

重症心身障害とその教育 (1) : 重障児の実態と療育

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/23551

重症心身障害とその教育 (1)

～重障児の実態と療育～

片桐和雄* 石川克己** 大友順治**

はじめに

「学校教育法中養護学校における就学義務及び養護学校の設置義務に関する部分の施行期日を定める政令」(政令 339号, 1973年11月20日)が出されてから満5年を経た。長い歴史と高い水準を誇るわが国の学校教育制度にあって、このいわゆる「養護学校義務制」実施の方針は1947年「学校教育法」公布から実に四半世紀をこえてようやく公にされたのであった。それから5年、未確定、未解決の諸問題をかかえながら、「昭和54年4月1日」の施行期日を間もなくむかえようとしている。

このいわゆる「54年度養護学校義務制」の中心的課題は、これまで「就学猶予・免除」の対象であった重い障害児の教育を制度的にも、内容的にもいかに保障してゆくかという点にある。とりわけ、重要なのは、教育内容・方法であろう。これについては、比較的歴史は浅いけれども、これまでの特殊教育諸学校における重度・重複障害児を対象とした教育実践の蓄積、1969年以降の在宅および医療・福祉施設収容の障害児に対する訪問、派遣教員による指導の試み、さらには国に先がけて「全員就学」を実施した東京都(1974年)等の経験など、参考にしうる教育実践資料がある。

ところで、「養護学校義務制」をめぐるこれまでの論議において、特に強調されてきたのは、教育観、発達観のとらえなおしを関係者が

必然的に要請されているということである。重い障害児を目の前にして、教科教育を中核とした既存の教育体系をイメージしても、あまりにも空漠としているという事実から生まれた基本的な共通認識である。そこで、重い障害児の(広義の)教育をいかに考えてゆくかという根本問題を検討するためのひとつの手がかりとして、教育機関における教員によるものとは別の、「教育」実践をとりあげてみたい。すなわち、「重症心身障害児(者)」(以下重障児と略す)の療育経験である。これは、先駆的民間施設では20数年を、また、児童福祉法に明文化され、国立施設が開設されてからでさえ、すでに10余年を経験している。この重障児療育の歩みは、まさに無から出発して、今日まで、障害者医療、福祉、「教育」領域における新たなる試みの連続である。したがって、教育的立場からみても、既存の教育概念や発達観、能力観にとられる余裕すらなく、現実の要求から生まれた創造的働きかけとすることができるといえる。しかも、それが、いわゆる「教育プロパー」の手によるものではなかった点に、色々な意味で含蓄ある経験と言えよう。

本報告は、重障児療育の立場から「養護学校義務制」の問題をとらえ、重い障害児の発達や教育について検討する。そのために、まず、国立療養所I病院重障児病棟における重障児の実態や療育を概観し(本稿)、後に、具体的事例

* 金沢大学教育学部

** 国立療養所医王病院

をとりあげてゆく。

重障児の実態と療育

1. 国立施設の発足

1960年代にはいって、多数の関係者による献身的な運動をもとに、秋津療育園（1960）、島田療育園（1961）、びわこ学園（1963）等が民間施設として重障児を受け入れていった。当時作家水上勉による「拝啓池田総理大臣殿」（中央公論1963年6月）という、障害児の親の立場からの問題提起の一文が公にされ、これをマスコミがとりあげたこともあって、重障児問題は広く社会的関心を引くようになる。

1963年には「重症心身障害児施設運営要綱」（厚生省事務次官通達）が定められた。ここではじめて重症心身障害児施設が制度的にも認知されるに至り、その入所基準等が決められた。それによれば、入所対象は、

- ① 高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり、精神薄弱を伴なうもの。ただし、盲又はろうあのみと精神薄弱が合併したものを除く。
- ② 重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより重度の精神薄弱児を収容する精神薄弱施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの。
- ③ リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不適當と考えられるもの。

とされた。

その後、1965年には国立の施設をつくることが決まり、ようやく1967年になって国立療養所重障児病棟11カ所へ入所が開始された。また、児童福祉法が一部改正（1967年）され、重障児療育についての制度的な形式が整うことになった。以降、国立施設はかなりの速度で増加し、1975年には76施設 8,080床となり、民間施設との合計では 114施設12,439床を数えるに至った。なお、児童福祉法改正の際に、重障児施設

入所の対象が、「重度の精神薄弱と重度の肢体不自由が重なったもの」となり、前述の次官通達における②、③の対象者が排除されてしまうという問題がおこった。これは、重度の精神薄弱、肢体不自由を収容する施設の拡充をいそぐとともに、運用上、重障児施設に入れることができるという主旨の付帯決議によってなんとか解決した。

このような経過で重障児療育の制度的整備が進められてきたが、療育、就中指導という面から考えると看過できない重要な問題がある。第1は、国立施設の現在の形態を模索している過程で現われた、重障児施設のあり方についての2つの立場である。ひとつは、医学的管理を最重点とする病院形式にする、であり、他は、「広い意味で教育を中心とした、いわゆる施設体系」（糸賀、1968）に位置づける、というものであった。前者は当時の島田療育園に、後者はびわこ学園に代表される考え方である。当然のことながら、両者の考え方の中に二者択一の相違点があるわけではない。島田療育園（小林提樹）とびわこ学園（糸賀一雄）各々のそれまでの経験、特に、重障児療育という新しい困難な事業を進める際の契機、準備経過等の反映であろう。ただ、形態に関するこの2つの立場の中に、われわれは異なった障害者観、発達観を象徴的に読み取ることができる。結果的には、運営上（特に財政上）有利な病院形式ということに落ちついた。

第2は、病院形式という形態をとったことにもよるものだが、重障児療育の内容において、指導（広義の教育的働きかけ）をするための条件が大幅に制約された、という点である。すなわち、重障児施設は入所児を「保護するとともに治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設」（児童福祉法43条4項）であり、たとえばスタッフの構成について、「医療法に規定する病院として必要な職員のほか、児童指導員、保母、心理指導を担当する職員及び理学療法または作業療法を担当する職員を置かなければならない」（厚生省令第63号児童福祉施設最

低基準第93条の4) にはあるが、実際には、新設40床に対し児童指導員1名、保母2名、また40床の併設の際には、児童指導員、保母各1名という定員配置である。さらに、病棟には空間的余裕がなく、最近になってようやく訓練棟の建設が順次進められている状況である。制度上のこのような基準は、三交代勤務を前提とする医療関係スタッフの定数上の不十分さと相俟って、指導面において特に困難な条件を生み出していると言わざるをえない。

2. I病院入所中の重障児の実態

国立療養所I病院に重障児病棟(40床)が開設(1969)されて10年が経過しようとしている。その間40床分が増床(1972年)され、現在は80床(現入院児実数69名)である。

(1) 10年間の入所児変動

まず、この10年間に退所した内訳を見てみよう(表1)。死亡児(者)が約30名、措置変更で他の施設へ移ったものが27名、その内訳は、他の重障児施設へ19名、精神薄弱または肢体不自由児施設、あるいは盲学校等への措置変更が

表1 退所理由と措置変更先

退 所 理 由		人 数	計
死 亡 退 所		31	63
家 庭 引 取 り		5	
措 置 変 更		27	
措 置 変 更 先	重症心身障害児(者)施設	19	27
	精神薄弱児施設	4	
	肢体不自由児施設	1	
	肢体不自由者施設	1	
	盲 学 校	2	

各々若干名である。措置変更については、10年の間に重障児施設が増加したこと、また、適当な施設がなく、やむなく重障児施設へ入所させられていた重度精神薄弱児や視力障害を合併している精神薄弱児などが、重障児施設側からの働きかけと施設・学校等の重度・重複障害児受

け入れ条件の整備によって、より適切な機関への措置変更が可能となったこと、などがまず指摘される。さらに、若干名ではあるが、I病院入所中に運動機能が向上し、排尿管が自立するなどして、「重障児」には該当しなくなり、他の施設へ移っている例もある。

このように、障害が改善し、顕著な発達を示した者がわずかなのにくらべ、死亡者数約30名という数字が示す如く、いかに重障児療育というものが困難であるかがうかがえる。しかし、医療・看護を中心として療育システムが整い、現在では徐々に生命延長の傾向にある。

(2) 年齢の分布

現在入所中の重障児の年齢分布を表2に示した。その構成は、2歳から30歳代まで、すなわち乳児から成人までにわたり、医療の面ではひとり小児科の対象のみならず、思春期から内科の対象患者へと移行している。

表2 段階別年齢分布

年齢	性別		計
	男	女	
4歳以下	3	6	9
5歳～9歳	8	6	14
10歳～14歳	10	3	13
15歳～19歳	3	5	8
20歳～24歳	7	5	12
25歳～29歳	3	2	5
30歳以上	6	2	8
計	40人	29人	69人
平均	16.3歳	14.0歳	15.3歳

この年齢構成に関連してひとつの問題をあげておく必要がある。それは、全国的に顕著にみられる重障児施設入所者の年長化、高齢化という傾向である。これは、既述のように、重障児医療の整備に併ない死亡例が減少したこと、重障児施設が児童福祉法の適用をうけながらも年齢制限がないこと、さらに障害の軽減等によってより適切な機関への措置変更が可能になる例

が実際にはごく少数であること, などによる。調査資料によれば, たとえば, 1967年当時3～5歳ならびに6～11歳の在所率が11.5, 47.0%であったものが, 1975年には, 各々 5.1%, 27.8%に減少しているのに対し, 18歳以上の在所率は, 7.3%から33.7%へとその比率が激増している。

このような傾向は, 療育全般にわたって, すなわち, その内容, 方法, ならびにスタッフ構成, 施設・設備の面でより多様な対応が可能な条件整備が緊急に必要であることを物語っている。

(3) 主要診断名と原因

重障児の主要な診断名を分類して表3に示した。この中で, 脳性小児麻痺, 精神薄弱, てんかんが重症心身障害に関係する三大疾患と思われる。それに次ぐものが脳炎・髄膜炎後遺症である。その他は少数で, ダウン症候群, 小頭症, 脳水腫, 事故による脳障害, 先天異常等がみられる。

表3 主 診 断 名

診 断 名	人 数 (%)
脳性小児麻痺	35 (50.8)
精 神 薄 弱	10 (14.5)
脳炎・髄膜炎後遺症	8 (11.6)
てんかん	4 (5.8)
ダウン症候群	3 (4.3)
小 頭 症	3 (4.3)
脳 水 腫	2 (2.9)
そ の 他	4 (5.8)
脳外傷後遺症	
脳腫瘍後遺症	
計	69 (100)

これらの障害の原因とみられるものを表4に掲げた。周産期障害が約半数にみられ, ほぼ脳性麻痺の原因として考えられる。原因不明もか

表4 障 害 の 原 因

原 因	人 数 (%)
周産期障害 (妊娠中毒症・鉗子分娩 仮死状態等を含む)	30 (43.5)
原因不明	14 (20.3)
脳炎・脳膜炎	8 (11.6)
血 族 結 婚	4 (5.8)
核 黄 疸	2 (2.9)
未 熟 児	4 (5.8)
そ の 他	4 (5.8)
脳 外 傷	
脳 腫 瘍	
溺 水	
計	69 (100)

なりみられる。これには年長児が多く, その当時の医療水準とも関連し, 過去の詳しい記載がないことにもよると思われる。血族結婚は精神薄弱の原因として該当させている。

(4) 合 併 症

重障児に合併する障害・疾患は表5の如くである。てんかん合併が最も多く, 視力・聴力障害の他に, 身体の変形・拘縮がみられる。脳性麻痺を中心として重度の脳障害の場合には, 必然的に重複障害をうけやすい。たとえば, 感覚系の障害などは, 重障児にも適用可能な他覚的検査法により厳密に検査をすれば, さらにそれらを合併する割合は増加するはずである。重症だけでなく, 障害を併せもっていることが運動機能の改善・向上や発達促進を妨げているひ

表5 合併症 (全体に占める割合)

性別	合併症	てんかん	視力障害	聴力障害	諸部拘縮	側彎症	股関節臼
男	13	9	2	6	2	2	
女	11	6	2	2	5	6	
計 (人数)	24	15	4	8	7	8	
全体に占める割合 (%)	34.8	21.7	5.8	11.6	10.1	11.6	

とつ大きな理由であり、重障児療育が非常に困難であるという所以である。中には、むしろ、退行現象を示すものとして、現状維持を療育における重点としなければならない例さえある。

(5) 運動機能

運動機能の障害・発達状態を表6に示す。立位姿勢によるひとり歩きや自力による移動が可能な者がいる反面、半数以上が坐位不能で、運動機能に重度の障害をうけていることがよくわかる。

表6 移動・運動機能

	仰臥位			座位姿勢		ひざ立ち姿勢		立位姿勢				
	ねたきり	ねがえり	はころがる	自力座り	りいついんざば	自力立ち	歩ひざ立ち	立つちかまり	支え歩き	一人立ち	一人歩き	走る
男	6	7	8	4	4	0	1	2	3	1	4	0
女	8	6	4	3	2	0	1	2	2	0	1	0
計人数 (%)	14 (20.3)	13 (18.8)	12 (17.4)	7 (10.1)	6 (8.7)	0 (0)	2 (2.9)	4 (5.8)	5 (7.3)	1 (1.4)	5 (7.3)	0 (0)

(6) 食事摂取状況とその姿勢

食事摂取における自立度と、食事をとる際の姿勢について、表7、8に示した。多くの者が全面介助を要し、自立しているのはわずかに1名である。上肢を中心とした運動機能の障害が重いことを反映している。それと同時に、食事に対する理解度、食欲、阻しゃく、燕下等の能力の弱さもみられる。しかし、食事は生活の中でも最も基本的で身近なもののひとつであり、指導によってかなりの進歩がみられた者も少なくない。

表8 食事摂取時の姿勢

	臥位 (ねたまま)	座位 (すわって床で)	CP椅子 (訓練)	車椅子
男	2	7	25	6
女	5	1	19	4
計人数 (%)	7 (10.1)	8 (11.4)	44 (61.4)	10 (14.5)

は、長時間椅子に座れず、寝たまま摂取することが多い。

表7 食事摂取状況

	全面介助	そばにいて介助 (訓練含む)	どうやら食べるが時々見る	自立
男	26	10	3	1
女	20	5	4	0
計人数 (%)	46 (66.8)	15 (21.7)	7 (10.1)	1 (1.4)

食事の際の姿勢をみると、むしろ寝たきりは少なく、約半数が各々に合った訓練椅子を使用している。しかし、側彎や変形の強い場合

(7) 排泄状況

排泄 (主に排尿) の状態をみたものが表9である。オムツを使用している者が圧倒的に多

表9 排泄状況

	オムツ使用	時間を決めて連れて行く	動作で知らせる	言語で知らせる	一人でできる
男	33	3	0	3	1
女	24	2	1	2	0
計人数 (%)	57 (82.6)	5 (7.3)	1 (1.4)	5 (7.3)	1 (1.4)

く、パンツ着用者は、動作で知らせる以上の者が中心であり、約10%である。

身体の大きな者の場合、ほとんどが自力で移動できない状態からして、実際の排尿指導の際には移動等の介助そのものに大きな困難性がある。

(8) 衣服着脱状況

表10に衣服の着脱状況を示した。予想はされることであるが、90%以上は全面介助を要する。上肢の随意的コントロールに欠け、ボタンかけ、ホックのとめはずし等、一定の巧緻性を必要とする作業は非常に困難である。

表10 衣服着脱状況

	全面介助	一部介助	自立
男	38	1	1
女	26	3	0
計 人数 (%)	64 (92.8)	4 (5.8)	1 (1.4)

(9) コミュニケーション機能

療育を通して観察される、大雑把なコミュニケーション機能の状態を表11に示す。

表11 コミュニケーション機能

	わ か ら な い	等 簡 が 単 わ な か 命 る 令	返 ハ 事 イ が 程 可 度 の	が 簡 単 な る 単 語	単 理 身 に 解 近 し な 事 簡 を	由 何 に ん 話 す も 自
男	29	5	3	1	1	1
女	21	3	2	2	1	0
計 人数 (%)	50 (72.5)	8 (11.6)	5 (7.3)	3 (4.3)	2 (2.9)	1 (1.4)

コミュニケーション能力は知的側面や運動機能等に深く関係するが、72%はいわゆる「反応のない(少ない)重障児」とみられがちなケースである。しかし、表現能力・手段は非常に制約されてはいるが、一定の理解力がある例が注意深い観察などによって発見されており、今後

の重障児教育を考える場合の、ひとつの重要な課題となっている。また、いわゆる反応の少ない者にとっては、表情の変化、笑う、泣くなどの情動行動がその意志の表現手段となり、重障児療育においては、日常の対応に細心の配慮が要求されている。

3. I病院における療育

上にみてきたような重障児に対して、I病院重障児病棟においてなされてきた療育内容を紹介しておこう。ただ、療育全般にわたってふれる余裕はないので、ここでは療育の目標、機能訓練、そして教育的働きかけについてとりあげる。

(1) 療育の目標

すでに掲げた児童福祉法による重障児施設の目的にもどるまでもなく、重障児療育の内容は広範なものにならざるをえない。I病院重障児病棟において設定している療育目標は以下の如くである。

- A) 疾病の予防と健康の増進をはかる。
- B) 身体能力の改善と新しい機能の獲得をめざす。
- C) コミュニケーション行動の育成をはかり、対人関係の豊かさと、自己表現の獲得をめざす。
- D) 認識の力と言語の獲得をめざす。
- E) 基本的生活習慣の自立をはかる。
- F) 児童が心のほりや生きがいを持てるよう配慮し、環境に対して自らの力で働きかけができるよう努める。

(2) 機能訓練

重障児の移動・運動機能の状態については表6に示しておいたが、それらの対象児にI病院で実施しているハビリテーション(機能訓練)をまとめて示すと表12の如くである。

この機能訓練の特徴は器械器具(補助具)を利用して、坐位・立位訓練を行っていることである。坐位訓練については、マット上における

表12 移動・運動機能訓練内容

項目	寝 返 り		移 動	座 位		立 位					歩 行		
	ボ イ タ ・ ス 法	ド ー マ ン 法		の 仰 臥 位 で	椅 子 座 位	自 力 座 位	テ イ ブ ル ト	イ ス タ ビ ラ イ ザ ー	ス タ ン ド ン グ テ ー ブ ル	ス タ ン ド ン グ バ ン デ ィ	立 っ か ま り	支 え 歩 き	平 行 棒
男	4	9	1	34	2	3	15	14	0	3	5	0	3
女	4	9	0	27	2	3	14	8	1	1	2	2	0
計	8	18	1	61	4	6	29	22	1	4	7	2	3

(一部ダブルチェックあり)

訓練の他に、首のすわらない患児や重度身体障害児(者)には各々にあったリラックス型訓練椅子を、首の坐った者には直角位の訓練椅子や車椅子を、散歩を兼ねてバギー車等を使用している。坐位姿勢をとりやすいように軟性ポリ補助具を使用している患児もある。立位訓練については、首の坐らない者にはティルトテーブル(傾斜ベット)やスタビライザーを主とし、側彎症をみとめる患児にも矯正用にスタビライザーを使用している。坐位可能な者や、上半身または下半身が安定してきた者にはスタビライザーの他に、スタンディングテーブル(スタンディングボックス)を用いている。

1年前より、神経生理学的アプローチとして、アメリカの脳神経外科医 Temple Fayが考え出したクローニングパターン(理学療法士のDomanが継承し、現在ではドーマン法として知られている)を行っている。これは、幼少で変形・拘縮の少ない患児と理解力のある脳性麻痺者若干名を対象に実施している。3人または5人の介助で頭部の左右回転と同時に上肢と下肢の屈曲・伸展を繰り返す方法である。

この10年間で、どんな重度の障害があっても、重障児一人ひとりに適したやり方で、器械器具(補助具)を利用した坐位・起立訓練を行うようになってきた。その上に、比較的年少の者と理解力のある重障児に神経生理学的アプローチを加味している。

訓練椅子または車椅子による坐位保持での食事訓練はほぼ軌道に乗り、約60%の患児にリハビリテーションの一環として実施されている。

(3) 教育的働きかけ

すでに指摘したように、重障児施設において教育的働きかけを組織的、体系的に進めてゆくにはあまりに条件が整備されていない。しかし長い療育経験を通して、専門性をこえた形で全職員による積極的な働きかけがなされれば、着実に重障児の発達を促進させるという事実が生み出されてきている。I病院における、主に教育的立場からの療育内容を図1に示した。

重障児教育の基本的問題

これまで「重症心身障害」の実態とその療育について、ひとつの国立療養所重障児病棟の例をあげながら概観してきた。重障児にみられるその障害の重さは、少なくとも既存の教育観、発達観をもとにしている限りでは、「学校教育の対象」たりうることを困難にしている。直截に言って、そのような見方は、教育関係者にまだ相当根強く残っているようである。『全員就学』という制度はよしとしても、実際に重障児を目の当りにしてその教育とは何か、を思うとき、教育の専門家であるだけに、消極的、否定的な方向へと考えがむくのは、むしろ当然かもしれない。

他方、これまでの重障児療育の経験は、障害児医療の充実を条件として、日常的な教育的働きかけをすることによって重障児が変化し、発達するという事実を明らかにしてきた。もちろん、この「教育的働きかけ」が、たとえば家庭において親が子供にすると同様な水準のもので

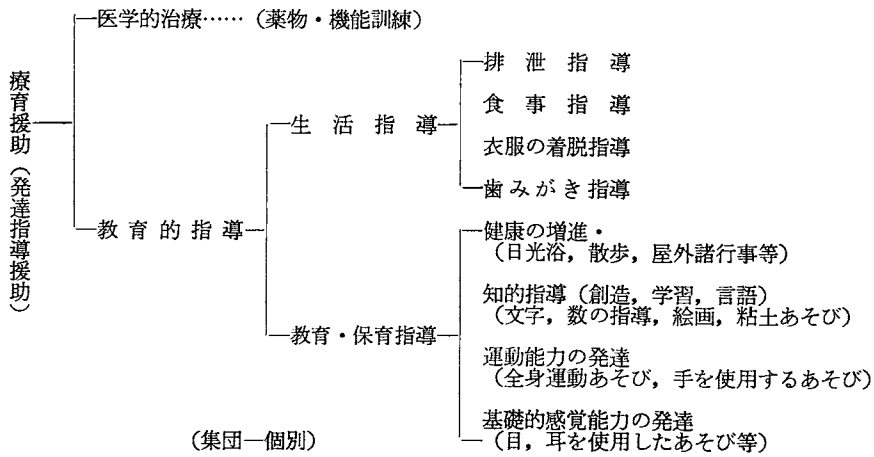


図1 療育援助内容の実際 (主に教育的立場から)

あり、それがはたして学校教育の内容になりうるか、という見解がないわけではない。しかし重要なことは、重障児の教育を考えると、まさに「その程度の水準のこと」を学校教育の内容として取り込むべく決断をすることであり、「その程度の水準のこと」を体系的に教授しようとする科学的検討を進めてゆくことである。

昭和54年度養護学校義務制の実施によって教員が何らかの形で重障児に関ることになるという点は、重障児療育の立場からみると、療育において最も弱い側面、条件の整っていない側面であった「教育」領域に人材が補完されるということを意味し、これによってより充実した重障児療育の展開が期待されるのである。

義務制施行期日を目前にして、なお解決しなければならない問題は枚挙にいとまない。とりわけ重要なのは、教育の内容、方法であろう。その課題に対応するためにも、われわれは今

後、これまでの重障児療育の経験を体系的にとらえなおし、それを基盤にしなが、予後と将来を見通すことができる発達診断や教育の内容・方法について検討していかなければならない。

この点については、具体的な試みや事例報告とあわせ、稿をあらためて考察することにした。

文 献

糸賀一雄 1968, 福祉の思想, 日本放送出版協会
 石川克巳 1978, 脳障害治療訓練におけるドーマン療法の現状—同博士の人間能力開発研究所を訪ねて—日本医事新報, No. 2833, 43—46
 大友順治 1978, 重症心身障害児(者)の社会復帰—退所児(者)の実態を中心に—, 第8回北信越医療社会事業大会研究会発表報告書