

# 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター 50年の軌跡

— 早期発見早期療育の道標 —

鈴木 真知子

## The 50-year history of the Hokkaido Prefectural Rehabilitation Center for Children with Disabilities Sapporo Branch

— The center's role as a driving force for early detection and rehabilitation —

Machiko SUZUKI

### Abstract

The Hokkaido Prefectural Rehabilitation Center for Children with Disabilities Sapporo Branch (current Hokkaido Medical Center for Children's Health and Rehabilitation) served as a hub of rehabilitation for children with disabilities from 1972 until 2007. The center was then integrated with the Hokkaido Children's Hospital and Medical Center to become the Hokkaido Medical Center for Children's Health and Rehabilitation, which has played a central role as a center for children's health and rehabilitation. This report details the history of rehabilitation for children with disabilities provided by this integrated center based on relevant documents.

### はじめに

北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター（現 北海道立子ども総合医療・療育センター）は、1972年から改組にいたった2007年まで北海道の肢体不自由児療育の中心であった。2004年からは北海道立小児保健センターを統合合併し、子どもの総合医療・療育のセンターとして歩んでいる。筆者は、この札幌療育センターに37年間言語聴覚士として勤務し脳性まひの療育に携わってきた。この間の経緯を知る者として札幌療育センターの足跡の一部であるがこれまでの歴史を概観し、統合後 現在に至るまでの経緯について資料を基に報告したいと考えた。

### 1 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センターに至る経緯

北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター（以下、札幌療育センターと略）の歴史は、1953年に肢体不自由児の療育のために設立された北海道整肢学院に始まる。1962年、北海道立札幌整肢学院と改称され、前年に夕張で大発生した脊髄性小児麻痺（通称 ポリオ、以下ポリオと略）の後遺症治療を中心

---

所属：

藤女子大学人間生活学部保育学科非常勤講師

Department of Early Childhood Care and Education, Faculty of Human Life Sciences, Fuji Women's University

にして整形外科的な肢体不自由児の療育を行った。ポリオの発症が終焉しその後遺症治療も目処がついた1972年、北海道立札幌肢体不自由児総合療育センターと改称し、場所も琴似山の手から手稲金山へ移った。移設後もポリオ、股関節脱臼、ペルテスなどの整形外科的疾患を中心にした小児のリハビリ施設として機能していたが、徐々に脳性まひの療育に移行していった。しかし、脳性まひに対する効果的な治療法はなかった。1973年、イギリスからボバース・アプローチ、ドイツからボイタ法が日本に紹介された。この二つの療法は脳性まひの疑いのある乳児を早期発見・早期療育すれば良好な予後が得られるというものであった。そこで、札幌療育センターは脳性まひ児の療育法としてこれらの治療法を導入した。取り組みのプロセスについては次章で報告する。

札幌療育センターでは、早期発見・早期治療を目指して様々な取り組みを行った。地域支援を目的にリハビリテーション担当職員（理学療法士<sup>1</sup>等）を地域通園施設へ派遣し機能訓練の指導を行ったり、通園施設職員対象の各種研修会を開催したり、市町村からの依頼で新設された地域療育支援員の新人研修を引き受けるなどの事業を行った。この取り組み過程で、広域で過疎、地域に専門職種が不在という北海道の実情を認識し、現状をどのように変革することで有効に地域療育が可能かという問題意識を持つにいたった。そこで、北海道は、脳性まひの早期発見・早期療育システムづくりを構想し保健福祉部と一次圏、二次圏、三次圏プランを考案し地域支援事業を推進した。1980年代から2000年代のはじめには67の第一次地域療育施設が立ち上がり、職員配置も進んできて脳性まひの療育が一定の成果を見せ始めた。この時期、周産期医療が急進展し新生児死亡が激減し救命が急速に進んだ。その結果、新たな課題が浮上し急性期医療と療育の統合化された医療型の福祉施設づくりが全国各地で進んできていた。北海道でも、知事の肝いりで総合的な医療や療育を展開することを目的にして小児保健センターと統合合併することとなり、2007年8月、北海道立子ども総合医療・療育センターとして開所した。

## 2 1970年～90年代の時代背景

### 2-1 全国の動向

日本の福祉は、第二次世界大戦後、GHQの指導下、福祉三法<sup>2</sup>、社会福祉法<sup>3</sup>が次々制定され、大きく進展した。小児の福祉・医療の分野では急速な進展が見られたのは1970年代に入ってからである。列島改造論が日本の産業構造を変え、急激な経済成長を遂げ国民の生活が急速に豊かになっていった時期と重なる。また、この時期はヨーロッパや北米からリハビリテーション（以下リハビリと略）に関する様々な治療技法、感覚統合やPNF（proprioceptive neuromuscular facilitation；固有受容性神経筋促進法）、ボバース・アプローチ、ボイタ法などが次々と紹介された。この当時、肢体不自由児の療育は、ポリオの発症が終息しその後遺症治療もひと段落した時期であり、代わってこれまで手がつけられてこなかった脳性まひ治療が注目されるようになった。「ポリオから脳性まひ」へ療育対象が移行しその治療法を模索していた。ポリオと脳性まひの大きな相違は、ポリオが脊髄レベルの機能麻痺であるため麻痺は脊髄の感染した部位以降の麻痺であるのに対し、脳性まひは、脳損傷による運動中枢の障害であるため部分的な運動機能麻痺ではなく、全身性の運動機能の調整障害であり麻痺が全身に及ぶことである。臨床像は複雑多岐にわたり、従って治療法は臨床像に添って運動機能療法、手術、作業療法、言語療法<sup>4</sup>など広範にわたった。しかし、当時は先行研究や治療法も非常に少なく全く手探り状態であった。1970年代はこの脳性まひの治療を巡って全国で様々な取り組みがなされた時期であった。1970年はじめ、ボイタ法が超早期発見し早期治療を施せば未熟な脳に適正な刺激を与え正常化するという理論と治療法を発表し、その治療成績が高確率であることを報告した。その報告を受けて全国の小児科医、整形外科医

<sup>1</sup> 理学療法士：以下PTと略

<sup>2</sup> 福祉三法：1946年生活保護法、1947年児童福祉法、1949年身体障害者福祉法を指す

<sup>3</sup> 社会福祉法：1951年制定

<sup>4</sup> 言語療法：1999年に言語聴覚療法で統一

がこの療法に注目した。全国にボイタ治療ブームが起これ、この治療法を求めてドイツのボイタ博士を訪問する家族まで出現した。日本では大阪・京都のキリスト系医療福祉施設などで、ドイツのボイタ博士のもとに医師やPTを派遣し、PTには治療法の習得、医師に治療理論と発見技法を研修させた。帰国後、早期発見・早期療育を普及させるために大阪・京都でボイタ講習会<sup>5</sup>を次々と開催した。北海道でも関西にPTを派遣しボイタ法を学ばせた。また、大阪で開催されているボバース・アプローチ講習会をPT・作業療法士(以下OTと略)<sup>6</sup>を派遣しその理論や技術を学ばせた。また、1976年に「障害者の権利宣言」、1981年「国際障害者年」が相次いでWHOから出され障害者の人権が注目を浴び始めた。日本では、1979年に教育の学校教育の全員就学が打ち出され、総ての児童が学校教育で学ぶ体制が整えられた。

## 2-2 札幌療育センターの早期発見・早期療育の取り組み

1973年、第一回ボバース・アプローチにPTを派遣し、それ以降、毎年、PT、OTを派遣した。また、1979年、北海道にドイツからボイタ博士とセラピスト達(PT)を招聘して札幌療育センターを会場にして早期発見・早期治療講習会を行った。即ち、医師・保健師対象にした早期発見技法研修会を、全道のPTやOT対象に治療手技講習会を開催した。けれども、早期発見システムができて、早期療育が充実しなければ正常化は望めない。地域には指導できるセラピストが限定されているという理由で、母親が自宅でボイタ治療を行うための指導を実施した。これまでの母子入院システムが一層強化され、母親をセラピストに仕立てるための指導が強力に推進された。しかし、地域では指導者はおろか通園施設もなく、早期療育は行き詰っていた。そこで、地域での療育を推進するためにいかに有効なシステムを作っていくかが課題となった。北海道は有識者に研究を依頼し脳性まひ早期対策検討委員会答申を受けて、障害児早期療育事業(中核的施設機能強化事業)、即ち北海道版早期療育システムを推進した。1990年代に入って、ようやくシステムが動き出した。地域のミニ通園施設にオールスタッフで出向く事業と、通園施設職員を対象にした研修会を毎年、開催した。この中核事業は10年間継続され、その後見直しも含みながら現在まで専門支援事業と名称を変えながらも、旭川療育センター、太陽の園と協働しながら展開されている。地域ニーズは未だ高いが、新たなニーズも出現してきている。また、ボイタ法以外の治療法、とりわけボバース・アプローチが熱心にとりいれられた。それ以外ではドーマン法、抱っこ法、成瀬式心理リハビリテーションなど脳性まひの療育方法を巡って様々な取り組みもなされてきている。このように北海道は早期発見・療育システムを作りあげ早期発見・早期療育を推進してきた<sup>7</sup>。この時期に、摂食障害児の存在が注目されるようになり、摂食・嚥下障害に関する研修会も頻回に開催された。早期発見が進む過程で、発達・適応障害のある子どもの存在が注目されるようになった。周産期医療の進展は、救命率の向上につながる一方でより重度化・重症化した状態で救命される児を多く生む結果となり、重度・重複化が重大な課題となってきた時代でもあった。

他方、「障害者の権利宣言」(1975年)、年国際障害者年(1981年)<sup>8</sup>以降、障害者の人権思想が進展しノーマライゼーション、インテグレーションが推進された。この運動から地域生活で自立した暮らしを希望する障害者が出現しはじめてきた(自立生活運動)。教育の世界では、特殊教育から特別支援教育と名称が変わり、全員就学の制度化(1979年)が進んだ。在宅訪問学級の急増、全道各地で特別支援学校がつくられた。この20年の間に、全道各地に小児通園施設が新設され、PT、OT、STなどのリハビリスタッフも衛星都市中心であるが急激に配置されるようになった。この時代は、福祉六法の改正もあり母子保健、地域療育事業の展開、早期療育のシステム化など福祉、教育の施策が急速に進展した時代であった。

<sup>5</sup> 大阪吹田療育園、京都整ヨセフ療育園でボイタ講習会が開催された

<sup>6</sup> OT：作業療法士の略

<sup>7</sup> 北海道庁保健福祉部ホームページ、「早期発見・早期療育システム」参照

<sup>8</sup> 国際障害者年：WHOは1981年を国際障害者年と定め、「障害者に関する世界行動計画」が総会で決議。1983-92年までを「国連・障害者の十年」と宣言し、各国が計画的な課題解決に取り組んだ

### 3 札幌療育センターの概要

図1は、開設当初の全景である。沿革は、表5<sup>9</sup>に示した。組織、運営、診療の順に報告する。



図1 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター 全景、パンフレット)

組織は、1972年開設から2007年の改組統合までの30年間に数度の見直しが行われた。事業拡大につれ医療スタッフが増員され、副院長、診療部長、看護部、機能訓練課に昇格した。図2は、1993年に改訂された組織図である。図3は療育センター配置図で、運営部門、診療部門、入院部門が一望される。入院部門は、本入院（3病棟制）、母子入院、術場、外来で構成されている。母子入院病棟、外来は、小児科、整形外科、耳鼻科、精神科の4科で、歯科・眼科は入院児の治療のみであった。

#### 1) 診療体制

札幌療育センターの特徴は、診察体制にある。各病棟には主治医の小児科医が配置され、整形外科医は、チーム全体で診療体制を組んだ。診療は、診察は、病棟診と総合診に分かれ、病棟診は各病棟内で、回診予定児の担当医師、看護師、保育士、教師、PT、OT、STらが1ケース毎に現状の病状と治療経過、生活、教育（学校）リハの進捗情報、当面の治療についてカンファレンスを行った。総合診は、毎水曜の午後から1時間、院長司会のもとで指導課長、係長、係員も参加し、整形外科医、病棟担当医、看護師、保育士、リハスタッフのなど可能な限りオールスタッフで行われた。総合診では、該当児に対して各担当者の報告を元に今後の療育方針が検討され、決定はセンター方針として重要視された。装具診は、入院児の装具や車椅子などの修理、製作方法について整形外科医、PT、OTと義肢装具の業者も交えて検討された。

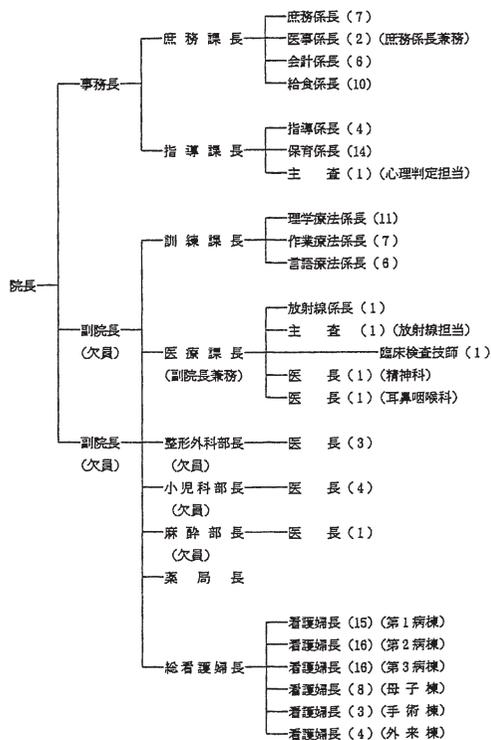
また、各種のカンファレンス（入院児の入院面接、入退院カンファレンス、母子入院カンファレンス、精神科カンファレンス、入退院カンファレンス等）は指導課相談員が主導して活発な議論が行われた<sup>10</sup>。

#### 2) リハビリテーション

開設当初は、理学療法と呼ばれ、理学療法、作業療法、言語療法にわかれて入院児の治療に当たる一方、地域支援を担当した。地域支援は、地域で開設され始めた通園施設職員の研修や療育キャンプなど

<sup>9</sup> 巻末 表5 北海道の療育史 参照

<sup>10</sup> 札幌療育センター開設当初より指導課にはケースワーカー（相談員名）があった



注 ( ) 内は、職員人数

図2 組織 (1995年4月1日現在)

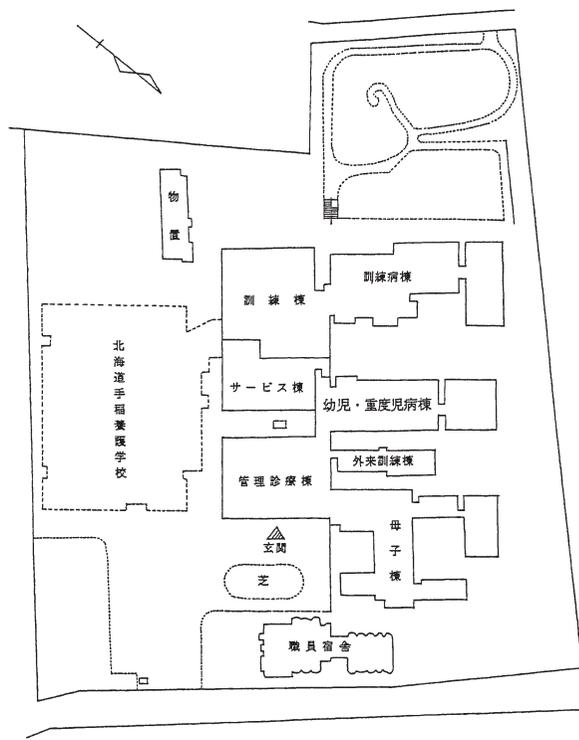


図3 配置図

地域で開催される支援であった。1970年代の後半から外来が正式に発足し、ボイタ法、ポバース・アプローチなどをを用いたりハビリを行った。また、学校との共同授業や訓練がいろいろな形で実施された。週休2日制が実施されるまで、手稲養護学校在籍児（手稲養護学校は併設養護学校）の中で、低学年学級との集団遊び（土曜日）や歩行訓練が授業と訓練の共同で実施された。また、幼児入院児では、訓練、保育、学校の3者が共同で保育（毎日）、訓練、授業を行った。

### 3) 入院児の生活

入院は、1（手術病棟）、2（幼児・低学年学童）、3（高学年学童、生徒）の3病棟体制であった。病棟の生活は、保育士、看護師が主として関わり日々の生活と学校登校やリハビリの隙間を縫って保育や生活指導を行った。児童指導員は、療育センター行事、保育・余暇活動について保育士と協働して行っていた。保育士は早朝から深夜までの3交替制で、看護師は24時間3交替制で入院児をケアしていた。1病棟は手術病棟なので術前術後の医療的看護は勿論、学童から18歳までの手術で揺れ動く情緒不安定な子どもに対する心理的なサポートも求められた。2病棟は、幼児・低学年の病棟なので母子分離が難しい子どもたちが多く入院しておりリハビリ目的であってもそれ以前に手厚い保育的かわりが求められた。3病棟は年長児対象の病棟であったが、日常的な看護は他の病棟から見ると比較的少ないためその分、思春期の冒険心や異性に対する興味など別な面での配慮が求められた。

**行事**は、指導課が中心になって企画運営した。子どもたちの楽しみであった。学校と共同で実施することが多かった。春の遠足、運動会、ジンギスカンパーティー、夏祭り、お化け大会、海浜浴、スイカ狩り、ぶどう狩り、クリスマス児童会、新年カルタ大会、給食模擬店、雪祭りなどが毎年行われた。幼児入院では保育園との交流保育（幼児）も恒例化していた。

**進路**は、開設当初はポリオや整形外科の疾患児が多かったため退院後、学校に戻って進学する者も多かったが、脳性まひ児はセンター入院で就学することはできても、高等学校<sup>11</sup>での受け入れは極めて厳

しく、中学卒業までセンターに入院してその後、施設に入所するというのが大半であった。1976年の全員就学制が動き出してきてからその流れは変化してきた。

#### 4 札幌療育センターの歩み

上述した点と重なる点もあるが、経緯を述べる（表5参照）。

診療部門は、開設当初は医師による診察、X線、臨床検査、薬局などの付帯した専門的職域、手術場、理療訓練（理学療法、作業療法、言語療法）が主として入院児の診療やリハビリを行っていた。給食・栄養部門、保育係は事務部門に配属され診療・リハビリには関与していなかった。ボイタ法、ボバース・アプローチの導入により、外来数の急増に対応するため1980年に外来訓練棟の増築、訓練対応職種であるPT、OT、STが増員された。1985年の耳鼻科開設では耳鼻科医師、看護師、STが配置された。1987年の精神科開設では精神科医師、臨床心理士が新たに配置された。

耳鼻科、精神科の診療科目の増設、外来対応の看護師の増員など診療部門の強化事業が顕著であった。1989年には、早期発見・早期療育事業の一環として移動療育センター事業が開始された。この事業の開始にあたってPT、OT、STが新たに配置された。移動療育事業<sup>12</sup>は10年間継続されその後見直しがなされ専門事業として再スタートを切った。

北海道は、療育事業の進展を積極的に推進してきた。小児の医療・教育・福祉をさらに統合的に推進することを目的に、2007年、道立小児保健センターと療育センターを統合再編し北海道立子ども総合医療療育センターをスタートさせた。図4は、新センターの全景、図5は組織図である。

#### 耳鼻科開設の経緯

聴覚障害児の早期発見・早期療育が緊急課題であった1980年代、北海道は、札幌医大耳鼻科教授に早期発見・早期治療に関する検討会を委嘱し答申に基づいて事業を立ち上げた。

札幌療育センターは主として、重度・重複児を中心にした難聴対策を受け持った。STは帝京大学耳鼻科難聴外来に開設準備のために3カ月間の研修派遣を行った。耳鼻科開設は、これまで聾学校幼稚部



図4 (北海道立子ども総合医療・療育センター全景、パンフレット)

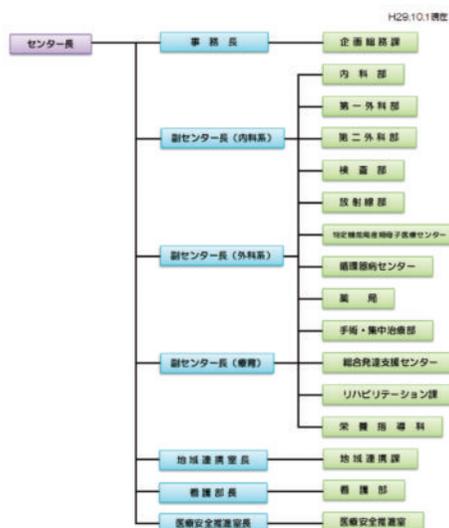


図5 組織

<sup>11</sup> 1970年代の肢体不自由養護学校は真駒内養護学校一校のみ、その後、岩見沢高等養護学校が開校した。

<sup>12</sup> 巻末資料参照

に重度・重複児の指導を委ねる以外方法がなかったので療育関係者・両親の長年の悲願であった。

### 精神科開設の経緯

センター入院及び外来利用対象の質的变化によって、小児精神科のニーズが徐々に高まってきた。早期発見・早期療育、周産期医療の進展により、これまでの脳性まひ児が減少し、新脳性まひ児、即ち、早産未熟児に注目が集まってきた。身体機能障害は軽度であるが対人関係、社会的適応行動面での不適応などこれまでと異なった問題を有する児の存在がクローズアップされるようになってきた。この問題に対処するために精神科開設の要望は次第に高まり、精神科開設の運びとなった。精神科医、臨床心理士、看護師を増員配置し、それに保育士、OT、ST が診療の応援を行う体制がスタートした。

### 入院児の指導

**入院**は、幼児入院、本入院、母子入院に分けられた。幼児入院は、就学前の幼児が対象であった。

**幼児入院**：開設当時は、脳性まひを受け入れる幼稚園は殆んどなかった。また、保育園は皆無の状態であった。脳性まひ児に幼児教育の場を提供するというのが趣旨で、入院期間は原則3カ月間であった。保育、学校、訓練の三者での幼児入院チームを組んで実施された。1970年代初めには、障害児が誕生したら母親は仕事を辞め療育に専念するのが一般的であった。働きたい母親の気持ちは付度されることもなかった。1970年代後半から徐々に、障害児を受け入れる幼稚園が出現しはじめた。前後して、札幌市や北海道で障害児受け入れを推進し、一定数の障害児を受け入れた幼稚園に対して助成金を支出する制度が創設された。このことにより障害児を受け入れる幼稚園は、最初は札幌中心であったが次第に全道各地に広がっていった。また、徐々にではあるが母親が稼働し保育園に入園させることも一般化してきた。保育園側でも障害児の受け入れはスムーズになってきたが、重症児はその対象に入らないことが多かった。現在は、障害児受け入れは通常のことになり大半の幼稚園が受け入れを行うようになった。2003年には全員就学施行で、手稲養護学校幼稚部が正式に発足し、これまでの保育、学校、訓練の三者での幼児入院体制が変化した。

**本入院**：小学生から中学生まで（6歳児から15歳児）の入院であった。入院期間は、数カ月から数年まで、治療内容、入院期間は種々であった。開設当初は、出身地に適切な療育機関や就学先がないため地方の子どもたちの入院は長期化する傾向にあった。全員就学の実施やノーマライゼーションの考え方が浸透するにつれて、センター入院も形が変わってきた。全員就学施行以降、全道各地に障害児のための養護学校が開設され、通学が難しい学童には寄宿舎も準備された。重度重複障害で入寮や通学が困難な児童には訪問学級、養護事情などで施設入所中の子どもには施設内学級が設けられた。全員就学が推進されるにつれて、長期間センター入院を希望する親子が減少していった。入院目的が変化し、短期間の検査や治療を目的とする入院児が増加してきた。その一方で、両親、特に母親の病気、死亡、離婚などで養育者が不在になった子どもや虐待児、幼児期からの重度重複障害児の長期入院が一定数を占めるようになった。療育センターが統合されてからはその傾向は、一層顕著になった。

全国的な少子化と周産期医療の進展が相まって新生児の救命率が向上し、脳性まひ発現も激減<sup>13</sup>した。この結果、重度・重複障害児の増加という現象を引き起こした。同時に早産未熟児の救命も進んだが、NICU管理の過程で未熟児網膜症児が誕生した。現在は、NICUの管理技術が進み発症は最小限である。また、この早産未熟児の中に多動、多弁、学習の障害など知的発達障害を伴った脳性まひ児が数多く出現し、現在はその原因も究明され対策が進んできている。以上のような経緯の中で、入院児の障害傾向が変化しその受け入れ態勢も変化してきた（表1参照）。

**母子入院**：母子で入院して療育指導を受けるとというのが入院目的であった。開設当初は、入院期間は8週間でこの入院期間中に診察、検査、訓練指導、保育が行われた。子どもの成長に合わせた指導を受けるために、定期的に入院する必要があった。兄弟姉妹を連れての入院は許可されなかった。再三の長期入院は様々な問題が生じて見直した結果、初回入院とそれ以降の再入院に区別し入院期間を新入院8週間、再入院5週間とした。札幌市、周辺の通園施設などの整備が進みPT、OT等の専門職種も配置さ

<sup>13</sup> 脳性まひの発症率は、2/1000人と変化していない

表1 障害別入院児童数の推移（1953年～2007年まで）

| 年度/障害名   | ポリオ | 脳性まひ | 股関節<br>脱臼 | 関節炎<br>後遺症 | 側弯症 | 先天性<br>内反足 | ベルテス | 外傷性<br>後遺症 | その他 | 合 計 |
|----------|-----|------|-----------|------------|-----|------------|------|------------|-----|-----|
| 昭和 28 年度 | 18  | 11   |           | 7          |     | 1          |      |            | 7   | 44  |
| 33 年度    | 24  | 10   | 3         | 3          |     | 3          | 1    | 1          | 2   | 47  |
| 38 年度    | 59  | 14   | 9         |            |     | 1          | 1    | 1          | 3   | 88  |
| 43 年度    | 38  | 1    |           |            |     |            | 1    | 1          | 1   | 43  |
| 48 年度    | 17  | 24   | 5         |            |     |            | 1    |            | 10  | 63  |
| 53 年度    | 1   | 52   |           |            |     |            | 1    | 1          | 13  | 74  |
| 58 年度    |     | 46   | 1         |            |     |            | 3    | 1          | 13  | 66  |
| 63 年度    | 1   | 40   |           |            |     |            | 5    | 1          | 18  | 70  |
| 平成 5 年度  |     | 59   |           |            |     |            | 1    | 2          | 29  | 92  |
| 10 年度    |     | 55   |           |            |     |            | 3    | 3          | 24  | 85  |
| 13 年度    |     | 51   | 3         |            |     | 2          | 2    | 2          | 40  | 100 |

(札幌療育センター 50周年記念誌より抜粋)

れるようになるにつれて、入院期間は新入院6週間、再入院4週間と短縮された。その後、再々見直しが行われ母子入院は、4週間となった。療育指導は、医師、看護師、保育士、PT、OT、STが専従体制でチームを編成した。早期発見・早期療育が開始した当時は、低年齢の脳性まひ児の入院希望が非常に多かった。1970～90年代前半まで母子入院希望者が多かった。全道の療育システムが進み地域で指導が受け入れられるようになってきた1990年代後半には入院目的が変貌してきた。現在は、療育開始のための基礎検査及び評価、方針の立案などが中心に実施されていると聞き及んでいる（表2参照）。

表2 母子入院児童の推移

|      | ポリオ | 脳性まひ | 股関節<br>脱臼 | 関節炎<br>後遺症 | 先天性<br>内反足 | ベルテス | 外傷性<br>後遺症 | その他 | 合 計 |
|------|-----|------|-----------|------------|------------|------|------------|-----|-----|
| 1962 | 115 | 11   |           |            |            |      |            |     | 126 |
| 1967 | 2   | 122  |           |            |            |      |            | 8   | 132 |
| 1972 | 2   | 99   |           |            |            |      |            | 8   | 107 |
| 1977 |     | 130  |           |            |            |      |            | 6   | 136 |
| 1982 |     | 122  |           |            |            |      |            | 16  | 134 |
| 1987 |     | 85   |           |            | 1          |      | 3          | 61  | 130 |
| 1992 |     | 80   |           |            | 1          |      | 1          | 57  | 139 |
| 1997 |     | 67   |           |            |            |      | 0          | 62  | 129 |
| 2002 |     | 46   |           |            |            |      | 4          | 76  | 126 |

(札幌療育センター 50周年記念誌より抜粋)

## 外来

外来は、開設当初は整形外科疾患中心で外来数も少なかったが、徐々に増加してきた。表3は、外来の診療体制、表4は 年次別外来受診者数である。小児科、整形外科の外来数の推移は、表4に示した通りであるが、早期発見・早期療育の必要性が認識された頃から急激に増加した。とりわけ、ポイタ法が日本に導入されてから、北海道でも受診数は激増し、一時は、外来日には早朝5時から受け付けし、終了は夜8時頃にリハビリが終了するという日々が続いた。外来対応日を増やす、次いで、週日体制にするなどの対応をしてニーズに応えた。激増する外来に対処するために新たに外来訓練棟を増築し、外来担当訓練士、PT、OT、ST、看護師を増員した（表5参照）。

表3 診療科別外来診療日

| 診療科   | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-------|---|---|---|---|---|
| 整形外科  | ○ |   | ○ |   | ○ |
| 小児科   | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 耳鼻咽喉科 | ○ |   | ○ |   | ○ |
| 精神科   | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 眼科    |   |   |   | ○ |   |
| 歯科    |   | ○ |   |   |   |

(札幌療育センター 50周年記念誌より抜粋)

表4 年度別外来受診者の内訳

| 区分   | 受診者<br>総数 | 診療区分 |     |     |     |    |      |      |      |      |      |
|------|-----------|------|-----|-----|-----|----|------|------|------|------|------|
|      |           | 初診   |     |     |     |    | 再診   |      |      |      |      |
|      |           | 整形   | 小児科 | 耳鼻科 | 精神科 | 装具 | 整形   | 小児科  | 耳鼻科  | 精神科  | 装具   |
| 1986 | 5635      | 88   | 352 |     |     |    | 858  | 3775 |      |      | 562  |
| 1987 | 5995      | 97   | 308 | 33  |     | 5  | 956  | 3980 | 40   |      | 576  |
| 1988 | 7081      | 80   | 323 | 59  |     | 5  | 1560 | 4037 | 270  |      | 747  |
| 1989 | 7707      | 86   | 280 | 47  |     | 2  | 1704 | 4189 | 378  |      | 1021 |
| 1990 | 7543      | 92   | 253 | 46  |     |    | 2174 | 3926 | 618  |      | 434  |
| 1991 | 7536      | 79   | 299 | 45  | 34  |    | 2446 | 4049 | 527  | 57   |      |
| 1992 | 8074      | 107  | 272 | 42  | 37  |    | 3000 | 3850 | 434  | 332  |      |
| 1993 | 8588      | 79   | 249 | 28  | 27  |    | 3441 | 3843 | 504  | 417  |      |
| 1994 | 9636      | 83   | 263 | 37  | 16  |    | 3757 | 4312 | 575  | 592  | 眼科 1 |
| 1995 | 9948      | 109  | 231 | 64  | 19  |    | 3188 | 4933 | 570  | 834  |      |
| 1996 | 11164     | 87   | 227 | 67  | 21  |    | 4034 | 5209 | 761  | 758  |      |
| 1997 | 12180     | 76   | 245 | 42  | 16  |    | 4617 | 5776 | 739  | 669  |      |
| 1998 | 12347     | 90   | 301 | 27  | 54  |    | 5087 | 5046 | 960  | 782  |      |
| 1999 | 13194     | 118  | 238 | 48  | 77  |    | 5929 | 4460 | 1132 | 1192 |      |
| 2000 | 12180     | 77   | 219 | 30  | 120 |    | 5989 | 3783 | 937  | 1650 |      |
| 2001 | 13194     | 61   | 176 | 26  | 154 |    | 5027 | 4245 | 834  | 1812 |      |
| 2002 | 12805     | 73   | 154 | 35  | 112 |    | 4980 | 4124 | 876  | 1622 |      |
| 2003 | 12335     | 73   | 184 | 35  | 143 |    | 4818 | 4177 | 988  | 1654 |      |

(札幌療育センター 50周年記念誌より抜粋)

ボイタ治療のブームがひと段落し、次いで、聴覚障害児の早期発見・早期療育対策が注目されて当センターでは、これまで何処でも治療や指導を受けることのできなかった重度・重複障害児の難聴対策のために耳鼻科が開設し、一般的な耳鼻科疾患、聴力検査、難聴指導等の業務を行った。

1991年、行動障害、不適応児、精神発達障害児など発達に問題を抱えている子どものための相談窓口として精神科が開設された。精神科医の要請で保育士、OT、STの診療チームが編成された。精神科では、チーム診療と個別診療、集団療法の三本立てで診療されている。精神科のニーズは大きく、年度単位で見ると急激な増加がみられる。この診療増加に対して医師、セラピストの増員配置は進まずニーズに対処できない状況であった。

#### 早期療育システム

1989年から開始された移動療育センター事業は、地域で療育を受けられるようにするためのシステム化であった。札幌療育センターの中心的役割の一つとして移動療育センター事業が位置づけられた。年間80か所に及ぶ地域療育施設への派遣事業である。スタッフは、地域での療育指導のために取り組んできたが、年に一か所、一回のみの指導ではなかなか思うように事業は進展してこなかった。数度の見

直し、地域の要望を受けて派遣スタッフの構成を組みかえたりして取り組んできた。10年間、実施した後、専門支援事業として、限定されたスタッフで派遣する方向に切り替えられて現在に至っている。

## 5 考察

全国的な動きと呼応しながら札幌療育センターは、この半世紀、肢体不自由児の療育の在り方を模索し続けてきた。この模索の過程で脳性まひの療育は一定の発展を見た。また、治療・療育に対して一定の見識を持つにいたった。この過程を振り返りながら札幌療育センターの足跡を辿ってみた。この間に、札幌療育センターが果たした役割、その過程で生じてきた様々な問題点や課題について考察する。

### 1) 札幌療育センターの功績

札幌療育センターが、2007年に統合合併されるまでの歩みを簡単に総括すると、「早期発見・早期療育のシステム化」に尽きる。脳性まひの治療・完治は、療育関係者の長年の夢であった。「早期発見し早期治療を行えば脳性まひは治る」というDr.ボイタのことは神のことは聞こえた。いかに超早期に発見できるかという目的で医師・保健師向けの研修会を企画実行した。全道、くまなく早期発見のネットワークがたちまち出来上がった。その結果、非常に多くのZKS（中枢性協調障害リスク児）が札幌療育センターに紹介されてきた。その中には、過剰診断の児も含まれていたが多くの、ボイタ法の指導を受け大半が正常児化した。治癒したという説明がなされた。また、これまで地域にはたくさんの障害児が在宅で過ごしており治療を受けることを願っていた。この希望に添うべく中小都市、札幌周辺の衛星都市で通園施設が開設された。この多くは、前身がポリオ児のためのマザーズホームであった。当時は、帯広、室蘭、釧路、根室、旭川、名寄、北見、函館等が通園施設として開設されていた。そこに、前出の施設が次々と開設されていったわけである。札幌療育センターは開設された施設の職員研修を積極的に引き受けた。苫小牧、千歳、登別、白老、江別、岩見沢、北広島、恵庭、小樽、石狩、当別等の通園施設が開設された。

研修は3カ月間の研修を経て各地で療育を行ったが、その療育を支援するために機能訓練係が現地に定期的に派遣された。また、通園職員研修会を頻回に実施する、外来受診には同行して訓練内容を相談しあうなど地域と札幌療育センターの訓練係が密接に結びついて療育を展開してきた。その意味で中核的施設としての役割を担ってきたといえる。移動療育センター事業では、医師、PT、OT、ST、臨床心理士、コーディネーターが三次圏から地域（一次圏）に移動して指導に当たった。地域と中央を結ぶ役割を果たしてきた。

### 2) 札幌療育センターの統合直前の課題

1970年代から2000年にかけての療育の中心は脳性まひであった。脳性まひの治療法はいまだ未確立であり、劇的な効果を挙げる治療法もいまだにない。しかも、脳性まひの治療法、教育、福祉的なサポート支援は複雑且つ多岐にわたり永遠の課題であるともいえる。また、どのように医学が進歩しても脳性まひ、乳幼児期に何らかの原因で発症した中枢神経系の疾患を根絶することは難しい。いったん発症したら完治できないというのが常識である。患者は生涯にわたった注意深い療育が求められていくわけである。従って、札幌療育センターでは外来は元より事情によっては成人の手術入院等は少数であるが対応してきた。この課題に個の治療や個と家族のサポート、長期間にわたる個の人生に関与してきたのがこれまでの療育センターであった。50年の歴史的経過の中で、カルテは永久保存であった。患者・家族も成人期でも外来利用は当然と考えられていた。

しかし、乳幼児の新患外来は年々一定数増加するため患者数は膨らみ、現有スタッフでは対応が徐々に困難な事態となっていた。青年期以降の外来対応をどうするのかは重大な課題であった。

母子入院は、検査や訓練指導のためのニーズはあるが、地域での療育支援が充足してきている状況ではあえて入院する希望は減少してきていた。

外来は、周産期医療の進展による救命が進み障害は重度・重複化と軽度化の二極に分化してこれまでの脳性まひは激減した。加えて、障害発現率は変化しなくても少子化による脳性まひ児総数が激減する

傾向が生じてきた。代わって、早産未熟児などに発現しやすい発達障害児の受診が急激に増加してきた。精神科の受診は年々増加の一途であった。

入院は、全員就学が定着し高等部まで全入に近い状態になった。地域にも寄宿舎付きの特別支援学校が開校されており、特別な事情がある場合以外は入院をして療育・教育を受けるというニーズがなくなった。従って、教育、療育を主目的にする長期入院児は激減し慢性的に定員に満たない状態となっていた。

地域支援については、大都市周辺の通園施設やデイ・サービスは充足しており、大都市周辺では何処でもリハビリが受けられるという状態になりはじめていた。しかし、大都市周辺での手軽なデイ・サービスは質的にばらつきがありまだまだ支援が必要であった。一方、郡部では人口の減少、大都市の流入により過疎化が進み、デイ・サービスを受ける等の支援が受けにくい状態が加速してきた。地域支援のニーズは依然として高い状態であった。しかし、障害告知のための診察はしない、あくまでも地域のデイ・サービス職員に対する支援というスタンスでの地域支援ではなく、諸般の事情でなかなか札幌療育センターに受診できない家族と障害児に対するダイレクトな診察や障害告知、リハ指導など一歩踏み込んだ支援を求められてくるようになった。

以上が、コドモックル移行直前の札幌療育センターの抱える課題であった。

### 3) 機関統合直後の組織と役割の変化、生じた問題点

次に、機関統合されたことによる両施設の変化について述べる。

入院部門では、療育病棟と医療病棟の二棟となり、療育棟は定員が50名、乳幼児から18歳まで年齢幅の広い子どもたちの生活する場となった。この療育病棟に、旧小児センターに大量に滞留していた重症心身障害児が移動してきた。一時期は2歳までの乳幼児が療育病棟の1/4近くを占め全介助の乳児の介護や保育で、特に食事時間は大混乱状態となった。この経過が落ち着いてくると急性期の治療が終わり療育に移行するという流れだできてきた。一方で、これまでの入院児は減少し、短期間の検査や手術、リハビリ目的の入院が増え、時には発達障害児が病棟内を走り回るなどの現象も見られるようになってきた。

ニーズの多様化に対応するためには、重度・重複の乳幼児が多くいる中で動き回る学童児が同じ空間で生活することとなり生活上でのリスクは非常に高くなり看護師や保育士の仕事は厳しい現状であった。

統合されたことによって、NICUにリハビリがルーチンに関与することとなった。主としてPTが毎日、リハビリを行い、OT、時にはSTがDrと一緒に呼吸管理や摂食指導等にも関与することになった。機関統合によるメリットが生まれた。

外来部門では、18歳以降の障害児の受診、リハビリは基本的に終了し、他の診療機関（成人のリハビリも受けている民間の医療機関）への移行が顕著になった。医療の側での乳幼児から青年期までという整理は一見理に適った見解に思えるが、療育という視点から見たときには、年齢で療育が分断されることとなり懐疑の念を持たざるを得なかった。

専門支援事業、研修企画などは母子保健以外の研修は想定されていないことが統合後に判明し、事前協議などもなかったためにこれまでの事業は引き継がれると思いこんでいたなど統合後の事業に対する相互の認識の違いが明らかになってきた。

事務部門の統合化による人員削減、現業部門の民営化による費用削減等の合理化、小児保健センター側の滞留した入院ベッドの解消、新生児からの診療・治療にリハを導入（療育センターリハ部門の活用）、多科診療の実現などが挙げられる。が、一方で、事務部門の統合化による職員配置はほぼ半数となったが、業務量はこれまでの2倍など著しい過重労働となった。現業部門、ボイラー、給食が外部委託になりボイラー・調理員は、事務部門への業務変更・配置転換を求められた。数年間で馴れない業務のため離職していく職員も多かった。他方、栄養士など転換できない専門職員が同一職場で加配される結果ともなった。また、北海道が先駆的な役割が終了したとして道立もなみ学園や乳児院の民営化にともなって保育士、看護師などが加配されたが、これまでの業務内容との大幅な違いにセンター、移動した職員側の双方の戸惑いも大きかった。その結果、医療部門に過配された保育士を配置、外来診療（小児リハ）の子ども対応などこれまでの業務の範囲が広がりを見せているが、加配職員が定年などで消滅したとき

にどう対応するのかの議論は行われず見切り発車の状態であった。

経営収支面では、札幌療育センター時代は経常赤字が毎年3億円程度であったが、改組後は、両センターの赤字は23億円前後で道財政には大きな負担であった。

この赤字に対する組織の見直し、修正はなかなか進んでいない。赤字であっても、大きなニーズがありそれに応えるためには何が必要か、どこを整理してどこまで取り組むかなどの根本的な議論にいたらず目の前の事態に対処するだけで精一杯の状況であった。

札幌療育センターが北海道立子ども総合医療療育センターとなってすでに10年の歴史を持つにいたった。筆者は、2010年に当センターを退職し、これ以降のセンターの歴史的変化についての資料は不十分であり報告は現状に必ずしも則していないかもしれない。ここでは統合直後に生じた問題点について、入手できた資料を基にして、推察できる功罪、今後に残された課題について若干の考察を試みた。

## 参考文献

- 1 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター業務概要 1995～2003
- 2 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター30周年記念誌(1983)
- 3 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター50周年記念誌(2003)
- 4 北海道立総合子ども医療・療育センター年報 2011～2017
- 5 北海道肢体不自由療育史 小野宣子 日本肢体不自由児協会 1981
- 6 早期療育 北海道乳幼児療育研究会編 コレール社 1999.11.9



表5 北海道の療育史概要

| 西暦   | 年号       | 療育の変遷  | 札幌療育センターの沿革   | 医療・福祉施設の開設・改編                    | 学校新設・改編                  |
|------|----------|--|---|----------------------------------|--------------------------|
| 1951 | 昭和26     |  |   | 札幌整肢学院開設                         |                          |
| 1952 | 27       |  | 北海道整肢学院設置<br>初代院長 河野文一郎任命   |                                  |                          |
| 1953 | 28       |  | 整肢学院内琴似小・中学部分教室開設<br>定員 26名<br>定員 50名                             |                                  | 整肢学院内琴似小・中学部分教室開設        |
| 1954 |          |  |   |                                  |                          |
| 1955 |          |  |   |                                  |                          |
| 1956 |          |  |   |                                  |                          |
| 1957 |          |  | 定員 120名   |                                  |                          |
| 1958 |          |  |   |                                  |                          |
| 1959 |          |  |   |                                  |                          |
| 1960 |          | 夕張市にポリオ大発生                                       |   |                                  |                          |
| 1961 | 35<br>36 |  | 母子入院 20組入所開始 (定員 140名)<br>北海道立札幌整肢学院と改称                           |                                  | 北海道立真駒内養護学校開校            |
| 1962 | 37       |  |   | 旭川整肢学院開設<br>みかは整肢学園開設            |                          |
| 1964 | 39       |  | 北海道立札幌琴似養護学校開設<br>2代日院長 高橋武任命                                     |                                  | 北海道立真駒内養護学校高等部開設         |
| 1969 |          |  | 新校舎竣工   |                                  |                          |
| 1971 | 46       |  |   |                                  |                          |
| 1972 | 47       | 脳性麻痺児の母子入院が増加                                    | 札幌整肢学院改組し道立札幌肢体不自由児総合療育センター開設・併設<br>北海道立手稲養護学校開校<br>眼科開設<br>麻酔科開設 |                                  | 札幌市立美香保小特殊学級・福祉学級つぼみ学級開設 |
| 1973 | 48       | ボハースアプローチ第一回講習会開始                                |   |                                  |                          |
| 1974 | 49       |  |   |                                  |                          |
| 1975 | 50       | ボイタ法講習会開始  |   | ひまわり整肢学園開設<br>北海道立肢体不自由者訓練センター開設 |                          |
| 1978 | 53       |  |   |                                  |                          |
| 1979 | 54       | 早期発見・早期療育スタート<br>札幌でボイタ法講習会実施<br>教育義務化(全員就学)スタート |   | 札幌市立母子訓練センター開設<br>北海道立福祉村(栗沢)建設  |                          |
| 1980 | 55       |  | 新訓練棟増築(外来訓練室用新増築)   | サウンドアンドンボルズ オーストラリアから紹介 広川律子     |                          |
| 1981 | 56       | 国際障害者年10年の開始                                     |   |                                  |                          |
| 1982 | 57       |  | 庶務課医事係新設  |                                  |                          |

|      |      |  |  |                            |
|------|------|--|--|----------------------------|
| 1983 | 58   |  | 北海道立更生相談所改組、身体障害者リハビリテーションセンター併設               | 札幌市立山の手養護学校「つぼみ小学部・中学部」に改編 |
| 1984 | 59   |  | 重度病棟、訓練病棟、母子棟増築                                |                            |
| 1987 | 62   |  | 耳鼻咽喉科開設  |                            |
| 1989 | 64   |  | 北海道早期療育事業開始                                    | 市立山の手養護学校「つぼみ小学部・中学部」高等部新設 |
| 1990 | 平成 2 |  |  |                            |
| 1991 | 3    |  | 精神科開設  | 市立豊成養護学校小学部・中学部・高等部新設      |
| 1992 | 4    |  |  |                            |
| 1993 |      |  | 機能訓練係を訓練科に改組(理学療法係、作業療法係、言語療法係)<br>三代目院長 津川敏任命 |                            |
| 1998 | 10   |  |  |                            |
| 2001 | 13   |  |  |                            |
| 2002 | 14   |  |  |                            |
| 2003 | 15   |  | 北海道障害者基本計画                                     | 札幌市立北翔養護学校(中学部・高等部)開校      |
| 2005 | 17   |  | 措置から契約へ  |                            |
| 2006 | 18   |  | 支援費制度発足  |                            |
| 2007 | 19   |  | 障害者自立支援法施行                                     | 手稲特別支援学校通級一部開設             |
| 2008 | 20   |  |  |                            |
| 2009 | 21   |  |  |                            |
| 2010 | 22   |  |  |                            |
| 2011 | 23   |  | 障害者基本法改正                                       |                            |
| 2012 | 24   |  | 障害者自立支援法改正                                     |                            |
| 2013 | 25   |  |  |                            |
| 2014 | 26   |  |  |                            |
| 2015 | 27   |  |  |                            |
| 2016 | 28   |  |  |                            |

## 資料 早期療育システムと中核的施設 (札幌療育センター)

鈴木真知子  
前コドモックル副センター長 松山敏勝先生の講義録より許可を得て鈴木が抜粋。

## 北海道の障がい児支援事業 (早期療育システム療育圏)

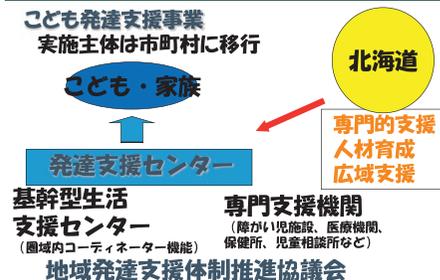


(高子幸一・伊藤剛博編集代表：「早期療育—北海道システムの構築と実践：コレール社出版 1999) )

## 北海道の早期療育事業の理念

- 1)どこに地域に住んでいても同じサービスが受けられる **地域性**
- 2)障がい特性に対する専門性の高い取り組み **専門性**
- 3)チームアプローチと継続性 **一貫性**
- 4)成長、発達に応じた支援 **継続性**

## 北海道障がい児早期療育事業から 「こども発達支援事業」への移行 (H17年-)



## 北海道の地域社会での療育の今後の問題と課題

- 1) 地域性  
(課題) 地域での医療システムの崩壊の影響  
専門支援協力機関の偏在、職種の偏在性  
発達支援センターの格差
- 2) 総合性  
(課題) 障がい別専門性への対応  
障がい重複化への対応
- 3) 一貫性  
(課題) センター、地域の医療機関、地域関係機関との連携
- 4) 継続性  
(課題) 児・者対応