

山間地で実施した出張療育指導

— 過疎県での家庭療育システム化の検討 —

島根県立中央病院

木 佐 俊 郎 森 山 稔 子
山 根 巨 州 富 永 積 生
中 尾 安 次

研究目的

人口希薄で交通の便の悪い広い山間部をもつ過疎県の早期家庭療育システムについて検討してきた。56年度は当県立中央病院における全ての種類の発達障害児にも対応できる家庭療育指導システムの現況と成績を報告した¹⁾。57年度は次の3点についてモデル地区を設定して検討した。

①. 「テキストを使った家庭療育指導」法²⁾が、本院への通院条件の悪い山間地へ出張して可能かどうか。②. 同法が保健婦の訪問指導によって可能かどうか。③. 本院で個別療育指導を受けている親子を地域の中でつなぎ、集団の中へ児を促していくために「集団療育教室」が山間地で、地域の人的・社会的資源を利用して実施できるかどうか。

以上の結果をふまえて過疎県の家庭療育システム化の一私案を示したい。

対象と方法

①. K町（人口約6,500人、本院まで車で1時間40分～2時間）の障害児5名（表1）に対する個別療育指導（著者により月1回1人当たり40分、指導内容は当院でのプログラム²⁾に準ず）と母親教室（ビデオ、講義・話し合い等）。会場は公民館の2室を利用。スタッフ12、医師1名、保健婦2名で、適宜、児童相談所心理判定員、地元の保母の協力も得た。運営費用はK町が出費した。

表1 個別療育指導の対象児と指導成績

症例	診断名	合併症	指導開始前			指導開始後		
			生活月齢	発達月齢	発達指数	生活月齢	発達月齢	発達指数
M.K	ダウン症候群 (21-トリソミー)	なし	42	26	61	49	32	65
M.H	ダウン症候群 (21-トリソミー)	なし	64	29	45	70	36	51
K.S	発達遅滞	なし	14	11	79	21	18	86
M.O	頸髄損傷 (分娩時)	四肢麻痺 (下肢>上肢)	24	17	64	33	23	72
A.I	西側ステージ ウェーバー症候群	てんかん・先設 院・線内障	23	6	26	33	6.5	20
T.K	家族性精神遅滞	なし	10	5	50	22	14.5	66
K.N	発達遅滞	点頭てんかん	34	23.5	69	42	31	74
N.N	精神遅滞	なし	28	17	59	-	-	-

②. 3地区（本院までの距離は車で1時間40分～3時間半）の3名の発達遅滞児に対する保健婦による訪問療育指導（月1～2回）。

③. U地区（10か町村、人口約6万人）の障害児26名（ただし開始時は20名——表2）に対する集団保育・父兄教室及び個別療育相談（適宜行なう）を月1回、3時間半の日程で実施した。会場は福祉センターまたは児童館を利用した。スタッフは、保健婦（U保健所、各市町村）、保母の資格をもつ家庭相談員、児相心理判定員、S精薄施設指導員で、これに保護者代表を加えて運営した。プログラムは表2に示すような流れで行なった。

表2 U地区療育教室の流れ

時間	活動	
10:00	登園 自由あそび	↑ 個別 指導 ↓ (適 宜) ↑ 話し 合 い (保 護 者) ↓ 学 習 会
10:40	設定あそび	
11:30	片づけ・用便・手洗	
11:55	昼食	
	休息	
13:30	降園	
(14:30)	運営委員会	

このU地区療育教室の参加児は表3に示すが、集団の場としては初めての参加となる児が11名いる。表5に示した20名の児以外に6名の追加があつてであり、これらの内5名はそれまで在宅で何らの指導も受けたことのないグループで、療育教室が初めて参加する療育の場となった。表3の20名はいずれも当院で個別指導を受けた経験のある児である。M.T以下の9名は地元の保育所に入所しているが、このグループを療育教室の参加対象に加えて、

表3. U地区療育教室の参加児（開始時）

症例	診断名	合併症	生活月齢	発達月齢	発達指数
R.F	単純性精神遅滞		32	19	59
G.U	ダウン症症候群		12	9	75
T.O	精神遅滞	難治てんかん	58	22	37
E.K	精神遅滞	小体症	41	28	68
T.M	家族性精神遅滞		28	20	72
M.F	クルーゾン病		40	29	72
T.K	家族性精神遅滞		22	15	67
T.S	単純性精神遅滞		40	22	55
S.H	脳性麻痺	精神遅滞	24	12	50
H.T	脳性麻痺	精神遅滞	15	6	40
M.Y	脳性麻痺	精神遅滞	18	11	61
M.T	自閉性精神遅滞	軽度難聴	44	22	50
J.K	アペルト症候群		51	26	51
H.O	家族性精神遅滞		41	29	70
H.W	単純性精神遅滞		76	33	43
E.S	精神遅滞	てんかん	71	32	45
S.F	ソッタス症候群		49	33	67
S.T	ダウン症候群		54	26	48
N.M	単純性精神遅滞		46	25	55
T.K	精神遅滞	多発小奇形	56	30	53

保育に一定慣れた児で集団の核をつくっていくことをねらった。

④. ①～③の各指導形態での発達促進効果の検討は発達テスト（津守式又は新版K式）で行なった。しかし、U地区の場合は、57年9月からの療育教室の開始と追跡期間も短くテストの再検は行なっていない。そこで我々は、U地区の療育教室で、教室参加前後での育児態度や障害の受容・理解度の変化を知る目的で表4に示すような意識調査を行ない得点化して比較検討した。

表4 保護者への意識調査（主要項目のみ）

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 障害に対する正しい考え方、受けとめ方ができているか。 2. 子どもへの基準のおき方は正しいか。 3. 子どものペースを知って子育てをすすめているか。 4. 子どもの小さな反応や意志表示をとらえられるか。 5. 次のようなことがあったか。 <ol style="list-style-type: none"> ① 発達（成長）へのあせり ② 感情的にしかる ③ 子どもの前でぐちをいう 6. 療育教室についての意見・要望 |
|---|

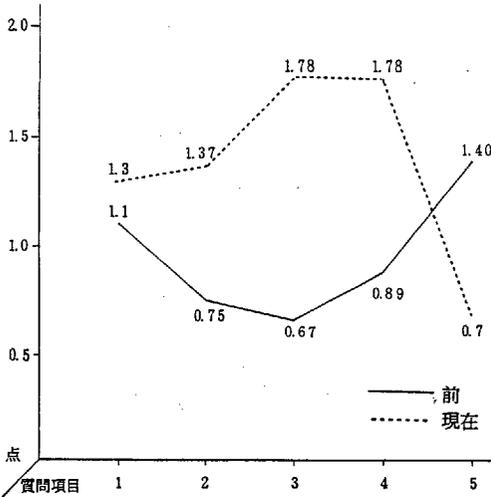
成績

1) K町の出張療育指導により5例中4例で発達率が上昇した。表1で、ケースM.Oは他の整肢学園でPTに通院中であるが、ADLに結びつけ知的発達も考慮した指導をした結果、発達指数が著明に上昇した。

2) 保健婦による訪問療育指導を受けた3名中2名で発達率が著明に上昇した。残る1名は追跡期間も短くチェックしなかった。

3) U地区療育教室はこれまでに6回開催され各回平均79%の出席があった。図1に、4回以上出席のあった15名の親に対して行なった意識調査の結果を示す。質問1～4の回答を0, 1, 2点と得点化した（得点が高くなるほど親の態度は良好になる）。いずれの項目も参加前より現在のほうが得点が高くなっており親の態度は良好な方に変化している（質問3, 4は有意差あり $P < .05$ ）。質

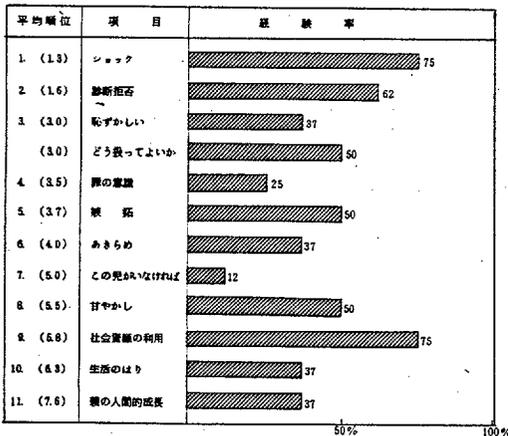
図1 療育教室参加前後の親の養育態度の変化



問5は、子供の養育にマイナスとなる項目を3つあげており、得点が高いほど子供への接し方が良くないということになる。参加前より、現在のほうが、その得点が低くなっており、マイナスの態度は少なくなったことを示す。質問6では、親同士が知り合いになれてよいが60%、子供同士の育ち合いが期待できるが90%、遊ばせ方がわかっていいが30%の親が答えていた。

障害の受容過程は、図2で示すように、ショック→診断拒否→悲嘆・苦悩→過保護と排斥→適応（正しく理解）を経ており、75%の親が社会資源の利用の必要性を感じずという積極的なレベルへ達してきている。

図2 親の障害受容過程



4) いずれの個別療育指導の形式においても支障となったのは遊具・教材の不足であった。このため指導に具体性が欠け理解され難い傾向があった。保健婦の訪問指導ではこれを家庭用品などでカバーした。

考察

1) 出張して行なう個別療育指導について「テキストを使った家庭療育指導」法は院外の山間地へ出張して行なっても可能といえよう。例数は少ないが、指導成績についても本院へ通院して指導を行なった場合の成績に劣らなかった。そこで、今後この方法で院外で行なう場合の適応をはっきりさせておく必要がある。第1の場合は、遠方で通院困難な児が一定地域に5名以上いるとき。第2には、親の意識が家庭療育指導を必要と感じていても病院まで出かけてその指導を受けるところまで達していない場合である。それまで療育機関にはかかっておらずU地区療育教室での個別指導が初めてという児が5名いたのはこの例に相当する。

K町で行なった指導をアシストした保健婦の力量があがり、「家庭療育指導員」としての役割も今後発揮できるところまでこの1年間で到達したのは、K町療育指導の副次的成果といえる。

2) 保健婦の訪問療育指導について、出張療育指導を組めない地域で通院が困難な発達障害児の内、精神遅滞児については少なくとも保健婦の力量で家庭療育指導の一翼を十分に担えることが示された。ただし、その場合でも発達診断の結果をふまえ、テキストのページ数の指定、指導方法の紹介などの援助を当院から行なっている。

3) 集団療育教室の位置づけ
本方式は県内の4か所の児相と1市1町での計6か所で行なわれてきた月に1~5回の母子通所事業の空白地帯（まだ県内には圧倒的に多い）を埋めていく事業として開始した。

本事業を通して、通院による個別療育指導だけでは得られない成果が期待できる。例えば、統合保育の前段階として位置づけることにより集団への慣れ、親の協力が得られやすくなり保育への導入が容易になる。実際にU教室にはそうした段階の8名の児が参加してきている。また、集団療育教室に集った保護者、スタッフ、ボランティアの集団は、今後児が年長になっていっても何かにつけて力を出し合って地域でとりくむ際の基礎となっていくことも期待できる。

集団療育教室の参加対象で配慮を要するのは重度の肢体不自由を合併しているグループである。これらの児は集団指導にはのりがたいが、グループ訓練形態で親同士の交流を深める場として当面位置づけたい。スタッフの力量が増せば母子分離をはかっていきたい。

4) 遊具・教具・オモチャの不足

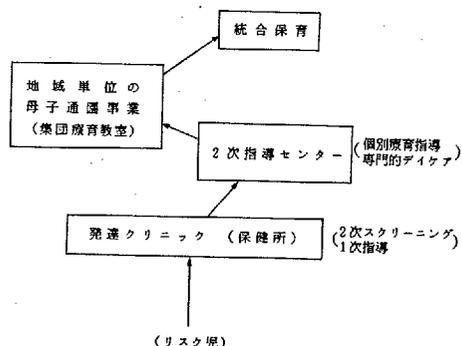
「テキスト」にのっているオモチャのかなり多くのものが玩具屋にないし、感覚統合遊具、知覚運動教具のたぐいは親一人の手には負えない高価なものである。常設の会場もないため大きな遊具もそろえにくい。

この問題を解決するためには、トイ・ライブラリー構想³⁾を実現する必要がある。現在、県内では、I地区の親とボランティアで準備がすすめられている。U地区療育教室に併設してオモチャ借し出しを行なうこと等も今後考えていきたい。

5) 早期家庭療育システムの私案

図3に全ての発達障害児に対応するための骨格となるシステムを示す。この中で「発達クリニック」とは県下の保健所で57年度より開始されたリスク児の2次スクリーニング・1次指導システムである。リスク児とは各地区の乳検や訪問で保健婦が把握した発達に危険性のある児をさす。1次指導とは、リスク児がリスクを軽減するための当面の基本的指導あるいは障害があるとわかったときの病院への検査依頼や2次指導センターまでの適切

図3 療育指導システムの私案



なルートづけ等を含む。

2次指導とは障害児又は障害リスク児への専門的療育指導で原則として個別指導である。発達遅滞児の場合、4歳までを目やすに2次指導センターで対応する。そして3歳前後になった段階で集団の有用な段階に達した児が地域単位の母子通園（集団療育教室あるいは児相の通所事業）を併用し、さらに1～2年後には統合保育につなげていく。

しかし、このルートだけでは対応に限界のあるケースがあることも事実である。例えば自閉症候群の場合には、現在のような月1回程度の個別療育指導でなくもっと頻回に児自身を直接治療する専門ダイケアが望まれる⁴⁾。

4歳以降から就学までのシステムについても統合保育を補う個別指導システムが必要である。ところが、4歳未満の発達障害児の個別療育指導を運動障害以外の分野で行なっている2次指導センターがまだ少なく、まして4歳以上の精神発達のトラブルをもつ児の指導を続けるキャパシティがない。このため当院では統合保育に入った時点で個別指導は終了とし半年～1年毎のフォローにうつっている（自閉症候群、微細脳機能障害、脳性麻痺などは例外）。

したがって、ことばの問題を含んで個別指導の必要なケースは「ことばの教室」へ紹介している。しかし、「ことばの教室」も県内に空白の地域エリアが多く、U地区もその一つであり、また学校区単位の設置であり、校

区外の児が利用しにくいようになっている。
それでも現場スタッフの努力により相談・指導が行なわれているが、障害児教育対象は6歳からという時代錯誤的考え方がなお教育委員会内部にもあり、6歳未満の児のための療育スタッフを教育界から得ることがなおむずかしい状況にある。

したがって、今後はスタッフ配分を収容施設中心から外来中心のスタッフ配分に再編していくことが急務であろう（収容施設は重度化・高年齢化・定員割れという現状にある）。

要 約

過疎県のハンディを補う意味で、出張療育指導、保健婦による訪問指導、集団療育教室事業について実施検討した結果、システムとして機能し得ることがわかった。それらをふまえて一過疎県の家庭療育システム化の一私案を示した。現実的な私案として検討されていくことを期待したい。

文 献

- 1) 木佐俊郎, 森山稔子, 山根巨州他: 発達障害児に対する早期家庭療育指導——過疎県での療育システムの一考察——, 昭和57年度厚生省心身障害研究報告書「長期疾患療育児の養護・訓練・福祉に関する総合的研究」, 47-53, 1982
- 2) 木佐俊郎, 森山稔子, 山根巨州他: 精神遅滞児に対する家庭療育指導, 総合リハ, 9 (11) ; 867-872, 1981.
- 3) 渡部勤持, 古川宇一, 飯野美智恵, 中根一男: 障害児とおもちゃ——Toy Libraryを中心に——, 障害者問題研究, 19, 56-62, 1979,
- 4) 木佐俊郎, 森山稔子, 山根巨州他: 総合病院における小児自閉症治療の進歩, 島根県中病医誌 10 (1). ———, 1983.



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



研究目的

人口希薄で交通の便の悪い広い山間部をもつ一過疎県の早期家庭療育システムについて検討してきた。56年度は当県立中央病院における全ての種類の発達障害児にも対応できる家庭療育指導システムの現況と成績を報告した。57年度は次の3点についてモデル地区を設定して検討した。

・「テキストを使った家庭療育指導」法が、本院への通院条件の悪い山間地へ出張して可能かどうか。

・同法が保健婦の訪問指導によって可能かどうか。

・本院で個別療育指導を受けている親子を地域の中でつなぎ、集団の中へ児を促していくために「集団療育教室」が山間地で、地域の人的・社会的資源を利用して実施できるかどうか。

以上の結果をふまえて過疎県の家庭療育システム化の一私案を示したい。