

心身障害児の Life-planning (生涯計画)

に関する診療計画 (1) 文献的研究

秋山 泰子

(日本心身障害児協会・こどもの療育センター)

1. 緒言並びに研究目的

心身障害児の臨床では、以前は子供を中心とした治療が行われ、発達評価が重要な課題であったが、最近では親の指導を重視して、心身障害児とその家族がよりよく社会適応できることを目的にすべきであるとの認識が高まってきた。

一方、社会的変化に伴い、一般にライフサイクル計画—生涯計画—の視点が抬頭してきている。心身障害児とその家族にも生涯計画は重要な課題である。福祉の社会における生涯計画とは、従来の「基本的人権の確保」という守りの姿勢から「個人の活動に必要な不可欠な基礎を築く」という考えに転じた姿勢であるといわれる。

このような情勢の中で、心身障害児の診療の指針を求めべく、文献的研究を行った。

2. 調査対象

次にあげる11の論文によった。殆んど精神遅滞に関する論文で、その他の心身障害児に該当する例は少数があげられているに過ぎないが、この中には多くの心身障害児に応用することのできる内容がある。

文 献

- 1) Jensen, R. A. : The clinical management of the mentally retarded child and the parents. Am. J. Psychiat. 106: 831, 1950.
- 2) Zwerling, I. : Initial counseling of parents with mentally retarded children. J. Ped. 44, 4, 469, 1954.
- 3) Bakwin, H. (chierman): Panel discussion; Mental-retardation-tetamwork in cssefindinding, diagnosis approach to parents and guidance. J. Ped. 50; 240, 1957.
- 4) Watson, E. H. : Counseling parents of mentally retarded children. Ped. 22; 401, 1958.
- 5) 石橋泰子: 心身障害児における家族関係について, 小児の精神と神経, 1, 1, 66, 1960
- 6) Drillien, C. M., Wilkinson, E. M; Mongolism: When should parents be told. Brit. Med. J., 2: 1306, 1964.
- 7) Miller, L.G. : Toward a greater understanding of the parents of the mentally retarded child. J. Pediat., 73: 699, 1968.
- 8) Matheny, A. P., Vernick, J. : Parents of the mentally retarded child: Emotionally overwbelmed or informationally deprived? J. Ped. 74, 953, 1969
- 9) Battle, C. V. : Chronic physical disease-Behavioral aspects. Ped. clin. North Am., 22; 3; 525, Saunders. 1975
- 10) Gaiton, W.F. : Management problems of mentally retaeded children and their families. Ped. clin. N. Am. 22; 3; 561, 1975
- 11) Watson, M. A., Money, J. : Behavior

cytogenetics and Turner's syndrome;
A new principle in counseling and psychotherapy. Am. J. Psychotherapy, 29; 2, 166, 1975

3. 調査成績

精神遅滞児の診療での指導に関する問題意識の趨勢は、大別して3期に分けられる。即ち、1960年代前半迄の前期、1960年半ばから70年頃の移行期、以後の最近である。

1) 前期(1950~1964年代前半)

この時期は、論文1)~5)に示されているが、精神遅滞の臨床の焦点が子供を診ることにあったために、指導を含めて親の心理的問題は付随的な位置におかれていた。この中で、ケーススタディにもとづいて、医師は両親のさまざまな感情や態度を理解する知識に欠けていることへの忠告、両親の困難な課題に適應するような話し方や態度を身につけるべきこと、医師は職業的であると同時に人間的注意や温情が必要であることなど、親の精神的問題に注目して警告的な論述がなされている。社会福祉が未発達な中で、慰めと、はげましをなすしかなかった時代の、精神遅滞の臨床の哲学が語り継がれたような時期である。

2) 移行期(1964~1970年)

論文6)~8)が該当するが、年代半ばから、従来付随的な位置におかれていた親の問題について系統的な研究がなされ始めた。

8)の論文では、診断を受けたことから生ずる親の心理行動的反応とそれが子供に及ぶ影響が、カウンセリングによって変化することを調査し、子供の医療や福祉の問題の解決のために両親との取り組みこそ重要であろうと示唆している。

この頃になされた親の心理的問題の研究業績が、9)の論文の中で次のように集約されている。即ち、診断を告げられた親の初期の心理的反応の中で最も多いものは、罪悪感、悲嘆、受容、慢性的悲観及び危機に直面した

時の人間のさまざまな反応である。そして続いて起ることは、夫婦間の感情や対処のしかたの不一致、育児の困難さが増すこと、診断や治療を求めての病院歩き、自信喪失や憂うつな感情を支えきれないこと、またこうした感情から逃れる行動をおさえることのむずかしさ、福祉機関があると聞いてもそこへ行きたくない気持、施設へ預けて保育や教育をしてもらおうと考える、などがあげられている。

このような調査成績と共に、問題の中には育児指導や、障害に関する情報の伝達をよくすることによって解消されるものが多いことから、カウンセリングや精神療法的面接によって子供の発達が期待できることなど、親子の不可欠の関係の認識が強められた。このことは、社会福祉体制の進歩、障害児の親の意識の変革、障害児に対する社会意識の変革等とあいまって、やがて次の時代の系統的な診療体制を考え出す基礎となっている。

3) 最近(1970~1975年)

数年前、この臨床の焦点は親におかれるべきであるとの認識が生じてきた。この中で論文9)~11)のように、生涯計画、家族統合的指導など組織的な指導法が提唱されている。

(1) Life plan をつくること。

Battle は論文9)の中に life plan の一項をあげている。life plan をたてるには時間を要する。1回や2回の面接でできるものではない。ここでは二分脊椎児の例をあげ、少なくとも20時間を要して、次のような項目を考えると述べている。

身体的問題

実例を示す

内科的及び外科的管理法

合併障害の対処法

全身的健康管理の必要

子供とその家族の発達の社会的情緒的局面
知的発達

子供と親の養育と防護

レクリエーション

仕事

両親への精神療法の必要性

所要時間の20時間は実際問題として1回30分週1回の治療とすれば、約10カ月にわたる。

この中に、身体的問題から社会生活上の問題にわたって解決と見通しがたてられるべきで、もしこれをしなければ、患児の全体的な視点を欠き、ただ部分的に接したに過ぎないと述べている。

(2) Total family system.

Gayton は論文¹⁰⁾で、慢性身体疾患患児の問題は、急性身体疾患の場合と違って、家族だけで対応できるものではないことを力説し、10数年来の多くの論文の業績を根拠に、診断とその後続く期間の親及び家族への対応の仕方の中で、重要と思われる次の7項目をあげ、これを“total family system”と結語の中に記している。

a) 障害児であることを親にどのように告げるか。

ダウン症候群のように早期発見のできる例では、これを経験した両親から次のように希望されている。即ち、診断は両親に(片親にではない)、産科医と小児科医によって、社会的保障や相談機関を含めた進路と共に知らせるという条件で、早期に診断と説明がなされるように。

b) 母子間の正常な愛情の確立への援助。

親の失望や劣等感また憂うつな感情などから子供に愛情をもって育てることがむづかしくなる。特に最初の1年間に危険があるのでこの間は来訪回数を多く指示して、身体的ケアを中心に(精神発達の問題よりも母親の取り組みは容易である)母親の気持をひきたてるように育児指導を行い、健全な母子関係に導くこと。

c) 家族が社会からひきこもりがちになることの予防。

母親が家庭にひきこもってしまうのを予防するために勇気づける助言も大切であるが、

同じ境遇の親同士と話し合う機会がつけられることも有効である。

d) 将来の発達に関する質問への答え方。医師は予言者ではなく現実家であるべきで、常に具体的な指導を行い、将来の問題は、育て方と子供の能力如何にかかっているという認識がもてるよう指導すること。法的保障や通所訓練、学校施設など年齢や程度に応じた対応策を知らせることによって、親の不必要な心配を減らすことができる。

e) 過保護や甘やかしへの注意。

親の態度には、性格的なもの、罪悪感のうめあわせ、拒否や怒りの内在、精神的葛藤、育児知識の得難さ、待つよりは手をかけたほうが早いからとしつけをしないこと、などが関与している。カウンセリングや具体的な育児指導によって、問題を解消し子供の能力を阻害しないよう注意する。

f) 祖父母の問題。

祖父母の意見によって育児上の混乱が起こることもあるので、時には祖父母もカウンセリングに参加させる必要がある。

g) 同胞関係。

親が家庭内でフランクに患児のことを話せるように勇気づけることは重要である。同胞は9才か10才になれば遅滞児についての説明や自分の立場を理解することができる。同胞に恨みや疎外感を抱かせないように、平等に配慮して育てるよう注意するとともに、時には医師が同胞に面接し、親には話せない悩みを解消するのに援助的役割を果せることもある。

以上のように、いかに両親に納得のゆく説明ができるかに出発し、家族全体を対象とした診療計画をすすめる、臨床のゴールは患児とその家族がその特別な境遇に最もよく対応できる能力をもつことを援助することにあるとするのがこの論文の主張である。

(3) カウンセリング及び精神療法。

親に対するカウンセリング乃至精神療法の必要性はいずれの論文にもみられることであ

るが、それをより具体的に示しているのが11)の論文である。この中で、Watsonは、ターナー症候群の例で、「将来子供を生むことはできないとしても、世の中の多くの子供を生めない人がそうしているように、養子を迎えて家族生活が出来る」というように、積極的な生き方を指示することの重要性を説いている。

親の精神的悩みに対して、初期には受容的、支持的であってよいが、その中でも、将来への展開が明るい方向に向けられるよう、次第に専門家としての指示の方向に誘導されるべきであり、このためには医師自身の生き方や患児に対する考え方が問われる臨床であると述べている。

4. 考 按

心身障害児の臨床に当って、疾患ないし障害の範囲で、狭義の医学のなし得ることは極めて少ない。医療的限界にすぐつき当ることは、医師がこの臨床の中で最も苦慮することの一つである。これが、心身障害児に対する医者離れの一因になっている。一方、親にとっても医学に対する失望、医師不信を招き、患者側からも医者離れが起きる。この領域には、無医村にも等しい問題が残されてきた。しかし、最近、この種の臨床では子供に焦点を当てるのではなく、家族にいかに対処していくかということに焦点をすべきであるという認識が高まってきた。社会福祉の未発達な時代、医師は親に対して慰めとはげましをなすしかなかったが、社会情勢の変化に伴い、福祉、教育機関への橋渡しの役割が可能になってきた。わが国では、医師が地域の福祉機関や教育委員会に紹介すれば、自ら問題が解決するような風潮が高まっている。しかし、その前に医学的臨床の中でなすべきことは、上記の論文にあるような、組織的な診療体制の形成ではなかるうか。

5. 結 論

精神遅滞ひいては心身障害児の診療体制のうち、親の指導を中心に文献的研究を行った。その結果

1) 1960年頃迄は、この臨床の中心は子供の発達評価にあったが、1960年半ばから、親の問題に関する認識が高まり、数年来、焦点が親に移行しつつある。

2) 心身障害児の組織的診療体制の例として、life planning (生涯計画) 及び total family system (家族統合的指導) をくわしく紹介した。これらの視点を取り入れることにより、複雑な精神的内容を含むこの臨床の方向づけがなされると考える。

3) 心身障害児の臨床には医師の心身障害児に対する哲学が反映する。専門的カウンセリング、精神療法の技術の修練も必要であるが、特に建設的、発達の助言が必要である。

↓ **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

1. 緒言並びに研究目的

心身障害児の臨床では、以前は子供を中心とした治療が行われ、発達評価が重要な課題であったが、最近では親の指導を重視して、心身障害児とその家族がよりよく社会適応できることを目的にすべきであるとの認識が高まってきた。