

統合保育へのコンサルテーション

加藤 三雄

はじめに

統合保育という言葉が使われ始め、30年余の年月が流れ多くの実践が報告され、各種の研究の成果もあがっている障害児に対する保育所での受け入れも特別な事ではなくなりつつあり、ノーマライゼーションの概念が実現化し、安定する方向に進展がみられた。しかし研究や経験が積まれた結果、時代の社会的、物理的環境変化が新たな統合保育への、より高度な専門性が問われる要請がおきつつある。知的障害児についての保育には一定の水準がクリアされたものの、いわゆる広汎性発達障害やアスペルガー症候群もしくは知的にはボーダーラインであるがゆえに集団不適應となる幼児についての保育が新たな課題となっている。筆者は現在の大学教育の授業に、保育の最前線に置かれる現場の状況の情報を生かすべく各地域の保育所での公的な研修会に出向き、そこでコメント等を述べる役割を担う機会をいただいている。本稿では、その実情を記し、統合保育を進めていく中でのコンサルテーションのあり方についてふれることにした。

1 コンサルテーションとは

スーパービジョンとコンサルテーションとが混同されやすいので、その違いを定義しておきたい。

- ① スーパーバイザーとスーパーバイジーは同業者の関係であり、コンサルタントとコンサルティは異業者の関係である。スーパービジョンは同じ専門家同士の関係であり先輩専門家が後輩専門家を相手にする関係であるが、一方コンサルテーションは精神科医師と保健師の関係や臨床心理士と中学校教師等違った専門家同士の関係である。
- ② スーパービジョン関係の場合は、スーパーバイジーの抱えているクライアントに対してスーパーバイザーはクライアントの責任を負っている。これに対してコンサルテーション関係の場合は、コンサルティの抱えているクライアントに対してコンサルタントはクライアントの責任を負わない。つまりスーパービジョンは共同責任であるが、コンサルテーションはあくまでもコンサルティが主役で自己責任を負う点が特徴である。
- ③ スーパービジョン関係ではスーパーバイザーとスーパーバイジーの関係は上下関係になるが、コンサルテーション関係

ではあくまでもコンサルタントとコンサルティは対等の関係である。

- ④ スーパービジョンではスーパーバイザーはスーパーバイザーの逆転移感情等を指摘したりスーパーバイザーの意識していないケースとのかかわりやスーパーバイザーのこだわりなどを問題にすることがあるのに対して、コンサルテーションではそこまでコンサルティの鎧を剥ぐことはしない所がある。しかし実際行われる内容は基本的に変わりが無い。相談を受けるケースによっては、コンサルテーションとスーパーバイザーの折衷的技法を使う事もあり得ると言えよう。

2 統合保育における話題に挙げられる広汎性発達障害児や知的ボーダーライン児童についての概要

以前は明らかに知的障害が中程度から重度に位置付けられる幼児が対象となっていたが、人的な配置も検討されかなり受け入れもスムーズになり一定の成果を見た。ところが、この定着ゆえに今まで目立たなかった集団適応の少々難しい幼児に対し職員の見点がむけられ、子どもの発達保障の観点から話題として取り上げられるようになった。またそれだけではなく、子どもを取り巻く社会的な変化も影響があるのか、落ち着きのないいわゆる注意欠陥多動症候群の児童が注目されるはこびとなった。

それではその幼児はいかなる症状をみせるのか。ここでは、DSM-RおよびDSM-IVの診断基準を示し各障害、症候群の特徴を明示する。

- ① 広汎性発達障害
(pervasive developmental disorders)

コード番号 299.00

自閉性障害 (autistic disorder)

判断基準は各参考文献にあたる事とし、3大特徴として、コミュニケーションの質的な障害、情緒的結合の欠如、常同的行動があげられる。

コード番号 299.80

アスペルガー障害 (asperger's disorder)

自閉性障害の特徴が色濃く出たものだが、言語の著しい遅れや、知的な遅れが見られない。時には偏りはあるものの特異なひらめき、能力を見せる事もある。

- ② 注意欠陥／多動性障害

(attention-deficit/hyperactivity disorder)

この障害は本来2つの障害が結びついたもので、特徴の全18項目の中、注意欠陥症状で6項目以上、多動一衝動症状で6項目以上が6ヶ月以上持続する事で決まる。

この特徴を持つ児童の中に年齢を重ねていくと、行為障害 (conduct disorder) に移行する例も有りフォローが大切となる。

- ③ 精神遅滞 (mental retardation)

知能指数 (I.Q) が70未満、適応行動の水準が明らかに低い、及び18歳未満に生じるの3項目からなる。

本稿では、おおまかにこれら③精神遅滞の診断を専門病院等で受けた幼児を障害児保育として実施している保育所での職員研修会や継続事例検討会での幼児の発達変化にともなうコンサルテーションの現状ついてまとめてみた。

3 本論文が立脚する理論背景の1つの社会的発達尺度の再考

知的発達とともに、成人の境界例人格障

害の芽は幼児期にその母子関係にも成因を考える必要性を多くの論文が説いている。幼児の母子関係が希薄であったり、基本的信頼感 (basic trust) が不完全な場合は同年令児との関係が上手く持てないとの研究も多い。

筆者は社会性発達尺度 (『保育大学校研究紀要』第17号, 1997年) をかわきりに提唱を続けているが人格形成の一側面として精神分析的視点に重きを置いている。確認の意味で精神分析学視点からの発達理論について、各研究者の歴史的な流れを掲げておきたい。さらに、事例検討会におけるコメントはその流れを参考としていることを、ことわっておきたい。

① M.S. マーラー

乳幼児が母子一体の未分化な状態から個人として自立していく「分離・個体化過程」は生後30ヶ月から36ヶ月の間に達成される。大体3歳までの期間である。マーラーはこの期間を以下のように3段階に分けている。

- (1) 正常な自閉期 (生後3ヶ月)
- (2) 正常な共生期 (生後3~18ヶ月)
- (3) 正常な分離・個体化期 (生後18ヶ月~36ヶ月)

(1) の自閉期では、乳児の自己と世界が一体となっており区別がない。これが (2) の共生期になると乳児は母親を自分の欲求を満たしてくれる対象としてぼんやり知覚するようになる。この共生期は発達上きわめて重要な時期である。(3) の分離・個体化時期も共生期と同じくらい重要な時期とされる。この時期は歩行が獲得されるが、心の発達が進む。子どもは2歳頃から母親と離れて行動する事が増え、独立性を楽し

む事ができるようになる。

自律して行動出来るようになると、幼児はあちこち歩き回り、様々な発見をする事に夢中になる。しかし、ふたたび幼児は母親の側に寄ってくる時期があり、マーラーはこの時期を特に「再接近 (ラプロッシュマン) 期」と名付け生後15ヶ月から22ヶ月の間に起こるとしている。「再接近 (ラプロッシュマン) 期」は幼児が母親の元から遠ざかったり戻ったりしながら一個人として自我を育てていく。これは共生期に母親が補ってくれた能力を自分のものとして取り入れる過程でもある。具体的には、自己の内部と外部を区別する自我境界、現実知覚の改善、欲求不満耐性、衝動のコントロールなどの能力である。

② J.F. マスターソン

最初の対人関係である母子関係は、素朴で単純なものである。そこには「良い関係」と「悪い関係」の2種類しかない。「良い関係」にある時の母親は、愛情に満ちたまなざしで甘えしがみついて来る子どもを見つめ、優しく母乳を与える。「悪い関係」の時母親は、子どもに対して怒りと拒否の態度をあらわにし、子どもはそんな母親に激しく抵抗する。この状態は子どもにとって母親が2人いるようなものである。正常な発達の中では、この母親の2つのイメージは1つにまとまって統合されていく。自己イメージについても同様である。この統合され安定したイメージこそが、対象恒常性である。そして、境界例人格ではこのイメージの統合が十分出来ていないとされる。自己や対象のイメージが分裂を起こしやすいことが境界例の不安定さの原因となる。そしてひとたび「見捨てられ抑鬱」を感じると、自分を守るために暴力等の激し

い行動化が生ずる。保育所での子どもの他児に対する乱暴さはすでにほう芽が見られるという見地である。

③ O.F.カーンバーグ

マスターソンと同様にマーラーの発達理論を応用したものである。彼もまた「再接近期」の発達障害を重視する。しかしこの障害から生じてくる病理に関しては、M.クラインの理論を導入することで、マスターソンとは異なった「人格構造」の概念を提出した。カーンバーグは分裂によって生じてくる病理構造を、一層複雑かつ精密に描きだしている。境界例の自我では現実の対象は「すべて善」か「すべて悪」として統合されないまま内在化される。自他の区別が十分に発達していないために、対象が十分な満足や保護を与えてくれない場合はやはり極端な過小評価が起こる。カーンバーグは境界例の発達障害の原因として遺伝的な素因を重視する。とくに不安耐性の欠如、攻撃衝動の強さは体質的に規定されるとしている。治療としては未熟で原始的な防衛機制を、より成熟した防衛機制に発達させることが1つの目標ともなる。

④ H.コフート

自己愛性人格障害の治療論を初めて提唱した。コフートはマーラーのように時系列的な発達段階をあまり明確には設定しない。彼は人の一生を自己愛の成熟過程としてとらえている。自己の発達に際して重要なのは「自己—対象」との関係である。「自己—対象」とは、自己の一部として感じられるような対象のことである。乳児にとっては母親が最初の重要な「自己—対象」となる。自己は様々な「自己—対象」との関係を通じて新たな能力を取り込んでいく。この取込みの過程は「変容性内在化」と呼

ばれる。コフートによれば、母親が新生児を見つめ接触を持った瞬間から自己の発達が始まる。最初の段階は「実質上の自己」期と呼ばれ、ついで「中核自己」期、「融和した自己」期へと発展していく。「実質上の自己」は「自己—対象」である母親との交流を通じて次第に次の段階である「中核自己」の構造をつくりあげていく。「中核自己」の構造は磁石のような2極構造である。コフートは自己が発達するために必要な3種類の「自己—対象」関係を考えた。これが「鏡自己—対象」「理想化自己—対象」「双児自己—対象」である。「鏡自己—対象」関係は「何でも出来るすごい僕」といった誇大な自己を受け入れ、ほめてくれる母親との関係である。これは中核自己の1つの極になる。「理想化自己—対象」関係はスーパーマンのように理想化された親のイメージとの関係である。この関係を通じて人生における理想を志向する「中核自己」のもう1つの極が生まれる。「双児自己—対象」関係は自分と他人は同じ人間であるという同胞意識に近いものである。

この関係が中核自己の2つの極（野心と理想）の間に生ずる緊張によって活性化される才能や技術などの執行機能を発達させる。幼児期のこうした発達過程を一貫して支えるのが母親の共感的対応である。母親が十分に共感的なあり方で寄り添っていかなければ共感不全によって子どもの心に欠損が残ることになる。こうした欠損が早期の発達を障害すれば人格の病理に結びつく。しかしコフートは人の自己愛は一生を通じて成熟し続けるものと考えていた。従ってこのような欠損は母親以外の「自己—対象（父親、治療者等）」によっても修復することが可能になるのである。

⑤ M. バリント

精神障害の治療を研究したバリントは「基底欠損領域」なる概念を用いる。ただしバリントはあくまでも仮説にすぎないというただし書きはつけられている。バリントは「心の3領域」として「エディプス領域」「基底欠損領域」「創造領域」を定める。エディプス領域では周知のように母親をめぐる父と子が三角関係に置かれ、三者関係の葛藤がある。これが神経症の源であり成人心理や成人言語が通用する領域である。「基底欠損領域」は基本的には二者関係である。母子一体の共生関係を思い浮かべればよい。これが一次愛的調和関係であり、調和的相互浸透の混然体とも言われる。この関係に障害がおこることがすなわち「基底欠損」である。この二者関係は一種独特で欲求の満足と不満足に対する反応の落差が大きい。言語コミュニケーション能力を持つ人であっても、退行をおこしこの基底欠損水準までに至ると言語が通用しにくくなり、言語的治療は困難になる。「創造領域」は対象の存在しない一人関係の領域とされ、人の様々な創造行為はここに起源を持つとされる。バリントは、まず一次愛とその失調形態としての基底欠損水準が共存しこれから分化してエディプス水準が、また単純化によって創造水準が生ずるとしている。基底欠損は空虚さの感情、実際に欠損した感じとして訴えられることが多い。治療者が目指すものは「船を浮かべる水、鳥を支える空気、様々なものを支える大地」のような存在であることが望ましいとされる。

これまで掲げた研究者以外にも、有名なウニコット、ポールビイ、スターン等があげられるが本稿では割愛した。

4 保育所においてコンサルテーションを行った事例検討会について各所の様子

どの会場も目的、回数メンバー数は殆ど変わらない

① メンバー

市内保育所保育士および通園施設保育士計20名

② 回数 年間4回

時間 1回 4時間

③ 目的

保育所で集団不適応児、および園児は健全であるが、意思疎通に困難を感じる親、(ここに境界例：人格障害、あるいは疑わしいと診断されたり知的障害者とみなされた保護者が多い)の対応方法

検討会は1回の検討、意見交換で終えるのではなく2~3ヶ月後どのように変化したのか、それは良い経過か、望ましくないのかという観点をベースに継続する事をメンバーの約束として取り決めた。検討会も時間や、内容、参加者の意欲、効果の満足度等各種の基準や制約もあり、県内4ヶ所で実施の運びとなった。どこも市や町の行政の係の承認のもとに行われている。当初は珍しさも有り、自由参加とはいえ研修室に入りきれない程集まったが、様々な理由のもとに比較的意見の出しやすい20名程の人数に落ち着いた。

さらに開催時間が、園児が降園後の条件から学ぶ意欲のあるメンバーに固定されてきた。回を重ねるに従い多くの意見が出されるようになり、整理やまとめが終了できない事態も生じたことがあった。筆者が現職につく以前より、すなわち既に20年

以上かかわりを続けている会場もあるが、本稿ではここ3年間における検討事例を紹介し、偶然性もあろうが、コメントと保育所の園長が中心となり担当保育士の実践が比較的効果を奏したものについて報告したい。

事例1では園児を対象としたものを、事例2では最初は子どもが対象であったが次第に保護者対応となったものを取りあげてみた。

なお、この2事例は4ヶ所の会場の提出された総ての事例の中、内容が比較的似ている典型事例の2例である。

事例1

第1回検討会

主 訴 相手構わず直ぐに嘔む
対象児 年齢 2歳6ヶ月 女子
家族構成
父 会社員
母 家事専業 保育士の資格所持
弟 6ヶ月

一本児の様子一

2歳になり保育所に入所。入所当初は何の問題もなかったが、入所3ヶ月後嘔みつき行動が出始めた。特定の男の子に集中する時もあるが、担任にも時々嘔みつき、ともかく他児には嘔みつかないよう気を付けているが、わずかな時間に発作的に嘔みつきしている。

知的な遅れは見られず言葉もよくでている。子どもと遊ぶより担任と一緒にいたいようだ。少し視線が合い難いような気がするとの提出者からの本児に対する印象がのべられた。母親にはこの状況は知らせたが、家では全く見られないとのこと。

参加者からの質問（以下Qと記す）と回

答（以下Aと記す）

Q1 落ち着きのなさはどうか

A 活発だが、紙芝居、給食時はきちんと座っておれる。しかし突然隣の子を嘔む。

Q2 嘔んだ時はどのような対処をしているのか。

A ともかく引き離す。「嘔んだらダメよ」と注意する。「せんせいを嘔みなさい」と言って方向を保育士に向けさせる。その時本児は強く嘔まない。

Q3 嘔まれた子への対処はどのようにしているのか。

A 「痛かったよね。ごめんねー」と担任が謝る。

Q4 嘔まれた子の保護者へはどのように伝えているのか。

A 母親が常識のある方なので、保育園に来てもらい、嘔まれた子の保護者に謝られている。特定の男の子とは家も近く、入園前からつき合いがあった。

提出した保育所以外の保育所でも同じような嘔む幼児が増加したことが明らかになり、親の子育てに問題が有るのではないかと議論が加熱した。

(コメント)

視線が合いにくい点が少し気になるので、1歳6ヶ月健診時の様子を保健師に聞いてみることに。

下に弟がうまれたことで愛情欠乏を本児が感じているのか否か。感じているから良くないと言う事ではなく、姉弟関係の構築の一プロセスとしてみるなら、我慢する耐性をつくる学習のはげ口として一時的に嘔むという行動が出ているのかも知れない。新しい家族関係を築くための試練とも考えられる。とはいえこのまま静観していれば

よい訳ではない。

対症療法的だが次の3つの方法を提示した。

- ① 保育士全員が手袋をはめ、本児が嘔みそうになったらすぐ手袋を本児の口元に持っていく。
- ② スルメのような歯ごたえのあるものを持たせる。嘔みたくなったらこれを嘔む事を何度も伝える。
- ③ 本児の気に入ったぬいぐるみやハンカチ等を首にかける、あるいは園服に縫い付ける。嘔み付き行動が出そうな時注意をそこに持っていく。

第2回検討会

嘔み付き行動のその後の経過が報告された。保健師に問い合わせたところ「言葉の遅れ」が指摘されていた。視線も合わない」と記入されていた。次回3歳児健診で経過を見る予定との事。

保護者のその後の面談では家では食べ物の好き嫌いがかなりある事実が話された。遊びにこだわりがあり、絶対に誰にも貸さない、一見がらくたにみえる玩具があることが母親は理解出来ないと保育士に伝えたとのことであった。検討会の開始前筆者は本児に会った。事前に保育士が母親の了解が得られたことのもとに会う事とした。（本児の様子）

色白、身長が大きく整った目鼻立ち。名前を呼んでもすぐには振り向かない。男性を苦手とすると担任から事前に聞いている。話し方に特徴が有り、イントネーションが少しずれる。広汎性発達障害を思わせるが知的にはノーマルではないかと思うけられるが、専門医の診断に委ねたいと保育所の園長に伝えた。

嘔みつきへの対処は最初手袋で職員全員

が試したが、2週間やってもならん変化は見られなかった。芋切り干しにした。2、3日効果は見られたが、じきに飽きてしまった。最後に大好きな布きれを母親に園服にぬいつけてもらい、嘔みそうな時それを嘔むように仕向けたら大切なものと思うのか嘔まなく、それがきっかけで他児を嘔む事もかなり減った。歯形もつかないし加減できるようになった。しかし今度は指吸いが始まっていた。他者に向う攻撃性が自己に向い始めたゆえ、これをどのようにするかが今回の課題となった。家庭では弟に対して嫉妬する言動が見られるようになったとの母親の報告がある。弟を膝に抱いていると本児が、割り込んで来る事や、ミルクを与えていると自分も欲しがるとの事である。

（コメント）

対人関係で他者を意識しにくい本児には、弟と親の取り合いをすることは社会性の発達面から見て、良い徴候であろう。指吸いは一時的な代償行為として、見て見ぬふりをする事。

第3回検討会

診断については、母親の了解のもとに担当保育士も同行し「あいち小児保健医療（総合）センター」（以後センターと略す）で受けたとのこと。広汎性発達障害の特徴があることが指摘された。このまま保育所での通園と、時々センターへ診察のために来院するように指導された。母親は診察を受けて知的な遅れのない事に安心したようだった。指吸いは1ヶ月後にほぼ消失した。母親が本児と二人だけになれる時間を作ったとのことだった。だが視線はやはり合いくく、嘔みつきはなくなったが保育室の中で時々ふらふらと歩き回る行動が見られ

るようになった。ボーとしている事も見られ、矛盾する様子に保育士も戸惑うことがあった。家庭では弟に少し関心が出てきたようだ。

(コメント)

小発作あるいは精神発作症状も有り得るので次のセンター診察に相談するように伝える。

第4回検討会

センターで「ボーとしている」様子を話したら脳波検査となった。結果は少し通常の波と形の違う部分も見られるが、低年齢ゆえに判断は難しいとの所見だった。脳波を受ける時は、薬が効いたのかおとなしくしていた。言葉がかなり増えイントネーションも多少気にかかるが会話は出来る。だが、時々独り言が目立ち自分の世界に埋没しているようだ。紙芝居に集中するようになった。ボーとしていることは減少したが時々「はっ」と驚くような動作が見られる。1年前に比較すればかなり保育園では目立たなくなってきた。

(コメント)

保育所と保護者、関係機関の連携がうまく出来たとと言える。保育士の時期に合った対応が良いケース展開をさせた。現在の状態を維持して行く事が望まれた。

事例2

(初回)

主訴 他児に体当たりをしたり、叩いたりする。担任が注意しても、笑っている。反省する様子が見られない。運動能力は良く、かけっこをさせると必ず一番になる。しかしその時遅い子を見つけ徹底的に殴ろうとする。

保護者は非協力的で乳児保育から受け入

れているにもかかわらず不満、非難をすぐ役所に連絡する。

対象児 年齢 4歳3ヶ月 男子

及び保護者

家族構成

父 会社員

母 病院受付事務：看護師の資格有

父方祖父 会社員

父方祖母 喫茶店経営

弟 3歳 同じ保育所に通園

一本児の様子一

乳児の頃(生後6ヶ月)から保育所であずかっている。母親は仕事が忙しいと言う理由の元に、朝一番に連れてきて夕方は最後に迎えに来る。祖母は厳しい人で、保育所によく苦情を訴えられ、園長が対応をしている。母親の笑った顔を見た事がない。本児が作った作品も土でできた『ピカピカ光る泥だんご』をみて「そんな汚いもの家に持って帰らないの」と吐き捨てるように子どもに言い、靴箱の上にだんごをおいて、本児をグイグイ引っ張って帰っていく。このような光景がよく見られた。

台風の日『父親が休みだから、父親がゆっくり出来ないの子どもを保育所へ残してほしい』と申し出があり受けることになった。他の子どもは、全員親が迎えに来てこの兄弟2人のみが在園した。母親は病院での受付態度は良く、真面目で、職員からもたよりにされており、保育所でみせる姿とは別人のように感じると保育士の母親に対する印象が話された。一方本児は文字が読めることや数計算が得意な事から推し量るに知的には高いと言えよう。徒競走で常に1位ゆえ運動能力も良い。しかし紙おむつは3歳になっても外せなかった。家族はおむつをとるのは保育所の役割と言い、

非協力的であった。偏食は多く、嫌いなものはところ構わず保育室のあちこちに吐いていた。家では箸を上手にを使って食事をするが、保育所では箸を他児の背中に突き刺そうとするので与えていない。安全のためにほとんどスプーンを与えているが手掴みも多い。保護者に保育所では箸で他児を突く事を伝えると、祖母が『担任保育士の対応の仕方が悪いのではないか』と批判してきた。他児の保護者から、『本児に怪我をさせられた』『本児が虐めるので、保育所にいきたくないと泣いている』等、市・町役所に直接投書や電話が入り、行政課より園長に状況調査が行われた。これらの課題を持ち検討会に提出された。本事例も、観察が必要と判断し、専門機関との連携を提案したが、祖母や母親とは既に専門機関へ足を運ばれており告げたとこ激怒されうまく運べなかったとのことであった。一度観察に行くこととした。

第2回検討会

検討会の前、本児の様子を観察する時間を設定する。本児の姿（4歳児：年中児）をつかむことが目的ではあるが、本児が注目されていることが保護者から気付かれないような接近方法でクラスの集団活動を観ながら判断を試みた。しかし意図に反し廊下で見ていた筆者に本児が近寄り、挑戦的かつ攻撃的な汚言を執拗に吐露した。担任の説明では本児の自己判断で自分より弱い、（その要素としては、おとなしい、優しい、気弱な外見、年寄り、低年齢児）相手には、このような乱暴な言葉を浴びせるとのことであった。個別対応が今回の趣旨ではないゆえ、2、3のあいさつを返し、会話は交わさなかった。給食が始まり、本児は自分の席へ戻り食べ始めた。嫌いな食べ物は吐

くことはしないが、自他区別なく机のあちこちに手で潰し、塗り付ける行動がみられた。担任が注意すると一度はやめるが、すぐにくり返す。笑いながら続けている。席に座っている時間は2～3分程で、保育室のあちらこちらを歩き回る。その時も冷たい印象の笑い顔である。

第3回検討会

前回以後の本児の様子のご報告あり。

他児を叩く、蹴るなどの行動は変化がない。他児には相手にしないように伝えている。怪我をされるのが一番心配なので、この方法しか取れない。他児の母親が集団で、母親に迫ったので、保護者の1人である祖母には少し本児のいたずらが度を超していると理解してもらえるようになった。しかし母親は男の子ならこの程度強くなければ世の中渡っていけないと開き直っている。母親は仕事に逃げ、子育てを放棄しているように思える。

このような母親にどのように支援していけばよいのか。

参加者からの質問

Q 父親はこのことをどのようにとらえているのか。

A 自分も小さい時、ガキ大将だったから、問題としていないと言われた。今の子どもは弱すぎると批判された。

Q 保育士1人担当では難しいのではないのか。

A そう思うが財政上職員の増員は難しいと役所から言われた。

Q 登園を嫌がった子はその後どうなったか。

A 自宅が別の保育所と当園との中間地点にあるので、転園してもらった。そこでは、楽しく通園しているとの情報を

得ている。

Q 子育ての不味さによる事例ではないのか。性格の問題はないのか。

A コメンテーターに答えていただきたい。

参加者の内7ヶ所の保育所が同じ問題をかかえた経験があり、4ヶ所が現在継続中との事であった。

(コメント)

本児には、母親との間に絶対的な信頼感が確立していないように見受けられる。また母親には人格に二面性が見受けられる。家族の中では祖父が比較的キーパーソンに成り得るようなので一度祖父に面談してみてもどうであろう。本児の友達関係について相談したいと持ちかけてはどうか。姑一家の関係が両者の性格が似ているためか、二人が組んで保育士の批判に夢中になっている事実に気付かねばならない。

本児については受け入れるだけの姿勢ではなく、嫌われようと毅然とした姿勢も必要であろう。母親、祖母が批判する担任を本児が受け入れるとは考えにくい。

第4回検討会

その後の経過報告あり。

祖父との面談を実施した。祖父は常識のある人であった。自分の妻である祖母と嫁である本児の母の性格については、理解出来ない多くの面が述べられた。家族4人で話し合いを何度も続け本児をあるクリニックへ連れていくこととなった。祖父も同行しクリニックで母親についても相談した。

そこでは母親自身にしばらくカウンセリングが必要との診断が下された。祖父に後日に本児の父と共に来院するよう指示があった。指定された日には祖父、父親に主

治医から母親に人格障害の疑いがあると告げられた。母親が勤めている病院からも母親が時々突然患者に怒りつけ、他の職員が後を取りなしていた事実が知らされた。

—以下はクリニックからの情報—

母親は子どもが生来的に嫌いで産みたくはなかった。しかしまわりが望むのでやむをえず出産したことがカウンセリングの中で話された。夫にもこの事は話していないとのこと。だが二人目を出産した時不思議と今度の子は可愛いと思った。上の子は自分に性格がそっくりなので生理的に嫌悪感を持つという。さらに母親自身も自分の母親が家出をして自分を置き去りにした喪失体験が話された。これが、人格に歪みを起こしたとは断言できないが、なんらかの関与はあるかもしれない。

(コメント)

母親の性格が少し通常の人と異なる事実が解り、本児の行動がおぼろげながら理解出来るようになったのではないか。祖父に働きかけた接近の方法は大変うまくできたと見えよう。まだまだ道のりは長いが今後の方向が見え始めたのではないか。

5 考 察

事例1は広汎性発達障害である事が診断の結果解り、保育所の対応についてそれまでの疑問と不安が、少なからず解消されるに至った。事例2では、母親の人格障害の診断が明らかになり、極めて自己主張のみを繰り返す特徴を持つ症状であることも保育士に理解された。ここでのコンサルテーションは専門医療機関に橋渡しをする援助であった。時には子どもに会い、心理的な発達や、心の動きのメカニズムを保育士に

説明した。しかし直接親子の治療や指導にはタッチしない原則を守った。隔靴搔痒に見受けられることもあろうが、スーパービジョンとの相違を具体的に示したつもりである。保育所の担任も保護者に伝える時、自分の言葉にかみくだき借り物ではないように伝える努力をした。これが事例2の祖父を動かした力となったようだ。事例1のもととなったケースは3年間に30ケースあったがその共通事実をまとめて集約させたものである。同様に事例2の場合は6ケースを集約したものであり、6ケースがいずれも母親の人格障害（境界例）やその疑いである。もちろんキーパーソンはケースにより、夫であったり、実祖母であったりしたが概要は不思議な程酷似している。保育所が保護者とコミュニケーションが

取れないと悩む事例には、人格障害の症状を持つ保護者が多い事実も検討会で確認した。このように知識を伝えていき新しい知見を深める役目もコンサルテーションと言えよう。

まとめ

コンサルテーションの機会は今後より回数を増し、継続の密度も濃くしていく予定ではあるが、主体は保育所の担当者であり、コンサルテーションはあくまでも子どもの発達保障および家族関係の再構築をするための支援の補助的役割であることに徹すべきである。そしていずれもの保育所が、家庭支援に専門家としての技量を培うことを期待したい。

参考文献

- 1 「スーパービジョン・コンサルテーション実践のすすめ」深澤道子・江幡玲子編集『現代のエスプリ』395号
- 2 「精神神経疾患の状態像と鑑別診断」『臨床精神医学』1997年増刊号
- 3 American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition
- 4 「境界例の発達精神病理学」齊藤 環『こころの科学』62号 pp. 65-71