

報 告

地域療育センター通園施設利用児の多様化について

北村 由紀子

〔論文要旨〕

2001年4月から2004年12月までに地域療育センター知的障害児および肢体不自由児通園施設を利用した延べ449人について、レトロスペクティブに診療録から診断名、運動機能、知的機能(IQ・DQ)、医療的ケア(超重症児スコア)を調査した。診断名では広汎性発達障害(PDD)が一番多く59.2%であった。知的通園では高機能(IQ71以上)PDDの割合は19.8%と多かった。超重症児スコアでは、座位機能までの超重症児・準超重症児の他に、気管切開・胃ろうなど医療的ケアの必要な歩ける知的障害児が在籍していた。これら障害像の多様化に対する適切な療育サービス提供のためには、施設枠を越えた職員の技量向上と体制整備が必要である。

Key words : 発達障害, 重症心身障害, 医療的ケア, 広汎性発達障害, 発達支援

I. はじめに

近年小児の療育分野では、障害像の重度・重複化、多様化が話題になっている。図1にその概念の広がりの例を示す。大島分類にIQの高い症例も表示できるように番号26から30まで追

加して改変大島分類として、障害像表示に用いている¹⁾。左上の21, 26番に入る群で、認知特性や行動特性の軸から「軽度発達障害」の概念が教育分野を中心に登場している。軽度発達障害とは、学習障害、注意欠陥多動性障害、高機能自閉症やアスペルガー症候群などの高機能広

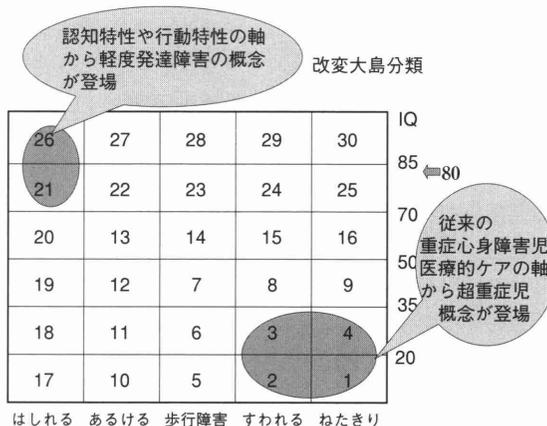


図1 障害像の多様化の例

A Diversity of Preschool Children with Disabilities Who Used Daytime Services in West Yokohama Habilitation Center for Children

Yukiko KITAMURA

横浜市西部地域療育センターリハビリテーション科 (医師)

別刷請求先: 北村由紀子 〒245-0002 神奈川県横浜市泉区緑園1-10-2

Tel : 045-812-8257 E-mail : snb37243@nifty.com

[1745]

受付 05. 8. 9

採用 06. 2. 9

表1 超重症児スコア

I. 運動機能：座位まで	
II. スコア	
・レスピレータ管理	10
・気道処置	8
・酸素療法	5
・頻回の吸引1/h以上	8
・吸引6回/日以上	3
・ネブライザー常時	5
・ネブライザー3回/日以上	3
・IVH	10
・咀嚼/嚥下障害あり介助必要	5
・コーヒー様嘔吐に伴う処置	5
・血液透析	10
・定期導尿/人工肛門	5
・体位交換	3
・過緊張により3回以上/週の臨時薬要す	3

I, + IIのスコアの合計25点以上を超重症児
10~24点を準超重症児

汎性発達障害が含まれる²⁾³⁾。右下の分類番号1, 2, 3, 4は従来の重症心身障害である。濃厚な医療的ケアを常時必要とする症例の出現により「超重症児」概念が包括医療に取り入れられるようになった⁴⁾⁵⁾。超重症児の定義は表1に示す。超重症児スコアは、レスピレータ管理10点、気道処置8点、酸素療法5点など医療的ケア介護度を点数化したものである。その得点を合計して、運動機能座位までで合計25点以上を超重症児、10~24点を準超重症児とよんでいる。

担当地域の障害児に責任をもって事業展開している地域療育センターの通園施設利用児にも障害像の幅の広がりが見られる。横浜市西部地域療育センター（以下当センターと略す）開設より4年間の利用児の分析を行いその実態を明らかにし、対策を検討する。なお、当センターの担当する横浜市西部地域（保土ヶ谷区、旭区、瀬谷区）の0歳児から5歳児の人口は31,546人（2005年1月1日現在）である。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は2001年4月から2004年12月までに当センター知的障害児通園施設および肢体不自由児

通園施設に在籍した児童である。各年度の知的障害児通園、肢体不自由児通園の在籍児数とその合計は、2001年度（2001年4月から2002年3月）知的55人、肢体37人、合計92人、2002年度（2002年4月から2003年3月）知的77人、肢体42人、合計119人、2003年度（2003年4月から2004年3月）知的78人、肢体42人、合計120人、2004年度（2004年4月から2004年12月）知的82人、肢体36人、合計118人、合計延べ人数449人である。年齢は2歳児38人、3歳児134人、4歳児153人、5歳児124人である。複数年在籍あり、実人数は236人であった。ちなみに、2001年4月から2004年12月までの新患者1,284人に対する通園利用率は18.4%であった。

2. 方法

方法は各年度における在籍児の状態像をレトロスペクティブに診療録から調査した。調査項目は、診断名、運動機能、知的機能（IQ, DQ）医療的ケア（超重症児スコア）である。

III. 結果

1. 診断名

各年度別診断名では、いずれの年度も広汎性発達障害（以後PDDと略す）が一番多く平均59.2%であった。次に多いのが脳性まひで平均13.9%であった（表2）。この表では一人に主たる診断名ひとつで分類した。

運動障害にPDDの合併している割合を肢体不自由児通園在籍児でみると、平均13.5%であった。知的障害児通園でPDDの占める割合をみると、平均91.1%であった（表3）。

2. 知的機能と運動機能

各年度別に精神発達の程度別の人数を示す（表4）。精神遅滞にはいない群の在籍児数が増えてきていた。

IQ71以上の高機能PDDの割合を知的障害児通園でみると、平均19.8%であった。経年的変化をみると初年度は5.5%と少なく2年目から20%以上となっていた（表5）。

重症心身障害児の割合を肢体不自由児通園でみると、平均54.1%であった（表6）。

3. 医療的ケア（超重症児スコア）

医療的ケア必要児を超重症児スコア得点と運動機能別にみると、座位機能までの超重症児お

表2 各年度別診断名

診断	2001年	2002年	2003年	2004年
広汎性発達障害PDD	43 (46.7)	72 (60.5)	77 (64.2)	77 (65.3)
精神遅滞	12 (13.1)	5 (4.2)	1 (0.8)	5 (4.2)
脳性まひ	14 (15.2)	19 (16.0)	16 (13.3)	13 (11.0)
他の中枢性まひ	5 (5.4)	3 (2.5)	5 (4.2)	4 (3.4)
精神運動発達遅滞	9 (9.8)	11 (9.3)	11 (9.2)	9 (7.6)
染色体異常など	7 (7.6)	6 (5.0)	8 (6.6)	8 (6.8)
その他	2 (2.2)	3 (2.5)	2 (1.7)	2 (1.7)
計 (%)	92 (100)	119 (100)	120 (100)	118 (100)

よび準超重症児に加えて、立位移動可能な症例も在籍していた。延べ人数は26人で実人数は16人であった（表7）。

16人の超重症児スコアについて、4年間の変化を図2に示す。経過をみると、前年度10点未満であったが医療的ケアの必要性が増して準超重症児に変化している症例もあった。歩行可能で多動などの行動障害を伴っていると、気管切開部カニューレの自己抜去の危険性があった。

4. 結果のまとめ

診断名では通園施設全体でPDDが一番多く約6割占めていた。

PDDに着目すると、知的障害児通園ではPDDの占める割合が9割以上であり、肢体不自由児通園でのPDDの合併は13.5%であった。

知的機能に着目すると、知的通園では高機能PDDの割合は19.8%（約2割）を占めていた。

大島分類による障害群別表示では、重症心身障害児が肢体不自由児通園の54.1%を占めていた。

表3 通園施設別PDD児数

	2001年		2002年		2003年		2004年	
	肢体	知的	肢体	知的	肢体	知的	肢体	知的
在籍児数	37	55	42	77	42	78	36	82
PDD	6	43	5	72	5	77	5	77
PDDの割合 %	16.2	78.2	11.9	93.5	11.9	98.7	13.9	93.9

表4 精神発達の程度

IQ・DQ	2001年	2002年	2003年	2004年
86以上	2	4	13	7
71～85 境界域	2	12	12	11
51～70 軽度精神遅滞	25	32	20	28
36～50 中度精神遅滞	31	28	31	34
21～35 重度精神遅滞	13	19	19	18
～20 最重度精神遅滞	19	24	25	20
計	92	119	120	118

表5 高機能PDDの割合（知的障害児通園）

	2001年	2002年	2003年	2004年
在籍児数	55	77	78	82
高機能PDD数	3	16	25	17
割合	5.5%	20.8%	32.1%	20.7%

表6 重症心身障害児の割合（肢体不自由児通園）

	2001年	2002年	2003年	2004年
在籍児数	37	42	42	36
重症児数	16	21	26	22
重症児の割合	43.2%	50.0%	61.9%	61.1%

医療的ケア（超重症児スコア）では、座位機能までの超重症児，準超重症児の他に医療的ケアの必要な歩行群がいた。

図3に2003年度を例に改変大島分類を用いて在籍児の分布を示す。白抜きマークが知的通園，黒色のマークが肢体通園を示す。三角はPDDの症例である。

IV. 考 察

結果より障害像の多様化が明らかになった。多様化の要因としては、①PDDの診断技術の向上，②新生児および重症心身障害児医療の進歩により気管切開等が増えてきたこと，③それら医療的ケア必要児が病院入院ではなく在宅化の流れにあることなどが背景にあると考えられる⁶⁾⁷⁾。

表7 医療的ケア必要児

運動	得点	2001年	2002年	2003年	2004年
座位 まで	25点以上	3	3	1	2
	10~24点	3	4	4	1
立位 移動	25点以上	0	1	1	0
	10~24点	0	1	0	2
25点以上		3	4	2	2
10~24点		3	5	4	3

延べ人数26人，実人数16人

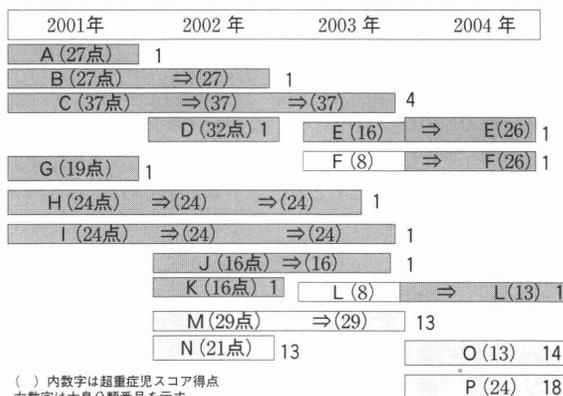


図2 医療的ケア必要児16人の変化

A, B, C, D, E, Fは超重症児。G, H, I, J, K, Lは準超重症児。M, N, O, Pは立位・歩行可能な児。CとMは人工呼吸器使用。A, B, H, N, Pは気管切開。1例除いて15例が経管栄養（経鼻，胃ろう）。

運動障害，知的障害に加えて，行動障害を含めたPDDの特徴，医療的ケアの軸に配慮が必要である。図3の左上の丸で囲んだところは，高機能PDDに特化した療育サービスが必要な群を示している。知的な遅れがないから統合療育がよいという考えでの支援だけではなく，行動特徴，認知特性にあわせた成功体験をふやす環境整備や保護者支援が欠かせない。左下の丸で囲んだところは，従来の知的障害群であり行動障害とPDDの軸に加えて症例によっては医療的ケアへの配慮が必要である。右下の丸で囲んだところは，従来の重症心身障害児の療育に加えて医療的ケアとさらに症例によってはPDDへの配慮も必要である。PDD概念が療育現場に浸透するに従って，運動発達障害から療育に導入されるダウン症候群を含む精神運動発達遅滞群や脳性まひにもPDDの合併が稀ではないことが実感されるようになっていくと考えられる⁸⁾。

障害別単体施設での療育サービスを打破するために心身障害児総合通園センターが構想された経緯がある（図4）。すなわち同一組織内に知的障害児通園施設も肢体不自由児通園施設も包含することによって，個々の障害像にあったサービスを柔軟に受けられる利点があった。しかし，筆者の経験した1990年代の総合通園センター（療育センター）内肢体不自由児通園施設

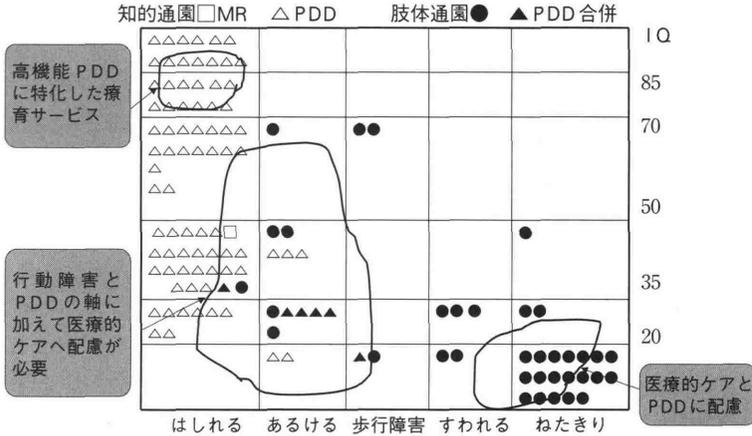


図3 改変大島分類で2003年度通園児120人を表示 (説明は本文参照)

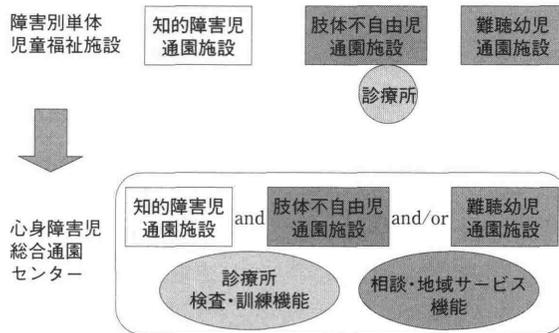


図4 障害別施設体系の変遷

心身障害児総合通園センターは障害児施策の一環として、早期発見・早期療育体制の一層の充実を期するため、1979年に始められた。当初厚生省児童家庭局長通知では、肢体不自由児通園施設、知的障害児通園施設、難聴幼児通園施設の3種類の通園を備え、診療、相談機能をもつとした。1993年以降は2種類以上の通園施設と改正され、設置主体は都道府県、指定都市、中核市または人口20万人以上の市となっている。

においては、生命維持に直結するような濃密な医療的ケアの必要な状態を想定しての組み立てはしていなかった。そのような状態の児童の在籍はなかった。また、知的障害児通園施設では、知的機能に加えて行動障害への配慮を念頭においていたが、医療的ケアの必要な児童は想定していなかった。

療育センター内の通園施設として一体運営を実施してきたが、集団活動を主体とする通園療育現場では、それぞれの専門性を統合してサービスを提供することの困難性があった。

このような困難性を克服して、障害像の多様化に対応していくためには、従来のサービス提供に関する視点の変換と技量向上（バージョンアップ）が必要である。図5にその対策を例示する。知的障害児通園施設では、高機能PDDに特化した療育技術の習熟や、外来の集団療育や保護者教室との相互利用の検討、多動を伴う児の医療的ケア対策を立てることが考えられる。肢体不自由児通園施設では、運動機能と知的機能にあった対応に加えて医療的ケアの習熟、看護師など職員配置の加配が必要である。

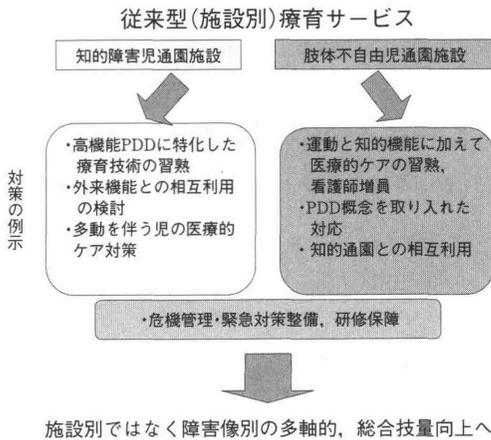


図5 従来型(施設別)療育サービスからの視点変換・技量向上対策の例示

加えてPDD概念を取り入れた対応ができるようになること、そのためには知的通園との積極的な職員交流・相互利用をしていくことが考えられる。両者に共通して危機管理・緊急時対策を明確化し、医療的ケア等の研修の保障が必要である。まとめると、施設別ではなく、障害像別に多軸的、総合的技量向上を図っていくことであると考えられる。多職種によるチームアプローチの定着はもとより、保育士・児童指導員の総合専門職としての育成が課題である。

療育サービスは個別支援計画に基づいて行われるべきものであり、施設機能に限定されたサービスであってはならない。疾病構造の変化や、医療技術の進歩により、従来のサービス技量では対応が困難になってきている現状を打開していくことが必要である。法定施設の名称にとらわれず、ニーズに沿ってサービス提供ができるように、行政への働きかけも含めて内部努力が求められる。

V. まとめ

当センター開設から4年間の通園施設利用児の障害像分析を行い、障害像の多様化を明らかにした。知的機能、運動機能、行動障害に加え

て医療的ケアへの配慮が必要である。なかでも行動障害を伴い歩行可能で、かつ医療的ケアの必要な群の出現は特筆すべきであると思われた。また、運動発達障害にPDDの合併も稀ではなく、多軸的な視点をもって、知的障害児通園施設でも、肢体不自由児通園施設でも、施設を超えた総合的・包括的な障害像にあわせたサービスが提供できるように体制整備、研修を含めた職員育成等が必要である。

第42回日本リハビリテーション医学会(金沢, 2005. 6. 17)にて発表した。

文 献

- 1) 北村由紀子. 三次元立方体による新しい心身障害児概念図—幼児行動障害調査表の試作も含めて—. 総合リハビリテーション 2004; 32(8): 787-791.
- 2) 金生由紀子. 軽度発達障害. 精神科 2002; 1(3): 261-264.
- 3) 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議. 今後の特別支援教育の在り方について(最終報告). 2003年3月.
- 4) 山田美智子. 超重症児の概念と対応. 江草安彦監修, 岡田喜篤, 末光茂, 鈴木康之編集. 重症心身障害療育マニュアル第1版. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1998: 134-138.
- 5) 鈴木康之. 超重症児, 黒川 徹, 平山義人, 有馬正高監修. 重症心身障害医学最近の進歩第1版. 東京: 社団法人日本知的障害者福祉連盟, 1999: 242-248.
- 6) 山田美智子. 重症心身障害児(者)医療におけるインフォームドコンセント. 日本重症心身障害学会誌 2004; 29(1): 3-13.
- 7) 篠崎昌子. 幼児期通園療育と重症心身障害児. 日本重症心身障害学会誌 2004; 29(3): 211-217.
- 8) 半澤直美. 運動発達障害を伴う広汎性発達障害(第2報). リハ医学 2003; 40巻特別号: s 309.