

吉備国際大学
社会福祉学部研究紀要
第19号, 23-31, 2009

地域で暮らす知的障害者のための ヘルスプロモーションと課題 (その1)

橋本由紀子¹⁾、和泉とみ代²⁾

Developing Health Promotion model for the persons with mental disabilities who live in the community (1)

Yukiko HASHIMOTO¹⁾, Tomiyo IZUMI²⁾

Abstract

Since the realization of Normalization has been progressing in recent years, the number of mentally disabled persons who live in the community has started to increase. As a consequence, there is an increased need for health promotion measures as well as everyday life support. According to the comprehensive survey of mentally disabled children/ persons in 2005, some 16.9% wanted more medical professional help and this number was up from 15% in 2000. It has been suggested that there is a growing anxiety over health problems among this group. Moreover, at the hospitals and medical clinics, it is often difficult for the staff to explain about the illnesses and medical treatment to mentally disabled persons. Developing health promotion support programmes for the mentally disabled persons as well as developing suitable methods of health education and teaching-materials are clearly called for. Taking this situation into consideration, this research project aims at development of such health promotion model for the mentally disabled persons through cooperation of social welfare, medicine, and health professions.

Key words : Health promotion, Persons with disabilities, Community-based programme,
Multi-functional approach

はじめに

近年、ノーマライゼーションの具現化が進む中で、地域で暮らす知的障害者が増え、日常生活支援とともに、健康を維持増進させるヘルスプロモーションの取り組みの重要性が認識されてきた^{1) 2) 3) 4) 5)}。我が国における知的障害児(者)基礎調査(2000年)

では、医療の充実を15%が望み、2005年の同調査では16.9%とさらに上昇し、健康不安の存在を示唆している。施設から地域移行の進展による在宅知的障害者の増加に加え、高齢化に伴う疾病の増加が考えられ、知的障害者の特性を考慮した健康増進にむけての支援の確立や健康教育の方法、教材開発が待た

¹⁾ 吉備国際大学社会福祉学部社会福祉学科
〒716-8508 岡山県高梁市伊賀町8
Department of Social Welfare, School of Social Welfare, KIBI International University
8, Igamachi, Takahashi, Okayama, Japan (716-8508)

²⁾ 香川短期大学生活文化学科

れている^{6) 7)}。このような状況の中で、福祉、医療、保健の連携を図り、知的障害者のヘルスプロモーションモデルを開発し、知的障害者が理解できる健康教材の開発をすることで、地域保健ならびに医療分野における疾病予防対策にあらたな展望を開くことが期待できる。

本論は、平成17年度から平成19年度の科学研究費補助金による研究『地域で暮らす知的障害者のためのヘルスプロモーションモデルの開発およびその効果測定指標の開発』を2段階に分けて整理し、地域で暮らす知的障害者のヘルスプロモーションを推進する上での課題について再考したものの前半部分である。

研究目的

本研究（その1）の目的は、地域で生活する軽度・中度知的障害者の健康増進を図るために、彼らの特性にあったヘルスプロモーションモデルを開発することである。

研究の視点および方法

本研究（その1）では、まず、ヘルスプロモーションについて論述し、この概念に基づき、栄養学、心理学、スポーツ科学、日常生活支援など総合的視点で、わかりやすい情報や知識を提供するならば、健康意識の変革がもたらされ、健康増進行動をとるようになるという仮説をたて、仮説モデルを作成するまでの過程を述べる。

1. ヘルスプロモーション（HP）とは

1986年11月21日、WHOによって提唱された「HPに関するオタワ憲章」の中で、

「HPとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセスである。HPの目標は、すべての人々があらゆる生活舞台-労働・学習・余暇そして愛の場-で健康を享受することのできる

公正な社会の創造にある」と、定義された。オタワ憲章の提唱によって、単なる個人への予防教育を超えて、社会科学的アプローチを全面的に押し出した「総合的な健康政策」が展開された。これによって「個人技能の向上」はもとより「地域活動の強化」、「健康を支援する環境づくり」、さらにはこれらの活動を包含した「健康的な公共政策作り」に健康戦略が拡大された。

健康アプローチの系譜

WHOは1981年「健康への巻き込み-社会的概念としての健康教育」の中で、ヨーロッパの健康教育のアプローチに4つの転換（①医療的な方法による健康維持からHPへの転換、②個別の構想変容アプローチからシステムチックな公衆衛生的アプローチへの転換、③医療側による指導から一般の能力の承認への転換、④権威的な健康教育から援助協力的な健康教育への転換）が求められるとし、このような転換に対応するため、3つの主要な領域（①HP、②予防的健康教育、③支援的健康教育）から構成されている新しい健康教育計画を立てた。1983年「ライフスタイルと健康-序説」の中で、19世紀以来の病理学的パラダイムによるアプローチは、時代の要請に適さないとし、ホリスティック医学のパラダイムや社会生態学的パラダイムによるポジティブなアプローチを必要とする」として、3つの要素（①社会環境、②個人の価値とライフスタイル、③健康増進）の重要性を強調した。

1985年の「HP-新しい公衆衛生への動き」において、HPがこれからの世界の「公衆衛生上の諸問題」の解決のため必要不可欠であることが述べられ、今必要なのは「健康の構成要素を理解する」ことであり、「人びと自身が健康を定義し、それを維持していくことを可能とする環境をつくることである」ことが強調された。このような経過を経て、「HPに関するオタワ憲章」が1986年WHOにより宣言された。

HP 活動の方法

WHO によるオタワ憲章による HP の定義と位置付け（健康は生きるための目的ではなく、生活資源である）から、HP 活動の方法として下記の5つがあげられている^{8) 9) 10) 11) 12) 13)}。

- ①健康的な公共政策づくり（保健部門以外の政策決定においても、健康の視点を追加する）
- ②健康を支援する環境づくり（健康的な生活習慣や健康行動の実践を容易にする環境）
- ③地域活動の強化（地域資源の活用）④個人の技能の向上
- ⑤ヘルスサービスの方向転換（障害・病気予防から健康増進へ）

以上のように、施設中心型から地域密着型へ、治療と予防から健康増進へと全ての人々を対象とした、地域に根ざした持続可能な方法に方向転換を見せてきている。

HP の構成

HP の概念を構成する用語として、「アドボカシー」「エンパワメント」「イネイブリング」などがあげられ、専門分野、非専門分野の従事者にも概念が浸透してきた。

*健康のためのアドボカシー

HP でのアドボカシーは、個人・家族への健康支援を中心とした個別対応型（リアクティブ）アドボカシーと、地域を対象として、地域の組織化や政策参画による健康向上を支援する地域公共型（プロアクティブ）アドボカシーに分類される。個人の健康増進を地域で支援するための促進活動である。

*健康のためのエンパワメント

HP において、エンパワメントとは、健康に影響を及ぼす行動や意思決定を、人々がよりコントロールできるようになる個人レベルから、組織レベル、地域レベルへとつながるプロセスで、社会に影響を

与えるという意味をもつ。

個人のエンパワメントは self-efficacy や self-esteem などの概念と共通する。コミュニティ・エンパワメントとは、コミュニティが社会的・政治的・経済的資源を得て、コミュニティがそれを利用出来るようにすることである。また組織のエンパワメントとして、個人の組織での意思決定水準を高め、自己コントロール感を増大すると共に、組織をコミュニティのなかで役割強化する側面を併せ持つ。したがって個人レベル、組織レベルのエンパワメントが高まることで、地域レベルのエンパワメントの達成が期待できる。エンパワメントのプロセスは、「参加」「対話」「問題意識と仲間意識の高揚」「行動」の4段階をたどるといわれ、個人の自己決定と自己実現がエンパワメントの基本的本質であり、そこから社会的影響を及ぼす能力を獲得する地域性をもつ。

*イネイブリング（能力付与）

HP において、イネイブリングとは、健康を増進し、守るために、人的・物的資源を活用することによって、自らをエンパワーするべく、個人や集団が協働して行動することを意味する。協働によるエンパワメントや、資源の活用を協調することで、HP ヘルスプロモーション活動のための触媒としての役割、例えば、健康についての情報共有や、技能開発の促進、健康的公共政策を進める政治的プロセスへの支援を、保健関係従事者やその他の保健活動家、また、当事者自らが参加して担うことの重要性を引き出すことができる。

以上の基本的考えに基づき、本論では、「HP とは、人々が自らの健康をコントロールし、個人の価値とライフスタイルを尊重し、健康増進と改善ができるように社会環境を整えるプロセスである」と定義する。

2. 各国の取り組み

用語の普及と共に HP の概念は普及してきたが、

これまで欧米では、障害者に対するHPの実践は軽視されてきた。最近になってようやく医療費削減の必要性、障害者のケアの質の向上の必要性が叫ばれ、利用者、研究者、専門家の中で、障害者のHPに関心が高まってきた。肥満、高血圧、精神的抑圧を軽減し、自立した機能性の高い生活を送り、余暇時間やレジャーの有効利用を追求する持続可能な地域密着型に焦点を置いたアプローチが実践報告されるようになった。

次に、HPの取り組みに関して、アメリカの事例をあげ、課題を考察する。

ヘルスプロモーションの取り組み

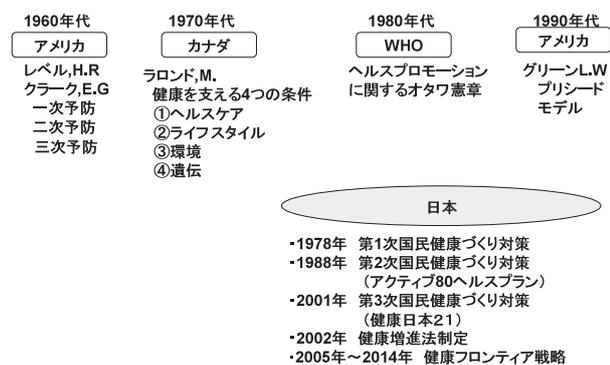


図1 各国のHPの取り組みの背景

図1のように欧米でも、我が国でも1986年のWHOによるオタワ憲章以来、HPへの取り組みが実施されてきたが、障害者のためのサービスは軽視されがちであった。

わが国では2002年8月に健康増進法が制定され、「健康日本21」を積極的に推進するための法的基盤が整備された。さらに、2005年度から厚生労働省の重点施策の一つとして健康フロンティア戦略が開始されている。このような状況の中で、健常者に対する健康づくり対策はさまざまな視点からおこなわれ、平均寿命・健康寿命ともに世界一であり、わが国の健康、医療のレベルは非常に高いものと評価できるようになった。しかし、その一方で知的障害者の健康に関しては、地域支援を行う事業所やソ-

シャルワーカー、世話人などが手探りで病気への対応に苦慮している状況である。

3. アメリカにおけるHPの取り組みと課題

アメリカでは2000年の「国民の健康のための指針」において、障害者に関する十分なデータが存在せず、対策も不十分であることが認識され、今後の課題として、資料収集を徹底し、現行のサービスを障害者と共に充実していけば、障害者の健康は大幅に向上すると報告され、これまでの予防の観点から健康増進へと、障害者へのアプローチの概念が移行した。

障害予防から健康増進へのシフトとHPの役割

1980年から90年代の米国でのマネージド・ケアの概念の浸透に伴い、多くのサービス提供機関や団体では、競争の激化とともに経費節減とサービスの質の向上を図る必要性に迫られた。多くの保健従事者は対症療法的治療よりも予防が効果的であると認識し、資金提供機関もHP推進に力を入れるようになったが、障害はHPの範囲外と捉えられていた。しかし、脳性麻痺や脊椎水腫患者の2次的影響に関する報告書は「骨粗鬆症、骨関節炎、平衡障害、体力減退、体重増加、鬱症状など多様である。そして、障害者の健康悪化は生命に危険性を与える可能性があり、医療や保健その他関連専門分野の協働するサービスが必須である。また、複雑な障害者の健康ニーズを満たすためには現行のサービスでは不十分であること」を強調した。これら一連の要因によりHPへの関心が一気に高まった。そして、米国では、医療教育機関・研究所、病気管理・予防センター、国立医療リハビリ研究センター、国立保健センター、国立障害研究所などが中心となって、障害者の健康増進の研究・普及に取り組むようになった。

アメリカの「健康な障害者報告書2010」のなかでは、HPは次の4の柱から構成されると明記されている。

- (1) 健康な生活様式と環境整備
- (2) 2次的障害の予防
- (3) 障害者の健康理解のためのモニターの重要性
- (4) 地域活動への参加促進

この定義から、環境は障害者にとって、健康のための障壁であり、障害自体が障壁ではないとされ、地域において障害者のHPサービスが開発され、試みられている。

将来の地域に根ざしたHPに向けて（フィットネスセンターの役割）

リンマー（1998）¹⁴⁾は、地域のフィットネスセンターの役割に期待し、将来のHPサービスの可能性を述べている。地域の運動ジムやフィットネスセンターは指導員や職員への教育と指導・知識提供・訓練を充実することにより、障害者の利用しやすさが実現すれば、将来のHPの拠点となれりとし、障がい者のためのCBHPM（Community Based Health Promotion Model）を以下のように定義した。

CBHPMの定義

1. 健康的ライフスタイル促進と環境の改善
2. 2次的健康障害と障害悪化の予防
3. 障害者の健康ニーズの理解とモニター
4. 一般的な健康活動への参加機会の促進

この考えは、地域にある一般の施設や設備を地域住民と同様に利用でき、障害者の主体的健康増進意識を高め、エンパワメントを図ることが期待できる。しかし、フィットネスセンターやジムで指導するスタッフの障害に関する知識が不足し、障害者が利用しにくくなっている。したがって以下の2点を充実し、3、4を実現することで地域密着型の障害者の利用しやすいサービスを実現することが提案された。

1 フィットネスセンターで働く指導員やスタッフの障害の理解を高め、情報提供し、指導方法を習得するためのワークショップや研修の充実

2 他分野の各種専門家の協働が重要であるので、例えば理学療法士とフィットネス指導員、栄養士、カウンセラーとの連携と密接な関係が必要となる。

3 地域フィットネスセンターの開放

4 理学療法プログラムの一般への拡大

健康と栄養の問題は、障害の有無に関係なくアメリカでは非常に深刻な問題となっている。障害者の退院後の回復時にサービスを適格に組み込めば、地域での貴重な設備と機会を得られる。栄養講座、リラクゼーションセミナー、健康全般講座を並行して開設し、効果を高める事が出来る。例えば、研修を受けた理学療法士やカウンセラーはセンターを巡回し専門的サービスを提供でき、高齢者施設や公園、YMCAなどで障害者用のサービスを開発し、貢献できる。理学療法士とフィットネス指導員の協力関係のもとで、HP全般の枠組みの中で障害者サービスを開発できる。障害者は、退院後地域の近くのフィットネスセンターで理学療法を受けられ、地域の理学療法センターでフィットネス指導員を雇用し、理学療法士がサービスを評価し、修正し、指導員が実践する。リハビリテーションセンターでスポーツ設備が整っていれば、理学療法士、運動指導員、レクリエーション療法士が協働できる。大学病院ベースのセンターでは、療法士や運動指導員が心臓患者のリハビリと同時に運動を指導できる。あるいは障害者でも理学療法士はいらず、非障害者でも理学療法が有益である場合もある。フィットネス指導員は、ヘルスプロモーションと障害に関する知識が増す。

ステッドワード（1998）¹⁵⁾は「運動指導員の障害に関する知識の増加は、障害者の運動参加の機会を増す。理学療法士は地域の運動指導員と協力することで、地域の中で見える存在となる。メディアを通したりハビリと運動指導員の教材が有益である。フィットネスセンターの費用はメディケアとメディ

ケイド、保健会社が支払う。病院や施設では場所的に困難なフィットネスの場と健康講座を並行して開催することにより理学療法の地域進出、運動指導員の障害者理解とサービス開発が可能になる。

これら構想を図で示したのが図2である。

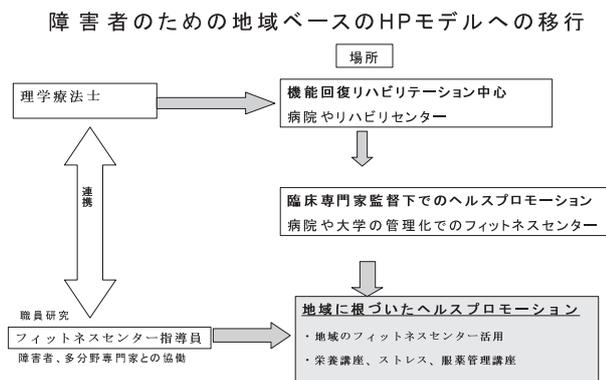


図2 障害者のための地域ベースのHPモデル

障害者のHPの将来の課題

障害者のHP促進に対するアメリカ国内外の資金援助機関の関心が高まるに連れて、米国病気の予防と管理センター（CDC）は障害者の健康ニーズ調査を活発に促進している。その目的は、障害者の健康促進を阻害する2次的障害の予防と健康増進活動への参加促進である。

リンマー（1998）は身体障害女性のフィットネスセンター利用の障壁となっている要因は、交通費、参加費用、体力不足、サービスに関する情報不足であったと報告し、そこで、CDCは、無料で送迎サービス付きの個人のニーズに沿った12週間の個別プログラムを新設のフィットネスセンターで開始し、元心臓病の患者の出席率85%という成功を示した。このサービスでは、患者に退院の時、自宅の近くのフィットネスセンターと、作業療法クリニックを紹介し、ヘルスクラブに通えるようになるまでの体力作りを行う。そして、個人の進捗状況をモニターする過程を取る。このように利用しにくい原因を突き止め、改善し、障害者が地域の設備を有効に利用で

きるようになった、と報告している¹⁶⁾。

職員研修とフィットネス

Y M C Aでは障害者の安全性と有効性を考えたサービスを提供し、指導員が障害に関する知識を積極的に習得した。このように指導員への障害研修が障害者にとって利用しやすい、安全なサービス提供の重要点となる。

健康と栄養講座の併設

アメリカの典型的な食事はコレステロールが高く、塩分、糖が多い。心臓病の3分の1が食事による原因とされている。障害者にとって食事は環境・文化・経済的要因が大きく影響し、個人では改善しにくいいため、フィットネスセンターで健康的で栄養のある食事の講座を定期的にも開催することも有益である。

健康的行動

American Journal of Health Behavior 誌は、ストレス管理、禁煙、対処方法、薬物乱用・服薬、睡眠の習慣、衛生教育を並行して啓発する必要性を述べている。障害の種類によって、歯科衛生、服薬管理、ストレス管理、失業、配偶者、移動、行動・動きをテーマにHPサービスを提供することを提案している。このためには、医療、心理学、保健衛生、薬学、マネジメントなどの多分野協力型でホリスティックなアプローチを取る必要がある。

4. 知的障害者の特性にあったHP仮説モデルの開発

(1) 作成プロセス

これまで述べた各国の取り組みを参考に、また、我が国の状況を鑑み、本研究の対象者に対する予備調査からのデータをもとに知的障害者の特性に合ったHP仮説モデルの作成を試みた。知的障害者の特

性は以下のように整理される。

- ①障害による影響として、てんかんなど合併症がある。
- ②言葉による説明や表現が苦手である。
- ③言語理解が困難である。
- ④人との関係を築くことが困難である。
- ⑤食事を適量、適切な時間に取れない、偏食、過食が見られる。
- ⑥健康を見守る第三者を得にくい状況にあり、健康に関する知識や情報、健康管理のための知識が不十分である。

これらの特性を考慮し、下図のような作成プロセスを経て、HP 仮説モデルを作成した。

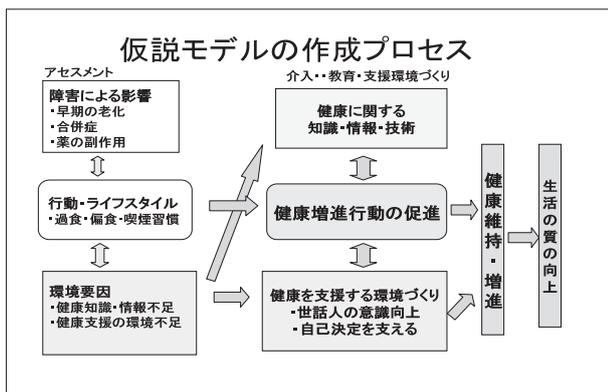


図3 知的障害者の特性とヘルスプロモーション
仮説モデルの作成プロセス

以上あげた特性のうち、アセスメント段階で、特性①を健康要因に、特性⑤を行動・ライフスタイル要因に、特性⑥を環境要因にわけた。さらに、介入段階で、教育環境や支援環境を整え、健康に関する知識技術を分かりやすくすることで、特性②③⑥の解決につながるのではないかと考えた。また、地域で暮らす知的障害者の生活支援の中心的存在である世話人が健康支援のキーマンとなると考え、健康を支援する環境づくりに世話人を位置づけた。そのことで、特性②④⑤⑥に対処することが可能となる。とりわけ、健康を支援する環境づくりにおいて、世

話人の意識向上と本人の自己決定を支えることが重要であると考えた。

(2) 知的障害者の特性にあったHP 仮説モデルの作成

モデル(図4)は、本人の健康に関する知識・技術の向上を目指す領域と、健康を支援する環境づくりの領域を設け、その両面から支えることで、健康増進のために本人自らコントロールし、健康行動をとり、HP に向かって進むことを目標としている。

本人の健康に関する知識や技術を向上させるために、「からだのべんきょう会」、「運動講座」、「プール講座」、「料理教室」を開催した。また、健康に関する知識・技術を本人のものとするためには、自らの主体的な参加を得るため、目に見える目標を設定した。地域で暮らす知的障害者の多くは、地域生活援助事業によって、グループホームで生活する人が多いため、グループホームの世話人を健康支援者として位置づけた。健康支援にあたっては、ワークショップを開催し、本人の自己決定を促すため、彼らの自尊心を向上させるよう関わり、本人のセルフエフィカシーを高め、自ら健康増進行動をとれるようにした。

本仮説モデルにもとづく介入は、健康支援講座(からだの勉強会、運動講座、プール講座、料理教室)、世話人による健康支援(日常生活支援を含む)、ソーシャルワーカーによる生活支援を行った。そのうち、健康支援講座は、対象者の自己決定による選択にもとづいた。

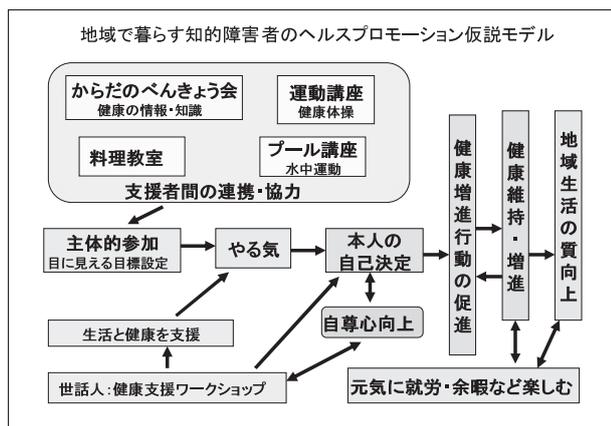


図4 地域で暮らす知的障害者のHP仮説モデル

上記のHP仮説モデルの検証のために、2005年から2007年にかけて、地域のグループホームで暮らす知的障害者59名に対して健康診断結果、健康行動に対する効果などを評価項目として調査を実施した。

その結果と考察、新たな課題に関しては（その2）で紹介する。

障害者のHPの展望

障害者のHPは、新世紀における重要なテーマであり、障害者のエンパワーメントと参加によりHPを促進し、自己管理と2次的障害の予防を実現し、さらなる健康増進につなげる必要がある。また、HPの概念は、障害者自らの自己決定を促し、障害者と地域のエンパワーメントを促し、地域力の向上につながる。そして、理学療法、フィットネス指導員、医療関係者が連携し、地域でHPサービス提供が可能になれば費用効果の点からも今後の地域福祉の方向に沿うものであるといえる。

- 1) 島内憲夫：ヘルスプロモーションと健康文化都市. 保健婦雑誌, 55 (4):276-286,1999
- 2) 石井敏弘：ヘルスプロモーションの実践的理解と健康づくり政策・施策の転換. ケースメソッドで学ぶヘルスプロモーションの政策開発—政策化・施策化のセンスと技術、ライフ・サイエンス・センター、pp3-19, 2001
- 3) 黒川幸雄ら：健康増進と介護予防、理学療法 MOOK、三輪書店、2004年
- 4) 日本健康教育学会編：健康教育—ヘルスプロモーションの展開、保健同人社、2005
- 5) 武藤孝司：ヘルスプロモーションの時代における健康教育、日本醫事新報、NO.4228、2005
- 6) 菅野敦：退行を示した青年期・成人期知的障害者に対する地域生活支援と社会参加の促進に関する研究—退行の類型と予防、発達障害支援システム学研究、第4巻第1・2号合併号、2004、pp35-45
- 7) 児玉和夫、覚張秀樹：発達障害児の水泳療法と指導の実際、医歯薬出版、1992
- 8) プロモーションの概念と今日的意義. 公衆衛生研究、48 (3):178-186,1999
- 9) Penelope Hawe, Deirdre Degeling, Jane Hall, 鳩野洋子、曾根智史訳、ヘルスプロモーションの評価—成果につながる5つのステップ、医学書院、2004
- 10) 保健スタッフのための健康行動の基礎—生活習慣病を中心に、医歯薬出版、2005
- 11) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論実践編—生活習慣病の予防と治療のために、医歯薬出版、2004
- 12) Woolf SW, Jonas J, Lawrence RS (Eds.). (1996). *Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice: Nutrition*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- 13) Renwick R, Brown I, Nagler M (Eds.). (1996). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptualization, research, and application*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.
- 14) Rimmer, J. H., & Hedman, G. (1998). *A health promotion program for stroke survivors*. Topics in Stroke Rehabilitation, 5 (2), 30-44.
- 15) Steadward R. (1998). *Musculoskeletal and neurological disabilities: implications for fitness appraisal, programming, and counselling*. Canadian journal of applied physiology/Revue canadienne de physiologie appliquee, 23 (2), 131-

165.

- 16) James H Rimmer (1999). *Health Promotion for People with Disabilities: The Emerging Paradigm Shift From Disability Prevention to Prevention of Secondary Conditions*, Physical Therapy Vol.79