重症心身障害児における訪問看護，巡回相談の役割り

心身障害児総合医療療育センター・むらさき愛育園
中　村　博　志
東京都衛生局
生　田　恵　子　他
日本大学板橋病院
季羽　倭文子　他

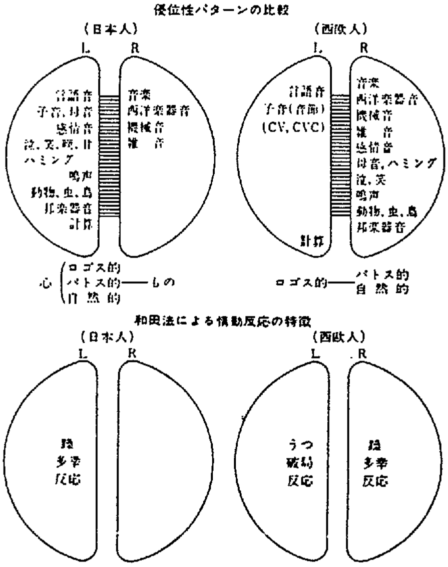
はじめに

重症心身障害児（以下重障児）の療育，特に在宅療育について述べる前にその利用施設としての重障児施設について簡単に述べる。

重障児施設は昭和42年児童福祉法の改正に伴い，児童福祉施設であると同時に病院として機能するように位置づけられた。しかし本来の重障児施設はいかにあるべきかという基本的な設立目的を十分に討議しないまゝこの二面性をもちつゝ，今日にいたっているというのは言い過ぎであろうか？。したがってこの矛盾が現在もなお多くの問題点を惹起しているといってもよかろう。したがって障害児施設の医療面と福祉面を今後分析的に検討していくことがさらに必要なことと思われる。ただこのような問題を考えていく場合，前提としていくつかの問題点を考えておかねばなるまい。こゝではその一つとして日本人の物の考え方をあげる。

角田博士[1]は脳の生理学的研究より日本人の脳の優位性パターンの特異性を指摘し，その起源を日本語に求めている[1]（図1）日本人は他の外国人と異なり図のごとく，ロゴス的・パトス的の面が左脳に同居している。したがって論理的思考と情緒的思考とを分離して考えることが非常に苦手であると考えられる。したがって，重障児問題などにおいて特に福祉的方向から検討を加える場合，このような点のあることを考慮に入れておく必要があろうと思われる。

図1　聴覚の大脳半球優位性パターンと和田法による情動反応の比較



以上の前提をふまえながら，重障児の在宅療育を行うためのいくつかの問題点を論じてみたい。

まず，重障児特に最重度の重障児の場合，一般的意味でいう社会復帰はまず望めないという前提があると思われる。このような場合の在宅療育はどのように行われるべきであろうか？　子どもの立場から見たら親の老齢化など親の負担が過度にならぬ間はなんとか環境整備を行って在宅療育を出来るだけ可能ならしめるような努力が行われるべきであろう。

このような立場から緊急一時保護やホームヘルパー制度などの事業が次々と行われてき

た。しかしこれらの事業も日本人的体質とあわない面もあるのかどうか分からないが，必ずしもうまくいっていない所もあるようである。

さらに重障児の中でも特に医療上重症なものに関しては，その在宅療育を可能なものとしていくための一つの手段として訪問看護ないし巡回相談がある。今回我々は訪問看護ならびに巡回相談を行ったので若干の考察を加えて報告する。

訪問看護について

1. 対象，訪問期間，訪問回数など

訪問看護は筆者が日大板橋病院外来において診療を行った重障児7例に対し行った。スタッフは昭和50年本院において開設された日大板橋病院訪問看護室のメンバーである。

対象児は2歳9か月から11歳3か月であり，寝たきりのもの4例，坐位可能なもの3例であった。内2例は経管栄養を行っていた。精神発達レベルはいずれも最重度であり，全例発達指数5以下と思われる。痙攣は全例にみられ，それぞれ抗痙攣剤を服用していた。訪問看護の導入はいずれも筆者から行った。訪問看護の導入にあたっては勿論家族の希望にもとづき行われたが，中には当初「親としてはできるだけのことをしているのだから……今でも疲れきっているし，これ以上のことをいわれると困る。家の中のことをあまり他人にのぞかれたくない」などの防衛機転のはたらいた症例もみられている。しかし訪問看護婦がこのような親の気持ちを感じとり，それを理解し，その気持ちに気をくばりながらかかわり，また一方訪問看護の役割りが次第に認識されるにしたがい，訪問看護に対する受入れはいずれの場合もきわめてスムーズに行われている。

訪問看護の期間は，9か月　2例，1年3か月，1年6か月，1年8か月，3年7か月，4年2か月，平均23か月である。この間にそれぞれ，32回，30回，49回，19回，160回，45回，5回，計340回，平均49回の訪問看護を行った。

訪問看護実施中，7例中3例が死亡し，また2例は重障児施設に入所した。

2. 訪問看護活動時におけるクライシス
(表1，表2)

表1

(身体的Crisis)

No.	症例番号	
1	C	体温上昇(39°C)，呕吐持続，軽度・呼吸困難が出現
2	C	発熱(38.2°C〜)の継続，喘鳴，喀痰量増加，痙攣増加
3	C	発熱持続，喀痰量増加，近医で肺炎との診断をうけた。
4	F	田舎に帰る車の中で大腿骨々折，入院となる。
5	B	発熱が断続的にみられ，喘鳴強く，口腔鼻腔よりの分泌量増加，呼吸音に異常音が聴取される。
6	B	発熱，呕吐あり，四肢チアノーゼ(±)，顔色不良で元気なく，X－P上肺炎の進行がみとめられた。
7	E	以前より体重が標準よりかなり低かったのに，ここ1ケ月間にさらに4kg減少した。
8	A	著明な体重減少，脱水症状があることが発見された。(訪問依頼)
9	E	体重減少著明で患児も常に空腹感を示す。

(社会的Crisis)

1	E	離婚し，1人で働いて生活している母のところへ患児が退所してくことになった。

表 2.

（関係的 Crisis ）

No.	症例番号	
1	C	患児の症状悪化による母の看護量増加が同居人への負担となり，同居人との関係が悪化。
2	C	離婚のため家庭裁判所に調停を申請した。
3	F	訪問学級教師のやり方に同意できなかった母が，訪問学級教師の訪問を拒否しだした。
4	B	病状悪化に伴なう両親の疲労が目立ち，特に母はいら立ち患児をたたいたりするようになった。
5	E	患児の養育が困難なので，施設入所申請手続をした。母親の関心は患児とは全く別の方向にむいている。
6	A	患児の弟と祖母の関係，また患児のケアー負担のため，母親がいら立ち，患児の世話もうまくいかない。
7	A	実家に帰ってきたいのにそれが実現できないため，自分がいら立っていることがわかると母がのべる。
8	E	患児を残して，母が1人で家出することをくり返した。
9	E	患児一時入所中に母が家出し，アパートをみつけ，帰る気持がない。
10	D	転居後の新しい医療関係に入りこめず，医療放棄（ 1年 ）してしまった。
11	D	第 3 子の出生・就学（ 訪問学級 ）・近親者の意見などの問題から，親の気持が施設入所にかたむいた。

このように訪問看護を行っている間にクライシスと思われる場面に遭遇したのは計21回である。こゝでいうクライシスとは「身体的，心理的，関係的，社会的危機的問題，状況に対し，患者個人やその家族がそれぞれに得た能力や行動様式によって解決できなくなっている状況，そしてそこに新たに何なかの集中的，専門的な看護援助を導入しなければ，再入院あるいは死にいたる状況」をクライシスということにした。

7 例についてクライシスとしてとらえられた危機的状況は表 1， 2 のごとく計21回あった。その約半数の 9 回は身体的クライシスであり，他の半数の11回は患児と家族の関係，あるいは患児をとりまく家族の人間関係に生じた関係的クライシスであった。患児の生活がおびやかされるという社会的クライシスはわずか 1 回であった。

9 回の身体的クライシスは 2 例が発熱→嘔吐→肺炎→全身状態の悪化というクライシスをくり返し， 2 例は異常な体重減少をきたし， 1 例は骨折をおこした。このように身体的クライシスのその症状はその症例症例により比較的固定的であり，訪問看護を行う上に一つの示唆を与えるものと考えられる。

11回の関係的クライシスは患児と母親のの悪化 3 回，両親の関係が離婚にまで進んだもの 2 回，その他が 4 回でクライシスは 7 例中 6 例の患児とその家族にみられている。すなわち関係的クライシスは身体的クライシスより，より多くの患児においてみられている。

以上より，重障児の在宅療育，なかでも医療上重症な重障児の在宅療育にとって，訪問看護活動という相談・援助活動はきわめて有意義なものと考えられる。この訪問活動はその患児のもつ問題状況からみて，特に身体的問題に関しては医学的知識をもつ看護職が最適であることはいうまでもない。さらに関係的，社会的問題に関しては必らずしも看護職でならないとはいえないし，他職種である方がむしろ望ましいと考えられる場合もあろうが，家族の立場からいうならば，あまり多くの人々が訪問することは望ましくないと考えられ，したがって訪問活動は看護職が最適と考えられる。この場合，訪問回数はその患児の医療重度

の程度によりかなり異なるべきものと思われるが，こゝに行ったように医療的重症度がかなり高度のものについては週1回，ないしは月1回程度の定期的訪問を継続することが望ましいと考えられる。

また障害の重度の場合においてはなるべく障害発生早期より親に具体的なケアーの方法を教えたり，精神的サポートを与えたりなどの，広い意味での訪問看護援助が必要となろう。またこれらの訪問看護は主治医との連絡，協議が常時必要不可欠であり，このためには地域保健活動の一端としての保健婦訪問より，病院を基盤としての訪問看護活動がより有効であると思われ，さらには一部の症例に対しては行ったが，主治医，訪問看護婦，訪問教師，さらには場合によってはホーム・ドクターを含めての討議が行われることが望ましい。

今回は筆者の病院を基盤として訪問看護活動を行ったが，今後は重障児施設が開かれた施設として外来・緊急一時保護などに対応していくとすると，これら訪問看護を重障児施設を軸として行うことも機能的にみて有効と思われ検討する必要があると思われる。

巡回相談について

巡回相談は東京都重症心身障害児協議会による在宅重症心身障害児検診班の巡回検診である。本事業は昭和53年より東京都の単独事業として行われており，筆者も検診班の一員として当初より参加している。今回は過去3年間施行された巡回相談事業の内容を検診表からまとめたその一部を報告する。

1. 巡回の方法

対象は東京都在住の重障児施設入所申込みを行ったもののうち家庭訪問を希望したもので計133例である。これらの患児に医師と保健婦がチームを組んでおよそ年2回家庭をおとずれ，健康診断や療育援助を行わんとするものである。

2. 対象および家庭状況

133例の年齢分布は申請時において18歳未満90例（67.7％），18歳以上43例（32.3％）である。

重障児施設の入所児がすでに半数以上が成人に達している事実とあわせ考えると，18歳未満のものが⅔いることは頼もしいとも考えられるが，一方18歳以上が⅓まだ待機している事実を考えると，今後の重障児施設のあり方を考える上に重大な問題をかゝえているということがいえよう。申請年度別にみると昭和42年以前が3.8％と少ないのはむしろ当然であるが，42〜44年が約10％と少ないことはこの時期のものはかなり整理がついているということができよう。51年以後のものがその反面半数を示すことは，東京都における入所待機者のかなりの部分がやはり入所できずにいる実態を示す。しかしこゝでいう入所待機とは，あくまで家族による入所希望があったものの入所待機であり，これら全てが入所が適切であるかどうか，あるいは家族も現在すぐに入所を希望しているかどうかというと，これらは全く別の観点からの話であるということはいうまでもない。性別にみると男72例，女61例で，やゝ男性に多い。父の年代をみると20代1例（0.8％），30代31例（25.4％）40代53例（43.4％），50代26例（21.3％），60代9例（7.4％），70代1例（0.8％），不明1例（0.8％）である。一方母の年代をみると20代1例（0.8％），30代45例（34.4％），40代54例（41.2％），50代18例（13.7％），60代6例（4.6％），70代2例（1.5％），80代1例（0.8％），不明4例（3.1％）である。50代以上が父で29.5％，母で19.8％あり，これらの症例の介護力がどのようになされているかの，症例別の分析が今後必要となろう。133例中父のないもの11例（8.3％），母のないもの2例（1.3％）であり，母のない場合がほとんどないことは，重障児の在宅療育が両親の協力がなければむずかしいことを示していると同

時に母親の存在の大きさを示している。

また職業の有無では，父の職業のないものが3例（2.5％）にすぎないのに対し，母が職業をもつものは25例（18.8％）にすぎず，これまた重障児の介護が主として母親の手で行われていることを示している。

表4　申請年表

	人数
昭38	1
39	1
40	2
41	1
42	2
43	6
44	5

	人数
昭45	6
46	4
47	11
48	11
49	8
50	7
51	10

	人数
昭52	15
53	25
54	14
55	2
緊急	1
不明	1
計	133

表3　生年表

	人数
大8	1
昭5	1
12	2
17	1
18	1
20	1
22	3
23	2
24	1
25	1
27	1
28	1

	人数
昭29	1
31	1
32	3
33	1
34	2
35	5
36	3
37	11
38	6
39	5
40	12
41	10

	人数
昭42	5
43	2
44	4
45	11
46	5
47	8
48	5
49	4
50	4
51	4
52	5
計	133

表5

性別

	人数
男	72
女	61
計	133

表8

父の有無

	人数
有	122
無	11
計	133

″有″の内，1名別居

表9

母の有無

	人数
有	131
無	2
計	133

″有″の内，1名別居

表6

父の年代

年代	人数
20～	1
30～	31
40～	53
50～	26
60～	9
70～	1
不明	1
計	122

表7

母の年代

年代	人数
20～	1
30～	45
40～	54
50～	18
60～	6
70～	2
80～	1
不明	4
計	131

文献

1）角田忠信著「日本人の脳」
大修館書店，1978，東京

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
重症心身障害児(以下重障児)の療育,特に在宅療育について述べる前にその利用施設としての重障児施設について簡単に述べる。
重障児施設は昭和42年児童福祉法の改正に伴い,児童福祉施設であると同時に病院として機能するように位置づけられた。しかし本来の重障児施設はいかにあるべきかという基本的な設立目的を十分に討議しないまゝこの二面性をもちつゝ,今日にいたっているというのは言い過ぎであろうか?。したがってこの矛盾が現在もなお多くの問題点を惹起しているといってもよかろう。したがって障害児施設の医療面と福祉面を今後分析的に検討していくことがさらに必要なことと思われる。ただこのような問題を考えていく場合,前提としていくつかの問題点を考えておかねばなるまい。こゝではその一つとして日本人の物の考え方をあげる。
角田博士は脳の生理学的研究より日本人の脳の優位性パターンの特異性を指摘し,その起源を日本語に求めている(図1)日本人は他の外国人と異なり図のごとく,ロゴス的.パトス的の面が左脳に同居している。したがって論理的思考と情緒的思考とを分離して考えることが非常に苦手であると考えられる。したがって,重障児問題などにおいて特に福祉的方向から検討を加える場合,このような点のあることを考慮に入れておく必要があろうと思われる。
以上の前提をふまえながら,重障児の在宅療育を行うためのいくつかの問題点を論じてみたい。
まず,重障児特に最重度の重障児の場合,一般的意味でいう社会復帰はまず望めないという前提があると思われる。このような場合の在宅療育はどのように行われるべきであろうか?子どもの立場から見たら親の老齢化など親の負担が過度にならぬ間はなんとか環境整備を行って在宅療育を出来るだけ可能ならしめるような努力が行われるべきであろう。
このような立場から緊急一時保護やホームヘルパー制度などの事業が次々と行われてきた。しかしこれらの事業も日本人的体質とあわない面もあるのかどうか分からないが,必ずしもうまくいっていない所もあるようである。

さらに重障児の中でも特に医療上重症なものに関しては,その在宅療育を可能なものとしていくための一つの手段として訪問看護ないし巡回相談がある。今回我々は訪問看護ならびに巡回相談を行ったので若干の考察を加えて報告する。