

る。これは「している活動」の専門家である介護福祉士に期待されるところが大きい。

- 「参加」レベルについては、本人の家庭内および社会的な役割をしっかりと見つけて、毎日の生活のなかで活発に動くようにしていくことが重要である。

その際、例えば、地域活動に参加しない、などの参加レベルの問題があっても、その原因となる「活動」（生活行為）の問題を明らかにして、必要な「活動」の向上を図る観点が介護福祉士としては重要である。

- 生活不活発病の克服のためには、一人ひとりの例について、どのような契機で「生活が不活発」になったのかを把握する。これは3タイプに分けるだけでなく、更に具体的に分析していく。それによって、生活不活発病を解決するための個別的な「生活を活発にさせる手がかり」を見つけることができる。そして、それに働きかける技術の確立へとつながっていく。

筋力低下などの部分的な症状(心身機能)に対する「筋力トレーニング」などの画一的な働きかけは、本質的な解決にはならないのである。

おわりに —生活のなかの「水際」を発見する

生活不活発病の対策で大事なものは、前回事

べた「生活機能低下の早期発見・早期対応」の「水際作戦」である。

生活が不活発になれば、高齢者だけでなく、若い障害者（生活機能低下者）はもちろん、すべての人にとって生活不活発病は必発であるという認識を、まずもつことが必要である。そしてその解決のために、生活機能向上の観点から、生活不活発病と“生活機能低下の悪循環からの脱却”のための「水際作戦」のポイントを発見していくことが、専門家の責任である。

その際、「している活動」を中心としてみていくことが鍵である。そのため、「している活動」の専門家である介護福祉士に期待される役割は大きい。そして、それこそが「よくする介護」技術の確立であり、今後の介護研究の大きな課題である。

参考文献

- 1) 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年
- 2) 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』中央法規出版、2000年
- 3) 高齢者リハビリテーション研究会『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年
- 4) 老人保健事業の見直しに関する検討会「生活習慣病予防と介護予防の新たな展開に向けて」2004年
- 5) 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』中央法規出版、2004年

▶ これからのリハビリテーション

廃用症候群を予防する

リハにおける一般医療の役割

大川 弥生

リハビリテーション専門施設に限らず、一般医療においても、生活機能を重視する視点が重要である。不必要な安静の習慣を改め、「活動度」の指導をすることから、廃用症候群（生活不活発病）の予防につながる。医師は「活動」（生活行為）を重視し、患者の生活に沿った具体的な指導をすべきである。

筆者は高齢者リハビリテーション研究会（座長：上田敏氏）の委員として、報告書（「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」）の作成に携わった。報告書は、具体的なサービスのあり方というより、根底にある基本的な考え方の大転換を促している（表2）。リハビリテーション（以下、リハと略）のみならず、医療・福祉・介護のすべてにおいて、重要な方向性を指し示したものと見える。

本稿では報告書が述べる「生活・人生の向上を目指すリハ」をいかに実現するかについて、一般医療機関の役割を中心に述べたい。

一般医療の果たす役割

「生活機能」に着目して積極的に関与

リハはこれまで、専門施設で専門職（リハ医および理学療法士 [PT]、作業療法士 [OT] など）中心に行われてきたが、今後は一般医療の積極的な関与が不可欠である。リハにおける一般医療の役割としては、以下の四つが挙げられる。

- ①廃用症候群（生活不活発病）の予防と早期発見、そしてそこからの脱却の指導
- ②疾患管理の際に、「生活機能」（ICF [国際生活機能分類] による）の観点からも関与すること。特に「活動」（生活行為）を重視する
- ③専門的リハへの適切な紹介
- ④リハについての啓発（多くの患者はリハは機能回復訓練だと誤解していることを前提として）

表2 高齢者リハビリテーションにおける基本的考え方の大転換（医療・介護・福祉・行政のすべてで）

病気中心	⇒	生活機能重視
心身機能偏重	⇒	活動・参加（生活・人生）重視
マイナス中心	⇒	プラスを引き出す
できないことを補う	⇒	自立性向上
その時点だけ	⇒	一生について考える
メニュー中心	⇒	個別性・個性重視
専門的サービス中心	⇒	自助・共助の促進
パターナリズム	⇒	自己決定権の尊重

「生活機能」の重視はリハに限らず、一般医療においても重要な観点である。すなわち、病気そのものや症候だけでなく「生活機能」の観点からみることで、また生活機能の中でも「心身機能」だけでなく、生活機能全般、特に「活動」(身のまわり行為、家事行為などあらゆる生活行為・具体的な行い方；“質”とその“量”の両面がある)に留意することの重要性を指摘したい。

「活動」(生活行為)の質や量の低下を予防するという観点から疾病の管理を行うことは、一般医療自体の原点ともいえよう。「活動」(生活行為)の低下(不自由さ)や、それが生じる危険性を、早期に発見して疾病と「活動」自体に働きかけることが重要である。専門的リハに紹介する目安も、こうした「活動」の変化である。

廃用症候群(生活不活発病)の予防

「安静度」の指導から「活動度」の指導へ

一般医療におけるリハでは、その対象疾患として廃用症候群が重要である。廃用症候群とは、廃用(使わないこと)、すなわち不活発な生活や不必要な安静により起こる、全身のあらゆる器官・機能に生じる“心身機能”の低下のことである。その主な機能障害を表3に示す。

生活が不活発なことが原因であることを患者本人に分かりやすく示し、自覚してもらうために、

表3 廃用症候群(生活不活発病)の機能障害

I.局所性廃用症候	II.全身性廃用症候	III.精神・神経性廃用症候
1. 関節拘縮	1. 心肺機能低下	1. うつ傾向
2. 廃用性筋萎縮・筋力低下	2. 起立性低血圧	2. 知的活動低下
3. 廃用性骨萎縮	3. 易疲労性	3. 周囲への無関心
4. 皮膚萎縮(短縮)	4. 消化器機能低下	4. 自律神経不安定
5. 褥瘡	a. 食欲不振	5. 姿勢・運動調節機能低下
6. 静脈血栓症→肺塞栓症	b. 便秘	
	5. 利尿 →血液量減少(脱水)	

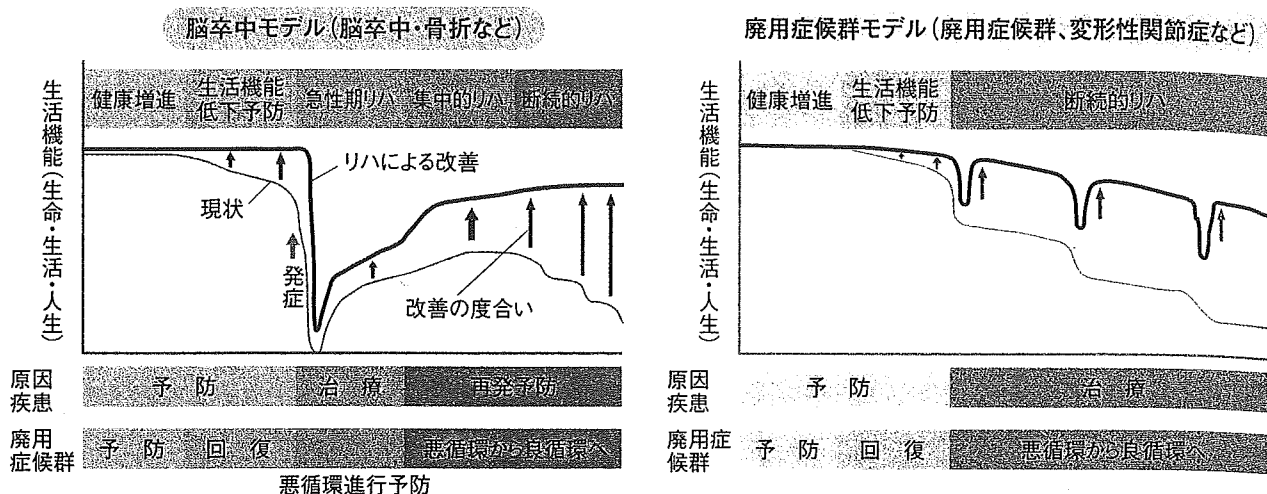
「生活不活発病」と呼んでもよいだろう。

一般に、「病気なら安静にすべき」という誤解が強い。そのため風邪など軽微な疾患や小手術などでも必要以上の安静を保つことが、「廃用症候群」発生の大きな要因となっている。よく「年のせい」「病気のせい」だから仕方がない、と思われていること(「心身機能」や「活動」の低下)が、実はこの廃用症候群によるものが少なくない。病気(例：脳卒中、骨関節疾患)やそれによる機能障害(麻痺、痛みなど)から直接的に廃用症候群が生じるのではない。それらによる「活動」の低下が、生活の不活発化を生じさせ、ひいては廃用症候群に至るのである。

廃用症候群は予防や改善が可能であり、専門的リハではなく一般医療でこそ果たすべき点が多い。廃用症候群は多数の機能障害から成るため、例えば筋力増強など個々の機能障害にバラバラに働きかけることで解決できるものではなく、全体的な働きかけが必要である。つまり、原因である生活全般の不活発化を予防し、「生活を活発化」することが鍵なのである。

一般医療においては、「安静度」に代わる「活動度」の指導が重要である。病気の管理をしている医師が、具体的に「どの程度動いてよい、動くべきだ」と説明することが必要なのである。それによって初めて生活が活発化する。その際、単に「なるべく動きましょう」というのではなく、一つひとつの生活行為(「活動」)について具体的に指導する、またより生きがいのある人生を送る「参加」の向上の観点から指導することが必要である。定年後外出する機会が少なくなる、家族や地域での役割が乏しくなるなど、社会「参加」の制約により「活動」が低下することにも、医師はもっと留意する必要がある。また挨拶がわりの「お大事に」をやめて、「お元気に」などとすることも効果的である。

図2 生活機能低下の二つの経過



矢印は今後のリハなどの発展により、現状の生活機能の経過を高められることを示す。

「生活の活発化」といった場合に、ともすれば活動の量的増加（例えば歩行量を増やすなど）だけを考えがちだが、むしろ質的向上が重要である。具体的には、移動を車いすでなく歩行で行えるように、シルバーカーや四点杖を活用するか、ある環境（例：自宅内）でだけ自立するのではなく、様々な環境で可能な方法（どこでも行える活動）を習得することなどである。

現在介護予防（要介護状態になることの予防と要介護度の進行の予防）の必要性が強調されている。生きがいを持って、生き生きとした生活を送ることにより、活発な生活を送ることができ、特別の訓練を行わなくても廃用症候群が予防・改善できるのが、最良の介護予防である。そのためには一般医療機関の廃用症候群予防・改善への積極的関与が鍵になるのである。

脳卒中モデルと廃用症候群モデル 「維持期リハ」から「断続的リハ」へ

従来、介護保険のリハは、医療保険のリハとは別物で、「維持期のリハ」であると一部でいわれ、①「維持するだけで十分である」という誤解

が消極的な姿勢を生み②「維持するにはリハが必要である」との誤解から、漫然とした「機能維持訓練」が際限なく続けられ、「訓練人生」を作りがち——という弊害を生んだ。

報告書では、従来リハの主な対象と考えられてきた「脳卒中モデル」（急激な生活機能の低下に続いて回復を示すタイプ）だけでなく、「廃用症候群モデル」（徐々に生活機能が低下するタイプ）が重要であると指摘している（図2）。後者の原因は、廃用症候群や、骨関節疾患・各種の心疾患・呼吸器疾患のような慢性疾患などである。このような人たちは、ほとんどが一般医療を受けているので、一般医療の場で早期に発見し、早期に活動自立訓練を中心とした対応を行うことが重要である。

「脳卒中モデル」の時期区分は①健康増進②生活機能低下予防③急性期リハ④集中的リハ⑤断続的リハ——となっており、従来の「回復期リハ」「維持期リハ」の表現は用いられていない。また「廃用症候群モデル」では最初から「断続的リハ」である（図2）。この「断続的リハ」とは「必要に応じて、期間を定めて計画的に」行うリハであり、

慢然と続ける「維持的リハ」を否定し、それに代わるものである。

ここで「断続的」とは、専門的リハ・チームの関与の必要性（生活機能、特に「活動」の向上）が生じた時に限って行われるべきという意味である。その間の時期は、一般医療が疾患の治療・管理と並行しての「活動度」の指導を行い、廃用症候群予防に向けて働きかけることが、大きな意味を持つのである。

生活の場での活動自立訓練

安易な車いす偏重はよくない

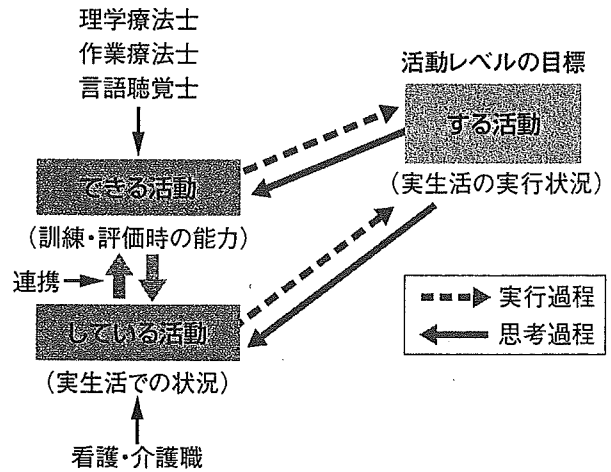
リハの最も基本となる技術は、「生活の場における活動向上訓練」である。これは活動自立訓練ともいわれ、高い専門的技術であり、現状としてはまだ十分普及していない。具体的には実生活の場（入院中であれば病棟）での、一つひとつの生活行為について行うものである。そのポイントは、「する活動」（目標となる実生活での「活動」のやり方）に向けて、①「できる活動」（ICFの「能力」、評価・訓練時の能力）には理学療法士、作業療法士などが病棟などの生活の場で行う②「している活動」（「実行状況」、実生活での状況）には看護師、介護職などが毎日の介護を通じて行う——の2点を連携させて行うことである（図3）。

ここで、リハや介護を大きく変える突破口として、車いすを安易に用いることに警鐘を鳴らしたい。

医療現場では（介護でも）車いすが多用されている。確かに車いすには利用者の「参加」の拡大につながる一面がある。しかしながら問題は、報告書が指摘するように、「訓練のときは歩けるのに、実用歩行訓練が不十分なまま、実生活では車いすを使わせたり」「歩行ができるのに車いすで移動させる」ことである。

これは「作られた歩行不能」であるが、本来、

図3 活動向上訓練



※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向上訓練を行っていくという意味。

このような例の多くは、十分な活動自立訓練（適切な歩行補助具・装具の使用を含む）を行っていれば、車いすに頼る生活にならずにすむ人々である。「人手がないから」「危険だから」とあきらめずに、活動自立訓練の技術を向上させてほしい。

また、車いす用設備を偏重して、困難ながら歩行できる患者にはかえってバリアとなるような施設環境も問題であり、病院・施設の設備はむしろ一般社会とのギャップの少ないものであるべきである。

リハ総合実施計画書の活用を

一般医療と専門的リハとの連携が重要に

リハが目指すものは、一人ひとり違う個別的・個性的なものであり、その実現のためにチームとして最良の力を発揮する必要がある。

そのために医療保険でも介護保険でも「リハ（総合）実施計画書」が定められている。これはICFの概念に添い、生活機能モデルとして「人間の生きることについての全体像」をとらえ、チーム内および本人とチームの間の「共通言語」（共通

の考え方)として活用するために作られている。コピーが本人に手渡されており、リハに関する経過だけでなく、生活機能についての履歴としても活用できるものである。一般医療においてもその活用が望まれる。

今後、一般医療と専門的リハとの連携がますます重要になってくる。その際のポイントは、「活動」であり、個々の具体的な生活行為を中心としてみていただき、「このような生活行為に、

こういう不自由がある」「これができるば…」という観点から、リハの必要性やその内容を考えて、本人と、また専門家間とも連携を取ることが効果的である。

より具体的には、報告書で示された方向を事例を通じて述べた拙著『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、2004）をご参照いただければ幸いである。

寝たきり・歩行不能はつくられる

生活不活発病の克服

介護保険法の見直しで、介護予防(予防給付、地域支援事業)の導入がされそうだ。欧米に比べ、はるかに多いといわれる日本の「寝たきり」。原因の多くに「生活での悪循環」が隠れているという。この「悪循環」で生まれる症状を「生活不活発病」という。この病気の現状や対策を専門家にうかがった。



イラスト Chizu

生活の活発化で 生活不活発病を克服しよう

国立長寿医療センター研究所
生活機能賦活研究部長
おおかわやよい
大川弥生

1 生活不活発病とは

——「年のせい」と考えるのはやめよう

「病気なのだから」「介護されているから」「もう年だから」と、足腰が弱くなり、いろいろなことが、しにくくなっていくのは仕方がないと思っていませんか。

実はこれが、「生活不活発病」だったり、それが大きく影響していたりすることが多いのです。

この「生活不活発病」という状態がいま注目されています。

生活不活発病とは「生活が不活発」なことが原因になって、体と頭の働き(「心身機能」)のすべてが低下することです。学術的には廃用症

候群(廃用とは「使わない」こと)といえます。

「使わない機能は衰える」というのはいわば常識ですが、そのおよぶ範囲が思いもおよばないほど広く、また衰え方も驚くほど大きいのです。

「生活不活発病」は若い人でも起こりますが、特に高齢者に起こりやすく、またいろいろな病気にもなっ

て起こってきます。
「年だから」とか「病気だから」仕方がないと思っていることが、実は生活不活発病や、それが大きく影響していることが多いのです。ですからこれは「仕方がない」ものではなく、防げるし、よくできるものなの

です。【表1】に主な症状をあげましたが、これだけではなく、体や頭の働きのほとんどすべてのものに起こると考えてください。

このうち、「体の一部に起こるもの」のうち特にわかりやすいもの（拘縮、廃用性筋萎縮など）はわりには知られていますが、これだけだと思っではいけません。

ほとんど知られていませんが、「全身に影響するもの」や「精神や神経に影響するもの」も大事です。

特にB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す。

また、C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、一見、認知症（痴呆）のように見えることさえ起こります。

生活不活発病とはどんなものか、一つの例をみてみましょう。

■年だし、膝が痛いし仕方がない

岡本さん（仮名）は八〇歳の女性です。五年前から右の膝に痛み（変形性関節症）があり、歩くのがだんだんつらくなって、息切れがするようになり外出も億劫になって、近所しか出歩かなくなっていました。年だから仕方がないと思っていました。

■風邪で歩けなくなった？

ある冬、岡本さんはひどい風邪で二週間ほど寝こみました。やっとよくなって起き上がろうとすると目が回り、立って歩くとふらつくので「まだ治っていない」と思い、また寝てしまいました。

そのうちに、足腰が弱くなって、トイレに行くのにも家具や壁につかまらなると歩けません。その上、ぼけ

（認知症・痴呆）まで出てきたようです。

これが生活不活発病の状態です。起き上がろうとして目が回り、立つてふらつくのは起立性低血圧、足腰が弱くなったのは筋力低下、息切れは心臓や肺の機能の低下です。「認知症」も含み、これらは「心身機能」の低下ですが、その結果、伝い歩きなどの生活行為の難しさ（「活動制限」が生じてきたのです。

■実は前から

実は岡本さんは、風邪の前から膝の痛みのため、だんだんと生活が不活発になって、生活不活発病がはじまっていた。それが風邪で寝込んだことをきっかけとして急に進んだのです。早くから杖で膝をかばって歩いたり、膝に負担の少ない生活行為の仕方を知っていれば生活は不活発にならないはずです。

【表1】生活不活発病の主な症状（心身機能）

A 体の一部に起こるもの	B 全身に影響するもの	C 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 （フィットネス〈総合体力〉の低下）	1. 周囲への無関心
2. 廃用性筋萎縮（筋肉がやせる）		2. 知的活動低下
3. 褥瘡（床ずれ）	2. 起立性低血圧 （立ちくらみの強いもの）	3. うつ傾向 →一見認知症のような状態 （仮性痴呆）
4. 廃用性骨萎縮 （骨がもろく、折れやすくなる）	3. 疲れやすさ	
5. 静脈血栓症→肺塞栓	4. 消化器機能低下（便秘、食欲不振）	4. 自律神経不安定
	5. 尿量の増加（脱水）	5. 姿勢・運動、調節機能低下

2 生活の不活発になる原因に
気をつけよう

生活の不活発になる原因は大きく
三つあります。

①病気のとき、安静のとりすぎ

手術や肺炎などでの安静のとりすぎは、大きく影響しますし、捻挫や風邪なども軽くみてはいけません
【図1】の①。

②活動制限——「質」と「量」

歩く、立って洗面する、家事をするなどの生活行為が難しくなること
（活動の「質的」低下）と、生活行為の回数や時間が少なくなること
（活動の「量的」減少）が生活を不活発にします 【図1】の②。

こういうときでも工夫して活動の質と量に影響しないようにすれば、生活不活発病は防げます。

③参加制約

たとえば定年になった、転居して知人がいなくなったなどの「参加」

の制約で、外出する目的や機会がなくなることも生活を不活発にします
【図1】の③。

3 安静には害もある
——「お大事に」!

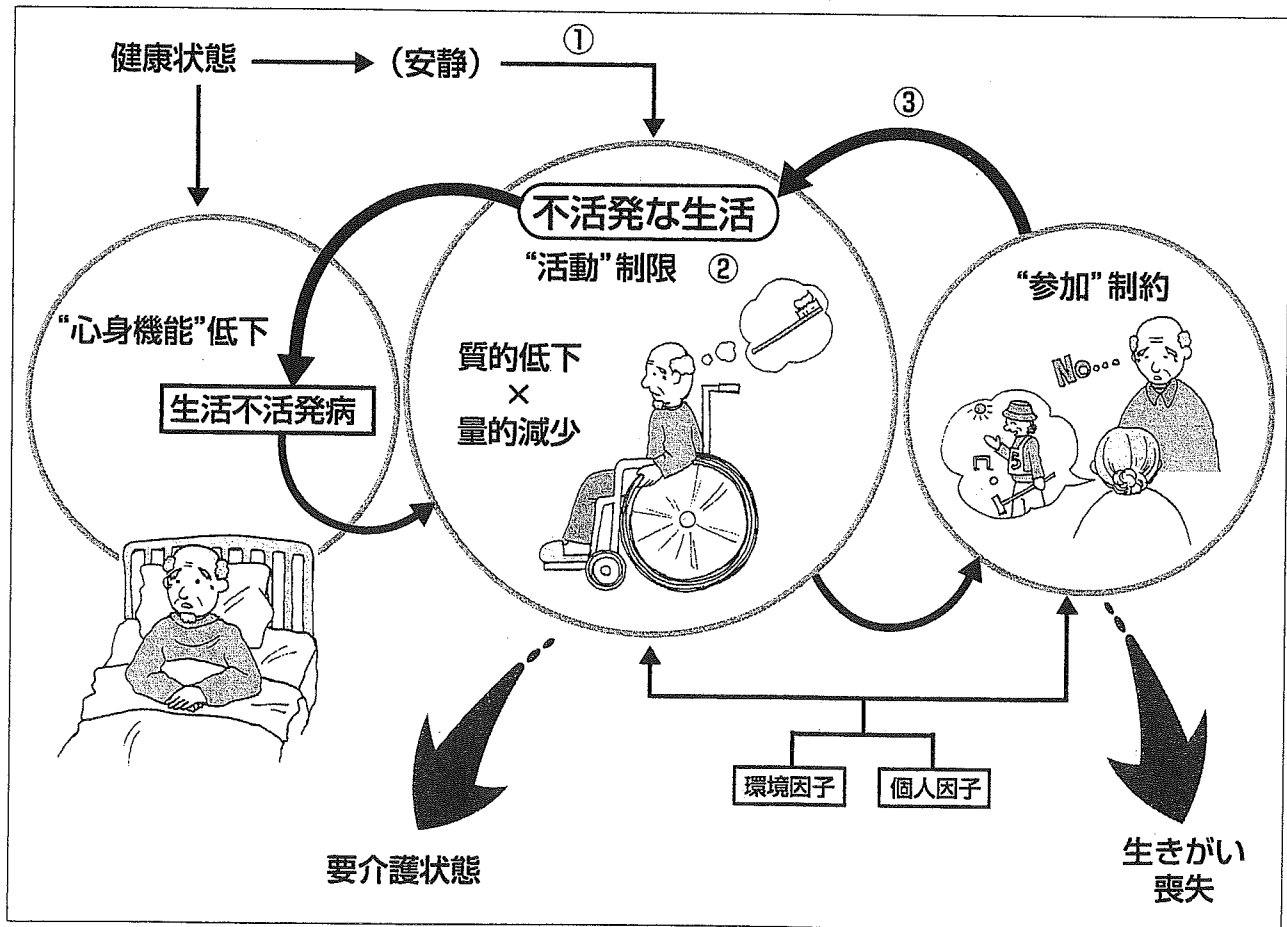
生活の不活発になることの一歩身近な例は病気やケガのときの安静です。欧米に比べ日本では概して安静をとりすぎる傾向があるのです。

「病気のときは安静第一」と考えるのはやめましょう。「安静の害」を知り、安静は必要最低限にしましょう。

これは、それ自体は手足の不自由を起こさない病気なのに、「病気のときは安静が大事」「静かにしていた方が早く治る」という思い込みから、必要以上の安静をとってしまうことです。

ご本人だけでなく家族や周囲の人も、安静第一と思いついでいる場合が多いのは残念です。
それをよく示すのが「お大事に」

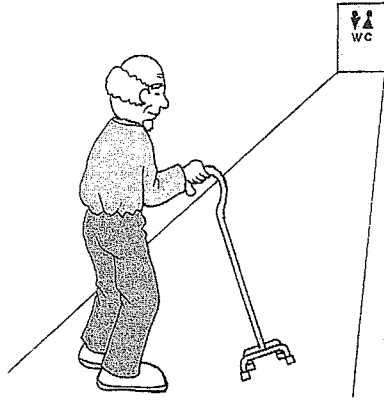
【図1】 生活機能低下の悪循環



【表2】「活動」の質と量

「活動の量」とは

「活動の量」とは、一つひとつの生活行為（活動）の量のことです。たと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」です。



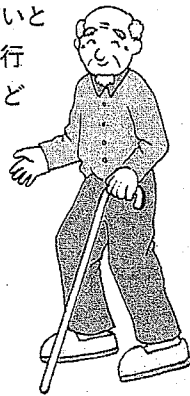
「活動の質」とは

一つひとつの生活行為（活動）も「質」の違いがあります。

たとえば移動という「活動」では、車いす移動よりは、たとえ介護してもらってでも歩いて移動する方が「活動の質」は高いといえます。

それが歩行自立、すなわち杖などを使って一人で歩くことができるようになれば一層高くなります。

また移動していった先で、たとえば洗面・歯磨きなどの「活動」をする場合、車いすなどに腰掛けてするよりは立ってする方が、質が高いといえます。



「活動」の質と量とは大いに関係があり、質が低いほど量も少なくなるのが普通です。一つひとつの生活行為について「質」×「量」があり、それをすべての生活行為について総計したものが「生活の活発さ」です。そしてこれが全体として落ちてきたのが「不活発な生活」です。

「活発」「不活発」というと量的なことしか考えないかもしれませんが、実は質的な面が重要なのです。

という挨拶あいさつです。医療関係者もよく使いますし、お見舞いの人も「さよなら」の代わりに使うのが普通です。「お大事に」という挨拶自体はもちろん善意で「早く元気になってくださいね」という意味をこめて言っているのですが、受け取る患者さんの方では「大事にする＝無理をしない＝静かにしている」というふうに思ってしまうことが多いと思います。こうして善意の一言が「活動の量の減少」に一役買ってしまうことになりかねないのです。

どの程度動いてよいかをお医者さんに相談しましょう。

またお見舞いのときに挨拶代わりに「お元気に」と声をかけてはどうでしょう。

4 生活不活発病は「生活機能低下の悪循環」を起す

生活不活発病の怖いところは、いったん起こるとまるで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」を起こして悪くなっていくことです。

生活不活発病それ自体は主に「心

身機能」の障害ですが、それだけに

とどまらず、【図1】のように「活動」（生活）にも「参加」（人生）にも悪影響を及ぼし、またそれから影響を受けてますます進みます。これが「生活機能低下の悪循環」です。

これは、「活動」制限（歩いたり、歯を磨いたり、トイレに行くなど、身の回りのことや、家事などの生活行為が難しくなること）を中心とする左右の環わからなり、この二つの環が関連しあって進行します。

悪循環の中心になるのが、中央の

「不活発な生活」（「活動」制限）です。これは「活動」の「質」の低下、もしくは「量」の減少した（あるいは両方とも起こった）状態です【表2】。

悪循環は前にあげた三つのこと（「病気のとき、安静のとりすぎ」「活動制限」「参加制約」）をきっかけに階段状に発生・悪化していくのです。そのときをいち早く発見し、改善させて、この悪循環をブロックする「水際作戦」が大事です。

ICF。生活機能で、前を向いて生きよう —皆さんは、生活・人生の専門家です

「生活機能」・「ICF」

「生活機能」「ICF」という言葉をご存じですか。どちらもちよつと聞き慣れない言葉かもしれませんが。ただ、最近介護予防との関係で、新聞などで目にすることも増えてきたことでしょう。

病気のとき、介護を受けるときはもちろん、健康で生き生きとした生活をしたい、生きがいのある人生を送りたいと思うときに、ぜひ思い出していただきたい言葉です。

WHO（世界保健機関）は二〇〇一年に「ICF（国際生活機能分類）」を定めました。これは広い意味の健康（医療・介護・福祉など）

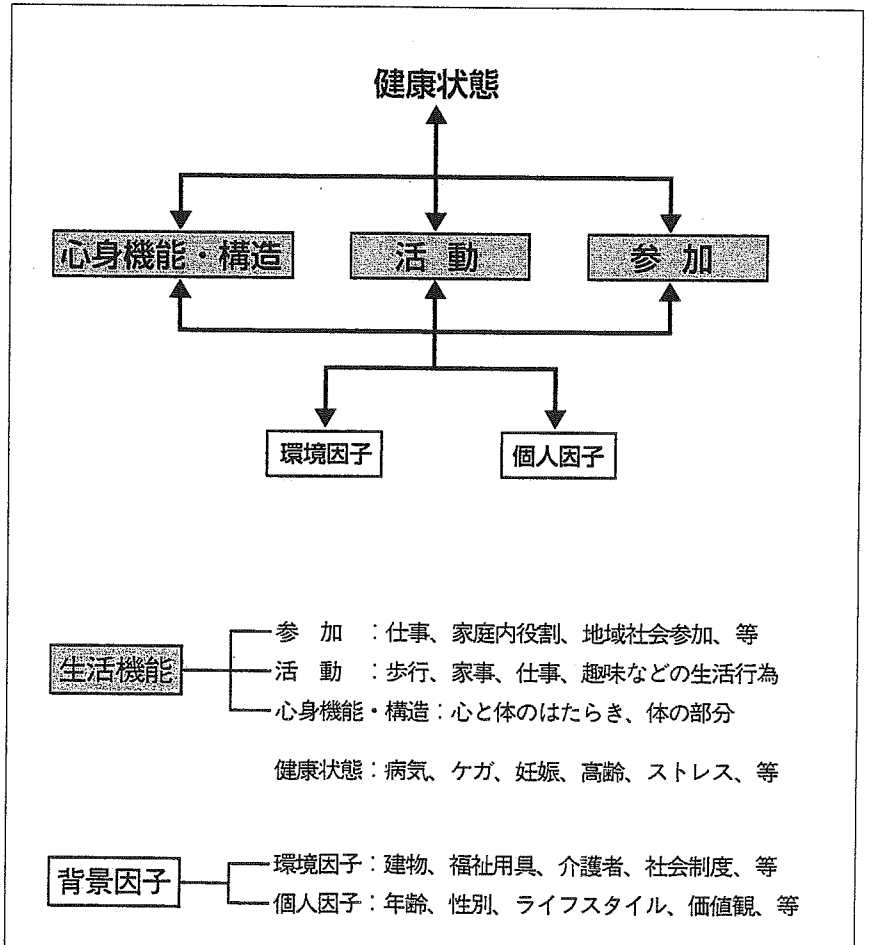
に関係する、すべての人々（受益者である一般国民も含みます）のためのものです。

この「生活機能」とは、「生きることの全体像」についての「共通言語」です。すなわち専門家だけのためのものではなく、一般の皆さんが専門家と生活や人生を重視した共通した考え方をもつためのものであり、今後大事になっていく考え方です（【図2】参照）。

この特集のなかで「活動」「参加」という言葉がよくでてきます。

【図2】の中央の列にある「心身機能・構造」「活動」「参加」は、人が「生きる」「ことの三つのレベル（生命、生活、人生）」を示すもので、この三者を包括したものが「生活機能」

【図2】 ICFの生活機能モデル（WHOによる）



能」です。これは「障害」というマインナス面だけでなく「生活機能」というプラス面を中心としてみるものです。

これまで医療でも福祉でも介護でもマインナス面をいかに補うか、減ら

すかの観点かほとんどでした。

ICFはこれを転換して、むしろ人のもっているプラスの面を積極的に引き出していくことが大事だという見方に立っています。

このような考え方は世界的な流れ

です。

ICFを「共通言語」として活用しよう

ICFが「共通言語」であるとは
どういうことでしょうか。

たとえば、自分や家族が病気になる
って医療関係者に相談したり、病気の
説明を受けたりしたときに、「話
が通じない」と思ったことはありませんか。
医学用語が難しいというだけ
でなく、基本的に「話の方向がく
い違っている」という感じですよ。

それは、体や命のこと（健康状
態）も心配だが、日常の生活行為
（活動）や仕事やこれからの生き方
（参加）がどうなるのかという、生
活や人生への影響についても知りた
いのには、医療関係者は自分の専門で
ある健康状態と心身機能だけに注意
を払っていることが多いことからく
るくい違いだと思います。

「共通言語」とはこのような「話が

通じない」状態をなくしようとい
うことです。それには生命だけでなく
「生活・人生」の全体をみることに
「生活機能」の基本的な考え方を関
係者（専門家と本人・家族）全員が
共有しようということです。

皆さんは、実は自分の生活と 人生の専門家です

病気のとき、介護を受けるとき、
受身の姿勢になっていませんか。
ちよつと発想を転換してみましょ
う。「私はこう暮らしたい。こう生
きたい」と、積極的に発言してみる、
「活動」（生活行為）の種類や量を増
やし、仕事や意義ある人生に「参
加」することで、気分も生き生きと
してくるかもしれません。そのよう
な本人の希望を実現するために、専
門家や、行政がサポートするのです。
本人・家族は自分たちの生活・人
生という、実は最も大事なものを一
番よく知っています。ですから皆さ

んは「生活・人生の専門家」なので
す。
ということは、本人・家族は自分
たちの生活・人生について発言する
責任があるということになります。
「おまかせします」という態度は決
してよくありません。遠慮なく相談
しましょう。そして専門家はそれを
促し、十分に耳を傾ける責任がある
ということです。
今、この方向に世界も日本も大き
く変わろうとしているのです。

* *

5 予防・改善は生きがいのある 生活の活発化で

生活機能低下の悪循環を防ぎ、治
すには原因である生活の不活発化を
なくすることが基本です。筋力トレ
ニングのような特別な訓練を続ける
よりも、生活を楽しみ、活発に社会
に参加しながら生きがいのある生活

を送ることで、これを達成しまし
う。

その出発点である「生活の活発
化」の基本は、生活行為（活動）の
質的・量的向上です。そしてそのた
めには、「参加」の向上が最も効果
的です。つまり家庭内や社会での役
割を果たしたり活発な社会生活を送
って、生き生きと生きがいのある生
活を送ることによって、特に意識し
なくても「活動」の「質」と「量」
が向上することが理想的なのです。
気をつけなければいけないのは、
「筋力低下に対しては筋力トレーニ
ング」というように、個々の心身機
能の低下に対して一対一に対応する
のが有効ではないか（むしろそれ以
外に対策はないのではないか）と考
えがちなことですよ。

しかし生活不活発病で起こって
くる心身機能の低下は、前にも述べた
ように広い範囲にわたる多様なもの

です。そのうちの一部に限られた対応は効果的ではなく、ピントはずれになりかねません。

これに対して一つの生活行為（活動）は、多くの心身機能を含んでいるので、ある生活行為を行うことは多くの「心身機能」を同時に働かすこととなります。

このような日常生活として行う生活行為は何よりも「訓練」として努力して行うのではなく、楽しみながら行えて生活が充実するというのが大きな利点です。

6 「なるべく動きなさい」では解決しない——「質」も大事

生活の活発化ということについて陥り易い誤解は、ただ「なるべく歩きなさい」「なるべく動きなさい」とさえ指導すればよい、本人もそう心掛ければよいということですが、

そもそも何らかの理由があつて「動きにくい」から「動かない」の

ですから、その理由を明らかにしてそれを向上させる方向で具体的に指導することが必要です。

また、ただ「歩け」といったのは危険なこともあります。適切な杖やシルバーカーを用いての安全な屋外歩行の指導で、はじめて「なるべく多く歩くこと」が達成できることも多いものです。

「質」の問題を抜きにして、「量」だけを多くしようとしても問題は解決しないのです。

7 参加の向上

「活動」を向上させるには「参加」の向上が最も効果的です。これは、たとえば退職後に趣味の会に入つて社会参加をすること、自宅内で家事をしたり、庭仕事や家庭菜園をすることなどです。こういう社会的役割を果たすことで生活が活発化されます。

「参加」が向上すると「活動」が量的に向上するだけでなく、行う「活動」の内容が拡大することにより「活動」の「質」も向上します。それによつて生活全般の活発化が起こり、それが「生活機能低下の悪循環」をストップし、良循環への転換を促進します。

一方で、このように社会参加ができるために必要な「活動」の「質」を向上させることも必要となります。たとえば安全に長距離の屋外歩行ができるような指導や、家事がもっと容易にできるようなやり方を工夫し、習得することが必要となります。

8 介護予防や介護保険も生活機能向上のために——つくられた歩行不能・寝たきりを防ぐ

最近、新聞やテレビなどでも報道されていますが、介護予防という言葉が聞いたことがあるでしょう。これは、介護を必要とする状態にならないようにすること、たとえそ



う状態になったとしてもそこから抜け出るか、もっと悪くなるのを防ぐこと、といわれています。

そのポイントは生活不活発病を防ぐことです。それを達成する方法は、生き生きとした生活をし、充実した人生を送ることです。介護を必要とさえしなければいいというものではありません。このような本当の介護予防のあり方を一緒につくっていきましょう。

また介護保険も「不自由なことを

してもらおうのが介護保険のサービス」と考えられがちですが、実は目の前の不自由なことを補うだけでは、将来の生活機能の向上に逆行するところが少なくないのです。

たとえばいま歩行が不安定になったからといって車いすに頼ることで「つくられた歩行不能」が生じるこ

とが指摘されています。

しかし介護のやり方・内容をよくすれば、「活動」を中心に生活機能を向上させることができます。

このように介護予防や介護保険サービスをよりよく利用していくためには、本人・家族が生活・人生を専門的にみる方法、そしてその点につ

いて専門家と話し合う基本的考え方を身につけておくことが必要なのです。すなわち「生活機能」の考え方(Memo参照)、つまり「生きる」との全体像」についての「共通言語」の活用方法を身につけることが大事ということなのです。

参考文献

- 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
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』中央法規出版
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