

脳性麻痺・重症・重度重複障害児の療育

“通園指導を中心に”

国療下志津病院リハビリ科	都立北療育園
山形 恵子	藤本 輝世子
都立北療育園・城北分園	
黒沼 博子	林谷 勝子
日下部 幸二	
都立梅ヶ丘病院	東京女子医大リハビリ科
井上 容子	三沢 峯茂

はじめに

障害を早く発見し、早期から医療と育児を親に協力して進めて行くことが療育の目的である。

今回の報告では、重度化・幼少化している障害児療育の現状を、いかに適切にまた効果的に受入れ、子どもの発育を援助して行くかについて、通園指導の場から報告し、併せて、障害の重度化に伴い、療育が生涯必要となる点も強調して行きたい。

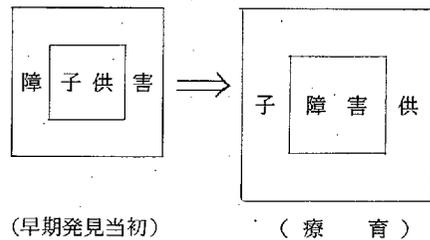
1. 早期療育の目的

日本でもすでに十年来早期発見、早期治療(療育)が試みられ、一応の効果が認められている。早期に発見される例は、障害の強い例やリスクベビーが多い。発達途上の問題をチェックされて来所する例はやや遅れる傾向がみられる。中には障害そのものより、合併症の治療(主として痙攣発作)が中心となり、子どもの発育に必要な育児指導を軽視され、8か月～1年過ぎて来所する例もある。

私達は早期発見当時図1のような子ども被う合併症や外観に現れる症状にとると目を引かれ、子どもの存在を忘れる危険がある。従って、早期療育とは、子どもを障害の中から発達させ、人間として育てて行くことで

る点を強調していきたい。五味も¹⁾早期療育は、子どもを人間として育てることを述べている。

図1 早期療育の目的



たしかに障害は子どもの一生に共存している。軽症例を除いては、発育途上に二次的変形や拘縮、或いは老化に伴う様々な症状が将来出現して来る(健康人も老化現象をみると同様なことである)。発達が阻害された部分やバランス不良は、これら老化現象を強く又は変化を生じ易い危険は考えられる。子どもを育てる療育は、広い意味での人間育成であり、健康な人間生活が維持出来るように十分な配慮と健康管理を続ける必要がある。

2. 重度・重複障害者の育成課程

早期療育を扱う人々は、毎日の困難な作業に疲れ、子どもの将来を考える余裕を持たない場合が多い。しかし人間生れれば死ぬまで続く人生を否定することは出来ない。表1のような生涯の流れの中で、早期療育は生後よ

表1 重度・重複障害児の育成過程

問題項目	早期療育期	学童期	青・壮・老年期	
年齢	0～5歳	6～17歳	18～歳	
人間育成的出	発達促進	発達促進	発達→維持	
人間育成的生	—	生	涯	死
医療とのかわり	早期発見 早期療育	合併症管理 発達促進	合併症管理 二次的 障害予防	
学校とのかわり	(幼稚部)	学校教育	(卒後教育)	

り就学までの僅か5年間を占めているに過ぎず、この短期間に療育を修了し、その後は医療の管理も療育も必要ないような健康な障害児は数少く、多くの例が二次的障害の防止や健康管理を続けて行く必要がある。更に一応身体的な成長が修了すれば、次は老化に向けていかに機能を維持するか、発達を示した期間の2倍も3倍もの長期間、獲得した機能を持ち続ける努力や配慮が求められる。この機能の維持が続かないと、二次的障害は体全体の機能を低下させ、一見症状が進行したかのような外観を示すこともある。

学校教育法で規定されている年限の9年間は、子どもにとって、子どもの社会参加、身体発達の著明な期間でもある。例えば脊柱変形も10歳頃より目立ってくる。親や介助者が気付いた時は、すでに可逆性の期待出来ない³⁾状況にあり、症状の進行により、心肺機能の低下を生じる危険がある。

従来の治療効果判定で、必ずしも著効を認めることが出来ないのは、この学齢期の療育管理が十分行われていない面も含め再検討を要する点である。

従来ややもすると、施設は total care、学校は知的教育と云うように一見分担制度が行われているように誤解されていた傾向がある。

学童が重症児や重度児になる程、従来のような分担は不可能であり、家族を含めての total care を続ける必要がある。

乳幼児期の障害児の治療は、表2のように

表2 乳幼児発達障害と治療 (山形1983)

運動発達障害	— 育児+運動・精神発達療法
精神発達障害	— 育児+精神・運動発達療法
重複障害	— 育児+精神・運動発達療法
重症心身障害	— 育児+運動発達促進維持、 精神面への働きかけの継続、二次的障害の予防

育児を中心に、必要な要素の治療や働き掛けを続けることであり、従来のように機能訓練だけを忠実に行って、人間基本の育児が行われなければ、人間発達の円満なバランスは期待出来ない。また重心児と考えられる障害の重篤な例では、現在持っている機能を維持するための努力(働きかけ)が大切である。子どもの実状に適合する方法を根気よく続ける。この作業で専門職員以外にも協力を依頼する人々は沢山必要であり、これら協力者はぜひハンドリング(子どもの扱い方)を理解されたい。身近な手引書としてはN. フィニーの脳性マヒ家庭療育が参考になるが、子ども一人ひとりの違いがあり、現場ではリハスタッフとの meety で方針を進めて行く。また進歩や状況により、働きかけを調整する作業も大切である。

障害児の療育は、個々人に合せた調整が大切である。乳幼児が幼い程、親の理解、協力的なしには療育が進行出来ない。子どもに効果を出すためには、その前段階作業として、親の進歩や理解を深める作業が求められる。

3. 通園施設の変化、受入状況

多くの肢体不自由児通園施設が昭和55年頃から、重複障害児を多数受入れる状況となって来た。城北分園の通園児の状況を表3に示す。本来の肢体不自由児は減少し、従来在宅

表3 通園児の障害状況

障害	年度	46	55	56	57
肢体不自由児		79%	9.0	10.0	6.0
重複	中	0	17.0	31.0	54.0
	重	3	66.0	59.0	40.0

で療育指導を受けることの少かった重複児が増え、将来重心児となる危険のある最重度児も、個々のニーズに適合した指導が出来るようになり、通園に受入れている。

以上のように通園児や外来児が低年齢化、重度化に対応するために、将来合併症の治療にだけ外来で指導していた障害児も、早期から親・子の育児指導を行う必要性が増えて来た。

以前は親の知識不足で育児が片寄り、働き掛けをしていない、親の取扱い不適児が多くみられたが、最近はこれに加え、子どもの障害が多様化し、より専門的な援助を必要とする症例が増えて来た。

私達は幼少化、重度化に対応し、3年前より外来で乳児のグループ指導を試み、月2回～3回の来所で、親への生活指導を具体的に援助し、育児に必要な遊びを通しての様々な働きかけや、栄養管理など、ハンドリング指導を続け、57年度より更に大グループ移行を前提とした乳児グループ指導を続けている。(表4)

4) 乳児通園は各施設で様々な方法を行っているが、体力や感染の危険などに問題がある乳児は、来所回数を最低に抑さえ、家庭での療育継続を目的にハンドリング指導が重要である。

表4 乳幼児通園の指導目標

1. 基本的育児レベルから、親を指導し、育児に対する自信の獲得を計る。
2. 合併症治療に際し、親が協力する生活場面での働き掛けを具体的に指導援助する。(特に栄養面、健康維持)
3. 障害に対するハンドリングや様々な働き掛けに対し、子供のPlayを通じて行う具体的な指導を続け、親子の社会参加を進める。

最近では各方法による機能訓練とハンドリングが組合わされて指導を受ける傾向が増えているが、ハンドリングになるとやや手薄で、親に実行不可能例が多い。これら生活場面での問題は身近で相談し、改善していかなければ理論倒れとなり、全く実行されていない例が

多い。

私達は3年間の準備期間を持ち、58年度より更に乳児期、幼児期(前期)例に対し、個別的な係わりと、子ども同志の係わりへの準備段階としての母子グループを設定し、外来乳児グループ、卒業児を受け入れて行く予定である。

乳児グループを6か月～1年修了した親は、通園効果を1) 育児に自信を取もどした。2) 病院や施設で他児の親と接し、孤立化が防げた。3) 一つのグループによる連帯感や交友関係が出来、自分の心配を真剣に受留めてもらえる相談相手が出来た。4) 子どもの発達を認めることが少しであるが出来た。と述べている。

乳児通園の目的は、親に育児に対する自信を取もどさせる、親の立直り作業にあると云っても過言ではない。

4. 幼児通園の指導目標 (表5)

表5 幼児通園の指導目標

1. 身体機能、精神機能の総合面からの対応を、親を含めて行う。
2. 職員、他児(他親)を含め、家庭生活を維持しながら経験学習を拡大する。
3. 重複障害の場合は子供の発達にあわせ、適切なグループと組み合わせ、または変更させ、地域での交流と子供の発達を促す。
4. 普通幼稚園、保育園との交流のもとに転出させる。

幼児期の通園は常識となっているが、従来の幼児期とはほぼ3歳を設定している。これは、自我の芽生えと、他人(児)に対する関心の出て来る時期と云う意味にあるらしい。

しかし先に述べたように、早期に発見され、早期療育が開始されても、単に外来の部分的指導を3年間も続けていたのでは、total careには及びもつかない。この意味で、多くの施設が内容の調整、子どもへの対応を広げ乳幼児期から指導が出来るように展開されることが望まれる。

脳の第一次時の発達が近づく3歳前後の、子どもの発育には目ざましいものがあり、最重度児といえども、発達を促す作業は必要である。重度・低年齢化に伴い、乳児通園同様、親との係わり、協力は不可欠的要素である。

図2は、来所時2歳7か月で9500gの混合型CP児、某大学リハビリ部での訓練を受けていたが、合併症の治療が中心で、家では後方反張位での背臥位姿勢が多かった。2歳半過ぎても頸の坐りが悪く、不安になった親が近所の障害児の親に紹介され来所している。栄養は牛乳とミルクが中心で、離乳食は中期レベル。誤飲し易いので固型物は与えていなかった。コンビラックに乗せても、すべり落ちると親は訴えていた。朝は10時頃起き、夜は父親と共に12時頃に就床し、日中はほとんど室内で過ごし、外出は病院だけの病弱児としての取扱をされていた。

での取扱をされていた。

本児は年齢は高いが、発達レベルは2～3か月なので、先に述べた乳児グループで約6か月生活リズムや食事の摂食指導を行い、3歳より1週3～4回の通園指導に切替えた。図3は3歳6か月の写真である。頸の支持性は悪いが、声掛に反応し、多少の時間保持出来るようになった。本児の生活面は6歳までに食事が幼児食レベルに進んだ事と、坐位保持が多少可能になり、要求を声で求めるレベルに発達して来た。しかし6歳で就学したあとは、親が生活時間を混乱し、再び夜型となり、朝食抜きや短時間で与えるなどの悪条件が加わり、家庭では抱かなくては食事をとらないと親は述べているが、学校での給食は空腹のためか椅子で可能である。

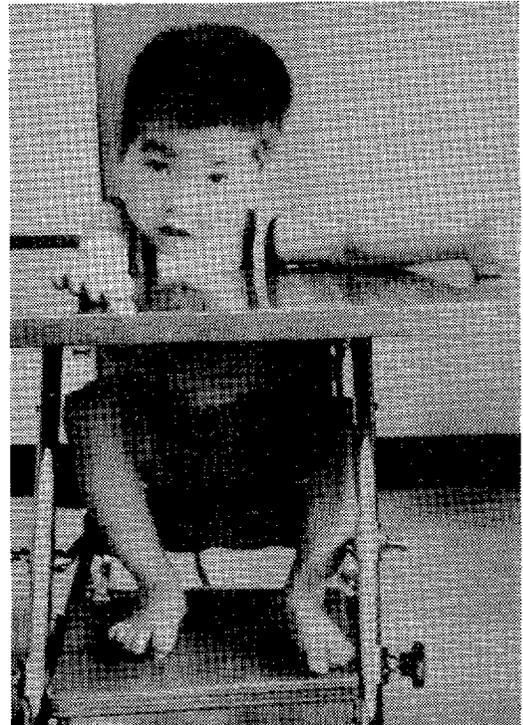
本例は親が子どもの本質を知ることが出来

図2 そり反りの強い2歳7か月 男児



混合型 } 重複重度児
てんかん合併

図3 肩のコントロールで声掛けに対し頸の保持可能 3歳6か月 男児



ず、子どもの表現に振まわされている。通園時代と比べ、アドバイスや援助の具体的な手は薄くなり、理解力の低い親はずらずと従来の生活習慣(大人中心の)にもどり易い。現在学担教師、運動訓練士、外来専門職員とのチームで、親にハンドリングを再指導しているが、就学後の療育不連続は、やがて来る機能維持作業を困難にし、親が子どもの援助に限界を感じて来る危険が近いと心配している。

5. 重度・重複障害児教育の目的 (表6)

現在の日本では、年齢が6歳になれば、義務教育としての学校教育に参加させている。学校教育でも、従来に比べて重度児には、個別的な配慮が加えられている。表6に教育目的を示す。現在重視している項目は4の、心身の適応、感覚機能の向上、運動機能の向上、意志の伝達手段の獲得に集約されている。残念ながら、多くの教師の中には、障害児の体力管理や生活リズム、身体機能の維持に知識が不足している場合がある。例えば図4

図4 車椅子上での後弓反張位 14歳女兒

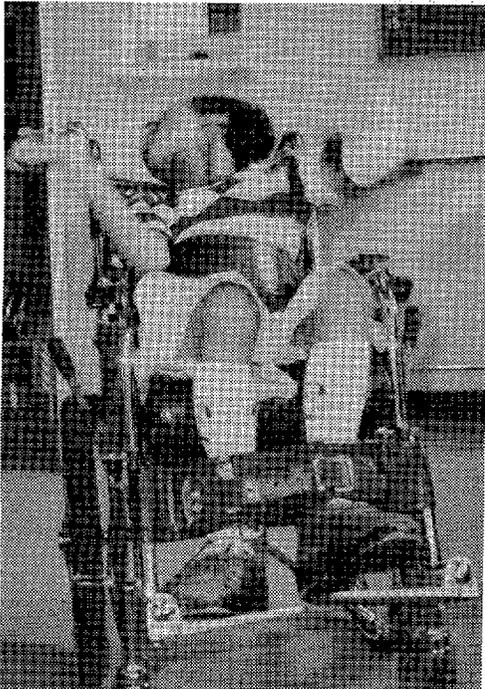


表6 重度・重複障害児教育の目的

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 教育の必要性は障害の有無に関係ない。 2. 心身の機能を発達させ人間生活を築くことに目的がある。 3. 障害を軽減し機能を維持するために機能訓練や援助を要する。 4. 重度・重複障害児教育で重視している点は次の4項目である。
A) 心身の適応 B) 感覚機能の向上
C) 運動機能の向上 D) 意志の伝達手段の獲得 |
|---|

の女兒は、坐高が伸び、常に緊張すると図3のように後ろ反張位をとることに気付かず、本人の好きな姿勢と思ひ、教室でもこのまま過すことが多かった。親が気付いて訴えたが「学校教育は本人の自発性を高めるため、援助は本人の訴えがあってから行う」!?との説明で全く改善されず、外来に相談に来所した。図5のように肩に枕を一つ入れただけでも、そり反りは減少する。この点を教師に伝え、車椅子は修理にまわした。本児は通園で約3年間基本指導を受け、就学後も親が家庭で、ハンドリングを続け、図6のような状況で声

図5 枕で肩のコントロール可能 14歳女兒



図6 14歳混合型女兒



腹臥位 →

坐位 →

左手介助で頸の
コントロール可能

掛や一部介助で坐位への持込が可能である。しかし担当教師は本児のこの機能を知らず、自室では寝たきりの最重度児と誤解していた。慣れた心理療法士の判定では3歳前後の理解力を持つと推定されていた。本児は14歳で肺炎のため死亡したが、この重度な障害にもめげず、親子でよくぞ、家庭療育を続け得たと感謝の気持で一杯である。

親の協力状況は、子どもの持っている能力を維持する際、絶対に必要な条件である。

機能障害が重度な例は、親だけでは手が不足する場合もあり、今後このような時に短期間の入園指導(入院指導)も必要となって来るであろう。しかし現在これら重度児を受け入れる場所は、肢体不自由児施設ではなく、重心児の施設となる場合が多い。

残念ながら現在の重心施設では、十分な発達指導の態勢はなく、生命維持レベルに留める危険がある。在園児(者)の年齢が高くなり、生命維持が可能になっている現在、従来考え

られなかった障害児の生活面が手薄な状況である。

今後の各施設の内容の変化に伴い、「人間としての生活を営むのにどう働きかけるか」の問題が大きく浮上って来るであろう。

まとめ (表7)

3年間の通園を通しての療育を検討し、通園指導は、障害児の生活基本を確立する大切な役目を持つ事が強調出来る。^{4) 5) 6)}

障害の状況によっては多少の軽減レベルに留める例もあり、成長に伴う二次的障害の予防、親と子の社会参加を援助する、身近な相談役としても大きな存在である。更に生涯続く療育の相談窓口として、今後ますます通園施設の役割は増大して行く。

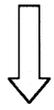
専門職員の知識の拡大に伴せ、早期発見、合併症の治療に協力する医師の知識と理解を深めることが一番求められている。

表7 まとめ

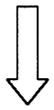
早期療育の効果は、症例により必ずしも満足しうる状況ではない。 しかし、障害状況に適した指導で二次的障害の予防 親・子での社会参加を援助するのに通園は必要な過程と考える。
--

文 献

- 1) 五味重春：脳性マヒ児のリハビリテーション，医学書院 1976
- 2) N.R.Fine：脳性まひ児の家庭療育第2版，梶浦一郎訳 医歯薬 1976
- 3) 山田憲吾他：脊柱変形，医学書院 1977
- 4) 山形恵子他：脳性マヒ重症心身障害児療育指導－通園の立場から，昭和55年厚生省「長期疾患療育児の看護訓練・福祉に関する総合的研究」p133-139 1980
- 5) 山形恵子他：脳性麻痺，重症心身障害児療育指導，通園指導とその効果，昭和56年厚生省「長期疾患療育児の養護，訓練，福祉に関する総合的研究」p163-169 1981
- 6) 山形恵子他：療育の手引 城北分園 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



はじめに

障害を早く発見し,早期から医療と育児を親に協力して進めて行くことが療育の目的である。

今回の報告では,重度化・幼少化している障害児療育の現状を,いかに適切にまた効果的に受け入れ,子どもの発育を援助して行くかについて,通園指導の場から報告し,併せて,障害の重度化に伴い,療育が生涯必要となる点も強調して行きたい。