

重要」であり、「医療と介護の連携は大事」ということ自体は合意事項とされていた。しかし、それを実際にそれぞれの患者・利用者に対してどのように行うかべきかの認識は不十分であった。概念的には理解されていても、日常の医療業務の中に骨肉化されているとはいいい難く、なかでも看護職の役割についての認識、特に「活動」・「参加」への働きかけのあり方についてはかなりのばらつきがあった。

また、医療機関の立場からの医療と介護との連携については、一方では連携の仕方として退院後は（たとえ病院外来に通院していても）介護保険サービスにまかせてしまうことで十分と考える傾向が強く、他方では外来で自宅での生活の仕方を聞きだしていくことは、当然の職務内容と考える立場の人々もいた。そしてこの観点から十分に対応できていない、また病气中心にみがち傾向があることが問題であるとの指摘もあった。

また前者の立場からは、病院内での職種間の連携は、十分に行われていると考えているのに対し、後者の立場からは不十分であるとの認識であり、その改善のための他職種へのリクエスト（希望事項）が多かった。

生活機能レベル毎にみると、病棟生活において最も基本となる「している活動」については、前者は看護職が直接携わずに介護職にかなりまかせてよいとする傾向があり、また「している活動」をよくすることはリハビリテーションの担当であるとの考えをもつ人が多かった。これに対し、後者では「している活動」について看護職が

十分対応しているという自負があり、リハビリテーションが実生活の向上にむけての働きかけをするように、一つひとつの「活動」についてリハビリテーション担当職種がもっと看護職と打ち合わせをすべきだとの意見が多かった。形は病棟でリハビリテーション・サービスを行っていてもその内容が機能訓練にとどまっているのではだめだとの核心をついた意見もあった。

また評価について、単なる状況の把握として評価をとらえているのか、「活動」レベルを向上させるための情報収集を目的として行うのかについても考え方の違いが大きいと考えられた。

その他、個別的な事例を基にして、意見を分析し、必要に応じ質問によってその意味するところの把握を深めた。

2) 自治体単位

一自治体での意見聴取では、まず行政・介護保険サービスからの意見として主なことは、医療機関からの退院時連絡が「後は介護保険サービス（で医療からバトンタッチ）」という説明や、対応が多いことが指摘された。そのような考え方をもとにした情報提供の仕方や患者への説明であるため、よくするためにアプローチしようとしても利用者本人・家族は「よくできるはずがない」とあきらめ、拒否感が生まれており、積極的関与ができない、また介護保険サービスにしても「よくできるはずがない」「(あとは)不自由なことを補う補完的サービスだ」と思わせてしまう、などの批判が強かった。更に病院からの連絡内容についても「活動」・「参加」、及び運動負荷をする際のリスクについての情報提供が不十分で

あることが問題とされた。

また疾患増悪時などの新たな疾患発症時の対応については医療側、介護保険サービス側ともに、悪くなるのはやむをえないととらえがちであり、悪くならないためにどうしたらよいかの観点での直接的働きかけ、また医療側から介護保険サービスへの要請はほとんどないことが指摘された。このような医療側の対応が介護職の考え方に影響してしまうことがしばしばみられた。また担当者会議で十分との意見もあったが、それでは機動性が低く問題であるとの意見もでた。意見の差はかなり大きいと考えられた。

一方で医師側からは、介護のことはよくわからないので、結果的に「お任せ」的にとられてしまうような説明・発言になってしまうとの意見もあった。

このように積極的に頻回に医療と介護の連携をしているようであっても実は、パトタッチ的であり、また「介護でよくする」観点は乏しかったといえよう。

2. 高齢者における入院の生活機能への影響の分析

自治体での生活機能低下者の低下過程の分析において廃用症候群モデル（252名）と判定された者の内、生活機能低下の直接的契機に関連した入院歴のある人は127名であった。

そのうち42名（全員中16.7%、入院歴あり中33.1%）からは生活機能低下の契機が入院であるとの自覚的訴えがあった。このうちリハビリテーション実施歴があったのは3名（7.1%）であったが、その他少なくとも28名（66.7%）はリハビリテーション部門のある病院に入院していたが、リハビリテーション的な働きかけは行われていなかった。うち17名（36.2%）は、2名以外は医療機関からは退院時に介護保険申請をすすめられたものであった。これらの全例において介護予防的介入により活動度は向上している。

表1に廃用症候群モデル全体（N=252）、そしてそのうちの入院が生活機能低下の契機である群（N=47）、それ以外の入院歴のある人の群（N=80）での、介護予防的介入による「活動」の自立度・質および「参加」の改善状況を示した。

表1. 「活動」・「参加」の変化（生活機能相談窓口による）

活動		回数・参加	廃用症候群モデル		内：入院が低下の契機		内：低下の契機は入院以外	
自立度	質的向上							
↑		↑	84	33.3%	18	38.3%	23	28.8%
	↑	↑	26	10.3%	3	6.4%	7	8.8%
↑			51	20.2%	16	34.0%	15	18.8%
	↑		64	25.4%	8	17.0%	24	30.0%
		↑	5	2.0%			1	1.3%
変化なし			22	8.7%	2	4.3%	10	12.5%
計			252	100%	47	100%	80	100%

「活動」の自立度向上でみると、入院が契機群では34名(72.3%)と7割強であり、廃用症候群モデル全体での135名(53.6%)、入院歴があるがそれが契機でない群での38名(47.5%)に比べ、向上者の率が高かった。また活動の質・参加も含めての向上者をみても、同様に入院が契機の群での向上者が多かった。

このような効果を生む訪問回数をみると、入院が低下の契機の群で1回39名(83.0%)、2回が3名(6.4%)、3回が4名(8.5%)、4回が1名(2.1%)と少ない回数で改善している。このように少ない回数で改善することができるにもかかわらず、入院中、もしくは退院時に向上させる目的での外来受診や介護保険サービスへの申し送り・紹介はなされていなかった。また介護保険サービスで改善しようとの説明も全くなされていなかった。また介護保険サービスを利用していた人でも積極的に関与した人は少なかった。

そこで相談窓口利用までの経過をまとめたものが表2であり、半数強が本人・家族

の意志で利用しており、これらの人々は1名を除いて、入院中に要介護認定をうけ介護保険サービスをうけていた。また全体のうち29名(61.7%)は介護保険サービスを受けていた。このように介護保険サービスを利用しているにもかかわらず、ケアマネージャーからの紹介は1名もいなかったことは注目すべきことである。

同様に入院が直接契機となった以外の群でも直接本人・家族の意志で利用した41名中29名(70.7%)は要介護認定を受けていなかった。これは本人の意志で改善の可能性をはかる人がいることを意味しており、生活機能相談窓口自体のこの自治体での普及(知名度向上)の効果を示すものといえよう。しかし一方で介護保険サービスを受けている34名中ケアマネージャーからの紹介は8名(17.0%、全体の10.0%)にすぎなかった。また主治医からの紹介は1名にすぎなかった。

生活機能が低下してきていても、介護保険サービスを利用していても向上するためのアプローチはなされていなかった。

表2. 生活機能相談窓口利用開始の経過

	内： 入院が低下の契機		内：低下の 契機は入院以外	
	直接：本人・家族	25	53.2%	41
要介護認定新規申請	17	36.2%	17	21.3%
更新申請	4	8.5%	10	12.5%
区分変更	1	2.1%	3	3.8%
ケアマネの紹介			8	10.0%
主治医からの紹介			1	1.3%
計	47	100.0%	80	100.0%

なお、活動向上の効果をみるために各活動毎に自立度を最高時と訪問指導終了時との2時点で示し、また最高時の質的向上、そして最高時自立度と質的向上の合計を示したものを廃用症候群モデル全体については表3に、入院が生活機能低下の直接的な契機となったものを表4に、入院が直接契機でない群を表5に示した。

開始時すでに普遍的自立(評価点0)の状態にあった活動項目については定義上向上はありえないので、以下それをのぞいた評価点1~4の中でどれだけの者が向上したかを示す改善率(限定的自立)で比較する。

まず「活動」の中でも代表的なものといえる屋外歩行について比較すると、廃用症候群モデル全体では48.6%(表3)であるが、入院が契機となった群では48.9%(表4)、それ以外のものでは47.5%(表5)であり、全く差はない。自宅内歩行についても同様である。

差があるのはADLであり、排泄・整容・入浴のいずれについても入院が契機となった群の改善率がそれ以外の契機のものよりよい。特に排泄の改善率が前者で25.5%、後者で11.4%と2倍上の著明な差を示すことは注目される。整容が14.9%対11.4%、入浴が31.9%対24.1%というのもかなりの差である。

これは家事についても同様で、1年前までの間の実施者について調理では前者では33.3%に対し、後者では29.6%と差は少ないが、洗濯では53.3%対29.0%、掃除では

52.9%対28.6%と大差を示している。

以上の結果は、1)入院が契機となって廃用症候群モデルの生活機能低下をきたした者はそれ以外の契機のものに比べて回復(生活機能向上)のポテンシャル(潜在能力)をより多く有していること、2)したがって入院を契機とした生活機能低下は全てが不可避なものでなく、多くは不必要あるいは過度な安静による廃用症候群そのものによるものだったと考えられること、3)従ってもし入院中に生活機能向上に向けた適切なアプローチが行われていれば現状のような生活機能の低下は防げたはずであり、今回のサービスにより回復(再向上)させた以上の高い生活機能水準を保っていたと考えられること、を示しているといえよう。

このよう入院そのものが生活機能低下の契機となりうるし、それは適切なアプローチにより予防できるという認識は介護予防のための医療機関の役割の重要性を示すものである。

表3. 最高時・訪問指導終了時の自立度向上者および質的向上者
(生活機能窓口利用による) : 活動項目毎一廃用症候群モデル全体

開始時人数		0: 普遍的 自立	1: 限定的 自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行ってい ない	改善率	
							改善者/ 非自立者 2-4	改善者/ 限定的 自立以下1-4
屋外歩行	自立度向上者		19 23.8%	15 19.5%	3 27.3%	45 55.6%	63 37.3%	82 32.9%
	(訪問終了時)		0	9 11.7%	3 27.3%	29 35.8%	41 24.3%	41 16.4%
	質的向上者		18 22.5%	21 27.3%	0	0	21 12.4%	39 15.7%
	計		37 46.3%	36 46.7%	3 27.3%	45 55.6%	84 49.7%	121 48.6%
	開始時人数	3	80	77	11	81	169	249
自宅内歩行	自立度向上者		17 9.2%	11 30.6%	2 40.0%	5 35.7%	18 32.7%	35 14.6%
	(訪問終了時)		0	6 16.7%	1 20.0%	4 28.6%	11 20.0%	11 4.6%
	質的向上者		42 22.8%	8 22.2%	0	0	8 14.5%	50 20.9%
	計		59 32.1%	19 52.8%	2 40.0%	5 35.7%	26 47.3%	85 35.6%
	開始時人数	13	184	36	5	14	55	239
排泄	自立度向上者		7 3.8%	13 27.7%	0	10 76.9%	23 35.4%	30 12.1%
	(訪問終了時)		0	4 8.5%	0	6 46.2%	10 15.4%	10 4.0%
	質的向上者		4 2.2%	0	0	0	0	4 1.6%
	計		11 6.0%	13 27.7%	0	10 76.9%	23 35.4%	34 13.8%
	開始時人数	5	182	47	5	13	65	247
整容	自立度向上者		3 1.7%	10 17.5%	0	4 33.3%	14 18.2%	17 6.8%
	(訪問終了時)		0	3 5.3%	0	3 25.0%	6 7.8%	6 2.4%
	質的向上者		2 1.2%	1 1.8%	0	0	1 1.3%	3 1.2%
	計		5 2.9%	11 19.3%	0	4 33.3%	15 19.5%	20 8.0%
	開始時人数	3	172	57	8	12	77	249
入浴	自立度向上者		1 1.0%	12 16.4%	5 23.8%	25 42.4%	42 27.5%	43 17.2%
	(訪問終了時)		0	7 9.6%	3 14.3%	15 25.4%	25 16.3%	25 10.0%
	質的向上者		3 3.1%	8 11.0%	0	0	8 5.2%	11 4.4%
	計		4 4.1%	20 27.4%	5 23.8%	25 42.4%	50 32.7%	54 21.6%
	開始時人数	2	97	73	21	59	153	250

家事（調理）＜1年前までの実施者＞	自立度向上者		0	2		9	11	11
				5.4%		40.9%	18.6%	11.6%
	（訪問終了時）		0	2		6	8	8
				5.4%		27.3%	13.6%	8.4%
	質的向上者		0	3		0	3	3
				8.1%		5.1%	3.2%	
	計		0	5		9	14	14
				13.5%		40.9%	23.7%	14.7%
	開始時人数	2	43	38		155	193	236
家事（洗濯）＜1年前までの実施者＞	自立度向上者		0	3		14	17	17
				8.3%		51.9%	27.0%	17.0%
	（訪問終了時）		0	2		8	10	10
				5.6%		29.6%	15.9%	10.0%
	質的向上者		2	3		0	3	5
		5.4%	8.3%			4.8%	5.0%	
	計		2	6		14	20	22
			5.4%	16.7%		51.9%	31.7%	22.0%
	開始時人数	2	37	36		27	63	100
家事（掃除）＜1年前までの実施者＞	自立度向上者			2		13	15	15
				8.0%		40.6%	26.3%	16.5%
	（訪問終了時）			1		8	9	9
				4.0%		25.0%	15.8%	9.9%
	質的向上者		1	2		0	2	3
		2.9%	8.0%			3.5%	3.3%	
	計		1	4		13	17	18
			2.9%	16.0%		40.6%	29.8%	19.8%
	開始時人数		34	25		32	57	91

表4. 最高時・訪問指導終了時の自立度向上者および質的向上者
（生活機能窓口利用による）：活動項目毎
－廃用症候群モデル中生活機能低下の原因が入院である者

開始時 自立度		0: 普遍的 自立	1: 限定的 自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行ってい ない	改善率	
							改善者/ 非自立者 2-4	改善者/ 限定的 自立以下1-4
屋外歩行	自立度向上者		1	6	1	10	17	18
			20.0%	33.3%	25.0%	50.0%	40.5%	38.3%
	（訪問終了時）		0	2	1	6	9	9
			0.0%	11.1%	25.0%	30.0%	21.4%	19.1%
	質的向上者		2	3	0	0	3	5
		40.0	16.7	0.0	0.0	7.1	10.6	
	計		3	9	1	10	20	23
			60.0%	50.0%	25.0%	50.0%	47.6%	48.9%
	開始時人数		5	18	4	20	42	47
自宅内歩行	自立度向上者		2	5	0	1	6	8
			6.9%	50.0%	0.0%	16.7%	35.3%	17.4%
	（訪問終了時）		0	2	0	1	3	3
			0.0%	20.0%	0.0%	16.7%	17.6%	6.5%
	質的向上者		1	3	0	0	6	7
		3.4%	30.0%	0.0%	0.0%	35.3%	15.2%	
	計		3	8	0	1	12	15
			10.3%	80.0%	0.0%	16.7%	70.6%	32.6%
	開始時人数	1	29	10	1	6	17	46

排泄	自立度向上者	0	8	0	3	11	11
		0.0%	61.5%	0.0%	75.0%	57.9%	23.4%
	(訪問終了時)	0	3	0	0	3	3
		0.0%	23.1%	0.0%	0.0%	15.8%	6.4%
	質的向上者	1	0	0	0	0	1
	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	
	計	1	8	0	3	11	12
		3.6%	61.5%	0.0%	75.0%	57.9%	25.5%
	開始時人数	28	13	2	4	19	47
整容	自立度向上者	0	6	0	1	7	7
		0.0%	42.9%	0.0%	50.0%	36.8%	14.9%
	(訪問終了時)	0	2	0	1	3	3
		0.0%	14.3%	0.0%	50.0%	15.8%	6.4%
	質的向上者	0	0	0	0	0	0
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	計	0	6	0	1	7	7
		0.0%	42.9%	0.0%	50.0%	36.8%	14.9%
	開始時人数	28	14	3	2	19	47
入浴	自立度向上者	0	2	1	8	11	11
		0.0%	15.4%	25.0%	42.1%	30.6%	23.4%
	(訪問終了時)	0	1	0	5	6	6
		0.0	7.7	0.0	26.3	16.7%	12.8
	質的向上者	0	4	0	0	4	4
	0.0%	30.8%	0.0%	0.0%	11.1%	8.5%	
	計	0	6	1	8	15	15
		0.0%	46.2%	25.0%	42.1%	41.2%	31.9%
	開始時人数	11	13	4	19	36	47
家事(調理)<1年前までの実施者>	自立度向上者	0	1		3	4	4
		0.0%	25.0%		50.0%	40.0%	33.3%
	(訪問終了時)	0	1		3	4	4
		0.0%	25.0%		50.0%	40.0%	33.3%
	質的向上者	0	0		0	0	0
	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%	
	計	0	1		3	4	4
		0.0%	25.0%		50.0%	40.0%	33.3%
	開始時人数	2	4		6	10	12
家事(洗濯)<1年前までの実施者>	自立度向上者	0	1		5	6	6
		0.0%	20.0%		55.6%	42.9%	40.0%
	(訪問終了時)	0	1		3	4	4
		0.0%	20.0%		33.3%	28.6%	26.7%
	質的向上者	0	2		0	2	2
	0.0%	40.0%		0.0%	14.3%	13.3%	
	計	0	3		5	8	8
		0.0%	60.0%		55.6%	57.1%	53.3%
	開始時人数	1	5		9	14	15
家事(掃除)<1年前までの実施者>	自立度向上者	0	1		5	6	6
		0.0	50.0%		50.0%	50.0%	35.3%
	(訪問終了時)	0	1		3	4	4
		0.0	50.0%		30.0%	33.3%	23.5%
	質的向上者	1	1		0	2	3
	20.0%	50.0%		0.0	16.7%	17.6%	
	計	1	2		5	8	9
		20.0%	100%		50.0%	66.7	52.9%
	開始時人数	5	2		10	12	17

表5. 最高時・訪問指導終了時の自立度向上者および質的向上者
 (生活機能窓口利用による) : 活動項目毎
 - 廃用症候群モデル中生活機能低下の原因が入院以外のもの

開始時 自立度		0: 普遍的 自立	1: 限定的 自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行ってい ない	改善率	
							改善者/ 非自立者 2-4	改善者/ 限定的 自立以下1-4
屋外歩行	自立度向上者		8 25.0%	2 10.5%	0 0.0%	13 54.2	15 31.3%	23 28.8%
	(訪問終了時)		0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	8 33.3%	9 18.8%	9 11.3%
	質的向上者		10 31.3%	5 26.3%	0 0.0%	0 0.0%	5 10.4%	15 18.8%
	計		18 56.3%	7 36.8%	0 0.0%	13 54.2%	20 41.7%	38 47.5%
	開始時人数		32	19	5	24	48	80
自宅内歩行	自立度向上者		7 13.2%	3 18.8%	1 25.0%	1 33.3%	5 21.7%	12 15.8%
	(訪問終了時)		0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 33.3%	2 8.7%	2 2.6%
	質的向上者		14 26.4	2 12.5%	0 0.0	0 0.0	2 8.7%	16 21.1%
	計		21 39.6	5 31.3%	1 25.0%	1 33.3	7 30.4	28 36.8%
	開始時人数		4	53	16	4	3	23
排泄	自立度向上者		1 1.8%	5 29.4%	0 0.0%	2 100%	7 31.8%	8 10.1%
	(訪問終了時)		0 0.0%	1 5.9%	0 0.0%	1 50.0%	2 9.1%	2 2.5%
	質的向上者		1 1.8%	0 0.0	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%
	計		2 3.5%	5 29.4%	0 0.0%	2 100%	7 31.8%	9 11.4%
	開始時人数		1	57	17	3	2	22
整容	自立度向上者		0 0.0%	6 25.0%	0 0.0%	2 50.0%	8 25.0%	8 10.1%
	(訪問終了時)		0 0.0%	3 12.5%	0 0.0%	1 25.0%	4 12.5%	4 5.1%
	質的向上者		1 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%
	計		1 2.1%	6 25.0%	0 0.0%	2 50.0%	8 25.0%	9 11.4%
	開始時人数		1	47	24	4	4	32
入浴	自立度向上者		0 0.0%	5 19.2%	1 14.3%	8 42.1%	14 26.9%	14 17.7%
	(訪問終了時)		0 0.0%	1 3.8%	1 14.3%	4 21.1%	6 11.5%	6 7.6%
	質的向上者		1 3.7%	4 15.4%	0 0.0%	0 0.0%	4 7.7%	5 6.3%
	計		1 3.7%	9 34.6%	1 14.3%	8 42.1%	18 34.6%	19 24.1%
	開始時人数		1	27	26	7	19	52

家事（調理）＜1年前までの実施者＞	自立度向上者	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	5 50.0%	6 31.6%	6 22.2%
	（訪問終了時）	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	4 40.0%	5 26.3%	5 18.5%
	質的向上者		0 0.0%	2 22.2%	0 0.0%	2 10.5%	2 7.4%
	計	0 0.0%	0 0.0%	3 33.3%	5 50.0%	8 42.1%	8 29.6%
	開始時人数	1	8	9	10	19	27
家事（洗濯）＜1年前までの実施者＞	自立度向上者	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	6 50.0%	7 33.3%	7 22.6%
	（訪問終了時）	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 33.3%	4 19.0%	4 12.9%
	質的向上者		0 0.0%	2 22.2%	0 0.0%	2 9.5%	2 6.5%
	計		0 0.0%	3 33.3%	6 50.0%	9 42.9%	9 29.0%
	開始時人数	1	10	9	12	21	31
家事（掃除）＜1年前までの実施者＞	自立度向上者		0 0.0%	1 25.0%	4 40.0%	5 35.7%	5 23.8%
	（訪問終了時）		0 0.0%	0 0.0%	2 20.0%	2 14.3%	2 9.5%
	質的向上者		0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 7.1%	1 4.8%
	計		0 0.0%	2 50.0%	4 40.0%	6 42.9%	6 28.6%
	開始時人数		7	4	10	14	21

D. 総括的考察

これまで行ってきた生活機能調査の結果の分析及び、今回行った検討の結果から、医療と介護の連携におけるポイントをまとめた。

1. 介護と医療をめぐる現状とあるべき姿

まず介護をめぐる現状をまとめたものが図2である。横に3つ並んでいる四角囲みは、左から機能障害、活動制限、参加制約であり、これらは生活機能の3つのレベルのそれぞれの困難な点（マイナス面）である。利用者・患者は生活機能の低下を示しており、それをこの3つの階層で分けて分析的にみて、最終的にこの3レベルの間の関係を総合的にとらえることが問題や課題を明らかにするために効果的である。

このような生活機能低下を示す「人」に

対し、医療は病気とそれから生じる機能障害を治すことを中心とする傾向が大きい。

一方介護は活動制限すなわち不自由なマイナスを助け、補うだけにとどまりがちである。（またそのように誤解され、それは介護が正しく活用されないことや介護の社会的評価に影響している。）

このように医療と介護の対象は重ならないので、関係は医療から介護へバトンタッチ、もしくは同時期に関与していても分断・分業的な関係にとどまる。

また左下に示す生活不活発病は、上向きの矢印で示すように、ますます機能障害を生じ、又は悪化させ悪循環を作っていく。しかし介護・医療とも、また利用者、国民も含めて、生活不活発病の予防が可能であり、必要であることまた一旦それがおきて

も改善できるものであるとの認識は不十分である。

これに対し、図2にあるべき姿を示した。医療・介護ともにその守備範囲は広くなり、生活機能に対して専門性を生かしての共働になる。また必要な時期に迅速にメリハリのある資源投入をするようになる。介護は、活動レベルにおいて補うだけではなく、それを積極的に向上させ、低下を予防する「よ

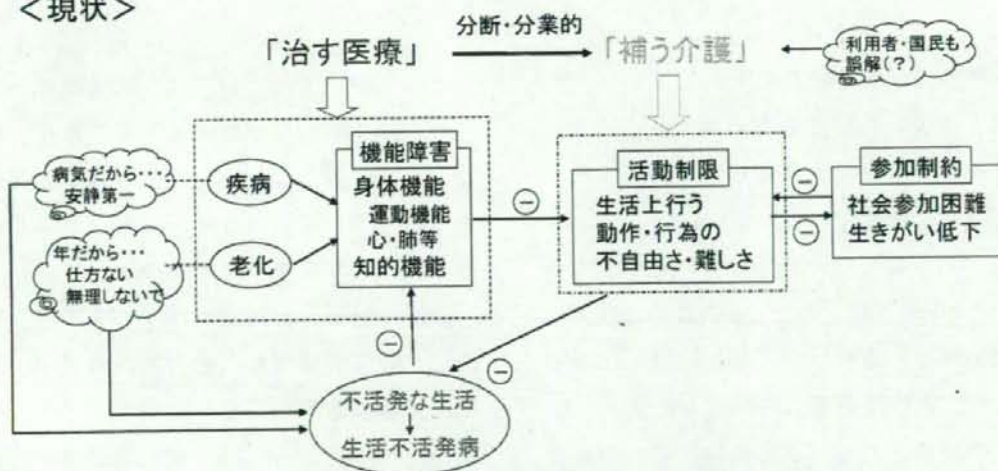
くし助ける介護」となる。

また医療も活動、参加の観点からもみることになる。これが医療ビジョンで示された「治し支える医療」の「支える」という観点といえよう。

また両者ともに生活不活発病への対応をし、また本人、国民全般の認識の向上、自助・共助が重要になる。

図2. 医療と介護：分断から共働へ（1）

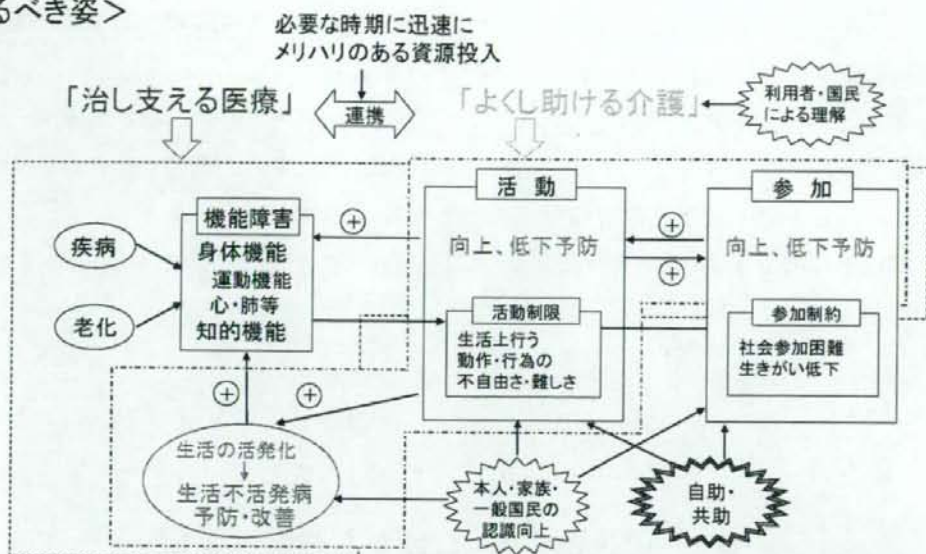
<現状>



※活動制限：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為（活動）の困難。
 ※参加制約：人や社会との関係や役割を持った時、楽しみや権利を実現すること（参加）の困難。
 *生活機能：人が「生きる」ことの全体像、「身体機能・構造」「活動」「参加」の3つのレベルを統合したもの。

図3. 医療と介護：分断から共働へ（2）

〈あるべき姿〉



※活動：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為。すなわち、「参加」を実現するためのあらゆる動作・行為。
 ※参加：人や社会との関係や役割を持ち、楽しみや権利を実現すること。

2. 医療モデルと統合モデル

図2の現状及び図3のあるべき姿には、実はそれを実行し、支える人々の基本的な考え方が反映している。

図3で示した「あるべき姿」の基本となっているのは、「統合モデル」の立場に立つことであり、一方現状（図2）には「医学モデル」が大きく影響しているといえよう。

この現状とあるべき姿には医学モデルと統合モデルという考え方が大きく影響しているといえる。そこで図4および表6に2つのモデルを比較して示した。

図4下の統合モデルは生活機能に影響し、低下を招く原因として病気だけでなく、下にある背景因子（環境因子、個人因子）、また多くの矢印が示すように相互の影響を重視する。

そして解決にあたっては、生活機能の各レベルは相対的な独立性をもつため、機能障害が改善しなくとも活動自体を改善させるものと位置づける。これが「よくする介護」の重要な根拠である。

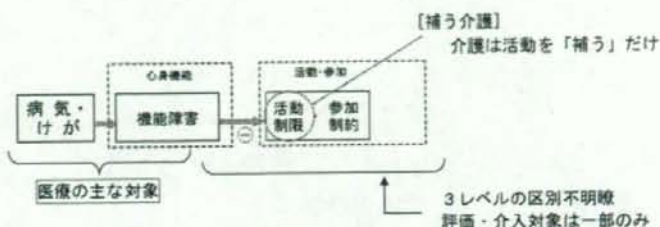
これに対し、上に示す医学モデルは、解決においても病気から右方向への矢印が示す因果関係を重視した一方向でマイナス中心のモデルである。活動・参加の改善には、機能障害の改善しかないと考える。そのため活動・参加に対しては不自由なことを補う、「補う介護」しか方法がないという考え方になってしまう。

このような基本的な考え方の違いを表2に示した。このような違いが実践上の様々な違いを生んでいるのである。

図 4. 医学モデルから統合モデルへ

<医学モデル>

- ・原因：病気が全てを決定する一方向モデル
マイナスモデル
(矢印はマイナス面発生の因果関係)
- ・解決：問題発生の因果関係を過大視
機能障害が改善しないと活動・参加
の向上はない(活動・参加への対応
は補充のみ)

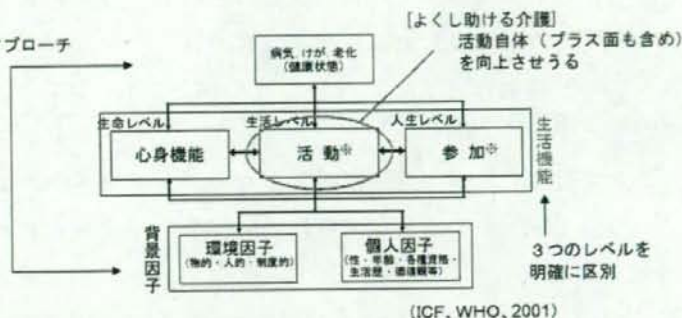


<統合モデル>

生活機能モデル

：分析にもとづいた統合に立つ総合的アプローチ

- ・原因：病気だけでなく、背景因子も重視。
生活機能の3レベル間でも影響し
あう
- ・解決：・生活機能の各レベルは相対的な
独立性をももつ。そのため機能障
害が改善しなくても活動自体を
改善させることができる。
・様々な矢印は互いに影響しあう



(ICF, WHO, 2001)

表 6. 医学モデルから統合モデルへ

<基本的特徴>

	医学モデル	統合モデル
基本ターゲット	病気中心	生活機能 (特に活動・参加) 重視 (疾患管理もその観点で)
活動・参加低下の原因	病気の帰結	病気、環境因子 (物的・人的・制度的)、個人 因子及び生活機能自体が相互に関連しつつ影響
活動・参加低下への対応	治療の結果としての改善	直接働きかけて向上させることができる
もの見方、働きかけ方	マイナス中心。マイナスをできるだけ正常へ戻す	プラス (可能性) を見つけ、引き出す
個人の履歴・特徴<個性>	あまり重視しない (疾患の状態中心)	個人因子 (生活歴・ライフスタイル・価値観など) の尊重
本人の姿勢への影響	受け身・消極的・依存的 (意図しないのに、医療 の場がこのようなになってしまうことが多い)	積極的・参加的・自立的・自覚的 (正しい知識・理解のもとに)
専門家の本人への態度	パターナリズム (父権主義)	自己決定尊重 (本人の積極的関与)

<介護への影響>

	医学モデル	統合モデル
介護の基本姿勢	できない活動を助け補う (よくすることはできない)	活動を助けつつ、よくする (「している活動」の専門家として)
医療と介護との関係	分断 (医療から介護へ移行)・分業	共働
環境への対応	一部の物的環境因子に限られ居る (補充中心)	相互関係を重視。広い範囲の環境因子を活用 マイナス (障害因子) になる危険も留意
チームワーク	各専門分野での対応の集合体	共働 (共同の目標達成のための役割分担)
システムのあり方	専門家・行政中心	自助・共助の促進 (コミュニティの活性化、など)
具体的対応	メニュー中心になりがち	一人ひとりの特性に応じた多様な対応
連携のための共通言語 (共通のものの考え方)	各専門分野独特のものが強く、共通性少ない	「共通言語」の活用 (含：本人・家族) で連携 強化

3. 疾患発症増悪時と介護との連携

医療と介護の連携として、特に病気の発症・増悪や入院から退院する場合のあり方は、本研究でも明らかのように、今後の大きな課題である。特に現在、入院期間が短くなっている中でこれは重要な点である。

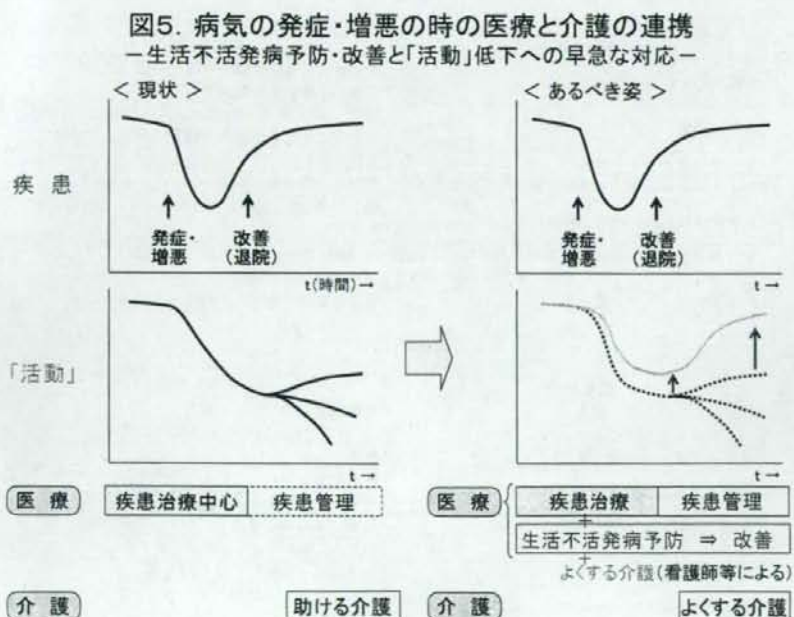
図5に左に現状、右にあるべき姿を示した。上に疾患の状態、下に生活機能のうちの活動を示しているが、左の現状の図で示すようにこの両者の変化、特に改善の経過は平行するものではない。疾患が改善や退院しても、活動は悪化していくことが少なくないのである。

この活動のレベルの低下に対し、右のあるべき姿で示したように、医療においても病気の治療だけでなく生活不活発病を予防・改善することにつとめる必要がある。その際、「生活機能低下の悪循環」の予防と

「良循環」への転換による生活機能向上をめざすこととした生活機能面への働きかけが必要である。

なお、この図は、実は図1の「水際作戦」の図に示したような、廃用症候群モデルが示すような、生活機能の階段状の低下の経過のうちの一つの時点を拡大したものである。病気が落ちついたり退院後に介護が主な時期となっても、不自由さ、活動の低下は「生活不活発病の可能性を考え」、「であれば改善できる可能性がある」として、よくするという観点で関与することが必要である。これは在宅医療の中でも基本的内容として位置づける必要があると考えられる。

以上述べたことは、医療と介護の連携の面だけでなく、介護の理念の再認識とそれを実現する課題でもあるといえよう。



E. 結論

2つの医療機関の従事者の意見分析、また一自治体における高齢者の生活機能低下の実態把握とそれに対する生活機能向上のための働きかけの成果の分析、そしてこれまでの生活機能調査の結果分析等から、医療と介護の連携のあり方について検討し、1)現在の「治す医療」と「補う介護」の分断・分業から「治し支える医療」と「よくし助ける介護」との連携・共働へと進むことの必要性、2)その前提と基本的な考え方として、「医学モデル」からICF（国際生活機能分類）に立った、「統合モデル」へと脱皮・向上することの必要性を確認した。特に医療機関からの退院時や疾患発症・増悪時には、医療機関での生活不活発病予防と、介護での「よくする介護」としての連携が必要である。具体的には「活動」項目に留意し、生活不活発病改善にむけた「よくする介護」の観点からの介入が重要である。これが介護予防の「水際作戦」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：介護予防における生活不活発病の意義。THE BONE 22 (4) : 69 (517) -74 (522), 2008
- ・大川弥生、工藤美奈子、中村茂美：廃用症候群（生活不活発病）の予防・改善；生活機能向上の観点から。臨床スポーツ医学, 25 (9) : 997-1006, 2008

2. 学会発表

- ・Okawa Y, Kudo M, Ueda S, Shuto K, Kurachi M, Arita M: Changes of Activities over a Year in Older Outpatients of seven General Hospitals: Another Evidence in Support of Japanese Provisional Criteria for Activities. WHO-FIC Network Meeting, 30 October, 2008, Delhi, India

3. 報道等

- ・大川弥生：シルバー新報 2008年4月4日 “メニュー中心”から脱却を；ICFの理解がカギ
- ・大川弥生：北日本新聞 2008年7月6日 利用者本位の介護討論

「よくする介護」のあり方 —その基本的な考え方と具体的なプログラム—

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

研究要旨 本研究によって、介護予防における重要なポイントでありながら、現在その実施だけでなく、認識すら不十分といえるいくつかの点が明らかになった。それは、介護を単に不自由なことを補完する「助ける」ものとしてではなく、介護によって「よくする」こととして実践することであり、本研究では、1) 要介護認定者を対象とした「よくする介護」の立場に立った介護予防のあり方、そして2) その具体的なプログラムの確立を目的として研究を行った。そして、これらが現在なぜ実践されないかという問題点をもふまえて「よくする介護」のあり方をまとめた。

その際、介護福祉士の教育カリキュラムの変更でのICF重視の方向性を踏まえ、「よくする介護」におけるICFとの関係も明らかにしながらまとめた。なお、よくする介護とは「不自由なことを手伝う、補完する」のではなく、生活機能の向上をはかるものであり、個別的目標設定をもとにプログラムをすすめていくものである。

A. 研究目的

本研究の目的は、介護保険法改正時の基本骨格となった生活機能低下予防・向上にむけての方向性を実現する介護予防ケアマネジメントのあり方を明らかにすることである。本研究でこれまで行ってきた高齢者の生活機能の実態把握や介護支援専門員などの認識調査、また介護保険サービス及び医療の現場調査からみると、介護予防における重要なポイントでありながら、現在その実施だけでなく、認識すら不十分といえるいくつかの問題点に気づく。特に1) 要介護認定者を対象とした介護予防のあり方、

そして2) その具体的なプログラムとして、介護を単に不自由なことを補完するものとしてではなく、介護によって「よくする」こととして実践するということである。そこでこれらが現在なぜ実践されないかという問題点をもふまえてそのあり方をまとめることとした。

なお、介護福祉士の教育カリキュラムの大幅な変更でICFが重視され、個々の活動毎にもICFのケアマネジメントが求められている。これは介護予防がICFの生活機能予防・改善にもとづいていることにも一致している。しかし、例えば教育カリ

キュラム変更後再編された教科書ではICFの重要性は随所に記載されていても、具体的にその活用の仕方についての記載はほとんどない。そこで「よくする介護」におけるICFとの関係も明らかにしながらまとめた。

B. 研究方法

本研究班での研究及びこれまで行ってきた生活機能調査結果や介護現場の現地調査などにもとづき、特に1)単に不自由さを手伝える(補う介護)ではなく、介護予防の観点、2)介護マネジメント全体の中での機能発揮、3)利用者の尊厳重視、自己決定権重視、に問題意識をもって、現在の介護の課題の解決やあるべき姿に関して、主任研究者がまとめた。初稿は文部科学省介護福祉等に係る講習会テキストに掲載し、それへの意見等をもとに再度内容を検討した。

なお、この場合の介護は介護予防マネジメント全般である。

C. 結果

1. 予防ケアマネジメントの考え方とすすめ方

1. 最良の介護とは何か—その基本的な考え方

最良の介護をすすめるためには、次のような基本的な考え方の再確認が重要である。

1) 介護の対象は「人」

介護の対象は、活動の不自由をもっているひとりの「人間」である。

不自由な生活行為(活動制限)そのものではなく、人が対象なのである。

この「人」の見方も「障害」(生活機能低

下)というマイナスだけでなく、「生活機能」(ICFの基本概念)というプラスの面をもっている「人」としてみるのが大事である。これは、当然のことと思われるかもしれないが、これまでは、病気や障害があると、そういうマイナス面をいかに早く見つけ出すか、そして、いかにマイナスを減らすか、補うかといった考え方が中心であった。介護においても「不自由な行為」というマイナス面を中心としてみてきたのである。

それがプラスの面を中心にみる介護では、まさに人が「生きることの全体像」を、「分析に立った総合」としてとらえることができる。利用者・患者や障害のある人に対して、「病気」中心ではなく、生活機能として、そしてそれに影響する「環境」や「個人因子」も含めて広く見るのが可能になったのである。そしてマイナス面だけでなく、プラスの面を専門家の目で積極的に見つけ、引き出すという考え方へと変わったのである。

介護も目の前の不自由なことという、「生活機能低下のある人」の生活機能低下(障害)、その中でもADLなどという、特定の不自由になった活動項目のマイナス面だけをみるのではなく、生活機能全体をみるように変わってきたのである。

こうして利用者の「生活機能」全体の向上が介護の目的となったのである。

2) 「よくする介護」とは

「最良の介護」とは、一言で言えば、これまでの「助けるだけの介護」でなく、「よくする介護」である。(注1)

これまで、介護とは「不自由なことを手

伝うこと」と思われがちだったが、介護には、利用者の人の状態を「よくする」ことができるのである。不自由な生活行為（「活動」）をよくするだけでなく、社会や家庭での役割（「参加」）も向上させることができる。リハビリテーションの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のように「心身機能」を直接対象とするものではないが、「活動」・「参加」の向上の結果として「心身機能」が向上することはしばしばみられる。すなわち介護によって「生活機能」全体の向上を実現することができるのである。

「よくする介護」としては、より良い状態にするために、その人の隠れたよい点（プラス面）を引き出す技術が大事である。大事なのは、介護の対象である「人」全体を生活機能モデルにもとづいて把握し、その人ならではの個別的目标設定とプログラムを進めていくことである。

3) 「している活動」の意義—それにむけて「できる活動」を高める

「よくする介護」では、「している活動」を向上させることが最大の目的である。それは目の前の不自由さだけを考えるのではなく、次のステップで「している活動」として向上させる活動項目（とそのバリエーション、やり方）を選んで、働きかけることである。

注1: 「よくする介護」の「よくする」内容は「活動」レベルが中心で、そこから「参加」レベルにもよい影響が及ぶことがふつうである。その結果として、「心身機能」にもよい影響が及ぶことはある。しかし「心身機能」を直接よ

くするような働きかけではなく、また不自由な「活動」を単に「補う」ものではない。

4) 介護を必要とする人をめぐる大きな世の中の流れの変化

このように考え方が求められるようになったこと背景としては、世の中の大きな流れとして次の2点があげられる。

(1) 当事者中心

介護に関しても、利用者の尊厳と自己決定権の尊重が強調されている。介護だけでなく、患者・障害のある人など、当事者自身が積極的に専門家に対してもリクエストをし、意見を言い、また質問をするのが望ましいという大きな流れがある。

これは当然のことであるが、今まで不十分であった。専門家が責任をもってプログラムを立てて、実行することが重要なのは変わらないが、いまやそれだけでは十分ではないのである。

(2) 多職種によるチームワーク

もう一つの介護をめぐる大きな流れとして、1人の介護を要する利用者に対して様々な専門職やサービスが関与するようになり、その人の状態について共通の認識や目標をもって対応する必要性が出てきたことがある。

同じ時点において、いわば「横」に様々な専門家・人々やサービスが関与し、また時間的な流れに沿った「縦」の連携も重要である。

2. 「よくする介護」の基本的な考え方

ここで、「よくする介護」というのはどう

いうことかをより具体的に考えてみたいと思う。前節で述べたことを含め、これをまとめたものが表1である。

「よくする介護」という言葉だけだと、ムード的・スローガンの何となくわかった気になりがちであるが、それだけでは「何をすればよいか」という実践の指針とはならない。これを本当に実行するにはICFに立って問題を分析的・総論的に把握することと、将来像である目標が必要となる。

目標をもつということは、「よくする」のは現時点の状態だけでなく、むしろ将来の状態だということである。すなわち将来の目標を考え、その実現に向け現在の働きかけをおこなうことである。

そうではなく、改善の可能性があるにも関わらず、目標をもたずに、目の前の不自由を手伝うだけであれば、せっかくの改善の可能性を阻害することになりかねない。

「よくする介護」とは、「最良の介護」とはどうあるべきかを、臨床実践とICFに立った理論的考察とを重ねながら追求した結果、到達したものである。これはより理論的にいえば、具体的な目標をはっきりと定めて、それに向けて介護を行っていく「目標指向的介護」である。

1) 「参加」の具体像として「活動」を位置づける

「よくする介護」の目標として重要なことは、まず「活動」の様々なレポトリの中での優先順位（どれを優先してとりあげるか）と、その様々なバラエティの中からどのような方法を選ぶかである。それは、実はその人の将来の「参加」のあり方（目標）から決まってくる。「参加」という大き

なことと、一つ一つの「活動」への介護がどう関係があるのか、はじめはわかりにくいかもしれない。しかし、人生とは一日一日の生活からなるもので、その生活の具体像は「活動」の様々な項目と、その具体的なやり方からなるものである。したがって一つ一つの「活動」についての介護は「参加」に大きな意味をもつのである。

2) まず身辺ADLを優先して対象とするのではない

レポトリーに関して考えてみた場合、従来はともすれば介護の対象を活動のうち的身辺ADL (activities of daily living、日常生活活動)に限ったもの、と狭くとらえる傾向があった。確かにADLは最も基本的なものではあるが、利用者・患者の家庭内や社会内での生活〔参加〕にはもっと広い範囲にわたる「活動」全般が大きく影響するので、これらすべてをみる必要がある。すなわち活動の「レポトリー」の数が多く、範囲が広いことが大事なのである。

セルフケア以外の「活動」も介護によって向上させることができるし、これは介護保険制度上の報酬の対象で、介護の対象を狭めるべきものではない。利用者によっては、セルフケア自立よりも優先されるべき活動の項目もありえると考えべきである。

この目標の選択にはインフォームド・コオペレーションによる自己決定権の尊重が不可欠である。

3) 自立だけをめざすのではない

「活動」が自立するのは望ましいことであるが、「よくする介護」がめざすのは自立だけではない。「自立しなければ意味はない」と考えてはならないのである。

表1. 「よくする介護」の基本的な考え方
 - ICFの視点に立った「目標指向的介護」 -

1. よくする介護の対象は「生活機能低下（障害）のある人」とその人の生活・人生全体
2. よくするのは現時点だけではなく、将来を考えて：目標設定が重要
 - ・目の前の問題点への対応を最優先するのではない
 - ・特に「活動」「参加」の向上を重視：「参加」の具体像として「活動」を位置づける

※目標とは ・一人ひとりについて個別的・個性的で具体的なもの（単なる方向性ではなく）

 - ・「活動」の目標は将来における「している活動」
 - ・目標を達成するまでの具体的な道すじ（プログラム）を含む
 - ・目標とは実現可能なもの（その中での最良の選択）- 正確な予後にもとづいた目標設定
3. 「よくする」観点から「している活動」に働きかける
 - 「活動」向上に向けた技術向上のてがかりをみつけるアセスメント
 - ・「している活動」の意義を重視
 - ・目標に向けての「している活動」の各ステップの実現
 - ・「している活動」向上の技術を深める
 - ・介護自体がアセスメント：工夫しながら向上を
4. プラスを専門的技術で引き出す：
 - ・「潜在的な生活機能」を重視：残存機能だけでなく、潜在能力の発見・開発が重要（プラスはマイナスの単なる逆転ではない）
5. 「生活不活発病」・「生活機能低下の悪循環」予防・改善の重視

要（かなめ）は「している活動」向上と「活動度」指導による「生活全般の活性化」

 - ・生活不活発病を予防・改善する「生活機能低下の悪循環」を防ぎ、良循環とする。

〈注意〉・介護のやり方によってむしろ悪化させることもありうることを自覚し、過介護、不適切な介護、過度の環境改善を避けるべき。

※「よくする介護」は、補完的介護（本人ができないことをしてあげる、助けるだけの介護）とは異なるものである。

たとえば現状ではある「活動」項目の自立度が低く、家族だけでは介護しきれず、介護保険サービス等の公的サービスに依存しなければならなかったものが、介護職の働きかけにより自立はしなかったけれども、

家族が介護するだけで行えるようになり「参加」が向上する場合があったとする。例えば、入浴が家族の介護だけではできなかったため、介護職と一緒にやってやったり、入浴サービスを受けたりしてい

たものが、家族だけの介護でも行えるようになったような場合である。これは自立ではないが、自立性の向上であり、大きな意味をもつものである。

4) 安楽な介護が最良の介護ではない

目標を立てずに目の前の不自由なことを手伝うことが、なぜ最良の介護ではないか、について考えてみよう。

これは、例えばベッドからの起き上がりや、車椅子へのトランスファーを、なるべく御本人が力を入れなくてもできるだけ安楽にできるように介護するのが、上手な介護方法なのかどうか、ということにも関連する。

安楽さを優先することは、

①将来の“活動”向上への働きかけをなくすことになる。「活動」のレパートリーを拡大し、またバラエティとしても向上させるのに、低くとどめてしまうということである。それによって、「参加」向上の機会を妨げることにもなる。

②日常の自然の生活でその行為をおこなうという機会をうばってしまい、体を動かすことが少なくなり、生活不活発病（廃用症候群）の発生原因をつくることになる。

③これは介護者の価値観で判断し、いわばそれを押しつけていることであり、自己決定権を尊重していることにはならない。

これらのことによって、プラスを生まないだけでなく、マイナスをつくることになるのである。すなわち不適切な介護ということになる。

もちろん安楽さを優先した方法を選択する場合もある。しかしそれは、御本人の自己決定権を尊重したステップにそって本人

と専門家との合意によってその方法を選択した場合である。

5) 現時点での自立最優先が、実は「自立を妨げる介護」になる危険も

一方で、目標指向的に考えれば、自分のことは自分でやれること（自立）が必ずしも常に最良だとはいえない、という点を検討する必要がある。それは「ある時点での自立が、将来におけるより願ましい形での自立を妨げる（実現を遅らせたり、実現できないようにする）ことがある」ということである。

一般的には介護を必要とする状態よりも自立が望ましいことは確かである。しかし、その時点の目の前のことだけを考えて行くと、長期的にはマイナスになることも少なくないのである。

ある方法であれば ADL などの「活動」が自立している場合でも、将来の「活動」及び「参加」向上を目指して、あえて当面は介護することを選択し、それを通じて、利用者ご本人の能力を向上させることも少なくない。

例えば「車いす自立」をまず実現してから歩行の自立に向かっていくのか、そうではなく、車いす駆動は介助で行い、むしろ介助歩行という「している活動」を重視して進めるのかということである。実は介助歩行を通した方がより早期に自立歩行を達成することができる場合が多いのである。

6) 生活不活発病の予防・改善

介護を必要とするような人は普通、既に「生活不活発病」（廃用症候群）を多かれ少なかれ起こしており、よほど工夫をしてそれを防ぐのでなければ、「生活機能低下の