

吃音症状を有する視覚障害児の自立活動における指導

—専門機関との連携による成果と今後の課題—

肥 後 祥 治 [鹿児島大学教育学系 (障害児教育)]

長 友 綾 子 [鹿児島大学教育学部]

A Case Study on Teaching a Child with Visual Impairment and Stuttering in Class Setting through Independent Activity (Jiritu Katudo): Results and Tasks of Cooperation between Special Schools and Specialized Agencies

HIGO Shoji · NAGATOMO Ayako

キーワード：視覚障害、吃音、自立活動、専門機関との連携

I. 問題と目的

特別支援学校は、日本の教育システムの中で最も特別支援教育の専門性が高い機関と位置づけられているが、在籍する児童生徒の状態像の重複化、重度化、多様化は進んでおり、それらへの対応は、特別支援学校の教師の自己研鑽の努力のみでは限界があるものと考えられる。この現状の解決を模索しようとする時、学習指導要領の自立活動の「指導計画の作成と内容の取り扱い」の項に「必要に応じて専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めるなどして適切な指導ができるようにするものとする」と記されていることを認識することは、重要であろう。また平成20年から2年間にわたり文部科学省は、「PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）等の外部専門家を活用した指導方法等の改善に関する実践研究事業」を展開してきた経緯もある。今後、このように特別支援学校の教師の専門性を補うための外部専門機関との協働による実践が増えてくるものと思われる一方で、特別支援学校側としては、そのような連携・協働による実践にどのような利点と問題点があるのか検討する機会をもたない状態での導入には躊躇しがちなことも理解できることである。また、外部専門機関側の立場からも同様のことが言える。新しい動きを方向づけるには、実際に連携・協働の経験を積むことが双方にとって重要なことである。

そこで本研究では、子どもの状態像が教師の専門領域からずれている事例に対して外部機関とて学校に入り込み、実際の自立活動の授業における支援をすることを通して、その成果や意義と問題点を検討することを目的とした。

II. 方法

1. 対象児

視覚障害を理由にB特別支援学校在籍する小学部4年の女兒A(以下A児とする)。1歳半の時に言葉を発し始め、3歳の時に吃が始まる。主に、最初の音を繰り返す“繰り返し”の症状が頻繁に見られた。そして、成長するにつれて言葉が出にくくなり、本人も吃を自覚し始め、「しゃべるのが遅いから」と言う姿も時々見られるようになる。また、吃の症状が現れる時と現れない時の波が激しいと周囲は認識をしていた。友人と遊んでいる時(特にかくれんぼ)は、腹の底から声が出ているが、授業中の音読や質問されるなどの改まった場面においては、初発の語が詰

まり、声が出なくなるなどの症状が見られる。性格は、人なつこく、読書が好きな児童（弱視のため拡大鏡等を使用）である。

対象児は、B特別支援学校に第一著者が外部研修講師として授業研究に招請された際、指導のニーズがあるにもかかわらずその部分への支援が学校においては具体的なレベルで明確になっていない、あるいは指導に戸惑っていると第一著者が思った複数の児童の中から、研究目的で授業を専門的な立場から支援することを担任教師とその保護者が許可してくれた児童の中から選ばれた。

2. 手続き

1) 初回アセスメント

A児の標的行動を言語の非流暢性（吃）に設定し、指導方針を決定するためのアセスメントを学校の授業観察を通しておこなった。A児の吃音の状態や、吃音の症状がひどくなる場面の把握や吃音症状が現れている際の随伴症状や呼吸の仕方などを観察した。また、指導に援用可能なA児自身のもつリソースについても観察をおこなった。

2) 指導手続き1（歩行時の呼吸調整及び有声音表出訓練）

歩行に随伴した呼吸行動の調整と有声音表出訓練をおこなった。具体的には歩行時に歩くリズムにそれぞれ吸気（吸う息）と呼気（吐く息）を対応させる活動をおこなった。呼吸調整と有声音表出訓練の指導段階を図1で示した。

第1フェイズとして2歩での吸気と2歩での呼気及び「フー」の有声音の発声を指導した。その後3歩の吸気と3歩の呼気及び「フー」の有声音の発声（第2フェイズ）、さらに4歩の吸気と4歩の呼気及び「フー」の有声音の発声（第3フェイズ）の指導を行った。

1セッション（訓練単位：sec）は、呼気をおこなうことが1往復で20回となるように、学校の廊下で歩きながらおこなった（第1～3フェイズとも共通）。その中で、呼気を行う際に有声音が観察されるかを記録用紙に記入し、有声音表出回数の変化を追跡した。達成基準は、少なくとも2セッション連続100%達成できた際に、次の段階へ移ることとした。なお、この有声音表出訓練は、対象児と指導者が手をつないで並んでおこない1往復終えた時点で指導者が、A児の取り組みを言語賞賛した（一生懸命できたこと、「フー」と音がでたこと）。

歩行に随伴した呼吸および発声の訓練を行うことは、歩行と呼吸のリズムを合わせることに意識が向くことで発声時の緊張や不安が緩和され、無理なく自然な発声が可能になるのではないかと考えた。また、有声音をだせるようになったことを強化することで、徐々に発声することに対する不安が取り除かれ、自信も出てくるのではないかと考えた。また、歩行という比較のリズミカルな行動に呼吸をあわせていくことは、不規則になりがちな吃音児の呼吸をよりリズミカルなものに転換する適切な行動モデルになり得ると考えた。そして、第1フェイズから第3フェイズに展開していく中でより長い呼気に有声音を乗せるようになることは、実際の会話においても重要な基礎になると思われた。

3) 指導手続き2（姿勢調整としてのリラクゼーション）

A児の立位姿勢は、猫背がみ（肩の内転）で肩が上がり、上体に力みの入った様子が見られた。また、頭がやや前方に突き出ている姿勢の特徴が見られた。そのため、以下の二つの方法で、対象児の姿勢調整をおこなった。この指導は、指導手続き1を行った後に行った。これは、歩行しながら呼吸することにより、全身における体の緊張を低下させ、より姿勢に関する学習をおこないやすくするためであった。

第1フェイズ；2歩での吸気・呼気

歩行	1歩目	2歩目	3歩目	4歩目
呼吸	吸気	吸気	呼気「フゥー」	

行き10回+帰り10回=計20回（1往復，セッション：sec）

（第2、第3フェイズも同様）

第2フェイズ；3歩での吸気・呼気

歩行	1歩目	2歩目	3歩目	4歩目	5歩目	6歩目
呼吸	吸気	吸気	吸気	呼気「フゥー——」		

第3フェイズ；4歩での吸気・呼気

歩行	1歩目	2歩目	3歩目	4歩目	5歩目	6歩目	7歩目	8歩目
呼吸	吸気	吸気	吸気	吸気	呼気「フゥー————」			

図1 呼吸調整と有声音表出訓練の段階的指導

(1) 不用な緊張の伴わない立位姿勢の指導

立位の姿勢の足を肩幅程度に開いた状態で、指導者が対象児の肩をほぐし（両肩に指導者の両手の掌を当て、軽くもんで弛緩を促す）、肩に入った力みを除く（両肩の掌上と弛緩）。次に、腹部に力を入れるよう指導し、対象児の上体を前後左右に揺らしたり押ししたりしてもバランスを崩さないよう、立位の姿勢を保たせる。こうすることで、腹部や足など、下半身に意識して力を入れることで、上体の力みを取り、体の重心を安定させる効果をおねらった。次に、自分の足元が見えるくらいまで頭を下げ、その後膝を軽く曲げる。下に向けた頭は指導者が固定しておき、その状態で、曲げた膝を真っすぐ伸ばし、元の立位の姿勢に戻す。そして、頭もゆっくりと真っすぐの状態に戻す。これを1回の指導において3回行う。この手続きにより首の後背部の緊張を緩め、猫背で顎を突き出すような姿勢から、背筋、頭が垂直線上に並ぶような姿勢を維持できることをめざした。

(2) あぐら座位での指導

指導者は、あぐら座位の姿勢をとった対象児の後ろに座り、膝を対象児の背中の腰の上の辺りに当て、対象児の上体をゆっくりと後ろに反らせる方向に誘導する。その際、頭が後屈しないように、指導者が手で首を補助する。また、頭が後屈方向に緊張するようであれば、体を反らすことを止め、首の緊張が緩むまで待ち、弛緩したら再び体を反らす方向へ誘導した。背筋がピンと伸びるくらい上体を反らしたら、ゆっくりと体を前に倒し、元のあぐら座位の状態に戻す。これを1回の指導で3回行う。

次に、あぐら座位のまま、片手を頭の上までゆっくりと上げさせ、ゆっくりと下ろす。その時、背筋が真っすぐ伸びるように背中を支えておくようにする。これを、右手・左手それぞれ3回ずつ行う。こうすることで、上体の緊張した筋肉を緩める効果が見込まれる。また、曲がっている背中を伸ばし、うつむいている頭を上げさせることで、腹部に力が入りやすく、大きな声で明瞭な発音がしやすい姿勢を作る効果が見込まれる。

このように、姿勢を正すことにより、気持ちも前向きになり、多少なりとも声を出す際の不安が減少する効果も期待しておこなわれた。

4) 非流暢性のアセスメント

A児の非流暢性の状態を評価するために「ジャックと豆の木」の音読の様子を2回にわたって評価した(10月12日と11月30日)。音読で使用する「ジャックと豆の木」の資料は、資料1に示した(実際にA児が使用したのものには、数字と「/」は入っていない)。

2回のアセスメントでは、①教師の音声モデル提示後のA児による音読(復唱)、②A児一人での音読をそれぞれ1回ずつ行った。まず①教師の音声モデル提示後のA児による音読(復唱)では、教師が先に文章の区切りごとに一単語ずつ読み(音声モデル提示)、それに続けてA児に文を読むように指示した。音読で使用する「ジャックと豆の木」は、計23個の単位に区切った。次に、②対象生徒一人で音読を行った。音読をする際は、姿勢を正し、頭が下がらないようにするため、対象児の目の前に小黒板を立て、そこに「ジャックと豆の木」の音読プリントを貼った状態で、音読をしてもらった。

アセスメントの場面は、ビデオ録画をおこない後日分析をおこなった。非流暢性の測度としては、先の2つの場面での発語までの所要時間(潜時)を用いた(23の発語単位ごとに)。各発語単位の発語までにかかる時間の計測は、復唱の場合、教師が音読単語の発声を行った直後から、対象児がその音読単語の語頭音の発声を行った時までを計測することとした。一人での音読の際は、指導者の、音読を促す合図が終わってから、対象児が一つ目の音読単語の語頭音の発声を行った時までを計測することとし、その後の計測は、音読単語の発声が終わり、次の音読単語の語頭音の発声を行った時までを計測することとした。それぞれ計23の音読単語の発語までにかかる時間を計測した。

5) 指導期間および指導体制

指導期間(情報収集面接やアセスメント期間を含む)はX年9月下旬から12月初旬までであった。この指導に実施に際しては、保護者及び担任教師、学校管理者の許可のもとに実施された。また、指導はA児の自立活動に時間の一部の時間をつかって実施され(原則として週1回、ただし学校行事がある場合は中止)、指導内容は、担任教師に説明し、許可を得たのちに実施された。指導手続き1～2は、2人の指導者がおこない、非流暢性のアセスメントは、担任教師に協力を依頼した。

Ⅲ 結果

1. 初回アセスメントの結果

観察結果を「非流暢性に関連した情報」と「A児の利用可能なリソース」に整理すると以下の通りであった。(非流暢性に関連した情報)

- ① 主な吃音症状は、ブロックであった。改めて質問された時や、授業中の音読などの緊張場面において、語頭音が出てこなかったり、言葉が詰まったりする様子が観察された。
- ② 音読の際は、途中で言葉が詰まり、次の言葉が出てくるまでに数十秒ほど時間がかかっていた(ブロック症状)。しかし、教師と一緒に音読する際には、スムーズに音読することができていた。このことから、対象児は一人で発言する場面でより緊張し、吃音の症状の出現率も、それに伴い高くなるのだろうと感じた。
- ③ 声は、かすれて弱々しいという印象であった。
- ④ ブロック症状の際は、顔が緊張してこわばった様子で、小刻みに息を吸ったり、首を縦に振ったりするなどの随伴症状が観察された。

- ⑤ 言葉を発する際には、高い頻度で、最初に「えーと」という言葉の挿入が見られた。
- ⑥ 声を出す際は、猫背ぎみの姿勢になり、頭もやや下に向いており、顎をやや前に突き出すような姿勢であり、発声がしづらいついような印象を受けた。
- ⑦ 発声の際は呼吸が浅く、呼吸のリズムが乱れている様子が見られた。
- ⑧ 発語直前に、不自然に息を吸う動作（息継ぎ）が生じ、呼吸が乱れている様子が観察された。その際、浅い呼吸を何度も繰り返している様子も見られた。
- ⑨ 体は全体的に緊張気味で肩の拳上や猫背で顎を突き出したような姿勢である。

(A児の利用可能なリソース)

- ① 話したいことがある時は、教師の肩をたたいて呼ぶ様子が観察された。
- ② 対象児は、こちらが話しかけると、言葉は詰まるものの、笑顔で言葉を返してくれた。
- ③ 体は全体的に緊張気味であるが、移動は、一人での歩行が可能である。

2. 歩行時の呼吸調整及び有声音表出訓練における有声音表出回数の推移

歩行時の呼吸調整及び有声音表出訓練における有声音表出回数の推移を、下の図2に示した。

第1フェーズ（2歩での吸気・呼気）では sec3-4 で達成基準（20回を2回以上）を第2フェーズ（3歩での吸気・呼気）では sec10-12 において基準達成、第3フェーズ（4歩での吸気・呼気）では、4回のセッションすべてにおいて20回の有声音発声が確認された。

3. 非流暢性への評価（「ジャックと豆の木」の音読）

1) 復唱後の対象児一人での音読それぞれの、音読全体にかかった時間

「ジャックと豆の木」をもちいて非流暢性の評価をおこなった。

復唱による音読にかかった時間は、第1回目（10月12日）の復唱が6分48秒、第2回目（11月30日）が4分21秒であり、36%の減少が見られた。また、対象児一人での音読にかかった時間は、第1回目（10月12日）が11分25秒、第2回目（11月30日）が5分48秒であり、49%の減少が見られた。

2) 「ジャックと豆の木」の音読における単語ごとの発語までの潜時

「ジャックと豆の木」の計23個の音読単位それぞれの、発語までにかかる時間の推移を、教師の音声モデル提示のA児による音読（復唱）とA児一人での音読に分けて、それぞれ図3と図4に示した。

図3の教師の音声モデル提示のA児による音読（復唱）時における発語までの潜時のグラフを見ると、訓練開始日に行った1回目（10月12日）の音読よりも、2回目（11月30日）におこなった音読の方が発語までにかかる潜時がより短くなっていることがわかる。計23個の単語の中で、19個の単語において、発語にかかる時間が短縮される結果が得られた。しかし、⑥と⑩の単語においては、1回目よりも2回目の音読の方が、発語までにかかる時間が長くなる結果となった。また、⑪と⑫の単語においては、1回目・2回目の音読共に、発語までにかかる時間は変わらなかった。1回目（10/12）の復唱の音読では発語潜時の平均が16.6秒、2回目（11/30）が平均8.7秒であり、t検定により5%水準（ $p = 0.03 < 0.05$ ）で有意な差が見られた。

次に、図4の、児一人での音読における発語までの潜時のグラフを見ると、教師の音声モデル提示のA児による音読（復唱）と同じく、1回目の音読よりも2回目の音読において、潜時が短くなっていることがわかる。計23個

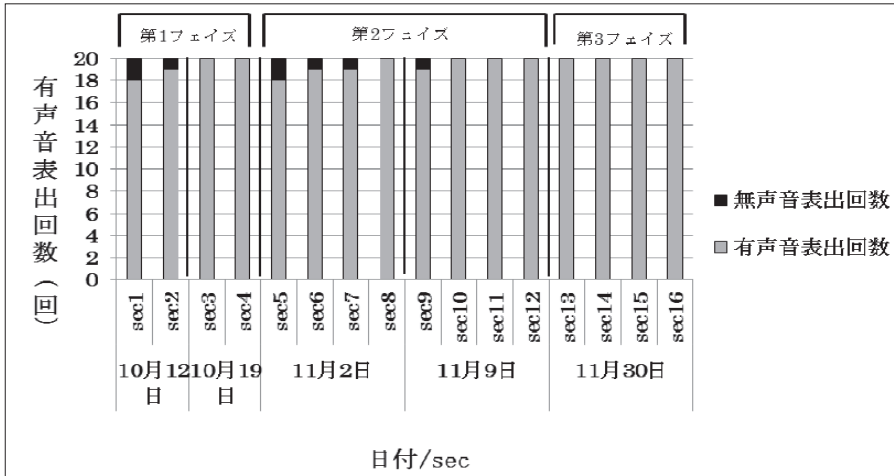


図2 有声音表出訓練における有声音表出回数の推移

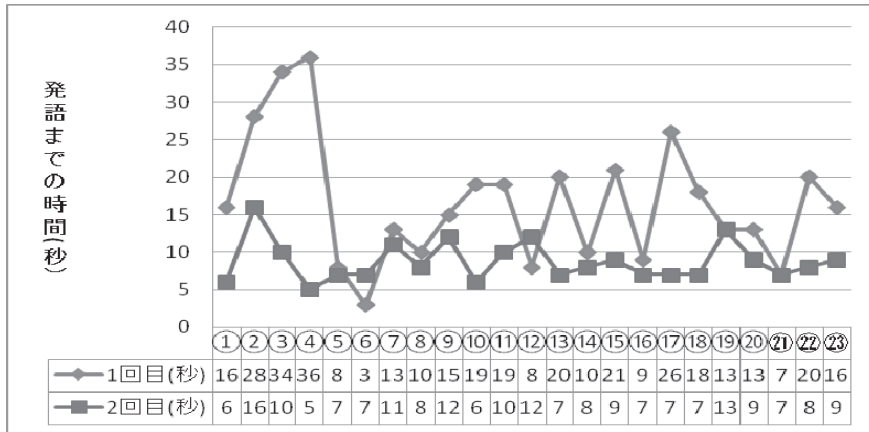


図3 復唱時における発語までの潜時

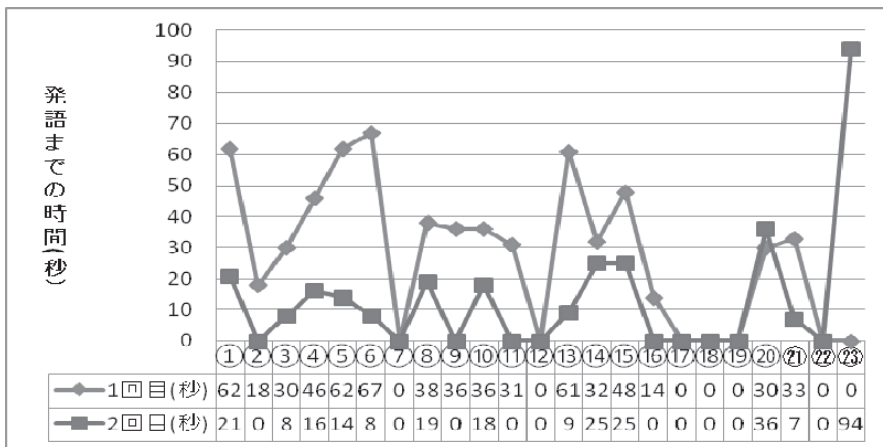


図4 A児一人での音読における発語までの潜時

の単語の中で、15個の単語において、発語までにかかる時間が短縮される結果が得られた。しかし、⑳と㉓の単語においては、1回目よりも2回目の音読の方が、発語までにかかる時間が長くなる結果となった。また、1回目の音読では、潜時0秒が7回だったものが、2回目の音読では、9回に増加していた。1回目(10/12)のA児1人での音読では潜時の平均28.0秒であり、2回目(11/30)が平均13.0秒であり、t検定により1%水準($p=0.0003<0.01$)で有意な差が見られた。

3) 立位およびあぐら座位での姿勢調整としてのリラクゼーション

立位とあぐら座位での2つの姿勢において、不要の姿勢緊張を取り除くために手続きにしたがって、リラクゼーションがおこなわれた。リラクゼーションの過程で腰や胸、肩、首回りの緊張が緩んでいくことを実感しているが指導者との言葉のやり取りでわかった。また、指導者は、指導後の立位姿勢やあぐら位での姿勢を確認しながらリラクゼーションの進み具合をその都度評価していった。

IV. 考察

1. 視覚障害者の非流暢性障害へのアプローチとしての呼吸パターンおよび姿勢の調整の意義

本研究で対象としたのは、視覚障害をもちながら吃症状を併発している児童(A児)であった。吃は、遺伝要因や環境要因、神経心理学的要因などその原因論も多岐にわたり、それゆえに指導の試みも遊戯療法(若葉, 1990)、催眠療法(堤, 1990)、行動療法(上西, 1990)、斉読法(遠藤, 1990)、系統的脱感作(遠藤, 1979)など多岐にわたってきていた。しかし、本研究での実際の指導法の立案に際しては、自立活動の授業の中で実施されること、本児に視覚障害あり、視覚手がかりを主体する取り組みが難しいこと、担任教師にも利用可能であることなどの条件を考えると、従来の方法をそのまま提供することには困難が予想された。したがって、本研究の指導方法は、初回アセスメントに行動観察の結果を手がかりに指導法が検討された。

A児の吃の症状は、3歳時から始まっており、今回の指導を開始(小学校4年生;9歳)した時点では、繰り返し、ブロック、言葉の挿入(「えーと」といった症状に加え、「しゃべるのが遅いから」といったりすることが観察され、引っ込み思案や消極性など心理的症状も顕在化しつつあること(吃の進展段階の第3~4段階)がわかった。また、行動観察から呼吸パターンの問題や言葉に流暢性に影響を与えると考えられる姿勢、首回りの過緊張といった問題もあることがわかった。A児のもつリソースとしては、読書を好んでいたこと、日常的に歩行での移動が可能であったこと、発語時に緊張しやすいものの、人に対しては何とか返事をしようとし人とづきあいの場面で誠実さが感じられる状態であったなどが挙げられた。

A児は視覚障害があることから聴覚情報に対する敏感性と情報の優先性が予測され、発語に関連する聴覚情報フィードバックによる非流暢性へのアプローチは、吃症状を悪化させる発語時の心理的緊張を増加させ、ブロックや挿入といった症状を形作る要因になっている可能性が考えられた。したがってA児の非流暢性へのアプローチにおいては、本人の吃の状態に対する注意や関心をそらし、吃が出づらい状態像の中で発声し強化をうけることが必要であると考えた。つまり、指導において焦点をあてるのは、発語自体ではなく①歩行リズムと呼吸のリズムを合わせること、②話し言葉をのせるための長い呼気をはけること(4拍)③呼気に合わせて有声音を発すること(発語ではない)、と発語する際の④立位姿勢、座位姿勢における不必要な緊張を緩める方法を学習することとした。

歩行時の呼吸調整及び有声音表出訓練(先の焦点の①~③)においては、16セッション(5日間)で当初の達

成基準を終了することができた。また、非流暢性のアセスメントの結果も1回目と2回目では音読にかかる所要時間は、約3割強(教師の音声モデル提示後のA児による音読)から5割(A児一人での音読)の減少が見られ、発語までの潜時の平均は、教師の音声モデル提示後のA児による音読では5%水準、A児一人での音読では1%水準で有意な値の減少がみられた。このことから、今回採用した呼吸パターンおよび姿勢の調整を非流暢性へのアプローチとした取り組みは、効果的であったと考えられる。

A児の行動観察にもとづき、症状の特徴、本人のもつリソースを使った指導方法のプログラムは、有効であったと考えられる。また、指導終了後、ある時期から手続き1の歩行と呼吸パターンに関する取り組みを、教室から食堂に行く時に行っていたとの報告がなされた。このことは、本児のリソースに注目し日常的な学校生活の中で取り入れうる形態の指導手続きを用いたことの有用性を示すものであると考えられる。

2. 吃症状の対応にむけた今後の指導の展開について

本研究はA児の非流暢性への指導の端緒を開くことができたが、進展段階が進んできている状況においては、さらなる継続的な指導が求められよう。指導手続き1の歩行時の呼吸調整及び有声音表出訓練は、今回の第3フェイズの呼吸パターンの中に教師と子どもの復唱あそび(例:五十音を交互にいう)を導入したり、吸気の歩数を5歩(拍)で伸ばしたのちに5歩(拍)で呼気を1度に出す段階を経て、吸気も5歩(拍)の間に1回の吸気をするパターンに変更し長い吸気と長い呼気のパターンを習得させ、その後に歩きながら会話の練習をおこなったりする取り組みは、学校における本児の非流暢性の取り組みとして有用ではないかと考えている。

今回の指導手続き2においては、実際の体を緩めた感じを味わってもらうことに重点を置いたために、指導期間内では、体の不要な緊張を自ら取り除くことができるまで指導をおこなえなかった。話し言葉の流暢性と姿勢や体の緊張は、関連性が深い。このことを考えると自らの体の緊張と精神的な緊張を自ら修正できるレベルでの指導が今後必要であると考えられる。

3. 自立活動の展開に外部専門家が関わる意義と課題

自立活動は、特別支援教育の教育課程上最も特徴のある領域であり、特別支援学校の二つ目的のうちのひとつである「障害による学習上または、生活上の困難を克服し自立をはかるために必要な知識技能を授けること」(学校教育法第72条)を達成するための領域として設定されている。具体的には指導内容26項目が、6区分(健康の保持、心理的な安定、人間関係の形成、環境の把握、身体の動き、コミュニケーション)に分けて整理されている。本研究で行われたA児の非流暢性への指導は、学校管理者、担任教師、保護者の許諾を得た後に、設定されている自立活動の時間の一部を使って担任教師の監督下で私たちが実施したが、担任教師が自立活動で主に扱っていた項目は、「環境の把握」の区分に該当する内容であった(私たちは、心理的な安定、身体の動き、コミュニケーションの区分に含まれる項目を中心に扱ったことになる)。このことは、担任教師が視覚障害領域の特別支援学校教員免許(知肢病の領域も合わせて取得)を取得していることからして当然のことであったが、主たる障害種(視覚障害)の問題と同程度に本人にニーズがあった非流暢性への取り組みは、私たちの自立活動の授業への参加で可能となり、今後の非流暢性への取り組みの端緒を開くことができた。

A児のように特別支援学校に在籍している場合は、制度上ことばの教室などの非流暢性の指導経験のある教師の指導を受けことはできない。したがって、特別支援学校の教師が専門性研鑽を積むことによって、子どもたちの状態像の重複化、重度化、多様化へ対応しなければならないという認識が成立するが、それは、現実的ではない。特

別支援学校の児童生徒も外部からの専門的な支援を受けることを保証すべきである。学習指導要領の自立活動の章の「指導計画の作成と内容の取り扱い」には、「必要に応じて専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めるなどして適切な指導ができるようにするものとする」との一文が先のことを保証することになるが、これらをより機能的に運用していくためには、4つの大きな問題が残されているように思う。

1つは、実施経費の問題である。今回は、専門機関と特別支援学校の連携の研究および学生教育の一環として私たち専門機関側からの提案であったため活動の実施経費の問題は発生しなかったが、一般的に学校側からの提案となるとその経費の問題は発生せざるをえない。今回のような外部専門機関との連携や協働による効果を実証する中で予算化を働きかけていく必要がある。

2つめは、特別支援学校教員の外部専門家を受け入れることへの意識の問題である。本研究では、この点に関しては、全くといっていいほど問題は感じなかったが、一般論として学校組織は、教員以外の外部機関の人間と協働して課題解決に取り組む経験が少ないために、受け入れを逡巡する傾向がある。それ故に外部専門家に、自立活動の場面のコンサルテーションをうけるような場合、教員は自分の力量を低く評価されていると誤解しやすく、専門家に依存したり、逆に距離をとりすぎたりするような両極端な関係性に陥ることも少なくない。教育活動の問題を解決するために必要な協働であるとの認識を共有しながら相互に成功経験を積んでいく必要がある。

3つめは、学校の体制の問題である。担任教員の外部専門家の受け入れに関する理解はそれぞれであるために、一度連携がうまくいったとしても、担任が替わることで連携が途切れることもある。この問題は、先の「特別支援学校教員の外部専門家を受け入れることへの意識の問題」と混同してはならない。特に子どもや保護者側に外部機関との連携に対するニーズがあるにも関わらず担任教師にそのニーズがないことによって途切れる場合は、学校の連携に関するポリシーや管理運営の問題となる。外部専門機関との良好な連携は、教師個人の努力のみでは継続しない。組織として外部資源との協働や利用について議論を始めて欲しい。

最後の4つめの問題は、外部専門家の学校における情報提供の在り方の問題である。外部機関の専門家は学校という普段とは異なる場面で活動を展開しなければならない。専門家の有する知識や技術は、その専門家が育ってきた場所でその有効性が確認されているものの、学校の授業といった場面でも「同じように有効であるのか」という疑念は常に意識しなければならない。この視点から考えると外部専門家は、自らの情報や技術を提供する学校の相手方に応じた調整を行うべきである。専門性の高い情報や技術が学校の授業の中にそのまま生かせるとは限らず、やもすれば適用できないことすらある。このような専門家側からの調整が行わなければ効果的な連携関係が築けず、かかるコストに見合う成果が上げられないといった評価を受けかねない。この点は効果的な連携・協働の鍵であると思われる。

以上特別支援学校と外部専門機関の連携の推進する上での問題点を整理してみた。これらのことを念頭に困難な事例に関する専門機関としての連携の可能性を今後も模索していきたい。

V. 文献

- 1) 上西創造(1990) 吃音幼児の行動療法. 飯高京子・若葉陽子・長崎勤編. 吃音の診断と指導, 195-222, 学苑社.
- 2) 遠藤眞(1979) 「吃音児～その臨床例と技法」川島書店 P2-4. 学苑社.
- 3) 遠藤眞(1990) 吃音児の斉読法を用いた指導. 飯高京子・若葉陽子・長崎勤編. 吃音の診断と指導, 223-250,

- 4) 堤 賢(1990) 吃音幼児の催眠療法. 飯高京子・若葉陽子・長崎勤編. 吃音の診断と指導, 168-194, 学苑社.
- 5) 若葉陽子(1990) 吃音幼児の治療への遊戯療法の適用. 飯高京子・若葉陽子・長崎勤編. 吃音の診断と指導, 115-144, 学苑社.

資料1

① むかし / ② ある ところ に、 / ③ ジャック と いう /
④ 男 の こ が / ⑤ い ま し た。 / ⑥ ジャック の /
⑦ うち は / ⑧ お と う さ ん が な く / ⑨ び ん ぼ う で し た の で、 / ⑩ ジャック は /
⑪ が っ こ う へ / ⑫ 行 く こ と も / ⑬ で き ま せ ん で し た。 / ⑭ と う と う う ち に は /
⑮ パ ン も な く な り、 / ⑯ 牛 が / ⑰ い っ び き / ⑱ い る だ け に な っ て / ⑲ し ま っ た の で、 /
⑳ ある とき、 / ㉑ お か あ さ ん が / ㉒ ジャック に / ㉓ いい ました。

(原文には数字と斜線は入っていない)