

200827010B

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～平成 20 年度 総合研究報告書

主任研究者 春見 静子

平成 21 (2009) 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	2
主任研究者春見静子	
第1部 家族アンケート調査結果分析	
第1章 調査結果統計分析	7
第2章 調査結果再集計統計分析	38
第3章 調査結果自由記述分析	53
第2部 家族ヒアリング調査結果分析	
第1章 調査結果にみる障害者・家族の生活実態と課題	99
第2章 調査結果にみる困難事例の実態と支援モデルの試み	109
第3部 障害者・家族への支援策の方向	
第1章 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」	141
第2章 日浦美智江「地域生活支援の必要条件」	146
第3章 岩崎隆彦「自立支援を基本にした支援策」	151
第4章 飯野順子「家族の願いに沿った支援策」	165
第5章 船戸正久「これからの医療のあり方に沿った支援策」	176
第6章 山田美智子「特別支援学校での経験からみた支援策」	180

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

（総合）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】

医療的ケアを受けることで在宅生活を続けている重症心身障害者が年々増えてきており、その家族の負担はかなり重くなっている中、医療的ケアを必要とする障害者と家族の基本的な生活が保障されるような施策の実施が求められている。本調査研究では、自立支援の目的が、単に経済的なものだけではなく、生きる意欲を発揮・向上させるところにあることを確認しつつ、有効な家族支援策を提示する。そのため、まずは平成 19 年度に、施設や障害者団体等の協力を得て、医療的ケアを必要とする障害者(18 歳以上)とその家族の生活実態調査および意識調査を行った。東京・神奈川・大阪でアンケート調査と集団面接調査を実施し、障害者と家族の生活実態と課題を把握した。そして平成 20 年度には、実態をより詳細に分析するために、アンケート調査から抽出した 12 ケースについての個別訪問面接調査を実施して、医療ケアの状況、家族の負担度、ニーズ、利用しているサービスの状況などの分析と、それに基づいた家族支援モデルの試案の検討を行い、支援策を提示した。

（分担研究者）

飯野 順子・元都立村山養護学校校長
岩崎 隆彦・淡路こども園施設長
日浦美智江・訪問の家庭理事
船戸 正久・淀川キリスト教病院母子センター長
山田美智子・神奈川県子ども医療センター前施設長

A. 研究目的

医学の進歩に伴って、重い障害を持ちながら医療的ケアを受けることで在宅生活を続けている障害者が増える中、施設等の受け入れやホームヘルプ等の在宅サービスの態勢が十分整っておらず、障害者の家族の負担はかなり重くなっている。そうした人々の不安が軽減し危機的な生活がより安定したものとなるような有効な家族支援策を提示する。

B. 研究方法

検討委員会を設け、生活実態とニーズを把握・分析し、有効な家族支援策を提示する。

そのため、アンケート調査を実施し(平成 19 年度)、そこから抽出した 12 ケースについての生活実態と意識のヒアリング調査を行い(平成 20 年度)、医療的ケアの状況、家族の負担度とニーズ、利用しているサービスの状況等の分析をして、それに基づいた障害者・モデル試案と支援策を提示する。

（倫理面への配慮）

本調査研究は、あらかじめ調査対象となる保護者や施設や障害者団体に趣旨を十分説明し理解していただき、その上で調査にご協力いただくものであり、その結果については公表する旨了解を得て実施するものである。調査研究の過程における基礎資料に関し、プライバシーの侵害にあたる懸念のないようにするとともに、本調査研究に関しては、愛知淑徳大学大学院医療福祉研究科倫理委員会において審査を受け承認されている。

C. 研究結果

アンケート調査(家族 242 人の回答)からは、以下のような現状が明らかになった。ホームヘルパーが医療的ケアを十分にできずに、家族がすべてを行っている場合が多い。ショートステイの多くは、医療的ケアのある人を対象としていないし、看護師の配置をしていない。拠点であるべき重心通所の短期入所枠が少ない上、2か月前からの予約制となっているため、緊急時には対応できない。18歳までは小児科医が主治医として診てもらえるが、それ以降は保障されていない。様々なサービス調整や医療処置対応について、自らプランニングしコーディネートしなければならず、不安と緊張感が消えることはない。

聴き取り調査(12 困難事例)からは、人工呼吸器・気管切開などの重度障害者とその家族(親が高齢、他の家族も重度障害など)の状況が明らかとなった。ヘルパーの利用は様々であるが、利用していない人はヘルパーが医療的ケアをできないことが理由となっている。他方ほとんどが訪問看護師の支援を受けているが、その時間は極端に少なく利用を困難にしている。短期入所の施設が少なく、可能となっているのは医療関連機関である。介護や様々な調整は母親に委ねられており、その健康と家族関係の状況はかなり厳しいものとなっている。

D. 考察

以上の実態と問題点から、現状よりも進んだ家族支援のあり方を検討する必要があると考えた。その論点・求められているものは

以下のようなものである。①在宅生活支援の医療と福祉の両サービス(多様な選択肢)、②家族を全体として支援する体制、③障害者本人と家族のライフサイクルに応じた支援、④サービス調整の機関。これらに対応する家族支援モデルを検討し結論としてその支援システムを導いた。

E. 結論

①ヘルパーや生活支援員の技術研修制度を確立する。②専門家のいる相談所を行政や地域に置く。③人工呼吸器や気管切開の人に対する短期入所を可能とする重心通所施設や作業所を整備する。④家族中心のコーディネートを行う支援センターを整備する。

F. 研究発表

1. 論文発表

「医療的ケアを必要とする障害者と家族への支援」愛知淑徳大学医療福祉研究 第5号
2009年3月発行

2. 学会発表

日本特殊教育学会 第46回大会 口頭発表
題目:「医療的ケアを必要とする障害者と家族への支援に関する研究」日時:2008年9月21日 場所:鳥取大学・島根大学 部門:重度・重複障害、発表論文集169ページに掲載

3. その他

研究者・協力者によるシンポジウムの開催

「輝くいのち、誰もが普通に生きられるように」、国際障害者交流センター、平成20年9月27日

G. 知的所有権の取得状況 なし

第 1 部

アンケート調査結果分析

第1章 調査結果統計分析

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(本報告書では家族のみ)。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	9	16
無記入	21	8	9	5	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21.3%、「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
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、立ち後れているとあってよいであろう。

②個別のサービス

表 29 通院回数（回／月）

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
件数	65	44	79	188
平均値	1.4	1.1	1.4	1.3
最大値	8.0	3.0	6.0	8.0
最小値	0.3	0.0	0.3	0.0
最頻値データ	1.0	1.0	1.0	1.0
最頻値件数	46	37	53	136

1 か月当たりの通院回数は、全体の平均で 1.3 回である。最頻値データは 1 回、全体の約 72.3%に当たる。最大値は東京エリアの 8 回である。

表 30 P T（理学療法）の利用

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
受けている	46	20	53	119
受けていない	20	21	40	81
無記入	8	13	21	42
全体	74	54	114	242

表 31 P Tを受ける回数（回／月）

	東京エリア	神奈川エリア	大阪エリア	全体
件数	43	18	52	113
平均値	2.7	1.5	2.8	2.6
最大値	8.0	4.0	8.0	8.0
最小値	1.0	0.3	0.3	0.3
最頻値データ	1.0	1.0	4.0	1.0
最頻値件数	13	11	19	37

P Tは、59.5%が受けているものの、一月当たりの P Tを受ける回数は、平均 2.6 回でしかない。ただし、大阪エリアでは、最頻値が 4 回となっている。最大値は東京エリアと大阪エリアの 8 回で、利用状況にばらつきがある。