

4) 心身障害児療育の現状と問題点

新潟県はまぐみ小児療育センター 新田 初美

Present Situation in Treatment/Education
of Mentally and Physically Handicapped
Children and Related Problems

Hastumi NITTA

*Niigata Prefectural Hamagumi Rehabilitation
Center for Handicapped Children*

The early detection-early treatment/education system for the mentally and physically handicapped children at the prefectural level is kept in order and is functioning relatively well. We introduce the current of the treatment/education by mentioning Down's syndrome as an example of the disturbance of intelligence and cerebral palsy as an example of the disturbance of movement. While it was difficult to improve the disability by an early treatment/education, it was possible to expand the scope of social rehabilitation by obtaining understanding.

Cooperation of health, medical treatment, welfare and education is needed in the treatment/education of mentally and physically handicapped children. Although some progress is seen, supporting severely and doubly handicapped children from the aspect of health care is urgent in the school. So it is hoped that the treatment/education by region will be promoted.

Key words: early treatment/education, mentally and physically handicapped children, Down syndrome, cerebral palsy, social rehabilitation
早期療育, 心身障害児, ダウン症候群, 脳性麻痺, 社会参加

1. はじめに

一般に心身障害児という場合、横軸に知能障害の程度、縦軸に運動障害の程度をとり、図1に示すように整理される¹⁾。知的にも、運動的にも重度であれば特に重症心身障害児として特別の施策が求められてきた。さらに近

年は、常時医療的処置が必要な場合を特に超重度障害児(超重障害児)として処遇が検討されている。

ここでは知能障害としてダウン症候群、運動障害として脳性麻痺(CP)を例に、療育の流れを追いながら問題点を整理してみた。

Reprint requests to: Hastumi NITTA,
Niigata Prefectural Hamagumi Rehabilitation
Center for Handicapped Children
1-5932 Suido-cho, Niigata City,
951-8121 JAPAN

別刷請求先: 〒951-8121 新潟市水道町1-5932
新潟県はまぐみ小児療育センター小児科
新田 初美

2. 早期発見・早期療育体系と問題点

(1) 県のシステム

新潟県における心身障害児の早期発見・早期療育体系は、平成元年に改めて図2のように整備された。

早期発見体系としては、市町村における乳幼児健診を一次スクリーニング、保健所の「療育相談」事業を二次スクリーニング、三次スクリーニングは児童相談所・総

合病院の小児科・はまぐみ小児療育センター（以下「はまぐみ」）が担うといったものである。一次・二次・三次の違いは、対象とする地域の広がりに加え、多職種の間わりで多面的な発達評価ができる点にある。

早期療育体系は、一次療育を、保育所での障害児保育や統合保育、市町村や保健所の療育教室やプレー教室が担い、二次療育は、専属の職員を配置し近隣の市町村も対象にしている心身障害児通園事業の場や精神薄弱児通園施設が担う。そして三次療育は入所指導までできるはまぐみが担うとしている。

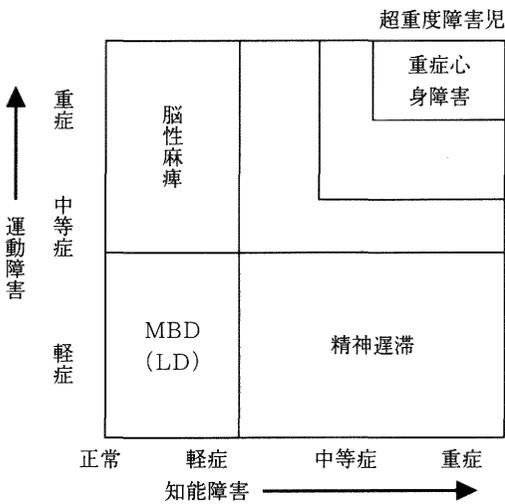
(2) 早期発見の流れの実際

はまぐみからは、糸魚川保健所を除く県の12保健所の療育相談に診察医の協力派遣を行っており、平成9年10月に療育相談及びはまぐみの利用状況を調査した。

対象は、平成4～6年度に、はまぐみの医師が出会った、前記12保健所管内の15才未満の心身障害関連の相談事例（発達相談を含む）1845人（男児は女児の約2倍）である。初診が療育相談であったのは1315人（71%）、はまぐみに直接受診したのは530人（29%）、療育相談からはまぐみに紹介されたのは309人であった（図3）。

それぞれの紹介経路をみると、療育相談では、52%が乳幼児健診からの紹介で、次いで健診以外の保健婦活動（17%）、医師（9%）、保育所（7%）の順であった。はまぐみ直接では、健診からはわずか3%であり、療育相談が健診の二次スクリーニングの場として定着しているのが伺えた（図4）。

療育相談では、半数以上が経過観察となるが、最も多いのはことばの相談である。調査時点での最終診断名を



MBD: 微細脳障害症候群

LD: 学習障害

(前川¹⁾より一部改変)

図1 心身障害児の概念

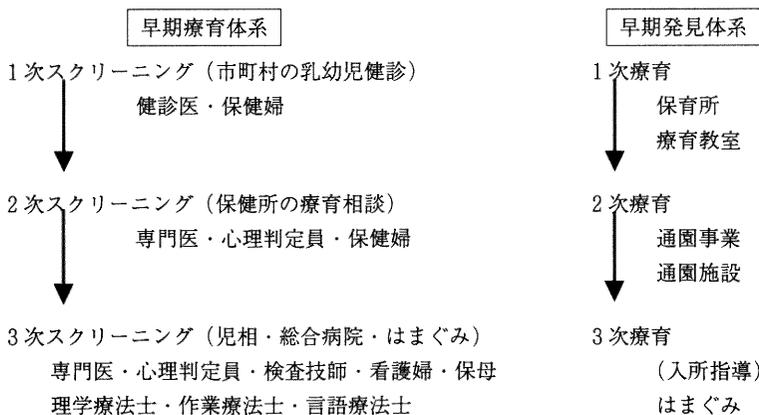


図2 心身障害児の早期発見・早期療育体系

新潟市・糸魚川保健所を除く県内12保健所管内

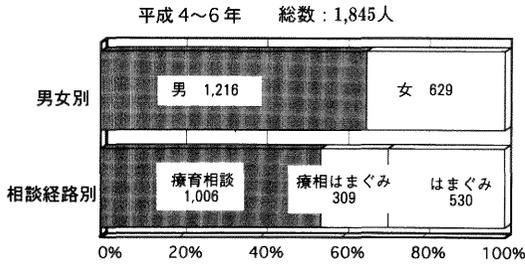


図3 心身障害の相談状況

平成4~6年県内12保健所管内

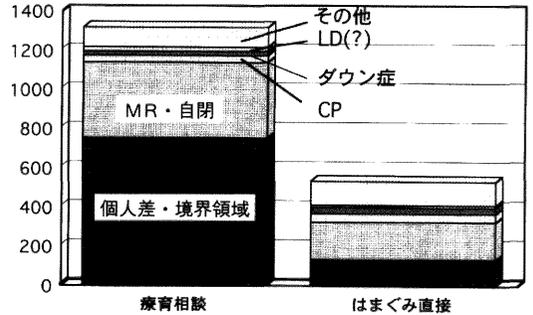


図5 最終診断名

平成4~6年県内12保健所管内

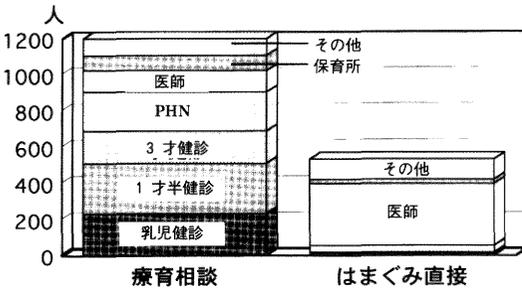


図4 紹介経路別受診状況

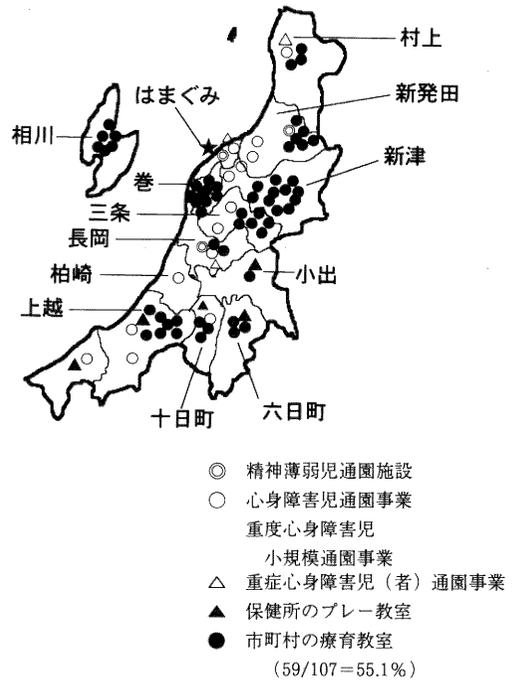


図6 療育の場

図5に示す。療育相談では、個人差の範囲か境界領域とされるのが58%、精神遅滞(MR)・自閉傾向も含めて29%であったのに対し、はまぐみ直接受診では、個人差又は境界領域は25%で、他は異常であり、疾患内容は多岐にわたっていた。療育相談で異常と診断された児の約半数がはまぐみに紹介されていた。

(3) 早期療育体系の実際

保育所・幼稚園を除いた県内の療育の場を 図6 示す。発達上の問題が心配される場合、近くの利用しやすい療育の場に紹介される。107市町村の内59市町村(55%)が療育教室を実施していた。この他にも健全育成・育児不安解消に地域では子育て支援事業がさかんになってきている。

はまぐみでの療育の流れを 図7 に示す。まず、外来診察の後、療育スタッフによる個別指導、時にグループ指導が開始される。福祉施策での入所の場合は児童相談所が措置手続きに当たる。学齢の場合には養護学校での教育も受ける。また、家庭の事情で一時的に子どもだけ

入所する場合もある(短期入所)。いずれにしても、はまぐみは通過施設であり、心身障害児療育の一時期を担っているにすぎず、子ども達の生活の場は地域にある。

療育メニューの例(図8)としては、CPではボバース法・ボイタ法・上田法といった運動療法が中心になり、自閉症では言語発達援助の他に認知発達治療・感覚統合

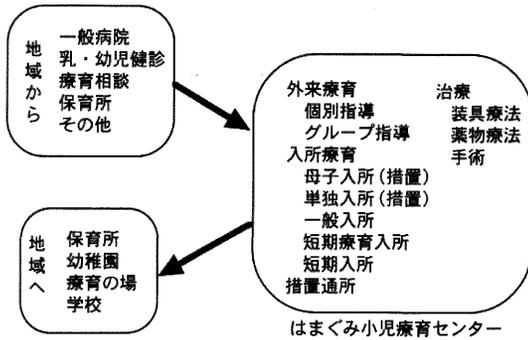


図7 療育の流れ

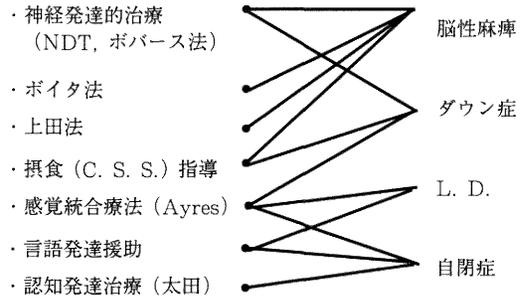


図8 療育メニュー

年齢	0	3 m	6 m	9 m	12m	1 y 6 m	2 y	3 y	4 y	5 y	6 y
定期診察		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
身体計測		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
発達評価					津守	津守	津守	K 式	K 式	K 式	S-B
聴覚検査				○	○		○				SM
Xp							環軸椎				
歯科			口蓋床						検診		
療育内容			・運動発達援助 (PT)	・CSS 指導 (STcN)		← 保育グループ (M)	← 保育所・幼稚園 (ST)	← 学習前指導 (OT)			
PT: 理学療法士			ST: 言語療法士			N: 看護婦					
OT: 作業療法士						M: 保母					

図9 ダウン症児の療育計画

療法が年齢や症状に併せて処方される。

(4) ダウン症候群の場合

この間、この管内からダウン症候群は54人（療育相談22人、はまぐみ直接32人）受診していた。はまぐみでは、就学まで療育計画にそった援助を行っている（図9）。

54人中3才以上で、情報が得られた39人について、保育所参加状況を見たところ、保育所未参加は長期入院生活中の1人のみであった（図10）。

就学状況については、上記の対象とは別に、平成4～9年に就学した87人でみると、普通学級17人・特殊学級59人・養護学校11人であった。近年は、養護学校を選択する児が減少傾向にあり、特殊学級を選択する場合にも

交流教育の希望が多い。87人中60人について、能力面を、鈴木ビネー式知能検査と社会生活能力検査でみてみた。それぞれ平均IQ 50±10、平均SQ 63±15で、これらは早期療育が勧められる以前の報告と大きく変わらないものであった（図11）。

(5) CPの場合

同じく上記調査期間に受診したCPは78人（療育相談36人、はまぐみ直接42人）であった。その内、3才以上の69人について社会参加状況を見たところ、保育所参加は41人（59%）、他は障害児通園と在宅が半々で、すでに施設入所が2人いた。運動機能面では、独歩可は38人（55%）で、移動不可が16人（23%）であった。また、

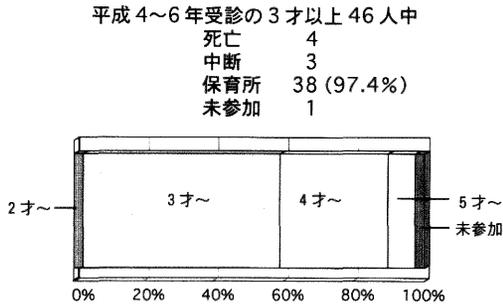
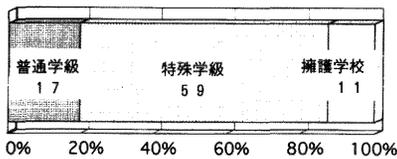


図10 ダウン症幼児の社会参加状況 (保育所)

平成4～9年就学児87人(標準型・転座型)



鈴木ビネー式知能検査60人 平均IQ 50 ± 10
SM社会生活能力検査 60人 平均SQ 63 ± 15

図11 ダウン症児の就学状況

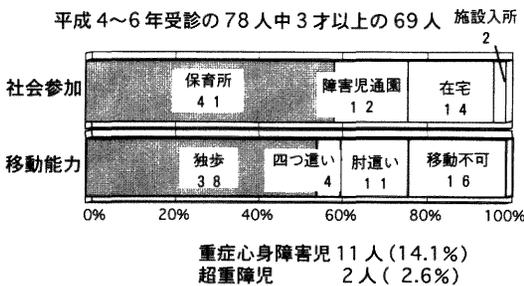


図12 CP 幼児の社会参加状況

重症心身障害児は11人，超重症障児は2人であった(図12)。社会参加はダウン症候群に比して少なかったが，独歩可の児では全例保育所に参加できており，移動能力や全身状態が社会参加の要因として考えられた。

また，他の調査²⁾でCPの長期予後を見ているが，早期療育で運動機能の向上が得られているという結果は引き出せなかった。年長児ではやはり関節の拘縮・変形と運動機能の低下が問題となっており，それは主にCP

表1 肢体不自由養護学校児童の健康実態調査 (県内3校，小学部，平成7年2月)

		小学部 86名 (%)	
寝たきりの児		21	24.4
てんかん発作 月1回以上		16	18.6
体温	熱発しやすい	12	14.0
	低体温	8	9.3
呼吸	ゼロゼロ	15	17.4
	無呼吸	3	3.5
	吸引必要	5	5.8
	気管切開	2	2.3
食事	全介助	39	45.3
	調理の工夫	27	31.4
	過緊張	11	12.8
	むせやすい	15	17.4
	嘔吐しやすい	5	5.8

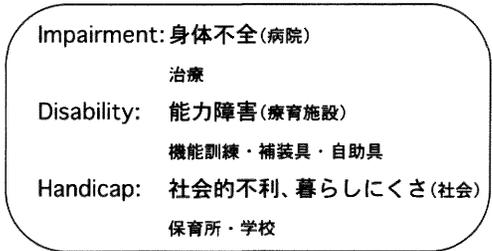


図13 障害の3階層を考える

の型(特に痙直型・混合型)によって方向づけられると思われた。

(6) 教育現場における医療的ケア

近年の心身障害児の教育現場における深刻な問題として，養護学校在籍児の重度重複化が挙げられる。平成7年に県内の3つの肢体不自由養護学校(上越・新潟・はまぐみ)の児童の健康実態調査を行なった。表1にその一部を示すが，重度化は特に小学部において目立っていた。小学部86人中，約1/4が寝たきりであり，てんかん発作や呼吸の問題がそれぞれ約2割にあり，約半数が食事は全介助であった。給食では，再調理が必要であり，過緊張のため介助しにくく，むせやすかったり嘔吐しやすかったりしていた。すべて教師が対応しており，経験の積み重ねがあるとはいえ研修の機会も少ない中では，

誤嚥の心配がぬぐえなかった。熱発やてんかん発作の対応、痰の吸引など、教育現場に求められる医療的処置の位置付け・対応策が、急ぎ求められていた。

3. 福祉施策と社会参加

心身障害児に対する福祉施策には手帳の交付（身体障害者手帳・療育手帳）、手当ての支給、医療費の補助等があげられ、次第に充実してきている。

一方、親の会の活動も活発である。平成4年にはダウン症児の「ドレミくらぶ」、Prader-Willi 症候群親の会、平成5年にはLD（学習障害）児の「いなほの会」、平成8年には「全国重症心身障害児（者）を守る会、新潟県支部」、「日本ダウン症協会新潟県支部」がそれぞれ発足した。

心身障害児の育児支援にあたっては、複数の療育スタッフが連携し、ライフステージに即した対応が求められる。子どもの生活圏における療育ネットワークの一層の推進が望まれる。

障害の3階層（図13）を考える時、ダウン症候群・CPの例でも示したように、能力障害 Disability に対

する機能訓練には限界があるが、社会的不利 Handicap に対しては、発想の転換をもってすれば改善の余地は大である。心身障害児の早期発見・早期療育の意義は、病状の理解と養育環境の調整をもって育児支援し、同世代の子ども社会への参加を推進し、他の子どもも共に育てることにあると考える。

4. ま と め

早期療育での能力の向上は困難であったが、病状の理解により、就学前の社会参加の幅は広がった。今後、子どもの生活圏における地域療育の推進が一層求められており、重度重複障害児の健康管理に苦慮している教育現場への支援策が急がれた。

引 用 文 献

- 1) 前川喜平: 写真でみる乳児健診の神経学的チェック法, 南山堂, 東京, 1983
- 2) 新田初美: 年長脳性麻痺児の現状調査—直接検診を実施して—, リハビリテーション医学, 31: 854, 1994

5) 小児外科医療の現状と問題点

新潟大学医学部小児外科（主任：岩瀨 眞教授）

八木 実・岩瀨 眞
内山 昌則・内藤万砂文
飯沼 泰史

Current Status and Medical Economics in Pediatric Surgical Ward

Minoru YAGI, Makoto IWAFUCHI, Masanori UCHIYAMA
Masafumi NAITO and Yasushi IINUMA

Department of Pediatric Surgery,
Niigata University School of Medicine
(Director: Prof Makoto IWAFUCHI)

Fewer children are being born and more people are living to an old age. Almost all pediatric surgical ward in Japan are suffering from heavy deficits. This problem can

Reprint requests to: Minoru YAGI,
Department of Pediatric Surgery,
Niigata University School of Medicine,
1-757 Asahimachi-dori, Niigata-City,
Niigata 951-8510, JAPAN

別刷請求先: 〒951-8510 新潟市旭町通1-757
新潟大学医学部小児外科学教室 八木 実