

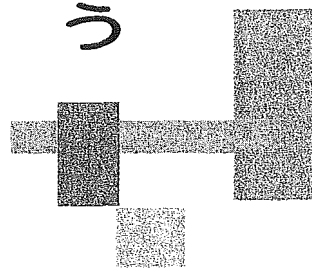
ICFのケアマネジメントへの活用

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

国立長寿医療センター研究所
生活機能賦活研究部 部長

大川弥生さん



(撮影/竹林尚哉)



大川さん

ICFの基本となる考え方は理解できた。しかし、一体どうすればケアマネジメントに活用できるのだろうか。そこでICF日本協力センター事務局長でもある大川弥生氏に、①ICFの観点からみた現在のケアマネジメントの課題をふまえ②ケアマネジメントへの具体的な活用方法について聞いた。

課題①

利用者の全体像を見ていない

現在のケアマネジメントにおける課題として、まず利用者の全体像を見ていないことが挙げられる。その原因はケアマネジャーの視点、病気や社会資源の活

用など、それぞれ自分の得意な分野に局限してしまっていることにある。

ICFモデルでは、全体像をとらえる指標として「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つのレベルを提示しているが、なかでも人生レベルである「参

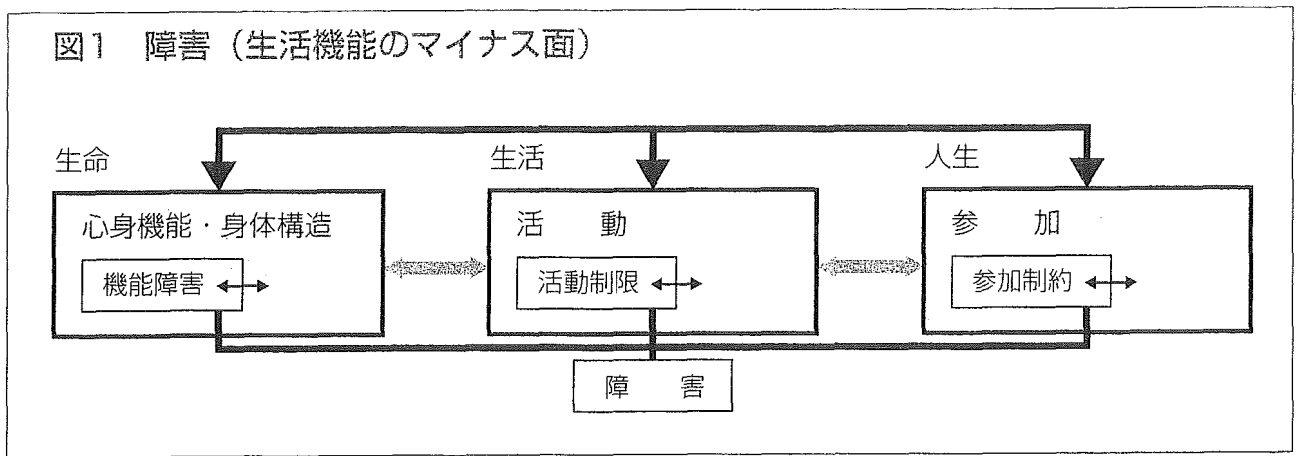
加」に対する意識が乏しい。利用者の家庭や地域における役割といった観点が、ケアマネジメントに反映されていないのである。その参加レベルの具体像である生活レベルの「活動」においても、ADLの一部だけを見て生活行為全般に目が行き渡っていないことが多い。

加えてケアプランでは、その時点で不足していることを補うことに終始しがちだ。しかし、マイナスを補えばプラスになるわけではない。図1は生活機能の各レベルの中にマイナス面が

あるが、そのマイナス面は直接は他のレベルに影響しないことを示している。つまり、「心身機能」レベルにある機能障害があっても、その他の心身機能や活動を高めることもできるといふ捉え方なのである。

またプラスを重視するのがICFの特徴であるが、これは単なる「残存能力」ではなく、「潜在的な生活機能」を積極的にひき出すことが大事である。このように利用者を全人的に見て、どうすればより良い人生を送れるのかという観点が

図1 障害（生活機能のマイナス面）



ら、今何をすべきかを考えるのが本来のケアプランだと考える。

課題②
自己決定権が尊重されていない

また、自己決定権の尊重が極めて形式的になっていくことも課題の1つだ。「今何が不自由ですか」「何がしたいですか」と現時点での「表出された希望」を聞き、ケアマネジャー自身が使い慣れたサービスを説明するだけでは、本当の意味での自己決定権の尊重にはならない。

例えば、脳卒中の後遺症で、手足の片麻痺があり、身の回りのことができず、社会参加も不十分な利用者にとって、「手足の麻痺を治して」と希望がでて、その通りに手足を動かせる訓練をすることが最良の目標とは限らない。

本人の真の希望すなわち目標は、実は主婦としての

役割を果たすことにあるかもしれない。それならば、家事を自立させる「活動向上訓練」を行なうことが、

本人の生活・人生にとって意味のあることなのだ。利用者にとって「真の希望」をひき出し、そして実現することこそが、真の自己決定権の尊重だと考える。

こうした利用者の「真の希望」を引き出すには、「生活でどういう不自由がありますか」「何かしたいことはありますか」「（活動向上訓練によって）炊事ができるようになりますよ」「外に出るサービスもあるんですよ」と、特に「活動」「参加」について選択肢を提示しながら積極的に問題点や希望をひき出す。そのうえでその人の生活・人生を良くする方法を総合的にICFCモデルとして検討することが必要だ。

この時、利用者にもICFCモデルの考え方を説明し、

生活機能の全ての側面の重要性を理解してもらう。

そして何が達成可能かの予後をきちんと説明した上で、達成可能な現実的な目標を利用者と一緒に、特に活動・参加レベルについて設定して、具体的なケアプランをたてていく。なお予後予測はこれまでケアマネジメントの中で重視されていないが、私は今後の重要な課題だと思っている。

利用者が自分自身の人生・生活を整理して考えデザインできるように、ICFCモデルを利用者との「共通言語」として活用して、真の自己決定尊重に生かして欲しい。

課題③
チームワークが発揮されていない

3つ目の課題として、ケアマネジャーをはじめ看護師、ホームヘルパーなど様々な専門職間のチームワークができていないことが

ある。元看護師のアマネジャーならば、「心身機能」や「活動」の一部を見ることは得意だが、ADL以外の「活動」や「参加」は苦手という人もいるだろう。だからといって、「参加」などは全てソーシャルワーカーに任せてしまおうというのではチームワークとはいえない。

外出する機会の少ない利用者为例に考えてみると、ソーシャルワーカーはタクシー券など社会資源を活用して外出を進めようとするかもしれない。一方、元看護師ならば、実は吸入酸素量が少ないことが利用者の行動範囲を狭めている可能性もあるから、医師に相談してまず酸素量を上げてもらうという案も考えつくだろう。外出は「参加」レベルに含まれる事項だが、そこには外出に関する様々な生活行為という「活動」レベルの要素も関わっている。

る。つまり、例え苦手と思える分野であっても、実は得意な分野の観点から見ることがもできるのである。

チームワークを発揮するには、このように各専門職が自分の得意分野だけに偏らずに、全ての生活機能レベルを見て互いの意見を交換することが重要になる。生活機能レベル毎に専門を決めるのではなく、全専門職が自分の専門の見方で全レベルを見るわけだ。

ICFの項目はそのために使用する。
その上で、専門機関のチームワークを発揮するための「共通言語」としてICFを活用するのである。

ICFの項目の活用方法だが、ICFの項目は、大、中、小項目をあわせるとかなりの数に上る。最初は、大項目だけを見ることから始めるといいだろう。特に、不得意な分野の項目こそ積

極的に見て、自分の得意な分野だけに見方が偏っていないか、抜けている視点がないかを確かめる。これはケアマネジャーとしての力をつけるトレーニングにもなるはずだ。

ケアマネジメントにICFという概念が導入されるようになったのは、プラスを積極的にひき出すことが評価されたためと思う。これによって個別性を重視した生活機能向上のためのケアマネジメントができる。そのため、ICFをアセスメントのための単なるチェックリストとして活用するのではなく、その考え方の体系（モデル）を踏まえることが何よりも重要だ。現在のケアマネジメントには様々な課題を改善するためにも、ICFという概念を有効に使用したい。

目標設定のプロセスを理解しよう

「できる」「している」「活動を区別して評価する

ケアプランは利用者一人ひとりに対して、どういう人生をつくるか、将来も見通してどのように人生を良くするかという観点に立つて作成することが必要だ。多数の人に当てはまるプランは本当のプランではない。

ICFモデルの考え方に立ち、利用者の生活機能の3つのレベルの相互関係を把握し、目標の実現のためにプログラムを組み立てていくのである。その第一歩として、目標設定のプロセス（図2）を理解する必要がある。

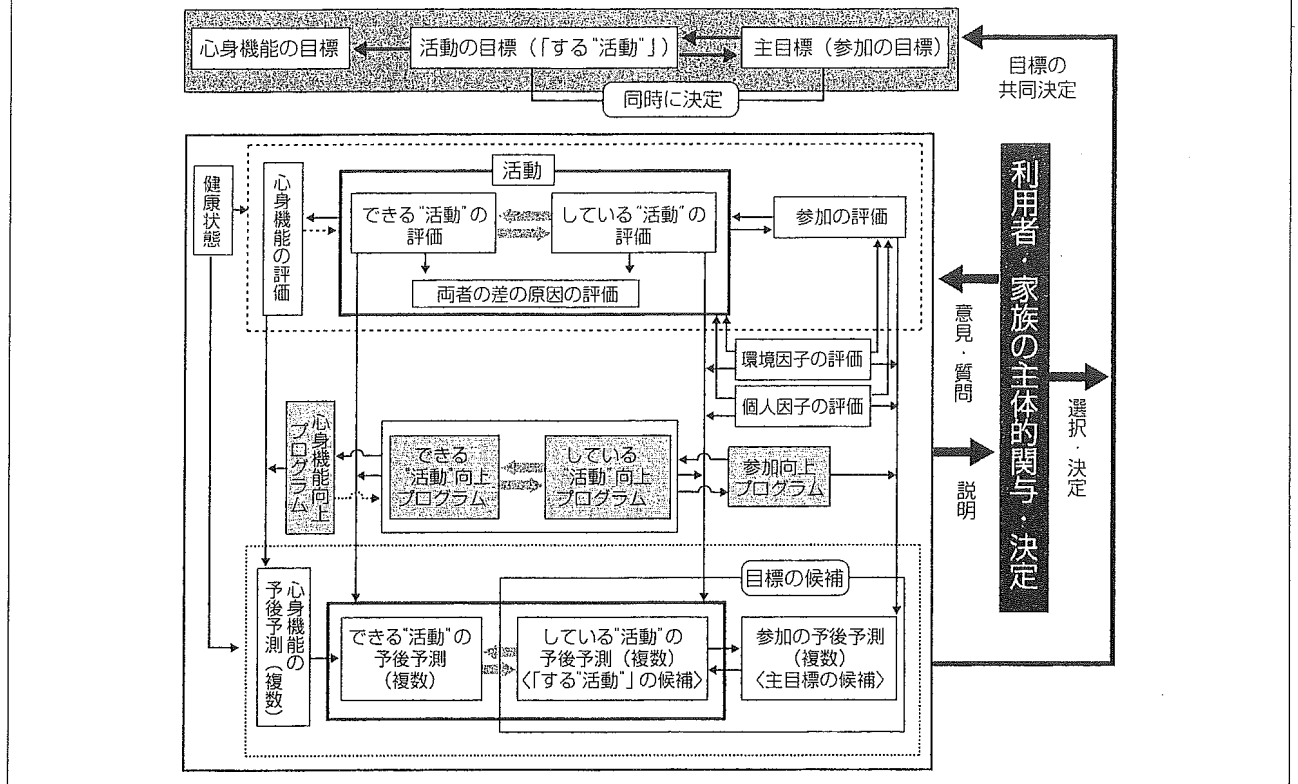
主目標となるのは、家庭、地域での役割など社会的存在としての人間のあり方を目指す「参加」レベルの目標であるが、その具体像が「活動」レベルの目標だ。

主婦としての役割を果たすことが主目標ならば、それは炊事、洗濯など具体的な「活動」レベルの目標から成り立っている。主目標から「活動」の目標が決まり、「活動」をするために必要な心身機能の目標も決定する。この目標設定のスタートとなるのが、現状の「活動」の評価である。

「活動」が「できる活動」と「している活動」に分かれていることもICFの特徴であるが、これは特にプラスを引き出すという観点でのケアプラン作成において重要である。

「できる」というのは訓練や評価の時などにできること（能力）で、「している」は実際の生活における状況（実行状況）である。自動車免許教習に例えると、仮免許取得後、路上教習で教官と一緒に臨む運転

図2 目標指向的アプローチにおける目標設定のプロセス



は「できる活動」であり、免許取得後に実際に1人で道路を走れることは「している」活動に当たる。この2つは全く異なるレベルのもので、分けて評価しなければならない。

更に「心身機能」レベルの模擬動作とも混同しないことが大事だ。たとえば訓練室で歩くことで、これは自動車教習所の運転と同じといえる。

しかし実生活では歩く行為には排泄、入浴などの目的があり、実際にトイレまでどのように歩いているかなどが生活行為である活動である。たとえ10m歩く能力があっても、トイレまでならば壁をつたって歩いているが、食堂に行くには広い居間を通るので介助が必要と、目的行為によって「活動」は変わる。

この活動についての評価・表現の際は、「(歩行) できる」「(歩行) している」

というように語尾を意識して使い分けるとともに、利用者にも両者の違いを説明しておく。

要介護状態とは「活動」に活動制限があり、介護とは「活動」への働きかけなので、「活動」の厳密な把握・表現はアセスメントやチームワークの基礎となる。

できる「活動」を予測してプランを組むのがポイント

ケアマネジメントでは、「できる」活動がどのような状況かを評価し、それを訓練やサービスなどで伸ばすことができるか予後予測し、いかに「している」活動の向上に結び付けるかがポイントになる。現状において、持っている潜在的活動能力を引き出すことをせずに、不自由だからと住宅改修や福祉用具の使用などに安易につなげがちなのは大きな問題だ。食堂まで歩けないという

問題は、手すりをつけなくても居間の家具の配置を変えただけで解消されるかもしれない。そうした可能性を視野に入れて、生活に直接関与する活動レベルを丁寧に見ることが大切だ。この時、自分の得意な分野や気になる点だけでなく、ICFの項目を使って全ての活動に対して目を配り、それぞれの目標を立てることを忘れないでほしい。

目標が立案できたら、誰が実現するのかという各専門職の関わりを考えると、どのような順序で実施するのか優先順位をつける。その際、ケアマネジャーの思いつきや思い込みで決めるのではなく、利用者の自己決定権を尊重しなければならぬ。優先順位には、利用者の価値観が大きく影響するからである。

一般的に、着替えなど身の回りのことの自立が最初の目標とされやすいが、そ

をしてみよう

図3 目標設定のステップ (1) : 「できる“活動”」と「している“活動”」の評価と両者の差の原因の追求

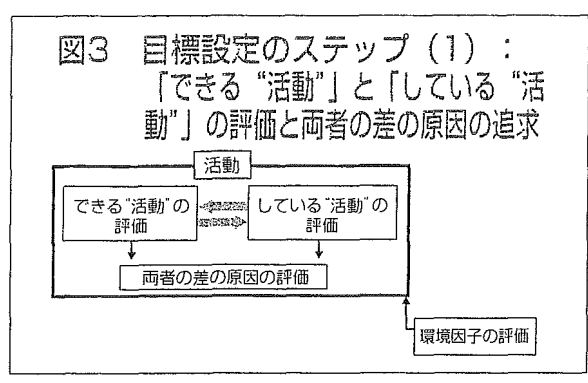


図4 目標設定のステップ (2-1) : 参加の評価—活動との関連で

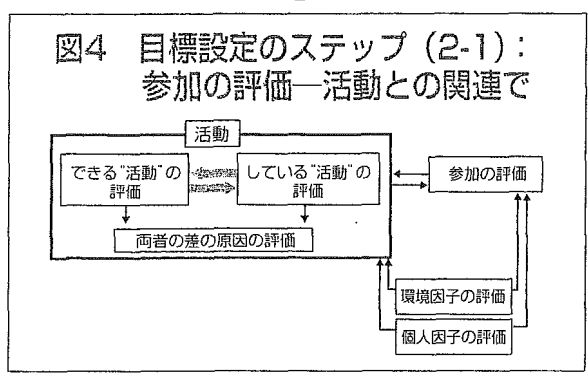


図5 目標設定のステップ (2-2) : 活動の評価と健康状態・心身機能の評価

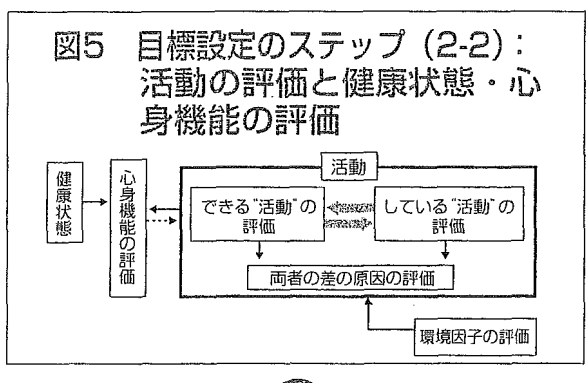
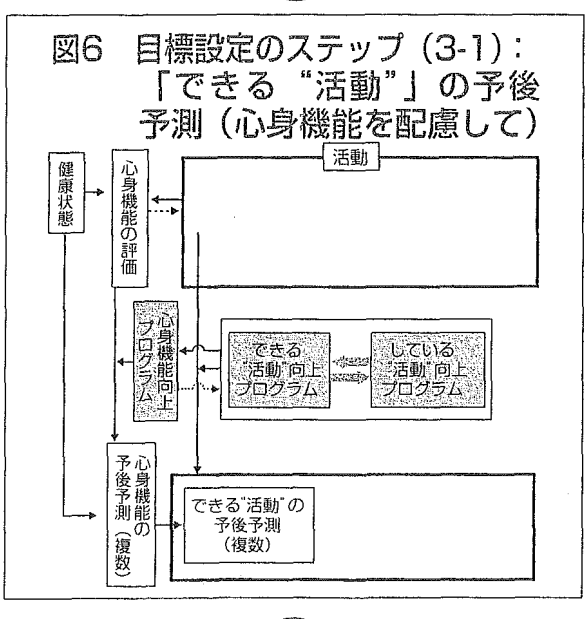


図6 目標設定のステップ (3-1) : 「できる“活動”」の予後予測 (心身機能を配慮して)



1) 「活動」の評価

利用者の全ての「活動」(生活行為)を、「できる活動」、「している活動」に分けて評価する。「できる活動」と「している活動」との差については、その原因を検討することが大切だ。

(図は『介護保険サービスとリハビリテーション』より引用・以下出典同)

2) 「参加」の状況の評価

「活動」の評価を踏まえて、利用者の現在の社会的状況はどうなっているのを見る。状況は、環境や個人の価値観が影響するので、それも含めて考えなければならない。

3) 健康状態・心身機能の評価

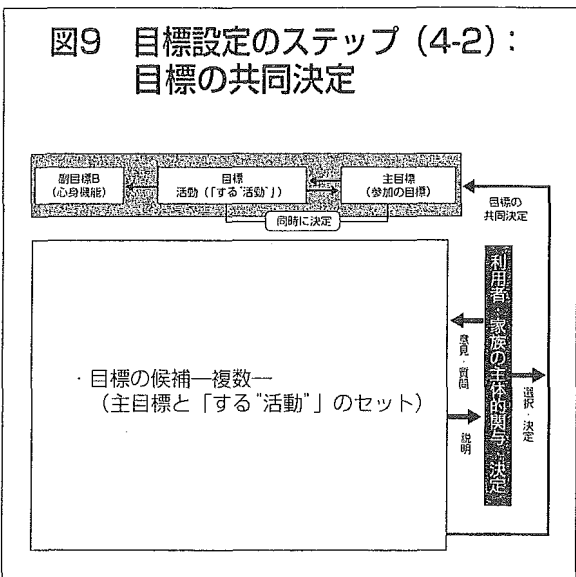
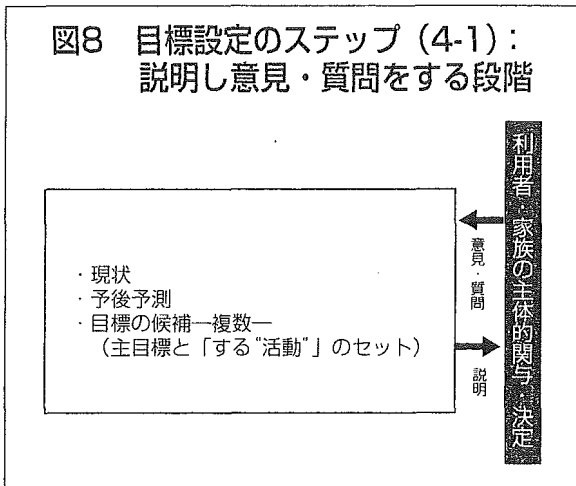
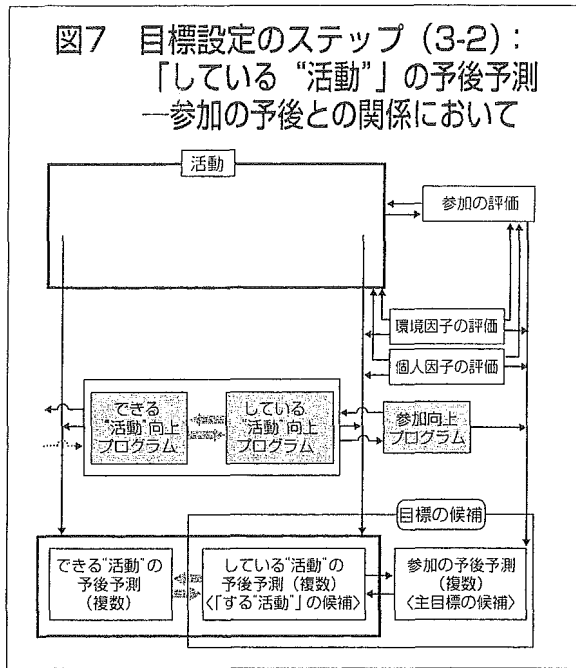
「参加」の具体像は「活動」だが、「活動」には心身機能が影響する。そこで、心身機能の管理にも目を配る。時には、薬の服用時間や吸入酸素量の変更によって、「活動」の幅が広がることもある。病気があるから仕方がないとあきらめるのではなく、医師と相談しながら、「活動」を高める観点から病気などの管理手法にも関与していく。

4) 「できる活動」を予後予測する

今後できなくなることを予測するのではなく、「できる活動」をどこまで伸ばせるのかに重点をおいて予後予測する。そこには、心身機能がどこまで改善するかという「心身機能」の予後も影響する。

予測を実現できるかは、ケアプランやサービスの質によって大きく左右されるので、その都度、予測と実際を比較することが大切だ。特に予測が当たらなかった場合、その理由を検証する必要がある。その繰り返しが、ケアマネジャーとしての知識・経験の蓄積になる。

予後予測は、各専門職のチームワークが重要になる部分でもある。ケアマネジャー1人で、全ての可能性を検討することは難しいので、利用者に関わる専門職にも予測をしてもらい、それらを総合的に検討する。その際、まずケアマネジャーが自分なりに考えた案を提示したうえで、各専門職の考えを聞くといいだろう。



5) 「している活動」の予後予測

「できる活動」の予後予測に、社会・環境条件、個人の価値観や性格など個人的条件を含めて考え合わせたものが「している活動」の予後予測といえる。これは、「参加」と、それに対応している複数の「している活動」の達成可能な予後予測（「する活動」）のセットである、目標の候補をつくりだすステップでもある。

そのため、「参加」の予測は、「家庭復帰」といった曖昧なものではなく、「家庭に戻ってどのような家事をするか」など具体的な生活行為のやり方（「する活動」）を含めなければならない。各専門職が意見を出し合い、利用者の生活の向上につながる実現可能な予後予測をどれだけ多く出すことができるか、チームの手腕が問われる重要なステップである。

6) 利用者・家族に説明し意見を求める

ここまでの段階で描かれた「主目標」と「する活動」のセット（目標の候補）を、利用者・家族に複数示すとともに、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの現状のレベル、予後予測とその理由などを説明する。この時、選択肢を少なくとも3つは出すようにしたい。3つ以上の案があれば、利用者も一生懸命内容を検討する。また、立案するケアマネジャーにとっても、目標設定が難しくなるためトレーニングになる。

なお、選択は全て利用者任せにするのではなく、ケアマネジャーもどの案がベストかという自分自身の考えを持ちその理由とともに利用者に説明する。

7) 利用者・家族が目標を一つ選択する

利用者・家族に、複数の目標の候補のなかから一つを選んでもらう。ケアプランは、本来利用者本人のものである。複数の選択肢から1つを選んでもらうことを繰り返していくなかで、利用者本人も自分が決定することの必要性を理解することができる。こうしたプロセスを経ることによって、初めて利用者の真の希望が引き出せるようになると思われる。

主目標が決まったら、誰がそれを実施するのか具体的なプランを立てていく。介護保険サービスばかりではなく、医療、地域資源など幅広いサービスを視野に入れその活用を検討する。