

なものの見方、捉え方の革新である。既に介護保険・介護予防関係や医療保険のリハビリテーションの分野では制度的にも導入されてきている。このようなICFを基盤とする生活機能の考え方は医療・保健・介護・福祉の今後の方向性に大きな影響を与えるものであるが、紙幅にも制限があるため詳しくは拙著^{3,4)}を参照いただければ幸いである。

3) 「活動」(生活行為)に

直接働きかける介護予防

介護予防で、直接的に予防するのは生活行為(「活動」)の低下である。そして究極の目的はよりよい人生を創ること、すなわち「参加」の向上にある。

「活動」を向上させるには、疾病や「心身機能」をよくしなければならぬと考えるのは「医学モデル」にたつ考え方である。

ICFの基本的な考え方として「活動」「参加」の「心身機能」からの“相対的独立性”の理論がある。「活動」は、それに直接働きかけることによって、疾病や心身機能が向上しなくても(時にはそれが悪化していく時でさえ)向上させることができるのである。

また、“「活動」は「参加」の具体像”である。「参加」の向上のために必要な「活動」は何かを、本人とともに見極めていくことが大事なのである。

このように介護予防は「包括モデル」に立って、直接「活動」(生活行為)に働きかけてそれを向上させるという観点が重要である。

3. 廃用症候群(生活不活発病)とは

廃用症候群(disuse syndrome)とは、アメリカにおける第2次世界大戦中の早期離床・早期歩行(early ambulation)の運動と戦後

のリハビリテーション医学の独立・発展を踏まえて1960年代に提唱された概念で、その普及にはHirschberg⁵⁾らが貢献した。これは廃用(disuse、「用いない」こと、すなわち生活全体の不活発さによる心身機能の使用の過少さ)から起こってくる様々な「心身機能」の低下をいう。同様な意味でdeconditioning、あるいはimmobilization、inactivityの悪影響等の表現も用いられる^{6,7)}。

わが国においては、はじめ「運動不足病」などとも訳されたが、この語はよりひろく、運動不足による糖尿病などの、今でいう生活習慣病をも含めて使われる場合もあるため、それを避け、廃用症候群という用語が定着した。

ただ最近になって、廃用症候群が介護予防のターゲットとして重視されるようになり、この概念を専門家だけでなく広く一般国民に普及する必要性が痛感されてきた。

しかしそのためには「廃用」という表現は難しく、また当事者に不快感を与えるおそれがある。更に「用を廃した」(全く行わなくなった)場合のみが問題であって、軽度あるいは中等度の使用低下ならば問題でないかのような誤解をまねく危険もある。

そのため本人・家族自身に「生活が不活発である」という原因を明らかに示す「生活不活発病」という用語を用いることが適切と思われる。現に最近そのような用法が公的な文書においてもしばしば見られるようになってきている。

1) 「年だから仕方ない」?

生活不活発病は高齢者に起りやすく、色々な病気の際に、必要以上の安静をとることによって起ってくることも多い。したがって、「年だから」とか「病気だから仕方ない」と思っていることが実は生活不活発病そのも

表1 生活不活発病の症状(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. 関節拘縮 2. 廃用性筋萎縮・筋力低下 3. 廃用性骨萎縮 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 2. 起立性低血圧 3. 消化器機能低下 a. 食欲不振 b. 便秘 4. 尿量の増加 →血液量の減少(脱水)	1. うつ状態 2. 知的活動低下 3. 周囲への無関心 4. 自律神経不安 5. 姿勢・運動 調節機能低下

のであったり、それが大きく影響していたりすることが少なくない。ということは「仕方がない」のではなく、防げるし、改善できるものだということである。

2) 生活不活発病の諸症状

表1に生活不活発病の主な症状を示した。

ここで大事なのは、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」は比較的知られていないことである。

福祉や医療や保健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、現実には上にあげたようなごく一部のものしかみていないことが多いのは残念である。

実際にはこれら以外のものが重要である。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、「疲れやすさ」の主な原因となる。

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」傾向が起ることで見「痴呆」のように見えることさえ起こるのである。

このような各種の症状が知られていないため、生活不活発病が発生していても適切な手が打たれていない場合が多いのが問題である。

4. 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」を起して進行していくことである。

また生活不活発病は、単に「心身機能」が低下するだけではない。生活行為すなわち「活動」や、社会への「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。このように生活機能の3つのレベル(心身機能、活動、参加)が、相互に関連し合って生活不活発病が生じ、さらに悪化するという悪循環に陥るのが大きな特徴である。

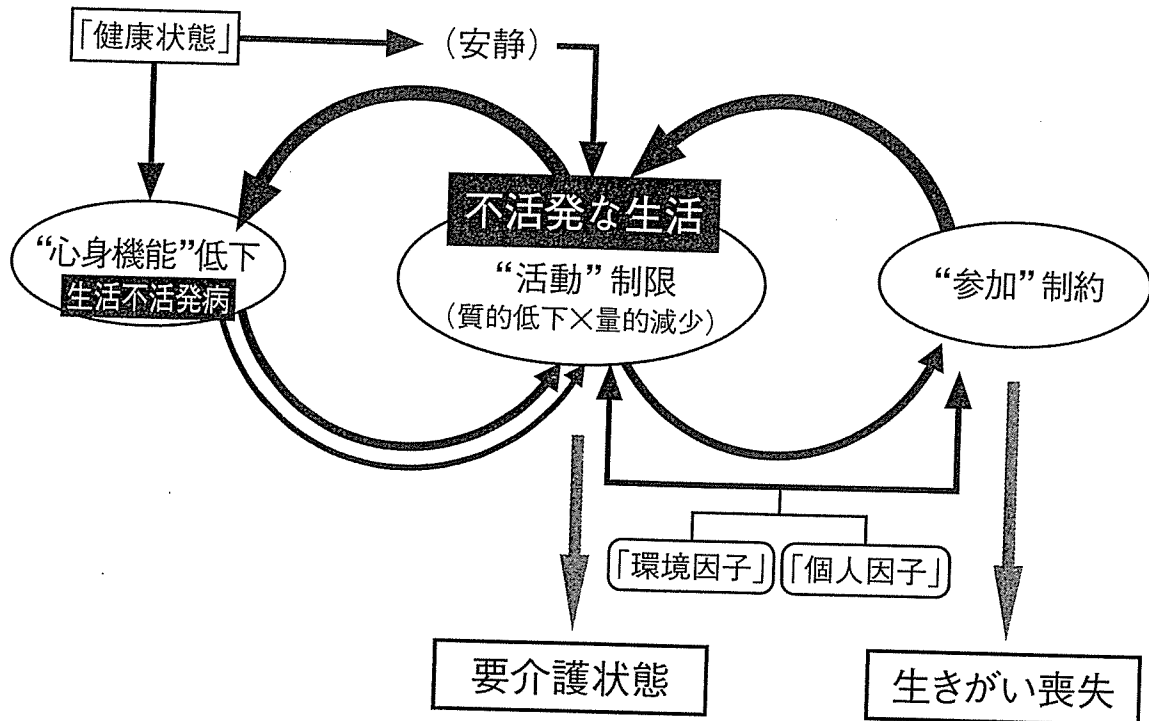


図2 生活不活発病と生活機能低下の悪循環

これを「生活機能低下の悪循環」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、この二つの環が関連しあって進行する。

悪循環のポイントは中央の「不活発な生活」(活動制限)である。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、車いす移動よりは、たとえ介護を受けてでも歩いて移動する方が「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、たとえば洗面・歯みがきなどの「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

質が高いといえる。

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、例えば杖がなくで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「活動」ごとの「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、特別に働きかけない場合は、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(「活動」)について

このように「質」×「量」があり、それを全ての「活動」(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るが、そのきっかけ(契機)は様々であり、次項で詳しく述べる。

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。

右の環の「活動-参加の悪循環」では、

- (一) 「活動制限」が「参加」を困難にし、「参加制約」を起す(または悪化させる)。
- (二) 「参加制約」により生活は不活発になり、「活動制限」を起こす(悪化させる)。

一方、左の「活動-心身機能の悪循環」では、

- (三) 「活動制限」が「生活不活発病」を起す。
- (四) それが「活動」の質的低下と量的減少を起す。

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)の喪失にも到る。

5. 生活不活発病発生の3タイプ

「生活の不活発さ」のおこすきっかけ(契機)は様々であるが、大きくは次の3つのタイプ(図3参照)に分けることができる。

- (一) 「活動」の「量」的減少
- (二) 「活動」の「質」的低下
- (三) 「参加」の制約

1) 「活動」の「量」的減少(図3-1)

まず「活動」の「量」の減少からはじまる場合である。これは「質」の低下はない、つまり種々の生活行為をしようと思えばできるのに、あまりしなくなってしまった状態である。

これには、それ自体は運動機能の障害を起ささないような病気や外傷、あるいは手術などの場合に、「病気なら安静」「無理をしてはいけない」という「通念」に従って不必要な安静をとりすぎることもある。その他、慢性疾患等での「疲れやすさ」や目や耳の不自由やその他の理由からの「消極化」もある。

2) 「活動」の「質」的低下(図3-2)

これは脳卒中、骨折などの急激に運動を困難にする疾患、あるいは変形性骨関節症による痛み等によって、「活動」の「質」的低下が直接引き起こされ、それが生活不活発病を引き起こす場合である。

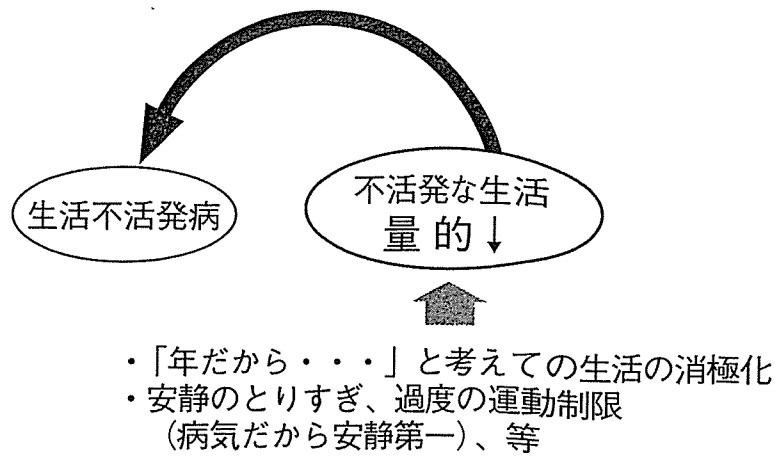
3) 「参加」の制約(図3-3)

一般には「一人暮らしになる」「退職」「転居」といったことが契機となって外出や社会生活への参加が激減し、「活動」の「質」や「量」ともに低下し、生活が不活発になることが少なくない。

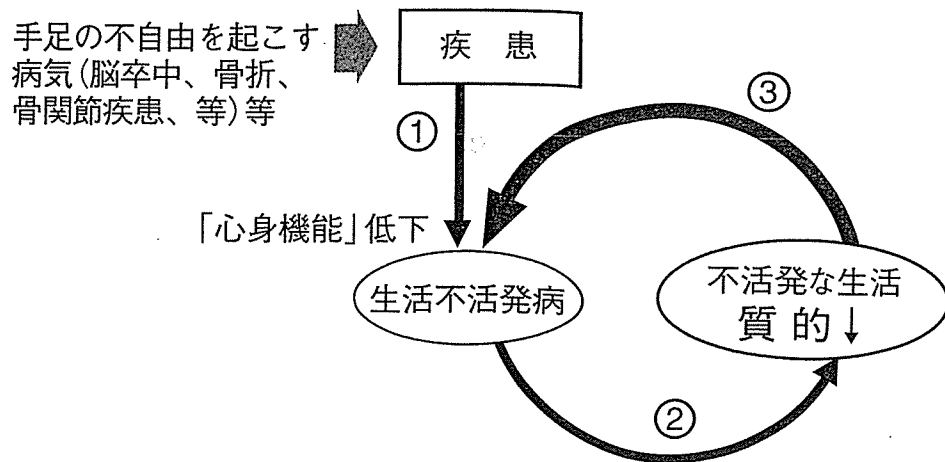
従来生活不活発病は、脳卒中・骨折などによって歩行やその他ADL(日常生活活動行為)が急激に制限されたこと(上記2)タイプ)によって(のみ)起ると思われやすく、ほかの場合が十分理解されていなかったきらいがある。

生活不活発病の克服のためには、一人ひとりについて、どのような契機で「生活が不活発」になったのかをまず把握する。そしてそれ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、それに働きかけることが必要である。筋力低下などの部分的

1) 「活動」の「量」的減少タイプ



2) 「活動」の「質」的低下タイプ



3) 「参加」低下タイプ

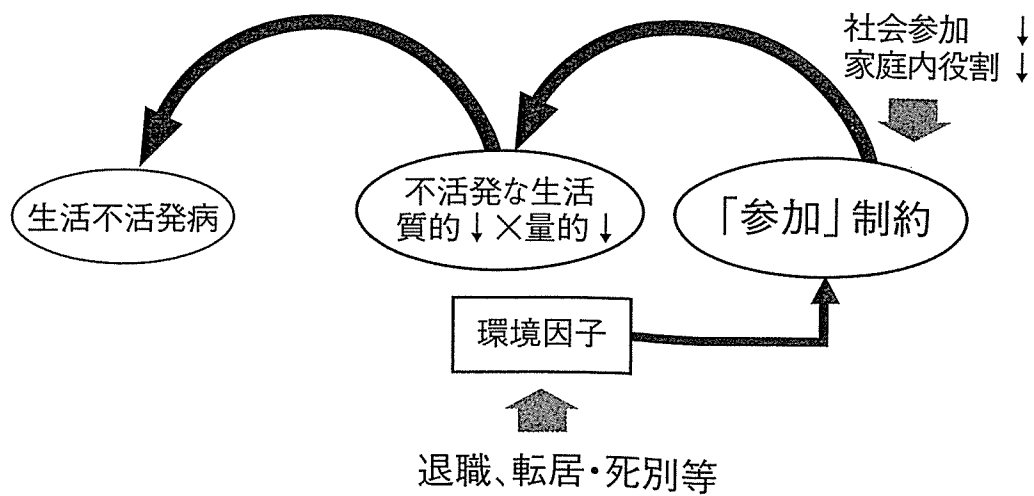


図3 「生活不活発病」発生の契機の3タイプ

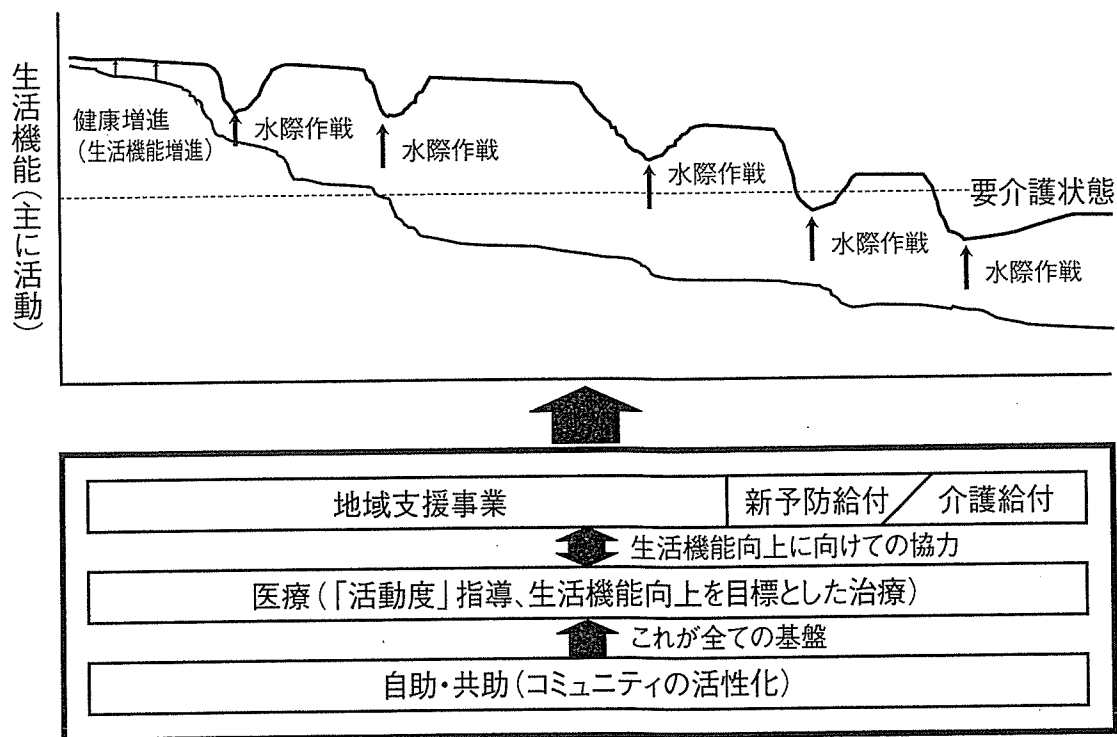


図4 「水際作戦」による生活機能低下予防・向上
 — 早期発見・早期解決 —

な症状（「心身機能」）に対する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。

6. 水際作戦 —低下した生活行為を向上させる

生活不活発病の対策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時に必要なサービスが即座に提供されることが必要である。その中核は「水際作戦」²⁾、すなわち生活機能低下の早期発見・早期対応である。これは介護予防の基本でもある。

「5. 生活不活発病発生の3タイプ」で述べたように生活機能は、風邪をひいて寝込んだ後、大事をとりすぎて足腰が弱った、転んで腰を打ち痛みが残った、子供と同居して家事

をしなくなった、友人が死亡したため外出しなくなったなどの、いろいろ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4参照）。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、ふたたび向上させていくのが「水際作戦」である。

1) 生活機能相談窓口

この生活機能の階段状の低下をとらえるのが早期発見である。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やコミュニティの人々による生活機能(主に「活動」)低下の早期発見が重要であり、そのための啓発が必要である。

また具体的な対応のあり方としては、例え

ば行政による「生活機能相談窓口」があって、そこが本人、家族、コミュニティ、そして医療・介護関係者から生活機能低下時に早期に電話相談を受ける。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、その実際の生活の場で「活動」向上のための働きかけを行うのである。

2) 活動向上訓練（生活行為向上支援）

具体的な内容としては、「活動」（生活行為）への直接的働きかけが中心である。

たとえば、屋外歩行が不自由になれば、適切な歩行補助具（シルバーカー、ショッピングカート、杖など）を選んで、それを使った歩き方を実際に歩く道で指導する。家事が難しくなってきたら、自宅の台所で調理台にもたれるなど負荷の少ない調理の仕方を指導する。洗濯物を持っての歩き方や、重たい洗濯物の干し方を指導する。

家事が困難になったからすぐに家事援助サービスを入れるとか、歩くのが不自由になったから車いすを使うというように代行サービスで対応するのではない。家事能力を高める、また歩行能力を高めるような介護（「よくする介護」⁸⁾）のやり方も含めて対応していくのである。

一見手間がかかるように思われるかもしれないが、実はこのような指導には即効的な効果があり、短期間（1～数回の指導）で自立度が大きく向上するのである。

これが「活動向上訓練²⁾³⁾⁸⁾」（生活行為向上支援）であり、「水際作戦」の中核プログラムである。また、これを支えるサポートプログラムも必要で、その一つは「参加」の一層の向上を図ること、もう一つは自己訓練（個人やグループでの体操、歩行量増加、などによる体力増強）である。

要するに「短期決戦」型の活動向上訓練を、より長期的なサポートプログラムで支えるのである。

たとえば介護予防というと、筋力トレーニングや転倒予防教室など人を集めて、生活機能のうちの「心身機能」、しかもその一部を中心に特別の事業として実施するものと考えられがちである。しかし、むしろ居宅等の実生活の場に出向いて行って、そこでの生活行為（「活動」）を自分でできるように指導し、それによって生活全体を活発化させることを「水際作戦」として高い機動性をもって行えることが重要なのである。

3) 医療の積極的関与と自助・共助

この実践のためには、図4下方の横長の3つの柱で示すように、行政（介護予防）だけでなく、医療の協力、そして自助・共助（コミュニティの活性化）が重要である。

例えば医療の現場では、疾病だけでなく生活機能の向上の観点から関与する。一例をあげれば、「安静度」だけでなく「活動度」¹⁾³⁾⁴⁾の指導が効果的であろうし、単に挨拶がわりに交わされる“お大事に”ではなく、その人にとってより適切な声かけが必要となる。

それを支えるのが一般市民と介護保険サービス受給者に対する生活不活発病についての啓発であり、それにもとづいた「自助」、そして地域社会（コミュニティ）の活性化による「共助」の促進である。実はここに生活不活発病予防、そして介護予防の原点があるのである。

文献

1) 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.

2) 老人保険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

3) 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.

4) 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

5) Hirschberg GG, Lewis L, Thomas D.: Re-
habilitation: A manual for the care of the
disabled and elderly, JB Lippincott, 1964.

6) Halar EM, Bell KR: Rehabilitation's rela-
tionship to inactivity, in Kottke FJ and Leh-
man JF (ed) : Krusen's physical medicine
and rehabilitation (4th ed), WB Saunders,
1990.

7) Kraus, H. et al: Hypokinetic disease: role
of inactivity in production of disease, J
Am.Geriat, Soc. 4:463-471,1956.

8) 大川弥生：目標指向的介護の理論と実際,
中央法規出版, 2000年

介護研究への いざない④

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）

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

はじめに

前回述べたように、現在、介護保険制度の改定のなかで介護予防の重要性が強調されている。これは介護の対象者を狭くしようとするのと受け取られがちである。しかし、そうではなく、むしろ従来の「不自由なことを手伝う介護」になりがちだった介護のあり方を、介護とは本来「よくする介護」を探求することだという方向に、大きく転換する好機だととらえるべきであろう。

ただし、この「よくする介護」とは「不自由なことを手伝う介護」に比べて、はるかに高い専門性を求められるものである。今後「よくする介護」の具体的技術を明確にし、その効果を立証することは、介護において重要かつ早急に対応すべき実際の課題であり、同時に研究の課題でもある。

これは、次の三つの観点から考えていくとよい。

①既に現時点において明らかになっている

「よくする介護」の技術

②今後新たに開発すべき「よくする介護」の技術

③現在行っている介護技術のなかで「よくする介護」の観点から反省すべきもの

〈研究のヒント〉

- 「よくする介護」は「生活機能モデル」（第2回参照）と、そして今回述べる廃用症候群（生活不活発病）の観点から整理していくのがよい。①の「既に現時点において明らかに「よくする介護」技術」として確立しているものは果たして何なのかについても、この観点から検討することが必要である。
- ③に関していえば、現状の問題点を真摯に反省していくことは、新たな発展のために不可欠なことである。このような観点からの研究が、②にもつながっていく。

例えば、私自身、現在は「車いすからの脱却」¹⁾²⁾として、車いすの画一的な使用の問題点と、それから脱却するための介護技術の重要性を強調している。これは脳卒中患者のリハビリテーションの予後について

の研究（車いす自立経由プログラムと非経由プログラム〈介護歩行から自立歩行へ〉との結果の比較）において、この「車いす偏重」のマイナスに気づいたことが発端である。

しかし、それに気づくまでは、私自身も、「歩行不能であれば、まず車いす」としていた。すなわち自分自身が行っていたプログラムの問題点に愕然とし、反省を迫られたのであった。しかし、「車いす偏重」のマイナスに気づいたことによって、そこから脱却するための具体的なさまざまな技術やプログラムの開発に取り組むことができた。

その取り組みが、「している活動」への専門的働きかけの重要性の認識、そして介護の重要性と介護技術の開発へとつながってきている（この「車いす偏重からの脱却」に関しては別の機会に述べたい）。

これまで当然だと思って行ってきた介護のやり方やプログラムについて、この機会に、果たして「よくする介護」になっているかという観点から再検討してみることが望ましい。

生活不活発病（廃用症候群）

今回は、介護予防のターゲットとしての廃用症候群（生活不活発病）と、それを発生・

進行させる契機を中心に「介護福祉研究のポイント」を述べていくこととしたい。

1) 廃用症候群モデルと脳卒中モデル

廃用症候群（生活不活発病）は、厚生労働省老健局高齢者リハビリテーション研究会（座長：上田敏氏）⁹⁾で、「廃用症候群モデル」の重視がうたわれて以来、その重要性が再認識されるようになってきている。

このモデルが提唱された背景は、これまでのリハビリテーション（機能回復訓練ではなく、全人間的復権をめざす「活動」向上を中心とする）の働きかけが、急激に生活機能が低下する「脳卒中・骨折モデル」が中心であったことに対し、それだけではなく、徐々に生活機能が低下する「廃用症候群モデル」の重要性を指摘したものである。

生活不活発病は、若い人を含めて誰にでも起こるが、特に高齢者や生活機能低下者（要介護者や障害のある人）に起こりやすい。したがって、「年だから」とか「病気だから仕方がない」「障害だから仕方がない」と思っていることが、実は生活不活発病そのものであったり、それが大きく影響していることが少なくない。ということは「仕方がない」のではなく、防ぐことができ、改善できるものだということである。

〈研究のヒント〉

①要介護者や障害のある人への「よくする介護」として、生活不活発病の予防・改善を

明確なターゲットとして検討する。

- ②利用者・患者の状態把握では、ほとんどの人が生活不活発病を呈すると考えて、その影響を考慮して生活機能を把握する。
- ③改善したことについて、生活不活発病の改善によるものか、他の要因の改善によるものかを混同しないようにする。

例：・生活不活発病の症状としての認知症様の症状は、生活を活発化させることによって改善する。これを認知症の症状と誤り、認知症が改善したと誤らないようにする。

・廃用症候群の症状としてのさまざまな心身機能低下（機能障害）によって生じた「活動」（生活行為）の低下は、生活の活発化で改善する。これを麻痺やその他の原疾患の改善によるもの、すなわち病気をよくしたと誤らないようにする。

2) 生活不活発病

従来、学術的な名称は「廃用症候群」であるが、後に述べるような理由で、本稿では「生活不活発病」という名称を用いる。最近はこのような用法が公的な文書においても、しばしば見られるようになってきている。

まず老人保健事業の見直しに関する検討会⁴⁾で、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、なかでも廃用症候群が重視された。そしてそれが「生活不活発病」であることの認識をもつ必要性が強調さ

れている。

そもそも廃用症候群に関する正しい理解を、専門家だけでなく、広く一般国民に普及させる必要がある。しかし、そのためには廃用症候群という名称はいくつかの問題をもっている。日々の臨床のなかでは、利用者・患者への廃用症候群についての説明に介護福祉士も苦心していると思われる。例えば「動かないと体のあらゆる機能が落ちますよ」と説明するだけでは、常識の範囲内のことと思われるやすく、その深刻さが十分には伝わらない。

また「廃用」という表現は難しく、さらに「廃棄」「廃墟」「廃業」「廃残の身」などの不愉快な言葉を連想させやすく、当事者・家族などに不快感を与えるおそれがある。また「用を廃した」（全く行わなくなった）場合のみが問題であって、軽度あるいは中等度の使用低下ならば問題でないかのような誤解をまねく危険も大きい。

そのため、本人・家族自身に対して、「生活が不活発である」という原因を明らかに示す「生活不活発病」という用語を用いることが適切と思われる。

〈研究のヒント〉

利用者本人・家族に対しては、生活不活発病を生じていること、また生じる危険性があることを説明する義務がある。そのときにどのように説明すれば、最も受け入れられやすく、「行動の変容」（すなわち積極的に生活不活発病を改善しようとする行動の促進）に役

立つかという説明の仕方も介護技術として大事である。そしてそれを明らかにする研究も重要である。

2 生活不活発病(廃用症候群)の正しい理解を

廃用症候群は、その名称だけは普及し、十分に対応していると考えている人も少なくない。しかし、生活不活発病(廃用症候群)の大事なポイントが正しく理解されているとは限らない。そのポイントとは、次の四つである。

- 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」)を考慮しなければならないということ

1) 生活不活発病の諸症状

生活不活発病とは、不活発な生活によって生じる全身のあらゆる「心身機能」(ICFによる。第2回参照)の低下である。表1に生活不活発病の主な症状を示した。

ここで大事なのは、表1のⅠ「体の一部に起こるもの」のうち、特にわかりやすいもの(1拘縮、2廃用性筋萎縮など)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」はあまり知られていないことである。

実際には、これらⅡ、Ⅲが重要である。特にⅡの1の「心肺機能低下」はフィットネス

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

(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する。あるいは「うつ」傾向が起こることで、一見「認知症」のように見えることさえ起こるのである。

なお注意すべきことは、表1はあくまでも特に多い症状をあげたものであり、これ以外にも多くの症状があり、ほとんどすべての心身機能に起こることである。

〈研究のヒント〉

- 福祉や医療・保健分野の人のなかには、「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。しかし、現実には先にあげたようなごく一部のものしか見ていないことが多いのは残念である。

このような各種の症状をよく理解することによって、生活不活発病を早期に発見し、適切な手を打つことは、「水際作戦」(第3回参照)として重要である。

- 生活不活発病は、一つひとつの症状は著明でなくても、多くの心身機能が同時に低下することの「相乗作用」として起こり、個々の「活動」(生活行為)の「やりにくさ」としてまず現れてくるのがふつうである。

介護福祉士は、そのような「している活動」の「やりにくさ」の発生にはすぐに気

づくことができる立場にあるので、「活動の困難」を生活不活発病としてとらえる鋭い眼をもつことが非常に重要である。またこの点で有利な立場にある介護福祉士には、それを活かした研究が期待される。

3 生活機能低下の悪循環¹⁾²⁾⁵⁾

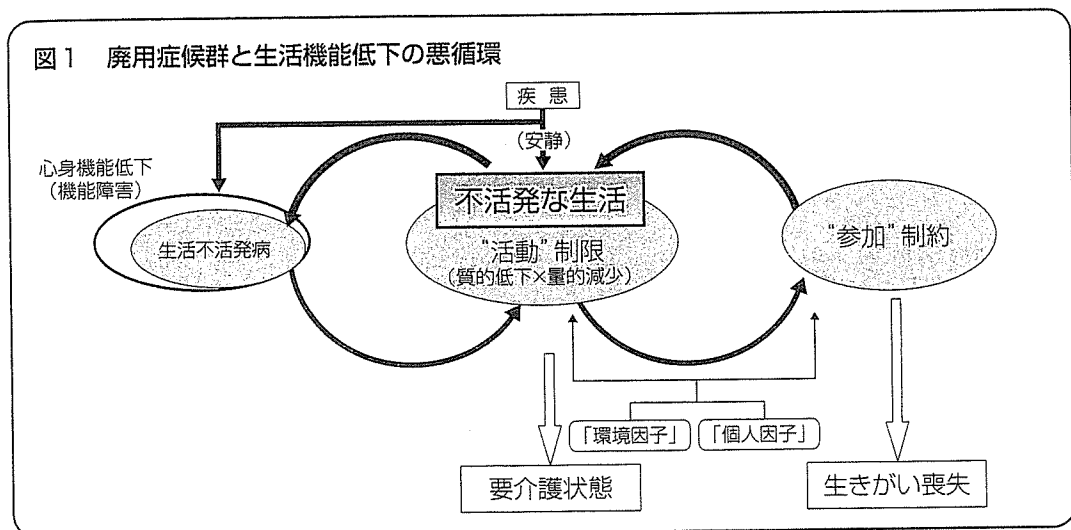
生活不活発病の大きな特徴は、一旦起きるとあたかも雪だるまが坂を転げ落ちながらどんどん大きくなるように、「悪循環」を起こして進行していくことである。

生活不活発病は、単に「心身機能」が低下するだけではない。生活行為(すなわち「活動」)や、社会への「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」と呼ぶ。これは図1のように“活動”制限を中心とする左右の環からなり、この二つの環が関連し合って進行する。

悪循環のポイントは、中央の「不活発な生活」(「活動制限」)である。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)状態である。この場合の「活動」とは「している活動」であり、

図1 廃用症候群と生活機能低下の悪循環



まさに介護福祉士の専門の領域である。

〈研究のヒント〉

○ 介護予防というと、筋力トレーニングや栄養指導など直接心身機能レベルに働きかけるものと思われがちである。しかし生活不活発病がターゲットであることを明確に認識すると、「している活動」の“質”と“量”が重要である。

その点、介護予防において「している活動」の専門家として、介護福祉士の果たす役割が大きいことは明白である。

活動の“質”と“量”を詳細にみる眼をどう養うか、またそれを向上する観点での臨床実践や研究のあり方は、今後の研究の課題である。

○ 生活の活発化のためには、「活動」の「バラエティ」¹⁾と「レパートリー」¹⁾の拡大に向けての介護技術の拡大が重要である。これは「よくなる介護」のキーワードともいえる。

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」を例にとると、車いす移動よりは、たとえ介護を受けてでも歩いて移動する方が質は高く、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、車いすな

どに腰掛けてするよりは、立っての方が質が高いといえる。

〈研究のヒント〉

- 「活動」の“質”とは、「している活動」としての質である。
- 「活動」の“質”は、自立度（単に自立、見守り、部分介助、全介助などと分ける、など）だけでなく、普遍性（環境の制約を受けることが少なく、行える場が広い。例えば車いすより杖歩行の方が普遍性が高い）や実用性の高さなどを含んだものである。
- 質の高さとしては、実用性の高さが特に重要である。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比べ、杖を使えばずっと安定して速く歩けるような違いをいう。
「杖などに頼らずに歩く方が質が高い」「もたれたり、つかまったりせずに手放しのほうが質が高い」という健常人のやり方と差がないことを、質の判断として最優先してはならない。
- 「活動」の“質”について、一見わずかにみえる差（洗面台、調理台などに面して立った位置の数cm、10～20°程度の足の位置の違い）が、立位の安定性や洗面・調理などの活動のしやすさに大きく影響することなどを丁寧にみるのが大事である。

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。例えば朝から晩まで一日に何回、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。

個々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」である。したがって「している活動」として行っている「活動」の種類（レパートリー）が多いことも「生活の活発さ」を向上させる重要な要素である。

〈研究のヒント〉

- 「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であり、「質」×「量」として考えることが必要である。
- “量”として活動をみる場合にも、常に“質”も考えることが大事である。“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。

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」（活動）が低下したことから起こるが、そのきっかけ（契機）はさまざまであり、後に詳しく述べる。

どのようなきっかけにせよ、「活動制限」が起きると、左右どちらの環についても悪循環が起これ、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」（量的減少、質的低下）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) 「生活不活発病」による心身機能低下（表1参照）が「活動制限」を一層悪化させる。

このようにして左右の悪循環が互いに促進し合いながら悪化していく。

このような「活動制限」は、やがては要介護状態をつくり、「参加制約」は、「生きがい」（人生の目標）の喪失にも至る。

4 生活不活発病発生の3タイプ

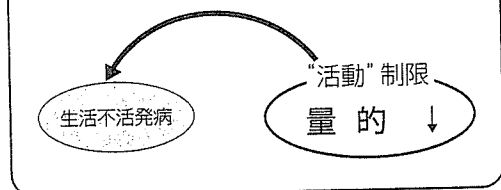
「生活の不活発さ」の起こり方ときっかけ（契機）はさまざまであるが、大きく次の三つのタイプに分けることができる。

- (1) 「活動」の“量”的減少
- (2) 「活動」の“質”的低下
- (3) 「参加」の制約

1) 「活動」の“量”的減少（図2）

まず「活動」の“量”の減少から始まる場合である。これは“質”の低下はない、つま

図2 「活動」の“量”的減少タイプ



り種々の生活行為をしようと思えばできるのに、あまりしなくなってしまった状態である。

この原因として第一に、それ自体は運動機能の障害を起こさないような病気や外傷、あるいは手術などの場合に、「病気なら安静」という「通念」に従って、不必要な安静をとりすぎるのが非常に大きい。その他、慢性疾患等での「疲れやすさ」や目や耳の不自由などの理由からの「消極化」もある。

2) 「活動」の“質”的低下（図3）

これは脳卒中、骨折などの急激に運動を困難にする疾患、あるいは変形性骨関節症による痛み等の心身機能低下（機能障害〔①〕）によって、「活動」の質的低下が直接引き起こされ〔②〕、それが左の「活動」-「心身機能」の悪循環による生活不活発病を引き起こす〔③〕場合である。

3) 「参加」の制約（図4）

一般には「一人暮らしになる」「退職」「転居」といった環境因子の変化が契機となって、家庭内の役割や社会生活などの「参加」が激

減し、生活が不活発化することが少なくない。災害もまた重要な環境因子であり、参加の制約を介して生活不活発病を引き起こす。

〈研究のヒント〉

- 従来、生活不活発病は、脳卒中・骨折などによって、歩行やその他ADL(日常生活

活動行為)が急激に、そして大幅に制限されたことによって(のみ)起こると考えられやすく、ほかの場合が十分理解されていなかったくらいがある。

また一方で、寝たきりの原因ではあるが、改善することは難しいと考えられやすかった。

しかし、軽度の生活機能低下の人も、生活不活発病を生じていることも多く、その段階では適切な働きかけによって、改善は十分可能である。このような対象者への介護技術の開発が望まれる。

- 生活不活発病の予防・改善のためには、「なるべくからだを動かしましょう」という一般的な指導ではなく、「活動」の質と量の両方から、なぜ動かないのか・動きにくいのかを生活機能モデルに立って総合的に分析したうえで、動きやすくなるように個別的・具体的に指導していくことが必要であ

図3 「活動」の“質”的低下タイプ

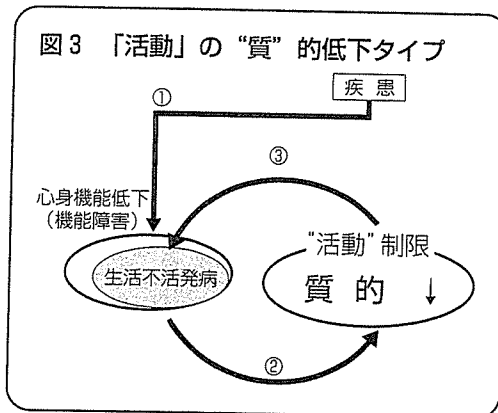
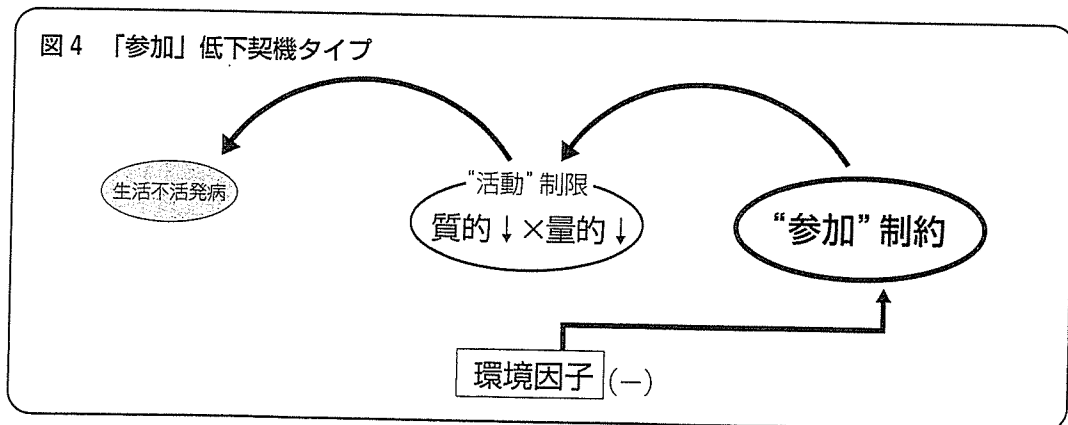


図4 「参加」低下契機タイプ



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」の向上を図る観点から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、前回述

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」（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、とされていること(「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」などとするのも効果的である。