

200724021A

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

医療的ケアを必要とする障害者と家族への  
支援策に関する調査研究

平成 19 年度総括研究報告書

主任研究者 春見 静子

平成 20(2008)年 3 月

## 目 次

医療的ケアを必要とする障害者と家族への支援策に関する調査研究・要旨.....	1
主任研究者春見静子	
第1部 調査結果からみた医療的ケアを必要とする障害者と家族 の生活実態と課題および支援の方向	
第1章 アンケート調査結果分析の概要.....	5
I 調査の概要	6
II 家族調査結果(一般質問事項)の分析	8
III 週間行動表および日課表からみた家族の生活実態	37
IV 家族調査「自由記述」の分析	54
V 医師調査結果の概要	108
VI 通所施設調査結果の概要	119
第2章 家族アンケート調査集計結果.....	141
I 単純集計結果	142
II クロス集計結果	199
第3章 家族等ヒアリング調査結果の内容.....	225
第2部 医療的ケアを必要とする障害者と家族の課題解決に向けて (研究者論考)	
I 春見静子「医療的ケアに関する意識啓発と家族支援の方向」	241
II 日浦美智江「医療的ケアがなぜ問題なのか」	248
III 岩崎隆彦「家族支援策が有効に機能するための条件整備」	253
IV 飯野順子「家族が本当に望んでいることを形にするための方策」	263
V 船戸正久「在宅医療支援における医療的行為(ケア)の評価と責任問題」	277
VI 山田美智子「特別支援学校における医療的ケアから在宅支援のあり方を考える」	282
VII 宇佐川浩「卒業後支援のための特別支援学校の対応と地域連携」	290
調査票.....	295

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総括研究報告書

医療的ケアを必要とする障害者と家族への支援策に関する調査研究

主任研究者 春見 静子 社団法人生活福祉研究機構主任研究員

研究要旨

医療的ケアを必要とする障害者の家族への支援策に関する研究は、近年少しずつ充実してきている。またその成果に基づいて、少なくとも特別支援学校内においては医療的ケアが行われる体制が次第に整いつつある。しかし、それに比較して、学校を卒業した18歳以上の障害者の地域生活のための対策は非常に立ち遅れている。本調査研究では、医療的ケアを必要とする在宅の障害者と家族の生活の実態、とくにそのニーズと障害者自立支援法下で受けられる支援の現状と問題点を明らかにし、家族が求めている支援策について検討した。さらに、家族以外でだれが、いつ、どのような条件のもとで医療的ケアを行っているかの実態を調査し、問題点と政策的な課題を明らかにした。

医療的ケアの行政統計がない現状においては、まずは、比較的取り組みが進んでいるといわれている、東京、横浜、大阪の3地域に限定して調査を行うこととした。調査はアンケート調査とヒアリング調査の2種類で行った。何らかの医療的ケアを必要としている（またはそれに準じる）障害者の家族を対象とした調査を中心に実施し、補足的に医師と通所施設を対象とした調査を実施した。

今回の調査により、ほとんどの人が重度の障害を抱えおり、支援サービスが不足している中、昼夜を問わず求められる介護が、障害者の家族に大変重い負担となっていることが具体的に明らかになった。通所施設での基本的なサービスは提供されているが、痰の吸引などの医療的ケアは家族による実施が求められている場合がしばしばあり、息をつくことができないでいる。ホームヘルプサービスは、約半数で利用されているが、やはり医療的ケアをして貰えないことが大きな不満となっている。ショートステイについても、予約制のため、緊急時本当に必要なときに使えない状況にある。また、自分が介護できなくなったときの家族の不安は極めて深刻である。

家族の負担を軽減するには、医療職以外でも対応できるよう制度的な整理が必要であり、同時に、不足している医療職の人材を確保するための財源措置が求められる。また、煩雑な関係者との調整や家族が抱える問題についてコーディネートしたり相談を受けたりする仕組みが求められる。さらに、複数必要な高額機器への負担や親の高齢化などへの配慮が求められる。こうした中、今後は、医療的ケアを必要とする障害者が在宅で生活をし続けていくために、レスパイト対応が強く求められるという視点から、本調査研究では、障害者自立支援法の見直しに当たり、各研究者が専門の立場から提言を行った。

## 【本調査研究・研究者、協力者】

( ) 内は第1部の文責および協力部分

- 主任研究者／春見 静子・愛知淑徳大学教授 (第1章Ⅰ・Ⅱ、第3章)  
社団法人生活福祉研究機構主任研究員
- 研究者／飯野 順子・元都立村山養護学校校長 (第1章Ⅲ・Ⅳ、第3章)
- 研究者／宇佐川 浩・淑徳大学教授
- 研究者／加藤 正仁・うめだあけぼの学園園長
- 研究者／日浦美智江・訪問の家理事長 (第1章Ⅵ、第3章)
- 研究者／山田美智子・神奈川県立こども医療センター重症心身障害児施設長 (第3章)
- 研究者／船戸 正久・淀川キリスト教病院小児科部長 (第1章Ⅴ、第2章Ⅰ、第3章)
- 研究者／岩崎 隆彦・淡路こども園施設長 (第1章Ⅵ、第3章)

## 【研究協力者】

- 安部井聖子・卒業後の医療的ケアを考える親の会会長
- 安達恵美子・「訪問の家」保護者会代表
- 折田みどり・人工呼吸器をつけた子の親の会(バクバクの会)事務局長  
(上記三人の保護者の方々には、「調査実施」のご協力をいただいた)
- 塩田 幸雄・独立行政法人福祉医療機構理事
- 宇野 裕・日本社会事業大学専務理事 (第1章Ⅰ・Ⅱ、第2章Ⅰ・Ⅱ)
- 伊藤 春樹・愛知淑徳大学教授 (第2章Ⅱ)
- 土井 康晴・社団法人生活福祉研究機構専務理事 (第1章Ⅴ・Ⅵ、第2章Ⅱ)
- 菊野 暎子・社団法人生活福祉研究機構事務局長 (第1章Ⅱ・Ⅳ、第2章Ⅰ)

# 第1部

調査結果からみた

医療的ケアを必要とする障害者と家族の  
生活実態と課題および支援の方向

# 第 1 章

## アンケート調査結果分析の概要

# I 調査の概要

## 1 調査対象者・機関・対象地域

本研究は、医療的ケアを必要とする重度障害者と家族への支援策を探ることを目的として行ったものであるから、アンケート調査は、障害者と家族、医師、施設に対し別々に調査表を作成し、アンケート調査を行った。また、調査対象地域としては、東京エリア、神奈川エリア、大阪エリアに限定した。これらの地域では、行政サービスが他の地域よりは充実しており、また、家族の会など当事者の活動も比較的活発であるためである。

## 2 調査の方法

東京エリア、神奈川エリア、大阪エリアの3地区を対象としてアンケート調査（郵送調査）とヒアリング調査を行った。

アンケート調査は、主として①医療的ケア必要とする重度障害者の家族を対象（東京202人、神奈川190人、大阪366人、計758人に配布）とし、補足的に②医療的ケアを必要とする患者を診療している医師（東京41人、神奈川：17人、大阪20人、計78人）、③重度障害者を受け入れている通所施設を対象（東京52か所、神奈川24か所、大阪13か所、計89か所）として実施した。

なお、ヒアリング調査は、東京、神奈川、大阪において、障害者および家族、医師、指導員等に対し、研究委員と研究協力者が直接聞き取りを行い、さらにグループ討議を行う方法を採用した。

## 3 調査時期、協力団体と回収状況

①調査実施期間 平成19年9月10日～10月10日

②調査票配布協力団体

(東京) 東京都重症心身障害児を守る会

(神奈川) 訪問の家およびその家族会

(大阪) 大阪府重症心身障害児・者を支える会／大阪府肢体不自由者  
父母の会連合会／大阪府肢体不自由児者協会／医療的ケアを  
考える会・連絡会／バクバクの会

③回収方法 すべて返信用封筒を同封して、事務局において回収。

④回収状況

家族	配布数	回収数	回収率%
東京	202	74	36.6
神奈川	190	54	28.4
大阪	366	114	31.1
計	758	242	31.9

医師	配布数	回収数	回収率%
東京	41	21	51.2
神奈川	17	7	41.1
大阪	20	11	55.0
計	78	39	50.0

施設	配布数	回収数	回収率%
東京	52	29	55.7
神奈川	24	10	41.6
大阪	13	9	69.2
計	89	48	53.9

以下、障害者・家族の状況、サービスの利用実態、ニーズ把握等について検証するため、「一般質問事項への回答」の分析、「週間行動表および日課表からみた家族の生活実態」のケース分析、「自由記述」の分析を行う。また併せて、家族調査の単純集計結果とクロス集計結果を縦覧し、医師と通所施設の調査結果についても分析を行う。



## Ⅱ 家族調査結果(一般質問事項)の分析

### (1) 基本属性

表1 居住地

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
東京都区部	51	0	0	51
東京都市部	23	0	0	23
神奈川県	0	54	0	54
大阪府	0	0	114	114
その他	0	0	0	0
無記入	0	0	0	0
全体	74	54	114	242

東京エリア、神奈川エリア、大阪エリアから、合計 242 人から回答を得た。回答率も 30%前後であり、また、どのエリアでもほぼ同じ回答率で、均一性のあるものだったといえる。

今回の調査は、対象者をランダムに抽出したものではないので、居住地別の回答者数にはそれほど重要な意味があるものではない。しかし、地域ごとにサービス提供体制の整備状況が異なるため、地域の特性を見る上では有益である。

なお、東京エリアの中で比較的サービス提供体制の整備が進んでいる区部が 51 人、神奈川エリアが 54 人とほぼ同数で、しかも大阪エリアが 114 人となっており、大阪エリアの比重が高くなっていることに留意する必要がある。

表2 年齢分布

年齢	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
～19歳	9	7	17	33
20～24歳	22	10	34	66
25～29歳	15	12	18	45
30～34歳	14	8	14	36
35～39歳	8	12	11	31
40～44歳	4	4	7	15
45～49歳	0	1	3	4
50～54歳	0	0	3	3
55歳～	1	0	4	5
無記入	1	0	3	4
全体	74	54	114	242

年齢を全体で見ると、「無記入」を除き（以下、構成比の計算からは「無記入」を除く。）、「20～24歳」が27.7%と1番高く、次に「25～29歳」が18.9%で、20歳代が半数近くになっている。19歳も13.9%あり（本調査は養護学校卒業者を対象としているため、18歳以下のデータは把握していない）、若い年齢層が多くなっている。30歳代は15.5%、40歳代以上は11.3%である。40歳代以上は、大阪エリアに多くなっている。（第2章クロス集計・図1および2参照）。

表3 性別

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
男性	30	26	57	113
女性	43	28	54	125
無記入	1	0	3	4
全体	74	54	114	242

性別は、男性47.5%、女性52.5%と、女性の比率がやや高い。エリア別では、大阪で男性の数が女性を超えている。

表4 家族構成（複数回答）

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
父	63	45	83	191
母	73	52	107	232
兄姉	19	11	36	66
弟妹	27	18	35	80
祖父	2	1	4	7
祖母	9	4	10	23
夫	0	0	1	1
妻	0	0	0	0
その他	1	4	8	13
無記入	0	0	0	0
全体	74	54	114	242

同居家族は、父と同居が78.9%、母と同居が95.9%となっている。父より母が多いのは、母子家庭の存在を示唆しているが、それでも大半が両親で世話をしていることがうかがえる。兄姉、弟妹と同居している家庭は、それぞれ27.2%、33.1%あった。

(2) 障害の状態等

表5 障害名または診断名（単純集計問3-①）

項目	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
記入数 (%)横軸 【%】縦軸	68 (35.1) 【100.0】	40 (20.6) 【100.0】	86 (44.3) 【100.0】	194 (100.0) 【100.0】
脳性麻痺	55 (39.9) 【80.9】	29 (21.0) 【72.5】	54 (39.1) 【62.8】	138 (100.0) 【71.1】
脊髄損傷	1 (50.0) 【1.5】	—	1 (50.0) 【1.2】	2 (100.0) 【1.0】
進行性筋萎縮性疾患	4 (36.4) 【5.9】	—	7 (63.6) 【8.1】	11 (100.0) 【5.7】
脳挫傷	—	—	3 (100.0) 【3.5】	3 (100.0) 【1.5】
多発性硬化症、レット症候群、脊髄小脳変性症など、その他の脳神経疾患	3 (20.0) 【4.4】	2 (13.3) 【5.0】	10 (66.7) 【11.6】	15 (100.0) 【7.7】
視力聴力障害、小頭症、自閉症、肢体不自由、ムコ多糖症、低酸素脳症など、その他	5 (20.0) 【7.4】	9 (36.0) 【22.5】	11 (44.0) 【12.8】	25 (100.0) 【12.9】

障害名または診断名では、脳性麻痺が71.1%と非常に多く、その他が12.9%、多発性硬化症など、その他の脳神経疾患が7.7%、進行性筋萎縮性疾患5.7%と続いている。この割合は地域によって若干異なっており、東京エリアでは脳性麻痺が80.9%とさらに多くを占め、神奈川エリアではその他が、大阪エリアでは多発性硬化症など、その他の脳神経疾患が多くなっている。

表6 身体障害者手帳（単純集計問3-②）

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
1級	67	47	108	222
2級	2	6	4	12
3級	0	0	0	0
4級	0	0	0	0
5級	0	0	0	0
6級	0	0	0	0
不所持	0	0	0	0
無記入	5	1	2	8
全体	74	54	114	242

身体障害者手帳については、94.9%が1級であり、2級は5.1%に過ぎない。ほとんどの人たちが重度の障害を抱えていることがわかる。(調査では療育手帳の状況も聞いているが、都道府県で特色があるため、全体状況を示すことができない。詳しくは第2章単純推計問3-③およびクロス集計の表9～11参照。)

表7 障害程度区分（単純集計問3-⑤）

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
区分1	0	0	0	0
区分2	0	0	0	0
区分3	0	0	0	0
区分4	1	0	0	1
区分5	4	2	3	9
区分6	54	44	74	172
未判定	0	0	1	1
無記入	15	8	36	59
全体	74	54	114	242

「大島の分類」に従った障害程度区分は、一番重い「区分6」が「無記入」を除いて94.0%、「区分5」が4.1%となっており、ほぼ全部が重度であることがわかる。

### (3) 医療的ケアの状況

医療的ケアを必要とする障害者の障害の状況は多様であり、また、障害の状況と必要となる医療的ケアの間には、一定の関連性があるが、医療的ケアが必要となる経路は入り組んでいる。こうしたことから、詳しい分析は、単純集計およびクロス分析に譲ることにして、ここでは、呼吸管理、経管栄養、導尿について概況を示す。さらに、身体介護の状況についても加える。

表 8 呼吸管理

	レスピレーター 管理	気管切開	鼻咽頭エアウェイ	酸素療法
あり	16	61	21 (うち夜間のみ 12)	39
なし	170	153	170	172
無記入	56	28	51	31
全体	242	242	242	242

在宅の障害者では、呼吸管理を必要とするほど重症の障害者は、あまり多くない。レスピレーター管理を必要とする者は 8.6%、気管切開をしている者は 28.5%、鼻咽頭エアウェイをしている者は 11.0% (うち「夜間のみ」は約 57.1%)、酸素療法が必要な者は 18.5% である。

表 9 吸引 (複数回答)

	口鼻腔吸引	気管内吸引
あり	121	78
なし	26	74
無記入	95	95
全体	242	242

表 10 呼吸管理の必要性と吸引の必要性の関係

	口鼻腔吸引	気管内吸引	両方	利用なし	合計
呼吸管理あり	20	22	44	12	98
呼吸管理なし	49	4	8	83	144
合計	69	26	52	95	242

「口鼻腔吸引」が 82.3%、「気管内吸引」が 53.0%で、医療的ケアの中で、吸引を必要とする者は非常に多い。なお、表 9 には載っていないが両方行っているケースが 52 例ある。

ただし注意を要するのは、呼吸管理を行うと、吸引が必要なるケースが多いことは事実であるが、すべてに吸引が必要なるとは限らないことである。表 10 は、そうした関係を分析したものである。

表 11 一日当たりの口鼻腔吸引、気管内吸引回数

	口鼻腔吸引	気管内吸引	両方	利用なし	合計
1-4 回/日	11	5	4		20
5-9 回/日	14	7	2		23
10-14 回/日	10	2	8		20
15-19 回/日	2	1	8		11
20-24 回/日	8	2	8		18
25-29 回/日			1		1
30 回/日以上	3	1	12		16
無記入	21	8	9	95	133
合計	69	26	52	95	242

一日当たりの吸引回数を見ると、5 回から 9 回が最も多く、次いで、10 回から 14 回と、1 回から 4 回が並んでいる。後に、日課表のところで見ると、夜間にも及んでおり、介護者にとって重い負担となっている。

表 12 経管栄養

あり	154
なし	45
無記入	43
全体	242

表 13 経管栄養の種類

胃ろう	66	無記入	18
腸ろう	6	非該当	88
口腔ネラトン	22		
その他 47 (うち経鼻経管栄養) (29)		全体	242

経管栄養は、約 77.4%と、4 分の 3 を超えている。経管栄養の種類では、「無記入」と「非該当」を除く全体で、「胃ろう」が 48.5%、「経鼻経管栄養」が 21.35%、「口腔ネラトン」が 16.2%、「腸ろう」は 4.4%となっている。

表 14 経管栄養の有無と食事介助の関係

	経管栄養あり	経管栄養なし	無記入	合計
全介助	59	30	18	107
半介助	1	4	2	7
一部介助	1	4	2	7
必要なし		2	1	3
無記入	93	5	20	118
合計	154	45	43	242

表 15 経管栄養の有無と食事形態の関係

	経管栄養あり	経管栄養なし	無記入	合計
普通食	1	18	12	31
きざみ食	10	12	14	36
後期食	3	1	0	4
中期食	3	1	2	6
初期食	27	6	1	34
無記入	110	7	14	131
合計	154	45	43	242

経管栄養になると、当然ながら栄養摂取の形態は大きく変化する。まず、食事介助との関係を示した表 14 では、経管栄養でない時よりも介助を必要とする度合いが下がる。また、表 15 にあるように、経管栄養の場合でも、普通食やきざみ食があるのは、経口と併用しているということであろう。

表 16 定期導尿

あり	14
なし	170
無記入	58
全体	242

表 17 定期導尿回数 (回/日)

件数	11
平均値	3.6
最頻値データ	4.0
最頻値件数	2

定期導尿をしている件数は、「あり」が 7.6%と、少数である。定期導尿の回数は、一日平均で 3.6 回、最頻値で 4 回である。しかし、最大値をみると大阪エリアで 7 回という回答があり、全体で 11 件という少ない回答数のもとで、どう評価するかという問題が残る。

表 18 運動機能

	寝返り	座位保持	立位	歩行
可	38	29	12	12
不可	195	204	222	223
無記入	9	9	8	7
全体	242	242	242	242

表 5 で見たとおり、医療的ケアを必要とする障害者には脳性麻痺の者が非常に多く、しかも重い。その運動機能をみると、寝返りができる者で 16.3%、座位保持ができる者で 12.4%に過ぎず、立位、歩行に至ってはわずか 5.1%である。しかがって、介護者には、医療的ケア以前の問題として重い身体介護の負担がのしかかっている。

表 19 寝返りの可能性と体位交換の有無

		寝返り			合計
		可	不可	無記入	
体位交換	あり	0	146	0	146
	なし	32	19	2	53
	無記入	7	30	6	43
	合計	39	195	8	242

表 20 体位交換の必要性と体位交換回数

	体位交換			合計
	あり	なし	無記入	
～ 4 回	24	0	0	24
5 ～ 9 回	44	0	0	44
10～14 回	33	0	0	33
15 回～	6	0	0	6
無記入	39	53	43	135
合計	146	53	43	242

そこで、中では最も数が少ない寝返りができない者について、どの程度体位交換をする必要があるかを見てみたところ、88.5%が体位交換が必要となっていることが明らかになった。また、その回数も一日に 5 回から 9 回が最も多く、



次いで 10 回から 14 回が多くなっている。日程表には、夜間も体位交換が行われていることが記されており、非常に重い介護負担となっていることが分かる。

#### (4) 在宅で利用している医療機器

表 21 在宅で利用している医療機器とそれを利用する人数（複数回答）

医療機器の種類	人数	医療機器の種類	人数
人工呼吸器	24	輸液ポンプ	3
吸引器	176	透析装置	2
酸素吸入装置	48	介護用ベッド	126
パルスオキシメーター	67	リフト	42
心拍モニター	14	その他	38
ネブライザー	104	合計	644

在宅で医療的ケアを行う場合には、様々な医療機器が利用されている。医療機器の中で最も使われているのは吸引器、次いで介護用ベッド、ネブライザーとなっている。しかし、それ以外にも、実に多様な医療機器が利用されている。

表 22 利用している医療機器数

	医療機器なし	一医療機器	二医療機器	三医療機器	四医療機器	五医療機器	六医療機器	七医療機器	八医療機器	合計
人数	41	32	54	40	27	22	17	8	1	242

表 21 からは、複数の医療機器を利用している人が多いことも見てとれる。そこで、次に、家庭で利用している医療機器の数に着目した。医療機器を利用していない人が 41 人であるが、他方、医療機器を利用している人は平均 3 機の医療機器を使っていることになる。

## (5) 医療機関・医師等のケア

### ① 全般的状況

医療的ケアを必要とする障害者に対する医療サービス、特に、医療そのものはかなり充実していると言える。まず、その点について、アンケート結果から関連する調査結果を示す。

表 23 定期的通院の有無

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
定期的に通院している	68	44	83	195
定期的に通院していない	3	5	13	21
無記入	3	5	18	26
全体	74	54	114	242

定期的通院の有無については、90.3%が定期的に通院しており、「していない」とするものは9.8%であった。これは当然の結果と言える。

エリア別に見ると、「ない」は、東京エリアでは4.2%しかないのに対し、神奈川エリアで10.2%、大阪エリアが13.5%とやや高い。ただし、この数字からだけでは、供給側の要因なのか、需要側の要因なのかは分からない。

表 24 総合的に診てもらえる病院

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
ある	57	36	63	156
ない	8	10	30	48
無記入	9	8	21	38
全体	74	54	114	242

総合的に診てもらえる病院の有無では、76.5%が「ある」と答え、「ない」は23.5%にとどまっている。

エリア別に見ると、「ない」は、東京エリアで12.3%、神奈川エリアで21.7%、大阪エリアで32.3%と、順次高くなっていくが、定期的通院の有無の影響を受けている部分も多いと考えられる。

表 25 一貫して相談できる病院

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
ある	50	26	69	145
ない	13	16	21	50
無記入	11	12	24	47
全体	74	54	114	242

乳幼児期から現在まで、一貫して相談できる病院の有無を尋ねると、74.4%が「ある」と答え、「ない」は25.6%である。無記入が増えており、単純には比較できないが、数値的には、総合的に診てもらえる病院と同じ傾向にある。

エリア別に見ると、「ない」は、東京エリアで約20.6%、神奈川エリアで38.1%、大阪エリアで23.3%となり、神奈川エリアが高くなっていることが目立つ。ただし、時間的経過を踏まえた数字なので、人口移動等、他の要因の影響も考えられる。そのような留保付きであるが、表23から25までの範囲内では、東京エリアが特に良い条件にあるように思われる。

以上は、病院という機関を全体として捉えた数字であるが、障害者の医療には、主治医との関係が大きな影響を及ぼすものと推測される。次にその関係を見てみよう。

表 26 総合的に診てもらえる医師

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
ある	60	34	69	163
ない	6	11	29	46
無記入	8	9	16	33
全体	74	54	114	242

総合的に診てもらえる医師は、「ある」が78.0%、「ない」が22.0%と、病院と同じ傾向になっている。エリア別でも、「ない」は、東京エリアで9.1%、神奈川エリアで24.4%、大阪エリアで29.6%になっており、同じ傾向にある。

表 27 一貫して相談できる医師

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
ある	46	20	56	122
ない	19	20	32	71
無記入	9	14	26	49
全体	74	54	114	242

乳幼児期から現在まで、一貫して相談できる医師の有無を尋ねると、「ある」が63.2%、「ない」が36.8%であった。「一貫して相談できる病院」と比べると、「ある」が減って「ない」が増えているが、これは主治医が変わったことを推測させる。これに伴う問題点は、③自由記述欄の分析の中で取り上げる。

エリア別では、「ない」が、東京エリアで29.2%、神奈川エリアで50.0%、大阪エリアで36.4%と、「一貫して相談できる病院」と同じ傾向を示している。

表 28 かかりつけの歯科診療機関の有無

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
ある	72	47	81	200
ない	1	3	29	33
無記入	1	4	4	9
全体	74	54	114	242

障害者の健康上の課題の中で、歯科衛生の重要性はますます高くなっている。その意味で、かかりつけの歯科診療機関を有していることが大切である。調査では、「ある」とするものが85.8%、「ない」が14.1%で、体制整備が進んできたことを示している。

ただし、エリア別で見ると、東京エリア、神奈川エリアではほぼ問題はないが、大阪エリアでは「ない」が26.4%と高く、これが全体を押し上げている。医療と異なり、歯科衛生の重要性は重症度に関係がないので、立ち後れているといつてよいであろう。