

学校体育と Rehabilitation

小 倉 清

はじめに

1. Rehabilitation の意味
2. Rehabilitation の定義
3. Rehabilitation の分類
4. Rehabilitation の内容

5. Rehabilitation の必要性和在り方
6. 身体障害者の範囲、原因別分類
7. 身体障害者の実態
8. 教育の場における Rehabilitation
9. 正しい姿勢と身体的固癖の予防矯正

は じ め に

新聞、雑誌面のそこここに“Rehabilitation,, という文字が見受けられるようになったのは比較的近年のことである。医療、保健、特殊教育の領域で働く人々は別として、一般人には“Rehabilitation,, としかかれても、おそらく何のことだかまごつく者も多いに違いない。医療関係の専門分野ですら、“Rehabilitation,, に関する研究が共同の場で進められるようになってまだ日も浅い。

これは衆知の如く“社会復帰,, を意味する言葉である。各種のハンディキャップをもつ障害者が、治療、指導、訓練、教育を通じて、障害を除去、あるいは軽減されて社会生活に再び復帰することである。人間の障害の問題やその故にひきおこされるハンディキャップの諸問題が、社会生活の中でとり上げられるべきことはむしろ当然のことである。

昔から日本には「アフタケア」というものがあった。これは治療の段階を終えた者が、世の中に出るまでの間の措置として、何か技術の修得を主眼としたものであった。すなわち病後の体の調節、管理を用心して行ないながら「社会復帰」の準備をすることであった。主として結核療養所などで、長期療養者が健康回復にいたる間に失った職業を別の形で習得して社会にもどるウォーミングアップのように扱われていたものである。また、戦後は「更生医学」という言葉が生まれ身体障害者関係などに正式に出てくるが、この言葉からはそのまま「身体障害者」が連想されるのであって、いわゆる Rehabilitation の内容からみれば、その一部に関するものと考えられる。

したがって「アフタケア」にしても、「更生医学」にしても“Rehabilitation,, とイコールではない。リハビリテーションは唯、「後始末」的なものではなくて、もっと

医療そのものの範囲の中に相当入り込んだ概念であると考えられているので、その意味では患者の状態によっては、入院したときからリハビリテーションははじまり、その処置がとられなくてはならないものがあると思われるわけである。

1. Rehabilitation の意味

前にもふれたように Rehabilitation は「社会復帰」、あるいは「第三の医学」ともいわれる。各種のハンディキャップをもつ障害者が治療、指導、訓練、教育を通じて障害を除去、あるいは軽減されて社会生活に再び復帰することである。

戦傷、交通事故、脳卒中、小児麻痺の後遺症に悩む者や精神病、結核などが治癒したものに最大限の肉体的、社会的、職業的、経済的な能力を回復させることを目的とする医学、心身の機能回復をはかる医学的面と機能に応じた職業指導を施す職業的な面の二つがある。

医学の活動を健康の増進、疾病の予防、治療、リハビリテーションに区分すると、リハビリテーションの分野は欧米においても20世紀(1918年)になってから発達したものである。わが国においてもこの分野における研究が著しく立おくれを示していることはいなみ難い事実である。その理由として種々と考えられるが、その一つは身体障害者に対する雇傭の門戸が狭く、障害者は世話すべきもの、保護してやるべきものという考えが一般的で、これに適切な職場を与えるということが身体障害者の人格を尊重する道であるという考えが行きわたっていないためではないかと考えられる。

注 リハビリテーション [Rehabilitation]→体育大辞典1608頁

(社会復帰或は第三の医学ともいう。戦傷、交通事故、脳卒中、小児まひの後遺症に悩む者や、精神病、癲病、結核などが治癒した者に最大限の肉体的、社会的、職業的、経済な能力を回復させることを目的とする医学。心身の機能回復を計る純医学的な面と機能に応じた職業指導などを施す職業的な面とがある。前者に対して理学療法師(P.T.)、後者に対して作業療法師(O.T.)という専門の技術者が養成されている。

太平洋地域の各国は「汎太平洋 リハビリテーション会議」を組織し、1958年以来——第1回(1958年)シドニー、第2回(1962年)マニラ、第3回(1965年)東京の会議における——関係者の体験、新技術などの報告を通じて、水準の向上を計っている。

第3回大会には、スイス、スウェーデンなどの西欧諸国も参加し、26カ国約800人に及んだ。

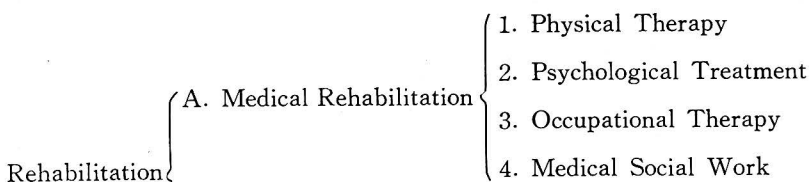
2. Rehabilitation の定義

Rehabilitation は語原的には復権、復職、回復、復興 という意味があるようであるが、第一次大戦後は負傷者に対する回復処置に対して呼ぶようになったといえよう。わが国ではそれに対して、更生指導、回復（訓練）指導といわれているが必ずしも一定しているとはいえない。したがって ‘Rehabilitation,’ をそのまま用いる方が誤解がないと思われる。

アメリカにおける Rehabilitation の第一人者であると自他共に許している Henry, K. Kessler は次のように定義している。すなわち「Rehabilitation は大きく分けて二つの意味があり、一つは純医学的立場からのもので障害者に対して、外科的治療および理学療法をはじめ全科の総力をあげて受傷以前の状態に戻すようにする努力の過程をいうものであり、また広義には全医学的処置も含めその終了したものに対して、社会全体の能力をあげて、身体的に精神的にまた職業的に経済的に独立させる広範な過程というものである。」と述べている。すなわち医学の対象は、人間のすべてであり、治療が終って事たれりとせず、さらに病床から職場まで一人の社会人として立派に役立つまで医師の責任であるとし、1948年WHO委員会報告によると第一の医学がいわゆる保健であり、第二は予防医学、次いで現在行なわれている治療医学は第三の医学であり、リハビリテーションは第四の医学（The 4th phase of Medicine）として登場した訳である。

3. Rehabilitation の分類

前にものべたようにリハビリテーションは、障害の発見、受傷と同時に始まり、しかも一人前の社会人として立派に社会に貢献するようになるまで続くものであるから、ただ医療にたずさわる者のみならず社会全般にわたって関係のあるものでまさに各専門家のチーム・ワークによるところの total approach でなければならない。したがって Rehabilitation の内容も多岐にわたるものであるが分類すると以下のようになる。



B. Vocational Rehabilitation	1. Vocational Training
	2. Vocational Council
	3. Placement
	4. Follow up

表のうちA項に属するものは本来ならば病院内に Medical Rehabilitation Centre として附属すべき性質のものといえよう。Bに属する Vocational Rehabilitation は、社会福祉的性質のものであるが、両者は常に密接な関係を保たねばならない。

4. Rehabilitation の内容

リハビリテーションの精神は、まず、障害者を一個の人間として尊重するところから始まる。障害の有無を問わず人間が一個の人格としてその価値を認められるとき、障害者も正常者と等しく社会生活を営む人間の権利をもち、何らかの方法を通して助力され、援助されなければならない。

このような発想にもとづき、障害者の「必要」に応じて、人間として「社会生活」に参加するのを助ける仕事こそ “Rehabilitation,, といわれるものである。

障害者が“社会生活,,に復帰するには、第一にその障害を除去または軽減するよう援助されなければならない。第二に障害の除去、軽減の程度、状況に応じて社会生活への適応を配慮し、助力する必要がある。

第一の点については、広く、ハンディキャップの本態を総合的に把握、診断することにより、関係する諸分野のあらゆる知識、技術が統合され、組織化され、活用されることが必須のものとなる。

したがって、治療、指導、訓練、教育といった広範な専門分野の人間が密接な連繋のもとにチーム・ワークをすすめることなしにその実現はのぞめない。

第二の点に関しては社会生活への適応の問題があるから、更に社会全般に関係する領域は広範となり、およそ社会、経済問題から教育心理問題に亘って、人間関係がその中軸となり、ここでも同様に専門分野のチーム・ワークが前提となる。精薄、ろう盲、大脳疾患など障害の除去が困難な種類の障害では、残された障害の程度に応じて社会生活への適応問題が考慮されなければならないから、社会生活参加のためになされる職業教育、雇用促進、生活保障といった諸問題がおこっている。そのためカウンセリング、職業相談、補導問題も同時に必要となってくる。

5. Rehabilitation の必要性とあり方

Dacso 教授 (1954年) は「病気や障害を癒すものではない。障害のある人間が社会によって有用性のある生活を与えることである。リハビリテーションは整形外科の後療法でもなく、また職業訓練でもなく、別のカテゴリーである」と述べ、Rusk 教授も「リハビリテーションとは病床と職場とを結ぶかけ橋で、身体に障害を有するものに残った力を最大限に発揮させて、健康人に最も近い生活と仕事を与えることである」といっている。

一般に身体障害者は心理的にも異常状態を示しており、そのまま放置すると性格的にも暗く、また消極的となり、1ヶ年以上も経過するとこのままの性格になる。またこの性格は疼痛発現の問題にも関連してくる。すなわちリハビリテーションに当っては、機能回復と同時に心理面、疼痛面の治療も行なうことが大切である。

われわれの日常生活をふり返って見るに多くは条件反射の積み重ねにより、構成されている。この条件反射による日常生活動作が一応完成された成人が障害をうけ、身体障害者となった場合とではこの条件反射が未だ完成する前、あるいはその完成途上に障害をうけた小児の場合とでは、そのリハビリテーションのあり方が本質的に全く違ってくる。例えば脳卒中のリハビリテーションと脳性小児麻痺のリハビリテーションとではそのあり方は全く異っており、後者の方のリハビリテーション（むしろハビリテーション）がはるかに困難である。

又、患者を長期臥床放置しておくとも四肢は漸次屈曲位をとるが、この際もし疼痛を伴う場合にはさらにこれに拍車をかけ、変形、拘縮を早急に引き起こすと共に、一方脳中枢は末梢の刺激を絶えずキャッチしていなければ、それに対応する中枢神経系の領域での映像は漸次うすくなってくる。これらのことから四肢の麻痺を来たした場合、その麻痺の程度に応じて、それぞれ他動、介助、自動、抗抗運動などの必要なことがでてくる。これと同時に肢体の不自由が起った場合、残存能力の総動員と再調整が当然必要となるわけで、患側のみにとらわれ、残存肢の筋力はじめ各機能を低下させてはならない。また患肢にはその程度に応じてよく適合した装具を与えることも大切である。従って患肢の機能回復と共に健肢をも含めた全身の機能回復訓練が必要になってくる。次に人の行動はその人の意志によって行なわれているので、これらの訓練に当っては本人の自主性により行なわせることが大切で、当然心理治療を含む機能訓練が大切となる。なお、リハビリテーションは当然発病あるいは発症と同時に早期より開始されなければならない。

一方これら機能訓練には疼痛面も考慮に入れた上での物理療法、温熱療法、水治療法などを行なうことが大切である。

最後に最も大切なことはリハビリテーションの終わった後、本人が精神的にも肉体的にも安心して社会復帰できるような社会保障の問題を含めた社会の受け入れ態勢が十分であることである。

6. 身体障害者の範囲、原因別分類

身体障害者の範囲は身体的、精神的、社会的、経済的に不安定な状態にあるすべての人々を含む、従ってリハビリテーションは、あらゆる原因による身体障害者に機会均等に保障がなされなければならない。

身体障害者の原因別分類

1) 外 傷

四肢切断、四肢の傷害、頭部、顔面、頸、軀幹の傷害、脊柱の傷害。

2) 運動器の疾患

関節炎、リウマチ、その他関節の疾患、骨結核、骨軟化症その他骨疾患、進行性筋ジストロフィー症

3) 神経系の疾患

進行性筋萎縮症（神経症）、筋萎縮性側索硬化症、その他の神経筋疾患。

末梢性神経麻痺、その他末梢神経の疾患。

脳卒中、片麻痺、パーキンソニスム、ポリオ、脳性麻痺、らいによる神経麻痺及び四肢の変形。

4) 精神障害

精神症（分裂症、躁うつ病、てんかんなど）

精神薄弱、性格異常、神経症

5) その他の疾患、呼吸器、循環器の疾患

6) 先天性奇形

7) 聴覚障害

8) 視覚障害

9) 言語障害

7. 身体障害者の実態

身体障害者は、視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者などの外部障害者と、呼吸

器、心臓などの機能に障害をもつ内部障害者にとに区分される。前者については、身体障害者福祉対策が制度的にとりあげられ、昭和26年以来、大体、5年毎に全国的な調査が行なわれている。

昭和40年8月に調査が実施された結果に基づき、18才以上の身体障害者について、昭和43年版の厚生白書からその実態を述べてみたい。

① 身体障害者数

18才以上の身体障害者の総数は、精神障害者および内部障害者を除き104万8千、人口千人に対し15.7人の身体障害者が存在すると推計されている。これら障害者について主たる障害の種類別にその内訳をみると表1のとおりであって、肢体不自由者が61万人で半数以上をしめており、視覚障害者は23万4千人で22.3%、聴覚障害者は20万4千人で19.5%をしめている。

年令階級別にみた身体障害者の状況は、表2のとおりで、20～39才が17.6%、40～59才が36.9%、60才以上が44%であって、年令が高くなるにしたがって身体障害者のしめる割合も高く、60才以上の身体障害者が半数近くに達している。また身体障害者の出現率も年令階級別に比較すると70才以上の身体障害は人口千人に対し、63.9人、60～69才は38.9人と高年令階級における出現率は、全体の出現率15.7人の2倍～4倍の高率をしめており、老令身体障害者の多いことが裏付けされている。

表 1 障害の種類別身体障害者数

昭和40年8月1日現在

	全 国 推 計 数	人 口 千 対	構 成 比
総 数	千人 1,048	15.7	100.0%
視 覚 障 害	234	3.5	22.3
聴 覚 障 害	204	3.1	19.5
聴 覚 障 害	178		17.1
平 衡 機 障 害 音	7		0.6
声 言 語 機 能 障 害	19		1.8
肢 体 不 自 由	610	9.2	58.2
上 肢 切 断	40		3.8
上 肢 機 能 障 害	121		11.6
下 肢 切 断	32		3.0
下 肢 機 能 障 害	283		27.0
体 幹 機 能 障 害	134		12.8

資料 厚生省「身体障害者実態調査」昭和40年

表 2 年令階級別身体障害者数

昭和40年 8 月 1 日現在

	全 国 推 計 数	構 成 割 合	人 口 千 対 率
総 数	千人 1,048	% 100.0	人 15.7
18歳 ～ 19歳	15	1.4	3.9
20 ～ 29	73	6.9	4.1
30 ～ 39	112	10.7	7.1
40 ～ 49	172	16.4	15.8
50 ～ 59	215	20.5	24.8
60 ～ 69	230	22.0	38.9
70 ～	231	22.0	38.9

資料 厚生省「身体障害者実態調査」(昭和40年)

又少し、資料は古くなるが厚生省社会局が昭和 35 年に行なった実態調査によっても、身体障害者福祉法の 6 級以上のもの（児童を含む）が全国推計にして 949,000 人となっており、人口 1,000 人に対して 10.2 人の「身体障害者」がいることになっている。

障害種類別では肢体不自由者の 59.7% が最も多く、視覚障害者の 23.2% がこれについてでいる。これら身体障害者の原因となったものは、結核以外の疾病トラコーマ、緑内障、中耳炎、カリエス、関節炎、脳性麻痺、ポリオ、脳疾患後遺症など）によるものが 43.2%、ついでその他の原因（原因不明、業務外事故など）によるものが 18.5%、先天的疾患によるものが 16.8%、業務上の災害によるものが 8.1%、交通事故に

表 3 障害の種類別介護の状況

昭和40年 8 月 1 日現在

	昭 和 40 年 調 査		昭 和 35 年 調 査	
	実 数	構 成 割 合	実 数	構 成 割 合
総 数	千人 1,048	% 100.0	千人 829	% 100.0
先 天 的 障 害	109	10.4	107	12.9
疾 病	622	59.4	399	48.1
戦 傷 病、戦 災	59	5.6	66	7.9
業 務 上 災 害	90	8.6	77	9.3
交 通 事 故	33	3.2	19	2.3
そ の 他 の 事 故	80	7.6	160	2.3
そ の 他	55	5.2		19.5

資料 厚生省「身体障害者実態調査」(昭和40年)

よるものが2.4%などとなっている。

②身体障害の原因

身体障害者の原因を昭和40年の厚生白書よりみると表3のとおりであって、先天的障害によるものが10万9千人で10.4%、疾病、業務上の災害、交通事故等後天的原因によるものは93万9千人で89.6%となっている。

また「身体障害者」の原因別にその発生年次を調べたところ、旧軍人等の公務災害によるものを除くと、交通事故によるものおよび結核以外の疾病にもとづく「身体障害者」の増加が注目される。交通災害発生件数は30年の9万件より38年には53万件に増加を見ており、年平均24%の恐るべき増加を来している。

③ 身体障害者庇護の現状

身体障害者で障害のために庇護を必要とする者は、30万3千人で全体の28.9%である。庇護を要する者のうち、現に家族または他人の庇護を受けている者は、27万5千人で、残り2万8千人の者は庇護が必要であるにもかかわらず適当な庇護がない状態におかれているといえる。

表 4 障害原因別身体障害者数

	総 数		視 覚 障 害	聴 覚 障 害	肢体不自由
総 数	千人	%	%	%	%
要 介 護 者 家 族	1,048	100.0	23.4	20.4	61.0
そ の 他	262	25.0	36.3	10.7	25.4
必 要 だ が い な い	13	1.3	1.8	0.6	1.3
介 護 不 要 者	28	2.6	4.1	2.4	2.1
	745	71.1	57.8	86.3	71.2

資料 厚生省「身体障害者実態調査」(昭和40年)

④ 「身体障害者」の就学および就業状況

就学猶予になっているものが若干含まれているが、約17%は不就学である〔昭和35年度調べ〕。これらの身体障害者で就業年齢15才以上のものでみると、就業している者は約46%で、他は就業していない。就業者の従業上の地位を見ると農業、販売、あんななどの自営業が半数を占め、一般国民に比較して常用雇用者の数は著しく少ない。

また就業しない者についてその理由を調べてみると、就業したくとも身体上の欠陥のため就業することができないという者が69%と最も多く、次いで修学中であるためとか、高年齢であるとか、家事業務に携っているためとかの理由によって就業する必要のないものが18.7%を占めている。なお、生活保護法による保護を受けている状況

をみると7.5%の者が被保護者となっており、その中では視聴覚障害者が最も多い。

⑤ リハビリテーション医療需要状況

厚生省が昭和38年6月に行なったリハビリテーション医療需要調査によると、身体に障害があるため日常生活にさしさわりのある者の数は全国推計にして253万で、人口1,000人対24.1人の身体障害者がいることになる。また身体障害者のいる世帯は調査世帯の10.9%である。

身体障害者の年齢別分布は高年齢に多く、女より男子に多い。18才未満は全国推計にして14万7千人である。

身体障害の原因となっている主な疾病では、高血圧、動脈硬化症が最も多く、腰神経痛、結核、卒中、先天性疾患などがこれに次いでいる。

調査で判明した身体障害者の約2割について医師による精密調査を行なったところ、Medical Rehabilitation (M. R.) を必要とするものは約1/3であった。その他はM. R. が無効、または他の理由によって不必要と判定された。必要とするものの約7割は家庭における訓練で十分と判定されたが、残り3割は特定の施設に収容してM. R. を受けることにより能力の改善の見込あるものである。これにより推計すると特定施設に収容してM. R. を受ける必要のある者は全国で約25万である。

⑥ 諸外国との比較

リハビリテーション・サービスが最も進歩していると思われる国の一つと考えられている英国における身体障害者（登録該当者は“6ヶ月以上継続する疾病または負傷で雇用上のハンディキャップを有する人々”，であり、わが国の統計と比較することは適当でない点もある。）は、1960年4月現在で691,724名で労働力人口、1,000人につき14.8人の身体障害者（労働力人口のみ）がいることになる。ここで注目すべきは身体障害者の39.4%は結核その他の内科的疾患によるもので、4.3%は精神障害に原因するものである。しかもその失業率は外科的身体障害者5.4%、内科的身体障害者10.0%、精神障害者17.3%、その他6.5%全体として7.9%でわが国の場合に比較して著しく低率である。

米国においては Vocational Rehabilitation (V.R.) を必要とする身体障害者は215万（人口千対12.4）と推計され、その内88%は動脈硬化、心臓疾患、脳疾患、ポリオ、結核、精神病、多発性硬化症、パーキンソン病、てんかん、糖尿病、癌、脳性痲痺、関節炎などの慢性疾患が原因であり、業務上災害5%、家庭内、交通その他の事故5%、先天性のもの2%となっている。

1960年には身体障害者のうち88,300人が有益な職業に更生しており、この数は1959年

に比較して9%の増加を示している。

⑦ 雇 用 状 況

わが国の「身体障害者」の就業率は46%で諸外国に比較して低率である。

身体障害者雇用促進法によれば、国や地方公共団体、国鉄、電電、専売の三公社では非現業の職場では1.5%、現業の職場では1.4%、公庫や公団などの特殊法人でも現業的な事業所では1.3%、事務的な事業所で1.5%、民間事業では、従業員100人以上の規模では現場的な事業所で1.1%、事務的事业所で1.3%までは身体障害者を雇用するよう義務づけている。

⑧ 身体障害者の V. R. の現状

身体障害者の数に比較すると不十分で、身体障害者でなければ従事できない職業の指定、事業主の理解を高めることなどによって職場を開拓するとともに、M. R. と平行して推進すべきである。

近年わが国は経済の高度成長に伴なって労働の需要は、(1)新規学校卒業者は4～5倍の求人超過、(2)学卒を除く一般労働市場も高年層の就職難は存在するが全体を平均してみれば約二倍に近い求人超過。(3)農業から非農業への雇用供給源は殆んど涸渇。(4)家事従事者の婦人を労働力化するにはまだ時間がかかる実情であり、労働力不足は深刻である。この時に当って身体障害者を労働戦線に復帰させる V. R. は、経済的にも極めて意義深い。

8. 教育の場における Rehabilitation

リハビリテーションにおいて、教育が重要な一分野をにない、医療と密接不可分な関係をもっていることはいうまでもない。「療育」とか、「治療教育」とか、教育的言葉で表現される領域はこれを意味している。これらは主として第一の点の障害の除去や軽減に関連して、教育の機能が治療ないし医療との関連において重要な役割を果たしていることを示している。更に第二点の社会生活への適応のためには、職業教育、職業相談、カウンセリング、労働管理など、すべて教育の機能と緊密な関係の下にある。このようにリハビリテーションのあらゆる領域において、教育はその基本的役割を占めている。

① 肢体不自由児の教育

盲、ろうの場合と比較して、肢体不自由児は除去、軽減、すなわち医療にかなり期待がかけられるという相違をもっている。障害の改善には通常、医療に相当長い年月を必要とするので、医療と教育とを平行していかないと教育の時期（機会）を失うと

いう問題をもつ。つまり療育が必要である。

② 精神薄弱児の教育

普通児の教育が教科学習に重点がおかれる代りに、精薄児は職業面での指導や人格的適応の問題に強調点がおかれなければならない。読、書、算といった教科の学習は、知能が低いため期待できないけれども、社会に対する適応性(適応行動)、単純な手仕事の熟練をうることは可能であるからである。つまり、精薄児の教育内容は、職業的自立、社会的協調性、個人的安定の三点に重点がおかれなければならない。

③ 盲、弱視児の教育

基本的には普通児と同じ目標をもち、個人として幸福な、社会人として独立した人間形成を目指すところにある。ただ視覚をめぐる器質的、機能的欠陥に対処することが必要であり、それによっておこり易い人格的適応や精神衛生上の諸問題が十分考慮されなければならない。

④ ろう児の教育

言語教育は、出来るだけ早く始め、3、4才から学校教育、1、2才から両親のための教育が必要である。

⑤ 言語障害児の教育

特殊教育の中でも最もおこなわれている分野で、言語障害児教育に関する法令、公文書としては、昭和37年10月に出された“通達”だけで、「言語治療」に対する特別な法的処置も現在のところないといった有様である。

⑥ 身体虚弱者とリハビリテーション

身体虚弱児——delicate child——

身体が虚弱ではあるが著しい病変の認められない者、一般に疾病者という。結核、循環器機能障害、貧血者、神経衰弱、栄養障害、佝僂病、慢性腎臓炎、異常体質者、重症疾病回復期にあるもの等がこの虚弱者の範ちゅうに入る。これら虚弱者および姿勢のとくに悪い者、四肢の弱い者などを対象として保健体育科の教科の中で行なうリハビリテーションこそ「矯正体育」ということが出来よう。

〔注〕 矯正体操→医療体操の一部。ドイツでいわれる Ausgleich—gymnastik (補償体操) は、生活法や作業法から生ずる欠陥を除去する体操の意味で、日本語の矯正体操はそれの中に含まれるが、この語は主として姿勢矯正としばしば同義に用いられる。(体育大辞典)

学校という、一応医学的には健康者と見なされる集いの中で、健康人と病人との中間にあり、常に何れの領域からの恩恵にも浴さずに放置されている現状を、われわれは今こそ認めなければならない。そしてここに虚弱者のリハビリテーションとして、

体育の学問的使命として、矯正体育の必要をつよく感ずるのである。

リハビリテーションは、主として一定を施設を持ったしかも医師法に基づく診断によるものである。そこには、例えば義務教育過程の中にある者に対する場合、休学をして治療する必要が生ずるが、矯正体育では、学校体育の中の特殊クラスであって、中でも重い欠陥の者を集めて、特殊学級を設置し、教育を実施しながら、矯正してゆく道をとるのが普通である。この実施にあたっては、現在の教育の枠から考えれば保健体育科目がその任にあたるしかない。中でも保健室を強化して（人的にもまた設備の面でも）担うべきであろう。そして全児童、生徒、学生の中から、矯正体育の対象となる者を抽出して、特別体育クラスをつくり、これに個別的指導を供与しなければならない。

9. 正しい姿勢と身体的固癖の予防矯正

① 正しい姿勢

人間の姿勢を形成する最も重要な要素は骨と筋肉である。200個余りの大きささまざまな骨が靱帯や筋肉によって、しっかりと組立てられ、姿勢の基礎ができあがるのである。したがって正常に発育発達した骨と筋肉なくしては正しい均勢とれた姿勢はあり得ない。

四肢の骨の何れに異常があっても、また左右不均衡に発育した筋肉が肢体いずれの部にあっても正しい姿勢は形成されないのである。

骨や筋肉の正常な発達を促進するに十分な栄養をとり、またその発育を適度に刺激する運動を行なうことが均勢のとれた、美しい、正しい姿勢を形成する基礎的条件である。

骨と筋肉が正しい姿勢形成の基礎的条件であるが、それだけで正しい姿勢が形成され保持されるものではなく、これには筋肉の働きを支配する神経系統の作用があづかって力がある。筋肉と神経との密接不離の協調作用があってはじめて正しい姿勢が保持される。したがって筋肉と神経との協調運動がいつも円滑に行なわれるように訓練することが大切である。この協調作用がはじめの間は意識的に行なわれるにしても、次第に無意識のうちにに行なわれるようになることがのぞましい。そのためには先づ正しい姿勢を保持しようとする意志とその意志に基づく訓練が必要である。

正しい姿勢とは一体、いかなる姿勢を意味するものであるかについてはまだ問題点が残っており、必ずしも一致はしていない。また立位、坐位においてもまた動作中

においてもそれぞれ正しい姿勢があるのであって、ただたんに正しい姿勢といっても問題の焦点はぼけるわけである。普通、われわれが正しい姿勢という場合には立位や、坐位における正しい姿勢を意味することが多い。

正しい姿勢に関連して最も大きな意義をしめるものは胸郭と脊柱である。胸郭には鳩胸、ロート胸、扁平胸などいろいろの異常胸郭があるが、このような異常のあることは正しい姿勢の資格の一つを欠くものである。同じように脊柱が正常な形態を保つことができないで異常彎曲を示し、平背、円背、亀背、側彎などにおちいつているのも正しい姿勢の資格を欠くものといえる。

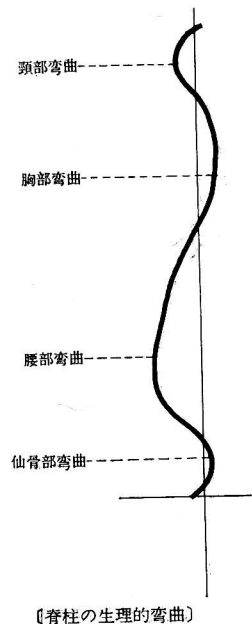
正しい姿勢を保つさいに最も重要なことは脊柱を正しく保つことである。脊柱はこれを側方からみると頸部において前彎を生じ、胸部において後彎を生じ、さらに腰部において前彎を生じている。これを生理的彎曲とよんでいる。また左右いづれにも彎屈することはない。このような生理的彎曲の状態において左右いづれにも側彎を生じることなく脊柱を保つことが正しい姿勢の第一条件なのである。この脊柱の保ちかたが正しい立位、坐位いづれの姿勢においても基礎になるものである。

立位における正しい姿勢はこれを側方からみると耳、肩、側臀部の中心及び踝を結ぶ線が一線をなしており、脊柱は生理的彎曲を保ち、骨盤は真直に保たれ、足、膝は前方にむき、胸は極端に張らず、腹部は力を抜いてしかも平になっている。肩は後に引くよりも自然に胸の上に落すべきで、身の位置は全身長を伸ばした感じをもつのがよい。体重は踵の上にあり、頭はやや垂直位に胴体の上にあるようにし、あごは軽く引き気味になっていることがのぞましい。

坐位における正しい姿勢は胴体と頭部とを直立位にあるように保たせ、体の重心が骨盤にあるようにし、臀部と膝とは直角に保つことが大切である。

正しい姿勢は静止時のみならず、動作時においても保持されなければならない。正しい姿勢はギリシヤの彫刻に例を求めるまでもなく姿勢美をもたらして、みる人に健康美とうるおいの感情をいだかせるだけでなく、健康そのものにも好ましい影響を与え、内臓諸器の機能を円滑に営ましめるものなのである。

② 不良姿勢と矯正運動



正しい姿勢について立位、坐位それぞれ論ぜられているように不良姿勢についても立位、坐位それぞれについて論ぜられている。不良姿勢の中心問題は脊柱に有する。脊柱の生理的彎曲が保持されている限り不良姿勢は殆んど考えられないものである。

立位における不良姿勢は側面から観察するとき最もよく理解される。頭部と上体と真直ぐに保たれず、頭部が前方に傾きおちている感じがし、それに伴って下顎骨が前下方に突き出している。肩は前下方に傾いて丸味を帯び頸部の脊柱の彎曲度が増して、いわゆる「円背」をなしている。その結果胸部は沈降し、胸部の彎曲度も異常に大きくなり、ますます円背の傾向を高めている。腰部の彎曲度も異常に大きくなり、腹部も弛緩して沈下し突き出している。膝の関節もゆるみ、やや前方におり曲げられた恰好になり、全体としての姿勢に緊張がみられず、なんとなく「だらしない感じ」を与えている。

坐位の不良姿勢の典型的なものは脊柱側彎症である。体を側方にねじつけて読書をしたり、作業したりしていると生ずるもので脊柱が左、右いづれか側方に適度に彎曲するものである。

不良姿勢の原因については身体的条件と環境的条件とを挙げることができる。身体的条件としては筋肉の發育不全、骨の發育不全、近視、弱視などの視力障害、身体各部における不具奇型、栄養障害や運動不足、過重労働などがあげられる。

したがって虚弱者、病弱者、視力障害者、運動忌否者、過重労働者などに不良姿勢者を多く発見することができる。

環境的条件としては身体に合わない衣服、身長に適合しない机、椅子、ハイヒール、小さすぎる靴、不自然な姿勢で従事しなければならない作業、照明不十分な作業場での作業、重い物を運搬する作業従事などがあげられる。したがって坐位従業者や農夫、運送人などに不良姿勢者が多くみられる。また不良姿勢は老人現象としての脊柱彎曲の異常化によっても起る。しかしこの老人性の腰曲り症も青壮年時代の不自然な姿勢による作業に原因することが多い。

また背の高すぎる人が常に前かがみで行動するため円背になることがある。

以上のように不良姿勢の原因についてはいと指摘することができるのであるが、それにしても不良姿勢の根本の原因として当該個人の不注意をあげなければならない。不良姿勢は良い姿勢をとることに對する注意の不足が原因なのである。たとえ前記のような不良姿勢の原因をもっていたとしても、絶えず注意を払い、これを予防するような対策をとっておれば相当程度防止することができるのである。その意味で健康生活のためにいかに正しい姿勢が大切であるか。また不良姿勢が健康にどんな悪影

響を与えるものであるかをよく理解しておく必要がある。

不良姿勢の健康に及ぼす具体的障害としては腹部を圧迫して消化器の機能の正常な活動を制限し、食欲不振、便秘及び頭痛、不快感などの諸症状を起させる。また胸部を圧迫して循環障害を起すこともある。さらに脊柱の異常彎曲の結果背中の疼痛、胸部の疼痛なども起り、疲労を誘発し、全体としての動作の活発性が失われてくる。外見上も不良姿勢はかんばしいものではない。男性は男性美を欠き、女性は女性としての姿勢美を欠くようになり、作業能力や運動能力も減退し、自然運動から遠ざかる結果、精神的にも陰うつ味を帯び孤独的におちいり易くなる。

不良姿勢を予防するには十分な栄養食とともに筋骨の発達を刺激する適度の運動を行ない、肢体の健全な発達を計ることである。また不自然な姿勢での作業をさけることも大切である。即ち上述したように不良姿勢の原因となる衣服、靴、机、椅子など一切の環境的条件を排除することである。それとともに常に心の中に不良姿勢をさけ、正しい姿勢をとり続けようとする心構えをもつことである。この心構えが極めて大切であり、不良姿勢の防止の出発点である。

不良姿勢の予防、矯正

不良姿勢を予防矯正する具体的方法としては矯正運動がある。例えば腰曲り症を防止するには体の後屈運動を行なうとか、円背を防止するには腕の側開、胸の伸展、体の後屈などを毎日、とくに作業後行なうことが有効である。これらの予防矯正運動は毎日継続的に行なうところに効果の現われるものであって、断片的に行なっても効果は期待されるものではない。

③ 固癖の原因とその予防矯正

身体的発育や発達を阻害するような条件が長期間にわたって継続的に与えられると身体の形態やその機能に異常が生じてくる。例えば机に向かって勉強するとき、いつも脊柱を側にねじって勉強する習慣をつくると、いつの間にか脊柱側彎症になってしまい、また身長に比較して余りにも個すぎる机に向かって勉強や作業をしつづけると円背になる。又農夫や荷車引きのように前かがみの姿勢で作業をつづけていると腰部円背症、すなわち腰曲小症になってしまう。

固癖というものは斯の様に日常生活上の習慣や職業上の姿勢などが原因となって身体の形態や機能に異常の生じてくることをいうのである。

固癖の成立には不良姿勢における同じように当該個人の身体的問題、すなわち筋骨薄弱、弱視、栄養不良、運動不足、さらに当個人の生活する環境的問題、とくに作業の種類や作業場の環境条件などが大きく影響する。

そしてこの固癖の生じ易い時期は何といっても発育期である。とくに青少年期が最も発生し易い。成人期に達して筋肉や骨格の発育発達が完成されてくると固癖も発生しにくくなる。しかし腰曲り症のように老人現象と関係のあるものもあり、成人期に達したからといって楽観は許されない。

固癖の健康に及ぼす悪影響は不良姿勢どころの比ではない。腰部円背症（腰曲り）などを例にとってみても解るように腰痛、腰部圧迫感、消化器障害、運動不自由など病的症状が多く、健康生活に支障を与えることおびただしい。しかも固癖は一度形成されるとこれを治療し回復させる医学的方法はないといってもよい位で、一生涯それに苦しまねばならないことになる。

固癖はその発生形成の予防が第一である。固癖を発生させる可能性の多い者、あるいはその可能性の強い生活環境にある者は定期的に固癖発生の芽生えの有無を調べ、もし発生したならば、早いうちに矯正するとか、あるいはその固癖の発生をおさえるような職業に転職することが必要である。

固癖の予防には固癖の原因となる不良姿勢や作業条件の排除が必要であるが、それとともに日頃からスポーツ等の全身運動を行なって適当に体をきたえる必要がある。スポーツも一種類だけ行なうことはのぞましいことではない。全身の筋肉を適度に使用することが必要なのである。テニスばかりやっていると右利きの者は右の腕だけが太くなったり、右胸部の筋肉だけが発達して左右不均衡になる。器械体操だけやると上肢上体の筋肉だけが強くなり下肢の筋肉の発達と均衡を欠き、均勢のとれた姿態を形成することができなくなる。

固癖の予防や美しい姿勢、姿態をつくるのには種々のスポーツを適度に配合して行うことが望ましい。

職業は経済生活と深く結びついているので簡単に換えることはできない。固癖の発生のおそれがあってもそれに従事していなければならないこともある。このような場合には予防の意味で、作業の途中で、あるいは終了後、補償運動を行なわなければならない。補償運動とは作業時に余り使わない筋肉を使用するような運動を行なうことである。例えば前かがみの姿勢で作業をしているとき体の後屈などを行なって腰や背をのばす運動を行なうことである。このように補償運動を継続的行なっていると固癖の予防に大いに効果がある。デンマーク体操などは衆知の如く、デンマークの農民の生活に滲透して、農夫のかかり易い固癖の予防に大きな役割を果たしている。日本においてもそれぞれの職業にふさわしい補償運動が考案され、それがそれぞれの生活の中にとけ込むことが必要である。

固癖はその人 その人によって個性があり、したがってその矯正もその人の体の構造、生活様式のあり方、作業の種類などを考慮しつつ、体育の専門家と医師との合議のうえ、それに適した補償体操が考案され、体育専門家の指導のもとに行なわれなければならない。

(おぐら きよし 本学助教授・保健体育学)

参 考 文 献

大 学 保 健 体 育
高 等 保 健 体 育
体 育 大 辞 典
保 健 の 科 学
リハビリテーション入門
リハビリテーション
実 験 体 育 学
体 操 療 法
厚 生 白 書

大学体育研究サークル編
大 修 館
不 昧 堂 書 店
杏 林 書 院
金 芳 堂
南 江 堂
逍 遙 書 院
医 歯 薬 出 版 K K
厚 生 省