

り、前に述べた横浜市の産科救急搬送も大体同様である。しかしながら、産科においては分娩そのものが救急的であり、産科診療中に救急事態が起きるといふ特殊性をもつもので、短時間に措置を要するため、次の診療レベルへのスムーズな連携

がなければ間に合わないという性質のもので、輸送には必ず輸送先が決定されていることが必要である。これらの点で、一般の輸送とは別の経路の体制となってくる。

## 9. 心身障害児の地域ケアシステム

市川 隆一郎（神奈川県障害福祉課）

### はじめに

心身障害児（以下障害児と記す）の福祉は、昭和23年児童福祉法の施行以来、27年の間に、施設ケアを中心として飛躍的に進展した。

しかし、最近に到り、施設ケア中心の施策は障害児を家庭および地域社会から隔離することになると指摘され、障害児福祉のあり方に根本的な反省が加えられるに至った。

それは、施設ケアはややもすると、障害児を除いた家庭の福祉にのみ力点がおかれ、真に障害福祉にはならないとの考え方に立っている。

今後の施策の原理は、障害児を障害の無い児童と等しい環境条件の中で育成するよう努めることであり、施設対策・在宅対策を一元化し、「地域ケア」を基調とした福祉対策の推進が課題となっている。

その背景には、幾多の問題をはらみながらも、障害者、その家族、地域住民、および医療、福祉の専門家、行政担当者相互の間に、同意と連携が生れつつある証拠とみてよいであろう。

障害児の福祉は、住民相互の連帯によって支えられるとともに、行政レベルにおいては、衛生、教育、民生との緊密な連携が、とりわけ必要であり、山積みする問題を抜本的に解決しなければならない状況にきていることは確かである。

地域ケアシステム化は、その意味で実現すべき優先課題の一つであり、障害児福祉の現状を概観しながら、この課題にアプローチしてみたい。

### 1. 障害児の現況と問題

#### (1) 障害児の現況

県下児童相談所、福祉事務所等で把握されている障害児（県所管分）の数は、昭和50年4月1日現在、6,510人、在宅するもの、5,861人、児童福祉施設に収容され、保護・訓練を受けているものは把握数の約10%にあたる649人である。

在宅児のうち、デイケアセンター等で訓練を受けているもの693人、内訳は表(1)の如くである。

しかるに把握されている数は、障害発生率からみた数より極めて低い数値（推計では障害児の50%弱が把握されているに過ぎない）を示しており、潜在する障害児が相当数あるものと考えられている。

実態把握が非常に困難な状況にあるので、かかる問題の分析は性急にはできないが、さまざまな障害児が多様な方法で、多様な機関で—地域医療機関、相談機関等が大半と類推できよう—治療を受けているものと思われる。

実態把握が困難な現況では、今後の障害児対策をたてる際の障壁ともなりかねない。今後とも、システムティックに実態の掌握に努めるとともに、治療・訓練・保護・教育体制を確固たるものにしていく必要がある。

障害の発生率についても、徐々に実証性と信頼性を獲得しつつある現今、全児童の1.3%を占めると推定される障害児に敢果に光をあてることは、

全ての児童の福祉を、児童の権利を、児童の生命の尊厳性を守ることに他ならない。

この確信に立って、再度、障害児の現況に焦点をあてると、経験的実証的に最も対策の遅れを痛感するのは、精神薄弱児、精神障害児対策と思われる。

身体障害児及び重症心身障害児については、前2者に比較すれば、医療面は少なくとも充実していると考えられる。

従って、以下の章においては、特に精神薄弱児の現況及び医療上の問題について、少しふれてみたいと思う。

精神薄弱の成因は極めて複雑多採であり、その状態像も、主たる症状である知能障害の軽重にかかわらず、一義的に規定・分類することは困難である。

このような理由から、以下、かなり恣意的な論の展開は避けられなかったことをお断りしておく。

## 2. 現在施設の状況と医療

公立精神薄弱児施設の時系列による調査から、最近の施設の傾向を概観し、医療との関係を検討し、障害児医療のあり方を考えてみたい。

最近の施設の状況は

- 1) 重度、重症の対象児が漸増傾向にある。
- 2) 家庭養護に欠けるものが増えつつある。
- 3) 合併症をもつものが過半数を越えている。  
各年とも全般的傾向は変わらないが、てんかん性の精神障害が幾分増加している。最も多い合併症はてんかん性の精神障害で、昭和50年1月現在34.6%、次いで、その他の精神障害14.2%、肢体不自由は2.1%と最も少ない。
- 4) 常時及び時に特別の注意と看護を必要とするものは54.7%と過半数を占めている。
- 5) 重度、重症及び多様な症状をもつ児童の保護・訓練期間は長期化している。
- 6) 施設に於ける看護体制の現況は表(5)の如くである。常勤の医師は、最重症児棟を有する施設に、内科医1名が配属されているのみで、他は常勤の看護婦1ないし2名、嘱託医2名(精神科、内科各1名)で看護が行われてい

る。

7) 現在の看護体制下では、以下の問題に対応できない状況にある。

- ① てんかん重積症、てんかん性異常行動を伴うもの。
- ② 異常行動の極端な増悪状態(自傷、他傷、他害の頻発、不穏状態の持続、拒食、抑うつ状態の著明なもの等)
- ③ 慢性疾患、特異体質等があり、発熱等に続発して容易に危険な状態におちこむもの
- ④ 突発的の事故による傷害

これらは、障害児の特性と環境上(障害児集団の構造と特性、物理的環境等)の理由から、直接生命の危機に直結しないまでも、施設の介護上から緊急的に医療処置を施す必要のあるものばかりである。

8) 以下の疾患を重複する障害児の施設処遇は非常に困難をきたしている。

### ① てんかん

薬物治療等で発作が完全にコントロールされていないもの。集団生活に順応可能な状態にまで病状が改善されていないもの。難治性のもの。

### ② 異常行動及び精神異常

自傷、他傷他害、徘徊、粗暴、自閉、抑うつ等の症状の著明なもの。

### ③ 慢性疾患、虚弱等

鼻腔栄養、特別病人食、その他常時特別の看護を要する状態にあるものは、かかる対象児のための設備・人的配置がなされていないため、施設では受け入れ困難である。

以上のように、施設に於ける医療は家庭におけると同様、極めて貧弱である。

また、精神薄弱児はその特異性から、重度のほど精神科領域の疾患が多く合併しており、かかる面の医療が最も強く要請されている。

しかし、現実には、緊急医療の事態が発生した場合でも、地域医療機関から婉曲に断られる例が生じたりしている。

また、小児対象の精神病院が極端に少ないためと、精神症院が慢性的に満床のためにより、治療の機会が得られない場合があったりする。

このように、医療能力の乏しいことから、保護・訓練の必要な対象児の施設処遇が適時適切に実施できず、児童の福祉を阻害するおそれかひきおこされており、医療と福祉の連携が緊急の課題となっている。

### 3. 医療と福祉の連携

別掲の如き体系図に示すような、医療＝福祉システムの導入をはかり、障害の早期発見と早期治療を確実なものとし、児童のライフサイクルにそった医療、訓練、教育を適正に施し、家庭に対しても必要な援助体制をきめ細かに配慮する必要がある。

まず、

- 1) 現在の医療制度を抜本的に改善し、障害児をもつ家庭と地域の医療機関とを、英国におけるが如き、ホームドクター的な医師—患者関係で結合する。
- 2) 地域の医療機関は現在構想中の母子緊急システムの一翼をになりものとする。
- 3) 県内に障害児のための小児精神科を含めた専門病院を数ヶ所設置する。
- 4) 地域医療機関と専門病院とは、現在のこども医療センターと地域の開業医との関係に似た機能を分担しあうものとする。
- 5) 地域医療機関、専門病院、児童福祉施設の関係は有機的・組織的でなければならない。
- 6) 専門病院には、家庭、地域医療機関、児童福祉施設、関連行政機関に対し、医療的スーパーバイザーとしての機能を附与し、また、パラメディカルスタッフの現任訓練、養成等にも参画しうるような機能をもたせる。
- 7) リハビリテーション医学の充実を図るために、専門病院には、障害の発生と治療に関する調査研究機関を附属させる。
- 8) 専門病院に、医師、パラメディカルスタッフよりなる巡回医療班を設け、児童福祉施設等に定期的に治療援助をさせる。
- 9) 専門病院と児童福祉施設とは密接不可分な関係とし、治療・教育的効果を相乗的に高めるようシステム化を図る。

かかるシステムを設定し、心身障害児の治療・

教育・訓練・保護の充実を図る必要があろう。

### おわりに

先にお断りしておいたように思いつきの発想であるが、この地域ケアシステムの実現にあたっては、

- 1) 従来の行政システムのあり方を根本的に転換しなければ実現性は困難である。
- 2) ひとりのもれのない施策の展開にあたっては、児童カルテの登録管理システムの設定が避けられず、この問題の解決にはかなり困難が予想される。
- 3) ホームドクター制度の導入についても、現在の医学・医療制度の抜本的解決がはかられない限り新しいシステムの実現性はあり得ない。など、幾多の難問が予想される。

しかし、当面する障害児に緊急的に要請される医療の問題は、直接、生命の危機に遭遇していない性質のものであっても、障害児とその家庭、障害児の仲間、その介護者にとっては常に緊急度の高い医療上の問題であることにはかわらない。

このことに思いを致すならば、新しいシステムの導入は、まさに緊急的課題であることになるうか。

### 文 献

- 1) 松井一郎他：母子保健とその周辺(1) 心身障害児のフローチャート。こども医療センター医学雑誌 Vol 4. No. 1. 1975
- 2) 川上 武：医療と福祉。ジュリスト 1973
- 3) 小川太郎他：福祉、障害者、大学。ミネルヴァ書房 1975
- 4) 湯川礼子：社会変動と児童相談傾向の分析。日本総合愛育研究所紀要 No. 10. 1971
- 5) 神奈川県精神薄弱児施設研究会：精神薄弱児施設研究委員会報告書。1975
- 6) 全国社会福祉協議会：社会福祉の動向。1974

(1) 県内障害児把握数（横浜、川崎市除く）

	S.50.4.1 把握数	在宅数	通園施設 通園数	児童福祉施 設入所数	推計数 (出現率)%	推計数からみた 把握数
精神薄弱	2378	1,934	369	444	5,801 (0.564%)	41%
身体障害	3,619	3,561	323	58	7,200 (0.7%)	50%
重症心身障害	351	204	1	147	268 (0.026%)	—
自閉症	162	162	—	—	264 (0.03%)	52%
計	6,510	5,861	693	649	13,578	48%

註) 出現率：精神薄弱児は昭和46年厚生省実態調査による。身体障害は昭和42年文部省調査結果、重症心身障害は昭和45年身体障害実態調査より推計、自閉症は平井信義「自閉症」による。  
なお、児童人口については、昭和50年国勢調査結果から推計した。

(2) 公立精神薄弱児施設の状況

① 障害程度別分類（時系列による）

	最重・重度	中度	軽度	計
42. 1.1	64.6	27.8	7.8	100
46. 1.1	64.9	27.5	7.6	100
50. 1.1	67.6	22.7	9.7	100

%

但し、対象児数

42年=281

46年=327

50年=330

② 措置理由別

	養護	介護困難	訓練	計
42. 1.1	18.1	39.9	42.0	100
46. 1.1	20.5	37.9	41.6	100
50. 1.1	23.6	38.8	37.6	100

%

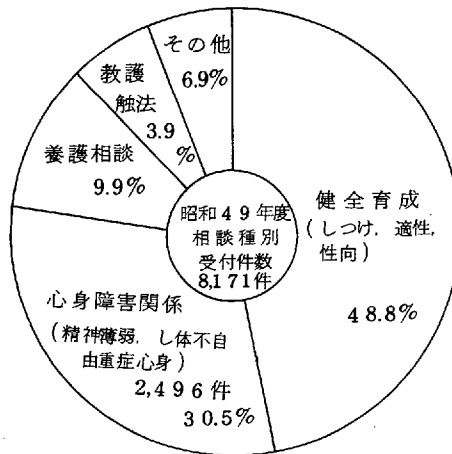
③ 年齢別構成

	4～5	6～11	12～14	15～17	18～	計
42.1.1	0.0	2.17	3.0.6	3.5.2	1.2.5	10.0
46.1.1	0.0	2.6.3	2.2.9	3.0.9	1.9.9	10.0
50.1.1	0.3	2.3.0	2.8.5	3.0.0	1.8.2	10.0

④ 合併症

	てんかん	その他の精神障害	てんかん + 他の精神障害	肢体不自由	その他	合併症なし
42.1.1	17.1	1.8.5	9.3	4.3	8.6	4.2.2
46.1.1	17.5	1.5.0	1.3.5	2.8	7.6	4.3.6
50.1.1	17.8	1.4.2	1.6.8	2.1	6.6	4.2.5

(3) 児童相談所種別受付件数(昭和49年度)



(4) 県下児童相談所専門職員配置状況（横浜・川崎両市を除く）

50.7.15

児童相談所数	主 要 ス タ ッ フ						計
	精神科医	小児科医	児童福祉司	相談調査員	心理判定員	指導員 保母	
5	(5)	(5)	23	20	18	10	71(10)

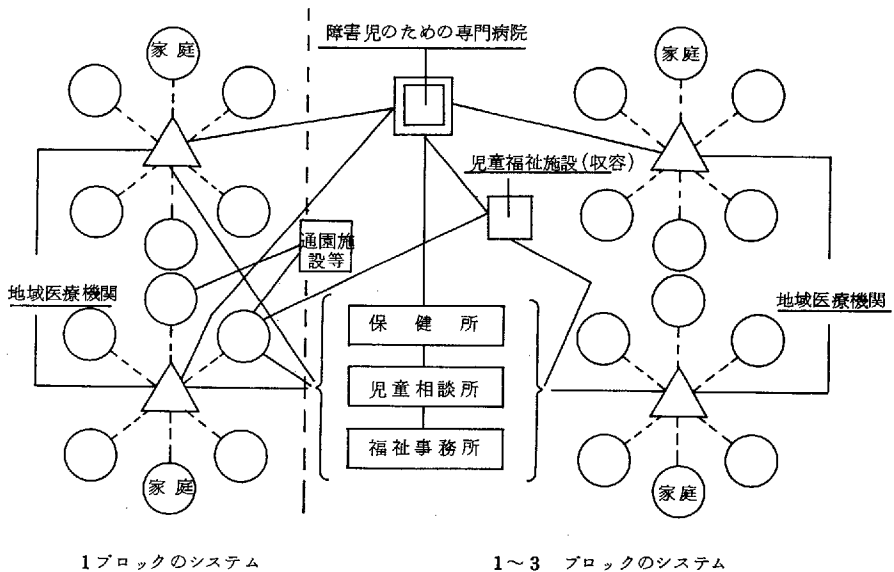
( )内嘱託数

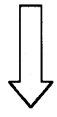
(5) 公立精神薄弱児施設の医療・看護体制

50.11.1

施設数	児童数 (実人員)	要看護児の状況		医 師 の 配 置 状 況			看護婦の配置状況	
		緊急医療 のおそれ あるもの	常時与薬	常勤(内科)	嘱託(精神)	嘱託(内科)	常勤	非常勤
4	311	22	148	1	4	3	7	3

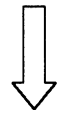
(6) 緊急医療システム図(案)





## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

心身障害児(以下障害児と記す)の福祉は、昭和 23 年児童福祉法の施行以来、27 年の間に、施設ケアを中心として飛躍的に進展した。

しかし、最近に到り、施設ケア中心の施策は障害児を家庭および地域社会から隔離することになると指摘され、障害児福祉のあり方に根本的な反省が加えられるに至った。