

第5章 発展途上国における聴覚障害児早期教育

第1節 欧米先進諸国における障害児早期教育の理論

—アメリカを中心に—

第2節 わが国における聴覚障害児早期教育のモデル

第3節 発展途上国における聴覚障害児早期教育

概要

欧米やわが国等の先進諸国においては、障害をもつ子どもに対する早期教育は、近年の障害児教育分野においてきわだった成長を遂げた領域であり、多くの実践と研究が為された結果、早期教育のもたらす利点が検証されてきた（山口, 1986; 石田ら, 1986; 菅原, 1987; Heward and Orlansky, 1988; Hanson and Lynch, 1989）。

障害児に対する早期教育は、発展途上国においても有効であろうか。有効であるとすれば発展途上国における早期教育モデルは、先進諸国のそれと同様のものであるのか。あるいは発展途上国では異なったタイプの障害児早期教育モデルが必要であるのか。この問いに答えるために本章では、発展途上国における既存の障害児早期教育モデルを整理することを目的とする。

発展途上国における障害児早期教育モデルの多くは、欧米先進諸国から移転されたものである。本章の第1節においては、障害児全般に対する早期教育の理論的根拠とそのモデルをアメリカの主要な文献を中心に明らかにする。

次に第2節では、本研究がスリ・ランカへのわが国の援助を研究対象としていることから、先進諸国の中でもわが国の聴覚障害児早期教育の展開について整理し、そのモデルについて検討する。

最後に第3節において、発展途上国での聴覚障害児早期教育に関する文献を概観し、これまでの早期教育モデルを明らかにする。

第1節 欧米先進諸国における障害児早期教育の理論—アメリカを中心に—

1. アメリカにおける障害児早期教育の理論の展開

本章の第1節においては、障害児全般に対する早期教育の理論的根拠とそのモデルをアメリカの主要な文献を中心に明らかにする。アメリカをとりあげるのは、欧米先進諸国の中でも障害児早期教育の分野で多くの研究や実践の蓄積がある代表的な国であり、早期教育モデルが既に整理されているという理由からである。

早期からの障害児教育(Early childhood special education)は、近年の障害児教育の中でもきわだって成長を遂げた領域である。50年前に初めてその重要性が指摘され、30年前には教育プログラムも十分には確立されていない状態であったものが、現在先進諸国では障害児教育の中でも重要な領域の1つになった¹⁾。

アメリカにおいては1960年以降、早期教育の効果を検証するためのおびただしい量の研究が行われた²⁾。Hanson and Lynch(1989)は、アメリカにおける障害児早期教育の急速な発展は、(1) 幼児教育³⁾、(2) 特殊教育、(3) ヘッドスタート⁴⁾等の社会的に不利な立場にある子どもに対する補償教育、という3つの領域の発展に支えられてきた、という見解を示した。

2. 障害児早期教育の理論的根拠 (Rationale)

障害児の早期教育は、アメリカではどのような理論的根拠(Rationale)をもつとされているのか。Hanson and Lynch(1989)とBricker(1986)による、障害をもつ乳幼児が早期教育を必要とする理論的根拠についてFig. 5—1—1に示した。

- | |
|---|
| 1. 最大レベルの発達を促す
(初期環境の重要性)
2. 2次障害の予防
3. 家族へのサポート
4. 早期教育が社会にもたらす
利益 (経済・財政的効率) |
|---|

Bricker(1986), Hanson and Lynch(1989)をもとに作成

Fig. 5—1—1 障害児早期教育の理論的根拠 (アメリカ)

早期教育の効果を科学的に測定するにはいくつかの問題があるが、早期教育のもたらす利益についてはおおむね合意が得られている。Hunt and Llewellyn(1983)は、早期教育のもたらす利益をFig. 5—1—2のようにまとめている。Fig. 5—1—2における早期教育の経済効果の中身としては、「早期教育プログラムを受けた場合にそうでない子どもと比べて、その後経費のかかる寄宿制学校等での特殊教育を必要とする子どもが少ない」という例をあげることができる(Hunt and Llewellyn, 1983)。

直接的利益	子どもに対する利益 (Benefits to the child)
間接的利益	家族に対する利益 (Benefits to the family) 社会に対する利益 (Benefits to society) 早期教育の経済効果 (Economic benefits of early intervention)

Hunt and Llewellyn (1983)をもとに古田作成

Fig. 5—1—2 早期教育のもたらす利益

3. 障害児早期教育のモデル

どの早期教育プログラムも、プログラム・モデルをもつことからスタートする(Hanson and Lynch, 1989)。その中でもプログラムの哲学（支柱となる包括的概念）は、プログラム開発者の依って立つ、サービス提供の背景となる理論的枠組みを示すものである。Hanson and Lynch(1989)は、プログラムの支柱となる包括的概念を示す7つのモデルを呈示した（Fig. 5—1—3）。

また、Hanson and Lynch(1989)が早期教育プログラムを構築する上での重要な構成要素として、支柱となる包括的概念の他にあげているのは、Fig. 5—1—4の通りである。

医学モデル (Medical Model)
発達モデル (Child Development Model)
モンテッソーリモデル (Montessori Model)
認知モデル (Cognitive Model)
応用行動分析モデル (Applied Behavioral Analysis Model)
発達学習モデル (Developmental Learning Model)
エコロジカルモデル (Ecological Model)

Hanson and Lynch(1989)をもとに古田作成

Fig. 5—1—3 早期教育プログラムの支柱となる包括的概念：7つのモデル

職員構成と職員の資質向上 (Staffing and Staff Development)
発見 (Identification)
子どもと家族についての評価 (Child and Family Assessment)
カリキュラム (Curriculum)
家族の参加 (Family Involvement)
健常児との統合の機会提供 (Opportunities for Integration with Nondisabled Peers)
移行サービス (Transition Services)
健康と安全 (Health and Safety)
プログラムの運営と管理 (Program Administration and Management)
プログラムの評価 (Program Evaluation)

Hanson and Lynch(1989)をもとに古田作成

Fig. 5—1—4 早期教育プログラムの構成要素

またHunt and Llewellyn(1983)及びHeward and Orlansky(1988)は、Fig. 5—1—5のような障害児早期教育におけるサービス提供の形態を示した。

家庭に基盤をもつプログラム (Home-based programs)
センターに基盤をもつプログラム (Center-based programs)
家庭とセンターに基盤をもつプログラム (Combined home-center programs)

Hunt and Llewellyn(1983)とHeward and Orlansky(1988)をもとに古田作成

Fig. 5—1—5 早期教育プログラムにおけるサービス提供の形態

障害児早期教育プログラムの効果的実践に関して、Hanson and Lynch(1989)は、質の高い早期教育実践を示す指針として以下の5項目をあげている。

1	個別化されたプログラム (Individualized Programs)
2	家族に焦点をあてたアプローチ (Family-Focused Approach)
3	発達の・機能的カリキュラムアプローチ (Developmental and Functional Curricular Approach)
4	異分野のスタッフの配置 (Transdisciplinary Staffing Model)
5	機関間の協力関係 (Interagency Collaboration)

Hanson and Lynch(1989)をもとに吉田作成

Fig. 5—1—6. 早期教育実践の質を示す指針

本節においては障害児早期教育の理論的根拠とそのモデルを整理した。

注

1) 障害児に対する早期からの関わり的重要性を提唱した最初の研究として広く知られているのは、Skeels and Dye(1939)である(Heward and Orlansky, 1988)。これは、刺激の少ない孤児院で中度から重度の精神遅滞を示していた2人の乳幼児を、孤児院のスペース上の問題から知的障害女子施設に移したところ、乳幼児はこれらの女性たちから愛情のこもった注視や関わりを受け、その後普通以上の知能指数を示すようになったという劇的な事実刺激され、Skeels and Dyeがさらに発展させた実験的研究であった。Skeels(1966)はその後、Skeels and Dye(1939)の実験の被験児に対する縦断的研究を実施し、30年後に13人の元被験児（孤児院から移され知的障害女性の世話を受けた）全員が施設外で自活している一方、孤児院にとどまった統制群はさまざまなタイプの収容施設に居住していることを明らかにした。その実験計画上の問題点が指摘されてはいるものの、Skeels and Dye(1939)の研究は他の類似の研究と並んで、後続する多くの研究の出発点となったことは間違いなく(Hunt and Llewellyn, 1983; Bricker, 1986; Heward and Orlansky, 1988)。

2) White, Bush and Casto(1986)は、それらの文献を概観し、障害児、リスク児、社会的に不利な立場にある子どもたちに対する早期教育プログラムのうち94%が、これらの子どもたちに対し実質的な利益をもたらしたと結論づけている。しかし、早期教育の長期的な効果を認める研究が多い一方で、それらの研究方法に対する疑問が投げかけられてきた(Simeonsson et al., 1982)。

3) アメリカの幼児教育は、ヨーロッパにおけるフレーベルの幼稚園プログラムやモンテッソーリプログラムをその萌芽とするが、それらは19世紀の貧困家庭の幼児への関心をその出発点とするものである(Bricker, 1986; Hanson and Lynch, 1989)。

4) ヘッドスタートは1965年にアメリカで貧困対策の国家プログラムとして始められ、プログラムの対象児には、保健サービスと教育的サービスの両方が提供された。教員の教育レベルは一般の学校教員よりも低くその3分の1は対象児の親であった。ヘッドスタートでは、親との協力関係を重視した。そして、障害児へのサービスは、ヘッドスタートの中でももっとも賞賛される特徴になった(Zigler, 1992)。ヘッドスタートが障害をもった児童向けサービスに成功したことが、結果的に1986年の障害児教育法改正法（州政府に対して3歳から5歳の障害児に自由で適切な公教育を用意するよう求めた）につながった(Zigler, 1992)。

第2節 わが国における聴覚障害児早期教育のモデル

1. 聴覚障害児に対する早期教育の特徴

障害児全般に対する早期教育の中で、聴覚障害児に対する早期教育が他と異なる特徴は如何なるものであろうか。

Meadow(1980)は、重度の先天的な聴覚障害のために失われるものは、基本的には音ではなく言語であると述べている。また吉野(1995)は、聴覚障害児の発達において、聴覚障害はコミュニケーションの問題と密接に関係し、さらには言語の習得、認知の発達、パーソナリティの形成に重大な影響を及ぼす感覚障害であると指摘している。聴覚障害児の発達における諸問題は、聴覚障害が「耳が聞こえない」というレベルだけでなく、人間のコミュニケーションの問題と深く関わるような性質をもつことから生ずる。聴覚障害のこのような特徴を考慮するならば、聴覚障害児早期教育では聴覚障害をもつ乳幼児と両親あるいは養育者との、心の通い合うコミュニケーションを確保することに重点をおくことがとりわけ重要である。

次に、聴覚障害児は、乳幼児期に補聴器を装用することで聴覚経験を拡充する可能性をもっている¹⁾。補聴器を装用し残存聴力を十分に活用する聴覚活用は、それが早期教育プログラムの中で実施されたときに、就学年齢になってから適用された場合よりもとりわけ大きな効果をもつ。

また、聴覚障害児にコミュニケーションを保証する手段としては、以上に述べた聴覚活用の他に読話、指文字や手話等がある。これらの手段を組み合わせることにより聴覚一口話法（聴覚を活用する口話法）やトータル・コミュニケーション（聴能・手指・口話コミュニケーションの統合）等の指導方法を用いたプログラムがみられる。どの方法を採用するにしても、早期から教育を受けることが非常に重要である(Ling, 1984a; Ling, 1984b)。このように何らかの指導方法を選択する必要があるのが、聴覚障害児の早期教育の特徴である。

さらに、Meadow-Orlans(1987)は、聴覚障害の出現率が低いことが、聴覚障

害児早期教育プログラムに、他の障害をもつ子どもを対象とした早期教育プログラムとは異なる特徴をもたせていると指摘している。すなわち、出現率の低い聴覚障害児は広い範囲に散らばっているために、通信教育コースが開発されたり²⁾、子どもの通学のために両親や養育者に大きな負担をかけたたり、幼児期から子どもを家族から引き離し、聾学校の寄宿舎に入れるといった不自然な事態を引き起こしてきた³⁾。

要約すると、聴覚障害児に対する早期教育のきわだった特徴として、(1) 聴覚障害がコミュニケーションの問題に深く関わること、(2) 補聴器の装用により残存聴力の活用のもつこと、(3) コミュニケーション方法を選択する必要があること、(4) 出現率が低いことから派生する通学が困難な場合がみられるという問題があること、の4点をあげることができる。

2. わが国における聴覚障害児早期教育のモデル

2-1. わが国における聴覚障害児早期教育の展開

わが国の聴覚障害児早期教育の歴史をふり返ると、それは1928年(昭和3年)に当時の東京聾啞学校(筑波大学附属聾学校の前身)に4~6歳児を対象とする予科が設置されたことに始まった(東京教育大学附属聾学校, 1975)。第2次世界大戦前のわが国では聴覚障害児早期教育への志向は始まっていたものの⁴⁾、当時の主要な課題は義務教育制度の確立にあった(井原, 1974)。

第2次世界大戦後、わが国の聴覚障害児には、早期教育と聴能訓練が取り入れられ、教育内容が質的变化をとげた。しかし、それは短期間で成し遂げられたものではなく、盲・聾学校義務教育の制度化⁵⁾を礎としながら、聴覚障害児教育の先駆者らによる主にアメリカとヨーロッパの教育方法の紹介とそれを取り入れた実践が伝えられる中で、徐々に浸透していったものであった。一方、早期教育や聴能訓練が発展した背景には、1960年頃からのわが国の急速な経済成長に支えられた電子工学や医学的機器等、科学技術の発展に伴って、オーディオメータ、集団補聴器、携帯用(個人)補聴器がわが国国内で開発されたことを見逃すことはできない。

ここで、第2次世界大戦後におけるわが国の聴覚障害児早期教育の開始後の発展の経過を、井原(1974)の区分をもとに整理する。井原(1974)は、第2次世界大戦後30年間の聾学校における聴覚障害幼児に対する教育を、(1)1945年～1955年の「入学3カ年総合期」、(2)1955年～1965年の「混成学級拡大期」、(3)1965年～1975年の「年齢別学級構成期」とに区分している6)。

(1)の「入学3カ年総合期」は戦後の社会混乱期であった上に、盲・聾教育の義務教育制度が1948年に実施され、入学年齢を何年も越えた児童が数多く学校に入ってきた時期であった。そのために聾学校の指導場面においては、小学部入学後3年間をひとまとまりにとらえざるを得ない時期であった。その後小学部入学後の1年間にとりわけ焦点があてられるようになってきた。いずれにしろこの時期には、幼稚部教育を就学以前の教育段階として明確に位置づけることは困難であった。

(2)の「混成学級拡大期」は、幼稚部における年齢を問わない学級の設置が拡大した時期であった。1957年に幼稚部を設置していた聾学校は102校中30校とほぼ4分の1に過ぎなかった(井原, 1974)。しかし、文部省が1962年から設備補助により幼稚部の計画的設置推進をした結果、全国的に幼稚部が設けられるようになった(中野, 1991)7)。Table 5-2-1に全国聾学校幼稚部設置の年度別増加推移を示した。またこの時期において特記すべきこととして、1961年からNHKの全国版の番組として「テレビ聾学校」の放映という世界的にもまれな教育方法が実施されたことをあげられる(Nohara, 1975)8)が、これはこの時期には特に年少の聴覚障害児を対象とする早期教育施設が全国的には設立されていなかったため、テレビ番組放映に対するニーズが高かったためであると考えることができる。

1960年頃から海外の文献の翻訳・紹介、1950年の萩原浅五郎と大嶋功によるアメリカ研修9)やその後の実践の影響を受けて、わが国の聴覚障害児教育において早期教育や補聴器を装用することによる聴覚の活用に関する知識が広められた10)。それに伴い聴覚障害児に対する教育の可能性が認識されるようになり、幼稚部での「基礎教育」を基盤とした小学部入学以降の「対応教育」(萩原, 1963)という形で幼稚部の教育的意義が理論化された。

Table 5—2—1 全国聾学校幼稚部設置の年度別増加推移（井原，1974）＊

年度(年)	1930 年 以前	1931· 35	1935· 1940	1941· 1945	1946· 1950	1951· 1955	1956· 1960	1961· 1965	1966 年 以降	計
北海道								1	4	5
東北								3	8	11
関東	2		1		1	2	3	1	7	17
中部・甲信越					2	1	3	6	3	15
関西		1			2	1	5	2		11
中国・四国								12	1	13
九州				1				5	6	12
沖縄									1	
計	2	1	1	1	5	4	11	30	30	85

＊全国聾学校総数は1970年において108校（内分校6）であった。教師養成研究会（編）聴覚・言語障害障害児教育，巻末資料，学芸図書。

さらに、1960年頃からのわが国における医学、聴能学的技術の進歩（条件詮索反応聴力検査法等、わが国独自に開発されたレベルの高い聴力測定・スクリーニングの技法）による聴覚障害診断の早期化が実現されるようになった（菅原,1987; 斎藤, 1990）。

（3）の「年齢別学級構成期」には、幼稚部に年齢別学級がおかれるようになった。1960年代末には90%の聾学校の幼稚部に5歳児学級及び4歳児学級が約半分の聾学校に3歳児学級が設置されていたのが、1970年代末には、3歳児学級がほとんどの学校に設置されるようになった（小川, 1974; 斎藤, 1990）。また、1970年頃には、聾学校において「教育相談」と呼ばれる、正式な教育の枠外での3歳未満の乳幼児の受け入れが増加した。また、厚生省管轄下で難聴幼児通園施設が、1975年から各地に設置されるようになった。

本研究では、井原(1974)の区分による「入学3カ年総合期」(1945年～1955年)、「混成学級拡大期」(1955年～1965年)をわが国における聴覚障害児早期教育の黎明期と位置づけ、「年齢別学級構成期」(1965年～1975年)以降を聴覚障害児早期教育拡大期と位置づけることとする。1965年を区分とするのは、

この時期以降聾学校幼稚部における年齢別学級が定着し、3歳未満児に対する教育的サービスが始まったこと、また、聾学校だけでなく他の早期教育施設が開設されるようになったからである。1975年に東京で開催された聴覚障害教育国際会議においては、早期教育部門 (Early Education) において全体で29の発表のうち、わが国の聴覚障害児教育関係者によるものが20件であり、同会議開催までの十年間でわが国の聴覚障害児早期教育が飛躍的な発展を遂げたことが推察される。

聾学校に幼稚部が設置される過程においては、最初に、教員のあいだで小学部入学後1年間の初期指導に注意が向けられ、十分に幼稚部へのニーズが高まったところで設置されるという流れが見られた。

1950年以降のわが国においてはアメリカやヨーロッパ¹¹⁾の断片的な情報をもとにしながら、聴覚障害幼児の教育経験の乏しい教員たちが相互に実践経験を伝え合いながら、幼稚部における教育方法を自ら編み出す努力をした¹²⁾。岩城(1976)はその当時のわが国の聾学校における幼稚部教育が小学部1年に対する教育方法をそのまま下延長したものであり、6歳児教育法から脱していないと指摘している。わが国において、聴覚障害をもつ幼児に対して、学齢児とは異なる特別なプログラムが必要であるという認識がもたれ、さらに家庭の中で家族の一員として生活する中でコミュニケーション手段を獲得することを重視するという聴覚障害児早期教育のモデルが確立するまでには、早期教育拡大期に入ってからさらに数年を要したと思われる。

以上、井原(1974)の区分に沿って整理した第2次世界大戦後のわが国の聴覚障害児早期教育の発展は、アメリカ軍の占領下であり多くの国民が「人間の基本的ニーズ」も満たされないような生活状況にあった時期を出発点にして、聴覚障害児教育担当者の熱意と教育行政サイドの対応、そして経済成長に裏打ちされた聴能機器の進歩を背景に成し遂げられたものであった。

これを援助という観点でみるならば、第2次世界大戦後のわが国の聴覚障害児早期教育の発展における1つの特徴が、被占領国として援助を受けたという点にあることを指摘することができる。占領下にあつては、経済的貧困のために、食料等の援助だけでなく、諸分野の知識・情報についても占領国を中心としたものになることは避けることができない。そのような状況の下で聴覚障害

児教育の分野においても、公的機関・民間による聴能機器の供与、寄付がみられた¹³⁾。第3章第1節で述べたように、わが国の援助は、被援助国から世界最大の援助供与国へというユニークな歴史をもっているが、このような特徴は部分的に聴覚障害児早期教育においても見いだされる。

2-2. わが国における聴覚障害児早期教育のモデル

わが国における聴覚障害児早期教育は、聾学校の幼稚部及び教育相談の他、難聴幼児通園施設、教育センター、保健センター、病院等の聴覚・言語障害児のための公立及び私立の施設において実施されている(中野, 1991)。聾学校、教育センターは文部省が管轄し、聾学校幼稚部では3歳から5歳までの3年間の教育を行う一方で、3歳未満の乳幼児に対しては教育相談という学校教育の枠組みの外での教育的サービスを、校内操作によって実施している。文部省が管轄する早期教育機関はすべて公立である。一方、難聴幼児通園施設、保健センター、病院は厚生省が管轄している。これら厚生省管轄の早期教育機関には公立のものと私的機関が運営するものがある。聾学校では教育費は無料であるが、難聴幼児通園施設では両親の収入に応じて措置費を徴収し(澤田, 1991)、病院では保険点数に応じて費用を支払う。

わが国における聴覚障害児の早期発見・早期教育の理論的根拠は、廣田(1996)のようにまとめることができる (Fig. 5-2-1)。

- | |
|--|
| <p>(1) 聴覚障害によって生じた言語発達などの学習の遅れを教育適用年齢を下げることによって解消する</p> <p>(2) 聴能と言語の学習についての適時期である乳幼児期に母子の密接な関係の中で、子どもの他者認識・関係認識が芽生え、聴覚と音声言語を用いたコミュニケーションのさまざまな行動様式を習得する</p> |
|--|

廣田(1996)をもとに古田作成

Fig. 5-2-1 わが国における聴覚障害児早期教育の理論的根拠

わが国における聴覚障害児早期教育のモデルを明らかにするために、中野(1991)をもとに検討する。中野(1991)は、わが国において一定レベルの実践をおこなっている聴覚障害児早期教育プログラムを実施機関の種類別に選定し、プログラムの方法や内容について実践家に執筆を依頼したものをまとめている。

中野(1991)において紹介されている早期教育機関は公的機関が3施設、そのうち聾学校は、全国の聾学校のモデル校的役割を果たしている筑波大学附属聾学校と、あらゆる条件の子どもたちを受け入れている典型的な大都市の聾学校である大阪府立生野聾学校の2校、難聴幼児通園施設が1園（広島市立山彦園）、医療機関1施設（帝京大学医学部クリニック）、私的研究機関が1施設（小林理学研究所「母と子の教室」）である。これらのうち3施設は首都圏に、1施設は関西に、残りの1施設は地方都市である広島に位置する。これらの施設が開設されたのは（聾学校の場合「教育相談」が始められたのは）、1959年（筑波大学附属聾学校）から1976年（広島市立山彦園）のあいだである。

これら聴覚障害早期教育施設におけるサービス提供の形態をFig. 5—2—2に示した。

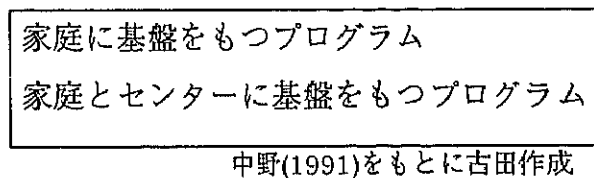


Fig. 5—2—2 わが国の聴覚障害早期教育施設におけるサービス提供の形態

家庭に基盤をもつプログラムでは、通園回数は基本的に週1回から2回であり、それ以外の日には幼稚園や保育所に通園（インテグレーション）することを前提としている。家庭とセンターに基盤をもつプログラムを実施している聾学校では、教育相談のあいだは週2～3回、幼稚部の3年間は基本的には毎日通園する。

コミュニケーション方法としては、いずれも補聴器を装用した上での聴覚一口話法を採用し、1施設ではキュードスピーチを併用している。

これらわが国の代表的な聴覚障害児早期教育機関にみられるプログラムの支柱となる包括的概念は、母子（家庭）中心モデルである。そのため、家族（主に母親）の参加は大前提となっている。中でも2施設においては、ホームトレーニングあるいは母親法という呼び名で、親とりわけ母親が早期教育の中心的役割を果たすという考え方を採っており、残り3施設においてはその強調の度合いは幾分弱まるものの、専門家の役割が母子コミュニケーションを支援することであることが記述されている。

以上より、わが国における聴覚障害児早期教育の実際の指導が、（1）母子通園（子どもが母親と通園し、母親が指導場面を通して子どもとのコミュニケーションのとり方、ことばの指導方法を身につける）、（2）補聴器装用による聴覚の活用、を基本原則として実施されていることが明らかである。

中野(1991)に紹介されている、5つの早期教育機関に見られるプログラムの特徴をもとに、わが国における聴覚障害児早期教育プログラムの指導内容を、Fig. 5-2-3に示す。

支柱となる 包括的概念		母子（家庭）中心モデル
指導内容	両親に関する事柄	両親援助、母子関係の形成援助
	聴覚活用に関する事柄	聴覚活用、早期発見（諸機関との連携）
	子どもに関する事柄	子どもの発達促進、言語指導 集団保育と遊びの指導
	指導終了後のフォロー	卒園児のフォロー

中野(1991)をもとに古田作成

Fig. 5-2-3 わが国における聴覚障害児早期教育プログラムの指導内容

Fig. 5-2-3における両親援助は、両親講座による聴覚障害や補聴器に関

する情報提供、親の会活動、両親の子どもの障害受容に関わる悩みの相談にのり両親が安定した心理状態になれるよう援助すること、母親同士の討論による相互学習等幅広い内容を含む。母子関係の形成とは、受容と共感に満ちた通じ合いである、母子コミュニケーションの基盤となる母子関係を形成するための援助である。

広島市立山彦園の澤田は、母子関係を構築する上での基本事項として、(1) 母親による子どもの障害の受容、(2) 母親による子どもの障害の理解、(3) 子どもの生活理解、(4) 安定した母子の受発信関係、をあげている(澤田, 1991)。

その他にいずれの早期教育施設においても共通して実施しているのが、母親の育児記録の活用である。これは、子どもの音に対する反応、子どもの表現、親子で体験したことなどについて毎週母親が提出したものを担当者が目を通し、子どもや母親・家族についての十分な情報を得るとともに、その内容について両方で話し合うために用いられる。

また、担当者の前で母親自身に子どもとかかわってもらい、その後担当者が参加・助言する方法もいずれの施設でも実施されている。

ここで、わが国の聴覚障害児早期教育のモデルについてさらに検討するために、中野(1991)の5施設の中でも、わが国の聴覚障害児早期教育における先駆的存在の1つであり、モデル施設としての役割を果たしてきた「母と子の教室」をとりあげる。「母と子の教室」は、1966年に音響学を専門とする一研究所の付属施設として設立され、1970年頃より0～1歳の乳幼児の早期教育に着手した。0歳児のみ4名を受け入れ6歳まで継続して母子指導をするという教育を実践する一方で、わが国の聴覚障害児早期教育を方向づけるような、実践の理論化作業にも携わってきた。なお、「母と子の教室」は1993年より改組され、両親を中心とする団体により直接運営されるようになった(Minamimura and Omata, 1996)。

「母と子の教室」における早期教育の支柱となる包括的概念は、母と子の情緒的絆を中心とする母子コミュニケーション活動による指導であり、これが母親法である。Fig. 5-2-4に母親法概念モデルを示した。

「母と子の教室」では、聴覚の活用を非常に重視しているが、特にその独自

性がみられるのは、音のイメージを育てるための活動であり、母親が子どもと多くの場面で体験を共有する中で、共感的立場から音のイメージの形成を援助する手法を概念化した。また、「母と子の教室」では子どもの言語・コミュニケーションの発達を促進させるために、母子が多くの体験を共有しそれを繰り返し再現し、動作や話しことば・書きことば等子どもの発達に即した記号に変えていくという方法を開発し概念化した。「母と子の教室」ではこれを、「聞こえとことばの学習構造」と呼ぶ (Fig. 5—2—5)。

「母と子の教室」においては、すべての活動が安定した母子関係を基盤として為されるものである、とされる。「母と子の教室」において母親法が円滑に進められるのは、0歳児という非常に早期からの指導であるために、他の早期教育施設に関する記述にみられるような、聴覚障害児とその健聴の母親のコミュニケーションの行き違いから生じた問題を解決するための、母子関係の再形成に時間を費やす必要がない点があげられよう。

このような母子関係を形成するために、専門家は如何にして両親を援助することができるのであろうか。「母と子の教室」の母親法の両親援助の方針 (金山, 1991) を検討すると、専門家が両親の役割を高く評価し、専門家と両親がほぼ対等な立場で援助しようとしている点が読みとれる。これは、「母と子の教室」による聴覚障害児早期教育モデルの斬新ですぐれた点であると考えられる。この点については菅原(1987)が、両親援助には教師主導型の方法だけでは処理できない問題が包含されていると指摘する通りである。母親への重点化というこの方式は、子どものために多くの時間を費やすことを厭わず、しかも家族の支援が得られている母親の潜在能力を最大限に引き出すことができるであろう。

母親法はわが国のすべての子どもと母親 (とりわけ貧困家庭の、あるいは両親共仕事をもっている家庭の) に対して適用できるわけでない。しかし、母親法の本質を見る場合に、これがわが国の伝統的な母子密着型親子関係 (山村, 1974; 大日向, 1988) 14) に沿ったものであるため、わが国のどの早期教育プログラムに対しても指導上の示唆を提示するものであると考えられる。

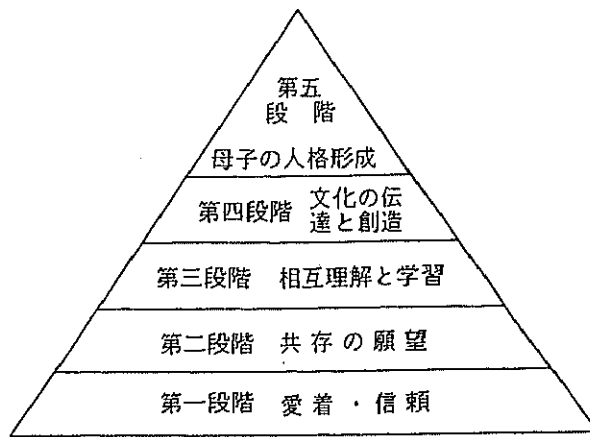


Fig. 5—2—4 母親法の概念モデル（「母と子の教室」）

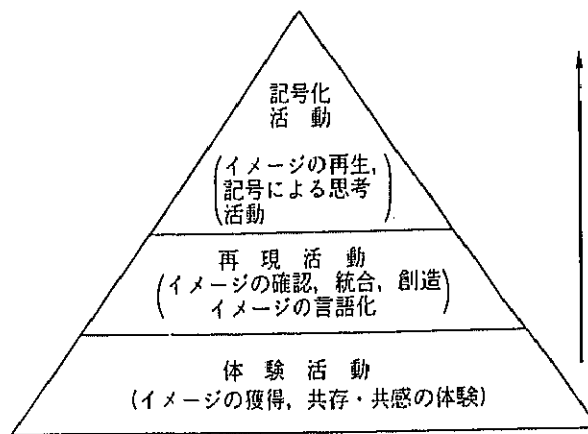


Fig. 5—2—5 聞こえとことばの学習構造モデル（「母と子の教室」）

注

1) ただし、重度の聴覚障害をもつ子どもが補聴器を使いこなすようになるには、親や養育者からきめの細かい配慮が為されることが必須条件である。また、重度の聴覚障害をもつ子どもで同じ聴力レベルであり同じように養育者からの配慮を受けたとしても、子どもによって聴覚の活用の程度には大きな個人差がある。

2) アメリカでは1943年に始められたジョン・トレーシー・クリニックによる両親のための通信教育コースが始められた。

3) 就学前の幼い子どもを教育のために寄宿舎に入れなければならなかった両親の経験談は、たとえば、「ハマナスのうた」(1935年～1960年生まれくらいの年齢の子どもたちの母親の手記)に記述されている。高山弘房編(1987)ハマナスのうた：聴覚障害児を育てた母たちの手記 第2集。(財)聴覚障害者教育福祉協会。

4) 井原(1974)によれば、昭和20年代以前の聾学校幼稚部設置校は5校であった。

5) 戦後の盲・聾学校の制度的整備の経過については、荒川(1992)に詳しい。

6) 井原は元号を用いて十年ごとにまとめていたのを、筆者が西暦に換算した。

7) 菅原(1997)は、1966年に北海道において最初に札幌聾学校から幼稚部が設置されるに至る当時の状況について記述している。出典：菅原廣一(1997)早期教育とその指導、井原栄二・上野益雄・草薙進郎(編)：聴覚障害児教育の革新、コレール社。

8) Nohara(1975)によれば、この番組は2歳から4歳までの聴覚障害児を対象としており他に姉妹番組として「ことばの治療教室」があった。テレビ番組の担当講師によって、番組視聴のための参考図書として以下の本が出版された。松村節女・大塚明敏(1975)NHKテレビろう学校一耳の不自由な乳幼児の育て方一、日本放送出版協会。「ハマナスのうた」(op cit, 注2)にも、教育機関に通えないためこの番組を視聴していた母親の手記がのせられている。

9) ガリオア資金(ガリオア援助とはアメリカによる被占領国に対する主に生活必需物資の緊急援助援助であった；Government and Relief in Occupied Areas (GARIOA))による指導者人事交流計画の一環として、1950年に3カ月間派遣された。第2次大戦後初めて、聴覚障害児教育の分野の日本人専門家が渡欧・研修する機会を与えられたものであった。なお、井原(1974)をはじめ一般的にはこの渡欧は「視察」とよばれているが、筆者は援助を軸に早期教育の枠組みを見る立場にあるので、これを「研修」と呼ぶ。

10) 帰国後の大嶋と萩原の影響については、当時の聾学校教員によって以下の文献に言及されている。大塚明敏(1997)基礎期の教育と言葉の指導、井原栄二・上野益雄・草薙進郎

(編)：聴覚障害児教育の革新、コレール社、pp.43。それによれば、萩原東京教育大学附属聾学校長(当時)と大嶋日本聾話学校長(当時)がクラーク・スクールの「デイリー・プラン」を持ち帰り、さっそく両校で実践を試み、当時の聾学校界にブームを起こしたほどに盛んであったと述べている。また、2人のアメリカ報告会の様子は以下の文献に記されている。萩原浅五郎・大嶋功(1951)座談会 アメリカの聾教育、特殊教育, 14, 2-8。

11) ヨーロッパの聴覚障害児早期教育に関する情報としては、「ろう教育」における住宏平のヨーロッパ各国のろう学校紹介(1960年各号)、田口(1963)によるイギリスのヒアリン

グセンター紹介がある。

12) 幼稚部の教員たちの試行錯誤しながら教育にあたる様子は、次の文献からもうかがえる。小林一夫他(1955) 入学初期のろう教育を語る(新・旧一年生担任の座談会)、特殊教育, 51, 10-24.

13) 文部省(1992)による聴覚障害教育の手引きには、正確な年度は不明ではあるが、総司令部民間情報教育局から集団補聴器オーディオメータなどが東京聾啞学校に供与された、との記述がみられる(329頁)。また、同じページには、日本聾話学校の創始者クレマー氏が戦後一時帰米したときに実施した民間援助についてもふれている。日本聾話学校校史編集委員会(1990)による「日本聾話学校70年史」によれば、戦時中敵国人として収容所に入れられていたクレマー氏は健康回復のために帰米している間、アメリカから同校に一台のオーディオメータと大量の中古補聴器を送ってきた。

14) 日本人にとっての母というテーマに文化論的な立場からアプローチした山村(1974)は、「日本の母は単なるコのおヤとしての意味を越えた存在であり、価値的なシンボルとして機能している」と述べている。また、大日向(1988)は、母性概念の曖昧さを指摘する研究の中で、母なるものを取り巻くこうした風潮(母性信仰)は、わが国固有の文化の型として、習性化されてきたものと考えられると指摘している。

第3節 発展途上国における聴覚障害児早期教育

本節では、発展途上国における障害児早期教育の意義とその理論的基盤を把握するための観点を提示し、続いて先行研究をもとに発展途上国における障害児早期教育モデルと関連する検討課題を明らかにする。最後に、発展途上国における聴覚障害児早期教育の現状とそのモデルについて先行研究を中心にまとめる。

1. 発展途上国における障害児早期教育の理論的根拠

1-1. 発展途上国における障害児早期教育の経済・財政的効率をめぐる論議

第1節のFig. 5-1-1においてBricker(1986)は、障害児早期教育の理論的根拠として、最大レベルの発達、2次障害の予防、家族へのサポート、経済・財政的効率をあげている。このうちはじめの3項目については、発展途上国においても重要な意義をもつと思われる。特に、Starr(1992)が指摘するように、発展途上国における障害者の人口規模を考慮すると、早期から障害児に教育的に介入し将来の障害を軽減すること、すなわち2次障害の予防はもっとも重要な課題の1つである。では、最後にあげた経済・財政的効率についてはどうであろうか。

発展途上にある国が国内の障害児にいかなるサポートも提供せずに放置することは、それらの国々が将来の多くの生産的な市民を失うという重大な損失を蒙ることを意味する(Marfo, 1986; Starr, 1992; Kibria, 1994)。Rehabilitation International(1981)は、障害児に早期教育を実施することが、結果的には高い経済・財政的効率をもたらすと主張した。また早期教育は、「栄養不良の子どもは環境への反応が鈍く、無気力になり発達が遅れる」という、貧困と障害発生の悪循環(Halpern, 1980)を断ち切る有効な手段の1つであると考えられる。このように経済・財政的効率から早期教育の理論的根拠を主張することは、理論上は発展途上国においても十分な妥当性をもつように思われる。

しかし、現実的に、識字率が低く小学校就学率も十分でない、あるいは高学

歴失業者があふれるような発展途上国¹⁾において、障害児早期教育は実行可能なのだろうか。発展途上国では、政策策定者が障害児早期教育を非現実的でありコストがかかる奢侈であると見なすという指摘がある(Brouillette et al., 1993; Kibria, 1994)。

1—2. 発展途上国における障害児早期教育を見る観点

発展途上国において障害児早期教育が実行可能なのか、それとも単なる奢侈なのかという問題は、発展途上国における障害児早期教育について考える上で重要な倫理的、社会的及び文化的観点を提供する。

Starr(1992)は倫理的・道徳的観点からこの問題を次のように解釈している。西欧の先進諸国では、どのようなコストを払っても生命を救うことが倫理的に求められるが、このような人道主義的哲学が実現できるのは、基本的衣食住が満たされた国々のみである。貧困の中で栄養不良や各種の疾病がはびこる発展途上国では、多くの子どもが障害をもって生まれたり後天的に障害をもつようになるため、障害児は特別な注意を払われる存在ではない。初等教育さえ未確立の国で多くの子どもたちが読み書きもできない状況の中で、障害児に対する早期教育サービスをする意味があるのかという問題提起は理にかなっている。障害の有無にかかわらずどの子どもも教育を受ける権利をもつ、という思想は西欧の先進国のものであるという現実を踏まえる必要がある。

西欧では障害児早期教育が人道主義に裏打ちされた理念のもとに実施されるのに対し、発展途上国における障害児早期教育はより現実に即した実践的な事柄でなくてはならない。このように、Starrは、発展途上国において障害児早期教育を実施するための基本的枠組みを倫理的・道徳的観点から整理した。

一方、Kibria(1994)は、発展途上国における早期教育の経済・財政的効率を、先進諸国におけるそれとは異なった社会的文脈から見直す必要があると指摘している。その例としてKibriaは、西欧社会では障害児への支援は社会の責任であるとされるのに対し、発展途上国ではそれは家族の責任であり、拡大家族内の中で仕事のないメンバーが世話をする習慣になっていると指摘する。このような文化では経済・財政的効率を強調するよりも、障害児に対する社会的な関

心の乏しさこそを問題にすべきである (Kibria, 1994)。

さらにStarr(1992)は、障害児早期教育の有効性に影響を与えるのはその文化の態度、信念、ライフスタイルであるとしている。多くの国の伝統的文化においては、障害に対する伝統的な考え方や迷信に基づいた態度がみられる。アフリカとインドでは、障害は恥と結びついており、本人や家族が社会的なタブーを破ったことに対する罰や罪であるとされるため、障害児の家族に多大な困惑と恥とスティグマをもたらす(Enwemeka and Adeghe, 1982; Miles, 1986; Walker, 1986; Morrow and McBride, 1988)。両親が子どもの障害を、この世か前世かでの悪行によるものだと考えるならば、障害児早期教育プログラムに家族を参加させるよう動機づけるのは著しく困難である。

2. 発展途上国における障害児早期教育のモデル

2-1. 発展途上国における障害児早期教育の基盤

発展途上国の障害児早期教育を検討する前に、まずその基盤となる事柄を明らかにする必要がある。それは、先進諸国の障害児早期教育では解決済みである事柄や、発展途上国のみで見られる障害児早期教育を開始するための基盤となる事柄があるからである。Fig. 5-3-1に諸文献より明らかになった、発展途上国における障害児早期教育の基盤を示す。

障害児政策の明文化と法制化
内外援助団体の参加とその有効利用
先進諸国モデルの移転に関連する諸問題
スクリーニングと評価方法の開発

Fig. 5-3-1 発展途上国における障害児早期教育の基盤 (古田作成)

国家計画の中に障害者全般へのサービス、さらに早期教育に関する記述が明文化され、法制化されることは早期教育を進める上で大変重要である。外国援助団体が全面的に資金を出して運営する場合であっても、そのプロジェクトが被援助国の中央政府や地方行政組織との関わりを十分にもち、それらから協力を得られなければ、円滑なプログラム運営は難しい。

発展途上国における障害児早期教育は、NGO、宗教団体やボランティア団体による参加なしには実施することが不可能に近い(Kibria, 1994)。また、外国政府援助機関がこれに加わることもあろう。いずれにしろ、内外の援助機関からの援助なくしてはやっていけない分野である。これまでに、いくつかの発展途上国において内外のNGOの援助で実施された、障害児早期教育の事例について報告がされてきた(Thorburn, 1986; O'Toole, 1989b; Price, 1994)。しかし、その一方で援助団体の援助資金は、被援助国の障害児に関する政策が明確でない等さまざまな要因のために有効に使われないことも多いという問題点が指摘されている(Schorn, 1989)。

外国援助機関の援助を得、障害児早期教育を実施する場合には、一般的には外国の早期教育モデルが適用されることになると思われる。この場合、前述したように、発展途上国の障害児早期教育を文化的観点から見ることが重要である。障害児早期教育は、文化的なコミュニケーション様式及び子育ての方法と深く関わるため、文化的相違に十分に考慮する必要があるからである。すなわち、ある文化では親が子どもに対して命令調で話し、子どもは返事をせず行動で反応する。また、自立は西欧先進国における早期教育の主要な目標の1つである(Bailey and Simeonsson, 1988)が、東南アジアにおける社会規範では、親は子どもの要求をすぐに満たす寛大な保護者であることが求められる。Miles (1990a)は、児童中心主義、発達段階や遊びの重要性についての認識はパキスタンの伝統的価値観にはないと指摘している。

障害児早期教育は、障害児の効果的なスクリーニングに大きく依存している。しかし西欧先進諸国で開発された心理学的テスト等を翻訳して、そのまま用いることには大きな問題がある。障害児早期教育を開始する前に、各国が独自のスクリーニングと診断テストを開発する必要がある(Hughes, 1986a)。この領域は、先進諸国と発展途上国の大学の学部間等による共同研究が必要な領域であ

る(Kibria, 1994)。

2-2. 発展途上国における障害児早期教育の構成要素

発展途上国における障害児早期教育プログラムの構成要素は、本質的には本章第1節のFig. 5-1-4に示した先進諸国におけるそれと異なるものではない。しかし、そのプログラムの実際はそれぞれの国や地域の実状に合わせたものになっていると思われる。プログラムの内容についての十分な報告はまだみられない中で、唯一、家族（両親）の参加に関するO'Tooleの先行研究がみられる。

O'Toole(1989a, b)は、西欧先進諸国の障害児早期教育において欠くことができない構成要素の1つである両親参加が、発展途上国の障害児早期教育においても適用することが可能であるかどうか検討した。

O'Toole(1989a)は、両親参加は西欧の教育と子育てに関する概念を示しているのととらえ、O'Toole(1989b)の南米のガイアナにおける母親への調査を通して、両親参加の理論基盤を発展途上国、中でも後発発展途上国（Least Developing Countries: LDC）の視点から分析した。その結果、両親参加の概念はガイアナの文化に適合していることが明らかになった。すなわち多くの母親たちは、子どもの発達を支援する上で自分たちの役割が大きいと信じていた。

しかしO'Toole(1989b)の研究で、母親たちは、一切の家事労働に対する責任を負わされているため、子どもと関わる時間をつくるのが難しいことが明らかになった。途上国では毎日、水汲み等の生存のための時間のかかる作業に従事しなければならない、両親が早期教育に費やす時間がない場合もある(Miles, 1986; O'Toole, 1988)。O'Toole(1989a)は、もし両親参加を促したいのならば、既に過重な仕事をかかえている人々に負担となるような、毎日プログラムのための課題をこなすという非現実的な要求をするのではなく、子どもとのやりとりを母親の一日の仕事に組み込むことが重要であると指摘している。

2-3. 発展途上国における障害児早期教育プログラムにおけるサービス提供のモデル

発展途上国における障害児早期教育プログラムにおけるサービス提供のモデルをFig. 5-3-2に整理し、続いて各モデルの概略を具体例を通して述べる。

センターに基盤をもつプログラム
家庭とセンターに基盤をもつプログラム
地域に根ざしたプログラム

Fig. 5-3-2 発展途上国における障害児早期教育のサービス提供の形態
(古田作成)

2-3-1. センターに基盤をもつプログラム

これは、障害児に早期教育サービスを提供する伝統的なリハビリテーションの方法であった。すなわち、設備が整い、高度な専門性をもつ専門家を擁するリハビリテーション・センターにおいて、医学的モデルによって患者である子どもやその家族にサービスを提供するというものである。発展途上国においても、後述するCBRモデルができあがるまではこのモデルしかなかった。このモデルに対する批判の上に、WHOはCBRモデルを構築した。

2-3-2. 家庭とセンターに基盤をもつプログラム：ポータージ・モデル

家庭とセンターに基盤をもつプログラムとしては、ポータージ・モデルをあげることができる。ポータージ・モデルは、子どもの発達段階を両親にスモールステップ方式で示し、両親が発達援助の中心になるように考案されたプログラムである。ポータージ・モデルはアメリカで開発され、30ヶ国語に訳され国際的な影響力をもっている(Brouillette, et al., 1993)。ポータージ・モデルは両親をスタッフのパートナーであると見なす。ポータージ・モデルの1つの特徴はその柔軟性にあり、多くの人々が各国の文化に合わせてポータージを修正し

用いている(Mariga and McConkey, 1987; Sturmey, et al., 1992; Brouillette, et al., 1993)。

2-3-3. 地域に根ざした障害児への早期教育サービス：CBRモデル2)

1970年代にプライマリ・ヘルスケアの概念の開発と平行してWHOにより開発されたのが、地域に根ざしたリハビリテーション(Community-Based Rehabilitation: CBR)であった。CBRは従来の、専門家による大型施設でのリハビリテーションが発展途上国では適用不可能だという理由で、当初保健サービスの枠組みの中ですべての年齢や障害をもつ人々に対して家庭を責任の拠点として考案された。その後、現在では国によって、特定の障害のみ、子どものみを対象とするといったさまざまな形態のサービスが見られる(Thorburn, 1990a; Thorburn, 1990d)。

O'Toole(1988)はガイアナでさまざまな障害をもつ子どもに実施したCBRプログラムが、子どもに正の効果をもたらしたと報告している。Thorburn(1992)は、ジャマイカで家庭に基盤をおくCBRモデルによる障害児早期教育の評価を実施するために400名近い両親への面談調査を実施した結果、このプログラムの基盤が安定しており、別の場所でも同様に実施することができることを明らかにした。

一方CBRモデルに対しては、その概念と用語が不明確で、CBRモデルだけが唯一受け入れられる方法だとする傾向をもつことに対する批判や、ほとんどのプロジェクトが科学的に妥当な方法で評価が為されず、また評価ができるほど長続きしているプロジェクトが少ないという批判がある(O'Toole, 1987; Miles, 1990b; Jaffer and Jaffer, 1990)。

2-4. 発展途上国における障害児早期教育実践上の留意点

Fig. 5-3-3にPrice(1994)による、発展途上国における障害児早期教育実践上の留意点を示す。

サービス提供の柔軟性 (Flexible Approach to Service Delivery)
スタッフ養成における脱専門性 (Personnel Preparation and Skill Training / De-Professionalization)
意識啓蒙・態度変革 (Awareness and Promotion of Positive Attitudes)
障害者・両親団体の形成・拡大 (Development of Associations of People with a Disability / Parent Groups)
持続可能性 (Sustainability)
助言の必要性 (Consultancy Role)

Fig. 5-3-3 発展途上国の障害児早期教育実践上の留意点 (Price, 1994)

サービス提供の柔軟性とは、それぞれの国の、また国内のある地域の生活状況・地理的状况に合わせて、柔軟にサービスの提供方法を変えらるということである。CBRモデルにこだわらず、既存のセンターがあればこれを有効活用することも重要である。

Price(1994)によれば、スタッフ養成における脱専門性とは、特にCBRモデルにおいて必要である。高度に訓練された専門スタッフが中間レベル保健ワーカーに技術を伝え、保健ワーカーは地域のボランティアにそれを伝え、ボランティアが実際に業務を遂行するというシステムである。しかし、同じことはCBRモデル以外、たとえば教員養成においても有効性をもつと思われる³⁾。

人々が障害に対する意識を変え、肯定的な態度をもつようになることは、障害児早期教育を円滑に実施するための鍵となる。しかし、人々の意識や態度は文化と深く結びついているので、意識・態度変革のための活動はその国、地方、民族の伝統的文化と大きな隔たりがないよう配慮する必要がある。

両親団体は、障害児へのサービスを規定する法制度の必要性を人々に訴えるために多くの役割を果たすことが、先進諸国の経験で示されている。

持続可能性は、発展途上国で障害児早期教育を実施する場合にもっとも検討されるべき事柄であり、持続可能なプロジェクトにするためにはその国の文化的背景を取り入れる必要がある(Ager, 1990; Price, 1994)。持続可能性は途上国

援助の領域で重要な概念であり、スタートしたプロジェクトが援助機関からの援助が終了したあとも継続していくための配慮が為されているかということに注目する必要がある。Price(1994)は、さまざまなサービス・プロジェクトのあいだでの調整がとりわけ重要であると指摘している。

発展途上国における障害児早期教育では、援助団体のアドバイザーが果たす役割は大きい。Kibria(1994)は、アドバイザーは学際的チームを構成する必要がある、その国の人々による専門家チームを訓練し彼らが巡回するという方式を提案している。

3. 発展途上国における聴覚障害児に対する早期教育

3-1. 発展途上国における聴覚障害児早期教育

聴覚障害児のみを対象にした早期教育プログラムをもつ国々は、アジアの発展途上国に限ってみると、中国(何, 1999)、ベトナム(Huong, 1998)、フィリピン(Reyes, 1998)、スリ・ランカ(第7章において詳述する)、インド(Löwe, 1993a)、バングラデシュ(Löwe, 1993b)等である。これら以外の国々でも実践されていると思われるが、国際会議等で発表する機会が与えられず情報が伝えられていない場合もあると思われる。

3-2. 欧米先進諸国の聴覚障害児早期教育モデルの発展途上国への移転

Löwe(1993a, b) と Clark(1993)は、それぞれドイツとイギリスで長年にわたって聴覚障害児教育やオージオロジーの実践や研究活動を経た後、発展途上国に対する援助を始めるようになった。この2名による報告に加えてベトナム、中国の実状に関する報告を、欧米先進諸国の聴覚障害児早期教育モデルの技術移転の実践例としてとりあげる。

Löwe(1993a) は1981年にドイツ文化センターの援助で初めてインドの諸都市を訪れ、インドの耳鼻科医師と共に聴覚障害児の教師・両親のためのワークショップを行った。このワークショップは、当時の聴覚障害児やその両親及び

教員がおかれた状況⁴⁾を変える大きなきっかけとなった。ワークショップにより、これまで一度もそのような機会をもたなかった学校教員たちがお互いに知り合い、ワークショップの会議収録はインドで最初のオージオロジーと聴覚障害児教育に関する出版物となった。このワークショップをきっかけにして、その後インド最初の早期発見・早期教育センターができた。

Löwe(1993b)は、1992年に後発開発途上国であるバングラデシュで開設された、国立子ども聴覚スピーチセンター(The National Center for Hearing and Speech of Children)について報告している⁵⁾。これは、最新の機器を兼ね備えた大型施設であり、両親があちこちの機関を訪問しなくてもいいように、耳科医、補聴器技術者、教員すべてが1つの施設内に組みこまれている。同時に聴力検査者と補聴器技術者を養成するための研修やプレスクールも始められた。

一方Clark(1993)は、トルコ・エクアドル・マレーシア等いくつかの国で両親・幼児プログラムを実施した自身の経験に基づき、聴覚口話法は先進国のみでなく発展途上国においても可能であると述べている。さらにClark(1993)は、外国人アドバイザーの役割について具体的に報告している⁶⁾。また、Clark(1993)は、発展途上国における聴覚障害児早期教育の普及方法として、最初に1つモデル校をつくり、そのモデル校を基盤に広げていく方法を提案している。

欧米先進諸国の聴覚障害児早期教育モデルの発展途上国への移転については、ベトナムのホーチミン市の早期教育センターのスタッフである、Huong(1998)が報告している。Huong(1998)によれば、ベトナムでは1993年に初めての聴覚障害児早期教育サービスセンターが開設され、現在では全国で12園以上にまで増加した。ベトナムでは以前は特殊学校が25校あるのみであった。しかし、1990年以降教育訓練省の政策がInclusive Educationに変わり、1992年には教員養成が始められた。それに伴い、聴覚障害児を就学前に教育する必要が認識されるようになった。

Huong(1998)によれば、ベトナムの聴覚障害児早期教育はオーストラリアのTaralyeモデル⁷⁾を採用している。1993年に数家族を対象として小さなセンターから始まったものが、現在もっとも大規模のホーチミン市のセンターでは50人以上の家族を対象としている。

Huong(1998)は、両親は子どもの言語力を伸ばすためには親自身が最大の役

割を果たすという両親参加モデルを受け入れている、と述べている。

一方、何(1999)は中国・北京市の中国聾児リハビリテーション研究センターにおける聴覚障害児早期教育についてふれている。同センターは1983年に設立され、現在3歳から7歳までの常時80人くらいの聴覚障害児に対する早期教育を実施している。センター施設はイギリスの援助で建てられ、全スタッフ（医師・研究員・教員・保母）約70名のうちアメリカやオーストラリア、日本で研修を受けたスタッフが約5名いる。その中でも主任医師は日本で研修を受けている（高, 1995）。教育方法は聴覚一口話法を採用し、全員が輸入品や中国製の補聴器（主に耳掛け式）を装用している。近年では、オーストラリアによるオージオロジーの研修が実施された(Higgins et al., 1998)。

教育内容としては、週ごとに季節に合わせたトピックスを指導する。両親は子どもを送迎してくるが、2週間に1回両親講座がもたれている。教員と両親とのあいだで日々の記録が交換される。指導は毎日実施されるが、同一の敷地内に健聴児の保育園があり交流は盛んである⁸⁾。

Wang(1996)⁹⁾によれば、現在までに中国全土31県（市）に聾児リハビリテーションセンターが開設され、より小規模の聴覚障害児早期教育センターは387カ所あり、これまでに約6万名弱の子どもがこれらの機関で教育を受けている。

本節では、発展途上国における障害児早期教育の理論的基盤をめぐる諸問題をまとめ、発展途上国における障害児早期教育を見る上での観点を提示した。また、発展途上国における障害児早期教育モデルを提示した。

発展途上国における聴覚障害児を対象とする早期教育はアジアの発展途上国の中でも未だ一部の国で実施されているに過ぎない。先行研究から発展途上国における聴覚障害児早期教育の発展には、先進諸国の援助が重要であることが示唆された。また、ベトナムと中国における早期教育プログラムの現状が示された。

注

1) この場合は発展途上国の中でも、プライマリ・ヘルスケアの改善が求められるような、LDC(Least Developing Countries: 後発発展途上国)諸国を指していると思われる。

2) CBRの基本原則については、Helander, E. (1993) Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation. UNDP. 佐藤秀雄(監修) 中野善達編訳(1996) 偏見と尊厳, 田研出版, 13頁に詳しい。

3) たとえば, Jönsson(1992)は, 2年間の教員養成プログラムだけに頼っているとは十分な数の障害児教育教員を得るまでに, スリ・ランカでは400年, エチオピアでは4000年かかると述べ, 2段階の訓練モデル, すなわち一部の教員をマスターティーチャーとして訓練し彼らが短期教員養成コースを地域で実施するというシステムを提案した。これについては, スリ・ランカでは既に実施されている(Jönsson, 1992)。

4) 当時のインドの状況をLöwe(1993a)は以下のように記述している。「いくつかの聾学校があったがその質は低く、それでもその教育を受けられるのは1%の聴覚障害児のみであった。補聴器製造業者はあったが補聴器の質についての管理は適切に為されておらず、補聴器特性装置についてはまったく知られていなかった。良くフィットするイヤモールドについては、まったく考えられていなかった。聴覚障害児教育に関する書籍は一冊も出版されておらず、輸入書籍は高すぎ、教員養成機関の講師たちさえ近代的教育方法に接することがなかった。専門家のための雑誌もなかった。」

5) Amin(1995)により、2年後のセンターの活動状況について報告されている。

6) Clark(1993)は、外国人アドバイザーの役割について、以下のように述べている。

1. 現地を訪問して実際に見る。
2. 地域の人々、とりわけリーダーが聴覚障害児早期教育の重要性を十分に認識してもらう。
3. 国によってプログラムを開始するための条件は異なることを理解する。
4. リーダーや職員の選出はその国にまかせる。
5. スタッフは、先進諸国でなく、同様のプログラムを既に進めている他の発展途上国に見学に行く。
6. 関連職種の人々に対するワークショップを実施する。
7. スタッフ全員が早期教育の理念を理解する。
8. 子どもを選別する基準を明確にしてプログラムの質を落とさない。
9. 補聴器の絶対的な必要性を主張する。

7) Taralyeモデルとは、オーストラリアのTaralyeにおいて実施されている質の高いオーグメントドサービスに支えられた聴覚口話法を用い、両親教育と幼稚園での統合教育に力点をおくデモンストレーション・モデルである(Flett and Dennehy, 1996)。

8) 教育内容については、何(1999)に対する面談を実施し得られたものである。

9) Wang Shijian(1997). 中国聾児康復, 6, 2, 4. (発行: 中国聾児康復研究中心).