

# 当園通園施設療育16年間の経験

東京都立北療育園

甘楽 重信 中島雅之輔  
藤本輝世子 落合 幸勝  
山崎 ユキ 山本 恵子

## はじめに

都立北療育園は、城南、城北の二分園を持っているが、本園では、肢体不自由児通園施設が法により発令される以前の昭和40年5月1日にすでに通園部門を開設し、今日まで16年の年月が経過している。この間に、多くの卒園児を世に送り出し、運動機能に問題がある長期在宅療育児の療育施設として、東京都衛生行政の一端をになう役割も果たしてきた。

近年、新生児医学の進歩、保健所を中心とする、心身障害児の早期発見、在宅児へのケアの一環としての早期療育のニーズ等が、各地で、通園施設を発足させ、更に障害児の全員就学が実施された現在、その他の各種福祉対策の施行等も相まって、通園児の有する問題が、当園の通園が発足した時点とは、かなり変容してきている。また43年に城南分園を大田区に、45年に城北分園を足立区に作り、開設と同時に通園部門を設け、地域の便をよくしたことで、更に最近では都内でも各区や市部に、心身障害児の通園施設が設立されてきていることもあって、当園への通園児の居住地域も、以前は全般的に分布していたのであるが、次第に北区、板橋区等、園の近縁の地域に限局してきている傾向がある。その意味では、都立の中心的な療育施設として、果たして今後どのような役割をこなして行くべきかを検討することは、当面の課題であると考え、その指針を得るべく、今回の調査を行い、いささかの結果を得たので考察を加え報告する。

## 調査方法

開設当初から昭和55年迄に当園通園施設に通園してきた患児の通園記録を分析した。

## 調査内容と結果

### 1. 年度別措置状況

表1は、開設当初から昭和54年迄の15年間にわたる年度別全措置数及び措置解除数である。この結果を単純に算術平均してみると、入園措置数は平均1年間50.6名、退園解除数は年平均31.0名となる。

表1 年度別措置状況

年度	40	41	42	43	44	45	46	47
入園	66	43	27	43	55	37	41	58
退園	19	41	27	78	36	65	38	24

年度	48	49	50	51	52	53	54
入園	54	58	57	52	55	53	60
退園	30	24	25	20	32	25	35

平均入園数50.6名、退園数31.0名

### 2. 年齢別推移

表2は、各年度の入園措置児の年齢別推移をみたものである。

開設当初から昭和54年までの6年間は、3歳児から6歳児が主であるが、7歳以上の就学延期または就学猶予児もかなりみられる。46年からは、7歳以上はみられなくなって、逆に2歳児の入園児がみられるようになってきている。51年になると、6歳児は皆無となり、51年から53年までの3年間は、下限は2歳児で年長は5歳児になって

きている。54年には、ついに1歳児も2名措置せざるをえなくなってきたり、年齢年少化傾向が注目される。

表2 年齢別推移

4月1日現在)

年齢	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳
S40			22	22	10	8	4
41			12	13	13	3	2
42			7	6	9	1	4
43			5	8	25	4	1
44			22	11	15	4	2
45			12	16	7	0	2
46		7	11	9	10	4	
47		5	11	9	4	1	
48		3	20	19	5	1	
49		3	23	15	6	1	
50		3	17	20	14	1	
51		4	15	13	18		
52		4	16	16	17		
53		9	20	14	10		
54	2	14	13	18	12		
55	0	11	17	9	10		

3. 疾患別年次推移

表3は、疾患別年次推移をみたものである。40年から48年までの9年間は、純粹

表3 疾患別年次推移

病名 年度	C P	骨 関 節 疾 患	脊 髄 疾 患	筋 疾 患	重 複 障 害	精 神 薄 弱	先 天 異 常	後 遺 症	そ の 他
S 40	66								
41	40	2							
42	25	1							
43	39								
44	46	2					1		
45	34								
46	31	3	1				1		
47	23								
48	29								
49	18			1	23			1	
50	19		1	2	19	3		4	
51	19		2	2	17			5	3
52	11		1	1	28			0	9
53	9		2	2	30			0	5
54	9		1	1	25			8	
55	11		1	1	24	4		9	

な脳性麻痺（以下CPと略す）が殆んどであったが、その後はCPを主とした重複障害児が漸増し、それと共に脳疾患の後遺症等も入園してきており、内容的に多岐に渡ってきたことが注目される。

4. 運動能力別比較

表4は、最近通園措置された患児の運動能力をみたものである。

表4 運動能力別比較

(S50年度児、55年度児)

運動能力 年度	独 歩 不 安 定 な が ら	一 ど ん な 形 で も	肘 這 い	ね が え り	動 け な い	計
S 50 年度児	14	21	1	7	5	48
S 55 年度児	2	25	4	9	6	48

開設当初から昭和48年頃までの9年間は、軽度組、重度組の二組の障害別カリキュラムが組めたが、重複障害児がふえるにつれ、この組み分けがむずかしくなっている。これを裏付けるため、50年度児と55年度児の運動能力を比較してみた。表4にみるように、この5年間だけでも、不安定ながらも独歩可能という児は激減し、肘這い以下の運動能力しか持たない児が増えてきていることが注目される。つまり明らかに運動能力低下児の措置児が多くなってきていること、即ち重度化が証明された結果といえよう。

5. 知能分布の変化

上述したように、運動能力が重くなり、重複障害児が増えてきている実状から、知能程度の変化、とりわけ最近6年間のそれを知らうと考え調査したのが表5である。

50年の平均知能指数（IQ）が、72.9であったものが、55年の平均IQは48.2と、IQ50以下の増加が目立つ。ことに54年、55年の最近2か年間では、IQ35以下の増加が顕著である。

この結果は、経験的には感じていたが、

表5 知能分布の変化 (%)

年度 \ IQ	S50	51	52	53	54	55
34 以下	10.9	25	22	22.9	47.5	31.3
35 ~ 49	8.7	14.6	16	14.6	10.5	14.9
50 ~ 74	32.6	16.6	16	25	18.8	22.6
75 ~ 99	37.0	25	26	20.9	10.4	25.5
100 ~	10.9	18.8	20	16.4	12.5	5.8

年度別 IQ 平均値

50 年 平均 IQ	72.9
54 年 平均 IQ	50.7
55 年 平均 IQ	48.2

重複障害児の多くが、いわゆる重症心身障害児になってきているということも決して過言ではないといえるかと思われる。ことに55年には、知能障害が主で、運動機能に問題がある精神薄弱児と見られる児が4名措置されており、極言すれば、純粋な肢体不自由児とされる者は、ごくわずかにすぎなくなっているといえよう。

#### 6. 退園後の進路状況

東京都では、昭和49年以来、いわゆる心身障害児の全員就学を実施してきた。これにより、これまで軽度組に通園してきた子供達の中に、普通校に進学する者がみられるようになった。一方、今迄のべてきたように、当園の通園措置児が、年々重度化、重症化してきているので、退園後どのようなところに落着いているかをみるために49年以降の退園後進路状況をみたのが表6である。

昭和50年より普通校に進学している者のいることが知られていると共に、普通幼稚園や一般保育園への入園もかなりみられ、統合保育の進展が推察される。肢体不自由児養護学校への進学が依然多いことも、年年重度、重症化する当園通園の実態結果かと推察される。

表6 退園後進路状況

年度 \ 方向	S49	50	51	52	53	54
入 園	9	1	2	7	9	1
幼 稚 園	2	5	2	>7	>9	3
保 育 園	7	2	0			2
養護学校	3	9	12	13	8	10
特殊学級	1	0	1	0	0	1
普通校	0	4	4	3	2	0
他施設	1	1	0	0	3	5
自 宅	4	1	1	1	1	6

外来療育をうけ、通園に入園し、通園療育をうけ、そして入園療育をうけ、学校教育をうけ社会的自立あるいは社会的参加可能な児を療育することが、肢体不自由児療育の理想であると我々は当通園が開設以来思ってきた。しかし年年重度、重症化する中であって、限定された労働力の範囲内で実施しなければならぬ入園（収容）療育であって、通園から入園の経験をとる者が、その年年によって違うことが見出される。通園から入園に結びつくためには、その年年の親達の入園療育に対する考え等、他の要素で考えねばならぬ要因があると感じられた。

しかしながら他方、その主なものが精神薄弱施設であるが、54年のように、他施設や、自宅に残る子どものいることも、見逃せない今後の通園療育のあり方と考える。

#### 7. 居 住 地

前述したように、当通園が開園された当初は、このような肢体不自由児通園施設がないため、東京都内各地から通園して来たが、城南、城北の両分園や、都立多摩療育園が出来、更に各区でも小規模ながら、通園施設を造るようになってから、全都からの来園は少なくなっているように経験していたので、最近の通園範囲状況をみたのが表7である。

北療育園は、北区にあるので、北区在住児が多いかと予想されたが近接した板橋、

表 6 居住地

(S50年度と55年度を比較して)

区 年度	板橋区	北区	練馬区	文京区	豊島区	渋谷区	台東区	江戸川区	港区
S 50	13	7	6	1	2		4	2	1
S 55	11	6	5	3	3	2	2	2	2

区 年度	足立区	荒川区	葛飾区	墨田区	杉並区	中野区	三鷹市	江東区
S50	2	1		1	1			
S55	2	2	2	3	2	1	1	1

練馬からかなり通園してきていることが知れた。それより驚いたことには、昭和50年には12区から通園していたものが、昭和55年には16区1市、計17の場所から通園してきていることである。これはまた、当園には各地域で受けかねる重度児や年少児が来園しているということと推察され、やはり重度、重症化、年少化の裏付けといえよう。

## 考 察

当園通園施設の開設以来16年間に及ぶいくつかの事項について調査し、いささかの結果を得た。この事実をもとに、当通園施設の今後のあり方を考察してみたい。

1. 表1の結果が示すように、まず当園通園に適当な通園措置児数である。当園が開設された当初、何の科学的根拠も、経験的根拠もないまま、当時あった肢体不自由児施設設置最低基準に準じ、CP児を扱うのだからその最低基準より少しゆるやかにし、また40名以上を通園施設とするとといった考えだけが先行し、一日通園措置数40名と決められ今日まで実施されてきた。ところが実際に施行してみて、軽度児と重度児とを共に通園療育することは不合理であり、また重度児は毎日通園しうる体力がない等が経験的にわかってきた。重軽二組に分けて療育してみると、開設当初は軽度児が多かったの、当番の母親が数名つくのみで、当園施設の物理的面積から、一日30名が、

療育可能であることがわかり、重度児の場合は、殆んどが親がつくことになるので、20名が限度であることを経験した。最近のように、年少化、重度、重症化している現実では、通園療育は、母子通園という形態をとらざるをえず、物理的にみて一日25名が最大といえる状態である。母子の心身の負担を考えると、二組のクラスが一日おきに通うという形が、より無理のない現実的な処遇と考えられ、総数50名があらゆる点で最大措置数といえそうで、表1の結果はまさにこのことを証した数値と考える。

当園の物理的スペースを基にすると、母子通園で措置児一人当たり9m<sup>2</sup>の空間面積が必要最小限であることが経験的にわかってきた。

2. 次に扱う対象児の年齢である。超早期発見、超早期療育の思想の普及と、いわゆる心身障害児の全員就学といったこと等から、年齢的には表2が示すように、就学児は全員学校に行っている現在、就学前2歳～5歳児が主体であるが、昭和54年の結果にみたように、漸次1歳児も扱わねばならない傾向にあると考えられる。
  3. 対象児の内容は、表3の結果が示すように、開園当初のようにCP児と何人かのポリオ児といった単純な肢体不自由児といったものではなく、運動機能に問題のある子ども全てを扱わねばならなくなってきた。またその運動能力は、表4の結果が示すように、いずれの形態であっても独歩までゆく児が減少し、肘這い以下の能力しか有しない児が主体となっている。
- 知的には、表5が示すように、IQ50以下、場合によっては35以下の者も扱わねばならぬといえ、年々低IQ児が多くなる傾向が見られる。
- この結果を換言すれば、いわゆる重症心身障害児の範囲でとらえられるべき重複障害CP児を中心とした運動機能に問題のある心身障害児ということになる。しかも表

2にみるように、かなり年少の時代からそれらを扱うことが要請されてきているといえよう。

4. この結果は、当園の通園施設が、すでに肢体不自由児通園施設の役割をこえて、運動機能に問題のある身体障害児を中心に、疾患内容が多岐にわたる患児を扱いうる通園施設になってゆかねばならぬことを示唆しているといえよう。その意味で、今後の肢体不自由児通園職員の配置数の法的基準も、従来の肢体不自由児施設のものでは実際的には役立たず、重症心身障害児施設設置基準を加味して考慮されねばならないと考える。
5. 表6の結果が示すように、外来療育→通園療育→入園（収容）療育→肢体不自由児養護学校での教育といった肢体不自由児療育コースが、現状では変化してきていることがうかがわれる。

出生人口の減少、医学とりわけ新生児医学の進歩により、CP児の発生数の激減（10年前には出生1000人に1人に対し、最近当園の中島の調査によると2000人に1人という10年前の半分になってきていることが知られている）等により、入園児数そのものが減っている上、超早期発見、超早期療育の思想の普及につれ、これからの肢体不自由児施設は、入園（収容）療育よりも、外来療育及び通園療育即ち広義の在宅療育が中心になることが予想される。ここに今後の肢体不自由児厚生行政の重要性と方向性を見出したい。

6. 表7の示した結果は、東京都には多くの区立の小規模通園施設が出来、当園の通園児の居住地域も、板橋区、練馬区といった近接地が多くなってきているとはいえ、母子が通園しうる体力や交通の便があれば、都内のかんりの地域から通園していることがわかった。

この理由については、今回の調査からは

断定しがたいが、ひとつには、当園の医療的配備が考えられる。常勤の小児科医、整形外科医がおり、検査面や看護面も整った療育機関は、通園施設の数こそ増えてはいるものの、まだまだ稀有な存在であろう。その意味で、今後の療育設備は、多様な重症児を対象とする以上、医療的ニーズをみたさねばならぬことが、推測されるともいえようか。

## 結 語

開設以来16年間に及ぶ都立北療育園本園所属の通園部門における全措置児についてカルテ分析を施行し、一次の諸事項について調査検討を加え、この結果から今後の肢体不自由児の在宅療育のあり方について考察した。

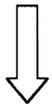
- (1) 全措置児数と措置解除数。
- (2) 年齢別推移。
- (3) 疾患別年次推移。
- (4) 運動能力別比較。
- (5) 知能分布の変化。
- (6) 退園後の進路状況。
- (7) 措置児童の最近の居住地。

以上から従来の狭義の肢体不自由児通園施設としての役割は、今後、重症心身障害児をも含めた、広義の運動機能に問題のある小児を扱いうる通園施設にならねばならぬことが予想される。

従って母子通園の形が主体となる他、医療設備を有することが欠せぬ最低基準であり、医師はもとより、看護婦、パラメディカル・スタッフ等の配置が肝要である。

更に少なくとも1人当たり9㎡の物理的面積を有する広さが、通園療育の実をあげるために望ましいことを考察した。

いずれにしても、今後の療育の主形態は、入園（収容）療育よりも、外来や通園療育を前提とする在宅療育が、より重視されねばならないことが、現状より結論出来そうであると思われた。



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

都立北療育園は、城南、城北の二分園を持っているが、本園では、肢体不自由児通園施設が法により発令される以前の昭和40年5月1日にすでに通園部門を開設し、今日まで16年の年月が経過している。この間に、多くの卒園児を世に送り出し、運動機能に問題がある長期在宅療育児の療育施設として、東京都衛生行政の一端をになう役割も果たしてきた。

近年、新生児医学の進歩、保健所を中心とする、心身障害児の早期発見、在宅児へのケアの一環としての早期療育のニード等が、各地で、通園施設を発足させ、更に障害児の全員就学が実施された現在、その他の各種福祉対策の施行等も相まって、通園児の有する問題が、当園の通園が発足した時点とは、かなり変容してきている。また43年に城南分園を大田区に、45年に城北分園を足立区に作り、開設と同時に通園部門を設け、地域の便をよくしたことと、更に最近では都内でも各区や市部に、心身障害児の通園施設が設立されてきていることもあって、当園への通園児の居住地域も、以前は全都的に分布していたのであるが、次第に北区、板橋区等、園の近縁の地域に限局してきている傾向がある。その意味では、都立の中心的な療育施設として、果たして今後どのような役割をになって行くべきかを検討することは、当面の課題であると考え、その指針を得るべく、今回の調査を行い、いささかの結果を得たので考察を加え報告する。