

6. 児童相談所における心身障害児の早期発見・ 早期療育の実態について

岡田 喜篤* 三田 勝己**

1. はじめに

数年前、著者らは、名古屋市児童福祉センターの全面的な協力のもとに、心身障害を理由に児童相談所を訪れた児童を対象として、電算機処理による統計的分析を行い、最近の心身障害幼児に関するいくつかの特徴を指摘した。この分析結果は厚生省心身障害研究として報告されたが、その内容は、単純集計を中心としており、一部についてのみ二項目間の二次クロス分析を行ったに過ぎなかった。当時の情報資料は、電算機用のフロッピーディスクに収められ、より詳細な分析に供せられる予定となっていたが、研究の当事者たる岡田の所属変更や電算機処理の条件設定などの理由により、今日までこれを行うことができなかった。

このたび著者は、厚生省心身障害研究「鴨下班」の一員として、上記の資料に関してより詳細な分析を行うことができたので、その概略を報告する。

2. 研究対象と研究方法

すでに報告したように¹⁾、昭和58年4月1日から昭和60年3月31日までの2ヶ年間に、心身障害の相談を目的として名古屋市児童福祉センター・児童相談所を訪れた新規ケースの児童(0歳~17歳、重症心身障害に限り18歳以上の

年長児・成人を含む)1,232人を本研究の対象とした。

これら児童の個人記録から、すでに報告したように別に定めた入力コードに基づいて、各個人の情報をコーディングシートおよびフロッピーディスクに収め、これを電算機処理に供した。

本研究では、従前のものとは異なる新しい分析プログラムが作成され、主要な診断分類のそれぞれについて一定の処理が行われ、障害内容ごとの特徴が明らかにされるよう心がけた。

3. 既報の研究結果(概要)

今回の研究は、すでに報告した結果に続く継続的な分析であるため、既報の結果についてその概要をここに再掲する¹⁾²⁾。

1) 児童相談所を訪れた心身障害児(またはその疑いのある児童)の90%は6歳以下の幼児であったが、その男女比は約2:1で、男子の方が圧倒的に多かった。この傾向は来所時の年齢に関係なく、どの年齢域でも同じであった(図1, 2)。

2) 名古屋市の場合、発達期(18歳未満)にみられる心身障害のほとんどが児童相談所を訪れているものと推定されるが、もしそうであると仮定すれば、当時の人口約200万とされる名古屋市においては、年間615人程度の心身障害相談

*札幌あゆみの園

**愛知県心身障害者コロニー・発達障害研究所

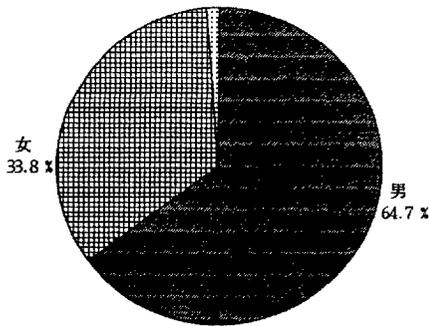


図1 新規ケースの性別

の新規ケースがあり、そのうち約10%は正常と診断されているので、結果として年間550人程度の心身障害児が把握され(または発生していることになる(表1)。

3) 児童相談所への来所時主訴で最も多かったのは、障害について診断・判定を求めているというもので、全体の62.3%を占めていた。次いで「諸制度の適用を求めて」(14.4%)、「療育グループによる指導」(9.6%)、「機能訓練」(7.6%)、などとなっていた。しかし、かつて圧倒的に多かった「入所施設への措置」を希望するものは1.6%に過ぎなかった(表2)。

4) 全体の90%が、児童相談所への来所については、何らかの機関が紹介していた。紹介機関の筆頭は保健所で、全体の35%に及んでいた。次に多かったのは一般の医療機関(20%)であったが、これら2種類の機関からの紹介が全体の過半数を占めていた。一般医療機関からの紹介は0~2歳児が多く、保健所からの紹介は1~3歳児が中心であった(表3)。

5) 児童相談所では、それぞれのケースについて、その相談内容に従い、相談種別を分類している。それによると、心身障害の相談において最も多い相談は「言語障害」で全体の30%を占めていた。次いで多いのは「精神遅滞」の26%

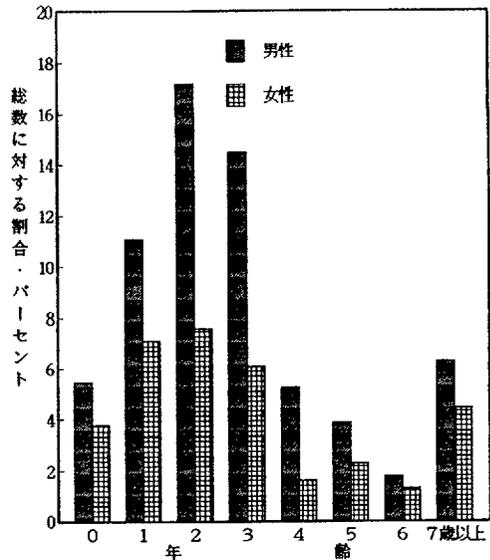


図2 新規ケースの来所時年齢
—名古屋市児童相談所—

であるが、そのほかは、いずれも10%未満という割合であった(表4)。

一方、診断結果をみると、言語障害群23.7%、精神遅滞群22.5%、小児精神疾患群14.2%、運動障害群13.7%などが主な障害内容であった(表1)。

これら相談内容と診断結果とを比較すると、脳性まひ児やてんかん児では、障害が重複しており、むしろ重症心身障害児とみられるケースも少なくなく、さらに、重度精神遅滞にてんかんを合併していると思われるケースもかなりあることが示唆された。

6) 相談の結果、どのような処遇を受けるにいたったかは、その児童相談所自体の処遇機能や地域の社会資源の事情によって大きく変わる。名古屋市児童相談所の場合は、児童福祉センターという独特の機構のなかに位置付けられており、センター自体が外来診療機能ならびに複数の通園施設を備えている。そのため、名古屋市児童

表1 新規ケース診断分類 (昭和58~59年度) 一名古屋市児童相談所一

診 断	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7歳以上	計	群 計	別 %
00 正 常	9	20	25	41	14	7	5	5	126	126	10.2
01 風 界 域		5	9	7				1	30	30	2.4
02 未 決 定	2	3	2		1	1		1	10	10	0.8
03 不 明											
10 精神発達遅滞(疾患を特定できない)	3	30	47	26	11	6	5	64	192		
11 タウン症候群	20	26	7	1	1	1	2	3	61		
12 その他の染色体異常		7		1	2				10	277	22.5
13 その他の症候群	2	2	3	1	2	1		3	14		
20 脳性麻痺(型未定)	8	13	10	2	4		2	7	46		
21 風 性 麻 痺	11	12	11	3	5	2		1	45		
22 弛緩性麻痺		1		1					3		
23 ガトーモ型脳性麻痺		1							2		
24 混合型脳性麻痺								1	2		
25 中枢性脳神経系	28	8							36	169	13.7
26 筋ジストロフィー		1	2	1					3		
27 その他の筋疾患		2							2		
28 その他の整形外科疾患	6	12	3	1	1			2	25		
29 その他の神経疾患		2	2		1				3		
30 自閉症		3	17	23	6	7	1	21	78		
31 自閉的傾向		2	16	19	1	2	1	1	41		
32 仮定型自閉症(多動症候群)			8	18	11	5	2	2	46		
33 小児分裂病								1	1		
34 その他の精神病								1	1	175	14.2
35 シンδροム								1	1		
36 悪 夢								1	1		
37 その他の神経症								1	1		
38 集団不適応				3	2	1	1	1	7		
40 てんかん	1	8	5	5	1	3	1	12	36		
41 点描てんかん		4							5		
42 全身性てんかん	1								2		
43 部分てんかん				1					1	45	3.7
44 二次性てんかん									1		
45 その他の難治性てんかん		1							1		
46 その他のけいれん		1		1					2		
50 難 聴	5	16	8	1	2	3	1	3	39		
51 聾 盲											
52 一過性聴覚障害										43	3.5
53 中枢性聴覚障害		2	1	1					4		
54 末梢性聴覚障害											
60 視覚障害		2	2						4	4	0.3
70 言語発達障害		23	119	75	6	3	1		227		
71 構音障害				9	5	26	11		51	292	23.7
72 吃 音				7	3	3	1		14		
80 小 児 癲 癇	1	6	3	2		2			14		
81 水 痘 症		1	3						4	38	3.1
82 麻疹症		1	1						2		
83 結核感染症	3	2	1		1			1	8		
84 急性脳炎(脳膜炎)		2			1	2	1	5	12		
90 その他(全身疾患を含む)	1	4	7	3		1	1	6	23	23	1.9
									1,232		

表2 新規ケース来所時主訴

目的	年 齢									全 年 齢	
	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7歳以上	計	%	
診 断 ・ 判 定	48	113	217	211	70	62	22	26	769	62.3	
諸制度の適用	1	26	19	9	5	7	6	105	178	14.4	
療育グループ指導	11	36	46	21	3	-	1	-	118	9.6	
機能訓練	38	29	12	6	3	2	2	2	94	7.6	
通園施設措置	-	9	15	5	2	2	-	-	33	2.7	
入所施設措置	2	5	2	-	2	-	-	9	20	1.6	
言語訓練	1	2	2	1	1	5	6	-	18	1.5	
そ の 他	-	-	-	-	-	-	-	2	2	0.2	
計	101	220	313	253	86	78	37	144	1,232		

表3 新規ケースの紹介経路

経路	年 齢								全 年 齢	
	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7歳以上	計	百分率
保 健 所	25	83	149	141	16	17	2	—	433	35.1
医 療 機 関	60	77	50	22	11	9	6	11	246	20.0
福 祉 事 務 所	—	14	22	11	13	4	4	34	102	8.3
児 童 福 祉 施 設	6	21	30	11	5	3	1	14	91	7.4
保 育 所・保 育 園	—	2	19	28	16	16	4	—	85	6.9
小 学 校・中 学 校	—	—	—	1	—	1	3	33	38	3.1
幼 稚 園	—	—	—	6	10	11	3	—	30	2.4
そ の 他	8	12	25	14	5	6	2	17	89	7.2
な し	2	11	18	19	10	11	12	35	118	9.6
計	101	220	313	253	86	78	37	144	1, 232	

表4 新規ケースの相談内容

相談内容	年 齢								全 年 齢	
	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7歳以上	計	百分率
言 語 障 害	—	33	148	123	21	36	14	—	375	30.4
精 神 発 達 遅 滞	25	76	72	31	19	9	8	81	321	26.1
自 閉 症	—	5	33	42	7	10	2	21	120	9.7
肢 体 不 自 由	28	35	24	5	7	3	2	9	113	9.2
聴 覚 障 害	6	19	9	2	2	3	1	3	45	3.7
重 症 心 身 障 害	3	12	5	5	1	3	1	9	39	3.2
視 覚 障 害	—	2	2	—	—	—	—	—	4	0.3
保 健	39	35	9	6	1	3	1	5	99	8.0
性 向	—	—	4	21	18	6	4	5	58	4.7
適 性	—	1	4	14	10	5	3	11	48	3.9
しつけ・その他	—	2	3	4	—	—	1	—	10	0.8
計	101	220	313	253	86	78	37	144	1, 232	

相談所の場合は、自らが選択し得る処遇方法という点では、かなり恵まれた事情にあるといえる。

相談ケースの半数に近い46.3%の児童は、「面接指導1回のみ」ないし「経過観察」という方針に置かれたが、そのほかの児童は何らかのプログラムの一つあるいは二つ以上なかに組み入れられる結果となった。これらの処遇は、通園施設ないし入所施設への入所を除けば、い

ずれも法律に基づく措置を伴うものではなかった(表5)。

これら実際の処遇の結果をみると、今後の心身障害児に対しては多様な処遇が求められていると考えられた。

7) 他方、名古屋市に隣接する中傷都市に設置されている児童相談所(愛知県一宮児童相談所)における心身障害相談は、名古屋市児童相談所における事情と大きく異なっていた。相談件数

表5 新規ケースの処遇

年 齢 目 的	年 齢								全 年 齢	
	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7歳以上	計	百分率
面接指導1回のみ	16	28	40	81	44	31	20	116	376	30.5
経 過 観 察	44	52	39	26	16	9	5	4	195	15.8
児童福祉司指導	-	1	3	1	1	1	-	7	14	1.1
プレイグループ	-	17	82	68	4	4	-	-	175	14.2
療育グループ	18	46	55	31	6	3	-	-	159	12.9
P T 外 来 訓 練	37	37	16	6	3	1	1	1	102	8.3
O T 外 来 訓 練	-	-	1	1	5	1	1	-	9	0.7
S T・A T 外 来 訓 練	1	-	1	-	4	13	7	-	26	2.1
通園施設措置	1	17	12	7	2	12	1	-	52	4.2
入所施設措置	3	5	-	-	2	-	-	8	18	1.5
通園療育グループ	-	34	55	12	5	1	-	-	107	8.7
いこいの家紹介	1	53	84	46	2	2	1	-	189	15.3
その他の機関紹介	1	5	5	7	-	3	3	8	32	2.6
計	122	295	393	286	94	81	39	144	1,454	

- 1) プレイグループ：一定の期間遊びを通して観察を行い、その上で他のプログラムによるグループに組み入れる。
- 2) 療育グループ：児童福祉センター内に1グループ、市内の地域通園施設に5グループ、「いこいの家」に2グループ、それぞれ小規模の療育活動グループがあり、これらは障害内容によって知恵おくれ、自閉症、言葉のおくれ、の3種類のものに区別される。
- 3) P T、O T、S T、A T 外 来 訓 練：理学療法士、作業療法士、言語訓練士、聴能訓練士が、医師の処方に基づいて行う訓練で、児童は外来患者として扱われる。
- 4) 通園療育グループ：法的措置の前段階として、一定の期間観察や働きかけをおこなうもの。この結果、通園施設に措置するか、幼稚園や保育園などの対象とするかなどが決定される。
- 5) いこいの家：名古屋市内に4ヶ所あり、「手をつなぐ親の会」に運営を委ねている。親や子ども同士が触れ合うことにより発達促進が促されるというもので、定期的にP T、O T などの専門職員が出向いて相談・指導する。

においても、あるいは来所目的や紹介経路、さらには処遇結果などにおいても、著しい相違を示していた(表6)。そのような相違の背景には、相談所の置かれている地域、相談所の規模、相談所の有する機能などが関係するものと思われた²⁾。

上記のことから、児童相談所における心身障害児の把握状況や対処の実態は必ずしも一律ではなく、名古屋市児童相談所における相談の実態は、むしろ例外的に優れているというべきものかも知れない。それだけに、名古屋市児童相談所における障害児の分析結果は、今日の心身

表6 心身障害児新規ケース

	名古屋市児童相談所 (昭和58年4月1日~60年3月31日)	愛知県一宮児童相談所 (昭和59年4月1日~61年3月31日)
管 轄 区 域	名古屋市全域 (16区)	一宮市、犬山市、江南市、尾西市、稲沢市、碧南市、丹羽郡、兼松郡、中島郡 (6市3郡)
総 人 口*	2,104,694	716,656
児 童 人 口* (対人口比)	531,889 (25.3%)	206,914 (28.9%)
新規ケース総数(2年度分)** (単年度当対児童人口比)	1,232 (1.16%)	138 (0.33%)

* 昭和60年4月1日現在の推計人口

** 名古屋市児童相談所分は昭和58~59年度の、一宮児童相談所分は昭和59~60年度の、それぞれ新規ケース。

障害児の発生状況や特徴を知るうえで貴重な資料となることが期待される。

4. 今回の分析結果

1) 診断結果と性別および年齢

前項でのべたように、心身障害を主訴として児童相談所を訪れる児童は、その90%が6歳以下の幼児であり、しかも男子の数は女子の数の2倍近くにも及んでいた。これは児童全体を通じての特徴であったが、今回の分析では、障害内容によってこうした特徴に相違があるか否かを検討した。

すなわち、表1の診断分類のうち下記のグループについて、それぞれ男女の比率を比較してみた。

①正常(診断コードNo. 00)

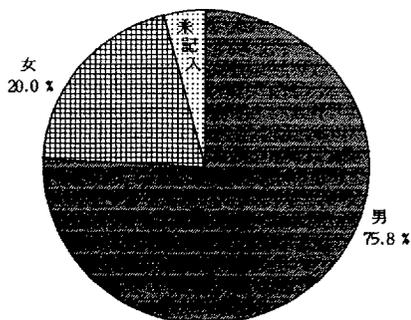


図3-1 正常児

②境界域(診断コードNo. 01)

③精神遅滞(診断コードNo. 10)

④脳性まひ群(診断コードNo. 20-24)

⑤中枢性協調障害(診断コードNo. 25)

⑥自閉症(診断コードNo. 30)

⑦自閉的傾向(診断コードNo. 31)

⑧微細脳機能障害(診断コードNo. 30)

⑨てんかん群(診断コードNo. 40-50)

⑩言語障害群(診断コードNo. 70-72)

その結果は図3-1~3-10に示したが、診断内容によって大きな違いがあり、大部分のグループで男女の比率が相当の差があることが確かめられた。男女の差がほとんどみられないのは「てんかん群」のみで、男女差が比較的少ないのは「(疾患を特定できない)精神遅滞」と「脳性まひ群」であった。その他のグループはいずれ

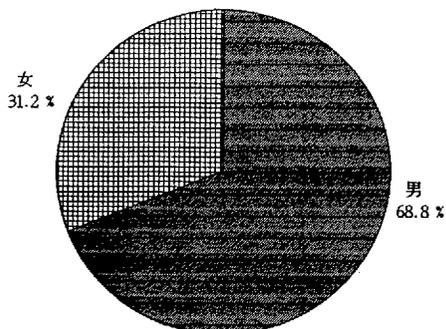


図3-2 境界域児

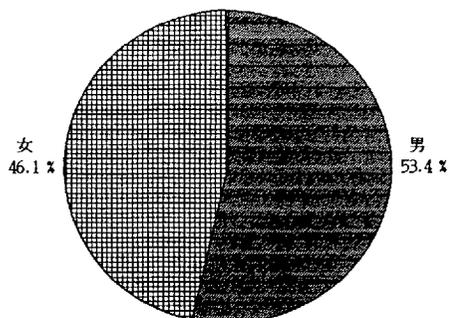


図3-3 精神遅滞児

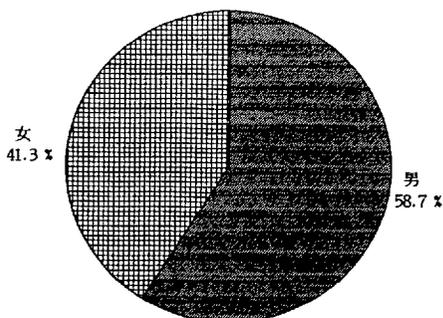


図3-4 脳性まひ児

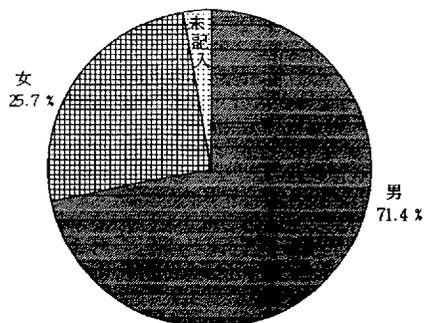


図3-5 中枢性協調障害児

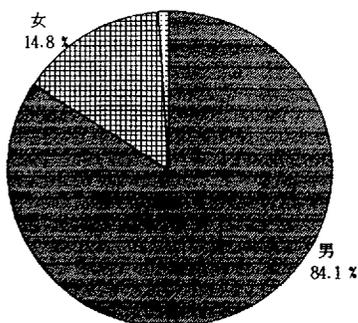


図3-6 自閉症児

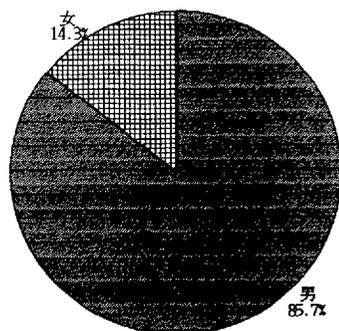


図3-7 自閉的傾向児

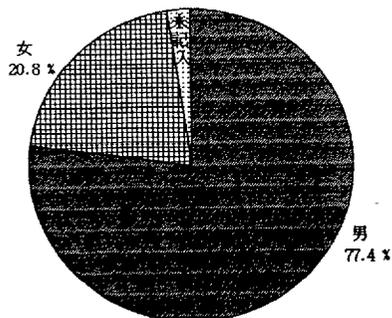


図3-8 微細脳機能障害児

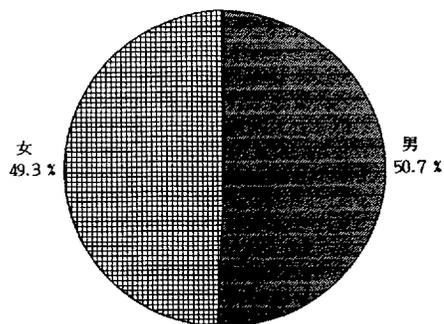


図3-9 てんかん児

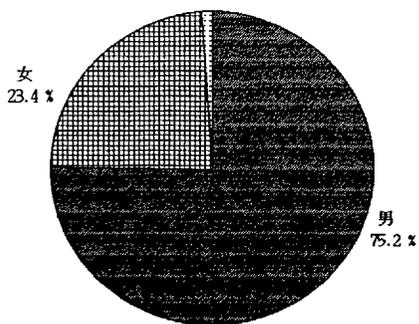


図3-10 言語遅滞児

れも男児が圧倒的に多く、それは「正常児」においてすら例外ではなかった。つまり、精査によって正常と判定されはしたものの、親などが心身障害を懸念して児童相談所を訪れるケースの場合には、男児が圧倒的に多いという結果が得られた。

一方、新規ケースの年齢が、これら診断別のグループによって、どのようになっているかを

検討したのが表7-1～7-10である。すなわち、「正常児」ならびに「境界域児」では、ともに約80%が1～4歳に集中し、7歳以上の例はごく少数であった。それに対して「精神遅滞児」では、その約半数が1～3歳であったが、約1/3の児童は7歳以上であった。「脳性まひ児」および「中枢性協調障害児」の場合には、ほとんどが2歳までの低年齢に発見されていた。「自

表7-1 正常児

内容	年齢								計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	
正常	9	20	25	41	14	7	5	5	126
比(%)	7.1	15.9	19.8	32.5	11.1	5.6	4.0	4.0	100

表7-2 境界域児

内容	年齢								計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	
境界域	-	5	9	7	5	2	1	1	30
比(%)	-	16.7	30.0	23.3	16.7	6.7	3.3	3.3	100

表7-3 精神遅滞児

内容	年齢								計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	
精神遅滞(軽微以外)	3	30	47	26	11	6	5	64	192
比(%)	1.6	15.6	24.5	13.5	5.7	3.1	2.6	33.3	100

表7-4 脳性まひ群

内容	年齢								全年齢	
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	計	比(%)
脳性麻痺・型未定	8	13	10	2	4	-	2	7	46	47.9
脳性麻痺・痙性	11	12	11	3	5	2	-	1	45	46.9
脳性麻痺・弛緩性	-	1	1	1	-	-	-	-	3	3.1
脳性麻痺・アトニー	-	1	-	-	-	-	-	1	2	2.1
脳性麻痺・混合型	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計	19	27	22	6	9	2	2	9	96	
比(%)	19.8	28.1	22.9	6.3	9.4	2.1	2.1	9.4		

表7-5 中枢性協調障害児

内容	年齢								計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	
中枢性協調障害	28	8	-	-	-	-	-	-	36
比(%)	77.8	22.2	-	-	-	-	-	-	100

表7-6 自閉症児

内容	年齢								計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	
自閉症	-	3	17	23	6	7	1	21	78
比(%)	-	3.8	21.8	29.5	7.7	9.0	1.3	26.9	100

表7-7 自閉の傾向児

内容	年齢								計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	
自閉の傾向	-	2	16	19	1	2	1	-	41
比(%)	-	4.9	39.0	46.3	2.4	4.9	2.4	-	100

表7-8 微細脳機能障害児

内容	年齢								計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	
微細脳機能障害	-	-	8	18	11	5	2	2	46
比(%)	-	-	17.4	39.1	23.9	10.9	4.3	4.3	100

表7-9 てんかん群

内容	年齢								全年齢	
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	計	比(%)
てんかん	1	8	5	5	1	3	1	12	36	83.8
點頭てんかん	1	4	-	-	-	-	-	-	5	11.6
全身性てんかん	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
部分てんかん	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
二次性てんかん	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2.3
難治性てんかん	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2.3
計	2	13	5	6	1	3	1	12	43	
比(%)	4.7	30.2	11.6	14.0	2.3	7.0	2.3	27.9		

表7-10 言語障害群

内容	年齢								全年齢	
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳以上	計	比(%)
言語発達障害	-	23	119	75	6	3	1	-	227	77.7
構音障害	-	-	-	9	5	26	11	-	51	17.5
吃音	-	-	-	7	3	3	1	-	14	4.8
計	-	23	119	91	14	32	13	-	292	
比(%)	-	7.9	40.8	31.2	4.8	11.0	4.5	-		

閉症児」ならびに「自閉的傾向児」では2～3歳頃に受信するケースが多いが、それは特に「自閉的傾向児」において顕著であった。一方、自閉症児では幼児期以後に来所する場合も少なくなかった。「微細脳機能障害児」の場合も幼児期に集中し、90%以上が3歳を中心として2～5歳の年齢域に児童相談所を訪れており、学童期のケースはむしろ例外的であった。「てんかん児」の場合は、3歳までの低年齢児が約60%、7歳以上の年齢の児童が約28%、という割合であった。「言語障害児」のうち言語発達障害といわれる児童は1歳から3歳に集中していたが、構音障害ないし吃音を伴うケースはいずれも3歳以上の児童であった。なお、診断として言語障害に区分される児童に限っては、他の診断分類に属する児童と異なり、その多くが言語のみの単一障害を示すケースであった。そのような内容の言語障害では、全ケースが6歳までの幼児で占められていた。

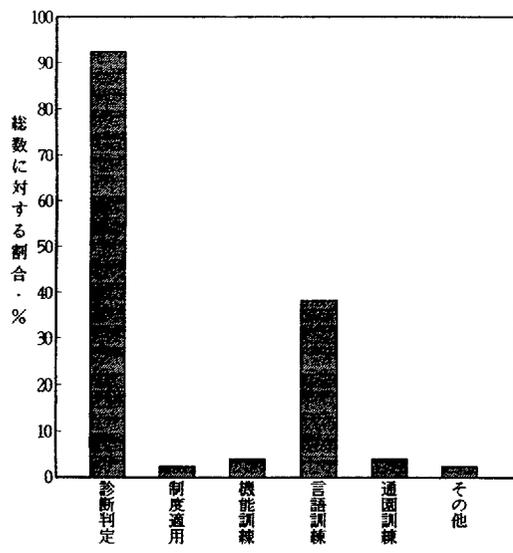


図4-1 来所時の主訴—正常児—

2) 来所時の主訴と診断区分

それぞれの診断区分について、来所時の主訴をまとめたものが図4-1～4-10である。児童相談所への来所時主訴としては、脳性まひを除くすべての区分で、診断判定を希望するというケースが最も多かった。しかし、それ以外の来所目的となると、診断区分によって相当な差異を示していた。すなわち、結果的には正常児と判定された児童の場合、その約40%が言語に懸念があったことを示しており、それは境界例とされた児童でも同様であった。なお、言語に問題を感じさせる心身障害児は広い範囲にわたっており、言語障害児のほか、精神遅滞児、自閉症児、自閉的傾向児、微細脳機能障害児などでも言語訓練を希望するケースが少なくなかった。

一方、病的背景を特定できない精神遅滞児の場合、あるいは脳性まひ児、自閉症児ないしてんかん児の場合には、多様な目的を抱えて来所していることがうかがわれた。

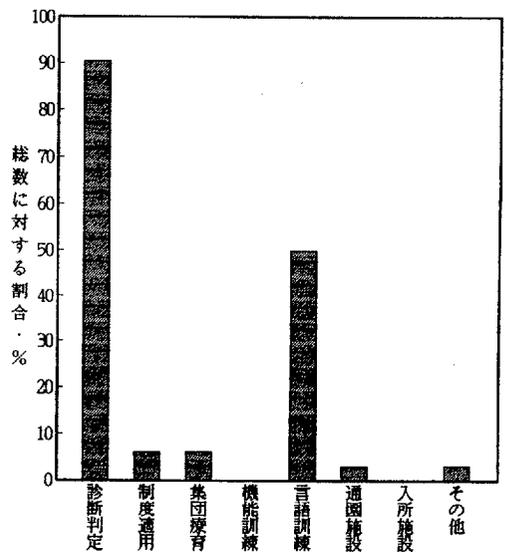


図4-2 来所時の主訴—境界例—

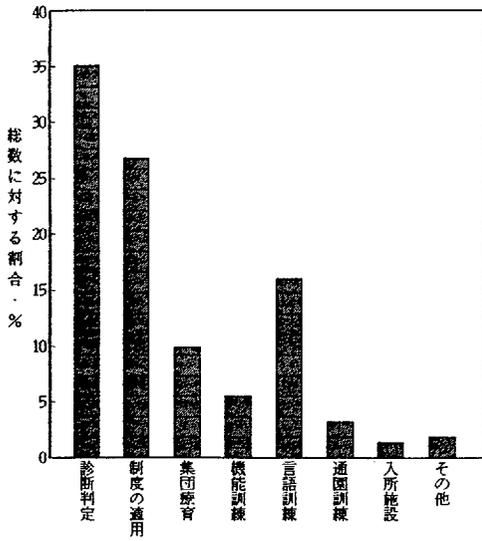


図4-3 来所時の主訴—精神遅滞児—

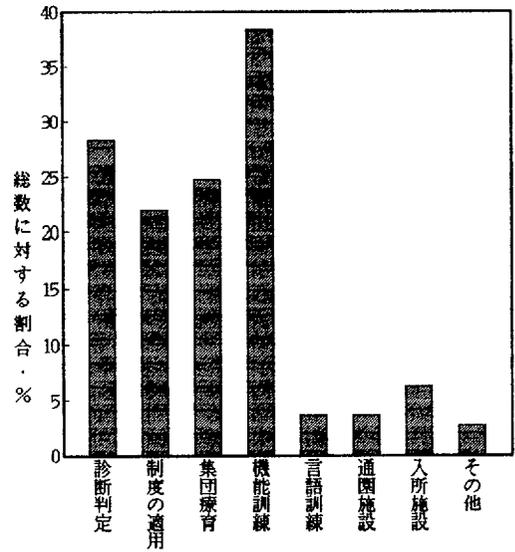


図4-4 来所時の主訴—脳性まひ児—

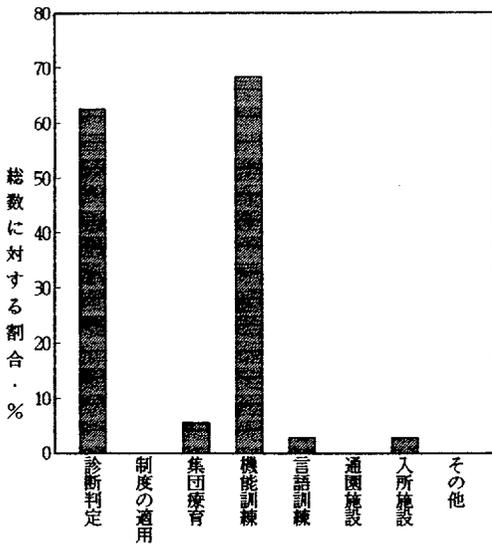


図4-5 来所時の主訴—中枢性協調障害児—

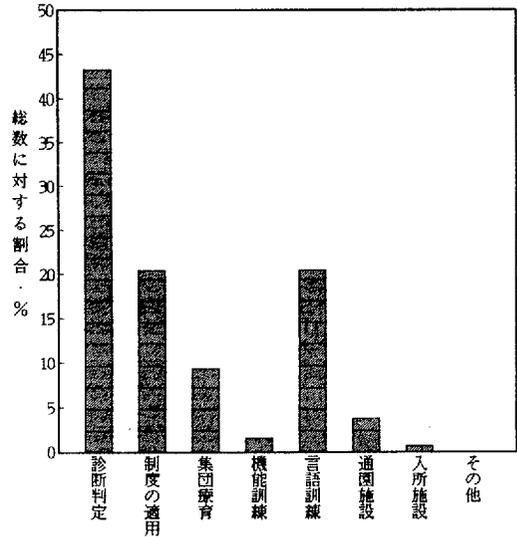


図4-6 来所時の主訴—自閉症児—

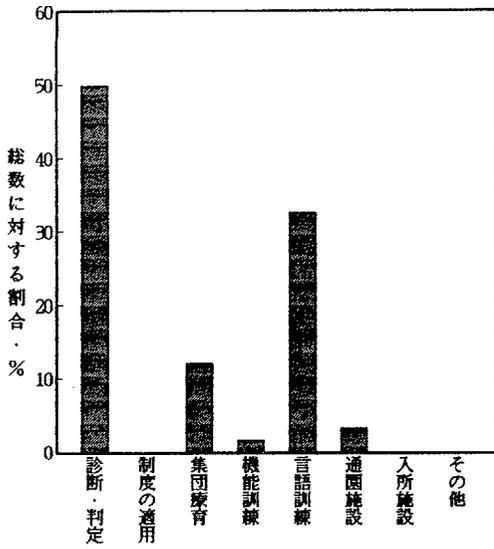


図4-7 来所時の主訴—自閉的傾向児—

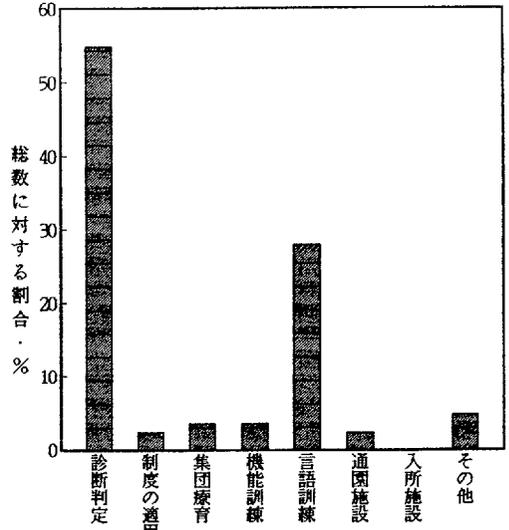


図4-8 来所時の主訴—微細脳機能障害児—

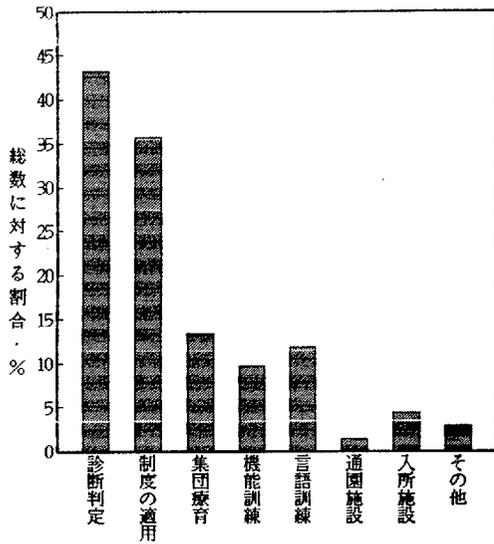


図4-9 来所時の主訴—てんかん児—

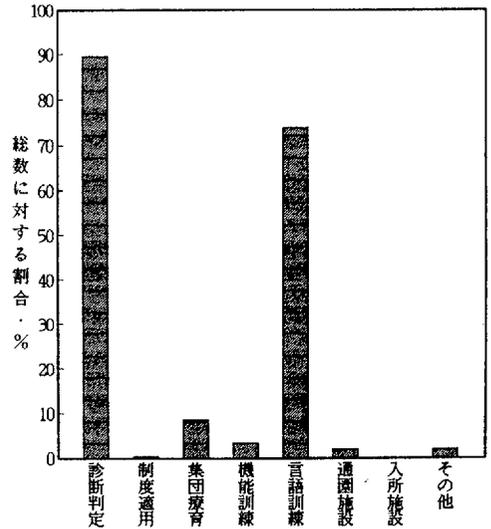


図4-10 来所時の主訴—言語遅滞児—

3) 児童相談所への紹介経路

今日の心身障害児は、保健所あるいは一般の医療機関において発見される場合が多い。特に保健所の果たす役割は非常に大きくなっている。各診断区分に属する児童について、その紹介経路を示したものが図5-1～5-10である。

結果的に正常あるいは境界と判定された児童および言語障害児の場合は、医療機関から紹介されたものは比較的少ないが、保健所からの紹介は非常に多かった。これに対して、脳性まひ児、中枢性協調障害児、てんかん児の場合には、医療機関で発見され児童相談所へ紹介されるケースが非常に多かった。精神遅滞児、自閉症児、微細脳機能障害児、てんかん児の場合には、保健所・医療機関からの紹介もあるが、その他諸々の機関からの紹介も少なくなかった。

4) 診断区分と相談内容

一般に児童相談所では、ケースの主訴や診断とは別に、実際に行われた相談内容をあらかじめ設定された分類にしたがって整理している。

その区分は、必ずしも理論的とは言がたく、ときとして診断区分と同一の相談区分となる場合もある。名古屋市児童相談所の場合の相談区分は、保健・肢体不自由・視覚障害・聴覚障害・言語障害・重症心身障害・精神遅滞・自閉症・性向・適性・しつけ・その他などとなっている。新規ケースが児童相談所を訪れた場合、相談内容は、第一義的にはその児童の障害内容あるいは診断に一致したものとなることが予想されるが、各診断区分ごとに相談内容を比較したものが図6-1～6-10である。障害内容をそのまま反映した相談内容となっている場合が多いが、そのほか、いくつかの特徴を示す結果ともなっている。すなわち、診断の結果正常と判定された児童の場合には、保健、言語障害、性向、適性といった相談が主流であった。ところが、境界児の場合には、言語障害の相談というケースが圧倒的で、保健、性向、適性などの相談は著しく少なく、特定の疾患を伴わない精神遅滞児では、相談内容は専ら精神遅滞であった。脳性

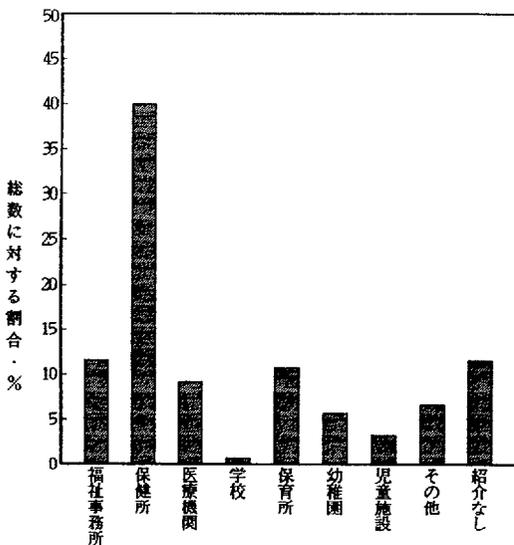


図5-1 児童相談所への紹介経路—正常児—

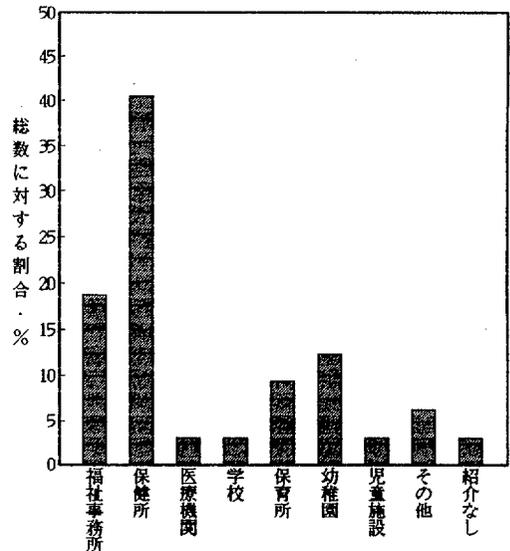


図5-2 児童相談所への紹介経路—境界例—

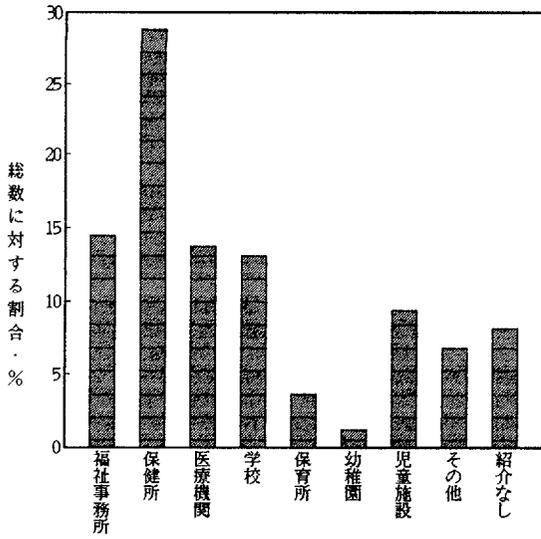


図5-3 児童相談所への紹介経路—精神遅滞児—

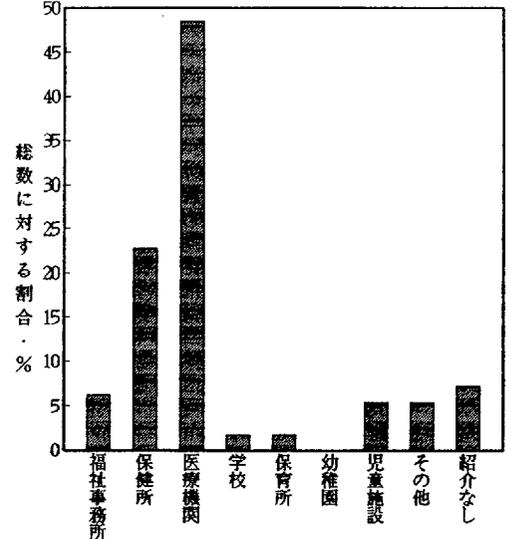


図5-4 児童相談所への紹介経路—脳性まひ児—

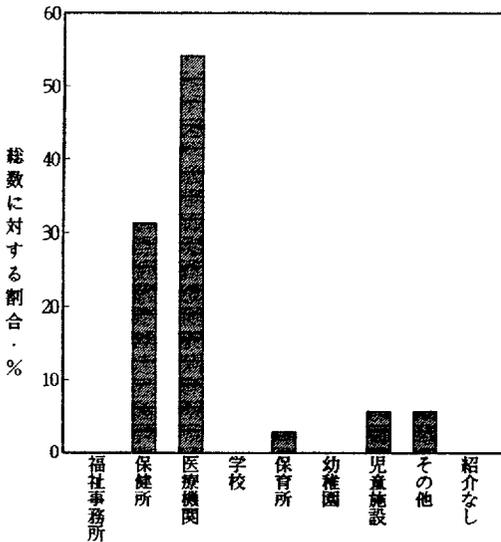


図5-5 児童相談所への紹介経路—中枢性協調障害児—

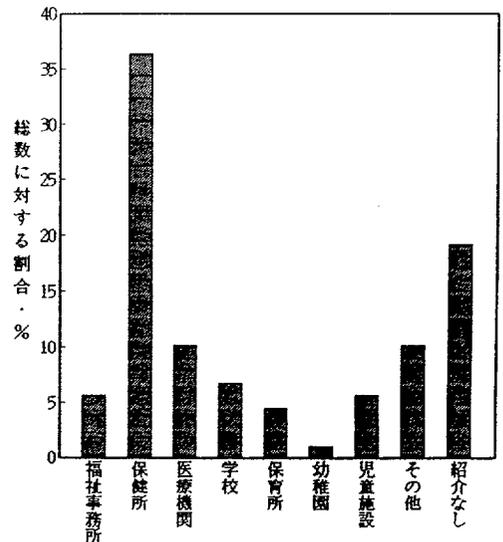


図5-6 児童相談所への紹介経路—自閉症児—

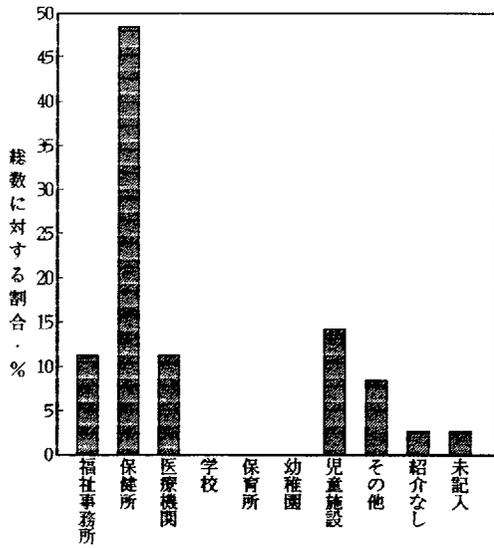


図5-7 児童相談所への紹介経路—自閉的傾向児—

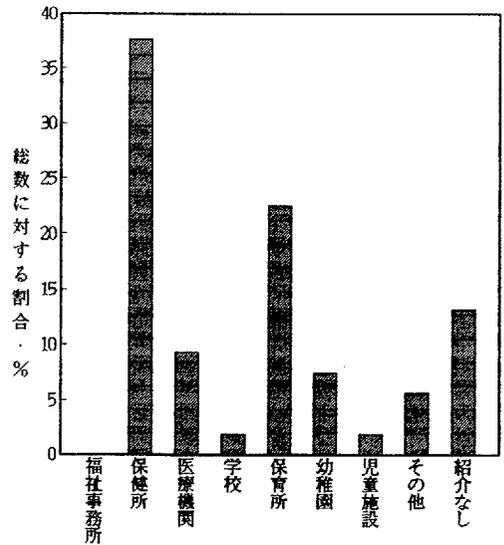


図5-8 児童相談所への紹介経路—微細脳機能障害児—

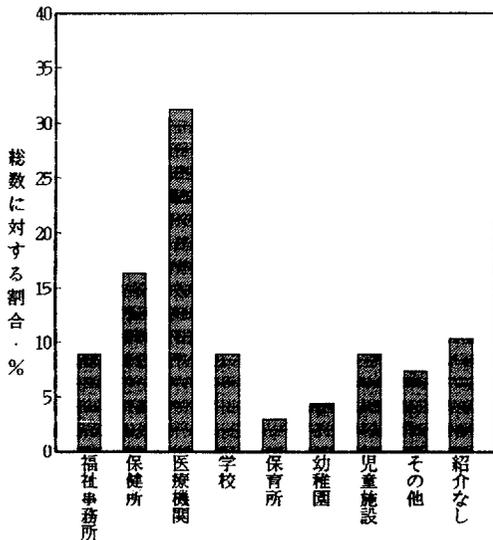


図5-9 児童相談所への紹介経路—てんかん児—

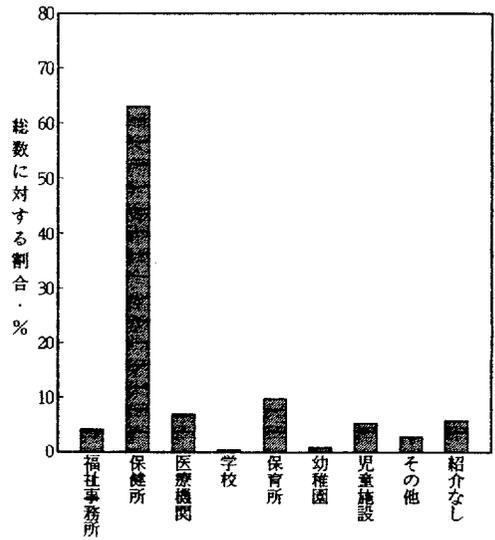


図5-10 児童相談所への紹介経路—言語遅滞児—

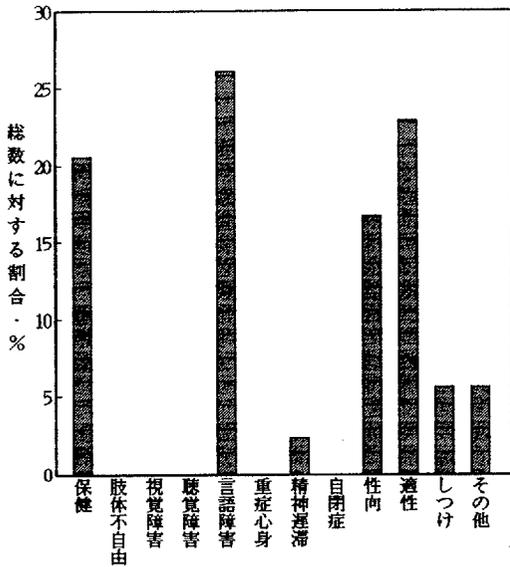


図6-1 来所時の相談内容—正常児—

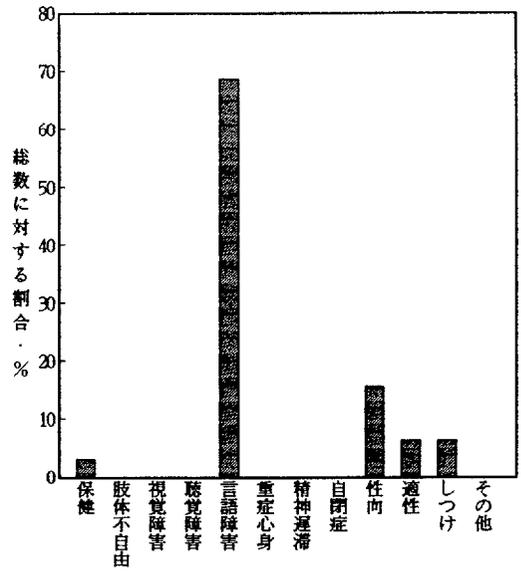


図6-2 来所時の相談内容—境界例—

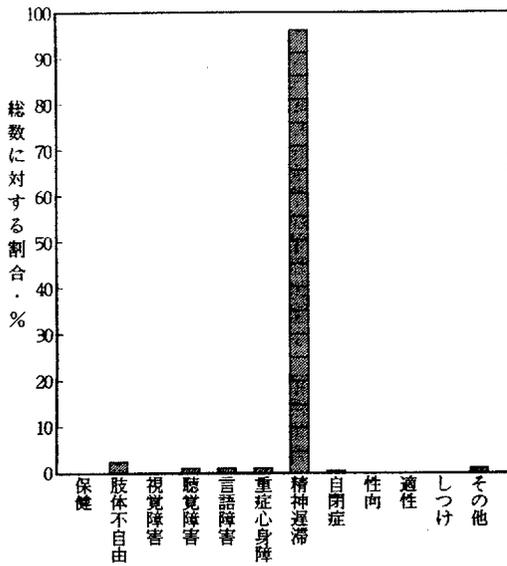


図6-3 来所時の相談内容—精神遅滞児—

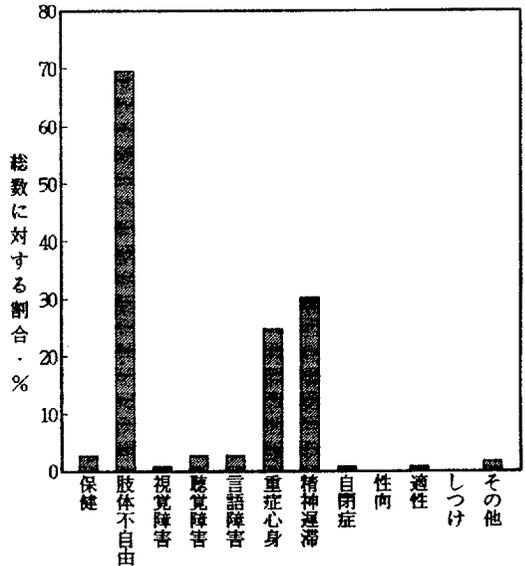


図6-4 来所時の相談内容—脳性まひ児—

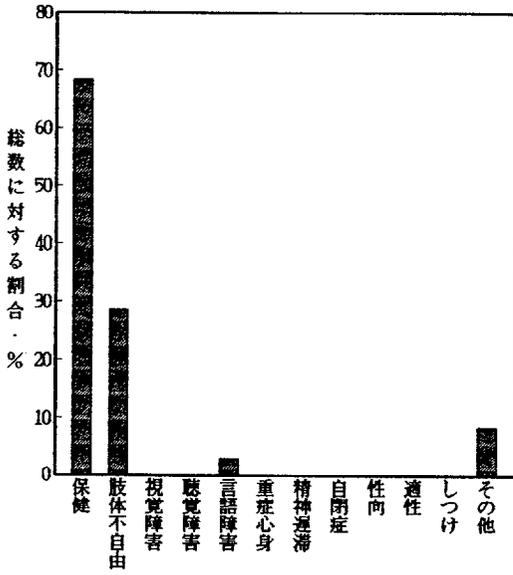


図6-5 来所時の相談内容—中枢性協調障害児—

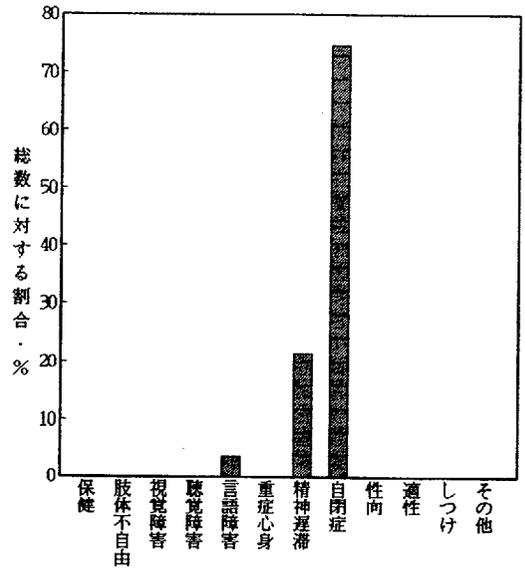


図6-6 来所時の相談内容—自閉症児—

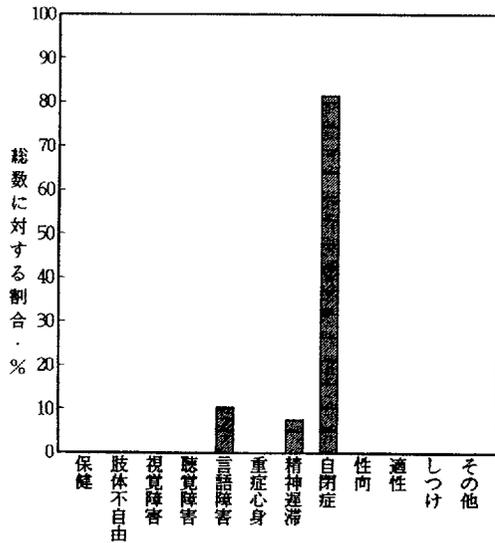


図6-7 来所時の相談内容—自閉的傾向児—

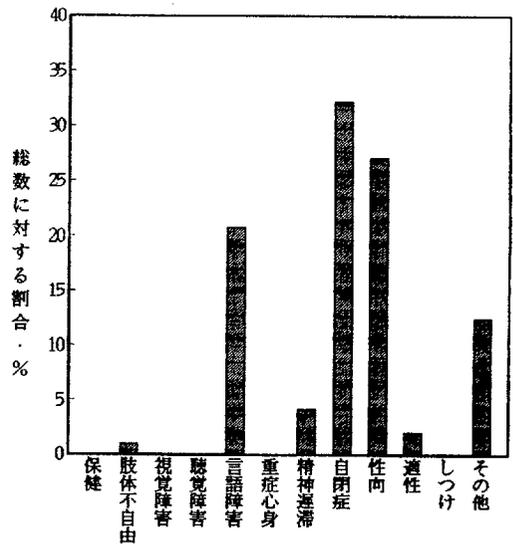


図6-8 来所時の相談内容—微細脳機能障害児—

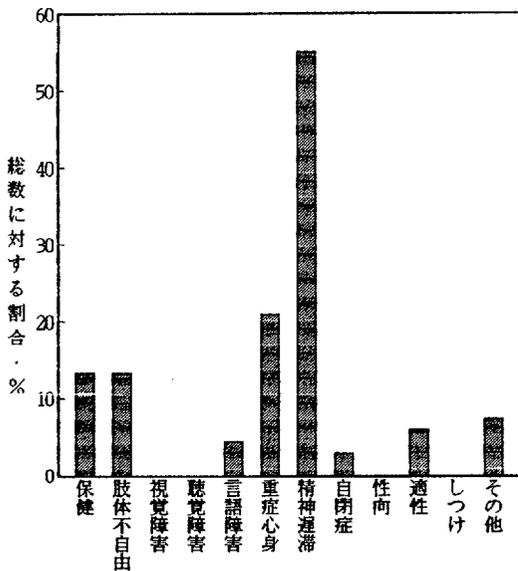


図6-9 来所時の相談内容—てんかん児—

まひ児の場合には、肢体不自由に関する相談が最も多いのは当然であるが、これに重症心身障害および精神遅滞という相談が総当数あり、重複障害を示す脳性まひ児がかなりの割合を占めていることをうかがわせた。脳性まひの初期病態を示すといわれる中枢性協調障害児では、肢体不自由に関する相談よりも保健に関する相談が2倍以上を占めていた。これは低年齢のケースが多く、症状は未分化な状態であることを思うと当然の結果かもしれない。自閉症児および自閉的傾向児の場合は、自閉症についての相談のほか、約20%が精神遅滞について、約4%が言語障害について、それぞれ相談しているに過ぎなかった。微細脳機能障害児の相談内容はやや多様で、自閉症・性向(性格、情緒、行動など)・言語障害・その他に関する相談が上位を占めていた。てんかんを伴う児童の場合、必ずしもそのすべてが児童相談所を訪れるとは思われない。心身障害児として理解される場合は

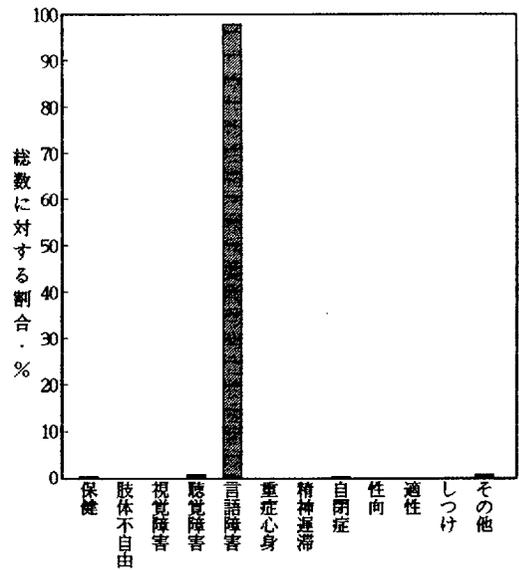


図6-10 来所時の相談内容—言語遅滞児—

か、発作抑制のために医療機関での治療を続けている場合も少なくないと考えられる。図6-9に示されるように、児童相談所を訪れるてんかん児の相談内容は多岐にわたっていた。すなわち、半数以上のケースが精神遅滞についての相談であり、そのほか、重症心身障害・肢体不自由・言語障害・自閉症などの相談も合計すれば全体の半数近くに及んでいた。構音障害および吃音を除く言語発達遅滞児では、言語障害以外の相談内容の場合が極めて少数であることから、ほとんどが単一の言語発達遅滞を示すケースであろうと思われた。

5) 診断区分と知能指数(または発達指数)

知的水準と発達段階とは必ずしも一致するものではないが、児童が低年齢であったり障害が重度の場合には、そのいずれかを測定することにより、当該児童の知的水準ないしは全般的発達の目安としていることも事実である。ここでは、操作上、対象児の知能指数と発達指数を等

質なものとして仮定し、最終的に正常児とされた一群を除いて、各診断区分における知能指数(または発達指数)の分布状況を検討した(図7-1~7-9)。このような操作は、例えば図7-2で分かるように精神遅滞と診断された児童の中にIQ(またはDQ)が70以上のケースも相当数含まれるという結果になるので、厳密にみれば矛盾した点がないわけではない。しかし、これによって概略的な傾向を知ることができると思われる。

診断区分として境界域にあるとされた児童の場合には、当然のことながらIQ(またはDQ)は50以上で、しかも全体の約3/4は70以上であった。精神遅滞児は、この場合、特定の疾患を指摘できないいわば生理的精神遅滞といわれる児童であるが、その60%は軽度の精神遅滞(IQ・DQ 50-69)であった。脳性まひ児およびてんかん

児の場合は、特徴的にIQ・DQのばらつきが著しく、相当に重度の遅れを伴うケースが少なくないと思われた。すなわち、脳性まひ児の30%およびてんかん児の20%は重度の精神遅滞を合併しているものと推測された。中枢性協調障害児では、児童の年齢が概して低いためかIQないしDQを測定され得なかったケースが40%に及んでいたが、測定されたケースに関する限り、中度あるいは重度の知的障害を伴う児童はほとんど認められなかった。自閉症児の場合は、IQまたはDQに関する限り、軽度ないし中度の障害を伴うものが多く、反面、知的活動などは正常域にあると判定される児童も20%近く認められた。微細脳機能障害児ならびに言語発達遅滞児では、IQまたはDQの高いケースが多いという傾向にあった。

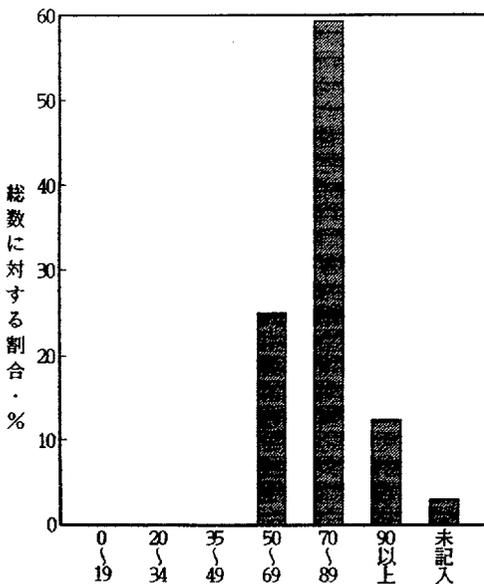


図7-1 新規ケースのIQ・DQ—境界例—

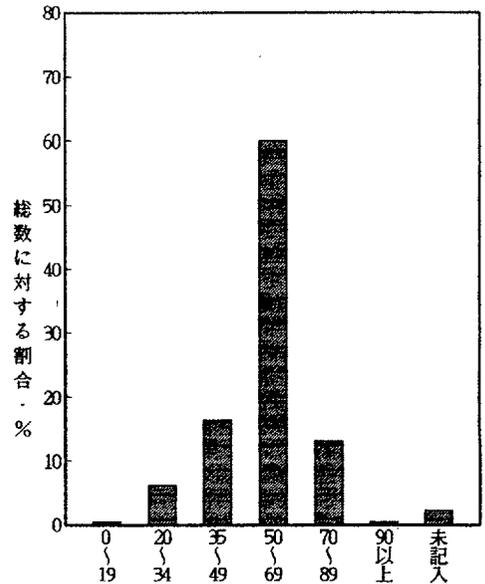


図7-2 新規ケースのIQ・DQ—精神遅滞児—

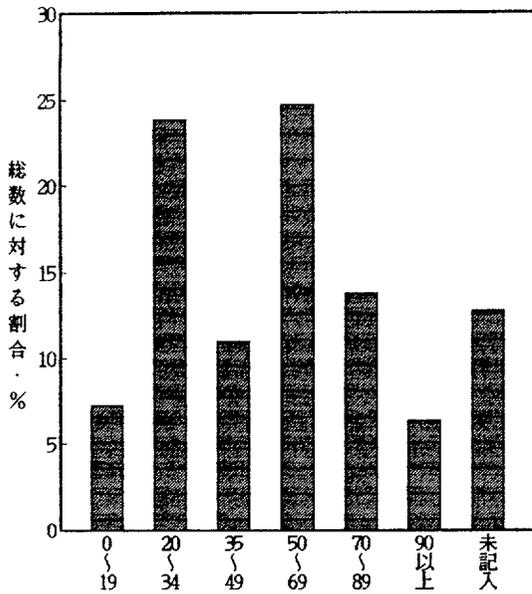


図7-3 新規ケースのIQ・DQ—脳性まひ児—

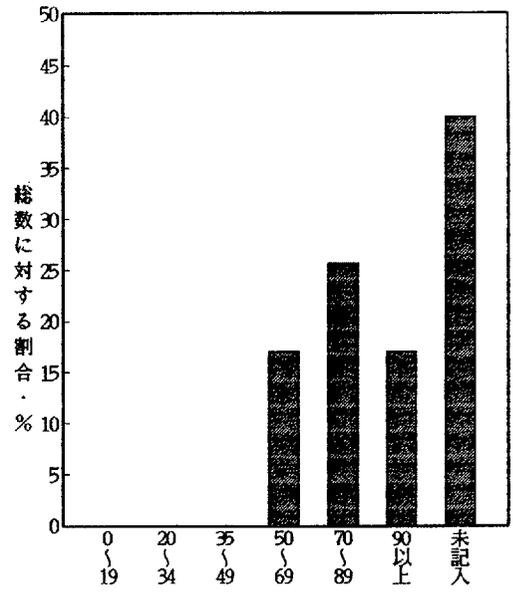


図7-4 新規ケースのIQ・DQ—中枢性協調障害児—

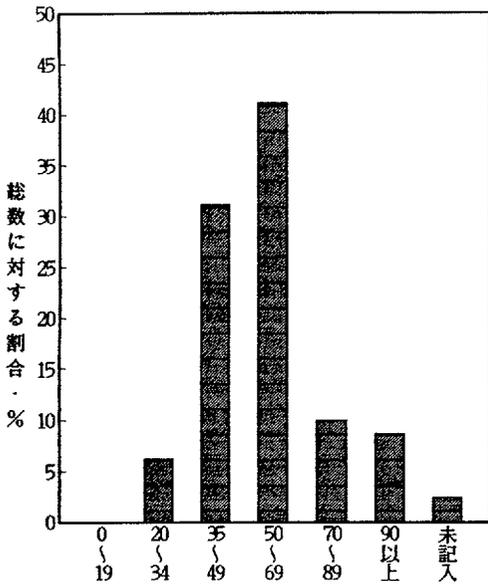


図7-5 新規ケースのIQ・DQ—自閉症児—

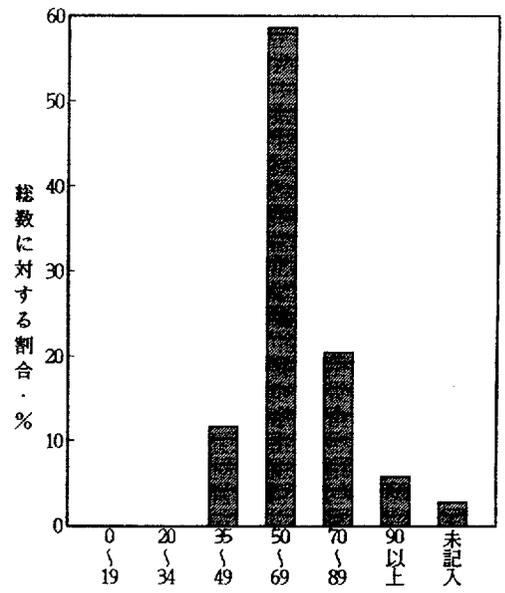


図7-6 新規ケースのIQ・DQ—自閉的傾向児—

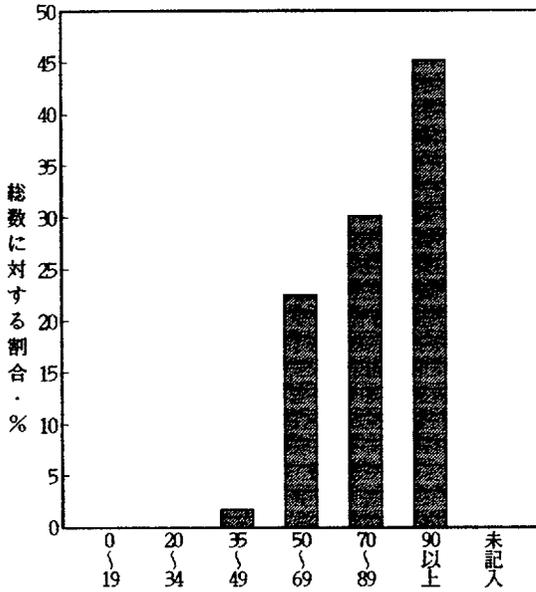


図7-7 新規ケースのIQ・DQ—微細脳機能障害児—

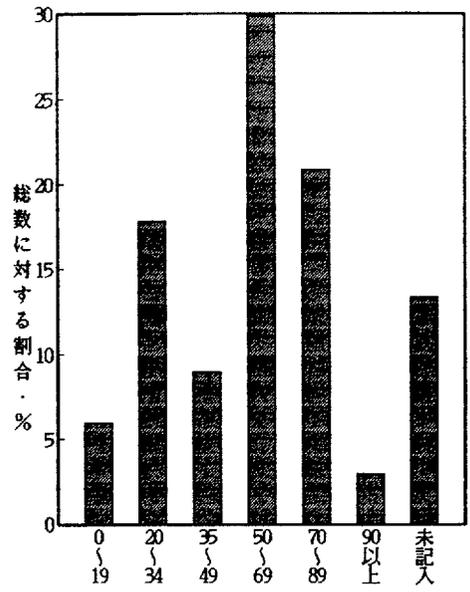


図7-8 新規ケースのIQ・DQ—てんかん児—

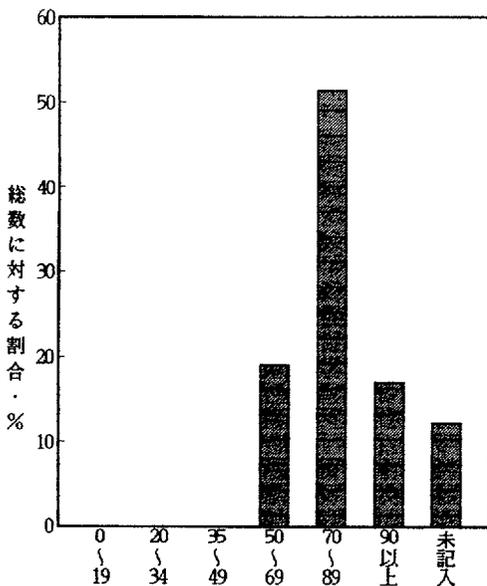


図7-9 新規ケースのIQ・DQ—言語遅滞児—

5. 考 察

わが国における心身障害児の状況は、この二十余年の間に大きく変わってきたように思われる。それは、心身障害の発生状況においても、その社会的な対応においても、あるいは障害児をもつ親や家族の考え方や具体的方針においてもである。心身障害に関する現実の対応には、既存のあらゆる学問や職能の関与が必要である。しかし、今日のように障害の重度重複化が指摘され、同時に、中枢神経系関与の障害が相当部分を占めることが知られるようになってくると、その発見から早期対応、ならびにその後の発達援助にいたるまで、医学的分野からのアプローチはますます重要性を増しているといえる。

元来、心身障害は法律・行政的な概念として発展してきており、その把握や対応策についても第一義的には行政責任とされている。このため、心身障害の各論的な内容については医学領

域や学校教育領域において深く関わることはあるが、その全貌を知る機会となると必ずしも多くはない。

本報告の内容は、数年前に得られた資料の未分析な部分を中心として、電算機処理により心身障害児の実態を明らかにしようとしたものである。数年の空白期間であるので、本報告の内容が、直ちに現時点のわが国の状況を正確に反映していると断定することはできない。しかし、名古屋市の子童相談所が、一般的なA級児童相談所以上の規模・機能・職員配置を擁して、医学的判定や外来診療を含む組織的な療育活動を行っている事実をみると、かなり先駆的な状況にあるとみることができ、その限りにおいて本報告の意義も否定できないと思われる。

本報告では、心身障害を主訴として児童相談所を訪れた児童1,232人を対象とし、診断結果に基づいて区分された10のグループについてそれぞれの特徴を分析してみた。

さきの報告¹⁾では、全体として心身障害児の性別に差のあることを指摘したが、今回の分析では、診断区分によってもそれぞれ特徴のあることが確かめられた。すなわち、「てんかん児」では男女の差がほとんどみられなかったが、その他の診断区分では、多少にかかわらず男女差があり、いずれも男子のほうが多かった。男女差の比較的少ないグループは「(疾患を特定できない)精神遅滞児」と「脳性まひ児」であった。それ以外のグループでは、いずれも男子が圧倒的に多かった。これらの特徴は、親の男女差別というような社会的要因によるものとは考えがたく、性差としての特徴を示唆しているのではないかと思われる。

児童相談所への初来所年齢は、一般的に障害

発見の時期や障害程度に関係すると思われる。全体としては、対象児の約90%が6歳までの幼児期に児童相談所を訪れているが、特に「脳性まひ児」と「中枢性協調障害児」の場合は、そのほとんどが2歳までに来所している。これは医療機関ならびに保健所での発見が大きく影響しているようであった。最近は、「自閉症児」や「自閉的傾向児」も3歳以前に発見される場合が多く、児童相談所での対応もこれに連動しているが、自閉症児に関しては、学童期に入ってから来所するケースも少なくないので、発見される年齢域もかなり幅があるのではなからうか。「学習障害児」との異同が論じられる「微細脳機能障害児」の場合、児童相談所に来所する年齢は幼児期に集中しており、学童期に入ってから入所のケースは著しく少なくなる。これは、ことによると、学校側が対処しているがゆえの見かけ上の現象に過ぎないかもしれない。

来所児の主訴で特徴的なことは、入所施設への措置を求めるケースが極めて少なく、基本的には家庭や地域社会での対応を考えている保護者が圧倒的に多いということである。今日の保護者は、わが子の障害を比較的冷静かつ真剣に受け止め、能う限り十分な療育を行おうとしている様子が見られる。

来所の背景として、何らかのアドバイスないし紹介を受けているかどうかを検討すると、診断区分によって多少の違いがあるようであった。たとえば「正常児」、「境界域児」、「言語発達遅滞児」などは医療機関からの紹介が比較的少ないが、保健所からの紹介は著しく多かった。保健所がこうした分野でも大きな存在となっていることを示している。また、これらの児童については、共通して言語障害に関する懸念が寄

せられていることも特徴であった。

児童の診断とは別に、実際に行われた相談内容がどうであったかを調べると、その児童が具体的にどんな問題を抱えていたかが分かる場合がある。今回の相談内容の分析によって、「(疾患を特定できない)精神遅滞児」と「言語発達遅滞児」の2群は、それぞれの障害以外に特別な問題をもたない単一障害の児童である場合が多いことが確かめられた。他方「脳性まひ児」や「てんかん児」の場合は、肢体不自由やけいれん発作以外に、いろいろな障害を合併しているケースが多く、重症心身障害児とみられるものも少なくなかった。

上記のことがらは、それぞれの診断区分についての知能指数(または発達指数)に関する分析でも確かめられた。

児童相談所のあり方として、いろいろな観点からの主張があり得ると思われるが、少なくとも心身障害児の早期発見・早期療育に関しては、名古屋市児童相談所の実態は、十分な態勢にあるとは断言できないが、多くの示唆を与えるものとして参考にすべき状況にあるといえよう。

6. ま と め

昭和58年4月1日から昭和60年3月31日までの2ヶ年間に、心身障害の相談を目的として名古屋市児童相談所を訪れた児童1,232人を対象として、前報ではなし得なかった問題を中心に電算機を用いて分析した。

今回は、診断区分された10のグループの児童について、性別・年齢・来所時主訴・来所にいたる紹介経路・相談内容・知能指数(または発達指数)などを比較検討した。その主な内容は次のごとくである。

1) 心身障害相談に訪れる児童は、その90%が6歳未満の幼児であった。今日では、早期に児童相談所を訪れることが多くなっていると思われる。

2) 心身障害を懸念して児童相談所を訪れた児童のうち、約10%は正常と判定されたが、それらの児童では、保健問題・言語障害・情緒ないし行動問題・適性問題などが検討課題となっていた。

3) 児童の男女差は著しく、男子が女子の約2倍にも達していた。児童の障害内容を分析すると、てんかん児には男女差がほとんどなく、精神遅滞児および脳性まひ児ではわずかに男子が多いという結果であった。しかし、その他の障害ではいずれも男子が圧倒的に多く、障害における性差とでもいえるものの存在を示唆すると思われた。

4) 来所時年齢から、それぞれの障害の発見年齢には特徴があるように思われた。

5) 来所時の主訴や相談内容からみて、病的過程のない精神遅滞児や言語発達遅滞児の場合には、重複障害を示すことは少なく、障害の程度も軽度なものが多いが、脳性まひ児やてんかん児では、障害が重複し、かつ重篤な障害程度となっている場合が少なくなかった。

6) 心身障害児が発見される場合、一般の医療機関と保健所の存在は非常に大きく、半数以上がこれらの機関で発見されていた。なかでも、脳性まひ児・中枢性協調障害児・てんかん児などは医療機関において、言語障害児は保健所で、発見されることが特に多いようであった。精神遅滞児・自閉症児・微細脳機能障害児・てんかん児の場合には、医療機関や保健所のはかに、他の行政機関や福祉施設などでも発見される例

も少なくなかった。

7) 心身障害児の対応は、児童相談所の役割が大きく期待されるが、それを効あらしむためには、諸々の機関との機能的提携が重要であるが、なかでも医療機関や保健所との関係は特別に重要であると思われた。

稿を終わるに当り、このような形でより詳細な報告を行うことができたことについて、当時の名古屋市児童福祉センターの方々に改めて厚くお礼を申し上げます。

文 献

- 1) 岡田 喜篤, 三田 勝己, 竹藪 宗一: 障害幼児の実態について, 厚生省心身障害研究「重複障害児・者の療育に関する研究」-民間-昭和60年度報告, p. 77-92(1985)。
- 2) 岡田 喜篤, 三田 勝己, 竹藪 宗一: 障害幼児の実態について-その2-, 厚生省心身障害研究「重複障害児・者の療育に関する研究」-民間-昭和61年度報告, p. 110-127 (1986)。



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



1. はじめに

数年前、著者らは、名古屋市児童福祉センターの全面的な協力のもとに、心身障害を理由に児童相談所を訪れた児童を対象として、電算機処理による統計的分析を行い、最近の心身障害幼児に関するいくつかの特徴を指摘した。この分析結果は厚生省心身障害研究として報告されたが、その内容は、単純集計を中心としており、一部についてのみ二項目間の二次クロス分析を行ったに過ぎなかった。当時の情報資料は、電算機用のフロッピーディスクに収められ、より詳細な分析に供せられる予定となっていたが、研究の当事者たる岡田の所属変更や電算機処理の条件設定などの理由により、今日までこれを行うことができなかった。このたび著者は、厚生省心身障害研究「鴨下班」の一員として、上記の資料に関してより詳細な分析を行うことができたので、その概略を報告する。