

# 心身障害児とその家庭に対する指導方法と その体制確立に関する研究

—そのⅡ：都立北療育園を受診した精神薄弱児例の検討—

甘 楽 重 信  
(東京慈恵会医科大学)

藤 本 輝世子・山 崎 ユ キ  
中 島 雅之輔・仲 田 実 生  
豊 永 義 清・吉 良 登志子  
山 本 恵 子・関 口 茂  
麻 生 昌 子 (東京都立北療育園)

## はじめに

近年、障害児者福祉思想の普及により、所謂心身障害児に関する療育施策の進展をみたというものの、その在宅障害児に対する実態並びにその家庭における指導方法に関する調

査や研究は乏しい。

都立北療育園は、都立唯一の肢体不自由児施設であるが、最近の新生児学や、保健・予防の医学の発達及び所謂脳損傷児の(超)早期療育思想の普及により、最近の初診受診者は、肢体不自由児の他に、運動機能障害や、

表1 外来児童(新規)の年齢構成

年 度	月令 年齢(歳)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計	%
		49	0	3	11	10	47	12	14	8	14	6	10		
	1	10	9	10	10	13	7	10	7	10	8	4	11	109人	23
	2	8	8	4	5	8	5	4	4	5	4	3	4	62	13
	3	7	6	4	4	8	2	3	3	3	7	2	5	54	11
	4	5	6	6	1	4	2	2	2	1	3	1	1	34	7
	5	5	1		4	1	1	3	3	2	2	4	2	28	6
	6以上													45	9
	計	35	33	35	34	81	29	36	27	35	30	24	35	479	100
50	0	1	7	3	7	26	18	10	8	9	15	11	6	121	31
	1	8	6	7	10	3	9	9	10	5	5	2	6	80	20
	2	12	4	3	6	5			3	5	2	1	4	45	11
	3	2	12	5	4	5	4		3	4	4	3	5	51	13
	4	3	3	6			3		2	1	1	2		21	5
	5	2	2	2	4		1		2	4		1	1	19	5
	6以上													60	15
	計	28	34	26	31	39	35	19	28	28	27	20	22	397	100
51	0		6	7	18	33	23	20	17	9	14	12	7	166	36
	1	10	12	7	9	8	7	8	13	13	5	7	4	103	23
	2	2	2	3	6	3	8	4	4	5	2	4	6	49	11
	3	6	6	5	5	2	1	2	4	4	1	3	3	42	9
	4	1	4	4	2	5	1	3	2	3		1	1	27	6
	5	3		1	2	1	2	1	2	1		1	1	15	3
	6以上													56	12
	計	22	30	27	42	52	42	38	42	35	22	28	32	458	100

表2 北療育園初診患児疾患分類  
(昭和48年, 49年)

		診 断	症例数	
1	脳性麻痺群	C.P	137	197
2		C.P+M.R	49	
3		C.P+Epi.	28	
4		C.P+latent Epi.	22	
5		C.P+M.R+Epi.	44	
6		C.P+M.R+latent Epi.	17	
7	精薄群	M.R	85	136
8		M.R+Epi.	37	
9		M.R+latent Epi.	14	
10	てん ん群 か	Epi.	2	8
11		latent Epi.	6	
12	行異 常 動群	Behavior Disorder	2	7
13		B.D+M.R	2	
14		B.D+Epi.+M.R	3	
15	そ の 他	D.M.P.およびその他の myopathy	17	
16		先天奇型による肢体不自由 児	19	
17		斜 頸	38	
18		開排制限 (L.C.C.Dys- plasiaを含む)	144	
19		その他	147	
20		不 明	66	
総 計			879	

運動機能発達遅延を伴った所謂脳損傷児や、その疑いのある児の来園もみられるようになりつつある。しかもその初診時年齢は、表1にみるように最近はその年少化が目される。

表2は、都立北療育園を昭和48年と49年に初診来園した患児の疾患分類であるが、所謂脳損傷児のうち、都立北療育園の対象になる児は、表2にみるように、主として脳性麻痺群と精神薄弱群であることが知れる。

そこで我々は、この三年間の連続研究の中で、昭和50年中に北療育園の外来を初診来園した患者について種々調査を行ないいささかの結果を得た。

昨年、脳性麻痺児について家庭における脳性麻痺児療育についての指導方法とその体制確立を考えたが、本年度は、精神薄弱児について同様な調査を行い、家庭における精神薄弱児療育についての指導方法とその体制の確立を検討してみた。

## 調査方法

昭和50年1月6日より昭和50年12月28日迄に北療育園外来を初診来園した患者数は414名である。しかし内17名は、当園職員等で来園したもので、今回の調査対象になりえた患児数は男子248名、女子149名、計397名であり、この397名についてカルテ分析を行った。

## 調査結果と考察

### (1) 脳性麻痺群と精神薄弱群の男女数

対象になった397名中脳性麻痺(以下C・Pと略す)は男子104名、女子58名、計162名で、精神薄弱(以下M・Rと略す)は、男子51名、女子29名、計80名であり、M・R群は、C・P群の約半分であった。即ち昭和50年も、表2の48年及び49年の疾患群別結果と同じく、C・P群がM・R群より多い傾向を挙げた。これは北療育園が、都立唯一の肢体不自由児施設であると共に、C・P児が肢体不自由児と一般に考えられているために送園又は来園する結果と考えられ、肢体不自由児施設におけるC・P児の位置はなお高いものがあることの証拠といえよう。しかしながらM・R児もかなり来園していることが知れ、肢体不自由児施設が、C・P児とM・R児を主とした所謂脳損傷児にとってリハビリテーション・センターになってきていることがうかがいしれる。最近北療育園の中身はC・P児、M・R児等の発生率を約98%に近い値で調査したが、この調査結果によるC・P児施設が、運動機能の遅れ又は運動機能障害を呈する脳損傷児として、M・R児をも扱わねばならないとすれば、肢体不自由児施設は、本来の肢体不自由児施設の姿から運動機能の遅れ又は運動機能障害を伴う精神薄弱児施設化してゆくことが予想される。最近の新生児学の進歩並びに厚生省の心身障害児発生予防対策の普及により、C・P児の発生率の減少は、中島の調査からも知れるように10年前の半数((註)重症心身障害児も2,000人の

出生に対し1人であることが知れた。)に減少している事実, 更にいわゆる心身障害児の全員就学, 統合保育, 統合教育がなされればなされる程, これからの肢体不自由児施設は, 10年前に比し療育対象となるC・P児は1/4に減少し, 逆に所謂重症心身障害児と運動機能障害や運動機能の遅れをみるM・R児を対象に生きてゆかねばならぬと想像され, 今後の肢体不自由児施設の方向性が示唆され, ここにこれからの肢体不自由児施設が占める心身障害児の家庭に対する指導と体制の中心的一存在にならねばならぬことが知れよう。

### (2) 初診時年齢

表3に見るとおりである。6ヶ月以内は2例できわめて少く, 7ヶ月から12ヶ月で20例即ち1才以下は約1/4である。1才以上が約3/4を占めることは, 運動機能の遅れあるいは運動機能障害に気づかれ親が我が子は肢体不自由児ではないかと考え, 肢体不自由児施設を訪れる年齢は7ヶ月以降とりわけ1年以後であることが考えられ, 運動機能障害を伴なうM・R児の早期発見体制の確立と共に, M・R児にも肢体不自由児施設対象になる患児のいることを普及させる必要のあることが痛感された。

表3 初診時年齢

初診時年齢	例数	総数
0～6ヶ月	2	2 (2.5%)
7～12ヶ月	17 (3)	20 (25%)
13～24ヶ月	20 (1)	21 (26.25%)
25～36ヶ月	9 (1)	10 (12.5%)
3才以上	22 (5)	27 (32.75%)

(註) 初診時知能指数が30以下と思われるものを( )内にするした

### (3) 初診時診断

表4は, 初診時診断である。これを表2と比較すると危険児(Risikokind)の項がふえ14例みられた。このことは, 最近多く経験するようになった零才代のRisikokindが50年

表4 初診時診断

危険児群	C. P. ?	4	14
	M. R. ?	6	
	発達遅延	4	
脳性麻痺群	C. P.	61	158
	C. P. + M. R.	66	
	C. P. + Epi.	4	
	C. P. + latent Epi.	4	
	C. P. + M. R. + Epi.	17	
	C. P. + M. R. + latent Epi.	6	
精薄群	M. R.	55	74
	M. R. + Epi.	17	
	M. R. + latent Epi.	2	
てんかん群か	Epi.	7	13
	latent Epi.	6	
行動異常群	B. D.	0	5
	B. D. + M. R.	3	
	B. D. + M. R. + Epi.	2	
その他	D. M. P. 及びその他のmyopathy	10	158
	先天時型による肢体不自由児	12	
	斜頸	8	
	関節制限 (L. C. C. 形成不全を含む)	38	
	歯科治療	(7)	
	眼科治療	(18)	
	その他	61	
不明	29		

(註) 歯科治療(7例), 眼科治療(18例)はC. P. 群と解してよく, C. P. 群と重複するので( )にした

より注目されるようになり, 北療育園に所謂脳損傷児が想定されるケースが送園されるようになってきていることが知れる。これは所謂脳損傷児の早期発見体制が少しづつ出来上ってきている傾向と考えられ, 在宅心身障害児療育体制の確立にとってのぞましい結果と

思われる。

Risiko-kind のM・R? 6例を除く74例のM・R群を検討すると、M・Rのみ55例(約74%)と48年及び49年のM・Rのみ85例(62.5%)より増加している傾向が注目される。この事実は前述したこれからの肢体不自由児施設又は肢体不自由児通園の方向性をこの面からも暗示した結果といえ、在宅精神薄弱児療育における今後の肢体不自由児施設や通園の占める位置の重要性を物語るものと考えられる。

(4) 確診例について

表5は、昭和50年から2年間 follow up した確診例である。初診時M・Rと考えた55例は47例とへり、初診時M・R+Epi と思った17例は21例に、又初診時M・R+lat Epiを予想した2例は4に増加し、結極初診時M・R群74例は72例になる結果を得た。

表5 精神薄弱確診例

確 診 診 断 名	総 数
M・R	42(5)=47
M・R+Epi	15(6)=21
M・R+lat Epi	4

(註) I・Q 30以下と思われる数を( )内に記した。

この事実は初診時診断と2年間 follow up した確診例の間にさしたる差がない結果であり、初診時M・Rと考えられた例は、我々の診断技術もさることながら、比較的初診時診断と確診例の間に差のないことが知れる。しかしながらM・Rの中にもM・R+Epi 或いはM・R+lat Epi になる症例があり、てんかんの合併ということでM・R児の場合、重複障害性を考慮する要を考えねばならぬ結果ともいえ、M・R児療育には小児科医の関与は不可欠と思われる。即ち運動機能の遅れ或いは運動機能障害をみるM・R児には小児科医、整形外科医の医師チームの確立がC・P児療育同様重要視される。又保健診療上両科

表6 実施した療育内容

通 園 措 置	北療育園本園通園措置数	11	88	
	城南分園	//		15
	城北分園	//		7
	都立多摩療育園	//		1
	その他の通園	//		54
通 園 回 数	1回/週	3	88	
	2回/週	15		
	3回/週	25		
	4回/週	2		
	5回/週	8		
	不明	35		
入 園 措 置	北療育園	29	37	
	その他の肢体不自由児施設	都内		7
		都外		1
そ の 他	重症心身障害児施設	0	0	
	精神薄弱児施設	0		
	その他の施設	0		

(註) 必ずしも50年中の数でなく、50年、51年、52年に渡る数である。

の併診も許さるべきで、この事は今後の新しい医療体制と考える。

(5) 実施した療育内容

表6は、昭和50年に北療育園を初診した症例について通園施設に措置した数と、施設(主として肢体不自由児施設)に入所措置したケースを調べた結果である。

この結果では、重症心身障害児施設及び精神薄弱児施設への通園及び入園措置例が一例もみられなかったが、これは北療育園が肢体不自由児施設であり、肢体不自由児であるC・P児の通園及び入園措置に努力し、北療育園に通園してきたM・R児に対し通園及び入園措置についてC・P児程努力していなかった結果かとも反省させられる。しかしながら一面M・R児通園施設や入園施設では、少くとも歩行が可能でないと措置してくれない現

状も事実であり、肢体不自由児施設に通園するM・R児であり、肢体不自由児施設児施設に通園するM・R児の場合、歩行が不能のため来園しているためこのような結果になったともいえ、これからのM・R児通園施設やM・R児入園施設にあっては、脳損傷の本体がM・Rであるならば、たとえ歩行が不可能な場合でもM・R児を対象としてとり扱うべきであり、M・R児施設（通園、入園共）に肢体不自由児施設程でなくともP・T（出来うればO・T、S・Tも）を備えM・R児療育をなすべきであり、この施策も今後のM・R児通園及び入園施設のあるべき姿であり、特に在宅M・R児療育対策として考えるべきものと思われた。

外来に通園した患者についてP・T（O・T、S・T）によって機能訓練を受けた患者は、C・P群では94例（約60％）に比し、M・R群では43例（約58％）、又医師により機能訓練を指導されたものは、C・P群32例（約20％）、M・R群14例（約19％）で、C・P児、M・R児共ほぼ同様な傾向をしめす結果を得た。

#### (6) 狭義の在宅障害児例の検討

表7は、狭義（本当に家庭に残留した例）の在宅障害児例である。調べた例のみであるが17例みられた。

表7 狭義の在宅精神薄弱

M・R	14	17
M・R+Epi	1	
M・R+lat Epi	1	
F・M+Epi	1	

（註）F・MとはI・Q30以下のM・Rをいう。

このうちM・R+lat Epiの1例は後に精薄養護に就学出来たことが知れ、M・Rの14例中1例は独歩可能になり某都内の福祉センターの通園に通っていることがつきとめえた。又M・R+Epiの1例は某医大で抗痙剤の投与を受けつつ医療の福祉にあずかっている

たから、これらは正しくは狭義の在宅児とはいえないと考えると、14例中11例が狭義の在宅障害児の対象になると考えられた。在宅といってもこれらM・Rの殆んどが何らかの形で独歩可能になっており本当の意味での在宅児は、初診以来来園せず確かな追跡が出来なかったM・R1例と、M・Rで埼玉県の子1例、と父母が離婚したF・M+Epiの1例の計3例のみで、思ったより少なかった。この結果は、M・R児の多くがいつかは何らかの形で独歩可能になる例が多く、C・P児程家庭にとじこめられることが少ないものと想像される。この事実から、M・R児には集団で生活しうる場を与える所、例えば複合障害児通園施設等の施策がなされ、そこでの療育指導等が行なわれるならば、多くの在宅M・R児の療育体系は完成しうるのではないかと予想された。

#### (7) 在宅療育の諸問題

表8は、在宅療育の諸問題として考えられる幾つかの因子をあげ調査した結果である。

表8 在宅療育の諸問題

一人っ子M・Rのケース	18	26
片親ケースのM・R	1	
共かせぎM・Rのケース	3	
外来に父、母以外の人がつれてくるM・Rケース	2	
その他	2	

一人っ子M・Rのケースが18例と多く、やはりC・P児同様最初に障害児をもつとその子がどうにかなる迄メドのつく迄次子を持ちながらぬ人の子の親の考えを反映した当然の結果であろう。しかしこの事実、両親が死亡した時この子らのめんどうをみる人がいなくなるということでもあり、成人M・R者対策の必要性が社会的問題になることが予想され、在宅障害児療育のもつ大きな問題点といえよう。次で共かせぎケース3例がみられたが、最近の核家族化と共にこのような症例の

扱いにも問題があり、保育所にも複合通園施設に近い障害児療育が出来るような人的、物的設備の必要性が考慮され、ここに新しい児童福祉の問題点を見出したい。又週休二日制の実施は、障害児をもつ親には欠くべからざることと筆者は思う。たとえ週一回来園させて療育指導即ち Homehandling を教えて帰せば、共かせぎが終えて一家団らんの中にその子を取り巻いて家庭での親の障害児に対する指導がなされるならば、障害児を有する家庭にとって或意味での幸せを見出しうるのではないかと考える。

その他問題になった例は、母もM・Rでその兄弟にもM・RのいるケースでM・R児をもうけた1例と、兄弟共M・Rの1例が目撃された。

(8) 初めてM・Rといわれた場所

表9は、初めてM・Rといわれた場所を調べた結果である。北療育園で診断された例が多い。運動機能の遅れ、又は運動機能障害をみた場合、肢体不自由児施設への送園は、これからなされてしかるべき小児医療のあり方であり、かつ心身障害児の在宅療育のあり方と考えられる。

表9 はじめてM・Rと診断された場所

北療育園		38	80
大学病院	小児科	16	
一般病院	小児科	12	
	整形	2	
実地医家	小児科	6	
保健所		4	
その他		2	

当園以外でM・Rと診断された例をみると、その殆んどが小児科医によりなされていたことは、昨年報告したC・P児がかなり整形外科医により診断されていた事実とは異り興味ある結果と思われた。これからの障害児小児医療における小児科医の卒後教育として

その重要性を示唆する結果ともいえよう。このことはまた、在宅精薄児の家庭に対する指導方法以上に必要なM・R児療育指導体制といえるのではないと思われる。

以上が今回調査したM・R児についての幾つかの結果と考察であるが、全体を通して総括的な考察を加えてみたい。

昭和52年東京都民生局監査報告は、在宅精神薄弱児対策について次のようなことを指摘している。

- (1) 諸施策を推進するための総合的実態把握。
- (2) 早期発見及び幼児を対象とした通園・通所訓練施設の設置、運営等の早期対策。
- (3) 児童相談所を中心とした相談、助言指導、診断、判定及び治療並びに愛の手帳交付制度。
- (4) 学童児の教育を保護するための養護学校・障害児学級等の設置、運営。
- (5) 学校卒業後の通所訓練、作業施設の設置運営。
- (6) 各種手当、年金制度
- (7) 緊急一時保護事業のホームヘルパー派遣事業

等である。

上記のうち(1)について今回我々の報告はいささかではあるが、実態を明らかにしたように思う。

(2)については、早期発見と市民へのM・R知識の普及の必要性ということで我々は強調した。即ち、表3に見るように、6ヶ月以内に初診来園したケースは2例(2.5%)にすぎない。勿論この時期にM・Rと診断することは大変困難であるが、3ヶ月乳児検診で、危険因子を有するケースで、脳損傷児の早期症状(例えば痙攣、2週以上の哺乳困難、易刺激性、睡眠障害、3ヶ月をすぎても首がすわらない。股関節脱臼がレントゲン上否定された股関節制限の認められる場合、異常な姿勢、体動の少ないこと等)の見られた症例で

は、その後の経過追跡を慎重になす要がある。ここに東京都等で行なっている3ヶ月、6ヶ月の乳幼児健康診断の意義を見出したい。又7～12ヶ月でも20例(25%)と未だその発見率は少ない。せめて1年以内即ち零才代に早期精神薄弱児の発見がなされる小児医療体制の確立は、緊急な厚生行政対策と考えられる。厚生省は障害児の発生予防に力を入れているが、それと共に障害児の早期発見体制の確立、医師の卒後教育と国民に対する障害児の早期発見に必要な知識の普及は、心身障害児の家庭に対する指導方法とその体制確立に関する出発点ともいべき大切な施策と思われる。

次に、初診時年齢、初診時診断及び実施した療育内容の項でふれたように、運動発達の遅れや運動機能障害を伴うM・R児の早期発見体制の確立と共に、このような児は、肢体不自由児施設対象児になりうることを児童相談所職員や医師へ知らしてよい時期にきていると思われる。

最後に、上述した理由から、今後の通園施設は、重複(又は複合)障害児通園施設としての設備をそなえさせ、かつここを所謂心身障害児の地域医療における中心とし、各県一つはある肢体不自由児施設をその県に於けるセンターとして在宅障害児の家庭における指導と障害児福祉の推進を計ることが現実に来る心身障害児対策の体制といえよう。

## 結 語

心身障害児とその家庭に対する指導方法とその体制確立に関する研究という主課題に対し、都立北療育園に昭和50年中に初診来園し精神薄弱(M・R)と診断された80例について次のような内容を検討し、考察を加えた。

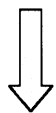
- (1) 脳性麻痺と精神薄弱の男女比。
- (2) 初診時年齢。
- (3) 初診時診断。
- (4) 確診例について。
- (5) 実施した療育内容。

- (6) 狭義の在宅障害児例の検討。
  - (7) 在宅療育の諸問題。
  - (8) 初めてM・Rといわれた場所。
- 更に上記の事実から

(I) M・R児の早期発見方法(乳児検診における注意すべき事項等)と国民に対するM・R児知識の普及の必要性

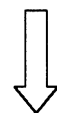
(II) 運動発達の遅れや運動機能障害を伴うM・R児にあっては、肢体不自由児施設の対象となりうること。

(III) 今後の通園施設は、重複(又は複合)障害児通園施設としての諸設備(人的、物的)を備えさせ、ここを所謂心身障害児の地域医療あるいは地域障害児福祉の中心とし、肢体不自由児施設を県のセンターとして運動機能障害を伴うM・R児の家庭に対する指導と障害児福祉の推進機関としての体制づくりの重要性について総括的考察を加えた。



## 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

近年,障害児者福祉思想の普及により,所謂心身障害児に関する療育施策の進展をみたというものの,その在宅障害児に対する実態並びにその家庭における指導方法に関する調査や研究は乏しい。

都立北療育園は,都立唯一の肢体不自由児施設であるが,最近の新生児学や,保健・予防の医学の発達及び所謂脳損傷児の(超)早期療育思想の普及により,最近の初診受診者は,肢体不自由児の他に,運動機能障害や,運動機能発達遅延を伴った所謂脳損傷児や,その疑いのある児の来園もみられるようになりつつある。