

に指導しません。

2) 立位姿勢での ADL と (車いす) 座位での ADL との差

Q5: 立位姿勢で行う洗顔と車いすに座っての洗顔の仕方には違いはないのでしょうか。

A5: 同じような道具を使って、手の使い方も同じなので、ほとんど差はないと思います。

Q6: たとえば、洗顔時やうがい水を吐き出す時の体幹の前傾や、歯みがきペーストを取ろうと手を伸ばしたりするやり方は、立位姿勢で行っている時と車いすでは大きく違うのではないのでしょうか。

体幹と洗面台の面との位置関係だけみても、車いす座位の時と立位姿勢で行う時は、かなりの差がありますよね。

車いす座位での整容行為と立位姿勢での整容行為は別の行為と考えるくらいに、細かな差に留意して評価をし、そしてどのように働きかけをするのかを決めることが大事だと思いませんか。

3) 立位姿勢での ADL 訓練と立位姿勢安定性向上訓練 (活動と心身機能)

A6: ですが、立位姿勢が安定してから立位姿勢での洗面を始めますので、ADL 訓練として OT が関与するほどの問題はないと思いますが。

Q7: 立位姿勢での整容行為を向上させる ADL 訓練は行わずに、まずは、立位姿勢を安定させる訓練をするということですか。

A7: はい。理学療法室で PT が立位の安定性を向上させる訓練を行っています。そして、病棟での洗面所までの歩行を PT が許可してから、洗面所での整容を看護師は始めているようです。

Q8: ここで生活機能構造にそって整理してみましょう。まず訓練室での立位姿勢の安定性向上訓練は、生活機能のどのレベルになりますか？

A8: 心身機能レベルですね。そして洗面所で洗面を行うことは活動レベル。心身機能の立位姿勢の安定性で“活動”が決まるという考え方は「基底還元論」(次回に詳しく述べます)だったということでしょうか。これまでは整容という“活動”には直接的に働きかけていなかったということですね。

活動全般はともかく、少なくとも身辺 ADL には十分に働きかけているつもりでしたが、実は十分には働きかけていなかったということですね。

4) 立位姿勢での ADL 訓練の開始はいつか？

Q9: 立位姿勢での ADL 訓練はどのような時期に、開始していますか。

A9: 正直いうと、整容だけでなく、他の ADL についても立位姿勢での ADL 訓練は、ほとんど意識しては行っていませんでした。整容にしても車いすで洗面が自立していれば、立位で行うのはずーっと後で、その間 OT は関係ないように思っていました。……、というより、もう OT としては洗面に関与する必要がないと思っていました。ということは車いすでの生活が自立さえすればよいと思っていたような気がしてきました。でも意識的に放っていたわけではないのですが、……、結果的にはなっていたのですね。

ということは、立位姿勢での ADL の「できる“活動”」については評価もしていないし、十分な働きかけをしていないということでした。

このように「できる“活動”」への働きかけが不十分ということは、いくら看護師さんがきちんと行っていたとしても「している“活動”」の働きかけも不十分だったということですよ。それは結局は、歩行や立位姿勢での自立が遅くなっていたということですね。

車いすで自立したらすぐに立位姿勢での ADL 訓練をすべきだったと思います。というよりも(講演で聞いた)目標指向的 ADL 訓練(図 1)^{2,3)}として、本当に車いす自立の段階が必要かを考えて、最終的に車いすレベルなのでなければ、基本的には最初から立位姿勢での ADL 訓練を始める^{3,4)}ということなのですね。

コメント 9: “活動”は単なる自立度ではなく、姿勢や具体的方法、手順、使用している道具などまで含めて評価することが大事なのです。最良の“活動”向上へ向けた働きかけをするためには、この細かな評価が不可欠です⁵⁻¹⁰⁾。

5) 「できる“活動”」と「している“活動”」の差

Q10: リハビリテーション(総合)実施計画書で「している“活動”」, 「できる“活動”」ともに

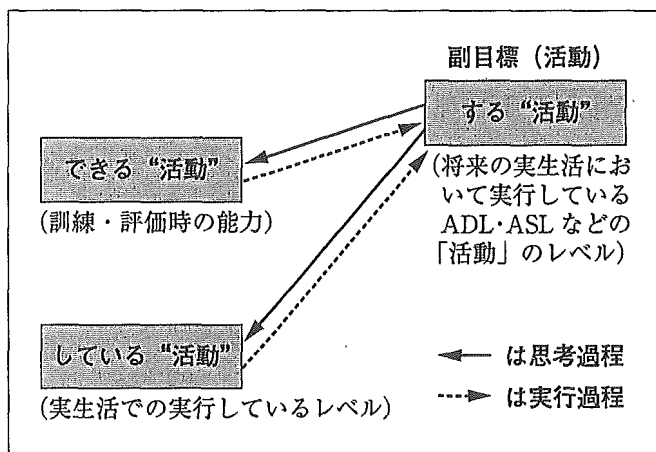


図1 目標指向的活動向上訓練

目標として設定した「する“活動”」に向けて「している“活動”」「できる“活動”」の両者をそれぞれのように進めていくかを決めていくものである。

「している“活動”」「できる“活動”」を向上させていって結果的に「する“活動”」に到達するものではない。

※「する“活動”」は目標指向的アプローチにおける活動レベルの副目標である。

具体的方法（使用用具：杖・装具，姿勢，実行場所，介助内容など）を書く欄があります。これらの点まで含めても常に同じ内容になるほど変化がないのでしょうか。

A 10：実は細かくみていませんでした。「できる“活動”」の評価は正直とても不十分だと思います。「している“活動”」もさまざまに工夫しているとは思えませんし，もちろんADLについての十分な指導ができるのがOTやPTのはずですが，看護師さんにおまかせの状態でした。

このようにして考えていくと，活動の欄に書くべきことはもっと多いし，変化は多いですね。「できる“活動”」と「している“活動”」の差も大きいですね。「できる“活動”」と「している“活動”」を別個に評価さえすればよいというのではなく，両者の解離の原因をみることが大事なことなのですね。

コメント10：リハを目的として入院中の患者さんで「活動」について変化がないということは「活動」向上訓練が不十分なのではないかと反省してみるべきだと思います。また，「できる“活動”」と「している“活動”」が同じ場合は「できる“活動”」への働きかけが不十分なのか，「活動」向上訓練としてほぼ完全に能力を引き出しきった場合

といえるでしょう。後者の場合，入院中であれば，それ以上の入院は必要ないとも判断できると思います。このような観点からも「できる“活動”」と「している“活動”」の両者と，その関係^{2,5,11)}を評価することが大事です（図1参照）。

6) OTは歩行には関係がないのか？

Q 11：立位姿勢でのADL重視とも関連の深いことですが，歩行自立に向けて，OTの働きかけとしてどのように行っていましたか。

A 11：歩行はPTとっていました。ですが「歩行と目的行為は一連のもの」という実用歩行訓練^{3~10,12~14)}の考え方からすれば，立位姿勢でのADL訓練と関連して歩行への関与が大事なのですね。もちろん，実用歩行へのOTの関与とはOTが歩行介助をするということではないのですよね（場内笑）。

“活動”レベルでの歩行とは，「できる“活動”」ではPTだけでなく目的行為との関係でOTの関与が不可欠ですし，「している“活動”」として看護師の関与が不可欠ということですね。

これまで単純にADL項目毎に担当を職種で分けていた気がします。そして歩行にOTは関係ないと思い込んでいました。

Q 12：「している“活動”」の評価はどうしていますか。

A 12：看護師さんや介護職だけで行います。

コメント12：「している“活動”」の評価も，単にその時点の実行状況を知るためだけではありません。さらに向上させるためにはどうすべきかを考えての評価です。そのための「している“活動”」の評価は看護師さんだけの評価ではなく，「できる“活動”」の場合以上にPT，OT，看護師，また必要に応じて言語聴覚士なども参加した「協業としてのチームワーク」で行われなければなりません。

7) 装具：活動に影響する物的環境

Q 13：ところで今まで装具の使用の適否や使用する種類^{7,8,13,14)}についてOTはどう関与していましたか？

A 13：装具はPTの専門分野としましたが，立位姿勢での活動を実用化するための装具^{12~15)}として考えるということですね。装具とい

う ICF での“環境因子”を“活動”との関係で考えるということなのですね。どのような装具が必要かということをも“活動”の評価なのですね。理学療法室内での歩行という心身機能の評価からではなく、“活動”の視点から考えるべきなのですね。

コメント 13：リハビリテーションのプログラムの質も環境因子です。「できる“活動”」「している“活動”」ともに、“環境因子”の影響を必ず考える必要があります。その場合の環境とは物的環境、人的環境、制度的環境のすべての面を考えることが必要です。

8) 「する“活動”」

Q 14：ところでリハビリテーションを進めていくにあたって最も基本的なことですが、「している“活動”」と「できる“活動”」の目標の設定はどうしていますか。リハビリテーション（総合）実施計画書では目標らんで個々の活動について、到達時期まで含めて記載することになっていますが。

A 14：目標設定は、車いす自立、歩行自立くらいで、姿勢や具体的方法、手順までは設定していませんでした。正直、結果的に到達するレベルとを考えていて、詳しい予後予測はできないと思っていましたが……、でもそれはこれまできちんと ADL の評価もしていなし、ADL 訓練も不十分なので、できなかったのでしょうか。

3. リハビリテーションの原点に戻って“活動”をみる

リハビリテーションの原点は生活を見ることです。その原点に戻って生活の具体像である活動を中心としてリハビリテーション（総合）実施計画書での活動の見方のポイントをみてみましょう。

1) 「できる“活動”」と「している“活動”」

“訓練能力：「できる“活動”」と“日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」とが明確に分けられています。これは今回の ICF で活動を「能力（capacity）」と「実行状況（performance）」の両面からとらえることになりましたが、これと同じ概念です。われわれ WHO 国際生活機能分類日

本協力センターは、ICIDH の改定過程への積極的参加の中でこの点についても発言し、具体的データの提供なども行い、ICF における「能力」評価の導入に一定の影響を与えていますが、その概念が 2 年前からすでに本計画書に先取りされていたといえます。

「できる“活動”」と「している“活動”」とを区別していくことが、リハビリテーションを進めていくうえで効果的なことは今回の具体例からもご理解いただけたと思います。私自身もリハビリテーションの実践の中でこの区別の重要性を気づいていったわけです。

なお、「できる“活動”」「している“活動”」をどう理解するかについてはこれまでの文献^{5,12)}をご参照ください。ただ一部にはわれわれの提唱する概念とは異なり、「できる（はずの）ADL」（単なる推定）でよいとか、病棟が「している ADL」で訓練室が「できる ADL」であるなどの誤解もあるようです。しかし、ICF の概念も本計画書も共に「できる“活動”」とは訓練・評価時の能力であり、「している“活動”」は実生活での実行状況であり、われわれの提唱する概念と同じになっています。

2) 評価は実際に行ったもの

評価上重要なのは、推測ではなく、実際に確認することです。「できる“活動”」として実際には評価・訓練していなかったり、「している“活動”」としては実行していない場合には「非実施」と記載しなければならないことも明確になっています。

“できるはず”として独立とか“しているはず”として自立と判断したり、また“できないはず”と判断したものを非実施とせずに全介助と評価するのは誤りです。

3) 単なる自立度ではなく、具体的姿勢、手順、方法などまで詳細に

「評価のための評価」ではなく、具体的働きかけを明らかにするための“活動”の評価には、自立度だけではなく具体的姿勢、手順、方法などまで含めた評価が不可欠です。両計画書にはそれらを記載することになっています。たとえば歩行補助

具・装具についても活動の自立度を向上させるには、活動項目ごとを使い分けることは有効であり、すなわち項目ごとに細かく違いがあるということです。

細かく“活動”に働きかけているリハビリテーション・チームでは、この各活動の具体的内容についてのスペースを広くしたり別用紙に細かく記載したりする工夫がなされているようです。

4) 基本動作と活動の明確な区別

さらに活動レベルと、時として混同されているものとして「基本動作」があります。これは「心身機能・構造」の中に位置づけるべきもので「活動」に含まれるものではないことが明確にされています。

目標指向的アプローチ

評価は本講座でも最初に述べられているように¹⁵⁾、リハビリテーションを達成するための(目標・プログラムを立てるための)ものです。

そこで、われわれのこれまでの臨床実践と研究の中から、最も有効なリハビリテーション・アプローチとして体系づけた目標指向的アプローチ^{2,12,16)}を述べることで、生活機能と障害の総合評価についての理解を深めていただきたいと思います。また「できる“活動”」はOTやPTの具体的進め方の要となるものですが、このような位置づけを理解するにも目標指向的アプローチの理解が役立つと思います。

1. 主目標と活動レベルの目標の優先

——それを実現するための心身機能の目標

目標指向的アプローチは生活機能・障害構造論の臨床実践です。これは一人ひとりの患者について、リハビリテーションの本来の意味である「人間らしく生きる権利の回復」(全人間的復権)を実現するような「個別的・個性的な新しい人生を創る」ことが必要であり、「それは(具体的には)どのような人生なのか」という問題意識から出発するものです。

まず、社会的存在としての人間のあり方である

参加レベルの「新しい人生」の目標(参加レベルの目標である“主目標”)とその具体的生活像である活動レベルの“副目標A”(Aはactivityの略)を同時に決めます。そして、それを実現するために必要な心身機能・構造レベルの“副目標B”(Bはbody functions & structureの略)を決めていくものです。そのうえで、それらの相互関係を重視しつつ主目標の実現に向けてプログラムをつくり、すべての努力を集中させていくものです。

2. 目標設定にいたる総合評価のプロセス

目標指向的アプローチにおける総合評価と、それに基づく目標設定のプロセスを図解したものを図2に示します。

このプロセスの概要を図2に則して説明すると、その目的は最上段の横長の枠内に示した目標、すなわち主目標(参加レベルの目標)とその具体像である活動レベルの副目標A、そしてその実現に必要な心身機能レベルの目標Bを決定することです。前述したように参加・活動レベルの主目標を最優先しており、これは心身機能を優先する「特定機能障害至上主義」(次回詳しく述べる予定)とは根本的に異なります。

これらの目標設定のプロセスは左下の大きな枠内にあるように、各レベルにわたる評価の結果や、プログラムをもとにして、予後学(予後に関する知識・経験に立って、評価結果、他のレベルの予後予測、提供できるプログラムなどを総合判断して予後予測を行う技術学)によって予後予測を行い、そのうえで各患者にとって最良・最適の目標を決めていくのです。

その過程は専門家だけによって進められるのではなく、その大枠と右の「本人・家族の主体的関与・決定」とが両方向の矢印で結ばれているように、最初から最後まで本人・家族が主体的に関与して進められるべきものです。そして目標設定にも本人・家族が主体的に関与し、最終的には専門家チームが提案した複数の選択肢の中から一つを選ぶというかたちで本人・家族が決定するのです。これは専門家が一方的に説明をして家族が単に同意するというものではなく、インフォームド・コ

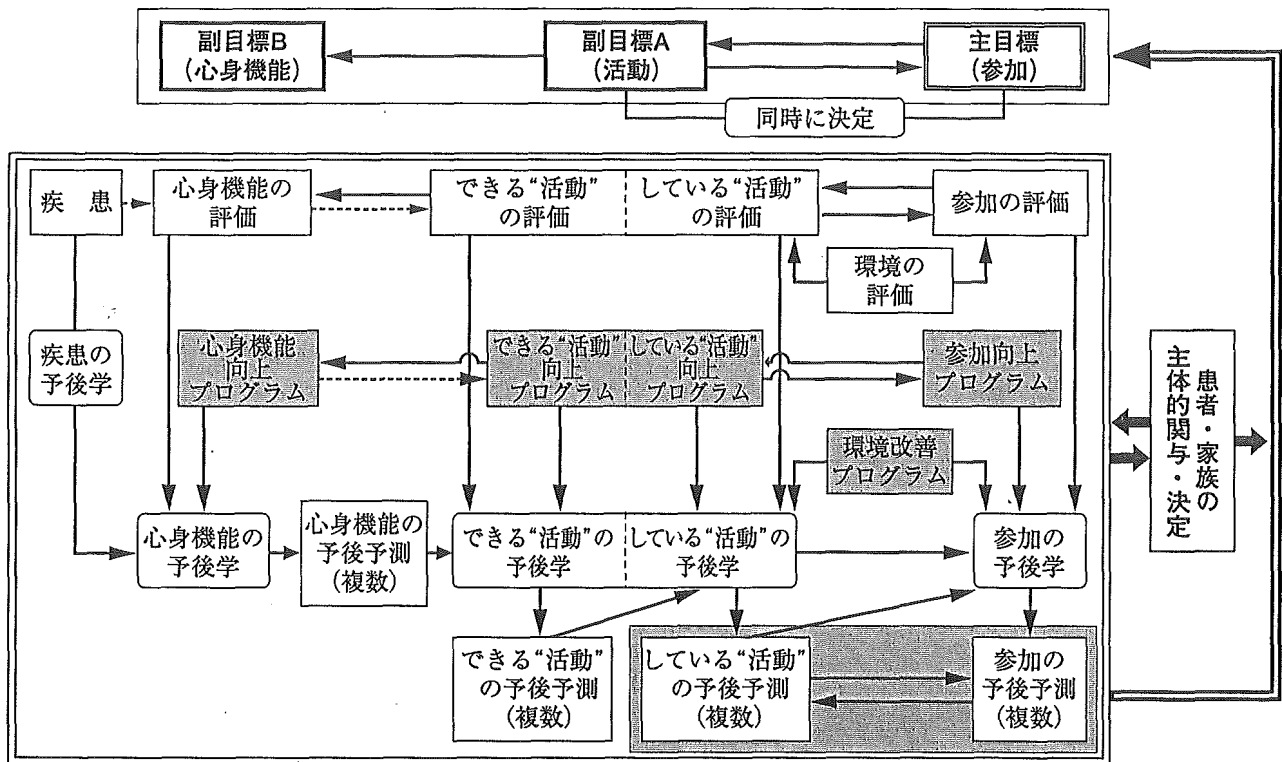


図 2 目標指向的アプローチ

オペレーション，すなわち真の協力関係の中での共同決定として進めることであり，これについては次回詳しく述べることにします。

3. 生活機能の各レベル（階層）間の相対的独立性と相互依存性の重視

図 2 の左下の枠内の評価・予後予測および上の枠内の目標について，すべての生活機能レベルと環境・個人因子について，各レベル間の相対的独立性と相互依存性を明確にして，各レベルの分析の上に立って生活機能全体として統合していきます。なお個人因子はこの図には示していませんが，すべての生活機能についてこれを含めて考えていくものです。

4. 参加の具体像としての活動

生活機能構造の観点からみて重要なことは，参加の具体像が「している“活動”」であり，そのため「参加」と「している“活動”」とは不可分であることを大前提としていることです。

そこで“主目標”と“副目標 A”（これは目標達成時点における「している“活動”」にほかなら

ない）との間は両方向の矢印で結ばれています。同様に“活動”の評価と参加の評価との間，また“している活動”の予後予測と“参加”の予後予測の間，そしてそれを決定するための因子の一つである活動の予後学と参加の予後学との間も両方向の矢印で表してあります。

5. 「している“活動”」と「できる“活動”」の明確な区別

活動を「している“活動”」と「できる“活動”」とに明確に区別しているのも特徴です。しかし，両者は常に密接な関係をもつものです。主目標の具体像である副目標 A を実現するプロセスは，すなわち目標指向的“活動”向上訓練（図 1）ですが，これは副目標 A すなわち目標である「する“活動”」に向かって「できる“活動”」と「している“活動”」への働きかけを互いに緊密な関連性をもって行うものです。そのため評価・予後予測・予後学ともに「できる“活動”」と「している“活動”」とをそれぞれ別個に行うものではないために，図の中では同じ枠内で点線で両者を分けることで不可分な関係であることを示しています。

6. 評価の目的は予後診断

具体的な目標やプログラムを設定するためには、まず患者の現状についての診断・評価が必要です。診断・評価は、現状の把握自体が目的ではなく、予後予測とそしてそこに到達するために行うべきリハビリテーション・プログラムを確定するために行うものです。最良のリハビリテーション・プログラムをつくることに役立つ評価の仕方こそが重要なのです。そこで、このような評価のリハビリテーション・プログラムの中での位置づけを、図の中でも示しました。

目標指向的アプローチの具体的進め方 ——「できる“活動”」の重視

以上示したように図の枠内の各因子は相互に密接に関連しあっています。その中でどこに重点をおくかは、各職種・各個人の専門性によって異なってきますが、OTの直接的な働きかけの対象としては「できる“活動”」を重視し、そのうえで各生活機能レベルやさまざまな因子が相互に関連し合っていることを大前提として、それらを全体像として把握していきます。

以下OTとの関連が深く、目標指向的アプローチの具体的進め方のポイントである「できる“活動”」の位置づけを整理しておきましょう。

1. 「できる“活動”」から出発

評価・診断は、すべての生活機能レベルと環境因子・個人因子、そして疾患などの健康状態について行いますが、すべて細かくみればみるほど、また評価者のみる能力が高いほどさまざまな問題とさまざまなプラスの面を発見できます。そのため評価の進め方にも何を優先するのかということが重要となります。

OTにおいてはまず心身機能、その中でも要素機能（麻痺、関節可動域、バランス、高次脳機能など）について評価することが最優先なのではありません。むしろ最初は、患者に評価のための負荷をあたえることなく行える、それまでの経過（この場合も生活機能のすべてのレベルについて）の

確認と、「している“活動”」（すなわち現在の日常生活）をみます。それによって、きわめて多数ある心身機能のうちどれに重点をおいてみるべきかがわかってきます。

その際もすべての問題点について総花的に行うのがよいのではなく、疾患や障害（これも心身機能だけではない）によって、「突破口」発見のポイントとなるいくつかの重要な点があります。一例として目標設定とプログラム作成において最も基本的な分岐点となるのは、「できる“活動”」および「している“活動”」として、「実用歩行」と「立位姿勢でのADL」が実施できるのか、もしくは車いすレベルとするのかです。これはその後のリハビリテーション全体としてのプログラムの進め方に大きく影響しますし、同時に患者の主体的側面⁶⁾への影響も大きいのです。

2. 心身機能と活動の明確な区別にたった関連性の評価

活動と心身機能を混合しないことが重要です。箸でスポンジや豆をつまむ模擬的動作は心身機能であり、活動としての食事行為とは別のレベルです。

また、目標指向的アプローチにおいて、OTの評価として重視する「立位」と「歩行」とは、「活動」のレベルでの実用歩行と立位姿勢でのADL実施の能力です。これらと心身機能レベルに属する基本動作としての歩行や立位姿勢の保持などとは、異なる生活機能レベルにあるものであり、本質的に違うものです^{8,14)}。

なお具体例でも示しましたように、基本動作としての立位さえ可能ならば、それが立位姿勢でのADLに直結する、というような考え方は短絡的であり、これは生活機能構造での相対的独立性（この場合、心身機能と活動）を無視したものです。心身機能と活動の2つのレベル間の相互関連性をみながらの心身機能の評価と、それなしに心身機能のみを切り離してみる評価とは、まったく異なるものです。

しかし関連性をもって評価しているとしても、活動を中心として、それへの影響として心身機能

をみるのか、逆に心身機能から活動をみるのかはこれもまったく異なります。たとえばある行為から出発してそれを活動レベルとして可能とするにはどうすればよいかという視点からの心身機能の評価と、心身機能から出発してその評価からどのように活動が可能となるかを考えることとは大きく異なります。実際は常に両方向に考えていくことが必要ですが、従来は後者だけに偏りがちだったので、意識的に前者のような見方を身につけるよう努力することが大事です。

—“活動”をみることで、みるべき心身機能を明らかに—

心身機能レベルの課題には非常にさまざまなものがあります。その中で何を特に重要な課題とみるかは、活動レベルをみることによってわかることが多いのです。たとえば麻痺の程度がどの程度であるか、関節可動域にどこに問題があるか、また筋力の低下や高次脳機能障害の状況（特に実際の生活上で問題となる点）などについて、「できる“活動”」の評価を通じて明らかになる点が多いのです。またそれを含めた心身機能のどのようなポイントをさらに詳しくみるべきかもこれによって明らかになります。

逆に心身機能レベルだけみているだけでは、それが活動にどのように影響するのかは十分な判断はできないものです。

3. 現状評価でなく働きかけの結果としての評価 (判断)—即座に明らかになる OT の技量

「できる“活動”」としての評価は、単なる現状を評価するだけではありません。たとえば歩行や立位姿勢での ADL はどのような杖や装具を使うか、またどのような ADL 指導を行うことによって、どう変化するかというように、具体的働きかけを行いながら確認していき、最終的に判断すべきものです。杖・装具の適切な選択や立位 ADL の指導は、適切な指導が行われれば（技量が高ければ）、即座にその効果がでるものです。そして、

評価であると同時にこれ自体が ADL 指導となるのです。

引用文献

- 1) 大川弥生：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— OT ジャーナル 36:1193-1200, 2002.
- 2) 大川弥生：目標指向的介護の理論と実際、本当のリハビリテーションとともに築く介護。中央法規出版, 2000.
- 3) 大川弥生：回復期リハビリテーション病棟のあり方。PT ジャーナル 35:167-178, 2001.
- 4) 大川弥生, 佐藤渉子：整容行為の評価と訓練—脳卒中を中心に。OT ジャーナル 31:177-184, 1997.
- 5) 大川弥生：目標指向的リハビリテーション・プログラムにおける家事の位置づけ—目標指向的「活動」訓練プログラム。OT ジャーナル 35:315-320, 2001.
- 6) 上田 敏：姿勢・移動・動作評価の基本的な考え方。OT ジャーナル 32:763-768, 1998.
- 7) 大川弥生, 上田 敏：移動・動作評価のコツ—歩行を中心に。OT ジャーナル 32:859-864, 1998.
- 8) 大川弥生, 上田敏：姿勢の評価。OT ジャーナル 32:937-942, 1998.
- 9) 中村茂美, 松本憲二, 大川弥生：ADL 訓練に關しての姿勢・移動・動作の評価。OT ジャーナル 32:1053-1056, 1998.
- 10) 大川弥生, 松本憲二, 中尾義人：ASL・VS・AS・SS 訓練に際しての姿勢・移動・動作の評価。OT ジャーナル 32:1127-1132, 1998.
- 11) 大川弥生：外来の作業療法—「患者本位」の作業療法の一側面として。OT ジャーナル 30:177-183, 1996.
- 12) 上田 敏, 大川弥生：脳卒中リハビリテーションガイドブック—目標指向的・積極的プログラムを中心に。ラジカルスタッフ, 1999.
- 13) 大川弥生, 中村茂美：暮らしの中の移動—装具着脱自立に向けての指導。OT ジャーナル 28:27-33, 1994.
- 14) 大川弥生, 関口春美, 中村茂美：家事行為と姿勢・移動・歩行。OT ジャーナル 35:761-766, 2001.
- 15) 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.
- 16) 大川弥生：目標指向的リハビリテーション・プログラムにおける家事の位置づけ—目標指向的アプローチ。OT ジャーナル 35:241-246, 2001.

患者・障害者の自己決定権を尊重する 評価とは？

評価への本人・家族の主体的参加を中心に

大川 弥生*

Yayoi OKAWA, MD

Key Questions

- Q1：患者本人のデマンドに従うことが自己決定権の尊重か？
 Q2：活動を改善するには機能障害を治すことが基本か？
 Q3：活動と心身機能の、相対的独立性と相互依存性とはどのように考えるべきか？

はじめに

本入門講座のまとめとして、評価にあたって一人ひとりの患者・障害者（以下、患者）の自己決定権をいかに尊重して進めていくかについて述べたいと思います。

これは第一には評価の出発点として本人の希望をどのように理解して評価に反映させるかということであり、次には評価の結果・内容を本人・家族にどのように説明し、納得を得るかということです。

これは評価の最初と最後における患者の主体的参加ということですが、実は評価の全過程に患者の主体的参加と自己決定権の尊重が重要なのです。そしてそれを促進するのがICF（国際生活機能分類）という「共通言語」だということも併せて述べていきます。

活動と心身機能の相互依存性と相対的独立性

ではまず、これまでと同様に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の質問のうち、しばしばでてきたものに基づいた具体例を示しながら述べていきます。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. 具体例4：本人の希望は本当に機能障害の改善のみか

質問は作業療法士（以下、OT）からで、「患者さんは麻痺の改善だけを希望する方がほとんどです。そのほかに希望がないかを聞いても、特に希望はできません。ですから、麻痺やそれに関係する機能障害レベルの評価が大事で、他のレベルであるADLなどの活動レベルや参加レベルの評価は簡単でいいのではないのでしょうか。もちろん、活

*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

動レベルの希望ができれば、その評価は詳しくしませんが」とのことです。これに関連する質問として「“参加”レベルの目標を立てられない患者さんが多いのですが……。この場合は、患者さんがだされる希望にそって機能障害に働きかけるべきでしょうか」というのもかなりありました。

1) 麻痺を治してほしい理由は

Q1. 「まず麻痺を治してくれ」との希望がほとんどとのことでしたが、OTとしては、活動や参加レベルのことや、将来どのような生活を送りたいのかということは聞いていらっしゃるでしょうか？

A1. もちろん聞くことにしています。でも、聞いても、御本人は「とにかく麻痺を治してくれ」とおっしゃることがほとんどです。

Q2. 麻痺を治してほしい理由はなんとおっしゃいますか。

A2. ……正直言って、なぜ麻痺が治れば良いと思っられているのかは、正面きって詳しくは聞いていません。

Q3. 麻痺が治りさえすれば、いろいろなことができるようになるはずだと、すなわち心身機能、特にマイナス面の機能障害がよくなりさえすれば、さまざまな活動や参加が自然と改善するはずだと患者さんは思っているために、具体的には活動レベルの希望はおっしゃらない、という可能性はどうでしょうか。

A3. 私自身も麻痺が治りさえすれば、いろいろなことができるようになると思っっていました。だから、患者さんも同様に思っられていると思っ込んでいたのかもしれない。

Q4. 麻痺が治れば、活動レベルは自然によくなるということですか。

A4. そうです。ですからとにかく麻痺を治すことが一番大事と思っっていました。

2) 心身機能と活動の相互依存性と相対的独立性

Q5. 障害構造論の最も基本といえる、各レベル間の相対的独立性と相互依存性¹⁾の観点から整理してみましょう。麻痺が治れば活動がよくなるはずだということとは？

A5. 活動は麻痺によって規定されているということで、相互依存性で説明できますよね。

Q6. 麻痺と活動の関係をもう少し詳しくみてみましょう。麻痺によって活動制限が生じることは相互依存性があるということですが（実はそれだけで規定されているわけでもありませんが、ここでは略）、麻痺の改善と活動の改善との関係は相互依存性だけでしょうか。

A6. 麻痺が治らなくてもADLなどの活動は改善できますね、たとえばADL訓練によって。あつ、これは心身機能の改善と活動の改善とは相対的独立性があるということですね。

でも私自身さっきまでは麻痺と活動との関係は相互依存性だけだと思っっていました。麻痺による活動制限のような発生過程での因果関係はそうだけど、それを改善するための働きかけについての因果関係は違うのですね……。

Q7. 評価は働きかけを行うために行うものだから、働きかけを中心として考えることが大事なはずですが……。

A7. その通りですよ。でも原因についての因果関係に、思考過程が引きずられていました。「評価のための評価ではなく、プログラム作成のための評価の視点」²⁾といわれて、「もちろん当然そうしている」と思っていましたが、このようなすぐ基本となるような思考過程からいくと、評価のための評価で、働きかけのための評価ではなかったのかなと、自分自身びっくりしています。

3) 麻痺を治したい理由を活動・参加との関係で整理する

Q8. 患者さん自身も、働きかけについての、心身機能と活動・参加との相対的独立性について理解されていない場合がほとんどです。ADLなどの活動を改善するには心身機能を治すほかないと思ってらっしゃる。

リハビリテーションは機能回復訓練だと誤解されている場合は特にそうです。でもそのようなことが多いことを前提として、まず本人の希望を聞きましょう。

その上でその希望としてだされた心身機能と、実は表出されていないけれど本当は希望している改善したい活動や参加との関係を、ご本人自身が整理して理解できるようにしていくことが必要で

す。

A 8. 麻痺を治してほしいといわれたら、「麻痺が治って何ができるようになりたいのですか？」と聞いてみる必要があるのですね。活動や参加の希望があるはずと思って、引き出していくのですね。

4) OT の働きかけについての選択肢の提示

Q 9. あなた自身は麻痺を治すことが、その方にとって最もよいことだと思っていच्छいますか。

A 9. もちろん麻痺を治すことは大事だと思います。でも最もよいことかといわれてみると……。麻痺を治すのは難しく、一生懸命やってもとても満足してもらえないほどには回復しないことが多いですし……。

Q 10. 非常にたくさんある問題点と課題の中からどれを選び、そして非常にたくさんあるアプローチの中から、どれを選ぶのかを決めなければなりません。実際、日々の臨床はそのようにして働きかけを選んで行っているわけですね。

A 10. 正直そのように厳密にあまり考えていなかったような気がします。私ができるのは麻痺を治すことしかない、それが一番基本だと思い込んでいたようです。さっきのような相互依存性のみで考えていたので。

Q 11. 優先順位のつけ方について、生活機能レベルで整理してみると、麻痺を治すことに時間を費やすのか、もしくは同じ心身機能レベルの他の項目に対して働きかけるのか、また活動レベルに対して働きかけるのか、そのどれが一番患者さんのためになるのかということがあります。

さて、ではこのような選択肢の中からどれを選択するのかを、患者さんに質問をしていच्छいましたか。

A 11. それは……正直いって、質問も説明もほとんどしていません。麻痺を治してほしいといわれていたので、そのままやっていたわけです。

でも考えてみると、選択肢としてなぜ提示しなかったのかの理由は、私自身が活動レベルに対して働きかけることが選択肢として重要だということをおあまり考えていなかったことがあると思いま

す。

というか正直、通り一遍のADL訓練しかできないからで、ADL訓練や家事訓練³⁾の技術に自信があれば、そのような選択肢があることを必ず御本人にも話をしていましたと思います。たとえば私はまだLLB(長下肢装具)とウォーカーケインで調理や排泄や整容を自立させること⁴⁾はできませんし……。自分が可能な技術が乏しいと提示できる選択肢も乏しくなるということですね。

そして評価も自分でできない技術に関することについては軽くみていたということですね。自分が可能なことだけを評価していたら、いつまでたっても働きかけの技術も向上しないということでもあると反省しました。

2. 具体例5: 活動を出発点(中心)として心身機能を評価するのか? 心身機能が出発点か?

質問はOTからで、「患者さんに評価の結果について説明する際、活動や参加にどのように心身機能が影響するのかを説明するのは難しいのですが、どうすればよいのでしょうか」とのことです。関連する質問として「生活機能構造で相対的独立性と相互依存性の2つをきちんと分けて考えていくのが大事だということがわかってきましたが、患者さんにわかってもらえるのでしょうか」というのもありました。

1) 機能障害の評価で活動・参加が評価できるか?

Q 1. あなたご自身は、心身機能が活動や参加にどう影響するのかを、どのようにして評価なさっていますか?

A 1. 機能障害を評価して、この程度であればおそらく活動や参加にはこう影響するだろうと考えていきます。それに活動や参加は実際に患者さんの実際の生活の状態なので、それほど詳しくみなくてもよいと思いますし……。

Q 2. では、たとえば患者さんが洗面所まで移動して整容行為を行うことの評価を考えてみましょう。これは生活機能のどのレベルの評価になりますか。

A 2. 活動ですよ。

Q 3. 活動は能力と実行状況の2つにきちんと

分けることが、プログラム作成上も大事ですが。

A 3. 通常やっている状況であれば実行状況、している活動ですね。

Q 4. 能力、できる活動についての評価はどうしますか。

A 4. 患者さんに「やってみて下さい」と言って終わっていたように思います。

2) 活動の能力の評価は OT の技量を問うもの

Q 5. できるだけ高い能力が発揮できるように十分に指導しながら評価しませんか。活動の能力レベルについては評価の技量が大きく影響するのですが。

A 5. ということは活動の評価自体が ADL 指導の意味ももっているということですね。

Q 6. そうなんです。

では、たとえばまだ洗面所まで歩いて行って立って行く整容が「している活動」として自立していない患者さんでは整容の評価はどのようにしていますか？

A 6. 車いすで自立していて、歩行を PT が許可していなければ、車いす座位での整容の評価をしてそれで終わりです。立って整容はしてもらっていませんでした。

整容そのものは座位でも立位でも同じじゃないかと考えて、なぜ立って整容ができないのか？立って整容ができるためにはどうしたらよいのか？の観点からは評価していませんでした。本当は活動レベルへの直接的働きかけとしてどうすべきかを考えて評価することが必要ということですね。それに心身機能も活動レベルをよくするためにはどう働きかけるべきかと、活動を一つひとつ具体的にみて考えることが大事だったのですね。

3) 活動から心身機能の評価する

Q 7. では、心身機能と活動との関係のうち、相互依存性について整理してみましようか。

A 7. 心身機能が悪いから活動に問題があるのだと、心身機能を出発点にして活動を考えていました。

Q 8. 相互ですから、心身機能と活動の両方を出発点にしてみるということで、逆方向に活動を出

発点にしてみましようか。

A 8. 活動にどのように心身機能が影響しているかというように、活動を出発点として心身機能を考えることは、していなかったことに気づきました。

でも実際の OT としての働きかけを考えると、活動から心身機能を考えるやり方のほうが大事なのですよね。

Q 9. OT が活動をもっと丁寧にみて、活動を出発点として考えていくことが ADL 訓練のような直接的な“活動”向上の働きかけだけでなく、ターゲットとすべき心身機能を明らかにするためにも必要なのです。

それに、患者さんも同じように整理していくほうが考えやすいのではないのでしょうか。

A 9. このようにして詳しく活動を評価していきながら説明していくと、患者さんもわかりやすいでしょうね。麻痺を治すのは活動を向上させるためであれば、どのような活動が自分にとっては重要なのだろうか。また麻痺が改善しなくても、直接活動が改善、それもすぐに改善できるのなら、麻痺の改善がすべてとこだわらなくてもよいと思ってもらえるかもしれません。

Q 10. 根本的なことになりましたが、何のために評価を行っていくのかを説明していますか。

A 10. 今までにはしていませんでしたが……。でも洗面台までの歩行も、自宅や外出先の洗面を自立するためと説明していくと、自宅の洗面台はこうという状態だとか、積極的に患者さんから参加してくれやすいかもしれませんね。というか、そのような話がでてくるように説明や問いかけをしていくことが必要なのでしょうか。

また、このようにリハビリテーションが実生活に直結しているものとわかれば、次々に積極的に自宅での他の活動についても質問や希望がでてくるのでしょね。

でも、これまでは将来の実生活に直結することを最初から意識しての活動の評価は不十分だったと思います。参加の具体像が活動ということの認識が不十分だったと思います。

それに心身機能も実生活に直結した見方がほん

とうはできるはずだし、そうすべきということですね。

コメント：活動の評価は活動のみの評価ではなく、心身機能の評価も同時に行っているのです。心身機能がどのように活動へ影響しているのかをみるのです。その際、心身機能のこのマイナスが活動のこのようなマイナスを生んでいるというだけではありません。「活動をよくするには？」という観点から心身機能をみることが大事です。

まず心身機能のプラスの面をどう生かしていくのかをみます。心身機能のマイナス面についても、どのように生かせば、活動をより高めることができるのかの視点からみてください。ADL訓練などの“活動”向上訓練についてのOTとしての技量は、この観点からの評価の技量が大きく影響するといえます。また活動の予後予測には、この視点からの心身機能の評価が大事です。心身機能だけの評価で活動の予後予測ができるほど活動は単純なものではありません。これらは活動についての評価能力と向上技術が高くなるほど、実感なさることと思います。

3. まとめ

生活機能と障害の総合評価では、各項目間の相対的独立性と相互依存性を正しく把握していくことが必要です。その際、特定の心身機能（麻痺、痙性、バランス、筋力低下など）を出発点とした一方向の相互依存性だけに偏ってしまわないように留意して下さい。自分では「生活・人生を考えて機能障害をみている」と思っている、それは実はかなり難しいことなので、意識的な努力が必要なのです。

自己決定権の尊重のためのツール

リハビリテーションにおいては自己決定権の尊重は不可欠です。しかしこれは患者さんのいうことそのままにやるということではありません。すなわち単にデマンド⁵⁾（表出された希望）に従っていればよいということではないのです。真の意味で自己決定権を尊重するためには障害（生活上の不

自由・不利益）のある人の自己決定権を尊重するツールとして生活機能と障害の総合評価が有益な武器となるのです。

本人が正しく積極的な参加ができ、正しい自己決定ができるためには、当事者自身が自分の状態（予後を含む）を理解することが必要です。そのためには専門家と話し合う「共通言語」としてのツール（道具）が必要なのです。

特に障害（生活上の不自由・不利益）については、問題が複雑である反面、常識でも理解できそうな気にもなりがちです。たしかに自分が体験している生活上の身近な問題だという点では、特別な予備知識がなくても理解しやすいという面もあります。しかしその問題をどうやって解決するのかという実践的な課題になると、実は非常に専門的な知識が必要となり、また問題を正しく整理するための考え方を身につけることが必要になるのです。

1. 患者・家族の主体的参加の促進

医療保険で定められた「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」（以下、リハビリテーション（総合）実施計画書）は生活機能構造にそって作られているのが大きな特徴です。これは治療者側が作成して説明し、交付するものですが、その過程は治療者側からの一方向のものではありません。これを活用することによって患者や家族の真の希望を引き出し、主体的参加を促進する目的をもって用いることが重要です。

そのためにはすべての生活機能レベルが対象であり、そしてプラス面に関与するということを明確にすることが効果的です。またリハビリテーションとは機能訓練と誤解している人も多いため、患者に説明をする際は、まずリハビリテーション（総合）実施計画書の縦軸である生活機能に関する各側面が相互にどう関連し合っているのかを、患者本人の状態を例にとりながら説明します。それによってリハビリテーションの具体的働きかけの対象がこのように広いということ、患者や家族は理解することができます。

その後生活機能のすべての側面についての現状と予後と、そしてそれらをふまえた上でのリハビリテーション・アプローチに関して説明していくのです。その際は、特にアプローチについては複数の選択肢を提示しながら説明していくのが大事です。

なお、活動や参加レベルについてはリハビリテーション（総合）実施計画書では限られた項目しか記載されていません。そのためICFの項目にそってより詳しく具体的にチェックすることが必要で、それによって本人の希望や問題点を見逃してしまうことが避けられます。

単に“何かやりたいことがありますか”とか“何か希望がありますか”と聞いただけでは、患者・家族は「リハビリテーションの専門領域以外の問題であろう」とか「どうせできるようになるはずがない」と思い込んでいて希望を出さないことが多いからです。

2. 書面による説明・交付による理解の促進

以上述べてきたように「共通言語」である生活機能・構造にそった説明は患者の理解を促進する効果が大きく、それによって十分な理解が得られてはじめて、患者の積極的参加が図られます。

このように評価結果を含めた計画書を書面として作成しそれを用いて説明しお渡しすることは、口頭でだけ説明を受けたのでは十分に理解できないことが少なくないため効果的な方法です。書面を渡したり、書きながらそれを見せつつ説明することは患者・家族の理解を促進するために、日常の診療でも頻回に行うことをおすすめします。

さらに、計画書を交付する（渡す）ことによって、患者・家族が説明を受けた時点では十分に理解できなかった場合や理解していたつもりになっていても不十分な場合にも、読み返すことができるため理解を促進したり、十分に理解するための質問をしやすくなるなどのことができ、それによって、よりよい理解がなされます。

特にリハビリテーションは複雑な過程であり、一度の説明（それも口頭だけ）では十分に理解できないものと考えべきです。

なお、これまでリハビリテーション（総合）実施計画書について、以上の目的について十分な説明がされた上で、本人や家族など、OT・PT以外の人たちからのクレームを調査してみると、アプローチの欄に「理学療法」や「作業療法」としか書いてなかったり、また記載されている内容が本人や家族や、ときには看護師にも理解できないこと、また各項目の相互関係がわかりにくいことが多く指摘されています。これは「共通言語」としての活用の不十分さを示しています。

医療における情報公開の流れと共通言語の必要性

1. 正面から本人・家族と解決策を探求

リハビリテーション（総合）実施計画書のように一定の書式を用いて、チーム全体として評価を含む計画書を作成して、説明し、交付し、患者・家族のサインを受けることはリハビリテーション医療のみではなく、いまや医療一般における流れとなっています。2002年からは緩和ケア診療加算の算定条件として「緩和ケア実施計画書」、児童・思春期精神医療入院医療加算のための「児童・思春期精神医療入院治療計画書」が新設され、同様にチームで作成し、説明・交付することが義務づけられました。

特に緩和ケアの場合には悪性腫瘍や後天性免疫不全症候群（AIDS）のような重大な問題の告知と関係しますが、そのような場合ですらこのような一定の書式で説明・交付するものとされたのです。これは、難しい問題を避けるのではなく、正面から患者や家族とともに問題を分析し解決策を考えていくという医療者の真剣さの表れとも考えられます。このような医療者の真摯さこそが自己決定権の尊重にとって不可欠な医療側の態度と考えられます。これは特に患者一人ひとりの個別性を重視するリハビリテーションとしては当然のことでしょう。

なおときには、本人に説明をすることが、細心の注意をもって行ってもその後最良のリハビリテーションを進めるためにマイナスになるという

こともないではありません。そのような場合には真実の状況と、それとは一部違うが本人に説明した内容、そしてそのようにした判断理由も含めて計画書とは別にカルテに記載し、そして今後それに対してどのように働きかけていくのかを明確にし、以上の内容は家族もしくは代弁者へは説明をしておきます。以上のようなステップをふめばその時点では本人への説明・計画書への記載をしなくてもよいのです⁹⁾(以上、厚生労働省医療課に確認済み)。

2. 専門家以外の本人・家族が生活機能構造を活用できるのかについて

ここで患者自身や家族のような専門家でない人が、生活機能構造や生活機能分類を正しく活用できるのかという疑問が起こるかもしれません。ですが、そもそも ICF は障害に関する障害者本人や一般の人たちをも含めての「共通言語」であることを目的としています。そして障害者自身が自分自身の状態を十分に理解することを欲しており、そして専門家と話し合うために「共通言語」を求めているということを知覚すべきでしょう。障害に関しては問題や課題が複雑だからこそ、生活機能・障害構造にそった整理が患者自身にとっても有効なのです。

WHO は ICIDH の ICF への改定作業においてフィールドトライアル委員会などの3分の1に当事者が参加することを促しており、わが国のフィールドトライアルにおいても3分の1以上の当事者に参加していただき、非常に積極的に有意義なご意見をいただきました。その中で生活機能構造自体を本人・家族が使えないという意見はなく、大いに歓迎されています。

このような経過もあり、専門用語としてはよりの確で広く用いられている用語がある場合でも、一般の人々にわかりやすい表現になっていることをこの機会に紹介しておきたいと思えます。なお当事者との間の共通言語として用いるには、専門家として当事者が理解しやすくなるような説明を加えるなどの配慮が求められる点がありますが、これは ICF だけでなく、医療一般において、また

特に当事者自身の主体的参加が不可欠なりハビリテーションにおいて当然のことです。

おわりに

ICF の価値・意義は「共通言語」としての活用です。「共通言語」であるという意味は、PT・OT などが、通常自分の専門領域ではないとして見落としたり不十分になりやすい点について、“抜け”がないように ICF を活用して全体像を把握するのにも役立つのです。

この場合の“抜け”とは一つには知識や経験が不十分なことによるものであり、もう一つは自分の興味や関心のある領域にだけ注意が向いていることによる“抜け”です。後者は前者と質的に異なり、積極的に自分の興味以外のことを無視・軽視しているともいえます。

自分が提供できる技術に限られていたり生活機能のある特定の分野や項目に偏ってしまっていることそれ自体を(欠陥ではなく)、専門性の表れであると思ってしまう危険性があります。

その患者にとって最良のリハビリテーション(人間らしく生きる権利の回復)を行うことが OT の大前提のはずで、OT としての専門性の前に「リハビリテーションに携わるものとしての専門性」があると考えて下さい。この「リハビリテーションに携わるものとしての専門性」を発揮するツールとして、生活機能と障害の総合評価を行い、さらに深めていただくことを期待しています。

本入門講座として第3~5回は臨床現場からできてきたいろいろな、質問を取り上げながら述べてきました。初歩的な質問のようですが、実は生活機能構造とは臨床の現場における総合評価でこのように活用できるものなのか、それまでは単に理論的なものなのかと聞いていたが、という反応を多くいただきました。これらを参考に、臨床の現場でのさまざまな問題・課題を整理するのに、生活機能構造を活用していただければ幸いです。

引用文献

- 1) 上田 敏: 評価からプログラム設定まで (2). OT ジャーナル 36:1098-1104, 2002.
- 2) 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.
- 3) 大川弥生: 目標指向的リハビリテーション・プログラムにおける家事の位置づけ—目標指向的「活動」訓練プログラム. OT ジャーナル 35: 315-320, 2001.
- 4) 大川弥生, 佐藤渉子: 整容行為の評価と訓練—脳卒中を中心に. OT ジャーナル 31:177-184, 1997.
- 5) 上田 敏: リハビリテーションを考える. 青木書店, 1983.
- 6) 大川弥生: 回復期リハビリテーション病棟のプログラムと作業療法士の役割. OT ジャーナル 36:193-201, 2002.

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—

WHO 国際障害分類日本協力センター代表 (財)日本障害者リハビリテーション協会副会長
上田 敏

1. はじめに

ICF: 国際生活機能分類(国際障害分類改定版)の成立にいたるまでの経過と内容の概略, そして今後の課題については本誌1月号の特集論文¹⁾で詳しく述べたのでここでは繰り返さず, ICFの基本的な考え方を主に次の2点にしぼって, しかも理学療法をはじめとするリハビリテーション医学全般における臨床的意義を中心に検討することとしたい。

1) 生活機能(functioning)という新概念のもつ意義: すなわち障害(マイナス面)だけでなく生活機能(プラス面)を重視する必要性

2) 階層論的理解の意義: 特にリハビリテーション医学の臨床における「基底還元論」的思考からの脱却の重要性。

2. 生活機能の概念の成立過程

生活機能(functioning)とは今回の改定過程の比較的遅い時期になってから新たに生れたもので, 英語にも(もちろん日本語にも)従来なかった全く新しい概念である。強いていえば「人が生きることの生命・生活・人生のすべてのレベルにおたる全体像」を示すものといつてよい。

この概念が生れた経過は次のようなステップを踏んだものであった。

1) ICIDH(WHO 国際障害分類初版, 1980)の段階では英語ではimpairment(機能障害), disability(能力障害), handicap(社会的不利)という障害の3階層(レベル)を別々に示す分析的な用語しかなく, これらの階層のすべてを同時に示す包括用語(日本語の「障害」に当たる)がなかった。もちろんこれは必ずしも日本語が優れていたわけではなく, 日本語には逆に分析的な用

語がなく, ICIDHの翻訳を機に機能障害, 能力障害, 社会的不利などの用語(と概念)を新たに作らざるを得なかったのであり, むしろ分析を欠いた包括のみ, すなわち内部構造を認識しないままでの直感的・包括的把握という弱点をもっていたというべきであろう。

2) ICIDH改定の過程で, 英語でも障害全体を1語で示す包括用語の必要が痛感され, ベータ1案の段階でdisablementの用語が提案された(1997年)。筆者などはこれに賛成で, 英米の学者にも賛同する人が多かった。しかしベータ1案のフィールドトライアルの中間総括をおこなった東京での改定国際会議(1998年3月)でも, また次の年のロンドン会議(1999年4月)でも, 耳慣れない用語に対する反発が強く, 「こんな単語は辞書にない」などの反発が英語国の代表から出るような始末であった(現実には小英和辞典にも出ている古くからある用語である)。

3) そのため, ベータ1案のフィールドトライアルの成果に立ってベータ2案を作る段階(1999年4月, ロンドン会議)で, disabilityを障害全体を示す包括用語とすることが提案された。筆者が代表するWHO国際障害分類日本協力センターは「これまで『能力障害』という1レベル(階層)を示すのに使われてきて, 非英語国でも皆がようやく慣れたdisabilityをそのまま包括用語に変えることは混乱を招く」としてこれに反対したが, いわば多数決でdisabilityの採用が決定された。

4) ただ, その背景としてはICIDHが発表されてからの約20年間に, 国際的にdisabilityの語が「障害」を示す包括用語として使われ始めてきていたという背景があったことを見逃すことはできない。すなわち, 障害当事者自身あるいはその代弁者・擁護者たちにとって, かつてはdisabilityの語もhandicapの語も共

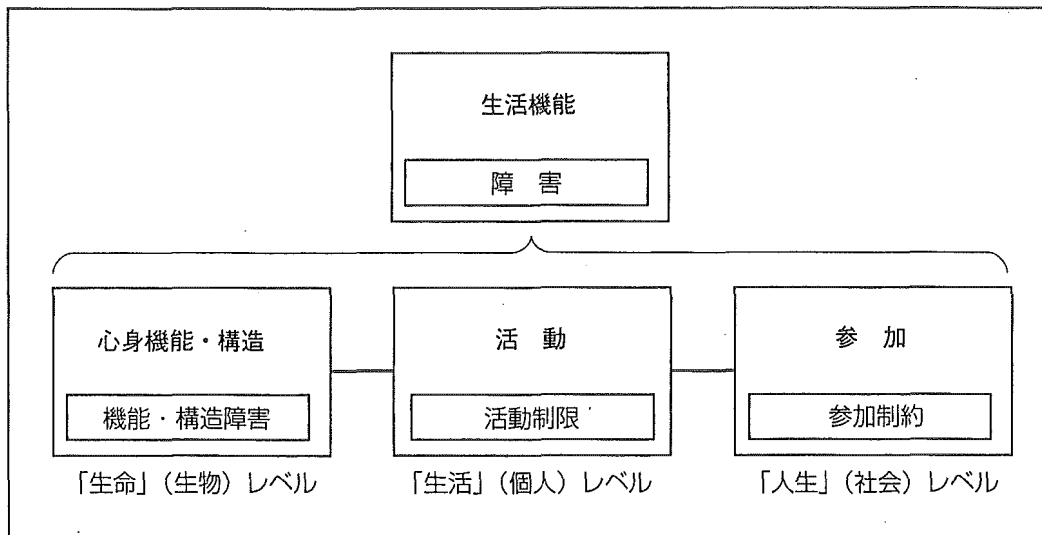


図 生活機能(プラス)と障害(マイナス)の関係

に差別的な響きをもつものとして嫌われていたものが、20年の流れの中で、例えば Disabled People's International (DPI, 障害者インターナショナル), person (people) with disability (障害者, PWD と略される), あるいは disability study (障害研究) などの用語として広く使われるようになり, disability に関しては違和感がなくなってきたという事情が大きく働いていたといえる。ちなみに handicap のほうは依然として(むしろ昔より以上に)反発の強い用語であり, 現実に障害・障害者に関連しては英米ではほとんど使われていない(ただフランスや北欧などではむしろ handicap が障害の包括用語となっている)。これは障害当事者の「我々は disabled ではあるが handicapped ではない」という(それ自体 ICIDH の障害構造論に立った)自己認識の確立を示すものといえる。

5) このように障害を示す包括用語が成立してみると、「マイナスではなくプラスに重点をおく」という立場に立ち, すべてのキーワードを中立的・肯定的なものに変えた ICF にとって disability に対応するプラスの包括用語が必要になってきた。そこで選ばれたのが functioning である。これはベータ1案の段階で導入されたが, disability をめぐる論戦のかげにかくれてあまり突っ込んだ議論もなく受け入れられた感があった。disability について厳しかった英語国人が functioning には抵抗を示さなかったのは, 1つには英語ではもともと function という語が心身の機能だけでなく, 機械の働きなどについても使われ, また social function (社会的機能, むしろ「社会的役割の遂行」に近い意味), family function (同様に「家族内の役割遂行」に近い) などと広い意味で使われてきていたという

事情があったようである。しかも function を動詞として使い, それから派生した動名詞(gerund)を用いた点で, 動きや活動性を感じさせるものとなったことも受け入れを助けたといつてよい。これは日本語で「機能すること」と直訳したのではとても伝えられないニュアンスである。

6) 英語以外の言語では, WHO 公用語として正式訳の出ているものを見ると, 例えばフランス語では fonctionnement, スペイン語では funcionamiento, ロシア語では функционирование といずれも「機能する・活動する」という動詞を名詞化したものであり, 3言語とも小型の辞書にも載っており, 以前からあった単語のようである。ちなみに皮肉なことに英語の functioning は, function という動詞はどんな辞書にもものっているが, 独立した動名詞としては中小の辞典はもとより, 世界最大の英語辞書であるオクスフォード英語辞典(OED)にさえ載せられていない。それでも英語国民に問題なく受け入れられたのは, 上に述べたように概念がつかみやすかったからであろう。

3. 生活機能の概念とその構造的性

上記の経緯からいえるのは, 生活機能(functioning)が「人間が生きること」全体にわたるプラスの包括概念であるということは, あくまでも障害の3階層構造を前提とし, それに対応する(むしろそれらを含む)プラスの側面としての「人が生きること」の3階層を認め, その上でその3階層を包括する新概念としてこれが定められたということである。

したがって, 生活機能(functioning)とは包括的にみた場合にはその内部に包括的な障害(disability)を含み, それを分析的にみれば心身機能・構造(body func-

tions and structure), 活動(activity), 参加(participation)の3階層から成り立っている。そしてそれぞれの階層それ自体もプラスがマイナスを含んだような形をとっているのである。これは図に示すとおりで、生活機能は心身機能・構造(body functions and structure), 活動(activity), 参加(participation)の3階層(レベル)から成っているが、それぞれの階層は心身機能・構造が機能・構造障害(impairment)を中に含み、活動が活動制限(activity limitation)を含み、参加が参加制約(participation restriction)を含むという構造になっている。そしてこれらのマイナス面(機能・構造障害, 活動制限, 参加制約)のすべてを含むものが包括概念としての障害なのである。

この3階層(レベル)は英語の life の日本語訳に合わせて、心身機能・構造は「生命」のレベル、活動は「生活」のレベル、参加は「人生」のレベルということもできる。またそれぞれを「生物レベル」(生物としての人間のレベル), 「個人レベル」(さまざまな心身の能力をもち、更に独特の個性をもった存在としての個人のレベル), 「社会レベル」(特定の社会環境に生き、特定の社会的役割を演じている存在としてのレベル)と定義することもできる。

実は筆者の立場から言えば、生活機能と障害にはこのような客観世界に属する「客観的生活機能・障害」だけでなく、人の心の中の世界に属する「主観的生活機能・障害」もこれら3者と同等の比重をもって存在しているという理解が非常に重要である。これは筆者が1981に初めて提起し^{2,3)}、その後も種々の機会に強調し、現在もWHOのICFモニタリング作業の一環として国際的な検討を継続しているものであるが、ここでは紙幅の制約から詳しい議論は他の機会にゆずり、最近の文献⁴⁻⁶⁾を紹介するにとどめたい。ただ図との関連で言えば、本来ならばこの図の最下部に「主観的体験」(subjective experience)という枠があって、その中の部分枠として「障害体験(あるいは体験としての障害)」(disability experience)というマイナス面があり、それが客観的な3レベルと緊密に相互作用しているという形をとるべきものである。

4. プラス面をみることの重要性 —生活機能概念の実践的意義

筆者はこれまで色々な機会に「リハビリテーション医学は『プラスの医学』である」と述べてきた⁷⁾。その意味は、リハビリテーション医学は一般の治療医学と異なって、「悪いところを直す」(マイナスを減らす)こ

とよりもむしろ「隠れた能力を引き出す」(プラスを増やす)ことで、根本的な目的であるリハビリテーション(その本来の意味は「人間らしく生きる権利の回復(全人間的復権)」)を達成することができるということである。これを筆者が初めて公の場で述べたのは1987年である(総合リハビリテーション研究大会1987, 東京)が、それはその時点で筆者のすでに30年近くになるリハビリテーション医療の経験を振り返っての総括であった。すなわち、長年の経験の中でリハビリテーション(全人間的復権)が成功した場合と不十分に終わった場合とを比較検討してみると、成功したのはほとんどの場合「プラスを増やす」ことによってであった。

これは障害の概念と障害者の概念との違いということに関係してくる。すなわち、人を「障害者」と呼ぶと、あたかもその人のすべてが障害によって覆い尽くされているかのような印象を与えやすい。しかし、障害のある人の心身の全体のなかで障害(マイナス)の占める部分はあくまでも一部であり、残りは健全な機能・能力で占められている。重要なのは、この中には現在目の前に見ることができない「残存能力」あるいは「現存能力」だけでなく、表面には見えないが適切な方法で働きかければ引き出すことのできる「潜在能力」が非常に多いということである。活動のレベルで「プラスを増やす」とは、この潜在能力の可能性の診断(予後)に立って、それを引き出し発展させることということである。これは社会的なレベルにおいても同様で、障害者にとって参加レベルで色々の制約があるとしても、同時に多くの面で問題なく参加を実現しているのが普通であり、更に適切な働きかけによって一層の参加範囲の拡大と参加水準の向上をはかる可能性は大きい。更にいえば環境についても同様で、障害者にとって環境は阻害因子に満ちていると論じられる場合が多いが、それだけでなく、実は環境の中にもプラスに働く(あるいは働かせることのできる)促進因子は決して少なくない。特にICF的な見地からは家族や隣人やボランティアも、更に社会的なサービス・政策・制度もまた重要な環境因子なので、それらの中には障害者の活動や参加の水準向上に活用できるものが少なくないのである。ちなみにリハビリテーション医療も、環境因子の中の保健サービス(e5800)に含まれることが明記されており、われわれがよいリハビリテーション医療を提供すること自体が障害者の環境を改善することにもなるのである。

以上のような様々なレベルのプラスを開発・増進することで障害のある人の「新しい人生の創造」を実現

することが真のリハビリテーション(全人間的復権)であり、それが「プラスの医学」ということである。これが著者たちの年来の主張であるが、それがICFの基本的な姿勢と一致していることは容易にみてとることができよう。すなわち、このような「プラスを重視する」という視点は今や、障害と障害者をみる場合の国際的なスタンダードとして公認されるに至ったのである。

これがリハビリテーション医学、特に理学療法にとっても実践的意義は非常に大きく、広い範囲にわたるものであるが、現在緊急に要請されている主なものをだけ列挙すれば次のようになる。これらの具体的内容については文献^{4,5,7-9)}を参照されたい。

1) 基底還元論からの脱却(次に詳しく述べる)、すなわち、

- (1) 生活機能と障害のすべてのレベル(および環境因子)を重視し、
 - (2) それらの間の相互作用を捉え、
 - (3) 各レベル内および各レベル間でのプラスとマイナスの相互作用を捉える、
というものの見方・考え方の体得
- 2) 「プラスを引き出す技術・プログラム」の体得
- 3) 「プラスの診断学」の体得
- 4) プラスの増大を実現するための組織論である「協業」への習熟

5. 階層論的理解の重要さ

ICIDHとICFの最大といってよい功績は、生活機能と障害の階層論的理解を明確に示したことである。階層論とは物事を単純から複雑への多数の階層の積み重ね構造として理解することである。実は我々の生きている世界がそのような構造をもっている。つまり物質的な世界は、

クオーク—原子—分子(無機—有機)—生物(単細胞—多細胞、細菌—植物—動物、その中での霊長類)

というように多数の階層をなすように進化・発展してきた、現在もそのような多数の階層が積み重ね構造をなして存在している。そして霊長類の中に人間が生れることによって精神・言語・思考といった全く新しい、一段と高い質の現象が生まれ、更に多くの人間が共に生活することで社会という更に新しい高いレベルが生まれて、経済・政治・法律等々の複雑な現象が生じる。

物事を階層論的に理解するとは、このように多数の階層の存在を認めるというだけでなく、更にそれらの

階層間には緊密な関係があるということを理解し、物事を単独に孤立させて考えるのではなく、必ずそのような網の目のようになった関係の中において理解しなければならぬということである。その関係のあり方には

- 1) 相互依存性
- 2) 相対的独立性

の2つがある。相互依存性とは各レベル間の相互の影響ということであり、この影響は必ずしも隣りあった階層の間だけでなく、離れた階層の間にも起こりうる。例えば、障害論でいえば、脳卒中や脳性麻痺の場合の歩容異常(機能障害)が歩行の実用性(速度・耐久性など、活動レベル)には問題がなくても就職などには不利に働く(参加制約)こと、すなわち1レベルを飛び越えて影響が及ぶことがあげられる。それどころか、HIV保有者(エイズ保菌者)がまだ発病しない段階で当然機能障害も活動制限も全くなくても多大の不利(参加制約)をこうむる場合のように、2~3レベルを飛び越えての影響も起こりうるのである。また注意すべきことは、ここにあげたような低い階層(より基底的な階層)がより高い階層に影響するという場合だけでなく、高い階層から低い階層への影響も少なくないことである。例えば失職といった参加制約のために家に閉じこもっていることで様々な活動制限が生じ、それから(生活の不活性化→廃用症候群の悪循環の発生という形で)様々な機能障害が生じるといった例である。これはリハビリテーションの実際でも非常に大事な観点で、参加制約を改善することが活動制限・機能障害の改善のための重要な役割をはたすことが決して少ないのである。

しかし、このような相互依存性だけを考えるのも不十分である。ここで第2の相対的独立性が重要になってくる。相対的独立性とは、各レベルは他のレベルにない独特の「質」(独自の法則)をもっているものであり、決して他のレベルからの影響によってすべてが決定されるものではないということである。よくある誤りは、ある階層はそれより一段低い階層によってすべて決定されてしまうという考え方であり、リハビリテーションでは残念ながら例えば「麻痺(心身機能・構造レベル)の回復が第一で、それがなければADLや職業能力(活動レベル)の回復はなく、それがなければ復職(参加レベル)は不可能である」という(いわば運命論的な)考え方が根強い。これはそれぞれの階層の独自の法則性(相対的独立性)を理解せず、ある階層が「基底」となり、その影響がその上層をなす各階層を完全

に規定するという考え方であり、それが基底還元論である。

6. 基底還元論とは

基底還元論(reductionism)とは還元主義とも呼ばれ、哲学上の用語である。これは、より複雑な上位のレベルの現象をより単純な下位のレベルの法則で説明し尽くすことができる(還元できる)という考え方である。これは自然科学に強い影響をもつ考え方であり、現代医学にも大きな影響を与えていることは事実である。

それは1つには現代医学が基礎医学的な部分において還元論に立ってかなりの成果をあげてきたという面があるからである。そのために、還元論こそが唯一科学的な方法であるという誤解が医学に携わっている人間にも、一般の人々にも持たれがちである。

我々が医療の場で接する患者さんは、1人ひとり非常に異なった特徴をもった具体的な個人であるが、1人ひとりの差に固執していたのでは科学的な法則をみつけることが困難であるため、医学ではまず、具体的な個人を共通の「身体」に還元してしまう。身体だけ見れば、人間は皆同じだと考えるのである。次いでその身体を「器官系」→「器官」→「組織」→「細胞」→細胞の中の「代謝過程」というふうに徐々に還元していき、更に、「染色体」→「遺伝子」→「DNA」というところまで還元していく。これが今の医学における1つの最先端であり、それによって、例えば遺伝性疾患に対するDNA治療の可能性が生れつつある。これは確かに画期的な成果であるが、そのためこのような基底還元論的なアプローチがもっとも科学的で、唯一科学的なものと考えてしまいがちである。

しかし、「基底還元論」は、医学においても他の学問においても常に正しいわけではない。最も科学的な学問だと思われている物理や化学でさえ、例えば、酸素と水素の性質をいかに研究したからといって、その2つが結びついてできた水というものの性質を完全に説明することはできない。ましてリハビリテーション(全人間的復権)は具体的な個人の社会的、心理的なQOLの最大限の向上をめざすものであるから、複雑なものを複雑なままに、構造的にとらえることが重要であり、「基底還元論」は極度の単純化であり、理論的に間違いでもあるし、現実的にも無力である。特にリハビリテーション医学には、たとえかなりの機能障害があったとしてもADLをはじめとする活動制限を直接解決できる様々な手段・技術・プログラムが豊富に存在してい

る。しかもそれによって参加と主観的次元の問題をも解決し、全体としてのQOLを向上させることができるのであり、機能障害を改善することの必要性は(それを否定するものではないが)それほど大きなものではない。このような、リハビリテーションに対する正しい理解をもつ上で、生活機能と障害の構造論は非常に大きな力を発揮しうるのである。

別な角度からいえば、基底還元論はある意味では単純で楽な、思考の面では怠惰な考え方である。先にあげたリハビリテーションの例でいえば、具体的な患者の様々な特性(少なくとも活動レベル、参加レベル、主観的レベル、環境因子、それに個性や生活史といった個人因子、更に家族等の「第3者の障害」、など)を考えずに、しかもそれらの諸因子(とその中のプラスとマイナス)の間の複雑な相互関係を分析し総合(再構成)するというような手間のかかる(しかし実はリハビリテーションの専門家にとってはこれこそが最も専門性が発揮できる、やり甲斐のある、「楽しい」思考過程なのだが)ことをせずに、麻痺なら麻痺だけを考えていればよいということである。これがはたして専門職にふさわしい仕事のやり方なのか、古い「職人芸」の世界にとどまっているのではないかということについては読者のご判断に待ちたい。

最後に付言すると、階層論でいう相互依存性と相対的独立性の存在とは、具体的な研究によって、1つひとつの階層の間の相互依存性と相対的独立性とを実証的に(エビデンスにもとづいて)確認していかなければならないということの意味している。相互依存性だけをみればよいのなら1つの因子(たとえば麻痺)だけを考えればよく、逆に相対的独立性だけを考えるのでよいのなら、個々の現象を他と切り離してばらばらに研究し理解すればよい。これらはいずれも安易な道である。しかし科学は決して安易に建設できるものではなく、科学としてのリハビリテーション医学も当然このような実証的な努力の積み重ねの上にはしか築くことはできないのである。

7. おわりに

最後に私の日頃心がけている motto を紹介してこの小論を終わりたい。

生活機能・障害の構造論と分類は、
障害のある人の現状を「解釈」するためではなく、
よりよい方向に「変える」ためにこそある。