

要になってきている。

表-5は年間の通院状況をまとめたものであるが、私たち暮らしの相談員を中心に支援センタースタッフの午前中の業務は、日々通院の同伴に追われているのが現状であり、入院者の付き添い看護も含め

て、年々増加の一途をたどっている。

こうした状況の中で、当センターでは、地域生活者の健康の維持増進を目的として、次の5つを支援業務に掲げ、日々の保健医療活動を実施している。(※)

表-5 通院状況(平成10年度) 単位: 件数

受診科目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
消化器科	10	4	9	2	1	1	4	4	9	5	8	12	69
内科	27	13	8	16	13	18	16	10	24	17	20	13	195
循環器科	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
呼吸器科	3	3	2	0	1	0	2	1	2	3	1	0	18
泌尿器	6	6	5	5	5	5	5	4	7	5	3	6	62
産婦人科	3	1	0	3	3	5	0	3	1	2	0	0	21
皮膚科	11	18	19	23	21	15	13	5	10	7	9	8	159
眼科	8	3	3	7	7	6	3	4	3	0	5	2	51
耳鼻科	0	3	4	1	0	2	5	0	1	1	3	2	22
外科	7	2	3	4	9	8	2	0	4	0	5	3	47
整形外科	15	12	18	5	9	23	27	21	24	6	10	4	174
形成外科	0	0	0	0	0	0	5	3	1	2	1	0	12
精神神経科	13	20	14	16	17	5	19	13	16	5	9	2	159
神経内科	2	3	3	4	2	3	2	1	1	1	1	1	24
脳外科	0	0	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	7
整骨院	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	7
歯科	15	32	21	16	19	19	26	15	25	26	30	45	289
救急外来	3	0	1	1	3	1	2	2	2	2	1	0	18
合計	123	122	113	105	112	112	132	87	131	83	106	110	1336

(※)・疾病時の通院、入院の同伴及び関連業務

- ・日常生活の中での慢性疾患への対応
- ・生活習慣病の予防等健康の維持増進のための支援
- ・健康診断の実施
- ・健康意識を高めるための研修会の実施

### 3. 保健医療支援の重点課題

地域で暮らしている人達が生涯を通じて豊かな生活を営むためには、心身ともに健康であることが不可欠であり、このためには一人一人の健康意識を高めるとともに、健康の保持増進に努めることが重要である。この目的を達成するため、当センターでは保健医療チームを編成し、1)健康診断、2)歯科衛生指導、3)肥満対策の3点について、保健医療支援の最重点課題として取り組んでいる。

#### 1) 健康診断

知的障害をもつ人達は、健康状態の変化を的確に

把握したり対処したりすることが不得手なために対応が遅れて、軽く済む病気も重症になってしまう場合がしばしばみられる。このため利用者全員を対象に、加入している健康保険の種類や年齢によって多少の違いがあるが、年1回健康診断を実施している。

表-6は平成10年度の健康診断の結果である。原則として全員が年1回の健康診断を受けることになっているが、仕事の関係や本人の意志等によって、受診したのは当センターの支援対象者194名のうち169名(87%)となっている。検査結果は「正常」が29名(17%)で、「わずかな異常」82名(48%)、「要経過観察」88名(52%)となっている。

「要治療」11名、「要二次検査」25名については、本人にこの結果について出来る限り詳細に説明して状態を把握してもらうとともに、支援担当者や家族とも協議して、医師の指示に従い「二次検査」や「治療」のための通院加療を開始し完治に努めてい

表-6 健康診断結果(平成10年度)

単位:人

年代	20代	30代	40代	50代	60代	計
受診者数	41	49	73	4	2	169
正常	16	4	9			29
わずかな異常	15	21	42	3	1	82
要経過観察	14	29	38	6	1	88
要治療		1	9	1		11
要二次検査	1	8	13	3		25
治療続行			8	1		9

※まったくの正常は29人、数字は延べ人数

る。

しかし、検査結果で最も多い「要経過観察」と「わずかな異常」といったグレーゾーンの人達については、その後の追跡や観察・指導が十分でなく、今後の課題となっている。

また、30歳以上の女性を対象に年1回婦人科検診を実施しており、44名中41名が受診したが、そのうち1名が二次検査の指示でエコー検査とX-P撮影を実施し、乳腺症と診断されて現在も定期的に通院している。子宮癌の検診では、2名がカンジタ症と診断され、即刻治療を開始、数日間の通院で今はすっかり完治している。

こうした健康診断の実施によって、利用者の意識が年々変化してきている。初めは全くの受け身で、指示されるままに健康診断を受けていたが、回を重ねるごとに結果の問い合わせが多くなり、説明にも真剣に耳を傾ける姿勢が見られるようになってきた。こうしたことから、当センターでは健康診断を保健医療サービスの要と位置付けている。

## 2) 歯科口腔衛生指導

当センターの支援サービスを利用している人達の中には、歯科治療を必要とする人達が多く、歯科受診などの同伴を求められる場合が多くなってきている。このため、支援センターでは全員を対象として、年5回歯科衛生士による口腔衛生指導を実施し、口腔内の状態を把握するよう努めている。その結果、毎日の歯磨きが不完全なことによる歯の喪失や虫歯の人たちが非常に多く、また歯の汚れがひどくてプラークが沈着しているなど、口腔衛生状態が極めて悪いということが明らかになった。

こうした日常の歯磨きが十分にできていないということからくる口腔内の汚れは、繁殖した細菌が虫歯を作るだけでなく、身体他の部位にも悪影響を及ぼし、口臭で周りの人に不快感を与えることによって住居や職場でのトラブルにつながることも多い。この解決方法については歯磨きを徹底するしか

なく、歯科衛生士より歯の正しい磨き方やうがいの仕方、歯ブラシ、コップなどの用具の取り扱い方など、多領域にわたって徹底して指導を受けるようにしている。

また本人たちの意識付けについては、グループホームでは日々の生活の中で朝夕顔を合わせる世話人より声掛けをしてもらい、またアパート生活者については暮らしの相談員による住居訪問時の歯磨き指導の徹底など、繰り返し繰り返しの支援によって改善を図っている。

## 3) 肥満対策

肥満は、成人病をはじめとする多くの疾病の温床であり、心臓や肝臓、腎臓など様々な臓器に負担をかけて身体にいろいろな悪影響を与える。このためセンターでは、利用者の生活の実態と健康の状態を把握するために、夏季と冬季の年2回、体脂肪の測定も含めて身体測定を実施している。

表-7は体脂肪率の測定結果である。支援者総数194名のうち、その時の受診者は163名(84%)であったが、このうちの63名(38.7%)が程度の差こそあれ肥満と測定された。肥満度の測定には、BMI〔ボディ・マス・インデックス〕を用いた計算にあわせて、身体全体に占める脂肪組織の割合を示す体脂肪率を測定した。

中年以降の人達は若年の人に比べて、年齢とともに基礎代謝が低下し日常の運動量も減ってくるため、様々な健康障害を引き起こす「隠れ肥満」が見つかることが多く、特に40歳前後からの女性にその傾向が顕著に見られている。

こうした人達の肥満対策としては、特に肥満度が高く、健康診断などで指示を受けた人に対しては、センターの入寮部門に一時的に入居し、規則正しい生活の中で食事療法や運動療法を行うようにしている。

保護されるまでには至っていないが、肥満と測定された人達に対しては、有酸素運動(ダンベル、体

表-7 体脂肪率測定結果(平成10年10月測定)

単位:人

区分 性別	年齢	対象者 人数	体脂肪率による分布状況					
			適正 以下	適正 14~23%	境界	軽度の 肥満 25~30%	肥満 30~35%	極度の 肥満 35%以上
男	10代	3	2	2				
	20代	30	26	15		2	8	1
	30代	28	26	6	12		4	4
	40代	42	35	7	18	2	5	3
	50代	4	3		2			1
	60代	2	1	1				
	小計	109	93 (100%)	14 (15.0)	49 (52.7)	2 (2.2)	11 (11.8)	16 (17.2)
女				17~27%		30~35%	35~40%	40%以上
	10代	5	3	1			2	
	20代	26	24	11	1	8		4
	30代	12	12	2	3		1	2
	40代	29	25	1	9	3	4	1
	50代	7	6		3	1	2	
	60代	1	0					
小計	80	70 (100%)	3 (4.3)	27 (38.6)	5 (7.1)	15 (21.4)	5 (7.1)	15 (21.4)
全 体	10代	8	5	3			2	
	20代	56	50	8	26	1	10	8
	30代	40	38	8	15		5	6
	40代	71	60		27	5	9	4
	50代	11	9		5	1	2	1
	60代	3	1	1				
	合計	189	163 (100%)	17 (10.4)	76 (46.6)	7 (4.3)	26 (16.0)	21 (12.9)

操、ラジオ体操、ジョギング…etc)の実施や、肥満に関するビデオ鑑賞や話し合いなどをして、肥満解消への意識付けを行っている。しかし食欲をコントロールする自己指南力の弱い人達が多く、月々の小遣いのほとんどが甘味料の入ったジュース類やスナック菓子の購入に使われているのが現状で、なかなか効果が上がらないというのが実態である。

肥満と測定された人達を対象に意識調査を実施したところ、総体的にみてほとんどの場合は過食が原因であり、摂取エネルギーが消費エネルギーを上回って体内に脂肪となって蓄積されてしまう、いわば消費エネルギーの少ないライフスタイルが浮き彫りになった。

このように肥満に対しての本人達の意識付けに対しては、極めて難しい問題であると思われるが、これまで本人の意志に委ねてきた休日の外食の見直しやとすればゴロ寝になりがちな余暇時間の過ごし方、また健康意識を高めていくための学習会の開催など、市の保健婦や栄養士とも密接に連携しながら、本格的にこのテーマに取り組んでいきたいと考えている。

### おわりに

当支援センターのサービスを利用している人たちの半数近くが、てんかんや肝臓病、糖尿病、腰痛、人工透析などの慢性疾患をもっており、加齢化に伴って、今後ますます保健・医療面でのきめ細かな支援が求められるものと思われる。

心身ともに健康で充実した日々を過ごすためには、まず何よりも日頃からの積み重ねが大切であり、嗜好や生活習慣など日々の生活の見直しが必要になってくる。保健医療支援の本来の目的は、何よりも本人自らが病気になるための生活改善や疾病予防ができるようになることであり、そのための情報提供など積極的な支援が必要だと思われる。

一般的に見て知的障害をもつ人達は、自分の体調の変化や病状を理解したり、他に訴えたり説明したりすることが苦手だと言われている。健康診断、口腔衛生指導、肥満対策等の予後指導を通して、改めてこのことを痛感している。こうした特性を踏まえた上で、健康面に留意した日常生活面の改善と予防に対する意識付けをどう図っていくのか、これが当センターにおける保健医療支援の最大の課題となっている。

## 滋賀県での知的障害者の健康問題のニーズ

第一びわこ学園  
口分田政夫、藤田泰之  
第二びわこ学園  
小川勝彦 山崎正策 小山正彦

### 序および目的

知的障害者の死亡率は一般集団の死亡率の5倍に達するといわれている。我々はこの原因の一つとして今年度は 1. 健康問題におけるニーズの把握の不十分さ 2. 医療へのアクセスの困難さを考えてみた。特に知的障害者は自分で病状を表現することが困難である。知的障害者には主訴のない健康問題があるのではなかろうか。その主訴を把握することの困難さを補う方法として健康診断という方法がどれだけ有効であるかを検討してみた。

### 方法・対象

1. 滋賀県の実態調査（平成9年9月1日から平成9年10月15日の資料）より、知的障害者の健康状況がどのように把握されているか、またどの程度健康診断を受けているかを検討した（文献2）。
2. びわこ学園で実施した作業所や通園における健康診断の一次健診における有所見率を検討し滋賀県での有所見率を比較検討した。対象は1994年から1998年までに健康診断を受けた204名である。重症心身障害者や知的障害を伴わない精神障害者は除外した。歩行可能な知的障害者に対象を限定した。対象の性別の年齢分布は表1に示した。

表1 対象者の年齢分布

年齢(以上—未満)	男性(人)	女性(人)
15-20	3	2
20-25	29	22
25-30	15	13
30-35	8	14
35-40	12	12
40-45	7	7
45-50	11	15
50-55	10	16
55-60	6	3
60-65	4	0
65-70	1	3
70-75	0	0
75-80	0	1
平均	35.6	36.1

### 結果

1. 滋賀県の実態調査の資料によると、時々病院通い以上の健康問題を抱える人が、知的障害者全体では58.8%であった。このうち療育手帳が重度(A)では64.8%、重度以外Bでは53.4%と知的障害者が重度ほど健康の問題を抱えていた。居住形態別では、施設の方がやや自分の家やアパートより医療の必要度が高かった。健康診断の受診状況は知的障害者全体では77.2%であった。居住形態別受診状況は、施設やグループホームで高く、自分の家やアパート、会社の寮、通勤寮ではやや低かったがいずれも70%を越えていた。（表2、3文献2より引用）

表2（文献2より引用）

#### 健康状況（障害の程度別）

	*合計*	入院しばしば	ときどき病院 通い	医療は不要	不明
*全体*	4,053 100.0	208 5.1	2,177 53.7	1,254 30.9	416 10.3
重度(A)	2,007 100.0	123 6.1	1,179 58.7	520 25.9	183 9.1
重度以外(B)	1,825 100.0	56 3.1	917 50.2	667 36.5	185 10.1
(不明)	60 100.0	2 3.3	23 38.3	24 40.0	11 18.3
(非該当)	163 100.0	25 15.3	58 35.6	43 26.4	37 22.7

表3（文献2より引用）

#### 健康診断の受診状況（障害の程度別）

	*合計*	ある	ない	不明
*全体*	4,053 100.0	3,128 77.2	771 19.0	154 3.8
重度(A)	2,005 100.0	1,612 80.4	321 16.0	72 3.6
重度以外(B)	1,825 100.0	1,367 74.9	397 21.8	61 3.3
(不明)	60 100.0	41 68.3	15 25.0	4 6.7
(非該当)	163 100.0	108 66.3	38 23.3	17 10.4

#### 健康診断の受診状況（年齢別）

	*合計*	ある	ない	不明
18才未満	981 100.0	649 66.2	297 30.3	35 3.6
18才以上	3,009 100.0	2,437 81.0	461 15.3	111 3.7
(不明)	63 100.0	42 66.7	13 20.6	8 12.7

#### 健康診断の受診状況（居住形態別）

	*合計*	ある	ない	不明
自分の家やアパート	2,650 100.0	1,894 71.5	690 26.0	66 2.5
グループホーム等	126 100.0	110 87.3	8 7.1	7 5.6
会社の寮	34 100.0	25 73.5	5 14.7	4 11.8
通勤寮	14 100.0	10 71.4	4 28.6	—
施設	1021 100.0	943 92.4	31 3.0	47 4.6
その他	120 100.0	82 68.3	24 20.0	14 11.7
(不明)	68 100.0	64 72.7	8 9.1	16 18.2

2. 以下の項目と基準によって、知的障害者の健康診断書での有意所見率を検討した。

1) 体重

標準体重を(身長m)  $2 \times 22\text{kg}$  として  
 標準体重比  $\{(\text{体重} / (\text{身長} \times 22) - 1) \times 100(\%)$   
 肥満:(肥満度+20%超)  
 るいそう:(肥満度-20%未満)  
 高血圧:160以上/95以上  
 低血圧:収縮期100以下  
 高脂血症:総コレステロール220mg/dl以上、または  
 トリグリセライド150 mg/dl以上  
 低脂血症:総コレステロール130mg/dl以下またはト  
 リグリセライド35mg/dl以下  
 高尿酸血症:尿酸値7.5mg/dl以上  
 肝機能障害: GOT40以上、GPT45以上、 $\gamma$ -GTPのみ  
 の上昇はのぞく。

検尿:尿蛋白、尿潜血、尿糖  
 検便:便潜血  
 胸部X-p:心拡大心胸隔比50%以上  
 心電図所見:異常所見の有無  
 超音波所見:胆石、胆嚢壁肥厚、腎結石、尿路結石  
 (腎以外)、腎杯拡張

結果は表4に示した。特徴をあげる。  
 ① 全体的には肥満、高血圧、心電図異常が多かった。(滋賀県の健診データと比較して)。  
 ② 高血圧、高尿酸血症、肝機能障害、便潜血、心拡大、心電図異常、尿路結石などで、男性の有所見率が女性より多い傾向を示した。  
 ③ 項目間の相関を検討した。肥満と肝機能障害、肥満と脂肪肝、脂肪肝と肝機能障害はカイ2乗検定(Yates補正)でいずれも有意な相関があった( $p < 0.001$ )。  
 ④ 肥満と高血圧は有意な相関はなかった。

表4 健康診断有所見率

性別	男性 (%)		女性 (%)		総数 (%)		滋賀県の有所見率(%)
	106		98		204		
肥満	32	30.2	34	34.7	66	32.4	
るいそう	3	2.8	4	4.1	7	3.4	
高血圧	19	17.9	9	9.2	28	13.7	9.8
低血圧	6	5.7	6	6.1	12	5.9	
高脂血症	26	24.5	19	19.4	45	22.1	19
低脂血症	0	0	1	1	1	0.5	
高尿酸血症	13	12.3	4	4.1	17	8.3	
肝機能障害	19	17.9	3	3.1	22	10.8	10.8
尿潜血	3	2.8	6	6.1	9	4.4	
尿蛋白	4	3.8	2	2	6	2.9	2
尿糖	3	2.8	3	3.1	6	2.9	3.4
便潜血	18	17	9	9.2	27	13.2	
心拡大の有無	21	19.8	10	10.2	31	15.2	
心電図異常	32	30.2	21	21.4	53	26	8.7
胆石	4	3.8	2	2	6	2.9	4.2
腎結石	6	5.7	3	3.1	9	4.4	2
尿路結石	5	4.7	1	1	6	2.9	
腎杯拡張	2	1.9	0	0	2	1	

考案

滋賀県では全体を7ブロックに分けて、それぞれの福祉圏で知的障害者の地域生活を支援する体制が整いつつある。健康問題に関しても各福祉圏で問題を解決する試みが少しづつ進んでいるが、福祉機能での福祉圏の体制とくらべるとまだまだ不十分である。具体的には各福祉圏で設置されつつある重症児者通園の医療

専門機能と生活支援センター(24時間対応型総合在宅福祉サービス事業)との連携の模索などが進められている。各福祉圏で健康問題のニーズが把握され、地域の医療機関あるいは三次の障害者専門医療機関(びわこ学園、県立小児保健医療センター)につないでいく体制の充実が必要である。今回は、知的障害者が自分の健康状態を十分に表現できない可能性があるときに、健康診断という方法が有効かどうかを検討した。

滋賀県では多くの知的障害者が学齢期以後も昼間の活動の場を持っている。重症者の通園、作業所、授産通所更正施設等である。滋賀県の調査によるとこうした知的障害者の約7割が健康診断を受けており、ここで健康問題が把握できる可能性があると考えた。今回は、びわこ学園がうけもった作業所の健診データを分析してみた。

特徴は肥満と肥満に関連する肝機能障害、脂肪肝の割合が高いことであった。ここで将来の健康リスクをかかえることになり何らかの対応が必要である。しかし行動障害のある方の食事指導は難しく、医学的な栄養指導だけでは通用しないことが多い。おやつ時間に天ぷらどんぶりを食べることによりいらいらが落ち着き、家庭生活が可能となっている20代の女性の自閉症のかたの相談を受けたことがある。家庭にはいつているヘルパーは食べさせることが肥満につながるとわかっていても、行動面の安定のために家族にかわって天ぷらどんぶりを作り本人の介護にあたっていた。このおやつのパターンをやめるとパニックになり、ヘルパーでは対応できず、家族も外出さえできない状態に陥る。このようなケースでは医学的な評価と連携した昼間の活動のプログラムや知的障害の特性に応じた指導が必要であるが現実にはなかなか難しい。肥満が限界に達すると入院療法が必要となってくる。これには二つの問題がある。第一点目の問題は行動障害のあるかたが付き添いなしで入院できる病院が極めて少ないことである。入院施設に関しては、動く重症心身障害児者病棟の空きベッドの活用が考えられる。第二びわこ学園の動く重症心身障害児者の病棟は重症心身障害児施設の医療機能を生かしてこうした目的に使用されることがある。今後必要に応じて、こうした位置づけでのベッドの活用ができる体制が進んでいくことが期待される。もう一つは入院してある程度減量には成功するが家庭にもどるとまたすぐもとにもどることである。この悪循環を断つ方法としては医学的栄養指導だけではなく、家の環境の工夫、人の対応の工夫、食品の開発、薬物療法、活動プログラムなど多面的なアプローチが必要である。

今回の健康診断のデータで男女とも肥満の割合は同程度にも関わらず肝機能障害すなわち脂肪肝が男性に多かった理由は不明である。脂肪をめぐる体内環境の性差によるのかもしれない。女性のほうが脂肪をため込む能力が高い可能性がある。高血圧、心電図異常、心拡大などの循環器の異常所見も滋賀県での対照群の割合に比較すると多く出現していた。特に男性での異常出現率が高かった。心電図異常は、左室肥大や左軸偏位、不完全右脚ブロックなど軽微な異常が多く、精神安定剤も関与するといわれているQT延長や緊急の対応を要する不整脈はなかった。高血圧は、知的障害者の検査場面での興奮が関与した可能性が有る。また

心拡大は最大吸気時の呼吸停止での撮影が不可能なため出現率が高くなった可能性もある。健診結果後の対応は地域の医療機関の受診を進めることを作業所や家族に指導したのみで、びわこ学園がフォローはしていない。そのためこの循環器の異常が意味があるのかどうかの確認はできていない。今後心エコーの所見なども合わせての検討が必要であろう。

尿糖の出現率は一般集団と変わりなかった。第一びわこの外来でプラダヴィリ-症候群の18歳の男性で健診で尿糖陽性で、精密健診で糖尿病と診断した症例があった。生活の場である寮では正常の18歳の消費エネルギー量の栄養が与えられていた。食事制限と運動療法で改善していった。健診が初期段階での治療につながった例である。この症例では知的障害者がその基礎疾患の特性を理解されずに、本人にとっては多い栄養所要量の食事により健康面での不利益を受けていたと考えられる。生活の場での健診や医療との連携の重要性を感じた症例である。

超音波診断による胆石や腎結石尿路結石もほぼ一般集団と同程度の出現率であった。高尿酸血症は男性に高率であった。これらの疾患による痛みは知的障害者の場合うまく表現できずパニックと誤られる可能性があり、健康診断で超音波診断も含めて受けておく意味はあると思われる。

## 要旨

知的障害者の健康診断での有所見率は、一般集団の健康診断よりもやや高かった。一般集団の健康診断と同等以上の有効性がある。また痛みなどの主訴を知的障害者は表現しにくいことを考えると一般集団より意味合いは大きくなると考えられる。また知的障害者は生活のセルフコントロールが十分できず周囲の支援を受ける必要があり、本人だけでなく支援する人も当事者の健康の課題を知っておく必要がある。この意味で昼間の活動の場を持ちそこで健康診断を受けておくことは、支援側が健康の課題を把握できる意味でも有用である。課題としては、肥満等の問題を把握できても生活の場で解決していくことが困難なことである。行動障害を持っていても入院できる病棟の確保と生活のなかで健康の問題が解決できるプログラムの開発が必要である。

## 文献

1. 不平等な命—知的障害の人たちの健康調査から—：日本知的障害者福祉連盟 東京 1998
2. 滋賀県健康福祉部障害福祉課：第5回滋賀県知的障害者（児）福祉施策基礎調査結果報告書：60-63. 平成10年3月
3. 滋賀保健研究センター、平成9年度第18期事業報告書 20-27：平成10年6月

表2（文献2より引用）

表3（文献2より引用）

## 在宅障害者の医療・療育ニーズについて

～甲賀郡障害者生活支援センターの活動から～

甲賀郡障害者生活支援センター  
牛谷 正人  
甲賀郡心身障害者コーディネーター  
中島 秀夫

### はじめに

滋賀県甲賀郡では平成8年より障害者生活支援センターを設置し、地域で暮らす心身障害児・者とその家族に対して24時間365日対応できる相談（地域療育等支援事業）と派遣・送迎（ホームヘルプサービス）、日中の活動の場の保障（デイサービス）、夜間の宿泊・一時預かり（ナイトケア）事業を公的に整備しサービスを提供している。平成9年度は年間で約3500件、7000時間のサービスを実施した。（デイサービスを除く）

本稿では、平成9年度の支援センターのホームヘルプサービスを通じて在宅障害者の医療・療育に係わるニーズについて紹介する。

### 1. 医療機関への送迎・付き添いサービスについて

平成9年度、医療機関への送迎サービス（付き添いも含む）が占める割合は件数では107件で4%、時間数では164時間で3%と、全体のサービス量から見ればわずかであった。（図1）

しかし、保健・医療機関までのアクセスが不便なことや障害者への対応になれた医療機関が身近にないことで、医療機関にかかることをあきらめていたり、通うことへの負担が大きいという声が家族からは聞かれる。また、このような依頼は比較的緊急度の高い場合も多く、サービス全体から見れば件数はわずかだが必要性の高いサービスといえる。

サービスを提供した医療機関では、口腔衛生センターへの歯科通院が最も多い。本人が治療中に暴れるため母親だけでは対応できないということもあるが、県内に障害のある人の歯科治療を専門に行っている機関が少ないことや、また公共交通機関でのアクセスが悪いことが要因としてあげられる。

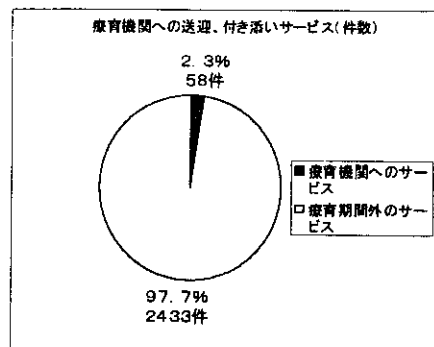
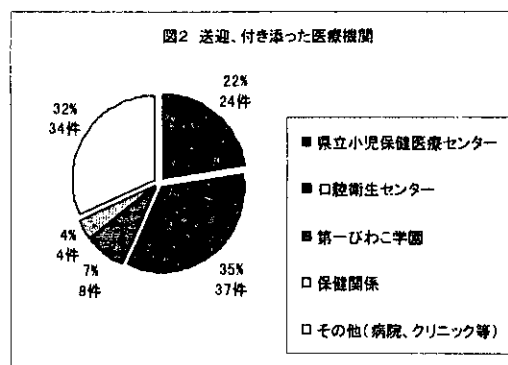
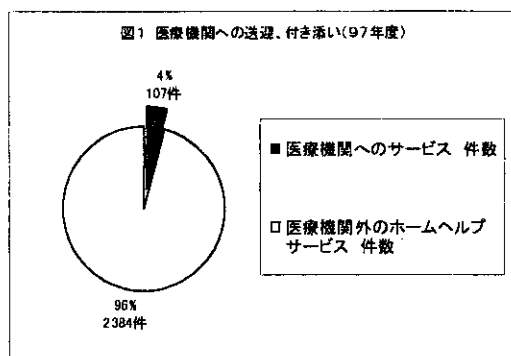
次いで多いのが県立小児保健医療センターへの送迎で、本人の体調不良で医療にかかるということだけで

なくOT・PTなどの専門の訓練を受けるための利用も少なくなかった。（図2）

平成10年度（2月末現在）も昨年度と同様な理由で98件の医療機関への通院・付き添いのサービスの依頼があった。

### 2. 療育機関への送迎・付き添いサービスについて

次に療育機関（就学前の療育機関）への送迎・付き添いのサービスについて見てみる。このサービスは母子療育というサービスの特性上、母親の妊娠や家族の急病など特別の場合しか認められていない。（後述の申し合わせ事項参照）そのためサービスの量は少ないが、年間で54件の依頼に応えた。（図3）



事例で詳しく紹介するが、母子療育を基本としているため本人に問題が無くても母親の都合で（妊娠・病気など）本人の療育の機会が奪われないように配慮したサービスである。妊娠後期になると障害のある人の

療育活動への送迎や療育活動への参加が困難になることがある。また、急病や慢性の疾患（頭痛・めまい）などのため療育機関への送迎のための車の運転が困難である場合もある。

このような時、ホームヘルプサービスの付き添い事業を適用することで、本人の療育の機会を保障し、また母親が同席して療育の指導が受けられる。家庭の事情が様々であるがゆえに、このようなニーズに対応できるサービスが必要である。

平成10年度（2月末現在）も67件の療育にかかる依頼に応じている。

### ◎ 医療・療育活動に関する行政との申し合わせ事業（抜粋）

☆郡内にはない専門医療機関などへの送迎をしてほしいとの依頼に対して。  
→ヘルパーは保護者になって医療機関を受診することは認められないが、保護者の付き添いを援助するための送迎の付き添いは不定期に限り認められる。  
☆母子通園事業など保護者と一緒に活動する事業や行事に保護者になって参加してほしいとの依頼に対して。  
→療育事業の主旨から療育技術の取得や伝達がサービスとして対応の範囲を越える場合や他の参加者との均衡を逸するようなサービスは行わない。主催者との協議が必要が認められた場合（保護者・家族の病気や妊娠中のプール療育など）はサービスとして実施する。

### 3. 医療・療育に係わる個別のケースから

#### <ケースA>

<男児 10歳>父母妹の4人家族。近所に祖母がいる。養護学校の小学部に通っている。幼児期の発熱で身体障害、知的障害を伴う重度の心身障害児となる。近年急速に症状が進行し食事が摂れない状態になり経管栄養が必要となった。またタンが喉に詰まりやすく、常時吸引が必要である。

症状が安定していたときは、夕方などのヘルパーによるタイムケアや知的障害児（者）居住施設でショートステイの利用が可能であったが、状態が悪化してからは、重症心身障害児施設へのショートステイの利用の際の付添いが中心となった。送迎中にも吸引が必要のため母親に付き添ってもらい、ホームヘルパーがサービス車を運転した。また、乗り降りの際の介助を行っている。

この事例は、利用者の障害状態が急変し、保健所との連携で医療機関とのネットワークを強めて家庭生活の組み立てを再編成した。学校でも教師が医療行為ができないため毎日母親が同行していたが訪問看護や往診を学校現場にも適用することで母親の負担を軽減した。医療機関とともにサービスを提供することで利用者の生活を支援している事例である。

#### <ケースB>

<男 29歳>家族構成は母と弟の3人。  
重度の知的障害と肢体不自由（1種1級）があり、極度の脊柱湾曲のため一人で歩行できるが不安定である。養護学校卒業後に通っていた作業所へは、現在は行かなくなっており、日中は家で過ごしている状態。そのような状態に特に不満はなく、母子家庭という家族の介護力の弱さはあるが、日常的に介護サービスを必要とする家庭でもなかった。深夜、自宅内で本人が転倒して右足のひざを骨折し、通院の付き添いの介護サービスが必要となった。

週に1回の通院時に、公団住宅の4階（エレベーターが設置されていない）にある自宅から階段での上げ下ろしと、車を運転できない母に替わって病院までの送迎、病院での付き添いをおこなった。1名のヘルパーでは対応困難であったため、男性ヘルパー2名で対応するようにした。

2カ月後にギプスがとれた後も、完治するまでの間は自宅での入浴が困難なため、センターで週1回の入浴サービスをおこなった。

障害をもつ本人のけがという突然生じたアクシデントに、家族だけで対応ができない状況があったときセンターが支援した事例である。

#### <ケースC>

<男 47歳> 父母との3人家族。隣に姉夫婦がいる。幼児期の高熱が原因で、重度の知的障害に1種1級の身体障害があり、全面介助が必要な重症心身障害。これまで就学や施設経験はなく、活動の場をもたずに家で過ごしていた。隣に住む姉が介護を手伝っているが、主たる介護者は父母であった。  
父親が手術のため入院。高齢の母親だけでは家庭での入浴介護などが困難となった。

家族が児童相談所の福祉司へ相談したところ、郡域のコーディネーターへ相談が繋がってきた。重症心身障害者の受け入れができる病院での1ヶ月のショー

トステイを準備し、また病院までの送迎をホームヘルプサービスでおこなった。

父親の退院後も、負担軽減のため週2回の入浴サービスと週1回のデイサービス利用の計画を家族と相談して作成、援助を開始した。

また、車イスが体にあっていないということで、福祉機器購入についてのアドバイスもおこない、理学療法士の診断および病院での診察に同行して援助を行った。

この事例は介護者の状況に変化が起きた時に、迅速に具体的な支援サービスにつなげて介護負担の軽減をはかるとともに、その後も本人および家族のADLの向上や社会参加を支援した事例である。

#### <ケースD>

<女 14歳> 両親と妹、祖母の5人家族。  
重度の知的障害がある。現在、養護学校中等部に在籍している。虫歯がひどくなり母親が歯科へ連れて行ったが、本人が大変嫌がって抵抗し治療が受けられなかった。  
医師から自分のところでは治療は無理であると言われ、困った母親から支援センターに相談があった。

障害がある人の歯科治療が問題となるケースがある。地域の歯科医では対応が困難でなかなか通院ができないことでさらに虫歯が悪化してしまうことも多い。

この事例では、障害児の歯科治療を行っている口腔衛生センターを紹介したが、甲賀郡外にあるため、車を運転出来ない母親にとっては通院の負担が大きかった。そのため、口腔センターへの送迎サービスと治療中にあられる本人の付き添いのためにサービスを実施し、約2ヶ月間の通院を保障した。

本人の通院の保障と母親の介護負担の軽減をおこなった事例である。

#### <ケースE>

<男 3歳> 母と姉の3人家族。  
軽度の知的障害と肢体不自由。現在小児療育センターに通っている。母親は日常的な支援を必要としていないが、6歳の姉がぜん息で発作を起こして入院することが時々あり、その時は母親が姉に付きっきりになってしまう。

母親から支援センターに相談の電話があり、その場で日中はホームヘルプサービスで療育センターへ送迎と付き添いをする、また姉の入院が数日にわたる場合は母親が付き添わなければならないためにナイト

ケアによる宿泊サービスも実施することを決めた。

サービスの終了に見通しが立てられないため、支援センターでは数日先までの職員体制を調整して受け止め体制を整えた。初回は3日間で姉が退院できたが、それ以後も時々利用がある。

この事例では、母子家庭という介護基盤の弱い状況で、姉妹の体調急変という突発的なアクシデントに母親だけでは対応できなかったところを、いくつかの支援サービスを組み合わせて対応した事例である。介護支援サービスにはこのような緊急対応が求められることも多い。

#### <ケースF>

<男(兄) 4歳/男(弟) 1歳> 両親との祖母の5人家族。

兄は重度の知的障害と1種1級の身体障害がある重症心身障害児。痰が喉につまることのあるために吸引が必要である。日中は療育センターへ母子で通っており、どうしても母親の都合が悪い時に付き添いのホームヘルプサービスを利用して来た。

祖母が同居していて介護を手伝ってくれるが、第2子を妊娠した時からは、母親が人を抱えることや車を運転することも負担になり、定期的な支援が必要となった。

出産して落ち着くまでという有期限で、週に2回の定期的な支援を実施した。ヘルパーは医療行為である吸引をおこなえないため、療育センターまでの送迎はヘルパーが運転をし母親が本人の横で吸引をするという援助をおこなった。療育センターでは母親に付き添ってもらいながら、本人とヘルパーがプログラムへ参加し、介護負担を軽減した。

弟を出産されたが、弟にも発達に遅れがあることがわかった。それからは、母が弟を通院させる間の兄の療育センターへの付き添いを実施。弟が療育センターへ通うようになってからも母親一人で2人の子どもに対応できないため、ヘルパーの付き添いを定期的に実施している。

兄弟で障害があるというケースだが、家族の介護負担はかなり大きくなる。支援サービスを定期的 to 実施することで、母親の負担の軽減と子どもたちの療育の機会を保障している事例である。

#### まとめ

生活支援センターの活動を通じて在宅障害児・者の医療・療育ニーズについてサービスの利用状況から見られる傾向と事例を紹介した。

在宅で暮らす障害児・者とその家族の相談と生活支援サービスの拠点というセンターの特徴から主に通院・通所を援助するサービスの形態が利用の多くを占めている。このことは滋賀県において障害児・者医療機関及び早期発見・早期療育活動を含む地域療育システムが県域及び保健・福祉圏域において整備されていることが前提となっていると思われる。コーディネーターの相談活動においても医療・療育に対する不安はほとんど聞かれず、医療・療育機関へのアクセスにかかる不安及び成人期以降の作業所や通所施設における療育活動の保証（専門職の派遣制度など）が一部聞か

れる程度である。

しかし医療機関への通院、療育機関への通所は、障害のある本人の健康や発達、家族の障害受容にとって必要不可欠であり、特に介護者の都合でそれが阻害されることがないように付き添い及び送迎を補うことが必要である。

滋賀県の障害児・者を取り巻く医療・療育・教育・福祉資源の整備状況という背景はあるが在宅障害児・者に対する通院・通所に配慮したサービスの必要性は明らかである。

### 重症心身障害児(者)訪問看護事業 対象者の通院医療と要望

全国重症心身障害児(者)を守る会  
西部訪問看護事業部  
同 都立東大和療育センター  
小西美代子 有馬正高

在宅の重い障害を持つ人達が医療機関に通うには付添いが必要であるが、最重度の状態として、自力移動が不可能な重症心身障害児(者)がある。このような人達は、付添い者と共に車椅子や適当な交通手段等がないと通学や通院がほとんど不可能である。

一方、重症心身障害(児)者は、中枢神経、呼吸器、消化器、骨関節、などに様々な合併症をきたしやすく、死亡の危険も高いので専門医療の必要性は極めて高い。

このような必要性に対して家族がどのように対応しているのか、支援することは何かを明らかにするため、東京都の在宅重症心身障害児(者)訪問看護事業を

介して、家族の受診支援の現状と希望調査を実施した。

#### 対象と方法

東京都内に在住し、平成10年11月30日現在で東京都の訪問看護事業の登録を受けている310家族を対象とした。

この訪問事業は、重症児(者)看護を習熟した看護婦等が家族の希望に応じて、原則として週1回家庭を訪問し療育支援を行う制度である。対象は大島分類1～4で18歳未満でこの状態になった人である。在宅でも比較的重度の人達が多いため、およそ経管栄養50%、胃・食道逆流現象23%、けいれん80%、気管切開28%、吸引60%、吸入37%、人工呼吸器7%、ほぼ全員寝たきり(大島分類1)で、96%が日常的に看護・医療処置を必要としている。

調査方法は、所定のアンケート用紙にもとづく担当訪問看護婦による聞き取り調査とし、趣旨の説明と保護者の同意を得て無記名で回答を得た。

回答数235家族、回収率は75.8%であった(表1)。

表1

通院に関するアンケート

1. 児(者)の状況

- ・年齢\_\_\_\_才      ・性別-男・女      ・体重\_\_\_\_kg      身長\_\_\_\_cm
- ・移動- a寝たきり b寝返り可 c腹這い可 d座位 e四這い fつたい歩き g独歩
- ・呼吸管理- a人工呼吸器装着 b気管内挿管・気管切開 c下咽頭チューブ d酸素吸入  
e吸引(・1時間1回以上 ・1日6回以上 ・1日5回以下)  
f吸入器(・常時使用 ・1日3回以上 ・たまに)
- ・栄養摂取- aIVH b経管栄養 c胃瘻 d経口全介助 e経口一部介助
- ・痙攣について- a頻繁におきる(1日5回以上) b週3回以上ある cその他( )
- ・その他状態で問題になること( )

2. 医療機関等の受診に関して

- ・通院する児(者)の住所地( ) 市区町村)
- ・かかりつけの医療機関が- aある(医療機関名\_\_\_\_\_) bない
- ・交通手段- a自家用車 bバス・電車 cタクシー dその他( )
- ・交通所要時間- a30分以内 b1時間以内 c2時間以内 dその他( )
- ・付き添う人- a父 b母 cその他の家族( ) dその他( )
- ・受診は- a定期的 b随時 c具合の悪いときのみ
- ・待ち時間- a30分以内 b1時間以内 c1時間~2時間 dその他( )

3. 急に具合が悪くなったときはどうしますか

- ・受診する医療機関- a上記2と同じ b近所の開業医 c病院( ) d不貞
- ・随時の受診は年に何回くらいあるのか- 回位
- ・定期受診との違いについて  
交通手段- a自家用車 b救急車 cその他( )  
同行者・手伝いの人- aあり bなし
- ・受け入れ病院は- aあり( )  
bなし・無い時はどの様になっているのか( )

4. 受診上困ること(受け入れ医療機関、付添い、交通手段、器具の運搬・医師の説明等について)

- ・
- ・
- ・

## 成績

20歳以下が181名、21歳以上が54名であった。体重は20kg以下が126例で半数強、21kgから40kgまでが82例で約35%を占め、一般人よりは低体重であった。しかし、72kgが1名あった。

### 1. 年齢構成および体重分布（表2）

表2.年齢と体重分布

#### 1)年齢構成

年齢	0～10	11～20	21～30	31～40	41～50	合計
人数	124	57	42	9	3	235

#### 2)体重分布

体重(kg)	0～10	11～20	21～30	31～40	41～50	51～60	60以上	不明	合計
人数	32	94	53	29	16	2	1	8	235

### 2. 定期的受診における付添い者および交通手段（表3）

付添い者は母親単独が136名57.8%の過半数を占めた。その他には父母、母とその他、母とその他の家族などが上位で、母の関与が195名83.0%にも及んでいた。父単独は2%に過ぎず、父+母その他をあわせて

も46件20%で父の占める役割は母に比し、著しく低かった。家族以外の支援者は、母親に協力することが多いが、その数は42件で多くはなかった。

交通手段は自家用車のみが過半数を占め、自家用車とその他の組み合わせを入れると157件3分の2に利用されていた。

表3.定期的受診における付添い者と交通

#### a.付き添い者（父、母、その他の家族、その他）

付き添い	父	父+母	父+母+その他	父+家族	父+その他	母	母+家族	母+家族+その他	母+その他	家族	その他	不明	合計
数	5	31	6	1	3	136	14	4	24	2	5	4	235

（その他の内訳：ベビーシッター、ヘルパー、ボランティア、介助者、教師、看護婦、訪問看護婦、知人）

#### b.交通手段

交通手段	自家用車	バス・電車	タクシー	自家用車+タクシー	バス・電車+タクシー	その他	自家用車+その他	タクシー+その他	自家用車+バス・電車+タクシー	自家用車+バス・電車+その他	バス・電車+タクシー+その他	不明	合計
数	138	3	24	9	2	34	6	9	3	1	1	5	235

（その他の内訳：福祉バス、民間移動サービス、徒歩、車椅子、ハンディキャブ、救急車、バイク）

### 3. かかりつけ医療機関までの所要時間および診療待ち時間

大多数の家族が、かかりつけの医療機関をもつと答えていた。その内訳は、障害児の療育を専門とする病院が最も多く、大学病院、総合病院、障害者専門診療所等がそれに次いだ。

かかりつけ医療機関までの所要時間は30分以内という回答が最も多く、1時間を越えるのはおよそ10%であった。ただ不定という答えはその日の道路状況等を反映したと思われる。

医療機関における診療待ち時間は、40%が30分以内で、全体の3分の2が1時間以内におさまるとの解答であった。特別な検査などが入るとかなり長時間になると予想されるが、予約診察が普及していることを思わせた。

### 4. 急に具合が悪くなったときの受診

急に容態が変化した時や平素と違う状態に不安を感じ

た時に受診する医療機関は大多数がいつも受診している専門医療機関であった。近所の病院や開業医は50件程度であり、普及しているとは思えない比率であった。

一方、このような臨時に受診する回数は、約半数が年に1～5回と答え、11回以上が10%以上を占めていた。

### 5. 通院に関して困ること

自由記載により、多くの意見が出された。医療機関については、病院等の診療体制への不満と診療科が少ないことが指摘された。

付添いについては、途中で親が1人しかいない時の医療対応の困難や、今後高齢化した時の不安があった。

交通手段や器具を整えての移動等はいずれもマンパワーに頼ることになり、年齢や障害原因を越えて共通の問題と考えられる。

表 4

## a. かかりつけ医療機関までの所要時間

時間	30分以内	1時間以内	1~2時間	2時間半	3時間以上	不定	不明	合計
数	128	74	16	3	1	4	9	235

## b. 待ち時間

時間	30分以内	1時間以内	1~2時間	2時間30分	3時間30分	5時間	不定	不明	合計
数	93	63	47	1	1	1	11	18	235

表 5. 急に具合が悪くなった時

## a. 医療機関

医療機関	かかりつけ機関	近所の開業医	病院	不定	かかりつけ+近所	かかりつけ+病院	近所+病院	かかりつけ+近所+病院	近所+不定	不明	合計
数	177	12	16	1	14	6	5	1	1	2	235

## b. 臨時に受診する回数

回数(年)	0	1~5	6~10	11~20	21~30	30以上	不明	合計
数	18	120	34	20	8	6	29	235

表 6

## 通院に関するアンケートー受診上困ること

## \* 受け入れ医療機関について

- ・地域の医療機関では断られる事がある。(耳鼻科・眼科・歯科等)・地域に重症児専門医療機関がない。
- ・遠い(2時間)ので、雨天・暑さ・寒さ等外出時の本人の対応が大変。
- ・休日・深夜にかかわらず、連絡がとれるシステムが欲しい。
- ・総合病院小児科では安心かつ安全に受診できない。小児神経科医師少なく受診に時間がかかる。
- ・夜間・当直が精神科医の時、一度当直医に診てもらいその後神経科医に受診になるが直接診てほしい。
- ・歯科受診の予約がとりづらい。
- ・土日・休日の対応、入院施設の対応など、受け皿が少ない。
- ・緊急時、主治医のいる医療機関にしたいが、遠い(2時間)ため、他機関になるが非常に不安
- ・入院病院により付添いが必要になる。細かいことで心配になり頻回に面会に行くようになる。

## \* 付添い

- ・母親以外付き添う人がいない(雨の時は濡れる) 緊急時付き添いがいない
- ・母親1人のため、車の運転しながら嘔吐・吸引等対応ができない。車を止め吸引しているが危険
- ・急な受診時、車の運転手・母以外の付添いがいない(23歳、体重48.5kg、身長165cm)
- ・両親が高齢でいつまでも付き添いできるか不安(対象者32歳)
- ・遠い・待ち時間長いため父が会社を休み付き添っているが、困っている

**\* 交通手段**

- ・ハンディキャブの予約がなかなかとれず（自家用車なし・両親高齢）交通手段がない
- ・交通手段がなく予約(1ヶ月前)なしで出掛けることが出来ない（23歳、体重46kg、身長160cm）
- ・運転出来ず、他人に頼ることになってしまう。
- ・自家用車で2時間かけての受診なので、母親の体力に限界を感じている。
- ・医療機関の駐車場が狭い、少ない

**\* 器具の運搬・移動等**

- ・母のみの介助では移動が困難になってきている（26歳、男、体重32kg、身長150cm）
- ・低緊張で抱きづらい、駐車場まで遠く母親の体力に負担がかかる
- ・マンションのエレベーターが狭く、移動・器具の運搬が大変
- ・運搬物－人工呼吸器一式＋吸引器＋車椅子＋その他、帰りは衛生材料＋注入剤＋薬となり大変
- ・子供を抱き、荷物を持つての移動が大変

**\* 待ち時間・医師の説明等**

- ・待ち時間が長い－呼吸状態が悪い時・注入時間と重なる時など困る。昼食・夕食が取れない。  
(予約でも)子供が飽きる、トイレに行けない、横にしてあげる場所がない、感染が気になる。
- ・若い兄弟がいるため受診の時間に限界がある。下の子2ヶ月の乳児のため連れて行けない。
- ・薬がすぐ出ない（大学病院等）。薬の説明を貰って帰りたい。
- ・急変時、病状の判断に困る時、電話しても的確に答えてもらえない。
- ・どうしても周囲を気遣い相談しづらい。
- ・医師の説明不足。理解できるような言葉で話して欲しい。
- ・病状説明が医師により異なり迷ってしまう。
- ・待合室に吸引器・酸素など用意して欲しい、経管栄養出来るようなスタンド・スペースが欲しい。
- ・医師の態度－夜間迷惑そうにされた。

## 在宅精神遅滞成人の健康管理に関する研究

東京都立東大和療育センター  
鈴木 文晴

### 要 旨

地域で生活する精神遅滞を中心とした心身障害者がかかりやすい病気にどのようなものがあるか、また病気の早期発見と治療とを適切に行うために、どのような健康管理体制が必要であるかを検討した。某市内の作業所3カ所と成人通所機関に在籍する合計57名(平均年齢28歳)を対象に、定期健康診断の結果を分析し、また同時に保護者や作業所職員から意見の聞き取り調査を行った。最大の問題は肥満であり、作業所在籍者の過半数が肥満もしくは過体重であった。また肥満に関連した高脂血症や脂肪肝が多数例認められた。肥満の発生は養護学校高等部頃からという例が多く、小児期からの栄養指導が将来の肥満発生を予防するために重要であると考えられた。

### はじめに ～本研究の目的～

近年心身障害児・者の医療と福祉とは、世界的にもまた本邦においても、在宅志向の潮流が大である。家庭あるいはグループホームなどの地域というスペースにおいて、健常者と心身に障害を有する人達がともに生活しようという発想は自然である。以前の主流であった大規模施設建設・入所生活という考え方は、時代の変化といってしまうとそれまでではあるが、今となっては不可思議とも筆者には思えるし、多分多くの方も同感であろう。

しかし筆者の所属する医療の立場から見ると、このような在宅志向には一抹の不安を感じる。医師・ナース・栄養士などの医療スタッフが配置され、種々の医療器具が配備されている大規模施設と比べると、自宅やグループホームにおける医療面の保障はやや低下する。病気の早期発見・早期治療、急病の対応など、大規模施設の方が有利であると言える。このような背景の下で、現在の潮流が心身障害児・者の健康管理や生命保障という面において、デメリットをもたらすようなことはないかどうか、この点を検証するのが本研究の目的である。

### 対象と方法

本研究は以下のふたつの調査から成立している。

パート1：東京都内のある市内の公立作業所3カ所の在籍者合計36名、および公立成人通所機関の在籍者合計21名に対する健康調査の結果の分析。

パート2：パート1の機関において過去5年間に在籍者の死亡事例がなかったかどうかの調査。およびパート1の対象者の家族を対象に、在籍者の日常の健康管理における留意点、また作業所や医療機関への希望事項の聞き取り調査。

次にこの2者の詳細を述べる。

パート1の3カ所の作業所は公立であり、精神遅滞を障害の中心とする成人が自宅より通勤することによって各種作業やレクリエーションを行っている。市内には他にも東京都立や私立の作業所が複数あるが、通所者の障害の程度は今回対象とした機関がより重度である。また市内居住者でなくては今回の調査対象の作業所に入れないため、対象をなるべく地域から一般的に抽出するという点においても、今回の公立作業所3カ所の調査が適当であると考えられる。

パート1のもうひとつの通所機関は、やはり公立で運営されており、精神遅滞部門と肢体不自由部門とに分かれている。利用者の障害の程度は精神遅滞部門および肢体不自由部門ともかなり重度であり、作業所への通勤や作業実施が困難と考えられる場合にこの通所機関の利用が勧められている。肢体不自由部門の在籍者は、全例が肢体不自由+精神遅滞の合併者であり、肢体不自由単独障害者はいない。このため今回の調査に肢体不自由部門の在籍者も含めるものとした。

調査対象者の性別・年齢を表1に、障害の内容を表2、3に示す。

表1 調査対象者の性別・年齢

年齢分布	作業所3ヶ所		成人通所精神遅滞		成人通所肢体	
	男	女	男	女	男	女
-20歳	2	1	1	1	1	0
21-25歳	4	4	4	0	3	3
26-30歳	5	4	0	0	3	1
31-35歳	5	6	1	1	1	1
36-40歳	2	1	0	0	0	0
41-50歳	1	0	0	0	0	0
51歳-	0	1	0	0	0	0
合 計	19	17	6	2	8	5
平均年齢	男	29歳7月	24歳10月	25歳7月	25歳7月	
	女	30歳6月	25歳6月	26歳1月		

表2 調査対象者の障害の内容

病因・病態の分類

	作業所3ヶ所	成人通所精神遅滞
詳細の不明な精神遅滞	12	3
自閉症+精神遅滞	6	0
ダウン症候群	6	0
精神遅滞+運動障害	4	5
精神遅滞+精神障害	4	0
中途障害による精神遅滞	2	0
神経線維腫症I型に伴う精神遅滞	1	0
精神遅滞+先天性盲	1	0
合計	36	8
てんかんの合併あり	5	3

愛の手帳の等級による分類

1度	0	1
2度	15	7
3度	10	0
4度	6	0
なし*	5	0
合計	36	8

\* : 全例身障手帳所有のため愛の手帳を取得していない

表3 成人通所機関肢体不自由部門調査対象者の障害の内容

病因・病態の詳細

脳性麻痺	8
アテトーゼ型脳性麻痺	6
痙直型脳性麻痺	2
先天性水頭症	1
二分脊椎+対麻痺	2
精神遅滞+運動障害	1
染色体異常症5P-	1
合計	13

てんかんの合併あり 4

身体障害者手帳 1種1級 12名  
2級 1名

愛の手帳の等級による分類\*

1度 1 \* : 13名全員が程度の差はあるが  
2度 4 精神遅滞を合併している  
3度 0 身障手帳を所有していると愛の手帳を取得  
4度 0 する必要性が少ないため、愛の手帳を取得  
手帳なし 8 していない例が多い

合計 13

筆者の所属する東京都立東大和療育センターの外来部門では、心身障害児・者の外来診療全般を行うと同時に、地域支援事業の一環として作業所などに在籍する方々の健康診断を行っている。先に述べた作業所および通所機関の定期健康診断も当センターで受託して行っており、今回は1998年度(1998年5-7月に実施)の健康診断の結果を中心に分析に供した。健康診断の内容は問診・内科診察に始まり、身長・体重測定、胸部X線撮影、心電図、血算・血液生化学検査、尿検査であり、一般事業所などで実施されている法定の健康診断と同じ内容である。診察および検査はすべて当センターに来院してもらい、外来受診と同様の形で実施している。また健診の結果必要に応じて肝エコーなどの個別に追加検査を行った。

パート2の調査はパート1に引き続き実施したものであり、パート1の調査対象の保護者が調査対象である。実際に各作業所や通所機関に筆者が出向き、通所者の保護者(大部分が母親である)と直接個別面談を実施して聞き取り調査を行った。調査に要した時間は一人あたり平均25分であった。同時に各機関の建物や敷地の様子を見学し、また職員から死亡事例の有無を聴取し、日常生活や健康管理についての意見聴取も一部で行った。

結果

パート1の作業所の結果を表4に示す。

表4 作業所在籍者36例の健康診断の結果

体重に関して	
肥満(肥満度120%超)	14(39%)
最高の肥満は160%、150%超は2例	
過体重(肥満度111-120%)	5(14%)
やせ(肥満度80%未満)	2(6%)
高血圧	1(50歳男性、本態性高血圧症、加療中)
高脂血症	7(コレステロール220mg/dl以上、またはトリグリセライド200mg/dl以上)
低脂血症	4(コレステロール170mg/dl以下、またはトリグリセライド50mg/dl以下)
肝障害	9(多くは脂肪肝)
高尿酸血症	3(尿酸値7mg/dl以上)
貧血	3(血色素11g/dl以下)
高血糖	2(血糖値150mg/dl以上)

表5 作業所在籍者肥満14例の性別・年齢別分布

年齢分布	男	女
-20歳	2	1
21-25歳	3	0
26-30歳	1	3
31-35歳	0	2
36歳-	2	0
合計	8	6

最大の問題と考えられたのは肥満であった。明らかな肥満が14例で全体の39%を占め、特に肥満度150%超の病的肥満も2例認められた。また肥満+過体重で過半数を占めた。表5に肥満を呈した14例の性別・年齢別分布を示す。肥満の有病に性差はないが、男性では若年に、女性ではやや年長に肥満が多かった。

逆にやせは2例だけであった。肥満と関連の深い高脂血症も7例(19%)と多く、その多くは肝エコー検査により脂肪肝を呈した。その反面低脂血症も4例(11%)認められた。高尿酸血症と高血糖の例は、現時点では痛風や糖尿病を発症してはいないが、将来の発症が危惧された。

尿検査、胸部X線撮影、心電図検査では、基礎疾患に関連した脊柱側弯症などは別として、特記すべき異常は認めなかった。

通所機関精神遅滞部門の結果を表6に示す。

肥満は8例中2例、過体重も2例、合計して4例(50%)となり、作業所と同様に肥満は最大の問題であった。肥満の2例は男性で、年齢は25歳と32歳であった。しかし高脂血症は1例と少なく、逆に低脂血症(低コレステロール血症)が3例と多かった。

表6 成人通所機関精神遅滞部門8例の健康診断の結果

体重に関して	
肥満(肥満度120%超)	2(25%)
2例の肥満度は155%と141%	
過体重(肥満度111-120%)	2(25%)
高脂血症	1
低脂血症	3
肝障害	1
高尿酸血症	2
貧血	1
蛋白尿	1

今回肥満を指摘された2例の男性は昨年健康診断時にも高度の肥満を指摘された。しかし当時保護者は肥満のことをあまり心配しておらず、食事にもさして注意を払っていなかった。このため肥満のもたらす問

題点を保護者に説明し、保護者と通所機関職員とで協力してダイエットに取り組んだ。この結果、肥満度168%→155%、および161%→141%と体重減少に成功している。もちろんまだまだ大幅な体重

表7 成人通所機関精神遅滞部門在籍の肥満2例のダイエット経過

	肥満度	
	平成9年	平成10年
症例1	168%	155%
症例2	161%	141%

表8 成人通所機関肢体不自由部門13例の健康診断の結果

体重に関して	
やせ(肥満度80%未満)	7(全男性)
やせぎみ(肥満度89-80%)	3(全女性)
肥満および過体重	0
高脂血症	1
低脂血症	9(うち7例はやせの状態)
肝障害	6
蛋白尿	2
血尿	1
慢性胃炎	1

オーバーであるが、現在も継続してダイエットに取り組んでおり、現在も経過観察中である。(表7)

通所機関肢体不自由部門の結果を表8に示す。肥満および過体重の例は1例もなく、7例(全て男性)がやせの状態、3例(全て女性)がやせぎみ、残る3例が標準体重、であった。これは肥満例の多い精神遅滞と全く逆の結果であった。

検査結果では低脂血症が7例と多く、体重が少ないことと合わせて日頃の栄養バランスが良くないことを示していると考えられた。肝障害の6例はいずれも軽度の肝酵素上昇を示した例である。蛋白尿+血尿を呈した例は以前から腎炎と診断され、経過観察中であった。この腎炎と基礎疾患とは直接の関連はないと説明されている。

また今回の健診とは別であるが、対象中の1例が上部消化管症状を呈したため最近当院で内視鏡検査を実施し、慢性胃炎の診断がされているので表8に追加をした。

パート2の調査の結果について次に述べる。

1. 施設・建物：図1に3カ所の作業所のうち一番規模が大きく、19名が通勤している作業所の外観を示す。敷地は広く、前庭もある。また建物は鉄筋コンクリート2階建てで結構広く、通所者と職員との合

図1

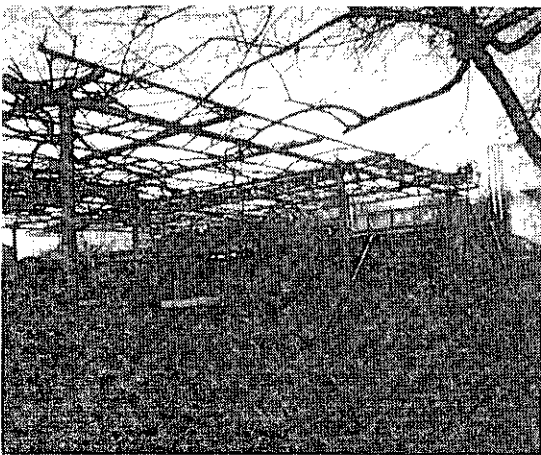
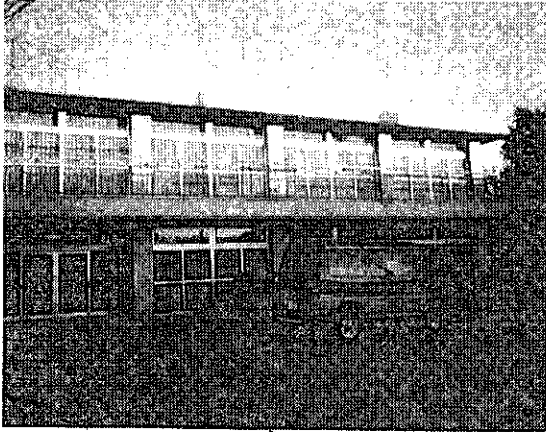


図2

計20数名（パート勤務職員もあり、人数は一定していない）が出勤してもまずまずの余裕がある。さて図2はこの作業所のすぐ隣にある公立保育園である。この保育園には運動場とも呼べる広い前庭や遊具があり、先の作業所よりもっと余裕がある。作業所と保育園とを同じ次元で比較することがそもそも無理があるかもしれないが、こうして見るとまず

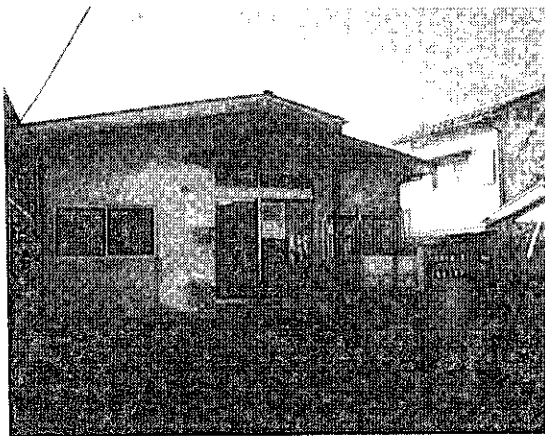


図3

まずと思ったこの作業所にも、もう少し物理的余裕が欲しいという希望が心中に湧いてくる。

図3は8名が通勤している作業所の外観である。路地奥の一般住宅であった建物を改修して作業所に

転用したものである。先の作業所とは異なり、玄関は北向きで一日中陽があたらない、また前庭のようなものは一切なく、駐車場もない。室内も10名を越える通所者+職員が入ると物理的にいっぱいである。昼間の長い時間を快適に過ごすためにはもっと余裕が欲しいと筆者は思う。

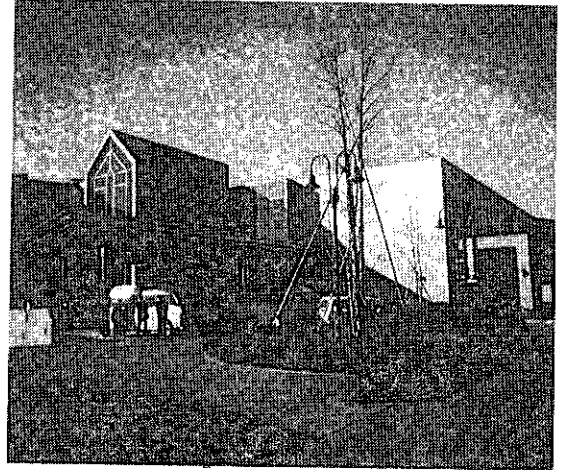


図4



図5



図6

図4は成人通所機関の外観、図5はロビー、図6は肢体不自由部門の室内の様子である。この建物は市の社会福祉協議会やお年寄りデイケア、ボランティア

組織の事務所などの他の機関も同居する”総合福祉ビル”である。新築で広いスペースがあり、温水プールや訓練室、キッチン(図7)や食堂まで備えている、至れり尽くせりといった様子である。図3の作業所と比べると、格差があまりに大きいと自信を持って言える。

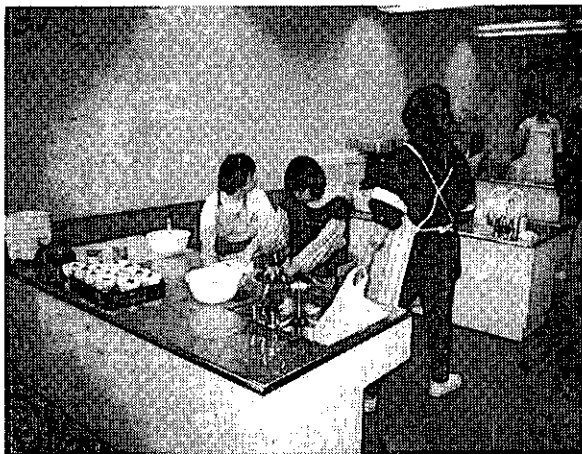


図7

2. 死亡事例：過去5年間に3作業所および成人通所機関在籍者の死亡事例は1例もなかった。

3. 肥満の発症と進行：肥満は養護学校高等部の頃から始まり、養護学校卒業後作業所や通所機関に通うようになっていっそう進行してきたという例が多かった。この肥満発症の背景因子として、

- 1) 養護学校高等部の年齢になると身体発育が停止し所要熱量も通常では減少するが、食習慣はそのままであり摂取熱量は減少しない
- 2) 養護学校を卒業して作業所や成人通所機関に通うようになると運動量が減少する
- 3) 養護学校では規定の給食しかとらないが、作業所では外食に行ったり、自分達で調理をしたり、また間食をとったりなどするため、摂取熱量が十分に管理できない

といった項目が保護者や作業所職員からあげられた。

肢体不自由者におけるやせの原因あるいは背景因子としては、次の3点が保護者の意見や筆者の観点から挙げられた。

- 1) そしゃくおよび嚥下機能の障害により摂食に障害があり、質的および量的に十分な食事がとれない
- 2) アテトーゼによる筋緊張の亢進と不随意運動のためエネルギー消費が多い
- 3) 保護者の介護負担が増加しないように、保護者が体重増加を抑制している

4. 聞き取り調査の結果：作業所在籍者の保護者から聴取した日常健康管理留意点を表9に、作業所に対する意見・要望を表10に将来のことに関する心配・希望を表11に、作業所職員の保護者に対する意見を表12に、作業所在籍者の医療機関に対する要望を表13に示す。

健康管理に関する最大の留意点はやはり肥満であった。努力してダイエットに成功した、あるいは成功しつつある例もあるが、本人の非協力や食べることへのこだわりのためダイエットが不可能の例もあった。肥満や糖尿病などの生活習慣病以外には特に留意している点はなかった。この点では先の健診結果とも整合する結果であると言える。

作業所に対する意見・希望(表10)では多種多様な内容が出された。結論から言うと通所者もその保護者も現在の作業所にほぼ満足している。しかし養護学校と比較すると、作業所は運動量が減る、運動場や体育館のような施設がない、プログラムが単調になりがちである、という不満が少なからずあった。養護学校と作業所とを同じレベルで比較することに無理があるとも言えるが、運動不足は肥満や運動機能低下の一因であり、今後検討を要する点である。

また作業所は医療の保障に心配がある、ナースが配置されていない、身体運動の訓練プログラムがないなどの点は、今後より障害の程度が重い通所者の増加を考えると、これも検討を要する点である。現在の日本の作業所の月給は、5千円前後が普通である。成人が毎日通勤しての月給と考えると、安いと言えばあまりに安い。しかし作業所職員の話では、最近の経済不況の中で作業所の仕事も減少しており、仕事があるだけでも有り難いと思わなくてはならないというのが実状とのことで、不況がもたらす弱者に対するしわ寄せの厳しさが分かる。

作業所在籍者の保護者の将来のことに関する心配や希望(表11)としては、いずれ将来は施設にお世話になりたいという点にあると言える。施設は可能な限り地域近隣に設置すべきであるし、また各施設の居住者へのサービスの内容の均質化と内容の向上とは当然の希望である。近年急増しているグループホームに関しては、どの程度重度の精神遅滞者まで受け入れが可能であるのか、重度の精神遅滞を有する通所者の保護者からは疑問があげられている。これはグループホームの現状からすると当然の疑問であり、大規模施設とグループホームとの機能分担を今後明確にしなくては行けない。

作業所職員からの意見聴取結果(表12)では、

保護者と作業所職員とのコミュニケーションが必ずしも十分ではないことを示している。それぞれの立場の違いや問題点の理解に相違があるのである程度は仕方のないことであろうが、コミュニケーションは社会の基本であり、コミュニケーションの不足は結果的に作業所在籍者に不利益としてくることをわきまなくてはならない。

保護者の医療機関に対する意見（表13）では、一般医療機関にかかることの困難さが筆頭にあげら

れた。理想論的には心身障害児・者でも地域医療機関にて医療を受けるべきであると筆者は考えるが、日本の現状ではとても困難のようである。筆者の所属する医療機関は心身障害児・者専門医療機関であるが、今回の調査の範囲ではおおむね好評であった。一般医療機関での心身障害児・者の受け入れが早急には改善しがたいと考えられるため、結果的には今後ともこのような心身障害児・者専門医療機関の増設が必要であろう。

表9 作業所在籍者の保護者の日常健康管理留意点など

肥満があり、カロリー摂取に気をつけている。ダイエットの効果があがり、ここ1年で10Kg近く減量に成功した。

マラソンが好きでよく走っていた。ところが走りすぎでひざを痛めたため、体重を減らすように整形外科で指導を受けた。ダイエットをがんばって実施し、この結果10Kg減量に成功した。

お菓子などを食べ始めると途中で止められない。このため食品の買い置きをしないように気をつけている。尿酸値が高いと言われて食事に気をつけている。

軽度の糖尿病があり、食事に気をつけている。作業所には家庭から弁当を持参させている。仕出し弁当は取らないようにしている。

牛乳が好きでたくさん飲む。体重が増えているため、低脂肪乳にしている。

運動をさせたいと思っはいるが、本人がいやがってなかなかできない。

表10 作業所在籍者の保護者の作業所に対する意見・希望など

作業所に通うことを本人が楽しんでる。作業所がなければ、他にいくところがない。

以前一般企業に保護的雇用で就職したが、体力的に続かなかった。作業所は心身ともに無理がなく、安心している。

現在の作業所に満足しているが、精神遅滞成人のための青年学級など、他の地域活動も併用している。作業所とは別の休日のプログラムが地域レベルで必要である。

作業所の活動内容にもっとバラエティが欲しい。外出や運動、手芸などのプログラムを増やして欲しい。

養護学校と比べると作業所は体を動かすプログラムが少なくなるので、運動を取り入れて欲しい。

小さくてもいいから運動場や体育館が欲しい。

てんかん発作など医療面の問題があるので、作業所にもナースを配置して欲しい。指導員だけでは医療面で心配である。

身体障害合併例ではPTなどの訓練も取り入れて欲しい。

昼食は弁当をとることが多いが、メニューにフライなど油ものが多い。昼食の内容を改善して欲しい。弁当を持たせる日もあるが、毎日というわけにはなかなかいかない。

作業所通勤は原則として公共交通機関利用で、一人での通勤である。一人通勤では安全面に心配がある場合は、保護者が常時付き添いをしなくてはならない。結果的に保護者の時間的負担が大きい。送迎バスが欲しい。自分の子供は一人通勤で問題はないが、一般論としては送迎バスがあった方がよい。

作業所の月給5千円は安い。できればもう少し欲しい。

作業所と連携したショートステイ（1泊でもよいから）制度が欲しい。

表11 作業所在籍者の保護者の将来のことに関する心配点・希望など

ショートステイをしたことがない。これまでその必要が生じたことがなかった。体験することを目的にショートステイをする制度が欲しい。

入所施設をなるべく都内や近郊に作って欲しい。遠方の入所施設では面会に行くのが大変であるし、また医療面の保障がどこまであるか、心配である。

大規模施設とグループホームとでは規模や世話にあたる職員配置に差があまりに大きく、内容面で心配である。

施設やグループホームに入った後の医療面の保障がどこまであるか、心配である。

グループホームに将来入所したいが、グループホームは寮母さんの能力次第で内容が大きく左右されるので、寮母さんの教育に力を入れて欲しい。

親子で入れる老人ホームのような施設があればいいと思う。

年間100万弱の障害年金では、将来が心配である。