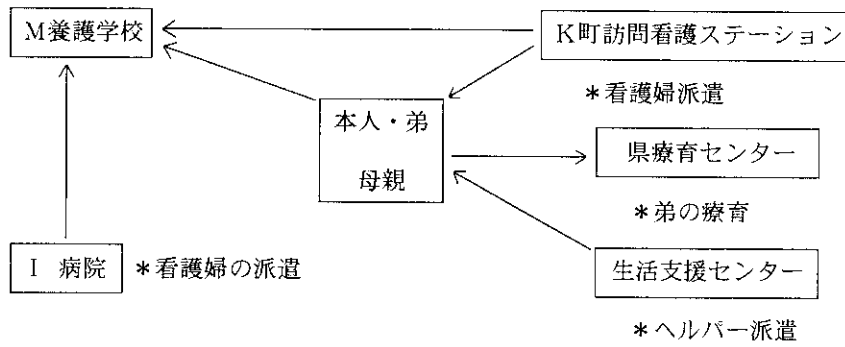


<ケアマネジメントの概念図>



<ケース5>

<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ば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6>

<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。

6. 考察

これまで個別のニーズに各機関がそれぞれの機能で対応してきた従来のあり方からチームアプローチを基本とした地域ケアシステムを基本に対応する「甲賀郡心身障害児・者サービス調整会議」は、当初予想した以上の効果をもたらした。

多様なニーズを個人や一機関で解決するのではなく、地域に存在する福祉資源が集い、話し合う中で解決していこうとする姿勢は、福祉圏域の障害児・者に関わるそれぞれの地域資源の役割りを明確にし、お互いが力を出し合うことで地域生活を支えていこうとする「チームアプローチ」による支援システムを生み出してきた。

従来は、課題に直面した機関や個人が自らの機能の中で対応することで、地域の障害者や家族のニーズに十分対応できず、当事者は地域資源を当てにできなくなるという悪循環が繰り返されていた。まさにニーズが潜在化するという状況に陥っていたのである。

しかし、ひとつひとつの課題に対応していく「サービス調整会議」の役割が、地域ケアシステムとして、地域ニーズの受け皿として地域に認知され始めることで、個人ではなく地域で支えること、関係機関が共同で係わることで、そしてサービスの質が個人の力量に左右されない地域ケアシステムとして機能し始める。そしてこのことが甲賀郡域の福祉力の向上につ

なるとなると始まった。つまり「ひとりの不安をひとりだけの不安にしない」ための地域ケアがシステムとして動き始めたのである。

しかし、地域実情はまだまだ当事者主体には程遠い状況にある。障害のある人の地域生活を支援していくには、様々な地域資源が利用者のニーズに対して力を発揮できなければならない。そしてそのためには地域の福祉資源が地域に対して機能を開放しているかどうかのポイントである。

地域の福祉資源は、これまで自らがその役割りを決め、利用者に対してサービスを供給してきた。しかしこれからは各資源の役割りは、地域が、利用者が決めていくことが大切である。

現状のサービスの充実は勿論のこと、新たに整備が必要なサービスも浮かんできている。例えば、今回取り上げた6つにケース見られるように、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付き添い及び送迎を補うことが必要である。また医療機関との連携によって通学を保障していくことは、まだまだ未整備な状況にある。医療機関も生活ニーズへの対応のノウハウは少なく、福祉機関も要医療ケースへの取り組みは浅い。

しかし、地域生活への積極的な保護者の意向は今後益々増えてくると予想される。滋賀県が平成12年度始める「要医療的ケア介護支援事業」「重症心身障害児ケアマネジメントモデル事業」によって、地域生活支援サービスの普及と共に明らかになってきた在宅重度障害者への対応を地域ケアシステムとしてどう形作っていくか期待したい。

資 料 編

- ①甲賀郡心身障害児・者サービス調整会議設置要綱
- ②甲賀郡心身障害児・者在宅福祉事業運営協議会設置要綱

甲賀郡心身障害児・者サービス調整会議設置要綱

(設 置)

第1条 甲賀郡心身障害児・者サービス調整会議(以下「サービス調整会議」という)を設置する。

(目 的)

第2条 サービス調整会議は、甲賀郡内に居住する心身障害児・者に関する福祉、教育、保健、医療などの各種サービスを総合的に調整、推進することを目的とする。

(事業内容)

第3条 サービス調整会議は、次に掲げる事業を行う。

- (1)福祉事務所ケースワーカー、保健婦、各町障害福祉担当者、心身障害児・者コーディネーター、生活支援ワーカーなどの訪問、相談活動を通じ、心身障害児・者のニーズの把握を、各種サービスの充足状況及び各種サービスの問題点の把握を行う。
 - ①訪問対象ケースの選定
 - ②合同訪問の実施
 - ③訪問結果についての確認、協議
- (2)複合したニーズを有するケース等についての具体的な処遇方策の策定及び関係するサービス提供機関へのサービス提供の要請等を行う。
- (3)甲賀郡の心身障害児・者に対するサービス提供の問題点を整理し、在宅福祉サービスの供給について調査研究を行う。
 - ①既存の在宅福祉サービスの検証
 - ②在宅福祉サービスメニューの開発、マニュアル化。
- (4)「ふれあい甲賀」をみんなで進める会、滋賀県児童成人福祉施設協議会甲賀ブロック等との連携を図り、在宅福祉サービスを推進する。

(構成者)

第4条 サービス調整会議は、次の委員をもって組織する。

水口健康福祉センター福祉課長・障害福祉担当職員・健康福祉課保健婦、甲賀郡各町障害福祉担当職員、

三雲養護学校進路指導主事、中央児童相談所児童福祉司
滋賀県障害者更生相談所職員、甲賀郡心身障害児・者コーディネーター、生活支援ワーカー、甲賀郡障害者生活支援センター職員、甲賀郡共同作業所連絡会代表
近江学園職員、るりこう園職員
その他、サービスの総合調整のため必要と認められる者

(会議)

第5条 会議は、原則として毎月1回開催することとし、水口健康福祉センター所長が召集する。ただし必要と認められる場合は随時開催することができる。
なお、会議は必要な委員のみを召集し、開催できるものとする。

(庶務)

第6条 サービス調整会議の庶務は、水口健康福祉センター福祉課において処理する。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、サービス調整会議の運営に関し必要な事項は、別に定める。

付 則

この要綱は、平成7年4月1日から施行する。
この要綱は、平成8年4月1日から施行する。
この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

甲賀郡心身障害児・者在宅福祉事業運営協議会設置要綱

(目的)

第1条 甲賀郡内に居住する在宅心身障害児・者に対して各種在宅福祉サービスを提供し、もって在宅心身障害児・者の自立を支援することを目的として、甲賀郡各町が共同実施する24時間対応型在宅福祉サービス事業を始めとした各種事業の円滑な実施を図るため、甲賀郡心身障害児・者在宅福祉運営協議会(以下運営協議会という)を設置する。

(構成)

第2条 運営協議会は、以下に掲げる職にあるものをもって構成する。

- (1)甲賀郡各町福祉主管課長
- (2)滋賀県水口健康福祉センター福祉課長

(協議事項)

第3条 運営協議会は次に掲げる事項について協議を行う。

- (1)障害児・者在宅福祉事業の企画、管理、評価に関する事項
- (2) " の経費に関する事項
- (3)関係機関との連絡・調整に関する事項
- (4)その他事業実施に必要な事項

(役員)

第4条 運営協議会には会長と副会長を置き、各町福祉主管課長の互選により定める。

2. 会長は、会務を総括し、協議会を代表する。
3. 副会長は、会長を補佐し、会長に事故のある時は、会長の職務を代理する。
4. 役員任期は1年とし、再任を妨げない。

(会議)

第5条 運営協議会の会議は、会長が召集する。

2. 会議の議長は、会長があたる。

(事務局)

第6条 運営協議会の事務局は、水口健康福祉センター福祉課に置く。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、運営協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

知的障害児者の健康に必要な

医療機関の連携

石崎朝世 洲鎌倫子 竹内紀子

【目的】

当クリニックは、小児科、小児神経を専門とする医師と医療スタッフが、主に知的障害児者の発達障害の診断、合併症を含めた治療、その他、健康と充実した生活を支援するための医療を行なっている診療所である。月に600人余りの知的障害児者が受診する。知的障害児者を支援する診療所は増えつつあるが、そこで全ての健康面について対応できるわけではない。特に入院が必要な場合は、病床をもった病院との連携が不可欠である。また、小児神経科医がカバーできる範囲外の専門医療を必要とすることもある。実際、どのような知的障害児者が、どのような理由で、どのような医療機関と連携が必要だったか、その際の連携はどのようにできたかを調査し、知的障害児者の健康を守るための環境整備の一助としたい。

【対象及び方法】

今回対象としたのは、当クリニックを受診し、他機関と医療面での連携が必要だった知的障害児者55例で、連携を必要とした件数は延べ75件(外来45件、入院30件)。内、重症心身障害(SMID)は、11例延べ24件(外来12件、入院12件)、SMID以外の知的障害(MR)は、44例延べ51件(外来33件、入院18件)であった。年齢は4歳から45歳。男37例女18例。著しい行動障害のある例9例。外来、入院別に連携を必要時の年齢、理由、紹介した専門科を調査し、それぞれの連携の良否(拒否、困難、良と分類)を調査した。

【結果】

結果は表1～3に示した。即ち、他院外来との連携については、概して行動障害が強かったものの受け入れも含め、良好な場合が多かったが、SMID年長者で、入院必要時の連携を想定した予めの小児科外来受診希望の4件と、行動障害が著しかったMRの耳孔異物除去のための耳鼻科受診希望1件が拒否。MRで、てんかん、喘息の夜間受診に困難があった。また、連携を必要とした年齢は様々であった。入院については、15歳以上で連携を必要としたものが多

かった。SMID年長者で重篤な状態の2例(蘇生中の例、肺炎の例)で連携が困難。当クリニックで蘇生中の例は、3病院で拒否された上に、受け入れ可能とされた病院でも診察後対応不能とされ三次救急病院へ転送された。肺炎の例は、2病院で拒否された後、受け入れ病院でも小児科と神経内科がしばらく協議の末入院が決まった。MRは、概して年長者の入院受け入れが困難であった。痙攣重積年長例が小児科、神経内科で拒否され、軽度の行動の問題を有する脱水年長例が小児科で拒否された。また、痙攣後昏睡状態の1例、インフルエンザ脳炎の疑いで意識障害の1例が困難の末、神経内科に入院。行動異常が著しく精神科的治療が必要であった2例の内、1例は困難の末に精神科に入院、1例は施設入所の上薬物調整を行なった。行動異常が目立った肺炎・脱水の例は入院できたが治療不十分のまま退院した。一方、福祉的医療機関では、受け入れの余裕さえあれば、良好に連携をとれた。14歳以下で入院での連携を必要とした例は少なかったが、皆良好な連携をとれた。また、連携を必要とした主訴・疾患は様々であったが、外来では、MRでてんかん、喘息の夜間救急、SMIDで夜間救急や入院必要時の連携のための外来受診に困難が生じた。入院では、MRで脳出血や腎不全、痙攣重積など急変することがあり、この様なときの連携が困難であった。また、著しい行動異常など精神障害や肥満治療のため入院や入所が必要であった。SMIDの入院は、呼吸器感染症によるものが多かったが、この場合、当クリニックを経由しない自宅からの直接受診で入院受け入れが容易であった。

【考案】

他院外来への連携では、入院必要時の連携を想定した予めの小児科外来受診希望のSMID年長者以外は、概して良好な連携をとれた。SMID、MRとも年長者の入院による連携で困難が目立った。理由は、SMID治療の経験が少なく看護体制も不十分で対応できない、行動に問題があったり、付き添いが必要なMRの内科病棟への入院は、他の患者への影響などを考え難しい、看護体制がとれないなどであった。このような対象者について、できることなら、当クリニックからの紹介でスムーズな連携をとりたいところだが、状況を説明することで、入院受け入れがより困難になることも予想され、入院が必要な場合、クリニックを介さず、自宅から直接に、入院が可能な病院を受診した方が、受け入れられやすいという印象であった。このような現状は家族も感じており、いざというときの受け入れ病院が決まっていな、また病院を受診するまで受け入れ可能かわからないということへの不安はかなり大きいもの

と考えられる。一般医療機関での理解と様々な知的障害者の受け入れ可能な体制が望まれる。

発達障害児者への福祉と医療が目的になっている福祉的医療機関では、入院ベッドがあいていれば対応はスムーズであった。一般医療機関で受け入れが困難なことが多い状況があるので、福祉的医療機関の存在価値は大きい。このような医療機関で、日常的にはその機関に通院していない知的障害者のためにも柔軟に受け入れる対応があれば、当クリニックのような入院ベッドをもたない医療機関で、より安心して、知的障害者の診療にあたることが出来る。

また、困難ではあったが、入院或いは入所が必要な知的障害者の精神的な問題で、薬物治療などの連携をとりながらの有期限福祉施設対応で、うまくいった事例があった。知的障害者の精神的な問題の多くは、環境ストレスなどが誘因となって起こっている、

或いは増悪しているのも、病院での対応よりも環境要因を配慮した施設での対応で改善していくことが多い。知的障害者でしばしば問題となる高度の肥満も施設入所で改善することが少なくない。現状の制度では、施設入所は、社会的な条件により適応とされるが、今後は、知的障害者本人の健康を守るために利用できることが望ましい。

【結語】

年長になった知的障害者が、入院治療を必要とするとき、診療所からの紹介では、容易に入院できないことが多い。一般医療機関における知的障害者への理解が必要である。また、福祉的医療機関の存在価値が大きいことが実感された。病状によっては、福祉施設との連携で、よりよい治療的対応が可能であった。

表1 外来

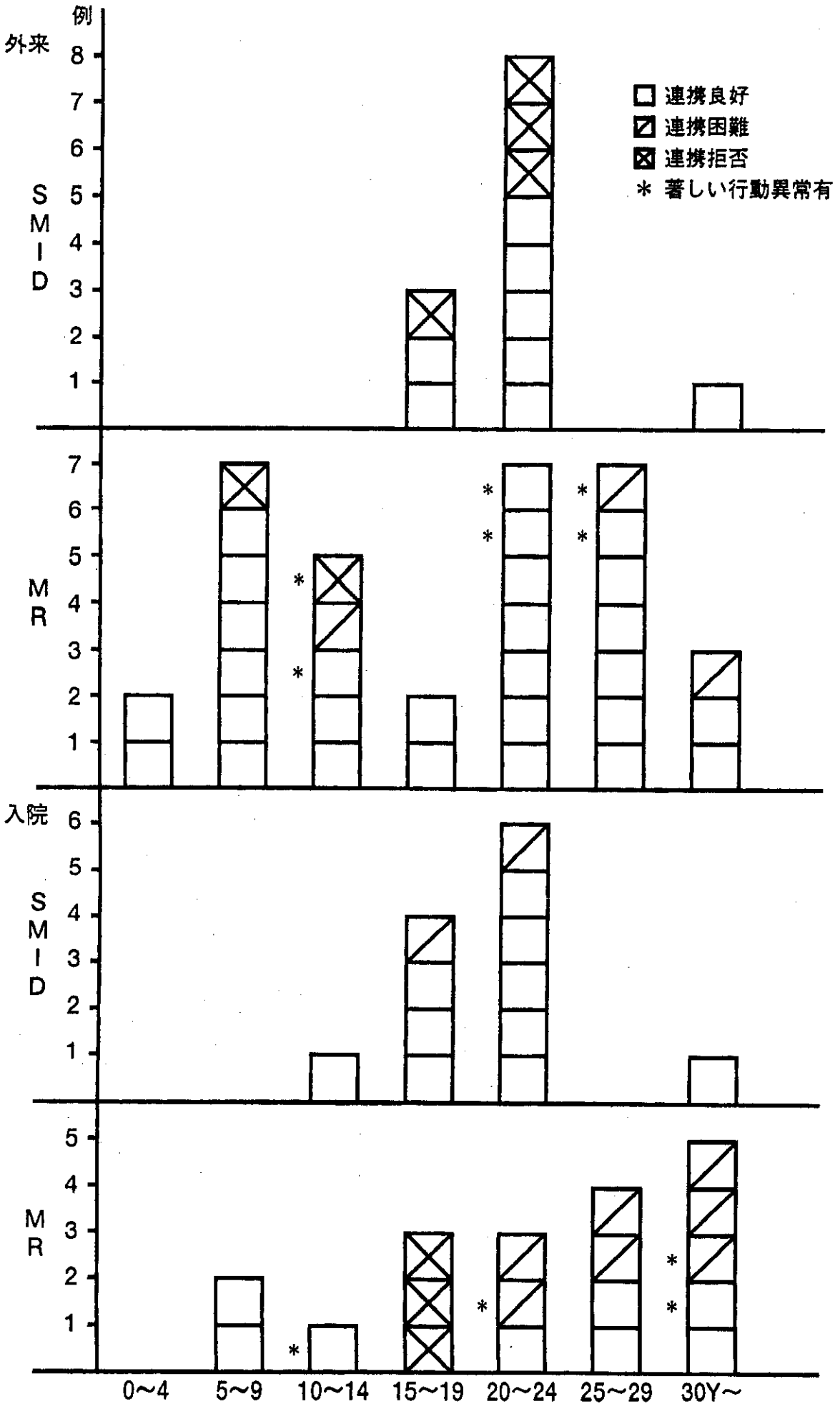


表 2

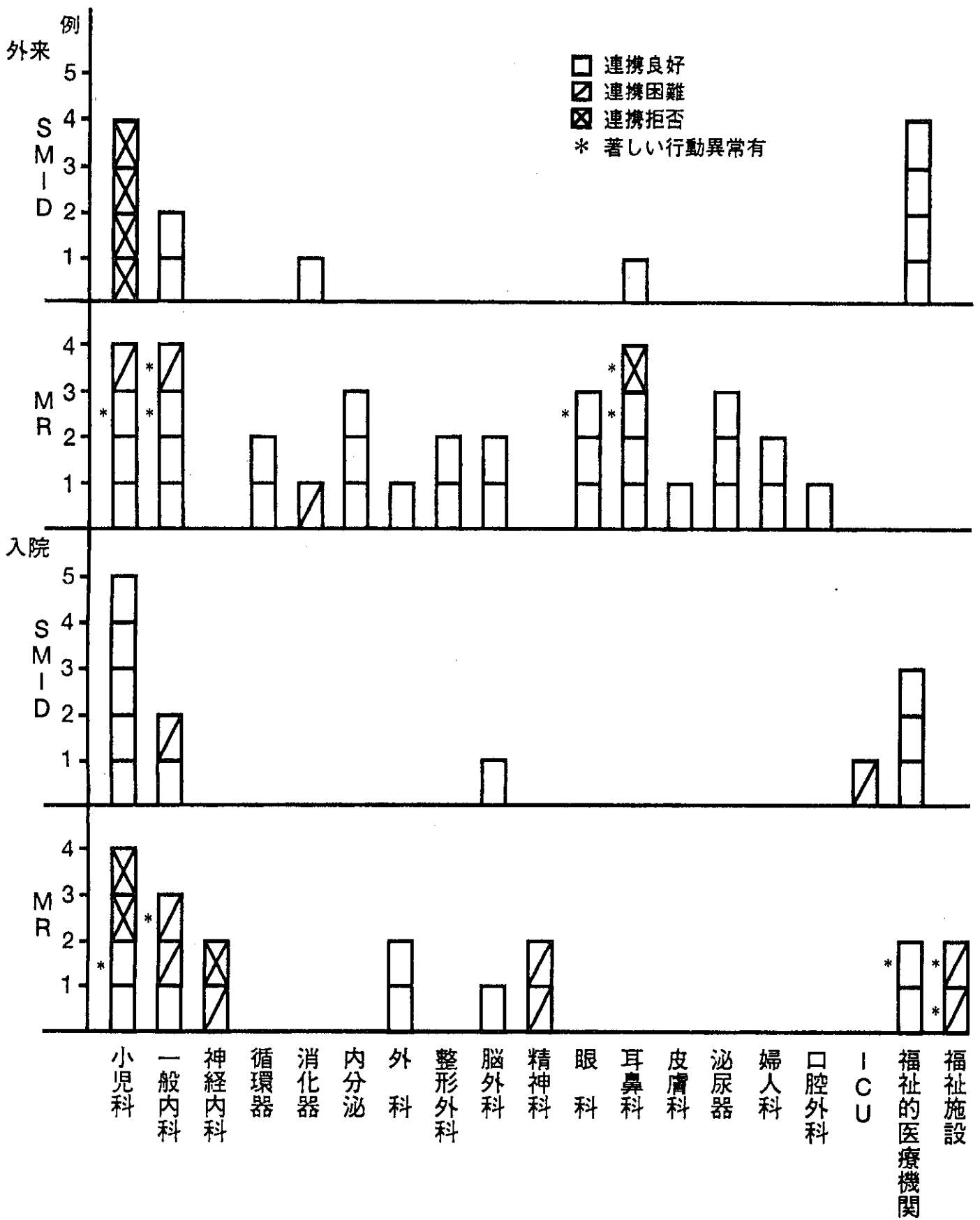


表 3

① MR

	外 来	入 院
喘 息	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 小児科
痙 攣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 神経内科
自律神経失調症+痙攣	<input type="checkbox"/> 夜間利用・救急利用	<input checked="" type="checkbox"/> (痙攣重積)
水頭症	<input type="checkbox"/> 救急利用	<input type="checkbox"/> (脳腫瘍) 手術後†
インフルエンザ (脳炎)		<input checked="" type="checkbox"/>
昏 睡		<input type="checkbox"/> (腎不全、高尿酸血症)† <input checked="" type="checkbox"/> 脳出血†
クモ膜のう胞	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (多発性硬性症)
歩行障害		* <input checked="" type="checkbox"/> * <input checked="" type="checkbox"/> * <input checked="" type="checkbox"/>
行動障害		<input type="checkbox"/>
パニック		* <input type="checkbox"/> (虫垂炎)
自 傷		* <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (ムンプスに合併)
う つ		<input type="checkbox"/>
耳に物を忘れる	* <input checked="" type="checkbox"/> (ソケイヘルニア、手術予定)	
腹 痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脱 水	<input checked="" type="checkbox"/>	
やせ (消化器精査)	<input checked="" type="checkbox"/>	
肥 満	<input type="checkbox"/>	
脂肪肝	<input type="checkbox"/>	
高血圧	<input type="checkbox"/>	
心エコー	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
低身長精査	* <input type="checkbox"/>	
関節痛 (膝)	<input type="checkbox"/> (関節炎)	
腰 痛	* <input type="checkbox"/>	
糖尿病	<input type="checkbox"/>	
中耳炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
蓄 膿	<input type="checkbox"/>	
反復性尿路感染症	<input type="checkbox"/>	
排尿障害	<input type="checkbox"/>	
ソケイヘルニア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
陰のう腫瘍	<input type="checkbox"/>	
視力障害	<input type="checkbox"/>	
白内障・網膜剥離	<input type="checkbox"/>	
結膜炎	<input type="checkbox"/>	
脱毛症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
舌小帯短縮	<input type="checkbox"/>	
月経不順	<input type="checkbox"/>	
月経困難 (子宮筋腫疑い)	<input type="checkbox"/>	
まきずめ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

連携良好
 連携困難
 連携拒否
 * 著しい行動異常有
 † 入院後死亡

② SMID

	外 来	入 院
呼吸器感染症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
心肺停止		<input checked="" type="checkbox"/> (シャントトラブル)†
痙 攣	<input type="checkbox"/>	
喘 息		<input type="checkbox"/> †
水頭症 (シャントトラブル)		<input type="checkbox"/>
大量鼻出血		<input type="checkbox"/>
肝腫瘍	<input type="checkbox"/>	
ガマ腫	<input type="checkbox"/>	
救急にそなえての受診	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

知的障害専門外来と通所利用者の入院医療

岩崎 裕治

はじめに

当園は、地域の親や障害者団体の強い希望もあり、区東部の障害児対策の拠点施設として葛飾区に平成8年8月開設された。内容は18歳以上の重症心身障害児(者)のための成人通所と、心身障害児(者)を対象とした外来診療である。その役割は通所においては、区や民間の通所施設には通えないほど医療的に重度な方にも通所の機会を保証し、できるだけ長い期間、家族とともに地域社会の中で生活していけるように援助していき、外来診療においては、こういう障害を持った方達の健康を維持していくための医療や訓練を提供していくことである。

しかし障害が重度であればあるほど、外来だけで対応するのは難しく、外来だけでは限界があるため、それをカバーするため都立東大和療育センターの分園として位置づけられたという経緯がある。ただし都立東大和療育センターまでは、車で2時間以上もかかり、緊急の対応としては、なかなか難しいものがあるのが現状である。そのため入院の受け入れ先などを探すが非常に大変で苦慮する場合がある。

そこで、今回当園の外来受診状況と、他院への入院例を検討し報告した。

目的

当園の外来受診状況と、他院への入院例(特に受け入れ先を探すのが困難であった例)を検討し、この地域における障害を持った方たちの健康を維持していく上での、医療的問題点を明らかにし、今後の対策を考える。

対象と方法

対象および方法は、平成9年度、10年度の当園新患患者724名を対象に、受診科、疾患、住所、主訴状、紹介元などを分類した。また平成8年8月から平成11年9月までの外来受診者1208名を対象として、その入院状況、入院原因、救急搬送の有無、受け入れ先、入院の受け入れ先を探すのが困難であった例(以下入院困難例)、また死亡例を検討した。

結果

1、外来利用状況

表1は、平成9年度、10年度の患者数を表している。整形外科、リハビリテーション科の新患数が記載してないのは、最初は必ず小児科か内科を受診してもらうシステムになっているためである。平成10年度は、平成9年度に比べ、若干内科の患者数が増加しており、今後重症心身障害児(者)においても内科の必要性が増してくることが予想される。

表2は新患患者の住所の分布であるが、葛飾区、江戸川区で半数以上を占めており、地元の方が主に利用されているのがわかる。

表3は、新患の疾患分類であるが、精神遅滞、脳性麻痺、てんかんが多い。しかし広汎性発達障害や、学習障害、多動障害のような重症心身障害以外の疾患も多い。これはこの地域には、小児神経科や児童精神科といった専門外来をもつ病院もほとんどないため、学習の問題や、行動の問題といった主訴で当園を受診される方も多い。(表4)

紹介元は一般病院、大学病院、療育施設、保健所の順に多いが、しかし紹介なしに受診される方が殆どである。重度の心身障害を持つ方は、1208名中120名であり、ほぼ半数の57名が当園以外の主治医を持っている。しかし残りの63名は当園が唯一の主治医であり、入院が必要の際には受入先をその都度探さなければならない。

2、入院例の検討

当園の外来受診者であり、平成8年8月から、平成11年9月までの間に他療育施設や病院へ入院となった例をみると、表5に示すように、緊急一時入所が39回、体験入所が8回、医療入院が119回であった。

このうち医療入院の原因をみると、呼吸器感染が最も多く、57回、その他の感染を含めると70回となり、全体の約6割を占めている。以下呼吸不全12回、痙攣9回、意識障害3回であり、検査目的や、手術目的がそれぞれ15回、3回となっている(表6)。入院の受入先は大学病院が49回、療育センターが31回、都立病院、市中病院、国立病院療養所がそれぞれ16回、16回、7回となっている(表7)。大学病院の回数が多いのは、同じ葛飾区に慈恵医大青戸病院があり、そこに都の緊急ベッドが1床あるためこのような数字になっていると思われる。ただ大学病院という性格上いつもベッドを空けておけるわけではなく、空きベッドがあるときには受け入れてもらえるといった形になっている。救急搬送を要した回数は、22回であり、ほとんどが呼吸不全である(表8)。受入先は療育センターが8回で最も多く、以下都立病院、市中病院、大学病院となっている。

表9には、入院の受け入れ先を探すのに2時間以上を要し、非常に難渋した例を挙げてある。全部で11名で、このうち主治医を他にも持っている例が5名、残りの6名は現在当園にしか通院していないものであった。5名は主治医のところにもまず依頼したが、満床であったり、他に重症がいて受けられないなどの理由で断られ、他を色々あたってみたが、なかなか受け入れてくれる病院がみつからなかったものである。

3. 死亡例

平成8年8月に開設して以来、外来受診者で死亡が確認できているのは8例である。このうち女性が7名であり、女性が圧倒的に多い。8名のうち重症心身障害児・者は6名である。さらにそのうち2名が超重症児である。外来受診者の性別は1208名中女性が536名、男性が772名とむしろ男性の方が多い。しかしそのうち重症心身障害児・者は女性が、536名中60名、男性が772名中60名と若干女性の利用者の方が重症心身障害を持つ割合が多い。死亡原因は、呼吸器感染や呼吸不全が多かった。

考案

図1は東京都区東北部、東部にある主な療育施設、大学病院、市中病院である。この地域に入所施設を持つ療育施設はなく、一番近い都立北医療療育センターでも当園より車で一時間程度かかる。江戸川区などからでは、更に30分から一時間くらいかかると思われる。以前はその北医療療育センターや、板橋区にある心身障害児総合医療療育センターまで薬をもらいにいたり、訓練を受けに行っていたという方たちも、当園ができたことにより、当園での処方や訓練を希望され受診している。表2にみられるように、当園を受診されている方たちは、いわゆる地元の方が多い。当園ができたことにより、暮らしている地域でこのような医療が受けられるようになったわけである。しかし反面当園以外に主治医を持たない方たちもでてきており、当園外来を受診している重度心身障害児・者のうち半数が他の主治医を持っていない。入院受け入れ先を探すのに難渋した例の半数以上は当園以外に主治医を持っておらず、これが一つの原因であろう。また主治医が他にいても、その施設や病院のベッドが空いていることがないことが良くみられ、こういう場合も同じように難しいことが多い。そのため最近では主治医を他に持っている方たちにも、入院を受け入れてもらえるような病院をあらかじめ受診してもらい、救急の対応をお願いするようにしている。また同じ葛飾区にある慈恵医大青戸病院に、緊急の受け入れがスムーズに行くようにと考え、都の緊急ベッドをお願いしてある。実際小児科ではか

なり受け入れてもらっているが、内科ではほとんど難しい状況である。

2時間とはいかないまでも、受入先を探すのに難渋することは頻回にみられ、特に内科領域の年齢の方が多い。また自閉症や重度の精神遅滞を持った方達も、特に成人になってしまうと受け入れてくれるところが少ないといった印象である。表11の症例KEは、外科的処置が必要であったが、近くの市中病院では、このような方達をあまりみることがないので、受けられないということであった。

自閉症、重度精神遅滞でなおかつ内科領域の年齢の方たちの受け入れ先は、今のところあまりあてがなく、正直どうしようかと思っているところである。

また家族が普通の大学病院や市中病院は好まず、療育センターや、元々の病気を良くわかってもらえる医師がいるところを強く希望するために、受け入れ先を決めることが難しいこともある。このような希望をされる気持ちはわかるので、できるだけ希望に添うような形で探すのであるが、元々そのような施設はこの近辺には少なく、このようなことも受け入れ先を見つけるのに時間がかかっている一つの理由である。

緊急時の入院の受け入れ先を決めるのに時間がかかるということは、患者さんにとり適切な治療が迅速に受けられないことになる。また医療側にとっては、忙しい診療の合間をぬって、電話をかけ紹介状を書かなければならず、他の患者さんを待たせたり、時には忙しさのあまり医療事故などを引き起こす可能性さえもありうるほど深刻な問題である。

おわりに

今回は、この地域における障害を持った方たちの健康を維持していく上での問題点を明らかにするため、当園の外来受診状況と、外来受診者の他院への入院状況を検討した。当園ができたことにより、居住している地域で診療、訓練を受けられる利点はあるが、かえって当園以外の主治医を持たず、入院の受け入れ先を探すのに苦慮するケースもみられる。また特に成人や自閉症、重度の精神遅滞なども受け入れ先が少ない。やはり一定の人口ごとに、拠点となる入院の設備のある施設が必要で、またその施設にいけば、総合的にある程度その中で何でもみてもらえるようなものが望ましい。しかしそうでない現状であれば、今のところ対応としては、受け入れてもらえそうな施設や病院にあらかじめ受診しておいてもらうのが一番良さそうである。また重症心身障害を専門としない先生方にも、理解を深めていただくために、特にその地域の中で連携をとり、コミュニケーションを計っていくことが大事であると考え。

表1 外来患者数

	新患患者数		再来患者数(延べ)	
	平成9年度	平成10年度	平成9年度	平成10年度
小児科	317	204	3143	3427
内科	119	84	1858	2250
整形外科			456	495
訓練			5217	5280
患者総数	436	288	10674	11740

(人数)

表2 外来新患地域別分布

	平成9年度	平成10年度
葛飾区	221	152
江戸川区	112	68
墨田区	23	17
江東区	10	6
台東区	5	9
荒川区	1	0
足立区	12	12
上記以外23区	4	3
23区外	4	4
千葉県	21	11
埼玉県	16	4
その他	7	2
計	436	288

(人数)

表3 外来新患疾患分類

	平成9年度	平成10年度
精神遅滞	87	77
脳性麻痺	74	37
てんかん	50	11
広汎性発達障害	47	22
および自閉症		
染色体異常	26	21
奇形症候群	13	11
学習障害	11	10
多動性障害	7	9
後天性脳障害	6	11
神経・筋疾患	1	5
代謝性疾患	4	5
その他	110	69
計	436	288

(人数)

表4 主訴

種類	人数
言葉の問題	122
外来フォロー希望	114
行動の問題	104
検査の希望	79
整形外科的問題	70
全体の発達の遅れ	50
痙攣	44
訓練の希望	38
通所希望	38
運動発達の遅れ	30
療育指導希望	29
心理的問題	24
学習の問題	22
歩行障害	16
摂食障害	10
その他	418
計	1208

表5 紹介元

種別	人数
一般病院	85
大学病院	79
療育施設	71
保健所	55
医院・クリニック	16
その他	102
なし	789
計	1208

表6 入院回数および内訳

入院種別	回数
緊急一時	39
体験入所	8
医療入院	119
計	166

表7 医療入院の原因

医療入院原因	回数
呼吸器感染	51
その他感染	13
呼吸不全	18
痙攣	9
意識障害	3
検査目的	15
手術目的	3
その他	7
計	119

表8 入院受入先

入院受け入れ先	回数
大学病院	49
療育センター	31
都立病院	16
市中病院	16
国立病院 療養所	7
計	119

表9 救急搬送の回数と原因

救急搬送原因	回数
呼吸不全	18
痙攣	1
意識障害	1
その他	2
計	22

(内Dr同乗13回)

表10 救急搬送先

救急搬送先	回数
大学病院	4
療育センター	8
都立病院	5
市中病院	5
国立病院 療養所	0
計	22

表11 入院困難例
入院困難例は、入院受け入れ先を探すのに2時間以上要した例。

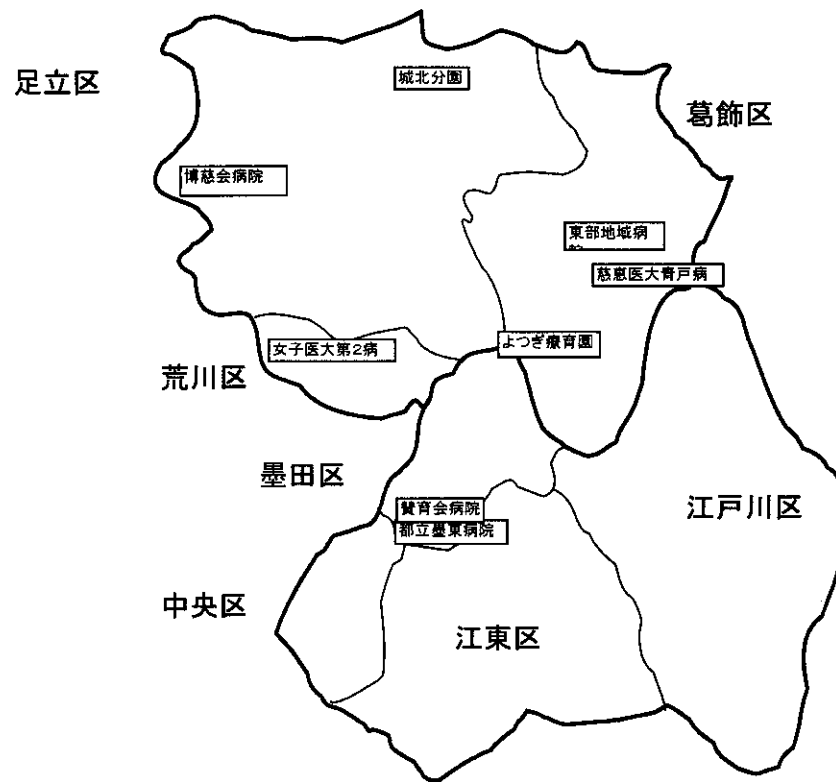
症例	性別	年齢	基礎疾患	入院の原因	入院困難の原因	転帰
KA	女	13	CP、染色体異常、在宅酸素	呼吸不全	主治医が重症が多く受けられない	主治医の所に結局搬送
KC	男	5	MR、心奇形	肺炎	主治医満床、付き添い不可、専門医がいる所	大学病院へ入院
TR	男	20	福山型筋ジストロフィー	感染	某大学病院、状態悪くない、某センターではみれな	国立病院へ入院
KI	女	1	染色体異常、MR	細気管支炎	主治医他になく、4箇所満床	大学病院へ入院
MS	男	14	CP、EP、MR	肺炎	家族が療育センター希望	遠方の療育センターに搬送
HM	男	27	CP、MR	肺炎	主治医小児科だったが、内科に。内科満床。	療育センターへ入院
OY	男	16	自閉症	ジストニア	精神科救急の受け入れなし	都立病院に搬送、外来のみ
BS	男	33	MR	嘔吐	近医探すが、満床と断られた	外来にて点滴
KE	女	26	MR	異食	このようなケースは経験なし	都立病院へ入院
YR	男	16	CP、MR	意識障害	重症すぎる	療育センターへ入院
AT	男	2	CP、EP、MR	呼吸不全	主治医満床、療育センター探すが満床	市中病院へ入院

表12 死亡例の検討

症例	性別	死亡時年齢	診断	大島分類	入院歴	死亡原因
KM	女	24	CP、EP、MR、脳奇形	1	なし	自宅で呼吸停止
GF	女	20	CP、EP、MR、脳奇形、気管切開	1*	1回	呼吸不全
KM	女	26	CP、EP、MR	1	1回	肺炎
TK	女	21	CP、EP、MR、脳奇形、気管切開	1*	なし	呼吸器感染
AA	女	14	CP、EP、MR	1	2回	不明
TK	女	1	CP、EP、MR	1	2回	呼吸器感染
HR	女	3	急性硬膜下血腫後遺症、EP	7	なし	急性硬膜下血腫
ET	男	58	MR、高血圧、慢性硬膜下血腫	13	なし	不明

*は超重症児

図1 区東部および区東北部における療育機関および病院



精神遅滞児・者の健康管理、特に 定期健康診断のあり方

鈴木 文晴

要 旨

精神遅滞児・者の平均寿命は伸張を示しており、これに伴って精神遅滞児・者の日常健康管理におけるニーズも、生活習慣病の予防と管理、心疾患や悪性腫瘍の早期発見・治療というように、一般人同様の内容に変化を示している。しかしながら現在法制により規定されている精神遅滞児・者の健康管理の基準・健康診断は、規定されてから長期間を経過しており、先のような変化に対応できなくなっている。このため定期健康診断における検査項目の追加や年齢別のガン検診の実施を提言した。また最近急増している小規模入所施設の職員の医療知識の研修、健康診断の義務化も提言した。さらにこれら健康診断の結果を蓄積し、公衆衛生の専門家が定期的に再検討することによって、健康診断の内容と実施間隔とを検証する必要があることを解説した。

1. はじめに

20世紀後半において、本邦でも世界の諸国でも、平均寿命は著しい伸長を示した。それによって、以前は短命であるとされた精神遅滞児・者の平均寿命も伸長を示している。例えば精神遅滞を呈する代表的な疾患であるダウン症候群では、以前は20歳を超えることは稀であるとされた。しかし近年では小児期に死亡するダウン症候群児は稀であり、ダウン症候群者の平均寿命は50歳を越えている。

このような急激な変化が生じた結果、精神遅滞児・者の健康管理におけるニーズも変化している。以前は精神遅滞小児の栄養・感染症・けいれん性疾患の管理などが重要であった。しかし現在から将来にかけては、精神遅滞成人の生活習慣病の予防や管理、心疾患や悪性腫瘍の早期発見・治療など、一般と同様の健康管理が重要になる。

それにもかかわらず、精神遅滞児・者の健康管理、特に法律に規定された定期的な健康診断の方法は、再検討されることなく経過している。今回の研究の目的は、以上のような背景をもとに、長寿高齢化しつ

つある精神遅滞児・者の長期的な健康管理の方法を検討することである。

2. 対象と方法

- 1) 精神遅滞児・者の罹病傾向や致死率(特定集団内における死亡率の率)について、刊行されている資料調査を行う。
- 2) 精神遅滞児・者の健康管理、特に定期的な健康診断に関する現在の法制を調査する。
- 3) 2)の健康診断が入所施設、通所施設、作業所などにおいて、具体的にどのように実施されているか、その状況を複数の施設を対象に調査する。
- 4) 2)や3)の状況に改善の余地はあるか、余地があるならばどのような改善策が適当か、検討する。

3. 結果

1) 精神遅滞児・者の罹病傾向

精神遅滞児・者が長寿化しつつあると言っても、まだまだ一般と比較すると精神遅滞児・者は罹病率・致死率とも高率である(文献1)。この背景には、

- ①日常生活における事故や詳細不明の突然死が多い
- ②コミュニケーションを十分に取ることが困難であり、健康管理についての自己認識、疾患の早期発見・早期治療が困難である
- ③医療機関を受診しても精神遅滞のため診療に非協力的であり、一般医療機関では精神遅滞児・者の診療が好まれないなどの事情がある。

ここで筆者が最近経験した事例を提示する。

<例 1>

28歳女性、精神遅滞(愛の手帳2度、簡単なコミュニケーションは可能)、てんかん(抗けいれん剤によるコントロール中)、肥満があり、在宅でケアに通っていた。腹痛を訴え食思低下、体重が減少するようになった。近医を受診し、約半年間胃薬などの処方を受けていた。しかし症状が改善せず、体重減少が継続するため東京都立東大和療育センター外来を受診した。

初診時診察上では明らかな異常を認めない。しかし先の経過から消化管の悪性疾患を疑い、初診翌日静脈麻酔下にて上部消化管内視鏡検査を実施した。この結果直径5cmの巨大な胃ガン(後に組織診断で

低分化型腺ガンと判明した)が発見された。

ただちに外科に転科し開腹手術を受けたが、すでに腹腔内に広範な転移をきたしており手術不能と判断された。術後自宅に戻り、家族が介護を行い、近医の往診を受けた。3カ月に自宅で死亡した。

30歳以前の胃ガンは特に若年性胃ガンと呼ばれ、稀な疾患である。若年性胃ガンはガンの成長が早く、治療可能な早期の発見は一般に困難である。この例でも、本人の自覚症状の訴えが始まった時点ですでに切除不可能の手遅れ状態であった可能性が高い。しかし健常者であったら、先の経過より早期に上部消化管内視鏡検査を受け、正確な診断が行えていたであろうと推測する。この患者さんでは精神遅滞という基礎障害のため、正確な診断が遅れたことは認めざるをえない。

<例 2>

30歳男性、精神遅滞(愛の手帳2度)。養護学校高等部の頃から肥満が進行してきた。卒業後通所施設に通っていたが、だんだん通所しなくなり、自宅で過ごすようになった。この結果1日5食が習慣化し、食事を与えないと両親に乱暴をするようになった。このため肥満が著しく進行した。

当院初診時体重150Kg(標準体重の3倍)の病的肥満の状態であり、わずかな歩行でも息切れと顔面蒼白を呈する。検査にて高血圧症、心電図上虚血性変化、高血糖、脂肪肝が判明し、生活習慣病のかたまりのような状態であった。

家庭での健康管理は不可能と判断し、入院して生活習慣の改善に努めた。3カ月の入院で体重は12

5Kgに減少し、検査結果も改善を示した。退院後3年間の予定で施設入所し、基本的な生活習慣の改善に現在努めている。

専門医療機関が本例の生活習慣についてより早く相談・指導をしていれば、ここまでの悪化はしなかったものとする。

2)精神遅滞児・者の健康管理に関する現在の法制と実施状況

現在精神遅滞児・者に関して法的に定められている定期的な健康診断・健康診査は以下のようなものである。

- ①乳幼児期：市町村や保健所が行う乳幼児健康診査、在籍する通園施設・幼稚園・保育園などで行う定期健康診断、これらは普通児と同じである。
- ②学齢期(6-18歳)：在籍する学校で行う定期健康診断、これも普通児と同じである。
- ③卒後-成人期：施設入所の場合は入所中の施設で行う定期健康診断。在宅の場合はもし事業所などで雇用されていればそこで実施する健康診断。事業所以外の通所や作業所では定期健康診断は法定のものはない。ただし市町村が住民を対象として、本人の希望によって行う健康診断は受診が可能である。

今回の目的にかんがみて、①と②とは今回検討する必要は少ない。以下では③を検討対象とする。

まず入所施設について現在の法制をまとめて、次の表1に紹介する。なお健診は健康診断の略、○は法制に規定があること、×は法制に規定がないことを示す。

表 1 精神遅滞児・者入所施設における健診に関する現在の法制

	嘱託医師	ナース	医務室	入所健診	定期健診
大規模入所施設					
児童	○	○	○	○	○
成人更生・授産	○	○	○	○	○
通勤寮 (定員20名前後まで)	○	×	×	×	×
*健康の保持増進に努めるようにという規定あり しかし具体的な内容は規定なし					
知的障害者福祉ホーム (グループホーム 定員10名前後まで)	×	×	×	×	×

大規模施設の場合は嘱託医師とナースを配置し、医務室を設置することが義務である。なおこの嘱託医師は、精神科を専門とする医師であることが原則である。また入所時と入所後の定期的な健康診断が義務とされている。

入所健診：在宅から施設入所に移行するときに行う。具体的な内容については規定がない。施設が自分で行うことは少ない。自治体が作成した健康診断用紙を福祉事務所から入所希望者に渡し、入所希望者が事前に医療機関で診療を受け、その結果を施設に持参する例が多い。筆者が経験した入所健診の内容は、病歴聴取、一般内科診察(身長、体重、血圧など)、胸部レントゲン撮影、心電図、血算・肝機能検査、B型肝炎、C型肝炎、ワッセルマン反応(梅毒血清反応)、検尿、便培養(赤痢菌、サルモネラ菌など)となっているものが多い。これらの項目を考えると、入所時の健診は個人の健康管理という面と、入所後の集団生活における衛生管理という面との、2面性のある健康診断と言える。

定期健診：1年に2回の健康診断が定められている。しかしなぜ1年に2回であるのか、1年に2回という頻度が医学的に適当であるという医学的な根拠は、法規には一切記載されていない。また健康診断の内容に関して具体的な規定はなく、検査項目や実施の具体的な方法、また健康診断後のフォローをどのようにするかは明確でない。

今回調査した施設では、法令の健康診断の様式にある項目をそのまま流用して健康診断項目を決めている例が多かった。この法令様式は、もともとは労働基準法、および労働安全衛生規則で定められた事業所における定期健康診断のためのものである。しかし健康診断を委託する保健所や健康診断業者がこの書式を常用しているため、精神遅滞児・者施設でもそれにならって同じ書式を使用するようになった。

この法令様式の健康診断項目は次の表2の通りである。また図2に実際に使用されている法令様式を示す。なお表2の中のBMIはbody mass indexの略で、肥満ややせの判定の指標である。また*印の項目は法定外検査と呼ばれる項目である。これらは法定外ではあるが、ヘマトクリットや白血球数、尿中ウロビリノーゲンや潜血検査は、検査方法の進歩により一括検査が可能であるためルーチン化している。また消化器検査は年齢を区切って(35歳以上という例が多い)行われている。

表 2 精神遅滞児・者入所施設における健康診断の一般的な項目

内科診察：診察	身長	体重	BMI	血圧	既往歴
	自覚症状	他覚症状			
検査項目：視力	色覚	聴力(左右	1kHz		
		4kHz)			
	胸部レントゲン撮影	喀痰検査	心電図		
	血算—赤血球	血色素	ヘマトクリット		
	* 白血球*				
	肝機能—GOT	GPT	γ-GTP		
	腎機能—尿素窒素	尿酸			
	血糖				
	脂質—総コレステロール	HDL—コレステロール	中性脂肪		
	検尿—糖	蛋白	ウロビリノーゲン		
	* 潜血*				
	消化器検査*				

ただし視力、色覚、聴力、喀痰、消化器検査は、精神遅滞児・者では実施困難であるため、省略されることが普通であった。胸部レントゲン撮影は、間接撮影により実施する機関が多かった。またある施設では、この表2の他に便の細菌培養検査を定期的に行っていた。

健康診断をどこで行うかは、各施設がそれぞれの事情に応じて決定していた。診療所を併設している某施設では、内科診察やできる限りの検査は自施設で行っていた。しかし診療所併設の施設は稀であり、多くの施設では入所者を保健所や提携している病院に連れて行くという方法であった。

ただし先の表2に紹介した項目を実施する健康診断は、年2回と法定された健康診断のうちの1回だけであり、残りのもう1回は医師による内科診察のみを実施するのが普通であった。この理由は、表2の項目を1年に2回実施すると費用がかかる(健康診断の費用は施設持ちで、措置費から支出しなくてはならない)、施設のナースの負担が大きくなる(健康診断結果の管理や事後対策など)、保健所や病院に入所者を連れて出かけるための職員の付き添いも大変である、という点にある。1年に2回健康診断を行うべしと規定されているが、その具体的な内容は一切決められていないため、1回は内科診察とある程度詳細な検査を行い、もう1回は内科診察のみで済ませる、という方法で十分に法律の規定をクリアーできるのである。

次に小規模施設について検討する。

通勤寮では人材に関しては嘱託医師の配置が法定である。また健康の保持増進に努めるようにという規定があるが、この健康の保持増進とは具体的に何

を意味するのかという規定はない。嘱託医師が直接健康の保持増進に当たればよいが、嘱託医師の勤務時間はごく短時間であることが普通であるため、実際には医療面の資格を有しない指導員や寮母といった世話役の職員が日常は健康管理面まで業務としなくてはならない。ただし事業所に雇用されている入寮者であれば、職場での定期健康診断が法定であるため、これをもって通勤寮での健康管理の代用と考えることは可能である。

グループホームでは、医療・健康管理についての法律上の規定は一切ない。したがって通勤寮同様に医療面の資格を有しない指導員や寮母といった世話役の職員が、日常の様子を観察という手段でもって、健康管理面まで業務としなくてはならない。また入所者が自覚症状を訴えたり、あるいは指導員や寮母が入所者に他覚症状を認めない限りは、医療機関に受診することはないということになる。グループホーム入所者が事業所に雇用されることは現実的には可能性が低いので、職場での定期健康診断はあてにできない。

次に作業所やデイケアといった在宅から通う機関について検討する。結論から言うと、法律にはこの種の通所機関における健康診断や医療関係有資格職員の配置について、一切規定がなかった。つまりこの種の機関では、嘱託医師やナースを配置する、また健康診断を定期的に、あるいは不定期にでも実施する法的な必要性はないのである。しかしながら今回調査した複数の通所機関では、管理者が健康管理の必要性を認識しており、表2に準ずる定期健康診断を1年に1回実施していた。実施場所は保健所や提携医療機関で、費用は機関が負担していた。この面では大規模入所施設に近い状況であると言える。しかし日常の健康管理に当たる嘱託医師やナースの配置に関しては、法制を越えて配置している機関は、調査した中にはなかった。

4. 考察

精神遅滞児・者の罹病率や致死率が改善されつつあることは確かであり、好ましいことである。しかし一般と比較してこれらがまだ高率であるということは、精神遅滞児・者の健康管理や医療になお改善の余地と必要性とがあるということの意味している。

今回の調査結果から、筆者は次のような提案をする。

1) 大規模入所施設については、次のようである。

① 嘱託医師の専門性がまず問題である。精神科医師のみでは長寿化・複雑化する精神遅滞児・者の内

科的健康管理には限界がある。したがって精神科医師以外に、小児科・内科系の医師も嘱託医師として配置する必要がある。

② 定期健康診断の血液項目を増やす。表2に示した項目は、現在の医学的な立場から考えると表面的と言える内容である。臨床検査方法の進歩の結果、現在では少量の採血で多数の項目の検査が可能であり、費用も安価である。また胸部レントゲン撮影は、被曝量が少なく映像が鮮明な直接撮影とし、心電図も全誘導とするべきである。よって表2に追加・変更を行い、次の表3のようにする。

表 3 精神遅滞児・者入所施設における健康診断改善案

内科診察：	身長 体重 BMI 血圧 既往歴 自覚症状 他覚症状
検査項目：	視力 色覚 聴力(左右 1 kHz 4 kHz) 胸部レントゲン撮影(直接撮影による) 心電図(四肢誘導および胸部誘導) 血算—赤血球 血色素 ヘマトクリット 白血球 血小板 血液像 肝機能—総蛋白 GOT GPT LDH ALP γ -GTP 腎機能—尿素窒素 クレアチニン 尿酸 β -2ミクログロブリン 電解質—Na K Cl Ca P 炎症反応検査—CRP 血糖 脂質—総コレステロール HDL—コ レステロール 中性脂肪 検尿—糖 蛋白 ウロビリノゲン 潜血 沈渣

これにより、内科的疾患の早期発見の可能性が上昇する。実施回数は当面は1年に1回とする。ただし1年に1回という頻度が適当であるという医学的根拠はないので、実施後蓄積する結果により検討を繰り返し、適当な頻度を決定する。具体的な検討方法については後述する。

③ 35歳以上の入所者では、次の診察および検査を表3に追加する。

- ・大腸ガン—便のヒトヘモグロビン反応による
- ・乳ガン—触診が中心、適宜エコー検査を行う
- ・子宮ガン—問診、婦人科診察、頸部細胞診

後2者は女性のみである。これら3者は受診者の体力的負担が少なく、費用も比較的安価であることから、一般ではすでに一般市民を対象として実施されており、ある程度の成果を上げている。実施回数は当面は1年に1回とし、その後表3の健

健康診断と同様に検討を繰り返し、医学的に適当な頻度および対象者の年齢の下限を決定する。

④その他次のような項目について、今後検討する必要がある。

バリウムによる上部消化管造影は、事業所や一般市民の間では現在かなり広範に実施されている。事業所に検診車が来所して行う検査ではレントゲン撮影は間接撮影が多く、一般市民の場合は医療機関委託で直接撮影が多い。しかしながら上部消化管造影の実施には本人の協力が必要なこと、間接撮影で上部消化管造影を実施した場合被爆量が多く、また小さいサイズのフィルムでは診断能力に限界があること、さらに定期的に上部消化管の検査を実施することの有効性(つまり胃ガンを早期に発見することによって、全国レベルで見た胃ガンによる死亡率を低下させること)について現時点では明確な医学的根拠がなく、また専門家の間でも意見が分かれることから、これをすぐに取り入れるべきであるとは言えない。もし精神遅滞者の定期健康診断に上部消化管造影検査を取り入れるとしたら、おおむね35歳以降で検査に協力可能な知的能力がある集団を対象とし、直接撮影で実施する、実施頻度は1-2年に1回とし、当面は試験的実施であることを前提とすることになる。一定期間検査を実施した後はそのデータを分析し、病気の早期発見・早期治療・死亡例の減少というメリットと、被爆量や実施の手間・経費といったデメリットとをきちんと評価し、その有効性を科学的に検証するべきである。

肺ガン検診は喀痰細胞診や胸部レントゲン撮影を中心として一部のハイリスクグループを対象に実施されている。この肺ガン検診も、現状ではどれだけの有効性があるのか、明確な医学的根拠がない。精神遅滞成人では喫煙率は非常に低く、また職業的危険性(発ガン性物質への繰り返しの曝露など)も少ないため、現在の形の肺ガン検診を行ってもあまり意味がないと言える。徹底した肺ガン検診を行うのであれば、画像解像度の高いヘリカルCTを導入するべきである。またもし肺ガン検診実施するのであれば、実施後定期的に検診結果を分析し、その有効性を科学的に検証するべきである。

⑤以上の①-④の実施に伴って、健康診断費用の増加が見込まれる。この増加分は措置費の上積みとして施設に支給する。

ここで問題となるのは、種々の健康診断ないしガン検診を長期間実施して、その結果としてその

健康診断ないしガン検診が本当に有効であるのかどうか判定する方法である。これまで本邦では長年にわたって学校、地域、職場などで通常の健康診断、また胃ガン検診・肺ガン検診・子宮ガン検診などが行われてきた。しかしこれらの健診や検診がどれだけ有効であるかきちんと検討されておらず、漫然と繰り返されてきているのが実態である。

さて施設入所中の精神遅滞成人を対象に先に示したような健診ないし検診を行うのであれば、定期的にその結果を振り返って健診と検診との有効性を検討するべきである。具体的には、次のふたつの方法が可能である。

・前方視的研究：健診ないし検診を規定通り受けているグループ(施設入所者)と、そうでないグループ(在宅や小規模施設入所者など)との2グループをおき、その2グループから種々の疾患がどのように発生するか、早期診断・早期治療が可能であったか、救命効果があったかなどを健診ないし検診開始から時間を追って検討する。多数例の参加が必要で手間がかかる研究方法であるが、長期間フォローできれば信頼性の高い結果が得られる。

・後方視的研究：健診ないし検診をある程度の期間実施し、その後目的とする疾患をきたしたグループ(症例、case)と、きたさなかったグループ(対照、control、同一集団内で性別・年齢別にランダムに選ばれる)との2グループを設定する。それぞれの健診ないし検診の受診歴を調査し、受診歴が対照グループ>症例グループであれば健診ないし検診が有効であると言えるし、受診歴が対照グループ=症例グループであれば健診ないし検診が有効でないと言える。比較的容易な方法であり、結果の信頼性もまずまずである。

いずれの方法をとるかは、研究者が置かれた状況や施設側の協力能力で決まると言える。可能であれば両者とも行ってもかまわない。

2)小規模入所施設については、次のようである。

- ①日常入所者と接する時間の多い指導員・寮母などの世話役に対して、健康管理・医療知識の研修を受けることを義務とする。研修の内容は精神遅滞成人に多い生活習慣病や頻度の高い悪性腫瘍、一般でも頻度の高い高血圧症や脳血管障害、が適当である。
- ②大規模施設同様の入所時および入所後の健康診断を義務とする。内容については先に述べた大規模施設と同じとする。
- ③以上の①と②との実施に伴って、研修および健康診断費用の増加が見込まれる。この増加分は措置

費の上積みとして施設に支給する。

なお小規模入所施設における健康管理制度が現状では不十分であることは、小規模施設を運営する母体機関でも認識している。例えば東京都知的障害者育成会は多数の通勤寮やグループホームを運営しているが、これら小規模入所施設での健康管理体制の強化について、東京都衛生局などと繰り返し交渉を行っている(同会事務局長眞保真人氏による)。

- 3)在宅生活者は施設入所者よりもはるかに実数は多い。したがって作業所やデイケアにおける健康管理の向上は、実は入所施設以上に重要な問題であると言える。現在のように各作業所やデイケアがボランティア的に実施する健康診断をあてにするのではなく、職員の健康管理・医療知識の研修と、入所時および入所後の健康診断の実施を法定とすべきである。具体的な内容は先の2)の小規模施設と同じとする。

以上現行の法令をもとに精神遅滞成人の定期健康診断を中心にその改善策を提案した。筆者が今回の調査を行いながら感じたことは、現行の法令が発令されて長期間経過しているにもかかわらず、法令に基づく健康診断の有効性の検証、内容の再検討をだれも行っていないことである。なんであれ物事を実施

するにあたって重要なことは、単にそれを実施しておしまいというのではなく、ほんとうにそれでニーズを満たしているのか、改善の余地は多少ともないのか、と常に科学的に反省し検証する態度である。今回の問題に関して言えば、法令や通達を作るのは政治家や役人であり、法令や通達に従って健康診断を実施するのは施設管理責任者という福祉系の職種の人である。長期間にわたって多数の入所者の健康診断を実施してきたにもかかわらず、その結果の科学的分析を行える技術者が関係者に全くいなかったのである。医師や公衆衛生専門家によるインターベーションが健康診断に追加され、健康診断の有効性や改善策に科学的分析を行うことが必要である。

文献

1. 有馬正高編. 不平等な命－知的障害の人達の健康調査から－. 日本知的障害福祉連盟、東京、1998.
2. 法律・省令など
児童福祉法
知的障害者福祉法
児童福祉施設最低基準
知的障害者援護施設の設備及び運営に関する基準
労働基準法
労働安全衛生規則