長崎県巡回療育相談の変遷 —離島を多く抱える地域での療育—

History of Medical Education Consultation for Children with Physical Disability in
Nagasaki Prefecture

岡野邦彦^{*1} 穂山富太郎^{*2} 川口幸義^{*3}
Kunihiko Okano Tomitaro Akiyama Yuki Yoshi Kawaguchi

山口和正^{*4} 二宮義和^{*5} 岡本義久^{*6}
Kazumasa Yamaguchi Yoshikazu Ninomiya Yoshihisa Okamoto

Abstract

Objective : The Nagasaki Prefectural Centre of Medicine and Welfare for Children was established in 1954 as a center for children with physical disabilities in Nagasaki prefecture. Medical education consultation in the local area of Nagasaki prefecture was started in the following year.

Methods : We examined the number of patients and the area selected for this project over the recent 36 years. Documents from the center's library were examined, and orthopedic physicians who had previously participated in the project were interviewed.

Results : The number of patients and visiting areas in the project continuously decreased. This patient tendency was caused by the declining birth rate in Japan and the satisfaction from human services in local areas. The decrease in the number of local areas visited was affected by the financial administration of our center and the development of a traffic network in the mainland of Nagasaki prefecture. Health visitors now working in the island continue to require visits to pediatric specialists from the mainland twice a year. The number of visits to four selected isolated islands has been maintained till date.

Conclusion : Medical support from the mainland is necessary for isolated islands because of the absence of physicians, especially those for children with physical disabilities, and visiting the hospital in the mainland by airplane is difficult for these children.

2019年2月20日受付, 2019年9月25日受理, 2020年5月14日J-STAGE 早期公開

*1 長崎県立こども医療福祉センター整形外科 (〒854-0071 長崎県諫早市永昌東町 24-3)
Department of Orthopaedic Surgery, Nagasaki Prefectural Centre of Medicine and Welfare for Children

*2 長崎市障害福祉センター (〒852-8104 長崎県長崎市茂里町 2-41)
Nagasaki City Welfare Centre for the Disabled

*3 にじいろ診療所 (〒858-0926 長崎県佐世保市大湯町 50-1)
Nijiirō Clinic

*4 愛泉会日南病院 (〒887-0034 宮崎県日南市大字風田 3649-2)
Aisenkai Nichinan Hospital

*5 みさかえの園総合発達医療福祉センターむつみの家 (〒859-0164 長崎県諫早市小長井町牧 570-1)
Department of Orthopaedic Surgery, The Misakaenosono Mutumi Developmental, Medical and Welfare Centre

*6 岡本整形外科 (〒880-0942 宮崎県宮崎市生目台東 4-18-4)
Okamoto Orthopaedic Clinic

【連絡先】〒854-0071 長崎県諫早市永昌東町 24-3 長崎県立こども医療福祉センター整形外科 岡野邦彦

E-mail : kokano@pref.nagasaki.lg.jp

DOI : 10.2490/jjrmc.19003

要旨

目的：1954年、長崎県の県央地区に肢体不自由児施設、整肢療育園が開設され、翌年から施設職員が県下各地域に出向き、地域の療育関係者の相談に応じる巡回療育相談が開始された。開始から62年継続している本事業に関して、現在までの変遷を調査した。

方法：巡回療育相談に出向いた地域数およびその回数、相談件数を調査した。現存する資料を調べ、過去の巡回療育相談と現在のそれとを比較した。考察に必要な歴史的背景に関しては共同著者を中心に、また各地域での本事業の受け止め方に関しては、巡回療育相談に出向いた際、現地保健師から直接聞き取りを行った。

結果と考察：調査可能であった期間は36年で全期間の58%であった。1980年代は15カ所であった訪問地域数は、離島を中心とした5カ所に減少していた。相談件数は最も多かった1985年と比較して1/5程度となっていた。地域に出向いた回数に大きな変化はなかった。

Key Words

肢体不自由 (physical disability) / 長崎県 (Nagasaki prefecture) / 療育相談 (medical education consultation) / 地域医療 (community healthcare)

はじめに

脳性麻痺などが原因で幼少期から肢体不自由を有する子どもたちには、教育に加え医療的援助が必要となる。

原疾患の根本的な治療は困難であることが多いが、成長に合わせて適切な医療を継続的に提供することで、関節拘縮などの二次障害の発生を最小限に留めることは可能である。発育過程にある肢体不自由児の援助を行う場合、医療と教育分野での連携は不可欠であるため、両者をあわせて実践する「療育」という概念が提唱された¹⁾。

1945年の終戦以後、日本国内では急速に復興が進み、社会基盤が整備されてきた。児を施設に集め収容する形で行われてきた施設内療育は、医療、人的資源の観点からは効率的である。しかし、各人の地域社会とのつながり、家族生活の充実度は施設入所の期間が長いほど低下していく。日本が児童福祉国家の仲間入りを果たすためには、施設内療育から地域療育への比重を高めていく必要があると考えられてきた²⁾。

1954年、長崎県の県央地区に肢体不自由児施設、

整肢療育園が開設された。翌年から施設職員が県下各地域に出向き、地域の医療関係者の相談に応じる巡回療育相談が開始されている³⁾。整肢療育園自体は施設内療育機関であるが、開設目的の中に長崎県地域療育支援が組み込まれていたことがうかがえる。2001年に県療育指導センターと統合し長崎県立こども医療福祉センターへと改変され、小児科医師が増員された⁴⁾ (表1)。肢体不自由に加え、精神発達遅滞などの相談も受ける形で現在まで巡回療育相談は継続されている⁴⁾。開始から62年が経過し、本事業開始の経緯、昔の状況などを知る医師は高齢化している。本事業に関して可能な範囲で聞き取りを行い、現在までの変遷を調査した。

対象と方法

1955年から開始された巡回療育相談に関して、長崎県立こども医療福祉センター図書室に保管されている資料を閲覧した。訪問した地域数、相談件数、出向いた回数に関して調査し、過去の巡回療育相談と現在のそれを比較した。筆頭著者が把握できた結果をセンターをすでに定年退職した整

表1 長崎県立整肢療育園, こども医療福祉センターの沿革

1954年(昭和29年)12月1日	長崎県立整肢療育園開設(病床50床)
1955年(昭和30年)4月1日	併設学校として諫早市立北諫早中学校栄田分校、御館山小学校栄田分校開設
1959年(昭和34年)5月1日	病床50床増床(計100床)
1962年(昭和37年)4月1日	病床60床(母子棟10床含む)増床(計160床)
1962年(昭和37年)5月1日	母子入園開始(期間3カ月)
1963年(昭和38年)3月9日	手術棟を増築落成
1964年(昭和39年)4月1日	諫早養護学校永昌分校設置
1966年(昭和41年)1月28日	整肢療育園島原分園を県立島原温泉病院内に併設(100床)
1974年(昭和49年)	母子入園, 1カ月間コースを設ける
1978年(昭和53年)4月1日	諫早東養護学校設置, 永昌分校廃止
1981年(昭和56年)	母子入園, 1週間コースを設ける
1982年(昭和57年)4月1日	島原通園部を県立島原温泉病院内に設置(3月31日に分園を廃止)
1984年(昭和59年)2月3日	病床を160床から110床へ変更
2001年(平成13年)4月1日	整肢療育園と県療育指導センターが再編統合され, こども医療福祉センターを設置 病床を60床に変更
2001年(平成13年)9月30日	島原通園部の廃止
2005年(平成17年)1月1日	発達障害者支援センター「しおさい」設置

図1 著者らが巡回療育相談にかかわった期間

形外科医師である共同著者(図1)に提示し, 対面, 電話またはメールを使用し質問することで考察に必要な歴史背景の把握に努めた。また, 各地域での本事業の受け止め方に関しては, 筆頭著者が巡回療育相談に出向いた際, 現地保健師に質問をする形で直接聞き取りを行った。

結果

1. 把握できた過去の資料

1981年から現在までを調査することができた。調査可能であった期間は36年で, 全期間の58%(36/62年)であった。したがって, 現在までに実

施された本事業の最近約60%の傾向を解析した結果となる。

2. 訪問した地域数

1980年代は15カ所に出向いていたが, 徐々に少なくなり, 現在は5カ所となっていた。残った地域のほとんどは離島であった(図2)。

3. 相談件数

経年的に減少していた。最も多かった1985年と比較して, 現在は1/5程度となっていた(図3)。

図2 訪問した地域数の推移

図3 相談件数の推移

4. 出向いた回数

ほぼ横這いであった（図4）。

考察

長崎県巡回療育相談の歴史的背景を把握する目的で聞き取りを行った際、離島を抱える地方特有の問題点が多く存在することが明らかになった。地理的特性から発生する移動距離、それにかかる時間、経費は、陸続き地域と比べると格段に多くなる。現在まで相談者数は減少し続けているが、相談が必要な患者は確実に存在する。地域からの要

望、医療スタッフの思いで巡回療育相談が継続されてきたが、各地域での人口の推移、相談件数の変化を加味したうえで、巡回地域、日程の見直しが行われてきた。本項では、諸問題発生の一因となる長崎県の地理的特性に関して記述したうえで、巡回療育相談の変遷および現時点での実際に関して解説する。

1. 長崎県の特徴

1) 成り立ち

対馬府中藩は対馬全域のみならず佐賀県の一部

図4 出向いた回数の推移

を治めていたため、廃藩置県後の第一次府県統合（1871年）では対馬は佐賀県に所属していた。一方、壱岐全域のみならず、長崎県北部を治めていた平戸藩、福江藩（五島列島）、島原藩（島原半島）、大村藩（長崎県央地区）は合わせて長崎県となった。第二次府県統合（1876年）でいったん佐賀県は長崎県に統合される。その後、強力な自主独立運動が佐賀を中心に発生し、1883年に現在の佐賀県のみが長崎県から分離独立してしまった。

明治政府がいったん認めた佐賀県を長崎県に統合した1つの理由は、1874年に発生した政府に対する士族反乱（佐賀の乱）に対する懲罰的措置が挙げられる。すなわち、佐賀県が明治政府に楯突くことなく一時的な長崎県との統合が行われていた可能性が高い。以上の歴史背景から、壱岐、対馬は立地上、福岡県や佐賀県に近いにもかかわらず長崎県に所属している。

2) 地理 (図5)⁵⁾

佐賀県と隣接する他は周囲を海に囲まれている。その多くは複雑に入り組んでいるリアス式海岸である。海岸線の総距離は北海道に次ぐ2番目の長さで、北方領土を除いた場合、全国1位の長さとなる。

面積が北海道の1/40、全国37位ということ considering すると、その入り組み具合が容易に想像できる。そして、県内では海岸線からの距離が15 km以上の地点は存在しない。

長崎県には971の島がある。そのうち53島が法指定有人島であり、その合計面積は県全体の38%に相当する。また、長崎県の法指定有人島面積は全国のその30%を占める。人が住んでいる全国の島の3割が長崎県に所属していることになり、島が生活の拠点として広く活用されていることがわかる。また、佐世保港の外側から25 kmにわたる領域は、数がたくさんあるという意味で九十九島と呼ばれるが、実際は208の島々が点在する。

これら地形的特徴により83カ所に港湾が点在しており、その数は国内の7.4%に上る。各港湾周辺に住む人々の健診、医療、福祉を県全体で考えた場合、陸海空の交通網の充実が課題となる。

3) 交通 (図6)⁵⁾

A. 陸路

1982年に長崎県初の高速道路が長崎市-大村間で開通した。1990年には大村-武雄間が開通し、すでに佐賀県まで開通していた九州自動車道と連結し、長崎自動車道が完成した。また、武雄から

- ・面積 37位 (4,132 km²)
1位 北海道: 83,424 km²
- ・島の数 1位 (971)
2位 鹿児島: 605
3位 北海道: 508
- ・海岸線の長さ 2位 (4,183 km)
1位 北海道: 4,460 km
3位 鹿児島: 2,665 km

図5 長崎県の地政学的特徴

病院公用車

ジェットフォイル

小型プロペラ機

図6 長崎県立子ども医療福祉センターから現地会場までの移動経路

表2 長崎県法指定有人島の人口推移（単位：人）

地域	1960年	1970年	1980年	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年
対馬島	69,556	58,672	50,810	46,064	43,513	41,230	38,481	34,407	31,457
壱岐島	50,497	42,983	41,035	37,308	35,089	33,538	31,414	29,377	27,103
平戸諸島	33,937	23,520	17,787	14,752	13,526	12,156	10,275	8,694	7,486
五島列島	144,016	115,411	99,087	86,266	81,140	76,092	69,804	62,696	57,045
壱浦大島	2,302	1,525	999	722	674	578	475	413	325
松島	6,350	8,519	7,789	5,524	4,478	3,588	1,149	898	664
高島	20,938	17,415	6,596	1,256	1,019	900	722	498	382
離島計	327,596	268,045	224,103	191,892	179,439	168,082	152,320	136,983	124,462
離島人口割合	18.6%	17.1%	14.1%	12.3%	11.6%	11.1%	10.3%	9.6%	9.0%
本土人口	1,432,825	1,302,200	1,366,461	1,371,067	1,365,495	1,348,441	1,326,312	1,289,796	1,252,725
長崎県計	1,760,421	1,570,245	1,590,564	1,562,959	1,544,934	1,516,523	1,478,632	1,426,779	1,377,187

佐世保地区へ西九州自動車道が1989年に開通し、平戸、松浦地区への移動時間が2時間30分に短縮された。以前は一般道路を使用していたため4時間かかっていた。

B. 海路

1990年、長崎-五島間にジェットフォイルが就航する。客船で4時間、フェリーで3時間かかっていた道のりを90分に短縮する高速連絡船の登場である。その後、上五島へも就航し、巡回療育相談に出向く4島のうち唯一、毎回この船での移動となっている。

C. 空路

現在、壱岐（2001年～）、対馬（1977年～）、五島（1963年～）の3島へは全39席の小型プロペラ機での定期直行便が維持されており、長崎空港から約30分で到着する。

上五島空港は1981年、フェリーで3時間かかっていた移動時間を30分に短縮する島民の悲願が成就される形での開港となった。山岳地形で平地に乏しいため、山の頂を切り開いて空港が建設された。そのため、日本でも有数の離着陸が困難な空港として知られるようになり、気象条件に左右されやすく安定した就航率が保てない状況となった。また1980年に38,140人だった人口が2005年には

25,039人に減少し、同年度の利用者も約4,700人まで落ち込み、翌年の2006年に廃止された。

4) 人口（表2）^{5, 6)}

長崎県全体の人口減少に比べ、離島のそれは急速に進んでおり、1960年に比べ、約半数に減少している。高島の急激な減少は炭鉱の閉山に伴うもので、単一産業に頼る島の生活環境の不安定さを象徴している。高島の近くにある端島は軍艦島と呼ばれ、かつては海底炭鉱で栄え、多くの高層アパートが建設された。1960年には5,267人が狭小の島に住んでおり、その人口密度は東京特別区の9倍、83,600人/km²に上り、世界一を誇っていた。現在は無人島となっている。

現在でも離島人口は県人口の9%に相当し、全国の離島人口の36%を占める。2016年には国境離島新法が制定され、壱岐、対馬、五島を構成する40島は国の領域や排他的経済水域の保全の重要拠点として特定有人国境離島地域の指定を受けている。これを受けて、島民は飛行機や船での島外への移動には国境離島島民割引運賃が適応されるようになった。

2. 開始当初の巡回療育相談

開始当初、離島への移動は鉄道とフェリーを利

表3 開始当初の相談対象疾患

	ポリオ	脳性麻痺	先天性 股関節脱臼	外傷	瘢痕拘縮	奇形	先天性 内反足	結核性	その他	合計 (人)
1955年11月24～29日 南松浦郡全島	62	25	35	6	5	2	5	5	32	177
1955年11月30日 北松浦、小値賀町	29	14	13	0	2	1	5	0	42	106
1959年2月2～7日 長崎市	61	49	34	0	1	4	1	3	66	218
1959年2月24～28日 佐世保市	86	59	47	11	9	2	14	18	63	309

用していた。壱岐、対馬へは国鉄急行でまず博多（2時間40分）まで行き、フェリー（壱岐：2時間20分、対馬：4時間45分）に乗り換えていた。合計片道所要時間は壱岐会場までが約7時間。対馬へは約10時間を要した。1回の出張の日数が長かった（表3）理由の1つに、現地までの移動時間の長さがあった。

1980年代に入り、相談件数が4倍に増加している（図3）。その理由は、巡回療育相談開始から25年が経過し、その有用性が認められ、要望も多かったため県内すべての保健所を巡回する方針が立てられたためである。この頃の長崎県には、地域に小児専門の整形外科、リハビリテーション科医が存在していなかった。相談を受けるというよりは、県央の小児整形外科医、理学療法士が各地で指導を行う形式で行われていた。また、現在のように県管轄の保健所に集まっていたら、相談を受けようにも自宅から山一つ越えて公共機関で移動せざるを得ない状況であった。そのため、各市町村に本土スタッフが車で出向く形をとっていた。また、1日1～4件の自宅訪問も実施されていた。肢体不自由児への介助法を家族とともに普段の環境で確認することがその目的であった。具体的には、本人の自宅内での移動状況を確認後、移動しやすい家具の配置、要所に手すりを設置するなどの直接指導が行われていた。当時は地域のデイスサービス

などが開始される前で、肢体不自由児の生活時間、空間の多くが自宅内という状況があった。そのため、自宅へ相談員が出向いていた。必然的に相談時間がかさみ、その日のまとめカンファレンスが午後10時になることもしばしばであった。

地域での療育が困難と判断された場合は、長崎県立整肢療育園への入所を勧めていた。園に隣接する長崎県立東養護学校に通学しながら療育が実践されていた。開園当初50床であった病床数も最大で160床まで増加しており（表1）、地域での療育困難な児童が多く存在していたことがうかがえる。また、小学校入学前の児を母親とともに入所させ、療育指導を行う母子入所が1962年から開始されている。3カ月という期間で開始されたが、より短い期間での入所希望が増加し、現在は1週間の入所が最も多い（表1）。期間短縮の背景は、核家族化が進み、母親と本人が入院中、兄弟のお世話をしていた祖父母が各家庭からいなくなったことが挙げられる。1966～1982年まで島原地区の病院内に100床の分園が設置されており、陸続きの半島においても地域療育が困難であった社会状況を垣間見ることができる。設立当初から手術は行われていたが、1963年に県内各地から集まった手術が必要な脳性麻痺児などに対応するため手術棟が新設された（表1）。

図7 巡回療育相談の様子（2018年）

多くの担当者が患者さんを交えながら情報意見交換を行う。

3. 訪問した地域数

訪問した地域数は経時的に減少していた（図2）。以下にその背景について考察する。

1) 社会生活基盤の充実

現在までの30年間に高速道路が整備され、自家用車での長崎県立こども医療福祉センターへの直接受診が容易になった。また、国内各自動車メーカーが家庭用のスライドドア式のワンボックスカーを販売するようになり、自宅からの車いすや装具の積み込み、移動が容易になってきた。また、児童デイサービスが開始され、各市町村での支援体制も確立しつつある。

2) 各地域での会場数の減少

本事業開設当初の資料によると、出向いた地域での会場数が多く、会場間の移動にもかなりの時間を要していたため、滞在日数が現在の倍の5日間であった（表3）。近年にかけて市町合併と保健所統合も進み、それに伴い出向いた地域での会場が集約された。その結果、センター側の移動時間が少なくなり滞在期間も短縮された。

3) 訪問する離島が維持されている理由

陸続きの僻地に比べ、本土との移動が天候に左右される。巡回療育相談に出向いた際も雨風、霧などで往復路の変更を余儀なくされることがあり、

離島在住者の苦労を実感する。立位台などの大型装具は発育に伴い定期的な調整が必要（図7）であるが、これらを伴っての本土への移動は困難である。訪問した地域数が減少する中、壱岐、対馬、五島、上五島の拠点離島への巡回は維持されていた。

4. 相談件数とその内訳

国内での出生数は1981年が153万人、2017年が94万人と大幅に減少している。経年的な相談件数の減少は、子どもの数自体が減少していることが一因と考えられた。また、開始直後の相談疾患には、現在ほとんど相談を受けないポリオ、結核などがあり（表3）、日本社会での公衆衛生、予防医学の成果が反映されている。癱痕拘縮について状況を確認したところ、掘りごたつや火鉢での手足の熱傷の後遺症のことであり、電化製品の普及していない1950年代の僻地の状況を垣間見ることができた。また、当センター入院患者別の疾患数の推移を経時的に観察すると、昭和30年代（1955年～）に約半数を占めていたポリオは1975年にはほとんどなくなっていたが、脳性麻痺に関しては現在まで3割程度を占め続けている（図8）^{7,8)}。

5. 出向いた回数

訪問する地域数は減少しているにもかかわらず、年間の出張回数はやや減少している程度である。1980年代は1回の出張につき3～4カ所で相談を受けていた。すなわち、現地到着後、職員が車で移動しながら相談を受けていた。現在はセンター側の現地での移動を少なくしているため、訪問する地域数自体は減少している。出張回数が現在でも維持されている理由は、地域から年2回の訪問要請があるためである。年1回、本事業の見直しを行う目的で長崎県地域療育担当者会議が開催されているが、2018年度には離島の保健所より以下の要望が挙げられている⁹⁾。「離島では子ども専門

図8 長崎県立子ども医療福祉センターの入院患者数と疾患内訳の推移（該当年の10月1日時点）

母子入所の項目分類は2002年から廃止され、疾患別で登録されている。

の整形外科医師に相談できる機会が巡回療育相談しかありません。重度の障害がある場合、定期的にセンターを受診することは、保護者にとって経済的・身体的負担が大きく、各家庭の諸事情にも左右され、円滑に進まないケースもあります。医師の確保が困難であると思いますが、何卒よろしくお願いします」。

6. 他県巡回療育相談との比較

宮崎県でも、長崎県の本事業を参考に約30年前から地域療育相談が実践されている¹⁰⁾。長崎県との違いは、離島がほとんどない点で、日帰りか1泊2日の日程で同様の出張相談が実践できている。九州内では鹿児島県が長崎県と地形的に似通っている（図5）が、同様の形態で巡回療育相談が行われているようである。

7. 今回の調査を実施し、

現在、巡回療育相談に参加して思うこと

1) 担当地域

壱岐、対馬の相談に出向く際に、五島、上五島と明らかに違う点は、住民にとっての本土が長崎ではなく、福岡であるという点である。図5をみてもわかるように、壱岐、対馬は長崎県所属ではあるが、福岡に近く、高速船で70分、130分の距離にある。ちなみに長崎から壱岐、対馬への船の直通便は存在しない。壱岐での巡回療育相談で帰りの飛行機の機材トラブルで船便に変更せざるを得ないことがあったが、センターへ到着するのに8時間を要した。相談を受けた際に本土（福岡）で治療中の患者も多く、県をまたぐため情報の共有に時間を要すことも多い。長崎県地域療育担当者会議で県庁の担当者はこの状況を説明し、福岡県に手伝ってもらうことができないか相談をしたが、「それは違う」との答えであった⁹⁾。地域での利便性を重視し

柔軟に活動する現地住民と、県の事業は長崎県単独で実施することが大原則とする行政の感覚の違いを感じた。複数の県をひとまとめにした州を設置し、より高い地方自治権を与える道州制構想があるが、その利点に関して深く考えたことはなかった。福岡、佐賀、長崎が州となれば、長崎以外の地域から壱岐、対馬への医師派遣が行政的に可能となる。道州制構想は地方自治の役割や同州内の経済規模を欧州連合（EU）の小国程度にして、行政の効率化などをめざすとされているが、本会議での県事務方の発言からその有用性を具体的に感じることができた。

2) 小児整形外科医の不足

少子高齢社会となり、整形外科の対象患者の多くを高齢者が占めるようになってきた。それに伴い、小児疾患に触れる機会が減少し、若い医師の関心は人工関節や高齢者の骨折治療に向いている。また、日本では小児整形外科疾患の治療は手間がかかる割には収益が上がらない診療体系になっており、小児診療を担当しようという若い医師が減少している。当センターも2014年までは整形外科4人体制で長崎県全域の肢体不自由児の療育にかかわってきた。2015年からは3人、2018年からは2人体制となり、人的余裕がない状況が発生している。

小児整形外科は子どもの発育状況を加味したうえで治療法を選択する必要がある。治療体系が画一的でないため、理解できるまでに少々時間がかかる。しかし、適切な時期に適切な治療を実施すると、驚くような修復が起こることがある。現時点の担当者として、若い医師が短時間で理解できるよう小児整形外科治療体系をまとめていきたい。そして、今後も機会をみつめて情報発信をしていきたいと考えている。

3) リハビリテーション医療に関する知識の有用性

長崎県内ではリハビリテーション科専門医の資

格を有する整形外科医師は少ない¹¹⁾。筆頭著者も整形外科およびリウマチ専門医の資格を有していたが、リハビリテーション科専門医の取得はしていなかった。長崎県内の事情としては、整形外科関連病院でリハビリテーション科研修施設に認定されている施設がほとんどなかったことが挙げられる。高齢社会の影響として、大腿骨頸部骨折など頻度の高い骨折治療を行う病院には整形外科医が多く在籍するが、経営の観点から入院日数の短縮が求められる。そして、術後の全身状態が安定すると早期に他の病院へ転院となる。したがって、術後の歩行状態などの経過を担当医が確認できないことも多い。また、整形外科領域では近年、骨折に対するロッキングプレートなどの強固な内固定材料、日常生活動作を短期間で向上させる人工関節、短期間の入院で治療可能な手術手技が開発されている。これらは術後の機能訓練の期間を短縮させ、装具やギプスなどの外固定を必要としない。整形外科専門医がリハビリテーション医療にかかわる環境が失われつつある印象を受ける。一方、脳性麻痺に代表される幼少期からの麻痺性疾患では、緊張筋の筋内切腱などの外科治療はしばしば選択されるが、術後の可動域訓練、起立訓練などが手術効果を左右することが多い。また、巡回療育相談で地域に出向くと、社会環境、地域医療、福祉を包括的に捉えつつ、多職種と連携をとる必要性が出てくる。リハビリテーション医療の担当領域は広く、専門性に欠ける分野と感じていた。しかし、患者の相談を地域で受けていると、生活に密着した一見「とらえどころのない」内容であることが多いため、対応可能な方法を幅広い分野から選択する必要がある。その点、リハビリテーション医療の知識は役に立つ。筆頭著者はリハビリテーション科研修施設である長崎県立こども医療福祉センターで3年間研修した後、54歳で専門医を取得した。共著者も全員リハビリテーション科専門

医である。当センターにおける巡回療育相談は、長崎県における整形外科とリハビリテーション科との架け橋的役割も担っていると感じた。

謝辞

論文作成に関して、壱岐、対馬、五島、上五島、平戸、松浦地区保健所で活動する保健師の皆様から貴重なご意見をいただきました。また、当センター保管の資料をまとめるにあたって地域連携室のスタッフにお手伝いいただきました。ご協力いただいた皆様に感謝します。

文 献

- 1) 高木憲次：療育の根本理念。肢体不自由児のための療育創刊号 1951；1：7-11
- 2) 東山 敬：自立支援（生命尊厳）。脳性麻痺ハンドブック—療育にたずさわる人のために（穂山富太郎，川口幸義 編）。医歯薬出版，東京，2002；pp 348-353
- 3) あゆみ 長崎県立整肢療育園 25 周年記念誌。1979
- 4) あゆみ 長崎県立こども医療福祉センター 60 周年記念誌。2014
- 5) 長崎県離島振興計画。2013 年 5 月
- 6) 平成 27 年国勢調査（平成 27 年 10 月 1 日現在）。2015
- 7) 平成 17 年度業務概要。2005
- 8) 平成 28 年度業務概要。2016
- 9) 平成 30 年度 地域療育担当者会議 議事録。2018 年 4 月 26 日
- 10) 山口和正，渡邊信二，河原勝博，柳園賜一郎：宮崎県における地域療育（第二報）—巡回療育相談の役割と課題。リハビリテーション医学 1997；34：887-888
- 11) 日本リハビリテーション医学会 会員のページ 地域別専門医リスト。Available from URL：http://www.jarm.or.jp/member/