

## 重症心身障害児研究の歩みと到達点

清原 浩・久保 裕男\*・姥 柁人\*\*

### Progress of Studies on Severely Handicapped Children

Hiroshi KIYOHARA, Hiroo KUBO and Masato UBA

#### はじめに

今から約40年前に太平洋戦争突入にそなえて、言論・思想の自由が徹底的に弾圧され戦時教育体制が進行しつつあるまさにその時に、明治以降の政府の教育政策・教育思想について痛烈な批判をした留岡清男の指摘<sup>1)</sup>は既にあまりにも有名である。彼によると、従来の政府当局の教育観はほぼ三点に要約できるとしている。「児童観」という言葉で表現しているが、内容的には教育観を述べている。それらは「文政型児童観」「恤救<sup>じゆつ</sup>型児童観」それに「行刑型児童観」の三つである。それぞれ障害者問題の観点から簡略に要点を述べてみると、文政型児童観は文部行政の根底をなすもので「心身異常乃至欠陥といふ意味に於ても、また家庭貧困といふ意味に於ても、およそ異常なる児童は、之を捨象し去り、正常なる児童のみを取り上げて、而も之を取り上げる取り上げ方は、正常なるものを超正常なるものに仕立てることに常に方向づけられていた。」<sup>3)</sup> それに対して恤救型児童観は厚生行政の考え方を表わしているもので「道徳的に又は経済的に困った状態に既に陥ってしまった児童をその事後に於て拾ひ上げて保護するといふのではなくて、寧ろそういった困った状態に陥らない事前に於て、児童の道徳生活、健康状態、職業生活を保護する」<sup>4)</sup>ものと捉え、「大体からいふと、漸次に順調に発達した」<sup>4)</sup>と評価している。しかし、良く吟味してみると「満足すべからざる事情のあることを発見する」<sup>4)</sup>と述べている。つまり「精神薄弱児童の保護と教育とに対しては、今日なほ殆んど見るべき方策が講じられていない」<sup>5)</sup>のである。その点では恤救型といえども文政型と軌を同じくしているといえよう。最後の行刑型は行刑を教育(教育刑)と考えるのではなく刑罰と考える立場で「因果応報乃至勸善懲悪の思想に立脚する懲罰の観念」<sup>6)</sup>に立脚するものであった。以上、第二次世界大戦前における行政当局の教育観を留岡の論文を借りて整理したが、つまるところ「正常なる児童のみを取り上げて……超正常なるものに仕立てること」という言葉に象徴されよう。

さて、大戦後35年を経て、さまざまな弱点を持ちつつも民主主義の深化、発展をみている現在、「異常なる児童」の捉え方は、どのように発展してきているであろうか。きわめて粗雑な言い方をすれば、資本の論理が貫徹する現代社会において事態の本質は変わらないし、その物的基盤を反映して国民全体の意識も留岡の指摘した時代と大きくは変わっていないとも言えるが、少々深く追求して

みると大きな変化が行われつつあることがわかる。それは単なる捉え方、理念的な段階を越えて、実践的に確かめられつつあるものが思想を深化させる段階に到達している。本小論は「異常なる児童」とかつて言われていた子どもたちの中でも、最も障害の重い重症心身障害児<sup>7)</sup>の療育実践及び捉え方そして研究の現段階の一端を述べて、留岡の時代からの発展の一面を明らかにすることを目的とするものである。なお本章は重症心身障害児研究及び療育実践が発展してきた物的条件を歴史的に検討したものである。Ⅱ章においては、前述の物的条件を基礎にして重症児研究を組織的、体系的に行いつつある国立療養所関係の研究動向を紹介し、Ⅲ章は国立療養所関係の研究動向とは流れの異なる「発達保障」という概念を中心とする研究を提示し、さらにその研究に基づく療育実践を示し、研究と実践の現段階を述べ、Ⅳ章で展望を模索するという構想をなしている。

### I. 重症心身障害児療育の現代史的意義

一口に障害児・者と言っても、障害の種別、運害の程度はきわめて多様である<sup>8)</sup>。したがって障害に応じた教育、運害に応じた社会的処遇というように障害のちがい、程度によって分断されつづけて来た。たとえば、教育現象という面からみるならば、視覚障害、聴力障害児の教育はきわめて早くから行なわれ、既に明治11年5月に盲啞院が京都に開設されている<sup>9)</sup>。視聴覚障害児の教育から出発しているのは、両運害児とも教育によって労働力として形成しやすい。つまり役に立つという事情であったと思われる<sup>10)</sup>。肢体不自由児の教育については、遙かずっと後の大正10年柏倉松蔵が創立した施設「柏学園」がその始まりと言える<sup>11)</sup>。この肢体不自由児の教育についても、日清、日露の戦争、第一次世界大戦を通じて国民の体位向上という課題と結びついて出てきているところに注目しなければならない<sup>12)</sup>。障害児教育の振興が国家の維持・発展という側面から浮上してくるというパターンを示している。精神薄弱児教育についていえば、明治23年長野県松本尋常小学校の落第生学校、あるいは明治29年石井亮一によってつくられた精神薄弱児施設「滝乃川学園」が始まりとされ、その後施設も学級数も皆無ということにはなかったが、視聴覚障害児を除く、他の障害児は基本的には義務教育就学猶予、免除体制<sup>13)</sup>のもとに放置され続けたことは前述の留岡論文からも推されるところである。盲聾児についても、その就学率は低かった。

第二次大戦後の障害児教育は戦後日本の教育方向を定めたといわれる米国教育使節団報告書（昭和21年3月31日）の中で「身体的に欠陥があり精神的におくれている児童のためには、それぞれの学校の程度に応じて注意を払う必要がある。盲聾児童やその他普通の学校では十分にその必要を充たしてやることのできないほどの養護児童のために、別個の学級や学校を設けなければならない。この就学も普通の義務教育法で取締るべきである」<sup>14)</sup>。との指摘を受けることによって出発した。精神薄弱児、肢体不自由児等の養護学校を義務的に設置させることはできなかったが、盲聾学校、普通学校の中での特殊学級などが設置されることが法的に保障された。とくに、昭和31年6月の公立養護学校整備特別措置法の制定、つづいて昭和32年に特殊学級への設置補助金支給が開始されたことにより、特殊学級、養護学校数は飛躍的に増大した<sup>15)</sup>。

一方、児童福祉施設における障害児の療育<sup>16)</sup>は敗戦直後の昭和22年に制定された「児童福祉法」によって始まった。これによって精神薄弱児施設、盲ろうあ児施設、虚弱児施設、肢体不自由児施設の設立に公的な援助を受ける道を開いたのである。しかし上記のように障害を峻別した上での施設体系には一つの大きな欠点があった。それは、いくつかの障害を重ねもつ子どもを受け入れる施設がないといった現象が生じたことである。「脳性麻痺のため、手足が不自由でしかも知恵遅れがあるというような子どもは、肢体不自由児施設では精薄でもあるとの理由ではねられる。一方、精薄弱児施設では、手足が不自由であるからとやはり断られる」<sup>17)</sup>といったことは日常的でさえあった。さらに単一の障害であっても障害の程度が重いときには施設入所は拒否された。手数がかかるからである。以上簡略に述べてきたことは、学校教育においても、福祉の側面においても、障害別処遇が中心だったことである。そのこと自体必ずしも全面的に否定さるべきことではないが、処遇対象からはずされた多くの障害児が放置されざるを得ないという事態を招く問題をはらんでいた。そして昭和30年代から重複障害児が児童福祉法からもれていることが指摘され、重複障害児の処遇が強く要求されだしたのである<sup>18)</sup>。親を中心とするこれらの要求を反映して、確固とした法的根拠のないままに先駆的なものとして有名な三つの民間の重症心身障害児施設、秋津療育園（昭和34年）島田療育園（昭和36年）、びわこ学園（昭和38年）が開設されたが、政府も遅ればせながら厚生省事務次官通達「重症心身障害児療育実施要綱」<sup>19)</sup>（昭和38年7月）を出して、国費による補助がなされるようになった。さらに、結核の治療を中心としていた国立療養所二ヶ所に重症心身障害児病棟を設けるなどしたが、昭和42年8月児童福祉法第43条に第4項を加え「重症心身障害児施設は、重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これ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とする」という条文によって、ようやく重症心身障害児の定義及び<sup>20)</sup>その処遇が法的に確定されたのであった。以後国立療養所の重症病棟を中心に発展し昭和51年3月末現在で国立80ヶ所（8080床）、公、法人立41ヶ所（4649床）計121ヶ所（12,729床）が整備されるに至っている<sup>21)</sup>。

しかしながら大切なことは数量的な発展だけではない。多大な弱点を含みつつも国民の要求に部分的に譲歩してつくられたこれらの施設群が重症心身障害児の捉え方をその実践を通して変革させてきたという事実である。そのことについて清水寛氏は次のように簡略にまとめている。「(1) 障害の重い子どもの発達の保障にとりくめばとりくむほど、教育とは何かが問い直され、その本質が人間の生命の尊厳の確立にあることが明らかにされていく。そのことは、能力主義的、功利主義的教育体制への鋭い批判となっていく(2) 教育など不可能、不必要とみなされ、公教育から排除され続けてきた子どもたちに、人格として発達の可能性、発達のすじみちの共通性を明らかにすることによって、人間の発達に果たす教育の役割と人権の無差別平等性について実証している。(3) 障害者の発達を保障するために生みだされ検証された教育の方法、内容、条件等の原理には、健体児教育では見逃されがちな現在の教育のひずみ、粗さを明確にし、それを変革していくものが内在している」<sup>22)</sup>。各条についてさらに述べる。第一項は、教育を読み書き算を中心とする労働力形成の基礎作

業と捉えるのではなく誕生直後から人間としての成長発達の全過程を保障するという考え方である。第二項は、発達を上昇過程を中心とする量的な捉え方を批判して、発達の領域的広がり、質的な側面を重視することを強調している。さらに第三項は、障害児教育は教育問題の焦点であり、教育変革の環になるという捉え方である。これらの思想は近代以後の人権思想の系列につらなるものであり、エンゲルスによる「すべての人間が自分の能力を完全に発達させる権利を有する」<sup>23)</sup> という思想を深化発展させつつあるものであろう。現代の日本においては、「発達保障」<sup>24)</sup> という言葉に集約されているもので、重症心身障害児研究もこの視点に立つことによって、やっと科学性と展望を獲得できたのであった。

## II. 重症心身障害児研究の現段階

### — 国立療養所重症心身障害研究会の「発達評価法の検討」 のとりくみから

#### (1) 医学的アプローチから心理・教育的アプローチへの変化

国立療養所重症心身障害児病棟（以下重心病棟と略す）に入院してくる重症児は、施設の増加に伴い、障害の重度化、多様化の一途をたどっている。国立療養所が重症児を迎えた当初は、彼らへのスタッフの取りくみは、いわゆる医学的アプローチが大半を占めていたが、ここ数年「発達評価・診断」の追求が、にわかにクローズアップされ、ほとんどの重心病棟でなんらかのかたちで研究、実践が行なわれている。

たとえば、国立療養所に於て重症児に関する分野の研究が発表されるようになったのは、昭和43年頃からであるが、多くは国立病院療養所総合医学会の口頭発表であり、論文として発表されたものは少なかったが、中でも重症児の発達診断の研究発表はほとんどなされていないといっても過言ではない<sup>25)</sup>。

また厚生省国立療養所課編『国立療養所史』をみても、昭和42～45年に於ては医学の領域での研究が大半を占めている事実をうかがうことができる。

「国立療養所にとって重症心身障害児の医療は新しい分野であり、しかも重症心身障害児は抵抗力がきわめて弱く、感冒その他の伝染性疾患にかかりやすい等、その医療管理の面で特有の問題が色々あるので、これら患児に対し最良の療育を行うため、とくに、職員の研修は医療開始当初から強力に行なわれ、その後も新たに開始する施設の職員に対しては、かならず研修を行なっている。

新しい分野の医療をはじめるとして医療従事者の研究活動は、きわめて重要である。このことは重症心身障害児の医療においても例外ではない。このため医療開始と同時に、重症心身障害児の発生予防の面をふくめて治療、看護、栄養、生活指導等に関する研究が行なわれ、その療育の改善に役立っている。すなわち、昭和42年度に42万9千円の研究費が国立療養所で初めて予算化された。その後昭和43年には、国立療養所重症心身障害共同研究班が編成され、『重症心身障害の成因と病態生理』等の研究が行なわれ、昭和44年度からは厚生省の特別研究『脳性麻ひの

成因に関する研究』の一部をこの共同研究班が分担して研究を行なってきた。<sup>26)</sup>

ところが、昭和46年頃から身体障害は比較的軽度であるが、知能障害の他に各種の精神症状を伴ういわゆる「動く重症心身障害児」を受け入れるようになってから、精神医学・臨床心理学、あるいは教育学からのアプローチがにわかにならされてきた。なかでも、いわゆる発達評価、発達診断に関する論文がふえてきた。

たとえば、国立療養所重症心身障害研究会<sup>27)</sup>（以下重心研と略す）がまとめた国立療養所における重障児関係論文集「昭和49年度研究業績報告書」をみると、精神発達および療育に関する研究論文数が、全論文数の1/4を占めている（81論文中21論文）。その中でも発達評価に関する研究が半数を占めている。

このことは、スタッフにしてみるとしごくあたりまえ、必然的な要求である。なぜなら重症児の療育、生活指導にとりくむとき、スタッフがまず第一に知りたいことは、「この子は、身体的にあるいは精神的に、どれくらい発達しているのだろうか」など、いわば、その子の身体的・心理的発達の到達段階（現有能力）である。そのことを抜きにしては彼の課題を設定することはできないのである。

## （2）国立療養所重症心身障害研究会による発達評価表の作成の過程

以上のような職場、スタッフの内的な必要性にせまられて重心研では厚生省のあらたな財政援助をえて『発達評価の検討』班をつくり、昭和50年度より3年間という期限つきで、本格的に発達評価表の作成に取り組んでいる（この班は村松晴嵐荘々長久保宗人氏を班長に、医師、児重指導員、心理療法士、保母など約25名で構成されている）。

検討班では作業をすすめるにあたって、あらかじめ次のような検討方向を設定している<sup>28)</sup>。

- （1） 入所児童の発達状況から考え、検討する評価範囲を、精神、身体機能とも3才までとし、特に1才以下を十分に検討すること。
- （2） 発達の質的ポイントを把握して評価する。（単に項目の量的羅列にならないように）
- （3） 従来の評価法の問題点を克服するように検討する。
- （4） 評価領域を次のようにし、それぞれに検討を加える。各領域ごとの担当病院は以下の通りである。

- （A）
  - イ） 運動領域——晴嵐荘，板西療養所
  - ロ） 手の機能——西多賀病院
  - ハ） 言語領域——長良病院
  - ニ） 情意領域——山形病院，肥前療養所
  - ホ） 感覚領域——神奈川病院，南九州病院
  - ヘ） 知的領域——足利病院，鈴鹿病院
- （B） A. D. L.——天竜荘，南福岡病院

以上を確認した点で、班として、まず従来使用してきた発達評価法をリストアップし、全般的、あるいは領域別に問題点を出しあっている。

(1) 従来使用してきた発達評価法

- ① 遠城寺式乳幼児分析的発達の発達検査
- ② 津守式乳幼児精神発達テスト
- ③ 山下乳幼児発達検査
- ④ Denver 発達テスト (表1)
- ⑤ Adaptive Behavior Scale
- ⑥ M.C.C. Body Test
- ⑦ Gesell 発達診断法
- ⑧ 愛研式乳幼児発達検査
- ⑨ K式乳幼児発達検査
- ⑩ Doman-Delacato による神経学的発達診断プロフィール (表2)
- ⑪ 他覚的聴力検査利用による発達診断
- ⑫ S. D. 法 (「小児精神と神経」11巻1号)
- ⑬ A. D. L 評価, 田研式社会成熟度テスト
- ⑭ 各知能検査——大脇式, 田中・ビネー式, コース立方体, Wippsi, WISC, WAIS. 教研式 P. B. T.

(2) 従来の評価法での問題点

- ① 正常児対象で、重障児に適切でない。
- ② 運動・言語障害によって結果が左右されて正しい評価が不可能。特に手足の機能を必要とする項目が多く、適切でない。
- ③ 項目のステップが大まかすぎて指導に生かせない。変化を把握しきれない。
- ④ 一段階一項目に対する疑問 (たとえば遠城寺式の場合、生後11月から1才までの知的発達を診断する項目は「つつまれたおもちゃをとる」という内容だけである)
- ⑤ 20才以上の者を発達検査でとらえていくのは下合理
- ⑥ 量的な評価に偏り、質的評価が十分でない。
- ⑦ 生活経験に関係する問題が多く、その少ない重障児にとっては問題である。
- ⑧ 感情表現, 対人反応, 食事動作, 衣服着脱動作に関する検査項目が不十分である。
- ⑨ こまかすぎて内面の変化 (質的ポイント) がつかみにくい。(特に Gesell の診断法)
- ⑩ 実態 (日本) にそぐわない。(Denver, Adaptive Behavior Scale e. t. c.)
- ⑪ 母親など, 検査者の判断によって誤差が生ずる。
- ⑫ 診断はなしえても, 次の方向性がつかみにくい (検査結果と指導が結びつかない)。
- ⑬ 表情, 動作から発達の程度をよみとれる指標がほしい。

