

201224004B

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 22～24 年度 総合研究報告書

研究代表者：大川 弥生

((独) 国立長寿医療センター 生活機能賦活研究部)

平成 25 (2013) 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 22～24 年度 総合研究報告書

研究代表者：大川 弥生

((独) 国立長寿医療センター 生活機能賦活研究部)

平成 25 (2013) 年 3 月

目 次

総合研究報告書

高齢の障害者への支援の在り方に関する研究

総合研究報告書

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。広範囲の機能障害をもつ全年齢層の障害児・者（4919名）についてのICFに基づく実態調査や、障害者支援のあり方に関する国際的動向（国連および世界保健機関の過去約50年間の報告書、宣言、勧告、条約等の分析）を行うとともに、研究初年度末に東日本大震災が発生（2011年3月11日）したことを受けて、被災者の生活機能の実態把握（発災2カ月避難所調査、発災7カ月障害者調査809名、居宅生活者調査2208名、1年7カ月障害者調査622名等）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等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進めた。

その結果、1) 高齢の障害者への支援の内容として「障害者への支援内容の再構築のためのポイント」と「生活上の適切な配慮・支援が必要な状態」とを明らかとした。その結果、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示すことができた。2) 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。

研究分担者

(2010年～2011年)

上田敏 ((財)日本障害者リハビリテーション協会、顧問)

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 会津医療センター準備室、教授)

楠 正 (日本薬剤疫学会、事務局長)
(2010年～2011年)

吉川一義(金沢大学人間社会研究域学校教育系、教授)

A. 研究目的

高齢障害者支援のシステムとプログラムを、ICF(国際生活機能分類、International Classification of Functioning, Disability and Health、WHO)に立った実態調査に基

本村陽一((独)産業技術総合研究所、主任研究員)(2010年)

磯部健一(名古屋大学大学院医学研究科、教授)

づき明確にする。その際、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、障害者及び高齢者施策全体の中での位置づけをも行う。

さらにその一環として、研究1年目末に東日本大震災が発生したことを受けて、被災者のICFに基づく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等の支援のあり方と、そこから明らかとなった平常時の高齢障害者の支援のあり方について明らかにすることとした。

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

本研究ではICFを基本とするため、個別調査での項目はICFの「参加」「活動」「心身機能」の全分野にわたる多数の項目を含めた。評価点(回答の選択肢)は、「活動」と「参加」については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の基準に沿った5段階を基本としたが、一部の項目については更に細分化を行った。心身機能については低下の有無の2段階にした。「環境因子」は、質問紙法の場合は選択肢が多くなりすぎるため、一部のみとし、自由記載の欄を多く設けた。

1. ICFに基づく実態調査

当事者参加型研究として、調査研究委員会をつくりICFに基づいて調査をすすめた。

①団体調査：計31の障害者等団体に対し訪

問聞き取り調査を実施。結果は、個別調査表作成と個別調査の分析・解釈に生かした。

②個別調査：対象者は、障害のある人々の多様性(性、年齢、機能障害種別、生活環境、等)を捉えることができるように設定し、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た。

なお自由記載の内容を更に詳細に確認する必要がある場合や、全体の傾向と異なる返事例については、電話等での詳細な聞き取り調査を行った。回答者4919名。

2. 障害者支援のあり方に関する国際的動向分析

国連および世界保健機関(WHO)を中心に、障害者支援に関する国際的組織・機関による過去約50年にわたる報告書、宣言、勧告、条約等を広く渉猟し、関連性の高いものについて検討した。

特に以下の総合的障害者支援に関する国際的文献を検討した。

- ①WHO医学的リハビリテーション専門委員会第1次報告(1958)、
- ②WHO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 国際障害者年世界行動計画(1980)、
- ⑤WHO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)。

3. 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

1) リーフレット作製：生活機能実態調査で明らかになった結果のうち、特に一般の人々に広く知らせるべき内容についてリーフレット(「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—ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査ハイライト」)を作成した。内容の選択基準は以下のごとくとした。①調査結果のうち、従来指摘されておらず、支援の基本的な考え方として重要なもの。②生活機能実態調査において、一般市民や専門職の誤解があるために問題が生じていることが明らかになった内容。

③多数例に該当する内容(機能障害種別等による差など該当しない場合はその旨を明記)。

2) リーフレットを用いての啓発の実施

3) リーフレットについての意見聴取：リーフレットの活用法、内容・形式の一層の改善を含め、一般啓発のあり方について検討した。

4. 東日本大震災発生7ヵ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災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。

分析対象者は全年齢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)

5. 東日本大震災発生1年7月後の障害者の生活機能実態調査

— 過去1年間の経時的変化を中心に —

宮城県南三陸町をフィールドとして東日本大震災発災1年7ヵ月時に行った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。また上記5の結果と比較し、経過を追った。

分析対象者は40歳以上622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579名中495名(85.5%)、障害者自立支援法(精神)143名中126名(88.1%)、療育手帳27名中27名(100%)であった(重複あり)。

うち発災7ヵ月時と1年7ヵ月時ともに回答者は400名。

6. 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ヵ月時点での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%)。

7. 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。

8. 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

宮城県南三陸町において40歳以上の全町民を対象とし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。

9. 高齢の障害者への支援の内容についての検討

上記の「ICFに基づく障害児・者の生活機能実態調査」の結果から、高齢者、障害者を含む生活機能低下者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。さらに上記の国際的動向調査の結果および一般啓発に関する研究結果を参照した。研究の手順としては、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、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。

10. 「特別な配慮が必要な人」の概念についての検討

「特別な配慮が必要な人」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。さらに上記の国際的動向調査の結果および一般啓発に関する研究結果を参照した。研究の手順としては、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、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。

（倫理面への配慮）

各研究項目毎に所属機関の倫理委員会にて審査を受け、研究の承認を受けた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従って実施している。なお対象となる被検者については、インフォームド・コンセントの原則に立って実施している。

C. 結果

1. ICFに基づく実態調査

今回の調査ではじめて明らかになった点に重点をおいて述べる。

1) 「参加」レベル

（1）他者への援助：ほとんどの機能障害種別において、ほぼ1割の人に、同居家族の中で介助や育児などが必要な人がおり、多くの機能障害で半数以上で、機能障害のある人自身が他者への援助を行っていた。18～64歳では育児が必要な場合に9割は何らかの関与をし、65歳以上では介護が必要な場合に6割が

関与していた。

(2) 仕事：23.3% (18～64歳：29.6%、65歳以上：15.1%) が活発に仕事をしており、その他に30.3% (39.6%、14.2%) が限られた範囲の仕事をしていた。一方、就労に伴う種々の困難も明らかになった。しかし、身の回り行為、外出、公共交通機関利用等に制限があっても、仕事を活発に行っている場合が少なくないことが注目された。

(3) 家族との関係：介護者の加齢、病気、障害についての不安・心配が少なくない。また一人での生活を希望している人が、家族と同居中の人に限れば約1割にみられ、特に難病、精神障害、発達障害に多かったが、一人暮らしが困難な理由は経済的問題が全体の4割を占めていた。

(4) 経済的状況：1ヶ月当りの収入は、0～5.9万円が全体の7.3%、6～9.9万円が26.8%、10～19.9万円が26.0%と、ここまでで全体の6割であった。20～29.9万円が9.2%と全体の7割を占め、30万以上は1割弱であった。

(5) 政治・参加・司法・人権：障害を理由とする人権侵害や差別的な扱いは、本人、家族ともに約5割強で感じていた。また障害があるためにプライバシーを侵害されたと感じる人が約3割あった。訴訟や裁判に関与した人のうち、8.6% (本人)、9.0% (家族) が不利な扱いを受けていたと感じていた。

2) 機能障害・「心身機能」

一人の人が複数の様々な機能障害をもつことが多く、(平均すると一人2.9個)。単一の障害のみをもつ人は、視覚障害では7割弱であるが、全体では約3割にとどまる。

3) 「活動」の長期的変化

「活動」のうち、「身の回りのこと」が最近5年間に、「悪くなっている」人が、「とても悪化」8.5%、「少し悪化」28.6%、合計37.1%と全体の3分の1以上を占め、特に高齢者(65歳以上)に多くみられた。

2. 障害者支援のあり方に関する国際的動向分析

障害者支援のあり方に関する国際的動向の現在の到達点は次の原則に要約できた。

1) 基本原則：障害当事者中心で、その自己決定権を最大限に尊重する。

2) 目的：①最終目的は「完全なインクルージョンと参加」、②そのために自己決定を前提にした最大限の自立が重要で、③更にそのために身体、精神、職業的、社会的な能力が必要だと重層的にとらえるべきもの。

3) 望ましい自立の水準：自己決定を前提とした(本人が選ぶ)「最大限」の自立水準。

4) 手段：保健・医療、雇用・職業、教育、および社会(福祉)的サービスの4分野は重要だが、それに限らず、あらゆる必要な技術を含む包括的なものであるべきで、障害者自身が支援しあう「ピア・サポート」をも含むもの。

5) 支援の対象：本人だけを対象とするのではなく、身近な、また社会的な環境への働きかけをも含む。

6) 支援の主体：専門家だけでなく、本人、家族、地域社会が手を携えて行うもの。

3. 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

1) リーフレット作製の原則と内容は、①1ページに1項目とし、各項目毎に実態調査の

データを示し、その内容を支援に際してどう生かすかを述べる。②各項目の内容を、ICFモデルに沿って図示する。

2) リーフレットについての意見

(1) 内容について

従来ほとんど知られていないことが多く盛り込まれており、専門家にとっても一般国民にとっても重要な啓発すべき内容であり、今後更に広く啓発が望まれる。

(2) 方法について

各項目の内容がICFのモデル図上に整理して示したことが、このようにICFで整理し、一つひとつの内容を障害の捉え方の中で整理できる等、理解促進のために効果的である。またこれを通してICF自体の理解にも役立つ。

(3) その他

- ・ICFは、障害者自身が気づいていなかったことで今回明らかになった内容を、障害者自身がより良く理解するためにもよいツールと思う。
- ・障害児・者に関わる専門職にも、知った上で対応して欲しい内容が多くあり、専門職（及びその教育）向けにも広く啓発して欲しい。

4. 東日本大震災発生7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。

5. 東日本大震災発生1年7月後の障害者の生活機能実態調査

— 過去1年間の経時的変化を中心に —

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1年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った。

2) 高齢者では震災1年7ヶ月時の「活動」の低下者の割合は震災7ヶ月後よりも1.3倍と多く、7ヶ月時から1年間に新たに低下した者が1年7ヶ月時の低下者の44.8%である。今後も新たな低下者を生む危険性を示すものといえる。

6. 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。

7. 東日本大震災発生後早期の生活機能低下の実態

発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。

8. 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

65歳以上では全町民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。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。

9. 高齢の障害者への支援の内容についての検討

以上の結果にもとづいて、今後の高齢の障害者(生活機能低下者)への支援内容に関する検討を行い、「障害者への支援内容の再構築のためのポイント」(表1)と「生活上の適切

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

な配慮・支援が必要な状態」(表2)の2点についてまとめた。

なお、生活機能実態調査は「参加」に重点をおいて行っているが、その結果からみて、次の3点が大きな課題と考えられた。

①「参加」レベルの向上にむけた支援は、現状では補完的な支援に偏っており、「参加」を実現するための具体的生活行為である「活動」レベルと結びつけて支援されることはほとんどないこと。

②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、上記のような「参加」「活動」中心に考えられていないこと。

③「活動」についての支援も、不自由なことを手伝える「補完的介護」が主であり、それと同様に、健康状態や機能障害別に論じられていること。

以上から、『参加』向上を中心として、そのための『活動』向上を考えていく」ことを基本的な考え方とする必要があり、そのような「活動」レベルへの適切な支援のあり方に

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」として表にまとめたものである。

10. 「特別な配慮が必要な人」の概念についての検討

災害時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。

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3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。この基本の考え方とそれに関する支援のあり方をまとめた。

表2. 生活上の適切な配慮・支援が必要な状態

1. 見る・聞く・話すなどのコミュニケーションの困難
2. 判断や記憶の困難
3. 集団行動の困難：パニックを生じる、騒ぐ、同じペースで行動できない等
4. 歩くこと、立ちしゃがみの困難
5. 手を使うことの困難
6. 疲れやすさ

*覚えるには：

「コミュニケーション」をとって「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。

表3. 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. 移動に困難がある場合: 歩行や立ちしやがみ困難等
 (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。

D. 考察

1. ICFに基づく障害者の生活機能実態

1) 障害者の社会貢献: 国連障害者権利条約は「障害のある人は現に大きな社会貢献をしており、一層大きな貢献をする可能性をもっている」としているが、今回の、他者への援助と仕事についての結果も、このような障害者の社会貢献が大きいことを示している。

今後このような、障害者による「他者に対する援助」という「参加」をどう支援するかについて考え方を深める必要がある。また、これを参加の具体像である活動の観点からみると、自分自身が機能障害をもち介護を必要とする人が行う他者への介護への支援技術の開発が今後の大きな課題である。

2) 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している人が少なからずいることは、「身の回り行為ができ

なければ仕事ができない」という「通念」が必ずしも正しくないことを示している。

また具体的な支援のあり方として、身の回り行為に介護を受けていても、仕事をはじめとする「参加」レベルでは高い状態になりうることに十分留意する必要がある。

3) 家族との関係: 障害者権利条約では、障害者本人だけでなく、その家族の権利及び貢献をも重視している。本調査では、介護者についての心配事は全対象者の3分の1がもっており、その中で介護者の加齢の不安が最も多いが、これは将来設計にも影響する。これは、支援プランを立てる場合、その時点だけでなく、その後の時間的経過もふまえた目標をもつことの必要性を示している。「一人での生活を希望」する人の場合も「同居のままが良い人」の場合も、いずれも経済的問題と手助けが必要が大きく影響しており、これは介助や経済を家族に求めている

ることの反映と考えられる。この点の解決については、本人の観点からだけでなく、家族を中心とした観点からもみる必要があると思われる。

4) 経済的状況：個人差が大きいですが、経済的な充実が求められる。この点も、本人のみの問題とはいえ、重要な環境因子である家族を含めて考えなければならない。

5) 政治・参加・司法・人権：障害を理由とする人権侵害や差別的な扱いやプライバシーの侵害、また訴訟や裁判での不利な扱いを受けたと感じている人が少なくなかった。それらが全て意図的なものとは限らないが、そのように受け取られる可能性があることも含めて一般市民に啓発する必要があり、一般市民への啓発も支援内容として位置づける必要を示している。

6) 多種類の機能障害：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った。これは、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、支援も既存の個別障害に対する支援の「足し算」ではなく、新しい「かけ算」としてのあり方を考えていく必要があり、生活機能低下者への支援の新しい課題と考えられる。

7) 「活動」の長期的変化：今回の調査で、特に高齢障害者においてADL（日常生活活動）の長期的低下がみられた。その原因を「老化」と考えている場合が多いが、ここで考える必要があるのは、生活不活発病（廃用症候群）である。これは予防・改善できる障害であり、また参加や活動の低下から生じることが多い。これは高齢者の生活機能低下予防において重要な課題とされているが、今回の調査で障害者でもそれが明らかとなった。

8) 「人生の分かれ道」「もっとわかって欲しい

こと」：本調査での、この2つの自由記載項目への回答内容は非常に豊富であり、それらをICFに基づいて整理したことで、支援内容の検討において有意義な内容が多く明らかになったと考えられる。

2. 高齢の障害者への支援の内容

生活機能実態調査のなかで、様々な面について適切な配慮や支援を求める意見が多く聞かれている。特に、現在の支援・配慮は、病名や機能障害ごとに定められたものが中心であることに対して、「支援・配慮の内容やその程度は、同一の病名や機能障害でも違いがある」ことが指摘されていることは重要で、「活動」「参加」に重点をおいて支援・配慮の内容を判断することの必要性を示している。

また同調査で複数の機能障害をもつ人が多いことが判明し、複数の配慮が必要な人が少ないことが示された。これは個々の障害への支援・配慮の単なる合計（「足し算」）ではなく、複数の機能障害による複合的な活動制限・参加制約の発生の認識に立った新しいタイプの支援・配慮（「掛け算」）を必要とする人が増加してきたことを示している。

しかも、従来視覚障害、聴覚障害や肢体不自由など障害として比較的広く認知されていたものに加えて、集団行動の困難や疲れやすさなどに配慮が必要な人々が多いことも重要である。

このように障害者（生活機能低下者）に対する支援については根本的な再構築が必要と考えられる。本研究は高齢障害者への支援のあり方を明らかにするものであるが、その大前提となるこの観点から検討を深めることが必要と考える。

3. 生活機能低下の実態についての一般啓発のあり方

障害者への適切な支援のために必要な一般啓発には以下のような条件が要請されると考えられる。

1) 生活機能低下者（障害児・者、高齢要介護者、慢性疾患患者、等）の生活機能の実態について、生活機能低下者自身も、専門家も、また一般国民も不正確な、あるいは誤った「思い込み」をしている場合が少なくないため、具体的な統計調査にもとづき、そのような誤解を正すことが適切な支援の実現のための出発点として重要である。

2) 生活機能低下には、種々の条件が影響し、生活機能の内部でも異なったレベル間の相互作用があるなど、複雑な内容をもっている。このような内容を明快に整理して示すことができる点でICF（国際生活機能分類）モデルの活用が非常に有効である。

3) 今回の調査で異なった機能障害種別の間での生活機能低下の共通点と差異とが明らかになり、同時に複数の機能障害を有する人が多いことが分かったが、今後更に年齢（加齢）の影響、健康状態（病気）の影響等を含め、これらの点の分析を深め、一般に啓発する必要がある。

4. 災害時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。

1) 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。

2) 居宅生活者での生活不活発病対策の重要性

居宅「生活機能低下の悪循環」「活動度」通所者でも生活機能低下がみられ、発災1年7ヵ月時には仮設住宅との低下率の差は7ヶ月時より狭まっていた。

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。

5. 防げたはずの生活機能低下予防

（preventable disabilityの重要性）

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。

6. 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、同一自治体内で非障害者も含めた意識調査として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。

7. 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、生活不活発病発生の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。

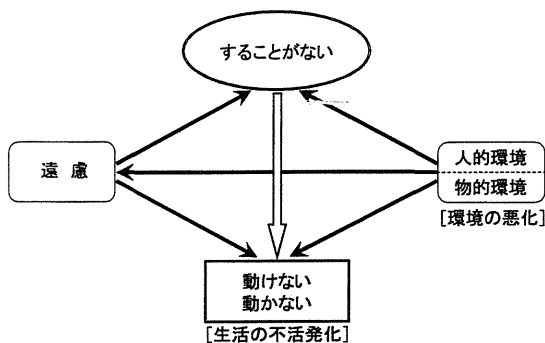
(2) 環境の悪化：環境のうち、特に災害後早期には物理的環境の影響が大きく、周囲の道が危なくて歩けない、避難所で通路が確保されていないため歩きにくい、つかまるものがないので立ち上がりにくい、椅子が少なく、座位は疲れるので日中つい横になってしまう、仮設住宅内が狭い、などがある。また、上に述べた「支援のありかた」を含めた人的環境の影響も大きい。これらは「参加」と「活動」の両者を低下させる。

(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



8. 障害者での生活不活発病対策の重要性

障害者において災害時に生活機能低下が発生していること、そしてそ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機能低下予防・改善、そ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機能低下予防・改善対策及び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。

9. 障害者の「介護予防ハイリスク者」としての概念規定の必要性

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。

10. 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。これは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。

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り、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。

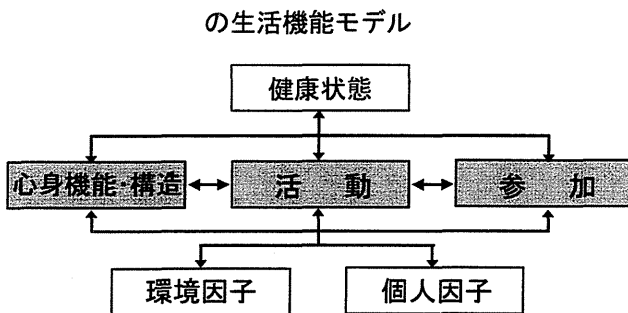
それは、災害時における生活不活発病による生活機能低下の起こり方が、通常の疾患とは全く逆方向のものだということである。

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の機序は、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）



1.1. 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：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。

E. 結論

1) 高齢の障害者への支援の内容として「障害者への支援内容の再構築のためのポイント」と「生活上の適切な配慮・支援が必要な状態」とを明らかとした。

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」の観点が重要である。②その際の障害とは現行の法制度に規定されたものや「谷間の障害」だけでなく、ICFの定義による「生活機能低下」の観点が重要である。

3) 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」の観点の必要性. 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 : 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 : 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 : 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 : 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
 - 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 : 「健康」と「環境」のとらえかた ; 「相互作用・統合モデル」としての ICF (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 : 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
 - 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
 - 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 : 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

- 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：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.
 - ・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.
 - ・大川弥生：新しい課題・「防げたはずの生活機能低下」；被災者本人の知恵と能力を生かす環境づくり. 3. 11と私 東日本大震災で考えたこと, 藤原書店, p226-229, 2012.
 - ・上田敏：ICFを総合リハの再構築にいかにかかすか：理論と実際. リハビリテーション研究, 143 : 31-37, 2010
 - ・有馬正高：障害児医療の展望. 脳と発達, 42 (2) : 103-107, 2010
 - ・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
 - ・丹羽真一：神経疾患と睡眠障害 東日本大震災・福島第一原発事故による避難生活と睡眠障害. Clinical Neuroscience, 31 (2) : 238, 2013.
 - ・丹羽真一：福島におけるこころのケアチームの取り組み. 精神障害とリハビリテーション, 16 (2) : 129-134, 2013.
 - ・丹羽真一：東日本大震災の復興計画と中期的支援について 福島の場合. 精神神経学雑誌, 114 (3) : 223-226, 2012.
 - ・丹羽真一：福島原発事故による災害ストレス反応の特徴. Pharma Medeca, 30 (12) : 31-39, 2012.
 - ・丹羽真一：福島県における現状と課題, 精神科, 19 (6) : 537-542, 2011.
- ### 1. 学会発表
- ・上田敏：総合リハビリテーションの新生をめざして. 第33回総合リハビリテーション研究大会 2010年9月3日、東京
 - ・大川弥生：ICF：人の“生活機能”をみるための共通言語；支援機器研究・開発のストラテジー確立のために. 第11回計測自動制御学会システムインテグレーション部門 2010年12月23日、仙台
 - ・Yayoi Okawa, Satoshi Ueda, Katsunori Fujii, Kenji Shuto: Japan's Provisional Criteria for the Qualifiers of the Activity: The reconfirmation of validity and a further refinement based on a large-scale survey of people with disabilities. WHO-FIC Network Meeting, 18 October, 2011, Toronto, Canada
 - ・Yayoi Okawa, Harumi Sekiguchi, Satoshi Ueda, Katsunori Fujii: Impairment Revisited: Multiplicity of impairments in a person, fatigability (b4552), and the great fluctuation of impairment. WHO-FIC Network Meeting, 18 October, 2010, Toronto, Canada
 - ・Satoshi Ueda, Yayoi Okawa, Minako Kudo, Katsunori Fujii: The importance of satisfaction (subjective dimension) for a deeper understanding of the activity and participation as revealed by a large-scale survey of people with disabilities. WHO-FIC