

# 「療育」概念の展開過程に関する一考察

小川 英彦

## 要 約

This paper deals with concept of “Ryōiku”.

That is to say, this study focused process on the three time, I before World War II, II. after World War II, III. today.

The results were as follows.

The concept of “Ryōiku” was urged in the field of medical and education, and welfare.

We examined process on this thought, it's concept was the problems of development.

Keywords : concept of “Ryōiku”, historical study, development

本研究は、「療育」概念の検討を行っている。そこではすなわち、①戦前における療育の提唱、②戦後における療育の変遷、③今日的療育という3つの時期区分に焦点づけて研究を進めた。

研究の結果として、「療育」概念は医学と教育と福祉の分野にまたがって使用されていた。その概念の特質は発達という問題であったとその思想過程から明らかになった。

## I. 研究の目的

近年の障害者福祉の動向を概観すると、「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略」(1996年から2002年まで)の「地域における障害児療育システムの構築」(総理府障害者対策推進本部：1995年12月)における地域療育支援事業の構想がみられる。さらに、療育システムの再編にかかわっては、1996年1月に「3種別通園療育懇談会」が厚生省に試案を提出している。ここで話し合われた内容が「発達支援センター」構想であっ

て、この構想は地域療育支援事業の中核である。

以上のことから、「今後の障害児(者)施策の方向を見通していくにあたっては、一つには地域について、二つには療育についてがキーワードになってこよう<sup>(1)</sup>」と指摘できる。

障害児にとって地域とはどのような場であるかという点について、「家庭－地域－学校という系列での協働の他に教育－福祉－医療・保健という系列における協働の場」での障害児の発達保障を行っていくと論じた<sup>(2)(3)</sup>。

ところで、療育の今日的とらえ方には、「障害児にとっては、療育の三本の柱である教育と医療と福祉の地域的なネットワークこそ望まれる<sup>(4)</sup>」とか、「母子保健、医療、教育、児童福祉の各行政サービスを中心とする諸機関やサービスの連携のもとに、地域内で提供される障害のサービスやその考え方の実践<sup>(5)</sup>」と言及される。

そこで、本稿においては、今日まで療育という概念がどのような変遷をしているかを明らかにすることを目的とする。すなわち、今日概念に至

るまでには、主にいかなるトーンがあり、その結果として今日的到達をみようとする分析である。研究を進めるにあたって、①戦前における療育の萌芽期として柏倉松蔵の実践を、療育の提唱期として高木憲次の構想を、②戦前・戦後にかけては小林提樹の療育思想と児童福祉法の療育施設の変遷を、③今日の療育の主張という大まかに3つの時期に区分して明らかにしてみた。

## II. 戦前における「療育」の成立

### (1) 「療育」の萌芽—柏倉松蔵の主張を通して—

柏倉松蔵(1882~1964)は、1921年5月に創設された柏学園の設立者である。同学園の趣意目的をみると、「身体不自由なる児童に、小学校の課程に準ずる教育を施し、適當なる場合には、専門医師に計りて、整形外科的治療を加え、幾分なりともその不便を除き、進んで職業教育を受け、将来独立して、生業に従事せしむる<sup>(6)</sup>」(傍点—筆者)と定めている。この学園の性格をめぐっては、「社会事業の一環をなす……(中略)……医療・教育・福祉を含めた、『肢体不自由児事業』の萌芽<sup>(7)</sup>」ととらえられる一方で、「設立者の意志から、純然たる学校教育施設を志向したものであって、慈善事業又は職業指導的色彩は全く存在しなかった<sup>(8)</sup>」ととらえる見解もある。本研究では、福祉施設であったのか学校教育機関であったのかというどちらの範疇に属するかという検討は別にして、学園で実践されていた「療育」的指導法に注目してみる。先にみた趣意書においては、①(小学校)普通教育、②(整形外科的)治療、③職業教育の3つに指導の柱を置いていたことを読みとることができる。すなわち、ひとつの園の中で医療的方策と学科教授を同時に実践していたという指導方法に特徴があることを指摘しておきたい。まさしく、わが国で最初に肢体不自由児を対象にして治療と教育の両側面からの指導をしていたと

いう点で評価できるのである。

こうした「療育」的指導法に帰結するまでの背景には、柏倉は岡山師範学校出身の体操教師であったが、戦前の学校教育においては肢体不自由児に対して「体操免除」という消極的な対応しかなかったこと、さらに、肢体不自由児を一ヶ所に集めて、「病院風ではなく、学校風に、治療のあいまには遊戯もさせ、学科も教え」(傍点—筆者)れば、「子供たちも楽しいふんいきで体操するようになるのではなからうか<sup>(9)</sup>」という考えをもっていたこと、加えて、「医療体操」を東京帝国大学医科大学整形外科教室の田代義徳から学んで、整形外科の後療法(手術後のマッサージ)を習得していたことを指摘することができるのである。

### (2) 「療育」という用語の提唱—高木憲次の構想を通して—

「療育」という用語については、高木憲次(1888~1963)の造語であるとするのが定説となっている。では、高木が戦前において構想した「療育」の特色について以下に述べてみる。

高木が「療育」を提唱した最初の説として評されるのが、1918年に演説された「夢の楽園治療所」構想であった。この説が打ち出される経緯に関しては、高木は1916年に本郷・下谷という貧困問題を有する地域にて、肢体不自由者の在宅調査を実施している。同調査の結果は、「申告検診中のクリュッペル数—学校223人(57.32%)、家庭89人(22.87%)、探訪検診中のクリュッペル数—77人(19.81%)<sup>(10)</sup>」となっている。こうした調査を通して、高木は、「肢体不自由児がしあわせになるために、医療と教育とさらに職能を授けられるような施設<sup>(11)</sup>」(傍点—筆者)を求めたのであった。つまり、肢体不自由児が治療に専念すれば教育の機会を失うし、学校教育を受けようとするれば治療の機を逸することから、両者の機能を兼ね備えた

「療育所」の必要性を説くに至ったのである。

ところで、この「夢の楽園療育所」構想が発展するのが、1924年発表の「クリュッペルハイムに就て」という論文である。同論文においては、「人間全体を完全にしてやる」という発達的な見地に立って、『クリュッペル』救済事業には何うしても整形外科的治療、不具児（先天性並に後天性）に対する特種の教育、手工及び手芸的練習、及び職業相談所<sup>(12)</sup>（傍点一筆者）という4つの対応が連携すべきであるという積極的な論旨が貫かれている。当時の肢体不自由者擁護のあり方は救貧的であったのに対し、ドイツのクリュッペルハイム（Krüppelheim）という施設での指導形態を紹介している点に先駆的意義を見ることができる。しかしながら、高木のクリュッペルハイム構想については、当時においては、内務省と文部省の双方にまたがるといった施設の性格は、実現するには困難な状況にあり<sup>(13)</sup>、社会に反響を呼び、認められていくには時間を必要としたのであった。

この世に認められるに至ったのは、1934年に日本医学会総会で演説した「整形外科学ノ進歩ト『クリュッペルハイム』」の論述においてであった。同論文では、『クリュッペル』医治救済事業構想が注目し値しよう。それは、「予防」「居宅救護」「収容救護」の3つの側面から成り立つ「療育」事業であった。すなわち、『クリュッペル』ヲ先ヅ治療シ、教導シ、斯ル不遇児ヲシテ将来国家ノ為メ有為ノ材ヲラシメン<sup>(10)</sup>という目的からして、肢体不自由児の「療育」を、障害の予防・早期治療から職業的自立までを総合的に考慮していたと指摘できよう。その医治救済事業とは次のようである。予防—1. 実地医家ノ整形外科的教養、認識、2. 「クリュッペル」ノ早期検診、治療、3. 申告、家庭探訪、4. 相談所。居宅救護—1. 外来診察治療所、2. 「クリュッペル学校」、3. 「クリュッペル」予備校。収容救護—1. 「クリュッペル」、a. 整形外科的臨床（収容、給養、治療—

手術及び義肢製作等、看護）、b. 教育（知能教育、精神教育）、c. 労務教育（適性奨導、創作的努力養成、手工芸的訓練及び職業実習、処世教育）、d. 職業紹介及び授産、2. 不具癆疾院、3. 知能薄弱児教導所となっている。

なお、ここで主張されている「クリュッペルハイム」は、①「治療シ、看護シテ疾ヲ先ヅ治ホサニヤナラヌ」、②「同時ニ少クモ義務教育ヲ授ケネバナラヌ」、③「職業教育ヲモ授ケネバナラヌ場合モアリマス」、④「職業紹介及ビ授産」と高木はとらえている。つまり、高木の「クリュッペルハイム」構想とは治療と教育が「同時ニ」行われるのであって、整形外科学をもとに障害を治療し、ハイムに入所している期間に義務教育を実施するという方策であったと理解することができるのである。

この「クリュッペルハイム」構想が現実的に実現されたのは、1942年にわが国で初めて開設された肢体不自由児「療育」施設の整肢療護園においてのことになる。それは、「肢体不自由者療護園建設趣意書」に、「整形外科的治療、一般教育、職業教導、職業紹介、授産等を包含する完備の施設を企画<sup>(14)</sup>」として「療育」にあたる施設とすることが記されている。

### Ⅲ. 戦前・戦後にかけての「療育」の展開

#### (1) 「療育」への実践—小林提樹の活動を通して—

小林提樹（1908～1993）の戦後における「療育」思想には、戦前における医師としての体験や豊かな人間的交流が重要な基盤となっていることを窺うことができる。小林の「療育」思想の形成過程は以下の3つの領域に分けて特徴づけられる。その過程では、多くの障害児が家庭問題、社会問題をひき起こしながら、常に法施策の埒外に置かれていたという社会的背景があった。さらに、重度

の障害が顕在化するにつれ、その重症心身障害への対応として「療育」が実践されていったとみることができる。

- ・第1領域：1938年以降、障害児の精神衛生相談と診療にあたった時期
- ・第2領域：1956年以降、在宅児とその家族を支援した時期
- ・第3領域：1961年以降、重症心身障害児の収容と療育実践を行った時期

次に、第1、第2、第3領域での活動を順に追うことで、小林の「療育」思想の生成・発展過程をまとめてみる。

第1の領域では、小林は1938年に慶応義塾大学病院小児科において“小児精神衛生相談”という看板を掲げ心身障害児への道に入っている<sup>(15)</sup>。同相談所に訪れた1952年～1957年の調査<sup>(16)</sup>をみると、心身障害児という範囲が非常に複雑であること、その問題の深刻さから小児精神衛生分野が必要であること、一人の個人の医師の力では限界があること<sup>(17)</sup>を指摘している。

一方、小林は“心身障害児巡回療育相談”と称する事業を1964年より開始している。この動機は、「重症児福祉を目途とするわれわれの立場が、ただ収容児だけに限定していることでよいのかと、この福祉的不平等に目を覆って在宅児を放置していることへの指摘をし、われわれにできる対策<sup>(18)</sup>」にあった。目的は、第一に障害判定、第二に保護者に今後の養育や生活指針を与えることにあった。第I期（1964～1968）では、全国25地区・相談日数は90日であったのに対し<sup>(19)</sup>、第II期（1969～1973）では、全国39地区・相談日数は103日と<sup>(20)</sup>本事業が安定して遂行されるようになっていった経緯を知ることができる。

第2の領域では、日赤産院での「日赤両親の集い」と称して毎月第2土曜日に定例会が開かれるようになる<sup>(15)</sup>。間もなく「両親の集い」と改称し、規模を拡大し、多くの父母が諸問題を出し合う場

へと発展していく。また、同集いに出席できない人を対象にした月刊雑誌『両親の集い』が発刊され、小林は8年余をほとんど一人で執筆するという多忙さが続いた。この集いは、1964年になると「全国重症心身障害児（者）を守る会」という新しい組織へと発展解消することになる。

以上、「両親の集い」の活動にあたっては次のような意義があると考えられる。一つは当時はほとんどが収容施設対策に傾倒していたのであったが、在宅児対策の必要性を鼓吹した点にある。その原動力は、まさに保護者の立場や叫びを反映したことにあったのである。二つは同会月刊誌は家庭指導的な性格をもつものとして先駆けであった<sup>(21)</sup>、施設入所も得られずして在宅である子どもとその保護者に対して、両親の正しい理解と家庭でなしうる処遇上の知識技術を伝達するという役割をもっていたと評価できるといえよう。

第3の領域では、小林が問題とする障害児は、①重度障害児、②重複障害児、③幼若障害児<sup>(22)</sup>とカテゴリー化されていくが、要するに児童福祉法が施行されたにもかかわらず、現実には洩れる子ども、「法の谷間」に置かれた子どもであった。それは、当時の児童福祉法の根本精神が社会復帰を標榜する中で、社会復帰の希望の薄い者、無い者には何ら福祉にもならないとする考えへの問題提起である。

では、重症心身障害児施設の島田療育園に関する「療育」実践を整理してみる。対象児はその数が増加するにつれ、①医学的重症心身障害児、②介護的重症心身障害児、③社会的重症心身障害児と分類するようになる<sup>(23)</sup>。この分類法からは、小林が児童福祉施設への収容も許されない状態、家庭の崩壊といった社会問題、家族問題という面もふくめて重症心身障害児をとらえていたゆえに、かなり幅広い障害児の入所対象規定であったことを特徴として知ることができる。

以上の対象児を入所させる施設の役割は、「重

症であればあるほど専門収容施設でなければならない。それは病院的色彩をもった収容施設となる。医学的重症児は小児病院的であり、介護的重症児は精神病院的である。といっても、医療とともに指導教育の面が強く要求されるので、今までにない新しい形式の施設」が考えられていた<sup>(24)</sup>。結局は、経営的に最も収入の多い形ということ、厚生省母子衛生課からの指示で、医療法にもとづく病院として発足させている。

療育実践は、病院という環境は家庭とは根本的に違うため指導上で努力点を重ね試行錯誤の中で行われていた。当初は、生活の中の基本的なもの、食事、排泄、睡眠、そして医療的処置という必須の業務に追われる日課であったが、1962年からの日課表には、午前と午後各30分の保育時間が新たに組み入れられるようになっていた<sup>(25)</sup>。

## (2) 戦後の児童福祉法の成立過程にみられる「療育」施設の変遷

戦前の柏倉や高木の療育思想には、肢体不自由という障害を、戦前から戦後にかけての小林のそれには、重症心身障害という障害を対象にされていた。

このように障害の種類という視点からは、戦後の児童福祉法が制定、改正されるにもなって各種施設が細分化され対象としていくというプロセスをここではまとめてみる。

本研究では、『児童福祉法成立資料集成(上巻、下巻)』(児童福祉法研究会編、1978年、1979年ドメス出版)を資料にして、「療育」施設がどのような障害の種類を対象としたかというメルクマルから、以下のように時期区分を試みた。

### ・第Ⅰ期：1946年10月以降

「療育」という施設名称はなく、精神的欠陥および身体的障害を有する者を対象とする施設(児童療護院→療護院)と虚弱児を対象とする施設

(虚弱児保護所)に大別された時代。

### ・第Ⅱ期：1947年1月以降

初めて「療育」という施設名称がつく療育院が設立される。対象は療護院と同じである時代。

### ・第Ⅲ期：1947年6月以降

「療育」施設が設立され、身体虚弱児、身体機能の不自由児(盲・聾・啞を含んだ)を対象とする時代。

### ・第Ⅳ期：1949年6月以降

「療育」施設から盲ろうあ児施設が枝分かれし、「療育」施設は盲児・ろうあ児を対象外とする時代。

### ・第Ⅴ期：1950年5月以降

「療育」という施設名称はなくなり、各種の障害に応じた施設が細分化されていく時代。

児童福祉法の成立過程において「療育」という施設名称が最初に使われたのは、1947年1月の「児童福祉法要綱案」においてであった。やがて、1950年5月の「児童福祉法第4次改正」において、この「療育」という施設名称は存在しなくなっており、わずか3年余に渡って使用されていたのである。1974年6月において施設が障害の種類別に細分化(精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、重症心身障害児施設、虚弱児施設、情緒障害児短期治療施設、肢体不自由児施設、盲ろうあ児施設)されるまでのプロセスをみてみると、「療育」施設が知的障害の障害を有する児童以外のすべての児童を対象としていたこと、さらに、枝分かれへの母体的機能をもっていたことを理解することができるのである。

## Ⅳ. 今日的「療育」の主張

1974年に児童福祉施設が障害の種類別に細分・固定された時期と同じくして、1970年代からは障

害の早期発見・早期療育が主張されるようになる<sup>(26)</sup>。この背景には、乳幼児健康診断制度の普及や妊産婦健康診断の確立、就学前集団生活への参加の一般化、全員就学があった。つまり、母子保健の児童福祉領域からの独立によって、早期から障害児に対する療育を開始するためにできるだけ早期に障害を発見することが必要となつて、医療機関委託の乳児健診、1歳6カ月健診、3歳児健診が実施されていったのである。

近年では、多くの地域、自治体において早期発見とこれに続く早期療育を有機的に関連させる、システム化の基礎は地域間格差は解消されていない面もあるが、相対的には整備させつつあると認められよう。これは発見から療育への移行をスムーズに行えるように、具体的な療育指導を行う通園施設などとそれに関係する保健所や保育所なども含めて連携をめざす。地域療育システムの構築として検討されてきているものである<sup>(27)</sup>。

その中核的機能をもつと考えられる知的障害児通園施設については、「1979年以前はともかくとして、3歳以下の割合が増加傾向にある。また、在園児の障害の重複・合併状況はこの10年間コンスタントに40%に達し、その内容も多様であり、まさに障害種別を越えての通園の実態を示している<sup>(28)</sup>。」中で、その機能が多様化していると考えられよう。それは、療育相談・発達診断等の活動がかなりの施設で実施されていること、さらに、1996年度にスタートした地域療育支援事業での財政的バックアップによって、措置外児を対象に療育グループの開設、保育所・幼稚園児への指導援助、地域療育グループなどへの指導援助、在宅児訪問指導が行われており、サービスの拡大からして通園施設が地域に根ざしてきていると理解できるのである。

また、1990年より開始された心身障害児（者）地域療育拠点施設事業は、地域の知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害児施設、盲

ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設を拠点施設として、コーディネーターを置き在宅福祉サービスを行なうものである。すなわち、ここには、従来の入所型施設の機能やノウハウを生かして、地域の在宅障害児の個別的ニーズに対応していこうとする新しい発想がみられる。この事業を利用しようとする在宅障害児はあらかじめ申請し、地域の施設に登録する必要があるとされているものの、1施設あたり約100名の規定となっており、1990年には全国で20施設でもって開始され、1994年には45施設へと広がってきている。この事業の特徴は、既存の施設内完結型のスタイルから脱皮し、そのサービスに在宅・地域をも含んでいこうとするところにあると指摘できよう。

## V. まとめ

「療育」概念が今日に至るまでの特徴について以下にまとめを行ってみる。

第1に、戦前においては、療育という概念は、肢体不自由児の治療と教育の場を求める経緯の中で生成されてきたととらえることができる。柏倉と高木の主張に共通している点は、整形外科の治療と教育を併用できる場が療育実践の場であったのである。

第2に、肢体不自由以外への障害への注目という転換が療育概念に新たなとらえ方をもたらしたことを理解できる。それは、一方では各種の障害を混在させた「療育」施設が消滅し、障害別に応じて施設が専門分化していく流れを形成していく（戦後初期～1950年代）。他方では重症心身障害問題という児童福祉法の「法の谷間」に置かれていた対象を扱うようになっていく（1960年代～）。

第3に、障害中心アプローチから、障害児の子育てあるいは生活をトータルにみようとする視点が強調されるようになってきていることを指摘で

きる。今日では、障害の種類を超えて、すべての障害児が少しでも生き生きと過ごすことができるように関係者が働きかけていくこと、地域の社会資源とマンパワーを動員して、地域ぐるみで障害児の育ちを支援するネットワークの形成をめざすことに変化してきている。

療育概念の展開過程をみてくる中で、時代は変わっても求めようとした姿勢があることに気づかされる。それは、人間の諸能力の全体的な発達をはかろうとする考えである。発達をより促すために医療をベースにした教育と福祉との連携、地域内での有効な結びつきが実践として求められている点である。療育の内容・方法論が各時期毎に追求されてきたのであった。

障害の種類や程度に対応する施策において、療育がとりざたされた経緯を見出できた。そこでは、上述の連携や結びつきの仕方が問われるのが療育概念であった。こうした共通に存在しなければならないという特質、それは発達をより促進する、保障する点にあるのではないかと結んでおきたい。

## 注

- (1) 小川英彦『「療育」概念の成立に関する研究Ⅱ』(日本社会福祉学会第49回全国大会『報告要旨集』、P.142、2001年)。
- (2) 小川英彦「心身障害児地域療育の方法」(長谷川真人・神戸賢次・小川英彦『子どもの援助と子育て支援—児童福祉の事例研究—』、PP.50~64、2001年)。
- (3) 小川英彦「地域療育の構築をめざした障害児福祉」(『日本の児童福祉16』、PP.27~35、2001年)。
- (4) 高松鶴吉『療育とはなにか』、P.162、1990年、ぶどう社。
- (5) 田澤あけみ『障害者福祉・家族援助のあり方』、P.146、1998年、一橋出版。
- (6) 柏倉松蔵『肢体不自由児の治療と家庭及学校』、P.21、1956年、柏学園。
- (7) 村田茂『日本の肢体不自由教育』、P.45、1977年、慶應通信。
- (8) 杉浦守邦「柏学園に関する研究(Ⅳ)」(日本特殊教育学会『第23回大会発表論文集』、PP.642~643、1985年)。
- (9) 前掲書(6)PP.13~14。
- (10) 高木憲次「整形外科学ノ進歩ト『クリュッペルハイム』」(『第9回日本医学会会誌』、1934年)。
- (11) 『高木憲次一人と業績—』、P.30、1967年、日本肢体不自由児協会。
- (12) 高木憲次「クリュッペルハイムに就て」(『国家医学雑誌』、第449号、1924年)。
- (13) 小川利夫・永井憲一・平原春好『教育と福祉の権利』、PP.5~7、1972年、勁草書房。
- (14) 前掲書(11)P.82。
- (15) 小林提樹「心身障害児との三十年」(『両親の集い』、第153号、PP.16~20、1969年)。
- (16) 小林提樹・小野中平「小児精神衛生相談対象児2,000名に於ける観察」(『小児保健研究』、第18巻第5号、P.241、1960年)。
- (17) 勝俣稔・斉藤潔・中原竜之助・高木四郎・懸田克躬・小林提樹「精神衛生を語る」(『日本公衛誌』、第3巻第3号、PP.7~15、1956年)。
- (18) 小林提樹「心身障害児巡回療育相談の調査研究(Ⅰ)—在宅重障児者療育の一側面的研究—」(『小児の精神と神経』、第18巻第3号、PP.39~55、1978年)。
- (19) 小林提樹「心身障害児巡回療育相談の調査研究(Ⅱ)—在宅重障児者療育の一側面的研究—」(『小児の精神と神経』、第18巻第4号、PP.27~32、1978年)。
- (20) 小林提樹「心身障害児巡回療育相談の調査研究(Ⅲ)—在宅重障児者療育の一側面的研究—」(『小児の精神と神経』、第19巻第3号、PP.41~46、1979年)。
- (21) 小林提樹「両親の集い誌、第二百零号を迎える」(『両親の集い』、第200号、PP.6~7、1973年)。
- (22) 小林提樹『乳幼児精神衛生』、PP.169~170、1968年、日本小児医事出版社。

- (23)前掲書 (22), P.170~171。
- (24)小林提樹「重症心身障害児の問題点をあげる」(『厚生』、第17巻第10号、PP.33~35、1962年)。
- (25)日本心身障害児協会附属島田療育園『島田療育園の歩み』、P.73、1963年。
- (26)前掲書 (5) P.147。
- (27)園山繁樹・由岐中佳代子「保育所における障害児保育の実施状況と支援体制の検討—療育のある統合保育に向けての課題」(日本社会福祉学会『社会福祉学』、第41巻第1号、PP.61~70、2000年)。
- (28)加藤正仁「精神薄弱児通園施設」(日本精神薄弱者福祉連盟『発達障害白書、1998年版』、PP.42~45、1997年)。

(おがわ ひでひこ／非常勤講師)