

# 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Ⅲ：都立北療育園外来受診児からの考察

(東京都立北療育園)

廿楽重信  
藤本輝世子  
山崎ユキ

中島雅之輔  
仲田実生  
豊永義清  
西川和子

カルテ分析を行った。

### はじめに

近年、障害児者福祉思想の普及により、いわゆる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。

そこで我々は、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い過去2回に亘りその結果を報告して来た。即ち昭和52年には脳性麻痺(以下C. P. と略す)児の、そして昭和53年には精神薄弱(以下M. R. と略す)児の在宅療育の実態を調査し、その家庭における指導方法とその体制確立に関して言及した。

今回は、以上2回の結果をふまえて、総まとめとして、当園受診児の内C. P. 児とM. R. 児の在宅療育の実態を更に詳しく明らかにし、肢体不自由児施設を受診する心身障害児の家庭における指導方法と、その体制確立に関し研究し、いささかの結果を得たので報告する。

### 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中今回の調査対象になり得た患児、男子248名、女子149名、計397名である。この397名について

### 調査結果と考察

#### (1) 脳性麻痺(C. P.) 群と精神薄弱(M. R.) 群の男女数

対象になった397名中C. P. 群は、男子104名、女子58名、計162名であり、M. R. 群は男子51名、女子29名、計80名で、50年中は未だC. P. がM. R. の約2倍を示し、肢体不自由児施設の対象患児の主要の位置を占めていることが知れるが、M. R. もかなり増加してきていることが知れる。ここにこれからの肢体不自由児施設の外来及び通園が、運動機能障害や運動機能遅延を伴う所謂脳損傷児、とりわけC. P. 児とM. R. といった心身障害児の在宅療育機関としての関わりの大いことが知れると思う。

表1 初診時年齢(M. R. 児群)

初診時年齢	例数	総数
0～6か月	2	2 (2.5%)
7～12か月	17 (3)	20 (25%)
13～24か月	20 (1)	21 (26.25%)
25～36か月	9 (1)	10 (12.5%)
3歳以上	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( )内に示した

表1 初診時年齢(C.P児群)

初診時年齢	例数	総数
0 ~ 6か月	14 (2)	16 (≒ 9.8%)
7か月~12か月	21 (1)	22 (≒ 13.6%)
13か月~24か月	33 (4)	37 (≒ 23.0%)
25か月~36か月	20 (1)	21 (≒ 12.9%)
3歳以上	64 (2)	66 (≒ 40.7%)

註 初診時所謂重症心身障害児と思われた者を ( ) 内に示した

(2) 初診時年齢

表1にみるとおりである。C.P.群, M.R.群共に同じ傾向にあることが注目される。特に1歳以下での初診時年齢がC.P.群23.4%, M.R.群27.5%と共にはほぼ全体の1/4を占め、未だ超早期発見の率が低い結果を示していると考えられ、これらC.P.児やM.R.児の超早期発見体制の確立と共に、一

表3 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	てん群か	Epi.	2	8
11		latent Epi.	6	
12	行異常群	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	158
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. Dyspasia を含む)	144	
19		その他	147	
20		不明	66	
総計			879	

表2 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	
	開排制限 (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

般市民に対するC.P.やM.R.の知識の普及の必要性が考慮される。

(3) 初診時診断

表2は、初診時診断である。これを昭和48年及び49年の初診時診断の結果である表3と比較すると危険児 (Risiko kind) の項がふ

え14例みられたことが注目される。このことは、最近多く経験するようになった零歳代の危険児が50年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来たことが知れる。これは所謂脳損傷児の早期発見体制が少しず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望ましい結果と思われる。

又、斜頸、開排制限、等の純然たる小児整形外科疾患の送園が半減している事實は、最近余りこれら疾患が送園されなくなってきている経験的事実と併わせ考えると、北療育園の場合、運動機能障害又は運動機能遅延を認める所謂脳損傷児の送園が増加することが想像される。新生児医学の進歩に伴ない、これから都会に存在する肢体不自由児施設のあり方を暗示する一結果とも云えよう。換言すれば、これからの肢体不自由児施設が、前述したようにこれら在宅心身障害児のリハビリテーション・センター的な存在になるであろう。又はならねばならない事實を示す結果ともいえよう。

又C. P. 群もM. R. 群も未だ単独のものがかなり多くみられたが、重複障害児の概念で考えた方が良いケースも多くみられた結果は、これからの所謂脳損傷児をみていく場合、重複障害児になるであろう事を考慮し、それ相当のきめ細かい療育指導体制を作ってやる事が、この子等にとって真の在宅療育体制作りであろうと考えられる。

更にその他の群で歯科治療7例、眼科治療18例がみられたが、これらは当園の城北及び城南両分園からの来園児であり、しかもやむにやまれぬ歯科治療及び眼科治療であったことから、脳損傷児のこれからの治療施設の併設も、肢体不自由児施設に欠かせぬ医療設備であり、従来の肢体不自由児施設最低基準法の改善が必要な時期に来ていることを示唆する結果と考えられ、在宅心身障害児とりわけ所謂脳損傷児の医療体制確立の一つにこのよ

表4 C.P群確診例

C. P.	53例
C. P+M. R.	57
C. P+Epi.	9
C. P+latent Epi.	4
C. P+M. R+Epi.	26
C. P+M. R+latent Epi.	13

表4 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。

うな条件の必要性があるといえよう。

#### (4) 確診例について

表4は、昭和50年から2年間 follow up して得た確診例である。C. P. 群、M. R. 群共に一層重複障害化していることが知れる。特に潜在性てんかんにしろ、真性てんかんにしろ、てんかんの合併増が知れる。このことは運動機能の遅れ或は運動機能障害を呈する脳損傷児の診療には、現在の医学教育態勢下では、小児科及び整形外科の両科の診療が必要であり、保健診療上両科の併診も許されるべきで、今後の肢体不自由児施設外来及び通園における在宅療育体制の一つとして考慮されてよいものと思われる。

#### (5) 実施した療育内容

表5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。

北療育園関係への通園措置もかなりみられるが、88例の通園措置例中54例(62.5%)が都立以外の通園施設に措置されている事實は、最近、東京都では、区立の通園センター

表5 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。

が多く出来つつあり、これら通園施設への措置児がかなりあったといえ、地域医療の必要性と重要性を示唆する結果といえまいか？換言すれば、所謂脳損傷児の在宅療育体制の確立の一つに、地域医療を除外した医療体制はありえないし、又あってはならぬ結果を示したものといえよう。

又一方、当園が肢体不自由児施設にとらわれすぎ、M.R.児の通園への措置をこの時点で考慮しなかったことは反省される。しかし一般に現存するM.R.児通園施設やM.R.児収容施設は、歩行可能でないと対象にしてくれないきらいがあり、これからの脳損傷児の通園施設は、前にも少し触れたが、重複障害児施設といった考えを持ち、機能訓練も出来る人員及び設備の必要性が考慮される。ここに新しい在宅心身障害児療育体制の一つがあ

るものと確信する。

(6) 狭義の在宅障害児例

表6は、狭義(本当に家庭に残留している例)の在宅障害児例である。調べた範囲であるが、C.P.児群19例、M.R.児群17例みられた。

表6 狭義の在宅C.P.児群

C.P.	8	19
C.P.+M.R.	6	
C.P.+F.M.	4	
C.P.+M.R.+latent Epi.	1	

(註) F.Mとは30以下のM.Rを云う。つまり所謂重症心身障害児と考えてよい。

表6 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。

しかしながらC.P.群中C.P.7例と、C.P.+M.R.6例は、2年間のうちに一応独歩可能になり、北療育園に通う必要がなくなったもので、その多くが地域通園又は統合保育の対象として保育園、幼稚園に入園したようで、狭義の在宅児とは云えば、最終的には、C.P.+F.M.の4例と、C.P.+M.R.+latent Epi 1児と考えられた。しかしながら後者のC.P.+M.R.+latent Epiも隣接北養護学校に就学し、北療育園への通園はさほど必要でなくなった例で、狭義の在宅C.P.児は、C.P.+F.M.の4例のみといえ、内一例は北療育園の巡回班の療育指導がなされていたことから結果的には、狭義の在宅C.P.児は3例のみであった。

一方、M.R.児群では17例みられたが、これも詳細に分析してみると11例のみ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11例のM. R. 児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究極的には3例のみであった。

以上のようにC. P. 児群, M. R. 児群共に狭義の在宅障害児例は幸いにも少く、今回の調査結果では、北療育園に來園した児の殆どが、何らかの障害福祉の行政ルートにのっていると考えられた。これはここ数年来の東京都当局の障害児福祉に対する努力の結果であり、努力すれば、かなりの重症児を除き、又家庭に問題のない限り、狭義の在宅障害児にしないですむという結果とも独断的に考えられる結果といえよう。

しかしながらこれら狭義の在宅障害児を零にする事が障害児福祉の究極の目的であり、巡回療育班の考えは在宅障害児の体制確立にかかせぬ重要な医療行政的方法と考える。

(7) 在宅療育の諸問題

表7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7 在宅療育の諸問題

一人っ子C. P.	46 例
片親ケースC. P.	6 例
共かせぎC. P.	4 例
外来に父, 母以外の人がつれてくるC. P.	1 例
その他	2 例

(註) 片親ケース6例中3例が母, 3例が父のみであった。

表7 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	

C. P. 児群では問題あった59例中46例(約78%)が一人っ子C. P. であり, 又M. R. 児群も26例中18例(約69%)が一人っ子M. R. 児であり, 最初に障害児をもつとその子がどうにかなる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。しかしこの事実は, 両親が死亡した時, この子らの面倒をみる人がいなくなるであろうということであり, 成人C. P. 者及び成人M. R. 者対策が, 社会的問題になることが予想され, 在宅障害療育の持つ大きな問題点といえよう。核家族化の進展は第一子に障害児を持つと次子を産む時, 預かる場所がないことも問題であり, 肢体不自由児施設をはじめ, 心身障害児施設の一部には, 産前産後の各二ヵ月間計四ヵ月間一時的に, 障害児を保護養育すべき部分があってもよいのではないかと考える。入園療育もこれら脳損傷児にとってそれなりの意義があるが, このような役割も今後所謂脳損傷児施設にあってよいものと思うし, 在宅心身障害児体制の確立の一つといえないだろうか?

又週休二日制の実施は, 障害児を有する共稼ぎ夫婦には絶対必要欠くべからざることと思う。即ち, 夫婦が交代で各週毎に週休をとるなら, 週一回は夫婦のいずれかが来園出来家庭療育指導即ち Homehandling を教えて帰せば, 共稼ぎが終えた後に, 一家団らんの中でその子を中心とした親子関係の成立が望まれうと思われ, 障害児を有する家庭にとって或る意味での幸せを見出しうるのでは

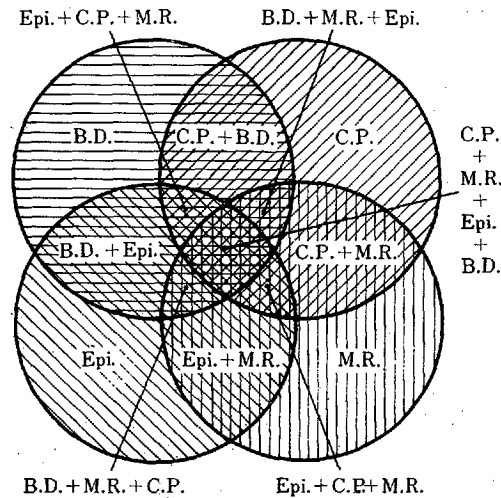
表8 はじめてM.Rと診断された場所

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	

表8 はじめてC.Pといわれた場所

北療育園	31例	31例(≒19.1%)
北療育園分園	6	6例(≒3.7%)
大学	小児科	24
	整形外科	13
	その他の科	2
一般病院	小児科	36
	整形外科	19
	その他の科	10
開業医	小児科	6
	整形外科	7
保健所	8	8例(≒5.8%)

図1 脳損傷児



注) C.P.=Cerebral palsy, M.R=Mental Retardation  
Epi.=Epilepsy, B.D=Behavior Disorder

「脳損傷児とは、出生前・後または幼少児期における中枢神経(脳)に対する障害に起因する次の4症状を示す症候ないし症候群を呈する小児」をいう。そしてその4症状とは、

- i) 脳性麻痺(C.P.): 主として運動機能障害を有する者。
  - ii) 精神薄弱(M.R.): 知能障害に関して論じられるべき者。
  - iii) 癲癇(Epi.): 痙攣発作を示す者。
  - iv) 行動異常(B.D.): 行動・情緒異常を呈する者。
- ということであり、これを図示したのが上図である。CPといっても、
- i) C.P.のみ(純粹のC.P.)
  - ii) C.P.+M.R.(or M.R.+C.P.)
  - iii) C.P.+M. +Epi.
  - iv) C.P.+M.R.+Epi.
  - v) C.P.+M.R.+B.D.
  - vi) C.P.+Epi.+B.D.
  - vii) C.P.+M.R.+Epi.+B.D.
- の7つが考えられる。

ないかと考える。

(8) 初めてC. P. 或はM. R. といわれた場所

表8は、初めてC. P. 或はM. R. と診断された場所である。両者共に北療育園を除くと、大学病院や一般病院の小児科及び整形外科で診断されているものが多いのに気づく。運動機能障害又は運動機能遅延をみる所謂脳損傷児の療育体制の確立の一助として、これら障害児の(超)早期発見は必要欠くべからざる事実である。この際小児科医は勿論、これからの医師全般がこれら障害児に対する認識を深めると共に診断技術の獲得に努める必要があろうかと思われる。その意味で卒業医学教育の一つに、これら所謂脳損傷児の診断体制作りは重要なことと考えられる。

(9) 北療育園外来新患状況の変遷

以上が今回調査した結果から考えられる心身障害児、とりわけC. P. 児とM. R. 児の家庭に対する指導方法とその体制確立に対する幾つかの考察である。

ここで北療育園の外来初診患児の変遷を述べ更に主題に対する我々の考えを附記してみたい。都立北療育園は、都立唯一の肢体不自

図2 初診年齢の低下

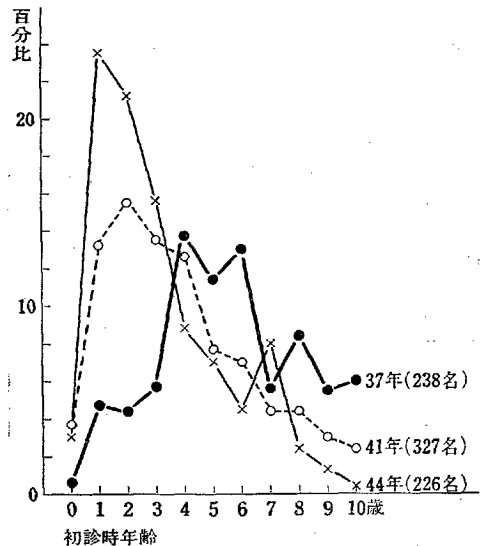


表9 外来児童(新規)の年齢構成

年度	月齢 年齢(歳)	月齢												計	%	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
49	0		3	11	10	47	12	14	8	14	6	10	12	147人	31	
	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10 外来児童の状況年齢構成(新患)  
(昭和53年度)

月齢 年齢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計	%
0	2	2	18	35	55	53	28	25	22	27	22	26	315	51.5
1	12	10	7	7	12	20	12	11	9	7	6	7	120	19.6
2	5	4	14	7	7	3	2	2	6	3	1	4	58	9.5
3	4	5	7	3	4	3	4	1	4	2	2	2	41	6.7
4	2	2	2	3	0	3	1	1	3	2	0	2	21	3.4
5	2	1	2	1	3	2	6	1	0	0	0	0	18	2.9
6以上													39	6.4

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(図1参照)の(超)早期療育思想の普及により、最近の初診受診児は、肢体不自由児の他に軽度の運動機能障害や、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。図2は昭和37年41年、44年当時の北療育園初診時年齢の変化をみたものである。漸次年少化が知れる。しかし最近では、その年少化は著しい。表9は昭和49年から51年迄の3年間の北療育園外来初診児の年齢構成であり、更に幼

少化が進んでいることが知れる。表10は、昭和53年の同様な表であり、新患数の増加と共に、ついに零歳での初診児が51.5%と半数以上を占めるに致り、超早期療育思想の普及が知れると共に、在宅療育の重要性が示唆されるかと思われる。

初診児年齢の幼若化と共に、その疾患内容

表11 初診患児疾患分類

疾病分類		新患数
危険児群		180
脳損傷群	C.P.群	160
	M.R.群	143
	Epi.群	2
	その他の脳損傷群 (先天性、後遺症を含む)	29
その他疾患群	筋疾患群	6
	脊髄性疾患群	12
	開排制限群	12
	その他	26
正常範囲		25
眼科診のみ		17
合計		612

表12 身体障害児（新患）登録状況

(年度別病類別)

病 類		年 度																
		37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
脳 性 ま ひ		103	104	166	149	178	190	194	173	139	143	211	182	173	162	200	183	160
脳性まひ以外	整形外科的障害	14	16	30	20	17	22	27	24	34	19	44	77	94	68	45	35	39
	精薄及びてんかん	26	23	35	47	72	84	77	72	78	89	70	64	103	95	136	162	145
	そ の 他	4	2	3	2	3	3	4	3	3	1	8	33	35	26	2	3	38
	ポリオ・筋ジストロフィー	28	27	19	11	5	8	7	6	3	10	2	4	9	2	7	7	6
	計	72	68	87	80	97	117	115	105	118	119	124	178	241	191	190	207	229
総 計		175	172	253	229	275	307	309	278	257	262	335	360	414	353	390	390	388

(注) 外来初診者のうち、成人、単純な疾病・外傷などを除外したし体不自由児、心身障害児で、経過をある程度把握しているもの。

なお、早期発見の普及に伴い、危険児群が増加している。ちなみに53年度における危険児は150名であった。将来不明なので上記には含まれていない。

表13 乳 児 通 園 (仮称)

1. 目的及び機能

乳幼児における脳性まひ(以下「C.P.」という。)及びその周囲疾患の運動機能改善は、精神発達のそれと同一線上でとらえなければならないという確信のもとに、昭和51年7月、P.T. 1名、指導員1名による0歳児特殊外来としてスタートしたものが、昭和52年10月から、乳児通園として再編成された。

言うまでもなくC.P.の治療は、その診断が確定してから開始したのでは遅すぎ、C.P.に発展する可能性のある危険な因子を持つ児を早期に発見し、療育ルートに乗せることによって、多大な療育効果を上げることを目的としたものである。

ここではP.T.1名、指導員1名、S.T.1名さらに看護婦が加わり、対象児の機能、精神、言語等の発達の促進並びに健康管理及び離乳食を主とした食事指導等を含んだ各専門分野からのチーム・アプローチが試みられている。

2. 乳児通園措置延人数 40名

3. 新患、初訓練平均年齢 8.5か月

4. 病 名 (診断名)

(1) Risiko Kind 16名

(2) Floppy infant 6名

(3) C.P. 2名

(4) C.P.+M.R.+α 2名

(5) M.R.(精神発達遅滞) 2名

(6) M.R.+α 4名

(7) 運動発達遅滞 4名

(8) そ の 他 4名

計 40名

※ 尚、診断名及び通園措置決定については当園医師によるものである。

5. 卒 園 児 数 38名

独歩可能で卒園した者 26名

年齢超過(1歳6か月)による措置解除児 9名

通園不可で解除した者 3名

38名の卒園時平均年齢 1歳5.7か月



も極めて変化して来ている。表3は、昭和48年と49年の北療育園初診来園児の疾患分類である。脳性麻痺(C.P.)群と精神薄弱(M.R.)群といった所謂脳損傷児の来園がかなり多いことが知れる。

最近では、放置すれば将来脳損傷児に発展するであろうと考えられる小児、即ち Vojta のいう危険児 (Risiko kind) の来園も増加している。表11は昭和53年度の初診患児疾患分類である。危険児群の増加が知れると共に、その他としてC.P.群、M.R.群が圧倒的に多く、本来の肢体不自由児疾患が、極めて少なくなってきたことが知れよう。

(表12参照)つまり最近の北療育園の初診患児の殆どが、危険児群、C.P.群、M.R.群といえ、在宅心身障害児の療育がきわめて望まれる状態といえよう。

以上のように、北療育園初診患児は零歳児が半数以上であり、かつ疾患内容が、危険児群、C.P.群、M.R.群、で殆どを占める結果、従来の外来療育のみならず、仮称乳児通園、といった本来の通園療育と異った通園療育組織を考えるに到った。この考えは、所謂脳損傷児の在宅療育を考える新しい概念と思われ今後、本邦における肢体不自由児療育あるいは所謂脳損傷児療育のあり方の何らかを示唆すると思われる。表13は、北療育園における仮称乳児通園の内容と、昭和53年に扱った乳児通園の疾患内容を示したものである。

以上が最近の北療育園外来新患患児の状況であり、C.P.児群、M.R.児群の在宅療育の体制確立を考えるには、適当なフィールドといえよう。従って我々の研究目的もこの2群について考えたわけである。そしてこの仮称乳児通園こそ、これからの運動機能障害あるいは運動機能遅延を示す所謂脳損傷児の肢体不自由児施設の新しい通園措置形態であることを確信し、再度強調し掲筆したい。

## 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年中に初診来園した症例の内、C.P.児及M.R.児について次のような内容を検討し、考察を加えた。

- (1) C.P.児群及M.R.児群の男女数
- (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
- (7) 在宅療育の諸問題
- (8) 初めてC.P.あるいはM.R.といわれた場所
- (9) 北療育園外来新患状況の変遷

更に以上の内、考えられる課題に対し

(I) C.P.児やM.R.児の超早期発見体制の確立として一般市民へのこれら障害児の知識の普及と、これからの医師はこれら障害児に対して正しい知識を認識し、(超)早期の正しい診断法の獲得の重要なこと。

(II) これからの肢体不自由児施設の外来や通園は、重複障害児としてのC.P.児やM.R.児を扱う頻度が増すであろうこと、又重複障害児としてきめ細い療育指導をしてやる体制作りの重要性

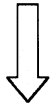
(III) 地域医療の推進には、地域の通園施設がかなり重要な役割をもっていて、地域通園の地域療育に果たす役割の大なこと、又巡回療育班の存在も一考を要するものがあること

(IV) (超)早期療育体制の一つとして仮称乳児通園、といったような新しい通園体制を作る事も今後考慮されてしかるべきこと。

(V) 肢体不自由児施設を初めとして所謂脳損傷児施設の収容部分の一端に、次子を分娩する場合、一時預かるといった一時養護性のニーズが必要なこと。

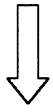
(VI) 週休二日制は障害児をもった共稼ぎ夫婦には絶対必要であること。

の六点を指摘し、与えられた課題の主結論とした。



## 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

近年,障害児者福祉思想の普及により,いわゆる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。

そこで我々は,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い過去2回に亘りその結果を報告して来た。即ち昭和52年には脳性麻痺(以下C.P.と略す)児の,そして昭和53年には精神薄弱(以下M.R.と略す)児の在宅療育の実態を調査し,その家庭における指導方法とその体制確立に関して言及した。

今回は,以上2回の結果をふまえて,総まとめとして,当園受診児の内C.P.児とM.R.児の在宅療育の実態を更に詳しく明らかにし,肢体不自由児施設を受診する心身障害児の家庭における指導方法と,その体制確立に関し研究し,いききかの結果を得たので報告する。