

発達障害児に対する早期家庭療育指導

— 過疎県での療育システムの一考察 —

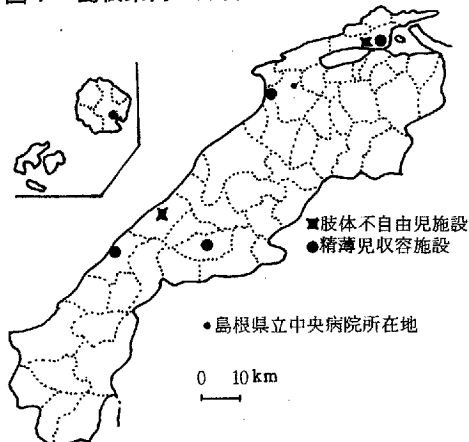
島根県立中央病院

木佐俊郎 森山稔子
山根巨州 富永積生
中尾安次

< 研究目的 >

島根県においては、精神遅滞や自閉を含めた早期総合療育システムはまだ確立されていない。県内には2つの肢体不自由児施設と5つの精薄児収容施設がある(図1)が、脳性麻痺で一部早期療育が試行中の点以外は、精神遅滞など全ての発達障害に対する早期家庭療育対策はこれまで無かった。したがって、こうした児が早期発見されても具体的指導のないまま4歳ぐらいまで経過することが多かった。このため、唯一の県立総合病院である当院には、脳性麻痺以外の発達障害にも目を向け、全ての発達障害児の早期地域療育に積極的役割を果たすことが求められている。

図1 島根県内の障害児収容施設



しかしながら、島根のように交通不便で冬期には雪に閉ざされるような過疎県では、頻回の通院を要するような大都市型の総合療育センター方式は、結局のところ限られた範囲のサービスに終わってしまう恐れがある。

そこで我々は、昭和55年5月から母親指導を中心とした早期家庭療育指導システムを開始し、島根のような過疎県でも実現可能な方法を模索している。本研究の目的は、我々の療育システムの成績を検討し、考察を加え、「島根方式」を可能にする基礎条件をつくっていくことにある。

< 対象 >

6カ月以上経過を観察し得た初診年齢4歳未満の発達障害児90例で診察や諸検査を経ての最終診断は、脳性麻痺群21例(23%)、精神遅滞群60例(67%) (内、8例は自閉傾向を有す)、その他9例(10%)である(表1)。初診月令は表2に示す如く決して早期とは言えず、特に精神遅滞ではそれがめだつ。

初診時の主訴(表3)は、大別すると運動の遅れ59例(66%) (半数が精神遅滞)、言語遅滞27例(30%)、感覚のひずみ4例(4%) (いずれも自閉傾向)である。

表1 最終診断名

群	項目	例数(%)	男	女
脳性麻痺		21(23.3%)	10	11
精神遅滞	単 純 性	52 60	35	25
	自 閉 性	8(66.7%)		
そ の 他	運動遅滞	3	3	6
	いざりっ子症候群	2		
	脊 損	1 9		
	二 分 椎	1(10.0%)		
	モヤモヤ病	1		
	F-CMD	1		
計		90	48	42

表2 初診月令

月令		群	脳性麻痺	精神遅滞	その他	計
6カ月未満			7	2		9
6カ月以上～12カ月未満			8	4	3	15
12	18	"	1	15	3	19
18	24	"	0	8	2	10
24	36	"	4	12		16
36	48	"	1	19	1	21
			21	60	9	90

関節可動域を示標にした筋緊張は、亢進17例(19%)、正常10例(11%)、低下63例(70%)で、亢進群は全例脳性麻痺で、低下群は81%が精神遅滞である(表4)。

表3 初診時の主訴

主訴の内容	群	脳性麻痺	精神遅滞		その他
			単純性	自閉性	
運動の遅れ	歩かない 立ちしな い はわな い ねがえり しない お座り しない 首が座 らない	59	2	10	2
			0	5	
			3	6	
			21	29	
言語遅滞	単語が殆ど ない 単語が増 えない	27	8		
			15	4	
感 覚 の 遅 れ	視線が合わ ない 難聴が心配 なんでもこ わがる	4		2	
				1	
計	90	21	52	8	9

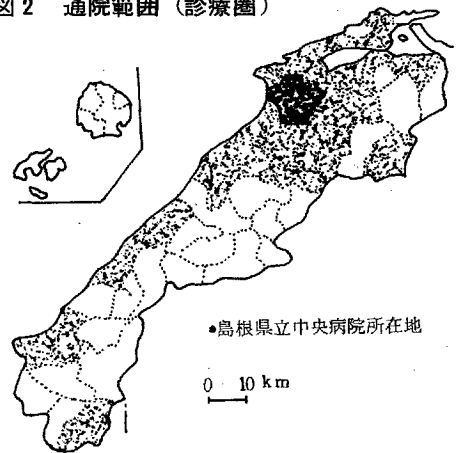
表4 筋緊張の程度

筋緊張		群	脳性麻痺	精神遅滞	自閉症 精 遅	その他	計
亢進	著明に亢進		0				17
	亢進		10				
	軽度亢進		1				
	やや亢進		6				
正常	正 常			6			10
	ほ ぼ 正 常			2	1	1	
低下	やや低下		1	14	4	2	63
	低 下		2	20	3	3	
	著明に低下		1	10	0	3	
計			21	52	8	9	90

合併症については、脳性麻痺群では精神遅滞15例(71%)、てんかん12例(57%)、その他4例(19%)で、精神遅滞群では、てんかん7例(12%)、その他22例(37%)である。脳性麻痺群以外では、てんかん発作非抑制例は対象から除いた。

図2に対象の通院範囲(診療圏)を示すが、ほぼ全県に広がっており、当院までの通院時間も1時間以上の遠方が56例(62%)を占めている。

図2 通院範囲(診療圏)



<方法>

図3に示す如く、主たる治療法として脳性麻痺に対しては、理学療法士(本院には4名常勤)により運動療法(Bobath法またはVojta法に準じ)を週に1~2回程度の通院指導(又は1カ月入院し訓練法を覚え月1回以上通院)を行なった。

精神遅滞に対しては、主著者(医師)又は心理判定員による月1回1時間の「テキスト(乳幼児の発達指導法, 高松鶴吉監訳, 医歯薬出版)を使った家庭療育指導法」(詳細は既に発表済み²⁾)を、療育指導室で母子1組に対し、1対1で予約制で行なった。毎回ホームエクササイズを指導し、家での実施状況や養育態度の変化をチェックしていった。

自閉傾向を有す群には感覚(統合)訓練を含む総合指導を加えた。

16例(27%)の児で、通所事業(2-5回/月)又は保育所にも通ったが、本法実施前後での変更はない。脳賦活剤も避け、1例に使用したのみである。

原則として6カ月を1クールとし、1クール終了毎に診察と、各種発達検査(津守式、新版K式を柱に、脳性麻痺ではミュンヘン式も利用)をくり返し、発達動態と発達影響因子を、次の2群にわけて検討した。すなわち治療期間中の発達率(伸びた月数を治療月数で割ったもの)が初診時の発達率(発達月令を生活月令で割ったもの)を上回った群(「発達率上昇群」と、治療期間中の発達率が初診時の発達率を下回った群(「発達率下降群」)に分けて前方視的に比較検討した。

図3 家庭療育指導の方法

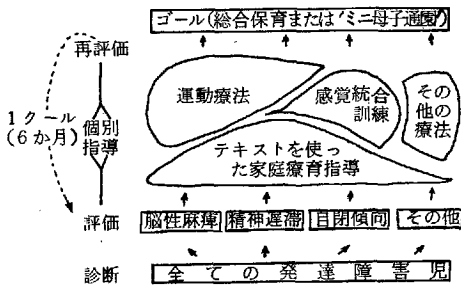


表5 脳性麻痺の治療成績(1歳未満初診例)

項目 群	例 数	初診時 月令	初診時		治療 月数	1クール終了時	
			初診時の発達率			治療期間中の発達率	
			運動月令	知的月令		運動月令	知的月令
			運動発達率	知的発達率		治療期間中の 運動発達率	治療期間中の 知的発達率
発達 上昇 率群	8	8.9	0.52		7.2	0.94	
			5.4	5.2		11.8	18.3
			0.59	0.61		0.90	0.98
発達 下降 率群	7	3.0	0.27		6.4	0.11	
			0.52	0.71		1.38	1.30
			0.25	0.28		0.16	0.08

(N=15、数字は平均値)

<成績>

1 治療成績について;

1クールの治療終了後に発達率が上昇したのは脳性麻痺群では10例(48%)(平均0.59から0.90へ)であった。この内、1歳未満で治療開始した15例をまとめたのが表5である。

これに対し、精神遅滞群の結果を表6に示す。「家庭療育指導」を実施した48例中39例(81%)で発達率が上昇(平均0.59から0.88へ)し、本法を実施し得なかった対照群12例中の発達上昇群5例(42%)に対し有意に高い成績を得た($P < 0.01$)。「指導」群と対照群との間に、精神遅滞の原因(診断名)、合併症、自閉傾向の占める割合、筋緊張低下の状態、発達解離現象の頻度、養育態度に問題のある家庭の頻度そして脳波・CT所見に有意の差はなかった。

「指導」した精神遅滞の内、12例(25%)は統合保育など集団の場につないで「終了」(ゴール達成)としたが、残りは引き続き第2クールを実施している。この第2クールも終了した12例中9例(75%)で発達率の上昇(9例中8例が第1クールに連続し第2クールでも)が得られた。

表 6 精神遅滞の治療成績

群	項目	例数	初診時月令	未 満 18 カ 月 数	初 診 時		治 療 (フ ォ ロ ー) 月 数	1クール終了時	
					発達月令 (発達指数)			発達月令 (発達指数)	
					初診時の発達率			治療(フォロー)期間中の発達率	
		運動月令 (運動発達率)	知的月令 (知的発達率)	終了時運動月令 (治療期間中の 運動発達率)		終了時知的月令 (治療期間中の 知的発達率)			
指 導 群	発上 達昇 率率	39	27.5	15	14.3 (59)		7.1	20.9 (68)	
					0.59			0.88	
					16.2 (0.63)	14.8 (0.61)		21.0 (0.81)	20.1 (0.92)
群	発下 達降 率率	9	31.1	0	15.7 (48)		7.3	17.8 (45)	
					0.48			0.29	
					15.5 (0.48)	14.7 (0.54)		19.8 (0.61)	18.1 (0.24)
対 照 群		12	23.0	6	14.2 (61)		7.8	18.4 (60)	
								0.61	
					16.1 (0.70)	13.3 (0.56)		20.5 (0.59)	17.9 (0.59)

(N = 60. 数字は平均値)

2 発達影響因子について

1) 脳性麻痺；表5に示すように、発達率下降群は初診（リハ開始）が3カ月と早いにもかかわらず発達率が下降（平均0.27から0.11へ）している。発達率上昇群と下降群とでは、麻痺の種類や筋緊張異常の分布には殆んど差はなく、家族の養育態度にも差はみられなかった。しかし、両群の間には重症度の差が著しくあり、難治てんかんや精神遅滞合併例、哺乳不能例、高度の脳波異常例、高度のCT異常例が下降群に圧倒的に多かった。重度仮死産及びその合併症（頭蓋内出血など）が障害の発生原因と考えられる例が下降群に多かった（表7）。

2) 精神遅滞；発達率上昇群と下降群との間に有意の差はなかったのは次の諸点であった。原因（診断名）、てんかんなどの合併症の有無、脳波所見、CT所見など障害の重症度。また、家庭の養育態度を示すと思われる無断欠席率、テキスト忘れた回数、家庭内不和の率、養育態度に問題ある家庭の率も両群に有意の差はなかった。しかし、問題のある

家庭が改善されて減っていく割合は発達率上昇群のほうが明らかに高かった（表8）。

逆に有意差のあったのは、筋緊張低下の改善度（ $P < 0.01$ ）、発達解離現象の頻度（1クール終了後）（ $P < 0.05$ ）の2点であった（表9）。また表5で示すように、18カ月未満の早期受診例は全て発達率が上昇しており早期療育開始の意義を示した。

表7 脳性麻痺の発生原因と重症度（1歳未満初診例）

群	例数	障害の発生原因	哺乳困難例	脳波所見	脳CT所見			
発達率上昇群	8	極小未熟児	3	0	ほぼ正常	4	孔脳症を伴う脳萎縮	1
		重度仮死産	1		境界領域	1	軽い脳萎縮	2
		頭蓋内出血	1		基礎波の遅れ	2	脳室周囲低吸収域	1
		低血糖症	1		発作波頻発	1	正 常	3
		硬膜下水腫	1					
		不 明	1					
発達率下降群	7	重度仮死産	4	3	正 常	0	高度のびまん性脳萎縮	3
		(頭蓋内出血合併)	2		基礎律動異常	2	びまん性のう胞変性	2
		新生児けいれん	1		発作波頻発	4	孔 脳 症	1
		後天性心停止	2		平坦脳波	1	軽い皮質萎縮	

表8 精神遅滞児をもつ家庭の養育態度

項目 群	例 数	指導 期間 (平均)	指導 の回数 (平均)	無 断 欠 席 回 数 (率)	テ キ ス ト 忘 れ た 回 数 (率)	家 庭 内 不 和	問 題 の あ る 養 育 態 度 (前→後)
発下 達降 率群	9	6.8	6.3	2 (3.5%)	1 (1.6%)	1	4→3 (改善 1)

表9 精神遅滞の筋緊張と発達解離現象の治療前後での変化

項目 群	例 数	初診時の筋緊張	1クール終了時 の筋緊張の変化	発達解離現象 (前 → 後)			
発達率 上昇群	39	ほぼ正常	7	不 変	4	運動>知的発達	9 → 4
		やや低下	12	やや改善	20	運動<知的発達	1 → 1
		低 下	18	改 善	8	(計10 → 5)	
		著明な低下	2				
発達率 下降群	9	ほぼ正常	3	不 変	6	運動>知的発達	3 → 3
		やや低下	2	やや改善	2	運動<知的発達	2 → 1
		低 下	3			(計5 → 4)	
		著明な低下	3				

<考察>

1 家庭療育指導の効果について

脳性麻痺が子供自身に直接働きかけるような active な治療を頻回に実施しないと発達が促進され難いのに対し、精神遅滞群では、我々の方法のように月1回1時間だけの指導でも、親がその気になってホームエクササイズを実行すれば発達率が着実に促進されることを示した。これは本法を通し親が比較的早く障害を受容し、積極的な方向へ養育態度の変容が促されることにより、間接的に児が伸びていくという結果であると思われる。有意差こそ出なかったが、発達率上昇群のほうに養育態度の改善率が高かったことからそれはいえる。

ここでいう親の養育態度については障害の受容過程と密接に関連しており、既に我々はこの点については一定の分析を過去に加えているので省略したい。²⁾

精神遅滞群での発達率上昇児の割合が8割を越えた点については一応満足できる成績と考えたい。また発達率の上昇が第1クールのみならず第2クールでもひき続き維持されている点にも注目したい。今後、更に長期間追跡例と対照群を増やし、指導効果について検討していきたい。

脳性麻痺群については何をもって治療効果とするかむずかしい点がある。常に負のポテンシャルが作用しているので発達率の上昇だけを基準とするのは厳しいかもしれない。注目すべき点は、発達率の伸びが、親の養育態度や治療手技、治療開始時期によらず、それよりも障害の重症度や発生原因に主として作用されていることである。この事実は、脳性麻痺に関しては、周産期ケアを徹底し重度仮死産を減らす対策がまず必要であることを示しており、諸家の報告と我々も一致する。

2 通院による家庭療育指導の限界と課題

我々の方法は、島根県において、4歳未満の障害児とりわけ頻度の高い精神遅滞対策が全く欠落していた状態を補うために開始したものである。しかしながら、我々が如何に精力的にこなしても、精神遅滞について言えば全県をカバーしている状態とはとても言えず、限られた範囲のサービスに終わっている。本法は親にも実行可能な現実的な方法で、しかも認むべき成績も得ており、したがって今後この方式を如何に全県下に拡げていくかが課題である。これを実現していくには、次の諸点を解決しなくてはならない。

1) “家庭療育指導員”の養成の必要性

新たな職種としてこれを確立することは困難なので、既存の職種に対し一定の研修を課した上で、「家庭療育指導員」とし、保健所単位毎にこれを配備し、テキストを使って定期的に母親指導にあたるという考え方が出てこよう。保健婦は地域の第一線で障害の早期発見に重要な役割を果しているが、発見のみならずその後のケア（事後指導）についても一定の役割をもってもらうことも必要になる。そしてこれらの「家庭療育指導員」の役割をもつ保健婦を後方から、ときには現地へ出かけて専門的な立場から援助する役割を既存の療育施設や病院が果たさなくてはならないであろう。島根県においては、5つの精薄児施設、2つの肢体不自由児施設、及び2つの総合病院（県立中央病院、国療松江病院）が、4歳未満の発達障害児の家庭療育指導実施のための専門スタッフを提供できる可能性はもっている。

しかし現実には、障害児収容施設は障害別の対応から総合療育的な志向には一部の施設を除いて向っておらず、当面は当院と国療松江病院（今年度発達障害児のデイケアセンター建設着工の予定）が、この分野を開拓していかざるを得ないと思われる。

来年度は農山村のモデル地区を設定して以上の構想を現実のものとしてみたい。このためにも当院においては当面心理判定員の増員が望まれる。

2) 家庭療育指導を終了した児の“受けざら”づくりの必要性

我々の指導にもゴールが必要であり、一定の条件を達成した児は「終了」にしていけないと新規の児の受け入れができなくなり、「流れ」が滞留してしまう。このため、我々は総合保育の拡充や障害児通園事業の実現に向けて努力している。島根県においては通園事業は松江市に小規模のものが1ヶ所あるのみで、通園施設は皆無という状態である。

児童相談所が県内の5カ所で日に2～5回程度の母子通所事業を全県下で約50名ぐらいの幼児に実施して一定の成果をあげている。大田市では市と保健所が児相と連携してこれを行ない成果をあげている。

今、島根県において最も実現可能な方法はこの“ミニ母子通園”ともいえる集団指導の事業を全県下に拡げることではなかろうか。保母の有資格者を雇いあげ、専門施設スタッフの助言と児相の職員の指導を得てこれを行なうのである。保健婦ももちろん積極的にこれを各地域で支えていく。

当面は、モデル地区を設定して来年度にこれを実施して検討していきたい。

3 発達影響因子についての検討

精神遅滞群においては18カ月未満の早期開始例は全例発達率が上昇した。いずれも運動遅滞を主訴に来院したもののばかりであるが、この中から単純性運動遅滞は最終的に除外しており、早期療育開始の意義とみてよい。

家庭での養育態度については初診時のよし悪しよりもその後の改善が得られるかどうか重要なカギになることを示した。

筋緊張も発達障害を診断し、その後の発達を予想する評価項目となる。精神遅滞群について言えば、その殆んどに種々の程度に筋緊

張低下が存在するが、これが治療中に改善されていくかどうかが発達促進上の重要な要素になると考えられる¹⁾。現在我々は精神遅滞児の筋緊張低下について前方視的に検討中でいずれも詳細を発表する予定にしている。

発達解離現象は脳性麻痺群や自閉傾向群で見られることが多く、発達阻害因子の1つといえる¹⁾。この場合指導が一層むずかしくなる傾向がある。特に運動発達が知的発表より強度に先行する形での発達プロフィールをとると、大方決まって多動となり、療育指導室を児が動き回り、母親指導どころではなくなる。こうした多動児の場合、我々は1人が子供をプレイさせ、1人が母親指導にあたりつつ記録もとっていくという形態での指導方法を、最近からとるようにしている。

いずれにしてもこうした重症な多動児は母親の手に負えるものではないので、子供自身を直接働きかけるデイケア形態での治療が必要であると考えている。しかし、すでに院内にはデイケアを行なえるようなスペースは全くなく、苦慮している現状である。

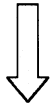
<要約>

一過疎県における全発達障害児の家庭療育指導の現況と成績を示し、精神遅滞群を中心として若干の考察を加えて報告した。特に精神遅滞群では発達率上昇群が8割を越え、一応満足できる成績を得た。今後、全県下で本システムを拡げていく上での条件について、スタッフ供給の面、施設の面、指導形態の面を中心にして検討し、来年度以降の研究課題を明らかにした。

<参考文献>

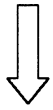
1. 木佐俊郎；精神遅滞における筋緊張低下と発達解離現象，総合リハ，8(8)；655-661，1980.
2. 木佐俊郎，森山稔子，山根巨州他；精神遅滞児に対する家庭療育指導，総合リハ，9(11)；867-872，1981.

3. 木佐俊郎, 中尾安次, 西村達夫他; 総合
病院における発達障害児の家庭療育指導,
島根県中病医誌, 9 (1) ; 42-49,
1982.



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



研究目的

島根県においては、精神遅滞や自閉を含めた早期総合療育システムはまだ確立されていない。県内には2つの肢体不自由児施設と5つの精薄児収容施設がある(図1)が、脳性麻痺で一部早期療育が試行中の点以外は、精神遅滞など全ての発達障害に対する早期家庭療育対策はこれまで無かった。したがって、こうした児が早期発見されても具体的指導のないまま4歳ぐらいまで経過することが多かった。このため、唯一の県立総合病院である当院には、脳性麻痺以外の発達障害にも目を向け、全ての発達障害児の早期地域療育に積極的役割を果たすことが求められている。