

精神遅滞乳幼児の保健・栄養指導のあり方に関する研究（第2年度）

国立精神衛生研究所

小松 せつ 高橋 幸子
櫻井 芳郎

おしまコロニー・つくしんぼ学級

大場 光 竹下 敏雄
岸 病院

岸 直枝

わたらせ養護園

清水 俊衣 川瀬 寿子

東野 幸一

希望の家療育病院

矢野 亨

I 研究の趣旨

精神遅滞乳幼児の成長・発達を阻む重要な要因として、かれらの「病弱さ」があげられ、健康管理の重要性が叫ばれているが、現実には組織的、継続的な指導が充分におこなわれているとはいえない。われわれは精神遅滞成人の有病率が一般人の数倍にのぼり、また成人病の出現年齢が早いことなどを明らかにしてきたが、これらの原因の一つに心身の発達期における保健・栄養面の健康管理の不適切さが想定される。

精神遅滞乳幼児の「病弱さ」は直接には生命をおびやかすものであり、間接には日常の指導や訓練の隘路となる深刻な問題であり、また脳の発達自体にも阻害因子となりうるものである。したがって適切で効果的な健康管理の基準を設定し、保健・栄養指導のシステム化と指導方法の改善をはかることが緊急を要する今日的課題であるといえよう。

II 初年度研究の概要

初年度研究では精神遅滞幼児通園施設および居住施設、重症心身障害児施設 各1施設を研究協力施設に委嘱し、在園児の心身の発達状況、疾病状況、保健・栄養状況および家族のニーズなどを調査した。調査対象は男児29名、女児13名、年齢は2歳～6歳、知能程度は中度～最重度、社会生活力は軽度～最重度、疾病罹患の状況は一般児童にくらべて通園施設で4倍、居住施設で8倍、重症心身障害児施設で16倍と著しく高く、疾病種別では呼吸器系疾患が圧倒的に多く、ついで神経系および感覚器の疾患、皮膚および皮下組織の疾患などが高率であり、過去1年間の就床日数も全く床につかなかったものは2.4%にすぎず、精神遅滞幼児の「病弱さ」が浮き彫りにされた。保健・栄養面では血液・生化学検査の結果、チモール、クンケル、トリグリセリドなどを中心に異常値の出現率が著しく、その傾向は居住施設に顕著にみられた。また栄養供給量や摂取率などは施設種別による特

徴がみられ、通園施設では家庭における栄養のバランス、食習慣などに問題があり、居住施設では残食量が多く、献立や調理の仕方に改善の余地が感じられ、また重症心身障害児施設では栄養所要量の基準設定に向けての努力が必要である。なお、家族の精神的、肉体的負担はきわめて大きく、親亡き後のことを深刻に悩んでおり、近隣住民の態度にも問題がうかがわれた。

Ⅲ 第2年度研究

1 目的

初年度研究で明らかになった精神遅滞幼児のもつ一般的特徴をさらに詳しく分析し、心身の健康管理と保健・栄養指導のあり方を検討する。

2 対象および方法

初年度研究の対象である男児29名、女児13名を追跡調査し、1) 血液・生化学検査結果に異常がある者の精密検査の実施、2) 疾病カレンダーの作成とその分析、3) 施設における心身の健康管理上の問題点の把握などをおこなうとともに精神遅滞幼児のもつ「病弱さ」の実態を分析するために居住施設の昭和55、56、57年、3年間の疾病状況を調査した。

表1 調査対象

施設種別	年齢段階					計
	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	
精神遅滞幼児 通園施設	—	1	7	5	2	15
精神遅滞幼児 居住施設	—	1	5	12	—	18
重症心身障害児 施設	1	1	3	2	2	9

精神遅滞幼児居住施設在園児

年別	年齢段階							計
	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	
昭和55年	—	—	6	17	18	21	—	62
昭和56年	—	1	5	16	22	18	—	62
昭和57年	1	—	2	14	17	18	3	55

3 結果

(1) 精密検査の実施

血液・生化学検査結果に異常が認められた19名の精密検査の結果は表2の通りである。

全般的な傾向としては、精神遅滞幼児通園施設では主として感染症が疑われたが精密検査の結果では一過性で、しかも軽症のものが多く、重篤な疾患は認められなかった。居住施設では肝障害、感染症などが疑われ、精密検査の結果でも同様であったが、再度の検査では否定されたところから、ハイリスク児として経過観察を要すると判断された者が多かった。また、精密検査をきっかけとして疾病が判明した例もみられる。一方、重症心身障害児施設では貧血、肝障害、慢性感染症、骨の異常などが疑われ、精密検査の結果でもそれが確認された。

症例1 Y. K. (重症心身障害児施設在園児) 女児 4歳 診断名 ルビンシュタイン・タービー症候群, CP, 視力障害(白内障), てんかん

患児はヘモグロビン、赤血球、総コレステロールが低値、チモール、クンケルが高値であるために貧血、肝障害を疑い、血液像、血清蛋白電気泳動の検査を施設側に助言した。検査の結果、ヘモグロビン、ヘマトクリット、赤血球、網状赤血球、血小板数が異常であるところから施設では抗けいれん剤の副作用による溶血性貧血と判断し、薬剤を変更したところ漸次状態は改善されつつある。

症例2 K. K. (居住施設在園児)

男児 4歳 診断名 精神薄弱(重度)

患児はGOT, GPT, LDH, TGなどが著しく高値であるために肝炎を疑い、GOT, GPT, LDH, AL-P, γ -GTP, LAPなどの再検査を施設側に助言した。その頃より患児に歩行蹠跌がみられるようになったため施設側では専門医の診察を求め、GOT, G

表2 精密検査対象児一覧表

施設種別	氏名	診断名	性別	年齢	第1次検査所見	精密検査所見
精神遅滞幼児通園施設	KT	MR, 自閉傾向	男	5.7	細菌感染症の疑い	現在は問題なし
	YA	MR, 小頭症, てんかん	男	5.8	先天性心疾患, 脱水症の疑い	現在は問題なし
	NT	MR, 自閉傾向	男	4.8	慢性感染症の疑い	食物アレルギーの疑い
精神遅滞幼児居住施設	TS	MR,	男	5.6	甲状腺機能亢進の疑い	現在は問題なし(栄養状態に留意)
	MS	MR, 自閉傾向	男	5.8	脱水症, 尿崩症の疑い 高アルドステロン血症の疑い	高アルドステロン → ハイリスク児として 血症の疑い → 要経過観察
	TH	MR, 點頭てんかん	男	5.8	抗けいれん剤副作用の疑い	現在は問題なし
	RI	ダウン症	女	5.6	肝炎の疑い	慢性肝炎の疑い → ハイリスク児として 要経過観察
	MK	MR, てんかん	男	5.5	慢性感染症の疑い	現在は問題なし
	YO	MR	女	5.5	肝炎の疑い	慢性肝炎の疑い → ハイリスク児として 感染症 → 要経過観察
	JN	MR, 難聴	男	5.3	腎機能障害(腎炎など)の疑い	慢性扁桃腺炎
	NY	MR, 瞳孔膜遺残(両)	男	4.8	感染症の疑い	現在は問題なし
	TW	MR, 自閉傾向, 心房中隔欠損症	男	4.4	感染症の疑い	感染症
	KT	ダウン症, 先天性白内障(両)	男	4.2	感染症の繰り返しの疑い	現在は問題なし
	KK	MR	男	4.0	肝炎の疑い	進行性筋ジストロフィー症 (Duchenne型)
	MK	てんかん, 虚弱	女	3.4	易感染症の疑い	貧血症の疑い 高免疫グロブリン → ハイリスク児として 血症の疑い → 要経過観察
	重症心身障害児施設	YK	ルベンシュタイン・タービー症候群, CP, 視力障害(白内障), てんかん	女	4.7	貧血, 肝障害の疑い
SO		MR, CP,	男	4.9	低アルカリフォスファターゼ血症の疑い, 低身長, 骨格異常の疑い	抗けいれん剤投与による軽度肝障害の疑い, 低身長, 骨格の異常
YI		MR, CP, 水頭症, てんかん, 視聴力高度障害	女	6.3	抗けいれん剤の影響の疑い くる病の疑い, アンドロジスの疑い	二次性真性思春期早発症の確認, 骨の異常の確認
NF		MR, CP, 小頭症, てんかん, 思春期早発症	女	2.8	慢性感染症の疑い	二次性真性思春期早発性の疑い, 低栄養の疑い, 慢性感染症(上気道炎)の疑い

PT, LDH, CPK, アルドラーゼ, 血沈などの検査結果と母親のGOT, GPT, LDH, CPK, 臨床症状, 遺伝負因などから進行性筋ジストロフィー症(Duchenne型)であることが判明した。なお肝炎の有無についても検査を予定している。

症例1は薬物の副作用にもとづく溶血性貧血, 症例2は進行性筋ジストロフィー症(Duchenne型)であることが精密検査の過程で判明したケースである。

(2) 疾病状況の把握

調査対象児42名の昭和56年度の疾病カレンダーの分析結果からは精神遅滞幼児の「病弱さ」の実態が明らかになり, 障害の種類, 程度および生活形態などの特徴が顕著に認められた。すなわち, 精神遅滞幼児通園施設では疾病罹患率が低く, 疾病の種類も感冒などの呼吸系疾患が主であるが, 水痘, 風疹, 流行性耳下腺炎などの集団感染によるものもみられる。居住施設では疾病罹患率もつとも高く, 疾病の種類は呼吸系の疾患, 神経および感覚器の疾患, 皮膚および皮下組織の疾患が多く, しかも重複罹患や反復して罹患してい

る者が目立っている。なお、感冒、結膜炎、流行性膿痂疹など集団感染と思われる疾患も多発している。一方、重症心身障害児施設では慢性の基礎疾患や合併症などのほかに呼吸系の疾患、神経および感覚器の疾患が多く、また重複、反復しての罹患が目立っている。

(図1参照)

また、精神遅滞幼児居住施設在園児の昭和55年から57年の3年間の疾病状況調査の結果

は次の通りである。在園児の疾病罹患率は図2の通り、55年69%、56年75%、57年68%、患者の1か月平均の就床日数は55年4.0日、56年3.7日、57年3.7日、罹患頻度の高い疾病の月別平均罹患率(3年間)は感冒31.5% (最高79.5%~最低7.9%)、扁桃腺炎9.2% (31.4%~0%)、気管支炎8.3% (31.4%~0%)、結膜炎7.3% (64.7%~0%)、上気道炎3.6% (15%~0%)

図1 3施設間の疾病罹患率の比較

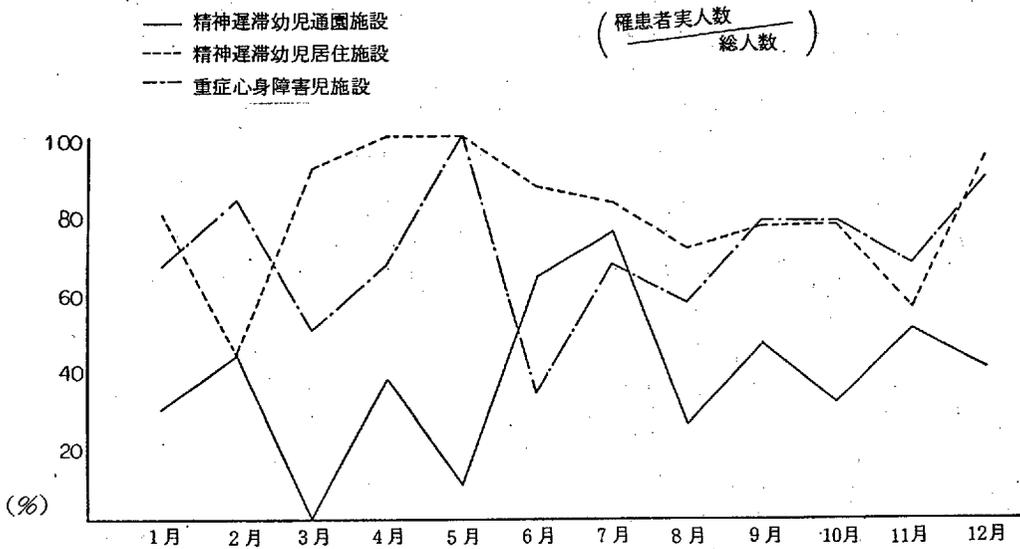
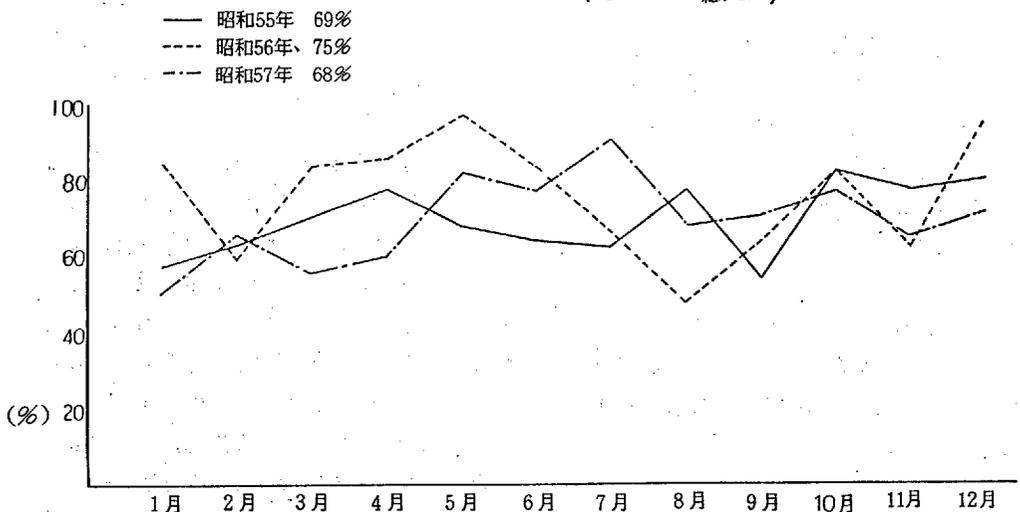


図2 月別疾病罹患率の比較



である。なお在園児を在園期間12か月～14か月の群（11名）と18か月～34か月の群（26名）にわけて入園後3か月と退園前（現在）3か月の間の疾病罹患件数、疾病の種類、就床日数を比較してみると両群とも入園直後は多いが退園直前は少なく、その傾向は在園期間の長い群ほど著しい。（表3参照）このように居住施設在園児は「病弱さ」がきわだっており、その原因として、在園児自身の虚弱傾向、集団生活上の問題、生活環境の影響などがうかがわれる。

表3 入園期間（3か月）と退園直前（3か月）の比較

在園期間12か月～14か月 N=11			
	疾病罹患件数	疾病の種類	就床日数
入園直後	3.2	1.5	11日
退園直前	2.4	0.8	10日

在園期間18か月～34か月 N=26			
	疾病罹患件数	疾病の種類	就床日数
入園直後	4.2	1.1	11日
退園直前	1.9	0.7	5日

(3) 処遇上の問題

保健・栄養指導上の問題点としては施設種別による特徴が認められる。精神遅滞幼児通園施設では、1) 看護婦や栄養士の配置が必要であるにもかかわらず認められていなかったり、制約があったりする。2) 医務室、静養室、寒冷地での床暖房などの設備が不十分である。3) 現行の保険制度では軽いけがなど適用外のため親の負担が重く、また学校安全会制度も活用できない。4) 親の過保護や無理解のために施設のプログラムと家庭での育児態度との差に苦勞する。居住施設では、1) 気候の変化に対応できるような床暖房などの設備が資金面で難しい。2) 週末帰省による集団感染を防ぐための対策に悩んでいる。3) 園児の外見上、行動上の異常に気づいてもそれを受けとめてくれる機関がみあたらない。重症心身障害児施設では、1) 人手不足のう

えに当面する短期的な緊急を要する疾病対策に追われ、また食事の介助に長時間を費すためにきめ細かいトータルケアができない。2) 常時薬剤服用者が多いところから薬物血中濃度の測定や血液・生化学検査の実施などによる定期的な治療的診断の不足などがあげられる。

4 考察

精神遅滞幼児の「病弱さ」の実態は多種多様であり、さまざまな要因がからみあい、複雑多岐にわたっている。したがって、その対策も一様ではない。重症心身障害児では疾病の多様、重複および各種の要因による二次的障害などが考えられるので、きめの細かい継続的な治療的診断が必要であり、居住施設在園児はハイリスク児が多く、しかも、入園時および通常の定期健診では見逃されている疾患も予想されるので注意深い日常観察と継続的な検査を必要としている。なお、通園児に対しても日頃の健康管理上、定期的な検査の必要性が感じられる。このような精神遅滞幼児の特徴は生活環境と密接なかかわりをもっている。そのために保健・栄養指導は単なる疾病性（illness）の観点からの対応のみでなく、かれらの心身状況と生活環境の相互関係をふまえた事例性（caseness）の立場からのアプローチが必要である。それには対象児の状態に対応できる健康管理システムの確立と保健・栄養指導の充実が考えられなければならない。

(1) 健康管理システム化の問題

現在の施設および家庭の状況では精神遅滞幼児のもつ多様な問題に対処することは困難である。したがって、健康管理のシステム化をはかり、関係機関・職員を網羅した地域ケア・サービスネットワークを形成し、相互協力と役割分担によって精神遅滞幼児を多面的総合的に理解し、望ましい保健・栄養指導がおこなえるようにしていかなければならない。それには、1) 現行の乳幼児健診制度を拡充

強化すること、2) 医療、保健、福祉機関・施設の協力・援助体制を整備し、相互補充関係を確立すること、3) それぞれの機関・施設の自己点検をおこない、心身の健康管理体制の欠陥を是正することなどが必要である。

(2) 保健・栄養指導の問題

今回の調査を通じて明らかになった保健・栄養指導上の問題点を改善し、対象児処遇の向上に努めることが必要である。まず第1が診断・判定の問題である。児童相談所などの診断・判定は専門スタッフの不足などにより心身の健康遅滞についてはきわめて不十分である。精神遅滞の程度別判定だけでなく、心身の状況を把握し、ケアの手がかりがえられるものにしていく努力が必要であり、また、施設入所後も追跡的に健康状態を把握し、処遇上の助言指導がおこなえるように心がけなければならない。それには保健所、小児療育センターなどと技術提携をおこない、診断・判定機能の強化に努めることが必要である。第2に施設では保健所などと提携し、保健婦や栄養士の協力をえて保健・栄養面の対策を強化していくことが必要である。第3に精神遅滞幼児の定期健診は普通児に準拠しておこなうだけでなく、かれらの「病弱さ」に対応できるものでなければならない。したがって血液・生化学検査項目についても表4が参考になろう。第4に日常生活指導に従事する職員は健康状態についての観察技術を習得することが必要であり、それにより園児の健康の維持・向上がはかれることであろう。第5には家族に対するアプローチの重要性を認識し、家族との協力体制の確立に努めなければならない。最後に必要なことは関係職員全員が精神遅滞幼児のトータルケアの重要性を認識し、相互理解を深め、多職種の協力体制を確立することである。

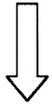
5 今後の課題

昭和56年、57年の両年研究によって精神遅滞幼児の「病弱さ」の実態と保健・栄養指導

のあり方に関する方向づけが明らかにされた。次年度は健康管理システムと保健・栄養指導の具体的な展開について検討したい。

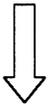
文 献

- 1) 小松せつ他：精神遅滞乳幼児の保健・栄養指導のあり方に関する研究（初年度）昭和56年度長期疾患療育児の養護・訓練・福祉に関する総合的研究 206-211、昭和57年。
- 2) C. H. ハラス著（菅野、桜井、飯田共訳）：精神薄弱児（者）のケアと訓練 岩崎学術出版社 昭和50年。
- 3) コッホ、ドブソン共編、（桜井芳郎編訳）：精神遅滞児（者）の医療・教育・福祉、岩崎学術出版社、昭和58年。



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



研究の趣旨

精神遅滞乳幼児の成長・発達を阻む重要な要因として、かれらの「病弱さ」があげられ、健康管理の重要性が叫ばれているが、現実には組織的、継続的な指導が充分におこなわれているとはいえない。われわれは精神遅滞成人の有病率が一般人の数倍にのぼり、また成人病の出現年齢が早いことなどを明らかにしてきたが、これらの原因の一つに心身の発達期における保健・栄養面の健康管理の不適切さが想定される。

精神遅滞乳幼児の「病弱さ」は直接には生命をおびやかすものであり、間接には日常の指導や訓練の隘路となる深刻な問題であり、また脳の発達自体にも阻害因子となりうるものである。したがって適切で効果的な健康管理の基準を設定し、保健・栄養指導のシステム化と指導方法の改善をはかることが緊急を要する今日的課題であるといえよう。