

平成18年度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

知的障害者の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と障害者専門外来の意義

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からだの異常を訴えにくいため症状が進行してから初めて機能障害の存在に気付かれることが多い。私たちは、平成16年度から知的障害者の視・聴覚障害の実態を把握し、治療の可能性を検討する目的で某通所施設において健康診断を実施してきた。平成17年度からは障害者が受診しやすいよう、モデル的に国立精神・神経センター国府台病院に予約制の障害者眼科専門外来を開設した。

今年度は3年間にわたり実施してきた知的障害者通所施設における視覚健診受診者のべ143名の結果を比較し、視機能の経年変化を検討した。このうち特に視覚健診の結果、精密検査をすすめられて障害者眼科専門外来を受診された12名を対象に、検査結果、診断、転帰を検討した。精密検査での主な診断は健診での診断とほとんど一致しており、白内障の手術を行った例が1名、経過観察中に白内障が進行しているため手術を考慮中の例が1名であった。この他2名に点眼処方、2名に眼鏡処方、6名が定期検査予定となった。このように専門外来において積極的な治療対応をすることが可能であり、知的障害者施設における健康診断は有意義であった。

しかしながら医療機関においても可能な検査に一部限界があったことに加えて治療に本人の高度の理解や協力を要する疾患に関する治療適応基準の決定が今後検討すべき課題と思われた。

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。特に学校教育が終了した後は、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。私たちは平成16年度から本研究班において知的障害者の視聴覚障害の実態を把握し、治療の可能性を検討する目的で某知的障害者通所施設に出向いて視聴覚健康診断を実施してきた。その結果眼科あるいは耳鼻科的疾患ないし病態が少なからず存

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¹⁾。この結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、予約制障害者眼科専門外来を開設し、養護外来と命名した。開設時から11ヶ月間の診療状況については平成17年度に報告した²⁾。

本年度は今年度まで引き続き行われた知的障害者通所施設における視覚健診の結果のうち視力検査、細隙灯顕微鏡検査、眼位検査などにつき施設利用者の検査結果についての経時的変化の検討と障害者眼科専門外来における診断、転帰を検討することを目的とした。このうち平成16年度および平成17年度に実施した通所施設における視覚健診の結果、精密検査をすすめられて養護外来を受診された方については特に検査結果、診断、転帰を検討することにした。医療機関における診断と通所施設における健診の結果を比較することにより健診の有効性を検討するとともに知的障害者の視覚障害に対する今後の治療の可能性について明らかになるものと期待される。

B. 研究の対象と方法

1) 知的障害者施設における視聴覚健診

東京近郊の人口45万都市にある知的障害者通所施設に通所者75名に対する視覚健診の方法はすでに報告した¹⁾通りであり、健診についてあらかじめその目的と意義をご家族に文書でお知らせし、書面で同意の得られた方について実施した。同意が得られた方についてはあらかじめ視聴

覚機能について家族にアンケート用紙への記入を依頼した。

問診はアンケート用紙の記載も参考にして医師が行った。視覚健診については外眼の視診、視力検査、屈折検査、眼位、眼球運動、手持ち細隙灯顕微鏡検査を行った。健診は施設での通常の日程のなかで1名ずつ実施した。施設内の一室を健診会場とし、明室で下記の検査を行った。平成17年度は医師1名、視機能訓練士1名、看護師3名で2日の日程で施行した。平成18年度は医師2名、視機能訓練士2名、看護師2名で施行し、1日の日程で行った。この健診受診者の診察・検査所見について3年間の継時的変化を検討した。なお聴覚については平成17年度、18年度はアンケートを参照し、必要に応じて医療機関に紹介した。なお各年度の参加者はそれぞれ48名、46名、49名でありのべ143名を対象とした。

2) 障害者専門外来の診療とその結果についての検討

障害者眼科専門外来は月に2回、半日のスケジュールで実施し、初診時は電話による予約制とした²⁾。この眼科専門外来では精密検査を目的にこの専門外来を受診された方に対し視力、屈折、細隙灯顕微鏡、眼圧、眼底、眼位、眼球運動、視覚誘発脳波のうち主訴に応じて必要な検査を行った。その検査結果と診断、治療法、転帰について検討した。今年度は平成17年4月から19年2月までの期間に障害者眼科専門外来を受診された75名を対象とした。特に知的障害者通所施設における視覚健診から紹介を受けた12名については別途検討を行った。

(倫理面への配慮)

通所施設における健診への参加にあたっては本研究の意義と実際についてあらかじめ保護者に説明の文書を読んでいただき、書面での同意が得られた方のみを対象として検査を行った。各検査は通常の病院診療で用いられるもので危険や副作用はなく安全に実施できるものであり、検査を受けるかどうかは完全に本人と家族の意志に基づいていた。

障害者眼科専門外来への受診および精密検査のため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機関への受診であり受診について一切の強制はない。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。

なお本研究の実施については国立精神・神経センター国府台地区倫理委員会の承認を受けた(承認番号16-14,)。

C. 研究結果

1) 某知的障害者通所施設における視聴覚健康診断からの精密健診への紹介について:

平成16年度の視聴覚健康診断では通所者75名中48名(男性28名、女性20名)が健診に参加を希望した。受診者48名中、視覚健診では28名に聴覚健診では8名に精密検査のための医療機関受診を勧めた。平成17年度は受診者46名中25名に平成18年度は受診者49名中32名にそれぞれ精密検査のための医療機関受診を勧めるなど高率に精密健診の必要があった。

2) 障害者眼科専門外来について:平成17年4月開設時から平成19年2月までの1年11ヶ月間に本外来を受診した方は75名であった。このうち知的障害者施設における健康診断により精密検査を

必要と指摘されての来院は12名であった。来院時の主訴では見え方や斜視に関する訴えが47名、健康診断で白内障と指摘された、瞳が白い、円錐角膜などが11名、充血、流涙、眼脂など外眼の症状が9名であった。白内障1名、斜視2名および内反症1名は全身麻酔下で手術を施行した。いずれも合併症がなく良好な結果をえることが出来た。CHARGE associationの1名は1眼が網膜剥離により眼球癆、他眼は脈絡膜欠損を有するため 厳重な管理が必要と考え全身麻酔下にて眼底検査を行った。脈絡膜欠損と視神経乳頭奇形を認めたが網膜剥離などの重篤な所見は認められなかった。引き続き外来にて定期検査を予定している。このほか3名はいずれ白内障手術が必要になるものと思われ 外来にて経過観察中である。

3) 視覚健診における経時的変化について:平成16年度、17年度および18年度の三年間にわたる健診のうちいずれかの年度に複数回の健診を受けていた方は46名であった。

a. 視力検査については初回検査時、全く視力検査が出来なかった方が9名あったがうち3名は2回目以降に視力検査が可能となった。3名は行動観察などから高度の視機能障害はないものと思われるが視力検査は終始不能であった。3名は光覚なしなどの極めて高度の視機能障害が疑われた。

初回の最高視力が0.1以下で二回目以降に2段階以上視力が上がった方は3名、最高視力が2段階以上の低下を認めた、あるいは視力検査不能となった方は6名であった。

b. 細隙灯顕微鏡検査

初回検査時、全く検査が出来なかった方は 5 名あった。初回じっとしていただけないために検査ができなかった 1 名は 3 回目の健診で 他の一名は 2 回目の健診で細隙灯検査が可能となり 異常なしと確認された。初回から細隙灯検査が可能であった方で のちに 1 名に円錐角膜、1 名に点状白内障が認められた。

c. 眼位：眼位の結果では 所見の変化を示した方はいなかった。

4) 精密検査の受診結果について：平成 16 年度および平成 17 年度に行われた通所施設における視聴覚健診を受けた方は計 61 名でそのうちどちらかの年度あるいは 2 年にわたって精密検査をすすめられた方は計 39 名であった。精密検査をすすめる目安として 通所施設における視覚健診は医療施設外の明室での検査であること、知的障害

があるため検査への理解が難しいことなどを考慮に入れて、およその視力が 0.1 以下、強い屈折異常の疑い、斜視などの疑い あるいはその他の疾患が疑われた場合を採用した。39 名の方が精密検査を薦められた理由（重複）は 視力不良など：8 名、目やに 睫毛内反 角膜炎などの外眼部疾患：6 名、円錐角膜疑い：1 名、屈折異常：9 名、斜視：12 名、白内障など：6 名、眼底の異常：2 名、その他 眼を押す：1 名、眼をあけない：1 名で 健診で検査が出来なかったが 2 名であった。

精密検査を目的に障害者眼科専門外来に受診した 12 名が精密検査を薦められた理由を表 1 に示す（表 1）。視力不良、斜視、白内障、円錐角膜疑い、屈折異常、視神経蒼白などの他に 健診で十分な検査が出来なかった方が 2 名であった（表 2）。

表 1 視力が低下した症例

症例	視力の変化	その他の所見
1	0.2 →→ 検査できず	固視不良
2	0.2 →→ 検査できず	外斜視
3	0.1 →→ 検査できず	眼球振盪
4	0.03 →→ OKN にて反応なし	視神経萎縮
5	0.4 →→ 0.08	視神経乳頭陥凹拡大
6	0.4 →→ 0.1	内斜視、固視不良

表 2：精密検査の理由

	精密検査をすすめられた理由	健診でのその他の所見
症例 1	視力不良	下斜筋過動、眼球振盪、 屈折検査不能
症例 2	視力不良 視神経蒼白	細隙灯検査不能、睫毛内反
症例 3	外斜視	
症例 4	内斜視 乱視	片眼視力不良、眼球振盪
症例 5	めやに、内反症	外斜視
症例 6	検査が十分出来なかった	白内障
症例 7	白内障	
症例 8	白内障	内斜視
症例 9	円錐角膜疑い、	外斜視、屈折検査不能
症例 10	角膜混濁	小角膜
症例 11	屈折異常疑い	外斜視
症例 12	検査が出来なかった	外斜視

代表的な症例を示す。

症例 1：視力不良例 19 才男性、ダウン症。

視聴覚健診にて両眼 TAC 視力は 0.08、片眼では不能であった。障害者眼科専門外来初診時には診察室に入ることが出来ず、外来廊下で TAC 視力検査と手持ち細隙灯顕微鏡検査のみを行った。できるだけ検査をして欲しいという保護者のご希望が強かったため TAC 視力検査、屈折検査、細隙灯顕微鏡検査および眼底検査ができることをゴールに設定し、1 ヶ月に 1 回程度の間隔で受診していただいた。2 回目の受診で 眼科診察室に入れるようになり、TAC 視力は右 0.04、左 0.03、3 回目の受診で屈折検査と細隙灯顕微鏡検査が可能となった。眼球振盪、遠視性乱視を認めたが白内障は認められず、眼底検査は次回の施設の健康診断で行うこととなった。この例は病院に慣れることによって 様々な検査が可能になった例と思われる。

症例 8：白内障例 19 歳 女性 ダウン症。

視聴覚健診にてランドルト視力右 0.7、左 0.5。白内障を認めたが特に視力障害は気づかれてい

なかった。障害者眼科専門外来初診時ランドルト視力は右 0.7（矯正不能）左 0.4（矯正不能）、前囊下および後囊下白内障を認めた。半年に一度の経過観察となったが 右眼視力が次第に低下し平成 18 年 9 月にはランドルト視力右 0.2（矯正不能）左 0.4（矯正不能）となった。近い将来白内障手術になる可能性を念頭に経過観察中である。この例は症状の自覚がない白内障が健診で発見され その後の精密検査にて適切な手術時期の判定が可能となった症例と思われる。

症例 9： 屈折検査不能例 26 歳 男性 精神遅滞、脳性麻痺

平成 16 年度の健康診断にて屈折測定ができず、平成 17 年度に視力低下が進み円錐角膜を疑われ精密検査を薦められた。国府台病院初診時矯正視力は右 0.02 左 0.05、両眼に円錐角膜を認めた。この例は円錐角膜による屈折異常が経過とともに明らかになったと考えられ 施設における定期的な健診が有用であることを示したものと思われる。

表3に12名の施設における視聴覚健診での検査結果と精密検査の結果を示す。視力検査不能であった4名は精密検査でも視力は測定不能であった。さらに視力測定不能であった4名ではじっとしてられないなどの理由で屈折検査も不能

であった。円錐角膜の1名では精密検査時散瞳下で屈折検査をおこなうことが出来た。一方細隙灯顕微鏡検査では施設では4名で検査が難しかったが精密検査では初回あるいは数回の施行の後に全員が可能になった。

表3：健診時と精密検査時の検査結果の比較

症例	視力（右眼／左眼）		屈折		細隙灯検査	
	健診	精密検査	健診	精密検査	健診	精密検査
症例1	0.02／0.01	0.04／0.03	不能	不能	不能	異常なし
症例2	0.03／0.04	0.01／0.01	可能	不能	不能	異常なし
症例3	0.5／0.2	0.5/0.6	可能	可能	異常なし	異常なし
症例4	0.03/0.08	0.22/0.15	可能	可能	異常なし	異常なし
症例5	不能	不能	施行せず	不能	内反症	内反症
症例6	不能	不能	不能	不能	不能	手持ち細隙灯にて白内障
症例7	0.2／0.15	0.07/0.06	可能	可能	白内障	白内障
症例8	0.3／0.4	0.7／0.5	可能	可能	白内障	白内障
症例9	0.1／0.15	0.02/0.05	数値を得られず	高度近視	円錐角膜疑い	円錐角膜
症例10	不能	不能	不能	不能	角膜に異常	角膜混濁、小眼球、前房形成不全、
症例11	0.03／不能	0.01/0.04	可能	可能	異常なし	異常なし
症例12	不能	不能	不能	不能	不能	結膜炎

表4に12名の健診で精密検査をすすめられた理由と精密検査での診断の結果、それぞれの転帰を示す。精密検査での主な診断は健診での診断とほとんど一致していた。白内障に対して手術

を行った例が1名、経過観察中に白内障が進行しているため手術を考慮している例が1名である。2名に点眼処方、2名に眼鏡処方、6名が定期検査となった。

表4：健診と精密検査での診断

症例	精密検査を勧められた理由	精密検査での診断	転帰
症例1	視力不良	眼球振盪	定期経過観察
症例2	視力不良 視神経蒼白	視神経萎縮	定期経過観察
症例3	外斜視	外斜視	眼鏡処方、定期経過観察
症例4	内斜視 乱視	内斜視、乱視	屈折の定期検査
症例5	めやに、内反症	内反症	点眼処方
症例6	検査が出来なかった 白内障	白内障	手術を施行 全身麻酔下で眼底検査施行
症例7	白内障	白内障	定期経過観察
症例8	白内障	白内障	手術を考慮し経過観察
症例9	円錐角膜疑い、	円錐角膜	定期経過観察
症例10	角膜に異常	角膜混濁、小眼球 前房形成不全	定期経過観察
症例11	屈折異常疑い	遠視	眼鏡処方
症例12	検査が出来なかった	結膜炎	視機能検査は出来なかった 点眼処方

D. 考察

近年、知的障害者の生命予後が改善し、知的障害者の高齢化がすすみ、全身合併症が多様化することが予測されている。知的障害を生じる原疾患に伴う合併症に加えて、高齢化に伴い一般の高齢者に増加する悪性腫瘍、生活習慣病、感覚器障害などが知的障害者においても同様に、あるいはより高率に発生することが指摘されている³⁾。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。

知的障害者では原因は不明ながら白内障、円錐角膜、屈折異常、視神経萎縮がしばしば眼合併症として生じることが知られている⁴⁾。特に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だけでなく、50才以下でダウン症以外の軽度から中等度の知的障害者でも、正常対象と比較して数倍の高頻度で視聴覚機能障害が存在すると報告

されている⁵⁾。Warburgは知的障害者の視機能異常を来す疾患では視神経萎縮、高度近視、白内障および円錐角膜が多く、視力障害の原因として最も多い屈折異常は不同視であると述べ、これらの多くは治療可能であり、専門医との連携システムを作ることが必須であると報告している⁴⁾。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⁵⁾。Nagtzaam⁶⁾は知的障害者のこれらの視覚障害を早期の発見する目的で50才から5年毎の健診を推奨しているが、私たちの検討においてもダウン症以外の若年齢であっても様々な障害が検出されたことから、知的障害者では基礎疾患や年齢にかかわらず視聴覚健診を定期的実施する必要性があるものと思われた。

私たちの検討は地域におけるモデル研究としての意義が大きく、さらに多くの施設や広汎な地域での検討が必要であると考えられる。一方でこ

これらの健診には実施側の意欲やマンパワーが必須であり、今後制度として定着させていくためには、異常を検出するために鋭敏な項目を確定することと、公的なシステムの構築を目指す必要があると考えられた。

初年度の検討により、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¹⁾。この初年度の知的障害者通所施設における健診の結果、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が明らかになった。こ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じ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⁷⁾。その理由としては自分の症状を適切に表現できない、知らない場所では必要以上に不安になり緊張して応答が困難になる、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⁸⁾。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付きまとうことは否定できない。そのため白内障など手術的治療が必要な場合でも様々な理由で治療を受けられないことがありうるだけでなく眼鏡装用などあたりまえの医療を実践されていない障害者の存在も懸念される結果であった。

平成17年度にはこ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障害者眼科養護外来を開設した。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名は手術を施行し良好な結果をえることが出来た。1名は全身麻酔下での精密検査を施行し、3名が手術を念頭に経過観察を行っている。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た²⁾。

今年度は平成16年度から18年度まで3回の視覚健診のうち少なくとも2回あるいは3回の健診を受けた46名の結果および経時的変化について検討した。初回検査時、視力検査が全く出来なかった方9名のうち後に3名で視力検査が可能となり、細隙灯検査が全く出来なかった5名のうち1名は3回目の健診で細隙灯検査が可能となった。健康診断を定期的に行うことで検査に対する恐怖感が軽減し、検査が可能となったものと思われた。さらに初回から細隙灯検査が可能であった方でも、のちに1名に円錐角膜、1名に点状白内障が認められた。受診者、検査者双方の慣れが正確な所見の把握に役立ったとともに、病変が進行して症状が明らかになった可能性が示唆された。経過中に視力の低下を認めた6名については2名の視神経病変を始めとして何らかの器質的病変が進行している可能性があり医療機関での十分な経過観察が必要と思われた。知的障害者の視覚スクリーニング検査では自覚的検査の信頼性

が低いため 異常の判定に一定の基準を設けることが困難である。定期的な視覚健診の実施は 精密検査の判定をより適切に行う一助となるものと思われた。

医療機関における診断と通所施設における健診の結果を比較することにより、健診の有効性を検討したところ精密検査の結果は施設での健康診断の結果とほとんど一致していた。知的障害者と同様、自覚症状をのべることが難しい方を対象として行われる健康診断として眼科領域では3歳児健診が全国で広く行われている。草場らは⁸⁾ 3歳児健診で 保健所などで行われる2次健診で眼精密検査が必要とされ、医療機関での3次健診を受けた児についてその結果を検討している。3次健診すなわち精密検査の結果 裸眼視力不良 (0.5以下)で紹介された児のうち約4割は裸眼視力が良好であり、眼位異常で紹介された児では約半数が正常であったと報告している。その理由として対象の地域では2次健診は 眼科医師、視機能訓練士などの眼科的専門知識をもつものによって行われていないことをあげている。今回少数例ではあるが精密検査を行い、その結果は施設での健康診断の結果とほとんど一致していたことは 眼科医師、視機能訓練士が検査を行うことで施設に出向いての健康診断であっても精度の高い検査結果を得うることを示すものと思われた。今回受診された12名のうち1名に手術施行、1名に手術を考慮中、2名に点眼処方、2名に眼鏡処方、6名に定期的な経過観察が必要と 全例が積極的な医療の対象であったことは知的障害者施設での健康診断が有意義であることを裏付けるものと思われる。

今後検討すべき課題として 視覚健康診断で

は眼底検査が施行できなかったため、眼底疾患および緑内障のスクリーニングが困難であったこと、自覚的視力検査では知的障害の影響が反映することも考えられるため、通常健康診断のように結果の判定に一律の基準を設定することが困難であったことがあげられる。一方 精密検査などのために専門医療機関を受診しても、可能な検査に限界があった。例えば健診にて視力測定不能であった4名は 精密検査を行っても視力測定不能であった。屈折検査では一般的に行われている方法はいすに座って機械にあごをのせ 少しいの間まっすぐ見ていることが必要なため視力測定が不能であった症例は全例で屈折検査が不可能であった。手持ち式レフラクトメーターの導入、遠隔測定が可能なフォトレフラクターの導入 あるいはスキアスコープ検査を繰り返し施行するなどの技術的対策を考慮すべきものと思われる。治療の面ではさらに今後検討すべき課題が多い。屈折異常については従来から多くの報告がみられ眼鏡処方が一般的に行われている⁹⁾。斜視および白内障¹⁰⁾ではほとんど小切開手術が行われるため知的障害者であっても問題なく手術を受けられるものと思われる。今回の症例でも白内障に対する全身麻酔下手術では問題がなく治療を行うことが出来た。一方 円錐角膜に対する角膜移植手術¹¹⁾、網膜剥離に対する網膜復位術あるいは硝子体手術¹²⁾ など 術後の安静および特殊な体位を保持することへの協力が必要な治療は 現状では医師によって見解が異なるものと思われる。今回の円錐角膜の症例は症状が進行して高度近視となっており 将来手術適応に至る可能性があるがその治療方針の決定にあたっては慎重な検討を要するものと思われる。後藤ら¹¹⁾は検査、

治療とともに高度の理解と協力を要する角膜移植の知的障害者の手術適応基準として眼症状が障害者の身辺作業の自立を著しく妨げていること、自傷行為がないこと、術後管理が家族などにより協力的に行われる見込みがあることなどをあげている。今後 知的障害者の眼疾患に対する検査の機会が増加すれば さらに多くの治療に困難が予想される症例が見出されるものと思われる。知的障害者の眼疾患の治療、特に手術適応基準は今後検討すべき重要な課題であると思われた。

E. まとめ

1. 知的障害者の視聴覚障害の実態を把握し、治療の可能性を検討する目的で 平成 16 年度から 3 年間にわたり某知的障害者通所施設において専門医による視聴覚健診を実施した。この結果視力低下、屈折異常、白内障、角膜混濁、聴覚検査の異常が高率に認められ精密検査・治療が必要な者が抽出され治療に結びつけることができた。

2. 知的障害者を対象とする視聴覚健診は充分実施可能であり、二次的な生活機能障害を早期に把握し、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。

3. 平成 17 年度から国立精神・神経センター国府台病院において知的障害者を対象とした予約制障害者眼科専門外来を開設した。これにより、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。

4. 3 年間継続的に行ってきた健診の結果、検査が可能となった例が認められたほか、経過観察中に新たな病変あるいは視力の低下を生じる症例のあることが判明し、医療機関での十分な経過観察が必要であることが明らかとなった。

5. 精密検査のため障害者眼科専門外来を受診された方の診断、転帰の検討によれば主な診断は施設における健診会場での診断とほとんど一致しており、全例が積極的な医療の対象であった。この結果は施設での健康診断が有意義である事を再確認するものであった。一方専門医療機関においても可能な検査に限界があり、今後の課題と思われた。

6. 治療に高度の理解や協力を要する疾患に関して治療の適応基準についても今後検討すべき課題である。

7. 知的障害のある方々が地域で暮らし続けるため、さらに広汎な地域や施設での検討が必要であるが、適切な医療を適切に供給するためには医療者側の努力に加えて、長期的に公的なシステムの構築を目指す必要があると考えられた。

謝辞：

ご協力頂いた施設関係者ならびに利用者の皆様に感謝いたします。

研究協力者 山崎広子、稲垣真澄、昆かおり

文献

- 1) 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費補助金 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.
 - 2) 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.
平成17年度厚生労働科学研究費補助金 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 2006.
 - 3) 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.
 - 4) Warburg M. Visual impairment in adult people with moderate, severe and profound intellectual disability. Acta Ophthalmol Scand. 79: 450-454, 2001.
 - 5) Evenhuis HM, Theunissen M, Denkers I, Verschuure H, Kemme H. Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 45:457-64, 2001
 - 6) Nagtzaam LM, Evenhuis HM. Practice guidelines for diagnosis of vision disorders in mentally handicapped persons. National organization for quality assurance in hospital. Ned Tijdschr Geneesk. 143: 938-941, 1999.
 - 7) 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.
 - 8) 有馬正高. 障害者医療の現状と問題点. 歯麻誌 31: 103-106, 2002.
 - 9) 黒田紀子他. 精神発達障害児に対する眼科的管理. 臨床眼科 38: 489-493, 1984.
 - 10) 後藤晋他. 重度心身障害者に対する眼内レンズ手術. 日眼会誌 97: 1307-1311. 1993.
 - 11) 後藤晋他. Down症候群の円錐角膜に対する全層角膜移植. 日眼会誌 99: 173-177, 1995.
 - 12) 高井保幸他. 精神発達遅滞を伴った自傷行為による両眼裂孔原性網膜剥離の1名. 眼科臨床医報 100: 535-538, 2006.
- F. 健康危険情報
なし
- G. 研究発表
論文発表
- 1) 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

一視覚健診の結果を中心に．臨床眼科

60:743-746, 2006.

学会発表

1) 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

2) 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．

千葉県眼科集談会 千葉市、2005. 3. 13.

3) 山崎広子、柴玉珠、伊藤久美子、加我牧子．養
護外来の現況．千葉県眼科集談会 千葉市、200
6. 3. 12.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

自閉症児者の行動障害に関する研究

分担研究報告書

自閉症児者の行動障害に関する研究

分担研究者 西脇俊二（国立秩父学園 医務課医長）

研究要旨

行動障害ゆえに地域での生活が困難になることがある自閉症児者の地域生活を支える上で、適正な支援が行われることが重要課題となっている。また、支援内容は自閉症児者のライフステージや生活環境の変化に対して適切なものでなければならない。

本研究では平成16年度は入所施設利用中の自閉症児者が抱える精神機能障害や行動問題について調査票を用いて調査・分析を行い、どのような支援を要するのかを検討した。平成17年度は発達外来通院中の自閉症児者で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・分析を行い、今後どのような支援を要するのかを検討し、施設中心の支援から地域中心型の支援への移行や併用など、自閉症児者へのサービス提供システムについて考察した。平成18年度は発達外来利用中の自閉症児者が利用中の入所施設に対し、療育の専門職（専門医、心理療法士）が訪問各施設のキーパーソンとなる職員、父兄へ講演会や個別の指導を通して療育に必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導計画の作成やその実施が行えるように指導を行う。知識の提供については、講義（①自閉症概論、②診断&評価、③構造化された指導法、④感覚の問題について、⑤問題行動への対処法...）を行い、技術の習得については、個別指導（OJT...）を通して行った。また、スーパーバイズも併用しながら、個別支援計画作成方法の指導を行い、症例検討を実施して評価と目標の再設定について指導した。その結果、各施設利用者の行動問題に改善が認められた。

A.研究目的

発達外来利用中の自閉症児者が利用中の入所施設に対し、療育の専門職（専門医、心理療法士）が訪問各施設のキーパーソンとなる職員、父兄への講演会や個別の指導を通して療育に必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導計画の作成やその実施が行えるように指導を行い、地域に根ざしたりハビリテーション（CBR, Community-Based Rehabilitation）の育成や実施の方策について研究を行い、自閉症児者の地域移行のために必要な支援について検討を行う。

B.研究方法

発達外来利用中の自閉症児者が利用中の入所施設に対し、療育の専門職（専門医、心理療法士）が訪問各施設のキーパーソンとなる職員へ療育に関する講演会や個別の指導を通して必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導計画の作成やその実施が行えるように指導を行った。知識の提供については、講義（①自閉症概論、②診断&評価、③構造化された指導法、④感覚の問題について、⑤問題行動への対処法...）を行い、技術の習得については、個別指導（OJT...）を通して行った。また、スーパーバイズも併用しながら、個別支援計画作成方法の指導を行い、症例検討を実施して評価と目標の再設定について指導した。

CBR 実施期間は3ヶ月 (A 施設)・4ヶ月 (B 施設)、頻度は月に2～4回、訪問時の指導時間は2～3時間/回、訪問者は医師1名・心理療士1名、対象者は各施設各々指導員4名で、講義は各施設で4回施行し参加者は20～40名であった。

C.調査対象

今回は2カ所の入所施設を CBR の対象とし、各施設から1名の利用者を選定してもらい、その担当として4名の施設職員を選定してもらい、彼らに個別支援に関する指導を行った。A 施設は成人の入所更生施設で総利用者数は61名、施設職員は指導員40名、看護師1名で、B 施設も成人の入所更生施設で総利用者数は72名、施設職員は指導員44名、看護師1名であった。

A 施設の調査対象者は24歳、女性で、診断は知的障害、自閉症で①拘り②奇声③他害(つかみかかり、つねり)④睡眠障害などの行動問題を示していた。またB 施設の調査対象者は34歳、女性で、診断は知的障害、自閉症、てんかんで、①拘り②他害③自傷④破衣⑤睡眠障害が問題となっていた。両名とも抗精神病薬、睡眠薬を服用中で、B 施設利用者は抗てんかん薬も服用中であった。

D.研究結果

A 施設、B 施設の各利用者について、その行動問題について1点なし、2点軽度、3点中等度、4点重度、5点最重度で採点した。

CBR 実施前ではA 施設利用者①拘り5点、②奇声4点、③他害5点、④睡眠障害4点で、B 施設利用者は①拘り5点、②他害4点、③自傷4点、④破衣5点、⑤睡眠障害4点となっていた。これらは1月後にはA 施設利用者①拘り4点、②奇声4点、③他害4点、④睡眠障害3点で、B 施設利用者は①拘り4点、②他害3点、③自傷3点、④破衣3点、⑤睡眠障害3点となっていた。2ヶ月後はA 施設利用者①拘り4点、②奇声3点、③他害3点、④睡眠障害3点で、B 施設利用者は①拘り5点、②他害5点、③自傷4点、④破衣4点、

⑤睡眠障害4点となっていた。3ヶ月後はA 施設利用者①拘り3点、②奇声2点、③他害2点、④睡眠障害1点で、B 施設利用者は①拘り5点、②他害4点、③自傷4点、④破衣4点、⑤睡眠障害4点となっていた。4ヶ月後はB 施設のみであるが①拘り3点、②他害2点、③自傷2点、④破衣2点、⑤睡眠障害2点となった。

CBR 実施前と実施後(A 施設は3ヶ月、B 施設は4ヶ月)ではA 施設利用者では①拘り5点→3点、②奇声4点→2点、③他害5点→2点、④睡眠障害4点→1点、B 施設利用者では①拘り5点→3点、②他害4点→2点、③自傷4点→2点、④破衣5点→2点、⑤睡眠障害4点→2点と改善が認められ、服薬も減量された。

E.考察

今回A 施設、B 施設において CBR による医師・心理士の訪問を行い、各施設利用中の自閉症児者に関わる指導員に対し療育に関する講演会や個別の指導を通して必要な知識や技術を提供し、スーパーバイザーとして関わることで各施設内での個々の事例に対応するための個別指導計画の作成やその実施が行えるように指導を行った。その結果、各施設利用中の自閉症自者が抱える行動問題に改善が認められた。B 施設の利用者において CBR 2～3ヶ月目に各行動問題の増悪が認められたが、これらは個別指導による利用者への関わり・干渉が増えたために却って利用者を混乱させてしまったためと思われた。その後、コミュニケーションレベルや関わりを適切なものに変更することで4ヶ月目には行動問題に改善が認められた。

平成16年度の入所施設利用中の自閉症児者が抱える精神機能障害や行動問題について調査票を用いての調査・分析においては、精神機能障害の程度では入所施設入所中の自閉症児・者では発達外来通院中の自閉症児者に比較して見当識機能、知的機能、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、注意機能、記

憶機能、精神運動機能、情動機能、複雑な運動を順序立てて行う機能において障害が重いという結果になり、特に見当識機能、知的機能、情動機能において障害が重いという結果になった。

平成17年度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の調査・分析においては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のも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、全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、知的障害のみのも、自閉症のみのもので障害が認められた。

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。そこで、平成18年度は地域社会に根ざしたリハビリテーション(CBR)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を行った。

医療・福祉のリハビリテーション領域においては、専門家や専門機関に支援を一任する方法を「施設中心型リハビリテーション (IBR; Institution-Based Rehabilitation)」と呼び、この方法論は専門家や専門機関が十分に確保できた先進国において発展してきたものである。それに対し、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者も関わって支援体制を構築する「地域に根ざしたリハビリテーション (CBR; Community-Based Rehabilitation)」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」という形式的な側面だけでなく、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観的な側面も内包している。

今回はこの CBR の概念を入所施設利用中の自閉症児者に適用する試みを行い行動問題の改善が得られた。しかし、期間が3~4ヶ月と短期間であったため真の意味での CBR の実践には至っていない。今後は十分な時間をかけて地域の独自性を活かしたりリハビリテーションを行うことで、発達障害児者の地域の移行が促進されるものと考えられた。また、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思われる。

F.まとめ

発達障害児者の機能退行からの回復や予防に対し、アウトリーチは有効であったが、さらにサービス受益者を増やすために地域社会に根ざしたリハビリテーション(CBR)の育成と実施が重要と考えられた。2施設(入所)への CBR 実施により、行動問題を示していた発達障害児者への施設職員による対処力が向上し、行動問題の改善を認めたが、十分な時間をかけて地域の独自性を活かしたりリハビリテーションを行うことで、発達障害児者の地域の移行が促進されるものと考えられた。

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、2006

I.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

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌等

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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) -16年度障害保健福祉総合研究事業より-	さぼーと	52(6)	43-51	2005
新井良保	重度知的障害者の支援方法に関する研究 -ICF関連図を通しての支援ニーズの把握-	日本特殊教育学会第43回大会発表論文集	43(9)	667	2005
新井良保	知的障害者の地域生活支援に関する研究 (1) -ICFを活用しての事前アンケート調査を通して-	日本社会福祉学会第53回全国大会報告要旨集	53(9)	250	2005
山崎広子、紫玉珠伊藤久美子、加我牧子、昆かおり	知的障害者の視聴覚健康診断の試み	千葉市、千葉県眼科集談会	(3/13)		2005
山崎広子、紫玉珠伊藤久美子、加我牧子、昆かおり	知的障害者の視聴覚健康診断の試み	第59回臨床眼科学会			2006
柳田正明、蒲生俊宏、原田将寿、新井良保 (自主企画シンポジウム)	知的障害のある人の地域移行支援の現状と課題	日本社会福祉学会第54回全国大会報告要旨集	54(10)	484-485	2006
山崎広子、紫玉珠伊藤久美子、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	60	743-746	2006
山崎広子、紫玉珠伊藤久美子、加我牧子、昆かおり	知的障害者の視聴覚健康診断の試み	千葉市、千葉県眼科集談会	(3/12)		2006
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			2006

平成18年度厚生労働省障害保健福祉総合研究
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
平成19年3月発行

編集 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
印刷 上武印刷株式会社
