

このことは問題ではあるが、ある意味では興味深い。すなわち新しい考え方がかなり入ってきた反面、古いものもまだかなりの程度にも残っているという過渡期の姿を示しているといえるからである。

D. 総合的考察

以上、各項目について個別の考察を加えてきたが、ここでそれらを総合し、全般的な考察を行なう。

1. 生活機能についての認識

栄養士の7割近くがICFの「生活機能」についての正しい知識をもっておらず、残りの3割も部分的・断続的な理解の状況にある(C-I-1)。またICFの「生活機能モデル」を栄養士の実務に使っていたのは1割以下であった(C-I-2)。

2. 生活不活発病(廃用症候群)についての認識

用語についての知識の程度は概して低く、「廃用症候群」についての知識は、「理解していた」が33.7%、「名前を知っていた」が34.3%、「知らなかった」は30.0%とほぼ3分の1ずつであった。「生活不活発病」についての知識は更に低く、「理解していた」が11.0%、「名前を知っていた」が28.2%とあわせても39.2%と約4割であった。(C-II-3、4)。

しかし、その一方で生活不活発病に関連する具体的な事項についての認識は比較的高かった。すなわち、病気の時の「安静」について、「原則として安静は必要最低限にするべき」とするものは82.7%(C-II-1)、「年をとると足腰が弱くなること」について

「自分で防げることもある」が71.5%、「活発な生活を送っていることで防ぐことが少なくない」が69.2%(C-II-2)と7-8割が正しい認識を持っていた。

以上のことは、廃用症候群あるいは生活不活発病という概念は知らなくても、それらを基礎として成り立っている具体的認識である「過度の安静は害がある」「一見老化にみえることでも実は生活不活発病であり、活発な生活によって防げることの少なくない」などはすでに(少なくとも言葉の上では)かなり普及しているとみることができる。

3. リハビリテーションについての認識

リハビリテーションは介護予防と共通性が大きく、また栄養士はリハビリテーション・チームの重要な一員である。またリハビリテーションの目的は生活機能の向上であり、また生活不活発病(廃用症候群)の予防と改善はリハビリテーションにおける重要な課題である。

以上の意味で栄養士のリハビリテーションに関する認識を調査した(C-III)が、その結果は、「訓練時間以外にどう生活するかもリハビリテーションの効果を左右する」「どのような生活を送りたいかの希望を、患者自身が積極的に言うことが大事」「例えば家事ができるように、調理や掃除の訓練を居室棟で行なうことは大事」などのように生活機能重視と生活不活発病予防重視に立った正しい視点が回答者の約半数から9割近くにみられた。しかしその反面、「本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる」や「どれだけよくなるかは、やってみなければわから

ない」のような、古い誤った考え方も半数以上の人がもち、更には少数ではあるが「麻痺や筋力を回復させることが一番大事」「つらく苦しいのを我慢して行なうもの」「がんばるほどよくなるもの」「病気が治ってから行なうもの」などの、生活機能重視の観点からは明らかに誤りというべきものまで混在していた。すなわち新しい考え方と古いものとの混在する過渡期の姿を示していることができる。

4. ICFにおける栄養の位置づけ

以上の調査結果を正しく解釈し、認識の今後の改善・向上のための方策についての正しい見通し(パースペクティブ)を得るために、ICFにおける栄養の位置づけについて考察を加えたい。

1) ICFモデル

図1にICFの生活機能モデルを示す。これはICFの原図^{1) 2)}にわかり易く説明を

加えたものである。生活機能の3つのレベル、それに影響を与える健康状態と背景因子(環境因子と個人因子)。またそれらの要素間の相互作用等、このモデルの詳細については文献³⁾を参照されたい。

2) 栄養に関連するICFコード

ICFは「人が生きることの全体像」に関連する「共通言語」である。従って極論すれば、「生きる」ことの一部である栄養について全く無関係な項目(コード)は存在しないといってよい。

しかし、おのずから関係の濃淡はあるので、表8に特に栄養と関係の深いコードの例をあげた。しかし、これ以外にも状況に応じて種々のコードが関係してくる可能性は常に考えていなければならない。

図1. 生活機能モデル (ICF)

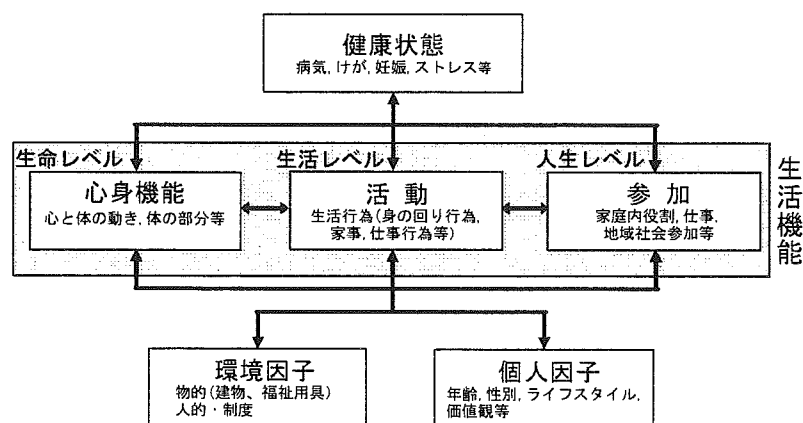


表 8. 栄養に関係深い ICFコードの例

—心身機能—

第 2 章 感覚機能と痛み

視覚及び関連機能

b 210 視覚機能

その他の感覚機能

b 250 味覚

b 255 嗅覚

第 5 章 消化器系・代謝系・内分泌系の機能

消化器系に関連する機能

b 510 摂食機能

b 515 消化機能

b 520 同化機能

b 525 排便機能

b 530 体重維持機能

b 535 消化器系に関連した感覚

代謝と内分泌系に関連する機能

b 540 全般的代謝機能

b 545 水分・ミネラル・電解質バランス
の機能

—活動—

第 3 章 コミュニケーション

第 4 章 運動・移動

a 460 さまざまな場所での移動

第 5 章 セルフケア

a 5100 身体の一部を洗うこと

a 5102 身体を拭き乾かすこと

a 530 排泄

a 540 更衣

a 550 食べること

a 560 飲むこと

a 570 健康に注意すること

第 6 章 家庭生活

必需品の入手

a 6200 買い物

家事

a 630 調理

a 6401 台所の掃除と台所用具の洗浄

a 6405 ゴミ捨て

第 7 章 対人関係

—参加—

第 6 章 家庭生活

必需品の入手

家事

第 7 章 対人関係

第 8 章 主要な生活領域

教育 (p 810 - p 839)

仕事と雇用

p 8451 仕事の継続

p 850 報酬を伴う仕事

p 855 無報酬の仕事

第 9 章 コミュニティライフ・社会生活・市民
生活

p 9102 式典

p 920 レクリエーションとレジャー

p 930 宗教とスピリチュアリティ

—環境因子—

第 1 章 生産品と用具

e 1100 食品

e 1101 薬

e 1150 日常生活における個人用の
支援的な生産品と用具

e 1151 日常生活における個人用の
支援的な生産品と用具(福祉用
具) など

第 2 章 自然環境と人間がもたらした環境
変化

e 225 気候

第 3 章 支援と関係

第 5 章 サービス・制度・政策

e 510 消費財生産のためのサービス・
制度・政策

e 535 コミュニケーションサービス・
制度・政策

e 560 メディアサービス・制度・政策

3) 栄養障害の生活機能モデルへの位置づけ —その発生に関する因子とそれから影響を受ける因子

ICFの1980年のICIDH（国際障害分類）と異なる大きな特徴は、障害というマイナス面より先に生活機能というプラス面に注目すること、いいかえればマイナス面をもプラス面の中に位置づけてとらえることである。特に生活機能の一部に問題（マイナス）が生じた場合に、その解決は必ずしもそのマイナスの除去あるいは軽減ではなく、むしろそれと関連深いプラスの面の増強による全体としての問題解決である場合が少なくない。

上記を前提として、ここでは栄養障害（というマイナス面）をどのように生活機能モデルに位置づけるかについて検討する。

（1）栄養障害の発生に関する生活機能の影響

栄養障害の発生をICFモデルによって、どのようにとらえるかの例を図2に示した。

当然のことであるが、健康状態、すなわちさまざまな病気、特に消化器疾患、口腔疾患、脳・神経疾患などがいろいろな形で直接的あるいは間接的に栄養障害を起こす。

心身機能の中のさまざまな機能の障害、すなわち嚥下機能、消化機能、排泄機能などが、やはり栄養障害の原因となる。

活動では摂食活動が関係する。摂食活動とは食事をするということであり、手を使うこと、座位を維持すること、食事の姿勢なども含まれる。活動とはこのように包括的なもの

である。自分で調理していた人が、調理ができなくなるというようなこともその人の栄養に大きく影響する。歩いて食事の場所に行くことができなくなるということも大きく影響する。

参加もまた影響する。自分の好きなものを買って来て料理をして食事をしていたというような人が、買い物ができなくなることは大きな影響を与える。コミュニティに参加することも間接的に食事の活動に影響し、その点の参加の制約が栄養障害を起こしてくるということもある。

さらにさまざまな環境因子、個人因子が影響する。たとえば、同居者がいない、そして自分で食事を作らないので食事を抜いてしまうことである。また新潟の中越地震で実際に起こっているが、避難所の集団生活の中で、自分の好きなものが食べられないために食べなくなることが起こっている。このように環境因子の中にはサービスも災害時の対策も含まれる。医療・福祉・介護も環境因子である。

（2）栄養障害が生活機能に与える影響

次にいったん栄養障害が起こると、それはどのような影響を及ぼすかについて検討する。図3に示したように栄養障害は各種の心身機能障害を起こす。また、各種の活動を制限する。そして、各種の参加を困難（参加制約）にする。このようなことが続くと、いろいろな病気を起こすきっかけにもなる。また、これにさまざまな環境因子や個人因子が大きく影響してくる。

図 2. 栄養障害の発生に関係する生活機能の例

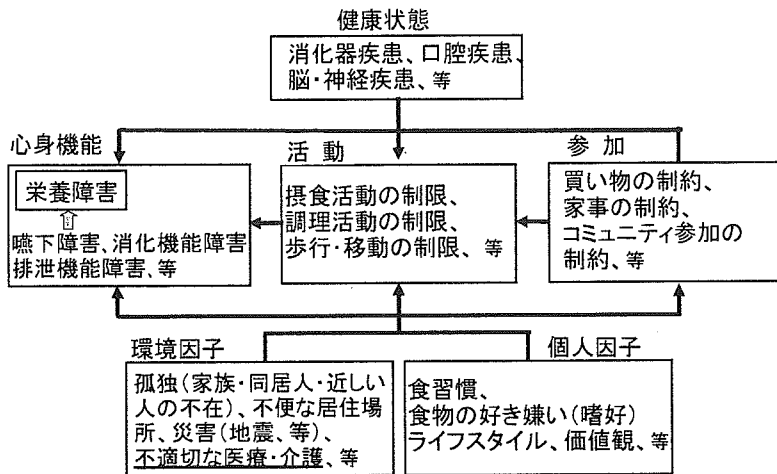
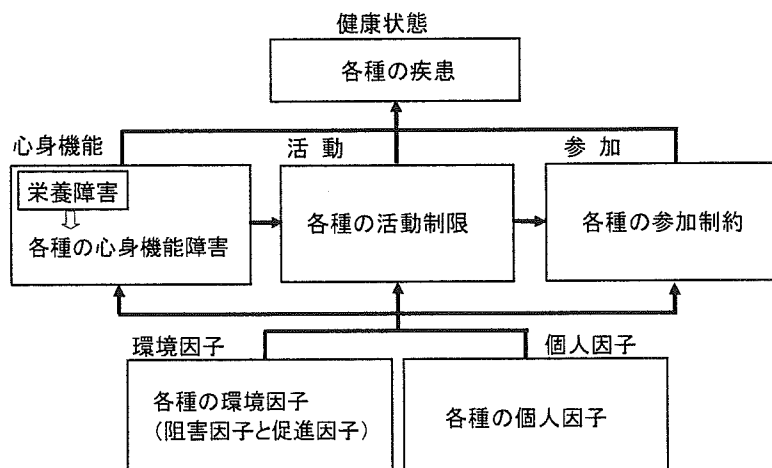


図 3. 栄養障害が生活機能に与える影響



(3) 生活機能モデルへの栄養障害の位置づけ

このように栄養障害は、生活機能においてひとつの中心的位置を占めていて、生活機能のあらゆるものに影響し、また、あらゆるものの影響を受ける。ただし、栄養

障害だけがそうなのではない、実はすべてがそうなのだというのが ICF の基本的な考え方である。すなわち ICF の考え方に立てば、すべてのものがすべてのものの原因になるし、すべてがすべての結果となり得るということである。それほど人間は複

雑な存在であり、「人が生きる」ということには何一つ他と無関係なものはないのである。

(4) ICF モデルに立った栄養障害改善の基本的な考え方

重要なのは、栄養障害をどのように改善するかということの考え方である。栄養障害を改善する場合にも、病気の治療や心身機能の改善だけを考えがちであるが、それだけではなく、活動や参加や環境因子の改善が必要である。例えば食物は環境因子であり、どのようなものを食べるかは環境因子である。栄養士の一つの大事な仕事は、その人に最も適した、よい環境因子を提供するということであるが、実はそれを通して活動を改善するということが、全体をよくするキーポイントである場合が非常に多いのである。

以上やや詳しく、ICF モデル、栄養と関係深いコード、そして栄養障害とそれへの対応策の生活機能モデルへの位置づけについて考察した。

今後の課題は、本項1～3に総括したような栄養士の生活機能及びその関連事項に関する認識の現状を、上に述べたような本来のあるべき認識の姿へと向上させていくことである。

D. 結論

以上介護予防において重要視されている栄養改善との関連で介護予防の基礎理念をなす「生活機能」と「生活不活発病」に関する栄養士の認識を調査した。その結果、

現状は過渡期にあり、正しい認識が浸透しつつある反面、古い、誤った認識もかなりの程度に残存しており、これをいかに高めるかが今後の課題であることが明らかとなり、また今回の結果が今後の改善を把握するための基準点として役立つことが確認された。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・大川弥生；生活や人生を「よくする介護」を；ICF（国際生活機能分類）を“共通言語”に. *Tabedas* 2(3):10-15, 2005

地域住民における生活不活発病の認識

分担研究者 木村 隆次 日本介護支援専門員協会 会長

田中 雅子 日本介護福祉士会 会長

上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 顧問

研究要旨

介護予防の水際作戦（生活機能低下の早期発見、早期対応）においては、行政サービスの充実、一般医療の積極的な関与と共に、個々の住民と地域社会（コミュニティ）の積極的な参加を促すことが重要である。

介護予防への「住民参加」の観点から、大都市近郊の小都市における一般高齢者の生活不活発病（廃用症候群）に関する認識について、「生活機能相談窓口」を中心とする生活機能向上にむけた介護予防事業を開始する前の実態把握として、65歳以上の非要介護認定高齢者（817名 回収率 91.7%）で調査した。その結果このような「安静の害」「活発な生活による生活機能低下の防止」などの新しい観点が一般住民にも浸透しつつあること、しかしその反面世代差もみられるが、全体としてまだ新旧の概念が混交しており、今後一層の普及、啓発の努力が必要であることが確認された。

A. 研究目的

本研究班の中心的テーマである効果的な介護予防サービスのあり方を考える場合に忘れてはならないのは、制度論・技術論だけでなく「住民参加」の視点である。特に水際作戦（生活機能低下の早期発見、早期対応）のあり方を考える場合には、行政サービスの充実、一般医療の積極的な関与と共に、個々の住民と地域社会（コミュニティ）の積極的な参加を促すことが重要で、そのための一般啓発の必要性は非常に大きい。そしてその出発点として介護予防の重要な

ターゲットである生活不活発病（廃用症候群）に関する認識の現状と問題点を把握し、啓発の方針を立てることが重要である。またこのような現状把握は、今後の啓発の効果を測定する上での基準点（ベンチマーク）としても役立つ。

そこで自治体が行う「生活機能相談窓口」を中心とする介護予防事業のガイドラインを確立するためのパイロットスタディを新たに開始する自治体において、その実践を開始する前の実態把握として、一般住民における意識調査を行った。

B. 研究方法

1. 対象

1 市の特徴的な 2 地区（農村地区と新しく建てられた団地を中心とする地区）で在宅生活をしている 65 歳以上の非要介護認定者、891 名中回答者 817 名（91.7%）。回答者は男 359 名、女 457 名（不明 1 名）、平均年齢 73.5±6.2 歳（男 73.0±6.1 歳、女 73.9±6.2 歳）

2. 方法

郵送留め置き訪問回収。

分析は年齢および性別不明者 4 名を除外して実施し、本稿は非要介護認定者 813 名の結果を示す。

（倫理面の配慮）

主任研究者の所属機関の倫理委員会にて審査をうけ、研究の承認をうけた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従い、本研究について主任研究者との間で協定書を締結している。

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. 病気のときの「安静」について

病気の時の過度の安静が「活動」（生活行為）の「量」の低下を招くことが「生活不活発病」発生の主要な原因の一つである。その点についての認識をみるために、病気のときの「安静」についての質問を行なった。それに対する回答は表 1 に示す通りであった。前期高齢者より後期高齢者に生活機能低下がより多くみられるため、表では

後期高齢者計の割合の多い順に項目を並べた。重複回答のため、項目の%の合体は 100 以上となる。

前期男性高齢者（232 名）では、割合の多い順に「病気を早く治す基本だと思う」は 132 名（56.9%）、「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」は 100 名（43.1%）、「手術後の半年間くらいは、なるべく安静をとる必要がある」は 26 名（11.2%）、「特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要である」は 25 名（10.8%）、「高血圧、糖尿病などの長く続く病気（慢性疾患）では安静が必要である」は 18 名（7.8%）であった。

このような傾向は、前期女性高齢者でも同様であり、後期男性高齢者、同女性高齢者でも、ほぼ同様であった。すなわち、全 4 群とも「病気を早く治す基本だと思う」と「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」が共に 4~5 割、「特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要である」と「手術後の半年間くらいは、なるべく安静をとる必要がある」が共に 1~1.5 割、そして「高血圧、糖尿病などの長く続く病気（慢性疾患）では安静が必要である」が 1 割前後であった。

この結果をみると、「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」という正しい認識と、「病気を早く治す基本だと思う」という古い、誤った認識とが同程度で伯仲している。また「特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要である」、「手術後の半年間くらいは、なるべく安静をとる必要がある」、「高血圧、糖尿病などの長く続く病気（慢性疾患）では安静が必

要で

表1 病気のときの「安静」について（重複回答可）

	前期			後期		
	男性	女性	計	男性	女性	計
原則として安静は必要最低限にするべき	100名 (43.1%)	137名 (51.5%)	237名 (47.6%)	56名 (44.1%)	92名 (48.9%)	148名 (47.0%)
病気を早く治す基本	132 (56.9%)	140 (52.6%)	272 (54.6%)	67 (52.8%)	78 (41.5%)	145 (46.0%)
特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要	25 (10.8%)	26 (9.8%)	51 (10.2%)	21 (16.5%)	30 (16.0%)	51 (16.2%)
高血圧、糖尿病などの慢性疾患では安静が必要	18 (7.8%)	24 (9.0%)	42 (8.4%)	16 (12.6%)	24 (12.8%)	40 (12.7%)
手術後の半年間くらいは、なるべく安静が必要	26 (11.2%)	44 (16.5%)	70 (14.1%)	14 (11.0%)	25 (13.3%)	39 (12.4%)
返答なし	27 (11.6%)	36 (13.5%)	63 (12.7%)	17 (13.4%)	28 (14.9%)	45 (14.3%)
計	328名 (141.4%)	407名 (153.0%)	735名 (147.6%)	191名 (150.4%)	277名 (147.3%)	468名 (148.6%)

ある」などの、やはり誤りというべき考え方も相当程度にもたれていた。これは「原則として安静は必要最低限にするべき」という正しい認識を対象者の半数近くがもっているが、同時に誤った考え方もまだまだかなり浸透していることを示すものといえよう。

2. 病気のために体を動かすことを控えることについて

前問と関連して、実際に病気になった時にどの程度に安静をとっているかをみるために、別の質問に対して「病気がある」と答えた502名について「病気のために、体を動かすことを控えているかどうか」をたずねた結果は図1、表2に示す通りであった。

「自分で心がけて控えている」は前期男性高齢者では、136名中16名(11.8%)、同女性では、141名中21名(14.9%)、後期男性高齢者では、91名中20名(22.0%)、

同女性では、134名中24名(17.9%)であった。

「医師から指導されて控えている」は前期男性高齢者では、5名(3.7%)、同女性では、4名(2.8%)、後期男性高齢者では、10名(11.0%)、同女性では、10名(7.5%)であった。

「ほとんど控えていない」は前期男性高齢者では、39名(28.7%)、同女性では、21名(14.9%)、後期男性高齢者では、16名(17.6%)、同女性では、33名(24.6%)であった。

「よく動くようにしている」は前期男性高齢者では、64名(47.1%)、同女性では、72名(51.1%)、後期男性高齢者では、35名(38.5%)、同女性では、49名(36.6%)であった。

このように「よく動くようにしている」が前期高齢者で5割前後、後期高齢者でも4割近くにみられることは、やや意外ではあるが、最近の高齢者の「動くこと」を重

視する傾向を示しているように思われる。

体を動かすことを控えている例は「自分で心がけて控えている」と「医師から指導されて控えている」とを合すると前期高齢者で十数パーセント、後期高齢者で3割弱であった。

3. 年をとると足腰が弱くなることについて

て

生活不活発病についての認識をこれまでとやや異なった角度から調べるために「年をとると足腰が弱くなること」について複数回答可でたずねたものを項目別に集計したものを表3に示す。比率は総人員に対するものであり、複数回答可であるため100%を越す。

図1 病気のために体を動かすことを控えることについて

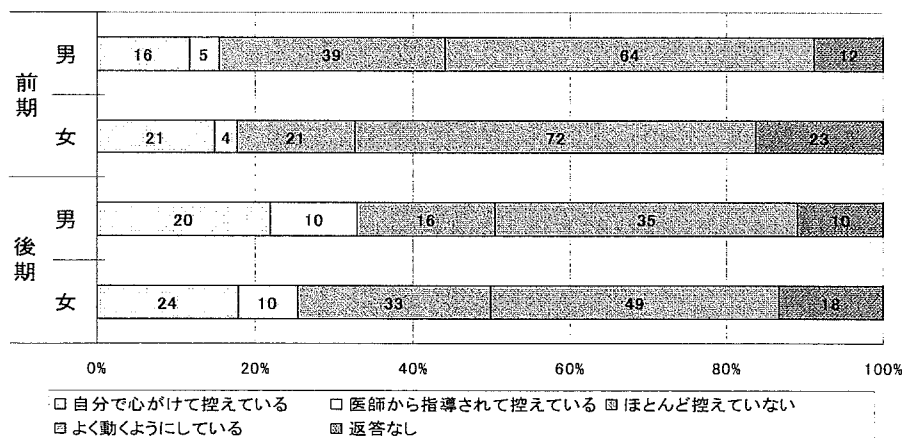


表2 病気のために体を動かすことを控えることについて

	前期			後期		
	男性	女性	計	男性	女性	計
自分で心がけて控えている	16名 (11.8%)	21名 (14.9%)	37名 (13.4%)	20名 (22.0%)	24名 (17.9%)	44名 (19.6%)
医師から指導されて控えている	5 (3.7%)	4 (2.8%)	9 (3.2%)	10 (11.0%)	10 (7.5%)	20 (8.9%)
ほとんど控えていない	39 (28.7%)	21 (14.9%)	60 (21.7%)	16 (17.6%)	33 (24.6%)	49 (21.8%)
よく動くようにしている	64 (47.1%)	72 (51.1%)	136 (49.1%)	35 (38.5%)	49 (36.6%)	84 (37.3%)
返答なし	12 (8.8%)	23 (16.3%)	35 (12.6%)	10 (11.0%)	18 (13.4%)	28 (12.4%)
計	136名 (100%)	141名 (100%)	277名 (100%)	91名 (100%)	134名 (100%)	225名 (100%)

「仕方がないこと」と考えている人が多く、56.8%（前期女性）～75.0%（後期女性）であり、前期高齢者全体では306名（61.4%）に対し、後期高齢者では236名（74.9%）と高かった。一方「活発な生活を送っていることで防ぐことも少くない」と「自分で防げることもある」を合わせた正しい認識は前期高齢者では計56.8%であるのに対して後期高齢者では40.9%と少なく、これらはいずれも1%以下の危険率で高度に有意の差を示した。

この他「杖や装具を使うと、頼って歩けなくなるので、なるべく使用しない」、「特に肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方がない」という誤解も後期高齢者で多かった。以上から後期高齢者では前期高齢者よりも年をとること、を運命的で、防ぐことができないと考えている人が多いことが認識できた。

4. 安静のとりすぎによって起きるものについて

具体的に「生活不活発病」（「廃用症候群」）の様々な症候についての知識がどれだけ普及しているかをみるために、安静のとりすぎによって起きるものについて質問した。それに対する回答は、表4に示す通りであった。前期高齢者より後期高齢者に生活機能低下が多くみられるため、表は後期高齢者計の割合の多い順に並べた。

前期男性高齢者では、「特になし」は232名中37名（15.9%）で、割合の多い順に「筋力低下（力が弱くなる）」は151名（65.1%）、「関節が固まり動かしにくくなる（関節拘縮）」は113名（48.7%）、「骨が弱くもろくなる（骨粗鬆症）」は67名（28.9%）、「便秘」は64名（27.6%）、「認知症（ボケ）」は59名（25.4%）、「心臓の働きの低下」は58名（25.0%）、「うつ的な傾向」は42名（18.1%）、「呼吸機能の低下」は38名（16.4%）、「静脈がつまる（静脈血栓症）」は27名（11.6%）であった。

表3 年をとると足腰が弱くなることについて

	前期			後期		
	男性	女性	計	男性	女性	計
仕方がないこと	155名 (66.8%)	151名 (56.8%)	306名 (61.4%)	95名 (74.8%)	141名 (75.0%)	236名 (74.9%)
活発な生活を送っていることで防ぐことも少くない	79 (34.1%)	91 (34.2%)	170 (34.1%)	28 (22.0%)	48 (25.5%)	76 (24.1%)
杖や装具を使うこと、頼って歩けなくなるので、なるべく使用しない	28 (12.1%)	34 (12.8%)	62 (12.4%)	25 (19.7%)	39 (20.7%)	64 (20.3%)
自分で防げることもある	49 (21.1%)	64 (24.1%)	113 (22.7%)	23 (18.1%)	30 (16.0%)	53 (16.8%)
特に肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方がない	5 (2.2%)	4 (1.5%)	9 (1.8%)	8 (6.3%)	12 (6.4%)	20 (6.3%)
返答なし	11 (4.7%)	32 (12.0%)	43 (8.6%)	10 (7.9%)	10 (5.3%)	20 (6.3%)
計	327名 (140.9%)	376名 (141.4%)	703名 (141.2%)	189名 (148.8%)	280名 (148.9%)	469名 (148.9%)

他の群でもほぼ同様の傾向であり、群間に有意の差はみられなかった。すなわち 4 群を通じて、「特になし」は 10~15%、「筋力低下（力が弱くなる）」は 6 割台、「関節が固まり動かしにくくなる（関節拘縮）」は 5 割前後、「骨が弱くもろくなる（骨粗鬆症）」は 3~4 割、「認知症（ボケ）」は 3 割前後、「便秘」は約 3 割、「心臓の働きの低下」は約 2 割、「うつ的な傾向」は 2~3 割、「静脈がつまる（静脈血栓症）」は約 1 割、「呼吸機能の低下」は 1 割前後であった。

本来ならばこれらの症候はすべてが安静のとりすぎで起る生活不活発病（廃用症候群）に属するものなので、すべてが 100% になるべきものであるが、現在の認識度は

この程度であること確認されたということができよう。

5. 廃用症候群（生活不活発病）についての認識

上記の具体的な事項について訊ねた後に、「廃用症候群」及び「生活不活発病」の認知度について質問した。これらの質問への回答は、図 2、3、表 5、6 に示すとおりである。

「よくわかっているつもり」が廃用症候群の用語については前期高齢者では 13 名（2.6%）、後期高齢者では、8 名（2.5%）であった。これに対し、生活不活発病については前期高齢者では、27 名（5.4%）、後期高齢者では、6 名（1.9%）であった。

表 4 安静のとりすぎによって起きることについて

	前期			後期		
	男性	女性	計	男性	女性	計
特になし	37名 (15.9%)	28名 (10.5%)	65名 (13.1%)	14名 (11.0%)	20名 (10.6%)	34名 (10.8%)
筋力低下（力が弱くなる）	151 (65.1%)	179 (67.3%)	330 (66.3%)	76 (59.8%)	123 (65.4%)	199 (63.2%)
関節が固まり動かしにくくなる（関節拘縮）	113 (48.7%)	137 (51.5%)	250 (50.2%)	55 (43.3%)	85 (45.2%)	140 (44.4%)
骨が弱くもろくなる（骨粗鬆症）	67 (28.9%)	107 (40.2%)	174 (34.9%)	36 (28.3%)	64 (34.0%)	100 (31.7%)
便秘	64 (27.6%)	95 (35.7%)	159 (31.9%)	35 (27.6%)	59 (31.4%)	94 (29.8%)
認知症（ボケ）	59 (25.4%)	96 (36.1%)	155 (31.1%)	31 (24.4%)	60 (31.9%)	91 (28.9%)
心臓の働きの低下	58 (25.0%)	38 (14.3%)	96 (19.3%)	28 (22.0%)	36 (19.1%)	64 (20.3%)
うつ的な傾向	42 (18.1%)	77 (28.9%)	119 (23.9%)	20 (15.7%)	42 (22.3%)	62 (19.7%)
呼吸機能の低下	38 (16.4%)	22 (8.3%)	60 (12.0%)	18 (14.2%)	23 (12.2%)	41 (13.0%)
静脈がつまる（静脈血栓症）	27 (11.6%)	25 (9.4%)	52 (10.4%)	7 (5.5%)	15 (8.0%)	22 (7.0%)
返答なし	24 (10.3%)	27 (10.2%)	51 (10.2%)	19 (15.0%)	15 (8.0%)	34 (10.8%)
計	680名 (293.1%)	831名 (312.4%)	1511名 (303.4%)	339名 (266.9%)	542名 (288.3%)	881名 (279.7%)

図2 廃用症候群の認知度

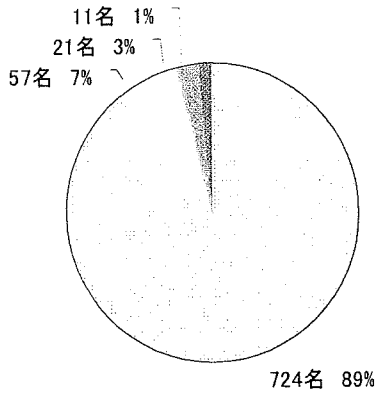
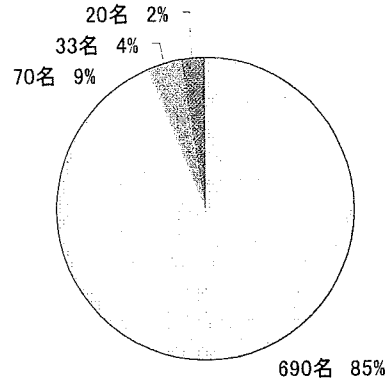


図3 生活不活発病の認知度



□ 知らない □ 名前を知っていた ◻ よくわかっているつもり ◻ 返答なし

□ 知らない □ 名前を知っていた ◻ よくわかっているつもり ◻ 返答なし

表5 廃用症候群を知っているか？

	前期			後期		
	男性	女性	計	男性	女性	計
知らない	210名 (90.5%)	225名 (84.6%)	435名 (87.3%)	117名 (92.1%)	172名 (91.5%)	289名 (91.7%)
名前を知っていた	13 (5.6%)	26 (9.8%)	39 (7.8%)	7 (5.5%)	11 (5.9%)	18 (5.7%)
よくわかっているつもり	6 (2.6%)	7 (2.6%)	13 (2.6%)	3 (2.4%)	5 (2.7%)	8 (2.5%)
返答なし	3 (1.3%)	8 (3.0%)	11 (2.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	232名 (100%)	266名 (100%)	498名 (100%)	127名 (100%)	188名 (100%)	315名 (100%)

表6 生活不活発病について

	前期			後期		
	男性	女性	計	男性	女性	計
知らない	201名 (86.6%)	209名 (78.6%)	410名 (82.3%)	115名 (90.6%)	165名 (87.8%)	280名 (88.9%)
名前を知っていた	17 (7.3%)	28 (10.5%)	45 (9.0%)	8 (6.3%)	17 (9.0%)	25 (7.9%)
よくわかっているつもり	9 (3.9%)	18 (6.8%)	27 (5.4%)	3 (2.4%)	3 (1.6%)	6 (1.9%)
返答なし	5 (2.2%)	11 (4.1%)	16 (3.2%)	1 (0.8%)	3 (1.6%)	4 (1.3%)
計	232名 (100%)	266名 (100%)	498名 (100%)	127名 (100%)	188名 (100%)	315名 (100%)

「名前は知っている」は前期高齢者では、39名（7.8%）、後期高齢者では、18名（5.7%）に対し、生活不活発病については前期高齢者では、45名（9.0%）、後期高齢者では、25名（7.9%）であった。

このように9割前後が「知らない」であり、1割弱が「名前は知っている」というのは他の自治体とほぼ同様の結果である。

このように廃用症候群についても生活不活発病についても名前自体の認知度も低いのが現状であり、今後、廃用症候群（生活不活発病）についての広い啓発が必要といえるであろう。

D. 考察

各項目について個別的な考察を加えてきたので、ここで総合的、総括的な考察を行なう。

本研究の対象は大都市郊外（通勤圏）の小都市の一般住民高齢者（65歳以上）で要介護認定を受けていない、一応「健康」であり、「自立」しているとされている人々である。しかし実は、同集団についての他研究（生活機能実態調査）も示すように、一部にはすでに種々の程度的生活機能の低下を示している群でもある。

本研究においては、介護予防への住民参加にとって不可欠な、生活機能低下の大きな原因である生活不活発病（廃用症候群）についての基礎的認識について調査した。

その結果を一言でいえば、「部分的、断片的な知識はある程度浸透しているが、まだ系統的な認識の域には達しておらず、新旧の知識が混交している、過渡期の状態にある」ということができよう。ただ、結果を

細かくみれば、世代間の差（前期高齢者の方が後期高齢者よりもより正しい認識を持っている）も認められ、世代を追って正しい認識が浸透しつつあるということもできる。

ともあれ、現在の時点における一般住民の認識の程度が確認できたことには重要な意義があり、今後の普及、啓発の効果を測定するための基礎（ベンチマーク）の設定を行うことができたと考えられる。

E. 結論

介護予防への「住民参加」の観点から大都市近郊の小都市における一般高齢者の生活不活発病（廃用症候群）に関する認識につき調査し、このような「安静の害」「活発な生活による生活機能低下の防止」などの新しい観点が一般住民にも浸透しつつあるが、全体としてまだ新旧の概念が混交しており、今後一層の普及、啓発の努力が必要であることが確認された。

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；介護予防；目標志向的につくる「私が創る生活・人生」を．月刊介護保険．10（116）：22-23，2005

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

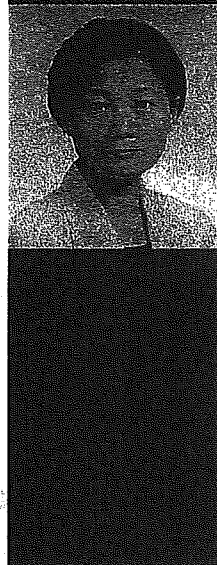
1. 大川弥生；介護予防；「水際作戦」で生活不活発病の予防・改善を. 月刊介護保険. 10 (110) : 22-23, 2005
2. 大川弥生；介護予防；目標志向的につくる「私が創る生活・人生」を. 月刊介護保険. 10 (116) : 22-23, 2005
3. 大川弥生；在宅ケアの新たな取り組み；生活機能に着眼した医療・ケアの連携. Hint. 131 : 14-15
4. 大川弥生；生活や人生を「よくする介護」を；ICF（国際生活機能分類）を“共通言語”に. Tabedas 2(3) : 10-15, 2005
5. 大川弥生；よくする介護；介護職は「している活動」の専門家. 介護福祉 2005年春季号. 57 : 27-41

時評

国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

大川 弥生

介護予防「水際作戦」で生活不活発病の予防・改善を



PROFILE
おおかわ やよい
久留米大学医学部大学院修了。東京大学付属病院リハ部助手、帝京大学リハ科助教等を経て、国立長寿医療研究センター老人ケア研究部長。平成16年3月から組織替えて現職に。著書に『新しいリハビリテーション：人間復権への挑戦』（講談社現代新書）、『介護保険サービスとリハビリテーション—ICFに立った自立支援の理念と技法』（中央法規出版）など。

はじめに

初めての介護保険制度の見直しのなかで、いま介護予防の重要性が強調されている。

ここで介護予防の新しいキーワードである「生活不活発病」「生活機能」「水際作戦」に注目しつつ、そのあるべき姿について考えてみたい。

生活不活発病（廃用症候群）は、厚労省老健局の高齢者リハビリテーション研究会で、「廃用症候群モデル」の重視が打ち出されたのを契機に再認識が進んでいる。

その後、老人保健事業の見直しに関する検討会等で、介護予防の観点から「生活機能低下予防」をも重視する方向が示され、特に廃用症候群（生活不活発病）の予防が重視さ

れている。また介護予防における「水際作戦」（生活機能低下の早期発見・早期対応）が強調されている。

ICFの「生活機能」「医学モデル」「社会モデル」から「包括モデル」へ

これら新しいキーワードに共通するのはICF（WHO・国際生活機能分類、2001）の生活機能モデルに立っていることである。

ICFをひと言でいえば、「生きる」との全体像を示す「共通言語」である。ここで「生きる」との全体像とは、図に示すように、生命レベルの「心身機能」、生活レベルの「活動」、人生（社会）レベルの「参加」の三者の包括概念として「生活機能」があり、それら3つのレベルの間、またそれらと「健康状態」「環境因子」「個人因子」との間に相

互関係があるということである。この「生きる」との全体像は、一人ひとり違う個別的・個性的なものである。介護予防もこのような個性尊重に立つことで、真の効果をあげることができる。

次に、「共通言語」とは各種の専門家間、また専門家と本人との共通のものの方ということである。これはICFが専門家間のチームワークと、本人の自己決定権の発揮のためのツールとなることである。

ICFの大きな特徴は、「心身機能」（筋力低下、麻痺、栄養低下等）を向上することで生活・人生が改善するという「医学モデル」でも、主に環境因子（物的・人的・制度的）で補うという「社会モデル」でもない、「包括モデル」に立つことである。もうひとつの特徴は、マイナス面

中心の見方ではなく、プラス面を積極的に引き出す視点へと180度回転したことである。このプラスとは単なる「残存機能」ではなく「潜在的な生活機能」を、本人の積極的関与のもとに専門的に引き出すことである。

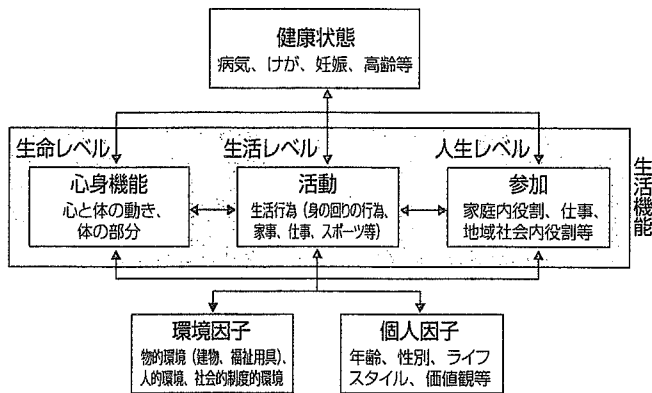
活動（生活行為）に直接働きかける介護予防

介護予防は利用者中心のものであり、予防するのは第一に生活行為（活動）の低下であるが、究極の目的はよりよい人生を創ること、すなわち「参加」の向上にある。

「活動」を向上させるのに疾病や「心身機能」を第一に考えるのは、「医学モデル」である。

そうではなく介護予防は「包括モデル」に立って、「活動」自立訓練によって直接「活動」（生活行為）に働

図 生活機能モデル (WHO, ICF)



きかけてそれを向上させる。「活動」は、疾病や心身機能が向上しなくても(ときにはそれが悪化していくときでさえ) 向上させることができる。ICFの基本的な考え方である「活動」「参加」の「心身機能」からの「相対的独立性」の理論がここで重要となる。

また、ICFでいう「活動」の「実行状況」(「している活動」と「能力」(「できる活動」)を明確に區別して、その両者に働きかけられるのも「活動」自立訓練の重要な特徴である。

ここで、活動は参加の具体像であることを忘れてはならない。「参加」の向上のために必要な「活動」は何かを、本人とともに見極めていくこ

廃用症候群(生活不活発病)の正しい理解を

とが大事なのである。

廃用症候群は、その名称だけでは普及し、十分に対応していると考えている人々も少なくない。

しかし廃用症候群の大事なポイントが正しく理解されているとはかぎらない。そのポイントとは、①原因は「生活が不活発」なこと、②したがって予防・改善の鍵は「生活の活性化」であること、③全身のあらゆる機能の低下を生じること、④しかし予防・改善のためには「心身機能」だけでなく「生活機能」全体(特に「活動」と「参加」)を考えなければならぬということである。

生活が不活発化する契機には、①「活動」の質的低下(脳卒中・骨関節疾患などによる運動障害)、②「活動」の量的低下(運動器以外の疾病での必要以上の「活動」量制限等)、③参加制約(定年、家族構成の変化による主婦役割の喪失等。ここには環境因子の影響が大きい)の3つのタイプがある。

水際作戦「低下した生活行為の向上を

介護予防には高い機動性とメリハ

リのついた対応、つまり本来に必要な時に必要なサービスが即座に提供されることが必要である。その中核は「水際作戦」、すなわち生活機能低下の早期発見・早期対応である。生活機能の低下はさまざまなエピソードを契機に階段状に進行する。そこをとらえるのが早期発見であり、それは定期的な健診などよりも、むしろ一般医療機関、介護サービス提供者そして本人や家族やコミュニティの人々による生活機能低下の早期発見が重要であり、そのための啓発が必要である。

具体的な対応のあり方としては、たとえば、行政による「生活機能相談窓口」があつて、そこが本人、家族、コミュニティ、そして医療・介護から早期に電話相談を受ける。そして自宅に向いて、生活機能低下の契機や過程を確認し、その場で活動向上のための働きかけを行うのである。

屋外歩行が不自由になれば、適切な歩行補助具(シルバーカー、ウォーカーケイン、4点杖など)を選び、それを使った歩き方を実際に歩く道で指導する。家事が難しくなってきたら、自宅の台所で調理台にもたれなど負荷の少ない調理の仕方を指導する。洗濯物を持つての歩き方や、重たい洗濯物の干し方を指導する。

一見手間がかかるように思われるかもしれないが、実は指導には即効的な効果があり、短期間(1回〜数回の指導)で自立度が大きく向上するのである。

これが「活動自立訓練」であり、「水際作戦」の「中核プログラム」である。これを、より長期的な、参加向上や自己訓練(体操、歩行量増加等)などのサポートプログラムで支えるのである。このように、生きがいのある活発な生活をつくっていくことが基本なのである。

介護予防を支える生活機能向上に向けた医療と、自助・共助

介護予防の担い手は行政サービスだけでは足りない。「安静度」だけでなく「活動度」の指導が重要となるであろうし、たんにあいさつがわりに交わされる「お大事に」も再考が必要となる。

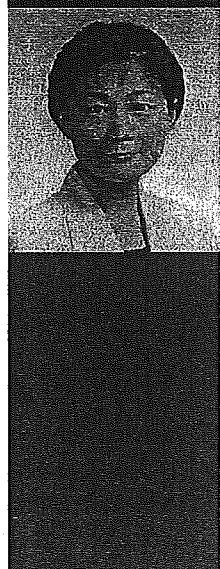
それを支えるのが一般市民と介護保険サービス受給者に対する廃用症候群(生活不活発病)についての啓発であり、それにもとづいた「自助」、そして地域社会(コミュニティ)の活性化による「共助」の促進である。

実はここに介護予防の原点があるのである。



国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長
大川 弥生

介護予防：目標志向的に「私が創る生活・人生」をつくる



PROFILE
おおかわ やよい
久留米大学医学部大学院修了。東京大学付属病院リハ部助手、帝京大学リハ科助教授等を経て、国立長寿医療研究センター老人ケア研究部長。平成16年3月から組織替えで現職名に。
著書に『新しいリハビリテーション：人間復権への挑戦』（講談社現代新書）、『介護保険サービスとリハビリテーション—ICFに立った自立支援の理念と技法』（中央法規出版）など。

はじめに

介護保険法改正案が国会を通過し、その後の社会保障審議会介護給付費分科会介護予防ワーキングチームや新予防給付のアセスメントなどの検討のなかで、介護予防の具体像が明らかになってきている。

そのポイントは

- ①目標志向型サービス提供
- ②生活行為重視、であり

これは生活機能重視をうたう介護予防の骨格といえよう。

筆者自身も臨床経験と種々の体験から生活機能を重視してきており、今回の方向性を基本的に歓迎している。

そこで今回はこの2つのポイントについて述べたい。

目標志向型・利用者の生活像が目標

目標志向とは最初に利用者と一緒に目標を設定して、さまざまなサービス全体をそれに向けてまっすぐに進めていくことである。

「目標」設定の重要性は従来もいわれてはきたが、今回はその位置づけが次のように明確になった。

- 1 利用者の個別性重視
- 2 生活行為（具体的には「するようになる生活行為」）の重視
- 3 目標に向けたチームワーク重視

チーム全体の目標明確後の役割分担

まず1の個別性とは、個別的な生活・人生であり、まさに生活機能構造を重視することである。たんに1対1に対応することでもなく、生活機能のある一部分についての個別例

での違いを重視することでもない。

それを最も典型的に示すものが、アセスメントにおける新予防給付用の0表（案）および、居宅サービスの計画書（1表）で示される「私が創る生活・人生」を明確にすることである。そしてその具体像として「するようになる生活行為」が位置づけられている。

利用者専門家チームとが、はっきりした目標である「生活・人生の具体像」を共有して初めて、個別性を重視した介護が実現できる。

目標とは「生き生きとした生活ができるように」「ADLの向上」「歩行能力向上」というような漠然とした方向性ではなく、具体的な到達点なのである。

目標設定は本人との共同作業

「専門家としての予後予測が大事

目標の設定は、専門家と本人・家

族との共同作業である。その際専門家には次の2つの責任がある。

- ①生活行為向上にむけた支援を行った場合の、生活機能向上効果を予測して、「こういうこともできるようになります」と具体的に説明すること。そのためには、生活機能についての予後予測の能力が求められる。
- ②利用者の生活史や好みや価値観（ICFの「個人因子」）をよく理解し尊重し、「この人が最も幸せになる人生はどんなものか」という観点から、一緒に考えていくこと。

本人がこれらの観点からの説明を聞き、質問を十分したうえで表明するのが「真の希望」であり、それを正しく引き出すのが専門家の責任である。

本人が「したい」といわれることをそのまま目標とすることは危険である。本人には何ができるよ

うになるのか具体的なにはわからない場合が多い。むしろ「もう何でもいい」と思い込んで、消極的な希望しか出てこないことが多い。また、よくするには心身機能に対する機能訓練しかないという思いこみにもなりがちである。

これまで介護においては予後予測の重要性はあまり論じられてこなかった。しかし、実際には、生活行為がどのように変化していく可能性があるかを考えてケアプランがつけられていたのである。たとえば「よくならない」と予測したからこそ不自由なことを補う補完的介護を計画していたのではないかと反省する必要がある。

「するようになる生活行為」の共有後の役割分担

目標とは、本人も家族も専門家も同じ具体的な状況を思い浮かべることができるとでなければならぬ。個別性重視の目標は、生活機能の3つのレベル（心身機能、活動、参加）について設定するものであるが、利用者本人にとって最もわかりやすい生活機能のレベルは「活動」すなわち生活行為である。

これは利用者が自宅で朝起きてから夜眠るまでどのような生活行為（レパトリー）を、どのようなし

かたで行うのか（バラエティ）と考えていくとわかりやすい。

また介護の主な対象は生活行為であるから、生活行為を中核とする目標設定が重要となる。

そして目標としてこの「するようになる生活行為」を明確にしたうえで、インフォーマルサービス等も含めた各サービスの役割分担を決めていくのである。それによって真に利用者中心のプログラムとなり、また短い期間で効果的な結果が得られる。

ターゲットは生活行為

目標としての「するようになる生活行為」の重視があるが、この生活行為とはICFでいう「活動」である。

このように生活行為が重視されるのは、①介護が必要な状態とは生活行為に不自由がある状態、②介護サービスとは主に生活行為を改善する技術、③生活行為（活動）は参加の具体像であり、生活機能の中心といえる、という事情があげられる。

このように介護の核ともいえる生活行為が、これまでは軽視されがちであったことも否めない。特に生活行為自体を改善しようとする働きかけは乏しく、補完的な介護サービスに陥りがちであった。

この生活行為の軽視が、介護予防の効果があがっていない、技術面での最大の原因と筆者は考えている。

生活行為のレパトリーとバラエティ

では今後の生活行為向上において何を重視すべきか？ 第1には「できる活動」と「している活動」（『月刊介護保険』平成17年4月号「時評」参照）の両者を明確に区別して両者を正確に把握することである。その両者の差を見極めることが、「するようになる生活行為」の予後予測の鍵である。

第2には生活行為のレパトリーとバラエティとの重視である。前者は自宅だけでなく、広い範囲の社会生活を含めて、そこで必要となる「生活行為」の種類のことである。後者は同じ生活行為でも、その行い方は多種多様だということである。たとえば、ある生活行為を行うときの、利用する設備、姿勢、手順、用いる用具、などには非常に大きなバラエティがある。

介護の専門性確立と充実感

今回の介護予防の具体的な技術の骨格の最も本質的なことは「個別性尊重」ということであり、これは本人

本位、自己決定権の尊重といえよう。社会学者の鶴見和子氏はリハビリに関して、「自身の経験から「これまでのリハビリは軍隊式だった」と言い切られた（鶴見和子・上田敏・大川弥生・著『「回生を生きる」―本当のリハビリテーションに出会って』、三輪書店）。その意味は、原因の病気や心身機能の状態が同じであれば、画一的なプログラムを押し付けるということであった。

本来のリハも介護も、一人ひとり大きく違うはずの生活機能、特に生活・人生を、創っていくものである。

これまで介護予防はともすれば、筋トレ・栄養改善など心身機能への対応中心に論じられがちであった。また不自由なことを補う補完的介護も画一的な働きかけが主であった。一人ひとりの生活機能の差を重視しない画一的な対応は「第二の『軍隊式』」になる危険をはらんでいる。


個別的な生活・人生を重視することが、介護予防の効果を左右するのである。そして、このような介護予防の骨格となつていくポイントを把握することで、介護の専門性が確立し、また現場に働く人々と利用者とともに目にみえてよくなつていく充実感を実感し、それがやりがいにもつながっていくのである。

よると、高齢者に対する運動教室事業を開催している自治体が約9割あるうち、実際にメディカルチェックをして運動の可否判定を行っている自治体は全体のわずか10%にも満たないという結果となりました。さまざまな講習会で認知されているものの、実際には行われていないという現状です。

介護保険法の改正により、筋力トレーニングが非常に注目されました。90歳代になってもうまくトレーニングをすれば、筋肉は可塑性が高く若返るという

効果もっています。しかし、やり方を間違えると逆効果です。筋力トレーニングを成功させるためには、地域できちんとメディカルチェックの仕組みをつくり、医師会や地域医療機関の協力を得て、筋力トレーニングを多くの方ができる仕組みをつくらなければなりません。また、対象者や施設の状況をよく考慮したうえで、どのトレーニング方法を採用するか、あるいは組み合わせるかという検討をするのがよいと思います。

本稿は、ラジオNIKKEI番組「総合メディカルマネジメント」2005年8月11日放送内容から掲載しました。

メディカルマネジメント ②	
<h2>在宅ケアの新たな取り組み</h2> <p>～生活機能に着眼した医療・ケアの連携～</p>	
<p>国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部 部長</p> <p>大川弥生氏</p>	

地域医療・福祉において、在宅ケアのニーズはますます高まっています。そして、地域医療・福祉で考えたとき、在宅ケアは単独ではなく、施設と在宅でつぎ目のない連続的包括的なケア(シームレスケア)の一角であることが望ましい姿であるといえるでしょう。

今回は、シームレスケアの流れの中での「在宅ケア」について、お話を伺いました。

病気は治らなくても生活行為は改善できる

シームレスケアにおいて在宅ケアの導入時にある要介護者の捉え方について、三つのポイントを挙げたいと思います。

第一に、生活機能の重視です。生活機能とは、生きることをトータルにみるという概念で、介護予防におけるキーワードともいえます。介護予防とは、生活機能低下の予防・改善であり、つまり、生活、人生の低下を改善させることなのです。

第二に、生活不活発病です。「年のせい、病気の

せい、悪くなるのは仕方がない」と思っている状態は実はこれである可能性があります。

第三に、「よくする介護」への転換です。介護が必要な状態とは、生活行為が低下し困難になった状態です。生活行為とは、顔を洗う、洋服の脱ぎ着をするなどの身の回りの動作や、歩行や家事など、日々の生活で行っている行為です。「よくする介護」とは、まずこの生活行為の改善ができないかを考えることです。病気や身体能力がよくななくても、生活行為自体はよくできないかを考える、ということです。これまでは「不自由さを補う」「できないことはしてあげる」となりがちでした。しかし、「補う」介護から「よくする介護」への転換が必要です。

ケアが必要な状態では、何らかの病気を抱えている場合が多いものです。これまでは「病気があるから介護を受けるのは仕方がない」「悪くなるのは仕方がない」と思われがちでした。今後、シームレスケアを目指すにあたっては、医療分野の方々「よくなるのではないか」という観点からみることが不可