

そもそも「生活機能」概念の基礎である ICF は、専門家だけのためのものではなく、当事者自身の自己決定権を支えるツールでもあり、また専門家と本人との間の「共通言語」としての役割をもつものである。

そのため我々は、この「生きること」の全体像についての「共通言語」という ICF の特徴に立って、生活機能モデルと ICF の分類項目を用いて説明を行なうことによって、本人の「真の希望」の表出が促進される、特に「活動」・「参加」について効果があると考え、その効果の検証を目的として研究を行った。

B. 研究方法

1. 方法

訪問リハビリテーションを開始直後の利用者及びM市の「生活機能相談窓口」の利用者（これについては本年度の「介護予防

の水際作戦としての生活機能相談窓口における訪問リハビリテーション〈訪問生活機能向上指導〉の効果に関する予備的検討」参照）で、介護保険サービスをこれまで利用しておらず、今後利用を予定する者を対象として、個別面接を行なった。

面接ではまず①訪問リハビリテーションによってどのようなことを達成することを希望するかについて聴取した。

ついで② ICF の生活機能モデル(図1)と ICF の「活動」・「参加」の大分類リスト(表1)を提示し、説明を加えた。

③その上で改めてリハビリテーションの目的についての希望を聴取した。

この①と③で表出された希望を前後で比較し、「活動」・「参加」の各章毎の希望の有無と、「心身機能」レベルの希望の有無について比較した。

図1 ICFモデル

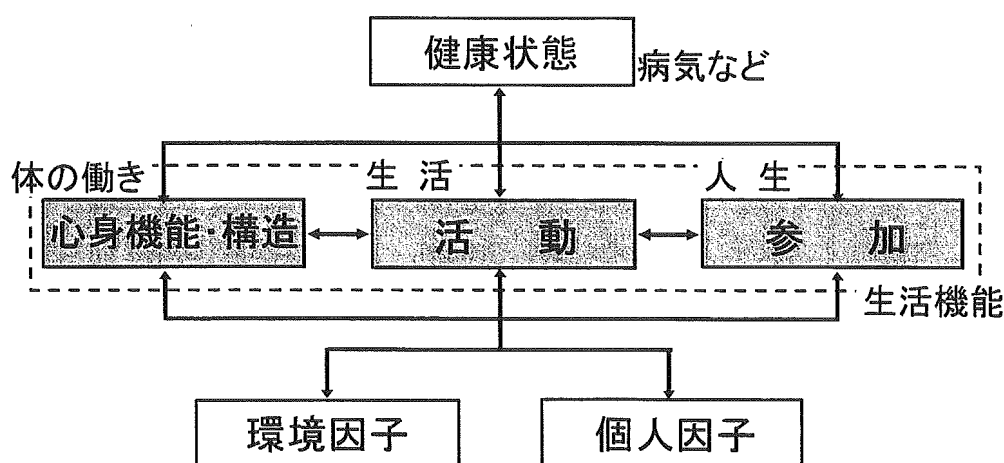


表 1. 活動と参加の大分類チェックリスト

<活動>		<参加>
<input type="checkbox"/> a5	セルフケア*	
<input type="checkbox"/> a6	家庭生活	<input type="checkbox"/> p6
<input type="checkbox"/> a7	対人関係	<input type="checkbox"/> p7
<input type="checkbox"/> a8	教育・仕事・経済	<input type="checkbox"/> p8
<input type="checkbox"/> a9	社会生活・市民生活	<input type="checkbox"/> p9
<input type="checkbox"/> a3	コミュニケーション	
<input type="checkbox"/> a4	運動・移動	
<input type="checkbox"/> a1	学習と知識の応用	
<input type="checkbox"/> a2	一般的な課題と要求	
<input type="checkbox"/> a570	健康に注意すること	

(問題のある項目の口にレを入れる)

各ステップを具体的に述べると以下のようであった。

1) ICFリスト提示前希望聴取

ただちに希望を聴取するのではなく、訪問リハビリテーション開始直後の利用者には、最初にリハビリテーションについての全般的な説明を行った。まず利用者がリハビリテーションとはどういうものと思っているかを聴取し、ほとんどが誤解しているため、その誤解を解くようにした。特にリハビリテーションは機能回復訓練ではなく、具体的な生活行為の訓練をして上手にできるようにしていくものであることを説明した。その際、例えば手足の動きが不自由でも生活行為のコツを習得することで上手にできるようになることを理解してもらうようにつとめた。

また生活機能相談窓口利用者については、「生活機能相談窓口」のサービス及び介護

保険サービスは、ともに具体的な生活行為の訓練や介護によって生活行為を向上させるものであることを説明した。なお訪問リハビリテーション対象者がリハビリテーションは機能訓練と誤解しているのと同様に、介護保険サービスについては介護とは不自由なことを手伝ってくれるものとの誤解が多かったため、その誤解を解くようにした。

その上で希望を聴取した。

2) ICFの「活動」「参加」の項目の提示と説明

ICFのモデルと「活動」と「参加」の大項目（「活動」9項目「参加」4項目：表1参照）全体をまず本人に示す。そして表1のうち、まずa5のセルフケアについて説明した後、右側の「参加」を上から順に、そして左の「活動」を上から順に説明していった。その上で各章について「活動」に

については中項目の内容まで示し、口頭で説明していったが、その際本人が関心を示したり更に詳しく説明を求めたりした場合には詳しく小項目の内容にまでわたって説明していった。

訪問リハビリテーション利用前や生活機能相談窓口などで既に聴取していた過去の生活歴をもとにして、関係の深い項目は必ず小項目についても説明した。但し逆に関係ないと判断して説明を省く（例：男性で仕事をしていたので家事については説明しない、これまで就労歴がないので仕事については説明しない、等）ようなことは避けた。

3) 提示・説明後の希望聴取

以上の説明終了後にあらためて希望を聴取した。

2. 対象

対象は前記の2種類の利用者のうち、説明を理解でき、説明時に用いる項目リストを見落としなく見ることができ、また希望を表出することが可能な知的程度を有する人、すなわち認知症・失語症・失認症がない人、また説明等に耐えられる体力のある人とした。

調査は訪問リハビリテーション、生活機能相談窓口ともに1)のICFリスト提示前希望は開始1日目に、3)のICFリスト提示・説明後希望は3回以内に終了した。

対象者は全49名で、男性20名、女性29名、平均年齢75.3±12.4歳であった。原疾患は脳卒中24名、廃用症候群16名、パーキンソン病2名、その他7名であった。うち35名(71.4%)は開始前に既にリハビリ

テーションを受けたことがあった。

入浴以外の日中のADLの自立について、2群に分けて検討することにした。すなわち入浴以外の日中のADL(食事、排泄、整容、更衣)に1つ以上の非自立項目がある「非自立群」が35名、入浴以外の日中のADLが全て自立している「自立群」が14名であった。

(倫理面の配慮)

主任研究者の所属機関の倫理委員会にて審査を受け、研究の承認を受けた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従い、本研究について主任研究者との間で協定書を締結している。

なお対象となる被検者についてはインフォームド・コンセントの原則に立って実施している。

C. 結果と考察

ICFの「活動」「参加」のリストの提示・説明の前後に表出された希望を対比させて「活動」「参加」の大項目毎に、ADL「非自立群」35名と「自立群」14名で分けて表2に示した。下に前後の差の実数と%(その大項目に含まれる希望の表出があった者の実数の変化とその群の中での比率の変化)を示した。

1. ICF項目提示前の希望の状況

1) 「活動」について

ICF項目の提示・説明前において希望が多かった章は次のようであった。

非自立群では、a4(運動・移動)が35名中27名(77.1%)、a5(セルフケア)が

26名(74.3%)と7~8割であったが、それ以外はa3(コミュニケーション)が15名(42.9%)と4割強であった他はかなり少なくなる。すなわち、a9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)7名(20.0%)、a1(学習と知識の応用)5名(14.3%)、a6(家庭生活)5名(14.3%)、a8(教育・仕事・経済)4名(11.4%)、a2(一般的な課題と要求)とa7(対人関係)が2名(5.7%)であった。

自立群でも非自立群と同様に、多かったのはa5(セルフケア)、a4(運動・移動)であったが、各々14名中10名(71.4%)、8名(57.1%)と、非自立群よりやや少なかった。その他の項目ではa6(家庭生活)が8名(57.1%)、a7(対人関係)が4名(28.6%)と非自立群よりかなり多かった。a3(コミュニケーション)は6名(42.9%)、a9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)3名(21.4%)、a2(一般的な課題と要求)とa1(学習と知識の応用)2名(14.3%)、a8(教育・仕事・経済)1名(7.1%)と非自立群の間に大きな差はなかった。

これらの差については次のように考えることができる。

①共に「運動・移動」と「セルフケア」についての希望が最も多いのは、リハビリテーションや介護に関する狭い理解(このような基本動作の改善を主とするものという)にとらわれているためと考えられる。

②ただ自立群では「運動・移動」と「セルフケア」が多くはあるものの非自立群よりは少ないことは、すでに基本的ADL

(セルフケア)は自立しているため、必要性の感じ方が少なくなっていることを示すものと思われる。

③その一方自立群では非自立群に比べ「家庭生活」や「対人関係」についての希望が多いことは、ADLが自立しているため家庭内の役割や人との関係に目が向きやすい傾向を示すものと考えられる。

2)「参加」について

次に同様に提示・説明前の参加レベルの希望について検討すると次の通りであった。

非自立群では最も多かったのは、p6(家庭生活)で15名(42.9%)、次いでp7(対人関係)が10名(28.6%)、p9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)9名(25.7%)、p8(教育・仕事・経済)7名(20.0%)、であった。

自立群では最も多かったのは、p6(家庭生活)で9名(64.3%)、次いでp7(対人関係)が5名(35.7%)、p9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)とp8(教育・仕事・経済)が4名(28.6%)であった。

全体的に自立群が非自立群より「参加」に関する希望が多い傾向があり、特に「家庭生活」においては43.0%対64.0%とかなりの差があった。これも前記同様に、基本的ADLが自立しているために家庭内や社会的な役割についての関心が高いという傾向を示すものと考えられる。

3)「活動」と「参加」の比較

同一の章の中で「活動」と「参加」が含まれるd6(家庭生活)、d7(対人関係)、d8(教育・仕事・経済)、d9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)につい

て、どちらのレベルについての希望の表出が多いかを比較すると次のようであった。

非自立群で最も大きく差があったものが、第6章(家庭生活)で、a6(活動)で14.3%に対し、p6(参加)で42.9%と「活動」に比べ「参加」が多かった。

自立群では第8章(教育・仕事・経済)で、a8が7.1%に対し、p8:28.6%とやはり「参加」のほうが多かった。

「活動」と「参加」の差については後でまとめて考察する。

4)「心身機能」について

ICF項目の提示・説明前に両群とも「心身機能」についての希望は多く、非自立群では35名中24名(68.6%)、自立群では14名中13名(92.9%)であった。これは先に述べたように、リハビリテーションを「心身機能の回復」と、また介護をも「心身機能の不自由を補うもの」と考える傾向を如実に反映しているものと考えられる。

2. ICF項目提示後の変化

1)「活動」について

ICF項目提示後の変化をみると次のとおりであった。

非自立群では、提示前から希望の表出が多かったa5(セルフケア)は74.3%から100%、a4(運動・移動)は77.1%から97.1%に増加し、提示後はほぼ全員がこの2章については何らかの希望を表出した。

また提示前には希望が少なかったa6(家庭生活)は14.3%から82.9%、a9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)は20.0%から68.6%と著しく増加した。またa3(コミュニケーション)が42.9%から

60.0%、a7(対人関係)は5.7%から20.0%、a8(教育・仕事・経済)は11.4%から25.7%、a1(学習と知識の応用)は14.3%から28.6%、a2(一般的な課題と要求)は5.7%から11.4%へといずれも増加した。

自立群ではa5(セルフケア)は71.4%から100%、a6(家庭生活)とa4(運動・移動)は共に57.1%から100%と著しく増加し、この3章については全員が希望を表出した。また提示前に低かったa9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)は21.4%から71.4%と非自立群とほぼ同様に増加した。a8(教育・仕事・経済)は7.1%から21.4%、a7(対人関係)は28.6%から42.9%と増加した。

両群ともICF項目提示後にほとんど全ての項目で増加がみられた。最終結果の差では「家庭生活」が8割対10割と自立群で大きかった。

以上のようにICF項目の提示・説明によって大きな変化が起ったが、その理由について考察すると次のようなことが考えられる。

まず非自立群に増加が著しかった「家庭生活」「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」についてみると、提示・説明前のように、入院生活において必要な「運動・移動」「セルフケア」に注意が集中しがちだった状態から、関心の範囲(視野)が広がり、家庭生活や地域生活について訪問リハビリテーションや「水際作戦」に具体的に期待するものが明確に自覚されるようになった結果と考えられる。その他の章における変化も程度は小さいが同じ方向への「視野の拡大」とみることができる。特に

a 8 (教育・仕事・経済) が 2 割 5 分強まで増加したことは仕事・経済生活などを考えようとする姿勢がかなり出てきたものといえよう。

自立群でもこの傾向はほぼ同様であった。

2) 「参加」について

提示後の変化は次の通りであった。

非自立群では p 6 (家庭生活) が 42.9% から 80.0%、次いで p 9 (コミュニティライフ・社会生活・市民生活) が 25.7% から 77.1%、p 7 (対人関係) が 28.6% から 68.6%、p 8 (教育・仕事・経済) は 20.0% から 71.4% と 4 分野の全てで著しく増加した。

増えた人の割合で見ると、比較的少なかった p 7 (対人関係) と p 8 (教育・仕事・経済) ですら 40.0~51.4% 増加していた。

自立群でも全 4 分野で増加し、p 8 (教育・仕事・経済) の 57.1%~p 6 (家庭生活) の 100% に達した。増えた人の割合は p 8 (教育・仕事・経済) の 28.6%~p 9 (コミュニティライフ・社会生活・市民生活) の 64.3% の範囲にあった。

このように「参加」に関する希望の著しい増加は、先に述べたように、ICF 項目を提示しての説明により、それまで「活動」、しかも限られた範囲のものにしか及んでいなかった患者の視野が、「参加」すなわち社会的な役割の遂行にまで拡大されたことを意味するものである。

両群を比較すると、提示・説明後の比率は概して自立群が高いが、増加分を比較すると非自立群のほうがやや高い。これは自立群でははじめからやや高かった結果であると考えられる。

3) 「活動」と「参加」の比較

ICF 項目の提示・説明後の希望表明の率で比較して「活動」と「参加」との差をみた。

まず非自立群では、第 7 章 (対人関係) での差が大きく、a 7 (活動) 20.0% 対 p 7 (参加) 68.6% であった。次いで第 8 章 (教育・仕事・経済) で、a 8 : 25.7% 対 p 8 : 71.4% であった。9 章でも「参加」の方が多かったが、差は 10% 未満であった。第 6 章では「活動」の増加が大きかったため差はほとんどなくなった。

自立群では、第 7 章 (対人関係)、第 8 章 (教育・仕事・経済) での差が大きく、a 7 : 42.9% に対し p 7 : 78.6%、a 8 : 21.4% に対し p 8 : 57.1% であった、第 6 章 (家庭生活) は「活動」と「参加」とともに 100% となり、9 章でも「参加」の方が多かったが、差は 21.5% であった。

「活動」は「参加」を支えるものであり、その具体像である。従って両者の頻度は一致してしかるべきものである。しかしリハビリテーションや「水際作戦」などの目的を問われた場合に、たとえ同じ意味の内容のことであっても、「活動」のほうから先に考えるか、「参加」の側から考えるかという違いは起りうる。これはいわばイメージとしてどちらが先に浮かぶかという問題である。その点でこの結果からは、ICF 項目の提示・説明によってより「参加」の側から考えるように姿勢が変わったとみることができよう。

なお提示・説明後に「活動」の希望があらたに出た人は「参加」の表出も全例同時に出たが、これも「活動」と「参加」の関

係が緊密であることを示している。ただ提示前の状態では両者が同時に出されるとは限らなかった。

4) 「心身機能」について

提示・説明の後で両群とも希望する人の数は増え非自立群で 85.7%、自立群で 92.9%に達したが、もともとが多かったため、増加は 17.1%程度にとどまった。

なお、表 2 の下部には、参考までに累計を揚げた。「a5～a4 計」としたのは全 9 章から、やや性質の異なる 1 章（学習と知識の応用）と 2 章（一般的課題）とを除いた全 7 章の累計であり、「a5～a2 計」は全 9 章の累計である。

D. 総括的考察

1. データのまとめと考察

これまで個別に考察を加えてきたので、ここでは総括的な検討を行う。以上の結果をまとめると次のようである。

1) ICF 項目の提示・説明以前には、利用者は概して古いリハビリテーションや介護の理解にとどまり、表出される希望は「心身機能」と「活動」のうち「運動・移動」と「セルフケア」が多かった。

「参加」に関する希望は「家庭生活」が 4～6 割、「対人関係」が 3 割前後で、後は概して少なかったが、いずれも基本的 ADL（入浴を除く）の自立群の方が多かった。

これは基本的 ADL（セルフケア）の自立により、関心がより広く家庭生活あるいは人との交わりなどにまで拡がり始めていることを示すものと考えられ

る。

2) ICF 項目の提示・説明後には上記の状況は次のように大きく変化した。

(1) 「活動」に関しては非自立群において、提示前に希望が少なかった a6(家庭生活)、a9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)が著しく増加した。自立群では提示前に希望が少なかった、a9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)が著しく増加した。

「参加」については全般的に著しく増加し、非自立群では p6(家庭生活)、p9(コミュニティライフ・社会生活・市民生活)をはじめ全 4 章で著しく増加した。これは自立群でも同様であった。

以上は ICF 項目が具体的に提示されることによって、「参加」の側面に眼が向き、それだけ視野が拡がり、利用者の自覚が促されたものと考えられることができる。

2. ICF の活用に関する考察

ここで利用者の自己決定権尊重における ICF の活用について考察を加えたい。

1) 共通のものの考え方・捉え方としての「共通言語」

前身の ICIDH（国際障害分類、WHO、1980）はその名のとおり障害のある人々を対象としていたが、ICF（国際生活機能分類、WHO、2001）は「全ての人々のための『共通言語』である」ことを明確にうたっている。特に ICIDH が障害というマイナス面の分類であったのに対し、ICF は「生活機能」というプラス面の分類であるという点で根本的な違いがある。

この場合「共通言語」とは、ICF モデル

に沿って「人が生きることの全体像」についての「見方・考え方を、関係者すべてが共通にもつ」という意味である。これには分類そのものを活用することも含まれ、今回の研究結果からも、利用者の偏りのない、真の希望を把握する上でこの分類項目が非常に有用であったことが示されている。

この点でICFは、①利用者・家族と専門家チームとの間での共通認識の確立、それにもとづく自己決定権の尊重に立った共働作業に役立ち、また

②専門家チーム内の各専門職種間の、共通の課題や目標把握に立った真のチームワークのために役立つということが出来る。

2) 利用者本人・家族は自分たちの生活機能の専門家

現在は専門家と利用者・家族の間に「共通言語」が欠けているために、「話が通じない」ことになりがちで、そのための誤解や不信が起りがちである。

これは本人・家族の関心は生命や狭い意味での生活行為に直接関係する面だけでなく、広い範囲の生活・人生に関係することにも大きく向けられているのに、専門家は狭い範囲にしか考えないためのことが多いと思われる。そしてそれは専門家チームが十分な力を発揮できないことにつながるのである。

しかし当事者は、自分の生活・人生（「活動」「参加」）については、そして「個人因子」はもとより「環境因子」（の身近な部分）の影響についても誰よりもよく知っている。その意味で利用者本人、家族は自分の生活・人生の専門家なのである。

専門家は生活・人生（「活動」「参加」）を正しく知るためには本人・家族の言うことを傾聴しなければならないし、むしろそれを積極的に引き出さなければならない。そして本人・家族には自分たちが最もよく知っていることを進んで伝え、それによってより積極的にサービスの質の向上に関与することが期待されている。

これは本人が自己決定権を正しく行使するための、また専門家が専門的な立場からそれを支援するための重要な前提条件といえよう。

3) 各種のサービスの間の「共通言語」

病院から退院して介護保険サービスに移る場合、病院間の転院、また特別支援教育システムから就労に移行する場合、その他多くの場合に、総合的な情報伝達が必要であるが、ICFはそのツールとして大きな意味をもつものである。

このようにICFとICD（WHO国際疾病分類）を活用して、疾病と生活機能を互いに関連させて総合的に把握することにより、豊富で総合的な情報がもれなく介護・医療・保健・福祉・労働・教育等の異なったサービス分野の間で（また同じ分野の中でも）共有され、「共通言語」として正確に、また効率的に伝達されることが可能となる。

今回の研究結果は上記の2)の点について、ICF分類項目をICFのモデルに加えて提示し説明することが、「共通言語」として利用者の自己決定権の行使を助ける上で非常に有用であることを具体的に証明したものといえよう。

表2. ICF「活動」「参加」大項目の提示前後の希望の変化 訪問患者 (N=49)

ADL 非自立群 (N=35)				ADL 自立群 (N=14)							
	活動		参加			活動		参加			
	前	後	前	後		前	後	前	後		
a5 セルフ ケア	26 74.3%	35 100%			a5 セルフ ケア	10 71.4%	14 100%				
	9 (25.7%)					4 (28.6%)					
a6 家庭 生活	5 14.3%	29 82.9%	p6	15 42.9%	28 80.0%	a6 家庭 生活	8 57.1%	14 100.0%	p6	9 64.3%	14 100%
	24 (68.6%)			13 (37.1%)			6 (42.9%)			5 (35.7%)	
a7 対人 関係	2 5.7%	7 20.0%	p7	10 28.6%	24 68.6%	a7 対人 関係	4 28.6%	6 42.9%	p7	5 35.7%	11 78.6%
	5 (14.3%)			14 (40.0%)			2 (14.3%)			6 (42.9%)	
a8 教育・ 仕事・ 経済	4 11.4%	9 25.7%	p8	7 20.0%	25 71.4%	a8 教育・ 仕事・ 経済	1 7.1%	3 21.4%	p8	4 28.6%	8 57.1%
	5 (14.3%)			18 (51.4%)			2 (14.3%)			4 (28.6%)	
a9 社会 生活	7 20.0%	24 68.6%	p9	9 25.7%	27 77.1%	a9 社会 生活	3 21.4%	10 71.4%	p9	4 28.6%	13 92.9%
	17 (48.6%)			18 (51.4%)			7 (50.0%)			9 (64.3%)	
a3 コミュ ニケー ション	15 42.9%	21 60.0%				a3 コミュ ニケー ション	6 42.9%	8 57.1%			
	6 (17.1%)						2 (14.3%)				
a4 運動・ 移動	27 77.1%	34 97.1%				a4 運動・ 移動	8 57.1%	14 100%			
	7 (20.0%)						6 (42.9%)				
a1 学習と 知識の 応用	5 14.3%	10 28.6%				a1 学習と 知識の 応用	2 14.3%	3 21.4%			
	5 (14.3%)						1 (7.1%)				
a2 一般的 課題	2 5.7%	4 11.4%				a2 一般的 課題	2 14.3%	2 14.3%			
	2 (5.7%)						0				
b 心身 機能	24 68.6%	30 85.7%				b 心身 機能	13 92.9%	13 92.9%			
	6 (17.1%)						0				
a5 ～ a4 計	86 245.7%	159 454.3%	P6 -p9 計	41 117.1%	104 297.1%	a5 ～ a4 計	40 285.7%	69 492.9%	P6 -p9 計	22 157.1%	46 328.6%
	73 (208.6%)			63 (180.0%)			29 (207.1%)			24 (171.4%)	
a5 ～ a2 計	93 265.7%	173 494.3%				a5 ～ a2 計	44 314.3%	74 528.6%			
	80 (288.6%)						30 (214.3%)				

E. 結論

利用者の自己決定権尊重を目的として ICF を活用することの有効性の研究を目的として、49 名の訪問リハビリテーション及び介護予防の「水際作戦」の利用者に詳細な面接指導を行った結果、ICF の分類項目の提示が訪問リハビリテーションや介護予防の「水際作戦」に関する利用者の希望の引き出し、特に広い範囲の「活動」「参加」への視野の拡大に非常に有効であることが確認された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・大川弥生：ICF のケアマネジメントへの活用；目標をきちんと定めて利用者のよりよい人生を実現しよう。介護保険情報. 7: 16-22, 2004.

2. その他報道

- ・大川弥生：利用者は、生活・人生の専門家 もっと発言していいのです。Ms. Community. 32: 3-5, 2004
- ・大川弥生：ICF とストレングスモデル。ケアマネージャー. 6(10): 16-17, 2004

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；リハの基本技術は「活動」向上訓練. 介護ビジョン. 14：48－49, 2004
- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；生活機能低下の原因と突破口は別：「活動」がカギ. 介護ビジョン. 16：48－49, 2004
- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；“活動”低下の早期発見・早期集中的対応. 介護ビジョン. 17：48－49, 2004
- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；介護予防；「水際作戦」のカギ：自宅での生活自立能力向上. 介護ビジョン. 18：48－49, 2004
- ・大川弥生：ICFのケアマネジメントへの活用；目標をきちんと定めて利用者のよりよい人生を実現しよう. 介護保険情報. 7：16－22, 2004.

IV. 研究成果の刊行物



リハの基本技術は「活動」向上訓練

久留米大学医学部大学院修了。東京大学助手、帝京大学助教授を経て現職。医学博士。専門はリハビリテーション医学、介護学。著書に『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』（中央法規出版）、『新しいリハビリテーション』（講談社）など。

高齢者リハビリテーション研究会報告書では、リハビリテーション（以下、リハと略す）は介護保険と医療保険で違いがあるものではなく、その目的も具体的内容も同じであると示されています。そのような方向性のなかで、今後の介護保険のリハのキーワードは、「生活機能を向上させる断続的リハ」のようです。

これまでの「介護保険のリハは、維持期のリハ」という誤解は、リハについての本質的な誤解が影響しているとのことでした。今後、リハに限らず介護保険サービスの提供をきちんと行っていくためには、リハについて正しく理解することが不可欠と思われまます。

ADLはリハが生んだ概念

Q 本来リハとは「全人的復権」ということはわかりました。ではそれを実現する具体的な働きかけは、どのようなものなのでしょう。

A リハの最も基本的な技術は、ADL訓練などの「活動」向上訓練です。ここではまずADL (Activities of Daily Living = 日常生活活動) について整理しましょう。ADLは現在、生活をみる概念として最も普及して

いるものです。しかし、これがリハの分野で生まれたことを知って、驚かれる方は少なくありません。

ADLの概念は、ニューヨークの障害児・者研究所で、デーヴィヴァーとブラウンによって生み出され、1945年に発表されました。そして47年のリハ医学独立（アメリカ専門医制発足）の推進力になったものです。すなわち、これまで病気を中心としてみてきていた治療医学に対し、リハは生活をみることを基本軸としたことで、新たな専門分野として独立できたのです。

「活動」＝生活を専門的にみる

Q この歴史を知っていると、リハの専門性は何か、何をなすべきかを考える際に、わかりやすいですね。でも現実としては、リハ医療の一番の特徴であるはずの「生活」を中心にすえていなかった。

A 生活をみるということは、直接的に「生活行為」、すなわち「活動」(ICFによる)「自分を改善すること」であり、「活動」向上訓練が大事だということなのです。機能回復訓練をして、結果的に生活が改善するということではありません。

このように生活そのものを専門的にみるということがリハの原点であることを知ると、報告書や昨年の介護報酬の改定内容が、本来のリハの独自性を明確に示していることがご理解いただけるでしょう。なお、医療保険では既に2002年の診療報酬改定で、この方向が示されています。

Q 「活動」向上訓練は、昨年の介護報酬改定で加算がつかまりました。また個別リハの具体的内容も単に「1対1の訓練である」というだけではなく、活動向上訓練ですね。そこでこの「活動」について説明下さい。

A 「活動」とは、ICF(WHO国際生活機能分類)モデルの、「生活機能」をなしている3つのレベル(心身機能、活動、参加)のうちの一つです。

具体的には、生活上のあらゆる「生活行為」のことです。ICFではADL(日常生活活動)だけでなく、家事、職業、社会生活、余暇活動などにわたる多様な生活行為すべてを「活動」の概念でとらえています。

このようなさまざまな「活動」が実行されてはじめて、朝から晩までの1日の生活が成り立つのです。そしてそのような毎日毎日の生活の積み重ねが人生です。すなわち人生の

具体像が生活行為であり、それが「活動」といえます。

ですから、さまざまな「活動」の向上こそが、「生活」「人生」の再建向上を実現するのです。また「活動」はリハだけでなく、介護サービス全般において基本となるものです（ICFは次回詳しく述べます）。

Q これまで介護保険は生活が大事だとしながら、結局多くの人達が「リハは機能回復訓練だ」と信じきってきたのが問題だったのですね。

A 前にも述べたように、これまでしばしば介護保険のリハは、医療保険のリハとは別物と考えられていました。ところがリハの具体的な内容は両者とも「訓練室での機能回復訓練」という点では同じだったのです。両者とも本来リハの基本技術であるはずの、病棟・居室の実生活の場における「活動向上訓練」を軽視しているという点では共通していました。

切れ味をどう

活動向上訓練の効果

Q なぜ活動向上訓練がなされてきていなかったのでしょうか。

A 理由はいくつもあり、いずれもリハについての根本的な誤解の反映

といえます。一つには活動向上訓練の専門性についての認識が不十分なことがあります。日本ではADLはじめ活動への直接的な働きかけを軽視して、看護師、介護職や、本人・家族の工夫に委ねて良いと考える傾向がないわけではありません。しかし、これは大きな誤りです。

「活動」向上訓練は高い専門的な技術を要するものです。ここにPT・OT・STの果たす役割が極めて大きいのです。軽視はむしろ難しい課題を避けて、慣れた機能回復訓練に逃げ込んでいるのだとさえ言いたいところです。

本来、活動向上訓練は一日や数日で著明な効果が現れるものです。それと機能回復訓練の「活動」への効果との差を比較すれば、活動向上訓練を優先して行うことの大切さはおわかりいただけるでしょう。

活動向上訓練の技術が不十分なために、本来の切れ味のよい活動向上訓練の効果を生み出せない。だから結局機能回復訓練をしているという悪循環の面があるといえます。

「生活リハ」っていったい何??

Q かつて言われた「生活リハ」と

似ているようにも思いますが?
A 全く違います。「生活リハ」と、専門的な技術である活動向上訓練とは全く別物です。

そもそも、生活を考えないリハは本来ありえません。「生活リハ」とは、「リハは機能回復訓練」という誤った考えをいったん認めたらうえて、はじめて使える言葉です。もちろん、これまでリハと称して行われてきたものが機能回復訓練中心であったため、「生活が大事」ということで「生活リハ」という言葉が歓迎されたということは、一面ではわかります。しかし、ムード的にとどまり内容的には非常にあいまいなものです。

現状のリハが十分に機能していないからといって、リハについての誤解を拡げるような言葉の使い方は、ぜひ止めていただきたいと思えます。本来のリハが行われるように皆で努力することが必要でしょう（活動向上訓練の具体的な内容は、今後述べていきます）。

読者の皆さまからのご質問も歓迎します。編集部宛 (E-mail: kargo@mp.co.jp / FAX: 03-3356-0024) にお寄せ下さい。



生活機能低下の原因と 突破口は別：「活動」がカギ

久留米大学医学部大学院修了。東京大学助手、帝京大学助教授を経て現職。医学博士。専門はリハビリテーション医学、介護学。著書に『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』（中央法規出版）、『新しいリハビリテーション』（講談社）など。

重視される「介護予防」

Q ICF（WHO、国際生活機能分類）は高齢者リハビリテーション研究会報告書の基本骨格となっておりますが、この8月にとりまとめられた厚生労働省社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見（案）」でも、「生活機能」が重視されていますね。

A 高齢者リハ研究会の報告書でも、介護保険部会の意見でも、介護予防については厳しく見直しを求め、生活機能低下予防の観点を重視しています。

報告書では、「現行の要支援者への予防給付や軽度の要介護者への給付が、必ずしも要介護度の改善につながっていない」と厳しく指摘し、具体的対策としては「介護予防事業については、個々の利用者毎に、生活機能を向上させるといった目標をあきらかに」することを挙げ、「老人保健事業との総合的なシステム・体制づくりを検討すべきである」としています。

介護予防のターゲットは「活動」レベル

Q 介護予防が予防しようとしてい

るのは、どういう状態なのでしょうか？

A 介護予防とは要介護状態にならないことと、もし要介護状態になっても、そのあとの進行を防ぐことの両者を言います。報告書では、「生活機能の低下を予防する取り組み」としています。

Q なぜ介護予防が十分な効果を上げていないのでしょうか？

A まず、要介護状態とは「活動」レベルの低下ということが大事です。ですから「活動」に的を絞って「活動」を直接向上させる働きかけをすることが介護予防のポイントのはずです。

しかし、これまでは「活動」に対しては「できないことを補うこと」すなわち「補完」が中心で直接「よくなる」という考え方がほとんどありませんでした。そして「活動」を向上させるには「心身機能」をよくする以外にないと考えがちでした。これが介護予防が十分な効果を出していない最大の要因だと思います。

「元から治す」ほかにないのか？

Q どうしてそのように考えてしまふのでしょうか？

A 一般にリハの基本技術は機能回

復訓練だと思われています。それは「悪いものは元から治す」、つまり原因をつきとめて治療するのが本当だという考え方から来ています。

図の上段はリハが必要になるような状態、すなわち生活機能低下や要介護状態が起る原因と結果の関係を示しています。

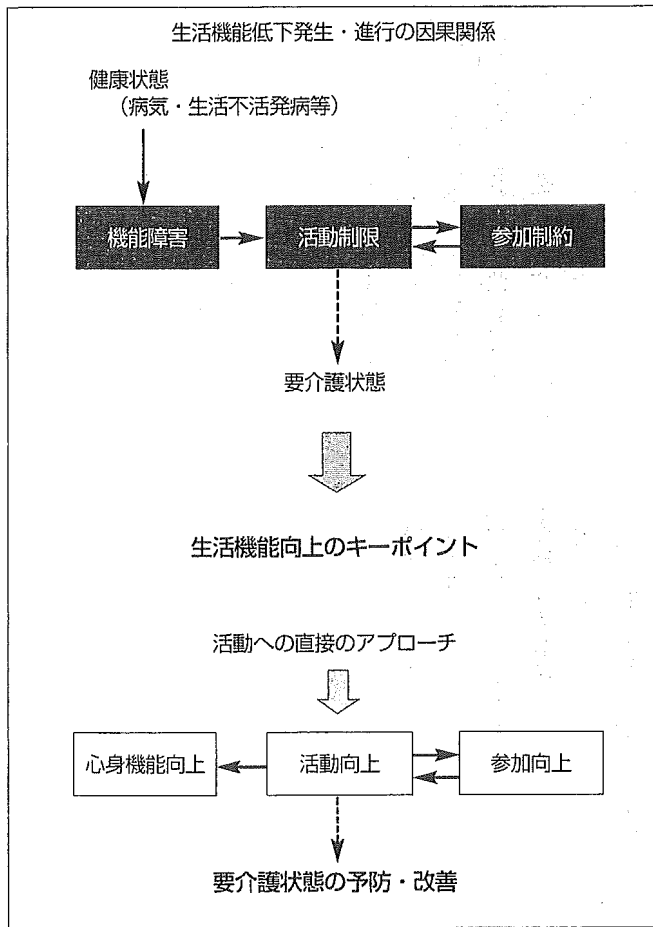
たとえば脳卒中のような病気（健康状態）、これにはこの連載で後にとりあげる「生活不活発病」が伴うのが普通です。で手足のまひ（機能障害）が生じ、そのため歩けない、立つて洗面ができない、などの生活行為の不自由である「活動制限」が起こります。そのままだと介護を必要とする状態となります。

また「活動制限」の結果、仕事や主婦業ができない、親戚や友人を訪ねることもできない、などの「参加制約」が起こります。

最も効果的な解決法は「活動」へ直接働きかけること

Q こういう原因と結果の関係をみると、「活動」や「参加」をよくするには原因である病気や機能障害を治す、つまり「元から治す」ほかはないと考えてしまいがちですね。でも

図 生活機能低下発生・進行の因果関係と予防・改善の過程とは別



そつではないと？
 A 実は本当のリハでは、最も効果的な問題解決の方法は「元から治す」こととは別のところにあるのです。それは図の下端のように、「活動」自体（一つひとつの生活行為）に働きかけて、活動の自立性を直接向上させることです。
 これによって、機能障害が必ずしもよくなっていけない時でも、場合によっては徐々に悪くなるような場合でさえ、活動を向上させることができます。
 その結果、低下していた参加の状

態も向上します。
 これがこの連載で後に詳しく述べる「活動自立訓練」で、実はこれがリハの中心的な技術なのです。大事なものは、ICFが基礎にあるためにこのような柔軟な考え方ができるということです。
 それは手足のはたらく（心身機能）と、さまざまな生活行為（活動）とは異なる生活機能レベルに属しており、この2つは別物だからです。
 活動は心身機能の状態に影響はされるが、全部それで決まってしまうのではない、むしろ活動自体への働

きかけの影響が一番大きいのです。
 言い換えれば、リハや介護が必要となるような状態（生活機能低下）を起こした原因と、それを解決する（生活機能を向上させる）ために働きかけるべきキーポイント、つまり問題解決の突破口とは別だということです。

補う介護から「よくする介護」へ

Q この考え方はリハだけでなく介護サービス全般にとっても大事だと思いますが。
 A そのとおりです。介護サービスは「できないことを補う介護」から脱皮して「生活機能向上に向けた介護」（「よくする介護」）に向かうことができるし、ぜひそうしていただきたいのです。介護サービスは直接「活動」に働きかけているのですから、大きな可能性をもっているのです。

介護サービスでの介護予防がどうあるべきかというテーマを、この観点から考えていただきたいと思います。

読者の皆さまからの質問も歓迎です。編集部宛（E-mail: kaigo@imp.co.jp / FAX: 06-6559-0249）にお寄せください。



“活動”低下の 早期発見・早期集中的対応

久留米大学医学部大学院修了。東京大学助手、帝京大学助教授を経て現職。医学博士。専門はリハビリテーション医学、介護学。著書に「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」（中央法規出版）、「新しいリハビリテーション」（講談社）など。

介護予防は「水際作戦」で

Q 前回で、一つひとつの生活行為、すなわち、ICFの「活動」向上に直接働きかけることが、リハビリテーションでも、また介護サービス自体の基本でもあることがわかりました。

また、今ホットな話題である介護予防の基本でもあるとのことでしたが、でもなぜか介護予防というと、筋力トレーニングなどの「心身機能」への働きかけと誤ってしまいう人が多いのではないかと思います。介護保険サービス事業者もこれから「筋トレ」をしなければならぬのかと思ったりして……。どうしてそう思いこんでしまうのでしょうか。

A それは、現在行政主体で行われている「介護予防・地域支え合い事業」での内容を思い浮かべるからではないでしょうか。

Q それが効果を果たしていないから、現在問題になっているのですよね。

A 現在の介護予防事業・地域支え合い事業で行っているのは、全く質の違う、より高いレベルの内容を行うことが求められています。

現在行われている内容より、はるかに高い効果を生み出せるはずですよ。

Q そのポイントは何でしょうか。

A 「水際作戦」ですね。

これは、「生活機能、特に、活動（生活行為）が低下した時に、いち早くそれをとらえ、ただちに集中的に働きかけて、生活機能を短期間に向上させること」です。すなわち、「活動・参加低下」の「早期発見」「早期集中的対応」といえます。

何らかのエピソードが悪くなる

Q その水際作戦はどのような時に必要になるのでしょうか。

A 図で示してみましよう。図の上の方に2本の線がありますが、下側の線のように生活機能がだんだん低下していくのは、「年をとれば仕方がない」と思われがちでした。しかし、効果的な介護予防をすれば上の線のように向上させることができるのです。

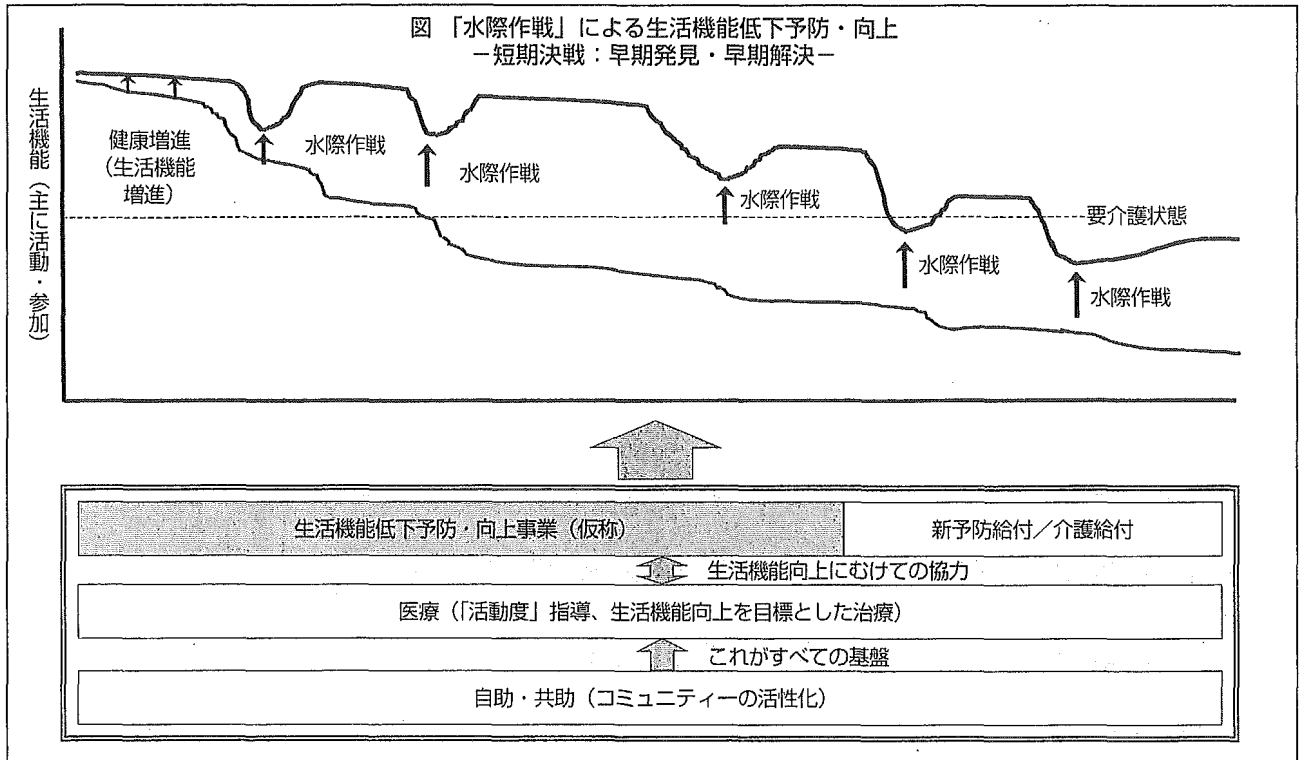
生活機能が低下した時の上向き矢印で示したのが水際作戦です。生活機能、特に生活行為が低下してきた時にそれを早く見つけて、早く手を打って「活動」の低下をくい止め再び向上させていけば、図の上側の

線のように、はるかに良い状態に保つことができます。

しかし、その時期に適切な対応をしなければ生活機能低下は進行してしまい、下の線になるといふことで

生活機能の低下は同じベースで少しずつ落ちてくるのではなく、いわば階段状に悪くなっていくことが多いのです。外出できなくなったり、室内歩行が不安定になると急激に他の生活行為も低下しやすいものです。また、風邪をひいて寝込んだあと、大事をとりすぎて足腰が弱くなったとか、転居で知人がいなくなり外出しなくなった、家族構成の変化で生活が激変したというように、さまざまなエピソードがきっかけになります（これらには今後述べる廃用症候群・生活不活発病が大きく影響しています）。

これまで市町村が行ってきた老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業では、このような大事なタイミングをとらえる早期発見、そして、一つひとつの生活行為向上にむけて早く手を打つ早期対応はなされていませんでした。また、生活機能の低下を早くキャッチする早期発見・早期解決のシステムは含まれていま



んでした。そのため、あまり効果が上がっていないのが現実なのです。

介護予防の時期区分

Q この図の上の左端に「健康増進」とありますが？

A まず、介護予防には大きく「発生活予防」と「進行予防」の2つの時期があります。発生活予防はさらに一次予防（発生活そのものの予防）と二次予防（早期発見・早期対応）に分けられます。

「一次予防」は図の上の左端の向上きの矢印が示す「健康増進（生活機能増進）」で、これは早くから生活機能、特に「活動」と「参加」を高めることでその低下を起りにくくしようというものです。

「二次予防」は起こりかけた生活機能低下の早期発見・早期向上です。

これによって、要介護状態にならないように保つことができます。また一時的に要介護状態になっても、それから脱却することができます。

さらに要介護度が進んでからでも、生活機能を向上させること（進行予防）は可能です。

いずれの場合にも、生活機能低下

の早期発見のコツは「活動」（生活行為）の制限と「参加」（家事を含む）の制約を早く見つけることです。

「水際作戦」を支える3本の柱

Q 図の下半分の意味は？

A 水際作戦がうまくいくには、この3本の柱の間の連携が不可欠です。すなわち、一番上の行政的施策、次の医療の積極的関与、そしてその基盤となる自助・共助です。これまでは、介護予防は行政のみの仕事と考えられがちでしたが、実はこの3本の柱が大事なのです。

また行政の制度に限っても、これまでと異なり、制度的に途切れることなく連続して進められるシステムの確立が課題です。要介護状態（要支援を含む）となる以前は「生活機能低下予防・向上事業（仮称）」、それに続いて軽度の時期の「新予防給付」、そして中等度以降の「介護給付」で一貫して行われる必要があります。これらの基本的な考え方は同じです。

読者の皆さまからのご質問も歓迎します。編集部宛（Email: kaigo@mp.co.jp / FAX: 03-3356-0249）にお寄せ下さい。

【注釈】 早期対応として行う活動向上にむけた動きかけの具体例については、大川弥生著『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、2004）を参照下さい。

久留米大学医学部大学院修了。東京大学助手、帝京大学助教授を経て現職。医学博士。専門はリハビリテーション医学、介護学。著書に『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』（中央法規出版）、『新しいリハビリテーション』（講談社）など。



介護予防：「水際作戦」のカギ 自宅での生活自立能力向上指導

短期集中的対応の内容

Q 前回介護予防のポイントとして述べられた「水際作戦」（生活機能低下の早期発見・早期対応）は今後の介護予防の方向性を考えるうえで重要視されています。

現在の「介護予防・地域支え合い事業」等とは、対象者の発見の仕方も具体的な対応も、全く質的に違うとのことでした。その違いをまず説明していただけますか。

A まず対応の内容ですが、大きな違いは次のとおりです。

- ① 具体的ターゲットは、筋力などの心身機能ではなく生活行為（「活動」）。
- ② 実際の生活行為の実行の場で行う。
- ③ 短期間に効果をあげる。

①の基本は、「生活自立能力向上指導」で、低下しかかった生活行為（「活動」）に直接働きかけて向上させることです。それを実際の生活の場、すなわち、ほとんどの場合は自宅で行う②ことで、短期的に効果をあげる③ことができます。

ターゲットは生活行為

Q たしかにこれまでの介護予防事

業は、栄養や筋力など心身機能中心でしたね。

要介護状態とは「生活行為に不自由なことがある状態」ですから、生活行為をターゲットにするのは当然といえば当然のことですが、それがほとんどなされてこなかったのは不思議とすらいえそうです。

A そのとおりです。ポイントは、低下した、あるいは低下する危険の大きい生活行為（活動）が何であるかを、まず明確にすることです。そしてそれを実生活の場（自宅内や周辺の地域）で、安全に実用的に行えるように指導するので。

たとえば外を歩くことが不自由になってきた場合でも、シルバーカーやショッピングカートを使つての屋外歩行の指導によって2週間足らずで自立させられることは少なくありません。

Q ただし、これは訓練室で練習したり、本人に渡して使つてもらえば済むものではなく、必ず生活の現場での練習が必要ということですね。

A そうです。シルバーカーなどの操作にはコツがあります。状態がよい人ならともかく、歩行が不安定になった人には実際の場所でのいい指導致が必要で

たとえば、家のなかでのシルバーカ

ー等が置いてあるところまでの歩き方、家から公道への出方、横断歩道の渡り方、道の悪い所での歩き方、坂道での歩き方、買い物をして荷物ができた時の歩き方、疲れたり不安定になった時の休み方など、実際の生活に則してどう使うかの実際の場での指導が大事なのです。

ていねいに教えるのはめんどろだと思われるかもしれませんが、これが効果を決定的に左右するのです。

これによって、車いすにならずに歩き続けることができます。車いす生活になるか否かは、介護予防として大きなターニングポイントです。

自宅内歩行も3週間以内で自立

Q 高齢者リハビリテーション研究会報告の「つくられた歩行不能」をつくらないということにもなるのでしょうか。自宅内での歩行が不安定になった場合のコツは何ですか。

A 自宅内を歩くことが危なくなってきた場合には、トイレや洗面所までの実際のルート全体について現場で指導します。

その際、伝い歩きは非常に効果的です。実際の場で、どこに手をつくか、どのように方向転換するか、ドアの開

け閉めや段差のまたぎ方などを、一歩の足の位置まで細かく指導します。

同時に、家具の配置換えの指導をすることが有効です。

立位での洗面などの行為も、もたれての方法を指導すると安定して行えるようになります。

このような指導で、わずか1日で自立する人もいますし、1〜3週間ぐらいあればほとんどの人で自立が可能です。

これで車いすを使わなくてすみ、住宅改修が不要になります。手すりをつける必要もありません。

「よくする介護」
家事行為も向上にむけた介護を

Q ターゲットとなる生活行為が家事の場合はどうでしょう。

A 調理台へのもたれ方とか、調理器具を置く場所を変えたりとか工夫すべき点はたくさんあります。その他の家事（掃除、洗濯、特に干すこと、など）が困難になった場合にも、もたれたり、伝い歩きしたりして行う練習、用具のうまい使い方（掃除機を杖がわりに使うなど）の指導、また家事をする環境を変えることで、これも1〜数回の指

導で自立することは十分可能です。これで家事援助に頼らずにすみます。

家事については家族がやらせようとしない場合もあるので、それに対する指導も大事です。

Q 高齢者リハビリテーション研究会の報告書は「家事を行う能力（できる活動）筆者注）があるにもかかわらず、訪問介護による家事代行を利用することにより、（略）家事不能に陥る場合もある」と警告していますね。

A 不自由だから手伝う介護でなく、「している活動」向上への介護の積極的関与が求められているといえるでしょう。家事に不自由なことがあれば、すぐ手伝うというのではなく、再び自分でできるようにすることはできないかと考えて、その方向に向けた介護をしていくことも介護の大事な技術の一つです。

このような、「よくする介護」の観点から家事行為の介護を行うことが望まれます。

老人保健事業の見直し検討会報告書

Q 生活自立能力向上訓練の効果は驚くほど早く表れるものなのですかね。ところで老人保健事業の見直しで

も、介護予防が重視されているようですが。

A 厚生労働省・老健局の老人保健事業の見直しに関する検討会の中間報告書では、

「個々の生活行為（活動）の改善を通じて、生活機能全般の改善を図る事業を提供できるようにする必要がある」「生活機能が低下した時には、早期に発見し、速やかに集中的な対応（水際作戦）ができるよう、保健・医療・福祉の関係者・団体や地域住民等による連携体制を構築する必要がある」

「このため、住民に身近な市町村に生活機能に関する相談窓口を設置し、生活機能の低下の早期把握に努めるとともに、生活機能低下のパターン等から対象者を分類し、対象者の状態やニーズに応じた事業を提供する体制を整備すべきである」

と述べられており、これまでお話ししてきたことと基本的には同じ方向に向かっているといってよいと思います。

読者の皆さまからのご質問も歓迎します。編集部宛（Email: kaigo@info.co.jp / FAX: 06-6359-0024 (9)）にお寄せ下さい。

【注釈】 早期対応として行う活動向上にむけた働きかけの具体例については、大川弥生著『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、2004）を参照下さい。