

公開講座

いきいき生きる

山下 協子

四條畷学園大学

リハビリテーション学部

はじめに

おそらく誰もが、また人類がずっと願ってきたことは、いつまでも元気でいたいということだろう。

元気、すなわち健康について

世界保健機関（以下WHO）では、「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない（昭和26年官報）」と定義されている。この時代にはむしろ、健康の概念に「社会的」という言葉を盛り込んだことに意味があった。日本に於いても昭和26年頃と言えば、赤痢が出たと言って、真っ白に消毒を撒いた光景をご存じの方もおられることでしょう。また結核も身近な病気でした。しかしその後、このような感染症は急速に減少し、生活習慣病に代表される慢性疾患や変性疾患が病気の主流となった。医者にかかっていて薬も飲んでいるが普通に生活している、あるいは仕事をしていると言う人が多くなり、「健康」と「病気・病人」との境目が曖昧になった。

またヨーロッパに発祥するノーマライゼーションとアメリカの障害者自身の運動であるIL（自立生活）運動が、「健康」のとらえ方に影響を及ぼした。ノーマライゼーションとは、障害を持っていても障害を持たない人と同じように、地域の中で当たり前の生活・人生を送りたい、あるいはそのような生活が当たり前であるという考えである。次にIL運動について説明する。ここで言う自立とは、ご飯がひとりで食べられるというように、自分で〇〇ができるという意味ではなく、自分の意志で人生を選択し決断する、すなわち障害を持っていても自分のことは自分で決める権利があり、決定に対して責任を持つということであり、できないことは手伝ってもらうのだということである。

病気と健康の境目も、障害がある人と今は障害がない人との境目もなく、限りなくこれらを連続線上のものとしてとらえるようになった。

このような背景を受けて、2001年5月のWHO総会で国際生活機能分類（ICF）¹⁾（図1）が採択された。ここで、健康状態は、身体や心の健康（心身機能・身体構造）と生活に必要な課題や行為がどれくらい遂行できているか（活動）や、さまざまな人生場面に関わりを持っているのか（参加）という3つのカテゴリーの複合体または総合的状态であり、あらゆる人々がこの中に包括されるとしている。また、環境因子や個人因子はその人の健康状態に影響を及ぼしうるものとしている。特に悪いところがないのに、日々ごろごろ暮らし殆ど外に出ないという人と、少し具合の悪いところはあるが自分自身でし、友人と共にさまざまな所に出かけている人を思い浮かべると、ここでいう「健康状態」の意味を理解しやすいだろう。すなわちICFでは、すべての人を「健康状態」という1つの概念に包括し、病気（病人）と健康（人）、障害者と健常者という区分・垣根が無くなったと言うことである。

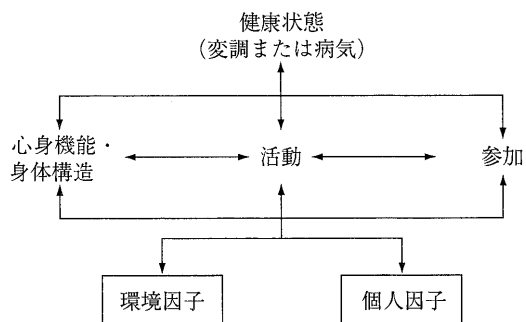


図1 ICFの構成要素間の相互作用¹⁾

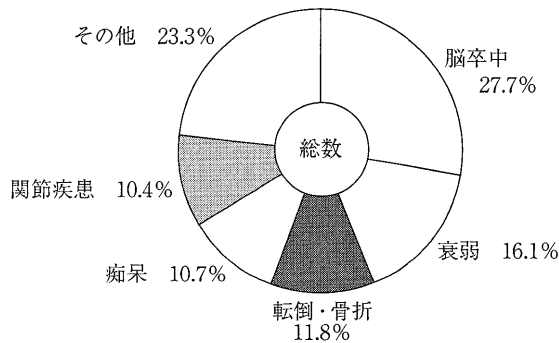
（世界保健機関：国際生活機能分類，中央法規，2002より）

元気を保つために

元気（健康状態）を保つためにどのようなことに気をつけ、何をすればよいのかと言うことであるが、この点を介護が必要になった人々から、学び考えてみたい。

要介護になった原因は（図2）²⁾、病気としては脳卒中であるが、高齢による衰弱とその他を加えると、脳卒中よりも多くなる。すなわち特別な理由が無いものが1番多いということである。これは私自身の経験からも納得のいくものである。

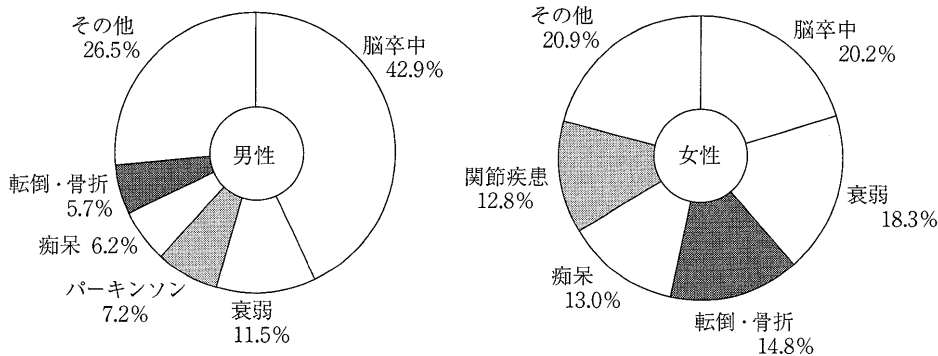
これを男女別に見ると（図3）、男性の1位が脳卒中であるのに対し、女性では転倒・骨折と関節疾患すなわち骨や関節に関係する原因が、1位の脳卒中を上回っている²⁾。



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図2 介護が必要となった原因²⁾

(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。厚生労働省HP研究会報告書，2004より) 原因疾患の1位は脳卒中である。



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図3 介護が必要となった原因（男女別）²⁾

(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。厚生労働省HP研究会報告書，2004より)

男性では脳卒中が4割以上を占め1位である。女性では転倒・骨折と関節疾患を合わせたもの、すなわち骨・関節に起因するものが最も多い。

次に年齢別に原因²⁾を見ると（図4）、加齢とともに、特定の原因疾患よりも衰弱が大きなウエイトを占めている。

また、性・年齢別に要介護状態の区分（図5）を見ると³⁾、全体の4～5割を要支援・要介護1が占めている。80歳後半以降、年齢が高くなると軽介護者が減少している。

これらの結果から明らかになったことは、要介護状態の原因では、特別な疾患がないものが全体では最も多いが、疾患としては、男性では脳卒中、女性では骨・関節疾患が多い。軽度の要介護者が半数弱を占め、加齢に伴い介護度が高い群が増加する事がわかる。

ここで介護保険から離れ、異なる視点から考えたい。

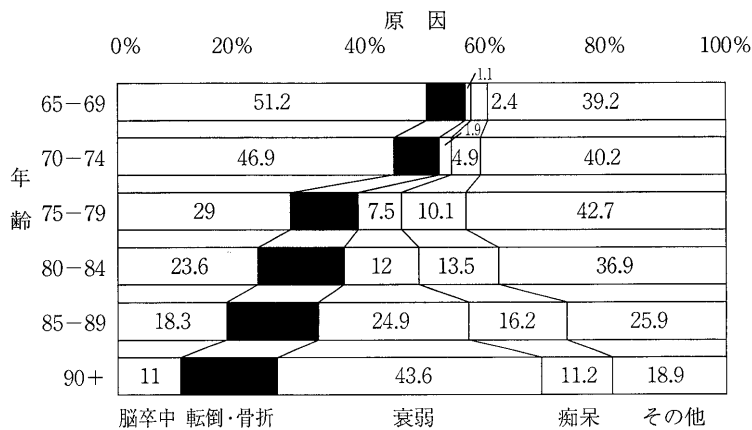
人あるいは社会とのつながりと健康である。友人とどれくらいの頻度で会っているか、何かのグループに参加しているかなどの質問に答えてもらったものを基に、社会的ネットワークが最も弱い群（I）から最も強い群（IV）まで4グループに分け、9年間の死亡率を調べたところ⁴⁾、社会的ネットワークが弱い群（I）で死亡率が高く、最もネットワークが強い群（IV）で死亡率が最も低いという結果であった（図6）。疾患別や社会階層などの社会的要因とは無関係に同様の結果を得ている。ソーシャルネットワークが高いとなぜ死亡率が低いのかについては仮説段階であるが、健康に重要な意味を持っていることは明らかである。あまり人に会うことがない、外に出たがらないと

いう社会的ネットワークが弱い人は、家の中など限られた生活空間で毎日を過ごすことになり（閉じこもり）、活動性は低下し、筋肉や骨がやせ、少し動くとハアハア・ドキドキするようになり、感動することも少なく周りの出来事に無関心で、頭を使うことも少なくなっていく。目や耳の感覚も同じである。これは廃用症候群（低活動症候群）と言われる状態で、寝てばかり居るとなるというのではなく、起きていても動かなければ、すなわち活動性が低下すれば同じことである。

何をしていくのか

今まで見てきたことから、元気に過ごす方法を次に考えてみたい。まずは脳卒中に代表される生活習慣病の予防である。必要であれば治療を継続することは言うまでもない。予防するには正しい食生活と適切に身体を動かすことが大事である。身体を動かすには、安全で無理せず動ける環境や適切に動く条件を整える必要がある。どのような場所でどのように動くのかということである。

第二点は、骨を丈夫に保ち転倒しないことである。骨を丈夫に保つには、必要な栄養をとることと身体を動かすことである。カルシウムをとるだけでは骨にはならないし、身体を動かせば栄養がバランス良く吸収される。転倒を予防するには、安全に動くための環境を整えることと注意力や判断力が十分働くことが不可欠である。自分の身の回りは、永年こうしてきて何も危ないことがなかった、ずっとここにはこれを置いていたなど、慣れ親しんだ様子ややり方のため、殆どの人がそのことについて何ら疑問を持つことがないが、加齢によって身長が若いときより低くなっている、遠くに手が届きにく



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図4 介護が必要となった主な原因（年齢別）²⁾

(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。厚生労働省HP研究会報告書，2004より)

高齢になるほど、衰弱の占める割合が大きくなる。

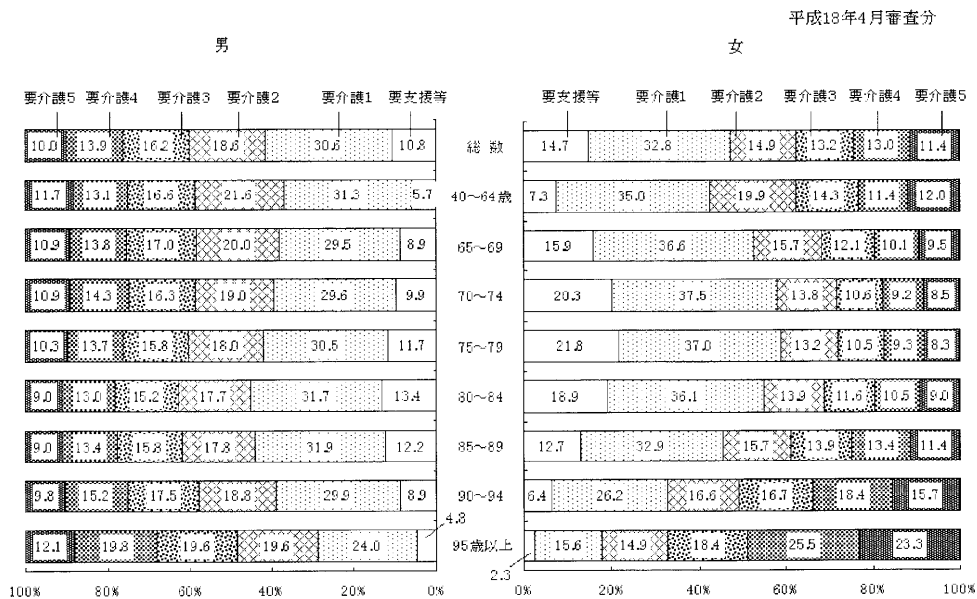


図5 介護調査費実態調査報告平成17年度（平成16年5月審査分～平成17年4月審査分）³⁾

全体では、4～5割が要介護1以下の軽介護者。加齢に伴い介護量が増加する。

いなど自分の側に変化があるので、身近な環境を一度意識的にチェックしてみると良いでしょう。

第三点は、外出や人とのふれあいを多くすることである。その為には履き物など安全に外出できる条件を整えることである。

安全に動ける環境や条件を整え、人とふれあい、家の中でも外でも活動的であることは、身体も頭も心も動かし、生活習慣病の予防にも骨を丈夫にする上でもプラスに作用する「元気サイクル (図7)」をつくることである。

再びICF (図1) を見てみたい。環境因子を変えることで、社会参加や活動への参加が促され、結果として心身機能・身体構造にプラスの影響を与え、その人の健康状態を形作ると言うことになる。

ここで今まで触れていない個人因子であるが、これは性別や年齢、生まれながらに持っている資質・特性いわば個人差などであり、人と比べるのではなく自分にあった範囲を考慮する条件である。

不自由さが生じたらどうするか

不自由さを持って、できる限り、今の元気さを保っていくと言う点では、今までの話と全く同じである。

より注意深く疾病管理をし再発を予防すること、全般的な健康管理に留意すること、活動的に暮らし、しかし頑張りすぎず永く今の状態を維持すること、転倒・骨折のリスクを発見し回避することである。少しゆとりを持ちながら日々の生活の中で能力を発揮し、生活の主体者として「いきいき生きる」ことが、人生あるいは生への意欲を高める。「やったほう早い」「やってもらったほうが早い」ではなく、「自分でする」あるいは「一緒にする」ことが、耳を働かせ、よく見て考え、身体を動かし、できた喜びを感じる、つまり頭も心も身体も使うことになる。障害を持っておられる方々とのつきあいの中で、口では「できなくても良い」と言っている、本当にそう思っている人は私は居ないと思っている。是非ともできた喜びを共有していただきたい。

動きにくいからと言ってベッドやその周辺のみでの生活にするのではなく、部屋の外へ、家の外へ生活圏を広げ、生活の中に目的を見つけ、今までどおりにはゆかなくなった「生活」を、再び不自由さを持った自分らしい生活として再構築し、「こんなになってはもう駄目だ、できない」から「何とかできる方法はないか」「なんとかなるかも」に心が変化することである。

「こんな風にすればできる」時の「こんな風に」と言

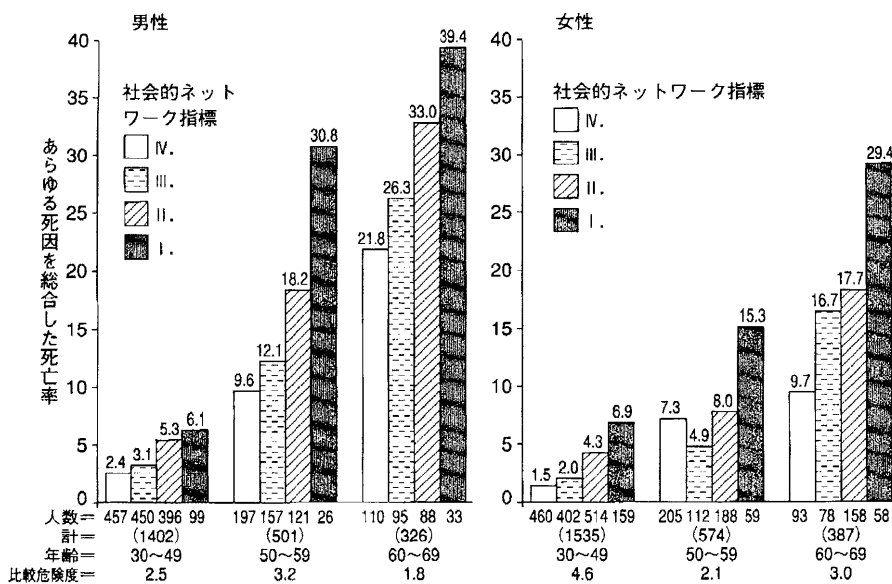


図6 全死因による死亡率 (性別, 年齢階級別, 社会的ネットワーク指標別)

(千代豪昭, 黒田研二編集: 医学概論, 医学書院, 2004より)⁴⁾

社会的ネットワーク指標を用い、社会的ネットワークが最も弱い群 (I) から最も強い群 (IV) まで4グループに分け、9年間の死亡率を調べた。社会的ネットワークが弱い群で死亡率が高い。

/saikin/hw/kaigo/service05/kekka1.html,2006

4) 千代豪昭, 黒田研二編集: 医学概論. pp102, 医学書院, 2004.

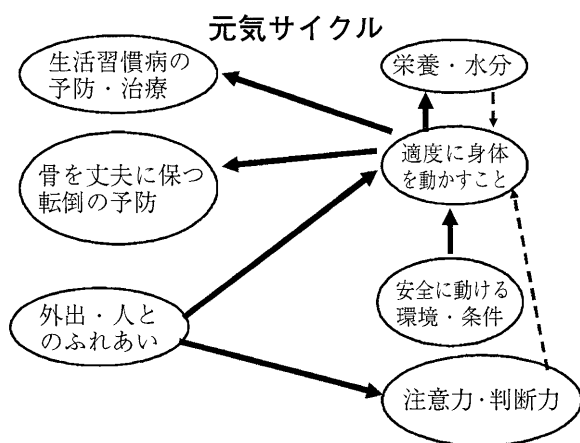


図7 元気サイクル

安全な環境条件を整え, 外出や人とのふれあいの機会を増やすことが, 健康な生活を形成する.

うのは, 道具の選択や環境整備, ご本人の動き方や介助法から構成される. これらのプランを考えるには, ご本人や介助者の心身機能の評価が不可欠であり, 理学療法士や作業療法士がこれにあたる. この時, 日々身近に様子を見て知っておられる方からの情報は貴重である. このようにして考えられた継続可能なプランが, すでに述べたように, 生活の中で日々反復されることが何より重要である. また, その日の体調や時間帯など変化する生活の中での実践から, 当初に気づかなかったこともでてくる. 「このような時にはあの方法では上手くいかない」ことを共有し, 環境や方法の再検討をし, 私達とご本人・介助者と一緒に適切な方法を見つけ出し, 日々の暮らしの中で実践できることである. ここに, リハビリテーションにおける介護との連携の意義があると考えている.

- 1) 世界保健機関: 国際生活機能分類. 中央法規, 2002, pp.17
- 2) 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. 厚生労働省ホームページ高齢者リハビリテーション研究会報告書Ⅲ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-3c.html>, 2004, pp.5
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課介護統計第四係: 介護調査費実態調査報告 平成17年度(平成17年5月審査分~平成18年4月審査分). 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/toukei>