

たとえば本来だつたら歩けるはずの人に、自分の介護歩行や立位姿勢での活動実施を介護する技量が足りないから、「車いすに乗ってもらったほうが安全だ」ということで車いすに乗せてしまったら、その介護は障害因子になるのです。

ケアプランも、その内容によっては促進因子にも、障害因子にもなりえるということも、専門家としてかなり重要な観点だと思います。

共通言語「話が通じないうちの暮らし」

では次にICFについてのもう一つのキーワードである、「共通言語」の意味を考えてみましょう。

たとえば、皆さんは福祉や介護の専門家として医療の専門家と接することが多いでしょうが、「話が通じない」という感じをもたれたことはないでしょうか。

医学用語が難しいということではなく、「話の方向が食い違っている」という感じだと思います。同じ利用者のことを話しているのにみている方向が違っているというようなことです。

それは多くの場合、体や命のことへ健康

状態」だけでなく、日常の生活行為（活動）や生き方（参加）のような、生活や人生への影響も知りたいのに、専門家は自分の専門の領域だけに注意を払いがちということではないでしょうか。医療の分野に限らず専門家はそうになりがちです。

「共通言語」とはこのような「話が通じない状態」をなくそう、それには「生命・生活・人生」の全体をプラス面を中心にみるという、ICFの基本的な考え方を関係者（専門家と本人・家族）が共有して、生活機能の向上に向けて力を合わせて努力しようということですが。

これはICFの分類項目を単語とした言語という意味ではなく、これまで述べてきたような生活機能モデルの考え方を共通にもつことで、相互理解を促進することです。

それは同じ職種間だけでなく、利用者・患者をとりまくさまざまな専門家の間の「共通言語」であり、さらに利用者本人・家族と専門家の間の「共通言語」です。

このような「共通言語」としてのICFは、利用者・本人中心の介護の重要な方向性を示すものといえます。

もちろんこれには本人・家族に、ICFの考え方をよく理解してもらうことも大事

です。ケアマネジメントでICFが重視されるようになりましたが、これは専門家だけ、ましてケアマネジャーだけ知ればよいというのではなく利用者本人が活用できるように個々の事例でも働きかけることです。

介護職は「している活動」の専門職

——介護職として、ICFの見方で特に注目すべきことがありますか。

「活動」をさらに「能力」と「実行状況」の2つに分けたことも今回のICFの特徴です。これによって、介護職の専門性が明確になります。介護職は「している活動」の専門職だというのが私の考えですが、その基礎となるのです。

この「能力」・「実行状況」は、私どもが十数年来「できる活動」「している活動」として論じ、実践してきたことと国際的動向とが一致したものということが出来ます。

「している活動」（活動の「実行状況」）とは、自宅・居室棟などの実生活で毎日行っている活動の状況です。「できる活動」（活動の「能力」）とは自宅・居室棟などの実際の生活の場での訓練または評価時に発揮される能力です。

なお、しばしば誤解されますが、訓練室での歩行など訓練時の「模擬的動作」は「できる活動」ではなく、心身機能レベルのものです。

介護は直接的には利用者の生活行為に働きかけます。生活をみているのだから、「介護職は活動についての専門職」と思われるかもしれませんが。でもここは「できる活動」と「している活動」を明確に分けて考えることが必要です。介護は「している活動」への働きかけであり、介護職は「している活動」の専門家なのです。

「できる活動」の向上を目指す

「活動」には他にも関与する専門職があるのです。それはリハで、そういうと意外な感じをもたれるかもしれませんが、「リハは機能回復訓練」というのは根本的誤解なのです。リハとは「全人的復権」であり、その最も基本的な技術はADL訓練のような活動向上トレーニング(訓練)なのです。そもそもADLの概念はリハ医療のなかで誕生したのです。このことは意外と知られていないようですし、それを知るとびっくりされる方も多いようですが、本来リハは

生活(ICFの「活動」)を主な対象とするものです。

ですからそのリハにおける理学療法士・作業療法士等の専門は「できる活動」です。今の日本のリハは残念ながら機能回復訓練が中心なので、誤解されているかとも思うのですが、本来リハは「できる活動」のレベルを向上させるものなのです。

昨年の介護報酬の改定で、この活動向上訓練に加算がついたり、個別リハの具体的内容にこの活動向上訓練が明確化されるというように、その方向性が大きく示されています。

これらの加算の条件でも規定されていますが、活動の向上のためには「できる活動」と「している活動」の両者を相互に関連させあつていくことが重要なのです。その意味で介護は、リハにおいても大きな役割を果たすのです。

なお「できる活動」と「している活動」の両者には差があるのが普通なのです。その状況と原因を明らかにすることで、「活動」に対して、介護でどのように働きかけるべきかの非常に有益な情報を得ることができます。介護においてこの差の分析は重要です。

ここでこの2つのレベルを、明らかに区別してこれまで見ていたかを考えてみてください。

生活機能向上に向けた介護

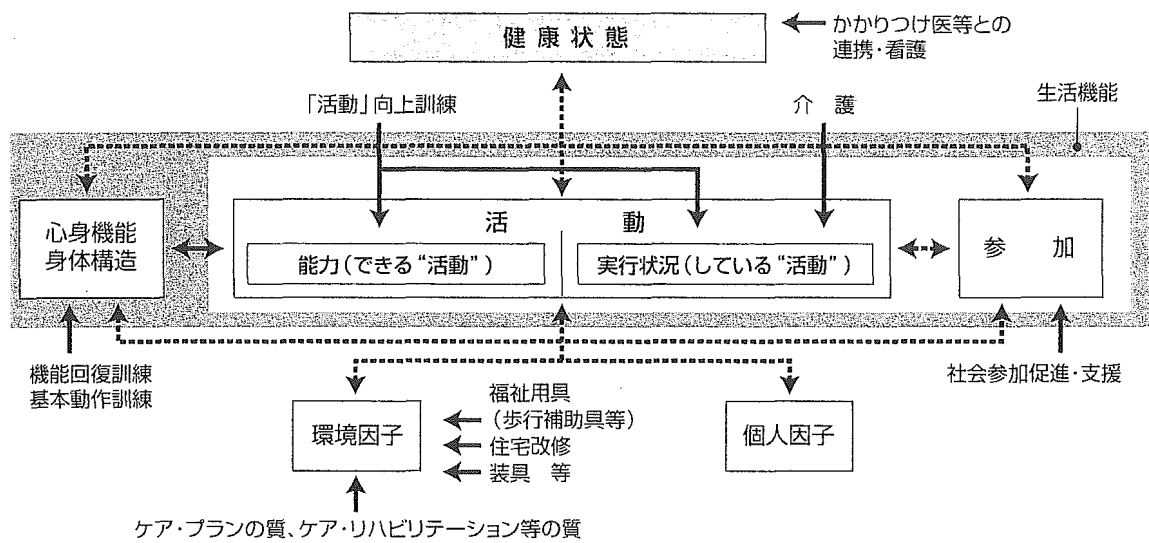
このように介護の専門性とは何かと言えば「ICFの生活機能での『している活動』レベルを向上させる専門家である」と胸を張つてはつきりいえるわけです。だから自分たちが何の専門家なのかということを確認にしたICFは、介護職にとって非常に重要な武器であり、重要な概念であると思えます。

そして「している活動」の専門職としての介護職は、今後「生活機能向上をめざす介護」へとより専門性を高めることが求められていると思えます。

この「生活機能向上にむけた介護」に脱皮するポイントは本人のもつ生活機能を引き出すということです。これは単なる残存機能ではありません。「潜在的な生活機能」と私は言っていますが、専門性によって積極的に引き出すものです。

そのための課題は大きくは三つあります。一つは人間全体をみて介護することです。

図2 ICFモデルに沿ってケアプランを考える (大川弥生著『介護保険サービスとリハビリテーション』中央法規、2004年、9頁)



今までADL中心の介護から、「活動」として生活行為全般を対象とする。そしてICFモデルとしての全体像を見たとうえで、ど

のように「している活動」に参与すべきかということを考えるのです。

二つめですが、そのためにICFを共通言語とし、チームとして取り組むことの徹底です。たとえば特養では、今までは介護職を中心としてプログラムを決められたことが多かったかもしれませんが、でも生活機能モデルで利用者をとらえるようになるとこれからはもつといろいろな職種の人たちとの連携が必要になる。そして利用者本人といかに一緒に目標を立てていくのが重要になる。そうすると共通言語は不可欠になってくると思います。

三つめ、これは具体的技術のあり方ですが、潜在的な生活機能として引き出すのは「している活動」レベルの生活行為であり、これを向上させるための介護技術を向上させることです。

「不自由なことをただ手伝う介護」から大きく躍進するとき、このようにICFを用いて整理をしていくと方向性がわかりやすいと思います。

介護職の専門性がとてもはっきりしてきました。こういう考え方に立てば、これまでおむつ交換など、一つひとつのことが全部できると一応専門職という感じだった

のですが、そうではなくて、「生活機能」を引き出す「活動」について専門的にかかわれる職種へと変わることが出来ます。

人生をよくできるなんてすごく幸せな、やりがいのある仕事じゃないですか。

——こういったケアについては、ケアマネジャーだけでは作成できないことですし、介護職だけが考えてもできない。また、リハビリ担当職員だけでもできないということがよりよくわかってきました。

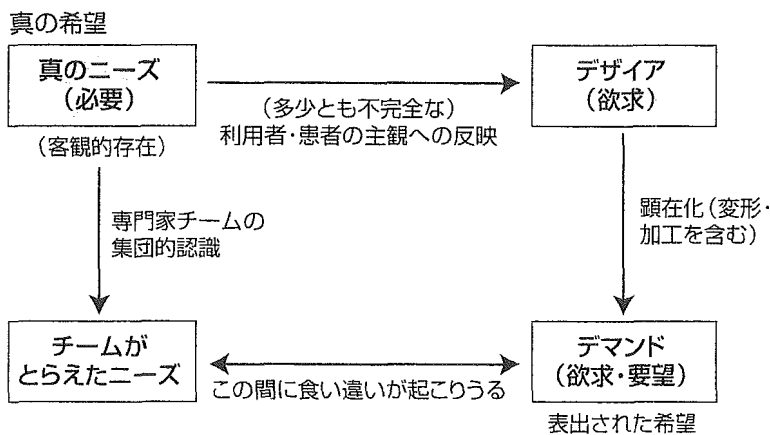
そうなるにまず理学療法士や作業療法士、ケアマネジャーと利用者本人がきちんと話し合いをしなければならぬ。それに、サービス事業者も巻き込んでやっていかないと理想的なものにならないと思うのですが。

「真の希望」を引き出す意味

現在チームワークが十分に機能していないことは大きな問題だと思えます。まず、生活機能の要素ごとに専門を決めるのではないことです。全専門職が自分の得意な目ですべてのレベルをみるのが大事です。ここでICFを専門家チーム内の「共通言語」として活用するのです。

もう一つ欠けているものは、本当の意味

図3 希望・ニーズ・デザイン・デマンドの関係



(大川弥生著『介護保険サービスとリハビリテーション』中央法規, 2004年, 60頁)

での利用者中心にはなっていないことだと思えます。自己決定権の尊重といいながら、きわめて形式的になっていく。ケアマネジメンツで希望が大事といわれるようになってきましたが、私は「真の希望」を引き出すというように、わざと「真の」というのを入れていきます。ご本人たちに希望を聞いても、それは単にその時点で表出されたものなのです。そうではなくて、本当にその人にとって必要なものは何なのかというの

が「真の希望」であり「目標」なのです。両者はイコールというのが私の考え方です。それを引き出すにはどうしたらいいのか。まずケアプランで提供できるいろいろなサービスについてご本人やご家族も知らなければいけない。それは一般的な知識として知るのではなくて、自分自身はどう効果があるのかを知ること。それにも関連することですが、まず自分自身の生活機能に関して正しく知らなければいけない。そのためには、利用者自身や家族がICFを用いた整理ができることが効果的だと私は思っています。これがまさにICFの「共通言語」としての活用ですね。

たとえば、「この手を動かして」とか「この足を動かすようにして」とおっしゃる利用者さんがたくさんいらっしゃいます。そこでICFモデルで整理しながら話をきちんと聞いていくと、実は主婦業として戻りたいのが真の希望だとわかってくる。でもご本人は手が動かないから「心身機能」レベル) 家事行為ができなくて(これは活動制限)、主婦としての役割を果たせない(参加制約)のだから、その原因である「手を治して」と希望を出されていたわけです。

このように整理していくと、その人に必

要な家事行為の訓練、これは活動向上訓練ですね、これをするのが本当は必要であることが明らかになってきます。(参照大川弥生著『新しいリハビリテーション』講談社2004年第7章「本当にやりたいこと」を見つめる)

ところが、本人が希望をしているからといって、その表出された希望のままに手を動かす訓練、足を動かす訓練をする。そして、一方では不自由な家事行為についての訪問介護サービスを導入するというケアプランが考えられるかもしれませんね。

でも前者のように、ICFを使って利用者者といっしょに生活機能モデルで整理して、真の希望を明らかにすれば、手足の訓練(心身機能への働きかけ)ではなくて、家事の訓練を訪問リハ等でやる(「できる活動」への働きかけ)。もし一時的に家事行為をするにしても「している活動」向上の観点から、生活機能向上にむけた介護として行うようにする。つまり家事能力を向上するケアプランを組むことになる。

ここで注意いただきたいこととしてご本人もケアマネジャーも、まずは心身機能の回復を第一に考えがちです。直接「活動」レベルを向上させることをケアプランとし

て考えていただきたいのです。

活動向上に向けた リハビリテーションプログラムの活用を

リハが大事だということはある程度わかっていたり、だき始めているのですが、残念なことにはまだ正しくは理解されていません。特に生活機能向上の要（かなめ）ともいえるべき「できる活動」に対するリハはまだほとんど認識されていません。

そこに大きな問題があると私は思っています。これはリハだけの問題ではありません。「できる活動」を明確な概念としてとらえていないと、それと対をなす「している活動」の専門職である介護職にとっても大きなマイナスなのです。

理学療法士・作業療法士には具体的にどう伝えればよいのでしょうか？

たとえば、洗面所まで歩くことについて考えてみましょう。実際の生活では洗面所まで歩いて行って、立って一通りの洗面行為をして、終わって戻ってくるということと、初めて洗面行為が自立しますよね。歩行と目的行為の一連の行為であり、その両方が必要です。ところがそれを自立させようと思っても、ケアプランではただ「歩行

訓練をしてください」になっていることが多いのでは？ それでは「心身機能」レベルの模擬動作としての歩行になってしまいます。

「自宅での整容が自立するための『活動向上訓練』を歩行と目的行為とを共に」と具体的にプランを立てる。また整容時だけでなく、その他の「活動」レベルでの歩行訓練がほとんどなされていないとすれば「実用歩行訓練を」と「実用歩行」という用語をきちんと使う。これは介護報酬の規定上も使われている用語で、活動レベルでの目的行為も含めての活動向上訓練のことです。

カンファレンスなどで「歩行不安定」「歩行自立」といっても、訓練室や単に廊下を歩くだけの心身機能なのか、「活動」レベルのそれも「できる活動」か「している活動」か明確にしないまま使われていることが少なくありません。またトイレまで行くのか食堂までなのか、さらに歩行の目的行為もはっきりしないで歩行について話しあっていることがな

いでしょうか。それではチームメンバーが同じ状態を思い浮かべることができないのです。「朝方にトイレまで行こうとしても、ドアを開けるときに不安定になりますので、それを『している活動』レベルで自立」というように、具体的に状況を述べて話し合うことが必要です。

ケアマネジメントでも重視して考えるべき生活機能は何かというと、生活行為、すなわち「活動」それも「している活動」レベルといえます。もっとここを中心に具体的にみる必要があります。

「活動」は「参加」の具体像

ここで重要なことは「活動」は「参加」



の具体像ということ。「参加」と「活動」を一体としてみることが大事です。「活動」だけICFモデルのなかから切り離してみると、目の前の不自由な活動を手伝うことになりやすい。

またこの人のよい人生にはどのような生活行為が、そしてどのような具体的やり方が必要なのかを考えていってください。そのように考えていってたくさんの方々の生活行為のなかから優先順位を付けていくことが必要になるわけです。

いろいろな生活行為をどれでもよいからとにかく向上させていけば、その人にとって最もよい人生になるというわけではありません。最良の「参加」の状態をつくるための「活動」の状態はどういう状態かということ。どの「活動」項目をどのような状態（自立度だけでなくやり方など）にするかということ。

これは目標の具体的なたて方になります。が、「目標指向的ケアマネジメント」として体系化しています。（参照大川弥生著『介護保険サービスとリハビリテーション』第5章 中央法規出版2004年）

ここで陥らないように注意しなければならぬのが「基底還元論」と「環境因子偏

重主義」とでもいうべきものです。たとえば自宅での歩行が不安定になってきた人への働きかけを考えてみましょう。活動向上訓練をやれば本来歩けるはずの人だとします。ですがこれをせずに、すぐに車いすを使い、車いす用に住宅改修をするなど、最初から環境因子で対応してしまえば、結局歩けないままになってしまいがちです。いわゆる「作られた歩行不能」の典型例といえます。これは「環境因子偏重主義」といえます。これは環境因子としては、マイナスを生む、阻害因子になってしまいます。

家の中が不安定なので住宅改修をして、段差をなくしたり手すりをつける。そして洗面所まで歩いていくという活動向上訓練をやらなかった。こうすると、もう手すりのあるところにはしか行けなくなり、たとえば友人の家や子ども家にも行けなくなる。その人のもつ可能性、将来の人生の可能性を摘むことになってしまいます。（参照大川弥生著『新しいリハビリテーション』講談社2004年 序章第4章「退院後の生活を見通して」）

ケアマネジャーが 代替者であるための

——ケアマネジャーは退院時に初めて関わることがとても多いのですが、退院前にはリハをやっているとしてもそれが実用的になっているかというところ、ほとんどそうになっていません。先生がおっしゃるような、その人の本当の活動を把握することは難しいものです。もっとリハスタッフにケアマネジャーが寄っていかないとだめなんじゃないか。

理学療法士・作業療法士ももっとケアマネジャーと密接に関係をもつべきだと思います。自分たちが行うリハ以外の介護がどうなされるかで、自分たちの行っていることの効果が大きい左右されるのですから。

またケアマネジャーはどのような生活行為がどう不自由で、できればこういうふうにしたと説明して見るのです。一つひとつの生活行為について具体的に話してください。

また生活機能のどのレベルのことかを意識していくことです。たとえば「活動」では語尾が「○○ができる」と「○○をしている」では違います。「やればできる」というのは「できる活動」のレベルで、「実行している」は「している活動」レベルだから、

そこは明確に分けることです。

——なかなか大変だとも思えますが。

ケアマネジャーとは個人の生活、人生、そんな重たいものを背負っていく仕事です

から、必死になって勉強しなければダメでしょう。生活とか人生は常識的のように思えるから軽くみているかもしれません。でも専門家としてそれに対応するのであれば、

専門的な知識や技術を身につけなければいけません。

【事例の概要】

M・さん 男性70歳代後半 夫婦2人暮らし

利用者および家族の生活に対する意向:

本人「もっと元気になって足の力もつけ、旅行がしたい。デイケアでリハビリがしたい」

妻「自分が出かけることが多いので、夫に付き添って散歩などができず、サービス利用の中でリハビリができればいい」

心身の状況:

要介護度1 下肢筋力の低下があり、ふらふらしながら、杖等でのつかまり歩き。排便、清潔等身の回りのことは自立している。妻は社会的な活動等の外出が多く、本人はひとりで過ごすことも多かった。痴呆症状の問題行動はなく、物忘れが少しある程度。リハビリすることを強く希望しており、元気になると思っている。

ケアプラン作成のアドバイス

「参加」レベルの目標は何か	「活動」レベルで具体的な生活行為を明確に		目標がはっきりすればこの記載は必要ないのでは？ ⇒「介護歩行が実用的にできるために適切な歩行補助具を選択していく」ことを共通認識としては？	
	M・さんケース 介護サービス計画書(1)			
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		サービス内容	
	長期目標(期間6ヵ月)	短期目標(期間3ヵ月)	介護内容	サービス種別(※)
もっと、歩行の力をつけたい	屋外歩行がひとりでできる	屋外歩行が介護者の付き添いのもとで少しずつ安定してできるようになる	デイサービス、デイケアの利用中に室内での杖歩行を多くしていく	通所介護
優先順位を明確に	「実用歩行」としての目的行為を具体化する		デイケア利用中に歩行機能の評価と屋外歩行する時の注意点等の情報提供をリハスタッフより受け、訪問介護による自宅周辺の歩行、散歩を実施していく	通所リハビリテーション
				訪問介護
きちんと清潔を保ちたい。自分では石鹸を使わない習慣がある	身体をきれいに保つ	石鹸をつけて、身体を洗う機会を定期的にもつ	入浴時の声掛けにより、通所サービス利用時は自分で石鹸を付けての洗身ができる	通所介護

ケアマネジャーはものすごく難しい職業だと思っています。それをいかにまちがわないうでやれるか、また自分の思い込みで仕事を進めないためにもICFは役立つと思います。たとえば自分はソーシャルワーカーの出身だから「参加」レベルのことしか知らないと思いがちなところがあります。また活動の専門家だから社会的役割で

ある参加のことはわからないなど。でも「参加」というのが人生で、人生をよくするための生活行為が必要だという見方をしてみてください。

ICFを活用して事例をみる

——ここで事例をみていただきたいと思います。このM・さんは、意思疎通はきちんとできます。手術を繰り返されたため、安静にした生活を送っているうちに足が弱くなってしまった。家に閉じこもりで、ずっと寝たり起きたりの生活をされています。『元氣になりたい』という気持ちが出て、デイケアとかデイサービスも行ってみたいということでも私がかかわり始めたのです。

「今よりもっと歩けるようになって、何をしたいの?」と聞いたら「旅行に行けたらいいな」と言われました。それでは本当に実用的な歩行をめざしていこうということで、リハスタッフも関わり、デイケアの周辺の道路に出たりしました。

しかし本人はやはり従来のリハ(機能回復訓練)をイメージしているため、デイケアの場で訓練をしてほしいという要望がとても強い。そこで本来のリハ(全人間的復

権。具体的技術は活動向上訓練の意味を説明することが難しいなと感じました。もつとICFのことをきちんと説明するようにしていくと、リハがどういふものか理解していただけだと思います。

この方の計画書を拝見すると「歩けるようになる」というのが重視されていますが、これをもっといいねいに、厳密に、すなわちこれまで言ってきたように「具体的」にしていく事が大事です。その際「実用歩行」としての目的行為は何なのかという「活動」レベルで明確にすることが重要です。

「歩けるようになる」というのはとても漠然としています。ニーズの「歩行の力をつける」というのは心身機能か「活動」かもはっきりしません。この他「屋外歩行」「室内での杖歩行」などもより明確にする必要があるでしょう。この計画書を読んだすべての人が同じ状態を考えることができることが大事です。

ケアプランとして一番大事なこともいえると思いますが、計画書で「参加」レベルの目標へ真の希望（ニーズ）をたてられていません。「参加」の具体像が「活動」なのですから、まず「参加」を明確にすることが絶対が必要です。「活動」だけで考えて

いては、気になる生活行為を中心としたプランになってしまいがちです。一方「参加」から考えると必要な生活行為はたくさんあります。またそれによって初めて各「活動」項目の具体的やり方もはっきりとしてきます。

この方は歩けるようになって旅行したいといっても、旅行するには旅先のトイレや整容、また歩くにしてもどこに旅行するかで砂利や高地、階段とか必要な移動行為は違ってきます。だから参加レベルについても具体的に希望や今の不自由さを引き出すと、意識しながら聞いていきます。そうすると「歩行の力をつける」ではなくて、「参加」とその具体像として必要な「活動」の内容が明らかになってきやすく、具体的ケアプランがわかります。その際「活動」をより向上させる。そして活動向上訓練の必要性をよく考えることです。これまでのケアプランは「参加」の具体的な向上に向けての具体的プランが乏しかったと思います。

「真の希望」を引き出すための技術

真の希望を引き出すことのポイントです

が、リハを始めて3日以内に、「している活動」として「自立できる項目をつくる」というのが私の定石です。これはリハが「活動」向上訓練であることを理解してもらうための鉄則でもあるのです。リハは活動レベルでこんなに効果があるものかということがわかります。

具体的には、「あなたのために、こういうことを3日以内によくすることができます」と説明して、そのとおりになったら、利用者さんには「この専門家は本当の技術をもっている人だ、希望を出すとか覚えてくれる人だ」と専門家の技術に対する信頼がでます。また、リハというのはこんなに実生活のことを直接よくできることだ、というのがわかって、活動や参加の希望がどんどん出てきます。だから本人にリハやケアプランのことをわかってもらうためには、具体的内容と、なおかつそれを提供する人の具体的技術もわかってもらわなければいけません。

元大学教授の女性が、入院リハはしたが「もうこれ以上よくなるなら」と言われて介護施設に入られました。平行棒内の歩行はしていらしたけれどそれもできなくなってきた。縁あって私が拝見したら、どう見て

もすぐに「している活動」レベルでも介護下では歩けるはずの方でした。それで「先生、絶対に外も歩けるようになりますよ」と言ったのですが、信用してもらえない。希望を伺ってもでてきませんでした。

そこで入院した日に、ウォーカーケインと両側支柱付きの装具を付けてもらって「歩いてください」と言ったら、何の介護もしなくて訓練室の中を10歩ぐらいすぐに歩けたのです。まずはそこである程度は私の技量をわかっていただく。なおかつお話を伺ったら、以前は毎日自分でリングゴを1個むいていたというのがわかったのです。「先生、そんなのは3日で自立しますよ。片手でリングゴをむくことなんか簡単なのですから」と言って指導したら約束どおり3日間で自立しました。入院した日に私が、「また着物を着て外国で講演なさったりしたらどうですか。新幹線でも地方に行けますよ」、などと言っても全く希望がでなかったのですが、それ以来いろいろな希望がでるようになりしました。(参照 鶴見和子、上田敏、大川弥生 著『回生を生きる―本当のリハビリテーションに出会って』三輪書店 1998年)

真の希望を引き出すためにはそのための

技量が必要です。利用者さんが希望を出してくれないので目標が立てられないということを少なからずききます。でもこれは利用者さんのせいにはしていることで、専門家としては慎重なければならぬと思います。マイナスをみることはむしろ簡単です。でも表面に表れないところをもっと引っ張り出すには技量が必要で、いちばんのポイントです。

利用者さんの表出された希望については「なぜそう思うの?」「なぜなの?」と整理していかなければいけません。

私がお薦めしているのは、大きな紙の上でICFモデルの図で説明し、希望や目標を整理していくことです。そのためにはまず専門職が自分自身で、ICFモデルで整理できるようにすることですね。

ICFモデルに沿った ケアプランの留意点

この方のケアプランですが、現在の歩けない状態になったのは手術後の生活の不活発化による廃用性症候群です。そして現在は「生活機能低下の悪循環」が生じている段階でしょう。このままではそれが進行します。この悪循環から脱却し良循環に移行

するのもこの方にとって大事なことです。

(廃用性症候群(生活機能低下の悪循環) 参照 大川弥生『新しいリハビリテーション』講談社 2004年 第6章 および大川弥生『介護保険サービスとリハビリテーション』中央法規出版 2004年 第4章)

それから目標についてはいつまでと期間を明確にすることが大事です。

先ほど言いましたようにニーズと目標は同じだと思います。で、短期目標は活動レベルで具体的生活行為として明確にすべきと思います。短期目標にはこの人にしか当てはまらないということをきわめて具体的に活動レベルの目標を書くことがポイントだと思っています。

たとえば通所リハには、目標・目的とする具体的な生活行為を提示するべきです。一方「デイケア利用中に歩行機能の評価と屋外歩行するときの留意点の情報提供等々」の記載は必要ないと思います。目標がはっきりしていたら、それを達成するために通所リハをやるのですから、必要以上のことを書かなくていいと思います。

ただし、むしろ「介護歩行が実用的にできるために適切な歩行補助具の選択をよろしく」と、通所リハや通所介護や訪問介護

で留意すべきこととして書く必要があると思います。青山さんとしては、歩行補助具でかなりよくなるだろうとは思っている。でもどういう歩行補助具が適切かわからない。でもチームとしてうまくいくポイントだと思っているわけだから、そこを具体的に書くわけです。これに関連して車いすを、どういう目的でいつ使うかも、チームとしてははっきりさせるべきことですね。

またプログラムを進めていくにあたって優先順位が大事ですから、「身体をきれいに保つ」ことが大事なのか、「屋外歩行の達成」なのか。その優先順位を書いておくとういと思えます。

私はケアプランはチーム全体として一人の人間にどう働きかけるかをもっと明確にしたうえで、サービスごとに役割分担をすべきと思います。細分化したニーズごとにサービス内容を書く必要はないと思います。サービス内容はさまざまなニーズに相互に関連しあつて働きかけているのですから。

それからもう一つ、「健康状態」のことも常に考える必要があります。病気のコントロールをよくすればもつとよくなる人もいることも忘れてはいけません。介護保険サービスでは病気のことを見逃しがちです。

病気の管理は生活機能向上にも不可欠です。

ICFの視点から従来のアセスメント様式を活用するには

——最後の質問です。それぞれケアプランの様式が各団体から示されており、アセスメントシートがたくさんあります。それとICFとの関係ですが、どうやって使っていけばいいのでしょうか。

ICFは、分類という名称がつくので分類法と誤解される方もいらっしゃるようですが、そうではありません。最初にお話したように、生きることの全体像をみることに、その際利用者の潜在的な生活機能を積極的に引き出すことを基本とした考え方です。また共通言語として活用するということです。各アセスメントはまず、潜在的な生活機能の向上と共通言語としての位置づけとの関係から、それぞれの位置づけを考えてください。

次に項目ですが、大前提はICFモデルとしてとらえることなしに項目を使うというのは邪道ということです。そのアセスメントの何項目がICFの項目と同一か、というのは意味がありません。要するに全側面をそしてその内容に抜けがないように見

て、全体像として把握することです。

——アセスメントシートはどれを使っても完璧ではないし、道具の一つだということになってきましたね。さらにICFを使うことで、シートの不備を補ってさまざまな種類のをまとめることができれば、シートにこだわらなくても済むようになりますね。

規定のアセスメントを使うにしろ、そうでないにしろ、各項目が「心身機能」か「活動」か「参加」なのか、生活機能のどのレベルかと考える。計画書などに書くときにその頭に「心(b)」とか「活(a)」、「参(p)」とか書くといいですよ。すると「心身機能」に偏って「参加」を考えていなかったとわかる。また、「できる活動」と「している活動」を明確に分け、絶対にいっしょにしないということ。これも頭に①、②などを書くとういことです。

それから具体的にいえば「歩行」という言葉を使うときには、ちょっと待て「生活機能のどのレベルか？」と考えてみる。それだけでもものすごく違ってくると思います。

ですからアセスメントシートを用いるとしても、それは生きること全体のなかのあ

る一部分であって不足しているということ
を認識していただき、その点は必ずプラス
アルファでアセスメントしていただきたい
と思います。それも含めて、特に大事なの
は各要素の相互関係をふまえてICFモデ
ルとして全体像を把握することなのです。

そしてどうケアプランをたてるかもサ
ービス内容の必要性や効果をICFモデルの
なかで考えることです。そしてその人にと
ってどういう優先順位でやるべきかという
観点でケアプランを立てていただきたい。

より生活行為を 見ることが求められる

——かなり細かく説明していただいて、す
ごくわかりやすかったと思います。

これまで、ICFのどのようなところを
難しく感じていらっしやったのでしょうか。

——具体的に生活のなかに入り込むとい
うことが、ケアマネジャーとしてまだ浅い
らだだと思います。ケアマネジャーは今まで
使われていた言葉や専門的な言い回しに慣
れすぎてしまっていたし、まただれにでも
使えるような、いろいろの意味を含んだ、
包括的な言葉、を安易に使いがちでした。
それをその利用者ごとに「具体的に」と言

われるとたいへん難しいわけです。そして
それをすることは、今までのような利用者
との面接の仕方では無理だということがわ
かりました。それはケアマネジャーをはじ
め、ほかの職種も真摯に受け止めるべきだ
と思います。

かなり本質を突いていらっしやると思
います。ほかとうまく連携が取れないとい
う場合も、具体性の欠けた議論をしているか
ら通じないのではないかと思うことが少な
くありません。

その利用者だけにあてはまるような、具
体的なケアプランをたてて達成できれば、
「すごくいいケアプランを立ててくれたな」
となる。自分自身も嬉しいし、なおかつ利
用者から感謝されたらすごくいいではない
ですか。ケアマネジャーというのはこんな
に専門的な職種だというのが対外的にも認
められることにもなりますよ。

——今日は本当にありがとうございました。

◆インタビューを終えて

青山亜由子



平成15年度に改訂された「介護支援専門員・基本
テキスト」長寿社会開発センター2003年／
《高齢者のケアの目標》の章で、大川先生がICF
の考え方について執筆されています。これを読んだ
ところ、これが利用者中心の考え方であり、生活そ
のものをとらえ援助していくことが、相談援助の基
本であることに戻ったように感じ、感銘を受けまし
た。

その後、ケアマネジャーの実務研修はもとより、
現任研修で紹介したところ、今までのケアマネジャ
ーが陥りやすかった「専門職主導」のケアプランを
見直す良い機会となったように思います。

施設においても、その人の個別の生活の目標に向
かって、ICFの考え方を取り入れようとする試み
が、次に紹介する総合ケアサポートセンター天寿園
のように始まっています。

このたび、直接大川先生からICFの考え方を
聞きすることができました。私自身、相談援助やケ
アプラン作成でICFの考え方を取り入れようとし
ているものの、まだまだ、活動の目標が具体性に欠
けていることを、先生のていねいな説明、助言を受
け、実感することとなりました。一人ひとり、個別
のあるべき人生を支えていくことは並大抵のこと
ではありません。しかし、今後、生活の目標である
『利用者の真のニーズ』の実現に向けて、利用者を
中心に主治医、リハスタッフ、ケアワーカー等とチ
ームを組み、実践していきたいと思えます。