

IV 廃用症候群（生活不活発病）と「生活機能低下の悪循環」

<廃用症候群>

- 年のせい、病気のせいと思われていたことが、廃用症候群ではないか？すなわち改善できるものではないか？と疑問をもつことが介護予防の基礎となる。
- 廃用症候は心身の機能の全てに起る。
身体だけでなく精神機能への影響も大きい。痴呆やうつ病といわれているものが実は廃用症候であることもありうる。
- 廃用症候群の誘因として身体的な疾患や安静だけでなく、うつ状態や痴呆も考える必要あり。
- 要介護認定者、介護予防の対象者は全て廃用症候群をもち、それが進行する危険をもつと考え対策をたてる。
その基本は本人の望む生き生きとした生活を送ることで生活が活発なこと。

廃用症候群（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. 精神や神経の働きに起こるもの
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. 自律神経不安定 5. 姿勢・運動 調節機能低下

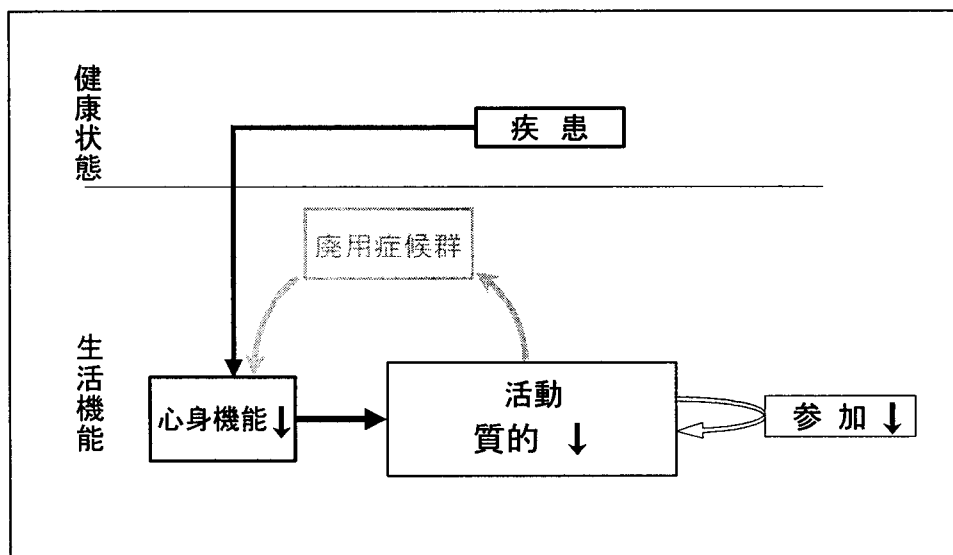
<生活機能低下の悪循環>

- 一旦生じた廃用症候群により進行し続ける生活機能低下 —
- 廃用症候群（心身機能）は、「活動」・「参加」にわたる生活機能全体が低下する「悪循環」をつくる。それにより廃用症候群自体も進行していく。
最初の契機自体は大きなものでなくとも、この悪循環によって廃用症候群は重度となり、また「活動」「参加」全体の低下も進行し続ける。

< 廃用症候群発生の3タイプ >

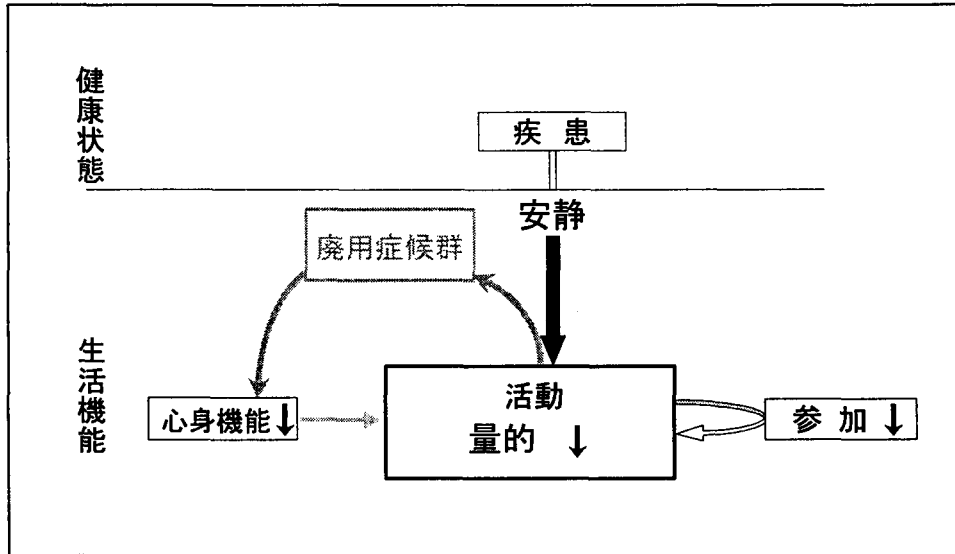
- 不活発な生活とは「活動」の低下であるが、それには個々の生活行為の「質」（やり方：歩くか車椅子か、立って行くか座って行くか等）と、それを実行している「量」の2つの要素（側面）がある。
- その生活の不活発化の誘因には大きくは、次の3つがあり、それにより具体的対策が異なる。
- 一旦「生活機能低下の悪循環」をつくると、最初の誘因となった部分のみでなく、生活機能全体にひろがり、「活動」の「質」「量」のどちらかから始まった場合でも両者の低下に至る。

A：活動の「質的」低下契機型



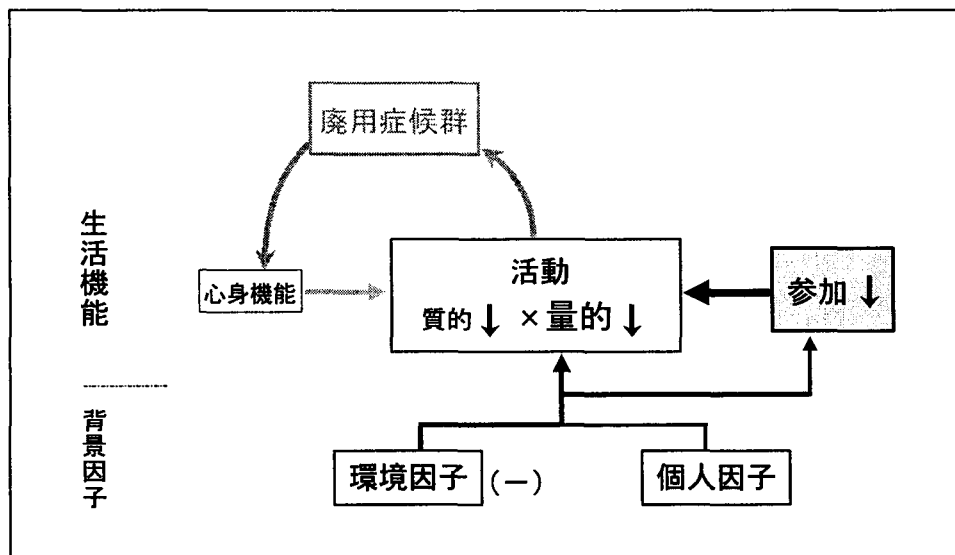
- ・ 「活動」の質（生活行為の具体的なやり方）の低下による生活の不活発化。原因の多くは「心身機能」のうち特に運動機能低下（麻痺、筋力低下、不随意運動、痛み、等）。
 - ・ これによって生じた廃用症候群により、「活動」の質的低下が増強するとともに、量的低下も加わってくる。
 - ・ また「活動」の質的低下により「参加」の低下も出現し、それにより更に活動低下は進行し、生活はますます不活発となり、廃用症候群は更に進行する。
- 例：・ 脳卒中（疾患）による右片麻痺（「心身機能」）となり、歩行の仕方、家事の仕方に困難（「活動」の「質」的低下）が生じ、生活は不活発となる。更に外出範囲、地域活動参加などの（「参加」）の低下により「活動」の「量」と「質」は低下して生活は不活発となり、廃用症候群は更に進行する。
- ・ 原因疾患としては、脳卒中モデル（骨折を含む）と、廃用症候群モデルのうち直接運動機能障害を呈するもの、すなわち神経疾患（パーキンソン病等）、運動器疾患（変形性関節症）など。

B. 活動の「量的」低下契機型



- ・ 「活動」の質（やり方）自体には問題ないが、生活行為を行う「量」が減少したことによる生活の不活発化。
- ・ 原因の多くは、一般疾患（運動機能低下を生じない疾患）＋必要以上の安静。
例：肺炎、癌、手術後のようにそれ自体は運動機能低下を起さないものでも、疾患管理上の安静や「病気なら安静」と考えて自制して活動の量的低下を生じた場合。
慢性疾患・手術後の必要以上の生活不活発化、栄養状態悪化、等。

C. 「参加」低下契機型



- ・ 「参加」の低下による「活動」の量的低下と、「参加」のためにそれまでは行っていた「活動」（行為）を行わないことによる質的低下による生活の不活発化。
- ・ 「参加」低下には環境因子の変化が契機となる場合も多い。
原因の多くは家庭内役割低下、コミュニティへの参加の状況の変化。
例：定年・死別、子供との同居等の家族構成変化で、家事を家族がすることになる、転居で知人がいなくなり、外出の機会がなくなる、失禁を気にして外出しない等。

廃用症候群

\	正しい理解に必要なこと	陥らないように留意すること
心身機能↓	全ての心身機能の低下 全身症状、精神症状にも十分留意	目立ちやすい症状（主に局所性：筋力低下、拘縮、褥瘡）に目がいきやすい
発見	<ul style="list-style-type: none"> ・「生活が不活発化すれば必発」と考える ・ある廃用症候に気づいた時、他の心身機能低下を積極的にチェック 	積極的に探すことを忘れやすい
対応の基本	予防が重要	後追いの対応になりやすい
対応の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・生活が不活発化した原因の明確化 ・その上で「生活全体の活発化」 	一部の「心身機能」への対応（筋力増強訓練等）にとどまりやすい
生活機能との関係	「生活機能低下の悪循環」をつくり、全ての要素が関与	心身機能中心にみがち
疾患管理との関係	安静は必要最低限とし、生活活発化（「活動度」）の指導をする（急性期疾患のみでなく慢性期疾患でも）	「安静度」のみ指示では廃用症候群を悪化させることになりやすい
一般国民の心がけ	<ul style="list-style-type: none"> ・廃用症候群についての理解の向上 ・病気の時も、どのような活動を行うべきか、医療機関に積極的に確認を 	「運動は大事だが、病気した時や、年よりは無理してはいけない」との誤解が大きい
方向	本人の望む生活を送ることで「活発な生活」をつくり、予防・改善する	特定の心身機能に対する訓練や特別の訓練会等でのみの対応になりがち

V. 「生活機能」向上の方向性

基本的考え	<ul style="list-style-type: none"> ○ すべての人に生活機能の観点からも対応 ○ 更なる「向上」の観点（単なる低下予防ではなく） <ul style="list-style-type: none"> － 低下面があっても、他に向上可能な面は多い ○ プラスの増大（マイナスの減少よりも）
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一貫した生活機能向上の理念のもとに多数の事業（含：民間）が相互協力 <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定の「ライフステージ」に限ったものでない。 ・ 特定の「健康状態」に限ったものでない。 ・ 特定の「生活機能」に限ったものでない。
各種制度間の連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 様々な行政施策（厚労省のみでない）で生活機能向上の観点は今後ますます重要。 ○ 各種制度（保健・医療保険・介護保険等）間の連携を <ul style="list-style-type: none"> 例：・ 社会参加拡大、外出促進には道路、交通、建築、施設設備が不可欠。 ・ 啓発には学校教育が重要 ・ 高齢者には社会参加のニーズが少ないとするのは偏見！） ○ 相互連携が重要で、それがないとマイナスになる危険も。 <ul style="list-style-type: none"> 例：・ 環境因子には「促進因子」と「阻害因子」の両面あり 同一の環境因子が、ある種の生活機能低下者にはプラス（促進因子）になっても、別種の人にはマイナス（阻害因子）になる。
自己決定権	尊重（望ましい生活機能には個人差が大きい）
医療	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「健康状態」に問題のある人は生活機能低下者になりやすい ○ 生活機能向上の観点からの疾患治療・管理を ○ 生活機能低下の出現に注意して <ul style="list-style-type: none"> ⇒必要に応じ早めに対応（含：関連専門家、行政サービスへの紹介）
教育	医学・福祉・介護等の専門教育で生活機能からの見方やチームワークを学ぶ
一般国民	当事者であるとともに環境因子でもある（初等・中等教育を含む）
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各種事業で一貫した「コア・アセスメント」をもち連携をとる 対象・目的毎に追加を ○ アセスメントへの本人の主体的参加

* 介護予防関係はⅢの表参照

VI 新老人保健事業の対象者の類型（考え方）

－生活機能向上の観点から－

- 第1型 急激な「活動」低下者
在宅生活での「活動」（ADL以外も含む）の「質」・「量」が急激に低下した者
⇒ 緊急に訪問での活動向上訓練・指導が必要（早期集中対応）
- 第2型 「活動」の「質的」低下者
 - ・ 「活動」（生活行為）の「質」の低下
主として疾患による心身機能低下で起る。一般医療で少なくとも「心身機能」に対しては対応されている、もしくはその既往がある。
- 第3型 「活動」の「量的」低下者
 - ・ 「活動」（生活行為）の「量」の減少
主に一般疾患にとまなう必要以上の安静で廃用症候群が進行して起る
- 第4型 「参加」低下者
 - ・ 参加の低下状態のもの（環境因子の影響も大）
主に家庭内役割低下、コミュニティへの「参加」状況の変化で起る
- 第5型 有リスク者
 - ・ 1～4型での対応完了後のフォローアップ対象者
 - ・ 心身機能低下のみで活動制限はない者
含：運動機能だけでなく視覚、聴覚、腎機能、心・肺機能等の低下
- 第6型 啓発中心型
 - ・ 現在特に生活機能上問題はない者。
 - ・ 特に後期高齢者（75歳以上）

VII 「生活機能」向上にむけた新老人保健事業

－ 今後の方向性 －

A. 基本的考え方

1. 疾病と生活機能を関連づけて

- 「疾病」に関する事業を行う場合にも、生活機能(特に活動・参加)と関連づけて行うことが大事。
- 廃用症候群(と生活機能低下の悪循環)への疾病の影響(原因・誘因)の観点も重要
- 病気治療、心身機能の改善だけで生活機能(特に「活動」)が向上するものではない

2. 重視するターゲット

- 「活動」の急激な低下者が最重要
- 健診や来所の困難な人こそ重要な対象者
(含:通院目的の外出だけはしている人)

3. 早期発見・早期集中的対応の重視(「水際作戦」)－[高い機動性]

- 現行の「定期的健診」中心とは異なる
- 一般医療機関との連携が重要
- 自発的相談の促進のための啓発が重要

4. 「生活機能低下の悪循環」「廃用症候群」の重視

5. 自己決定権尊重

- 本人自身の生活機能についての理解が重要
- 「活動」・「参加」の問題は本人が発見し易い(しかし専門家への相談が少ないのが問題。)

6. 生活機能に関する他公的事業・民間事業

- 本人を中心とした生活機能モデルにそって何をなすべきかを考え、それに対して諸活動・事業がチームワークを発揮
 - ⇒ 全体のコーディネーションの役割り大
 - その際一貫した「生活機能」アセスメントで連携をもつ。
 - 例:「生活機能」手帳と「リハビリテーション実施計画書」による情報の共有・伝達

B. 具体的サービスの提案

1. 「生活機能相談窓口」の設置

- 常時開設し、専門家がすぐに相談にのり、早期対応につなげる
- 直接来所のみでなく、電話での相談も行う
- 本人・家族の申込みのほか、医療機関、保健師、民生委員、等からの紹介

2. 高齢者の生活機能を積極的把握

保健師、医療機関、郵送、民生委員を経由、等

3. 啓発

- 「生活機能」の理解促進
- 生活機能モデルでの自己の状態把握と希望・目標設定の仕方の指導
- 廃用症候群、生活機能低下の悪循環の理解
- 自分自身に関してだけでなく、他者への接し方を含めて
 - ・「お大事に」でなく、適切な挨拶。
 - ・他者のプラス面をみる・引き出す

4. 生活機能向上の具体的対応

- 個別的対応中心
- 早期対応
- 訪問重視、特に訪問での活動向上訓練重視
- 自宅・周囲の環境因子、家族の生活機能をも考慮して対応
- 選択肢を多くもつ
 - ・例：地域の社会資源、NPO、老人クラブ等も活用

5. アセスメント

- 本人の望む人生作りのために、「抜け」のない総合的評価を、当事者と一緒に行う
- 高齢者の生活機能向上の「コア」となるアセスメントの基本的な考え方
 - 1) 専門家中心でなく、本人自身の主体的参加を促進
 - 2) 生活機能構造モデルに立って全体像把握・相互関係把握
 - 3) 「活動」中心に他要素の関与を整理
(心身機能偏重になりやすいことに注意)
 - 4) 向上させる観点からの評価を重視(例:「できる活動」)
 - 5) 一生にわたる履歴として本人が所持する

- 「コアとなる評価法」は他サービスとも共通するものとし、それを介して連携をとる
- その「コア」に本事業の目的に沿った必要な内容を追加する（他事業でも対象・目的・サービス種別毎の必要な内容の追加はありうる）

6. 生活機能手帳

- 60歳以上で配布
- 老健事業だけでなく生活機能向上・低下予防に関する全事業で活用

7. 事業効果の定期的評価（生活機能向上の実績を）

- 個別例
- 各事業全体

8. 対応者

- 医療機関、市町村保健師等（必要に応じて他の専門職も）

生活機能（WHO・ICF：国際生活機能分類）の特徴

－ 『生きることの全体像』についての『共通言語』 －

（1）「生きる」ことの全体像をとらえる「生活機能」

「生活機能」とは、「心身機能・構造」「活動」「参加」のすべてを含む「包括用語」。
人が「生きる」ことの3つのレベル（生命、生活、人生）に対応する。
生活機能のマイナス面も「機能障害」「活動制限」「参加制約」の3レベルからなる。
「障害」はそれら全ての「包括用語」。

（2）「共通言語」としての「生活機能」

保健・医療・介護・福祉のチーム内と、チームと本人・家族との「共通言語」
「共通言語」とは共通のものの見方・捉え方。
チームワーク構築と自己決定権尊重のツール。

（3）プラスの重視：潜在的生活機能を引き出す

マイナス面でなく、プラスの面を重視。
プラスとは残存機能でなく積極的に引き出す「潜在的生活機能」。

（4）病気よりひろく「健康状態」を

「障害」の原因となるものが「健康状態」。
これは病気やケガだけでなく、妊娠、高齢、ストレス、など非常に広いものを指す。

（5）「できる活動」と「している活動」

「している“活動”」：毎日の生活で、特別な努力なしに行っている活動の「実行状況」
（促し、見守り、介助などの介護を受けている場合を含む）。
「できる“活動”」：訓練や評価の場面で行うことができる「活動」の「能力」。
「している“活動”」と「できる“活動”」とは通常異なる。両者をとらえるべき。
「できる“活動”」は潜在的生活機能を引き出すための鍵。

（6）相互作用モデル

「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の各生活機能は相互に影響し合う。
それらに対し「健康状態」「環境因子」「個人因子」が影響する。

（7）各レベルの相対的独立性

生活機能の各レベルは他からの影響を受ける（相互依存性）だけではない。
そのレベル独自の法則をもち、他に影響されない面をもつ（相対的独立性）。
特に重要なのは「心身機能」が同じでも（むしろ悪化しつつある場合でさえ）、「活動」
レベルの相対的独立性を利用して「活動」を向上させることができること。
その結果「参加」も向上する。