ますます増える傾向にある。こんなに多くの心理療法がある中で精神遅滞児に有効とされるものには、一体、どんな心理療法があるのだろうか。もちろん、すべてを精神遅滞児に試みたわけでもあるまいが、過去あるいは現在において試みられ、それが公にされているものを挙げてみると、よく目につくのが遊戯療法、行動療法（特にオペラント療法）、ついで音楽療法、絵画療法、それに前述、菅らの作業療法、生活療法、環境療法等であろう。それらのうち、前二者は最近とくに、脚光を浴びつつあるようである。ここでは、そのうちの遊戯療法についてふれてみたい。

精神遅滞児の遊戯療法についての試みは、昭和30年代の文献にみられる。が、その頃のものには否定的な見解しか述べられてなかった。それが年を追うごとに条件つき（年齢・知能程度等）から肯定的な見解へと変化してきており、最近では、その有効性を主張し、積極的に取り入れるべきだとする見解も散見するようになった。筆者もこのような見解を唱える者の一人である。すなわち筆者は昭和40年代から精神遅滞児（特に幼児）を対象に遊戯療法を試み、その経過、結果、考察等を本学紀要、各種学会等で公にしてきた。その詳細は末尾文献欄にゆずり、結論的なことだけ述べると、重度でしかも幼児にも治療効果がみられたことから、上述のように、遊戯療法をもっと積極的に取り入れるべきであると考えてるのである。その際の留意点として、今までの筆者の小論では言語刺激・身体刺激等諸刺激をしっかりと与える。いわゆる、多刺激付加の原則、あるいはスキンシップ療法など

が大切だと述べてきた。だが、ただ単に刺激が与えられる、いわゆる、受動的な状態にのみとどまらせてはならない。より能動的・積極的・自発的に環境への働きかけをさせなければならない。精神遅滞、特に幼児の場合とはもすれば過保護傾向におかれやすいが、それでは能動性などが奪われてしまうことになる。彼らにいろんな体験の機会を多に与え、それを通して自己学習をさせる、いわゆる、身体で覚えさせる（仮称、体覚療法）、あるいは、身体に刻みつけさせる（仮称、体刻療法）を積極的に取り入れていくべきだと考える。

精神遅滞児への遊戯療法は、現在のところ、その有効性がようやく確められた段階に至ったばかりである。したがって、今後の大きな課題はこの有効性をいかにして少しでも高めさせるかということであろう。筆者の治療経験等からも、当面の検討課題として考えねばならぬことは次のようなことであろう。

① 対象児の治療開始時期（年齢）の問題：教育・訓練の場合はダウン症児のように、早く開始する（いわゆる、超早期教育）ほどその教育効果も高い、という報告例が多くみられるが、遊戯療法の場合は、残念ながらほとんどみられない。筆者の場合、2才代が2例あるが、2例や3例では結論的なことは言えない。今後、数多くの事例を重ねての検討がなされなければならない課題と考える。

② 治療期間の問題：この問題は対象児の年齢・症状・程度等により一概にはいえないかも知れない。また、治療目標のおき方、基本的な考え方なども関連するものなので、それらをも明確にさせることが先決かも知れない。それらを考慮にいれての治療期間の問題も重要な検討課題であると考ええる。

③ 治療間隔の問題：遊戯療法は、通常、週1回が原則と考えられているようである（筆者も、勤務の都合もあって週1回行ってきた）が、特に幼児の場合、週2～3回と、回数をふやした方がよいのではないかとの意見もある。このことについても検証的に検討する必要があると考える。

④ 親への治療参加の問題：子どもへの接触の最も多いのは何といっても親である。それだけに、当然、子どもへの影響力も親にまさる者はいない。したがって、治療者は親への働きかけを無視してはならない。より望ましい親へのカウンセリング、ガイダンスのあり方を模索していくことも大切な検討課題であると考ええる。

⑤ 治療者の資質の問題：治療者は対象児だけでなく、上述のように、親へのアプローチも不可欠であるところ

から、当然のことながら、質の向上に努めなければならないことはいうまでもない。そのためには自己学習はもちろん、研修等の機会も大いに利用しなければならないが、今一つ、保育者等専門家養成機関におけるあり方が重要だと考える。カリキュラム教科内容等、早急に検討を要する課題であると考ええる。

以上、遊戯療法についての現状と課題にふれたが、精神遅滞児の心理療法は即、遊戯療法というわけではない。最近では、それより行動療法、その中でもオペラント療法の方が優勢になりつつある観がある。そのあかしの1つが文献に見られる。すなわち、精神遅滞児への遊戯療法に関する単行図書は寡聞にして見当たらないが、オペラント療法に関するそれは、もうすでに何冊も公けにされているのである。また最近の学会発表等でもその数の多さには驚かされるくらいである。ともあれ、精神遅滞児への心理療法をどれか1つにのみとらわれず、子どもの症状・特性をふまえた上で2～3種類を併用してみる。あるいは、他の療法を試みってみるなど柔軟な姿勢で臨むべきだと考える。そのためには、精神遅滞児の教育・指導に取り組む者は、いろんな心理療法についての知識・理論・技法等を少しでも身につけるべく不断の努力を怠らないことが何よりも肝要なことと思うのである。

さて、いま遊戯療法を中心とする心理療法について述べたが、心理療法が治療教育のすべてではない。心理療法はあくまでも、その中の個人的適応を主とするものであり、治療教育はそれと共に、身辺自立形成を含めた社会的適応にも、当然、目をむけなければならない。次に、その主なもののみの現状と課題についてふれてみたい。

① 感覚機能訓練：精神遅滞児はそれゆえに感覚器官・機能にひずみ、障害をもつことが多い。周囲からの刺激・情報を正しく受容させるための感覚機能訓練は彼らにとって不可欠なものである。この訓練は遠くイタールやセガンの頃から中心課題とされ行われてきている。が、最近では大脳生理学のめざましい発達の裏付けをもととして1970年代以降、エアーズ Ayres, A.J.を中心とする感覚統合療法が急速な発展をみせている。最近、わが国にも彼の理論・指導法等の紹介が活発になってきている。が、実践研究の面においては今一步の観がある。このことから、坂本龍生⁸⁾も今後の研究課題として次のようなことを指摘している。i：実践の際、脳波計や生理測定器の使用に関する検討を含め、神経学的統合をどういう正確なサインで把握するかという吟味が要請される。ii：感覚統合が行われたら高次認知機能が成立するという一義的などらえ方をしてはならない。その辺をも

う少しじっくり検討しなおして、これまでの発達理論と、文字通りインテグレートする理論研究が必要であろう。この2つの指摘はいずれも、もっともなことだと思われるもので、今後十分な検討を積み重ねなければならない事項だと考える。

感覚機能訓練は、感覚統合法のみにとらわれず、個々人の各感覚器官・機能の現状を十分把握の上、より望ましい訓練の方法、そのための教具・教材、さらにはその内容等を吟味、検討し続けていくべきであると考ええる。

② 運動機能訓練：精神遅滞児にとって、この運動機能訓練は前述、感覚機能訓練と同等に、いな、場合によってはそれ以上に重要なものである。この訓練も古くから行われているが、最近では、医学・リハビリテーション学・教育・心理分野の連携による運動障害の改善あるいは運動発達の促進のための訓練がさかんに行われている。筆者も精薄施設在任中に箸の使用・鉢の使用など指先運動機能の訓練を主として重度児を対象に行ったことがあるが1日1回の試行で僅か連続3ヶ月ほどの間にめざましい進歩をとげた。なおその上、転移効果も明らかとなったのである。

また、ごく最近ではフロスティックなどのムーブメント教育がわが国でも活発に行われるようになったほか、水泳訓練も新しい試みとして次第に取り入れられている。ともあれ、この運動機能訓練も感覚機能訓練同様、単発的、思いつきで行ってはその効果はあられない。当然のことながら系統的、継続的、段階的に行わねばならない。

ところで、この感覚と運動とは、いま便宜上切り離して述べたが、よく、感覚・運動として一体化されて用いられる。すなわち、「感覚運動訓練」というように。このことはつまり、感覚のみの訓練、運動のみの訓練というよりは、感覚と運動の連携あるいは協応の訓練として両者は切り離して考えるべきではないとする見方によるものと思われる。特に未分化性の強い精神遅滞児の場合、このような見方、観点に立つ方が正しいのかも知れない。ともあれ、精神遅滞児にとって運動機能を育て、高めることは非常に重要なことであるが、そのため、現在考えなければならないこと、問題点、課題としなければならないことはどのようなことだろうか。このことに関して西谷三四郎⁹⁾は次の四点を指摘している。i：感覚や運動の個々の機能でなく、それらの間の統合、感覚機能と運動機能との関連を考えるべきである。ii：感覚教育も運動教育も共に、単に身体的生理的機能でなく、常に精神機能につながらなければならない。iii：感覚・運

動教育が生活機能の向上につながる必要がある。iv：感覚・運動教育が人間性の教育につながり、セガンのいう「自律性と連帯性」を育てるものであるべきである。つまり、これらの指摘は感覚運動機能の訓練は、そのみの発達・向上を旨とすることを目標とせず、それは、ある意味では手段であって、それを通して全人的教育を志向しなければならないとするもので、その意味で大へん重要な指摘であると考えられるのである。

③ 日常生活訓練：上述の感覚・運動機能訓練が即、日常生活訓練になる、とも考えられないこともないが、「日常生活」を身辺自立・基本的生活習慣のみでなく社会的な生活習慣・社会的適応という広い概念で考えると感覚運動機能訓練は日常生活訓練の基礎的なものであると考えたい。

このような考え方から、まず身辺自立・基本的生活習慣（それは普通、食事、排泄、着脱衣、清潔、睡眠の5つの分野を指す）の訓練についてみると、これらの中でよく耳目にするものは食事、排泄、ついで清潔、着脱衣に関する訓練である。これらについては、かなり地道な実践研究が数多くなされているようである。筆者も施設在任中に、主として重度児を対象に歯磨き・洗顔訓練を約半年間行った経験があるが、11名の対象児中、全く効果のあがらなかった者が歯磨き2名、洗顔1名のみで、その他のほとんどの者が大なり小なりの効果をみせたのである。身辺自立についても先の感覚・運動機能訓練同様、訓練方法を個々人の特性にあわせて検討していけば、必ずや、それなりの効果は期待できるものと確信している。最近ではオペラント条件づけ法による実践例を目にすることが多くなったが、かなりの成果をあげているようである。ともかく、この身辺自立が社会的自立、社会的適応の土台となる非常に重要なものであることは間違いないので、感覚・運動機能訓練の時と同様に、その方法・内容・よりよい条件等を十分に検討し続けなければならないことはいうまでもないことである。

次に、社会的な生活習慣・社会的適応の面についてみると、意思伝達・意思交換、つまりコミュニケーションの形成、その手段としての言語訓練、集団適応・集団参加、そのための遊びの指導などが、その実践・研究の中心的なものとなり、我々のよく耳目にするところである。いかなる人間も、人間である以上社会的存在であり、そのための諸社会的刺激は不可欠である。それは古く、イタールの時から考えられ実践されていた。現代のような複雑な社会であれば、なおのこと、社会的発達遅滞もあわせもつ精神遅滞児へのその発達促進に意を注がねば

ならないことはいうまでもないことである。そのための研究的取り組みはより活発化させなければならないと考える。そのための当面の課題は何か、身辺自立とあわせ列挙してみる。i：動機づけ・意欲づけ、そのための心理的飢餓感をいかにして起こさせるか。ii：先の、感覚・運動機能訓練と密なる方がより効果的と考える。これらとどのようにうまく関連づけるべきか。iii：日々の生活の中での訓練なので、当初は緻密な計画性のもとに行われようが、それがともすればマンネリ化に陥りやすい危険性ははらむ。iv：日常生活訓練は家庭ならば親が、園や施設では複数の職員がかかわることとなるだろう。となると、親の場合一貫性、複数の場合はチームワークづくりが大へん重要なことになる。v：言語訓練・集団参加・遊びなどその回数、量が多ければそれでよいというものではない。量もさることながら、質の方がより重要である。いかにして、より密度の高いものにしていくか、その方策が大きな課題となろう。

今後の課題・展望

以上、精神遅滞児についての治療教育の現状と課題のあらましを概観したが、いままできたように、治療教育の歴史はかなり長く、イタルやセガンの頃からみれば現代のそれはすばらしい発展を示しているという見方ができるかも知れない。しかし反面、イタルやセガン、それにモンテッソーリなどの考え方、方法、教材教具などがいまだに重んじられているのではないか、ということは、その頃からそれほど顕著な発展を示しているとはいえないのではないかとする意見も聞かれる。このように、治療教育の発展について賛否両論があるが、それはともあれ、治療教育関係者はそれらを云々するよりも、今後、さらに発展させるべく努めなければならない使命を担っているのである。なにもをもって「発展」とみなすか、ということをよくおさえた上で、今後に向けてそのための方策を考えねばならないと思う。そのための当面の課題については随所におかれてきたので、全体的・中心的と考えられる課題を指摘して本論を終えたいと思う。

① 「治療教育」の概念・理念についてさらに検討を加え、より共通理解・認識の高いものにしていくこと。このことについては、今までに多くの先人が、特に理念については菅修がすぐれたそれを打ちだしていることはすでに紹介したところであるが、その後の研究の進歩から、これらは、十全とはいかなくなった点も出てきたのではないか、その後の研究の成果などを土台とした新しいそれらを構築する必要性を痛感するのである。

② 治療教育方法の拡大と深化をはかること。精神遅滞も重度化・重複化など非常に多様化の傾向がみられる。現在の治療教育方法がそれらすべての子どもに有効であるとはいえず難しくなっている。いかなる子どもにも有効な方法の開発を進める手を休めてはならない。これは、永遠の課題ともいえよう。

③ 諸心理療法の拡大とその有効性を高めるための工夫をすること。治療教育の主流をなすものが心理療法であることは前述のとおりである。精神遅滞児に有効な心理療法は現在行われているものがそのすべてとはいえず切れまい。新しい心理療法開発のための研究、さらには、既存のものも含めたその有効性を高めるためのあり方を研究し続けることも大へん重要な課題であると考えられる。

④ それらのための、また、日常生活訓練のための教材・教具さらには器具・用具・遊具等の工夫を続けること。現在、モンテッソーリ教具をはじめとするさまざまなそれらが考案され使用されているが、子どもの多様化にあわせ、幅広く、より有効性の高いものをつくり出す努力もし続けていかなければならないと考える。

以上、今後の検討課題として4点ばかり指摘した。もちろん、これがすべてとは考えていない。たとえば、治療教育を行う人の質（技法習得・専門性・人間性など）の問題、両親教育のあり方の問題、その他、まだまだ数多くあると思う。これらは、今後さらに検討を積み重ねていくとして、先の4点を少しでも解明、工夫などしていくことにより治療教育の前途は、より明るさを増していく、展望が開けてくるのではないかと考える。そのための努力を惜しんではならないと思う。

引用文献

- 1) Asperger, Hans: Heilpaedagogik, dritte Auflage, (1961) Wien, Springer Verlag.
菅修 治療教育学 日本精神薄弱者愛護協会 東京 P.29 (1974) より引用
- 2) 菅修 治療教育学 日本精神薄弱者愛護協会 東京 P.30~31, P.33
- 3) 小川捷之編 臨床心理用語事典(診断・症状・治療篇) 至文堂 東京 P.250 (1981)

- 4) 上掲2) P.35~40
- 5) 牛島義友編 精神薄弱児の治療教育(上) 慶応通信社 東京 P.29~35 (1973)
- 6) 西本順次郎 精神遅滞児の治療教育 福村出版 東京 P.11 (1975)
- 7) 西本順次郎・林重政 精神薄弱児の治療と教育 教育医学研究所 広島 P.2, P.43 (1960)
- 8) 坂本龍生 感覚運動の統合障害と教育 精神薄弱児研究 第320号 P.27 (1985.1)
- 9) 西谷三四郎 感覚・運動教育の系譜と課題 精神薄弱児研究 第320号 P.18 (1985.1)

参 考 文 献

- 1) 村田正次他 臨床心理学 啓林館 大阪 (1975)
- 2) 特殊教育教材研究会 ちえ遅れの子の養護・訓練 フレーベル館 東京 (1981)
- 3) 大井清吉他 ちえ遅れの子の養護・訓練ハンドブック 日本文化科学社 東京 (1976)
- 4) 内海正 精神薄弱児のオペラント学習 日本文化科学社 東京 (1973)
- 5) 杉田裕 総説精神薄弱教育 日本文化科学社 東京 (1976)

そ の 他

拙稿・研究発表等

- 1) 障害幼児への心理治療に関する検討 岡山県立短大研究紀要 第24号 (1980)
- 2) 精薄児の指先運動能力に関する研究 岡山県立短大研究紀要 第25号 (1981)
- 3) 障害幼児における遊戯治療の検討 日本教育心理学会第21回大会発表論文集 (1979)
- 4) 障害児保育における心理療法の活用について、日本保育学会第37回大会研究論文集 (1984)
- 5) 中・重度精神遅滞幼児への遊戯療法的取り組み 日本特殊教育学会 第22回大会発表論文集 (1984)

(昭和60年3月28日受理)