

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

知的障害者の社会参加を妨げる要因の解明とその 解決法開発に関する研究

課題番号 H14-障害-013

平成14年度 総括・分担研究報告書

平成15 (2003) 年 3月

主任研究者 稲垣真澄

目 次

I.	総括研究報告	
	知的障害者の社会参加を妨げる要因の解明とその解決法開発に関する研究-----	1
	稲垣真澄	
II.	分担研究報告	
1.	発達障害児に対する医療・福祉資源活用ならびに連携状況に関する-----	5
	医師への現状調査	
	稲垣真澄	
	資料	
	A 養護学校から地域生活への移行の阻害要因と支援策に関する調査結果：ICFの応用研究	
	B 入所施設から地域生活への移行の阻害要因と支援策に関する調査結果：ICFの応用研究	
2.	知的障害者の子育てを支援するために必要な保健情報に関する研究 -----	47
	小枝達也	
3.	知的障害者の行動障害特徴とその原因となる環境要因についての分析-----	59
	林 隆	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表 -----	65
IV.	研究成果の刊行物・別刷	

I. 総括研究報告

知的障害者の社会参加を妨げる要因の解明とその解決法開発に
関する研究

主任研究者

稲垣真澄

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括研究報告書

知的障害者の社会参加を妨げる要因の解明とその解決法開発に関する研究

主任研究者 稲垣真澄

国立精神・神経センター精神保健研究所 知的障害部 診断研究室長

研究要旨

主任研究者は、知的障害児・者の継続的な社会参加を促進する目的で、主に障害児を診療する医師に対して現行の医療社会福祉制度の活用状況、他施設や関連他職種との連携の実態を調査し、多くが経験年数や勤務先によらずさまざまな制度を活用し、連携を実施していることを明らかとした。各制度の利用、各施設との連携の度合いは診療対象となる児・者の数や状態、年齢と関連しており、居住や就労といった在宅・地域（コミュニティ）ケアに関する制度の利用状況や関連施設、他職種との連携は少なかった。従って、発達障害児を診療する医師は自身の診療対象児・者の年齢や状態（疾患、障害）によらず広く社会福祉制度について熟知し、施設を訪問するなどの経験を積むことでひとりひとりの知的障害児・者のライフスタイルに適合した医療福祉サービスの提供を行なえと考えられた。また国際生活機能分類（ICF）を利用して、養護学校から地域生活へ、あるいは入所施設から地域社会への移行に関する阻害要因と支援策に関する調査研究を進めた。

分担研究者（小枝達也）は、知的障害者の社会参加の一形態として「家庭の形成」に注目し、保健師諸姉に対するインタビュー調査を行い、これまでの経験で知的障害者の育児支援上で何が問題となり、そして何が必要であるのかを明らかにした。その結果、保健師は知的障害者の子育て支援に深く関与していることが判明し、保護者自身にある問題や取り巻く環境によって、その対応は千差万別であり、常に悩みや迷いを感じている状況が浮き彫りになった。

分担研究者（林 隆）は、知的障害者の行動障害特徴とその原因となる環境要因についての分析を、知的障害入所施設で使用されている精神科関連薬剤の点から抽出した。その結果、抗てんかん薬が14種類、抗精神病薬20種類、睡眠剤20種類、抗パーキンソン剤6種類、躁病治療薬1種類、抗うつ剤2種類であった。抗てんかん薬はカルバマゼピンが最も多く、バルプロ酸が続いた。抗精神病薬はブチロフェノン系精神安定剤とフェノチアジン系精神安定剤が多く使われていた。抗てんかん剤投与が多いのは知的障害児者にてんかんを持つものが多いことを示唆していた。今後、抗精神病薬の使用状況に関して研究を進める必要があると思われた。

分担研究者 小枝達也 鳥取大学教育地域
科学部 教授

分担研究者 林 隆 山口県立大学看護学
部 教授

A.研究目的

本研究は、知的障害者にみられる行動の中で、どのような行動が社会参加の機会をせばめているかの現状を明らかにして、これらの内的な因子と実際の受け入れ環境・

設備の問題点、すなわち妨害している可能性のある外的要因や知的障害者に対応する人的要因といった様々なファクターを明らかにすることによって知的障害者の社会参加を促す予防策を講じ、国民の福祉向上を図るものである。つまり、知的障害児・者の地域参加への問題点を明らかとしてそれらを解決し、知的障害者のニーズを満たすことによって、ノーマライゼーションの考えを基盤とする社会創生につなげ、国民全

体の福祉の向上に寄与すべく研究を行った。

そして、15歳未満の「知的障害児」が将来成人として社会参加をスムーズに行えるように図る「発達障害」からの視点と成人知的障害者の子育てを支援する体勢作り、さらに施設内の知的障害児・者のもつ行動異常にターゲットを絞った研究を進めることとした。一方、2001年5月にWHOで採択された新しい障害分類、すなわち ICF (International classification of functioning, disability and health: 国際生活機能分類) の「活動」と「参加」をキーワードとした応用研究も目指した。

B. 研究方法

1. 発達障害児に対する医療・福祉資源活用ならびに連携状況調査

日本小児神経学会評議員と名簿より無作為抽出した会員合計 289 人に対して質問紙(資料参照)を返信用封筒とともに郵送し、無記名で回答してもらった。

質問項目は、①最近1年間に適用した医療福祉制度とその制度・サービスを適用した人数、②最近1年間に連携を行なった知的障害福祉関連の施設・機関および同期間に直接訪ねたことのある各施設・機関、③最近1年間に適用した在宅福祉のための制度・サービスと適用した人数、④最近1年間に連携した医療福祉関連職・資格である。回答者の属性として、⑤性別、⑥医師経験、⑦勤務先種別、⑧最近1ヶ月間に診察した患者の疾患別の人数、⑨最近1年間に診察した患者の主な年齢層、⑩最近1年間に診察した患者のうち最高齢者の年齢をたずねた。また、知的障害児・者の医療福祉に関する意見などの自由回答を求めた。

2. 養護学校・入所施設からの社会参加要因解明研究

知的障害者の社会参加、生活活動を ICF の詳細分類をもとに、第2レベルの14項目を抽出選定し、環境要因10項目とともに定義し、それに基づいた社会参加状況とそれを妨げている要因の解析を行った。具体的には国内500程度の知的障害養護学校高等

部の進路指導担当者への調査と各々200程度の知的障害者入所更生・入所授産施設の指導課長等への調査を回収し、とりまとめることとした。

3. 知的障害者の子育てを支援するために必要な保健情報収集と解析

T県東部の保健所、市町村健康対策課所属の保健師5名に参加してもらいフォーカスグループインタビュー(FGI)を行った。なお、解析は、以下の手順で行った。

- ① インタビュー中の保健師の発言を時系列的に記録した原データを元に、発言の内容から類似する情報単位を作る。
- ② ①のインタビュー中できた情報単位に対して、適切と思われる小見出しをつけ、さらに類似する単位をカテゴリーにまとめる。
- ③ カテゴリー化されたものから、各々のカテゴリー間の関係性について協議し、カテゴリーをさらに大きなグループに編成する。
- ④ グループ間、あるいはグループ内での関係性について協議し、因果関係の強いものについて矢印をつけ、図式化する。
- ⑤ 図式化して明らかになったことを、再文章化し、キーワードを検出する。

4. 知的障害入所施設で使用されている精神科関連薬剤調査

山口県内の29施設を対象にして、知的障害児・者入所施設利用者の精神科での薬剤処方状況についてアンケート調査をした。

C. 研究結果

1. 発達障害児に対する医療・福祉資源活用ならびに連携状況調査

113人から回答が寄せられ、多くの医師が経験年数や勤務先によらずさまざまな制度を活用し、連携を実施していることが明らかになった。各制度の利用、各施設との連携の度合いは診療対象となる児・者の数や状態、年齢と関連していた。居住や就労といった在宅・地域(コミュニティ)ケアに関する制度の利用状況、関連施設や職種

との連携は少ないことが判明した。

2. 知的障害者の子育てを支援するために必要な保健情報収集と解析

保健師の発言を時系列的に並べて検討した結果、54個の情報単位にまとめることができた。そして、それらをカテゴリー化した結果、9つのカテゴリーに分類する事ができた。

因果関係に着目してカテゴリー相互の関係を見ると、多くのカテゴリーは、「保健師の悩みと迷い」へとつながると考えられた。さらに子どもに関する問題のうち思春期以降に出現する諸問題は、「リプロダクト」をキーワードとして、再び「母親をめぐる諸問題」へと回帰する問題でもあると位置づけられると思われた。

3. 知的障害入所施設で使用されている精神科関連薬剤調査

精神科で処方された薬は94種類に及び、63種類が中枢神経作用薬だった。抗てんかん薬が14種類、抗精神病薬20種類、睡眠剤20種類、抗パーキンソン剤6種類、躁病治療薬1種類、抗うつ剤2種類だった。抗てんかん薬はカルバマゼピンが最も多く、バルプロ酸が続いた。抗精神病薬はブチロフェノン系精神安定剤とフェノチアジン系精神安定剤が多く使われていた。

D. 考察

発達障害児に対する医療・福祉資源活用に関して回答を寄せた医師の多くは、勤務先の種別や経験年数によらず、精神障害者通院医療公費負担制度をはじめとした医療費の公費負担・補助と、特別児童扶養手当、障害年金といった障害者・児を含む家族の生活面での支援に多く携わっていた。

適用した制度・サービスの数と各疾患の患者数との相関は、診察する患者数が多いほど各制度・サービスの適用頻度も比例して増加することを示しているが、個別の制度・サービスには疾患ごとに適用の傾向に差があった。

これらの医師は、知的障害・重症心身障

害・肢体不自由の「療育」に関する各施設との連携は多く行なわれていたが、知的障害者の「居住」あるいは「就労」に関する各施設との連携は少なかった。とくに知的障害者更生相談所は知的障害者の医学的・心理学的な評価を行なう機関であり、社会保険事務所は障害厚生年金の裁定を行なう機関である。「知らない」という回答が多かったことはこれらの施設への紹介、あるいは施設からの照会があまり行われていないことを示していると考えられる。

そして回答者の多くは院（施設）内では理学療法士や心理士、作業療法士と、院（施設）外では幼稚園や学校の教諭、保健師と連携をとっていた。一方、院外の連携は、在宅福祉制度の項で適用率が高いものとしてあげられた障害児保育をはじめ、患児の学校での様子をたずねたり、園・学校に情報を提供したりするといった広範囲な活動が含まれると推測された。一方、連携がないとされたのは地域の知的障害者相談員のほか、介護支援専門員やホームヘルパーといった在宅福祉ケアの専門職であった。

障害者の調整役（コーディネーター）として今回の質問項目の中で該当すると思われる職種・資格には社会福祉士や精神保健福祉士、とくに在宅（地域）ケアについては介護支援専門員やホームヘルパーがあげられる。今後、知的障害児・者の社会参加を促進し、生活の質を向上するためには、医療従事者としては診療対象者の障害種別や年齢によらず日ごろより多くの施設、さまざまな職種との連携を行ない、制度的、施設の、人的なネットワークを綿密に形成する必要があると思われる。

また、知的障害者の子育てを支援するために保健師から抽出された意見では、保健師が知的障害者の子育て支援に深く関与している状況と、保護者自身にある問題や取り巻く環境によって、その対応は千差万別であり、常に悩みや迷いを感じている点も明らかになった。今回のインタビュー調査結果から、必要な情報を効率的に収集できるアンケート項目を作成し、全国規模のアンケート調査を実施する必要がある、それ

らから得られた母子保健指導に関わる情報を集約し、「知的障害者の子育てに関する保健指導マニュアル」を作成したいと考える。

さらに、知的障害児・者に対して抗てんかん剤投与が多いのは「てんかん」を持つものが多いことを示唆していた。一方、抗精神病薬が多用されている実情が明らかになったが、どのような症状に対し抗精神病薬が処方されているのかはいまだ不明である。今後、抗精神病薬が必要となる症状や状況について検討する必要があると思われる。

E. 結論

知的障害児・者の社会参加を促進し、生活の質を向上するためには、医療従事者としては診療対象者の障害種別や年齢によらず日ごろより多くの施設、さまざまな職種との連携を行ない、制度的、施設の、人的なネットワークを綿密に形成することで、医療従事者の知識や経験を向上し、より充実した医療福祉を提供することが必要である。

また、フォーカス・グループ・インタビュー（FGI）によって、知的障害のある保護者への子育て支援に関連した保健師からの情報を明らかにした。すなわち、保健師が知的障害者の子育て支援に深く関与していることと、その際保護者自身にある問題や取り巻く環境によって、その対応は千差万別であり常に悩みや迷いを感じていることが判明した。

さらに、施設における行動障害の実態を検討するために知的障害児者の入所施設で使用されている精神科薬剤の内容について検討した。多くが中枢神経作用薬であり、抗てんかん薬が多く処方され、知的障害児者にてんかんを持つものが多いことを示唆した。一方、抗精神病薬が多用されている実情が明らかになった。今後は、抗精神病薬が必要となる症状について検討する必要があると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Horiguchi T, Kaga M, Inagaki M, Uno A, Lasky R, Hecox K. An assessment of the mental health of physicians specializing in the field of child neurology 18; 70-74, 2003.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

Ⅱ. 分担研究報告

1. 発達障害児に対する医療・福祉資源活用ならびに連携状況に関する医師への現状調査

稲垣真澄

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

発達障害児に対する医療・福祉資源活用ならびに連携状況に関する
医師への現状調査

分担研究者 稲垣真澄

国立精神・神経センター精神保健研究所 知的障害部 診断研究室長

研究要旨

知的障害児・者の社会参加を促進する目的で、医師を対象として現行の医療社会福祉制度の活用状況、他施設や関連他職種との連携の実態をアンケート調査した。113人から回答が寄せられ、多くの医師が経験年数や勤務先によらずさまざまな制度を活用し、連携を実施していることが明らかになった。各制度の利用、各施設との連携の度合いは診療対象となる児・者の数や状態、年齢と関連していた。居住や就労といった在宅・地域（コミュニティ）ケアに関する制度の利用状況、関連施設や職種との連携は少なく、医師は自身の診療対象児・者の年齢や状態（疾患、障害）によらず広く制度について熟知し、施設を訪問するなどの経験を積むことで、ひとりの知的障害児・者のライフスタイルにそった医療福祉サービスの提供が行なえらる。また、さまざまな職種・有資格者と専門的知識の交換・共有をおこない、一人の障害児・者を包括的に支援する連携役を確立することがのぞまれる。

A. 研究目的

厚生労働省の行なった平成12年知的障害児（者）基礎調査¹⁾によると、これまで全国で把握されている知的障害児・者の数は329,200人とされている。これらの障害者数は最近56万人以上とも指摘されている。「発達障害」には知的障害をはじめとして広汎性発達障害やてんかん、神経・筋疾患、代謝変性疾患、言語や運動の発達の遅れ、学習の遅れなどさまざまな状態が広く含まれ、身体障害、精神障害との合併を考えると、この統計よりも多くの人々が何らかの支援を求めていると考えられる。2001年にWHO（世界保健機構）が策定したICF（International classification of functioning, disability and health：国際生活機能分類）は従来社会的不利（handicap）とされていた日常生活上の「困難なこと」を、障害者自身の社会参加（participation）の制約にとらえて「参加していること」をも評価している²⁾。そして、このICFを用いた障害児・者の支援プログラムの確立が我が国においても強く求められている。

現在、わが国において国や地方自治体が

実施する知的障害児・者の支援には医療社会福祉的、教育的、経済的支援が考えられ³⁾、このうち医療社会福祉的な支援には制度（サービスの、施設の（ハード的なもの）、人的（ソフト的なもの）なものがあると考えられる。学習障害（LD）などの軽度発達障害児・者を対象とした調査⁴⁾では、家族が発達の遅れにはじめて気づいたのは3歳とされ、最初の相談先には病院が選択されていた。すなわち病院などの医療機関は、知的障害をはじめとして発達の遅れが疑われた場合の最初の公的な支援の窓口の一つであるといえる。

また、知的障害児・者が療育手帳の取得や障害年金の受給といった社会福祉制度を利用する際には医師の判定を要するため、医療機関は知的障害児・者のライフサイクルを踏まえた継続的なかわりを行なう必要があるといえる⁵⁾。近年、知的障害児入所施設の減少と知的障害児通園施設の微増、入所児童の重度化や高齢化、通所児童の低年齢化が進んでおり、現状として成人した知的障害者の「行き先」が確定していない問題があるとされている⁶⁾。

知的障害児の療育への連携を促進する早期発見を実現する目的で、医療機関における医学的検査のあり方についてのガイドラインの作成が米国で行われ⁷⁾、わが国でも検討されつつある^{8), 9)}。また、障害を持つ人々が利用できる医療社会福祉サービスについては一般向け、あるいは専門家向けのマニュアルが多く刊行されており^{3), 10)}、行政側の担当者の制度・サービスや施設、資格に関する認知度を調査する試みもおこなわれている¹¹⁾。しかしながら、医学的対応にとどまらず知的障害児・者の福祉においても重要な役割を担っている医師がどの程度現行のサービスや施策について熟知し活用しているのか、あるいは関係施設・機関との連携をどの程度おこなっているのか、といった実態については、これまではっきりとした情報が得られていない。

医学的検査の実施についても、対象児の状態だけではなく、医師の勤務先や経験年数といった要因によって実施される検査に差があることが示唆されている¹²⁾。したがって障害児・者にかかわるスタッフの知識や経験が、障害児・者の社会参加を促進する可能性あるいは逆に阻害する可能性も十分想定できる。

そこで本研究では、知的障害児・者の社会参加を促進するため、知的障害を含む発達障害医療に従事する専門医師に対して、現行の医療社会福祉サービス（在宅福祉のためのサービスをふくむ）の活用状況と、他施設・機関、他の関連職種・資格との連携の現状を知る目的で、全国調査を行なった。そして、回答医師の属性として医師の経験年数や勤務先、診療の対象者の年齢、疾患についての特徴をもとに、それらによる実施状況の違いがあるか検討した。

なお本調査では、他施設の連携を他施設との対象者の紹介や相談のやり取り、嘱託などの非常勤を含む勤務と定義し、他職種との連携を対象者の紹介や受け入れ、施設・地域のケース検討会で相談や助言などを行なうことと定義した。

B.研究方法

日本小児神経学会評議員 189 人と、会員名簿より無作為抽出した会員 100 人の合計 289 人に対して質問紙（資料参照）を返信用封筒とともに郵送し、無記名で回答してもらった。調査期間は平成 14 年 12 月から 1 月とした。

質問した項目は①最近 1 年間に適用した医療福祉制度とその制度・サービスを適用した人数、②最近 1 年間に連携を行なった知的障害福祉関連の施設・機関および同期間に直接訪ねたことのある各施設・機関、③最近 1 年間に適用した在宅福祉のための制度・サービスと適用した人数、④最近 1 年間に連携した医療福祉関連職・資格である。回答者の属性として、⑤性別、⑥医師経験、⑦勤務先種別、⑧最近 1 ヶ月間に診察した患者の疾患別の人数、⑨最近 1 年間に診察した患者の主な年齢層、⑩最近 1 年間に診察した患者のうち最高齢者の年齢をたずねた。また、知的障害児・者の医療福祉に関する意見などの自由回答を求めた。

C.研究結果

回答総数は 113 で、回収率は 39.1%であった。

1.回答者の属性

①性別：男性が 86 人 (76.1%)、女性が 18 人 (15.9%)、無記入が 9 人であった。

②医師経験年数（表 1）：20 年から 30 年未満という回答者が 53 人 (46.9%) ともっとも多く、ついで 10 年以上 20 年未満の 30 人 (26.5%)、30 年以上 40 年未満の 23 人 (20.4%) であった。この 3 群で回答者の 93.8%をしめた。

③勤務先（表 2）：大学病院が 41 人 (36.3%) ともっとも多く、国立病院・療養所以外の公営・私営病院に勤務する回答者が 22 人 (19.5%)、診療所が 12 人 (10.6%) であった。その他には非医科系大学の教員などが含まれ、14 人 (12.4%) いた。

勤務先による回答者の性別、医師経験年数の分布、性別による医師経験年数の分布に偏りはなかった。

④診察患者数（表 3）：最近 1 カ月間の診察患者数については、てんかんが平均 (\pm SD)

で72.8 (±83.1) 人ともっとも多く、次いで精神遅滞 43.4 (56.0) 人、脳性麻痺 23.8 人 (28.8) 人であった。これは診断カテゴリーごとに平均と標準偏差を求めたものであり、てんかんについては標準偏差の大きさが示すように、各回答者が均等に全てのカテゴリーに属する患者を診療したということではない。その他には注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) やレット症候群などがあった。

診察した患者数を疾患別にみると、性別、医師経験年数による差は見られなかったが、勤務先については、てんかんの患者数は大学病院 (37 人) でもっとも多く (平均患者数 91.8 人)、診療所 (10 人) では少なかった (平均患者数 17.7 人) (Kruskal-Wallis $p=0.015$)。

⑤患者の年齢層：最近1年間に診察した患者のうち、もっとも多かった年齢層については、3歳から7歳未満という回答が45人 (39.8%) であり、つづいて3歳未満の24人 (21.2%)、7歳から12歳未満の19人 (16.8%) であった。18歳以上の患者が多かったという回答者は10人 (8.8%) であったが、一方で最近1年間の最高齢患者の年齢をたずねたところ、その平均年齢は41.6 (±17.1) 歳であり、60歳代が9人、70歳代が5人、80歳代が1人、90歳代が3人であった。回答のうちもっとも高齢の患者は95歳であった。したがって65歳以上の患者を診察したという回答者は17人となり、これは今回の回答者のうち15.0%に相当した。

診察した患者のうち、最も多い年齢層は大学病院 (38 人) では「3-7歳」が回答者20人と52.6%を占め、ついで「7-12歳」 (10人) であり、「その他の病院」 (21人) では「3-7歳」が10人 (47.6%)、診療所 (回答者12人) では「3歳未満」が9人 (75.0%) であった (χ^2 (df=42) = 75.9, $p=0.001$)。また、診察した患者のうち最高齢の患者年齢は「その他の病院」が最も若く (平均28.5歳)、知的障害者施設 (1人) (82歳) や診療所 (10人) (58.8歳) で高かった (Kruskal-Wallis $p<0.0001$)。患者の年齢について回答者の性

別、医師経験による差は見られなかった。

2. 適用した制度・サービス (表5)

申請書類の作成など回答者が最近1年間に適用した、発達障害医療福祉制度・サービスについては、「適用したことがある」という回答が回答者の半数を超えたのは小児慢性特定疾患研究事業、特別児童扶養手当、精神障害者通院医療公費負担制度 (通称：精神保健福祉法32条)、補装具の給付、障害年金であった。もっとも多かったのは精神障害者通院医療公費負担制度であり、7割を超える回答者が適用した経験があった。

適用した人数 (平均) (表6) はそれぞれ小児慢性特定疾患研究事業が17.4人、特別児童扶養手当が30.3人、精神障害者通院医療公費負担制度が34.1人、補装具の給付が13.0人、障害年金が7.3人であった。適用したという回答者の多い精神障害者通院医療公費負担制度は適用対象者の数も多かったが、20歳以降に支給される障害年金の適用対象者の数は少なかった。

制度・サービスについての認識度として、「適用したことがある」と「知っているが適用したことはない」の回答を合わせると、ほとんどの項目でその制度を知っていると回答者が6割を超えていたが、更生医療のみは二つの回答を合計しても47.7%と半数に満たなかった。

今回質問した各制度・サービスについて、適用した経験の有無には回答者の性別、医師経験年数、勤務先、主な診察対象者の年齢層による差はみられなかった。

診察した対象疾患による違いとしては、育成医療を適用したことがある回答医師のほうが診察する重度心身障害児・者の数が多かった (Kruskal-Wallis $p=0.005$)。同様に (表7)、特別児童扶養手当は自閉症 ($p=0.002$) と代謝変性疾患 ($p=0.007$) で、更生医療は精神遅滞 ($p=0.0004$)、自閉症 ($p=0.007$)、脳性麻痺 ($p=0.0002$)、重度心身障害 ($p=0.0003$)、代謝変性疾患 ($p=0.006$) で、障害者医療はてんかん ($p=0.005$) で、精神障害者通院医療公費負担制度は精神遅滞 ($p=0.006$) とてんかん ($p<0.0001$) で、

補装具の給付は精神遅滞 ($p=0.0007$), 自閉症 ($p=0.001$), 脳性麻痺 ($p=0.0005$), 神経・筋疾患 ($p=0.005$) で, 重度心身障害児福祉手当は精神遅滞 ($p=0.009$), 自閉症 ($p=0.003$), てんかん ($p=0.008$), 脳性麻痺 ($p=0.005$), 神経・筋疾患 ($p=0.007$) で, 児童育成手当は自閉症 ($p=0.006$) で, 障害年金は精神遅滞 ($p=0.005$), てんかん ($p=0.0006$), 脳性麻痺 ($p=0.0003$), 神経・筋疾患 ($p=0.008$), 代謝変性疾患 ($p=0.003$) で, それぞれ「適用したことがある」医師のほうが「適用したことがない」「知らない」という医師に比べ当該疾患の患者をより多く診察していた。

一方, 制度・サービスを「知らない」と回答した医師が一番多くの患者を診察していたのは, それぞれ障害者医療は自閉症 ($p=0.006$), 精神障害者通院医療公費負担制度は脳性麻痺 ($p=0.002$), 重度心身障害 ($p=0.001$), 言葉の遅れ ($p=0.002$), 運動の遅れ ($p=0.006$) であった。

また, 回答者一人あたり適用した制度の数を求め, 比較したが回答者の性別, 経験年数, 勤務先, 診察患者の年齢層による違いはみられなかった。この制度数は各回答者が診察する疾患別患者数との間に, それぞれ精神遅滞 (Kendall $\tau=0.33$, $p<0.0001$), 自閉症 ($\tau=0.26$, $p=0.0002$), てんかん ($\tau=0.40$, $p<0.0001$), 脳性麻痺 ($\tau=0.36$, $p<0.0001$), 重症心身障害 ($\tau=0.36$, $p<0.0001$), 言葉の遅れ ($\tau=0.28$, $p=0.0001$), 運動の遅れ ($\tau=0.30$, $p<0.0001$), 神経・筋疾患 ($\tau=0.31$, $p<0.0001$), 代謝変性疾患 ($\tau=0.34$, $p<0.0001$) で, 有意な相関を認めた。

3. 連携した施設 (表 8)

最近 1 年間に対象者の紹介や相談のやり取り, 嘱託など非常勤をふくむ勤務を通じて連携のあった施設については, 「連携がある」と回答した者が半数を超えたものは知的障害児施設および同通園施設, 重度心身障害児施設, 肢体不自由児施設および同通園施設, 児童相談所, 保健所, 市町村役場 (福祉課) であった。保健所, 児童相談所については 8 割以上の回答医師が「連携」を経験していた。

一方, 福祉工場, 知的障害者通勤寮, 知的障害者福祉ホーム, 知的障害者グループホーム, 知的障害者更生相談所, 障害者職業センター, 障害者職業能力開発校, 社会保険事務所, 児童館, 障害者権利擁護センター (すてっぷ) は「連携はない」という回答が半数を超えていた。「知らない, わからない」という回答が多かったのは障害者権利擁護センター, 知的障害者通勤寮, 知的障害者更生相談所で回答者の 1 割を超えていた。連携の有無として「連携はない」と「知らない, わからない」と無記入を合わせると, 福祉工場 (88.5%), 知的障害者通勤寮 (91.2%), 知的障害者福祉ホーム (91.1%), 知的障害者グループホーム (85.0%), 知的障害者更生相談所 (82.2%), 障害者職業センター (87.6%), 障害者職業能力開発校 (90.2%), 社会保険事務所 (81.4%), 児童館 (85.8%), 障害者権利擁護センター (96.5%) については 8 割以上の回答者が該当した。

回答者の性別については, 男性医師のほうが保健所に「連携がある」と答えるものの割合が高かった (Fisher's exact test $p=0.0007$)。また, 医師経験については, 「20-30 年未満」を境にして授産施設 (χ^2 (df=12) = 39.2, $p<0.0001$) と保健所 (χ^2 (df=6) = 17.9, $p=0.007$) で, 医師経験の短い回答者のほうが「連携はない」と答え経験の長い回答者のほうが「連携がある」と答える傾向があった。

各回答者において「連携がある」と回答した数を連携施設数として比較したところ, 回答者全体の平均 (\pm SD) は 10.3 (\pm 6.5) 施設であり, 回答医師の性別, 経験年数, 勤務先による差はなかったが, 主な患者の年齢層では「7-12 歳」(平均 12.6 施設), 「3-7 歳」(平均 12.0 施設) の回答者で連携施設数が多く, 「12-15 歳」(平均 5.5 施設) の回答者で少なかった (Kruskal-Wallis $p=0.002$)。

また, この連携施設数は各回答者が診察する疾患別患者数との間に, それぞれ精神遅滞 (Kendall $\tau=0.35$, $p<0.0001$), 自閉症 ($\tau=0.37$, $p<0.0001$), 脳性麻痺 ($\tau=0.28$, $p<0.0001$), 重症心身障害 ($\tau=0.26$, $p=0.0003$),

言葉の遅れ ($\tau=0.21$, $p=0.002$), 運動の遅れ ($\tau=0.23$, $p=0.003$), 代謝変性疾患 ($\tau=0.25$, $p=0.001$) で, 有意な相関を認めた.

4. 行ったことのある施設 (表 8)

さらに勤務したことのある, あるいは直接行ったことのある施設についての質問項目では, 重度心身障害児施設と保健所については 2 割を超える回答医師が勤務経験を持ち, 知的障害児施設および同通園施設, 重度心身障害児施設, 肢体不自由児施設および同通園施設, 保健所については 3 割を超える回答医師が訪問経験を持っていた.

一方「行ったことはない」という回答が半数を超えたのは自閉症児施設, 情緒障害児短期治療施設, 知的障害者更生施設, 福祉工場, 知的障害者通勤寮, 知的障害者福祉ホーム, 知的障害者グループホーム, 福祉事務所, 知的障害者更生相談所, 障害者職業センター, 障害者職業能力開発校, 社会保険事務所, 精神保健福祉センター, 障害者権利擁護センターであった. さらに訪問経験の有無として, 「勤務したことがある・している」と「行ったことがある」を合わせて訪問経験とし, 「行ったことはない」と無記入とを合わせて比較すると, 重度心身障害児施設, 保健所をのぞく各施設で半数を超える回答者は訪問経験がないという結果に分類された. 自閉症児施設 (90.2%), 情緒障害児短期治療施設 (95.6%), 福祉工場 (91.2%), 知的障害者通勤寮 (99.1%), 知的障害者福祉ホーム (98.2%), 知的障害者グループホーム (94.7%), 知的障害者更生相談所 (94.7%), 障害者職業センター (95.6%), 障害者職業能力開発校 (97.3%), 社会保険事務所 (96.5%), 障害者権利擁護センター (98.2%), その他 (小規模作業所など) (94.7%) では 9 割以上の回答者は訪問経験がなかった.

回答者の性別および医師経験年数による違いはなかったが, 勤務先による違いでは, 重心施設は大学病院に勤務する回答者に「行ったことがある」または「勤務していたことがある」という回答が多く (χ^2

($df=14$) = 30.4, $p=0.007$), 知的障害者更生施設には大学病院やその他の病院の回答者に「行ったことがない」 (χ^2 ($df=14$) = 53.0, $p<0.0001$) という回答が多かった. また, 主な患者の年齢層では, 12 歳未満の各層の回答者で更生施設に「行ったことがない」という回答が多かった (χ^2 ($df=10$) = 44.7, $p<0.0001$).

各回答者において最近 1 年間に勤務経験がある, あるいは行ったことのある施設数を合計し, 訪問施設数としたところ回答者全体の平均 ($\pm SD$) は 5.4 (± 5.0) 施設であり, 回答者の性別, 経験年数, 勤務先, 主な患者の年齢層による差はなかった.

この連携施設数は各回答者が診察する疾患別患者数との間に, それぞれ精神遅滞 (Kendall $\tau=0.22$, $p=0.002$), 自閉症 ($\tau=0.29$, $p<0.0001$), 神経・筋疾患 ($\tau=0.20$, $p=0.007$) で, 有意な相関を認めた. また, 各回答者において訪問施設数は連携施設数との間に相関があった ($\tau=0.26$, $p<0.0001$).

5. 適用した在宅福祉制度・サービス (表 9)

最近 1 年間に適用した在宅福祉に関する制度・サービスについては, 最も多かったのはショートステイ (知的障害児・者短期入所) であり, 重度障害児・者日常生活用具給付, 障害児保育がつづいた. 「適用したことはない」という回答が多かったのは重度脳性麻痺者等介護人派遣であり半数を超え, ホームヘルプサービス, 知的障害者デイサービス事業, 成年後見制度, 知的障害児・者のための民間の損害賠償保険, 在宅重度心身障害児訪問健康診査, 地域福祉権利擁護事業がつづいた.

一方, 「知らない・わからない」という回答は地域福祉権利擁護事業, 知的障害児・者のための損害賠償保険で 2 割を超え, 無記入の回答と合わせると地域福祉権利擁護事業は半数を超える回答者が当該制度・サービスについて知識がなかったと考えられた.

各制度・サービスを適用した人数について (表 10) は, 適用したことのある回答者一人あたりでは心身障害者・児歯科診療が

最も多く、障害児保育、重度障害児・者日常生活用具給付がつづいた。

質問した個別の制度・サービスについて、回答者の性別、経験年数、勤務先、主な患者の年齢層による適用経験の差はみられなかった。また、各回答者において最近1年間に適用経験のある制度・サービスの数を合計したところ全回答者の平均は2.4(±2.2)であり、同様に回答者の性別、経験年数、勤務先、患者の年齢層による違いはなかったが、各回答者が診察する疾患別患者数との間に、それぞれ精神遅滞 (Kendall $\tau=0.25$, $p=0.0002$)、自閉症 ($\tau=0.28$, $p<0.0001$)、てんかん ($\tau=0.28$, $p<0.0001$)、脳性麻痺 ($\tau=0.28$, $p<0.0001$)、重度心身障害 ($\tau=0.23$, $p=0.001$)、ことばの遅れ ($\tau=0.31$, $p<0.0001$)、運動の遅れ ($\tau=0.33$, $p<0.0001$)、神経・筋疾患 ($\tau=0.32$, $p=0.007$)、代謝変性疾患 ($\tau=0.22$, $p=0.004$) で、有意な相関を認めた。また、各回答者において適用した在宅福祉制度・サービスの数は適用したそれ以外の制度・サービス数 ($\tau=0.42$, $p<0.0001$)、連携施設数 ($\tau=0.37$, $p<0.0001$)、訪問施設数 ($\tau=0.22$, $p=0.0006$) との間にそれぞれ相関があった。

6.他職との連携 (表 11)

回答者が、最近1年間に対象者の紹介や受け入れ、ケース会議等での相談などを通じて連携を行なった医師、看護師以外の医療福祉従事者としては幼稚園・学校教諭が最も多く、「連携がある」という回答が7割を超え、理学療法士、心理士、保健師、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士、保育士、児童福祉司がつづいた。「連携はない」という回答は地域の知的障害者相談員で最も多く、そのほか介護支援専門員(ケアマネージャー)、ホームヘルパー、介護福祉士、精神保健福祉士、民生委員で半数を超える回答者が連携はないとした。

「その資格・職種を知らない」という回答が最も多かったのは治療教育士で2割を超えていた。したがって「連携がある」以外の回答および無記入を合わせて「連携はない」とするならば、治療教育士、知的障害者相談員、知的障害者福祉司、精神保健福

祉士については8割以上の回答者が連携を行なわなかったことになる。

質問した個別の資格・職種について、回答者の性別、経験年数、勤務先、主な患者の年齢層による連携の程度に差はみられなかった。回答者一人あたり最近1年間に連携のあった資格・職種の数を合計したところ平均は9.2(±5.9)であり、回答者の性別、経験年数、勤務先、患者の年齢層による違いはなかったが、各回答者が診察する疾患別患者数との間に、それぞれ精神遅滞 (Kendall $\tau=0.26$, $p=0.0001$)、自閉症 ($\tau=0.27$, $p=0.0001$)、脳性麻痺 ($\tau=0.24$, $p=0.0004$)、重度心身障害 ($\tau=0.25$, $p=0.0003$)、運動の遅れ ($\tau=0.25$, $p=0.0009$)、代謝変性疾患 ($\tau=0.29$, $p=0.0002$) で、有意な相関を認めた。また、各回答者において連携した他職種は、適用した制度数 ($\tau=0.26$, $p<0.0001$)、適用したそれ以外の在宅福祉制度数 ($\tau=0.50$, $p<0.0001$)、連携施設数 ($\tau=0.45$, $p<0.0001$)、訪問施設数 ($\tau=0.25$, $p=0.0001$) との間にそれぞれ相関があった。

7.自由回答について

自由解答欄に記載のあったのは回答者のうち53人(46.9%)であり、回答内容をいくつかのカテゴリーに分類したところ複数回答として70件の意見があった。

「施設数が少ない」「成人後の受け入れ先がない」「公費負担分を増やしてほしい」といった施設や制度の充足を求める意見が18件(25.7%)と最も多く、自閉症や軽度発達障害児のための支援を求める意見10件(14.3%)、「小児科年齢超過児(者)のフォローアップシステムがうまく流れていない」といった年齢に応じた施設・制度間の連携についての意見が6件(8.6%)あった。そのほか「制度を知らないために損している親子が多い。医師も知らない人が多い現実の問題」というように情報不足への言及(3件)や地域格差の言及(2件)、そして発達障害児のための救急医療の確立を求める意見(1件)と合わせると、現在の施設・制度に対して不足を訴え何らかの改善を求める意見が40件と意見全体の57.1%を占め

た。

また、「医療、学習、地域家庭生活での問題をトータルに調整するような役割の専門家が必要」といった調整役を求める意見が7件(10.0%)、「大学生の体験制度をつくりたい」といった人材育成に関する意見が5件(7.1%)あり、発達障害児・者のための人的資源の開発に関する意見として合わせて12件(17.1%)あった。さらに「NPO(非営利特定法人)との連携が乏しい」「小児神経科医が福祉の現場へ出向いて実情を把握する」といった、回答医師自身が個人レベルでなし得る連携に関する意見が5件(7.1%)あった。

D. 考察

知的障害児・者の社会参加を促進するため、医療従事者における各医療社会福祉制度・サービスの活用、関係各施設との連携を図る目的で、わが国における現状を調査するアンケートを行なった。

回答者の多くは大学病院をはじめとする病院に勤務し、医師経験が10年以上であり、知的障害(精神遅滞)をはじめとして多くの発達障害児・者の診療にあたっていた。回答者は自らの診療のほか他の医師の指導を行なっていると考えられ、今回の調査結果はわが国における知的障害児・者の医療福祉の現状を知る上で貴重なものであると考えられる。

本調査によって明らかにされた、回答者が日常の診療のなかで医療の利用者である発達障害児・者に行なっている医療社会福祉制度・サービスの適用や他施設・機関との連携、医療社会福祉関連の他職種との連携の現状および今後の課題は次のとおりである。

1. 医療社会福祉制度・サービスについて

a. 医療社会福祉制度・サービス(一般)について

回答者の多くは勤務先の種別や経験年数によらず、精神障害者通院医療公費負担制度をはじめとした医療費の公費負担・補助と、特別児童扶養手当、障害年金といった

障害者・児を含む家族の生活面での支援に多く携わっていた。

適用した制度・サービスの数と各疾患の患者数との相関は、診察する患者数が多いほど各制度・サービスの適用頻度も比例して増加することを示しているが、個別の制度・サービスには疾患ごとに適用の傾向に差があった。すなわち、精神障害者通院医療公費負担制度の適用率および平均適用数が最も高かったが、脳性麻痺など疾患によっては「知らない」という回答者の方が多く、これは回答医師一人あたり診察した患者のうち「てんかん」が最も多かったことと関連があると考えられる。また、家族への経済的支援である特別児童扶養手当と、障害者自身の成人後の経済的支援である障害年金の双方に関係しているのは代謝変性疾患のみであった。

なお今回、回答者ひとりが適用した制度・サービスを制度・サービス数あるいは適用者数により数量的に扱ったが、あくまで本調査内での相対的な値であり、それがじゅうぶんな適用(活用)を意味しているわけではない。制度・サービスの適用数は診察患者数に比例し得るが、周知や認識の度合いについては患者の種別や数に依存することがあってはならないだろう。また、本調査は医療的サービスの提供者の側からの調査であり、今後はサービス利用者側における制度・サービスについての周知度などを求め、相互の比較をすることが求められる。

b. 在宅医療福祉制度について

最も利用率の高かったのはショートステイであり、これは回答者の多くが病院に勤務しており、むしろ入所を他施設に依頼する側であったためと考えられる。

また、ホームヘルプサービスやデイサービス事業といった在宅での医療福祉サービス提供については適用率が低いようであり、とくに地域福祉権利擁護事業と合わせて、成人後のサービスについては周知度も低いようであった。これは、今回の回答者が主に18歳未満の知的障害児を診療しているためと考えられる。これらのサービスは地

域で生活する（在宅の）知的障害者の増加と高齢化への対応が求められている現状⁶⁾にあつて、今後ますますニーズが高まることが予想され、成人後の障害者に適した個別の対応のためにも、小児期の症状や発達の経過、認知・行動面の特徴について詳細に記述しておくなど、知的障害児の診療にあたる医師の理解が求められる。

2. 他施設・機関との連携について

知的障害・重症心身障害・肢体不自由の「療育」に関する各施設との連携は多く行なわれていたが、知的障害者の「居住」あるいは「就労」に関する各施設との連携は少なかった。とくに知的障害者更生相談所は知的障害者の医学的・心理学的な評価を行なう機関であり、社会保険事務所は障害厚生年金の裁定を行なう機関である。「知らない」という回答が多かったことはこれらの施設への紹介、あるいは施設からの照会があまり行われていないことを示していると考えられる。回答医師の患者の年齢層が低いほど連携施設数が多く、65歳以上の患者を診察した経験のある医師が15%いたにもかかわらず、同一の障害児・者を18歳にまたがって診療することが少ないということがあるのかもしれない。

勤務経験あるいは見学等で訪問したことのある施設も同様の傾向がみられた。とくに知的障害者更生施設については、病院に勤務する回答者、患者の主たる年齢層が低い回答者では訪問した経験のない医師が多かった。

他施設との連携にあたっては、各施設自体の内容や特徴を知るだけではなく、実際に施設を訪問するなどして利用者の状態についても実際に知ること、各年齢段階での知的障害児・者の障害の特徴を知ることができると考えられる。それにより、現在診療中の知的障害児が成人後どのような困難を有するか、どのような社会参加が可能となるかを想定した上での連携が実施できると思われる。

子どもの発達の遅れを受容し心理的に安定したように見えても家族の気持ちは揺れ

動いており、医師には利用できる行政サービスや施設についての情報やヒントを与え、親を支えていく役割があるとされる¹³⁾。事務的に情報を提供するのではなく、子どもの発達を親とともに喜ぶことが必要であろう。また、市町村など自治体の知的障害者業務を担当する職員の9割以上が3年以内に異動するとされており¹⁴⁾、医療機関に勤務する医師のほうがより継続的なかわりを実践しやすいといえる。したがって、小児期の対象者が主である医師においても、成人後の知的障害者がどのような制度、施設を利用しているのか実際に体験することが有効であろう。

3. 他職との連携について

回答者の多くは院（施設）内では理学療法士や心理士、作業療法士と、院（施設）外では幼稚園や学校の教諭、保健師と連携をとっていた。すなわち院内の連携は患児・者の心理検査や発達の評価、リハビリテーション、訓練の依頼であると考えられる。一方、院外の連携は、在宅福祉制度の項で適用率が高いものとしてあげられた障害児保育をはじめ、患児の学校での様子をたずねたり、園・学校に情報を提供したりするといった広範囲な活動が含まれると推測される。

一方、連携がないとされたのは地域の知的障害者相談員のほか、介護支援専門員やホームヘルパーといった在宅福祉ケアの専門職であった。このうち介護支援専門員やホームヘルパーは地域で生活する知的障害者を、介護保険法などに基づき有償で支援するものとするならば、知的障害者相談員は知的障害児・者について無償で、広く支援するものであると考えられる。発達障害児のための地域社会における支援のひとつとして家族会や当事者会をあげる医師は多いが、今後は各地域社会の特性に応じたサポートのためにも、各自治体の相談員についての情報を収集し、連携を深めていく必要がある。

また、周知度の最も低かった治療教育士（知的障害福祉士、知的障害援助専門員）

は財団法人 日本知的障害者福祉協会認定であって、現在のところ公的な資格ではない。じっさいには児童指導員や保育士などが取得していることが多いため、今回の調査結果だけで連携がじゅうぶんではないとはいえないかもしれない。一般に、各資格の講習会などには医師が講師として参加することが多く、有資格者の知識・技能水準の向上のためには他職との専門的知識の交換・共有は重要であると考えられる¹⁴⁾。

そして、今回自由回答において、他施設・機関や他職との連携を円滑に実施するために対象児・者のすべての情報を把握し、医療から日常生活まで包括的にケアする調整役を求める意見が多く寄せられた。このような意見は自宅で障害児と暮らす保護者の意見にも表れている¹⁵⁾。いわゆる障害者の調整役（コーディネーター）として今回の質問項目の中で該当すると思われる職種・資格には社会福祉士や精神保健福祉士、とくに在宅（地域）ケアについては介護支援専門員やホームヘルパーがあげられるであろう。たとえば社会福祉士の有資格者は30,019人（平成13年10月末）とされている⁹⁾。現在、これらの職種は必ずしも全ての医療機関・児童福祉施設に在籍しているわけではなく、今後多くの施設・機関で活用されることが望まれる。

E. 結論

知的障害児・者の社会参加を促進し、生活の質を向上するためには、医療従事者としては診療対象者の障害種別や年齢によらず日ごろより多くの施設、さまざまな職種との連携を行ない、制度的、施設の、人的なネットワークを綿密に形成することで、医療従事者の知識や経験を向上し、より充実した医療福祉を提供することが必要である。

研究協力者：堀口寿広，加我牧子 国立精神・神経センター精神保健研究所

参考文献

1)厚生労働省統計表データベースシステム

(http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_3_3.html)

2)上田 敏. ICF:国際生活機能分類の概略と特徴. (厚生労働科学研究成果等普及啓発事業)「ICF:WHO 国際生活機能分類の理解と活用」講演会資料; 1-5, 国立長寿医療研究センター, 2002.

3)三浦文男 編著. 福祉サービスの基礎知識. 東京, 自由国民社, 2000.

4)堀口寿広, 宇野 彰. 学習障害 (LD) 児および周辺児・者の家族が求める医療, 教育, 福祉的援助. 脳と発達 32; 307-311, 2000.

5)Evenhuis H, Henderson CM, Beange H, Lennox N, Chicoine B: Healthy aging: adults with intellectual disabilities: physical health issues. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 14; 175-194, 2001.

6)鈴木陽子 編. 児童福祉. 東京, 八千代出版, 2001.

7)Curry CJ, Stevenson RE, Aughton D, et al. Evaluation of mental retardation: recommendations of a consensus conference. American Journal of Medical Genetics 72; 468-477, 1997.

8)加我牧子, 堀口寿広, 稲垣真澄. 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究 (第1報) 精神遅滞の診断に用いられる検査と連携先についての現状調査. 脳と発達 34; 235-242, 2002.

9)田中恭子, 堀口寿広, 稲垣真澄, 加我牧子. 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究 (第3報) 医学的診断検査の選択および有所見率の実態調査. 脳と発達 (投稿中).

10)荒川義子, 住居広士 監修. 介護保険時代の医療福祉総合ガイドブック, 第2版, 東京, 医学書院, 2002.

11)渡辺勸持, 末光 茂, 畑本勲治, 平野隆之, 藤島 由, 渡辺貴子. 都道府県, 市町村等における障害者サービス評価システムの開発. 平成13年度厚生科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業)「都道府県・市町村等における精神保健福祉施策の充実に関する研究」総括・分担研究報告書 (主任研究者: 中島克己), 2002.

12)堀口寿広, 加我牧子, 稲垣真澄. 精神遅

滞の診断に用いられる検査の利用状況について. 脳と発達 34; S275, 2002.

13)加我牧子. 精神発達遅滞:管理の問題点と親へのサポート. 小児内科 18; 1505-1509, 1886.

14)加我牧子, 稲垣真澄, 宇野 彰, 堀口寿広. 発達障害医療に従事する医師の精神健康に関する研究. 発達障害研究 20; 120-131, 1998.

15)山田謙一, 須貝研司, 福水達郎, 花岡 繁, 佐々木征行, 埜中征哉. 小児神経疾患における在宅人工呼吸療法の家族からみた評価とニーズ. 脳と発達 35; 147-152, 2003.

F.健康危険情報

なし

G 研究発表

1.論文発表

Horiguchi T, Kaga M, Inagaki M, Uno A, Lasky R, Hecox K. An assessment of the mental health of physicians specializing in the field of child neurology 18; 70-74, 2003.

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

表1：医師経験：

年数	5年未満	5-10年	10-20年	20-30年	30-40年	40年以上	無記入
人数 (%)	1 (0.9)	1 (0.9)	30 (26.5)	53 (46.9)	23 (20.4)	2 (1.8)	2 (1.8)

表2：勤務先

勤務先	大学病院	国立病院	その他 病院	診療所	児施設	重心児 施設	者施設	その他	無記入
人数 (%)	41 (36.3)	9 (8.0)	22 (19.5)	12 (10.6)	1 (0.9)	10 (8.8)	1 (0.9)	14 (12.4)	3 (2.7)

表3：診察患者数（最近1ヶ月）

	平均（人）	標準偏差（SD）
精神遅滞	43.4	56.0
自閉症	12.9	14.7
てんかん	72.8	83.1
脳性麻痺	23.8	28.8
重症心身障害	21.5	31.5
ことばの遅れ	18.8	27.2
運動発達の遅れ	15.9	18.8
神経・筋疾患	12.1	37.6
代謝変性疾患	3.6	6.6
その他	39.7	44.2

表4：患者年齢層（最近1年）

年齢	3歳未満	3-7歳	7-12歳	12-15歳	15-18歳	18歳以上	無記入
人数 (%)	24 (21.2)	45 (39.8)	19 (16.8)	4 (3.5)	1 (0.9)	10 (8.8)	8 (7.1)

表5：適用した制度・サービス（最近1年）

回答者実数（カッコ内は%）

	適用したことがある	適用したことはない	知らない など	無記入・空欄
養育医療	16 (14.2%)	56 (49.6%)	7 (6.2%)	29 (25.7%)
育成医療	34 (30.1%)	44 (38.9%)	3 (2.7%)	28 (24.8%)
小児慢特	75 (66.4%)	17 (15.0%)	0 (0.0%)	14 (12.4%)
扶養手当	58 (51.3%)	20 (17.7%)	6 (5.3%)	18 (15.9%)
更生医療	10 (8.8%)	44 (38.9%)	25 (22.1%)	27 (23.9%)
障害者医療	29 (25.7%)	35 (31.0%)	17 (15.0%)	24 (21.2%)
32条	80 (70.8%)	12 (10.6%)	3 (2.7%)	10 (8.8%)
補装具	65 (57.5%)	22 (19.5%)	1 (0.9%)	16 (14.2%)
福祉手当	49 (43.4%)	29 (25.7%)	9 (8.0%)	18 (15.9%)
児童育成	24 (21.2%)	33 (29.2%)	24 (21.2%)	26 (23.0%)
障害年金	58 (51.3%)	25 (22.1%)	7 (6.2%)	13 (11.5%)
そのほか	0 (0.0%)	6 (5.3%)	2 (1.8%)	101 (89.4%)

表 6：制度・サービスを適用した人数（最近1年）

	平均 (±SD)
養育医療	9.1 (11.8)
育成医療	4.7 (6.0)
小児慢特	17.4 (31.8)
扶養手当	30.3 (58.7)
更生医療	6.7 (9.7)
障害者医療	29.4 (51.6)
32条	34.1 (55.4)
補装具	13.0 (20.5)
福祉手当	9.5 (11.6)
児童育成	6.6 (8.2)
障害年金	7.3 (6.1)
そのほか	0 (0.0)

表 7：質問した制度・サービスと各疾患の患者数との関連

	精神 遅滞	自閉 症	てん かん	脳性 麻痺	重症 心身 障害	こと ばの 遅れ	運 動 達 の 遅 れ	神 経・筋 疾患	代 謝 変 性 疾 患	そ の 他
養育医療										
育成医療					○					
小児慢特										
扶養手当		○							○	
更生医療	○	○		○	○				○	
障害者医療		●	○							
32条	○		○	●	●	●	●			
補装具	○	○		○				○		
福祉手当										
児童育成		○								
障害年金	○		○	○				○	○	
そのほか										

○：「適用したことがある」と回答した医師で、当該疾患の診察患者数が最も多い

●：「知らない」と回答した医師で、当該疾患の診察患者数が最も多い