

（「参加」）が本来、実現できるはずの状態より低い状態にとどまることである。単に歩くという動作自体が問題なのではない。

3) 車椅子で自立しても寝たきり化は防げない

「つくられた歩行不能」の第1や第3のタイプについては、病気のあといつまでも寝ていないで早期に離床して車椅子に乗ることは、確かに「寝たきり化予防の出発点」ではある。従って、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った。

しかし、車椅子に座ることは寝ているよりはよいとはいえるが、そこにとどまっていたのでは、まだまだ多くのマイナス面をもっているのである。

少なくとも高齢者では、車椅子生活にとどまる限りは、リハを行っていても、廃用性筋力低下や廃用性骨萎縮の進行を防ぐことができないことがわかっている。車椅子生活として自立しても、寝たきり化につながる「生活機能低下の悪循環」は防げないのである。それをストップするためには実用歩行が自立し、立位で活動が行なえるようになることで生活全体を活発化することが重要である。

4) 車椅子生活自立は歩行での生活の前提

ではない

また、第3の脳卒中などのタイプの場合、まず車椅子で自立することが将来の歩行自立への前提であるかのように考えられやすいが、これは大きな誤りである。車椅子駆動や車椅子座位での洗面その他の「活動」は、歩行や立位姿勢での活動とは運動学的に全く別物であり、それらの自立のための前提としては役立たない。

現に脳卒中で片まひになった患者は、一旦「車椅子自立」という段階を経るやり方をすると、回り道となって、はじめから歩行と立位での活動に向けた進め方をした場合に比べて、歩行自立までの期間がずっと遅くなるだけでなく、最終的な歩行自立度も低いレベルにとどまる。

また、病院からの自宅復帰率も低くなり、退院後の何年にもわたる自宅生活中にADL（日常生活活動）の自立度が低くなる人が増え、そのため再入院する人もずっと多くなる。また、社会的な活動範囲にも大きな差がでる。

このように脳卒中などの場合にも車いすはリハの効果にむしろ大きなマイナスを与えるのである。

おわりに

以上、リハと介護予防における介護のあり方の基本について述べた。詳しくは文献^{1) 2) 6) 7)}をご参照いただければ幸いである。

〈参考文献〉

- 1) 大川弥生：目標指向的介護の理論と実際－本当のリハビリテーションとともに築く介護 中央法規，2000。
- 2) 大川弥生：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，2004
- 3) 高齢者介護研究会：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 法研，2003。
- 4) 高齢者リハビリテーション研究会：これからの高齢者リハビリテーションのあるべき方向 社会保険研究所，2004。
- 5) 障害者福祉研究会：ICF：国際生活機能分類－国際障害分類改定版 中央法規，2002
- 6) 大川弥生：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，講談社，2004。
- 7) 鶴見和子，上田 敏，大川弥生：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，1998。