

きかけ方)の差によって活動レベルの状態は全く異なることが多いからです。

なお、予後とは単なる「自然経過」ではなく、リハあるいは作業療法という働きかけ(介入)を行った結果の予測です。したがってこれらの働きかけの質、すなわちプログラムの質が非常に深く関係します。あるプログラム(たとえば機能障害の回復に中心をおいたプログラム)では歩行不能で車椅子生活と予測される例が、他のプログラム(例えば実用歩行と立位のADL, ASLに重点をおいた目標指向的プログラム)ならば歩行自立・立位ADL・ASL自立と予測されることは決して珍しいことではありません。

予後予測を科学的に行うために「予後学」があり、診断学の重要な関連領域、むしろ広義の診断学の重要な一部をなすものです。

3. 予後予測の前提としての生活機能と障害の総合評価

予後予測を正確に行うためには、障害のある人の現在の状況をプラス面とマイナス面を含めて全面的かつ立体的、構造的に把握することが必要です。しかも「総合的」とは単にICFでいうあらゆるレベル(階層)、つまり心身機能・構造、活動、参加、それに主観的体験、そして個性や環境などの背景因子の全体を取りこぼしなく捉えるということだけではありません。もっと大事なのは、これらのレベルや背景因子の間の複雑な相互関係(相互依存性と相対的独立性)を的確に捉えるということです。ここまでいって初めて生活機能と障害の総合評価は大きな力を発揮するのです。

4. 真のリハを実現するための「突破口」の発見

次の段階は現状と予後予測に立って目標設定を行い、その目標を達成するためのプログラムを立てることです。この、評価・予後予測を目標・プログラムの設定にいかにつなげるか、しかもそれをその人にとっての唯一無二のものとして設定することはどうすれば可能かということが最も重要な点ですが、それはふつうあまり理論的ではなく、経験的・直感的に行われることが多いもので

す。

これを意識的・論理的に行うために整理したのが、「目標指向的アプローチ」における目標設定のプロセスであり、それは文献9の図に示されているようにかなり複雑な手順のものです。これについては本講座でも今後触れていきたいと思っています。

ただ、ここで「目標指向的アプローチ」の中核をなす点に触れておきたいと思います。それは、前の段階で明らかになった、その障害のある人の生活機能と障害の全体像に対して働きかけ、それを真のリハ、すなわちその人の「人間らしく生きる権利の回復(全人間的復権)」のために変えていくうえで最も有効な「介入(働きかけ)の中核的なポイント」が必ずある、それを見つけることが大事だということです。要するに先に述べたように生活機能と障害の各レベル(階層)の間での相互依存関係と相対的独立性とを明らかにしたうえで、どこに介入すれば(働きかければ)最も望ましいリハ(全人間的復権)が実現するかという、いわば「突破口」を発見し、それを切り開くことです。

これは「活動」のレベルにおける「できる活動」(これには多数のものがあるが)の中で何が中心的な意義をもつものなのかを明確にすることといえます。それは、もちろんケースごとに異なるのですが、多くの場合は「できる活動」としての実用歩行と立位でのADLとASLの高い能力の実現、そしてそれと「している活動」の向上のための働きかけとの連携がキーポイントとなります。これが「目標指向的プログラム」の基本形です。そしてOTは、この「できる活動」の高い能力の実現という点で(もちろんPT, 看護師などとの「協業」が不可欠ですが)非常に大きな役割を果たすことができるのです。この点については本講座で具体的に述べていきます。

5. 介入の成果の測定

「リハは評価にはじまって評価に終わる」という時の後のほうの評価は介入(治療的働きかけ)が予期した成果を上げているかどうかの評価で

す。これはいわば再評価ですが、時期を決めて定期的に行うというのではなく、実は毎回の治療そのものが再評価の意味をもっています。後にも例をあげますが、実はリハにおいては評価と治療とは表裏一体なのです。

なお予後予測と目標設定のための評価と、この介入の成果測定のための評価とは同じ評価でもニュアンスや重点のおきかたが違う面があります。それについても本講座で触れていきたいと思っています。

6. それによるプログラム再検討・改善

上記の5の時点で、予期した成果が上がっていないければ、最初の評価が誤っていたか、障害のある人の状態が変化したのか、プログラムが誤っていたかのいずれかであり、それを確認することが重要となります。逆に成果が上がっていればプログラムのスピードアップあるいはグレードアップを検討すべきです。いずれにせよプログラム（時には目標までの）の再検討と修正が必要になり、これも再評価同様に常時行なわれるべきものです。

7. その他

評価の目的には以上の他にリハ・チーム内でのコミュニケーション（これは総合評価の前提でもあり結果でもあります）、チームと障害のある人と

その家族とのコミュニケーション（これは自己決定権の行使の前提です）、また臨床的な目的とは別の社会保障、損害補償のための障害判定、など種々のものがあり、そこでもICFの考え方が大きな役割を果たしますが、ここでは略します。（以下次号）

文 献

- 1) 上田 敏:新しい障害概念と21世紀のリハビリテーション医学. リハ医学 39:123-127, 2002.
- 2) 上田 敏:WHO国際障害分類改定の経過と今後の課題. リハ研究 110:2-10, 2002.
- 3) 上田 敏:ICFの基本的な考え方—生活機能(プラス面)の重視と階層的的理解を中心に. PTジャーナル 36:271-276, 2002.
- 4) 上田 敏:ICF(国際障害分類改定版)の問題点と今後の課題. OTジャーナル 35:1025-1030, 2001.
- 5) 上田 敏:WHO国際障害分類からみた家事の位置づけ—客観的障害について. OTジャーナル 35:40-45, 2001.
- 6) 上田 敏:WHO国際障害分類からみた家事の位置づけ—主観的障害について. OTジャーナル 35:127-133, 2001.
- 7) 上田 敏:目でみるリハビリテーション医学. 第2版, 東京大学出版会, 1994, p.2, 38-39, 40.
- 8) 上田 敏:評価. 福井園彦 編;リハビリテーション医学全書14, 脳卒中その他の片麻痺. 第2版, 医歯薬出版, 1994, pp.73-75.
- 9) 大川弥生:WHO国際障害分類を障害者のための臨床現場にどうかすか, 1)身体障害者リハビリテーションの立場から. PTジャーナル 36:21-26, 2002.

評価からプログラム設定まで (2)

上田 敏*
Satoshi UEDA, MD

なぜ「まだ評価が終わらないので治療に入 ていません」ということになるのか

前回に引き続き、本講座では総合評価の基本的な考え方について述べていきますが、まず評価と治療（作業療法の実施）との関係について考えてみましょう。

私はながらく大学病院にいて、作業療法や理学療法の学生を実習生として受け入れてきましたが、その人たちにカンファレンス、特に最初の評価会議で報告してもらった時に非常に気になることがしばしばありました。というのは実習生が患者さんを受け持ってもう数日たっているのに「まだ評価中です」で、治療に関する報告がまったく少ないことが少なからずあったことです。つまり、まだ評価が終わっていないので治療計画も考えておらず、治療をまったくしていないということです。皆さんにはそういう経験はないでしょうか。

確かに学校では図式的に「評価→治療計画→治療活動」というふうに教えているのだと思います。そして、評価についても学校ではたとえば脳卒中ならこれこれのテスト、脳性麻痺ならこれこれのテストというようにたくさんのテストを教わります。そのテストをこなすだけで何日もかかり、とても治療計画まで頭がまわらない、計画が立たないのだから治療活動はできない、ということなの

Key Questions

- Q1: 評価が完結してから治療に移るのか?
Q2: 生活機能と障害の「入れ子」構造とは?
Q3: マイナスの中にプラスの芽をみつけるとは?

だろうということはわかります。しかし、実際臨床の場としてはそれでは困るのです。

もちろん、私はこれがその学生だけの責任だというつもりはありません。何よりもすでに十分な臨床経験をもっているはずのスーパーバイザーの責任が大きいですし、さらにいえば評価のあり方についての学校での教え方の問題でもあるだろうと思います。

そのような責任論は別にして、ここには実は評価と治療との関係についての本質的な問題点がたくさん含まれていますので、それらを次に考えてみましょう。

1. 評価と治療の倫理性—「傾斜進行方式」をとるべき

まず第1は、「患者さんは治療を受けに来ているので評価を受けに来ているのではない」ということです。したがって、治療をしないで評価ばかりしているのは倫理的に許されないこととなります。前回¹⁾述べた総合評価→予後予測→目標・プログラム設定という順序は論理的な順序であって、それぞれの段階が完結してから次の段階に移るといった機械的なものではありません。評価が全部終わってからでなければ治療に入れないというのは間違いで、一種の「傾斜進行方式」のように、重要な評価から先に行いつつ、それに対応する治

* 勸日本障害者リハビリテーション協会 副会長、WHO 国際生活機能分類日本協力センター代表、医師

療的働きかけを開始し、日を追ってだんだんにより細かい「つめ」に属する評価とそれに対応する治療にまで進めていくものです。それに次に述べるように、大事な評価ほど「治療と表裏一体・不即不離」であることが多いのですからなおさらです。

ただこのように言うと、「しかし一般の医療でも、まず検査に何日もかかって、その後やっと治療に入ることがあるのでは？」という反論があるかもしれません。確かにそういうこともないではありません。しかし、それはたとえば1回の診察で予想される疾患の範囲はわかったが一つにはしぼれず、検査が必要だというような難しいケースの場合であり、そういう場合でも必要があれば当面の症状に対する治療はすぐになされるのが普通です。あるいは初回の診察で診断はついたが、すぐ治療には入れない（手術や放射線治療のように十分検査し準備してからでない）と危険性があるような場合もあります。しかし、以上のような場合は少なく、大多数の場合は第1日目から診察→診断→治療（投薬、処置、障害手術など）となるのが普通です。

ここでリハビリテーション(以下、リハ)、特に作業療法の場合を考えてみましょう。疾患はすでに診断され必要な治療がなされており、作業療法として行うべきことはおもに障害(ICF²⁾でいう広い意味での)と一部環境条件(これもICFでいう、人的・社会的環境を含めた広いものです)に対する働きかけです。精神科作業療法では障害の治療が同時に疾患の治療になる場合があるといわれますが、精神科作業療法では、うまく行われれば評価自体が心理療法的効果をもつことが多いということもあり、少し問題が別なので、ここでは身体的障害の場合を中心に考えていきます。

作業療法を処方されてきた患者さんでは、疾患だけではなく多くの場合障害もはっきりしていて、たとえばADLのうち「○○ができない」「○はできないことはないが難しく介助を必要とする」などということ、あるいは片麻痺がある、四肢麻痺があるなどということは処方箋に書かれています。万一疾患名しか書かれていない場合でも、

心身機能・構造の状態は疾患名からかなり判断できますし、病棟でのADLの状態を聞けば活動面での現状もほぼ想像がつかます。したがって、上に述べた「傾斜進行方式」で何から手をつけるべきかということ判断することはそう難しくないとはいえず。

2. 評価と治療とは表裏一体・不即不離

第2の問題に移りましょう。前回、再評価(介入の成果の測定)について述べた時に「リハにおいては評価と治療とは表裏一体なのです」と書きました。しかし、実は初回評価から「評価と治療とは表裏一体・不即不離」だということがいえるのです。

実際の例を挙げましょう。私は、リハ医としての初診の最大の眼目は「この人は(リハを行えば)歩けるようになるかどうか」の判断にあると思ってやってきました。それは歩けるかどうか(移動の様式)によってその他のADLやASL(社会生活行為、家事など)の様式がまったく違い、また社会生活(参加)の広がりもまったく違って来るからです。歩けるかどうかで将来どのような「新しい生活」を創るのか(主目標)、それはどのような1日の生活行為からなるのか(活動レベルの副目標)が大きく違って来るので、歩行の予後予測が何よりも重要なのだともいえます。

その手順を簡潔に述べると次のようになります。

①明らかに歩行不能と予後予測される例を除き、

②適切な装具・歩行補助具を用い(そのため片麻痺なら片麻痺機能テスト<12グレード法>で下肢の麻痺の程度をあらかじめチェックしてこれらの必要度を予測します。また、さまざまなサイズの訓練用装具やウォーカーケインをはじめとする各種の歩行補助具を常備しておきます。初期には重装備気味にすることも必要です)、

③廃用症候群によるリスクに十分注意しつつ(特に長く寝ていた患者さんでは起立性低血圧に注意します。また、いうまでもなく下肢の拘縮、廃用性筋力低下などはあらかじめチェックします)、

④必要なら介助して（当初は過介助気味にすることも必要です）歩かせてみる。

⑤そして介助の必要度（量と質）、歩容、本人の反応（特に心肺機能、血圧、など）、その他から、将来（リハを行った後）における歩行自立の可能性（同時にそれを実現するためのプログラムの重点）を判断する、ということなのです。

もうお気づきになった方もあると思いますが、これは「できる活動」としての歩行の可能性を評価し、それを通じて将来の「している活動」としての歩行自立の可能性を予測しようとする「評価活動」ですが、同時にすでに「治療活動」でもあるのです。そもそもリハにおける評価（より広いえば診断行為）とは、単に対象を離れたところから観察してその現状を捉えようとする（これを観照的態度という）ではなく、対象に働きかけてよりよい方向に変えていこうとし、その成果やそれに対する反応から診断・評価をするものであり、「治療的働きかけを通じて評価を行う」という、実践的態度に立ったものなのです。その意味で最初の診察から治療は始まっているのであり、まさに「評価と治療とは表裏一体・不即不離」なのです。

以上はリハ医の例を挙げましたが、理学療法士や作業療法士の場合にも基本的な考え方は同じです。評価として一番大事なものは、歩行とそれに結びついた各種のADL・ASL（立位での整容・更衣・排泄・家事、ものを運ぶこと、など）を病棟の実際の生活の場、実際の生活時間帯で、一連のものとして（歩行とその他の行為を切り離すのではなく）評価することであり、それは同時にこれらの「活動」（ICFでいう意味のもので、従来作業療法で用いてきたものとは意味が違います）の訓練、すなわち「できる活動」の訓練になっています。このように考えれば「評価が終わっていないので治療が始められない」などということは本来ありえないことがわかるでしょう。

繰り返せば、「評価と治療は表裏一体・不即不離」ということは、第1には歩行・ADL・ASLな

どの評価が同時に治療・訓練であるということであり、第2には前回述べたように、毎日の治療・訓練が同時に評価（再評価）である¹⁾ということなのです。実は、これらは同じことを別の面から述べているにすぎません。

3. テスト・イコール評価ではない

次の問題にうつります。学生は（多くの教科書がそうだからでもあります）評価とは表の形をとったさまざまなテスト、それも多くは心身機能・構造レベルのテスト（関節可動域テスト、筋力テスト、片麻痺機能テスト、全身動作テスト、など）を行うことだという印象を強く持ってしまうがちです。特に脳卒中などになると運動機能だけでなく失語・失行・失認などの高次脳機能障害なども評価しなければならないとされ（それ自体は間違いではありませんが）、複雑なテスト（それもほとんどは机上テスト）がたくさんあります。これらを全部終えないうちは治療を始められないと考えると、最初に述べたようなことになってしまうのです。その一方で、上に挙げたような歩行能力の評価（その他のADL・ASLについても同様ですが）のように、必ずしもテスト表という形をとらないものは非常に重要なことなのに行われなままになっていることが珍しくありません。

一方、逆に教科書に挙げられている各種のテストを終えれば、それで評価は完了と考えてしまうことも非常に多くみられます。実は「テスト・イコール評価」ではなく、上述したように必ずしもテスト表の形をとらないものでも重要な評価項目があるし、逆にテストを全部行ったからといって評価が終わったことにはならないのです。この最後の点は大事なことなので節を改めて次に述べます。

総合評価—ICFの生活機能・障害構造に沿って

本当の評価とは、前回述べたように「障害のある人の現在の状況をプラス面とマイナス面を含めて全面的かつ立体的・構造的に把握すること」で

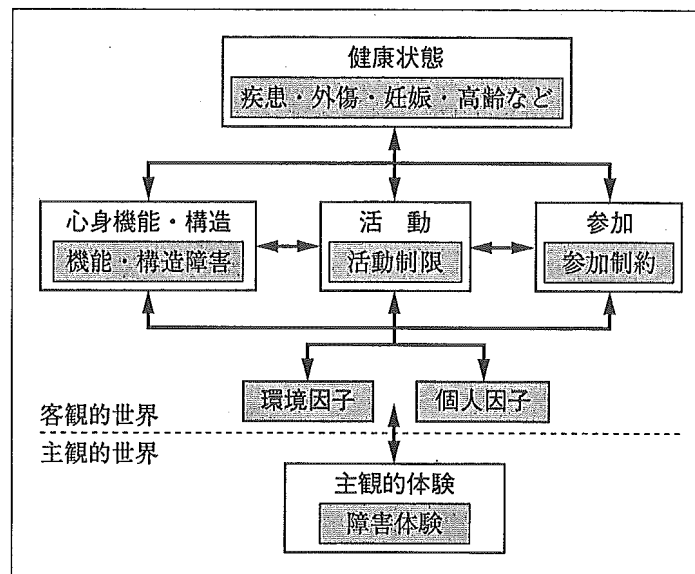


図 生活機能と障害の構造 (上田, 2002)

す。つまり個々の評価項目（これにはテスト表の形をとったものばかりでなく、むしろそうでないものに重要なものが少なくありません）を評価しただけでは総合評価の素材を集めただけであり、本当の評価はそこから始まるのです。しかし、こう言っただけではわかりにくいと思われるので、ここでもう少しくだいて説明しましょう。

1. 生活機能と障害の「入れ子」構造

図はICF：国際生活機能分類（WHO 国際障害分類改定版）²⁾の生活機能構造図をもとにして、プラス面とマイナス面との関係を示し、さらに筆者が1981年以来提唱してきた「主観的体験」の次元を付け加えたものです。ICFについてはいろいろと書いています^{3)~5)}し、主観的体験についても本誌に書いています⁶⁾ので、詳しくはそれらをご覧ください。

図をみると、それぞれの事項について大きな四角の中に小さな四角が入っている形（「入れ子」構造）になっています。大きな四角がプラスの面であり、その中にマイナス面が含まれているわけです。すなわち心身機能・構造の一部にマイナスの機能・構造障害があるが、それ以外の部分は健常であり、同様に活動の一部に活動制限があり、参加の一部に参加制約があるわけです。ちなみにこれら3つのプラス面を包括したものを生活機能と

いい、同じく3つのマイナス面を包括したものを障害といいます。それを図で示せば大きな四角（生活機能）の中に小さな四角（障害）があるという形になるわけで、ちょうど前回の図の左側の四角に相当します（表現が多少違い、「個性」が入っている点がちょっと違いますが）。

これと同様に健康状態の中には疾患・外傷等々のマイナスの健康状態が入っています。また図では省略していますが、環境因子の中にもマイナスに働く「阻害因子」だけでなく、プラスに働く「促進因子」もあるわけで、やはり「入れ子」構造をしているわけです。

主観的世界に属する主観的体験も同様で、全体としてはプラスのものの中にマイナス面である障害体験が入っている形になっています。これは非常に大事な点で、客観的な障害をもつことで人は深刻な喪失感（特に人間的な価値の喪失感）に悩みますが、同時にそれから脱却しよう、それを克服しようとする主体的な努力の中でさまざまなプラスの面を新たに生み出します。それは「心理的コーピング・スキル」ともいわれ、悩みを通じて人間的に成長することです。よく障害者運動の中で「障害は個性である」という主張がなされますが、個性を単なる個人的差異という意味でなく独特の優れた特徴という意味で捉えれば、私は「障害に対処する中でつちかわれた精神的なプ

ラスが障害者に独特の優れた個性を与える」といったほうがより正確なのではないかと思っています。

2. プラス面とマイナス面の総合評価 (1) 現在の問題点

さて、図に示したすべての事項のプラスとマイナスとを正確に把握し、さらにそれらの間の相互関係を把握するのが「生活機能と障害の総合評価」ですが、その説明に入る前にこのあるべき評価に比べて現在作業療法場でふつうに行われている評価の問題点を列挙しておきたいと思えます。

1) 「評価のための評価」とどまって、それが目標やプログラムの設定に生かされていないことが多い。

2) 障害というマイナス面だけをみて、プラスの面に注目しない。

3) 障害の中でも機能・構造障害に重点がおかれ、それも全般的ではなく自分の興味をもつ部分に限られがちである。

4) 活動面の評価は ADL 評価がほとんどで、それも非常に表面的なことが多い。

5) 参加面の評価は（作業療法士の仕事ではなく）ソーシャルワーカーの責任だと考えがちで、作業療法士の立場から行うべき（でなければできない）参加の評価があるということを知らない。

6) 環境についても同様にソーシャルワーカーまかせになりがちで、作業療法士の立場からの環境（物的・人的・社会的）の評価の重要性を知らない。

7) 主観的・心理的な面の評価の必要性はわかるが、具体的にどうすれば良いかはわからない。

8) 仮にすべてのレベル（客観的な3レベルと主観的レベル）について評価したとしても、マイナスとプラス間、また各レベル間の関係（相互依存性と相対的独立性）を捉えることが弱く、バラバラな情報のままにとどまりがちで、総合評価にはならない。

3. プラス面とマイナス面の総合評価 (2) そのステップ

以上のような弱点をひとつひとつ克服していくことが、本当に患者のリハ（「訓練」ではなく「人間らしく生きる権利の回復〈全人間的復権〉」という本来の意味）のために役立つ総合評価のしかたを身につけていくことなのですが、それを具体的に述べるとなると非常に詳しくなり、それがこの講座全体の課題です。そのためここでは総合評価のステップとごく限られた例を述べるにとどめておきます。

1) 各レベルの中でのプラス面とマイナス面の把握—マイナスの中にプラスの芽を見つける

活動レベルを例にとって考えてみましょう。活動レベルの評価の場合、現在何がマイナスかを把握する時に、同時に将来プラスにつなげることのできる要素をできる限り見つけるよう努力することが大事です。たとえば、現在はまったくできず全介助にとどまっている活動でも、そういう状況をただ確認するのではなく、本当に全介助なのか（実は本人が行える部分があるのに介助者の都合で全介助にしていないか）、半介助あるいは自立にもっていくキーポイントは何か、の評価が重要です。また、一応できるが時間や手間のかかる活動、あるいは部分介助が必要な活動の場合ならば、何が問題か、必要な介助の質と量（それが本当に必要か）、どこを改善すればそれらを解決できるか、などがむしろ評価の要点です。

これには、たとえば立位での ADL・ASL 行為の場合に装具を使ったり、「もたれる」「肩や膝をつく」「つかまる」などを行ったりすれば立位が安定し、それらの ADL・ASL などが可能にならないかなどと実際にやってみて評価することが大事で、これがまさしく「実践的な」「治療と一体となった」評価です。当然このような評価は現実の活動の場（病棟のベッド、洗面所、トイレ、など）で実際に行ってみながらの評価であるべきで、単なる聞きとりや作業療法室での模擬的な動作ではいけません。たとえば、寝返り・起き上がりなどは病室のベッドでは手すりにつかまって容易に行えるのに、模擬的な場では手すりがないので困難に

なる、あるいは病室の洗面所は下があいていないので膝をついて立てるが、作業療法室の洗面所は車椅子用で下があいているためかえって困難になる、などということがあるからです。

これらに加え、より直接的なプラス面である、現在問題なく行っている活動についてもよく観察する必要があります。しばしば「この活動ができるのに、どうしてあの活動ができないのか？」という素朴な疑問が先に述べたような問題点の発見あるいは解決に役立つことがあります。そのほか、従来から行ってきていて、今は環境的・状況的に（入院しているから、など）行っていないが可能と思われる活動（なるべく行ってもらって確認する）、また以前は行っていて現在は困難と思われるが工夫すれば可能性のある活動（たとえば自動車運転、など）などについてもチェックする必要があります。

以上と同様なプラス・マイナス両面（マイナスの中に含まれるプラスの可能性を忘れずに）の把握を、心身機能・構造レベルおよび参加レベル、そして主観的レベルについても行うわけです。

この際心身機能・構造レベルの運動機能には3つのサブレベルを分けることが重要です。しばしば関節可動域、筋力、中枢性麻痺などだけが心身機能・構造レベルの問題だと考えられやすいのですが、実は運動機能には、①これらの「要素的機能」だけでなく、②全身の「基本動作」（寝返り、起き上がり、座位保持、立ちあがり、立位保持、歩行など、また上肢のリーチ、手指の把持、つまみ動作など）、さらに③複数の基本動作が組み合わさった（特に上下肢、体幹が一緒になった）「複合動作」（物を持ち運ぶ、腰掛けたまま手を伸ばして足先に手を届かせる、立位でかがんで床あるいは低い台の上のものを取る、など非常に多くのものがある）というサブレベルがあり、なかでも活動と直接的に関係する後2者の重要性を忘れてはいけません。

旧国際障害分類時代に一時「機能障害は器官レベル、能力障害は全身レベル」という誤った解説が一部に行われたことがあり、そのため上記の基本動作・複合動作は全身運動だから能力障害（現

在の活動）レベルであるという誤解が起こり、現在も一部に残っているようです。しかしICFでは「心身機能・構造は生物レベル、活動は個人レベル、参加は社会レベル」と明確に規定されており、たとえ全身の動作であっても、基本動作・複合動作はあくまで生物レベルの心身機能の問題なのです。

2) 環境の評価

ICFの考え方に従って、物的環境（自宅、周辺、道路、交通機関など、また杖・装具・家具など）、人的環境（家族、親族、友人、同僚、勤め先の態度など）、社会環境（利用できる各種の医療・福祉サービス、ボランティア、各種制度など、また障害者スポーツ・レクリエーションなどのサービス）について把握します。環境は「活動」と「参加」との関係に大きな影響を与えるので、いかにして参加の水準を高めるかを考えるうえでこれらの情報は不可欠です。「活動との関連において環境を評価する」というのが作業療法士による環境評価の特徴であり、ソーシャルワーカーに任せることのできないものです。

3) これらの要素間の相互関係

以上で個別に評価した各レベルの評価結果の相互関係を把握することですが、この場合もマイナスの中にプラスにつながる要素を見つけていくことが大事です。しかもその場合に役に立つのがICFの生活機能・障害構造論の基本である「相互依存性」と「相対的独立性」の両方が重要だという理論です（詳しくは文献5を参照）。

この相互関係には次のようなさまざまなものがあります。

①あるレベルのマイナスが別のレベルのマイナスの原因になる場合。たとえば、右片麻痺（心身機能・構造レベルのマイナス）のため歩行と書字が不能（活動レベルのマイナス）。そのため将来退職に追い込まれると思われる（参加レベルのマイナス）例。これはレベル間の相互依存性を示す例です。

②あるレベルのマイナスにもかかわらず、それに対応すると思われる別のレベルのマイナスが起こらず、プラスが実現する場合。たとえばまった

く同じ患者で、早期から適切な装具と歩行補助具を用いて実用歩行の訓練をし、並行して左手での書字訓練を行い、併せて復職のための雇用者に対する種々の働きかけを行った結果、歩行自立（装具と杖使用）、書字可能で復職した場合。これはレベル間の相対的独立性をフルに利用しそれが成功した例です。なお、ICFでは装具・歩行補助具などは物的環境であり、リハや作業療法はサービスとしての社会的環境です。だからこの例は「よい環境を提供することでマイナスになる危険の大きかったものをプラスに転化させることができた」例であるということもできます。

③以上のようなマイナス→マイナスという関係が逆方向で起こる場合。つまり上の①の例は心身機能・構造レベル→活動レベル→参加レベルという方向の影響関係だったのですが、それとは逆方向の影響の場合です。たとえば、定年退職後とくに用事もなく趣味もないのでほとんど外出しなくなり、もともとあった軽い腰痛（仕事している時には気にならなかった程度）もあって昼間からごろごろ寝ていることが多くなり、「廃用症候群と生活の不活発との悪循環」のためには長く起きていられなくなり、「寝たきり」状態となって拘縮まで起こってきた、といった例です。これは参加レベルのマイナス（および環境面のマイナス）→活動レベルのマイナス→心身機能・構造レベルのマイナスという相互依存性の例です。

④一方こういう方向でもマイナスがマイナスを呼ばず、むしろプラスにはたらく場合もあります。たとえばまったく同じ人が、退職後まもなくたまたま腰痛の治療のために行ったりハ科で、作業療法士が不活発な生活や特に昼間横になることの危険性についてよく説明してくれ、外出の機会をふやすために趣味の会を紹介してくれたとします。はじめは義理で行っていましたが、そのうち面白くなり、友達もでき、付き合いが増えて趣味の会以外の外出の機会も増えて、とても元気になり、勤めていた時よりも生きがいがあるようになったというような例です。これは参加レベルのマイナ

スが起こりかかっていたところに環境面のプラス（作業療法士の正しい指導）がきっかけとなって参加レベルのプラスが起こり、それが活動レベルと心身機能・構造レベルのプラスを引き起こしたという、プラスの相互依存性の現れといえます。

この他にも同じレベルの中でのプラスとマイナスとの関係、異なったレベルの間でのマイナスとマイナス、プラスとマイナスの関係などがあり、これに環境が関わって非常にさまざまな相互関係の姿をとります。それらすべてを踏まえて、現状の総合的な評価（それは同時に将来の予想、つまり予後予測です）を行うとともに、前回述べたような「突破口」を発見するというのがリハや作業療法における総合評価なのです。

おわりに

以上いろいろな例を挙げてリハ、特に作業療法における総合評価のあり方と手順について述べました。本当はこの次の総合評価から目標・プログラム設定へというステップが重要なのですが、それについてはこの講座のなかであらためて論じることになると思います。

文 献

- 1) 上田 敏：評価からプログラム設定まで(1)（入門講座：生活機能と障害の総合評価のコツ1）. OTジャーナル 36:1016-1021, 2002.
- 2) WHO（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部訳）：ICF：国際生活機能分類（国際障害分類改定版）. 中央法規出版, 2002.
- 3) 上田 敏：ICF（国際障害分類改定版）の問題点と今後の課題. OTジャーナル 35:1025-1030, 2001.
- 4) 上田 敏：新しい障害概念と21世紀のリハビリテーション医学. リハ医学 39:123-127, 2002.
- 5) 上田 敏：ICFの基本的な考え方—生活機能（プラス面）の重視と階層論的理解を中心に. PTジャーナル 36:271-276, 2002.
- 6) 上田 敏：WHO 国際障害分類からみた家事の位置づけ—主観的障害について. OTジャーナル 35:127-133, 2001.

チームワークと患者への説明と 主体的参加促進に立った評価 リハビリテーション（総合）実施計画書の活用を例にとって

大川 弥生*
Yayoi OKAWA, MD

Key Questions

- Q1：生活機能と障害の総合評価とは何か？
Q2：骨折の患者では活動・参加はOTの対象ではないのか？
Q3：リハビリテーション（総合）実施計画書の目的は？

はじめに：総合的評価とは

具体的なコツについて述べる前に、これまでのまとめを兼ねて“生活機能と障害”の“総合的評価”とは何かについて簡単に整理しておきます。

1. 総合的評価とは分析と統合；チームワークと本人の主体的参加に立ったもの

評価が対象とする生活機能と障害は、ともに3つのレベル（階層）から成り立っており、前者には心身機能、活動、参加、後者には機能障害、活動制限、参加制約のおおのこのレベルがあります。また、これらにはその原因である健康状態、そして背景因子として環境因子と個人因子が関与しており、これも評価の対象に含まれます（以下3つの階層と健康状態、2つの背景因子をあわせて“側面”とよびます）。

総合的な評価とは、これらの各側面を単に分析的にとらえるものではありません。各側面におけるプラス・マイナスの両面をふまえ、また各側面の間の相互関係を階層的に理解して統合することです。すなわち、“分析的統合”であり、これによって初めて全体像をつかむことができます。

ただし、この全体像をつかむということはひとりの人、たとえば作業療法士（以下、OT）一人で可能なことではありません。異なる専門職の間の共通認識の形成と、専門家チームと当事者（本人・家族）との間での共通認識の形成という2つの種類の共同作業が必要で、それによって専門家としての英知を高めることができます。また、このようにすることではじめて、患者・障害者自身の自己決定権を尊重したリハビリテーションのための評価となるのです。

2. 生活機能分類・構造の実践的意義との関係でのまとめ

以上に述べたような意味での総合的な評価を行ってこそはじめて、リハビリテーション・チームとして、またOTとして今何をなすべきかという、リハビリテーションのための「突破口」¹⁾を明らかにすることができます。

そして、このような総合的評価とは、生活機能分類・構造の実践的活用に他なりません。これを表に示します。Iに示すような分析と統合を、IIに示したリハビリテーション・プロセスの全過程において進めるのです。Iは前述した1. 総合的評

*国立長寿医療研究センター老人ケア研究部，医師 〒474-8522 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

I. 分析と統合のための意義

1. すべてのレベル（階層）と関連因子*の分析的把握 [分析]
 2. 相互関連性の把握
 - 1) 異なるレベルと関連因子の相互関連性の把握 [統合 1-1]
 - 2) マイナス面とプラス面との相互関連性の把握 [統合 1-2]
 3. 異なる専門職の間の共通認識の形式 [統合 2]
 4. 専門家チームと当事者（本人・家族）間での共通認識の形成 [統合 3]
- 〈注〉統合 1～4 は時間的順序ではなく、並行し相互に関連し合いながら行われる。
* 関連因子とは健康状態と 2 つの背景因子（環境因子と個人因子）

II. リハビリテーション・プロセスにおける実践的意義

- a. 診断・評価
- b. 目標設定
- c. 目標達成にむけてのプログラム設定
- d. 目標達成への具体的働きかけ
 - 再評価と目標・プログラムの綿密化を行いつつ進める
- e. 患者本人の自己問題解決能力向上

〈注〉 I の分析と統合を II のリハビリテーション・プロセスの全過程で行う。

価とは分析と統合であり、II については後でまた述べることにします。

表の内容については今後詳しく述べていきたいと思いますが、既論文²⁾もご参照ください。

**障害を生活機能との関係からみる
—リハビリテーション医療の対象は「障害」
から「生活機能と(その視点からみた)障害へ」**

これまでリハビリテーション医療のおもな対象は障害と考えられがちでした。しかし、2001 年 5 月に国際障害分類 (ICIDH) は国際生活機能分類 (ICF) へと改定され、「生活機能」(functioning) という中立的な概念が新たにつくられました。しかし、これは (マイナス面である) 障害に、(プラス面である) 生活機能を単に加えてみるということではありません。それは障害自体を常に生活機能との関係の中でみるということであり、障害の見方自体に大きな変化が迫られているのです。

1. 生活機能を見るのが求められている

この変化は ICF で生活機能の概念ができたから急に求められるようになったというものではありません。むしろ、一方ではリハビリテーション

や障害者福祉の実践の中の優れた成果から、他方ではこれらの実践の中の誤りに対する批判 (特に障害者自身からの) や反省から生まれた概念です。これは障害および障害のある人をめぐるさまざまな意識・認識・社会的態度の変化が、障害というマイナス面だけでなく生活機能というプラスの面を含めて「障害のある人」全体をみるという見方への変化を促したことの表れであり、これが ICIDH が改定を迫られた背景でもあります。すなわち、専門家にはマイナス面だけをみるのではなく、プラス面をより向上させる技術を開発・発展させることが期待されているのです。

2. 障害のある人に関する「共通言語」の基本概念としての生活機能

ICF の第一の目的は障害および障害のある人に関する「共通言語」としての役割であり、その中心的な概念として生活機能があります。

この「共通言語」としての位置づけをリハビリテーション医療に携わる人たちは十分認識する必要があります。

共通言語とは専門家間のみではなく、患者・障害者と専門家との間、そして一般の人々も含めてのものであります。この専門家間とは OT や理学療法士 (以下、PT)、言語療法士 (以下、ST)、ソーシャ

ルワーカー (SW), リハビリテーション医などのリハビリテーション医療に直接的に関係する人々だけではなく, 福祉や介護や職業リハビリテーションや教育, ボランティアなどの人々も含めてのものです。

ICIDH から ICF への改定過程のフィールドトライアルなどで, わが国でも障害者本人・当事者そしてさまざまな領域の方々の ICF への関心は非常に高いことが明らかになりました。今後この共通言語を用いての緊密なコミュニケーションが図られることへの期待, 障害面のみでなく生活機能の面について専門家が取り組むことへの期待は非常に大きいといえます。

3. 生活機能の観点からみることは OT のより高い専門性への発展の鍵——一部の障害のみにとどまっていたは, OT の領域を狭いものにとどめてしまう

しかし, このような障害・障害者をめぐる動きを十分に認識せずに, 旧来のごとく障害というマイナス面のみを対象としてしまえば, その働きかけは障害者本人や他の専門職からの求めに十分に応じることはできません。また, 障害のうち心身機能など特定のレベルのみ, さらにその中でもある特定の内容, たとえばある特定の機能障害のみを対象としたり特定の技法のみに執着したりしてしまえば, それが OT の専門性自体への批判に転ずる可能性は大きいのです。

すなわち, 生活機能・障害を総合的にみること, 障害もそれだけでなく, 生活機能との関係からみることは, リハビリテーションに携わる専門家として求められていることであると同時に, OT のより高い専門性に向けての今後の方向性や発展性にもつながる鍵になるものだといえましょう。

リハビリテーション (総合) 実施計画書にみる生活機能・障害構造論に則した総合的把握

では今回は, わが国のリハビリテーション医療の現場におけるこのような生活機能と障害の総合

評価の具体的な例として, リハビリテーション総合実施計画書とリハビリテーション実施計画書ととりあげて検討していきたいと思います。

1. 具体例から考える

リハビリテーション総合実施計画書とはどのようなものか, それを総合評価としてどのように記入し, どのようにリハビリテーション医療の実際に活用するのかについては現在少なからず誤解があるようです。前提として理解すべきことが非常にたくさんあるのですが, 「入門講座」という性格上あまり固い話が続くのもいけないので, まず典型的な具体例をご紹介します, それを手がかりに大事な点を考えていきたいと思います。なお, これは適当につくった例ではなく, 筆者が回復期リハビリテーション病棟研修会 (OT, PT, ST 3 協会主催) やその他の講演会で話した後で実際に受けた質問のうち, しばしば出てきたものに基づいています。

1) 具体例 1: 上肢骨折の患者の作業療法には活動・参加は関係がないのか?

質問は OT からで「上肢骨折患者の早期加算のために, リハビリテーション実施計画書を書く際, 必要な内容を記入するスペースは少なく, 一方関係のない項目ばかりなのですが」(下線は筆者による) というものでした。なお, 類似の質問として PT からの「四肢骨の骨折では関係のない項目ばかり」というものもあります。質問を受けた際のやりとりとして多かったものを Q & A の形で簡単にまとめて紹介します。なお, Q は質問を受けた人(筆者)からの逆質問, A は質問者のお答えです。

i) 心身機能

Q1: この患者さんに OT としてどのようなプログラムを進めていくおつもりでしょうか?

A1: 骨折の治癒のために固定した関節に関する関節可動域訓練と筋力増強訓練を進めていくつもりです。そのために関節可動域や筋力の評価は細かくすることが必要なのに, その項目を書く欄が少ないのです。

Q2: 関節可動域や筋力がリハビリテーション実施計画書を書く際に必要な内容ということですね?

A2: そうです。心身機能の他の項目はほとんど関係ありませんし。

Q3: 関節可動域や筋力以外の“心身機能”や、“活動”や“参加”については、少なくとも評価としてはどのようにしているのですか。

A3: 骨折の後の関節可動域訓練と筋力増強訓練のためにリハビリテーションを行っているのですが、関係ないと思い(参考: これを一緒に聞いていたOTが「それはリハビリテーションではなく、ただの後療法じゃないか!」と言っていました)、評価していません。白紙です(各項目ごとに問題ないとも記入していない)。

Q4: では、患者さんにはそのような場合どのように説明しているのですか。

A4: 関節可動域の角度と筋力の評価を伝え、あと何週間どの程度の頻度で通うかを説明します。

活動や参加については何も記入していないので、説明はしません。でも患者さんは何も言われませんよ。

ii) 活動

Q1: “活動”については、どのようにOTとして関与するのですか。

A1: ADLは看護師さんの担当なので、入院中でもほとんどOTは関与しません。外来は訓練の時間だけみるので、ADLはみれませんし…。

Q2: たとえ利き手を骨折していなくても、どのようなやり方でADLを行っているのか、また主婦業についてOTとして関与する必要はありますか。

A2: 治ってしまえば問題はないので、今関与する必要はないと考えています。

Q3: 今後徐々に関節可動域や筋力は改善するので、具体的にADLや家事について働きかけをしないということを患者さんに説明しているのですか? また現在も家事を自分で行う“活動”向上訓練を行えば家事能力などの活動能力が向上することを患者に説明していますか?

A3: 患者には現状で行っていることの説明だけです。プログラムの選択肢をいくつか説明し、患者の意志のもとに選択していませんでした。

iii) 参加について

Q1: 参加についてOTとして関与することはないのですか?

A1: 参加レベルの担当はソーシャルワーカーだと考えていました。しかし、私の病院にはソーシャルワーカーがいないので、ほとんど関与できないなと思っていました。

それに骨折さえ治れば、参加レベルも元に戻ると思いますし…。

Q2: 現在、自宅で何か家の人に手伝ってもらっていることはないのですか?

A2: 家事はかなり手伝ってもらっています。

Q3: その状態について参加と活動の位置づけの視点から考えてみたらどうですか? 参加の状態をつくっている具体的な生活、一つひとつのADLやASL (activities of social life: 社会生活行為、家事、外出等)などが活動ですよ。

A3: どのような社会生活を送るのかという視点でみると、患者さんにとっては家庭で主婦であるということが参加で、それを実現するための具体的に必要なさまざまな家事行為や、自宅でのADLなどが活動なのですね。確かに活動や参加に問題がありますね。

Q4: 家事行為やADLはソーシャルワーカーだけが専門なのでしょうか?

A4: もちろん違うということがわかってきました。でもこれまでは参加と活動をあまり関連づけていませんでした。

Q5: 関係ない項目が多いと思っていた理由は?

A5: 確認もすることなく関係ないと思っていたことや、より向上できるのに対象と考えていなかったこと。でも一番の理由はとにかく、骨折後は骨折部位の近くの筋力、関節可動域にしか注意がいていなかったのです。本当に関係ないのではなく、「関係ない」と何の理由もなく思い込んでいたのです。骨折をした人を見ていたのではなく、骨折をみていたのですかね…。

生活機能は骨折などの整形外科疾患では関係ないと思っていたのですが…。整形外科疾患の患者も「障害のある人」として見るべきなのですね。

リハビリテーションは後療法でないと思っ
ていても、結局、後療法としてやっていたの
ですね。

なお、以上のようなやりとりを聞いていた
人たちは、「そんなやり方・考え方が、OTの
職域を狭くするのよ!」との意見も多く出
ました。

2) 具体例から見えてきた問題点

このほか、いろいろとやりとりをしていく
と、質問者の方々の根本的な誤解が整理さ
れてきました。

①診療報酬に関する規定である「共同して
作成・説明・交付」の意義を十分に実践し
ていない：この計画書がリハビリテーシ
ョンのプログラムを進めるにあたってどの
ような意味をもち、どう活用するのかの
観点が乏しいようです。診療報酬の規
定をきちんと読んでいない人が多いのも
問題で、サマリーや、人づての知識だけ
ではなく、診療報酬の請求をするため
には、自分自身で規定をきちんと読む
ことは最低限必要なことでしょう。

②両計画書のような項目が並んだ表を
みると、「評価用紙」と思ってしまう：こ
れは上記①も関係しています。

③評価や働きかけの対象を、マイナス
面だけに限っていた。

④原因疾患により生じやすい障害、そ
れも機能障害を中心としてみており、可
能性が少ないものは関係がないと判断し
た。既往歴や合併症として併存する可
能性は考えなかった。そのため心身機
能でも関係のない項目が多すぎると思
っていた。

⑤機能障害のみが、働きかけの対象
である(特定機能至上)との考えに陥っ
ていた。

⑥活動や参加はOTには関係ないと考
えがちで、特に「できる“活動”」がOT
の専門領域であるとの認識が乏しい。

⑦チーム全体としての共同作成の視
点が乏しい。これは、①で述べたよう
に、規定されているにもかかわらず十分
には実践されていないようです。

⑧患者への説明が不十分：患者にす
べての生活機能構造について説明し、そ
のうえで一緒に目標設定をすることに
不慣れで、特定の内容について

(おもに心身機能)についてのみ説明し
ていた。活動、参加がリハビリテーシ
ョンの対象であることを説明していな
かった。

⑨職種ごとに担当する生活機能・障
害レベルがあるような分立的分業に陥
っており、OTは心身機能の専門家と思
っていた。

なお、PTからの「四肢骨の骨折では
関係のない項目ばかり」という質問に
ついて、なぜそのように考えたのかは、
ほとんどこの例の場合と同じでした。

なお、このような考え方に立ってい
れば、たとえば下肢骨折の患者には作
業療法の適応はないとの考えになって
しまいがちです。しかし、活動や参加
を考えればOTのすべきことはたくさん
あるわけです。つまり特定の障害のみ
を対象に限定してしまうことで、OT
(同様にPTも)の適応範囲をみずか
ら極めて狭くしているわけです。これ
は先に“生活機能・障害を総合的に
みることは、OTのより高い専門性へ
の発展の鍵”と述べたことのひとつの
具体的な例です。

2. 生活機能構造を基本軸として構造的・階層的に把握

両計画書では縦軸に示されているよう
に、生活機能構造が大きな軸となっ
ています。

リハビリテーション総合実施計画書
では、従来は障害を軸としていたもの
が生活機能を軸とすることになり、生
活機能のプラス面を重視することにな
り、「障害を生活機能との関係からみる
」の項で述べたような生活機能重視の
動向が反映されたものといえます。

リハビリテーション総合実施計画書
では、評価および目標ともに縦軸に
生活機能の客観的な3つの側面(心
身機能・構造、活動、参加)と環境、
そして心理と、本人のみでなく家族・
介護者などに関するものである第三
者の不利(これは環境因子としての
意味もあります)が示され、これが
大きな軸となっています。これによ
って生活機能と障害を総合的にみる
ことができるのです。具体例のよう
に、ある特定の障害の、それご
く一部のみを対象に限らずに、作
業療法の対象は「障害の

ある人]全体であるにとらえ、その「リハビリテーションを達成する」という基本を実践するために活用することが大事です。

早期加算算定の必須条件として今回新設されたリハビリテーション実施計画書では、評価の生活機能の客観的な3つの側面（心身機能・構造、活動、参加）が大きな軸となっています。急性期においてもこの総合的評価が不可欠とされているわけで、これはリハビリテーションの基本的な考えは時期によって異なるものではないため当然のことでしょう。この点については次回改めて述べます。

3. リハビリテーション（総合）実施計画書の目的—治療者のための評価用紙ではない

リハビリテーション（総合）実施計画書のおもな目的としては、次の3点が挙げられます。

- a) 定期的な計画の見直し、効果判定
- b) リハビリテーション・チームとしての共通認識の形成
- c) 患者・家族への説明を通しての主体的参加の促進

リハビリテーション達成のための以上のような目的の効果を十分に上げるために、当事者と専門家の間の「共通言語」としての生活機能構造・分類が活用されているとあってよいでしょう。

1) 項目を埋めるのではなく、共同作成・説明・交付のプロセスを重視

両計画書は単に治療者側だけ、それもOTが一人だけで用いる単なる評価用紙ではありません。計画書の項目を単に埋めるだけであつたり、患者へ一方向に説明し交付するものではありません。両報告書の作成・説明・交付のプロセスをリハビリテーション・プログラムをより良くするためにチームワークの過程としても、患者の自己決定権の尊重の過程としても、活用することが大事です。

具体的にはチーム（医師や看護師等を含む）全体として共同して作るもので、これによって“はじめに—1. 総合的評価とは分析と統合”（および表のI-3）で述べたチーム全体としての共通認識の統一ができます。そして、患者・家族にこの計

画書を用いて説明し、最終的に書面として渡すことで患者も含めたチーム全体の方針を、確実に患者や家族に伝えることができます。

また、患者への説明と書面として渡す過程で、患者の希望を“引き出し”，リハビリテーション達成に不可欠な患者自身の主体的参加を促すことができ、それによって患者の自己決定権を尊重できるのです。これも先（および表のI-4）に述べた専門家チームと当事者（本人・家族）との間での共通認識の形成という共同作業なのです。

2) 「チームとして作成」し、「患者に説明」のうえ「交付」の義務化—患者重視のツールとしての意義

ここで改めて両計画書の規定についてみてみましょう。両計画ともに「医師等の従事者は、共同してリハビリテーション（総合）実施計画書を作成し、その内容を患者に説明のうえ交付するとともに、その写しを診療録に添付する」（下線部筆者記入）ものと定められており、上記の目的のb）、c）の内容が強調されています。

「リハビリテーション総合実施計画書」は2000年の診療報酬改定から回復期リハビリテーション病棟では必須の算定加算要件とされており、また「老人リハビリテーション総合計画評価料」算定のための書式ともなっていたものです。これはまた、従来の老人医療以外にも適用されるものとして今回の改定で新設された「リハビリテーション総合計画評価料」の算定のための書式ともなりました。

なお従来の、「老人リハビリテーション総合計画評価料」として算定する場合は「説明や交付の義務」は明記されていませんでしたが、今回の改定では明記されており、ここにも説明の義務と患者の積極的参加の促進が反映されています。

3) 生活機能の個別性の重視

(1) 計画書は必要最低限の様式

今回の診療報酬の改定では、算定要件として「定期的な計画の見直し、効果判定等」が重視されるようになり、両計画書もこの流れの一環と考えられますが、その様式として規定されている両計画書の内容は「必要最低限」の最大公約数的なものです。両計画書ともに規定の様式への内容の追加

は可能ですが、削除した場合は算定要件を満たす形式とはされません（厚生労働省医療課に確認済み）。すなわち、この内容は全部満たさなければならぬのです。もちろん、これは最低限のものでよいというのではなく、それ以上の評価や目標設定を否定しているものではありません。それぞれの患者さんについて必要な内容を定期的に評価し、目標をつくり、説明していくことは医療者としての義務です。

むしろOT、PT、STなどのリハビリテーション医療の直接的専門家のチーム間で共通認識を形成すべき内容としてみた場合は、この計画書の内容だけでは極めて不十分で、専門性を発揮するにはより詳しい内容が必要です。

このように考えると、これは患者・家族への説明のためと、リハビリテーション医以外の医師や一般の看護師さんとのチームワークのための様式としての最低限の内容と考えるべきものでしょう。

しかし現実としては、これらの計画書を書くことではじめてチームとしての同意形成ができたとか、患者さんへの説明の仕方を考えていくのに効果的であったとの正直な反応も多くうかがいます。具体例で示しましたように、すべての生活機能について考えるようになったという話も多くきかれます。過去はともかくとして、より強いリハビリテーション・チームをつくっていくための契機として生かすように考えてください。

(2) 生活機能構造の全側面の個別性を重視

リハビリテーションは患者ごとの個別性を重視することが大きな特徴です。そこで一人ひとりの患者のリハビリテーション実施上重要な内容については、特に詳細に、チーム全体として「共同作成し、患者に説明し、記載して交付していく」というプロセスを進めることが大事です。

そのためには、たとえば職業復帰予定者用、主婦業復帰者用、学童用、児童用、高齢者で隠居生活の方用、施設入所予定者用、などと参加レベルによって詳しい計画書の追加様式を用いるのも効果的です。これによって参加レベルの目標達成にとって必要な活動レベルを詳細に評価することが

できます。また、各病院で多い疾患・障害についても追加様式を作成する（たとえば、脊髄損傷では、膀胱直腸障害や自律神経障害に関しての細かなチーム間の統一と患者への説明を行うための内容などを追加）など、いろいろな工夫がなされています。

いずれにせよ各リハビリテーションチームの日頃のチームワークやおのおのの技量や、医師の関与の仕方などを考慮して、それぞれの施設にとって最良の追加計画書を工夫して活用するのが適すると思われまます。

その際計画書に記載されている以外の項目についても問題・課題や目標の“抜け”がないためには、ICF：生活機能分類を用いることが効果的です。特にリハビリテーションの目標達成からすれば参加レベルの個別性が重要なことはいまでもありません。

なお、このように追加様式を作成したり、活用する際に留意することは、チーム間で共同して作成し、患者に説明するものであっても、治療者側のためだけの評価用紙ではないことです。あくまでも患者が主体であり、それを用いて患者に説明することで、よりいっそう患者のリハビリテーションの成果を上げることが目的ということをお忘れはなりません。

おわりに

両計画書の活用にも習熟する方法として、私はリハビリテーションに関するすべての職種がまず一人ひとりでリハビリテーション総合実施計画書のすべての内容を記載して自分自身で整理し、そのうえで各職種がそれぞれ記載したものを相互に照らし合わせて議論することを奨めています。それによって、専門性による視点の違いが明らかになり、またそれまでどの職種も考えていなかったような問題・目標・プログラムが新たに明らかになってくることも少なくありません。この中でOTとして行うべきことも明らかになってきます。

OTに期待したいのは、特に活動レベルの各行為について細かくみていただき、また「できる“活

動”]と「している“活動”]との両者を明確に分けてみることです。

次回は脳卒中に関する具体例を取り上げて、さらに詳しく述べていくことにします。

文 献

- 1) 上田 敏: 評価からプログラム設定まで (1). OT ジャーナル 36:1016-1021, 2002.
- 2) 大川弥生: WHO 国際障害分類を障害者のための臨床現場にどう生かすかー 1) 身体障害者リハビリテーションの立場から. PT ジャーナル 36:21-26, 2002.

チームワークとしての総合評価 活動を中心に

大川 弥生*
Yayoi OKAWA, MD

作業療法士の評価だけで 作業療法プログラムづくりには十分か

生活機能と障害の総合的評価には、評価の対象となっている患者・障害のある人（以下、障害者）のリハビリテーションに携わるすべての人々のチームワークが不可欠です。そこで、今回はこのチームワークの観点から総合評価について考えてみることにします。

まず、作業療法士（以下、OT）が行うプログラムを決めるのには、OTが行った評価だけで十分なのかどうかを考えてみましょう。たとえば、カンファレンスでは各職種がそれぞれ評価、目標、プログラムを提示した際、OTの評価について他の職種からどのような質問があるのでしょうか。またOTは他の職種にどのような質問をしているのでしょうか。カンファレンスだけでなく、日々のプログラム決定の時にも、各職種の間でどのような質問や議論がなされているのでしょうか。

実はリハビリテーションの目標やプログラムというものは、個々の職種が別々に立てた目標やプログラムのよせ集め（単純合算）ではありません。同様に評価も個々の職種が別々に行ったものの単なるよせ集めではなく、チーム全体としての総合

Key Questions

- Q1：チーム全体の目標は各職種の目標の単純合算か？
Q2：活動は看護師の専門か？ 作業療法士の役割は？
Q3：病棟ADL訓練と介護との違いは？

的なものでなければなりません。それが本講座のテーマである「総合評価」ということなのです。

それは具体的にはどういうことなのか、前回と同じく具体例を通してみていきましょう。

リハビリテーション（総合）実施計画書の「できる“活動”」「している“活動”」の両者の評価をどう進めるか

今回も実際の臨床の場ですぐ役立つ例としてリハビリテーション（総合）実施計画書を例にとりましょう。前回も述べたように両計画書は“評価用紙”ではなく、「チーム全体として作成し、患者に説明し、交付する」ことが明確に規定されています。すなわち前述したチーム全体としての関与と本人の積極的関与を義務づけているものです。いいかえればチーム内およびチームと本人間の情報共有・意志統一のためのものなのです。

だからこそ専門家のみでなく当事者本人をも含めた「共通言語」であるICFの生活機能構造が大きな軸となっているのです。今回チームワークについて考えることは、ICF（International Classification of Functioning Disability and Health；国際生活機能分類）の活用法を専門家間の「共通言語」という視点から考えることにほかなりません。

*国立長寿医療研究センター老人ケア研究部，医師 〒474-8522 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

前回に引き続いて今回も、回復期リハビリテーション病棟研修会（OT・PT・ST 3 協会主催）やその他の講演会で私がお話した際に実際に受けた質問のうち、しばしばでてきたものにもとづいた具体例を示しながら述べていきます。

1. 具体例 2：ADLは看護師の専門分野か？

質問はOTからで、入院中の患者さんについて「ADLの早期自立をめざしてアプローチしているので、ADLは早期に自立します。そのため、自立した後には活動のすべての項目について、同じ内容をただ書き続けていることになっていきます…」とのことでした。

関連した質問として別のOTからの「ADLが自立した後の入院中のほとんどの期間は、ADLについてOTは関係がないので、“できる活動”の評価は必要ないと思いますが…」などがあります。

質問を受けた際のやりとりをQ & Aの形で簡単にまとめて紹介します。なお、Qは質問を受けた私からの逆質問、Aは質問者のお答えです。

1) 「できる“活動”」と「している“活動”」

Q1：あなたのおっしゃる「ADLの自立」とは、「できるADL」としての独立のことですか、「しているADL」としての自立なのですか。

A1：……。ADL訓練室での自立ですから、「できるADL」です。

Q2：「しているADL」としても自立しているのですか。

A2：「しているADL」は看護師さんが担当なので、OTには関係がないと思っています。

Q3：病棟での患者さんのADLのやり方について、看護師さんと相談することはないのですか。

A3：車いすへのトランスファーが自立することは大事なので、車いすとベッドやポータブルトイレへのトランスファーについて、看護師さんに指導したり申し送りをすることはあります。それ以外は、患者さんが作業療法室に来れるようになったら、作業療法室で行うので、病棟ではほとんど看護師さんにADLの指導をやってもらっています。

Q4：トランスファー以外の食事や更衣などの

ADLについては、どのように関与しているのですか。

A4：私の（勤務している）病棟は、リハビリテーションの専門病棟なので、看護師さんはADL指導が上手で、看護師さんに任せています。時々、相談をもちかけられた時は、病棟で行いますけれど。

Q5：では病棟での「できる“活動”」は誰が評価しているのですか。

A5：……。そういう観点から考えてみると、ほとんどしてなかったということですね。正直、ADLについては看護師さんの指導で十分だと思っていたような気がします。でも考えてみると看護師さんは「している“活動”」に対してだけ働きかけているのですよね…。

2) 病棟での「できる“活動”」とADL訓練室での「できる“活動”」

Q6：では「できる“活動”」への働きかけはどうしているのですか。

A6：病棟での車いすのトランスファーは関与していましたが、他の行為はなかなか自立しない場合に看護師さんから相談を受けた時はしていたのですが……。 「できる“活動”」への働きかけとしての、病棟でのADL訓練はほとんどしていませんでした。

OTが行うADL訓練はADL訓練室で行うものと思い込んでいたような気がします。OTは作業療法室を中心として考えるということがしみてしまっているようで、患者さんがいる病棟を中心には考えていませんでした。

でも同じ「できる“活動”」としても、病棟とADL訓練室とは“活動”の状態は違うんですよね。「している“活動”」は一通りだけれども「できる“活動”」はいくつもあるということでしょうか。

3) 「できる“活動”」の評価の目的

Q7：では、病棟での「している“活動”」に生かしてもらうには、病棟での「できる“活動”」と訓練室での「できる“活動”」とはどちらが重要だと思いますか。

A7：「している“活動”」として働きかけるのと同じ場所で行う「できる“活動”」のほうが当然役

立つでしょうね。ADL 訓練室での物的環境と病棟は違いますし…。

これまで作業療法室に来れるようになったら、「している“活動”」と「できる“活動”」との連携をとらなくなっていたということなんですよね。

コメント7:「できる“活動”」に十分に働きかけることが、「している“活動”」への働きかけが最も適切に行えるための前提²⁾です。いくら看護師さんが優秀でも「している“活動”」への働きかけだけでは不十分です。この点ではADL訓練に習熟した看護師さんほど、ADLへの働きかけが難しいこと、その専門性を要求されることがわかっていらっしやいますよ。

「できる“活動”」の評価は、

①「できる“活動”」にOTとしてどのように働きかけていくのか、もう一つは

②「している“活動”」にどのように働きかけるかを決めていくために行うのです。また、

③“活動”の評価をしながら、実は心身機能の評価もしていくのです。

Q8:これまで「できる“活動”」の評価は何を目的として行っていらっしやいましたか?

A8:とにかくADLは大事だとは思っていましたが、ADLの評価は評価セットの1つだと思って……。評価しなければいけないから、評価していたような…。でも「している“活動”」に生かすためにという考え方ではなかったと思います。

それに正直言って、何となく「できる“活動”」と「している“活動”」をゴッチャにしていたようです。2つをきちんと分けて整理しながら考えていくと、病棟で何をすべきかもわかってきたような気がします。

実は、いわゆる病棟ADL訓練加算が新設されましたが、病棟でどのようにしていいのかわからなかったのです。OTとしては「できる“活動”」について働きかけることで、「している“活動”」について働きかける看護師とはまったく違うレベルに働きかけるということですよ。

ただこれも正直いって、ベテランの看護師さんが私より上手な人もいたりして、私が関与しなくてもいいのかなとも思って…。つい作業療法室の

中にだけについて…。

コメント8:「できる“活動”」の評価は、隠れた能力を引き出すという面が強いので、評価者の能力が大きく影響するのです。特にリハビリテーション・プログラムをつくるための評価としてはこの点が大事です。

2. 具体例 3:「病棟ADL訓練として何をすればよいのか、そのポイントは?」

「病棟ADL訓練として何をすればよいのか、そのポイントを教えてください」という同じ方の続いての質問です。関連する質問として、看護師さんからの「ほとんど“できる活動”と“している活動”とは同じになります。同じ内容を計画書の評価欄に書いてもいいのでしょうか」というのもありました。

1) 車いすで自立したらADL訓練は終了か?

Q1:ADLが早期に自立しているといっても、訓練室での「できる“活動”」で自立していただけでしたね?

A1:そうですね。でも実際に「している“活動”」として自立している人も多いです。

Q2:その場合、たとえば脳卒中後片麻痺の患者さんでは、車いす生活としては自立しているけれど、歩行では自立していない患者さんはいないのですか。

A2:もちろん多いです。病棟で歩行が自立していたら、その後はそれ程長期間は入院はしていませんから。

Q3:では歩行が自立するために、病棟でOTとしてどのようなことに関与していましたか。

A3:歩行は理学療法士(以下、PT)の担当ですから、OTの専門分野ではないと思いますので関与しませんが…。

Q4:たとえば整容を考えてみましょう。洗面所まで歩いて行って、その洗面所での歯みがきや洗顔の行為が自立するための働きかけはどのようにしているのですか。

A4:車いす生活として自立するために、車いす用洗面所での洗顔の仕方を看護師が指導して自立させます。OTは立位姿勢での洗顔や洗面は特