

早期療育技術の確立と普及に関する 研究の要約

長畑正道（筑波大学心身障害学系）

本年度は「早期療育技術の確立と普及に関する研究」の3年目で最終年度にあっている。そこで本年度の研究の成果の概要にとどめず、これまでの3年間の研究の成果をふり返り、今後の課題についても述べることにする。

I. 本年度の研究の概要

1. 精神遅滞児に対する早期療育の効果—乳幼児総合通園の実践を通じて（高松鶴吉ほか）

精神遅滞児の早期療育の効果について今回はとくにダウン症児と原因不明の精神遅滞児について重点的に検討した。初診後は月に1～2回の機能訓練や母親指導を行い22カ月より母子通園による総合的療育を週2日行った。とくに感覚・運動、認知・行動、言語的発達といった全面的発達の促進に重点をおいた。ダウン症児の初診は7.9カ月で、入退園時のDQは62から63へと殆ど変化がなかった。しかし30カ月まで次第にDQが低下し、その後上昇に転じ、36カ月の退園時には入園時のレベルに回復していた。先天性心疾患または難聴をもつダウン症児では、これらの合併症のない場合に比べてDQで10低かった。

原因不明の精神遅滞児では、初診は15カ月で退園時は36カ月であったが、DQは入園時の60から退園時の69へと伸びていた。とくに始歩18カ月以前の運動遅滞のない群では入園時のDQも高く、DQの伸びが65から77へと大幅な伸びを示した。しかし、運動遅滞を伴う群では入園時のDQが58と低く、退園時も63で伸びが悪かった。運動遅滞のない群は途中でDQが低下することはないが、運動遅滞のある群はダウン症児と同じようにDQが次第に低下し30カ月で最低となり、その後上昇して行く経過を示した。両群の発達プロフィールの比較では、いずれの領域でも運動遅滞のある群ではDQの伸びが悪かったが、とくに社会性については運動遅滞群では全く伸びがみられず、両群に質的な差があると考えられた。以上のようにダウン症および原因不明の精神遅

滞群についてDQの伸びがみられたが、なお効果的な療育方法の開発がのぞまれる。

2. ダウン症児の早期療育（伊藤俊一、石田宏代）

多くの専門家が加ったチームアプローチによるダウン症児の早期療育を1年以上行った29例の療育効果について、とくに18カ月未満に開始した群とそれ以後に開始した群および早期療育に参加しなかった10例を加えて比較検討した。MCCテストによるDQでは、18カ月未満の群では月令が上がるにつれてDQが低下するという現象がみられなかった。粗大運動では定頸、坐位、始歩の達成月令に差はなかったが、はら這い、四つ這いを経過して始歩に達するのは18カ月未満群に多く、このような這うことを経験することが上肢や膝の機能を強化する上で役立っていた。また目と手の協応でも18カ月未満群の方が良い成績を示した。集団場面での反応では、指導者への注目反応、呼名反応、手あそびの中での動作模倣で18カ月未満群の方が反応がよかった。言語の受容面とくにpointingおよび表出でも18カ月未満群の方が成績がよかった。聴力も18カ月未満群の方が早く正常児のレベルに到達した。また早期療育を終え保育園などの集団保育に入った場合、保母などへの注目がよく、保育にうまく乗って行かれるという結果が得られた。したがって、0～2歳児においても集団指導はそれなりの意義がある。とくに今回の検討においてダウン症児では早期から、とくに18カ月未満から療育を開始することが重要であることが明らかとなった。

3. ボーテージ乳幼児教育プログラムによる発達遅滞乳幼児の早期訓練（山口 薫）

ボーテージ乳幼児教育プログラムの日本版を完成し、さらに562の指導項目すべてについて達成基準を作製した。ダウン症89例、非ダウン症55例の乳幼児にこのプログラムを適用し、津守式発達検査で1歳以降4カ月ごとに評価を行

った。1歳以降最初に得られたDQと最新に得られたDQの差の変動は次のようであった。ダウン症では全体としては+3.88であった。しかしダウン症で心疾患のない女兒で伸びが最もよく+8.55に達した。心疾患のある女兒では+7.8であった。しかし男児では心疾患のある場合は+4.0、心疾患のない場合は+0.83であった。ダウン症の場合、心疾患の有無にかかわらず、女兒の方が男児よりDQの上昇が著しい(女兒+8.31、男児+1.39)。ダウン症以外の発達遅滞児では全体として+2.82のDQの上昇がみられたが、この場合も女兒の方が+3.39で、男児の+1.74より伸びがよかった。

以上のように家庭における母親による原則として1週間を単位とする循環的な指導を、客観的な記録情報をもとに繰り返すことによってDQ値にプラスの変化が示されたことは、早期からの訓練・指導の効果である。

4. ダウン症児の超早期療育の効果(長畑正道、池田由紀江ほか)

1歳未満(平均5.7カ月)より少なくとも1年以上療育を実施したダウン症児39例について、4~5歳になった段階でどのような状況であるかを調査した。大部分は現在保育園や幼稚園で混合保育を受けている。運動発達では歩行開始は心疾患のない群では22.5カ月、心疾患のある群では30.0カ月で差がみられた。しかし始歩年齢と3歳時DQの間には有意な相関はなかった($r=0.221$)。始歩年齢はその後の精神発達とは余り関係がなかったことは注目すべき点である。また療育開始時(CA 5.7カ月)のDQは65.0で、療育終了時(CA 24.0カ月)のDQは68.2と上昇したが、今回のfollow-up時(CA 36.4カ月)ではDQは62.0と低下しており、集中的な療育が行われなくなると伸びが悪なっていた。津守式発達検査による発達プロフィールを、0歳、1歳、2歳、3歳、4歳の段階で検討した。3歳までは各領域とも順調に伸びていたが、3歳から4歳にかけては、運動と探索・操作の伸びはよかったが、社会、食事・排泄・生活習慣、理解・言語の伸びが著しく悪かった。このことは従来からいわれている3歳以降のダウン症児の

言語能力の伸びなやみのためなのか、3歳以降のこれらの領域の指導に問題があるためなのかよく検討してみる必要がある。

5. 発達遅滞児の運動発達の姿勢・筋電図による検討(北原 信、藤田正明)

精神・運動発達遅滞児を背位から坐位、坐位から背臥位にした時の姿勢および筋作動パターンの発達の变化を検討した。筋緊張亢進のない発達遅延児の屈曲位姿勢誘発には坐位から背臥位による手技が有効である。また筋作動パターンの発達の变化は正常児と同様に、筋作動の弱い段階から、動筋・拮抗筋の共同作動の段階、そして相反性作動の段階へ進むことが示された。運動発達促進のためにはこの発達の变化を促進する治療・訓練手法の適用が求められる。

6. 発達遅滞児の早期療育に関する研究(武貞昌志ほか)

発達遅滞児の早期発見には妊娠時からの対応必要である。そして0~3カ月児の健診では先天代謝異常、脳性マヒ、各種の先天異常がチェックされ、その治療が行われている。しかし1歳半健診においてはいろいろ問題が多い。この段階では言語発達遅滞をはじめ行動上の異常も把握される。しかし、かかる問題についての早期発見が親に不安を与えることが少なくない。また診断基準も確立されておらず事後指導において療育システムも極めて未整備である。たとえ訓練機関を標榜していてもその内容に妥当性があるか否か問題があることも少なくない。ダウン症の早期訓練もいくつかの施設で行われ始めているが、合併症の治療についても十分配慮されているかどうか危ぶまれる所もある。

また大阪市母子保健システムにより見いだされた言語障害児の実態についても報告した。

II. これまでの研究の総括と今後の課題

これまで精神遅滞児に対する早期療育の技術の確立と普及について研究を進めてきた。そこでこれまでの研究をふり返りその成果をまとめると共に、問題点を明らかにし、今後の課題について述べる。

1. 早期療育の場と訓練方法

乳児期からの早期療育の進め方として、肢体不自由児施設の通園、外来部門を母体として、OT、PT、ST、CP、保母、看護婦、医師などの多専門職種によるチーム・アプローチによるやり方と、主として教育者による一定の訓練プログラムにもとづく指導・療育とに分けられる。いずれのやり方がよいのかは、むしろそれぞれの地域の状況による所が大きいと思われる。チーム・アプローチによる方法では、各専門職種間で共通する訓練プログラムにもとづいて訓練を進めることは現実の問題として難しい。まずそれぞれの専門職種が領域別に一定の訓練プログラムを作製し、専門職種の枠をこえて共通した訓練プログラムを作製して行くことが必要な段階に来ていると思われる。教育者による訓練・指導においては訓練プログラムが一応完成しているが、まだ十分とはいえ、今後の改善が必要である。

療育効果の評価方法としては、現在は主として発達テストを用いている。DQないしIQの値がどうなるかがまず当初の関心であったので、かかるテストによる評価も意義が大きい。しかし、療育効果の評価は本来もっときめ細かくなされるべきであり、とくに訓練プログラムを母体として、それを標準化し評価にも用いられるようにして行くべきであると思われる。現にそういった試みも始められている。

2. 早期療育の効果

早期療育はそれなりの効果があることはいずれの研究者も認めている。しかし、対照群をしっかりと設定することが難しく、また個人差も大きい所からなかなか正確な効果判定を行なうのには困難がある。しかし、療育の開始は早い方がよく、遅くとも18カ月までには開始するべきである。しかしできれば乳児期前半より開始するのが望ましい。

また療育の効果は今のところ3～4歳までの結果しか判っていない。しかしある研究者はダウン症で30カ月の時点での落ち込みを認めており、他の研究者ではかかる落ち込みを認めていない。この点より考えると30カ月での落ち込みは対象児の差によるのか、あるいはもっと早期

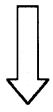
より強力な療育を始めればこれを防止することができるのか、なお検討の要するところである。

問題として注目されるのは、3歳以降において領域別にかなり伸びが異なっていることである。この点については、今後の研究でよく検討する必要がある。

3. 今後の課題

現在までの研究では3歳頃までは早期療育を続けることによってそれなりの効果が明らかになって来た。とくに乳児期より療育を始めることが特に重要であることは、ほぼ意見の一致をみたといってよい。しかし、訓練プログラムをさらにどのように改善して行くか、とくに各専門職種が参加するチーム・アプローチの場合では今後の検討にまつところが多い。

いま一つの大きな問題は、6歳の就学時までにはどのような療育を続けて行くことが望ましいのかの検討である。0歳から2歳まで療育を続け、中断するとやはりその伸びにはぶってくる。そして3歳から4歳にかけては、特定の領域での伸びが著しく悪くなってしまう。とくに社会、食事・排泄・生活習慣、理解・言語の領域である。かかる場合も保育所や幼稚園には通っているが、入園前のような個別的な指導はなされていない。したがってこの伸びなやみはやはりダウン症児に適合した個別的指導が十分行われていないことがその大きな要因と考えられる。今後の問題として、保育園などの集団指導と並行して、どのような個別的指導を行って行けばよいかを明らかにして行くことが残された大きな課題である。



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



3. 今後の課題

現在までの研究では3歳頃までは早期療育を続けることによってそれなりの効果が明らかになって来た。とくに乳児期より療育を始めることが特に重要であることは、ほぼ意見の一致をみたといってよい。しかし、訓練プログラムをさらにどのように改善して行くか、とくに各専門職種が参加するチーム・アプローチの場合では今後の検討にまつところが多い。

いま一つの大きな問題は、6歳の就学時までにはどのような療育を続けて行くことが望ましいのかの検討である。0歳から2歳まで療育を続け、中断するとやはりその伸びはにぶってくる。そして3歳から4歳にかけては、特定の領域での伸びが著しく悪くなってしまふ。とくに社会、食事・排泄・生活習慣、理解・言語の領域である。かかる場合も保育所や幼稚園には適っているが、入園前のような個別的な指導はなされていない。したがってこの伸びなやみはやはりダウン症児に適合した個別的指導が十分行われていないことがその大きな要因と考えられる。今後の問題として、保育園などの集団指導と並行して、どのような個別的指導を行って行けばよいかを明らかにして行くことが残された大きな課題である。