

効果的な療育指導の確立を求めて

発達的な観点から見た療育指導の在り方

分担研究者：小西行朗

研究協力者 北原 侑

要 約：効果的な療育指導を行うためには、障害の特徴、障害児への環境の影響力及びその起序などの検討が必要である。障害児の早期発見・早期療育は意義あるが、それにて障害が完治することはない。障害を慢性疾患と同様に位置づけることが重要となる。疾病と障害とを区別し、その対応としての医学モデルと障害モデルの捉え方が必要になる。療育においては疾病の基本的な自然経過を変更することはできない。療育では、疾病の治癒ではなく、機能障害・能力低下の軽減を目的とする。療育指導は、障害児に常に好結果をもたらすわけではない。逆に発達を阻害してしまうことがある。効果的な療育指導を行うには、二次障害についての十分な検討も必要なことを強調したい。

見出し語：療育指導・早期療育・慢性疾患・二次障害

はじめに

効果的な療育指導を行うにはいくつかの条件をクリアしなければならない。先ず指導する対象の特徴を明瞭にすることが必要条件となる。次に対象にいつ、いかなる指導をどの程度の強弱で行うのかの指針が必要になる。そしてその結果は誰にでも認められる効果となるべきである。障害を持った対象の性格（特徴）は発達により変化する。指導の在り方には流行があり、結果の十分な吟味がされないままに新しい指導方法に移ってしまうことがある。効果的な療育指導を行えるためには、これらの要因を詳細に検討する必要がある。今年度は、効果的な療育

北九州市立総合療育センター

指導を求めて、文献的な考察をおこなった。

早期発見・早期療育

脳性麻痺は、早期療育にて治癒するという考えが主張されてから久しい。とりわけ、1970年代にボバース法、ボイタ法が導入された時期には、「早期療育で脳性運動障害は正常になる」「早ければ早いほど効果がある」といった早期療育万能論的な意見が強く言われた。発見が遅れ、早期療育の時期を逃すと、機能障害は後遺症として残り、取り戻しが効かないとされた。そして早期発見・早期療育の強調は、しばしば早期療育をやりさえすれば良いと言った傾向に結びつき、療育の質を吟味すること少なく

進められたことは否定できない¹⁾。「早期発見・早期療育は全て効果あり」の傾向は、ダウン症や言語発達遅滞等の発達障害についても広く用いられている。しかし現実には脳性麻痺の運動障害は治癒することなく、ダウン症の精神発達遅滞は治癒していない。言語発達遅滞児でも早く言語訓練を受ければ受けるだけ言語機能の発達が促進されるわけでもない²⁾。

訓練しさえすれば、それも新しい訓練法をしさえすれば、障害はよくなるといった障害治癒への願望が先行した。この風潮は、「早期発見・早期療育すなわち治癒・障害解消」を背景にしているために短期決戦となり、一生涯という長期に亘る療育の視点を欠落させた。しばしば家族には、短期に終了するということで、過大な労力の投入を強いてきた。その結果、療育の長期的継続ができなくなったり、治癒・障害解消という成果が得られないため療育への無力感に陥らせたりした。

急性疾患と障害

上記の結果は、障害を急性疾患と同じに捉えたことによる。急性疾患が治癒するように、機能障害が消失することはなかった。また新しい訓練法が導入される度に、万能薬・特効薬的な効果が強調され、また期待もされてきたが、残念ながら、そのような結果にはならなかった。発達障害に対する訓練を含めた療育は、細菌感染症に対する抗生物質のごとくの切れ味は示し得なかった。むしろ障害・発達障害の療育に、急性感染症の治療と同じ結果を求めることは、間違いであることが理解されたと言えよう。障害は、治らない慢性疾患として捉えるべきであ

る³⁾。

この中で、障害、とりわけ機能障害・能力低下・社会的不利といった概念的な整理もされてきた⁴⁾。機能障害・能力低下についての病態生理も解明されてきている。また早期療育の結果、子どものいかなる領域で、最も効果が現れやすいかの理解も進んできている^{5・6)}。

疾病や事故の結果として機能障害が残ったとき、改善は得られても完治することがないと位置付けることが療育の前提となる中で、障害に対して、現在我々が有している技術で「何ができるのか」「それはどの程度までできるのか」を明確にさせることが重視される。

疾病と障害および医学モデルと障害モデル

療育やリハビリテーションについて議論するときには、疾病（病気）と障害を分けておく必要がある。医学モデルと障害モデルとを分けて考えるべきである。図1は、ひとりの人間の特徴と疾病に罹患した状態及び障害になったときの関係を簡単に示している⁷⁾。一人の人間は、物体として存在しており特有な構造を持っている。この構造は、人間としての特有な目的的功能を果たす。個人として生存するための行動もとるし、社会的存在としての役割も行う。疾病に罹患するとは、ある原因により個人の構造・機能が乱れて、いろいろな症候（症状・徴候）が生じることである。症候が消失し、構造・機能の乱れが修復されたとき疾病は治癒したことになる。これが医学モデルでの疾病の捉え方である。一方障害モデルは、症候が消失せずに、後遺症として残った状態を機能障害という。同一の状態を医学モデルでは症候といい、障害モ

デルでは機能障害という。機能障害の結果、個人が一人で活動する上での不利益を能力低下として捉える。機能障害や能力低下のために個人として社会から期待される役割を果たせないとき社会的不利と捉える。従って同じ機能障害であっても、ある個人に取っては社会的不利になることもあれば、全く社会的不利にならないこともある。医学モデルでは、個体の生物学的乱れに注目してその修復、すなわち症候（機能障害）、の解消に重点を置く。療育においては、障害モデルに従い、機能障害の改善もめざすが、機能障害の存在は前提として、能力低下の軽減、社会的不利の解消をめざしている。すなわちひとりの人間としての活動の快復や広がり重視している。

疾病診断と機能障害の予後

疾病の診断は、個体の生命予後や身体各機能障害の推移の予測を可能とする。現在我々が有する療育指導（療育技術）をもってしてもこの基本的な経過を変えることはできない。この経過を変えられるとしたら、疾病に対する新たな治療方法、すなわち医学モデルによる治療技術が開発された時である。繰り返すが、療育技術ではこの経過を変えることができない。療育自体は、むしろ疾病により後遺症として残った機能障害の軽減や機能障害のために生じている能力低下の改善をめざしており、疾病の治療を主な目標に置いてないといつてよい。

疾病により生ずる機能障害の自然経過について図2に示す。機能障害の重度・軽度の程度で推移は、疾病により異なる。療育では、個々の機能障害に限って言えば、機能障害を軽くする

ための働きかけを行う。が、疾病によっては、機能障害の改善よりも、機能障害がより重くなるのを防ぐ、あるいは遅らせることを目標にすることも起こり得る。図2の脳性麻痺や精神発達遅滞では、運動機能や知的機能の促進をめざすが、筋ジストロフィーなどでは機能障害の低下を防ぐことが主な目標となる。一方難治性のてんかんでは、機能の落ち込みをできるだけ防ぎ、機能の快復を速め、且つ可能な限りの促進を図ることが目標となる。

療育指導の功罪

個人は、人的・物的環境との相互交渉の中で発達していく。環境との絡み合いの中で、個々の機能がより促進されることもあれば、逆に退行してしまうこともある。機能の退行の生ずる年齢でない限り、また機能退行を起こす疾病が背後にない限り、個人の各機能が退行したとしたら、それは環境圧に原因があり、二次障害として捉える。

発達期の子どもでは、機能の退行を示さないまでも、機能レベルが期待されるレベルよりも低かったり、機能の発達が遅かったりすれば、環境の不良、すなわち不適切な療育指導（ここでは治療・訓練・保育・教育・育児等を含める）があったと捉えられる。発達期の子供の療育においては、しばしば、この点が曖昧にされたままである。退行せずに、僅かながらであっても機能的なレベルの向上が見られるために二次的に障害を起こしていると捉えにくいからである。自然経過や適切な環境であれば、さらに機能の発達が見られたはずである。不適切な療育指導のために子供の発達の速度を阻害しているにも

かかわらず、発達期であるがゆえに機能の伸びは見られる。阻害因子として作用している療育指導の壁を子供自身の力で乗り越えて獲得したわずかな機能アップを、発達期であるがために、適切な療育指導として誤解してしまう。ここに発達期の療育効果判定の困難さがある。療育をしさえすればよいのではなく、いかなる内容の療育であるかが問われる点である。図3は発達障害児の発達経過と療育指導との関係を、言語機能と言語療法とを例にして示している。太い実線は、言語訓練を開始する前の言語発達経過を示している。言語療法の開始後の経過としては、4つのコースが考えられる。急激に言語機能が伸びて正常範囲に入るとすれば正常化をめざす治療としては理想的であるが、療育においてこのような例は例外である。むしろこのような例は、言語発達障害児が訓練により治ったと言うよりも、もともと言語発達障害児でなく、たまたま遅れを示していたにすぎず、潜在的には正常な言語発達能力を有していた。それが言語療法を契機に本来の言語機能を取り戻したと解釈すべきであろう。言語療法を開始してから急激に伸び、太い点線に達してからは、対象児の持つ本来の言語発達コースを進むとすれば、理想的な療育ができたことになる。療育の本来の目的を果たしたことになる。しかし治療的介入が、常に理想的結果を生むわけではない。言語訓練開始後の下二つの経過に示されているように、言語発達コースに変化がみられなかったり、逆に機能低下が見られることもある。これらは療育的には、療育環境の不適切による二次障害の結果として捉えるべきである。子供の障

害が重いからとすべきでない。療育を行っていると、しばしば機能アップが見られないとき、その原因を子供の障害に帰することがあるが、これは間違いであることが多い。療育指導の不適切な結果、すなわち二次障害の結果として捉えるべきである。

二次障害

二次障害の原因は、廃用性、過用性、誤用性がある^{8, 9)}。廃用性は療育指導の量が少なすぎて未経験になるために起きた場合である。過用性は指導の量が過剰だったり、経験が多すぎたために起きた場合である。誤用性は指導内容が不適切のために起きた場合である。二次障害は一次障害に随伴して生ずる。発達期の子どもでは、一次的機能障害が成長過程に直接影響を及ぼし二次障害を引き起こすことが生ずる。一方一次障害を軽減する意図であったのが、不適切な療育のために結果として二次障害を引き起こしてしまうことがある¹⁰⁾。二次障害の予防と言っても、発達期の子どもの場合その発生起序は複雑である。しかしこれらの二次障害は適切な療育指導によって最小限に防ぐことが求められる。これが療育の重要な役割の一つである。しかし発達期における一次障害後に随伴する二次障害発生の起序に関する研究は少ない。それゆえ今後も二次障害発生の起序についての検討は不可欠である。

脳損傷により運動障害を持った子どもの二次障害が生ずる過程について図式化したものが図4である¹¹⁾。実線の枠内が一次障害によるものである。これは脳損傷に規定されて起こり、今の医療技術では治癒不可能な性質のものである。

点線で囲まれた枠内が二次障害によるものである¹²⁾。一次障害が起因となり二次障害が生じる過程を示している。多くは一次障害の不適切な取扱いの結果生じたものである。なお一次障害と二次障害とが重なり在っているは部分では、それぞれの機能障害は、一次障害としても二次障害としても起こり得る。しかし実際上は一次障害によるものか二次障害によるものかを決めることは難しい。この二つを分ける医学的に明瞭な基準はまだ確立されていない。一般には末梢神経系の損傷や脊髄損傷では、一次障害と二次障害の区別は比較的つけやすいが、脳損傷では起序が複雑なために分けることがより難しい。

適切な療育指導により二次障害の発生を最小限にして、障害重度化を予防することは、発達障害児の療育に求められることである。そのため図のような流れを理解しておくことは重要である。しかし図はあくまでも理論的な枠組みを示しただけであって、実際上どのような起序で二次障害が起きるのか、それを予防する最適な療育指導は何か、具体的にどんな訓練・指導をすればよいのか、という点になると明らかになっていないことが多い。これからの研究が待たれる。

「発達的な観点から見た療育指導の在り方」の研究は、療育効果の限界や、二次障害の存在を十分考慮しながら進めるべきである。

文献

1. 児玉和夫：脳性麻痺の早期治療—現状と問題点。（大川嗣雄他編）こどものリハビリテーション、医学書院、96-102、1991

2. 北原信：小児科医の期待する言語療法士の役割。言語聴覚療法 11:111-119, 1995
3. 中村隆一（編）：入門リハビリテーション概論。第2版、医歯薬出版、1993
4. World Health Organization : Internal Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. WHO Geneva, 1980
5. Kaminer RK, et al : Educational intervention with multiply handicapped preschool children. Arch Phys Med Rehabil 63 : 82-86, 1982
6. Sloper, P et al : :The effect of intensity of training on sensorimotor development in infants with Down's syndrome. J ment Defic Res 30:149-162, 1986
7. 北原信：早期療育。（佐藤潔他編）胎児・新生児の神経学 メディカ出版、814-826, 1993
8. 上田敏：リハビリテーション医学の世界。三輪書店、1992
9. 蜂須賀研二他：誤用の概念。総合リハ 22: 365-368, 1994
10. 北住映二：発達障害児の早期治療・早期療育。PTジャーナル 29:371-375, 1995
11. Scrutton D, et al : Physiotherapy in Paediatric Practice. Butterworths, London, 1975
12. 北原信：脳性麻痺。ブレインナーシング 10 : 992-1000, 1994

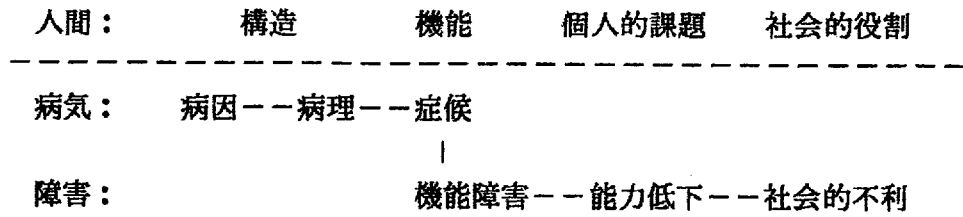


図1. 人間と病気と障害

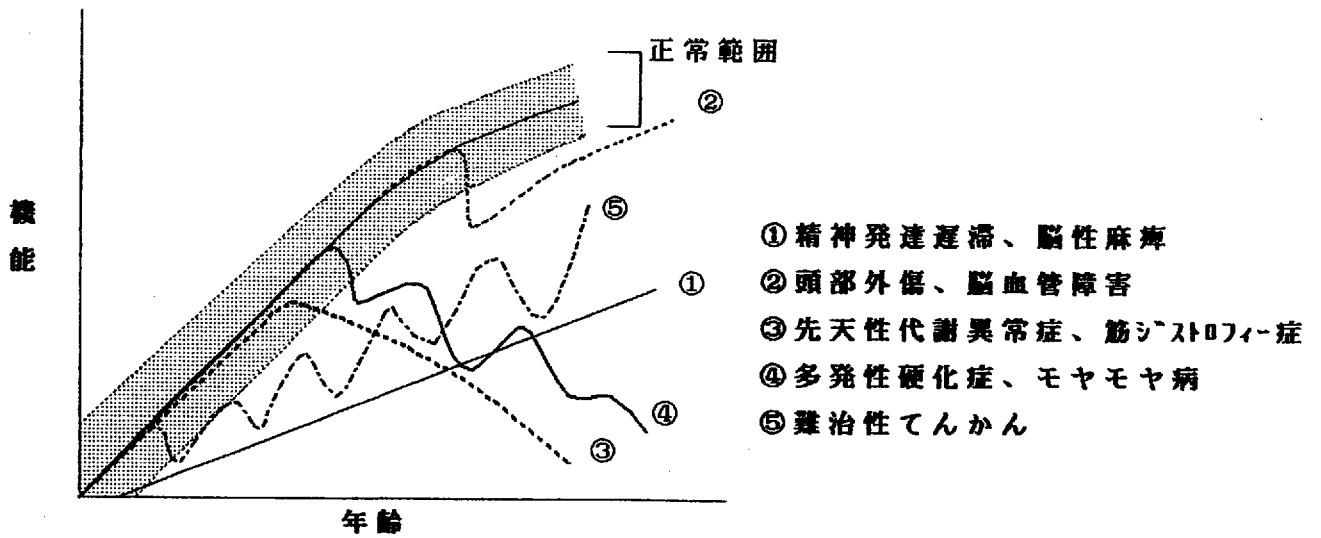


図2 中枢神経疾患の経過

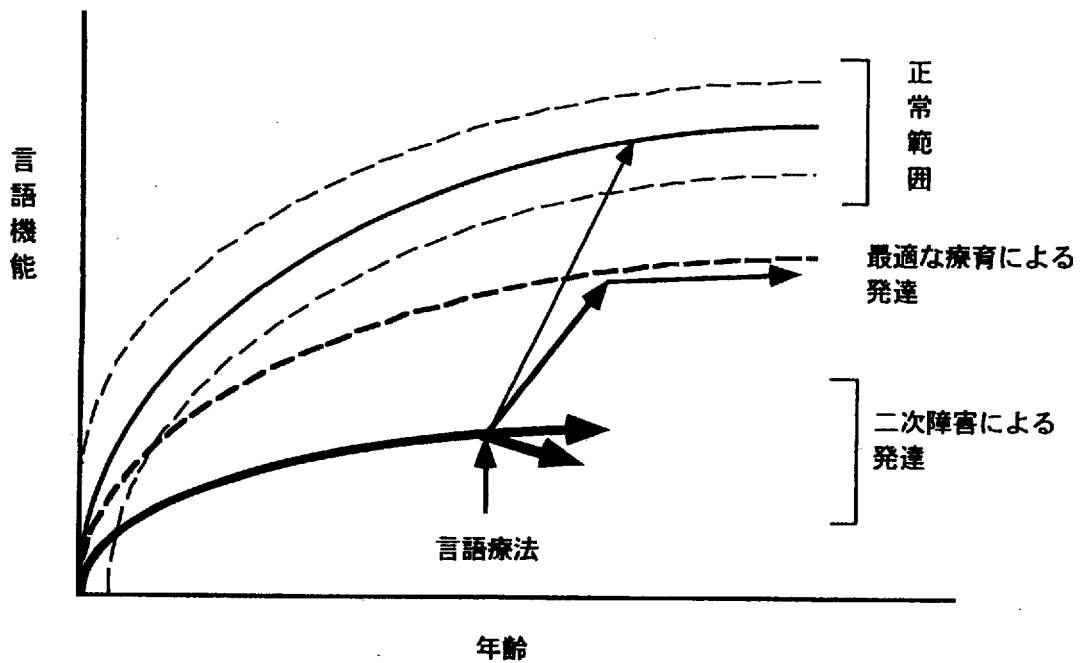


図3 言語機能の発達と言語療法

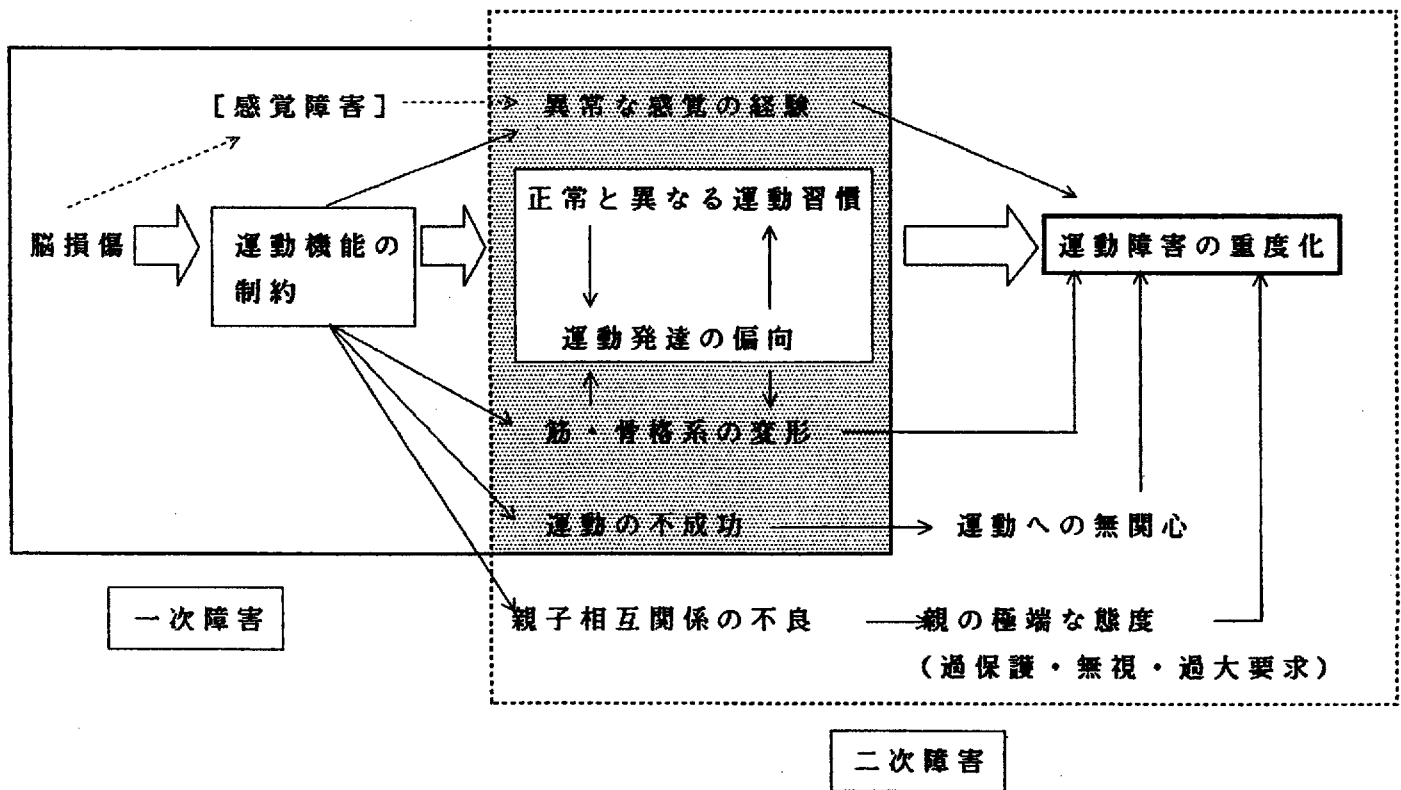


図4 運動障害重度化への過程
(Scrutton D, et al, 1975より一部引用改変)



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



要約:効果的な療育指導を行うためには、障害の特徴、障害児への環境の影響力及びその起序などの検討が必要である。障害児の早期発見・早期療育は意義あるが、それにて障害が完治することはない。障害を慢性疾患と同様に位置づけることが重要となる。疾病と障害とを区別し、その対応としての医学モデルと障害モデルの捉え方が必要になる。療育においては疾病の基本的な自然経過を変更することはできない。療育では、疾病の治癒ではなく、機能障害・能力低下の軽減を目的とする。療育指導は、障害児に常に好結果をもたらすわけではない。逆に発達を阻害してしまうことがある。効果的な療育指導を行うには、二次障害についての十分な検討も必要なことを強調したい。