

# 知的障害者の医療に関する問題点

## 嘱託医

1. 通常から密に連絡を取り合うことができるようにしたが、しかし、医療の方に障害者への知識・心の構えがない。
2. いろいろな基礎疾患を持っていること、又いろいろな薬等を服用している患者さんが多いので、歯科治療でも 専門的知識が必要となること。
3. 治療に関して、主治医に加え、開口を保持または体位、姿勢を保持するのが非常に困難なケースが多い事。
4. 点滴等の治療処置を長時間耐えられない。
5. 大声を出したり、指示にしたがえない事等がある。
6. ベットの空きがない時。
7. 嘱託医も専門があるとはいえ、一般の方よりは専門知識があるので、まず嘱託医に相談して、何科に行けばよいか、紹介状など役立てると思う。
8. 病識や訴えが少ないと異常に気付くのが遅れて、医療への対応が遅れやすい。
9. 病識が少ないと生活指導、療養がわかるかうまくできない。
10. 患者さん自身が診療・治療に協力的でないこと、それに医療機関が対応できないこと。
11. 診察に時間がかかる。
12. 市医師会間等に関係する医師を含めた委員会を設置して定期的な意見交換の場をつくる。連絡会議（各市、他医師会、官庁、歯科医師等）をつくる。講演会を催す。
13. 障害者医療に経験の多い医師、医療機関を選ぶ事が必要。
14. 看護介護に配慮が必要、一般患者以上の濃い配慮。
15. 障害者が定期通院している病院との密接な関係を作ること。
16. 診療検査に対する障害者の恐怖に起因する拒絶。
17. 他の患者に迷惑をかけることが多い。
18. 本人が落ち着いて医療を受けられない状況にある時。
19. 診療科ごとに指定医療機関を持ち、日頃から関係を密にしておく。
20. 日常、障害者と接している方が、病気のきっかけなど、いつもと異なる変化に気が付きやすいと思います。
21. 重症化する前に、受診していただく事が重要だと思います。
22. 知的障害者だから・・・という意識が施設スタッフの中に強すぎるのではないのでしょうか？医療側も知的障害者には、それなりの対応をしますので、あまり気にせず受診していただければ良いと考えます。

## 知的障害者が一般患者と同じような医療が受けられるようにするために必要なこと（対策等）

### 嘱託医

1. 通常から連絡を取り合う準備をする。
2. 知的障害者の治療を行える専門的なかかりつけ歯科医（群馬県医師会障害者センター等）と関わりを持っておくこと。
3. 職員の方もあまり意識せず通常通り受診して下さい。
4. 家族と施設関係者の付添い等の協力が必要。
5. 電話で時間を決めて、受診するようにしている。
6. 施設職員の数の充実と質の向上
7. 現場の医療が忙し過ぎる、医療スタッフの充実、質の向上。
8. マスコミでもたまにとり上げているので、周囲の人、他の外来患者もそれ程受け入れ、対応は悪くないと思う。医療関係側は、多少早く見てあげたり配慮してもよいでしょう。
9. 医療機関のスタッフが障害者に慣れること。
10. すべてが同じ人間であるという視点を持っているかどうか。
11. 医療者側に、時間的ゆとりがあること。
12. 急患の場合は、一般患者と差はない。
13. それ以外の場合は医療機関と事前の打ち合わせにより時間を設定して行うのが望ましい。
14. 看護体制の充実。
15. 安心して受診してもらう事が不可欠。その為には理解に必要な十分な時間と環境を整える事。（施設職員の同伴受診等）
16. 付き添いを臨機応変につける事ができる体制。
17. 普段から、連絡を密接にとって、人的交流を図っておく事が必要となると思います。
18. 大声を上げたりする場合には診察までの間、どこか（車の中とか）で待っている必要があると思います。他の受診者の不快になるような行動等が無ければ問題無く思いますが。

#### 第4回群馬県知的障害者の医療を考える会（議事録）

平成17年7月22日（金）

（YA）大変お待たせいたしました。定刻と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4回目の会合を始めたいと思います。最初に座長であります群馬大学の三國先生にご挨拶をいただきます。

（MaM）皆さん今晚は。お疲れの中お集まり頂いて本当にありがとうございます。いろんな人達がこの地域の中で生活する、それを支え合ったりそれに関わる中で教えあったりしていくのがその地域の本当の文化だという意味で、いろんな障害を持った方々が地域の中で生活していく中で、医療の面でもどうやって支えていくかというのはまさにその文化をつくっていくそういう作業だと思います。これは決して輸入も輸出もできないこの地域でみんなで作っていく種類のものです。そういう意味では本当にお忙しい中を時間を取って頂きまして会が進められてきたことに本当に感謝している次第です。ただ、こう色々な意見を言い合って交流するのも大事ですが、なんとかそれを一つにまとめて地域の中で支え合う仕組みがだんだん形づくられていく会になっていけばいいと願っている次第で、本日も是非貴重なご意見やご提案をいただければと思っています。どうぞ活発なご議論をよろしくお願いいたします。

（YA）4月の異動で新しいメンバーの方が加わりましたので、まずその方に順に自己紹介をお願いします。最初は県の医師会の異動がございまして、今度新たに鈴木副会長がご参加頂きましたので…。

（KS）群馬県医師会の鈴木でございます。私自身は重症児と個人的には25年以上もお付き合いさせていただいていますが、たまたまこういう機会に参加させて頂き貴重なご意見を頂けるので大変感謝しています。よろしくお願いいたします。

（YA）会のメンバーには最初から入っておられました、ご本人が初めてご出席頂きましたので赤田先生をお願いします。

（TA）群馬県の心の健康センター内の精神科救急情報センターという所で働いています、赤田といいます。よろしくお願いいたします。

（SK）この4月の県の人事異動で教育委員会の方から参りました河部と申します。色々何かとお世話になるかと思いますが、よろしくお願いいたします。

（YT）この4月に群馬県心身障害者福祉センターの方から施設支援グループに参りました田中と申します。前任者の松浦様によりよろしくお願いいたします。

（YA）前々回からメンバーに加わって頂きました西群馬病院の斉藤龍生先生がご出席という事でしたが、急遽所用という事で代理に沢村先生にご出席頂きました。

（MS）西群馬病院の沢村です。内科医長をやっていますが、一部入所施設の方を担当しています。よろしくお願いいたします。

（YA）ありがとうございます。次に茶封筒の中に前回の会議の議事録がございます。3月24日に行われたものでございますが、この時の様子を簡単にご紹介します。ちょうど年度末でまた国会開会中という事で、当初県から前任の下城課長さんより4点についての説明がありました。最初は昨年12月に成立しました発達障害者支援法についてです。県は16年度から自閉症児（者）の療育体制整備推進事業を既に取り組んでおり、17年度

からはこの法のもとに、新しくアスペルガーとかその他、広汎性発達障害あるいは注意欠陥多動性障害、学習障害などに対象を広げていくということでした。次に、今国会でまさに問題となっています障害者自立支援法のことです。これはまだ法そのものについての説明で、政省令が200本ぐらいあるという事なので骨格的な話しでしたが、この後の議論の中でも随分と質問が出ました。個人負担が1割導入されるという事や、市町村も障害福祉計画を作らなきゃならないとか、あるいは県の負担が義務化されるとか等々の説明がありましたが、将来今の支援費と介護保険の統合という方向でこういう法案が出てきたという説明で、大変な関心を呼んで色々と質問が出ました。それから次に「人にやさしい福祉のまちづくり」条例の説明です。この中で特に病院とか診療所に関しては、規模に関わらず特定生活関連施設と位置づけられ、それで新築あるいは改築等をする時にはこれこれの基準を是非満たしていただきたいと、そうすると県の方から適合証というのが出されるということでした。ただ医療施設ではその適合証はまだ出されていないという話ですが、県はバリアフリー群馬障害者プラン2というのが今年度で計画期限が切れるという事で、この一年かけて新しい計画を作る必要があり、その計画に向けてのアンケート調査を行ったということでした。その結果は、資料によりますと、群馬県では知的障害者で治療を受けている方の割合が56.7%で、他の障害グループの方と比べると低かった。その場合知的障害はほとんどが通院で、15.7%の方が施設の嘱託医の治療を受けていました。そういう4つの関係の説明があり、それについて保護者の方から色々質問がありました。たとえば、障害程度区分をどういう人が作るのかというような質問があり、ある意味知的障害者の事を分からない人には程度区分等には関わってもらいたくないというニュアンスだったと思います。それから1割負担という事が保護者には相当重いと受けとめられているという発言がありました。また、発達障害に関して、県は2～3年のうちに支援センターを立ち上げたいという発言がありました。議論の後半の方では、介護保険の時には、第一次判定の段階でコンピューターの程度判定ソフトウェアがあまりうまく機能しなかったとの指摘がありました。そういう議論がありましてから自由討議の方に進んでいった訳ですが、最初に問題になったのが耳鼻科・眼科・歯科の部分です。知的障害の患者さんが初めてある診療科等にかかる場合、必ず事前に電話でかかりたい医療機関に電話して、事情を説明してアポイントをとって、余裕をもってかかった方がいいのではないか。あるいはまたかかりつけの先生から紹介してもらったり、事前に何らかの形でアプローチを取ってから医療機関にかかる方がいいのではないか、そうすればいわゆる摩擦が少なくなるのではないかという発言がありました。また、保護者の方からは、子どもがたらい回しにされたりするのが心配なので、どこに問い合わせたらそういう話がきちんと伝わるのか、そういうステーションのようなものがあつたらいいという発言がありました。それに対して、例えば地域医療連携室のような所、あるいは地域医療支援病院を利用するといいという指摘がありまして、今日は後ほど県の医務課長さんから、地域医療支援病院あるいは地域医療連携室をどういうふうにする事ができるのかという話しをして頂く事になっています。また、地域で医療を支えている病院サイドからは、そういう場合は是非遠慮なく利用して頂きたいという有り難い話しもありました。その点について、保護者の方からは、医療機関に行った時には是非、知的障害のケースはなかなか十分な意を本人が言えないので、また親も非常に不安をもっている、是非親切に診て頂きたいというお願いもありました。

こういうやりとりがあった後、最後にまた支援法の関係に戻って県の方から改めてケアマネの研修等の説明があり、一応納得頂いたかと思います。また、施設の関係の方からは、知的障害者の方をある意味専門に診るといふか、ジェネラルに診るフィジシャンが必要なのではないかという話もありました。あともう一点付け加えたいのは、実は年度末という事でご説明頂いた下城課長さんから実は今日内示があったという話がありまして、えーと思った事。それから県医師会の赤沢会長、疋田副会長が3月末で交代するという話があり、我々としてはちょっとショックでしたが、その時に次の執行部の方にこの件は引き継ぎさせて頂くという話もありまして、今回から鈴木副会長さんにご出席を頂いた訳です。また、三國先生が急用のため赤沢先生に座長をお願いしたこともあり、まだ4つある各論の議題は十分まだ話す所までは行きませんでした。今日は前回をふまえて議題4でございますが、関連説明事項と致しまして県の橋本医務課長さんに地域医療支援病院と地域医療連携室の利用についてお話しを頂く事になっています。資料は茶封筒の上に県が用意したものが2つありますから上の方を見てください。

(MaM) どうもありがとうございました。それではどうぞよろしくお願い致します。

(KH) 県の医務課の橋本と申します。お手元に地域医療支援病院の制度概要(群馬県医務課)を用意しました。これについて前回宮崎先生から色々ご説明もあった地域医療支援病院の概要について説明します。まずこの地域医療支援病院について制度的に申しますと、医療法に位置づけられている病院です。この前身は実は総合病院という名称でしたが、それがなくなり、その後この地域医療支援病院というのが出てきた。かつて総合病院をつくりたいという病床200床以上でうんぬんといういろいろな条件がありましたが、制度的には総合病院のアフターケアというような位置付けかと思われまふ。資料のまず目的ですが、医療というものは基本的に患者さんの身近な地域で提供される事が望ましいという大きな概念があり、なるべく身近な地域で医療提供が完結させたいという大きな目的があります。そのためにどうするかということになりまして、身近なかかりつけ医、あるいはかかりつけの歯科医を第一線の医療機関として患者さんも利用してほしいと、そういうメッセージが出されています。第一線の医療機関はいわゆる診療所であると。一次的な症状のものについては診療所で治療を受けてほしいとそういう事になろうかと思ふ。中には二次、三次の患者さんもおりますので、第一線の診療所であるかかりつけ医の先生方を支える病院が必要だろうということで、二次医療圏単位に一つかかりつけ医を支援する病院をつくりたいというのがこの地域医療支援病院です。現在群馬県では、ちょっと各論に入りますが、伊勢崎にあります佐波医師会病院が第1号の地域医療支援病院となっています。第2号が前橋日赤で前橋圏域。それから3号、4号が高崎・安中医療圏の高崎旧国立病院と日高病院です。高崎病院と日高病院は二次医療圏に2つあるわけですが、色々補完機能を有して2つで1つ的な機能を持たせたいと、しかも高崎病院は高崎・安中医療圏の西側をカバーし、日高病院は東側をカバーするという位置付けで、例外的に1医療圏2病院、しかも同時です。また日高病院の場合は病床数も若干200床より減って少なくなっていて、そういう例外も認めながら、今群馬県では4病院指定しているのが現状です。その法定要件、地域医療支援病院を設定する場合の要件という形で、資料の1枚目にカタカナの(ア～キ)の要件があります。まず(ア)は申請の認可資格です。これは医療法人、民法34条の公益法人、国が定めた都道府県立病院、あるいは日本赤十字社等等です。ほとんどの

病院はここに該当します。二つ目の（イ）の要件は、地域の医療機関による医療提供を支援する体制が整備されているという書き方がされていますが、簡単に申しますと診療所からの紹介率です。診療所の紹介状を持った患者さんを中心に受け入れなさいという事で、少し申請前にランニングをとって頂き、資料の①にあるように診療所からの紹介率が 80 %を上回っている事、これが第 1 条件。それが達成できない場合は、紹介率が 60 %、逆に逆紹介率が 30 %上回る。それも不可能な場合には紹介率 40 %、逆紹介率 60 %。1、2、3 の要件を満たさない場合であっても、紹介率が 60 %で承認後 2 年間で 80 %に達すると見込まれる場合には承認して差し支えないという事で承認をしています。群馬県については④あるいは②を使ったりして承認を与えるようにしています。具体的に地域医療支援病院の紹介率のカウントの仕方ですが、そこに算式が出ています。分子の項に A + B。A というのは紹介患者の数です。診療所等々からの紹介患者の数。それに B として救急入院の患者数、それを大きな意味での初診患者で割った数。それが 80 %以上、あるいは 60 %以上、あるいは 40 %以上という形になります。C は純粋な初診患者、D については休日夜間の救急患者の数。これは割る数から除きますので紹介率は上がるという事になります。そういった形で紹介率と逆紹介率をランニングして頂き、実績を積んで申請をして頂き、その率を見て支援していくというのが実態です。それから、（ウ）では救急医療を提供する能力を有すること。前橋日赤の場合は高度救急救命センターがあります。（エ）では病診連携という形をとりますのでその地域の医療従事者に研修を行わせる能力を有すること。地域の紹介をかけてくる診療所の先生方に色々な内容にわたる研修を行ってこれということです。（オ）では収容施設原則 200 床以上のベットを有するという事です。（カ）では病院に必要とされる施設設備、これはまあ通常の医療提供ができる体制です。それから色々な施設体制等を有する事で、大きくは紹介率の問題とベット数の問題とそれから色々なソフト分野の体制が整っているか、その辺を審査して地域医療支援病院を承認しています。資料の 2 ページの概念図は今ご説明した内容です。一番上にあるのが承認要件（医療法の 4 条）です。それに基づきまして申請が出されて県で審査し、医療法に基づく医療審議会という議を受け、これは公式な法定審議会になりますが、ここに承認すべきかどうか諮問し、答申を得た上で承認等を行っています。承認されますと当然、地域医療支援病院として行わなければならない義務がありますので、色々と先程申しましたような研修の実施とか、患者さんに対する医療提供とか、医療に伴う記録を管理するとかの医療提供に基づくものが左の下にあります。その中から報告事項という形で毎年地域医療支援病院承認後の病院運営を報告して頂いています。あと地域医療支援病院になりますとやはり診療報酬上のメリットもありまして、二重丸で書いてあります。診療報酬上、入院診療加算、紹介患者加算の拡大、開放型病院共同指導料等々、6 つぐらいの診療報酬上の加算制度ができており、こういう誘導策にしています。3 ページですが、これがある地域医療支援病院が実際に行っている状況です。この病院では平成 15 年度の紹介率 95.4 %。紹介患者が 13,525 人、分子の救急入院患者が 4,218 人、分母の割る数の方が大きな意味での初診患者数ですが 18,607 人。これだけの人の動きでもって 95.4 %、80 %以上をクリアしています。逆にこれだけで要件を具備しておりますけれども、逆紹介もなされています。逆紹介については色々と定義がありますが、厚生省の定義で、前年同月の診療情報提供枚数を当月の初診患者数で割ったものです。それをもって逆紹介率という形にして、この病院の場合に

は一番低い時にでも 32.5 %、高い時は 49.2 %です。また、地域の診療所の先生方に対して当該病院では開放病床として、自分の持っている病床の中からいつでも 5 床を確保しており、診療所から患者の受け入れを優先された場合には、この 5 床の中でやりくりをしています。平成 15 年では 24 例ほどあったようです。この患者さんは診療所の先生が主治医として、また院内の病院の先生も主治医として共同診療という形で対応しています。また、高額な医療機器の CT、MRI あるいは内視鏡等の利用も診療所に促しています。それから地域医療の従事者への研修という形で当該病院の場合では登録医制度をとっています。共同診療を推進するために登録医の入会を促しており、登録医は当該病院の場合には今 403 診療所ほどあります。こういう登録医に対して研修を行っています。地域医療の症例検討会、地域連携学術講演会、登録医大会、救急に関する講義、診療計画と申しますかクリニカルパス大会、内科系カンファレンス、モーニングカンファレンス、CPC 症例検討会等々、地域の開業医の先生方がこういう内容で色々と研修を積む体制を図っています。当該病院の窓口になるのが地域医療連携室で、紹介状持参患者の窓口はすべてこの地域医療連携室で扱い、この中で紹介あるいは逆紹介という手続きをとっています。具体的にどうやって在宅支援をしているかという、当該病院の場合には診療所から紹介されて診療所にお返しする患者さんは戻し患者という形をとっていて、純粹の逆紹介とは少し狭い意味の逆紹介、大きな意味の戻し患者も入れた逆紹介等々、数字的な整理もあるようですが、戻し患者あるいは純粹な意味の逆紹介患者、そうした患者で共同診療を受けた方々、こういう方々を対象に必要な場合に訪問看護ステーションによる訪問看護を通して在宅療養を支援しています。当然訪問看護ステーションは主治医の要請に基づいて動きますので、医療が必要の場合のみ動く事になる訳でしょうけれども、一応どのような患者さんがどこにいるかという把握はこの時点からできるのではないかと思います。また診療所の先生方を支えるために、当該病院では寝たきり老人の在宅総合診療料に関わる 24 時間連携体制をとっているという事です。診療所からの求めに応じて 24 時間受け入れを行うものです。この加算は診療所に加算になるだけであって、病院側の収入はないそうですが、登録医制度の登録医として活用する権利をどんどん使ってもらい、病院側からの義務的要請は一切ないというものです。また、歯科治療総合医療管理料に関する契約等々も行い、地域の歯科診療所の先生方に対する支援をして病診連携をこのような中で行っています。4 病院のうちの 1 病院がこんな形で行われている訳ですが、だいたい他の病院もこれに似た動きで行われています。在宅支援が最終的な一番大きな課題となりますが、訪問看護ステーションが大きな窓口になって動いていくのではないかと思います。以上です。

(MaM) どうもありがとうございました。ただ今のご説明にご質問ありますでしょうか。

(KH) 言い足りない部分は宮崎先生の所で…地域医療指定病院なので。

(MaM) 訪問看護ステーションの対応というのは 24 時間対応ですか。

(MM) いえ、普通の日常の中だけです。平日の日勤帯、稼働日の日勤帯です。

(MaM) 寝たきり老人の在宅総合診療は 24 時間対応ですか。

(MM) そうですね、これはよく特別養護老人ホームとか老人保健施設とかから支援の依頼があるもので、そういう契約が老人保健施設の認可の時に方便としてあり、それはやっています。

(MaM) その時の窓口というのは先生の病院の地域連携室ですか。

(MM) そういう時は夜の場合で、昼間は連携室とかがあってその病気が分かっている時は当該診療科で直接診ますが、夜間の時は救急室ですね。

(MaM) 分かりました。いかがですか？

(SS) これは佐波と前橋と県央だけの病院で、いわゆる総合病院という形の病院はまだいっぱいあるわけですが、これから増えていく見込みはあるのでしょうか。

(KH) 西毛の方で一つ申請準備がされています。あと圏域内で二つ目の動きがありますが、紹介率の問題が色々出てきますので。佐波伊勢崎医師会の場合は医師会の会員が傘下にいるわけですから当然紹介率が高くなるわけで、そうしますと他の医療機関がちょっと不利になってしまうというような所がございます。

(YA) 前回、知的障害者の方が受診する時にこれを使ったらという話が出ましたが、どのような形で使えるのかという具体的な話はどうでしょうか。

(KH) 障害者歯科の問題でちょっとお聞きしてみたんですね。障害を持って歯科治療でもしこの地域医療支援病院にお見えになった時にどうでしょうかって言った時、県内の歯科医の先生方にはある種の統一見解みたいなものがあって、その場合は歯科総合衛生センターへ行ってもらおうという約束事になっているみたいで、とりあえず病院においてはそういう対応をするというふうに言っておりました、歯科については。

(KY) 地域医療支援病院が4つのうち歯科を標榜している所はおそらく宮崎先生の所だけと思う。そうなると歯科では全然機能しない。一次二次三次という医療体制から考えると、一般開業医が一次、一、五次あるいは二次が歯科総合衛生センター。三次病院として機能する所がどこにあるかという事になると、本当に障害者をやってくださる病院というのは県内を探しても本当に…、ましてや障害者のために時間をとってやっている病院は東の方に一つあるだけで、実際問題歯科に関しては機能しないという方が…。

(KH) 特にテーマを絞ってその部分についてはお聞きして来なかったもんですから申し訳ないです。

(SH) のぞみの園の診療所の所長をしている花岡と申します。のぞみの園は今平均年齢が50代の中間で、できてから30年経ちますが、一番大きな問題は一般の人に比べて早期の老化といえますか、例えば呼吸器疾患それから消化器疾患の慢性的な機能不全を持っています。それに加えて嚥下障害、あと歩行障害も40代からあります。診療所は今常勤のポストは3の所2で、私は神経科でもう一人は内科で運営していますが、実際問題として非常に予備能の少ない方の呼吸・消化器医療を担当してるわけです。そうしますとその診療レベルでは扱えなくてむしろこの総合病院の機能を持った所でフォローアップするシステムがどうしても必要と考えます。例えば、以前国立の神経センターに勤めていましたが、重心の病棟を考えると、東京都はある程度総合機能をもった施設に補助を出して一定のベットを確保しています。だからこの二次救急にしても障害医療という事を考えた時、基本的に総合病院機能を持った病院でないときちんとした医療ができないのが現状ですので、障害者のための病床の確保という施策を是非考えて頂きたいと日頃から感じています。

(KH) 小児救急の救急輪番を今組んでおりますが、ブロック別に分けて小児救急の部分については国庫補助分とあと県担で空床2床分確保という政策誘導をして小児の救急医療を確保していますが、その延長線上で政策医療的に障害者医療に対しての県の支援という形で空床確保に対する支援をするから体制をとってくれとか、そういう設計図を描いて予



算要求ができるかどうかということになるかと思いますが、障害政策課の方の政策と医務課の方の政策とよく検討してできるかどうか…。

(SH) 強調したいのは、障害者のための専門病院という発想よりは、むしろ既存の総合機能を持った病院を人的にあるいは機材をうまく活用した方が経済効果も大きいと思われ、実際にその病気の性質そのものが総合医療を必要とする動機の方がある程度年齢に達すると大きなものになっていくというその2点です。

(MaM) 花岡先生の方から非常に大事な指摘があったわけですが、実際にこういう総合病院が対応していくという中でもなかなか対応しきれない部分というのがあって、それは前から私が言っているような受診した時に控え室のような所が無いとか、駐車場の事だとか、色々やりだせばもう細かい事がいっぱい出てきちゃうわけですね。それから実際そういう方々に対応するスキルを十分に持っているかと言うと、これがまたそれぞれの専門性の技術は持っているけれども、障害を持った方々と対応するスキルがなかなか差が出ていない所もやっぱりあると思う。空床問題だけじゃないですね。例えば東京都でうまくやっている所はあるのですか。

(SH) 例えば、重心の方は一応施設の中でも医師がいて看護師もいて…。

(MaM) だからそのスキルが総合病院の方にうまく伝わるようなそういう仕組みをどういうふうにやっておられるかを知りたいのですが。

(SH) それは重心に関してですが、重複障害ではなくて知的障害に関してはそのシステムはまだできていない。実際にのぞみの園のような高齢者の重度知的障害の方の問題というのはもうほとんど老人医療の問題に近くなっていますので、そういう方の対応はかなり年ごとに嚙下障害というのが出てきておりますし、考えて頂きたい思います。

(SS) 実際問題として、花岡先生が言ったのは結局いわゆる重心の施設の中にじゃなくて総合病院にすることでいいですね。宮崎先生がおられるので、そういう実績、まあ救急というか、そういう形でやるとすれば何が一番問題になるかをお聞きしたいのですが。

(MM) うちはまだ地域支援病院ですから、来れば通常は断らない事になっています。もし騒ぐような方の場合、独立採算ですから余裕がありませんのでなかなか十分なスペースが無いですが、感染症の方の部屋を別に用意してありますから他の人と一緒に居にくい時にはちょっと別の部屋にいて頂くとか、そういう事はその場で対応するしかないですね。普段用意しておいてそのお金をちゃんとどこから補助して頂ければそれは用意しておきますけれども、県のものでもそんなにないでしょうし、また空けておいてもどこで使うか分かりませんので、どこか空いていてそこが具合悪ければ個室に入って頂き、それも必要があれば差額は免除して入って頂くとかそういう形がありますので、あまりその辺はそういう方だから断るという事はないと思います。

(SS) 宮崎先生が言われたように、空床だとかっていうハードな形でやるよりは、そういう人達が来た時に、ソフトを持っている人達がすぐに対応できるという病院の体制をどの病院でもつくって頂くと有り難いかなと思います。

(MM) そうですね。それについてはやはりその理解というか研修というか、それしかないと思います。ちょっと話が違ってもかもしれませんが、例えばいわゆる虐待児が来ますので、そういう講習会・研修会を院内でやりますと看護婦や他科の医師の意識が高まります。こういう場合には困るからこういうふうにしてもらいたいというような研修会だとか、我々

も全然そういう方が来た時にどう扱ってよいかよく分かりませんので、そういう講習会とか研修会をしていただいて具体的なスキルがあれば教えて頂ければ、少しは進歩するかもしれない…。

(MaM) 前にも話した事があったかと思いますが、今の地域医療支援病院という中では群馬大学は出て来ない。医療法上は特定機能病院で、先端医療をやる事だけじゃなくて地域の中で医療をやるというのを病院の大きな目標にしている。そういう意味では歯科も揃っていますし精神科もベッドがありますから、前にお話した例えばプラダ・ウィリー症候群という患者さんの場合、150 キロでものすごい過食の方ですが、自分で歩けなくなっちゃう。それで心不全になって酸素ボンベを吸いながらストレッチャーに乗せられて精神科に来る。行動療法をやると139キロくらいに下がるのですが、血糖値はインシュリンを投与しながらやらないとどんどん上がっちゃう。そういう人達は総合病院で診ていく必要があって、小児科とそのケースでは組んでやったわけですが、小児科の病棟の中だけではとても対応しきれない、ご家族の言う事を全然きかないという事が実際にあります。そこでそういうスキルを持っている所がうまく集まって総合病院で診ていくのが大事だと思う。それがもっと広がればいいが、総合病院の精神科にベッドが無いのが群馬県の特徴で、矢野先生に随分前から色々のご尽力頂いてやっているのですが、なかなかうまくいかない。精神科があればできるというのではなく、そういうスキルを持った者が集まって対応していくのが非常に大事だと思います。国立西群馬は如何ですか。

(MS) 西群馬も重心やっていますが、ただ専門家がいらない。正統の神経やってる先生もいないし小児科もないので、今はもう外科とか内科の先生が集まって担当してなんとか凌いでいる感じです。歯科とかは外に紹介してですね、眼科とか耳鼻科に関しても外に連れてって診てもらおう状態です…。

(SH) もう一つ指摘しておきたいのは、一般の患者さんに比べると以下のような特徴があります。一つは、予備能が低いので同じような呼吸器感染や消化器疾患を何回も繰り返すという特徴があります。もう一つは、一泊でも治ればすぐ退院ですが、すぐ具合が悪くなって帰ってきたり、入院が長期化する傾向があります。一般病院にお願いした場合、一定の期間が過ぎますと診療の査定額が提示されますが、そのために退院してくださいという話が来るのですが、まだその時の病状が診療所で引き受けるには少し乖離があるというケースが多々あります。三番目はちょっと難しい問題なのでなかなか議論が出ないと思いますが、終末医療に関する事です。国立精神・神経センターの場合、変性代謝性疾患と言われる進行性の病気の方達は医学的に進む病気を持っていると分かるので、例えば挿管するにしてもどこまでやるかという事を常に考えながら家族とインフォームドコンセントを取りながらやっています。ところが、知的障害の方である程度の年齢を過ぎますと、本来は進むはずではないのにやっぱりその老化が早くて予備能が少ないという二つの現象のために退行現象と非常に似たような形で起こってきます。そういう場合にその方の扱いをどうするか、どこまで治療するかという問題がある。実際に一般病院が引き受けるからにはそういう問題も考えた方が良く思う。もう一つは、インフォームドコンセントとして患者さんのご家族にある程度了解を取る事が多いが、年齢が進むと親族が兄弟か遠い親戚というぐらいになってなかなかインフォームドコンセントが難しい場面の承諾を誰が責任もつてするかという問題がある。さっき言った医療そのものの総合医療的な問題が出てくると

いう事と、引き受ける病院があったとしてもその疾患の持つ特徴という問題にも同時に対応していくという事も申し上げておきたい。

(MaM) 地域医療支援病院がそういう役割を果たしていき、もっともっと育っていき、またそういった事を県でも支援して頂くような仕組みを提案されて議論されてきました。簡単に解決できない問題が未だに残っているという事で非常に大事なご指摘ありがとうございます。これに関してはよろしいでしょうか。

(AI) 障害政策課の岩崎です。在宅自閉症児(者)基礎調査ということで、集計結果速報版を参考にお持ちしましたのでご説明させていただきます。いわゆる自閉症の部分については従来から大変要望があった分野であり、知的障害を伴っていますと知的障害者福祉法で対応していましたが、自閉症の中には高機能で知的障害が伴わない方もおり、また自閉症特有な状態もあるので、その特性に応じた支援体制として16年度から自閉症児(者)療育体制整備推進事業に取り組んできました。その自閉症児(者)療育体制整備推進事業の主な内容は、検討委員会の設置、療育推進事業として療育相談モデル事業、研修、啓発をやってきましたが、自閉症の方がどれだけいて現在どのような状態であるのかという実態がつかめていないため、昨年度の事業として17年1月に基礎調査を行った。1ページですが、調査対象とか承諾方法等については、ここに書いてありますような機関あてに調査票を配布し、その中で自閉症、あるいは自閉症傾向を含むと確認されている人達の保護者で回答していただける方、それから日本自閉症協会の群馬県支部の会員で調査に協力して頂ける方を対象にした。回答者数は469人であった。2ページですが、基礎情報という事でまとめてあります。対象児の年齢・性別ですが、男女比では3.47対1で、一般的に言われている4対1にほぼ近い数字になっています。生活の場所はほとんどが自宅で、家族と同居しています。4は学齢前、学齢期、18歳以上など年齢階層区分ごとの所属です。4ページの2の経過で、「本人の発達について、疑問や不安を最初に感じた時期」、また「気づいた人」という回答ですが、全体の45.6%が1～2歳の時期に気づいています。また知的を伴わない高機能の部分ではそれより遅れて2～3歳未満の時期が最も多かったです。3の気づくきっかけでは、やはり言葉の遅れが最も多かったです。4のはじめに相談した場所では、市町村保健センターが最も多かったです。5の最初の診断の時期は3.3歳で、高機能の部分はそれより遅く5.4歳だった。最初の診断は、医療機関と検診で6割を占めています。6ページの表14は最初の診断名ですが、高機能群は全体で約4.7%でした。7の福祉サービスの利用は療育手帳ですが、89.1%が知的障害という事で療育手帳を所持しています。ただ療育手帳を所持しない理由では、まだ小さいから、知られたくないという気持ちから、療育手帳を所持していないというケースもあった。8は特別児童扶養手当・障害基礎年金の受給状況ですが、障害基礎年金については対象年齢の9割以上が受給しています。9は支援費制度の利用状況。10は生活支援サービスに関わるニーズで、学齢前、学齢期、18歳以上に区分した表18によると、当然乳幼児から学齢期にかけて保護者の緊急時の一時預かりという声は数字的には多いが、18歳以上になっても要望が高かった。11は相談機関の利用状況、12は相談機関への期待。10ページの14は医療・診療への期待という設問で、各年代を通して具体的な対応への助言が多かった。それから専門職による各種訓練とか専門医が近くにいる等々の要望が多い。成人期以降では、専門医が近くにいる、初診でも速やかに受診可という意見が多く見受けられた。15は療育機関への期待、16は

教育への期待。12ページの17は就労支援への期待、18は自閉症・発達障害支援センターへの期待です。今回は取りあえず速報版という形でまとめたものであり、今後これ以外にも自由記述部分、それを読ませて頂くと、特に知的障害の方、自閉特有の問題で非常に悩んでいるとか、療育に対する要望とか自閉症をよく理解して欲しいとか、就職でこんな苦労しているとか、非常に切実な思いの意見を相当な数もらっています。そういう部分を含めてこの集計結果の分析を深めて今年度も検討委員会をやっていく予定で、その中で考察をまとめたいと思っています。今日は参考までに報告させて頂きました。

(SS) 4ページは非常に年齢が小さいと思いましたが、8ページの相談機関の利用状況では児童相談所が一番多く、医療的な病院だとかそういう所が出てこないですね。それが結局5ページの最初の診断という所では病院が一番多いのですが、その病院と相談機関の利用の状況というのはどうなっているか。というのは、この頃うちもSTが6人くらいいて、発達障害の子ども達が多くいわゆる整肢療護園なのですが、外来だけ見てみるといわゆる非肢体の子ども達が肢体の子ども達を上回ってるんですね。それはいわゆるそういう広汎性発達障害から自閉のスペクトラムの子ども達がいっぱい来ているわけです。ある程度来るのは児童相談所なり病院から両方来ていますが、児童相談所は紹介状をよこさないのです。そう言いましたけれども、やりっぱなしなのですが、病院と相談機関との関係はどうなっているんでしょう。この表では見えない、分かりませんが、どういうふうにお考えになっているか、ちょっとお聞かせ頂ければ…。

(AI) 医療機関で診断がなされた後、例えば相談先が児童相談所が多くなっていますが、診断とそれ以後の相談という部分で、そういう取り方と言いますか、診断は診断という部分があって、その後のサービスという部分で相談機関という格好になっているのだと思います。

(SS) そうすると病院は何もやってないということですか？ 何もやってないというのは冗談ですけども、やはり病院側ももう少し頑張らなきゃいけないかなという事になりますよね、そうするとね。

(AI) そうですね、そういう面もあると思います。

(MaM) まだ他にも色んな切り口でうかがって…、どうぞご意見ご質問がありましたら。

(AI) もう一点、自立支援法の部分で前回の話のあとの経過として、ご承知のとおり衆議院を通過しています。厚生労働委員会で最後は与党だけの修正という事で通過し、衆議院本会議でも通って参議院に送られています。修正の内容は法律の目的の中に障害者の自立と社会参加を入れるとか、発達障害、難病の方達など自立支援法の対象範囲を3年かけて検討するとか、更生医療、育成医療、精神通院公費の見直し部分の実施を18年1月へ3ヶ月先送り、というような修正で通っています。またその他与党の要望事項、利用者負担の問題とか利用の手続きの問題とか施設サービス体系等々の問題について、政省令に反映しなさいという要望が出されて現在参議院で審議されています。

(MaM) ありがとうございます。このアンケートは非常に貴重だと思いますが、ただものすごくビックリしたのは、91%の方が障害基礎年金を受給している。ところが、支援費制度を利用してる人は極めて少ないですね。10%あるかないかぐらいしか利用されていないという中で、今度の法案が通って対障害児自立支援という事で動き出した場合ですが、年金は受け取るけれども、支援費制度を受けながら地域の中で生活していくところで

はなかなか事業展開できないような状況がずっとあったと考えてよろしいのでしょうか、このデータは。

(AI) 障害基礎年金の部分は 20 歳以上ですが、例えば知的障害で年金をもらって支援費制度を利用している状況はあります。今回の比較対象は基本的には在宅、いわゆる自宅で暮らしている部分です。支援費で本来利用が多いのがホームヘルプサービスです。例えば身体障害者の方の場合ですと、体が動けないとか体が不自由であるという事で家事援助とか身体介護とかの形でホームヘルプがうんと必要になりますけれども、知的障害の方の場合ですと、当然家族と同居して一緒に暮らしているとなると、家事援助とかの支給はかなり少なくなると思います。

(MaM) ご家族の方の負担はそれだけ増しているわけですね。

(AI) そうですね。

(TS) 実際の話、年金を頂いている方で在宅の方はほとんどが通所施設もしくは作業所に日中に行っている方が多いので、月～金は日中は使う必要性がなく、夜間の時に緊急で入所するという形で時に支援費を使っています。基本的に施設に入って通所している方の場合には支援費制度自体を使っているのが、多分ここには出ていない。それが書いてないので、すごく減っているのだと思います。

(AI) また支援費に入らない県が独自でやっています福祉作業所等々がありますので、ここに出ているのはそういう意味では少ないと。

(MaM) はい、わかりました。

(IK) 更生相談所とか福祉センターで判定をやって年金診断書を書いたり、もう一つは年金の審査の方に関わっています。群馬県独自かどうか最近各県の比較がないので分かりませんが、高機能自閉とかアスペルガーの人を含めて自閉性障害の人はなるべく年金が出るように、軽度の知的障害の人は今まで年金の対象ではなかったのですが、軽度で自閉的障害のある方はやはり年金対象にしようという事でやっています。かなり率は年金の方は上がってきました。また、自立支援のための援助の程度を決める試行事業があった。前橋が全国から選ばれ、自立支援法については色々疑問があって問題提起をしなくてはと思っていましたが、判定の仕事を手伝ってくれないかという事でやってみたのですが、基本的には介護保険の手法を取り入れて各障害をピックアップしてコンピューターで判定しようというものです。内幕があるという訳ではないのですが、インターネットで調べますと判定の適合度の評価が出てまして、身体障害が割合マッチしています。知的障害は特に自閉性障害に対しての問題点があまり拾われてこない。精神障害はもっと大変で、1割負担の問題以外に援助の内容度をどれだけ盛り込むかという所でかなり落とされる心配があります。3障害を一緒にしてしまうとこれがどういうつもりでそうなったのか分かりませんが、ちょっと無理に全体を枠にはめ込んでいます。それから援助する場合の現場ですが、身体も知的も精神も一緒に見ようという話があって、例えば精神障害の援護寮がなくなるとか、今までの援護寮ではなくてそこにみんな入って来ちゃう。知的障害で言うと通勤寮がなくなってそこに3障害が入ってきてどうなんだろうという話もある。法律は衆議院を通ったみたいですが、今後大変だなと。ほとんど知られてない、内容が。県とか公務員の現場の方達がどう考えているのか非常に不思議な気がします、それが大部分かなと思います…。

(MaM) だからそういうふうな合意的な枠組みがなされる中で、この地域の中ではどう  
いう運用をやってこうかということを考えなきゃならない、その場合にしかし財源の問題  
というのが必ず出てくる。

(SK) いずれにしても先程から申し上げていますが、細かい部分についてはまだほとん  
ど不透明です。大きい枠はおっしゃる通りですけれども、細かい部分については国の方  
でも詰めている段階で全然うちの方には降りて来ていない。細かい事については3月に説明  
した時とほとんど変わっていないです。

(IK) 公費負担がね、外来公費負担がね…。

(SK) そういうのはね、でもその辺についてもですね、なんと云うか下りてきた時にど  
うなのかなというのもまだ…。

(IK) 程度でやるのか病名でやるのかって話で。

(SK) この間も担当者から説明を受けましたが、受けると質問がどんどん出てきて収拾  
がつかないほどその内容に矛盾が多いのです、本当に。そういうのは相当国の方でも同じ  
様な感じが出てるのではないかと思います、いずれにしてもまだはっきりしたことが言  
えない不透明な状況なので。

(IK) はっきりしないのなら急いでよ。

(SK) でも郵政が5日なのでどうなるか分からない。郵政でパンクするともう…。

(SS) 春日先生の話ではないけれど、いわゆる施設長の運営協議会からメールでどん  
どん中央からの情報が入ってくるわけだけでも、あんなにどんどん変わってて何も見えな  
いのかなと、よく国会に通るなど…。

(IK) 自立阻害法では？(笑い) それこそコロニーから出にくくなっちゃうのではない  
かという気がします。

(AI) 出資体系とか事業体系というのは基本的な方向はでていますがけれども、ただ先生  
おっしゃったように精神も知的も身体もひっくるめてごちゃごちゃにしようという話では  
当然ないと思います。今まで積み重ねたものもありますし、全部ひっくるめて同じ所で全  
部やればいいという話ではない。

(SK) まあ一時そういう話もあったのですが…。

(IK) 実際に通勤寮の施設長が、知的障害の就業支援はやってきたのだが、精神障害は  
やったことがないのでどうやったらいいか教えてくださいと言ってきたが、精神障害の就  
業支援というのは誠に遅れていて、うちは何もないですという話なのです。

(AI) 精神では福祉的な部分が一番遅れていますから。

(MaM) 何もないって言わないで、と思うのですが。今の法案の方に関してはまだ不透  
明な所が多く、国できちんとしたものを検討してやっていただきたいと思いますが、せつ  
かくの資料ですからもう少し読める所は読みたいと。佐々木さんの先程のご説明でこの支  
援事業に関しての利用者が少ないのは分かったのですが、その後のアンケートは非常に色  
んな要望が出ているわけですね。まだ十分応えられてない現実というのがあるわけですよ  
ね。それをもうちょっと読んでこんなふうにしていけば色々な支援ができるというような  
所、どういう風に資料から読んだらよろしいでしょうか、というような点に関して、佐々  
木さん何かもうちょっとご説明頂けないでしょうか。

(TS) 8 ページの表 18 ですが、緊急時の一時預かりと長期休暇中の預かりのパーセンテ

ージが非常に高いと思います。実際私どもの施設、夏休み中短期療育事業を行っていますが、すでにいっぱいいっぱいですね、特に自閉タイプの方が多い。学校行ってる方が夏休みに入ったので、これ以上はもう受けられないという状況が現実にあります。各施設に連絡を取ってみて空いてる所がないかと聞くのですが…。

(MaM) 実際に在宅では大半が学生ですね。

(TS) 学校に行ってる方が一気に増えるのです。

(SS) うちも肢体の A 型通園でやっていますが、去年の末に A 型通園になったので。あとそれから地域的な形で、中央児相が群馬町にあるのですが、群馬町は中央児相の子しか受けられないと。就学中の子どもは夏休み中は通園受けていいという形になりましたが、あつという間にいっぱいになりましたね。

(AI) 新基準について、県の事業としては生活サポート事業という事で登録介護者が介護するとか、24 時間のサービスステーションという形で緊急時の一時預かりをやったりしています。長期休暇中の預かりという部分では、養護学校の放課後対策としての集団活動訓練事業という形でやっていて、夏休み、冬休みも対応できるという仕組みにしてありまして、今回これに春休みも対応できる仕組みに変えました。想定したのは1日4時間で週20時間をベースにして、長期休み、夏休み・冬休み・春休みの場合は1日8時間で週40時間受け入れられるようにしました。市町村事業ですが、県としても提供できる事業としてはそれなりに改善を図っています。

(MaM) ありがとうございます。この会の話としては医療・診療への期待に対してどういうふうに応えていくかという大きなテーマが集まっているわけですが、このアンケートの中でどんなことを読み取ったらよろしいでしょうか。表の 22 ですが、具体的な対応への助言というのは医療的な意味での具体的な対応なんですか？どんな内容なのか説明して欲しいのですが。どういう事が要望としてあったのかと。

(IK) このアンケートは全体でなかなか素晴らしい調査をやったと思いますが、具体的な対応への助言というのは、例えばパニックを起こすのだがどうしたらいいとかそのような内容ですか。

(AI) 設問としては、医療機関側が、そういう場合はここにしてくださいとかこうしたらいいですよとかここにすべきですよという事だと思います。そういうのを保護者の方がもっと先生の方からと聞きたいとそういう事なんだと思いますけど。

(IK) 微量ではあるがという説明は 10 件で少ないという意味ですか。

(AI) そういう意味です。

(IK) とてもよい調査ですが、精神症状といいますがパニックとかそれから色々な強迫的なこだわりとかに苦労している子がいると思いますが、その辺がもう少し具体的にどうしているのか、例えば病院で薬もらってる人もいると思うんですけども、その辺のフィルターを経なければなお良かったかなと。

(YA) この調査は基礎調査という事でされておりますよね。パート 2 もあるということですか。

(AI) いや…。表 22 の設問自体がこういう内容になっていますので、親御さんがそういう項目の回答を選んだということです。その具体的な部分には特にどうだというのは求めています。

(MaM) 具体的な望まれている事が何なのかっていうのをね。

(AI) それはまた個々に自由記事の中で意見が出ていますので、それをまた分析…。

(MaM) これに当てはめてもらえばわかるわけだよね。

(AI) はい。

(SS) 図6の気づいた時期とはじめに相談した場所と、図7の初診時期と機関、図8の相談機関がみんなばらばらで、僕自身もそういう傾向ありますが、診断ついたらあととはよく診てないと…。おそらくそういう子ども達をみている人間をもう少し県全体の中に増やしていかないといけないかなという感じはあります。

(AI) やはり一貫して、発見されてから診断ができてそれからこういったふうに流れを持った支援ができるような体制が必要なんだろうと思います。

(SS) 小児神経の人間からみれば、診断がついた後に経過を見られるシステムで、自分の所であり心理判定士なりそういう人間がいてできるような体制を、おそらくこれから県が作ってくれるかどうか分かりませんが…。

(AI) 基本的には療育全体の中で、障害をもって生まれてから、乳幼児期から、学齢期に入って、それから社会に出ていく、でもまた就労の部分にぶつかっていく。学齢期は教育委員会でやればよいという部分もありましたし、乳幼児は保健サイドでやればよいという部分があったり、出たあとの就労はまた別というようなことがあります。基本的には自閉症の部分も含めて療育全体を障害を持ってからずっと追えるようなシステム、支援ができるようなシステムを作っていきたいなど、それが一番今重点に考えています。そういう意味では従来より私どもも保健サイド、医療サイド、教育委員会サイドそれから労働政策サイドと、今まで以上はかなり連携をお互いがとれるような形の場を設けていますし、努力していますし今後もそれを重点的にやっていきたいと思っています。それが一番大事だと思っています。

(MaM) 大変力強いお言葉を頂きました。ありがとうございました。このアンケートに関して他にご意見、ご質問よろしいですか、では時間もずいぶん過ぎてしまいましたけれども5番目のですね。

(YA) 実はこの会を発足させる一つのきっかけになったのが、県の知的障害者福祉協会とのぞみの園でやった2年前のアンケート調査でした。県内の施設を対象にして、施設の利用者に医療上の問題があった時に、どういう医療機関にかかるかという事を調査したものです。昨年秋に「手をつなぐ育成会」のアンケート調査をした時、施設の嘱託医の考え方なり、どういう考えを持って施設の利用者を診療しあるいはまた関連の病院等に紹介するかというその辺の事情を知りたいという事で、この調査も別途やりましたが、その担当者が3月に定年退職して最後に結果を残してってくれたもので、知的障害児者の嘱託医、勤務医に関する調査です。グラフの所ですが、2年前にやった時、群馬県には32法人71施設ありまして、そのうち29法人から回答があった。その時嘱託医の数としては78という数字をつかんでいますが、実際はもうちょっと多いのかもしれない。今回その32人から嘱託医の方に調査を依頼するという形でやりましたが、回収はあまりよくなく、実際に回答頂いたのが24で3割、おそらく実際は3割弱だと思います。「あなた(嘱託医)の主な職場は主に次のどれですか」という質問では、診療所と病院はだいたい1対2の比率で診療所の方が多かった。診療科については内科が4割ぐらい。あと精神・神経科、外科、



小児科、整形外科、歯科でした。それから嘱託医の勤務年数ですが、10年以上という長い勤務の方は3分の1ぐらい。5～10年というのが4分の1、1年以上3年未満というのが4分の1、1年未満が8%という割合でした。掛け持ちの嘱託医かどうかについては、8割ぐらいはだいたい一つの施設でした。次の5ですが、嘱託医をしている施設内で患者が発生して診療依頼を受けた時の対応についてです。原則として往診する先生は11.5%と3.8%と3.8%の合計で19.1%、約2割の方は往診する。一方右の赤と黄色の部分ですが、とにかく自分の所に来てもらうという態度を取られる先生は28.8プラス15.4で44.2%。自分の専門分野でない場合にどこどこへ行きなさいと指示を出す先生が34.6%でした。次に施設までの距離・時間ですが、車で5分以内と10分以内が合計で5割弱、それ以外は30分以上1時間以内が4分の1でした。次に、専門が違うとか他の施設に依頼する場合の優先事項について、一番多いのは医療レベルが高いという事よりもむしろ患者、保護者の意向でした。2年前のアンケートでも、35%は保護者サイドが決めている、嘱託医が決めているのは17.6%と少なかった。言うなれば保護者サイドの意向が強いという結果が出ていた。ちなみに2番目をみても、施設から近いというのが37%で多かった。この辺が単なる医療だけの判断ではないのかなと思います。勤務医については回答者は10名で、施設の中に診療所や病院がある所は非常に限られているのであまり参考にならないかと思うが、診療科として多いのは内科、精神・神経科で、勤務年数では1年未満が7割もあったのは、医師がローテイトしているのかなとも思う。紹介の優先順位の方でみると、勤務医の場合は医療レベルが高いこと、知的障害者への対応がよいというのが高く、嘱託医の場合とはちょっと違うという印象がある。嘱託医の自由記載の部分では、知的障害者の医療に関する問題点をお書き頂いた。特に全体的な事で見ると、例えば12番の意見として、市医師会間等に関係する医師を含めた委員会を設置して定期的な意見交換の場をつくる。連絡会議（各市、各医師会、官庁、歯科医師会等）をつくる。講演会を催す、という意見があった。次の次のページですが、知的障害者が一般患者と同じ様な医療が受けられるようにするために必要なこと（対策等）では、5番目ですが、電話で時間を決めて受診するようにしているという前回の議論と同じ意見があった。最後のページですが、勤務医の意見として例えば7番、「医療レベルが高い事、知的障害者への対応がよい事、施設から近い事」等に集約されているが、重度知的障害者という社会的且つ医療弱者に対して、国や公的機関の責任で診療所の量的・質的診療内容の充実を図る事。さもなくばこれらへの十分な啓蒙と理解の元にバックアップ体制の確立を図る事、このような意見があった、ご参考までに…。

(MaM) どうもありがとうございます。このアンケート結果に関連してご意見とかいかがでしょうか。

(IK) 24ですか、サンプルがちょっと…。

(YA) おそらく嘱託医の3割弱ではないだろうか、24という数は。

(IK) あとその精神科医と内科医とかはだぶってる所があるのですか？

(YA) この結果しか頂いてないもので、細かい所は分かりません。

(MaM) アンケート結果の自由記載の部分について、今後どういう対応をしていくべきかという部分で非常に参考になるのではと思いますが、ご意見ありませんか。1番目の記載で、医療の方に障害者への知識とか心の構えがないというのが出てきますが、この問題

は大きいですね。それが 12 番の所で委員会を設置して意見交換の場を作るとかの具体的な提案だろうと思われませんが、その事に関していかがでしょうか。今日の会議を開いているのもこういう事の一環としてやっているわけで、そういう意味ではこういう場が最後拡大していけばと思えますが…。アンケートに関してはよろしいでしょうか。どうもありがとうございました。

(KY) 県歯科医師会のパンフレットについて説明させていただきます。これは今年 3 月に作成したもので、群馬県歯科総合衛生センターでは、診療、健診、口腔ケア・口腔リハビリテーションコース、これは口の中の清掃および摂食嚥下に至るまでのトレーニングを行っています。あと学校、施設に出向いて研修会をやっています。あと歯科総合衛生センターの実地研修、これは施設の職員、家族あるいは歯科医師歯科衛生士等の実地研修を行っています。あと障害者歯科協力医勉強会と題して年 2 回の研修会を行っています。今年は摂食嚥下に関して昭和大学歯学部の向井先生をお招きして 8 月 25 日と 10 月にやります。次に県内の障害者歯科医療連携システムですが、この 1 次、2 次、3 次に関しては今まで県の保健予防課、医務課、障害政策課との検討会で出されたものです。1 次が一般の開業医レベル、2 次が前橋の歯科総合衛生センター、富岡甘楽口腔保健センター、これは富岡の歯科医師会の運営するものです。週 1 回水曜日に行っています。東毛地区だと館林邑楽歯科保健医療センターで、水、木の週 2 回行っています。3 次医療機関としては、群馬大学の口腔外科と 6 月にオープンした県立小児医療センターです。県立小児医療センターの方は月、火、水の歯科医師 2 名体制で行っています。まだオープンして 2 ヶ月なのでまだこれからだと思います。3 次医療機関は本当に中毛地区に集約されていますので、東毛あるいは西毛にも拡大していければと思います。1 次医療機関の協力医ですが、今までどおり手上げ方式でやっており、本当にレベルの差がかなりあると思います。例えば、のぞみの園で今年に出された本、国立のぞみの園障害医療セミナーですか、この中にも群馬県は非常に歯科が遅れていると書かれていて…。

(YA) 前任の歯科医の方が実はそういう考えをお持ちで…。

(KY) ずいぶん遅れていると書かれてありまして、これを読みながら考えた次第です。例えば、神奈川県では 1 次、2 次、3 次にシステムティックに県行政からお金も出ています。埼玉県は 1 次医療機関の育成のために、手上げ方式ではなく県の行政サイドの研修会を結局何日間かやり、その人達に県の方から認定医といいますか、その協力医、相談医ということで発行しています。静岡県は今から 10 年くらい前に副知事が歯科医師会に要請し、相談医を育成しろという事で終日 2 日の研修を受けた者に静岡県知事の名前で相談医という賞状とプレートを発行しています。群馬県でもそういうふうに行きたいと考えていますが、なかなか壁が厚いものがあります。

(SS) 小児医療センターにいた時、長谷川先生が県議をやっていた。自分が担当した具体例ですが、小児医療センターをどうするかとやっていた時、歯科をその中に入れろと言って来た。それだったら病院局なのですが、ではなくて別のユニットを小児医療センターの外につくってもらうように働きかけていこうと。そうでないと小児医療センターの中に入り込まれるとみんなに迷惑がかかると。結局は中に押し込められた形でしかなかったです…。今も小児医療センターで週 2 回診療していますが、お母さん達からは結構歯科にかかりたいから一筆書いてくれと言われていたのが、あっという間に小児医療センター

の歯科はもう一杯になった。

(KY) 頑張っ頂かないと、なくなると困りますので。小児医療センターは18歳未満であれば大丈夫なのですが、18歳以降の方が体動著しくてネットでやるという事は本当にやりたくないの、緊急避難的にやらざるを得ないのですが、全身麻酔でやれるのはあと群大ですが、口腔外科ですからなかなか難しいものがあると思います。

(MaM) 本当に時間がなくなって申し訳ありませんが、歯科の方ではこういう心身障害者の為の活動があって1次2次3次ということで含まれている。そういう中で県医師会の取り組みに関して、今進めつつある所を少しお話し頂けませんか。

(KS) 実は障害者に関して、果たして医師会で喫緊の課題になっているかという、私の知る限りは特にそれを取り上げて課題にする事はございません。障害政策課の色々な会議、精神の会議とかに参加して理事会で伝えるという形しかできないわけで、矢野先生の所をはじめ、拡充している施設に対してどう関わるべきかという事も、特にそのネットワークの中にどう入るのかという事も、ここで述べるのは私しかいないと思っています。ただ医師が全てそういう訳ではなく、個人的に関わってるドクターはそれなりに一所懸命で、私もある施設に個人的に関わっていますが、生命に危険を及ぼすような場合、宮崎先生の方にお世話になってるケースもありますし、その辺のルートのような事をこの場で話し合えればという希望をもって来たのが現状です。医師会の方ではまだそれ以前の問題が沢山残っています…。群馬県の予防接種は相互乗り入れがやっとでき、今度は基本検診をどうしようか、疾病の予防に関して力を入れているというのが現状です。何か答えになったかどうか分かりませんが…。

(MaM) ありがとうございます。他に…。

(KH) 山脇先生のご説明の1次、2次、3次の県行政の協力の下についてですが、二次医療機関の群馬県歯科総合衛生センターに年間運営費として1,300万ばかり補助しています。それで県内の2次対象の障害者の歯科治療の一助としています。あと毎年歯科総合衛生センターの治療環境を整えるために備品の補助をここ5～6年行っています。県立小児医療センターの方はなかなか100%までは行きませんが、広さの問題、常勤医の確保等まだ課題が残っていますが、県立病院の財政改革という大きな問題もある中でできる所から少しずつ改善をしていきたいと、必ずしもこれで終わっているという事ではないと聞いています。

(MaM) どうもありがとうございました。歯科の方でもそういうシステムがだんだんできていけばいいわけですが、その前に取りあえず対応できる、相談できるという仕組みがまずできないと解決には至らないだろうと思います。赤田先生はその精神科救急情報センターをやっておられる訳ですが、こういう相談や医療の振り分けという事での経験で、この心身障害者の医療を確保していくことに関してご意見ありませんでしょうか。

(TA) 精神科救急情報センターの赤田です。私が言うとあれかもしれませんが、知的障害者の方が精神科の救急医療に入ってくる時、非常に救急医療体制に馴染まない場合が多いですね。精神症状が、何か病的な症状があってそれを治療する為に入って、そのための薬物投与をする場合は確かにあるのですが、どちらかと言うとそうならない場合が多い。その場合今の一般的な精神科医療だと、だめだめって、いやこれをやりなさいと言ってかなり看護婦さんとか皆できる事を目標に強いることが多く、かえってそれが本人のストレ

スになる事が多く、強制医療に入れるとかえって悪くなる面があります。私も知的障害の所の嘱託の仕事をしてもらっていたのですが、そういう施設の職員の方が対応が非常にうまい。医療をやる時に看護婦さんが関わるよりも、むしろパラメディカル的な知的障害の対応のうまい人が入っていく体制を作らないとうまくいかないのではないかと個人的に思います。あともう一つだけ言うと、うちには知的障害者の大人で初めに知的障害者として扱われなくて、ちょっとひねくれちゃって元々性格的なものもあるのかもしれませんが、犯罪を犯した人が来ます。そういう人達はだいたい刑務所に行ったりする。また生活がうまくいなくて犯罪を繰り返して、そういう人達をよくみると幼い時に知的障害というハンデを受けなくて、学校でいつもオール1を取っていてみんなに馬鹿にされて、ということでうまく扱われないという人達がいっぱいいて、早めにそういう人達を見つけてあげて、知的障害者というレッテルを貼るのはちょっといけないかもしれませんが、そういう体制を取ってあげてその人のいい点を伸ばしてあげるような対応を考えないとなかなかうまくいかないと思います。

(MaM) どうもありがとうございます。非常に貴重なご意見を頂きました。今のご発言に関連してどなたでもご意見ございますか。病院という組織は生活の場とは違う所があるから、施設で関わっている人達の技量がうまく伝わって移せないのですね。その問題が大きいと思います。

(IK) 全くその通りだと思います。知的障害の人の精神症状は反応が多いのですが、病院よりもショートステイを使ってやった方が落ち着く場合がある。なんとか重度棟の定義を利用してショートステイで手厚く看られるようなシステムがあれば、精神病院に入れないう方が絶対いい。

(MaM) 先程の貴重なアンケート、自閉症児の場合が出てますよね。これは短期間見てくれる場所などの充実が非常に大きいということですね。では、お約束の時間を過ぎちゃって大変申し訳ありません。これで勉強の会議を終わらせて頂きたいと思います。またどうぞよろしくお願ひいたします。どうもありがとうございました。 (了)