

知的障害者の地域生活移行後の健康生活への支援

Healthy Living Support of Intellectual Disabilities after Moving into the Community

義 本 純 子*

要旨

今迄、知的障害者が福祉施設に入所することで、過剰な保護、人権侵害、規制が多く入所者の主体性・自主性を失わせているとも言われていた。しかし、ノーマライゼーションの推進に伴い障害者の自立志向が高まり、「障害者自立支援法」(2006年)の成立とともに障害者のサービスが一元化し「保護」から「自立」に向けた支援となった。「障害者がもっと働ける社会に」と地域生活の移行と共に一般企業への就労支援が進められている。就労と共に地域生活に移行することでどんな健康上及び生活上の課題が生じ、どのように支援が必要か、特に就労に伴い健康診査、生活習慣病の治療等の健康管理が重視されその取り組みが積極的に進められる必要がある。

キーワード：障害者／地域生活／健康障害

はじめに

「障害者自立支援法」(2006年)では、障害者がその能力を十分に発揮し、地域で自立して生活することが出来るように「一般就労への移行支援の強化」、「就労継続支援」等の充実を図ることを推進している。障害者が就労し生活を維持するためには、「住居」、「就労」、「生活」、「健康」面からの一体的支援が必要となる。「障害者自立支援法」の施行により、地域生活の場として「自宅」、「グループホーム・ケアホーム」への移行が進められ、また、サービスの内容として食事の提供、健康生活への支援、入浴支援、日常生活に関する相談等、必要な援助が行われている。障害者が「施設を出て働きたい」、「地域で生活したい」、そして「一般就労をしたい」という意志を尊重しながら、家族への支援と共に地域の障害者就労支援センター、ハロワークとの連携も必要となってくる。

今後、さらに障害者の就労と地域生活への移行が増加することが予測されるが、新たな事業体系への移行でサービスの利用者、提供する事業者

からの不安・不満等もあり、特に利用者のサービス料の一割負担等の応益負担が大きな課題となっている。その1つの背景として、利用者が一割負担により、サービスを制限し、施設を退所する等もあり、安定した経営が困難であるという問題が生じている。障害者が、施設等を退所して地域で生活することで、その能力を發揮できるように就労及び社会に参加し、健康な日常生活が過ごせるようにまた、目標が持てるように支援することが重要である。特に障害者は、就労、生活、健康面で支障をきたすことが予想され、社会の中でも不適切な対応を受けるリスクが高くなる恐れがある。また、障害の原因となっている病気及び薬剤の服用とその副作用も理解し、健康を維持するための支援も要求され、障害者の健康管理の知識、技術も必要となる。特に、就労や共同生活による人間関係等によるストレス、うつ状態等も引き起こしやすいともいわれ、そのため毎日の服薬確認、体調確認等、自己管理能力を育てていくことが重要であるといえる。しかし、現実には、知的能力、理解面で困難がある。

特に自宅から通所している知的障害者の肥満者が増加傾向であると成田(2001)が報告している。

* GIMOTO, Junko
北陸学院大学 人間総合学部 社会福祉学科
障害別介護・介護技術演習

施設では、定期的な健康診査が義務付けられ行われているが、グループホーム・ケアホーム、自宅居住者は健康診査が任意となる。そのため、福祉的就労で通所している事業所では、健康診断の受診の支援については、必ずしも認識されているわけではない。本研究では、グループホーム・ケアホームの入所者、自宅から福祉サービス事業所に通所している知的障害者を対象としてその健康状態について把握を試みた。分析では①地域生活移行後、増加傾向にある生活習慣病、有病者の変化、②特に肥満者が増加傾向にあることから、食生活、運動についてもとり上げた。これらの分析を通して地域生活移行後、健康生活維持のための健康問題を通して家族への支援、施設・福祉サービス事業所の役割、専門職の支援についても支援を図ることを目指した。

I. 知的障害者の地域生活の動向とその意義

1. 知的障害者の施設退所後の地域生活移行の現状

障害者福祉は、現在「施設福祉から地域福祉」へと移行しており、障害のある人が地域で安心して自立した生活が出来る事を目指している。そのため、障害者が地域で暮らすためには、就労支援や所得保障等の経済的自立及び親からの自立のための住宅確保等、地域生活支援システムが必要となる。障害者が施設及び親から自立し、ノーマライゼーションの理念である「地域で生活すること」、「より制限のない生活」を実現するためには、健常者の生活様式に近い地域での生活が望まれる。

地域に居住し福祉的就労及び一般就労を目指しながら、日常生活を維持し、経済的自立、健康面の自己管理能力が必要となってくる。

知的障害者が地域で就労し健康生活を維持するためには福祉サービス事業所、地域活動支援センター等の世話人、生活支援員、就労支援員、サービス管理者の役割も非常に大きいといえる。

生活支援員は就労面、健康面での支援、世話人は生活面での支援、サービス管理者はサービスのマネジメント等の支援を行っている。しかし、障害者の疾病の管理及び指導には専門性が低く支援にも限界があるといえる。障害の原因疾患にもよるが、継続的な受診の促し、服薬の確認、症状の

観察、生活習慣病予防のための知識・技術も必要といえる。障害者が地域で生活するようになると疾患及び食生活の管理は障害者・家族が行うことになるが、地域での相談機関が少なく、地域活動支援センターでは、栄養士の配置はなく保健師の確保も難しいため、健康に関する指導が充分でない現状がある。また、自宅以外のグループホーム・ケアホーム、利用できる民間のアパート、公的機関のアパートも少なく、地域での支援体制が整備されないままに地域生活への移行が進んでいる。また、地域で生活するようになって、障害者はホームと事業所との往復で地域住民との交流も少なく、地域の商店街の協力も得られない面があり、買い物等で金銭管理が出来ないので不便を感じている。その他、関連深い地域の医療機関の職種も障害者への理解が希薄で受診時も、訴え等が充分理解してもらえない等で適切な医療が受けられない場合もある。

2. 知的障害者の健康上の問題

医学の進歩や福祉の充実に伴い障害者の長寿化が進んでいることが報告されているが、知的障害者も例外でなく、平均寿命が延びていると推察される。平成17年11月に厚生労働省が実施した知的障害者（児）基礎調査によると在宅の知的障害者は41万9000人と推計されている。また、同年10月の社会福祉施設等の調査によると施設入所者は128,300人で、総計547,300人となる。

18歳以上では41.0万人で在宅者が29.0万人、施設入所者が12.0万人で在宅者が多い。年齢階層別の[在宅]では、18～19歳7.1%(20,600人)、20～29歳28.9%(83,600人)、30～39歳29.3%(85,000人)、40～49歳18.6%(43,800人)、50～59歳10.0%(31,500人)、60歳以上8.5%(25,000人)である。また、療育手帳の所有者は93.4%と多い。

知的障害者は一般的知識の理解、知識を応用した思考力、形・図形の認知能力、緻密動作能力、情報処理能力の欠陥があり、適応能力が低下している状態である。知的障害の原因の55%は出生前の異常、15%が周産期の障害、30%が原因不明であると報告されている。

(1) 知的障害者がかかりやすい疾患とこころの病
気

知的障害者は原因となった疾患とも関連するが、一般的にてんかんを合併する率が高いとされ、薬剤の服用が必要でありその副作用も理解することが必要である。学童期では学習能力の低下のためにいじめの対象、不登校を経験する場合が多い。特別支援学校を卒業して作業所を利用するときも環境に適応出来ずうつ状態になったり、ストレスを受けやすいので配慮する必要がある。

学童期以降、運動不足や受身的な生活のため、肥満の頻度が高くなり、またコミュニケーション技能の低下で自分の気持ちを表現することが苦手、体調の悪いことを訴えることが充分でない。逆に訴えすぎて曖昧となり疾患の早期発見が遅れ、がんや種々の病気が進行し寿命を短くしたり、突然死することが多くあるといえる。

また、自己管理、自律性が低く受身的なライフスタイルも誘因となり疾患発症のリスクとなりがちである。40歳以降になると肥満が誘因となり、生活習慣病である糖尿病、高血圧症、脳血管障害、心疾患などの発症率が高くなるといえる。また、感染症の予防が出来ず罹り易くストレスにも脆弱であり人間関係、就労面でのストレスが生じると、精神疾患や心身症にもかかりやすい傾向がある。

そのため、異常を予測し早期発見するための健康診査や保有疾患の受診や専門的治療が必要であり、きめ細かな医療との連携が重要である。

現在、医療の進歩により、悪性疾患のように予後不慮であっても、早期発見で治療が可能であるので、地域での生活面でも就労支援と同時に健康生活が維持できるように、個人のライフスタイルに合わせ総合的な支援が必要となるといえる。

また、地域の医療機関を受診しても、訴えを十分に受け入れず診療を短時間で終えたりし、知的障害者の医療が適切に保障されていない現状がある。肥満がある知的障害者自身も過食、運動不足であるという認識もなく、食欲に任せて摂取している傾向があり、家族も本人の食への執着が強いため、制止できず、逆に制限すると盗み食い等のトラブル等があることから、本人任せにしていることが伺われる。

(2) 知的障害者の社会生活における不利益

知的障害者は虐待を受けるリスクは高く特にネグレクトの頻度が高いといわれている。そのため

愛着行動の障害、抑うつ、緘黙、放浪、暴力、攻撃性、いじめ（加害者・被害者の両方）等の行動の異常が起りやすいといえる。また、犯罪の被害（恐喝・性的被害・詐欺）にあう危険性が高いと指摘されているが、それらは人間関係の技能の低下、安全管理能力の低下、誘導に乗りやすい、はっきり拒否することが出来ないことが関係しているといえる。

(3) 知的障害者の日常で留意すべき疾患

① てんかん

知的障害者ではてんかんの合併が多く、また、難治性が多いといわれている。発作抑制率が低く服薬していても、月に数回は発作が反復する場合が多く、発作の誘因因子として発熱や入浴、感染等が関連することが多い。成人の場合、過度の飲酒、精神的ストレス、生理等がある。また、あまり多くない因子であるが、発作と関連するものとして、便秘、気候（曇天・低気圧）、季節の変わり目等があり、他の治療薬でも発作を誘発することもある。

代表的なものとしてテオフィリン（喘息治療薬）、ケトチフェン（抗アレルギー薬）があるので、受診時、医師に報告することが必要である。また、てんかん薬の副作用を知ることも必要であり、薬剤によっては、ふらつき、めまい、歯肉の肥厚が見られる。また、知的障害者のてんかん発作に関連した外傷や、入浴での溺水が多いのでその対策が必要である。薬を飲み忘れたり、体調を崩している時の入浴等は発作を誘発するので、入浴前の服薬の確認が必要である。また、生活のリズムの乱れや過度の飲酒が発作を誘発しやすいため、日常生活の見守りや自己管理の必要性の説明が重要である。他に、日常生活での楽しみや喜びを感じられるように生活と薬剤の調整が必要である。

② 肥満と生活習慣病

生活が豊かになり、わが国全体が飽食と運動不足から肥満、高血圧、糖尿病等の生活習慣病が問題となってきているが、肥満は生活習慣病の最大の誘因となっている。知的障害者の中でも施設では、食事の管理が栄養士により適切に行われているため、入所者の肥満は少ないが、自宅の知的障害者は運動不足もあり、また、食べることに制限がなく自由であるため多いといわれている。

肥満に起因・関連する健康障害として①糖尿病、耐糖能障害（糖尿病の前段階）、②脂質の代謝異常（高脂血症）、③高血圧症、④高尿酸血症・痛風、⑤虚血性心疾患（心筋梗塞・狭心症）、⑥脳血管障害（脳梗塞・脳血栓・一過性脳虚血発作・脳出血）等がある。以上のことから、家族と一緒にになって肥満対策に取り込むことが望まれる。肥満は「体脂肪が過剰に蓄積した状態」と定義され、この体脂肪率を最も反映する体格指数としてBMI（Body Mass Index）を使用した判定基準が日本では用いられている。従来は実測体重が標準体重に比べて何%増加しているかで判定する肥満度が一般的で、「標準体重+20%」を肥満としていた。

しかし、現在の日本では「BMI値25以上」が肥満と判定される。その理由としてBMIが25を超えると生活習慣病の合併率が高くなるといわれている。BMI値の標準が22となっており、現在の判定基準のほうが厳しくなっている。

肥満は、体中のあちこちに余分な脂肪がついており、たとえば、喉も脂肪で狭くなっており、起きている時は良いが、眠って筋肉がゆるんでいると空気の通りが悪くなり、眠っている間に息をしない時間が何度もある「睡眠時無呼吸症候群」という症状を起こすことがある。また、体重が骨や関節に余分な負担をかけ、それが、腰痛や関節痛の原因となることも多い。特に食べすぎは糖尿病の第一歩といわれている。知的障害者の場合は、過食、運動量の低下、不足、誤った食べ方（ドカ食い、環境要因）等が誘因となり肥満傾向になりやすいといえる。

④肥満と糖尿病の関係

食べ過ぎは糖質の摂取量過剰になり、膵臓を使い過ぎてインスリンの分泌が悪くなる。食べ過ぎの結果、肥満になり脂肪細胞が増え脂肪細胞からレジスチンや遊離脂肪酸（インスリンの働きを邪魔する）が分泌され、インスリンが働きにくくなる。同じ量でも皮下脂肪より内臓脂肪の方が、多くのレジスチンや遊離脂肪酸を分泌するといえる。糖尿病治療における運動療法の効果については、インスリン抵抗性の改善があり悪くなったインスリンの働きが再び良くなる、また、運動を終えた後でも糖をたくさん取り込むような状態が2、3日続く事があげられる。

運動は5分でも10分でも有効である。また、インスリン抵抗性を改善し、増やすための運動として、週に2回か3回ぐらいのウォーキングを30分程度続けると、効果が期待できるといえる。

今後、地域生活が進むにつれ、個人の保有疾患の状態に応じた受診、健康診査とそのフォローが必要となる。

3. 地域生活移行による知的障害者の健康管理の現状

(1) 地域生活における知的障害者の健康状況

知的障害者の健康問題が顕著に現れる年齢は30代後半～40代前半であると養護学校の高等部の卒業生を対象とした調査で光村（2009）は報告している。その理由として「加齢という生理的変化が健康問題（身体機能の衰え・変化）として顕在化し、また、親の高齢化による介護の限界やそれに伴う生活スタイルが変化するので、その影響を受け本人の生活習慣や環境の変化が不安を起し精神面にも変化が起こりやすい」としている。また、生活習慣病も20代前半では3割と高く有病者が多いと報告されている。作田（2007）の調査では、障害者のBMIの平均値が肥満と判定される25に近い値であり、施設で生活する者より、地域で生活する者に多いと報告している。

その理由として施設では栄養並びに身体状況を考慮した食事を、適切な時間に提供するために栄養士が配置され、食生活がコントロールされている。自宅では食生活を管理するのは母親であるので、子どもの嗜好を重視しコントロールができないとしている。

また、間食の摂取量が平日よりも休日が多いことが、知的障害者の特有の食習慣であるとしている。知的障害者は自分の身体の異常に気づきにくく、気づいても訴えることが出来ず発見が遅れやすい。施設利用者は健康診査（以下、健診と略す）が義務付けられているが、必要な項目が明示されておらず、それぞれの個人に応じた必要な健診が充分に行われているといえず、そのため、悪性腫瘍などの早期発見も遅れがちである。

大野（2007）は知的障害者の食行動について以下のように説明している。「摂食に関する認知機能に問題があるため、空腹感がなくても食べ物が目に入れば食べずにはいられないといった衝動的も

しくは、強迫的行動が観察されるほか、食べ物があれば夜遅くまでだらだら食べてしまったり、夜間に家族が眠ってから冷蔵庫をあさったりといった行動がみられ、また、過食の仕方を見ても咀嚼することが少なく、ほとんど丸呑みに近い早食いが観察され、過食や誤った食べ方により肥満になりやすい」と述べている。運動はカロリー消費に大きく関わるばかりでなくインシュリンの分泌とも密接に関連し、運動不足が長く続くとインシュリンの効果が低下するために分泌量を増やしてインシュリン効果を維持しようとすい臓が働く。その結果、インシュリンは食欲を亢進させ、脂肪の合成・沈着の促進にも働くため高インシュリン血症によって肥満傾向がますます強まってしまう。

成田(2001年)は施設の肥満(BMI=26.5以上)、過体重(24.0～26.5未満)について「入所型施設の障害者の30%、通所型施設の障害者44.6%が肥満または過体重であり、通所型施設の方が入所型施設の方よりも高く、更に通所型施設のBMI測定者の20代、30代、50代では、約2人に1人が肥満、または過体重である」と報告している。

なぜ入所型施設の障害者に肥満または過体重が少ないかということ運動、食事、家族の協力の3点から分析している。運動では施設の方が在宅での生活に比べ生活空間の規模が大きく食堂に行く、トイレに行く等、日常生活動作において歩く距離が長い環境にあり、身体を動かさざるを得ないといえる。通所者は施設で日中は身体を動かしているが、その他の時間はほとんど家で身体を動かすことが少ない。食事についても肥満対策として施設が留意していることは、油分の使用を差し控え、ご飯のおかわり、間食の制限で栄養士がカロリーを計算し過剰な摂取は出来るだけないように配慮している。通所型では、朝食、夕食、間食は自宅で摂取しているため、本人、家族にゆだねるしかない。家族の協力についてであるが、定期健診の結果、糖尿病が指摘されても、家での食事療養は大変、困難であるとしている。実際、長期的に継続するにはかなりの努力を要する。

障害者自立支援法施行後、入所者に地域での自立生活に必要な基本的生活の知識・技術を一定期間、集中して個別的に指導を行う等、知的障害者の社会参加の円滑化を図ることを目的として自活

訓練事業が積極的に進められている。

Ⅱ. 本研究における調査方法

1. 法人の施設・通所型事業所などの関連施設の概況

調査対象法人のミッションは「福祉を必要とする全ての方々へのサービス向上及び地域福祉向上のために事業する」であり、また、地域の住民も知的障害者のホームへの理解も以前よりは好意的になってきている。今迄は、入所施設=安心・安全であったが、その考えからグループホーム・ケアホームが安心・安全でかつ1人1人の生活の質向上が図れるという概念を形にし、立ち上げたホームも積極的に家族に利用され、地域生活が出来る仕組み作りとなっている。現在、通所も含め生活全体という視点から授産施設(入所)の定員縮小(50人→30人)をはかり、ホームの新たな建設を目指している。

2. 調査協力のグループホーム・ケアホーム、通所事業所の概況

協力の法人は知的障害者のホームと通所サービス事業所、入所施設を開設している。それぞれのホームの距離は15分から30分以内に巡回できる距離である。障害者から①住居・家賃、②住居共益費(町会費・新聞代・共有修繕費)、③食費、④その他実費費用等を1ヶ月単位で負担してもらっている。また、通所の障害者はそれぞれ利用日数に応じて利用料を負担している。ホームでは朝食は世話人が作り、昼食は就労の事業所、夕食はホームで給食である。洗濯、入浴は各自が行い出来ない人は手伝う。部屋の掃除も各自が行い、共同の場所は当番で行う。お菓子、飲み物は各自が購入し、必要なものは世話人に頼み購入してもらう。職員配置は管理者1人、サービス管理者1人、生活支援員2人、世話人7人である。ホームは地域の住宅街に位置し、ゴミ出しの世話、区長や民生委員との連絡は世話人が行っている。地域住民との交流は少なく、祭り等の行事のとき関わる程度である。就労先の事業所は宅配弁当、焼き菓子を作っている。

3. 障害者の状況と把握方法

(1) 調査対象

倫理的配慮として、障害者に面接インタビュー

を行うことを職員から本人、保護者に説明し承諾を得、面接実施時にも説明し同意を得た。公表においても個人名がわからないように配慮する等の了解を得た。事業所は福祉就労を基本に支援しており、K事業所（就労移行、生活訓練定員40人）R事業所（就労継続支援A型、B型、就労移行、自立訓練定員72人）の障害者でグループホーム・ケアホーム（6ヶ所）に居住している男女（各ホームの居住者はIホーム5人で女子ホーム2ヶ所、男性ホーム4ヶ所で合計30人）である。その中から日常生活面で問題が多い人（人間関係、行動面、食生活、清潔面）、また健康面で自己管理が出来ない人（肥満、糖尿病で現在、治療を有する人）、生活習慣病が予想される12人を選択し面接することとした（男性8人、女性4人）。年齢は33歳～59歳、障害区分1～3、診断名は知的障害の他、高血圧症、糖尿病、てんかん、肥満、腎不全、気分障害、統合失調症等である。就労先はK事業所、R事業所である。

（2）把握方法

グループホーム・ケアホーム入所者の日常生活の状況及び健康状態、支援内容について障害者本人、及び事業所職員（施設長・生活支援員、世話人）にインタビュー（半構造化面接）を行う。

事業所の作業終了後、障害者各自の居室または食堂で生活支援員（サービス管理者兼任）、障害者私3人で行う。支援内容については世話人（生活支援員）から聞きとり調査を行う。

1）グループホーム・ケアホーム入所者へのインタビュー内容

- ①生活面：金銭管理（買物）、生活技能（掃除・洗濯・外出）、清潔、運動、余暇の過ごし方・間食、喫煙・飲酒、仕事への意欲、就労、悩み、現在の生活の満足感、休暇の過ごし方、生活上不都合なこと、今後の希望すること等について。
- ②健康面：現在治療中の疾病、受診、服薬、肥満、体調、運動・レクリエーションの有無、
- ③就労：仕事内容、満足感、賃金、④居住：不便なこと、要望、施設生活との違い

2）通所サービス利用の障害者の健康診査および生活状況の調査

自宅居住の知的障害者はサービス事業所の促しで、地域で実施される年1回の健康診査を受けている。20・21・22年度の状況を見ると、年々受診者が増えると同時に異常者も増加している。22年7月22日の健診では47人が受診している。そこで健診の結果の確認と健康障害が指摘された利用者の食生活、生活状況を施設長、職員より聴取する。

Ⅲ. 結 果

1. グループホーム・ケアホーム入所者へのインタビューについて

入所者30人のうち、健康障害及び生活上の問題ある12人をサービス管理者に選定してもらい、夕食前にサービス管理者同席のもとに1人10分前後で行った。主に治療中の疾患及び食生活を中心に述べる。利用者のインタビュー内容を要約すると以下の通りである。

事業所での仕事については入所者8人は「楽しい」と思っており、概ね満足している。他の仕事への興味については、過去に従事経験がある仕事を挙げている。賃金については「安い」、「高い」がそれぞれ半々で、就労の経験がある者は安いと受け止め、施設入所で就労の経験がない者は高いと受け止めている。また、必要経費を障害年金以外に家族に援助してもらっている入所者の場合は、賃金への期待が大きい。ホームは平成12年から開設しており、食事は今までは、希望であればお代わりをさせる等してきたが、肥満傾向の入所者も増加することで、現在は、食事療法の必要な糖尿病が3人、血糖値が高い者が2人、中性脂肪が高い者1人、BMIが高い肥満者が1人いるので、施設配置の栄養士と相談し調理・献立を行わない、食事療法は行っていない。疾患では高血圧症2人、てんかん、統合失調症、躁うつ病、透析療法者が各1人おり、定期的受診、治療をしている。

食生活面では疾患について理解がないため、制限がある塩分、糖分等、間食の過剰摂取がある。

以下、ホーム入所者12ケースの健康・生活状況である。

ケース1 男性30代 知的障害、糖尿病、糖尿病性腎症 腎不全

(1) 健康状況：低血糖予防のために飴を持たせた

ら全部食べてしまう等があり、低血糖を理解していない。また、糖尿病壊疽による左足の指が2本欠損し、週1回の訪問看護でフットケアを受けている。糖尿病合併症の腎不全を発症し透析を受け、インシュリン注射は注射部位を変えながら自分で行っている。水分制限もあるのにもかかわらず、多量に水道水をがぶ飲みしたりする等、病気を受容していない。そのため、ストレスが大きいといえる。

(2) 支援内容：透析に戸惑わないように受診時、介助する。食事療法に関する知識が希薄なので、くり返し説明し、また、足の痺れがないか確認し歩行が継続できるようにし、痺れがあるときは歩行を中止させ送迎を行う。現在、降圧剤も服用しているので服薬の確認をする。透析食、水分、塩分の制限についても説明し摂取量を観察すると同時に心理的サポートを行う。

ケース2 30代男性 知的障害、糖尿病

(1) 健康状況：糖尿病薬を服用しているが、薬がなくなればよいと思って捨てたりするので、服薬の確認が必要である。夕食後、お菓子やソフトクリームを食べる等をしており、部屋に人を入れないので摂取状況がわからない。糖尿病の食事療法が個別に出来ないため、間食での甘味の強いお菓子の制限を行う。糖尿病である自覚が本人、家族も希薄で、面会時、バナナを持参してくる。

(2) 支援内容：他人に騙されやすいので行動に注意し、不潔行為等をし人目を引こうとするので注意する。血糖値のコントロールが必要であり、個別に食事療法をおこなっていないので服薬を確認し、運動（ジョキング）を勧める、食事内容、カロリーの制限についても家族及び本人に説明が必要である。

ケース3 30代男性 知的障害、てんかん

(1) 健康状況：てんかん発作が起きる時は職員が大体わかるので観察を強めている。軽い発作が起きても言わない場合が多く、発作を起こすことは恥ずかしい事で、迷惑をかけると思っている。発作が入浴時に起きたことがあり、頭部をガラス戸で怪我をしたことがある。

(2) 支援内容：軽いてんかん発作が起きても言わないので、体調の確認を行う共に就労時、疲労やストレスがないかを観察する。発作の誘因を避け

る等の説明をし、行動や表情を観察し、また、発作時の対応について世話人が把握しておく。

ケース4 30代女性 知的障害 肥満 中性脂肪高い

(1) 健康状況：体重が85Kgと肥満で受診するように指導されているが、放置している。中性脂肪も高いので食事療法（糖類・炭水化物の制限）運動療法が必要であるが、本人は肥満であるという自覚がなく過食で食への執着が強い。外泊時も過食であるが家族は注意できない。

(2) 支援内容：他人の物を取り見つかっても上手にごまかし、他人が逆に傷つく場合があるので、慎重に周囲の状況を確認し対応する。歯磨きをしないので口臭があり歯も黄色くなっているので、朝、歯磨きを勧める。部屋の掃除についても注意するとしないので世話人と一緒に行く。また、家族にも病院への受診を勧める。肥満の治療、生活習慣病への移行防止のための食事療法（外泊時の食事の制限）の重要性を説明しているが、家族が甘く協力が得られない。

ケース5 30代女性 知的障害、下肢麻痺、歩行障害、BMI 18.1（やせ）

(1) 健康の状況：身体障害者手帳を持ち小柄でやせており、風邪を引きやすく食事も小食である。歩行についても長距離を歩行すると痛みが出るので、下肢痛を観察する。

(2) 支援内容：納得がいかないとパニックになるので、対応に時間をかける。家族は障害年金を使うことを気にしているので、入所について充分理解してもらう。本人は現在の生活に満足し、テレビが自由に見られると喜んでいて、痩せているので、免疫機能が弱く感染症に罹りやすいので、冬季はインフルエンザの予防接種を受けること等を勧める。

ケース6 40代男性 知的障害、統合失調症、呼吸疾患の既往、BMI 31.6、中性脂肪高い

(1) 健康状況：体調が不調のときは幻聴が聞こえてくると職員を選んで話をしてくれる。コーヒ、スナック菓子を多く食べ間食も増えている。家族にも帰宅時の食生活について話し過食させないように依頼しているが無理との事である。

(2) 支援内容：体重80kgと肥満で食物の摂取状況を把握したいが、家から持ってくるので把握し

にくい。就労時、立ちくらみやふらつきがあっても訴えないので体調確認が必要である。病院受診時は、引率し病状を確認する。薬をもらうと安心するが、服用の確認が必要である。夕食前にポテトチップスを食べたり、家に帰るとはめをはずし昼夜逆転となり、食欲が旺盛となるので、家族に制限するようにお願いしているが効果がない。

ケース7 40代女性 知的障害、気分障害

(1) 健康の状況：体調が悪くても訴えず職員の顔をにらむのでわかる。耳に何かをつめ耳鼻科を受診したことがある。また、こだわりが強い。

(2) 支援内容：自分で出来る部分を増やすことで自信をつけさせることが必要である。嫌なことを体験した場合、いつまでも記憶していて職員に話すので、気持ちの転換を図るように対応している。同じホームの者と作業所も部屋も同じなので、ストレスもあると思われるので他の人との交流を図るように促す。

ケース8 40代男性 知的障害、衝動性こだわり

(1) 健康の状況：2週間に1回精神科へ受診している。毎週、月曜日は勝手に事業所を休んでいる。過去に肥満があり、注意すると運動したりし、標準体重に戻った。服薬が曖昧である。

支援内容：情緒面の安定を図るように家族と連絡し刺激しないようにする。現在、ホームの生活にも慣れ落ち着いている。家に宿泊した時は家族が怖がり対応におびえているが、必要な場合は生活支援員が家に薬剤を届ける等を行う。

ケース9 40代女性 知的障害 気分障害 血糖値高い

(1) 健康の状況：体調は悪くても言わないが生理痛の訴えがあり、無精で入浴の習慣がない。甘いものが好きで肥満気味である。以前、生理痛の鎮痛剤と抗精神薬を同時に服薬し、もうろうとしていることがあった。

(2) 支援内容：周りの人とのかわりでストレスを感じている。両親と住んでいたため通常の生活体験が少なく、生活のルールがわからず1つ1つ支援が必要である。他の利用者との関係も悪いので調整する。また、周辺の農家の庭の果物を勝手に取ったことがあったので、社会的マナーを伝えていく。

ケース10 50代男性 知的障害 高血圧 糖尿病

(1) 健康の状況：血糖値が高いので、服薬を確認している。今後は血糖値のコントロール次第では合併症が出現する可能性がある。風邪をひきやすく食べるのが好きで、冷蔵庫に保存してある卵焼きを食べたこともある。毎回、注意しないと忘れてしまう。

(2) 支援内容：人のものを勝手に食べたりするので、そのつど注意する。糖分の制限があるので摂取した食物に注意し適宜説明する。合併症の視力低下も起こりやすいので観察する。

ケース11 50代男性 知的障害 LDLコレステロール、血糖値高い

(1) 健康の状況：右目弱視、左目白内障があり眼科受診、虫歯の治療で歯科へ通院している。以前、肥満傾向であったが今はやせ、気にしている。また時々、認知症状があり通帳の場所を忘れる。

(2) 支援内容：体調が悪いとおろおろするので観察を行う。注意をすると逆にいろいろ苦情を言うので説明が必要である。友人が病気で亡くなり老後を心配し老人ホームへ行きたいと言ったり、保険に入る等と話すので、不安緩和の支援を行なう。

ケース12 50代男性 知的障害 そううつ病 衝動制御の障害、高血圧症

(1) 健康の状況：以前、肥満があったが、2年間で減量し現在、やせている。体調が悪いと自分で受診する。精神的な面で不安定で落ち着きがないことがあり、気分次第で行動することがあり、行動に注意が必要である。

(2) 支援内容：夕食後、黙って外出するので何回も指導する。だまされやすく、お金を持っていなくても万引きする場合もあるので、金銭的にも支援する。精神面でも不安定で、世話人（女性）に付きまとったことがあるので、行動面にも配慮する。

2. 通所サービス利用の障害者の健康状況

(表1)

同じK事業所に通う34人の健康状況を健康診査の結果から分析した。主な内容は肥満（BMI 25以上）16人、痩せ4人（BMI 18.5未満）、高血糖（血糖値112以上）6人、高血圧（最高血圧130mmHg以上）8人、高中性脂肪5人（152mg/

dl以上)で、尿蛋白(+)も5人である。結果は本人も持っているが、事業所ではこの結果について本人及び家族に特に指導していないが、状況により受診を促す場合もあるとの事である。食への

執着の強い者、偏った食生活の者、保護者が同じように障害があるケース等、生活支援員が指導しているが、なかなか協力が得られない。

表1 通所サービス利用の障害者の健康状況

年齢性別	健診時の診断名及び健康障害	H22年7月22日実施の健診結果	生活状況
60代女性	脂質異常症	高中性脂肪 高血圧	事業所へは片道、20分ほどかけて毎日、歩いて通所してくる。障害は中程度であり、作業能力は良い。
30代女性	異常なし	異常なし	父母も知的障害者、家に猫を飼っており、不衛生な状態である。家族は一般就労をしている。
30代男性	心臓病	異常なし	聴覚障害があるが、日常生活上大きな支障はない。缶コーヒを自動販売機からよく購入している。
30代女性	肥満、感音性難聴、 高血圧症	BMI31	食への執着が強く、冷蔵庫の中の物を全部食べる。家族はしっかりしているが甘やかし気味である。
30代女性	高血圧症	BMI21.9	親が養育不十分で、食事が偏っている。降圧剤を服用している。
30代男性	肥満 高血圧症	BMI27.5	以前は体重100kgあり、少し痩せた。降圧剤服用、母親と住んでおり、事業所へは歩いて出勤する。
40代女性	糖尿病	高血糖	他の家族にかかりきりで、あまり世話を受けていない。食事も食べないことあり乱れている。髪もふけだけである。
30代男性	てんかん 肥満要指導	BMI30.0 蛋白尿	肥満であるが、良く働いている。家のことはあまり家族が話さないのによくわからない。
30代女性	ダウン症 肥満要指導	BMI40.5 蛋白尿	食への執着が強い。家族は非常に可愛がり甘やかし気味である。
30代女性	肥満要指導 ダウン症	BMI31.2 蛋白尿	食への執着が強い。母親と2人暮らしである。腎障害もある。
30代男性	高血圧症	BMI19.2、	偏った食事をしており、両親は溺愛している。
20代男性	高血圧症 やせ	BMI17.9、	好き嫌いなし、親がしっかり食生活を管理している。
30代男性	糖尿病 高血圧症	BMI25.0 高血糖	カップラーメンを良く食べている。タバコも喫煙している。兄弟で暮らしているが、家の中ではほぼ、別居状態である。
20代男性	肥満要指導 高血圧症	BMI35.0	間食が多い。ヘビースモーカーである。
30代男性	肥満要指導	BMI34.5	食へのこだわりが強い。時々、事業所に来ている。
20代男性	糖尿病、アトピー 性皮膚炎	BMI26.5 高血糖	食生活が偏っている。タバコを喫煙している。親のかわりが薄い。
50代男性	肥満要指導	BMI29.5	食への関心が強い。家族は非常に可愛がっている。
30代女性	糖尿病、肥満 統合失調症	BMI28.8 高血糖 高中性脂肪	家族と2人暮らしである。最近、「人間ドッグがどこにあるのか」と聞きにきており、病気を気にするようになった。
30代女性	肥満	BMI26.0	最近、ウォーキングを行っている。

30代男性	やせ	BMI18.5	食へのこだわりが強い。やせているのでお代わりを進めている。
30代女性	やせ	BMI17.0	小食である。よく食事を残している。
40代男性	肝疾患、心臓中隔欠損 OP	高血糖	免疫力が弱く、風邪をひきやすい。
50代男性	高血圧症 肥満	BMI27.0	知的障害者同士の家族である。
30代男性	蛋白尿	蛋白尿	食生活では問題はない。
30代女性	うつ状態 肥満	BMI27.0	食べていることが多いので注意をすると両親はこちらの指導については理解している。
40代女性	貧血	高中性脂肪 BMI22.0	事業所へ来ても昼食を頼まず、自分でパンを持ってきて食べている。偏った食傾向がある。
40代女性	貧血 うつ状態	低血色素	あまり食べない。偏った食傾向があり、好き嫌いが多い。
20代女性	統合失調症	異常なし	
20代女性	右難聴	異常なし	視力低下もある。聞きづらいことがある様子である。
20代女性	肥満	BMI28.3 高中性脂肪	好き嫌が多く、食事が偏っている。
30代女性	やせ 慢性胃腸炎	糖尿 BMI17.6	食事をあまり取らず、炭酸飲料をよく飲んでいる。
30代男性	高血圧症、 うつ状態	BMI23.9	家族と2人暮らしであるが、塩分の多い食事傾向がある。
10代男性	てんかん、	蛋白尿	カレーライスが大好きで、1回作ると2～3日そればかり食べている、食生活ではすき放題をしている。
50代男性	糖尿病、 うつ状態	高中性脂肪 高血糖 BMI28.8	家族と二人暮らしである。

IV. 考 察

グループホーム・ケアホーム入所者の健康と生活健康と就労は重要で、生活支援員は障害者の表情や視線を観察し体調不良を察知することが多い。中には勝手な自己判断で欠勤したり、受診する利用者もいるのでその役割が大きいといえる。

障害者は自ら体調や健康に関心を持つことが少なく、服薬の必要のある場合でも捨てたりすることもあるので、てんかん等の場合は発作の予防のために服薬の確認が必要である。ホームでも35歳過ぎになると、過食傾向のある障害者は、運動不足も影響して肥満、高血圧、高血糖等の生活習慣病を引き起こしやすいといえる。そのため、ホームでは食事の栄養バランス、総カロリー、ご飯の量も調整し調理・献立がされるので、自宅居住の

障害者より肥満者が少ない。しかし高血糖、高脂血症、高血圧症には食事療法としての特別な献立が出来ない不便さもある。そのため、間食として摂取する甘いお菓子を過食しないための説明、観察が必要である。障害者は過食、早食が多く血糖値が上昇しやすいので、ゆっくり食べ、かむ回数を多くする指導も必要といえる。ホームと通所事業所の往復が送迎バスで歩行も少なく、運動不足なので、午前・午後に酸素をゆっくりと吸い込みながら出来る歩行、ジョキング、レクリエーション、なわとび等をプログラムとして取り入れることも必要である。また、ホームでの集団生活は個室といえども職場と同じ人間関係の延長でスムーズでない場合はストレスやフラストレーションを起こしやすい。特に知的障害者はストレスに対し

て脆弱で精神疾患や心身症にかかりやすい傾向があるので、部屋換え、ホーム換えも必要となる。

障害者自立支援法ではホームでの健康診断を義務付けていないので、障害者自身及び家族が健康管理をすることが必要となるが、病気の理解及び治療の理解に欠けている場合が多いので、地域の保健センターの栄養士や保健師に依頼し説明を受けることも一方法であるといえる。また、健診は行ってもその結果のデータをアセスメントし、本人、家族に対し医療機関への受診を勧めたり、家族に食事療法や食生活について指導することが困難なのが現状である。そのため、生活習慣病の誘因である肥満予防が進まないのが、障害者の成人予防対策も定期的に行うことが必要である。現在、このホームの利用者の数人（男性）が夕食後、1時間程度のウォーキングを行っているが、これは管理者が運動不足を補うことを勧めたのが影響している。現在、3人が糖尿病と診断されて、インシュリンの自己注射、内服をし、定期的受診、訪問看護等のケアを受けている。病状がこれ以上進行しないためには、薬剤の服薬、食生活、運動と関連しながら説明することも必要であるが、その役割を担う職種がない。地域生活を推進しながら健康生活を担う看護師、栄養士が配置されていない。そこで事業所として定期的に家族と本人に現在の病気と食生活の指導を行う教室等を開き継続的な指導が出来るシステム作りの検討が必要といえる。また、外泊時と面会時に家族と接触できる唯一の機会なので、世話人、生活支援員が食生活、服薬に関する資料を渡し説明・指導する機会として活用することが必要であるといえる。障害者の中には自立のためにホーム入所を希望する場合も増えてきているので、更に施設の整備・数が必要となる。

健診受診の半数が肥満者であり予想以上に多く、また、内蔵脂肪型肥満であることが予想される。

内臓脂肪が多くなると生活習慣病になりやすいといわれているので、接する職員は肥満の基礎的な知識を持つことが必要であり、家族と共に肥満対策に取り組むことが望まれる。今回の健診でも肥満者、痩せ、高血糖、高血圧、高中性脂肪、尿蛋白（+）が指摘されている。現在、通所サービ

ス事業所では、年1回の健診も義務づけされていない。そのため健診も事業所が促さないと受けない。また健診後のフォローアップが充分出来ないのも現状である。在宅に肥満者が多い背景として、恵まれた食環境、運動不足、家族の溺愛、過食等が考えられる。また、生活習慣病予防のための食生活の指導についても家族が知的障害者で理解、協力できない場合もある。家庭では常に食料品が冷蔵庫等にあり、自由に食べ、食事が不規則で食べたり食べなかったりする等の偏食者もおり健康を阻害する。日中の労働等もパン・ケーキ等の製造で、調理室、トイレ、食堂、ホールだけの運動である。休日のときも1人での外出が無理なので、自宅で過ごすことが多く、居室でのDVD、テレビの視聴が中心となり、運動不足は日常的となる。しかし、その状況を放置出来ないのが、今後は事業所で体重測定を定期的に行い、日中活動の中に運動プログラムとして歩行、ジョキング、レクリエーションの導入も必要となる。また、1人での外出が困難で事業所から自宅までの送迎はやむを得ないかもしれないが、ガイドヘルパーの利用等についても見直す必要がある

知的障害者の場合は、摂食に関する認知機能に問題があるため空腹感がなくても、食べ物が目に入れば食べずにはいられないといった衝動的もしくは強迫的な行動が観察される他、夜遅くまで冷蔵庫をあさったりする行動が見られることがある。肥満とは生活習慣病の最大の誘因で、特に自宅の知的障害者は肥満の頻度は高く、生活習慣病を合併する病的な肥満となりやすいといわれている。地域には市町村地域生活支援事業として相談支援事業、移動支援事業、日常生活用具給付事業等があるが、十分に自宅通所者に上手に活用されていない。

V. 地域生活における健康生活支援の課題

障害者自立支援法では地域生活移行にあたり就労を推進しているが、就労するにはあまりにも社会資源が少なく、また、受け入れてくる雇用先も充分に開拓されていない。そのため「福祉的就労」や「日中活動の場」が必要となるがまだまだ確保が少ない。また、グループホーム・ケアホーム等が設置され居住の場も準備されたが、社会の中

で、知的障害者が主体性を持った地域生活をするには、就労や住まいだけではなく社会の中で趣味や余暇活動が出来ることが重要となる。現在、知的障害者は施設を出たとはいえ、施設が準備した就労、居住地で生活し、職員に見守りされながら生活している雰囲気があり、地域の住民にはミニ施設だと思われがちである。地域で生活するためには、福祉的就労と同時に1日3回の食事は給食されるが、土、日、外泊時等、かなり、障害者自身に任される機会が増え、それに伴う生活習慣病や肥満が増加してくる。また、今迄は、施設で指導されてきた薬剤の服薬も地域生活移行により、生活場面が変わることが多くなり、自己管理能力が要求されるようになってきている。現在、共同で生活しているグループホーム・ケアホームでは、食事の制限をするのは、困難であるという理由で糖尿病や高血圧症では、薬剤により血糖値や血圧をコントロールしているが、限界があり、長期的には食事療法や、適度な運動療法が必要となる。自宅通所者には作業の間にレクリエーション等の運動できるプログラムも必要といえる。

また、疾病の早期発見のための健診も必要性を感じないのか受けない障害者も多くいるが、今後は更に受診するように促すことが必要である。また、通所事業所に健診後のフォロー及び日常の症状観察、悪化防止の早期発見のために看護師、食生活の指導、調理・献立の指導、相談のために栄養士を配置すべきであるといえる。現在、相談機関があっても利用されていない。特に幼児期から食事と運動の正しい習慣が身についていない障

害児は容易に食生活を変えることが出来ない。更に福祉就労する知的障害者が地域に移行する場合は、生活の場、日中活動の場、余暇活動、家族等の支援者が必要となるが充分ではないので、ボランティアに依存しているのが現状である。さらに民間のアパート、公営アパートが利用できるように推進を図るべきである。また、相談・訪問介護、移動支援、日中支援も必要となるが、障害者の地域生活支援事業も必要なのにあまり活用されていない。就労についても所得保障のために地域の民間企業の協力、障害者就労支援センター、ハロワークとの連携が必要となるが課題が多いといえる。現在、不景気で障害者の就労も厳しい現実があるが、障害者の能力、適性をアセスメントし障害者がいきいき活動できる活動の場を選択できることが望ましいが、過保護に与えすぎでは自主性を疎外することになる。

<引用・参考文献>

- 1) 光村まり他(2009)『成人期の知的障害者の健康問題に関する調査研究』東京学芸大学紀要総合教育科学系第60号
- 2) 作田はるみ(2007)『地域で生活する知的障害者の身体状況と食生活』大阪教育大学紀要. 2、社会科学・生活科学55(2) p57 - 68
- 3) 大野耕策他(2007)『知的障害者の健康マニュアル』診断と治療者
- 4) 成田晴彦(2001)『石川県の知的障害者の肥満実態調査報告』石川県社会福祉士(8) p170 - 177
- 5) 障害者福祉研究会編(2009)『障害者自立支援法』中央法規
- 6) 柴崎建(2004)『障害者の地域生活に関する一考察』東海女子大学紀要 第24号