

ICF (国際生活機能分類) に立った 障害児・者実態調査で見えてきたこと

— 「ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査」 —
ハイライト

目次

はじめに：この調査研究の趣旨と特徴	
ICF：「生きることの全体像」についての「共通言語」	1
1. 外出を増やすには何が必要か？	2
2. 「参加」を支援しよう	3
3. コミュニティライフや余暇の充実を	4
4. 「活動」をどうとらえるか	5
5. 機能障害からみた新たな支援の課題（1）	6
6. 機能障害からみた新たな支援の課題（2）	7
7. 障害者・家族の高齢化は大きな課題	8
8. 望ましい支援の内容を深めましょう	9
9. 生活機能の観点からの災害時対策を	10
コラム	11

はじめに：この調査研究の趣旨と特徴

国連障害者権利条約は、「権利条約の実現に向けた政策立案・実施のための統計」の重要性を規定しています（第 31 条）。このようなあるべき統計のすがたを明確にすることを目的として、現在研究を進めています。

本冊子は、その研究の一環として行った「ICF(国際生活機能分類)に基づく障害児・者の生活機能の実態調査」で得られた豊富な結果のうち、特に新しい、大事な問題・課題を明らかにするものにしぼって「ハイライト」としてご紹介するものです。

この研究の大きな特徴は、①当事者参加型研究、②ICFを基本骨格とし、その際「参加」に重点をおく、③その結果を生活機能向上に生かす、という点にあります。

生活機能低下(障害)は普通にいう「障害」のある人だけでなく、病気のある人、高齢の人など多くの人に起こります。今回の内容はそれらの人々も含めた共通のものとして、生活機能向上に向けたシステムづくり、そして一人ひとりの人の支援など様々な面に役立つことを願っています。

本研究は現在も続行中であり、結果及び今後の進め方にご意見をいただければ幸いです。

①「当事者参加型」の研究のために、わが国の障害者団体の最大の連合組織である「日本障害フォーラム」の協力を得て、その推薦委員と専門家委員からなる調査研究委員会(12 ページ)を中心に研究を行いました。

さらに、通常の「個人調査」(アンケート)だけでなく、ICFの理論と実践に習熟した専門家が団体調査(22 の障害者団体の訪問・聞き取り調査)を行って、各団体が把握している問題点と、統計についての意見をうかがったことはとても有益でした。個人調査には 5,008 名の方から回答をいただきました。(⇒12 ページ)

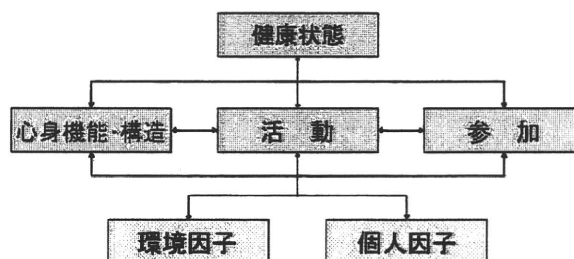
②ICFを基本骨格とした理由は、ICFが障害(生活機能低下)のある人の豊かな全体像を捉えることができる点にあります。(⇒1 ページ)

また「参加」に重点をおいたのは、権利条約が規定するのは様々な「参加」を実現する権利であり、統計においても、参加を中心に、生活機能全体を総合的に捉える必要があるからです。

③そしてこの結果を統計のあり方だけでなく、生活機能向上にむけて役立つことをめざしました。

なお、本調査の前提として、国連障害者権利条約及び各種の政府統計調査(内閣府「障害者施策総合調査」、厚生労働省平成 18 年「身体障害児・者実態調査」、同「国民生活基礎調査」「中高年者の生活に関する継続調査」)について、ICFの見地からの分析・検討を行いました。

図 1. ICFの生活機能モデル (WHO, 2001)



ICF：「生きることの全体像」についての「共通言語」

2001年に世界保健機構（WHO）はICF（国際生活機能分類）を採択しました。

これは1980年の国際障害分類を、障害のとらえ方という根本的な点から改定したもので、この20余年間の、障害者の権利尊重の世界的な動向を受けて作られました。

ICFとは、すべての人の「生きることの全体像」についての「共通言語」です。

「生きることの全体像」を示す「生活機能モデル（前ページ図1）」を、「共通言語」（共通のもののみ方・考え方）として、当事者自身そして様々な専門分野や異なった立場の人々が共有し、共通理解に役立てることを目指しています。

< ICFの特徴 >

- 1) 「生きる」ことの全ての側面をとらえる「生活機能」（図2、表1）
 「生活機能」とは、ICFの中心概念で、人が「生きる」ことの3つのレベルに対応する「心身機能・構造」「活動」「参加」のすべてを含む「包括用語」です。
 この生活機能に問題・困難を生じた状態が「機能障害」「活動制限」「参加制約」で、その「包括用語」が「障害」です。「生活機能低下」ということもあります。
- 2) 生活機能の中に障害を位置づける（図2）
 ICFでの障害のとらえ方は、これまでの障害のとらえ方とは根本的に違っています。それは障害のある人をその障害（問題・困難）の面だけからみるのではなく、様々な生活機能を発揮しつつ、そこに障害をもっている存在として、とらえることです。
- 3) 「健康状態」「環境因子」と「個人因子」
 生活機能に影響を与えるものとして、病気・ケガだけでなく、妊娠、高齢、ストレスなどを含むより広い概念である「健康状態」としてとらえます。
 さらにそれに加えて、生活機能に影響を与える「背景因子」として「環境因子」と「個人因子」をとり入れました。
- 4) 相互の関係性を重視
 図1での生活機能の3つのレベルの間、またそれらに影響する「健康状態」「環境因子」「個人因子」との間の矢印が示すように、それぞれの要素が他の全ての要素と影響し合うことを重視します。
- 5) 「統合モデル」
 ICFはある特定の要素や関係性のみを重視するのではなく、以上に述べてきた観点から一人ひとりの「人が生きること」全体をとらえるものです。新しい「統合モデル」といえます。

図2. 生活機能と障害
 —両者の3レベル間の関係(大川)—

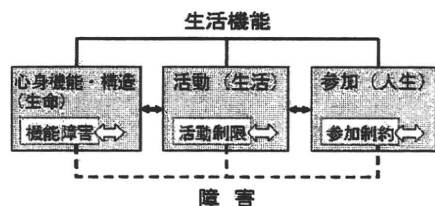


表1. 生活機能の各レベルの特徴(大川)

心身機能・構造 生物レベル	活動 個人レベル	参加 社会レベル
体の動きや精神の働き、また体の一部分の構造のこと	生きていくのに役立つ様々な生活行為のこと。目的をもったひとまとまりをなした行為。	社会(家庭を含む)的な出来事に関与したり、役割を果たすこと。また楽しみたり、権利を行使すること。
例: 手足の動き、見ること、聞くこと、話すこと、内臓の働き、など。 ・手足の一部、心臓の一部(弁など)など。	例: 日常生活活動(ADL)から家事・仕事・人との交際・趣味・スポーツなどに必要な全ての行為を含む。	例: 仕事場での役割、主導の役割、家族の一員としての役割、地域社会(町内会や交友関係)の中での役割、趣味の会に参加、その他色々な社会参加をすること、役割を果たすこと。
機能障害	活動制限	参加制約
問題・困難のある場合		

1. 外出を増やすには何が必要か？

－ ハード面だけでなくソフト面の充実を －

「どこが変わればもっと外出できるようになるとお考えですか」の質問について、8.5割の方は具体的な希望を持っていました。

最も多いのは「外出の目的が増えること」であり、次に「外出のための介助者が得られること」、その次が「疲れやすさの改善」でした。

機能障害種別による違いをみると、「外出の目的が増える」は、精神障害、知的障害、発達障害、高次脳機能障害で多くみられました。ただ他の機能障害種別でもかなりみられました。

また「外出のための介助者」は視覚障害、「疲れやすさの改善」は難病、心臓・腎臓・呼吸器機能障害で多くみられました。

肢体不自由では「駅のエスカレーター」、「バスの乗り降り」など移動に関する建物・交通などのハード面への希望が多くみられました。ついで「歩くことが楽になる」「外出先での身の回りの事が楽になる」の「活動」面の改善の希望も多くありました。

聴覚障害では「個人的なコミュニケーションの改善」が多くみられました。

その他「公衆への情報提供の改善」などソフト面への希望がかなりありました。

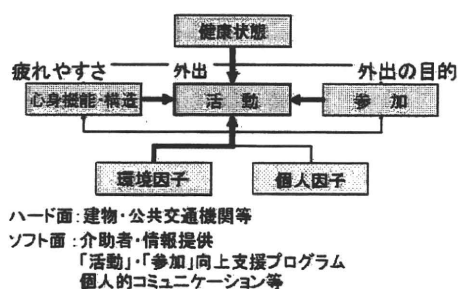
これらは、もっと外出できるためには、建物や交通機関などのハード面だけでなく、ソフト面への対応がより必要なことを示していると考えられます。

ソフト面への具体的対応として、「目的が増えること」には「参加」についての選択肢とその「参加」を可能にする「活動」向上技術の提供が望まれます。

(⇒4ページ：コミュニティライフや余暇の充実)

また「疲れやすさ」は、これまで重視されていませんでしたが、機能障害として配慮すべきことです。(⇒7ページ：機能障害からみた新たな支援の課題)

更に情報提供、コミュニケーションなど関係したソフト面の環境因子の整備が望まれます。



2. 「参加」を支援しよう

－ 仕事や育児の前提がセルフケアではない －

- ・身の回り行為（セルフケア）を自分一人で行っていないと、仕事に就くことは難しい、と思われがちです。また障害者は介護などの援助を受ける側とだけ考えられやすいようです。本当にそうでしょうか。

<仕事>

- ・身の回り行為や外出、公共交通機関利用に制限があっても仕事を活発に行っている場合が多くみられました。これは「身の回り行為ができなければ、仕事ができない」とは限らないことを示しています。

身の回り行為に手助け・促しを受けている人の6割は働いており、そのうち2割は雇用・自営・在宅勤務でした。

<他者への援助>

- ・同居家族に介護や育児などの支援の必要な人がいる(全体の1割)場合、18歳以上の6.5割で障害のある人自身が支援を行っていました。

その9割以上は不自由さを感じたり、限られた範囲であったり、また手助けを受けながら支援をしていました。

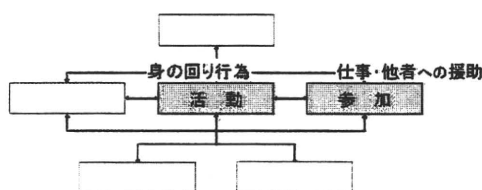
18歳以上で育児が必要な人がいる場合、また65歳以上で介護が必要な人がいる場合、ともに7.5割の人が何らかの関与をしていました。

またボランティアを月1回以上している人が全体の1割強いました。

以上のことは身の回り行為に介護を受けていても、仕事や他者への援助などの「参加」レベルでは高い状態になりうることを示しています。

身の回り行為を一人でしていることが、仕事や他者への支援、コミュニティライフ(⇒4ページ)などの前提だと思い込むと、「参加」の可能性を狭めることになります。

そうではなく、身の回り行為に介護を受けていても「参加」を拡大する支援プログラムやシステムが必要なのです。



身の回り行為を自分一人で行っていることが、仕事に就くことや他者への援助の前提ではありません。

3. コミュニティライフや余暇の充実を — 様々なかたちの「参加」を —

「参加」として大事なことでありながら、従来実態把握が十分でなかった「コミュニティライフ・余暇」について今回多くの項目（18種類）※についてみてみました。

「参加」は個人によってしたいことは異なります。そこで、「現在の実行状況(回数)」と「満足度・希望」をペアで見て、更にこの2者間の関連性を検討しました。

※調査項目：地域との交流（近所付き合い、町内会など）、友人との交流、冠婚葬祭、お墓参り・日々の拝礼・その他の宗教的活動、スポーツ、散歩、趣味、旅行、映画、観劇・音楽会、図書館、美術館・博物館・展覧会、日用品以外の買い物・ショッピング、外食、居酒屋・バー、ボランティア、障害者団体など団体活動への参加、政治的な活動への参加

項目や機能障害種別による違いはありますが、概して「回数」、「満足度・希望」とも低い結果になっています。

<気持ち>

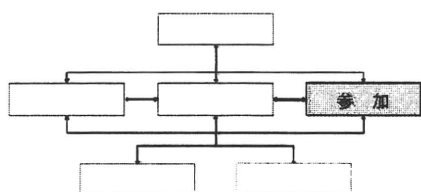
「満足度・希望」では「したいががまんしている」や「できないとあきらめている」がかなりあることも注目されます。

「したいががまんしている人」が3%（政治的な活動）～15%（旅行）。

「できないとあきらめている人」が6%（趣味）～16%（スポーツ）。

今後、どのような条件が「がまん」や「あきらめ」に影響しているかの検討を深め、解決の方向をみつける必要があります。（⇒11ページ：コラム1）

これらは「もっと外出ができるようになるため」の答えで「外出の目的が増えること」が多かった（⇒2ページ）こととも関連が深く、仕事やコミュニティライフ、余暇などの「参加」を増やし、活発で内容豊かな生活をつくっていくことの大事さを示していると思われます。



4. 「活動」をどうとらえるか

— 「どこでも」と「限られた場所で」の区別が重要 —

「活動」は、「参加」を実現するために必要な具体的な行為であり、「活動は参加の具体像」ということができます。

その状態の正しい把握は「参加」の状態を具体的に把握したり、「参加」を向上させるために働きかけるべき点（ターゲット）を明確にするためにも重要です。

従来は、「活動」について「一人でしている」（医療・介護等の用語では「自立」）か、介護が必要か（そしてその程度）を分けていましたが、「一人でしている状態」を次の2つに区別する必要が明らかとなりました。

- 1) ある特定の限られた場所（例えば自宅内、施設内）だけで一人でしている状態 [「限定的自立」：評価点*1]
- 2) 外出先・旅行先などでも1人でしている状態 [「普遍的自立」：評価点0]

・屋外歩行では「自立」者は8割弱で、その内4割弱（全体の3割弱）は「限定的自立」でした。

・排泄は、外出先でも一人でしている人は全体の6割で、自宅では一人でしている人（「限定的自立」）が全体の1.5割でした。

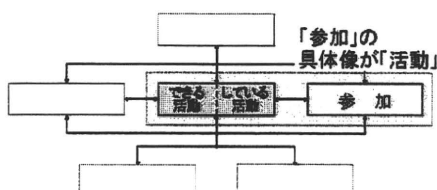
トイレが外出先で一人で行えないために外出先を制限している人は少なくありません。それによって「参加制約」にもつながります。

「限定的自立」にとどまっているため、「参加」の拡大にマイナスに働いていることが少なくないと思われます。

このことは限られた場所で一人でしていれば（「限定的自立」）十分とするのではなく、「普遍的自立」にまで向上できるように専門家と当事者が協力して工夫することが必要なことを示しています。

※評価点

ICFでは生活機能に起こった問題・困難の程度を示すために0(問題なし)から5(完全な問題)までの数字を用い、それを「評価点」とよびます。



「している活動」と「できる活動」
⇒11ページ：コラム2参照

5. 機能障害からみた新たな支援の課題（1）

－ 複数の機能障害への「足し算」でなく「掛け算」の対応を －

現在の制度上で用いられる機能障害名が、その人の障害（生活機能低下）の状態を代表するかのように思われていることがよくあります。

<一人で複数の機能障害>

しかし今回、一人の人が様々な機能障害をもつ場合が多いことが明らかとなりました。

1個だけの人は全体で3割強で、7割弱の人は複数(2個以上)の機能障害をもっています。

平均すると、一人の人が実に2.7個の機能障害をもっています。

機能障害を2個もつ人は2割、3個の人は1.5割、4個の人は1割、それ以上が2割でした。専門家が診断・評価すればもっと多くのものを診断できる可能性があります。

これまで複数の機能障害がある場合、「重複障害」と呼ばれてきました。しかしそれぞれの機能障害が別々にいわば「足し算」として表れている状態ではなく、むしろ別の新しい「かけ算」の状態として認識する必要があります。

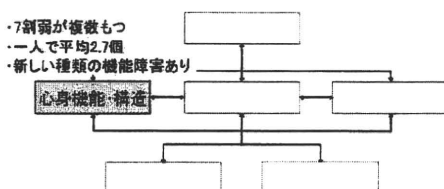
そして支援も「足し算」で行えばよいのではなく、新しいあり方を考えていく必要があります。障害児・者への支援の新しい課題といえます。

<様々な種類の機能障害：まだ制度上認められていないものも>

今回の調査でわかった複数の機能障害の中には、現在まだ法的に障害として認められていないものも一定数含まれています。

例えば、高次脳機能障害 [ICFの心身機能：1章]、痛み [2章]、感覚異常 [2章]、血液・免疫 [4章]、代謝 [5章]、外見上の差異 [8章] などがありました。

このように多種類の機能障害があり、同時に複数持つ人が多いことから、従来のような機能障害を基本とした見方で障害のある人（参加制約、活動制限のある人）をとらえることには無理があると思われます。



機能障害はそれだけを見るのではなく、活動・参加にどのようなマイナスの影響を与えているかという視点からみることが大切です。

6. 機能障害からみた新たな支援の課題（2）

－「疲れやすさ」や「変動」にも配慮しよう－

<疲れやすさ>

これまで注目されてこなかった機能障害である「疲れやすさ」について調べてみました。すると、これは呼吸器障害、精神障害、難病、などでも多くみられました。一方、多かれ少なかれほとんどすべての機能障害種別にみられるという「共通性」もありました。

「疲れやすさ」や「だるさ（倦怠感）」をしばしば感じる人が全体の2割、非常に疲れやすい人が1割いました。呼吸器障害では、それぞれ3割強、1.5割、精神障害では2.5割、2割弱、難病では2.5割、1.5割でした。

また疲れのため日中1時間以上横になって休む人が1.5割いました。

なお「疲れやすさの改善」は、「もっと外出できるために」の改善点の第2位でした。（⇒2ページ：外出を増やすには）

<変動>

疲れやすさを含めた種々の機能障害には変化・変動がみられました。

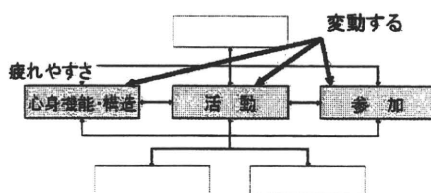
体や精神の働きや疲れやすさの変化・変動が「1日の中でもある」が全体で0.5割、「一週間～数ヶ月の間にある」が1.5割であり、特に呼吸器障害、精神障害、難病で著しくみられました。

このような「心身機能」の変動は「活動」「参加」に影響し、これらにも変動を生じます。（自由記載欄での記入に多くみられました）

「変化・変動」の原因として「病気の影響」をあげている人が3割、「薬の影響」が2割強いたのも注目されます。病気（「健康状態」）の治療でも心身機能への影響を考慮することが必要といえます。

なお医療機関の外来に通院している人が7割にのぼります。65歳以上では約9割でした。医療機関での生活機能について理解した対応が望まれます。

これらは、「疲れやすさ」や、機能障害に「変化・変動」があることに配慮した支援が必要なことを示しています。障害児・者への支援の新しい課題といえます。



7. 障害者・家族の高齢化は大きな課題

高齢化が大きな社会問題となっていますが、障害の分野でも本人と家族の両方について高齢化は重要です。

<進行・悪化は「としのせい」？>

「最近5年間に『身の回りの不自由さ』が進んだ」人がかなりあり、特に高齢者（65歳以上）では6割にみられました。

その原因としてご自身が考えているもので一番多いのは、病気の進行や新たな病気の合併ではなく、「老化」でした(5.5割)。

40～64歳でも身の回りの不自由さが悪化している人が4割でした。高齢者と同様に原因として老化を最も多く考えていました(3.5割)。

障害者の高齢化は重要な課題です。生活機能低下の予防・改善に向けたプログラムやシステムづくりが必要と考えられます。

なお、生活機能(障害)低下のある場合、特に高齢者では「不自由さの進行」の原因としては「生活不活発病」も考える必要があります。

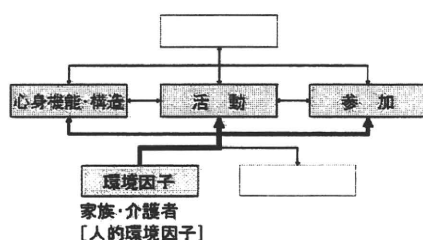
生活不活発病は予防し改善できるものですから、正しい知識を持つことが必要です。
(⇒11ページ：コラム4)

<家族の年をとることが心配>

家族について、全体の3分の1に「心配なこと」があり、最も多いのは「年をとっていること」でした。

これは本人の将来設計に関わることであり、同時に、家族自身の「第三者の生活機能」にも十分留意する必要性を示すものといえます。

(⇒11ページ：コラム3)



家族は重要な環境因子で、生活機能の3つのレベル全体に大きく影響します。

8. 望ましい支援の内容を深めましょう — 「手助け」と「促し・誘い」との区別の必要 —

今回、人的支援・物的支援を活用して様々な「参加」や「活動」を実現している人が多いことが注目されました。では、適切な支援・望ましい支援とはどのようなものでしょうか。

支援には人的支援・物的支援・制度・サービス支援があります。

人的支援として重要な「介護」について、これまで「手助け」と「促し・誘い」はまとめて論じられがちでした。

今回両者を区別して調べた結果、両方が必要な場合もありますが、この2つははっきりと区別しなければならないことが分かりました。

外出時何らかの人的支援を受けている場合に、「促し」を活用している人は精神障害・知的障害で2.5割、発達障害で1.5割でした。

機能障害種別によって「手助け」と「促し・誘い」の比率には差があります。

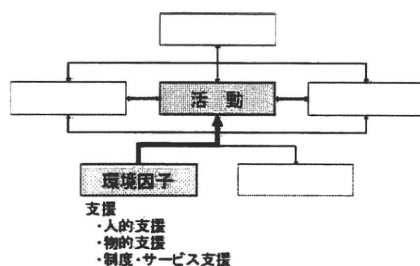
「促し・誘い」の頻度は精神障害、知的障害、発達障害、などに高い傾向がみられました。しかしその他の種別にも多かれ少なかれみられます。

「活動」に制限がある（一人で行うことに難しさがある）人には「直接手を貸して手助けする」ことが必要だし、望ましいものと思われがちです。

しかし、「手助け」と「促し・誘い」とでは、大きく違うものです。

促し・誘いが、適切である場合に不適切な手助けをすることが過介護や自己決定権の侵害など（阻害因子^{*}）にならないためにも、名称・概念として明確に区別することが重要と思われれます。

<注>介護は不自由なことを手助けするもの（補完的介護）と思われがちですが、実は介護のプログラムや技術で生活機能を向上させることができます。そのような「よくする介護」の活用が大事です。その際「促し・誘い」の仕方（技術）が重要です。



支援は環境因子です。

※「阻害因子」と「促進因子」

「環境因子」が生活機能に対してプラスの（向上させる）影響を与えている時は「促進因子」と呼び、マイナスの（低下させる）影響を与えている時は「阻害因子」とよびます。

9. 生活機能の観点からの災害時対策を — 災害からみえてくる平常時の課題 —

災害時に障害児・者にどのような配慮が必要なのでしょうか。

「災害が起きたときに心配なことは？」の質問に対しては、「避難所生活での不安」が5割強、「避難所への移動」が3割強、「避難の通知が確実に伝わるか」が2割強でした。

「避難所生活での不安」以外では、機能障害種別によって心配な内容の違いがありました。「避難所への移動」は視覚障害、肢体不自由が多く、「避難所の通知が確実に伝わるか」は、聴覚障害が多く、精神障害、知的障害、発達障害でも多くみられました。

「避難所生活での不安」の具体的内容としては、トイレや移動ができるか、適切に情報が得られるか等があり、その他、「医療面に関する不安」（適切な医療を受けられるか、病気の悪化とそれによる「機能障害」「活動」の悪化）がありました。また集団生活の中で「周囲から好奇の目でみられる」、「周囲が配慮してくれるか」などの心配が（特に知的障害、発達障害など外見上わかりにくい障害に）ありました。

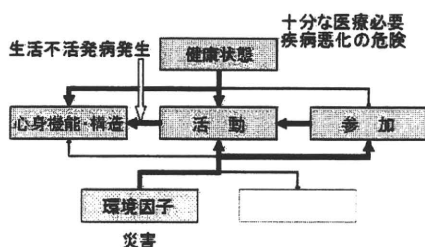
これらから、今後以下に配慮した災害時の対応が必要と考えられます。

- ①医療面と生活機能の両面への対応が必要：障害児・者には難病、精神障害、心臓・腎臓・呼吸器機能障害等、疾患管理を必要とする人も多いのです。
- ②現在は「要援護者対策」として避難行動が難しい人を中心とした対応ですが、障害児・者全体、更には生活機能低下者全般への拡大が必要です。
- ③災害を契機として生じる生活機能低下を予防する観点が必要です。

(⇒11 ページ：コラム4)

以上は本当は平常時から必要なことです。

むしろ平常時の障害児・者についての理解・対応の問題点が災害時に明らかになるという認識が重要です。



コラム1：満足感や希望も大事（主観的な側面の重要性）

今回、客観的な状況だけでなく、主観的側面についても検討しました。外出、コミュニティライフ・余暇（18項目）、教育、仕事、家事については実行状況と満足度・希望を同時にみて関連性を検討しています。そして、最後に総括的な主観的状态（仕事・交友関係等の「社会との交流」について、ご自分の家庭内での役割について、ご自分の身体の働き、自立心、自尊心、幸福感、自分の人生全体（過去を含め）についての満足感）について聞きました。（⇒4ページ）

コラム2：「している活動」と「できる活動」

活動の把握では、活動は実生活で実行している状況（実行状況：「している活動」）と評価・訓練時やがんばればできる状況（能力：「できる活動」）とを区別することが大事です。

今回は「実行状況」を把握することを明確にして調査を行いました。迷わずに回答し易いと好評でした。（⇒5ページ）

コラム3：第三者の生活機能

生活機能低下のある人（本人）に深い関わりをもつ人（家族・介護者など）にも、「参加」が制約されたり、「活動」が制約されたりすることが起こりやすく、その結果心身機能にも問題が起こるなど、生活機能低下が起こる可能性があります。そしてそれは本人の生活機能を一層低下させる危険があります。このように本人だけでなく、「第三者の生活機能」も重要で、注意を払う必要があります。（⇒8ページ）

コラム4：生活不活発病：予防できる生活機能低下

「生活が不活発」なことによって、心身機能が低下することです。筋肉や骨が弱るだけでなく、心臓や肺の働きも低下し疲れやすくなりますし、精神の働きも低下します。（学術用語では「廃用症候群」といいます。）その結果、「活動」や「参加」を含め生活機能全体が低下します。

障害のある人で特に高齢者では生じやすいので注意が必要です。但し、生活不活発病はご本人に正しい知識があれば予防できる生活機能低下（障害）の典型例です。

直接の原因は「生活が不活発」なこと、すなわち「活動」が量的や質的（やり方・仕方）に不十分なことです。特に災害時には環境因子が変わり、「動けない」（「活動」の「質」・「量」の低下）ために生活不活発病を生じやすくなります。これは「健康状態」以外から生活機能低下（障害）が生じる典型例です。

災害時も含めて、「参加」が少ないことが原因なことも多いので、予防・改善のためには「参加」「活動」を増やすことが大事です。

今回の調査でも、「障害の原因以外の病気のために、自分で心がけて体を動かすことを控えている」人が全体の1.5割と、「医師から指導されて控えている」人の3倍多くいました。「病気の際は安静（無理をしないこと）が大事」という思い込みが「生活不活発病」を起こす危険性を考える必要があります。（⇒8ページ、10ページ）

＜個人調査の方法・対象＞

個人調査では多様性（性、年齢、機能障害種別、生活環境、等）を重視する立場から、できるだけ広い範囲のバラエティ（多様性）を捉えることができるように対象を設定しました。また、現在の法制下では「障害者」とは認められていないが、明らかな機能障害をもち、生活機能上の問題をもつ人々（難病、慢性疾患、等）をもできる限り含めることとしました。その結果、多くの協力を得て（下の協力組織名参照）、2009年～2010年に行い、5,008名の方から回答をいただきました。機能障害種別は極めて多様で、視覚障害 423名、聴覚障害 196名、肢体不自由 1,338名、心臓機能障害 82名、腎臓機能障害 121名、呼吸器機能障害 121名、精神障害 688名、知的障害 734名、発達障害 267名、難病 98名、高次脳機能障害 47名、などです。

調査研究委員会委員名簿

障害者団体推薦委員（50音順）

庵 悟	全国盲ろう者協会
大久保 常明	全日本手をつなぐ育成会 常務理事
太田 陽介	全日本ろうあ連盟 理事・福祉対策部長
大濱 眞	全国脊髄損傷者連合会 副理事長
桐原 尚之	全国「精神病」者集団 運営委員
新谷 友良	全日本難聴者・中途失聴者団体連合会 常務理事・国際部長
東山 文夫	日本盲人会連合 常務理事（発足時）
有泉 一如	日本盲人会連合 課長代行（委員交代）
（副委員長） 藤井 克徳	日本障害者協議会 常務理事
森 祐司	日本身体障害者団体連合会 常務理事・事務局長
山本 創	DP I 日本会議（発足時）
奥山 幸博	DP I 日本会議 事務局次長（委員交代）
良田 かおり	全国精神保健福祉会連合会 事務局長

専門家委員（50音順）

（委員長） 上田 敏	日本障害者リハビリテーション協会 顧問
（事務局担当） 大川 弥生	国立長寿医療研究センター研究所 部長
片桐 和雄	金沢大学 教授（発足時）
吉川 一義	金沢大学 教授（委員交代）
松井 亮輔	法政大学 名誉教授、日本障害者リハビリテーション協会 副会長、アジア太平洋障害フォーラム 事務局長

個人調査・団体調査に協力頂いた組織名

【JDF加盟団体】

(福)日本身体障害者団体連合会
 (福)日本盲人会連合
 (財)全日本ろうあ連盟
 日本障害者協議会
 (NPO)DP I 日本会議
 (福)全日本手をつなぐ育成会
 (社)全国脊髄損傷者連合会
 (NPO)全国精神保健福祉会連合会
 全国「精神病」者集団
 (社)全国盲ろう者協会
 (社)全日本難聴者・中途失聴者団体連合会

【JDF直接加盟団体以外、50音順】

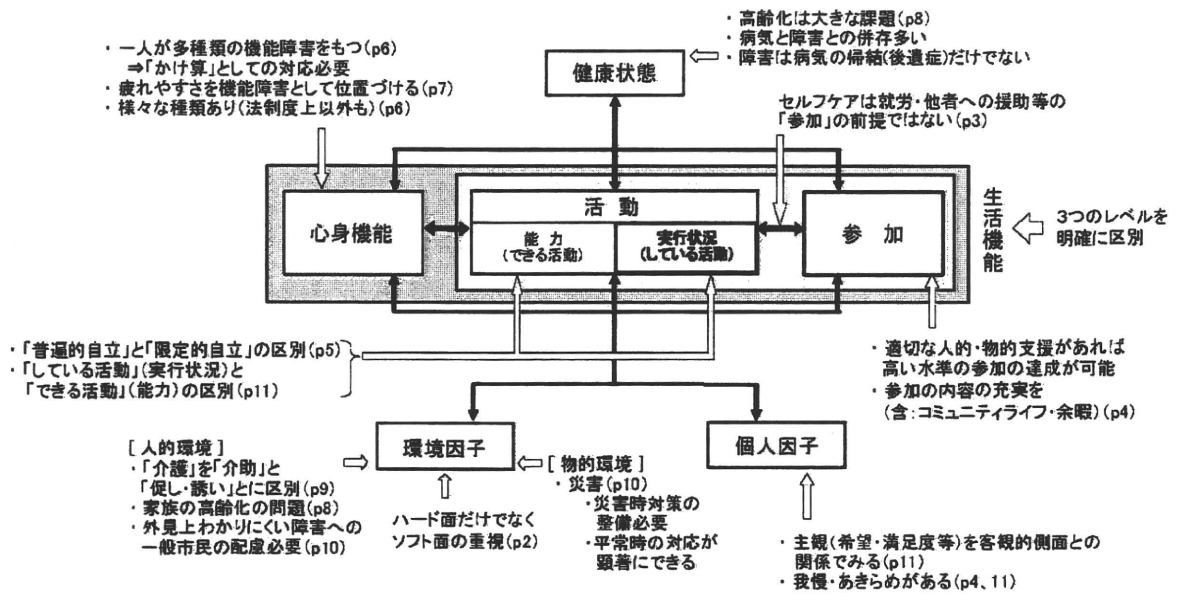
I BDネットワーク
 SJS(スティビジョン)患者会
 (NPO)えじそんくらぶ

(NPO)エッジ
 下垂体患者の会
 (NPO)カラーユニバーサルデザイン機構
 きょうされん
 (財)公害地域再生センター
 埼玉県肝臓友の会
 (NPO)埼玉県障害者協議会
 全国C I DP サポートグループ
 全国筋無力症友の会
 全国膠原病友の会
 全国視覚障害児(者)親の会
 (NPO)全国社会就労センター協議会
 (福)全国重症心身障害児(者)を守る会
 (社)全国腎臓病協議会
 (NPO)全国精神障害者団体連合会
 (NPO)全国脊髄小脳変性症・多系統萎縮症友の会
 全国脊柱粗骨化症患者家族連絡協議会

全国多発性硬化症友の会
 全国聴覚障害者親の会連合会
 全国パーキンソン病友の会
 (社)ゼンコロ
 (NPO)東京都自閉症協会
 東京都パーキンソン病友の会
 奈良県障害者協議会
 難病をもつ人の地域自立生活を確立する会
 (社)日本オストミー協会
 日本肝臓病患者団体協議会
 (社)日本筋ジストロフィー協会
 日本知的障害者福祉協会
 (社)日本てんかん協会
 日本難病疾病団体協議会
 (NPO)日本脳外傷友の会
 (社)日本リウマチ友の会
 無年金障害者の会

今回の調査結果をもとに生活機能把握において重要な点をICFモデルに基づいて整理した概念図を裏表紙に掲載しました。

ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査で わかったこと（生活機能モデルによる整理）



高齢の障害者への支援の内容についての検討

研究代表者 大川弥生（独）国立長寿医療研究センター 部長

研究分担者 上田 敏（財）日本障害者リハビリテーション協会 顧問

研究要旨 高齢障害者支援のシステム及びプログラム構築の方向の明確化の研究の第1歩（初年度）として、「ICFに基づく障害児・者の生活機能実態調査」の結果に立ち、また国際動向調査の結果をも参照しつつ、生活機能低下者に対する支援のあり方についての基本的考え方と今後の課題を明らかにすることについて多数・多様な専門家によるデルファイ法による検討を行い、その結果を「障害者への支援内容の再構築のためのポイント」と「生活上の適切な配慮・支援が必要な状態」の2つにまとめた。

A. 研究目的

本研究班の目的である、高齢障害者支援のシステム及びプログラム構築の方向の明確化に向けて、初年度である今年度は高齢障害者に限らず広く障害者（生活機能低下者）全般を対象として、それらへの支援のあり方についての基本的な考え方と、今後の課題を明らかにすることを目的とした。その際本研究班として行っているICF（国際生活機能分類、WHO）に基づく障害児・者の生活機能実態調査の結果に立ち、またこの問題に関する国際動向調査の結果および生活機能調査の結果の一般啓発に対する意見をも参照しつつ行うこととした。

B. 研究方法

1. 生活機能実態調査結果の検討

本研究班で実施している、障害当事者参加による「ICFに基づく障害児・者の生活機能

実態調査」の団体調査（31団体）及び個別調査（4919名、1～97歳）の結果の検討、並びに個別調査の回答内容について更に詳しく電話調査もしくは直接面談を行った結果（分担研究「ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査」参照）から、生活機能低下者（現在の制度上の障害者に限定せず、機能障害があり生活機能上の問題をもつ多様な人々を含む）への支援についての現状の問題点と今後の課題を、ICFに基づいて分析した。

2. 国際的動向調査と一般啓発を参照

その際、並行して行った国際的動向調査（分担研究「障害者支援の在り方に関する国際的動向—過去半世紀にわたる認識の発展と現在の到達点—」参照）の結果および一般啓発の結果（分担研究「生活機能低下の実態についての一般啓発のあり方の検討—リーフレット「ICF（国際生活機能分類）に立った障害児・者実態調査でみえてきたこと」の作製を通

して「参照」を参照した。

3. 研究の手順

ICFにもとづく障害児・者の生活機能実態調査及びその結果分析にも関与した本研究代表者および研究分担者2名と理学療法士1名、作業療法士2名を加えた計6名で集団メールによる集団的意見交換を基本とする二段階デルファイ法により、生活機能低下者への支援の在り方について明らかにした。その際本年度は支援のあり方についての基本的な考え方と、今後の課題を明らかにすることを重視し、高齢障害者に限らず広く障害者（生活機能低下者）全般に関わる問題点に重点をおいた。

C. 結果

1. 今後の障害者支援内容のあり方

今後の障害者（生活機能低下者）への支援の内容についての基本的な考え方と課題を、表1に「障害者への支援内容の再構築のためのポイント」としてまとめた。

1) 障害者支援の再構築が必要となった背景

障害者支援のあり方を考える前提として、まず「障害者支援の再構築が必要とされる主な背景」を明らかにすることとし、表1のI.に示すように、主に障害者をめぐる状況の変化の観点から4点を挙げた。

第1点は障害者（生活機能低下者）の増加である。既存の制度で規定されている「障害者」に限らず、それ以外にも、生活機能が低下している人々が、種類としても、人数の上でも数多いことが近年ますます認識されてきていることである。

この大きな原因は高齢化の進行である。しかしそれだけでなく、ICFの生活機能の3つ

のレベル（「心身機能」「活動」「参加」）の観点から、そのマイナス面である「障害」をとらえることによって、制度上の障害（従来はほぼ「機能障害」のみで規定されていた）とは別に、様々な種類の障害のある人々が存在することが再認識されるのである。

第2点は、近年において医療・教育・障害者施策・介護などの様々な制度に大きな変化があったことである。例えば介護保険制度は、これまでの障害に関する制度とは一見違っているが、「要介護者」（介護が必要な人）とは「活動」面の低下がある人であり、生活機能低下のある人にほかならず、障害者への支援を考える上で介護保険制度を抜かして考えることはできない。

また現在は、国連の障害者権利条約の批准にむけて、制度面の整備に向けてさまざまな検討がなされている時期であり、本研究と並行して行った「国際的動向調査」（前記）とも関連付けて、この条約の趣旨をよりよく生かすための制度面の整備の今後のありかたをも十分考慮する必要がある。

第3点は、生活機能低下のある人への支援に関与する新たな専門職種、あるいはその他のサービスへの従事者の増加である。これには上記第2点の制度の変化によって新たに加わった専門職（例えば介護保険関連職種）もあり、生活機能向上のためのより広いニーズに応えるべく生まれた新しいサービス分野（ロボット工学を中心とする工学分野、NPOによるさまざまなサービス、等）の従事者もある。

このような従事者の質・量両面の増加は支援内容の豊富化として喜ばしいことであるが、一方、従来よりはるかに多くの職種、サービ

ス従事者の間での協力・連携を、同一時期、また継時的に、効果的・組織的におこなう必要が生じてきている。新たな連携と役割分担、またチームワークの実践が必要となってきたのである。

第4点は、障害者の自己決定権尊重の機運であり、これは国民一般を含めた大きな意識の変化として、「当事者中心の支援」の観点から当然重視すべきことである。

2) 再構築すべき内容

以上のような点をふまえて、障害者支援について再構築すべき内容は、表1のⅡに示した以下の5点にまとめることができると考えられる。

第1点は支援に関与する人々の範囲の拡大であり、その際2つの面を考える必要がある。

その1は、直接的な1対1の支援サービス提供者だけでなく、間接的な関与者、すなわち1対多のサービス提供者(例えば工学者)をも含めて考えていく必要があることである。その2は、専門職だけでなく、広く社会人一般も障害者支援に一定の役割を果たすものと考え、その活用法を探求することである。

第2点は、対象とする人々の範囲の拡大であり、これも2つの面から考える必要がある。

その1は、「障害者」の範囲の拡大であり、既存の法的規定に限らず、ICFが規定する「障害」(生活機能低下)のある人すべて、すなわち広い範囲の障害児・者、要介護者、慢性疾患患者、等々を支援の対象に含めて考えなくてはならない。

表1. 障害者への支援内容の再構築のためのポイント

I. 再構築が必要となった背景：障害者を巡る状況の変化

- 1) 障害(生活機能低下)者の増加：種類も人数も
- 2) 医療・教育・障害者施策・介護などの制度の変化と、障害者権利条約批准にむけて
- 3) 生活機能低下者支援のための仕事に関与する職種・サービス従事者の増加
- 4) 自己決定権尊重の機運

Ⅱ. 再構築すべき内容

- 1) 関与する人々の範囲の拡大
 - (1) 直接的な1対1のサービス提供者だけでなく、間接的関与者(1対多)も
 - (2) 専門職だけでなく広く社会人一般も
- 2) 対象とする人々の範囲の拡大
 - (1) 障害者の範囲：既存の法的規定に限らず、ICFが規定する「障害」(生活機能低下)のある人すべて、すなわち広い範囲の障害児・者、要介護者、慢性疾患患者、等々
 - (2) 1人の障害者が持つ機能障害の増加の認識
- 3) 具体的連携のあり方
 - (1) 時間的連続性と同一時期の連携(「タテの連携」と「ヨコの連携」)
 - (2) 各関係者間の「なわばり」「線引き」でなく「相乗効果」
- 4) 「総合的な後始末」から「総合的で先見的な生活機能低下予防・向上」へ
- 5) 本人の位置づけの明確化

その2は、1人の障害者が持つ機能障害数の増加の認識である。今回の個人調査で、回答者の7割弱が複数（2個以上）の機能障害をもっており、平均すると一人の人が2.7個の機能障害を持つことが判明した。このような複数の機能障害をもつ人への支援は、単なる個々の障害への支援の合計（「足し算」）ではなく、複数の機能障害による複合的な障害の発生の認識に立った新しいタイプの支援（「掛け算」）が必要となる場合が多いと考えられる。

第3点は、各種の支援間の具体的連携のあり方であり、次の2点が重要と考えられる。

その1は、時間的連続性と同一時期の連携（「タテの連携」と「ヨコの連携」）との両方を重視する必要であることである。

その2は、各関係者間の「なわばり」「線引き」に立った「分業」でなく、有機的な連携による「相乗効果」を發揮できるような「協業」を發展させる必要である。

第4点は、「総合的な後始末」から「総合的で先見的な生活機能低下予防・向上」へ、すなわち問題が生じてから対応を考えるのではなく、先見性をもって、生活機能低下の「予防」や「早期発見・早期対処」による向上をはかるという観点の重要性である。

第5点は、本人の位置づけの明確化であって、自己決定権の尊重に立った支援を提供すると同時に、それを支える自己決定能力自体の向上をも支援の課題とすることをはじめ、多くの課題が残されていると考えられる。

2. 生活上の支援・配慮が必要な状態

1) 「参加」向上のための「活動」支援

今回の検討の過程で、支援の基本的な考え

方の明確化の重要性がますます明らかとなった。すなわち、生活機能実態調査は「参加」に重点をおいて行っているが、その結果からみると、次の3点が大きな課題となっている。

第1は、「参加」レベルの向上にむけた支援は、現状は補完的な支援に偏っていることである。「参加」を実現するための具体的生活行為である「活動」レベルがどうあるべきかも同時に考慮しつつ、この「参加」と「活動」とを結びつけて支援されることはほとんどないのである。

第2は、現状においては、支援のあり方や支援内容は、疾患（健康状態）別また機能障害別に論じられており、上記第1点のような「参加」「活動」中心に考えられていないことである。

第3は、「活動」についての支援も、不自由なことを手伝う「補完的介護」が主であり、それも上記第2点と同様に、健康状態や機能障害別に論じられていることである。

以上から考えて、「参加」向上を中心として、そして『参加』向上を実現するための『活動』への支援のあり方について明らかにすることが差し迫った大きな課題と考えられる。

「活動」レベルの向上は、目標とした項目以外の他の「参加」項目向上にも効果を生む波及効果、すなわち普遍化できる側面をもっていることから、一層これは有益である。

2) 生活上の支援・配慮が必要な状態

そこで「活動」レベルへの適切な支援のあり方についての検討の第一段階として、「活動」レベルに配慮が必要な状態を検討し、「生活上の適切な配慮・支援が必要な状態」のタイトルのもとに表2にまとめた。

このようにまとめたこと背景には、以下