

(1) 心身障害児とその家庭に対する地域内 ケアに関する研究

分担研究者 佐々木 正 美

(神奈川県児童医療福祉財団・小児療育相談センター)

はじめに

心身障害児への対策として、日常生活に関しても、療育(治療・教育)に関しても、「インテグレーション(integration)」のメリットが強調されはじめ、その具体的方策として、行政機関も各種療育機関も、心身障害児に対する地域療育(community care)を志向する方向を明確にしつつある。

しかし何をして「インテグレーション」と称するか、「地域ケア」にしてもその内容や方法にも、不明確な面が多い。

地域ケアが行われる場合の、地域内における人的な、そして療育・相談機関等の構成要素とはどんなものか、それぞれ相互間の役割りの分担や連繋のありかたなど、具体的な方法論はもとより、十分に説得的な理念も確立されていない。

けれども、そのような実情のなかにも、各地で心身障害児への地域ケアは、試行錯誤的なニュアンスをはらみながら、日々着実な歩みを始めて、やがてそれなりの軌道にのろうとするものもあると思われる。

本報告は、本研究分担者と研究協力者の周囲で行われてきた心身障害児に関する療育実践の、いわばありのままの報告である。

地域ケアおよびインテグレーション に至る道

1. 居住(収容)施設の精神遅滞児

精神遅滞児にかぎらず、心身障害児が一般に行動上の障害を、異常に多く見せることは周知の事実である。

いっぽう知能と情緒はそれぞれ異った精神機能であるが、両者は相互に密接な関連をもって統合されていることも、心理学の常識である。したがって情緒障害のない精神遅滞はないといっても過言ではない。そのため、生活環境の不備は、精神遅滞児やそのほかの心身障害児の情緒障害を増強し、その結果、環境への不適応行動としての行動障害を生み出すことになる。

昭和45年以来3年間にわたって、厚生省児童家庭局障害福祉課が母体となって、病院や施設で療育されている心身障害児を対象に、「異常行動研究班」が結成され、各地で、行動障害の発生機序やそれへの治療・教育上の実践研究が試みられた。

当時、本分担研究者は、重度精神遅滞児の居住施設(国立秩父学園)に勤務しており、「異常行動研究」の研究協力者として、居住児童全員を対象に、配布された行動異常のチェックリストにしたがって各児の「異常行動」の有無を検討したが、集計を終って、それぞれの児童が日常の施設内居住生活で見せる、多様な不適応行動としての異常行動の数に、圧倒されるような驚きを感じた。

いまここに、その時の精神遅滞児について、その障害の成因(群)別の行動障害を、実数と頻度で表1¹⁾に示す。

このように、行動障害として一括されるさまざまな不適応行動の背後には、脳神経病理学、精神病理学、臨床心理学あるいは発達心理学など多面的に検討されなくてはならない問題が潜んでいると思われるが、たとえば、ダウン症児のように対人的な感情認知がよく

て、一定の集団生活のなかで社会性を獲得しやすい児童は、不適応行動（症状）の数が著しく少なく、他方、自閉性障害児のように、療育者やそのほかの共同生活児（者）と共感し合えず、社会性を発達させることの困難な児童の場合には、一見周囲の状況とは無関係な自己中心的な行動に終始しているようでいて、その行動の本質は「不適応行動」そのものとさえ理解できるような、極端に多い「異常行動」を見せている。

2. 大学病院精神科の児童外来

10年くらい前までは、大学病院の精神科（おそらく一般の精神病院も）を訪れる児童は少なく、東京大学医学部附属病院の精神科外来における統計²⁾を見てもわかるとおり（表2・図1）、昭和41年度新来患者3,400人余りのうち児童はわずか15人（0.4%）にすぎなかったものが、昭和45年頃から急増しはじめ、49年度には患者総数が約2,200人中220人と、実に10.0%を占めるに至っている。

児童の心身障害のなかで、身体的な障害についてはもとより、精神的な障害や発達遅滞についても、一般社会のなかに認識が深まってきた結果のあらわれであろう。

3. 大学病院精神科における児童のデイケア

東京大学附属病院精神科では、昭和42年5月から、自閉症・ダウン症そのほかの発達障害児を対象に、デイケア（Day Care）を開始している³⁾。

以来昭和50年2月現在に至る8年間に、98人の児童が、治療者（心理士、保母、教師、看護婦など）と man-to-man の対応で、intensive care がなされてきた。

本分担研究者は、その治療プログラムに途中の2年間を参加したが、その間に調査した8年間のデイケア通院児童全員のリスト（治療開始時年齢、性、診断、開始および終了の年月）は表3に、またそれぞれの通院期間を示すグラフは図2に示すとおりである。

男児71人、女児27人、治療開始時年齢2才

5ヵ月～9才10ヵ月、終了時年齢は12才3ヵ月が最年長である。

障害別には、ダウン症児27人（男14人、女13人）、ダウン症でない精神遅滞児7人（男5人、女2人）、自閉症児（あるいは自閉性精神遅滞児）64人（男52人、女12人）である。

表3や図2に見るとおり、昭和47年頃から、通院児は年度末の3月に揃ってデイケアを終了し、それぞれの地域社会の教育・保育機関へ受け入れられ、年度始めの4月には、新しい児童が揃って通院を開始するという現象がはっきりしてきた。東京都やその周辺県の「全員就学」をめざした試みなど、発達障害児に対する社会の側の認識や態度の発展的な変容に負うところの大きな現象であるが、同時にこのことは、48年頃から、デイケア通院児が並行して地域の保育園や幼稚園など、一般の健康児（普通児）が学令前に集団生活を経験する場に通所する機会を得ることも、めだって可能にした。（表4）

デイケア開設当初（昭和42～43年）の通院児は、週に1～2日のデイケアによる治療・教育日以外の日は、地域のいかなる療育機関にも通所できず、自宅における生活を余儀なくされていたが、昭和45年になると、わずかながら地域の保育・療育施設に並行して通所する児童が出ている。

以後この傾向は年を追って明らかとなり、50年5月には、通院児39人中、幼稚園と保育園にそれぞれ16人と5人（21人、54%）が通っている。そのほか、精神遅滞児通園施設に6人、母親たちが自主運営している心身障害児の地域グループなどに3人、学令に達して養護学校に1人と、合計31人（約80%）が、地域の一般保育・教育・療育施設のグループに参加しながら、大学病院の特殊（専門）治療の場としてのデイケアに通ってきている。

このことはまた、表5に示すおうり、デイケア通院児の年齢を小さくし、そのうえ通

院期間を短縮化することも可能にしている。すなわち心身障害児の早期発見と早期治療開始を可能にし、特殊治療を短期間で終了したりあるいは並行しながら、地域社会への参加をも可能にしつつあるといえる。

表5に見るとおり、デイケアが開始された当時(昭和42年)に通院を始めた児童11人は、平均3年2カ月という長期間の治療を受けているにもかかわらず、全員養護学校や特殊学級などの障害児のための教育施設とか、精神遅滞児施設および精神病院にしかつなかりをもち得なかった社会状況が、46年以後に通院を始めて、47～48年以後にデイケアを終了した児童にとっては、表中に見られるように、それぞれの発達と居住地域社会の教育・保育・療育施設の実情に合わせて、多様な可能性が開かれるように、発展的な変容をとげてきている。

4. 治療・教育者たちのインテグレーション

従来、心身障害児に対する療育上の配慮としては、障害児への「直接的な」治療・教育のみが優先して考えられ、社会環境の側への配慮は怠られがちであった。

そのために、ある一定の発達段階に達したときに、はじめて一般の保育・教育集団や社会への参加が可能であるとする理念や方法が、心身障害児に対する治療・教育の主流を占めてきた。それぞれの児童の発達段階に応じて、一般社会の側の保育集団や教育環境が適応できるようにするための配慮や検討は、極めて不十分にしか試みられてはこなかった。

心身障害児に対する治療・教育の熱心な試みが、障害児ばかりを分離した「隔離的」な環境で行わざるを得なかった事情のなかには、障害児に対する一般社会の側の理解や認識の乏しさがあるが、それにもまして、治療・教育集団の側にも、それぞれ相互に、また対社会的に閉鎖的な態度のあったことも見逃がし得ない。

かって本研究分担者は、カナダのブリティッシュ・コロンビア州のバンクーバー市で、児童精神医学に関する臨床訓練を受けた際に、単に狭義の医療スタッフばかりでなく、医療・教育・福祉・パラメディカルなど広い分野のスタッフが、統合的に教育・訓練される機会の多いのに驚いた経験がある⁵⁾。

医療従事者などの教育を統合的に行うという制度は、カナダでもブリティッシュ・コロンビア大学を中心にしたものが、最も歴史も古く積極的なものであることは、昨年(昭和50年)の第29回世界医師会(東京)に出席した、カナダ医師会長の発言⁶⁾ではじめて理解できたが、わが国の医療・教育・福祉関係などの従事者が、チームワークを容易になし得ない理由のひとつに、療育者や福祉従事者が真に統合的な教育を受ける機会のないことがあげられよう。

心身障害児の療育者は、それぞれ自分の分野の専門性や重要性については、十分に教育され、研究もしているが、他の分野の重要性や自分の分野との関連性については、知識も関心も乏しい。そのことは、心身障害児に対して全人的な発達を援助しようとする場合に要求されるはずの広い視野を、医療・教育・福祉従事者がもち得なくしている理由になっている。「障害児たちも社会のなかで自己実現(self-realization)をはかることができるように」というスローガンをかけた療育が、「社会」と隔離された環境で行われていることの矛盾に気づかないまま、「専門家」によって熱心に試みられていることが多い。

地域ケアやインテグレーションの困難さの因は、こんなところにもある。

地域ケアの試み

心身障害児の療育に対して社会的認識が高まるにつれて、昭和45年頃から、大学病院精神科の小児外来を訪れる児童の数が急速に増加しはじめると、翌46年頃には、病院のデイケアに通う障害児に対する療育のありかた

に、一般地域社会の保育・教育施設の協力が得られるという傾向がはっきりしてきて、そのことが、心身発達障害の状態にある児童の発達援助のありかたとして、大きな効果をもたらすという事例が多く経験されるにつれて、地域ケアや統合保育・教育の機運が、一般社会のなかに徐々に滲透しつつあるという事実は、先に紹介した数字でも明らかである。

本分担研究者が現在勤務している、神奈川県児童医療福祉財団・小児療育相談センター（横浜市神奈川区所在）は、以下に述べるように、主に学令前の心身発達障害児を対象とする地域療育相談機関として、施設内での療育相談と施設外の地域ケアを、有機的に融合させようとする試みを積極的に試みつつある。

1. 対象児童

昭和49年度（49年4月～50年3月）に当療育相談センターを新たに訪れた児童について、その障害状況（診断）と居住圏を示したものが表6である⁷⁾。

障害の分類については、各医師やその他の治療者間で、診断基準が必ずしも統一されておらず、情緒障害とされる児童のなかに自閉性症候群とまぎらわしいものもあるし、精神発達遅滞・言語発達遅滞・自閉性症候群の相互間にも、分類上の異同や混乱のあることは、臨床医学界の現状からいたしかたない。またてんかん児のなかにも、言語・精神・情緒・自閉などの障害を合併するものは少なく、どちらを主障害（診断名）とするかという問題についても、医師やその他の療育者の間に統一見解はない。

しかし、いずれにしても、神経系統に慢性の発達障害をもつ児童が、大部分を占めていることと、その数が大学病院精神神経科小児外来の10倍にも及んでいるということは明瞭な事実であって、そのことは、心身障害児やその家族にとって、多様で有機的な療育に関する援助のできる地域療育相談機関が、いか

に大きな期待を寄せられているかの証しになっているとも考えられる。

来所児童の年齢については表7⁷⁾に示すが、学令前の幼児が76.5%（1,471/1,924）と大半を占めている。そのうち神奈川県委託による心臓・視聴覚検診で精密検査の必要となった児童を除いて、一般来所児では3才にピークがある。心身発達障害の多くのケースでは、歩行の著しくおくれる脳性麻痺や一部の精神遅滞を除くと、2才のはじめ頃から家族に不安や疑いをもたれていた障害が、いよいよ決定的とも思われる時期が3才前後と考えられる。

2. 療育相談

本来、病院や療育相談機関その他の児童施設は、子どもの生活・学習・発達にとって、主役をはたすべきところではない。あくまで一時的・部分的な発達への援助がなされるころにすぎない。可能なかぎり、それぞれの家庭や地域社会のなかで、生活や発達のための遊びや学習ができるように、療育者は工夫や努力をしなければならない。

心身障害児は、ある一定の発達目標に達した時に、はじめて一般の社会や保育・教育集団への参加が可能であるとする従来の療育の方法は、決して最善のやりかたではなかったということを、さまざまな療育環境におかれた障害児が雄弁に語りはじめています。

どんな児童にどのような社会や保育・教育の場を用意し、同時に社会や児童集団の精神力動などをどのように変容、発展させて行くか、これからの心身障害児の療育・相談にあたるものに課せられたひとつの重要な方向である。

このような観点に立って、それぞれの児童に可能な限りの総合的な療育を試みようとするとき、多様な職種や役割りを分担する職員のチームワークが必要になる。

その一試案として、当療育相談センターにおける診療相談機構を図3⁸⁾に示す。主に狭義の医療や治療活動を行う診療室・精神衛

生相談室（心理治療室）・言語相談室（言語治療室）のほか、もっと広く地域社会的視野に立って、療育相談センターの内外で、福祉や療育に関する相談や援助を行う福祉相談室や地域対策室が設けられており、これらセンター所内における各分野のスタッフが、それぞれのケースの実情に合わせて、必要な部門間で相互のチームワークをはかりながら、その療育活動を家庭、幼稚園、学校そのほかの児童施設など一般の地域社会へと拡大して行くのである。

センターにおける所内療育相談活動を、所外の地域社会に拡大して行くためには、心身障害児の療育に関して、地域社会の各種療育・相談機関や保育・教育施設などの理解や協力が必要である。

そのために当療育相談センターでは、日常的に、各地で行われている障害児の自主訓練会、公的・私的療育・福祉・訓練等のセンター、障害児通所施設、一般保育園・幼稚園、児童相談所、普通小・中学校のほか養護学校、保健所、市役所や県庁の教育・福祉の担当課などへ出向いて、積極的に援助、協力、指導そのほか必要なコミュニケーションをはかり続けている。

また各地の児童相談所や市の福祉担当課などが主催する、心身障害児の統合保育に関する研究会（勉強会）などにも、積極的に講師や討論者を参加させて、地域療育活動の発展に協力している。

それぞれの児童に密着して、生活や学習に関する児童のニーズを正しく把握して、そのニーズが実現するように援助することが、「療育」そのものにほかならない。

そのためには、それぞれの障害を正しく理解するための知識と技術と、医療・教育・福祉などに関する社会的状況を正確に把握するための知識や経験が要求される。その上で、各障害児に合わせた療育が実践されることになるが、この多様な作業には、多くの人のチームワークを必要とすることは、先に述べた

とおりであった。

表8にあげたものは、当療育相談センターの窓口ともいえるべき福祉相談室を中心にした、心身障害児の療育実践に関するいくつかの事例である⁸⁾。各児童の障害と必要に応じて家族（家庭）の状況や問題点を明確にしたうえで、まずセンター内部の各室の作業を統合する。いっぽうそういう作業を進めながら、該児に必要なと思われる地域社会の様々な児童施設・学校・相談機関・行政機関・病院・保健所などと連絡をとり合って、真に社会的な統合的療育を進めて行こうとしている試みが、本表のなかに表現されている。

おわりに

以上、本分担研究者の心身障害児に対する療育実践の歩みにもとづいての報告を試みた。

重度障害児の居住施設から大学病院の外来およびデイケアを経て、地域療育機関への移動は、心身障害児の療育のありかたを模索する最近のひとつの自然な流れとも思われる。

この報告書のできる療育実践の過程で、以下の人々の協力を得ることが多かった。いわば研究協力者でもある。

国立秩父学園：

樋田豊治、荒井八千代、小沼肇、中沢健、岡野卓雄、伊藤美佐子、安河内幹
そのほか医務課、指導課の人々。

東京大学医学部精神神経科小児部：

太田昌孝、石井葉、仙田周作そのほか
デイケア・スタッフの人々。

神奈川県児童医療福祉財団・小児療育相談センター：

篠崎紀夫、長谷川茂、雨宮知子、松坂玲子、富岡武博、早川勝司そのほか診療相談部の人々。

大井英子、板垣百合子（調査研究室）

小野伊久枝、鈴木勝治（企画広報室）

青い鳥愛児園：

大城竹信そのほか療育スタッフの人々。

参 考

- 1) 佐々木正美：居住施設における重度精神薄弱児の行動障害とその周辺の問題。臨床精神医学, 2 (12) : 1367, 1973
- 2) 朝野潤二, 太田昌孝, 岡崎祐士, 豊島良一, 宮内勝, 渡辺諄二：外来患者動態——東大精神科外来活動の経験。第1報。精神医学, 17 (3) : 233, 1975
- 3) 佐々木正美：東大精神科小児部におけるデイケアとその周辺の問題。児童精神医学とその近接領域, 16 (2) : 112, 1975
- 4) 太田昌孝：精神薄弱児の治療——デイケアの経験から。理学療法と作業療法。10 (4) : 304, 1976
- 5) 佐々木正美：カナダで学んだ小児精神医学。精神医学, 14 (9) : 851, 1972
- 6) 日経メディカル・インタビュー：最適な医療とは何か, WMAで基準を(カナダ医師会長 L. C. Grisdale 氏), 日経メディカル P. 130, 1975年12月号
- 7) 昭和49年度小児療育相談センター来所児概況。神奈川県児童医療福祉財団, 1975
- 8) 昭和49年度事業概況——小児療育相談センター・青い鳥愛児園。神奈川県児童医療福祉財団, 1975

表 1 行動障害の実数と頻度

行動障害の 種 類	脳 感 染 12人		出産時障害 11人		そ の 他 後天性障害 9人		自閉性精薄 12人		自閉を除く 生来性原因 不明群(*1) 49人		ダウン症 9人		その他生来 性障害(*2) 12人		計 114人
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
興奮	8	66.7	8	72.7	6	66.7	8	66.7	20	40.8	1	11.1	3	25.0	54
暴行	2	16.7	1	9.1	3	33.3	7	58.3	16	32.7	2	22.2	5	41.7	36
器物破壊	5	41.7	3	27.3			3	25.0	5	10.2			1	8.3	17
反抗					3	33.3	8	66.7	5	10.2			2	16.7	18
拒絶	4	33.3	5	45.5	6	66.7	10	83.3	15	30.6	2	22.2	5	41.7	47
多動	5	41.7			3	33.3	9	75.0	11	22.4			1	8.3	29
自傷	9	75.0	3	27.3	3	33.3	7	58.3	13	26.5	1	11.1	4	33.3	40
破衣	2	16.7			1	11.1	2	16.7	6	12.2					11
脱衣	1	8.3	2	18.2	3	33.3	6	50.0	12	24.5					24
衣類かみ	2	16.7	2	18.2	1	11.1	4	33.3	9	18.4					18
奇声	3	25.0	4	36.4	5	55.6	9	75.0	13	26.5			2	16.7	36
拒食			2	18.2	3	33.3	6	50.0	5	10.2					16
異食	1	8.3	4	36.4	2	22.2	6	50.0	10	20.4	1	11.1			24
反すう	2	16.7	1	9.1					3	6.1					6
爪かみ	1	8.3							2	4.1					3
指しゃぶり			1	9.1	9	100.0	1	8.3	6	12.2			2	16.7	19
髪ぬき	2	16.7					1	8.3	2	4.1					5
チック	1	8.3			2	22.2	1	8.3	4	8.2					8
性器いじり	5	41.7	3	27.3	8	88.9	8	66.7	17	34.7			4	33.3	45
自慰			3	27.3	5	55.6	5	41.7	10	20.4	1	11.1			24
便秘	2	16.7	1	9.1	3	33.3	4	33.3	11	22.4	1	11.1			22
放尿	3	25.0	3	27.3			7	58.3	16	32.7					29
収集癖	3	25.0	1	9.1			7	58.3	5	10.2			2	16.7	18
執着	5	41.7	3	27.3	3	33.3	12	100.0	15	30.6	1	11.1	3	25.0	42
常同行為	4	33.0	5	45.5	6	66.7	10	83.3	15	30.6	2	22.2	1	8.3	43
脱走	2	16.7	2	18.2			3	25.0	5	10.2					12
無断外出	1	8.3	2	18.2	1	11.1	7	58.3	7	14.3					18
徘徊	5	41.7	5	45.5	3	33.3	12	100.0	17	34.7					42
衝動症状							3	25.0	3	6.1					6
強迫行為			2	18.2	2	22.2		8.3							5
反響症状			1	9.1			1	8.3	1	2.0					3
一人当り		6.5		6.1		9.0		14.0		5.7		1.3		2.9	6.3

* 1) 原因・症候群名・疾病名などの不明な群

* 2) 原因・症候群名・疾病名などの判明している群 (結節硬化症、クレチン病、ガルゴイリズム、胎生期放射線障害、マルファン症候群など)

表2 新来患者の疾患圏別実数と百分率

疾患圏	年度		41年		45年		46年		47年		49年	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
分裂病圏(S)	802	23.5	489	23.8	493	24.0	637	26.3				
感情病圏(MD)	268	7.9	201	9.8	217	10.6	274	11.3				
うつ状態	112	3.3	102	5.0	103	5.0	134	5.5				
うつ状態除くMD	156	4.6	99	4.8	114	5.6	140	5.8				
神経症圏(N)	939	27.5	488	23.7	457	22.3	539	22.3				
てんかん圏(E)	353	10.3	236	11.5	222	10.8	219	9.1				
その他の疾患	1,050	30.7	642	31.2	664	32.3	749	31.0				
小児神経障害	15	0.4	52	2.5	94	4.6	129	5.8	220	10.0		
診断保留および相談	230	6.2	52	2.5	58	2.8	75	3.1				
その他	805	23.6	538	26.2	512	24.9	546	22.6				
総数	3,412	100.0	2,056	100.0	2,053	100.0	2,418	100.0				

図1 新来患者の疾患別分類(百分率)

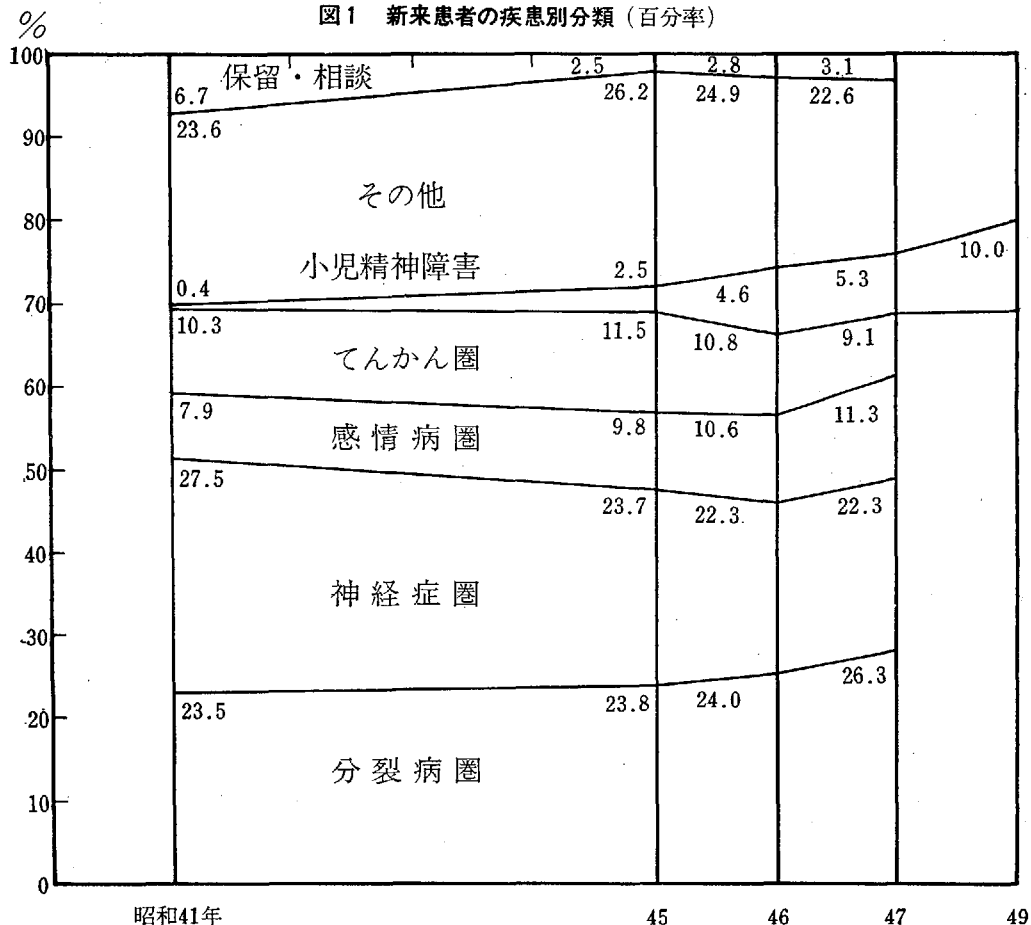


表3 東大D.C.通院児名簿

(昭和50年2月現在)

ケース No.	氏名	当初 年齢	性	診 断	ディケア (昭和年月) 開始 終了	ケース No.	氏名	当初 年齢	性	診 断	ディケア (昭和年月) 開始 終了
1	OJ	6:5	M	MR-A	42.5 45.3	50	YM	5:2	F	D	47.4 48.3
2	YK	5:7	M	A(MR)	42.5 45.3	51	KT	3:9	M	MR-A	47.4 50.3
3	AT	4:1	M	A(MR)	42.5 45.3	52	MM	4:1	F	D	47.4 49.3
4	MS	9:4	M	A(MR)	42.5 46.6	53	OM	2:10	M	A-MR	47.4 49.3
5	KY	6:6	M	A-MR	42.5 47.7	54	KY	5:1	M	A-MR	47.4 50.3
6	NH	6:10	M	A(MR)	42.5 47.10	55	ST	4:1	M	A	47.4 48.10
7	TK	5:2	F	D	42.12 44.3	56	TS	4:4	M	A-MR	47.4 49.3
8	HT	4:6	F	D	42.12 45.3	57	SY	5:7	F	D	47.7 48.3
9	ET	4:11	M	D	42.12 45.3	58	AK	3:6	M	D	47.7 50.3
10	TK	4:7	F	D	42.12 45.7	59	TY	9:10	M	A-MR	47.7 49.3
11	TM	5:7	M	D	42.12 45.7	60	OT	4:2	M	A(MR)	47.11 48.3
12	SY	3:10	M	D	43.2 46.3	61	UY	6:1	M	MR	48.4 49.3
13	MK	4:10	F	D	43.5 46.3	62	KH	4:5	M	D	48.4 48.11
14	TK	8:11	F	A-MR	43.9 44.2	63	KS	5:7	M	A	48.4 49.3
15	OK	5:1	M	A(MR)	43.9 45.3	64	SY	6:0	F	A(MR)	48.4 49.3
16	FM	3:8	M	[A]	44.2 47.3	65	TT	4:2	M	A-MR	48.4 50.3
17	HS	4:9	F	D	44.4 46.3	66	HH	5:0	M	MR	48.4 49.3
18	SY	4:11	M	D	44.4 47.3	67	AH	5:2	M	D	48.4 49.3
19	NT	5:6	F	D	44.4 45.3	68	IH	5:10	M	A	48.4 48.7
20	KE	4:11	M	A-MR	45.3 48.3	69	NY	4:4	F	MR-A	48.4 50.3
21	WN	7:0	M	MR	45.4 46.3	70	IS	3:6	F	D	48.4
22	TY	5:9	F	D	45.5 46.3	71	TY	3:5	M	A	48.4 49.3
23	FF	5:7	M	A(Aph)	45.7 46.3	72	NM	2:5	F	D	48.4
24	MS	7:11	M	A	45.7 46.3	73	FH	3:2	M	A-MR	48.4
25	TH	5:2	M	A	45.7 46.10	74	MT	2:9	F	MR-A	48.4
26	TT	6:6	M	A-MR	45.7 47.3	75	YH	2:9	M	A(MR)	48.4
27	US	6:2	M	MR-A	45.7 47.3	76	HK	5:2	M	A-MR	48.4 50.3
28	KT	5:6	M	MR-A	45.7 47.3	77	HT	4:3	M	A-(MR)	48.9
29	KR	7:2	F	MR-EP	45.7 48.3	78	MT	5:5	M	D	48.11 50.3
30	YH	5:7	M	MR-A	45.7 48.3	79	NK	2:10	M	D	48.11
31	AE	6:6	F	A(MR)	45.11 46.3	80	KK	5:1	M	A-MR	49.1 50.3
32	YK	6:5	M	A(MR)	46.3 48.3	81	AJ	5:4	M	D	49.4 50.3
33	TA	6:2	M	A	46.4 48.3	82	RK	2:10	M	MR-A	49.4
34	YT	5:7	M	A-MR	46.4 46.6	83	NK	3:1	M	A-MR	49.4
35	TK	5:6	M	D	46.4 47.3	84	GT	5:10	F	MR-A	49.5 50.3
36	KY	6:2	F	D	46.4 47.3	85	IN	4:0	M	A-MR	49.5
37	TT	4:6	M	MR-A	46.4 48.3	86	TA	4:7	F	MR-EP	49.5 49.11
38	SM	2:10	F	A(MR)	46.4 49.3	87	OM	4:4	F	A-MR	49.5
39	YA	6:0	M	MR	46.4 48.3	88	SN	3:4	M	A-MR	49.5
40	BK	5:10	M	MR-A	46.4 49.3	89	KT	4:1	M	A-MR	49.5
41	OK	5:6	M	MR	46.6 49.3	90	ON	3:2	M	M-R A	49.5
42	KK	7:2	F	A-MR	46.6 48.3	91	SY	3:4	M	A-MR	49.5
43	EH	3:5	F	MR-A	46.7 49.3	92	IY	3:0	M	D	49.5
44	IM	5:3	F	A-MR	46.7 48.3	93	KH	2:9	M	D	49.5
45	AK	5:5	M	D	46.9 48.3	94	TM	3:7	M	MR-A	49.5
46	FM	5:2	F	A	47.4 48.3	95	MN	3:3	M	MR-A	49.7
47	TA	5:4	M	A(MR)	47.4 48.3	96	TJ	4:6	M	MR-A	49.7
48	FK	5:10	M	A	47.4 48.3	97	KK	4:6	M	MR-A	49.7
49	KH	5:2	M	A(MR)	47.4 48.3	98	TK	4:0	M	MR-A	49.12

A: 自閉性障害 MR: 精神遅滞(精神薄弱) D: ダウン症 EP: てんかん Aph: 失語症(発達性)

[A]: 印象論的だが、カナ型ないし classic type と思われるような自閉症

()内のものは、治療の経過中にはっきりしてきた症状ないし障害

(ハイフォン)でつないだ2つの障害は、先の方が主症状(これも印象論的判断の域を出ない)。

表4 他施設との併行通院児数

(昭和50年5月現在)

	在籍	特殊及情緒	養護学校	通園施設	幼稚園	保育園	通所グループ	計 (%)	備考
42年度	14名	0	0	0	0	0	0	0	
43 "	16 "	0	0	0	0	0	0	0	
44 "	18 "	0	0	0	0	0	1	1(5)	
45 "	23 "	0	0	1	2	1	2	6(26)	
46 "	27 "	2	0	1	3	0	3	9(33)	
47 "	30 "	6	1	2	3	1	0	13(43)	
48 "	34 "	2	0	6	8	2	2	20(58)	
49 "	34 "	2	0	8	9	5	4	28(82)	
50 "	39 "	0	1	6	16	5	3	31(79)	うち3名は、保育園、幼稚園のみとなる。

表5 D.C. 終了後の児童の行き先

()内数字は自閉児数 (昭和50年2月現在)

通所開始(年)	昭和42	43	44	45	46	47	48	49	計
新入児数	11	4	4	12	14	15	19	19	98(73)
平均年齢	5歳 9ヵ月	5歳 8ヵ月	4歳 6ヵ月	6歳 2ヵ月	5歳 5ヵ月	4歳 11ヵ月	4歳 4ヵ月	3歳 11ヵ月	
平均通所年数	3年 2ヵ月	2年 1ヵ月	2年 4ヵ月	1年 7ヵ月	1年 11ヵ月	1年 7ヵ月	—	—	
普通学級				1(1)	1(1)	2(2)			4(4)
普通・特殊							1(1)		1(1)
普通・情緒						3(3)			3(3)
特殊学級	2(1)		1(1)	8(7)	4(2)	3(2)	1		19(13)
養護学校	3(1)	3(1)	3	3(2)	4(1)	6(2)	2(1)		24(8)
聾学校	1								1
訪問学校							1		1
精薄児施設(収容)	2(2)	1(1)							3(3)
精薄児施設(通所)	1				1(1)		1(1)		3(2)
精神病院	2(2)								2(2)
幼稚園					2(2)	1(1)	2(2)		5(5)
保育園					1(1)		2(1)		3(2)
転居					1(1)				1(1)
死亡								1	1
未定							3(2)	3(2)	6(4)
通所継続							6(3)	15(12)	21(15)

表6 昭和49年度来所新児童

	横浜 市			川崎 市			県 内			県 外			合 計		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
1 精神発達遅滞	83	40	123	1	3	4	46	23	69	2	7	9	132	73	205
2 言語障害	156	62	218	5	6	11	75	23	98	9	4	13	245	95	340
3 心疾患およびその疑い	1	0	1	1	1	2	4	3	7	0	1	1	6	5	11
4 情緒障害	62	18	80	3	1	4	24	3	27	7	0	7	96	22	118
5 自閉性症候群	51	14	65	2	0	2	24	5	29	5	0	5	82	19	101
6 てんかん	94	65	159	4	2	6	37	17	54	3	4	7	138	88	226
7 肢体不自由	16	9	25	3	1	4	5	4	9	0	0	0	24	14	38
8 その他の心身障害	45	34	79	4	2	6	16	10	26	4	3	7	69	49	118
9 一般疾患	16	6	22	0	0	0	11	1	12	4	1	1	27	8	35
10 不明	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2
小計	524	248	772	23	16	39	243	89	332	30	21	51	820	374	1,184
心臓検診事業			6			9			563			0	203	375	578
視聴覚検診事業			62			0			90			0	80	72	152
総計			840			48			985			51	1,103	821	1,924

表7 初回来所時年齢と障害の関係

障害	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10以上	合計
精神発達遅滞	8	15	18	48	30	31	22	9	8	6	4	6	205
言語障害	1	20	99	107	59	25	16	4	0	1	3	5	340
心疾患及びその疑	0	0	1	1	1	2	0	0	4	1	1	0	11
情緒障害	0	0	2	13	20	22	14	10	15	7	8	7	118
自閉症	0	0	23	40	17	12	5	0	2	1	1	0	101
てんかん	6	20	22	38	28	35	19	16	8	10	5	19	226
肢体不自由	6	9	2	6	4	2	1	1	2	2	0	3	38
その他の心身障害	7	6	8	16	17	8	20	8	5	10	4	9	118
その他の一般疾患	3	2	1	2	5	3	8	5	2	2	0	2	35
不明												2	2
心臓検診事業	0	2	0	1	2	6	380	128	45	9	4	1	578
視聴覚検診事業	0	0	0	2	3	33	66	23	15	7	2	1	152
合計	31	74	176	274	186	179	551	204	106	56	32	55	1924

1,471 (76.5%)
453 (23.5%)

表8 福祉相談室を中心にしたいくつかの事例(昭和50年9月)

年令(50.4現在)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
5.10才	5.6才	5.2才	6.7才	5.2才	8.5才	5.7才	4.6才	15.2才	14.5才	
こどもの状態	M.R 腎臓病 二分脊椎症	M.R	二分脊椎症	M.R	M.R 自閉傾向	重度M.R てんかん	M.R てんかん	重症 心身障害	M.R 乱暴 てんかん	てんかん 非行化
センターでの初回来所日	48.1	48.7	49.4	49.4	48.2	47.4	48.6	47.9	46.10	45.5
センターでの利用室	福 精	福 診 精	福	福 診 精	福 言	福 診	福 診	福 診	福 診	福 診
他所利用中の機関とのかわり	こども医療センター 児童相談所 福祉事務所 保育園 訓練会 病院(母)	児童相談所 福祉事務所 通園施設 自主保育会 保育所(妹)	こども医療センター 児童相談所	児童相談所 保育所 学校	児童相談所 精神病院	児童相談所 病院(転医) 児童相談所 病院(転医) 訪問指導 講師	児童相談所 保健所 病院(母)	こども医療センター 児童相談所 保健所	児童相談所 学校 通園施設 (待機中)	児童相談所 学校 青少年センター 教護施設
家族の構成	母 └───┘ 本人(男)	父 母 └───┘ 本妹 弟 人 (男)	母 └───┘ 兄 本 弟 人 (女)	母 └───┘ 本 弟 妹 人 (男)	父 母 └───┘ 本 妹 人 (男)	父 母 └───┘ 本 人 人 (男)	父 母 └───┘ 本 人 人 (男)	父 母 └───┘ 兄 本 妹 人 (女)	父 母 └───┘ 本 妹 人 (男)	父 母 └───┘ 本 妹 人 (男)
問題	母子家庭 母親病弱 生活保護 受給中	母親 精神発達 遅滞	母子家庭	離婚 母家出 母親 母子家庭	母親 精神障害 祖母・父 不仲	母親 精神発達 遅滞	母親 てんかん 精神発達 遅滞	母親 育児に 無関心	母親 無方針 過保護	父親 てんかん 質 妹 てんかん

福(福祉相談室)、精(精神衛生相談室)、診(診療室)、言(言語相談室)

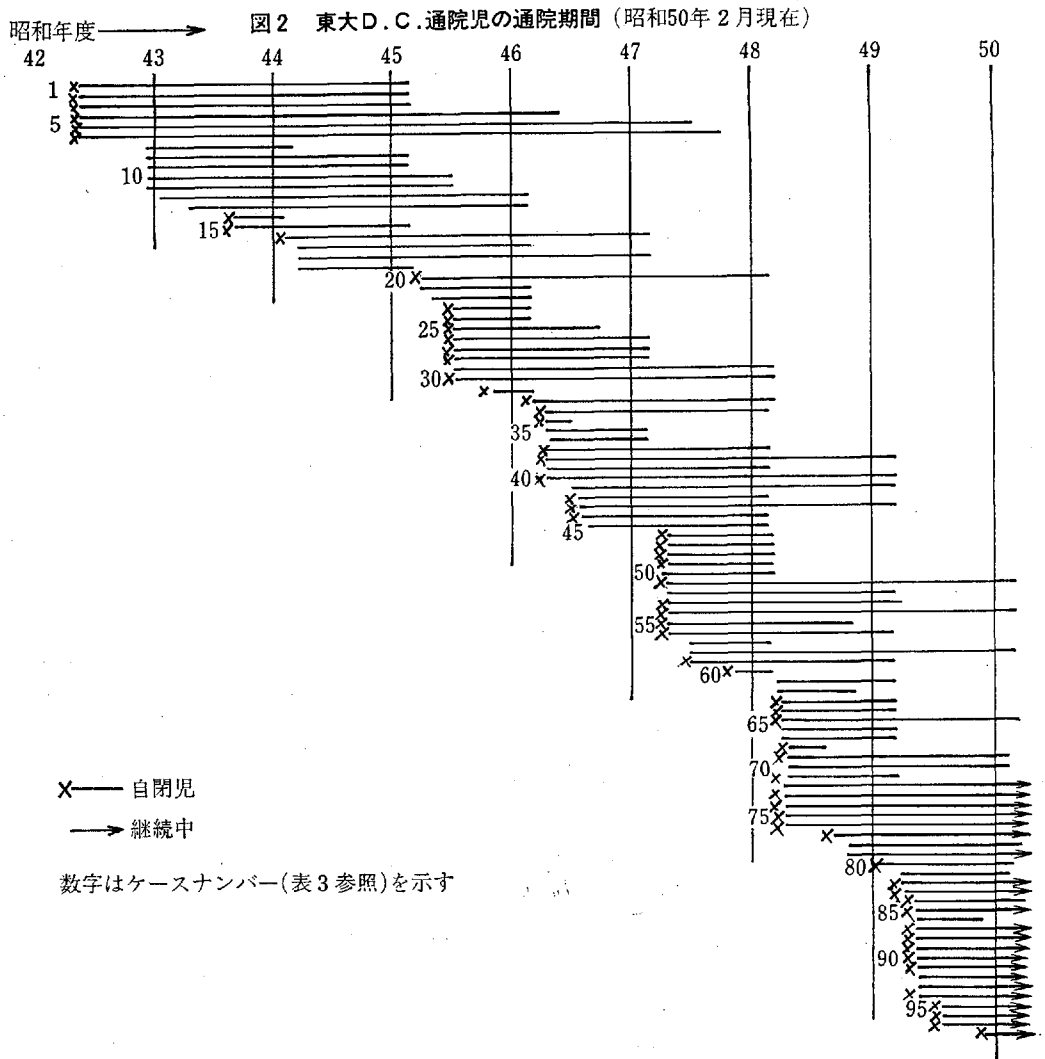
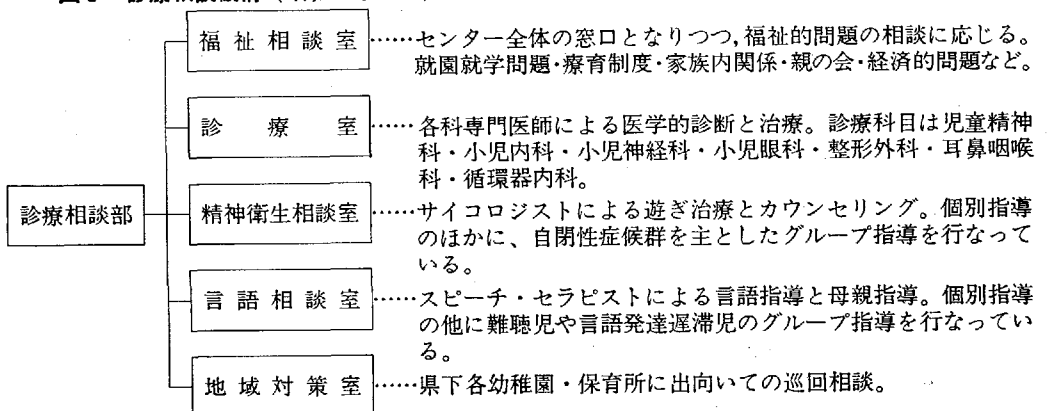
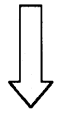
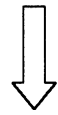


図3 診療相談機構 (昭和50年9月)





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

心身障害児への対策として、日常生活に関しても、療育(治療・教育)に関しても、「インテグレーション(integration)」のメリットが強調されはじめ、その具体的方策として、行政機関も各種療育機関も、心身障害児に対する地域療育(community care)を志向する方向を明確にしつつある。

しかし何をして「インテグレーション」と称するか、「地域ケア」にしてもその内容や方法にも、不明確な面が多い。