

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）
大学院医療福祉学研究科博士課程

知的障害者の医療機関受診における
保護者支援のあり方の検討

平成 30 年度
保健医療学専攻・看護学分野・公衆衛生看護学領域
氏名：河野朋美

【要旨】

論文題目：知的障害者の医療機関受診における保護者支援のあり方の検討

河野 朋美

本研究の目的は知的障害者の医療機関受診に関する保護者のニーズと課題を明らかにし、受診に対する困難を緩和するための保護者支援のあり方を検討することであった。

研究Ⅰでは知的障害者の保護者3グループ計14名にフォーカスグループインタビューを実施し知的障害者や保護者が受診を困難と感じるプロセスを提示した。研究Ⅱによる全国の知的障害者の保護者1,080名への質問紙調査では、有効回答365名のうち75.0%に受診困難感があった。研究Ⅲの全国771市の障害福祉担当課への調査では、回答を得た395市の約半数が知的障害者の医療に課題があると回答した。研究Ⅰ～Ⅲから受診困難感を持つ知的障害者の保護者支援には、地域の状況や知的障害者の多様な個別ニーズを踏まえたうえで、保護者・医療機関・自治体がそれぞれの課題を共有し「知的障害者と保護者が受診の負担を減らせるシステム構築」に向けた支援を行う重要性が明らかとなった。

キーワード：知的障害者 医療機関受診 保護者支援

Study of the Appropriate Supports for Parents with Intellectually Disabled Children when Visiting Medical Institutions

Tomomi Kawano

【Abstract】

The purposes of this study were to clarify the needs and problems of parents with intellectually disabled children when visiting medical institutions and to examine the appropriate supports needed for the difficulties their parents faced.

Study I carried out three focus groups interview to 14 parents with intellectually disabled children, the process that their parents felt the consultation of the medical institution if difficult was shown. Study II carried out a nationwide questionnaire survey to 1,080 parents with intellectually disabled children and obtained the effective answer of 365 people. The ratio that their parents felt visiting medical institutions if difficult was 75.0%.

Study III carried out a nationwide questionnaire to 771 city obstacle welfare sections i and got 395 answers. When the medical care of people with intellectual disabilities included problems, those about half replied it.

To support parents of people with intellectual disabilities who have difficulty in seeking medical consultation from Research I to III, parents, medical institutions, and municipal governments should take into consideration the various needs of the community situation and people with intellectual disabilities sharing issues and revealing the importance of providing support for "system building that people with intellectual disabilities and parents can reduce burden of consultation".

Key Words : people with intellectual disabilities' parents, visiting medical institutions,
support for parents

目 次

第1章 序論

I	研究の背景と目的	1
1.	研究の背景	1
2.	研究の目的	2
II	文献検討	3
1.	知的障害の定義	3
2.	知的障害者の程度・分類	4
3.	知的障害者の現状	9
4.	知的障害者の医療の現状と課題	11
III	研究の全体像と用語の定義	18
1.	研究の全体像	18
2.	用語の操作的定義	18

第2章 研究I「知的障害者の受診に関する保護者へのインタビュー調査」

I	研究Iの背景と目的	19
II	研究Iの方法	19
1.	研究デザイン	19
2.	対象者	19
3.	実施期間	19
4.	方法	20
5.	分析	20
6.	倫理的配慮	20
III	研究Iの結果	21
1.	属性	21
2.	ストーリーラインと結果図	21
3.	カテゴリー・サブカテゴリー・概念の説明	25
4.	知的障害者の保護者のインタビューから抽出されたニーズ	28
IV	研究Iの考察	29
V	研究Iの限界と今後の課題	31
VI	研究IIへの示唆	32

第3章	研究Ⅱ「知的障害者の保護者における受診のニーズと支援に関する全国調査」	
Ⅰ	研究Ⅱの背景と目的	33
Ⅱ	研究Ⅱの方法	33
1.	研究デザイン	33
2.	対象者	33
3.	実施期間	33
4.	方法	33
5.	分析	34
6.	倫理的配慮	34
Ⅲ	研究Ⅱの結果	35
Ⅳ	研究Ⅱの考察	59
Ⅴ	研究Ⅱの限界と今後の課題	64
第4章	研究Ⅲ「知的障害者への医療機関受診支援対策の現状と課題 ～市障害（がい）者計画から～」	
Ⅰ	研究Ⅲの背景と目的	65
Ⅱ	研究Ⅲの方法	66
1.	研究デザイン	66
2.	対象者	66
3.	実施期間	66
4.	方法	66
5.	分析	66
6.	倫理的配慮	66
Ⅲ	研究Ⅲの結果	66
Ⅳ	研究Ⅲの考察	81
Ⅴ	研究Ⅲの限界と今後の課題	83
第5章	総合考察	84
第6章	結語	89
	謝辞	91
	引用文献リスト	92
	資料	96
1.	研究Ⅰに関する資料	97
2.	研究Ⅱに関する資料	117
3.	研究Ⅲに関する資料	133

第1章 序論

I 研究の背景と目的

1. 研究の背景

これまで短命といわれてきた知的障害者においても、長命化が進んでいる¹⁾。しかし、平成23年の65歳以上在宅知的障害者の割合は9.3%であり、同年の我が国の総人口に占める65歳以上割合が23.3%²⁾であることと比較すると、高齢者の割合が非常に少ない。つまり、知的障害者の平均寿命とわが国の平均寿命にはまだ大きな隔りがあるということを示している。これには、知的障害を抱えるがゆえに、自己の身体の細かな変化を表現することや、不調を訴えることが難しいことから、疾病の発見が遅れてしまうこと、比較的軽度の症状が重篤な事態を招くなどのリスクが高い³⁾ことなどが影響していると考えられる。

実際、知的障害者の健康問題として、突然死の割合が高い⁴⁾こと、40歳頃から慢性疾患のリスクが増加する⁵⁾こと、肥満・糖尿病・高血圧症・高脂血症・う歯などの生活習慣に関連した疾患が多いこと⁶⁾などが明らかとなっている。これらの疾患は、自らの生活習慣を見直す一次予防によって早期発見や改善が期待できるが、自己管理が難しい知的障害者にとっては、一次予防よりも医療機関を定期的に受診し、健康状態を評価する二次予防によって予防や早期発見につなげるのが重要であると考えられる。つまり、知的障害者の健康管理では定期受診が鍵となるといえるが、前述の現状からすると知的障害者はスムーズに受診できていないことが推察される。

知的障害者を支援する施設職員の調査報告⁷⁾では、グループホームで約7割、福祉作業所で約8割の職員が受診の際に大変だと思ふことがあると回答している。また、大屋⁸⁾の報告によれば、自閉症等の発達障害のある人とその家族は非常に不安な気持ちで受診しており、時に辛い経験となっていることが述べられている。よって、自閉様症状を呈する方も多い知的障害者本人や保護者についても受診の際に同様の思いを抱えており、困難感を感じていることが考えられる。その理由として、知的障害者が診療に対する理解が乏しく、不安や恐怖などから診察室でのパニックや不適応行動を示すことが多い⁹⁾ことが挙げられる。

そのため、知的障害者が受診しやすい医療の提供は大きな課題であり、先行研究においても、知的障害者の医療のあり方や支援について取り組みがなされている。

しかし、知的障害者本人や保護者のニーズを踏まえた上で、受診支援が検討されている研究はわずかである。また、知的障害者の受診支援に関するニーズ調査であっても医師や施設職員を対象に実施している場合もあり、知的障害者本人や保護者を研究対象として実施している医療機関の受診に関するニーズ調査¹⁰⁾¹¹⁾は少ないと考えられる。

よって知的障害者や保護者のニーズが受診支援にどれくらい反映されているのかは明らかになっておらず、本研究において全国的にニーズ調査や実態調査を実施する取り組みは、知的障害者の現状及び支援の方向性を明らかにする上で有用なデータであり、効果的な支援が検討できると考える。

知的障害者は、他の障害よりも保護者との密着関係が強く¹²⁾、在宅の知的障害者の主たる介護者は母親が94.4%¹³⁾というデータもあることから、本研究では調査対象者を知的障害者の保護者とし、保護者への受診支援という観点で研究を展開した。保護者を支援できることは本人への支援にもつながり、本人とその家族のQOLを高めることができ、加えて、知的障害以外の障害や生活面で支援を要する方々に対する活用も期待される。

2. 研究の目的

本研究の目的は、知的障害者の医療機関受診に関する保護者のニーズと課題を明らかにし、受診に対する困難を緩和するための保護者への支援のあり方を検討することである。

II 文献検討

1. 知的障害の定義

障害者は身体障害、知的障害または精神障害があるため、継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者として障害者基本法で定義されている。また、身体障害者に関しては身体障害者福祉法の第4条、精神障害者に関しては精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の第5条において定義されている。しかし、知的障害者に関しては知的障害者福祉法には該当する条項がなく¹⁴⁾、法律による定義づけはなされていない。示されているのは全て施設や事業の定義である¹⁵⁾。以下に、主な定義について掲載する。

【厚生労働省 知的障害児（者）基礎調査】¹⁶⁾

知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの。

【文部科学省】¹⁷⁾

記憶、推理、判断などの知的機能の発達に有意な遅れがみられ、社会生活などへの適応が難しい状態。

【ICD-10 国際疾病分類（2013年度版）に準拠した疾病、傷害及び死因の統計分類】¹⁸⁾

知的障害（精神遅滞）

精神発達の停止、あるいは不完全な状態であり、とりわけ、全体的な知識水準に寄与する認知、言語、運動及び社会的能力などの技能が成長期を通じて損なわれている状態を特徴としている。遅滞は他の精神的あるいは身体的な病態を伴うことも伴わないこともある。

【DSM-5 米国精神医学会による精神疾患・精神障害分類マニュアル】¹⁹⁾

知的能力障害（知的発達症／知的発達障害）

発達期に発症し、概念的、社会的および実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害である、以下の3つの基準を満たさなければならない。

- A 臨床的評価および個別化、標準化された知能検査によって確かめられる論理的思考、問題解決、計画、抽象的思考、判断、学校での学習、および経験からの学習など、知的機能の欠陥。
- B 個人の自立や社会的責任において発達的および社会文化的な水準を満たすことができなくなるという適応機能の欠陥。継続的な支援がなければ、適応上の欠陥は、家庭、学校、職場、および地域社会といった多岐にわたる環境において、コミュニケーション、社会参加、および自立した生活といった複数の日常生活活動における機能を限定する。
- C 知的および適応の欠陥は、発達期の間に発症する。

※知的障害は以前、精神薄弱や精神遅滞と呼称されていたが、アメリカの呼称の時代的変遷に伴って、わが国でも知的障害と呼ばれるようになった²⁰⁾経緯がある。

2. 知的障害の程度・分類

知的障害の程度は知能指数 (Intelligence Quotient, 略して IQ) と適応機能を考慮して重度、中度、軽度などに分類される。²¹⁾

【療育手帳における知的障害の程度】²²⁾

療育手帳の交付基準として、知的障害者の程度を 2 段階に規定している。

重度 (A) とそれ以外 (B) に区分

重度 (A) の基準

- ① 知能指数が概ね 35 以下であって、次のいずれかに該当する者
食事、着脱衣、排便及び洗面等日常生活の介助を必要とする。
異食、興奮などの問題行動を有する。
- ② 知能指数が概ね 50 以下であって、盲、ろうあ、肢体不自由等を有する者

それ以外 (B) の基準

重度 (A) のもの以外

【ICD-10 国際疾病分類 (2013 年度版) に準拠した疾病、傷害及び死因の統計分類】¹⁸⁾

軽度、中等度、重度、最重度の 4 段階に区分している。

軽度知的障害

およそ IQ50 から 69 (成人の場合、精神年齢 9 歳から 12 歳未満)。学校でいくつかの学習困難をきたしやすい。多くの成人は働くことができ、社会的関係がよく保たれ、社会へ貢献する。

中等度知的障害

およそ IQ35 から 49 (成人の場合、精神年齢 6 歳から 9 歳未満)。小児期には著明な発達の遅れをきたしやすいが、多くの者は、自分の身の回りのことをある程度できるようになり、他人とのコミュニケーションができ、型にはまった技術を行える。成人は、社会で生活したり働いたりするために、さまざまな程度の援助を必要とする。

重度知的障害

およそ IQ20 から 34 (成人の場合、精神年齢 3 歳から 6 歳未満)。援助の持続的な必要をきたしやすい。

最重度知的障害

IQ20 未満 (成人の場合、精神年齢 3 歳未満)。自分の身の回りのこと、排泄抑制力、コミュニケーション及び運動において、重度の制限をきたす。

重症度として軽度、中等度、重度、最重度の4段階に区分している。

軽 度

概念的領域	社会的領域	実用的領域
<p>就学前の子ども達において明らかな概念的な差はないかもしれない。学齢期の子ども及び成人においては、読字、書字、算数、時間または金銭などの学習技能を身に着けることが困難であり、年齢相応に期待されるものを満たすために、1つ以上の領域で支援を必要とする。成人においては、学習技能（読字、金銭管理など）の機能的な障害と同様に、抽象的思考、実行機能（すなわち計画、戦略、優先順位の設定、および認知的柔軟性）、および短期記憶が障害される。同年代と比べて、問題およびその解決法に対して、若干固定化された取り組みが見られる。</p>	<p>定型発達の同年代に比べて、対人的相互反応において未熟である。例えば、仲間の社会的な合図を正確に理解することが難しいかもしれない。コミュニケーション、会話、および言語は年齢相応に期待されるよりも固定化されているか未熟である。年齢に応じた方法で情動や行動を制御することが困難であるかもしれない。この困難は社会的状況において、仲間によって気づかれる。社会的な状況における危険性の理解は限られている。社会的な判断は年齢に比して未熟であり、そのため他人に操作される危険性（だまされやすさ）がある。</p>	<p>身のまわりの世話は年齢相応に機能するかもしれない。同年代と比べて、複雑な日常生活上の課題ではいくらかの支援を必要とする。成人期において、支援は通常、食料品の買い物、輸送手段、家事および子育ての調整、栄養に富んだ食事の準備、および銀行取引や金銭管理を含む。娯楽技能は同年代の者達と同等であるが、娯楽に関する福利や組織についての判断には支援を要する。成人期には、競争して、概念的な技能に重点をおかない職業に雇用されることがしばしばみられる。一般に、健康管理上の決断や法的な決断を下すこと、および技能を要する仕事をうまくこなせるようになることには支援を必要とする。子育てに一般的に支援が必要である。</p>

中等度

概念的領域	社会的領域	実用的領域
<p>発達期を通してずっと、個人の概念的な能力は同年代の人と比べて明らかに遅れる。学齢前期の子どもにおいては、言語および就学前技能はゆっくり発達する。学齢期の子ども達において、読字、書字、算数、および時間や金銭の理解の発達は学齢期を通してゆっくりであり、同年代の発達と比べると明らかに制限される。成人において、学習技能の発達は通常、初等教育の水準であり、仕事や私生活における学習技能の応用のすべてに支援が必要である。1日の単位で、継続的に援助することが毎日の生活の概念的な課題を達成するために必要であり、他の人がその責任を完全に引き受けてしまうかもしれない。</p>	<p>社会的行動およびコミュニケーション行動において、発達期を通して、同年代と明らかな違いを示す。話し言葉は社会的コミュニケーションにおいて通常、第1の手段であるが、仲間たちと比べてはるかに単純である。人間関係の能力は家族や友人との関係において明らかとなり、生涯を通してよい友人を持つかもしれないし、時には成人期に恋愛関係を持つこともある。しかし、社会的な合図を正確に理解、あるいは解釈できないかもしれない。社会的な判断能力および意思決定能力は限られており、人生の決断をするのを支援者が手伝わなければならない。定型発達の仲間との友情はしばしばコミュニケーションまたは社会的な制限によって影響を受ける。職場でうまくやっていくためには、社会的およびコミュニケーションにおけるかなりの支援が必要である。</p>	<p>成人として、食事、身支度、排泄、および衛生といった身のまわりのことを行うことが可能であるが、これらの領域で自立するには、長時間の指導と時間が必要であり、何度も注意喚起が必要となるかもしれない。同様に、すべての家事への参加が成人期までに達成されるかもしれないが、長期マンツーマンの指導が必要であり、成人レベルのできばえを得るには継続的な支援が通常必要となるであろう。概念的およびコミュニケーション技能の必要性が限定的な仕事には自立して就労できるだろうが、社会的な期待、仕事の複雑さ、および計画、輸送手段、健康上の利益、金銭管理などのそれに付随した責任を果たすためには、同僚、監督者およびその他の人によるかなりの支援が必要である。さまざまな娯楽に関する技能は発達しうる。通常これらの能力は長期にわたるさらなる支援や学習機会を必要とする。不適応行動がごく少数に現れ、社会的な問題を引き起こす。</p>

重 度

概念的領域	社会的領域	実用的領域
概念的な能力の獲得は限られている。通常、書かれた言葉、または数、量、時間および金銭などの概念をほとんど理解できない。世話する人は、生涯を通して問題解決にあたって広範囲に及ぶ支援を提供する。	話し言葉は語彙および文法に関してかなり限られる。会話は単語あるいは句であることもあれば、増補的な手段で付け足されるかもしれない。会話およびコミュニケーションは毎日の出来事のうち、今この場に焦点があてられる。言語は解説よりも社会的コミュニケーションのために用いられる。単純な会話と身振りによるコミュニケーションを理解している。家族や親しい人との関係は楽しみや支援の源泉である。	食事、身支度、入浴および排泄を含むすべての日常生活上の行動に援助を必要とする。常に監督が必要である。自分自身あるいは他人の福利に対して責任ある決定をできない。成人期において家庭での課題、娯楽、および仕事への参加には継続的な支援および手助けを必要とする。すべての領域における技能の習得には、長期の教育と継続的な支援を要する。自傷行為を含む不適応行動は、少数ではあるが意味のある数として存在する。

最重度

概念的領域	社会的領域	実用的領域
概念的な技能は、記号処理よりもむしろ物理的世界に関するものである。自己管理、仕事および娯楽において目標試行的な方法で物を使用するかもしれない。物理的特徴に基づいた照合や分類など、視空間技能が習得されるかもしれない。しかし、運動と感覚の障害が併発していると、物の機能的な使	会話や身振りにおける記号的コミュニケーションの理解は非常に限られている。いくつかの単純な指示や身振りを理解するかもしれない。自分の欲求や感情の大部分を非言語的および非記号的コミュニケーションを通して表現する。よく知っている家族、世話する人、および親しい人との関係を楽しみ、身振りおよび感情による合図を通して対人的相互反応を開始し、反応する。身体および感覚の障害が併発してい	日常的な身体の手入れ、健康、および安全のすべての面において他者に依存するが、これらの活動の一部にかかわることが可能なことがあるかもしれない。重度の身体的障害がなければ、食事をテーブルに運ぶといった家庭での日常業務のいくつかを手伝うこともある。物を使った単純な行動は、いくらかの職業活動参加への基盤となるかもしれないが、それは高水準の継続的な支援を伴った場合である。娯乐的な活動は、例えば音楽鑑賞、映画鑑賞、散歩、あるいは水遊びへの参加なども

用を妨げるかもしれない。	ると、多くの社会的な活動が妨げられるかもしれない。	ありうるが、すべてで他者の支援を必要とする。身体および感覚の障害を併発すると、しばしば家庭的、娯乐的、および職業的な活動へ参加することの障壁となる。不適応行動が少数ではあるが、意味のある数として存在する。
--------------	---------------------------	--

【脳科学辞典】²³⁾

「知的障害」の程度により、原因、特徴、経過が異なるため、一般的に、軽度、中等度、重度、最重度と分類される。

軽度知的障害

知的障害のおよそ 85%を占め、就学までは気づかれにくい。成人期までに、およそ小学校高学年程度の知能を身につける。成人後は、適切な支援を受けて生活し、家族を持つことや、簡単な仕事に就くことは出来る。特異的な原因は特定できないことがしばしばである。

中等度知的障害

知的障害のおよそ 10%を占める。言語発達や運動発達は遅れるが、殆どが言語を習得し、充分コミュニケーションをとれるようになる。学力は、最終的に小学校 2～3 年生くらいとなる。成人期には、社会的・職業的支援が必要で、適切な監督下で、難しくない仕事ができる。ほとんどが器質的原因を同定できる。

重度知的障害

知的障害のおよそ 4%を占め、3～6 歳の知能に発達し、簡単な会話が可能となる。訓練により、自分の身の周りのことができる。成人期には、決まった行動や、簡単な繰り返しが可能であり、常に監督や保護が必要である。ほぼ、器質的病因がある。

最重度知的障害

知的障害のおよそ 1～2%であり、3 歳未満の知能に相当する。言葉によるコミュニケーションは困難だが、喜怒哀楽の表現が可能で、見慣れた人は覚えている。運動機能の遅れも認め、歩行も困難であることが多い。他の身体障害、てんかん、神経症状などを伴うことが一般的である。また、常に援助と世話が必要である。

本研究では、以上の定義を考慮し、一般的に多く用いられている下記の定義を使用する。

知的障害 ⇒ 厚生労働省 知的障害児（者）基礎調査による知的機能の障害が発達期（おおむね 18 歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの。

障害の程度・分類 ⇒ 療育手帳による知的障害の程度（療育手帳 A・療育手帳 B）

3. 知的障害の現状

1) 障害者数

身体障害、知的障害、精神障害の3区分における障害者数は、身体障害者 3,937,000 人、知的障害者 741,000 人、精神障害者 3,924,000 人の計 8,602,000 人となっている。障害別の施設入所等の状況では、身体障害者の入所者の割合 1.9%、精神障害における入院患者の割合 8.1% に対して、知的障害者の施設入所者の割合は 16.1% となっており、知的障害者の施設入所の割合が高いという点に特徴がある²⁾。(図 1)

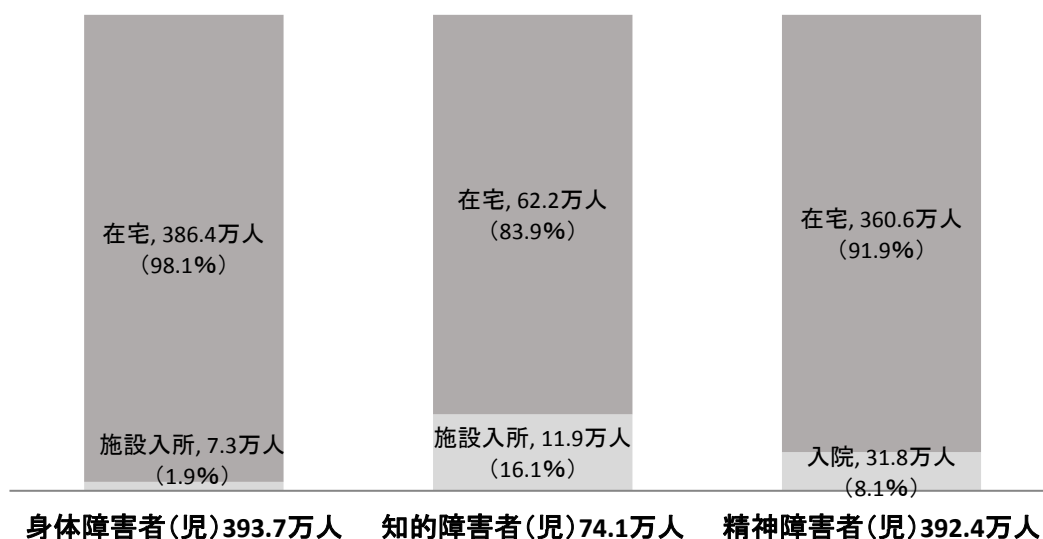


図 1. 在宅・施設別障害者人数 (平成 28 年度障害者白書より)

2) 年齢階層別障害者人口

身体障害者では、高齢化が進んでいるが、知的障害者は身体障害者と比較して 18 歳未満の割合が高く、65 歳以上の割合が低い²⁾。障害別の 65 歳未満と 65 歳以上の人口を図 2 に示す。

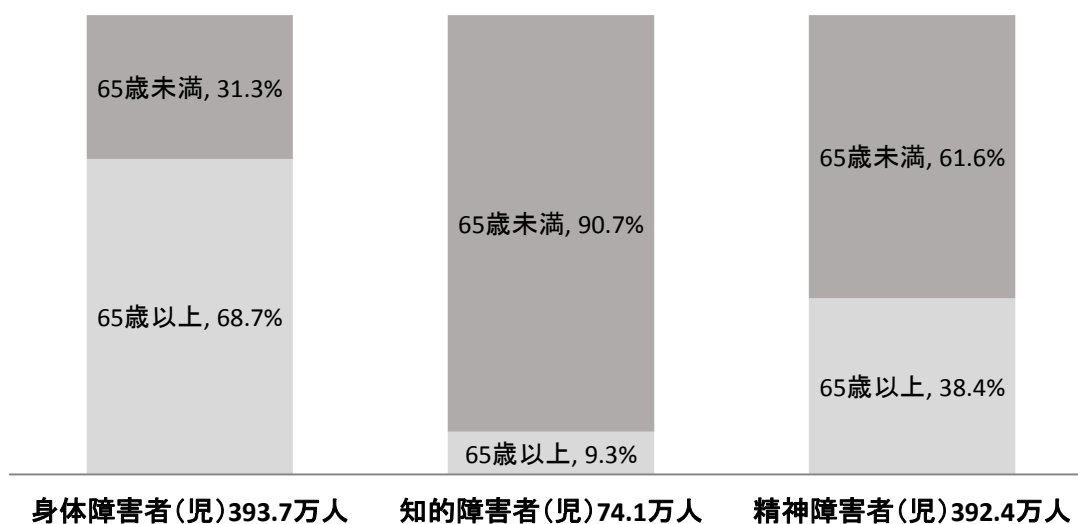


図 2. 年齢別障害者人数 (平成 28 年度障害者白書より)

3) 推移

身体障害、知的障害、精神障害の3区分における障害者数、在宅者数、施設入所者等の数の推移について、表1に示す。

表1 障害者の推移

単位:万人

	総数	在宅者	左記のうち 16歳以上 65歳未満	施設入所者 (身体・知的障害者 更生施設等入所者 や入院患者等)	
身体障害児(者)	平成8年	317.7	301.5	124.6	16.2
	平成13年	351.6	332.7	121.9	18.9(※1)
	平成18年	366.3	357.6	123.6	8.7
	平成23年	393.7	386.4	111.1	7.3(※2)
知的障害児(者)	平成7年	41.3	29.7	16.5(※3)	11.6
	平成12年	45.9	32.9	21.2	13.0
	平成17年	54.7	41.9	27.4	12.8
	平成23年	74.1	62.2	40.8	11.9
精神障害者	平成8年	217.0	—	—	—
	平成14年	258.4	223.9	148.7(※4)	34.5
	平成20年	323.3	290.0	180.9(※4)	33.3
	平成26年	392.4	361.1	202.3(※4)	31.3

※1 平成12年 ※2 平成21年 ※3 20歳以上60歳未満 ※4 20歳以上65歳未満

○身体障害児(者)のうち、在宅者は厚生省「身体障害児実態調査」及び「身体障害者実態調査」(平成8年)並びに厚生労働省「身体障害児・者実態調査」(平成13年、平成18年)、「生活のしづらさなどに関する調査」(平成23年)、施設入所者は厚生省「社会福祉施設等調査」(平成8年)、厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成12年、平成18年、平成21年)

○知的障害児・者のうち、在宅者は厚生省「精神薄弱児(者)基礎調査」(平成7年)、厚生労働省「知的障害児(者)基礎調査」(平成12年、平成17年)、「生活のしづらさなどに関する調査」(平成23年)、施設入所者は厚生省「社会福祉施設等調査」(平成8年)、厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成12年、平成18年、平成23年)

○精神障害者は厚生省「患者調査」(平成8年)、厚生労働省「患者調査」(平成14年、平成20年、平成26年)

4) 出現率

出現率については、知能の障害だけに焦点をあてるのか、それとも知能の障害がどの程度から知的障害とするのかなど、知的障害児(者)の定義の仕方によって異なってくる。知能だけに焦点をあて、IQが-2SD以下(ウエクスラー法の知能検査ではIQ70以下、ビネー式知能検査では68以下)の者を知的障害とするならば、その出現率は理論上およそ2.3%となる²⁴⁾。これに疾病や事故による場合を加え、約2.5%²⁵⁾としているものもある。

4. 知的障害の医療の現状と課題

1) 対象論文の抽出

平成 27 年 9 月までに発表された文献を対象に医学中央雑誌と CiNii を用い検索した。“知的障害者”“受診”の用語を含む日本語の原著論文、総説、解説とし、症例報告は対象外としたところ、重複文献を除き 28 件が抽出された。しかし、大部分が知的障害者に対して実施した治療に関する内容であり、知的障害者の受診について述べられている文献は 3 件であったことから、“知的障害者”“医療”の用語で再検索し、その中から受診に関する文献を選択した。①自然環境に関する研究 ②外国を対象とした研究 ③遺伝子解析に関する研究 ④対象を知的障害者に限定していない研究 は知的障害者の受診行動に該当しないため除外とした。

上記の基準に照らして検索した結果、医学中央雑誌では 206 件が抽出された。CiNii では上記の基準に加え、医学中央雑誌による抽出文献と重複している文献を除外したところ、4 件を抽出した。以上 2 つのデータベースから合計 210 件が抽出され、それらを内容別に分類した (図 3)。

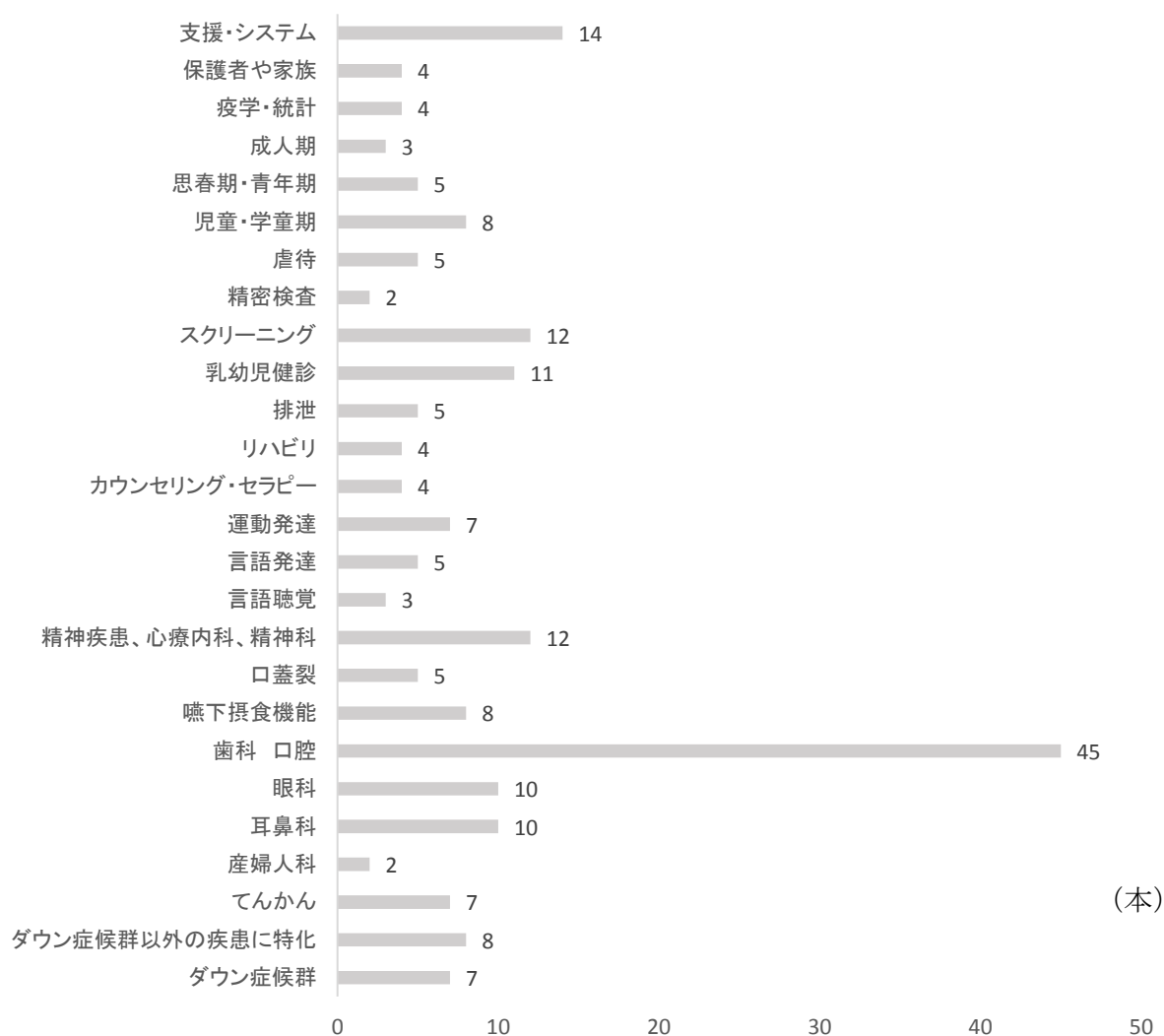


図 3. 検索文献の内容別分類

これら 210 件は、26 項目に分別された。そのうち、歯科・口腔に関するもの 45 件と全体の 21.4% を占めたことから、歯科分野では知的障害の受診支援に多く取り組まれていると考えられた。

歯学教育内容のガイドライン²⁶⁾によると臨床歯科教育における歯科医療の展開として小児や高齢者とともに障害者の歯科治療が組み込まれている。また、歯科衛生士の歯科衛生学教育内容ガイドライン²⁷⁾によると障害者（児）の理解と歯科治療（障害者歯科）がカリキュラムに挙げられており、歯科分野における障害者教育が医学教育や看護教育よりも充実しているのではないかと推測された。また、障害者歯科に関する認定医・認定歯科衛生士制度も置かれており、これらのことが歯科・口腔に関する内容で文献が多い要因であると考えられた。

歯科・口腔に関するものについて多かったものは、支援や医療システムに関するものが 14 件（6.7%）、スクリーニングに関するもの、精神疾患・心療内科・精神科に関するものが 12 件ずつ（5.7%）であった。

さらにこの 210 件について要約や本文に関しても再検討し、前述の ①自然環境に関する研究 ②外国を対象とした研究 ③遺伝子解析に関する研究 ④対象を知的障害者に限定していない研究 について除外した。その結果、該当した文献 12 件について、著者・出版年、研究目的等を表 2 に整理した。

その該当文献 12 件のうち、知的障害者の受診行動について言及されているものは 7 件であり、知的障害者の受診行動やその支援に対する研究は少ないことが示唆された。またその 7 件の内訳では 4 件が歯科診療、2 件が健康診断、1 件のみが一般の医療機関受診であり、一般の医療機関受診に関する支援についての研究がほぼなされていない現状も明らかとなった。

そこで、この対象文献 7 件を①一般医療機関受診 ②健康診断 ③歯科診療 の 3 つに区分し、知的障害者における 1) 受診を困難にする要因 2) 受診に対するニーズ 3) 受診支援策 の 3 側面で比較し、カテゴリー化した結果（表 3）、1) 受診を困難にする要因については＜障害の特性＞が共通に挙げられ、最も大きな要因と考えられていることが推察された。しかし、一般医療機関の受診においては医師に対する調査結果であり、今後知的障害者本人や家族を対象とした実際の要因や他に挙げられる要因についての実態調査が必要であると考えられた。2) 受診に対するニーズについては歯科診療の分野でニーズが具体的に挙げられているが、一般の医療機関受診では特に記載がなかったことから、受診困難な理由と合わせて知的障害者本人や家族の受診に対する思いや希望を調査し、データ化する必要性が示唆された。3) 受診支援策はどの分野からもほぼ同じカテゴリーが挙げられたが、健康診断や歯科診療の分野では具体的な支援策が提示されていたのに対し、一般医療機関の受診の分野では抽象的な支援策となっており、健康診断や歯科診療で挙げられた支援策を参考に、具体的な支援策の構築と提示についての取り組みが求められる。

そして受診困難理由、受診のニーズ、支援策のいずれについても、他に挙げられる要素について検討の余地があり、更なる研究が必要であると考えられた。中でも受診のニーズとして挙げられた＜確実な医療技術＞＜トレーニングの希望＞は、応じた支援策の提示がなく、一方で、支援策について＜支援者の協力＞が挙げられているものの、ニーズとしては挙がっていないことから、

やはり知的障害者本人や家族のニーズを明らかにした上で、ニーズに対する支援策を確立することが喫緊の課題であることが文献等から明らかとなった。

表 2. 該当文献の研究概要

著者 (出版年)	研究目的	研究対象	研究方法	結果・考察等
小澤 ²⁷⁾ (2009)	知的障害者の地域医療の実態および知的障害者の地域医療に対する医師の意識について明らかにする。	A市医師会に所属する開業医62名	質問紙調査 (郵送調査)	知的障害者の診療経験、受診を困難にしている理由、受診に協力できることなどを明らかにした待ち時間の工夫や予約診療、知的障害者の特徴を理解している職員や看護師、安心できる環境等が必要である。知的障害者が地域で適切な医療を受けられる受診システム化の早期実現が求められる。
金・武田 ²⁸⁾ (2012)	成人知的障がい者の健康診断における課題 z地域における主規模作業所職員への面接調査より	6つの小規模作業所の施設管理者および職員14名	面接調査 (半構造化面接)	地域に居住する知的障害者の医療受診困難であること、各作業所が医療機関を選択して健診を実施できる状況にないことが推測された。施設職員と健診実施期間側で話し合う機会を可能な範囲で設けていくことから始める必要がある。個別対応方法が検討可能な医療者の直接介入や具体方法等の共有を行う間接的介入が必要である。
大屋 ²⁹⁾ (2005)	【本人主体のコラボレーション】 発達障害児者の医療機関受診とバリアフリーの重要性 障害者人間ドッグの試み	ある県内から募集した知的障害を持つ10名。12～36歳。	障害者人間ドッグの試みと実施に関する質問紙調査	病院内には日常的にバリアフリーの対応が行われているが、自閉症や知的障害のある人の対応のノウハウが不足している。表面の問題行動にとらわれるのではなく、また無理して失敗体験や苦痛体験を残さないことも重要である。障害特性や環境に配慮したバリアフリーの視点と関係者の協力が不可欠である。
石崎 ³⁰⁾ (2004)	知的障害養護学校における健康管理推進のために健康管理に関わる情報を共有する。	知的障害養護学校20校の校長及び教頭	質問紙調査 (郵送調査)	子どもが健康問題をうまく伝えられない実態を解決するためには養護教諭と学級担任が互いの専門性を生かした健康管理推進のための情報交換、連携の組織的立ち上げが重要である。保健に関する履修科目を増やす・健康管理意識を高めるための授業も必要である。
三浦・中江・鈴木 ³¹⁾ (2006)	障害児(者)に対する歯科診療の詳細を把握する。	2004年4月から2005年3月までに受診した知的障害児(者)	診療録から	男児の方が2.4:1で多く、対象者のうち50.7%は診療時に体動コントロールを行った経験があった。低年齢から歯周管理を行い、歯周疾患の予防、重症化の抑制に力を注ぐ必要がある。
林・光畑・有木 ³²⁾ (2013)	当科における知的障害児(者)の歯科診療の現状を把握する。	2009年4月から2010年3月までに受診した知的障害児(者)	診療録から	2004年度と比較し、知的障害児(者)の来院割合は増加、男女比は2:1であった。体動コントロールを行った割合は60.3%で、2004年より増加していた。近隣のかかりつけ医で受診できるようサポートすることが必要である。
齋藤 ³³⁾ (1998)	障害者歯科が目指す患者のニーズに合った医療を見直す起爆とする。			連携し障害者を抱える家庭を援助する、通院料も含めた自己負担の無料化、障害者歯科連絡協議会の設置などが求められる。障害に優しい福祉社会は障害者特有のものではなく、障害を持たない人にも住みよい社会環境をもたらす。
緒方・島袋・水上 ³⁴⁾ (2005)	知的障害児における口腔保健指導開始年齢と協力度	知的障害児通園施設において基準をみたした345名	事前アンケート 歯科健診結果 歯磨き指導結果	早い年齢から繰り返し指導を行うことにより、子どもの歯磨きに対する協力状態が良くなり、保護者の歯磨き技術も向上し負担軽減や歯磨きの習慣が確立できる。かかりつけ歯科医の調査は実施していないが関連があると思われる。
北・平谷 ³⁵⁾ (1999)	福井大学附属養護学校卒業生の健康管理の実態 在学中の健康管理活動の結果と卒業後の健康状態の検討	昭和61年度から平成2年度の高等部卒業生42名	質問紙調査	一人一人の発達段階や特性、健康状態などを総合的にとらえ学校・家庭・医療が連携して健康管理をすすめる必要がある。知的障害者の健康は周囲の人々が支援していかなければならない。
木本・小畑・森田 ³⁶⁾ (2007)	フォーカスグループインタビューを用いて知的発達障害児の歯科保健ニーズの把握を試みる。	就学前知的発達障害児通園施設の通園児保護者16名	8名の2グループでFGI後KJ法で分析し対応策検討	ニーズ抽出にはFGIが有効で、インタビューから明らかになったニーズをもとに対策を検討できた。気軽に何でも相談できる地域の一般歯科医院の存在を望んでいることがわかった。
村久木・寺田・西崎 ³⁷⁾ (2013)	歯科保健の継続管理のために利用可能な福祉サービスの情報提供	歯科医院に来院した障害児・者および保護者112名	質問紙調査 (回収調査)	最も利用頻度が多かったのは、移動サービスで各障害間で有意差は認められなかった。家族の都合で歯科管理が中断する可能性もあることから、福祉サービスの向上と適正な情報提供が必要であることが示唆された。
玄・安田・岩田 ³⁸⁾ (2000)	岐阜県における障害者歯科医療の問題点障害者へのアンケートと要望分析	養護学校、知的障害者通所施設106施設と障害者団体の在籍障害者	質問紙調査 (留置き法)	アンケート対象や障害分類についての結果、歯科診療に対する意見、受診時の困難性、ネットワーク化など34の質問から回答を分析し、現状と課題、展望を述べている。

表 3. 対象文献における 3 区分別の要因とカテゴリー

分野	1) 受診を困難にする要因	→ カテゴリー	2) 知的障害者の受診に対するニーズ→カテゴリー	3) 必要な支援策	→ カテゴリー
一般 病院 受診	・コミュニケーションがとれない ・本人の理解が乏しい ・処置や検査の協力が得られない ・症状の把握が困難 ・時間がかかる	<障害の特性>		・介護者の存在 ・健康面や特性を記した手帳の携帯 ・待ち時間の工夫 ・わかりやすく説明する ・予約診療	<支援者の協力> <医療機関の配慮>
	・専門医がいない ・情報がない	<医療システムの問題>		・職員や看護師の教育 ・医療機関同士の連携 ・総合的判断ができる医療機関 ・地域における知的障害者の受診システム化	<医療従事者の教育> <知的障害者の受診体制>
健康 診断	・何をされているかわからない ・言われていることの意味がわからない ・自分の置かれている特性が理解できない ・見通しを持ちにくい ・感覚過敏である	<障害の特性>	・恐怖を与えない採血の実施	・顔見知りの支援者が付き添う ・お気に入りグッズや暇つぶしグッズの準備 ・受診しやすい環境や状況をつくる ・環境の配慮、感覚過敏への配慮を行う ・サポートが必要な場所に職員を配置する ・視覚的支援の必要性(写真や個別カード) ・絵や写真のカードで検査直前に繰り返し説明する ・本人に状況、見通し、選択肢などわかるよう伝える。 ・本人が自発的に検査を受け成功することを目指す ・無理強いせずマイナス体験にならない配慮をする ・一つの検査終了ごとにシールをはり、どこまで終了し、残りいくつあるか理解を促進する。 ・スケジュールや検査を強制せず変更可能な体制を準備する ・息抜きのためのおやつタイムを準備	<支援者の協力> <医療機関の配慮>
	・医療者の声かけ	<医療機関の理解不足>	・実際の機器を用いて練習したい	・医療者の言動 ・医療者の意識改革	<医療従事者の教育>
	・病院で過去に失敗体験がある	<受診のマイナス経験>		・家族、教育、福祉・行政関係者と医療関係者の協力	<知的障害者の受診体制>
歯科 診療	・歯科治療を受容できない ・歯科治療を嫌がる ・抵抗したり暴れる ・十分なコミュニケーションを図ることが困難 ・薬を飲むことができない	<障害の特性>	・障害の理解	・待ち時間の少ない時間を勧める ・順番がきたら呼びに行く ・待合室の工夫 ・治療の流れの写真をファイルにする ・笑気吸入鎮静法や無痛注射を必要に応じて取り入れる ・身体抑制は家族と相談して実施 ・壁やカーテンにキャラクターを掲示 ・白衣が苦手な場合の対応 ・おもちゃなどの設置 ・絵カードや写真などの視覚的支援	<医療機関の配慮>
	・情報の不足 ・受診可能な医療機関がわからない	<医療システムの問題>	・待合室の住み分け ・待ち時間の短縮化 ・リラクセスできる場所 ・白衣や薬のにおいへの配慮 ・説明を十分に行ってほしい	・障害者歯科研修会を開催し、レベルアップを図る ・障害歯科の研修	<医療従事者の教育>
	・診療を断られた	<受診のマイナス経験>	・視覚支援でのトレーニング	・近隣のかかりつけ医のもとで健診や治療ができるように支援する ・対応困難な障害者には情報提供し、2次、3次医療機関を紹介できるようにする。 ・相談システムを乳児から開始し、障害児・者を抱えた家庭を援助する ・自己負担分の無料化 ・障害者歯科連絡協議会を設置する ・障害者歯科医療の掲示 ・紹介システムの整備と確立 ・かかりつけ歯科医の診診連携 ・障害にあった歯科保健指導の作成 ・一般開業医への理解や配慮に関する啓発活動 ・医療従事者への研修制度 ・行政への働きかけ ・障害者歯科医療体制の確立	<知的障害者の受診体制>
	・人目が気になる ・付き添いの負担が大きい	<介護者の大きな負担>	・近くの障害者専門歯科 ・在宅診療 ・障害者の診療時間枠	・柔軟な医療体制>	

2) 対象データベース以外の研究から

平成 29 年 12 月の時点における厚生労働科学研究データベースと科学研究費助成事業データベースの 2 つのデータベースにおいて検索を行った。キーワードを“知的障害”“受診”とし、文献を抽出後、知的障害者の受診支援について言及されている研究を選出した。

厚生労働科学研究データベースでは、キーワードから抽出された研究は 14 件であったが、うち、知的障害者の受診支援に言及されている研究は 7 件であった（表 4）。7 件のうち、2 件が歯科に関する内容であった。科学研究費助成事業データベースでは、キーワードから抽出された研究は 47 件であったが、うち知的障害者の受診支援に言及されている研究は 5 件であった（表 5）。5 件すべてが歯科に関する内容であった。

これら 2 つのデータベースからの文献抽出により、知的障害者の受診についての医学中央雑誌や CiNii からの抽出と同様に、歯科の領域に関するものが多いことがわかった。また、その内容は、歯科医師や施設の知的障害者に対する実態調査に基づき、診療時の手順や関わり、視覚支援ツールやクリティカルパスなどの受診に有効なツール、連携の重要性など多方面からの研究となっていた。歯科以外の領域での該当研究では、有馬らの研究が最も古く（2001 年）、この研究により知的障害者の医療の実態が明らかとなったことを契機に、知的障害の特性に応じた現状や課題といった研究に取り組みされるようになっていった可能性も考えられる。

しかし、2006 年以降、該当研究は抽出されなかったことから、発達障害者支援法が 2004 年に制定されたことにより発達障害者に知的障害者も含んだ研究対象となっていることが推測された。そこで、同じく平成 29 年 12 月に厚生労働科学研究データベースと科学研究費助成事業データベースの 2 つのデータベースで、“発達障害”“受診”をキーワードに検索を行った。

厚生労働科学研究では 56 件が抽出されたが、うち、受診支援について言及されている研究は 1 件であった。科学研究費助成事業データベースでは、キーワードから抽出された研究は 156 件であったが、うち受診支援について言及されている研究は 11 件であった。この 11 件の中には“知的障害”“受診”をキーワードに抽出した研究 3 件が含まれた。また、この 11 件中、歯科に関するものは 7 件であった。

よって、発達障害者として知的障害者を対象としている研究を含めても、知的障害者における受診支援に関する研究はまだ多いとはいえない状況であると考えられた。

中でも一般の医療機関受診における知的障害者や保護者のニーズ把握が必要である。また、医療機関については、医師への調査などが先行研究で行われているが、知的障害者の医療施策について自治体の認識や取り組みの実態などについて明らかにされていないことがわかった。

表 4. 厚生労働科学研究データベースにおける該当研究

研究代表者／分担研究者 (研究期間)	研究における知的障害者の受診に関する概要
遠藤浩／ 網野豊、 柳田正明、加我牧子 ³⁸⁾ (2004～2006 年度)	視聴覚健康診断及び専門外来等による、知的障害者への地域生活における医療の提供のあり方をモデル提示した。また IBR と CBR の中間点としてアウトリーチによる問題行動改善の効果を確認した。
遠藤浩／ 網野豊、 新田耕次、加我牧子 ³⁹⁾ (2004～2006 年度)	知的障害者のための医療システム構築のために、「群馬県知的障害者の医療を考える会」を発足させ、この会において、知的障害者の医療機関受診上の課題、問題点を明らかにした
前田茂／ 江草正彦、 武田則昭、森田学 ⁴⁰⁾ (2004～2005 度)	A 市内の社会福祉施設の知的障害者を対象に歯科についてアンケート調査を行った。障害の理解や治療方法の十分な説明が受診したい歯科には高い割合で挙げられた。
知的障害者は障害の程度や自立度などで傾向が異なるため、患者により柔軟な対応が求められることが示された。	
大野耕策／ 松石豊次郎、平山義人 ⁴¹⁾ (2002～2004 年度)	知的障害者の医療機関受診に当たって、問題行動のために不快な対応を受けることが多く、この問題が医療機関受診を遅らせる 1 つの要因であり、自閉症患者への対応の仕方などを医療関係者に教育する必要があることが明らかとなった。
有馬正高／馬場輝実子 ⁴²⁾ (2001～2002 年度)	耳鼻科、眼科、婦人科、外科における知的障害者の診療実績や障害者専門機関から専門診療科への受診依頼実績と結果について調査を行った。専門診療科の医療における障壁は、受診の適切な支援者が得難いこと、医療機関側の熟練不足、待合室や診療室等の不便さが一般的に指摘された。これらの医療の障壁を低くする努力が必要である。
前田茂／ 江草正彦、 宮脇卓也、武田則昭、 森貴幸 ⁴³⁾ (2000～2002 年度)	開業実地歯科医師を対象に障害者歯科医療に関する調査を行った。実地歯科医が障害者歯科診療に積極的に参入するために、障害者歯科診療の基本となる障害に関する専門特化した技術を修得できるような研修、教育啓発の機会を多く設けること、連駅のためのシステムづくりが必要であると示唆された。
有馬正高／ 原仁、 馬場輝実子 ⁴⁴⁾ (1998～1999 年度)	知的障害を持つ人達は、小児から初老期にいたるさまざまな場面で疾病にかかりやすく、死亡の危険も高い。「避けられる死」への対策は緊急性があり、特に学童期の事故と青壮年の急性死亡を指摘した。頻度の高い高度肥満とその合併症は生活習慣病として予防治療指針が重要と考えた。知的障害者が専門治療を受けることの障壁については複数の要素がからみ、それぞれを念頭において包括的解決が必要である。

表 5. 科学研究費助成事業データベースにおける該当研究

研究代表者／分担研究者 (研究期間)	研究における知的障害者の受診に関する概要
金 壽子 ⁴⁵⁾ (2006～2007 年度)	障害者歯科診療を実践している歯科医師に診療時の対応等について面接にて情報収集を行った。歯科診療時の関わりについて、障害者であっても歯科治療を受けるための何らかの潜在的能力を生み出すこと、患者にとって何が最も好ましいか、より安全性が高いかに選択の基本がおかれること、一人ひとりの個性を大切に肯定的に受け止め、状況に合わせて達成しやすい課題の設定・手順の方法の具体化の重要性が示された。
平元泉／ 平むつこ、 内山英里子 ⁴⁶⁾ (2009～2011 年度)	就学後の障害児のう歯保有率は特に知的障害児の割合が高く、定期的な歯科健診受診にも協力が得られにくい状況であった。就学前に望ましい口腔ケアの習慣づけができるよう支援する必要がある。交通アクセス、経済的理由や家族の同行が困難な場合もあり、「かかりつけ医」を持てる体制整備が必要と考える。歯磨き指導や歯科健診において、絵カードなどの視覚支援ツールの使用は、有効であることが示唆された。
森貴幸／ 武田則昭 江草正彦、石田瞭 ⁴⁷⁾ (2006～2008 年度)	地域の障害者の歯科疾患に関する横断調査、障害者(関係者)、歯科医療者へのアンケート調査および治療効果の回顧調査を行った結果、35 歳以上で 歯科疾患が深刻であり、特に歯周疾患の対策が必要であることや通院に関する負担感が強いいため、障害者専門歯科医療機関と一般歯科医療機関が連携し、患者のアクセスビリティを向上させる必要があると示唆された。
江草正彦／ 森田学、 森貴幸、小笠原正 ⁴⁸⁾ (2009～2011 年度)	障害を有する患者が、最少の負担で最適な治療を受けられるよう障害者歯科における地域連携クリティカルパスを開発した。パスの内容に反映させるために地域の障害者における歯科の現状について実態調査を行い、倉敷地区にてクリティカルパスを試行した。
江草正彦／ 森田学、 森貴幸 ⁴⁹⁾ (2012～2014 年度)	地域の障害者の歯科的支援を生涯にわたってサポートするための、地域連携パスの効率的な運用システムの構築を行なう。地域医療連携のスムーズ運用には、地域の一次医療機関の協力が不可欠になってくることから、障害者のニーズに対応できる医療関係者への教育・育成・啓発支援を行うため、障害者歯科に関するセミナー・臨床実習をおこないスムーズな運用のためのシステムを構築した。

III 研究の全体像と用語の定義

1. 研究の全体像

本研究は図 4 のとおり、3つの研究から保護者への支援のあり方を展開する。

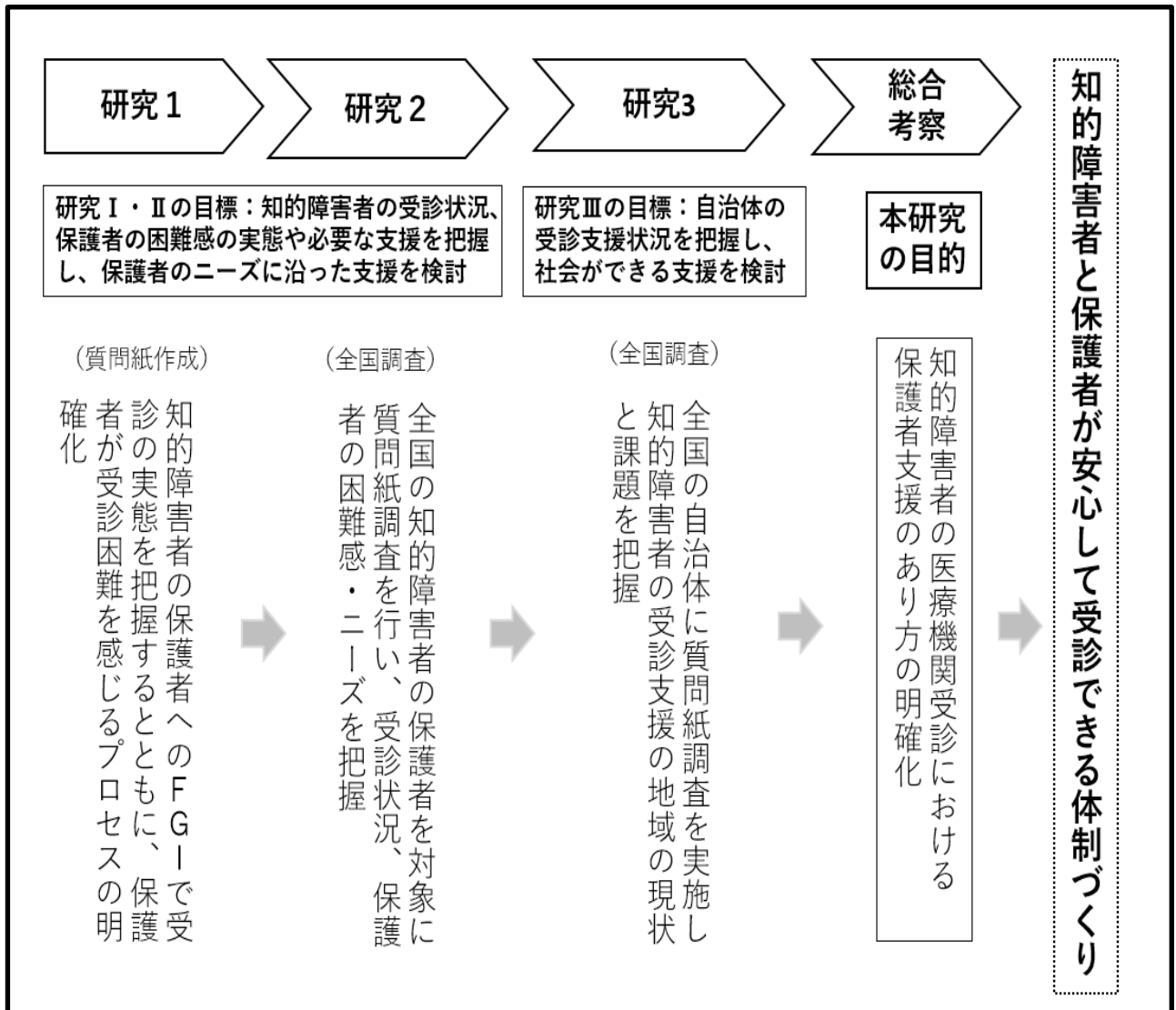


図 4 研究の全体像

2. 用語の操作的定義

- ・知的障害： 知的機能の障害が発達期（おおむね 18 歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの
(厚生労働省 知的障害児（者）基礎調査)
- ・知的障害者： 知的障害者のうち 18 歳以上の者（障害者総合支援法第 4 条）
- ・医療機関： 医療法に基づく病院・診療所

第2章 「知的障害者の受診に関する保護者へのインタビュー調査」

I 研究 I の背景と目的

1. 研究 I に至る背景

本研究の目的は知的障害者の医療受診に関する保護者支援のあり方を検討することであり、そのためには全国の知的障害者の保護者の現状を把握する実態調査が必要である。また調査の効果的な質問紙の作成が求められるが、知的障害者の受診に際し、知的障害者の保護者がどういう思いを持っており、どういったことが影響して受診困難感を感じているのか、かつ受診困難感がどのように形成されていくのかを明らかにすることで、保護者のニーズに沿った支援につなげられる質問紙の構成が検討できると考え、研究 I として知的障害者の保護者にインタビュー調査を実施することとした。

2. 研究 I の目的

インタビュー調査から、知的障害者の保護者が医療機関の受診を困難と感じるプロセスを明らかにし、知的障害者の受診における保護者のニーズや支援について実態を把握する。

II 研究 I の方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 対象者

対象は知的障害児・者を持つ主介護者かつ保護者とした。また活発なグループディスカッションとなり、多くの意見が表出されるよう、知的障害児・者の日常生活支援に負担を感じている保護者とした。対象者年齢は特に制限を設けず、幅広い年代から選定することで、各世代から意見が出されることを期待した。選定は A 市における知的障害者の 1 保護者団体に依頼し、協力を得た。

協力者の選出にあたって、まず 1 つのグループを選出してもらい、グループディスカッションを実施後、分析を進める中で保護者や障害児・者の年齢や障害の程度などを考慮し 2 グループめの選出をしてもらうことで、理論的サンプリングに近づけるよう配慮した。最終的には 3 グループ、合計 14 名を選出していただいた。A 市は人口約 11 万人の中規模地方都市であるが、高齢化に伴う人口減少が進んでおり、大学病院や障害者医療を専門とした医療機関はないという特徴もっている。

3. 実施期間

平成 27 年 7 月～12 月

4. 方法

研究協力者は、1 グループ 4～6 名で構成し、データの飽和化に達するまでグループを追加してフォーカスグループインタビュー（以下、FGI）を実施した。ファシリテーター役は研究者 1 名で務めた。問いかけに対して自由に語ってもらい、発言が少ない方にはさりげなく質問を行うなど参加者全員が発言できるよう配慮した。時間は前後の説明を含め 1 グループあたり約 90 分とした。また、実施場所は落ち着いて話ができる個室を選択した。 FGI は、“なまの声そのままの情報”を生かすことができ、単独インタビューでは得られない“積み上げられた情報”“幅広い情報”“ダイナミックな情報”の取得や新しいアイデアの“創出”と“蓄積”に威力を発揮するもの³⁹⁾であり、本研究においても相互作用による意見が出されることを期待し、個別のインタビューではなく、グループインタビュー法を選択した。

インタビュー内容は次の 3 点である。ファシリテーターはプロセスが表出されるよう、現在のことだけでなく過去や今後のことも含めた発言がなされるような問いかけを必要に応じ、適宜入れながら進めた。

<インタビュー内容

- ①受診する際に困っていること、受診困難感が形成されるプロセスと希望する支援
- ②受診をする際に必要と考えること
- ③受診をする上で、医療機関や学校など他の機関に希望すること

5. 分析

各グループのインタビュー内容は協力者の了解を得た上で IC レコーダーに録音し、逐語録とした。その後、逐語録の内容に繰り返し目を通し、修正版グラウンデッドセオリーアプローチ⁴⁰⁾（以下、M-GTA）の手法を用いることで、データの有する文脈性を重視し、意味の深い解釈を試みた。分析焦点者は「知的障害者の保護者」、分析テーマは「医療機関の受診を困難と感じるプロセス」で、分析テーマと分析焦点者の観点から具体例を抽出し、類似例や対極例の検討を行った。1 グループから得られた複数の概念を軸に、2 グループ、3 グループと分析を進め、新たな概念や既に生成した概念に具体例を追加後、比較検討し、解釈の偏りを防いだ。さらに質的研究の経験豊富なスーパーバイザーに指導を受け、精度を高めた。3 グループの分析が終了した時点で新たな概念生成が生じなかったため、理論的飽和化に達したと判断した。

6. 倫理的配慮

研究協力者に、FGI の参加は自由であり、途中もしくは参加後の拒否が可能であることを文書と口頭で説明した。また、インタビューの内容を IC レコーダーに録音させていただくことについて全員に了承を得た後に実施した。 FGI のデータは本研究のみに使用し、データ分析の際に個人は特定されないことも説明した。なお本研究は倫理審査委員会で審査を受け、承認を得た後に実施した。（承認番号 15-Ifh-19, 15-14）

Ⅲ 研究Ⅰの結果

1. 属性

FGIの協力者14名の属性は表6のとおりであり、全員が知的障害児・者の母親であった。

また、子どもである知的障害者と自宅で介護している主介護者でもあった。年齢は40代から80代で、そのうち40代と50代が7割を占めた。

協力者の知的障害を持つ子供16名の属性についても表6に示した。年齢は10代前半から50代後半であった。家族構成は3～4名、療育手帳は全員が所持しており、Aの所持者が約8割であった。慢性疾患は持っていない場合が多く、持っている方はてんかんが主であった。受診頻度は月に1～2回の方が9割以上であったが、病気の時のみ受診するという方や病院に今まで行ったことがないという方もいた。普段の生活状況については、自宅と回答した1名以外は何らかの施設を利用していた。

2. ストーリーラインと結果図

M-GTAによって23の概念、7つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーが生成された(表7)。

以下カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは[]、概念は< >、インタビューデータは「 」で示し、ストーリーラインを説明する。結果図については図5に示した。

表 6. インタビュー協力者の属性

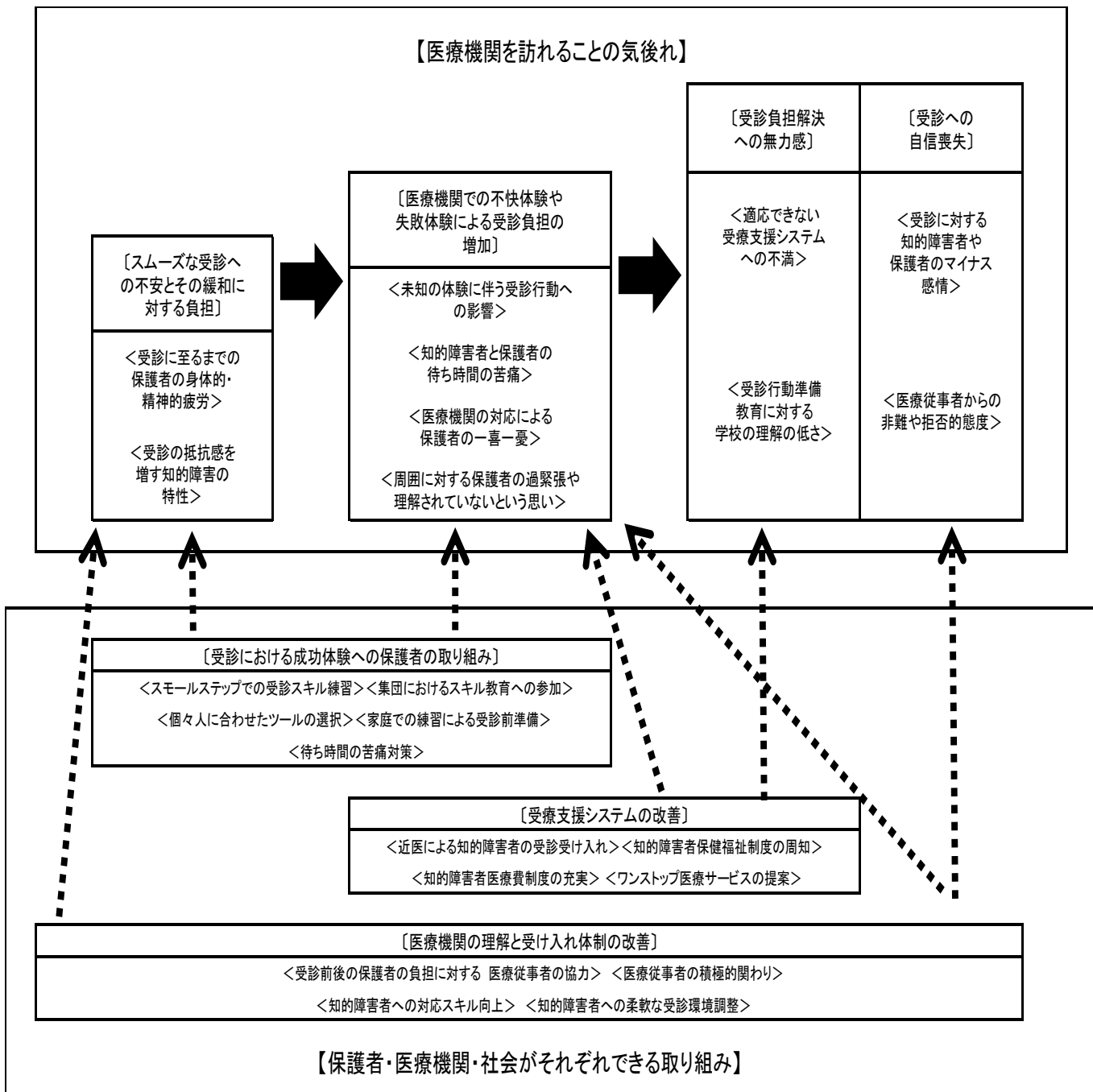
グループ	A	B	C	計
インタビュー人数	6	4	4	14
年齢構成	40代 2名	40代 1名	40代 3名	40代 6名
	50代 3名	60代 1名	50代 1名	50代 4名
	60代 1名	70代 1名		60代 2名
		80代 1名		70代 1名
				80代 1名
性別	女性 6名	女性 4名	女性 4名	女性 14名
障害を持つ子供との関係	母親 6名 (主介護者)	母親 4名 (主介護者)	母親 4名 (主介護者)	母親 14名 (主介護者)
障害を持つ子供の年齢構成				16歳未満 2名
	16～20歳 1名	16歳未満 1名	16歳未満 1名	16～20歳 3名
	21～25歳 1名	26～30歳 1名	16～20歳 2名	21～25歳 2名
	26～30歳 1名	46～50歳 3名	21～25歳 1名	26～30歳 2名
	31～35歳 2名	56～60歳 1名		31～35歳 2名
	36～40歳 1名			36～40歳 1名
				46～50歳 3名
			56～60歳 1名	
家族構成	2人 1名			2人 1名
	3～4人 1名	3～4人 6名	3～4人 3名	3～4人 10名
	5～6人 4名		5～6人 1名	5～6人 5名
療育手帳種類	A1 2名	A1 1名	A1 1名	A1 4名
	A2 2名	A2 5名	A2 1名	A2 8名
	B1 2名		B1 1名	B1 3名
			B2 1名	B2 1名
慢性疾患の有無	ない 4名	ない 4名	ない 2名	ない 10名
	ある 2名 (糖尿病・てんかん)	ある 2名 (てんかん)	ある 2名 (てんかん)	ある 6名 (糖尿病・てんかん)
医療機関受診頻度	月に1回 1人	月に1回 2人	月に1回 2人	月に1回 5人
	月に2回 2人	月に2回 3人	3ヶ月に1回 1人	月に2回 5人
	診療科で週1～年1回 1名	半年に1回 1人	なし 1人	3ヶ月に1回 1人
	病気のと時のみ 2名			半年に1回 1人
				各診療科で週1～年1回 1名
			病気のと時のみ 2名	
			なし 1人	
普段の生活状況				学校+デイ* 2名
				特別支援高等部 2名
	事業所 2名	福祉施設 3名	学校+デイ* 1名	デイ* 1名
	作業所 1名	作業所 1名	通所施設 1名	通所施設 1名
	事業所+デイ* 1名	デイ* 1名	特別支援高等部 1名	福祉施設 4名
	福祉施設 1名	学校+デイ 1名	自宅 1名	作業所 2名
特別支援高等部 1名			事業所 2名	
			事業所+デイ* 1名	
			自宅 1名	

* デイ = 知的障害者デイサービス(日中一時支援事業)の略

※Bグループでは家族に2名の知的障害者がいる2家庭のため知的障害を持つ子供の数は合計6名となっているが、インタビュー実施者である保護者は4名。

表 7. 知的障害者の保護者が捉える医療機関の受診困難に影響するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
医療機関を訪れることへの気後れ	スムーズな受診への不安とその緩和に対する負担	<ul style="list-style-type: none"> ・受診に至るまでの保護者の身体的・精神的疲労 ・受診への抵抗感を増す知的障害の特性
	医療機関での不快体験や失敗体験による受診負担の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・未知の体験に伴う受診行動への影響 ・知的障害者や保護者の待ち時間の苦痛 ・周囲に対する保護者の過緊張と理解されていないという思い
	受診負担解決への無力感	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関の対応による保護者の一喜一憂 ・適応できない受療支援システムへの不満 ・受診行動準備教育に対する学校の理解の低さ
	受診への自信喪失	<ul style="list-style-type: none"> ・受診に対する保護者のマイナス感情 ・医療従事者からの非難や拒否的態度
保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み	受診における成功体験への保護者の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・スモールステップでの受診スキル練習 ・個々に合わせたツールの選択 ・集団におけるスキル教育への参加 ・家庭での練習による受診前準備 ・待ち時間の苦痛対策
	医療機関の理解と受け入れ体制の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・受診前後の保護者の負担に対する医療従事者の協力 ・医療従事者の積極的関わり ・医療従事者の知的障害者への対応スキル向上 ・知的障害者への柔軟な受診環境調整
	受療支援システムの改善	<ul style="list-style-type: none"> ・近医による知的障害者の受診受け入れ ・知的障害者保健福祉制度の周知 ・知的障害者の医療費制度の充実 ・ワンストップ医療サービスの提案



- 【 】: カテゴリー
- []: サブカテゴリー
- < >: 概念
- ➡: 変化の方向
- ⋯➡: 影響の方向

図 5 知的障害者の保護者が医療機関の受診を困難と感じるプロセス

(ストーリーライン)

知的障害者に医療機関の受診が必要になると、＜受診への抵抗感を増す知的障害の特性＞や＜受診に至るまでの保護者の身体的・精神的疲労＞が生じ、[スムーズな受診への不安とその緩和に対する負担]となっていた。その負担を乗り越え、何とか受診に到ったとしても、医療機関において＜未知の体験に伴う受診行動への影響＞や、＜知的障害者と保護者の待ち時間の苦痛＞があり、＜周囲への保護者の過緊張と理解されていないという思い＞や＜医療機関の対応による保護者の一喜一憂＞を感じることで、[医療機関での不快体験や失敗体験による受診負担の増加]となり、多くの障壁から受診は大変で苦痛という認識を強めていた。

さらに＜適応できない受療支援システムへの不満＞や＜受診行動準備教育に対する学校の理解の低さ＞から受診を成功させる手立てを見いだすことができずに[受診負担解決への無力感]を生じていた。また＜病院受診に対する保護者のマイナス感情＞や＜医療従事者からの非難や拒否的態度＞を受けた経験から、努力してもスムーズな受診はできないという[受診の自信喪失]となっており、【医療機関を訪れることへの気後れ】のプロセスとなっていた。

【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】では、知的障害者本人や保護者が受診前後に行える[受診における成功体験への保護者の取り組み]、医療従事者に求められる[医療機関の理解と受け入れ体制の改善]、社会に求められる[受療支援システムの改善]が保護者から挙げられた。これらは【医療機関を訪れることの気後れ】を和らげ、受診困難感の改善に影響を与えるものであると保護者は考えていた。

3. カテゴリー・サブカテゴリー・概念の説明

1) 【医療機関を訪れることへの気後れ】について

このカテゴリーにおける4つのサブカテゴリーは、知的障害者や保護者が医療機関の受診を負担に感じる理由を表すものである。これらが蓄積することで医療機関に行くことが億劫となり、気が重くなっていることを示す。サブカテゴリーの内容について以下に示す。

[スムーズな受診への不安とその緩和に対する負担]

受診時だけでなく「天候が悪いと連れて行くのにさらに大変」「大きくなるにつれ2人の介助が必要」「自分も疲れ果てる」のように準備段階から保護者には大きな負担となる。＜受診に至るまでの介護者の身体的・精神的疲労＞や「じっとしておきなさいといっても無理」「1回嫌な思いをしたら絶対やらない」「緊急時の受診では行ったことのない医療機関の受診となるため難しい」といった＜受診への抵抗感を増す知的障害の特性＞から労力を要し、受診に対する不安と負担を生じていた。

〔医療機関での不快体験や失敗体験による受診負担の増加〕

「予約が予約になっていない」「待つことでいつもなら可能な診察も受けることが無理になる」といった<知的障害者と保護者の待ち時間の苦痛>や「今まで行ったことがない検査をどう受けさせたらよいのか」「1回経験するだけでも違う」という<未知の体験に伴う受診行動への影響>に基づく受診行動への躊躇や諦めがある。さらに「周囲に迷惑をかけたくない」「周りからみたらどうなのかなと思う」という<周囲への保護者の過緊張と理解されていないという思い>や「しつけがなっていないと怒られた」「理解があると行きやすい」という<医療機関の対応による一喜一憂>から受診負担が増加していた。

〔受診負担解決への無力感〕

「他の障害者にはあるのに知的障害者にはボランティアがない」「サポートしてくれる人が1人でもほしい」「駆け込める病院がない」という<適応できない受療支援システムへの不満>や「学校では医療は家庭でという認識だが、親の努力でもできないことがある」「医療に関する教育は学校も考える必要がある」という<受診行動準備教育に対する学校の理解の低さ>から、自分たちで解決できない場合はどうにもできないという無力感を感じていた。

〔受診への自信喪失〕

「(医師に) 親のしつけがなっていないと言われ、耐えられません…」「病院では知的障害があることをもう言わないって思いました」という<医療従事者からの非難や拒否的態度>を受けたり「すごい気を張って病院に行く」「病院に行くのに構えてしまう」という<受診に対する保護者のマイナス感情>から〔受診への自信喪失〕につながっていた。

2) 【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】

このカテゴリーは自らあるいは周囲が取り組むことで、スムーズな受診につながる可能性のある内容を示す。それぞれの立場によって3つのサブカテゴリーに分類される。サブカテゴリーの内容について以下に示す。

〔受診における成功体験への保護者の取り組み〕

「小さい時から慣れていく」「段階を踏む」ことで経験を重ねる<スモールステップでの受診スキル練習>や「個人に合ったものが選択できるとよい」「個人それぞれで合う、合わないがあることも理解してほしい」という<個々人に合わせたツールの選択>、「学校や保健所などで練習の指導を開催してほしい」「どこかに練習セットがあるとよい」といった<集団におけるスキル教育への参加>、「パターン化できるものは事前練習ができると思う」「練習の積み重ねが大事」といった<家庭での練習による受診前準備>により受診の練習をすることや、「時間を過ごせるそれぞれのアイテムがあるとよい」「スマートフォンを持っているとおとなしく待てる」のように<待ち時間の苦痛対策>として各個人が対処方法を持つことなど、い

きなり受診に臨むのではなく、「前もって少しずつ慣れておくとよい」という成功体験は知的障害者のスムーズな受診につながるのではないかと保護者は捉えていた。ゆえに知的障害者本人や保護者らが取り組む必要があることであり、〔スムーズな受診への不安とその緩和に対する負担〕と〔医療機関での不快体験や失敗体験による受診負担の増加〕に影響を与えるものであると保護者は考えていた。

〔医療機関の理解と受け入れ体制の改善〕

医療機関に対して、声かけや対応時の態度などの〈医療従事者の積極的関わり〉を要望しており、話し方や提示方法の工夫などの〈医療従事者の知的障害者への対応スキル向上〉、場所や時間、スタッフなど受診環境への配慮である〈知的障害者への柔軟な受診環境調整〉、事前に本人の状況について医療機関に伝えておくことや、受診後に知的障害者本人にごほうびを与えるなどの保護者の負担について医療機関側にもできる支援を希望する〈受診前後の保護者の負担に対する医療従事者の協力〉などの〔医療機関の理解と受け入れ体制の改善〕によって「医師や看護師、受付の方の関わりで受診の印象が変わる」という経験から、知的障害者のスムーズな受診につながるのではないかと保護者は捉えていた。ゆえに各医療機関が取り組む必要があることであり、〔スムーズな受診への不安とその緩和に対する負担〕〔医療機関での不快体験や失敗体験による受診負担の増加〕〔受診への自信喪失〕に影響を与えると保護者は考えていた。

〔受療支援システムの改善〕

「知的障害者の受診についても診療報酬加算をしてほしい」という〈知的障害者医療費制度の充実〉や「一度に多くの診療が済む医療体制にしてほしい」という〈ワンストップ医療サービスの提案〉、「全病院が知的障害者を受け入れる必要はないので、エリアごとに対応可能な病院があってほしい」という〈近医による知的障害者受診の受け入れ〉、「受診サポート手帳を病院側が知らない」など知的障害者に関する保健福祉制度を医療従事者に理解してほしいという〈知的障害者保健福祉制度の周知〉を希望していた。知的障害者の受診には「幅広い支援が必要」「公的サポートが必要」といった社会の理解と支援が不可欠であり、〔受療支援システムの改善〕によりスムーズな受診につながるのではないかと保護者は捉えていた。ゆえにこれらは社会が取り組む必要があることであり、〔医療機関での不快体験や失敗体験による受診負担の増加〕〔受診負担解決への無力感〕に影響を与えると保護者は考えていた。

4. 知的障害者の保護者のインタビューから抽出されたニーズ

知的障害者の保護者における FGI の意見は結果図として図 4 に記載したが、それぞれ挙げられた具体的な内容については表 8 に示した。知的障害者本人のニーズ、介護者（保護者）のニーズ、医療機関のニーズ、スムーズな受診のためのニーズ、その他のニーズとして挙げている。

表 8. 知的障害者の保護者の意見による受診に関するニーズ

知的障害者本人の ニーズ	きめ細かいヘルプ 恐怖心への支援 段階を踏んだ練習の実施 その子にあわせ選択できる練習内容 不可能な検査や未経験の検査への対応
介護者のニーズ	サポート者、ボランティアの存在 相談できる機関の存在 移動支援の充実 薬受け取りへの配慮
医療機関への ニーズ	時間ごとの呼び出しや予約番号の表示、予約 時間どおりの受診実施など待ち時間の配慮 環境の調整(部屋、音、雰囲気など) 積極的接触を図り、知的障害者の理解・対応と信頼関係の構築 診察室以外での診察も可能など配慮ある態度、声かけ 事前見学や絵カード使用、流れの予告など知的障害者の特性への配慮 医療機関側からいろいろ質問するなどして、医療機関があきらめないでほしい 保護者が離席する際の対応
スムーズな受診の ためのニーズ	専門病院の存在 近医・かかりつけ医の存在 エリアごとに受け入れ可能な病院の存在 ワンストップ医療 緊急時の対応 公的支援(経済面も含む) 知的障害者への医療加算 周囲の理解
その他のニーズ	教育現場でも医療教育を希望

IV 研究 I の考察

研究 I の目的は、知的障害者の保護者が医療機関の受診を困難と感じるプロセスを明らかにし、知的障害者の保護者のニーズや支援について実態を把握することであった。その結果、医療機関を受診した際に、十分な診療を受けられないことは知的障害者本人や家族にとって辛い経験となる⁴¹⁾が、本研究 I から医療機関の受診に際し、多くの負担やニーズを感じていることがわかった。また、不快体験や失敗体験が医療機関受診への困難感を強めていることも明らかとなった。さらにそれらは受診に対する自信喪失や無力感につながっていたことから、知的障害者や保護者が受診の成功体験を積み重ねられるような支援が必要であることが課題であると示唆された（図 4、表 8）。

竹林地⁴²⁾は、知的障害のある児童生徒が“成功経験が少ない”のは、周囲の状況が整っていないことの裏返しであり、今の力で活動できるよう工夫されていない結果であると提言している。知的障害者の医療機関受診に関しても同様であり、知的障害者がスムーズに受診できていない状況は、医療従事者の支援が不十分であると自覚することが求められると考える。表 8 の知的障害者の保護者の意見による受診に関するニーズの中でも医療機関へのニーズとして、配慮ある態度や声かけ、理解や対応といったことが挙げられ、医療従事者の態度や言動は知的障害者や保護者の医療機関の受診困難感に影響を与えていることが明らかとなった。受診環境においても医療機関での音や雰囲気など多くのニーズがあり、知的障害者に配慮した空間にはなっていないことが示唆された。よって医療従事者は専門職として受診環境を含む改善の余地について検討し、支援の必要性を捉えられる視点が重要であり、そのことが〔受診における成功体験への保護者の取り組み〕の起点になると考える。

加えて医療従事者には、知的障害という特性から“できないだろう”“無理だろう”と判断するのではなく、選択肢として提示できる支援方法のバリエーションを習得していくことが重要となる。保護者からも医療機関側があきらめないでほしい、積極的に知的障害者に接触してほしいという意見が挙げられており、医療従事者にはともに試行錯誤をしながら支援に取り組んでくれる存在として知的障害者の保護者は期待をしていると考えられた。その上で知的障害者本人に合わせ選択できる練習内容や段階を踏んだ練習内容等について一緒に実施していくことは、本人や保護者のニーズであるきめ細かいヘルプや恐怖心への支援につながり、不可能な検査や未経験の検査に前向きに取り組めるきっかけとなると考える。

また、医療機関へのニーズとしては、絵カードの使用や、事前見学受診の流れについての予告などが挙げられ、歯科の領域において報告されている知的障害者が受診する際の個別的支援^{43)~45)}について積極的に参考とすることが望まれる。中でも佐藤⁴³⁾は、恐怖や不快刺激を生じさせずリラックスできるように設定する刺激統制法や視覚的支援ツールを用いて情報を伝えることで治療への適応行動を促している。これら刺激統制法や視覚的支援ツールは他の診療科においても有用性が期待されることから、〔医療機関の理解と受け入れ体制の改善〕の一方策として活用し、医療機関が行える支援を拡大していくことが必要である。

知的障害者の保護者の意見から、スムーズな受診のためのニーズとして社会に期待することも

挙げられた。これらは、【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】として〔受療支援システムの改善〕が挙げられたことに関連している。中でも、知的障害者や保護者は自分たちの努力だけではスムーズな受診への限界を感じており、周囲に支援を希望しつつも制度やシステムなどについては求めることが難しい現状を示唆していると捉えることができる。特に、医療費などの経済面の支援については、保護者からも挙げられたように、知的障害者の医療費加算や療育手帳 B の方に対する医療費支給の増額が施策化される必要があり、社会が取り組むべきことである。諸外国における知的障害者に対する医療システムの例としてスウェーデンでは、高齢者ケア・障害者ケアに関し、法律体系やサービス、利用手続きが分かれているわけではなく、社会サービス法に基づく普遍サービスとして原則一元化されている⁴⁶⁾。そのため高齢者と障害者の政策に差異がなく、誰にとっても理解や利用が容易となっているほか、障害者に対するいくつかの補完法も存在し⁴⁷⁾、知的障害者の特性や個人個人の障害の程度に合わせた細やかな対応が行われている。アメリカにおける David ら⁴⁸⁾の研究では、急性期のヘルスケアと療養支援を統合するケアシステムの構築が知的障害者の健康支援に効果があると報告している。よって将来的には日本においてもそのような取り組みがなされることが望ましい。しかし、本研究による FGI では「駆け込める病院がない」「緊急時の受診では行ったことのない医療機関の受診となるので難しい」という意見が挙げられた。先行研究⁴⁹⁾においても、知的障害者が緊急に受診する場合、生命の危機的状況であるにも関わらず“専門の医師がいない”という理由で診療を拒否されることも多いと述べてあり、日本においては知的障害者の急性期医療自体が十分でない可能性を示唆できる。そこで、まずは知的障害者の一次医療の充実を図ることが急務となると考える。次に、二次医療圏を中心とした受け入れ医療機関の整備や受診に対するサポート体制の強化が必要となる。我が国では診察や治療は医療機関においてなされるのが一般的であるが、慣れていない場所での受診が困難である知的障害者においては、訪問診療を可能とする医療サービスの適応拡大も一案である。

また、医療機関での受け入れに関しては、専門病院がよい、多くの診療科を一度に診てもらえる総合病院としてワンストップ医療サービスを希望する、すべての病院でなくてよいのでエリアごとに知的障害者の受け入れ可能な病院があるとよいといった意見がある一方で、近医やかかりつけ医がいいといった様々な意見が聞かれ、地域医療の実態を十分把握し、その地域の強みを生かした受け入れ体制を整備していく必要があると考えられた。

他にはスウェーデンやイギリス、アメリカなど多くの国で発展している知的障害者によるセルフアドボカシーグループにおいて受診環境改善の取り組み⁵⁰⁾が挙げられる。セルフアドボカシー活動については日本でも 1990 年代より浸透し、展開されてきた⁵¹⁾が、知的障害者の受診においては更なる役割が求められる。なぜなら、日本では知的障害者の余暇活動や仲間づくりを中心として進展・拡大してきた経緯があり、セルフアドボカシーを目的としての活動を行っているグループはまだ少ないと考えられる⁵²⁾からである。そこでセルフアドボカシーグループ活動を通じ、知的障害者の健康や医療に関する当事者の意見やニーズを多くの場で発信できれば、知的障害者の医療受診の現状を知ってもらう機会となり、〔医療機関での不快体験や失敗体験による受診負担の増加〕〔受診負担解決への無力感〕〔受診への自信喪失〕の改善につなげることができると考え

る。保護者自身も受診には周囲の理解や医療従事者の理解、サポート者やボランティアの存在が必要と考えていることから、知的障害者本人や保護者自身が社会へと発信することは大きな原動力となると考える。

研究 I で明らかとなった知的障害者が医療機関の受診を困難と感じるプロセスは、過去の体験も含めた様々な要因が影響し、【医療機関を訪れることへの気後れ】となっていた。また、【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】については、それらの有無や程度によって【医療機関を訪れることへの気後れ】に影響を与えると保護者が考えていることが明らかとなった。よって【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】の充実を図ることができれば受診困難感を軽減できる可能性があるという示唆でもある。

ゆえに、知的障害者や保護者が医療機関に自信を持って受診できるよう、看護師から働きかけ、知的障害者や保護者の思いに寄り添うことが特に重要であると考えられる。そして、うまく受診できなかった場合には、医療機関を訪れることを躊躇する気持ちを支え、フォローすることで次の受診へとつなげることも看護師としての大きな役割である。

V 研究 I の限界と今後の課題

本研究で行った FGI の対象者は、ある地域の保護者会に属する知的障害児・者を持つ保護者であり、意識の高い集団からの意見となっている。選定した地域についても、大学病院や障害者医療を専門とした医療機関はないという特徴があり、受診困難感を強く感じている方が多い可能性が考えられる。また、FGI の対象者は 40 代から 80 代であり、広い年齢層からの意見を聞くことができたが、40 代と 50 代で 7 割以上を占め、年齢の偏りがあったことや、参加者全員が母親であり、母親以外の主な介護者からの意見を反映することはできなかった。

よって、今回の結果が他地域の知的障害者や父親や兄弟など母親以外が主な介護者となっている知的障害者なども含めた広い対象者に一般化できると断定できないことから、今後は今回の結果をもとに全国での実態調査を実施し、今回の結果との比較分析を行っていくことが必要である。

VI 研究Ⅱ（全国調査）への示唆

研究Ⅰによる結果から、質問紙の構成について検討した。FGI から導き出された概念から、医療機関受診に関連する内容を分類・図示したものが図6である。障害者本人・介護者の属性、制度、スキル練習、待ち時間対策、受診前後の過程での対策、スケジュール等予定、医療機関へのマイナスイメージ、介護者の負担感、医療機関の環境、教育現場への期待、医療機関の理解・協力、その他が挙げられた。これらの内容をできるかぎり網羅して質問紙に反映することにした。

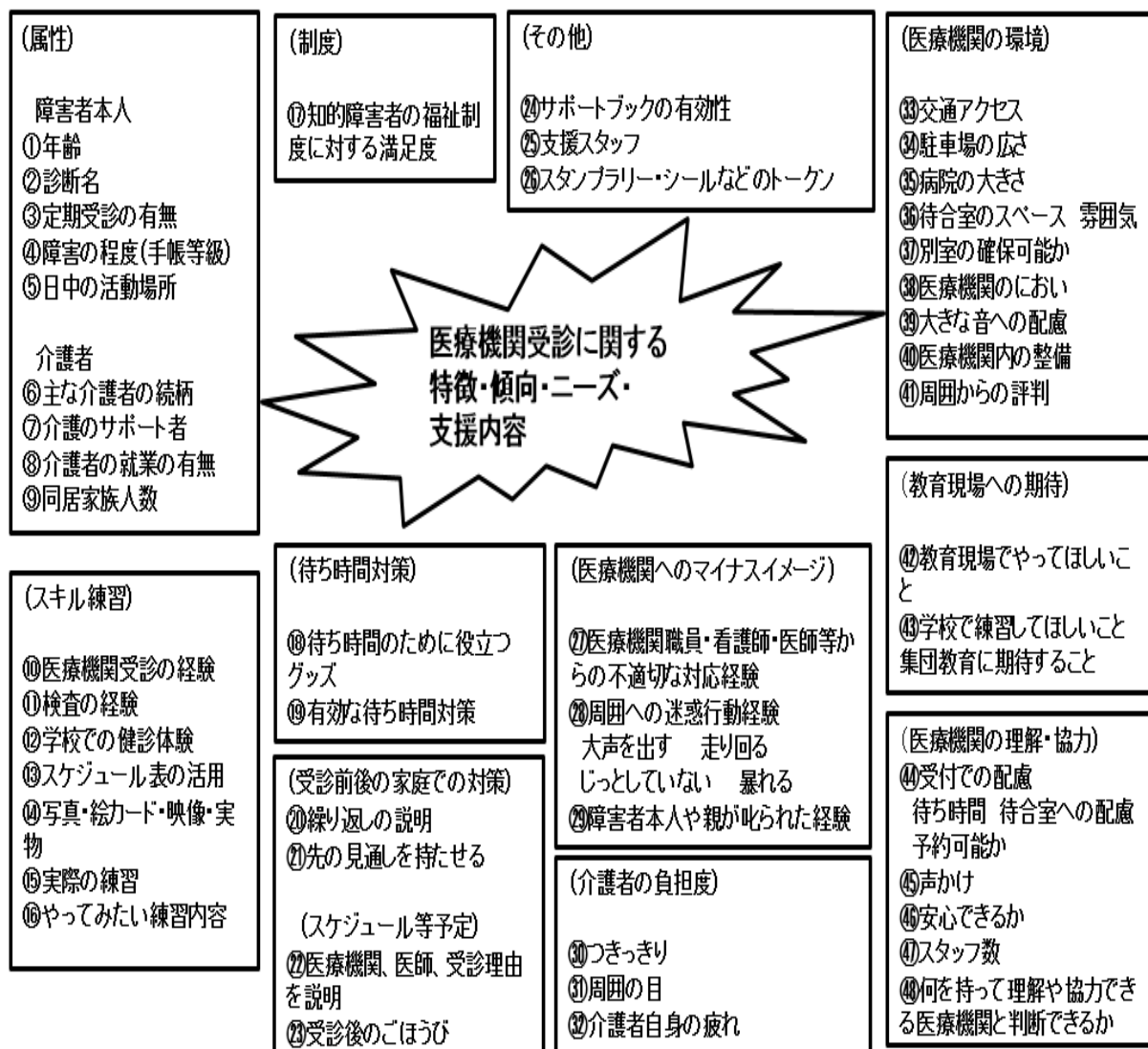


図6 FGI から検討した質問紙内容

第3章 研究Ⅱ「知的障害者の保護者における受診のニーズと支援に関する全国調査」

I 研究Ⅱの背景と目的

1. 研究Ⅱに至る背景

本研究の目的である知的障害者の医療機関受診に関する保護者のニーズと課題を明らかにし、受診に対する困難を緩和するための保護者支援のあり方を検討するには、全国の知的障害者の保護者に対する実態調査が不可欠である。研究ⅠのFGIから、知的障害者の医療受診に際し、保護者は多くの負担を感じており、医療機関を訪れることが苦痛となっていることがわかった。また保護者が取り組むだけでなく、医療機関や社会にもできる取り組みを希望していることも明らかとなった。よって、研究Ⅰの結果をもとに質問紙を検討し（図6）、全国の知的障害者の保護者に郵送調査を行うこととした。

2. 研究Ⅱの目的

研究Ⅰの結果をもとに作成した質問紙を全国の知的障害者の保護者に調査することで、知的障害者の受診状況や保護者が知的障害者の医療機関受診に対して感じている困難感と実態を把握し、希望する支援について検討する。

II 研究Ⅱの方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた郵送調査による横断研究

2. 対象者

全国の知的障害者の保護者 1,080名

3. 実施期間

平成28年8月～10月

4. 方法

全国の知的障害者保護者団体（全国手をつなぐ育成会）54か所に研究依頼文（資料Ⅱ-1）、説明文書（資料Ⅱ-2、Ⅱ-4）、協力者への文書（資料Ⅱ-3、Ⅱ-5を1セットとした20セット）を送付した。各保護者団体から協力者に質問紙（資料Ⅱ-5）を渡していただき、記入後質問紙は同封の封筒で返送してもらった。54か所の内訳は、北海道1か所、東北6か所、関東12か所、中部8か所、近畿8か所、中国・四国9か所、九州10か所である（※熊本県を除く全都道府県）。

質問項目は図6を参考に作成し、本人と家族の属性、受診状況、現在の支援制度へのニーズ、

受診対策の現状とニーズの4つから構成され、合計36項目となった。(資料Ⅱ-5参照)

①本人と家族の属性(16項目)

回答者と知的障害者との関係、回答者の年代、回答者の性別、住所地、同居の有無、同居人数、主な介護者、介護者の就業、介護者のサポート者、知的障害者の年齢、知的障害者の日中の過ごし方、知的障害者の原因疾患または併発疾患、知的障害者の受診頻度状況、療育手帳の所持、身体障害者手帳の所持、精神障害者保健福祉手帳の所持

②受診状況(4項目)

各診療科の受診経験(内科・外科・整形外科・眼科・耳鼻科・産婦人科・皮膚科・精神科・心療内科・歯科・その他について受診経験の有無を回答)、各検査・処置の可否(身長測定・体重測定・体温測定・血圧測定・尿検査・心電図検査・採血・注射・点滴・CT・MRI・エコー・胃カメラ・大腸内視鏡・傷の消毒・ガーゼ交換・包帯交換・ギプス交換・視力検査・眼圧検査・聴力検査・歯をけずるの項目について毎回可能・場合により可能・試みたが受けられない・受ける機会がなかった・受けさせてもらえなかった・難しいと思うので受けないの6段階で回答)、検査についての自由記述、自宅での受診準備状況

③現在の支援制度へのニーズ(9項目)

受診の困難感(毎回大変・時々大変・少し大変・あまり大変でない・ほとんど大変でない・全く大変でないの6段階)、受診を困難と感じる理由、かかりつけ医の有無、かかりつけ医の場所、医療機関選択の優先度、医療費制度への満足感(大変満足・まあまあ満足・少し満足・あまり満足でない・ほとんど満足でない・全く満足でないの6段階)、受診に関する福祉サービスの満足感(大変満足・まあまあ満足・少し満足・あまり満足でない・ほとんど満足でない・全く満足でないの6段階)、希望するサービス(移動支援・医療機関予約・医療機関付き添い・薬の受け取り・家事援助について非常に希望・まあまあ希望・少し希望・あまり希望しない・ほとんど希望しない・全く希望しないの7段階)、サービスに関する自由記述

④受診対策の現状とニーズ(7項目)

受診サポート手帳活用の有無、受診サポート手帳が役立つか、待ち時間対策の配慮として有効なもの、待ち時間対策グッズの有無、待ち時間対策グッズの内容、知的障害者の受診に関し理解してほしいこと(知的障害者の特徴・知的障害者の対応方法・配慮や支援を必要としていること・保護者の負担が大きいことについて非常に希望・まあまあ希望・少し希望・あまり希望しない・ほとんど希望しない・全く希望しないの7段階)、知的障害者の受診に関する自由記述。

5. 分析

統計分析ソフト SPSS Statistics Ver.24.0 (for Windows)を用いた記述統計量の算出、 χ^2 検定。有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

研究協力者には説明文書を熟読した上で同意いただける場合のみ、質問紙に回答し、同封の封

筒での返送を依頼した。参加は自由であり質問紙の返送をもって同意とみなすこと、質問紙は無記名で、本研究のみで使用すること、データ分析の際は個別データとして使用しないことについて説明した。また、倫理審査委員会で審査を受けた後に実施した。(承認番号 16-Ifh-19)

III 研究Ⅱの結果

1. 属性

質問紙の回収数は 367、回収率 34.0%、有効回答数 365 (※性別が未回答の 2 名を除外)、有効回答率 99.5%とした。回答者 365 名の属性について、表 9 に示した。回答者は女性が 83.3% (うち母親が 83.0%)、年齢は 40 代と 50 代で約 5 割であった。知的障害者との同居率は 74.5%、サポート者の存在があると回答した方は 85.5%であった。

表 9. 回答者の属性 (N=365)

項目	人数	%
性別		
男	61	16.7
女	304	83.3
年齢		
40代以下	33	9.0
50代	136	37.3
60代	134	36.7
70代以上	62	17.0
知的障害者との関係		
父	45	12.3
母	303	83.0
その他 兄弟など	17	4.7
回答者居住地		
北海道	0	0
東北	32	8.8
関東	71	19.4
中部	56	15.3
近畿	59	16.2
中国・四国	68	18.6
九州	78	21.4
未回答	1	0.3
知的障害者との同居の有無		
有	272	74.5
無	92	25.2
未回答	1	0.3
サポート者の有無		
有	312	85.5
無	42	11.5
未回答	11	3.0

知的障害者の属性は表 10 に示した。平均年齢は 32.8 (SD±11.6) 歳、範囲は 9～75 歳、65 歳未満の割合は 97.0%、65 歳以上の割合は 3.0%であった。主な介護者は母が 78.8%であった。日中を自宅で過ごしている方は 1.9%と大部分が何らかの施設を利用していたが、自宅の場合でもサポート者に介護スタッフを選択している場合が多かった。施設入所者は年齢が高い傾向があった。療育手帳は 99.2%、身体障害者手帳は 17.5%、精神障害者保健福祉手帳は 3.3%の所持であった。療育手帳所持者のうち A が 75.1%、B が 24.9%であった。知的障害の併発疾患・原因疾患は自閉症が最も多く、その他に記述された中で多かった疾患は、精神遅滞やてんかん、原因不明であった。少数意見にはプラダーウィリー症候群、ロウ症候群、FG 症候群、ダンディウォーカー症候群、シルバーラッセル症候群、結節性硬化症など指定難病の対象疾患が含まれた。

表 10. 知的障害者の属性 (N=365)

項目	人数	%
主な介護者		
父	20	5.5
母	288	78.8
祖母	6	1.7
その他 兄弟など	50	13.7
未回答	1	0.3
主な介護者の就業状況		
正規職員	59	16.2
パート	85	23.3
アルバイト	9	2.5
就業していない	156	42.6
その他	44	12.1
未回答	12	3.3
日中の主な過ごし方		
自宅	7	1.9
入所施設	43	11.8
通所施設	195	53.4
作業所	75	20.5
学校	18	4.9
病院	3	0.8
その他 職場など	24	6.6
未回答	2	0.1
併発疾患または原因疾患		
自閉症スペクトラム障害	146	40.0
ダウン症	43	11.8
脳性麻痺	28	7.7
髄膜炎	4	1.1
その他	137	37.5
未回答	7	1.9
療育手帳の有無		
あり	362	99.2
なし	2	0.5
未回答	1	0.3
身体障害者手帳の有無		
あり	64	17.5
なし	297	81.4
未回答	4	1.1
精神障害者保健福祉手帳の有無		
あり	12	3.3
なし	352	96.4
未回答	1	0.3

2. 受診状況

知的障害者の受診の状況を表 11 に示した。定期受診をしている割合は 74.2%、受診頻度で最も多かったのは月に 1～2 回で半数を占めた。定期受診している診療科で多かったのは内科、精神科、歯科、過去に受診経験のある診療科でも内科、歯科が多かった。

表 11. 知的障害者の受診状況等 (N=365) *複数回答可

項目	人数	%
定期受診有無		
あり	271	74.2
なし	90	24.7
未回答	4	1.1
受診頻度	n=271	
週に1回以上	20	7.4
月に1～2回	138	50.9
2～3ヶ月に1回	100	36.9
年に1～2回	6	2.2
未回答	7	2.6
定期受診している診療科*	n=267	
内科	88	33.0
外科	9	3.4
整形外科	13	4.9
眼科	27	10.1
耳鼻科	27	10.1
皮膚科	36	13.5
精神科	94	35.2
心療内科	25	9.4
歯科	99	37.1
その他	47	17.6
受診経験のある診療科*	n=360	
内科	332	92.2
外科	157	43.6
整形外科	176	48.9
眼科	206	57.2
耳鼻科	234	65.0
皮膚科	230	63.9
精神科	169	46.9
心療内科	72	20.0
歯科	318	88.3
その他	73	20.3
かかりつけ医		
あり	314	86.0
なし	43	11.8
未回答	8	2.2

* 複数回答可

知的障害者の受診における検査の可否は表 12 に示した。身長・体重・体温・血圧測定は「毎回できる」が約 8～9 割であった。尿検査や採血、注射、傷の消毒では「場合によりできる」を含めれば約 9 割ができるという結果であった。胃カメラ検査や大腸内視鏡では「機会がない」「難しいので受けない」という回答が 7 割以上を占めた。視力や聴力検査でも「難しいので受けない」という回答が約 15%あった。未回答の割合は項目により 2.2～16.2%であった。

表12. 各検査項目の可否の現状 (N=365)

	毎回受診可能		場合により可能		試みたができず		機会がなかった		受けさせてもらえなかった		難しいので受けない		未回答	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
身長測定	322	88.3	26	7.1	0	0.0	2	0.5	1	0.3	2	0.5	12	3.3
体重測定	329	90.1	25	6.8	1	0.3	1	0.3	0	0.0	1	0.3	8	2.2
体温測定	334	91.4	17	4.7	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3	12	3.3
血圧測定	305	83.5	32	8.8	4	1.1	9	2.5	0	0.0	1	0.3	14	3.8
尿検査	286	78.4	63	17.2	2	0.5	1	0.3	0	0.0	1	0.3	12	3.3
心電図検査	220	60.3	76	20.8	5	1.4	27	7.4	0	0.0	15	4.1	22	6.0
採血	265	72.7	81	22.2	3	0.8	4	1.1	0	0.0	2	0.5	10	2.7
注射	258	70.8	80	21.9	2	0.5	6	1.6	0	0.0	4	1.1	15	4.1
点滴	168	45.9	87	23.7	5	1.4	63	17.3	2	0.5	16	4.4	24	6.8
CT	112	30.7	66	18.1	15	4.1	107	29.3	0	0.0	32	8.8	33	9.0
MRI	88	24.2	52	14.2	14	3.8	128	35.1	0	0.0	38	10.4	45	12.3
エコー	99	27.2	38	10.4	5	1.4	138	37.8	0	0.0	33	9.0	52	14.2
胃カメラ検査	20	5.5	16	4.4	3	0.8	192	52.6	1	0.3	76	20.8	57	15.6
大腸内視鏡	19	5.2	15	4.1	2	0.5	193	52.9	0	0.0	73	20.0	63	17.3
傷の消毒	249	68.3	73	20.0	2	0.5	14	3.8	0	0.0	5	1.4	22	6.0
ガーゼ交換	244	66.8	60	16.4	5	1.4	30	8.2	0	0.0	5	1.4	21	5.8
包帯交換	241	66.0	60	16.4	5	1.4	32	8.8	0	0.0	6	1.6	21	5.8
ギプス固定	75	20.5	35	9.6	2	0.5	182	49.9	0	0.0	12	3.3	59	16.2
視力検査	156	42.7	69	18.9	37	10.1	24	6.6	1	0.3	51	14.0	27	7.4
眼圧検査	89	24.4	34	9.3	16	4.4	125	34.2	0	0.0	55	15.1	46	12.6
聴力検査	130	35.7	49	13.4	32	8.8	60	16.4	0	0.0	52	14.2	42	11.5
歯をけずる	173	47.4	96	26.3	12	3.3	40	11.0	2	0.5	19	5.2	23	6.3

3. 受診困難感に関する回答

受診困難に関する回答を表 13 に示した。受診を大変と感じるかという回答（6段階）では「毎回大変と感じる」と「時々大変と感じる」で過半数を占めた。これら 6段階を受診困難感ありとなしの 2項目に分類したところ、受診困難があるという回答が 75.0%、受診困難がないという回答が 25.0%であった。受診困難と感じる理由は、医療機関の受診中、知的障害者に「ずっとつきつきりである」が最も多く、45.6%であった。続いて多かった理由としては、「診察や検査がうまくできない」「（介護者である）自分自身が疲れてしまう」「待ち時間が長い」などであった。

表 13. 受診困難に関する回答

	n	該当	
		人数	%
(知的障害者の介護者・保護者が) 受診を大変と感じるか	n=353		
毎回大変と感じる		99	28.0
時々大変と感じる		99	28.0
少し大変と感じる		67	19.0
あまり大変と感じない		46	13.0
ほとんど大変と感じない		21	6.0
全く大変と感じない		21	6.0
上記より 受診困難があると回答した割合(2段階)		265	75.0
ありと回答した方のうちその困難理由 ※複数回答可	n=261		
(知的障害を持つ方に) ずっとつきつきりなこと		119	45.6
診察や検査がうまくできない		103	39.5
自分自身が疲れてしまう		94	36.0
待ち時間の長さ		90	34.5
周囲の人の目		80	30.7
職員が知的障害の対応に慣れていない		79	30.3
病院で本人に合わせた対応をしてもらえない		67	25.7
(知的障害者本人が) 受診に行きたがらない		50	19.2
病院までのアクセス		44	16.9
受付時の手続き		40	15.3
病院に行くための準備		35	13.4
病院に行く時間をつくるのが難しい		32	12.3
病院内の移動		32	12.3
家庭のことができなくなる		12	4.6
その他		27	10.3

自由記述の一部について表 14～表 20 に示す。知的障害者の保護者より、検査項目に関する内容や将来への思い、介護者に関すること、待ち時間に関すること、サービスに関すること、医療機関や医療従事者に対する思いなど様々な内容が挙げられた。

表 14. 検査項目に関する自由記述（102 の意見から集約して表記）

視力検査が徐々にできなくなった
視力検査はひらがななら可能
視力検査は最新のものより昔の方が受けやすい
視力検査ではどこまでみえているか不明
眼科で仮メガネをつけるのを嫌がった
暗いところが苦手で暗室の入所が難しい
眼圧検査は機械はできないが医師により可能
眼科受診は無理であり市販薬で対応したが心配
以前はできた耳鼻科検診を怖がるようになった
耳鼻科では5～6人で押さえつけての診察である
聴力検査は以前はできたが、無理になった
耳鼻科で昔切開をして以来今は受診が難しい
歯の治療は全身麻酔でのみ可
歯の治療は受け入れ可能なところに行き直した
今は歯科受診を嫌がるようになった
皮膚科で陰部や臀部を見せるのを嫌がった
脳波検査は準備に時間がかかるので無理
脳波検査は全身麻酔でなら可能
注射は以前可能だったが、今は麻酔が必要
採血も今は可能となった
採血は43年目にしようやく取れた
体力が弱っているときなら採血や点滴が可能
採血・注射は数名でおさえて行う
注射は3人がかりだができないときもある
以前可能だった長時間の点滴が難しくなった
決まった病院なら採血や注射ができる
採血は5人がかりである
点滴は受けたことがなく想像がつかない
体温測定は体温計をはさんであげないとできない
胃カメラ等が必要になったら不安
MRIは動いてしまい半分程度しか画像がとれなかった
MRIや大腸内視鏡はできないと感じている
CT等息を止めたりするのが難しい
暗いところや機械が長時間つくなどは難しい
一定時間動かないでいることが難しい
診察室や検査室に入ること、じっとしているのが苦手
絶食による検査が受けられないので、先が不安
手術時は全身麻酔が必要
長年の通院で可能になった検査も多い

表 15. 年齢との関連や将来の思いについての自由記述（29 の意見から集約して表記）

現時点では必要ないが親が高齢になった場合すべて必要
 障害者・介護者の年齢で受けたいサービス内容が変わる
 私自身も年を取ってきて大変
 将来はどうなるか心配
 今は私がいるので大丈夫だができなくなった場合必要
 父母ともに高齢であり、あるだけのサービス希望
 高齢になるにつれ支援も多くなっていく
 近医では断られ、遠くの病院を頼っているが、親が高齢になったら不安
 成人になり受診も楽になったが、子供が小さいころ大変すぎて泣きたいことだらけだった
 子どもが小さいときはいろいろな思いもあったが、親も高齢になりあきらめることも多い

表 16. 介護者に関する自由記述（14 の意見から集約して表記）

母親の私のほうが安心する
 本人が他の方を受け入れないときがある
 本人が誰でもよいわけではないので、なかなか頼めない
 ヘルパーでは無理であり家族の同伴が必要
 サポート者を見つけておきたい
 自分1人での介護では難しい
 ヘルパーさんに気軽に頼みたい
 病院受診は両親でないと無理

表 17. 待ち時間に関する自由記述（12 の意見から集約して表記）

優先的診察を希望する
 順番が近づいたら携帯で知らせてほしい
 予約した時間に診察してほしい、待ち時間を減らしてほしい
 病院で待てないので予約をとることになる
 診察順番をメールなどで連絡してくれるシステムがほしい
 待ち時間は30～60分が限度
 一般の方と一緒に待てないので病院にいきたくない
 会計までに時間を要するので本人が待ち疲れる
 了解を得て、診察中の方が終了したい診察いただける医療機関もある
 待つことが難しいので、別室があれば本人も保護者も精神的に負担が少なくて済む

表 18. サービスに関する自由記述（16 の意見から集約して表記）

移動介助を希望するが、安心して託せるサービスがない
 移動支援はヘルパーなど公的サービスでやってほしい
 家族に代わり医療機関に連れて行ってくれる支援希望
 希望時にすぐサービスが受けられないので、つい頼らない
 入所施設の職員が十分に支援してくれる
 保護者離席する際の、本人の見守りやサポートがほしい
 知的障害者へのサービスの質が低い
 保護者の受診時の見守り・介助をしてほしい

表 19. 医療機関・医療従事者への思いについての自由記述（77 の意見から集約して表記）

受診時に練習をさせてほしい
 知的障害者対象の病院や開業医が近くにあることを希望
 かかりつけは本人にとってよいが、他の病院もスムーズに受診できるとよい
 知的障害者をみてもらえるところが少ない
 病院選びがいつも大変。医師や看護師の理解も必要
 じっくり話を聞いてくれる医師や検査入院できる病院が欲しい。
 多くの支援があり、すぐ受診できる医療機関での受診は負担がない
 本人が行きたがるほどの対応をしてくれる医療機関もある
 医療従事者の声かけによりリラックスして受診できる
 障害を持つ子達の対応や配慮により親も安心して受診できる病院体制になってほしい
 以前に比べると医療機関は一生懸命診ようとしてくれる
 すばらしい病院とそうでない病院との差がある
 もっと受診しやすい体制をつくってほしい
 医療従事者には心ない視線や言葉、無理だろうと取り組まない態度をしないでほしい
 診察拒否されたことがある
 これまでにたくさん傷ついた経験がある
 ひどい扱いや言動を受け、傷つき悔しい思いをしたこともある
 たくさん嫌な思いをしたが、たくさん温かく接していただけることもあった
 理解してもらってと思うので特に感じない
 親や本人が不安を抱かない配慮を望む
 医療に携わる人は知的障害者の対応や特徴等勉強してほしい
 医療従事者には障害者施設で研修を受けてもらいたいと思った
 医療機関の自覚がほしい
 一人ひとり違うことについて医師や看護師、職員の理解を望む
 時間がかかることを前に話しておくとう理解してくれる
 本人にもどうしたかたずねることが大事。理解の有無に関わらず話しかけることは必要
 介助者にどのような配慮が必要か聞いてほしい
 受付の対応についても配慮してほしい
 待合室の一般の人にも理解してもらいたいと思うことがある
 優しい温かい目で見してほしい
 偏見的な目で見ないでみんなに優しい社会になってほしい

表 20. 医療費に関すること（8 の意見から集約して表記）

療育手帳Bのものは医療費3割負担のため、とてもつらい
 医療費が無料なのはありがたい
 1割負担となりよくなった
 障害のランクで補助するのではなく、必要な人に必要な援助してほしい

4. 受診困難感との関連（ χ^2 検定）

次に受診困難感との関連を調べるため、受診困難感の有無（2項目）と保護者の属性、知的障害者の属性、受診状況、検査の可否、受診準備と医療機関選択の優先度、サービスや支援の満足度・待ち時間対策の項目について χ^2 検定（またはFisherの直接確率法）を行った（ $P < 0.05$ 、表21～27）。

受診困難感と保護者との属性との χ^2 検定（表21）では、保護者の年齢や性別、サポート者に介護スタッフを選択している場合で有意差があった。受診困難感があると回答した場合、保護者の年齢が若い割合が多い、性別が女性の割合が多い、サポート者に介護スタッフを選択する割合が高いという傾向がみられた。

表 21. 受診困難感と保護者の属性との関連（ χ^2 検定）

項目	選択肢	受診困難感あり		受診困難感なし		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
保護者の年齢	40代以下	28	10.6	3	3.5	15.77	0.001
	50代	108	40.8	26	29.5		
	60代	95	35.8	34	38.6		
	70代以上	34	12.8	25	28.4		
保護者の性別	男性	35	13.2	23	26.1	8.04	0.005
	女性	230	86.8	65	73.9		
知的障害者との同居	あり	202	76.2	67	76.1	0.00	0.986
	なし	63	23.8	21	23.9		
保護者の就業		n=259		n=85		3.23	0.520
	正規職員	38	14.7	16	18.8		
	パート	67	25.9	18	21.2		
	アルバイト	5	1.9	4	4.7		
	その他 就業なし	33 116	12.7 44.8	10 37	11.8 43.5		
サポート者の存在		n=258		n=86		0.90	0.342
	あり	229	88.8	73	84.9		
	なし	29	11.2	13	15.1	0.04	0.834
		n=229		n=73			
サポート者：配偶者	選択	157	68.6	51	69.9	0.42	0.518
	非選択	72	31.4	22	30.1		
サポート者：介護者の両親		n=229		n=73		0.00	0.996
	選択	25	10.9	10	13.7		
	非選択	204	89.1	63	86.3	0.26	0.611
		n=229		n=73			
サポート者：親戚	選択	22	9.6	7	9.6	2.99	0.146 ^{a)}
	非選択	207	90.4	66	90.4		
サポート者：友人		n=229		n=73		0.61	0.685 ^{a)}
	選択	20	8.7	5	6.8		
	非選択	209	91.3	68	93.2	8.05	0.005
		n=229		n=73			
サポート者：近所の人	選択	1	0.4	2	2.7	0.61	0.685 ^{a)}
	非選択	228	99.6	71	97.3		
サポート者：知人		n=229		n=73		8.05	0.005
	選択	7	3.1	1	1.4		
	非選択	222	96.9	72	98.6	8.05	0.005
		n=229		n=73			
サポート者：介護スタッフ	選択	99	43.2	18	24.7	8.05	0.005
	非選択	130	56.8	55	75.3		

a) Fisherの直接確率法

受診困難感と知的障害者との属性との χ^2 検定（表 22）では、知的障害者の年齢、療育手帳の種類、日中の過ごし方、知的障害者の併発疾患または原因疾患で有意差が認められた。受診困難感があると回答した場合、知的障害者の年齢では年齢が若い割合が高い、療育手帳の種類では A の所持者の割合が高い、日中の過ごし方では、通所施設が最も割合が高いという結果であった。知的障害者の併発疾患または原因疾患では受診困難感があると回答した場合、自閉症の割合が高く、ダウン症が低いという結果であった。かかりつけ医や定期受診の有無では有意差はなかった。

表 22. 受診困難感と知的障害者の属性との関連（ χ^2 検定）

項目	選択肢	受診困難感あり		受診困難感なし		X ² 値	p値
		人数	%	人数	%		
主な介護者	父	13	4.9	7	8.0	5.19	0.159
	母	219	82.6	64	72.7		
	祖母	5	1.9	1	1.1		
	その他	28	10.6	16	18.2		
知的障害者の年齢		n=265		n=88		12.83	0.012
	10代以下	28	10.7	2	2.3		
	20代	106	40.5	27	30.7		
	30代	67	25.6	28	31.8		
	40代	49	18.7	22	25.0		
療育手帳の所持		n=264		n=87		0.67	0.438 ^{a)}
	所持している	263	99.6	87	98.9		
療育手帳の種類	所持していない	1	0.4	1	1.1	11.00	0.001
	A	209	82.6	55	63.2		
身障手帳の所持	B	50	17.4	32	36.8	1.07	0.300
		n=263		n=86			
精神保健福祉手帳の所持	所持している	45	17.1	19	22.1	0.46	0.504 ^{a)}
	所持していない	218	82.9	67	77.9		
日中の過ごし方		n=264		n=86		30.63	<0.001
	所持している	8	3.0	4	4.5		
	所持していない	256	97.0	84	95.5		
		n=202		n=69			
	自宅	5	2.5	2	3.0		
	入所施設	26	12.8	6	8.7		
	通所施設	112	55.4	29	42.0		
	作業所	45	22.3	15	21.7		
知的障害の併発疾患または原因疾患	学校	6	3.0	0	0.0	9.84	0.043
	病院	2	1.0	1	1.4		
	その他	6	3.0	16	23.2		
		n=251		n=85			
	自閉症	118	47.0	26	30.6		
かかりつけ医	ダウン症	25	10.0	17	20.0	0.02	0.089
	脳性麻痺	18	7.2	8	9.4		
	髄膜炎	3	1.2	1	1.2		
	その他	87	34.7	33	38.8		
		n=265		n=87			
定期受診	あり	233	87.9	77	88.5	3.07	0.080
	なし	32	12.1	10	11.5		
定期受診		n=263		n=86		3.07	0.080
	している	205	77.9	59	68.6		
	していない	58	22.1	27	31.4		

a) Fisherの直接確率法

受診困難感と受診状況との χ^2 検定（表 23）において、定期受診の診療科ではいずれも有意差は認められなかった。受診経験のある診療科については、内科で有意差があり、受診困難感があると回答した場合、受診経験がある割合が高かった。

表 23. 受診困難感と受診状況との関連（ χ^2 検定）

項目	選択肢	受診困難感あり		受診困難感なし		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
定期受診：内科		n=265		n=88			
		n=203		n=57			
	受診あり	65	32.0	21	36.8	0.47	0.494
	受診なし	138	68.0	36	63.2		
定期受診：外科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	7	3.4	2	3.5	0.00	0.624 ^{a)}
	受診なし	196	96.6	55	96.5		
定期受診：整形外科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	11	5.4	2	3.5	0.34	0.740 ^{a)}
	受診なし	192	94.6	55	96.5		
定期受診：眼科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	20	9.9	7	12.3	0.28	0.595
	受診なし	183	90.1	50	87.7		
定期受診：耳鼻科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	21	10.3	5	8.8	0.12	0.727
	受診なし	182	89.7	52	91.2		
定期受診：皮膚科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	32	15.8	4	7.0	2.85	0.127 ^{a)}
	受診なし	171	84.2	53	93.0		
定期受診：精神科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	77	37.9	15	26.3	2.60	0.105
	受診なし	126	62.1	42	73.7		
定期受診：心療内科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	22	10.8	3	5.3	1.59	0.309 ^{a)}
	受診なし	181	89.2	54	94.7		
定期受診：歯科		n=203		n=57			
		n=203		n=57			
	受診あり	77	37.9	17	29.8	1.27	0.260
	受診なし	126	62.1	40	70.2		
受診経験：内科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	248	94.7	76	87.4	5.23	0.022
	経験なし	14	5.3	11	12.6		
受診経験：外科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	119	45.4	35	40.2	0.71	0.398
	経験なし	143	54.6	52	59.8		
受診経験：整形外科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	132	50.4	42	48.3	0.12	0.734
	経験なし	130	49.6	45	51.7		
受診経験：眼科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	159	60.7	44	50.6	2.75	0.098
	経験なし	103	39.3	43	49.4		
受診経験：耳鼻科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	176	67.2	54	62.1	0.76	0.384
	経験なし	86	32.8	33	37.9		
受診経験：皮膚科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	173	66.0	52	59.8	1.12	0.290
	経験なし	89	34.0	35	40.2		
受診経験：精神科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	131	50.0	34	39.1	3.12	0.077
	経験なし	131	50.0	53	60.9		
受診経験：心療内科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	56	21.4	15	17.2	0.69	0.407
	経験なし	206	78.6	72	82.8		
受診経験：歯科		n=262		n=87			
		n=262		n=87			
	経験あり	237	90.5	72	82.8	3.82	0.051
	経験なし	25	9.5	15	17.2		

a) Fisherの直接確率法

受診困難感と検査の可否との χ^2 検定（表 24、25）では身長、体重、体温、血圧測定以外すべてで有意差があり、受診困難感があると回答した場合、検査ができない割合が高かった。

表 24. 受診困難感と検査の可否との関連①（ χ^2 検定）

項目	選択肢	受診困難感あり		受診困難感なし		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
身長測定		n=265		n=88			
		n=258		n=84			
	毎回できる	233	90.3	81	96.4	4.98	0.173
	場合によりできる	23	8.9	2	2.4		
試みたができない	1	0.4	0	99.6			
難しいので受けない	1	0.4	1	1.2			
体重測定		n=261		n=86			
	毎回できる	238	91.2	82	95.3	1.82	0.612
	場合によりできる	21	8.0	4	4.7		
	試みたができない	1	0.4	0	0.0		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
体温測定		n=261		n=83			
	毎回できる	245	93.8	80	96.4	1.07	0.785
	場合によりできる	14	5.4	3	3.6		
	試みたができない	1	0.4	0	0.0		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
血圧測定		n=250		n=84			
	毎回できる	217	86.8	81	96.4	6.28	0.099
	場合によりできる	28	11.2	3	3.6		
	試みたができない	4	1.6	0	0.0		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
尿検査		n=258		n=85			
	毎回できる	200	77.5	79	92.9	10.17	0.017
	場合によりできる	55	21.3	6	7.1		
	試みたができない	2	0.8	0	0.0		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
心電図検査		n=231		n=78			
	毎回できる	145	62.8	70	89.7	20.28	<0.001
	場合によりできる	68	29.4	7	9.0		
	試みたができない	5	2.2	0	0.0		
難しいので受けない	13	5.6	1	1.3			
採血検査		n=258		n=85			
	毎回できる	182	70.5	78	91.8	15.90	0.001
	場合によりできる	71	27.5	7	8.2		
	試みたができない	3	1.2	0	0.0		
難しいので受けない	2	0.8	0	0.0			
注射		n=253		n=82			
	毎回できる	174	68.8	78	95.1	23.15	<0.001
	場合によりできる	73	28.8	4	4.9		
	試みたができない	2	0.8	0	0.0		
難しいので受けない	4	1.6	0	0.0			
点滴		n=203		n=68			
	毎回できる	105	51.7	60	88.2	28.72	<0.001
	場合によりできる	78	38.4	7	10.3		
	試みたができない	5	2.5	0	0.0		
受けさせてもらえなかった	1	0.5	0	0.0			
CT		n=163		n=58			
	毎回できる	64	39.3	48	79.3	28.21	<0.001
	場合によりできる	60	36.7	4	10.3		
	試みたができない	12	7.4	3	5.2		
難しいので受けない	27	16.6	3	5.2			
MRI		n=136		n=51			
	毎回できる	48	35.3	38	74.5	25.11	<0.001
	場合によりできる	45	33.1	6	66.9		
	試みたができない	10	7.4	4	7.8		
難しいので受けない	33	24.3	3	5.9			

表 25. 受診困難感と検査の可否との関連② (χ^2 検定)

項目	選択肢	受診困難感あり		受診困難感なし		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
エコー検査		n=124		n=47		18.56	<0.001
	毎回できる	58	46.8	39	83.0		
	場合によりできる	34	27.4	4	8.5		
	試みたができない	5	4.0	0	0.0		
	難しいので受けない	27	21.8	4	8.5		
胃カメラ検査		n=85		n=28		19.24	0.001
	毎回できる	7	8.2	12	42.9		
	場合によりできる	12	14.1	4	14.2		
	試みたができない	3	3.5	0	0.0		
	受けさせてもらえなかった 難しいので受けない	1 62	1.2 73.0	0 12	0.0 42.9		
大腸内視鏡		n=84		n=23		14.97	0.002
	毎回できる	9	10.7	10	43.5		
	場合によりできる	11	13.1	4	17.4		
	試みたができない	2	2.4	0	0.0		
	難しいので受けない	62	73.8	9	39.1		
消毒		n=245		n=76		17.17	0.001
	毎回できる	172	70.3	71	93.4		
	場合によりできる	66	26.9	5	6.6		
	試みたができない	2	0.8	0	0.0		
	難しいので受けない	5	2.0	0	0.0		
ガーゼ交換		n=228		n=77		35.64	0.002
	毎回できる	165	72.4	72	93.5		
	場合によりできる	53	23.2	5	6.5		
	試みたができない	5	2.2	0	0.0		
	難しいので受けない	5	2.2	0	0.0		
包帯交換		n=229		n=75		14.95	0.002
	毎回できる	165	72.1	70	93.3		
	場合によりできる	53	23.1	5	6.7		
	試みたができない	5	2.2	0	0.0		
	難しいので受けない	6	2.6	0	0.0		
ギブス固定		n=87		n=35		16.60	0.001
	毎回できる	43	49.4	31	88.6		
	場合によりできる	32	36.8	2	5.7		
	試みたができない	2	2.3	0	0.0		
	難しいので受けない	10	11.5	2	5.7		
視力検査		n=228		n=79		35.64	<0.001
	毎回できる	91	39.9	60	75.9		
	場合によりできる	58	25.4	10	12.7		
	試みたができない	35	15.4	2	2.5		
	受けさせてもらえなかった 難しいので受けない	0 44	0.0 19.3	1 6	1.3 7.6		
眼圧検査		n=148		n=44		19.77	<0.001
	毎回できる	55	37.2	33	75.0		
	場合によりできる	30	20.3	4	9.1		
	試みたができない	15	10.1	1	2.3		
	難しいので受けない	48	32.4	6	13.6		
聴力検査		n=194		n=63		37.64	<0.001
	毎回できる	74	38.1	52	82.6		
	場合によりできる	44	22.7	4	6.3		
	試みたができない	30	15.5	3	3.2		
	難しいので受けない	46	23.7	5	7.9		
歯をけずる		n=219		n=74		32.14	<0.001
	毎回できる	105	47.9	63	85.1		
	場合によりできる	83	37.9	10	13.5		
	試みたができない	12	5.5	0	0.0		
	受けさせてもらえなかった 難しいので受けない	2 17	0.9 7.8	0 1	0.0 1.4		

受診困難感と受診準備との χ^2 検定（表 26）では、自宅での受診準備の有無と、繰り返しの説明を選択した場合に有意差があった。受診困難感があると回答した場合、自宅での受診準備を特にしていない割合が高く、繰り返しの説明では実施している割合が高かった。医療機関を選択する優先度との χ^2 検定（表 26）では受付スタッフの対応を選択した場合に有意差があり、受診困難感があると回答した場合、受付スタッフを選択しない割合が高くなっていた。

表 26. 受診困難感と受診準備・医療機関選択の優先度等との関連（ χ^2 検定）

項目	選択肢	受診困難感あり		受診困難感なし		χ^2 値	p値
		人数 n=265	%	人数 n=88	%		
サポート手帳の活用	あり	21	8.1	9	10.7	0.54	0.463
	なし	238	91.9	75	89.3		
自宅での受診準備	何かしている	67	25.5	34	40.0	6.58	0.010
	特にしていない	196	74.5	51	60.0		
自宅での受診準備:事前の予行練習	該当	15	5.7	1	1.2	3.00	0.083 ^{a)}
	非該当	248	94.3	84	98.8		
自宅での受診準備:受診流れを説明	該当	77	29.3	17	20.0	2.81	0.094
	非該当	186	70.7	68	80.0		
自宅での受診準備:受診理由を説明	該当	96	36.5	32	37.6	0.04	0.849
	非該当	167	63.5	53	62.4		
自宅での受診準備:受診病院を説明	該当	71	27.0	26	30.6	0.41	0.521
	非該当	192	73.0	59	69.4		
自宅での受診準備:受診内容を説明	該当	92	35.0	24	28.2	1.32	0.251
	非該当	171	65.0	61	71.8		
自宅での受診準備:繰り返し説明	該当	58	22.1	3	3.5	15.25	<0.001 ^{a)}
	非該当	205	77.9	82	96.5		
医療機関の優先度:駐車場の広さ	選択	10	4.1	1	1.3	1.43	0.307 ^{a)}
	非選択	236	95.9	78	98.7		
医療機関の優先度:病院の規模	選択	6	2.4	4	5.1	1.38	0.264 ^{a)}
	非選択	240	97.6	75	94.9		
医療機関の優先度:周囲の評判	選択	22	8.9	7	8.9	0.00	0.982
	非選択	224	91.1	72	91.1		
医療機関の優先度:病院へのアクセス	選択	61	24.8	21	26.6	0.10	0.751
	非選択	185	75.2	58	73.4		
医療機関の優先度:病院待合室	選択	6	2.4	1	1.3	0.39	0.461 ^{a)}
	非選択	240	97.6	78	98.7		
医療機関の優先度:医師の対応	選択	147	59.8	41	51.9	1.51	0.219
	非選択	99	40.2	38	48.1		
医療機関の優先度:看護スタッフの対応	選択	100	40.7	24	30.4	2.67	0.102
	非選択	146	59.3	55	69.6		
医療機関の優先度:受付スタッフの対応	選択	16	6.5	11	13.9	4.32	0.038
	非選択	230	93.5	68	86.1		
医療機関の優先度:受け入れがよい	選択	59	24.0	12	15.2	2.71	0.100
	非選択	187	76.0	67	84.8		

a) Fisherの直接確率法

受診困難感とサービスや支援の満足度との χ^2 検定（表 27）では、現在の医療費制度や福祉サービスに対する満足感に関して有意差はなかった。しかし、医療機関の予約や移動介助、医療機関での付添い、薬の受け取り、家事援助といったサービスの希望の有無に関する項目ではすべて有意差があり、受診困難感があると回答している場合、いずれもサービスを希望している割合が高くなっていた。

受診困難感と待ち時間対策との χ^2 検定（表 27）でも有意差があり、受診困難感があると回答している場合、待ち時間対策のグッズがある割合が高かった。受診困難感と待ち時間対策の希望との χ^2 検定では、外や別室での待機ができる場合、医療機関にテレビがあるを選択している場合に有意差があった。受診困難感があると回答している場合、外や別室での待機を希望する割合が高く、医療機関にテレビの設置を希望する割合が低くなっていた。

受診困難感と知的障害者に関する理解の希望との χ^2 検定（表 27）では、知的障害者の対応方法の項目に関し、有意差があった。受診困難感があると回答している場合、理解を希望する割合が高かった。

表 27. 受診困難感とサービスや支援の満足度・待ち時間の対策等との関連 (χ^2 検定)

項目	選択肢	受診困難感あり		受診困難感なし		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
医療費制度		n=265		n=88			
		n=254		n=84			
	満足	197	77.6	66	78.6	0.04	0.847
	満足していない	57	22.4	18	21.4		
福祉サービス		n=217		n=71			
	満足	132	60.8	48	67.6	1.05	0.306
満足していない	85	39.2	23	32.4			
移動介助サービス		n=247		n=79			
	希望する	168	68.0	35	44.3	14.32	<0.001
希望しない	79	32.0	44	55.7			
病院予約サービス		n=251		n=82			
	希望する	184	73.3	43	52.4	12.40	<0.001
希望しない	67	26.7	39	47.6			
病院付き添いサービス		n=238		n=68			
	希望する	188	79.0	37	54.4	16.42	<0.001
希望しない	50	21.0	31	45.6			
薬受け取りサービス		n=234		n=69			
	希望する	165	70.5	35	50.7	9.30	0.002
希望しない	69	29.5	34	49.3			
家事援助サービス		n=217		n=66			
	希望する	94	43.3	18	27.3	5.45	0.020
希望しない	123	56.7	48	72.7			
待ち時間対策のグッズ		n=248		n=77			
	あり	161	64.9	34	44.2	10.56	0.001
なし	87	35.1	43	55.8			
待ち時間対策グッズ: DVD		n=159		n=34			
	該当	72	45.3	15	44.1	0.02	0.901
非該当	87	54.7	19	55.9			
待ち時間対策グッズ: パソコン		n=159		n=34			
	該当	24	15.1	6	17.6	0.14	0.709
非該当	135	84.9	28	82.4			
待ち時間対策グッズ: 携帯		n=159		n=34			
	該当	32	20.1	5	14.7	0.53	0.466
非該当	127	79.9	29	85.3			
待ち時間対策のグッズが本		n=159		n=34			
	該当	72	45.3	14	41.2	0.19	0.662
非該当	87	54.7	20	58.8			
待ち時間対策: 受付の予約が可		n=255		n=76			
	希望する	203	79.6	65	85.5	1.33	0.249
希望しない	52	20.4	11	14.5			
待ち時間対策: 外での待機が可		n=255		n=76			
	希望する	63	24.7	6	7.9	10.03	<0.001
希望しない	192	75.3	70	92.1			
待ち時間対策: 別室での待機が可		n=255		n=76			
	希望する	133	52.2	13	17.1	29.18	<0.001
希望しない	122	47.8	63	82.9			
待ち時間対策: 医療機関に遊ぶスペースがある		n=255		n=76			
	希望する	11	4.3	4	5.3	0.12	0.727 ^{a)}
希望しない	244	95.7	72	94.7			
待ち時間対策: 医療機関にテレビがある		n=255		n=76			
	希望する	45	17.6	25	32.9	8.16	0.004
希望しない	210	82.4	51	67.1			
待ち時間対策: 医療機関に本がある		n=255		n=76			
	希望する	41	16.1	12	15.8	0.00	0.952
希望しない	214	83.9	64	84.2			
知的障害者の特徴		n=258		n=79			
	理解を希望	257	99.6	77	97.5	3.15	0.138 ^{a)}
希望しない	1	0.4	2	2.5			
知的障害者の対応方法		n=260		n=80			
	理解を希望	259	99.6	77	96.2	5.96	0.042 ^{a)}
希望しない	1	0.4	3	3.8			
配慮・支援の必要性		n=256		n=78			
	理解を希望	253	98.8	74	94.9	4.56	0.054 ^{a)}
希望しない	3	1.2	4	5.1			
負担が大きいこと		n=249		n=74			
	理解を希望	233	93.6	65	87.8	2.63	0.105
希望しない	16	6.4	9	12.2			

a) Fisherの直接確率法

5. 知的障害の程度と各質問項目との関連

次に知的障害の程度との各質問項目との関連について調べた。療育手帳の種類（A または B の 2 項目）と保護者の属性、受診困難感、知的障害者の属性、受診状況、検査の可否、サービスや支援の希望、待ち時間対策の項目について χ^2 検定を行った。（ $p < 0.05$ 表 28～34）

知的障害の程度と保護者の属性との χ^2 検定（表 28）では有意な関連は認められなかったが、受診困難感では有意な関連があった。受診困難感の有無では療育手帳 A 所持者では受診困難感があるという回答が多かった。受診困難感を非常にある、時々ある、少しある、あまりない、ほとんどない、全くないの 6 段階でみた場合は療育手帳 A 所持者が非常にあるという回答が最も多く、療育手帳 B 所持者では時々あるという回答が最も多かった。

表 28. 知的障害の程度と保護者の属性・受診困難感との関連

項目	選択肢	療育手帳A		療育手帳B		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
知的障害者との同居	あり	195	72.8	72	80.9	2.35	0.126
	なし	73	27.2	17	19.1		
サポート者の存在	あり	229	88.1	78	89.7	0.16	0.690
	なし	31	11.9	9	10.3		
サポート者：配偶者	選択	159	69.4	49	62.8	1.16	0.281
	非選択	70	30.6	29	37.2		
サポート者：介護者の両親	選択	27	11.8	9	11.5	0.00	0.952
	非選択	202	88.2	69	88.5		
サポート者：親戚	選択	21	9.2	8	10.3	0.08	0.777
	非選択	208	90.8	70	89.7		
サポート者：友人	選択	18	7.9	9	11.5	0.98	0.322
	非選択	211	92.1	69	88.5		
サポート者：近所の人	選択	2	0.9	1	1.3	0.10	0.586 ^{a)}
	非選択	227	99.1	77	98.7		
サポート者：知人	選択	6	2.6	2	2.6	0.00	0.669 ^{a)}
	非選択	223	97.4	76	97.4		
サポート者：介護スタッフ	選択	91	39.7	28	35.9	0.36	0.548
	非選択	138	60.3	50	64.1		
受診困難感 (2段階)	あり	209	79.2	50	61.0	11.00	0.001
	なし	55	20.8	32	39.0		
受診困難感 (6段階)	非常にある	92	34.8	7	8.5	25.83	<0.001
	時々ある	69	26.1	26	31.7		
	少しある	48	18.2	17	20.7		
	あまりない	29	11.0	17	20.7		
	ほとんどない	15	5.7	6	7.3		
	全くない	11	4.2	9	11.1		

a) Fisherの直接確率法

知的障害の程度と知的障害者の属性との χ^2 検定（表 29）において、主な介護者や年齢区分では有意差はなかった。身体障害者手帳については、有意差があり、療育手帳 A 所持者が取得している割合が高かった。精神保健福祉手帳では、療育手帳 B 所持者が取得している割合が高かった。日中の過ごし方でも有意差があり、療育手帳 A 所持者では通所施設が半数以上を占めるほか、入所施設を利用しているのは 2 割弱であった。療育手帳 B 所持者では、通所施設が 4 割、職場を含むその他と回答した方が 3 割弱であった。知的障害者の併発疾患または原因疾患では、療育手帳 A の所持者の場合、自閉症とダウン症とで約 6 割を占め、脳性麻痺が 1 割程度、療育手帳 B 所持者では、自閉症とダウン症とで約 4 割、脳性麻痺は 1%程度、その他が過半数以上と有意差があった。

表 29. 知的障害者の程度と知的障害者の属性との関連

項目	選択肢	療育手帳A		療育手帳B		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
主な介護者		n=268		n=89			
		n=251		n=86			
	父	17	6.3	3	3.4	3.37	0.339
	母	207	77.2	74	83.1		
	祖母	6	2.2	0	0.0		
その他	38	14.3	12	13.5			
年齢区分 ※		n=266		n=89			
	10代以下	22	8.3	9	10.1	2.38	0.668
	20代	103	38.7	29	32.6		
	30代	68	25.5	29	32.6		
	40代	55	20.7	16	18.0		
50代以上	18	6.8	6	6.7			
身体障害者手帳 ※		n=266		n=89			
	所持	57	21.4	5	5.6	11.57	0.001
	所持していない	209	78.6	84	94.4		
身体障害者手帳等級 ※		n=51		n=4			
	1級	19	35.2	0	0.0	13.34	0.038
	2級	13	24.0	0	0.0		
	3級	6	11.0	0	0.0		
	4級	5	9.3	3	60.0		
	5級	5	9.3	1	20.0		
	6級	5	9.3	1	20.0		
	7級	1	1.9	0	0.0		
精神保健福祉手帳		n=268		n=89			
	所持	4	1.5	8	9.0	11.62	<0.002 ^{a)}
	所持していない	264	98.5	81	91.0		
精神保健福祉手帳等級		n=4		n=8			
	1級	4	100.0	3	37.5	4.29	0.071 ^{a)}
	2級	0	0.0	5	62.5		
日中の過ごし方		n=205		n=69			
	自宅	4	2.0	1	1.4	53.99	<0.001
	入所施設	33	16.1	2	2.9		
	通所施設	114	55.6	28	40.7		
	作業所	41	20.0	19	27.5		
	学校	6	2.9	0	0.0		
	病院	3	1.4	0	0.0		
その他	4	2.0	19	27.5			
併発疾患または原因疾患		n=259		n=82			
	自閉症	113	43.6	30	36.6	16.72	0.002
	ダウン症	37	14.3	6	7.3		
	脳性麻痺	24	9.3	5	2.4		
	髄膜炎	4	1.5	0	0.0		
	その他	81	31.3	44	53.7		

a) Fisherの直接確率法

知的障害の程度と受診状況等との χ^2 検定（表 30）では、かかりつけ医の有無、定期受診の有無、定期受診の診療科では有意差はなかった。受診経験のある診療科では、内科で有意差があり、療育手帳 A 所持者で受診経験がある割合が高かった。

表 30. 知的障害者の程度と受診状況等との関連

項目	選択肢	療育手帳A		療育手帳B		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
かかりつけ医		n=268		n=89			
		n=264		n=86			
	あり	237	89.8	71	82.6	3.20	0.074
	なし	27	10.2	15	17.4		
定期受診		n=266		n=89			
	している	205	68.5	61	77.1	2.58	0.108
定期受診：内科	していない	61	31.5	28	22.9		
	定期受診：外科		n=202		n=60		
該当		69	34.2	18	30.0	0.36	0.548
定期受診：整形外科	非該当	133	65.8	42	70.0		
	定期受診：眼科		n=202		n=60		
該当		9	4.5	0	0.0	2.77	0.124 ^{a)}
定期受診：耳鼻科	非該当	193	95.5	60	100.0		
	定期受診：皮膚科		n=202		n=60		
該当		9	4.5	3	5.0	0.03	0.545 ^{a)}
定期受診：精神科	非該当	193	95.5	67	95.0		
	定期受診：心療内科		n=202		n=60		
該当		19	9.4	8	13.3	0.77	0.380
定期受診：歯科	非該当	183	90.6	52	86.7		
	受診経験：内科		n=202		n=60		
該当		21	10.4	6	10.0	0.01	0.928
受診経験：外科	非該当	182	89.6	54	90.0		
	受診経験：整形外科		n=202		n=60		
該当		26	12.9	9	15.0	0.18	0.670
受診経験：眼科	非該当	176	87.1	51	85.0		
	受診経験：耳鼻科		n=202		n=60		
該当		72	35.6	20	33.3	0.11	0.742
受診経験：皮膚科	非該当	130	64.4	40	66.7		
	受診経験：精神科		n=202		n=60		
該当		16	7.9	8	13.3	1.63	0.202
受診経験：心療内科	非該当	186	92.1	52	86.7		
	受診経験：歯科		n=202		n=60		
該当		75	37.1	23	38.3	0.03	0.866
受診経験：内科	非該当	127	62.9	37	61.7		
	受診経験：外科		n=265		n=89		
該当		250	94.3	76	85.4	7.32	0.007
受診経験：整形外科	非該当	15	5.7	13	14.6		
	受診経験：眼科		n=265		n=89		
該当		116	43.8	36	40.4	0.30	0.584
受診経験：耳鼻科	非該当	149	56.2	53	59.6		
	受診経験：皮膚科		n=265		n=89		
該当		129	48.7	44	49.4	0.02	0.901
受診経験：精神科	非該当	136	51.3	45	50.6		
	受診経験：心療内科		n=265		n=89		
該当		157	59.2	45	50.6	2.05	0.152
受診経験：歯科	非該当	108	40.8	44	49.4		
	受診経験：内科		n=265		n=89		
該当		178	67.2	51	57.3	2.84	0.092
受診経験：外科	非該当	87	32.8	38	42.7		
	受診経験：整形外科		n=265		n=89		
該当		172	64.9	54	60.7	0.517	0.472
受診経験：眼科	非該当	93	35.1	35	39.3		
	受診経験：耳鼻科		n=265		n=89		
該当		125	47.2	41	46.1	0.03	0.857
受診経験：皮膚科	非該当	140	52.8	48	53.9		
	受診経験：精神科		n=265		n=89		
該当		48	18.1	22	24.7	1.83	0.176
受診経験：心療内科	非該当	217	81.9	67	75.3		
	受診経験：歯科		n=265		n=89		
該当		232	87.5	80	89.9	0.35	0.555
受診経験：内科	非該当	33	12.5	9	10.1		

a) Fisherの直接確率法

知的障害の程度と検査の可否との χ^2 検定（表 31、32）では、22 項目中 12 項目で有意差があった。その 12 項目は、心電図検査、CT、MRI、エコー、胃カメラ、大腸内視鏡、ガーゼ交換、ギプス交換、視力検査、眼圧検査、聴力検査、歯をけずるであった。いずれも療育手帳 A 所持者は療育手帳 B 所持者よりも“できない”“難しいので受けない”割合が高くなっていた。

表 31. 知的障害者の程度と検査の可否との関連①

項目	選択肢	療育手帳A		療育手帳B		X ² 値	p値
		人数	%	人数	%		
身長測定		n=268		n=89			
		n=261		n=85			
	毎回できる	236	90.4	82	96.5	3.36	0.339
	場合によりできる	22	8.4	3	3.5		
試みたができない	1	0.4	0	0.0			
難しいので受けない	2	0.8	0	0.0			
体重測定		n=264		n=87			
	毎回できる	242	91.6	83	95.4	1.61	0.658
	場合によりできる	20	7.6	4	4.6		
	試みたができない	1	0.4	0	0.0		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
体温測定		n=261		n=86			
	毎回できる	247	94.6	82	95.3	0.66	0.882
	場合によりできる	12	4.6	4	4.7		
	試みたができない	1	0.4	0	0.0		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
血圧測定		n=253		n=83			
	毎回できる	221	87.3	79	95.2	4.52	0.211
	場合によりできる	28	11.1	3	3.6		
	試みたができない	3	1.2	1	1.2		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
尿検査		n=260		n=86			
	毎回できる	205	78.8	77	89.5	5.23	0.156
	場合によりできる	52	20.0	9	10.5		
	試みたができない	2	0.8	0	0.0		
難しいので受けない	1	0.4	0	0.0			
心電図検査		n=230		n=80			
	毎回できる	146	63.5	69	86.3	16.26	0.001
	場合によりできる	64	27.8	11	13.7		
	試みたができない	5	2.2	0	0.0		
難しいので受けない	15	6.5	0	0.0			
採血検査		n=262		n=83			
	毎回できる	191	72.9	69	83.1	4.34	0.227
	場合によりできる	66	25.2	14	16.9		
	試みたができない	3	1.1	0	0.0		
難しいので受けない	2	0.8	0	0.0			
注射		n=252		n=86			
	毎回できる	185	73.4	68	79.1	2.62	0.455
	場合によりできる	61	24.2	18	20.9		
	試みたができない	2	0.8	0	0.0		
難しいので受けない	4	1.6	0	0.0			
点滴		n=205		n=67			
	毎回できる	116	56.6	49	73.1	8.35	0.079
	場合によりできる	67	32.7	17	25.4		
	試みたができない	5	2.4	0	0.0		
受けさせてもらえなかった	2	1.0	0	0.0			
CT		n=165		n=56			
	毎回できる	71	43.0	39	69.6	14.11	0.003
	場合によりできる	51	30.9	13	23.2		
	試みたができない	13	7.9	2	3.6		
難しいので受けない	30	18.2	2	3.6			
MRI		n=140		n=48			
	毎回できる	52	37.1	34	70.8	18.70	<0.001
	場合によりできる	41	29.3	9	18.7		
	試みたができない	11	7.9	3	6.3		
難しいので受けない	36	25.7	2	4.2			

表 32. 知的障害者の程度と検査の可否との関連②

項目	選択肢	療育手帳A		療育手帳B		X ² 値	p値
		人数	%	人数	%		
エコー検査		n=129		n=43			
	毎回できる	66	51.2	31	72.0	10.57	0.014
	場合によりできる	27	20.9	10	23.3		
	試みたができない	5	3.9	0	0.0		
難しいので受けない	31	24.0	2	4.7			
胃カメラ検査		n=94		n=20			
	毎回できる	11	11.7	9	45.0	16.10	0.003
	場合によりできる	10	10.6	4	20.0		
	試みたができない	3	3.2	0	0.0		
	受けさせてもらえなかった	1	1.1	0	0.0		
難しいので受けない	69	73.4	7	35.0			
大腸内視鏡		n=85		n=22			
	毎回できる	10	11.8	9	40.9	19.47	<0.001
	場合によりできる	7	8.2	6	27.3		
	試みたができない	2	2.4	0	0.0		
難しいので受けない	66	77.6	7	31.8			
消毒		n=242		n=81			
	毎回できる	175	72.3	70	86.4	7.41	0.060
	場合によりできる	60	24.8	11	13.6		
	試みたができない	2	0.8	0	0.0		
難しいので受けない	5	2.1	0	0.0			
ガーゼ交換		n=231		n=77			
	毎回できる	171	74.0	69	89.6	9.02	0.029
	場合によりできる	50	21.6	8	10.4		
	試みたができない	5	2.2	0	0.0		
難しいので受けない	5	2.2	0	0.0			
包帯交換		n=232		n=74			
	毎回できる	173	74.6	64	86.5	6.06	0.109
	場合によりできる	48	20.6	10	13.5		
	試みたができない	5	2.2	0	0.0		
難しいので受けない	6	2.6	0	0.0			
ギブス固定		n=89		n=32			
	毎回できる	47	52.8	26	81.3	8.31	0.040
	場合によりできる	29	32.6	5	15.6		
	試みたができない	2	2.2	0	0.0		
難しいので受けない	11	12.4	1	3.1			
視力検査		n=227		n=82			
	毎回できる	87	38.4	67	40.9	49.83	<0.001
	場合によりできる	55	24.2	12	17.8		
	試みたができない	36	15.9	0	9.5		
	受けさせてもらえなかった	1	0.4	0	0.3		
難しいので受けない	48	21.1	3	13.5			
眼圧検査		n=142		n=48			
	毎回できる	51	35.9	37	77.1	29.50	<0.001
	場合によりできる	24	16.9	8	16.6		
	試みたができない	14	9.9	1	2.1		
難しいので受けない	53	37.3	2	4.2			
聴力検査		n=189		n=70			
	毎回できる	72	38.1	56	80.0	43.77	<0.001
	場合によりできる	36	19.0	12	17.2		
	試みたができない	30	15.9	1	1.4		
難しいので受けない	61	27.0	1	1.4			
歯をけずる		n=221		n=75			
	毎回できる	116	52.5	54	72.0	19.31	0.001
	場合によりできる	77	34.8	16	21.3		
	試みたができない	9	4.1	3	4.0		
	受けさせてもらえなかった	0	0.0	2	2.7		
難しいので受けない	19	8.6	0	0.0			

知的障害の程度と受診準備との χ^2 検定（表 33）では、受診理由を説明と受診内容の説明で有意差があった。いずれも療育手帳 A 所持者では該当しない割合が高かった。知的障害の程度と医療機関の優先度との χ^2 検定（表 33）では病院へのアクセスで有意差があり、療育手帳 A 所持では選択しないと回答した割合が高かった。

表 33. 知的障害者の程度と受診準備・医療機関の優先度との関連

項目	選択肢	療育手帳A		療育手帳B		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
サポート手帳の活用		n=256		n=87		1.10	0.293
	あり	24	9.4	5	5.7		
	なし	232	90.6	82	94.3		
自宅での受診準備		n=261		n=83		0.65	0.422
	何かしている	78	29.9	21	25.3		
	特にしていない	183	70.1	62	74.7		
自宅での受診準備:事前の予行練習		n=261		n=83		2.61	0.087 ^{a)}
	該当	14	5.4	1	1.2		
	非該当	247	94.6	82	98.8		
自宅での受診準備:受診流れを説明		n=261		n=83		2.73	0.099
	該当	64	24.5	28	33.7		
	非該当	197	75.5	55	66.3		
自宅での受診準備:受診理由を説明		n=261		n=83		16.64	<0.001
	該当	80	30.7	46	55.4		
	非該当	181	69.3	37	44.6		
自宅での受診準備:受診病院を説明		n=261		n=83		5.18	0.023
	該当	64	24.5	31	37.3		
	非該当	197	75.5	52	62.7		
自宅での受診準備:受診内容を説明		n=261		n=83		9.47	0.002
	該当	75	28.7	39	47.0		
	非該当	186	71.3	44	53.0		
自宅での受診準備:繰り返し説明		n=261		n=83		1.81	0.179
	該当	48	18.4	10	12.0		
	非該当	213	81.6	73	88.0		
医療機関の優先度:駐車場の広さ		n=243		n=79		3.70	0.043 ^{a)}
	選択	11	4.5	0	0.0		
	非選択	232	95.5	79	100.0		
医療機関の優先度:病院の規模		n=243		n=79		7.01	0.016 ^{a)}
	選択	4	1.6	6	7.6		
	非選択	239	98.4	73	92.4		
医療機関の優先度:周囲の評判		n=243		n=79		0.27	0.603
	選択	20	8.2	8	10.1		
	非選択	223	91.8	71	89.9		
医療機関の優先度:病院へのアクセス		n=243		n=79		14.66	<0.001
	選択	49	20.2	33	41.8		
	非選択	194	79.8	46	58.2		
医療機関の優先度:病院待合室		n=243		n=79		1.30	0.232 ^{a)}
	選択	4	1.6	3	3.8		
	非選択	239	98.4	76	96.2		
医療機関の優先度:医師の対応		n=243		n=79		0.03	0.873
	選択	139	57.2	46	58.2		
	非選択	104	42.8	33	41.8		
医療機関の優先度:看護スタッフの対応		n=243		n=79		0.20	0.652
	選択	93	38.3	28	35.4		
	非選択	150	61.7	51	64.6		
医療機関の優先度:受付スタッフの対応		n=243		n=79		0.59	0.441
	選択	18	7.4	8	10.1		
	非選択	225	92.6	71	89.9		
医療機関の優先度:受け入れがよい		n=243		n=79		0.37	0.543
	選択	54	22.2	15	19.0		
	非選択	189	77.8	64	81.0		

a) Fisherの直接確率法

知的障害の程度とサービスとの χ^2 検定（表 34）では医療費について有意差があった。療育手帳 A 所持者では満足していると回答した割合が高かった。知的障害の程度と待ち時間対策等との χ^2 検定（表 34）では、別室の待機の項目で有意差があった。療育手帳 A 所持者で希望するという回答が高かった。

表 34. 知的障害者の程度とサービス・待ち時間対策等との関連

項目	選択肢	療育手帳A		療育手帳B		χ^2 値	p値
		人数	%	人数	%		
医療費制度	満足	214	83.9	44	56.4	25.91	<0.001
	満足していない	41	16.1	34	43.6		
福祉サービス	満足	139	64.7	36	52.9	3.00	0.083
	満足していない	76	35.3	32	47.1		
移動介助サービス	希望する	153	62.2	48	60.8	0.05	0.819
	希望しない	93	37.8	31	39.2		
病院予約サービス	希望する	171	68.1	53	64.6	0.34	0.558
	希望しない	80	31.9	29	35.4		
病院付き添いサービス	希望する	173	75.2	49	69.0	1.08	0.299
	希望しない	57	24.8	22	31.0		
薬受け取りサービス	希望する	147	64.8	50	70.4	0.78	0.379
	希望しない	80	35.2	21	29.6		
家事援助サービス	希望する	80	38.5	31	44.3	0.74	0.389
	希望しない	128	61.5	39	55.7		
待ち時間対策のグッズ	あり	149	59.0	45	62.5	0.29	0.590
	なし	103	41.0	27	37.5		
待ち時間対策グッズ：DVD	該当	66	45.2	19	42.2	0.12	0.725
	非該当	80	54.8	26	57.8		
待ち時間対策グッズ：パソコン	該当	21	14.4	9	20.0	0.82	0.365
	非該当	125	85.6	36	80.0		
待ち時間対策グッズ：携帯	該当	27	18.5	11	24.4	0.76	0.382
	非該当	119	81.5	34	75.6		
待ち時間対策のグッズが本	該当	63	43.2	21	46.7	0.17	0.678
	非該当	83	56.8	24	53.3		
待ち時間対策：受付の予約が可	希望する	206	81.1	64	82.1	0.04	0.851
	希望しない	48	18.9	14	17.9		
待ち時間対策：外での待機が可	希望する	58	22.8	11	14.1	2.76	0.096
	希望しない	196	77.2	67	85.9		
待ち時間対策：別室での待機が可	希望する	122	48.0	27	34.6	4.34	0.037
	希望しない	132	52.0	51	65.4		
待ち時間対策：医療機関に遊ぶスペースがある	希望する	9	3.5	6	7.7	2.38	0.123
	希望しない	245	96.5	72	92.3		
待ち時間対策：医療機関にテレビがある	希望する	49	19.3	20	25.6	1.46	0.227
	希望しない	205	80.7	58	74.4		
待ち時間対策：医療機関に本がある	希望する	38	15.0	17	21.8	2.02	0.156
	希望しない	216	85.0	61	78.2		
知的障害者の特徴	理解を希望	257	99.2	78	98.7	0.17	0.551 ^{a)}
	希望しない	2	0.8	1	1.3		
知的障害者の対応方法	理解を希望	257	98.8	79	98.8	0.01	0.944 ^{a)}
	希望しない	3	1.2	1	1.2		
配慮・支援の必要性	理解を希望	252	98.4	77	96.3	1.43	0.218 ^{a)}
	希望しない	4	1.6	3	3.8		
負担が大きいこと	理解を希望	227	92.7	71	92.0	0.63	0.282 ^{a)}
	希望しない	18	7.3	8	8.0		

a) Fisherの直接確率法

IV 研究Ⅱの考察

1. 受診困難感に関連する要因

研究Ⅱにおいて、知的障害者の医療機関受診に際し、受診困難感があると回答した保護者の割合は75.0%であり、研究Ⅰと同様に知的障害者の受診では嫌な思いや辛い思いを感じている方が多いことがわかった。また研究Ⅱで明らかとなった受診困難感に関連する要因として、知的障害者や保護者の年齢の若さ、療育手帳Aの所持者、自閉症の方、サポート者として介護スタッフを選択している場合、身長・体重・体温・血圧測定以外の検査ができないこと、内科の受診経験があること、自宅での受診準備を特にしていないこと、自宅準備をしている場合繰り返しの説明をしていること、待ち時間対策として外での待機や別室での待機を希望すること、移動介助・医療機関の予約・医療機関での付き添い・薬の受け取りのサービスを希望すること、知的障害者の対応方法について理解を希望することが挙げられた。そのうち、研究Ⅰで受診困難を感じる理由として挙げられていたのは、自閉症の方、検査ができないこと、自宅準備をしている場合繰り返しの説明をしていること、待ち時間対策として外での待機や別室での待機を希望すること、移動介助・医療機関の予約・医療機関での付き添い・薬の受け取りのサービスを希望すること、知的障害者の理解を希望することであった。よって診察や検査ができないことに加え、自宅での準備や医療機関での待ち時間や、医療受診に関するサービスや対応が不十分であること、また自閉症といった疾患の特性が受診困難感に大きく影響していると考えられた。

また、研究Ⅱにより新たに明らかとなった関連要因には、知的障害者や保護者の年齢の若さ、療育手帳A所持者、内科の受診経験があること、自宅での受診準備を特にしていないことが挙げられる。療育手帳A所持者については、障害の重さが受診困難感に影響しているということであり、当然の結果であることが容易に判断されるが、年齢や受診経験等の関連性については、先行研究で述べられたものはなく、新たな知見を得ることができた。

2. 保護者が必要と考える支援について

受診困難感の有無（2段階）と各質問項目との χ^2 検定結果（表21～27）に基づく受診困難感に関連する要因を中心に、保護者が必要と考える支援について述べる。

受診困難感の有無に関し、受診困難感があると回答していた場合、保護者の年齢や知的障害者の年齢が若い割合が多かったことは、自由記述に「長年の通院で可能になった検査も多い」（表14）とあったように年齢を重ねるにつれて受診や検査が可能になる場合があることが影響していると考えられた。長年の通院で検査が可能となったという意見等（表14）からも、経験の積み重ねが受診困難感の緩和につながるということが考えられた。一方で受診困難感があると回答していた場合に、内科の受診経験がある割合が高くなっていた（表23）。これは、経験がうまく積み重ねられていない現状を示しており、受診することで辛い思いをしていることが考えられた。研究Ⅰでも知的障害者の保護者が受診困難感を感じるプロセスとして、辛い思いが積み重ねられていることが明らかとなった。よって医療機関を受診することで知的障害者や保護者が辛い思いをしている現状を医療機関は理解する必要があり、知的障害者の保護者はその思いを医療機関や社会に発

信することも必要である。

知的障害者の併発疾患または原因疾患に関し受診困難感があると回答した場合には自閉症の割合が高く、ダウン症の場合には割合が低かった（表 22）ことは、疾患の特性による影響が大きいと考える。自閉症の場合にはこだわりが強く、場所や人が変わると混乱しやすい⁴¹⁾が、ダウン症では社交的な性格特性を持つ⁵³⁾などの特徴である。知的障害者にとって他者や環境への適応力は受診困難感に関連することも考えられることから、環境適応についての視点が不可欠であり、特に医療機関に慣れるための支援が重要となると考えた。加えて、自閉症やダウン症以外にも希少な疾患（ロウ症候群、FG 症候群、ダンディウォーカー症候群、シルバーラッセル症候群など）が含まれていたことは、知的障害者の医療ニーズが複雑である⁵⁴⁾ことを表しており、保護者から挙げられたように、一人ひとり違うことについて医師や看護師、職員の理解を望むことや医療に携わる人には知的障害者の対応や特徴等勉強してほしい（表 19）というニーズにつながっていると考えられた。中でも受診困難があると回答していた場合に知的障害者の対応方法の理解を希望する割合が高かった（表 27）。研究 I においても、FGI の保護者から、「医療機関側からいろいろ質問してほしい」「配慮ある態度や声かけをしてほしい」（表 8）といった意見があった。よって、研究 I、II の両研究から知的障害者の保護者は、専門職はもとより医療機関に従事する職員に対し、積極的なコミュニケーションにより、個別的なニーズを理解し、柔軟な対応をとってほしいということ都希望していることが明らかとなった。

検査の可否については、身長・体重・体温・血圧測定は「毎回できる」が約 8～9 割、「場合によりできる」を含めれば大多数ができるという状況であったことは、侵襲が少なく、単純な動作で済むことから、知的障害者にとって抵抗が少ないことが理由の一つと考えられた。尿検査や採血、注射、傷の消毒などでは「場合によりできる」を含めれば約 9 割ができるという結果であった。身長や体重、血圧測定に比べると、痛みを伴うことがあるものの、短時間で終わるため、可能な検査になっていると考えられた。反対に、点滴や CT、MRI などでは可能な割合が減少するのは、長時間の検査や処置になることが影響していると考えられた。胃カメラ検査や大腸内視鏡検査では「機会がない」「難しいので受けない」という回答が 7 割以上を占めた。これらについては、検査時間に加え、事前の処置も必要であることから、受けることは難しいと判断していることが考えられた。自由記述でも「胃カメラ等が必要になったら不安」「MRI や大腸内視鏡はできないと感じている」（表 14）という意見があった。視力や聴力検査でも「難しいので受けない」という回答が約 15%あった。よって、前後の時間を含め、検査の時間をいかに短くできるかが知的障害者の受診には非常に重要であり、検査方法について、時間短縮を含めた実施についての改善点を医療機関が見つけていくことも求められる。

受診困難感の有無では 75.0%があるという結果であった。小澤⁴⁹⁾の研究では受診での困った経験の有無についてたずねており、67.3%が困った経験ありという回答であったことや小川⁵⁵⁾の研究では 74.2%が受診の際に困難さがあるという結果であったことと比較して、本研究も先行研究と同様に、受診困難感を感じている方が多いという現状は同様であった。そのため障害の程度で受診困難感を比較すると、療育手帳 A 所持者に受診困難感があると回答した割合が高かった

ことから、受診困難感は障害の重さに関連していることが考えられた。特に検査項目について、療育手帳 A 所持者では、視力検査、眼圧検査、聴力検査について難しいので受けないという割合が多くなっていった。知的障害者の健康診断に関する研究⁵⁶⁾においても、視力検査や聴力検査が受診困難な項目として挙げられており、視力検査であればランドルト環視力表での測定以外にも文字や絵での視力表や人形などを用いた視力検査などが選択できるといった多様な対応が多くの医療機関で実施可能なことが求められる。また、受診困難感の 6 段階での内訳でも、療育手帳 A 所持者では、受診困難感が非常に多いという回答が最も多く、受診困難感が全くないという回答が最も少なかったことから、療育手帳 B 所持者より療育手帳 A 所持者の方が必要な支援が多いことが推測され、受診困難感に影響を与えていると考えられた。しかし、療育手帳 B 所持者では、受診困難感が時々あると少しあるという回答が半数以上を占める一方で、負担がないやほとんどないという方が約 2 割あり、受診困難感についての多いという意見とないという意見が 2 極化していた。研究 I の FGI においても療育手帳 B 所持者は受診困難感がないといった意見は聞かれず、受診に対する困難を感じていた。ゆえに療育手帳 B 所持者については、年齢や併発疾患との関連性も考えられ、受診困難感の有無に加え、詳細についての更なる調査が必要である。

受診困難を感じる理由について、診察や検査の困難さだけでなく、待ち時間の長さや他の人と一緒に待合室で待つことが苦手なことが大きい⁴⁹⁾ことや、待ち時間を含めた知的障害者の行動の問題にある¹⁰⁾ことが挙げられているが、本研究でも「医療機関の受診中、知的障害者に「ずっとつきっきりである」(45.6%)、「診察や検査がうまくできない」(39.5%)「(介護者である)自分自身が疲れてしまう」(36.0%)「待ち時間が長い」(34.5%)「周囲の人の目」(30.5%)が多く挙げられ、本人も保護者も受診することによる疲弊があると推測された。また、受診困難があると回答している場合には待ち時間対策として外での待機や別室での待機を希望する割合が高く、自由記述では、医師や看護師、職員の理解を望むことや、待合室の一般の人にも理解してほしいという意見もあった(表 19)。研究 I においても待ち時間についての困難感が挙げられた。よって、前述の検査時間等を短縮すること以外にも、待ち時間を減らすことや待機できる場所の工夫などにより受診時の疲労感を減らすことは知的障害者や保護者の強いニーズであると考えられる。加えてそのためには医療機関や地域など周囲が理解を高められるよう自治体が支援することも不可欠である。

特別支援学校高等部の卒業生を対象に実施した大野らの研究¹⁰⁾では定期受診をしている割合が 47.8%、埼玉県手をつなぐ育成会の保護者を対象に実施した小澤の研究⁴⁹⁾では定期受診をしている割合が 65.0%であったが、本研究では定期受診をしていると回答した割合が 74.2%と先行研究より高かった。その要因として本研究では対象年齢の幅が広がったことが考えられた。受診頻度は月に 1 回以上で約 6 割を占めており、過半数以上が毎月何らかの受診をしている知的障害者が多い一方で、定期受診をしていない割合は 24.7%と約 4 人に 1 名、定期受診をしている場合でも年に 1 回程度が 7.4%という回答から、医療機関に行く機会が少ない方も多いことがわかった。定期受診している診療科としては、歯科 (37.1%)、精神科 (35.2%)、内科 (22.0%)、過去に受診経験のある診療科でも内科 (92.2%)、歯科 (88.3%)が多かったが、大野らの研究¹⁰⁾では定

期受診している診療科が多かった順に、内科（39.9%）、精神科（17.2%）、小児科（15.8%）、小澤⁴⁹⁾の研究では、内科（48.5%）、歯科（36.2%）、精神科（17.3%）であった。小川⁵⁵⁾の自閉症児・者に対する研究では受診経験のある割合は歯科（95.3%）、精神科（85.7%）、内科（82.3%）であった。これらより研究により若干の違いはあるものの、おおむね類似した傾向であることがわかった。糖尿病、高血圧や高脂血症、う歯などで受診することが多い⁴⁹⁾ことや、長期間の受診となる精神科の受診が多いことが影響していると考えられた。よって知的障害者にとって、身近な診療科は内科や歯科であると考えられ、まずは内科や歯科の受診が可能となるよう個別にも集団でも練習できるような場が必要である。知的障害者の程度でみると、療育手帳A所持者ではかかりつけ医がいる、内科の受診経験があると回答した割合が多かったことから、特に療育手帳B所持者のうち、医療機関に行く機会が少ない方に対し、受診に関するトレーニングを積み重ねていくことは有効と考える。例えば、家庭や保育所、学校や福祉施設など普段生活している場での事前練習や、医療機関での個別練習が全国で当然の取り組みとできれば、知的障害者にとって医療機関を受診することが生活の一部として身近なものにできることから、個々で選択可能な受診トレーニングや保護者が自宅でできる受診トレーニングへの助言などの受診トレーニングに関する医療機関からの支援体制が必要である。また、研究Iにおいても、知的障害者の保護者は学校での医療や受診に関する教育の実施を希望していた（表8）。低年齢から受診の練習を行い、医療機関の受診に慣れていくためには、医療機関だけではなく、教育現場についても理解と協力が不可欠であると考えられる。

在宅の知的障害者の主たる介護者は母親が94.4%¹³⁾という先行研究のデータと比較すると、研究IIにおいては、知的障害者の主たる介護者が母親という回答は78.8%であり、先行研究よりは低いものの、介護者の大部分は母親である点は先行研究と共通であった。父親や両親が介護者という回答を合わせると、知的障害者の介護者は両親が約9割という結果であり、知的障害者の保護者の多くは、知的障害者の兄弟姉妹達に介護を期待していない⁵⁷⁾ことについても同様であろうと考えられた。サポート者の存在については85.5%の方がいると回答している一方で、サポート者がいないという回答が11.5%であり、10人に1人はサポートを受けることなく、介護のすべてを自分だけで担っている可能性があると考えられた。自由記述でも母親の自分の方が安心する（表16）という意見があり、自分たちでできるうちは自分たちでみるという保護者の思いが強いことが推察された。一方で、知的障害者のほとんどが何らかの施設を利用しており、自宅のみで過ごしているという場合は約2%であった。自宅のみで過ごしていると回答した場合であってもヘルパー等を利用している場合もあると思われることから、全くサービスを利用していない知的障害者になると非常に少なく、サービスの利用に対する抵抗感は少ないことも考えられた。しかし、“現時点では自分ができるので必要ないが将来は必要になるだろう”という意見（表15）や“将来はどうなるか不安”（表15）といった意見があったように、先行研究⁵⁸⁾⁵⁹⁾同様に知的障害者の保護者にとって親亡き後の生活に対しては非常に不安を持っているが、自分たちがみることができる間は自分たちで頑張ろうという考え方が強いといえる。しかし、受診困難感があると回答している場合、移動介助、医療機関の予約、医療機関での付添い、薬の受け取り、家事援助のサ

ービスに関する全ての項目で希望する割合が高かった。医療機関の受診においても、“受診介助は自分たちでないと無理”や“ヘルパーでは無理であり、家族の同伴が必要”（表 16）という意見が保護者から聞かれていた。研究 I においても、サポート者やボランティア、相談できる機関の存在を希望しており（表 8）、保護者は自分たちが看ることが当然という強い思いがある一方で、周囲に援助を希望する気持ちもあることがわかった。よって自治体は保護者が少しずつでも安心して他者に任せることができるための医療福祉サービスの充実やシステムづくりに取り組むことが求められる。

さらに、医療費に関して、療育手帳 A 所持者の方は満足しているという割合が高く、保護者からも“療育手帳 B 所持者は医療費が 3 割負担のためとてもつらい”“障害のランクでなく、必要な人に必要な援助としてほしい”という意見が聞かれた。このことについても研究 I と同様であった（表 8）。療育手帳制度は都道府県・政令指定都市ごとに要綱などを制定して行われており、身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳と違って法令上に規定がない⁶⁰⁾ことから、手帳そのものや受けられるサービスを含め、自治体・地域によって違いや差が生じている可能性が高く、受けられる支援にも差が生じていると考えられる。よって、これらの違いを明らかにし、地域格差を解消していくことも今後必要である。以上より、知的障害者の医療機関受診において必要な支援をまとめると、以下の 6 点が挙げられた。

- ①知的障害者や保護者が医療機関の受診で辛い思いをしている現状を医療機関が理解するとともに、知的障害者の保護者がその思いを医療機関や社会に発信する機会を確保する支援
- ②知的障害者の保護者と積極的にコミュニケーションを図り、知的障害者の個別的なニーズの理解を深め、柔軟な対応を取れるための支援
- ③知的障害者や保護者のために診察や検査時間及び待ち時間を医療機関が短縮する支援
- ④知的障害者の受診トレーニングに関する医療機関からの支援
- ⑤医療機関や地域が知的障害者への理解を高めるための自治体の支援
- ⑥自治体による知的障害者の保護者が他者に知的障害者の世話を任せられるサービスの充実やシステムづくり

今後はこれらの視点を踏まえた具体的な内容について進めていく必要がある。自由記述で「以前はできたができなくなった」（表 14）という意見もあったように、一旦可能となったからといって継続的な実施が可能ではないことも知的障害者の受診支援に関して配慮すべき事項であり、長期的・段階的・継続的な支援は不可欠と考える。そのため、医療機関はもとより、都道府県や市町村、地域活動支援センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーションなど知的障害者の在宅生活を支える機関や職種が、医療機関の受診支援において、発揮できる役割を明確することも重要である。研究 I で明らかとなった【保護者・医療機関・社会のそれぞれができる取り組み】の充実について、研究 II でも同様に必要であることが示唆された。

V 研究Ⅱの限界と今後の課題

全国の知的障害者の保護者の実態調査を目的とした研究Ⅱであったが、すべての都道府県から回答を得られたわけではなく、地域ごとの特性をみることはできなかった。医療機関数や障害者医療の専門機関数などには地域差もあることから、今後はその地域性も踏まえた調査研究も求められる。また、本研究において受診困難感があると回答した割合は75.0%であり、普段受診困難感を強く感じることの多い方が回答いただいた可能性が高いことも考えられる。よって受診困難感があることに関してはおおむね結果に反映されていると考えるが、受診経験と疾患や障害の程度などの関連については明らかにできなかった。さらに受診困難感がないことについて疾患や受診準備の状況などとの関連を明らかにすることができなかったため、今後は受診困難感があるという方だけでなく、受診困難感がないという方についてもデータ数を増やし、受診困難感がない理由について明らかにすることも必要である。また、年齢や疾患、障害の程度などを特定せずに調査を実施したため、幅広く回答を得ることができたが、要因ごとに分析できる十分な回収数ではなかったため、それぞれのニーズや支援の違いを明確にすることができなかった。研究Ⅱの結果から知的障害者や保護者の年齢の若さやダウン症といったことが受診困難感の関連要因として明らかとなったことから、それらについて焦点化し、詳細の原因を追究していく研究も今後は必要である。加えて、質問紙の有効回収率は99.5%であったものの、検査の可否など未回答が多い項目もあったことや、ある地域で実施したFGIの結果をもとに質問紙を検討・作成したことから、質問紙の構成についても見直しが必要である。

そして、自由記述の中に、知的障害者から多くの意見をいただいたことから、これらについては、知的障害者の受診における理解を広めるための貴重な資源として活用していくことを検討したいと考える。

また、研究Ⅰ・Ⅱより【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】を充実する必要性が明らかとなったが、社会については、多くの関係機関や職種があり、求められる役割が異なることから、まずは地域の現状を把握することから調査していくことが必要である。

第4章 研究Ⅲ「知的障害者への医療機関受診支援対策の現状と課題 ～市障害(がい)者計画から～」

I 研究Ⅲの背景と目的

1. 研究Ⅲに至る背景

研究Ⅱでは受診困難感に関連する要因や保護者が必要としている支援内容が明らかとなり、受診困難感を緩和するためには研究Ⅰと同様に保護者・医療機関・社会それぞれができる取り組みを充実する必要があることが示唆された。よって研究Ⅰ・Ⅱにおいて知的障害者の保護者への受診ニーズはある程度把握できたが、それに対応する社会や医療機関の取り組み状況を把握し、今後の保護者への受診支援のあり方を検討する必要があると考えた。しかし医療機関の種類と数は膨大であることや、いくつかの先行研究で取り込まれ、知的障害者の受診支援として待ち時間の工夫や予約診療の必要性⁷⁾、障害特性や環境に配慮したバリアフリーの視点²⁹⁾などが明らかとなっていることから、本研究ではこれまでに調査が行われていない社会の取り組み状況について検討することとした。また、社会においては、多くの関係機関や職種が存在するが、まずは地域の知的障害者に対する医療支援の現状把握が必要であると考え、障害者に対する公的サービスの担い手である自治体への調査を実施することにした。そして、障害者に対する公的サービスは制度や諸計画に基づき実施されているが、中でも「障害(がい)者計画」は、平成16年6月の「障害者基本法」の改正により努力義務であった都道府県及び市町村の策定が都道府県については改正法の公布日から、市町村については平成19年4月から義務化されることになった⁶¹⁾。加えて、障害者が地域の中で共に暮らす社会を実現していくためには、障害者に適切なサービスを提供できる体制をつくる必要があり、地域の実情を踏まえ創意工夫した計画策定に積極的に主体的に取り組むことが期待されている⁶²⁾ことから障害(がい)者計画には自治体ごとの障害者支援の特性が反映されており、知的障害者に対する受診支援の現状も把握できるのではないかと考える。かつ、国の策定している「障害者基本計画」⁶³⁾には、障害者施策の基本的な方向性を示す分野として保健・医療の分野も含まれている。都道府県や市町村は、国の障害者計画を参考に障害者計画を策定していることから、都道府県や市町村の「障害(がい)者計画」においても、保健・医療に関する何らかの方向性は示されているものと考え、障害(がい)者計画の観点から調査を行うことにした。さらにノーマライゼーションの理念に少しでも近づいていくためには、住民に最も身近な行政主体である市町村の果たすべき役割は非常に大きいと考えられる⁶⁴⁾(小池, 1996)ことから、本研究では市を対象に調査を実施する。(町村については、無医地区や、人口が非常に少ない地域など、偏りが大きいことから、市のみを対象とした。)

2. 研究Ⅲの目的

研究Ⅲの目的は、知的障害者の医療支援対策における地域の現状や課題について市障害(がい)者計画から把握し、受診困難感を緩和するための保護者支援について検討することである。

II 研究Ⅲの方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた郵送調査による横断研究。

2. 対象者

全国の市役所障害福祉担当課 計 771 (※指定都市は市域を複数の行政区に分け区役所を設置し、一般の市とは異なる事務配分や行政組織を行っていることから対象外とした。)

3. 実施期間

平成 30 年 3～4 月

4. 方法

自記式質問紙(市町村名は記名、資料Ⅲ-4 参照)を用いた郵送調査による横断研究。

質問項目は①市障害者計画について(計画期間、保健医療に関する記載の有無とその内容、計画策定メンバー、ホームページでの公表、パブリックコメントの有無)②市の障害者医療支援について(障害者と知的障害者の医療支援対策について十分と感じているかとその理由)とした。

5. 分析

統計処理については統計分析ソフト SPSS Statistics Ver.24.0 (for Windows)を用いた記述量の算出、 χ^2 検定 ($p<0.05$)。記述内容の分析は質的内容分析。

6. 倫理的配慮

研究協力者には参加は自由であり、説明文書を熟読した上で、同意いただける場合には質問紙に回答し、同封の封筒での返送を依頼した。返送をもって同意とみなすこと、質問紙は記名していただくが、本研究のみで使用し、データ結果は市名が特定されないことについても説明した。また、倫理審査委員会で審査を受けた後に実施した。(承認番号 17-Ihh-67)

III 研究Ⅲの結果

1. 回収率

質問紙の回収数は 395、回収率 51.2%であった。回答のあった市の数などの詳細については表 35 に示した。全都道府県から回答があった。

表 35. 都道府県別回収率

地域	都道府県名	市数	市数合計	回収数	回収率	
北海道 東北	北海道	34	110	15	56	50.9
	青森	10		7		
	岩手	14		7		
	宮城	13		5		
	秋田	13		5		
	山形	13		8		
	福島	13		9		
関東	茨城	32	175	22	98	56.0
	栃木	14		11		
	群馬	12		6		
	埼玉	39		18		
	千葉	36		23		
	東京都	26		8		
	神奈川	16		10		
中部	山梨	13	160	7	82	51.3
	新潟	19		9		
	富山	10		2		
	石川	11		3		
	福井	9		4		
	長野	19		8		
	岐阜	21		13		
	静岡	21		14		
愛知	37	22				
近畿	三重	14	121	6	55	45.5
	滋賀	13		8		
	京都	14		6		
	大阪	31		13		
	兵庫	28		15		
	奈良	12		2		
	和歌山	9		5		
中国 四国	鳥取	4	90	3	39	43.3
	島根	8		3		
	岡山	14		7		
	広島	13		5		
	山口	13		7		
	徳島	8		2		
	香川	8		3		
	愛媛	11		6		
高知	11	3				
九州 沖縄	福岡	26	115	13	65	56.5
	佐賀	10		7		
	長崎	13		10		
	熊本	13		6		
	大分	14		6		
	宮崎	9		7		
	鹿児島	19		11		
沖縄	11	5				
合計		771		395		51.2

2. 障害（がい）者計画期間、計画内容

障害（がい）者計画期間の平均は5.79年（範囲2.0～12.0年 SD2.19）、各分野のうち、保健医療について明記していると回答した市の数は384（97.2%）であった。何らかの障害別に記載をしているという市は219（55.4%）であった。障害者別の記載の詳細は表36に示した。最も多かったのは精神障害で46.1%、最も少なかったのは知的障害で12.2%であった。その他としては、難病、小児、高次脳機能障害などが挙げられた。

表 36. 障害者別の記載

対象者の障害区別	該当数(%)
1 身体障害	82(20.8)
2 精神障害	182(46.1)
3 知的障害	48(12.2)
4 発達障害	80(20.3)
5 その他	82(20.8)
以下重複回答	
1～5いずれか記載	219(55.4)
1・2	69(17.5)
1～3	38(9.6)
1～4	28(7.1)
1～5全て	9(2.3)
1・2・4	37(9.4)
1・2・4・5	13(3.3)
1・2・5	22(5.6)
1・3	42(10.6)
1・3・4	30(7.6)
1・3・5	11(2.8)
1・4	43(10.9)
1・4・5	15(3.8)
1・5	26(6.6)
2・3	41(10.4)
2～4	30(7.6)
2～5	10(2.5)
2・3・5	11(2.8)
2・4	64(16.2)
2・4・5	26(6.6)
3・4	32(8.1)
3～5	11(2.8)
4・5	33(8.4)

策定メンバーに関して、当事者あるいは保護者・家族の参加についてたずねた。各障害別の一覧は表 37 に示す。最も多かったのは知的障害者の保護者・家族で 82.5%、最も少なかったのは発達障害者の当事者で 1.5%であった。当事者や保護者・家族をいずれの障害についてもメンバーにしていないという市は 4.8%であった。

表 37. 策定メンバーについて

策定メンバー	該当数(%)
身体障害者当事者	352(89.1)
身体障害者保護者・家族	116(29.4)
精神障害者当事者	41(10.4)
精神障害者保護者・家族	218(55.2)
知的障害者当事者	20(5.1)
知的障害者保護者・家族	326(82.5)
発達障害者当事者	6(1.5)
発達障害者保護者・家族	66(16.7)
上記いずれも記載なし	19(4.8)

3. ホームページでの公表、パブリックコメントについて

障害（がい）者計画をホームページで公表している市は 355（89.9%）であった。パブリックコメントを求めている市は 362（91.6%）であった。

4. 障害者への医療支援対策について

障害者全体としての医療支援対策に関して、6段階（大変十分と感じる、まあまあ十分と感じる、どちらかというところと十分であると感じる、どちらかというところと十分でないと感じる、あまり十分でないと感じる、全く十分でないと感じる）でたずねた結果を表 38 に示す。どちらかというところと十分であると感じるという回答（28.9%）が最も多く、全く十分でないと感じるという回答（0.5%）が最も少なかった。回答の判断ができないなどの理由で未記入の市は 27（6.8%）あった。

表 38. 障害者に対する医療支援対策について

障害者医療対策について	該当数(%)
大変十分	11(2.8)
まあまあ十分	92(23.3)
どちらかというところと十分	114(28.9)
どちらかというところと十分でない	108(27.3)
あまり十分でない	41(10.4)
全く十分でない	2(0.5)
未記入	27(6.8)
合計	395(100)

知的障害者に対する医療支援対策に関して、6段階（大変十分と感じる、まあまあ十分と感じる、どちらかというところと十分であると感じる、どちらかというところと十分でないと感じる、あまり十分でないと感じる、全く十分でないと感じる）でたずねた結果を表 39 に示す。どちらかというところと十分であるという回答（28.9%）が最も多く、全く十分でない（1.3%）が最も少なかった。回答の判断ができないなどの理由で未記入の市は 36（9.1%）あった。

表 39. 知的障害者に対する医療支援対策について

知的障害者医療対策について	該当数(%)
1 大変十分	11(2.8)
2 まあまあ十分	81(20.5)
3 どちらかというところと十分	114(28.9)
4 どちらかというところと十分でない	98(24.7)
5 あまり十分でない	50(12.7)
6 全く十分でない	5(1.3)
7 未記入	36(9.1)
合計	395(100)

また、知的障害者に対する医療支援対策に関して表 39 のように回答した理由について自由記述をしてもらった。自由記述欄に記入のあった市は 315（79.7%）であった。そこで知的障害者に対する医療支援対策についての回答 6 段階と回答理由の記述の有無とで χ^2 検定を行った。その結果について表 40 に示した。

知的障害者の医療支援について大変十分である、まあまあ十分である、どちらかというところと十分であるという回答を合わせると自由記載があった市の場合、54.6%であったのに対し、自由記載がなかった市では 77.3%であり、有意差があった。(p<0.05)

表 40. 知的障害者に対する医療支援対策の回答とその理由の記述の有無との χ^2 検定

知的障害者医療支援について	自由記載あり(%)	自由記載なし(%)	χ^2 値	p値
大変十分である	11(3.5)	0(0)	13.9*	0.016
まあまあ十分である	65(20.6)	16(36.4)		
どちらかというところと十分である	96(30.5)	18(40.9)		
どちらかというところと十分でない	94(29.8)	4(9.1)		
あまり十分でない	44(14.0)	6(13.6)		
全く十分でない	5(1.6)	0(0)		
合計	315(100)	44(100)		

※Pearsonの χ^2 検定

次に知的障害者に対する医療支援対策についての回答と、市障害（がい）者基本計画の策定メンバーとして知的障害者本人や知的障害者の家族の参加が含まれているかについて χ^2 検定を行った。知的障害者本人の参加の有無との結果を表 41、知的障害者家族の参加の有無との結果を表 42 に示した。策定メンバーに知的障害者本人や知的障害者の家族が参加している場合としていない場合で知的障害者の医療支援対策に関する回答に有意差はなかった。（ $p < 0.05$ ）

表 41. 知的障害者に対する医療支援対策の回答と策定メンバーとして知的障害者本人の参加の有無との χ^2 検定

知的障害者医療支援について	知的障害者本人参加あり(%)	知的障害者本人参加なし(%)	χ^2 値	p値
大変十分である	0(0)	11(3.2)	4.5	0.475
まあまあ十分である	2(11.8)	79(23.1)		
どちらかというところ十分である	4(23.5)	110(32.2)		
どちらかというところ十分でない	7(41.2)	91(26.6)		
あまり十分でない	4(23.5)	46(13.5)		
全く十分でない	0(0)	5(1.4)		
合計	17(100)	342(100)		

※Pearsonの χ^2 検定

表 42. 知的障害者に対する医療支援対策の回答と策定メンバーとして知的障害者家族の参加の有無との χ^2 検定

知的障害者医療支援について	知的障害者家族参加あり(%)	知的障害者家族参加なし(%)	χ^2 値	p値
大変十分である	6(3.5)	5(7.7)	8.1	0.149
まあまあ十分である	68(20.6)	13(20.0)		
どちらかというところ十分である	97(30.5)	17(26.1)		
どちらかというところ十分でない	78(29.8)	20(30.8)		
あまり十分でない	40(14.0)	10(15.4)		
全く十分でない	5(1.6)	0(0)		
合計	294(100)	65(100)		

※Pearsonの χ^2 検定

5. 障害（がい）者計画に知的障害者の保健医療に特化した記述内容

障害（がい）者計画の保健医療の項目に関し、知的障害者に特化した記載を行っている市は 48 であった。それらの記載内容からコードを抽出した後、カテゴリー分類を行った。その結果 68 コード、12 カテゴリーに分類された（表 43）。12 カテゴリーは、医療費助成に関すること、障害の早期発見と早期支援、各関係機関との連携、保健師活動について、障害に関する相談・指導体制、コミュニケーション上の課題、情報提供・周知・啓発、生活上の支援事業、保健医療福祉の強化、健診体制の整備、歯科診療・歯科保健の整備、医療機関受診整備であった

表 43. 障害（がい）者計画における知的障害者の保健医療に特化した記述内容のカテゴリ分類

NO	抽出コード	カテゴリ
1	医療費の助成(3)	医療費助成に関すること (8)
2	医療費の一部助成	
3	医療福祉費支給制度	
4	重度心身障害者医療費の助成(3)	
5	早期発見と早期支援	障害の早期発見と早期支援 (11)
6	乳幼児健診による障害の早期発見(2)	
7	障害の早期発見と早期療育(3)	
8	障害の早期発見	
9	早期療育	
10	早期発見と早期療育(3)	
11	連携して対応	各関係機関との連携 (12)
12	関係機関と連携強化(3)	
13	連携体制の充実	
14	専門職との連携	
15	医療機関・専門機関との連携	
16	関係課・関係職員の連携	
17	保健・医療・福祉の連携	
18	保育所との連携	
19	関係各課との連携	
20	地域医療と訪問看護の連携	
21	療育事業の開催	保健師活動について (8)
22	児へのフォロー教室開催	
23	健康教育、健康相談、健康診査、保健指導の充実	
24	保健指導・訪問指導の充実	
25	乳幼児全戸訪問・健康診査・育児相談	
26	保健指導の実施	
27	乳幼児健康診査の充実	
28	保健師の訪問指導	
29	専門職の相談対応	障害に関する相談・指導体制 (5)
30	相談事業	
31	障害の相談・指導	
32	障がいに関する相談の充実	
33	適切な指導	
34	医療機関でのコミュニケーション困難	コミュニケーション上の課題 (2)
35	症状をうまく伝えられないことが知的障害者の医療の課題の一つ	
36	健康や保健に関する情報提供	情報提供・周知・啓発 (5)
37	各種医療助成制度の周知	
38	リハビリテーション実施機関への情報提供	
39	医療従事者の障害者への理解促進	
40	市民への周知啓発	
41	成年後見制度利用支援事業	生活上の支援事業 (9)
42	入院時の支援	
43	支援強化	
44	子育て支援・保育の充実	
45	入院時の支援	
46	外出支援	
47	危険回避支援	
48	入院支援の実施	
49	意思疎通支援の充実	
50	保健医療福祉の整備	保健医療福祉の強化 (4)
51	教育機関での医療教育の実施	
52	健康管理体制の強化	
53	個々に合わせた医療・リハビリ	
54	健診体制の整備	健診体制の整備 (5)
55	健診の事後体制	
56	専門医療機関への受診勧奨	
57	健診の受診勧奨(2)	
58	障害者(児)歯科診療についての周知	歯科診療・歯科保健の整備 (8)
59	事業所での歯科指導	
60	受診困難者への歯科診療	
61	障害者が受診できる歯科診療を整備	
62	受診しやすい歯科診療(2)	
63	歯科診療体制の充実	
64	歯科保健の充実	
65	医療内外の環境整備	
66	医療機関における受診環境の充実	
67	医療機関の受け入れ体制の構築	
68	受診しやすい体制づくり	

6. 知的障害者の医療支援対策に対する回答とその理由の記述

市における知的障害者の医療支援対策について、「大変十分と感じる」「まあまあ十分と感じる」「どちらかというとは十分であると感じる」「どちらかというとは十分でないと感じる」「あまり十分でないと感じる」「全く十分でないと感じる」の6段階のいずれかの回答と、その回答の選択理由について自由記述をしてもらった。6段階の回答結果は表37に示したとおりであるが、6段階それぞれの回答の選択理由についてのカテゴリー分類について表44～49に示す。

医療支援対策が全く十分でないと感じた理由について5つの市から記述があり、それらをカテゴリー化した結果、6コード、2カテゴリーが抽出された(表44)。2カテゴリーは医療機関の不足、体制整備の不十分であった。

表44. 知的障害者の医療支援対策を全く十分でないと感じた理由のカテゴリー分類

NO 抽出コード	カテゴリー
1 受診可能な医療機関が少ない	医療機関の不足(4)
2 専門医療機関が1つのみ	
3 専門医療機関がない	
4 医療機関の不足	
5 医療機関の整備が整っていない	体制整備の不十分(2)
6 市の支援体制として整備していない	

医療支援対策があまり十分でないと感じた理由について44の市から記述があり、それらをカテゴリー化した結果、35コード、7カテゴリーが抽出された(表45)。

7カテゴリーは、医療機関の不足、医療機関の対応の改善の必要性、知的障害の特性からの判断、当事者の意見からの判断、サービス・支援の不足、体制整備の不十分、対象者への周知の現状であった。

表 45. 知的障害者の医療支援対策をあまり十分でないと回答した理由のカテゴリー分類

NO 抽出コード	カテゴリー
1 専門医療機関が少ない 2 受診可能な歯科医療機関が少ない 3 専門医療機関がない(4) 4 専門的な医療機関が身近にない 5 市外の医療機関を利用している(4) 6 医療機関が十分でない(2) 7 知的障害の判定可能な医療機関がない 8 受診できる歯科医院がない 9 医療過疎 10 児童精神科の不足 11 専門医が少ない	医療機関の不足(18)
12 受診拒否される場合がある(2) 13 障害者に対応できる医療機関が少ない(3) 14 障害者に対応した医療機関がない 15 医療機関での支援が不足している 16 医療や医療的ケアを十分に提供できない(3) 17 健診受診の対応ができていない 18 入院時に付添いが必要であり、家族の負担が大きい(2)	医療機関の対応の改善の必要性(13)
19 受診までに時間を要する 20 自己管理が難しい	知的障害の特性からの判断(2)
21 アンケートで要望の声が多かったため 22 アンケートで本人の受診が難しいとの回答が多い	当事者の意見からの判断(2)
23 専門的支援可能な事業所の不足 24 同行支援の人的不足 25 療育支援が十分に受けられない現状 26 医療費助成事業しか実施していない 27 医療費助成やサービスに対象者の限定があり、十分でない 28 交通機関の助成や整備が不十分 29 知的障害者に限った支援はしていない(3) 30 市独自の取り組みがない	サービス・支援の不足(10)
31 担当課に保健師が1名だけの配置 32 医療支援体制等が十分でない(3) 33 ハード面もソフト面も整備不十分 34 医療と福祉の連携がとれていない	体制整備の不十分(6)
35 該当者には案内している	対象者への周知の現状(1)

医療支援対策がどちらかというところ十分でないと回答した理由については 94 市から記述があり、それらをカテゴリー化した結果、79 コード、17 カテゴリーが抽出された(表 46)。

17 カテゴリーは身近で受診可能な医療機関・診療科の不足、医療機関における対応の改善の必要性、専門職の人材不足、支援施設の不足、サービス・支援の不足、必要なサービスの提供、医療費助成に関する課題、医療費助成の実施、移動・交通手段確保の課題、当事者の意見からの判断、かかりつけ医を持つ必要性、連携強化の必要性、連携した対応の実施、体制整備の不十分、受診支援の取り組みの現状、障害の理解・啓発の必要性、効果と課題の両面であった。

表 46. 知的障害者の医療支援対策をどちらかというとは十分でないという回答した理由のカテゴリー分類

NO 抽出コード	カテゴリー	NO 抽出コード	カテゴリー
1 専門医療機関の不足(5)		42 受診に必要な障害福祉サービスを提供している	必要なサービスの提供(1)
2 専門医療機関が近くにない		43 知的障害者に対する医療費助成はない	
3 専門医療機関がない		44 他の障害者よりも医療費助成が少ない	
4 総合病院がない(2)		45 医療助成の対象を限定しているため(5)	医療費助成に関する課題(11)
5 医療機関の不足(2)		46 医療費助成の対象者拡大の必要がある	
6 医療機関が少ない(4)		47 市独自の医療制度は実施していない(3)	
7 身近な医療受診が十分にできない		48 医療費は償還払いでの補助ができていない	
8 障害に対応できる歯科が近くにない		49 医療費助成を行っている	医療費助成の実施(2)
9 地域に精神科医が不足		50 通院の移動手段が少ない	
10 精神科・心療内科が少ない	身近で受診可能な医療機関・診療科の不足(27)	51 通院手段の確保の課題	移動・交通手段確保の課題(3)
11 あらゆるライフステージの障害者トータルで診察できる場所がない		52 交通機関が不足している	
12 重度心身障害者に対する医療の不足		53 知的障害者の半数近くが医療での困り感があると回答している	
13 知的障害に特化した医療機関がない		54 知的障害者が病院に行けず困っている割合が多い	当事者の意見からの判断(4)
14 知的障害に対応できる医療機関がない		55 アンケートで受診がうまくできないことの意味があったため	
15 全身麻酔が対応可能な歯科医院がない		56 利用者から寄せられる意見から判断	
16 受診可能な医療機関に限られている		57 知的障害者の身近なかかりつけ医が必要	かかりつけ医を持つ必要性(1)
17 市内に対応可能な医療機関がない		58 さらなる連携が必要	
18 受け入れ可能な病院を探すのが難しい		59 医療連携ができていない	
19 医療機関の受け入れ拒否事例がある(6)		60 連携を強化していく必要があるため	
20 障害を理解した受け入れが難しい		61 保健・医療・福祉の連携が不十分	連携強化の必要性(7)
21 知的障害者に対する医療職への対応の要望が多い		62 連携体制の構築が難しい	
22 障害特性の課題への対応が必要であるため		63 医療機関と福祉の連携に対する課題	
23 受診支援については各医療機関に一任しており、課題がある	医療機関における対応の改善の必要性(14)	64 地域包括支援の協議の場が必要	
24 医師の障害者診療の経験値に対する課題		65 関係機関と連携を取りながら対応している	連携した対応の実施(1)
25 専門職が対応方法がわかっていない		66 知的障害者に特化した支援・対策は行っていない(7)	
26 医療機関で安心して待機できる待合室が必要		67 市独自の支援事業ができていない(2)	
27 医療機関での配慮が今後必要		68 市独自の支援対策等を行っていない(4)	
28 医師不足 (2)		69 社会的に支援するしきみがない	
29 専門医がいない(2)	専門職の人材不足(8)	70 知的障害者の受診困難への支援を検討する必要がある	体制整備の不十分(21)
30 専門医が少ない(2)		71 支援体制の整備が必要(2)	
31 看護師不足		72 医療ケアの体制整備が十分でない	
32 移動支援のヘルパーの不足		73 安心して医療サービスが受けられる体制が不十分	
33 専門支援事業所の不足		74 障害の特性を理解した受診体制が必要	
34 障害児者の施設が不足	支援施設の不足(3)	75 受診環境が整備されていない	
35 重症心身障害児に対応できる施設がない		76 歯科以外の受診を支援する取り組みの検討を進めている	受診支援の取り組みの現状(1)
36 診療時に同席するサービス支援が必要		77 障害の理解・配慮が必要	障害の理解・啓発の必要性(2)
37 診察場面での支援の充実が求められている		78 障害者の理解啓発が必要	
38 医師への確に病状を伝えることが難しい現状	サービス・支援の不足(6)	79 一定の効果は挙げているが課題もある	効果と課題の両面(1)
39 理解ある支援者の同行支援について課題がある			
40 入院時の保護者や家族への支援が必要			
41 医療的ケアに対するサービスが不足			

医療支援対策がどちらかというところと回答した理由は 96 市から記述があり、それらをカテゴリー化した結果、97 コード、25 カテゴリーが抽出された（表 47）。

25 カテゴリーは医療機関の不足、医療機関の充実、施設の整備・充実、社会資源の不足、医療機関における理解不足、理解ある専門職の存在、受け入れ体制の不十分、支援者育成の必要性、経済的支援の実施、医療費助成に関する課題、医療費助成制度の周知、医療情報の不足、情報共有による理解深化、知的障害の特性からの判断、家族支援の必要性、当事者の意見からの判断、取り組みのアピールポイント、連携した対応の実施、連携強化の必要性、現在の対応状況に対する満足感、法制度に準じた支援の実施、取り組みに対する課題、要望がない、特に課題がない、判断が難しいであった。

表 47. 知的障害者の医療支援対策をどちらかというとして十分であると回答した理由のカテゴリー分類

NO 抽出コード	カテゴリー	NO 抽出コード	カテゴリー				
1 専門医療機関がない	医療機関の不足(5)	46 緊急時の医療に対応できていない	取り組みのアピールポイント (22)				
2 専門医療機関が少ない(2)		47 歯科医療に力を入れている					
3 医療機関が十分ではない		48 休日救急歯科診療所で特定日時に障害者対応の歯科診療を実施している					
4 市外の医療機関を受診する方もいる		49 障害者歯科診療の実施					
5 他市より医療機関が充実(2)	医療機関の充実(4)	50 各種健康診査の実施をしている		連携した対応の実施 (8)			
6 中核病院として医療センターがある		51 医療機関の予約受診ができる					
7 市内に総合病院がある		52 医療機関の受診推奨をしている					
8 障害者施設併設の医療機関が市内にある		53 障害の早期発見・早期治療に努めている					
9 歯科診療施設を設置でき、充実を図れた	施設の整備・充実(5)	54 就学支援を行っている			連携強化の 必要性(3)		
10 歯科医療センター運営支援も行っている		55 医療機関に絵カードを導入し、好評である					
11 市内に指定支援施設がある		56 必要に応じ医療機関受診の案内をしている					
12 各障害を支援する事業所がある		57 医療を受けやすい環境である					
13 医療に関する社会資源が少ない	社会資源の不足(1)	58 障害福祉サービスの提供ができていない	現在の対応状況に 対する満足(4)				
14 医療機関の障害への理解不足がある		59 障害福祉サービスで対応できていない					
15 医療機関等に合理的配慮を啓発していく必要がある	医療機関における 理解不足(2)	60 通院等介助支援サービスがある(5)				法制度に準じた支援の実施 (5)	
16 理解ある歯科医がいる		61 行動援護等のサービスがある					
17 初診までの待ち時間が長い	理解ある専門職の存在(1)	62 相談支援事業による受診支援の実施		法制度に準じた支援の実施 (5)			
18 障害者の受け入れ体制が完全ではない		63 受診に際し、必要時相談員が同行					
19 本人に合わせた支援可能な相談員の育成が必要	受け入れ体制の不十分(2)	64 地域医療連携ネットワークを構築している					法制度に準じた支援の実施 (5)
20 医療費助成の充実(3)		65 関係機関が連携して研修を実施					
21 医療費助成制度が概ね整備されているため	経済的支援の実施(48)	66 関係機関と密に連絡を図っている			法制度に準じた支援の実施 (5)		
22 医療費の助成を実施している(14)		67 専門医療機関と連携をとっている					
23 重度心身障害者に医療費助成がある(8)		68 関係機関が連携して取り組みを進めている					
24 障害の程度による助成の実施		69 医療的支援が必要な場合、協働ができる					
25 各種医療費助成を行っている		70 当事者や関係者等が協議する場がある					
26 市独自の医療費助成を行っている(6)		71 個別ケースごとに連携した支援を実施している					
27 対象を拡大して医療費助成を行っている(7)		連携した対応の実施 (8)	72 医療機関との連携が必要			法制度に準じた支援の実施 (5)	
28 制度どおりに医療費を助成している(4)			73 近隣市や他市の医療機関とも連携を図る必要がある				
29 医療費助成は標準的に実施している			74 連携が不十分				
30 受診に関する交通費の補助を行っている			75 課題を発見し、対応できていない				
31 経済的支援ができていない		経済的支援の実施(48)	76 取り組み状況が順調である	法制度に準じた支援の実施 (5)			
32 重度に比べると軽度知的障害者には医療費負担が大きい			77 知的障害中度から高度の方の支援はできていない				
33 ホームページでの医療費助成の周知	78 全ての障害者ではないが、一定の対応は図られている						
34 助成制度の周知を図っている	79 国の政策に準じて対応がとれている						
35 医療に関する情報が少ない	医療情報の不足(1)	80 国や県の制度に準じて実施しているため(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
36 講演会を開催し、普及活動を図っている		81 法令に基づく支援対策は講じている					
37 情報共有・情報交換し、障害理解を深めている		82 法に準じた知的障害者の支援を概ね実施している					
38 知的障害者は定期受診や内服治療が少ない	知的障害の特性からの判断 (1)	83 受診に関する追跡調査はできていない			法制度に準じた支援の実施 (5)		
39 障害の状況によっては家族の負担が大きい		84 市独自の医療支援対策はしていない					
40 アンケートでは約26%が医療健康管理に困っているため	家族支援の必要性(1)	85 重度知的障害者の医療支援となっている				法制度に準じた支援の実施 (5)	
41 アンケートで診療に困っていないことがないという回答が約5割であったため		86 適切な医療サービスを受けられる環境づくりに取り組む必要がある					
42 アンケートの回答から必要な保健・医療・福祉サービスは受けられていると判断		当事者の意見からの 判断(6)					87 支援が十分な利用者ともう少し必要な利用者がいる
43 アンケートの回答から判断				88 全般的なことは計画でふれていない			
44 アンケートで半数が医療に困っていることが特になかったと回答	89 知的障害者に特化した取り組みではなく、障害者全体での対応(2)						
45 アンケートで症状が正確に伝わらず、必要な治療が受けられないという回答が2割あった	90 医療支援不足の相談が特にない						
	当事者の意見からの 判断(6)	91 関係団体からの要望がないため		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		92 当事者や家族からの要望等は少ない(2)					
		93 特に要望はないため(2)					
		94 支援が受けられない当事者がいないことを確認している					
	当事者の意見からの 判断(6)	95 知的障害者の医療支援の需要を把握していない	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		96 特に大きな課題はない					
		97 十分かどうか判断は困難					
		98 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	99 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		100 特に課題はない(2)					
		101 特に課題はない(2)					
		102 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	103 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		104 特に課題はない(2)					
		105 特に課題はない(2)					
		106 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	107 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		108 特に課題はない(2)					
		109 特に課題はない(2)					
		110 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	111 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		112 特に課題はない(2)					
		113 特に課題はない(2)					
		114 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	115 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		116 特に課題はない(2)					
		117 特に課題はない(2)					
		118 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	119 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		120 特に課題はない(2)					
		121 特に課題はない(2)					
		122 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	123 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		124 特に課題はない(2)					
		125 特に課題はない(2)					
		126 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	127 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		128 特に課題はない(2)					
		129 特に課題はない(2)					
		130 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	131 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		132 特に課題はない(2)					
		133 特に課題はない(2)					
		134 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	135 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		136 特に課題はない(2)					
		137 特に課題はない(2)					
		138 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	139 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		140 特に課題はない(2)					
		141 特に課題はない(2)					
		142 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	143 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		144 特に課題はない(2)					
		145 特に課題はない(2)					
		146 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	147 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		148 特に課題はない(2)					
		149 特に課題はない(2)					
		150 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	151 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		152 特に課題はない(2)					
		153 特に課題はない(2)					
		154 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	155 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		156 特に課題はない(2)					
		157 特に課題はない(2)					
		158 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	159 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		160 特に課題はない(2)					
		161 特に課題はない(2)					
		162 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	163 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		164 特に課題はない(2)					
		165 特に課題はない(2)					
		166 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	167 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		168 特に課題はない(2)					
		169 特に課題はない(2)					
		170 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	171 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		172 特に課題はない(2)					
		173 特に課題はない(2)					
		174 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	175 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		176 特に課題はない(2)					
		177 特に課題はない(2)					
		178 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	179 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		180 特に課題はない(2)					
		181 特に課題はない(2)					
		182 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	183 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		184 特に課題はない(2)					
		185 特に課題はない(2)					
		186 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	187 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		188 特に課題はない(2)					
		189 特に課題はない(2)					
		190 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	191 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		192 特に課題はない(2)					
		193 特に課題はない(2)					
		194 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	195 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		196 特に課題はない(2)					
		197 特に課題はない(2)					
		198 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	199 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		200 特に課題はない(2)					
		201 特に課題はない(2)					
		202 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	203 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		204 特に課題はない(2)					
		205 特に課題はない(2)					
		206 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	207 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		208 特に課題はない(2)					
		209 特に課題はない(2)					
		210 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	211 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		212 特に課題はない(2)					
		213 特に課題はない(2)					
		214 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	215 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		216 特に課題はない(2)					
		217 特に課題はない(2)					
		218 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	219 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		220 特に課題はない(2)					
		221 特に課題はない(2)					
		222 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	223 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		224 特に課題はない(2)					
		225 特に課題はない(2)					
		226 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	227 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		228 特に課題はない(2)					
		229 特に課題はない(2)					
		230 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	231 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		232 特に課題はない(2)					
		233 特に課題はない(2)					
		234 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	235 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		236 特に課題はない(2)					
		237 特に課題はない(2)					
		238 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	239 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		240 特に課題はない(2)					
		241 特に課題はない(2)					
		242 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	243 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		244 特に課題はない(2)					
		245 特に課題はない(2)					
		246 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	247 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		248 特に課題はない(2)					
		249 特に課題はない(2)					
		250 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	251 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		252 特に課題はない(2)					
		253 特に課題はない(2)					
		254 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	255 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		256 特に課題はない(2)					
		257 特に課題はない(2)					
		258 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	259 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		260 特に課題はない(2)					
		261 特に課題はない(2)					
		262 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	263 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		264 特に課題はない(2)					
		265 特に課題はない(2)					
		266 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	267 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		268 特に課題はない(2)					
		269 特に課題はない(2)					
		270 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	271 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		272 特に課題はない(2)					
		273 特に課題はない(2)					
		274 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	275 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		276 特に課題はない(2)					
		277 特に課題はない(2)					
		278 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	279 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		280 特に課題はない(2)					
		281 特に課題はない(2)					
		282 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	283 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		284 特に課題はない(2)					
		285 特に課題はない(2)					
		286 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	287 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		288 特に課題はない(2)					
		289 特に課題はない(2)					
		290 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	291 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		292 特に課題はない(2)					
		293 特に課題はない(2)					
		294 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	295 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		296 特に課題はない(2)					
		297 特に課題はない(2)					
		298 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	299 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		300 特に課題はない(2)					
		301 特に課題はない(2)					
		302 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	303 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		304 特に課題はない(2)					
		305 特に課題はない(2)					
		306 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	307 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		308 特に課題はない(2)					
		309 特に課題はない(2)					
		310 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	311 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		312 特に課題はない(2)					
		313 特に課題はない(2)					
		314 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	315 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		316 特に課題はない(2)					
		317 特に課題はない(2)					
		318 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	319 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		320 特に課題はない(2)					
		321 特に課題はない(2)					
		322 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	323 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		324 特に課題はない(2)					
		325 特に課題はない(2)					
		326 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	327 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		328 特に課題はない(2)					
		329 特に課題はない(2)					
		330 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	331 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		332 特に課題はない(2)					
		333 特に課題はない(2)					
		334 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	335 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		336 特に課題はない(2)					
		337 特に課題はない(2)					
		338 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	339 特に課題はない(2)			法制度に準じた支援の実施 (5)		
		340 特に課題はない(2)					
		341 特に課題はない(2)					
		342 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	343 特に課題はない(2)		法制度に準じた支援の実施 (5)			
		344 特に課題はない(2)					
		345 特に課題はない(2)					
		346 特に課題はない(2)					
	当事者の意見からの 判断(6)	347 特に課題はない(2)	法制度に準じた支援の実施 (5)				
		348 特に課題はない(2)					
		349 特に課題はない(2)					
		350 特に課題はない(2)					

医療支援対策がまあまあ十分と回答した理由については 64 市から記述があり、それらをカテゴリー化した結果、49 コード、13 カテゴリーが抽出された（表 48）。

13 カテゴリーは、医療機関の充実、医療機関の不足、医師の不足、適切な医療費助成の実施、医療費助成に関する課題、医療費助成制度の周知、取り組みのアピールポイント、連携した対応の実施、適切な医療支援体制、知的障害の特性からの判断、ケース支援の必要性、家族支援の必要性、当事者の意見からの判断であった。

表 48. 知的障害者の医療支援対策をまあまあ十分と回答した理由のカテゴリー分類

NO 抽出コード	カテゴリー
1 総合病院が市内にある(2)	医療機関の充実(3)
2 医療機関が十分にある	
3 地域の医療機関だけでは対応困難	医療機関の不足(1)
4 専門医がない	医師の不足(1)
5 医療費助成を実施している(6)	適切な医療費助成 の実施(40)
6 市独自に医療費の助成を実施している(3)	
7 市で医療費助成の対象を拡大している(14)	
8 制度どおりに医療費助成を実施している	
9 重度障害者の医療費が無料である	
10 重度障害者の医療費助成の実施(2)	
11 療育手帳所持者への医療費の無料化	
12 療育手帳所持者に医療受給証を発行	
13 特別医療助成制度を実施	
14 財政規模からみて十分な福祉医療制度(2)	
15 福祉医療制度の適用	
16 医療費助成の現物支給の実施	
17 県の制度どおりに医療助成を行っている	
18 地方独自の助成を行っているため	
19 市と県で医療費助成を負担している	
20 適切な医療費助成の実施	医療費助成に関する課題(1)
21 低所得世帯への福祉タクシー券交付の実施	
22 対象者にすべて医療費助成ができていないため	医療費助成制度の周知(8)
23 軽度・中等度の障害者への医療費助成がない	取り組みの アピールポイント(8)
24 対象者に医療費助成の周知をしている	
25 障害の早期発見やリハビリに努めている	
26 通院介助を受けることが可能	
27 相談員が医療機関へつなぐ支援体制の整備	
28 健康診断等の受診者も多い	
29 乳幼児健康診査による早期療育や支援対策の充実	
30 保健指導や相談支援ができる体制づくりに努めている	
31 知的障害者への配慮ができていない	
32 福祉サービスが充実している	
33 総合病院との連携が取れている	
34 関係機関と連携	
35 関係機関と連携した対応	
36 必要に応じ医療機関と連携	適切な医療支援体制(7)
37 国の制度に基づいた医療支援	
38 県の制度に準拠	
39 県の基準に準じた支援を実施しているため	
40 必要と認められる場合には支援している	
41 制度利用に十分な対策である	知的障害の特性からの判断(2)
42 他自治体と比較してまあまあと認識	
43 医療が滞っている知的障害者は少ない	ケース支援の必要性(1)
44 知的障害者は「病気をすることがなくほとんど病院に行かない」との声を聞く	
45 適切な治療につながらないケース支援の必要性	家族支援の必要性(1)
46 家族の負担が重くなっている	当事者の意見からの判断(4)
47 アンケートでは医療支援に対する意見がほぼない(2)	
48 不足しているという声は聞いていない	
49 アンケートで支援不足の意見は出ていない	

医療支援対策が大変十分であると回答した理由については 11 市から記述があり、それらをカテゴリー化した結果、12 コード、4 カテゴリーが抽出された（表 49）。

4 カテゴリーは、医療費助成制度の実施、施設の整備・充実、適切なサービスの受給、適切な医療支援体制であった。

表 49. 知的障害者の医療支援対策を大変十分と回答した理由のカテゴリー分類

NO 抽出コード	カテゴリー
1 療育手帳保持者に医療費助成をしている	医療費助成制度 の実施(7)
2 医療費助成制度が充実している	
3 医療費助成に所得制限がない	
4 医療費助成制度の実施	
5 医療費助成による支援をしている	
6 知的障害が中度・軽度の方にも医療費助成を実施(2)	
7 歯科二次診療所運営の実施	施設の整備・充実(2)
8 市立病院内に医療支援相談室を設置しているため	適切なサービスの受給(1)
9 適切な障害福祉サービスの支給決定をしている	
10 医療支援は充実していると考えため	適切な 医療支援体制(3)
11 十分に医療支援を実施	
12 適正な医療支援の実施	

7. 知的障害者の医療における課題についての自由記述

知的障害者の医療支援における課題について記述のあった市は 104（26.3%）であった。それらの記述内容からコードを抽出した後、カテゴリー分類を行った。その結果 159 コード、16 カテゴリーが抽出された（表 50）。

16 カテゴリーは、市内で可能な医療機関・診療科の不足、医師や専門職の確保、医療従事者が知的障害の理解を深める必要性、医療機関の対応の改善、社会が知的障害の理解を深める必要性、知的障害者の不十分な受診状況、入院・通院・退院支援の充実、多様な受診選択ができない現状、受診を妨げる本人の特性、適切なサービス受給への改善、受診困難者や未受診への対応の改善、支援者にも理解を得る必要性、本人・家族の高齢化問題、医療機関やケースに関する情報共有方法の改善、連携の必要性、施策や体制の改善による支援の充実であった。

表 50. 知的障害者の医療に対する課題についてのカテゴリー

NO 抽出コード	カテゴリー	NO 抽出コード	カテゴリー		
1 専門の医療機関が身近にない(6)	市内で可能な医療機関・診療科の不足(27)	66 訪問診療・訪問リハビリの拡充	多様な受診選択ができない現状(3)		
2 他市での受診が中心(2)		67 通院困難者への訪問診療			
3 (歯科)医療機関へのアクセス(2)		68 多様な受診手段の選択が可能			
4 障害者の受け入れ可能な医療機関の不足(9)		69 受診時のパニック			
5 初診まで時間がかかる		70 医師への症状説明困難			
6 精神科・心療内科の不足(2)		71 治療への自己決定困難			
7 歯科診療の充実		72 知的障害者の自己決定支援(2)			
8 受診できる歯科医院の不足(2)		73 受診の必要性の判断ができない(2)			
9 市内で診療できる体制づくり		74 受診の際のコミュニケーション困難(4)			
10 市民病院設置の有無で差が生じる		75 コミュニケーション支援(2)			
11 医師不足(2)	医師や専門職の確保(6)	76 受診診療科がわからない	受診を妨げる本人の特性(27)		
12 専門医不足(2)		77 説明等の十分な理解が困難(4)			
13 限られた医師への受診		78 医師の指示が理解できない			
14 専門職人材確保		79 本人のみの受診が難しい			
15 知的障害者への医師の理解が少ない		80 健診の受診が難しい			
16 障害特性に対応できる医療職が少ない		81 健康管理が困難			
17 医師の障害特性の理解	医療従事者が知的障害の理解を深める必要性(12)	82 栄養管理が困難	適切なサービス受給への改善(4)		
18 医療機関の理解(2)		83 服薬管理が困難(2)			
19 医師・看護師の理解・知識の向上		84 受診を嫌がる			
20 医療職の障害特性・対応の理解不足		85 軽度知的障害者では生活のしづらさが明らかになりにくい			
21 医療従事者への障害への理解(2)		86 医療費助成の現物給付実現化			
22 医療機関の理解ある対応		87 医療費の負担支援			
23 医師・看護師に理解を広めることが必要		88 スムーズな障がい福祉サービス受給			
24 医療職への講演や研修会の必要性		89 適切な障害福祉サービスの実施			
25 治療を受けにくい診療科がある	医療機関の対応の改善(14)	90 受診困難者へのアプローチ	受診困難者や未受診者への対応の改善(4)		
26 診療科で対応に差がある。		91 未受診者への対応			
27 医療機関に行きやすい雰囲気		92 複数の障害を持っている方への対応			
28 医療機関でのサポート不足		93 知的障害者が受診拒否する際の対応			
29 長時間の待ち時間(2)		本人や家族の医療への理解	94 本人や家族の医療への理解	支援者にも理解を得る必要性(2)	
30 医療機関側も努力する必要性			95 支援者が健康管理を理解		
31 医療機関での知的障害者の特別な配慮			96 介護する家族の高齢化		
32 多動な場合の工夫と配慮			97 親が知的障害者の場合、子の健康管理支援の必要あり		
33 医療機関内の表示の工夫			98 介護者(家族)の高齢化		
34 受診を断られる場合がある			99 知的障害者・家族の高齢化(2)		
35 医療機関での知的障害者への合理的配慮(2)	社会が知的障害の理解を深める必要性(7)	100 医療機関の選択が難しい	医療機関やケースに関する情報共有方法の改善(5)		
36 知的障害者への情報伝達方法		101 知的障害者の受診可能医療機関の共有			
37 市民へ知的障害者の理解の啓発		102 知的障害者の受診困難事例の共有			
38 周囲の理解		103 ケースの情報を集約管理する部署がない			
39 知的障害者の特性についての周知		104 ケア会議の開催による情報共有・連携			
40 知的障害の理解(2)		105 福祉と医療の連携(2)			
41 知的障害者の社会的理解		106 連携体制の強化			
42 広報や情報提供の拡大		107 日頃からの関係づくり			
43 主治医がいない知的障害者が多い	知的障害者の不十分な受診状況(10)	108 医師会等との連携が不可欠	連携の必要性(7)		
44 主治医がいないことがある		109 アウトリーチ支援			
45 知的障害者はかかりつけ医を持たないことが多い		110 チーム支援によるアクト(ACT)			
46 軽度知的障害者では十分な受診ができていない		111 総合的支援のための施策			
47 知的障害者が積極的に受診しない		112 顕在化していない問題がある			
48 20歳以上で診断をうける場合が多い		113 国による公的支援としての体制づくり			
49 風邪程度しか受診したことがない方もいる		114 健康の保持・増進支援の充実			
50 定期受診している知的障害者が少ない		115 知的障害者の権利を守りながらの支援			
51 診断書の取得が困難		入院・退院・通院支援の充実(21)			
52 早期発見・早期治療が困難					
53 通院の移動手段の確保(5)					
54 公共交通機関の不足					
55 通院・入院支援(2)					
56 受診の同行支援					
57 施設入所者の病院送迎					
58 通院・入院付添いの確保困難(3)					
59 通院や移動における家族の負担					
60 通院介助等の事業所が少ない(2)					
61 公的な受診同行サービスがない					
62 同行支援者分の費用負担の要望がある					
63 通院支援における支援者不足					
64 通院支援などの福祉サービスの充実					
65 退院支援					

IV 研究Ⅲの考察

本調査は、知的障害者の医療機関受診支援における地域の現状や課題について市障害（がい）者計画から把握し、受診困難感を緩和するための保護者支援について検討することを目的として実施した。障害（がい）者計画だけでは地域における知的障害者の受診支援すべてを把握することはできないものの、全都道府県の半数以上の市から回答を得られ、自由記述にも多くの意見を記載いただいたことから、全国の自治体が障害（がい）者計画に知的障害者の医療受診に関する内容をどのように記載し、自身の自治体の知的障害者の受診支援状況に対してどのように感じているかを明らかにすることができた。

1. 市障害（がい）者計画における障害者別の記載について

市障害（がい）者計画における障害者別の記載の有無の結果（表 36）では、他の障害者に比べると知的障害者についての記載が最も少ない割合であった。国の障害者基本計画（第 3 次）⁶⁵⁾では、精神障害者や難病、高次脳機能障害の保健医療について明記があったため、これらの障害者については市町村障害（がい）者計画でも反映した記載がみられ、知的障害者については同様に特記していないことがその理由として挙げられる。

2. 障害（がい）者計画の策定メンバーについて

障害（がい）者計画の策定メンバーとして当事者や家族の参加の有無をたずねた結果（表 37）では、知的障害者の家族は 82.5%と他の障害当事者や家族の中で最も多かったものの、策定メンバーにおける知的障害者の家族の参加の有無と知的障害者の医療支援対策は十分であるかについての市の回答とは関連がなかった（表 42）。そして、これらから、障害者計画における策定会議の場では、知的障害者の医療に関する意見や要望があまり出されていない可能性が考えられた。会議では決められた時間の中で多くの内容を決めていく必要があり、障害当事者や家族だけでなく、専門家や学識経験者もメンバーとされることが多いことから、知的障害者の医療受診に焦点化されにくい状況であることも推察される。

国の市町村障害者計画策定方針⁶²⁾によると、計画策定過程においては、アンケート調査、ヒアリング、関係者との懇談会の開催等を適宜実施し、また障害者団体の要望等を参考とするなど地域の障害者、住民の意見を聴取するように配慮することが記されている。つまり、様々な手段を用いて、当事者や家族のニーズを汲み取り、計画・実施に反映することが求められるが、その際には障害別といった視点に加え、障害の程度や生活環境なども考慮し、メンバー選定を行うことで、幅広い意見・ニーズをとらえることが非常に重要である。

3. 知的障害者の保健医療に特化した記述内容によるカテゴリー分類について

知的障害者の保健医療に特化した記述内容によるカテゴリー分類（表 43）では、68 コード、12 カテゴリーが抽出されたが、医療機関受診整備のカテゴリーは 4 コードのみであった。そのうち受診時の具体的な支援について述べられていたのは、「障害のある人が症状や指示を理解でき、

自身の症状を説明しやすいよう支援者が受診に同席する等意思疎通支援の充実を図り、医療従事者の障害のある人に対する理解促進や医療機関における受診環境の充実に努めます」(資料Ⅲ-6)という1市であり、実際にはもっと多くの自治体が行っている可能性があるにしても、知的障害者の保健医療において、医療受診に関する支援はやはり注目されていない現状が明らかとなった。

4. 医療支援対策に対する回答とその理由記述について

医療支援対策に対する回答とその理由についての記述(資料Ⅲ-6)でも、その理由として多く挙げられているのは、医療機関の充実や、医療費の助成を中心とする経済面の支援の充実に関すること、連携に関することが多くを占めており、受診行動に関する支援についての言及は非常に少ないことがわかった。そのため、受診行動に関する支援について実際の取り組みも少ないことが予想されるが、知的障害者の医療支援についての課題についての記述(資料Ⅲ-6)では様々な課題が挙げられ、それらをカテゴリー分類した結果(表50)からは、医療機関や診療科の不足も多く挙げられていたものの、同行支援や通院支援、入院の付添いといった“入院・退院・通院支援の充実”についてや、受診困難者や受診拒否者、未受診者へのアプローチといった“受診困難者や未受診者へ対応の改善”自己決定が困難や理解が困難といった“受診を障害する本人の特性”、定期受診している知的障害者が少ないことや軽度知的障害者では十分な受診ができていないといった“知的障害者の不十分な受診状況”についても多く挙げられていた。このことから、障害者計画の記載には至っていないが、知的障害者の医療や受診行動について課題としては認識できている市もあるということがわかった。

一方、知的障害者の医療支援対策について「どちらかという也十分である」「まあまあ十分である」という回答をした中には、“医療支援不足の相談が特にない”“特に要望がない”“医療支援に対する意見がほぼない”という理由の記述をしている市もあった(資料Ⅲ-6)。しかし相談や要望が市にないことと、実際に医療支援に対する要望がないこととは必ずしも一致しない。また、筆者が知的障害者の保護者に調査を行った研究Ⅱでは、医療機関受診を困難と感じている方の割合は75.0%、先行研究による受診の際に困難がある割合は小澤の研究⁴⁹⁾で67.3%、小川の研究⁵⁵⁾で74.2%であり、知的障害者が医療機関の受診や医療支援においてニーズがないということは考えにくい。よって、どのように課題を把握しているのかや様々な対象者から課題を把握できているのかといった課題把握方法についてはさらに調査を重ねる必要があり、客観的に現状や課題を把握できるための指標があれば、地域格差を解消するための一助とできる可能性が示唆された。

また、知的障害者の医療受診支援についての課題として最も多く挙げられたのは、“市内で受診可能な医療機関や診療科の不足”と“受診を妨げる本人の特性”であった。そのうち“市内で受診可能な医療機関や診療科の不足”では、市外や遠方の受診となっていることを解決する必要があると市が捉えていることが挙げられていた。しかし、医療機関・診療科の新設や全市に市立病院を設置することは非常に困難である。そこで、知的障害者の受診においては、広域での支援の

視点をそれぞれの自治体が持ち、近隣の市町村で協力して受診体制を構築することも一案と考えられた。そしてその中で”医師や専門職の確保“や“医療機関の対応の改善”についての取り組みを行い、知的障害者が主治医やかかりつけ医を持っていない場合が多いという“知的障害者の不十分な受診状況”の解決や“受診困難者・未受診者への対応の改善”“入院・退院・通院支援の充実”を図っていくことができれば、“受診を妨げる知的障害者の特性”についての支援の充実となり、“適切なサービス受給への改善”につながっていく可能性がある。そして、そのような広域での取り組みは、“連携の必要性”があることから“医療機関やケースに関する情報共有方法の改善”や“施策や体制の改善による支援の充実”にもできると考えられた。

以上より、知的障害者の医療機関受診に関し、課題を認識できている自治体もあるものの、地域格差があることが明らかとなった。そして今後知的障害者の受診に関する保護者支援としては、知的障害者の特性とニーズを把握したうえで、障害（がい）者計画に反映し、周囲への理解の促進や知的障害者が受診しやすい医療環境の整備であると考えられた。

V 研究Ⅲの限界と今後の課題

本研究は、市の取り組みの現状や課題について、質問紙による調査を行ったものであるが、客観的な尺度による回答ではなく、担当課（者）の判断に基づく回答となっており、回答者によって判断基準や根拠は異なっている。よって今後は市の医療支援状況について、考察でも述べたとおり、一定の判断基準を作成することや、他市と比較できるような全国平均を示すことも必要である。

また、知的障害者の医療受診支援対策の現状把握について今回は障害（がい）者計画における保健医療の観点から調査を行ったが、他の生活支援やサービスといった内容においても医療支援に間接的に関係すると考えられることから、それらについても今後明らかにしていく必要がある。

さらに、障害（がい）者計画だけではなく、医療計画や障害（がい）者福祉計画といった他の計画等にも関連がある内容が含まれていると考えられ、それらも含めた総合的な調査により、地域の状況がさらに明確化すると考えられ、さまざまな方向性から分析・考察することで、より地域に密着した支援体制の確立につなげていくことができると考える。

第5章 総合考察

研究Ⅰの FGI から、知的障害者の保護者が受診困難を感じる過程は【医療機関を訪れることへの気後れ】であり、受診時だけではなく受診前後にも大きな負担を感じていることがわかった。そして保護者は、【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】によって受診困難感を改善できる可能性があると考えていることが明らかとなった。そこで研究Ⅱでは、研究Ⅰをもとに作成した質問紙を全国の知的障害者の保護者へ調査し、医療機関受診の現状やニーズを明らかにした。医療機関を受診することで嫌な思いや辛い思いをしており、医療機関や社会に支援を希望していることは研究Ⅰと同様の結果であった。また、研究Ⅱより受診困難感に関連する要因が抽出され、それらの結果から保護者が必要と考える支援として①知的障害者や保護者が医療機関の受診で辛い思いをしている現状を医療機関が理解するとともに、知的障害者の保護者がその思いを医療機関や社会に発信する機会を確保する支援 ②知的障害者の保護者と積極的にコミュニケーションを図り、知的障害者の個別的なニーズの理解を深め、柔軟な対応を取れるための支援 ③知的障害者や保護者のために診察や検査時間及び待ち時間を医療機関が短縮する支援 ④知的障害者の受診トレーニングに関する医療機関からの支援 ⑤医療機関や地域が知的障害者への理解を高めるための自治体の支援 ⑥自治体による知的障害者の保護者が他者に知的障害者の世話を任せられるサービスの充実やシステムづくりの6項目が示唆された。そこで、研究Ⅲでは、社会ができる支援を検討するための実態調査を行うために公的サービスの担い手である自治体への調査を行うこととした。公的サービスは計画に基づき実施されることから、障害（がい）者計画の観点からの質問紙調査を行った結果、全国の市における知的障害者の医療支援対策の現状や課題を明らかにすることができた。課題として16のカテゴリーが抽出され、“市内で受診可能な医療機関や診療科の不足”や“受診を妨げる本人の特性”について多く挙げられた。加えて、知的障害者の医療支援体制には地域格差があることが明らかとなった。

以上研究Ⅰ～Ⅲの結果から、受診困難感を持つ知的障害者の医療受診支援における保護者支援には、地域の状況や知的障害者の多様な個別ニーズがあることを把握することが必要である。そしてその上で、保護者・医療機関・自治体がそれぞれの課題を共有し、「知的障害者と保護者が医療機関受診の負担を減らせるシステム構築」に向けた支援を行っていくことが重要であると考えられた。そこで「知的障害者と保護者が医療機関受診の負担を減らせるシステム構築」の視点から総合考察を述べる。

1. 「知的障害者と保護者が医療機関受診の負担を減らせるシステム構築」に向けて

研究Ⅰより、知的障害者の保護者は医療機関に行くことに大きな負担を感じていることが明らかとなった。FGIでは“ものすごく気を張って医療機関に行く”という保護者の意見も聞かれたように、知的障害者の保護者にとって、医療機関に行くことは大変な努力を要求されるものとなっていた。研究Ⅱでも受診経験がある場合に受診困難感がある方の割合が高くなっており、知的障害者や保護者は医療機関に行くことで辛い思いを感じていたことから、知的障害者や保護者が受診しやすい環境や、受診で嫌な思いをしないための環境を整えることが受診困難感を緩和するために非常に重要である。合理的配慮⁶⁶⁾が進められる中、知的障害者の医療機関受診においては、改善が必要な点が多くあり、医療機関だけにその改善を求めるのではなく、システムとして機能するような体制づくりが求められる。本論では、

①知的障害者が受診に慣れるための受診スキルトレーニングに関する支援

②知的障害者の受け入れ可能な医療機関の整備

③医療機関や地域への知的障害者の理解促進

④知的障害者の保護者が安心して知的障害者を任せられるサービスの充実

の4点について着目し、述べることとする。

①知的障害者が受診に慣れるための受診スキルトレーニングに関する支援

個人差が大きいいため、それぞれのニーズや段階を踏みながら実施する必要性や、医療機関や学校での繰り返しの練習に加え、場合によっては集団での練習について保護者は希望していることが本研究で明らかとなった。先行研究^{29) 41)}では、自閉症児・者や発達障害者を中心に、スキルトレーニングによる具体策の提示や、実践例、ツールの紹介などが行われている。大阪府では「医療機関等における障がい者配慮ガイドブック」⁶⁷⁾を策定し、医療機関に障害者への配慮を協力依頼している。しかし、全国的な実施にまでは至っていないことから、これらの先行研究を参考に様々な方法やツールを選択でき、それぞれのニーズに合わせて少しずつ継続的に、かつ身近に練習できることがどの地域でも行われるシステムが必要である。初めは医療機関と一緒に保護者が実施するといった働きかけや障害特性により実際の場所やツールの使用が有効なケースもあると考えられ、障害者歯科で行われているように、初回は医療機関に行くのみ、次回は診察室に入るのみ、というように徐々に慣れていく取り組み^{43) 44)}があらゆる診療科かつ多くの医療機関で実施可能になっていくことが理想である。

また、本研究ⅠのFGIや本研究Ⅱの質問紙調査では、初めての医療機関や急な医療機関受診など慣れていない医療機関ではスムーズに受診できず、ゆえに悪化してからの受診となりがちであることや、風邪程度しか受診したことがないという意見が挙げられた。先行研究においても知的障害者の医療機関の受診はためらいがちになる⁵⁴⁾ことが指摘されている。よって具合が悪くなってからの受診ではなく、定期的に受診し、トレーニングを重ねていくことが重要であり、そのためには、各市町村で実施されている各種健（検）診について活用を促進する必要がある。特定健診や各種がん検診などは自治体が実施主体となっている健（検）診であり、だからこそ知的障害者が受けやすい健（検）診の体制を整備することは自治体の役割であるといえる。また、知的障

害者が突然死や生活習慣病が多いことは前述したとおりであり、健（検）診の本来の目的である疾患の早期発見・早期治療のために知的障害者の健（検）診受診率の向上を目指すことも非常に重要な視点である。障害者に対する人間ドックの実施⁶⁸⁾⁶⁹⁾や、健（検）診において障害者のみが受診できる日を設けている自治体⁷⁰⁾、施設通所者を対象に集団健（検）診を実施している自治体⁷¹⁾もあるものの、研究Ⅲの調査からは、知的障害者の医療受診支援としてこれらの取り組みをあげている自治体はわずかであったことから、このような取り組みが全国的に拡大されることで、知的障害者の早期受診や継続受診、定期受診につながることを期待する。そして、まずは見学することや、少しずつ触れてみることで、たとえ検査や診察はできなくてもできることのみ実施するという方法を積み重ねていくことで、医療機関に慣れていくことが受診困難感の緩和に有効であると考えられる。したがって、自治体はそれぞれ実施している健（検）診について知的障害者や保護者が安心して受診できるために、十分なスタッフや健（検）診の環境を見直し、整備することが必要である。そして、そのことにより医療機関や医療従事者が知的障害者への理解を深めることにもつながり、知的障害者や保護者が医療機関に足を運ぼうと考える契機にもできる。

②知的障害者の受け入れ可能な医療機関の整備

知的障害者の受け入れ可能な医療機関の整備について、本研究では保護者・自治体ともに必要と感じており、改善が求められていた。自治体の意見では自市に医療機関がないことが知的障害の医療の課題として多く挙げられていたが、研究Ⅲの考察でも述べたとおり、市内の新たな医療機関設置は容易ではないため、近隣市町村での広域での受診体制を整えることが必要である。また、本研究Ⅱの結果では、医療機関を選択する優先度として医療機関のアクセスを選択しなかった方は約75%、療育手帳Aの所持者になると医療機関のアクセスが医療機関のアクセスであると回答しなかった方は約8割であった。一方、医師の対応を選択していたものは全体の半数以上であり、ややアクセスが不便となっても近隣市町村で確実に受け入れができる医療機関を設定することは有効と考えられ、二次医療圏を中心として知的障害者の受け入れ体制を確立することが適切であるとする。また、送迎や付添いに関するサービスや訪問診療などについても充実を図ることにより、保護者の負担軽減が可能となり、広域的な支援の実現につながる。そして、これらの体制を整えることは地域医療の格差是正や、連携強化にも有効となると考える。

③医療機関や地域への知的障害者の理解促進

障害者が暮らしやすい社会を実現していくためには、国民一人一人が障害者に関心を持ち、相手のことを知る努力から始めることが必要である¹⁵⁾と述べられている。また、自閉症児・者の保護者が医療従事者に求めていることは、障害に対する理解であり、対応や配慮不足を改善するには、理解・配慮のできる者を増やしていくことが課題である⁵⁵⁾と述べられているが、知的障害者に対しても同様であるとする。本研究Ⅱの質問紙調査では、受診困難感があると回答した方は受診困難感がないと回答した方よりも知的障害者の対応方法について理解を希望する割合が高く、知的障害者の特徴や知的障害者に配慮や支援が必要なこと、知的障害者の介護負担が大きいことなどについては受診困難感の有無にかかわらず、希望をしている方が大多数であった。よって、医療従事者はもとより地域への理解については、保護者の強いニーズであり、自治体が行う責務

であるといえる。そのためには、まず知的障害者が医療機関受診で辛い思いをしている現状や支援を必要としていること、保護者の思いについて社会に認知してもらうことが重要であり、知的障害者や保護者が自分たちの声を発信するための場を提供することが必要となる。自治体の広報誌やホームページ、ソーシャルメディアなどを積極的に利用することや、障害者計画等の策定・自治体が実施するアンケート調査の際にはニーズについての質問も行い、知的障害者や保護者の思いを自治体が伝えていく取り組みを重ねることで、地域への理解を広めていくことが必要である。そして、医療機関における知的障害者への支援者・協力者を地域で育成していくことも、知的障害者の理解促進につながる。研修会やボランティアの養成を各地域で行える体制づくりとして、地域の知的障害者通所施設や入所施設等の職員を講師として活用することも地域での支援体制強化や理解深化となると考える。

医療機関についても、研修会や勉強会を重ねる取り組みは同様に必要であるが、本研究においても医療従事者の対応のニーズが高いことが明らかとなったことから、知的障害者が受診した際に適切な対応ができることだけではなく、全般的な障害に対する理解や、障害のある方への看護についての理解をもっと深める必要があり、看護教育に反映する必要があるのではないかと考える。過去の看護教育のカリキュラム改正では、平成元年に高齢化社会への対応として「老人(年)看護学」が、平成8年に訪問看護サービスに対応するため「在宅看護論」及び精神の健康の保持増進の重要性から「精神看護学」が新たに追加された⁷²⁾経緯がある。したがって、知的障害者を含む障害者に対する医療従事者の対応の改善や理解が求められている状況を受け、障害者に対する看護についてもカリキュラムに取り入れることも必要なのではないかと考える。

④知的障害者の保護者が安心して知的障害者を任せられるサービスの充実

本研究Ⅱの質問紙調査では、受診困難感があると回答した方は、サービスの希望の有無に関し、移動介助、医療機関の予約、医療機関への付き添い、薬の受け取り、家事援助のすべての項目において受診困難感がないと回答している方よりも希望する割合が高かった。ゆえに受診困難を感じている知的障害者の保護者にとって、知的障害者の医療受診に必要なサービスは十分とはいえない現状を示唆していると考えられた。また、それらのサービスは本研究Ⅲによる市への調査結果から、自治体により異なることが明らかとなった。よって、それぞれの地域特性をふまえた上で、知的障害者の保護者のニーズを把握し、必要なサービスを充実させることが必要であるととも、本研究の FGI や質問紙調査でも多く挙げられた“自分たちしか見ることができない”“他の人では無理”という保護者の思いを汲み取りながら、サービス利用につなげていく働きかけが必要である。そのためには、試行的にサービスを利用してもらう取り組みや、保護者の希望について十分に聞き取りをした上でサービスを利用してもらう取り組み、当面は保護者も同席し、少しずつ保護者が一緒にいる時間を短くしていくといった関わりなどによって、保護者が安心して他者に任せることができる体制づくりが必要であり、そのためには保健・医療・福祉が地域の医療や社会資源、知的障害者の現状についての情報を共有し、それぞれの強みを生かしながら課題について取り組んでいくことが必要であり、一層の連携強化が求められるのである。

2. 本研究の意義・新規性について

本研究は、知的障害者の医療機関受診に関する保護者のニーズと課題を明らかにし、受診に対する困難を緩和するための保護者への支援のあり方を検討することを目的とした研究である。先行研究でも知的障害者の医療や受診に関し、問題解決の提案がなされているものの、なかなか改善が進まない現状に一石を投じる上で意義ある研究であると考えられる。その上で医療機関だけではなく、施設や地域など様々な現場で従事する看護職の役割は大きいと考えられ、知的障害者の医療や健康を守るために看護職の担う役割や看護のあり方について本研究で提示することができたと考えている。また、本研究は知的障害者の重症度、疾患特性と受診困難感との関係性は十分に検討できていないものの、知的障害者の健康問題の改善につながる重要な課題と手立てを提示したものであり、ひいては知的障害者の健康寿命の延伸に寄与する研究であると位置づけることができる。

各研究の新規性について、研究Ⅰでは知的障害者の保護者への FGI から保護者が医療機関受診を困難と感じるプロセスを提示できたことである。受診困難の理由について述べられている先行研究はあるが、プロセスについて述べられたものはみつけれなかったことから本研究の新規性であり、支援体制の早急な確立に必要性がさらに明確になったと考える。研究Ⅰの結果をもとに実施した研究Ⅱの全国の知的障害者の保護者に対する質問紙調査では、知的障害者の受診に関する全国的な現状や受診困難感に関連する項目が明らかとなり、知的障害者の保護者が医療機関受診に必要と考える支援 6 項目を抽出できた。保護者自身の取り組みに加えて、医療機関や社会に求める取り組みを明らかにできたことや、保護者のニーズに沿った支援を抽出できたことが本研究の新規性であると考えられる。研究Ⅲでは社会における知的障害者の医療受診支援の現状と課題を明らかにするために全国の市役所障害福祉担当課に対する調査を行った。知的障害者の医療受診における市の取り組みの現状や課題について自治体に対する全国的な調査・研究は行われていないことから、調査に取り組んだことや研究Ⅲの結果から全国の自治体（市）が知的障害者の医療機関受診支援として課題を感じていることを明らかにできたことが新規性と考えられる。

3. 今後の課題について

本研究では知的障害者の医療機関受診支援について、保護者からの意見や自治体の支援体制・課題を明らかにしてきた。しかし、具体的な対策の実施については、医療機関側の意見も確認する必要性や、特別支援学校等での受診トレーニングの実施状況・実施可能性などの医療支援体制構築に向けた状況把握が必要な要素についての検討が不十分である。知的障害者の医療機関受診支援の展開には、地域の人口規模や医療状況などの地域特性をふまえることが不可欠であることから、モデル地区での検証作業も必要と考える。また、本研究で受診困難感には知的障害の重症度、疾患特性、年齢などが関連することが明らかとなったが、それらによる受診困難感の違いは明らかにできなかった。研究Ⅱにおいて得られた自由記述の分析も不十分である。よってこれらを明らかにしていくとともに、自治体による医療支援については地域格差をなくすために、本研究の結果を自治体に報告し、さらに詳細の実態について調査していくことが必要である。

第6章 結語

本研究は、知的障害者の保護者へのインタビュー調査や横断的質問紙調査及び自治体（市）の障害福祉担当課への質問紙調査により、知的障害者の医療機関受診に関する保護者のニーズと課題を明らかにし、受診に対する困難を緩和するための保護者への支援のあり方を検討した。

1. 研究Ⅰでは知的障害者の保護者計14名にFGIを実施した。その結果、知的障害者と保護者が受診困難感を感じるプロセスは【医療機関を訪れることへの気後れ】であり、【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】により【医療機関を訪れることへの気後れ】に影響を与えると保護者は考えているとわかった。そしてスムーズな受診のためには【保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み】の充実が必要であることが明らかとなった。

2. 研究Ⅱでは研究Ⅰの結果をもとに全国の知的障害者の保護者に質問紙調査を実施し、365名の有効回答を得た。そのうち、知的障害者の保護者の75.0%に受診困難感があるという回答であり、受診困難感には、保護者や知的障害者の年齢・療育手帳の種類・日中の過ごし方・身長・体重・体温・血圧測定以外の検査、内科の受診経験・自宅での受診準備の有無・待ち時間対策グッズの有無・外や別室での待機希望・知的障害者の対応方法の理解希望が関連していることが明らかとなった。またこれらの結果から、知的障害者の保護者が希望する医療機関受診支援として①知的障害者や保護者が医療機関の受診で辛い思いをしている現状を医療機関が理解するとともに、知的障害者の保護者がその思いを医療機関や社会に発信する機会を確保する支援 ②知的障害者の保護者と積極的にコミュニケーションを図り、知的障害者の個別的なニーズの理解を深め、柔軟な対応を取れるための支援 ③知的障害者や保護者のために診察や検査時間及び待ち時間を医療機関が短縮する支援 ④知的障害者の受診トレーニングに関する医療機関からの支援 ⑤医療機関や地域が知的障害者への理解を高めるための自治体の支援⑥自治体による知的障害者の保護者が他者に知的障害者の世話を任せられるサービスの充実やシステムづくりの6項目が示唆された。さらに研究Ⅰと同様に【保護者・医療機関・社会（自治体）のそれぞれができる取り組み】の充実を図ることが必要であることが確認された。

3. 社会における知的障害者の医療受診支援の実態を明らかにするために、本研究では研究Ⅲとして全国の市役所障害福祉担当課における質問紙調査を実施した。771市のうち395市から回答を得た。障害（がい）者計画の保健医療の観点から知的障害者の医療受診支援についての調査を行い、保健医療について記載のある市は97.2%であったが、知的障害者について記載している市は12.2%にとどまった。また、知的障害者への医療支援対策が十分～やや十分であると回答した市は約半数であったことから、市担当者が現状に課題があることを認識していることも明らかとなった。以上の結果から自治体が行う知的障害者の医療機関受診に関する保護者支

援としては、知的障害者の特性を把握したうえで、医療機関受診に対する生の声を広く聴取し、ニーズとして障害者計画に反映し、周囲への理解促進や受診しやすい医療環境を整備することであると考えられた。

4. 研究Ⅰ～Ⅲの結果から、知的障害者や保護者が受診しやすい環境や、受診で嫌な思いをしないための環境を整えることが受診困難感を緩和するために非常に重要であり、知的障害者の医療機関受診においては、医療機関だけにその改善を求めるのではなく、システムとして機能するような体制づくりが求められる。特に①知的障害者が受診に慣れるための受診スキルトレーニングに関する支援 ②知的障害者の受け入れ可能な医療機関の整備 ③医療機関や地域への知的障害者の理解促進 ④知的障害者の保護者が安心して知的障害者を任せられるサービスの充実の4点について実現を図ることが重要である。そして、受診困難感を持つ知的障害者の医療受診支援における保護者支援には、地域の状況や知的障害者の多様な個別ニーズがあることを踏まえた上で、保護者・医療機関・自治体がそれぞれの課題を共有し、「知的障害者と保護者が医療機関受診の負担を減らすことができるシステム構築」に向けた支援を行う重要性が明らかとなった。

謝 辞

本研究に際し、研究の主旨にご賛同いただき質問紙調査に協力いただきました全国の知的障害者保護者団体の皆様、全国の市障害（がい）福祉担当課の皆様、そしてグループインタビュー調査にご協力いただきましたA県の知的障害者の保護者の皆様に深く感謝申し上げます。

また、ご指導いただきました国際医療福祉大学大学院 荒木田美香子教授に心から感謝申し上げます。研究内容に対する指導はもちろんのこと、研究に取り組む姿勢、研究に必要な思考など多くのご示唆をいただき、研究者として教育者としての学びもさせていただきました。ご多忙な中、お時間をつくっていただき、毎回丁寧にご指導いただいたことに深く感謝しております。

加えて、荒木田ゼミの皆様にも意見や助言をたくさんいただき、ゼミに参加するたびに新たな気づきをさせてもらえるだけでなく、多くの刺激を受け、研究への意欲を高めることにつながったと思っております。

最後に、私を励まし、支えてくれた家族に感謝いたします。

【引用文献】

- 1) 山田哲子. 成人知的障がい者家族支援に関する研究の概観. 東京大学大学院教育学研究科紀要 2013 ; 53 卷 : 165-172
- 2) 内閣府. 平成 28 年度障害者白書. 東京 : 勝美印刷, 2016 : 192-198
- 3) 植田章. 知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題についての検討. 福祉教育開発センター紀要 2016 ; 第 13 号 : 41- 55
- 4) 浜口浩, 有馬正高. 知的障害者における突然死—全国の知的障害者居住施設の急性死アンケート調査から— . 脳と発達 2000 ; 32 : 551-552
- 5) 植田章. 知的障害のある人の加齢と地域生活支援の実践的課題—「知的障害のある人(壮年期・高齢期)の健康と生活に関する調査」から—. 佛教大学社会福祉学部論集 2010 ; 6 : 19-32
- 6) 有馬正高. 加齢に伴う知的障害者の医学的問題. 発達障害研究 2002 ; 24 (2) : 165-173
- 7) 小澤芳子. 知的障害者の受診における困難. プライマリケア 2009 ; 32 (4) : 242-245
- 8) 大屋滋. 発達障害児の診療～医療のバリアフリー～. 外来小児科 2014 ; 17 (4) : 417-418
- 9) 佐藤昌史. 障害(児)者における診療時の行動調整. 昭和歯学会雑誌 2006 ; 26 卷 : 249-255
- 10) 大野耕作. 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 知的障害のある人への適正な医療の提供に関する研究, 平成 14 年度 総括分担研究報告書 2003 ; 1-52
- 11) 遠藤浩. 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 知的障害の地域移行を困難にする二次障害とその対策に関する研究, 平成 17 年度 総括分担研究報告書 2006 ; 1-147
- 12) 北谷優輔. 知的障害者の「親なき後」問題への成年後見制度の活用. 立命館法政論集 2013 ; 11 : 167-202
- 13) 中山妙華. 知的障害者福祉の歴史の変遷と課題. 広島大学大学院社会文化論集 2008 ; 10 : 45-68
- 14) 北沢清司. 2007. 知的障害者における障害の定義をめぐる問題と課題.
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n313/n313005.html> 2017.8.25
- 15) 森はな絵. 2011. 知的障がい者との共生社会の実現.
http://www.f.waseda.jp/k_okabe/semi-theses/11hanae_mori.pdf 2017.8.26
- 16) 厚生労働省. 2007. 平成 17 年度知的障害児(者)基礎調査結果の概要.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/titeki/index.html> 2017.8.26
- 17) 文部科学省. 特別支援教育について (3) 知的障害教育.
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/004/003.htm 2017.8.26
- 18) 厚生労働省. 「疾病、傷害及び死因の統計分類」第 5 章精神及び行動の障害 (F00-F99)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippeii/> 2017.8.26
- 19) 日本精神神経学会. DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き. 東京 : 医学書院, 2014 : 17

- 20) 篠崎久五, 大友昇, 一門恵子. 障害者の理解と支援. 京都: ナカニシヤ出版, 2000: 15
- 21) 池田勝昭, 目黒達哉. 障害者の心理・『こころ』. 東京: 学術図書出版社. 2008: 66-70
- 22) 厚生労働省. 療育手帳制度の概要.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vnm9-att/2r9852000001vota.pdf> 2017.8.27
- 23) 船曳康子. 2012. 脳科学辞典 知的障害. <https://bsd.neuroinf.jp/wiki> 2017.8.30
- 24) 石部元雄, 柳本雄次. 障害者入門. 東京: 福村出版, 1998: 73-74
- 25) 池田勝昭, 目黒達哉. 障害者の心理・『こころ』—育ち, 成長, かかわり—. 東京: 学術図書出版社, 2007: 70
- 26) 全国歯科衛生士教育協議会. 歯科衛生学教育コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—改訂版. 東京. 口腔保健協会, 2015: 1-50.
- 27) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会. 2010. 歯学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/06/03/1304433_3.pdf
- 28) 金壽子, 武田則昭. 成人知的障がい者の健康診断における課題—Z 地域における小規模作業所職員への面接調査より—
- 29) 大屋滋. 発達障害児者の医療機関受診とバリアフリーの重要性—障害者人間ドッグの試み—. 発達障害研究 2006; 28 (1): 23-27
- 30) 石橋トモイ. 「知的障害養護学校における担任教諭と養護教諭の健康管理意識の相違に関する研究 (第 1 報)». 新潟青陵大学紀要 2004; 4: 99-106
- 31) 三浦梢, 中江寿美, 鈴木淳司他. 当科における知的障害児 (者) の歯科診療に関する実態調査. 小児歯科学雑誌 2006; 44: 396-402
- 32) 林文字, 光畑智恵子, 有木美早他. 当科における知的障害児 (者) の歯科診療に関する実態調査—2004 年度と 2009 年度の比較—. 小児歯科学雑誌 2013; 51 (1): 21-27
- 33) 齋藤学. 障害歯科学の意義と展望. 東北大学歯学雑誌 1998; 17: 22-33
- 34) 緒方哲郎, 島袋乃梨子, 水上あかね他. 知的障害児における口腔保健指導開始年齢と協力度. 日本障害者歯科学会雑誌 2005; 26: 36-41
- 35) 北淳子, 平谷美智夫. 福井大学付属養護学校卒業生の健康管理の実態 (在学中の健康管理活動の結果と健康状態の検討). 1999; 39 (2): 123-128
- 36) 木本雅子, 小畑文也, 森田展雄. 地域の一般歯科医院で障害児歯科診療を改善するために行ったフォーカスグループインタビュー応用のニーズ分析と対応. 日本障害者歯科学会雑誌 2007; 28: 40-47
- 37) 村久木真実, 寺田ハルカ, 西崎智子他. 障害児・者は歯科通院にどんな福祉サービスを利用しているか?. 日本障害者歯科学会雑誌 2013; 34: 136-141
- 38) 玄景華, 安田順一, 岩田浩司他. 岐阜県における障害者歯科医療の問題点—障害者へのアンケートと要望分析. 日本障害者歯科学会雑誌 2000; 21: 219-230

- 39) 安梅勅江. ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅱ／活用事例編. 東京：医師薬出版株式会社. 2007：3
- 40) 木下康人. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践（初版）. 東京：弘文堂. 2003：23-247
- 41) 大屋滋, 村松陽子, 伊藤政之ら. 発達障害のある人の診療ハンドブック～医療のバリアフリー. 東京：NPO 法人 PandA-J, 2008：3
- 42) 竹林地毅. 2004. 知的障害のある児童生徒の内発的動機づけについて.
http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_f/F-124/F124-/_01.pdf 2016.11.8
- 43) 佐藤昌史. 障害（児）者における診療時の行動調整. 昭和歯学雑誌 2006；26（3）：249-255
- 44) 岩崎てるみ, 稲田穰, 茂木 教代ら. 知的障害を伴う発達障害児とのコミュニケーションにおけるマカトン法の応用－楽しい歯科受診を目標として－. 障害者歯科 2010；31(3)：390
- 45) 溝口理知子, 凶師良枝, 藤井美樹ら. 両親及び患児にも知的障がいのある歯科受診困難事例への対応. 障害者歯科 2011；32(3)：307
- 46) 奥村芳孝, 伊澤知法. スウェーデンにおける障害者施策の動向－高齢者ケア政策との異同を中心に－. 海外社会保障研究 2006；154：46-59
- 47) 財団法人日本障害者リハビリテーション協会. 2009. 障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書.
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu/hikaku-h20/index.html> 2017.1.10
- 48) David A. Ervin, Brian Hennen, Joav Merrick, et al. Healthcare for persons with intellectual and developmental disability in the community. *Frontiers in Public Health* 2014；2：1-8
- 49) 小澤芳子. 2008. 「障害者のための在宅医療」,
http://www.zaitakuiryo-yumizaidan.com/data/file/data2_20080331013015.pdf 2016.9.12
- 50) Magnus Tideman, Ove Svensson. Young people with intellectual disability The role of self-advocacy in a transformed Swedish welfare system. *Qualitative Studies on Health and Well-being* 2015；10：1-8
- 51) 保積功一. 知的障害者の本人活動の歴史的発展と機能について. 吉備国際大学社会福祉学部紀要 2007；12：11-22
- 52) 古井克憲. 日本における知的障害者の当事者活動・当事者組織～先行研究の分析と整理を通して. 社会問題研究 2012；61：59-68
- 53) 菅野敦, 川崎葉子, 横田圭司. ダウン症候群のこだわりに関する研究. 特殊教育研究施設研究報告 2004；3：89-97
- 54) 平山義人, 有馬正高. 知的障害者医療の進歩～地域医療の現状と将来展望～. 東京：公益社団法人日本発達障害連盟出版, 2003
- 55) 小川真美. 自閉症児・者の受療行動を促進するシステムに関する検討. 2010年度在宅医療助成一般公募完了報告書 2012；1-26

- 56) 金壽子, 武田則昭. 成人知的障がい者の健康診断における課題 - Z 地域における小規模作業職員への面接調査より -. 発達障害研究 2012 ; 4 : 397-407
- 57) 三原博光, 松本耕二. 障害者の高齢化に対する親の思いについて - 保護者に対するアンケート調査の結果から -. 山口県立大学社会福祉学部紀要 2006 ; 11 : 125-133
- 58) 傅力. 自閉症者の親亡き後の生活に対する親の不安に関する研究. 生活科学研究誌 2008 ; 7 : 181-190
- 59) 川向雅弘. 「親亡き後」の障害者の生活支援に関する考察 - 横浜市障害者後見的支援制度を手がかりに -. 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要 2015 ; 13 : 33-46
- 60) 厚生労働省. 2008. 障害者の範囲 (参考資料),
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1031-10e.pdf> 2018.5.1
- 61) 内閣府. 2008. 障害福祉サービス等に関する障害のある人の評価,
http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h20hakusho/zenbum/honpen/hl_4.html 2018.2.24
- 62) 内閣府障害者対策推進本部. 1995. 市町村障害者計画策定指針,
<http://www8.cao.go.jp/shougai/chihou/gaiyou7-5.html> 2018.2.24
- 63) 内閣府. 2018. 障害者基本計画 (第4次),
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/pdf/kihonkeikaku30.pdf> 2018.4.30
- 64) 小池将文. 1996. 地方障害者基本計画への期待,
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n174/n174_008.html 2018.8.13
- 65) 厚生労働省. 2013. 障害者基本計画,
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/pdf/kihonkeikaku25.pdf> 2018.5.1
- 66) 内閣府. 障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針. 2014
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/sabekai/kihonhoushin/honbun.html> 2018.6.4
- 67) 大阪府障がい者地域医療ネットワーク推進委員会, 障がい者地域医療普及・啓発専門部会, 大阪府. 「医療機関等における障がい者配慮ガイドブック」
<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/1202/00014566/guide%20book.pdf> 2018.6.4
- 68) 国立障害者リハビリテーションセンター病院. 障害のる方の人間ドッグのご案内.
http://www.rehab.go.jp/hospital/japanese/naika/dock_guide.pdf 2018.7.29
- 69) NPO法人すぎなみ障害者生活支援コーディネーター. 障害者ドッグ実施要領.
<http://www.sugi-co.net/medical.html> 2018.7.29
- 70) 大阪市. 障がい者のための健康診査事業.
<http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000007818.html> 2018.7.29
- 71) 鶴岡市健康課概要. 障害者通所施設健診. 2017
<https://www.city.tsuruoka.lg.jp/kenko/kenkofukushi-gaiyo/H29gaiyo.files/08-29-2.pdf> 2018.7.29
- 72) 厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. 2007
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> 2018.7.30

< 資 料 >

研究Ⅰ

- ・資料Ⅰ－１ 団体宛の調査依頼書・承諾書・参加協力者募集説明書
- ・資料Ⅰ－２ 研究参加推薦者への意思確認書・希望日時確認書
- ・資料Ⅰ－３ 研究協力者への説明文書
- ・資料Ⅰ－４ 同意書・同意撤回書
- ・資料Ⅰ－５ 研究計画書
- ・資料Ⅰ－６ インタビュー実施時の提示資料

研究Ⅱ

- ・資料Ⅱ－１ 保護者会への調査協力依頼書・研究協力者募集説明書
- ・資料Ⅱ－２ 研究協力者への調査協力依頼書
- ・資料Ⅱ－３ 研究協力者への説明文書
- ・資料Ⅱ－４ 研究計画書
- ・資料Ⅱ－５ 質問紙様式

研究Ⅲ

- ・資料Ⅲ－１ 研究協力者への調査協力依頼書
- ・資料Ⅲ－２ 研究協力者への説明文書
- ・資料Ⅲ－３ 研究協力者への同意撤回書
- ・資料Ⅲ－４ 研究計画書
- ・資料Ⅲ－５ 質問紙様式
- ・資料Ⅲ－６ 質問紙における自由記述一覧

平成 27 年 ×月 ×日

〇〇市ところをつなぐ会

代表 〇〇〇〇殿

国際医療福祉大学医療福祉学研究科博士課程

野高 朋美

調査協力をお願い(ご依頼)

私は国際医療福祉大学医療福祉学研究科で保健医療学を専攻しております野高朋美と申します。
このたび学校法人国際医療福祉大学と〇〇〇〇の承認を得て、下記の内容で、研究を行うこととなりました。
つきましてはご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、研究協力者の募集および調査実施について貴会
にご協力いただきたく、ご承諾いただけますようよろしくお願い申し上げます。

記

- 1.研究課題名:「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」
- 2.目的:地域で暮らす知的障害者がスムーズに病院受診できるための支援体制構築に向けたニーズ調査の
基礎資料を得る。
- 3.調査対象および研究方法
対象:知的障害者を持つ保護者（できれば日常生活に支障を感じている方）
方法:5名前後を1グループとするグループインタビューを実施。グループ数は2~3グループとし、
得られた結果について質的記述的分析を行う。
- 4.期間:平成27年7月~平成28年1月
- 5.場所:〇〇〇〇〇
- 6.研究概要 ※ 詳細は別紙の研究計画書のとおり
- 7.研究結果:調査実施後の分析結果について口頭と文書で報告する。
- 8.指導教員名・連絡先:国際医療福祉大学大学院分野長/小田原保健医療学部学科長 荒木田美香子
- 9.本人連絡先 国際医療福祉大学大学院 博士課程 保健医療学専攻 野高朋美
〒250-8588 神奈川県小田原市城山 1-2-25
TEL 090-××××-×××× E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp

- 添付 1. 倫理審査通知書
2. 研究計画書
 3. 承諾書
 4. 協力者募集についての説明書
 5. 参加協力者文書(鑑文書・希望日時確認書・返信用封筒)

以上

承 諾 書

国際医療福祉大学
野高 朋美 殿

別紙の説明書に基づき、次の項目について詳しい説明を受け十分理解し、本研究に関する被験者への倫理的配慮について納得しましたので、本会より募集し、同意した者が研究に参加することを承諾します。

1. 研究課題名
2. 目的
3. 調査対象および研究方法
4. 期間
5. 場所
6. 研究概要（※詳細は研究計画書にて確認）
7. 研究結果
8. 指導教員名・連絡先
9. 本人連絡先

平成 27 年 月 日

知的障害児者と保護者・家族の会
(〇〇市心をつなぐ会)

代表

職印

平成 27 年 ×月 ×日

〇〇市知的障がい児者医療支援プロジェクト

代表 〇〇〇〇殿

国際医療福祉大学医療福祉学研究科 博士課程

野高 朋美

調査承諾のお願い(ご依頼)

私は国際医療福祉大学医療福祉学研究科で保健医療学を専攻しております野高朋美と申します。
このたび学校法人国際医療福祉大学と〇〇〇〇の承認を得て、下記の内容で、研究を行うこととなりました。
つきましてはご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、調査実施については「ところをつなぐ会」に直接ご依頼させていただきますが、貴会につきましても研究の趣旨をご理解いただき、調査実施後の報告にてご承諾いただけますようよろしくお願い申し上げます。

記

- 1.研究課題名:「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」
 - 2.目的:地域で暮らす知的障害者がスムーズに病院受診できるための支援体制構築に向けたニーズ調査の基礎資料を得る。
 - 3.調査対象および研究方法
対象:知的障害者を持つ保護者
方法:5名前後を1グループとするグループインタビューを実施。グループ数は2~3グループとし、得られた結果について質的記述的分析を行う。
 - 4.期間:平成 27 年 7 月~平成 28 年 1 月
 - 5.場所:〇〇〇〇
 - 6.研究概要 ※ 詳細は別紙の研究計画書のとおり
 - 7.研究結果:調査実施後の分析結果について口頭と文書で報告する。
 - 8.指導教員名・連絡先:国際医療福祉大学大学院分野長/小田原保健医療学部学科長 荒木田美香子
 - 9.本人連絡先 国際医療福祉大学大学院 博士課程 保健医療学専攻 野高朋美
〒250-8588 神奈川県小田原市城山 1-2-25
TEL 090-××××-×××× E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp
- 添付 1. 倫理審査通知書
2. 研究計画書

以上

承 諾 書

国際医療福祉大学
野高 朋美 殿

別紙の説明書に基づき、次の項目について詳しい説明を受け十分理解し、本研究に関する被験者への倫理的配慮について納得しましたので、本会は研究に承諾いたします。

1. 研究課題名
2. 目的
3. 調査対象および研究方法
4. 期間
5. 場所
6. 研究概要（※詳細は研究計画書にて確認）
7. 指導教員名・連絡先
8. 本人連絡先

平成 27 年 月 日

〇〇市知的障がい児者医療支援プロジェクト
代表 職印

研究参加者募集についての説明

「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」の研究において、参加に同意していただける協力者の募集をいたします。

つきましては、貴会「〇〇市こころをつなぐ会」に協力者の推薦をご依頼させていただきたいと存じます。

この研究は1グループ5名程度とし、「知的障害者の病院受診」についてさまざまな意見をお伺いします。

(詳細は研究計画書に記載)

研究対象者は

1. 療育手帳を所有している知的障害者の保護者
 2. 約1時間半程度のグループインタビュー実施に際し、日時の調整が可能な方
 3. グループインタビューで自分の意見が発言できる方
 4. 実施場所(〇〇〇〇または〇〇〇〇)までの交通手段の確保ができる方
- としています。

皆様より対象者として適任と思われる方、ご協力いただけそうな方をご推薦いただければ幸いです。

大変お手数をおかけいたしますが、ご推薦者が決定いたしましたら、下記までご連絡ください。

(連絡先)

国際医療福祉大学大学院 博士課程

保健医療学専攻 野高朋美

携帯 090-xxxxx-xxxxx

E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp

平成 27 年 ×月 ×日

研究における意思確認について

この度、こころをつなぐ会よりご推薦いただきましたので、文書を送付させていただきました。研究「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」にご協力いただき誠にありがとうございます。

私は昨年度より「〇〇市知的障害児・者の医療支援プロジェクト」に参加させていただいておりますが、知的障害児・者の方々が地域で医療機関にご苦労されている、あるいは逆にほぼ受診をしていないという現状を知り、この状況を変えていかなければならないと強く感じております。そして1年間プロジェクトチームの皆さんと活動してまいりましたが、あわせて全国的な発信をしていくことが状況の打破につながると考え、研究を行うことにいたしました。

まずは保護者の皆様に、医療機関を受診することについての率直な意見をお伺いしたいと思います。(1グループあたり5名前後とし、グループの中で自由に意見を言っていただく形をとります。)

研究にご協力いただけます場合には、別紙の希望日時等確認書にご記入の上、月 日までに同封の封筒にて返送をお願いいたします。返送後日時や場所を調整し、改めてご連絡させていただきます。

なお、ご不明な点等ご質問がございましたら、いつでも下記までご連絡ください。

(連絡先)

〒250-8588

神奈川県小田原市城山 1-2-25

国際医療福祉大学大学院博士課程

保健医療学専攻 野高朋美

携帯 090-××××-××××

E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp

※ 月 日 までに返送ください。

<希望日時等確認書>

実施可能な日時・場所

日程	時間帯	場所の希望があれば○で囲んでください (特になければ記入不要です。)
記入例 7月24日(金)	14:00~16:00	○市社会福祉センター ・ ○その他(○○○○)
第1希望		○市社会福祉センター ・ その他()
第2希望		○市社会福祉センター ・ その他()
第3希望		○市社会福祉センター ・ その他()

※希望日時等をお伺いした後であっても、参加辞退を申し出ることは可能です。

郵送先のご住所(※後日場所や日時の案内を送付いたします)

ご住所
(〒 -)

※本研究以外でこの情報を使用することはありません。また、実施後は速やかにシュレッダー処理を行い、破棄させていただきます。

＜研究参加者への説明文書＞

「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」への参加を依頼したく、その概要を説明いたします。この研究への参加について下記の項目に従い、十分な説明をいたしますので、よく理解された上で、あなたの自由意思により参加するか否か決めてください。いつでもご質問に応じます。またいったん決めた後であっても参加を取り消すことは可能です。

説明事項

①研究名・研究実施の許可

研究名：「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」

研究実施については、研究機関における倫理審査委員会と学長の承認を得ております。

②研究機関名・研究責任者氏名・共同責任者氏名

主任研究者 国際医療福祉大学大学院 博士課程 保健医療学専攻 野高朋美

共同研究者 国際医療福祉大学

大学院分野長／小田原保健医療学部学科長 荒木田美香子

小田原保健医療学部看護学科准教授 大谷喜美江

③研究の目的・意義

地域で暮らす知的障害者がスムーズに病院受診できるための支援体制構築に向けたニーズ調査実施の基礎資料を得る（知的障害者とその家族の受診に関するニーズの把握）ことを目的としています。歯科受診は知的障害者本人や保護者に対し受診に関する調査が実施されておりますが、他の診療科においては知的障害者の医療の現状や受診要因、受診困難な要因についての研究が中心で、一般診療科における本人や家族のニーズが明確にされていない現状があります。

④研究の方法・研究結果の扱い

研究協力者 5 名前後を 1 つのグループとし、グループインタビューを行います。インタビュー時間は約 1 時間半、内容は①医療機関受診において困っていることとその支援②自分たち保護者や子どもに必要なスキルとそのため何が必要か③受診において学校や医療機関など他機関に求めることの 3 点です。グループインタビューは IC レコーダーに録音し、その全文を逐語録として作成し、分析を行います。また得られた結果をもとにニーズ調査の質問紙を作成します。

⑤研究期間

倫理審査承認後～平成 28 年×月×日

⑥研究対象者として選定された理由

1.療育手帳を所持している知的障害者の保護者

2.1 時間半程度のグループインタビューの日程調整が可能な者

3.グループインタビューで自分の意見が発言できる者

4.実施場所までの交通手段の確保ができる者

を選定方針とします。グループインタビューの開催日時は研究対象者の希望に沿うため、研究

者の 所属する〇〇大学のある〇〇市において協力者を募ります。

⑦研究への自由参加への意志・同意取り消しの自由

参加協力は自由で、一度同意した者であっても途中いつでも参加協力を撤回できます。同意撤回書の提出により直ちにデータの取り扱いを中止します。(データ消去についてはグループインタビュー実施分においては研究終了後となりますが、途中辞退者のデータは申し出直後より取り扱いを一切いたしません。) 研究に同意しないあるいは同意を撤回することによって不利益を講ずることもありません。

⑧研究対象者に生じる負担や予測されるリスク・利益

研究協力のため介護等の調整が必要となる場合も考えられますが、グループで意見を出し合うことで、体験の共有・課題の明確化・今後の目標発見の機会とすることができます。

⑨研究に関する情報公開の方法

学会発表、論文投稿を予定しています。その際個人が特定されることはありません。

⑩資料（試料）と個人情報の取り扱い

本研究で得たデータは無名化し取り扱います。IC レコーダでの録音データは専用の USB メモリでの管理とし、パスワード認証を行います。電子データについても同様に USB メモリでパスワード認証を行います。処理を行うパソコンはインターネット等外部に接続していないものとします。研究期間中は鍵のかかる書庫保管とし、研究終了後は録音データは完全消去、電子データについてはバックアップ等も含め適切に処理します。

⑪研究資金源、利益相反

個人研究費で実施します。利益相反はございません。

⑫研究対象者の経済的負担・謝礼

経済的負担はありません。謝礼は1人につき1回2,000円のクオカードをお渡しいたします。

⑬研究対象者の希望に応じた個人情報の保護や研究に関する資料の入手・閲覧

研究対象者からの希望があった場合には内容に応じ、さらに個人情報の保護に努めます。また、研究に関する資料について入手や閲覧の希望があった場合も、内容に応じ、可能な限り対応いたします。

⑭質問や相談等への対応

連絡先：国際医療福祉大学大学院 博士課程 保健医療学専攻 野高 朋美

Email 15S3045@g.iuhw.ac.jp

携帯 090-××××-××××

ご不明な点やご相談等ありましたら、上記にご連絡ください。

説明日：平成 27 年 月 日

説明者： 野高 朋美

同 意 書

野高 朋美 殿

私は「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」の研究において、国際医療福祉大学院医療福祉学研究科博士課程保健医療学専攻の野高朋美から、別紙の説明書に基づき、次の項目について詳しい説明を受け、十分理解し納得できましたので、研究に参加することに同意します。

説明事項

- ① 研究名・研究実施の許可
- ② 研究機関名・研究責任者氏名・共同研究者氏名
- ③ 研究の目的・意義
- ④ 研究の方法・研究結果の扱い
- ⑤ 研究期間
- ⑥ 研究対象者として選定された理由
- ⑦ 研究への自由参加への意志・同意取り消しの自由
- ⑧ 研究対象者に生じる負担や予測されるリスク・利益
- ⑨ 研究に関する情報公開の方法
- ⑩ 資料（試料）と個人情報の取り扱い
- ⑪ 研究資金源、利益相反
- ⑫ 研究対象者の経済的負担・謝礼
- ⑬ 研究対象者の希望に応じた個人情報の保護や研究に関する資料の入手・閲覧
- ⑭ 質問や相談等への対応

平成 27 年 月 日

(自署)

氏名

研究協力者

同 意 撤 回 書

野高 朋美 殿

私は「知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて」の研究参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程保健医療学専攻の野高朋美に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

平成 27 年 月 日

(自署)

氏名

研究協力者

(受付番号 - -)

国際医療福祉大学
研究計画書 (新規 ・ 継続用)

平成 27 年 × 月 × 日

学 長 殿

申請者	在 籍	修士・ <u>博士</u> ・研究生 その他 ()
	学籍番号	15S3045
	所属キャンパス	大川キャンパス
	専 攻	保健医療学専攻
	分 野	看護学分野
	氏 名	野高 朋美 (印)
研究指導 教員	所属・職名	大学院分野長 小田原保健医療学部学科長
	氏 名	荒木田 美香子 (印)

① 研究の名称	知的障害者の受診支援に関する保護者のニーズについて			
② 研究の実施体制 (研究機関の名称 及び研究者等の 氏名を含む。)	研究者氏名	研究機関名	所属・職名	役割・分担など
	野高 朋美	国際医療福祉大学	大学院 博士課程 保健医療学専攻	主任研究者
	荒木田美香子	国際医療福祉大学	大学院分野長 小田原保健医療学部 学科長	共同研究者
	大谷喜美江	国際医療福祉大学	小田原保健医療学部 看護学科准教授	共同研究者
③ 研究の目的と意義	<p>1. 研究の目的</p> <p>知的障害者は健常者と比較して突然死の割合が高く¹⁾、40歳前後から慢性疾患のリスクが増加する²⁾ことが明らかとなっている。中でも肥満や糖尿病、高血圧症、高脂血症、う歯といった生活習慣に関連した疾患が多い³⁾ことが挙げられているが、これらは早期発見や早期治療により予防や改善が可能であり、定期的に医療機関を受診し、健康状態を評価していくことが重要である。しかし、知的障害者の地域における医療の保証はなされていない現状であり⁴⁾、医療機関の受診がスムーズに行っていないことが予想される。そこで、その対策として受診行動におけるニーズ調査を実施し、受診に関する支援体制を構築することが求められるが、本調査では、ニーズ調査における基礎資料を得ることを目的としてフォーカスグループインタビューを実施し、データを分析する。</p> <p>2. 研究の意義</p> <p>歯科に関しては知的障害者本人やその保護者に対し受診の実態に関する調査を行っている研究⁵⁾や受診時の具体的な行動調整のステップを示した研究⁶⁾が行われているが、その他の診療科における受診支援については、知的障害者の医療の現状や受診要因、受診困難な理由についての研究が中心であった。自分のニーズを積極的に表明することが困難である知的障害者においては、ニーズ調査が非常に少ない現状にあるが、本人や家族の希望に沿った支援を実現するために、ニーズ調査を実施すること、さらに一般診療科の受診に関するニーズの把握することは受診行動を促進し、ひいては疾病の悪化を防ぎ、本人や家族のQOLを高めることにつながる。</p>			

	<p>引用文献</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 浜口浩,有馬正高.知的障害児者における突然死-全国の知的障害者居住施設の急性死アンケート調査から-脳と発達 2000,32:551-552 2) 植田章.知的障害のある人の加齢と地域生活支援の実践的課題-「知的障害のある人(壮年期・高齢期)の健康と生活に関する調査」から-佛教大学社会福祉学論集 2010,6:19-32 3) 有馬正高.加齢に伴う知的障害者の医学問題.発達障害研究 2002,24(2):165-173 4) 小澤芳子.知的障害者の受診における困難.プライマリ・ケア 2009,32(4):242-245 5) 山田敦子,武蔵博文.富山県における障害児の歯科医療に関する実態調査.富山大学教育実践総合センター紀要 2004,5:17-31 6) 佐藤昌史.障害(児)者における診療時の行動調整.昭和歯学会雑誌 2006,26(3):249-255
<p>④ 研究の方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究デザイン:質的研究 2. 対象 知的障害者の保護者 (1グループ5名前後グループインタビューを実施) 3. 研究計画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 対象者の選定 「〇〇市知的障がい児・者医療支援プロジェクト」に所属する知的障害児・者の保護者団体(心をつなぐ会)を通し、協力者を募る。協力の意思がある方に対し、研究協力や参加可能日時に関する文書並びに同意書を送付する。返送があった場合に同意とみなし、参加の詳細を記載した文書を送付する。謝礼として1人1回 2,000 円のクオカードを渡す。 2) グループ編成 協力者の人数に応じ、5 名前後のグループを 2~3 グループ編成する。事前に聴取した希望日時を基に編成を行う。 3) 実施 (1 グループあたり約 90 分) <ol style="list-style-type: none"> (1) 説明 グループインタビューの開始にあたり、インタビューの場で知り得た情報について他の場所で一切話題にしないこと、他のメンバーの意見に対し否定や非難をしないことについて了解を得る。さらに本日の進め方について再度口頭と文書で説明し、録音をさせていただくこと、データの取り扱いについて説明する。あわせて同意できない場合にはこの時点で参加を撤回できることも伝え、参加の意思を最終確認する。 また、データ分析後に学会報告、論文投稿予定であることについて説明し、全員の承諾を得る。 (2) インタビュー内容(詳細はインタビューガイド参照。) ① 医療機関の受診において現在困っていることと必要な支援 ② 自分たち保護者や子どもに必要なスキルとそのためになにが必要か ③ 受診において学校や医療機関など他機関に求めること (3) 進行等 1つのテーマにつき 20 分を目安とする。時間を越えても次のテーマに進まない、明らかな脱線が見られる、全く意見が出ないなどの場合には司会である研究者が指示・調整を行うが、基本的には参加者間で自由に意見を述べてもらう。最初に簡単な自己紹介を行い、開始する。 4) データ収集期間 平成 27 年×月～×月に実施する。 5) 実施場所 普段使用する頻度の高い〇〇〇〇の会議室(個室)または他の希望する場所があれば

	<p>ば、調整する。日時とともに協力者の希望に基づき決定する。</p> <p>6) データ分析 録音データからインタビューの全文を文章化し、逐語録を作成する。その後、データを繰り返し読み、受診におけるニーズとその支援についてコーディング・コード化する。類似するサブカテゴリーをまとめ、さらにサブカテゴリー間の類似性によって集約化し、カテゴリーを生成する。分析においては、主任研究者、共同研究者の3名で行い精度を高める。</p> <p>7) 結果について 得られた結果については、学会での報告、学会誌での論文投稿を予定している。(日本公衆衛生学会、日本公衆衛生看護学会など) また、この結果をもとに、ニーズ調査(量的調査)における質問紙を検討する。</p>
⑤ 研究の期間	倫理審査承認後 ~ 平成 28 年 × 月 × 日
⑥ 研究対象者の選定方針	<p>知的障害者の保護者の選定方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 療育手帳を所持している知的障害者の保護者 1 時間半程度のグループインタビュー実施に際し、日時の調整が可能な者 グループインタビューで自分の意見が発言できる者 実施場所までの交通手段の確保ができる者
⑦ 研究の科学的合理性の根拠	<p>医学の進歩や福祉の充実に伴い日本における平均寿命は延伸し、平成 25 年簡易生命表¹⁾によると、男性 80.21 歳、女性 86.61 歳となっている。50 年前は短命といわれていた知的障害者も、寿命のめざましい延伸がみられ²⁾、近年では知的障害者における高齢化に伴う研究も行われるようになった。しかし、平成 23 年度における在宅の知的障害者における 65 歳以上人口は 9.3%と全国の高齢化率 23.3%と比較して半分以下の水準であり、健康面での問題を抱えている者が多い状況を伺わせる³⁾と報告されている。</p> <p>実際、知的障害者において、肥満や糖尿病、高血圧症、高脂血症、う歯といった生活習慣に関連した疾患が多い⁴⁾ことは前述したが、加えて知的障害者では身体機能の低下が一般高齢者よりもかなり早い人が多い⁵⁾ことが指摘されており、学齢期からの健康管理、生活習慣への支援が必要とされる。その一方で、知的障害者は、自己の身体の細かな変化を表現し、不調を訴えることが難しい⁶⁾ことから、健康状態の経時的なアセスメントと定期受診の必要性が求められるが、知的障害者の受診においては、さまざまな困難があると予想される。</p> <p>先行研究では、小澤による医師に対する調査⁷⁾では知的障害者が受診困難な理由に①コミュニケーションがとれない ②本人の理解が乏しい ③症状の把握が困難 ④専門医がいない⑤処置や検査の協力が得られない などが、それらの対策として、診療や検査の付き添い、医療機関同士の連携、障害の特徴等を記載した手帳の記載等が必要となどの意見が挙がっていたものの障害者本人に対する支援については、「わかりやすく説明する」や「待ち時間の工夫」にとどまっていた。</p> <p>大屋らによる医師への調査⁸⁾では、受診困難な理由として ①診察・治療・検査ができない②症状が伝えられない ③指示に従えない などが、必要な支援として対応を知っている者の付き添いや相談できる専門機関、研修の機会、障害についての冊子などを挙げていた。実際に工夫している点には、「時間や場所の工夫」、「人手の確保」、「負担を減らす」ことだけでなく、「視覚的な提示」「実演してみせる」といったものがあった。</p> <p>大屋らの同調査では、自閉症児者を持つ家族や本人に対しても実施しているが、本人や家族が医療機関に要望する内容として、「環境への配慮」「本人の特性に合わせたコミュニケーション」「本人の尊重」「診療機会」「診療態度」「障害に対する情報・知識」など本人の障害を理解した上での対応を望んでいることが明らかとなっている。</p> <p>また「慣れさせてほしい」という意見については、研究者が所属する「〇〇市知的障がい</p>

	<p>児・者医療支援プロジェクト」におけるメンバーである知的障害児者を持つ保護者からも聞かれている意見であり、慣れるための模擬練習や練習用のツールが本人や家族のニーズとして強く求められているといえる。</p> <p>しかし知的障害者は障害の程度に応じた個別支援が中心であり、模擬練習プログラムや練習用のツールについて具体的かつ系統化されたものが示されていない。</p> <p>家庭で簡便に行える練習やその具体的方法、また医療機関やその他の施設を利用して行う場合の練習内容や方法について実践可能なものを社会にわかりやすく提示していく必要があるが、その構築のためには大規模なニーズ調査を実施することが不可欠であり、ニーズ調査の内容項目を検討し、妥当性のある質問紙開発のための資料としてグループインタビューを実施する。</p> <p>グループインタビューは「なまの声そのままの情報」を生かすことができ、単独インタビューでは得られない「積み上げられた情報」「幅広い情報」「ダイナミックな情報」の取得や新しいアイデアの「創出」と「蓄積」に威力を発揮するものであり⁹⁾、今回の研究において個別のインタビューではなく、グループインタビュー法を選択した。また、妥当性を高めるために、グループ数を2～3とし、グループから出た意見を比較しながら分析する。</p> <p>対象者は知的障害者を持つ保護者であり、長時間の時間確保が難しいことが予想されるため、グループインタビューの開催にあたっては事前に希望日時を伺い調整するとともに、選定は〇〇市の当事者団体「こころをつなぐ会」より希望者を募ることとする。</p> <p>引用文献</p> <p>1)厚生労働省.平成 25 年簡易生命表の概況.2014.1－14 http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/life/life13/index.html.</p> <p>2)末光茂.«発達障害」に関する最新の医療・教育・福祉・労働研究.発達障害研究 2014,36(1):24-27</p> <p>3)内閣府,平成 26 年度 障害者白書 2014:29-30</p> <p>4)有馬正高,加齢に伴う知的障害者の医学問題.発達障害研究 2002,24(2):165-173</p> <p>5)志賀利一,相馬大祐,大村美保ら.平成 26 年度厚生労働科学研究補助金事業 高齢知的障害者支援のスタンダードをめざして.国立のぞみの園福祉セミナー配布版 2014:1-51</p> <p>6)植田章.高齢知的障害者の地域生活支援-知的障害のある人(壮年期・高齢期)の健康と生活に関する調査から-.佛教大学総合研究所紀要別冊 脱施設化政策における知的障害者のグループホームの機能とその専門的支援の研究 2013:39-53</p> <p>7)小澤芳子.知的障害者の受診における困難.プライマリ・ケア 2009,32(4):242-245</p> <p>8)大屋滋,村松陽子,堀江まゆみ,他.自閉症・知的障害・発達障害児の医療機関受診支援に関する検討-医療機関における発達障害者の受診経験の実態調査および医療受診支援の課題について-.厚生労働科学研究(障害保健福祉総合研究事業)「発達障害者支援における地域啓発プログラムの開発研究」平成 17～19 年度 総合研究報告書 2008:75-91</p> <p>9)安梅勅江.ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅱ/活用事例編.東京:医歯薬出版株式会社,2003:2-34</p>
<p>⑧ インフォームド・コンセントを受ける手続等</p>	<p>対象者 ①. 当該被験者 2. 代諾者 3. その他()</p> <p>説明方法 ①. 文書②. 口頭 3. 掲示 4. その他()</p> <p>同意の撤回</p> <p>同意取得方法 ① 文書 2. 口頭 3. 黙示の同意 4. その他()</p> <p>説明と同意を簡略化する場合、その理由()</p>

⑨ 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法を含む)	1 実名で行なう 2 暗号化を行う(連結可能匿名化) ③ 無名化を行う(連結不可能匿名化) 4 その他()
⑩-1 研究対象者に生じる負担	グループインタビューに要する時間確保のための調整が必要である。(約 80 分) 心理的負担については十分配慮を行う。
-2 並びに予測されるリスク及び利益	協力のため家庭での介護等に調整が必要となる場合も考えられる。協力者には1人 2000 円のクオカードを供与する。
-3 これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策	メンバー全員が都合の良い時間帯で設定するように配慮する。時間配分についてはグループインタビュー開始前に十分説明し、時間内に終了するよう協力していただくとともに、誰かの意見に対し否定しないこと、話した内容について外部で一切話さないなどの注意事項について理解いただいた上での実施とする。
⑪ 侵襲(軽微な侵襲を除く。)を伴う研究の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 重篤な有害事象が発生した際の対応
⑫ 侵襲を伴う研究の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 当該研究によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容
⑬ 補償・賠償	① リスクはほとんどないので、考慮していない 2 被害が起こった時には自分の個人保険でカバーする 3 この研究のために入った保険でカバーする 4 協力施設の賠償保険でカバーする 5 その他()
⑭ 試料・情報(研究に用いられる情報に係る資料を含む。)の保管及び廃棄の方法	IC レコーダでの録音データについては、専用の USB メモリでの管理とし、パスワード認証を行う。電子データについても USB メモリとし、同様にパスワード認証とする。処理を行うパソコンはインターネット等、外部に接続していないものとする。研究終了後、録音データは完全消去、電子データについては、倫理指針に沿って確実に行う。
⑮ 研究機関の長への報告内容及び方法	口頭及び文書にて計画時、実施前後、報告書作成時など随時報告する。
⑯ 研究の資金源等(該当するものに囲みを付す)	1 公的・公募研究 (文部科学研究・厚労科学研究・その他)(主任・分担・その他) 2 上記以外の外部資金による研究(資金名:) ③ 外部資金を受けていない
⑰ 研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況	① 本研究は、利益相反に抵触しない。 2 本研究は、利益相反に抵触する可能性がある。 利益相反の内容()
⑱ 研究に関する情報公開の方法	2015 年度日本公衆衛生看護学会または 2016 年公衆衛生学会で学会報告を行う予定としており、論文については学会誌に投稿予定である。
⑲ 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応	協力者に主任研究者の電話番号(職場・携帯)の電話番号とメールアドレスを知らせ、研究に関する質問や相談にいつでも応じることを口頭と文書で伝える。
⑳ 代諾者等からインフ	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない

オームド・コンセントを受ける場合	代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける場合の手続き(代諾者等の選定方針並びに説明及び同意に関する事項を含む。)
⑲ インフォームド・アセントを得る場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない インフォームド・アセントを得る場合の手続(説明に関する事項を含む。)
⑳ 研究対象者に緊急かつ明白な生命の危機が生じている状況における研究を実施しようとする場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 要件の全てを満たしていることについて判断する方法
㉑ 研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合	<input type="checkbox"/> 該当しない その旨及びその内容 経済的負担はない。研究協力者に対し、1人 2000 円のクオカードを供与する。
㉒ 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応
㉓ 研究の実施に伴い、研究対象者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性がある場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 研究対象者に係る研究結果(偶発的所見を含む。)の取扱い
㉔ 研究に関する業務の一部を委託する場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 当該業務内容及び委託先の監督方法
㉕ 研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の研究機関に提供する可能性がある場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない その旨と同意を受ける時点において想定される内容
㉖ モニタリング及び監査を実施する場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない その実施体制及び実施手順

以上

< インタビューガイド >

テーマ： 知的障害者の医療機関受診におけるニーズと支援を考える

※時間は約1時間半を予定しています。

インタビュー内容は次の3つです。

- 1、お子さんが病院受診する際に困っていることは何ですか？
またどのような支援があったらいいなと思いますか？
自由に意見をお聞かせください。

- 2、病院受診をする際に、保護者の皆様自身や、お子さんがどのようなことを身に着けておく必要があると思いますか？
またそのことを身に着けるためには、どのような準備がいつから必要になってくるかなどについても意見をお聞かせください。

- 3、病院受診をする際に、医療機関や学校など他の機関に希望することは何か、具体的に意見をお聞かせください。

参加者のみなさまへお願い

みなさまからいろいろな意見をいただくために…

☆他の人の意見に口をはさまない

否定しない

批判しない

☆この場で出た内容を他の場で話題にしない

どうぞよろしく願いいたします。

平成 28 年 ×月 ×日

各位

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所 博士課程
野高 朋美

調査協力をお願い（ご依頼）

私は国際医療福祉大学医療福祉学研究所で保健医療学を専攻しております野高朋美と申します。このたび国際医療福祉大学大学院の承認を得て、下記の内容で研究を行うこととなりました。知的障害を持つ方の保護者の方に医療機関の受診についての全国調査を行い、その結果をもとに具体的な取り組みを考えていきたいと思っております。

つきましてはご多忙な中大変恐縮ではございますが、研究協力者の募集および調査実施について貴会にご協力いただきたくご承諾・ご協力いただけますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

記

- 1.研究課題名：「知的障害者・保護者の受診支援に関するニーズ調査」
- 2.目的：地域で暮らす知的障害者がスムーズに病院受診できるためのニーズ調査を実施し、具体的な支援のための資料を得る。
- 3.調査対象および研究方法
対象：18歳以上の知的障害者の保護者（できれば主な介護者）
方法：質問紙（アンケート）による郵送調査
- 4.調査期間：倫理審査承認後～平成28年8月31日
- 5.研究概要： 全国の知的障害者の保護者団体を通じ、18歳以上の知的障害者の保護者に質問紙（アンケート）調査を実施し、その結果 について統計学的分析・質的内容分析を行う。分析をもとに具体的な支援対策を検討する。※ 詳細は別紙の研究計画書のとおり
- 6.研究結果：博士論文として報告する。
- 7.指導教員名・連絡先：国際医療福祉大学大学院分野長/小田原保健医療学部学科長
荒木田美香子
- 8.本人連絡先：国際医療福祉大学大学院 博士課程 保健医療学専攻 野高朋美
〒250-8588 神奈川県小田原市城山1-2-25
携帯 090-××××-×××× E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp

- 添付
1. 倫理審査通知書
 2. 研究計画書・アンケート用紙
 3. 参加協力者への文書一式（鑑文書・アンケート用紙・返信用封筒） 20名分

※3は返信封筒内にすべて入れております。その封筒でアンケートを返送いただきます。

<研究協力者募集についての説明>

「知的障害者・保護者の受診支援に関するニーズ調査」の研究において、参加に同意していただける協力者の募集をいたします。つきましては、貴会に協力者の推薦をご依頼させていただきたいと存じます。

知的障害者のスムーズな受診に向けた具体的な支援の確立のため、何卒本研究にご協力くださいますようお願いいたします。

この研究の対象者は

1. 18歳以上の知的障害者の保護者（できれば主な介護者）
2. 本人の状況をよく把握している方

としております。

対象者として適任と思われる方、ご協力いただけそうな方をご推薦いただければ幸いです。貴会に所属されている方でもそうでなくても構いません。1名分ずつ封筒に入れてありますので、会議やイベント等の場を通じ、適任者にお渡しください。

なお、今回同封させていただいたアンケート部数は20名分です。ご協力いただける方がさらにいらっしゃる場合は追加送付させていただきますので、お手数ですが下記までご連絡くださいますようお願いいたします。

(連絡先)

〒250-8588

神奈川県小田原市城山1-2-25

国際医療福祉大学大学院博士課程

保健医療学専攻 野高朋美

携帯 090-××××-××××

E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp

平成 28 年 ×月 ×日

各位

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 博士課程
野高 朋美

知的障害者の医療機関受診に関する調査のご協力について（ご依頼）

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は現在国際医療福祉大学大学院において保健医療学を専攻しております大学院生です。

知的障害を持つ方が医療をスムーズに受けられていない現状や保護者の方々の思いを知り、早急に対策が必要だということを痛感しております。また地域に限定した問題ではなく、全国でも同じ思いを抱えていらっしゃる方が多いことも感じており、知的障害を持つ方や保護者の方々が医療についてどのようなことに困っており、どのようなことを希望しているかを明らかにすることが重要と考えます。

そこでこの度、知的障害を持つ方の保護者の方に医療機関の受診についての全国調査を行うことにいたしました。その結果をもとに、具体的な取り組みを考えていきたいと思っております。

つきましては、知的障害を持つ方の健康や生命を守るために、研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただきたいと思います。皆様の貴重なご意見を反映していきたいと考えておりますので、ご多忙な中恐縮ですが、何卒よろしく願いいたします。

<連絡先>

〒250－8588

神奈川県小田原市城山 1－2－25

国際医療福祉大学大学院博士課程

保健医療学専攻 野高朋美

携帯 090-××××-××××

E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp

＜研究参加者への説明文書＞

「知的障害者・保護者の受診支援に関するニーズ調査」の参加をご依頼したく、その概要を説明いたします。この研究について下記の項目を記載しておりますので、あなたの自由意思により参加するかお決めいただき、参加いただける場合はアンケートの記入をお願いいたします。アンケートの返送をもって研究に同意いただいたと判断させていただきます。また、参加しないことで不利益を受けることはありません。

説明事項

① 研究名・研究実施の許可

研究名：「知的障害者・保護者の受診支援に関するニーズ調査」

研究実施については、研究機関における倫理審査委員会と学長の承認を得ております。

② 研究機関名・研究責任者氏名・共同責任者氏名

主任研究者 国際医療福祉大学大学院 博士課程 保健医療学専攻 野高朋美

共同研究者 国際医療福祉大学大学院分野長／小田原保健医療学部学科長 荒木田美香子

③ 研究の目的・意義

地域で暮らす知的障害者がスムーズに病院受診できるための支援体制構築に向け、知的障害者とその家族の受診に関するニーズを広く把握することを目的としています。

歯科受診に関しては知的障害者本人や保護者に対し受診についての調査が実施されておりますが、他の診療科においては知的障害者の医療の現状や受診要因、受診困難な要因についての研究が中心で、一般診療科における本人や家族のニーズが明確にされていない現状があります。

④ 研究の方法・研究結果の扱い

全国の知的障害者の保護者団体を通じ、研究参加者を募ります。協力の意思がある方には説明文書ならびに質問紙（アンケート用紙）、返信用封筒をお渡しし、質問紙の返送をしていただきます。得られた結果は具体的な支援方法を検討するための資料として使用いたします。

⑤ 研究期間

倫理審査承認後～平成 29 年×月×日

⑥ 研究参加者として選定された理由

1.18 歳以上の知的障害者の保護者（できれば主な介護者）

2.本人の状況をよく把握している方

⑦ 研究への自由参加への意志・同意取り消しの自由

参加協力は自由で、研究に同意しないあるいは同意を撤回することによって不利益を講ずることもありません。質問紙の返送をもって同意いただいたと判断いたします。

⑧ 研究参加者に生じる負担や予測されるリスク・利益

回答に際し、お時間を割いていただくこととなりますが、リスクはないと考えます。

⑨研究に関する情報公開の方法

論文発表を予定しています。その際個人が特定されることはありません。

⑩資料（試料）と個人情報の取り扱い

本研究で得たデータは無名化し取り扱います。データ処理を行うパソコンはインターネット等外部に接続していないものとします。研究期間中は鍵のかかる書庫保管とし、研究終了日から10年間保管いたします。保管期間終了後に回収資料はシュレッダーで完全消去し、電子データについてはバックアップ等も含め適切に処理します。

⑪研究資金源、利益相反

個人研究費で実施します。利益相反はございません。

⑫研究参加者の経済的負担・謝礼

経済的負担はございません。

⑬研究参加者の希望に応じた個人情報の保護や研究に関する資料の入手・閲覧

研究参加者からの研究に関する資料について入手や閲覧の希望があった場合は、内容に応じ可能な限り対応いたします。

⑭質問や相談等への対応

連絡先：国際医療福祉大学大学院 博士課程 保健医療学専攻 野高朋美

Email 15S3045@g.iuhw.ac.jp

TEL 090-××××-××××

ご不明な点やご相談等ありましたら、上記にご連絡ください。

説明日：平成 28 年 × 月 × 日

説明者： 野高 朋美

国際医療福祉大学

研究計画書（新規・継続用）

平成 28年×月×日

学 長 殿

申請者	在 籍	修士・ 博士 ・研究生 その他（ ）
	学籍番号	15S3045
	所属キャンパス	大川キャンパス
	専 攻	保健医療学専攻
	分 野	看護学分野
	氏 名	野高 朋美 (印)
研究指導 教員	所属・職名	大学院分野長 小田原保健医療学部学科長
	氏 名	荒木田 美香子 (印)

① 研究の名称	知的障害者・保護者の受診支援に関するニーズ調査			
② 研究の実施体制 (研究機関の名称 及び研究者等の 氏名を含む。)	研究者氏名	研究機関名	所属・職名	役割・分担など
	野高 朋美	国際医療福祉大学	大学院 博士課程 保健医療学専攻	主任研究者
	荒木田美香子	国際医療福祉大学	大学院分野長 小田原保健医療学部 学科長	共同研究者
③ 研究の目的と意義	<p>1. 研究の目的</p> <p>地域の医療施設を受診しても快く診療してくれない場合や診療を断られるなど、知的障害者の地域における医療保証はなされていない現状があり¹⁾、医療機関受診がスムーズに行えていないことが推察されるが、これらに関する研究は少なく、支援体制の確立に至っていない。そこで知的障害者本人や家族のニーズに基づき、医療機関受診に関する具体的な支援の検討を行うことを目的とする。</p> <p>2. 研究の意義</p> <p>歯科では知的障害者本人やその保護者に対し受診の実態に関する調査を行っている研究²⁾や受診時の具体的な行動調整のステップを示した研究³⁾が行われているが、その他の診療科における知的障害者の受診は、医療の現状や受診要因、受診困難な理由についての研究が中心である。また、知的障害者におけるニーズ調査は非常に少ないが、全国の知的障害者数が約 74 万人⁴⁾であることを慮ると、今まで知的障害者が持つニーズに対し関心を向けられてこなかったことが示唆される。そのため知的障害者本人や家族の希望に沿った支援の実現に向け、ニーズ調査に基づく具体策を講じることは非常に重要であり、喫緊の課題であると考えます。</p> <p>【引用文献】</p> <p>1) 小澤芳子.知的障害者の受診における困難.プライマリ・ケア 2009,32(4):242-245</p> <p>2) 山田敦子,武蔵博文.富山県における障害児の歯科医療に関する実態調査.富山大学教育実践総合センター紀要 2004,5:17-31</p> <p>3) 佐藤昌史.障害(児)者における診療時の行動調整.昭和歯学会雑誌 2006,26(3):249-255</p> <p>4) 内閣府編.平成 27 年度版障害者白書.東京:勝美印刷.2015.33-37.</p>			

④ 研究の方法	<p>1. 研究デザイン:無記名式質問紙における横断的調査</p> <p>2. 対象 全国における 18 歳以上の知的障害者の保護者</p> <p>3. 研究計画</p> <p>1)対象者の選定 全国の知的障害者の保護者団体(心をつなぐ会)55 団体に研究協力書、説明文書を送付し、協力を募る(1 団体につき 20 部の計 1100 部発送)。保護者団体を通じ、協力の意思がある方に説明文書並びに質問紙、返信用封筒を渡していただく。返送をもって同意とみなす。</p> <p>2)実施 郵送による質問紙調査。データ収集期間予定:平成 28 年 6 月～平成 28 年 9 月</p> <p>3)内容 質問紙は別紙1参照。質問項目は前研究で知的障害者を持つ保護者 3 グループ(14 名)に対し実施したフォーカスグループインタビューの結果を基に作成したものであり、属性 16 項目、受診状況 4 項目、支援ニーズ 9 項目、支援対策 7 項目の計 36 項目で構成される。</p> <p>4)データ分析 収集データは、記述分析・相関分析・χ^2検定・多変量分析等の統計学的分析を主とするが、自由回答における統計学的分析が不可能な内容については質的内容分析とする。統計学的分析には SPSS を用いる。</p>
⑤ 研究の期間	倫理審査承認後～平成 29 年 3 月 31 日
⑥ 研究対象者の選定方針	<p>選定条件</p> <p>1. 18 歳以上の知的障害者の保護者(できれば主な介護者)</p> <p>2. <u>本人の状況をよく把握している方</u></p>
⑦ 研究の科学的合理性の根拠	<p>知的障害者の受診支援に関する先行研究は非常に少なく、多くのバリエーションの集積により、具体的な支援の実践に結びつける研究が求められるが、その構築には大規模なニーズ調査が不可欠である。</p> <p>本研究では 18 歳以上の知的障害者を持つ保護者を対象とするが、限定した地域ではなく、全都道府県の当事者団体「<u>心をつなぐ会</u>」(55 団体)に研究依頼をし、希望者を募ることで信頼性を確保する。また郵送調査であることから質問紙の回収率が低くなることが予想され、対象者は 1 団体あたり 20 名の 1,100 名として、分析に十分なサンプル数が確保できるよう設定した。</p> <p>質問紙の項目は主任研究者が前研究において実施した知的障害児・者を持つ保護者へのフォーカスグループインタビュー結果をもとに、妥当性のある構成とし、分析結果については、主任研究者、共同研究者で検討を行い、精度を高めた。</p>
⑧ インフォームド・コン	対象者 ①. 当該被験者 2. 代諾者 3. その他()

セントを受ける手続等	説明方法 ①. 文書 2. 口頭 3. 掲示 4. その他() 同意の撤回 同意取得方法 1. 文書 2. 口頭 3. 黙示の同意 ④. その他(質問紙の返送をもって同意とみなす) 説明と同意を簡略化する場合、その理由()
⑨ 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法を含む)	1 実名で行なう 2 暗号化を行う(連結可能匿名化) ③ 無名化を行う(連結不可能匿名化) 4 その他()
⑩-1 研究対象者に生じる負担	質問紙の回答に要する時間確保や郵送の手続きが必要である。
-2 並びに予測されるリスク及び利益	リスクはないと考える。
-3 これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策	全国規模での調査であり、データが今後の貴重な資料になることを理解していただく。 郵送については返送用の封筒を同封し、記入用紙を入れポストに入れていただく形とする。
⑪ 侵襲(軽微な侵襲を除く。)を伴う研究の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 重篤な有害事象が発生した際の対応
⑫ 侵襲を伴う研究の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 当該研究によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容
⑬ 補償・賠償	① リスクはほとんどないので、考慮していない 2 被害が起こった時には自分の個人保険でカバーする 3 この研究のために買った保険でカバーする 4 協力施設の賠償保険でカバーする 5 その他()
⑭ 試料・情報(研究に用いられる情報に係る資料を含む。)の保管及び廃棄の方法	データ処理を行うパソコンはインターネット等外部に接続していないものとする。回収データは鍵のかかる書庫保管とし、研究終了日から10年間保管する。保管期間終了後、回収資料はシュレッダーで完全消去し、電子データについてはバックアップ等も含め適切に処理する。
⑮ 研究機関の長への報告内容及び方法	口頭及び文書にて計画時、実施前後、報告書作成時など随時報告する。
⑯ 研究の資金源等(該当するものに囲みを付す)	1 公的・公募研究(文部科学研究・厚労科学研究・その他)(主任・分担・その他) 2 上記以外の外部資金による研究(資金名:) ③ 外部資金を受けていない
⑰ 研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況	① 本研究は、利益相反に抵触しない。 2 本研究は、利益相反に抵触する可能性がある。 利益相反の内容()
⑱ 研究に関する情報公開の方法	博士論文として発表予定である。

⑲ 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応	協力者に主任研究者の電話番号(職場・携帯)の電話番号とメールアドレスを知らせ、研究に関する質問や相談にいつでも応じることを文書で伝える。
⑳ 代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける場合の手続き(代諾者等の選定方針並びに説明及び同意に関する事項を含む。)
㉑ インフォームド・アセントを得る場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない インフォームド・アセントを得る場合の手続(説明に関する事項を含む。)
㉒ 研究対象者に緊急かつ明白な生命の危機が生じている状況における研究を実施しようとする場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 要件の全てを満たしていることについて判断する方法
㉓ 研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない その旨及びその内容
㉔ 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応
㉕ 研究実施に伴い、研究対象者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性がある場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 研究対象者に係る研究結果(偶発的所見を含む。)の取扱い
㉖ 研究に関する業務の一部を委託する場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 当該業務内容及び委託先の監督方法
㉗ 研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の研究機関に提供する可能性がある場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない その旨と同意を受ける時点において想定される内容
㉘ モニタリング及び監査を実施する場合	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない その実施体制及び実施手順

知的障害者の医療機関受診に関するアンケート

このアンケートは、知的障害児・者を持つ保護者の方々が医療機関への受診においてどのような不安や困りごとがあり、どのような支援を必要としているかを明らかにし、今後具体的な取り組みをしていく上での資料とさせていただくためのものです。

アンケートから得られたデータは、集計後分析し、論文等で公表させていただきますが、お答えいただいた個人が特定されることは決してございませんので、同封しております説明文書をご一読いただき、アンケートの趣旨をご理解いただいたうえで、以下の内容にご回答くださいますようお願いいたします。回答後はこの用紙が入っていた封筒にアンケートのみ入れ、返送ください。

また、ご不明な点やご質問等ございましたら、お手数ですが下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

(連絡先)

〒250-8588

神奈川県小田原市城山1-2-25

国際医療福祉大学大学院博士課程

保健医療学専攻 野高朋美

携帯 090-××××-××××

E-mail 15S3045@g.iuhw.ac.jp

I. 本人と介護者の状況

1. 知的障害を持つお子様とあなたのご関係を教えてください。
1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. その他 ()
2. あなたの年代を教えてください。
1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代 7. 80代以上
3. あなたの性別を教えてください。
1. 男性 2. 女性
4. お住まいの都道府県を教えてください。
() 都・道・府・県
5. 同居人数を教えてください。(ご自分も含めてください)
1. 1名 2. 2名 3. 3名 4. 4名 5. 5名 6. 6名 7. 7名以上
6. 知的障害を持つお子様とは同居されていますか。
1. 同居している 2. 別居している
7. 知的障害を持つ方の主な介護者はどなたですか。
1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. その他 ()
8. 主な介護者の方はお仕事をされていますか。
1. 正規職員 2. パート 3. アルバイト 4. 就業していない 5. その他 ()
9. 主な介護者の方をサポートしてくださる方はいらっしゃいますか。 ※複数回答可
1. いる 2. いない
※いると答えた方のみお答えください。
・それはどなたですか？
1. 配偶者 2. 介護者の父母 3. 親戚 4. 友人 5. 近所の人 6. 知人
7. 介護支援スタッフ 8. その他 ()
10. 知的障害を持つお子様のご年齢を教えてください。
満 () 歳
11. 知的障害を持つお子様は日中どこで過ごすことが多いですか。 ※複数回答可
1. 自宅 2. 入所施設 3. 通所施設 4. 作業所 5. 学校 6. 病院 7. その他 ()

12. 知的障害を持つお子様の診断名を教えてください。 ※複数回答可

1. 自閉症 2. ダウン症 3. 脳性麻痺 4. 髄膜炎 5. その他 ()

13. 知的障害を持つお子様は、現在何らかの疾患で定期受診をしていますか。

1. はい 2. いいえ

※はいと答えた方のみお答えください。

受診の頻度は? (複数の病院を受診している場合はトータルの数でお答えください。)

1. 週1回以上 2. 週1回程度 3. 月2回程度 4. 月1回程度 5. 2ヶ月に1回程度
6. 3ヶ月に1回程度 7. 半年に1回程度 8. 年1回程度 9. その他 ()

その診療科は? ※複数回答可

1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 眼科 5. 耳鼻科 6. 産婦人科
7. 皮膚科 8. 精神科 9. 心療内科 10. 歯科 11. その他 ()

14. 知的障害をもつお子様は療育手帳をお持ちですか。

1. はい 2. いいえ

※はいと答えた方のみお答えください。

その種類は?

1. A1 2. A2 3. B1 4. B2

15. 知的障害をもつお子様は身体障害者手帳をお持ちですか。

1. はい 2. いいえ

※はいと答えた方のみお答えください。

障害の種類は?

1. 視覚 2. 聴覚 3. 言語機能 4. そしゃく機能 5. 肢体不自由 6. 心臓機能
7. 呼吸器機能 8. じん臓機能 9. ぼうこうまたは直腸機能 10. 小腸機能
11. 免疫機能 12. 肝臓機能

その等級は?

1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級

16. 知的障害をもつお子様は精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。

1. はい 2. いいえ

※はいと答えた方のみお答えください。

その等級は?

1. 1級 2. 2級 3. 3級

Ⅱ. 受診に関する状況

1. 知的障害を持つ方が今まで受診したことのある診療科を教えてください。 ※複数回答可

1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 眼科 5. 耳鼻科 6. 産婦人科 7. 皮膚科
8. 精神科 9. 心療内科 10. 歯科 11. その他

2. それぞれの項目について知的障害を持つ方があてはまる箇所に○をつけてください。

(どなたかのサポートによりできた場合も“できた”に含めてください。)

検査・処置 診察内容	毎回受ける ことが可能	場合により受け ることが可能	試みたが受けら れなかった	受ける機会 がなかった	受けさせても らえなかった	難しいと思う ので受けない
身長測定						
体重測定						
体温測定						
血圧測定						
尿検査						
心電図検査						
採血						
注射						
点滴						
C T						
M R I						
エコー						
胃カメラ						
大腸内視鏡						
傷の消毒						
ガーゼ交換						
包帯交換						
ギプス固定						
視力検査						
眼圧検査						
聴力検査						
歯をけずる						
婦人科検診						

3. 上記の間2に挙げた項目以外にも記入事項がありましたら、下欄に自由にお書きください。

例.〇〇検査は以前できたが、今はできなくなったなど

4. 知的障害を持つ方が受診する前に自宅で行っていることがありますか。

※あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 受診の流れ（スケジュール）について説明
2. 受診の理由（必要性）について説明
3. 受診する病院について説明
4. 受診内容について説明
5. 受診することを繰り返し説明
6. 受診に関する予行練習
7. その他 []
8. 特にしていない

Ⅲ. 支援のニーズ

1. 障害を持つ方を病院に連れて行くのは大変だと感じますか。
 1. 毎回大変だと感じる
 2. 時々大変だと感じる
 3. 少し大変を感じる
 4. 大変だとあまり感じない
 5. 大変だとほとんど感じない
 6. 大変だと全く感じない

※1～3に○をつけた方のみお答えください。

大変だと感じる理由にどのようなことがありますか。あてはまるもの全てに○をおつけください。

1. (知的障害を持つ方が) 病院にいきたがらない
 2. 病院に行くための準備
 3. 病院までのアクセス
 4. 病院に行く時間をつくるのが難しい
 5. (知的障害を持つ方に) ずっとつきっきりになこと
 6. 病院内の移動
 7. 受付時の手続き
 8. 待ち時間の長さ
 9. 周囲の人の目
 10. 診察や検査がうまくできない
 11. 病院で本人に合わせた対応をしてもらえない
 12. 職員が知的障害の対応に慣れていない
 13. 家庭のことができなくなる
 14. 自分自身が疲れてしまう
 15. その他 []
2. 知的障害を持つ方はかかりつけ医がいますか。
 1. いる
 2. いない

※いる と答えた方のみお答えください。

その医療機関はどこにありますか。

1. 住んでいる市町村内
2. 住んでいる都道府県内の近隣市町村
3. 住んでいる都道府県外の近隣市町村
4. 住んでいる都道府県県内だが遠方の市町村
5. 住んでいる都道府県外の遠方の市町村
6. 診療科によって住んでいる市町村内のところとそうでないところがある

3. 受診の際、医療機関を選択するうえで、**優先度が高いもの3つ**に○をつけてください。

1. 医療機関へのアクセス 2. 駐車場の広さ 3. 医療機関の規模 4. 病院内の外観
 5. 病院内の配置 6. 病院内の明るさ 7. 病院の待合室 8. 病院内がきれい
 9. 病院内のにおい 10. 病院内の音 11. 医師の対応 12. 看護スタッフの対応
 13. 受付スタッフの対応 14. 待ち時間の長さ 15. かかりつけである 16. 周囲の評判
 17. 知的障害者の受診を断らない 18. その他

[]

4. 知的障害者の医療費制度に満足していますか。

1. 大変満足している 2. まあまあ満足している 3. 少し満足している
 4. あまり満足していない 5. ほとんど満足していない 6. 全く満足していない

5. 知的障害者が受診する際の福祉サービスについて満足していますか。

1. 大変満足している 2. まあまあ満足している 3. 少し満足している
 4. あまり満足していない 5. ほとんど満足していない 6. 全く満足していない

6. 知的障害者が受診する際に希望する各サービスについてあてはまる箇所に○をつけてください。

サービス内容	非常に希望する	まあまあ希望する	少し希望する	あまり希望しない	ほとんど希望しない	全く希望しない
病院までの移動介助						
病院の予約						
病院での付き添い						
薬の受け取り						
家庭の家事援助						

7. 上記の間6に挙げた項目以外で記入事項がありましたら、下欄に自由にお書きください。

[]

平成 30 年 ×月 ×日

市障害福祉担当課 各位

国際医療福祉大学博士課程

看護学分野 野高朋美

調査協力をお願い(ご依頼)

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。私は国際医療福祉大学医療福祉学研究科で保健医療学を専攻しております野高朋美と申します。学校法人国際医療福祉大学の承認を得て、下記の内容で、知的障害者の医療機関受診支援に関する研究を行っており、知的障害者の保護者にインタビュー調査やアンケート調査を実施してきたところでございますが、今後さらに具体的な支援について検討していく上で、各自治体における受診支援対策の実状についてお聞きしたいと考えています。

つきましてはご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、貴自治体にアンケート回答にぜひご協力いただきたく存じます。添付しておりますアンケート用紙に記入の上、同封の封筒またはFAXにてご返送くださいますようお願い申し上げます。アンケートの返送により同意いただいたと判断させていただきます。なお、アンケートには自治体名を記入いただきますが、データは統計的処理をいたしますので、回答により貴市名が特定されることはありません。

記

- 1.研究課題名 「知的障害者に対する医療機関受診支援対策の現状～市障害(がい)者計画から～」
- 2.目的 知的障害者の医療機関受診支援における地域の現状や課題について市障害(がい)者計画から把握し、今後優先すべき具体的な支援を検討する。
- 3.回答期限 平成 30 年〇月〇日
- 4.研究概要 ※別紙の研究計画書参照

<お問い合わせ等の連絡先>

研究実施代表者 国際医療福祉大学大学院

博士課程看護学科 野高 朋美

電話:090-××××-××××

E-mail:15S3045@iuhw.ac.jp

住所:福岡県大川市榎津 137-1

研究責任者(研究指導教員)

国際医療福祉大学小田原保健医療学部

副学長/看護学科学科長 教授 荒木田美香子

電話:0465-××-××××

E-mail:arakida@iuhw.ac.jp

住所:神奈川県小田原市城山 1-2-25

「知的障害者に対する医療機関受診支援対策の現状～市障害(がい)者計画から～」
に関する説明書

研究実施代表者

所属： 国際医療福祉大学大学院

職名： 看護学分野 博士課程

氏名： 野高朋美

この説明書は「知的障害者に対する医療機関受診支援対策の現状～市障害(がい)者計画から～」の内容について説明したものです。本研究は、国際医療福祉大学の承認を得て行なうものです。この計画に参加されなくても不利益を受けることは一切ありません。ご理解、ご賛同いただける場合は、研究の対象者として研究にご参加くださいますようお願い申し上げます。

① 研究の名称及び当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けている旨

本研究は国際医療福祉大学の倫理審査および学長の許可を得て、実施しております。

② 研究機関の名称及び研究責任者の氏名

研究実施担当者 野高朋美 国際医療福祉大学大学院 看護学分野博士課程

研究責任者 荒木田美香子 国際医療福祉大学小田原保健医療学部副学長・看護学科学科長

③ 研究の目的

本研究は知的障害者の医療機関受診支援における地域の現状や課題について市障害者計画から把握し、今後優先すべき具体的な支援を検討することと本研究の目的としています。

④ 研究の方法及び期間

全国の市障害福祉担当課に障害者計画における実態調査を実施。郵送による質問紙調査とします。記入後返送ください。

予定する研究対象者数：全国の市役所障害福祉担当課 計 771

調査期間：倫理審査承認後～平成 30 年×月×日まで(※アンケート回答期限は平成 30 年×月×日)

⑤ 研究対象者として選定された理由

障害者計画の実施主体である市に調査することで、地区の特性をふまえた実施計画についての把握ができると考えるため

⑥ 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益

研究対象者に生じる負担として質問紙に回答するための時間や、郵送する手間がかかるが、公的データの情報収集であり、研究対象者に身体的・精神的・社会的な危害が生じる可能性はないと考えます。本研究で全国の状況を明らかにできれば、各自治体にとって今後の取り組みの参考にもできます。

⑦ 研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できる旨

記名での質問紙調査となっておりますので、記入後返信いただいた場合であっても、ご連絡いただいた時点で随時取り消しが可能です。ただし、データは統計的に処理しますので、各自治体名が公表されることはありません。

⑧ 研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって研究対象者等が不利益な取扱いを受けない旨

本研究の参加は自由意思であり、同意しないことで不利益を生じることはありません。同意撤回についても同様であり、随時同封の同意撤回書により申し出ることが可能です。

⑨ 研究に関する情報公開の方法

博士論文、学会における論文投稿にて発表を予定しております。

⑩ 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法、匿名加工情報又は非識別加工情報を作成する場合にはその旨を含む。)

本研究では公的情報について収集するため、質問紙には自治体名を記入していただきますが、データとして発表する際には統計的処理を実施し、各自治体名は公表いたしません。

⑪ 情報の保管及び廃棄の方法

取り扱うデータは公的データではありますが、返送いただいた質問紙は研究実施代表者の所属大学研究室内の鍵付き書庫にて、施錠し保管いたします。また、論文発表後にはシュレッダーにて廃棄いたします。

⑫ 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

研究資金は研究実施対象者の自費であり、利益相反はありません。

⑬ 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応

下記の連絡先において、メール、電話等で随時対応いたします。

<お問い合わせ等の連絡先>

研究実施代表者 国際医療福祉大学大学院博士課程看護学科 野高 朋美

電話:090-××××-××××

E-mail:15S3045@g.iuhw.ac.jp

住所:福岡県大川市榎津 137-1

研究責任者(研究指導教員) 国際医療福祉大学小田原保健医療学部副学長/
看護学科学科長 教授 荒木田美香子

電話:0465-××-××××

E-mail:arakida@iuhw.ac.jp

住所:神奈川県小田原市城山 1-2-25

同意撤回書

野高 朋美 殿

私は「知的障害者に対する医療機関受診対策の現状～市障害(がい)者計画から～」の参加に同意し、アンケート用紙を送付しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院博士課程看護学専攻の野高朋美に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

平成 年 月 日

(自署)

研究協力者 _____ 市

〔 障害（がい）者計画についての調査票 〕

* 「記入上のご注意」

①質問は、該当する場合に○をつけるものやチェックをつけるもの、() 内や欄内に記入いただくものがあります。全2枚になっております。

②回答期限は 平成30年 ○月 ○日 (○) です。

③回答後はお手数ですが同封の封筒でポストに投函いただくかFAXで返送ください。

(アンケートのみそのまま返送ください。鑑は不要です)

FAX 番号 0×××× - ×× - ××××

- 貴自治体名をご記入ください。
() 都・道・府・県 () 市
- 貴市が現在策定している障害（がい）者計画の期間についてご記入ください。
平成（ ）～平成（ ）年
- 国の障害者基本計画に盛り込まれている下記の 8 分野について、貴市の障害（がい）者計画でも記載されているものがあれば、表内に○をおつけください。

	分野名	○を記入
1	啓発・広報	
2	生活支援	
3	生活環境	
4	教育・育成	
5	雇用・就業	
6	保健・医療	
7	情報・コミュニケーション	
8	国際協力	

- ※上記 3 で、保健医療について○をつけた場合のみお答えください。
保健医療に関する記載の中で、対象者ごとの内容が挙げられていますか？
下記の対象者について記載事項があれば、○をおつけください。

	対象者	○を記入
1	身体障害（がい）者	
2	精神障害（がい）者	
3	知的障害（がい）者	
4	発達障害（がい）者	
5	その他（ ）	

- ※上記 4 で、知的障害（がい）者、発達障害（がい）者に○をつけた場合のみお答えください。
記載されている内容はどのようなことですか。下欄にご記入ください。
例) 知的障害（がい）者に健（検）診を利用しやすくする工夫が必要である。

知的障害（がい）者について

発達障害（がい）者について

6. 貴市の計画策定メンバーに当事者や保護者等は所属していますか？該当するものに○をおつけください。

	対象者	○を記入
1	身体障害（がい）者当事者	
2	身体障害（がい）者保護者・家族	
3	精神障害（がい）者当事者	
4	精神障害（がい）者保護者・家族	
5	知的障害（がい）者当事者	
6	知的障害（がい）者保護者・家族	
7	発達障害（がい）者当事者	
8	発達障害（がい）者保護者・家族	

7. 貴市におけるホームページ上で、障害者計画を閲覧することが可能ですか？

可能である 可能でない

8. 障害者計画へのパブリックコメントを求めていますか？

求めている 求めていない

9. 貴市における障害者の医療支援対策は十分であると感じていますか？

大変十分である まあまあ十分である どちらかというところ十分である

どちらかというところ十分でない あまり十分でない 全く十分でない

10. 9でそのようにお答えになった理由をお聞かせください。

[]

11. 貴市における**知的障害者**の医療支援対策は十分であると感じていますか？

大変十分である まあまあ十分である どちらかというところ十分である

どちらかというところ十分でない あまり十分でない 全く十分でない

12. 11でそのようにお答えになった理由をお聞かせください。

[]

13. 知的障害者が貴市における医療機関に受診をしていく上で、上記以外に課題だと感じていることやその他ご意見がありましたら、下記にご記入をお願いいたします。

[]

※お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。郵送かFAXで返送ください。

院生用

(受付番号 - -)

国際医療福祉大学 研究計画書（新規）

平成 30 年 × 月 × 日

申請者 (研究実施代表者)	在籍課程：	博士課程
	学籍番号：	15S3045
	キャンパス：	大川キャンパス
	専攻(学部)：	保健医療学専攻
	分野(学科)：	看護学分野
	氏名：	野高 朋美 ㊞
研究責任者	職責：	<input checked="" type="checkbox"/> 研究指導教員 <input type="checkbox"/> その他()
	所属：	小田原保健医療学部
	職名：	小田原保健医療学部副学長・ 看護学科学科長
	氏名：	荒木田 美香子 ㊞

※ 院生は研究責任者にはなり得ません。原則、研究指導教員が研究責任者となる。

1. 研究の名称 指針第8(1)①	知的障害者に対する医療機関受診支援対策の現状～市障害(がい)者計画から～												
2. 研究の実施体制 (研究機関の名称及び研究者等の氏名を含む。) 指針第8(1)②	<p>資格・役割・分担など</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">研究者氏名</th> <th style="width: 25%;">研究機関名</th> <th style="width: 25%;">所属・職名</th> <th style="width: 25%;">資格・役割・分担など</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>野高朋美</td> <td>国際医療福祉大学大学院 (宮崎県立看護大学)</td> <td>博士課程 (助教)</td> <td>研究実施代表者</td> </tr> <tr> <td>荒木田美香子</td> <td>国際医療福祉大学・大学院</td> <td>小田原保健医療学部副学 長・看護学科学科長</td> <td>研究責任者</td> </tr> </tbody> </table>	研究者氏名	研究機関名	所属・職名	資格・役割・分担など	野高朋美	国際医療福祉大学大学院 (宮崎県立看護大学)	博士課程 (助教)	研究実施代表者	荒木田美香子	国際医療福祉大学・大学院	小田原保健医療学部副学 長・看護学科学科長	研究責任者
研究者氏名	研究機関名	所属・職名	資格・役割・分担など										
野高朋美	国際医療福祉大学大学院 (宮崎県立看護大学)	博士課程 (助教)	研究実施代表者										
荒木田美香子	国際医療福祉大学・大学院	小田原保健医療学部副学 長・看護学科学科長	研究責任者										
3. 研究実施期間 指針第8(1)④	承認日以降～平成 30 年 5 月 30 日												
4. 研究の目的と意義 指針第8(1)③	<p>(1) 研究の目的及び意義 地域の医療施設を受診しても快く診察してくれない場合や診療を断られるなど、知的障害者の地域における医療保障はなされていない現状があり¹⁾、医療機関受診がスムーズに行えていないことが推察される。筆者らの前研究²⁾では、知的障害者が医療機関の受診を困難と感じるプロセスが“医療機関を訪れることへの気後れ”であり、“保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み”の充実をはかる必要があることがわかった。さらにその研究結果をもとに、全国における知的障害者保護者団体を通じ、知的障害者の保護者に医療機関受診に関するニーズ調査を実施した。その結果、知的障害者の保護者が受診を困難と感じる理由に「知的障害者にずっとつきっきりである」「診察や検査がうまくできない」「自分自身が疲れてしまう」「待ち時間が長い」などが多く挙げられたことから、知的障害者の受診がスムーズに行えるためには保護者に対する支援の視点も非常に重要であることもわかった。保護者自身も医療機関や社会からの支援を期待していることから、“保護者・医療機関・社会がそれぞれできる取り組み”の観点からのシステム構築が必要であるが、全国の自治体における知的障害者に対する受診支援対策の現状は明らかにされていない。よって本研究の目的を、知的障害者の医療機関受診支援における地域の現状や課題について市障害者計画から把握し、今後優先すべき具体的な支援を検討することとする。</p> <p>(2) 予想される医学上の貢献及び意義 本研究の成果により、今後の知的障害者の医療機関受診における具体的取り組みを展開する上での貴重なデータとなる。</p>												

5. 研究の方法 指針第8(1)④	<p>(1) 研究方法の概要 全国の市障害福祉担当課に障害者計画における実態調査を実施する。郵送による質問紙調査とし、記入後返送してもらう。倫理審査承認後発送し、回答期限を平成×年×月×日とする。</p> <p>(2) 研究のデザイン 国際医療福祉大学大学院単独・質問紙調査を用いた横断研究。</p> <p>(3) 評価の項目及び方法</p> <p>1) 主要評価項目: 知的障害者の受診支援について障害者計画に記載の有無。</p> <p>2) 副次的評価項目: 担当課として知的障害者の受診における課題認識の有無。</p> <p>(4) 統計解析方法: 記述分析。欠損値については削除した上で、統計処理を実施する。分析期間は回収後の平成30年×月から×月とし、その後分析結果を記述化していく。</p> <p>(5) 観察の対象となる治療方法: 該当しない。</p> <p>(6) 観察および検査項目(用いる試料・情報)とその実施方法: 該当しない。</p> <p>(7) 予定する研究対象者数: 全国における市役所障害福祉担当課 計 791</p> <p>(8) 対象者数の設定根拠 市の悉皆調査を実施する。</p> <p>(9) 研究対象者の研究参加予定期間: 該当しない。</p> <p>(10) 研究参加者に対する研究終了(観察期間終了)後の対応: 該当しない。</p> <p>(11) 研究参加の中止基準: 該当しない。</p> <p>(12) 研究の変更、中断・中止、終了 : 研究の変更が生じた場合には、倫理審査委員会の承認を得てから実施する。回収数が非常に少ない場合や倫理審査委員会からの勧告等により中断せざるを得ない際は研究を中止し、速やかに学長に報告する。終了時には研究終了報告書を学長に報告する。</p> <p>(13) 他機関への試料・情報の提供: なし。</p>
6. 研究対象者の選定方針 指針第8(1)⑤	<p>(1) 研究対象者の選定方針</p> <p>1) 選択基準: 平成29年7月現在における全国地方公共団体一覧にある市。</p> <p>2) 除外基準: 指定都市については除外。</p> <p>(2) 対象者の属性: 市役所の障害福祉担当課。</p> <p>(3) 対象者の選定方法: 平成29年7月現在における全国地方公共団体一覧より抜粋する。</p> <p>(4) 研究開始後に対象者を除外する条件: 質問紙の返送があったが、回答取り消しの申し出があった場合。</p>
7. 研究の科学的合理性の根拠 指針第8(1)⑥	<p>障害者計画の実施主体である市町村に調査することで、地区の特性をふまえた実施計画について知ることができると考える。ただし、町村では地域内に医療機関が少ない場合も多く、バイアスがかかる可能性が考えられることから、本研究では市を対象に実施する。地域別の特徴把握のため、全国への郵送調査とするが、回収率が低くなる場合を考慮し、全市への悉皆調査とする。質問紙の項目については、研究実施代表者と研究責任者で検討を行い、精度を高めた。</p>
8. インフォームド・コンセントを受ける手続等 指針第8(1)⑦	<p>(1) 手続き方法: 文書を用いて説明し、同意する場合のみ質問紙の回答・返送をしてもらう。</p> <p>(2) 同意取得の具体的方法</p> <p>1) 説明の方法 郵送調査のため、文書の配布のみで口頭での説明はしない。</p> <p>2) 説明の実施者: 研究実施代表者(申請者)</p> <p>(2) 同意取得の具体的方法: 回答をもって同意とみなす。</p>
9. 個人情報等の取扱い(匿名化の場合はその方法、匿名加工情報又は非識別加工情報を作成する場合はその旨を含む。) 指針第8(1)⑧	<p>(1) 個人情報の取扱い: 公的情報についての質問紙調査のため、個人情報は該当しないが、得られたデータについては自治体名を公表せず、統計的に処理した上での発表とする。</p> <p>(2) 収集する個人情報: 該当なし。</p> <p>(3) 匿名化の方法: 公的データであるため、匿名化はしない。</p> <p>(4) 匿名加工情報を作成するか: 該当しない。</p>

10. 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益、これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策 指針第8(1)⑨	(1) 研究対象者に生じる負担 質問紙に回答するための時間や、郵送するための手間がかかる。 (2) 予測されるリスク 本研究は不可避な侵襲はない。また、身体的・精神的・社会的に危害が生じる可能性もないと考える。 (3) 予測される利益 本研究で全国の状態を明らかにできれば、各自治体にとって今後の取り組みの参考にもできる。 (4) 総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策 上記(1)～(3)より本研究における負担・リスクは研究対象者が質問紙を記入する労力や回答後、質問紙を投函する負担のみと思われるので、医療費等の負担は予定していない。
11. 侵襲(軽微な侵襲を除く。)を伴う研究の場合 指針第8(1)⑩	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
指針第8(1)⑪	-1 重篤な有害事象が発生した際の対応 第8(1)⑬
指針第8(1)⑫	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
指針第8(1)⑬	-2 当該研究によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容 第8(1)⑭
12. 試料・情報(研究に用いられる情報に係る資料を含む。)の保管及び廃棄の方法 指針第8(1)⑮	(1) 試料の保管等: 該当なし。 (2) 試料の廃棄: 該当なし。 (3) 情報・データ等の項目: 別紙質問紙調査票参照。 (4) 情報・データ等の入手方法: 質問紙による聞き取り、各自治体ホームページ。 (5) 情報・データ等の収集方法: 郵送調査(調査票添付あり) (6) 情報・データの保管(原則: 保管) ア. 研究期間中の保管場所: 回収した質問紙は研究実施代表者の所属大学研究室にある鍵付書庫。 保管方法: 質問紙を箱に入れ、鍵をかけて保管。 イ. 研究終了後の保管場所: 研究実施代表者の所属大学研究室にある鍵付書庫。 保管方法: 質問紙を箱に入れ、鍵をかけて保管。 ウ. 保管期間: 論文発表から10年間。 廃棄が必要な理由: 公的データであることと、随時改定されていく内容であるため (7) 将来別の研究にデータ等を使用する可能性または別の機関に提供する可能性の有無: なし。 (8) 情報・データ等の破棄の方法: 回収した質問紙は公的データであるが、シュレッダーにて裁断する。
13. 研究機関の長への報告内容及び方法 指針第8(1)⑯	研究責任者は以下について、文書により研究機関の長に報告する。なお、①については、年1回の報告を行い、②以降の項目は適宜報告するものとする。 ① 研究の進捗状況及び研究の実施に伴う有害事象の発生状況 ② 研究の倫理的妥当性若しくは科学的合理性を損なう事実若しくは情報又は損なうおそれのある情報であって研究の継続に影響を与えらるるものを得た場合 ③ 研究の実施の適正性若しくは研究結果の信頼を損なう事実若しくは情報又は損なうおそれのある情報を得た場合 ④ 研究が終了(停止・中止)した場合 ⑤ 重篤な有害事象が発生した場合 研究に関連する情報の漏えい等、研究対象者等の人権を尊重する観点又は研究の実施上の観点から重大な懸念が生じた場合
14. 研究の資金源等 指針第8(1)⑰	研究実施代表者の自己負担とする。
15. 研究機関の研究に係る利益相反及び個人収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況 指針第8(1)⑱	(1) 利益相反: なし (2) 企業等との経済的利益関係: なし (3) 想定される影響の内容: 該当なし

16. 研究に関する情報公開の方法	(1) 公的データベースへの登録 介入研究ではないため、登録しない。 (2) 研究結果の発表・公開 博士論文、学会への投稿論文として発表予定である。
17. 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応 指針第8(1)⑭	相談については、電話・メール等で随時研究実施責任者が受け付ける。またそのことについては、質問紙送付時の説明書にて説明する。
18. 代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける場合 指針第8(1)⑮	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける場合の手続き(代諾者等の選定方針並びに説明及び同意に関する事項を含む。)
19. インフォームド・アセントを得る場合 指針第8(1)⑯	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない インフォームド・アセントを得る場合の手続(説明に関する事項を含む。)
20. 研究対象者に緊急かつ明白な生命の危機が生じている状況における研究を実施しようとする場合 指針第8(1)⑰	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 要件の全てを満たしていることについて判断する方法
21. 研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合 指針第8(1)⑱	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない その旨及びその内容 (1) 対象者への謝礼 (2) 対象者の経済的負担
22. 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合 指針第8(1)㉑	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応
23. 研究実施に伴い、研究対象者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性がある場合 指針第8(1)㉒	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 研究対象者に係る研究結果(偶発的所見を含む。)の取扱い
24. 研究の実施に伴い、研究対象者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性がある場	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない 研究対象者に係る研究結果(偶発的所見を含む。)の取扱い

合 指針第8(1)㉔

25. 研究に関する業務の一部を委託する場合 該当しない
当該業務内容及び委託先の監督方法

指針第8(1)㉔

26. 研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性がある場合 該当しない
その旨と同意を受ける時点において想定される内容

指針第8(1)㉔

27. モニタリング及び監査を実施する場合 該当しない
その実施体制及び実施手順

指針第8(1)㉔

実施体制
従事者 氏名:
所属:
資格:
実施方法・実施手順:

参考資料・文献リスト

- 1) 小澤芳子. 知的障害者の受診における困難. プライマリケア 2009, 32(4):242-245
- 2) 野高朋美, 荒木田美香子. 知的障害者が医療機関の受診を困難と感じるプロセス～保護者の意見から～. 日本看護科学会誌. 2018, 37:225-233

①障害者計画における知的障害者の保健医療に特化した記述の内容

NO	知的障害者の保健医療に特化した記述
1	早期発見と早期支援について連携して対応します。
2	成年後見制度利用支援事業 知的障がいなどにより判断能力が不十分な方々を法律的に保護するために、成年後見制度を円滑に利用するため申立費用などを助成する。
3	保健所の乳幼児健診時に障害をきたすおそれのある乳幼児を早期に発見し、適切な指導を行う。
4	重度心身障害者医療費の助成
5	重度心身障害者(児)の在宅生活を支えるために地域医療と訪問看護との連携を図る。
6	乳幼児健康診査などの母子保健事業や保育所・幼稚園、認定こども園などでの保育・教育活動において障がいの早期発見のための体制の充実に努め、関係機関と連携を強化しながら早期療育につなげる。
7	知的障害のある人が施設から入院する場合付き添いが必要になるが、保護者が高齢などにより家族対応が困難場合は、施設の対応に頼る状況になり、施設の負担が大きい。
8	障害の早期発見と支援強化
9	障がい者歯科診療の検討。治療の難しい歯科診療について受診しやすい環境について検討する。
10	保育・学齢期の児童に対しては保健医療福祉に加えて保育や就業環境の整備を行います。発達障害者支援センターなどの専門機関や専門医との連携に向け、内外の医療機関の連携体制の充実に努めます。
11	保健センターでの臨床心理士等専門家の相談対応により保護者の不安を軽減するとともに早期療育や専門的な医療機関への受診勧奨に努める。
12	医療の確保を容易にするため、各種医療助成制度の周知 必要な対象者へ障がい者(児)歯科診療についての周知 身近な地域でリハビリテーションを受けることができるようリハビリテーション実施機関に関する情報の提出
13	医療費の自己負担助成(福祉医療)
14	健康教育、健康相談、健康診査、保健指導の充実に努める。
15	知的障害のある人で医師・看護師との意思疎通が課題にありました。
16	子育て支援・保育
17	入院した場合のみまもり等の障害者支援・事業所における歯みがき指導
18	危険回避ができない、自傷、異食、徘徊等の行動障害のため保護を必要とするときに危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
19	重度の心身障害のある人の健康を維持するため、病院で支払った医療費の自己負担分の一部を助成します。
20	乳幼児健診時に言葉のおくれや発達障害が見つかったお子さんに対するフォロー教室を開催。
21	一般の歯科医院での診療が困難なものに対して歯科保健センターで診療を行い、フォローとして保健指導を実施。
22	先天性障がいや発達障がいに関しても早期発見、早期療育が重要なのは変わりません。
23	重度心身障害者医療費制度などの周知に努め、利用の促進を図ります。
24	幼児の発達相談、市民へのメンタル相談等の事業は、年間を通して実施しています。身体・知的・精神(発達障害)の早期発見、早期療育を効果的に実施するため、健診の受診を勧めることと健診後の支援体制や保健指導、訪問指導の充実を行わなくてはなりません。今後も医師、言語聴覚士、臨床心理士などの専門職との連携を推進し、健康診査に基づく保健指導を充実させ、早期発見、早期療育へとつなげていきます。
25	乳幼児に対する全戸訪問、健康診査及び育児相談を実施し、障がいの早期発見及び早期療育へと必要な支援が適切につながっていくように努めるとともに、医療機関・専門機関との連携を図る。
26	障害者の療養上の心配や生活の中での悩みを聞き、医療機関をはじめとする関係機関と連携をしながら、保健指導を行う必要がある。
27	知的障がい児・者医療支援プロジェクト 知的障がい児・者が身近なところで円滑な医療受診ができるために医療機関の受け入れ体制の構築や医療内外の環境整備、市民への周知啓発、教育機関での医療教育の実施などについて、関係者が連携して取り組む。
28	知的障がいのある人では若年層における障がいの発生が多いことから、健康管理体制の強化を図る必要があります。
29	医療費の自己負担額の助成
30	療育訓練の専門機関が遠方にあるため、子育て推進課、保健課、保育士等が連携して、療育訓練事業を開催しています。
31	健康診査等において障害児の成長についての相談や指導を行います。
32	地域全体で医療が不足している。訪問診療可能な地域が限定される。訪問歯科診療も同様。→保健・医療・福祉が連携し、1人1人の状態に合った医療・リハビリテーションの体制整備に努める。
33	障がいの早期発見や早期療育はその後の障がいの軽減や発達に及ぼす影響が大きいため受診しやすい体制づくりに努めます。
34	所属の保育所等と連携しながら健康診査受診勧奨に努める。
35	日常の医療を受ける際に、知的障害のある人等では、障害のために症状を的確・正確に伝えることができないことなどが大きな課題の一つと言える。
36	医療福祉費支給制度(マル福制度)。障害者が病気、ケガなどにより診療を受ける際の負担金の助成。(障害の等級により対象制限あり)
37	一般の歯科診療所での診療が困難な障害児者に対して、歯科診療を行うため、市歯科診療を設置している。障害児者専門医、麻酔医等を配置し、安心安全な治療が行える環境を整備している。
38	主に知的障がいのある方にとっての治療の難しい歯科診療について受診しやすい環境について検討していきます。
39	知的障害のあるひとについては対人不安、狭い空間、音への不安を要因に歯科診療が困難なことがあるため、これらの不安に配慮された歯科診療体制の充実に歯科医師会に働きかけます。
40	障がい者の健康づくりや保健に関する情報提供の充実に努めるとともに障がい者にも受診しやすい健診体制の整備に努めます。
41	歯科医師会と保健福祉事務所で障害者施設を訪問し、健診や歯みがき指導と委員の紹介を行います。
42	知的障害者・相談員が定期的に障がいのある人や家族からの相談に応じます。
43	乳幼児健康診査の充実などによる知的障害者等の早期発見・早期対応(早期療育)等が重要である。
44	乳幼児健診により疾病や障がいの早期発見を図り、必要に応じて保健師による訪問指導を行う。
45	判定機関において知的障害の程度が重要であると判定された人、または身体障害者手帳を所持し、かつ知的障害の程度が中度である人について医療費自己負担金の一部を助成する。
46	入院中の院内における支援の実施
47	受診環境の充実・・・障害のある人が症状や指示等を理解できるよう、また本人が自身の症状を説明しやすいように支援者が受診に同席する等意思疎通支援の充実に努め、医療従事者の障害のある人に対する理解促進や医療機関における受診環境の充実に努めます。
48	療育手帳を交付された方のうち障害の等級、所得制限等の認定要件による該当者に対し、保険適用分の自己負担分を助成しています。今後も関係各課との連携により対象者の状況把握に努め、適正な支給を行ってまいります。

②知的障害者の医療支援対策を全く十分でないと回答した理由の自由記述

NO	記述内容
1	障害者が受診できる医療機関が少ない。精神科は市内になく、医療圏域においても少ない。
2	専門医が1機関かつ通院のみ。
3	専門医療機関が圏域になく、遠い。
4	医療機関の整備が整っていない。知的障害児にかかる療育に関しても遠方に通わなければならない。重度の知的障害者の入院に対応できる病院も不足しており、市外に頼らざるを得ない。
5	市の支援体制として整備していないため。

③知的障害者の医療支援対策をあまり十分でないと回答した理由の自由記述

NO	記述内容
1	専門的支援ができる事業所が限られている。
2	医療過疎のため。
3	専門医療機関の数が少なくスムーズな受診につながらないため。
4	歯科診療において市内で受診可能な医療機関が少なく、市外で通所している。
5	障害担当課には専門的知識を有する保健師等の配置が1名のみ対応が不十分。
6	圏域内に専門受診できる医療機関や歯科がなく、他圏域まで行かなくてはならない。
7	障害を理由に受診拒否されることがあり、風邪などの場合でも身近な医療受診ができにくいと感じている方もおられるため。
8	医療機関を受診するまでに時間がかかる。児童精神科が少ない。医療的ケアが必要な重症心身障害者(児)を支える体制が未整備。
9	知的障害の場合、市内で安心して受診できる歯科医院がなく市外に行く方がほとんどであることや食欲がおさえられず肥満になってしまったなどの話をよく伺うため。
10	アンケート結果からも専門的な治療を行う病院が身近にない。
11	市外の保健医療センターを利用していただいている現状から。
12	手帳取得時や級の変更時に全ての該当者に案内を通知している。
13	知的障害者に限った医療費助成はしていないが、精神科へ入院されれば市単独事業の精神障害者入院費助成で対応している。
14	一般の病院しかないため、障がいの特性を受容することが難しい状況がある。
15	市内の医療機関での支援が不足しているため。
16	知的障がい者の団体より、十分な意思疎通が困難であることを理由に受診を断られるケースがあると聞いている。
17	市内において医療支援整備が十分であるといえないため
18	重度心身障害者・児に対する医療的ケアや医療を十分に提供できる環境ではない。
19	専門の医療機関等が市内にはない。
20	知的障害を診る専門の医療機関がなく、また車いすのままに対応できる医療機関も多くない。
21	アンケートの回答によると、受診時の付き添い、病気や薬についての説明などを求める回答が多い。
22	市内に医療機関自体が少ない。知的障がいの診療を行う精神科医が少ない。
23	健診における個別・グループ受診が未対応。
24	ハード面、ソフト面どちらも整備が整っていないため。
25	医療と福祉の連携がとれていない。障害者に特化した医療機関やサービス(療養介護など)がない。
26	市内に専門病院がない(特に精神)。
27	入院時に付添いがいなければ入院できない。
28	知的障害や対応可能な医療機関が不足しており、幼少時から通いなれた市外の医療機関に継続して通い続けている人が少なくないため。
29	医療費助成制度ぐらいいか具体的な事業がない。
30	知的障害に限らず医療支援体制等は十分でない。
31	専門医が少ない。
32	歯科に関しては対応してくれる医療機関もあるが、知的障害の判定をしてくれる医療機関がないため、2時間かけて受診しなければならない。
33	精神科の医療機関は1ヶ所あるが、市外の医療機関を利用するケースが多い。
34	対応可能な機関が少ない。
35	身近で必要な医療を受けられない場合がある。
36	障がいのある人が利用しやすい交通形態となっていない上、タクシー券交付事業等も実施していない。病院同行の介助員も不足している。
37	医療機関不足。
38	重度障害者については医療費が無料となっており、当市では公共機関で通院できない方に外出支援サービスを行っているが、対象者が限定されており十分でない。問題行動がある場合の入院では24時間の付き添いが必要であり、介護者の身体的・金銭的負担が大きい。
39	療育訓練センターが県内に1ヶ所しかなく、知的・発達障がい児の受診でも6ヶ月待ちの状態であり、専門的な支援があまり十分に受けられていない現状にある。
40	児童(知的・精神・発達)については、隣町の大きな医療機関に受診ニーズが集中し、飽和状態であるため、すぐに受診できない状況がある。
41	アンケート調査で病状を伝えることや指示などを理解することが難しいとの回答が多いことから。
42	知的障害者に特に実施している支援はないため(受診の支援など)
43	特に独自の取り組みがない。
44	医療的ケア等実施できるところがない。アンケートにも意見がでている。

④知的障害者の医療支援対策をどちらかというとは十分でないという理由の自由記述①

NO	記述内容
1	専門の医療機関・事業所の不足。
2	関係機関とのさらなる連携が必要と考えるため。
3	専門医療機関がない。
4	知的障害者に対する医療費助成はない。
5	怠惰や病識の低さから病状悪化する事例もあるが社会的に支援するしきみがない現状にある。
6	精神科2か所は連携できることも多々あるが、発達障害については医療連携できていない。専門医もほぼいない。重度身体・知的障害などは他市の医療機関に頼っている現状。
7	市独自の支援事業ができていない。
8	医療機関が少ないため。
9	知的障害を理由に医療機関からの受け入れを拒否される事例が報告されているため。
10	地底障害者になると他の障害者よりも医療費助成が少ない。
11	市独自の助成ができていない。
12	障害の重度化、重複化、長期化等課題となるため。
13	知的障害者が病気になる時、家族でも困難な症状を理解して医者に説明できない。
14	重度知的障害者が通院するとき、受け入れ可能な病院を探さなくてはならない。歯科通院についても同様。
15	専門的な治療を行う医療機関が近くにない。通院のための移手段が少ない。
16	移動の問題がある。(交通機関、ヘルパー事業者等)
17	成人の発達障がい診断できる医師がおらず、小児の場合も月に一度実施されている状況。
18	重度の身体・知的障害者の保険診療分の医療費について申請により償還払いの方式で補助している。一方受診支援に関しては各医療機関の取り組みに一任しており今後の課題。
19	医療費の助成を行っているが、所得について制限がある。
20	本人の医療受診に対し、多くは受診が厳しいように感じる。検討する余地がある。
21	アンケート調査結果から「在宅で医療ケアなどが適切に得られること」の回答がほぼ半数となっており、希望通りの体制の整備がどちらかというとは十分でない。
22	専門的な治療を行っている医療機関が少ない。
23	市内に医療機関が少なく、様々なニーズに対応することが困難であるため。
24	国の制度のみのため。
25	医療機関・福祉サービス事業所等が不足しているため。
26	受診しようとして断られることがあると聞いている。
27	常勤の精神科医が地域にいない。
28	療育支援を行うことのできる医療機関が圏域に1つであり、市内には専門機関がないため、知的障害の診断や支援をサポートしていただくことができる医療機関が不足している。
29	安心して医療サービスが受けられる体制が不十分なので、教育、保健、福祉、医療の連携強化に努めていきたい。
30	旧重症心身障害児(者)施設があるが、受け入れ定員が上限に達していると聞いている。OT、PTなど専門を有する人材支援が受けられるよう体制整備が必要であると聞いている。
31	市内に対応できる病院がない。
32	障害者全体に関する対策はあるものの、知的障害者に特化した支援等は計画の中にはないため。
33	知的障害のある人が安心して待機できる待合室が必要。知的障害に対する専門の知識をもった医師や看護師等の配置(待つことが難しい方、パニックになる方への対応)の要望が多い。
34	歯科医院で全身麻酔での診療を希望する声があるが、市内に対応できる医療機関がない。
35	医療的ケア児支援については協議の場を立ち上げたが、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム構築の協議の場はこれからである。規模の小さい市であり、医療機関不足も課題。
36	当地域に医療関係機関が少ない。
37	障害の特性を理解しての受け入れ体制が難しい。
38	身近なところで円滑な医療受診が十分にできていないため。
39	医師や看護師の数が少なく、病院や施設、事業所の維持すら難しい状況である。
40	診療時に同席し、医師の説明を聞くサービスは制度上ないが、理解能力が不十分な知的障害者の支援としては、医療機関での配慮も含めて今後必要。
41	知的障害のある人の医療機関受診においては診察場面において医療関係者の説明がご本人に理解できるように配慮を行うこと、治療に関するご本人の意思決定を尊重した支援を行うこと等の支援の充実が求められている。
42	平成28年度のアンケート調査において「専門的な治療を行っている医療機関が身近にない」という回答が知的障害者では19.3%であったため。
43	近隣市と比べて福祉医療の対象を限定しているため
44	重度心身障害者(児)医療費助成制度において重度の知的障がいを対象外としているため。
45	医療支援に対する連携を強化していく必要があるため
46	医師の疎通が困難な知的障がい者の場合、支援者(ヘルパー)の同行が必要であるが、本人の状態を理解している支援者が付き添えるかどうか課題。
47	計画策定時のアンケートにおいて、受診時に思っていることをうまく伝えられない、病院の待合で静かにしてられないときに心苦しいなどの意見があったため。
48	市内に総合病院がなく、連携体制の構築が難しい。
49	都道府県の福祉医療費助成制度以上に独自の制度を実施していないため。
50	受診可能な医療機関に限られている。(特に行動障害が強い方。)

⑤知的障害者の医療支援対策をどちらかというとは十分でないという理由の自由記述②

NO	記述内容
51	当市において障害者医療支援は重度障害者医療制度、自立支援医療が主である。市独自の医療制度は設けておらず、現段階で十分か判断が難しい。
52	一部の障がいの状況によっては市内に専門医がなく、遠隔地の医療機関に受診せざるを得ない。
53	他の障害者同様、障害の程度や受診内容によって、医療費助成を行っているほか、受診に必要な障害福祉サービスを提供しているが、知的障害者に特化した支援は特別に行っていない。
54	市民病院において「障がいのある方が必要な医療を身近で利用しやすい受診環境の整備」を掲げているが、医師不足のためニーズに応えることが難しい状況であるため。
55	ニーズ調査結果から知的障害者では他の障害者と比べ通院していない方が多い結果となっていた。困っていることとして病院に行けないと答えた方が他の障害者と比べ高い割合となっていた。
56	第5期障がい福祉計画・第1期障がい児福祉計画で求められている医療的ケア児の重症心身障がい児に対応できる施設がない。
57	歯科は障害者歯科診療所がある一方、医科はそのような診療所がないため、障害の特性を理解した受診体制が求められている。
58	知的障害者に特化した医療支援は行っていない。
59	知的障害者の医療支援に特化した対策は特いない。
60	知的障害者を特定した支援対策は実施していないため。
61	知的障害・発達障害・自閉症など乳幼児から成人までトータルして診療できる場所がない。
62	知的障がい者の保護者や精神障がいのある方から障がいを理由に医療機関等で診療を断られることがあるとの話を聞いており、対応が十分でないと感じている。
63	左記に加え、「発達障がい児や自閉症児の精神科医が少なく、予約をとりにくい」「専門的な治療や相談は市外・県外に行かなければならない」という声が多くあったこと。
64	ニーズ調査の結果、「通院手段の確保」「医師の障害者診療の経験値」等の課題が挙げられているため。
65	医療的ケアの必要な障害者に対するサービスの不足している。
66	医療関係機関と福祉関係機関との連携が不十分。
67	医療機関が少ないため。
68	特別医療費助成対象者の範囲について拡充してほしいという要望を伺ってはいるが実現できていないため。
69	知的障がいのある方が市内医療機関で治療を受けられない事例がある。
70	市内の医療機関が十分に整っているとはいえず、独自の対策等も行っていないため。
71	知的障害者が受診しやすい環境が整備されていない。
72	総合病院は市内にないため、近隣市町の病院に通っている方が多い。
73	受診支援を特別に行っていないため。
74	医療機関を紹介してほしいという要望はあるも、市が知的障害のある人を診察する等委託契約を締結している医療機関はないため。
75	入院時の対応に保護者や家族の負担が大きい。
76	特筆すべき医療面での支援制度がない。
77	知的障害に特化して作成されたものでなく、知的障害者の医療支援対策として十分といえない。
78	医療機関での知的障害に対する認知度も上がり、知的障害を理由とした受け入れ拒否事例等の報告もないことから、支援対策が一定の効果を上げているが、課題もあるため。
79	重度心身障害者に対する医療が不足している。
80	今年度実施した市民アンケートにおいて回答した知的障がい者の半数近くが「医療について困っていることがある」と回答しており、何らかの支援を講ずる必要がある。
81	利用者から寄せられる意見。
82	国並みで特段の取り組みを行っていない。
83	重度心身障害者(児)医療費助成を行い食事療養も半額助成しているが該当していない他の障害者(精神)もいる。
84	重度心身障害者(児)医療費助成を行っているが、知的障害者に対しては療育手帳Aの方に限られる。市で独自の医療支援対策を行っているわけではないため。
85	保健・医療・福祉の連携が不十分(体制づくりが必要)。
86	自立支援医療費助成や重度心身障害者医療費助成のほか、精神の入院費助成等はあるが、受診支援する取り組みが障害者歯科診療のみ。歯科以外の受診を支援する取り組みの検討を始めている。
87	医療機関での障害の理解とそれに基づく配慮が進んでいない。
88	専門の医療機関が少ない。
89	障害者手帳を見せたら医療機関や歯科医院で診療を拒否されたという報告もあり、市としては差別解消法の下、障害者の理解啓発に努めていきたい。
90	専門職であっても具体的な対応方法がわかっていない。
91	計画策定時のアンケートで知的障害者の25%が治療を受ける際に困ることで「医療機関が近くにない」と回答しており知的障害者の意身近なかかりつけ医が必要。
92	市内に入院機能のある精神科病院が少なく、また精神科・心療内科のクリニックが少ないため。医療の協力が必要になった際は関係機関と連携を取りながら対応している。
93	市内に知的障害に特化した医療機関がないため。
94	自閉症等の障害を持つ方が受診できる歯科が近くになく、遠方で受診しなければならないため。

⑥知的障害者の医療支援対策をどちらかというのと十分であると回答した理由の自由記述①

NO	記述内容
1	他に比べ医療機関は充実している。重度心身障がい者やタクシー料金の助成も行っている。
2	指定障害者支援施設が市内にあるため。
3	各種健康診査の実施や医療費の負担軽減などに取り組んでいるものの、医療機関との連携など適切な医療サービスを受けられるような環境づくりにさらに取り組んでいく必要がある。
4	アンケート調査で「必要な保健・福祉・医療サービスが受けられない」という項目に回答がなかったため。
5	知的・精神の通所施設利用者の歯科健診に力を入れている。全般的なことは計画でふれていない。
6	精神、知的、身体障害を支援する事業所があり、障害福祉サービスの提供はある程度できている。
7	十分な利用者ともう少し支援が必要な利用者がいると考える。本人の状況にあった支援のできる「相談員」の育成が必要である。
8	障害の程度による助成を行っているため。
9	知的障害者への理解ある歯科医がいるため。
10	H29のアンケート調査で約26%が医療健康管理に困っていると回答しているため。
11	各種医療費助成費等の給付により、医療を受けやすい環境になっている。
12	精神科専門の病院が1ヶ所ある。
13	障害者種別に対し専門的な医療機関が少ない。仮に医療機関があったとしても初診までの待ち時間が長い。
14	重度の知的障害者への医療費助成制度があるため。
15	受診同行という観点では総合支援法のサービスで居宅介護(通院同行)がある。近隣市に身体・知的障害を専門でみる医療機関があり、必要に応じ連携をとっている。
16	県と同一基準で福祉医療費助成費制度を実施しているため。
17	H29に実施したアンケート調査で、身体・知的・精神のいずれでも「診療などで困っていること」について「特になし」の回答が約5割であったため。
18	市独自の医療福祉費支給制度を行っている。自立支援医療制度では精神通院医療を除く、育成、更生医療の指定医療機関が本市にないことが十分でないと考えられる。
19	重度知的障害者は県の制度である医療福祉制度の対象となっている。
20	重度の場合は医療福祉費支給制度の利用が可能のため
21	障がい福祉サービスである程度対応している。行動援護、通院介助、移動支援(緊急時)、福祉タクシー。
22	知的障害者が自分で伝え理解するために絵カードの活用を医療現場に導入し、概ね好評をいただいている。
23	医療機関への受診は推奨しているが、追跡調査はできていない。
24	医療支援が不足しているという相談は特になし。知的障害の方は精神障害者のように定期通院や内服治療を必要とするケースが少ないため。
25	医療費の面では療育手帳A、B、発達障害のうち自閉症群に対し、保険診療分が無料となる施策があるため
26	在宅で重い障害のある人を対象にかかった医療費の一部を支給する心身障害者福祉医療費制度について県内では助成していない対象以外にも市単独で全額給付している。
27	国・県の制度にのっとった支援を行っている。当事者やその家族からの要望等、窓口には出されていない。
28	アンケート調査結果に基づき回答。
29	市立病院、保健センターなどの関係機関が連携し、障がいのある人もない人も全ての市民が地域で安心して医療を受けることのできる取り組みを進めており、その状況も順調であるため
30	県内は福祉医療費助成制度を広範囲にわたって実施しているため
31	障がいのある人が安心して受けられるよう福祉医療費助成制度(重度)を継続して、実施するとともにホームページ等により周知を図る。
32	手帳の受け取りに際し、必要に応じて医療機関の受診を案内している。
33	自立支援医療による医療費の自己負担軽減措置に加え、重度心身障がい者医療費助成制度による自己負担減額を現物支給している。障がいの状況によっては(行動障がいなど)受診できないこともあり、家族の負担が大きい場合がある。
34	自立支援医療費給付、重度心身障がい者医療費助成など障がい者の負担軽減を図っている。
35	自立支援医療や医療マル福の助成制度周知を図っている他、市独自の制度として重度障害者福祉タクシー利用料金や手帳取得の診断書、難病疾患に対する手当の助成を実施している。
36	重度心身障がい者に対し、医療費助成制度がある。
37	重度障害者は十分かもしれないが、比較的軽い級の障害者手帳をお持ちの方には負担が大きい。
38	医療費(自立支援医療・重度心身障害者医療費)の助成を行っている。
39	重度の心身障害者を対象とした医療費の助成事業を実施しているため。
40	医療との連携が現時点では十分に取れていない。
41	個別ケースごとに医療機関等も含め連携した当事者支援を実施している。
42	知的障害者全ての方が対象ではないが重度心身障害者医療費助成ができています。
43	重度の障害者に対する医療助成制度等、医療費についての支援。
44	重度心身障害者医療費助成において精神障害者保健福祉手帳1級まで対象拡大しており、他の支援では居宅介護(通院等介助)や行動援護等のサービスがあるため
45	療育手帳所持者を対象とした医療費助成制度を設けている。
46	福祉医療制度について市単独で対象者枠を拡大。(身障4級、療育B2、精神3級)
47	関係団体等から市に要望等がないため。
48	自立支援協議会や保健医療福祉協議会等で当事者や関係者等が協議する場があり、そこで課題を発見し対応することができている。
49	医療費助成を行っているから
50	国の政策に準じて対応が取れており、関係機関とも密に連絡を図っている。年に2回講師を呼んで講演会を開催し、当事者や支援者に対し、普及活動を行っている。

⑦知的障害者の医療支援対策をどちらかというのと十分であると回答した理由の自由記述②

NO	記述内容
51	本市には知的障害を専門とする医療機関がない。医療費助成においては標準的に実施している。
52	市の中核病院として医療センターがあるため。
53	県の医療福祉費支給制度により重度の身体障害者・知的障害者について医療費の自己負担分を助成しているが、市独自に所得制限非該当者にも助成を行っている。
54	重度障害者への医療費助成、精神障害者への通院・入院費用助成、難病者の見舞金支給制度がある。障害福祉サービスにおける移動支援を通じて通院支援を行っている。
55	基本的に国や県の制度に準じた制度設計で実施しているため。
56	心身障害者医療費助成制度により入院費および通院費を全額助成(一部所得制限あり) 身障手帳1～3 療育手帳A、B
57	市内には医療に関する社会資源が乏しく、情報も少ない。近隣市や他市医療機関とも連携を図り対策を講じていきたい。
58	特に大きな課題はない。歯科医療センター運営支援もしている。
59	障害者当事者及び家族からの不満等は少ないが、市独自の医療支援対策は講じていないため。
60	市内には総合病院もあり、受診支援に福祉サービスを利用するなど通院支援も行っている。
61	医療費については他の障害者に比べ要望等も少ないため充足している可能性が高いと考える。診療内容によっては医師不足等により市外の医療機関を受診する方もいらっしゃる。
62	費用面での支援は充実していると感じるが、知的障害者が安心して必要な医療を受けられるよう医療機関における知的障害者への合理的配慮の提供について理解を深めてもらえるよう医療機関等に啓発していく必要がある。
63	重心医療、自立支援医療等があり、ある程度医療費に関する助成制度が整備されているため。
64	国、県の制度にのっとり、過不足なく支給している。
65	制度化はされていないが、保健師の家庭訪問や個別調査等で在宅で単身、または家族支援が受けられない状況にある当事者は現在いないことを把握しており、医療的支援が必要な場合、何らかの形で協働できる。児には医療機関の予約受診や交通費の補助等を行っている。
66	医療福祉費支給制度により重度心身障害の方を対象に医療費の自己負担の助成を行っている。
67	医療費助成を実施しているため。
68	歯科診療も含め医療機関は充実しているが、医療機関の中には障害に対する理解の不足や受け入れ体制が整っていないなどいくつかの課題も挙げられている。
69	重度の知的障害者への医療支援となっているため。
70	重度の知的障害者に対する医療費助成の実施。
71	休日急病診療所において休日や夜間における緊急医療需要に対応している。
72	重度心身障害者医療費需給制度により経済的な支援はできている。
73	乳幼児健診の定期的実施と高い受診率で障がいの早期発見、早期治療に努めている。5歳児相談会を実施し、就学前の受診につなげ、安心して就学できるよう支援を行っている。
74	障害福祉サービスに通院等介助のサービスがあり、受診にかかる支援を行っているため。
75	市内に障害者施設併設の医療機関があるなど。
76	市独自政策として中程度障害者への入院医療費や精神科医療費の助成や、障がい者(児)歯科診療による医療支援を実施。全障がい者(児)ではないが一定の対応は図られている。
77	自立支援医療などの法定サービスの他、重度の身体・知的障害者への医療費や精神障害者への入院医療費助成を行っている。アンケート調査では半数が医療に困っているということは特にないという回答であったが、障害のため症状が正確に伝わらず、必要な治療が受けられないとの回答が2割あった。
78	知的障害者の医療支援の需要について把握していないが、歯科診療については診療施設を設置でき充実を図ることができたと認識している。
79	法令等に基づく支援対策は講じている。十分であるかの判断は困難。
80	休日救急歯科診療所において特定の曜日に一般の歯科診療所には通院困難な知的障がいなどのある方を対象に歯科診療を行うなどの支援を行っているため。
81	広域による地域医療連携ネットワークが構築されているため。
82	障害者総合支援法による通院介助サービス提供(支給決定)、相談支援事業による受診支援を行っているため。
83	特に要望等がないことから。
84	障がい種別に関わらず、障がいの程度が重度から中等度(身障1～3級、療育A、B、精神1、2級)を対象に自己負担金の一部を助成している。
85	医療機関を受診する際、必要に応じて相談員が同行したり、支援者会議等で連携している。
86	医療支援ということでの要望はない。
87	福祉医療制度については「重度～中度」の方への支援ができている。
88	法に基づく知的障害者支援については予算措置を行い、おおむね実施している。
89	重度心身障害者医療費給付の実施(療育手帳A、障がい基礎年金1級)
90	重症心身障害者医療費助成と子ども医療制度(中学校まで)の給付がある。
91	県の制度により重度心身障害者医療費助成を実施(身障手帳3級以上、療育手帳A:所得制限有)。診療月の3ヶ月後に保健適応の医療費を償還している。(中学生以下は窓口無料)。
92	医療費等の上乗せは特にはないが、医療機関や介護保険、障がい福祉サービス事業所、行政機関が連携して研修し、情報共有、情報交換する中で障がいに対する理解を求めている。
93	医療機関が充実している。
94	保険診療分については医療費助成がある。
95	重度心身障害者医療費助成制度によって市独自の拡大枠を設定しているため。
96	特別に知的障害者に特化した取り組みは行っておらず、障害者全体での対応。

⑧知的障害者の医療支援対策をまあまあ十分と回答した理由の自由記述

NO	記述内容
1	(医療費助成)所得制限や年齢制限がないことから。
2	利用対象者には医療費助成の周知をし、医療に係る自己負担額の軽減を図っているため。
3	制度を利用できるとした場合には十分な対策だと判断している。
4	知的障害により医療が滞る方の全体数が少ない。医療的には問題ないが、健康診断等を受けている方も多い。
5	総合病院が市内にあり、十分な連携体制をとっている。
6	総合支援法による自立支援医療や重度心身障害者医療などの支援がされている。
7	重度障害者の医療費無料の制度を実施しているため。
8	都道府県の障害者医療制度に加え、対象者を拡大し支援している。
9	重症心身障害者医療費助成制度により身体障害者1・2級、知的障害者Aの方に医療費助成を行っており、経済面の負担軽減ができていると考える。
10	市独自に知的障害者を対象とした個室入院料助成を実施している。
11	手帳の等級によって医療保険における自己負担額を助成するなどの施策を実施している。
12	手帳所持者に対し、自己負担軽減のための医療受給者証を発行。
13	重度以外の方に対する医療費助成がないので。
14	特別医療助成制度を実施
15	子供に対し障がいの早期発見や、障がいのリハビリの充実に努めているほか、障がいのリハビリに努めているほか、障害者の福祉増進のための医療費助成を行っている。
16	重度心身障害児者医療給付事業により県で唯一対象者を拡大しているため
17	当事者の家族等から相談などがあれば、相談員が訪問して医療機関へつなぐ支援体制が整備されているため。
18	財政規模等から持続可能な福祉医療制度。
19	福祉医療制度の適用をしているため。
20	乳幼児健康診査による早期療育やその後の支援対策も充実しているため。
21	重度心身障害者(児)医療費助成制度について近隣市町では知的障害者全員が対象となっているところもあるが、本市の財政状況なども勘案すると医療支援は比較的十分と感じている。
22	障害福祉サービス等を利用して通院介助をうけることができる。
23	療育手帳A1、A2すべてに助成しているから
24	行動障害が激しい方を除き、医療機関や健診の場面で配慮されている。また医療費の助成制度により負担軽減を図っている。
25	医療機関はあるが、地域に専門医が少ない。
26	療育手帳の判定がBの方まで医療福祉費支給制度が受けられる。(市独自)
27	重度の知的障害者の歯科治療など治療に対する理解が得られない方や医療処置の拒否がある方においては地域の医療機関だけでは対応できないこともあり、遠方の医療機関を頼るなど家族の負担が重くなっていると思われる。
28	市単独事業で療育手帳B1、B2、障害年金1、2級受給者を医療費助成事業の対象としているため(県の対象とならない知的障害者)
29	福祉医療については身障手帳1～4級、療育手帳A1・A2、B1、精神手帳1・2級と対象者として自己負担額を助成している。
30	市内および近隣市にも総合病院がある。
31	障害者医療費助成を行っているから。
32	重度心身障害者医療費助成制度により十分であると感じている。
33	重度心身障害者医療費助成について平成28年から市医師会管内で現物給付開始した。
34	制度事業の実施(重度心身障害者医療助成制度)
35	重度心身障害者医療証など国の制度に基づいて医療支援を行っている。
36	関係機関と連携して、障がいの特性に配慮した適切な保健指導や日常生活上の相談支援ができる体制づくりに努めているため。
37	県の制度に準拠しているため。
38	障がい等の早期発見・早期治療のため乳幼児健診や児童相談所などと連携して対応している。
39	必要に応じ医療機関と連携をとっているため
40	医療費の保険診療分を身障1～3級、療育手帳A/B、障害年金1級受給者を対象に無料化、精神通院に係る個人負担も無料化している。
41	県の補助対象通りの助成を行っている。
42	概ね必要な医療が受けられているが、家庭状況などにより受診困難となっているケースや十分な説明ができないため適切な治療につながらないケースもあり、支援の必要性を感じる。
43	受診に限らないが、障がいに関する相談体制の充実、福祉タクシー券の交付、同行援護等の福祉サービスの充実による。
44	都道府県の基準では福祉医療の対策のみとなっているが、市では中重度でも実施している。
45	県の福祉医療費助成制度よりも対象者の範囲を広げ、市独自で助成している。
46	知的障害者に限定すれば「病気をすることがなくほとんど病院に行かない」との声を聞くため。
47	県の中核的機関であるこども医療福祉センターが市内にあり、他の医療機関も含め医療支援対策はまあまあ十分である。重度心身障害者医療費助成制度を県と共同で実施し、一部負担金を市で負担し、障害者の安心安全と健康の確保に努めている。
48	療育手帳A1、A2すべてに助成しているから。A2、B1の方への医療費助成(福祉医療)
49	障害者マル福等の公的医療費助成や手当支給は一定程度実施されている。
50	療育手帳A、Bの方は医療受給証を提示することにより入院・通院の保険診療分の自己負担額が無料となる。
51	身障1・2級、療育手帳A、精神障害1級に対し医療費自己負担分を補助する重度障害者医療費助成事業を実施しており、同対象者の低所得世帯には福祉タクシー券の交付も行っている。
52	他自治体と比較してまあまあ十分と認識している。
53	策定に向けて実施した市民アンケートでは医療支援に対する意見はほとんどなかった。
54	知的障害者の方は比較的医療機関の受診が少ない。
55	重度障がい者医療費の助成事業に関して、県が補助対象としている対象者の他、一部市単独で助成を行っているため。
56	県の基準に準じて行っているため。
57	療育手帳B以上で対象となるため。
58	重度心身障害者医療について要件を満たしている分についてはすべて支給できているため。
59	国の施策に加え、福祉医療、自立支援医療特別支援対策事業、県障害者福祉サービス等利用支援事業等の地方独自助成等を行っているため。
60	申請があったものに関し、必要と認められる場合支援している。
61	重度障害者医療費の助成を実施。
62	特に大きく不足しているという声は聞いていない。
63	重心医療が充実している。(身障1～4級または療育手帳所持者は医療費助成を受けられる。)
64	医療費について重度障害者医療助成に加え、市独自に対象者を拡充し、所得制限も市単独で撤廃している。計画作成時の市民アンケートにおいても「不足している」という意見は出ていない。

⑨知的障害者の医療支援対策を大変十分と回答した理由の自由記述

NO	記述内容
1	療育手帳保持者に医療費助成があるため。
2	都道府県での医療費助成制度等が充実しているため
3	福祉医療の用件に所得制限がない。福祉医療受給者中、非課税の方は貸付制度が利用できる。
4	重度障害者医療助成事業・歯科二次診療所運営事業の実施。
5	心身障害者医療費助成による支援をしているほか、医療機関への通院等に要する時間や生活スタイルを考慮した上で障害福祉サービスの支給決定をしている。
6	充実していると考える。
7	知的障害の重度のみでなく、中度・軽度の方に対しても障害者医療証を交付し、医療費軽減を図っているため。
8	制度を順守し、適正に医療支援を実施しているため。
9	市立病院内に「医療支援相談室」を設置し、保健師、精神保健福祉士等の専門職を配置し、対策を講じている。
10	単独事業として、中度・軽度の療育手帳所持者へ医療費助成を行っている。
11	障がいに対する医療支援としては十分であると考えるため。

⑩知的障害者の医療に対する課題 N01～50

NO	知的障害者の医療に対する課題 N01～50
1	人工透析など定期通院が必要な施設入所者は施設職員の病院送迎対応が難しいことが課題。
2	本人等のこだわり等の理由により受診時にパニックを起こすことがあると受診支援が必要になる。
3	自己の状況を医師に適切に伝えることができるかどうか 治療に対する自己決定が可能かどうか
4	知的障害を専門に診察いただける所がなく、各人で必要な科を受診している。重度知的の方は親の判断によるため、治療に困難をきたすことも多い。虐待と思われるケースもあり。
5	市内に該当する医療機関がないため、通院等の課題がある。
6	通院支援対策の構築。
7	悪化してからの受診でなく、日頃からの関係づくりや支援者が健康管理に理解を深め、健康の保持増進に向けた支援の充実も必要と考える
8	知的障害者で健康な場合、主治医がいなかったりほとんどである。障害手続きなど医師の意見書が必要になったときに診察をしてくれる医療機関が少ない。
9	20才以上の方が精神科で知的障害の診断を受け、療育手帳を申請するケースが最近目立っている
10	風邪程度しか受診したことのない知的障害者では障害年金や障害支援区分の認定で診断書・意見書を作成してもらい医療機関につながりにくい
11	障害特性を理解して対応できる医療職が少ない。講演や研修会を行っていき必要性を感じる
12	専門医や病院がもっと充実した地域になればよい
13	市内に医療機関がない
14	医療機関の理解促進等
15	医師が複数いる場合、医師が患者を選んでいてと感じることがある。精神・知的の薬を飲んでる関係で、担当医や限られた医者にしか通常の病気で診てもらえない。
16	相談支援で課題となるのは受診をいやがる、説明が理解できない等本人支援と共に本人の権利を守りながらの支援の困難さを感じている。
17	通院手段の確保が問題。
18	知的障害のある方の受診と治療に関し、本人にわかりやすく丁寧に説明し、意思決定を支援くださる医療機関を増やす必要がある。今後医師会等との連携が不可欠かと思われる。
19	同行受診等の支援。
20	知的障がい専門としている医療機関が本市にない。
21	多動な場合は医療機関での待合室で長時間待つ場合は本人もイライラしたり他人の目があたりで車で待機する状況もあり、工夫と配慮が必要である。
22	本人や家族の高齢化への対応が課題だと感じている。
23	知的障害者が受診可能な医療機関や受診困難事例の共有を図るとともに差別解消法が施行された今医療機関側も受診ができるよう努力することが必要。
24	知的障害者の特性に合理的配慮が必要な場面(他の障がいを含めての正しい理解)。
25	1人で受診する際に症状を説明したり、治療の説明をしったりする場合において十分な理解が得られないことがある。
26	本人の意思決定支援、情報伝達方法
27	医療機関を受診することに限ったことではありませんが、知的障害のある人への理解が市民の間にさらに深まることが必要。市としては啓発に努めたい。
28	発達障がいもあわせもつ方もおり、医療の受診先が不明瞭。知的だけだと受診していない方も多い現状。
29	移動手段の不足、精神科・心療内科の不足
30	交通・移動手段の確保、健康管理(日頃の体調管理)、栄養管理、服薬管理
31	待ち時間が長い、通院・入院に手助け、付き添いが必要。自分に合った専門の医師が近くにない。医療機関が遠い。
32	保護者で精神科受診の受け入れができず、抵抗を持たれる場合がある。
33	知的障害者は特にかかりつけの医師を持たないことが多い。よって積極的に医療機関への受診をすることが少なく、障害支援区分認定に必要な医師意見書や障害基礎年金申請に必要な診断書の取得が困難なケースも見受けられる。
34	介護している家族の高齢化
35	かかりつけ医がいなかったり知的障害者が病気・ケガ等により医療機関を受診するとき、医師による知的障害者に対する理解が少なく、的確な治療が受けられないことがある。
36	付き添いサービス(通院介助等)の事業所が少なく、希望どおりに利用できないことがある。
37	重度心身障害者医療費助成制度の現物給付の実現。(当市だけではデメリットが多く、県や国保連が中心となり取り組んでいく必要がある。)
38	知的障害のある人が受診の必要性を理解できずに拒否することがあり、どう対応すればよいかという相談があること。
39	医療機関が不足しており、近隣市町まで専門機関の受診が必要な場合、距離があるため単独での通院が難しい。
40	公共交通が少ないこと。
41	知的障がいのある方の受診に配慮した産科医院が少ない。障がいのある方でも受診可能であることを明確にしている医療機関が少ない。
42	市内に精神科が少ないため、市内で診断書を作成してもらえ医療機関を紹介してもらいたいという要望があっても市外の情報提供が主になってしまうこと
43	知的障害者が医療機関を受診する際に、医師とのコミュニケーションがとれず適切に診療を受けることが難しい。特に精神科以外の受診でそのような傾向があると聞く。
44	市と障害者施設・団体に関する懇談会を行っているが、その中で知的障害と脳性麻痺の患者には付添いや個室対応を求められる等の意見があがっている。その意見については医師会に伝え、医師会において検討を図っていただく予定。
45	知的障害者のみでの課題ではないが、面積が広い当市では、遠方への通院となってしまう場合がある。
46	軽度発達障害と精神疾患を併発している方に対する対応や通院支援に課題があると感じている。
47	医師と看護師の障害に対する理解や知識の向上。医療と福祉の連携強化。
48	医療機関側から入院中における付添いを求められた場合、家族以外でその役割を担える人を見つけるのは難しい状況にある。
49	知的障害者に限ったことではないが、10万人あたりの医師数が非常に少なく、医師不足が深刻。
50	知的障害者が医療機関等を選択する上での自己決定が重要である。

①知的障害者の医療に対する課題 NO51～104

NO	知的障害者の医療に対する課題 NO51～104
51	必要な医療を適切に受けられるようにするためには、医療費の負担支援だけでなく、医療従事者の障害への理解を深めることが求められる。
52	市外の医療機関頼りとなっている現状のため、市内で診療できる体制づくりが課題である。
53	当事者及び家族において医療への理解が乏しい。
54	通院困難な方への訪問診療。コミュニケーション支援。
55	何科を受診したらよいかわからない、症状がうまく説明できない、医師の説明を理解できない、治療方法の理解・選択・決断がわからない、服薬を理解できない など。
56	障害者の高齢化、家族の高齢化もあり、付き添える家族等がいない方が増えている。
57	福祉と医療の連携が課題である。
58	医療機関関係者を含む協議の場を設け、連携体制を強化すること。
59	行政としてではないが、施設等訪問の際、障害行動から受診ができなかったり、必要な手術が困難などのケースを伺うことがある。そのような場合に円滑に受診できるようにアプローチかけるか、今後考えていく必要がある。
60	知的障害者に対応できる歯科医療機関が遠い。
61	重度の障がいのある方の受診可能な医療機関が限られている。
62	大規模総合病院での検査や受診が必要となった場合、完全予約であっても時間が大幅にずれ、長時間待つことが支援者不安となることがあると思われる。知的障害者の特別な配慮を国が公的な支援として医療機関への配慮を促すことなどしていただければと思われる。
63	通院ヘルパー等のサービスを行える事業所が少ないのが現状。
64	医師や理学療法士等の専門人材の確保が重要。訪問診療・訪問リハビリなどの拡充により柔軟かつ多様な受診手段を利用者が選択できる体制が必要。病院や周囲の方々の障がい特性に対する理解、病院に行きやすい環境・雰囲気が必要(待合室でじっと待つことができなかったり、大声を出したり暴れたりした場合に、理解ある対応が望まれる)。
65	単身者などで医療機関を受診せず、問題行動につながるというケースは課題。
66	知的障害者の受診に関して、市内には核となる医療機関があるが、混んでおり初診まで待ち時間がある。市内精神科でもフォローをしてもらえるが、鑑別診断をしていないため、初診では受診が難しいなど医療機関が不足している現状がある。
67	医師や医療関係者の理解。
68	医療機関内の診療科目等の表示については、一般向けに文字による表示であるが、知的障がい者向けにはイラスト等を用いた表示が必要であると考え。しかし、採用しているものをあまり目にしない。
69	受診の際、医師への障がいへの理解、配慮が欠けている場合があると保護者の方から伺ったことがあり、医療機関の理解の必要性も感じている。
70	移動手段の確保の問題。公共交通機関が十分でないため、移動すること自体が困難。
71	療育手帳申請手続きに関し、医学的判定を行う医療機関が限られているため、判定結果が出るまでに半年以上の期間を要しており、スムーズな障がい福祉サービス受給等につながらない。
72	専門医の不足。
73	知的障害者が内科的治療を受けるときに専門病院がないため、肩身の狭い思いをすることがある。
74	市民病院の設置の有無で取り組みに差があるのではないかと。担当部署により個別のケースからの関わりで医療との接点があっても情報を集約管理して取り扱うような部署がない。
75	多くが他市の医療機関を受診している。
76	障がい支援区分を取得・更新する際などの本人の特性等を勘案し、診断書を作成する必要がある場合、重度の方など診断する医師が少ないなどの理由から断られる場合がある。
77	てんかん等がない限り、定期通院している人の方が少ないため、制度利用のため診断書が必要な際など対応してくれる医療機関はなかなかみつからない。
78	単身世帯の場合、受診時の同席可能な公的サービスはなく、医師の指示をうまく理解できないケースがある。
79	計画策定のアンケートで「専門的な治療を行う医療機関が身近にない」や「歯科や整形外科など障がい理由で治療を受けにくい診療科がある」といった意見が寄せられている。
80	知的障害のある人を理解している医師が限られているため、障がい特性の理解を進める必要がある。
81	中山間地域における移動手段の確保。
82	待合での他の親御さんからの視線等は理解のないことが原因と思う。医師・看護師で障がい特性・対応を理解されている方が少ない。
83	医師不足。
84	知的障害者の医療支援対策を、診療の一連のプロセスからみると、コミュニケーションの取り方等、現状では顕在化していない問題が予想される。そのため、医療機関・医療関係者及び一般市民など医療に関わり関係者に対する知的障害者の特性に関する情報について、どのような周知方法が適切であるかを検討する必要がある。
85	中等度～重度の知的障害者であれば家族、施設等職員の支援により受診同行支援が行われているが、軽度の知的障害者で一定自立生活している方については十分な受診や服薬管理が適切に行われていないといったケースも考えられる。また、軽度の障害者はそういった生活のしづらさが明らかになりにくい状況にある。
86	知的障害者に限らず一人で受診困難な場合に支援者分の費用負担(公共交通機関の費用負担)がかかるため、負担軽減などの要望がある。
87	医療機関でのサポートが足りない。医師・看護師に対して障がいのある人への理解を広めていく必要がある。
88	言語でのコミュニケーションが困難な知的障害者の受診サポートの充実及び一般の歯科医では治療が困難な(知的)障害者等への歯科診療の充実が必要。
89	軽度知的障害者の場合、発見が遅れて本人や家族に過度のストレスが生じてからの受診とならないように知的障害について知ってもらいたい。広報、情報提供の拡大が必要。
90	コミュニケーションや理解力の問題
91	身体障害の方と比べてわかりづらい障害のため、知的障害に対する社会の理解促進や医療機関等での合理的配慮の提供の徹底。
92	通院介助や移動支援では院内での付添いができないが実際は病院職員が常時対応することは難しく、家族に大きな負担となっている。
93	通院支援を行う支援者不足。
94	20才までの間、特に服薬が必要でないような方については、主治医がいないことがある。年金申請に必須の診断書をお願いする場合に困る場合がある。
95	一人暮らしの場合、受診が必要かの判断や山間地における交通手段に課題がある。適切な障がい福祉サービスの実施。
96	歯科は医師会が研修の取り組みを行っており、当事者・家族会の評価が高い反面産婦人科の評価が低い。(診察時の対応があまりよくないとのこと)
97	医療機関、訪問看護との情報共有、連携を行うためのケア会議の開催。安定した地域生活の継続のためのアウトリーチ支援。他職種専門家が構成されるチームにより支援するアクト(ACT)。
98	本人に理解がなく、受診の結果が理解できない(本人のみでの受診が難しい)。通院などの福祉サービスの充実が必要。
99	行動障害を伴う方の場合、健診の受診も難しく、病院等の早期発見・治療が困難な場合がある。
100	知的障害者が親の場合の子どもの予防接種や適切なタイミングの時期など育児支援。
101	障害の種別による課題はないものと考え。ただし、共生社会の実現に向けて、総合的な支援を実施するための施策が必要である。
102	重度知的障害者が受診できる歯科医院が少ない。
103	強度行動障害のある知的障害者を診ることのできる医療機関が少ない。
104	医療機関等を受診する際のご家族の高齢化