

## 11) 重症心身障害児における障害の分析的診断と療育

小林 提 樹

(島田療育園)

秋 山 泰 子

(日本心身障害児協会こどもの療育センター)

### I はじめに

重症心身障害児(重障児)は福祉行政の立場から提唱された名称であり、また問題である。後から医学的意見が追いかけてきたとはいえ、医学性を欠いた出発であったところに、的確な定義づけも無理であったのは当然で、医学研究は今後も続けられるであろうが、十分なる解明に至る距離はなお遠いと思われる。さればそこに、今までの姿勢で対処してよいかという見直しが問われてくる。

この発想のもとに、重障児の見直しを進め、今後の診断や療育に関する基礎づけをしよう、この研究を発足させたのである。

### II 診断名について

#### (1) 病名とは

病名とは医学によって診断された結果生れてくるものと解釈してよかろう。そして治療行為は医学の一分野として、医学に属すべきものであると行政的に規定されているが、病名にはそのような規制はなくとも、医学領域に属するものと常識的に考えられてきたと言ってよかろう。ところが、最近はその線が崩れてきたようだ。例えば、鞭打ち病というのがあるが、ジャーナリズムが取りあげ宣伝したところから定着したもので、ジャーナリズム病、あるいは社会病という成立過程をとっている。その点、重障児の名称も社会性を根底に重くもつことから、多少似通ったところがある。

病名のつけ方にも、このような社会性から出発していて、医学の専売とばかり言いえないものがあるが、他方医学の中のこととして

も、病名にはいろいろなつけ方があって統一を欠いている。それには夫々の理由があって命名されたものであるが、その理由は現在もなお盲目的に踏襲する必要があるかどうかは、再検討する必要がある。

病名の不統一については、例をあげてみると、症状名・原因名・患者側の条件名・後遺状態像・研究者名、皮肉なのは健保病名などもあって非常に多様である。それらは自然発生的に生れ、また消滅もするので、社会の流れに委ねておいて、何ら意に介する必要もあるまいとの意見もあろうが、医学研究の立場からは統一された体系があることが望ましいのは当然である。

#### (2) 心身障害児における病名

心身障害児においては、障害が最も優先する重大な条件であるので、医学病名にこだわる必要もあるまいと思われるが、伝統はここにも生きて、専ら病名中心に障害児も考えられている。それは今さら例示するまでもないことであるが、最近調査した一例を、次に掲げてみよう。

〔表1〕は49年中に実施した全国重症心身障害児(者)を守る会主催障害児の巡回療育相談における診断病名のまとめである。大体1人1病名になるのが普通であるが、それではすまないものが若干ある。それはとも角、このような病名による統計をもって総括することは習慣的なことになっているが、そのメリットはどこにあるのであろうかという疑問をもたされる。というのは、病名は医学的のことであって、心身障害児においてはその治療や予後などについて、どれほどの寄与があるかを思う時に、余りに弱いからである。そ

れは、しかも多くの場合に、むしろ絶望的な将来性を印象づけるに過ぎないことにもなる。されば医学病名は第三者に洩らすべきでないという個人の秘密を守るべきカーテンの内にこそあるのが当然で、これは従来守られてきたところであるが、近年は自由と平等と権利が強く主張されることによって、このカーテンも揺らいできている。ことに、医学の立場を堅く守ることができがなくなり、それは医師の責任を薄弱化することに連なり、引いては医学への不信感をも盛り上げる一助となってきたとも言えよう。

〔表1〕

精薄・精神発達障害	10
小頭症	10
脳炎・髄膜炎後遺症	10
重症心身障害児	30
精薄+CP	48
精薄+てんかん	11
自閉症	41
脳水腫	6
精薄+情緒障害	4
CP	11
CP+てんかん	2
脳外傷	1
ダウン症	1
盲・ろう精薄	2
色素性乾皮症	1
レックリングハウゼン病	2
フェニールケントン尿症	1
奇型	5
異常性格	1
進行性変質性疾患	1
言語障害	1
侏儒症	1
計	200

こうした時代の流れの中にあって医学はどのような姿勢を保つべきかを考えると、あくまで医学性を堅く守る道と社会性に発展することと2方向があろう。そして前者は今まで迎ってきたところであり、後者はあらゆる方面に見直し論が浮び上ってきたように、ここ

にも見直しを要請される時期がきたと言ってよく、それに基づいて社会性にマッチした病名について検討すべき必要を痛感する。

### (3) 生活適応からの障害別分析名

心身障害児問題の発生は、行政的であって医学的ではないところから、病名の在り方は医学から出発するにしても、行政的視野から考えるのが妥当というものであろう。ここに病名でなく障害名による捉え方が生れてくるのであるが、この考え方は、すでに行政面ではある程度とられているところで、すでに、児童福祉法においてはその色彩があり、身体障害者福祉法においては一層濃厚である。特に後者には身体障害者障害程度等級表という基準があるが、それはまさに機能の質と程度つまり障害そのものを視力障害・聴力又は平衡機能の障害・音声機能又は言語機能の障害・肢体不自由・心臓又は呼吸器の機能の障害に分け、その程度を1～7級まで区分して考えている。障害は当然医学によって判断され決定されているが、最後の結論としての病名は社会的立場から単なる障害症状名をもって表現している。結局、社会的立場が強く要請されるところに、このような医学的立場とは次元のちがう姿勢が生れてくるのである。

医学的な問題としてだけでは解決されない心身障害児問題は、必然的に社会的立場が介入してくるどころか、むしろその方に主体性が高まっていくので、そこに前述のような障害名が用いられるのは、極めて自然の経過である。

このような考え方から障害分析病名を統計してみたのが、〔表2〕である。前表と同じ資料200名における、障害を掲げたもので、1名が平均3.6障害をもっていることになって、その合計は716障害となっている。

ところで、この障害を計上するに当たって、それを評価する基準はどこにおくべきかの問題が起ってくる。質も程度も異なる障害をどのように評価できるものかということである。再び前にもどって、社会的立場を基準と

する、つまりその中でも社会適応を中心に考える立場をとることになると、この姿勢も定ってくる。すでに身体障害者福祉法では明らかにその立場をとっているように、医学的治療が稀薄である時の当然の帰結は福祉法によれば社会適応であるので、その目標はここにあり、心身障害問題の最後の焦点はここに帰納されることになる。

この考えで、〔表2〕における分析的障害名を整理してみると、視覚障害・聴覚障害・知能障害・運動障害・言語障害・精神的障害・てんかん・栄養障害・奇型などとさらに圧縮することができよう。専ら社会適応上の問題に重点をおいてあげたのであり、またその内容も種々雑多なものである程度の細分類を必要としようが、一応の粗大な分類はここに成り立つ。

このような粗大な分類は、非専門家向き、

〔表2〕

分析病名	件数 (%)
視覚障害	27 (13.5)
聴覚障害	13 (6.5)
精薄・精神発達障害	176 (88.0)
CP	105 (52.5)
てんかん症状	72 (36.0)
自閉性性格	41 (20.0)
異常性格・異常行動	27 (13.5)
言語障害	193 (96.5)
奇型	9 (4.5)
思春期早発	1
栄養失調	25 (12.5)
筋低緊張	6 (3.0)
股関節脱臼	2
脊髄性マヒ	1
便失禁	2
情緒障害	10 (5.0)
骨折後遺運動障害	1
色素異常	3
代謝異常	1
侏儒	1
計	716

いわば素人向きであるとの批判もでようが、さればこそ強く社会性をもつ点では首肯されよう。しかし、視角を変えて専門家なる者を見渡すと、わが国における心身障害専門家がどれほどおるであろうかと思えば、誠に僅かなもので、心身障害医学の領域は実に夢のような話である。ということは一般医師においても、この粗大な分類のほうが理解しやすいし、まして保健婦、看護婦はなおそうであり、ただ家庭人にとっては解説を加えないと理解には距離があるようである。要するに、かかる社会性を組み入れた分類としては、心身障害理解の最低線を目途として考えを進めたのである。

(4)心身障害児における分析的障害名の基礎条件以上の考えを整理し、また布延してまとめてみると、次のようになる。

①障害名は、障害者の社会生活の適応を阻害する要素の最も大きいものを取りあげるべきで、それは社会状況や医療や教育の条件によっても変動するものであるが、現時点における社会情勢にあわせた捉え方によって判断される。

②障害名は、日常生活的に対処されうるものに重点がおかれる。医療は勿論、教育もその威力が稀薄になってきたとすれば、なお一層日常生活的な指導に焦点が合されるので、それに合致した障害名が指摘されるべきである。努力しても対処の意義を失っておるとすれば、障害名としての意味は極めて薄いことになる。

③障害名は、医学的常識内で診断可能な範囲にとどめる。すばらしい医学の進歩に伴って、診断技術も長足な日進月歩の前進をしている現在、それらを駆使して初めて病名は決定される必要はないという考え方である。社会適応を促進する意義をもたない、単に医学のための診断技術であるならば、それは当然排除されなければならないという立場をとるのである。従って、十分なる検索の後に初めて診断されるという高次の医学を要請するの

でない。むしろ、医学常識で判断され得る程度の障害の取り上げである。例えば、今日は脳波検査はかなり普及しておるとはいえ、それによらざれば診断しえないというほどのものを必須条件としては要求しないのである。診断姿勢を規制するわけではないが、下限に合せていうならば、僻地における障害児の診断は聴診器と打鼙器位でも済せうる程度ということになる。

④このような心身障害児に対処する立場をあげれば、医師の他に保健婦、看護婦があり、医療からははずれようが、実践的にはホームヘルパーや指導員やケースワーカーも参加することになりうる。医療的専門家の関与は絶対不可欠であるのは当然であるが、日常生活的介護が中心となると主体性はその方に移ることになるので、医療専門外の人たちの理解と認識も必要となってくる。そこで整理してみると、医師レベル、保健婦レベル、非医療レベルという段階があり、それぞれに一応満足されるような病名が用いられなければならないことになる。それは非専門家にとっては向上ではあるが、しかし専門家にとっては医療のダウンということではなく、むしろ医療にとっては社会に適応した新しい分野の開拓という解釈で考えるべきである。

以上のような4条件を主体にして、病名の在り方を実際に進めてみるわけであるが、ここではまず重障児についてのみ展開してみる。

### Ⅲ 重障児における分析的障害診断と調査

以上のような分析的障害診断を重障児に適用して調査を進めた。

#### (1) 重障児における分析的障害診断

重障児の定義は次のようである。

重度の精神薄弱及び重度の肢体自由が重複している児童（児童福祉法第43条の4）。

そして重度の精神薄弱とは知能指数がおおむね35以下、重度の肢体不自由とは身体障害

者障害程度等級表による1級及び2級ということを進めてゆく。

この重複障害を一つのセットとして定義づけられているので、それを中心として、他の障害を前述のような観点から圧縮した考えを、さらに重障児に適用して圧縮してみると、次の項目にまとめるのが適切のようである。

重症心身障害、視覚障害、聴覚障害、てんかん、精神的障害、栄養失調症。

#### (2) 重障児における調査成績

①昭和48、49、50年に実施した巡回療育相談における重障児だけを無作為に100名を抽出し対象とした。その年齢分布は〔表3〕の如くである。最年少は0：5、最年長は46：3 男性56、女性44、計100名。巡回療育相談は在宅児に対して実施されるので、全対象は在宅児者であって施設収容児者ではないこ

〔表3〕

年 令	人 員
0～5	37
～10	24
～15	12
～20	6
～25	11
～30	6
～40	3
40～	1
	100

〔表4〕

	重 心 身 障 害	視 覚 障 害	聴 覚 障 害	て ん か ん	精 神 的 障 害	栄 養 失 調 症
視 覚 障 害	26					
聴 覚 障 害	9	6				
て ん か ん	50	15	6			
精 神 的 障 害	29	13	5	12		
栄 養 失 調 症	32	13	2	12	7	
重症心身障害	100	26	9	50	29	32

とを、特に附記しておきたい。

②障害分布——〔表4〕の如く、てんかんが最多でまさに半数に認められ、以下栄養失調症、精神的障害、視覚障害、聴覚障害の順で減少する。

③重複度——重障児はもともと精薄と運動障害の重複障害児であるが、〔表5〕の如く、それだけで済めるものは24%、他の大部分は多重複、あるいは複合障害であって、最も極端なものは7複合障害であった。

〔表5〕

重複度	例数
二重（重障児）	24
三重	31
四重	24
五重	16
六重	4
七重	1

#### IV 重障児における療育指導

##### (1) 指導内容

療育相談指導の内容を次のように分類してみた。家庭指導、医療的指導、教育的指導、

〔表6〕 指導内容と実数

(a) 家庭指導	132	(c) 教育的指導	2
食 事	30	訪問指導	2
排 泄	27		
運 動	20	(d) 福祉的措置	36
清 潔	15	施設收容	30
しつけ	15	経済扶助	5
その他	35		
(b) 医療的指導	78	(e) 家族指導	61
原 因	8	兄 弟	10
診 断	15	祖父母	13
予 後	15	父	5
薬	18	母	12
検 査	5	職 業	1
治 療	17	その他	20
		合 計	311件

福祉的措置指導、家族指導である。

家庭指導とは、日常の家庭生活上の、しかも家庭人ができることであって、それを実践するように指導することであり、医療的指導は医療に関する諸々のこと、教育的指導は教育場面に関することども、福祉的措置指導は援助措置の問題が中心、家族指導は障害者自身のことではなくその周りの家族員のための助言や指示などである。

##### (2) 指導の実際

指導内容と実数を〔表6〕に掲げたが、最も多かったのは家庭指導で $\frac{1}{2}$ 以上を占め、次は医療的指導、家族指導、福祉的措置指導、そして最も少ない教育的指導の順である。この実数は件数で人員数ではないことを申し添えておきたい。

これらの数と内容とは、社会的ニードがどこにあるかを読みとる資料ともなり、また対策の在り方についても指針されることである。

(a)家庭指導が最多を占めたことは、いかに家庭療育に問題が多いかを示しているところであり、またその対策が最も望まれるところである。対策の一つとしてここで、対応しう

うる専門家は医師か保健婦、看護婦が主体となろうが、必ずしもそれに限らず、その専門的知識が基本には要求されるにしても、その知識を獲得したものであれば、ある程度は対応しうることになる。

(b)医療的指導はもちろん専門的な知識を必要とするもので、丁度 $\frac{1}{4}$ を占めている。ここから受ける印象は、いかに医学的知識が低下しているかということである。

(a)と(b)は合せて丁度 $\frac{3}{8}$ を占めていることは、結局医療関係者に対応を期待されるところで、その対策が欠乏していることを示しているとも言えよう。また、対応者としての医師、保健婦、看護婦、特に保健婦の活躍を期待したいところであるが、その体制も弱体で、今後の強化が望まれる。

(c)教育的指導は僅かに2件だけで、零と見てよい少数であるが、重障害児では当然のこ

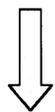
とであろう。

(d)福祉的措置指導は人員からすると、 $\frac{1}{8}$ の者が受けたところで、この点も、特に殆んどを占めるのが施設収容問題であることは、対応策としての行政の施策が望まれる。

(e)家族指導も決して少なくないことも、社会体制の弱体を表わしていると言えよう。

## V ま と め

病名の意義を考え、特に重障児における在り方を検討して、一つの試案を提起し、それに基づいた調査成績を報告した。重障児問題は厚生行政体制に始ったもので、社会性を中心にして進められてきたが、それに合せて社会適応を目標にして、100名の在宅重障児において診断し、病名を整理し、また療育を実践して、在宅重障児における問題点を指摘した。



## 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(重障児)は福祉行政の立場から提唱された名称であり,また問題である。後から医学的意見が追いかけてきたとはいえ,医学性を欠いた出発であったところに,的確な定義づけも無理であったのは当然で,医学研究は今後も続けられるであろうが,十分なる解明に至る距離はなお遠いと思われる。さればそこに,今までの姿勢で対処してよいかという見直しが問われてくる。

この発想のもとに,重障児の見直しを進め,今後の診断や療育に関する基礎づけをしようと,この研究を発足させたのである。