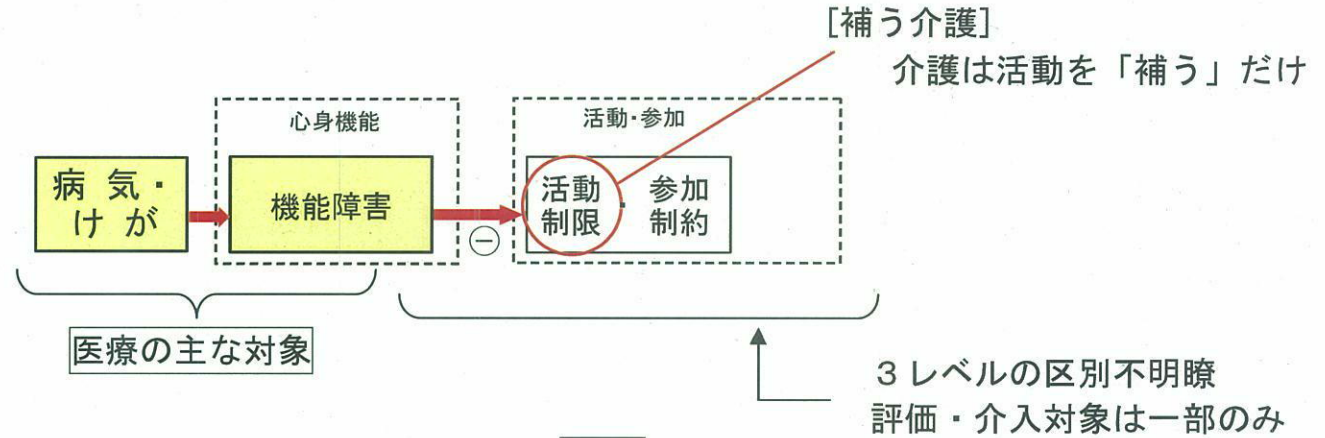


# 医学モデルから統合モデルへ（1）

## <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）

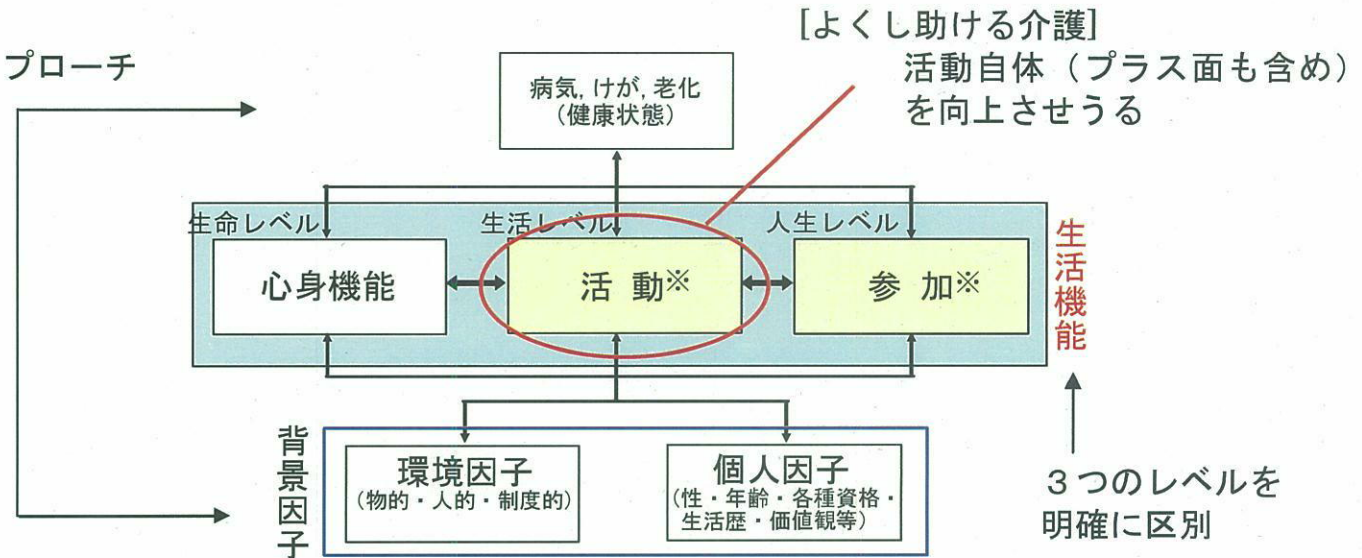


## <統合モデル>

### 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