

障害者の地域移行に伴う地域保健の諸問題

石黒 栄亀・鎌田 義彦・堀江 幸治

九州女子大学人間科学部人間発達学科

北九州市八幡西区自由ヶ丘1-1 (〒807-8586)

(2012年6月7日受付、2012年7月19日受理)

要 旨

現在わが国における高齢者人口の割合は増加の一途をたどっているが、高齢化に伴う公衆衛生問題は、移行後の障害者にとっても例外ではない。現在の障害者支援の現場において、地域移行支援前から対象者が壮年期・高齢期を迎える事態となっており、地域生活移行後の健康支援のあり方が大きな検討課題になっている。

地域で暮らす成人障害者は保健医療的にハイリスク集団であり、大多数が健康問題を抱えて生活しているにも関わらず、必要な健診・評価がなされていない。肥満・口腔保健・衛生・医療への関心の低さなど、地域移行生活における保健医療支援の問題は枚挙に暇が無い。このように地域移行支援施策が進められる中で、障害者の地域生活を支える公衆衛生の現状の一端をとらえる目的で、特に成人の生活習慣病との関連が深い肥満と口腔保健の現状を中心に、障害者高齢化と公衆衛生活動の展望について概観した。

1. 緒言

現在、わが国における高齢者人口の割合は増加の一途をたどっている。急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、生活習慣病の割合増加に伴い、国民医療費に占める生活習慣関連医療費の割合も増加するに至った。成年期以降の生活のあり方が老年期への保健医療の問題へと繋がるため、国は「健康増進法」などを定め国民の公衆衛生の向上に努めている。

この「健康増進法」の第一条には

「我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ること」と、その法の目的が述べられている。

同様に、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、平成12年には生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり運動として「21世紀における国民健康づく

り運動（以下、健康21）」が策定されることとなった。

「健康21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上の実現を目的とし、生活習慣の改善などに関する課題について目標等を設定し、国民が一体となって取り組む健康づくり運動であり、当初は平成22年度までとされたがその後2年延長され、平成24年度までとなった。今や国民の高齢化やそれに伴う地域保健の問題は、当然地域に居住する障害者にとっても例外ではない問題である。

障害者自立支援法は、障害者の「自立と完全参加」を理念として国の障害者支援のあり方を「脱施設」と「地域移行」へ政策転換し、特に経済的自立と就労を強調している。しかし、例えば近年の知的障害者における在来型入所更生施設居住の60歳以上の比率は1985年時点では2.3%であったが、2001年には10.6%、2006年には14.3%と増加を見せているなど、障害者支援の現場においては、地域移行支援前からその対象となる者が壮年期・高齢期を迎える事態となっており、地域生活移行後の健康支援のあり方が大きな検討課題になっている¹⁾。

地域で暮らす成人障害者の公衆衛生に関して高橋²⁾は、「健康は自立生活の最も基本的な条件であるにも関わらず成人の地域保健医療問題への関心が薄い」とも指摘した上で、地域で暮らす成人の障害者は、「保健医療的にハイリスク集団」であり、大多数が健康問題を抱えて生活していること、脳性麻痺や先天性疾患などの合併障害が多数に認められるにもかかわらず、必要な定期健診・評価がなされていないこと、本人からの愁訴に乏しく、その表現にも的確さを欠くため、病気の発見・治療が遅れがちであること、たとえ受診が可能となり治療を開始しても対症療法が中心であり、しかも完治しないまま治療が中断されることがあること、向精神薬の定期服薬者の割合が高率であるにもかかわらず定期健診を怠りがちであること、口腔衛生状態が極めて悪いこと、保健医療問題への関心が低く、慢性疾患の治療意欲に欠けること、高齢化に伴い癌や循環器疾患の増加が予想されることなどを挙げて、未だ解決策が見つからない地域移行生活における保健医療支援の問題を列挙している。

そこで、地域移行支援施策が積極化する中で、障害者の地域生活を支える保健医療の現状を、特に成人の生活習慣病との関連が深い肥満と口腔保健を中心に、障害者の地域移行と地域保健のあり方について概観する。

II. 地域移行の推進と健康への関心

まず地域移行生活の基盤を為す「健康」を定義すべきであるが、WHO憲章ではその前文中以下のように定義がなされている。

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

この定義ではあまりに固定的であるということから、1998年には以下のような定義への

変更の提案がなされた。

“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

この提案はその後のWHO総会において、「現行の健康定義は適切に機能しており審議の緊急性が他案件に比べて低い」との理由で、審議入りしないまま採択も見送りとなったが、「健康」という概念は静的なものではなく動的なものであることを示しているためと考えられる。

同様に「障害」についての概念も変遷を繰返しており、社会隔離的な存在から、「ノーマライゼーション」「インテグレーション」の思想によって変革がもたらされた。1950年代、デンマークのBank-Mikkelsenが提唱したノーマライゼーションはNirje, Wolfensbergerによって体系化された。もともとこの概念は知的障害（児）者に関し、その社会の本流の標準や方法にできるだけ近い日常生活の諸条件を整えることが必要であるとされる概念である。これに基づき西欧諸国では、これまで障害者だけで構成された郊外型大規模施設から都市部やその近傍の小規模居住地へと、障害者の居住域の再考・再編成が行われ、「脱施設化」という名目で地域移行支援が進められることとなった。

西欧諸国同様の流れを取り入れたわが国では、2002年、「障害者基本計画」と「重点施策5ヵ年計画」が示され、そのうち「障害者基本計画」では施設入所者の地域生活への移行の促進が掲げられており、入所施設は、「地域の実情を踏まえて、真に必要なものに限定」された。2005年には「障害者自立支援法」が成立し、グループホーム等の地域移行型小規模居住地の充実を図り、施設入所・入院から地域生活への移行を推進するものとされ、また「平成23年度末」までに入所施設の入所者の1割以上が地域生活に移行することを目指すという目標が掲げられた⁴⁾。

しかし地域移行支援の先鞭をつけた西欧諸国では、その過程において最も懸念され、そして今でも解決できていない課題が生じることとなった。それは地域で暮らす（特に重度）障害者の保健医療に関する諸問題である。この問題は1970年代から注目されており、Garrard³⁾は、アメリカではノーマライゼーションの理念の元で進められた脱施設化は成功したが、一方で地域移行型小規模施設があまりにも小さく、既存の大規模施設で行われていたような組織だったサービス（障害者専門の医療サービス）が提供できなくなったと述べた。さらに障害者が地域共同体における「一般の」医療サービスを受ける必要があるように変化を迫られることから、例えば地域医療システムへのアクセスが不十分であることが予想されるという問題も指摘した。

地域保健医療機関の障害者受け入れについてGarrardはさらに、地域医療を支える一般保健医療機関の医師や看護師等関係者は障害に関する専門知識が不足していることも多く、その結果疾患の発見の遅れや診断の困難さなど様々な深刻な問題が発生する、といった懸念が

あることも指摘しており、この問題はわが国の現在の障害者医療の問題でも同様の指摘がある²⁰⁾。

結果として欧米がすでに経験し、未だ解決できずにいる障害者の地域保健医療支援の諸問題について、わが国も同様かそれ以上の問題に直面するだろうということが予想され、Garrardが1970年代からすでにその問題を指摘したような、地域移行後に直面する保健医療の問題については、わが国は未だその基礎研究すら十分とはいえない状況にある。例えば国内学術資料検索サイトを利用しても、障害者の生活習慣病などの予防に関する取り組みはほとんどヒットせず、研究者の関心の薄さが伺える。しかしその一方で研究関心が高い分野も存在し、青年期以降のダウン症者の支援にかかる諸問題、中でも加齢に伴う諸症状、とりわけ早期老化やアルツハイマーに関係した急激な退行現象に関する研究は比較的積極的な調査が行われていると言える。

ただしこれを概観した小島⁵⁾は退行を示すダウン症者の初期症状には判断の難しさを伴うこと、その後の健康面のケアが重要であり、数か月単位ではなく数年単位での長期継続的な支援が必要とされていること、心理・行動維持と健康管理を目指したプログラムの作成が必要とされ、その取組による成果の集積が急がれるものの、いまだに十分に有効性があると言えるだけのエビデンスが積み上げられていないことを指摘している。

ちなみにキーワードの一つを「知的障害」とし、更なる追加ワードを以下に入れた場合の最もヒットした数の単語は「肥満 (43件)」であり、特に学童期からの取り組みとしての報告が中心であったため、障害者のライフコースの中でも肥満が生活習慣病のリスク因子として予測がつきやすく、また予防への早期取り組みがしやすいこととして、実施されていると考えられる。

III. 生活習慣病の予防としての肥満への取り組み

肥満とは、栄養摂取量と身体活動量のバランスがくずれることで体組成に占める体脂肪量が蓄積した状態であると定義できる。

障害者においても就学期以降の肥満がたびたび指摘されており、運動機能にさほど遜色がないと思われがちな知的障害児者においても、特にダウン症を中心に学齢期以降は肥満の問題が指摘されることが多い⁶⁾。一般に肥満は、将来の糖尿病・高脂血症・高尿酸血症などいわゆる生活習慣病患者の候補になりやすく、「健康21」などの国の施策でも予防が強調されており、障害児の場合、学童期から肥満の割合が健常児と比較して多くなっているとされ、早期の取り組みが必要となってくる。

障害(児)者の肥満に関する研究は、肥満の発生率や学校での実践研究が中心となっており、研究相互の関係も明らかになっていないことが多い。また調査年代においても評価方法や対象年齢の精査もまちまちであることが多く、特に学齢期しかも地域単位もしくは学校単

位に調査が集中しており、国内規模や成人期における正確な出現率や経年的な健康問題への影響はほとんど調査されていないのが現状である。

児童期における調査では、知的障害からくる適応行動の遅滞や肢体不自由からくる運動機能の不十分さなどから身体活動へ参加する機会が制約され、摂取エネルギーと消費エネルギーがアンバランスになり健常児以上の肥満になることがあると指摘されている。先行研究⁸⁾の知見から、知的障害における代謝と肥満と運動の関係を調査した土屋ら⁹⁾は、知的障害者は発達の遅れから身長・体重の平均値は同年齢の健常生徒より低いものの、BMIが高く、体脂肪率も日本肥満学会に定めた肥満判定の数値より高い傾向があることを報告した。

肥満状態を示す知的障害者に対して食生活と運動習慣の形成を目指した高畑ら¹⁰⁾は、知的障害者の体重管理に関しては一応の成功を取めたものの、体重のコントロールが本人の動機付けに反映させにくいこと、保護者や支援者の負担をできるだけ低くしながら長期に体重が維持できる方法を探るためには、対象者への細かい介入が必要とされることなどを報告した。しかし肥満へのアプローチはいわゆる健常者でも種々の困難を伴うものであり、三原¹¹⁾が行った肢体不自由児への肥満指導は、強化子・プログラム・動機付けなど複数の要因により失敗しており、障害者の肥満状態の改善の難しさを示している。他にもダウン症の場合は病理的な問題に起因して肥満が生じている可能性もあり、一部には甲状腺機能障害による肥満や糖尿病の可能性も高い場合もあるため、検査で鑑別・診断された場合は治療が優先されるべきである。

また自閉症を基盤に有している者に関しては、強迫的常同性反復行動が食に移行することから起こっている可能性もある。例えばスケジュールとしての間食への固執や一部食物に偏在した等の固執性からの肥満という、認知の障害そのものから随伴した問題も存在し、家族や支援者もその問題が将来の健康問題にわたることを十分に認識していながらも抑制できずにいる場合がある。その場合、家族や支援者が肥満に対して関心を向けているかどうかということにも左右される可能性があるが、保護者の高齢化とともに地域支援への移行を考えると、早期の介入が必要とされる問題である⁷⁾。

食生活のコントロールが難しい地域生活障害者においては、肥満状態で青年期以降を過ごしていながらも、肥満自体が本人の問題意識を持ちにくい要素であること、将来の生活習慣病のリスクが認識しにくいことなどから、地域生活の移行において容易に肥満のリスクが高まることが予想されるものの、肥満は積極的な食生活改善の動機付けにはならない問題をはらむ。

すでに肥満している場合は栄養士による適切な指導が必要になるが、その指導に対してはおおむね長期的な食事と生活の改善が必要となることが多い。しかし、減量という一点のみでのコントロールは、体重の減少や生活習慣病のリスク低下といった効果以外に、制限による攻撃性の高まりや、隠れ食いなどの二次的な問題行動が起こる場合があり¹²⁾、障害者が健

康を維持するために食の完全自立を目指すということは、「健常者でも困難であることの判断を障害者に対して自立・自己決定の名目で責任を自ら負うように課している」という矛盾¹³⁾を生む事態に陥る可能性があることを理解しなければならない。

IV. 障害者口腔保健の現状および取り組み

学齢期における障害児の口腔保健への関心は高い。学校では学校保健安全計画に基づいて歯科検診が実施されており、学齢期の障害児の場合、学校検診が歯科受診のきっかけになる場合が多い。一般に齲蝕予防は歯の萌出以後の恒常的な口腔清掃行為の積み重ねが必要であり¹⁴⁾、健常者にとっても長期的視野で口腔衛生を担保する必要がある。そのため障害者の地域生活において、学齢期から「口腔保健の維持」に関するスキルの向上を目指した取り組みなどは自立指導として積極的に行われている。

平成23年8月10日公布・施行された「歯科口腔保健法」ではその基本理念に、国民が生涯にわたって日常生活において歯科疾患の予防に向けた取組を行うとともに、歯科疾患を早期に発見し、早期に治療を受けることを促進すること、乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期における口腔とその機能の状態及び歯科疾患の特性に応じて、適切かつ効果的に歯科口腔保健を推進すること、保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育その他の関連施策の有機的な連携を図りつつ、その関係者の協力を得て、総合的に歯科口腔保健を推進することが示されており、それに基づいた歯科口腔保健施策として、障害者が定期的に歯科検診を受けるための施策を推進するものとしている。

しかし障害児者の地域歯科への受診は、保護者や支援者の労力は極めて高い。学齢期においては治療後の再受診を繰返さないために、保護者（特に母親）によって積極的な健康維持のための介入努力が行われていることが多い。そのため学齢期に限ると、口腔衛生の完全自立が果たされるまでの一時、齲蝕は年齢とともに改善する傾向がある。その一方で自閉などの発達障害を伴う場合、口腔内やその近傍の組織に過敏があることが多い。また、食の偏りも著しいなど、口腔衛生活動の習慣化や自立が困難な面も大きい。

さて、齲蝕罹患性に関する障害者と健常者との比較において、障害者は歯科疾患罹患率は口腔清掃の困難さもあり、歯肉炎の有病率について良好でない状況を示している¹⁵⁾。通常、齲蝕、歯周病等や歯科疾患などは歯垢中の細菌による感染症とされ、歯垢除去の成否がその罹患率に影響しているが、知的および運動機能の障害を伴うことにより、口腔清掃の実践が困難となる、または発達障害のように口腔の知覚の過敏・異常があるため、適切な歯磨き自立が達成できないことも予想され、口腔衛生活動が自立する年齢以降、口腔内の状態の悪化が容易に予想される。

このことは障害者の場合、健常者以上に徹底した口腔清掃の実践には第三者の定期管理を随時要するか、口腔清掃習慣とその正しい技法を身に付けた上で、必要に応じてみずから歯

科検診を受診しなければならないことを示すものである。しかし一般歯科医療では歯科疾患以外は健常な人々を主な対象として発展してきており、治療内容は齲蝕に対する除痛処置、歯冠修復処置や歯周疾患処置、歯の喪失部への補綴的処置が中心であるため、歯科医師には職人芸的高度な技術が求められると同時に、患者自身にも治療に協力できる精神的余裕と肉体的安定が望まれることが多い。よって齋藤¹⁶⁾はこれらの歯科治療を行う上で困難であるゆえに、協力が得られにくい小児や障害者は歯科医療の現場から忌避されて疎外されてきた現実があると述べ、障害者歯科の専門性の向上の必要性を説いている。

しかし齋藤が行った障害児者の歯科受診に関する実態調査では、歯科受診経験者比率は歯科開業医が集中する都市部が最高であり都市部から離れるにつれて少なくなり、障害者歯科医療に関する情報を得たことがある人の比率も同様の傾向を示すこと、障害者に対応する歯科医療機関とその情報が都市部に偏在し、受診の意思がありながら受診できずにいる問題が浮き彫りになった。

さらに実態調査では患者や家族は身近な地域の一般開業医で診てもらいたいが、障害の程度が重度になるほど、専門の医療機関を希望する傾向も高まり、地域偏在から負担が高くなるため受診を遠ざける要因となっていること、また一般歯科医療機関の多くは来院した障害者を無下に断つてはいないものの、診療に種々の困難さを感じており、時に診療行為を優先させるために抑制法での治療を重ねた結果、患者の歯科的恐怖が生じ、後の治療がますます困難になる場合があるという問題があると指摘されている¹⁷⁾¹⁸⁾。

他にも障害者への歯科治療の特徴として、患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られないことの他に、四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ないこと、言語によるコミュニケーションが確立しにくいといった¹⁹⁾、一般医療に関しても指摘した問題が共通して含まれていること、さらに、口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常に対応できる専門的知識や診断が必要であること、口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要であることなど、歯科疾患の症状に特異的な問題があることなどが一般歯科医療機関での受診を困難にしている要因であるといえる。

今後の地域移行支援計画から、ほぼすべての生活の支援を受ける重度障害者の多くが、地域小規模施設へと移行することが予想される。これら重度障害者は日々介助にあたる施設職員でさえ歯磨き介助などの口腔保健維持支援に関して、対象者から十分な協力が得られないことが多い²⁰⁾。

これらの中には口腔機能の発達不全や抗痙攣薬服用者などが多数おり、摂食が不十分であるばかりでなく、口腔の自浄作用が低く、口腔付近の知覚の歪みから、口腔清掃の拒否、歯ブラシの挿入困難、嘔吐反射の反復により口腔保健維持活動が不十分のままとなる場合もある。またヒダントイン系抗痙攣剤服用者は、薬剤の副作用により歯肉増殖がみられ、清掃効

果が低いとも言われる¹⁹⁾。

これらの問題に対応するためには、今後訪問歯科診療などの積極的な取り組みが必要とされるが、介護保険のもとで進められた訪問歯科診療では、実施自体の問題として、照明をはじめとした検査機器・治療機器等の不備による安全面への配慮から積極的に参入する歯科医療機関自体が少なく、設備や専門スタッフの確保、歯科医が往診をすることが社会的に認知されていないこと、後方支援の確立や診療システムの構築が不十分な為、対症療法のみとなり、患者のニーズに満足に応えることも難しいなど、高齢者の分野でも十分に機能できていないのが現状である²¹⁾²²⁾。

その反面、障害者歯科医療の受け入れに関する推進施策として、昭和49年から「心身障害者加算」新設されて以降、診療報酬点数の度重なる加算が行われている。当初、「精神的欠陥又は肉体的障害を有している者であるため、著しく歯科診療が困難な者を診察した場合の初再診料」に加算されるものであり、12点を加算してよいことになっていた。しかもその後51年から63年にかけて段階的に点数が引き上げられ、昭和63年には+150点に、そして平成6年にはそれまでの「心身障害者加算」が「障害者加算」に名称が見直されるとともにさらなる点数の引き上げが行われ(+150点→+175点)、平成12年には「障害者加算」の対象者の要件見直しが行われ、「著しく歯科診療が困難な障害者について」の要件が「脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の得られない状態」「知的発達障害により開口保持が出来ない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態」「重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態」「これらに準ずる状態」と定められるに至った。

平成22年には「障害者歯科医療連携加算」が新設され、障害者加算を算定した患者を紹介され受け入れた医療機関、いわゆる後方支援として機能することが期待される歯科医療機関に対しする初診料として加算されるようになったのであるが、これらの度重なる診療報酬の改定が、障害者の地域歯科保健医療の受け入れの実態に十分に反映されていないことはすでに述べたとおりである。

V. 高齢化と将来の展望

高橋²⁾が述べたように、障害者は保健医療的にハイリスク集団であり、大多数が健康問題を抱え地域移行をせざるを得ない中で、青年期以降の保健医療の問題への関心は薄い。地域で自立生活をする障害者自身は、健康を維持する目的で、将来的に保健医療とのつながりを担保しておかなければならないことの重要性が十分に認識できない集団であるという前提で、移行支援が進められていない²³⁾。

たとえば知的障害者の死の概念形成に関して調査を行ったMcevoy²⁴⁾によれば、知的障害者は「死」を知識としては保有しており、ヒトが疾患や病によって死を迎えることがあること、死を迎えた後は二度と生き返らないことはほとんどが理解している一方で、自らが死

を迎えることがあるということは理解してないこと (it may happen to other but it won't happen to me) が明らかにされており、これは彼らにとって「死」の概念が、自己の健康を保障するための努力へと結びつかない可能性があることを示唆している。

わが国より先駆的に大規模収容施設形式を廃し、地域移行を達成させた西欧諸国においては、成人期以降の障害者について、老化や余命、または死因などといった観点から、障害者の地域支援の質を探る試みがなされている。イングランドでは一般的に知的障害や肢体不自由や発達障害等を問わず、いずれかの原因で学習に障害を生じている者を“Learning disability”としているが、それらが50歳以前に死亡する者の割合は、健常者より58倍高いとされている²⁵⁾。

しかし地域移行を進めて以降、障害者の平均余命は伸びていることが明らかになっており、Waltz et al,²⁶⁾のレビューによると1932年の研究では60代までの生存率は28%、1976年の研究では46%であるなど、その余命は着実な伸びをみせているとし、中でも脳性まひの後青年期の15年の生存率は90%、てんかんは発症から30年後の生存率は98%であるということも報告しているが、同時に50歳代以上の信頼できる生存率の研究が存在していないことも報告しており調査の不備を指摘している。歴史的に見て障害者の死因として最多とされる原因は、呼吸器疾患によるものであることが知られており²⁷⁾、地域移行支援前の大規模施設においては衛生状態が悪く、感染が拡大しやすかった²⁸⁾。

18歳から64歳の成人障害者に関するBuehler et al²⁹⁾の大規模調査研究では、障害者の健康問題としては脳性麻痺、てんかん、行動問題といった基礎疾患が関連している以外に、大多数が肥満、慢性皮膚疾患、衛生的問題などの二次疾患が生じている。これらの二次疾患は、彼らに十分なサービスが行き届いていない問題を反映している故に生じている問題であるということが考察されており、現状の障害者のヘルスケア支援には、西欧諸国においても未だにその有用性には限界があることを示している。

地域に居住する障害者の問題点について、井川¹⁾は身体・精神的な老化の医学的視点からの問題、たとえばダウン症は40歳以上になると急激に老化現象に至り、アルツハイマー病や老化に伴う神経・精神状況、老化と環境が十分に周知されていないこと、当事者の健康管理など、これらの処遇が急務とされつつも、重要視されない社会状況が継続しているという問題を指摘しているが、障害者の老化研究に先鞭をつけたアメリカにおいて、障害者の老化に関する問題は様々な角度から研究されようとしているものの、「老化」の定義すら統一できずにいることが現状である。

障害者全体の老化問題をとらえる試みはいくつかなされているが、ダウン症の早期老化の問題でも明らかのように、老化研究を年齢のみで区切ること自体に問題があることが多く、機能の低下という面から考察した場合、老化研究年齢帯は下限が35歳ぐらいから、大方は50代ぐらいを対象に行うなど幅が広がるなどの問題が依然残されたままとなっている²⁵⁾。

これらの問題に対するための前提として、わが国では平成24年3月30日、厚生労働省が各都道府県知事あてに通知した³⁰⁾「医療計画について」には

『我が国の医療提供体制については、国民の健康を確保し、国民が安心して生活を送るための重要な基盤となっている。一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められている。』と記載され、5事業及び在宅医療以外の疾病等についてもその患者動向や医療資源等について現状を把握するとし、その中で障害保健対策については「障害者（高次脳機能障害者、発達障害者を含む）に対する医療の確保等（都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等）に関する取組」が必要であることが理念として記されている。

加えて保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組として「地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである」と記載された。また、これらの理念の実現のために現状の把握が重要とされ、既存の統計・調査等の他に、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等で情報を得るものとし、タウンミーティングや患者・住民へのヒアリング等を通して患者・住民の意見を反映させる旨が明示された。

これらの決定は障害者の地域移行に対して実に重要な意義を持ち、今後の地域保健医療の展開に当事者の意見を反映させる取り組みは、健康な地域移行生活を実現する上で実現すべきことであると考えられる。しかしその実現のために必要とされる前提として、当事者の自己決定に関する能力が必要であると考えられる。自立を勧める支援者も当事者の自立性を重視しながらも、実に様々な葛藤を抱えていることは事実で、たとえばダウン症を基礎とする成人期以降の障害者には、認知症などの影響による急速な機能低下が認められたりするため、居住環境に関連した枠組みだけで地域移行の可否判断ができないことも多い³¹⁾。一般に自己決定に必要なスキルや知識は、友人や兄弟による観察学習や親からの教示などにより獲得していくが、障害者の場合は言語コミュニケーションにおける制限のために、障害のない人と同様な発達過程の中でこれらのスキルや知識を獲得することが困難であるとされる³²⁾。現在のところこの医療計画の中においては、それらの問題に対して明確な措置を講じているような回答は用意されていないように思われる。

もとより在宅や施設で生活する障害者の高齢化が進行し、身体的・精神的介護や認知症介護、親亡き後の生活など様々な問題が問われるようになっており、対処すべき問題や当事者らを取りまく現場では、具体的な対応が急務となっている。現行の障害者自立支援法は、「自立と完全参加」を理念として「脱施設」と「地域移行」へ政策転換した。特に経済的自立と就労を強調したなか、結果的に重度の障害者をはじめ地域保健に関与した健康の管理や

高齢化への配慮は乏しくなっている。高齢化や健康管理に不安が残る障害者らにとって、就労の継続や就労の場を得ること自体、極めて困難な状況であるという矛盾を抱えることとなった³³⁾。

重度知的障害者の地域移行に向けた取り組みプログラムの実践を行った大熊³⁴⁾らは、施設ケアはもともと「終生保護」を基本としており、「地域移行」への視点が存在していなかった中で「地域移行」の取り組みをはじめざるを得なくなったことで、その地域移行に備えて身に着けていなければならないスキルというものは、対象者が単純なスキルをどれだけ沢山持つかで地域自立生活が可能になるかという加算的スキルではなく、そこから同時派生する諸問題に並列的処理を要するスキルが必要であると示唆した。

また、地域移行を先駆的に取り組む施設に対して調査を行った森地ら³⁵⁾によると、施設から地域移行時および移行後の障害者の生活の課題として、生活のスキルとともに健康管理についての懸念があること、特に高齢化にともなう健康リスクの高まりに対する支援が移行支援を提供する者から課題として残されていることが明らかになったことを報告している。このことから地域生活の継続においては、不測の事態となる健康問題の発生が、ルーチンとして身につけたスキルのみでは対応できない、並列的処理が必要なスキルであると言える。

地域移行支援をわが国より半世紀早く行っている西欧諸国においても、障害者のライフステージを通じた移行支援の効果がまだ十分に検討されていないことが明らかである。医療関係者にとっても障害者医療は未だ専門領域であり、受診者もそのことを理解しているため一般医療機関への受診はしづらいついて考えている³⁶⁾。その中で健康な地域生活を保障するために今後、①大規模調査による障害者の公衆衛生問題の総量的な把握 ②自立支援プログラムの中にいかに保健医療へのかかわりを定期化するスキルを組み込むか、③地域移行後の当事者の問題を定期的かつ早急に擲り上げるスクリーニング法の検討、が重要であろう。

地域移行支援対象者の障害形態は今後ますます多様化・複雑化・重度化して行くことが予想され、障害者の高齢化に伴っては支援する家族の支援機能も弱体化し、家族自体への社会的支援ニーズも高まっている。高齢者と障害者の保健医療の包括的なニーズ把握からコーディネートまで、一貫性のある継続的な支援を展開するために、支援にかかわる主要な機関の有機的連携が求められる。

引用・参考文献

- 1) 井川淳史「知的障害者の高齢化に伴う生活の変容と課題—知的障害者の生活実態における史的検討を通して—」桜花学園大学人文学部研究紀要 13, 2011.
- 2) 高橋脩「ハビリテーション・リハビリテーションと保健医療」発達障害研究 32, 5, 415-423, 2010.
- 3) Garrard, SD. "Health services for mentally retarded people in community

- residence.” American journal of public health 72(11), 1226-1228, 1982.
- 4) 森地徹「知的障害者入所施設からの地域生活移行が移行者に及ぼす影響に関する研究」社会福祉学 51, 4, 80-88, 2011.
 - 5) 小島道生「青年期・成人期ダウン症者の支援プログラムの構築に向けた現状と課題」発達障害研究 32(4), 328-338, 2010.
 - 6) 高野貴子「ダウン症児の健康と医療的支援」発達障害研究 362-369, 2010.
 - 7) 石倉健二、坂口愛「知的障害等のある児童生徒の肥満と行動特徴の関連についての検討」兵庫教育大学紀要 35, 59-63, 2009.
 - 8) 石井好二郎「知的障害児・者の体脂肪率」小児診療 5 (79), 693-697, 2001.
 - 9) 土屋美穂、山西哲郎、中下富子、横尾尚史「知的障害における代謝と肥満と運動」群馬大学教育大学紀要 39, 115-124, 2004.
 - 10) 高畑庄蔵、武蔵博文「知的障害者を対象とした食生活・運動習慣の形成と長期間維持」行動分析学研究 13(2), 2-16, 1998.
 - 11) 三原博光「肥満指導における失敗要因」川崎医療福祉学会誌 3 (1), 91-97, 1993.
 - 12) 我妻則明、伊藤明彦「知的障害児の肥満に関する研究の展望」特殊教育学研究 39(4), 65-72, 2002.
 - 13) 古屋健・三谷嘉明「知的障害を持つ人の自己決定」名古屋女子大学紀要 50, 23-41, 2004.
 - 14) 大場由紀、藤金倫徳「発達障害児の歯磨きスキル獲得に関する研究—手順表の導入についての検討—」福岡教育大学紀要 55(4), 223-231, 2006.
 - 15) 森貴幸 武田則昭 江草正彦 末光茂「知的障害のある 養護学校児童・生徒の歯科疾患実態」川崎医療福祉学会誌 12(2), 431-437, 2002.
 - 16) 齋藤峻「障害者歯科学の意義と展望」東北大歯誌 17, 22-33, 1998.
 - 17) 山田教子、武藤博文「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 5, 17-31, 2004.
 - 18) 合田恵子、高橋修一、山田久美、芝本英博、末光茂、武田則昭「実地歯科医の障害医療に関する研究」川崎医療福祉学会誌 13(2), 247-255, 2003.
 - 19) 千綿かおる「知的障害者施設職員の歯科に関する意識調査と歯磨き介助の検討」静岡県立大学平成18年度特別研究報告 1-5, 2006.
 - 20) 根尾尚志、伊東俊祐、清水俊弘、中道直司、岸本敏郎、清水清一郎、山本有一郎、大森正男、齊藤愛夫、大久保雅夫「当県心身障害者コロニーにおけるフェニトイン服用者の歯肉増殖への影響」障害者歯科 25(3), 239, 2004.
 - 21) 篠塚光久「開業医からみた訪問歯科診療：在宅で望まれる医療連携とは」歯科学報 109 (3), 320-323, 2009.

- 22) 深井穂博「わが国の要介護高齢者の歯科医療ニーズと在宅歯科医療推進の短期的目標」サイエンスヘルスケア 7(2), 88-107, 2007.
- 23) 城田和晃、菅野敦「青年期・成人期における自閉症者の実態に関する研究」東京学芸大学紀要 59, 481-487, 2008.
- 24) Mcevoy,J. “Investigating the concept of death in adults who are mentally handicapped.” The british journal of mental subnormakity 35(2), 115-121, 1989.
- 25) Hollins,S., Attard,MT., Fraunhorfer,N., McGuigan,S,. & Sedwiek,P. “Mortality in people with Lerning disability : risk, causes, and death certification findings in London.” Developmental medicine and child neurology 40, 50-56, 1998.
- 26) Waltz,T., Harper,D., & Wilson,J. “The aging developmentally disabled person.” The Gerontlogist 26(6), 622-629, 1986.
- 27) Strauss,D., Shavelle,R., Anderson,TW., & Baumeister, A. “External causes of death among persons with developmental disability:The effect of residential placement.” American, Journal of Epidemiology 147(9), 855-862, 1998.
- 28) Garrard,SD. “Interstinal parasitism and public health practices institutions for mentally retarded people.” American journal of public health 69(12), 1211-1213, 1979.
- 29) Buehler B., Smith,B., & Fifield,M. “Medical issue in serving adults with developmental disabilities.” Technical report #4. 1985.
- 30) 厚生労働省「医政発0330第28号」厚生労働省医政局長 平成24年3月30日
- 31) 樽井康彦、岡田進一、白澤政和「知的障害者施設職員における脱施設化志向のパターンと援助の内容」生活科学研究誌, 5, 1-10, 2006.
- 32) 與那嶺司、岡田進一、白澤政和「生活施設における支援環境と知的障害のある人の自己決定との関連—担当支援職員による質問紙に対する回答をもとに—」社会福祉学 50, 3, 41-53, 2009.
- 33) 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 6, 19-32, 2010.
- 34) 大熊伸幸、浅田美千代、真鍋正枝、槻岡智子「重度知的障害者の地域移行に向けた取り組み」国立のぞみ園紀要 4, 75-82, 2010.
- 35) 森地徹、志賀利一、木下大生、相馬大祐「重度・高齢知的障害者に対する地域移行のプロセスの確立に関する調査・研究」国立のぞみ園紀要 4, 54-64. 2010.
- 36) 沖高司、猪田邦雄、中路純子、杉村公也、對馬明、戸田香、宮本靖儀「身体障害児者を取りまく医療環境について」生命健康科学研究所紀要 6, 9-17, 2010.

In transition to community occurs various problems of public health to the people with disabilities.

Eiki ISHIGURO, Yoshihiko KAMATA, Koji HORIE

Department of Education and Psychology, Faculty of
Humanities, Kyushu Women's University

1-1 Jiyugaoka, Yahatanisi-ku, Kitakyushu City, 807-8586, Fukuoka, Japan

Abstract

There are a lot of senior citizens, in Japan, and those people are suffered from the problem of aging. The problem of the public health care in aging is not excepted to the people with disabilities who lives in the community. The most important problem for the people with disabilities is that how maintain to health in the community lives.

The maintenance of the healthy life afterwards that the people with disabilities moved is interesting for a lot of people. Even if the people with disabilities becomes aged, it is necessary to support it to health to live in community. The people with disabilities who lives in the region has various health anxieties. However, they have received neither diagnosis of disease nor enough health evaluation. Their main health problems are low degrees of the concern to “Obesity”, “oral health”, and “Hygiene”. This papers has the purpose to consider that how should maintain to the public health for the people with disabilities in transition to community life.

Keywords: Transition to community, Public health, People with disabilities, Obesity, Oral health, Aging