

2. IADLの評価

東京大学医学部附属病院リハビリテーション科 教授 江藤文夫

(1) IADLとは

IADLはInstrumental Activities of Daily Livingの略語で、手段的日常生活活動と訳される。「買い物をする」「洗濯機で洗濯をする」「食事の支度をする」「自動車を運転する」「電話をかける」といった活動が含まれる。ADLの枠組みでとらえられる群の一つである。高齢者の保健医療に積極的に取り組まれるようになり、できる限り地域での在宅生活をまっとうすることで生活や人生の質を高めることが目標として意識された1960年代に生まれた概念である¹⁾。

欧米では広く受け入れられてきたものであるが、わが国で理解されるようになったのは最近のことである。わが国ではADLがもっぱらリハビリテーション医学の領域で議論されてきたことと、リハビリテーションが整形外科の一部として扱われてきたため、動作訓練の対象としてADLが理解されてきた。したがって、ADLのactivitiesは動作と訳されるように、セルフケアの自立に必要な基本的な動作のみをADLとしてとらえる傾向がある。社会生活の遂行に必要な手段的あるいは複雑な道具を使用する活動も、動作の視点から生活関連動作と表現される。

こうした用語については、近代の保健医療において、患者(クライアントであり、消費者)の生活を重視するようになってきた流れの中で、サービスの対象としての生活活動を理解することが大切である²⁾。保健医療の分野で生活機能について活動の情報を聴取することは19世紀後半の疫学調査で使用されるようになり、1940年代になると日常生活における能力障害を階層性に分類する方法が生み出され、病気の重症度を反映するものとして使用されるようになった。さらに、人口の高齢化と慢性疾患(病気)の長期ケアの重要性が増大することに対応して、日常生活活動すなわちADLの分類の必要性が意識されるようになった。

こうした過程でADLに理論的枠組みを提供するものとして受け入れられたのが、M.P. Lawtonによる行動学的モデルである。領域の階層性において生活機能をとらえるもので、1950年代のS. Katzらの基本的ADLの考え方に共通するものである。すなわち、日常生活での活動としてのADLは単純なものから複雑なものへ配列され、複数の機能を含むセットとしてとらえられ、単にセルフケアの領域にとどまらないことを明確にした。もうひとつのセットとして提唱されたのが手段的ADLである。移動は動物の基本的活動である。人についてみると電車やバスなどの公共輸送機関を利用して、あるいは自家用車を運転して或る場所(町)から他の場所(町)へ移動することはIADLに属する活動である。また、歩いて、杖をついて、車椅子を操作してなど様式の如何を問わず、自室のベッドからトイレへ移動すること、あるいは戸外に出ることはより基本的活動であり基本的ADL(BADL: Basic Activities of Daily Living)とも呼ばれる。

(2) IADLの評価方法

手段的ADLの評価法を提唱するに当たって、Lawtonらは評価法の信頼性と妥当性の検証を行った。妥当性については、身体機能の分類(病歴、診察、検査成績に基づき内科医により評価)、精神状態質問紙(MSQ: mental status questionnaire)、行動一適応尺度(知的、性格的、行動学的、社会学的適応を計測)との相関を論じ、基本的ADLに関しては既存のLangley-Porter神経精

神科施設で開発されたADL評価法を修正した身体的セルフケア尺度 (physical self-maintenance scale) との相関を検証した。LawtonらのIADLの評価法 (表1) に関しては8つのカテゴリー31項目からなり、原著では各カテゴリーの可否で採点されるが、便法として31項目の可否で採点することも行われてきた。原著では性差が勘案されるが、使用に当たっては女性の採点法を優先して両性に使用することは可能である。

社会生活での手段的項目も多種多彩に列挙される。また、その必要性や実行の様式は生物学的のみならず社会的慣習や圧力によっても影響される。基本的ADLも文化的背景により食事、衣服の形態、排泄などにおいてさえ地域により性により同一ではないが、手段的ADLではさらに文化や性差を考慮すべき場合が多い。老年女性では買い物、調理、洗濯のやり方の課題での適切さが生活水準の維持に関して有能さの全般的指標として最も適当とされたが、男性では意義が乏しかったことからLawtonらのIADL評価法では男性で項目数が少なくなっている。しかし、独居高齢者人口が増加する中で、買い物や調理や洗濯の実行能力が必要であるのなら性差を勘案することは必ずしも妥当ではない。

BADLにIADLを加えることで、早期に簡便で客観的な評価を可能とし、治療計画の評価に利用可能で、ケースワーク過程での補助として、訓練や指導の補助として、また施設やサービス計画の資料としての有用性が拡大する。江藤らのADL-20の評価法 (表2) の開発過程では、対象者の成績について性差が検討されている³⁾。「寝返り」と「買い物」では男性で、「更衣」と「調理」では女性で成績良好者が有意に多かった。とくに「調理」では差が著しかったことから、ADL成績には項目により性差の存在するのが現状と考えられる。一方、合計点で比較すると性差は消失し、基本的ADLを起居移動に関するものとセルフケアに関するものに二分、手段的ADL、コミュニケーションADLと亜型分類して、それぞれ得点を比較しても性差は目立たなかった。むしろ性差を検討するためには、評価法の性差を設定する必要性は乏しい。IADLを含む総合的なADL評価法として、Rivermead ADL ScaleやFrenchay Activities Index (表3) 等もあるが、いずれも評価項目の枠組みに性差は設けていない。

(3) IADL評価のポイント

総合機能評価の視点からADLについてみると、妥当性の検証に既に確立されていると考えられる他のADL評価法との対比に加えて、精神機能評価などの指標との対比が行われてきた。認知症関連の精神機能との関連でも、ADL評価は認知症関連の簡易テストと相関が認められる。ADL-20での検討でもSPMSQ (Short portable mental status questionnaire) やHDSR (長谷川式認知症スケール改訂版) 等の簡易精神機能検査とADL-20とで有意な相関が認められた。前述のようにADL-20の得点は亜型グループに分けて検討すると、IADL、CADL (コミュニケーション)、合計得点、BADLでセルフケアの項目、BADLで移動の項目の順で相関係数が小さくなる。項目別に検討すると、「電話」で相関係数が最大であった。すなわち、IADLはADLの中で精神機能との関連性が大である。

ADLは介護ニーズとの相関が大であることも広く認められている。disability (能力障害) とhandicap (社会的不利) の概念に関する議論で境界が混乱するほど密接である。各種の評価法の基準においても「介助を要する、要しない」を採用するものが多い。その活動の日常的必要度が高いほど、介護度が反映されることになる。

Frenchay Activities Indexの特徴は活動項目の構成だけでなく、実行頻度で段階づけコード分類をすることである。リハビリテーション領域で治療（訓練）対象として評価する場面では活動の実行能力が重視されるが、健康調査などの疫学領域では介護ニーズとの直接的関連から実行状況が重視される。自分で可能な活動であっても、介助者がいて自分で実行する必要のない場合もある。わが国ではかつてネクタイをつける際に配偶者に依存する男性をよく見かけた。着物の着付けでは専門家に依存するものもある。必要な活動の実行を他者の介助に依存する場合は介護度を高めることになるので、できないことに等しく扱われる。BADLの評価法の代表であるKatzの方法では、できると推定される場合でも実行していなければ可とされない。一方、QOLの視点から人間の欲求水準の満足されている状況进行评估するためには活動の環境場面と実行頻度が重視される。Frenchay Activities Indexの項目には社会生活の自立維持に必要な活動以上のものが含まれている。「読書をする、しない」はまさに趣味の領域であり個人の価値観が反映される活動である。

(4) 評価の例

BADLでも複数の動作（motion）に分解されるが、IADLはさらに多くの要素的動作と複数の活動から成立するものである。IADLではBADLに上乘せされるような活動が多く、急性期入院中では「できる—できない」にかかわらず、通常は「していない」活動である。

しかし、入院中であってもリハビリテーション対象者のように回復訓練中であれば、評価対象の活動に含めることができる。院内に設置された電話の利用、院内売店で買い物、欧米では病棟に患者や家族用に簡易キッチンを設置する所もあり、日本でも病棟に洗濯機を備える所は多く、院内にカードでの預金引き出し・払い込み機器が設置されている所も多く、外出や外泊は必要に応じて許可されるのが普通で、近年は病棟での服薬自己管理も取り上げられるなど、在宅生活に必要なIADLの評価は可能である。

IADLの評価は在宅独居高齢者を対象に使用して有用性が発揮されるが、Lawtonらの評価においてもBADL評価を別に施行していることから、BADLとIADLを組み合わせた評価法の利用が勧められる。項目数が増大する問題があるが、ADL-20では便法として項目数を減らして使用することについても検証されている。

[事例紹介]

55歳の男性。定年退職後、中堅企業の嘱託として社員教育を担当していた。書字困難を自覚し、抑鬱気分が目立ち1年前に老年科を受診し、一次性変性認知症（広義のアルツハイマー病）と診断された。通常は心配した妻が同伴したが、JRとバスを利用して1時間半ほどの通院は単独でも可能だった。書字と読字および計算に障害が認められたが、WAISでの全IQは96を示した。しかし、学歴や病前の職業遂行状況などから全般的知能の低下は明らかだった。Barthel Indexでは100点だったが、LawtonらのIADLでは3/8点だった。ADL-20で評価すると55点（BADLm=15/15、BADLs=18/18、IADL=16/21、CADL=6/6）だった。

その後の経過で2年後（57歳時）には生活や言語活動での混乱が拡大し、独りでは公共輸送機関を利用しての外出はしなくなった。近所の決まったルートの散歩または自転車使用は実行できた。LawtonらのIADLでは1/8点（電話に出るが、かけることはしない）と低下し、ADL-20では36点（BADLm=15、BADLs=15、IADL=2、CADL=4）と低下が目立ち、行動の混乱

は妻の介護疲労度を増大させ、危機を生じた。しかし、年金制度の受給可能性の見直しなどソーシャルワーク、地域で開始されたデイケアサービスの利用、ホームヘルプの利用、家族による疾患の理解を深めることなどにより、在宅介護態勢を安定化させることができた。

65歳時にはIADLはもとより、歩行は可能でも食事を含めてBADLはすべて介助を要する状態となった。45mの介助歩行は可能だったので、Barthel Indexでは10点が記録された。その後、拒食、発熱、便秘、下痢などの小エピソードを反復しながら、寝たきり状態となり、69歳時に肺炎で死亡した。死亡時は近医に入院していた。

この事例では、認知症の進行に伴う機能低下が、まずIADL得点に、次いでBADL得点に反映され、介護計画の基本情報として役立っている。

(5) 終わりに

社会生活技能における手段の活用は四肢運動機能よりは高次脳機能に依存する側面が大である。日常生活に取り込まれている電子レンジ、電気洗濯機、テレビ、テープレコーダー、カメラなどの機器では、機材の高性能化に伴うボタンやつまみ操作の複雑化により高齢者での使用を困難にする可能性がある。視力障害や手指巧緻性の低下が原因となる場合のあることは理解されるようになった。駅で切符の自動販売機が普及したことで、その前で立ち往生する高齢者がある。プリペイドカードを所有することで自動改札機を通ることはひとつの解決策である。その購入時には介助が必要であるかもしれない。窓口で行く先を言って切符が購入できても自動販売機では困惑する例のあることは事実である。日常生活で使用器具の変更や環境の変化による機能低下を鋭敏に反映する指標としてIADLの評価は不可欠である。バリアフリーあるいはユニバーサルデザインが徹底されるとIADLの障害は一層、高次脳機能障害の程度に依存することになるだろう。

表 1 手段的日常生活活動 (IADL) 尺度

項 目	採 点	男	女
A 電話を使用する能力			
1. 自分から電話をかける—電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回す、など	1	1	1
2. 2～3のよく知っている番号をかける	1	1	1
3. 電話に出るが自分からかけることはない	1	1	1
4. 全く電話を使用しない	0	0	0
B 買い物			
1. すべての買い物は自分で行う	1	1	1
2. 少額の買い物は自分で行える	0	0	0
3. 買い物に行く時はいつも付添が必要	0	0	0
4. 全く買い物はできない	0	0	0
C 食事の準備			
1. 適切な食事を自分で計画し、準備し、給仕する			1
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する			0
3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない			0
4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある			0
D 家事			
1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する (例: 重労働)			1
2. 皿洗いやベッドの支度などの簡単な日常的仕事はできる			1
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの水準を保てない			1
4. すべての家事に手助けを必要とする			1
5. すべての家事にかかわらない			0
E 洗濯			
1. 自分の洗濯は完全に行う			1
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする			1
3. すべて他人にしてもらわねばならない			0
F 移送の様式			
1. 自分で公共輸送機関を利用して旅行したり、自家用車で運転をする	1	1	1
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公共輸送機関は利用しない	1	1	1
3. 付添がいたり、皆と一緒になら公共輸送機関で旅行する	0	0	1
4. 付添が皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する	0	0	0
5. 全く旅行しない	0	0	0
G 自分の服薬管理			
1. 正しい時に正しい量の薬を飲むことに責任がもてる	1	1	1
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことに責任がもてる	0	0	0
3. 自分の薬を管理できない	0	0	0
H 財産取扱能力			
1. 経済的問題を自分で管理して (予算、小切手書き、掛け金支払、銀行へ行く) 一連の収入を得て、維持する	1	1	1
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする	1	1	1
3. お金の取扱ができない	0	0	0

採点法は各項目ごとに該当する右端の数値を合計する (男性 0～5点、女性 0～8点)。(Lawton MP, Brody EM; Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living Gerontologist 1969;9:179-186より)

表2 ADL-20の評価項目と判定基準

<p>1. 基本的ADL-起居移動 (BADLm)</p>	<p>① (ベッド上) 寝返り ②床からの立ち上がり、腰下ろし ③室内歩行 (10mを目安とする) ④階段昇降 (1階分を目安とする) ⑤戸外歩行</p>
<p>2. 基本的ADL-身のまわり動作 (BADLs)</p>	<p>①食事 ②更衣 ③トイレ ④入浴 ⑤整容 ⑥口腔衛生</p>
<p>3. 手段的ADL (IADL)</p>	<p>①食事の準備 ②熱源の取り扱い ③財産管理 ④電話 ⑤自分の薬の管理 ⑥買い物 ⑦外出</p>
<p>4. コミュニケーションADL (CADL)</p>	<p>①意思の伝達 ②情報の理解</p>

注釈：日常生活動作・活動に関する判断基準

- 1) 実用的時間内にできるか、できないかの判定を原則とする。
- 2) 本人、同居家族あるいは介護者より面接聴取し、内容的には日常的観察に基づき判定し、直接テストを施行しなくともよい。
- 3) ADL能力判定基準の原則
 - 3：完全自立、補助用具不要。
 - 2：補助具（杖、手すり、自助具など）を利用して自立。監視不要。
 - 1：他者の監視下、または部分的介助を必要とする。
 - 0：他者の全面的介助による。

(評価法の詳細については、江藤文夫，他：老年者のADL評価法に関する研究、日老医誌29，841-848，1992.を参照)

表3 Frenchay Activities Index

活 動 項 目	コ ー ド
過 去 3 か 月 間	
_____ 主要な食事の準備 _____ 洗いのもの	1 = なし 2 = 週1回以下 3 = 週1～2回 4 = ほぼ毎日
_____ 衣服の洗濯 _____ 簡単な家事 _____ 重労働の家事 _____ 近所の買い物 _____ 社会的外出 _____ 戸外歩行15分以上 _____ 積極的な趣味的興味の追求 _____ 自動車ドライブ/バスでの旅行	1 = なし 2 = 3か月間に1～2回 3 = 3か月間に3～12回 4 = 少なくとも毎週1回
過 去 6 か 月 間	
_____ 野外活動/自動車運転	1 = なし 2 = 6か月間に1～2回 3 = 6か月間に3～12回 4 = 少なくとも毎週1回
_____ 庭仕事 (gardening) _____ 家事/自動車の手入れ	1 = なし 2 = 軽度 3 = 中等度 4 = すべて必要
_____ 読書	1 = なし 2 = 6か月間に1回 3 = 2週間に1冊以下 4 = 2週間に1冊以上
_____ 収入となる仕事	1 = なし 2 = 週10時間まで 3 = 週10～30時間 4 = 週30時間以上

合計得点 _____ ;

要因1 (家内雑用) _____ ; 要因2 (レジャー/仕事) _____ ; 要因3 (戸外) _____

(Holbrook M, Skilbeck CE : An activities index for use with stroke patients. Age & Ageing 1983, 166-170 より)

参考文献

- 1) 江藤文夫：やさしいリハビリテーション第2版, 日本医事新報社, 62-71, 1997.
- 2) 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎編著：高齢者の生活機能評価ガイド, 医歯薬出版, 23-32, 1999.
- 3) 江藤文夫, 他：老年者のADL評価法に関する研究, 日老医誌29, 841-848, 1992

3. 生活機能の評価—特に介護予防との関連で—

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) 生活機能重視の流れ

① はじめに

今回の介護保険改定における予防重視の中で鍵となる概念の一つが、「生活機能」である。その流れの中で主治医意見書においても、「1. 疾病に関する意見」で「(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名・・・)および「(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」(下線は筆者追記)と、従来の「障害」に代わって「生活機能低下」の概念が用いられている。「障害」が「生活機能低下」に変更となったことは、単なる名称変更ではなく、生活機能重視という大きな方向性を示すものといえよう。

また、「4. 生活機能とサービスに関する意見」は従来の「介護に関する意見」に相当するものといえるが、タイトルが変わり、内容的にも「(1)移動」や「(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」(下線同上)など、生活機能に関する重要な項目が加えられている。

このように主治医意見書における生活機能重視は、疾病のみでなく生活機能の観点をも重視することである。具体的には例えば「主治医意見書記入の手引き」(老健局老人保健課長通知)で、生活機能低下の原因として疾病だけでなく、他の要因にも留意する必要性が示されている。また「4-4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」は「傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意」と述べられている。

② 生活機能とは— ICF の中心概念

生活機能(functioning)とは、「国際生活機能分類」(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001)の中心概念であり、人が「生きる」ことの3つのレベル(階層)である、心身機能・構造(body functions and structure)、活動(activity)、参加(participation)の3者を包括した概念である。これは、生命・生活・人生の3つのレベルに相応するものといっていよい。

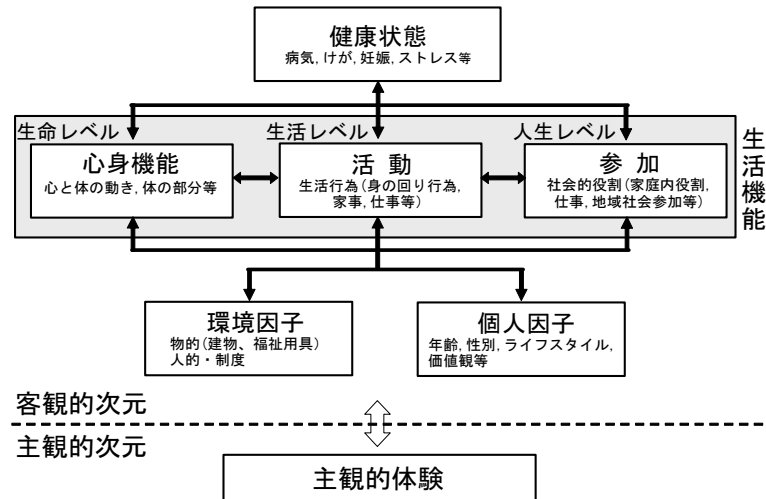
すなわち①生命の維持に直接関係する、身体・精神の機能や構造が、心身機能・構造、②生活の維持に必要な広い意味の生活行為が、活動、③人生の目標や意義の達成のために種々の状況に関与し役割を果たすこと(いわゆる社会参加を含むが、それだけでなく家庭内役割など広い範囲のものを含む)が参加である。なお②活動とはあらゆる生活行為を含むものであり、ADL:日常生活行為やIADLだけでなく、家事・仕事・趣味などにおける多様な行為をも含むものである。

生活機能低下とは、これらの3つのレベルのそれぞれについてマイナスが生じた状態の包括概念である。すなわち心身機能・構造のマイナス面である機能障害(impairment、構造障害を含む)、活動については活動制限(activity limitation)、参加については参加制約(participation restriction)の3者を含む。介護保険との関係でアプローチは、(3)介護予防と生活機能で後述するように、活動制限の観点を特に重視することが重要である。

③ 生活機能に影響を与えるもの

生活機能の3レベルはそれぞれが単独に存在するのではなく、相互間に影響を与え合い、また他のものからも影響を受ける。これが図1に示した生活機能モデルである。各要素が双方向の矢印で結ばれているのは相互作用を示している。

図1 生活機能モデル



(i) 健康状態

生活機能に影響を及ぼすものには、疾患（外傷を含む）だけでなく、より広い概念として健康状態（health condition）、すなわち妊娠、高齢、ストレス状態など多様なものを含める。

(ii) 環境因子と個人因子

生活機能の評価においては、健康状態の変化が単独で生活機能に影響を及ぼすとはせず、種々の背景因子（contextual factors）との相互作用を重視する。

背景因子の第1は環境因子（environmental factors）であり、物的環境だけでなく、人的環境（社会意識を含む）、制度的環境（医療・介護などのサービスを含む）などを含めた広範囲のものである。

その第2は個人因子（personal factors）であり、性別、年齢、人種、ライフスタイルなど多様な個人の属性である。

なお図1において、ICFモデルは図の点線より上の部分であり、図の下部に「主観的次元」を示している。実際の実践現場では主観的次元まで含めてみるのが大事なので、生活機能モデルとしては主観的次元まで含めた図を挙げた。点線の上下をまたぐ双方向の矢印は客観的次元と主観的次元との相互作用を示している。

(2) 生活機能重視の背景

① 健康は病気と生活機能の両面から

WHOでは健康・疾患・生活機能低下（障害）などをみていく場合にICD（国際疾病分類）とICFとを併用することをすすめている。

これは「健康とは病気がないというだけでなく、生活機能が高い状態にあることをいう」とする、「健康」に関する世界的な考え方の転換に沿ったものということができる。

② 生活機能の目的：「生きることの全体像」についての「共通言語」

ICFの目的・役割を一言でいえば、「"生きることの全体像"を示す"共通言語"」である。介護において生活機能が重視されるようになったのはまさにこの点についてである。

(i) 「生きることの全体像」

「生きることの全体像」とは、心身機能・活動・参加の3つのレベルのどれにも片寄らず常に「生きる」ことの全体像を、生活機能モデルに立ってみることである。

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。介護予防も介護も、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。

(ii) 共通言語

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」ということである。

利用者に関与する様々な専門家は自分の専門領域を中心としてものを考えがちである。しかし重要なのは利用者本人の生活・人生の向上であるから、それを中心として生活機能モデルに沿って課題や目標を整理していくことが、専門家のチームワーク発揮の有力なツールとなる。また本人・家族の関心は生命に直接関係する面だけでなく、生活・人生に対する病気の影響にも大きく向けられている。生活機能モデルの考え方で一緒に問題を整理することで専門家と本人のすれ違いを防ぐことができ、本人の自己決定権の発揮を専門家の専門性で支えるという点で有益である。

③ 生活機能モデルは「包括モデル」

ICFの大きな特徴は、生活機能モデルとして、各因子の相互関係を重視し、一人の人間の生きることを総合的にみる「包括モデル」に立つことである。

「包括モデル」とは、心身機能（筋力低下、麻痺、栄養低下、等）を特に重視し、それを向上することで生活・人生が改善するといういわゆる「医学モデル」でも、また「参加」に対する環境因子（物的・人的・制度的）の影響を特に重視し、その改善で補うという「社会モデル」でもなく、それら相対立するモデルを統合したものである。

これは近年における世界的な当事者（要介護者・患者・障害者、等）の自己決定権尊重の動向と、それを自己の専門性で支える専門家の責務とを両立させることに貢献するモデルであり、真に21世紀にふさわしい総合的な考え方である。

④ プラスを積極的に引き出す

生活機能とは、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"視点が基本である。このプラスとは単なる「残存機能」ではなく、むしろ隠れているが引き出すことのできる「潜在的生活機能」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。

ケアマネジメントにおいても、生活機能低下というマイナス面だけを問題点・課題としてみるのではなく、生活機能のプラス面を引き出す生活機能の考え方は根本的なものの見方、捉え方の革新であり、予防重視の介護保険改革の方向性とも合致するものである。

(3) 介護予防と生活機能

① 介護予防は活動（生活行為）低下予防

介護予防を生活機能の観点から整理してみよう。介護を要する状態とは生活行為（活動）に不自由がある状態である。すなわち、介護予防において予防するものは第一に生活行為（活動）の低下である。また介護予防の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。

「活動は参加の具体像」である。すなわち、ある参加（役割の発揮）のためにはそれを支える多くの活動が必要である。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。

これまで介護と介護予防において活動（生活行為）自体を改善する対象とみなすことは不十分であり、その早急な是正が必要である。

② 問題の発生点と解決の突破口とは別―「4-4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」

ここで重要なのは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ないという「医学モデル」にとらわれず、活動自体を向上させることができるという考え方に立つことである。

生活機能モデル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。たとえば、活動はそれに直接働きかけることによって向上させることができる。これは「4-4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」の判断において重要なポイントである。「病気や心身機能がよくならなくても活動や参加はよくできないか」という観点でみるのが重要である。

例をあげよう。身体に不自由があり、その原因が、たとえば脳卒中による片麻痺（半身まひ）、あるいは生活不活発病（廃用症候群）による全身の筋力低下（いずれも心身機能の低下）だったとする。それが問題の発生点で、そこから歩けない（活動制限）、親類の法事にさえ行けない（参加制約）などが起ってくる。そうすると、問題解決もこの順でやるほかはないと考えがちである。つまり麻痺を軽くしたり、筋力を強めたりすることである。

しかし麻痺や筋力が同じであっても（時にはそれらが悪くなっていく場合でさえ）、活動レベル（実用歩行や立位でのさまざまな実際的な生活行為）に直接働きかけて、それを向上させることには大きな可能性があり、それによって社会生活をも拡大（参加を向上）させることができる。このように問題の発生点と問題解決の突破口とは別だと考えることが重要である。

③ 「できる活動」と「している活動」

活動には2つのレベルがあり、この2つを明確に区別してアセスメントし、働きかけを行なう必要がある。それは「能力」（訓練や評価・テストの時に発揮される能力、「できる活動」と「実行状況」（毎日の実際の生活で実行している状況、「している活動」）である。この2つのレベルの間には大きな差があるのが普通である。

しかも、単に「できる活動」を向上させただけで自然に「している活動」が向上するのではない。「している活動」そのものへの働きかけが不可欠である。

④ 移動：歩行か車いすか？

最初に述べたように、主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見」で移動についての記載が新たに設けられた。移動は「活動」（生活行為）の核ともいえるものである。移動とは単に移動自体が目的であるのではなく、移動した先での目的行為と一連のものであり、移動様式

(歩行か車いすか)の違いは目的行為の様式に大きく影響する。従って常にそれとの関連でとらえることが必要である。

今回、認定調査項目においても移動についての特記事項が詳細となり、「場所、あるいは移動の目的である生活行為によって、状況が異なる場合は、その状況の特記事項に記載する。車いす、歩行補助具、装具等を使用している場合、壁を支えにしている場合などは、その種類の特記事項に記載する。」こととなった。

介護の仲間としては、移動は車いすであれ、歩行であれ同じである。しかし生活機能の観点からすれば、歩行なのか車いすなのかは大きく異なる。参加の範囲や活動の質は大きく異なり、また特に高齢者の車いす生活では生活不活発病は進行する。

そのため主治医意見書の記載時に、移動をみることは生活機能向上の可能性(「4-(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」)をみる上でのポイントとなる。例えば歩行の範囲が狭くなっていても、T字杖しか用いていなければ、4点杖やシルバーカーなどのよりしっかりとした歩行補助具を使うことで歩行距離や、外出範囲に拡大させることができる。また歩行以外の活動の実用性向上を目的としても活用すべきである。例えば洗濯物を持っての移動や買い物ができるようになる。

しかし、時に、杖や装具をなるべく使わず、使うとしてもT字杖などの、できるだけ簡単なものにし、杖を使わないことがケアプランの目標としてあげられることもある。

しかしこれは全く逆である。基本は「確実に効果のあがるものを早く使う」ということあり、そのためには図2に示したような歩行補助具(杖類)の中から最も適切なものを選び、また装具類を活用することが重要である。その結果歩けるようになり、また歩行以外の活動(目的行為)も増え、それによって参加も向上する。すなわち「活動の質の向上」「活動の量の向上」「参加の向上」が実現する。それによって生活不活発病の進行が防げ、生活機能全体が向上する。

そして生活不活発病が改善する結果、歩行や「活動」がますます安定するようになり、やがてより簡単なものに切り替えることもできるし、場合によっては杖類を使わなくても済むようになることもある。

このように歩行補助具(杖類)は歩行距離や範囲、また実施する活動の種類を増加させるために積極的に活用するものである。

歩行補助具には図2のように多くの種類があり、他にもショッピングカートなどは歩行補助具としても役立つ。杖といえばT字杖だけを考え「それで歩けなければ車いす」という傾向があるが、実はT字杖以外の適切な歩行補助具を使えば歩けるようになる人がたくさんいるのである。

たとえばT字杖では100m程度しか歩けず、買い物をしても荷物を持たない人でも、シルバーカーを使えば歩行は安定し、途中で荷物かごに座って休みながら1km近く歩いて友達の家や、趣味の会に行ったりできるようになる。荷物を荷物かごに入れることができるので買い物もできるようになる。そして生活全体の活発化が起こる。しかしT字杖のままであれば生活が不活発にとどまり、生活不活発病は進行し続ける。その結果、おそまきながらより安定した歩行補助具にしなければならなくなったり、結局は歩けなくなって車いすになってしまったりするのである。

図 2. 各種の歩行補助具



ウォーカーケイン

四点杖

T字杖

シルバーカー

(4) おわりに

以上、生活機能という「健康」に関する世界標準の考え方に立って、介護、特に介護予防をどのように考えるかについて述べた。

ここで注意していただきたいのは、ICFはこれまで述べてきたように、生活機能モデルとしての考え方のもとに用いるものであり、それなしに単に分類法として用いることはケアマネジメント上問題であるということである。但し抜け落ちなく全体像を把握するために分類を活用することは重要である。介護保険においてもこの考え方が生かされている。

なお誤解がないように述べておくが、地域支援事業予防給付で用いられる「基本チェック表」は心身機能、健康状態、活動の一部分のみをみているものであり、活動・参加についてはケアマネジメントでの把握が求められている。

以上のような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といえよう。

参考文献

- 1) International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization Geneva, 2001
- 2) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、法研、2003
- 3) 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.
- 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、2004
- 5) 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.
- 6) 介護予防のための生活機能評価についての研究班：介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル、2005

4. 介護予防のターゲットとしての生活不活発病（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

介護予防の重要なターゲットは、生活不活発病（廃用症候群）である。そのため制度上も、要介護認定の項目にも生活不活発病を重視した新たな項目が追加されている。また主治医意見書の「1. 疾病に関する意見」の「(1)診断名」において「生活機能低下の直接の原因となっている傷病名・・・」の中には生活不活発病が非常に多いことは以下に述べるとおりである。さらに今回改定された「介護予防サービス・支援計画表」においても右下に「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント」を一種のまとめとして記載することになっている。

生活不活発病は予防・改善が可能である。しかしながらこれまで「廃用症候群」の名称だけは普及してきたが、予防・改善の対象としては十分には認識されていたとはいえ、それへの対策も不十分であった。

介護予防ではこの生活不活発病の予防・改善のシステムとプログラムが中心となる。しかしそれは、一般医療機関の積極的な関与と、一般国民への啓発なしには達成できるものではない。また国民への啓発においても医療機関の日常の診療の果たす役割は大きい。しかもそれは要介護者の場合だけでなく、医療保険における一般の診療から既にはじまっているのである。

今回の介護保険改定の中で医療と介護との連携をより深めることが望まれているが、その鍵となるのは基本的概念としては生活機能、具体的ターゲットとしては生活不活発病である。

(1) 生活不活発病（廃用症候群）とは

① その概念

廃用症候群 (disuse syndrome) とは、廃用 (disuse、「用いない」こと、すなわち生活全体の生活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である。

しかし「廃用」という表現は難しく、また「廃案」「廃棄物」などの言葉を連想させやすく、当事者に不快感を与えることが少なくない。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。

② 高齢者における重要性－「年だから仕方ない」？

生活不活発病は誰にでも起こりうるものであるが、特に高齢者では起りやすい。またこれは色々な病気の際に、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。

③ 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。これは生活機能の3つのレベルのうち、心身機能に

属するものである。

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関節拘縮や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」は比較的知られていないことである。

しかし実際にはこれらⅡ、Ⅲに属するものが重要である。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、生活不活発病の初期症状の一つである「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、あるいは「うつ」傾向が起ることで一見「認知症(痴呆)」のように見えることさえ起こるのである。

このような多様な症状が広く知られていないため、生活不活発病が発生していても気づかれないでいることも多く、また一部の症状にだけ注意がいかたよって、対応としても筋力増強や関節可動域訓練など特定の心身機能に限られがちとなって、適切な手が打たれていない場合が多いのが問題である。

表 1. 生活不活発病 (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・筋持久性低下 3. 廃用性骨萎縮 4. 皮膚萎縮(短縮) 5. 褥瘡(床ずれ) 6. 静脈血栓症 →肺塞栓症、など	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)、など	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、など

(2) 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。

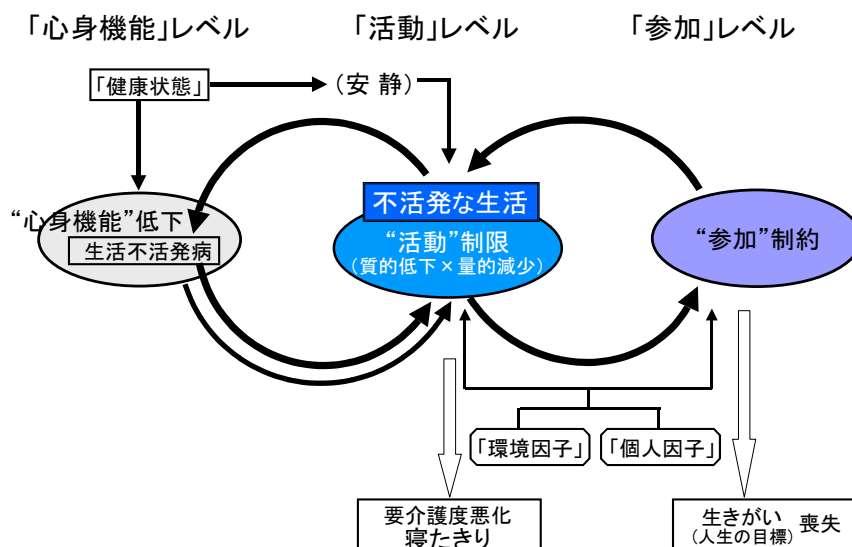
また生活不活発病は、単に心身機能が低下するだけではない。生活行為すなわち活動や、社会等への参加にも大きく影響する(「生活機能」参照)。また逆に活動・参加の変化を契機として起こってくることも多い。このように心身機能・活動・参加の生活機能の3つのレベルが相互に関連し合っ

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あって進行する。

図 1. 生活不活発病と生活機能低下の悪循環



① 出発点は生活の不活発さ

悪循環の出発点は中央の「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。

(i) 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(杖などを使ってでも)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行うよりは、立って行なう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。

(ii) 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、質が高いほど量も増えるのが普通である。例えば屋外が自由に歩けるようになれば自然に遠くまで用事で歩くようになる、等である。

一つ一つの生活行為(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。

② 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、そのきつ

け(契機)は様々であり、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「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) 参加制約により更に生活は不活発になり、活動制限を起す(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。

(3) 生活不活発病発生の三タイプ

「生活の不活発さ」の起り方ときっかけ(契機)は様々であるが、大きく次の3つのタイプに分けることができる(図2)。これは要介護認定において今回見直しがなされた調査項目(下記)とも関連深いものである。

- ① 活動の量的減少: 新たな認定調査項目として「日中の生活」、「外出頻度」
- ② 活動の質的低下: 「歩行」・「移動」等の記載事項の充実
- ③ 参加の制約: 「家族・居住環境、社会参加などの変化」

① 活動の量的減少(図2-1)

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。

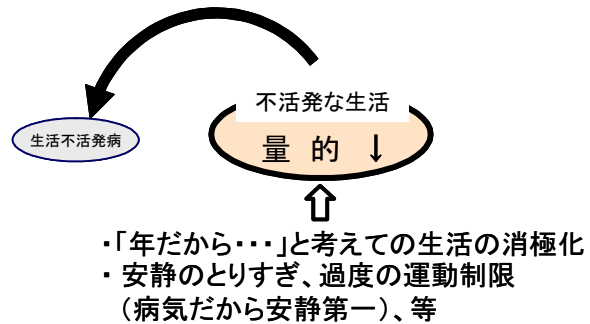
これには、それ自体は運動機能の障害を起ささないような病気や外傷、あるいは手術などの場合に「病気なら安静」という「通念」に従って不必要な安静をとりすぎるのが非常に大きい。その他、慢性疾患等での「疲れやすさ」や目や耳の不自由やその他の理由からの「消極化」もある。

② 活動の質的低下(図2-2)

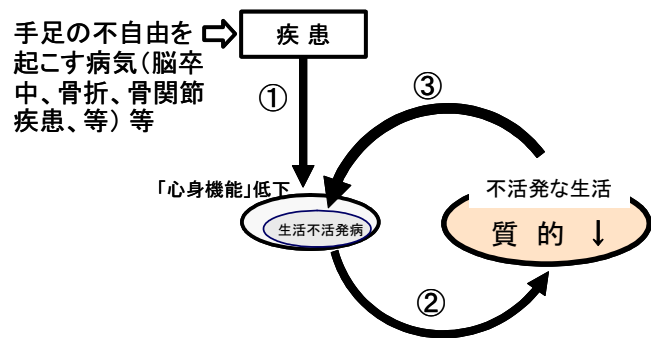
これは脳卒中、骨折などの急激に運動を困難にする疾患、あるいは変形性骨関節症による痛み等によって、活動の質的低下(歩行困難、等)が直接引き起こされ、それが生活不活発病を引き起こす場合である。

図 2. 生活不活発病発生の 3 タイプ

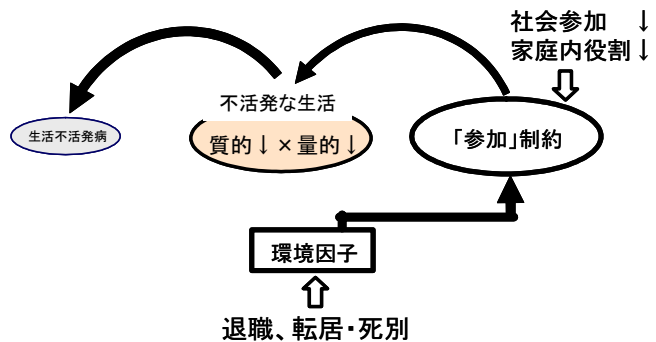
① 活動の「量」的減少タイプ



② 活動の「質」的低下タイプ



③ 参加低下タイプ



③ 参加の制約 (図 2 - 3)

「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、生活が不活発化することが少なくない。

この参加の制約には環境の変化が誘因となることがかなりみられる。

例えば主婦が子どもと同居することで主婦としての役割を失うことも契機となり易い。災害もまた参加の制約を介して生活不活発病を引き起こす。

従来生活不活発病は、脳卒中・骨折などによって運動機能が急激に制限されたことに伴って(のみ)起こると考えられやすく、以上のような様々な起こり方がることが十分理解されていなかったきらいがある。

(4) 「生活機能低下の悪循環」からの脱却

① 生活不活発病発生原因の診断

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ことが重要である。

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な症状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。

「生活機能低下の悪循環」(図1)は運命ではない。原因とメカニズムがわかれば「悪循環」をブロックし、生活を活発化させて、生活不活発病を改善し、更に心身機能・活動・参加の全てを向上させることで「悪循環」を逆転させ、「良循環」にもっていくことができる。まずいかに早期に発見し、適切な指導によってそれを「良循環」に転換させるかが大事で、これが悪循環進行防止の要(かなめ)である。その最大のポイントは「生活全般の活発化」である。

そのための専門職によるアプローチとして重要なのが、直接的に活動(生活行為)レベルを向上させることであり、リハビリテーションにおける活動向上訓練である。

② 一般医療における「生活機能低下の悪循環」への対応

「生活機能低下の悪循環」の予防における一般医療の役割は重要である。一般医療において疾患を治療・管理する際に、高齢者では特にこの見地からの正しい指導を行なうことが不可欠である。なぜなら「病気なら安静」という誤解が一般に強く、ふだんは動くことが大事だと思っている人でも、一旦病気になる「安静第一」になってしまいがちだからである。

また疾患の十分な把握と管理を行いながらでなければ、安全で十分な悪循環克服はできないからでもある。

この点で一般医療の医師に望みたいのは

i) 生活不活発病(廃用症候群)をつくらないこと、ii) 「生活機能低下の悪循環」の早期発見、iii) 悪循環から良循環への転換の指導、の3点である。

具体的には次の2つの点で医師の役割は非常に大きい。

(i) 一般医療での「活動度」指導

一般の医療機関では「安静度」の指導は徹底されている。しかし実はどの程度は動く"べき"かを具体的に指導する「活動度」の指導が必要なのである。

疾患管理上安静が必要な場合は、i) 必要な理由と、ii) どういう状況になるまで安静が必要な(それが終われば不用となる)のかを説明し、iii) 同時にその間でも「この程度は動いてよい、むしろ動きなさい」、という具体的な指示が必要である。

安静度と活動度とは単なる言葉の言い換えのように思われるかもしれないが、"安静"を主とするか、活動を主とするかで考え方の方向が全く逆であり、使用する人の意識に大きく作用すると考えられる。

「活動度」では活動そのものだけでなく、参加レベルの向上についての指導・助言も大事である。ここでも生活・人生を総合的にみることが重要なのである。

(ii) 「お大事に」ではなく「お元気に」

医師でも看護師でも、診察が終わった時などに何気なく「お大事に」と言うことが多い。一般の人々がお見舞いに行った時も、「お大事に」と言ってわかれてくる。これは知らず知らず

のうちに「病気になったら安静が必要」という、今となっては誤っているというほかはない社会的通念を強めてしまう危険がある。本当に大事にすべきは体ではなく「人生・生活」である。「お大事に」ではなく、例えば「お元気で」という一言に変えることで、安静に関する基本的な概念は大きく変わるのではないであろうか。

(5) 水際作戦；介護予防の「急性期」

介護予防における生活不活発病への対策として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」、すなわち生活機能低下が急激に起こってきた状態（いわば介護予防の「急性期」）の早期発見・早期対応である。

この際特に重要な生活機能レベルは活動（生活行為）である。しかも身の回り行為（ADL）だけでなく、買い物、スポーツ、家事などの様々な活動にまで広く目を配ることが大事で、これらに制限が生じたことに気づくことが早期発見に大きく役立つ。

「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3参照）。そのエピソードを早く見つけて素早く手を打つこと、また生じてきた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 「水際作戦」の実際

早期発見とは、この階段状の生活機能の低下を適時・適切にとらえることである。そのためには定期的な健診などよりも、一般医療機関の果たす役割が大きい。

具体的な対応の内容としては、「活動向上訓練」（「生活行為向上支援」）、すなわち活動（生活行為）への直接的働きかけが中心である。

例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。「生活機能」参照）を選んで、それを使った歩き方を実際に歩く道路や行った先の店内などで指導する。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。洗濯物を持つての歩き方や、重たい洗濯物の干し方を指導する、等である。

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く、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」）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し、階段状に落ちかかった生活機能を元の状態に戻すことができ、場合によっては更により状態にすることさえできるのである。

これが「活動自立訓練」（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。

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

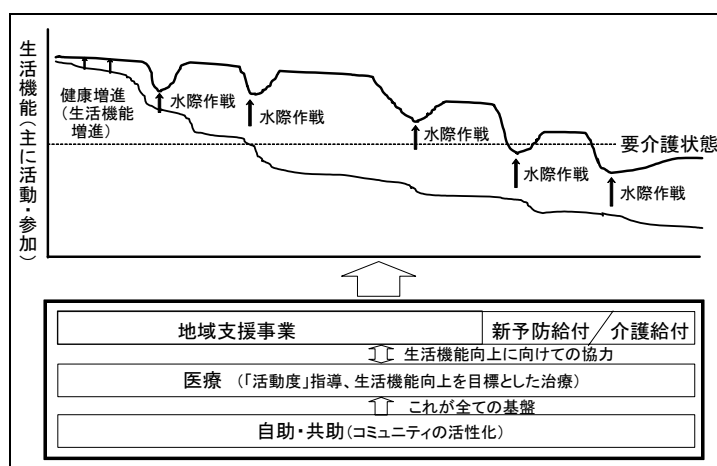
身機能」、しかもその一部を中心に特別の事業として実施するものと考えられがちである。しかし、上に述べたように居宅等の実生活の場に向いて、そこでの生活行為（活動）を向上させるように指導し、それによって生活全体を活発化させることを「水際作戦」として高い機動性をもって行なうことが重要なのである。

② 「水際作戦のシステム」

このような「水際作戦」を効果的に行うためには、たとえば自治体が「生活機能相談窓口」といったものを設置し、一般医療、保健師、民生委員、ケアマネージャー等からの通報を受けてただちに家庭訪問し、「活動向上訓練」（生活行為向上支援）を開始するといったシステムが有効と考えられ、既にこのような試みが始まっている自治体もある。

図3. 「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 —



なお、この実践のためには、図3下方の横長の3つの柱で示すように、行政（介護予防事業）だけでなく、先に述べたような医療の積極的な役割の発揮が重要である。

さらに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（廃用症候群）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といつてよい。

(6) 介護予防の「慢性期」

「水際作戦」の徹底が介護予防成功の鍵であり、その重要性はいかに強調しても足りないが、同時に「階段」と「階段」との間の、極めて緩やかに生活機能が低下していく状態に対しての、いわば「慢性期」対策的な介護予防も重要である。

これはゆっくりと進行する「生活機能低下の悪循環」であり、それに対する有効な対策は先に5-1)で「サポートプログラム」としてあげた参加の向上と自己訓練を基本とした「生活の活発化」の徹底である。そのためには広く一般の啓発が重要である。

要するに「急性期」における「短期決戦」型の生活行為向上支援（活動自立訓練）を、より「慢

性期」における長期的なサポートプログラムで支えるのである。

(7) 「作られた歩行不能」を防ぐ

以上と関連して簡単に述べておきたいのは、介護予防における「作られた歩行不能」予防の重要さである。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報告書などでも強調されていることで、主として歩行が僅かに困難になった状態で安易に車いすを用いることによって生活機能低下を引き起こし、その結果歩行不能状態を作ってしまうことである。高齢者においては車いす生活では（たとえ車いす移動自立であっても）生活不活発病を防ぐことはできないことは種々の研究によってよく知られている。

もちろん歩行の回復は不可能で車いすを必要とする状態があることはいまでもなく、それを否定するものではない。しかし現状では上記の「水際作戦」が行なわれれば歩行自立の可能性が十分にあるにもかかわらず、安易に車いす生活とされ、その結果歩行不能となっていることが我々の調査においても非常に多いのである。

介護予防の「水際作戦」の普及と「生活不活発病」に関する認識の向上によって、このような「作られた歩行不能」が克服されることを強く願うものである。

(8) おわりに

以上生活不活発病（廃用症候群）と「生活機能低下の悪循環」について述べ、それに対する対応としての介護予防の「急性期」における「水際作戦」を中心に述べた。本書の「生活機能—特に介護予防との関連で」をあわせ読んでいただければ幸いである。

参考文献

- 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、2004
- 5) 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