

- ・大川弥生；リハビリルネッサンス；「伝
い歩き」「もたれ」の活用. 福祉新聞.
2005年4月25日号

Ⅱ．研究成果の刊行に関する一覧表

1. 大川弥生：脳卒中と廃用症候群；「生活機能低下の悪循環」予防と「生活機能向上の良循環」への転換. Aging&Health. 13(2)：12-15, 2004
2. 大川弥生：真のバリアフリー環境とは何か；リハビリテーションの視点からみた歩行の意義. 病院建築. 143：8-11, 2004
3. 大川弥生：真のバリアフリー環境とは何か；「つくられた歩行不能」から脱却するための新しいリハビリテーション.Home Care MEDICINE. 5 (12)：9-11, 2004
4. 大川弥生：診療アップデート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. 日経メディカル. 442：80-83, 2004
5. 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. のばそう健康寿命；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
6. 大川弥生；介護研究へのいざない 研究テーマとしての介護予防（2）：ターゲットは生活不活発病（廃用症候群）. 介護福祉士. 4：20-29
7. 大川弥生；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. 医学の進歩を日常に生かす診療アップデート. 日経メディカル編. 日経BP社, 228-232. 2005
8. 大川弥生；寝たきり・歩行不能はつくられる；生活不活発病の克服. NHK社会福祉セミナー. NHK出版. 18 (59)：8-15, 2004

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

脳卒中と廃用症候群

～「生活機能低下の悪循環」予防と「生活機能向上の良循環」への転換～

大川 弥生 ◆おおかわ やよい◆

国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部部長

1982年 久留米大学医学部大学院修了、同年 東京大学リハ部医員(のち助手)、92年 帝京大学講師(のち助教授)、97年 国立長寿医療研究センター老人ケア研究部部長(04年3月組織替えにより現名称)。専門分野はリハビリテーション、介護学。医学博士



全人間的復権としての リハビリを支えるICF

脳卒中に限らず、リハビリテーション(以下リハビリと略す)を考える場合に重要なのは、常にリハビリの原点である「全人間的復権(人間らしく生きる権利の回復)」の立場に立ち返ることである。これは厚生労働省老健局の「高齢者リハビリテーション研究会」(座長:上田敏氏)の中間報告である「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」(2004年1月29日)の基本的な立場でもある。この報告書については本特集の別論文として紹介している(p.24拙稿)。

脳卒中の患者・利用者の全人間的復権の実現のための出発点は、個々の患者・利用者を全人間的に把握することであり、またその実現のプロセスは、一人ひとりの患者・利用者について、全人間的にみて最適の「新しい人生」という個別的・個性的な目標を立て、それを総合的なアプローチで実現していくことである。

この理解・把握と目標設定、そして実現とはいずれも非常に複雑な過程であり、時に単純化の誘惑にかられがちである。しかし最近、複雑なものを複雑なままに整理してとらえるための有力なツールが提供された。それがICF(国際生活機能分類)の「生活機能モデル」であり、これによってリハビリは迷わずに全人間的復権への道を進むことが可能になったといえることができる。高齢者リハビリ研究会報告もICFを基本骨格としている(ICFについてもp.24を参照されたい)。

廃用症候群をICFの立場でとらえる

ICFはリハビリに多くの点で大きな影響を与えるが、その一つが本論文の主題である廃用症候群である。すなわち、従来は主として機能障害レベルのものとしてのみ論じられてきた廃用症候群が、ICFモデルによって生活機能全体に深い影響をもたらす全人間的なものとしてとらえなおされたということである。それが「生活機能低下の悪循環」である。

「廃用症候群」(disuse syndrome)とは、「廃用」(使わないこと)、すなわち不活発な生活や必要以上の安静で起きる、全身のほぼあらゆる器官・機能に生じる“心身機能”の低下である。表に主な症状を示した。

これは高齢者で起こりやすく、いったん生じると回復が困難で、若い人の場合より質の高いリハビリが必要である。

症候群としての把握・対策が重要

「廃用症候群」の正しい理解はまだ極めて不十分である。本質的な問題は、知識や働きかけがごく少数の個々の症候(筋力低下、拘縮等)に限られていて、「症候群」全体としての把握が不十分なことである。

「症候群」とは一見相互に関連がないかに見えるさまざまな症候が、実は共通の原因をもち相互に関連している場合をいう。「症候群」としての正しい知識をもつことで、ある一つの症候をみた場合に、他の諸症候の存在をも疑い、積極的に探索するという態度を養うことができる。また、「不活発な生活」の状況があったときに、廃用症候群を積極的に追求することにも役立つ。

表 心身機能に現れる廃用症候群の諸症候

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 2. 廃用性筋萎縮 a. 筋力低下 b. 筋持久性低下 3. 廃用性骨萎縮 →高カルシウム尿 →尿路結石 4. 皮膚萎縮(短縮) 5. 褥瘡 6. 静脈血栓症 →肺塞栓症	1. 心肺機能低下 a. 一回心拍出量減少 b. 頻脈 c. 肺活量減少 d. 最大換気量減少 2. 起立性低血圧 3. 易疲労性 4. 消化器機能低下 a. 食欲不振 b. 便秘 5. 利尿・血液量減少(脱水)	1. 知的活動低下 2. うつ傾向 3. 自律神経不安定 4. 姿勢・運動調節機能低下

「生活機能低下の悪循環」

生活が不活発になる原因は、生活行為が困難になること(活動の質的低下)、生活行為を実行する回数や時間が少なくなること(活動の量的減少)、外出する目的や機会が少なくなること(参加制約)などである。

したがって、病気や心身機能の低下がある場合でも、活動の質と量、また参加に影響しないようにすれば廃用症候群は防ぐことができる。しかし、逆に病気がよくなっても生活が不活発なままならば、廃用症候群は進んでいく。(心身機能、活動、参加はICF概念:p.24参照)

廃用症候群それ自体は、「健康状態」(ICF概念)と「心身機能」レベルの両者にまたがる概念であるが、その発生・進行には、図1のように生活機能全体、すなわち「活動」(生活)も「参加」(人生)も関与する。これが「生活機能低下の悪循環」である。

これは2つの悪循環からなり、両方が加速しあう。

左の悪循環では「不活発な生活」から廃用症候群(心身機能低下:機能障害)が起り、それによって各種生活行為(活動)の制限が生じる。そのため生活はますます不活発になり、廃用症候群が進行する。そして要介護状態となり最終的には「寝たきり」にすらいたる。

この際、脳卒中による麻痺のように「健康状態」から直接に起こる「機能障害」が「活動制限」を引き起こすことが加わることもある。

右の悪循環では、たとえば定年になった、転居して知人がいなくなった等の「参加」の制約によって外出しなくなり、生活が不活発になる。それが活動制限を起こし、または悪化させ、ますます「参加」を制約する。その結果、生きがい(人生の目標)の喪失にいたる。

この際、図のように環境因子(物的・人的・社会的)や個人因子(興味、価値観など)が大きく影響する。

脳卒中における各時期と「生活機能低下の悪循環」

廃用症候群と「生活機能低下の悪循環」は普遍的にみられる現象であり、これが単独で大きな問題になることも多い(廃用症候群モデル:p.26拙稿参照)が、本特集のテーマに従い、以下、脳卒中の場合を中心に述べる。

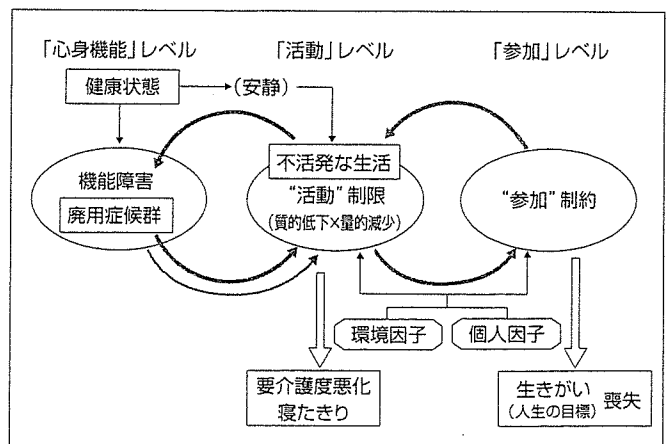
廃用症候群と「生活機能低下の悪循環」は脳卒中の全過程で重要な意味をもつ。これを高齢者リハビリ研究会の報告が提起した「脳卒中モデル」の時期区分(p.26の図2A参照)に沿って述べると次のようである。

なお、従来の「回復期」「維持期」という名称は「心身機能」の低下のみをリハビリの対象とする古い考え方にたつものであり、高齢者リハビリ研究会報告でもこれらの用語は過去についての記述以外には用いていない。

(1) 急性期

脳卒中発症直後の時期には安静と運動障害のため活動が質・量とも制限され、生活は極度に不活発となるため「生活機能低下の悪循環」は必発である。対応としては早期のリハビリによってその進行を予防する。

図1 生活機能低下の悪循環



(2) 集中的リハビリ期

これはほぼ従来の回復期にあたるが、同じではない。高齢者リハビリ研究会報告書では「自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリを行う」時期である。

この時期の「生活機能低下の悪循環」対策は、急性期に完全には解決できずに残った「悪循環」を断ち切り、「生活機能向上の良循環」に転換することである。

(3) 断続的リハビリ期

これは時期的にはほぼ従来の「維持期」にあたるが、内容的には「維持」ではなく「向上」をめざすという点で、根本的に異なる。

高齢者リハビリ研究会報告書では「自宅復帰後は日常的に適切な自己訓練を行うとともに具体的な課題やさらなる目標が設定された時に、必要に応じて、期間を定めて計画的にリハビリを行うことが基本となる」としている。

この時期の「具体的な課題やさらなる目標の設定」とは、第1には生活機能低下が起こったときの早急な回復であり、第2には活動・参加のいっそうの向上をめざすものである。従来のいわゆる「維持期のリハビリ」のように連続的に、漫然と行うものではなく、必要に応じて断続的に行われるものである。

第1の場合に関連して、「生活機能低下の悪循環」は常に同じ速さで進むのではなく、何らかの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ことを指摘したい。手術や肺炎などは大きく影響するエピソードであり、捻挫や風邪なども意外に大きな影響を与える。定年や転居、家族構成の変化などの参加レベルの変化も重要な契機となる。「断続的リハビリ期」においてはこのようなときに短期集中的に関与して悪循環をブロックして逆転し、「良循環」をつくり生活機能を再向上させることが重要である。また、この時期における専門的リハビリの関与は断続的であるが、一般医療機関における「悪循環」予防、「良循環」形成に向けてのリハビリ的指導が重要な役割を演ずるのである。

「生活機能向上の良循環」をつくる

「生活機能低下の悪循環」の根本的な解決は「悪循環」をブロックし、「生活機能向上の良循環」へと転換することである(図2)。

この良循環でも左右2つの環が互いに促進しあう。すなわち「生活全般の活発化」が「心身機能」の向上を引

き起こし、それがさらに「生活全般の活発化」を生むとともに、「参加」の向上が「生活全般の活発化」を引き起こし、それが「活動」の向上を経て、ますます「参加」を向上させる。

「生活機能向上の良循環」形成の鍵は図2の中央にある「生活全般の活発化」(「活動」の向上)である。ここで大事なのは活動の量的増加(歩行量を増やすなど)だけでなく、むしろ質的向上(介護でなく自立、車いすでなく歩行など)である。

とくに重視すべきは右の良循環であり、さまざまな社会参加などの「参加」の向上が「生活全般の活発化」を引き起こす。また「参加」の向上には「活動」の質的向上、とくに自宅内だけでなく外出先で必要な行為(和式トイレの使用、駅の階段の昇降など)が安全にできるようになること、すなわち「活動の普遍化」(「どこでも行える活動」)が大きな意味をもつ。

また、左の良循環では「生活全般の活発化」が「心身機能」の向上を引き起こす。

この良循環形成のポイントは以下のとおりである。

①疾患から安静へのルートを断ち切る

これは「病気なら安静」という誤解を取り除き、病状の許す限りの活発な生活を送ることである(図2の①)。

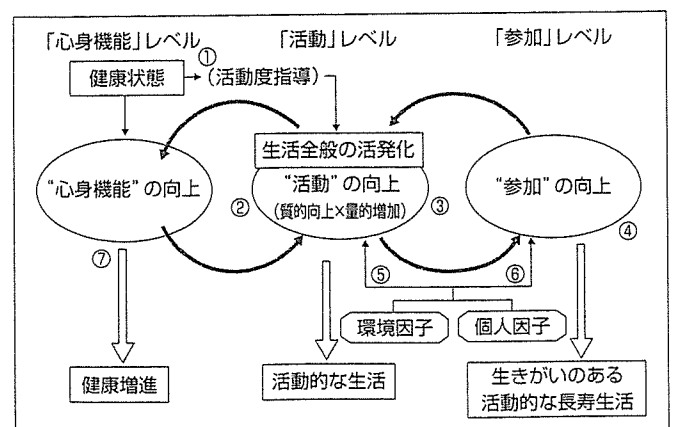
それには医療での「安静度」に代わる「活動度」の指導、挨拶代わりに「お大事に」をやめて「お元気に」などとする、こと、「安静の害」についての一般社会への啓発などが重要である。

②活動向上訓練で活動制限を克服する

「心身機能」の低下があっても活動向上訓練(後述)で「活動」の質的向上は可能である(図2の②)。また活動の量的増加も重要である。(図2の③)

③「参加」の向上

図2 生活機能向上の良循環



「できるだけ外出するように」ではなく、参加向上の具体的な場の提供・指導をきめ細かく行う(図2の④)。

④環境因子の活用

活動向上にも参加向上にも「環境因子」の活用が重要である(図2の⑤、⑥)。また、どのような活動・参加の向上を図るかには「個人因子」(ライフスタイル、興味、価値観など)が大きな影響を及ぼす。

⑤心身機能の向上

「心身機能」への直接的働きかけは、一人ひとりの活動向上のために必要な内容を決めて行う(図2の⑦)。

リハビリの基本技術は生活の場での活動向上訓練

リハビリの基本技術は、従来、機能回復訓練と思われがちであったが、高齢者リハビリ研究会報告が随所に指摘しているように「生活の場における活動向上訓練」である。

活動向上訓練とは、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(とき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。

活動向上訓練は、「めざす人生(参加)」の具体像であるさまざまな「活動」を可能にしていくものである。めざす人生は一人ひとり違うのであるから、活動向上訓練の対象とする「活動」も、それを可能にするための進め方(プログラム)も本質的に個別的なものである。

(1) 「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。これは「できる活動」「している活動」ということができる。

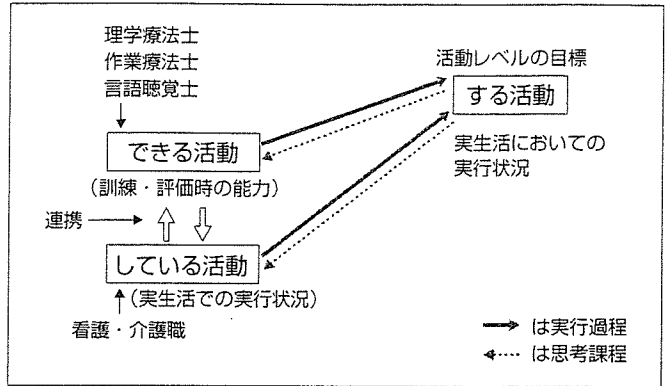
「できる活動」とは自宅・病棟・居室棟などの実際の生活の場での、訓練または評価時に発揮される能力である。よく誤解されるが、訓練室での歩行など訓練時の「模擬的動作」は「できる活動」ではなく、心身機能レベルのものである。

「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「めざす人生」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。

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。

(2) 活動向上訓練のポイント

活動向上訓練のポイントは、「する活動」に向けて、次の3点を連携させて行うことである(図3)。

- ①「できる活動」への働きかけ(理学療法士、作業療法士など)
- ②「している活動」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(車いす用設備優先環境からの脱却、一般社会とのギャップの解消)

また、活動向上訓練には適切な装具・歩行補助具の選択と活用がきわめて重要である。

活動向上訓練のなかで特に重要なのが実用歩行訓練と立位姿勢での各種活動(整容、家事など)の訓練である。これによって一方では行える活動の種類(レポートリ)が増え、他方では活動の普遍化、すなわち、環境限定型活動(ある限られた環境条件でのみ行える活動)でなく、「どこでも行える活動」の基礎となる。そして、それが「参加」の範囲の拡大に役立つのである。

*

以上、紙数の制約のため十分具体的に論じることができなかったが、それらについては文献^{1)~3)}をご参照いただければ幸いである。

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。
- 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、中央法規出版、2004。
- 3) 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楽しく介護、中央法規、2000。

真のバリアフリー環境とは何か

-リハビリテーションの視点からみた歩行の意義

大川 弥生

HOW FREE IS A BARRIER-FREE HOSPITAL ENVIRONMENT ?

-IMPORTANCE OF DESIGNS FOR PRACTICAL GAIT AND ACTIVITIES IN STANDING POSTURE

Yayoi OKAWA

Current hospital design tends to be "barrier-free" only for wheelchair users. However, an overdependence on wheelchairs is becoming a hot issue in rehabilitation, general medicine, as well as personal care. The emphasis is being shifted from wheelchair to practical gait and activities in standing posture. For the latter, a "barrier-free" hospital environment might become real barrier. True "barrier-free" design must be for walking, standing and other real-life activities as well as for wheelchairs.

□ はじめに

今、リハビリテーション（以下、リハと略す）を巡るさまざまな状況や考え方は大きく変わりつつある。本年1月末には厚生労働省老健局の「高齢者リハビリテーション研究会」（座長：上田敏 日本障害者リハ協会顧問）の報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」が出され、さまざまな斬新な提言が盛り込まれた。

しかし実はそれよりも先、昨年（2003年）の4月には介護保険のリハ関係の施策が非常に充実され、研究会の提言を先取りするような各種の制度が設けられていた。さらに2002年の4月には医療保険で昨年の介護保険と同様の方向が既に示されていた。これらは本特集のテーマである車いすと歩行との関係、そして真のバリアフリー環境とは何かということに大きな影響を及ぼすような変化であった。このような状況から見ると、本誌でこのような特集が行われるのは非常に時宜を得たことと考えられる。

筆者はこれまで真のリハを求めての臨床実践と研究から「車いす偏重」となっているリハや介護の現状及び病院・施設的环境について問題提起をし、そこから脱却するプログラムを提示してきたが、今回建築の専門領域のこのような特集に参加する機会を得たことも、誠にうれしく思っている。

□ 差し迫った問題である「作られた歩行不能」

高齢者リハ研究会の提言の一つの柱は「作られた歩行不能」対策の重要性である。これは「車いす偏重」といってもよい。これからの脱却は現在の我が国の医療・介護における大きな問題であり、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。

「作られた歩行不能」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う、それどころか現に歩いている人まで「危ないから」と車いすに乗せられて、その結果、歩けなくなる、ということである。

1) 「作られた歩行不能」の3つのタイプ

「作られた歩行不能」には3つのタイプがある。

第1のタイプは、「廃用症候群の悪循環」¹⁾に陥って歩行が不安定になり、「危ないので車いす」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。これには腰痛や膝関節の痛みなどで次第に歩行量が減り、歩行が不安定になる場合を含めることもできる。それは腰痛や膝関節痛などをおこす病気自体

の悪化というより「廃用症候群の悪循環」が加わった場合が多いからである。

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、早期からの活動向上訓練（後述）が非常に有効で、車いすから脱却することができるものである。

第2のタイプは、歩ける人が「安全第一」と車いすに乗せられ、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、伝い歩きやもたれ立ちが難しい、などの理由で「ころぶと危ないから」と車いすにされてしまうような場合である。われわれの病院・施設での実態調査でもそのようなケースが非常に多いことがわかっていてる。

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はずの人たちである。

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いさえすれば車いすにならなくてすんだ人たちである。

2) 車いす偏重は生活・人生を大きく制約

一般に車いすは障害のある人にとって有益な手段であり、また車いすで生活しやすい環境は弱者に優しい環境であると、好意的にうけとられている。

一面では確かにそうであり、かつて車いすは脊髄損傷者や重度の脳性麻痺者にとって「自立のシンボル」であった。しかし、薬にも副作用があるように、今や車いすにも安易な使用の弊害を指摘しなければいけなくなっている。

もちろん「車いす偏重からの脱却」とは、一律に車いすをやめるとか、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、車いす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。

しかし我々の全国調査では、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なのに、ほとんど全員が車いす生活を送っていることがわかっており、あきらかに「車いす偏重」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（「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) 車いすで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いすに乗ることは、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、車いすにも「自立への第一歩」としての大きな意味があった。

しかし車いすに座ることは寝ているよりはよいとはいえるが、そこに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。

我々のこれまでの研究で、少なくとも高齢者では、車いす生活にとどまる限りは、リハを行ってさえ、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。車いす生活として自立しても、寝たきり化につながる「廃用症候群の悪循環」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性化することが重要で、それによってはじめて「廃用症候群の悪循環」が予防・改善できるのである。

4) 車いす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、まず車いすでも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。車いす駆動や車いす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、それらの前提としては役立たない。

現に私たちの研究で、脳卒中で片まひになった患者は、一旦「車いす自立」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（後に述べる「車いす自立段階スキップ」）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ことが明らかになっている。

また自宅復帰率にも大きな差がでてくる。つまり車いす自立の段階を経るやり方では、歩行自立が不十分なために自宅に帰れず、施設に入所しなければならない人が増える。また自宅に帰れた人を比べても、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、そのために再訓練目的で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あるのである。

□ 環境を考える時に重要なICFモデル

リハと医療・福祉一般を考える場合に基礎的な理論的枠組みとして重要なのがICF（WHO国際生活機能分類、2001）の生活機能モデルである。紙数の関係でこのモデルの詳細な紹介は文献^{2),3)}にゆずらざるをえないが、本論文

のテーマに関係が深い点だけを述べると、次のようになる。

① ICFは1980年のWHO国際障害分類の改定版であるが、障害というマイナス面だけでなく生活機能というプラス面からみるという根本的な視点の転換を行った全く新しいモデルを提示している。

② 生活機能とは人が「生きる」ことの全体を示す包括概念であり、「心身機能」「活動」「参加」の3つのレベル（階層）からなる。これは「生命」「生活」「人生」の3つのレベルと言い換えることができる。

③ ICFでは「環境因子」が導入され、それが生活機能の3レベルと相互作用するものと位置づけられた。しかもこの環境因子は物的環境だけでなく、人的環境、社会的・制度的環境を含む非常に広い概念である。

特にこの最後の点は本論と関係深いものである。すなわち病院・施設の建築・設備はそれ単独で考えられるべきものではなく、物的環境因子として生活機能の各レベルとの複雑な相互作用の中で捉えなければならないということである。また後に述べるように、同じ物的環境因子に属する歩行補助具・装具などとの関係も十分に考慮する必要がある。

□ 活動向上訓練のポイント

では、車いす偏重にとどめないために、本来なすべき専門的対応とは何であろうか。それは「実用歩行」についての「活動」向上訓練であり、そのポイントは次の3点である。

① 「できる活動」（ICFにおける「能力」）への働きかけ（理学療法士〈PT〉、作業療法士〈OT〉など）

② 「している活動」（ICFにおける「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（車いす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、これらが連携してこそ最大限の効果を生むことができる。

□ 病院や自宅の設備・環境をどう考えるか：地域社会とのギャップの少ない病院設備の充実

上記のうち1, 2番目のポイントについては後の「活動向上訓練」の説明にゆずって、まず3番目の病院・施設の物的環境について考えてみたい。

1) 車いす用設備が多いほどよい病院・施設？

残念ながら、現状では病院や介護関係の施設には「車いす用の設備が多いほどよい病院・施設」とでもいうべき傾向があり、新しい建物ほどそれが極端になって、ほとんど車いす用だけになっている場合もでてきている。

例えば、入院・入所患者一人につき一台の車いすが備えられ、車いす用の洗面台やトイレが各室ごとに備え付けられているのがよい病院や施設のように取り挙げられることがしばしばある。

特にリハ病院・施設というと、広い訓練室にアスレティッククラブとみまがうまでの立派な機械が揃っているところを思い浮かべる方が少なくないであろう。そして病棟は車いす用のトイレ、洗面台などが充実しているところ

というイメージがあるのではなかろうか。

2) 歩行と立位姿勢での活動の重要さ

しかし、ここで考えて頂きたいのは、リハの本当の目的は自宅に戻ってからの自宅内および社会の中での生活（活動）と人生（参加）の向上であるということである。そしてその目的は従来考えられがちだったような訓練室での機能回復訓練によってではなく、病棟・居室棟の現実の生活の場における「活動向上訓練」（後述）によってもっとも効果的に達成されるというのである。

自宅・社会の中での高い自立度を達成するためには、可能性のある限り、車いすではなく歩行で移動し、移動して行った先で立位姿勢で種々の活動（洗面・炊事・洗濯物干し、男子小用など）を行えるようにすることが基本である。

そしてそれは病棟などのみにとどまらず、自宅・社会での高い自立度につながるものでなければならない。病院・施設内では自立を達成しても、環境の全く違う自宅・社会の中では種々の困難にぶつかり、自立しえないということは現実に極めて多いからである¹⁾。

後に述べる「活動向上訓練」によって、現在車いす生活とされている人々の多くについて、このような歩行と立位での活動の自立は可能である。そしてそのためには病院・施設の物的環境の大幅な見直しが必要なのである。

3) 車いす用設備がバリアになる

例えば車いす用設備は、立位での活動が不安定な人にとって、かえってバリアとなる場合が多い。後に述べるようにこのような人にとっては、立位姿勢で洗面や調理などの活動を行う際に洗面台や調理台に「もたれ」たり、膝をついたりすることで立位姿勢が安定して行為ができる。しかし車いす用設備には低い、下が空いていて膝がつかない、その他様々な問題があり、これが安定した立位を不可能とするのである。

現在「バリアフリー」ということが叫ばれているが、それは車いすにとっては「バリアフリー」だが、やっと歩いて立って活動を行なえるような人のためにはかえってバリアとなっている場合が多いことを指摘しておきたい。

車いす生活だけを前提とした設計・設備ではなく、歩行による「活動」向上に適した環境という観点、また将来の自宅・社会での自立した生活に役立つような病院・施設環境という観点が必要なのである。

4) あるべき病院・施設的环境

以上をまとめて結論的にいえば、病院・施設の物的環境としては、

①一般住宅および社会生活環境と病院とのギャップを埋める様々な設備、そして、

②歩行と立位姿勢での活動実行が頻回に行いやすい環境を備えること、が大事である。

したがって車いす用の設備は必要なだけにとどめ、むしろ一般家庭、地域社会に通常みられるような設備（特にトイレ、洗面台、ドア、調理台等）が多様に備えられていることが望ましい。例えば和式のトイレ、病棟での簡単なお

茶や調理ができる立位で使う調理台、洗濯機や干し場、そして和室などが備わっているのがよい設備なのである。

実は医療や介護の制度の上でも、2002、2003年の改定によって広い訓練室に機能回復訓練の機械を設置することよりも、自宅や地域社会での生活に向けた活動向上訓練を重視した設備を推奨するようになってきている。これには例えば、通所リハの個別リハ加算等の要件としては立位姿勢用洗面台・訓練用和式トイレ、一般浴槽、屋外歩行ルート等があげられている。

□ 車いすにたよらずに歩行を自立させるには

一活動向上訓練の原理と実際

ここで話を戻して、車いす偏重からの脱却のための専門的対応である活動向上訓練についての要点を述べる。なおこれにも非常に多くの論ずべき点があるので、詳しくは文献¹⁾³⁾を参照されたい。

1) 移動と日常生活とは一連のもの

「歩く」という行為は、歩くことそのものが自己目的ではなく、歩いていった先で何らかの目的活動（ADLや家事など）をするため、あるいは歩きながら何らかの活動をするために歩くのである。従って活動向上訓練では歩行と、その目的とする「活動」とを一体のものにとらえる。

このように歩行の目的行為がうまく果たせるような、それと関連した様々なバラエティのある歩き方が必要となる。そしてこのような複雑さをもった歩行と、歩いていった先での目的行為の両方が自立しない限りは、実生活での歩行は達成されたとはいえないのである。

2) 心身機能レベルの「模擬動作」と、活動レベルの「できる活動」・「している活動」の3者を明確に区別する
一言で歩行といっても、ICFモデルで整理すれば「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者があり、これらを明確に区別することが必要である。

「心身機能」レベルの歩行とは平行棒内歩行、理学療法室での歩行などの、訓練を目的として模擬的な場で行われる「模擬動作」である。「活動」レベルの歩行とは、現実の生活の場（病棟・居室棟・在宅）で、実用的な目的をもって行われる歩行である。そしてこの「活動」には、訓練や評価時に発揮される「能力」（「できる活動」）と、実生活での「実行状況」（「している活動」）とを区別する必要が

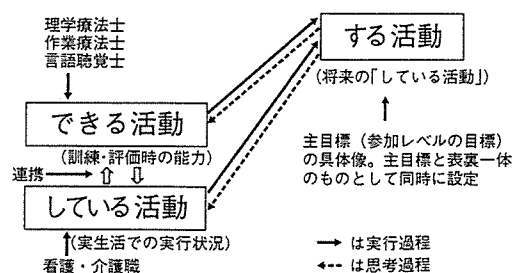
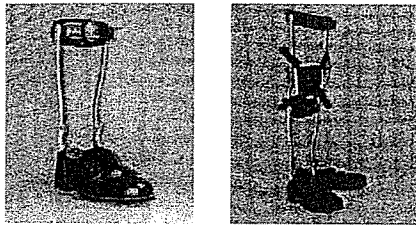


図1 活動向上訓練。思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる“活動”」と「している“活動”」とを向上させていくかを計画するという意味。実行過程の矢印は、この目標に向けて活動向上訓練を行っていくという意味。



短下肢装具

長下肢装具

図2 短下肢装具（金属支柱付）と長下肢装具。これと適切な歩行補助具により麻痺がかなり強くても歩行と立位での活動が非常に向上する。この他にプラスチック製のシューホーン型装具もあるが、歩行・立位の安定性の不十分さ、しゃがみ姿勢がとれないこと（短下肢装具では可能）などの問題が多く、実用歩行には適さない。

ある。

向上させるべきは当然ながら「している活動」としての歩行（実用歩行）である。

3) 「する活動」＝将来の「している活動」

活動向上訓練は、「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」レベルの多数の行為（ADL、家事、等々）についての将来の「している活動」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」向上訓練である（図1）。

4) 「できる活動」：理学療法士・作業療法士による生活の場（病棟・居室棟・在宅）での「活動」向上訓練

PT・OTは、実生活で実際に実行する場所（例：入院中であれば病棟トイレ、洗面台、等）で「活動」向上訓練を行って「できる活動」を十分に向上させる。

従来は、理学療法も作業療法も訓練室で行うもので、病棟での訓練は、脳卒中の急性期などの全身状態が不良で耐久性がない場合に「やむをえず」行なうもの、という考え方（いわば「訓練室至上主義」）が強かった。

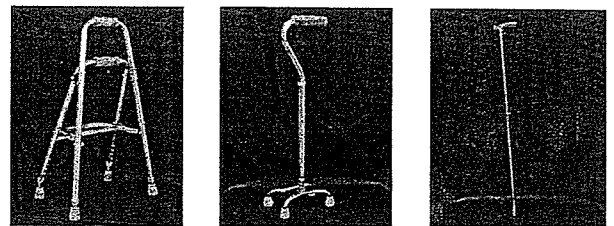
しかしリハ医学は本来、ADLに代表される「生活」（「活動」レベル）の視点を、そのアイデンティティ確立の基本としたものである。その原点に立ち帰れば、生活の場こそ、本来もっともふさわしい訓練の場なのである。

5) 「している活動」：介護を活動向上訓練として位置づける

リハとは訓練室でのPT・OT等による訓練時間帯だけの働きかけと思われがちだが、それ以外の時間帯で多くの「活動」が実行されている。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、実はリハの効果を大きく左右する。すなわち看護職・介護職の介護自体が「している活動」向上のための働きかけとしての高度に専門的な技術として認識されることが重要である。もちろんこれは「できる活動」への働きかけとの十分な連携のもとに行われなければならない。

病院・施設的环境を考える時にもこのような「できる活動」と「している活動」との両者の視点が必要である。

6) 歩行と立位での「活動」向上を目的とした装具・歩行補助具の積極的活用



ウォーカーケイン

四脚杖

T字杖

図3 様々な歩行補助具。ウォーカーケインは多少もたれても安定している。またウォーカーケインと四脚杖は手をはなしても立っているため、種々の「活動」を立位で行なう時に（特に時々姿勢をとりなおすなどのために）有用である。T字杖しか用いようとしないう風潮が歩行能力の向上を妨げ、車いすへの過度の依存を助長しているともいえる。

活動向上訓練のポイントとして装具・歩行補助具の積極的活用がある。装具や歩行補助具は最後の手段ではなく、実生活での活動（「している“活動”」）を早期に自立させるために積極的に活用すべきものである。その際、歩行だけでなく、立位姿勢での「活動」向上の手段としてもこれらを活用する視点が重要である。

図2・3に歩行補助具と装具の主なものを示した。歩行補助具にはこのように様々な種類があり、患者・利用者の状態と、活動の状況に応じてそれらを使い分けるべきであるが、現状ではほぼ一律にT字杖が使われており「T字杖偏重」とでもいうべき状態である。そしてT字杖で歩行が不安定なら、ただちに車いすという状況なのである。

ウォーカーケインや両側支柱付の装具それ自体は多少は重いものだが、しっかりと体重を支えることができ、歩きやすく、かえって楽に感じるものである。

7) 介護歩行が可能になるまでは車いすは介護で

活動向上訓練では「する活動」（活動レベルの目標）が歩行自立と設定されているならば、車いす自立の段階はスキップする。しかしそれは車いすをはじめから全く使わないということではない。初期には車いすを使うが、将来必要でなくなる動作を自立させようとはせずに、乗り移りも移動も介護で行う点が大きく違うのである。そして、介護して歩行ができるようになれば、車いすは使わないようにするということである。

□ おわりに

以上、種々の角度から、いかに「車いす偏重」「作られた歩行不能」から脱却して、自立歩行と立位での活動を自宅生活と社会生活の中に生かすかについて述べ、その突破口の一つとして、病院・施設的环境をどう変えていくかということについて論じた。

車いすのためだけのバリアフリーではなく、歩行による「活動」向上の観点を重視した、真のバリアフリーが望まれるのである。

（国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部
National Center for Geriatrics and Gerontology, Department head, Department of Functioning Activation.）

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）、2004
- 2) 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
- 3) 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

「つくられた歩行不能」から脱却するための新しいリハビリテーション



国立長寿医療センター研究所
生活機能賦活研究部
大川弥生氏

住宅改修とバリアフリー

バリアフリーという言葉は一般にも広く知られてきている。しかし、その現状を見ると、施設や住環境のバリアフリー化が、本当の意味で対象となる人のQOLの向上に寄与しているかどうかには疑問が多い。特に病院や施設などにおける「車いす偏重」と言えるような状況は廃用症候群を招きやすく、結果として寝たきりなどの状況につながってしまう。ここではリハビリテーションの視点から見た、「車いす偏重」ではない真のバリアフリー環境について、国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部の大川弥生氏に話を聞いた。

者リハビリテーションのあるべき方向性」がまとめられ、さまざまな斬新な提言が盛り込まれた。これらの提言のなかで、重要な柱になっている点に「つくられた歩行不能」対策がある。

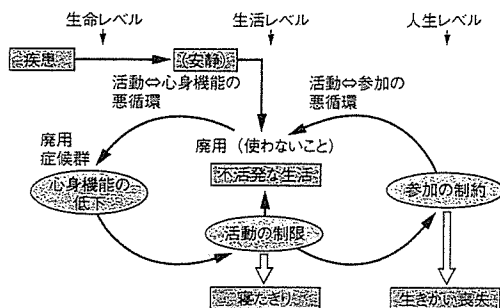
大川氏は次のように語る。「『つくられた歩行不能』とは、専門的な働きかけが不十分なままに、本来なら歩けるはずの人を歩けないままにとどめてしまう。それどころか現に歩いている人まで『危ないから』と車いすに乗せられ、その結果、歩けなくなるということです」

同氏によると、こうした「つくられた歩行不能」には、3つのタイプがあるという。第1は「廃用症候群の悪循環」(図1)に陥って歩行が不安定になり、「危ないので車いす」とされた場合である。その原因として大きいのは、内科的な疾患や外科的な手術の後の「安静の取りすぎ」や慢性疾患のため生活が不活発になることである。これには、腰痛や膝関節の痛みなどで歩行量が次第に減り、歩行が不安定になる場合も含まれる。なぜなら、こうしたケースの場合、腰痛や膝関節痛などを起こす疾患自体の悪化だけでなく「廃用症候群の悪循環」が加わった場合が多いからだという。

「つくられた歩行不能」の3つのタイプ

今年1月、厚生労働省老健局の「高齢者リハビリテーション研究会」(座長：上田敏・日本障害者リハビリテーション協会顧問)による報告書「高齢

図1. 廃用症候群の悪循環



第2のタイプは、歩けるが「安全第一」と車いすに乗せられ、それがきっかけで「廃用症候群の悪循環」が始まり、歩行

できなくなってしまうケースである。自宅では最低限伝い歩きで歩行できていた人が、なんらかの理由で病院に入院したり、デイケア、デイサービスに通うことになると、こうした施設は自宅と異なり広く、伝い歩きやもたれ立ちが難しいなどの理由で、「転ぶと危ない」と車いすにされてしまう場合がある。こうしたケースは、同氏らが行った病院や施設での実態調査でも非常に多いことがわかった。一方で、このケースの人の大部分は、その病院や施設の環境に合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はずの人たちであるという。

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、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。このタイプも、十分な活動向上訓練を行えば、車いすにならなくてすんだ人たちであるという。

車いすでの生活自立は歩行での生活の前提にならない

ノーマライゼーションやバリアフリーという言葉が一般的になっていくなか、車いすは障害のある人にとって有益な手段であり、また、車いすで生活しやすい環境は、弱者に優しい環境であると思われる。しかし大川氏は、一面では確かにそうだが、薬剤にも副作用があるように、現在は車いすにも安易な使用の弊害を指摘しなければならなくなっていると語る。

『車いす偏重からの脱却』といっても、一律に車いすをやめるとか、転倒の危険を冒してまで歩かせるということではありません。しかし、私たちの全国調査では、現在のリハビリテーションでも一般医療でも、訓練室ではかなり歩け病棟や居室棟では少なくとも介護歩行はできるはずなのに、ほとん

ど全員が車いす生活を送っていることがわかっており、明らかに『車いす偏重』という現実があるのです。そして『つくられた歩行不能』の最大の問題は、単に歩くという動作自体が問題ではなく、それによって生活や人生が、本来、実現できるはずの状態よりも低い状態にとどまるということなのです」

例えば「つくられた歩行不能」の第1や第3のタイプに関しては、早期に離床して車いすに乗ることは寝たきり予防の出発点となる。しかし、そこにとどまっているだけでは、マイナス面も少なくない。同氏らのこれまでの研究では、少なくとも高齢者では車いす生活にとどまっている限り、リハビリテーションを行っていても、「廃用症候群の悪循環」の進行を防ぐことができないことがわかっているという。

さらに、第3の脳卒中などのタイプの場合、一般的にはまず車いすで自立することが将来の歩行自立への前提のように考えられがちだが、車いす駆動や車いす坐位での洗面その他の活動は、歩行や立位姿勢での活動と比較すると運動学的に全く別物であり、それらの前提としては役立たないという。

車いすのバリアフリーが かえってバリアとなるケース

こうした問題があるにもかかわらず、現在、多くの病院や介護関係の施設には、「車いす用の設備が多いほどよい病院・施設」というような傾向があり、新しい建物ほど、この傾向が顕著になってきている。

「考えていただきたいのは、リハビリテーションの本当の目的は、自宅に戻ってからの自宅内、社会のなかでの生活と人生の向上であるということです。そして、その目的は従来考えられがちだった訓練室での機能回復訓練によってではなく、病棟・居室棟の実際の生活の場における『活動向上訓練』によって、最も効果的に達成されるのです」

大川氏によると、自宅・社会のなかでの高い自立度を達成するためには、可能性のある限り、車いすではなく歩行で移動し、移動していった先で立位姿勢で洗面、炊事、洗濯物干しなど、種々の「活動」（生活行為）を行えるようにするのが基本という。なぜなら、病院・施設内では車いすを使用して自立していても、環境の異なる自宅・社会のなかではさまざまな困難にぶつかることが現実いきわめて多いからである。

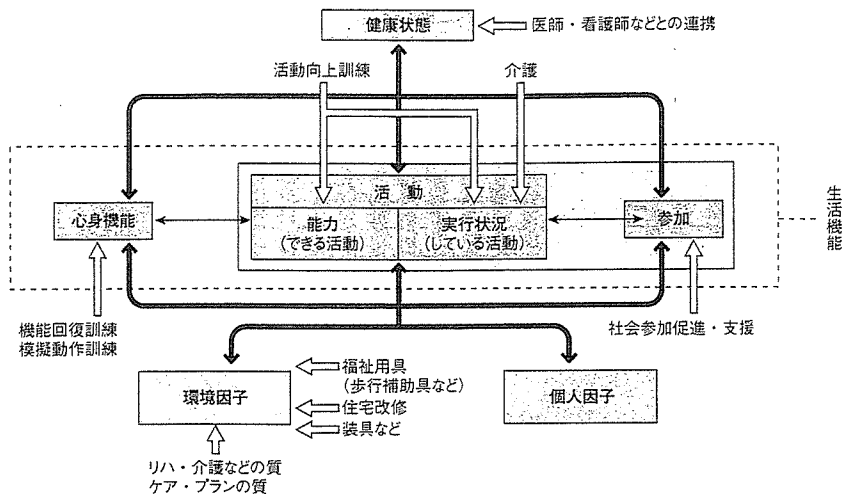
「現在、バリアフリーが叫ばれていますが、それは車いすにとってはバリアフリーですが、やっとな歩いて立って活動を行うことができる人のためには、かえってバリアとなることが少なくありません。例えば、立位での活動が不安定な人にとっては、立位姿勢で洗面や調理などの活動を行う際に洗面台や調理台にもたれたり、膝を着いたりすることで立位姿勢が安定して行為ができます。しかし車いす用設備には、低い、下が空いていて膝が着けない、そのほかさまざまな問題があり、これが安定した立位を不可能とするのです」

以上の点から同氏は、病院や施設の物的環境の大幅な見直しが必要だと指摘。一般住宅および社会環境と病院とのギャップを埋めるさまざまな設備や、歩行と立位姿勢での活動実行が頻回に行いやすい環境を整えることが重要であると語る。こうした意味で、車いす用の設備は必要だけにとどめ、むしろ一般家庭、地域社会に通見られるような設備（特にトイレ、洗面台、ドア、調理台など）が多様に備えられていることが望ましいという。

ICF生活機能モデルに基づいた活動向上訓練の方法

「車いす偏重」を改善し、「つくられた歩行不能」をなくすためには、病院・施設の物的環境の設備改善も含めた、具体的なリハビリテーションが必

図2. ICFモデルで見たリハビリテーション・サービス



ポイント

1. ICFは1980年のWHO国際障害分類の改訂版。障害というマイナス面ではなく、生活機能というプラス面から見るという、根本的な視点の転換を行った全く新しいモデルを提示。
2. ICFを一言で言えば、「生きることの全体像」についての「共通言語」。共通言語とは当事者と専門家との共通のものの考え方、捉え方。
3. 生活機能とは人が「生きる」ことの全体を示す包括概念であり、「心身機能」「活動」「参加」の3つのレベル(階層)から成る。これは「生命」「生活」「人生」の3つのレベルと言い換えることができる。
4. ICFでは「環境因子」が導入され、それが生活機能の3レベルと相互作用するものと位置付けられた。この環境因子は物的環境だけでなく、人的環境、社会的・制度的環境も含む広い概念である。

要になってくる。これに関して大川氏は、基礎的な理論的枠組みとしてICF (WHO国際生活機能分類2001, 図2)の生活機能モデルに基づき、①「できる活動」(ICFにおける「能力」)への働きかけ(PT, OTなど)、②「している活動」(ICFにおける「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(車いす設備優先からの脱却など)の3点を踏まえた活動向上訓練が重要だと語る(図3)。

「歩行をICFモデルで整理すると、訓練室のような模擬的な場で行われる『心身機能レベルの模擬動作』と、現実の生活の場で実用的な目的を持って行われる『活動レベルの歩行』の2つに大別できます。さらに『活動レベルの歩行』は、訓練や評価時に発揮される能力である『できる活動』と、実生活での実行状況にある『している活動』に区別できます。そして、自立支援のためのリハビリテーションで向上させるべきは、『している活動』としての歩行(実用歩行)なのです」

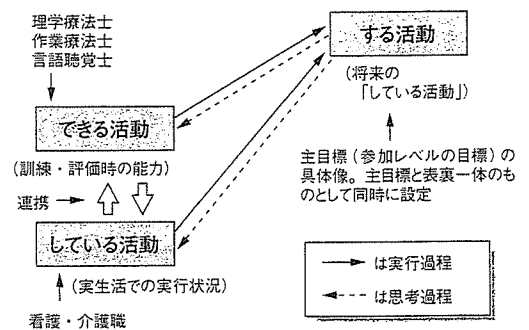
このような考え方に基づいて、活動向上訓練は、活動レベルの目標である「する活動」に向けて行われる。「参加」の具体像が「活動」である。「どのような人生をつくるのか」という「参加」レベルの目標(「主目標」)の具

体像として、「する活動」が設定される。この「する活動」に向けて、「している活動」と「できる活動」を相互に関連付けて向上させていくのが、「活動」向上訓練であるという。

「具体的には、PT・OTは入院中であれば病棟トイレや洗面台など、実生活で実際に実行する場所で1つ1つの生活行為について訓練を行い、『できる活動』を十分に向上させます。また、一般的にリハビリテーションとは訓練室でのPT・OTなどによる訓練時間帯だけの働きかけと思われがちですが、それ以外の時間帯で多くの『活動』が実行されています。こうした『している活動』への働きかけが効果を大きく左右します。ですから看護職・介護職の介護自体が、『している活動』向上のための働きかけとして認識されることが重要なのです」

さらに、こうした活動向上訓練においては、単に歩行だけでなく立位姿勢での生活行為の訓練がより重要だと指摘する。また、一般的にT字杖に偏重する傾向があるなか、四脚杖やウォー

図3. 活動向上訓練



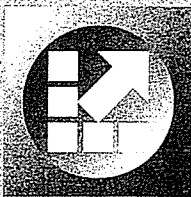
思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる“活動”」と「している“活動”」とを向上させていくかを計画するという意味。実行過程の矢印は、この目標に向けて活動向上訓練を行っていくという意味。

カーケイン、短下肢・長下肢装具などの歩行補助具や装具を積極的に活用することも重要なポイントであるという。「車いす偏重」や「つくられた歩行不能」から脱却し、歩行による活動向上の観点を重視した、真のバリアフリーを実現するためにも、医療・介護関係者はこうした新しいリハビリテーションの方法に着目する必要があるだろう。

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)、2004
- 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
- 大川弥生：真のバリアフリー環境とはなにか—リハビリテーションの視点からみた歩行の意義、病院建築、No. 143、2004

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

国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部部長

UPDATE

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」の指導をすることが、廃用症候群（生活不活発病）の予防につながる。医師は活動の質を重視し、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1）。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4つが挙げられる。

おおかわ やよい氏 久留米大院修了。東大助手、帝京大講師、同助教授を経て1997年より現職。著書に『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）など。

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）

「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、また「心身機能」だけでなく、生活機能全般、特に「活動」（一人ひとりの生活行為の具体的な行い方；“質”とその“量”）に留意することの重要性を指摘したい。

「活動」（生活行為）の質や量を向上させるという観点

●表1 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
パターンリズム	⇒	自己決定権の尊重

から疾病の管理を行うことは、一般医療におけるリハのあり方として重要であると同時に、むしろ一般医療自体の原点ともいえよう。まず「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、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2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、「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

●表2 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)	

(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。

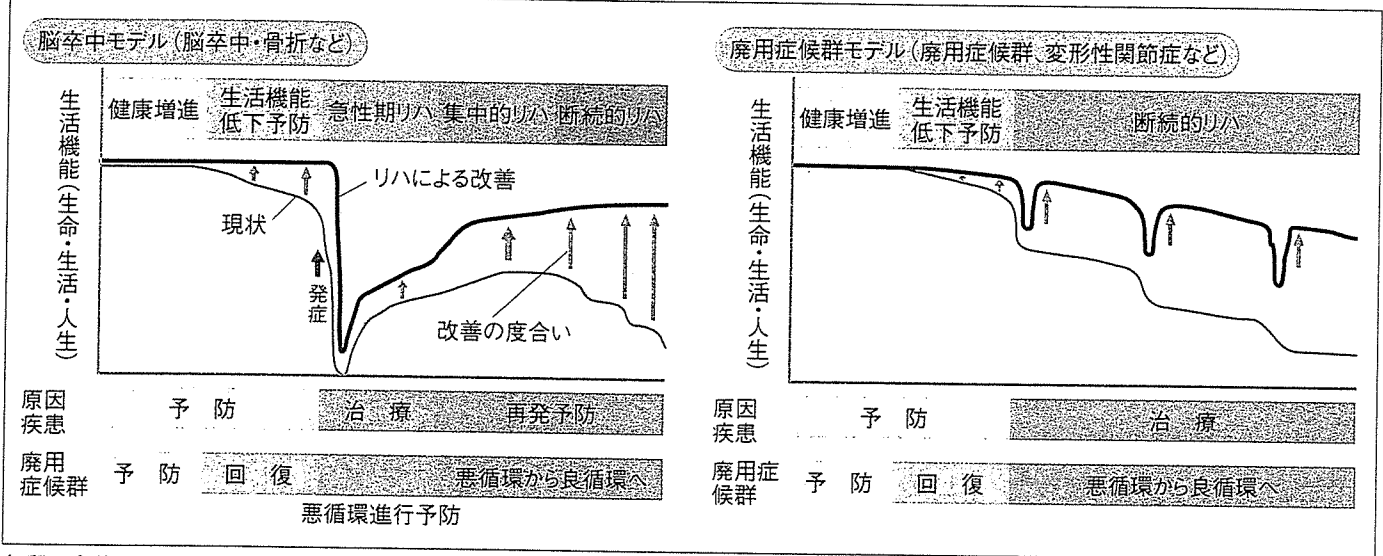
一般医療においては、「安静度」に代わる「活動度」の指導が重要である。病気の管理をしている医師が、具体的に「どの程度動いてよい、動くべきだ」と説明することが必要なのである。それによって初めて生活が活発化する。その際、単に「なるべく動きましょう」というのではなく、一つひとつの生活行為(活動)について具体的に指導し、またより生きがいのある人生を送る「参加」の向上の観点から指導することが必要である。挨拶がわりの「お大事に」をやめて、「お元気に」などとすることも効果的である。また、定年後外出する機会が少なくなる、家族や地域での役割が乏しくなるなど、社会「参加」の制約により「活動」が低下することにも、医師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

「生活の活発化」といった場合に、と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とか、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。

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。

◎ これからのリハビリテーション

● 図1 生活機能低下の2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。

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む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」（徐々に生活機能全体が低下するタイプ）が重要であると指摘している（図1）。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1）。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・チームの関与は必要（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、大きな意味をもつのである。

■ 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2）。

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介助で移動させる」ことである。

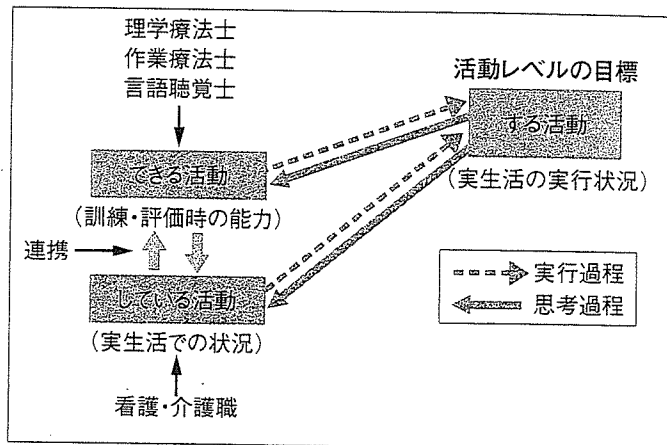
これは「作られた歩行不能」であるが、本来、このような例の多くは、十分な活動自立訓練（適切な歩行補助具・装具の使用を含む）を行っていれば、車いすに頼る生活にならずにすむ人たちである。「人手がないから」「危険だから」とあきらめずに、活動自立訓練の技術を向上させてほしい。

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

●図2 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。

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との「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」と「参加」のレベルである。個々の具体的な生活行為を中心としてリハをみていただきたい。「このような生活行為にこういう不自由がある」「これができれば…」という観点から、リハの必要性やその内容を考え、そして本人とも専門家間でも話し合っ連携を取ることが重要である。

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す。

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

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

はじめての介護保険制度の見直しの中で、介護予防の重要性が強調されている。その介護予防の3大キーワードとでもいふべきものとして「廃用症候群(生活不活発病)」「生活機能」「水際作戦」がある。これをふまえて、本稿では生活不活発病(廃用症候群)の予防について考えてみたい。なおこの3大キーワードは保健・医療・介護・福祉の全てにおいて今後ますます重要な概念になると考えられる。

生活不活発病(廃用症候群)は、厚生労働省老健局高齢者リハビリテーション研究会¹⁾で、これまでのリハビリテーションの主な対象であった、急激に生活機能が低下する「脳卒中モデル」だけでなく、徐々に生活機能が低下

する「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²⁾で、従来の生活習慣病だけでなく、介護予防の観点から「生活機能」をも重視する方向が示され、その中でも廃用症候群が重視され、それが「生活不活発病」であることの認識を持つ必要性が強調されている。また「水際作戦」(生活機能低下の早期発見・早期対応)の必要性がうたわれている。

2. 生活機能

生活不活発病(廃用症候群)を含めた介護予防の3大キーワードに共通するのは、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health; 国際生活機能分類、2001、WHO)の生活機能モデルに立っている

プロフィール
Yayoi Okawa

1982年 久留米大学医学部大学院修了 82年 東京大学リハ部医員(のち助手) 92年 帝京大学講師(のち助教授) 97年 国立長寿医療研究センター 老人ケア研究部部長(2004年3月組織がえにより現名称) 専門分野はリハビリテーション医学、介護学 現職 国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部部長

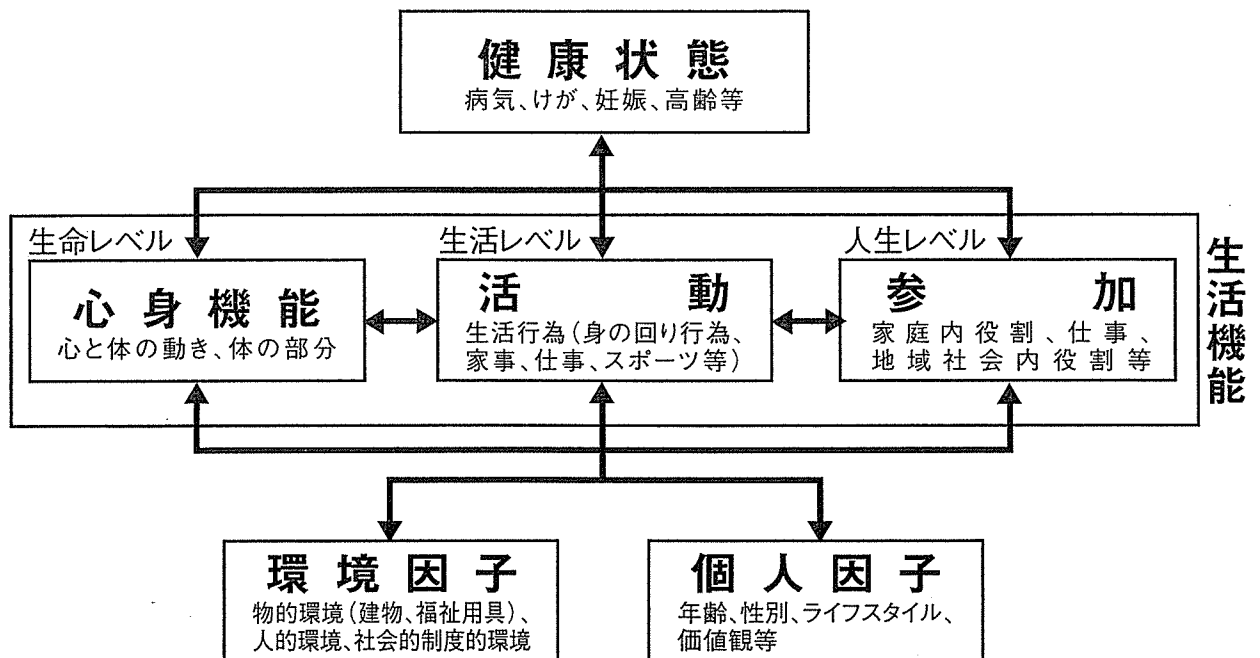


図1 生活機能モデル (WHO.ICF)

ことである。また、これは生活不活発病の発生メカニズムや予防対策を理解する基礎となるので、まずこの点を述べる。

1) 「生きることの全体像」についての

「共通言語」

ICFを一言でいえば、「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」である。ここで“生きることの全体像”とは、図1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ことである。この“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。介護予防もこのような個別性尊重に立つことで、真の効果を上げることができる。

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、共通のものの考え方、とらえ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、本人の自己決定権発揮のためのツールとなることである。

2) 「医学モデル」「社会モデル」から

「包括モデル」へ

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、また主に「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。

もう一つの特徴は、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度転換したことである。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。

このICFの考え方はある意味では根本的