

## (1)心身障害児の療育指針の設定に関する研究

分担研究者 平井信義  
(大妻女子大学)

研究協力者 詫間晋平  
(国立特殊教育総合研究所)

下田巧  
(全国特殊教育推進連盟)

林友三  
(東京都北養護学校)

堤直温  
(全国心身障害児福祉財団)

田村美枝子  
(国立療養所東京病院附属リハビリテーション)

金子奈美子  
(東京都養育院)

小林育子  
(大和学園短期大学)

山崖俊子  
(大妻女子大学)

心身障害児の療育指針を設定するに当たって、これまでの問題点を明らかにするために、7回に亘って討論を重ねてきた。その討論の柱は、次の5つである。

1. 心理・教育的な側面と医療的側面とを統合した療育方針の設定
2. 診断及び療育方針を、療育の経過において修正していくシステムの検討
3. 施設と家庭の連携の方法
4. 医療・心理及び教育などを含めた療育に関する評価基準の設定
5. 在宅障害児の療育体制のあり方とその指導体制のあり方についての検討

### 1. 心理・教育的な側面と医療的側面とを統合した療育方針の設定

心理・教育的な側面と医療的側面とを統合した教育指針を立てることの必要性については、これまで度々強調されてきたが、今日ま

で、断片的に事例が示されているに過ぎず、現実には、医療的側面が優先されている。すなわち、医師が権威を背景として療育方針を設定していることが多く、そのみに終始していたり、心理担当者や教育者がいても、その人々は医師に従属するといった、いわゆるピラミッド型を呈していた。その結果、両親が大きな不安を持っていたり、それが心身障害児の人格形成にゆがみを与えている例が少なくないことが、多くの事例について話し合われた。

療育方針を両親や子どもに話す場合には、その家庭の家族関係や生活面を考慮し、家庭における療育体制が確立できるように行われなければならないのに、医師はその権威にもとずいて、治療方針を両親におしつけることが多く、その結果、両親は療育方針を実現することができず、不安を強く感じ、それが子どもに投影されることが多くあった。

療育方針は、常に、子ども1人1人の状態に合わせて立てる必要がある；それには、家庭の生活面、両親の人格や家族関係、さらには家庭を取り巻いている社会環境について熟知していなければならない。その点で、医師の能力には限界があり、しばしば視野の狭い医師が指導する結果、育療指針は偏向する結果を招いている。

とくに療育方針の設定に当っては、どのように教育（保育）するか、教育（保育）について詳細に亘って考慮する必要がある、しかも教育について考慮する際には、今後に子どもの能力を開発する可能性を含めて、とくに残存能力をいかに開発するかという問題を含めて、希望をもってそれらが実現されるように設定されなければならない。その点で、医師の中には、過去に示された研究のデータにこだわり、その子どもの将来を悲観的に語ったり、教育（保育）の限界を指摘するなど、両親や教師の教育的意欲を喪失させるような指導を行う者が少なくなかった。その結果、子どもの能力が開発されないばかりか、両親の過保護や放任を招き、子どもの自立や独立がおくれ、人格形成上のゆがみを生ずるという結果が生じていた。

また、教師が毎日子どもと接している中で、教育的観点から望ましいと考えられる教育の方針について提案しても、医師によって否定されるという事態も生じ、教師は医師の権威に服しなければならず、能力を開発する機会を見逃がすことも少なくなかった。

なお、子どもの人格形成を考えて療育方針を立てるには、青年期までの見透しが必要であり、その際には、発達期における発達課題について十分な配慮が必要である。その配慮を欠いた療育方針は、しばしば誤りを犯す結果を招いている。

以上から、療育方針の設定に当っては、医療的側面が優先することを、十分に戒めなければならない、医師がその設定に当るときには治療教育や社会医学・公衆衛生などについて

十分な知識を持っていることが前提となる。ところが、現在の医学教育の中では、その点で大きな欠陥があり、狭い視野の医師が多く、その再教育にも多くの困難があるために、医師のみによる療育方針の設定は、避けなければならない。

そこで、医師と心理・教育に当る者、さらにはケース・ワーカーやホーム・ヘルパー、ボランティアを含めて、チーム・ワークをいかに実現するかが当面の最も大きな課題となるが、それが、医師を頂点としたピラミッドにならないよう、配慮しなければならない。すなわち、各職種の者が平等な立場で、1人の子どもの療育方針について討論のできる場と雰囲気を作ることが必要である。過去においてそれが実現できた例を検討してみると、施設長の人格が大きく反映していた。そのような施設で療育方針を与えられた両親は、非常に安定し、療育方針に沿って努力することができた。すなわち、療育が最もよい効果をあげている。

ところが、不安を持った両親は、他の施設（病院を含む）を訪れ、そこで、別の療育方針を告げられて、さらに不安を強める結果になっている。療育方針は、専門家の間でさえも大きな違いを示すことがあり、それは、療育方針に絶対性のないことを物語っているが、医師の中には、自己の療育方針を絶対的と思っている者がある。両親はそれに疑いを感じながらも、医師の機嫌を損じないように配慮しなければならないという状況に陥入ることが少なくない。遂には、医師に対する信頼感を失い、次々と施設を廻っては、混乱の極に達する両親の事例についても話し合われた。

くり返し強調された点は、各種の職種の者が平等な立場から発言できるような事例討論 case conference は絶対に必要であり、その討論の中で療育指針が設定されなければならないということであり、それを欠いた療育方針の設定には、偏向や誤りがあり、子どもの

人格形成をゆがめ、能力の開発を損う結果になることが多いということである。従って、今後においては、

- ①どのような職種の者を、一つの施設内に用意するか、
- ②事例討論をする時間と場所とをどのように設けるか

を研究し、それを実験的に実践する必要がある。

## 2. 診断及び療育方針を、療育の経過において修正していくシステムの検討

事例討論が十分に行われるような体制があれば、恐らく、診断や療育方針の修正は少なくすむであろうが、それでもなお、教育により子どもの能力を開発されることによって、修正を迫られることが生ずることがある。それは、教育によって、子どもに秘められていた可能性が発見された例が少なくなく、それはパイオニアである教師の努力の賜であった。そのような教師は、子どもに打ち込み、絶えず教育上の反省を行っている教師であり、医師の立てた療育方針をのりこえて、各種の新しい教育実践を行っている。

事例討論が行われず、医師一人によって立てられたような療育指針には、往々にして偏向や誤りがあるから、療育の過程において、それを修正する必要があることは、当然である。ところが、これまでは、最初に診断された病名がレッテルのように貼られて、修正が行われないために、折角現れた能力も見過ごされている例をしばしば経験している。とくに、子どもの性格上、行動上の問題や知的能力の問題について、そのことが言える。

例えば、落ちつきのない子どもについて脳波測定が行われ、脳波に何らかの異常が認められると、異常な行動を脳障害にのみ起因するものとして、投薬のみを続けているような場合である。行動異常には、さまざまな環境上の要因があり、それらを改善することによ

って、脳波に異常のある子どもでも、異常行動が消失する例をしばしば経験している。また、知能検査によって精神薄弱と診断されていた子どもに治療教育を行ってみると、それが自閉性の強いために起きていた状態像であり、自閉性の改善とともに、秀れた能力を現わす例が少なくない。

その点で、とくに重要なことは、治療教育の中で、子どもの行動を十分に観察することである。治療者や教師が子どもの遊び方や学習態度を十分に観察し、子どものよいコミュニケーションを成立させると、一つの診断名にもとずいて療育方針を立てていたことに疑惑が生ずるものである。その点に関しては、実は、診断に際しても、治療的な接近をしながら、子どもを十分に観察することがあれば、誤診を避けることができるものである。すぐれた教師や保育者が、教育（保育）の中で、初めの診断や療育方針を次々と修正しているのも、子どもに対する教育的接近の中で、子どもを十分に観察しているからに他ならない。

その点で、事例討論を行った上での療育方針についても、修正を行う必要がある、医師のみによって行われた診断や療育方針については、教育的（保育的）観点からくり返し修正が行われなければならない。その際にも、子どもに関係している職種の者が、事例討論に参加する必要があり、とくに子どもとよく接触している治療者や教師の意見を十分にきき、それにもとづく療育方針の修正を優先させることを考えなければならない。

すなわち

- ①治療教育や教育に当たっている者の意見をどのように反映させるか、
- ②その方法の確立とともに、この場合にも、事例討論をする時間と場所とをどのように設けるか、

を研究し、それを実験的に実践する必要がある。そして、総括的な療育指針を立てる方法の確立をめざさなくてはならない。

### 3. 施設 (Staff) と家庭 (両親) の連携の方法

心身障害児の療育に当って、両親に対する指導が極めて重要であることは、既に指摘されているところであり、その指導に当っては、諸施設と家庭のと連携がよく保たれていることが基盤となる。

連携 (コミュニケーション) には、施設において指導に当る者と両親との親密な関係 (ラポール) が鍵となることは言うまでもない。ラポールの成立には、カウンセリングの技法が示しているように、相談に当る者が両親に対して共感的理解のできる能力を持っていることが前提となる。

その点で、1人の医師やその他の指導者によって、短時間に、一方的に行われた権威的な指導は、両親を不安にすることが多く、中にはショックを受けて、子どもの教育に当る意欲を喪失してしまったという両親も少なくない。それが子どもに反映して、異常行動を発生させたり、或いは、知的能力の開発をおくらせてしまっている例さえもある。両親が精神的に安定した状態の中で、療育方針に沿って療育に参加できる状況を作ることは当然のことである。さらに、両親自身が療育の新しい面を開発することもあり、それを専門家も学習することによって、よい療育方針を立てることも少なくない。

一方、子どもの家庭には、さまざまな状況があり、父親と母親との間の協力体制が確立しなかったり、きょうだいや年寄りの問題がからんでくることもある。さらには、近隣の人々との関係が悪かったりして、苦悩をかかえている母親もある。そのような事情を十分に把握して療育をすすめる必要があるから、基本的な療育方針は一定していても、その指導は事例によってそれぞれ異なる (case by case) ものであるから、指導のために十分な時間が必要となる。

その点で、施設 (病院を含めて) において

両親の指導に当る者を誰にするかは、大きな課題であり、ケース・ワーカーがそれに当って成功している事例もあるが、一般化されてはいないために、結果としては、明確な指針が得られずに、不安な状況におかれている両親が非常に多い。

指導に当っては、両親の精神的な安定を第一に、両親に希望を持たせることを常に考えている必要があり、また、両親の指導に当っては、子どものいる前では話しをしないことを原則にしなければならない。

その意味で、

- ①両親の指導に当って、その方法をどのようにするか、とくに、カウンセリングの技術の必要性を強調しなければならない、
  - ②両親の指導を誰がどのような時間で行えばよいか、
  - ③それが十分にできていない現在の体制の中で、少しでも改善するためには、どのような方法を用いればよいか、
- などが、研究課題となる。

### 4. 医療・心理及び教育などを含めた療育に関する評価基準の設定

療育の効果の評価に当っては、薬物や器具など医療面の効果のみでなく、人格や知能を含めての精神面をも含めて検討される必要がある。医療面での効果があがっても、教育上には問題があったり、知的能力が遅滞したり、さらには人格面 (とくに情緒や意志) での遅滞やゆがみが生ずるようなことがあれば、人間性という観点からは、療育の効果があがったとは言えない。従来、療育の効果が医療面からのみ言われていたり、身辺自立のみに限定して言われていたが、人格面を含めての効果を判定すること、そのために評価基準の設定を急ぐ必要がある。

例えば、肢体不自由児に対する機能訓練や聴覚障害児に対する聴能訓練が強力に行われ、それぞれの能力は発達したとしても、人格面での主体性の発達が遅滞し、意志の弱い

子どもになり、困難に直面したときに、それを自分自身の力で解決できず、落伍する例がある。また脳障害児（例えばてんかん児）において、薬物の投与のみが行われている例では、学習能力が低下したり、過保護な養育態度によって意志力の薄弱な子どもを作っている例が少なくない。極端に言うならば、機能の改善よりも、人格の発達遅滞の方が、人間性に反することになる。

また、身辺自立が重要視されているが、それが子どもの発達には望ましいことであっても、意外にも周囲の大人の便宜のためであることが少なくない。とくに、身辺自立が条件反射に近い状態で実現され、内発的動機づけに乏しい場合には、自我の主體的な面の発達が阻害されていることさえある。

療育、とくに教育面を担当している教師の中には、自己の教育について厳しく評価し、反省をしながら、絶えず教育方法に改良を加えている者があり、その際に、両親との協力体制を作り、一人一人の子どもの発達そのものに目を向け、それが微々たるものであっても発見する喜びを持ち、発達記録などを充実させることによって、子ども・両親・教師が生き甲斐を感じているという報告もある。この生き甲斐こそは、人生観と結びつくものであることを、療育の評価の中で考えてみなければならない。

教育の効果を評価する場合には、光背効果 halo effect と呼ばれているものや、ATI（能力処置交互作用）或いは余り目的を固定化しないで指導し評価する〔羅生門方式〕と呼ばれているものを考慮するとともに、知的発達・情緒的発達・意志力の発達・社会性の発達などの柱を立てたり、遊びへの参加・社会性の現れ・意志伝達能力などの柱を立てたり、或いは、わかる・しようとする・関心を持つなどの項目を立てている者があり、子どもの生活全般に亘って細かい観察が行われているが、これらはすべて、絶えず教育上指導技法の向上に努力を重ねている教師によって

実現されていることであり、療育の評価に当っては、これら教師の見解が中心となる。

その際、重要視しなければならない点は、とくに集団の中で子どもを教育する場合、集団（友人）の刺激がどのように及んでいるか——という点である。集団力動 group dynamics を考えるならば、閉鎖的な集団から子どもを解放する必要がある、それがインテグレーションと呼ばれている教育の方法と関連しているが、そのような方法を用いてどのように子どもが変化したかを把握することも、療育の評価にとっては必要なことである。

以上から、療育に関する評価基準の設定に当っては、

- ①医療の効果や身辺自立を促す教育の効果のみにとらわれず、1人1人の発達を考える中で、情緒・意志・社会性などについて評価をしなければならないこと、
- ②とくに、医療優先のこれまでの療育とその評価を改めて、人格全般に対する評価の中で、医療に対する評価が検討されなければならないこと、
- ③そのために、評価の方法について、海外の研究をも参考にしながら、新しく基準を作ること

が必要となる。この点については、早急に研究委員会で試案を作製する。

## 5. 在宅障害児の療育体制のあり方とその指導のあり方についての検討

各種の事情によって在宅している障害児については、従来、わずかにボランティアやホームヘルパーと呼ばれる人々の実践活動に頼っており、訪問教師や保健婦が援助するという形で行われていたが、どのような療育体制や指導体制を設定すべきかについては、ほとんど検討されていない。

在宅という事態が生じている理由は、それぞれの家庭によって異っているが、子どもによっては、家庭にあって両親のもとで療育を

受けることが望ましいし、療育体制が確立すれば、多くの子どもが在宅のまま療育を受けることが望まれるであろう。それは、ホスピタリズムが防止されるからである。

在宅児について従来の傾向を見ると、医師やその他の施設をぐるぐると廻って、それぞれの指導がちがっていることを経験し、混乱におちいたり、医師や施設の職員に不信感を持っている者が非常に多い。さらに、障害児をもった不幸を感じて、閉鎖的となったり、療育に対して積極的でない両親もいる。

その点で、まず、両親が医師や施設をあちこちと廻らないように、一つの施設において十分な指導を受け、安心して療育に専念できる状態を作ることが望ましく、その意味で、全国心身障害児福祉財団が設立された意義は大きい。その機能を十分に発揮するためには、すでに述べてきた如く、各分野の専門家が平等な立場に立って、事例討論をして療育の指針を決定し、カウンセリングの技法を用いて両親にその方針を説明し、さらに定期的に療育方針が適当であったか否かを検討するために来所してもらうための機能を整備することが必要である。さらには、地域的に支部を作って、両親の便利をはかるべきである。

とくに、在宅児の指導に直接関係しているボランティアやホームヘルパー、さらには訪問教師などとの意見の交換が必要となるから、それを随時行うことのできる体制や、3～4カ月に1回の事例討論の際にそれらの人人が参加して意見を述べる機会が与えられるような体制も必要となる。

なお、現在の如く、全部の障害児が何らかの形で学校教育との関係を持ち、就学するという状況へ移行しているときに、通学問題をどのような形で解決するかが問題となるが、在宅児については訪問教師が指導の主体となることになろう。その場合、医療との協力体制をいかなる形で実現するかが問題となるし、ホームヘルパーや保健所との関係をどのように調整するかも問題となる。船頭が多く

なることは、親を混乱させることになるばかりでなく、指導の責任を持つ者がなくなる恐れもあるからである。その意味でも、センターの設置は極めて重要であり、それらのインテグレーションの機能を発揮すべきであろう。

センターの設置を各地域に要求することはなかなか困難であるが、各地域においてセンター的な機能を果す可能性のある施設を指定して、そこに人員を配置して、すべての障害児の登録を行い、指導が円滑に行われているかどうかを絶えず検討し、或いは、両親の不安の原因を知ってそれを取り除くための方法を確立することを考えなければならない。とくに、1人の医師のみによる療育方針が立てられている例では、他の職種（とくにケースワーカーや教師）の人々の意見を反映することのできるように、何らかの形で事例討論をすることは、療育体制には不可欠の条件である。

従来、在宅障害児の療育体制については十分な検討が行われてこなかっただけに、その体制の試案を作ることから始められなければならない。

以上、5つの研究課題の中で一貫して存在する問題は、従来の療育指針が、主として医療面からのみ両親に告げられており、心理面・教育面・福祉面からの援助が少なかったことにある。すなわち、心身医学的にみて何らかの身体上の障害があるという特性から、医師が中心となって指導体制を作ることが多かった。しかし、子どもの全面的な発達を考えると、心理面・教育面・福祉面が重要な意味を持っており、人間性という観点に立てば、精神面を重要視して、療育体制を立て直す必要がある。精神面の中でも人格を中心におくならば、そこには、児童観(発達観)、社会観、人生観が求められなければならない。療育体制の基盤には、そのための哲学が必要であり、それについて十分に討論する必要があるとともに、療育に当たっている各種の職種の人

人の人格をも問題にしなければならない。

今後の研究においては、各研究課題の中で指摘した点について「試案」を作り、それを持ち寄って討論を重ねながら、「理想案」を描いた上で、現実に実行可能な部分を取り出して、次年度において実施することにした。

以上について、われわれの討論の中で示された4つの事例を併記しておく

### 1) ある「猫なき症」児の歩行の事例

猫なき症は、第5染色体の短腕一部欠損に関連した重度の精神薄弱であり、猫にいた特有の泣き声をするところから、Cat Cry Syndrome\* となづけられている。

本児は、昭和43年8月生れの女児で、現在7才3カ月になる。

Cat Cry 児の中では、やや軽度と考えられるが、その発現率は、きわめて、稀である。

両親は、血族結婚であるが、本人(長女)以外の二女は、共に健全である。

出産まで、早産・流産の心配もなく、ほぼ在胎満月で、出産時、体重は3200gであった。ただし、早期破水と新生時黄疸(中程度)がみられた。

生歯は7カ月、おすわりは1才6カ月、首のすわりは、約1才5カ月ごろ、這うこと、2才6カ月、つかまり立ち、4才、そして、2-3歩のひとり歩きが、5才2カ月というおおまかな発達状況である。

\* 1963年 Lejeune による。身体発育遅滞の他、両眼離開、小頭、蒙古ひだ、斜視、筋緊張低下などが多くみられる。特有の泣き声は、小さい喉頭の構造によるといわれる。現在まで、数十例の報告しかない。

5才3カ月の時、K養護学校小学部に入学した。(昭48年)

主として、同校のW教諭とI教諭の献身的な努力によって、歩行訓練を中心とした指導が開始された。

この指導訓練のより客観的な評価の指標を

得るため、国立特殊教育総合研究所教育工学研究室が担当して、立位の平衡機能の測定を実施した\*。

\*この結果の一部は、すでに、詫間らと連名で、第22回日本学校保健学会講演集(昭50.10.20)「障害児の平衡維持機能に関する事例研究」として発表した。(連名者、柴若光昭、小林芳文、我妻伸也、高橋美津子、詫間晋平)

計画的な歩行の指導訓練は、昭和49年10月から、同校と研究所(国立特殊教育総合研究所)のプレールームにおいて開始された。指導の目標の一つは、同児の歩行が、いわゆる健常児にたとえれば、1年4~5カ月ごろの歩行開始後のまもないあるき方であり、立位のときの左右の足の間隔が、肩幅より大きく、かつ、手と足の前後方向の振り方が、相反性の反射により、リズムカルになるよう指導することにある。

本児は、最初は、手を、足の動きに合わせて相反的に振る動作は不可能であった。

両足の間隔は、当初、18~28cm(歩行時)であった。また、医師の診断により、染色体異常に由来すると考えられる筋の緊張状態の低下がみられた。

指導訓練の内容の骨子は、台上(高さ11cm横43cm、縦22cm)での立位、立位の状態からの方向変換、立位姿勢を維持しながら、楽器をならしたり、まり投げを行なえるようになる等である。

訓練の最初では、恐怖感のためか、立位の姿勢をとることに、強い抵抗があった。

5~10秒間は、いやがらずに立てるようになるまでに、約2週間を要し、また、バランスをくずし、転倒することがみられたが、約1分間の立位の維持が可能となったのは、約1カ月後のことであった。

3カ月後には、手の動作を行ないながら、約1分間立てるようになり、足の間隔も、約15cmとせばまった。

7カ月後には、15cmの定間隔のまま、約30秒立てるようになり、バランスをくずしても

表1 揺れの程度

	S. K. 6:03	S. K. 6:09	N. Y. 2:01
前後方向	16.3	4.4	2.4
左右方向	19.2	6.8	4.8

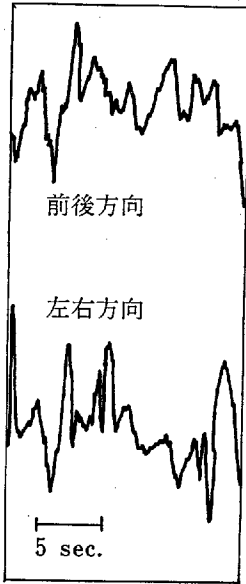


Fig. 1  
S.K. 6:03

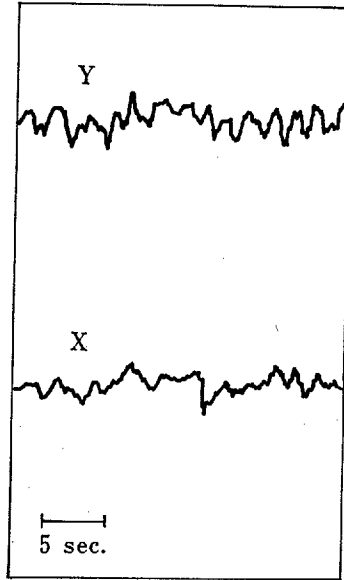


Fig. 2  
S.K. 6:09

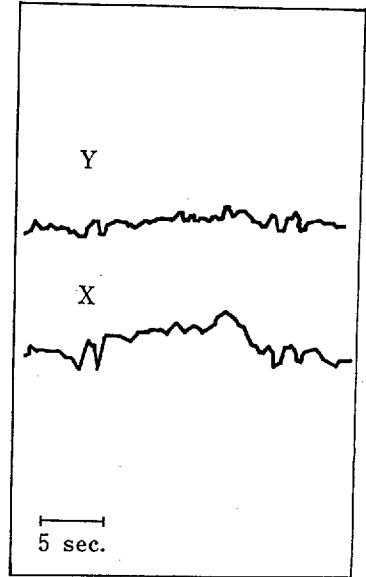


Fig. 3  
N.Y. 2:01

転倒はしなくなった。

さらに、9カ月後には、両足間の距離が6cmでも、1~2分の立位維持が可能となった。

次に、歩行板上の歩行に関しては、訓練開始後、約1カ月半の後、高さ10cm、幅40cmの歩行板上の歩行が可能となった。

3カ月後には、幅が30cmでも、高さ30~40cmの歩行板上の歩行ができるようになり、8カ月後には、幅16cm、高さ11cmの歩行板上の歩行をみせるようになった。

台上からの降りと垂直移動については、訓練開始後、5カ月半ほどして、ようやく、台上からおろることが可能となったが、転倒することが多く、転倒がなくなったのは約7カ月後である。

さらに、8カ月後には、トランポリンで、補助棒につかまりながらも、30回ほど、ジャンプができるようになり、床の上でも、両足とびが可能となるまでに発達した。

平衡機能については、教育工学研究室で、平衡機能計 (staticsensograph SANEI IGO2型) を用いて、本児の開眼立位 (閉眼は、当初は不能であった。) の振れの程度を、客観的な指標として測定した。

測定結果の一部については、上の図表によって説明する。

Fig. 1 (S. K女49年11月21日測定), Fig. 2 (同50年5月26日測定), Fig. 3 (N. Y. 女) に示した。表1は、揺れの程度の数量的な評価を試みるために、各回の全測定記録中



最良の部分と思われる12秒間の変動の面積を planimeter で測定したものである。

明らかに、S.K女は、両方向とも、学校の運動訓練プログラムのためもあり、6カ月間に格段の発達を遂げたが、なお、2才1カ月の普通女兒との間には、かなりの差がみられる。本事例に関しては、まず、障害児の平衡維持機能の未発達が示唆された。同時に、加齢による成熟を考慮しても、適切な指導による教育訓練可能性が示されたといえよう。

(訖間晋平)

## 2) 事例(I) (小頭症とてんかんの合併)

本事例では、肢体不自由養護学校における教育と医学の接点である校医診察を取り上げた。その動機は、整形外科診において、医師の話を聞いた母親が涙を流すという状況があったからである。この場面に居合わせた本児の学級担任および機能訓練担当者からの情報を中心として、現在の都立某養護学校の実情をありのままに記すことにした。

S児、男、小学部2年、9歳

小頭症による体幹機能障害、てんかん

療育歴：東京医科大学、国立小児病院、東京女子医大、療育センター、中野区北部福祉センター

校医診察（整形外科）の様子

昭和50年2月、（S児小学部1年時）

場所：学校の機能訓練室、出席者：5～6名の子どもたちおよび母親たち、機能訓練士、学級担任、養護教諭、看護婦。

整形外科診では、機能訓練士からそれぞれの子どもの機能訓練の概要（文書）を医師に提出し、医師が子どもの診察をする。医師は、その場で母親指導を行ない、機能訓練士にオーダーを示す。子どもと母親が帰った後、医師を中心として機能訓練士および学級担任等との話し合いが行なわれる。

S児の診察の途中で、医師からS児の母親に対して「身体機能が向上し、独歩できるようになると、歩き回るような子どもになり、

お母さんの世話も担任の指導も大変になるでしょう」といった内容に、ある施設での事例（知恵遅れの子どもが独歩できるようになったら、施設中のトイレのクレゾールを飲んだ）を付加した話があった。母親は、黙ったまま涙を浮かべていた。

### 本児の学級担任（複数）からの情報

学級担任は、医師の母親に対する話の問題意識を持ったけれど、気おくれして、話し合いの場で話題にできなかった。母親の涙は、我が子の身体機能向上への望みを絶たれた悔しさの現れと学級担任は受け取った。学級担任はこのことについて、S児の母親と話し合う機会は特に作らなかったし、このことに触れるのがいやで作れなかった。母親は連絡ノートを通じて、「大変勉強になりました。」と、担任に伝えてきた。

整形外科医が、子どもが身体機能的には能力があっても、知的に能力が乏しい場合には、その子どもは療育の対象ではないと考えたとしても、医師の立場としては、誤りではないと学級担任は考えている。人手不足、施設・設備の不備がある現在の療育体制の中では、上記のような医師の考え方も仕方がないと学級担任は思っている。

S児の母親は、最近、S児が立っている時間が長くなったと喜んでいる。

### 機能訓練士（複数）からの情報

医師からの「歩くことがその子どもの幸せと言えるかどうかわからない。」というような内容の発言は、S児の診察以前にもあった。母親は悔しさを表現することが多かった。「歩く機能はあるが、知的な能力を伴わない子ども」に対する医師の上記のような考え方は、現在の指導体制（歩き回る子どもの指導体制が不十分）に問題があると医師が考えていることから出てくるものと、機能訓練士は思っている。

S児についてのオーダーには、訓練内容がなく、モチベーションの問題と言うことで

あった。歩くことは、子どもの権利の1つだと機能訓練士は考えており、S児やS児と同じような子どもたちの訓練は、機能訓練士が、神経生理学や発達心理学の勉強をし、工夫して実施してきている。

機能訓練士は、整形外科診のあり方に問題を持っている。医師との話し合いの場で、意見を出す機能訓練士もいるが、聞いているだけの機能訓練士もいる。指導要領改正に伴って、医師のオーダーは必要なしということになったが、改正前からの習慣が続いている。機能訓練士は、整形外科診のあり方に問題を持っているが、医師の診察は不可欠だと考えている。

### 考 察

肢体不自由養護学校へ入学してくる子どもたちの中で、歩くための機能的能力はあるが知的な能力が伴っていないために、訓練効果が期待薄で、現在歩けない子どもが、この数年間に激増している。

これらの子どもたちが「療育の対象でない」と、誰れが決定できるのであろうか。指導体制の不備は、子どもや親の責任ではない。

S児の母親に対する医師の指導内容に、教員である筆者は、疑問を持たざるを得なかった。医師と教員の子どもに対する考え方の相違はどこに由来するのであろうか。いずれにしろ母親への指導助言は、医師と教員等が十分に話し合った後に行なうことが望ましいと思われた。このためには、筆者はもちろん学校の教員等が、医師と対等の立場で話し合いができる程度に、実力を持つことの必要性を痛感させられた。

(林 友三)

### 事例 (II)

入学(49年4月)後、小学部2年2学期まで、担任(9名)が、指導の手がかりをつかむことが困難であった子ども。

本児は、51年1月(小学部2年生)、都立東村山福祉園に入園した。

K. H. (女) 8歳2カ月(51年2月現在)

CP(はしか後脳炎)

てんかん・精神発達遅滞

身障手帳1種1級

愛の手帳1度

家族 父 別居中

母 35歳 生活保護受給

本児

生育歴 胎生期(10カ月)、出生時(体重3000g)異常なし。

2歳7カ月、はしかにかかる。

これまでは生育順調。

はしか後、脳炎となり、てんかん発作がはじまる。この時より抗けい剤を服用、現在も服用中。

療育歴 45年~49年 日大病院

49年~現在 北療育園

就学前 在宅児

### 小学部1年入学当初の状態

○移動 四つばい

○給食 全介助

○用便 全介助(おむつ使用)

○衣服の着脱 全介助、

○手に触れる物は、全て口へ入れる。

○視線が合わない

○発作頻発(午前中の学校生活で毎日2~3回)

○寝てしまうことが多い。

○学習中は、学習の進行に関係なく、四つばいで室内を動き回り、友だちの身体が口に触れるとかみついたり、手に触れたものは口に入れたりしていた。

### 小学部2年2学期の状態(通信簿より引用)

○行動

○椅子にこしかけさせると間もなく降りようとする。

○四つばいで教室中を動き回り、手に触れた物は、口に入れてしまう。

○教室の出入口が開いていると、廊下や庭へ出ていってしまう。

○外部からの危害を防禦できないので常に看護が必要である。

○笑わせようとしても笑わない。

#### ○学習

○本人に向かって声をかけたり、手ばたきしたりすると、振り向くことがある。

○紙やポリ袋などを、本児が手に持っている時、取り上げると目で追い、手を出して取り戻そうとすることがある。

○水道の水に興味があるようだ。

#### ○健康

○学校での発作の回数は少なくなったが発作の時間が長くなり、覚醒するまで、2分位かかる。

○疲労が増すと発作が多いようだ。

○気温が下がると、口唇が青くなる。

○手足が冷えやすい。

#### ○給食

○牛乳が好きで、コップやびんなどでよく飲む。

○パンはそしゃくが出来ないので、牛乳にしたして口に入れる。

○おかずなどは、手づかみで口に入れるが、飲み込みやすいように小さく切って与える配慮が必要だ。

#### ○排泄

○予告しないので時間を決めて、椅子式トイレに座らせる。

#### 着替え

○全面介助だが、緊張がないので楽である。

#### 医療との関連

本校では、定期的健康診断を除くと、整形外科診、神経科診が、小学部低学年では年間1回ずつ実施される。

本児の神経科診は、49年12月（小学部1年2学期）に実施された。本児の診察の記録は、次の通りである。

○脳が広範囲に侵されていて、脳皮質の機能が低下している。

○抗けい剤の効果が一番でにくい型の発作（ミオクローニー発作）である。

○マヒというより筋力がない為に歩けない。

○1歳半位の発達段階である。

○学校通学よりも、重度の施設向の子どもである。

○発作（だんだん良くなるだろう）が妨げになって、食事もよくとれず、体の発達も遅れ、伸びも遅れるという悪循環をどこかで立ち切りたい。

○（担任の何を指導したらよいかの間に）手を使わせること。

#### 出席状況

	出席	欠席	停止
小学部1年	163	70	7
2年	134	43	0(2学期まで)

備考, 1. 「停止」は耳下腺炎のため「欠席」  
2. 「欠席」の大部分は、発作および体力不足によるもの。

#### 指導の経過と考察

本児は、全員就学1年目に入学した。入学後間もなく、担任（9名）間で、本児の措置は、医療中心の施設の方が望ましいと話題になったことがあった。発作が頻発していたことが、学習中眠ってしまうことが多かったことが、その主な理由であった。給食、用便、衣服の着脱などの全介助や室内を動きまわるとは、他にも同じような子どもがいたので問題にされなかった。

小学部1年2学期から実施されたグループ別学習で、本児は身体機能が重度で、しかも精神発達遅滞を伴うグループ（児童12名、担任3名）に属した。このグループでは視覚機能、聴覚機能の基本的な感覚訓練、およびそれらの機能に運動機能を結びつけ、自発を促すことを一貫して行ってきた。

1年9カ月の学校生活で、本児の進歩した

こと（担任が発見できたこと）は、次の通りである。

○視覚機能について

物を目で追うことが出来るようになった。

○聴覚機能について

本児に向って、声をかけたり手ばたきしたりすると、振り向くようになった。

○運動機能と視覚機能の関連について

取り上げられた物を、取り戻そうと手を出すようになった。

○給食・排泄等について

本児の進歩というよりも、担任が本児の介助に慣れ、配慮事項を知ったことにより介助しやすくなったと思われる。

本児にこれらの進歩があったことを、担任（9名）は、1年9カ月間の実践の成果として評価している。ある意味においては、「教育に下限はない」ことの証拠になると言えるかも知れない。

しかしながら、担任（9名）にとっては、本児は、今なお、指導の手がかりがつかめないう子どもだというのが実感である。

「発達に上限はない」、「どのような障害を持つ子どもでも教育は可能だ」というような理念を追求しながら、援助の方法を探ろうとして、毎日の実践を繰り返して来たなかで、なお上記のような実感を持ってしまう。

「指導の手がかりがつかめない」というのは、教員の資質の問題なのであろうか。

教育的配慮だけで、学習指導上の問題が解決されないような、いわば医療的問題を子ども自身が持っている場合、その子どもの指導は、教育的接近のみでは、十分に行ない得ないと思われる。

本校の指導体制の中で、整形外科診、神経科診は、子どもたちの医学的診断を受けられる貴重な機会である。この場で、保護者や担任は、医師からひとりひとりの子どもについて所見を聞いたり、子どもの指導上の問題につ

いて質問したりする機会が与えられる。所見や質問に対する解答が、その子どもの指導に生かせたり、生かせなかったりする。本児の場合は、神経科診での「手を使わせること」という示唆が役に立った（本児のグループ学習の担当者の話）とのことであった。

本児に限って言えば、本児が福祉園へ措置されたことで、担任の持つべき課題は、教室の場では、無くなってしまった。本児をフォローアップすることが残された仕事であろう。

しかしながら、本児と同様に「指導の手がかりをつかむことが困難な子ども」は、多数在籍している。これらの子どもたちに、よく十分なサービスを行うためには、担任自身の資質を向上させることが、第1の課題であると考えられる。現在の指導体制（医療との関連を含めて）の中で学級担任として他になすべきことは何であろうか。（林 友三）

### 3) 重複障害児の機能訓練の事例

近年、心身障害児に対する施設が整備され、単純障害児はそれぞれの施設で療育を受けられるようになった。しかし重複障害児に対する施設はまだ少なく、殊に重複障害児の通園施設は殆んどないといってもよい程で、従って本来の肢体不自由児通園施設に於て重複障害児を取り扱わなくてはならないのが現状である。全国心身障害児福祉財団の、中央愛児園に於ても例外ではなく、通園児の大部分は重複障害児である。

堤、田村、金子は昭和49年度に引きついで昭和50年度に於ても重複障害児の機能訓練について研究をつづけた。

昭和44年度4月以来、東京都は学令に達した障害児の全員就学を行っているが、昭和50年度に於ても中央愛児園では学令児は一名を除いて全員就学した。就学出来なかった一名は（昭和43年6月9日生）昭和49年6月、中央愛児園にはじめて通園した時には、寝返りも出来ず、全く寝たきりで周囲に対する反応

も殆んどなく、ミルク以外の食物は全く摂取せず、体力の衰弱甚しい状態であった。この子の場合は先ずミルク以外の食物を何とか食べさせて、体力をつけることが先決であった。中央愛児園に於ては常に、理学療法士、言語療法士、保母、児童指導員及び医師等の職員がすべての園児について意見を交換して療育の方法をきめ、協力し合っているが、この子供の場合には特に全職員一丸となって療育に努めた。その甲斐あって、ミルク以外にも軽い食物を摂取出来るようになったが、進退を繰り返し全く難行苦行の連続であった。しかし次第にその効果が現われ、周囲に対する反応や感情の表現も豊かになり、名前を呼ぶと手を上げて答えようとするようになった。このようにして療育に努めたが、父母の離婚という不幸な事態が起き、残念ながら通園中止、就学猶予となった。

これは特殊な例であろうが、総て重複障害児の幼児の場合には、年長児や成人と違って機能訓練は子供の遊びを中心とし食事中など子供の生活全体を通して行なわなければならない。これは既に昭和49年度に報告したことであるが、本年度に於ても更に確信を深めた。重複障害児の機能訓練は単に医師が、又は理学療法士が、単に訓練の方針を決めるのではなく、必ず、医師、理学療法士、言語療法士、児童指導員、保母、等の全職員が意見を交換し療育方針を決定し、その実行にあたっては各職種の人が一緒になって協力し合うことが必要である。その意味において、中央愛児園に於ては、勿論理学療法士が個別に訓練を行う場合もあるが、保育の中に訓練を取り入れ、保育時間に園児の中に入って遊びの中で訓練を行なうよう努めている。このことは言語治療においても同様であり、これは相互の十分な話し合いに基いて、各職種が同時に子供達にアプローチが出来るものと思われる。この点において、我々は、常に子供達と接している保母の協力が大きい事を痛感している。

(堤 直温、田村美枝子、金子美奈子)

#### 4) 在宅障害児(者)の事例

昭和34年に文京区内で調査された就学猶予および就学免除の子どもは、昭和31年が61人、32年が39人、33年が19人で、合計118人であり、その中、10人余はあおば学園に通うことになったが、10年後に閉鎖された。それら、就学猶予、免除の子どもの事例について報告する。

##### (1) A君(昭23.11.21生、現在27才)

病名は脳水腫で、初めは小発作であったが後に大発作が現れた。発達の概要は、20才までは、介助によって歩行はどうか可能であったが、現在は寝たきりの状態であり、知能は、12才までに100まで数えられ、平仮名と片仮名がわかる程度、ことばはかなり話せる。排出と食事は一部分介助を要し、入浴は全面介助を必要とする。

寝たきりではあるが、母親の内職を手伝い、ネクタイ作りのうち、切り落す仕事をしている。

家庭は、父が29才で死亡し、姉は21才で嫁したあと、53才の母と2人だけの生活を9年間続けており、2階住いで、階下に台所と風呂場がある。

ボランティアとのかかわりの中で：—  
昭34.11(12才)

ボランティアは、初めて本人と出会う。  
昭35

母親から教育問題について相談を受ける。教育委員長に就学させたい旨訴えたが、「区内に国立の特殊教育学校が2校もあるので不可能」と断られ、結局は、在宅のまま教育を受けることはできなかった。

昭36

整形外科医の診断を受ける機会があったが、「これ以上のことは望めない」と言われたのみであった。

この年、ボランティアは、グループの家庭を解放して、障害児の保育について、親たちと相談を始めた。それは、適当な施設がなか

なか見出せなかったからである。一軒のボランティアの家が提供され、町の景色が見下ろせたので、子どもたちは非常に喜んだ。そこで保育が続けられた。障害児の数は、次第にふえてきた。

昭38 (15才)

子どもたちの中で、A君は、一番理解力があるので、紙芝居を読んだり、歌も歌った。友人の名前はよく記憶した。その間、2回大発作があり、1カ月入院した。

昭41

大発作があり、入院したが、各種の検査の結果、治療法がないということで、以後は家庭内で2人の内職が始まり、今日に至っている。

以上の経過の中で、「在宅者の集い」を積極的に行うようになり、その結果、20箇所において開設されるようになった。半数は家庭であったが、町会事務所や老人クラブを利用することもでき、1カ月2回も集った。

排出のできない障害児が多かったので、椅子式便器の作製を昭和40年から始め、41年12月には100台を作り、無料で貸出した。北療育園が中心になった。

昭44

風邪で痰がでなくなり、医師の往診を頼んだが、3軒とも断られ、産婦人科の女医に依頼したが、母親は信頼していない。その時以来、一人で起きられなくなったので、テーブルと便器のついた椅子を提供した。半年ぐらいは用いていたが、その後は使っていない。

昭47

母親が大病したときには、近所に住む弟夫妻が本人の介助に当たった。その後、元気がなくなり、話もせず、寝返りを打つこともできなくなった。その状態が半年も続いたが、その後、再び元気に話すようになった。

昭50

和44年以後、ボランティアは交替で1カ月1回の家庭訪問を続け、母子を見守った。母親は次第に年老いてきて、愚痴が多くなった

が、「役所を信じない、他人を頼らない、自分が子どもを育てる」という気性を持ち続け、とくに母子が一体となって内職をするようになってからは、生き甲斐を感じている。しかし、どちらかに（とくに母親に）何らかの故障が生じたときには、2人の生命さえも危くなるのが心配される。母子で入院のできる施設が切望される。

2) B子さん (昭和39.2.8生、現在12才)

病名は脳水腫で、発作を伴っている。精神発達は著しく遅滞し、ほとんど反応がない。両親は健康で、ともに30才代。

ボランティアがB子さんと初めて会ったのは、昭和42年の「在宅障害児の集い」の折であった。脳性まひに特有の強直があり、体が棒のように突張ることがしばしばあった。

食事を与える際の困難が著しく、1時間以上もかかったが、母親はいつもにこにこしていた。B子さんは、われわれの顔を見て、笑うこともあった。

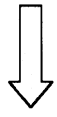
その後、発作の回数は多くなり、昭和42～46年までS医大へ通院し、その後T大に変わったが、往診してもらえないために、開業医に頼っている。昭和47年以来、ほとんど反応がなくなったということから、誰にも合わせたくないという母親の気持から、ボランティアは、写真を見せてもらうだけになった。

以上、同じ脳水腫の子どもを持つ年老いた母親と若い母親からの訴えを比較対照してみると、次の如くなる。

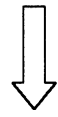
君の母親	B子さんの母親
1. 医師について 医師が定期的に検診にきてくれる制度がほしい。殊に一時緊急保護指定医を望む。	左 同  (いざという時にはT大病院にいくつもり)
2. ヘルパーについて 頼むつもりはない。但し、年2回の墓参の時に、依頼したい。障害について熟知し	ヘルパーが来ている。但し、老齢なので頼りにならない。障害についてももっと勉強してほしい。

た人を望む。	
3. 教育について 教育をしてほしい。すでに対象となる年齢を超えているが。	訪問教師が来たが、話し合った結果、断った。
4. 施設入所について 希望しない。	入所を希望して登録してあるが、何の連絡もない。
5. 家庭について 母の健康の続く限り自分で育てる。 しかし、どうしてよいかわからないことが時々ある。	この子がいなかったら、離婚していたと思う。今もけんかをすることもあり、ノイローゼになることもある。
6. 母子入院について 何らかの機会にこのような施設がほしい。	

このような家庭には、訪問する人が少ないために、ボランティアが訪ねると、話が尽きず、帰ることが辛い——というのが感想である。  
(大槻久子)



## 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



心身障害児の療育指針を設定するに当たって、これまでの問題点を明らかにするために、7回に亘って討論を重ねてきた。その討論の柱は、次の5つである。

1. 心理・教育的な側面と医療的側面とを統合した療育方針の設定
2. 診断及び療育方針を、療育の経過において修正していくシステムの検討
3. 施設と家庭の連携の方法
4. 医療・心理及び教育などを含めた療育に関する評価基準の設定
5. 在宅障害児の療育体制のあり方とその指導体制のあり方についての検討