

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

## I. 介護の理念の再認識と再構築：「尊厳の重視」、「自己決定権尊重」、「自立支援」の実現

- 「人」（利用者・患者）中心に                      ⇐    手段としての介護・制度中心から
- 「統合モデル」に立った把握・連携を    ⇐    「医学モデル」からの脱却  
生活機能（特に活動・参加）、生活機能モデルとしての把握が重要
- 「よくし助ける介護」    ⇐    「補う介護」（不自由なことを補うだけ）からの発展  
介護の専門性を明確にし    →    介護職の社会的評価の向上を

## II. 生活機能向上にむけたメリハリのきいたプログラムと連携

- 「治し支える医療」と「よくし助ける介護」の連携：医療の中での生活機能の重視
- 自助・共助：地域で支える医療・介護へ
- 「機能訓練リハ」から「生活・人生をよくするリハビリテーション」へ  
「維持期のリハ」???

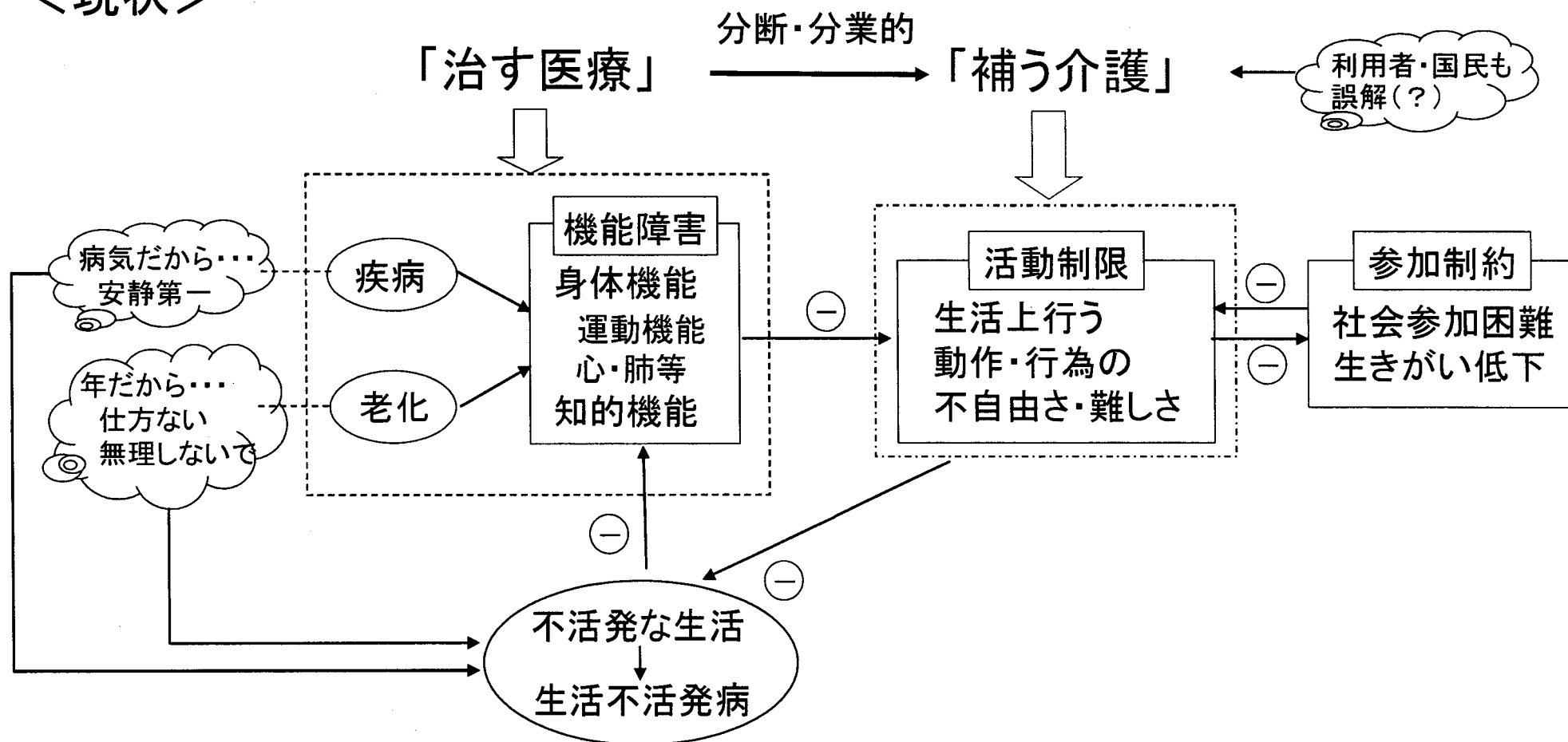
## III. 生活不活発病（廃用症候群）の予防・改善：緊急の課題、上記 I・II の実現の第一歩

“「年のせい、病気のせい」で「悪くなるのは仕方ない」” ではない！

◇ 啓発及び専門職教育の体系化：要支援介護者・高齢者のみでなく、国民全体へ

# 医療と介護：分断から共働へ（1）

## <現状>



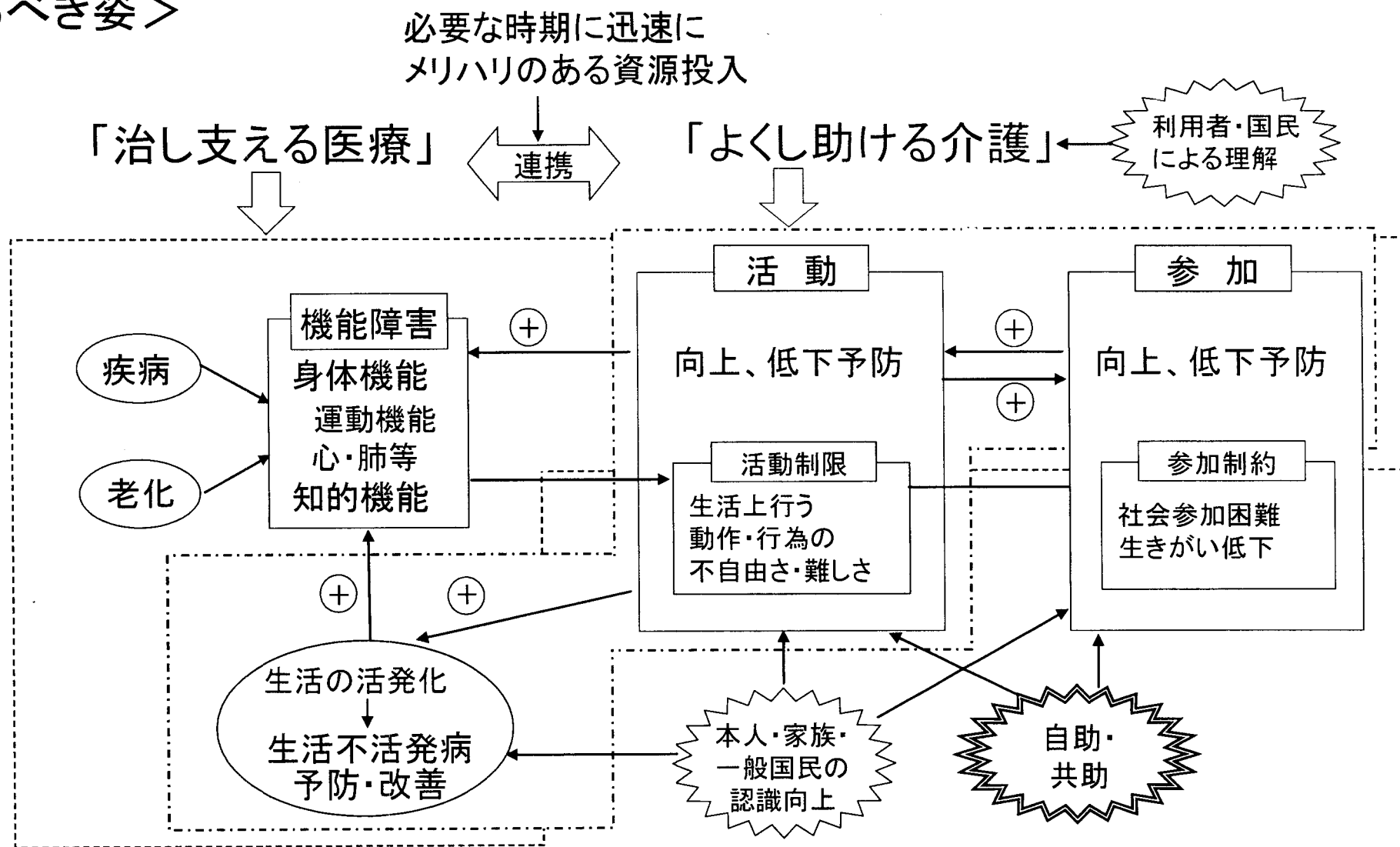
※活動制限：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為（活動）の困難。

※参加制約：人や社会との関係や役割を持ったり、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、「心身機能・構造」「活動」「参加」の3つのレベルを統合したもの。

# 医療と介護：分断から共働へ（2）

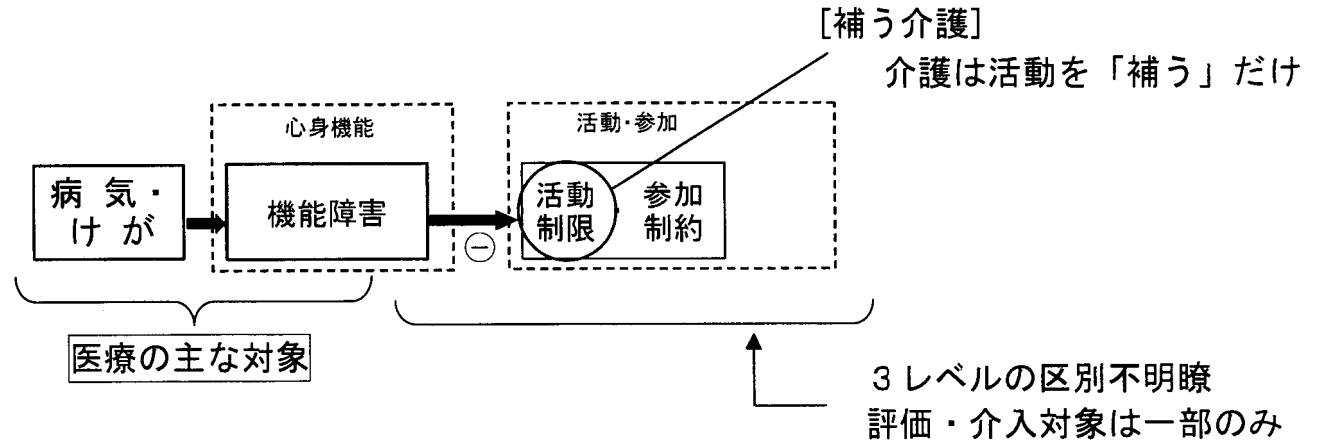
〈あるべき姿〉



# 医学モデルから統合モデルへ (1)

## <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・参加への対応は補完のみ)

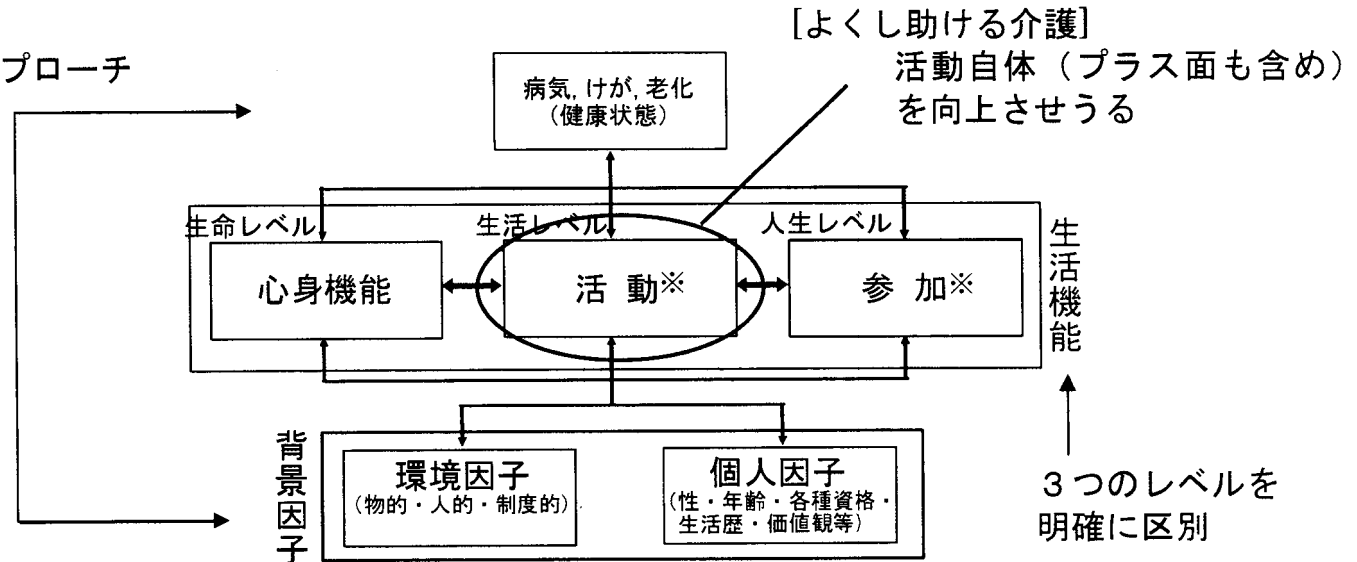


## <統合モデル>

### 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)

## 医学モデルから統合モデルへ（２）

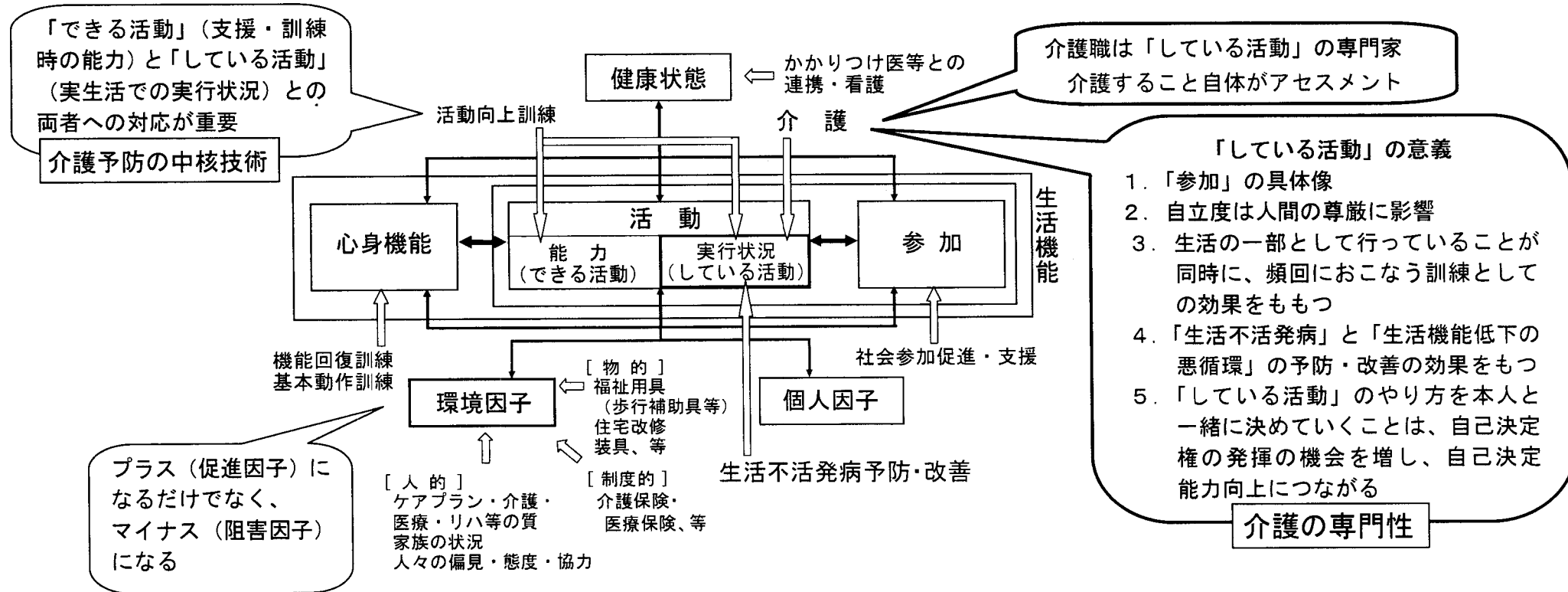
### < 基本的特徴 >

	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にし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）	自己決定権尊重（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易い（補完中心）	相互関係を重視。広い範囲の環境因子を活用 マイナス（阻害因子）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

# 統合モデルに立った介護の位置づけ



## ○ 各種介護 (保健) サービス・自助・共助は「環境因子」

- ・生活機能の3つのレベルのどこのどの項目に影響しているかをみる。効果判定も同様に
- ・その質を問われる (専門性でもある)
- ・他のより良いサービスはないか? 連携すべきものがないか、をみる

[例]: バリアフリー: 一人ひとりの一つひとつの活動毎でバリア (阻害因子) にもなり、バリアフリー (促進因子) にもなる (車いす使用者に適することだけがバリアフリーではない。やっと立って歩ける人にはマイナスになることが少なくない。)

## ○ 介護予防は機能障害中心ではなく、生活不活発病予防と活動向上訓練による生活機能向上!

## 課題は「生活機能」向上

- 生活機能向上は、要支援介護者・高齢者のみでなく、患者・障害者・妊婦、等の共通の課題  
⇒ 「生活機能低下者」（生活機能低下の状態にある人）としてとらえる
- 全世代を通じ、介護・医療・福祉等の広い分野での生活機能向上の取り組みが必要

健康とは「病気がないだけでなく」  
「生活機能」も高い水準にあること

### ICF（WHO国際生活機能分類、2001）

- ・「人が生きることの全体像」についての「共通言語」
- ・ 真の自己決定、及び本人・家族と専門家が生活・人生向上を目的に共働するのに効果的
- ・ 生活機能モデル（p4）を基本骨格とし、コードと評価点（厚労省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会）がある
- ・ 昨年度の国家試験での出題状況：介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
（医師、看護師では過去出題なし）。

# 生活不活発病（廃用症候群）と「生活機能低下の悪循環」（1）

## 生活不活発病（廃用症候群）

- 「生活が不活発」なことによって生じる全身のあらゆる機能の低下（表参照）
- 「生活が不活発」とは「活動」が低下した状態
  - それには「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、「量」（1日、1週、1月の頻度）の2つの側面がある。「質」と「量」を「掛け合わせ」たものが「生活の活発さ」

### 生活不活発病（心身機能低下の例）

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

## 予防・改善の鍵は「生活の活発化」

- 生活の活発化には生活動作の「量」的增加だけでなく「質」的向上も重要
  - あらゆる機能が低下するので、個々の心身機能低下（表参照）への個別対応のみでは解決できない
  - 安静には害もある
    - ・ 手術、捻挫、風邪などの小さな病気・けがの時の安静や運動制限で生活が不活発になることが多い
    - ・ 「病気の際は安静第一」「年だから無理をしない」などの思い込みを変えることが大事
- 例：①「お大事に」という挨拶を「お元気に」「早く元気になって」と変えていこう
- ②「活動度」の指導を：「具体的にどう動くべきか」を専門家が具体的に指導



# 「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」(2)

## 生活機能低下の悪循環

- 生活不活発病（心身機能低下）は、「活動」・「参加」にわたる生活機能全体を低下させる。  
それにより生活不活発病自体も進行し、「悪循環」をつくる（p10 上図参照）。
- 最初のきっかけ自体は小さくとも、悪循環により生活機能全体の低下が進行していく。

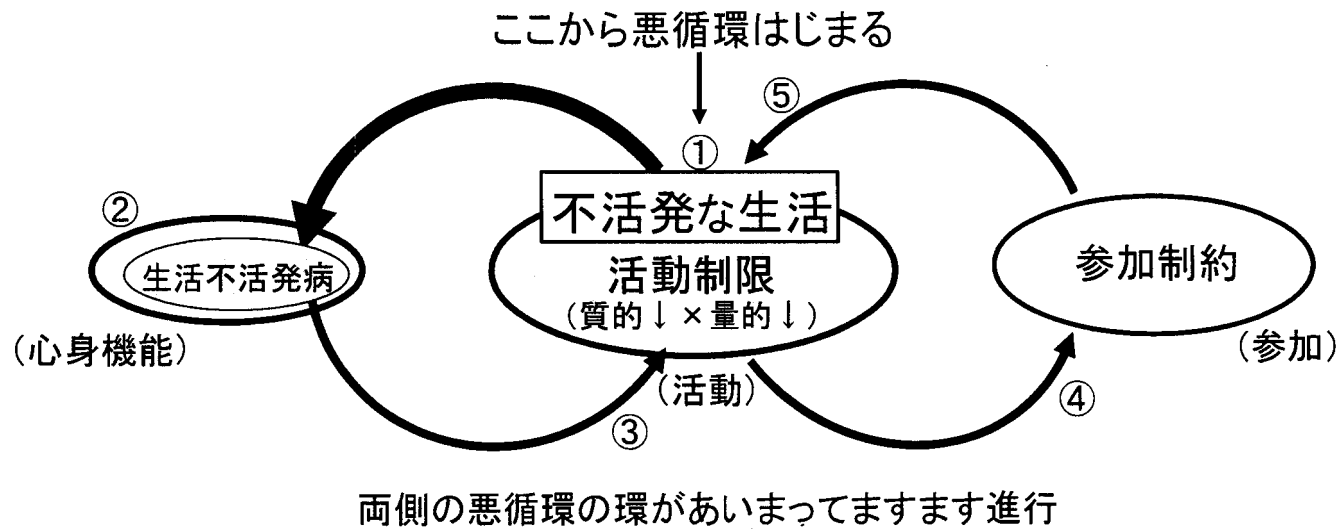
## 生活不活発病発生の3タイプ

- 原因には
  - 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」低下タイプの3つのタイプがある（p10 下図参照）

※ 「生活不活発病」という名称：

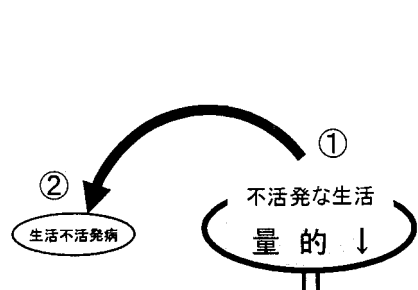
- 廃用症候群の概念を一般国民に普及する必要あり
  - ① 「廃用」という表現は難しい
  - ② 当事者に不快感を与えるおそれがある
  - ③ 「用を廃した」（全く行わなくなった）場合のみが問題なのではない
- 本人・家族自身に「生活が不活発である」という原因を明らかに示すことが適切
- 「動かなければ体が衰える」はいわば常識にはなっている。しかしより深刻な生活不活発病として、啓発・対策・具体的指導が必要（“なるべく動きなさい”という一般的指導では不十分）

# 「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」(3)



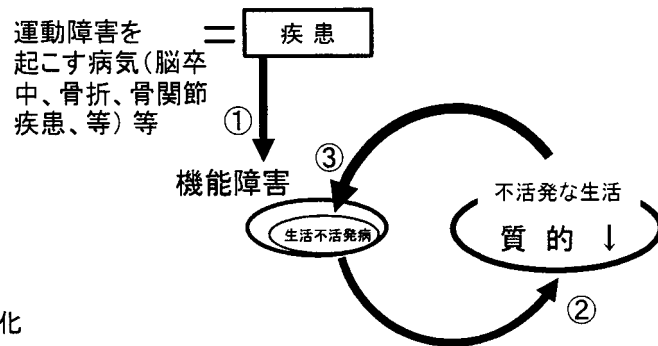
## — 生活不活発病発生の3つのタイプ —

○「活動」の「量」的減少タイプ

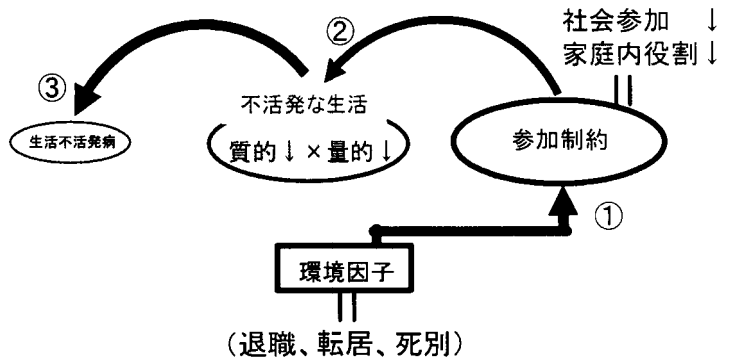


- ・「年だから・・・」と考えての生活の消極化
- ・安静のとりすぎ、過度の運動制限 (病気だから安静第一)、等

○「活動」の「質」的低下タイプ



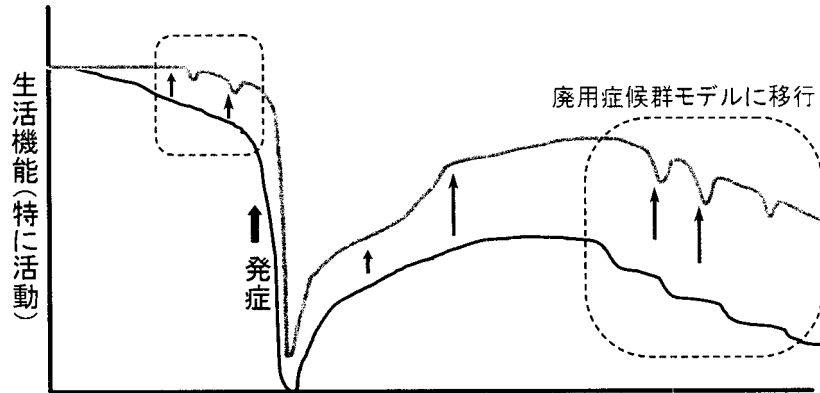
○「参加」低下タイプ



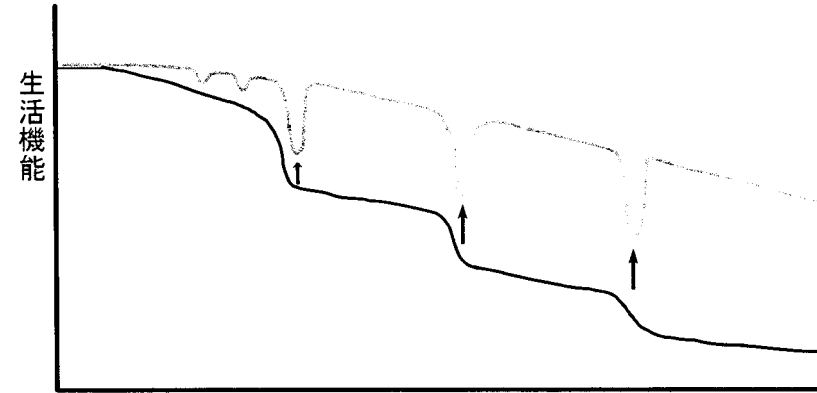
# 生活機能低下の経過

— 2つのモデル※ —

脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



廃用症候群モデル(廃用症候群、各種慢性疾患、変形性関節症など)



## 廃用症候群モデル

従来は「年だから」「病気だから」低下していくのは当然で、不自由になったら介護のみと考えがち

⇒ 技術・システムの向上で、高い生活機能を保つことは可能

○ 現在の課題：対応不十分（一部の症候、疾患群中心）

⇒ 本質的対応（生活の活発化）、国民への啓発

○ 脳卒中モデルにも廃用症候群モデルの時期がある

⇒ 廃用症候群モデルとしての対応必要（“維持期”リハではなく）

※この他に認知症モデルあり

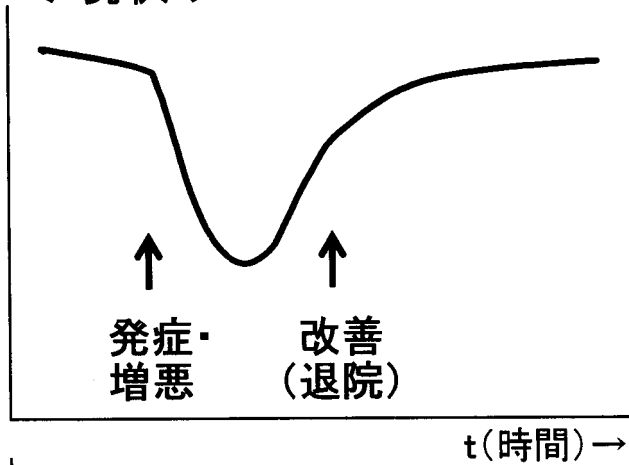
註：左右の図とも矢印（↑）は今後の介護（「よくし助ける介護」）・リハビリテーション（狭義ではなく広義）等の発展、一般国民の認識の向上により、生活機能の経過（現状：黒線）を大きく向上できること（黄線）を示す

# 病気の発症・増悪の時の医療と介護の連携

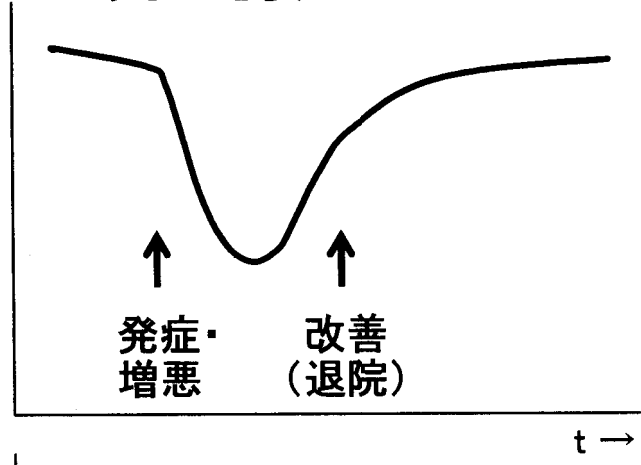
— 生活不活発病予防・改善と「活動」低下への早急な対応 —

< 現状 >

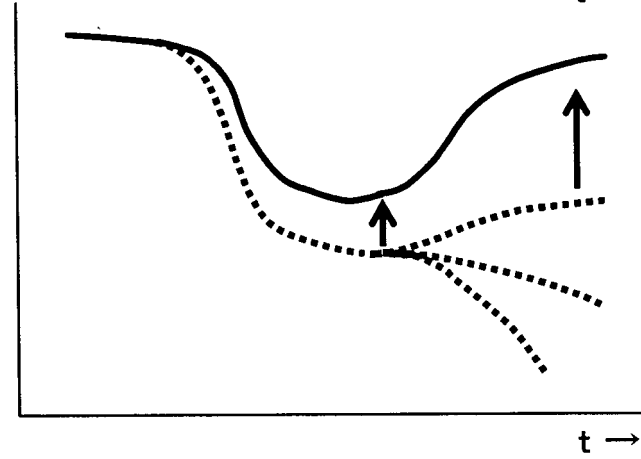
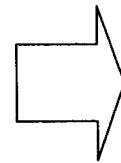
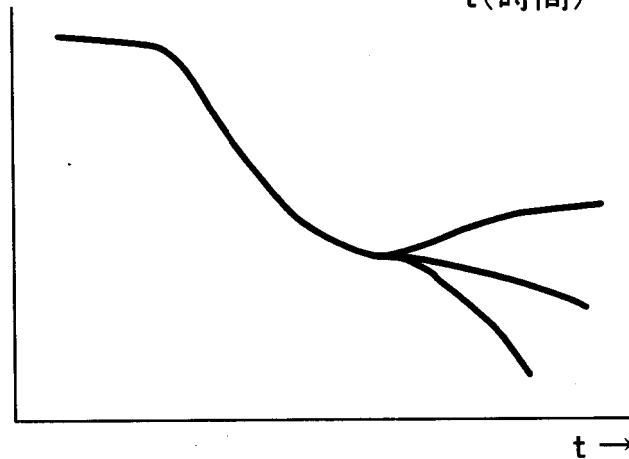
疾患



< あるべき姿 >



「活動」



医療

疾患治療中心

疾患管理

医療

疾患治療

疾患管理

生活不活発病予防 ⇒ 改善

よくする介護(看護師等による)

介護

助ける介護

介護

よくする介護