

## 障害者支援の現状と課題 ～学校から地域社会へ～

小西麻衣、杉山綾、谷川楽、土金清香、中井隆雄、宮本大輔、門間美里

### 【目的・背景】

障害者の地域社会における共生の実現に向けて、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律として「障害者自立支援法」が 2006 年に施行された。さらに 2013 年に「障害者総合支援法」に改正施行された。法律は施行されたものの、地方自治体の資金不足・人材不足のため、障害者が地域で生きていくための十分な福祉サービスが提供されているとは言い難い。また平成 23 年度福祉行政報告例および衛生行政報告例によると、滋賀県の障害者手帳所持者は 63,251 人であり、これは滋賀県人口の約 4.5% に相当する。つまり将来私達が滋賀県で働く医師となったとき、障害者専門医でなくとも、自身の外来に訪れる患者さんの約 22 人に 1 人は障害をもった方ということになる。

本実習で私達は、障害者が地域社会にでるための重要な時期である高等学校の卒業時に着目した。これまで学校で受けられた教育支援が、卒業することで地域の障害福祉サービスへ移行することになる。今までと同じようなサービス受けられるのか、どこに相談すればよいのかなど、障害児とご家族の方には大きな過渡期となると考えられる。またこれまでは小児科を受診していた方が、高校を卒業して地域社会に出たときに、どの医療機関を頼りにすべきか悩み、夜間や緊急時の医療支援について不安に思われるであろう。本実習では、障害者が高校卒業時に抱える課題、および地域で暮らす障害者へ医療支援の現状について調査し、障害者が地域で生きていくために医療者に求められる障害者支援を考察した。

### 【方法】

以下の 4 種類の対象ごとに聞き取り調査を行った。

対象 1：障害児の母親

(1 回目) 7 月 3 日(水) 10:30 から 12:30、対象者 2 名(R の母親と A の母親)

障害児の概要 R: 21 歳 男性(自閉症) 障害年金 2 級 支援区分認定 4

A: 18 歳 女性(GLUT1 異常症) 支援区分認定 4

(2 回目) 7 月 7 日(月) 16:30 から 18:30、対象者 3 名(K,Y,T,それぞれの母親)

障害児の概要 K: 24 歳 女性(點頭てんかん) 障害年金 1 級 支援区分認定 5

Y: 24 歳 女性(脳性麻痺) 障害年金 2 級 支援区分認定 4

T: 25 歳 男性(脳性麻痺) 障害年金 1 級 支援区分認定 6

対象 2：滋賀県庁障害福祉課 7 月 9 日(木)9:00 から 12:00、対象者 2 名(担当員、保健師)

対象 3：びわこ学園医療福祉センター草津 7 月 10 日(木) 10:00 から 12:00、対象者 2 名(医師)

対象 4：大津市立社会福祉施設やまびこ総合支援センター

7 月 11 日(金)13:00 から 14:30、対象者 1 名(発達相談員)

### 【結果と考察】

聞き取り調査、文献調査により得られた結果と考察を、<1. 学校を卒業するとき>、<2. 施設から地域へ>、<3. 地域の障害者医療>という 3 章に分けて以下に述べる。

#### <1. 学校を卒業するとき>

(結果)

通常、養護学校卒業後の 4 月に間に合うように、初めての区分認定を 18 歳で受ける。区分認定は、調査員による認定調査と医師の意見書を総合して、市町村の審査会で認定される。認定の際、医師による意見書への記入内容が最終的な認定区分に影響することもある。また、障害年金は 20 歳から受給可能である。等級は 1 級と 2 級に分かれ、受給金額に違いがある。障害年金の申請には、医師の診断書が必要であり、診断書の記入内容により等級が左右され得る。以上のように、区分認定・障害年金申請ともに、医師

による意見書・診断書の記入内容は重要である。

今回の調査では、区分認定・障害年金の申請に必要な意見書・診断書を医師に作成依頼する際、診察を受けられるまでの待機期間が、半年以上となることも珍しくなく、非常に長いという問題が存在することがわかった。待機期間が長くなる原因は、評判の良い少数の医師に作成依頼が集中するからである。

母親からの聞き取りから、評判の良い医師を探すために、同級生や上級生の母親と限られたネットワークの中で情報を交換するため、結果的に数人の医師に作成依頼が集中することが明らかとなった。

また、実際に意見書・診断書を数多く作成されている医師からの聞き取りによると、正しく丁寧に意見書・診断書を書くためには、障害者の特性に関する経験や知識が十分に必要であるとともに、作成に慣れた医師でさえも、診察や記入には時間がかかる、ということであった。さらに、障害支援区分認定に関しては、医師意見書の記入事項に明らかな不備があるもの、読めないような汚い字で書かれているものなど、質の悪い意見書が提出されることもあるということがわかった。このような意見書に対して、審査会からのフィードバックや、行政からの意見書記入に関する指導などもほとんどないということである。

滋賀県庁でも聞き取り調査を実施したが、意見書作成については、行政側からの指導などは行っておらず、あくまで医学的な見解は医師側に委ねるとともに、意見書の書き方についても医師側に任せているのが現状とのことであった。

#### 〈考察〉

評判の良い少数の医師に意見書・診断書の作成依頼が集中しているため、待機期間が長いことが現状の大きな問題である。この原因としては、意見書・診断書の作成には十分な経験や知識が必要なこと、実際に作成すると時間や労力が必要ということ、作成する医師によって意見書・診断書の質が異なるということの三点が考えられる。

これらを解決する案としては、どのような医師にでも意見書・診断書の書き方がわかるような勉強会や研修会を今以上に実施することが挙げられる。そもそも、小児科医の研修期間に意見書・診断書作成の訓練を行うことも望ましいと考える。また、現状でも意見書の質向上につながらない原因として、行政側からの指導やフィードバックがないことなど、行政と医療間の連携が不十分であることが考えられるので、勉強会は医師のみで行われるのではなく、認定する側である行政関係者も交え、意見や要望などを共有することが必要と考える。また、意見書・診断書を作成できる医師を増やすためには、一般病院の医師のみでなく、地域の開業医にも勉強会に参加してもらうことが望ましいだろう。そのため、医師会や行政側から開業医などへの働き掛けも必要であると考えられる。このよう研修会、行政との連携によって、作成できる医師の数を増やすこと、質の向上が望めると考えられる。

また、一つの意見書・診断書を作成するために必要な医師の時間と労力を減少させるために、多職種との連携が重要と考えられる。発達相談員やソーシャルワーカー、介護職や学校の先生など、依頼者の生活情報を把握している職種との連携を密にすることによって、記入の際の医師の負担の軽減につながるとともに、記入内容の充実につながると考えられる。ただ、これらの職種の方々も、区分認定申請や年金申請の時期に負担が集中してしまうという問題があるので、人員の確保という事が大きな課題となるとも考えられる。

以上のように、行政も含めた多職種との連携によって、意見書・診断書を正しく書ける医師の数を増やし、一通作成するために多職種が関わることで医師の負担を減少させることが可能であると考えられる。

## <2. 施設から地域へ>

#### 〈結果〉

聞き取り調査では、障害者の親は、自分が倒れた時のこどもの生活について心配が大きかった。すなわち、親が面倒みられなくなった際に、子どもがどこで、どのように生活できるか分からないという問題だ。今回インタビューさせてもらった方は、今後、子どもは施設に入ると予想していたが、その上での問題に、現状として問い合わせても空きがないことだと答えられていた。現状として入所先が見つからないことで、どのような問題があるのか、ということに関しては、次のような回答が得られた。

子どもが入所する施設が決まるのが、「親に何かあってから」では遅い。親自身が施設を知り、子どもも施設に慣れるには親子が施設と関わる時間が必要である。特に障害者は新しい環境に順応しにくいことが多いため、子ども自身が新しい環境に慣れるための時間も含まれる。また、施設側も、一番の理解者である親とのコミュニケーションをある程度とれる方がいいだろう。よって、親が面倒をみられる間から、入所先に目処が立たないことは大きな問題であるということだった。

この問題に関して、県庁に方針を尋ねたところ、次のような答えが得られた。旧来型の 24 時間保護するものは入所者を減らして、代わりに、昼は作業所、夜はグループホームといった生活ができるように、方針を進めている。これはすなわち、ノーマライゼーションの考え方に対応しており、障害者も、地域の中で自分にあったものを選択し、自己実現する存在になることを目指した方針である。この方針に従い、旧来施設の増設は実現しないと予想される。ただし、作業所やグループホームは、予算などの関係から急激な増設は難しい、ということだった。

また、県のこの方針に関して、医師に、問題や課題を尋ねると、次のような答えが得られた。地域生活への移行者が増えると、障害者が入れる短期入所用のベッドの確保が以前よりも必要となるだろう。障害者は、その特性、個別性から一般の病院への入院や治療を断られることがある。また、夜間の介護事業があまり行き届いていない現状では、家族への介護の負担は大きい状態が続くと予想される。

#### 〈現状についての考察〉

特別に質問をしたわけではないが、保護者からグループホームの形態に対する不安は聞かれなかった。それよりも入所先に目途が立たないことが不安であるということだった。つまり先行きが見えないことが不安で、負担になっているということだ。このことから、旧来型の施設でも、グループホームでも、自分が倒れた時のこどもの居場所に予想がつけば、ずいぶん負担は減ると思われる。

県は旧来の施設の入所者を制限しながら、予算の中で、様々な種類の作業所やグループホームを増やそうとしている。しかし、縮小傾向とはいえ旧来施設も運営しながら、様々な種類の新しい施設を充実させることはお金も時間もかかる。特に、運営のための人員の確保は高齢社会のために介護業界が圧迫されていることを考えても、急激に増やすことは難しいだろう。結果的に、今、地域で暮らす障害者の今後について、具体的に明示できない状況だと考えられる。

#### 〈考察された現状への解決案〉

以上より、作業所やグループホームの数が、障害者にとって選択可能になるまでは時間がかかりそうだと予想される。これにより、現在は障害者やその家族に不安や負担を強いている状況であると考えられる。現在の状況を改善させるために、大きく 3 つの解決案を提示する。1 つ目は「制度の整備」、2 つめは「医療機関などによるバックアップ」、そして 3 つ目に、それらの整備が整うまでに「実現可能な旧来施設の活用」である。

「制度の整備」とはまず、福祉政策自体の改善・整備が必要だと考えた。日本の社会では、障害者が成人する前も成人した後も、介護の大部分を家族に依存している。そして、障害者の地域生活への移行は、そのまま家族の負担の増加が問題となる。また、家族は、障害者の介護の大部分を行っているため、家族による援助が受けられなくなった場合の障害者の行く末が心配となる。これを解決するために、家族に依存せずとも障害者の居場所が確保できるような福祉政策の採用が考えられる。

しかし現状は、保護者が介護できなくなったときの障害者の生活を考えることが優先される。このための制度の整備は急務となる。先に述べたように、日本は急激に高齢化しているために、介護業界の需要が急増している。しかし、賃金や劣悪な労働環境により、人員は常に足りず、離職率も高いことが問題である。また、一部の障害者の介護には、人工呼吸器の痰の吸引といった、医療技術者に求められる作業も含まれ、看護師の設置なども課題となる。これらの解決案として、例えば、介護職の労働環境を改善する法律を作ることや、介護士の職域を特定の医療行為ができるようにして、少ない人員で運営できるようにすること、などの制度の整備が挙げられる。

「医療機関などによるバックアップ」は、地域生活移行者の緊急時の対応のために必要だと考えられる。

つまり、医療機関が短期入院用のベッド数を増やすこと、短期入所用の施設を増やすことを提案する。緊急時とは、障害者が突然体調を崩したときや、保護者が介護できなくなったときを想定している。旧来の施設では障害者のために特化した設備があったため、対応できたことが、家庭やグループホームで生活するようになると、救急搬送や入院が必要になることが考えられる。また、家族による介護が中断された時の行き場所が必要になったりすると予想される。地域で生活する障害者が増えることに伴い、そういった利用法も増えると考えられる。これに合わせて、短期入院用のベッドの増加、短期入所施設の増加で緊急時に対応できるようにすることを提案する。

「実現可能な旧来施設の活用」とは、1つ目や2つ目に挙げた解決案より迅速に実現できる案を考えた。旧来施設の活用というと、ノーマライゼーションの考えに逆行して聞こえるかもしれないが、制度の整備には時間がかかる上、先に挙げたことがすべて実現されることは簡単ではない。これを踏まえて、ノーマライゼーションの考え方に懲り固まらない案を提案する。

旧来施設は障害者を隔離するような性質が欠点だが、多くの人数の障害者を一か所で介護できる環境には、効率の良さや、対応能力の高さ、といった利点もある。そして現在は、出所者の数より入所者の数が小さく、運用を縮小させる傾向であるため、余力があると予想される。よって、欠点である性質を極力減らして、旧来の施設を活かすことで、現在先行きが不明な障害者に選択肢ができるのではないかと考えた。欠点である性質を改善するには、例えば、施設の中で小さなコミュニティを作ることで家庭的な雰囲気での生活を可能としたり、施設の一部に地域社会に開かれたコミュニティスペースを作って施設自体を地域社会の一部にしたりすることが考えられる。

最後に、大きく3つに分けて解決案を挙げたが、総じて述べる。障害者を閉じ込めるのではなく、地域社会で共に暮らすというノーマライゼーションは世界的な流れである。そして、1つ目や2つ目に提案したことは早急に実行されるべきだと考える。ただし、限られた予算と人員で、地域社会に受け入れる準備がなされないまま、障害者に地域で暮らすように強いるのは、障害者の幸せになるか疑問である。よって、地域社会で暮らしつつも、障害者と家族が本当に安心して暮らしていける地域社会を築くために、3つ目の案も臨機応変に織り交ぜながら、対策を考える必要があると考えた。

### <3. 地域の障害者医療>

#### <結果>

聞き取り調査の中で、肢体不自由・弱視・點頭てんかん・知的障害を持つ男の子の母親から、「近所の医院に子供を連れて行ったら、診てもらえなかった。」という話を聞いた。また、びわこ学園の医師への聞き取りから、障害者が専門病院に集中している現状を知った。

母親の悩みは、慣れないところへ行くと、障害児が騒いでしまう、大声をだす、動くなど、待合室で静かに過ごせないことが多く、人目が気になることである。これにより、一般病院に行くことへの抵抗や主治医でない医師にかかることへの不安が生じる。一方、一般医師側の悩みは、障害者の患者さんがどんな特性をもっているか分からない、同じ症状の患者さんでも、普段使っている薬を障害者にも処方してもよいのか分からない、ということであった。母親側と医師側ともに、上記のような苦悩が背景にあるため、たとえ軽症疾患でも障害児者専門医のもとへ患者さんが集中する傾向にあると分かった。

さらに、びわこ学園の医師からの聞き取りでは、障害者が専門病院に集中している現状を知ることができた。びわこ学園施設長が現在診ている患者数は300-400人、入所希望待機患者数は約100人、初診待ち時間は1年である。特に初診の待ち時間の長さから、障害者が専門病院に集中している現状や、いかに障害者と向き合える医師・医療機関が少ないかが分かる。

障害をもった患者さんの多くは、自分から訴えることができない。そのため一人あたりの診察に必要な時間が長く、例えば、初診には一人当たり1.5時間、薬物療法では一人当たり10分、リハビリ経過相談には一人当たり20分の時間が必要になる。びわこ学園施設長は外来以外に、施設回診や当直、さらに施設のお仕事があり非常に多忙で、これ以上患者さんを診たくても診る時間がないと話されていた。このように障害者専門医は患者さんがあふれてもうパンク状態だった。

〈考察〉

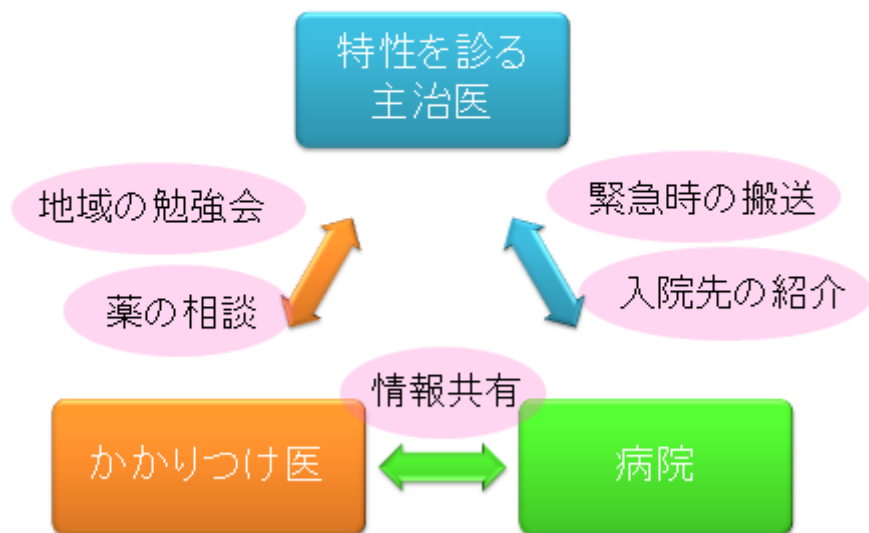
現在、国の方針でノーマライゼーションが進められており、今後地域で暮らす障害者数は増えていくことが予想される。地域で暮らす障害者を一般医が診られるのは理想的であり、実現するにはどうすればいいか、現状の問題をふまえて考えた。

専門外の医師にも、発熱や下痢などの軽症疾患を診ることや、チューブ交換・リハビリなど障害者の日常を診ることが求められることになるだろう。これらを実現していくには、結果で述べた一般医の不安を軽減していかなければならない。診たことがない疾患は誰でも怖いので、専門医が参加する地域の勉強会に参加すること、2つめに地域の一般医と障害者専門医が連携をとること、このような連携をとることで、一般医は、専門医に薬の相談も可能になり、診療で生じる不安を解消できるようにもなると考える。また、一般医には重症だと判断した場合には、大きな病院へ搬送するなど、重症患者は対応可能な施設へ送るといった判断力も求められる。

以上をまとめたのが、下の図である。これが機能すれば、専門医に患者が集中することなく、地域全体で障害者を安心して診ることが可能になると考えた。障害者の方がかかりやすい病院としては、医師同士が連携していることその他にも個室の待合室があるなど病院側の理解があると、かかりやすいという意見があった。

また学生でもできることとしては、サマースクールへの参加など、障害者との関わりを増やすことが、知らないという怖さ・不安を取り除き、将来専門としていなくても障害者を診られるようになる一歩になると結論づけた。

## 障害者医療支援の理想モデル



### 【まとめ】

最後に、これまでの内容をまとめて、将来障害者によりよい支援をするために、私たちにできることを考えていきたいと思う。

まず1つ目は、障害を持った人たちともっと関わる機会を持つということである。前でも述べたように、一般医師がなかなか障害者を快く診てくれないのは、その医師が障害者についてよく知らないというのが、大きな原因となっている。確かに、慣れていない病気や障害といきなり対面すれば、誰でも初めは戸惑うものである。将来、私たちが障害を持った患者を、責任を持って診るためには、学生のうちからボランティア活動などに積極的に参加し、もっと障害者に関わる機会を持つことで、彼らのことを知っていくことが大切であろう。

2つ目は、支援区分認定と障害年金における医師の意見書・診断書の重要性を理解することである。区分認定や年金の制度を知らない医師も多いのではないと思う。しかし、それらにおける医師の役割は非常に大きな部分を占めている。ましてや、区分認定と年金は、その障害者の将来を大きく左右する。患者が意見書・診断書を書いてほしいと自分のもとに現れた時、その責任の重大さを自覚しておかなければならないだろう。

3つ目は、地域医療機関と密な連携を取り、チーム医療を目指すことである。かなり漠然とした目標で

はあるが、これらの実施に向けて私たちができることがいくつかある。それは、他職種の関係者を増やす、医療福祉サービスを学ぶということである。チーム医療を目指すためには、まずそのチームを作らなければならない。そのためには、医師以外に看護師、介護福祉士、栄養士、PT などさまざまな分野の人とつながりを持っていることが重要である。特に、障害者相手であれば、ヘルパーや教師といった、医療関係外の関係者も必要となってくる。このように、医師が自ら多方面との関係を持つことが、障害者により全人的なサポートを施す一歩となるのである。

4 つ目は、患者の生活面を想像して、患者と接するということである。ごく当たり前のことであるが、障害者に対しては特にこの配慮が必要となってくるだろう。障害はなかなか治るものではなく、一生障害と共に生きていかなくてはならない場合が多い。つまり、私たちは医療面だけではなく、その人がどう障害とうまく付き合っ生活できるか、ということを考えなくてはならない。そのためには、先ほど述べたように、様々な方面からのサポートが必要となる。また、単に専門的な診療だけではなく、医師のささいな会話や気遣いも大きな役割を果たすだろう。

ところで、私たちは障害者家族にとっては、高校卒業時が大変なのではないか、という想像のもと、今回の調査を進めた。しかし、母親たちの話では、子供が生まれてから小学校に入るまでが、親にとっては最もつらかったとうかがった。その理由として、まず自分の子供が障害者であるということを受け入れられない、なかなか病気の診断がつかない、医師が気を使ってはっきりと障害のことを言ってくれない、などがあった。特に、保育園・幼稚園から小学校に上がる際には、学校で誰に相談したらいいのか分からないという不安があったようだ。また、障害者という、社会の負担になる存在を産んでしまったのではないかという、精神的負担もあるという。これはおそらく産まれた時だけでなく、一生感じ続けるものであろう。

これらのことは、大学では習う機会がなく、今後自らこのような道に進むことがなければ、なかなか知ることができないだろう。滋賀医科大学の医学生にはぜひこのことを知ってもらい、少しでも将来に役立ててもらえれば幸いである。

#### 【謝辞】

今回の実習において、お世話になった皆様に厚く御礼を申し上げます。

聞き取り調査にご協力頂いた、5 名のお母さま方、滋賀県庁の丸山参事ならびに佐藤保健師、びわこ学園医療福祉センター施設長の口分田先生ならびに外来部長の藤田先生、大津市立社会福祉施設やまびこ総合支援センター発達相談員の中村隆一先生、ほか今回の調査にご協力くださった皆様方、本当にありがとうございました。

そして、私たちを温かくご指導して下さった、社会医学講座衛生学部門の埴田先生に心より御礼申し上げます。

#### 【参考文献】

- ・小澤温 (2013) 『よくわかる障害福祉 [第 5 版]』 ミルヴァ書房
- ・滋賀県下の在宅障害児の介護者の健康実態調(2009)報告書 滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門
- ・厚生労働省「医師意見書記載の手引き(案)」  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/other/dl/140121\\_04.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/other/dl/140121_04.pdf)
- ・日本年金機構  
<http://www.nenkin.go.jp/n/www/service/detail.jsp?id=3226>
- ・滋賀県庁 障害福祉課 「新・障害者福祉しがプラン」  
<http://www.pref.shiga.lg.jp/e/shogai/plan.html>
- ・医療情報研究(2014)『公衆衛生がみえる』 メディックメディア pp.248-263