

5) リハ・サービスの流れを考える。

6) これらに対し、柔軟な行政の人的・経済的支援を確保する。

図3は数年来われわれが行っているリハの流れを示したものであるが、必ずしも十分活用されてはいない。これを実効あるものとするためには、今後、救急病院から専門病院への移送の確保や現在の属人的な努力で行われているリハ事業を、予算的な裏づけによって行政と諸機関が契約を結び確立する（ベッドや専門職）ことが必要であると考えている。そして一方、住民の組織化などの草の根的な活動がこれに加わる必要があると考える。

一衣帯水の島々がさまざまな問題を抱え持つことは日本の宿命ともいえる。しかし、これら離島・辺地で生活する人々の問題はある意味では日本全体が抱え持つ錯綜した問題を純化した型で提起してくれているともいえる。高齢化の進む中での医療や福祉の問題、家族の問題、住民活動や人間関係のあり方の問題等々である。これらの中に学ぶべきものは多いのではなからうか。

#### 参考文献

- 1) 東京都大島支庁福祉課：社会福祉の現況と動向。1986。
- 2) 養和会：大島老人ホーム概況。1985。
- 3) 大田仁史：在宅生活援護の視点と方法—脳卒中後遺症者のリハビリテーション。公衆衛生 44: 635, 1980。

#### ●シンポジウム

### 4. 脳性発達障害児の地域療育体制

／川口 幸義・山口 和正

(長崎県立整肢療育園)

穉山富太郎

(長崎大学医療技術短期大学部)

脳性発達障害児の離島・辺地における地域療育体制づくりについて、長崎県立整肢療育園が行ってきたことを紹介し、次いで現状、今後の課題に関して述べたい。

#### 長崎県における特殊性と当園の活動史

長崎県を地勢から見ると、平地に乏しく、島の数は580~900島にも及び全国で第1位、島の総面積は長崎県全体の44.8%を占めている。海岸線は複雑に入り組

んで、その延長は約4,165kmと北海道について第2位である。

このように医療面だけでなく、行政、経済などに関して長崎県を語る時にも、島をぬきにしては語れない状況にある。

従来、離島や辺地を6地域（上五島、下五島、対馬、壱岐、西彼杵半島、平戸・北松浦郡）に分けて、整肢療育園と島原温泉病院内にあった島原分園とで、1年に2地域ずつ巡回療育相談事業を行っていた。しかしこの程度の巡回では、治療対象児のピックアップはできても、その児童が居住する地域での療育効果をあげることはできていなかった。すなわち10年前までは、脳性発達障害児の療育は施設や養護学校で行うのが一般的であった（施設内療育または施設収容による療育）。

その後、脳性発達障害児の早期治療開始が普及するにつれて、殊に乳児を治療対象とするようになってからは、治療も育児の中で行うのが常識となってきた。このようにして施設へ委託しての療育から、家庭を基盤にした療育へと変化してきた（家庭内療育）。

しかし、長崎県においては先に述べた地理的ハンディキャップが大きいのしかかり、家庭を療育の基盤とし、通園しながら療育指導を受けるという体制をとるのは困難であった。

そこで昭和49年より、家庭生活を基盤にするためには入園期間を短く、また少しでも多くの母子が入園できるようにとの観点から、それまでの3カ月間の母子入園を1カ月間に短縮した。また施設内自立が必ずしも社会的自立につながっていないとの反省から、学童期の脳性麻痺児の入園期間をできるだけ短期化し、機能訓練という名目で長期間入園していた学童児を家庭へ戻すように努力した（母子入園の充実と短期化、学童児の入園期間の短期化と社会的自立を図る）。

なお軽症者は除いて、普通学校への転校に問題のあるような児童、例えば学校教育法施行令第22条の2に該当するような歩行困難な脳性麻痺児については、本人と整肢療育園の職員（主治医、看護婦、児童指導員、必要に応じて療法士、併設養護学校の教師）とが実際に転校が予定される普通学校を訪問し、また家族も交えて学校の先生との面接を受け、本人には実際に学校内を移動させ、普通学校での生活の可能性、本人の転校意欲の確認、転校に際して学校設備改善の必要性の有無について話し合った。その後、転校後に実際に行う通学方法、通学路を経て家庭訪問を行い、実際に通学が可能か、家族の受け入れ態勢などについて検討し、これらを総合的に判断して措置解除（退園）を決定した。また社会的自立

を図るためには、早期より健常児の中で育ち、学ぶことが必要との観点から、幼稚園や保育所、さらに可及的に普通学校への就学を目指させた（障害児も健常児も共に学び育つ）。

### 長崎県内の地域療育体制づくり

このような経過の中で、当時の穂山富太郎園長（現長崎大学医療技術短期大学部、教授）が厚生省心身障害研究の一環として「脳性麻痺児の地域療育体制づくりに関する研究」の委嘱を受け、昭和56年度より3カ年にわたって、長崎県内の離島や辺地を巡回し、脳性発達障害児の実態調査、ハイリスク児のチェックに関する保健指導、保健所での検診とともに各地区の保健所での通所治療を試験的に実施し、また在宅の重度障害者に対して家庭訪問による療育・生活指導を行ってきた。

それまでの保健所での乳幼児健診はなんらかの異常が疑われた場合、ただ医療機関へ紹介するという振り分け業務の傾向が強かったが、経過処理において母親をはじめとする家族が最も必要とする援助の手をさしのべる積極的な姿勢へと変化し（母子保健の質的变化）、また障害児をもつ家族に相互協力や結束の意識が芽生え、福江、対馬、島原で「親の会」が結成され、それまで母親中心であった動きが父親を含めた家族ぐるみの会となった。地区によっては父親が主体となることにより社会的な働きかけが強化され、また障害児や母親に大きなはげみとなっている（親の会の結成）。

### リハ活動の課題

視点を変えて、脳性発達障害児のリハビリテーションについて全般的にみると、大きな柱として次の四つがあげられる。

- 1) 脳損傷発生の予防
- 2) 脳障害児の早期発見・早期治療開始
- 3) 脳性発達障害児の総合的療育
- 4) 障害者の socialization

#### 脳損傷発生の予防

まず脳損傷そのものの発生防止であるが、青少年への健康教育のほかに、妊婦の健康管理、分娩管理、新生児医療すなわち周産期医療の著しい進歩があげられる。

多くの離島を抱える長崎県では、島で発生した救急患者、特に高度の専門的医療を必要とする患者さんをいかに救命するかは大きな問題であった。その対策としてほぼ県央に位置する国立長崎中央病院が基幹病院となり、海上自衛隊の大村航空隊の協力を得て、ヘリコプターや小型飛行機で離島の救急患者を搬送するシステムが昭和

41年から始まった。脳性麻痺と関係の深い未熟児や小児科関係の搬送数は最近10年間で191例に達している。また近年では high risk baby の搬送から high risk pregnancy を搬送し、国立長崎中央病院で分娩させ、万一新生児に異常が生じた場合、直ちに新生児科医による治療を開始するという体制に変わってきている。

次に離島における医療状況をみると、10年前、小児科医が常勤している病院は、下五島にある五島中央病院の1カ所だけであったが、現在では上対馬・国立対馬・厳原（いずれも対馬）、杵岐公立（杵岐）、生月（北松浦郡）、上五島・奈良尾（上五島）など8病院になっている。また10年前には離島で勤務する療法士は0であったが、現在では6病院に勤務しており、大きな離島では、その島内で運動療法を受けられる体制になっている。このような離島医療の充実には、医師や療法士などの医療従事者の努力はもちろんのこと、県の医療保健行政の寄与も大きく、無医地区健康管理事業、離島僻地医師確保定着対策事業、僻地中核病院運営費補助事業などの離島医療対策が効を奏してきているのも事実である。

#### 早期発見・早期治療・総合的療育

次に2) および3) の脳性発達障害児の早期発見・早期治療・総合的療育について述べる。

不幸にして脳損傷を起こした乳児に対して、症状発現の防止、軽症化あるいは正常化への努力を払うべきことは当然であるが、かつて早期発見の場であった保健所での発達検診が現在では見落とし例のピックアップの場となり、未熟児や新生児を扱う小児科医（新生児科の医師）から直接紹介されてくる症例の比率が増えてきているのは全国的にも共通かと思われる。

施設収容による療育から、施設外すなわち家庭や地域を基盤にした療育へと変化し、またポリオ、先天股脱、内反足などの肢体不自由から、脳性麻痺、二分脊椎のような種々の合併症を伴った重度化・重複化、Down 症などの精神発達遅滞も対象にするなど治療の多様化といった総合的療育を必要とされる変遷の中で、整肢療育園が行ってきた対応を紹介したい。

まず外来患者の増加に伴い外来訓練を毎日とし、外来通園での療育指導の拡大を図り、離島や辺地を抱える本県の特徴から通園困難な症例に対しては母子入園制の充実を図った。具体的には四つの母子入園コースを設け、通常の1カ月コースのほかに、家庭の中心となる母親が1カ月間家を留守にすることができないような症例には1週間コースを設けた。また昭和55年7月の厚生省児童家庭局の通達による心身障害児（者）施設地域療育事業のうちの心身障害児短期療育事業を利用して2泊3日

コースを作った。さらに精神発達遅滞の3歳以上の子を対象にプレスクーリングというコースを設け、1カ月間の集団生活を通して、生活リズム、正常姿勢反応、対人意識、日常生活動作などの確立を目的とし、年3回行っている。

#### 障害者の socialization

次に退園児の地域との連携であるが、母子棟では母親の了解を得たうえで、県および市町村の保健婦へ報告書を、また単独入園児では福祉事務所、児童相談所、市町村の教育委員会、保健所、学校、そして家族あてに退園児資料を送り、入園中の経過、家庭や学校での注意事項、配慮して欲しい点、家庭での訓練法などを記載してアフターケアを依頼している。

巡回療育相談については厚生省心身障害研究の実績をもとに、回数を年間14~16回に増やし、保健所の管轄地区を対象に療育指導を行いながら、各地区の医療機関の医師や療法士にも参加してもらい、情報交換、その医療機関への継続治療の依頼、また必要に応じて家庭訪問、保育所・幼稚園・学校訪問を併せ行っている。

島原温泉病院の中にあつた肢体不自由児部門が収容児の減少によって昭和57年に廃止となったが、代わって地域療育の場として外来のみの島原通園部が設置された。措置による通園でないため、保育所に通いながら通園治療ができ、乳児から学童児に至るまでのその療育内容の充実度には親だけでなく、関係機関にも高い評価を受けている。

今後は障害者が各地域で自立できるように、長崎県脳性まひの会の強化、一般職業あるいは自宅から通う小規模通所授産施設の設立など、social habilitationについてもアプローチし、心身障害児・者の総合的ハビリテーションの確立を目指したい。

**質問・発言** 新潟県はまぐみ小児療育センター まゆずみ いただき：離島・辺地とのパイプをどう太くするかということも大切ですが、もう一方で、施設・病院の中で（家庭・地域から切りはなされた所で）のみ築かれてきた。専門性・技術というものが見直されていかなければならないのではないのでしょうか。

**質問・発言** 青森県立はまなす学園 岩崎 光茂：家庭訪問をおやりになっておりますが、これは病院内の療育と家庭内での状況のギャップを知る上で大変有効な方法と思います。

我々も6年前より組織的に訪問療育指導を行っておりますが、そこでの指導は機能訓練はあまり重視せず、健康管理・食事排泄の問題・positioning のこと、親同士のコミュニケーションを図ることを目的としています。

先生はどのようなことを目標にして行っておられるでしょうか。

**追加** 長崎県内科医会（開業医） 中村 信勝：地域の理解度を充実しなければ、どんなに人それぞれが頑張っても、結局は一過性のものとして終わってしまう危険性がある。

地域の中の人の考え方を変えていくことなくして、このリハビリテーションを充実しうることはない。大田先生が一寸話に出された、家の中に閉じ込める考え方を地域内で変えてゆかなければ、発展は絶対ないと思う。

## ●シンポジウム

### 5. 道北・道東のリハビリテーション —現状と問題点

／七戸 幸夫

（北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター）

リハビリテーション医学の進歩は著しいものがあるが、離島や辺地におけるリハビリテーションの現状には、幾つかの問題点がある。このたび、地域における私どものリハビリテーションサービスの状態を整理検討したので概要を報告する。

#### 道東・道北における

#### リハビリテーションサービスのあらまし

私どもの行っている地域リハビリテーションサービスの拠点は、道東・道北における12市4町であるが、いずれもその地域の中核といえる市と町である。

1) サービス業務の内容：巡回サービスを大別すれば四つに分けられる。第1は脳性麻痺（以下 CP）等の早期発見・治療についてのアプローチで、地域全体へのシステム化を進めている。第2は障害のある学齢児等への定期的なリハビリテーション指導である。第3には父母の会活動その他地域のリハビリテーションプログラムについての助言や個別相談がある。第4に重要なことは、地域の保健婦訓練士等に対する啓蒙研修を行っている。

2) 運動発達遅延児を紹介された機関：昭和56年から60年度まで、地域巡回の実数は1,087人で、うち運動発達遅延児は685人であった。昭和60年には総合病院小児科医からの紹介は37%に漸増しているが、市町村保健婦からの紹介は60%台である。この事業の進展のためには、これら医師の力と、保健婦の協力との両輪がフル回転することがまず必要であることを痛感する。