

知的障害者のための専門診療科 医療の確保に関する研究報告

歯科

(専門医療のニーズ、受け入れ機関から)

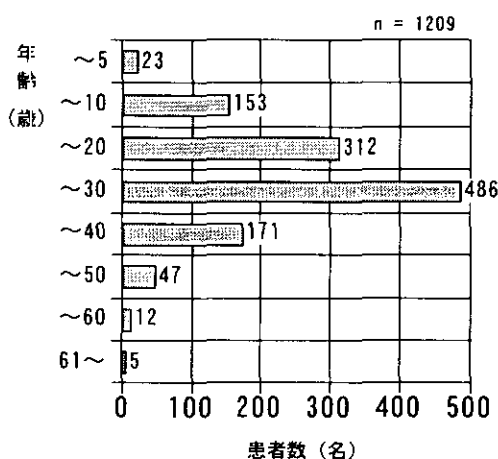
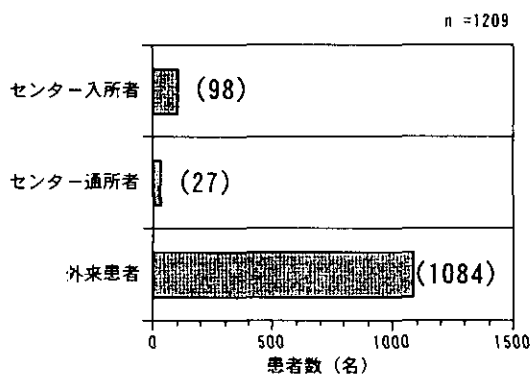
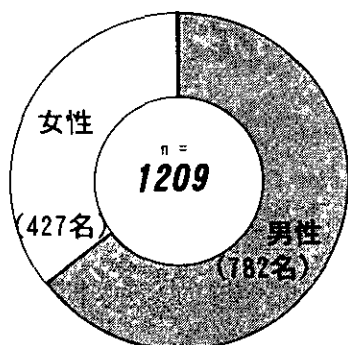
平成14年2月

中村 全宏

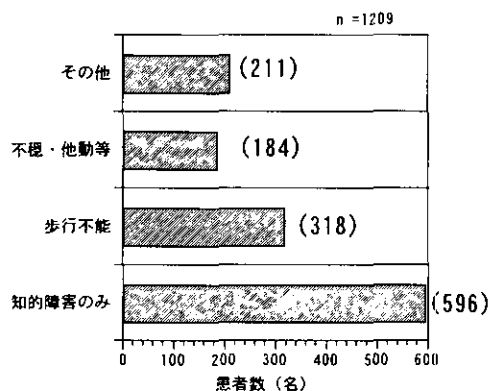
I. 結果集計

診療メモ(個人票)にある項目をもとに2000年1月
から2001年12月の集計を以下にまとめた。

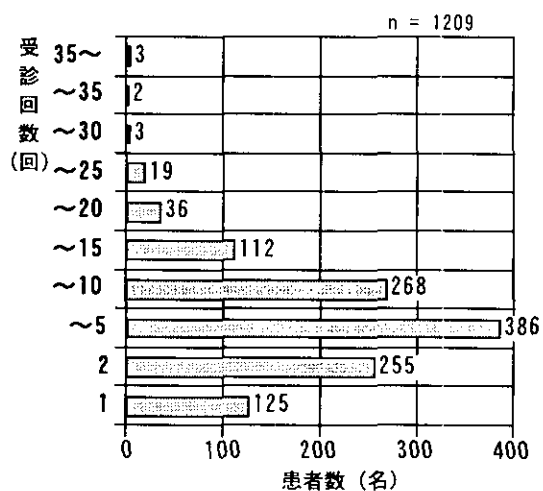
1) 受診時の性別、所属と年齢(実数)



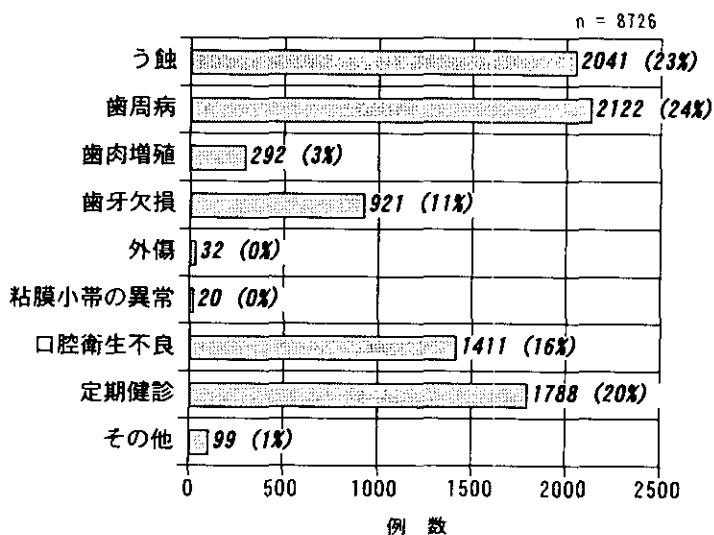
2) その他の状態(実数)



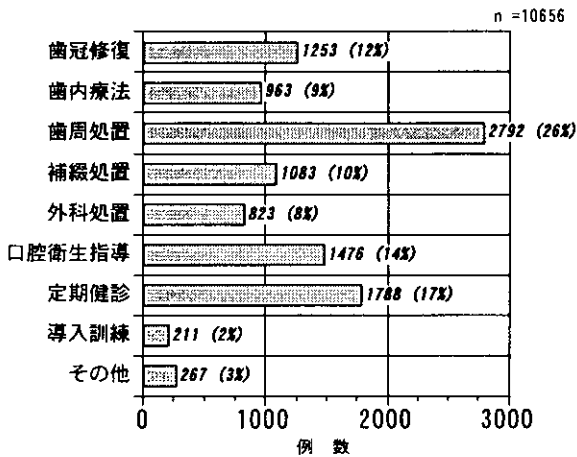
3) 受診回数(回/年)



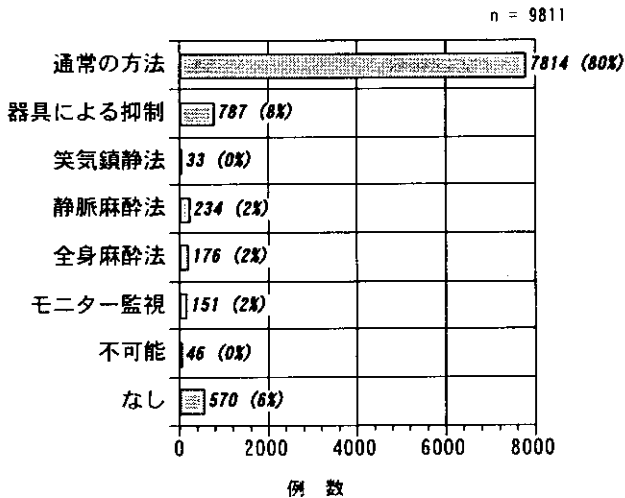
4) 診療治療を要した主要な疾病名または症状名(延べ数, 重複あり)



5) 治療内容 (延べ数, 重複あり)



6) 治療時の行動管理 (延べ数)



II. 歯科利用者の意識調査

1) 調査内容と方法

利用者の意識の中に、専門医療機関への依存度が高いことが感じられる。専門医療機関が二次医療機関としての機能を果たせなくなっている。そのために、一次医療機関(地域歯科医院)との医療連携が必要になってくる。一次医療機関への逆紹介は専門医療機関にて治療完了した患者の定期健診を一次医療機関に機能分担することから始まると考えられる。さらに一次医療機関での定期健診にて問題が生じ治療不可能な場合に、即座に専門医療機関を受診できるような連携体制が必要になる。しかし実際に平成12年度に東大和市との連携において、東大和市在住の治療終了者に対して逆紹介を試みたところ、逆紹介に応じてくれた利用者はたったの1名であった。

そこで、利用者の意識を調査し、今後の医療連携を進めていく上での参考にするとともに、利用者への医療連携の必要性を啓発した。

対象はセンター歯科にて治療中の利用者。調査期間は平成14年1月から3月の3ヶ月間。患者家族や介護者に歯科担当医から意識調査に関する説明を行い、同意を得られた利用者に対し、診療待ち時間を利用して以下の項目について歯科臨床研修医が聞き取り調査した。

- 1-1 今までに近所の歯科医院にかかったことがありますか？
 - (1) ある
 - (2) ない
- 1-2 センターの歯科を受診された理由は何ですか？(複数可)
 - (1) 他の知り合いから教えてもらったから
 - (2) 主治医がセンターの先生だから
 - (3) 専門医療機関だから
 - (4) 他からの評判を聞いて
 - (5) 設備が整っているから
 - (6) その他()
- 1-3 1-1で、「ある」場合、センターの歯科を受診された理由は何？
 - (1) 近所の歯科医院で断られたから
 - (2) 近所の歯科医院でみてもらったが、治療できなかったから
 - (3) 近所の歯科医院で紹介されたから
 - (4) 近所の歯科医院で嫌な思いをしたから
それはどんなこと?()
 - (5) その他()
- 2 センターに来るのに不便に感じていることはありますか？
 - (1) 不便はない Y:N
 - (2) 通院に時間がかかる Y:N
 - (3) 交通の便が悪い Y:N
 - (4) その他()
- 3-1 予約したにも関わらず、当日待たされたことがありますか？
 - (1) ある
 - (2) ない
- 3-2 長いときは何分ぐらい待ちましたか？
_____分
- 3-3 どれくらい待たされると負担に感じますか？
 - (1) 30分位
 - (2) 30分～1時間
 - (3) 1時間以上
- 4 予約がとりにくいため、治療がなかなか完了しないことについてどう思いますか？
 - (1) 改善して欲しい
 - (2) やむおえない
 - (3) その他

5 センター歯科の受診希望者が多く、初めての人は、申し込んでから実際に治療開始するまでの待ち期間が4ヶ月から6ヶ月あることをご存じですか？

(1) 知っている (2) 知らない

6-1 歯科について、定期的に健診や口腔ケアが必要だと思いますか？

(1) 必要である

(2) 必要と思わない(なぜ?)

6-2 治療が完了した後、センターでも定期健診や口腔ケアを行っています。センターで定期健診や口腔ケアを行う必要があると思いますか？

(1) 必要である

(2) 必要と思わない(なぜ?)

7-1 定期健診や口腔ケアをあなたの近所の障害者に理解のある歯科の先生がやってくれるとしたらそこへかかりますか？

(1) かかりたい (2) かかりたくない

7-2 7-1で、「かかりたくない」と答えた方へ必要な場合には、その近所の先生からセンターに連絡していただき、優先的にセンターで治療が受けられるような体制ができています。場合ならどうでしょうか？

(1) それなら近所の先生にかかっても良い。

(2) それでもかかりたくない

8 どんな点に配慮してくれたら近所の先生への受診を考えますか？

(1) 障害や病気についてよく理解してくれたら

(2) やさしい声かけなどの対応をしてもらえれば

(3) 治療の説明などをわかりやすくていねいにしてくれたら

(4) 他の一般の患者さんと一緒にならなければ

(5) 車椅子などで診療室に入りやすくなったら

(6) その他()

9 最後にセンター歯科に対して希望することがあれば、何でも構いませんのでお知らせ下さい。

2) 結果・考察

202名から調査できた。長時間待たされても、専門医療機関にかかりたいという意見が81.7%にみられた。また、過去に地域歯科医療機関を受診した際、受診拒否や配慮が足りないなど、いやな思いをしている利用者が多かった。さらに、受け入れ側の地域歯科医療機関が様々な配慮したとしても65.3%

は受診を希望しなかった。以上、専門医療機関への依存度がかなり高い結果となった。

III. まとめ

知的障害者のための専門診療科医療の確保するためには、地域歯科医院との医療連携が必要になってくる。

歯科医療連携を進めていく第一歩は、専門医療機関から地域歯科医院への逆紹介の実施である。この逆紹介は、専門医療機関で治療完了した患者の定期健診(口腔ケア、歯科保健指導を含む)を地域歯科医院に依頼することから始まると考える。そして、地域歯科医院での定期健診等で問題が見つかり、治療困難な状況が生じたときには、地域歯科医院から専門医療機関に依頼され、即座に専門医療機関で治療開始できるように、連携体制を整えておくことが必要である。ところが実際に、平成12年度、東大和市歯科医師会とセンターおよび村山大和保健所の連携システムの中で連携体制を整備したにもかかわらず、同市在住の治療終了者11人に対して逆紹介を勧めてみたところ、応じてくれたのはわずか1名のみであった。この経験から、センター利用者の意識の中には、専門医療機関への依存度が極めて高いことがうかがわれた。今回の歯科利用者への意識調査でも、利用者の意識の中には、専門医療機関への依存度がかなり高い結果となった。

今後、歯科医療連携システムを検討する会議などの資料として、この調査結果を利用し、必要に応じて利用者はじめ福祉関係機関、歯科医療機関などへの啓発に利用する。また、地域歯科医療機関と専門医療機関の機能役割分担を再確認し、歯科受診の機会を提供できるように検討する必要があると考えられる。

以上

東京都立東大和療育センター歯科 利用者の医療連携・逆紹介に関 する意識調査についての報告

清水牧子

<はじめに>

この意識調査は、東京都立東大和療育センター（以下、センター）歯科と地域医療機関が医療機関としての本来の二次、三次医療の機能を十分に発揮できるようにするための、医療連携、逆紹介を実施していく上で、センター利用者（つきそいの保護者、施設職員）を対象にその意識調査と医療連携の必要性についての理解を深めてもらう目的で実施したものである。

<方法と対象>

平成13年12月26日から平成14年3月19日に、センター利用者202人に対して歯科受診についての意識調査を行った。

<結果>

- 1-1:66.8%の利用者が近所の歯科医院の受診経験があった。近所の歯科医院の受診経験がない利用者でもほとんどが、センター歯科を受診する前に多摩療育園、府中病院などの医療機関で歯科の受診経験があった。
- 1-2:他の知り合いから教えてもらったから、他からの評判を聞いたからなどいわゆる口コミで受診した人がかなり多かった。やはり、同じ学校の父兄からや、様々な障害児の親の会など親同士のつながりからの情報が多いようであった。又、センターの小児科、神経内科などを先に受診しており、歯科も一緒に受診したという人も多かった。
- 1-3:近所の歯科で治療できなかったから、嫌な思いをしたからなどの理由が多数みられた。具体的には、無理やり押さえつけて治療された、乱暴な治療をされた、露骨に嫌な顔をされた、待ち時間が長かった、痛い思いをさせられた、など様々であった。他にも段差がある、二階にあったなどの物理的な理由も見られた。また、幼い頃は治療ができていたが、成長につれて治療が難しくなったという人も何人かみられた。
- 2:不便はないという利用者が83.2%であった。実

際には通院に一時間以上かかっている利用者も不便はないと答えていた。

- 3-1:ある人56.9%、ない人43.1%と半々であった。
- 3-2:平均38.90分（最短:10分、最長:120分）
- 3-3:30分位待たされると負担になるという人が最も多く46.5%であった。しかし、センターの待合室は広くて、落ち着いているから30分でも待てるけれど、開業医の狭い待合室では5分でも負担になるという意見も多かった。また、一時間以上でも気にしないと答えた人もセンター歯科だから待てるかと答えた人が多かった。
- 4:やむをえない、不満はないと答えた利用者が改善して欲しいという意見をはるかに上回っていた。他に診てくれる医療機関がないから仕方がないという気持ちが強かった。又、不満はないと答えた人には現在定期健診中の利用者が多かった。改善して欲しいと答えた人では、初診の申し込みをしてから待ち期間の間に虫歯がひどくなってしまったという人もいた。
- 5:他の人から聞いて受診した利用者が多いため、知っているという人が72.3%であった。
- 6-1:99.5%の利用者が必要であるという回答であった。
- 6-2:96.0%の利用者が必要であるという回答であった。
- 7-1:「かかりたくない」と答えた人が81.7%であった。
- 7-2:「それでもかかりたくない」と答えた人が65.3%であった。
- 8:障害や病気についてよく理解してくれたら、やさしい声かけなどの対応をしてもらえたら、という答えが共に約9割あった。歯科医院の障害に対する理解が足りないために嫌な思いをしたことがある利用者も多く、また、車椅子で診察室に入れることなど、バリアフリーに関する要望も多かった。

<考察>

この意識調査の目的の一つに、利用者には歯科医療連携の必要性を理解してもらうというものがあったが、十分な効果は上がらなかったように思う。保護者の中にはセンター歯科の現状を知らない訳ではなく、それを承知の上で、予約間隔が多少長くなったとしても、通院に時間がかかったとしても、センター歯科にずっと受診したいという気持ち強い人が多いということがこの意識調査からわかったように思う。

そこで、医療連携をすすめていくためには、何故地

域医療機関にかかりたくないのかという理由について十分に考えていかなければならないと思う。最も多かった理由としては、歯科医院の設備面での問題であった。調査結果では、歯科医院が二階にあるのにエレベーターがない、あっても狭くて車椅子が乗らない、入り口に段差がある、診察室の中に車椅子が入らない、診察室の中が狭くて危ない、待合室が狭い(待ってられない)、身障者用のトイレの設備がない、駐車場がない、ユニットに落下防止用のベルトがない、など数々の問題が上げられ、現在ある多くの歯科医院が障害者の利用に適さない状態にあることがわかった。つきそいの保護者にとってはとても重要な問題であるが、こういった物理的な面での問題は解決することが難しいように思う。今ある歯科医院がそういった設備面の改善を行うことは難しく、また、出来る範囲での改善を行うにも費用がかかってしまう。そのため、連携を進めていくためには、地域医療機関でもある程度設備の整った、限られた医療機関を対象として行わざるをえないと思う。もしくは、設備改善のための費用負担を行政が補助するなどの配慮も必要なのではないだろうか。

一方、過去に嫌な思いをしたことがあるために地域医療機関にはかかりたくないという意見も多かった。具体的には、障害者であることを告げただけで診もせずに診察を断られたことがある、歯科医や衛生士の態度が明らかに迷惑そうだった、午前10時に予約していったにも関わらず午後4時まで待たされた、障害がどのようなものであるかを歯科医が理解しておらず、口を開かなかつたらぶたれた、大きな声でどなった、少しでも子供が治療を拒否する態度をみせたらすぐ「できない」と言われた、無理やり押さえつけて治療したなどの回答があった。また、混雑している歯科医院では1人にかけられる時間がセンターの歯科と比較して短く、患者自身が新しい環境に慣れる余裕がないという意見や、歯科医師、衛生士の経験不足に対する不安の声(けいれん発作などが起った時などに適切な対応をしてくれるのか、心臓などの合併症に対する知識を十分に持っているのかなど)もあった。これらの問題は地域医療機関の方に障害者の受け入れ体制が十分にできていないことから起っていると思われる。障害や様々な合併症に関する知識が充分でなく、障害者に対する理解が低いことに加え、医療機関側に少なからず障害者の治療を面倒に思う姿勢があるのではないだろうか。歯科医師会の医療連携に関する会合の際にも、具体的な話し合いが全くなく、まだまだこれからどうしていくのかを模索している段階のようであった。医療連携をすすめていくためには、地域医療機関側の意識改革も行い、障害者への理解を深め、治療や

健診の必要性を理解してもらうことが重要ではないかと思われる。そのためには勉強会、講習会なども行っていく必要があると思われる。

しかし、一度地域医療機関への信頼を失ったセンターの利用者の気持ちをほぐして、医療連携を進めていくことはとても困難であり、長い時間を必要とすることだと思う。利用者には、今まで治療を受けてきたセンター歯科への信頼感と、地域医療機関を受診することへの不安との両方の思いがあり、今まで通りセンターで治療を受けたいという気持ちが強い人が多いようだった。もちろん今回意識調査を行った中にも、もし自宅近くに良い医療機関があるならばかかりたいという人もいたので、そのような利用者を対象に医療連携を進めていくことは可能であると思う。保護者が高齢の場合などには、将来的な不安などから自宅近くで受診できる歯科医院を望む思いも切実であるようだった。しかし、8割方の利用者が難色を示しているため、センター歯科の根本的な混雑の緩和にはつながらないと思われる。混雑状態については、できることなら予約間隔を短くしてもらいたいと考えている利用者も多く、また、初診から実際に治療が始まるまでの待ち期間にひどくなってしまったという回答もあったため、早急に解決策を見つけていかなければならない状態であると思われる。

医療連携によってセンター歯科の混雑を緩和していくことが困難であるならば、センター歯科が充分にその機能を発揮するためには、その規模を拡大することが必要とされると思われる。医療連携の目的である二次および三次医療をセンター歯科が充分に担えるようにする、ということからははずれてしまうが、一次医療の十分な受け皿がなく、また利用者の気持ちを優先するならば、センターの規模を拡大すること、もしくはセンター歯科と同等の医療機関を設立することが、障害者の歯科医療を充実させるために最も良い方法なのではないだろうか。実際に、調査結果の中でも、センター歯科の歯科医師、歯科衛生士の数を増やして欲しい、規模を拡大して欲しい、という声が聞かれた。センター歯科などの専門医療機関に、障害者の一次から三次医療までの全てを頼りきってしまう現在の体制が望ましいとは決して思えないが、患者が増加の一端をとどっている今、センター歯科の医療水準を守るためには、医療連携を進めていきつつも、センター歯科の規模を拡大していくことが求められているのではないかと思う。

<感想>

今回この意識調査に携わったことで、センター歯科利用者の様々なこれまでの経験、思いなどに触れるこ

とができたことは、私にとって本当に良い経験になったと思います。センターに研修に来るまで、障害児(者)に接した経験がほとんどなかったため、治療はもちろん意識調査をすることも、はじめはとまどいの連続でした。聞き取り調査中に泣き出されてしまった時には本当に動揺してしまい、どのように接したらいいのかわからなくなってしまったこともありました。しかし、そのようなお母さん達の思いに触れたことに

よって、障害者の歯科治療に関する問題点も把握することができ、歯科に対してどのような希望を持って受診しているのかも解ってきたような気がしました。この経験はこれから歯科医としてやっていく上で、とても貴重なものだと思います。また、将来、私も障害者の一次医療に率先して関わっていけるような歯科医師になりたいと心から思いました。

重症心身障害児(者)施設における知的障害児(者)入院時の対応について

～適正な条件とは～

福田茂子

その8割が医療を目的としたものであり(図2)さらにそのうちの6割が入院生活に問題を生じていた(図3)。

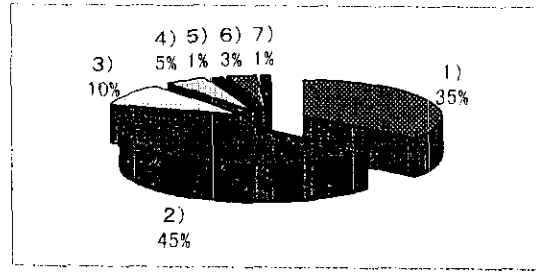


図2 入院目的

- 1) 検査・治療
- 2) 全身麻酔下歯科治療
- 3) ダイエット
- 4) 介護者休養
- 5) 介護者の冠婚葬祭出席
- 6) 家族の病気
- 7) その他介護者の都合

はじめに

知的障害児(者)の一般病院での受け入れ体制の整備が不十分な現状の中で、当センターのような病院機能を有している重症心身障害児(者)施設での受け入れが余儀なくされている。

しかし、重度の運動機能障害を持つ重症心身障害児(者)と生活の場を共有する中では安全面での配慮のため、多くの規制をせねばならず、快適な治療環境を提供することが難しい現状にある。また、治療効果を最大限にするため、協力が得られない患者に対しては固定をしなければならない場合もある。

知的障害児(者)が当センターに医療入院した際の対応についての実態及び、職員の意識を調査し、望まし対応のしかた、施設のありかたを考察する。

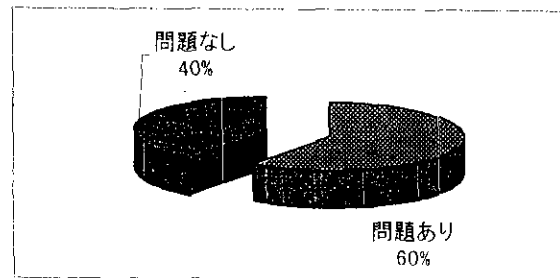


図3 入院生活の適応

I 方法

- 1 過去5年間(平成8年～12年)の当センターでの知的障害児(者)の入院適応について看護記録より調査
- 2 平成13年1月～12月に入院した知的障害児(者)の対応についての実態調査
- 3 直接介護職員の抑制に対する意識調査

II 結果

1 知的障害児(者)の入院適応について

当センターに入院する知的障害児(者)は例年100例を超える。平成8年～13年に入院した知的障害児(者)の推移を図1に示す。

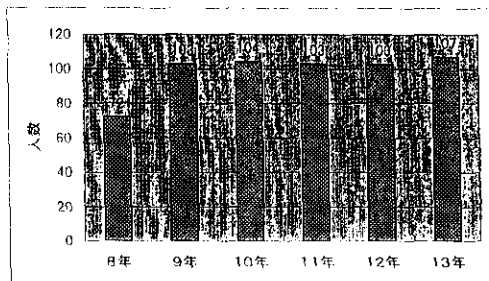


図1 知的障害児者入院数推移

問題としては、医療行為への拒否や非協力、自傷他害、離棟、物壊し物投げ、多動、異食、大声奇声、不眠、こだわり、盗食等であった。(図4) そのような問題で、目的達成されずに退院を余儀なくされた患者も僅かにいた。職員は入院生活上問題を呈した患者に対し、気分転換を図るための関わりに留意していたが、固定帯の使用や隔離(個室対応)の実施も多くおこなわれていた(図5)。

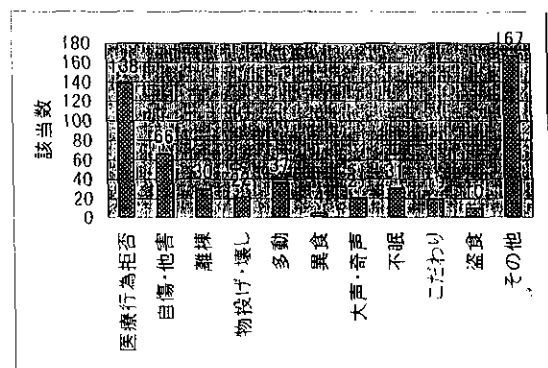


図4 問題の内容

知的障害児者の在院期間は1日から最長259日であり、1日入院の歯科治療入院を除外すると平均在院日数は26.5日であった。

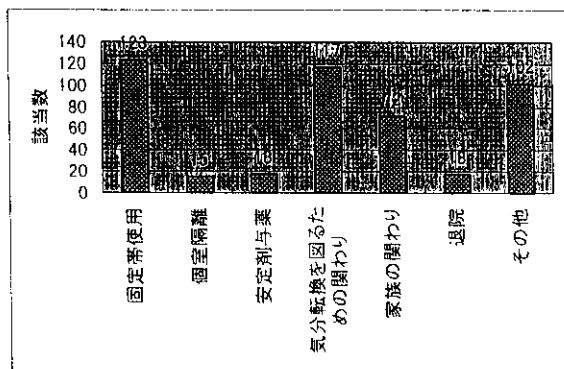


図5 問題発生時の対応

2 平成13年1月～12月に入院した知的障害児(者)の対応について(対象43例 調査率40%)対象となった患者の大島の分類は17. 18. 19. が9割をしめた。

入院目的は9割が治療目的であり、同時に介護者が休養を兼ねている場合もあった。

入院期間は、1での結果とほぼ同様であった。

在宅での行動障害について調べたところ(強度行動障害判定基準表による)、10点以上の患者は4.7%と少数であったが、5点以上は20.9%であった。入院中の行動障害についても在宅時と同様の結果であった。

入院中の医療処置時の患者対応については、固定、抑制、個室隔離の対応の他、1日のみの全身麻酔下歯科治療目的の入院患者は家族の見守りによる精神的安否の保持や職員が観察を密にすることで対応していた(図6)。

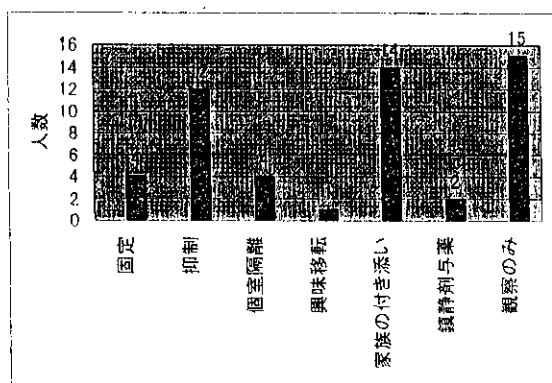


図6 医療処置時の対応方法

その対応における職員の視点は、患者本人の安全、治療の効率性、本人の安楽に当てられていることが多かったが、他の対応方法が考えられないためといった答えもあった(図7)。

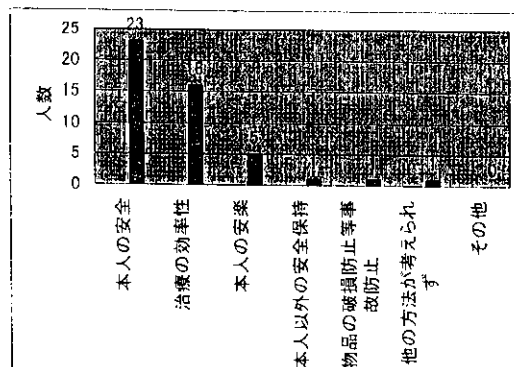


図7 対応時の職員の視点

その対応は、患者にとって最良であったと評価した職員は6割であった。

日常生活での問題行動に対しての対応方法としては、観察を密にすることで対応が多かった。その対応の評価は、6割の職員がその患者にとって最良の方法と考えていた。

その対応方法については約9割が、本人及び家族へ説明や相談を行っていた。

3 直接介護職員の抑制に対する意識調査(調査対象146名中123名 回収率84.2%)

当センターにおける直接介護職員の職種は看護婦(士)、准看護婦(士)、保育士、指導員であり、就業平均年数は4.7年である。他障害者施設での就業経験を持つ者は18%居り、また病院施設での就業経験を持つ者は24%居る。その内78%の職員が抑制法について習った経験を持っていた(図8)。

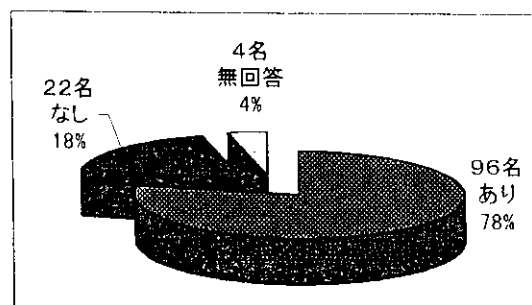


図8 抑制法について習った経験の有無

しかし、抑制をしないで済む方法について習ったことのある職員は27%であった(図9)。

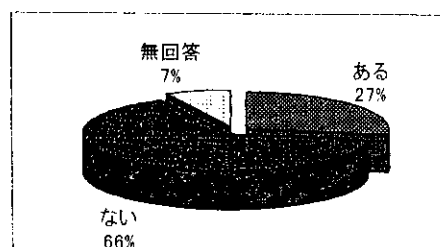


図9 抑制をしないで済む方法を習った経験の有無

何を抑制と捉えているかについては、様々であったが（図10）、職種による捉え方の差はなかった。

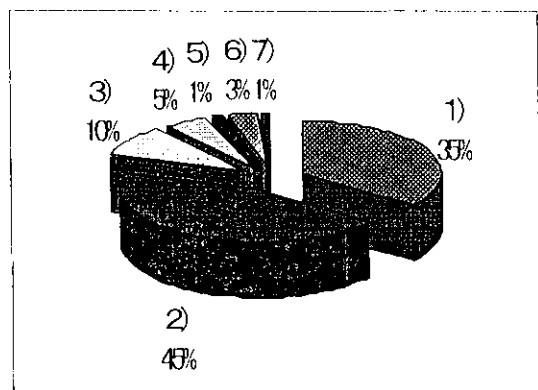


図10 抑制の捉え方

- 1) 処置時の四肢固定
- 2) 点滴時の固定板使用
- 3) 処置時の胴固定
- 4) 日常の車椅子股ベルト固定
- 5) 上下肢のプロテクター使用
- 6) ミトン手袋の使用
- 7) 個室隔離による行動制限
- 8) 離棟防止のための病棟出入り口の施錠
- 9) 脱衣・オムツはずし防止のつなぎ服着用
- 10) 自分で降りられないようベッド柵の使用
- 11) その他

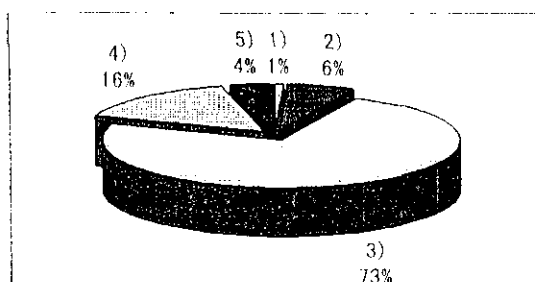
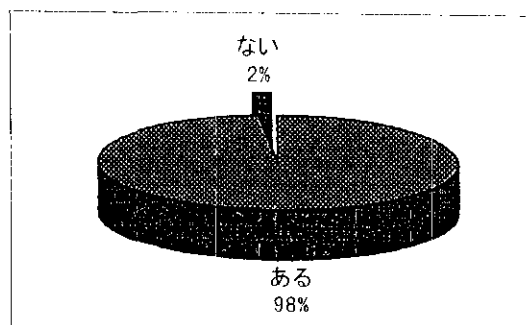


図11 抑制に対する職員の思い

- 1) 不要
- 2) やめるべき
- 3) 仕方なく必要
- 4) その他

抑制に対する職員の思いは、7割の職員が「仕方なく必要」と考えており（図11）、ほぼ全員の職員が抑制を患者に実施した経験を有していた（図12）



抑制をどのような目的で実施したかについては、安静保持や転倒防止等、患者を主体にした視点であり、業務効率を主眼にしていなかった（図13）。

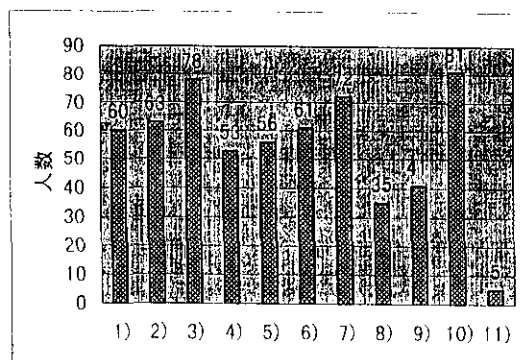


図13 抑制の目的

- 1) 安静保持
- 2) カテーテル抜去防止
- 3) 点滴刺入部の保護
- 4) 創傷保護
- 5) 処置実施時の安全確保
- 6) 転倒防止
- 7) 転落防止
- 8) 離棟防止
- 9) 脱衣・オムツはずし防止
- 10) 自傷・他害防止
- 11) その他

抑制実施時には、様々な配慮がなされていた（図14）。

また、抑制をしないで安全を守るための工夫、たとえば、点滴やIVH実施時には抜去しにくい部位の選択や、ラインに気づかせないような工夫、関心を他へ向けるような働きかけ、職員が常に観察できるようなベッド位置への配慮をしていた。転倒・転落防止に対しては、立ち上がる理由のアセスメント、環境整備、機能に応じたベッドや病室の選択、車椅子座位時間の限定（苦痛への配慮）等の実施がなされていた。

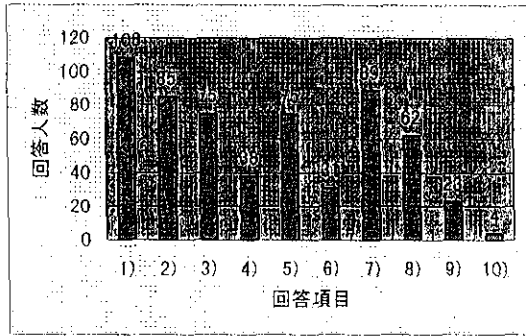


図 14 抑制実施時の配慮点

- 1) 必要最小限の部位
- 2) 必要最小限の時間（期間）
- 3) 抑制部位・末梢部の観察
- 4) 全身の観察
- 5) 関心を他へ向けるような働きかけ
- 6) 積極的な関わり
- 7) 付き添える時間ははずす
- 8) 家族・面会者へのインフォームドコンセント
- 9) 家族の感情を考慮し部位をカバー
- 10) その他

抑制が、関節拘縮、不穏／不眠、裾創の発現等患者に悪影響を与えていると考えている職員は、8割に上った。

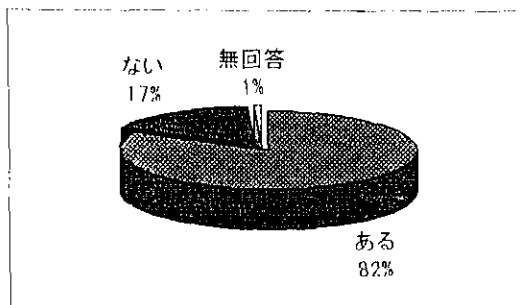


図 15 抑制による悪影響を感じた経験の有無

III 考察

知的障害者が入院する際の問題点として、1)小川は地域の一般病院では障害に即したスタッフ体制や環境ではないため、障害者に対するきめ細かな対応は難しい。また、診療報酬上のメリットもないため、入院受け入れは敬遠されやすいと述べている。しかし、今回の調査結果からは、約4割の患者は当センターでの入院適応に問題はなかった。このことは、一般病院においても入院適応が可能と一概には言えないが、医療機関での看護者は、十分な配慮を持って対応し、適切

な治療への導入を考えていかななくてはならない。

しかし現状では、当センターのような福祉施設であると同時に医療機関でもある重症心身障害児（者）施設に対しての知的障害児（者）医療入院のニーズは高い。調査結果から、入院期間も長く、医療処置を必要とする条件から、ベッド対応となるケースが多かった。また、環境の変化や治療処置に対する不安から入院生活に問題を生じたケースも多かった。

当センター措置入所者の86.6%が大島の分類1～4に該当する重症心身障害者であり、知的障害者と生活の場を共有するには、職員の安全管理に対する常時の視点が必要と考えられた。設備面でもナースステーションから常時観察できる位置での個室が必要と思われた。自傷、物投げ等に対する配慮として、コーナガードや壁面・床材等クッション性がある材料の選択、窓や柄杓出入り口には離棟センサーの設置なども必要と思われた。さらに、患者の状況に合わせ、ベッドの種類や布団対応なども考慮が必要と思われた。

職員のケアについての視点は、個々の患者の安全や治療効率に向けられながら、治療処置時には、仕方ないと思いながら抑制を実施している現状があった。小川は、抑制について本来は、緊急避難時を除けば、

1. あらゆる方法を試みても抑制する以外に方法がない。
2. 保護者の同意が得られている。
3. 医療側だけでなく、本人に関わる全職種の職員が抑制に同意している。
4. 外部によるオンブズマンによるチェック機能がある。の4つの条件を満たしている必要があると述べている。障害児（者）への真筆な姿勢での関わりが、そして安全に対する視点に加え安楽への配慮が、入院生活の質を支えると考えられる。抑制をせざるを得ないような配慮・工夫をさらに職員間で検討し共有化させる必要がある。また、抑制をせざるを得ない場合、保護者へのインフォームドコンセントが不可欠といえる。

IV まとめ

1. 知的障害者の医療入院に際し、患者にとって最良と思われる医療機関の選択が必要といえる。
2. 重症心身障害児（者）施設での知的障害者対応には、設備面、職員の配慮が生活の質を大きく左右する。
3. 抑制については、しなくて済む方法の考案と共有化に留意することが必要であり、せざるを得ない場合には、保護者へのインフォームドコンセント

トが不可欠である。

おわりに

重症心身障害（児）者施設における知的障害者の入院は、その運動機能レベルの差により問題が多く発生する。しかし、知的障害者の特性を理解し、入院生活に適応できるよう支援していくことが看護者の大切な業務である。このことは、地域の一般病院でも同様であり、障害者が安心していつでも適切な医療が受けられるよう体制の整備が必要と考える。

引用文献

- 1) 有馬正高：発達障害医学の進歩：No12：診断と治療社：p52 - 59：2000

参考文献

- 1) 岩田博子：QOL 向上を目指した抑制基準の作成：BRAIN NURSING：Vol. 14：No. 8：1998：
- 2) 田中とも江：なぜ抑制をするのか：看護学雑誌：Vol. 61：No. 2：1997

外来受診者への支援を考える

通院に関する諸条件と診療・検査
・処置時の問題点と対応調査

野口 千恵子

はじめに

心身に障害を持つ人々が地域社会で生活していく上で、健康管理・疾病等に対応する医療機関の確保は、重要な問題である。しかし、知的障害を持つ人々はコミュニケーションがとりにくい、環境になじむことが難しい等、診療を受けるにあたり不利益を蒙る要素が強いという問題点があげられる。地域医療機関において、障害児者が安全且つスムーズな診療が受けられるようになるための一助として「通院に関する諸条件」と「診療、検査、処置時の問題点と対応調査」を行なったので報告する。

調査期間

2000年11月～2001年10月

対象と方法

I) 通院に関する諸条件調査

都立東大和療育センター・医科外来に受診した患者と付き添い者を対象に、「患者と付き添い者の続柄・利用交通機関と所要時間」について、看護婦が受診毎に聴き取り調査を行なう。

II) 診療、検査、処置時の問題点と対応調査

都立東大和療育センター医科受診者及歯科の術前検査とIV-Sで治療を行なう患者のなかで、診療、検査、処置時に非協力的行動で問題が生じたケースについて「診療内容、問題行動、対応に要した人手と時間等、対応の結果」について、看護婦が調査用紙に記入する。

結果

I) 通院に関する諸条件調査

図1 調査人数

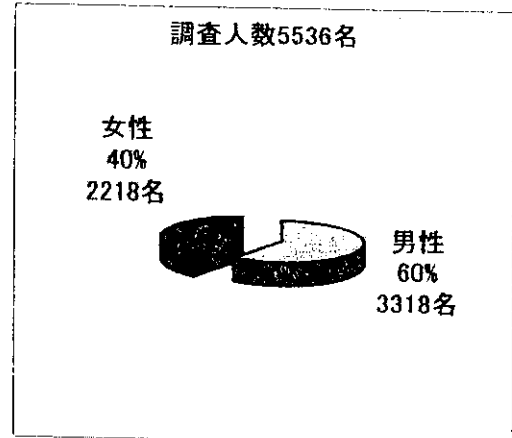


図2 年齢区分

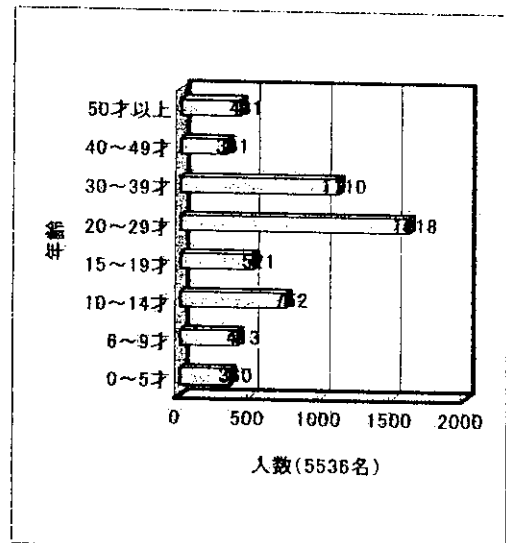


図3 歩行可・不可区分

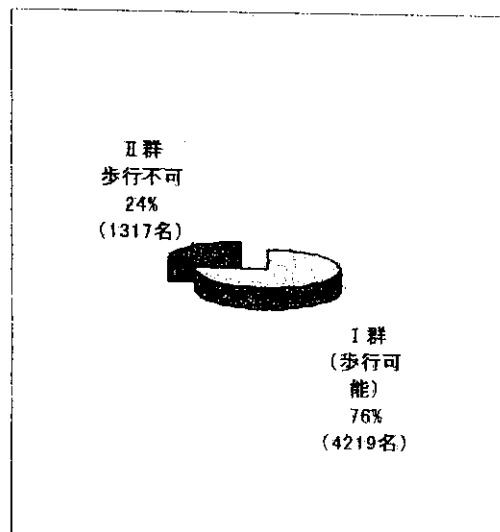


図4 診断名 (複数回答あり)

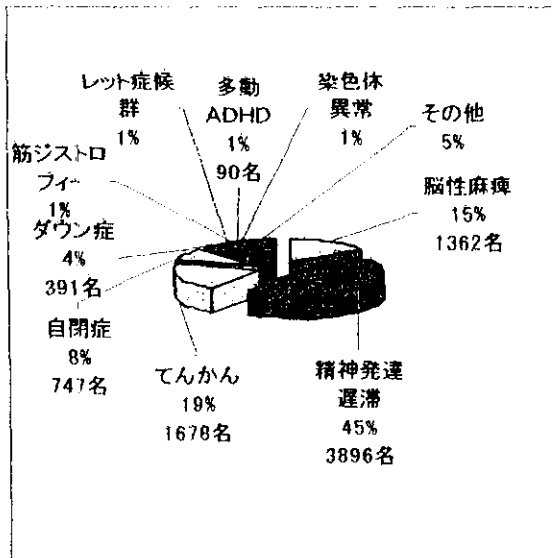


図7 本人ひとりで受診

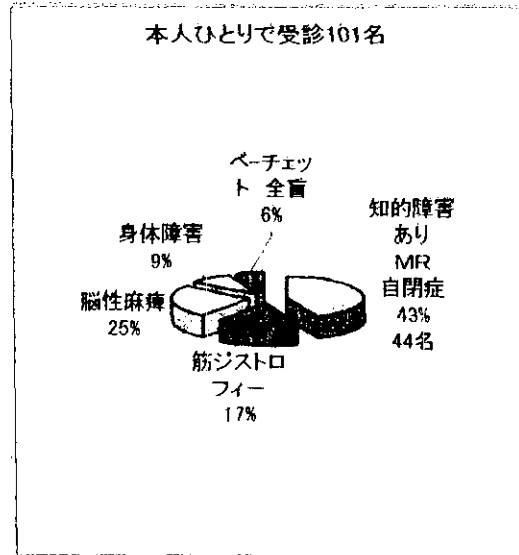


図5 本人受診時の付き添い者 (複数回答あり)

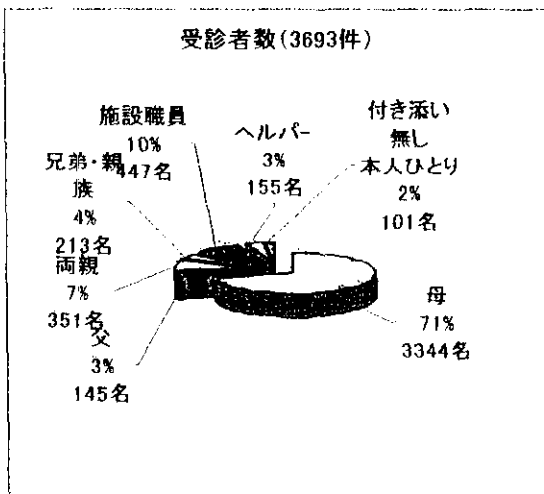


図8 患者住居区分

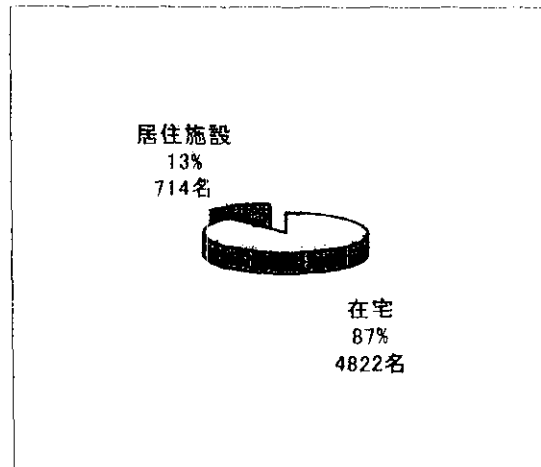


図6 保護者のみの受診

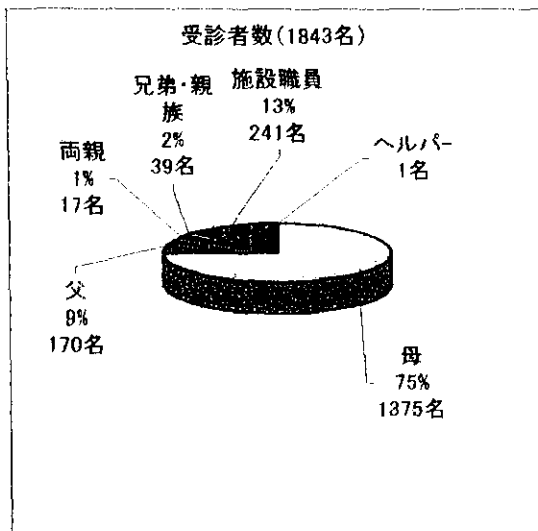


図9 住所区分

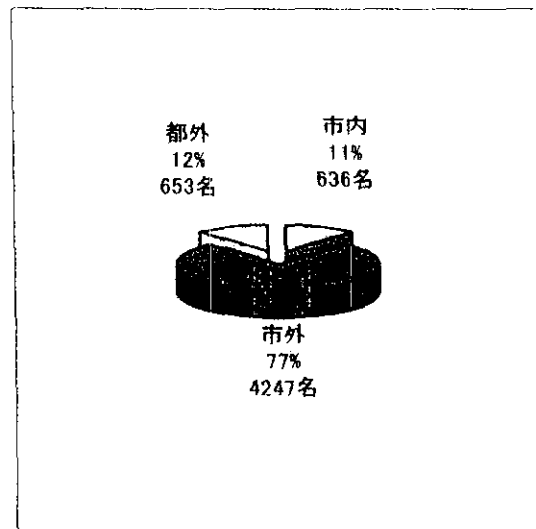


図2 年齢区分

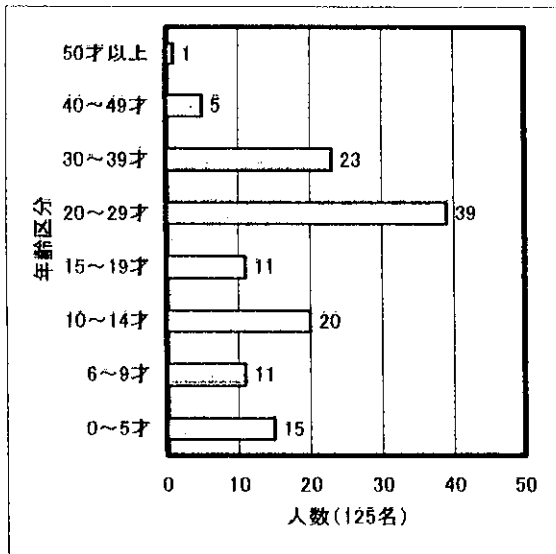


図5 診断名区分(重複あり)

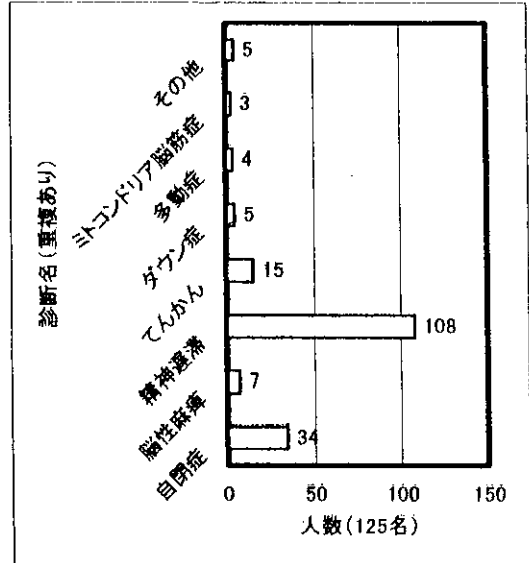


図3 受診科区分

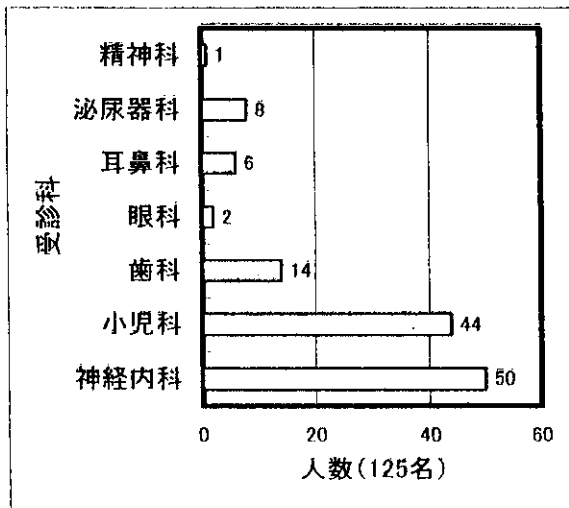


図6 身長区分

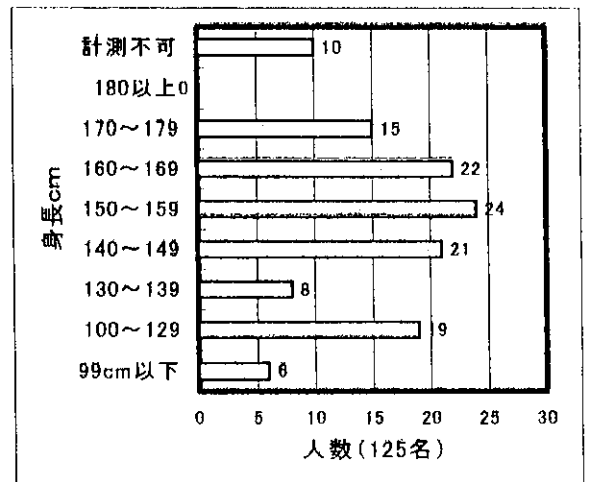


図4 歩行可・不可区分

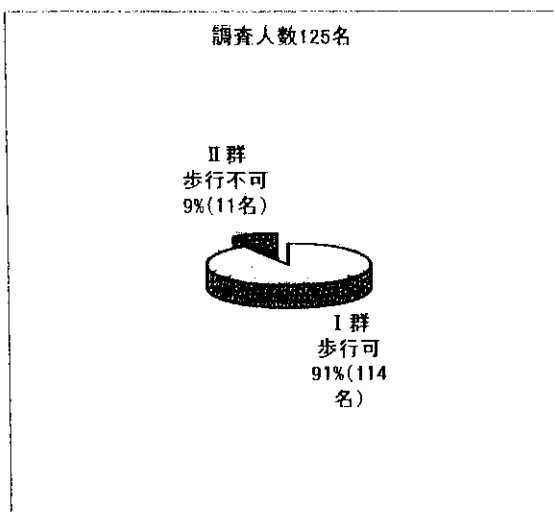


図7 体重区分

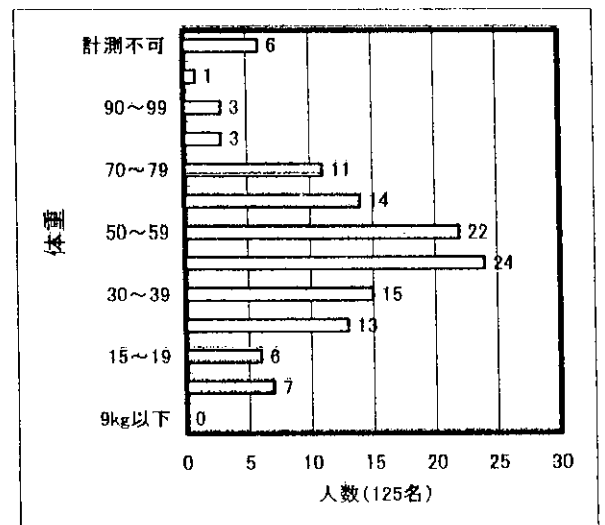


図10 利用交通手段

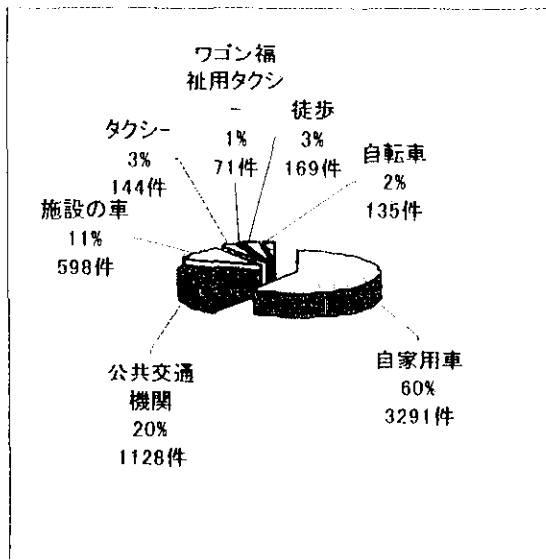


図11 徒歩内容

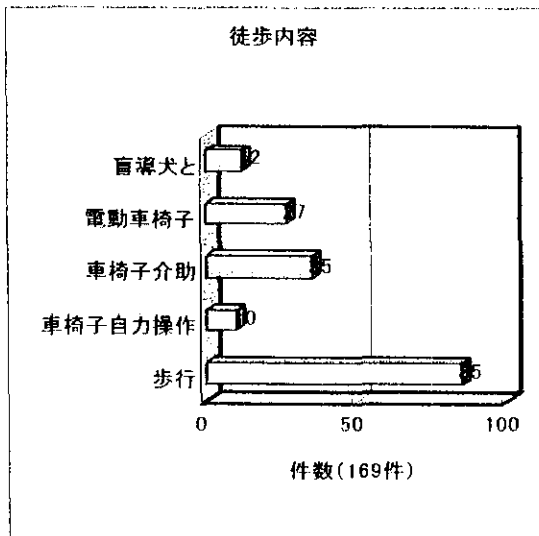
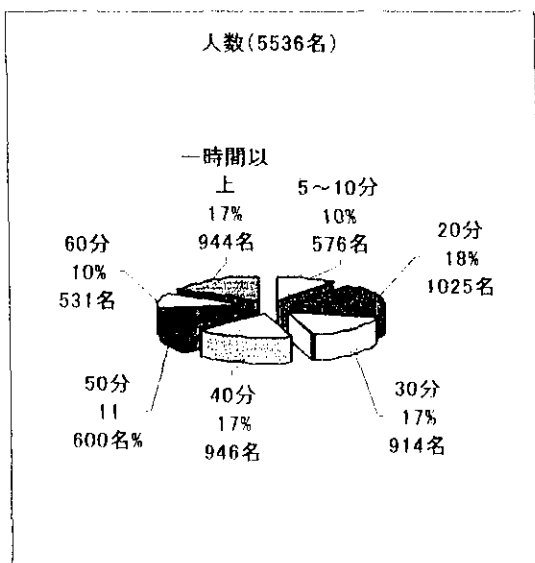


図12 センターまでの所要時間



考察

医科外来受診者中5536名の調査結果が得られた。対象者の性別比は、男性60%女性40%（図1）、年齢別区分（図2）では20歳、以上の成人者が全体の63%を占め、その内の14%が40歳以上であった。現在、当センターの外来受診者最高齢は1918年生れ83歳の女性だが、今後外来者の年齢の推移を考えたとき、加齢による健康や生活面での問題点増加は必須である。また、患者の加齢は保護者の加齢を伴い、今後在宅介護困難、通院困難の問題が増加することが予想される。受診時の付き添いは母が70%（図5）を占め、加齢と共に成長して体格の良くなった子供を連れてくるのが大変になってきたという保護者の意見を耳にする。これは、利用交通機関（図10）の結果、保護者が運転して自家用車で通院が60%、公共交通機関利用が20%であり、今は自分たちがまだ運転できるが、近い将来運転できなくなった時の通院が心配、多動やパニックのある子供を電車やバスで移動させるのが大変というような保護者の言葉と共に、自宅から通院しやすい病院を確保する必要を感じる。また、居住型施設に生活する障害児者（図8）の健康管理に必要な医療の連携がとれる病院が必要である。自分ひとりで通院してくる障害児者は全体の2%（図5）であり、障害者の地域での自立と共に増加していくことも考えられる。外来部門だけのフォローではなく医療施設各セクション全体の連携により、患者や保護者が安心して通院できる環境を整える必要がある。

II) 診療・検査・処置時の問題点と対応調査

図1 調査人数

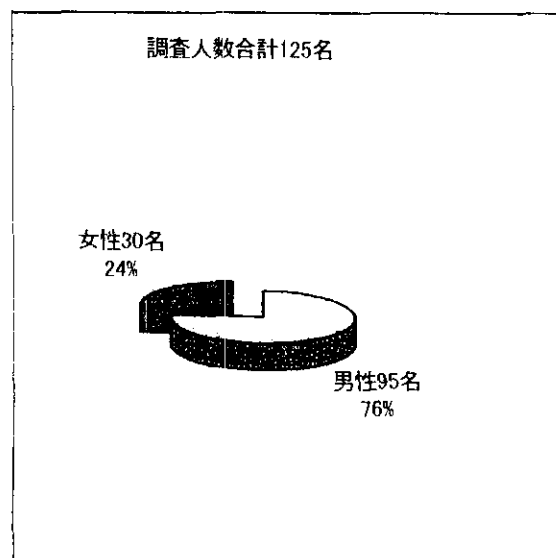


表1 問題点区分

問題点	人数
車から降りない・入室拒否等	3
多動	8
パニック	2
検査・処置・診察時の非協力性	112
	125

表2 検査・処置・診察時の非協力性の問題

1) 本人の協力を待つ

実施・中止までに要した時間	女性患者	男性患者
①～5分	2	5
②～10分	2	2
③10分以上	1	0

対応の結果	女性患者	男性患者
延期・中止	2	1
検査・処置・診察が出来た	3	6

2) 協力を待ったが得られずに職員等で抑える

実施・中止までに要した時間	女性患者	男性患者
①～5分	10	16
②～10分	3	22
③10分以上	1	6

対応の結果	女性患者	男性患者
延期・中止	1	5
検査・処置・診察ができた	14	38

3) 安全確保に要した人数

(職員・付き添い者の合計)

① 女性患者

	男性	1人	2人
女性			
1人		1(2)	
2人	2(2)	1(3)	2(4)
3人	7(3)		
4人		1(5)	

② 男性患者

	男性	1人	2人	3人	4人
女性					
1人		2(2)		2(4)	
2人	11(2)	5(3)	4(4)	2(5)	3(6)
3人	5(3)	5(4)			
4人	4(4)	1(5)			

表3 検査処置等の内容上

置ちに抑えて開始する

1) 方針決定までの時間

開始・中止までの時間	女性患者	男性患者
①～5分	8	24
②～10分		9
③10分以上		1

対応の結果	女性患者	男性患者
検査・処置・診察が出来た	8	33
延期・中止になった	0	1

2) 安全確保に要した人数

(職員・付き添い者の合計)

① 女性患者

	男性	1人	2人
女性			
1人			
2人	2(2)	2(3)	1(4)
3人	3(3)		

② 男性患者

	男性	1人	2人	3人	4人
女性					
1人		1(2)	4(3)	1(4)	
2人	5(2)	8(3)	3(4)		1(6)
3人	3(3)	5(4)			
4人	3(4)				

3) 問題解決までに要した時間

時間	件数
①～10分	1
②～20分	4
③～30分	5
④～40分	2
⑤90分以上	1

4)安全確保に要した人数

	男性	1人
女性		
1人	8(1名)	
2人	4(2名)	1(3名)

表4 検査・処置・診察内容(重複あり)

採血	53
前投薬	9
前投薬	9
聴診抵抗	2
開口抵抗	4
直腸診	3

考 察

検査、処置、診察時の問題点と対応調査は、125名の外来患者に対して行なった。問題点区分(表1)に関しては、検査、処置、診察の非協力的な問題が112名約90%という結果であった。

表4検査、処置、診察の内容別では、採血に関する事項が53件あり、外来診療での採血検査の必要度が高いことがわかる。検査には、それぞれ必要性の緊急度の違いがあるため、患者の自発性を待つ場合や患者の協力を待たずに、安全を図り上で検査を施行する場合がある。図1.2.6.7で示すように、20歳代で男性の比率が高く、成長した体格の患者への対応は人手が必要となるがその確保には時間を要する。患者一人の外来診療時間には限りがあり、患者の診察及び保護者からの聴き取りや相談事の時間を考慮すると検査等による時間の延長は他の患者の診察待ち時間に影響してしまう。

他セクションとの連携を図り、よりスムーズに対応出来るよう検討していきたい。また、環境に対する慣れや誘導方法によっては、患者の協力が得られる場合もあるので職員間で患者個々に応じた方法の情報を共有化していく必要性を感じる。

心身障害児者への外来診療には、人手と時間が必要とされるが、加えて患者と保護者がゆとりをもって診療を受けられる環境を整えておく事が、検査、処置、診療を円滑に施行する為に重要であると考察した。

訪問看護導入の在宅重症児（者） の死亡について

小西 美代子

はじめに

東京都では1982年より在宅重症児訪問看護を実施している。1996年10月民間委託となり、多摩地域は全国重症心身障害児（者）を守る会に委託され西部訪問看護事業部として出発した。

ノーマライゼーションの広がりとともに各種サービスの充実が図られ、家族の意識も「可能な限り自宅で看たい」と変化してきた。当事業対象者は年々医療依存度が増し、低年齢化してきている。事業委託後の5年間に延べ38人が不幸にも死亡している。今後の支援を考えていくため死亡の状況についてまとめた。

対象と方法

1996年10月～2001年12月までの5年間にわたる西部訪問看護事業部の「訪問看護」対象者について、事業部が把握出来る範囲（主治医連絡、看護記録など）で得た情報をもとに死亡者についてまとめた。

結果

1. 死亡者数について

調査期間の訪問対象者実数は288名、死亡者は38名であった。対象者に対する死亡者の割合は13%である。年度別死亡者を見ると全対象者に対する死亡者の

表 年度別対象者数と死亡者数

年度	対象者数	死亡者数	死亡割合(%)
8(半年間)	135	6	4.4
9	158	7	4.4
10	166	10	6.0
11	163	7	4.3
12	185	5	2.7
13(9ヶ月)	188	3	1.6

割合2.7～6%であり、平均3.8%である。2000年度は5名、2001年度12月末現在3名である。

2. 死亡時の年齢について

0～6歳までの低年齢児が23名で死亡者の60%を占めている。(特に0歳-1名、1歳-3名、2歳-4名、3歳-7名で3歳までに1つの山があり、4歳-2名、5歳

図1 対象者の年齢構成 2000.3.31

N=150

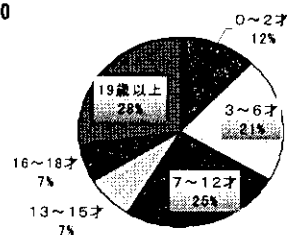
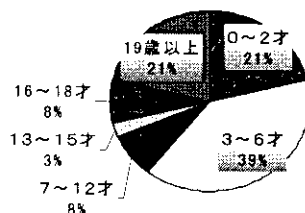


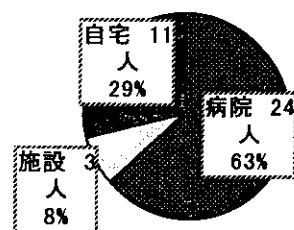
図2 5年間の死亡者の年齢構成 N=38



—5名でここに2番目の山がある)。同年齢層の看護対象者の割合は37%であり、これと比べ非常に高い。7～18歳の就学期は7名で18%、(全対象者は35%)、19歳以上は8名で21% (全対象者は28%) である。16歳～23歳までの各年齢に死亡者が3番目の山がある。死亡者の最低年齢は10ヶ月、最高年齢は35歳である。

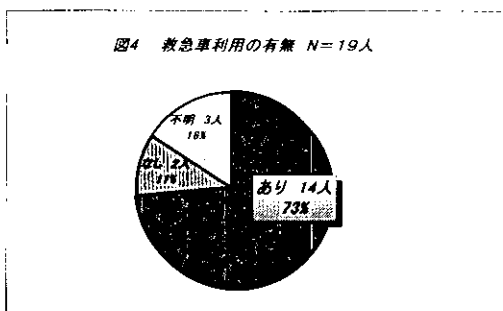
3. 死亡の場所

図3 死亡場所 N=38人



- 1) 病院での死亡は24名で63%を占めている。この内には、6名の自宅で異常に気付き救急車等で搬送された後の死亡を含んでいる。
 - 2) 自宅で死亡したものは11名(29%)あり、家族が異常に気付き病院へ搬送したが救命処置が間に合わなかったものも含む。
 - 3) 施設での死亡は3名8%である
- 「自宅で死亡、または自宅で気付き病院へ搬送した死亡者」についてみると全死亡者38名中17名で44.7%と半数近い。

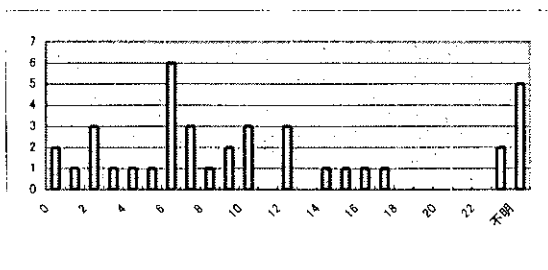
救急車の利用は図4のとおり自宅で異常に気付いた者19名のうち利用したもの14名(73%)と高い率である。不明は自家用車を利用した可能性が高い。



4. 死亡した時間

- 1) 深夜帯(22時～6時)の死亡者は13(34%)
 - 2) それ以外の時間帯は19(50%)、3)不明6(16%)
- 深夜帯と朝の忙しさから介護の手薄になる9時までの死亡者を加えると22名(58%)となる。

図5 死亡した時間



5. 異常に気付いてから死亡までの期間

- 1) 予測出来ない異変で異常に気付かなかった「不明」は12名(32%)、2)1～15時間以内のものは9(24%)、3)1～3日は7(18%)、4)4～14日は5(12%)
- 5) 15日以上は3(0.8%)である。「不明」及び15時間以内のものが21名(55%)であり、全体的に気付いてから死亡までの時間は短い。

「不明」のうち8名(67%)が自宅から病院へ搬送されたものであり、家族が異変に気付いた時には既に手遅れで、予測のつかない「突然死」であった。

表2 気付いてから死亡までの時間

不明(異変の始まり不明)	12
1時間～15時間以内	9
1日～3日以内	7
4日～14日以内	7
15日～3ヶ月まで	3
計	38

6. 死因

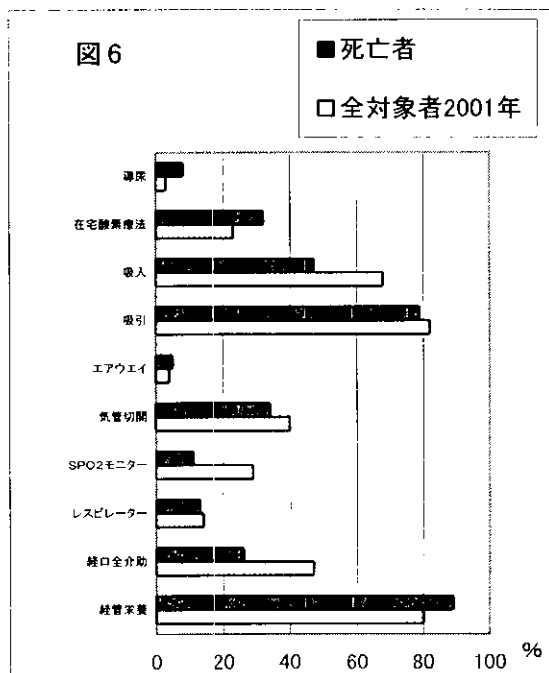
- 1) 循環器系:13(心停止:6、心不全:6、心筋梗塞:1)
 - 2) 呼吸器系:17(肺炎:6、呼吸停止:4、呼吸不全:4、窒息:2、呼吸器感染:1)
 - 3) その他:6(失血:3、衰弱死:1、排便後ショック:1、敗血症ショック:1)、
 - 4) 不明:2
- 循環器・呼吸器係で全体の79%を占めている。

7. 平素の状態

死亡者と2001年の全対象者と比較してみると

1) 栄養摂取

経管栄養34人、経口全介助10人(経管併用を含む)経管・経口介助の全対象者は95.5%であるのに比べ死亡者は100%である。



2) 呼吸管理

呼吸管理上、医療的処置を必要とする対象者は年々増加の傾向にあり死亡者も同様である。このなかで死亡者は全対象者に比べ吸入・SpO₂モニターは低く、気管切開、吸引はやや低い、エアウェイ、在宅酸素は高い状況である。

3) 排泄・その他

導尿は3名(7.9%)であり、全対象者は4.4%である。その他、インシュリン注射、ヒスチジン銅注射の自己管理しているものもある。

8. 超重症児スコア

訪問看護対象者は年々超重症化しており、2,000年度の「全対象者」に占める超重症児者は37.3%であり、死亡者は47.4%である。準超重症児も対象者は34%、死亡者は39.5%と全体的に死亡者の超重症児スコアは高い。しかし、超重症児スコア9点以下の者も5名(13%)死亡している。

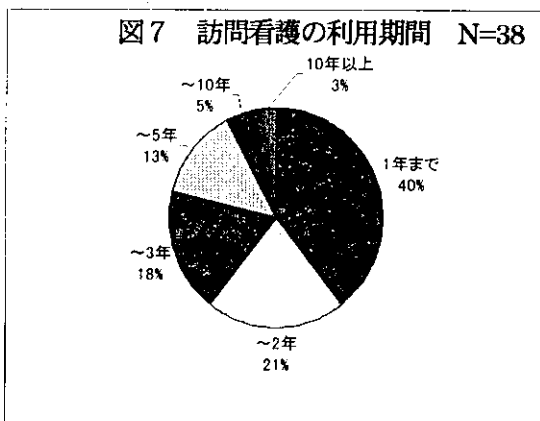
9. 基礎疾患の主要病因分類 (別表参照)

死亡者の基礎疾患が出生前の病因は53%、(全対象者は40%)、出生期新生児期は死亡者29%(全対象者28%)、出生期以後は死亡者が7名(18%)(全対象者は32%)である。出生前の病因が過半数を占めている。

全対象者と比較すると、出生前病因が10%多く、出生期以後が14%少ない点が特徴的である。

10. 訪問看護を利用した期間

1) 看護開始後1年以内のものが40%、2) 2年以内のものが21%、3) 3年以内18%で、1)~3)を合わせると約8割を占める。「全対象者」に比べて死亡者の看護利用期間は短い。また、毎日通園が可能となり事業を終了した後の死亡者が2名、事業終了間近の者が1名いる。順調に在宅生活していると思われる対象者のなかに「死の予測」のつかないケース(8%)があった。



考 察

5年間の「訪問看護」対象者288名に訪問看護師を派遣し、その内38名が亡くなった。「訪問看護」対象者は年々低年齢化し、超重症児化していく傾向にあるが、死亡者はその傾向が著しく0歳~6歳までが約6割を占め、医療的処置も多く超重症児スコアが高い状況にある。しかし、この2~3年は死亡数減少の傾向がみられる。その背景として在宅療育では、1) 感染の機会が少ない 2) 家族の手厚いケアが行われている 3) 家族に見守られ心地よい環境にいる等が考えられる。

死亡までの時間は15時間以内が9、不明12と予測出来ない急激な状態変化があったため短い。

進行性疾患やターミナルケース等ある程度死の危険が予測される対象者の他、病状が安定していると思われるケースでも「急変」・「突然死」がみられる。

受け持ち看護師にとって看護上、「死の問題」は避けられない重要な課題である。

まとめ

在宅療育を支えるために東京都では訪問事業を実施しているが、死亡者の状況を見ると急変・突然の死亡が多い。在宅療養に移行する時には疾患の特性、合併症、急変の可能性等について主治医連絡等の際家族と共に説明を受け、支援者側も家族と共有している。

ある母親は終末期告知を受けた後、親として子供に出来る限りのことをしたいと在宅療育を選び、2歳児を最後まで介護した。児の状態のよい時には遊園地や九州の祖父母の元にも連れて行き、家族と一緒に1年半を過ごすことが出来た。母は在宅中の児の笑顔や周りの人々の喜びを大きな思い出として死を受け入れようとしている。

事態に直面した時の家族の動揺は非常に大きく、「死の予測」・「受け入れ」への支援体制および対象者死亡後の「家族の癒し」についてのフォローをしっかり確立する必要がある。