

欠ですし、非常に効果的であると考えています。

では、第一、第二の点について説明をしてまいります。

### 生活機能は総合的にみる新しい概念

生活機能とは、WHOのICF(国際生活機能分類)に基づく、健康についての新しい概念です。生きることを生命・生活・人生の三つのレベルに分け、それぞれ「心身機能」「活動」「参加」といいます。「心身機能」とは身体や心の働きや体の部分、「活動」とは歩くことや身の回りの動作などの生活行為、「参加」とは家庭生活や社会の中で役割を果たすことです。生活機能の困難は病気だけでなく、さまざまな「環境因子」や個人的な特性である「個人因子」などが影響します。

患者・利用者さんご自身やご家族は病気自体の説明以外に、それが今後の生活(すなわち活動)や人生(すなわち参加)にどう影響するのを知りたいでしょう。ですから、生活機能の考え方は、ケアだけではなく、医療・福祉等の分野でも今後重要になってくる、生活・人生の包括的な捉え方といえるでしょう。

### 安静が生活不活発病を招く～「安静度」から「活動度」へ

次に、生活不活発病(廃用症候群)に触れます。生活不活発病とは、生活が不活発なことにより生じる全身のあらゆる機能の低下です。このとき、しばしば筋力低下などの特定の症状にだけ目がいきがちですが、特定の症状にだけ注意を払うべきではなく、広く見るべきです。また、「生活不活発」は生活行為として見るのが大事で、それにも質と量の二つの側面があります。質とはやり方であり、例えば、歩くのか車いすなのか、洗面などの生活行為を立てて行うか座って行うかなどの違いです。

この生活不活発病の予防・改善のカギは、ずばり「生活の活発化」です。「なるべく動きなさい」という一般的な指導だけでは不十分です。生活行為の量

の増加だけではなく、質的な向上も重要です。生活不活発によって生じた心身機能の低下への対応だけで解決できるものではありません。

特に疾患管理が必要な人の生活の活発化は、一般医療の積極的な関与なしには成り立ちません。一般医療との関係で特に押さえるべき要素は「安静」です。一般の方々の「病気だと安静第一」の考えは強いものです。例えば、医療現場で「安静度」ではなく「活動度」として具体的にどう動くべきかの指導、あいさつがわりに使われている「おだいじに」など、考えるべきことは少なくありません。

### 車いすではなく、歩行補助具で歩く練習を

生活機能低下は、早期発見・早期解決が重要です。

早期発見とは、生活行為の低下と生活不活発病の発生を早期に見つけることに尽きます。早期解決とは、生活行為の回復・向上です。これには「よくする介護」としての介護も含まれます。例えば、自宅内歩行や立位での生活行為が困難になったことに対しては、自宅内でのつかまり歩き、もたれ立ちを薦めます。家事を行うのが困難になったことに対しては、家事を行う場所での立ち方や移動の方法、用具の使い方の指導や介護を行います。これらによって、早期に生活行為を向上させるとともに、生活不活発病が発生した原因を明確にし解決することにも取り組みます。

以上、医療とケアとの連携においては、生活機能、特に生活行為(「活動」)に重点を置いて、互いに協力し合い、互いにリクエストをすればよいと思います。その試みは、すべての世代の国民の生活機能向上に向けた、新たな取り組みのスタートになると考えています。

詳しくは「新しいリハビリテーション—人間復権への挑戦(講談社新書・講談社、2004)」「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、2004)」をご一読ください。

本稿は、ラジオNIKKEI番組「総合メディカルマネジメント」2005年9月8日放送内容から掲載しました。

2005年4月から、ラジオNIKKEI(毎週木曜日21時15分～21時35分放送)およびBSラジオNIKKEI(毎週木曜日21時40分～22時00分放送)で、新番組「総合メディカルマネジメント」がスタートしました。また、インターネットでも番組を視聴いただけます。ぜひご覧ください。  
<http://medical.radionikkei.jp/sogo-medical/bangumi.html>

# 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

話し手／大川 弥生さん

国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

聞き手／松井 省吾

久留米大学医学部大学院修了。東京大学医学部付属病院リハ部助手、帝京大学リハ科助教授を経て現職。厚生労働省老健局に設置された「高齢者リハビリテーション研究会」や「厚生労働省老人保健事業の見直しに関する検討会」委員でもあった。主な著書に、『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。

## リハの主人公は本人

——大川さんが一般向けに書かれた『新しいリハビリテーション』は、全編、「リハの主人公は体に不自由のある人自身であり、医師や専門家は支援者である」という姿勢が貫かれており、たいへん興味深く読ませていただきました。「人間〈復権〉への挑戦」という副題からも大川さんの思いが伝わってきます。

大川 いま医療や介護は大きく変わりつつあります。リハの分野でも、体に不自由のある人自身と家族の人びとが医師や専門家から充分説明を受け、正しい知識を持って話し合いをしながら進めていくことが求められています。いまこそ、体に不自由のある人自身とその家族が主体的に新しい人生を切り拓いていただきたい、そういう願いを込めて副題をつけさせていただきました。

——ところで、大川さんは厚生労働省の各種委員会の委員として、このたびの介護保険の改正に深くかかわってこられました。キーポイントは「介護予防」の重要性が強調されていることですね。介護予防は言葉がひとり歩きして、もうひとつ実態がつかめないような感じがしますが……。

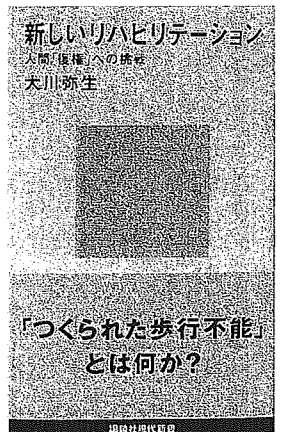
大川 これまで、在宅重視と自立支援という介護保険の理念は必ずしも実現されませんでした。そこで、各種の

委員会がつくられ、高齢者リハのあり方についても根本的な検討が加えられました。私もその一員として、いろいろ意見を申し上げる機会をいただきました。検討の結果、「リハビリテーション・ルネサンス」ともいふべき動き、すなわちリハの原点に立ち戻って再出発しようという気運が盛り上がったと思います。

——リハビリというと機能回復訓練ととらえられがちですが、本来はそうではなかった……。

大川 リハとは、ジャンヌ・ダルクが宗教裁判で魔女とされ火あぶりの刑になった後、やり直し裁判で判決の取り消しと名誉回復がなされ、これを「ジャンヌ・ダルクのリハビリテーション」といいます。この例でもわかるように、権利や名誉の回復という一般用語でした。すなわち、リハとは患者・障害者の「人間らしく生きる権利の回復」、生活・人生の再建・向上を目指すものでした。しかし、いつからか「リハは機能回復訓練」という誤解の横行を許すものに変質してしまいました。

——リハビリというと、失われた手足の機能を元に戻す



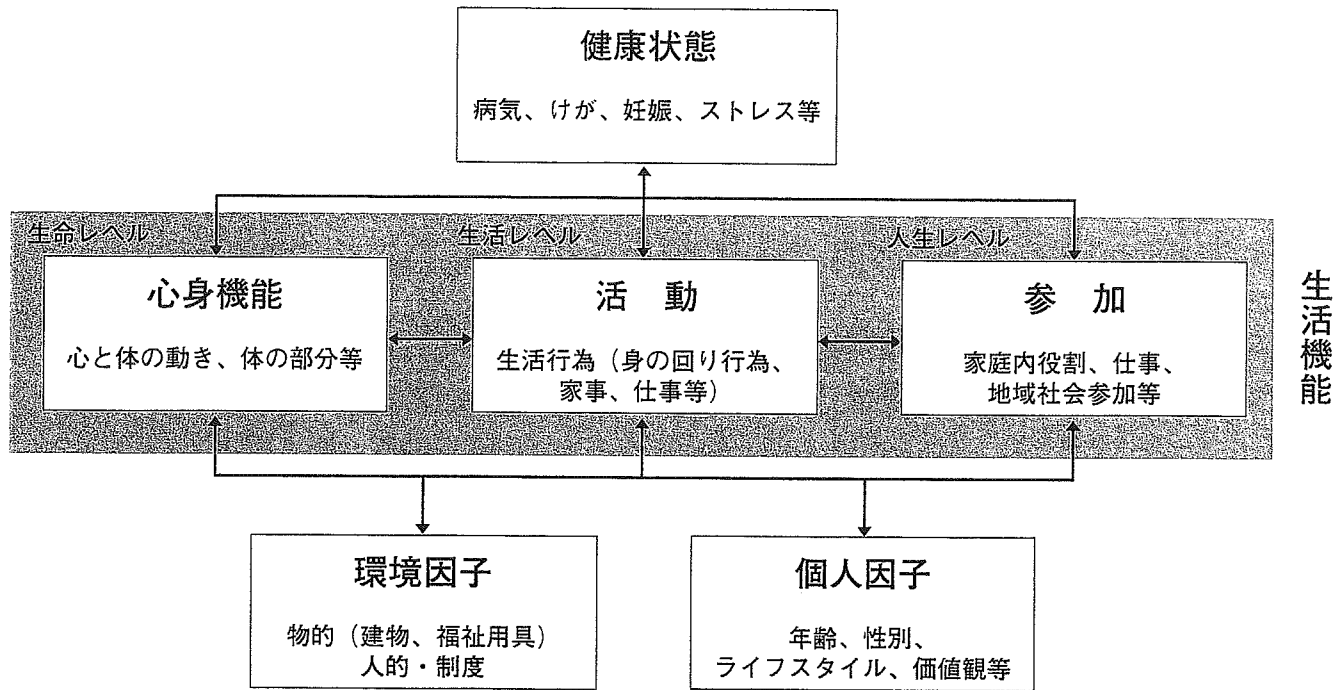


図1 ICFの生活機能構造モデル (WHO, 2001)

ための訓練と考えるムキが多いようですが、障害によってそこなわれた人間としての尊厳を回復させるものでなければいけないということですね。

大川 そうです。リハの理念は、もっと前向きな、障害を負った人が新しい生活・人生をつくりだす全人間的復権を目指すものです。専門家はそれをお手伝いするのです。これは介護も同じことで、一般に介護というと、ただ単に生活上の不自由なことを手伝ったり、できないことを代わりにしてあげることと考えられているようですが、それだけではなく、障害を持った人の生活や人生そのものをよくする支援でなければなりません。

——その人の手足の機能が問題ではなく、その人の生活や人生がちゃんと機能するようサポートするのが真の介護というわけですね。介護は、リハビリと同じように、障害を負った人の全人間的復権としての支援でなければならないというわけですね。

大川 そういうことです。手足の機能だけを問題にするリハや介護ではだめなんです。これからは、その人の全人間的復権、あるいは全人間的な尊厳の回復を実現するリハビリ、介護が望まれます。

——ただ、実際に、その人を全人間的に見るということは容易ではありませんね。

### 注目浴びるICF（国際生活機能分類）

大川 患者・障害者を全人間的に見るということは、心身機能だけでなく、生活・人生を見ることを意味します。ところが心身機能をチェックする物差しはありますが、生活や人生の機能をチェックすることは容易ではありません。なぜなら、チェックする物差しがないからです。そこで最近注目されているのが、ICFすなわち International Classification of Functioning, Disability and Health、国際生活機能分類です。

——ICFという言葉は最近ときどき耳にしますが、内容的にはもうひとつはっきりしません。くわしく教えてください。

大川 ICFとは、2001年にWHO（世界保健機関）が提唱した生活機能構造モデル（図1）を基本とするもので、ひと言で言えば、「生きることの全体像を示す“共通言語”」です。それでは生きることの全体像とは何か、図を見ればわかるように、生命レベルの「心身機能」、生活レベルの「活動」、人生すなわち社会レベルの「参加」の3者を包括する概念で、それらの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ります。つまり、生きるこ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ということで、リハにしても介護にしても、このような個別性尊重に立つ

ことが大切だということがわかります。

—— ICF は共通言語だということですが、誰と誰との共通言語でしょうか。

大川 障害のある人にかかわるすべての人びと、すなわち医療・介護にかかわる専門家の間での共通言語として使用できますが、それ以上に大切なことは、そうした専門家と患者・家族との間の共通言語だということです。患者さんや家族の方は、医療者と話をしている話を通じないと感じられたことがよくあると思いますが、使う言葉が専門的でわからないというだけでなく、医師が関心を持っていることの範囲が非常に狭くて、病気のことばかり話して、患者さんと家族が心配する生活や仕事への影響などを質問してもあまり熱の入った反応はないということがよく見かけられます。患者さんや家族が生活レベルや人生レベルに関心がいっているのに対して、医師は生命レベルに関心があるから、こうしたギャップが生まれるのです。両者が、この ICF モデルに即して、生命・生活・人生のすべてを重視すれば、そうした行き違いを正すことができます。そういう意味で、ICF は患者さんと医療専門家の双方をつなぐ共通言語であると言えるのです。共通言語とは、共通のものの考え方、とらえ方ということです。

—— ICF を、国際生活機能分類というから、障害を分類するためのツールだと考えている人が多いようですが、職種間、あるいは医療・介護職と患者・家族間の共通言語ととらえることが大切なのですね。

大川 ICF は、1980 年の国際障害分類 (ICIDH) に根本的な改定を加え、障害というマイナス面だけでなくプラス面を重視し、生活機能という新しい概念を打ち出したものです。そういう点で、ICF は障害観・障害者観の根本的転換を迫るものであり、その背景には ICIDH 以来の 20 年間における障害および障害者をめぐるさまざまな状況や意識の変化が反映しています。

### 「よくする介護」と「悪くする介護」

——ところで、今回の介護保険の改正において、介護予防の重要性が強調されていますが、ICF モデルが関係しているのでしょうか。

大川 ええ、そうです。介護予防という概念を理解するには、次の 3 つのキーワードをおさえるとよいでしょう。すなわち、生活不活発病、生活機能、水際作戦の 3 つで

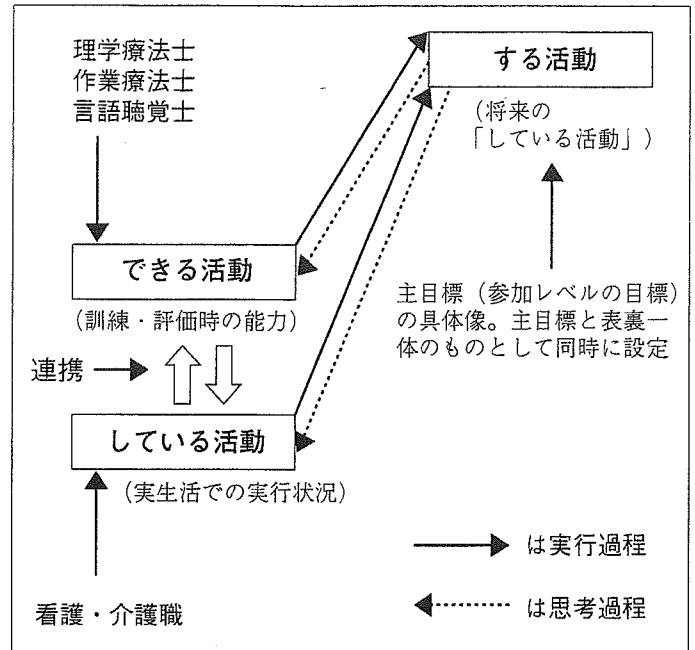


図2 「できる活動」「している活動」「する活動」の関係

す。生活不活発病は、学術的には廃用症候群といいますが、名称はしっかり普及しているのに、大事なポイントが正しく理解されているとは限りません。

——大事なポイントとは……。

大川 生活不活発病のポイントは、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「生活の活発化」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ないということです。そして、生活が不活発化する契機には、①活動の質的低下、②活動の量的低下、③参加制約の 3 つのタイプがあります。

——生活の不活発化を予防するのが介護予防というわけですか。

大川 そういことです。介護予防というと、筋力トレーニングや転倒予防教室など、特別な場所に集まってもらって「心身機能」(ICF による) を改善することのように思われがちですが、そうではなく、いちばんの基本は、実生活のなかでの生活行為 (ICF では「活動」) を向上させることです。それによって生活自体を活発にし、生活不活発病を予防・改善することができるのです。それには「している活動」への働きかけをもっと重視すべきです。

——「している活動」といいますと……。

大川 ICF では、日常生活行為 (ADL) を実行状況である

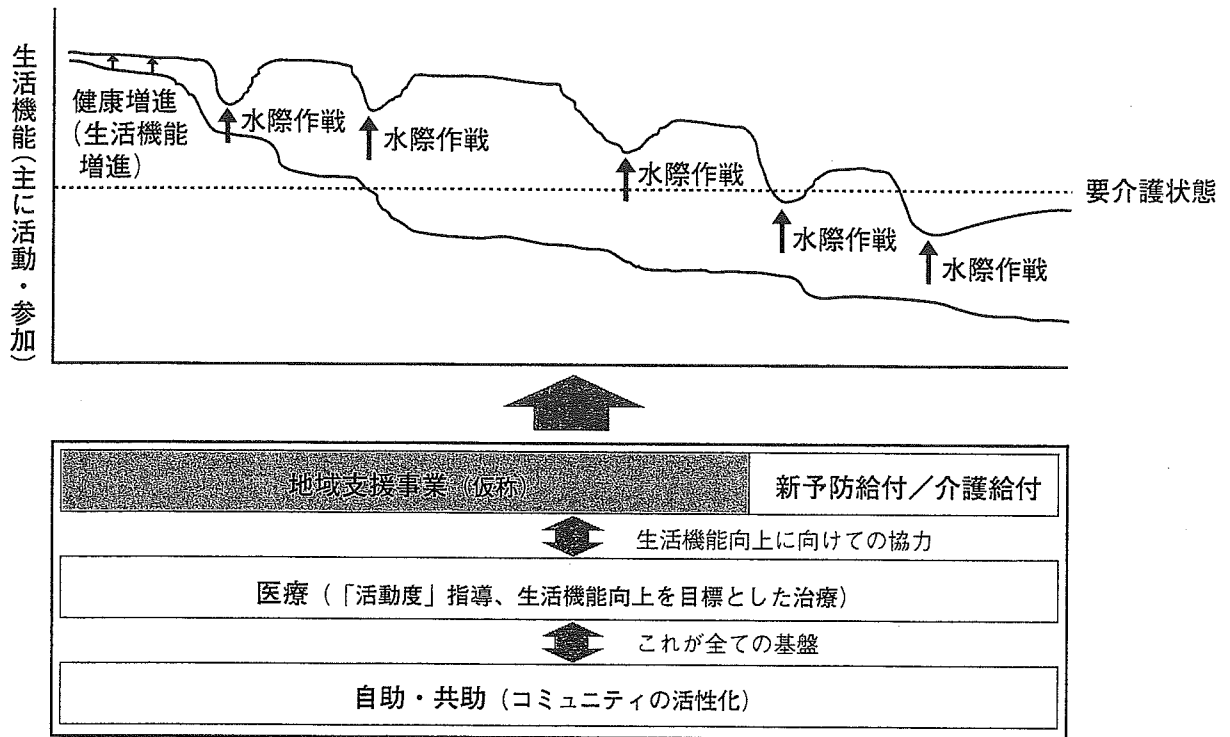


図3 「水際作戦」による生活機能の低下予防・向上一早期発見・早期解決

「している活動」と能力である「できる活動」とに区別しています(図2)。生活行為(活動)をよくするには、「している活動」と「できる活動」の両方それぞれに働きかけることが必要です。「している活動」への専門的な働きかけが介護であり、「できる活動」への専門的な働きかけがリハということになります。

——介護予防とは、「できる活動」だけではなく、「している活動」を活発にするような働きかけでないといけないというわけですね。

大川 そうです。そもそも介護予防とは、生活機能低下予防ということですが、生活機能低下の起こり方には大きく分けて2つあります。1つは、脳卒中や骨折のように、急に生活機能低下が起こる場合です。これを脳卒中モデルと言います。もう1つは、生活不活発病が中心の廃用症候群モデルです。介護予防の対象として重要視されるのは後者の廃用症候群モデルです。要支援や要介護1、要介護2といった比較的軽度の人、生活不活発病によって徐々に悪くなってきた人が多いので、「年のせいだから仕方ない」などと思わずに、生活を活発にすれば予防できると考えて対策を練っていただきたいのです。

——具体的には、どのようにしたらよいですか。

大川 図3に示すように、生活機能は、病気だけでなく

いろいろなエピソード(事件)をきっかけに階段状に低下していきます。転倒して腰を打ってから外出しなくなったとか、転居してから外出しなくなって足腰が弱ったとかです。このようなエピソードや生活行為の低下(むずかしくなったこと)をいち早くキャッチして、生活機能の低下を食い止める水際作戦、図の中で上向きの矢印ですが、これが介護予防の基本です。

日々の介護では、生活行為の低下を早期に発見し、早期に回復するように、「している活動」へ働きかけるのです。これが生活機能を「よくする介護」です。

——「よくする介護」があれば「悪くする介護」もあるでしょうね。

大川 生活不活発病をつくりだすような介護は、生活機能を「悪くする介護」です。ある生活行為ができないからといって、代わりにしてあげてしまうと生活不活発病をつくることになります。むしろ、その生活行為をできるようにする介護ができないかと考えて工夫することが大切です。たとえば生活が不自由になると、すぐに代行サービスとして、不自由なことを手伝えればいいとなりがちです。そうではなくて、訪問して実際の生活の場で生活行為を向上させる個別の指導をすべきです。生活行為をみるということは簡単なことのように思われがちです

○水際作戦に要求される条件

- 1) 短期（2～4週）に効果を上げる。
- 2) 生活行為の実行状況（「している活動」）を飛躍的に向上させる。



コアプログラム：生活自立能力向上訓練で

- 例：①屋外歩行が困難  
→ シルバーカーでの自宅周囲の歩行訓練で2週間以内で自立。
- ②自宅内歩行や立位での生活行為が困難  
→ 自宅でのつかまり歩き、もたれ立ちでのやり方、自宅内の家具配置換えの指導で3週間で自立。
- ③家事が困難  
→ 自宅での家事行為時の立ち方・移動法、家事用具の使い方、家事環境改善で4週間で自立。



だめおしプログラム

その上で生活全体の活発化、社会参加・家庭内役割の向上、自己訓練指導等の働きかけをすることで、成果を確実にする。



効果の質的評価

1か月・3か月で効果を確認

図4 「水際作戦」：高齢者の生活機能が低下すればポイントをとらえて集中的に予防対策を実施—早期発見・早期集中的対応

が、実はとても専門的でむずかしいことです。

家事にしても、利用者が家事ができなければ、すぐに手伝うのではなく、家事ができるようなやり方を一緒に家事をしながら教えてあげるのです。たとえば調理のときに台所でそばについて、「こういう立ち方をすれば安定して調理ができるでしょう」と教え、「掃除機だってこういう足の曲げ方をすれば安全に使えるでしょう」と、実際に行ないながら具体的に教えるのです。ただ「やりなさい」と言うのではありません。これが「よくする介護」、すなわち介護予防です。

——それが水際作戦ですね。

大川 介護予防には高い機動性とメリハリのついた対応、つまり本当に必要なときに必要なサービスが即座に提供されることが必要です。その中核が、水際作戦、すなわち生活機能低下の早期発見・早期対応です。生活機能低下はさまざまなエピソードを契機に階段状に進行します。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、コミュニティの人びとによる生活機

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す。

——行政ではどのような対応が考えられますか。

大川 たとえば生活機能相談窓口がそうで、そこでは本人、家族、コミュニティ、そして医療・介護から早期に相談を受けます。そして自宅に出向いて、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なうのです。屋外歩行が不自由になればシルバーカーや4点杖などといった適切な歩行補助具を選び、それを使った歩き方を実際に歩く場所で指導します。家事がむずかしくなってきたら、なぜむずかしくなったかの原因を検討し、よくできる方法を考えて、たとえば自宅の台所で調理台にもたれるなどの負荷の少ない調理の仕方を指導します。洗濯物を持っての歩き方や重たい洗濯物の干し方も指導します。

——手間がかかりませんか。

大川 一見手間がかかるように思われるかもしれませんが、実は指導には即効的な効果があり、1回から数回という短期間の指導で自立度が大きく向上するのです。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す。これを、より長期的な参加向上や体操や歩行量増加といった自己訓練などのサポートプログラムで支えるのです。このようにして生きがいのある活発な生活をつくっていくことが水際作戦の基本なのです（図4）。

## つくられた歩行不能

——ところが現実には、歩くための十分な働きかけをすることなしに車椅子を使って歩行不能となる「つくられた歩行不能」が大きな問題となっていると大川さんは本のなかで指摘されていますね。「つくられた歩行不能」を防ぐにはどうしたらよいか、教えてください。

大川 なにはさておき、「車椅子偏重」からの脱却がポイントです。自宅で歩ける人でも、病院や介護施設などでは安全第一を考えて、車椅子にさせられているケースが見かけられます。また脳卒中になると、将来、歩けるようになるにもかかわらず、まずは車椅子生活から始めるということが当たり前のように行なわれています。これを車椅子偏重と私は呼んでいます。歩行や座位姿勢での活動の可能性がありながらその能力を十分に高める専門的働きかけなしに車椅子を安易に提供して事足りるとしているのが日本のリハ・医療・介護現場です。

——寝たきりを防ぐために車椅子に座らせるということが病院や介護施設では行なわれているようですが、それはかえって歩行不能の高齢者をつくりだしていることになるのでしょうか。

大川 病気の後、いつまでも寝ていないで早期に離床して車椅子に座ることは確かに寝たきり化を予防する出発点ではあります。昔のように、寝かせきりにしていた時代には、車椅子にも「自立への第一歩」としての大きな意味がありました。ただ、現在のように車椅子偏重ともいべき状態になったひとつの原因として「車椅子に座りさえすれば寝たきりは防げる」という考えがあるのではないかと私は思っています。確かに車椅子に座ることは寝ているよりはよいといえますが、そこにとどまっていることによるマイナス面も少なくありません。私たちのこれまでの研究で少なくとも高齢者では、車椅子生活にとどまっている限り、リハを行なっても、生活不活発病を防ぐことはできないことがわかっています。

——介護職として、生活不活発病にさせないためにはどうしたらよいのでしょうか。

大川 ポイントは3つあります。1つは先ほどから触れている、車椅子偏重からの脱却です。安全第一と考えて、歩行ではなく車椅子での生活を強いると、いくら訓練時に歩行をさせても、生活不活発病は予防できません。安易に車椅子に頼るのではなく、早期に、実用歩行と立位姿勢での活動向上訓練を開始することが、生活不活発病を予防するいちばんの近道です。

——座らせきりにしてはいけないということですね。

大川 第2のポイントは「活動度」の指導です。病院というと、安静の仕方の指導は行ないますが、どの程度活動したらよいかという活動度はまずなされません。安静が必要な場合でも、「この程度は動いてよい、むしろ動きなさい」といった指導が望まれます。皆さんも、「病気になったら安静第一」と思い込まないようにしてください。

——3つ目のポイントはなんでしょうか。

大川 「お大事に」という言葉です。私たちは病人を見舞ったりするときに、つい、お大事にという挨拶をします。その言葉の背景には「大事をとって安静にしてください」というニュアンスが込められています。生活の活動性を高め、予防するためには、「お大事に」ではなく「お元気で」のほうが適切ではないでしょうか。

いずれにしても、生活不活発病を予防するためには実生活のなかで歩くことが大事なポイントです。歩くのが不安定になったらすぐ車椅子を使うのではなく、まずしっかりした杖をつきながら歩いてもらいましょう。最初からひとりで歩くのがむずかしいようでしたら、そばについて介護歩行をします。介護歩行と車椅子では生活の活発さはまったく異なります。介護歩行によって生活が活発になって生活不活発病が改善し、歩行能力が上がります。それによって社会参加の範囲は大きく広がります。そういうことを介護職には意識的にしていただきたいと思います。

——歩けなければ車椅子を使えばいいと短絡的に決めつけてしまう医療や介護はいただけませんね。

大川 車椅子をどのように使うかはひとつの象徴的な例ですが、高齢者の生活や人生がよくなるのも悪くなるのも介護や医療や福祉の専門家の活躍次第です。それと同時に、生活や人生の主役はご本人なのでから、もっと積極的に発言してもらえるように専門家はサポートすることが大事です。

# ●よくする介護

—介護職は「している活動」  
の専門家—

国立長寿医療センター研究所  
生活機能賦活研究部

部長 大川 弥生

## 1 はじめに

### (1) リハビリテーションと介護との連携

リハビリテーション（以下「リハ」と略す）と介護とは全く相反する方向のものとする考え方もある。しかし、これは全く誤った考え方である。

リハと介護とは表裏一体のものである。それは理念と具体的技術との両者についていうことができる。

リハの理念は「全人間的復権」、すなわち障害（生活機能低下）があっても人間らしく生きることの回復であり、これはまさに介護の理念と同一といってよい。

この理念を実現させるための具体的な働きかけの技術も、まさに表裏一体と言えるものである。ただこの点は多くの方が不思議に思われるかもしれない。例えば、リハは自立をめざすものであり、介護は自立できない人に、できないところを助けてしてあげるものだと思われやすい。また、リハは麻痺を治したり、筋力を強くしたりする、手足の動きの要素的なもの（「心身機能」）に働きかけるもので、介護は生活行為（「活動」）にかかわるものだと思われるかもしれない。

しかし、これらはやはり誤解であって、本来のリハではなく機能回復訓練中心のリ



ハが行われていることが多いために生じたものである。しかし実はいま、リハのあり方自体が大きく変わろうとしているのである。

そもそもリハの基本技術は、活動自立訓練である。これには後に述べるように、介護・看護職による「している“活動”」向上への働きかけが本質的に重要で、それが十分に行われなければ理学療法士・作業療法士などによる「できる“活動”」への働きかけもほとんど無意味に終わる。このように介護はリハの本質的な一部をなしている。もちろんこの場合の介護は「自立を助ける介護」でなければならない。

## (2) よくする介護

介護は単にできないことを助けてあげるのではなく、「自立に向けた介護」として、生活・人生を「よくする」ことができる。

最近「介護予防」の重要性がいわれている。しかし、介護予防と介護自体との関係は浅いように、一部では思われているようである。それはこれまでの「介護予防・地域支えあい事業」や「介護予防モデル事業」で行われてきた筋力トレーニングや栄養指導のようなメニューが介護予防の基本であるように思われがちだからである。

しかし、介護予防の成否は、「よくする介護」の観点からの介護の関与いかにか

かっていると筆者は考えている。筆者はこれまでそれを「目標指向的介護」<sup>1) 2)</sup>として提唱してきたが、そのうちで介護予防に生かすべき点は非常に多い。

リハにおける介護の役割は、実は介護予防における介護のあり方と本質的に同じであり、そのような観点からも本稿を読んでもいただきたいと希望している。

なお、高齢者の介護のあり方については、平成15年6月に出された厚生労働省老健局長の私的研究会である「高齢者介護研究会」(座長：堀田力氏)の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」<sup>3)</sup>において基本線が打ち出されている。

また、その理念を支える具体的な技術・プログラム・システムについては、同じく老健局長の私的研究会である「高齢者リハビリテーション研究会」(座長：上田敏氏)が平成17年1月に出した報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」<sup>4)</sup>において新しい方向が打ち出されている。本稿では両者を踏まえて述べていく。

## 2 ICFにおける「生活機能」

生活・人生をよくするというを専門的に整理するには、生活機能という観点か

らみることが有益である。

「高齢者リハビリテーション研究会」報告書でもICF<sup>5)</sup> (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類) がその理論的枠組みとなっている。また、介護においても、例えば、ケアマネジメントにおいてその活用がうたわれ、また平成16年度の介護福祉士国家試験にも出題された。

特に介護との関係で重要なことは、ICFでは「活動」(生活行為)を「している活動」(実行状況)と「できる活動」(能力)とに明確に区別したことである。これは介護職は「している活動の専門家」と明確に位置づけることができることを意味する。

### (1) 「生きることの全体像」についての「共通言語」

ICFはWHO (世界保健機関) が2001年

に、人が「生きる」ことのプラス面を重視して、“「生きることの全体像」を示す「共通言語」として発表したものである。そのなかで、「心身機能」「活動」「参加」の要素をすべて含む「生活機能」という包括用語を示した(図1)。

この生活機能の3つのレベル同士の間には相互的な影響がある。更に、それらに「健康状態」、また「背景因子」を構成する2種類の因子である「環境因子」および個人因子が種々な影響を与えるという「相互作用モデル」である。

このモデルが示すものが「生きることの全体像」であり、この基本的な枠組みを共通のものの考え方として、専門家と当事者(利用者、患者など)が共有することが「共通言語」の意義である。

分類と言う名称のために、単なる分類法という誤解をしてはならない。基本的なも

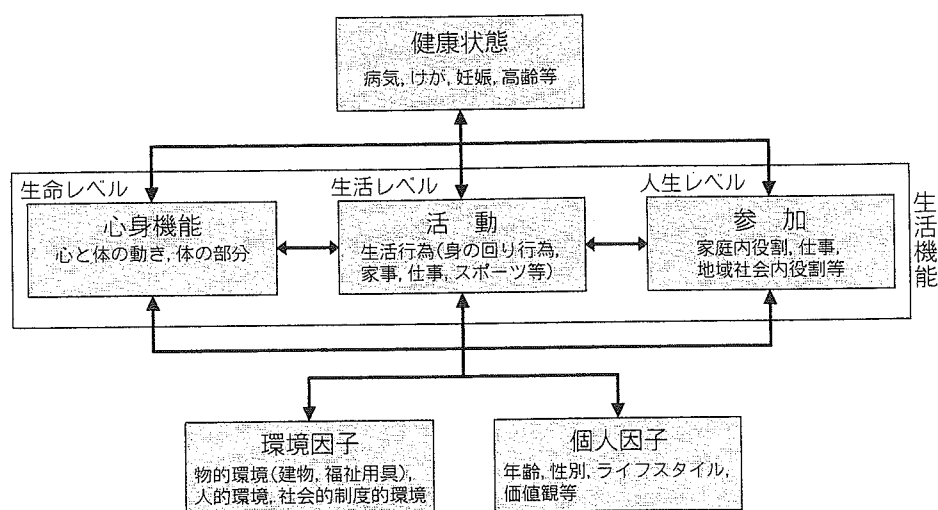


図1 生活機能モデル (WHO, ICF)

---

の考え方が重要なのである。

## (2) 「包括モデル」

ICFの前身であるICIDH（国際障害分類、1980）は「心身機能」の障害が「能力障害」（ICFでいう「活動制限」）と「社会的不利」（同「参加制約」）を一義的に決定するかのようにより解釈されやすい、狭い「医学モデル」であると批判された。これに対してICFの「生活機能モデル」は、逆の極端である「社会モデル」にも走らず、生活機能の3つのレベルの全てを重視し、様々な相互の影響の関係を重視する「包括モデル」ということができる。

## (3) 介護の中にICFモデルの活用を

今後は「介護」も不自由なこと、すなわち「活動」（それもADLなど一部の行為に偏りがちである）のマイナス面（できないこと）中心から、ICFモデルにそって生活行為全般を考えたこの包括モデルの中で、プラス面（引き出すことのできるもの）中心に考えていくことが大事であろう。「よくする介護」は、そのような立場に立つものである。

## 3 生活不活発病と生活機能低下の悪循環

### (1) 生活不活発病とは

介護予防のターゲットとしては生活不活発病<sup>6)</sup>（廃用症候群）が重要である。生活不活発病（廃用症候群）と「生活機能低下の悪循環」<sup>1) 2) 6)</sup>について簡単に述べておきたい。

なお、介護や福祉や医療の分野の人の中には、「廃用症候群のことはよく知っていて、ちゃんと対応している」と言われる人が少なくないが、現実にはきちんとした理解はなされていないことが多いのは残念である。この機会に正しい理解をもって、よくする介護の基礎として役立てていただきたい。

「生活不活発病」とは従来「廃用症候群」と呼ばれてきたものであるが、「廃用」という表現は難しく、当事者に不快感を与える恐れがあるだけでなく、用語の適切さについて種々の問題があるため、最近の原因が「生活の不活発さ」であることを端的に示すものとしてこのように呼ばれることが多い。これは生活が不活発になり、「心身機能」を使わないこと（廃用）で、「心身機能」がすべてにわたって低下することをいう。これは高齢者に起りやすく、また色々な病気に伴って起ってくることも多い。

表1 生活不活発病の主な症状（心身機能）

| I. 体の一部に起こるもの            | II. 全身に影響するもの         | III. 精神や神経に影響するもの |
|--------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. 拘縮（関節が固まる）            | 1. 心肺機能低下             | 1. 周囲への無関心        |
| 2. 廃用性筋萎縮（筋肉がやせる）        | 2. 起立性低血圧（立ちくらみの強いもの） | 2. 知的活動低下         |
| 3. 褥瘡（床ずれ）               | 3. 疲れやすさ              | 3. うつ傾向→仮性痴呆      |
| 4. 廃用性骨萎縮（骨がもろく、折れやすくなる） | 4. 消化器機能低下（便秘、食欲不振）   | 4. 自律神経不安定        |
| 5. 静脈血栓症                 | 5. 尿量の増加（脱水）          | 5. 姿勢・運動調節機能低下    |

表1に生活不活発病の主な症状を示した。

ここで大事なものは、表のI「体の一部に起こるもの」のうち特に分かりやすいもの（1～2）は比較的知られているが、II「全身に影響するもの」やIII「精神や神経に影響するもの」はほとんど知られていないことである。

実際には比較的知られていないものに、重要なものが多い。特にIIの1の「心肺機能低下」はフィットネス、すなわち耐久力を中心とした総合的体力が低下することであり、3の「疲れやすさ」もそれが主な原因である。

また、IIIの1～3などのように周囲への関心や知的活動が低下したり、あるいは「うつ」傾向が起ることによって一見「認知症（痴呆）」のように見えることさえ起こる。

## (2) 生活機能低下の悪循環

生活不活発病の大きな特徴は、一旦起こるとあたかも雪だるまが坂を転げ落ちながらどんどん大きくなるように「悪循環」を起して悪くなっていくことである。

生活不活発病は、単に「心身機能」が低下するだけではなく、生活行為すなわち「活動」や、家庭生活や社会生活への「参加」にも大きく影響する。また、逆に「活動」「参加」の変化を契機として起こってくることも多い。このように相互に関連し合ってさらに状態が悪化するという悪循環に陥るのが大きな特徴である。

これを「生活機能低下の悪循環」<sup>2) 6)</sup>と呼ぶ。

これは図2のように「活動」制限を中心とする左右の環からなり、この2つの環が関連しあって進行する。

悪循環は中央の「不活発な生活」（「活動制限」）からはじまる。これは「活動」の「質」の低下もしくは「量」の減少した

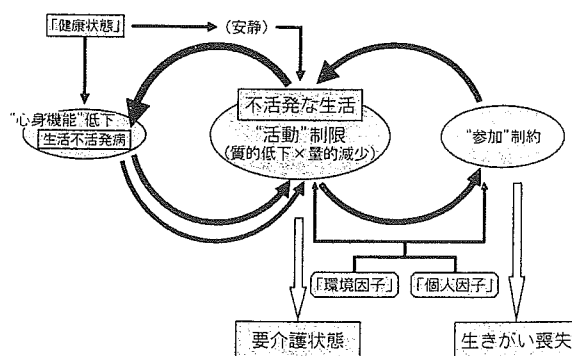


図2 生活不活発病と生活機能低下の悪循環

(あるいは両方とも起こった)状態である。

すなわち、介護職の専門領域である「している活動」における低下が引き金となる。介護職が「している活動」低下の予防と改善に今後積極的に関与することが重要で、それが「よくする介護」の鍵でもある。特に活動の「質」への留意こそ専門性が求められることである。

### 1) 「活動の質」

「活動の質」とは次のようなことである。移動という「活動」(生活行為)を例にとると、車椅子移動よりはたとえ介護を受けてでも歩いて移動するほうが質は高い。それが歩行自立、すなわち杖などを使って一人で歩けるようになれば一層高くなる。

また、移動していった先で例えば洗面・歯みがきなどの「活動」をする場合、車椅子などに腰掛けてするよりは、立ってするほうが質が高い。

このように、「活動の質」とは自立度に加えて、普遍性(環境の制約を受けることが少なく、行なえる場が広い)や実用性の高さなどを含んだものである。ここで実用性とは、例えば、杖がなくても歩けないことはないがゆっくりとしか歩けないのにくらべ、杖を使えばずっと安定して早く歩けるような違いをいう。

### 2) 「活動の量」

次に「活動の量」とは、一つひとつの生活行為(「活動」)の量のことである。例えば、一日朝から晩までに何回、どのくらいの距離のトイレに歩いていっているのかということが「量」である。質と量とは大いに関係があり、質が高いほど量も増えるのが普通である。

一つひとつの生活行為についてこのように「質」×「量」があり、それを全ての生活行為について総計したものが「生活の活発さ」である。「活発」というと量的なことだけを考えがちだが、実は質的な面が重要なのである。

### (3) 悪循環の二つの環

生活機能低下の悪循環はこのような「生活の活発さ」が低下したことから起こるが、そのきっかけ(契機)は様々である。

どのようなきっかけにせよ「活動」の制限が起ると、左右どちらの環についても悪循環が起り、進行する。

右の「活動-参加の悪循環」では、

- ① 「活動制限」が「参加」を困難にし、「参加制約」を起こす(または悪化させる)。
- ② 「参加制約」により更に生活は不活発になり、「活動制限」を一層悪化させる。一方、左の「活動-心身機能の悪循環」

では、

- ③ 「活動制限」が「生活不活発病」を起こす。
- ④ それが「活動」の質的低下と量的減少を起こす。

このようにして左右の悪循環が互いに促進しながら悪化していく。

このような「活動」の制限はやがては要介護状態を作り、「参加」の制約は「生きがい」（人生の目標）の喪失に到る。

#### (4) 悪循環発生契機の三タイプ

「生活の不活発さ」の起こり方ときっかけ（契機）は様々であるが、大きく次の3つのタイプに分けることができる。

- ① 「活動」の量的減少契機型
- ② 「活動」の質的低下契機型
- ③ 参加の制約契機型

#### (5) 介護における「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」の意義

今後の介護は、利用者・患者を生活機能モデルで包括的に捉え、「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」の危険を十分考慮し、たえず予防すなわち生活機能増進（一次予防）と生活機能低下の早期発見・早期改善（二次予防）を中心に進めなければならない。

重要なのは、従来、高齢そのものによる

「心身機能」低下と考えられ、「年だから仕方がない」とあきらめられてきたことが、実は生活不活発病によるもの、あるいはそれが大きく関与したものであり改善可能なものであるという認識である。

介護は不自由な行為があればすぐにそれを手助けしてしまいがちである。しかし、必要以上の介護は「生活の不活発さ」を助長し、「生活機能低下の悪循環」をいっそう進行させる恐れが大きい。（6「つくられた歩行不能」からの脱却、参照）

一方で介護のやり方によっては、むしろ生活行為の自立度を向上させることができる。すなわち「よくする介護」が可能なものであり、今後はその観点が重要である。具体的には後述するように「している活動」に対し活動自立訓練の一環として働きかけることである。

#### 4 介護予防：「水際作戦」が重要

高齢者の介護に関する新しい観点として、要介護状態にならない、また要介護状態となっても進行させないという介護予防がますます重視されるようになってきている。介護予防の重要なターゲットは生活不活発病であり、それは予防でき、いったん起こっても回復させることは可能だということが大

事である。

介護予防においては「水際作戦」が重要である。「生活機能」は、3-2「生活機能低下の悪循環」で示したような様々なエピソードをきっかけに階段状に低下していくことが多い(図3)。「水際作戦」とはそのエピソードを早く見つけて素早く手を打って、生活機能の低下を食い止め、再び向上させていくことである。つまり「生活機能低下の早期発見、早期改善」である。

図3に示すように、これには行政(地域支援事業としての、介護予防、新予防給付など)だけでなく、医療の協力、住民自身の自助そして共助(コミュニティの活性化など)が重要である。

この場合の「水際作戦」としての介護予防は即座(1-2週、遅くとも4週以内)に効果をあげるものでなくてはならず、次に述べる活動自立訓練が中心である。筋力トレーニングなどはその効果を持続させる

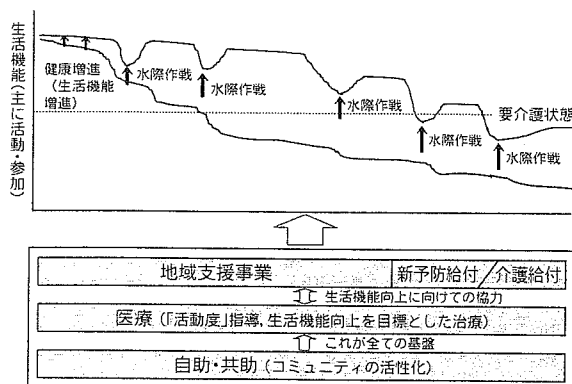


図3 「水際作戦」による生活機能低下予防・向上  
- 早期発見・早期解決 -

ための「サポートプログラム」であり、それも集団的に特別な機能を用いて行う必要はなく、自宅での「自己訓練」<sup>2) 8)</sup>で十分に効果を発揮できるものである。

## 5 介護と介護予防の基本技術としての活動自立訓練

活動自立訓練は、高齢者リハ研究会報告書が随所で「生活の場における活動向上訓練」を強調しているように、介護予防、介護そしてリハの基本である。

### (1) 活動自立訓練とは

活動自立訓練とは「活動」レベルに直接働きかけてそれを向上させるものであり、それによって「心身機能」の改善がなくとも(時にはそれが悪化していくときでさえ)、活動を大きく向上させることができる。

即ち、従来の「基礎となる『心身機能』の改善が第一で、それがなければ『活動』の向上はなりえない」とするリハの「通念」、そして「だから、できないことは助けてあげる他はない」という介護の「通念」は誤りである。

活動自立訓練は、「目指す人生(参加)」の具体像である様々な「活動」(生活行為)を可能にしていくものである。目指す人生

は一人ひとり違うのであるから、活動自立訓練の対象とする「活動」も、それを可能にするための進め方（プログラム）も本質的に個別的・個性的なものである。

## (2) 「できる活動」「している活動」「する活動」

ICFでは「活動」を「能力」と「実行状況」の2つの面からとらえることが大事である。これは「できる活動」「している活動」といいかえることができる。

「できる活動」とは自宅・病棟・居室棟などの実際の生活の場での訓練または評価時に発揮される能力である。（これを後述する「模擬動作」の能力と混同してはならない）

「している活動」は自宅・病棟などの実生活で毎日行っている活動の状況である。

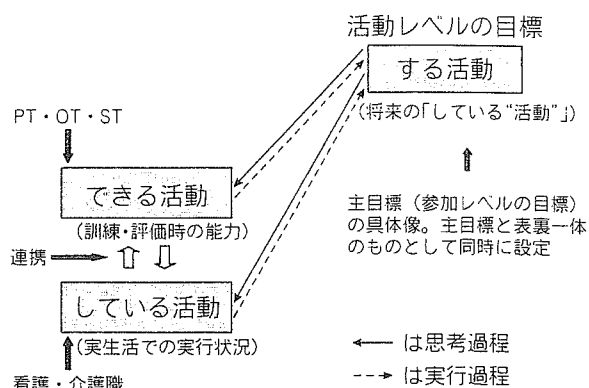
この二者には差があるのが普通である。

「する活動」とは「目指す人生」の具体像として活動レベルの目標として設定するものであり、将来の「している活動」である。

## (3) 活動自立訓練のポイント

「活動」自立訓練のポイントは次の3点である（図4）。

- ① 「できる“活動”」（ICF：能力）への働きかけ（理学療法士，作業療法



\* 思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる“活動”」と「している“活動”」とを向上させていくかを計画するという意味。  
実行過程の矢印は、この目標に向けて活動自立訓練を行っていくという意味。

図4 「活動」自立訓練

士，言語聴覚士など)

- ② 「している“活動”」（ICF：実行状況）への働きかけ（看護師，介護職など）

- ③ 病院・施設の物的環境の設備（車椅子用設備優先環境からの脱却）

この3点は相互に関連しあうものであり、それらが連携してこそ最大限の効果を生むことができる。

以下これを具体的に述べていく。

- (4) 心身機能レベルの「模擬動作」と「できる活動」・「している活動」を明確に区別

「活動」はADL（日常生活活動），家事行為など，全ての生活行為を含むものである。この中で中心的な位置を占め，他の「活動」にも大きく影響するのが歩行であ



るが、これを例にとって「活動」の概念の正しい理解について考えたい。

歩行を、ICFモデルで整理すると、「心身機能」レベル、「活動」レベルのうちの「能力」（「できる活動」）と「実行状況」（「している活動」）の3つに分け、これらを明確に区別することが重要である。

「活動」としての歩行を「実用歩行」と呼び、これは現実の生活において実用的な目的をもって行われる歩行である。その大きな特徴は歩いていった先で、あるいは歩きながら種々の生活行為（「目的行為」）を行うことと一体となった歩行である。

「心身機能」レベルの歩行とはこれと違って、平行棒内歩行、理学療法室での歩行、あるいはたとえ居室棟・病棟で行っても具体的な目的行為と一体のものでない、単に歩行自体の訓練として行ったものである。これを「模擬動作」としての歩行と呼ぶ。

「活動」としての歩行（「実用歩行」）にも、実生活の場における訓練や評価時に発揮される「できる活動」（ICFの「能力」）と、実生活での「している活動」（同「実行状況」）の2面がある。

#### (5) 向上させるべきは実生活での「している活動」

向上させるべきは当然ながら「している活動」である。そのための基本的な視点は

次のようである。

#### 1) 歩行と目的行為は一連のもの

活動自立訓練を行う際には歩行と目的行為を別々に捉えるのではなく、一連のものと位置づけることが必要である。

上に述べたように、実用歩行は、ふつう何らかの目的をもって行なわれる。何らかの活動を、歩行して行った先で、もしくは歩行しながら行うのである。その場合、歩行そのものよりも、目的行為となる「活動」（洗面、炊事など）を立位姿勢で自立して行うことのほうが難しいことが多い。また、座位で行う「活動」の場合でも、適切な座位がとれるようにアプローチする歩行が難しいことが多い（狭いトイレの中での便座へのアプローチなど）。そのため、歩行自体をそのような姿勢へのアプローチとして捉えることが不可欠である。

#### 2) 「活動」の行い方や指導法は多種多様

ここで重要なことは、1つの「活動」項目をとっても、その行い方（バラエティ：姿勢、手順、用いる歩行補助具・装具・用具、利用する設備など）は、非常に多種多様であり、また具体的な指導法も多数存在することである。

活動自立訓練では、それらの中から何を選択し、どのような順序ですすめていくかを、「している活動」と「できる活

動」の両者について、一人ひとりの患者ごとに個別に選択していくことが重要である。

このような細部に注意した、評価や目標・プログラム設定をすることではじめて、活動自立訓練は効果的になる。

#### (6) 「する活動」とは「活動の目標」であり、将来の「している活動」

活動自立訓練は、「活動」レベルの目標である「する活動」に向けて行われる。「参加」の具体像が「活動」であり、目標においても“どのような人生を創るのか”という「参加」レベルの目標（「主目標」）の具体像として、「する活動」が設定される。これは「活動」レベルの多数の生活行為（ADLに限らず全て）について、将来の「している活動」として設定するものである。

そして、この「する活動」にむけて、「している活動」と「できる活動」とを、相互に関連づけて向上させていくのが活動自立訓練である（図1）。

#### (7) 活動自立訓練の実際

##### 1) 「できる活動」：PT・OT・STは生活の場（居室棟・病棟・在宅）で働きかける

理学療法士（PT）・作業療法士（O

T）・言語聴覚士（ST）等は、実生活で実際に実行する場所（例：入所中であれば居室棟トイレ、洗面台等）で活動自立訓練を行なって、「できる活動」を十分にのばす。

従来は、理学療法も作業療法も言語聴覚療法も設備の整った訓練室で行うべきもので、居室棟・病棟での訓練は、脳卒中中の急性期や全身状態不良の場合などに「やむをえず」行なうものだ、という考え方（いわば「訓練室至上主義」）が強かった。また、自宅へ訪問して行なう訪問リハ等も、通所・通院できないので「やむをえず」行うものと考えられていた。

しかし、生活の場（居宅・居室棟・病棟など）こそ、本来もっともふさわしい評価・訓練の場と考えるべきなのである。

特に介護予防の「水際作戦」としての活動自立訓練は、居宅の生活の現場において行われることを基本とするものである。

##### 2) 「している活動」：看護・介護は「よくする介護」

リハとは、訓練室でのPT・OT・STの訓練時間帯だけの働きかけと思われがちである。しかし実は、利用者・患者は実生活としてそれ以外の時間帯で多くの「活動」を実行している。それをどの

ようなやり方で実行するのかという、「している活動」への働きかけが、活動自立訓練の効果を大きく左右する。

すなわち、看護職・介護職が毎日の生活で行う介護は、「している活動」への働きかけそのものであり、リハの高度に専門的な技術として認識されるべきものである。そしてこれは「よくする介護」の重要な技術でもある。

### 3) 装具・歩行補助具の積極的活用

活動向上で重要なのが、装具・歩行補助具の積極的活用である。装具や歩行補助具の使用は最後の手段ではない。

また、心身機能レベルである訓練室歩行の状態から、必要性や種類を判断するのではない。実生活の状況で判断し、そこでの活動（「している活動」）を早期に自立させるためにこそ、積極的に活用すべきである。

その際、歩行だけでなく、立位姿勢で

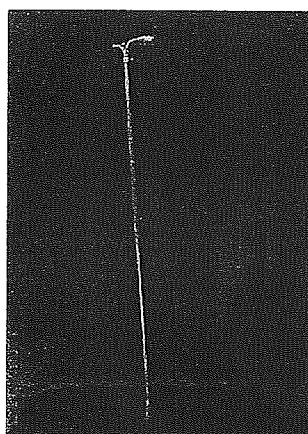
の「活動」向上の手段としての活用の視点も重要である。

そのようにして用いる場合、四点杖やウォーカーケインやシルバーカーをもっと活用すべきである。

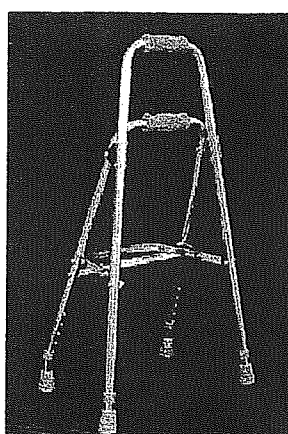
### 6 「つくられた歩行不能」からの脱却

「高齢者リハビリテーション研究会」の提言の一つの柱は「つくられた歩行不能」<sup>2) 4) 6)</sup> 対策の重要性である。これは「車いす偏重」<sup>2) 6)</sup> といってもよい。これからの脱却は、現在の我が国の医療・介護における差し迫った問題であり、またリハや介護の質的向上の大きな突破口になりうるものである。

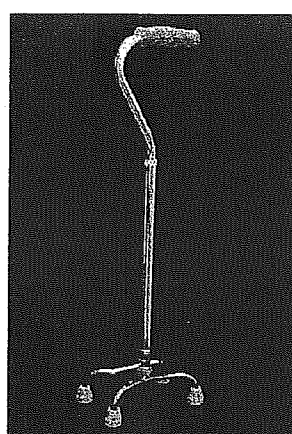
「つくられた歩行不能」とは、専門的な働きかけが不十分なままに、本来なら歩けるはずの人を歩けないままにとどめてしま



T字杖



ウォーカーケイン



四点杖



シルバーカー

うことであり、さらにそれどころか現に歩いている人まで「危ないから」と車椅子に乘せられて、その結果、歩けなくなる、ということさえ含まれる。

### 1) 「つくられた歩行不能」の3つのタイプ

「つくられた歩行不能」には3つのタイプがある<sup>6)</sup>。

第1のタイプは、「生活機能低下の悪循環」に陥って歩行が不安定になり、「危ないので車椅子」とされた場合である。その原因として大きいのは、内科的な病気や外科的な手術のあとの「安静のとりすぎ」や慢性疾患のため、生活が不活発になることである。

このようなケースは本来は予防できるはずのものであり、仮に予防できなくても、早期からの活動自立訓練が非常に有効で、車椅子から脱却することができる。

第2のタイプは、歩ける人が「安全第一」と車椅子に乘せられ、それがきっかけで「廃用症候群の悪循環」がはじまり、歩行できなくなってしまう場合である。例えば、自宅では最低限伝い歩きで歩行できていた人が、何らかの理由で病院に入院したり、デイケア、デイサービスなどに通うようになると、自宅と違って広い、伝い歩きが難しい、などの理由で「ころぶと危ないから」と車椅子にされ

てしまうような場合である。

これは、大部分がその病院や施設の環境にあわせた活動向上訓練を行えば、広い場所でも十分安全な歩行が可能となっただけの人たちである。

第3のタイプは、脳卒中などで、本来は歩行自立するはずなのに「とりあえず」車いす生活となったために、その状態にとどまった場合で、そのような人たちも現在非常に多い。十分な活動向上訓練を行えば車椅子にならなくてすんだ人たちである。

### 2) 車椅子偏重は生活・人生を大きく制約

「車椅子偏重からの脱却」とは、一律に車椅子をやめるとか、転倒の危険を冒してまで歩かせるということではない。疾患・障害の性質上、車椅子を不可欠とする人々がいることはいうまでもなく、このような人々での車いすの意義を批判する意図は全くない。

しかし、現在のリハでも、一般医療でも、訓練室ではかなり歩け、病棟・居室棟では少なくとも介護歩行はできるはずの人の大部分が車椅子生活を送っていることがわかっており、あきらかに「車椅子偏重」と言わなければならない現実がある。

「つくられた歩行不能」の最大の問題は、それによって生活（「活動」）・人生