

| | | | | |
|-------------------|--------|--|--|-------|
| 心血管系・呼吸器系・血液系・免疫系 | b440 | 呼吸機能 | 呼吸数・呼吸のリズム・深さが正常かどうか。（例：不規則な呼吸、過呼吸、肺気腫など） | 有 ・ 無 |
| | b445 | 呼吸筋の機能 | 呼吸の際に胸郭・横隔膜を動かしているかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b450 | その他の呼吸機能 | 咳・くしゃみ・あくびをすることがあるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b455 | 運動耐容能 | 少しの運動で息切れするか、疲れやすいか、またスタミナがあるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b460 | 心血管・呼吸器系関連の感覚 | 脈の脱落、動悸、息切れがあるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| 消化器系・代謝系・内分泌系の機能 | b510 | 摂食機能 | 固形物や液体を口から取り入れ、唾液を分泌して咀嚼し、きちんと嚥下できるかどうか。（嚥下障害） | 有 ・ 無 |
| | b515 | 消化機能 | 食後におくび・胸焼け・腹部膨満感があるかどうか、また腹痛・下痢を繰り返すことがあるかどうか。（例：胃酸過多、消化不良など） | 有 ・ 無 |
| | b525 | 排便機能 | 排便が毎日きちんと同じようにあるかどうか。（例：便秘、下痢、便失禁など） | 有 ・ 無 |
| | b530 | 体重維持機能 | 適正な体容量指数（BMI）が維持されているかどうか。（例：低体重、やせ・肥満など） | 有 ・ 無 |
| | b535 | 消化器系関連の感覚 | 吐き気・腹部の膨満感・きりきりした痛みなどがあるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b540 | 全般的代謝機能 | 食欲が旺盛な割に体重が増えない、汗をよくかく、などがないかどうか。（例：甲状腺機能亢進症または甲状腺機能低下症、糖尿病、高脂血症、など） | 有 ・ 無 |
| | b545 | 水分・ミネラル・電解質調節機能 | しきりに水を飲みたがる、もしくは排尿の量が多いということがあるかどうか。（例：脱水、電解質の異常など） | 有 ・ 無 |
| | b550 | 体温調節機能 | 平熱が36.0度C以下、または37.0度C以上のことがあるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| b555 | 内分泌腺機能 | 食欲・体重・尿量・皮膚の色・発毛・精神神経症状などに変化が生じているかどうか。（例：甲状腺・副甲状腺・副腎皮質の機能亢進、機能低下など） | 有 ・ 無 | |
| 尿路・性・生殖の機能 | b610 | 尿排泄機能 | 尿量・回数に異常があるかどうか。（例：腎不全、乏尿など） | 有 ・ 無 |
| | b620 | 排尿機能 | 失禁があるかどうか。（例：尿失禁、尿閉など） | 有 ・ 無 |
| | b630 | 尿機能関連の感覚 | 排尿時に灼熱感・切迫感を感じるかどうか。（痛みは除く） | 有 ・ 無 |
| | b640 | 性機能 | 性的関心や興奮、性行動（マスターベーション等）がみられるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b650 | 月経の機能 | 閉経していない場合、月経が規則的にあるかどうか、間隔・量が一定しているかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b660 | 生殖機能 | 子どもをもうけたことがあったか、もしくは妊娠の経験があったかどうか。 | 有 ・ 無 |

| | | | | |
|----------------|-------------|---------------------------------|--|-------|
| | b670 | 性・生殖機能に関連した感覚 | 月経困難症があるかどうか。閉経に関連した不快感があるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| 神経筋骨格と運動に関する機能 | b710 | 関節の可動性の機能 | 関節のなかに動かしにくいもの、または部分があるかどうか。（例：関節の過度運動性、有痛性運動制限） | 有 ・ 無 |
| | b715 | 関節の安定性の機能 | 簡単に脱臼するような関節があるかどうか。（例：不安定な肩関節、股関節脱臼など） | 有 ・ 無 |
| | b720 | 骨の可動性の機能 | 肩甲骨・骨盤・手根骨・足根骨が動かしやすいかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b730 | 筋力の機能 | 麻痺して動かない、または動かしにくい筋があるかどうか。（例：足・手の小筋群の筋力低下、筋の不全麻痺、片麻痺など） | 有 ・ 無 |
| | b735 | 筋緊張の機能 | 安静時に筋が緊張していないかどうか、他人が筋を動かそうとした場合に抵抗があるかどうか。（例：筋緊張低下、筋緊張亢進、筋痙縮） | 有 ・ 無 |
| | b740 | 筋の持久性機能 | 筋の収縮を持続することができるかどうか。（例：重症筋無力症と診断されているかどうか）。 | 有 ・ 無 |
| | b750 | 運動反射機能 | 特定の刺激によって自動的に筋の反射が起きるかどうか。（例：痛み刺激を避けようとする動き） | 有 ・ 無 |
| | b755 | 不随意運動反応機能 | 介助なしに身体の位置・姿勢を直したり、上手にバランスをとることができるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b760 | 随意運動の制御機能 | 床に落ちているものをふらつかずに捨てるかどうか、目をつぶっても同じようにできるかどうか。（例：拮抗運動障害） | 有 ・ 無 |
| | b765 | 不随意運動の機能 | 無意識に筋が収縮することによる不随意運動（例：舞踏病様運動、アテトーゼ、振戦、チック、歯軋り、常同症など）があるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b770 | 歩行パターン機能 | 普通に歩いたり、走ったりすることができるかどうか。（例：痙性歩行、片麻痺歩行、跛行など） | 有 ・ 無 |
| b780 | 筋・運動機能関連の感覚 | 筋のこわばり感・突っ張り感・引きつりなどの感覚があるかどうか。 | 有 ・ 無 | |
| 皮膚および関連する構造の機能 | b810 | 皮膚の保護機能 | 皮膚に損傷・潰瘍・褥瘡がないかどうか。また、色素沈着、肥厚化（たこ）、菲薄化が見られるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b820 | 皮膚の修復機能 | 損傷部位に痂皮（かさぶた）ができて元通りに治癒しているかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b830 | その他の皮膚の機能 | 汗のかきかた、皮脂の分泌が普通かどうか、体臭が強すぎるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b840 | 皮膚関連の感覚 | かゆみ、灼熱感、ピリピリ感、チクチク感、むずむず感があるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b850 | 毛の機能 | 脱毛部位があるかどうか。 | 有 ・ 無 |
| | b860 | 爪の機能 | 爪の成長・形状・色に異常があるかどうか。 | 有 ・ 無 |

知的障害者の二次的障害に関する診断と治療

障害者のための眼科専門外来の試み

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究）

分担研究報告書

知的障害者の二次的障害に関する診断と治療

障害者のための眼科専門外来の試み

分担研究者 加我牧子 国立精神・神経センター精神保健研究所知的障害部長

研究要旨 知的障害者は自分の体調の異常を訴えにくいため症状が進行して初めて疾患の存在に気付かれがちである。昨年度、知的障害者通所施設における視聴覚健康診断の結果をふまえ、障害者が受診しやすいよう、モデル的に予約制眼科専門外来を開設し、11ヶ月間に新患41名、再来11名、計52名の診療を行った。年齢は広い年代に分布し、見え方に関する主訴が最も多く28名、視機能の異常をあわせて44名あった。実際視力低下が64%にも及んでおり、屈折異常44眼、白内障19名、網膜・視神経病変計19名、斜視18名、外眼異常9名など高率に異常が認められた。点眼薬、眼鏡処方など内科的治療のほか、白内障や斜視の外科手術、全麻下での検査を計画し、実施することにより、対象者の生活の質の向上に資することができた。知的障害者が地域で暮らすために必要な医療の質と量の向上が必須であり、今回の取り組みをシステムとして構築していく必要がある。

A. 研究目的

知的障害者は自己の体調を客観的に述べるできない場合が多い。そのため、合併症など様々な疾患の診断が遅れて、治療機会を逸することで生活上の困難をきたすことがある。18歳未満の時は主治医と接する機会もあり、若年であることに加えて、学校内・外による健康管理が比較的良く行われており、問題となることは比較的少ない。学校教育が終了した後に、作業所に通所する場合や知的障害者入所施設などで集団生活を送っている場合には、通常内科健

診を年に最低1回は保証されていると考えて良い。しかし専門医による健診を受ける機会は激減し、耳鼻科医や眼科医による詳細な健診は事実上ほとんど実施されていない場合が圧倒的に多いと考えられる。

昨年度、本研究班において分担研究者らは某知的障害者通所施設に出向いて視・聴覚健診を実施した。そして、施設利用者に眼科あるいは耳鼻科的疾患ないし病態、すなわち白内障や角膜混濁・聴覚障害が少なからず存在することが明らかとなり、専門的な治療への橋渡しを行った上で、システ

ムとしての対応が必要であることを指摘した。

これらの研究成果をもとに国立精神・神経センター国府台病院眼科では新たな専門外来を平成 17 年 4 月に開設した。すなわち、知的障害や重い身体障害を合併しているため、一般の眼科外来に受診が困難な方を対象に、予約制養護外来として開設した。本研究では外来開設時から現在までの診療状況を検討し、その意義と課題について明らかにする。

B. 研究方法

養護外来は月に 2 回隔週金曜日の午後開設し、初診時は電話による予約制とした。予約にあたってはゆとりをもって診察ができるように一人あたりの診察時間を 30 分程度に設定した。専門外来開設の趣旨と受診の方法について病院内に掲示し、国府台病院ホームページにも掲載した。さらに地域の知的障害者の保護者会で説明し、受診が可能であることを周知した。その上で 2005 年 4 月から 2006 年 2 月までの 11 ヶ月間に本外来を受診した方を対象として、受診者の年齢、主訴、原疾患、眼科的診断等について検討した。

(倫理面への配慮)

本外来への受診は本人ならびに家族の自由意志による通常の医療の一環として行われるもので受診について一切の強制はなく、受診・非受診による本人ならびに家族への不利はまったく考えられない。

C. 研究結果

1. 期間中、養護外来を受診した方は新患 41 名、再来 11 名、計 52 名であった。再来の 11 名は以前より当科一般外来に通院中の方で、上記の理由のため一般外来への通院が困難であるため養護外来での専門的な診察を希望された知的障害者であった。性別は男性 34 名、女性 18 名、初診時年齢は 4 ヶ月から 72 歳とひろい範囲の年代に分布し、十代、二十代の方が特に多く、平均 26.9 歳±16.1 歳であった(表 1)。

表 1 受診者の年齢

| 受診者の年齢 | 例数 |
|---------|----|
| 0-9 歳 | 6 |
| 10-19 歳 | 13 |
| 20-29 歳 | 16 |
| 30-39 歳 | 8 |
| 40-49 歳 | 6 |
| 50 歳以上 | 3 |

ちなみに昨年度、本研究で実施した健康診断により精密検査を必要と指摘されての来院が 52 名中 8 名であった。

2. 来院時の主訴について検討したところ本人が見づらいと訴えた自覚的な視力障害のほかに、家族や周囲の人たちが見えなそうに思う、あるいは見えているのか見えていないのか調べてほしいと訴えてこられるなど、見え方に関する訴えが 28 名であった。健康診断で白内障と指摘された、瞳が白いなどを心配しての来院が 8 名、充血、

流涙、眼脂など外眼の症状が8名、斜視、眼振など眼位や眼球運動の異常が5名、眼科所見に関する診断書の希望、漢字が乱雑、頭痛がそれぞれ1名であった（表2）。

表2 初診時主訴

| 初診時主訴 | 例数 |
|------------------|----|
| 充血、流涙、眼脂など | 8 |
| 見づらい、見えていないようだなど | 28 |
| 白内障といわれた、瞳が白いなど | 8 |
| 斜視、眼振 | 5 |
| 診断書を書いてほしい | 1 |
| 漢字が乱雑 | 1 |
| 頭痛 | 1 |

視機能の異常に気づいたきっかけは健康診断、学校の検査などで指摘された方が13名、保護者、施設職員が異常に気づいた方が28名、本人が訴えた方が3名で合計44名あった。

3. 原疾患については原因不明の知的障害20名と最も多く、ダウン症候群が15名、自閉症／広汎性発達障害6名、脳出血後遺症2名が続いた。学習障害（Learning disorders, LD）、注意欠陥／多動性障害（attention deficit hyperactivity disorders, ADHD）、脳炎後遺症、脳腫瘍術後、サンフィリップ病、CHARGE（Coloboma, Heart malformations, choanal Atresia, Retardation of growth and development, Genital and urinary abnormalities, Ear abnormalities/hearing disorders）

association、もやもや病、進行性核上性麻痺、パーキンソン病がそれぞれ1名であった。脳出血後遺症の1名と進行性核上性麻痺、パーキンソン病の計3名は寝たきりなど重度の身体障害を呈する高齢者であった（表3）。

表3 原疾患

| 原疾患 | 例数 |
|--------------------|----|
| ダウン症候群 | 15 |
| 自閉症／広汎性発達障害 | 6 |
| 原因不明の知的障害 | 20 |
| 脳出血後遺症 | 2 |
| 脳炎後遺症 | 1 |
| 脳腫瘍術後 | 1 |
| 学習障害 | 1 |
| もやもや病 | 1 |
| AD/HD | 1 |
| サンフィリップ病 | 1 |
| CHARGE association | 1 |
| 進行性核上性麻痺 | 1 |
| パーキンソン病 | 1 |

表4 知的障害の重症度

| 知的障害の重症度 | 例数 |
|----------|----|
| 重度 | 31 |
| 中～軽度 | 13 |
| 不明 | 6 |
| 正常 | 2 |

なお知的障害の程度は重度 31 名、中等度 1 軽度 13 名、不明 6 名で 脳出血後遺症 1 名とパーキンソン病 1 名では知的障害が認められなかった (表 4)。

4. 視機能の異常を主訴とする 44 名の初診時の眼科的所見

視力についてはランドルト指標で 22 名が、Teller Acuity Card (TAC) で 7 名が測定可能であったが、15 名では測定できなかった。図 1 に初診時視力の分布を示す。

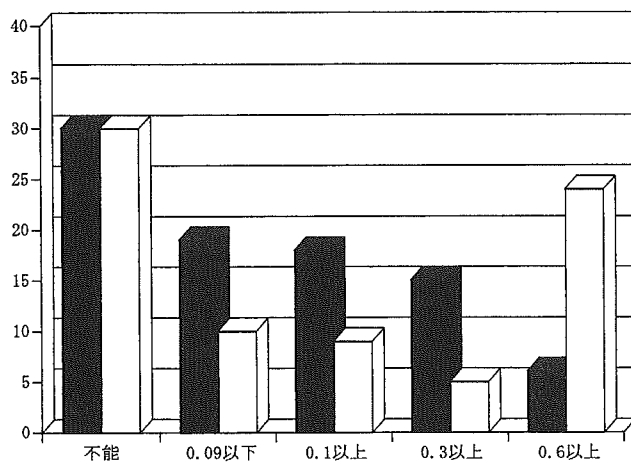


図 1 視力の分布

□ : 矯正視力 ■ : 裸眼視力

裸眼視力 0.3 以下の者が 64% と半数以上に認められた。屈折度の分布を図 2 に示した。

44 眼に ± 2 Diopter 以上の屈折異常を認め、内訳は遠視 2 眼、近視 22 眼、乱視 20 眼であった。細隙灯顕微鏡検査で白内障を 19 名に認めた。角膜白斑、小眼球がそれぞれ 1 名、中間透光体に異常を認めたのは 44 名中 23 名であり、異常がなかったのは 21 名であった (表 5)。眼底検査では網膜変性症を 5 名に、視神経蒼白、視神経萎縮を 9

名に 陳旧性網膜剥離を 2 名に認めた。これ以外に再来受診者のうちこれまでの経過中にすでに網膜剥離が 3 名に認められていた。7 名は本人が検査中に安静を保てないなどの理由で必要な眼底検査が実施できなかった (表 6)。眼位については内斜視 11 名、外斜視 7 名、水平性眼振 4 名を認めた。

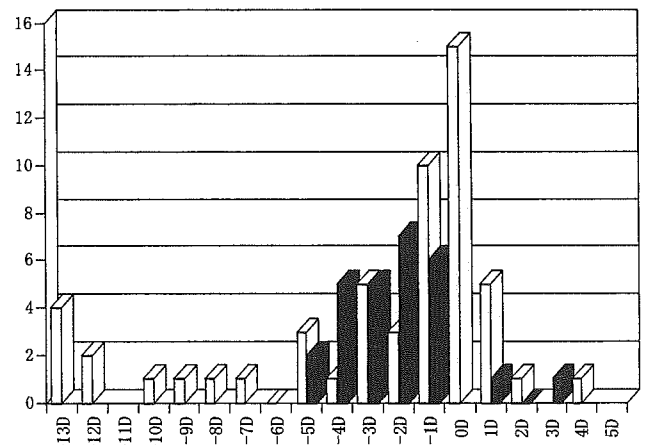


図 2 屈折率の分布

□ : 球面レンズ ■ : 円柱レンズ

表 5 初診時中間透光体所見

| 中間透光体所見 | 例数 |
|---------|----|
| 白内障 | 19 |
| 角膜白斑 | 1 |
| 小眼球 | 1 |
| 検査不能 | 2 |
| 異常なし | 21 |

5. その他の眼科的診断

充血、流涙、眼脂など外眼の異常が 9 名 (視機能異常の訴えと重複 1 名) に認められた。

表6 眼底所見

| 眼底所見 | 例数 |
|-----------------------------|----|
| 網膜変性症 | 5 |
| 視神経蒼白、視神経萎縮 | 9 |
| 網膜剥離 (経過中網膜剥離を発見した3例を含む) | 5 |
| 検査不能 | 7 |
| 異常なし | 21 |

5. 治療ならびに転帰

充血、流涙、眼脂など外眼の異常があった7名に点眼処方を行った。眼鏡処方を11名に行い、うち老眼鏡処方は2名に必要であった。定期的な経過観察が必要であると判断したのは21名で、内訳は養護外来初診者の11名と以前より経過観察中の再来10名であった。早期に手術あるいは全麻下での検査を予定しているのは白内障1名、斜視2名、内反症1名、CHARGE association 1名の計5名であり、このうち3名はすでに手術を終了した。このほか経過観察とした3名はいずれ白内障手術が必要になる予定である。漢字が乱雑という主訴の方は眼科的異常を認めなかったため 高次視機能検査の目的で他施設に紹介した。見えていかどうか調べてほしいという2名はすべての検査の実施が困難で、視力に関する診断ができなかった。(表7)

D. 考察

近年、知的障害者の生命予後は延長しており、たとえばダウン症候群の平均寿命は50代半ばと報告されている¹⁾。それに

表7 転帰

| 転帰 | 例数 |
|--------------|----|
| 点眼処方 | 7 |
| 眼鏡処方 | 11 |
| 手術、全身麻酔下検査予定 | 4 |
| 定期検査 | 21 |
| 終診、目的を達せず | 6 |
| 他機関に紹介 | 1 |

伴って、知的障害者の全身合併症が多様化することが予測されている。知的障害をもたらし原疾患に伴う合併症に加えて知的障害者でも高齢になると一般の高齢者に増加する悪性腫瘍、生活習慣病、感覚器障害などが同様に、あるいはより高率に発生することが指摘されている²⁾。

原因は不明ながら知的障害者にしばしば認められる眼合併症として白内障、円錐角膜、屈折異常、視神経萎縮が知られている³⁾。ダウン症候群では白内障が13%、円錐角膜が15%、屈折異常は40%近くに認められると報告されている¹⁾。さらに知的障害者で近業(手元など近くを見ながらの作業)の従事者に対して適切な老眼鏡の処方がなされていないことが指摘されている⁴⁾。今回の結果でも老眼のみではなく近視、遠視、乱視、白内障などを有する障害者の頻度が高いことも証明された。いずれも眼鏡装用など健常者にとってはごくあたりまえの医療を実践するだけでも、障害者本人の日常生活の質が向上することが期待でき、積極的な診療の必要性を示したものとして重要な所見と考える。特に白内障など手術的治

療が必要な場合、障害者であることにより検査が行われなかったり、診断されても様々な理由で治療を受けられない障害者が多数存在することが懸念される。

平成16年度に私たちが実施した知的障害者通所施設における視聴覚健康診断の結果、成人の知的障害者では高齢者のみならず比較的若年者であっても高率に視聴覚機能異常が存在することを報告した⁵⁾。これらのことから障害者医療では各分野の専門医による生涯を通した関わりが重要と考えられるが、実際には知的障害者の医療のニーズに対して障壁が存在することが指摘されている⁶⁾。症状などを表現できない、知らない場所では必要以上に不安になる、医療者の指示や要請の理解が困難であるなどの障害者の側の理由とともに、知的障害者を快く診療してくれない、知的障害者の診療に慣れていないなどの医療者側の問題が指摘されている⁷⁾。とりわけ視力、視野をはじめとする精密な自覚検査が重要となる眼科診療では検査に対する協力が得られにくい知的障害者の診療にあたっては患者、医療者双方に不安がつきまとうことは否定できない。

今回私たちはそのような不安をできるだけ取り除き、障害があっても受診しやすい外来を目的として養護外来を開設した。実施にあたっては、電話予約により初診時の待ち時間を短縮し、ゆっくりと診療ができるように一人当たりの診察時間を長く予定し、気兼ねなく受診できるように比較的込

み合っていない時間帯に外来を設定した。年齢制限のない受け入れを行って小児期だけでなく青壮年期、老年期にわたる生涯を通した診療を目指している。結果として11ヶ月間で52名の受診者のうち、18名に点眼処方、眼鏡処方などの治療を行うことができた。21名は今後の定期的な経過観察を予定し、4名は手術や麻酔下での精密検査を予定している。また当初の目的を達することができなかった例もあったが、入院による評価や麻酔下での検査など必要に応じて計画することも考えている。障害者医療において合併症の診断と治療は障害者が地域で暮らすという流れとともに今後重要な課題となることは必至であると思われる。

昨年度の検討により知的障害者の視聴覚健診は実施可能であり、二次的な生活機能障害を早期に把握して治療の可能性を検討するために有用であることが判明した。しかし多くの施設や広汎な地域での実施が必要であり公的なシステムの構築を目指す必要があると指摘した。今年度の研究による試みは知的障害者の専門医療を有効に行うためのパイロット的試行として有意義であるのみならず、公的なシステム構築を目指す際に、制度を支える二次健診の場としての意義をも有するもので知的障害者が地域で生活をする際の医療の場と質の確保を行う上で重要な試みであると考えられる。

E. 結論

知的障害者を対象とした予約制眼科専門外来を設けることにより、従来見逃されてきた疾患の頻度が高いことが示され、眼科的診断・治療・経過観察が的確に行えるようになった。知的障害者が地域で生活する際に必要な専門的医療を提供できる場を整備する際のモデルとしても有意義な取り組みである。

文献

- 1 : Smith DS : Health care management of adults with Down syndrome. American Family Physician 64 : 1031-1038, 2001.
- 2 : 有馬正高 : 障害を見通した知的障害者への医療。発達障害医学の進歩 15 : 1-4, 2003.
- 3 : Warburg M. Visual impairment in adult people with moderate, severe and profound intellectual disability. Acta Ophthalmol Scand. 79 : 450-454, 2001.
- 4 : Evenhuis HM, Theunissen M, Denkers I. et al. : Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with Intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 45 : 457-64, 2001.
- 5 : 加我牧子 : 知的障害者の地域移行を困難にする二次的障害に関する診断と治療—知的障害者の視聴覚健康診断の試み。平成16年度厚生労働科学研究非補助金 障害保健福祉研究「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」(主任研究者 遠藤浩理事長) 総括・分担研究報告書 167-172, 2005.

6 : 有馬正高 : 加齢にともなう知的障害の医学的研究。発達障害研究 24 : 165-173, 2002.

7 : 有馬正高 : 障害者医療の現状と問題点。日歯麻誌 31 : 103-106, 2002.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

山崎広子、柴玉珠、伊藤久美子、加我牧子、昆かおり。知的障害者の視聴覚健康診断の試み—視覚健診の結果を中心に。臨床眼科 2006 (印刷中)

2. 学会発表

山崎広子、柴玉珠、伊藤久美子、加我牧子、昆かおり。知的障害者の視覚健康診断の試み—視覚健診の結果を中心に。第59回臨床眼科学会

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究協力者

山崎広子 国立精神・神経センター
国府台病院眼科
稲垣真澄 国立精神・神経センター

精神保健研究所知的障害部

伊藤久美子 国立精神・神経センター

国府台病院眼科

昆かおり 国立精神・神経センター

精神保健研究所知的障害部

自閉症児者の行動障害に関する研究

研究課題名 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

分担研究者 西脇俊二 (国立秩父学園 医務課医長)

分担研究項目 自閉症児者の行動障害に関する研究

研究要旨 精神機能障害や行動問題を抱えているためにアウトリーチサービスを利用している発達障害児者について調査を行い、アウトリーチサービスを利用することで行動上の問題に改善が認められていた。しかしながら、アウトリーチのサービス提供に際しては受益者数が限られ、高コストとなってしまうなどの問題点もあり、今後は地域に根ざしたりハビリテーションの育成を支援することなど、サービス提供のシステムの研究が肝要と考えられた。

A.研究目的

知的障害児施設の発達外来通院中の発達障害児・者のアウトリーチ事業利用者について調査を行い、自閉症児・者などの発達障害児・者の地域移行に必要な支援について検討する。

B.研究方法

知的障害児施設の発達外来通院中の発達障害児・者のうちアウトリーチ事業利用者が抱える精神機能障害や行動問題について調査・分析し、今後どのような支援を要するのかを検討し、施設中心型の支援から地域中心型の支援への移行や併用等、発達障害児・者へのサービス提供システムについて考察する。

C.調査対象

知的障害児施設の発達外来通院中の発達障害児・者のうちアウトリーチ事業利用中の発達障害児・者（在宅、特殊学級・養護

学校通学中、福祉作業所通所中の者を含む）で、総数19名であった。自閉症のみのもものが8名、自閉症と知的障害を合併するものが9名、知的障害のみのもものが2名であった。女性は6名、男性は13名で、平均年齢は12歳7ヶ月（4歳2ヶ月～34歳4ヶ月）であった。てんかんの合併は5名に認められた。身体合併症は知的障害のみのもので結節性硬化症が1名、自閉症のみのものでアトピー性皮膚炎が1名であった。

相談形態は訪問によるものが66%、相談者が来園して行ったものが34%であった。また、訪問先は家庭84%、入所施設8%、学校3%、作業所3%、通園施設2%であった。

服薬者数は19名中9名（47.3%）で、自閉症のみのもので1名（12.5%）、自閉症と知的障害を合併するもので7名（77.8%）、知的障害のみのもので1名（50.0%）であった。内訳は抗精神病

薬が自閉症のみのもので1名(12.5%)、自閉症と知的障害を合併するもので4名(44.4%)で、抗うつ薬は自閉症と知的障害を合併するもので2名(22.2%)、睡眠薬が自閉症と知的障害を合併するもので1名(11.1%)、抗てんかん薬は自閉症と知的障害を合併するもので5名(55.5%)、知的障害のみのもので1名(50.0%)、その他の薬剤が自閉症と知的障害を合併するもので6名(66.6%)であった。抗うつ薬はこだわりなどの強迫症状に対して、自閉症のみのものに対する抗精神病薬は激しい興奮や物壊しなどに対して処方されていた。その他の薬ではビタミン B6 が多かった。

行動障害や精神機能障害の程度についても調査を行った。行動障害については自傷、他害、物壊し、多動、こだわり、パニック、食事問題、睡眠問題、粗暴性、騒がしさ、排泄問題、その他について調査し、精神機能障害の程度を1点軽度、2点中等度、3点重度、4点最重度として採点を行った。

精神機能は見当識機能(場所や時間の見当識障害など)、知的機能(知的障害の程度)、全般的な心理社会的機能(社会相互作用の障害など)、気質と人格の機能(情緒不安定、協調性の欠如など)、活力と欲動の機能(衝動制御困難、意欲の欠如など)、睡眠機能(不眠、睡眠周期の乱れなど)、注意機能(集中困難、注意の共有困難など)、記憶機能(作業記憶障害、長期記憶障害など)、精神運動機能(精神運動制御、興奮など)、情動機能(感情の平板化、感情失禁など)、知覚機能(聴覚認知障害、視覚認知障害など)、思考機能(強迫症状、妄想など)、高次認知機能(プランニング障害、柔軟性

の欠如)、言語に関する精神機能(話し・下記言葉の受容・表出障害など)、計算機能(計算能力障害など)、複雑な運動を順序立てて行う精神機能(失効など)の16項目を評価した。

D.研究結果

精神機能障害の程度を1点軽度、2点中等度、3点重度、4点最重度として採点を行った。平均点は意識障害が0.3点、見当識機能が2.2点、知的機能2.1点、全般的な心理社会的機能3.25点、気質と人格の機能3.3点、活力と欲動の機能2.9点、睡眠機能0.3点、注意機能3.4点、記憶機能3.1点、精神運動機能2.4点、情動機能1.7点、知覚機能1.9点、思考機能0.8点、高次認知機能3.0点、言語に関する精神機能2.75点、計算機能3.1点、複雑な運動を順序立てて行う精神機能2.7点であった。

自閉症と知的障害を合併しているものや知的障害のみのものでは、見当識障害、知的機能、言語に関する精神機能、計算機能、複雑な運動を順序立てて行う精神機能で障害の程度が高く、自閉症のみのものでは情動機能で障害の程度が高かったが、3者とも全般的な心理社会的機能、気質と人格の機能、活力と欲動の機能、注意精神運動、高次認知機能で障害の程度が高かった。(図1)

行動障害の有無については自傷4名(21.1%)、他害3名(15.8%)、物壊し5名(26.3%)、多動4名(21.1%)、こだわり11名(57.9%)、パニック10名(52.6%)、食事問題3名(15.8%)、睡眠問題4名(21.

1)、粗暴性5名(26.3%)、騒がしさ5名(26.3%)、排泄問題4名(21.1%)、その他8名(42.1%)であった。(図2)

行動障害を有するのは自閉症と知的障害を合併するものに多く、特にこだわり、パニックなどが著明で、知的障害だけのものでは多動、粗暴性を認め、自閉症のみものでは物壊し、こだわり、パニック、粗暴性などを認めた。その他の行動障害には自閉症と知的障害を合併するもので唾吐き、知的障害のみものや自閉症のみもの不安などを認めた。

アウトリーチサービスを利用中の発達障害児者はそれぞれが抱えていた行動の問題等については著明に改善しているものも多く、アウトリーチの効果が認められているが、これらのサービス利用については現在も継続利用をしている方々が全例であるため詳細な報告は今後行うこととする。

E. 考察

今回、知的障害児施設の発達外来通院中の発達障害児・者のうちアウトリーチ事業利用者が抱える精神機能障害や行動問題について調査・分析した。自閉症と知的障害を合併するものではこだわり、パニックをはじめとした行動障害が目立ち、精神機能障害においても自閉症と知的障害を合併するものは知的障害のみものと同様に見当識機能、知的機能、言語に関する機能、計算機能、複雑な運動を順序立てて行う精神機能において障害の程度が高かったが、一般的な心理社会的機能や気質・人格の機能、活力と欲動の機能、注意精神運動、高次認知機能については自閉症と知的障害を合併

するもの、知的障害のみもの、自閉症のみもの全てで障害が認められた。これらは社会生活を営む上で必要とされる機能であると考えられる。これらの機能障害に関する問題と様々な行動の問題を抱えて日常生活が困難となり発達外来への通院を行っていた方々の中で特に療育が困難と認められた方に対し平成16年4月から訪問指導(以下、アウトリーチ)を行っており、現在サービス提供は継続中であるが、全例において行動の問題の改善が認められている。アウトリーチは発達外来通院中の発達障害児者で担当医師からの指示があった際に、心理療法士や指導員が訪問による直接指導・援助や家庭や地域、学校等に対する支援など、必要に応じたサービスを提供している。アウトリーチは施設中心型リハビリテーション(IBR, Institution-based rehabilitation)と地域社会に根ざしたリハビリテーション(CBR, Community-based rehabilitation)の中間に位置するものであり、その利点としては「質の高いサービスが提供出来ること。専門家が地域社会のニードを直接把握することが可能なこと」とされているが、アウトリーチのサービス提供に際しては提供できるサービス受益者の数が限られ、コストが高くなってしまっているのが現状である。また、地域社会が関与する場面が少ないため社会的変革も期待できない。今後は地域社会に根ざしたリハビリテーションの育成を支援することで、障害児者と家族を含めた地域社会が主体となって行うリハビリテーションの発展やサービス提供のシステムについての研究が肝要となっていくと考えられる。発達障害児者の地域移行を考える場合、地域を主体としたリハビ

リテーションという構想は非常に重要になっていくものと考えられた。

3. その他
なし

F.結論

知的障害児施設の発達外来通院中の発達障害児・者のうちアウトリーチ事業利用者が抱える精神機能障害や行動問題について調査した。自閉症と知的障害を合併するもの、知的障害だけのもの、自閉症だけのもののそれぞれが様々な行動障害、精神機能の障害を抱えていたが、アウトリーチサービスを利用することで行動上の問題に改善が認められている。しかしながら、アウトリーチのサービス提供に際しては受益者数が限られ、高コストとなってしまうなどの問題点もあり、今後は地域に根ざしたリハビリテーションの育成を支援することなど、サービス提供のシステムの研究が肝要と考えられた。

研究協力者

桑野恵介
山口玲子
松永公子
吉野邦夫

G.健康危険情報

特になし

H.研究発表

- 1) 西脇俊二. 自閉症の医療と療育. 発達障害研究、25, 2003
- 2) 西脇俊二. 成人自閉症の診断と治療の考え方. 医師のための発達障害児・者診断治療ガイドー最新の知見と支援の実際, in press, 2006

H.知的財産権の出願・登録状況

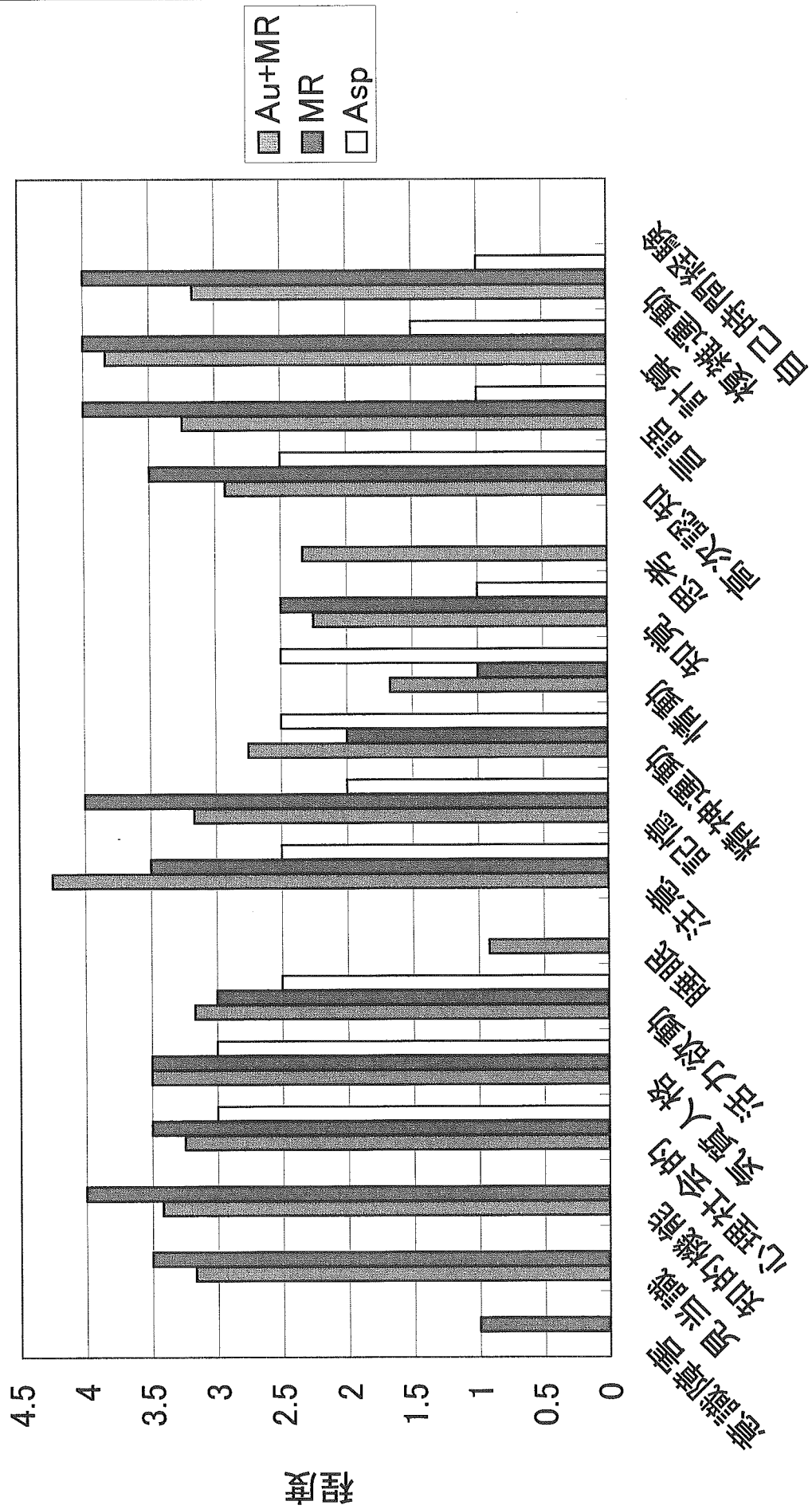
1. 特許取得

なし

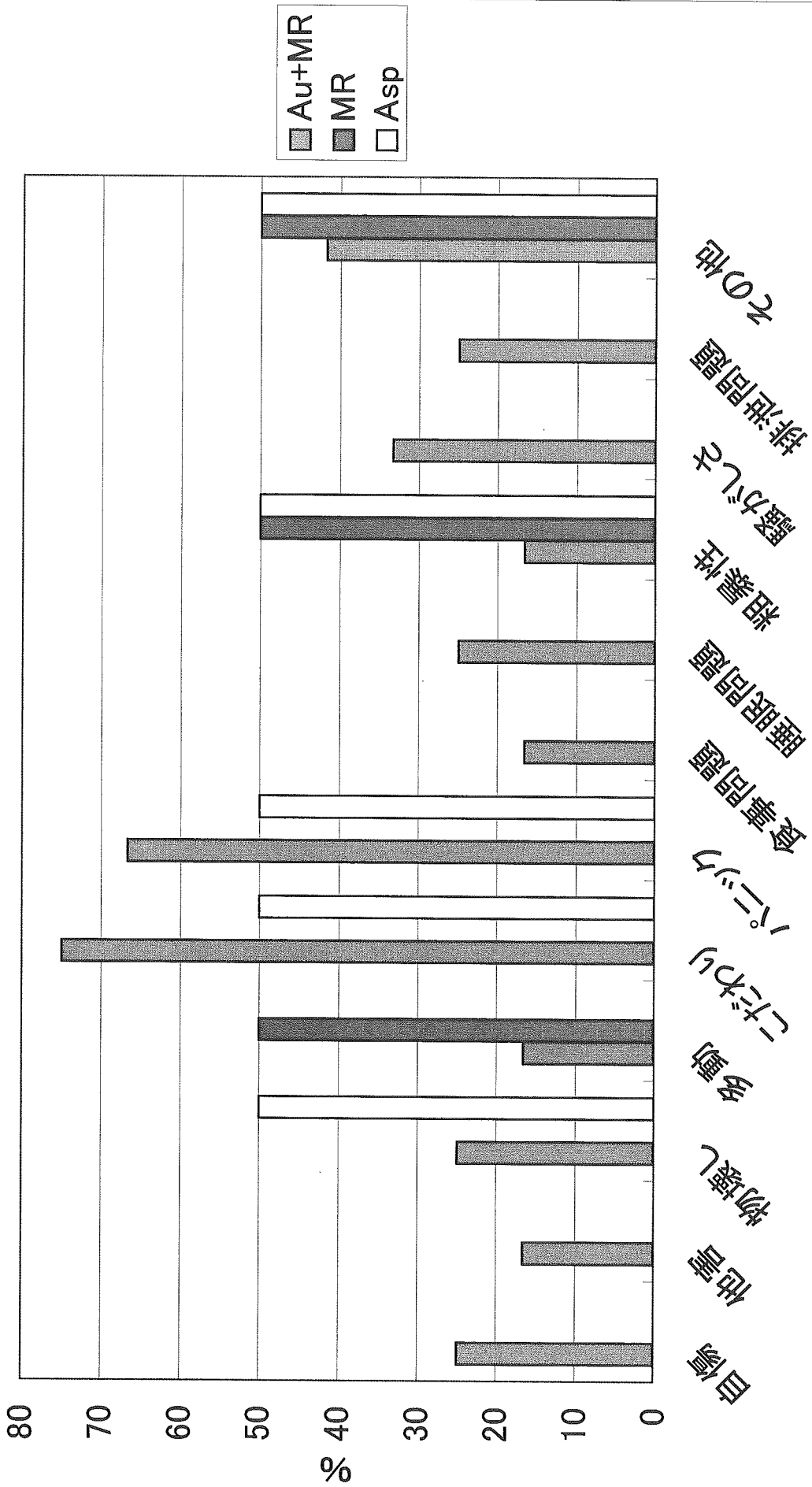
2. 実用新案登録

なし

精神機能障害の程度(図1)



行動障害(図2)



国立知的障害児施設における CBR
(地域社会に根ざしたリハビリテーション) の実践
—特別支援教育推進体制モデル事業への職員派遣—

国立秩父学園

桑野 恵介

はじめに

近年、教育行政において、障害を持つ児童・生徒に対する支援のあり方を大きく見直す動きが出てきている。平成 13 年 1 月に文部科学省「21 世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議」による「21 世紀の特殊教育の在り方について (最終報告)」が答申され、そこでは生涯にわたる支援や他領域との連携の必要性、一人一人のニーズに合わせた支援の必要性等について述べられているが、その中でこれまで特殊教育の対象外であった学習障害や注意欠陥多動性障害、高機能自閉症といったいわゆる知的障害のない (もしくは軽い) 発達障害児に対する支援の必要性についても言及された。こうした発達障害児は、平成 15 年 3 月に報告された「今後の特別支援教育の在り方について (最終報告)」(特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議, 2003) によると、全国の小中学校で 6%程度 (約 68 万人) いるとされ、身体障害や知的障害等をもつ従来の特殊教育の対象とされてきた児童の数に比べ 3~4 倍にもものぼると推測されている。

全国にわたってこのような膨大な数の児童・生徒が突然、支援対象児とされたことに対し、筆者が現場の教員らから話を聞くと、必要性については理解するが、同時に実践上では困難を感じることも多い、と語る教員が多くいる。これまでも発達障害の領域では児童精神科医等の専門家不足を指摘されることが多くあった。そのため今回のような膨大な数の支援対象児に対応できる専門家を、各地域が十分に確保しきれはるはずもなく、現場の教員らの負担や困難は当然のものとも言える。

医療・福祉のリハビリテーション領域においては、このような専門家や専門機関に支援を一任する方法論を「施設中心型リハビリテーション (institution-based rehabilitation ; 以下 IBR と表記)」と呼ぶ。この方法論は、専門家や専門機関を多く持つことができた先進国において発展してきたものである。一方そうした専門家や専門機関を十分に確保できない途上国においては、地域で当事者や専門家以外の人間も関わって支援体制を構築する「地域社会に根ざしたリハビリテーション (community-based rehabilitation ; 以下 CBR と表記)」が発展してきた。この CBR は、「場所が地域・人が非専門家も含む」等といった形式上の側面だけでなく、当該地域の独自性や文化を重んじ、障害者の真の自立や人間としての尊厳を重視するといった価値的な側面も内包している。この CBR の概念を特別支援教育の領域に適用する意義と可能性について、肥後 (2003) が述べており、その中では特に、上述の形式上の側面よりも、価値的な側面の変容を強調している (表 1.参照)。

本稿においては、このような価値的な側面も含めた CBR の実践として、国立知的障害児施設が特別支援教育推進体制モデル指定地区に対して職員を派遣し行った取り組みを報告する。

表 1. CBR の内包するパラダイムチェンジ (肥後, 2003)

| 従来のパラダイム | CBR のパラダイム |
|--|--|
| 障害者サービス提供モデルの転換 (1) 医学モデル・対個体モデル (病理的な部分の発見とその部分へのアプローチ) (2) 医学・心理学の強調 (3) 専門家中心主義 (4) 専門家の絶対視 | 相互作用モデル・対社会モデル (障害者を取り巻く環境への明確な取り組みの位置づけ) 社会学の強調 消費者中心主義 (パターンナリズムからの脱却) 専門家の相対化 |
| 障害者サービス提供のあり方の転換 (1) 施設のサービス提供 (2) 画一化・規格化されたサービスの提供 (3) 職人技への信奉 | 地域社会におけるサービス提供 地域の現状に合わせたサービスの開発 チームアプローチの重視 |
| 社会資源の評価と運用における転換 (1) 拠点施設の有無に関する評価 (ゼロからの出発) (2) コミュニティのウィークネスの評価 (3) 家族のリハビリテーションチームのメンバーとしての軽視 (4) 人的・社会的資源の施設内だけの運用 (5) サービスの一局集中 | 潜在的社会資源の発掘と運用の視点 (人的・社会的資源の再評価と再開発およびエンパワメント) コミュニティのストレングスの評価へ 家族のリハビリテーションチームのメンバーとしての重視へ (社会的資源としての位置づけと、専門家の知りえない情報の把持者としての評価) 人的・社会的資源の機動的な運用 サービスの質の階層化とサービス提供の広域化 |
| 政治的・施策的視点の転換 (1) 中央集権的管理機構 (2) セグリゲーション | 地域社会中心的管理機構 インクルージョン |

方法

平成 15～17 年度にかけて 3 年間にわたり、A 市に対して、国立知的障害児施設から心理療法士 1 名を計 11 回派遣した。11 回の内訳として、教員研修会講師として 3 回派遣し、「スーパーバイザー (巡回相談員)」として 9 回派遣した。なお、A 市は平成 17 年度より「特別支援教育推進体制モデル (以下、モデルと表記) 指定地区」となっているが、それに先立って A 市独自の発達障害児支援策として「スーパーバイザー事業」を行っており、この「スーパーバイザー」がモデル事業における「巡回相談員」にそのまま移行した形である。

なお今回の派遣の全体像を図に、実施回数と内容の例を表 2. に記した。

1. 教員研修会

A 市では、発達障害児支援に関する研修会が 2 種類ある。ひとつは、教育相談担当教員や養護教員、コーディネーター等、各学校における支援のキーパーソンが対象である「教育相談研修会」である。もうひとつは、市内の小中学校の全教員を対象に実施する「特別支援教育研修会」である。今回の 3 回の派遣のうち、2 回が「教育相談研修会」であり、1 回が「特別支援教育研修会」であった。