

表12 作業所職員の保護者に対する意見

医療面で問題がある通所者でも、保護者が理解が乏しかったり、面倒くさがったりして医療機関に行かない例がある。作業所は医療面で保障がないので、このような例は心配である。

通所者の医療面の問題に関する情報を、保護者が意識的に作業所に入れないことがある。作業所に来ることを断られる心配をしているのであろうか？ 心配せずに話して欲しい。

表13 作業所在籍者の保護者の医療機関に対する意見・希望

一般医療機関は混雑していたり、狭かったり、職員が心身障害児・者に慣れていなかったりなどの理由で、心身障害児・者は通院しにくい。この点で心身障害児・者専門医療機関は安心できる。

外傷や手術を要する病気になって入院しなくてはいけない時のことが心配である。入院が安全にできるかどうか、分からない。

一般歯科診療機関で診療を受けたかったが、断られた。

病院の医師は異動が多い。できれば同じ医師が長く勤務して欲しい。

近所の医院に長くかかっている。事情を分かってくれているのですぐ診てくれて、助かっている。

表14-17に成人通所機関精神遅滞部門保護者からの聴取結果を示す。

健康管理に関しては、やはり最大の留意点は体重であり、保護者も気をつけているという意見が多かった。また日内リズムや週内リズムの維持に留意するという意見もあった。

通所の内容(表15)に関しては現状でほぼ満足しているという意見が多かった。しかし運動障害を伴う例では、エクササイズを増やして欲しい・リハビリテーションを取り入れて欲しい、という希望が

作業所同様にあった。

将来のことに関しては(表16)、ショートステイに関する意見が多かった。精神遅滞の程度が重度であるため、将来入所になった場合にうまくやっつけられるかという心配の反映である。グループホームに対する期待は、作業所同様”熱い思い”であったが、特に重度の精神遅滞の場合でもグループホームは可能なのかどうかという心配が意見からうかがえる。医療面での意見では(表17)、本人からの訴えができない分を定期健診やガン検診でカバーしたいとい

表14 成人通所機関精神遅滞部門在籍者の保護者の日常健康管理留意点など

運動不足のため体重増加傾向にあり、摂取カロリーを制限している。特に油ものを控えるようにしている。

肥満高度のためダイエット奮闘中である。

養護学校時代からのことであるが、朝家を出たがらない→通所を欠席するという傾向にある。体調の維持のためにもなるべく通所に出したい。

てんかん発作が多いので、発作の観察と抗けいれん剤の内服とをきちんと行うようにしている。

表15 成人通所機関精神遅滞部門在籍者の保護者の通所機関に対する意見・希望など

現在の通所の内容にほぼ満足している。

運動をさせて欲しい。

運動障害を少し合併しているので、PTやOTといったリハビリテーションを通所で実施するように希望するし、また施設内にある温水プールも使って運動させて欲しい。

知的障害だけならばリハビリテーションは不要である。

通所機関は定員を増加させないとすぐに満員になる。定員増を計って欲しい。

表16 成人通所機関精神遅滞部門在籍者の保護者の将来のことに関する心配点・希望など

ショートステイできるかどうか心配だったので、経験のためのショートステイをさせてもらった。うまくショートステイできたので心配の種が減った。

経験を積むためのショートステイ制度を作って欲しい。

行動障害がきつく、普通の知的障害施設では対応が困難である。現状では精神病院にショートステイするしかない。知的障害施設の行動障害への対応能力を向上させて欲しい。

入所施設を近隣に作って欲しい。遠方の施設はいろいろな面で心配が多い。

生活寮やグループホームを増やして欲しい。特に重度の知的障害でも受け入れ可能なグループホームに期待をしている。

親子で入れる老人ホームのような施設を希望する。

表17 成人通所機関精神遅滞部門在籍者の保護者の医療機関に対する意見・希望

発作が多い知的障害児・者は、知的障害施設ではなく、医療機関でのショートステイができればよい。

かせなどでは近医に診てもらっている。長くかかっているのでコミュニケーションができて、安心してかかれる。

自分からの訴えができない分、病気の早期発見・早期治療は困難であると思う。このため一般人で行っているガン検診などの健診や検診を、精神遅滞や肢体不自由のある成人でも定期的に行って欲しい。このような制度を法的に作って欲しい。また糖尿病やガンなどが発見された後の治療体制も検討して欲しい。

入院を要する病気になったとき、安全に入院していただけるかどうか、いささか心配である。

通院して向精神薬を定期的にもらっているが、待ち時間が長くてつらい。

通常年齢が上がると受診科が小児科から内科に移動することになるが、精神遅滞や肢体不自由、またてんかんなどの疾病では、小児科にある程度は継続してかかりたい。

歯科治療に苦勞した。心身障害児・者専門の歯科医療機関を増やして欲しい。

う意見、また入院生活が安全にできるかどうかという意見があった。いずれももっともな意見であり、今後医療の現場にどのように福祉を持ち込むか、法制まで含めて検討しなくてはならない。

表18-21に成人通所機関精神遅滞部門保護者からの聴取結果を示す。

アテトーゼ型で重度の脳性麻痺例が多かったため、水分量や食事の注意が多かった。一般的に言って保護者の理解水準は精神遅滞よりも高く、保護者の健康管理に対する熱意がうかがわれた。通所内容に関しても(表19)ほぼ満足という意見が多かった。特に養護学校と違って夏休みなどの長期間の休みがないという点は、感謝する意見が多かった。しかしながらPTやOTなどのリハビリテーションが

ない、ナースが配置されていない、という医療能力の不完全さを心配する意見が多かった。また昼食が給食業者からの弁当をとることが基本であるため、嚥下機能の問題を抱える通所者の保護者からは調理形態を心配する意見があった。

将来のことに関しては(表20)、精神遅滞成人向けに普及しつつあるグループホームを肢体不自由成人にも応用できないかという潜在的希望を多数の保護者から掘り起こすことができた。また東京都の精神遅滞成人向け施設は東京から離れた遠方に建設されることがこれまで多く、このことが結果的に一部施設での不祥事の原因のひとつとなった事実がある。このことを反映して施設建設を近隣にという希望が少なくなかった。

表18 成人通所機関肢体不自由部門在籍者の保護者の日常健康管理留意点など

休日は日内リズムが乱れやすいので、この点に留意している。
体重が増えると体の動きが悪くなり、また家族の介護も大変になるので、体重増加に気をつけている。
アテトーゼが強くて、発汗が多い。水分とカロリーの補給、頻回の更衣に留意している。
多種の食品を取るよう気をつけている。
毎朝定期的に便通があるよう心がけている。通所に遅刻しても、排便をさせている。
肺炎にかかったとき通院先の病院に空きベッドがなく、入院先を探すのが大変だった。また入院中に体力的にかなり低下してしまった。その後呼吸器感染症には十分留意している。
30歳で急性虫垂炎になり、手術と術後管理とで合計1月入院した。退院後体力的にはかなり低下してしまった。体重も5kg減ってしまった。体力を回復できるように、現在取り組んでいる。
年齢とともにずいぶん丈夫になった。けいれん発作も少なくなった。
休日にはなるべく外に出し、陽を浴びて風にも当たるようにしている。
食べるのが健康の基本→歯を悪くしないように気をつけている。

表19 成人通所機関肢体不自由部門在籍者の保護者の通所機関に対する意見・希望など

通所は大いに楽しんでいる。内容もバラエティがあり、満足している。
夕方から午後9時までの預かり事業を通所でやってくれている。家族の用事があるときなどに、大変助かっている。しかし利用回数に制限があるので、もっとフレキシブルにして欲しい。
養護学校と違って長期の休みがない(ここの通所は春や夏の休みを定期的には定めていない)ので、体調や日内リズムの維持が容易で感謝している。
休みに家でいるとあきてしまう。通所は休みが少ないので感謝している。
養護学校と違って職員の異動が少なく、慣れやすいのが有り難い。
年齢的に側弯などの二次的障害が進行する時期なので、養護学校時代と同じようなPTやOT訓練の時間が通所にもあった方がよい。
養護学校と通所を同じ次元で比較するべきではない。しかしやはりPTなどのリハビリテーションを希望する。通所にはプールもあるので、ぜひ利用させて欲しい。
医療面の機能強化が必要、ナースの配備を希望する。将来的には注入や酸素吸入などの対応が必要になる見込みであるので。

昼食は弁当を頼んでいるが、そしゃくや嚥下機能に障害があるので、うまく食べられない。できれば種々の調理形態の給食を通所で希望する。

入浴を通所でもやってもらっているが、現在の回数（3回/月）をもっと増やしてもらいたい。

入浴事業を通所でもやってもらっているが、通所が自分でやっているのではなく入浴業者が請け負っている。このため入浴の時に家族が施設内で待機しているように求められている。しかし家族がいる必要は現実にはなく、時間の無駄になっている。

表 2 0 成人通所機関肢体不自由部門在籍者の保護者の将来のことに関する心配点・希望など

入所施設の定員不足が心配である。

施設やグループホームは地域で作って欲しい。遠方はいやである。

グループホームは重度肢体不自由児・者には現実的ではない。施設の定員増を希望する。

大規模施設よりはグループホームが良い。肢体不自由対応のグループホームを希望する。研究して欲しい。

施設に対して本人の好みがある。現在ショートステイを頼んでいる施設は本人が大変気に入っている。緊急で他の施設に入らなくてはならないこともあり得る。この点が心配である。

考えたり心配しても、頭痛の種が増えるだけである。現状維持に心がけ、将来のことは考えないで生活するようにしている。

肢体不自由対策用の自宅改造費の公的補助をもっと増額して欲しい。

表 2 1 成人通所機関肢体不自由部門在籍者の保護者の医療機関に対する意見・希望

通院が面倒なので、少々のかぜは家で寝て治すようにしている。

ショートステイを緊急の事情で希望したことがあるが、あいにく空きベッドがなく、ショートステイできなかった。

ショートステイの申し込みをしても、予約確定の返事がケースワーカーから来るまでに時間がかかる。

ショートステイの予約が希望通りには取れないことがある。

緊急の用事でショートステイを頼んだことがある。すぐに受け入れてもらえて、大変助かった。

ちょっとした病気で近医受診したが、“分からない”と言われて診療にならなかった。スロープなどの設備もなかった。

一般医療機関でも心身障害児・者がかかりやすくして欲しい。

受診時の待ち時間の短縮を希望する。

長期の入院が必要になったとき、安全に入院していただけるかどうか心配である。

年齢とともにガンなどの心配が出てくる。ガン検診を将来は受けさせたい。この種の制度を作って欲しい。

健康保険の変更でPTとOTとを同日受診できなくなった。結果的に通院回数が増え、家族の負担が増えた。制度の改悪をしないで欲しい。

医療面に関しては（表 2 1）、ショートステイのベッド不足に関係した不満が多く、また精神遅滞同様に一般医療機関での受け入れの困難さが挙げられた。定期健診やガン検診も精神遅滞同様に希望が挙げられた。

考 察

冒頭で述べたように、心身障害児・者、特に精神遅滞を中心とした障害を有する人々が、在宅やグループホームなどの小規模施設で生活する例が増加しつつあり、このような状態で彼らの健康管理にどのような医学的問題があり、またそれに対応してどのような医学的管理が必要かを知ることは、有意義であると考えられる。なぜならば精神遅滞という基礎疾患があることは、種々の身体疾病にかかることが一般よりはるかに多くなることが証明されているからである（文献 1、2）。

またある疾病が発生し、自覚症状を呈して発症し、診断がなされ、そして治療をする、というのが通常の

経過である。しかしこの経過をたどることは疾患がある程度進行してから診療がなされることを意味し、適切な治療や管理は必ずしも容易ではなく、また時間と経費との面でも負荷が大きくなる。もし可能であればその疾患の発症を予防する、あるいは自覚症状がないか、もしくは少ない早期の段階で発見し、速やかに治療する方が、あらゆる面で好ましいことは自明である。このため学校や事業所では児童生徒や職員を対象に定期的に健康診断を行うことが法律で定められており、また地方自治体では市民を対象に種々の健康診断やガン検診を実施している。これらの健診や検診はその内容によって当然限界があり、また一部のガン検診にはその有効性を疑問視する意見もあるが、総体としてはある程度の有効性を有すると考えて支障はないであろう。もちろん今後その有効性を一層明確にしてゆく努力は必要であるが。

今回調査対象とした作業所や成人通所機関は公立機関であり、市内に居住することが利用の条件である。このため症例選択のバイアスは少ないと言える。今回の調査結果は現在の日本における在宅精神遅滞成人の

一般的な問題を反映していると言える。

さて精神遅滞成人の最大の問題は肥満であった。本邦の一般成人における肥満の割合は10%前後である(文献3)。これに比して今回の調査結果での作業所在籍者中39%、成人通所在籍者中25%が肥満であるという数字は明らかに高値である。肥満が精神遅滞児・者全般で多いことは筆者らの別の報告でも同様であったし(文献4)、また養護学校在籍児童でも一般児童より肥満が多く、学年が上がるに連れて肥満の割合が増加すると報告されている(文献5)し、筆者の養護学校での調査結果も全く同様の結果であった。肥満は高血圧、動脈硬化、虚血性心疾患、糖尿病、脂肪肝、高脂血症などのいわゆる生活習慣病の発生と深い関連がある。今回の検査結果でも全く同様のことが示されている。したがって肥満の予防ないし治療は、一般人と全く同様に精神遅滞成人が健康な生活を送る上で極めて重要であると言える。

今回の調査結果では学校を卒業して作業所へ通うという、年齢と生活パターンとの変化が肥満発症の背景としてあげられたが、一般人でもこの変化(学校を卒業して社会人になる)は同様である。したがってこの変化そのものが精神遅滞成人の肥満の原因ではなく、この変化にうまく適応できず、その結果肥満になると考えるべきである。”環境の変化に対する適応が困難”という問題は精神遅滞という病気の本質であり、精神遅滞成人に肥満が多いのは精神遅滞そのものが本質的原因であり、環境や生活習慣は二次的原因であると言えるということを示している。したがって精神遅滞成人の肥満の予防のためには、早期から、つまりまだ肥満が発症しない幼児や養護学校在籍中の時期から、保護者などの関係者に対して十分な指導をする必要がある。

つぎに肥満の治療について検討する。世の中にはダイエット食品やダイエット指南書があふれており、日本という国全体でダイエットブームの様子を呈している。では肥満精神遅滞成人ではダイエットは可能だろうか？ 精神遅滞の存在が肥満の第一の原因であるならば、ダイエットは不可能なのであろうか？ 筆者は表7に示した例や、これまでの診療の経験から、ダイエットはある程度は可能であると考え。もちろん本人の理解と強力とが乏しい精神遅滞児・者におけるダイエットは通常ほど容易ではない。しかし表7に示した2例は1年で肥満度を13%および20%低下させており、現在もダイエット進行中である。この状態が継続できれば、何年後には満足ゆく結果が得られるであろう。おいしいものを食べる楽しみや食後の満腹感が少なくなるというダイエットのマイナス面(欲

求不満やその結果として行動障害を呈する可能性もある)をどのように評価しカバーするかという問題もある。しかし健康にして文化的な生活を送るということは最も基本的な人権であり、健康被害の問題は単に医学的な問題であるだけでなく、何よりも優先されるべき問題であると言える。

精神遅滞成人において肥満が問題であったが、肢体不自由+精神遅滞の成人では逆にやせが問題であった。やせは肥満ほどに医学的問題はないが、日頃の体力や肺炎などの感染症に罹患して食事が長期間とれないときのことなどを考えると、あまりやせているのも考えものである。口腔機能の障害や消費エネルギーの増加によって体重が増えない場合は、高カロリー食や栄養補助剤などの併用で摂取カロリーの増加をはかるべきである。

またやせは単に体重が少ないというだけでなく、栄養のバランス不良という観点でも見るべきである。今回の結果で低脂血症が多かったことはこのことを示している。また定期健康診断では実施することができない検査項目であるが、亜鉛や銅などの微量元素の不足が同時に存在する可能性もある。やせも肥満同様に看過できない問題であると考え。

肥満以外に臨床的に問題となった所見はなかった。この理由は今回の調査対象が年齢的に比較的若いためもあると考える。今後経年的にどのように変化してゆくか、注意して観察を続けたい。

検査データで問題となった点の多くは肥満と関連があり、もし肥満が改善されればこれらの多くは同時に改善されると言える。それ以外には特に問題となるような検査結果はなく、これも今回の調査対象の年齢のためと考える。臨床所見同様に今後変化を、注意して観察したい。

死亡事例は今回の調査で過去5年間に1例もなかったが、これは今回の調査対象が平均年齢が20歳代でまだ若い年齢であることに原因があるであろう。今後年齢が進むにつれて悪性腫瘍・虚血性心疾患・脳血管障害といった”3大死亡原因”が台頭してくる可能性が大きい(文献6)。筆者の所属する機関でも、胃ガン(28歳女性)、直腸癌(50歳女性)の2例を最近経験している。いずれも自分からの症状の訴えが乏しいため発見が遅れ、診断確定時は末期な状態であり、診断後短期間で死亡した。また良性腫瘍では子宮筋腫、卵巣腫瘍、睾丸腫瘍などを経験している。今回の調査対象者が今後年齢を経るにつれてこの種の疾患が増加することは確実であろうと考える。したがって保護者の希望にあったように、定期健診の頻度や内容の再検討、ガン検診実施の検討をする必要がある。しかし各

種検査の実施に非協力的である精神遅滞児・者において、検査がどの程度安全かつ有効に実施できるかという心配があることは確かである。筆者らは以前から心身障害児・者における上部消化管障害が多いことに注目しており、上部消化管内視鏡検査を安全に実施している(文献7)。上部内視鏡検査は今後定期健診あるいはガン検診に含めるべく検討されるべきと考える。

<文 献>

1. 有馬正高. 知的障害をもつ人達にみられる身体的疾病と生命の危険. 有馬正高編集、東京、日本知的障害福祉連盟刊、1998。不平等な命－知的障害の人達の健康調査から－。P. 2－8.
2. 有馬正高. 知的障害を持つ人達のライフステージと健康問題. 有馬正高編集、東京、日本知的障害福祉連盟刊、1998。不平等な命－知的障害の人達の健康調査から－。P. 10－61.
3. 東京都衛生局健康推進部編集・発行. 東京都民の栄養状況(平成9年国民栄養調査成績). 平成10年11月.
4. 鈴木文晴. 知的障害児・者の健康管理. 有馬正高編集、東京、日本知的障害福祉連盟刊、1998。不平等な命－知的障害の人達の健康調査から－。P. 88－107.
5. Takeuchi, E. Incidence of obesity among school children with mental retardation. American Journal of Mental Retardation. 1994; 99: 283－288.
6. 鈴木文晴. 施設入居中の知的障害児・者の死亡事例の検討. 有馬正高編集、東京、日本知的障害福祉連盟刊、1998。不平等な命－知的障害の人達の健康調査から－。P. 139－157.
7. 鈴木文晴、浜口弘、有賀賢典. 心身障害児・者の上部消化管障害と内視鏡検査. 小児科1996; 37: 1341－1348.

知的障害者の海外旅行中の健康管理

東京都立東大和療育センター
荒木 克仁

はじめに

知的障害者（児）の余暇活動のなかで海外旅行の機会が増え、てんかん等の合併症対策及び救急的医療対応の可否が懸念されている。時差に伴う抗てんかん薬の調整をはじめとして問題は多いが、一般的なことを書いた簡単なパンフレットはあるものの、たとえば我々医師がどう指導するかといったマニュアルは見当たらない。今回、知的障害者集団の海外旅行に同行する機会が2回あったので、その経過をまとめ、旅行中の健康管理上配慮すべき事項を要約する。

グループ1

【旅行日程】 時期は8月、行き先はイギリスとオランダで、ロンドンの知的障害者の施設を訪ね、オランダで障害者の会議に参加するツアーで、ロンドンで4泊、オランダで3泊と、帰りの機中泊1泊の8泊9日の旅程であった。

【旅行者について】 今回旅行した障害者は19歳から43歳までの6人で、在宅2名、通勤者4名で、男女各3人ずつであった。女性2名には父親または母親が同伴し、親の同伴のない4人は自立して働いている比較的軽度の人達であった。海外旅行の経験者は男性2人女性1人の3人で、残り3人は初めての海外旅行だった。その他にボランティア3名なども同行し、総勢14人であった。

【内服薬及び内服方法】 6人中4人が薬を内服していたが、3人（A,B,C）はてんかんのため抗けいれん剤を服用していた（表1）。また、薬を飲んでいない2人のうち一人は、てんかんで以前投薬されていた。

時差による投薬の問題は、抗けいれん剤の内服についてであった。旅行先はイギリスとオランダで、日本とはそれぞれ8及び7時間の時差（サマータイムのため）があり、どう飲ませると血中濃度が安定するかを考えたが、分3毎食後の薬については、ずれる食事に合わせて内服してもらった（食事は往路が4回、帰路は2回）。抗けいれん剤以外の薬を飲んでいない1人（D）は、喘息、アレルギー性鼻炎と心臓

の薬で、すべて毎食後だったため調節はしなかった。

ただ、朝昼晩で異なる量を飲む場合や、一日1回または2回内服の薬が問題となった。Aが朝昼晩で異なる量を飲み、Bが1日2回・朝晩の薬と眠前薬を飲み、Cが、朝1回の薬と眠前薬を飲んでいて、それぞれに内服プランを立て（表2）、眠前薬は、そのまま眠前に飲んでもらうことにし、朝の薬（アセタゾラミド）は現地では朝に飲んでもらい、ロンドンに到着時と、日本に到着時にそれぞれ半分ずつ飲んでもらった。朝晩の薬は時間を少しずらして初日（ロンドンに向かった日）に3回、最終日（日本に到着した日）の夜に、1回飲んでもらった。しかし、Aは、海外旅行の経験があるということで自分の判断で調節した。

表1 内服薬

A:	1. バルプロ酸 (200) 8 T 分3 (3, 2, 3)
	2. クロナゼパム (0.5) 3 T 分3 各毎食後
B:	1. 塩酸ミドドリン (2) 3 T カルバマゼピン細粒 300 mg 酸化マグネシウム 1.0 ニコチン酸トコフェロール (100) 3 Cap 分3
	2. フェニトイン (100) 2 T メチル硫酸アメジニウム (10) 2 T 分2 朝・夕食後
	3. クロナゼパム (0.5) 1 T 分1 眠前
	4. ジアゼパム (2) 3 T 分3 毎食後
C:	1. カルバマゼピン (末) 300 mg ジアゼパム (末) 6 mg スルピリド (末) 60 mg ピオフェルミン 2.0 バルプロ酸 (200) 3 T 分3 毎食後
	2. アセタゾラミド (250) 1 T 分1 朝食後
	3. 塩酸ミアンセリン (10) 1 T 塩酸リルマザホン (2) 1 T クロナゼパム (0.5) 1 T 分1 眠前
D:	内容不明、心臓の薬とアレルギーの薬を1日3回 毎食後。

表2 薬の飲み方

基本的には、現地の時間に合わせて飲んでもらい、毎食後の薬は食事に合わせて、眠前薬は眠前に飲む。飛行機の移動で時間がずれるときに調整をする。

A：8月16日、飛行機内で日本時間20時（ロンドン時間12時）に夕食後の薬を飲み、更に機内の夕食後ないしはホテルに着いて寝る前にもう一度夕食後の薬を飲む。

8月23日の帰りは、機中で夕食後に薬を飲み（現地時間で20-21時、日本時間で3-4時）、機中で日本時間の12時前後に昼の薬を飲む。

B：分2のフェニトインとメチル硫酸アメジニウムは日本時間19-20時（ロンドン時間11-12時）に内服し、ロンドン到着後ホテルでもう一度飲む。23日の夕食後少し遅めに飲んで24日の朝の分は飲まない。

C：アセタゾラミドは、ロンドン到着後に半分内服し、以後は現地時間に合わせて内服。24日は、機中で覚醒後に半分内服。

D：特に調節せず毎食後に飲んでもらう。

表3 持参薬A

1. 内服薬

バルプロ酸（200）64錠、 クロナゼパム（0.5）24錠

カルバマゼピン（細粒） 100mg×24包、 ジアゼパム（2）24錠

フェニトイン（100）16錠、 アセタゾラミド（250）8錠

ジフェンヒドラミン 10錠、 メラトニン 20錠

2. 注射薬

ジアゼパム（10）3A

3. 坐薬

ジアゼパム（10）5個、 抱水クロラール（500）10個

ドンペリドン（30）5個

【持参薬】 旅行に際しては、本人の常用している薬を旅行日程分より少し多めに持参させ、他に表3に挙げたものを準備した。その内容については、各々が内服している抗けいれん薬を参考に、一人が紛失しても賄える量の内服薬を用意し、更に、痙攣重積を起こした場合に備えて抗けいれん剤の注射薬及び坐薬も準備した。また、時差による日内リズムの乱れに対して睡眠薬（ジアゼパム）とメラトニンも持参した。

【時差による影響について】 時差による生活リズムの崩れ（いわゆる時差ボケ）については、夜間不眠になったり、逆に昼間眠くて起きられないといった症

状を訴える人はほとんどなかったが、一人、同行のボランティアと夜遅くまで起きていて朝なかなか起きて来ないことがあった。こちらで用意した薬を使用したのは、同行のボランティア2人がジアゼパム（2）をそれぞれ1錠ずつ飲んだだけだった。

【トラブルについて】 5日目のロンドンからアムステルダムに向かう日、一人がけいれん発作を起こした。元々、てんかん発作（偽発作が疑われていた）が時々あり、起立性低血圧が起こりやすい人であった。ロンドンに着いてから夜遅くまで起きていたことが多く、睡眠不足になっていたと考えられた。この日は起立性低血圧がきっかけで空港に向かうバスの中で気分不良となり、ロンドンの空港で搭乗手続きを済ませた後、車椅子に乗ってロビーで安静にしていた。この時に痙攣発作（一部意識減損を伴うミオクロニー発作）が起こったのである。薬の内服などで対処し、意識は回復して嘔吐等もなかったが、搭乗予定機の機長に搭乗を拒否され、本人と付き添い一人が残るように言われた。医師の付き添いがあり心配ないと説明したが、直接機長と会って話すことが出来ず、またツアー全員が次の便まで待つことも出来なかった。その時にドーバー海峡を低気圧が通過していたため機長が大事をとったのかもしれないが、結局2人が残されると言う事態になった。幸い医師が二人いたので、一人が残って様子を見たところ、状態が落ち着いて本人が歩けるようになった。このため、次の便でアムステルダムに渡ることができたが、待っている間も係員がたびたび訪れて病院への受診を勧めるなど、状況によっては（発作が収まっても次の便の機長が拒否すれば）次の便にも乗れなかったし、イギリスで一泊したり、病院につれて行かれるなどの事態になった可能性もあった。

そのほかには、自分で抗けいれん薬を調整していた人（A）が、ロンドンのホテルに着いた後でけいれん（ミオクローヌ）を起こしたが、内服ですぐに収まった。この人は何度か海外旅行をしており自分で薬を調節していたが、1回分食後の薬を飲んでいなかったということだった。

【帰国後】 空港で解散後に、旅行疲れからか嘔吐した人が一人いた。また、帰国翌日に痙攣発作を起こした人が1人いたが、時差ボケが問題になった人はいなかったようだ。ただ、一人が元の生活ベースになかなか戻れず作業所にいかななくなってしまったとのことである。

グループ2

【旅行日程】 時期は11月、行き先はグアム島で、知的障害者の更生施設の3泊4日の旅行に付き添った。予めツアー会社が医師の同行を求めたため、施設からの依頼で筆者が同行することになった。

【旅行者について】 施設入居者30人のうち、最重度障害の人やてんかん発作の頻発している人、健康上問題がある人等を除いた20歳から62歳までの20人(男13人、女7人)がツアーに参加した。更に保護者11人と、施設職員(役員や指導員、看護婦等)、ボランティアが同行し、総勢62名だった。医師は予め参加希望者を診察し、施設職員と相談の上参加の可否を決定した。重度の自閉症で両親が投薬を拒否している一人については、海外旅行はもちろん飛行機に乗るのも初めてということであったので、(筆者がいつも本人を診ている主治医や施設の嘱託医ではないため)同行医師として責任がもてないと考え、家族と十分話し合った上で参加を遠慮してもらった。

【内服薬】 常時内服しているのは15人。主に向精神薬であったが、5人が抗てんかん薬を内服していた。時差が1時間なので特に投薬調整をせず。

【持参薬】 入居者の常用薬は施設で予備に用意してもらい、外傷の簡単な処置道具も施設で用意してもらった。筆者は表4にあるものを準備したが、今回は、施設の常備薬にはなかったため胃腸薬や風邪薬、頭痛薬も用意した。また、保護者やボランティアが参加するというので、簡単なアンケートでその人達の健康情報も集めて、降圧剤も準備した。

【投薬について】 時差が1時間ということもあって特に投薬の調整はせず、何かあった時にはその場で対処することにした。

【トラブルについて】 初日には興奮してほとんど眠らなかった人が2名いたが、2日目の夜は落ち着いて、2人とも睡眠薬なしで眠ることが出来た。ただ、そのうちの一人が帰りの飛行機に搭乗後、飛行機が滑走路に向かう途中で痙攣発作を起こしたが、20秒程度で治まり、離陸には支障なかった(いつも20秒前後で発作は治まるとのこと)。

【帰国後】 特にトラブルはなかった。

表4 持参薬B

1. 内服薬

デプレノン細粒(0.5g) 21包、ラックB 21包、センノシド 10錠、PL-顆粒 20包、セファクロル(250mg) 20Cap、

ジクロフェナクナトリウム 10錠、ロキソプロフェンナトリウム 10錠、

ニトラゼパム(5mg) 4錠、ジアゼパム(2mg) 6錠、

ニフェジピン 6Cap、ジフェンヒドラミン 10錠、メラトニン 20錠

2. 注射薬

ハロペリドール(5mg) 2A、ジアゼパム(10mg)

3A、

ヒドロキシジン(25mg) 3A、フルニトラゼパム(2mg) 2A

3. 坐薬

抱水クロラール(500mg) 10個、ジアゼパム(10mg) 5個、

インドメタシン(25mg) 5個、ドンペリドン(30mg) 10個

考察—2回の旅行に付き添って

筆者は今回、海外旅行の同行はもとより海外旅行自体が初めての経験だったが、障害者の国内旅行には何度か付き添ったことがあり、その場合に準じて医薬品などを用意した。

最初の旅行では、時差に対する投薬の調整についての報告が見当たらず、主治医から特に内服指導を受けたわけでもなかったため、筆者が時差を考慮して内服計画を立てた。海外旅行の経験のある人は自分で調整して、かえって失敗した様だった。

また、体調の思わしくない人に対して機長が搭乗を拒否するという予期せぬ事態も起こった。日本語が通じないためこちらの意思がうまく伝わらず、危うく2人がドーバー海峡を渡れないところであったが、体調が悪いと搭乗を拒否されることもあり、係員への説明などは十分注意が必要と考えられる(正直に説明するとかえって良くないのかもしれない)。飛行については機長の権限は絶対であり、全責任を機長が負うことになるため、体調が悪ければこのようなことが起こりうるということを前提に旅行を考える必要がある。

この点も考えて、2回目の旅行は予め診察をして参加者を絞り、大きなトラブルになるようなことはなかった。しかし、健康管理には気をつけていたが、飛行機内で痙攣発作を起こす人が出るなど、少し時間がずれると問題になるようなことが起こった。当然のことながら当地では休養を十分にとり、疲労から体調不良にならないようにすることが特に障害者では大切であるということであらためて感じた。

参加を遠慮してもらった人には気の毒な面もあったが、施設内での状況を見る限り、3時間以上も機内で居るには無理があると思われ、直前で搭乗できなければかえって本人のためにならないとの判断であった。国内の飛行機旅行等で慣れることが出来れば短距離の海外旅行も可能かもしれない。

最近、医師が同行する身体障害者の海外旅行ツアーが旅行会社から売り出され、新聞でも取り上げられている。知的障害者でも海外旅行する人が増えてきているようで、好ましいことであると思うが、今回の様なこともあり、知的障害者でてんかん等の合併症のある場合は医療スタッフの同行が必要になる場合も多いのではないか。障害者の世界大会会場で、けいれん発作を起こしていた人がいて、すぐに収まっていたが、特に、てんかん重積などのリスクのある人の旅行には医師や医療スタッフの同行が不可欠であろうと思われた。

また、時差が問題になる場合の薬の飲み方について

は、決まった方法がないようなので、いろいろな事例を積み重ねながら、あるいはいろいろな情報を合わせながら、時差に合わせた内服や海外旅行の注意点に関するマニュアルが作ればよいと思う。

まとめ

限られた経験で問題点が十分出せたとは思わないが、・疲労を避け、十分休息をとって健康管理に気をつける。・内服薬については自分で調整せずに医師に相談する。・特にてんかん等の合併症がある場合は医療スタッフの同行が望ましい、といった点が重要で、時差に伴う投薬調整の方法についてのマニュアルも作られればよいと思う。

【参考資料】

東京都衛生局発行：くすりのQ&Aシリーズ6

薬の救Q箱－海外渡航編

あ と が き

近年、知的障害を持つ人達はいろいろな身体的疾病をともしやすく、若死にの人が多い、死ぬ原因も一般の人達とはかなり違うことが判ってきた。従来、乳幼児の知的障害（精神遅滞）を見てみると、奇形が稀でないことや、哺乳力が弱く肺炎・気管支炎などにかかりやすいこと、難治性のでんかんが多いことなど、虚弱で医療ケアが不可欠という実感があった。一方、学童期以後成人に達すると、健康にはあまり問題ないという印象が強くて、青壮年期の健康についてはほとんど取り上げられなかった。

数年前、私達は一部の施設職員や関係者の訴えに触発され、全国的な健康情報の収集に着手した。そして、知的障害をもつ人達は、児童から青壮年期にかけて、看過できない数々の健康上の問題をもっていることを痛感した。特に、その個人と周囲の生活様式の偏り、病気の見逃し、医療の体制や技術的な不備などによって健康障害が増幅されている可能性が感じられた。そこには、訴えが乏しいから手遅れになりやすい、自制が乏しい、診療への協力が得難いから医療がしにくいという本人だけの責任への転嫁と、それを放置しむしろ容認するという社会的な雰囲気が漂っているように感じられた。WHOの宣言などを見て、これは世界的にも共通する問題と認識するようになった。

知的障害を持つ人達の健康を、一般の人達と同じ水準に改善するためには、一般の人達ができる保健医療の体制に加えて、知的障害を持つが故に直面しやすい不利な条件を明らかにし、そのそれぞれに対し効果的な対策を実施することが必要である。

この厚生科学研究の目標は、対策を立案することであり、いろいろな課題のなかで重点をどこに置くか、そして、実行可能な対策とはどのようなものかを明確にするための情報収集をおこなった。問題は多岐にわたるので重要な課題も今回の調査研究では割愛せざるを得なかったものも多い。今後に期したい。

2年計画の研究で、ここに初年度の研究報告書をまとめることができた。研究班を結成し、研究費の配分を行ってから報告書を作成するまで、きわめて凝縮された時間表の中でそれぞれの調査を実施していただいた分担研究者および研究協力者の皆様に心から感謝申し上げる。

第2年度の研究も既に開始されているが、初年度で得られた調査資料をさらに充実させると共に、可能な限り、対策案の作成とその妥当性の検討に着手するよう計画している。

主任研究者 有馬正高

研究者名簿

主任研究者	有馬正高	(社)日本知的障害福祉連盟
分担研究者	馬場輝実子	国立療養所長崎病院
	原仁	国立特殊教育総合研究所
研究協力者(報告書記載順)		
	水野勇司	国立療養所東福岡病院
	松葉佐正	芦北学園
	大堂庄三	国立療養所宮崎病院
	田中洋	鹿児島県児童総合相談センター
	島袋高子	国立療養所琉球病院
	松本茂幸	同上
	三浦司	同上
	浜口弘	東京都立東大和療育センター
	石崎朝世	(社)発達協会王子クリニック
	長尾秀夫	愛媛大学教育学部
	原美智子	群馬大学教育学部
	杉山登志郎	静岡大学教育学部
	村上由則	宮城教育大学教育学部
	山田和孝	東京小児療育病院
	鈴木康之	同上
	金井登美	東京都立東大和療育センター
	平山義人	同上
	曾根翠	同上
	鈴木文晴	同上
	畠山隆子	伊達市地域生活支援センター
	小林繁一	同上
	口分田政夫	第一びわこ学園
	藤田泰之	同上
	小川勝彦	第二びわこ学園
	山崎正策	同上
	小川正彦	同上
	牛谷正人	甲賀郡障害者生活支援センター
	中島秀夫	甲賀郡心身障害者コーディネーター
	小西美代子	東京都西部訪問看護事業部
	荒木克仁	東京都立東大和療育センター
事務局担当	沼田千好子	(社)日本知的障害福祉連盟