

# 北九州市における早期療育システム

北九州市立総合療育センター

高松 鶴吉 平嶋 ヨシ子  
中川 万里子 田代 多恵子

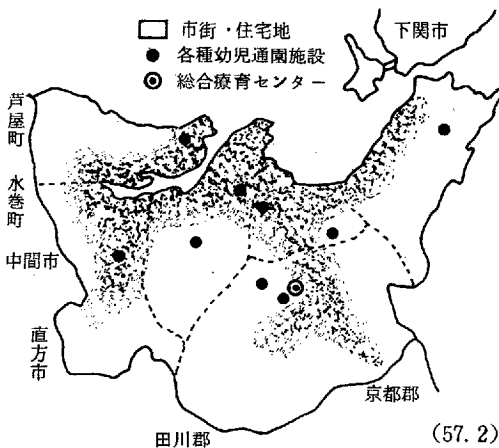
## 1. 目的

早期療育の方法に関する研究には、まず療育の技術に関する研究がある。しかしそのほかにも、現実になんをどのようなスタッフでどのようなプログラムですすめるか、という課題、またある地域でどのようにシステム化するという課題がある。

私達は昭和53年秋より、試行錯誤的に早期療育の総合的展開を、北九州市という人口100万余の都市において行ってきている。これはシステムに関する実験的研究の一つのモデルともいえるので、これをとり上げてみたいと思う。

## 2. 地域特性

当市は、門司、戸畑、若松、小倉、八幡という、それぞれ性格も歴史もことなる5つの地方中小都市の合併で生まれた。合併は昭和39年に行われ、合併後政令都市となった。



都市構造上はそれらの各都市群が、それぞれの中心部をのこすが、徐々に小倉、八幡西部に新都心が形成されつつある。住宅地は小倉南部、八幡西部に展開中で、市内部における人口移動はみられるが、市全体としてみれば他地方からの転入転出は多くない。

当市の人口は昭和56年で、およそ107万である。これは10年前（昭和46年）の人口104.5万と比較すれば、わずかに2万5000人の増にすぎず、また年間の転入出は7~8万人という事実と合わせると、人口動態の少ない都市であるといえる。このことは長期展望を容易ならしめる点で、福祉政策立案上有利である。

一部農村地帯をのぞけば、大部分が市街地でその面積は東西32km、南北32.5kmであり、都市交通網の整備などもあって人々の移動も容易である。このこともまた通園を主体とする幼児の療育上有利な点となる。

当市における障害児療育の歴史は古く、昭和32年に精神遅滞児の通園施設がつくられたが、これはわが国でつくられた最初の一つである。特殊教育の面では病虚弱養護学校が昭和22年に開校した。これもわが国最古のものである。また精神遅滞児の特殊教育は昭和23年に開始されている。

北部九州は炭田もひかえた重工業地帯の歴史があり、そのため整形外科領域の医療は古くより盛であった。また小倉には九州労災病院があって以前よりリハビリテーション医療の実践があり、PT、OTの養成校もわが国では東京につぎ、二番目に昭和41年に開校している。これらの障害医療に関する歴史もまた

障害児の早期療育展開のため有力に働いた。

出生数は全国の動態と同じく、漸減の傾向にあり、最近では1万4,000人程度となった。

これは10年前のほぼ4分の3である。

表1 北九州市年間出生数

年度	出生率	年度	出生率
45	19,497	51	17,308
46	19,787	52	16,066
47	19,995	53	15,731
48	19,845	54	15,081
49	19,043	55	14,154
50	17,808		

### 3. 既存の障害幼児療育システム

後期幼児期（3～5歳）の障害児に対する療育システムは、当市ではほぼ完成、定着している。すなわち精神遅滞児の通園施設は7カ所、定員数230名、そのほか表2にみられるように各種の通園システムが存在し、これらの定員数は合計300名程度である。このほか普通児コースへ進むものは140名程度と推定される。また一方種々の事情により在宅を余儀なくされる幼児に対しては、4名の指導員による在宅訪問教育事業が実施されており、

表2 北九州市障害幼児（3歳以上）の療育実態

（昭和56年度）

※印 教育関係施設

	施設名	定数
精神遅滞	第2のぞみ学級	20
	光の子学園	30
	ひまわり学園	30
	第2ひまわり学園	50
	第3ひまわり学園	30
	第4ひまわり学園	50
	※戸畑幼稚園（4～5歳）	20
	計	230
肢体不自由	足立学園通園部（ ）内実数	30(38)
難聴	※小倉聾学校幼稚部（3～5歳）	30(16)
	みどり園	20
盲・弱視	※北九州盲学校（5歳のみ）	(1)
	洗心学園内通所指導	7(3)
	計	305

普通児コース	約	140
在宅訪問教育事業	実数	22

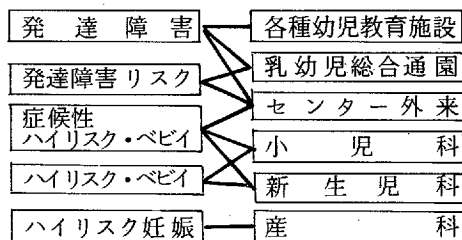
そのサービスをうけるものは昭和57年1月現在で22名である。

この後期幼児期において、なお検討を要するのは、重症幼児に適した療育システムの検討、普通児コース選択に関する両親、施設双方への適切な指導、助言などである。しかしいずれにしろ基本的な路線は確立し、当市の後期幼児期における障害児はほとんど児童相談所の掌握するところとなり、ほぼ適切な指導下にあるといえよう。

### 4. 早期療育の展開

従って、当市では前期幼児期（0～2歳）の療育のシステムが求められた。すなわち症候性ハイリスクベビーの段階から、発達障害の状態像が確立するまでの期間への対応である。この時期から診断、治療、訓練、相談、保育などの諸サービスが適切にあたえられることが好ましい。

図2 発達過程とその対応



57.2

図2は、これらの関係を模式的に示したものである。新生児科、小児科のケアにひきつづく、診療・訓練という病院外来形態および乳幼児期の総合的ケアとしての「通園」事業が、計画され実現した。図3は、この早期療育を含む総合療育センターの機能を地域の関連機関と共に、一つのシステムとして表示したものである。

開設以来、主として発達障害を疑われて総合外来を受診したものは2,860名で、その中、市内居住者は1,894名（全体の67%）である。また市内居住者に占める3歳未満児は1,134名で、これは市内児童の60%にあたる。この

図3 北九州市における総合療育センターの役割

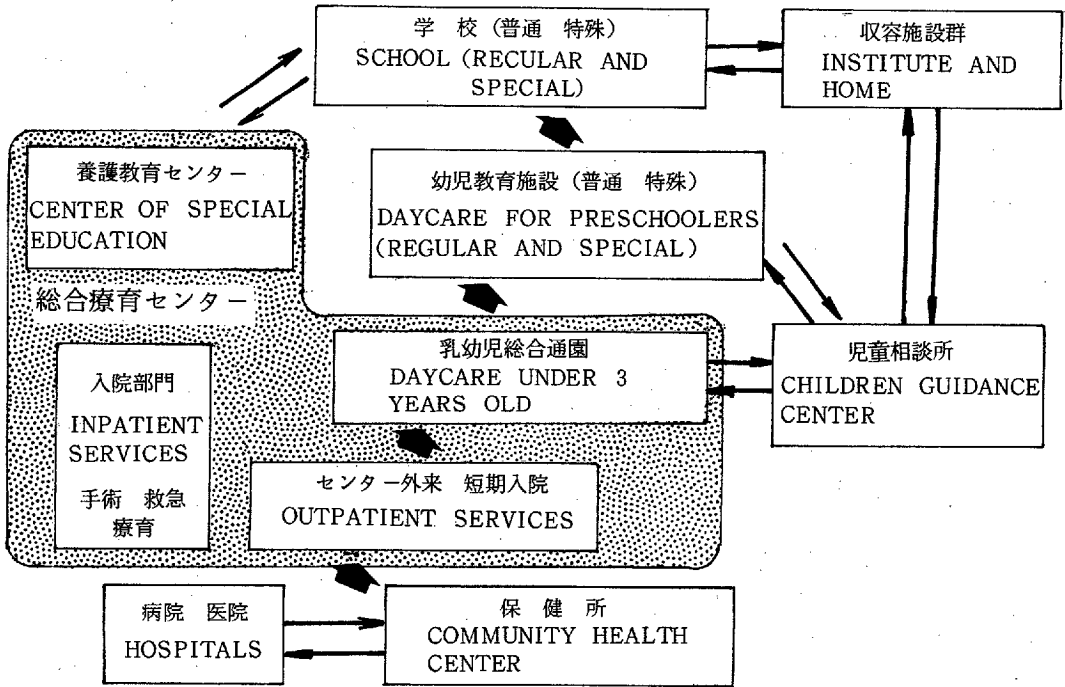


表3 総合外来受診数 (単科受診をのぞく)

	総数	市内総数 (%)	市内児童	
			3歳未満 (%)	3歳以上 (%)
5 3. 12	30	17(57)	11(64)	6(36)
5 4. 1~12	935	624(67)	359(57)	265(43)
5 5. 1~12	872	613(70)	359(58)	254(42)
5 6. 1~12	1,023	640(63)	405(63)	235(37)
計	2,860	1,894(67)	1,134(60)	760(40)

1,134名の児童が、診療後、放置、定期的観察、指導、治療、集中訓練などのコースにより、外来にて継続的な管理を受けることになる。

またこれらの患者の受診経路は、医療系からの直接紹介が72%、とくに1歳未満では80%を占め、当初の期待どおり病院・医院から送られる二次的病院としての機能、および乳幼児検診後のフォロー機関としての機能を果たしていることがうかがえる。

なお単科診療をふくむ総外来患者延数は1年間に4万6,000名程度であり、多くの障害児達が治療・訓練を受けている。

表4 市内3歳未満児 (総合外来受診)

の受診経路 53.12~56.12

	保健所・病院・医院 (%)	施設・児相など (%)	その他 (%)	計
1~2歳未満	251(72)	24(7)	73(21)	348
2~3歳未満	112(52)	32(15)	71(33)	215
計	822(72)	66(6)	246(22)	1,134

## 5. 乳幼児総合通園施設

### a 必要性

一般の外来訓練のほか、通園形態をつくることは、私達側からすれば、1. 組織上複雑になりすぎる。2. 職員の労働が時間的、空間的に集約され、制限されるなどの難点があった。しかし一方児童側に立てば、1. 障害が二つ以上の場合には外来システムではプログラム化しにくい。2. 親が孤立化し集団化されにくい。3. バス、給食の便がない。4. 指導上児童を集団化する場が欲しい。5. 保

育的ケア、指導の必要がある。などの利点がある。なかんずく、障害を個別的に訓練、治療するという外来治療システムよりは、障害児を全体的にとりあつかうことが可能な通園システムの方がこのましいとの判断があった。

実際には、当市では3歳未満児の医療費は公費でカバーされて個人の負担はなく、一方通園では措置費の自己負担金があり、最高毎月1万3,200円、平均5,000円程度の個人負担がある。にも拘らず大多数の親は通園を希望し、また現在まで通園に在籍した303名中、親の意志で通園を中止したものは5名にすぎない。

## 6. 児童の実態

在籍児童303名(現在在籍中のものも含む)を主症状でわけてみると、精神遅滞が40%、重症児を含む肢体不自由が37%、聴覚言語障害が12%、行動異常が11%となる。またそれらの児童の当センター初診時の平均月齢は、肢体不自由で7ヶ月、精神遅滞で11ヶ月(うちダウン症は8ヶ月)、聴覚言語障害が17ヶ月、行動異常が23ヶ月である。行動の異常は1歳半をすぎて気がつくものが多く、また精神遅滞も気づかれずにすごすことがあるので、この両者の初診月齢がおくれるのはやむをえないとしても、肢体不自由、ダウン症、難聴などの初診月齢はなお高く、満足できない。なお初診から入園までの期間は殆どの症例で外来訓練が実施されているが、この間数ヶ月の期間があるのは、親の障害受容の問題、通園システムへの理解の不足、対応する私達の体制づくりのおくれなどによると考えられる。初診時より障害がはっきりしている重度のCP、ダウン症などは、漸時初診より入園までの期間を短縮していきたいと考えている。

表6は、この乳幼児総合通園施設に通園している児童の問題点とその頻度を示す。

この時期の児童は虚弱、けいれんなどの小児科的問題をもつものが多く、表の末尾に書

表5 乳幼児総合通園施設在籍児童の主症状別数・初診・入園月齢

主症状	数	%	初診月齢	入園月齢
精神遅滞 ダウン症は( )	121名 (40)	40	11 (8)	20
肢体不自由 (重症児を含む)	114	37	7	20
聴覚言語障害	36	12	19	24
行動異常	32	11	23	27

53.11～57.2.303 症例

表6 乳幼児総合通園施設在籍児童の問題別症例数

一般健康	虚	弱	55名	18%							
	け	い	れ	ん	80	26					
	先	天	性	心	疾	患	220	7			
	成	長	障	害	61	20					
小	頭		85	28							
	口	腔	内	疾	患	244	81				
口	口	蓋	裂	10	3						
	視	屈	折	異	常	185	61				
白		内	障	3	1						
皮		質	盲	(疑を含む)	13	4					
運	粗	大	運	動	障	害	・	遅	滞	165	54
	巧	緻	運	動	障	害	・	遅	滞	265	87
聴	言	語	障	害	・	遅	滞	288	95		
	難	聴	37	12							
臨	精	神	遅	滞	239	79					
	行	動	遅	滞	39	13					
床	緊	急	入	院	57	名	死	亡	5	名	

(53.11～57.2)

いたが57名が緊急入院し、5名が死亡している。障害乳幼児の通園療育は、年齢が小さい程、また障害が重度である程、小児科ケアを必要とすることが理解できる。また、年齢とは関係しないが、脳性障害児では、視覚系、口腔系にも問題が多発しており、メディカルケアの必要性が示唆される。私達では同じ建物内に診療各科の外来部門があり、通園児童は必要に応じ外来を受診しているが、その受診回数は多い。このようなメディカル・サポートはこの時期の通園療育にとっては必須の

ものであることを強調しておきたい。

一方、運動面、精神面、言語面でもそれぞれ過半数の児童が問題をもつことが示されている。すなわち、肢体不自由のみの児童、精神遅滞のみの児童はこの年齢ではほとんど例外に近く、未分化の複合障害像を呈するのが一般的である。それゆえ、より年長の、分化して主症状別に分類されうる児童とは異なり、ここでは主症状別クラス編成は事実上成立しない。

### c クラスの編成

現在では表7のように、児童の状態により類似集団をつくり、7種14クラスにわけて療育を実施している。

表7 乳幼児総合通園施設 クラス編成

クラス別	児童数	クラス	職員数				
			保母	PT・OT	ST	AT	心理
歩行可能・精神遅滞	18	2	4		1		1
歩行不安定・精神遅滞	21	2	3	1	1		1
座位レベル	42	4	2	2	1		1
臥位レベル	34	3	3	4	1		1
難聴	14	1	4				2
多動傾向	10	1	3	1	1		3
対人関係障害	7	1	2	1			2

(57.2.現在)

53年11月に発足以来現在までの児童と職員数は、表8のように漸増し、昭和57年度より児童数は最終定員の150名となる予定である。職員の中、訓練、心理スタッフは外来との兼務、保母は通園専任である。

また、このような多専門職種による療育は実際に実施してみるとプログラム化しにくい面がある。私達は当初、教室巡回方式ともいふべき編成をしたが、これでは単なる個別訓練の連続的組合せにすぎず不満がのこった。そこで54年度は、特殊な個別訓練のはこしたが、できるだけ多専門職種によるグループ訓練という形式をとり、これを55年度も発展させた。しかし、この方式は訓練スタッフ側から

表8 経年度の児童・職員数

— 乳幼児総合通園施設 —

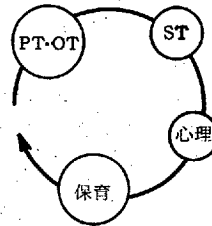
	最終 児童数	職員数			
		保母	PT・OT	ST・AT	心理
53年度	58	3	3	1	1
54	115	8	5	4	3
55	131	12	5	5	3
56	146	15	6	5	3

(57.2.現在)

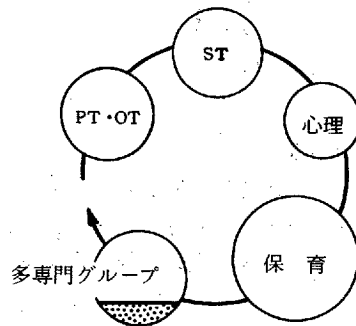
すると十分に専門療育技術が発揮できないという不満を生み、一方では保母の知識技術の向上もあったので、多専門グループ訓練に参加する訓練、心理スタッフの数を減少させ、グループ訓練の主力を保母におくことにした。このことにより訓練、心理スタッフの個別訓練の頻度も増加し、今後はこのような形式を定着していけると考えている。

図4 クラス編成の変遷

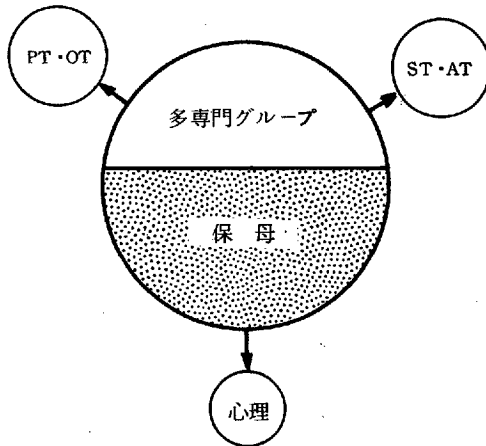
53年度 児童数 58名



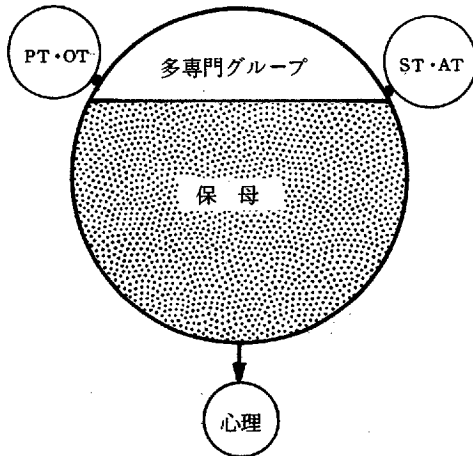
54年度 児童数 115名



55年度 児童数 131名



56年度 児童数 146名



#### d 通園療育目標

当初発達促進のみが目標であると考えたが、児童の多くは生活のリズムが成立しておらず、病弱であり、また両親の精神的動揺、不安も少なからずみられたので、次の三つを目標として設定し、現在にいたっている。

(i) 障害を受容した、精神的に前むきな家庭をつくる。— できれば期間中に、長期展

望にたつ家族計画が考えられるように、—

(ii) 生活のリズムを確立する — 快食、快眠、快便の確立、皮膚の鍛練、はげしい運動と十分な休息など。

(iii) 感覚 運動、認知 情緒の発達をはかる。

#### e クラス別プログラム

7種14クラスにわけているので、7種の年間目標を立て、それに従い14のプログラムを作成している。(略)

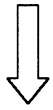
#### f その他

月末評価会議 プログラムミーティング、運営会議などを持つほか、所長が週1回5名程度の個別ケースの診療を行い、ひきつづいてケースカンファレンスを実施し、医療の情報、訓練、心理、保育の情報をまとめ、全体的な目標と計画の設定を行っている。



## 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



### 1. 目的

早期療育の方法に関する研究には、まず療育の技術に関する研究がある。しかし、そのほかにも、現実になんをどのようなスタッフでどのようなプログラムですすめるか、という課題、またある地域でどのようにシステム化するという課題がある。

私達は昭和 53 年秋より、試行錯誤的に早期療育の総合的展開を、北九州市という人口 100 万余の都市において行ってきた。これはシステムに関する実験的研究の一つのモデルともいえるので、これをとり上げてみたいと思う。