

族の辛い特徴だが、基本的に日本民族というのはお互いに助け合ってここまで生き延び発展してきた民族だ。前回に引き続き話し合いを持つわけだが、厚労省の言うように何パーセント減というのはそうそう簡単に目標値を達成できるかどうかは分からないが、大勢の周知を集めて群馬県における知的障害者の医療を支えるものができていけば有り難い。

(Y.A.) 前回の会議の約1ヶ月後、上毛新聞の9月6日版に知的障害者の医療環境整備へ知的障害者の医療を考える会が発足という記事が載った。同新聞の記者から一度電話で取材があった。今回少し時間も経っており、新たにご参加いただいた方もいるので、復習の意味で前回の議事を振り返りたい。のぞみの園が特殊法人として発足後今年で34年目を迎えた。昨年の10月から独立行政法人化し、これまでの閉鎖的なコロニーというスタイルから地域移行を目指す組織に生まれ変わった。約490名ぐらいの利用者を抱え、もうすでに30年以上をのぞみで暮らしている方がおり、平均年齢が54歳ぐらいになる。大体3分の2が関東地方、群馬県出身者は35名。30年という長い間高崎周辺に暮らしていると、高崎含め群馬県全体に愛着を感じてどちらが本当の故郷なのかという問題も起きる。本人の意志がどこに向かうかは分からないが、のぞみは中期計画という形で平成19年度末までに3割から4割の地域移行をさせなさいという厚生労働大臣の指示がある。仮にこの地域にグループホーム等で何人かがアパート暮らしをするとかになったとき、知的障害者の場合は高齢化も進んできて医療へのアクセスということが非常に問題になる。その場合何らかのネットワーク的なものが担保されないと非常に難しい部分もあるのではという発想から、群馬県の中で知的障害者の医療を考える会を、医療側、施設側、障害者及び家族の側、群馬県庁に呼びかけた。群馬県は保健医療計画が来年改定、障害者計画はその次の年に改定の予定で、ある意味タイムリーだった。そういうことで前回、宮下理事以下担当の課長さん方が出席され、今回も群馬県から多くの方が参加されている。昨年、群馬県の知的障害者福祉協会の保健部と共同で県内の障害者に対して医療機関の調査を行った。障害者専門医療機関にどういったことを望みますかという問いに対して、施設側からは、障害者専門医療スタッフの障害者への理解、理解を高めてほしい、理解が必要だという声が7割、あるいは、外来等で待てない患者への配慮をしてほしい、障害者専門医が必要、重心の方もいるので往診等のニーズ、入院時の付き添いが家計に負担、というような問題が明らかになった。群馬県の方からは、県内は身体障害者が6万3千名、知的障害が9018名、重心が57名と情報提供があった。アンケートの自由記載の部分で、患者を連れて行った時に職員が感じたことをまとめた。その中で、利用者の順番待ちが非常に難しい、なかなかゆっくりと落ち着いて待てられない、あるいは静かにしてられない。うちでは検査ができませんと断られるケースがある。家族サイドから見れば、一般の患者と一緒に迷惑がかかるというような声があった。待てないことに対して、医療スタッフから親のしつけが悪いと言われた。あるいは診療機器・器具を壊したこともある。夜間入院で泣くことがある。歯科の場合、なかなか泣いて受けられなかった。自由記載ではこういう非常に差し迫った事柄が分かった。歯科医師会の場合、平成7年から会員に対して障害者の歯科医療についての協力医を募った。第1回の募集は24名で、現在までに86名の歯科医が協力医となっている。家族の会からは、例えばどこの医療機関に行ったらよいかという情報は親同士の口コミで伝わるという話があった。嘱託医からは、外来で知的障害者を見ていると非常に待ち時間が多くなるので、夕方または午後等に診察していると

いう話もあった。小児なのに小児科サイドで診るのが難しいケースがあり、精神科が介入する方がベターという話もあった。重心の家族から、在宅の重症児に往診してほしいという話があった。その中で病院になかなかスロープができないという指摘もあった。町全体が必ずしも障害者のことを考えてつくられていない、道路・公園にそういう部分があると、障害者を抱える親としては非常に不満でなんとかしてほしいというニーズがあった。小児科医からは、知的障害の場合は調整的な役割を精神科医がするのがよいという意見もあった。精神障害の場合はある程度ネットワークができていますが、知的障害の場合はなかなか大変という指摘があった。行政の方からは、国に陳情しているがなかなか耳を傾けてくれない、3兆円の財源の問題についてもまだはっきり見通しがついておらず、補助金が一般財源化されると首長の考え方によっては福祉がどうなるかわからないという話があった。医療機関からは知的障害に対しては専門のドクターが必要なのではないか、ネットワークについては県の方で対応してほしいという意見があった。この会のメンバーに地域のコーディネーターが入っていた方がよいとの指摘があり、今回から新たに参加してもらった。私の勝手な印象ですが、この後の自己紹介及び前回の出席者は印象等を含め、意見等を伺いたい。

(Ma.M.) 前回の議事録をふまえてのあらましですが、自分の主旨とは違うことがあればあるいはもうちょっとそこを聞きたいというようなことがあれば出して下さい。

(Y.A.) 前回マイクロホンの位置が非常に遠かったので語尾が消えたりした部分があったので解説に非常に苦労した。間違いがあるかもしれませんがいつでも訂正する。

(I.K.) 4ページの真ん中から下の熊坂さんの発言とあるが確か私だったと思う。それと6ページの発言はよくわからないが、私のような気がする。

(Ma.M.) 正確な議事録をつくるのはかなり難しい。ですから雰囲気としてこういうことが話題に出ていたという範囲に留めるようにした方がかえっていいかもしれない。では、前回ご指摘いただいた先生方にはその時の感想も含めて、別に感想を述べなくても無理になくたっていいですが、自己紹介をかねた話を短くしてください。こういう会をつくるには私たちの大先輩の矢野先生に加わっていただいて進めていこうと、前の阿部理事が僕のところに相談に見えた時から話し合っていたわけですが、本当にお忙しい中、矢野先生にお出でいただいたので、自己紹介を簡単をお願いします。

(T.Y.) 大間々の希望の家の矢野です。前は所用で欠席したが、議事録を読むうちにこれはもう何が何でも第2回は出席しなくちゃいけないと思って今日は出席した。議事録を読んでいるうちに30年前のことを思い出した。当時私どもの子どもは重症心身障害になり、家内は小児科医だった。障害児のお母さんが集まった時の話で、一番困るのは歯科だった。私どものところに来れば優先的に診察はしていたが、お母さん方の訴えはその当時は違っていた。今はそうでもないが、30数年前というのは歯医者さんが少なく、朝早くから歯科医院の順番待ちをして行列をしているという実態だった。その中で障害児が診察を受けるのは大変なことだった。当時、県医師会長は羽生田進先生（故人）で、先生になんとかしてくれないかと言ったら、先生は大変親分肌の方で、早速県下の医療機関に対し、紹介状があればアポイントをとってなるべく早く待ち時間を待たずに診察するように通達を出してあげよう、それと同時に歯科の方も同じようにやってもらうよう歯科医師会等に話をつけよう、と言ってくれた。そのことはおそらく三十数年前の上毛新聞にも出たが、

羽生田会長の要望を受けて当時の歯科医師会会長が障害者の歯科治療をやるという一つの大義名分を立て、国と県の補助金で現在の県歯科医師会館ができた。一階には障害児の歯科医療施設があり、歯科医が東京から週に何回か来て障害児の治療にあたった。そういうことから考えると同じようなことがまだ起きているのかなという感じがする。

(H.H.) 県医師会の副会長で小児科医です。いわゆる知的障害児というのは小児科の段階からだが、平均五十何歳くらいまでずっと診ていた先生ならば非常に診やすい。だが、コロニーから出てきた患者の場合は結構診にくい。精神科の開業医に話しをしたら診るという先生もいたが多くはない。この話は前の阿部理事からで困ったなと思っていたら、今度は網野先生がやってくれているので、できる範囲で医師会として対応したいが、全体的に慣れて行かないと非常に難しいと思う。

(Y.T.) 国保援護課の中山課長の代理で出席した。

(M.I.) 同じく真鍋保健予防課長の代理です。

(K.H.) 医務課長の橋本です。先ほど赤沢先生が日本民族は共同社会、農耕民族という話しをされた。今群馬県で差し迫っている話題は産婦人科医と小児科医の不足だ。特に産婦人科医については県の政策で集中化が図れる状況になっている。拠点病院からの産婦人科医の引き上げに対して、システムでもってこれを埋めていかなければならないが、どうやって具体化していくかについてご協力をいただきたい。保健医療計画は17年度に向けて改訂作業中だ。病床数について厚労省の指針で現在の既存病床数に0.9をかけろということになっており、一般病床は減少する。精査中だが、今の必要病床数は1万9565床なので、1900床ばかり減る。医師の不足・偏在を修正する検討に入っている。

(S.S.) 障害政策課長です。障害者の歯科医療は非常に定着しているが、もう少し医療のネットワークをつくっていかねばならないとも感じている。県障害者計画は来年度終了するので、来年新しい障害計画の作成をしなければならぬが、厚労省の改革のグランドデザイン案というのが先月示され、この中に新しい要素を加えていかなきゃならないようなので、今非常に困っている。この改革のグランドデザイン案というのは、支援費の財源不足が表面化して、介護保険の見直しや三障害の政策を統合しようというもの。県では障害政策課が身体障害と知的障害を扱い、精神障害は保健予防課が扱っている。さらに国会でも発達障害の支援法案を準備している。そういった中で今まで通り県も国も障害別でよいかという話もあり、色々課題を抱えているところだ。そういったことで在宅支援のグループリーダーも連れてきた。

(S.M.) 下城課長の下で施設支援グループを担当。知的障害ということで前回傍聴して大変参考になった。

(A.I.) 障害政策課の在宅支援グループを担当。以前は身体障害グループを担当した。

(K.A.) 心の健康センターの赤田の代理です。遅れてきたのは、県立専門医療センターで処遇が大変な知的障害者の処遇検討会があった。その中の話だが、精神障害と知的障害に関し、例えば精神障害者が急に精神症状が悪くなった場合と、知的障害者がいろんなことで反応を起こした場合に救急入院させて落ち着くまでは同じかもしれない。だが、病院の精神障害者に対する治療というのは、こういうところが悪いところですよと焦点を当てていく形になるので、多くの知的障害者にとっては、かえって反応してなかなか精神病院から出せなくて困る場合が多い。でもその人は多分発達障害も関わってIQで34、ウェッ

クラー法で言語性が49で動作性が測定不能という状況で、精神障害者年金の一級がついている。この人の問題行為は救急車を夜中に4回も5回も呼んでしまうことで、どちらかというとも行動の方の話になる。この人をどうやって家に帰してやろうかという話をしたが、やっぱり精神障害の施策の枠組みと、知的障害者の枠組みを相乗りして役割分担するしかないのではないかという結論になった。行動面で言うと、精神病院に入れておくともあまりよろしくないということになるかと思う。

(I.M.) 群馬西部地区障害者就業・生活支援センターの茂木です。施設に入っていないで地域で生活している人の支援をするということでコーディネーターと同じだが、正式には生活支援ワーカーです。コーディネーターは障害児と重度の知的障害の方、私ども生活支援ワーカーは主に就労している比較的障害の軽い知的障害の方の支援を主にしているが、重なる部分もある。地域で生活している人のソーシャルワーカーだというふうに考えていただければよい。

(M.K.) 群馬県手をつなぐ育成会の副会長です。前回大沢会長が出席するところ、急用ができて私が参加した。今日はその続きだからずっと出なさいということになった。私は実際にダウン症の子どもを持っている。障害の子どもは個人個人顔が違うように性格も病気の内容も全部違う。そういう子どもがお医者さんにかかるのは本当に大変で、子どもも親も家族もまた本人も悩み苦しんでいる。そういった中でこういう医療に携わる先生方が参加する会ができたことを保護者を代表して嬉しく感じる。ご協力・ご支援いただきながら知的障害また身体全ての子どもたちが気持ちよくお医者さんにかかるような社会になったならと本当にそればかり望んでいる。

(K.T.) 群馬県重症心身障害児(者)を守る会の副会長です。前は恥ずかしい発言をして恐縮している。この議事録を読むと何か冷や汗が出る感じがする。せっかくこんなに立派にまとめてあるのですから、こういうふうな話が出たということで、関係機関に遠慮なく送って読んでもらって話題にさせていただき、その範囲をどんどん広げていくことが非常に大切ではないかと思う。行政機関はもちろん医療に関係する専門スタッフの方、それからこういう障害者を持つ団体あるいは地域の民生の代表者、是非そういうことが必要ではないか。私は何の専門家でもなく本当に不自由な障害者を持つ単なる親で、感じたままを述べるので何か不躰けで失礼なことがあるかもしれないが、よろしくご容赦の程をお願いしたい。

(N.S.) 群馬整肢療護園の清水です。群馬整肢に移ったのは今年の1月で、小児医療センターでずっとやってきた。知的障害者を考える会ということだが、やはり肢体不自由の子どもを抱える医療、お母さん達の悩みも全く同じと思う。小児医療センター等ではそれなりにやっているが、おそらく歯科も含めてそういうことは完全には解決されていないと思うので、この知的障害者の会をやるのが身体障害も含めての解決になって行くと思う。群馬整肢は肢体不自由児の施設だが、外来だけでいうと発達障害の子どもの方が多く、肢体不自由は少ない。そういう子どもが成人していけば、おそらく知的障害という形で関係する。てんかん協会の代表をしているが、「子どもを守る会」と「患者を守る会」というのが三十何年前に一緒になっててんかん協会というのができた。小児科の立場からすると、子どもを見ている親との会話になるが、群馬県支部というのは全国でも患者本人がたくさん入っていて元気に活躍している支部だ。てんかんを持つために就労できず、よく診ると

何らかの行動障害や知的障害や精神障害を持っている人、重心や発達障害の子どもから成人のてんかんまで診ている。だが、おそらく知的障害の人にやさしい医療ということができれば、それはもう全部の医療に通じるものがあると思うので、そういうシステムができれば有り難い。

(T.S.) 社会福祉法人昭和ゆたか会の佐々木です。前回会議の後で逆にお医者さんの側からはどういったことを事前に知っておいてもらえればいいのかちょっと話に出まして、お医者さんが分かった方がいいという項目があれば、それに沿って施設側がつけることもできる。年に2～3回主治医の先生が来て全部の施設の利用者を診る機会があるので、その時にも知っておいた方が良い項目が埋められるのではないかと考える。そういうカードのようなものができれば、どこのお医者さんにもスムーズにいけるようになるのかなと思った。たまたま明日が検診の予定日なので、ドクターの方とよく話して色々決めて行ければいいと思う。

(N.M.) 群馬県知的障害者福祉協会保健部会長の村川です。今回よりこの会議に出席することになった。保健部会として各施設の意見・要望等をまとめて少しでもお役に立ちたい。

(Y.I.) 国立のぞみの園の池澤です。保護者に代わって子ども達を預かり支援する立場ですので、施設の職員が思っている悩み、あるいは保護者が思っている悩みに似たようなものだ。知的障害の医療を考えるという形になっているが、知的障害をきっかけとして、医療がなかなか受けにくい種々の障害者が安心して受けられる医療体制ができれば非常に有り難い。

(T.H.) 重症心身障害児施設のはんな・さわらび療育園副園長です。私は重度の知的障害者の施設に長いこといた。卒業してまもなく精神科の医局に入り、2年ほどしてその施設に来たが、結局知的障害者の精神科医療をあまりやってもいられず、てんかんも中途半端、みんな中途半端になった。精神科の医者としてのアイデンティティーは数年で捨て、何やってたかよく分からないまま過ごしてきた。むしろ私の方で手に負えない方々を高崎あるいは県下の病院の方にお問い合わせするという立場だった。

(I.K.) 三枚橋病院の春日です。病院の仕事の傍ら群馬県の知的障害者更生相談所の嘱託を昭和50年からやっている。あと6、7カ所の施設の嘱託医をやっている。精神科医療を必要とする人の需要に応えるとともに、逆に施設の嘱託の関係で医療をお願いするような立場でもある。幸い私の関わっている職員は、大変熱心に医療機関の門を叩いてどこでも診療をお願いしているので、知的障害の人の医療を受ける壁というのが今ひとつピンとこない。歯科の先進的な努力には大変感心したが、医療の方でそうなるとう非常に膨大な世界になってしまうので、うまい方向があるのかなと危惧も若干している。知的障害については、更生相談所でいろいろな方と関わって勉強させてもらった。最近特に本人の不安、親御さんの不安でいろいろな症状を示す方がいて、判定・相談の傍らアドバイスをしたり、カウンセリングとか医療関係への繋がりをやっている。芦名先生がさっき言ったこと、精神病院でちょっと問題になっている重度の知的障害の行動障害について、これは確かに問題で長く保護室に入れざるをえないことがある。昔、同じような行動障害で薬が全く使えない悪性症候群をすぐ起こしてしまう人がいた。東京出身の方で、東京には重度行動障害の施設がある。日の出町にある施設ですが、そこは利用者より職員が多いくらいのマンパワーで支えている。そういったものがあればいいなと思ったが、群馬県にはないと思う。

(Mi.M.) 前橋日赤病院の宮崎です。前回所用で欠席した。議事録を読んで話題のところはどうやって知的障害者の医療に関われるのかということの色々考えてみたが、これはアンケートの中にいろいろな不満があり、それは細分化だったり、待合いの問題、時間の問題だったりするが、知的障害の人に限らず一般の人からも批判を受けているところであり、これは今後病院が知的障害に関わらず取り組むべき問題だ。ただこの中では医療というのは全体として話が出ているので、一般の医療の中で病院の分化、医療機関の分化というものを言っている。診療所と病院あるいは病院の中でも分化が非常に進んでいて、その辺をある程度分けて考えていくのも必要なという気がする。当院では救命救急をやっており、最後の受け皿には責任がある。どこも頼れない時は当院に来て下さいと、職員には絶対断らないようにと話している。そういったところではお手伝いできますし、また職員もそろえているので、本当に困った時には来ていただきたい。救急救命センタはそういう時の手助けができる。地域支援病院については、どういうふうに関わっていいのかはどうも解答が自分の中にある。待合いの問題では、例えば感染症のある人の外来の待合いを別につくってあるので、そういうところで対応可能。予約も進めており、各医療機関が機能評価ということから、患者さん本来の医療をよく考えるようになってきている。明日こういうふうに受けたい、明日こういう対処をしてもらえるとか、遠慮なく言って欲しい。各病院に地域医療連携室があり、開業の先生を通せば余計話もスムーズだ。そうでなくても直接患者さんから連携室を通して要望を挙げていただければ、対処することも可能だ。遠慮なく言っていただき、それにこちらも慣れればそういうことを配慮しやすくなると思う。

(Z.O.) 県立心臓血管センターで内科を担当。組織としてではなく、個人として参加している。高血圧、人間ドッグの方で企業戦士の健康増進に関わることが多いが、たまたま障害施設の健康管理に関わるようになった。その理念は一番の弱者といいますか、障害者の方にもやさしい医療が保証された時、全ての人にもやさしい医療が実現されるのではないかという思いだ。しかし実際にそれがなかなか難しいのが実状だが、それを越える力が何であるか、その理念が何であるかを学びたくてこの会に関わっている。

(K.Y.) 群馬県歯科総合センターの担当理事です。前回出席の干川から話は大体伺っている。この中にも議事録があるが、群馬県歯科医師会ではこのような内容でやっている。今年もまた再度協力医を求める。協力医に対する勉強会等も行っている。今日配布されたアンケートの中にだいぶ耳の痛いことがいっぱいあり、この辺も含めて一般の開業の先生方、我々の群馬県歯科医師会において当センターのあり方などを検討していきたい。

(H.K.) 高崎の黒沢病院に併設する高崎東部福祉総合相談センターの所長です。泌尿器科医として外来、ケアマネージャーをやっている。ここは居宅介護支援センター、訪問看護、ヘルパーステーションの三つを兼ねている。病棟の方はほとんど診なくなってしまう、外来か外を回っている。在宅介護というのはなかなか面白いと最近思うようになった。

(Ma.M.) 色々なところで経験されていることが分かって私も大変刺激された。医療に関するいろいろな希望だとかそういう具体的なことを集めてみようということで、群馬県手をつなぐ育成会が医療機関に関する調査を行った。その調査結果をお願いします。

(Y.A.) 前は施設関係の調査でしたが、在宅の方々はどうな医療の問題や悩みを抱えているのかということを知るために、育成会にアンケート調査を打診したところ、調査したことがないとのことで、のぞみの園が協力するというで行った。育成会は41の支部

に分かれ、そのうちの38支部が対象になった。全体として有効な回答が100は欲しいと考え、38支部から4人ずつとし、人選は各支部の会長に任せた。ただし、年齢階層が偏る恐れがあるので、20歳台、30歳台、40歳台とばらせるようお願いした。一番の関心の部分は最後の12番だ。記入者は親が80%だった。本人の年齢階級はこのようになっているが、これが現実の構成割合ではない。4番目は障害者本人が病気になった時に受診する医療機関を決めていますかという質問で、病院に決めているという答えが72%、診療所に決めているという答えが20%だった。そのうち病院と決めている理由は次のどれですかと複数回答にしたところ、回答は120名中87名で、①は主治医がいるからという理由で66.7%だった。②は知的障害者への対応に理解があるから(42.5%)③専門医療科があるから(39.1%)④信頼がおけるから(31.0%)⑤総合病院だから(28.7%)⑥家族が利用しているから(28.7%)だった。病院までの交通手段はほとんど9割近くが自家用車で、病院までの所要時間は30分以内というのが一番多く30%、その他15分以内が25%、1~2時間が5%だった。診療所と決めている方は理由は何ですかという質問では、むしろ病院とは違って①家に近いから(62.5%)②家族もかかっているから(58.3%)③主治医だから(45.8%)④知的障害者に理解があるから(37.5%)だった。診療所までの所要時間は15分以内というのが70.8%だった。病院とも診療所とも決めていない人については解答が少ないが、どの医療機関がよいのかわからないとか、知的障害者の理解がある医療機関の情報がないなど、医療機関の情報に関するものが多かった。歯科の場合、歯科の診療所と病院の歯科で分けて質問した。①診療所に決めている(57%)②病院歯科に決めている(19.2%)③決めていない(17.5%)だった。歯科の診療所に決めている理由としては、①知的障害者に理解があるから(62.3%)②家に近いから(43.5%)③家族もかかっているから(36.2%)だった。交通手段としては自家用車(75.4%)、所要時間15分以内が40.6%だった。病院歯科に決めている理由としては、①家に近いから(47.8%)②知的障害者の対応に理解があるから(47.8%)だった。病院歯科の場合も15分以内(52.2%)だった。どちらにも決めていない理由としては、どの歯科医療機関がよいのかわからない、知的障害者の理解のある歯科医療機関の情報がないなど、歯科医療機関の情報に関するものが多かった。12番の質問について少し詳しく説明する。本人及び家族の立場からみて障害者の医療及び医療機関についてどのようなことを望みますかという質問に、重複回答を求めた。①待てない患者・行動異常のある患者への対応と配慮(36.7%)②障害者専門の医療施設の整備(35.0%)③障害者専門医療スタッフの養成(35.0%)④障害者優先診療日または時間帯の設定(30.0%)⑤入院時付き添い負担の軽減措置(27.5%)⑥夜間・休日の医療支援体制(往診を含む)(25.8%)という順だった。その他の要望のところに書き込まれた貴重な情報があるので、障害者医療及び医療機関に関する要望として全員の部分を抜き書きした。(以下要望の説明は省略、資料を参照)

(Ma.M.) 在宅への支援サイドからもうちょっとわかってほしいという補足は何かありませんか。加藤さん、いかがです。

(M.K.) 小さい時から心臓に疾患があるとか内臓に長期の疾患があるというのは小さいうちから病院にかかっているから意外と専門の先生がいるが、平均は高校卒業した頃から4

0代頃までというのは意外と病気にかかる子が少ない。ただ歯、目、耳の突発的な、例えば結膜炎や中耳炎を起こした時にどこのお医者さんに行けばよいかと悩む人がだいぶいる。一番問題になっているのは歯です。山脇先生にお聞きしたいが、今群馬県内で歯医者さん数十名が協力してもいいということだが、どういう治療をしてくれるかまでは（情報が）ないですよ。

(K.Y.) 87名の先生方に関しては手を挙げて下さいという手上げ方式にしている。その先生方に対して研修会を行っているが、どれだけのレベルにいつているかは把握しきれていない。ただ、その先生の名簿は作ってある。本当に把握するなりレベルアップしようと思うと、我々歯科医師会ではちょっと無理かと思う。これはもう前々から県の行政にも要望していることだが、県の協力がないことには我々歯科医師会900名の会費で教育するには、人件費がかかるしはっきり言って厳しい状態にある。法的なものの力をいただかないことには難しい。

(M.K.) うちの子どもが現在かかっているお医者さんは本当に障害者に関して理解がある。無理な治療は一切しない。もう慣らせること、ヘッドホンで音楽を聞かせて痛い時には笑気麻酔をして段階を踏んで治療してくれるため、本当にたくさんの障害者が行っている。そのお医者さんは普通の健常児も老人も診ているので何しろすごく混んでいる。もちろん予約制ですが、1ヶ月に1回取ればよいというぐらい人気がある。だから私たちにすればそういうお医者さんが指導者になり、こういう治療をすると子どもたちはスムーズにいきますよと、素人考えでちょっと失礼かもしれませんが、そういう先生が歯医者さんに教えてくれるといいねって、これ親同士の話なんです。どこを回っても治療できなかった子がきちんとそこで治療してもらっている。現実にはそれを目の前で見ています。今まで暴れて口も開かない子どもでさえ、きちんと治療を受けて明日は歯医者だよと言えばスムーズに車に乗る。多分心が先生と通じているんじゃないかなと思う。保護者が一番悩んでいるのは歯の治療だ。袋の中に入れて無理にがんじがらめにして口を開けたままががんざれば、絶対に一回で恐怖心を起こしてはいけません。だからそういう治療の仕方を今少し歯医者の先生方が勉強して下さい、家族としては本当に助かります。

(K.Y.) それは重々承知していて、私が担当理事になってから歯科医師会の執行部もだいぶ理解を示すようになり、知的障害者に対する群馬県歯科医師会の研修会は行っていなかったが、今年度で第4回目までやるようになった。今年のはのぞみの園の服部先生が治療に至る前のケアという研修会を行う。急にいい先生がいるからその先生方に講師になってやってくれと言っても、これはやる先生の積み重ねがどうしても必要だ。私も障害をもつ子どもの治療に携わっている。近所に施設もあるので、そういう網でやるというのは何年か前はかなり効率にやっていた。だんだん群馬県でも網（レストレイナー）の中に入れてやる治療は本当に少なくなってきた。どうしてもやらざるを得ない状況、救急の場合、緊急避難的な場合、痛がって暴れてどうしようもないという時にはやることもある。本当はレストレイナーの中に入れてやりたくはないので、全身麻酔という一つの武器がある。全身麻酔はかなり危険が伴う。全身麻酔をかけて歯科治療ができる施設は、県内では群大で緊急避難的にやるぐらい。あと館林厚生病院で病院歯科の先生がやるぐらい。それでも全身麻酔でやれる施設はない。麻酔でやるためにも、県立小児医療センターの歯科の設置を群馬県歯科医師会としても願っている。どこかに全身麻酔をやれるような施設がないと、



群馬県内では網に入れてやるしかない。危ないから先生が何人もいないとできない。

(M.K.) その笑気麻酔というのはどの程度まで効くのでしょうか。

(K.Y.) 笑気は麻酔じゃなくて鎮静です。例えば、泣いたりわめいたり口で息をしたらもう駄目です。笑気の低濃度約20～30%を使うが、全身麻酔だとそれに60%ぐらいの酸素がだいたい3対1でやり、その他に全身麻酔用の薬をかませますから完全に寝ちゃうが、笑気だと意識が残っている。鼻でクンクンとやるから泣けばもう口で（呼吸して）駄目です。笑気に他の全身麻酔の薬を入れてやった先生もいるが、そうするとどこかで事故を起こす。事故が起きるといのは本当に重大事項で、実際の事例がある。

(M.K.) 私の子がかかっているお医者さんは、ヘッドホンで好きな音楽を聴かせて本人の意識を逸らしている。自分の好きな音楽を聴いているうちにパッとここへはめ、自然に呼吸しているからいい気持ちになっちゃってその間に治療をダーっとする。ヘッドホンでいい音楽を聴くことと笑気麻酔がたぶん一緒になっちゃてるのかな。

(K.Y.) 高崎の先生だと思うが、やはりハートだと思う。僕も実際自分の診療所でやっているが、削っている時は全然駄目ですね。振動があるため鼓膜から聞き取れるものはいいいのだが、骨伝導で来ますのでヘッドホンしててもそんなには。

(N.S.) 小児医療センターで僕が診ている子どもはいつも歯科センターにお世話になっているので、長谷川県会議員から話があった時に清水が担当しろと言われた。やはり県内にそういうふうによさしい形でやるがこの会議の中で求められていると思う。プラスアルファとして先進的な形でやれるところが一つないと気持ちだけでやることはできない。そういう意味で小児医療センターであればかなり小児の麻酔に長けたドクターがいるので、一つユニットをつくることになった。僕は長谷川先生に、小児医療センターとして建物はできたが、スタッフから言うと値切って非常にギリギリの広さでつくっているので、プラスアルファとして今度は歯科のあれを入れられると困ると言った。矢野先生のところやはんな・さわらびでは障害者歯科医がやっているが、麻酔を完全な形で管理できるところが県内に一つないと、みんな東京に行く。長谷川先生に、今までの小児医療センターの中に持ち込むのではなく、土地はいざとなればあるから、センターに新たにつくるのでないと困ると言った。非常に先進的な治療をやる場所は県内に一つは必要だが、プラスアルファとしてハートでカバーできる場所はそういうシステムをつくっていかなくちゃいけない。一応小児医療センターでできることにはなったが、十分なものではない。

(H.K.) 訪問歯科診療というのはどの程度のことを言うか。佐久市立浅間総合病院では訪問歯科診療をやっている。軽のバンにタービンなど一式入れ、対象は主に寝たきりの人や老人らしい。その歯科の先生にこれでどのくらいのことができるのかと聞いたら、まずまずのことはできると。入れ歯をその場でつくるのはできないが、少し削ったり詰め物もできる。毎日行くわけではない。歯科医師が4名くらいいて人的な余裕もあるが、そういった形で訪問歯科診療をしている歯科医は群馬県にはいますか。

(K.Y.) 訪問歯科診療は医療保険の縛りが厳しくなり、訪問歯科診療でも分けて考えなくてはいけないが、医療介護老人に対する訪問歯科診療で医療保険の縛りがかなり厳しくなっており、だいぶ少なくなってきた。過去には行って入れ歯をつくっていた。在宅では、手で持って運べる範囲だと入れ歯の治療ぐらいしかできないというのが本音だ。もっとやっている先生はいると思うが、ポジションとかを考えると厳しい。訪問診療に対する

医療保険の見直しがあり、処置に対する加算にだいたいばらつきが出てきて、救急緊急的なものじゃないと報酬が低く、診療所でやるのと変わらない。それがあつたので訪問診療は群馬県では昔ほどではないような気がする。

(H.K.) 私の知っているのは20年前の話なんで現在のはわからなかつた。

(K.Y.) 本当に10年、5・6年前までは結構やっていた。群馬県の歯科医師会にも訪問診療用のユニット、訪問バスが残っている。訪問バスは、医療保険で居宅じゃないと訪問診療として認められないので、行って患者さんをバスの中に入れてやるのはもう認められなくなつた。これをやる人は法的には問題がある。だから訪問診療はだいたい廃れた。

(Z.O.) 歯科診療からはちょっとずれるが、加藤さんの話に関連して、上からの指導というのはなかなか難しい点があるかと思うが、このアンケートを伺い、理解が足りないのがよくわかつた。今度その鏡の反対側と言うか、こういう治療を受けてあるいはこの先生はこういう治療をしてくれるから非常にかかりやすかつたという例をたくさん出していただきたい。良い例があると具体的に参考にできるので、是非そういうものを教えてもらいたい。そういう意味では指導ということではなくて、お互いが共有しあつたり取り入れたつたりしていい手段になるのではないかと思う。

(M.K.) 本当にいいお医者さんはいっぱいいます。うちの子どもが入所施設に入っていた時、施設で人間ドッグに3年に1回くらい全員診てもらつた。重い子ばかりですが、大きな病院で、子どもに関わるスタッフの対応が本当に感銘するほど一人一人優しかつた。病院にいること自体恐怖心を受けるのだが、対応がすごく優しいので子どもたちが馴染んでいき、胃カメラを飲めた子も脳波もきちんととれた子もいた。血液の検査もとれる。大きな大人だが看護婦さんや先生が騙し騙し、ほらきれいな血がでるよ真っ赤かかに出るよ、なんてそう言いながらスツと抜いちゃう。そういう感じでドッグを受けて今まで分からなかつた病気がみんな発覚した。肝機能が悪かつたり糖尿があつたり高脂血症があつたり、その後ずっと薬を飲んで良くなつた子どもがたくさんいる。うちの子どもも施設から出て在宅である通所授産施設に行っているが、今年ドッグを受けさせた。ある程度希望で、保護者がうちの子はまだ年齢が若いからこの部分だけ受ければいいただろうとか、うちはちょっとあれだからこの部分まで受けさせてみようとか、産婦人科で子宮筋腫が見つかつた女の子もいる。大きな病院のスタッフが、今日は障害者のドッグだよと受けしてくれる実例も現実にある。だから何もかも悪いんじゃないかと本当に素晴らしいお医者さんもたくさんいるのは確かだ。

(Z.O.) この先生あるいはこの病院がいいとなつたとなかなか難しいと思う。この先生のどういうところがいいのだろうか、あるいは一般化して誰にでも共有できるように厳しくみていただきながらそういう意見も出していただけるとよい。

(M.K.) 歯医者さんだとマスクや帽子は全部取っちゃいます、こういう子がいると。本当に普段着で最初接してくれる。お医者さんて意外と白衣着てうつつ構えるところがあるが、そういう子がいると先生はマスクと帽子をびたつと取り、こんにちはよく来たねつて、そこから入つてくれる。そういう接し方をしてくれるのはやっぱり総合病院です。安心感を与える中で実際に検査になると医療の服を着て接してくれる。だから最初からお医者さんなんだよというのではなく接してくれることが、多分子ども達が受けやすくなつているのかなと思う。

(Ma.M.) 先ほどドッグの話が出ましたが、佐々木さんの施設で定期的にやっておられるという、その中での受けやすくするような工夫とか色々注意されているような点というのはどのようなところでしょうか。

(T.S.) 沼田市の保健センターの方に全員で行ってます。20人の利用者を2班に分けて職員を多めにつけ、さらに間接処遇の職員もつけてできるだけ配慮した形でやっているしかし人間ドッグまではちょっとまだ救急病院の方等話が進んでいないので、一応簡単なレントゲン、血液検査その他主治医さんから言われた必要な諸々をやっている。

(Ma.M.) その受診に関しては割とスムーズにできているんですか。

(T.S.) スムーズに行くようにはしている。事前の検診も一応利用者の方達には明日行きますよという話をきちんと伝えている。

(Ma.M.) 待合いの問題は非常に大きい。何遍もここで出てくるわけですが、一方では差別されるということに対して非常に警戒するわけですよ、だからことが発生しても許容範囲で、そういうスペースがあって隔離されているわけじゃないんだというので、いい工夫というのはなんかあるんですか。小児医療センターなんかは。

(N.S.) 小児医療センターはもうだいたいみんな車椅子だとかそういうのがみんなごちゃごちゃ入ってますので、いくら障害の重いレスピレーターがついた子ども達でも普通であればもう全然差別しないです。お母さん達も別にそれでどうだこうだというのは、本当のことはどうか分かりませんが、一応表面立ってはいないですね。

(M.K.) 小さな子どもは少々騒いでも気にならない。それが当たり前という感じにいるから、障害の子が小さいうちはわんわん騒いでもいっこうに周りもあんまり、あ、子どもが騒いでるぐらいで済まされるが、実際もう20歳だ30代にもなった大きな人が、自閉的な子どもさんでパニックを起こしちゃう子が、大きな声を出したり特殊な行動をすると嫌な目で見られたり、すごくそこでお母さんが嫌な目にあったりする。そういう意味で、ちょっとした別の部屋があればそんなに気を使わずに待っていられるんじゃないかな、というのがこのアンケートだと思う。長い時間待つということが一番苦痛です。具合の悪い時に長時間待合室で待つというのがほんとに苦痛。そこに持って来てあんまり意味のわからない子どもですから余計大変なんです。待ち時間をいかに短くしてもらえるかという、それしかないんじゃないかと思います。

(T.H.) 理解し協力してくれる医療機関は徐々に増えているが、国立コロニーでは診療所でできないものを紹介する立場です。そういう立場で考えると、普通の病院で診察も時間がかかるし、検査も倍以上かかったり治療をしようとしたら抵抗されたり、大変な思いをされているというのがよくわかる。だから非常に障害者の方にとって申し訳ないという気持ちでやっている。特に入院された方々で大きな声を出すというようなこと、それでも頑張っておられる医療機関は少しずつ増えている。その他にも医療機関が理解はしてくれているのだが、他の患者さんのことを考えたりいろんなことをやるとちょっと腰が引けるというところがある。ただその理解して頑張ってくれているところにおんぶされるだけでは酷かなという気がする、一般の医療機関の方に。そういうご苦勞をされているところに、先ほど加算の話も出たが、そういうのがあると頼みやすい。ただ言い方の誤解を受けそうなのは、じゃあ金を出せば診てくれるのかという問題はもちろんありますが、それは別として、保証されてないとなかなか大変だろうなという気はする。それから例えば知的障害者

の方で非常に動きの多い方が入院されると、普段のスタッフでは対応できないという場面がある。そうすると他からスタッフを裂くわけにはゆかないので、事故があった場合に最近いろんなことですぐ訴訟問題になるし、腰が引ける医療機関もある。そんなことも考えると医療機関の協力とか理解だけでなく、行政的にも手を差し伸べてくれないとうまくいかないと思う。網野先生は厚生省ご出身で太いパイプを持っていらっしゃるでしょうから、その点を頑張っていたきたい。

(Ma.M.) 今の花岡先生の話で医療スタッフが非常に必要だと、在宅の時には訪問とかそういうのがあるわけですよね。ということは病院に入院して検査するとかなんとかやる時にそうやってつけられるようなそういう仕組みってないのでしょか。

(T.H.) 例えば知的障害者の方というのは、在宅で重心の場合は通院していただいたり在宅支援をやりますけれども、きちんとした形ではないでしょ。

(T.S.) ないですね。施設の場合は職員が泊まります。

(T.H.) 付き添いは完全看護になっているが、実際はそれでは絶対できないと思う。

(Ma.M.) そういう仕組みを考えるのも一つではないかなというふうに思いますが。

(T.H.) 今のシステムはというと、家族が泊まらせて下さいという文書を書いて泊めてもらうとか、施設だと職員を省けないから派遣婦を派遣して親戚という形にして泊めてもらうという形ですね。だから絶対今の完全看護とはいっても今のスタッフでは入院してやっていけないと思う。

(M.K.) そうですね、入院の場合はほとんど保護者がつきます。兄弟とか。

(Ma.M.) それが非常に負担になるわけでしょう。

(M.K.) 負担です。ヘルパーを頼めば莫大なお金がかかる。一晩でね、夜泊まればいくらかというふうにあつという間に1ヶ月10万円以上のお金がかかる。経済的に余裕のある家庭はいいが、そうはいきませんから親兄弟達が交代交代で看護しているのが現実だ。

(T.H.) いい意味では家族がついていた方が安心ということだし、病院側にとってはいつもと様子が違うということは家族の方がよくわかるということで、家族についてもらいたいという医療機関もある。

(Ma.M.) そういうふうに家族がつけられればいいわけだけど、非常に負担であるというわけですね、実際には。精神科の入院、急性期の入院時でもむしろ鬱病の患者さんを開放病棟で診るといような時に家族の負担が非常に大きくなる。これは一般的にそういう部分をなんとかこうサポートできるような仕組みを考えるのはどうなのですか。せっかく行政の方がたくさん見えているんですが。

(K.H.) 行政が関与して医療システムに補助をしてきているのはおそらく救急業務だ。救急輪番制度という仕組みで二次救急を支える病院、365日24時間、64の医療機関が群馬県で動いているが、国庫補助に県担補助が入ってできる。救急車でたらい回しになって手遅れで死んでしまったという社会現象から、救急対応の補助制度がある。その前に日曜当番医とか夜間急病センターといって、前橋の医師会等全県下の各二次医療圏ごとに診療所の先生方が夜の10時、12時まで一次救急を支えている。その後二次救急という形で64の病院が翌朝まで24時間、一次救急が閉まってしまうと翌朝まで、二次救急を支えている。そういう形で社会現象が起きている救急業務に対しては国庫補助が出る。今さらに国庫補助が出ているのは小児、さらに加えて小児救急です。小児救急は群馬県内で東

毛地区を除いて12の医療機関が、一般救急と別に小児救急だけが輪番待機をしている。それにも補助金が出ている。僻地医療ではいろいろな仕組みがあり、それにも国庫補助がつく。それから精神障害者の移送の措置にも措置病院に対して国庫補助が出る。時代の医療需要が社会問題化されてくると国も動くというのは歴史的な事実と思う。県は歯科医師会の歯科総合センターに毎年1200万円補助をし、県に代わって障害者歯科の二次部門をお願いしている。今問題となっているのは女性外来とかセカンドオピニオンをどうするか、あるいは性による医療をどうやって変えていくか、そういった新しい時代の要請が出てきているので、そういう中にうまく障害者医療を組み込んでいき、厚生労働省等に働きかけをどんどんしていくことで道が開けると思う。

(K.T.) 患者の立場からみるとここに出ている要望はもう出尽くしているくらい遠慮なく出ている。だからこれ以上のアンケートをしたり聞いてみても、みんなこの中に含まれると思う。非常に勝手なことをてんでんばらばらに言っているが、冗談言うなって言いたいくらいだと思う、聞く方の立場になると。お医者さんあるいは医療機関に対して出尽くしているから、考え方を緊急性とか重要度で絞るとかそういう仕事が必要と思う。そういうものが形づくられてきたら、例えば医師会としてはとか行政としてはとか、そういう立場から何ができるだろうかと話し合うのがこの会の目的ではないかと思う。さらに発展してこういうことだけはみんな意識調整、意識統一をしましょうとか、こういうことならできそうだからこれについて少し深く掘り下げ、できそうなことをこういうふうに見つけてみましょうとか。はんな・さわらびさんからちょっと出たのですが、受ける方の立場から患者に対してこういうことがあるのじゃないとか、こんな程度はしてもらいたいとか、患者の方も理解してもらいたいというのがあるという印象をちょっと受けたが、そういうこともやっぱり言う必要があると思う。このアンケートの声ばかり聞いて胸がいっぱいになるのではなく、反対の立場からこうだと言うことでそれらを合わせて緊急性、重要性のあるものを絞ることが必要だ。もう一つは全然立場が違うが、いわゆる行政改革で今の内閣が見直しをしている。あらゆる方面について見直し、改革しようとしている。それが憲法に出てきたり教育基本法に出てきたりあるいは福祉法に出てきたりする。その一つとして三位一体の政策が出ていると思うが、地方6団体では3兆円の削減を出しているのに国は1兆円しか出していない。その地方6団体の3兆円もの削減を出してきた背景にはそれだけの財源が国から入れば、地方の思う通りの行政ができるという利便を考えてのことだと思う。結局は補助金削減という言葉で処理され、地方交付金という形で一般財源で来る。そうすると県知事なり県の行政の考え方で福祉にかけるお金の率は多かったり少なかったりして、地域格差がいっぱい出てくる。言いたいことは、そういう傾向にありはしないかと心配するので、障害者を持つ親は、行政は行政で遠慮しないで要求してもらいたい。福祉ではどうしてもこれだけのことはやりたいんでこれだけのお金がかかると、だからこういうふうに分られるとこの点については事業ができないと、遠慮なく我々の立場や専門家の立場に代わって行政として要求してもらいたいという気持ちだ。

(Ma.M.) 二つの大きなテーマを高橋さんに話していただいてほんとに有り難いと思っている。最初の方についてずっと今まで語られてきたので是非そのところを今日少しまとめておきたい。何が緊急性があって大事なのかという話ですが、このアンケートの中を見てもまだ分かりきっていないのは、日常的なところでいろいろな処置をするという

意味で問題になるのは歯科と眼科と耳鼻科だということ、それから休日・夜間の急に増悪した時に対応してもらえる部分と、入院になった時の付き添いの部分が非常に大きい、というふうに今まとめてよろしいでしょうか。その他にもっとここは是非加えておいた方がいいという意見ございますか。それともう一つは待たさなければいいというわけですが、それは現実にはかなり難しいですね。そうすると防音のあるようなプレイルームみたいなところがあるとか、そういったことでうまくやっているとところが実際あるのかどうか知りたい。それから車で連れてきても障害者をそこにおいていて駐車場に行かなきゃならないのであれば、病院の前に障害者用の車をおけるようにと、そういうスペースはありますよね。それが県内の病院で整備されているかなというところ、群大病院もやっていない。そういうところも考えなきゃならない。そういう意味では早くやれるところからやるということもありましょうし、その重大性というところでもう少し重み付けを教えてください。

(M.K.) 車の中で結構待ってる子どもがいる。診療の近くに車を止めてその中でテープを聞かせながら待ってられる。ただ何時呼ばれるかが分からないから不安になる。親は出たり入ったりする。だからその辺のところのコンタクトで看護婦さんからそろそろ番になりますよということがきちっとあればいいが。

(Ma.M.) それは電話を持っていけばいいわけですね。

(M.K.) 意外と車の中では待ってられる子どもは多いと思う。

(N.S.) スーパーマーケットでは入り口のすぐ側に障害者用で2台くらいのスペースを設けている。それから車の中で待つ時、うちの子どもはこうなんでと看護婦に言っておくと、この人は車で待っていますからと呼びに行くことはできますね。

(M.K.) 待つことはそうすればね。

(N.S.) あとは病院用のPHSで駐車場ぐらいだったら届きますから。

(M.K.) そういうことで解決できるんなら一番手っ取り早い、待ち時間に関しては。

(Ma.M.) 群大病院に提案してみようと思う。

(T.A.) こういうことをやってもらいたいといういろんな条件とかいろいろなものが箇条書きである程度提示していただき、アンケートは非常に参考になった。こういうものを医師会として、もちろん個人の情報とかは守るが、会員に流して会員の自覚、それぞれの対応を求めるということは可能だ。こういう情報は私たちも欲しい。今まで知らなすぎて誠に申し訳なく思う。いい情報、悪い情報いずれも欲しい。今日のこの会は非常に有意義だ。それだけの価値がある。今後ともよろしくお願いしたい。

(Ma.M.) 歯科と似たような障害者の治療のために、眼科とか耳鼻科で自分達が関わってやっていけるという医師のリストというのは県医師会で持っていますか。

(T.A.) そういうのはない。例えば先ほどの最初白衣を着ないで音楽を聴かせて対応している歯科医の話、これは医者個人の資質の問題と思う。そのような行動とか対応をとるか、そういう態度に出るか出ないか、これは資質です。勉強によって修正はできるからこれから色々努力したいと思うが、その点は勘弁して下さい。これから障害者が社会に出られるわけですから、受け入れる側としてもやらなきゃならないと思っている。

(Y.I.) 施設の立場からすると、配慮していただける病院はある。でも連れて行く立場からすると、病院に来られる方は一般の方も具合が悪くて来る。それが後から障害があるからといってさっさと行っちゃうと、一般の人はどうしてって私たち早くから来て待っている

のについてというのがある。必ず病院の方には苦情がいきますよね。そうすると病院の方からそういうのはなんとかしていただきたいという話しが必ずある。それで午前中は混むから午後にしましょうと、そうすると午後から行くのですがやはり騒ぐ人がいる。職員も必ず午後から行けるかといったら行けない場合もあり、やむを得ず午前中に行く。待てない人達は看護婦さんをお願いして車の中で待ってるとか別の場とところで待っていて、順番がきたら呼んでもらうという形を取る。その辺のところはちょっと協力していただければできることだと思う。でも基本的にはそういうことをしないで気兼ねなく過ごせる待てるスペースが必要な気がする。特に大きな病院ではそういうのをつくる補助を行政として出してもらえば確保しやすくなる。当たり前という感覚は僕らも保護者もないが、ノーマライゼーションという観点から普通の人達と障害者の違いを理解し、それを補うようなシステムをつくっていただけないだろうか。そうすると安心して医療にかかることができる。確かに手短なところから始めるのは大事だが、行政にシステムをつくっていただくのが大事じゃないかという気がする。

(Ma.M.) 障害者だけではなく一般の方でも病院にかかる時にかなり具合が悪い人が待っている。その待つ場所で横になりたいとか、そういったスペースを群大病院でもちゃんと用意したくて外来に場所を探したがなかなかなかった。障害者の人達が待ってられるような防音を仕立てた広いスペースがあったらいい。でも改修してそういうものをつくるのは経済的に相当大変。大学病院も独立法人化して黒字でやっていかなければならない。そういう意味では県のいろんな施策が組み合わさればばいいと思う。もう一つは夜間の救急とかが大きそうですね。

(Y.A.) いわゆるハートビル法という国交省の法律の中で、公共施設含め病院や診療所に障害者がアクセスしやすくなるような改善なり改良をすると色々な特典、容積率とか税制上の特典があると盛んに奨励している。別のもので例えば交通バリアフリー法があり、駅にエレベーターつけるのと同じ流れです。医療機関に例えばスロープをつくるとか色々国交省としてやりましょうと。今回の話の中で一番ハード面で難しいのは障害者専門医療施設だと思う。新設しなくても既存の施設に対して、例えば少し行政的な補助によって県内の障害者の受け入れ施設みたいな形でやり、手を挙げる医療機関の一部を改良するとか。SARS の時にも入り口を別にするということがあった。どこかモデル的にスタートしてみてもそれがどう定着するかと考えることはできないだろうかと思う。

(T.H.) この障害者専門の医療設備というのはハード面のことではない。

(Y.A.) そっちの部分もちろんある。

(Ma.M.) ということで話がずいぶん将来の方に向かって膨らんできましたが、残念ながらもう9時を回ってしまいましたのでこの辺で切り上げたい。この話は次に継続させていただきたい。今日は本当にお忙しい中ご出席いただきありがとうございました。(了)

(Y.A.) 6時半になりましたので、これから「群馬県知的障害者の医療を考える会」第三回会合を始めます。最初にお断りいたしますが、座長の三國先生から昨日電話がありまして、一昨日厚労省から研究班会議を立ち上げてほしいという依頼があったため、申し訳ないが欠席するとのことでした。今日は座長がそういうことになりまして誠に申し訳ありません。そのことで昨日県医師会の赤沢会長に座長をお願いできないかと申し上げたところ、快諾して頂きましたので、どうぞご協力の程よろしくお願い申し上げます。前回は8時半をめぐりに終了する予定が、少し議事が伸びまして大変申し訳なかったと思います。今回はきちっとその辺で締めるように努力したいと思います。最初に快く座長をお受け頂きました発起人代表でもある県医師会の赤沢会長よりご挨拶です。

(T.A.) ご紹介賜りました群馬県医師会の赤沢です。本日はただ今網野先生からお話のありましたとおり「群馬県知的障害者の医療を考える会」第三回の会合ということで、皆様にはお忙しい中快くお集まり頂きありがとうございます。発起人の一人として心より感謝いたします。キーマンの群大の三國教授が今日は東京ということで、誰かが司会せねばならんということで私の所へご相談になられたわけですが、誰かがしなきゃならんすれば発起人の一人としても逃げるわけにもいかんということで私がさせて頂くことになった。何分にもよろしくご協力をお願いします。今日は色々関連法案の説明、前回の議事の要約等々がございまして最後に自由討議ということです。前回もこの自由討議が非常に皆さんから活発なご意見を賜りまして、それが時間延長という格好でなかなか三國先生もどこで締めたらいいのやら非常にご苦労なされた。そういう意味で皆さんからの活発なご意見をいただけるのがこの会の最大目標ですし、それが何においてもこの群馬県知的障害者の医療を今後どうしていくかということにつながっていくわけですので、座長が代わったから黙ってたということのないように、よろしくご協力方お願いします。それでは早速業務に入ります。前回の議事の要約ということで、網野先生の方からご説明方お願いします。

(Y.A.) 前回の議事の要約に入ります前に、一人異動された方がございますのでご紹介させていただきます。私の隣でございますが、群馬県知的障害者福祉協会の常務理事かつ事務局長の多賀谷洋様です。

(H.T.) ご紹介を頂きました多賀谷です。今年の1月1付けで群馬県知的障害者福祉協会の常務理事に就任しました。前任者の清水同様どうかよろしくお願い致します。

(Y.A.) 用意した資料は、第三回会合の議事次第、本日の出席者名簿、前回の会議議事録です。それと三番目の議題として関連法案の説明を群馬県の保健福祉職員局にお願いして、その資料が5種類あります。発達障害者支援法、障害者自立支援法案の概要、次期群馬県障害者計画、医療に関するアンケート調査結果(抜粋)、病院・診療所の施設整備等について、それと人に優しい福祉の町づくりという群馬県のパンフレット、この5種類です。前回の議事録は1ヶ月程前に送り、その結果加筆・修正したものです。A4で約30ページくらいになりましたものを、同じ内容の繰り返しとか残すにはそぐわない部分については多少削除して短くした。前回の会議では群馬県手をつなぐ育成会の会員を対象にした医療あるいは医療機関に関する調査の報告をした。その調査の中身から議論が発展していった。その中で保護者の会の方から歯科の問題が一番という話があった。その歯科を巡って色々議論が展開していったが、その歯科に関して、矢野先生から30年前もそういう状況があったという話があった。その時に当時の医師会長さんが県の歯科医師会長さんに働きかけ、そして更に県へという形で今の歯科医師会館ができ、歯科医療センターができたというようなエピソードのご紹介があった。更に議論は障害者の方々が医療機関でなかなか落ち着いて待ってられないとか診療における待ち時間がなかなか辛抱できないという話があった。そういう待ち時間の問題あるいは待合の問題というのが大きいという認識があった。更に入院した場合の付き添い等の負担の問題が大きいという議論もあった。県からは国庫補助ならびに県担の医療等の説明があった。また、前々回のいわゆる施設の入所者の方のアンケート結果とも同じような傾向があったということで、患者の立場から見た要望は出たのではないかと、これからはそういう中身を緊急性や重要性とか



そういう形で絞る必要性があるのではないかという意見があった。また更に議論は進んで歯科・眼科・耳鼻科の受診上の色々な不満のようなものが出てきた。その一方で、そういう不満だけではなくて逆に実際に評判のいいと言いますか、障害者の方が頼りとするそういう医療を行っている実例についてももっと一般化すべきではないだろうかという意見もあった。そういうなかで最後の方で座長の三國先生が4つの問題に総括された。その4つの問題とは、歯科・眼科・耳鼻科の受診上の問題、休日・夜間の受診上の問題、入院時付き添い負担の問題、待合い・待ち時間等の問題です。従って、今回以降はこういう各論の問題を議論していく必要がある。その場合、そういう議論をどういう順番で進めたらいいのか、あるいはどういうふうに進めたらいいのか等々のことがあろうかと思う。またそういう議論の中で、発達障害者支援法という法律が成立し、今国会で障害者自立支援法という法案が上程されている。群馬県にはいわゆる人の優しい福祉の町づくり条例というのがあり、行政として説明する必要があるということで今回この説明を県からして頂くことになった。そういう流れで各論に入っていきたい。おそらく時間が足りないことと思うが、事務局としては厚生労働省から引き続き研究費が頂けることになったので平成17年度も引き続きこういう場を持っていきたい。

(T.A.) ありがとうございます。前回までの色々な議事録のご説明方々、経過について網野さんから話しがあった。非常に活発なご議論の結果の紹介があったわけで、本日もそのような結果が出れば、活発な話し合いが出来れば本当に有り難い。それでは時間の都合もありますので、3番に移りたい。関連法案等の説明について群馬県の方からよろしくご説明方お願い致します。

(S.S.) 議題3番の関連法案等の説明をさせていただきます。その前に宮下理事、医務課長等本来参加しなければいけないのですが、本日は人事異動の内示があって大変混乱しており、なかなか出てこられないという状況です。網野先生との話し合いの中で24日なら大丈夫とふんでいたもんですから、だいぶ混乱致しまして出席者が少なく大変申し訳ない。まず1番目は発達障害者支援法についてです。背景について、この自閉症等の発達障害者の方々への支援は、これまで知的障害を伴う方については知的障害者の福祉法というものがあり、これに基づく福祉サービスが提供されてきた。これ以外の方については発達障害の特性に基づいた支援体制は必ずしも十分でなく、障害者政策の谷間に置かれていた。本人あるいは保護者の方からは様々な困難を訴える声があがっていた。このような背景の元で昨年12月3日に超党派による議員立法、発達障害者支援法が成立した。目的は、発達障害者に対する国民の理解を促すとともに発達障害者に対する包括的な支援体制の構築を図ることにある。目的について、発達障害者には症状の発現をできるだけ早期の発達支援が特に必要であるということから発達障害を早期に発見して発達支援を行うことに関する国、地方公共団体の責務を明記し、学校教育における支援とか就労の支援を定めて発達障害者の自立及び社会参加に資するようにその生活全般にわたる支援を図るというもの。定義について、法律では発達障害とは自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその障害が通常低年齢に発現するものとして政令で定めるものとなっていて、法律の主旨からしてなるべく広い範囲で定めていこうという動きがある。国や地方公共団体の責務もある。具体的な政策としては、発達障害の早期発見、早期の発達支援、保育・教育における適切な配慮・支援、放課後の児童健全育成事業(学童保育)の利用への配慮、就労支援、地域での生活支援などです。都道府県の取り組みは発達支援センターを指定するもので、現在自閉症の発達障害者支援センターが全国で20カ所ある。厚生労働省は予算を17年度かなり増やしており、政令都市と都道府県を含めた60自治体に必ず1カ所このセンターを指定するという方向で動いている。もう一つ都道府県の責務として専門的な医療機関の確保もある。施行日はこの4月1日です。県は16年度から自閉症児(者)療育体制整備推進事業にすでに取り組んでいる。法が成立したわけなので17年度からこの自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害者以外に注意欠陥多動性障害、学習障害などにまで対象を広げたいと考えている。具体的には保健予防課が行うが、早期発見のための政策を17年度は実施していきたい。一番下の参考の表は文部科学省が行った調査で、だいた

い6.3%くらいに行動面あるいは学習面に困難があるものがいて、そのほとんどが脳の機能障害によるという調査結果です。発達障害者支援法は以上です。続きまして発達障害者自立支援法の概要です。これは前回ちょっとお話ししましたが、厚生労働省が改革のグランドデザイン案というのを昨年の12月に出した。支援費制度は15年度から導入されたが、それまでは措置費という体系だった。この実は支援費制度というのは非常にある意味ではいい制度であったと思うが、いわゆるサービスの利用というのが青天井という感じだった。その辺に規制がなかったために支援費制度が始まった時にホームヘルプが非常に伸びて、国の方で初年度もうすでに128億円の財源が不足した。16年度は250億円を越えるだろうと予測され、そういった中でたまたま介護保険法の改正があり、介護保険法の改正が2月8日に国会に提案されているが、この議論の中で支援費と介護保険の統合というような議論が出てきた。その議論の過程の中で先ほどの改革のグランドデザイン案が出てきたわけです。いずれにしてもその介護保険法との統合については今回は統合はしないという結論が出た。ただ今出ております介護保険法の改正法案をみますと、附則の2条で介護保険の被保険者それから対象者ですね、これの範囲については平成21年度をめぐりに何らかの措置を講ずるという附則が設けられた。そういったものが一つあってこの改革のグランドデザイン案を元にこの障害者の自立支援法案が出てきた。これが2月10日に国会に提案された。おおざっぱに言いますと介護保険に近づけるというのが前回の主旨ですが、やはり財源不足のため、制度を安定的に運営していくために介護保険と同じですが1割負担という考えを導入していく、大まかに言いますとそういうことです。改革の狙いというのは、一つは障害者の福祉サービスの一元化で、今まで支援費は身体障害と知的障害が対象で精神障害が外れていた。そうした障害の種別や事業についてはまだ措置費が生きていてそういった年齢別でも色々個別法によってサービスが提供されてきた、これを一本化しようというのが一番の主旨です。次に、もっと働ける社会へということで、要するに一般就労への移行を目的とした事業を創生する、障害者の働ける社会を作るために福祉側から応援をしていこうというものです。サービスの提供主体も今後市町村に一元化するという意味もある。次に、地域の限られた社会資源を活用できるような規制緩和です。いわゆる老人施設でも柔軟に考えて小規模多様化という概念を取り入れてなるべくその市町村が地域の実情に応じて取り組んでいけるよう身近なところでサービスが利用できるように努力しましょう、規制を緩和しましょうということです。ここに一例として空き教室や空き店舗の活用というのがある。今までは社会福祉法人でなければ出来なかったような施設、特に通所系はNPO法人でも経営できるようにするというようなことを前提にしている。4番目として、公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化明確化ということです。要するに今まで支援費制度というのは市町村が決定していたので、介護保険みたいにケアマネジメントという概念がなかった。従って今後はサービスの決定についてはケアマネジメント制度を導入していくと。支給決定につきましては審査会で決定していくと、こういうことを想定している。5番目ですが、増大する福祉サービス等の費用をみんなで負担し支え合う仕組みの強化です。1割負担、あるいは入所型施設での食費等の実費負担や光熱水費の負担、施設によっては個室でなければならないものもあるが、それは例外だが、それ以外の施設では個室利用料という負担を求めるものです。それから利用者に対して負担を求めていく代わりとして、国・都道府県の財政責任が明確化されます。裏に行くと法案の概要ですが、まず対象者を広げて一元化するという。給付の内容は、大きく分けますと介護給付費ですが、これはホームヘルプサービス、ショートステイ、入所施設が該当します。訓練等給付費はリハビリ等の自立訓練あるいは就労移行支援等の訓練等の給付費です。それからもう一つ自立支援医療、今行っている公費負担医療のことです。これらが給付の内容です。手続きについては市町村に一元化していくということで、市町村は費用の100分の90を支給し、1割負担というのが出てくるわけです。次に、地域生活支援事業というのが新たに設けられ、市町村又は都道府県が行う。先ほど国と都道府県の負担の義務化という話があったが、負担が義務化されるのは介護や訓練等の給付です。地域生活支援事業は必ず行わなきゃならないが、この部分は都道府県については補助金という形になっている。これは従来の相談支援、移動支援、日常生活用具の給付、手

話通訳の派遣がこの地域生活事業という範疇に入ってくる。次に障害福祉計画ですが、やはり介護保険の手法と同じで要するに障害者計画というのがある。この障害福祉計画は障害者計画の一部です。この障害福祉計画はどのようなものかということ、まず市町村から必要なサービス量をこの計画で決めていく。市町村ごとにこの福祉計画がつけられてそれを集約・整理したものが都道府県の福祉計画になる。その都道府県の福祉計画が集約・整理したものが国の福祉計画になるという仕組みです。次は先程申し上げました費用負担の話で、ここで都道府県の義務負担、国の義務負担についての話が出てくる。その他で利用者負担が出てくるが、かなり低所得層も多いというような実状もあり、当面は色々な減額措置を設けてなるべく利用者の負担を軽減するというような努力をすることです。施行期日については3段階に分かれていて、まず最初に動くのが今年の10月です。10月にいわゆるその公費負担医療の規定が動きます。ここにやはり1割負担という概念が導入されてくる。2番目としては平成18年の1月に動く部分で、この改正の主体部分が動きます。新たな利用手続き、利用者負担の見直し、国や県の義務負担化、要するに障害福祉サービス関係のものです。最後は来年の10月ですが、今の施設体系を見直すあるいは事業体系を見直すというのがある。これは大きく言いますとなるべくその入所から地域へという動きがある。従来の入所施設でも夜は入所と、昼はなるべく日中活動、授産活動、就業訓練とかそういう活動に移すという考え方があり、従来の施設だとか色々な事業体系の見直しがあってそれが来年の10月に動くということです。いずれにしてもこの障害者自立法というのは今までの障害福祉のサービスを大きく変えるものなので、県としては法律ではあるがなるべく利用者、障害者本位の制度となるように今後努力していきたい。この法案の本格的な審議は5月の連休明け頃だと言われている。本格審議に入るとまた色々な議論が出てくると思うので、動きを注意深く見守っていきたい。以上が法律・法案の関係です。次に、「人にやさしい福祉のまちづくり条例」です。(パンフレット参照)この条例は15年の4月1日に一部施行されたが、ソフト部分とハード部分がある。ソフト部分については教育の問題等が記載されている。見開きすると人に優しい福祉の街づくり条例の特徴が出てくる。ユニバーサルデザインの考え方を広く導入し、人の心や意識の問題を見つめ、NPO、ボランティアと共同で地域社会づくりをしている。ソフト部分は15年の4月1日、それから昨年16年の4月1日にハード部分が施行した。施設等の整備の概要がハード部分です。お手元のペーパーは病院診療所の施設整備等に限ったものです。条例のパンフレットの一番後ろの施設等整備の概要と一緒に見て頂きたいのですが、このパンフレットの中頃からちょっと下に白抜きで生活関連施設それから特定生活関連施設というのがあります。特定生活関連施設というのは、この左側の生活関連施設の中で特に基準に該当する設備が必要なものと位置づけられて届け出が必要になるものです。建物の種類によっては延べ面積が300平米以上、あるいは2000平米以上でなければ特定生活関連施設にならないものがあるが、病院とか診療所は規模に関わらず全てを特定生活関連施設と位置づけている。従って、そういう建物を新築あるいは増改築する際には施行規則の整備基準に適合させるように努めて頂くということです。さらに新築等の場合にはあらかじめ知事に届け出をしてくださいというものです。これともう一ついわゆるハートビル法というのがあります。正確には「高齢者・身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進にかかる法律」という非常に長い名前の法律で、略称でハートビル法と言っている。2000平米以上の建物は特別特定建築物として色々な整備基準がある。所管は県でいうと昔の土木部で、今は県土整備局です。建築確認の申請時にこのハートビル法の審査がある。それと同時に条例の届け出も一緒に出して頂くということです。ただ条例の審査の方は保健福祉事務所でやっている。条例による具体的な整備基準はこのペーパーの真ん中以下に書いてあるが、廊下、階段、案内板、駐車場、傾斜路、出入り口、トイレ、昇降機、避難誘導設備というように色々な部分で基準が定まっているので、病院・診療所を新築なさる場合にはこういった点にご配慮をいただければ有り難い。次に、次期群馬県障害者計画策定のための医療に関するアンケート調査(結果)です。これは前回もちょっとお話ししましたが、群馬県の障害者計画、バリアフリー群馬障害者プラン2が17年に計画期間が切れまします。従って17年度の1年かけまして新しい障害者計画をつくる必要がある。それに先立

って新しい計画のために色々なアンケート調査を行った。身体障害者については県内の手帳の所持者1000名、知的障害者については療育手帳所有者600名、精神障害者の調査については精神保健福祉施設の利用者等600名、難病患者については特定疾患医療給付の受給者300名、一般県民1000名を対象に調査を実施した。その結果概要のうちの医療に関する部分です。まず治療の状況ですが、これは実は障害者ためのものですので一般県民は除いてある。調査していない。身体障害者以下難病患者までであるが、知的障害者で治療を受けている方の割合が56.7%、他と比べますとちょっと低い。治療の形態ですが、これはほとんどが通院ということだが、知的障害者は15.7%の人が施設の嘱託医による治療を受けている。また、難病患者は入院治療が11.3%です。治療を受けている診療科目ですが、これは複数回答だが当然の如く精神科・神経科49.2%と最も多い状況です。次に多いのは内科、それから歯科、小児科と続いている。裏には今日のテーマにも関わってくる問題ですが、治療を受ける際に困ることが調査されている。ただ誤解をして頂きたくはないのですが、特に困ったことはないと言っている人の方が多いんですね。特に困ったことはないと言っている人は身体障害37.4%、知的障害で37.9%、精神障害が37.0%、難病患者が23.9%です。ただ、じゃあ困った時はどんなことがあるかという、ここに書かれているこの表です。やはり一番傾向が見れるのは身体障害者の2番目、知的障害者の1番、精神障害者の1番、難病患者の2番ということで、自分の持つ障害のために自覚症状等がうまく伝わらなくて困ると回答している。もう一つ特徴的なのは身体障害者の3位、知的障害者の3位、知的障害者も3位ですね。それから難病患者で1位ですが障害が理由で病気の診療や歯科診療が受けにくいと、これがやはり多く掲げられている。後は難病患者以外では身体障害の5位、知的障害の4位、精神障害の2位で医療機関のスタッフが障害に関する理解や意識が薄いというものもある。その他医療機関までの通院手段が確保しにくいなどがある。こんな傾向が出ていますが、参考までに今日お持ちした次第です。私の方からは以上です。

(Y.A.) 今のアンケートの知的障害者の部分で、知的障害について答えた方はどなたでしょうか。

(S.S.) 属性を申し上げますと、年寄りが多かった。平均年齢は身体障害者でお答え頂いた平均年齢が64.6歳、知的障害者は32.2歳、精神障害者が44.6歳、難病患者が68.1歳です。

(Y.A.) ご本人か保護者ですか、あるいは施設でケアしている人がやったのか、アンケートをお答えになったのはどなたか。

(S.S.) 数字は出ていないが、おそらく知的障害の場合は保護者の方と理解頂いていい。

(Y.A.) それともう一点いいですか。さっき施設整備の話で、病院等が新築する時には届けなさいという話がありましたが、病院が例えばスロープをつくるか障害者用の駐車場とか諸々配慮しなきゃならない部分をつくらうとした時に何らかの助成措置みたいなものはあるのですか。

(S.S.) いやそれはない。中小企業の場合は制度融資の中で条例の特別枠というのが出来ている。条例の整備基準に適合させる部分については限度額を引き上げたり利率を下げたりしている。中小企業に対してはそういう措置があるが、制度融資というものは中小企業が対象なものですから、なかなか。

(Y.A.) 今後県として障害者医療を進めていこうとする時に、例えば群馬県内の医療機関が障害者を対象にした部屋等を確保したいが助成してもらえないかという話があった時、県としてはその辺はどういうお考えを持っていますか。

(S.S.) ざっくりばらんに申しましてこの条例にはハード部分とソフト部分がある。ハード部分はあくまでもその目標で、今後こういう方向で施設整備をなるべくしてくださいということでお示ししている。ですから基準に適合したやつは適合証というのがご希望であればお配りしているんですが、今まで4件交付している。

(Y.A.) それは申請されてですか。

(S.S.) 相手に申請して頂いて今まで4件交付している。ただ県としてはやはり施設整備というのはお金がかかる問題なので、助成制度が必要じゃないかというような話もある