

長期在宅障害児の家庭療育に関する研究

仮称“乳児通園”についての提言

都立北療育園

甘 楽 重 信 藤 本 輝世子
山 崎 ユ キ 中 島 雅之輔
落 合 幸 勝 山 本 恵 子

はじめに

「長期在宅障害児の家庭療育に関する研究」という主題のもと、55年度は、都立北療育園本園に通園措置された障害児の16年間の変遷と、これにもとづいた今後の在宅障害児療育の方法の一つとしての通園療育のあり方について報告した。

即ち、この16年間に、肢体不自由児通園措置児の主たる疾患であったCP児は減少し、精神薄弱(MR)等を併せ有する重複障害児が増加してきていること、しかも年々幼少化、重症化の現象がみられることから、これからの公立肢体不自由児通園施設は、いわゆる重症心身障害児(重障児)をも含めた運動機能に問題のあるあらゆる心身障害児を扱おうる医療設備と、これらを扱おうる職員の配置の必要性についてのべた。

56年度では、都内にある都立の四つの肢体不自由児通園施設における昭和56年4月1日現在、通園措置されている障害児の実態について調査し次の結果を得た。即ち、

(1) 最近の都立四通園施設では、対象児が年少化、重複化、重症化し、重障児が半数以上を占めてきている。

(2) 上述の結果から、調査対象児の約3分の2が日常生活動作能力(ADL)が全介助に近い児である。

(3) これら重障児がふえてきている現状を考えると、公立とりわけ都立の通園施設に求められるものは、これら重障児をも含めた療

育可能な設備と共に、医師とりわけ小児科医とナースの常駐は必要であり、かつパラメジカル・スタッフの充実は欠かせない通園の条件である。

(4) 年少化した重障児を扱う程、全日制通園の施行は不可能であり、全日制通園のあり方と施設設備職員数のあり方は厚生行政上再検討の時期にきている。

以上2年間の調査結果を総括すると、障害児の超早期発見、超早期療育という最近の障害児療育傾向と、上述した全日制通園の実施不可能という結果から、仮称“乳児通園”という通園の存在乃至は措置のあり方が考慮される。そこで当園では上述した目的を達成するために、昭和52年10月から仮称“乳児通園”と命名した、主として零歳児の運動機能に問題のある子供を対象とし、原則として週2日以上通園可能で、かつ離乳食を開始した児を通園措置し、58年1月31日迄5年4か月の経験をつんだのでその経験について本年は報告する。

調査成績

- (I) 調査対象：5年4か月間に通園措置した人数は、表1にみるように、52年(23名)、53年(39名)、54年(33名)、55年(36名)、56年(24名)、57年(1月31日で20名)、計175名である。
- (II) 措置時病類分類：前述した調査対象の措置時診断は表2にみるとおりである。

CPとは脳性麻痺が考えられたもの。

MR・Epiとは、精神薄弱又はてんかん乃至

表 1. 調査対象

| 年度 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 計 |
|----|----|---|---|---|------|------|----|----|------|---|---|---|----|
| 52 | | | | | | 9 | | | 8 | | | 6 | 23 |
| 53 | 5 | 8 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 4 | 39 |
| 54 | 12 | 8 | 1 | 4 | 1 | | | | 2 | 2 | | 3 | 33 |
| 55 | 5 | 4 | 8 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 36 |
| 56 | | 4 | 2 | 2 | 5(1) | | 1 | | 2(2) | 3 | 5 | 1 | 24 |
| 57 | | 3 | 5 | 1 | 3 | 4(2) | 1 | | 2 | 1 | | | 20 |

() 措置復帰、再編

表 2. 措置時病類分類

| 病名 | 年度 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 |
|-------------------------|----|----|----|----|----|-------|-------|
| C. P | | 4 | 5 | 8 | 4 | 7(2) | 8 |
| MR. Epi | | 4 | 7 | 4 | 5 | 2 | 5 |
| Brain-damaged Baby | | | | 2 | 1 | 5(1) | 2(1) |
| Risk-Baby | | 7 | 15 | 14 | 11 | 6 | |
| Floppy infant | | 5 | 3 | 1 | 3 | | |
| D. D | | 2 | 5 | 4 | 9 | 4 | 1 |
| ダウン症 Schuffling Baby | | 1 | 1 | | 1 | | |
| レックリングハウゼン氏病 | | | 1 | | | | |
| 小 癲 症 | | | 1 | | | | |
| 水 頭 症 | | | | | 1 | | 2 |
| Bockwith Wislerman | | | | | | | 1 |
| ダンディー ウォーカー症候群 | | | | | 1 | | 1(1) |
| メビウス症候群 | | | | | | | 1 |
| 計 | | 23 | 39 | 33 | 36 | 24(3) | 20(2) |

() 措置復帰、再編

は両者の合併が予想されたもの。

Brain-damaged Babyとは、CT scanで脳損傷あるいは脳の異常が証明されていて初診時運動発達の遅れのみられたもの。

Risk-Babyとは、妊娠中乃至分娩時並びに分娩後に Vojta のいう危険因子がみられ、初診時運動発達の遅れのみられた児。

Floppy infantとは、四肢の筋トーンスが低緊張をしめし、初診時運動発達の遅れがみられた例。

DDとは、Vojtaのいう危険因子はみられないが、初診時運動発達の遅れのみられたもの。

その他とは、ダウン症等その他の項の下に記述したようなものである。

(Ⅲ) 予後乃至通園措置解除理由：上述した175名についてその予後というか通園措置解除理由は表3にみるとおりである。即ち(1)外来療育への切換え(定期検診)：112名、(2)外来療育への切換え(訓練継続)：12名、(3)地域通園施設措置：8名、(4)家庭の事情(出産、養育者の療養等)：7名、(5)本人の病気療養：7名、(6)保育園、幼稚園への入園：3名、(7)死亡：3名、等であった。

表 3. 予後(通園措置解除理由)

| | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 計 |
|---------------------|----|----|------|------|----|------|-----|
| (1) 外来療育への切換え(定期検診) | 4 | 31 | 33 | 19 | 20 | 5 | 112 |
| (2) 外来療育への切換え(訓練継続) | | 5 | 3 | 4 | | | 12 |
| (3) 地域通園施設措置 | | 1 | | | 2 | 5 | 8 |
| (4) 家庭の事情(出産、療養など) | | 1 | | 3(1) | 2 | 1(1) | 7 |
| (5) 本人の病気療養 | | | 2(1) | 1 | 2 | 2(1) | 7 |
| (6) 保育園、幼稚園 | | | | | 1 | 2 | 3 |
| (7) 死亡 | | | | | 2 | 1 | 3 |
| 計 | 4 | 38 | 38 | 27 | 29 | 16 | 152 |

() 措置停止、再編

(Ⅳ) 通園措置解除理由の詳細と考察

その詳細を示したのが表4である。

表 4. 通園措置解除理由の詳細

| 病名 | 年度 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 |
|-----------------------|----|----|----|------|------|------|------|
| C. P | | | 3 | 1 | 2 | 1 | |
| MR・Epi | | | 6 | 4 | 2 | 4 | 1 |
| Brain-damaged Baby | | | | 1 | 1 | | |
| Risk-Baby | | | 10 | 19 | 9 | 8 | 1 |
| Floppy infant | | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | |
| D. D | | 1 | 6 | 4 | 4 | 5 | 3 |
| ダウン症 | | 1 | 1 | | | | |
| Schuffling Baby | | | | 1 | | | |
| レックリングハウゼン氏病 | | | | 1 | | | |
| C. P | | | 3 | 1 | 3 | | |
| MR・Epi | | | | 1 | | | |
| Brain-damaged Baby | | | | | 1 | | |
| Risk-Baby | | | 2 | | | | |
| 小 癲 症 | | | | 1 | | | |
| C. P | | | | | | | 2 |
| MR・Epi | | | 1 | | | 1 | 1 |
| Brain-damaged Baby | | | | | | | 1 |
| Schuffling Baby | | | | | | 1 | |
| 水 頭 症 | | | | | | | 1 |
| C. P | | | 1 | | | | |
| Brain-damaged Baby | | | | | | | 1(1) |
| Risk-Baby | | | | | 2(1) | | |
| D. D | | | | | 1 | | |
| ダウン症候群 | | | | | | | 1 |
| C. P | | | | 1(1) | 1 | 2(2) | |
| MR・Epi | | | | 1 | | | 1 |
| Bockwith Wislerman症候群 | | | | | | | 1(1) |
| MR・Epi | | | | | | 1 | |
| Risk-Baby | | | | | | | 1 |
| D. D | | | | | | | 1 |
| C. P | | | | | | 1 | |
| Brain-damaged Baby | | | | | | | 1 |
| Bockwith Wislerman症候群 | | | | | | | 1 |

(1) 表3から知れるように通園措置解除した152名中112名(約73.6%)の多くが外来での経過 follow up という定期検診ですむ外来療育への切換えをしめしている。その内容をみると、CPと考えられたものは36名中7名(約19.4%)、MR・Epiは27名中17名(約63%)、Brain-damaged Babyは10名中2名(20%)、Risk-Babyは53名中47名(約88.6%)、Floppy infantは12名中12名(100%)、DDは25名中23名(92%)、その他は12名中4名(約33.3%)という成績であった。

CPとかCT scanで脳損傷が明らかな者の予後はほぼ同値をしめし、余り予後がよいといえないが、そのまま放置しておけば脳損傷児に発展するであろうRisk-Babyは約88.6%というよい予後を示しており、92%をしめしたDD及び100%をしめしたFloppy infantと共によい成果をあげていることが知れる。即ちRisk-Baby, DD, Floppy infant等の超早期発見、超早期療育に乳児通園はかなりよい成績をあげるといえるが、CPやBrain-damaged Babyでも或程度の成果をあげるといえ、ここに乳児通園の存在意義が考慮されよう。

(2) 年長となり後述する乳児通園措置規準からはずれて、外来療育へきりかえ、ひきつづき機能訓練を継続した児は12名(約7.9%)で、その内容をみるとCPは7名(19.4%)、Brain-damaged Baby 1名(10%)である。

(3) 地域通園施設へ措置したものは表4にみるとおりであり、CP 2名とBrain-damaged Baby 1名、MR・Epi児 3名を送りこめたことは、地域通園施設の多くが我々の園のように、スタッフ及び設備共医療内容が比較的薄いところであるだけに、この成績も当園の乳児通園の成果の一つとして注目してよい所見かと自負するものである。

(4) 母の出産や療育者の疾病等の理由により通園を解除し療育が継続しえなくなったケースが7名(約4.6%)みられたが、このようなケースを肢体不自由児施設で入園させてゆく要を痛感した。当園では、このような症例に対し3歳以上の場合にはSocial Need入園と名づけ労働力の許す範囲で入園させ療育を継続させるよう努力しているが、乳児通園の存在意義をより高めるためには、このように療育者の事情で通園療育ができなくなった場合には0歳児でも入園療育させる措置が必要であり、0歳児入園に対し適当な措置費をつける事及び健康保険点数の改善が考慮されてよいとも言える。

(5) 本人の病気療養は、CP 4名、MR・Epi 2名、その他としてBeckwith Wideman症候群が1名と計7名みられた。Beckwith Wideman症候群は子宮内でできた重症障害児といえることから、CPやMR・Epi等の脳損傷児やBeckwith Wideman症候群児のような重症児では、0歳児療育に或種の通園療育の限界を感じた。

(6) 一般保育園、幼稚園へ通園可能になった者は、MR・Epi 1名、Risk-Baby 1名、DD 1名の計3名である。このMR・Epi児は軽度児であったとはいえ一般保育園又は幼稚園へ通園可能になったものが3例という少ない数ではあったがみられた点、障害児の超早期発見、超早期療育という厚生行政の一施策における仮称“乳児通園”の存在意義を見出したい。

(7) 死とはCP 1名と、Brain-damaged Baby 1名、その他としてのBeckwith Wideman症候群 1名がみられる。Beckwith Wideman症候群は子宮内でできた重症障害児といえるから、やはり重症CP、重症Brain-damaged Babyといった症例では0歳という年齢では体力的に無理なものがあると推察され、ここに乳児通園措置児の限界を痛感した。

当園で施行している乳児通園の実態

はじめにのべた理由で当園では、仮称“乳児通園”と称するものを昭和52年10月より58年1月迄5年4か月間実施してきた。乳児通園運営に関しては、研究者の一人廿楽が園長に就任してから表5にしめすような乳児通園運営細則をきめ昭和54年7月1日以来この細則に従って運営してきている。いまだ充分でなく職員と討議を重ね近くよりよいものになりたいと考えているが大綱においてはこれできている。

乳児通園患児と外来通園児との差は、前者は離乳食が食べられて週二回以上通園可能な児ということである。保母の参加がないが、

表5 『乳児通園運営細則』

1. 目的

近年内外で認められて来ているいわゆる脳損傷児及び“危険児”の超早期療育の効果を勘案し、次にかかげる乳児通園入園適当と認める零歳児の超早期療育を行うことを目的とする。

2. 入園対象児

① 当園外来を受診したもののうち、措置時点の年齢が零歳で、運動機能遅滞或は運動機能障害が考慮される乳児とする。

② 東京在住で週2回以上通園可能なもの。

③ ただし、いわゆる重症心身障害児及び進行性の運動機能異常が考えられる乳児は、原則的に特別の理由のある場合を除き、入園対象としない。

3. 入園方法

① 当園外来で受診している零歳児のうち、担当医師及び通園職員が適当と認めたもの、又は、親から希望のあった場合、通園科長が承認し、園長が許可する事で入園を決定する。

② 入園の時期については、当分の間毎日とする。

4. 措置期間

① 3か月間を原則とし、措置継続は1か月毎とする。但し措置継続時の最高年齢は1歳6か月を原則とする。

② 措置継続に関しては、3か月になる時点で担当職員で協議し、通園科長がこれを決定し、園長の決裁を仰ぐ。

5. 職員構成

整形外科医、小児科医、機能訓練士（当分の間は理学療法士と言語療法士）児童指導員（又は心理指導員）看護婦・ケース・ワーカー・栄養士とし、通園科長がこれを統率指導する。

6. 職員の任命と期間

① 看護科長・指導科長・訓練科長・事務次長が推薦したものの中から園長がこれを任命する。

② 期間は原則として1年とし、再任は妨げない。

7. 運営

通園日数は1週間2日以上とし、2～3グループ構成とする。

8. 組織

一般通園と並列の位置にあるものである。

9. 附帯事項

① 乳児通園の措置が切れた者は適宜一般外来での療育を続行する事が望ましい。

② 本細則は昭和54年7月1日より実施する。

現在配置されている職員は、入園に配属されている職員を週二回以上あてているので保母の現有入園勢力では乳児通園に出せないためである。将来は、当園附属通園施設の職員同様、保母も入れて〇歳児保育も実施してこそ理想の障害児の超早期療育が実施しうるもの

といえよう。

おわりに

心身障害児の発生予防が完全になしえぬ現在、心身障害児とりわけ脳損傷児の超早期発見と超早期療育の重要性がいわれている。この目標にそって日本の各地で障害児の通園施設が設立され運営されているが、その多くが、3歳以上のグループ療育が可能な児の通園施設となっている。これでは障害児の早期発見、早期療育とはいえるが、障害児の超早期発見、超早期療育とはいえない。今迄の通園の害を除き障害児の超早期発見と超早期療育の実をあげるために当園では全国にさきがけ昭和52年10月から58年1月迄5年4か月間仮称“乳児通園”というものを実施してきた。

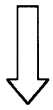
その結果次の事が知れた。

(1) 通園措置した患児の病名は、CP, MR・Epi, Brain-damaged Baby, Risk-Baby, Floppy infant, DD, その他等であるが、現在迄措置解除しえた153名中、112名約73.2%が通園して6か月～1年6か月の内に外来で定期にfollow upするだけでよい例に転換しえた。

(2) 措置時にCP, Brain-damaged Babyと考えられた例では、定期検診への措置がえをする事が少なかつたが、これらCPやBrain-damaged Babyの中にも他の医療設備の少ない通園施設等への措置がえしうる例がみられた。

(3) Risk-Baby, DD児, Floppy infantでは、その成果はみるべきものがあつた。

以上のような事から心身障害児の超早期発見、超早期療育という心身障害児厚生行政の実を上げる一策として当園で実施している仮称“乳児通園”といった施策は、少なくとも東京都では条例化をも考えてよい時期にきているのではないかと考える。仮称“乳児通園”といった在宅障害児療育の一方法をここに提言し、本年度研究のまとめにしたい。



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



おわりに

心身障害児の発生予防が完全になしえぬ現在,心身障害児とりわけ脳損傷児の超早期発見と超早期療育の重要性がいわれている。この目標にそって日本の各地で障害児の通園施設が設立され運営されているが,その多くが,3歳以上のグループ療育が可能な児の通園施設となっている。これでは障害児の早期発見,早期療育とはいえるが,障害児の超早期発見,超早期療育とはいえない。今迄の通園の害を除き障害児の超早期発見と超早期療育の実をあげるために当園では全国にさきがけ昭和52年10月から58年1月迄5年4か月間仮称“乳児通園”というものを実施してきた。

その結果次の事が知れた。

(1)通園措置した患児の病名は,CP,MR・Epi,Brain-damaged Baby,Risk-Ba-by,Floppy infant,DD,その他等であるが,現在迄措置解除しえた153名中,112名約73.2%が通園して6か月~1年6か月の内に外来で定期的にfollow upするだけでよい例に転換しえた。

(2)措置時にCP,Brain-damaged Babyと考えられた例では,定期検診への措置がえをする事が少なかったが,これらCPやBrain-damaged Babyの中にも他の医療設備の少ない通園施設等への措置がえしうる例がみられた。

(3)Risk-Baby,DD児,Floppy infantでは,その成果はみるべきものがあつた。

以上のような事から心身障害児の超早期発見,超早期療育という心身障害児厚生行政の実を上げる一策として当園で実施している仮称“乳児通園”といった施策は,少なくとも東京都では条例化をも考えてよい時期にきているのではないかと考える。仮称“乳児通園”といった在宅障害児療育の一方法をここに提言し,本年度研究のまとめにしたい。