

14. 「鹿児島県(離島を含む)における在宅障害児の 地域ネットワーク作り」(その2)

宮田晃一郎*¹ 松田 幸久*¹ 田中 洋*²
佐々木順一*³

はじめに

鹿児島県下の地域リハビリテーション(療育)のシステムは、早期発見・早期診断の部分では一応の形ができているが、早期療育の場は乏しく、地域差がある。早期診断から早期療育への流れをスムーズにし、在宅あるいは病院から自宅へもどろうとする障害児が、在宅人工換気療法患児も含めて安心して生活できるようにするためには、地域に住む療育関係者や療育機関が緊密に連携することが不可欠である。そこで、我々はネットワーク作りに取り組み始めた。

平成4年度は、鹿児島県下を16ブロックに分けて、療育機関、理学・作業療法士、言葉の教室、地域親の会、親子教室、おもちゃライブラリーなどの状況を調査した。すべて、鹿児島市を中心として存在していたが、地域親の会や親子教室は地域への広がりを認めた。このような患児側からの動きが、ネットワーク作りの原動力となる。

平成5年度は、これらの機関の連携がとれて機能している地域がどれほどあるか、そして、ネットワークの必要性を感じている地域の人達への支援を行ない、各ブロックのネットワーク

を整備していくことを目標とした。

1. ネットワーク作りの流れと現状

以前より、療育には、医師、保健婦、教師、保母、福祉などの役場関係者、患児とその家族、ボランティアなど、多彩な機関と多種多様な職種が相互に連携して取りまなければならないことはわかっていたが、鹿児島県ではそのような総合的な場がなかった。そこで、療育関係者の中から「療育に携わる者が職場・職種を越えて交流し、心身障害者の統合教育を考えていこう」という声があがり、その後小ブロックでネットワークを作ろうという機運が盛り上がり、手始めに鹿児島市近郊の地域ネットワークが発足した。活動内容は、

- 1) 療育関係者の名簿作り
- 2) 連絡網作り
- 3) 1回/1～2ヵ月の会合(事例を通じての勉強会、情報交換、問題提示など)

現在、鹿児島市療育研究会(1989.1～)、鹿屋療育研究会・和っ子(1989.11～)、出水6:30 ネットワーキング(1989.12～)、あいら療育懇話会(1990.2～)がすでに活動をし、その成果を鹿児島県小児保健学会などで報告してきた。

その後、徳之島保健所の保健婦が中心となり

*¹鹿児島大学医学部小児科、*²鹿児島県児童総合相談センター、*³鹿児島大学医療技術短期大学部

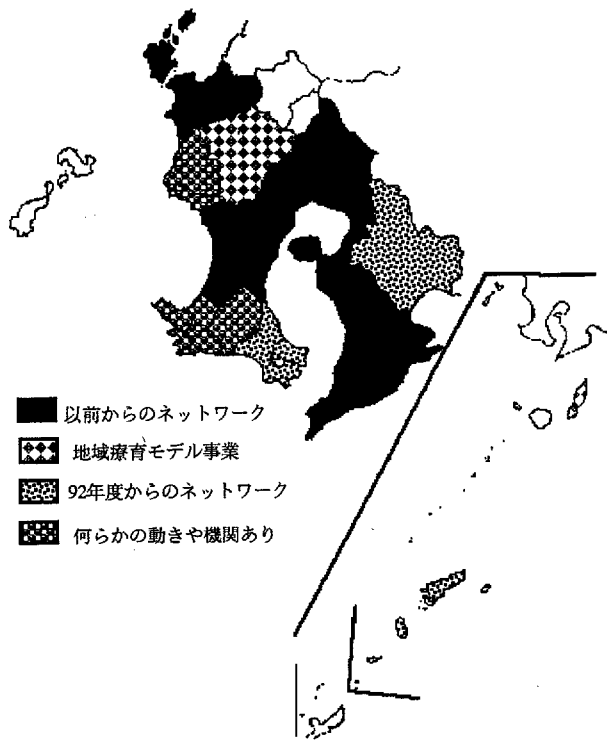


図1 地域療育ネットワーク

徳之島療育の集い、奄美大島では大島児童総合相談所が中心となり、指宿・額娃地区では鹿児島大学医療技術短大が中心となり、志布志地区では志布志保健所が中心となってネットワーク作りを行なっている。いずれも公的機関が中心となり、ネットワークの運営に当たっている。(図1)

2. ネットワークの今後

以前より確立されたネットワークでは、その目的をおおむね以下の点においている。

- 1) 療育についての研究・研修・個人の専門性、人間性を高める
- 2) 多職種の交流・相互理解(職場内、職場をこえて)
- 3) 他機関との連携
- 4) 療育の場の穴を埋める
- 5) 永続性：後進の育成
- 6) 県の療育の中核部との連携

7) 地域療育の中核的役割を担う

これらの目的をもって、各地域の必要性により事情に合ったネットワーク作りが行われてきた。また定期的に行なわれる会では、勉強会や、個々の事例をとうしての問題点を考えてきた。しかし活動の中心となる公的機関(保健所、児童相談所など)では、まとめ役である療育関係者も変わることがあり、また利用者のニーズも変わる。したがって、各ネットワークは、いつも目的をはっきりさせ状況を把握することが重要である。

最終的には、心身障害児が地域にもどっても療育がうけられることが目的であるが、そのためにもネットワークの維持が必要である。

3. 徳之島での活動

離島での療育の現状の把握と、ネットワーク作りの援助を目的として、平成4年度より、数回訪問して、療育のつどいに参加してきた。まずは、徳之島での地域療育に関する実態調査をおこなった。

a) 対象

平成4年10月および平成5年2月に健診に参加した患者の家族で、11ヵ月～14歳までの合計42名(男児26名、女児16名)。

b) 最初に診断をうけた病院・施設は？

およそ31%は島内で診断、残りは島外の専門の施設・病院であった(図2)。

c) 診断をうけた時の年齢は？

28%が3ヵ月以内、56%が1歳以内で、3歳以上は15%だった(図3)。

d) 通っている保育所・幼稚園・学校は？

訪問教育をふくめた学校には19%、保育所・幼稚園には38%通っていて、43%は通っていない(図4)。

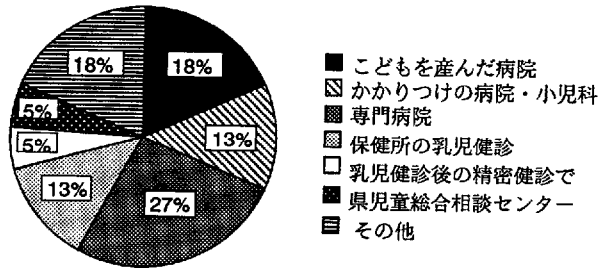


図2 最初に診断を受けた病院・施設はどこですか？

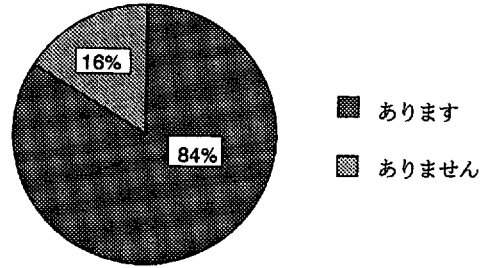


図5 かかりつけの病院・小児科がありますか？

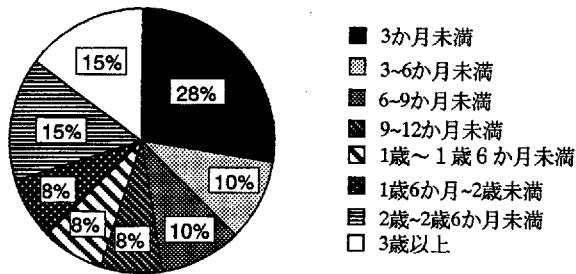


図3 診断を受けたのは子どもさんが何か月の時ですか？

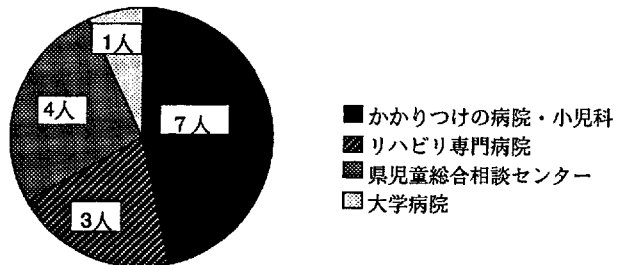


図6 定期的に治療・訓練を受けている病院・施設について

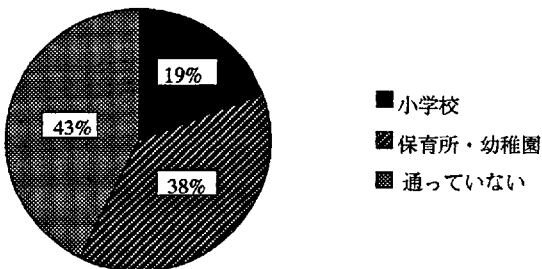


図4 通っている保育所・幼稚園・小学校がありますか？

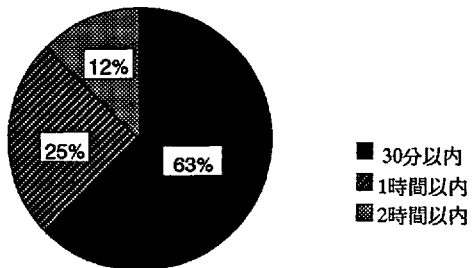


図7 通院・通所にかかる片道の所要時間

e) かかりつけの病院・小児科は？

84%がかかりつけを島内にもっている(図5)。

f) 定期的に治療・訓練をうけているか？

定期的に受けているものは15名で全体の36%であった(図6)。

g) 通院・通所にかかる時間は？

診療圏は、ほとんどが自家用車を利用するため、30分以内が63%、2時間以上かかる人はいなかった(図7)。

h) 療育への参加は？

現状では全体の84%が参加していない(図8)。

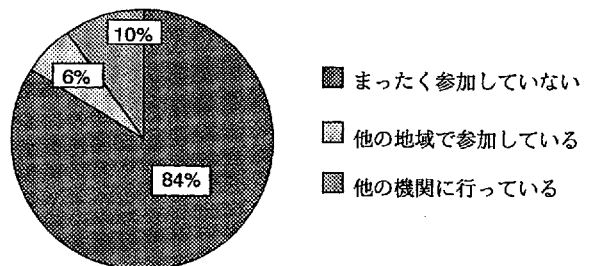
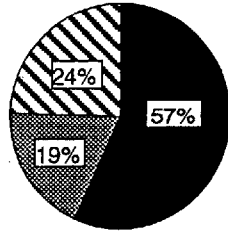


図8 療育の現状はどのようにしていますか？

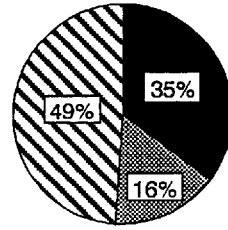
i) 療育についての今後

障害児を持つ親の会、親子教室、おもちゃライブラリー、母子通園施設・事業の必要性は、全体の約半数はみとめているが、わからないと答えたものが約40%あった(図9)。

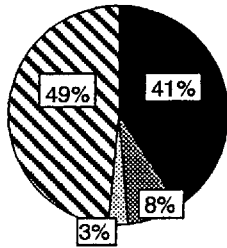
1. 障害児をもつ親の会



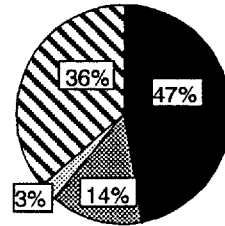
2. おもちゃライブラリー



3. 親子教室



4. 母子通園施設・事業



■ 必要 ■ できたらほしい ■ 不要 ■ わからない

図9 地域療育にかかる事業・施設への今後について

4. 地域療育のつどい

我々は、平成5年2月より現在まで4回参加して、勉強会、養護学校、作業所、事例の検討をおこなってきた。参加した職種は、医師、町役場職員、保健所、学校関係者、患児と家族、保母、ボランティアなど、20名～30名であった。保健所の保健婦が中心になり、町の公報に載せたり電話などで開催日を連絡し、島の療育関係者が集まった。

5. 徳之島の在宅の障害児のかかえる問題(事例)

●症例1 女児 5歳9ヵ月 言語発達遅滞

2歳より発語があり、2～4歳までに言葉の遅れのこと、大島児童相談所や児童総合相談センターの巡回診療を受けてきた。5歳になって、名瀬小学校の「言葉の教室」に通う予定だったが、時間的、経済的問題で話が進展していない。

●症例2 男児 5歳2ヵ月

口唇口蓋裂にて某大学で手術を受ける。大学の言語療法士より、自宅での発語訓練を指導されたが継続が難しい。また名瀬小学校での「言葉の教室」をすすめられたが、旅費やその他の経費がかかることから諦めざるをえなかった。

●症例3 女児 14歳7ヵ月 脳性麻痺

上記診断で自宅療養をしていた。就学前は、養護学校か、小学校の特殊学級か迷ったが、親元にとということで後者を選択。しかし中学校には特殊学級がなく、現在、親元を離れ鹿児島市の養護学校へ寄宿。第2土曜日が休みのため、どうしても島へ連れて帰らなくてはならない状況にあり、親の経済的、時間的負担が大きい。

●症例4 男児 水頭症

生後4ヵ月時に髄膜炎をおこし水頭症となる。

その後3回シャント術をうけるが軽快せず現在もけいれんがあり。家族の事情や、近くに専門病院がないため、家庭での訓練、治療は継続されていない。

●症例5 女児 4歳1ヵ月 未熟児網膜症

在胎26週、948gで出生。上記診断で、視力障害がみられ、現在も初めにかかった大阪の眼科を受診している。両親は、就学前に専門の視覚障害の教育を受けさせたいと考え、来年4月に鹿児島市へ、一家で転出し、盲学校への通学を予定している。

●症例6 男児 5歳4ヵ月 ダウン症候群

生後3ヵ月で上記診断。児童総合相談センターの巡回診療をすすめるが、関心を示さず。平成4年4月より保育所へ通園。両親は、児の障害を認めたくなく、保健婦の訪問に対しても拒否的である。

以上は、徳之島における問題を浮き彫りにした事例である。どの児も島内では、適切な医療や訓練、教育が受けられない状況にある。それは、離島であるため、近くに専門の病院や施設がないことが大きな原因である。県本土にはもちろん、近くの奄美大島本島(名瀬市)へ行くのでさえ、時間と経費がかかり、継続した治療、訓練に結びつかず家庭での療育がうまくいかない原因にもなっている。このように、心身障害児にとっては、恵まれない地域であるため、島外へ行かざるを得ない現状をうみだしている。さらには、地域全体が障害児への理解をもたなければ、将来安心して障害児が島で暮らすことはできない。

以下に徳之島の心身障害児を取り巻く問題点をあげてみた。

1) 島内に専門機関や、療育の場がない。

・障害を発見されたとき、診断・治療を受けるために島外の病院や療育機関を利用せざるを得ない。現在のところ、在宅で人工換気療法を行なえる状態を作るにはかなりの環境整備が必要である。

・島内に相談する場合は、保健所のみであり、島外へ出るには費用がかかり、交通の便が悪いことから継続した治療・訓練が受けられない。

・療育機関との連絡がとりにくい。

・療育の場がなく、患児は家の中に閉じこもり外にでることができない。

2) なかよし学級が減っている。

・なかよし学級が閉鎖されたため、普通学級へ入っても不適應となり、島外の養護学校へ行かざるを得ない。

・なかよし学級のない校区のこどもは、島外の養護学校へ行かざるを得ない。

3) 島内に養護学校がない。

・肢体不自由児は、大島養護学校では受け入れられず、鹿児島県の施設へ行かなければならない。障害児は、島をでるか、訪問教育の二つに一つの選択しかできない。

4) 訪問教育の先生が少ない。

5) 親の高齢化。

6) 障害者の働く場所がない。

6. ネットワーク作り

保健婦が中心に「地域療育の集い」を行ない、我々は彼女らをサポートしてきた。5であげた問題点もこの会で話し合い、でてきた問題点であり、これについては鹿児島県の行政、教育方面に働きかけなければ、解決しない問題ばかりである。参加者は、この会の必要性は十分理解しているが、問題を見つけるばかりでは解決しないし、せっかく発足した離島で初めての地域

療育のネットワークなので、今後も維持につとめることが重要である。

7. 提言

1) ネットワークの維持には、中心となる人が地方公務員の場合が多いので転勤すると活動が停滞することがあり、地域に根ざしたものにするには患児側にも中心になってもらう必要がある。

2) ネットワークの窓口をはっきりさせ、一般にも広く知られることが必要である。

3) 活動の成果を、学会などで発表し、行政側にも認めてもらうよう働きかける必要がある。

4) 在宅人工換気療法を可能とするために、まずは継続的な医療が島内で受けられる環境整備から考えなければならない。

おわりに

鹿児島県の離島を含めた在宅障害児の環境を調査した結果、いろいろの解決すべき問題があることがわかった。地域ネットワーク作りを推進し、医療環境を整備し、在宅人工換気療法が離島でも可能となるよう、関係機関の連携をはかり努力する必要性を痛感する。



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



はじめに

鹿児島県下の地域リハビリテーション(療育)のシステムは、早期発見・早期診断の部分では一応の形ができているが、早期療育の場は乏しく、地域差がある。早期診断から早期療育への流れをスムーズにし、在宅あるいは病院から自宅へもどろうとする障害児が、在宅人工換気療法患児も含めて安心して生活できるようにするためには、地域に住む療育関係者や療育機関が緊密に連携することが不可欠である。そこで、我々はネットワーク作りに取り組み始めた。

平成4年度は、鹿児島県下を16ブロックに分けて、療育機関、理学・作業療法士、言葉の教室、地域親の会、親子教室、おもちゃライブラリーなどの状況を調査した。すべて、鹿児島市を中心として存在していたが、地域親の会や親子教室は地域への広がりを認めた。このような患児側からの動きが、ネットワーク作りの原動力となる。平成5年度は、これらの機関の連携がとれて機能している地域がどれほどあるか、そして、ネットワークの必要性を感じている地域の人達への支援を行ない、各ブロックのネットワークを整備していくことを目標とした。