

最も多く 24 例 (39.3%)、「活動の質的低下」が 20 例 (32.8%)、「参加の低下」が 17 例 (27.9%) であった。

また「脳卒中モデル」の中でみると、「今回」(基準としてとった「生活機能低下」時点の仮称)脳卒中であったもの 24 名のうち、「前回」も脳卒中であったもの(今回が再発)は 13 名 (54.2%) と半数強にとどまり、同じ「脳卒中モデル」でも「前回」は骨折・その他のである者が少なからずみられた。

また「今回」骨折である 22 例で、「前回」も骨折であった者は 11 例とちょうど半数にとどまった。

次に「前々回」(表 2-3) をみると、モデル別にみて、「前々回」に生活機能低下のあった者 30 名 (271 マイナス 241) のうち「脳卒中モデル」が 15 名 (50.0%)、「廃用症候群モデル」が 14 名 (46.7%)、その他 1 名 (3.3%) であり、「前回」とほとんど同じ結果であった。「廃用症候群モデル」の

3 類型についても「活動の量的低下」が多いという点で「前回」とほぼ同じであった。

3. 「脳卒中モデル経験者」における急性発症・受傷の前後の生活機能低下の契機と原因疾患

1 回でも脳卒中モデルを生じたことのある「脳卒中モデル経験者」(271 例)が、その急性発症・受傷の前後に呈した生活機能低下について、「廃用症候群モデル」に限り、低下の契機 3 類型である「活動の量的低下」、「質的低下」、「参加低下」別に、生活機能低下の原因となった疾患あるいはその他の影響を与えた因子について、急性発症・受傷の前回、前々回、発症後、発症後々回、発症後々々回)に分けてまとめたものが表 3-1、3-2、3-3 である。これは生活機能に影響を与えた、健康状態、環境因子、個人因子をみたものである。

表 2-1 「脳卒中モデル経験者」における「脳卒中モデル」による生活機能低下発生の「前回」の生活機能低下類型

原因	脳卒中モデル			廃用症候群モデル			その他	なし	総計
	脳卒中	骨折	その他	活動の量的低下	活動の質的低下	参加低下			
脳卒中	13 名 4.8%	4 名 1.5%	7 名 2.6%	13 名 4.8%	11 名 4.1%	5 名 1.8%	3 名 1.1%	97 35.8	153 名 56.5%
骨折	8 3.0%	11 4.1%	3 1.1%	8 3.0%	4 1.5%	10 3.7%	3 1.1%	28 10.3	75 27.7%
その他	0 0.0%	2 0.7%	4 1.5%	3 1.1%	5 1.8%	2 0.7%	0 0.0%	27 10.0	43 15.9%
計	21 7.7%	17 6.3%	14 5.2%	24 8.9%	20 7.4%	17 6.3%	6 2.2%	152 56.1	271 100%

表 2-2 「脳卒中モデル経験者」における「脳卒中モデル」による生活機能低下発生の「前々回」の生活機能低下類型

原因	脳卒中モデル			廃用症候群モデル			認知症	なし	総計
	脳卒中	骨折	その他	活動の量的低下	活動の質的低下	参加低下			
脳卒中	4名 1.5%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 0.7%	0名 0.0%	3名 1.1%	1名 0.4%	143名 52.8%	153名 56.5%
骨折	6 2.2%	3 1.1%	1 0.4%	3 1.1%	3 1.1%	1 0.4%	0 0.0%	58 21.4%	75 27.7%
その他	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	1 0.4%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	40 14.8%	43 15.9%
計	10 3.7%	3 1.1%	2 0.7%	6 2.2%	4 1.5%	4 1.5%	1 0.4%	241 88.9%	271 100%

1) 活動の量的低下の原因 (表 3-1)

原因として全体の中で最も多かったのが、活動の量的低下の原因となった入院 (計 32 回) であった。この場合、運動器疾患のように直接活動の質的低下を生じる場合、及び運動器以外でも手術を実施した場合 (17 回) は除外している。

入院が契機となったこの全 32 回のうち、退院直後が最も低下していた場合が 5 回、一方退院後更に活動低下が進行していった場合が 27 回であり、後者の場合が多かった。これは、退院後も「大事をとって」活動を制限したことが理由として最も多かった。また脳卒中等発症後及び後々回での低下は全例退院後も低下が進行していった。

入院の他に手術 (運動器以外) 11 回、心疾患 9 回、心・肺以外の内科疾患 5 回、うつ 3 回、肺炎・呼吸器疾患 2 回、等々、それ自体が運動機能障害を生じる状態ではなくとも、疾患に伴って活動の量的低下を生じていることが多かった。

この場合、対応としては、疾患による耐久性低下などが生じていても訓練・練習等

を少量頻回に実施することで、活発な生活を送れるようにする支援が可能であったし、それが必要であったと考えられる。

このような、疾患による活動の量的低下を呈していた例が多いことは、「脳卒中モデル」に対応する場合、急性期・集中 (的) リハビリテーション期、またその後の断続 (的) リハビリテーション期においても、発症前から既に生じていた生活機能低下の悪循環が大きく影響していることを十分認識し、今回の急性発症した疾患・外傷をその悪循環を増強させる重大な要因としても認識して働きかけを行なう必要がある。

一方で疾患以外にも、原因として寒さ・暑さのため外出をひかえたこと (14 回) が多かった。しかし昨年度の本研究での「廃用症候群モデル」の場合の原因として多かった転倒や視力低下はそれぞれ 1 例と少なかった。

2) 活動の質的低下の原因 (表 3-2)

次に「活動の質的低下」の原因としては、ほとんどが神経疾患、整形外科疾患による

麻痺、筋力低下、痛みなどのために運動障害が生じての生活行為のやりにくさであった。これは前年度に報告した「廃用症候群モデル」における原因とほぼ同じであった。

3) 「参加」低下の原因 (表 3-3)

「参加低下」については、デイケア・デイサービス利用が 14 回、訪問介護・訪問看護 9 回など、その他のものを併せ介護保険サービス関係が 30 回であり、介護保険サービス等の利用が、むしろマイナスになっていることを示唆する。その他転居のために外出しなくなる (29 回) など、生活環境の変化が多かったことは廃用症候群モデルとほぼ同じであった。

まず介護保険サービスについては、急性発症・受傷以後がほとんど (全 30 回のうち 28 回) であり、一方転居のために外出しなくなったことは発症以前が比較的多かった (29 回中 15 回)。

個々の原因が生活機能低下に影響する仕方は、デイケア・デイサービスへの通所によって、自宅では歩行していても、施設内では車いすを使うようになったり、またそれ以外にも在宅生活にくらべて活動量が低下すること、また訪問介護では、本人でも実施できていたことを手伝うことでむしろ行わなくなってしまうなど、過剰な介護で生活が不活発になることが多かった。

また転居などの環境の変化の場合でも、それが直接的に廃用症候群を生じているのではなく、周辺の環境を知らないから (安全に一人で歩けるか、行動できるか不安である等)、また友人がいない、目的がない等、の理由で外出しなくなったり、地域活動を

しなくなるなどで、生活が不活発になっている場合がほとんどであった。すなわち、参加低下には環境因子の影響が大きく、また活動は「参加」の具体像であるため、参加低下により、活動のレパトリー減少を生じ、「活動」が質・量ともに低下してくるのである。

このように生活機能低下の原因として疾病・外傷などの健康状態だけでなく、環境因子、個人因子が関与することは ICF モデルとして重要な点である。そして健康状態が関係せずに生活機能だけの中で悪循環を形成していき、生活機能を低下させていく。この「生活機能低下の悪循環」は今回の調査の中でも顕著に認められた。

以上のように「脳卒中モデル」の場合も急性発症・受傷の前後の時期に起る廃用症候群の原因は多様である。廃用症候群予防・改善の働きかけとしては、急性期における疾患管理上に必要な安静について再検討し、必要以上の安静を避ける指導を行うことが重要であり、それとともに今回明らかになったような多様な原因による廃用症候群発生の可能性 (リスク) が非常に大きいことを、明確に脳卒中患者の状態像 (生活機能の特徴) として位置づけることが必要である。そして生活機能低下の悪循環も含め、廃用症候群を生活機能予防・向上のターゲットとして明らかにし、具体的対策をたてることが必要となる。このような観点からの脳卒中のリハビリテーション・プログラムの再構築が必要である。

表 3-1 「脳卒中モデル経験者」における急性発症・受傷の前後の「廃用症候群モデル」の生活機能低下発生の3契機の原因・影響因子 1) 活動の量的低下

	発症 後々々	発症 後々	発症後	発症前	発症 前々	計
入院 (内科疾患) (H)	1 0.4	4 1.5	18 6.6	8 3.0	1 0.4	32
寒さ、暑さ		2 0.7	8 3.0	4 1.5		14
手術(運動器以外)		1 0.4	6 2.2	4 1.5		11
心疾患		1 0.4	5 1.8	3 1.1		9
内科疾患			1 0.4	3 1.1	1 0.4	5
うつ				1 0.4	2 0.7	3
肺炎			2 0.7		1 0.4	3
呼吸器疾患		1 0.4			1 0.4	2
がん			1 0.4	1 0.4		2
転倒		1 0.4				1
透析			1 0.4			1
難聴			1 0.4			1
視力低下	1 0.4					1
不明	1 0.4					1

表 3-2 「脳卒中モデル経験者」における急性発症・受傷の前後の「廃用症候群モデル」の生活機能低下発生の3契機の原因・影響因子 2) 活動の質的低下

	発症 後々々	発症 後々	発症後	発症前	発症 前々	計
腰痛			6 2.2	6 2.2	1 0.4	13
膝痛(OA)		3 1.1	3 1.1	5 1.8		11
神経疾患			6 2.2	3 1.1	1 0.4	10
ねんざ、打撲	1 0.4	3 1.1	3 1.1	1 0.4		8
痛み	1 0.4	2 0.7	2 0.7	3 1.1		8
腰痛入院		1 0.4	3 1.1			4
脊椎狭窄+変形性 頰椎症			1 0.4	1 0.4	1 0.4	3
リウマチ				1 0.4	1 0.4	2

表 3-3 「脳卒中モデル経験者」における急性発症・受傷の前後の「廃用症候群モデル」の生活機能低下発生の3契機の原因・影響因子 3) 参加の低下

	発症 後々々	発症 後々	発症後	発症前	発症 前々	計
デイケア・デイ サービス利用	1 0.4	3 1.1	10 3.7			14
訪問介護、訪問看 護			7 2.6	1 0.4	1 0.4	9
ショートステイ	1 0.4	1 0.4	1 0.4			3
入所		1 0.4	1 0.4			2
訪問・通所			2 0.7			2
外来頻回通院			1 0.4	1 0.4		2
退職			1 0.4			1
転居し家事を制限				1 0.4		1
配偶者の死亡で外 出減少			5 1.8	2 0.7		7
家族が参加、活動 を制限			2 0.7			2
転居のため外出し なくなった	1 0.4	2 0.7	11 4.1	12 4.4	3 1.1	29
過剰な環境整備			2 0.7			2
転居で痴呆悪化			1 0.4			1
参加したくない			1 0.4			1

※ % : 母数は廃用症候群を呈した者 (N=271)

II. 直近の時点における生活機能低下の原因別の検討

以上の検討で、「脳卒中モデル」の急性発症・受傷によって急激に生活機能低下が起る場合でも、数年あるいはそれ以上の経過をみると、それ以前あるいは以後に「廃用症候群モデル」の生活機能低下のエピソードを一度ならず経験するものが多数(約7割)にのぼることが確認された。

そこで本節では視点を变えて、先にも述

べたように、実践的な観点から、直近の時点の生活機能低下における「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」に分けて検討を加えた。これはリハビリテーションや介護の実際においては、かつて「脳卒中モデル」を経験したことの有無にかかわらず、現在の生活機能低下がどのようなモデルであるかが最も重要だからである。

1. 脳卒中モデルと廃用症候群モデル

調査時に最も近い直近の時期における生

活機能低下（屋外歩行もしくは室内歩行の1段階以上低下）について、脳卒中モデルと廃用症候群モデル、その他に分けた。

その結果、脳卒中モデルは157名（29.0%）、廃用症候群モデルは340名（62.7%）、その他45名（8.3%）であった。これを前節（I）で検討した「脳卒中モデル経験者」が271例（50.0%）であったことと考え合わせると、「脳卒中モデル経験者」であっても直近では廃用症候群モデルを呈する人が114名（全対象者の21.0%、「脳卒中モデル経験者」の中の42.1%）と在宅生活要介護認定者の者の2割強、「脳卒中モデル経験者」の4割強であった。これは脳卒中等の発症・受傷後に多数のものが廃用症候群を生じていることにほかならず、臨床的には脳卒中等のリハビリテーションや介護として対応するのではなく、生活機能低下の原因は廃用症候群であるため、むしろ廃用症候群のリハビリテーションとして対応すべきことを示唆している。

また介護においては、「脳卒中モデル」に属するものへの対応は全て医療（特にリハビリテーション）であって、自分達には改善を働きかける方法はないと考えるのではなく、廃用症候群による低下の場合はリハビリテーション・サービスを利用しなくとも、介護だけでも改善可能な対象として認識して働きかける、という認識の転換の必要性を示唆するものといえよう。

2. 脳卒中モデルの原因の分類

直近の生活機能低下が脳卒中モデルであった場合について、原因となった健康状態から脳卒中、下肢骨折、その他の3群に

分類した。その結果を次に述べる廃用症候群モデルの類型の分類結果とともに、年齢別の分析も含めて表4に示す。脳卒中が最も多く91名と、全体の16.8%、また脳卒中モデル157名中の58.0%であった。

3. 廃用症候群（生活不活発病）発生契機の3類型

直近の生活機能低下が廃用症候群モデルであった者は計340例（全対象者の62.7%）であった。その発生契機を分類すると、表4に示すように活動の量的低下145名（全体の26.8%、廃用症候群モデル340例中の42.6%）、活動の質的低下70名（同12.9%と20.6%）、参加低下125名（同23.1%と36.8%）であり、昨年度の研究（全経過が廃用症候群モデルであるものに限っての）と同様に活動の量的低下、参加低下、活動の質的低下の順で多かった。

4. 年齢との関係

年齢別にみると表4に示すように、85歳以上で廃用症候群モデルは148名（同年齢層内の74.7%）、75～84歳で138名（同63.3%）、65～74歳で39名（同42.9%）、～64歳で15名（42.9%）と高齢ほど廃用症候群が多いといえる。

昨年後の結果では、廃用症候群モデルの中で、活動の量的低下が43～44%を示していたが、今回の結果では、75歳～40.0%、85歳～41.2%とほとんど同様の結果であった。但し65歳～56.4%と一見やや多いが、対象人数も少ないのでこの年齢層の特徴とはいきれないと思われる。

表4 直近の生活機能低下のモデル、原因疾患等と廃用症候群モデル発生契機の3類型
—年齢別—

モデル・類型等		年齢				計
		～64	65～	75～	85～	
脳卒中モデル	脳卒中	18名 51.4%	25名 27.5%	28名 12.8%	20名 10.1%	91名 16.8%
	骨折	1 2.9%	8 8.8%	22 10.1%	11 5.6%	42 7.7%
	その他	1 2.9%	9 9.9%	12 5.5%	2 1.0%	24 4.4%
廃用症候群モデル	活動の量的低下	7 20.0%	22 24.2%	55 25.2%	61 30.8%	145 26.8%
	活動の質的低下	1 2.9%	8 8.8%	29 13.3%	32 16.2%	70 12.9%
	参加低下	7 20.0%	9 9.9%	54 24.8%	55 27.8%	125 23.1%
その他	認知症	0 0.0%	4 4.4%	18 8.3%	15 7.6%	37 6.8%
	その他	0 0.0%	6 6.6%	0 0.0%	2 1.0%	8 1.5%
計		35 100% (6.5%)	91 100% (16.8%)	218 100% (40.2%)	198 100% (36.5%)	542 100% (100%)

5. 廃用症候群モデル等での生活機能低下の発生回数とその契機

直近の生活機能低下のモデル及び発生契機の類型毎に、これまでの生活機能低下の発生回数を見たものが表5である。

0、すなわち今回のみの方が139名(25.6%)であり、1、すなわち過去に1回あった人が276名(50.9%)、2回あった人104名(19.2%)、3回あった人が23名(4.2%)であった。

屋外もしくは屋内歩行の1段階の低下とはかなり大きい変化であるが、1回以上それが起った例が7.5割ということは注目す

べきことである。これは直近の生活機能低下を起こす以前に介護予防の「水際作戦」

(生活機能低下の早期発見・早期対応)の対象となるべき状態となったことが複数回あることが多いことを示唆する。すなわち、もし水際作戦が行われずに生活機能が低下し、例えば介護状態になっても、その後再度水際作戦が必要なことも起りうる、そのため本人への啓発が必要であり、また専門家もそのような認識をして2回目はそのチャンスを失しないようにつとめる必要があることを示唆する。

次にこの中で脳卒中モデルだけをみると、

0、すなわち今回1回のみは157名中70名(44.6%)、過去に1回あった者は60名(38.2%)、2回は23名(14.6%)、3回は4名(2.5%)であり、今回1回のみが4.5割で最も多かった。

しかし87名(55.4%)と半数以上が過去に1回以上生活機能低下を経験しているということは、今回のように直近の生活機能低下に限って脳卒中モデルをとらえた場合でも、直近のもの以前に何らかの生活機能の低下を生じていたものが半数以上であることを意味する。これは直近に発生した脳卒中モデルに対するリハビリテーションのみでなく、急性発生・受傷前に既に起っていた生活機能低下の原因を明確にして、そ

れに対する対応をも含めてプログラムをくむ必要を改めて示すものである。

特に骨折では今回初回の生活機能低下である人は、脳卒中(54.9%)や運動器の手術後のようなその他(54.2%)と比べて16.7%と少なく、既に生活機能低下を生じていた人が8割以上いたことが注目される。

一方廃用症候群モデルをみると、340名中0、すなわち今回のみは45名(13.2%)と1割強にすぎず、過去1回は198名(58.2%)と約6割を占めており、9割弱が過去1回以上の生活機能低下を経験している。これは前述したように水際作戦の重要性を示唆するものである。

表5 直近の生活機能低下のモデル・類型別の過去の生活機能低下回数

類型		回数				
		0	1	2	3	計
脳卒中モデル	脳卒中	50名 54.9%	33名 36.3%	7名 7.7%	1名 1.1%	91名 100%
	骨折	7 16.7%	19 45.2%	13 31.0%	3 7.1%	42 100%
	その他	13 54.2%	8 33.3%	3 12.5%	0 0.0%	24 100%
廃用症候群モデル	活動の量的低下	13 9.0%	92 63.4%	32 22.1%	8 5.5%	145 100%
	活動の質的低下	19 27.1%	31 44.3%	16 22.9%	4 5.7%	70 100%
	参加低下	13 10.4%	75 60.0%	30 24.0%	7 5.6%	125 100%
その他	認知症	18 48.6%	16 43.2%	3 8.1%	0 0.0%	37 100%
	その他	6 75.0%	2 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100%
計		139 25.6%	276 50.9%	104 19.2%	23 4.2%	542 100%

6. 脳卒中モデル発症前の生活機能低下のモデル・契機の類型

直近の生活機能低下モデルおよび、類型毎に、前回の生活機能低下のモデル及び類型をみたものが表6-1、同様に前々回の低下に関してみたものが表6-2である。

まず表6-1をみると、直近が脳卒中モデルである157名中、前回は低下歴のあるものが87名(55.4%)であり、その中で、前回低下時脳卒中モデルが38名(43.7%)、廃用症候群モデルが44名(全体の157例中の28.0%、低下者87名中の50.6%)、その他5名(同様に3.2%と5.7%)であり、廃用症候群モデルが脳卒中モデルより若干多かった。

また廃用症候群モデルの中では「活動の量的低下」契機のものが17例(廃用症候群モデル全44例中の38.6%)、「活動の質的低下」が16例(同36.4%)、「参加の低下」が11例(25.0%)であった。

次に表6-2をみると、直近が脳卒中モデルである157例中、前々回に低下歴のあるのが27名(17.2%)で、その中前々回が脳卒中モデルであるものが14例(51.9%)、廃用症候群モデルが12例(44.4%)、その他(認知症)1例(3.7%)であった。廃用症候群モデルの中では、「活動の量的低下」が6例(全12例の50%)、「活動の質的低下」と「参加の低下」が共に3名(25%づつ)であった。

このように脳卒中モデルでも廃用症候群モデルを発症前に呈している場合が半数近くであることは重要である。これはそれらの原因を明らかにしそれを含めてのアプローチを行なうことが、脳卒中モデルのリ

ハビリテーションにおいても重要であることを示している。

ただ現状ではこのような「脳卒中モデル」発症前の生活機能低下に対する働きかけはリハビリテーションの専門的診療分野で行なわれることは少ないため、脳卒中モデルに対する適切な対応においては、発症・受傷前における一般医療・介護の役割が大きい。そのため総合的に考えれば、リハビリテーション自体においても、望ましい最高の効果を実現しようとするならば一般医療・介護との連携が重要である。

7. 廃用症候群モデル等の発症前の生活機能低下のモデル・契機の分類

表6-1、6-2について、直近が廃用症候群モデルを呈したものをみると、前回の生活機能低下のモデルは、前回低下のあった295例中、脳卒中モデルが87例(29.5%)、廃用症候群モデルが184例(62.4%)と廃用症候群モデルが非常に多かった。

直近が「その他」のモデル(N=45)でも前回低下のあった21例中、脳卒中モデルが8名(38.1%)、廃用症候群モデルが10名(47.6%)と「その他」以外のモデルをも呈していた。このことは認知症の場合でも、認知症としてのみの対応でなく、それ以前の生活機能低下の原因も考慮した総合的な働きかけが必要であることを示している。

表 6-1 生活機能低下及び廃用症候群発生契機の 3 類型—前回低下時

前回低下時		脳卒中モデル			廃用症候群モデル			その他		なし	計
		脳卒中	骨折	その他	活動の量的低下	活動の質的低下	参加低下	認知症	その他		
脳卒中モデル	脳卒中	10名 11.0%	4名 4.4%	6名 6.6%	7名 7.7%	9名 9.9%	3名 3.3%	2名 2.2%	0名 0.0%	50名 54.9%	91名 100%
	骨折	4 9.5%	8 19.0%	2 4.8%	8 19.0%	4 9.5%	6 14.3%	3 7.1%	0 0.0%	7 16.7%	42 100%
	その他	0 0.0%	1 4.2%	3 12.5%	2 8.3%	3 12.5%	2 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	13 54.2%	24 100%
廃用症候群モデル	活動の量的低下	20 13.8%	6 4.1%	7 4.8%	47 32.4%	26 17.9%	18 12.4%	8 5.5%	0 0.0%	13 9.0%	145 100%
	活動の質的低下	6 8.6%	5 7.1%	5 7.1%	15 21.4%	15 21.4%	3 4.3%	2 2.9%	0 0.0%	19 27.1%	70 100%
	参加低下	20 16.0%	14 11.2%	4 3.2%	32 25.6%	22 17.6%	6 4.8%	13 10.4%	1 0.8%	13 10.4%	125 100%
その他	認知症	4 10.8%	4 10.8%	0 0.0%	3 8.1%	3 8.1%	3 8.1%	2 5.4%	0 0.0%	18 48.6%	37 100%
	その他	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%	1 12.5%	6 75.0%	8 100%
計		64 11.8%	42 7.7%	27 5.0%	114 21.0%	82 15.1%	42 7.7%	30 5.5%	2 0.4%	139 25.6%	542 100%

表 6-2 生活機能低下及び廃用症候群発生契機の 3 類型—前々回低下時

前回低下時		脳卒中モデル			廃用症候群モデル			その他		なし	計
		脳卒中	骨折	その他	活動の量的低下	活動の質的低下	参加低下	認知症			
脳卒中モデル	脳卒中	3名 3.3%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 2.2%	0名 0.0%	2名 2.2%	1名 1.1%	83名 91.2%	91名 100%	
	骨折	6 14.3%	3 7.1%	1 2.4%	3 7.1%	2 4.8%	1 2.4%	0 0.0%	26 61.9%	42 100%	
	その他	0 0.0%	0 0.0%	1 4.2%	1 4.2%	1 4.2%	0 0.0%	0 0.0%	21 87.5%	24 100%	
廃用症候群モデル	活動の量的低下	9 6.2%	2 1.4%	4 2.8%	11 7.6%	6 4.1%	7 4.8%	1 0.7%	105 72.4%	145 100%	
	活動の質的低下	1 1.4%	6 8.6%	1 1.4%	6 8.6%	1 1.4%	5 7.1%	0 0.0%	50 71.4%	70 100%	
	参加低下	6 4.8%	3 2.4%	0 0.0%	8 6.4%	11 8.8%	7 5.6%	2 1.6%	88 70.4%	125 100%	
その他	認知症	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%	2 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	34 91.9%	37 100%	
	その他	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%	8 100%	
計		25 4.6%	14 2.6%	8 1.5%	33 6.1%	21 3.9%	22 4.1%	4 0.7%	415 76.6%	542 100%	

E. 総括的考察

本研究によって、我々が昨年度の研究で明らかにした、廃用症候群モデルの発生契機の種類（活動の量的低下、活動の質的低下、参加低下）が、脳卒中モデルの急性期・集中期以前の時期にも、また集中（的）リハビリテーション期を過ぎた断続（的）リハビリテーション期にも妥当することが確認できた。またこの3者の中で、活動の量的低下、「参加」低下、活動の質的低下、の順で多いこともほぼ同様の結果を示した。

このことは、脳卒中モデルにおけるリハビリテーションにおいて、従来の脳卒中・骨折等の疾患とそれによる障害（生活機能低下）を中心とした見方から、廃用症候群モデルとしての理解と対策を重視する方向へと大きく変換する必要があることを示唆している。

すなわち、脳卒中等の発症・受傷を患者・利用者の一生の中にしばしば起る生活機能低下の複数のエピソードの中のひとつのエピソードとしてとらえ、具体的働きかけとしては現時点での生活機能の状態を把握し、それが低下した原因の明確化を中核とすべきである。その際、生活機能低下の原因として「廃用症候群モデル」としての把握が重要である。

このことから、脳卒中モデルに対する具体的働きかけはリハビリテーションの専門職中心・専門施設中心ではなく、一般医療・介護・福祉の関与が重要となってくる。

このことは、これまで脳卒中等の急性発症疾患後のリハビリテーションにおいて「維持期のリハビリテーション」と呼ばれ、「維持リハ」と略称されてきたものについ

ての根本的な見直しの必要を示している。

「維持期」という名称の問題点は、根本的にはリハビリテーションの対象を心身機能だけと極めて限局的にとらえることからきている。そのため一つにはこの時期には改善・向上はありえないとすること（現実には心身機能の改善がなくても「活動」・「参加」の向上は十分起りうる）ことである。もう一つは維持のためには継続的な「維持的リハビリテーション」が必要とすると考えるという（現実には必要に応じての「水際作戦」的な断続的なリハビリテーションで十分）ことであり、これら2重の誤りをおかしているのである。更にこの場合に「維持」すべき対象を、直接「脳卒中モデル」の影響を受けた心身機能とのみ考え、廃用症候群を中心に考えていなかったという意味でも大きな誤りをおかしていたものであった。

したがって「維持」ではなく、リハビリテーション・サービスの必要度によって「集中（的）リハビリテーション期」と「断続（的）リハビリテーション期」に分け、最後の「断続（的）リハビリテーション期」は本質的に「廃用症候群モデル」と同様の経過をたどるものと考えべきものである。そう考えることで、「断続（的）リハビリテーション期」における一般医療、介護の役割が明確になる。

以上のように今回の研究成果は脳卒中モデルに対する新たなアプローチと各分野・各職種の連携の必要性とあり方を示すものといえよう。以下、それについて具体的に述べる

1. 脳卒中モデルへの働きかけにおいても 廃用症候群を重視

まず脳卒中等の発症前に生活機能低下が起っていなかったかどうかを確認することが重要である。また発症後、特に断続(的)リハビリテーション期に入ってから起こってくる生活機能低下をすべて脳卒中モデルによるものとするのではなく、他の原因、特に廃用症候群によって生じていないかという観点で確認する必要がある。なぜなら廃用症候群であればそれ独自の働きかけが必要であり、それによる改善の可能性があるからである。

その場合に注意すべきポイントは、廃用症候群が「生活の不活発さ」から起ってくることを常に念頭において、生活の活発さの状態をみることであり、具体的には「活動の質」と「活動の量」の低下をみることである。その際単に「よく動いているか？」ではなく、個々の生活行為毎に、質と量の両方で詳細にみることが重要である。特に質の低下は従来この視点が不十分であったため、とりわけ重視すべき点である。

2. 現在の生活機能低下の原因をみる

脳卒中モデルでは生活機能の急激で、大きな低下があるため、そのみに注意が集中され易く、その結果、そのみを考えた予後予測やプログラムが立てられやすい。そのためその後の経過で廃用症候群モデルの生活機能低下が新たに起った場合でもその真の原因を見落とし、改善のチャンスを失っている場合が少なくないのが現状と思われる。

なぜ従来このように急激な生活機能低下

のみに注目しがちであったのか、その理由を考えてみると、第1には大きな変化なのでわかりやすいこと、第2には疾患を中心として患者・利用者を見る「医学モデル」が中心となっていることがあげられる。また福祉関係者などで、通常は医学モデルではなく、生活・人生を重視している人でも、生活機能低下を改善するための方法を考える場合になると医学モデルに陥り易い傾向があることも問題である。

また廃用症候群に注目していても、具体的働きかけとしては廃用症候群の個々の症状を改善することだけを考えがちである。そうではなく、「生活の不活発化」という廃用症候群の根本的な原因を明確にして、それ自体及び生活機能低下の悪循環への働きかけが必要なのであるが、それが不十分なことが多いのは残念である。

今後の脳卒中モデルへの働きかけとしては次のことが重要である。

- 1) 利用者・患者の生活・人生を中心にみる、
- 2) 脳卒中等の急性発症疾患・外傷自体とは全く関係のない理由で、生活機能が低下している可能性を考える
- 3) 生活行為が困難になったり、生活が不活発になっていることの原因を、全て脳卒中等による心身機能低下(麻痺、等)のためだと思込まない。
- 4) 発症前の生活機能の状態が重要：
発症前から既に生活機能が低下している場合が多い(約5.5割)。それへの原因を明確にし、その対応も含めてリハビリテーションの急性期・

集中期・断続期ともに行なうことが必要である。これはこの場合「生活機能低下の悪循環」を生じている場合が多く、その場合生活習慣として生活の不活発さを生じていたのであり、この習慣は発症・受傷後も引き続いて影響し易いからである。

- 5) 断続(的)リハビリテーション期においては廃用症候群発生を予防し、早期発見・早期対応で向上させることが大事。その際生活機能低下の悪循環の予防・改善に留意する。
- 6) 廃用症候群への働きかけはリハビリテーションの専門職・施設だけでなく、一般医療・介護・福祉でも可能なことが多い。というよりも、むしろこれらが利用者・患者に直接対応する機会が多いとすらいえるのである。

なおリハビリテーション専門職も上記1)～4)の観点からの、プログラム設定と技術向上が望まれる。

3. 生活不活発病予防・改善にむけての一般医療における働きかけ—今後の介護予防における鍵としての医療の重要性

本年の介護保険法改正において介護予防が大きな方向性として示された。

まず介護予防の重要なターゲットは、生活不活発病(廃用症候群)であると規定された。そのため制度上も、要介護認定の項目にも生活不活発病を重視した新たな項目が追加された。また主治医意見書の「1. 疾病に関する意見」の「(1) 診断名」において「生活機能低下の直接の原因となって

いる傷病名・・・」と変わったが、この中には生活不活発病が非常に多いことはいまでもない。さらに今回改定された「介護予防サービス・支援計画表」においても右下に「総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント」を一種のまとめとして記載することになっている。

生活不活発病は予防・改善が可能である。しかしながらこれまで「廃用症候群」の名称だけは普及してきたが、予防・改善の対象としては十分には認識されていたとはいえず、それへの対策も不十分であった。

介護予防ではこの生活不活発病の予防・改善のシステムとプログラムが中心となる。しかしそれは、一般医療機関の積極的な関与と、一般国民への啓発なしには達成できるものではない。また国民への啓発においても医療機関の日常の診療の果たす役割は大きい。しかもそれは要介護認定者の場合だけでなく、医療保険における一般の診療から既にはじまっているとの認識が重要である。

特に従来一般医療では廃用症候群は脳卒中・骨折などによって運動機能が急激に制限されたことに伴って(のみ)起こると考えられやすく、今回の研究によって明らかになったような様々な起こり方があることが十分理解されていなかったきらいがある。

しかし「生活機能低下発生の3契機の原因・影響因子」でも明らかなように様々な疾患や入院、更には健康状態以外の原因で生じることを認識して働きかける必要がある。

今回の介護保険改定の中で医療と介護との連携をより深めることが望まれているが、

その鍵となるのは基本的概念としては生活機能、具体的ターゲットとしては生活不活発病である。

生活機能と生活不活発病（廃用症候群）の観点は今後の医療・保健・介護・福祉においても重要な観点であるが、今回の研究はその方向に向けての前進の大きな契機となると考えられる。

4. 「生活機能低下の悪循環」の予防・改善における一般医療の役割

「生活機能低下の悪循環」の予防における一般医療の役割は重要である。一般医療において疾患を治療・管理する際に、高齢者では特にこの見地からの正しい指導が不可欠である。なぜなら「病気なら安静」という誤解が一般に強く、ふだんは動くことが大事だと思っている人でも、一旦病気になると「安静第一」になってしまいがちだからである。

また疾患の十分な把握と管理を行いながらでなければ、安全で十分な悪循環の克服はできないからでもある。

この点で一般医療の医師に望みたいのは

- ①生活不活発病（廃用症候群）をつくらない
 - ②「生活機能低下の悪循環」の早期発見
 - ③悪循環から良循環への転換の指導
- の3点である。

具体的には次の2つの点で医師の役割は非常に大きい。

1) 一般医療での「活動度」指導

一般の医療機関では「安静度」の指導は徹底されている。しかし実はどの程度は動く“べき”かを具体的に指導する「活動度」

の指導が必要なのである。

疾患管理上安静が必要な場合には、i) 必要な理由と、ii) どういう状況になるまで安静が必要（それが終われば不用となる）なのかを説明し、iii) 同時にその間でも「この程度は動いてよい、むしろ動きなさい」、という具体的な指示が必要である。

安静度と活動度とは単なる言葉の言い換えのように思われるかもしれないが、“安静”を主とするか、“活動性”を主とするかで考え方の方向が全く逆であり、使用する人の意識に大きく作用すると考えられる。

「活動度」では活動そのものだけでなく、参加レベルの向上についての指導・助言も大事である。ここでも生活・人生を総合的にみるのが重要なのである。

2) 「お大事に」ではなく「お元気に」

医師でも看護師でも、診察が終わった時などに何気なく「お大事に」と言うことが多い。一般の人々がお見舞いに行った時も、「お大事に」と言ってわかれてくる。これは知らず知らずのうちに「病気になったら安静が必要」という、今となっては誤っているというほかはない社会的通念を強めてしまう危険がある。本当に大事にすべきは体ではなく「人生・生活」である。

「お大事に」ではなく、例えば「お元気で」という一言に変えることで、安静に関する基本的な概念は大きく変わるのではないであろうか。

E. 結論

従来リハビリテーションの主たる対象とされてきた「脳卒中モデル」は、急激な発症・受傷後の急性リハビリテーション期・

集中(的)リハビリテーション期を中心とした見方・働きかけであった。また対象として考えられるものは脳卒中、下肢骨折等の急性発症性疾患・受傷によって直接起こってくる生活機能低下(特に心身機能低下)にほとんど限られていた。しかし本研究によって明らかになったように、患者・利用者の長い人生のスパンで見れば、急性発症・受傷のエピソードの前後の時期にも廃用症候群モデルとしての生活機能低下が、それもしばしば複数回にわたって起っているという事実の認識が重要である。(図参照)

このような廃用症候群重視の観点、そして生活機能低下の状態と原因を明確にして行なう働きかけが大事である。すなわち、

脳卒中等の発症受傷を患者・利用者の一生の中に位置づけ、廃用症候群を重視したリハビリテーションのプログラムとシステムをつくる必要がある。またこのような位置づけに伴って、「維持期」という名称の矛盾が更に大きくなったことも重要である。

廃用症候群に対しては一般医療・介護・福祉が関与することが多いことから、脳卒中モデルでもリハビリテーション専門職・専門施設だけでなくこれらの専門職の積極的関与が必要である。

F. 健康危険情報

特になし

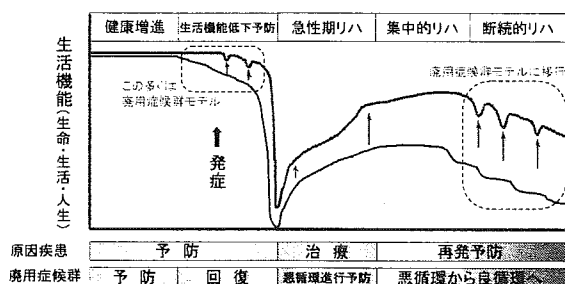
G. 研究発表

1. 論文発表

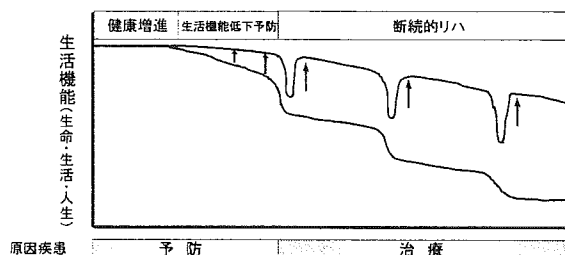
- ・大川弥生；高齢期の虚弱防止と自立．高齢期をいかに生活するか；健康長寿をめざして．太田壽城、柴田博監修．サンライフ企画，63-77，2005
- ・大川弥生；廃用症候群（生活不活発病）を予防する：介護予防のターゲットとして．のぼそう健康寿命；老化と老年病を防ぎ、介護状態を予防する．長寿科学振興財団，175-184，2005

図1. 生活機能低下の2つのモデル

A. 脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



B. 廃用症候群モデル(廃用症候群、変形性関節症など)



脳卒中モデルの再検討（２） ーリハビリテーション目的入院患者についてー

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長
研究協力者 有田 眞 湯布院厚生年金病院
衛藤 宏 湯布院厚生年金病院

研究要旨 生活機能低下には「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」とがあることが確認され、廃用症候群モデルが新たにリハビリテーションのターゲットとして明確に位置づけられ、それこそが介護予防の重要なターゲットであることが認識されるようになった。

本研究では、脳卒中モデル中心である現在のリハビリテーション目的の入院患者について、入院以前および原疾患発症後の生活機能の経過を明らかにすることを目的として、リハビリテーション専門病院に18年2月に入院中の患者で、過去の経過が本人・家族から確認ができないものを除外した65歳以上の高齢者170名について調査した。

対象者は最も大きなエピソードからみればほとんどが脳卒中モデルに属していた。しかしそれらにおいても、1)脳卒中モデルとしての急激な運動機能低下以前に、すでに35%で廃用症候群モデルによる生活機能低下を生じており、2)発症・受傷後1年以上経過している者全員において、急激な低下と一応の再向上の後の断続的リハビリテーション期において徐々に出現する廃用症候群モデルの生活機能低下が認められた。

このことは、脳卒中モデルのリハビリテーションにおいて、従来の脳卒中・骨折等の疾患とそれによる障害（生活機能低下）の急激な発生というエピソードを中心とした見方にとどまるのではなく、脳卒中等の発症・受傷を患者・利用者の一生の中にしばしば起る生活機能低下の複数のエピソードの中の一つとしてとらえ、その前後の廃用症候群モデルについて十分に留意し、その原因の明確化とそれへの対策を重視する方向へと大きくパラダイムを変換する必要があることを示唆するものである。

A. 研究目的

厚生労働省老健局高齢者リハビリテーション研究会報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」が示したように、生活機能低下には「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」とがあり、これまでは脳卒中モデルをリハビリテーションの主な対象としてきたが、廃用症候群モデルが新たにリハビリテーションのターゲットとして明確に位置づけられることとなった。そしてこの廃用症候群モデルこそが介護予防の重要なターゲットであることが確認された。

本研究班では昨年度全例訪問して実際の生活の場で活動を評価しながらそれに影響する他の要素の影響をICFモデルで分析するという綿密な調査を行い、廃用症候群モデルの発生契機には「活動の量的低下」「活動の質的低下」「参加の低下」の3つの類型があることを証明した。

それに引き続き、今回はこれまでの脳卒中モデル中心のリハビリテーションの対象者である現在のリハビリテーション目的の入院患者について、入院に至るまでの、また今回の生活機能低下の発生以後の生活機能の経過を明らかにし、リハビリテーション対象疾患の発生以前とそれ以後の生活機能の状況を把握することを本研究の第一の目的とした。

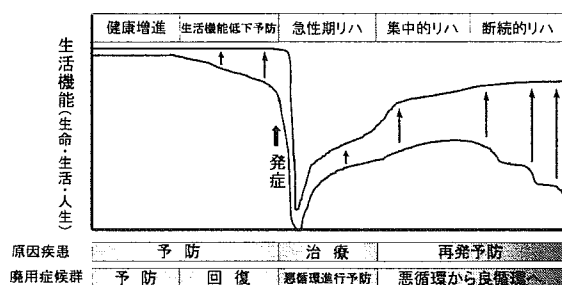
従来のリハビリテーション対象者についてはリハビリテーション実施後の経過についての検討はなされているが、実施前（開始前）の経過についての綿密な検討はこれまでに例がない。しかし図1-Aに示すように、脳卒中モデルにおいても廃用症候群モデルと同様に、急激な低下（発症）の前

の健康増進、生活機能低下予防の時期に生活機能の低下が起こりうるものであり、それに対しての生活機能向上の働きかけの必要性が大きいこと、また脳卒中モデルにおいても図1-Aに示すように「断続的リハビリテーション」の時期に達すれば廃用症候群モデルと全く同じ状態となるという2点を我々は以前から指摘してきた。本研究はいわばその前・後時期についての実証的研究である。

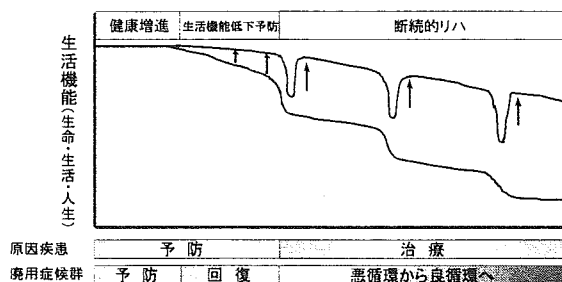
更に第2に、我々は脳卒中モデルの再検討を今年度の本研究班で在宅生活者で行なっているが、本研究はそれと並んで入院リハビリテーションの実施患者についての検討を行なうことを目的とした。

図1. 生活機能低下の2つのモデル

A. 脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



B. 廃用症候群モデル(廃用症候群、変形性関節症など)



B. 研究方法

1. 対象

対象はリハビリテーション専門病院において18年2月に入院中の患者で、失語症・記憶障害・認知症、また著しい耐久力低下などのために過去の経過が本人から聴取できず、また家族からも確認ができないものを除外した65歳以上の高齢者170名(65～74歳:87名、75～84歳:61名、85歳以上:22名;男性88名、女性82名)である。

2. 方法

昨年度の本研究班で用いた在宅生活者の生活機能調査をもとに入院に関する内容を加味して作成した、ICFにもとづく生活機能調査表を用いた半構造的面接法で、理学療法士・作業療法士・看護師が行なった。

その際「生活機能低下」と判断する基準として、生活不活発病(廃用症候群)との関連を重視する観点から、生活機能のうちの「活動」、その中でも「実用歩行」を重視し、「している活動」(実行状況)として屋外歩行(ICF:a4602)及び自宅内歩行(同a4600)のうち、少なくともどちらか一方が、下記の評価点で一段階以上低下した時に生活機能が低下したとすることとした。

○屋外歩行

1. 遠くへも一人で歩いている
2. 近くなら一人で歩いている
3. だれかと一緒に歩いている
4. ほとんど外は歩いていない
5. 外は歩けない

○屋内歩行(昼間、トイレまでの移動を基準とする)

- a. 何もつかまらずに歩いている
- b. 壁や家具を伝わって歩いている
- c. 誰かと一緒に歩いている
- d. ずり這い等で動いている
- e. 自力では動き回れない

次に、この生活機能低下の原因を、生活機能の3つのレベル(心身機能、a4600、a4602以外の活動、参加)と、健康状態、環境因子・個人因子も含めたICFモデルをもとに分析した。

その際、特に「廃用症候群モデル」に属する群については、廃用症候群の原因となる「生活の不活発化」を生じる契機として、「活動」の「量的低下」と「質的低下」及び「参加低下」の3つのタイプを念頭において廃用症候群となった経過を分析した。

ここで活動の「量的低下」とは活動それ自体が困難になった(質的低下)ことはないにも拘らず、活動の量(例:歩行であれば回数・距離・時間など)が減少したことをいう。

また活動の「質的低下」とは、なんらかの原因(痛み、能力低下、ふらつき、など)によって活動自体が困難になった場合をいう。この場合は質の低下に伴って活動の量も低下することが多いが、原因が質の低下であればこれに含めた。

また「参加低下」とは、参加の状況が質、量ともに低下した状況である。

(倫理面への配慮)

実施病院及び主任研究者の所属機関の倫理委員会の審査を受け、承認を受けている。

C. 結果および考察

1. 入院の理由となった生活機能低下モデル

今回の入院リハビリテーションの理由として、生活機能のうち活動の低下の有無及び脳卒中モデル、廃用症候群モデルに分類可能かを検討した結果が表1である。

170名全例で何らかの活動（生活行為）の低下があり、170名中163名（95.9%）が脳卒中モデルであった。これは在宅生活者の中の比率とは大きく異なるものである。このように現在脳卒中モデルを中心としてリハビリテーションが行なわれていることは、これまでのリハビリテーションが主として脳卒中モデルを対象とし、また入院リハビリテーション至上主義であったという背景が影響していると思われる。

次にこの脳卒中モデルを呈した者について更に細かく原因疾患・外傷と発生時期とを検討したのが表2である。このように脳卒中が96名（58.9%）、下肢骨折が38名（23.3%）、その他が29名（17.8%）であった。その他は頭部外傷、脊髄損傷、脳腫瘍、整形外科手術等による侵襲等で心身機能として運動機能障害が生じた場合が主であった。

発生時期では3群のいずれにおいても1年以内が多い。全体でみると163名中1年以内が135名（82.8%）、1～5年前が19例（11.7%）、5年以上前が9例（5.5%）であった。

廃用症候群モデルを呈した者は7名と少数であったが、それらについて廃用症候群発生の3類型で分類したものを表3に示す。活動の量的低下が最も多く、活動の低下がそれに次いでいた。発生時期は7名中1年

以内が5名（71.4%）、1～5年前が2名（28.6%）であった。

2. 今回の入院原因の発生前の生活機能の状況

次に今回の入院の原因となった生活機能低下出現以前に、既に生活機能低下（歩行低下）が生じていたかどうかを検討した結果を表4に示す。

既に最低一度の生活機能低下が71名（41.8%）に認められていた。そのうち58名（全体の34.1%、低下者71名中の81.7%）は廃用症候群モデルであった。

脳卒中モデルを呈した13名についてその原因疾患をみると、表5に示すように脳卒中が10名（76.9%）、骨折が3名（23.1%）であった。発生時期は1～5年前が最も多く、それが13例中11例（84.6%）、残り2例は5年以上前であった。

また廃用症候群モデルを呈した58名についてみると表6に示すように活動の量的低下25名（43.1%）、活動の質的低下21名（36.2%）、参加の低下12（20.7%）であった。発症時期は全58名中1年以内が19名（32.8%）、1～5年前が16名（27.6%）、5年以上前が23名（39.7%）であった。

3. 今回の入院の原因と発生以前の状況との関連

次に今回の入院の原因となった生活機能低下のモデル・類型と入院の原因になった生活機能低下の出現以前の状況について関連性をみたものが表7である。対象は今回入院前に既に生活機能が低下していた71名である。

表1 入院の原因となった生活機能低下の有無及びモデル

活動低下	モデル	65～74 歳	75～84 歳	85歳 以上	計	総計
有	脳卒中モデル	82名 94.3%	60名 98.4%	21名 95.5%	163名 95.9%	170名 100%
	廃用症候群モデル	5 5.7%	1 1.6%	1 4.5%	7 4.1%	
無		0	0	0	0	0
計		87 100%	61 100%	22 100%	170 100%	170 100%

表2 脳卒中モデルの原因疾患と発生時期

		65～74 歳	75～84 歳	85歳 以上	計	総計
脳卒中	1年以内	45名 54.9%	24名 40.0%	7名 33.3%	76名 46.6%	96名 58.9%
	1～5年前	6 7.3%	7 11.7%	0 0.0%	13 8.0%	
	5年以上前	6 7.3%	0 0.0%	1 4.8%	7 4.3%	
骨折	1年以内	8 9.8%	19 31.7%	9 42.9%	36 22.1%	38 23.3%
	1～5年前	0 0.0%	2 3.3%	0 0.0%	2 1.2%	
	5年以上前	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
その他	1年以内	13 15.9%	7 11.7%	3 14.3%	23 14.1%	29 17.8%
	1～5年前	2 2.4%	1 1.7%	1 4.8%	4 2.5%	
	5年以上前	2 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.2%	
計		82 100%	60 100%	21 100%	163 100%	163 100%