

悪循環による進行

生活不活発病は、その発端は小さいようにみえても徐々に進行していくものであり、それが移動や日常生活動作(activities of daily living: ADL)などさまざまな生活上の動作(活動)の低下を生じていく。

考えれば当然で、“生活が不活発なこと”によって生活不活発病(心身の機能低下)が生じれば、生活上の活動は困難になり、そのため生活はいつそう不活発になり、生活不活発病もいつそう進む。このような悪循環の存在が、初期段階の予防の重要性を示しているのである。

生活不活発病チェックリスト

生活不活発病の早期発見・早期対応のために、著者らは図1に示す『生活不活発病チェックリスト』を開発し、今回の震災でもその有用性が立証されている。

本チェックリストは日常生活上の動作を中心としてチェックするものであるが、問題発見のためだけでなく、発見された低下した項目への早期対応が本来の目的である。

予防・改善は“生活の活発化”で

改善のためのポイントは、“生活を活発化すること”である。生き生きとした楽しい生活を送ることで自然と心身機能を使う機会が増えることが基本であり、特別な訓練や運動が必要なのではない。

たとえば体操についても、それがきっかけとなって散歩や避難所のなかでの手伝いなどの役割や楽しみをみつけて生活全体の活発化につながる(つなげる)のであれば有意義である。しかし、短時間の体操だけならば生活の活発化のためには不十分である。

また「とにかくなるべく動くように」という、本人の努力だけにまかせるものでもなく、周りも一緒に工夫や支援が必要である。

すなわち生活不活発病の予防・改善には医療の専門家だけでなく、介護や福祉分野の人々、また自治体職員や一般市民をも含めることが必要で、それらの人々の積極的な関与が重要なのである。

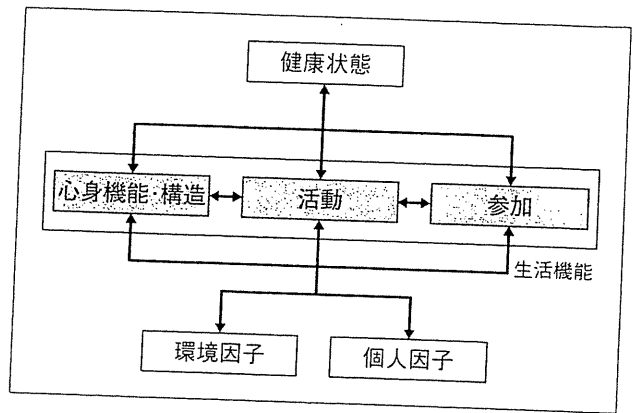


図2 生活機能モデル(WHO, 2001)

生活機能(ICF)からみた生活不活発病

1. 生活機能とは

これまで説明なしに“生活機能”の語および“活動”“心身機能”などのキー概念を用いてきたが、生活不活発病をよりよく理解するには生活機能の概念枠組が重要なので、それについて整理したい。

生活機能とは、WHOが定めた国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)で示された概念である。図2に示す生活機能モデルの中央の高さに横に並んで示されている“参加”“活動”“心身機能”の三者を合わせた包括概念が“生活機能”である。これは人が“生きる”ことのさまざまな側面をまず大きく3つのレベルに区別して整理し、そのうえで総合してみていくものである。

“生活機能モデル”とは、この生活機能の3レベルを中心に、多数の両方向の矢印が示すように“健康状態”(疾患・外傷・加齢・妊娠など)、“環境因子”“個人因子”の三者がたがいに相互作用しつつ生活機能に影響し、生活機能の3レベル間にも相互作用があるという、ダイナミックな“相互作用モデル”である。

実は生活機能の3つのレベルは、“レベル(階層)”という言葉が示すように、上下に重なった階層構造をなしているとみるべきものである。一番上にくるべき“参加”とは、人にとって最も重要なレベルであり、仕事(主婦業を含む)をはじめとする社会生活・家庭生活においてさまざまな役割を果たすこと、さまざまななかたちでの社会との交流、スポーツや趣味などで人生を楽しむことなどである。これは生きがいや充実感につながるもの

である。

次に“活動”とは、生活のなかでのさまざまな動作で、参加を実現するのに必要なものである。そして“心身機能”とはその動作を行うときの体や頭、心の働きである。

災害の後には、“参加”にさまざまな制約が生じる。仕事や家庭での役割、スポーツや趣味や地域の行事の機会など、社会や家庭生活での役割や楽しみが激減し、社会から孤立しがちになる。参加が制約されると活動としては種々の動作をしなくなり、そのため心身機能としては体や頭も使わなくなる。それが生活不活発病を生む。

災害時の生活不活発病の発生機序をICFで整理すると、通常考えられやすいように“健康状態”が心身機能の低下(機能障害)を生み、それが活動の低下(活動制限)を生み、それが参加の低下(参加制約)を生むという、生活機能モデル図での“左から右への影響”なのではない。災害時には逆に、災害という“環境因子”(というICFの重要概念)の激変が最初であり、それがほかの環境因子(生活の場、仕事、家事など)にも大きな変化を起こさせ、それらが“参加制約”と“活動制限”を起こし、それが最終的に生活不活発病という心身機能の低下(機能障害)をもたらすという“右から左への影響”である。

2. “参加”向上が重要

これを考えると、生活不活発病の予防・改善のうえでもっとも重要なのは、生活機能の3つのレベルのうちもっとも高いレベルである“参加”の低下を防ぎ向上させること、つまり社会や家庭生活での役割や楽しみを増やすことである。参加が活発になれば多くの活動を行うようになり、自然に心身機能を使う機会が増え、それが生活不活発病の予防・改善に効果的なのである。

逆に、心身機能の改善が第一と考え、要素的な心身機能の訓練が提唱されることがあるが、生活不活発病の多様な症状のうちのひとつのみを問題

にしても根本的な解決にはならない。

3. “活動”向上も重要

また生活不活発病によって“活動の質(自立度)”が低下した場合は、その活動自体の質的向上を図ることが重要である。そのためには、活動が“実用的に行える”ようにするための“やり方の指導”を行い、必要な補助具などを効果的に用いるなどで活動を向上させることができる。

この場合、家事が一部困難になったからすぐに家事援助を入れるとか、歩くのが不自由になったからすぐ車いすを使う、というように、代行的・補完的サービスで対応すべきではない。いったんは介護が必要であっても、家事能力を高める、また歩行能力を高めるような介護のあり方(よくする介護)で対応すべきである。

たとえば、仮設住宅での屋外歩行が困難になった場合には、シルバーカーでの自宅周囲の歩行指導・介護歩行が有効であり、これを本人が実際に歩く場所で安全な歩き方を指導する。このような対応により、支援を開始後、短期間のうちに“活動”の回復・向上が可能である。そしてこのように“活動”が向上することで生活が活発化し、心身機能を使用する機会も増えて、生活不活発病も改善するという“良循環”を実現することができる。

◆ 災害時には平常時対応が顕在化

最後に強調したいのは、“災害”という特殊な事態だけで考えるのではなく、平常時と連続したものであることとらえることの重要性である。

これまでの被災地での調査や活動で痛感したのは、「平常時の体制のプラス面とマイナス面が顕著に現れるのが災害時」ということである。災害時の生活不活発病への働きかけの基本は、実は災害のときだけでなく、たとえば高齢者への支援のあらゆる場面で日常的に行われていなければならないはずのものである。

* * *

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”

Preventable disability as a new task of the disaster medicine



大川 弥生

Yayoi OKAWA

国立長寿医療研究センター研究所生活機能賦活研究部

◎阪神淡路大震災以来強調されてきた“防げていた死亡”(preventable death)の予防に加えて、今後の災害医療の新しい課題として“防げたはずの生活機能低下”(preventable disability)の予防がある。今回の東日本大震災を含め、災害時には生活不活発病による生活機能低下が同時多発するが、それは予防することができるし、たとえ起こっても改善させることができる。そのポイントは、発生のメカニズムの特殊性(一般の疾病とは逆方向)をよく知り、“生活の活発化”(“参加”と“活動”の向上)をはかることである。災害時の生活機能への取組みは現在不十分であるが、これは平常時の取組みの不十分さの反映である。逆に今後、災害時の生活機能への取組みが向上すれば、それはただちに平常時の取組みの向上に直結する。災害医療関係者のこの問題への関心と理解によって、多くの人の生活機能が向上し、“健康で活力ある長寿社会”の建設に貢献することを期待したい。



生活機能, 国際生活機能分類(ICF), 生活不活発病, 災害医療

阪神淡路大震災(1995)の後に、災害医療の世界では“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。

災害に伴って生活機能(functioning)の著しい低下が同時多発することが確認されたのは数年前である。それ以来、その予防・回復への努力は続けられてきたが、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・改善について考

えたい。震災発生半年後の現時点でも今後あらたにこれが発生する可能性も少なくなく、その予防・改善は差し迫った課題である。

生活機能とは

ここでまず、生活機能について簡単に述べたい。

1. “相互作用的・統合モデル”に立つICF

図1に生活機能の基礎概念を示す、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類, WHO, 2001)の“生活機能モデル”を示した。

WHO関連の、健康に関する多数の国際分類の“ファミリー”(Family of International Classifications: WHO-FIC)があるが、ICFはそのなかでも重視され、ICD(国際疾病分類)とともに、2つの中心分類のひとつと位置づけられている¹⁾。これ

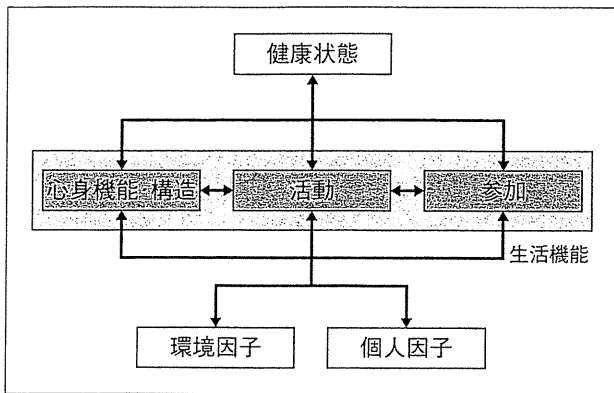


図 1 生活機能モデル(ICF, WHO)

健康状態：病気、ケガ、妊娠、高齢、ストレスなど。
 心身機能・構造：心と体の働き、体の部分など。
 活動：歩行、家事、仕事などの生活行為。
 参加：仕事、家庭内役割、地域社会参加など。
 環境因子：建物、福祉用具、介護者、社会制度など。
 個人因子：年齢、性、ライフスタイル、価値観など。

は WHO 憲章(1948)の健康の定義、「健康とは単に疾患・病弱がないことだけではなく、身体的・精神的・社会的なウェルビーイングの状態にあること」に対応するもので、疾患・外傷(ICDにより把握)に加えて、ICFによって“生活機能”をとらえることで、はじめて真の“健康”を全体的に把握できるという、新しい健康観の表れである。

生活機能(“生きること”)とは、図1の“参加”(社会レベル)、“活動”(個人レベル)、“心身機能・構造”(生物レベル)の三者の包括概念である。

この生活機能モデルの特徴は、生活機能に影響する要因を“健康状態”“環境因子”“個人因子”の3種類に整理したこと、さらにこれに生活機能の3レベルを加えた全6要素がたがいに影響しあうことを双方向の矢印で示した“相互作用的・統合モデル”であることにある。生活機能およびICFについて、より詳しくは文献^{1,2)}をご参照いただきたい。

2. 生活機能が重要視される背景

最近、生活機能が重視されるようになっているが、その背景としては、①高齢者や慢性疾患患者、障害者など、生活機能低下のある人が増えてきたこと、②介護保険、自立支援法など生活機能低下者に向けた法制度・サービスなどが整備されてきたこと、③介護支援専門員、介護福祉士など、生活機能に対応するあらたな職種が増え、従来の職種を含めたチームワークが必要となったこと、な

どがある。

災害時の医療においても災害発生直後だけでなく、中・長期的観点で綿密化されるべき課題があり、そのなかで生活機能は大きな位置を占めると考えられる。

災害時の生活機能低下の同時多発

では、防げたはずの生活機能低下の実態をみてみたい。

1. これまでの研究結果

生活機能低下が災害時に同時多発的に発生することがはじめて確認されたのは、新潟県中越地震(2004年10月)のときである。その際の著者の調査結果についてはさきに本誌に述べたが³⁾、要約すれば、非要介護認定高齢者1,626人の3割に地震後歩行困難が出現し、6カ月後にもその1/3強(全体の1割強)が回復していなかった。要介護認定高齢者159人ではさらに著しく、2/3に歩行困難が出現し、そのうちの6割(全体の4割)が回復していなかった。その原因としてはロジスティック回帰分析で、“日中活動性の低下”(“参加”“活動”の低下)がもっとも大きく影響していることが確認され、“生活不活発病”(後述)が原因であることが示された。

その後、平成18年豪雪(富山県, 2006)、能登半島地震(2007)、高波(富山県, 2008)などの各種の災害時にも同様の生活機能低下の同時多発が確認されている。

2. 東日本大震災での調査結果

今回の大震災でも、著者は自治体などと協力して生活機能低下予防・改善を中心に活動を続けている。そのなかで、震災後の生活機能のICFに基づく実態把握を、現在関与している数個の自治体で行ってきた。その一部について述べたい。

震災後2カ月目の時点(60±3日後)に、宮城県本吉郡南三陸町(2011年5月現在、総人口16,817人、10月11日時点で震災による死者561人、行方不明者341人)において調査を行った。

対象者は町内に設置されていた一般避難所全35カ所(5月10日時点で総利用者2,935人)において、日中避難所にいた65歳以上の高齢者で要介護認定を受けていない人全員141人(男52人：平均

表 1 移動・身のまわり行為の困難出現者
平日昼間避難所生活 65 歳以上, 非要介護認定者, n=141.

困難出現	困難出現項目	人数	うち単独出現者
あり: 59 人(41.8%)	歩行	52 人(36.9%)	17 人(12.1%)
	床からの立ち上り	17 人(12.1%)	0 人(0.0%)
	段差の昇降	23 人(16.3%)	1 人(0.7%)
	歩行・移動以外の ADL	25 人(17.7%)	14 人(9.9%)
なし: 82 人(58.2%)			
計: 141 人(100%)			32 人(22.7%)

年齢 73.2±5.27 歳, 女 89 人: 平均年齢 75.7±6.77 歳)であった。

調査方法は“生活不活発病チェックリスト”³⁾を用いて保健師が直接面接し, チェックリストの項目に加えて生活機能の低下があった場合にはその時期や起こり方, 震災による外傷やあらたな疾患の出現, 既存の慢性疾患の増悪の有無などの聞き取りを行った。

その結果は以下のとおりである。

① “活動” の変化

生活機能の 3 つのレベルのうちの, “活動” である歩行などの移動や身のまわり行為(ADL)が「震災前に比べて難しくなった」人は 41.8%であった(表 1)。

表 1 にあげた項目のうち, 複数項目が「難しくなった」人は 19.1%で, 「難しくなった」人のなかの 45.8%であった。一方, ある項目・行為のみが単独に「難しくなった」人は 22.7%と「難しくなった」人全員中の 54.2%であった。

“単独”の内訳は, 歩行のみが 12.1%(「難しくなった」人全員中の 28.8%)ともっとも多く, 移動以外の ADL のみが 9.9%(同 23.7%), 段差の昇り降りのみが 0.7%(同 1.7%)であった。

② 日中活動性低下と, その“活動”低下との関係

日中活動性の震災前後の変化も著しく, 半数弱で低下していた。これと移動・ADL 困難出現の関係をみると, 日中活動性低下者 67 人(全員の 47.5%)中の困難出現者は 65.7%, 日中活動性が低下しなかった 74 人(同 52.5%)中の困難出現者は 20.3%で, 明らかな差があり, 統計学的に高度に有意($p < 0.001$)であった。

なお, 日中活動性の低下がないにもかかわらず,

移動・ADL の困難が出現した場合の理由は, 震災後のあらたな外傷や疾患, または以前からの慢性疾患・腰痛・膝痛の増悪であった。

③ “活動” 低下のおもな原因は“生活の不活発化”

“活動” 低下に影響した因子についてのロジスティック回帰分析の結果, もっとも強く影響しているのは“日中活動性低下”(生活の不活発化)であり, ついで“震災後の病気・けが”, そして“現在の日中活動性”であった(オッズ比はそれぞれ, 23.3, 12.9, 4.4)。

以上から, 震災後の“活動”低下は, 震災後の“生活の不活発化”(“活動”“参加”の低下)によって生活不活発病が同時多発的に発生したことが根本的な原因と考えるのがもっとも妥当である。これはさきに述べた新潟県中越地震の場合と同様の結果である。

災害医療におけるパラダイムシフト

——生活機能の重視のために

このような災害時の生活機能低下の多発は, 災害医療における生活機能の観点の重要性を示すものである。今回のデータが示すように, 災害に起因する外傷・疾患がなくとも生活機能(活動・参加)の低下は相当な規模で起こるものであり, その予防の観点, さらに早期発見・早期対応の観点から災害医療に定着することが望まれる。その場合, 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り, そのためには, 従来の医学的思考とは異なった思考法, いわば一種の“パラダイムシフト”が必要となる。以下, それを中心に具体的にみていきたい。

生活不活発病による生活機能低下の発生機序

生活不活発病とは生活が不活発なことが原因で生じる全身の心身機能の低下であり、学術的な用語としては“廃用症候群” (disuse syndrome) とよばれ、第二次世界大戦中に数年のうちにアメリカ医療の面貌を一新したといわれる“早期離床・早期歩行” (early ambulation) の運動 (“安静の害” を指摘) にはじまるものである。

これは高齢社会を迎えたわが国においてとくに重要なものである。しかし、従来の“廃用症候群” という名称は、“廃” という字が不愉快な感じを与え、またより根本的な定義の問題として“廃用” (“まったく用いない・使わない”) だけでなく、“使い方が足りない” (生活の不活発化, など) だけでも生じることを正確に示さないという問題がある。その点“生活不活発病” は不快なひびきがなく、正確で、一般人にもその原因や対策をわかりやすく示す点で、より適切な用語と考えられ、行政的にも使われている。

「動かないと体がなまる, 弱る」というのはいわば常識であるが、高齢者や障害のある人ではとくにそれが起こりやすく、常識では考えられないほどに高度な程度にまで達しうるものである。なお生活不活発病の研究史, 諸症状, “悪循環” による加速度的な進行などについてはさきに本誌に詳しく述べたので、それに譲る³⁾。

1. 一般の疾患とは逆方向の起こり方

——参加低下から生じる心身機能低下

まず、災害時における生活不活発病による生活機能低下発生のメカニズムについて重要なのは、その起こり方が通常の疾患とはまったく逆方向のものだということである。すなわち、図1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の機序は、まったく逆方向の“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。“生活の不活発”それ自体は“活動”レベルの現象で、1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

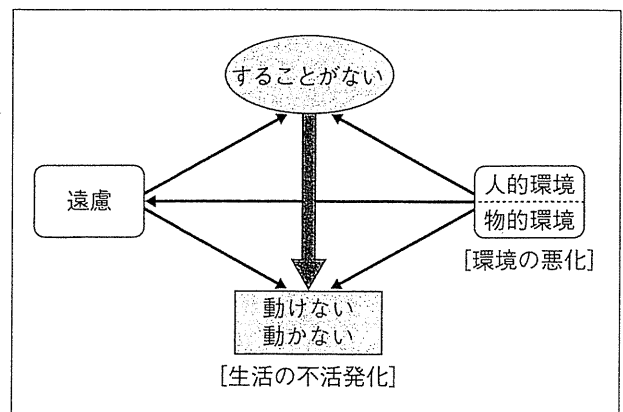


図2 災害時に“生活の不活発化”を生む原因とそれらの相互関係

問題にあることが多いからである。

2. 災害時の生活不活発病を起こす因子とそれらの相互作用

このメカニズムをもうすこし具体的にみてみよう(図2)。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3つに分けることができるが、それらは別ものではなく、たがいに関係しあっている。

① 「することがない」ので「動かない」

これは一番大事なことなので、図2でも太い矢印で示している。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、とくに災害後早期には物理的環境の影響が大きい。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“支援のあり方”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”

たとえば、「災害時に散歩やスポーツをするな

んで」とまわ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種のもの間には図2の矢印で示したように、たがいに促進しあう相互作用があることも重要である。

生活機能低下の予防・改善

1. 予防・改善も“参加”から

“心身機能”改善を

生活不活発病による生活機能低下は予防でき、いったん起こっても改善できるものである。そのポイントは、原因そのものへアプローチすること、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”の伝統的な考え方の“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、1日の“活動”の総量を上げるのには役立たず、効果は薄い。また“参加”レベルへの影響はきわめて限られている。そうではなく、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。

もちろん、たとえば体操なども、それをきっかけとして散歩や、避難所のなかでの手伝いなどのなかで役割や楽しみをみつけ、参加や活動を活発化することにつなげていくように、計画的に導入として有効に用いることはできる。

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り、生活不活発病を促進する危険がある。そのような“マイナスを補完する支援”でなく、“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。その詳細については他に論じたのでご参照いただきたい²⁾。

おわりに

以上、災害医療における“防げたはずの生活機能低下”の予防について、生活不活発病を中心に、その基本的な考え方を論じてきた。この問題を論じるさいに痛感するのは、「災害時の生活機能への取組みの不十分さは実は平常時の取組みの不十分さの反映である」ということである。逆に今後、災害時の生活機能への取組みが向上すれば、それはただちに平常時の取組みの向上に直結するに違いない。災害医療関係者のこの問題への関心と理解により多くの人の生活機能が向上し、“健康で活力ある長寿社会”の建設に貢献することを期待したい。

文献

- 1) 大川弥生：生活機能とは何か、ICF—国際生活機能分類の理解と活用。東京大学出版会、2007。
- 2) 大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用—目標指向的介護に立って。中央法規出版、2009。
- 3) 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、239：492-496、2011。

* * *

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

大川 弥生

要旨

新潟県中越地震(2004年)以来の様々な災害, さらに今回の東日本大震災での, 生活不活発による生活機能低下の多発の確認に立って, 1) 災害は生活機能低下(障害)を同時多発させる。2) 平常時の生活機能への働きかけの良否が災害時に顕著にあらわれる。災害で得られた知見を平常時の総合リハビリテーション(リハ)に生かすべきである, という基本を確認した。それに立って具体的に以下を提唱した。1) 「生活機能の低下予防」を総合リハの目的として位置づける。2) 災害時の生活機能低下は, 参加⇒活動⇒心身機能の「右から左へ」の流れで起こる。3) 効果的なのは, 「参加」の向上と, それに伴う「活動」の向上である。4) このような認識を, 当事者自身を含めた関係者全員の共通認識とすることが望まれる。

I. 総合リハビリテーションが災害から学ぶこと 1. 生活機能低下の重要性

筆者は新潟県中越地震(2004年)の折に生活不活発による生活機能低下の多発を確認し, それ以来, 地震, 豪雪, 高波等の様々な災害について, 被災地での活動や生活機能の把握を行ってきた。

それらをもとに, 本誌の「講座: 総合リハビリテーションに生かすICF」第3回, 「生活機能低下・向上の機序を「共通言語」に: 「災害」への取り組みに学ぶ総合リハビリテーションの新しい方向性」¹⁾で, ICF(国際生活機能分類, 2001, WHO)と総合リハビリテーション(以下リハと略)とが災害から学ぶべきこととして次の点をあげた。

<災害についての基本的なとらえ方>

- 1) 災害は生活機能低下(障害)を同時多発させる。
- 2) 平常時の生活機能への働きかけの良否が災害時に顕著にあらわれる。災害を特別な事態と捉えるのではなく, 災害で得られた知見を平常時の総合リハの反省点として生かすことが大事である。

<具体的なポイント>

- 1) 「生活機能の低下予防」を今後の総合リハの新たな目的として位置づける。
- 2) 災害時の生活機能低下の起こり方(機序・メカニズム)は, 通常考えられがちな心身機能⇒活動

- ⇒参加の「左から右へ」の流れではなく, 参加⇒活動⇒心身機能の「右から左へ」の流れである。
- 3) 生活機能低下の回復・向上に効果的なのは, 「参加」の向上と, それに伴う「活動」の向上である。
 - 4) 上記2), 3)の, 生活機能低下・向上の機序についての認識を, 被災者自身を含めた関係者全員の共通認識とすることが望まれる。
 - 5) 関与する人々は, 従来の総合リハのメンバーと考えられてきた人よりは, 広く, 被災者(当事者)に接する多種類の人々である。

2. 東日本大震災の反省に立って

今回の震災でも筆者は自治体等と協力して, 生活機能低下予防・改善を中心に活動を続けている。その中で上記の内容の重要性を再認識するとともに, そのような問題意識を持ちながら, それを今震災までに実現させられなかったことを大いに反省している。

また総合リハのあり方について, 本質的な観点から再検討すべきことも痛感させられている。逆にいえば, 今回の災害での総合リハのあり方の問題点を考えることで, 平常時の総合リハのあり方の再構築に益することは大きいと思われる。

本稿では, 今回総合リハの再構築のためのポイ

ントとして痛感した、「生活機能低下予防・向上」の観点にしぼって述べ、その他の論点については別の機会を待ちたい。

II. 生活不活発病

－災害をきっかけとした生活機能低下

震災後の生活機能の実態について、現在関与している数個の自治体でICFに基づく把握を行なっている。その中での一例を述べたい。

宮城県本吉郡南三陸町（平成23年5月現在、総人口16,817人。10月11日時点で震災による死者561人、行方不明者341人）で震災後2ヶ月目の時点で昼間避難所にいる非要介護認定高齢者（65歳以上）141人について、「生活不活発病チェックリスト」を用いて保健師が聞き取り調査を行なった。その結果を以下に示す。

1. 「活動」の変化

生活機能の3つのレベル（参加、活動、心身機能）のうちの、「活動」である歩行などの移動や身の回り行為（以下ADLと略す）が「震災前に比べて難しくなった」人は59人（41.8%）であった（表1）。

表1にあげている項目のうち、複数項目が「難しくなった」人は27人（19.1%）で、「難しくなった」人全59人中の45.8%であった。一方ある項目・行

表1 移動・身の回り行為の困難出現者

平日昼間避難所生活65歳以上非要介護認定者 N=141

困難出現	困難出現項目	人数	(内：単独出現者*)
有：59人 (41.8%)	歩行	52人 (36.9%)	17人 (12.1%)
	床からの立ち上がり	17人 (12.1%)	0人 (0.0%)
	段差の昇降	23人 (16.3%)	1人 (0.7%)
	歩行・移動以外のADL	25人 (17.7%)	14人 (9.9%)
無：82人 (58.2%)		82人 (58.2%)	
計：141人 (100%)		141人 (100%)	32人 (22.7%)

※内：複数項目出現：27人（19.1%）

為のみ単独に「難しくなった」人は32人（22.7%）と、「難しくなった」人全員中の54.2%であった。「単独」の内訳をみると、歩行のみが17人（12.1%、「難しくなった」人全59人中28.8%）と最も多く、移動以外のADLのみが14人（9.9%、同23.7%）、段差の昇り降りのみが1人（0.7%、同1.7%）であった。

2. 日中活動性低下と「活動」低下との関係

次に移動・ADL困難出現と、日中活動性の震災前後の変化との関係をみた。その結果、表2に示すように、移動・ADL困難出現者59人中、「日中活動性低下者」は44人（74.6%）であったが、困難非出現者82人中の「日中活動性低下者」は23人（28.0%）で明らかに低く、両者間には密接な関係があった。統計学的には、活動・ADL低下出現と日中活動性低下（生活の不活発化）の関連性は $\chi^2=29.785$ 、 $p<0.001$ （Fisherの直接法p値使用）で有意であった。

なお、日中活動性の低下がないにもかかわらず、移動・ADLの困難が出現した例もあったが、これらは、震災後の新たな外傷や疾患、又は以前からの慢性疾患・腰痛・膝痛の増悪によるもの、すなわち「健康状態」による「心身機能」の低下が原因であった。

3. 「活動」低下の主な原因は生活不活発病

さらにこの「活動」低下に影響した因子についてロジスティック回帰分析で検討した結果、最も強く影響しているのは「日中活動性の低下」（生活の不活発化）であり、ついで「震災後の病気・けが」、そして「現在の日中活動性」であった（オッズ比はそれぞれ、23.3、12.9、4.4）。

表2 移動・ADL困難出現と日中活動性変化

平日昼間避難所生活65歳以上非要介護認定者 N=141

日中活動性	移動・ADL困難		計
	出現あり	出現なし	
低下あり	44人 (74.6%)	23人 (28.0%)	67人 (47.5%)
低下なし	15人 (25.4%)	59人 (72.0%)	74人 (52.5%)
計	59人 (100%)	82人 (100%)	141人 (100%)

以上から震災後の「活動」低下は、震災後の「生活の不活発化」によって、生活不活発病が同時多発的に発生したことが根本的な原因と考えるのがもっとも妥当である。

4. 予防が大事

生活不活発病とは、生活が不活発なことによって生じる全身のほとんどすべての心身機能の低下であり、学術的な用語としては「廃用症候群」(disuse syndrome)と呼ばれる。

これは予防でき、改善できるものであることが大事であり、そのポイントは、原因とは逆に「生活を活発化」することである。

生き生きとした楽しい生活を送ること(すなわち「参加」, 「活動」が高い状態)で、自然と頭も体も使う機会が増えることが基本であり、特別の訓練や運動(「心身機能」レベルのみへの対応)が必要なのではない。

例えば体操についても、それがきっかけや気分転換となって、散歩や避難所の中での手伝いなどの役割や楽しみを見つけて活発化することにつながる(つなげる)のであれば有意義である。しかし、短時間の体操だけにとどまるならば、活動の「量」(生活の活発さ)として不十分である。

5. チームメンバーの拡大と、生活機能低下・向上の機序についての共通認識の必要性

生活不活発病の予防・改善には医療の専門家だけでなく、介護や福祉分野の人々、また自治体職員や一般市民も含めることが可能であるし、むしろそれらの人々の積極的な関与なしには達成できない。特に「とにかくなるべく動くように」という、本人の努力だけに任せるべきではなく、周りも一緒に具体的な工夫や支援をすることが重要である。

ただ一方で注意すべきこととして、今回の経験からも痛感されるのは、本来これらに関する専門家であるべき医療・保健・介護関係者にも生活不活発病の重要さが十分理解されていないきらいがあることである。特に、生活機能の3つのレベル

間の「右から左への関係」が生活機能低下を生むこと、これが生活機能低下予防・改善でも重要なことの認識が不十分である。

この「右⇒左への関係」の認識は根本的で、この認識なしには、総合リハのあり方の改善や生活機能低下予防はできないとさえ考えられる。この点については専門家と国民の両方の意識を変えることが必要である。

Ⅲ. 生活機能低下予防・向上に向けた支援

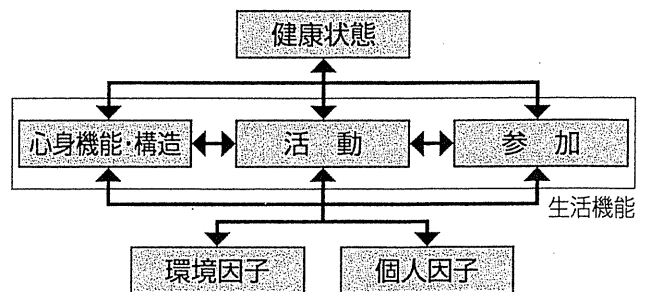
災害をきっかけとする生活機能低下(マイナス)の発生を防ぐとともに、災害後の新しい環境での積極的な生活機能向上(プラスの増加)に向けた支援が必要である。以下にその重要なポイントを述べる。

1. 生活機能への影響として支援をとらえる

図1に示したように、生活機能の3レベルに「健康状態」「環境因子」「個人因子」の3要因を加え、それらの間を双方向の矢印で結んだのがICFの「生活機能モデル」である。これは人の「生きることの全体像」を、静的なものとしてではなく、多数の要素(生活機能の3レベルとそれに影響する3要因)の間のダイナミックな相互作用として、「分析に立った総合」として捉えるものである。

ICFは「医学モデル」でも「社会モデル」でもなく、それらを高いレベルで統合・発展させた「相

図1 ICF (国際生活機能分類, WHO)



参加：仕事、家庭内役割、地域社会参加等
 活動：歩行、家事、仕事などの生活行為
 心身機能・構造：心と体のはたらき、体の部分等
 健康状態：病気、ケガ、妊娠、高齢、ストレス等
 環境因子：建物、福祉用具、介護者、社会制度等
 個人因子：年齢、性、ライフスタイル、価値観等

相互作用・統合モデル」である。その特徴を生かすことで有効な支援を行うことができる。

1) 災害時支援は「環境因子」

災害時の支援はそれ自体が「環境因子」として生活機能に大きく影響する。

本来「環境因子」には多くの種類のものが含まれる。まず「物的環境因子」としては、避難所や仮設住宅などの住宅・建物の構造や立地条件(周囲の道路の状態を含む)、また杖や車椅子や日常生活で用いる様々な用具・道具、生命維持のために必要な食物、飲料水、暖冷房、また衣類や寝具などがある。その他、自然環境としての地震や津波などの自然災害も、また放射能被害などの人為的災害も物的環境因子に含まれる。

「人的環境因子」としては、家族を含む周囲の人々や、専門職、行政官、またボランティアなどの直接的関与や態度などである。「サービス・制度・政策的な環境因子」には平常時の、また災害時に特に行われる様々なサービス・制度・政策が含まれる。

支援には、物的および人的な多様な環境因子が含まれ、それをサービス・制度・政策的環境因子が支えている、と捉えることができる。

2) 「相互作用モデル」としてのICF

環境因子が「人が生きる」ことに及ぼす影響を生活機能モデルに立って分析し把握することから得られる大きな教訓は、環境因子の影響を考える場合に、生活機能の3つのレベルの間のダイナミックな相互作用という観点が不可欠であり、また有効であるということである。

3) 支援のあり方と影響をICFで整理する

ある支援を計画し実行する場合には、出発点として、その支援がターゲットとする生活機能のあるレベルのある項目が想定されており、その項目に意図していたような良い影響が得られれば、その支援は成功であったとされるのがふつうである。

しかし、たとえある種の支援が、ある「参加」や「活動」の項目に、想定したようなよい影響を与えたとしても、それが同時に、予期しなかった形で、生活機能の別のレベル(参加や心身機能)に悪影

響を及ぼしたり、別の生活機能レベルや項目にマイナスを生じさせることが起こりうるのである。

それは、環境因子が直接それらに悪影響を与える場合だけでなく、むしろ生活機能に生じた変化(それ自体は良い結果であったもの)が、他の生活機能項目には悪い影響を与える場合もあるのである。

このように考えれば、薬の場合の副作用のように、支援が意図せずに起こしうる悪影響をできる限り早期に(可能なら計画段階から)認識し、支援のやり方を精密化して悪影響を防いだり、その他の悪影響を防ぐ手段を講じることなどが必要になる。

しかも、現在必要な支援だけでなく、将来を見据えて、その人の社会生活・家庭生活をいかによりよい状態に作り上げるかという長期的な観点からも、支援が生活機能に及ぼす影響を考え、長期的な生活機能向上に向けた支援目標を明確にしていくことが重要である。

2. マイナス(障害)の補完でなく、プラス(生活機能)を引き出す

ICFの特徴は「生活機能」というプラスを重視することである。

一般的にあって、支援、特に人的支援とは「困っていること、不自由なことをやってあげること」であり、それは無条件によいことだ、という感覚がかなり根強くあるように思われる。しかしこれは誤解である場合が多く、主観的にはいかに善意であっても、このような「補完的」な支援は過剰な支援、あるいは見当はずれな支援に陥りがちで、本人の自立能力を妨げ、支援への依存性を強め、生活の不活発化を促進する危険がある。

生活機能向上(特に参加向上・活動向上)の基本は、マイナスを補完することではなく、プラスを増やす(むしろ隠れたプラスを引き出す)ことである²⁾³⁾。生活機能低下(障害)というマイナス面ではなく、生活機能というプラス面をターゲットとして明確に意識することが大事である。

一旦は介護が必要であっても、家事能力を高める、また歩行能力³⁾を高めるような介護のあり方

(「よくする介護」)を考慮して対応すべきである。

3. 「参加」 向上の重視

生活機能の3つのレベルのうち一番大事なものは、「参加」の低下を防ぎ、新たな向上(充実)を実現する支援である。「参加」が災害で大きく制約されることは先に述べたとおりである。この参加の低下を防ぎ、向上させること、つまり社会や家庭生活での役割や楽しみを増やすことが重要で、これが生活機能を向上させ、充実した「生き甲斐」のある日々を送るための基本である。

また参加の充実は、いうまでもなく活動や心身機能に好影響を与える。参加が活発になれば、多くの動作(活動)を行うようになり、自然に体や頭(心身機能)を使う機会が増えるからである。

逆に心身機能への働きかけだけでは生活機能全体への影響は限られている。先に体操の問題点をあげたが、それ以外にも、支援のあり方やその効果についての誤解が少なくない。しかしそれも、生活機能の3つのレベルに対する効果を常に考えるという立場を身につけることで防ぐことができるのである。

4. 「環境因子」はプラスにもマイナスにも作用

災害時支援はそれ自体「環境因子」であるが、重要なのは、「環境因子」は常にプラスに影響する(「促進因子」)とは限らず、マイナスを生む「阻害因子」にもなりうることである。

災害時には様々な人々やサービスが被災者に関与する。その影響を生活機能モデルで整理していくと、意図していた以外の影響があることもわかり、それが本当にプラスの効果を生んでいるのか、かえってマイナスを生じていないのかを把握することができる。好意や熱心さで提供されたことが、かえってマイナスを生む阻害因子となっていることが災害時には少なからず見られるのである。

例えば、生活行為の不自由さ、すなわち「活動」の低下に対して、必要以上の「補完的」な介護を行うことは、生活不活発病を引き起こし、大きなマイナ

スを招くが、それと同様なことが、例えばボランティアの「サービス過剰」としてみられたりする。

筆者自身が目撃したことであるが、避難所で昼食時にボランティアが食事を配っている際に、被災した高齢者が立ち上がり、手伝おうと申し出た。するとそのボランティアは「これは僕たちの仕事ですから」と言って食事をのせたトレイを遠くへ遠ざけた。高齢者は悲しそうにしゃがみこんだ。これに近いことは様々なところで目にする。

高齢者がボランティアに手伝って、食事を仲間の被災者に配っていたら、避難所の中で何らかの役割をもつことになる。自然に動く機会も増えてくる。そしてこのように人に役立つことをしていることは、本人の心理としてもよいはずである。被災していても自分のプラスとしての存在意義を考えるきっかけとなり、もっと役立つことはないかと考える出発点になったかもしれない。またその姿をみて、他の被災者も同様のことを考えるようになったかもしれないのである。そのようなことが(誰の悪意でもないが)起こらなかったことは残念である。

おわりに

「支援」という環境因子による、生活不活発病も含めた生活機能低下は、災害時だけでなく、平常時にも実は非常に多く生じているが、このことは別の機会に論じることとしたい。

災害時の支援のあり方を考えることで、生活機能の観点の必要性、また生活機能低下予防・向上に向けた支援のあり方を明らかにできること、そしてそれを実行することによって、よりよい災害時対策だけでなく、平常時の生活機能に配慮した社会を築いていくことを願っている。

参考文献

- 1) 大川弥生:生活機能低下・向上の機序を「共通言語」に:「災害」への取り組みに学ぶ総合リハビリテーションの新しい方向性. リハビリテーション研究, 145: 38-42, 2010
- 2) 大川弥生:生活機能とは何か, ICF:国際生活機能分類の理解と活用(東京大学出版会), 2007
- 3) 大川弥生:「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用-目標指向的介護に立つて-(中央法規出版)2009.

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—

上 田 敏、大 川 弥 生*

I. 研究目的

II. 研究方法

III. 結果

1. 各文書の意義と関連性

2. 個別的検討と考察

- 1) WHO 医学的リハビリテーション専門委員会第1次報告（1958）
- 2) WHO 医学的リハビリテーション専門委員会第2次報告（1969）
- 3) 国連 障害者の権利宣言（1975）
- 4) 国連 国際障害者年行動計画（1980）
- 5) WHO 障害予防とリハビリテーション専門委員会報告（1981）
- 6) 国連 障害者に関する世界行動計画（1982）
- 7) 国連 障害者の機会均等化に関する標準規則（1993）
- 8) 国連 障害者権利条約（2008）

IV. 総括的考察

V. 結論

I. 研究目的

国民生活の向上のためには、国民全体の生活機能の維持増進・低下予防が重要であるが、それと並んで、何らかの理由で生活機能が低下した場合の回復・向上にむけた支援も同様に重視される必要がある。

その場合まず、生活機能がすでに低下しているか、低下のリスク（危険性）の高い集団

*うえださとし（(公財)日本障害者リハビリテーション協会 顧問）
おおかわやよい（(独)国立長寿医療研究センター 研究所 生活機能賦活研究部 部長）

を対象として検討することが適切である。その意味で今回は、すでに何らかの生活機能低下のある障害者（障害児を含む。以下「障害者」と表記）、そして生活機能低下のリスクの高い高齢者について検討することにした。

ここで「生活機能」とは、2001年に世界保健機構（WHO）から出されたICF（国際生活機能分類）の中心概念で、「人が生きること」を分析的かつ包括的に捉えようとするものである。生活機能は「参加」「活動」「心身機能・身体構造」の3レベルからなり、それら全部を含む包括概念である（参考1参照）。

また本論文において「障害者」とは、ICFの規定する「生活機能低下」のある人の意味であり、現在わが国において法的に規定された（狭義の）「障害者」よりはるかに広い範囲のものである。これには、現在はまだ法的規定に含まれない障害のある人、「難病」を含む各種の慢性疾患患者、また多くの高齢者が含まれる（参考2参照）。

これらの人々は生活機能についてさまざまな困難をもち、適切な支援を必要としているが、現在、このような広義の障害者・高齢者に対する包括的な支援体系は存在せず、障害の種別・程度、年齢、また関連するサービス種別（医療、教育、職業復帰支援、介護、等）ごとに個々別々で、相互に関連性を欠く、いわば分断された支援がおこなわれているのが現実である。そのため、個々の支援は良心的に行われていたとしても、全体としての総合的成果につながりにくく、障害者・高齢者の生活機能低下の回復・向上が効果的に実現されているとはいえない。まして本来、より重要なはずの生活機能低下の発生および進行の予防についてはきわめて不十分である。このような現状を打破し、総合的・包括的な支援体系を構築することが、世界に先がけて超高齢社会に入ろうとしているわが国が、「健康で活力ある長寿社会」を実現する上での課題である。この課題を解決することができれば、当事者であるわが国の障害者・高齢者にとって望ましいことであるだけでなく、この分野において世界的にもよき先例となることができる。

本研究では、障害者・高齢者の生活機能回復・向上のための支援の在り方に関する検討を深め、以上の課題の解決にむけて一歩前進することを目的として、国際連合（国連）と世界保健機関（WHO）を中心とした、過去半世紀にわたる、この問題に関する国際的な思想的動向について調査し、考察を加えた。その趣旨は、これらの国際機関の文書が、わが国をも含めた世界的な思想的・現実的な動向を集約し、簡潔な文章として表現しているため、時代による思想の変化が、時代的制約を含めて、如実に把握できるからであり、また現実的に、特に国連の諸文書はわが国の政策や制度にも強い影響力をもつため、歴史的背景を踏まえた正しい理解が重要となるためである。

なおその場合、文書の表題あるいは章題において「リハビリテーション」を掲げることが多いため、ここでその理由の理解のために「リハビリテーション」の語の本来の用法について付言しておきたい。国際的にいう「リハビリテーション」とは、この語の本来の意味が「権利・名誉・尊厳の回復」であることから分かるように、わが国で通常理解されているような医療分野におけるサービス（「医学的リハビリテーション」）、しかも実はその一部に過ぎない「機能回復訓練」を意味するものではなく、きわめて包括的な概念である。

歴史的には西洋中世以来、「リハビリテーション」の語は「身分・地位の回復」「破門の

取り消し」「無実の罪の取り消し」「名誉回復」「権利回復（復権）」などの意味で使われ、20世紀に入っては更に意味が拡大して、「（無実ですらない）犯罪者の社会復帰（更生）」「（失脚した）政治家の政界復帰」、さらには人間以外にも拡大適用されて、「（災害からの）復興」「（スラム街などの）都市再開発」などの意味にも用いられている一般用語である。

生活機能低下者（障害者・高齢者）について用いる場合には、リハビリテーションとは（生活機能低下によって人間らしく生きることが困難になった人の）「人間らしく生きる権利の回復」（「全人間的復権」）である（参考3参照）。

そのようなものとしての「リハビリテーション」は、生活機能上に問題をもつ人（障害者・高齢者）が、人間らしく生きるために必要とする支援（対人サービス）のすべてを含むものとされ、最初から医学的リハビリテーションに加えて、少なくとも教育（「教育的リハビリテーション」、特別支援教育）、就職・就労支援（「職業リハビリテーション」）、障害者福祉サービス全般（「社会リハビリテーション」）の、計4分野の多様なサービスを含む総合的なものであり、その分野間の緊密な連携・協力で行われるものと考えられていた。

このように「リハビリテーション」は障害者・高齢者に対する支援を、総合的に捉える理念的な概念として出発し、しかもこの半世紀の間に、以下に見るように、当初の4分野に加えて、年を追うごとにますます多様なサービスが追加され、さらに近年には障害者・家族、そして地域社会が中心的な役割を果たすものと考えられ、環境改善も対象に含まれるなど、その概念に大きな広がりや深まりをみせている。

したがって、このように理解したリハビリテーションは、先に述べたような、障害者・高齢者の生活機能向上のための包括的支援とほとんど等しいものであり、その今後のあり方を考える上での出発点となりうるものと考えられる。これが今回「リハビリテーション」を掲げる国際的文書を対象とする理由である。

ただ、わが国でのリハビリテーションに対する理解は一般に極めて狭いものにとどまっているため、単に「リハビリテーション」と述べただけでは誤解を招くおそれがある。そのため以下必要に応じ、このような総合的な支援のありかたを強調する場合には「総合リハビリテーション」と呼ぶことにしたい。

II. 研究方法

国連およびWHOを中心に、障害者支援に関する、国際的組織・機関による報告書、宣言、行動計画、標準規則、条約等を広く渉猟し、今回の研究テーマと関連性の高い次の8文書を選んで検討した。

なお、文中の報告書等の名称および定義等の翻訳については、既存の訳のあるものについてはそれを参考にしつつ、基本的には引用者の責任において訳した。翻訳は、読みやすく理解しやすい日本語とすべく直訳を避け、「意識」とし、原文を付記することで正確を期した。

- 【文書 1】 WHO 医学的リハビリテーション専門委員会 第 1 次報告書 (1958) ¹⁾
- 【文書 2】 WHO 医学的リハビリテーション専門委員会 第 2 次報告書 (1969) ²⁾
- 【文書 3】 国連 障害者の権利宣言 (1975) ³⁾
- 【文書 4】 国連 国際障害者年行動計画 (1980) ⁴⁾
- 【文書 5】 WHO 障害予防とリハビリテーション専門委員会 報告書 (1981) ⁵⁾
- 【文書 6】 国連 障害者に関する世界行動計画 (1982) ⁶⁾
- 【文書 7】 国連 障害者の機会均等に関する標準規則 (1993) ⁷⁾
- 【文書 8】 国連 障害者権利条約 (2008) ⁸⁾

なおこの他に、以下のものを参照したが、これらは一部の疾患・障害のみに関係するか、一部のサービス分野にのみ関係するものであるため、直接的には取り上げず、詳細な検討は他の機会をまつこととした。

- ・ WHO ハンセン病リハビリテーション学会記録 (1961) ⁹⁾
- ・ WHO 心血管系疾患患者のリハビリテーション専門委員会報告書 (1964) ¹⁰⁾
- ・ WHO 脳血管疾患の予防、治療、リハビリテーション (会議記録) (1971) ¹¹⁾
- ・ ILO (国際労働機関) R 99 障害者の職業リハビリテーションに関する勧告 (1955) ¹²⁾
- ・ ILO R168 障害者の職業リハビリテーションと雇用に関する勧告 (1983) ¹³⁾
- ・ ILO C159 障害者の職業リハビリテーションと雇用に関する条約 (1983) ¹⁴⁾
- ・ UNESCO (国連教育科学文化機関) スペシャルニーズ教育に関するサラマンカ宣言および行動枠組み (1994) ¹⁵⁾

Ⅲ. 結果

まず各文書の意義と関連性について検討した結果を述べ、ついで各文書ごとに個別に検討し、考察を加える。その後に「総括的考察」において全体の流れを総括する。

1. 各文書の意義と関連性

今回検討対象とした文書は国連および WHO 発行のものに 2 大別される。

国連は WHO、ILO、UNESCO などの上部機関であり、最高の国際機関である。WHO 等の下部機関が主に技術的・実地的な助言・勧告・支援、また個別分野における調査等を行うのに対して、国連は原理的・本質的な問題に関する宣言 (【文書 3】)、全般的政策に関する勧告などを行い (【文書 4】、【文書 6】、【文書 7】)、更に強制力をもつ国際条約 (【文書 8】) を審議・提案するなど、各国の法制・政策に対してより大きな影響力をもっている。

以上を反映して、今回検討した WHO 文書はすべて「技術的報告書シリーズ」(Technical Report Series) に属するものであり、WHO 全体の政策的立場を表明するものではなく、専門委員会の意見として出されたものである。しかし、以下に見るように、世界各地域を代表する国 (先進国、途上国の両者を含む) の著名な専門家を招いて審議した結果であり、その時代の専門家の国際的コンセンサスを示すものと見ることができる。

興味深いのは、1975 - 1981 年ごろを「移行期間」として、その前にはもっぱら WHO がこの問題を取り上げていたのに対して、それ以降はもっぱら国連が取り上げるようになったことである。これは障害者・高齢者支援の問題が、はじめは専門分野に限られた問題と考えられがちだったものが、1981 年の国連障害者年を一つの画期として、普遍的・人類的な課題として、国連が取り上げるにふさわしいものと認識されるようになったものと見ることができる。そしてそのような傾向は、国連文書の「格付け」にも見られ、行動計画（【文書 4】、【文書 6】）から、標準規則（【文書 7】）をへて、条約（【文書 8】）へと、ますます強制力の強い方向に向かっていることも興味深い。

その意味で、2008 年の国連 障害者権利条約（【文書 8】）は、過去 50 年にわたる、この問題に関する国際的思潮（思想の動向）の、今日の到達点を示すものといえる。またこれは、わが国を含め、世界各国の関連分野の立法・行政に大きな影響を与えるものであり、詳細な検討に値するものである。

2. 個別的検討と考察

以下、年代順に各文書の個別的検討と考察をおこなう。

1) WHO 医学的リハビリテーション専門委員会第 1 次報告（1958）

障害者支援に関する最初の国際機関の文書は、WHO が 1958 年に発表した「医学的リハビリテーションに関する専門委員会第 1 次報告書」と考えられる¹⁾。

この委員会は、ノルウェイの保健社会省大臣である G. Harlem 博士を委員長とし、インドネシアの医学的リハビリテーションの先駆者として著名で来日したこともある Soeharso 博士を副委員長として、その他アメリカの医学的リハビリテーションのパイオニアである Kessler 博士を含め、英国、ルーマニア、スウェーデン、ブラジル、フランス、全 8 カ国からの委員と、国連、国際労働機構（ILO、2 人）からの代表を含めたものである。

戦後最初のこの問題に関する国際文書である本報告は、一応「医学的リハビリテーション」のあり方に関するものであるが、その前提として「総合リハビリテーション」の見地に立っていることは、次の文章からも明らかである。

[リハビリテーション・プロセスは複雑なものであり、障害者のための最良の結果を達成するべく、多数の専門分野や技術がチームアプローチをとって共に働くべきもので、どれか一つの領域・技術だけで達成できるものではない。ふつう医学的リハビリテーションが最初に、障害者の生理的・心理的機能を回復・蘇生させるために行われる。しかし、これと並行して、あるいはやや遅れて、リハビリテーションの教育的側面（特に子どもの場合）、職業的側面、社会的側面が緊密に調整され、協力して行われ、リハビリテーションの全過程、すなわち疾病や外傷の発症から社会への再統合までのプロセスが、スムーズに連続して実行されなければならない。]

The rehabilitation process is a complex one, involving several disciplines and different techniques working together as a team in order to achieve the best end-results for the handicapped person. Emphasis must be strongly laid on the team approach, for no single discipline or technique could accomplish the desired objective to the exclusion of the others. Thus, medical rehabilitation must come first to restore or resuscitate the remaining, diminished or disturbed physiological and psychological functions of the handicapped person. Meanwhile, or shortly following the medical rehabilitation, the educational (especially in the case of children), the vocational, and the social aspects of rehabilitation must be proceeded with, dovetailed and geared together so that the whole process of rehabilitation should be a smooth and continuous operation from the onset of sickness or injury until the rehabilitated person has been re-integrated into society.

このように戦後最初の国際文書における「リハビリテーション」が、すでに医学・教育・職業・社会の4側面からなる総合的なものと規定され、それらの間の調整・協力が強調されていたことは重要である。

なおここで、「社会への再統合」がリハビリテーションの最終段階とされていることも重要で、ほぼこれがリハビリテーションの最終目的と見てよいと思われるが、この段階ではそれとは明言されていない。

2) WHO 医学的リハビリテーション専門委員会第2次報告 (1969)

その約10年後には同委員会第2次報告が出された²⁾。

委員会のメンバーは交代し、レバノンの Manugian 博士を委員長、アメリカの Fish 女史 (保健・教育・福祉省) を副委員長とし、その他、有名な Weiss 博士 (ポーランド)、さらにナイジェリア、カナダ、ベルギー、インド、ベトナムの全8カ国からの委員と、国連、ILO (2人)、国際物理医学連盟、国際社会保障協会、国際障害者リハビリテーション協会の5団体の代表からなるものであった。このメンバーは、【文書1】の第1次委員会の委員にくらべて途上国出身者の比重が大きくなっており、時代の流れを示すものといえよう。

この報告書のリハビリテーションの定義は次の通りである。

[リハビリテーションとは (障害についていう場合には)、医学的、社会的、教育的、職業的な手段を巧みに組み合わせて用い、その個人を、機能的な能力の可能な最高水準にまで訓練あるいは再訓練することである。]

Rehabilitation: As applied to disability, this is the combined and co-ordinated use of medical, social, educational, and vocational measures for training or re-training the individual to the highest possible level of functional ability.

この定義で重要なのは、初めてリハビリテーションの「目的」が明確にされたことで、それは「可能な最高水準 (highest possible level) の機能的な能力」である。ここで「機能的」とは、英語での慣用で「实际的・実用的」という意味であり、ICF (国際生活機能分類、参考1参照) で言えば「活動」を中心とした能力をいう。また後にも触れるが、ここで「可能な最高水準」の能力が目指されていたことは記憶されてよい。

また、支援の内容については、医学的、社会的、教育的、職業的の4分野を挙げている点では【文書1】と同様である。

なおこの文章のはじめに「障害についていう場合には」という限定があるのは、「リハビリテーション」(rehabilitation) の語は先にも述べたように「権利・名誉・尊厳の回復」という意味の一般用語であるため、障害者支援に関するものであることに話題を限定するためのものである。

3) 国連 障害者の権利宣言 (1975)

国際連合は、創設時の「世界人権宣言」(Universal Declaration of Human Rights, 1948) をはじめとして、各種の人権宣言を発してきており、障害関連のものでは1971年の「知的障害者の権利に関する宣言」がある。1975年には特定の障害でなく、障害全般にわたるものとして「障害者の権利宣言」が発せられた³⁾。そのうち、リハビリテーション(障害者支援)に関する条項は次のとおりである。

[5. 障害者は、かれらを可能な限り自立的な存在とするための諸方策を受ける権利をもっている。]

[6. 障害者は、医学的、心理学的、そして義肢・装具を含む機能的な治療を受ける権利、医学的および社会的なリハビリテーション、教育、職業教育・訓練・リハビリテーション、補助具、カウンセリング、就職支援、およびその他の、かれらの能力や技能を最大限に発達させ、かれらの社会的統合・再統合を早めるような各種サービスを受ける権利をもっている。]

5. Disabled persons are entitled to the measures designed to enable them to become as self-reliant as possible.

6. Disabled persons have the right to medical, psychological and functional treatment, including prosthetic and orthotic appliances, to medical and social rehabilitation, education, vocational education, training and rehabilitation, aid, counseling, placement services and other services which will enable them to develop their capabilities and skills to the maximum and will hasten the process of their social integration or reintegration.

この宣言は、障害者の権利として、権威ある国際機関が、①「自立」(self-reliance) の権利、そして、②総合的な支援を受ける権利をはじめて明確に示したことに大きな意義が

ある。すなわち、従来は暗黙のうちに、障害者に限らず、高齢者その他、支援を必要とする人は「弱者」であり、支援はそれらの人に対する社会からの「恩恵」である、という考え方が強かったのに対し、ここではじめて、それが人間としての「権利」であることが明確に宣言されたのである。

また③その支援の内容について、医学・社会・教育・職業の4分野に加えて、心理学、さらに特定はしないが、「その他の、かれらの能力や技能を最大限に発達させ、かれらの社会的統合・再統合を早めるような各種サービス」を含めている点で、前記の【文書1】、【文書2】における定義よりも一歩踏み出したものと評価できる。

4) 国連 国際障害者年行動計画 (1980)

1981年は国連の定めた国際障害者年 (International Year of Disabled Persons, IYDP) であり、「完全参加と平等」を旗印に、わが国を含む世界各国で障害者の権利拡大・生活向上、一般国民の障害者に関する理解の向上のための各種の啓発事業や制度の見直しが行われ、大きな成果をあげた。

現在わが国で当然のこととみなされていることがらで、実はこの年にはじめて行われるようになったことが少なくない。

一例をあげれば、この年はじめて、車椅子使用者が単独で新幹線に乗ることが認められた。それまでは介助者がつくことが条件であり、一般人と同じく階段あるいはエスカレーターを登り下りしなければならなかった (一般用エレベーターの普及はずっと後のことである) が、この年から駅員が付き添って、荷物用エレベーターでのホームへの昇降が認められるようになったのである。

このIYDPを前に前年1月に採択された国連決議がこの行動計画である⁴⁾。その関連部分は次のように述べている。

[6. 国際障害者年は、個人の一つの特質である「機能障害」と、その機能障害によって起こる行動上の制約である「能力障害」、また能力障害の社会的帰結である「社会的不利」とは峻別されなければならないという事実の認識を促進すべきである。]

[7. 「能力障害は個人とその環境との関係で生じる」との観点がきわめて建設的なアプローチであることがますます明らかになっている。機能障害が日常生活に及ぼす影響を決定するのに環境が大きく関与していることを経験は示している。一般社会は依然として十分な心身の能力を有する人々のみを優遇しているが、すべての人々の必要 (ニーズ) に適切に対応することを学ばなければならない。一般社会は全般的な物的環境、福祉サービスおよび保健サービス、教育と勤労の機会、またスポーツを含む文化的社会的生活を障害者が完全に利用可能なものとする責任をもっている。これは障害者を益するだけでなく、社会全体を益するものである。多くの成員を排除するような社会は貧しい社会である。障害者は社会共同体 (コミュニティ) の他の人々と異なる必要 (ニーズ) をもつ特別なグループとみなされるべきではなく、普通の人間的な必要 (ニーズ) を満たす上で特別な困難をもつ普通の市民とみなされるべきである。障害者にとっての諸条件を改善しようとする活動は、