

わけですよ。ですからそこまで県は強要はしないといいますが、あくまでも目標であるというふうに考えています。ハートビル法には強制力があるが、条例の対象はハートビル法と同じで、それにハートビルの基準に県で上乘せしているといったのが体系である。むしろ条例はソフト部分を重視している。この3月から5月まで車椅子駐車場のキャンペーンというのをやっている。実は健常者が車を車椅子用の駐車場に止めてしまう。というのは、一番いいところにあるからですが、そこを空けておきましょうというキャンペーンをやっている。そういう部分とかあるいはNPOとかの街づくりの活動に補助金を出して応援していくとか、あるいはDVDをつくって小中学校に配って教育に活用してもらおうと。そういうふうにどちらかというソフト重視でやっている。ハードは本当にお金のかかる問題なのでなかなかこれでやってくださいと言っても簡単に出来る問題ではないと考えている。

(Y.A.) 私ばかり聞いて申し訳ないですが、そのマル適マークというのは県がつくっているものですか。

(S.S.) 適応証というのは県産材で作りまして非常に金をかけている。これくらいの大きさですが、デザインを公募して、背景には昔の群馬県の県章の上毛三山を表した三角形みたいな形の中にその公募で一番のデザインが入っている。

(Y.A.) その4つの医療機関がそれを。

(S.S.) いや4つの医療機関ではないです。医療機関はないんですよ実は。

(Y.A.) まだ、どこも。

(S.S.) いや出てきているのですが、まだ適合しているかどうかは。

(Y.A.) まだそこまで言っていないということですか。

(S.S.) はい、ちなみに1号が伊勢崎市の公園です。市が作りました伊勢崎市民病院の北側につくった西部公園で、あそこはバリアフリーになっている。そこが第1号。第2号も伊勢崎の福祉作業所です。それから3号、4号は民間の施設でいずれも太田市です。

(Y.A.) 仮にどこかの医療機関がそういう発想で施設を改築してそのマル適マークを受けた時に、その病院の玄関にどんとそれを貼るなりしてそういうマークがあるところは障害者の方はかかりやすいのかな、それはソフト面は含まれるのですか。

(S.S.) いいえ、そのマークはあくまでもハードです。ハードの基準に合致してればいいということです。

(Y.A.) そこにソフト面も含めてそういうようなマル適マークがあると、そこへ行けばいいということになるといいのかなと思うのですが。

(S.S.) そういう制度は医療機関からのご理解を頂ければ、協力医療機関でしょうか、そういうのがあればそういうステッカーみたいなものをつくってそれを貼って頂くというやり方も一つあると思いますけれども。

(Y.A.) 群馬県歯科医師会さんの方はそういう協力医という手上げ方式という話ですよ。だから例えば障害者歯科医療について協力する、歯科医師会からのマル適マークのようなものについてはどうですか。

(K.Y.) 名簿だけは出していますが、ただそのマル適マークを出すというのが歯科医師会で出すのは簡単ですが、それに関してどこまで我々がバックアップできるか、教育等も含めて。手上げ方式ですから、この前もお話しあったとおり色々ありますよね、そのランクって言ったらなんですよけれども。なので名簿としては出していますがステッカーとしてはまだ今のところは。どうせやるのであれば県行政の協力も頂いて、そういうお墨付きがあるようなそういう試験を受けるなり、講習も毎年受けなきゃ行けないとかそういうハードルを設けない限りは、我々だけで出したんでは少し考える所があるかなと思っている。

(Y.A.) 歯科医師会の中でそういう議論があるんですか。

(K.Y.) あることはあります。県行政とも交えて議論はあるのですが、今日橋本医務課長がいらっしゃらないので。議論はあるのですが、そこから先がなかなか。

(S.S.) でも一つの策ですよ。

(T.A.) もしただいまの説明その他に関連して何かご質問等々あれば、せっかくの機会です。しかし実際問題として我々もそんな事言っちゃ失礼だけれども、怠慢と言えば怠慢なのだろうけど、今こうやって説明されるとああそうかなと意外と知らないというかな。

(H.H.) 今は病院なんかランク付けで資格が取れるようになりますと、日赤なんか取っているとありますが、ああいうのは全然関係ないって言ったら関係ないのかな。

(M.M.) 機能評価という話ですね。あれにはそういうハードの部分もソフトも含めてそういう施設があるかといういくつかの項目に分かれて、それが悪いと受からないわけですが、直すべき所は直しますがただ基本的な大きく駄目な所をすぐに直せて言われてもお金もかかりますし、直せません。慌ててちょっと段の所を埋めたり、十分でないけど何とか対応をするようにはどの施設もやっていると。車椅子で来て動けないということはないですが、立て直しとか増改築の機会じゃないとなかなか。特に当院はもう35年くらい経っているしその当時まだ考え方があまりなかった頃です。できていない所もありますし、やはり普段余裕があればちょっとお金かけてそういうふうにするという理由がないとすれば疎かになることはある。特にこういう法律が出来ますと法律に合っていなければその適応証は出ませんから、こういうのをどんどんつくればそういうふうにならざるを得ないと思う。機能評価というのはいくらみんな自分達の施設のプライドみたいな所があっても、競争で今やっていますのでこれを取ったからって市場でそんなに有利なことはないのですが、一つの社会に対する責任として一所懸命やっていますので、その中に徹底して入っていけばそういうふうに進んでゆくと。思います。

(T.Y.) 下城さん、この病院・診療所の施設・整備には病室の広さがありますね。1ベッド当たり6.4平米以上という。これは非常に大事なことでそれを忘れちゃいけないです。日本の医療機関ではいつも病室の広さで問題になるところです。

(K.Y.) 行政からのアンケートに関して、この前2月の末ですか3月でしたか、障害政策課の方でアンケート取ったように記憶がありますが、その時の資料は各歯科医療機関ばかりでなく開業医とかその辺でアンケート取ったって…。

(S.S.) それは自閉症の関係なので…。

(A.I.) 今まで全部集約されていないが、当面は本人と歯科の関係で調査させて頂くと言う事で取り組んでますけれども。

(K.Y.) 他の科でもあるというふうには伺ったんですが。

(S.S.) 今後は歯科以外の部分についてやる予定で、今年度は歯科を中心にやらせていただいた。

(K.Y.) 歯科だけだったんですか…。

(A.I.) また歯科医師会、医師会ともご相談をさせて頂きながらそれから…。

(K.Y.) てっきり出ていると思っていたので。他の科のことを知りたかったので…。

(A.I.) 一応分析等が終わってからまた先生の方にと。まだ50%くらいの回収率ですので、また先生の所にまとめて報告したいと思っています。

(T.A.) 今のことで高橋さん、加藤さん何かご意見というかご注文というか…。

(K.T.) ちょっと聞きたい事があるのですが…。

(T.A.) はい、どうぞどうぞ。

(K.T.) 障害者自立支援法案で、一元化や企業負担や基準の透明化や費用の公平性という言葉は大変結構なことなのだけれども、聞きたいことは、基準が決められますよね、どっかで。それがケアマネージメント、ケアマネージャー等が中心にあるんですかそれとも審査会ができてそれが中心になるんですか。

(S.S.) いや、ですからですね、いわゆるケアマネージメントの手法を導入するわけです。仰るとおり程度区分というものをまず決めます。程度区分に応じてサービス量が決まってくると思う。上限というのが決まってくると思う。いやまず程度区分というものを設けると思う。程度区分です。介護保険で言いますと、要介護1とか2とかありますよね、ああいった程度区分をまず決めるんですよね、その程度区分に応じたサービス量の上限というものがおそらく決まってくると思う。

(K.T.) その程度区分に応じたサービス量が決まってくるんですよね。

(S.S.) ええ、上限がおそらく決まってくると思うんですよね、その範囲内でケアマネージャーみたいなまあ事業者がやる場合もあると思うんですけれどもケアマネージャーがその中でこうサービス量と種類を決めると。

(K.T.) そうすると今言ったことは施設の中でも執り行われるのですか。

(S.S.) そうですね。

(K.T.) そう、そうすると施設の中にはその程度区分で段階がつくわけですか。

(A.I.) 具体的な部分はまだで、省令とかで決まってくるので…。

(T.Y.) それはそうなんだけれども、グランドデザインは各論についてはまだはっきりしていない。

(A.I.) 例えば障害程度区分を今で言えば市町村が勘案事項という形で聞き取りをしていますが、市町村がやる場合さきに出ました指定相談支援事業者というのがいて、そこがやるものも含めて、一次判定をおそらく市町村がすると思います。それは例えば施設に入ったら入ったで終わるんだと思うんですね。

(T.Y.) そこへいくまでの間にそのケアマネージャーは高齢者の訓練しか受けてない。障害者は全く違う。だから再教育しなくちゃいけない。スタートするためにはケアマネージャーの再教育が必要で、でないと障害者の格付けができない。

(S.S.) そうですね。県の方は実は支援費の時からケアマネージメントの研修は行っているんです。

(T.Y.) いやあまりやってないんじゃないか。

(S.S.) いや、もうやっておりますので、今まで。

(T.Y.) あ、そう、障害者に対して。

(S.S.) 県は問題意識を持っています。ケアマネの手法がなかったもんですから。

(T.Y.) どのくらい人数が出ていますか。

(A.I.) 今新規研修とスキルアップ研修をやっておりますが、数はちょっと手持ちにありません。

(T.Y.) 県の依頼を受けてうちなんか講習会をやったことがありますけど、だんだん人数は増えてきてそんな人数じゃないですね。

(S.S.) 先生の仰るとおりでこれからやってかないと対応できない。それが実状です。

(K.T.) 素人的に考えるとそういうことで程度がこう段階的にと、そうするとサービスの業務も段階的に、そうすると費用も段階的にと。そういうグランドデザインの図表の説明を見たことがあるんですよ、こういうふうになるだろうと。図表の説明は…。

(S.S.) うん、ありますね。

(K.T.) そういうふうになった場合に、同じ施設の中で色々の段階の人がいて、またそれぞれサービスが違ってそれを面倒見るなんてことはできるのでしょうかと心配するわけ、素人的な考え方だと。

(S.S.) いや、もちろんそういう心配はあると思うんですよ。

(K.T.) そんなに細かく分けてさ、それで実際にできるのですか具体的に。

(S.S.) ですから先程申し上げましたけれども日中活動と夜を分けろという話でしょう。

(K.T.) 素人でもそういう心配が考えられるから、国がこうだよああだよと言ってきて今それを聞いたり意見を言ったりする段階なんだよねえ。従ってそういう段階のうちにこういう問題意識があるよと、今みたいにそんなに細かく一つの施設の中に具体的にそれを分けて面倒見ることができるのかという、そういう具体的な問題点を掴んでその決めている過程の会議に、行政として上に持ち上げなきゃ駄目じゃないですか。

(S.S.) いやそれはやっていますよ。厚生労働省は定期的に今会議開いていますから。

(K.T.) そういうことに窮々とするのではなくて、むしろ先取りをしてこういう問題点があるよああいう問題点があるよというのを行政上部に進言しているのですか。そういう点については矢野先生なんか専門家であり現場にいるからよくわかると思うんですけど。

(T.Y.) 我々の団体では厚労省の意見を聞いてね、さらに進言をしているけれども自立支援法の具体的な各論はまだ出ていないんです。また厚労省は我々のところにこの案ではどうだろうと持ってきたものを公表していいのかなと思って公表したところ、公表しないでというんで慌てて次は違う案を持ってきたり、厚労省そのものが今揺れ動いていて団体を聞きながら考えてる最中ということですね。県から持ち上げるというよりも厚労省から降りてきたものをモディファイする、県から持ち上げるのはちょっと無理ですよ。

(S.S.) ただ県もですね意見を言う機会はありません、グランドデザイン案の提示から何回か県を集めた会議で当然言っております。

(T.Y.) ただ今のところの案はね、その入所者についてもケアマネージャーの制度を一応やろうかとしているわけでその案が出てきている。例えば私どもの重症心身障害の施設の場合は医療的な病室と福祉的な病棟と分けるという案が出ています。それは当然福祉的なものになってくると当然ケアマネージャーが動いてくるということになりますね。それから厚生省のグランドデザインにあるように昼間の訓練と夜とを分けようということが出ています。当然個人負担もグレードによって異なる。そうなるかもしれないね。

(A.I.) 今先生が仰ったように元々厚労省が今示しているのは、例えば複数の色々の種別の支援をしなきゃいけない場合とか、例えば施設から地域に出るとかそういった人達についてサービスの利用計画をつくらうといったことが元々あったのですが、先生が仰るようなご意見も確かに今あるようですし、県知事会としてももっと多くのからその利用計画ができるように県知事会としても申し入れたという話も聞いております。

(T.Y.) ただこの場合と発達障害の支援法とはちょっとまた違うかも知れません。

(S.S.) そうですね、発達障害者の方はむしろ理念法という位置づけがございます。

(T.Y.) 高機能の自閉症がいるわけだからね。自閉症の中でも7、8割は知的障害があるかもしれないけれども、あと2、3割は高機能がいますからね。

(S.S.) それと問題なのはこの自立支援法の対象者に発達障害者は入っていないんですね。ですから厚生労働省もその法案の骨格というのを示しているのですが、こういうこと言っただけでは申し訳ないですが、国会の審議によっては変更もありうるというように書いてあるんですよ。

(T.Y.) だからこれ大変ですよ。

(S.S.) 大変な問題ですよ、だからこれから本格審議に入ったらですね、相当問題は出てくると思いますね。

(T.Y.) 同じ広汎性発達障害の子供達であっても、知的障害があるかないかという二つに分けられないんです。移行型がある。IQが120~130ある広汎性発達障害もあるかと思えば90位もあって、将来は100以降あるいはまた下がってくる可能性の子どもたちがいるわけですからね。これは教育の現場だって大変ですよ。

(S.S.) それと発達障害にはプロはいないんですよ。

(T.Y.) そうなんです。

(S.S.) 人材不足ということでこの法案ができたのですが、そこがかなり問題になって…。

(T.Y.) むしろ小児科の方が一所懸命に熱心にやっているくらいで精神科がどうも…。

(S.S.) 専門家の方がいらっしゃるんですよ。

(T.Y.) まあ何人かいますけれどもね。

(S.S.) 個別に対応して頂いている方はいらっしゃるんです。ですが、専門家となりますとですね、非常に数が少ない…。

(M.K..) 今障害者のケアマネージャーの研修をやっているって言っていましたがけれども、実際その施設の中に入って研修しているんですか。

(I.K.) ケアマネは3・4年前に、太田とそれから翌年に伊勢崎でたしか研究会みたいなことをやったそのメンバーになったことがある。その成果は上がってきてないんですか、県の方に。

(S.S.) ですからその時に多分ですね、受けた方はさきにスキルアップと言ってましたけれどもそういう研修もやっています。

(I.K.) その時は在宅の人達で…。かなり広範な人達が集まってこの細かなマネジメントやったんですけども、膨大な書類の量になって…。

(M.K..) 保護者の立場から言いますとね、こういうものをみてこうなんだああなんだじゃないんです。やっぱり障害者というのは一人一人全部違います。だから現場で研修してもらわなければ、ランクは付けられないんですよ本当のことを言って。一見この子は軽いなあと思ったってすごく大変な子がいるわけです。黙って言葉が一つもでないけれども、黙々と仕事をしてちゃんと人の言うことを聞いて、喋らないがために重度だっただけで見られることもすごくあるわけです。何でも受け答えがスムーズにつくとこの子は軽いねって、だ

けど実際は軽くはない。保護者や指導員から見ると、喋れることによってその障害の妨げになる子がいっぱいいる。ですから私が一番お願いしたいことは、この障害者も老人もある程度寝たきりです。右反射しません左反射しませんっていうふうにある程度ランクは1～5まで付けられるっていうふうに言うけれど、障害者はランク付けしたらそれこそいくつあっても足りない位ランクができると思う。その中で軽度、中度、重度の3段階くらいに決められてそれで金額が決まってくるわけですよ。ケアマネージャーや市町村の職員によってそれが決められるってことは、その子どもを抱えた親が納得できるものであればいいです。でもそれが納得できなければ大変な問題だと思う。ですからケアマネージャーを研修するのであれば全て入所施設には1週間泊まりこんで、子ども達の現状を見てもらいたい。通所施設だったら3週間くらいは毎日そこへ行って子どもさんの状態をしっかりと見てから判定をしていただきたい。

(T.Y.) 同感ですね。

(M.K.) ええそれをしないとこれからお金を出していくわけですから我々はみんな。お金を出してくると今までは本当にありがたいことに税金でまかなわれて、ほとんど取得のない人は出さずに受けていたから言いたいことも言わなかったです。まあしょうがないだろうって。だけどこれから1割負担になれば、親も当然いろんなことを言ってきます。施設なり職員に対してそれなりにきちんとした受け入れ体制で、この子にはどういう支援をしてやったらいいだろうかと勉強してもらわなきゃならないわけですよ。十把一絡げに全部この子はこういうことをやっていけばいいという時代ではないですよ。お金を出して見てもらっているの親はそれなりの希望を出します。だからその辺の方から施設側にもきちんとした指導をして頂きたい。これからは今まで通りではいけませんよと、保護者もちゃんとお金を出して支援をってもらうわけですからそれなりの指導をきちんとやってくださいと言って頂きたい。これはいろんな方からそういうことをきちんとお話ししてくださいと頼まれて今日来ました。

(S.S.) こういうことが出てきたというのは、群馬県では目立った事例はないが、特に東京とか大都会に多いんだそうですが、要するに市町村が決めていたものですからその事業者のいいなりで決めちゃうという傾向がだいぶある。ですから、果たして24時間のケアが必要なのか、そういういろんな疑問点も出てきていることも事実です。そういう悪い面も一つある訳だからその辺の客観性を図ろうということだと思う。仰る通り障害はそんな一人一人違う割り切れるものではないですから。どういう程度かを決めるのは非常に難しい問題だと思います正直な話。それと果たして市町村で対応できるのかと。市町村には失礼ですけれども。ただ正直に申し上げまして県は一番それを不安に…。そんなこと言うと市町村の方に怒られちゃうから申し訳ないんですけど。群馬県は市町村の障害者計画の策定率が全国でもピリの方で…。そんな状態の中で市町村側としてできるのかという不安があります。

(I.K.) 発達障害とアスペルガーの問題は先程ちょっと出ていたのですが、これは本当に心が痛い、精神科では特に。症例自体もそれほどなかったが、ここ数年ぼつぼつ出てきた。知的障害者の更正相談所にも時々来るが、知的障害がないものですから、知的障害福祉を適用できなくて障害年金の診断書なんかここで書く訳にいかないの、アスペルガー広汎性発達障害の人は別の診療所で私が書いたりしているが、診断基準が年金診断書なんか見えていますと、知的障害があるのに広汎性発達障害が出てきてしまう場合があるしなかなか統一ができていない。きちんと診断できる精神科のドクターはいないから。

(S.S.) 県も支援センターというのを2、3年のうちに立ち上げなければならない。その場合にどこをお願いするのか、お願いするところがなきゃ県が自前でやらなきゃならない。17年度はそういう議論もしていかななくてはならないと考えています。厚生労働省もそれを認識をしまして、これから検証をしようと言ってますが果たして間に合うかどうかよく分からない。いずれにしてもそういう問題がありますね。

(I.K.) むしろだから心理判定員の方が分かったり…。精神科の医者の方が音痴かもしれない。

(S.S.) 非常にその辺が悩ましいところなんですけれども。

(M.K..) 山脇先生、先程障害者の歯科協力医の名簿ができていとおっしゃっていましたよね。その名簿はどちらにあるのですか。

(K.Y.) 群馬県歯科医師会の方へ言ってくださればあります。この前には障害政策課の方にお渡ししました。いくらでも出します。

(M.K..) はい、分かりました。

(T.A..) 今までの所で何かご追加ご発言ございますか。そろそろ自由討議へ進みたいと思います。どこからでもいいんですけども一応順番をとって参りましょうか。何か実際日常の中で問題となるようなことがありましたらご発言頂きたいと思います。4つに分かれておりますが、全般的に渡っても結構ですのでどうぞご発言頂ければ有り難い。

(Y.A.) 横にいて誠に申し訳ないですが、赤沢先生が耳鼻科医ということ承知の上でお聞きしたいのですが、歯科・眼科・耳鼻科の具体的な名前が挙がって先生ご自身診療をずっとなさってきて、耳鼻科の問題が話題になったということについてはどういうふうに感じておられるのか。自分がやってきた限り耳鼻科が問題になるとはとても思えないと感じられたのか、そういうこともあるかなあと感じられたのか。誠に失礼ですが…。

(T.A..) 私も30数年自分で診療所をやってみて、丁度そういう患者さんがいらっしやらなかった。色んな方がいらっしやることは事実ですが、特別診療所でトラブって問題になったことはない…。ですから第2回の時にもお話し申し上げましたが、やはりその診療所の資質の問題があるんじゃないか、そんな気がします。

(T.Y.) 必ず耳鼻科にしる眼科にしる歯科でもそうですが、必ず患者さんの方でアポイントをした方がいい。そして何月何日にね、こういう症状だけと言っていいかどうかということ先生に話してごらん。大概の先生は親切に診てくれるし、時間を指定してくれると思う。これは日赤だって国立高崎だって当然そういう対応をしてくれないと困るのだから。いきなり行って態度が悪かったらケンカして分かれて帰ってくるよりしようがないが、患者さんの方もそれだけ迷惑をかける患者さんもいる訳ですから、それはとても申し訳ないなというマイナスの思考を持つことは必要ないけど。親としてはやるべきことをですね…。一番歯科なんか大変ですよ。もう2、3人で押さえて…。

(K.Y.) 本当に矢野先生はご自分の診療室で知って東京から呼び出されたので、先生に勉強会で発表していただいたのですが、歯科の場合患者さんが混む時間が例えば5時以降とか会社帰りの方が来る時間に、例えば障害を持った方のお母さんがヒョロっと連れてきていただく待合室でばっさばっさとなるところにこうばっさばっさなると、先生の方もちょっと気がいらだつというのがないと言い切れないと思う。僕は診ている施設の患者が一番暇な時間だと自分で認識しているのですが、毎週火曜日の11時頃から来て頂いてます、5～6人。近所にある入所施設ですが、待合室で一生懸命遊んでますけれども中には暴れてどうしようもないのは群馬県の歯科医師会のセンターの方に紹介します。でもあそこの施設もできて16年になるので最初の頃からもう診させていただいているので、だいたいの入所の人達は顔なじみになっています。よそでなんで暴れるんだろうと思うような方が結構います。うちに来ると本当にお友達みたいで…。

(T.Y.) かかりつけ医をつくっておくと有利ですよ、それは小児科の先生だって歯科だってみんなそうですよね。

(K.Y.) 診療所で遊んでいると言ったらなんなんですよけれども、本当にお友達の目線で診療させてもらってる。

(M.K..) そういう点で、アポイントをとってその時間帯が空いているからいらしてくださいよとそれ言えばね…。

(T.A..) 今の話に丁度良い時間帯とか目線も同じくしてと、例えばその障害者じゃなくても小さな子どもさんをどのようにしてうまく診療できるかということと一脈合通ずるものがあると思いますよ。

(K.Y.) あともう一つ相性というものがありますね。その先生との相性。普通の健常の方でも相性がありますので。

(T.A..) 疋田先生は小児科だからやっぱり特にあるでしょう…。

(H.H.) 小児科の場合は、割合小さい頃からずっとみているからある程度あってもほとん

ど気にならないが、中学・高校くらいになると大きくなっていく。多動の子どもは小さい頃はあまり歩き回っても気にならないが、大きくなると気にするけれど我々とすればそんなに気になるところはない。継続的に見ている限り問題ないと思う。たまに本当は初めてポッと来られると困るけれどもダウン症の場合はもうほとんど問題ない。みんないい子だし、問題ないと思う。多動なんかは、こうやっぱりちょっとね考えちゃう…。

(Y.A.) 今の話で言いますと、例えば障害者を家族に持つ親子さんが、たまたま目や耳の病気をして悪くなったという時に、どこか近くの医療機関に行こうとまずは電話をかけてこうこうなんだけれども受診してよろしいか打診するというのをまずお勧めしますというような形で、仮に育成会でそういう方針を出す場合、全体の意思統一みたいなことは可能なのですか。

(M.K.) 群馬県手をつなぐ育成会で「やまなみ」という会報が1カ月1回つくられていますから、いずれ今回の研修の内容を、そのやまなみに載せなくてはならないんです。その時に、先生方からアポイントを取ってしなさいというご指示が出ましたということも書きいれます。群馬県内で5千部くらい刷っていますので、各施設、育成会支部にも全部配られますし、ほとんどの保護者がそれを見ますので分かってくれます。赤ちゃんの時からかかっている子どもさんで意外と多く、そういうことはもう先生が分かっている。うちの息子はダウン症で今35歳なんですけど、何にも悪いところがない。ただ歯だけ悪くなると困るなと思って、定期的に6カ月に1回づつ、歯石をとって頂いて検査をしている。それも今言ったようにすごくいいお医者さんに恵まれて、今日歯医者だよって言うんですけどニコニコしているんです。ただ、今まで病弱な子どもさんがかかってこういうことで大変だったああいうことが足りなかったということを知っていて、お話しさせていただいているんです。会報に出しなさいっていつ会長さんから指令が出るか分からないんですけど、その時には今回のこの研修の内容をきちんと書いて出したいと思います。

(Y.A.) 私が懸念するのは仮にそういうことで会報を出して、メンバーの方がそうやってみましたと、ところが受診のお願いをしたら何らかの理由で断られたというようなケースがもし生じた時にね、じゃあそれからどうするということ…。

(M.K.) 多分ですね、そのお医者さんがダメだったら他のお医者さんにも何軒もかけると思います。目は目、耳は耳で多分ね、何軒もお医者さんにかけていいよって。連れてきてくださいっていうお医者さんも必ず私たちは出てきてくれると信じていますので。

(Y.A.) 何軒目かにはね。

(M.K.) はい、出てくると思います。

(Y.A.) 家族サイドがそう考えて頂けると比較的その問題の解決は近い所にあるのかなという気がしなくもないのですが、老婆心ながらちょっとお聞きしますが、地域によって違いがあるかもしれないけれど、仮にそういう対応がダメだった時の心配はないのかな…。

(M.K.) ただ一番恐いののは、例えばお腹が痛くなる。多分この障害の子ども達はお腹が痛いついていうのは全部当てはまる、どこが痛いかってここが痛いつて言えるような子じゃないと思います。胃が痛くたってお腹になっちゃうんです。そういう病気を発見して頂くということがまずは第一なんです。いやうちはそういう子は診られませんかとタライ回しにされちゃって最終的には手遅れになっちゃうってということが一番恐い訳です。そういう時に保護者とすればどこへお願いを、どこへ聞いたらそれを伝達してくれるかというそういう中心的なところが欲しいです。例えば自閉の子でこういう子なんですけれども今お腹が痛いと言って騒いでいるんですけど、お医者さんに聞いたらもうそういう子は受けられないって言われたと。どうしたらどこへ行ったらいいんですかって、そういうところをきちんと聞けるステーションが一つあって、じゃあそこへ行きなさいこちらに来なさいっていう指令してくれるシステムができればもうこれは一番ありがたいのではないかなと思います。

(T.Y.) それは日赤にしろ高崎にしろ地域支援室ができてますよね。そこへ電話をしてかかるということも一つの方法ですよ。私も経験ありますよ。盲腸なんですけれども。

(M.K.) 盲腸なんか一番恐いんですよ、お腹痛いつて言ったらすぐに腹膜炎を起こして。もう何件も腹膜炎起こして亡くなっている人が…。あとガンなんかはねえ、末期でな

ければ見つからないですね、この子ども達意外と我慢強い所があって言わない子が多いんです。親や家族がなんとなく顔色が悪いとか、ちょっと食欲がないとか、ちょっと下痢っぽいとか、そういう症状がでてきて初めて分かる訳です。結果的に本当に我慢ができなくなって訴える子が結構多いんです。そうなってくるともう手遅れという状態が…。現実のうちの子と同級生の子が睾丸にガンができてしまって、それも相当進んでいった後ですよ。入所施設の先生にお腹痛いって言い出して、これはおかしいっていうんですぐに両親呼んでお医者さん連れて行ってお腹見てるんだけどよく分からないんですよ、それで全身を検査したら睾丸にガンができてしまって、これは手術することも放射線あてることも何もできない。死を待つだけの治療しかできなくて、本当にもう切ない思いを家族に対して3ヶ月間位だったかなあ…。そういう場面をね、私たち見てきました。病気の発見が遅れるってことが一番恐いんですよ。お医者さんが適切な判断をしてくれるところがどこにあるのかっていう非常に難しいかもしれせんけれども…。まあやっぱり総合病院になるのかなと思いますが、そういうところがあればいいかなと思うんです。

(T.Y.) 昔医者になった頃はね、お腹痛いなんて言うと耳から血を採って白血球の型を顕微鏡ですぐ調べるんですが、今は若いドクターはあまりそういうことしないですね。

(M.M.) ドクターはみんな専門に分かれている訳なので…。だからお腹痛いって言うとお腹しか診ない、他まで診ない、診られないというドクターが増えていて…。16年度から臨床研修制度ができて必修になってそういうのを無くそうとしている訳です。我々普段みてもやっぱりまず自分の患者かどうかっていうのを診てそうじゃないと思うともう私の責任は果たしたから、じゃあどこにいったらいいのかうちじゃないから適当なところ見つけてじゃ次はここへ行きなさいということが起こっちゃう。そういうのは問題で、臨床研修制度が進んでくれば少しはいい方に行くかも知れせん…。それから我々のところは救急外来をやっていますのでいざというときには来て頂ければいいのですが、時に救急というのは波がありまして、1時間に救急車が5台も6台も来ちゃって、そのうちの1例2例が手術だともう準備が非常に大変な時があるんです。2、3時間お待ち頂いた親御さんが怒ってこんな病院は二度と来ないと帰る方も時々あって、山が非常にあります。そうかと思うと夕べは楽だったという日もありまして、混んでる時に来られると救急なんかでもなかなか分かりませんので普段からどの科じゃなくてかかりつけの先生に診て頂いて、これはちょっとただごとじゃないと分かってから紹介して頂くと、ドクターの方から紹介があれば直接来られても特別手を抜くということではないですが、その先生に対する返事をしなきゃならないという気持ちもありますから真剣に診ると思うんですね。ですからかかりつけ医を持ってその先生に一回かかって何科に行く方がいいし大事かと、これは普通の健常者でも全く同じことが言えると思う。

(K.T.) 障害者は幅が広くて重度、中度、軽度みんなそれぞれ違う。だからお医者さんへのかかり方もその人その人によって違うということをまず言っておきたいです。私の子どもは重度です。だから重度の子どもを持った経験から発言させて頂くと、まず分からないんですよ。うちは在宅でただめそめそ泣いたり機嫌が悪かったりあるいは硬直状態を起こしたりね、何が原因だかわからない。オムツを取り替えてみる、頭をさわって熱ければちょっと冷やしてみる、お腹が張ってやしないかということで浣腸してみる。そういう一通りのことをしてみるわけですが、機嫌がなおらない。原因が全然分かんない。県の調査でも自覚症状がうまく伝わらない、つまり表現できないということなんです。表現するとすれば泣くことだと思うんです。そういう状態の時に医者へ連れて行くしか仕様がなし。でまあ矢野先生のご指導を得て、アポイントをとって行った時に、親切な診断の態度が一番必要だと思うんです。遠慮なく言うと、親にも分からないのを連れてきてそこでぎんぎん泣いてばかりいたらどこが悪いんだか分かりっこないとかね、そういう素振りとか気持ちの表れとかそういうのではなく、本当に重い障害の子どもの立場をよく理解してまずというような態度で親切に診て頂くと…。歯科の場合にはもう虫歯だらけですからね、たぶんそういう子どもは。これが一番痛いんじゃないかなってそこをちょっと治療してもらって様子を見ましようというふうに親切にして頂ければ親はホッとするんです。あるいは耳をこんなふうに搔いてどうも耳が悪そうだなと耳鼻科へ行って診察してもらい、中耳

炎になってないかあるいは腫れているのかなんとかこうじゃないんでしょうかねと言われるとホッとする訳です。一番困ったのは眼科でした。私の子どもはこう座ってられないんです。首に力がかかるこういう体型、あるいはベルトをしてこういうふうにすると自動車にも乗れるというような格好なんです、眼科でもっと詳しく調べたい時にあの台に乗っけるわけですが、そういうことが全然できない。抱いたり膝の上に乗っけたり一所懸命やってみたけれども、とうとうそういう精密診断はできなかった。でもね、一所懸命どうだあだ、よしもう少しだなんて先生が一所懸命やってくれたからそれだけでもホッとしました。従って今私が言いたいことは、重症児者は自分の悪いところを表現できないから、お医者さんに行った時には極力親切に診断して下さい、お願いしますということなんです。

(M.M.) これは当然のことで普段から言ってるんですけども、個々の医師によってはなかなか十分でないことがあるかと思えますけれども…。

(K.T.) 親切なことを信頼していないということではないんです、そういう表現じゃないんです。親切に診断して頂くことをお願いしているわけです。

(M.M.) なるべく指導を一所懸命致します。

(T.A..) 病院なら病院で診療所なら診療所で医者是一人だし、ある程度自分のテリトリーの中だから電話で断るか診ると言った以上責任を持ってやるけれども、病院となったら大変だよ。院長さんがそういうお考えでも色んなお医者さんはいるわけだしね。

(M.M.) まあせざるを得ないですから。今ほとんど病診連携ということで普段特に来なくてもいいような軽い方はみんな近くの先生にお願いし、その代わり数は減らしていますから。そういう予約とかやっておりますので先程のアポイントを取って頂ければ対応できますので、人手はやっぱり開業の先生よりありますので、地域医療支援病院ということで国立高崎もそうですが、地域を支援するということが病院の一つの使命ということになっていますので、それはやらせて頂きたいと思えます。何かうまく行かないことがあったら私のところに直接電話して頂ければ指導致しますので…。

(M.K..) 心強い…。

(T.I.) 国立高崎病院はほとんどのぞみの園から職員がついて来ますし、色んな検診等含めて診療やっています。私はまた乳ガンもやっていますが、乳ガンの検診でしこりがあるというので来るわけですよ。ただアポイントっていうか定期的に診てる場合にはどうしても予約時間内に終わらないもので、そうすると患者さんはもういらついたり眠ったりとか色々入ってきますがそれほどトラブルはない形でできています。それはやはりかかりつけ医以外にそういうみているところを通してその専門の職員がちゃんとついてきてくださるといのは非常に楽ですね。おそらくそういうのを経験してない人が見たらもうそれだけでビックリしちゃう。ある程度普段から連携がやられていれば、こちらの方にもそういう気持ちがあればおそらくそんな態度を取ることはないかなと思う。

(T.Y.) 日本医師会にいた頃ですが、障害者は歯科もそうですけれどもとても時間と手間がかかるんですよ。だから初診料が同じなのはおかしいですよ。3倍くらいにしろって言うのですが、これはなかなかならない。来年の3月に改定ですから我々の立場から厚生省に強く要望しておりますけれど、3倍、5倍くらい取ったっていいぐらいですねえ本当に。これだけ神経を使うんですから医者の方は。同じってのがおかしいですよ。

(K.Y.) 先程から発言されているように歯科は痛みを訴えようが訴えまいが年に何回かその顔合わせって言ったらなんですよけれども、定期的に行って信頼関係を築いておくことはかなり痛くなった時の対応としたらかなり違うと思えます。

(M.K..) 定期的に診て頂いていけば悪い時すぐ治療できちゃうんですよ。そういうことがやはり大事なんですよ。

(K.Y.) だから本当に悪かろうが訴えようが訴えまいが歯科は特にそうなんだけれども他の科に関してもそうかなというふうな感じがします。

(T.A..) 先程も仰ったように6ヶ月に一回ずつかかるということは非常にいいことですね。

(M.K..) お医者さんの方からちゃんと連絡くれるんです。こっちの方がうっかり忘れていると、もう定期検診の時期ですよ、いつがよろしいですかっていうふうにこちらの都合のいい日にじゃ何時が空いてますよっていうふうに言ってくれるんでその時間にいれども

うすぐに…。痛くないですから、先生といやしばらくだね、こんにちはなんて話しながらきれいに取ってくれるから、じゃって言って帰ってくる。看護婦さんもすごく親切ですし、握手してくれたりまた元気で来てねなんて言われるともう本人は嬉しくてまた来るって。そういう関係になっちゃうんですよね、だから先生方も仰ったようにやはりかかりつけの内科にしても何科につけても、それで大変な時には大きな病院へ紹介していただくというコースが一番いいですね。

(K.Y.) やっぱりかかりつけをとおしてから大きな病院に行くとかだいぶ違いますよね。

(M.K..) そうですよ。

(T.A..) 一応予定されてきた時間がだんだん迫ってきていますが、何かこの場で発言が足らなかったとかこれは言っておきたいというようなことがあれば…。

(S.M.) 先程加藤さんの方からケアマネジメントの研修のお話があって、まあ現場を研修して頂きたいというお話がありましたけれども、もし誤解をされていると困るものですからちょっと申し上げておきますが、3、4年前から実施しているケアマネジメントの研修の主な受講者は、コーディネーターの方ですとか施設の職員の方ですとか市町村の職員の方が多く受講されておりまして、現在の介護保険のケアマネージャーさんが受けているというのはそれ程今のところはない。

(M.K..) わかりました。介護は老人の方の方かと思ったんでちょっと驚いたんです。

(A.I.) 特に今また精神の関係もありますのでそちらの方の方も含めてやっております。(松浦) それともう一点、お一人お一人の状態にあった支援というのがお話しにありましたが、支援費制度が導入された頃から個別支援計画、一人一人にあった支援計画をつくることになっておりまして、先日ものぞみの園さんにご協力、講師をお願いして施設の方120名集めて研修を実施した。また今後とももう少しレベルの高い研修とかに力を入れていきたいと考えています。

(M.K..) はい、わかりました。

(H.K..) 遅れてきてすみません。私、介護保険の審査委員もやっておるんですけども、確かにランク付けて非常に難しいです。介護保険制度でランク付けされる過程ですが、まず調査員が実際お宅に伺って何項目かチェックします。それでそれをコンピューターにかけて、この人は非該当から要支援、要介護1～5という段階でコンピューターがそれをはじく訳です。介護審査委員会はそのコンピューターの出した答えが本当に正しいかどうかをチェックするわけです。時にとんでもないことが起きる。こういう条件で重荷は寝たきり度、痴呆度、痴呆度っていうのは使っちゃいけないかも知れないんですけども。その組み合わせでこの人は例えば介護度3で決まりましてね、そうするとコンピューターが出した答えにもこの組み合わせだと要支援はゼロ、要介護一部ゼロそれから例えば20%、30%、50%の割合でそこに当てはまると。コンピューターがそう判断したにもかかわらずその介護度がゼロ%というところに行くことがあります。これはおかしいということですが、それを元にケアプラン立てると思うんです。ですからそのケアマネの再教育も必要でしょうけど、結局同じようにコンピューターにかけて決めるようになると思うんですが、それは非常に難しいことで、よりよいソフトの開発が必要ではないのかなと思います。ケアマネが介護度を決めるわけではない、誤解してはいないと思いますが…。

(M.K..) ちょっと誤解していました。

(A.I.) まだ詳しい説明はありませんが、イメージ的にはそういった形で何十項目かあって一次判定という形で出て行くのだと思います。介護給付部分は施設側含めて審査会の方にいきます、ただいわゆる年寄りの場合と違いますので、全ての障害でこの程度が何区分かを決めてそれがこうだという示し方はきっとされないと思う。特記している部分も当然今勘案事項という形で現在やられてますが、当然家庭の状態とか等々含めても反映されてくるだろうと思いますし、機械的にはならないというふうに思う。だから先生が仰ったようにケアマネだけで程度区分を決めちゃうという話ではありません。

(T.Y.) 判定はケアマネじゃないんだけど、初期のコンピューターには臨床部分が抜けていてもう一回組み直した経緯がある。

(H.K..) 今のその介護度の判定でもひどいところと言ったら、例えば一人住まいでぼけて

もない、体も動かせる、ただし全盲です。これは非該当になっちゃうんですね。要するに誰かがこうやってここに水がありますよ、ここに何がありますよ、それ全部一人でできちゃうわけです。しかもぼけていないと家の中伝え歩きで、トイレにも行ける、フロは用意してもらえば自分で入れる。コンピューターがはじき出したんで実際そうなんだけど、そこで審査会でこれはちょっとひどいのではないかということで認定はするのですが、今の介護保険制度でも大きな矛盾はある。

(T.H.) 先程高橋さんから親切に診てもらいたいという話がありましたが、保護者の方あるいは施設の指導員がほとんど困って大きな病院に来ると思います。確かにどこが悪いのかどこが痛いのかさえわからないという事がある。我々ができることは検査、診察ですが、保護者の方が言われるように分からないまでも一生懸命やったということを示すことは大事だと思う。それは私たちも肝に銘じていかなければならないと思います。それと矢野先生がさっき仰ったことは確かにその通りで、非常に時間もかかるし場合によっては保険の診療できなかつたりする場合もある。難しい問題があるのでその辺は行政的にも少しバックアップしてもらわないと。前回も申しましたが、お金とか点数が上がればじゃあ医者は診るのかとかいったらいい傾向かどうかは別として、必要だと思います。先程睾丸のガンの話が出ましたが、それで思い出したのはダウン症の方々の潜伏睾丸がガン化するということがたまにあります。そういうのはなかなか内科の先生には思いつかないと言いますか、いくら検査をするといってもある程度ターゲットを絞ってやるわけですから、外科といっても泌尿器科でもなかなかダウン症の睾丸のガンをいくつも扱ったというところはそう多くはないと思います。そういった障害者のことを全体的に診る障害者用のジェネラルフィジシャンというのが必要ではないかと考えます。そういうシステムがないということが問題だと思います。もう一つは眼科と耳鼻科の話が出ましたが、手術が必要な場合にその総合病院にいくつかの科があるような場合、手術自体はお引き受けしたいのだがその後のケアを一番心配しておられる、わーわー騒いだりというようなことを心配されるケースが時々見聞きする。その場合、精神科の病棟があったり精神科のお医者さんがいてバックアップできたりと、耳鼻科の先生や眼科の先生が安心されるようなこともあるようです。精神科の病棟に入院させて、耳鼻科や眼科の先生が病棟に行くということであれば、引き受けられるという話を1、2度聞いたことがあります。そのことも今日三國先生に大学病院でやる気ありますかと聞こうと思ったのですが、今日は欠席なので聞けません。

(T.A..) どうもありがとうございました。時間の経つのが早いもので特に関連法案のご説明を頂戴したり、自由討議では一応4項目そろえましたが全般的に行く時間がなく、今日は医者へのかかり方というか、患者さんの見方というか、どちらのサイドでも今後十分注意を払っていかなければならないという問題点が指摘された訳です。本当に皆さま方のご協力に深く感謝申し上げます次第です。三國先生がお休みに突然の指名でこんな役を受けましてここまでたどりついたということでホッとしています。来年度もこの会が続くということで、群馬県における知的障害者の医療をどうするかということをもみんなで考え、そしてそれを具体的にどのように取り上げていくか、非常にそういう意味でご協力に感謝すると同時に、また明日のためによりよい医療ができますことをお願い申しまして、最後の挨拶をさせていただきます。と申し上げますのは、私も3月31日で群馬県医師会長の役を退かせていただきます。また新たな役員がここへ登場すると思いますが、どうかその節はまたよろしくお願い致します。長い間ありがとうございました。

(Y.A.) 先生ありがとうございました。

(H.H.) 僕もこの3月31日で終わりで、ちょっと一言言いたいのですが、さっきからのお話しで知的障害者が症状を何も言ってくれなくて分からないということですが、小児科の場合にはもうみんな何も言ってくれないで親が言ってくれてもそれは本当の場合じゃないという場合があります。あとのことで先生方がそれぞれにかかりつけ医で診ていけば、その辺は分かるので是非かかりつけ医をつけるような体制を取って頂ければなど最後にお願ひしたい。色々お世話になりありがとうございました。

(Y.A.) どうも先生方ありがとうございました。ということ本日はこれで閉会させていただきます。本日はどうもお忙しいところありがとうございました。(了)

重度・重複の知的障害者の地域移行を困難にする二次的障害の
日常生活支援のあり方に関する研究

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
知的障害者の地域移行を困難にする二次的障害とその対策に関する研究
分担研究報告書

重度・重複の知的障害者の地域移行を困難にする二次的障害の
日常生活支援のあり方に関する研究

分担研究者 新田 耕次 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
企画研究部 部長

研究要旨 本研究の目的は、地域への移行や地域生活を困難にする知的障害者の二次的障害の実態と対策を明らかにすることである。

この研究成果を通して、入所型施設からの地域移行を推進するため、地域生活の継続を阻害する二次的障害をもつ知的障害者に対する日常生活の支援内容や方法および支援体制について提言することである。

当法人の入所者は、種々の二次的障害を持っている方が多く、地域移行推進の観点からこれらの実態については、ICFの視点に基づく調査研究を、健康・健康関連状況についての共通言語として、また地域生活において障害に関する多職種間のコミュニケーション促進という点から、実施することとした。

調査対象は、のぞみの園入所者135名と群馬県内外グループホーム等利用者102名の合計237である。この調査は2年目の本調査へ向けての事前調査の位置付けで実施した。

調査分析結果から、主な二次的障害については、基本情報の既往歴・現病歴と心身機能のデータを基に、16分類、81障害・疾病として実態を把握できた。

調査項目すべてにおける両群の評価点平均値の比較結果は、のぞみの園の方がグループホームより高い測定値となった。

欠損値が多く出たことについては、評価点の付け方の工夫、実態に合っていない項目等の削除の検討を行った。

今後は、本調査へ向けての調査項目の絞り込みとICFの視点からの根拠、事前調査の統計分析、回答フォーマットの見直し等を行い、全国グループホームの本調査を実施したい。

A. 研究目的

「改革のグランドデザイン」に基づく「障害者自立支援法」の制定の動きにみられるように、我が国の知的障害者福祉の流れは、グループホームなどで普通の生活を目指す

ノーマライゼーションの考え方が一層高まってきている。

このことから、より施設入所者の地域移行を積極的に推進していくことが重要である。

入所者の障害の状況から地域移行を推進するには、知的障害以外の二次的障害への対応策の構築が不可欠である。

本研究の目的は、入所型施設からの地域移行を推進するため、地域生活の継続を阻害する二次的障害を持つ知的障害者の実態と対策を明らかにすることである。

地域移行推進の立場から、ICF（国際生活機能分類）の視点に基づくアンケート調査を通して、二次的障害の実態を明らかにするとともに、調査結果から、その対応策として障害者マネジメントに活用するための「生活プランのためのアセスメントシート」および「知的障害者の二次的障害に関するガイドライン及びマニュアル」を作成することである。

B. 対象と方法

調査対象：のぞみの閑入所者135名と群馬県内外グループホーム等利用者102名の合計237名である。（資料1）

調査方法：ICFの「第2レベルまでの分類」を活用し233項目の「国際生活機能分類（ICF）を用いた包括的評価表」（資料2）を作成し、アンケート調査を実施した。

この調査は、2年度における法人内調査および全国調査に向けての事前調査としての位置付けである。従来の医療モデルではなく福祉モデルとして本調査に活用できるのか、実際はどうか、調査項目についても全部使うことがいいのか、実態に合っているのかなどについて検討した。

訪問・郵送配布：ICFの調査項目が多数であり、やや煩雑なこと、直接アンケートの概要についての説明が可能であり、さ

らにアンケート調査に対する反応も得られるであろう県内の施設やグループホームを選定し、承諾を得て訪問することとした。

次に、県内外の施設や地域支援センターなどに電話による調査協力を依頼し、承諾いただいた所へ郵送によりアンケート用紙を配布した。

調査用紙の書式と内容：国際生活機能分類（ICF）を用いた包括的評価表は、ICFの四つの構成要素を識別しやすいように4色のカラー用紙に分けた。

評価点のつけ方は各構成要素によって違いがあるため、構成要素毎に、冒頭に評価点のつけ方についての解説をした。さらに評価点をつける際の手助けとなるよう『国際生活機能分類』（中央法規）を参考にしながら、「判断のチェックポイント」を独自に作成した。

アンケート調査についての概要説明は、まず法人内で行ったが、その際に職員から出た意見や質問、理解しにくい箇所に対して「ICFのアンケート記入にあたって」（資料3）を作成した。

調査項目はICF関連の内容の他、個人が特定できないように配慮した基本情報の記入もお願いした。

調査期間：法人内も県内外の施設等も配布後、約1ヶ月とした。

回収率は、法人内を除き、配布数125部、回収数106部で、85%であった。そのうち、直接訪問した施設等21ヶ所は、配布数49部、回収数48部で回収率が98%である。

二次的障害について：二次的障害については、知的障害以外の合併症と広く理解し、知的障害者がかかえている知的障害以外の

疾病等について、基本情報の現病歴・既往歴とICFの「心身機能」を利用することで実態を把握しようとした。(資料4)また、他のカテゴリーとの関連性も見ようとした。

本調査用アンケートの二次的障害に関する基本情報については、事前調査のデータを参考にしながら、アンケート用紙に、すでに二次的障害に関する分類は提示し、実際の記入については、二次的障害があるのか、ないのかを選択してもらう方法を、今後検討していきたい。

なぜICFを活用したのか：ICFはこれから広く普及していくと思われる生活機能と障害に関する分類法であり、個人の活動や社会への参加、環境因子までも含めた世界共通で使用できる広範な内容になっている。

ICFの活用により保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、ICFを用いることにより、障害や疾病の状態についての共通理解をもつことができる。また様々な障害者に向けたサービスの計画や評価、記録などのために実際的な手段を提供することができる。

また、障害者に関する様々な調査や統計について比較検討する標準的な枠組を提供することができる、などが期待されている。

したがって、本研究課題に、このICFの視点・考え方を活用することが重要であると考えた。

(倫理面への配慮)

調査研究の対象となる方には、目的と方法を十分説明し、了解を得た上でを行い、特に対象者のプライバシーに配慮するとともに、研究を進めていく段階で知り得た個人

情報に関しては守秘義務を厳守する。

なお、本研究は、「国立のぞみの園研究会議」の委員による審査を経るものとする。

C. 研究結果及び考察

(1) のぞみの園とグループホームの平均値の比較

①のぞみの園とグループホームの小項目別平均値の比較(資料5)

「活動」(71項目)、「参加」(26項目)、「環境因子」(58項目)、「心身機能」(78項目)、合わせて233項目、すべての調査項目において、のぞみの園の方がグループホームより、高い測定値(評価値)となっていることが明らかになった。

②のぞみの園とグループホームの中項目別平均値の比較(資料6)

のぞみの園とグループホームの各構成要素における中項目毎の平均値の比較を表にまとめた。

中項目毎の平均値の比較においても、すべての中項目において、のぞみの園の入所の方がグループホームの利用者より高い測定値となった。

このことは、のぞみの園の入所の方がグループホーム利用者より、支援度が高いことが示された。

また、「活動・実行」、「活動・能力」、「参加」における両群の差に比べて、「環境因子」、「心身機能」の差の方が小さいことが明らかになった。特に「心身機能」の精神機能以外の各中項目については、両群の差があまりないことが理解できる。

また、「活動・能力」の測定値の方が、「活動・実行」の測定値より、すべての中項目において高い測定値となったことが明らか

になった。

この比較結果の分析については、今後の本調査用アセスメントシート作成に関する項目の精査や抽出、評価点の基準・つけ方などを検討する上での課題であると考えている。

特に、両群の平均値の“差”については、様々な問題提起が、その差の中に含まれていると考えられる。どのようにその差を埋めていくのか、また縮めていくのか等、地域生活移行へ向けての具体的な施策を考える上で重要な示唆があり、一つひとつの調査項目の差に関して、ていねいに検討していくことが必要である。

(2)本調査用アンケート書式作成に向けての調査項目の精査

①「重度知的障害者の実態に合っていない」、「現在、入所施設では取り組んでいない」など記入・回答しづらいアセスメント調査項目の削除について（資料7）

ICFの調査項目を活用するにあたっては、今年度は、「第2レベルまでの分類」を基準にアンケート項目を整理した。2年目以降の本調査を視野に入れながら、なるべく調査項目は削除しない方針で進めた。

初めて、福祉にICFを導入するにあたって、なるべく記入しやすいように、欠損値がでないように、調査項目毎に「判断のチェックポイント」なども独自に工夫し、回答フォーマットを作成・完成させた。

実際に、本調査に向けて、回収結果の分析をしながら調査項目を精査したときに、削除してもやむをえないのではないか、という調査項目がいくつか指摘された。それは次のような理由である。「重度知的障害者の実態に合っていない」、「情報・資料が少

なく、回答しづらい」、「現在、施設では取り組んでいない」、「家族、親族がすでにいない」等で記入、回答しづらい項目である。

以上の調査項目については、本調査用のアンケート調査項目を精査する上では削除の方向で検討することが考えられる。

②欠損値ならびに統計解析の各種分析から（SPSS 統計ソフト使用）

のぞみの園・グループホームの欠損値の比較（資料8）について、4つの構成要素別（活動、参加、環境因子、心身機能）に比較した数値である。

10%以上から19%未満では両群を合わせると164項目、20%以上では119項目となっている。

欠損値は、一つひとつの調査項目に関して、なぜ欠損値になったのか、また、欠損値の中でも欠損率の高い調査項目と低い調査項目についての違いなど検討してきた。

欠損値になった理由としては、次のような点が考えられる。

・「実態に合っていない」「家族、親族がすでにいない」などの記入・回答しづらい調査項目

・「判断のチェックポイント」の内容の解釈により判断しづらい調査項目

・「ICFのアンケート記入にあたって」の評価の内容に関する説明不足などである。

以上の内容やその他の理由も踏まえながら欠損値の分析を行い、本調査用のアンケート調査項目を、精査、検討していきたい。

統計解析の各種分析については、各構成要素（活動・参加・環境因子・心身機能）別に、そして中項目毎に（例、「活動」…セルフケア、家庭生活など、「心身機能」…精神機能、感覚機能と痛みなど）相関分析を

して、中項目の中で相関の強い項目があれば、どちらか一方を削除してもよいのではないか、またクラスター分析でのデンドログラムを通し、近接性分析を試行し、項目相関の近接性やはずれ値などの考察など、項目精査の統計上における、ひとつの視点として検討した。

(3) ICF関連図を通しての支援ニーズの把握（資料9）

①のぞみの園入所者のケース

のぞみの園の入所者のアンケート結果をICF関連図に投影したものである。データ結果からでは見えなかったものが、このようにICF関連図に投影すると、入所者の実態や課題が、4つの構成要素の関連を通して理解することができる。

まず、「活動・実行」の状況から、食べる、飲むことについて介助の必要性があることが伺える。「環境因子」の友人や家族のことが阻害要因として気になる点である。

そして、特に「二次的障害」との関連で、「心身機能」のデータ結果を見ると、体重維持機能についての課題がでてくる。

合わせて、健康状態のBMIの数値から「肥満」傾向も読み取れる。

このように関連図を通してのつながりから、具体的な困っていることや、支援ニーズが見えてくる。

②グループホームの利用者のケース

ICF関連図から「活動・実行」は、身辺自立はできているが、外出等での交通機関の利用については介助が必要であることがわかる。

コミュニケーションでは、具体的に話すことや会話は少し困難ではあるが、理解力は伺える。

「参加」を見ると、何らかの報酬を伴う仕事に支援を受けながら従事していることが理解できる。

「環境因子」から保健や社会保障の各種サービスが促進因子となっている。そして、「心身機能」から、尿排泄機能に関する障害が読みとれる。

基本情報から身障で1種1級であり、腎不全・人工透析であることから、活動に関する制限や環境因子の特に促進因子の内容が理解できた。

以上の点については、データ結果のわかりやすい・視覚的な表記方法、関連図記入の調査項目結果の選択・抽出、アンケート回答フォーマットとICF関連図の関連・位置付けなど、課題があるが、本調査用アセスメントシートと連動させて、具体的な活用のあり方について、今後も検討していきたい。

D. まとめ

1. ICFの視点を活用し、「ICFチェックリスト」や「第2レベルまでの分類」の項目を参考に、地域生活移行推進の観点から、重度知的障害者の二次的障害の実態と対策を探るため、福祉モデルとして「ICFを用いた包括的評価表」を作成し、アンケート調査を実施した。

2. 主な二次的障害については、アンケート結果の、特に基本情報の既往歴・現病歴の結果分析から、16分類81障害・疾病として実態把握できた。

このことから二次的障害に関する本調査用アンケート調査項目を精査する上での示唆が得られた。

3. のぞみの園とグループホーム両群のI

ICF調査項目に関する平均値の比較分析結果は、のぞみの園の方が、グループホームより評価点において、全ての項目において高い測定値が得られた。

このことは、のぞみの園の入所者の方がグループホーム利用者より支援度が高いことが示された。

4. 事前調査の位置付けであるが、アンケート調査結果の欠損値や統計分析、評価点のつけ方の工夫、ICFの視点と地域移行・二次的障害との関連についての検討、ICF関連図を通してのケース分析等を行った。

以上のことから、本調査用アンケート書式作成に向けての、二次的障害に関する項目整理、調査項目精査・削除の根拠・視点、ICFの視点と研究テーマ、回答フォーマットと評価点のあり方について示唆を得ることができた。

参考文献

- 1) 徳永亜希雄. 多職種間連携のツールとしてのICF（国際生活機能分類）実用化の試み－「個別の教育支援計画」への適用を視野に入れて－. 国立特殊教育総合研究所紀要. 31巻：15-51, 2004.
- 2) 稲垣真澄, 田中敦士他. 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. 厚生労働科学研究費補助金、障害保健福祉総合研究事業. 平成15年度総括・分担研究報告書：71-90. 2004.
- 3) 加藤千恵子, 石村貞夫他. SPSSでやさしく学ぶアンケート処理：東京図書. 104-127. 2004.
- 4) 有馬正高, 平山義人編著. 知的障害医療の進歩～地域医療の現状と将来展望. 日本知的障害福祉連盟：22-87. 2003.

5) 障害者福祉研究会編集. ICF国際生活機能分類－国際障害分類決定版－. 中央法規：29-55. 2002.

謝辞：

ご協力頂いた施設およびグループホーム関係者ならびに利用者の皆様に感謝致します。

共同研究者

秋島次郎、樋口幸子、新井良保

E. 健康危険情報 特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

資 料

- (資料1) 県内施設・グループホーム訪問先、アンケート用紙配布数
県外グループホーム等 アンケート用紙送付先
全コロニー関係 アンケート用紙送付先
- (資料2) 国際生活機能分類（ICF）を用いた包括的評価表
- (資料3) ICFのアンケート記入にあたって
- (資料4) 既往歴・現病歴からの二次的障害について
- (資料5) のぞみの園とグループホームの平均値の比較
- (資料6) のぞみの園とグループホームの中項目別平均値の比較
- (資料7) ICF包括的評価表による事前調査からのアンケート項目削除について
- (資料8) のぞみの園・グループホームの欠損値の比較
- (資料9) ICF関連図を通しての支援ニーズの把握