

(MaM) 分かりました。今の点に関連していかがですか。あとは研修会等でのプライバシー問題ですね、その会だけで秘密保持するのはなかなか本当に難しいですよ。それをビデオで記録に残して云々というのも相当難しい。会ごとに全部消去するのも現実的ではないですから、そういう対応の仕方を上手く伝えていくのは本当に大変な作業になるわけです。それをマニュアル化して文字にするのはもっと大変ですね。ですからそういう機会をとにかくつくっていく以外にないと。目に見える形のビデオというわけにはいかなくて、そういう事例を一步一步出しながら情報を共有してやっていくというのは最初の段階としては現実的ではないかなと思いますがいかがですか、プライバシーに関連して。

(ZO) プライバシーの問題が気になりますが、例えば顔を写さないとか個人が特定できないような工夫というのは色々な形であるのではないかなと思いますので、やはり実際の体験をしないと分からないのは事実だと思うんですね。ですからやはりそういうものを配慮しながらできる方向であるといいなとは思いますが。ただこれは願いといたしましうか希望であって無理にという事ではありません。

(KY) プライバシーの問題ですが、例えば食べさせるという事になるとどうしても顔が出ちゃうんですね。本当に食べさせるという行為はビデオに撮ってみるのが一番分かりやすいと思いますが、どうしても目が出る口が出る、個人が特定できます。さっきお話しした斉藤委員がやったのはお母様にお話しして、お母様の方から是非こういう子もいるのだから公に出していいという症例が1例、2例出させて頂いているので、やってもビデオにも撮れない状態というのが本音です。

(ZO) おそらくできる所できない所があると思うのですが、これは無理だとか医師の対応だとか言葉使いだとか、そういうような事も実際に。先生の見せるっているのは逆にその先生にとって非常にプレッシャーかも知れませんが、ただどのように他の先生方が対応されているか歯科の先生にしても上手く対応して不安を除いたりする方向とかそれだけでも参考になると思うんですね。私は我流でやっているだけで他の人のをなかなか参考にする機会がないものですからという希望も含めて。

(KY) 貴重なご意見ありがとうございます。

(MaM) 是非形に残しながら進んでいけるようにしていくのが大事なのはお集まりの皆さんに共通の認識だと思いますので、そういう対応に関連した事例集のようなものをちゃんとつくっていかうということで、利用者側、施設の側などからワーキンググループをつくって事例集を是非つくってみたいと思っておりますし、それを医師会の研修会などを介して頂くというようなことができればいいのではないかなと思っております。

(YA) 多分施設側としては受診上ある診療所なり病院に連れて行ったけれども何らかの事情でうまく診せられなかったとかの苦い経験結構色々持っているのではないかと。それをこうする事によってなんとかうまくカバーしたとかという経験は施設側は色々あるのではないかなと思いますがいかがですか。

(NM) 失敗例も結構あるのですが、ちょっと上手くいった例として、私は入って7年目

ですが、7年前に病院に入るなり本当にパニックを起こして暴れる子がいました。色々話しを聞いてると例えば風邪を引いて熱があっても病院に連れていけないという事で、市販薬をいつも飲ませて常には病院には連れて行かなかったのが現実です。それを慣らすために最初は病院の玄関まで、そういう段階で本当にまめにその子に関しては10何回くらい行ったかな、それでやっと診察室まで入って先生と対面して。ちょっと昔の事でよく分からないですが、そういう閉鎖的な所が一番問題になったのではないかと思います。今の段階でも入所している利用者さんに関しては医療機関と一緒にいってもさほど問題なく2次3次まで医療をちゃんと進めるのが現状です。ここでは在宅の方をどうするかというのが一番問題にされていると思うので、それに関して先生に何とかしろ県に何とかしろという感じで言っても難しいのではないかなというのがはっきり思っている意見です。

(MaM) 実際そうなんでしょうが、先程の市川の例では健康な時に接してもらったりして関係をつくっていってもらような事を医療者が希望として出しているわけですから、色々な事例をみんなで集めるのは必要ではないかなと思っています。そんな中で折角のこういう集まりですから、医療者側施設の側からこういう事例を出して頂ければと。他にどなたかご意見ございませんか。熊坂先生今までの議論聞いておられていかがでしょうか。

(HK) 私の専門は泌尿器でそれほどクールとっていませんが、会の内容を具体化するあるいは形にしていくというのは非常に重要な大切な事で、受診サポート手帳こういうものができてくればいいなと思いました。歯科医師の方から講演会で先生方が集まらないという話がありましたが、県の医師会の方で生涯教育でこれを受講すると何点とか、産業医につながるかどうか分かりませんが、産業医の更新には絶対に点数が必要なのでそういう所にこういう問題で講演していただければ結構人数が集まると思います。今感じた所でどうも個人情報保護法が間違っって伝えられてそういう事例集を外に出さないというふうになっているのではないかと思います。というのは私の専門は老人相手ですが、今回の学会で他の施設で発表されますが、前立腺ガンの集団健診をしまして。追跡調査が大体9割、8割くらいはできていたある地域が保護法が施行されて6割に落ちちゃったと。これは明らかに個人情報保護法を間違っってとらえているのではないかなと思うんですね。事例集も個人が特定できなければ構わない訳ですから、市川市のAさんもそれは構わないですけども、ゼロから積み重ねるのも大変でしょうから個人情報保護法を遵守という事で少しでも集められればなと思いました。ビデオをつくるというのは非常に難しいですけど、写真にとって目隠ししてその写真をつなげてビデオができない事はない。ちょっと不謹慎な事言いますが、私の恩師が亡くなりまして教室葬をやった時にお前がスライドで生涯を説明しろと言われ、ちょっとそれはできないからビデオつくりますから勘弁して下さいという事で遺族とか教職員から思い出の写真を集め、そこにナレーションをやってほしいこれ1分間に1万円です。その金はどこから出すか分かりませんが、10分ものにして10万円とかダビングはほとんどテープ代だけですからそういうのができない事もないと少し考えました。事例集をつくる時にやはり同意書は必要だと思いますが、個人情報保護法を重視し

て個人を特定しませんからあなたの事例を参考にさせてもらっていいのでしょうかというような同意書は必要ですね。黒沢病院の人間ドッグにおきましても将来に渡りあなたの血液がもしかしたら研究に使われるかもしれません、もちろん個人は特定できませんがそれは使っていいでしょうかと、新しく採るわけではなくてそうするとだいたい9割くらいの方が同意書をドックに入る前にいいでしょうと丸を付けてもらって、やはり同意書というのはこれからは必要なのではないかと思います。

(KS) 今生涯教育という事でお話し頂きました。障害教育、群馬県医師会で大体300回くらい年間にやっています。そうすると受ける側も4日程いい目玉を出さないと人が集まってくれないですね。県主催でも胃ガンがあり大腸ガンがあり乳ガンがあり在宅医療推進のための研修会があり等々やりますと、これ全部出ると診療時間がなくなっちゃうくらい多くなっているわけです。先程先生が仰いましたように医師と患者のコミュニケーションの取り方というのは実は本当に難しく、全く普通の障害がない人でもドクターというのはその経験によってで大学では教えてくれないので、実は昨年も医師と患者のコミュニケーションの取り方ということで、群馬県医学会総会の演題として元浜松医大の脳外科の名誉教授に講演をしてもらいました。それはビデオを使って学生に患者さんになってもらい、その先生が10年間くらい自分で暖めていた題ですが、「ぐうたらな患者さん」になってもらっていかに医者が苦勞するかという事を延々と講義頂いた。その本も1000円くらい出ていますが、ましてやこういう場合のあれっていうのはなかなか難しいなど実感を持たしました。ただ群馬県医師会主催でやっている講演会につきましては、演者の協力を得て今度DVDにおとして視聴覚の部屋を一つ作り、医師会に来れば何インチかのテレビでリラックスしたムードでできるという予算をとってやっておりますが、何らかの形で今DVDにおとせば擬似患者さんをここにつくっているのではないけれど本当に有り難い訳ですよね。そんなような事もちらっと今印象として感じました。

(MaM) 本当に色々ご意見頂きましてありがとうございます。もうお約束した時間を過ぎてしましまして申し訳ありませんが、何とか今回色々話題になった点を形にできるような方向に示していきたいと思っております。その際にはご協力を頂ければと思います。本当に色々どうもありがとうございます。

(YA) 以上をもちまして第6回の「知的障害者の医療を考える会」を終了させて頂きたいと思っております。本日はお忙しい所ありがとうございます。(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 田中 道郎 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、知的障害者の地域移行を推進するにあたって、二次的障害を持つ知的障害者の実態を明らかにし、地域移行対策としての日常生活に関する具体的支援内容や方法及びその支援体制について提言することである。

平成16年度、ICF（WHO 国際生活機能分類）の視点からのアンケート調査を、二次的障害を持つ知的障害者の実態と、その対策としての日常生活支援のあり方を検討するために、本調査へ向けての事前調査（パイロットスタディ）として実施した。アンケート項目はICFコード第2レベル362項目のうち、233項目である。調査対象は、のぞみの園利用者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。（結果は、昨年度報告書参照）

平成17年度、本調査分析結果から、二次的障害を持っている知的障害者の状況について、ICD-10（国際疾病分類）を活用し、その実態について把握した。その結果、二次的障害では、のぞみの園の利用者は「消化器系疾患」が最も多く、次に「神経系疾患」そして「整形外科疾患」、「循環器系疾患」、「内分泌・代謝疾患」の順であった。グループホームは「歯科疾患」が最も多く、次に「精神科疾患」そして「感染」、「神経系疾患」、「循環器系疾患」の順であった。両群を比較したときに、のぞみの園の4つの疾患すなわち「消化器系疾患」、「神経系疾患」、「整形外科疾患」、「循環器系疾患」が突出していることがわかる。また、グループホームの歯科疾患が他の疾患と比較すると高い数値となっている。

なお、試行的分析としては事前調査の決定木分析（CHAID）による予測で、のぞみの園とグループホームを分割する最初の独立変数として、報酬を伴う仕事（実行）の項目を含め、計10項目の独立変数が選択された。

次年度は、研究の最終年度として、本調査のICF項目の結果も含めて更に詳細に分析を行い、日常生活支援のあり方及び地域移行対策について検討していきたい。

A. 研究目的

本研究の目的は知的障害者の地域移行を推進するにあたり、二次的障害を持つ知的

障害者の実態を明らかにし、地域移行対策としての日常生活に関する具体的支援内容や方法及びその支援体制について提言する

ことである。

## B. 研究方法

### 1. 事前調査 (パイロットスタディ) について

①調査対象：のぞみの園利用者 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。

②調査方法：ICF コード第 2 レベル 362 項目のうち、233 項目のアンケート調査を実施した。この調査は、本調査に向けての事前調査としての位置づけである。

③回収率：群馬県内外グループホームへの配布数 125 部、回収数 102 部で、82%であった。のぞみの園は 135 件である。

### 2. 本調査について

①調査対象：グループホームを有する社会福祉法人を『全国知的障害関係施設名簿』（日本知的障害者福祉協会）より抽出し、且つ、当法人がニュースレターを送付している法人 600 ヶ所、および、それ以外の任意に抽出したグループホーム 200 ヶ所。抽出総計 800 ヶ所である。さらに、のぞみの園利用者 65 名を追加対象とした。

#### ②調査期間

2005 年 12 月 27 に調査票を発送し、2006 年 1 月 27 日を締め切りとした。

③回収率：のぞみの園を除き、配布数 800 部、回収数 500 部で、62.5%である。これに事前調査 102 件を加えた 602 件とした。

のぞみの園は事前調査 135 件に追加調査 65 件を加え 200 件とした。

④調査内容：事前調査で設定した ICF233 項目は、変更せず選択肢の設定を「有無」

の択一形式とした。また、二次的障害に関わる基本情報に関して、16 項目の二次的障害の有無と、さらに各障害ごとに疾病名を詳細に調査した。

(倫理面への配慮)

調査研究の対象となる方には、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. 事前調査の結果と考察

事前調査としての視点は、どこまで ICF を活用できるのか、ICF の項目についてもこのまま使えるのか、評価点の基準はこれでよいのか、など本調査へ向けての事前調査としての ICF 活用に関することである。事前調査の結果の一部は、前年度の報告書に示したが、それに加えて以下の検討を行った。

①233 項目と ICF チェックリスト（日本語訳版）との比較

事前調査の ICF 項目を決めるにあたっては、ICF チェックリストと ICF コード第 2 レベルの項目を参考とした。各構成要素別の項目数は心身機能 31、身体構造 16、活動と参加 48、環境因子 32 で合わせて 127 項目となっている。ICF コード第 2 レベル（短縮版）は全部で 362 項目であるが、調査目的を踏まえ、最終的に心身機能 78、活動 71、参加 26、環境因子 58 の計 233 項目で事前調査を実施することとした。ICF チェックリストの比較では、一致する項目は 123、

独自に設定したのは110項目となった。

### ②先行研究との比較

ICF 関連の先行研究においては評価基準の平均値の比較について、知的障害のある方が入所施設から地域生活へ移行することや就業することなど社会参加をめざしていく上で、現在どのようなことが阻害要因になっているのか、そしてどのような解決策や支援策が大局的に求められているのかを明らかにすることを目的として、ICF を活用し、どのような要因が地域への移行と入所施設から出られないという支援における差をもたらしたのかが検討されており、その研究結果として、ICF の評価基準における両群の平均値の比較を行い、評価基準で平均 2 得点を超えた項目は、グループホームへの移行者では皆無であり、入所施設利用者では、心身機能で 1 項目（「精神的な機能」）、活動と社会参加で 12 項目（「職業準備」、「経済生活」、「コミュニティライフ」、「対人関係」他 8 項目）、これら 13 項目がグループホームへの移行か入所施設利用かをわける重要な要因になっていることを示唆している（稲垣・田中ら、2003, 2004）。

このことについて、本研究の事前調査結果と比較したところグループホームでは 2 得点を超えた項目は 3 項目（活動の「家庭生活」、参加の「家庭生活」、「コミュニティライフ」）みられた。これらの項目は、その内容からまず先行研究より本研究のグループホーム利用者の方がコミュニケーションの困難度が高かったことが推測される。また入所施設利用者では、心身機能で 1 項目、活動と社会参加で 12 項目、合わせて 13 項目で、ほぼ先行研究と同様の結果が得られた。以上の点から、この 13 項目については、

二次的障害との関連も踏まえて地域移行か入所施設利用かの要因として示唆されるので本研究においても重要課題としていきたい。

ICF を用いた先行研究における回答や評価基準に関しては、田中らによれば、回答に関しての課題として、「環境因子のスコアが総じてどれも低かった。ICF の分類が馴染み難く、施設職員が回答に際してイメージしにくかった。」ことに起因すると分析しており（稲垣・田中、2004.）、徳永は ICF チェックリストによる評価を通して、「1 点目は、評価の判断基準が難しいという点、2 点目は評価をする人の見方の違いから評価点が変わる可能性があるという点。例えば、活動と参加の軽度の困難と中等度の困難の差として、それぞれ 5～24%、25～49%などと表記されているが、実際の判断は難しく、評価者の主観に判断される可能性があることが多い。」と評価の難しさと課題について指摘している（徳永、2004）。この点については、本研究の事前調査においても、記入者から同様の意見、指摘があった。本研究においては、これらの先行研究を踏まえて事前調査の内容も検討し、本調査の評価点。回答方法を検討した。

### ③試行的分析

入居利用先（のぞみの園とグループホーム）に影響を与える ICF 項目等について）

【事前調査 N=237 従属変数…入居利用先】

今回の事前調査のデータ結果から決定木分析による予測で、のぞみの園とグループホームを分割する最も影響力のある最初の独立変数として、“報酬を伴う仕事（実行）”という項目が選択された。この項目を含め、従属変数である「入居利用先」に影響を与

える計 10 項目の独立変数が選択された。その内訳として、ICF 項目は、「自己と時間の経験の機能」(心身機能)、「よく知らない人の態度」(環境因子)、「職業訓練・能力」(活動)、「見習研修(職業準備)・能力」(活動)、「模倣・実行」(活動)、「排便機能」(心身機能)、以上の 6 項目が選択された。次に二次的障害関連項目は「消化器系疾患」、「内分泌・代謝疾患」の 2 項目が選択された。基本情報は「年齢」の 1 項目である。この分析では、「グループホーム」に影響を与える重要な ICF 項目は「自己と時間の経験の機能」、「見習研修(職業準備) 実行」、「模倣・実行」、「よく知らない人の態度」、「職業訓練・能力」、「排便機能」であることが試行的分析では導き出された。

#### ④事前調査における二次的障害について

二次的障害を持っている知的障害者の傾向性について、ICD-10(国際疾病分類)を活用し、その実態について把握した。

のぞみの園の利用者の場合は、いずれかの二次的障害を持っている方が、すべての疾病分類において見られた。それに対して、グループホームの利用者の場合は「腫瘍」、「血液・免疫疾患」、「歯科疾患」の該当者は、なしであり、また、「眼科疾患」・「先天奇形・変形・染色体異常」を持っている方は、それぞれ 1 名・1.9%、「耳の疾患」・「呼吸器系疾患」の方は、それぞれ 2 名・3.8%であった。全体的に、二次的障害については、のぞみの園の入所者より、すべての疾病分類において少ない人数であった。

のぞみの園で最も多い二次的障害の疾病分類は、「消化器系疾患」(68 名・51.9%)で、次に「神経系疾患」(54 名・41.2%)、そして、「整形外科疾患」(51 名・38.9%)、

「内分泌・代謝疾患」(42 名・32.1%)、「循環器系疾患」(40 名・30.5%)の順であった。

グループホームで最も多い二次的障害の疾病分類は、「神経系疾患」(16 名・30.8%)で、次に「内分泌・代謝疾患」(14 名・26.9%)、そして、「循環器系疾患」(11 名・21.2%)、「整形外科疾患」(9 名・17.3%)、「消化器系疾患」(6 名・11.5%)の順であった。

#### ⑤本調査表の作成

事前調査の分析において、項目精査の視点から、取り組んでいない・回答しづらい項目、欠損値率の多い項目、両群における平均値の比較等、検討してきたが、明確な項目削除の決め手がなく、本調査においても事前調査と同じ 233 項目とした。また、回答選択肢の削除の根拠であるが、回答する上で、評価基準の判断が難しいとの事前調査での記入者の意見も参考とし、さらに先行研究も踏まえて、回答しやすいように二値とした。

## 2. 本調査の結果と考察

### ①本調査の基本情報

本調査 802 名(地域移行前 200 名と地域移行後 602 名)の基本情報は性別(男・女)、年齢(平均年齢、最小・最高齢)、療育手帳(有・無)、身体障害者手帳(有・無)についてである。資料 1 の通りである。

### ②本調査における二次的障害について

図 1 は本調査におけるのぞみの園の 200 名の ICD-10 による二次的障害の分類である。「消化器系疾患」(98 名・49%)が最も多く、次に「神経系疾患」(87 名・44%)、「整形外科疾患」(73 名・37%)、「循環器系疾患」(66 名・33%)、「内分泌・代謝疾患」(53 名・



27%)の順であった。

なお、本調査では各障害の疾病別に資料2の通り詳細に分析を実施した。

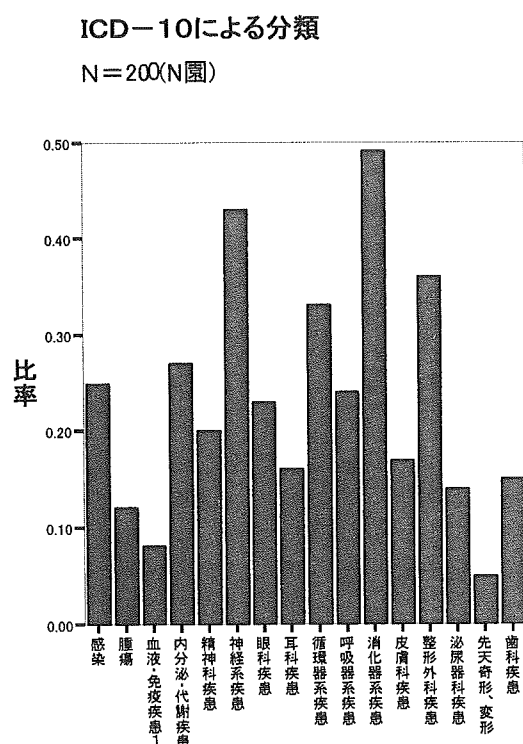


図1 二次的障害・疾病

図2は本調査におけるグループホーム602名のICD-10による二次的障害の分類である。「歯科疾患」(207名・34%)が最も多く、他の分類から突出している。次に「精神科疾患」(109名・18%)、「感染」(108名・18%)、「神経系疾患」(101名・17%)、「循環器系疾患」(100名・17%)、「内分泌・代謝疾患」(97名・16%)の順であった。「歯科疾患」以外は、数値から、ほぼ同じ程度の結果である。

なおグループホームも、各障害の疾病別に資料3の通り詳細に分析を実施した。

#### D. まとめ

##### 1. 事前調査

ICFコード第2レベル362項目のうち、233

二次的障害・ICD-10による分類  
N=602(グループホーム)

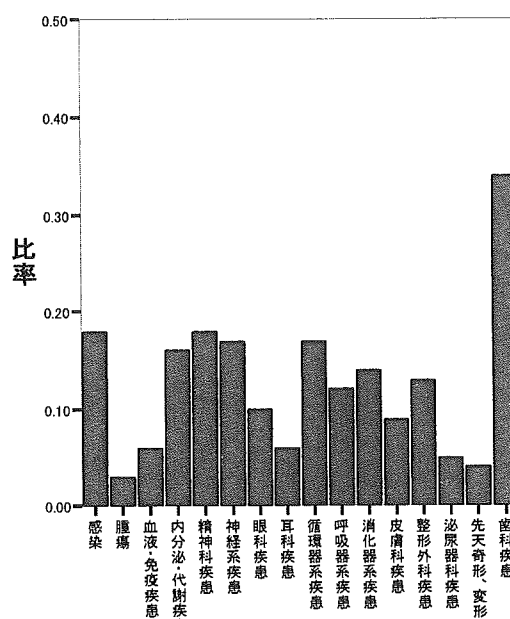


図2 二次的障害・疾病

項目のアンケート調査をのぞみの園と主に群馬県内のグループホームを対象に事前調査として実施した。対象者は237名である。

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。活動と参加、環境因子の項目では全般的にのぞみの園の方で支援のニーズが高いと思われる方が多かった。

二次的障害(疾病)の状況を把握した。のぞみの園の場合、最も多かったのが「消化器系疾患」で、次に「神経系疾患」、そして「整形外科疾患」、「内分泌・代謝疾患」、「循環器系疾患」の順であった。グループホームでは、「神経系疾患」、「内分泌・代謝疾患」、「循環器系疾患」、「精神科疾患」、「整形外科疾患」の順であった。

試行的分析による決定木分析(CHAD)の分類では、のぞみの園とグループホームに

最も影響度のある独立変数として、「報酬を伴う仕事（実行）」という項目を含め、計10項目の独立変数が導き出された。

## 2. 本調査

対象者はグループホーム500名、のぞみの園は65名を追加し、事前調査を合わせて、総計802件である。現在、試行的分析を実施中である。

二次的障害では、のぞみの園の利用者は「消化器系疾患」が最も多く、次に「神経系疾患」そして「整形外科疾患」、「循環器系疾患」、「内分泌・代謝疾患」の順であった。グループホームは「歯科疾患」が最も多く、次に「精神科疾患」そして「感染」、「神経系疾患」、「循環器系疾患」の順であった。

## 2. 次年度の課題

本年度の報告は事前調査の更なる分析及び本調査表の検討についてと、本調査の二次的障害のみについて示したが、次年度は本研究の最終年度として本調査で得られた二次的障害の状況及びICF233項目の結果を分析・検討し、その結果を踏まえ、地域移行対策及び日常生活支援のあり方について提言を行う。

## 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）実用化の試みー「個別の教育支援計画」への適用を視野に入れてー. 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. 知的障害者医療の進歩～地域医療の現状と将来展望. 日本知的障害者福祉連盟：22-87. 2003.

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

6) J. Mansell and K. Ericsson. Deinstitutionalization and Community Living. Japanese translation rights arranged with Stanley Thornes (Publishers) Ltd. Tokyo 中園康夫・末光茂 監訳. 脱施設化と地域生活ー英国・北欧・米国における比較研究ー. 相川書房：1-20. 2004.

7) 遠藤 浩. 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（概要）ー16年度障害保健福祉総合研究事業よりー. さぼーと52(6). 日本知的障害者福祉協会：43-51. 2005.

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

新井良保、樋口幸子、秋島次郎、柳田正明

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) 本調査の基本情報の比較(のぞみの園 200 件とグループホーム 602 件)
- (資料 2) 本調査における二次的障害・ICD-10 による分類 (N=200(N 園))
- (資料 3) 本調査における二次的障害・ICD-10 による分類 (N=602(グループホーム))

アンケート用紙の記入にあたって (手引き)

本調査用アンケート用紙

## 資料1

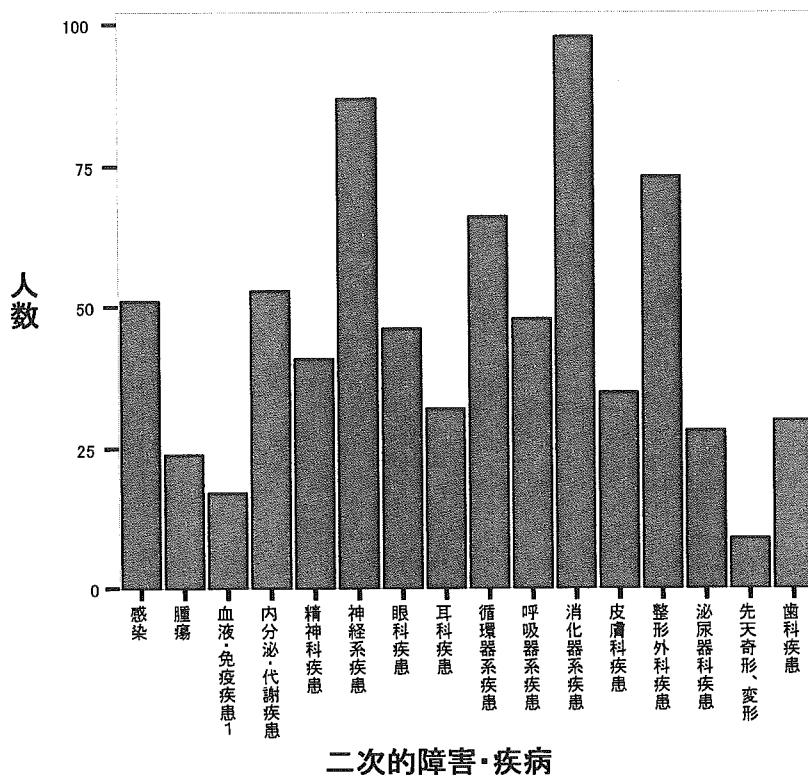
## 基本情報の比較

項目		地域移行前200件 のぞみの園	地域移行後602件 グループホーム
性別	男	117(58.5%)	387(64.3%)
	女	83(41.5%)	215(35.7%)
年齢	平均	55.8	54.9
	最少	32	21
	最高	84	83
療育手帳	有	158(79.0%)	597(99.2%)
	無	42(21%)	5(0.8%)
身体障害者 手帳	有	142(71.0%)	67(11.1%)
	無	58(29.0%)	535(88.9%)

## 資料 2

### 二次的障害・ICD-10による分類

N=200(N園)

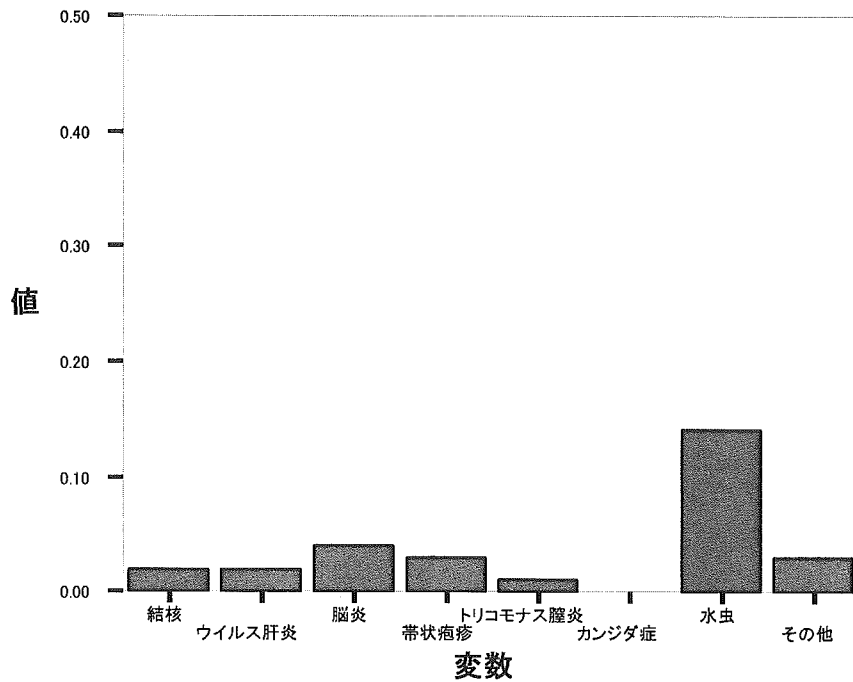


### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
感染	200	0	1	51	.26	.437
腫瘍	200	0	1	24	.12	.326
血液・免疫疾患 <sup>1</sup>	200	0	1	17	.09	.280
内分泌・代謝疾患	200	0	1	53	.27	.442
精神科疾患	200	0	1	41	.21	.405
神経系疾患	200	0	1	87	.44	.497
眼科疾患	200	0	1	46	.23	.422
耳科疾患	200	0	1	32	.16	.368
循環器系疾患	200	0	1	66	.33	.471
呼吸器系疾患	200	0	1	48	.24	.428
消化器系疾患	200	0	1	98	.49	.501
皮膚科疾患	200	0	1	35	.18	.381
整形外科疾患	200	0	1	73	.37	.483
泌尿器科疾患	200	0	1	28	.14	.348
先天奇形、変形	200	0	1	9	.05	.208
歯科疾患	200	0	1	30	.15	.358
有効なケースの数 (リストごと)	200					

## 二次的障害・感染

N = 200 (N園)

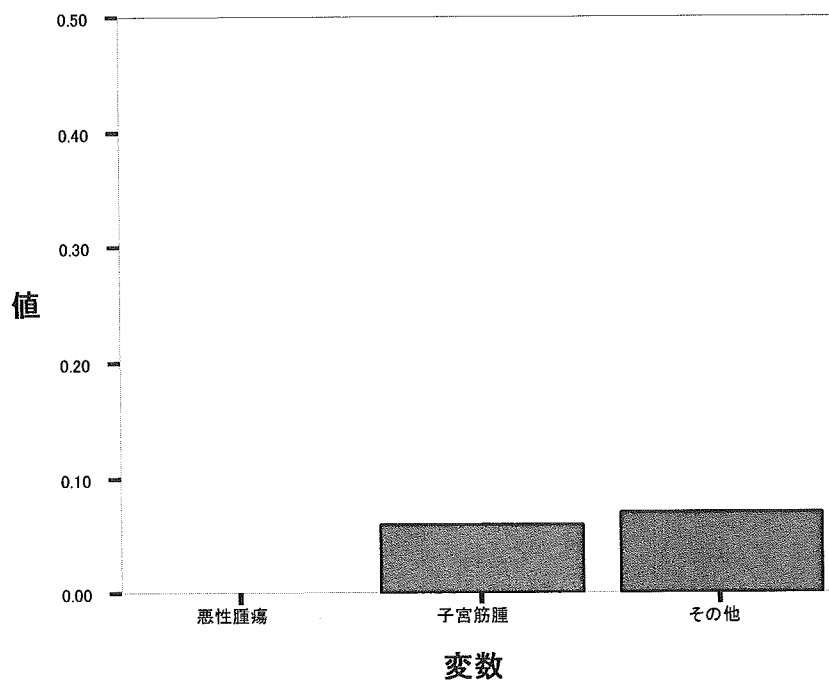


### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
感染	200	0	1	51	.26	.437
結核	200	0	1	3	.02	.122
ウイルス肝炎	200	0	1	4	.02	.140
脳炎	200	0	1	7	.04	.184
带状疱疹	200	0	1	5	.03	.157
トリコモナス膣炎	200	0	1	2	.01	.100
カンジダ症	200	0	0	0	.00	.000
水虫	200	0	1	28	.14	.348
その他	200	0	1	5	.03	.157
有効なケースの数 (リストごと)	200					

## 二次的障害・腫瘍

N = 200 (N園)

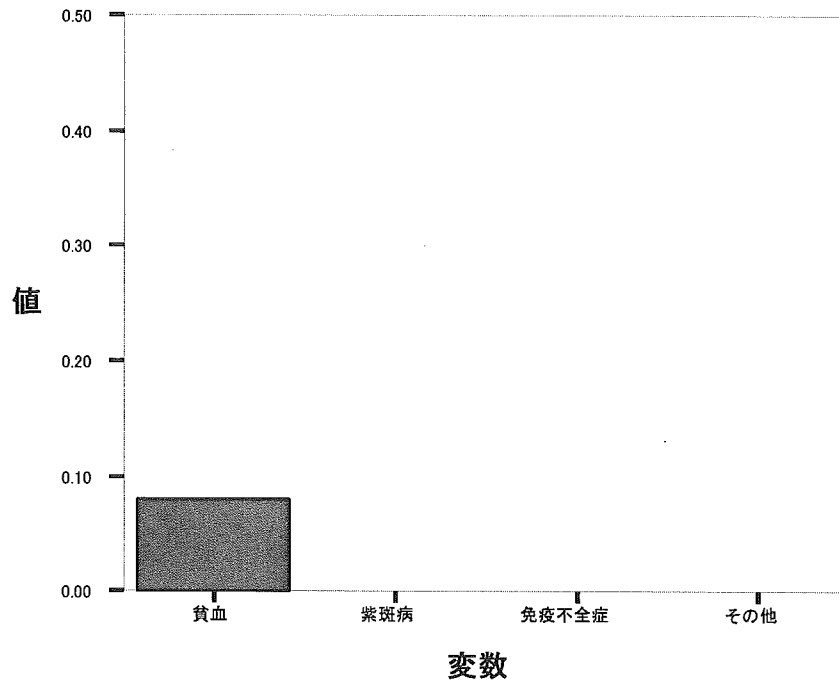


### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
腫瘍	200	0	1	24	.12	.326
悪性腫瘍	200	0	1	1	.01	.071
子宮筋腫	200	0	1	11	.06	.229
その他	200	0	1	14	.07	.256
有効なケースの数 (リストごと)	200					

## 二次的障害・血液・免疫疾患

N = 200 (N園)



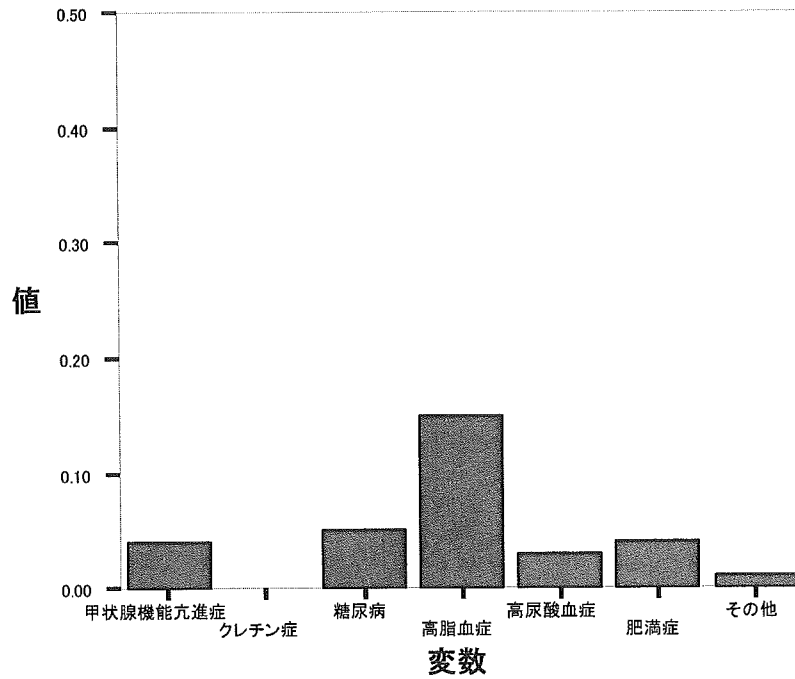
### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
血液・免疫疾患1	200	0	1	17	.09	.280
貧血	200	0	1	16	.08	.272
紫斑病	200	0	0	0	.00	.000
免疫不全症	200	0	0	0	.00	.000
その他	200	0	1	1	.01	.071
有効なケースの数 (リストごと)	200					



## 二次的障害・内分泌・代謝疾患

N = 200 (N園)

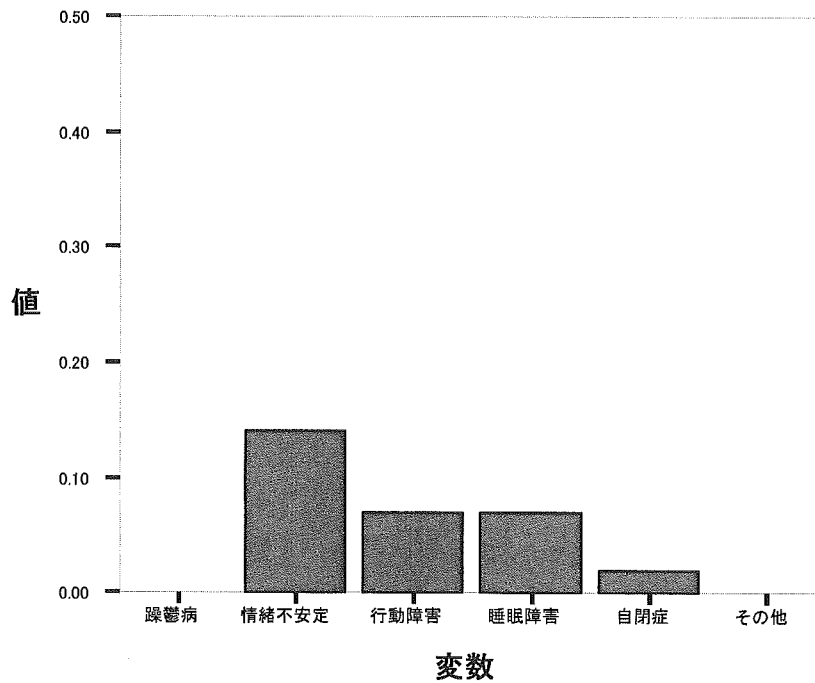


### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
内分泌・代謝疾患	200	0	1	53	.27	.442
甲状腺機能亢進症	200	0	1	9	.05	.208
クレチン症	200	0	0	0	.00	.000
糖尿病	200	0	1	11	.06	.229
高脂血症	200	0	1	30	.15	.358
高尿酸血症	200	0	1	6	.03	.171
肥満症	200	0	1	9	.05	.208
その他	200	0	1	2	.01	.100
有効なケースの数 (リストごと)	200					

## 二次的障害・精神科疾患

N=200 (N園)

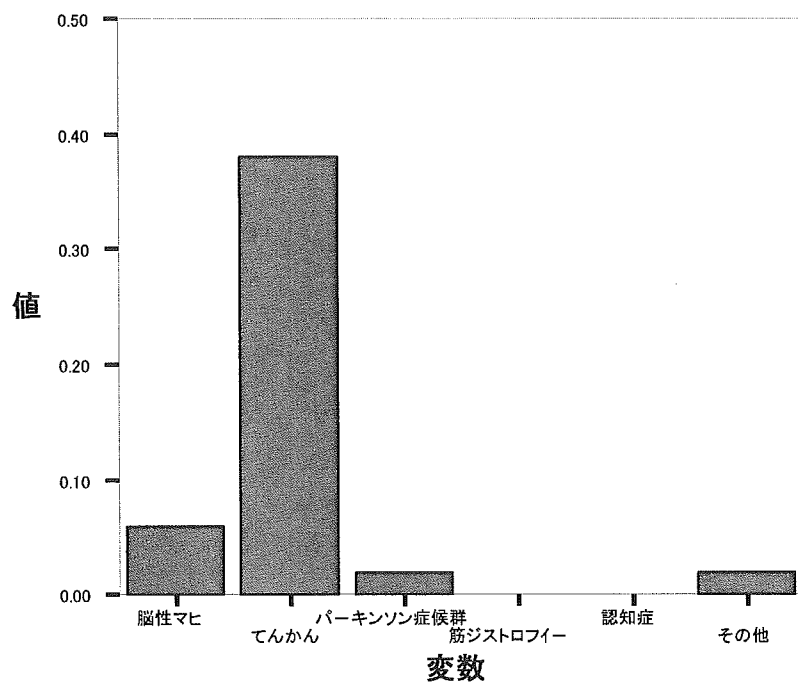


### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
精神科疾患	200	0	1	41	.21	.405
躁鬱病	200	0	1	1	.01	.071
情緒不安定	200	0	1	28	.14	.348
行動障害	200	0	1	14	.07	.256
睡眠障害	200	0	1	13	.07	.247
自閉症	200	0	1	4	.02	.140
その他	200	0	1	1	.01	.071
有効なケースの数 (リストごと)	200					

## 二次的障害・神経系疾患

N = 200 (N園)

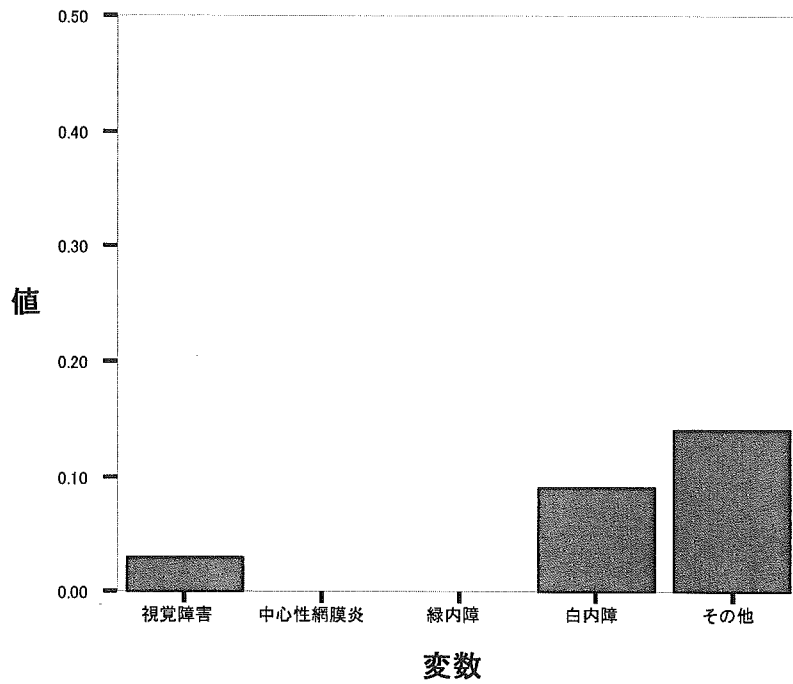


### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
神経系疾患	200	0	1	87	.44	.497
脳性マヒ	200	0	1	11	.06	.229
てんかん	200	0	1	75	.38	.485
パーキンソン症候群	200	0	1	4	.02	.140
筋ジストロフィー	200	0	0	0	.00	.000
認知症	200	0	1	1	.01	.071
その他	200	0	1	4	.02	.140
有効なケースの数 (リストごと)	200					

## 二次的障害・眼科疾患

N = 200 (N園)



### 記述統計量

	度数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差
眼科疾患	200	0	1	46	.23	.422
視覚障害	200	0	1	6	.03	.171
中心性網膜炎	200	0	0	0	.00	.000
緑内障	200	0	1	1	.01	.071
白内障	200	0	1	19	.10	.294
その他	200	0	1	28	.14	.348
有効なケースの数 (リストごと)	200					