

た。また直接被災地より非直接被災地の方が高い低下率を示すことは注目すべきことである。

また40～64歳をみると、応急仮設住宅では町内で39名中13名(33.3%)、町外13名中3名(23.1%)と合計52名中16名(30.8%)であり、高齢者と異なりそれ以外の地域の生活者との差は大きかった。

4. 歩行困難の経過

歩行困難の経過をみるために、前年度研究で行った発災7ヵ月時調査とその1年後の発災1年7ヵ月時調査の2回ともに回答した身体障害者400名について歩行状態の変化を検討した。

歩行状態について震災前よりも歩くことが難しいか、震災前と同じ状態かを第1回調査時(発災7ヵ月時)と2回調査時(1年7ヵ月時)で比較したものを、年代別に表4-1～3に示した。

表4-1に示した40～64歳の身体障害者(112名)では、震災前よりも難しい人は発災7ヵ月時26名(23.2%)から1年7ヵ月時は22名(19.6%)と減少していた。発災7ヵ月時に震災前より難しかった26名中の11名(42.3%、全体の9.8%)は震災前と同じ程度に回復していた。しかし7ヵ月時には震災前と同じであった(低下していなかった)86名中の7名(全体の6.3%)が7ヵ月～1年7ヵ月の間に新たに低下していた。

表4-2の65～74歳(94名)でみると、震災前より難しい人は、7ヵ月時での18名(19.1%)から1年後には19名(20.2%)とほぼ同数であった。しかし、7ヵ月後時点で震災前よりも難しかった人の半数(9名：全体の9.6%)は震災前より改善していた。一方、1年7ヵ月時で震災前より歩くことが難しい人19

名のうち52.6%(10名：全体の10.6%)は1年間に低下をしていた。

表4-1 歩行状態の変化(発災7ヵ月後⇒1年7ヵ月後)

40～64歳 身体障害者
N=112

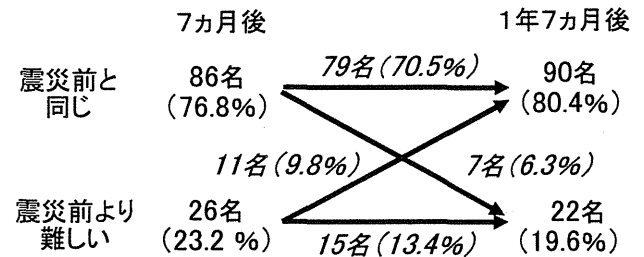


表4-2 歩行状態の変化(発災7ヵ月後⇒1年7ヵ月後)

65～74歳 身体障害者
N=94

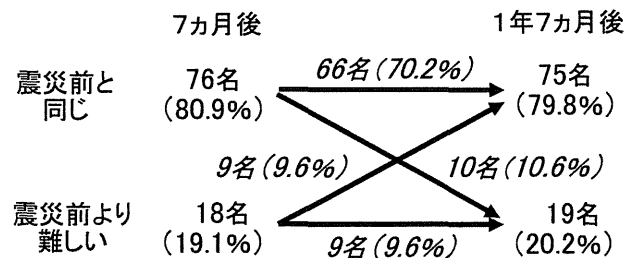


表4-3 歩行状態の変化(発災7ヵ月後⇒1年7ヵ月後)

75歳以上 身体障害者
N=194

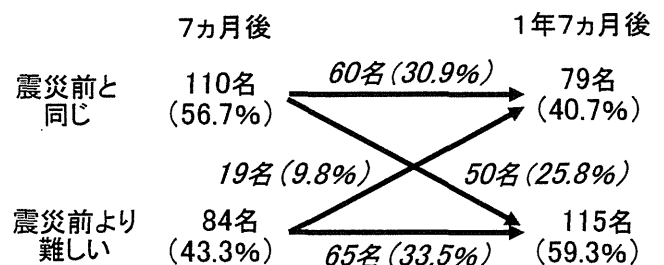


表5 震災後出現した歩行困難に影響する因子：身体障害者（40歳以上全年齢）

	B	オッズ比	下側95%	上側95%	p値
年齢	1.10	3.00	1.57 ~ 5.93		0.0008**
性別	-0.21	0.81	0.46 ~ 1.41		0.4537
2011.3.11時点要介護認定有無	0.85	2.33	1.05 ~ 5.35		0.0386*
仮設住宅	0.58	1.78	1.02 ~ 3.12		0.0429*
屋外歩行_震災前	0.89	2.42	1.13 ~ 5.24		0.0234*
日中活動性_震災前	1.24	3.46	1.79 ~ 6.81		0.0002**
日中活動性の低下	2.96	19.33	10.41 ~ 37.76		<.0001**
外出回数の低下	0.02	1.03	0.59 ~ 1.78		0.9295
震災後の病気・ケガの新たな発生	0.44	1.55	0.88 ~ 2.74		0.1271

* <0.005

** <0.001

表4-3の75歳以上（194名）になると、震災前より難しい人が7ヵ月時84名（43.3%）から1年後には115名（59.3%）と約1.4倍に増加していた。7ヵ月時で震災前より難しい人84名のうち1年後に改善した者は22.6%（19名：全体の9.8%）であった。

また1年7ヵ月時に歩行が難しくなったままの115名（全体の59.3%）中、7ヵ月後～1年7ヵ月後の1年間に新たに震災前より難しくなった人は43.5%（50名：全体の25.8%）であり、残り半数以上は低下したままの人であった。

以上をまとめると、75歳以上では発災7ヵ月時に比べ1年7ヵ月時には歩行震災前より難しい人が44.3%から59.3%へと15.0%ポイント増加していたが、一方65～74歳では、発災7ヵ月時に比べ1年7ヵ月時には僅かな増加（19.1%→20.2%）にとどまり、さらに40～64歳では歩行

が震災前より難しい人は多少減少していた（23.2%→19.6%）。

5. 歩行低下に影響を及ぼす因子

1年7ヵ月時点での震災前と比べて歩くことが難しい状態であることに関与する因子を、人数の多い身体障害者に限ってロジスティック回帰分析で検討した。

表5で示すように有意確率が0.01未満の変数は、（震災前に比べて）日中の活動性の低下、震災前の日中活動性、年齢であった。オッズ比を比較すると、日中活動性の低下のオッズ比が19.33と最も大きく、次いで震災前の日中活動性3.46であった。

これによって、震災1年7ヵ月時に震災前よりも歩くことが難しいままであることに最も影響しているのは震災前と比べて日中活動性の低下であり、すなわち生活不活発病と考えるのが最も妥当である。

D. 考察

1. 結果のまとめ

障害者（「谷間の障害」を含む）では震災後に「活動」の低下が認められ、発生後1年7ヵ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（65歳以上45.5%対非要介護認定者28.2%）。また高齢障害者は若年障害者よりも低下率が高かった。

また、同一例での経時変化で、発災7ヵ月後～1年7ヵ月後の1年間に相当数の新たな低下者が出現したことが確認された（75歳以上：25.8%、65～74歳：10.6%、40～64歳：6.3%）。この新しい低下者は1年7ヵ月後時点での75歳以上での低下者の実に半数近く（43.5%）を占めていた。

その生活機能低下の主な原因は発災7ヵ月後と同様生活不活発病であった。

2. 生活機能低下の原因としての生活不活発病

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昨年度の本研究で初めて確認できた。更にそれに加えて本年度研究で1年7ヵ月後における生活機能低下の原因として生活不活発病が大きいことが明らかとなった。

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意識的には行われていなかったため、本研究は今後の障害者の災害時対策におけるその重要性を示すものである。

更に、災害直後ではなく、7ヵ月後～1年7ヵ月後の1年間においても生活不活発病による生活機能低下が多数発生していることは、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うことができる。今後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. 防げたはずの生活機能低下予防の必要性

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、新たな障害を生まない“予防”の観点が必要である。

すなわち不自由さに対する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”が必要である。

この生活機能低下予防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。

4. 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、昨年度の研究で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。更に今年度、1年間の経時的変化を確認できたことは特筆すべきことといえることができる。

E. 結論

東日本大震災後の同一自治体で障害者について発災7ヵ月時とその1年後の生活機能の経時的変化を把握することができた。

その結果65歳以上では7ヵ月時よりも1年7ヵ月時の「活動」低下者が多く、この1年間で新たに低下した人が約半数にみられた。そのため今後も新たな「活動」低下者を生む危険性

が大きく、生活不活発病を主要なターゲットと位置づけた「防げたはずの生活機能低下」予防・改善対策が必要である。

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：生活不活発病；災害時医療の新たな課題である「防げたはずの生活機能低下」. 内科, 110(6) : 1020-1025, 2012.
- ・大川弥生：生活不活発病の予防と回復支援；「防げたはずの生活機能低下」の中心課題. 日本内科学会誌, 102(2) : 471-477, 2013.
- ・大川弥生：災害時の新しい課題としての「防げたはずの生活機能低下」. 教育と医学, 60(7) : 607-615, 2012.
- ・大川弥生：災害時に多発する生活機能低下に注意；生活不活発病への対応の重要性. 仙台市医師会報, 574 : 19-23, 2012.
- ・大川弥生：災害時の新しい課題としての「防げたはずの生活機能低下」(2)；支援のあり方をICFから考える. 教育と医学, 60(8) : 696-705, 2012.
- ・大川弥生：災害時に多発する生活機能低下に注意(2)；生活不活発病予防・改善の方策. 仙台市医師会報, 575 : 14-19, 2012.
- ・大川弥生：災害時の新しい課題としての「防げたはずの生活機能低下」(3)；「特別な配慮が必要な人」という見方の重要性. 教育と医学, 60(9) : 800-809, 2012.
- ・大川弥生：災害時における介護福祉士の役割；「防げたはずの生活機能低下」の予防・改善の担い手として. おはよう21, 23(7) : 76-77, 2012.
- ・大川弥生：災害時に介護福祉士ができること. おはよう21, 23(7) : 78-81, 2012.

- ・大川弥生：災害時支援の新たな課題：防げたはずの生活機能低下；生活機能低下の同時多発. みんなのねがい, 553 : 44, 2012.
- ・大川弥生：災害時支援の新たな課題：防げたはずの生活機能低下；生活不活発病. みんなのねがい, 554 : 44, 2012.
- ・大川弥生：災害時支援の新たな課題：防げたはずの生活機能低下；生活不活発病の予防・改善. みんなのねがい, 556 : 44, 2013.
- ・大川弥生：災害時の生活不活発病：予防・改善のターゲットとして. ふれあいケア, 19(3) : 29-33, 2013.
- ・大川弥生：総合リハビリテーションの視点から災害を考える；東日本大震災での実態把握に基づいて. リハビリテーション研究, 154(4) : 6-9, 2013.

2. 学会発表

- ・大川弥生、工藤美奈子：災害時支援の新課題としての「防げたはずの生活機能低下」；生活機能デザインのためのニーズ把握として. 第30回日本ロボット学会学術講演会, 2012年9月19日, 札幌.
- ・大川弥生：総合リハビリテーションの視点から災害を考える；東日本大震災での実態把握に基づいて. 第35回総合リハビリテーション研究大会, 2012年9月21日, 横浜.
- ・大川弥生：“preventable death”に加えて“preventable disability”を：「特別な配慮が必要な人」の重要性. 第18回日本集団災害医学会総会, 2013年1月17日, 神戸.
- ・Okawa Y, Ueda S, Kudo M, Oikawa E, Kasamatsu J, Tani N, Sato J, Takahashi S : ICF-based Large-Scale Population Surveys seven Months after the Great Earthquake and Tsunami in one of the most severely hit towns. WHO-FIC Network Annual Meeting 2012, 19 October, Brasilia, Brazil.

- Okawa Y, Ueda S, Kudo M, Oikawa E, Kasamatsu J, Tani N, Fujiyama H :How should be the Preventive and Supportive Programs at the Time of Disasters: The Official Recognition of the ICF-based Programs founded on the Experiences of many Disasters in Japan since 2004. WHO-FIC Network Annual Meeting 2012, 19 October, Brasilia, Brazil.
 - Okawa Y, Ueda S, Kudo M, Oikawa E, Kasamatsu J, Tani N :The Importance of the Distinction of ‘Universal Independence’ and ‘Limited Independence’ in the Qualifiers of Activity: Its Influence on the Decline of Functioning after the Disaster. WHO-FIC Network Annual Meeting 2012, 19 October, Brasilia, Brazil.
 - Okawa Y, Ueda S, Kudo M, Oikawa E, Kasamatsu J, Tani N, Sato J, Takahashi S :The Occurrence of Functioning Problems in Persons with Disabilities following Disaster. WHO-FIC Network Annual Meeting 2012, 19 October, Brasilia, Brazil.
 - 工藤美奈子、高橋晶子、佐藤祥代、関口春美、大川弥生：災害時における高齢者の生活機能(5)：東日本大震災での生活機能調査. 第54回日本老年医学会学術集会、2012年6月30日、東京.
 - 佐藤祥代、高橋晶子、工藤美奈子、大川弥生：災害時における高齢者の生活機能(6)：避難所における生活不活発発病の把握. 第54回日本老年医学会学術集会、2012年6月30日、東京.
 - 工藤美奈子、関口春美、大川弥生：災害時生活機能低下予防対策に関する研究(3)：東日本大震災での生活機能調査. 第18回日本集団災害医学会総会、2013年1月17日、神戸.
 - 大川弥生：生活不活発発病多発の実態把握に立って今後の対策のあり方を考える：「防げたはずの生活機能低下」予防の最大の要点として. 第18回日本集団災害医学会総会、2013年1月17日、神戸.
 - 大川弥生：災害時支援の新たな課題；「防げたはずの生活機能低下」予防. 平成24年度内閣府障害者週間連続セミナー、2012年12月7日、東京.
 - 大川弥生：ICFの基本と医療面への活用. 第3回厚生労働省ICFシンポジウム、2012年12月13日、東京.
- ### 3. 普及・啓発等
- 大川弥生：朝日新聞、平成24年6月13日朝刊、親族宅に避難した高齢者 ほぼ半数「歩くのが困難」
 - 大川弥生：読売新聞、平成24年6月21日朝刊、震災後足腰衰え深刻化 高齢患者の2割歩行困難 仙台で調査
 - 大川弥生：毎日新聞、平成24年6月23日夕刊、お年寄り歩行困難 親族宅>仮設
 - 大川弥生：河北新報、平成24年6月25日朝刊、歩行能力半数低下のまま 生活不活発発病注意を
 - 大川弥生：産経新聞、平成24年6月25日、生活不活発発病？震災10ヵ月後も回復せず
 - 大川弥生：中国新聞、平成24年6月25日、震災後、新たに歩行困難に 仙台の高齢者2割
 - 大川弥生：京都新聞、平成24年6月25日、仙台、高齢者2割歩行困難 震災10ヵ月後も回復せず
 - 大川弥生：福井新聞、平成24年6月25日、仙台、高齢者2割歩行困難
 - 大川弥生：日本農業新聞、平成24年6月26日、「みなし仮設」に多い歩行困難 親族宅も深刻
 - 大川弥生：佐賀新聞、平成24年6月26日、震災10ヵ月後で2割強歩行困難 仙台市が高齢者調査
 - 大川弥生：河北新報、平成24年7月3日夕刊、河北抄
 - 大川弥生：日本農業新聞、平成24年7月25日、農が支えるシニア暮らし；体動かして生活に意欲
 - 大川弥生：日本経済新聞、平成24年9月13日、高齢者の「不活発発病」防げ；生きがい見つけ健康に

- ・大川弥生：朝日新聞、平成 24 年 9 月 22 日朝刊、被災した障害者、歩くことが困難に
- ・大川弥生：朝日新聞、平成 24 年 9 月 23 日朝刊、患者を生きる：リハビリ；上を向いて歩く
- ・大川弥生：中国新聞、平成 24 年 9 月 29 日、「人生」を創る支援のあり方を考える－真のリハビリテーションとは：参加促すサポート大切
- ・大川弥生：読売新聞、平成 24 年 10 月 31 日、被災地で問題 生活不活発病；活動の機会奪われぬ支援を
- ・大川弥生：朝日新聞、平成 25 年 1 月 12 日朝刊、高齢者 2 割生活機能低下 九州豪雨の被災者
- ・大川弥生：読売新聞、平成 25 年 2 月 2 日、元気な高齢者の 3 割が生活不活発病？…南三陸町
- ・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.

東日本大震災 2 年後の高齢障害者の新規要介護認定状況 — 「介護予防ハイリスク者」としての概念規定の必要性 —

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

研究要旨 東日本大震災後 2 年の時点で、震災後の新規要介護認定者について、震災前から身体障害者あるいはその他の障害者であった者と非障害者とを区別してその実態を把握した。

40 歳以上の全町民 7660 名を対象とし、その内 65 歳以上では 3983 名中 355 名 (8.9%) が震災後 2 年間に新たに要介護認定者となっており、その内 19.7% (70 名) は震災前身体障害者であり、21.4% (76 名) は身体障害以外を含めた障害者であった。

新規要介護認定者発生率は、高齢者全体 (65 歳以上) で障害者では 23.6%、その他障害者では 11.5%、非障害者では 7.7% であった。特に 65~74 歳では、身体障害者の 13.0% に対し非障害者では 1.8% と 7.2 倍であった。

身体障害者が非障害者に比して要介護状態となり易いことは、災害時だけでなく平常時においても同様と考えるべきである。今回の結果は、現在の介護予防対策において障害者を「ハイリスク者」として捉えることの必要性を示すものであり、同時に、高齢障害者に対しての、災害時と平常時に共通する生活機能低下予防対策の必要性を示すものと考えられる。

A. 研究目的

高齢障害者に対する制度的支援としては、障害者施策だけでなく、介護保険制度などの高齢者施策をも含めて考える必要がある。しかも単に障害者が利用・活用する制度間での移行の面からだけでなく、必要とする支援のあり方の観点からも検討することが必要である。

その場合、例えば現在高齢者施策において、介護予防、すなわち要介護認定状態になることを防ぎ、また要介護状態になってもその状態の

進行を防ぎ、改善させる体制が整備されることが急務とされていることを十分踏まえて考えるべきである。

今回、東日本大震災発生において本研究の重要テーマとなった災害時を平常時制度との関係でみると、介護保険制度との関係では、新潟県中越地震時 (2004 年) にはちょうど介護保険改正に関する様々な委員会等で議論がされていた時期であり、「災害時は介護予防必要例の同時多発時」と位置づけられた。他方、障害者制度に

関しては、そのような観点は十分ではなかった。

今回本研究事業で初めて、障害者においても災害時は「生活機能低下の同時多発時」であり、その発生頻度は非障害者よりも著しく高いことが明らかとなった。

そこで本研究では、介護保険との関係で、震災後要介護認定を受けた人について、障害者制度との関係から、身体障害者、その他の障害者（知的障害、精神障害、難病患者）と非障害者とを区別してその実態を把握することを目的とした。

B. 研究方法

宮城県南三陸町において震災後に介護保険の要介護認定者となった人について、障害者であったか否かを区別して把握した。東日本大震災発生時（2011年3月11日）の要介護認定者と障害者の状況は、震災によって要介護認定者及び障害者名簿が消失したため、震災後各種情報をもとに再作成された名簿を用いた。発災2年後の状態については、それらの名簿と、震災後の新規申請者及び要介護認定者の区分変更者名簿から、2013年3月11日の状況について把握した。

なお、震災時状況名簿に記載があるが、震災による死亡もしくは行方不明者については今回の検討からは除外した。また、発災後2年間以内に死亡した場合は死亡時点の状況について見た。

（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、承認を受けて行っている。

C. 研究結果

1. 震災後2年間の新規要介護認定者数

震災前に要介護認定を受けていなかった40歳以上全町民における震災2年後の要介護認定の状況を、震災前の非障害者及び身体障害者、その他の障害者（知的障害、精神障害、難病患者）の3群に区分して、年齢階層別に表1に示した。その要点は次の通りである。

1) 40～64歳の層では、身体障害者149名中1名(0.7%)、その他障害者118名中でも1名(0.8%)が新たに要介護認定を受けたが、非障害者では5410名中3名(0.1%)が要介護認定を受けたにとどまった。

2) 65～74歳の層では、身体障害者108名中14名(13.0%)、その他の障害者37名中5名(13.5%)、また非障害者では1650名中30名(1.8%)が要介護認定を受けており、身体障害者・その他障害者ともに非障害者の約7.5倍とその比率は著しく高かった。

またこの年齢層で震災後新たに要介護認定を受けた人は合計49名であり、その中で身体障害者は14名(28.6%)、すなわち4分の1以上を占め、その他の障害者をも合算すると19名(38.8%)と3分の1以上を占めた。

3) 75歳以上の年齢層では、新要介護認定者の割合は身体障害者では189名中56名(29.6%)で、非障害者の1984名中249名(12.6%)に比べ、2倍強と多かった。

またこの年齢層の新規要介護認定者計306名中56名(18.3%)が身体障害者であり、その他の障害者をも含めると57名(18.6%)であった。

更にこの年齢層と65～74歳の層とを比較すると、新規要介護認定者の割合は、身体障害者では29.6%対13.0%で2.3倍、非障害者では12.6%対1.8%で7倍であった。

4) 65歳以上の高齢者全体としてみると、新規要介護認定者の率は身体障害者では297名中70名(23.6%)、その他障害者では52名中6名(11.5%)、非障害者では3634名中279名(7.7%)であった。

また高齢者全体の3983名中355名(8.9%)が新規要介護認定者となっているが、その内70名(19.7%)が身体障害者であり、その他の障害者を加えると76名(21.4%)であった。

表1 震災後2年間の新規要介護認定者数
－ 震災前の障害の有無による比較

南三陸町40歳以上全町民(震災前の要介護認定者を除く) N=9660

震災前 \ 発災2年時		非高齢者		高齢者		計
		40-64歳	65-74歳	75歳以上	小計	
非障害者*	要介護認定	3 0.1%	30 1.8%	249 12.6%	279 7.7%	282 3.4%
	非要介護認定	5407 99.9%	1620 98.2%	1735 87.4%	3355 92.3%	8762 96.6%
	小計	5410 100%	1650 100%	1984 100%	3634 100%	9044 100%
身体障害	要介護認定	1 0.7%	14 13.0%	56 29.6%	70 23.6%	71 15.9%
	非要介護認定	148 99.3%	94 87.0%	133 70.4%	227 76.4%	375 84.1%
	小計	149 100%	108 100%	189 100%	297 100%	446 100%
その他障害 (知的・精神・難病)	要介護認定	1 0.8%	5 13.5%	1 6.7%	6 11.5%	7 4.1%
	非要介護認定	117 99.2%	32 86.5%	14 93.3%	46 88.5%	163 95.9%
	小計	118 100%	37 100%	15 100%	52 100%	170 100%
計	要介護認定	5 0.1%	49 2.7%	306 14.0%	355 8.9%	360 3.7%
	非要介護認定	5672 99.9%	1746 97.3%	1882 86.0%	3628 91.1%	9300 96.3%
	総計	5677 100%	1795 100%	2188 100%	3983 100%	9660 100%

※身体障害・知的障害・精神障害・難病のない人々

2. 身体障害種別による差

次に身体障害者について、年齢階層別および障害種別毎に、震災2年後の要介護認定状況を表2に示した。なお40-64の年齢層は新規要介護認定者の発生が少なく(1名のみ)、また本研究の主眼が高齢障害者にあるため、以下65歳以

上を中心に論じる。

1) 65-74の年齢層では、層全体の新規要介護認定者発生率(13.0%)を超える発生率を示す身体障害種別は、腎臓(30.0%)、膀胱・直腸・小腸(25.0%)、聴覚(16.7%)、肢体(下肢・体幹、15.4%)である。

表2 震災後2年間の新規要介護認定者数

ー 身体障害種別による比較 (震災前の要介護認定者を除く)

震災前		身体障害種別 震災2年時	肢体 (下 肢・体 幹)	肢体 (上 肢)	視覚	聴覚	心臓	腎臓	呼吸	膀胱・ 直腸・ 小腸	他身障 との重 複	その他 障害と の重 複	計
非 高 齢 者	40- 64 歳	非要介護認定	61 100%	11 100%	6 100%	12 100%	28 100%	13 100%	1 100%	5 100%	2 100%	9 90.0%	148 99.3%
		要介護認定	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0 0.0%	1 0.7%
		計	61 100%	11 100%	6 100%	12 100%	28 100%	13 100%	1 100%	5 100%	2 100%	10 100%	149 100%
高 齢 者	65- 74 歳	非要介護認定	33 84.6%	5 100%	3 100%	5 83.3%	26 92.9%	7 70.0%	2 100%	3 75.0%	4 100%	6 85.7%	94 87.0%
		要介護認定	6 15.4%	0.0%	0.0%	1 16.7%	2 7.1%	3 30.0%	0.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 14.3%	14 13.0%
		計	39 100%	5 100%	3 100%	6 100%	28 100%	10 100%	2 100%	4 100%	4 100%	7 100%	108 100%
	75 歳 以 上	非要介護認定	27 71.1%	6 85.7%	3 42.9%	24 77.4%	47 72.3%	4 50.0%	7 63.6%	5 62.5%	3 50.0%	7 87.5%	133 70.4%
		要介護認定	11 28.9%	1 14.3%	4 57.1%	7 22.6%	18 27.7%	4 50.0%	4 36.4%	3 37.5%	3 50.0%	1 12.5%	56 29.6%
		計	38 100%	7 100%	7 100%	31 100%	65 100%	8 100%	11 100%	8 100%	6 100%	8 100%	189 100%
	小 計	非要介護認定	60 77.9%	11 91.7%	6 60.0%	29 78.4%	73 78.5%	11 61.1%	9 69.2%	8 66.7%	7 70.0%	13 86.7%	227 76.4%
		要介護認定	17 22.1%	1 8.3%	4 40.0%	8 21.6%	20 21.5%	7 38.9%	4 30.8%	4 33.3%	3 30.0%	2 13.3%	70 23.6%
		計	77 100%	12 100%	10 100%	37 100%	93 100%	18 100%	13 100%	12 100%	10 100%	15 100%	297 100%
計	非要介護認定	121 87.7%	22 95.7%	12 75.0%	41 83.7%	101 83.5%	24 77.4%	10 71.4%	13 76.5%	9 75.0%	22 88.0%	375 84.1%	
	要介護認定	17 12.3%	1 4.3%	4 25.0%	8 16.3%	20 16.5%	7 22.6%	4 28.6%	4 23.5%	3 25.0%	3 12.0%	71 15.9%	
	総計	138 100%	23 100%	16 100%	49 100%	121 100%	31 100%	14 100%	17 100%	12 100%	25 100%	446 100%	

2) 75歳以上の年齢層では、層全体の新規要介護認定者発生率(29.6%)を超える発生率を示す身体障害種別は、視覚(57.1%)、腎臓(50.0%)、膀胱・直腸・小腸(37.5%)、呼吸(36.4%)である。

3) 以上を併せて、65歳以上の高齢身体障害者全体についてみると、全297名中の新規要介護認定者は70名(23.6%)であったが、これを超える発生率を示した身体障害種別は視覚(40.0%)、腎臓(38.9%)、膀胱・直腸・小腸(33.3%)、呼吸(30.8%)であった。なお発生率では平均より少ないが、新規要介護認定者の実数としては多いものに、肢体(下肢・体幹、22.1%、17例)および心臓(21.5%、20例)がある。その他のものを述べると、聴覚(21.6%)、肢体(上肢、8.3%)などである。

D. 考察

本調査で以下の点が明らかとなった。

1) 東日本大震災前に非要介護認定者であった高齢者では、3983名中355名(8.9%)が震災後2年間に新たに要介護認定者となった。その内約2割(19.7%、70名)が身体障害者であり、その他の障害者を加えると21.4%に達した。2) 新規要介護認定者の発生率は非障害者においても、身体障害者においても年齢が進むほど高くなる。また身体障害者ではすべての年齢層で非障害者よりも2倍から数倍高い。たとえば非障害者では、40-64歳では0.1%、65-74歳では1.8%、75歳以上では12.6%であり、身体障害者では同様に0.7%、13.0%、29.6%である。3) 高齢身体障害者について身体障害種別で見ると、新規要介護認定者発生率の高いのは視覚、腎臓、膀胱・直腸・小腸、呼吸などの障害であった。肢体(下肢・体幹)および心臓の障害では

率としては前記のものより少ないが、実数としてはかなりあった。

4) 以上から、従来のわれわれの研究が確認してきたように、災害は一般(非障害)高齢者の生活機能を低下させ、要介護認定者を増加させるが、障害のある高齢者(高齢障害者)においては新規要介護認定者が一層著しい程度において発生することが確認された。

5) また身体障害者を機能障害種別にみると、新規要介護認定者の発生率は、従来考えられがちであった運動障害(肢体不自由)よりもむしろ、視覚、腎臓、膀胱・直腸・小腸、呼吸などの障害のある人びとに多発する傾向があることが判明した。これは身体障害者の一部だけではなく、すべての種類に対する対策が重要であることを示している。

6) 以上の点について、研究代表者の大川は新潟県中越地震(2004年)以来、「災害とは介護予防必要例の同時多発時である」と提唱してきているが、その際の介護予防のターゲットとして、災害前から障害者であった人々が重要であることが今回初めて明らかになった。

特に65~74歳の年齢層では、身体障害者では13.0%、また障害者全体でも13.1%(145名中19名)と75歳以上非障害者の12.6%とほぼ同程度(むしろやや多い)ことは注目すべきであり、また75歳以上では身体障害者での新規要介護認定者発生率は非障害者の2倍以上である(12.6%に対し29.6%)ことに十分な留意が必要である。すなわち、一般高齢者以上に、65~74歳の年齢層の時点から、障害者を新規要介護認定者となるリスクの高い「ハイリスク者」として認識する必要があるのである。

6) 今回の結果は、震災後要介護認定者が増加していることが社会問題になっているが、それ

に対する具体的対策として、障害者対策が重要なことを示している。これは平常時の障害者の防災対策の中にも明確に位置づける必要があると考えられる。

7) これまで災害時において身体障害者については「要援護者」として、特に避難行為を中心として論じられがちであった。しかし災害後の生活機能低下予防も重視すべきことが以上の結果から明らかである。

8) 要介護認定者の発生を予防することは、介護保険制度上介護予防として重要視されている。これは障害者に関して制度的に言えば、障害者関連制度と介護保険制度とが重複する分野ということができる。同時に、障害者制度そのものにおいても、生活機能低下予防の取り組みの必要性を示すものでもある。なぜならば、身体障害者が非障害者に比して生活機能を低下させやすく、要介護状態となりやすいことは、災害時だけでなく、平常時においても同様であると考えられるからである。

E. 結論

東日本大震災において高齢者における震災後の新規の要介護認定の状況をみると、震災前から身体障害者であった者は非障害者に比べて高い割合を示しており、災害時の障害者対策として、要介護認定が必要な状態になることを防ぐ対策が必要であることを示している。

これは、災害時だけでなく平常時においても同様と考えるべきである。今回の結果は、現在の介護予防対策において障害者を「ハイリスク者」として捉えることの必要性を示すものであ

り、同時に高齢障害者に対しての、災害時と平常時に共通する生活機能低下予防対策の必要性を示すものと考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

- Okawa Y, Ueda S, Kudo M, Oikawa E, Kasamatsu J, Tani N :The Importance of the Distinction of ‘Universal Independence’ and ‘Limited Independence’ in the Qualifiers of Activity: Its Influence on the Decline of Functioning after the Disaster. WHO-FIC Network Annual Meeting 2012, 19 October, Brasilia, Brazil.
- 大川弥生：災害時支援の新たな課題；「防げたはずの生活機能低下」予防。平成 24 年度内閣府障害者週間連続セミナー，2012 年 12 月 7 日，東京。
- 大川弥生：ICFの基本と医療面への活用。第3回厚生労働省ICFシンポジウム，2012 年 12 月 13 日，東京。

「特別な配慮が必要な人」の概念についての検討

研究代表者 大川 弥生（独）国立長寿医療研究センター 部長

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

研究要旨 防げたはずの生活機能低下予防・改善にむけての災害時支援の際の重要な対象者である「特別な配慮が必要な人」についての適切な支援ができることを目的として、その基本的考え方とそれに関連する支援のあり方を明らかにすることを目的に、多数・多様な専門家によるデルファイ法による検討を行った。その結果、「特別な配慮が必要な人」は、災害時だけでなく平常時においても、新たな障害（生活機能低下）予防の体制づくりのために効果的な概念であり、この概念への関心と理解により、災害時の生活機能への取り組みが向上し、同時にそれが平常時の取り組みの向上に直結していくことが期待された。

A. 研究目的

本研究事業で、災害時において障害者では非障害者以上に生活機能低下が生じやすいことが明らかになった。「防げたはずの生活機能低下」の予防においては、災害時支援に関与する様々な人々が「特別な配慮が必要な人」について共通認識をもつ必要がある。これは中央防災会議「地方都市等における地震防災のあり方に関する専門調査会」の報告書（2012年3月）で示されたものである。その内容は本研究初年度に「生活上の適切な配慮・支援が必要な状態」として提示した内容をも反映させたものである。

東日本大震災及び本年度発生した九州北部豪雨での生活機能低下予防に重点をおいた支援活動の中で、従来の「災害時要援護者」の概念の狭さについての問題意識を持つ専門家、ボランティア等の支援は多く、この「特別な配慮が必要な人」の理解を課題とする人が多いため、そ

の基本的考え方と今後の課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 東日本大震災及びこれまでの災害時に現地活動を行った経験があり、また本研究事業の基本概念であるICF（国際生活機能分類、WHO, 2001）を熟知している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、「特別な配慮が必要な人」の基本的考え方とそれに関連する支援のあり方について検討した。その際、次項2の内容をふまえておこなった。

2. 東日本大震災及び九州北部豪雨での「防げたはずの生活機能低下」及び生活不活発病予防についての研修を行う際に、必ずこの「特別な配慮が必要な人」についての講義を含めている

が、その際の質問や意見と研修後のアンケートからの問題意識・課題を分析し、検討に加えた。

C. 研究結果

「特別な配慮が必要な人」の規定についての基本的な考え方と課題を以下にまとめた。

1. 「特別な配慮が必要な人」とは

この「特別な配慮が必要な人」とは、これまでの「災害時要援護者」よりも広い概念であり、その対策(配慮・支援)の内容も、福祉避難所を中心とした「要援護者」対策よりも広い。

その内容は研究代表者が従来提唱してきたもの(表)とほぼ同じであり、大きく「A. 健康状態」と「B. 生活機能」との両面から整理されている。これは前号で述べたICFの生活機能モデルでの「健康状態」(疾病・外傷・ストレス等)と、ICFの基本概念である「生活機能」である。

2. 配慮すべき内容と関連付けた概念

この概念の重要な特徴は、これが、「配慮すべき内容」と関連付けて「配慮すべき人」を明らかにしていることである。これは「要援護者」での具体例の選び方とは異なる点である。

「配慮すべき内容」の基本的な考え方は次のとおりである。

①配慮は、「健康状態」と「生活機能」の両面について必要。

②総合的な配慮が必要：同一人の「健康状態」と「生活機能」の両面に配慮が必要な場合も多い。また「配慮すべき点」を複数もっていることも少なくない。

③「予防」の観点からの配慮が必要：災害前から配慮が必要だった人(病気や障害があったり、介護を受けていたりした人)への配慮だけでは

なく、予防を目的とした配慮が必要である。これも「要援護者」と大きく異なる点である。

3. 「特別な配慮が必要な人」の具体像

次に「特別な配慮が必要な人」の具体像について述べる。

1) 表のA. : 健康状態について配慮が必要な状態

表では、Ⅰ. 災害前から管理が必要だった場合と、Ⅱ-1、2. 災害をきっかけとして新たな病気やケガが発生したり、顕在化した場合、そして、Ⅲ. 疾病の「予防」が必要な場合とに分類している。

まずⅠ. をみると、その中には様々な人が含まれる。「病気のある人」の中でも、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)の使用者では、電気や水などのライフラインの問題が生命に直接的に影響する。

薬剤治療中の人には、避難時に薬を忘れたり、被災後受診できなかつたり、医療機関が被災したため薬を手に入れることができないなどの人が少なくない。

食事療法中の人には、代謝障害などでは特別食が手に入れにくくなるが、今回の震災ではその点では支援協力体制が発揮された。しかし一方で、これら程すぐに生命に影響しないが、減塩やカロリー制限の人では、災害の後で被災者全員が食事が十分できない時に、食事療法のための特別の食事を求める声は出しにくいとの遠慮も多い。

また環境管理が必要な人、例えばアレルギー疾患・素因のある人がいることについて、特に避難所管理者や仮設住宅担当者は配慮が必要である。

Ⅲ. の予防が必要な具体例としての生活不活発病は、本研究でも明らかかなように著しい生活

機能低下を生じているが、これまで障害分野では全く認識されてこなかった。

2)表のB. :生活機能面について配慮が必要な状態

(1) 日常生活活動低下についての配慮が必要な状態

まずⅠ. の日常生活活動が低下している人のうち、被災前から既に介護を受けていた場合は他の人にもわかりやすい。

しかし、それに加えて、「2. 限定的自立」<註2>の場合への配慮も重要である。「限定的自立」とは、自宅や施設などある一定の環境因子のもとでのみ自立している場合をいう。そのような場合には、避難所や仮設住宅などの新たな環境では、自立するとは限らず、配慮が必要となる場合が多い。

例えば自宅内では伝い歩きしてトイレまで歩

いていた屋内歩行自立者が、広い体育館や公民館などでは伝い歩きができなくなる場合が多い。この場合適切な杖の提供やそれを使っての歩行への支援が必要なのだが、すぐに車いすが提供されて、その後車いす生活となる場合も多い。

このような「限定的自立」者がいることを、その配慮の仕方も含めて知っておく必要がある。また限定的自立者は生活不活発病が生じ易いハイリスク者でもあることも重要な点である。

(2) 要素的活動低下についての配慮が必要な状態

次のⅡ. 要素的活動低下は、生活機能の3つのレベルのうち「活動」レベルに配慮が必要な状態に着目して整理したものである。本研究での内容は「生活上の適切な配慮・支援が必要な状態」を反映させたものである。

表 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
(頸髄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、顕在化した場合
 - ・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。

このように「活動」レベルで整理した理由は、①専門家だけでなく一般の人々にも対象者が認識できるようにすること、②支援者が共通の認識をもてること、③「特別な配慮が必要な状態」が「配慮すべき内容」と関連づけられること、である。

例えばⅡ-1. 見る・聞く・話す・読む・書くなどのコミュニケーションの困難では、このような「活動」上の配慮の必要を起す「機能障害」（「心身機能」のマイナス面）や「健康状態」としては、視覚障害、聴覚障害、失語症、知的障害、認知症、高次脳機能障害等を例示している。同じ活動上の困難（活動制限）のある場合でも、これらの機能障害・健康状態が違えば、「活動」としてのコミュニケーションの制限の様相にも、共通性と共に多様性があらわれるのである。

Ⅱ-4. の「移動に困難のある場合：歩行や立ちしゃがみ困難等」や、Ⅱ-5. 「腕、手に不自由がある場合」は外見からもわかりやすい。その他は外見からはわかりにくい、配慮をすべき人としては重要である。この場合、一般の人々には適切な知識がなかったり、専門家でも自分の専門領域以外では十分な知識がないため、適切な配慮がなされないことが少なくない。

4. 「特別な配慮が必要な人」についての共通認識の共有：配慮するのは誰か？

1) 医療・介護・福祉担当者以外も共有

これまで健康状態（病気）や生活機能については、その専門家（医療・介護・福祉）が関与するものと考えられ、それ以外の防災関係者や避難所運営者、仮設住宅担当者が行うべき配慮についてはあまり考えられてこなかった。

しかしこれらの人々は「環境因子」として物的環境、人的環境、制度・サービス環境の面か

ら生活機能や健康状態に大きく影響する。そのため「特別な配慮が必要な人」と必要な配慮内容を知り、適切な対応をする必要がある。それなしに、医療・介護・福祉の専門家だけでは十分な配慮ができないことは、災害時支援に深く関与すればするほど痛感したことである。

2) 専門領域以外についても認識を

専門家においても、自分の専門領域からだけでなく、一人の被災者への配慮全体がどうあるべきかを考えて、自分の専門領域からも支援することが望まれる。

3) 一般避難所、在宅生活者への配慮

これまでは避難所や仮設住宅生活者を主として対策が考えられがちであった。また「災害時要援護者」については、福祉避難所を中心として論じられ易いが、一般の避難所で家族や周囲のサポートのもとで日常生活を送ることが望ましい場合も多い。そのため、一般の避難所において「配慮が必要な人」の特性に応じた適切な支援方法を検討しておくことが必要である。

在宅生活を送っている人にも「配慮が必要な人」は多数いる。これには避難所生活に困難や不安を感じて在宅生活を選んだ人も多いのである。

更に今年度研究で明らかかなように災害後中・長期にわたっては仮設住宅と一般住宅に生活する被災者との生活機能低下の発災時の差は狭くなっていることが明らかとなっている。

4) 平常時からの周知の必要

この「配慮が必要な人」は、実は災害時だけでなく、平常時においても何らかの配慮が必要な人であり、その必要が災害時に強く表れるのである。災害時に適切に配慮ができるためには、平時から広くこのような考え方への理解を促す必要がある。

5. 対策の基本的な考え方

「特別な配慮が必要な人」への具体的対策について、特にこれまでの対策が極めて不十分といえる生活機能への対策について以下に述べる。

ここでまず災害時の生活機能低下は「防げたはずの生活機能低下」(preventable disability)であり、予防できることを力説したい。起ってしまった生活機能低下への対応だけでなく、予防が重要なのである。

「防げたはずの生活機能低下」予防にむけての災害時支援の基本的な考え方は次のとおりである。

- ①「参加」の重視：一番大事なものは、生活機能の3つのレベルのうちのトップにある「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。参加は、先に述べたとおり災害で大きく制約される。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、充実した「生き甲斐」のある日々を送ること自体が、「防げたはずの生活機能低下」予防・向上の目的であるとともに、手段としても効果的なのである。
 - ②「活動」を明確なターゲットとする：「参加」の具体像が「活動」である。すなわち「参加」を実現するには様々な「活動」が必要となる。そのため「参加」向上のためには、「活動」を明確なターゲットとした働きかけが重要である。
- 「活動」の不自由さが生じた際に、単にそれを補う(代行・補完)のではなく、活動の「質」(自立度、実用性)自体を向上させることが重要である。たとえば、歩くのが不自由になったらすぐ車いす、というように、代行的・補完的サービスで対応するべきではない。

一旦は介護が必要であっても、実生活の中で行う歩行の能力を高めるような介護のあり方(「よくする介護」)があるのであり、そのような対応を優先的に行うべきである。

- ③対象者の拡大：支援の対象者を、既に明らかな心身機能低下、活動低下を生じている人だけでなく、例えば非要介護認定高齢者のような一見元気な人にまで拡大する。
- ④チームメンバーの拡大：すでに述べたように、これまでは生活機能への支援メンバーとしての参画の意識が少なかった人たちの中にも、実は関与する人は多い。避難所の管理・担当者、障害担当以外を含めた行政担当者、保健所、一般医療、介護サービス、救護班、ボランティア、当事者のコミュニティ、一般市民など、被災者に接する非常に多くの人々である。そして、それが効果的にいくように、コーディネートすることが重要である。
- ⑤当事者の積極的関与：専門家の連携だけでなく、本人及び家族の、予防にむけた意識と、次項の「生活機能低下・向上の機序の理解」が必要である。

どのような内容の「参加」向上が最良なのかは本人のライフスタイルや価値観に関係深いことなので、その関与なしには決められないのである。

- ⑥生活機能低下・向上の機序の理解：生活機能低下の因果関係とその向上のアプローチについての理解は、基本的な共通認識、いわばその「共通言語」となるべきものである。

災害時の障害者の生活機能低下の主な原因である生活不活発病を例としよう。これは災害時支援のあり方をICFで考えることの有効さを示す典型例でもある。

生活不活発病の発生機序を、生活機能モデ

ルに沿って整理すると、次のような大きな特色がある。

ア. 生活機能低下の原因が、災害という環境因子であり、通常考えられやすいような健康状態ではないこと。

イ. 生活機能の3つのレベルの関係として、参加の低下から活動の低下、そして心身機能低下を生じていること。

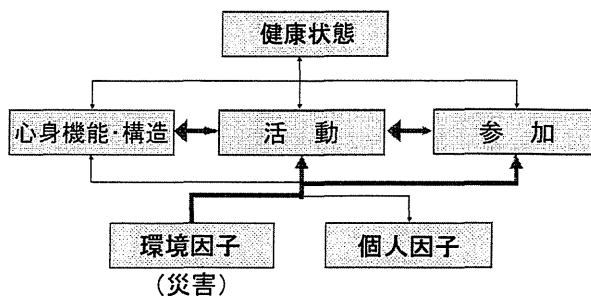
つまり、通常考えられやすいような、健康状態⇒機能障害⇒活動制限⇒参加制約という因果関係ではない。

すなわち、災害という環境因子が参加の制約と活動の制限を起し、それが心身機能の低下をもたらすという、「参加」→「活動」→「心身機能」という「右から左へ」の因果関係が生じるのが大きな特色である。

以上をICFの生活機能モデルに沿って模式的に図1に示した。ここでは生活機能低下が「右から左へ」起っていることが、太線や太い矢印で示されている。なお一旦「心身機能」の低下が起れば、それは逆に「活動」「参加」の低下を促進するので、右向きの影響もあるが、主要なのはあくまでも左向きの影響である。

このように、ア「右から左へ」の因果関係、そして、イ「健康状態」とは全く関係なく、「環境因子」から生活機能低下が生じること（いわば「下から上へ」の因果関係）を重視することは、まさにパラダイムシフトである。ここにICFの医学モデルでも社会モデルでもない「相互作用・統合モデル」としての強みが存分に発揮されている。

図1. 震災時の生活機能低下(生活不活発病による)の起こり方



一人ひとりの生活機能を向上する個別のプログラムでも、集団に対するプログラムやシステムを考える際にも、これを「共通言語」としてもつ必要がある。

このような「共通言語」の必要性は専門家に限られることではない。実は当事者自身や一般市民も生活機能の3つのレベル間での、「心身機能」→「活動」→「参加」の「左から右へ」の影響重視の考え方に強く縛られがちである。このことを前提として働きかけていくことが重要である。そうでないと、本人の真の希望も引き出せないし、支援内容についての理解も不十分なことになりがちである。

⑦マイナス(障害)の補完でなく、プラス(生活機能)を引き出す:一般的にいつて、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い。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大きい。

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。

D. 考察

あらためて強調したいのは、現状の災害時対策や防災計画は「環境因子」が中心となっており、被災者の生活機能の観点はほとんどないことである。また専門家は、自分の専門の範囲だけを見がちであり、そのため、一人ひとりの人間の生活機能向上自体をターゲットとしての支援の実現には様々な課題がある。

今後重要なのは、生活機能低下予防・向上自体を医療・教育分野も含め支援の中に明確に位置づけることである。その際、生活機能の基礎となる ICF の理論的枠組みが効果的で、それは、①一人ひとりの被災者への対応のツールとしても、②健康危機管理システム構築のためのツールとしても活用できるものである。

次に強調したいのは、「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として捉えることの重要性である。

一つには災害時むけの特別の体制（例えば、避難訓練）のみを準備しておけばよいのではなく、平常的のプログラムやシステムを災害時にも留意してつくることである。そうすれば平常時のそれも一層適切で効果的なものとなる。

更には災害時の生活機能低下予防・向上への働きかけの基本は、実は災害の時だけでなく、例えば患者・生活機能低下者（障害児・者以外の広い範囲の人を含む）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。

これは、「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」ということでもある。これは東日本大震災だけでなく、これまで様々な災害の被災地での調査や活動で痛感してきたことである。

E. 結論

「特別な配慮が必要な人」は、災害時だけでなく平常時においても、新たな障害（生活機能低下）予防の体制づくりのために効果的な概念とすることができる。

今後、この問題への関心と理解により、災害時の生活機能への取り組みが向上し、同時にそれが平常時の取り組みの向上に直結していくことを期待したい。

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：生活不活発病；災害時医療の新たな課題である「防げたはずの生活機能低下」．内科，110（6）：1020-1025，2012．
- ・大川弥生：生活不活発病の予防と回復支援；「防げたはずの生活機能低下」の中心課題．日本内科学会誌，102（2）：471-477，2013．
- ・大川弥生：「健康」と「環境」のとらえかた；「相互作用・統合モデル」としての I C F（国際生活機能分類）の視点の重要性．保健師ジャーナル，68（8）：667-676，2012．
- ・大川弥生：災害時支援の新たな課題：防げたはずの生活機能低下；特別な配慮が必要な人．みんなのねがい，557：44，2013．

2. 学会発表

- ・大川弥生：“preventable death”に加えて“preventable disability”を：「特別な配慮が必要な人」の重要性. 第18回日本集団災害医学会総会, 2013年1月17日, 神戸.
- ・Okawa Y, Ueda S, Kudo M, Oikawa E, Kasamatsu J, Tani N, Fujiyama H: How should be the Preventive and Supportive Programs at the Time of Disasters: The Official Recognition of the ICF-based Programs founded on the Experiences of many Disasters in Japan since 2004. WHO-FIC Network Annual Meeting 2012, 19 October, Brasilia, Brazil.
- ・Okawa Y, Ueda S, Kudo M, Oikawa E, Kasamatsu J, Tani N: The Importance of the Distinction of ‘Universal Independence’ and ‘Limited Independence’ in the Qualifiers of Activity: Its Influence on the Decline of Functioning after the Disaster. WHO-FIC Network Annual Meeting 2012, 19 October, Brasilia, Brazil.
- ・大川弥生：生活不活発病多発の実態把握に立って今後の対策のあり方を考える：「防げたはずの生活機能低下」予防の最大の要点として. 第18回日本集団災害医学会総会、2013年1月17日、神戸.
- ・大川弥生：災害時支援の新たな課題；「防げたはずの生活機能低下」予防. 平成24年度内閣府障害者週間連続セミナー, 2012年12月7日, 東京.
- ・大川弥生：ICFの基本と医療面への活用. 第3回厚生労働省ICFシンポジウム, 2012年12月13日, 東京.