

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
総合研究報告書

地域で生活する障害児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発
分担研究：各国の自律生活支援ニーズに関する動向と地域プログラムの評価法の検討

分担研究者：林邦彦 群馬大学医学部保健学科医療基礎学講座教授

研究要旨

わが国の老年人口割合は、イタリアとともに世界で最も高い水準で増え続け、2050年には35%に達するが、老年人口数からみると2020年以降は3,500万人程度とほぼ横ばいに推移すると予測されている。既に、老年人口数が横ばいになっている北欧諸国では、障害も毎年ほぼ同じ頻度で発生している。しかしながら、これら国々では、長期療養病院や老人ホーム等のベッド数は近年大きく減少し、障害者への支援は収容施設拡充から、その他の生活支援へと向けられていた。また、これら北欧諸国の変化を参考にケア・システム改革を行った英国でも、各世帯で必要とする支援ケア時間の増加、公的サービスから民間サービスへの移行といった、支援の質的变化を示していた。そこで、これらの変化をふまえ、地域における保健看護プログラム開発の評価法について検討した。研究報告の系統的レビューの結果、乳幼児から高齢者までのさまざまなプログラムについて、地域での評価結果が報告されていた。比較研究では、プログラム群とコントロール群へのランダム割付を、対象者個人を単位とする研究のほか、地域の学校行政区などのクラスターを単位とする研究が特徴的デザインといえた。また、エンドポイントも、各個人の身体的・精神的効果とする研究のほかに、集団における事象発生率とする研究もあった。今後、地域で実施される自律生活支援の各プログラムにおいても、これら研究デザインを利用してエビデンスを得てゆくことが、重要であると考えられた。

研究協力者

深堀浩樹（三重県立看護大学 助手）
沼田加代（群馬大学大学院医学系研究科）

かを考えながら進められる。つまり、地域特性を考慮した支援プログラムの構築と評価を行いながら、プログラムを確立してゆく必要がある。

A. 研究目的

障害児・者の自律生活の支援プログラムの開発においては、各被支援者のQOLを高める視点からの質的な評価とともに、行政的施策や地域集団での長期的取り組みとしての視点から、量的なニーズ把握やプログラム評価が重要であることはいうまでもない。地域における支援プログラムの開発は、そのモデルが地域の実情に合っているか、その有用性をどのように集団として検証すべき

そこで、当分担研究では、まず（1）自律生活支援ニーズの数量的動向の把握として、各国の小児・高齢者人口、障害児・者人口、各種施設数やその利用の推移といった基礎的資料の検討、また特に、ケア・システムに大きな変革があった北欧諸国・英国での看護ケアでの動向の検討を行うこと、また（2）これらの動向をふまえ、介入プログラム評価に関する研究報告論文を系統的にレビューすることによって、地域の自律生活支援のプログラム評価法の特徴を示すことを目的とし

た。

B. 研究方法

(1) 各国の障害ケアに関する基礎的資料

北米（アメリカ合衆国，カナダ），北欧（ノルウェー王国，スウェーデン王国，フィンランド共和国，デンマーク王国），中南欧（ドイツ連邦共和国，イタリア共和国），アジア（インド共和国，タイ王国，中華人民共和国，大韓民国）および日本における，人口数，年少人口数，老年人口数，障害者数の推移と将来予測の資料を収集した。

また，北欧（ノルウェー王国，スウェーデン王国，フィンランド共和国），英国（グレートブリテン及び北アイルランド連合王国，もしくはイングランドのみ）におけるケア・サービスに関する保健医療統計資料を，MEDLINE で検索した。

(2) 地域でのプログラム評価方法

2-1. 文献検索

国内外の文献データベースによって，地域での介入プログラム評価の研究文献を収集した。医学文献データベースとして，医中誌，PubMed，CINAHL を用いた。検索語は「地域（Community）」，「評価（Evaluation）」，「介入研究（Intervention study）」とした。検索の限定として，文献の種類は「原著」，掲載誌発行年は「1997～2007年」とした。

2-2. 文献の選別

検索の結果，医中誌から13編が，PubMed から207編，CINAHLからは38編が検索された。その中から，重複して検索された文献，文献のタイトルと要旨から，目的と異なる文献を除外した。

次に，除外されなかった文献の抄録から，再度，レビュー対象とする文献を選定した。選定基準は，①地域（研究フィールド）が明確であること，②対象者が研究フィールドである地域に居住している者であること，③介入群とコントロール群が設定されていることとした。なお，HIVなどの

感染症，がんのスクリーニング，居住環境をテーマとした文献は除外した。最終的に，30編の文献（国内12編，国外18編）をレビュー対象とした。

レビュー対象となった30編の文献について，「研究タイトル」，「目的」，「地域」，「対象」，「割り付け方法」，「介入方法」，「エンドポイント」，「結果」での評価法の特徴を検討した。

C. 研究結果

(1) 各国の障害ケアに関する基礎資料

1-1. 年少人口，老年人口の将来予測

いずれの国においても年少人口割合は減少し，老年人口割合が増加するが，特にアジア諸国でその傾向が著しい。人口増加が予想されているインド，中国，タイにおいても，年少人口割合は減少し続け2050年には20%以下と現在のスウェーデンやノルウェーと同様の割合となる。また，これらアジアの国々の老年人口割合は急激に増加し，2050年にはインド以外の国々では20%を超える割合となり，現在のわが国の老年人口割合をも超えると予想された。これらのことから，これらアジアの国々での人口増加は，出生率の上昇ではなく平均余命の延長によることが判る。

また，いずれの年の予測でも，わが国において年少人口割合が最も低く，老年人口割合が最も高くなると予測されている。年少人口割合では，現在わが国と同じレベルであるドイツ，イタリアでは，2020年あたりで減少に歯止めがかかる予想となっているが，わが国では2050年まで一貫して減少しつづける予測となっている。一方，老年人口割合では，イタリアとともにわが国は世界で最も高く，2050年には35%になると予想されていた。

このように，わが国における年少人口割合は一貫して減少するが，しかしながら，その人口規模は決して小さくない。2020～30年においても年少人口数は約1,400万人と，タイと同程度，カナ

ダや韓国の2~3倍、北欧諸国の10倍以上の規模であった。一方、老年人口数では他国が増加していく中で、わが国では2020年以降はほぼ横ばいの水準となっていた。

1-2. 北欧諸国・英国におけるケアの動向

老年人口数は、1990年から2000年の10年間で、スウェーデンでは152万人から153万人、ノルウェーでは69万人から68万人とほぼ横ばいであるのに対して、フィンランドでは67万人から77万人とやや増加していた(図1)。わが国と英国の老年人口数は、1970年には英国で725万人、日本で725万人とほぼ同じ老年人口規模であったが、2000年には英国で931万人に対し日本では2,201万人と、2倍以上の老年人口数をもつようになった。また、これは北欧諸国の14~32倍であり、北欧諸国の老年人口規模はわが国での都道府県レベルの規模といえる。

年間の新規障害者数(人口10万人当たり)の年次推移では(図2)、スウェーデン、ノルウェー、フィンランドとも、年ごとに多少の変動はあるものの、600例/10万人程度の値を示し増減に一定の傾向はなかった。いずれの国においても、またいずれの年次においても、人口当りの障害発生は変わらないといえる。

北欧諸国、英国、日本における人口10万人当たり精神病床数の推移では、日本以外の国々では、1970年から一貫して減少しており、最近10年ではほぼ横ばいの推移をたどっている(図3)。老人ホーム等施設の人口10万人当たりベッド数では、スウェーデン、ノルウェーでは1990年あたりから施設ベッド数は減少していた。特にスウェーデンでは、1992年に導入された高齢者ケア改革の影響と思われる急激な減少を示していた。一方、英国では1970、80年代を通じて、老人ホーム施設ベッド数は増加していたが、1996年をピークに減少を始めている(図4)。

このように、各種施設のベッド数は減少してい

る一方で、スウェーデン、ノルウェーでは、障害への社会保障受給者数は増加していた(図5)。このことは、障害への社会的サポート内容を生活施設の提供から他へ移行したことがうかがえる。また、北欧3国で一番老年人口が増加していたフィンランドでは、1990年代に入ってから、人口当たり受給者数は減少していた。

英国でも、北欧諸国での状況を参考にしつつ、さまざまな高齢者ケアの改革が実施されつつある。イングランドにおける在宅支援・ケアのサービスに関する統計資料をもとにその推移を検討すると、1997年から2002年までの6年間で、在宅支援・ケアの利用世帯は、地域当局が提供するものから、ボランティアや私的機関が提供するサービス利用に移行していた(図6)。また、1996年を100とした時、サービス利用世帯数は減少しているにもかかわらず、合計利用時間数は2002年に120と20%の増加が見られた。これは、一世帯あたりの平均必要サービス利用時間が1.6倍に増加したためであった(図7)。

(2) 地域でのプログラム評価方法

レビュー対象として選択された30編の文献(国内12編、国外18編)での研究デザイン概要を、表1、表2に示す。

・研究のタイトル、目的、地域、対象

国内の研究タイトルからみた研究課題は、転倒リスク、認知症、自殺防止、うつ病、世代間交流、準寝たきり高齢者の自立、保健事業における広報媒体の活用実践などであった。対象と地域は、65歳以上の高齢者もしくは20~60歳の成人を対象とした研究が多かった。全国各地の農村部や都市部、自殺の多い地域など、テーマに即したフィールドであった。

国外は、DV(家庭内暴力)発見のできる専門職、第1子を持つ母親へのボランティアによる子育て支援、親トレーニング、低所得者思春期のリプロダクティブケア、ヒスパニック系低所得者の

多い小中学校の肥満、スペイン系移住者が在学する高校生のたばことアルコールの防止、骨粗鬆症予防のための高齢者のサプリメント摂取、中高年の糖尿病や脳血管疾患のための危険因子における介入、老人病院における腰骨骨折患者のリハビリ、喘息患者への介入であった。研究地域は、骨粗鬆症予防のため必要なビタミン D が不足がちな北ヨーロッパ、アフリカ系アメリカ人が居住する地域、アイルランドの田舎などであった。

・割り付け方法

国内では、介入地域が決められ、その近隣地域がコントロールとなる文献が多かった。対象者は、設定された地域からランダムに選定されていた。

国外研究では、地域もしくは学校をランダムにする方法と面接者のランダム群分けあるいは研究対象者本人の希望により介入とコントロールに分けられている方法があった。その他の割付方法として、薬局が介入群となるかコントロール群となるかを選択し、その薬局に通う患者が必然的に介入群かコントロール群となる方法もあった。

・介入方法

国内では、教育プログラムの実施、3ヶ月間にわたる運動指導やボランティア講習会、うつ病や自殺についての知識伝達、広報媒体の直接配布が多かった。

国外では、DV（家庭内暴力）発見のトレーニング、専門職からの支援、エビデンスに基づいたプログラム、ビタミン D とカルシウムの毎日補充、脳血管疾患や喘息、やけどに関する健康教育、8週間のたばことアルコール予防教育プログラム、1歳になるまでの子育て支援、親トレーニングであった。

国内外ともに、コントロール群には介入の教育プログラムのない状態もしくは従来の教育プログラムの遂行があった。

・エンドポイント、研究結果

国内では、転倒予防では運動機能、ボランティア講習会では社会貢献、自殺予防は自殺の発生頻

度、精神保健に関する意識と知識のアンケート、広報媒体による保健事業参加割合などであった。

国外では、DV（家庭内暴力）発見のケース数、サービス利用満足度、肥満度と食事量の変化、脳血管疾患に関連する血液検査、たばこと飲酒への興味、骨折患者の入院期間、子育て支援サービスを受けた7年後の子どもの健康や母親の意識などであった。

国内外ともに、介入による効果がみとめられた文献が多かった。しかし、国外では、従来からよい状態であったために、介入後の変化のない文献もあった。

D. 考察

わが国における年少人口割合は今後減少し、一貫して世界で最も低いレベルになるが、その人口規模は決して小さくなく、2020～30年においても年少人口数は約1,400万人と、タイと同程度、カナダや韓国の2～3倍、北欧諸国の10倍以上の規模であった。将来のわが国の小児における自律支援プログラムへのニーズの量は、決して小さなものではないと考えられる。

一方、老年人口数では他国が増加していく中で、わが国では2020年以降はほぼ横ばいの水準となっていた。量的な意味では、高齢者におけるケア対策を2020年までに確立することが重要であると考えられる。また、認知障害をもつ老人人口は、2005年に在院数約30万人、在宅者数約160万人であるのに対し、2020年では在院者数約47万人、在宅者数250万人と増加すると予測されている（日本大学人口研究所推計）。特に、在宅者数での増加数は大きなものであり、2020年における自宅での生活支援プログラムのニーズの量は大きなものであることが示唆された。

わが国での地域レベルと同じ規模の老年人口をもち、緩やかながらも老年人口増加を既に経験してきた北欧諸国での支援ニーズの推移は、今後のわが国の生活支援プログラムで大きな参考と

なる。近年の北欧諸国での障害発生頻度をみると、いずれの国においても、いずれの年次においても、人口当りの障害発生はほぼ変わらず、老年人口にほぼ一定の割合で障害が発生していた。わが国でも老年人口の増加に応じて、支援が必要となる障害者数も増加するであろう。

しかし、長期療養病院や老人ホーム等のベッド数は減少しており、障害者の支援はこのような収容施設拡充から、その他の生活支援に向けられていた。特に、病院の長期療養や郡など公的ホームでのケアを、1992年以降改善したスウェーデンでは、その傾向は顕著であった。これら北欧諸国の推移も参考にした英国の近年の年次傾向でも、各世帯で必要とする支援ケア時間は増加し、サービス提供者は公的なものから私的なものへと移行しており、支援サービスの質的变化を示していた。わが国でも、地域で実施される支援プログラムでは、このような変化に対応したものが求められてゆくであろう。

そこで、各プログラムの有用性を、そのように検証すべきかを、研究デザインの観点から系統的にレビューした。研究対象者は、乳幼児から学童、思春期、中高年、高齢者までであり、さまざまな年代で研究が実施されていた。さらに、健康スペクトルは、高齢者では、健康な高齢者をテーマとした文献から準寝たきりまでであり、その他の年代では、多くが健康な対象者をテーマとしていた。まさに、地域で生活するあらゆる人々を支援する地域保健看護分野の研究特性が見出されたものとなっていた。

具体的には、乳幼児はボランティアによる子育て支援から、DV（家庭内暴力）発見といった子育て中に起こる可能性のあるリスクへの支援がテーマとなっていた。思春期は、肥満といった生活習慣病予防や健康を害するアルコールとたばこを禁止するなど、望ましい生活習慣の確立にむけた支援、リプロダクティブケアなど次世代育成にむけた支援がテーマとなっていた。中高年者は、

生活習慣病予防や自殺防止への支援、保健事業を活用実践してもらうための支援がテーマとなっていた。高齢者は、転倒予防や認知症など身体上の課題への支援、世代間交流や準寝たきり高齢者の自立など社会的な生活支援も含めた支援がテーマとなっていた。このような様々なテーマのプログラムが取り上げられ、各年代において課題となっている健康問題への取り組みがテーマとされていた。

各研究での研究デザインや評価方法について概観すると、割り付けの方法は、学校や行政区（州、市町村、市町村内のある地区など）といったクラスターを単位とし、対象を選定していたのが特徴といえる。国内の文献においては、割り付けにあたり、同一農村内や同市内、都内の市など、行政区を単位としていた。国外の文献においては、低所得者層が多い学校を単位としている文献やある市部や一定地域など行政区を単位とする文献があった。さらに、対象者を選定する方法は、集団による方法と個別による方法とがあった。集団による方法は、学校に在学する全学生や一定地域に居住する全住民を対象とし、さらに、コントロールとして、他地域の学校や近隣地域が設定されていた。対象の選定のもう一つの方法である、個別による方法は、学校に在学する学生や行政区に居住する住民を単位とし、その単位からランダムに個々が介入群とコントロール群に選定されていた。

介入群への介入方法においても、集団と個別による方法があった。集団を対象に、転倒予防プログラムや生活習慣病を予防する食事と運動、自殺防止対策のうつ病、たばこやアルコールなどの教育をする介入があった。個別への対応は、健康サプリメントの摂取、訪問による子育て支援などであった。エンドポイントは、介入方法が個別による方法の場合は、個別の運動機能や身体機能の測定結果などであった。集団による介入方法の場合のエンドポイントは、集団による保健事業の参加

率ややけどや転倒などの事象の発生率などの場合と個別によるたばこへの意識や身体機能の測定結果などであった。このように、地域における生活支援プログラムの開発においても、地域保健看護分野で実施されている、ランダム化研究での検証の可能性が示唆されたといえる。

E. 結論

- 1) わが国の小児における自律支援プログラムへのニーズの量は、将来とも決して小さなものではない。また、老年人口数は、2020年以降はほぼ横ばいの水準と予想され、高齢者におけるケア対策は、質的な変化が必要となる。
- 2) わが国での地域レベルと同じ人口規模で、また緩やかながらも老年人口増加を既に経験してきた北欧諸国では、長期療養病院や老人ホーム等のベッド数は近年大きく減少し、障害者への支援は収容施設拡充から、その他の生活支援へと向けられていた。また、英国でも、各世帯で必要とする支援ケア時間の増加、公的サービスから民間サービスへの移行といった、支援の質的变化を示していた。
- 3) これらの変化をふまえ、地域におけるプログラム開発での評価法について、研究報告の系統的レビューを行った。プログラム群とコントロール群へのランダム割付を、地域の学校行政区などのクラスターを単位としている。また、エンドポイントも、各個人の身体的・精神的効果のほかに、集団における事象発生率とするなどの特徴がみられた。今後、地域で実施される自律生活支援の各プログラムにおいても、これら研究デザインを利用してエビデンスを得てゆくことが、重要であると考えられた。

文献

- 1) Health & Services Committee: Provision for

the elderly in Norway and Sweden.

LONDONASSEMBLY, 2004

- 2) World Health Organization Regional Office for Europe: European health for all database (HFA-DB). 2006

統計資料

1) 日本

- ・総務省統計局：国勢調査人口および補間補正人口（昭和45年～平成16年）
- ・厚生労働省：病院報告。昭和50～平成15年
- ・Ministry of Health, Labour, and Welfare: Annual report on health and welfare. section 2. review of health and welfare measures for people with disabilities. 1999.
- ・総務省統計局：<http://www.stat.go.jp/data/nenkan/02.htm>

2) 諸外国

(英国) Department of Health, National Statistics: Health and personal social services statistics - England. Government Statistical Service, 2006.

(アメリカ合衆国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>

(カナダ) 総務省統計局：世界の統計。

<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>

(ノルウェー王国) ノルウェー統計局：
<http://www.ssb.no/English/yearbook/tab/t-0203-100.html>

(スウェーデン王国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>

(フィンランド共和国)

http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/taskue_vaesto.html

(デンマーク王国)

<http://www.dst.dk/HomeUK/Statistics/oft/Publications/Yearbook/2004.asp>

(ドイツ連邦共和国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>

(イタリア共和国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>

(インド共和国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>
(タイ王国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>
(中華人民共和国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>
(大韓民国) 総務省統計局：世界の統計。
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/zuhyou/0202.xls>

系統的レビュー文献

- 1) Kobayashi R, Nakadaira H, Ishigami K, 他. 運動が在宅高齢者の転倒リスクに及ぼす効果についての介入試験. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2006 : 11(5) : 250-255.
- 2) 朝田隆. 認知症予防に関する介入研究の成果と今後の展望. *公衆衛生*. 2006 : 70(9) : 673-675.
- 3) 藤原佳典, 西真理子, 他. 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラムの1年間の歩みと短期的効果. *日本公衆衛生雑誌*. 2006 : 53(9) : 702-714.
- 4) Oyama H, Watanabe N, 他. 高齢者のためのグループ活動を通じた地域密着型の自殺防止が女性の高自殺率を減少させるのに成功. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005 : 59(3) : 337-344.
- 5) 斎藤民, 李賢情, 甲斐一郎. 高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施とその評価の試み. *日本公衆衛生雑誌*. 2006 : 53(5) : 338-346.
- 6) 八重樫由美, 黒澤美枝, 他. 住民対象うつ病教育の介入効果の検討 自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より. *岩手公衆衛生学会誌*. 2006 : 17 (2) : 44-52.
- 7) 黒澤美枝, 坂田清美, 他. 住民対象うつ病教育の短期効果の検討 自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より. *岩手公衆衛生学会誌*. 2006 : 17(2) : 38-43.
- 8) Ueki S, Kasai T, Takato J, Sakamoto Y, et al. 地域とともに転倒予防体操をつくる活動の展開. *日本公衆衛生雑誌*. 2006 : 53(2) : 112-21.
- 9) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之. 準寝たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果. *日本公衆衛生雑誌*. 2004 : 51 (7) : 471-482.
- 10) 芳賀博, 植木章三, 他. 地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価. *厚生指標*. 2003 : 50(4) : 20-26.
- 11) Yokokawa Y, Kai I, Usui Y, Kosoda F, 他. 農村部後期高齢者における転倒と関連する身体機能の低下を遅延するための介入研究. *日本公衆衛生雑誌* : 2003 : 40(1) : 47-52.
- 12) 竹内祐子, 高橋みね, 他. 地域保健事業における広報媒体の活用の実践と評価. *日本公衆衛生雑誌*. 2001 : 48(9) : 764-772.
- 13) Fernandez Alonso MC, Herrero Velazquez S, et al. Protocol to evaluate the effectiveness of a consciousness-raising and training intervention for primary care professionals, in order to improve detection of domestic violence (ISFVIDAP). *Aten Primaria*. 2006; 38(6):369.
- 14) Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus JA. Perceived quality of reproductive care for girls in a competitive voucher programme. A quasi-experimental intervention study, Managua, Nicaragua. *Int J Qual Health Care*. 2006 :18(1):35-42.
- 15) Jenum AK, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Graff-Iversen S, Lorentzen C, Ommundsen Y, Raastad T, Ødegaard AK, Bahr R. Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: effects of a community intervention study to reduce risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease: a community intervention reducing inactivity. *Diabetes Care*, 2006; 29(7): 1605-12
- 16) Coleman KJ, Tiller CL, et al. Prevention of the epidemic increase in child risk of overweight in low-income schools: the El Paso coordinated approach to child health. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159(3): 217-24.
- 17) Larsen ER, Mosekilde L, Foldspang A. Vitamin D and calcium supplementation prevents osteoporotic fractures in elderly community dwelling residents: a pragmatic

- population-based 3-year intervention study. *J Bone Miner Res.* 2004;19(3):370-8.
- 18) Liu YH, Yang QD, et al. Evaluation of effectiveness of intervention on risk factors for cerebrovascular disease in three cities of China. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.* 2003 ;37(2):105-8.
- 19) Story M, Sherwood NE, et al. An after-school obesity prevention program for African-American girls: the Minnesota GEMS pilot study. *Ethn Dis.* 2003; 13(1): S54-64.
- 20) Lupton BS; Fønnebø V; Sjøgaard AJ. The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? . *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003; 31(3): 178-86
- 21) Elder JP, Litrownik AJ, et al. Tobacco and alcohol use-prevention program for Hispanic migrant adolescents. *Am J Prev Med.* 2002 23(4):269-75
- 22) Huusko TM; Karppi P; et al. Intensive geriatric rehabilitation of hip fracture patients: a randomized, controlled trial. *Acta Orthopaedica Scandinavica* , 2002; 73(4): 425-31
- 23) Johnson Z, Molloy B, Scallan E, et al. Community Mothers Programme-seven year follow-up of a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *J Public Health Med.* 2000; 22(3):337-42
- 24) Resnicow K, Yaroch AL, et al. GO GIRLS!: results from a nutrition and physical activity program for low-income, overweight African American adolescent females. *Health Educ Behav.* 2000 ;27(5):616-31
- 25) Schulz M; Verheyen F; et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: a controlled intervention study. *Journal of Clinical Pharmacology (J CLIN PHARMACOL)*, 2001; 41(6): 668-76
- 26) Ytterstad B, Smith GS, Coggan CA. Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Inj Prev.* 1998;4(3):176-80
- 27) Schuster MA, Wood DL, et al. Utilization of well-child care services for African-American infants in a low-income community: results of a randomized, controlled case management/home visitation intervention. *Pediatrics* 1998; 101(6): 999-1005.
- 28) Vartiainen E, Paavola M, et al. Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia youth project. *Am J Public Health.* 1998; 88(1): 81-5.
- 29) Taylor SM, Ross NA, et al. Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): changes in community attitudes toward cigarette smoking. *Health Educ Res.* 1998 ;13(1):109-22
- 30) Tucker S; Gross D; et al. The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year-olds. *Research in Nursing & Health*, 1998; 21(3): 199-210

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

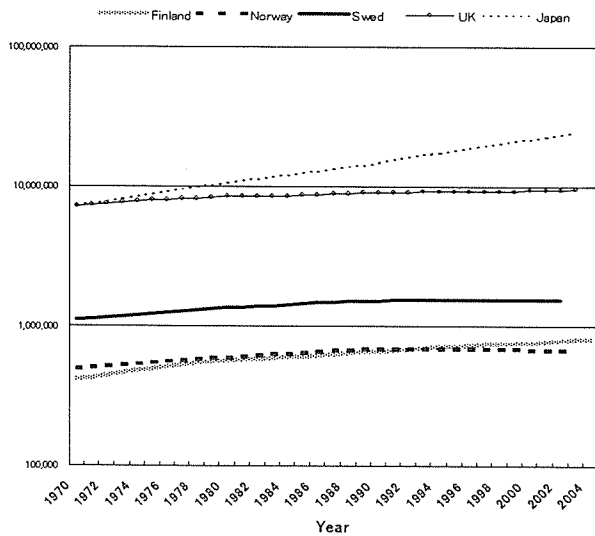


図1. Population aged 65+ Years(老年人口)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, 2006;

総務省統計局, 国勢調査人口および補間補正人口

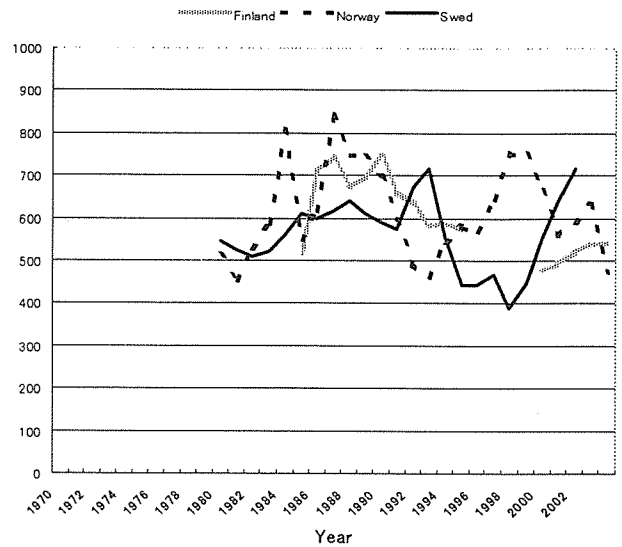


図2. New invalidity/disability cases per 100,000

(人口10万人あたり新規就労不能障害例数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, 2006

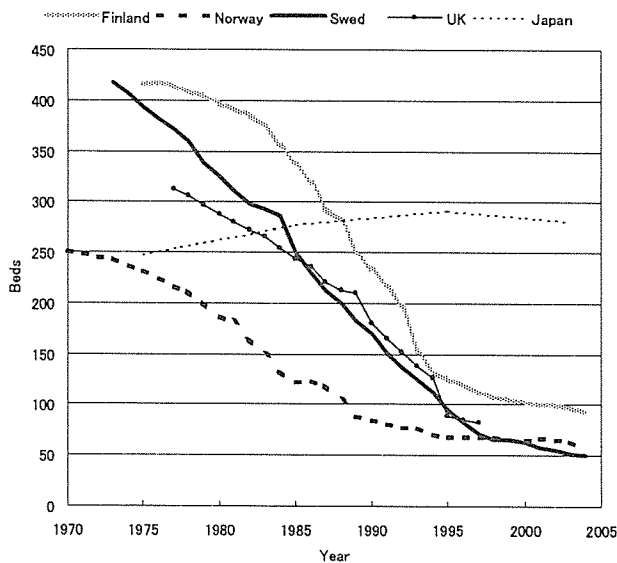


図3. Psychiatric Hospital Beds per 100,000

(人口10万人あたり精神病床数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, 2006;

厚生労働省, 病院報告

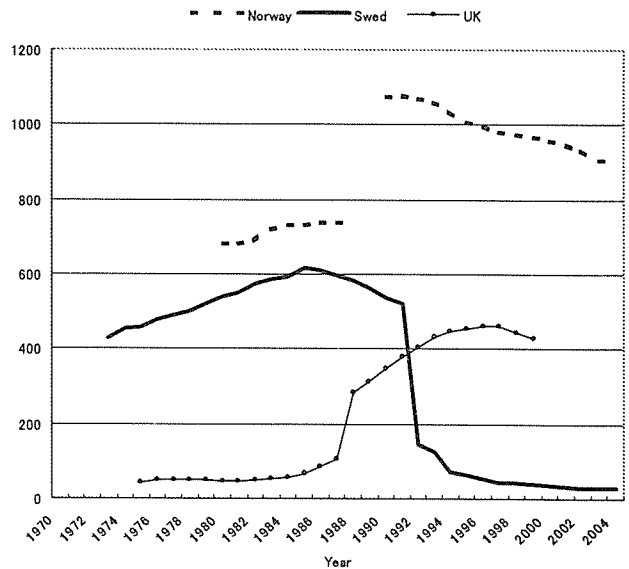


図4. Nursing and elderly home beds per 100,000

(人口10万人あたり老人ホームなど施設病床数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, 2006

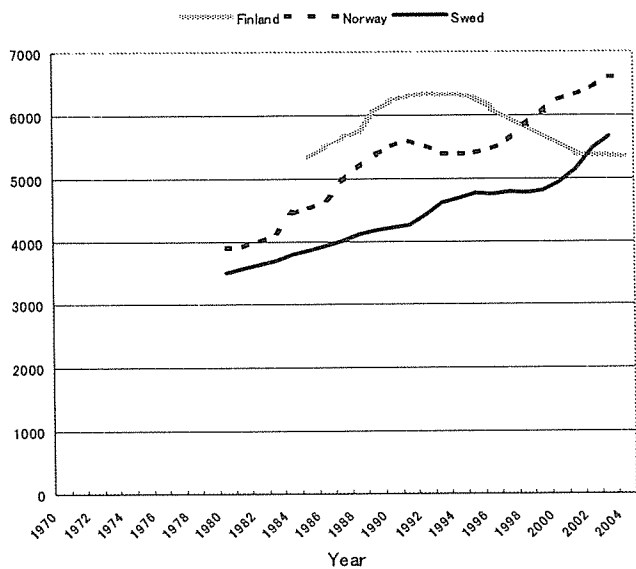


図5. Persons receiving social/disability benefits per 100,000
(人口10万人あたり障害への社会保障受給者数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, 2006

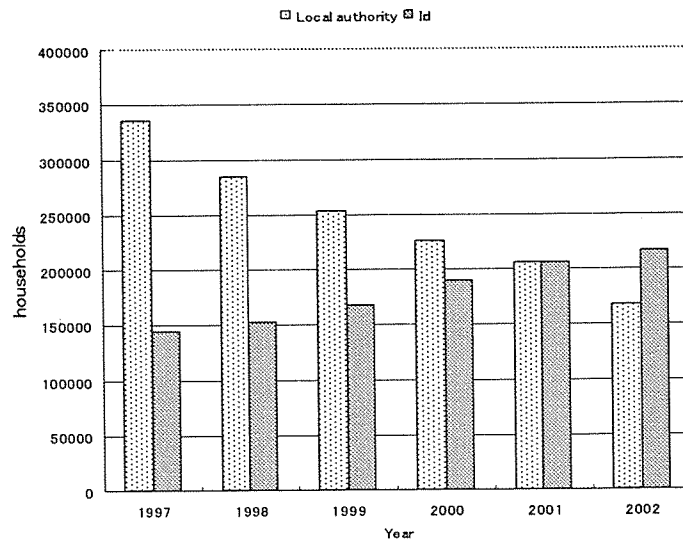


図6. Households receiving home help/home care in England
(提供先別ホームヘルプ/ホームケア サービス受給世帯数)

Source: Government Statistical Service, Health and personal social services statistics

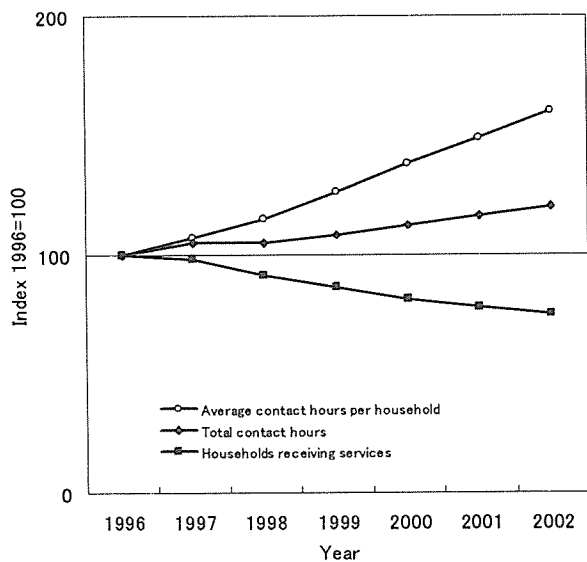


図7. Home help and home care trends (all sectors) in England
(イングランドにおけるホームヘルプ/ホームケアの経時的傾向)

表 1-1 タイム 抽出文献における研究の概要

Study 報告者	報告年	タイトル	目的	国	地域	対象
1 Kobayashi	2006	運動が在宅高齢者の転倒リスクに及ぼす効果についての介入試験	農村地帯の在宅高齢者における運動の効果の評価	日本	農村	農村内で独立して日常生活を営んでいる60歳以上の高齢者：81名(介入地域)と56名(対照地域)
2 朝田	2006	認知症予防に関する介入研究の成果と今後の展望	認知症予防に関する地域調査および介入研究	日本	茨城県利根町	茨城県利根町の65歳以上全住民400人
3 藤原	2006	都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラムの1年間の歩みと短期的効果	高齢者の知的ポテンシャル活動-子供への総本の読み聞かせ-による介入研究を開始し、高齢者による社会活動の有効性と活動継続に向けた方策を明らかにする。	日本	東京都中央区、川崎市多摩区、滋賀県長浜市	2004年6月一般公募による60歳以上：ボランティア群67人と対照群74人
4 Oyama	2005	高齢者のためのグループ活動を通じた地域密着型の自殺防止が女性の高自死率を減少させるのに成功	日本における地方在住高齢者に対する地域密着型自殺防止プログラムの成果評価	日本	由利町と島海町	両町の高齢住民
5 斎藤	2006	高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施とその評価の試み	社会的孤立から「閉じこもり」になる可能性が指摘される高齢転居者を対象に、ネットワークづくりと地域の情報活用を目的とする支援プログラムの開発・試行し、有用性を検討	日本	東京都A市	ある期間に東京都A市に転入した65歳以上男女：プログラムへの参加同意者18人と参加に同意しなかった高齢転居者7人
6 八重樫	2006	住民対象うつ病教育の介入効果の検討 自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より	一般住民がうつ病や自殺について種々な知識を身に付け、住民自らの態度の変化が必要である。健康教育プログラムを含む大規模な介入研究を実施。	日本	岩手県自給多発地域	介入地域と対照地域を設定 (2002年には、20歳から79歳までの住民から無作為抽出された7,136人のうち、二回のアナウンスメント両方に回答した4,334人を対象)
7 黒澤	2006	住民対象うつ病教育の短期効果の検討 自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より	自殺予防のための本規模地域介入研究を実施し、うつ病教育プログラムの短期効果を評価	日本	岩手県北部久慈保健医療圏と宮古保健医療圏	
8 Ueki	2006	地域とともに転倒予防体操をつくる活動の展開	転倒予防に有効な体操プログラムの作成し、その効果をはかる	日本	宮城県S町	75歳以上高齢者で要介護認定者を除外；転倒予防教室参加者48人
9 蘭 羊田	2004	準備たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果	準備たきり高齢者の自立度の改善とQOLの向上を目的に、Life Reviewを用いた介入プログラムの試行・評価	日本	山形県	虚弱高齢者ランクAの該当者46名
10 芳賀	2003	地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価	在宅の高齢者に対して転倒予防のための介入プログラムを実施し、転倒率や体力、QOLに及ぼす影響を検討	日本	宮城県三本木町	75歳以上の自立者551名
11 Yokokawa	2003	農村部後期高齢者における転倒と関連する身体機能の低下を選定するための介入研究	介護予防支援事業に参加する後期高齢者に転倒予防のための運動指導プログラムを実施し、身体機能低下の遅延効果を検証	日本	長野県A村	ADLが自立している75歳以上の高齢者で、サービス利用者55人、および8型機能訓練利用者16人；介入群34人とコントロール群37人
12 竹内	2001	地域保健事業における広報媒体の活用の実践と評価	「食生活講演会」に関する広報活動に対する介入研究	日本	東京都町田市	20～60歳代の女性。町田市が実施している保健事業に参加した事がない者。
13 Fernandez	2006	D V (家庭内暴力) 発見率を上げるプライマリケアの専門職の技術向上の効果に関する計画	DVの発見ができていないプライマリケア医の介入効果の評価	スペイン	スペインのプライマリケアセンター	プライマリケアの医師と看護師：2つの基本チームで計136人 (1基本チーム68人)
14 Meuwissen	2006	思春期のリプロダクティブケアのバウチャープログラムの展望：ニカラグアマナグアの半経験的介入	マナグアに居住する低所得者層思春期女性を対象とした性教育のバウチャープログラムの満足度	ニカラグア	マナグアの低所得層	12～20歳の3009人の女性うち了解のあった700人；バウチャー利用者221人と非利用者478人
15 Jentum r	2006	低所得多民族地区の身体的活動の促進：2型糖尿病と心血管疾患のリスクを減少させるための地域介入	2型糖尿病と心血管疾患のリスクを減少させるための地域介入をベースとした効果	ノルウェー	オスロ	ベースラインの調査後フォローアップに同意した1,776人
16 Coleman r	2005	低所得な小学校の子どもの体重増加リスクの予防	エビデンスに基づいた介入 (C A T C H) を評価する	アメリカ	ヒスパニック系の低所得者の多い小学校	小学3年生896人；介入群423人と非介入群473人

表 1-2 抽出文献における研究の概要

Study 報告者	報告年	タイトル	目的	国	地域	対象
17 Larsen I ら	2004	高齢者の骨粗鬆症を予防するためのビタミンDとカルシウムのサプリメントについて3年間の介入研究	ビタミンDとカルシウムのサプリメントにより、ビタミンD不足として知られる北ヨーロッパの骨粗鬆症を予防する	デンマーク	北ヨーロッパ、デンマーク	66歳以上の9,605人：介入群4,957人と非介入群5,063人
18 Liu ら	2003	中国3つの市の脳血管疾患のための危険因子における介入の有効性の評価	脳血管疾患の危険因子への地域介入の効果を評価する	中国	30万都市である北京、上海、および長沙	35~74歳の男女：2,586人の女性、および2,723人の男性
19 Story ら	2003	アメリカ系アメリカ人の少女のための放課後の肥満防止プログラム：ミネソタGENSパイロット研究	アメリカ系アメリカ人の少女のための放課後の肥満防止プログラムの開発。GENSプロジェクトとして減量のための介入研究。	アメリカ	ミネソタ大学	8~10歳のアメリカ系アメリカ人の少女とその保護者54人
20 Lupton ら	2003	フィンマルクの介入研究：危機的な極寒において地域をベースとしたCVDのリスクファクターを変え、変えることできますか？	フィンマルクの介入研究：危機的な極寒において地域をベースとした心血管系リスクファクターを変え、変えること	ノルウェー	ノルウェーの北極、海岸地域	地域に居住する中高年の男女
21 Elder ら	2002	スペイン系移住者におけるタバコとアルコール使用の防止	タバコとアルコール使用を予防するプログラムの地域をベースとした評価	アメリカ	スペイン系移住者が在学する高校	教育プログラムを受けた660人：タバコとアルコール予防の介入群37人とコントロール群33人
22 Huusko ら	2002	老人病院における腰痛骨折患者の集中リハビリテーション：ランダム化されたコントロール法	腰痛骨折患者の老人病院におけるリハビリテーションの効果として、死亡率、入院の長さ、機能回復を測定	フィンランド	フィンランド病院	64歳以上243人の腰痛骨折患者：介入群120人とコントロール群123人
23 Johnson ら	2000	地域における母親のプログラム--7年間の非専門職によるランダム化された介入研究	第1子が1歳になるまでのボランテイアによる支援。ランダム化された介入研究	アイスランド	アイスランドの田舎	第1子を持つ母親：介入群38人とコントロール群38人
24 Resnicow ら	2000	アメリカ系アメリカ人の低所得層の肥満少女のための栄養と運動の効果	アメリカ系アメリカ人の肥満少女の介入効果について	アメリカ	アメリカ系アメリカ人の居住する都市部	4つの公営住宅の居住者：出席率の高い26人と出席率の低い31人
25 Schulz ら	2001	喘息患者の薬物療法：コントロール介入研究	心理社会的、経済的に負担となる喘息患者のQOLを高める教育を開発	ドイツ	ドイツ	軽症から重症な喘息患者：介入群161人とコントロール群81人
26 Ytterstad ら	1998	ハルスターのけが予防：地域をベースとした介入	地域をベースとした子どものやけどを予防する長期的なプログラムの検討	ノルウェー	ノルウェー（ハルスター、6つの周囲の自治体、トロンヘイム）	5歳以下の子ども
27 Schuster ら	1998	低所得地域に居住するアメリカ系アメリカ人へのケアサービスクラスの活用：家庭訪問によるランダム化されたケアサービスクラスのコントロール研究	家庭訪問による介入を効果として、WCC（より良い子どもへのケア）の活用度を評価する	アメリカ	ロサンゼルス南部	アメリカ系アメリカ人の新生児：介入群185人、コントロール群180人
28 Vartiainen ら	1998	北部カレリア若者への15年間の喫煙防止効果	学校と地域をベースとした喫煙防止プログラムの長期的効果	フィンランド	北部カレリア	6つの中学校
29 Taylor ら	1998	喫煙に対する地域介入：喫煙に対する地域の態度変容	喫煙態度の変容として2つの仮説がある：コントロール群よりも介入群に、(1)喫煙が健康上の問題として取り上げられる、(2)非喫煙者の数が増える。	イギリス	イギリス	喫煙者5,450人
30 Tucker ら	1998	2歳児という家族のための親トレーニング介入の長期的効果	親トレーニング(BPT)により、親としての自己評価が高まり、親子間のストレスがよりよい方向に変化する	アメリカ	アメリカ中西部HMOとその周辺	2~3歳までの子どもとその両親24組：介入群12組とコントロール群12組

表 2-1-1 抽出文献における主な結果

study	割り付け方法	介入方法	結果
1	農村内の2地域を無作為に对照地域と介入地域に指定	健康に関する講演を2回実施し、介入地域の高齢者(介入者)には3ヵ月間の運動を回指導し、自宅まで3日/週実施するよう指導	運動機能を介入前後で評価・比較し、对照者のそれと比較 介入者の運動機能は介入後に改善。3ヵ月間の運動プログラムは高齢者の運動機能を改善すると思われた。
2		郵便で認知症に関する情報を告知後、集団スクリーニングを実施。睡眠、運動、栄養の3種類の介入。	介入群は非介入群に比べ認知症移行率が低かった。
3	対象者の希望	3ヵ月間のボランティア養成セミナーを終了後、6~10人単位のグループに分かれ地域の公立小学校、幼稚園、児童館への定期的な訪問・交流活動(主内容は絵本の読み聞かせ)を開始	ボランティア群は对照群に比べて「地域への愛着と誇り」、健康度自己評価、および精力において有意な改善がみられた。
4	对照地域は介入地域の近隣の町	8年間、グループ活動、心理教育、抑うつへの自己評価を含むプログラムの実施。	介入群の女性高齢者の自殺発症リスクは減少。グループ介入を通じた地域密着型の自殺防止は、男性ではなく女性高齢者に有効と思われる。
5	参加同意の有無で群分け	プログラムのほか、運動参加者のニーズ、既存の社会的孤立感等および運動参加者の支援プログラムの実施を参考に開発。等回期間、計6回実施。	日中独居頻度、介護保険外サービス認知度が改善し、有意ではないが、グループ活動への参加および就業割合が増加した。本研究の支援プログラムは、社会的孤立予防に一定の効果があり、参加者による評価が高い可能性が示唆された。
6	無作為抽出された7,136人のうち、2回のアンケート両方に回答した4,334人を対象	介入前後の2度にわたって、地域住民に1-地域内での比較と、介入・对照地域間での変化率の比較	介入地域では、对照地域に比べ「うつ病は薬で治すことができる」という知識や「地域の行っていい心の健康活動」の認知度が有意に改善した。
7	自殺率の特に高い岩手県北部介護保健医療圏と隣接する宮古保健医療圏	保健医療圏単位で、住民を対象にうつ病教育を実施	教育前後で意識・知識の肯定的変容が多く認められ、短期的効果が示唆された
8	介入地区と非介入地区を設定	調査対象地域の中で転倒予防教室を実施	体操プログラムを実践することによって転倒発生率が低下する可能性があった
9	虚弱高齢者ランカAの該当者：46名を介入群と对照群の2群に分け	身体面では健康情報の提供、心理面ではLife Reviewを実施。Life Reviewを60分/回、計6回実施。	介入による身体・心理・社会的側面に有意な効果は認められなかった。しかし、Life Reviewがマイナスの効果をもたらさないことも示された
10	居住する地域のまとまりを考慮して「介入地域」と「非介入地区」に2群分け	転倒ハイリスク者に対する転倒予防教室の開催。可逆自の依拠(SM)提供の開催と普及、運動プログラム等の養成と強化等、非介入地区に対しては従来と同等の健康活動を継続した。	介入地区における転倒率は、プログラム開始後低下したのに対し、非介入地区では上昇傾向がみられた。体力レベルの変化は、介入地区において改善傾向にあった。QOL指標値は両群間に有意差を認めなかった。
11		木曜らが開発した転倒予防のための運動指導プログラムを4ヵ月間実施	運動機能(TUG)は介入群の遂行時間が短縮し、对照群では逆に延長した。転倒予防のための集団運動指導により、機能低下遅延の効果が示唆された。
12	介入地区を玉川学園、对照地区を成瀬地区。	広報媒体はチラシで、配布方法は「直接手渡す」であった。	介入地区からの参加者の割合は对照地区より高かった。媒体としてチラシを用い、地域の組織力を活用し、「直接手渡す」能動的方法を用いた広報媒体により、多くの講演会参加者を得る事ができた
13	クラスタランダムにトレーニング	リスクファクターや危険シグナルの気づきを鍛えるトレーニングプログラム	介入群とコントロール群とは、最初と最後に、DVに気がつく数に変化がみられる
14	バウチャー利用者而非利用者	クリニクで性教育を無料で受けられるバウチャー。専門職からの訓練と支援。	バウチャー利用者の方が非利用者よりも満足度が高い。特に若い方が高い。医療の提供にも満足している。
15	社会状況をマッチングさせ、介入群とコントロール群に群分け	3年間、理論ベース化された身体活動を実施	身体活動レベルが上がり、減量とリスクファクターによりよい結果となった

表 2-2 抽出文献における主な結果

study, 割り付け方法	介入方法	結果
17	介入方法 ピタミニンD3を400IU(10microg)と炭酸カルシウムを1000mgを毎日補足	介入群の参加は50%と非介入群は46%。骨折は介入群は16%減少した。
18	層化クラスターにより2群分け	禁煙、アルコール消費の健康教育の実施、糖尿病患者および高血圧患者の治療の見直しを3年間実施 総コレステロールと血圧は介入群で達成。BMIはコントロール群において増加。喫煙割合は介入群において減少し、コントロール群は変化がなかった。
19	2群をランダム化コントロール	介入群において、多くの変化がみられ、肥満予防につながった。
20	Batsfjord (介入群)と同じ沿岸3つの地区(コントロール群)	BMI、脂防率、運動量、食事量、保護者も食事量。 難しい経済の状況の地域にもかかわらず、ライフスタイルの変容が可能であった。
21	教育プログラムを受けた660人のうちランダムに222学校を抽出；37人のタバコとアルコール予防の介入群と33人の急を要する群	タバコとアルコールへの興味 もともとスペイン系の移住者の喫煙と飲酒の率が低いため、介入による効果は得られなかった
22	腰骨骨折患者をランダムに2群のリハビリグループに群分け	介入群は34日、コントロール群は42日入院期間
23	2群をランダム化コントロール	介入群ではコントロール群よりも入院が少なく、図書館の利用が多い。また、夜に宿題をチャェックし、しつてもいっかりしている。予防接種もすすんでいた。
24	出席率で比較	プログラム参加後の結果、介入群の方が、運動をし、低脂肪の食事をしてきた
25	薬局が介入群となるかコントロール群となるかを選択。その薬局に通う患者が必然的に介入群かコントロール群となる。	夜間発作の時間、自己効力、知識のいずれも向上
26	ハルスター(主な介入)、6つの周囲の自治体(半介入)、およびトロンヘイム(参考)	やけど率 やけど率は介入した市は52%、半介入は40%の減少。参考となった市は18%の増加であった。プログラムは効果的であった。
27	ケースマネジャーが面接後、ランダムに介入群とコントロール群に群分け	家庭訪問サービスという介入の効果は得られず、介入群とコントロール群とにWCC来所回数に有意差はなかった。
28	北カレリアの4つの中学校(介入群)と他地域の2つの中学校(コントロール群)	介入群はコントロール群よりも喫煙率が22%少ない。
29	介入群とコントロール群について、11のマッチングした地域をランダム化介入	地域ごとに態度の変化がみられ、ヘビー・スモーカーの方が効果がみられた。
30	他の親トレーニングを受けていた親子を募集し、その中から介入群とコントロール群に群分	母親には効果があつたが、父親は最小限の効果であつた。トレーニングを受けるほどよい効果が得られる。

地域で生活する障害児・者に関する法律（参考資料）

分担研究者 成田有吾

三重大学医学部神経内科

三重大学医学部附属病院医療福祉支援センター

三重県難病医療連絡協議会

●地域で生活する障害児・者に関する法律

曖昧な「障害児・者」および「地域」の定義

「障害児・者」に関する定義は曖昧である。障害者基本法の第2条には、“この法律において「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう”と定義されている。“この法律において”と断らなければならないことに加え、定義として挙げられた内容も“相当な制限”と記載されているだけで極めて曖昧な表現をとる¹⁾。

「障害児」の定義についても、児童福祉法第4条に“この法律で、障害児とは、身体に障害のある児童又は知的障害のある児童をいう”と記載されているに過ぎない。

「障害児・者」の「児」と「者」の線引きも極めて曖昧である。児童の定義は、児童福祉法第4条には18歳に満たない者とされている。しかし、同法31条4には児童施設の入所延長可能年齢の規定として、肢体不自由児・知的障害児施設は20歳まで、同31条3には重症心身障害児施設は、その者が社会生活に順応することができるまでと記載され、事実上、何歳までも障害児として児童施設への入所が可能である。

本稿でいう「障害児・者」の意味についても、単に、障害を持つ者という意味で用いている。法においても曖昧な定義は「障害児・者」への差別化に対する配慮と理解することもできる。世界保健機構（WHO）が2001年にまとめた国際生活機能分類（ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health）利用者への留意点として、差別化（ラベル付け）を避ける配慮、制度利用に必要な「障害児・者」の評価における配慮が豪州では示されていることも強調しておきたい。

また、「地域」ということばも曖昧である。関東や東海という地方名、都道府県、市区町村など、使用される文脈の中で適宜「地域」が使用されている。また障害者自立支援法の施行に伴い「地域」という概念がほぼ「市町村」と読み替えられているようにも思われる。包括支援センターの設立についても、ほぼ中学校区にひとつという当初の目標に到達しているところは寡聞である。市町村にせいぜい一つという現状を聞くことが多い。このように曖昧な概念が先行するこの領域ではあるが、本稿での「地域」には、施設や病院の対局として所謂「生活圏域」の意味をあてておきたい。

1) わが国の障害児・者の状況

内閣府が発行する障害者白書（平成18年度版）に概要が記載されている³⁾。

特に地域での障害児・者としては「在宅」欄の障害者数が目安となる。平成12年と13年の調査結果からの数字を表1にまとめた。平成18年度から施行された自立支援法では原則的には各種手帳（身体障害、精神障害、発達障害）を有している「障害者」以外にも市町村が障害者と認定した方々も自立支援法のサービスを受けることができるとされているが、これまでのデータは各種手帳保有者の数として集計されていると理解される。

2) 関係法令およびわが国の障害児・者施策の変遷について

既にこれまでの本稿中に障害者基本法、児童福祉法、自立支援法の名前を挙げたが、関連諸法には、身体障害者福祉法（身体障害者の定義、福祉の措置等）、知的障害者福祉法（福祉の措置等）、精神保健福祉法（精神障害者の定義、措置入院等）、児童福祉法（児童の定義、福祉の措置等）がある。詳細は関連ホームページをご覧いただきたいが、概要については障害者白書に掲載されている。これまでの変遷については、共生社会政策統括官による障害者施策の変遷が詳しい⁴⁾。同ホームページからの表2をご紹介します。

参考文献

- 1) 内閣府. 障害者基本法. 平成18年度版 障害者白書. p.216, 2006
- 2) ICF Australian User Guide V1.0, 3. Benefits and uses of the ICF for Australia, 3.1 Concerns about definition and classification.
[http://www.aihw.gov.au/publications/dis/icfaugv1/ug_s3_1.html] 2006年11月6日.
- 3) 内閣府. 平成18年度版障害者白書のあらまし.
[<http://www.npb.go.jp/ja/books/whitepaper/aracontents/syogaisya/060809/siry0809.htm#top>] 2006年11月6日.
- 4) 共生社会政策統括官. 障害者施策. (<http://www8.cao.go.jp/shougai/ayumi.html>) 2006年11月6日.

表1 障害児・者の状況(平成18年度版 障害者白書から改変)

	総数	在宅者	施設入所者数
身体障害児・者	351.6	332.7	18.9
身体障害児(18歳未満)	9.0	8.2	0.8
身体障害者(18歳以上)	342.6	324.5	18.1
知的障害児・者	45.9	32.9	13.0
知的障害児(18歳未満)	10.3	9.4	0.9
知的障害者(18歳以上)	34.2	22.1	12.1
年齢不詳	1.4	1.4	0.0
精神障害者	258.4	223.9	34.5
20歳未満	14.2	13.9	0.3
20歳以上	243.6	209.5	34.1
年齢不詳	0.6	0.5	0.1

(単位 万人)

表2. 障害者施策の歩み

引用: 共生社会 政策統括官 障害者施策

<http://www8.cao.go.jp/shougai/avumi.html>

年	国内	国外
昭和21年 -1946	4月「国立盲学校及び聾唖学校官制」公布(勅) 11月「日本国憲法」公布	・ UNESCO(国連教育科学文化機構)設立 ・ UNICEF(国連児童基金)設立 ・ イギリス「労働災害法」制定
昭和22年 -1947	3月「教育基本法」、「学校教育法」公布 (養護学校を規定, 特殊教育を学校教育の一環として位置付ける) 4月「労働者災害補償保険法」公布 5月「全日本聾唖連盟」結成 11月「職業安定法」公布(身体障害者公共職業補導所設置等) 12月「児童福祉法」公布 12月「あん摩、はり、きゅう、柔道整復等営業法」公布 12月 労働省「肢体障害者職業安定要綱」策定	3月 ESCAP(アジア太平洋経済社会委員会)設立(1974年にECAFEから現在の名称に変更) ・ オランダ「障害者雇用法」制定(雇用率2%) ・ ドイツ「重度障害者法」制定
昭和23年 -1948	4月「中学校の就学義務並びに盲学校及び聾学校の就学義務及び設置義務に関する政令」公布(盲学校・聾学校小学部への義務制が学年進行により施行) 7月「国立光明寮設置法」公布 7月 国立東京光明寮及び国立塩原光明寮設置(昭39.6国立東京視力障害センター, 国立塩原視力障害センターに改称) 8月「日本盲人会連合」結成 9月「日本肢体不自由児協会」結成 9月 第1回身体障害者職業更生週間(9月1日~7日) 12月 第1回人権週間実施(以後毎年)(12月4日~10日) 12月「社会保障制度審議会設置法」公布	4月 世界保健機関(WHO)憲章効力発生 12月 第3回国連総会「世界人権宣言」採択 ・ 世界精神衛生連盟(WFMH)結成
昭和24年 -1949	5月 職業安定法の改正(身体障害者に対する職業補導等を規定) 5月「教育職員免許法」公布 6月 児童福祉法の改正(盲ろうあ児施設を療育施設から分) 6月「特殊教育研究連盟」結成 10月 国立身体障害者更生指導所設置(昭39.4国立身体障害センターに改称) 12月「身体障害者福祉法」公布(18歳以上の障害者に、身体障害者手帳・補装具の交付, 更生援護など規定) 12月「日本精神薄弱者愛護協会」結成(平10.日本知的障害者愛護協会に改称) 12月「全国身体障害者団体連合会」結成	2月 第1回世界ろう者冬季競技大会, オーストリアで開催(以後4年ごとに開催) 8月 第6回世界ろう者競技大会, コペンハーゲンで開催(戦後最初の大会, 4年毎開催)
昭和25年 -1950	5月「生活保護法」公布 5月「精神衛生法」公布(精神衛生相談所, 訪問指導, 仮入院, 仮退院制度の新設等) 5月 児童福祉法の改正(療育施設を虚弱児施設と肢体不自由児施設とに明確化) 12月 中央身体障害者福祉審議会発足	6月 ILO勧告88号を採択(身体障害者を含む成年者の職業訓練に関する勧告) ・ 国連第11回社会経済理事會 「身体障害者の社会リハビリテーション」決議

昭和26年 -1951	<p>1月 財団法人中央社会福祉協議会発足 (昭30.4社会福祉法人全国社会福祉協議会に改称)</p> <p>3月「社会福祉事業法」公布</p> <p>4月 第1回身体障害者福祉展開催(日本橋白木屋百貨店)</p> <p>5月 国立神戸光明寮設置(昭39.6国立神戸視力障害センターに改称)</p> <p>5月「児童憲章」制定</p> <p>6月 身体障害児の療育指導、補装具の交付制度創設</p> <p>10月 福祉事務所発足(民生安定所を改組)</p> <p>12月 厚生省、第1回身体障害者実態調査実施(以後5年ごとに実施)</p>	<p>5月 第4回WHO総会(日本参加、加盟承認)</p> <p>6月 第3回ILO総会(日本参加、加盟承認)</p> <p>7月 戦後初のRI(1922年国際肢体不自由者福祉協会として設立、1972年国際障害者リハビリテーション協会と改称)世界会議(第5回)がストックホルムで開催(高木憲次、理事に・UNESCOに日本加盟・世界ろう連盟(WFD)結成(ローマ会議))</p>
昭和27年 -1952	<p>1月 国立精神衛生研究所設置</p> <p>3月 厚生省、肢体不自由児実態調査実施</p> <p>4月「身体障害者旅客運賃割引規程」を国鉄公示</p> <p>4月 身体障害者の雇用促進に関する重要事項について閣議決定</p> <p>4月「戦傷病者戦没者遺族等援護法」公布</p> <p>7月「全国精神薄弱児育成会(手をつなぐ親の会)」結成(平7、全日本手をつなぐ育成会に改称)</p> <p>9月 事務次官会議で中央官庁・地方公共団体が身体障害者を優先雇用すべきことを決定</p> <p>11月 国立別府保養所設置(戦傷病者を收容、医学的管理のもとに保養)[昭39.4国立別府重度障害者センターに改称]</p>	<p>7月 第1回国際ストックマンデビル競技大会、イギリスで開催(ストックマンデビルゲームと呼ばれ、パラリンピックの発)</p> <p>8月 アメリカで、障害者自身による会社「アビリティーズ社」</p>
昭和28年 -1953	<p>1月 国立伊東保養所設置(昭39.4国立伊東重度障害者センターに改称)</p> <p>8月「社会福祉事業振興会法」公布</p> <p>10月 第1回全国精神衛生大会開催(以後毎年)</p> <p>10月「盲学校及び聾学校の就学に関する部分の規定の施行期日を定める政令」公布(盲学校・聾学校中学部への義務制を学年進行により施行)</p> <p>11月「精神薄弱児対策基本要綱」事務次官会議で決定</p>	<p>・世界障害者関係団体協議会(CWOIH)結成</p>
昭和29年 -1954	<p>3月 児童福祉法の改正(身体障害児の育成医療の給付)</p> <p>3月 身体障害者福祉法の改正(身体障害者に対する更生医療給付の創設、「ろうあ者更生施設」の創設)</p> <p>5月「厚生年金保険法」公布</p> <p>6月 精神衛生法の改正(覚醒剤中毒者を精神障害者に準じて取り扱う)</p> <p>6月「盲学校、ろう学校及び養護学校への就学奨励に関する法律」公布</p> <p>7月 厚生省、戦後初の「精神衛生実態調査」を実施</p> <p>12月 中央教育審議会「特殊教育及びへき地教育振興について」答申</p>	<p>5月 第7回WHO総会(日本、常任理事国になる)</p> <p>6月 第37回ILO総会(日本、常任理事国になる)</p>
昭和30年 -1955	<p>10月 第1回アジア盲人福祉会議、東京で開催</p>	<p>6月 第38回ILO総会「障害者の職業リハビリテーションに関する勧告」(第99号勧告)採択</p>
昭和31年 -1956	<p>4月 大阪府立養護学校、愛知県立養護学校創設(最初の公立肢体不自由養護学校)</p> <p>6月「公立養護学校整備特別措置法」公布</p>	<p>12月 第11回国連総会(日本加盟承認)</p>
昭和32年 -1957	<p>1月 東京都立青島養護学校創設(最初の公立知的障害養護学校)</p> <p>4月 児童福祉法の改正(知的障害児通園施設を明記等)</p> <p>5月「盲学校、聾学校及び養護学校の幼稚部及び高等部における学校給食に関する法律」公布</p> <p>6月 学校教育法の改正(養護学校への就学を就学義務の履行とみなすことを規定)</p>	

昭和33年 -1958	<p>4月 国立聴力言語障害センター開所(東京都新宿区戸山)</p> <p>4月 東京教育大学教育学部附属養護学校(肢体不自由)を設置</p> <p>4月「学校保健法」公布</p> <p>5月「公立義務教育諸学校の学級編制及び教職員定数の標準に関する法律」公布</p> <p>5月「職業訓練法」公布(身体障害者職業訓練所設置を規)</p> <p>6月 国立知的障害児施設・秩父学園, 所沢市に開設(昭38.10.1国立秩父学園に改称)</p> <p>12月「国民健康保険法」公布</p>	
昭和34年 -1959	<p>3月 社会福祉事業法の改正(知的障害者援護施設を第1種社会福祉事業にする)</p> <p>4月「国民年金法」公布</p> <p>7月 戦後初の「精神薄弱児全国実態調査」を実施</p> <p>12月 中央教育審議会「特殊教育の充実振興について」答</p>	<p>・ 第1回汎太平洋リハビリテーション会議, シドニーで開催</p> <p>・ デンマーク「1959年法」制定(バンク・ミケルセンの唱えたノーマライゼーションの理念が基調になったもの)</p>
昭和35年 -1960	<p>3月「精神薄弱者福祉法」公布(平11.知的障害者福祉法に改正)</p> <p>4月 東京学芸大学附属養護学校(知的障害)設置</p> <p>4月 東京教育大学教育学部附属大塚養護学校(知的障害)設置</p> <p>6月「道路交通法」公布(身体障害者の運転免許取得可能となる)</p> <p>7月「身体障害者雇用促進法」公布(最低雇用率の義務付け〔非強制〕)</p> <p>10月 労働省, 第1回身体障害者雇用状況調査実施</p> <p>10月 厚生省, 国立療養所の再編計画策定(重度障害者等への病床転用を逐次促進)</p> <p>11月「全国肢体不自由児父母の会連合会」結成</p>	<p>9月 第1回パラリンピック競技大会, ローマで開催(この大会以後, オリンピック開催年に, 原則として同じ場所でパラリンピックを開催することとなる)</p> <p>・ 国際精神薄弱者育成会連盟 (ILSMH) 設立</p> <p>(H7. インクルージョン・インターナショナル(H)へ改称)</p>
昭和36年 -1961	<p>4月 中央職業訓練所開設(昭40.2職業訓練大学校に改称)</p> <p>4月 精神衛生法の改正(措置入院の経費の国庫負担2分の1から10分の8に引上げ)</p> <p>5月 郵便法の改正(点字郵便物の郵便料の減免)</p> <p>6月 児童福祉法の改正(3歳児健康診査及び新生児訪問指導制度の創設等)</p> <p>7月「雇用促進事業団」設立</p> <p>9月「身体障害者雇用促進月間」設定(以後毎年)</p> <p>10月 学校教育法の改正(特殊教育の規定を大幅に整理)</p> <p>11月 障害福祉年金支給開始</p> <p>11月「公立高等学校の設置適正配置及び教職員定数の標準等に関する法律」公布</p>	<p>[国連の世界精神衛生年]</p> <p>・ カナダ「職業リハビリテーション法」制定</p> <p>・ 「身体障害者にアクセスしやすく使用しやすい建築設備に関するアメリカ基準仕様書」策定(世界で最初)</p>
昭和37年 -1962	<p>3月「義務教育諸学校の教科用図書は無償に関する法律」公布</p> <p>9月 サリドマイド薬禍報告により, 厚生省, 薬剤の販売停止・回収を指示</p>	<p>7月 第11回国際ストークマンデビル競技大会, イギリスで開催(この大会以後, 日本参加)</p>

昭和38年 -1963	<p>5月 国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院開校</p> <p>7月 国立身体障害者更生指導所にリハビリテーション技術研修所を設置</p> <p>9月 第1回障害者雇用促進月間実施(以後毎年)</p> <p>10月 国立秩父学園附属保護指導職員養成所開所</p> <p>11月 国立久里浜療養所にアルコール専門病棟開設</p> <p>12月 「義務教育諸学校の教科用図書は無償借置に関する法律」公布</p>	7月 国際身体障害者スポーツ大会オーストリアで開催(日本選手団12名)
昭和39年 -1964	<p>1月 国立函館光明寮設置(6月に国立函館視力障害センターと改称)</p> <p>2月 「日本肢体不自由者リハビリテーション協会」設立(昭45.日本障害者リハビリテーション協会に改称)</p> <p>5月 事務次官会議で昭39年度に1333人の身体障害者を国家公務員に採用申合せ</p> <p>6月 「全国重症心身障害児(者)を守る会」結成</p> <p>7月 「重度精神薄弱児扶養手当法」公布(家庭介護の重度知的障害児に、重度知的障害児扶養手当を支給)</p> <p>9月 第1回精神薄弱者福祉月間実施(以後毎年)</p> <p>11月 アジア地域で最初のパラリンピック東京大会開催(22か国567人参加)</p> <p>12月 「全国特殊教育推進連盟」結成</p>	<p>・アメリカ「公民権法」制定</p> <p>・UNESCO「障害者の教育に関する決議」採択</p>
昭和40年 -1965	<p>4月 第3回汎太平洋リハビリテーション会議、東京で開催</p> <p>4月 国立小児病院開設</p> <p>5月 「財団法人日本身体障害者スポーツ協会」設立</p> <p>5月 国民年金法等の改正(障害年金の支給範囲の拡大、福祉年金の額の引上げ)</p> <p>6月 精神衛生法の改正(通院患者の医療費に2分の1の公費負担制度新設、精神衛生センターの設置など)</p> <p>6月 「理学療法士及び作業療法士法」公布</p> <p>8月 「母子保健法」公布(母子保健施策を総合的、体系的に整備)</p> <p>9月 「全国精神障害者家族会連合会」結成</p> <p>10月 大分県に「太陽の家」設立</p> <p>11月 第1回全国身体障害者スポーツ大会、岐阜県で開催(以後毎年秋季国体開催地で開催)</p>	[国連の国際協力年]
昭和41年 -1966	<p>2月 文部省「盲学校及び聾学校の高等部の学科を定める省令」を公布</p> <p>7月 「特別児童扶養手当法」公布(重度精神薄弱児扶養手当法を改正し、支給対象を重度の身体障害児に拡大等)</p> <p>7月 閣議決定で、総理府に「心身障害児対策連絡会議」を</p>	
昭和42年 -1967	<p>8月 身体障害者福祉法の改正(障害の範囲拡大[心臓、呼吸機能障害]、身体障害者相談員の設置、身体障害者家庭奉仕員の派遣、内部障害者更生施設の設置)</p> <p>8月 児童福祉法の改正(重症心身障害児施設の創設等)</p> <p>8月 精神薄弱者福祉法の改正(授産施設の新設)</p> <p>8月 「自閉症児親の会」結成</p> <p>10月 第1回全国ろうあ者体育大会、東京都で開催</p>	6月 第51回ILO総会128号「障害、老齢及び遺族給付に関する条約」採択