

わが国における肢体不自由児 施設の歴史的展開 (下)

— 緑成会整育園の歴史を中心に —

吉野 由美子

はじめに

本論文は、1992年3月発行の東京都立大学人文学報に掲載した論文の後半部である。

本論文は、修士論文として書いたものに、加筆修正をしたものである。明治期以後の肢体不自由児対策の大まかな流れを追いながら、肢体不自由児施設の成り立ちを概括しようと試みたのであるが、まだやっと輪郭を描いた程度の粗削りのものであるが、社会事業史の研究の中でも、心身障害児関係施設の歴史に関する研究は、まだ数も少なく、特に肢体不自由児関係は殆どない状態なので、思い切って発表する事とした。

第三章 障害児問題の変容と緑成会整育園の対応

第一節 障害原因の急速な変化と肢体不自由児施設の対応

(1) 肢体不自由児施設の全県設置

(2) 障害原因の急速な変容とその影響

第二節 重症心身障害児対策の展開

第三節 緑成会整育園の設備充実

第四節 収容児の病種変化と整育園の対応

第五節 多田園長の緑成会整育園の将来構想と突然の死去

注

第四章 1970年以降のわが国の肢体不自由児

施設の展開と緑成会整育園

第一節 肢体不自由児施設の運営に大きな影響を与えた出来事

- (1) 障害者運動の高まり
- (2) ボバース法・ボイタ法の紹介とその影響

第二節 養護学校義務化と肢体不自由児施設

第三節 肢体不自由児施設の対応

- (1) 児童福祉施設最低基準の改正
- (2) 1980年以降の肢体不自由児施設の動向

第四節 1970～1980年までの緑成会整育園の動向

- (1) 正林園長の就任から重度棟建設まで
- (2) 入園児の状況と施設職員

第五節 1980年から現在までの緑成会整育園の動向

注

終章

第一節 わが国における肢体不自由児施設の歴史的展開とその分析

第二節 緑成会整育園の歴史的展開とその分析

第三節 今後の課題

注

文献リスト

第三章 障害児問題の変容と 緑成会整育園の対応

— 1955年～1970年代 —

第一節 障害原因の急速な変化と肢体不自由児施設の対応

(1) 肢体不自由児施設の全県設置

1947年（S22）年に制定された児童福祉法によって、肢体不自由児施設設立の法的な基盤は出来上がったが、戦後の混乱状態が続いている時期でもあり、障害者に対する世間的な理解も十分でない中で、肢体不自由児施設の全国への普及には多くの困難があった。

高木憲次は、1949（S24）年から約3年間をかけて、肢体不自由児の療育についての思想の普及のため、厚生省の協力の下に全国をくまなく巡回療育相談して回った。高木憲次の、この様な努力を通して肢体不自由児施設の建設は次第に全国に広まっていったが、その全県設置までには、児童福祉法成立からなお16年が必要で、全県設置が達成されたのは1963（S38）年、東京オリンピック開催の前年であった（次ページ表1参照）。

(2) 障害原因の急速な変容とその影響

肢体不自由児施設の量的な整備過程と平行して、肢体不自由児施設による療育に大きな影響を与えた障害原因の急速な変化が起こった。

表2は、1954（S29）年に文部省が中心になって行った肢体不自由児実態調査（注1）の、肢体不自由を引き起こす原因となった疾患別の割合を示したものである。関節疾患25%、脊髄性小児麻痺20.1%、結核性骨関節疾患14.2%、脳性小児麻痺14.6%等が高い割合を示している。

表をみて分かるように、肢体不自由を引き起こす原因となる疾患別の分類方法が、現在のものとは若干違うので、単純な比較はできないが、伝統的に肢体不自由を引き起こす四つの主な原因といわれて来た、脊髄性小児麻痺（ポリオ）、

表1 肢体不自由児施設設置状況

年度	施設数	合計	年度	施設数	合計
1950	2	2	1957	6	23
1951	1	3	1958	4	27
1952	4	7	1959	5	32
1953	2	9	1960	3	35
1954	1	10	1961	6	41
1955	5	15	1962	3	44
1956	2	17	1963	4	48

(全国肢体不自由児施設実態調査からまとめたもの)

表2 疾患別分類比率

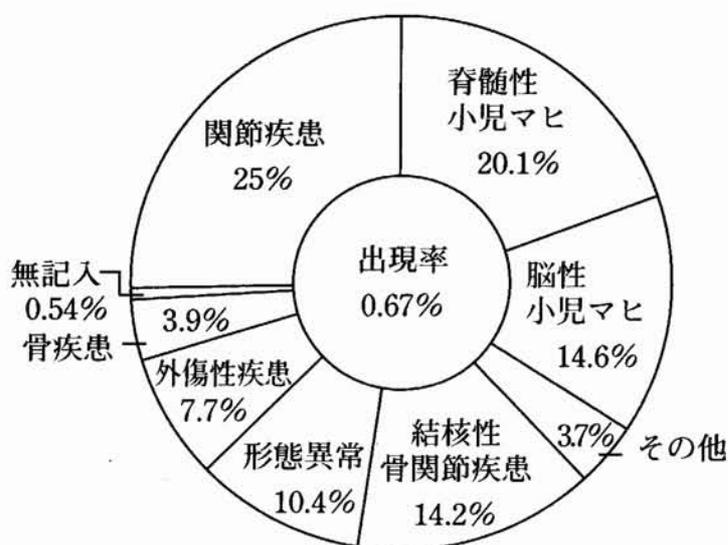
肢体不自由児の実態

マヒ性疾患	イ 脊随性小児マヒ ロ 脳性小児マヒ ハ その他
結核性骨関節疾患	イ 脊椎結核 ロ 関節結核 ハ その他
外傷性疾患	イ 偽関節 ロ 陣旧性脱臼 ハ 変形治癒骨折 ニ 拘縮・強直 ホ 切断および離断 ヘ 新鮮な骨折脱臼 ト 弾搔膝 チ 分娩マヒ リ その他
骨疾患	イ 先天性梅毒 ロ その他先天性系統的骨疾患 ハ クル病 ニ その他後天性系統的骨疾患 ホ 病的骨折 ヘ 骨腫瘍 ト ペルテス氏病 チ その他骨端症 リ その他
関節疾患	イ 非結核性各種関節炎 ロ リウマチ ハ 拘縮・強直 ニ 病的脱臼 ホ 動揺関節 ヘ 先天股脱 ト その他の先天性脱臼 チ その他
形態異常	イ 過剰性 ロ 欠損性 ハ 癒着 ニ 裂股 ホ 裂椎 ヘ 顔面裂 ト 口蓋裂 チ 斜頭 リ 内反足 ヌ 高度のX脚 ル 高度のO脚 ヲ 反張膝 ワ 脊椎側弯 カ 扁平椎 ヨ その他

(出典 「肢体不自由児(者)の実態」 P 3より)

第3表 疾患別分類比率

	%
イ マヒ性疾患	38.36
{ 脊髄性小児マヒ	{ 20.13
{ 脳性小児マヒ	{ 14.55
{ その他	{ 3.68
ロ 結核性骨関節疾患	14.22
ハ 外傷性疾患	7.70
ニ 骨疾患	3.86
ホ 関節疾患	24.97
ヘ 形態異常	10.35
ト 無記	0.54
計	100.00



(出典 「肢体不自由児(者)の実態」 P3より)

結核性骨関節疾患，先天性股関節脱臼等を含む関節疾患，脳性小児麻痺が，それぞれ高い比率を示している。

しかし，この肢体不自由を引き起こす四つの主な原因の内，結核性骨関節疾患・脊髄性小児麻痺といった感染症については，医学の著しい進歩によって，1960年代前半までに，疾患の発生それ自体が大変希なものになったし，感染しても科学療法により，早期の治療が可能になった。

すなわち，結核性の骨関節疾患については，戦後，ストレプトマイシン等の抗結核剤による化学療法の進歩によって，初期での治療が可能となった。

又，戦前より障害原因の中では常に大きな位置を占めていた脊髄性小児麻痺については，1960～1961年（S35～36）にかけて，わが国で大流行し，大きな社会問題となったが，この流行をなんとか食止めようとする，母親達等を中心とする運動によって導入された，生ワクチンによる予防接種の普及によって，1963（S38）年には，わが国での発生は皆無となったのである。

先天性の股関節脱臼は，早期の発見と治療技術の進歩によって，乳・幼児期に大きな後遺症を残さずに治療することが可能になった。

この様に，三つの障害原因が姿を消していくと，必然的に脳性麻痺を中心と

する脳神経系の障害が高い比率を占めるようになったのである。

表3（注3）は、全国肢体不自由児施設運営協議会が1962年度から実施している、全国肢体不自由児施設実態調査結果からの引用である。1962年（S37）には、在園児数に占めるポリオ児の割合が29.2%、先天性股関節脱臼児12.3%、結核性骨関節炎児5.1%であったが、1969年になると、ポリオ9.4%、先天性股関節脱臼7.5%、結核性骨関節炎0.5%と激減していることが分かる。一方、脳性麻痺児の占める割合は、1962年には31.7%であったのが、1969年には57%と急増している。

肢体不自由を引き起こす原因の急速な変化は、肢体不自由児施設の在園児の状態を急速に変えていった。

「昭和31年の全国の肢体不自由児の施設はまだ17施設しかなかった時代ですが、その時に若松栄一さんが母子衛生課長をしておられた。—中略—当時はまだポリオが全盛期で、肢体不自由児施設もできたばかり、ですから肢体不自由児施設はできるだけ治療効果の上がるケースをいれて、できるだけ早く地域に帰して『肢体不自由児を治療するとこういうふうによくなるんだよ』というメリットを多くの地域で分かってもらう、そういう啓蒙・普及をして欲しいとおっしゃいました。

—中略— ですから、脳性マヒの場合ですと尖足など手術して歩き方のよくなるようなケースを優先して入れて、その数は全収容児の20%以内に押さえることが望ましいという指導があった時代なんです」（注2）

上の「」の中は、1688年5月発行の『厚生』からの引用であるが、この文章は、全県設置以前の肢体不自由児施設の様子を的確に示している。

激減した三つの障害原因の一つ、結核性骨関節疾患の代表的な例、脊髄カリエスの治療は、患児をギブスベッドに固定し、長期間安静を保つ、したがって教育はベッドサイドに教師が出張して行う必要があった。また、脊髄性小児麻痺児は、一般的には知的障害は合併せず、治療は整形外科的手術と運動療法であった。これに対して脳性麻痺児は、多く知的障害を初め、様々な障害を合併し、整形外科的治療は、対症療法としては有効であっても、それだけでは、脳性麻痺児の持つ他領域の問題を解決することはできなかった。

表3-1-1 病類別在園児童数の年度別推移

病 類 年 度	脳 性 マ ヒ	ボ リ オ	先 天 性 股 関 節 脱 臼	デ イ ス メ リ ー	二 分 脊 推	骨 形 成 不 全 症	脳 水 腫	そ の 他 先 天 性 疾 患	結 核 性 骨 関 節 炎	結 核 以 外 の 骨 関 節 炎	脊 柱 側 彎	ペ ル テ ス 病	外 傷 後 遺 症	く る 病	進 行 性 節 萎 縮 症	そ の 他	計	対 象 児 童 数
昭和37年度	31.7%	29.2%	12.3%	0%	1.4%	0.7%	0.2%	4.1%	5.1%	4.2%	0.6%	1.4%	2.4%	0.5%	1.1%	4.6%	100%	1,645名
38年度	33.6	21.2	17.3	0	1.4	0.8	0.3	3.5	4.1	2.7	0.6	1.6	3.1	0.4	1.3	5.7	100	1,889
39年度	40.3	23.4	12.8	0	1.4	1.0	0.3	3.4	3.4	1.6	1.0	1.8	3.0	0.5	1.5	4.6	100	2,174
40年度	45.5	19.7	11.6	0	1.4	1.1	0.3	3.9	2.1	0.8	1.0	2.2	3.3	0.5	1.5	5.1	100	2,659
41年度	51.1	16.9	10.0	0	1.6	1.0	0.3	3.4	1.4	0.8	0.6	2.8	2.9	0.6	1.4	5.2	100	3,050
42年度	51.7	15.2	7.8	0	2.1	1.4	0.0	4.5	0.7	1.2	1.1	4.5	1.9	0.5	1.8	5.5	100	5,385
43年度	57.2	11.9	7.4	0.5	2.1	1.6	0.2	4.4	0.5	0.9	1.0	3.3	2.5	0.5	2.1	3.9	100	3,479
44年度	57.0	9.4	7.5	0.4	2.3	1.9	0.3	4.0	0.5	0.6	1.4	4.8	2.8	0.4	2.1	4.6	100	5,786
45年度	57.0	8.3	7.4	0.6	2.8	1.6	0.3	3.9	0.4	0.8	1.3	5.2	2.4	0.5	1.9	5.6	100	6,611
46年度	60.8	5.4	6.3	0.4	3.0	1.7	0.3	4.6	0.1	1.0	1.4	5.3	1.9	0.5	1.9	6.0	100	6,653
47年度	61.7	4.4	5.3	0.4	3.6	1.7	0.4	3.6	0.1	1.2	1.5	5.7	2.5	0.4	1.6	5.9	100	6,600
48年度	63.8	2.8	5.3	0.3	3.7	1.7	0.6	4.3	0.1	0.4	1.6	5.7	2.3	0.2	1.4	5.8	100	6,831
49年度	64.8	1.2	4.9	0.3	3.7	1.7	0.6	4.1	0.1	0.5	1.4	6.1	2.2	0.3	1.4	6.7	100	6,849
50年度	65.3	0.7	4.6	0.2	3.8	1.5	0.7	3.6	0.2	0.6	1.3	6.2	2.0	0.2	1.4	7.7	100	6,207
52年度	64.0	0.4	3.6	0.1	3.9	1.6	0.7	4.0	0.2	0.5	1.9	7.1	2.9	0.2	1.6	7.3	100	7,129
53年度	63.6	0.2	3.1	0.2	4.0	1.6	0.7	4.1	0.2	0.4	1.9	8.0	2.5	0.2	1.9	7.4	100	6,750
54年度	63.9	0.2	2.6	0.2	4.1	1.5	0.8	4.5	0.1	0.4	1.7	7.9	2.6	0.1	1.9	7.5	100	6,714
55年度	62.8	0.1	2.7	0.1	4.5	1.5	1.1	4.2	0.1	0.3	1.5	8.1	2.9	0.1	2.0	8.0	100	6,562
56年度	61.7	0	2.7	0.2	4.4	1.7	1.1	5.0	0	0.3	1.1	8.1	3.3	0.1	2.3	8.0	100	6,436
57年度	61.4	0	2.3	0.1	4.5	1.5	1.3	4.8	0	0.3	1.3	8.3	3.2	0.1	2.0	8.9	100	6,393
58年度	59.2	0.1	1.9	0.1	4.9	1.6	1.3	4.8	0	0.4	1.5	8.0	3.5	0	2.4	10.3	100	6,347
59年度	58.9	0.1	1.8	0.1	4.8	1.4	1.1	5.5	0	0.4	1.1	7.7	4.2	0	2.6	10.3	100	6,180
60年度	57.7	0	1.5	0.1	4.8	1.5	1.2	6.0	0	0.2	1.1	7.9	4.2	0.1	2.5	11.2	100	6,052
61年度	56.9	0.1	1.2	0.2	5.1	1.4	1.3	6.7	0	0.3	0.9	7.8	4.0	0.1	2.5	11.5	100	5,794

(1) 昭和37年度より昭和47年度までは当該年度の3月31日現在の実人員。

(2) 昭和48年度は昭和49年4月1日現在の実人員。

(3) 昭和49年度は昭和50年5月1日現在の実人員。

(2) - 1

表3-2 病類別在園児童数の年度別推移 (昭和62年度より)

病 類 年 度	脳原性疾患		ペ ル テ ス 病	二 分 脊 推	先 天 性 股 関 節 脱 臼	先 天 性 内 反 足	ア ル ト ロ リ ポ ー ジ ス	骨 系 統 疾 患	脊 柱 側 彎	外 傷 後 遺 症	進 行 性 筋 ・ 神 經 疾 患	デ イ ス メ リ ー	骨 関 節 炎	そ の 整 形 外 科 的 疾 患	く る 病	ボ リ オ	そ の 他	計	対 象 児 童 数
	脳 性 マ ト	そ の 他																	
62年度	55.8%	10.1%	7.4%	5.2%	1.1%	0.5%	0.7%	2.0%	0.8%	2.1%	4.0%	0.2%	0.3%	3.1%	0.1%	0%	6.6%	100%	5,676名
63年度	56.1	11.1	7.1	4.9	0.7	0.5	0.8	2.0	0.6	2.3	4.2	0.2	0.1	2.3	0.1	0	7.0	100	5,513
平成元年度	56.6	11.9	7.2	4.8	0.9	0.3	0.5	2.2	0.5	1.5	4.4	0.2	0.2	2.4	0	0	6.4	100	5,389

※当該年度の3月1日現在の実人員。

1 脳原性疾患のその他には、水頭症・頭部外症を含む。

2 骨系統疾患には、骨形成不全症を含む。

3 骨関節炎には、結核性を含む。

注 肢体不自由児施設入所児童の障害原因の変化にともなって、

病種別の分類の仕方が現実とすぐわなくなつたため、昭和

62年度より分類項目を変更した。(この注は筆者挿入)

したがって、減少した三つの障害原因に整形外科的治療を中心にして対応することを目的として発展してきたわが国の肢体不自由児施設の性格は、在園児に占める脳性麻痺児の割合の急速な増加によって、急速な変化を余儀無くされたのであった。

上で見たように、障害原因の急速な変化は、肢体不自由児施設の全県設置直後にはすでに起こっていたが、しかし、脳性麻痺に対する有効な治療・訓練法がわが国に導入されるのは1970年代に入ってからであり、それまでの間、肢体不自由児施設においては、重度・重複化する在園児対策に、決め手を持たず試行錯誤を繰り返した。

尚、1962（S 37）年に都立北療育園が、又、1964（S 39）年には民営の東京小児療育病院が新たな肢体不自由児施設として開設された。どちらの施設も、脳性麻痺等、脳神経系のより重度の障害児に対応することを、その施設設立の目的としていた。特に東京小児療育病院は、先天性疾患としての脳性麻痺を幼少期から治療・訓練する事を目的とし、施設内に脳性麻痺研究所を持つという、新しい特色を持った肢体不自由児施設であった。

第二節 重症心身障害児対策の展開

高木憲次が「不治永患児」として、肢体不自由児とは区別して保護施設の対象と考えた重症心身障害児に対する対策は、児童福祉法にも制度化されず放置状態であった。

この様な状況の中、終戦直後より、日本赤十字病院の小林提樹博士は、担当する小児科病棟に、重い先天性の障害を持ち、行くところのない子供達を預かって、延命と保護を中心とする処遇を行っていた。これが、わが国の重症心身障害児の処遇の始まりである。

1955（S 30）年、小林博士の指導により重症心身障害児を持つ親の会「両親の集い」が結成され、重症心身障害児対策の確立に向けて活発に活動を開始した。

昭和34年、草野熊吉氏が自宅を開放し、重症心身障害児の収容療育を開始す

る。これが、わが国初めての重症心身障害児施設秋津療育園である。

1961（S36）年島田療育園が開設され、厚生省が島田療育園に初めて委託研究費を支給、国の重症心身障害児への公的な取組が始まった。1963年、厚生省は重症心身障害児療育実施要綱を作成、昭和41年より、国立療養所への重症心身障害児委託を開始した。

昭和42年、児童福祉法が改正され重症心身障害児施設が児童福祉施設として位置付けられ、本格的に重症心身障害児の施設整備が始まった。

第三節 緑成会整育園の設備充実

「毎年毎年いくばくかの建物が増加して来た。それでもなおいつも建物の狭あいをかこわねばならなかった。新築されればそれだけの広さの所を返さねばならない借家住まいであったから一中略一窮屈な寮舎と不完全な設備は、日本の社会福祉施設の立場を縮図化したものであると一後略一」これは、1955（S30）に発刊された整育園機関紙「整育」からの引用で、設立から10年ほどの緑成会整育園の様子をよく現している。

第二章で述べたように、緑成会整育園は、多摩補導所病院の児童部的存在から発足し、自己の財産を持たず、都立の多摩補導所の建物を借用して設立された。その設備充実の経過は次ページの表4のようである。

1958（S33）年、鉄筋コンクリート造りの訓練棟が完成し、都から借りた建物をすべて返還することができたが、この過程においては、都教育庁の理解を得て、「教育庁の建設した教室を、ベッドサイドスクールを兼ねた病室として利用したり、特別教室を機能訓練室として利用した」（注4）等や、民間の善意、特に米軍キャンプの人達の協力に頼るなど綱渡りの対応も多かった。

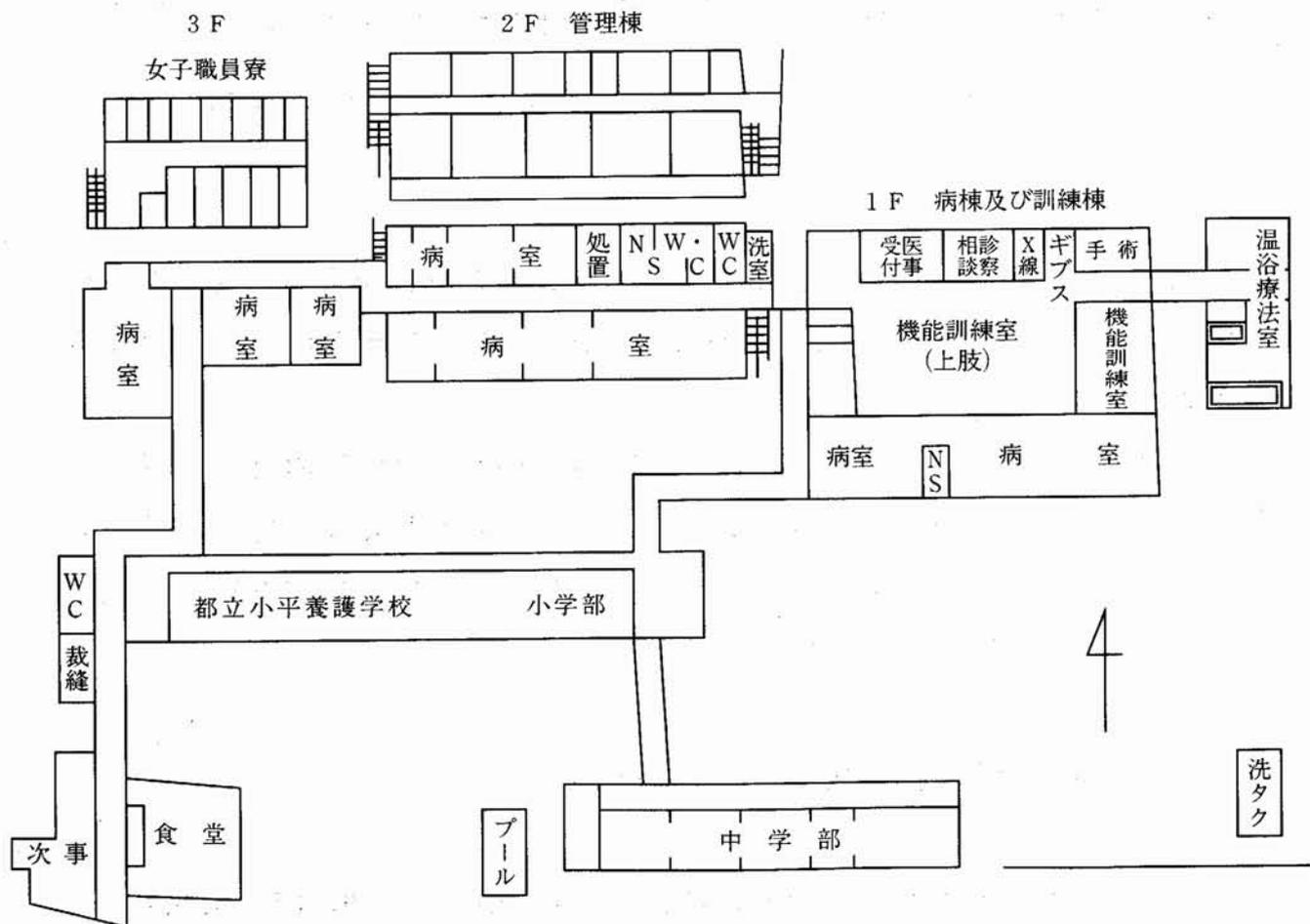
この様に様々な工夫を重ねて「無から有を、生み出す」緑成会整育園の基盤造りは、1958年5月に入所定員を100名に増やして完成したのである。

しかし、この時期にはすでに、初期の頃に建設した建物は、戦後のバラックの急造という事もあり老朽化が進み、又、ポリオの全国的な大流行によるニーズの増加に対応するため、改築を行う必要に迫られた。1961～1963年の二期に



昭和36年訓練病棟・管理棟

昭和39年3月頃



緑成会成育園に関する 「多摩緑成会30年のあゆみ」
写真・図面は からのコピーである。

表4 緑成会育園の建物整備状況

昭和25年3月	多摩補導所病院の一部病室及び東京身体障害者公共職業補導所の議堂の一部借用
昭和26年1月	病室 174.9m ² (財団)
昭和26年12月	病室 94m ² (米軍寄付)
昭和29年7月	炊事・浴場 131m ² (同上)
昭和30年9月	薬局及消毒室 17.3m ² (財団)
昭和31年2月	病室 98m ² (西多摩婦人会及米軍寄付)
昭和32年2月	食堂兼娯楽室 74.3m ² (財団)
昭和33年4月	訓練・管理・病室 633.6m ² (国・都・財団)
昭和37年3月	} 最古の病棟を撤去し、鉄筋コンクリート造り2階建に改築 750m ² (国・都・財団)
昭和38年3月	
昭和38年10月	洗濯室 41.3m ² (お年玉年賀はがき)
昭和39年3月	温水浴療法室98.38m ² (日本自転車振興会・財団)
昭和39年4月	女子職員宿舍 193m ² (厚生年金還元融資・財団)

(多摩緑成会30年の歩み P75)

分けて、国と都からの補助金と財団の借金によって、最古の寮を改築した。又、1963年には入所定員を112名に増やし、急増するポリオ後遺症の子供達の需要に答えようとした。

1968 (S43) 年には「行政土地に民間の施設が恒久的な事業展開をする不合理を是正するため、借用土地を払い下げ」(注5)という東京都の方針にしたがって、計8,573.61m²の土地の払い下げを受け名実共に独り立ちの施設となったのである。

第四節 収容児の病種変化と整育園の対応

図1は、昭和26年から30年間の緑成会整育園在園児の病種別割合を現したものである。開設当時から1959年ごろまでは、結核性骨関節疾患の割合が40%を越え、特に1955 (S30) 年には55%という高い割合を示している。これは、緑

図1 病類別在園比 (昭和56. 3. 1. 現在)

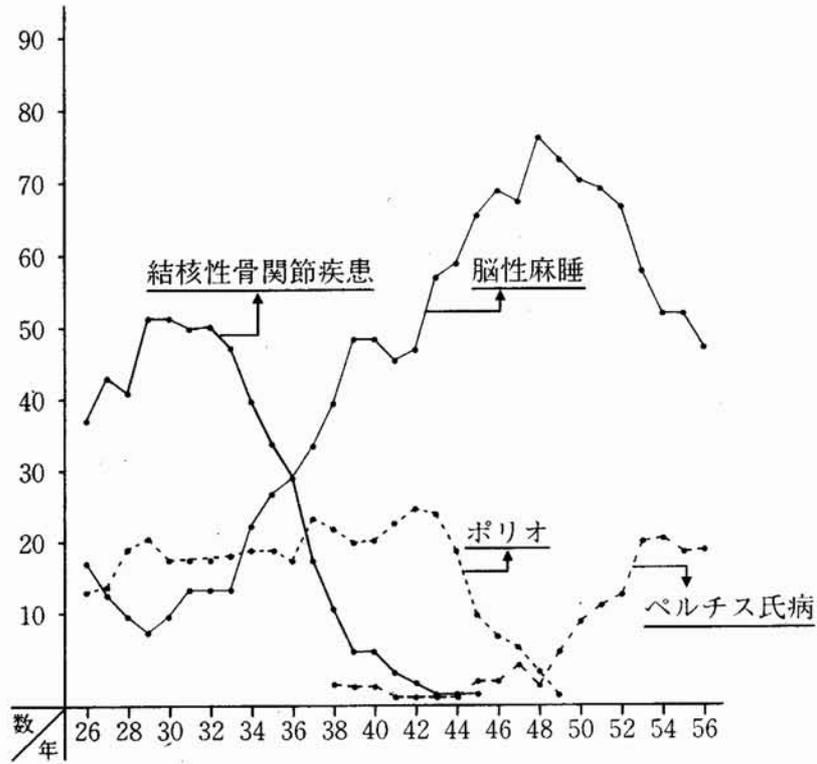


図2 結核性疾患児の各年別の在園児数と各年度別の入園児数

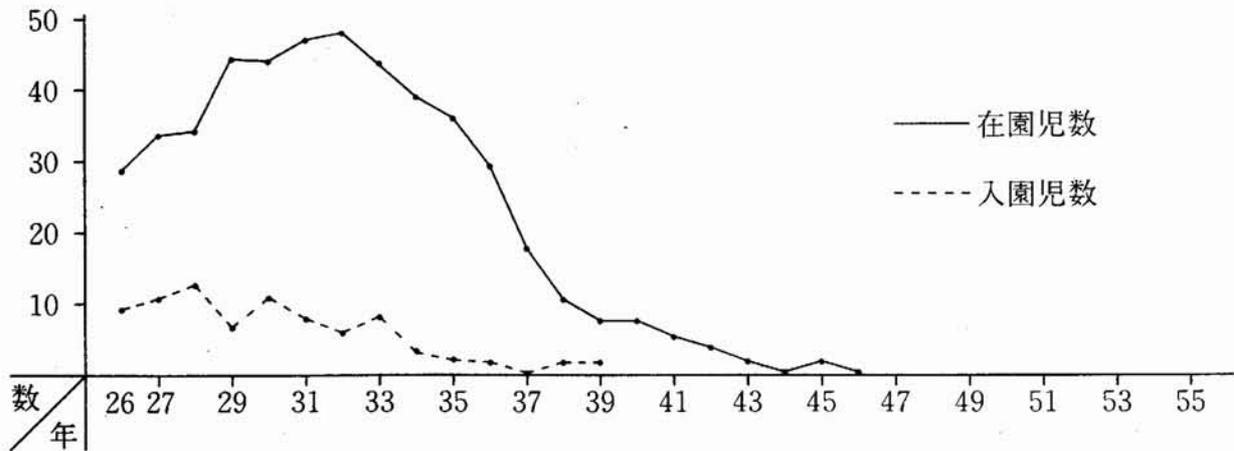


図1～図4は多摩緑成会30年の歩み P 83～84からの引用

図3 ポリオ児の各年別の在園児数と各年度別の入園児数

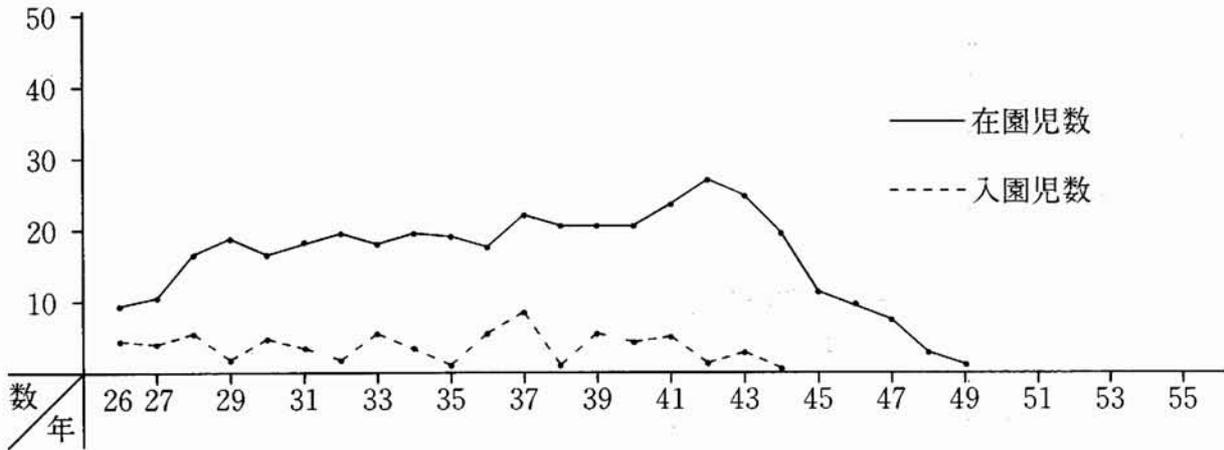
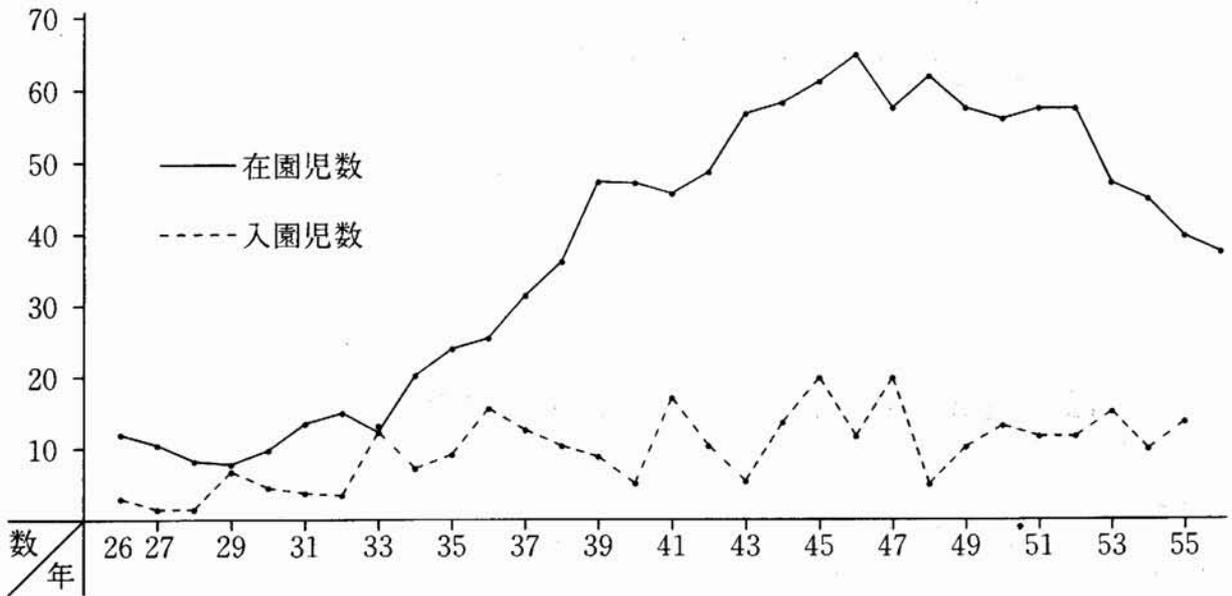


図4 脳障害児の各年別在園児数と各年度別の入園児数



成会整育園の初期の入園児が、戦中戦後の混乱期の中での、戦災孤児・浮浪児が多く、結核に対するきちんとした治療を受けることができず、脊髄の変形等、重症の状態の入園し、治療に長い期間を要したことを背景にしている。図2で分かるように、戦後の混乱状態の終息と、化学療法の普及によって、新たな入園児童は徐々に減り、1959年以降は、これらの疾患を持つ児童は結核専門病院に入院し治療を受ける事になったため、翌年より在園児に占めるこの種の児童の割合は、急速に減少していった。

「脳性麻痺は積極的に治療を受けさせる事もなく、患者を社会から隠していた傾向もあり、昭和32年頃までは、毎年5名以下と入園が少なかった。当時は巡回診療に出向いて行っても診療を拒んだ親がいた。」(注6)という状態であったが、園では、1956年4月に脳性麻痺児学級を開設し、翌年6月には、脳性麻痺児専用の訓練棟、西多摩寮を新築、重度の障害を持つ彼等のために、「生活すなわち訓練がなお徹底して行われるようになった。スタッフは専任訓練者(看護婦)を中心とし、教師、助手数名があたり、訓練室居室、すべて生活訓練の場となり」(注7)という新しいプログラムを行った。

大流行によって緊急の対応に迫られたポリオの児童に関するニードに対しては、結核性疾患の児童を他の専門病院に転院させる努力をしたり、三節で見たように増改築によって定数を増やして、なんとか対応しようとした。しかし、増加する入園希望に対応することはできなかった。整育園では、入園を待つ児童の待機児童名簿を1970(S45)年頃まで作成していたが、「その名簿で見ると、家庭環境が悪く、地域で生活するのが無理なような養護性の高いケースも、障害が重度で治療効果が上がらないと言う理由で入所できない事が多く、こういうケースはどうなってしまいうんだろうとよく思ったものです」と、緑成会整育園に古くから勤務している職員が、この時代を回想していた。

第5節 多田園長の緑成会整育園の将来構想と突然の死去

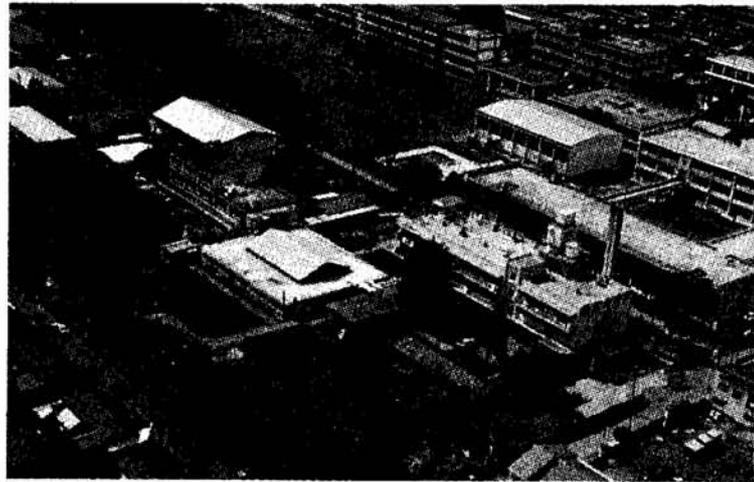
三節、四節で見てきたように、財政基盤の乏しい緑成会整育園にとっては、1960年代の約10年は、感染症を中心とした障害原因による、単純な肢体不自由児に対応するための小児整形外科病院機能をベースにおいた、肢体不自由児施設として独り立ちする期間であったといえよう。

図1からも分かるように、1960年にはすでに、在園児に占める脳性麻痺児の割合は30%近くになっていたが、結核性疾患を障害原因とする入園児童は1965年以後1名もなく、また、ポリオも1968年以降は新たな入所児童がない状態で、その結果として、1965年以降、脳性麻痺児の割合が急激に増加していった。

脳性麻痺児の持つ障害は一般的に重度で、複雑なものであって、彼等の持つ



昭和40年頃の整育園運動会



昭和40年頃の全景

ニードに対応するには、体力的にも虚弱で、移動能力に乏しい彼等に合わせた新たな設備が是非必要であった。そこで、1966年以降整育園では、訓練棟の改修や、石炭や石油のストーブで行っていた暖房をスティームに切替える等の対応策を取ろうとしていた。

その最中の1968（S43）年10月、以前から心臓の具合が悪いと言われておられた多田園長が心筋梗塞にて急死された。

1964（S39）年に多摩緑成会の15年を記念して出された「多摩緑成会15年のあゆみ」の中で多田園長は、多摩緑成会という財団と整育園の将来について、第一に重症児収容のための整育園の設備の改善、第二に脳性麻痺児の特殊なニードに対応するための肢体不自由児施設の通園部門の必要性、第三に成人重症障害者（肢体不自由）のための施設経営の必要性を書いている（多摩緑成会15年のあゆみ40～42ページ）。

亡くなられた時、多田園長は62才、まだ働き盛りであった。そして、障害原因の急速な変化に対応する整育園の将来構想について、上に述べたような具体的な見通しを持ち、その実行に強い熱意を持っておられ、その実行に欠くことのできない行政的・人的繋がりを、都庁を初めとする各方面に持っておられた。その園長の急死は、曲がり角に立っていた整育園の将来に大きな影響を与えた。

なお、財団設立当時は、社会福祉事業法も成立していなかった時でもあり、財団法人として病院・施設を経営し始めたのであるが、その後しばしば社会福祉法人への転換が検討された。初期のころは、社会福祉法人化によるメリットもさほどなかったもので、転換は具体的なものにならなかった。1965年以降転換の試みは何回も行われたが、社会福祉事業法成立の初期のころにおいては可能であった病院経営を主体とした社会福祉法人化(結核関係の療養所等かこの例)は、認可がされなくなり、病院と施設の明確な切離しが必要であった。緑成会整育園は今まで見てきたように、多摩補導所病院と一体となってなんとか施設経営を維持してきた経過があり、財産的にも人員的にも病院と施設の明確な切離しが不可能な状態にあった。そのため、再三の試みにも関わらず、社会福祉法人化することができず、この事も、1970年代移行の施設経営に大きな影響を与えたのである。

注

- 1 高木憲次監修『肢体不自由児(者)の実態』東京大学出版会 1961年11月3日 P 3からの引用
- 2 座談会「障害者問題を考える」『厚生(特集 障害児対策)』1985年5月 P 7からの引用
- 3 表3は、平成2年度全国肢体不自由児施設実態調査より引用
- 4 財団法人多摩緑成会30年記念誌委員会編『多摩緑成会30年のあゆみ』昭和57年4月 P 76
- 5 4に同じ P 78
- 6 4に同じ P 84
- 7 4に同じ P 94

第四章 1970年代以後のわが国の肢体不自由 児施設の展開と緑成会整育園の動き

第一節 肢体不自由児施設運営に大きな影響を与えた出来事

(1) 障害者運動の高まり

1960年から始まる高度経済成長政策によって、日本の経済は急速な発展を遂げるが、それと同時に、公害問題・都市への人口の集中による過疎過密問題・急速な核家族化等、多くの社会的矛盾が表出して来た事は周知の事実である。

人口の都市集中を背景として、急速に進む核家族化の中で、それまで家族がまがりなりにも維持してきた、障害児（者）に対する養育・保護機能は急速に弱められていった。

一方障害の発生原因は、前章で見た医学的な要因の他に、公害・薬害等（注1）人為的なものが現れた。その結果、それまでは、障害を因果応報の結果といった偏見や、単に個人的なものとして見てきた世間の障害児（者）に対する認識が、障害をより身近なもの、誰にも起こり得る可能性のあるもの、社会的に対策を講じなければならないものに、変化していったのである。

前章で見てきた重症心身障害児（者）に対する対策の推進は、この様な社会的背景の中で、重症心身障害児を守る会を中心とする親の運動によって促進されていった。この運動の波は、重症心身障害児（者）ほどは重度の障害ではないが、いわゆるリハビリテーションによって、労働能力を持つことができないために、これまで身体障害者福祉法の対策の枠の外に置かれていた、重度の障害者へと広がっていった。

重症心身障害児（者）対策は、この時点では周知のとおり収容施設を増設し、全員を保護し延命を計るというもので、他の重度障害者に対する対策もこれに準じて行われ、愛知県コロニー・高崎コロニー等大規模施設が造られていった。

しかし、1970年代に入ると、この様な収容施設中心の対策に対して、重度の

障害者特に脳性マヒの人達の中から、障害者の管理と隔離の政策であるという批判と、反対の運動が起こった。青い芝の会の運動や府中療育センターの闘争等が代表的なものである。

収容施設の増設を要求する運動が親を中心にした運動であったのに対して、「管理と隔離」に反対するこの運動は、重度の障害者自身の声を反映したもので、初期は大変ラディカルなものであり、そのまま多くの人に受け入れられたわけではないが、「重度の障害を持っていても、地域で普通に生活を送る権利がある」という考え方は、収容施設増設のみを施策としてきた、障害者問題対策の在り方に大きな影響を与え、障害者問題に対する親や一般の人々の認識の変化にも大きな影響を与えた。

(2) ボバース法・ボイタ法の紹介とその影響

1970年（S45）年、ほぼ同時にボバース及びボイタによる、神経学的治療法がわが国に紹介された。この事は、脳性麻痺児の治療・訓練に効果的な方法を持たず、苦慮していた療育方法に画期的な転換をもたらした。

「神経生理学的治療は、伝統的な他動運動や自動運動による関節可動域改善や筋力強化を目的とした運動療法に対して、神経生理学的理論に基づき中核神経系障害の回復を図ろうとする治療理論で」（注2）、ボバース法・ボイタ法は、この神経生理学的治療理論に基礎を置くものである。

ボバース法は、1940～1950年代にかけて、イギリスのボバース夫妻によって提唱されたもので、「脳性麻痺患者の臨床的分析に基づき、早期治療を中心とする独自の治療体系をつくり、その後神経生理学的理論づけとともに発展、改良を遂げ、現在は神経発達学的治療と呼ばれ」（注3）ている。

ボイタ法は、チェコスロバキア出身の小児神経科医ボイタによって提唱された独自の理論である。特に、脳性麻痺の診断は普通ごく重症のものを除いては、生後6か月以後で可能になるが、種々の反応検査によって脳性麻痺になる可能性の強いものに対して、治療を行えば、脳性麻痺になることを防ぐことができるのではないかという考えに基づいて、早期発見のための診断法と、その後の早期治療の重要性を強調している。

この両方法は、脳性麻痺の早期発見・早期治療の重要性に確かな理論的根拠

を与え、脳性麻痺児の早期発見・治療の各地での体制づくりが進んだ。また、新生児・乳児に対する超早期・早期の治療については、子供を親から分離して収容施設で行う事は、児童の心理的側面から多くの問題が指摘され、在宅療育についてのニーズが高まり、地域の通園施設の充実や、肢体不自由児施設での母子入園部門の拡大が行われた。

第二節 養護学校義務化と肢体不自由児施設

1947（S22）年制定の学校教育法によって、盲・聾・養護学校は原則的には義務化されたが、特に養護学校については、言葉は存在しても、実際の学校はほとんど存在しない状態であり、戦後の混乱期という当時の状況の中で設備を整える事も不可能であった。このため、学校教育法第93条において、「盲学校・聾学校・養護学校の就学義務並びに第74条に規定するこれらの学校の設置義務の部分に関する施行日は政令でこれを定める」とされ、義務制実施は事実上たなあげされた。

盲学校・聾学校に関しては、戦前からの実績と、教育関係者の運動を背景に、1948年に小学校1年になる児童から義務制が実施されたが、養護学校の義務制実施までには、30年を必要とした。（当時の養護学校設置状況は表2参照）

第一章で見て来たように、肢体不自由児施設は、治療・教育・職能の三位一体を行うところ（療育）として考えられていたが、1947年制定の児童福祉法第48条第1項において「養護施設、精神薄弱児施設及び療育施設に入所中の児童のうち、学校教育法第22条又は第39条の規定により就学させられるべき者についての教育は、学校教育法の定めるところによる」とされ、さらにこの規定は、1951（S26）年の児童福祉法の改正によって、「第48条 養護施設、精神薄弱児施設、盲ろうあ児施設、虚弱児施設及び肢体不自由児施設の長は、学校教育法に規定する保護者に準じて、その施設に入所中の児童を就学させなければならない」（注4）と明確に改正されたため、肢体不自由児施設入所中の児童に対する教育は、療育の理念からだけでなく法的にも施設自身で解決しなければならない問題と考えられたのであった。この様な経過を経て、「全国肢体不自

由児施設長会議において、入所児童生徒の義務教育について種々論議され、そして文部省に対して、施設内で小・中学校の教育が受けられるような方途を講じて欲しい旨の要望が出された」(注5)。これに応じて、文部省はとりあえず施設内に特殊学級を開設するよう、都道府県の教育委員会に勧めた。こうして1953年ごろからは、施設開設と同時に特殊学級が開設されるようになった。

(当時の肢体不自由児施設の設置と学校の付設状況については表1参照)

肢体不自由児教育に関しては、この様に肢体不自由児施設側の要請に対して文部省が重い腰を上げる形で整備されていった。

1979(S54)年、紆余曲折を経て、肢体不自由児養護学校を初めすべての養護学校の義務制が確立されたが(東京都においては、1974年に全員就学制が実施された)、それまでの間、肢体不自由児施設は、療育という理念とは別に、学校制度の不備という事から、肢体不自由児に教育を保障するという役割を果たしてきたのであった。

表1 (表は肢体不自由児教育の発展 P34より引用)
 肢体不自由児施設設置と学校教育開始の状況 (昭和25～31年)

都道府県	施設開始 年 月	施設名	学校教育 開始年月	学 校 名	備 考
東 京	25. 3	多摩緑成会整育園	26. 1	都立光明小、中学校分校	34. 4 東京都立小平養護学校
群 馬	25. 4	群馬整肢療護園	26. 4	私立嫩葉学園 (養護学校)	31.10 群馬町立金古小、中央中分校 34. 1 群馬県立二葉養護学校
東 京	26.10	整肢療護園	27. 9	東京教育大学附属小学校から教員 派遣	29. 4 東京教育大学附属小特殊学級 33. 4 東京教育大学教育学部附属養護学 校
大 阪	27. 9	大阪整肢学院	28. 4	府立盲学校分校 (肢体不自由児学 級)	31. 4 大阪府立養護学校中津分校
福 島	27.10	福島整肢療護園	28. 4	平私立第四小、第一中肢体不自由 児学級	35.11 福島県立養護学校 45. 4 福島県立平養護学校
愛 媛	27.12	愛媛整肢療護園	27.12	今治市立別宮小、近見中分校	49. 4 愛媛県立第一養護学校整肢療護園 分校
広 島	28. 4	若 草 園	28. 7	広島市立尾長小、二葉中分校	38. 4 広島県立養護学校若草園分校
静 岡	28. 4	静岡療護園	28. 4	静岡市立西豊田小、豊田中分教場	33. 4 静岡県立養護学校
北 海 道	28. 4	北海道整肢学院	28. 6	琴似町立琴似小、中分教室	39. 4 北海道札幌琴似養護学校
福 岡	28. 4	柏屋新光園	29. 1	新宮町立新宮小、中分校	40. 4 福岡県立養護学校新光園分校
長 崎	29.12	整肢療育園	30. 4	諫早市立御館山小、北諫早中分校	39. 4 長崎県立諫早養護学校
長 野	30. 5	信浪整肢療護院	32. 9	下諏訪町立下諏訪小、中分室	32. 6 信浪整肢療護園 37. 9 長野県立諏訪養護学校
愛 知	30. 6	脊い鳥学園	30.12	愛知県教育委員会から教員派遣	31. 4 愛知県立養護学校
奈 良	30. 7	東大寺整肢園	30. 9	奈良市立鼓阪小、若草中肢体不自 由児学級	53. 4 奈良県立明日香養護学校整肢園分 校
熊 本	30. 7	松箸療護園	30.12	松橋町立松橋小、西部中分校	44. 4 熊本県立松橋養護学校療護園分校
宮 城	30. 9	整肢拓桃園	30. 9	秋保村立湯元小、秋保中分校	43. 4 宮城県立船岡養護学校拓桃園分校
鳥 取	30. 9	整肢学園	30. 9	米子市立福生小、第二中分校	38. 4 鳥取県立米子皆整生学園
群 馬	31. 9	両毛整肢療護園	31.10	桐生市立広沢小、中分校	35. 6 桐生市立養護学校
高 知	31. 8	整肢子鹿園	31.10	高知市立朝倉小、中分室	38. 4 高知県立高知若草養護学校

一九六九年改正の児童福祉施設最低基準の中での肢体不自由児施設

○児童福祉施設最低基準の一部を改正する省令の施行について

昭和四十四年八月二十八日 児発第五六三号
各都道府県知事・各指定都市市長宛厚生省児童家庭局長通知

〔改正経過〕

第一次改正 (昭和四十九年五月二十九日児発第三一一号)
第二次改正 (昭和五十三年九月二三日児発第五七四号)

児童福祉施設の整備充実については、かねてより格段のご配慮を煩わしているところであるが、先般別添〔略〕のとおり、児童福祉施設最低基準の一部を改正する省令が、昭和四十四年五月二十日厚生省令第十二号として公布され、即日施行されたので、管下児童福祉施設の指導に遺漏のないよう配慮されたい。

第一 改正の要点

- 1 保育所の保育内容の向上を図るため、保育所の保育の定数を改めたこと。
 - 2 肢体不自由児通園施設に関する規定を新設し、その職員等の基準を設けたこと。
 - 3 重症心身障害児施設について、その設備、職員等の基準を設けたこと。
 - 4 その他所要の条文整理等を行なったこと。
- 第三 肢体不自由児通園施設
- 1 施設の性格等について

(1) 肢体不自由児とくに脳性まひによる肢体不自由児については、その障害の重度化を防ぎ、将来における独立自活に資するため、療育効果の大きい幼児期から適切な療育を行なうことが極めて重要であるが、幼少の肢体不自由児については、長期間家庭から切り離すことなく、家庭から通わせて保護者との緊密な連携のもとに適切な療育を行なう必要があり、このために肢体不自由児通園施設の整備が必要となっている。

このような実情にかんがみ、従来の肢体不自由児施設の通園児童療育部門に加えて、通園による療育のみを目的とする肢体不自由児通園施設の整備を図るため、新たに、その設備、職員等の基準を定めたものであること。

(2) 入所対象児童については、原則として就学前の肢体不自由児であつて、その障害の程度、家庭の状況と予備施設への地理的条件等を勘案し、家庭から通園させることによつて十分その療育効果が得られると判定されたものとする。

(3) 施設の利用定員は、一日につき四〇人を標準とすること。

(4) 療育の内容は、専門の医師による診断、治療、指導のほか、理学療法等の機能訓練及び日常生活の指導を行なうとともに、母親等の保護者に対して、家庭における訓練、指導の技術について指導するものであること。

(5) 施設の運営にあたっては、当該地域における肢体不自由児施設、病院その他の関係機関と常に密接な連携を保ち、必要な場合には十分な協力が得られるよう配慮すること。

(6) 肢体不自由児通園施設は、児童福祉法第四十三条の三に

規定する肢体不自由児施設のうち、児童の収容を行なわない施設をいい、児童の収容を通園による療育を行なう肢体不自由児施設は肢体不自由児通園施設ではないこと。

2 設備等の基準について

(1) 肢体不自由児通園施設に設けるべき設備は、医療法に規定する診療所として必要な設備のほか、訓練室及び屋外訓練場であること。

なお、通園施設としての性格にかんがみ、通園バスを備えるものとする（第八十七条第二号の二）。

(2) 訓練室とは、理学療法、作業療法、言語療法、遊戯訓練等の治療訓練を行うために使用する室をいうものであること。

(3) 屋外訓練場とは、主として歩行訓練を行うための築山、砂場等の設備を有する屋外の広場をいうものであること。

(4) 設備の一般的基準については、第八十六条第二項の規定によるものであること（第八十六条第二項）。

(5) 第八十七条第六号の規定は、肢体不自由児通園施設にも適用されるもので児童が使用する階段の傾斜は緩かにし、児童が用いる便所には手すりを設けるものとする。

なお、浴室を設ける場合は、浴室についても同様に手すりを設けるものとする（第八十七条第六号）。

(6) 便所の数については、第八十七条第七号の規定が適用されること（第八十七条第七号）。

3 職員の基準について

(1) 肢体不自由児通園施設に置くべき職員は、医療法に規定する診療所として必要な職員のほか、児童指導員、保母、

看護婦、理学療法又は作業療法を担当する職員であること（第八十九条第六項）。

(2) 理学療法又は作業療法を担当する職員とは、理学療法等の機能訓練を行う職員をいい、理学療法士又は作業療法士を原則とするが、あん摩マッサージ指圧士等の職員がこれを担当してもさしつかえないこと。

(3) 第八十九条第五項の規定は、肢体不自由児通園施設には適用されないもので、施設長及び医師は整形外科の経歴を有する医師以外の医師をあてることができものであること。

4 運営について

(1) 保護者等との連絡については、第九十二条の規定が適用されるが、肢体不自由児通園施設の療育は、家庭における保護者による処遇と一貫した密接な連けいを保つことが、その実効をあげるために不可欠の条件となるので、保護者との連絡は常時密接に行い、家庭における療育が適切に行われるよう、施設における療育の現状を説明して理解を深めることとともに、必要な指導を行い一貫した療育体制をつくるよう配慮すること（第九十二条）。

(2) 入所した児童の健康診断については、第九十条第二項及び第四項の規定が適用されることとなるので、その趣旨にしたがって必要な健康診断を行い、結果を母子健康手帳又は健康を記録する表に記録するものとする（第九十条第二項及び第四項）。

(3) 生活指導については、第九十一条の規定によるものであること（第九十一条）。

(4) 備える帳簿については、第九十三条の規定が適用されるが、その記入及び管理に遺漏のないよう配慮すること（第九十三条）。

(5) 肢体不自由児通園施設については、第十一条第二項の規定は、適用除外とされているほか、総則の規定が適用されるので、施設における非常災害に対する訓練、職員の一般的要件、清潔の保持、健康診断、帳簿、給食等について留意するものとする。

第五 その他の改正事項

(1) 肢体不自由児通園施設に関する規定が新設され、従来の病院である肢体不自由児施設のほかに診療所である肢体不自由児施設が設けられたことに伴い、第八十五条の規定を改正したこと（第八十五条）。

(2) 肢体不自由児通園施設に関する規定が新設されたことに伴い、収容を行う肢体不自由児施設についても次の改正を行なったこと。

ア 肢体不自由児通園施設の必要な設備として、訓練室及び屋外訓練場が規定されたことに伴い、収容を行なう肢体不自由児施設についてもこれらの設備を必要な設備として加えたこと（第八十七条第二号）。

イ 収容を行なう肢体不自由児施設の職員に関する規定中「整形外科の後療法を専門とするあん摩師」とあったのを「理学療法又は作業療法を担当する職員」に改めたこと（第八十九条第四項）。

ウ 第八十五条の改正に伴い、収容を行なう肢体不自由児施設の病院としての性格については、第八十七条及び第

八十九条において医療法に規定する「病院」として必要な設備を設け、及び職員を置くこととし、その旨を明らかにしたこと（第八十七条第二号、第八十九条第四項）。

一九七三年改正の児童福祉施設最低基準の中での肢体不自由児施設

○児童福祉施設最低基準及び精神薄弱者 援護施設基準の一部を改正する省令の 施行について（抄）

昭和四十八年四月二十六日 児発第二六九号
各都道府県知事・各指定都市市長宛 厚生省児童家庭
局長通知

標記省令が、昭和四十八年四月二十六日厚生省令第二十号をもって公布され、同日から施行されたが、本改正の要点は左記のとおりであるので、御了知のうえ、遺憾のないように運用されたい。

(5) 肢体不自由児施設における児童指導員及び保母の総数を、児童おおむね二〇人につき一人以上として規定したと。

(2) 肢体不自由児施設の長及び医師の資格は、従来、整形外科の診療に担当の経験を有する医師とされていたが、近年における入所児童の実態にかんがみ、これを肢体の機能の不自由な者の療育に相当の経験を有する医師に改めたこと。

表2 養護学校設置状況（昭和24～31年度）

年度	精神薄弱	肢体不自由	病弱・身体虚弱	学校数	備考
24			養護学校一宮学園	1	公立0、私立1
25	札幌報恩学園		門司市立日野江養護学校	3	公立1、私立2
26				3	
27				3	
28		淑葉学園	{ 兵庫県立上野ヶ原 養護学校 新聖藤学園	5	(門司市立日野江 養護学校廃止) 公立1、私立4
29				5	
30				5	
31	愛育養護学校	{ 愛知県立養護学校 大阪府立養護学校	群馬県立養護学校	9	公立4、私立5

(注) 毎年度5月1日現在の「学校基本調査」により、前年度調査以後に新たに設置された学校名を当該調査年度の欄に掲げた。したがって、5月2日以後新設の学校は、次年度の欄に記載した。

(表は肢体不自由児教育の発展 P36より引用)

(3) 肢体不自由児施設のギブス室は、手術室と兼ねることはできないものとしたこと。ただし、この省令の施行の際現に存する肢体不自由児施設については、等分の間、なお手術室と兼ねることができるものであること。

第三節 肢体不自由児施設の対応

(1) 児童福祉施設最低基準の改正

「—前略—医学の進歩普及（早期発見治療）及び肢体不自由児施設，肢体不自由児養護学校の増加にともない，かつては施設に入所していた軽度・中度の児童は訓練を終えて，養護学校に進むことができるようになった。しかし，重度・重複障害児はその障害の性質上，治療，訓練，教育を期待して施設入園を希望するものが多い。他方，肢体不自由児の父母の障害児に対する態度の変化，すなわち，昔のように家庭の中に障害児を隔離するような親はしだいに減少の傾向にあると考えられ，障害に対する不安はあるにしても，他方治療訓練に対する期待，教育の必要性を理解する親も多く —中略— 現状では，特に重度・重複障害児の療育を地域社会に求めるには，まだまだ受入れ体制に問題がある。—後略—」（注6）

引用が少し長くなったが，上記の文章は，1970年前半の肢体不自由児施設に対する社会的ニーズの状況を的確に現している。

すなわち，1970年代以降のわが国の肢体不自由児施設は，1960年代に起こった障害原因の劇的な変化と，脳性麻痺を中心とする脳神経系障害に対する神経生理学的治療法の導入といった治療・リハビリテーション技術の変化に伴う，対象児童の持つ障害の重度・重複化という問題と，第一節・二節で見てきた，障害者に対する社会的認識の変化，早期発見・早期治療を軸として整備され始めた地域での療育体制の充実，養護学校義務化に伴う地域での教育の保障等の社会情勢の変化に伴うニーズの急激な変化に対処しなければならなかった。

このような事態に対応するため，国は，1969年の児童福祉施設最低基準の改正の中で，肢体不自由児通園施設の独立設置を認めたり，肢体不自由児施設への理学療法士，作業療法士の必置を義務付けた。

又，1971年（S46）年，全国肢体不自由児施設運営協議会は，「肢体不自由児施設の性格と今後の方向づけ」という提言をおこない，その中で肢体不自由児施設は地域の療育センターとしての役割を十分に果たすことができる施設と

して早急に再建整備する必要性を訴えた（注7）。

1973（S48）年、国は再び、児童福祉施設最低基準を改正し、それまでの基準においては、肢体不自由児施設に勤務する医師は整形外科医に限定されていたものを、肢体不自由児の療育に経験を持つすべての領域の医師に範囲を拡大した。（資料参照）

このことは、肢体不自由児施設に求められている多面的な医療的ニーズに対する法的な対応で、小児整形外科病院を基盤とした施設の性格は、これによって法的にも転換をとげる事となった。

(2) 1980年以降の肢体不自由児施設の動向

第三章において引用した病類別年度別推移の表を見ても分かるように、1977（S52）年に7129名（76施設中74施設の集計）であった肢体不自由児施設利用者は、1986年には5794名（73施設中72施設の集計）、1989年には5389名と減少の一途をたどっている。（1989年度の定数に対する収容率は71.3%）

又、入園児中に脳性麻痺児の占める割合は、1975（S50）年の65.3%をピークに徐々に減少し、1989年には56.6%となっている。

1981年から始まった障害者福祉年の様々な取組みの中でのノーマライゼーションの普及、早期発見・早期治療を軸にした、在宅療育サービスの充実が、在宅療育に対するニーズをさらに促進させ、それにつれて、収容での療育に対するニーズが減少していったと思われ、この傾向は、今後も持続されると予想される。

この様な中で、1970年代後半から各肢体不自由児施設は、新しい施設づくりに努力し、高橋孝文氏の分析によれば（注8）、1987年現在、「新しい施設づくりを完了した施設は、全国73施設うち約半数の35施設を数えており、今再建整備が進められている最中の施設も数カ所に及ぶ」（注9）とし、その、再建の方向については表3のような四つのパターンを示している。

「再建を果たした施設のうちに、名称を『療育センター』と改めたところが19施設児・者一体化（縦の系列の統合）をはかって『リハビリテーションセンター』としたところが9施設もあり、また一部の病棟を重症心身障害児施設に転換（分化）したところが5施設、心身障害児のための総合療育センター化（横

のひろがり)をはかったところが4施設である」(注10)

残りの50%あまりの施設は現在再建の方向を模索中である。

表3 分化・統合の道を歩む施設体系
“新しい施設づくり”

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 | 肢体不自由児を中心とした総合療育センター化 |
| 2 | 身体障害児・者の系列による施設体系の一本化 |
| 3 | 肢体不自由児施設と重症心身障害児施設を併せもつもの |
| 4 | 心身障害児のための総合療育センター化 |

(表の出典注9に同じ)

すでに再建を果たしたもの、現在その道を模索しているものも含め、現在の肢体不自由児施設は、一つ一つの施設が違う体系の施設ではないかと思われるほどの状態である。そこで、肢体不自由児施設の集まりである、肢体不自由児施設運営協議会では、肢体不自由児施設の現状を分析し、未来の肢体不自由児施設の統一的なビジョンを造るために、1985年よりビジョン委員会を組織し、作業を続けている(注11)。

その作業を踏まえて、高松鶴吉氏は、「積極的な改善を求める『療育』努力は、いかなる障害であっても医療を不可欠な要素とする。この様な事を考えると、障害児福祉体系は、『統合的』、『積極的な療育』を目指す新しい体系の時代になっている」(注12)とし、「未来に向けて地域が求めている機能は、

- (1) 心身障害児の医療・療育機能
- (2) 有期間の医療・療育およびソーシャルニードに必要な入所機能
- (3) 地域サービスに必要なマンパワー・ステーション機能
- (4) 重度・重症の成人対策機能である」(注13)と結論しているのである。

今後、肢体不自由児施設が、どのような方向に向かうにしても、それは、旧来の肢体不自由児施設機能とは、まったく異なったものになっていく事は確かな

事実である。

第四節 1970～1980年までの緑成会整育園の動向

(1) 正林園長の就任から重度棟建設まで

多田園長が、1968（S43）年10月、心筋梗塞で急死したため、急遽正林氏が園長に就任することになった。正林氏は、多田園長と同様、東大整形外科教室で高木憲次の教えを受け、緑成会整育園には、その成立当初から関わっておられ、緑成会整育園の事業に精通しておられたが、この当時すでに開業しておられ、園長就任は本人にとっては、予想外の出来事であった。

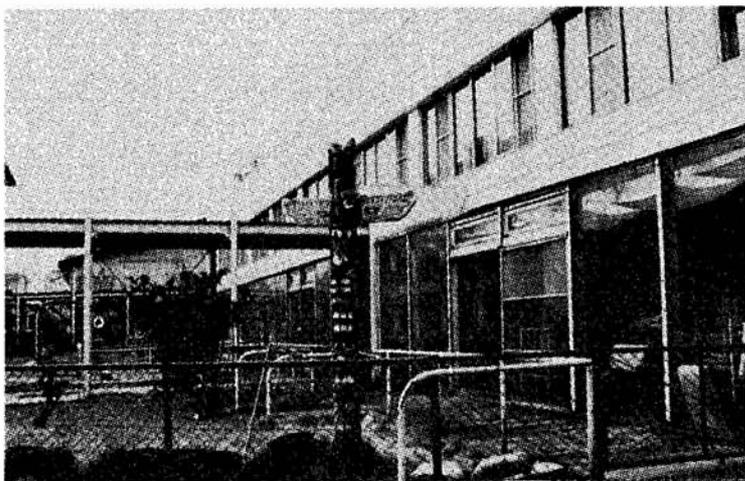
第三章でも述べたように、この時期緑成会整育園は、増加する脳性麻痺児のニーズに合わせ早急に建物の改築を行う必要に迫られていた。特に1958年に建設した訓練棟は、屋根も簡易なもので、そのため、冬など寒さが厳しく、早急に改修する必要があるが、石炭や石油のストーブで行っていた暖房もスチーム暖房に切替える必要があった。

園長は逼迫した財政状態の中でこの改築を可能にするため、「後援会」を発足させ、都に働きかけ補助金を獲得して、1970年71年にかけて、建物の改修を行った。

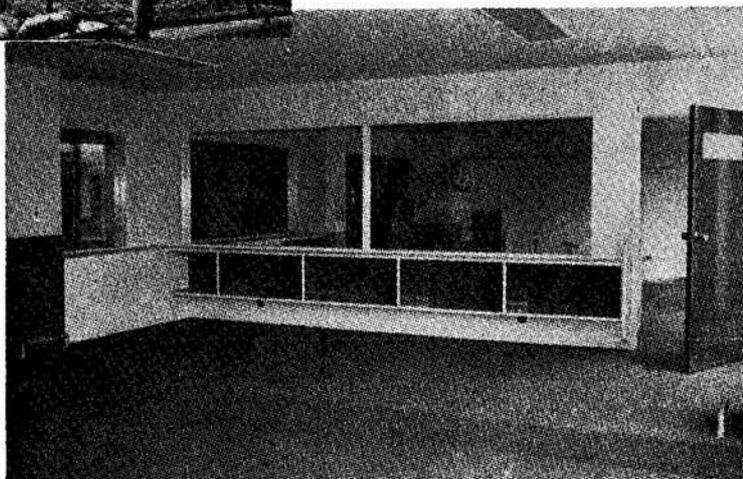
しかし、これのみでは、急速に重度化する入園児のニーズに対応できないため、重度病棟の建設に着手した。

1973年財団の努力や後援会の募金活動等で重度病棟の工事を始めることができたが、ちょうどこの年に起こった第一次石油ショックの影響によって、資材が高騰し、工事は一時中断しなければならなかった。幸、6か月遅れただけで、翌年重度病棟は完成させることができた。

完成した重度病棟は、当時として最新式のものであった。しかし、重度病棟の建設は、急速なニーズの変化に対応するため、財政的に無理に無理を重ねて行われたものだけに、経済変動の影響は大きく、後援会の募金も十分に集まらず、抱えることになった借財は、後々緑成会整育園の運営に深刻な影響を与えた。

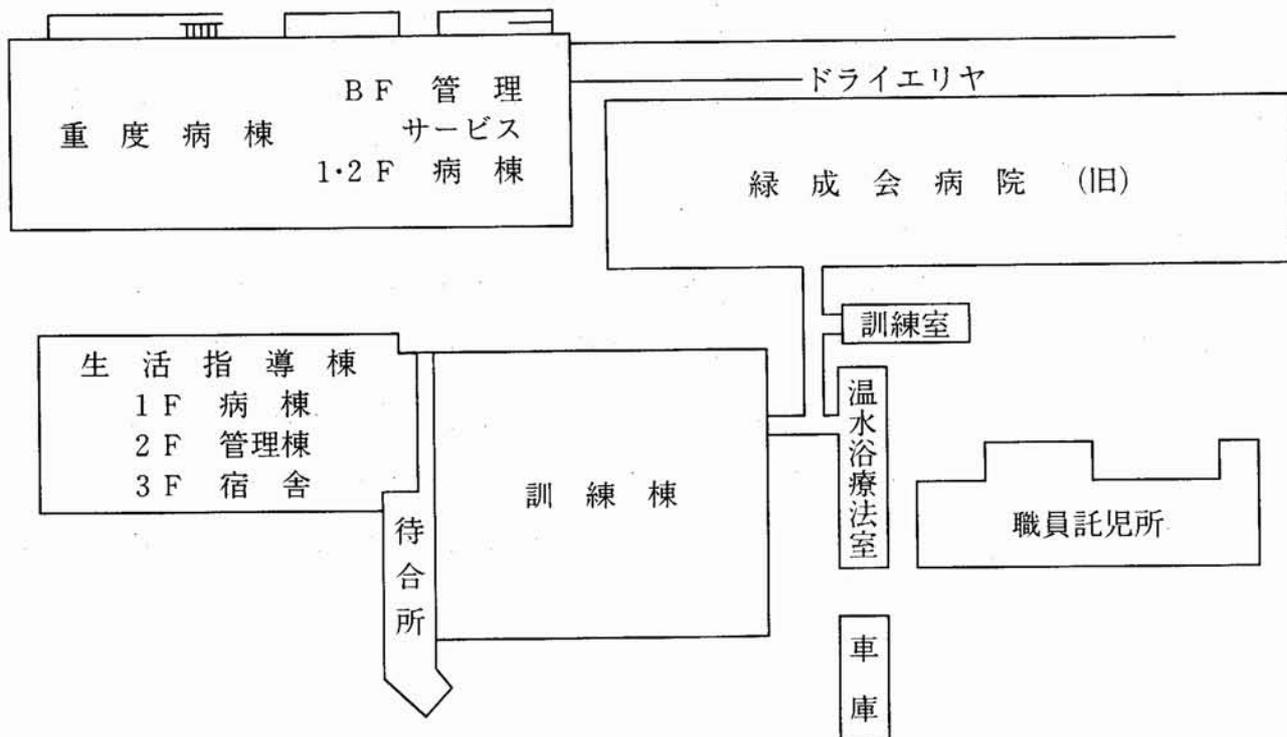


新築の重度棟



重度棟 2 F の部屋

昭和50年頃



(2) 入園児の状況と施設職員

第三章第三節で引用した図1を再び見ると、在園児に占める脳性麻痺児の割合は、1973年の約80%をピークに減少して、1983（S56）年には50%内外となっている。又、これに対してペルテス氏病が、1975年ごろより増え始め、1979年には20%を占めている。これは、前節で見た、全国の肢体不自由児施設の傾向とは異なった特徴的なもので、小児整形外科のスタッフ構成の中で、効果的に治療可能なペルテス氏病の受入れに整育園が積極的であった事が推測される。

表4は、緑成会整育園で行われた手術の一覧表であるが、1973（S48）年以降実施件数が極端に減っている。これは、入園児童に占める脳性麻痺児の割合の増加に伴う、治療的ニードの変化を端的に現している。

図2は、年齢別収容児童の推移を現しているが、1974年より、幼児の入園が急速に増え、1977年には新たな入園児の60%となっている。

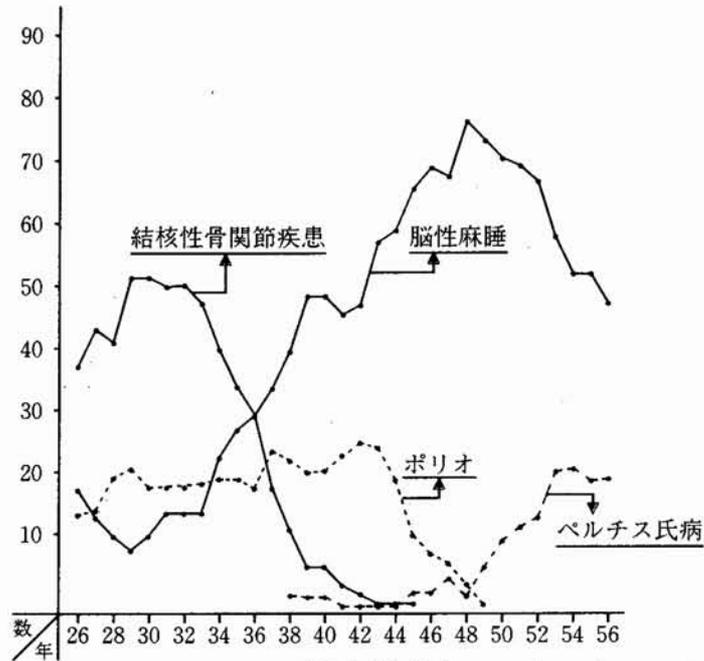
次ページの図3は、入園児の日常生活動作の自立度の推移を見たものであるが、特に更衣と排泄の自立度が極端に落ちており、入園児の低年齢化、障害の重度化・重複化を反映している。

入園児童に対応する職員構成は、1981（S56）年の時点で、整形外科医専任2名、小児科医は緑成会病院の医師を利用、小児神経医師との協力体勢はない状態であった。理学療法士4名（非常勤）、作業療法士3名、看護職員は慢性的不足に悩まされており、基準看護の特1と特2の間を往復している状態、生活指導員や保母は、医療・看護のスタッフに人件費がかかる事もあって、一桁代の配置であった（注14）

この時期の整育園は、施設設備を整えるための財政的負担が大きく、医師・看護職員等ソフトの面で障害児のニードに対応する事ができなかった。

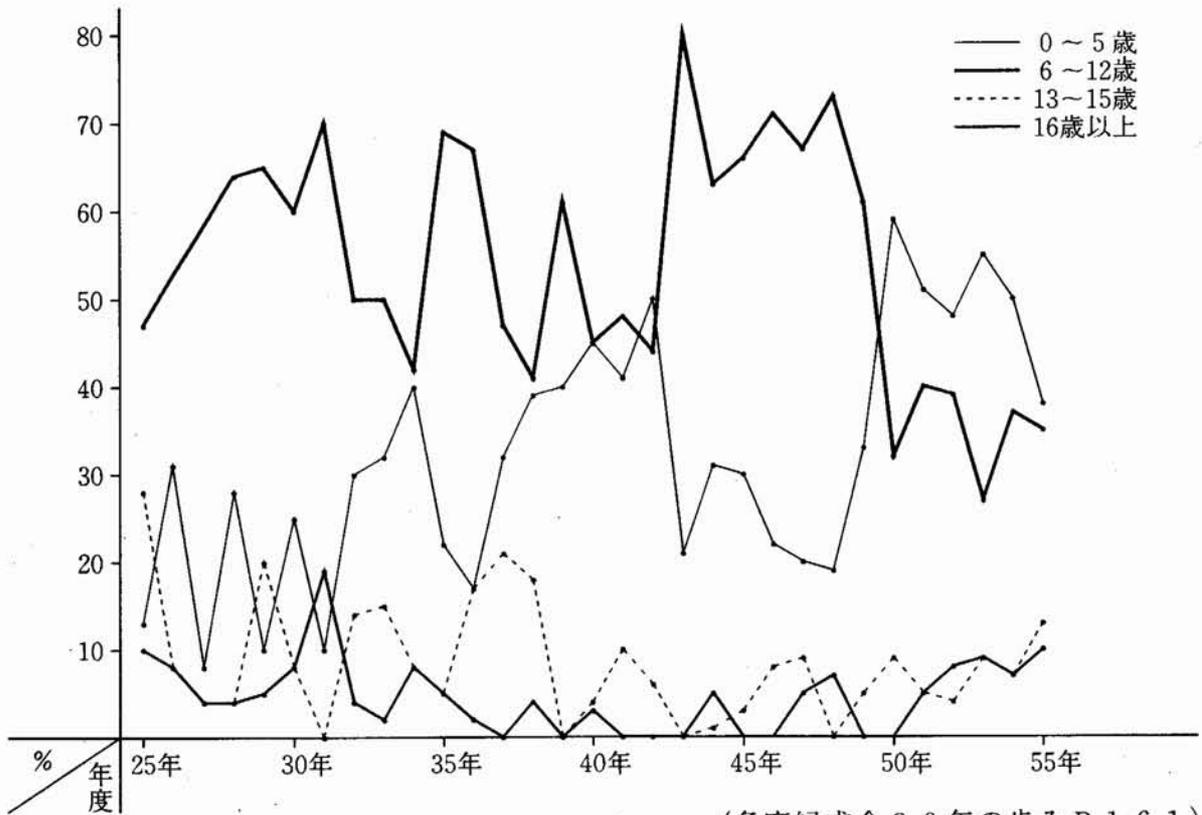
また、スタッフ不足と、三多摩地区に、東京小児療育病院・都立府中療育センター・多摩療育センター（通園と外来専門の心身障害児のための都立施設）等が次々に建設された事もあり、地域に対する外来・通園等の活動も伸びるチャンスを失ったのであった。

図1 病類別在園比 (昭和56. 3. 1. 現在)



(多摩緑成会30年の歩み P 83)

図2 収容年齢の変化



(多摩緑成会30年の歩み P 161)

表4 実施手術一覧表

術式 年	骨 手 術	関節 形 成 術	腱 形 成 術	神 経 手 術	癍 痕 植 皮 術	先 脱 整 復 術	褥 創 手 術	其 の 他 整 形 手 術	虫 垂 切 除 術	ヘル ニア 手 術	泌 尿 科 手 術	合 計
昭和25	7	14	7	4	11	1		4				48
26	2	5	2	9	5	2		6	1			32
27	5	5	14	4	5			5				38
28	11	8	6	3	14	1		11	3			57
29	6	7	15	5	2	2		6	2			45
30	5	6	7	1	2			3	1			25
31	7	4	7	1	6	1		6				32
32	5	7	4	1	2			7	1			27
33	14	16	12	2		3		7				54
34	16	9	8			3		10				46
35	15	14	11	1		4		9				54
36	7	12	17	6		2		6				50
37	13	5	20	4	1			4				47
38	10	15	3	4	1	1		10	1			45
39	10	19	15		3	2	2	3	1			55
40	7	4	21			2		2				36
41	8	2	5					3				18
42	7	6	16		1	3		2				35
43	10	8	24			2	4	3	3			54
44	1	3	19		2	2	3	3				33
45	3	5	20		4		1	5				38
46	1		19			3	1	4				28
47	2	1	30		1	3	1	2	2			42
48		1	8			1	1					11
49			4									4
50	1		6				1					8
51		1	5									6
52			4					2		1		7
53	1	1	5				1	1		1		10
54	1						2	1				4
55			3				2	1				6
56	2		1				2					5
合計	177	178	338	45	60	38	21	126	15	2		1,000

(多摩緑成会30年の歩み P167)

第五節 1980年から現在までの緑成会整育園の動向

1977年（S52）、整育園は定数を84に落としたが、表5からも分かるように、1日平均の入園児の数は、1977年の70.9人から、1983年には60.8人と減少を続け、園の経営状態を悪化させた。

また、表6は、1982年に都内の4肢体不自由児施設のソーシャルワーカーのおこなった入園児の紹介経路についての調査結果を示したものであるが、緑成会整育園は、児童相談所からの紹介が目立って多い。その関係から、かねてより養護性の高い様々な障害像を持つ障害児が多く入園してくるようになっていた。1983年に入ると、財政状態がさらに悪化し、医師の確保ができず、常勤医は園長一人という状態で、医療的ニードの高い児童を入園させる事が難しくなった。

その様な事情の基で、財団の中でも、いわゆる肢体不自由児施設としての整育園の役割は終わったので、廃園することが適当ではないかと言う意見さえ聞かれるような状態であった。

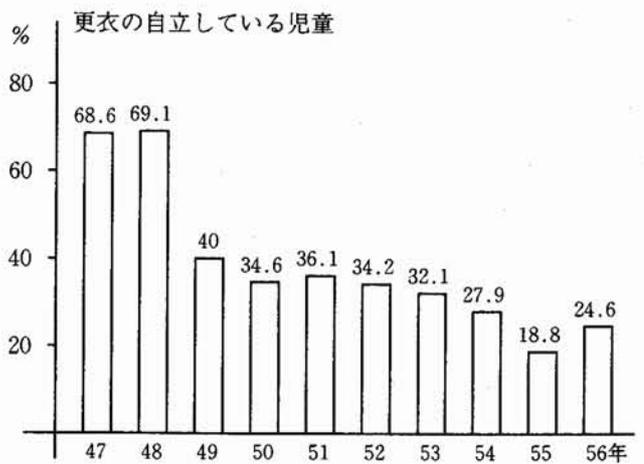
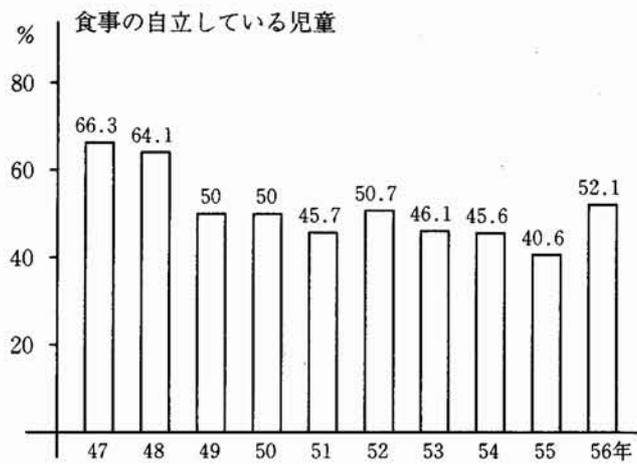
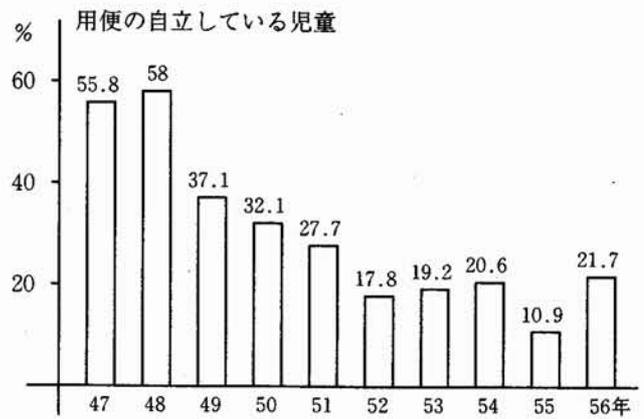
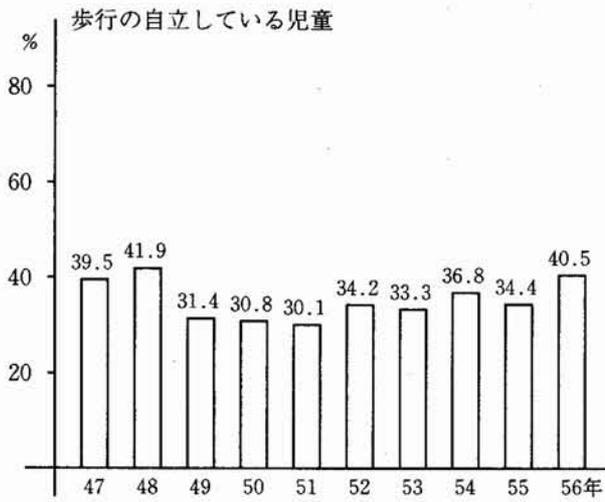
一方、表6で見たように、児童相談所からの紹介が多いことで、養護問題を持つ心身障害児の入園率が高かったという、今までの整育園の経験を生かして、医療ニードはそれ程高くないが、養護問題を持っている心身障害児を積極的に受け入れ、その事によって、施設の転換のきっかけをつかもうという意見も出されたのであった。

この意見は、1980年頃より急速に高まった、養護問題を持つ心身障害児の入園に接していた正林園長によっても支持され（図4参照）、緑成会整育園再建の方針として打ち出された。

その結果、1984年2月に都衛生局母子衛生課に次のような文章が出された。

「『おねがい』 一前略—当園におけるここ数年の入園児並びに入園問い合わせケースは、肢体不自由児施設の特徴を生かした養護児童の保護の要請がペルテス氏病児を除くと大部分です。その内容も肢体不自由のみならず、発達遅滞・内部障害も含まれた、重複障害という幅の広いものになってきております。

図 3



(多摩緑成会30年の歩み P91と92)

表5 入園児数の推移 (1971～1989年)

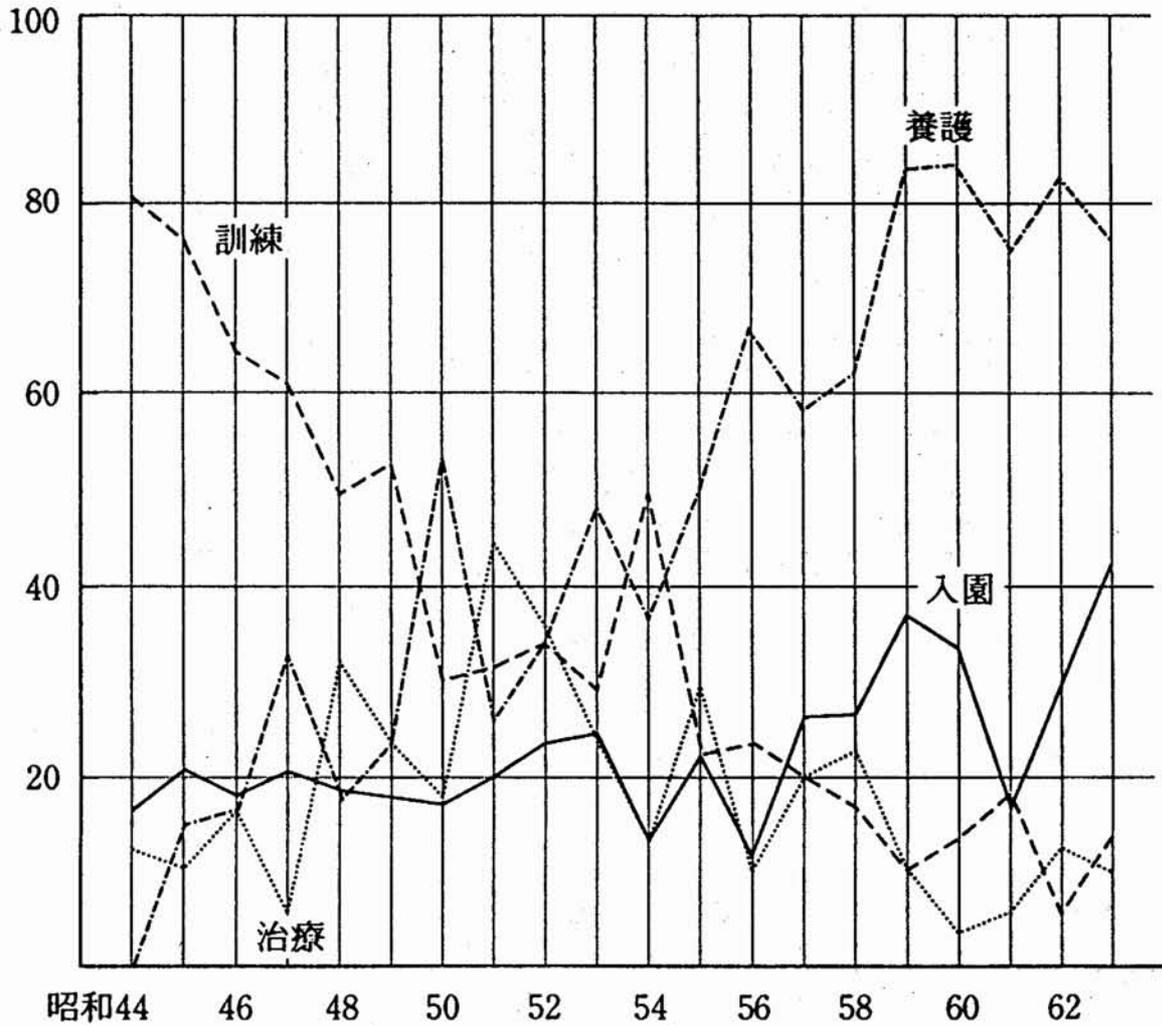
年度	延 数	一日平均	年度	延 数	一日平均
1971	32,185人	87.9人	1981	24,512人	67.2人
1972	30,665人	84.0人	1982	22,182人	60.8人
1973	29,903人	81.9人	1983	22,266人	60.8人
1974	28,137人	77.1人	1984	22,236人	60.9人
1975	30,645人	83.7人	1985	24,827人	68.0人
1976	31,507人	86.3人	1986	25,235人	69.1人
1977	29,176人	79.9人	1987	24,034人	65.7人
1978	29,886人	81.9人	1988	24,063人	65.9人
1979	26,770人	73.1人	1989	22,909人	62.2人
1980	26,080人	71.5人			

表6 1982年 (昭和57年) 入園児紹介経路 (単位%)

施設名	紹介経路						
	大学病院 病院等	児相	保健所	通園	知人等	マスコミ	その他 不明
整肢療護園	35.5	1.5	20.9	1.9	3.9	17.2	20.1
北療育園	33.4	1.0	44.9	4.5	7.0	3.4	5.8
東京小児療育病院	16.1	13.7	14.3	5.4	14.9	11.9	23.7
緑成会整育園	7.8	34.0	6.7	7.9	10.1	0	33.5

(昭和57年度に都内4施設に入園した児童の紹介経路)

図4 入園児の主訴別分類



- グラフは、整育園の入園児童名簿の主訴の欄を元にして作成した。
- 昭和50年代になると養護が急速に増加するが、昭和40年代にも主訴養護の児童は実際もっと居たようであるが、児童福祉法の建前に従い、児童票の主訴の欄には、治療・訓練と明示されているものが多く、判別が大変に困難であった。

表 入園児の主訴別分類 (表 入園児童の主訴別割合 (昭和43~63))

	入園児童数 (人)	治療 (%)	訓練 (%)	要養護 (%)
昭和44年	16	12.5	81.3	0.0
昭和45年	21	9.5	76.2	14.3
昭和46年	18	16.7	66.6	16.7
昭和47年	21	4.8	61.9	33.3
昭和48年	18	33.3	50.0	16.7
昭和49年	17	23.5	53.0	23.5
昭和50年	17	17.6	29.4	53.0
昭和51年	20	45.0	30.0	25.0
昭和52年	25	36.0	32.0	32.0
昭和53年	25	24.0	28.0	48.0
昭和54年	14	14.3	50.0	35.7
昭和55年	23	30.5	21.7	47.8
昭和56年	12	8.3	25.0	66.7
昭和57年	26	19.2	19.2	57.7
昭和58年	26	23.1	15.4	61.5
昭和59年	37	8.1	8.1	83.8
昭和60年	32	3.1	12.5	84.4
昭和61年	16	6.2	18.8	75.0
昭和62年	29	13.8	3.4	82.8
昭和63年	43	9.3	14.0	76.7

こうした社会的ニードに今まで以上の積極的対応をすることも転換の一つと考えられます。又、当園の場合は、民間という財政的ハンディキャップを有しており、医師及び看護職等の十分な配置ができず、センター化という、医療密度の高い転換は、現在では不可能であります。しかし、三十数年来の豊富な養育経験を生かし、要養護児童の保護という面に関しては、十分に対応できるものと確信しております。—後略—」

この様に積極的受入れ姿勢を示したので、1日平均の入園児の数は、1985年には68人、1986年には、69.1人と上昇し、主訴別では、養護問題を持つ障害児が全入園児の80%を越える状態となった。(表5、図4参照)

表7～10は、1988年8月末の時点での整育園入園児童の状態を示したものである。

表7は、年齢構成と男女比を示しているが、年齢構成をみると、下は幼児から上は18才以上までの児童が入園している事が分かる。また、入園児の障害の種類と程度を見ると(表9参照)単純な肢体不自由のみの児童が25名、重症心身障害児が20名、その中間に属する心身障害児が22名と、様々である。

このような状態となったのは、都内の精神薄弱児施設の極端な不足から、発達遅滞を主にした養護問題を持つ児童を児童相談所が必要に迫られて緑成会整育園に紹介したり、隣接する都立小平養護学校に高等部があり、そこで普通教科の教育が受けられる事(注15)からオートバイ事故で脊髄損傷を起した高年齢の非行経験のある児童等が入園を希望し、それら様々な養護問題を持つ心身障害児を整育園が積極的に受け入れた結果なのである。

その結果、施設の中では、一方では、多動な精神発達遅滞児が走り回り、職員は彼等が外に飛び出さないように気を配り、一方で高年齢の児童が進路の問題や恋愛問題を持って悩んでいる事に対して、対応しなければならない等の問題が起こり、日々の処遇はしばしばの混乱を起こしたのである。

この事態に対処するために、医療病棟と生活病棟を分けて、生活病棟には、保母や指導員を多く配置したり、ベッドの柵を高くして、多動の精神薄弱児童を、その中にいれて安全を図るなど、工夫を行った。

しかし、整育園も医療法上の病院としての制約を受けており、看護婦のいな

い病棟を作る事は出来ず、また、高年齢の児童の生活指導のため、多くの指導員や保母を配置したくても、財政的な問題によって、最低基準以上に雇うことができず（注16）、このため、医療病棟と生活病棟の分離も長続きせず、児童の多様なニーズに対応した処遇は中途半端なものになり、職員も処遇の目標を建てる事が難しい状態となった。

整育園は、養護問題を持つ心身障害児を積極的に受け入れたことによって、今まで潜在化していた、心身障害児の新しいニーズを掘り起こすという役割を果たし、その結果、整育園の入園率は上がる事になった。しかし、顕在化した養護問題を持つ心身障害児の持つニーズは、複雑で、この多様なニーズに応えるためには、新しい施設の体制と、処遇の方法が必要である事を、整育園が直面した日々の困難と混乱が、示したのである。

処遇上の困難と、職員のとまどいの中で、養護問題を持つ心身障害児を積極的に受け入れて、施設再建を図るという方向を維持し続けることは、大変困難となった。

一方、老朽化した訓練棟の改修は急がねばならず、その事と関連して、再び様々な施設再建案が出されたが、1989年に新しい園長が就任して以後、入園児童の定数を50以下に落として、医療的ニーズの高い障害児を収容できる形に、スタッフを充実させていこうという方針が、有力なものとなって来た。

しかし、この地区にはすでに、府中療育センターや島田療育園、国立精神神経センター等多くの医療的に充実した施設があり、緑成会整育園が、心身障害児の医療的ニーズに応える事を中心とした施設再建を行っても、新たなニーズが開拓できるかどうか、大変に難しい状況であり、施設再建の最終的方向は、まだ確定していない。

表7 年齢別男女人員

年 齢	男	女	計
幼 児	4	2	6
小学生	13	12	25
中学生	4	4	8
高校生	16	9	25
18歳上	3	0	3
計	40	27	67

表9 入所児の障害別の状況からいうと、
 単純な肢体不自由のみで知的障害を持たない
 ものが 25名
 重症心身障害児と同程度の重複障害児 20名
 その中間に属するものが 22名
 計 67名

表8 主訴別入所状況

主 訴	数 [養護の小計]
治療 訓練	15
高校進学	6
養護問題	46
両親離婚	7
片親家庭	7
母病気	10
養育能力が低い	8
両親稼働	4
母家出	2
母死亡	2
父死亡	1
母出産	1
その他	4
計	67

表10 主訴別在園年数

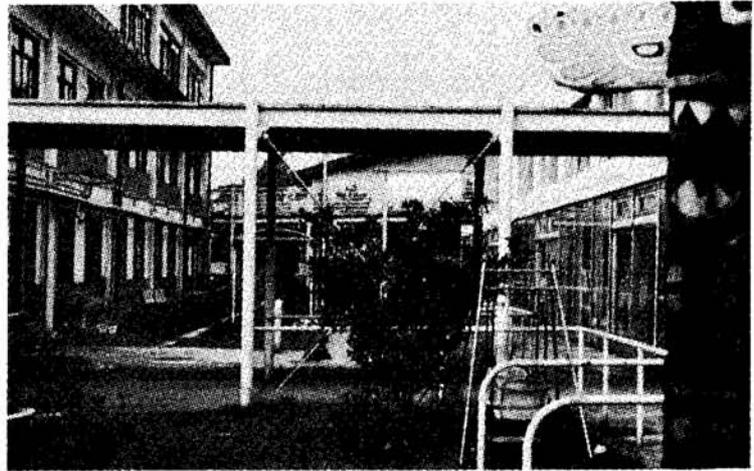
年 数	養護	訓練	進学	計
1年未満	13	6	1	20
1～3未満	10	6	0	16
3～6未満	13	2	5	20
6～10未満	5	1	0	6
10年以上	5	0	0	5
合 計	46	15	6	67

表は日本のこどもと児童相談所－第14回
 セミナー報告集－P185からの引用

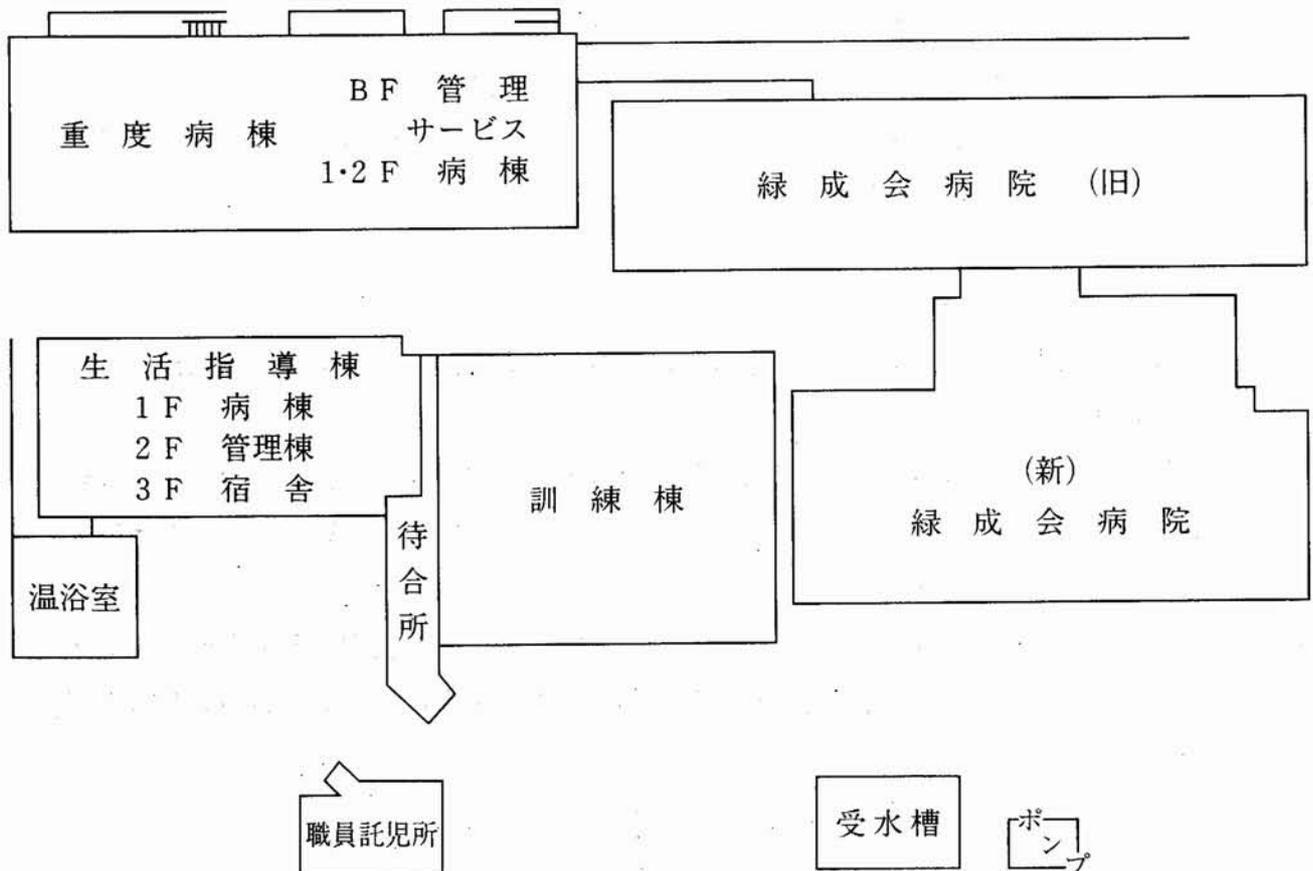
1983年時点での緑成会成育園

この後目立った改築はなく、現在もこの図面の通りである。

老朽化した訓練棟は入園児の居室としては不適當になったので、現在児童は重度病棟でだけ生活している。



昭和56年12月頃



注

- 1 公害に起因するものとしては、水俣病の後遺症による障害薬害に起因するものとしては、母が妊娠中に飲んだサリドマイドによる障害が上げられる
- 2 「リハビリテーション解説辞典」中央法規出版 平成元年6月15日 P376からの引用
- 3 2に同じ P378からの引用
- 4 児童福祉法研究会編『児童福祉法成立資料集成下』ドメス出版 昭和54年2月15日 P732
- 5 全国肢体不自由養護学校長会編『肢体不自由児教育の発展改定増補版』社会福祉法人日本肢体不自由児協会 昭和56年5月21日 P35より引用尚、第二節は、上記P26～52までを参照
- 6 大塚隆二「身体障害（児）者の福祉」『総合リハビリテーション第一巻第四号』医学書院 昭和48年4月10日 P541から引用
- 7 高橋秀文「肢体不自由児施設からみた療育事業の現況と問題点」『総合リハビリテーション13巻5号』医学書院 1985年5月 P332 参照
- 8 高橋孝文「日本における子供のリハビリテーション—過去・現在・未来—」『総合リハビリテーション』医学書院 1987年9月 P665から引用
- 9 8に同じ P666から引用
- 10 8に同じ P667から引用
- 11 高松鶴吉「全国肢体不自由児施設—現状と将来展望—」『整形・災害外科11月号』金原出版 1989年11月を参照
- 12 11に同じ P1570からの引用
- 13 11に同じ P1570からの引用
- 14 財団法人多摩緑成会30年記念誌委員会編『多摩緑成会30年のあゆみ』昭和57年4月 P86～88参照
- 15 障害の重度・重複化が進んだため、普通教科の学習ができる障害児が極めて少ない養護学校が増えており、普通教科の学習クラスを持っている小平養護学校に他区域より越境してくる生徒もいる。
- 16 児童福祉施設最低基準第92条の10によると、肢体不自由児施設の児童指導員及び保育母の総数は、通じて、乳児・幼児おおむね10人につき1人以上、少年おおむね20人につき1人以上となっている。

終 章

第一節 わが国の肢体不自由児施設の歴史的展開とその分析

◆1 第一章・第二章で見てきたように、整形外科学の進歩とそれに基礎を置く肢体不自由児施設の設立は、差別や偏見の対象として社会の片隅で生きることを余儀無くされていた肢体不自由児を医学的治療・訓練をおこない、教育と職業訓練の機会を与えることによって一人前に自活し、社会に貢献できる人間として一般に認識させるという画期的な意義をもっていた。そして、肢体不自由児施設が、高木憲次を初めとする先覚者の努力によって、戦後制定された児童福祉法の中に位置付けられることによって、肢体不自由児対策は、わが国の福祉政策の中に公の位置を占めたのであった。

しかし、肢体不自由児の治療を主目的に運営された肢体不自由児施設は、治療の効率性という観点から、その対象は必然的に、当時の医療水準において、治療可能な肢体不自由児に限られ、重度・重複障害児は、その入園対象から除外されたのである。

◆2 長年の親や関係者の運動が実り、1967年に児童福祉法が改正され、重症心身障害児施設が正式に国の障害児政策の中に位置付けられ、施設整備が急ピッチで進められたが、この時期にはすでに、医学の著しい進歩によって、感染症による障害の発生は激減し、脳性麻痺を主体とする脳神経系の障害が、障害発生原因の多くを占めるようになり、児童の持つ障害の重度・重複化は、著しいテンポで進んでいた。

本来であればこの時期に、障害種類別に基づいて組み立てられた国の障害児対策は根本的な見直しを必要としていたのであったが、実際上の改正は、肢体不自由児施設に重度棟の付設を認めたり、重症心身障害児施設を児童福祉法上に位置付ける程度の、部分的なものにとどまった。

肢体不自由児施設設立当時の、単純な肢体不自由児は激減したが、肢体不自

由児施設は、制度的には旧来のままで、その存続のために、新しいタイプの心身障害児の持つ、新たなニーズに対応することを余儀無くされた。

その中で、肢体不自由児施設には、脳神経系の障害を中心とした、バラエティーに富んだ障害を持つ児童が入園するようになり、それに伴い、必要な医療も小児整形外科中心から小児神経科等広範囲のものに広がっていった。

一方、1970年代後半には、障害児対策の中心が、徐々に施設入所によるものから、在宅によるものに、その重点を移していった。これに基づき、多くの肢体不自由児施設は、地域の障害児福祉対策のセンター的役割を担うようになっていった。

第四章で述べたように、肢体不自由児施設の現在の姿は、高橋氏の分析のごとく、幾つかのパターンをとり得るのであるが、いずれのタイプの道をとったとしても、初期の肢体不自由児施設とはまったく異なった形態に移行しつつあり、児童福祉法を中心とする制度上の肢体不自由児施設と、現実の施設との間の相違は、多くの矛盾を内包したままで、広がり続けているのである。

◆3 今まで見てきたように、わが国の肢体不自由児施設は、一貫して病院形態を基盤とする医療型福祉施設として、心身障害児の医療ニーズに応えることを主目的として運営されて来た。そのため、医学的治療や訓練の質については常に検討され、多くの進歩を見たのであるが、施設入園中の児童の生活の質について問題にされることは、非常に少なかった。

生活の質が問題にされたのは、むしろ、1970年代の障害者運動の高まりの中で、施設での隔離と管理によるアブノーマルな生活に対する批判という形をとってであった。

しかし、国の方針や制度的対応は遅れたままであって、施設に働く職員の生活の質の向上に対する試みや工夫は、どちらかといえば単発的なものであった。

障害者福祉年の運動の中で、障害者も地域で、健常者と同じ普通の生活が送れるようにすること（ノーマライゼーション）が、障害者福祉対策の基本理念とされ、在宅福祉の充実に、政策の重点も移っていったが、施設の中での生活の質の向上（ノーマライゼーション）については、未だほとんど問題にされていない状態である。

人権思想に基づいた福祉施設の運営の目的は、個々の人間の自己実現の達成である。この目的を達成するためには、施設内で一人一人が、生き生きと生活することが不可欠の条件である。

言い換えれば、生活の質の貧しい施設は、利用者の人権を尊重することを目的とした、福祉施設運営を行っていないということになる。

わが国の肢体不自由児施設は、この観点からみると、前近代的な福祉体系の枠から、未だに抜け出していないという事ができる。

第二節 緑成会整育園の歴史的展開とその分析

◆1 緑成会整育園は、1950年に当時無医地区に等しかった三多摩地区に、肢体不自由児施設を中心にして、この地区を復興しようという、壮大な理想の下に設立された。

設立当初、戦争で親を失った多くの肢体不自由児を保護し、治療・訓練を行うと同時に、三多摩地区の肢体不自由児に対する巡回相談を行ったり、親の会を組織するなど、この地区の身体障害児（者）福祉の発展に大きな貢献を行った。

特に多田園長の肢体不自由児療育に対する熱意は素晴らしく、早くから脳性麻痺児等、重度の障害児に対する治療・訓練を行う等、先進的試みも多くみられた。

しかし、施設の経営に当たる、財団多摩緑成会の基本財産は、施設設立当時、借入金の100万円のみ、施設の土地・建物はすべて多摩補導所からの借入という、施設の経済基盤の弱さが、現在まで尾を引く事となった。

すなわち、緑成会整育園が、いわゆる古典的な肢体不自由児施設として、土地・建物等設備面で独り立ちするのに、約20年を要したが、その時すでに、障害原因は激変し、肢体不自由児施設は、新たなニーズに対応しなければならなくなっていたのである。

又、ちょうどこの時期に起こった多田園長の急死は、その後の施設運営にさらに大きな打撃を与えた。

◆2 重度障害児を収容するための建物設備の改善，人件費の高騰，入園児数の伸び悩みや，訓練中心の医療による，医療費からの収入の減少（注1）により，拡大する赤字の中で，1980年に入ると，整育園では，医師や看護婦の確保も十分にできなくなった。この様な状態の中では，高度な医療の質を要求される重症心身障害児や，その周辺領域の児童を治療・訓練するという方向に施設を転換することは不可能であった。

そこで緑成会整育園は，医療的ニードは低いが，養護性の高い心身障害児に，生活の場を提供するという形で，施設の存続を計ろうとしたのである。

病棟を医療ニードの高低や，児童の年齢によって分類し，児童の能力に合わせた生活の場を提供する努力をしたり，指導員を多く採用して，児童の生活指導の質を高めようと試みた。しかし，緑成会整育園も基本的に肢体不自由児施設であり，医療法上の様々な制約を受けている。又，ここでも，経済的条件により，施設独自の法外の職員配置等も不可能であった。

このため，第四章で見てきたように，養護問題を持った心身障害児の多様なニードに応える事ができず，施設での毎日の処遇は混乱し，職員の士気も下がる等の問題が生じた。

この様な状況の中で，現在，整育園では，その新たな方向性を見出だす事ができず，苦悩しているのである。

第三節 今後の課題

◆1 障害児施設体系の根本的見直しの必要性

障害を引き起こす原因の劇的な変化によって，特に15年ほど前から，障害児の持つ障害像が，現在の障害種類別の施設体系になじまなくなり，多くの矛盾を生んでいる。現在の肢体不自由児施設は，その矛盾のつぼといてもよい状態である。

ある肢体不自由児施設においては，その入園児の大部分が重症心身障害児であり，他の肢体不自由児施設においては，重症心身障害児といえるほど障害は重度ではないが，様々な障害像を持った児童が混じり合って入園している。個々

の肢体不自由児施設の様子は、その地域における他の施設の様子や医療機関の様子によって様々で、言い換えれば、その地域の心身障害児のニーズに答えようとする個々の施設の努力と、施設の側の力量によって、どの様な障害児を入園の対象とするかが決定されているという状態である。

しかし、児童福祉法に規定された施設の体系は、あくまでも、障害種類別で、施設の種類によって、運営基準から職員の数まで、大きな差異がある。その結果、児童の持つ障害の組み合わせが、既存のどの施設の体制にも適合しなければ、その児童はどの種類の施設にも入所できない事になるし、又、同じ重症心身障害児でも、たまたま、その地域の施設の空状況によって、重症心身障害児施設に入所するか、肢体不自由児施設に入園するかによって、異なった水準の処遇を受ける事になる。

この様な不合理は、障害児の人権保障の観点から許されるべき事では無く、早急な、障害児施設体系の根本的な見直しが必要である。

障害種類別分類と、それに基づく運営基準に代わるべき新たな基準の設定は、極めて困難な問題であるが、障害児の医療的ニーズの高低や、生活能力等の組み合わせにより、ゆるやかに規定された新たな基準を作る事が、今後検討されるべきであろう。

◆2 施設での生活の質の向上を目指した研究と実践の必要性

施設での隔離・管理されたアブノーマルな生活に対する批判から、在宅福祉の充実が叫ばれるようになった。そして、この流れの中では、ともすると施設での生活の質の向上（ノーマル化）についての検討は忘れられてしまう傾向にあった。

しかし、養護問題を持つ障害児を初めとして、家庭では出来ない集中的な治療や訓練を必要とする障害児にとって、施設は必要な機関であり、そこでの生活の質の向上は、不可欠のものである。

このことは、肢体不自由児施設を利用した経験のある障害者や、施設に働く多くの職員の実感であるが、残念ながら肢体不自由児施設のような医療形福祉施設で、ノーマルな生活を保障するためには、どの様な制度的基盤が必要であり、どの様な処遇方法を取るべきか等についての研究や実践は、極めて限られ

たものであった。

今後、養護施設での研究や実践等、他分野の研究や実践を取り入れる事も含めて、医療形福祉施設の生活のノーマル化についての幅広い研究と実践が必要である。

◆3 今後重要となる二つの役割

肢体不自由児施設がどのような形で再編成されていくにしても、忘れてはならない重要な二つの役割がある。

第一は、心身障害児（者）の専門医療機関としての役割を充実させる事である。

心身障害児（者）も、当然の事ながら、障害以外の様々な病気にかかり、治療を必要とする。しかし、彼等は、自己の病状を訴える力が極めて弱かったり、薬物に対して障害に伴う特殊な反応を起こしたりで、一般病院において治療を受けることが大変困難な場合が多い。

心身障害児（者）が地域で安心して生活するためには、病気の治療をどこで受けられるかが大きな要素となる。

肢体不自由児施設は、長年の間、心身障害児を処遇し、その事によって貯えてきた多くの医療技術を持っている。この医療技術を生かして、心身障害児（者）の病気を治療する病院としての役割を持つことも重要な今後の課題である。

第二は、養護問題を持つ心身障害児の生活の場としての役割を担うことである。

肢体不自由児を初めとする心身障害児も児童として、家庭の中で保護され成育していくものである以上、彼等もまた、両親の死亡や病気、離婚や経済的な問題等の養護問題に出会う可能性を持っている。また、障害児に対する差別や偏見、障害児が成長していくのに必要な社会的サービスの欠陥等を考えれば、障害児である事が、養護問題の原因となることも考えられる。

肢体不自由児施設は、その発足当時から常に、養護問題を持った障害児を入園させ、生活の場を提供するという役割を潜在的に担って来たのであるが、施設運営の主目的が、治療・訓練であったため、この役割は常に、消極的、妥協的に果たされて来た。

しかし、社会の障害児に対する理解が深まり、養護学校が義務化され、地域における障害児の治療・訓練システムの充実がなされ、心身障害児が家庭で生活しながら、これらのサービスを利用できるようになってきた現在、肢体不自由児施設の役割の中で、養護問題を持つ障害児に生活の場を提供すると共に、家族調整を行って、これら障害児の家庭復帰を援助するという役割が、大きなウエイトを占めるようになって来たとし、今後もその傾向は変わらないと思われる。

したがって、治療と訓練という機能を中心として運営されて来た肢体不自由児施設においても、養護問題を持つ障害児に対する取組みを、積極的に担う姿勢が必要である。

第一に述べた役割と、第二の役割を同一の施設が担うのか、違う制度と基準の上にならざる、違う形態の施設が担うのかについては、「◆1」で述べた事と共に、今後根本的な検討が必要である。

◆4 緑成会整育園の今後の方向について書くことは、筆者の力量を越えているが、東京都は、養護問題を持つ肢体不自由児を入所対象とする、肢体不自由児療護施設を持っていない。その状況の中で、緑成会整育園は、養護問題を持つ心身障害児の生活の場としての福祉施設の役割を果たして来たとし、現在も多くの養護問題を持つ心身障害児が、緑成会整育園を利用しているのである。

医療的ニードに応えることを主目的として運営されて来た肢体不自由児施設—緑成会整育園が、養護問題を持つ心身障害児を積極的に受け入れ処遇する事は、まったく新しい試みに等しいので。古い制度の制約の中では、様々な困難に直面し、一時的にみれば、処遇の混乱や水準の低下を招くことは避けられない事である。

しかし、過去の福祉的な試みが、同様の困難に出会い、それを乗り越える中から、新しい政策や処遇の方法を生み出して来たように、緑成会整育園にも、あえて養護問題を持つ心身障害児を積極的に受け止め、処遇するという困難な仕事を継続し、その中から、新しい施設作りの方向性を見出して欲しいと、筆者は切望しているのである。

注

- 1 肢体不自由児施設の運営費用は、約 8 割が児童の医療費から残り約 2 割が児童福祉法による措置費から至便させる。

脳性麻痺や、脳神経系の障害に対する治療・訓練においては、整形外科的手術等は少なく、訓練中心であり、保険点数が取りにくい。

文献リスト

- 1 財団法人多摩緑成会15年記念誌委員会編『多摩緑成会15年のあゆみ』1964年
- 2 財団法人多摩緑成会30年記念誌委員会編『多摩緑成会30年のあゆみ』昭和57年4月
- 3 多摩緑成会整育園編 財団法人多摩緑成会整育園 (パンフレット) 昭和61年
- 4 都立小平養護学校20周年記念誌編集委員会編『小平養護学校20年のあゆみ』昭和56年
- 5 田波幸夫編『高木憲次一人と業績—』財団法人日本肢体不自由児協会 昭和42年12月
- 6 磯村英一・一番ヶ瀬康子編『差別と人権5 (心身障害者)』雄山閣 1986年
- 7 一番ヶ瀬康子他編『講座障害者の福祉1 (障害者の福祉と人権)』光生館 1987年
12月25日
- 8 小島蓉子『社会リハビリテーション』誠信書房 1978年
- 9 村上真美子著『占領期の福祉政策』勁草書房 1987年7月15日
- 10 児童福祉法研究会編『児童福祉法成立資料集成上・下』ドメス出版 昭和54年2月
15日
- 11 小島蓉子「障害者が求めるもの—QOLとアメニティーの権利をめぐる—」『社会福祉研究 第43号』鉄道弘済会 1988年10月
- 12 高橋流里子著「戦前の障害概念の検討—肢体不自由児施設の処遇を通じて—」『社会福祉第28・29合併号』日本女子大学社会福祉学科 平成元年9月30日
- 13 今野文信講述 高橋流里子筆「肢体不自由児の福祉対策」『戦前・戦中期における
障害者福祉対策』財団法人社会福祉研究所 平成2年3月25日
- 14 座談会「障害者問題を考える」『厚生 (特集 障害児対策)』1985年5月
- 15 高橋孝文「日本における子供のリハビリテーション—過去・現在・未来—」『総合
リハビリテーション』医学書院1987年9月
- 16 七戸幸夫「肢体不自由児施設」『総合リハビリテーション』医学書院 1987年9月
- 17 砂原茂一「リハビリテーション医学理念の成立—歴史的回顧—」『総合リハビリテ
ーション (特集 リハビリテーションの歴史)』医学書院 1987年4月
- 18 明石謙「リハビリテーション医学小史」『総合リハビリテーション (特集 リハビ
リテーションの歴史)』医学書院 1987年4月
- 19 小嶋英夫「障害児教育の歴史」『総合リハビリテーション (特集 リハビリテ
ーションの歴史)』医学書院 1987年4月
- 20 天児民和「肢体不自由児施設の回顧と展望」『手足の不自由な子供達増刊療育24』
日本肢体不自由児協会 昭和58年6月20日
- 21 小池文英「療育研究大会25年の回顧と展望—医療について—」『手足の不自由な子

- 供達増刊療育22』財団法人日本肢体不自由児協会 昭和56年8月30日
- 22 佐藤孝三「療育の父高木憲次先生の思い出」『手足の不自由な子供達増刊療育30』
財団法人日本肢体不自由児協会 平成1年5月20日
- 23 高木憲次「肢体不自由とは」『肢体不自由児の療育第2号』財団法人日本肢体不自由児協会 昭和26年7月1日
- 24 高木憲次「療育の基本理念」『肢体不自由児の療育第1号』財団法人日本肢体不自由児協会昭和26年1月
- 25 水上勉「拝啓総理大臣殿」『中央公論 908号』中央公論社 昭和38年6月1日
- 26 黒金泰美「拝復水上勉様」『中央公論 909号』中央公論社 昭和38年7月1日
- 27 上田哲「根絶」現代ジャーナリズム出版会 昭和42年10月26日
- 28 大塚隆二「身体障害（児）者の福祉」『総合リハビリテーション第一巻第四号』医学書院 昭和48年4月10日
- 29 全国肢体不自由養護学校長会編『肢体不自由児教育の発展改定増補版』社会福祉法人日本肢体不自由児協会 昭和56年5月21日
- 30 正林公宏「戦後史上・下」筑摩書房 1990年4月24日
- 31 石川憲彦「治療という幻想—障害の医療からみえること—」現代書館 1988年2月29日
- 32 秋山智久「戦後社会福祉施設発達史」『社会福祉施設運営管理論』全国社会福祉協議会編 昭和55年7月10日
- 33 江草安彦他共著「重症心身障害児施設」『社会福祉施設運営管理論』全国社会福祉協議会編 昭和55年7月10日
- 34 小笠原祐次「施設体系を見直す」『療育の窓 NO54』社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 1985年
- 35 大塚達雄「なぜ『収容』なのか」『療育の窓 NO54』社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 1985年
- 36 川端二男「障害児福祉の推移」『療育の窓 NO50』社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 1984年
- 37 江草安彦「施設の役割と歴史」『療育の窓 NO53』社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 1985年
- 38 全国心身障害児福祉財団調査部「心身障害児（者）施設体系の概要」『療育の窓 NO53』社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 1985年
- 39 高橋孝文「肢体不自由児施設」『療育の窓 NO53』社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 1985年

- 40 岡田喜篤「重症心身障害児施設」『療育の窓 NO53』社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 1985年
- 41 東京都立北療育園20周年記念実行委員会編「療育のあゆみ20周年記念誌」昭和57年7月
- 42 社会福祉法人鶴風会東京小児療育病院編「療育10年のあゆみ」昭和49年6月22日
- 43 社会福祉法人鶴風会東京小児療育病院編「早期療育のあゆみ」昭和54年12月1日
- 44 社会福祉法人鶴風会東京小児療育病院・みどり愛育園編「早期療育から総合療育へ」平成元年7月1日
- 45 社会福祉法人整肢療護園「整肢療護園のあゆみ」昭和36年10月1日
- 46 高木憲次監修「肢体不自由児（者）の実態」東京大学出版会 1961年11月3日
- 47 柏蔵松蔵「肢体不自由児の治療と家庭及学校」柏学園 昭和31年6月10日
- 48 田村恵一他「養護児童の実態調査」第30回全国肢体不自由児療育研究大会発表
- 49 田代義徳「整形外科の現在及将来」『医事新聞第1148号』東京大学医学部整形外科教室開講70周年記念会編『田代義徳先生 人と業績』1975年
- 50 高橋孝文「肢体不自由児施設からみた療育事業の現況と問題点」『総合リハビリテーション』13巻5号』医学書院1985年5月
- 51 安積純子他共著「生の技法—家と施設を出て暮らす障害者の社会学」藤原書店 1990年10月25日
- 52 松井二郎訳「施設ケアの実践綱領—英国の社会福祉施設運営基準—」昭和60年11月10日
- 53 杉浦守邦『日本最初の肢体不自由児学校・柏学園と柏倉松蔵』山形大学教育学部養護教室 昭和61年
- 54 吉武民樹「平成2年度全国重症心身障害児施設長会議報告」『重症児とともに』社団法人日本重症児福祉協会 平成2年9月20日
- 55 高松鶴吉「全国肢体不自由児施設—現状と将来展望—」『整形・災害外科 11月号』金原出版 1989年11月
- 56 坂口亮「障害児療育の現状と将来像」『整形・災害外科 11月号』金原出版 1989年11月
- 57 小林久利主任研究者編集『昭和62年度厚生省心身障害研究報告書—心身障害児（者）施設福祉のあり方に関する総合的研究』昭和63年3月
- 58 小林久利主任研究者編集『昭和63年度厚生省心身障害研究報告書—心身障害児（者）施設福祉のあり方に関する総合的研究』平成元年3月