

重症心身障害児における訪問看護・ 巡回相談の役割り (そのⅢ)

国立療養所足利病院 東京都衛生局
中村 博志 生田 恵子
東京都巡回相談班
宮地 文子 斉藤 洋子

I はじめに

重症心身障害児(重障児と略)対策は重障児施設開設以来、主として重障児施設対策として推移してきた。しかしノーマライゼーション、コミュニティ・ケア思想の広がりとともに重障児問題も施設と在宅という二者択一という発想でなくより広い視野にたって考えられるべきであるとの考え方が強まってきている。したがって今後の重障児対策を進めるにあたって、在宅重障児がより安定して在宅療育が営めるように各種施策を講じる必要がある。重障児の多くは何らかの医療的援助を必要としている。このための一つの対策として訪問看護・あるいは巡回相談がある。もとよりこれらの事業はかならずしも医療面の援助のみでなく、これらに派生してくる種々問題に対応する必要にせまられることが少なくない。しかし今後の重障児対策を行うにあたってこれら事業の問題点を究明することはきわめて大切なことと思われ本研究を行った。

我々は一昨年(1997)の報告において、日本大学板橋病院訪問看護室による訪問看護の実態とその問題点を指摘し、さらに東京都により行われている在宅重障児の巡回相談事業の概要について述べた。昨年はさらにこれらの問題を発展させ、訪問看護からみた在宅療育を継続させる要因について分析した。さらに巡回相談事業をその検診表からまとめ、その集計成績を示した。

そしてコミュニティ・ケアを阻害するかもしれない日本人の基本的考え方のもととなりうる角田博士の左右脳の学説を紹介した。

II 本年度の成績報告

本年はこれらの集計成績のうち、第一に全国公法人立施設入所者に施行している個人チェック・リスト(資料1)の成績と巡回相談を施行した在宅重障児のそれと対比し、さらに年齢因子がどのような影響を与えるかをみるために年齢により区分して分析した。

1. 対象および方法

対象は一昨年(1997)の報告に述べた133例である。これらを定められたコードにより電算化しコンピューター分析を行った。

2. 全国公法人立重障児施設入所者との個人チェック・リストの項目の比較(資料2-16)

今回我々が集計した検診表はかなり詳細についての記載がある。しかしこれらの母集団が全国の施設入所者と基本的に異なる母集団であるとすればこれらの集計の意義は半減するにちがいない。このため我々の133例の成績が全国の成績とどこまで違うかを示したのが資料2-16である。黒ぬりのものは巡回相談を行った在宅重障児のもの、白ぬりは全国公法人立施設入所者の成績である。横軸は個人チェック・リストの各項目の番号を示し、縦軸にその出現頻度(%)を示してある。おしなべていえることは、両者は比較的よく似た傾向を示しているが、全国のもの(黒ぬり)の成績が若

資料1

個人チェックリスト

記入者 姓・氏名 _____

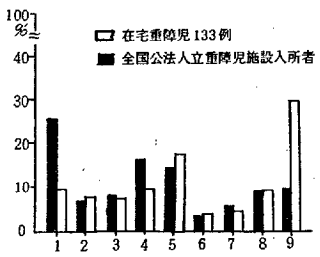
氏名 _____ 性別 男 女 DA _____ 身長 cm _____ 現職年月日 年 月 日

大島による分類 () 生年月日 年 月 日 年齢 才 月 DQ _____ 方法 () 入籍年月 年 月 日

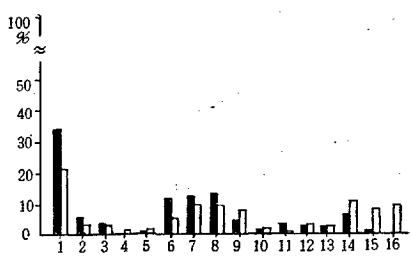
除 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

<p>1. どのような姿勢でも寝の起りなし</p> <p>2. おたまりであるが取扱いで柄も上げる</p> <p>3. おたまりであるが作動位で(背臥位)柄を上げる</p> <p>4. よりかかしての坐位可能</p> <p>5. よりかかしての坐位可能</p> <p>6. 四つ這い</p> <p>7. 膝立ち</p> <p>8. つつま立ち</p> <p>9. 一人立ち</p>	<p>1. 経営 2. 福祉 3. 飲食飲茶 4. 普通教</p> <p>1. 全介助で全歩困難</p> <p>2. 全介助だが歩行容易</p> <p>3. 簡単な歩行ならぬが歩行はできる</p> <p>4. 簡単な歩行ならぬが歩行はできる</p> <p>5. エスケイ、エレベーターなど介助をしてやれば全歩可能である</p> <p>6. エスケイ、エレベーターなど介助を一人で行って歩行可能である</p>	<p>1. 用もしていない</p> <p>2. 一人遊びをする</p> <p>3. 他人の遊びを見ている</p> <p>4. 大人を模範として遊んで遊ぶ</p> <p>5. 仲間遊びができる</p>	<p>病弱発生原因</p> <p>1. 主眼病(斜視)または近視(遠視) (コーン、 - - -)</p> <p>2. その他の原因</p>
<p>1. 移動できない</p> <p>2. 転がり移動</p> <p>3. 寝返り移動</p> <p>4. 腹這い移動</p> <p>5. 膝這い移動</p> <p>6. 半足立り可</p> <p>7. 完全足立り可</p> <p>8. いざり移動</p> <p>9. 四つ這い移動</p> <p>10. 腹這い移動</p> <p>11. つつま立ち</p> <p>12. 両手をたよせ歩き</p> <p>13. 片手をたよせ歩き</p> <p>14. 独歩・不安定</p> <p>15. 独歩・安定</p> <p>16. 走る</p>	<p>1. 全介助で全歩困難</p> <p>2. 全介助だが歩行容易</p> <p>3. 簡単な歩行ならぬが歩行はできる</p> <p>4. 簡単な歩行ならぬが歩行はできる</p> <p>5. エスケイ、エレベーターなど介助をしてやれば全歩可能である</p> <p>6. エスケイ、エレベーターなど介助を一人で行って歩行可能である</p>	<p>理解反応</p> <p>1. 物事に反応し、またはほとんど反応しない</p> <p>2. 身体的機能に反応する</p> <p>3. 話しかけに反応する</p> <p>4. 単純の意味を理解する</p> <p>5. 日常会話を理解する</p>	<p>1. 両眼斜視の有無 (有・無) 現在(有・無)</p> <p>2. その他の眼病の有無 (有・無)</p> <p>投書内容 (主要項目のみ記入して下さい)</p> <p>1.</p> <p>2.</p>
<p>1. 知らないで全介助</p> <p>2. 知らずが全介助</p> <p>3. 時間や場所、状態をあてれば失敗なし</p> <p>4. あてていなくても失敗は出れば教える</p> <p>5. 知っている時も失敗は教える</p> <p>6. あてていなくても失敗は出れば教える</p> <p>7. 一人でできるが、バスタブをのり降りる時必要</p> <p>8. 一人でできるが、バスタブをのり降りる時必要</p> <p>9. 一人でできるが、バスタブをのり降りる時必要</p> <p>10. 介助不要</p>	<p>1. 全介助で全歩困難</p> <p>2. 全介助だが歩行容易</p> <p>3. 簡単な歩行ならぬが歩行はできる</p> <p>4. 簡単な歩行ならぬが歩行はできる</p> <p>5. エスケイ、エレベーターなど介助をしてやれば全歩可能である</p> <p>6. エスケイ、エレベーターなど介助を一人で行って歩行可能である</p>	<p>1. ない</p> <p>2. 時々ある</p> <p>3. a) 四つ這い b) 少し回る c) 歩行に回る</p> <p>4. 四つ這い a) 少し回る c) 歩行に回る</p> <p>内容 出る理由</p>	
<p>1. 口の巾に入れてやっても喉下困難</p> <p>2. 口の巾に入れてやれば喉下する</p> <p>3. 口の巾に入れてやればしゃべりする</p> <p>4. 自分でしゃべると上手になる</p> <p>5. 喉について介助を要する</p> <p>6. しゃべりやうと上手になる</p> <p>7. 一人でしゃべることが困難になる</p> <p>8. 一人でしゃべることができる</p>	<p>1. 全く聞かないようだ</p> <p>2. 聞いているようだが、反応は弱い</p> <p>3. 反応は強いが聞えていない</p> <p>4. 反応には問題ない</p> <p>⑤ 1. の場合は対称性なし、-</p>	<p>1. 両眼斜視もみられない</p> <p>2. 両眼にみられたが、ここ1年間は発作はみられない</p> <p>3. ここ1年間発作はみられるが頻度は少ない(10回以下)</p> <p>4. ここ1年間発作は10回以上であるが、ここ2ヶ月間は発作がみられない</p> <p>5. ここ2ヶ月間発作はみられるが頻度は少ない(10回以下)</p> <p>6. ここ2ヶ月間発作がかなり多い</p>	

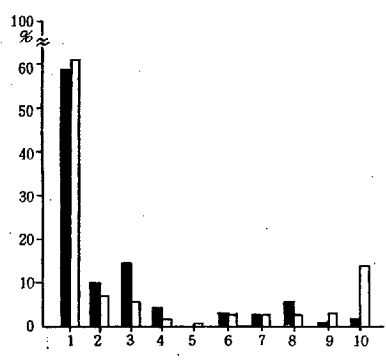
資料2 姿勢



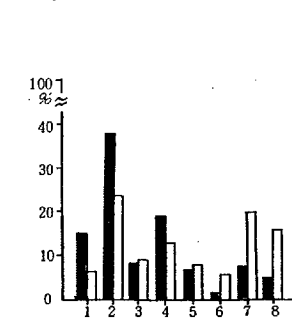
資料3 移動



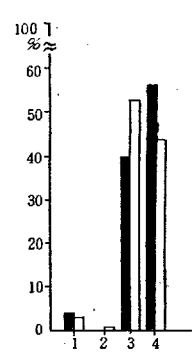
資料4 排泄



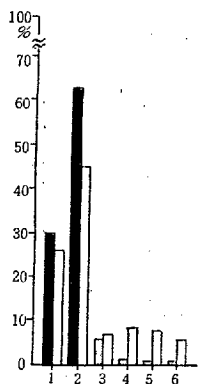
資料5 食事



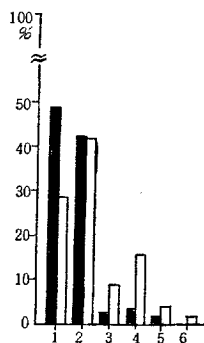
資料6 食事の形態



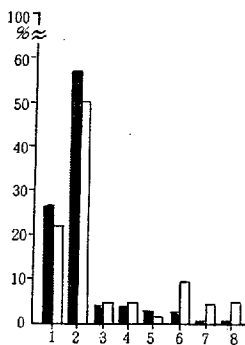
資料7 更衣



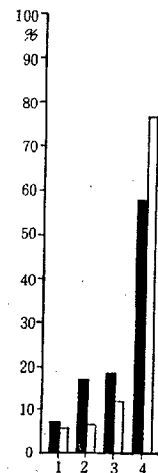
資料8 入浴



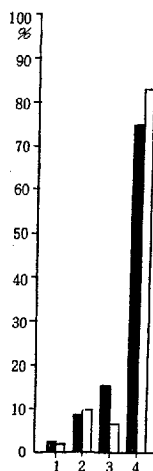
資料9 洗面



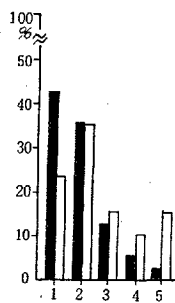
資料10 視覚覚



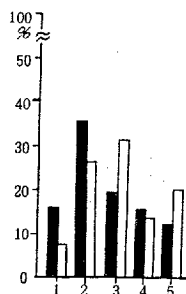
資料11 聴覚



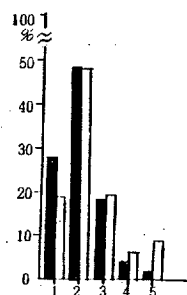
資料12 遊び



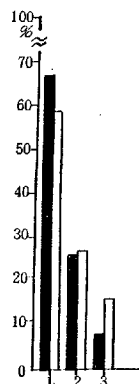
資料13 コミュニケーション (理解反応)



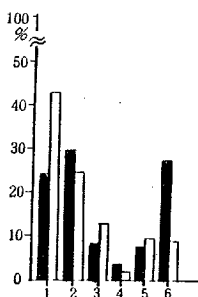
資料14 コミュニケーション (表現反応)



資料15 問題行動



資料16 痙攣



干左側によった項目が多い。これは発達的にみて下位の項目が多いことを示している。(ただし痙攣の項目のみは逆となっている) 以上より我々の在宅重障児の成績はかなりの重障児のものを代表していると考えられると思われる。

3. 年齢別による分析

133例を年齢別に、0-2歳、3-5歳、6-8歳、9-11歳、12-14歳、15-17歳、18-20歳、21歳以上の八段階に分けて各項目との二次クロス分析を行った。しかし本報告では紙面の都合もあり、これを0-5歳、6-12歳、12-18歳、18歳以上の四段階に分けて報告する。こゝでは主として年齢依存性があると認められた項目について述べる。こゝに述べた以外の項目は年齢的差が認められな

かった。

a) 入所申請年 (資料17)

資料17 入所申請年

年齢	～5	6～11	12～17	18～	計
～昭和41年			2 (4.8)	3 (7.5)	5 (3.8)
42～44			7 (16.7)	6 (15.0)	13 (9.8)
45～47		3 (8.8)	12 (28.6)	6 (15.0)	21 (15.8)
48～50		11 (32.6)	8 (19.0)	7 (17.5)	26 (19.5)
51～53	12 (70.6)	16 (43.8)	9 (21.4)	13 (32.5)	50 (37.6)
54～	5 (29.4)	4 (11.8)	4 (9.5)	5 (12.5)	18 (13.5)
不明					
計	17(100.0)	34(100.0)	42(100.0)	40(100.0)	133(100.0)

資料17のごとく、年少のものなど比較的最近になって入所申請をしているのはむしろ当然といえよう。しかし18歳以上のものにおいては51～53年が13例と最高であり、この原因は個別調査によらなければ詳細は不明である。

b) 父母の有無 (資料18・19)

資料18 父の有無

年齢	～5	6～11	12～17	18～	計
あり	17(100.0)	33(97.1)	40(97.6)	32(78.1)	122(91.7)
なし		1(2.9)	1(2.4)	9(21.9)	11(8.3)
計	17(100.0)	34(100.0)	41(100.0)	41(100.0)	133(100.0)

資料19 母の有無

年齢	～5	6～11	12～17	18～	計
あり	17(100.0)	34(100.0)	41(100.0)	39(95.1)	131(98.5)
なし				2(4.9)	2(1.5)
計	17(100.0)	34(100.0)	41(100.0)	41(100.0)	133(100.0)

父の有無では患児が18歳以上となるころになると父親がなくなる例も急激に増加する。したがってこの年齢に患児が到達する頃には社会的適応として在宅療育がかなりむずかしくなるものと考えられる。母親についてもほぼ同様と思われる。

c) 父母の職業の有無 (資料20・21)

資料20 父の職業の有無

年齢	～5	6～11	12～17	18～	計
あり	17(100.0)	33(100.0)	41(100.0)	29(93.3)	119(97.5)
なし				3(9.7)	3(2.5)
計	17(100.0)	33(100.0)	41(100.0)	31(100.0)	122(100.0)

(不明 11)

資料21 母の職業の有無

年齢	～5	6～11	12～17	18～	計
あり	3(17.6)	4(11.8)	11(27.5)	6(15.4)	24(18.5)
なし	14(82.4)	30(88.2)	29(72.5)	33(84.6)	106(81.5)
計	17(100.0)	34(100.0)	40(100.0)	39(100.0)	130(100.0)

1 2 (不明 3)

父の職業では、患児が18歳をこえた段階で父の職業のないものがあらわれる。母の職業では、約8割の母親が職業をもっていない。これは重度の障害児を持つ家庭としてはむしろ当然の結果といえよう。むしろ昨年の報告で述べたごとく、母親の職業ありという家庭の一例ずつの調査が必要であり、今回の調査

はこのほとんどのものが自家営業であり、やはり父母の協力なくしては患児の療育を継続させることは困難であることをものがたっている。

d) 障害時期と主要病因別分類からみた障害時期 (資料22)

資料22 障害時期

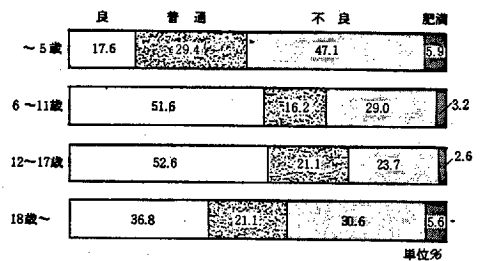
年齢	～5	6～11	12～17	18～	計
出生前期	9(56.3)	7(22.6)	10(31.4)	14(36.8)	40(34.2)
出生期	5(31.3)	14(45.2)	15(46.9)	15(39.5)	49(41.9)
出生期以後	1(6.2)	6(19.3)	6(18.6)	8(21.1)	21(17.9)
その他	1(6.2)	4(12.9)	1(3.1)	1(2.6)	7(6.0)
計	16(100.0)	31(100.0)	32(100.0)	38(100.0)	117(100.0)

1 3 9 3 (不明 16)

5歳以下に出生前期のものが多く、出生期のは少ない。このことは最近の障害児関係の環境要因が若干改善されていることを物語っているかもしれない。

e) 栄養状態 (資料23)

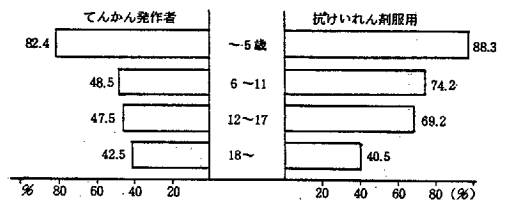
資料23 栄養状態



5歳以下のものに“良”のものが少なく、不良のものが圧倒的に多い。したがって訪問看護ないし巡回検診を考えるにあたって、特に5歳以下のものに対して医療上の問題が大きいことが考えられる。

f) でんかん発作の有無と抗けいれん剤の服用 (資料24)

資料24 てんかん発作と抗けいれん剤の服用状態

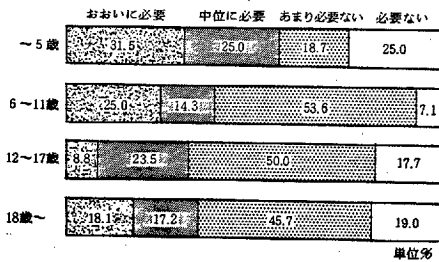


5歳以下に“あり”が82.4%と圧倒的に多く、6歳をすぎると5割以下となる。抗けいれん剤の服用は18歳以上となると50%以上が服用しておらず、服用の必要のものまでも服用を

していない可能性もあり問題を残す。

g) 入院医療の必要性 (資料25)

資料25 入院医療の必要度



5歳以下に“必要のない”“あまり必要がない”が若干少ないが予想したほどの違いはみられない。この点の評価に関しては昨年の報告にも述べたごとく、巡回医師の個性による判断の違いの方がむしろ大きいと考えられる。

h) 大島の分類 (資料26)

資料26 大島分類

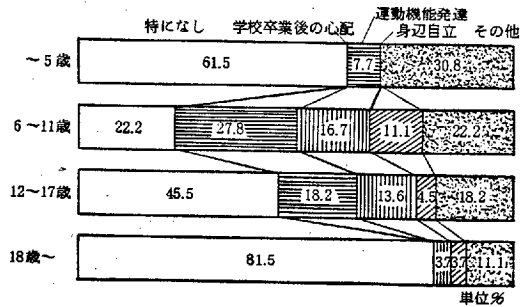
	～5	6～11	12～17	18～	計
1	12 (70.6)	14 (41.2)	12 (30.0)	8 (20.5)	46 (35.4)
2		8 (23.5)	6 (15.0)	6 (15.4)	20 (15.4)
3		2 (5.9)	5 (12.5)	2 (5.1)	9 (6.9)
4	4 (23.5)	4 (11.8)	5 (12.5)	5 (12.8)	18 (13.8)
5		3 (8.8)	3 (7.5)	9 (23.1)	15 (11.5)
6		2 (5.9)	1 (2.5)	1 (0.6)	4 (3.1)
7				1 (0.6)	1 (0.8)
8				2 (5.1)	2 (1.5)
9	1 (5.9)		5 (12.5)	2 (5.1)	8 (6.2)
10				1 (0.6)	1 (0.8)
11		1 (2.9)	1 (2.5)		2 (1.5)
12					
13			1 (2.5)		1 (0.8)
14			1 (2.5)		1 (0.8)
15					
16				1 (0.6)	1 (0.8)
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24				1 (0.6)	1 (0.8)
25					
計	17 (100.0)	34 (100.0)	40 (100.0)	39 (100.0)	130 (100.0)

障害程度での分類では5歳以下で大島の分類1が70%と圧倒的に多く、残りは4・9と全例ねたきりである。

i) 訓練に対する希望 (資料27)

訓練に対する希望は、6歳をすぎて運動機能・身辺自立関係の項目が出現する。5歳以

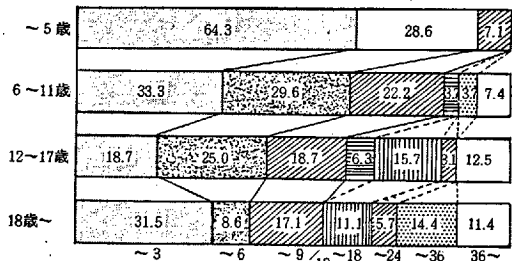
資料27 訓練に対する希望



下でこれらの項目がみられないのはむしろ意外だが、この年代はまだ診断や評価にあげられ、その他の問題に目をむける余裕がないと考えるべきか？

j) 発見時期 (資料28)

資料28 発見時期

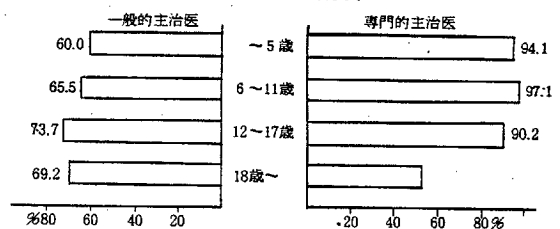


5歳以下で約2/3が3か月以前に、そして全例が9か月以前に発見されている。これは本来の重障児であればむしろ当然であろうと考えられる。しかしこのあたりにも多少行政施策の充実などが影響しているかもしれない。

k) 一般的主治医と専門的主治医 (資料29)

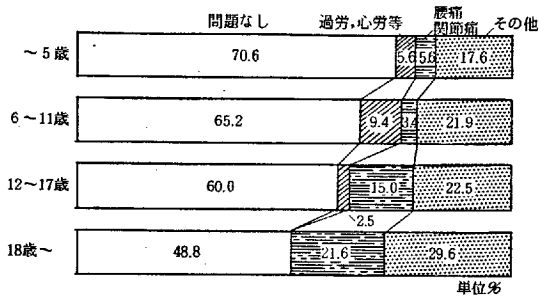
一般的主治医は年齢別にあまり変化はみられないが、専門的主治医は18歳をすぎると激減する。

資料29 主治医をもつ割合



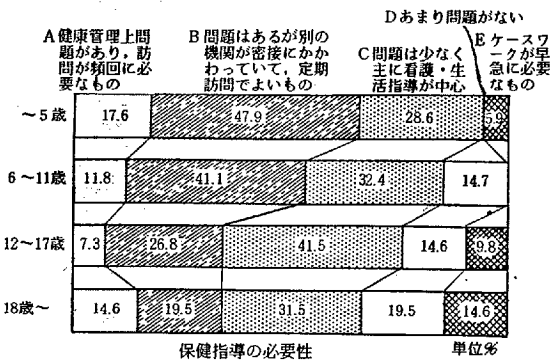
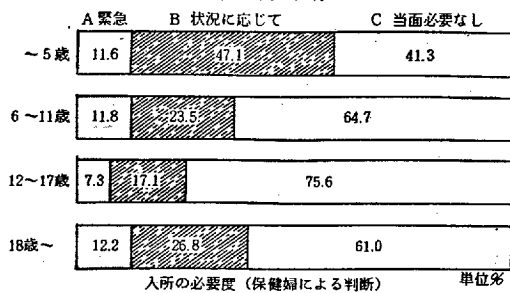
l) 介護者の健康状態 (資料30)

資料30 介護者の健康状態



腰痛・関節痛などを訴えるものは12歳をすぎると多くみられるようになる。また18歳をすぎると“問題なし”とする親は半数を割る。
m) 入所必要度の保健婦判断と保健婦の総合判断 (資料31)

資料31 保健婦総合判断



6歳をすぎると“当面必要なし”が増加し半数をこえる。保健婦の総合判断では“あまり問題がないが、5歳以下ではみられないが6～18歳では約15%、18歳をこえると約20%と増加する。

Ⅲ 本年の報告成績のまとめ

本年は東京都巡回相談事業を行った在宅重障児133例をまず全国公法人立重障児施設入

所者と個人チェック・リストの各項目について比較し、大むね大差はみられないが在宅児の方が若干発達の低い方にかたよっていることを見出した。

次に検診表の資料を年齢別に分析した。年齢因子が関与する項目については上述したが父母の有無、障害時期、栄養状態、てんかん発作の有無、発見時期、介護者の健康状態などに比較的年齢差の違いが大きかった。また年齢別にみても、年齢が5歳以下、18歳以上の所に一つのkey-ageとはいうべき違いが著明である項目がいくつかみられ興味深い。したがって今後重障児の行政施策を進めていく上においてこれらの年齢因子を考慮に入れての対策が行われる必要があると思われる。

Ⅳ 三年間の総括

過去三年間、我々は重障児の在宅療育の継続を可能ならしめる一つの方法としての訪問看護・巡回相談について我々の経験から得た資料につき分析を加えてきた。

そして在宅重障児の療育を在宅のまま継続させざる要因と、さらにこれを阻害する要因のいくつかを見出しえたものと考えられる。

本年はこれに年齢要因の検討を加え、療育を考える上に、5歳以下、6～17歳、18歳以上と三段階に分けて考える必要性を指摘した。

今後、巡回検診・訪問看護事業がより充実され、重障児在宅療育がより安心して行われるようになるとともに巡回相談・訪問看護事業が真に必要なものについてのより詳細な検討が行われることを切に望みたい。

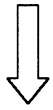
文 献

- 1) 厚生省心身障害研究「重症心身障害児の療育に関する研究」(昭和52～56年)
- 2) 同上「長期疾患療育児の養護・訓練・福祉に関する総合的研究」(昭和55・56年)
- 3) 「日本人の脳」角田忠信、大修館書店、



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



三年間の総括

過去三年間,我々は重障児の在宅療育の継続を可能ならしめる一つの方法としての訪問看護・巡回相談について我々の経験から得た資料につき分析を加えてきた。

そして在宅重障児の療育を在宅のまゝ継続させうる要因と,さらにこれを阻害する要因のいくつかを見出しえたものと考えられる。

本年はこれに年齢要因の検討を加え,療育を考える上に,5歳以下,6~17歳,18歳以上と三段階に分けて考える必要性を指摘した。

今後,巡回検診・訪問看護事業がより充実され,重障児在宅療育がより安心して行われるようになるとともに巡回相談・訪問看護事業が真に必要なものについてのより詳細な検討が行われることを切に望みたい。