

201122059A

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

高齢の障害者への支援の在り方に関する研究

平成 23 年度 総括研究報告書

研究代表者：大川 弥生
（国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部）
平成 24（2012）年 3 月

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

高齢の障害者への支援の在り方に関する研究

平成 23 年度 総括研究報告書

研究代表者：大川 弥生

（国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部）

平成 24（2012）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

高齢の障害者への支援の在り方に関する研究

II. 分担研究報告書

1. 東日本大震災発生7月後の障害者の生活機能実態調査
2. 東日本大震災被災地の居宅生活高齢者の生活機能実態調査
3. 東日本大震災発生後早期の生活機能低下の実態

I. 総括研究報告書

高齢の障害者への支援の在り方に関する研究

研究代表者 大川 弥生 （独）国立長寿医療研究センター 部長

研究要旨 本研究班の目的は、高齢障害者支援のシステム及びプログラムを、WHO・ICF（国際生活機能分類）を基本とする実態調査に基づき明確にすることである。本年度は特に東日本大震災が発生（2011年3月11日）したことを踏まえて、被災者の生活機能の実態把握と、生活機能低下予防・改善を中心とした現地支援活動から、災害時の支援のあり方と、そこから明らかとなった平常時の支援のあり方についての課題を明らかにすることに重点をおいて進めた。

その結果、1）障害者（「谷間の障害」を含む）で震災後に「活動」の低下が認められ、発生後7ヶ月時点でもその改善が認められない人が多く、低下率は障害のない人よりも高かった。

2）仮設住宅生活者に比して災害時の支援の対象としての比重が低くなりがちな居宅生活者で、新たな生活機能低下（障害、ICFの定義による）が認められた。3）発生後早期（2ヶ月）に新たな生活機能低下（障害）発生が多く認められた。

4）上記1）～3）の生活機能低下の主な原因は生活不活発病であり、その最も多い原因は「外ですること」がなくなったことであった。

5）障害者支援のあり方として、①既に障害のある人への支援だけでなく、新たな障害を生まない“予防”の観点が必要である。②その際の障害とは現行の法制度や谷間の障害だけでなく、ICFの定義による「生活機能低下」の観点が必要である。③これは災害時のみでなく、平常時の障害者支援においても重要な、新たな方向性である。

6）特に、障害者に関する災害時対応においては、従来の「要援護者対策」とどまらず、①「特別な配慮が必要な人々」としてとらえること、②その際補完的支援のみでなく、「防げたはずの生活機能低下（preventable disability）」の“予防”が重要である。

研究分担者

上田敏 （(公財)日本障害者リハビリテーション協会、顧問）

楠 正 （日本薬剤疫学会、事務局長）

吉川一義（金沢大学人間社会研究域学校教育系、

教授）

磯部健一（名古屋大学大学院医学研究科、教授）
有馬正高（東京都立東部療育センター、院長）

丹羽真一（福島県立医科大学医学部神経精神医学講座、教授）

A. 研究目的

本研究事業の目的は高齢障害者支援のシステム及びプログラムを、WHO・ICF（国際生活機能分類）を基本とする実態調査に基づいて明確にすることである。その際、高齢障害者のみに限定せず要介護認定者を含む高齢者一般及び、非高齢障害者と比較した高齢障害者の特徴を解明し、障害者施策のみでなく高齢者施策全体の中での位置づけをも行うものである。

初年度である昨年度は、1. 広範囲の機能障害をもつ全年齢層の障害児・者（4919名）のICFに基づく実態調査結果に重点をおき、加えて2. 障害者支援のあり方に関する国際的動向、3. 実態調査に関する一般啓発等を行い、4. 以上の結果にもとづいて高齢障害者のみでなく生活機能低下者全般の支援についての基本的な課題と方向性を明らかにすることができた。

2年度である今年度は、東日本大震災の発生（2011年3月11日）を受けて、被災者の生活機能の実態把握と、生活機能低下予防・改善を中心とした現地支援活動から、災害時の高齢障害者への支援のあり方と、そこから明らかとなった平常時の支援のあり方についての課題を明らかにすることに重点をおいてすすめた。

あわせて、その結果明らかとなった課題・対策を早急に中央防災会議専門調査会、メディア等で公表するとともに、自治体とともに実際の支援に役立てるよう啓発につとめることにも留意した。

B. 研究方法

1. 東日本大震災発生7月後の障害者の生活機能実態調査

宮城県南三陸町をフィールドとして東日本大震災発生7ヵ月後に行ったICFにもとづく生

活機能調査結果を障害者について分析した。

分析対象者は809名：各種障害者制度の名簿登録者のうち、対象者は身体障害者福祉法722名中543名（75.2%）、障害者自立支援法（精神）231名中171名（74.0%）、療育手帳155名中99名（63.9%）であった。（重複あり）

2. 東日本大震災被災地の居宅生活高齢者の生活機能実態調査

ICFに基づく生活機能調査を世帯宛に郵送し、町内生活者は訪問回収（一部郵送回収）及び町外居住世帯については郵送回収を行った。

対象者は宮城県南三陸町で発災7ヶ月時点での65才以上の町民名簿をもとに仮設住宅生活者名簿登録以外で入院中、入所中、遠洋漁業航海中、現住所不明のため調査用紙が届かない、死亡者、行方不明者を除外した2,600名中2208名（回収率84.9%）。

3. 東日本大震災発生後早期の生活機能低下の実態

発災2ヵ月後の時点（60±3日後）で、宮城県南三陸町の町内に設置されていた一般避難所35箇所において、主任研究者のこれまでの災害時の調査・介入経験に基づいて作られている「生活不活発病チェックリスト」を用いた保健師の直接面接法で行った。

対象者は昼間（10:00～16:00）避難所にいた65才以上の高齢者で要介護認定をうけていない人全員141名（男52名：平均年齢73.2±5.27才、女89名：平均年齢75.7±6.77才）。福祉避難所利用者は含めていない。

（倫理面への配慮）

日本障害者リハビリテーション協会の倫理委員会の審査をうけ、承認をうけて行っている。

C. 研究結果

1. 東日本大震災発生7ヶ月後の障害者の生活機能実態調査

障害者（「谷間の障害」を含む）で震災後に「活動」の低下が認められ、発生後7ヶ月時点でもその改善が認められない人が多く、低下率は障害のない人よりも高かった（41.0%対非要介護認定者 26.2%）。また高齢障害者は若年障害者よりも低下していた（41.0%対18.4%）。

その生活機能低下の主な原因は生活不活発病であり、その最も多い原因は「外ですること」がなくなったことであった。

2. 東日本大震災被災地の居宅生活高齢者の生活機能実態調査

仮設住宅生活者に比して災害時の支援の対象としての比重が低くなりがちな居宅生活者においても新たな生活機能低下が認められた。すなわち、津波の直接被災地居宅生活者で22.7%、非直接居宅者で16.1%、町外居宅者で31.3%であり、仮設住宅生活者（町外34.5%、町内32.0%）に比しては若干低いとはいえ、居宅生活者を「生活機能低下の観点からの支援が必要な人」と明確に位置づける必要があるといえよう。

3. 東日本大震災発生後早期の生活機能低下の実態

震災後早期から生活機能、特に「活動」の低下が出現しており、歩行が震災前より難しくなった人は36.9%であり、その他移動・ADLを含めて低下者41.8%であった。最も大きな原因は生活不活発病であった。

D. 考察

1. 生活不活発病対策の重要性

今回の調査対象となった障害者居宅生活者、

震災後早期ともに「活動」低下の原因としてはロジスティック回帰分析で、震災後の生活の不活発化が最も大きく影響していることから、生活不活発病が最も大きく影響していると考えるのが妥当である。

今回のような著明な「活動」低下が見られた場合、その原因としては、ふつう災害自体に起因する外傷（けが）あるいは病気（急性疾患の発症あるいは慢性疾患の悪化）、すなわちICFという「健康状態」が原因と考えられやすい。しかしロジスティック回帰分析の結果において、生活の不活発化のオッズ比に比し、地震後の病気・ケガは低い値であることにも見てとることができる。

以上から震災後の多数例での「活動」低下は、震災後の「生活の不活発化」によって、生活不活発病（廃用症候群）が同時多発的に発生したことが根本的な原因であると考えられるのもっとも妥当である。これはこれまでの新潟県中越地震以来調べた災害時の「活動」低下の原因と同様である。

1) 生活不活発病対策の重要性

新潟県中越地震（2004年）時に生活不活発病による生活機能低下同時多発を確認し、行政的にも今回東日本大震災も含め大規模災害時には生活不活発病予防必要性の注意喚起をする事務連絡が厚生労働省から出されている。しかしその重要性の再認識と具体的介入内容の周知が必要といえる。

2) 災害後早期の生活不活発病対策の重要性

東日本大震災後2ヶ月経過時点で一般避難所に昼間いる非要介護認定高齢者で生活機能、特に「活動」レベルの低下が認められ、その主な原因が「生活不活発病」であったことから、早期からの生活不活発病対策の必要性を示すもの

である。同時にこれは、災害時のみでなく平常時からの生活不活発病による生活機能低下予防に向けた支援の重要性を示すものである。

3) 居宅生活者での生活不活発病対策の重要性

仮設住宅者では住宅が狭くなるなどの他、生活環境自体が大きく変わるため、生活不活発病が生じる危険性はある程度理解され易い。しかし居宅生活者では、前述した変化は一見少なそうに見えるために、居宅生活者での生活不活発病予防のための適切な配慮が十分に払われにくかった現状である。

しかし居宅生活者でも震災による社会生活上の大きな変化により「することがない」「外出の減少」などすなわち「参加」レベルの低下が大きく、それによって生活が不活発になり、生活不活発病を起こしていたのであり、今後はこれに十分配慮する必要がある。

2. 障害者での生活機能低下の原因としての生活不活発病：

障害者での生活不活発病対策の重要性

障害者における災害時の生活機能低下の原因として生活不活発病が大きく影響していることが今回初めて確認できた。これまでの障害者への災害時支援として生活不活発病対策はほとんどなされておらず、今後の障害者の災害時対策での、その重要性を示すものである。

更に、このことは平常時の障害者支援における生活不活発病対策の認識の不十分さの反映ともいえ、平常時における高齢障害者支援に生活不活発病対策を明確に位置づける必要があると考えられる。

3. 災害時の生活不活発病をおこす因子とそれらの相互作用

生活が不活発になった理由や他質問項目での「活動」に影響する因子の分析から、生活不活発病発生メカニズムをもう少し具体的に見て図示したものが図1である。災害時には、「動きたくても動けない」理由が多数あり、これは大きく以下にあげる3つに分けることができるが、それらは別ものではなく、互いに関係しあっていることを示すものである。

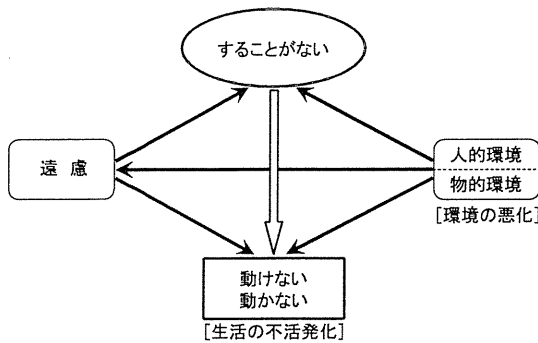
(1)「することがない」ので「動かない」こと：これは一番大事なことなので、図でも太い矢印で示している。今回の調査でも、この「することがない」が「生活の不活発化」の最大の原因であることが明らかになっている。災害のために、毎日行っていた仕事や家事や趣味や外出ができなくなり、地域での付き合いや行事がなくなることである。それだけでなく、ボランティアを含めた支援者が、「やってあげるのがよいことだ」と思って、「上げ膳据え膳」で、本人のやれること、やりたいことまでやってあげてしまうことなどの支援のあり方の影響も大きい。これはすべて「参加」の低下である。

(2) 環境の悪化：環境のうち、特に災害後早期には物理的環境の影響が大きく、周囲の道が危なくて歩けない、避難所で通路が確保されていないため歩きにくい、つかまるものがないので立ち上がりにくい、椅子が少なく、座位は疲れるので日中つい横になってしまう、仮設住宅内が狭い、などがある。また、上に述べた「支援のありかた」を含めた人的環境の影響も大きい。これらは「参加」と「活動」の両者を低下させる。

(3)「遠慮」：例えば「災害時に散歩やスポーツをするなんて」と周りの人に思われるのではないかと、控えてしまうことがよくみられる。これも「参加」の低下を生む要素となる。

これら3種のものの中には、図1の矢印で示したように、互いに促進しあう相互作用があることも重要である。

図1. 災害時に「生活の不活発化」を生む原因とそれらの相互関係



4. 防げたはずの生活機能低下予防 (preventable disability の重要性)

このような災害時の生活機能低下の多発は、災害医療・災害時支援における生活機能の観点(低下の予防、早期発見・早期対応・改善)の重要性を示すものである。

阪神淡路大震災(1995)の後に、災害医療や災害時支援の世界では「防げていた死亡」(preventable death)の予防の重要性が強調され、その後の種々の災害時にその方向の努力が重ねられ、成果を上げてきている。

それに加えて、今後の災害医療及び災害時支援の新しい課題として重視すべきものに、「防げたはずの生活機能低下」(preventable disability)の予防があると考えられる。

災害に伴って、生活機能(functioning)のいちじるしい低下が同時多発することが確認されたのは2004年新潟県中越地震時の本研究班主任研究者の長岡市での生活機能調査である。それ以来、その予防・回復への努力が続けられてきたが、まだ微力なものにとどまっているうちに、今回の東日本大震災を迎え、これまでにな

い広範囲・大規模な生活機能低下の発生を許してしまった。

その反省に立って、あらためて災害時の「防げたはずの生活機能低下」の予防・改善を重視すべきである。

5. 災害医療・障害者支援におけるパラダイム・シフト—生活機能の重視のために

生活機能低下予防・改善にむけた災害時医療・支援を行う場合、生活機能低下のメカニズムや、その予防・改善の働きかけのあり方の正しい理解が重要である。そのためには、従来の医学的思考の転換、いわば一種の「パラダイム・シフト」が必要となる。これは本震災の現地調査で痛感されることである。また平常時の障害者への支援や生活機能低下予防に向けた支援においても、同様の今後の重要な課題と考えられる。

以下それを中心に具体的に見ていきたい。

生活不活発病による生活機能低下の発生機序には独特の特徴があることが重要である。この点の理解が、生活機能低下の予防・改善のメカニズム理解に効果的である。

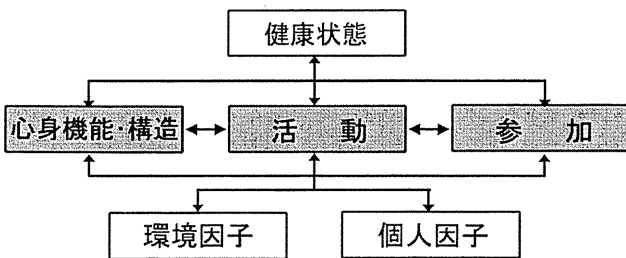
それは、災害時における生活不活発病による生活機能低下の起こり方が、通常の疾患とは全く逆方向のものだということである。

すなわち、図2の生活機能の3つのレベル間の関係としてみた場合に、通常の疾患の際の生活機能低下の起こり方は「健康状態(疾患・外傷)⇒心身機能⇒活動⇒参加」という、いわば「左から右へ」の流れである。

これに対して、生活不活発病による生活機能低下発生機序は、全く逆方向の「参加⇒活動⇒心身機能」という、「右から左へ」の流れであり、根本的な違いがある。なお「生活の不活発

それ自体は「活動」レベルの現象（一日の活動の総量が減少したこと）であるが、その原因は「参加」レベルの問題にあることが多いのである。

図2. 国際生活機能分類（ICF:WHO、2001）の生活機能モデル



6. 生活機能低下の予防・改善のポイント

1) 予防・改善も「参加」から：やはり右から左へ

生活不活発病による生活機能低下は予防でき、一旦起こっても改善できるものである。そのポイントは、原因そのものへのアプローチ、すなわち「生活を活発化」することである。具体的には「参加」と「活動」を向上させて、生き生きとした活発な生活をつくり、自然に体を動かす機会を増やすことである。要するに、予防・改善も、通常の医療とは逆方向の「参加⇒活動⇒心身機能」という、「右から左へ」の流れなのである。

ただ「左から右へ」という伝統的な考え方の「呪縛」は非常に強いので、つい、心身機能への対応、つまり体操や筋力トレーニングが有効だと考えがちである。しかし、これらは運動密度は高くても短時間にとどまるので、一日の「活動」の総量を上げるのには役立たず、効果は薄い。生活全体を自然に活発化させるような、活発な社会参加や家事への従事が効果的なのである。

2) 「活動」への直接的支援：「プラスを引き出す支援」の重要性

生活不活発病の予防・改善のためには、「できないことを代わってしてあげる」だけの「補完的・代行的支援」はかえって有害である。

そうではなく、「プラスを引き出す支援」、たとえば適切な歩行補助具の提供で歩行の質（安定性、持続性、など）を向上させ、そのような「活動」レベルの向上を「参加」レベルの向上につなげていくことが重要である。

介護の場合にもそのような「よくする介護」が大事である。

7. 障害者の災害時生活機能低下に関する最初の知見

主任研究者は新潟県中越地震時（2004年）に、地元自治体の協力をえて、高齢者を対象としたICFを用いた生活機能実態調査を行って以来、その後の大災害時に同様の調査を実施してきた。しかしこれまでは法制度上の障害をもつか否かについての調査項目選定には賛同を得ることができず、障害者を特定した調査を行うことができなかった。そのため、本研究は初めてこの点を調査項目に含めた調査を実施でき、災害時における障害者の生活機能の実態を把握できたものである。

8. 特別な配慮が必要な人

障害者支援のあり方として、既に障害のある人への支援だけでなく、新たな障害（「生活機能低下」）を生まない“予防”の観点が重要である。すなわち「防げたはずの生活機能低下（preventable disability）」の“予防”を重視する必要がある。

これをふまえ、災害時対応としては、従来の

「要援護者対策」にとどまらず、「生活機能低下予防が必要な人」をも含めて、「特別な配慮が必要な人々」としてとらえることが重要である。また生活機能面のみでなく、疾患面からの配慮も重要である。この両面への支援が連携をとって行われることが必要であるが、従来はこれが極めて乏しかった。そのため今後の課題として表1のようにこの「健康状態」と「生活機能」の両面から「特別な配慮が必要な人」としてとらえる必要がある。

この「生活機能低下予防」と、「特別な配慮が必要な人」への配慮は、災害時のみでなく、平常時の障害者支援においても重要な、新たな方向性である。

生活機能面の「B. 生活機能面について配慮が必要な状態」は昨年度の本研究において高齢障害者のあり方として「障害者への支援内容の再構築のためのポイント」とともにまとめた「生活上の配慮が必要な状態」をベースとしたものである。

なおこの「特別な配慮が必要な人」については、東日本大震災での被災地での生活機能低下予防・改善にむけた臨床実践にも用いて、その有用性が確認されている。特に従来の疾病・機能障害中心でなく、「活動」レベルでまとめていることで、専門家以外での理解向上に効果的である。

表1. 特別な配慮が必要な人
—「健康状態」と「生活機能」の両面から—(大川)

A. 健康状態について配慮が必要な状態

- I. 災害発生前から、健康状態上管理が必要な場合
- ・病気のある人
(生命維持に直結する機器<人工呼吸器、人工透析、在宅酸素療法等>が必要
薬物治療中
食事療法中
運動療法中等)
 - ・妊婦
 - ・新生児、乳児
 - ・環境管理が必要な人
(頭脳損傷で体温調整が困難な人、アレルギー疾患・素因のある場合等) 等
- II-1. 災害でケガをした場合
- II-2. 災害を契機に新たな疾患が発生、顕在化する場合
- ・PTSD
 - ・アルコール依存症 等
- III. 災害を契機とした疾患出現の「予防」が必要な場合
- ・生活不活発病のリスクが高い人
 - ・高齢者(予備力が低下している) 等

B. 生活機能面について配慮が必要な状態

- I. 日常生活活動低下
1. 介護を受けている場合
 2. 「限定的自立」の場合(自宅など日常の生活範囲でのみ自立)
- II. 要素的活動低下
1. コミュニケーションに困難のある場合
(視覚障害、聴覚障害、失語症、知的障害、認知症、高次脳機能障害等)
 2. 判断能力に困難のある場合
(知的障害、精神障害、認知症、高次脳機能障害等)
 3. 集団行動の遂行に困難がある場合: パニックを生じる、騒ぐ、同じペースで行動できない等
(精神障害、発達障害、知的障害、認知症、高次脳機能障害等)
 4. 移動に困難のある場合: 歩行や立ちしゃがみ困難等
(足のまひ等)
 5. 腕、手に不自由がある場合
 6. 耐久性が低い場合
(呼吸器障害、心臓疾患、慢性疾患、体力低下等)

覚えるには・・・
「コミュニケーション」として「判断」し、「集団生活を送る」には
「手」「足」だけでなく「疲れやすさ」も考慮する。

E. 結論

東日本大震災における生活機能実態把握と、現地支活動によって以下の点が明らかとなった。

- 1) 生活不活発病による生活機能低下者が多発することが明らかになった。
- 2) 障害者支援のあり方として、①既に障害のある人への支援だけでなく、新たな障害を生まない“予防”の観点が必要である。②その際の障害とは現行の法制度や谷間の障害だけでなく、ICFの定義による「生活機能低下」の観点が必要である。③これは災害時のみでなく、平常時の障害者支援においても重要な、新たな方向性である。
- 3) 特に、障害者に関する災害時対応においては、従来の「要援護者対策」にとどまらず、①「特別な配慮が必要な人々」としてとらえること、②その際補完的支援のみでなく、「防げたはずの生活機能低下 (preventable disability)」の“予防”が重要である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・大川弥生、工藤美奈子、上田敏：災害時支援における「生活機能」の観定の必要性. 国民生活研究, 51(2) : 1-27, 2011
- ・Okawa Y, Takimura K : Decline of functioning in Elderly Persons two Months after the Great Earthquake in Japan. WHO-FIC NEWS LETTER, 9(2) : 10, 2011
- ・上田敏、大川弥生：障害者・高齢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. 国民生活研究,

51(3) : 1-23, 2011

- ・大川弥生：災害時の生活不活発病の重要性；その多発と予防. 医学のあゆみ, 239 (5) : 492-496, 2011
- ・大川弥生：災害医療の新しい課題としての“防げたはずの生活機能低下”. 医学のあゆみ, 239 (11) : 1093-1097, 2011
- ・大川弥生：生活機能をターゲットとした取り組みを；Preventable disability. リハビリテーション研究, 150 : 35-36, 2012
- ・大川弥生：災害時の生活機能低下予防・向上の支援から総合リハビリテーションのあり方を考える. リハビリテーション研究, 41 (3) : 14-18, 2011
- ・大川弥生：災害と生活不活発病の予防；新しい課題である「防げたはずの生活機能低下」. Geriatric Medicine, 50(3) : 317-320, 2012
- ・大川弥生：平常時ケアマネジメントのターゲットとしての「生活不活発病」；平常時介護予防はそこから何を学ぶか. ケアマネージャー, 14 (3) : 78-82, 2012
- ・大川弥生：課題は「生活機能」低下「予防」；被災者とコミュニティの「自立」に向けて. ノーマライゼーション, 31 (7) : 10-13, 2011
- ・大川弥生：災害時の生活不活発病を防ごう. リハビリテーション, 537 : 26-29, 2011
- ・藤井克徳、阿部一彦、大川弥生、尾上浩二、清原慶子、久松三二：総合リハビリテーションと障害者制度改革. リハビリテーション研究, 150 : 10-16, 2012
- ・丹羽真一：災害時の精神障がい者支援のあり方をリハビリテーションの立場から考える. リハビリテーション研究, 41 (3) : 9-13, 2011
- ・大川弥生：新しい課題・「防げたはずの生活機能低下」. 環 49 : 74-76, 2012

- ・大川弥生：ICF（国際生活機能分類）に立った障害児・者実態調査，障害者白書，p33，2011
- ・大川弥生：新たなターゲットとしての生活機能；生活不活発病予防を中心に．第39回集中治療学会 2012年2月29日、千葉市（教育講演）

2. 学会発表

- ・工藤美奈子、関口春美、中村茂美、大川弥生：災害時における高齢者の生活機能（4）：高齢障害者の災害時についての不安調査から．第52回日本老年医学会学術集会 東京 2011年6月17日
- ・Okawa Y, Kudo M, Ueda S, Takahashi S, Takimura K, Oikawa E: Decline of Functioning in Elderly Persons two months after the Great Earthquake in Northeast Japan WHO-FIC Network Annual Meeting 2011, 4 November, Cape Town, South Africa
- ・Okawa Y, Ueda S, Fujii K, Takimura K, Oikawa E: Social and Family Contribution of Persons with Severe Disabilities - The Data based on a Large-scale ICF-based Survey of People with Disabilities. - WHO-FIC Network Annual Meeting 2011, 4 November, Cape Town, South Africa
- ・Yoshio Matsumoto, Yoshifumi Nishida, Yoichi Motomura, Yayoi Okawa : A Concept of Needs-Oriented Design and Evaluation of Assistive Robots Based in ICF . ICORR, 30 June, Zurich, Switzerland
- ・大川弥生：実用化に向けた支援機器開発・研究のストラテジの提案．第12回計測自動制御学会システムインテグレーション部門 2011年12月24日
- ・大川弥生：災害医療の新しい課題としての防げていたはずの生活機能低下（preventable disability）．第17回集団災害医学会 2012年2月22日、金沢市（パネルディスカッション）

3. 普及・啓発等

- ・大川弥生：NHK 総合テレビ 視点論点 平成23年5月24日 災害時の生活機能低下を防ごう
- ・大川弥生：NHK 視点論点 平成24年3月6日 復興の新しい課題；「防げたはずの生活機能低下」の予防・改善
- ・大川弥生：NHK 総合テレビ ニュースウォッチ 平成23年4月2日 生活不活発病予防専門家チーム
- ・大川弥生：NHK総合テレビ おはよう日本 避難所の高齢者に一層の目配りを 平成23年5月12日
- ・大川弥生：NHK総合テレビ おはよう日本 被災地で広がる“生活不活発病”とは 平成23年6月3日
- ・大川弥生：NHK 総合テレビ てれまさむね 平成23年11月15日 直接被災ない「歩行困難」
- ・大川弥生：TBS Nスタ 平成24年2月14日 被災高齢者に広がる「生活不活発病」
- ・大川弥生：NHKラジオ第1 私も一言！夕方ニュース 平成23年5月12日 長引く避難生活 高齢者を生活不活発病からどう守る
- ・大川弥生：NHKラジオ第一 私も一言！夕方ニュース 平成24年1月12日 震災10か月 広がる生活不活発病
- ・大川弥生：TBSラジオ：生島ヒロシのおはよう一直線 平成23年4月26日 生活不活発病
- ・大川弥生：福祉新聞 平成23年4月11日 福祉専門職が被災者支援
- ・大川弥生：毎日新聞 平成23年4月17日 生

活不活発病を予防：「動ける」環境作りを

- ・大川弥生：日本経済新聞 平成 23 年 4 月 18 日
「生活不活発病」に注意
- ・大川弥生：朝日新聞（夕刊） 平成 23 年 4 月 25 日 生活不活発病：用事や仲間作り体動かして
- ・大川弥生：朝日新聞（朝刊） 平成 23 年 4 月 27 日 お年寄り 6 割、日常生活が不自由に
- ・大川弥生：朝日新聞（朝刊） 平成 23 年 5 月 8 日 南三陸町の被災者、観光ホテルで避難生活夏ごろまで
- ・大川弥生：朝日新聞（朝刊） 平成 23 年 5 月 17 日 要介護申請 被災地急増：長期避難心身むしばむ
- ・大川弥生：朝日新聞（夕刊） 平成 23 年 5 月 17 日 ニッポン人脈記 震災ドクター「お大事に」と言わないで
- ・大川弥生：日本農業新聞 平成 23 年 7 月 13 日 生活不活発病防ぐ支援を
- ・大川弥生：日刊工業新聞 平成 23 年 6 月 29 日 生活機能向上の視点を
- ・大川弥生：日本農業新聞；大地の絆通信 平成 23 年 8 月 29 日 生活不活発病を防ぎ元気に；農・食で地域づくりを
- ・大川弥生：生活不活発病. 暮らしと健康, 66 (10) : 73, 2011
- ・大川弥生：毎日新聞 平成 23 年 9 月 26 日 「生活不活発病」に注意！
- ・大川弥生：朝日新聞朝刊 平成 23 年 11 月 27 日 足腰弱る 被災のお年寄り
- ・大川弥生：読売新聞朝刊 平成 23 年 11 月 30 日 被災高齢者 心身に衰え
- ・大川弥生：岩手日報 平成 23 年 12 月 2 日 生活不活発病に注意
- ・大川弥生：読売新聞 平成 23 年 12 月 11 日 「生活不活発病」疑い 3 割
- ・大川弥生：農業新聞 平成 23 年 12 月 15 日 被災で生活のリズム変わった
- ・大川弥生：河北新報 平成 23 年 12 月 17 日 被災者の「生活不活発病」予防研修会 宮城県
- ・大川弥生：日本経済新聞 平成 23 年 12 月 16 日 仮設生活、心身衰え増加
- ・大川弥生：河北新報 平成 24 年 1 月 4 日 宮城・南三陸の高齢者 震災後に歩行困難
- ・大川弥生：河北新報 平成 24 年 1 月 5 日 生活不活発病予防策学ぶ
- ・大川弥生：中日新聞 朝刊 平成 24 年 1 月 17 日 環境変化、することなく；体動かして
- ・大川弥生：河北新報 平成 24 年 1 月 21 日 地域活動促し生活不活発病予防
- ・大川弥生：毎日新聞 平成 24 年 2 月 22 日 避難所の高齢者、6 割生活機能低下
- ・大川弥生：毎日新聞 平成 24 年 2 月 26 日 生活不活発病
- ・大川弥生：京都新聞 平成 24 年 2 月 6 日 「することがない」外出減り機能低下
- ・大川弥生：中国新聞 平成 24 年 2 月 7 日 高齢者の 3 割歩行困難
- ・大川弥生：朝日新聞 平成 24 年 3 月 6 日 「歩くの困難」 4 割
- ・大川弥生：産経新聞 平成 24 年 3 月 7 日 地域のつながり断たれ
- ・大川弥生：産経新聞 平成 24 年 3 月 12 日 「役割」失い、身体機能低下も
- ・大川弥生：毎日新聞 平成 24 年 3 月 21 日 歩行困難が長期化
- ・大川弥生：「安静度」より「活動度」を. MMJ, 8 (1) : 6-7, 2012
- ・大川弥生：生活不活発病. 日経メディカル, 532 : 48, 2012

Ⅱ. 分担研究報告書

東日本大震災発生7月後の障害者の生活機能実態調査

研究代表者 大川 弥生 （独）国立長寿医療研究センター 部長
分担研究者 上田敏 （財）日本障害者リハビリテーション協会、顧問
楠 正 日本薬剤師学会、事務局長
吉川一義 金沢大学人間社会研究域学校教育系、教授
磯部健一 名古屋大学大学院医学研究科、教授
有馬正高 東京都立東部療育センター、院長
丹羽真一 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座、教授

研究要旨 2年度である今年度は東日本大震災が発生（2011年3月11日）したことにより、被災者の生活機能の実態把握と、生活機能低下予防・改善を中心とした現地支援活動から、災害時の高齢障害者への支援のあり方と、そこから明らかとなった平常時の支援のあり方についての課題を明らかにすることに重点をおいた。

その結果、1) 障害者（「谷間の障害」を含む）で震災後に「活動」の低下が認められ、発生後7ヶ月時点でもその改善が認められない人が多く、低下率は障害のない人よりも高かった。その生活機能低下の主な原因は生活不活発病であり、その最も多い原因は「外ですること」がなくなったことであった。

2) 災害時の障害者支援のあり方として、既に障害のある人への支援だけでなく、新たな障害（生活機能低下）を生まない“予防”の観点も重要である。すなわち補完的支援のみでなく、防げたはずの生活機能低下（preventable disability）の予防を重視する必要がある。

3) その際、生活不活発病対策を明確に位置づける必要がある。

4) この観点は災害時のみでなく、平常時の障害者支援においても重要な、新たな方向性である。

A. 研究目的

本研究事業の目的は高齢障害者支援のシステム及びプログラムを、WHO・ICF（国際生活機能分類）を基本とする実態調査に基づき明確にすることである。その際、高齢障害者のみに

限定せず要介護認定者を含む高齢者一般及び、非高齢障害者と比較した高齢障害者の特徴を解明し、障害者施策のみでなく高齢者施策全体の中での位置づけをも行うものである。

2年度である今年度は東日本大震災が発生

(2011年3月11日)したことにより、被災者の生活機能の実態把握と、生活機能低下予防・改善を中心とした現地支援活動から、災害時の高齢障害者への支援のあり方と、そこから明らかとなった平常時の支援のあり方についての課題を明らかにすることに重点をおいた。

その一環として本研究は宮城県南三陸町の協力を得て、震災発生後7月後に、震災が障害者の生活機能に及ぼす影響を高齢障害者のみでなく全年齢の障害児者で分析し、非障害者と比較した。

B. 研究方法

宮城県南三陸町をフィールドとして発災7ヵ月後に、ICFにもとづく生活機能調査用紙を用いて実施した。

本調査用紙は特に1)新潟県中越地震以来行ってきた災害時生活機能実態調査結果に基づいて生活不活発病を重視し、2)本調査自体が町の保健活動利用が目的であるため、南三陸町の震災前後の生活習慣を重視し保健師の問題意識も加味し、3)生活機能の3つのレベルのうち「活動」「参加」を重視し、その選択肢は、5肢選択となっているが、「自立」に関する選択肢は通例のように1つだけでなく、ICFの「活動」「参加」の評価点(厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会暫定案、2007年、以下委員会案と略)の「0」(普遍的自立)と「1」(限定的自立)の区別を用いている。

分析対象者は本研究事業で町と共同して実施した居宅生活者についてのICFに基づく生活機能実態調査、及び他研究事業として研究代表者と分担研究者が関与して実施した高齢仮設住宅生活者及び若年全町民(0~64歳)の生活機能

調査で回答があった809名。各種障害者制度の利用者名簿登録者のうち、分析対象者は身体障害者福祉法722名中543名(75.2%)、障害者自立支援法(精神)231名中171名(74.0%)、療育手帳155名中99名(63.9%)であった。

(倫理面への配慮)

(公財)日本障害者リハビリテーション協会の倫理委員会の審査をうけ、承認をうけて行っている。

C. 研究結果

本震災で生活不活発病による生活機能低下が、本震災発生2ヶ月目、7ヶ月目に確認された(「東日本大震災被災地の居宅生活高齢者の生活機能実態調査」)(「東日本大震災発生後早期の生活機能低下の実態」)。それによって、本震災も含め今後の災害時の障害者支援のあり方を考える際に最も緊急度の高いものとして、「生活不活発病による生活機能低下」があると考えられるに至った。

以下、生活機能のうち、特に「活動」(生活行為)面の、生活不活発病と関係深い歩行を中心に、震災による影響(低下)と回復状況の分析に重点をおいた結果を示す。

なお本調査によって明らかになった「活動」の低下とは、それ自体が生活上の不自由さの表れであるとともに、「参加」低下の具体像としての面をももっている。またそれは同時に、生活不活発病の原因である「生活の不活発さ」をも示すものでもあり、2重3重の意味で重要である。

1. 震災後の歩行困難の出現

まず65歳以上の障害者について、「震災の前より歩くことが難しくなったか」を、現在認定

されている制度上の障害（以下「障害種別」と略す）別にみたものを、表1-1に示す。（災害前より）難しくなったことがある人は障害者全体でみると、383名中157名（41.0%）であった。

次に障害種別にみると。（同一種別内で10名以上に限ると、以下同様）「身障（その他）」が214名中78名（36.4%）と最も低下者は少なく、精神16名中9名（56.3%）が最も低下していた。

なお、今回は「歩行」を中心に分析しているため、「身障（肢体）」では上肢のみの肢体不自由者を除外している。

同年齢の非障害者と比較すると、要介護認定者では203名中99名（48.8%）とほぼ同程度であったが、非要介護認定者では3034名中795名（26.2%）と低下者は障害者よりも少なかった。

表1-1 震災後歩行困難出現者（65歳以上）

	身障* (肢体)	身障(その他)	精神	知的	難病	身障+ 他制度 認定**	複数制 度認定* **	小計 (障害者)	要介護 認定者	非要介 護認定 者	計
変化なし	50 47.2%	128 59.8%	7 43.8%	1 50.0%	13 59.1%	5 55.6%	9 64.3%	213 55.6%	98 48.3%	2134 70.3%	2445 67.5%
難しくな った	52 49.1%	78 36.4%	9 56.3%	1 50.0%	9 40.9%	4 44.4%	4 28.6%	157 41.0%	99 48.8%	795 26.2%	1051 29.0%
歩きやす くなった	2 1.9%	1 0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3 0.8%	2 1.0%	23 0.8%	28 0.8%
回答なし	2 1.9%	7 3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1 7.1%	10 2.6%	4 2.0%	82 2.7%	96 2.7%
計	106 100%	214 100%	16 100%	2 100%	22 100%	9 100%	14 100%	383 100%	203 100%	3034 100%	3620 100%

※肢体不自由のうち上肢のみの障害を除く

※※身体障害者福祉法と障害に関する他制度の両者の認定を受けているもの

※※※障害に関する複数制度の認定を受けているもの

表1-2 震災後歩行困難出現者（65歳未満）

	身障* (肢体)	身障(その他)	精神	知的	発達	難病	身障+ 他制度 認定**	複数制 度認定* **	小計 (障害者)	非要介 護認定 者	計
変化なし	43 72.9%	61 75.3%	81 76.4%	56 90.3%	10 100%	24 77.4%	8 72.7%	12 80.0%	295 78.7%	7947 92.8%	8242 92.3%
難しくな った	13 22.0%	17 21.0%	22 20.8%	5 8.1%	0.0%	6 19.4%	3 27.3%	3 20.0%	69 18.4%	418 4.9%	487 5.5%
歩きやす くなった	1 1.7%	1 1.2%	2 1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4 1.1%	20 0.2%	24 0.3%
回答なし	2 3.4%	2 2.5%	1 0.9%	1 1.6%	0.0%	1 3.2%	0.0%	0.0%	7 1.9%	174 2.0%	181 2.0%
計	59 100%	81 100%	106 100%	62 100%	10 100%	31 100%	11 100%	15 100%	375 100%	8559 100%	8934 100%

※肢体不自由のうち上肢のみの障害を除く

※※身体障害者福祉法と障害に関する他制度の両者の認定を受けているもの

※※※障害に関する複数制度の認定を受けているもの

表 1-3 震災後歩行困難出現者：身体障害者手帳所持者（65歳以上）

	肢体	視覚	聴覚	心臓	腎臓	呼吸	膀胱・直腸・小腸	身障（その他）	身障内重複（肢体以外）	身障（肢体※）	身障内重複（肢体との）	計
変化なし	50 47.2%	7 63.6%	21 58.3%	61 61.6%	5 50.0%	10 52.6%	9 69.2%	1 25.0%	4 57.1%	10 83.3%	0.0%	178 55.6%
難しくなった	52 49.1%	4 36.4%	14 38.9%	35 35.4%	4 40.0%	8 42.1%	4 30.8%	3 75.0%	3 42.9%	2 16.7%	1 33.3%	130 40.6%
歩きやすくなった	2 1.9%	0.0%	0.0%	1 1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3 0.9%
回答なし	2 1.9%	0.0%	1 2.8%	2 2.0%	1 10.0%	1 5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2 66.7%	9 2.8%
計	106 100%	11 100%	36 100%	99 100%	10 100%	19 100%	13 100%	4 100%	7 100%	12 100%	3 100%	320 100%

※肢体不自由のうち上肢のみの障害を除く

表 1-4 震災後歩行困難出現者：身体障害者手帳所持者（65歳未満）

	肢体	視覚	聴覚	心臓	腎臓	呼吸	膀胱・直腸・小腸	身障内重複（肢体以外）	身障（肢体※）	身障内重複（肢体との）	計
変化なし	43 72.9%	2 40.0%	11 84.6%	19 73.1%	11 64.7%	1 100%	3 75.0%	1 100%	11 100%	2 66.7%	104 74.3%
難しくなった	13 22.0%	2 40.0%	2 15.4%	6 23.1%	6 35.3%	0.0%	1 25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30 21.4%
歩きやすくなった	1 1.7%	0.0%	0.0%	1 3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2 1.4%
回答なし	2 3.4%	1 20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1 33.3%	4 2.9%
計	59 100%	5 100%	13 100%	26 100%	17 100%	1 100%	4 100%	1 100%	11 100%	3 100%	140 100%

※肢体不自由のうち上肢のみの障害を除く

次に 65 歳未満障害者では表 1-2 に示すように障害者全体で 375 名中 69 名（18.4%）と高齢障害者に比し低かった。障害種別でみると、身障（肢体）で 59 名中 13 名（22.0%）～発達 0 名であった。

次に肢体不自由者について障害種別を更に詳しくみてみると、65 歳以上について表 1-3 に示すように「肢体不自由（上肢のみ障害を除く）」で 106 名中 52 名（49.1%）と最も多く、他は膀胱・直腸・小腸 13 名中 4 名（30.8%）～呼吸

19 名中 8 名（42.1%）と 3.1～4.2 割が低下しており、著しい低下率の差はなかった。

同様に 65 歳未満について表 1-4 に示すように各障害毎に 10 名以上の場合でみると、聴覚で 13 名中 2 名（15.4%）～腎臓 17 名中 6 名（35.3%）と高齢障害者に比し低かった。

2. 震災後歩行困難回復状況（7ヶ月時）（障害別）

このように歩行困難が出現した人の、調査時

(発災7ヶ月時点)における歩行状態の回復状態についてみた。回復者は概して少なく、65歳以上について障害種別にみると、表2-1に示すように、回復せず7ヶ月時点でも災害前よりも歩行困難がある人は、障害者全体で、383名中142名(37.1%)であり、障害種別にみると、最も低下者が多いのは身障(肢体)が106名中45名(42.5%)、次いで難病22名中9名(40.9%)、身障(その他)214名中73名(34.1%)、精神16名中6名(37.5%)であった。

同年齢の非障害者と比較すると、要介護認定

者では203名中95名(46.8%)と障害者より多く、非要介護認定者では3034名中705名(23.2%)と低下者は障害者よりも少なかった。

次に65歳未満障害者では表2-2に示すように障害者全体で375名中67名(17.9%)と高齢障害者に比し低かった。障害種別にみると「身障(肢体)」で59名中13名(22.0%)～発達0名であった。

しかし、回復した人をみると2名にすぎず、精神1名、難病1名だけであり、肢体不自由者は全員回復していなかった。

表2-1 震災後出現歩行困難の回復状況(7月経過時:65歳以上)

	身障* (肢体)	身障(その他)	精神	知的	難病	身障+ 他制度 認定**	複数制 度認定***	小計 (障害者)	要介護 認定者	非要介 護認定 者	計
非回復	45 42.5%	73 34.1%	6 37.5%	1 50.0%	9 40.9%	4 44.4%	4 28.6%	142 37.1%	95 46.8%	705 23.2%	942 26.0%
回復	7 6.6%	5 2.3%	3 18.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15 3.9%	3 1.5%	89 2.9%	107 3.0%
低下なし	52 49.1%	129 60.3%	7 43.8%	1 50.0%	13 59.1%	5 55.6%	9 64.3%	216 56.4%	100 49.3%	2157 71.1%	2473 68.3%
回答なし	2 1.9%	7 3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1 7.1%	10 2.6%	5 2.5%	83 2.7%	98 2.7%
計	106 100%	214 100%	16 100%	2 100%	22 100%	9 100%	14 100%	383 100%	203 100%	3034 100%	3620 100%

※肢体不自由のうち上肢のみの障害を除く

※※身体障害者福祉法と障害に関する他制度の両者の認定を受けているもの

※※※障害に関する複数制度の認定を受けているもの

表2-2 震災後出現歩行困難の回復状況(7月経過時:65歳未満)

	身障* (肢体)	身障(その他)	精神	知的	発達	難病	身障+ 他制度 認定**	複数制 度認定***	小計 (障害者)	非要介 護認定 者	計
非回復	13 22.0%	17 21.0%	21 19.8%	5 8.1%	0.0%	5 16.1%	3 27.3%	3 20.0%	67 17.9%	320 3.7%	387 4.3%
回復	0.0%	0.0%	1 0.9%	0.0%	0.0%	1 3.2%	0.0%	0.0%	2 0.5%	98 1.1%	100 1.1%
低下なし	44 74.6%	62 76.5%	83 78.3%	56 90.3%	10 100%	24 77.4%	8 72.7%	12 80.0%	299 79.7%	7961 93.0%	8260 92.5%
回答なし	2 3.4%	2 2.5%	1 0.9%	1 1.6%	0.0%	1 3.2%	0.0%	0.0%	7 1.9%	180 2.1%	187 2.1%
計	59 100%	81 100%	106 100%	62 100%	10 100%	31 100%	11 100%	15 100%	375 100%	8559 100%	8934 100%