

---

●文 献

---

- 1) 上田 敏：WHO 国際障害分類改定の経過と今後の課題—ICIDH から ICF へ—, PT ジャーナル 36：5-11, 2002
- 2) 上田 敏：リハビリテーション医学の位置づけ, 医学のあゆみ 116：241-253, 1981
- 3) Satoshi Ueda：The concept of impairment, disability and handicap, The Proceedings of REHAB Seminar Tokyo October 15-12, pp 61-67, 1981
- 4) 上田 敏：リハビリテーションの思想, 第 2 版, 医学書院, 2001
- 5) 上田 敏：科学としてのリハビリテーション医学,

医学書院, 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
  - 8) 上田 敏, 他：脳卒中リハビリテーションガイドブック, 日本ロッシュ株式会社, 1999
  - 9) 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, 2000
- (Ueda Satoshi 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創会長)

# ICF の基本的な考え方をリハビリテーションの 実際にいかに生かすか(1)

ーリハビリテーション(総合)実施計画書に体现された ICF の理念ー

国立長寿医療研究センター老人ケア研究部  
大川弥生

## 1. はじめに

ICF：国際生活機能分類(国際障害分類改定版)を理学療法に生かすという視点の本講座の第2回として、今回はICFの理念を最もよく体现し、そして現在のホットな話題でもあり、今後のリハビリテーション(以下、リハ)と理学療法の臨床現場に大きな影響を及ぼすと考えられる、「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」の持つ意義を中心に考えていきたい。なお筆者は既に本誌1月号の特集りで、ICFの臨床実践におけるツールのとしての意義を中心として論じており、本稿はその内容を前提とするものである。

## 2. 二つの点でICFの理念を体现する リハ(総合)実施計画書

### 1. 2002年診療報酬改定における「リハ総合実施計画書」の変化と「リハ実施計画書」の新設

2002(平成14)年の診療報酬改定において、「医療技術の適正評価」として「リハの体系的な見直し」がなされ、特に「ア. リハの評価の適性化」として「従来の実施時間を中心とした評価を見直し、患者の症状に応じたりハを適切に評価する観点から、体系的な見直し」が行われ、それに関連して「定期的な計画の見直し、効果判定等を算定要件」とされた<sup>2)</sup>。リハ総合実施計画書およびリハ実施計画書はこの「定期的な計画の見直し、効果判定等」のための手段として位置づけられたものである。なおこの場合の「評価」とはリハ医療の現場で普通に使われているような単なる現状の把握ではなく、この言葉の本来の意味である、どれだけの価値があるかという意味である。

「リハ総合実施計画書」、「リハ実施計画書」とも「医師等の従事者は、共同してリハ(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」ものと定められた。そしてその具体的な形態として従来からあった「リハ総合実施計画書」に一部変更が加わり、さらに「リハ実施計画書」が定められた。

このうち「リハ総合実施計画書」は2000年の診療報酬改定から回復期リハ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ある。

これはまた、今回の改定で新設され、従来の老人医療以外にも適用される「リハ総合計画評価料」としての算定のための書式ともなった。なお従来の、老人リハ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なかったが、今回は明記されており、説明の義務と患者の積極的参加の促進が反映されている。

一方、新たに設けられた「リハ実施計画書」は総合リハ施設[PT(I), OT(I)], およびPT(II), OT(II)で算定可能な「早期加算」の算定要件であり、これを用いた説明・交付等なしには早期加算は算定できない。なお、本計画書は「リハ総合実施計画書」の内容から抜粋されたものであり、そのため「リハ総合実施計画書」による説明・交付・診療録添付によって代える(この場合は「リハ総合計画評価料としての別途算定が可能)ことができる」とされている。なお両計画書ともに規定の様式への内容の追加は可能であるが、削除した場合は算定要件を満たす形式とはされない(厚生労働省医療課に確認済み)。

## 2. ICFの理念を体現

この「リハ総合実施計画書」と「リハ実施計画書」は二つの点でICFの最も新しい理念を体現するものと評価することができる。

第1には、ICFは生活機能(プラス面)と障害(マイナス面)の両面を構造的・総合的に把握するためのツールとして作られ、障害にかかわるあらゆる事業(リハはその中でも特に重要なものである)においてそれが要請されていることである。

なお、これと関連して、ICFにおいて(ICIDH-2ペータ2案とは違って)新たに導入された「活動」の評価における「実行状況」(「している“活動”」)の重視という点も本計画書に体現されている。

第2にはICFが「共通言語」を目指すものであることと関連して、医師・理学療法士をはじめとするリハ・チームと患者・障害者・家族との間での完全な情報公開と共同決定のためのツールとしての活用が目指されている点である。

この二つは、リハはいうまでもなく現代の医療において「全人的医療」と「患者・障害者の自己決定権の尊重」という大きな流れとなっているものであり、それが今回の計画書において、このように具体的なかたちで規定されたことはリハ医学にとどまらず、医学・医療全般に及ぶ大きな意義をもつものと高く評価できる。

以下この二つの点のそれぞれについて検討する。

## 3. 生活機能・障害・構造論に則した患者・障害者の問題の総合的把握

最初にリハ総合実施計画書についてICFの考え方がどのように反映されているかを簡単に述べておきたい。なお、リハ実施計画書はリハ総合実施計画書からの抜粋であり、基本的な考え方は同様と推測される。

ここで最も重要なことは、患者・家族に説明・交付される具体的内容が、以下に述べるようにまさにICFの生活機能・障害の構造の考え方に立って行われることである。

### 1. 生活機能構造を基本軸として構造的・階層的に把握

評価と目標・具体的アプローチの双方において生活機能構造が大きな軸となっている。すなわち評価欄および目標欄ともに縦軸に示されている、生活機能の客観的な三つの側面(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3者の不利(これは環境および

個人因子としての意味もある)が大きな軸となっている。心理(障害を含む生活機能の主観的次元)と第3者の不利は今回の改定過程で大きな問題となり、分類は「今後の課題」とされたものであるが、それが既に取り上げられているのは画期的である。

このように患者の持つ問題点・目標・アプローチを構造的、階層的にとらえることは、ICIDH・ICFの根幹となる基本的考え方である。このように生活機能構造が重視されているのは、ICFが単なる理論のための理論ではなく、リハ医療において実践的に大きな意味を持つことをまさに反映したものといえよう。

### 2. 生活機能のプラス面を重視

今回の改定で、従来のリハ総合実施計画書は障害を軸としていたものが「機能障害」は「心身機能・構造」、 「能力障害」は「活動」、 「社会的不利」は「参加」にそれぞれ変更になった。すなわち障害というマイナス面だけでなく、それらに対応するプラスの要素をも含めて考えることになった。これは、マイナスだけでなくプラスの面もとらえて初めて全体像としてとらえることができるということであり、そのような視点がリハ医療上重要であることが認められたものと考えられる。

### 3. 主目標の重視

目標においては縦軸に示された生活機能(心身機能・構造、活動、参加)・環境・心理・第三者の不利のすべてについてそれぞれ目標設定を行うことになっており、それぞれの達成時期をも明確にすることになっている。注目すべきなのは、様々に異なった定義のもとに、あるいは全く定義なしに用いられている長期目標・短期目標という概念は用いられていないことである。

それに代わって目標に関する新しい考え方を最もよく示すのは、目標の欄では評価の欄とは逆に、客観的レベルの中で「参加」レベルの目標である「主目標」が一番上にあり、次に活動、心身機能・構造の順になっていることであろう。これは「主目標」を実現するための具体像としての「活動レベル」の目標をたて、そしてその目標を達成するために「心身機能・構造レベル」を考えていく順序性を示しているものと考えられる。これはこれまでわれわれが提唱してきた「目標指向的」な考え方<sup>13,14)</sup>とも一致した考えといえよう。

### 4. 「できる“活動”」と「している“活動”」

さらに活動レベル(身辺ADLを含むがそれだけではなく広い範囲のものである)においては評価・訓練時の能力である「できる“活動”」と実生活での実行状況

である「している“活動”」とが明確に分けられている。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ったが、これと同じ概念である。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」と「実行状況」の両者の評価の導入に一定の影響を与えているが、それが既に本計画書に先取りされていたのである。

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既に詳しく述べたので繰り返さず、文献<sup>27)</sup>をご参照いただきたい。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ある。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である。また評価上重要なのは、推測ではなく、実際に確認することであり、実際に「できる“活動”」として評価・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る。

#### 5. 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」がある。これは「心身機能・構造」の中に位置付けるべきもので「活動」に含まれるものではないことが明確にされている。

### 4. 「共通言語」に立っての患者への説明と積極的参加の促進

ICFの第1の目的は障害に関する共通言語である。リハとは一人ひとりの人生をデザインするものであり、そのためにはその過程への本人の積極的な参加が不可欠であり、それを促すことが真に自己決定権を尊重することの前提となる。

しかし本人が正しく積極的参加ができるためには、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あり、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が必要である。

#### 1. 説明・交付・記録の意義

「リハ総合実施計画書」と「リハ実施計画書」は、患者への説明の義務の明確化と、さらには患者の積極的

参加の促進をはかる役割が大きく、その効果を十分に上げるために当事者と専門家間の「共通言語」として生活機能構造・分類を活用しているといつてよいであろう。

具体的には「医師等のリハ・チーム全員が、共同して「リハ(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し、その写しを診療録に添付する」とされている。この説明、交付、診療録への添付(すなわち説明内容の記録)は説明の義務であり、また前述した「定期的な計画の見直しと効果判定」と同様に、当然のことが明文化されたと考えるべきであろう。すなわち計画書という書式を埋めるのではなく、その目的となる計画作成・説明交付のプロセスが重要なのである。

このように計画書として書面を作成しそれを用いて説明し交付することは、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ある。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なされていることである。

さらに、計画書を交付することによって、説明を受けた時点では十分には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、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によって、よりよい理解がなされるという利点がある。特にリハは複雑な過程であり、一度の説明(それも口頭だけ)では十分に理解はできないものと考えべきである。このような過程を経ることで十分な理解が得られ、それによって患者の積極的参加がはかれるのである。その際に「共通言語」である生活機能・構造に沿った説明は患者の理解を促進する効果大きい。

なお「医師等の従事者」全員が「共同して」、生活機能構造に立った計画書を作成・説明・交付・記録するというこの過程はリハ・チーム内の「協業<sup>4)</sup>」を促進する効果も大きく、この点は次回に述べる。

#### 2. 医療における情報公開の先鞭をつけたリハ

一定の書式を用いて計画書をチームとして作成して、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る。診療報酬上は2000年の「リハ総合実施計画書」が先鞭をつけたものであるが、2002年からは一般病床での悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群(AIDS)に対する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」が同様にチームで作成し、説明・交付・患者・家族のサインが義務づけられた。

緩和ケアの場合には悪性腫瘍や AIDS のような重大な問題の告知と関係するが、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・サインという医療界の動きは注目すべきものである。これは、第1に患者の自己決定権の尊重の表れである。それとともに、第2に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摯さの表れとも考えられる。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なのであり、この点でリハ医療が先駆的な役割を果たしたことは喜ばしいことである。

### 3. 真実の説明が困難な場合にどうするか

この患者への説明の義務に関連することであるが、本人に説明をすることは、細心の注意をもって行ってもその後最良のリハを進めるためにはマイナスになることもありうる。例えば初診時には、心理状態として「障害の受容が不十分である」とか、第3者の不利について「家族が絶対に引き取らないと主張している」などの状況を記載し、それをその時点で本人にストレートに説明することはマイナスになることがある。原因疾患が「末期がん」であるがそれについての告知がされていない場合なども同様である。

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、そしてそのように対応した判断理由も含めて計画書とは別にカルテに記載する。そして同時に今後それに対してどのように働きかけていくのか、またどういう状況になれば(何が改善すれば)本人にどのように説明をするつもりなのかをも記載し、それを実行していく。以上の内容は家族もしくは代弁者へは説明をしておく。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(以上厚生労働省医療課に確認済み)。逆にこの過程を経ずに記載していなければ算定要件としては満たしていないことになる。

しかしこのように本人に真実をそのまま説明できないような内容は、実は重要な問題であり、チームの英知を集めて対応すべき場合が多いので、注目すべき項目としてチーム全体が認識して意識的なプログラムを立てて、その解決のために働きかけていくことが必要である。

またこのように本人が真実を知らないために、その他の項目についても本人自身が正しく関与していくこ

とができない場合もありうることに注意しながら対応しなければならない。

本人に伝えにくいことに対し、具体的なプログラムも立てずに「徐々に理解してもらおう」とか「まだ納得できないのは仕方ないことだ」というように実質的には放置してしまうことは、リハビリテーション(全人的復権)の視点からは大きなマイナスとなる。また真の意味での自己決定権の尊重とはいえない。このような場合はむしろ積極的に生活機能としてのプラス面を伸ばすことや、問題となっている障害(マイナス)のレベルとは異なるレベルのプラス面を自覚してもらうように積極的に対応することで好転させることが効果的である。その際なぜそのような状態になってしまったのかを生活機能構造に沿って分析することが、具体的打開策を見つけるために有効であり、建設的な反省にもつながりやすい。

## 5. 現場での ICF 活用の留意点

ここで話を戻して臨床現場で障害者に関する専門家が ICF を理解し活用するに際し、特に留意すべき観点について考えたい。まず次の3点をあげたい。1点目は ICIDH から ICF へと改定がなされた背景として、障害および障害者をめぐる意識の変化が大きく影響していることを認識する必要性。2点目は ICF を活用することで障害者をよりよい方向に変えるという観点からの活用である。3点目はこれまで述べてきたように患者などの当事者の積極的参加のためのツールとしての意義である。これらは「リハ実施計画書」と「リハ総合実施計画書」の使用法を考えるに際しても前提ともなることである。

### 1. 障害をめぐる意識の変化の認識を

ICIDH から ICF への改定の背景として、障害者自身を含めた当事者の意識の向上と同時に、障害者の自己決定権の尊重に向けた専門家や社会の意識の高まりに立った批判があった。例えば障害というマイナスの概念だけではなく、生活機能というプラスまで含めた概念として再整理されたことや、障害発生に大きく影響するものとして環境因子や個人因子が導入されたことは、専門家はこれらの観点を重視して具体的働きかけをすることを促されていると考えるべきである。すなわち前者に関しては、マイナス面をみるだけでなくプラス面をより向上させる技術を向上・開発させることが期待されている。また後者については画一的な働きかけでなく、一人ひとりの環境や個人因子を考慮した働きかけが望まれている。

この他にも改定の内容と背景<sup>9)</sup>をよりよく理解することで、障害に関する専門家としての理学療法士のありべき姿、期待される姿がより明確になってくることが多い。

すなわち単に ICIDH が ICF に変わったというのではなく、これらの背景を専門家として認識することが、真に障害者のための理学療法を含むリハビリ医療としての発展に有益である。なおこの点は重要なことであるが、紙幅に制限もあり別の機会にも述べさせていただくことにしたい。

## 2. よりよい方向に「変える」とは

本講座の第1回の上田先生の論文に最後に記されていたように、“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”ということである。本講座もこのように障害者をよりよい方向に変えるために ICF をいかに生かすかという視点から論じていくものである。この「よりよい方向に変える」とは ICF の生かし方という本質に関係することであり、本講座の趣旨にも関係することなので、ここで整理しておきたい。

まず大事なことは、他者が患者・障害者を変えようというだけではないということである。「変える」ことの第1は、患者・障害者が自分自身を変えようということである。

第2には、他者が患者・障害者をリハビリ(全人間的復権)に向けて変えることである。この場合、例えば理学療法士(PT)との関係でいえば、PTの働きかけの一つには患者・障害者のもつ障害を直接的に変えるということがあり、2点目には働きかけによって患者・障害者自身が変えることがある。

そして第3には働きかけの対象となった患者・障害者だけでなく、働きかけを行った側が変わることも含まれる。これは自分自身が働きかけたことの成果(同時に失敗、反省点などのマイナス面をも含む)からフィードバックを受けることによって反省をしたり、さらなる技術の開発のチャンスを得るということによって変わることである。これによってさらに患者・障害者への働きかけ方が変わる(進歩する)ことになる。これは専門家の独善化やマンネリ化を防ぐことにもつながる。なおこれは一人の専門家だけでなく患者・障害者に対するチーム全体としても同様に変わることもである。

最後に第4として環境や社会など患者・障害者をめぐる周辺を「変える」ことも重要である。

前記の1.とも関連することであるが、当事者や一般社会の人々がこの共通言語を身につけて積極的に医療やリハビリ過程に参加することによって、今後いっそうこれらの人々の障害や障害者に関する意識は変化していくであろう。そしてそれが専門家の働きかけに対してのフィードバックとなるであろう。このような当事者、一般社会からの建設的意見・批判によって、リハビリ医療は真の患者のための医療としてより進歩することができるのである。

本項の具体的内容については、今後本講座で述べていくことになる。

## 6. リハビリでの困難な問題を患者のせいにしていないか？

今回の診療報酬の改定においては、PT・OT数の急激な増加(今後のさらなる増加も含む)や、言語聴覚療法的大幅な点数増加(によるPT・OTとの同額設定)が、リハビリ全体の中での具体的な点数の設定に大きく影響していることは容易に推測されることである。しかし、本質的なこととして、医療全体のなかでリハビリはどうあるべきか、理学療法はどうあるべきかということを考えることが重要であろう。

それに関連することとして、これまでのリハビリの名のもとに行われてきたことについての真摯な反省も必要であると思われる。まずはリハビリの効果が最大限に発揮されているかという大命題がある。その他にも現実的なこととして、例えばリハビリ実施という名目が社会的入院の隠れ蓑になっているということがある。また“維持目的”と称して頻回の長期的な外来リハビリがなされていること、リハビリ施設の専任医師の責任が十分には果たされていないこと、訓練室中心の訓練で病棟生活や退院後の生活にむけての“活動”向上に向けての働きかけが不十分なこと、病棟での看護婦との連携が不十分なことなど、様々な困難な問題<sup>10)</sup>がある。

1.「患者が希望しないから」、「患者が希望するから」  
実はこのような問題についての弁明として少なくないのが、例えば「(それが問題だとは自分自身も思っているが…)患者さんが希望するから、(その意向にそって・仕方なく)行っている」逆に、「(自分は必要だと思っているが)患者さんは希望していないから(していない。実は患者は積極的に拒否しているわけではない)」というようなものである。しかしこれらは、患者・家族の主体的参加を積極的に促し、十分な説明を行った上での結論ではない場合が多い。これは真の意味で患者のニーズに応じて対応していること、すなわち真の

意味の自己決定権の尊重ではなく、実はむしろ逆である。強く言えば、自己を正当化するために患者さんのせいにしてしまうととれることである。

## 2. 実は正しく説明しないことが問題

この点についてわれわれが長期的に外来リハが行われていた患者について調査した結果が示唆的である。

調査では、患者や家族はそのままりハ通院を続けていればもっと良くなると思っていたために通院をしているが、一方これに対し治療者側は改善ではなく、維持が目的だと考えており、両者にリハの目的についての解離があるにもかかわらず、きちんとした説明がなされていないままに長期間続行されている場合が多かった。またこの場合、基本動作を含めた機能障害レベルへのみ対応され活動制限や参加制約への対応がない場合がほとんどであった。

そしてその場合にも「本当のことを言ったら患者が落胆をすと思うて、言わなかった」、「患者が通院を希望するから」、「(自己訓練も指導していないにもかかわらず)通院しないと維持できないから」などという理由が多かった。しかしそれに対して、患者が自分自身の予後や“活動”能力向上の可能性を正確に認識できるような積極的な説明がなされていないか極めて乏しい場合がほとんどであった。もちろん予後を理解するための積極的な説明とは「あなたはこれ以上よくなりません」というような暴力的な宣言ではない。

またより本質的なこととして、患者や家族はリハを機能回復訓練だと思っており、自宅でのADLの向上や社会的な参加を拡大できるようなADL訓練などの“活動”能力を向上させる高度な技術をリハがもっていることを知らなかったために、機能障害レベル以外のレベル(活動、参加)への希望を表出していなかったことが少なくなかった。このようなりハについての正しい理解は生活機能構造に沿って本人の積極的参加のもと一緒に分析し説明することによって促進でき、それによって活動や参加レベルへの希望がでてくるものである。隠れた希望を表出させるということ自体が、リハにおける専門的な技術であると筆者は位置づけているが、この意味での十分な働きかけをするためにも生活機能構造・分類は効果的である。

以上一例として外来リハ<sup>11)</sup>を取り上げたが、リハの現情として残念ながら存在する様々な問題に対処し、

今後新たな問題が生まれていくことを防ぐためにも「共通言語」としての生活機能構造・分類を活用した「リハ総合実施計画書」や「リハ実施計画書」の作成・説明・交付の意義があらう。

今回は「リハ総合実施計画書」、「リハ実施計画書」の基本的位置づけを中心として述べた。次回は具体的な使い方などを述べながらICFの生かし方を論じることにしたい。

## ●引用文献

- 1) 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。PT ジャーナル 36：21-26, 2002
- 2) 厚生労働省通知：平成14年度社会保険診療報酬等の改定概要、診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)、老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)等の一部改正等について、平成14年3月
- 3) 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、2000
- 4) 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ー目標指向的・積極的プログラムを中心に、ラジカルスタッフ、1999
- 5) 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
- 6) 大川弥生：地域リハビリテーションにおけるリハビリテーション・アプローチのポイントー回復期リハビリテーション病棟などの専門施設と一般医療の役割、平成11年年度地域リハビリテーション懇談会報告書、日本公衆衛生協会、2000
- 7) 大川弥生：寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のための具体的アプローチのポイント、平成12年年度地域リハビリテーション懇談会報告書、日本公衆衛生協会、2001
- 8) 上田 敏：ICFの基本的な考え方。PT ジャーナル 36：271-276, 2002
- 9) 上田 敏：WHO 国際障害分類改定の経過と今後の課題。PT ジャーナル 36：5-11, 2002
- 10) 則安俊昭、吉尾雅春：回復期リハビリテーション病棟の機能と理学療法士の役割。PT ジャーナル 35：187-204, 2001
- 11) 大川弥生、上田 敏：外来リハビリテーションの現状と課題ー入院至上主義からQOL向上に向けての外来リハビリテーション重視へ。PT ジャーナル 29：292-299, 1995

(Okawa Yayoi：国立長寿医療研究センター老人ケア研究部 ☎474-8522 愛知県大府市森岡町源吾 36-3)

# ICF の基本的な考え方をリハビリテーションの 実際にいかに生かすか(2)

リハビリテーション(総合)実施計画書に体现された ICF の理念(2)

国立長寿医療研究センター老人ケア研究部  
大川弥生

## 1. リハビリテーションの過程は複雑 唯一のプログラムを決めるためのツール

本誌の特集<sup>1)</sup>で既に詳しく述べているが、リハビリテーションとはその患者の人生を大きく左右する重大な過程である。それは非常に複雑な多数の因子からなるが、それらの因子を整理してまとめあげ、たった一つの(唯一の)プログラムを定めて進めていくものである。そして当然のことながらそのプログラムとは疾患や障害の種類が同じであれば誰にでも共通というものではなく、個々の患者によって大きく異なる個別的・個性的なものである。

この複雑で重大な思考過程それ自体が、リハビリテーション医療における専門的技術として位置づけられるべきものと筆者は考えている。そしてそのような問題整理のための非常に切れ味の鋭い有効な武器が、生活機能分類・構造なのである。武器という強い表現を用いるのは、この整理を通して個々の患者にとっての唯一無二の、最良のプログラムをたてることは、非常に手ごわい作業だからである。

この場合もし生活機能構造を用いないとすれば、直感的判断や自己の価値観、また自分の信奉したり興味のある手技などによって目標やプログラムを決めることに陥ってしまう危険性が高い。それは一面的・画一的になりがちであり、それぞれの患者にとっての最良のプログラムとはなりえない。これは常に十二分に意識して避けるように努めていないかぎり陥りがちなものである。またチームとして多数の専門職が一緒に行なっていさえすれば避けられるというものでもない。

本稿ではこの個々の患者にとって唯一無二の個別的プログラム(計画)をどうたてるかを主眼において、リ

ハビリテーション(総合)実施計画書との関連から ICF の生かし方について考えていくことにしたい。

なおこのリハビリテーション過程の複雑さ<sup>2)</sup>とは、1) 問題点・課題、2) 多数の技術、3) チームワーク、4) 本人の主体的参加、5) 時間軸で考える、6) 目標、7) 障害者ごとの個性・個別性が非常に多種多様なことであり、さらにはこれらが互いに関連し合っていることによっていっそう複雑になっている。

## 2. 理学療法は生活機能の全側面にどのよ うに影響するのか 最良のリハビリテーションの達成のための 理学療法

この複雑な過程にたって唯一無二のプログラムを決める際の規範となるのは、一人ひとりの患者の最良のリハビリテーション(全人間的復権)<sup>2,3)</sup>の達成という目的である。これが理学療法においてリハビリテーション(総合)実施計画書をどう生かすかを考えるにあたっての大前提である。

このように理学療法について考える際には、次の二つの視点を忘れてはならない。

### 1. 理学療法として提供した働きかけは、生活機能のすべての側面にどのように影響するかを考える

理学療法とはある特定の生活機能の側面や項目についてしか影響しないものではなく、すべての側面に影響する。したがって一つひとつの働きかけの効果・意義は、狙いとする直接的な効果だけでなく、階層性・相互関連性から把握する必要がある。



## 2. リハビリテーション・チーム全体としての働きかけの効果の中に理学療法を位置づける

理学療法として最大限の効果を上げようと努力していさえすれば、患者のリハビリテーションにとって最良の効果を生じるというものではない。これは理学療法としてはベストを尽くしているが、他の職種の働きかけが不十分なので最良の効果を達成できないということではない。理学療法の効果とはそれ単独での効果ではなく、リハビリテーション・チーム全体(看護・介護なども含む)としての効果の中で判断されるべきものである。

これは決して理学療法士の専門性を否定するものではなく、むしろ理学療法はリハビリテーションにおいてある特定の分野に限定して必要なだけのものでなく、リハビリテーション全体について不可欠なものだからである。

例えば、理学療法士の実用歩行訓練<sup>4-12)</sup>によって「できる“活動”」(「能力」としての活動)としてLLBとウォーカーケインを用いて病室から病棟洗面所までの(そしてその狭い場所の中での)歩行能力を向上させ、それと同時に作業療法士が「できる“活動”」として立位姿勢での洗面や歯みがき行為の能力を向上させ、それによって看護師が「している“活動”」(「実行状況」としての活動)として介護可能な状況まで到達させて初めて介護歩行を行なうことが可能となる。そして看護師が「している“活動”」の中で毎回の食前の手洗いや食後の整容の介護ができるようになると、それを頻回に行なうことによって、歩行と洗面・歯みがき(立位)とが一体となった真に実用的・実地的な「している“活動”」として早期に自立<sup>13)</sup>することになる。

この場合理学療法士が行なった洗面所までの(そしてその中での)実用歩行訓練自体は、「できる“活動”」レベルとしても「している“活動”」としても独立したものではなく、作業療法士や看護師との「協業」の中の一部である。しかしウォーカーケインとLLBという重装備で狭い洗面所の中での歩行や、立位姿勢での整容ができる最適の洗面所との位置関係に最後のステップがとまるようにうまく歩行するような指導は、看護師や作業療法士では可能でなく、理学療法士だからこそ可能なのである。これはまさに理学療法士の専門性の発揮であり、理学療法士の関与なしにはこのような効果は達成できない。しかし同時に理学療法士だけが上げた効果でもなく、作業療法士や看護師だけによる効果でもなく、リハビリテーション・チーム全体としての協業の成果である。これこそ真のチームワー

クの例である。

## 3. ICF を用いた分析と統合

### リハビリテーション・チームの英知の集結としての計画書

リハビリテーション医療の臨床実践におけるICFの正しい使い方を一言でいえば、患者を全体像として把握するために用いることといえよう。患者の全体像の把握とはしばしば用いられる表現であるが、リハビリテーション医療においては、生活機能構造としての客観的な3側面のすべて、そしてさらに主観的側面と第三者の不利を含めたすべての側面をとらえることである。ただしそれは各側面を単に分析的に捉えるのではなく、各側面におけるプラス・マイナスの両面をふまえて階層的に理解して、初めて全体像としてとらえるといえるのである。

このようにして全体像として把握するという視点は、障害者に働きかける一人ひとりの専門家が用いる場合も、またリハビリテーション・チーム全体としての場合も、さらに障害者自身が自分自身の障害像を認識する場合も、ICFを用いる場合はすべて同様である。

さてここでリハビリテーション(総合)実施計画書の具体的使用法についてみてみよう。しばしばみられるのは心身機能レベルは理学療法士・作業療法士、活動レベルは看護師、参加レベルはソーシャルワーカーというように職種によって分担し、それぞれが担当するレベルや項目を評価し、目標も分担してたてるというやり方である。しかし、これではチーム全体としても、また個別の専門職としても本人・家族も患者の全体像(評価およびプログラムともに)を把握することはできない。当然ながらこの全体像の把握なしに個々の患者にとって最良の唯一無二のプログラムをたてることはできなくなる。

さらに極端には、患者・家族に説明するのも各職種が別個に行なうとすれば(現実に行なわれていた病院があったようであるが)これでは生活機能構造を基本軸として活用することはできなくなり、たとえICFの項目を用いて詳しく評価点をつけたとしても、「共通言語」としてのICFの活用からは遠ざかることになる。すなわち前回述べた患者の主体的参加の促進の目的や、両計画書の趣旨からは大きく離れ、最良のリハビリテーションの達成もできなくなってしまう。

ではなぜこのような職種による担当分野の分担というかたちになりがちなのかを考えてみたい。それによって逆に生活機能構造の活用のメリットが明らかに

なるからである。

### 1. 働きかけの効果は生活機能構造に従って相互関係を把握

まず第1には ICIDH・ICF の最大の功績<sup>14)</sup>であり ICF の最も基本となる階層性・相互関連性についての理解が乏しいことである<sup>15)</sup>。生活機能として問題点を整理することは各レベルや各項目を並立的にみることではない。プログラムを決める際にも、それによって生まれると予測される効果に従って最良の方法を選択するわけだが、その効果についても同様に直接的な効果だけでなく、他のレベルや項目との相互関係の点から整理することが必須である。生活機能への働きかけはその項目やレベルだけにとどまることなく、必ず様々な他のレベルや項目に影響するからである。

例えば麻痺の改善という心身機能のマイナス面(機能障害)への働きかけには麻痺改善の効果だけがあるのではなく、他の心身機能や他のレベルにも種々の効果が及ぶものである。また例としてあげた、病棟洗面所までの実用歩行訓練や立位姿勢での洗面行為訓練のような ADL 訓練はそれ自体は活動レベルへの働きかけであるが、活動レベルへの影響だけでなく、その訓練を行うこと自体によってまたその ADL がたとえ介助によってでも「している“活動”」として頻回に行なえるようになることで生活が活発化することによって廃用症候群が改善し、全身の様々な機能(心身機能レベル)が向上するという効果をもつ。また立位姿勢で頻回に整容行為を行うことは、更衣や立位姿勢での排尿などの ADL や家事<sup>15,16)</sup>など様々な活動の項目について立位姿勢で行なうことへの般化効果も大きい(このような立位姿勢での活動訓練と基本動作訓練としての立位訓練が根本的に異なることは理学療法士であれば当然おわかりであろうが、一部では混同されることがあるので注意を要する。)それによって、このような LLB とウォーカーケインで早期に実用歩行や立位姿勢での ADL を自立させた場合とそうでないプログラムとでは最終的自立度や入院期間などは大きく異なってくる。種々のアプローチ法のうちどれを選択するかを決めるには、このようにすべての生活機能レベルに関する比較検討が必要である。たとえ一見麻痺という機能障害レベルにだけ働きかけているように見える場合でも活動レベルである ADL が自立する時期や参加レベルである退院時期、また退院後の生活での活動や参加項目について比較検討して理学療法のプログラムを選択すべきなのである。

### 2. 活動と参加—参加はソーシャルワーカーのみの専門なのではない

第2の問題点は、第1点とも関連するが、リハビリテーションに関する専門職はそれぞれある特定の生活機能レベルに(だけ)効果的な技術を持っているわけではないということである。特にリハビリテーションに関しての重大な誤解は参加レベルの専門家はソーシャルワーカーだけという誤解である。ソーシャルワーカーという専門家が評価し働きかける参加の内容と、理学療法士、作業療法士の参加レベルについての評価・働きかけは異なるものであり、それぞれが専門的なものであり、参加についての十分な評価や働きかけのためには両者が必要なのである。参加の具体像が活動であり、活動と参加は不可分である。「参加を支える活動」の評価とそれへの働きかけなしに参加を考えることはできないのである。

例えば職業に関しては、具体的にどのような職業能力、通勤や勤務先での ADL、などの活動レベルでの具体的なやり方の評価や働きかけが必要なのかということについては、ソーシャルワーカーと理学療法士、作業療法士との間に大きな能力の差があるのは当然であり、これが専門性の差である。もちろんソーシャルワーカーは制度的な「環境因子」などについての専門的働きかけの技術や知識をもっているはずであり、それがソーシャルワーカーの専門性である。このように参加レベルについても理学療法士・作業療法士でこそ行なうことのできる評価や働きかけがあるのであり、参加レベルはソーシャルワーカーだけの専門というのは理学療法士・作業療法士の専門性の否定である。理学療法士・作業療法士にはぜひこの参加レベルに対する専門性高め、その技術を向上させていただきたい。

これに関連することとして、ICF においては例えば仕事と雇用(d 840—845)であればこの同一の項目を活動と参加の二つのレベルとして評価することになった。これは参加レベルと活動レベルとが非常に密接な関係を持っていることの表れである。リハビリテーション(総合)実施計画書では活動と参加とは別項目としてあげられているが、参加について考える際には必ず同じ内容の活動について考え、活動について考える時には同時に同じ内容の参加について考えることが必要である。

### 3. “抜け”を防ぐために

3点目は「共通言語」としての活用と自分の専門領域における使用とが混同されている危険性である。そもそもそれぞれの専門領域にとってみれば、ICF の項目

や評価点による評価だけでは不十分で、もっと詳しい評価が必要とされるのは当然である。ICFの価値・意義は「共通言語」としての活用であり、専門的評価を目的とするものではない。「共通言語」であるという意味は理学療法士・作業療法士などが、通常自分の専門領域ではないとして見落とし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役立つということである。

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”である。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軽視しているともいうことができる。しかしそのような興味・関心をもつ手技・手法をリハビリテーションのために効果があるものとして立証し、発展させるには特定の領域での効果だけでなく全ての生活機能レベルでの効果を検証することが必要であり、そのためにも日々の臨床実践の中で生活機能の全てのレベルでの効果を整理していくことが重要である。

#### 4. “専門性”と一つの領域への興味の“偏り”との混同—リハビリテーションに携わる者としての専門性を

第4点目として、自分が提供できる技術が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である。

これは技術の専門性として別の機会に詳しく論じたいと思うが、本稿との関係で述べておきたいことは、リハビリテーション医療に携わる専門職にとって個々の職種による差を論ずる前に、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)を行うことが大前提だということである。この大前提の達成のためには一人ひとりについてのオーダーメイドの目標が立てられ、プログラムも当然個別的・個人的なものとなる。もし多くの人に同じような目標やプログラムがたてられ、画一的な手技や技法が提供されているとすれば、最良のリハビリテーションとなっているかどうかは大変疑問である。この大前提なしに専門性の議論はできない。むしろこのような「リハビリテーションに携わるものとしての専門性」を身につけることのほうが、個々の職種の特定の技術を身につけることよりもはるかに困難で、広い知識や視野、思考能力を要求するものである。

これは一見過大な要求のように聞こえるかもしれな

い、しかし一人ひとりの患者にとって最良のリハビリテーションを行なうことはまさに医療者としての最大の喜びであり、どのような努力もそれによって報われるし、自分自身がそれによって専門職として成長するのである。そしてこのような広い視野を身につけるためにICFは大きな助けとなるのである。

1点目・4点目と関連の深いこととして基底還元論の問題があるが、これについて詳しくは上田<sup>14)</sup>を参照されたい。

ある特定の技法に偏っていたり、基底還元論に陥ってしまうことが問題なのは、PTやOTは活動や参加レベルで十分に能力を発揮できるはずなのに、そのせつかくの能力を自らの手で非常に狭い範囲にとどめてしまうことになるからである。それによってリハビリテーション全体としての効果が低くとどまるのであり、これは理学療法のみでなくリハビリテーション医療全体の将来にとって大きなマイナスである。「人間らしく生きる」上で一番大事なのは参加レベルでの向上であり、「どのような新しい生き方を創るのか」という具体的な目標がわれわれのいう参加レベルの「主目標」である。これをよくするためには参加レベルへの直接的な働きかけしか方法がないのではない。また基底還元論的に機能障害を改善するしか方法がないのでもない。参加制約を生じる原因となっている活動制限を改善することによって、必ずしも機能障害が改善なくとも(むしろ悪化していく時でさえ)活動レベルを改善し参加レベルを向上させることができるのである。

心身機能に関していえば、人間の体の動きというものは決して単純で少ない要素から成り立っているのではなく、ある特定の動きを一定の環境下で改善しさえすれば、万能的に非常に多種多様な活動や様々な参加が向上できるものではない。一つひとつの活動項目には多くのやり方があり、その向上には非常に専門的な技術を必要とするのである。

## 4. リハビリテーション(総合)実施計画書の目的

リハビリテーション(総合)実施計画書の主な目的としては次の3点があげられる。

- ① 定期的な計画の見直し、効果判定
- ② リハビリテーション・チームとしての共通認識の形成
- ③ 患者・家族への説明を通しての主体的参加の促進  
これらの目的達成の視点からICFの生かし方について考えてみたい。なおリハビリテーション(総合)実

施計画書は大きくは評価と目標達成および具体的アプローチの欄に分かれているが、どちらがより大事かといえば、いうまでもなく目標・アプローチである。評価の目的はプログラム作成であり、評価のための評価ではない。リハビリテーション(全人間的復権)を達成するためにどのようにリハビリテーション・チーム全体としてプログラムを組んでいくのかの視点から評価をしていき、それをプログラム作りに直結させるのである。評価においてICFをどのように生かすのかは次回とし、また前回述べた内容については以下省略させていただきます。

### 1. 定期的な計画の見直し、効果判定

前回述べたように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、リハビリテーション(総合)実施計画書の作成が規定されているが、その様式として記載されている内容は必要最低限のものであり、それ以上の評価や目標設定を否定しているものではない。その他の項目についても“抜け”がないためには生活機能分類を用いることが効果的である。

また計画の見直しと効果判定とは、専門家だけでなく患者・家族も行なうものである。医療者側から一方的に単に変化を説明するのではなく、目標やプログラムの再確認や綿密化を行なっていくのである。

この定期的な計画の見直しと効果判定の際の要点としては、第1には前述したようにリハビリテーション・チーム全体としての効果をみることであり、第2に各チームメンバー、例えば理学療法士については、前述したように自分が行った働きかけの直接的な効果、例えばある要素機能の改善訓練によるその要素機能の変化だけをみるのではなく、階層性・相互関連性を前提として、他のレベル・項目への効果をもみるべきことである。これはADL訓練のように活動レベルへの働きかけの場合でも同様である。

例えば立位姿勢での整容が「できる“活動”」として独立したとしても、それと関連深く独立させうる可能性の高い立位での排泄や更衣、また調理が立位姿勢で独立しておらず、訓練も行なっていないような場合、本当にその必要がないのかどうか計画を見直す必要がある。これは他の働きかけを行なわなかったことによるマイナスを検討するということでもある。すなわち直接の効果の有無だけではなく、他にやるべきことはなかったのか、これが最善のプログラムだったのかという検討である。

別の例としては、理学療法士がある機能障害につい

てプログラムを行なったために時間や患者の体力などによる制約によって“活動”向上訓練が行なえなかったとする。しかしその場合、もしそれだけの時間や体力を“活動”向上訓練に使ってれば活動(実行状況、能力ともに)や参加に関してもっと効果が上がっていたのではないかという検討も必要である。

以上のように意図したことによるプラスだけでなく意図しなかったことによるマイナスを含め、その両者を考えて効果判定を行ない、計画の見直しを行ないその後のプログラムをつくるのである。

なお当然のことではあるが、計画の見直しは常に行なっていくものであり、リハビリテーション(総合)実施計画書の算定規定に従って定められた時点だけに行ないさえすればよいものではない。

### 2. リハビリテーション・チーム内の共通認識の形成—得意領域に集中し他分野を他専門職に譲る「分立的分業」にならないように注意

リハビリテーション(総合)実施計画書として明確にするのは、リハビリテーション・チーム全体としての評価とその後の具体的な働きかけであるが、その際協業としてのチームワークを組んで行なうことが重要で、「分立的分業」にならないように注意しなければならない。

なお具体的アプローチの欄に記載する内容についてはチーム全体としての優先順位を明記しておくこととチーム全体としての理解がより明確になる。またアプローチを担当するチームメンバーの名前を記入すると、チーム内だけでなく患者・家族もわかりやすい。

また活動レベルについては実行状況(「している“活動”」)と能力(「できる“活動”」)の両者への働きかけをそれぞれ明確にし、またそれらの間の具体的な連携の仕方を明らかにすることに留意する。

なお理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などの記載や説明がそれらの職種内でだけわかる言葉でなされがちで、そのため看護師やその他の職種が十分に理解できないということを少なからず聞く。これは専門家間の共通言語としてのICFの必要性を示すものといえよう。

### 3. 患者・家族への説明を通しての主体的参加の促進

この意義については前回述べたが、実際面について以下説明と主体的参加の二つに分けて説明したい。

#### 1) 説明—特に専門家以外の本人・家族が生活機能構造を活用できるのかについて

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どのようなものであり、それが相互にどう関連しているのかを、患者本人の状態を例にとりながら説明する。それによってリハビリテーションの具体的な働きかけの対象がこのように広いということを患者や家族は理解することができる。

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れらを踏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が、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。

ここで患者自身や家族のような専門家でない人が、生活機能構造に沿って問題点を整理できるのかという疑問が起こりうる。しかしそもそもICFは障害に関する障害者、専門家、行政、そして一般の人たちを含めての「共通言語」であることを目的としており、問題が複雑だからこそ、生活機能・障害構造に沿った整理が有効なのである。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あろう。

WHOはICIDH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いたが、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頂いた。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、大いに歓迎された。ただし各項目についてわかりやすい表現を求められた。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。

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配慮が求められる点があるが、これはICFと関係なく、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のリハビリテーションにおいて本来当事者の理解を促すことは当然である。

## 2) 患者・家族の主体的参加の促進

リハビリテーション(総合)実施計画書は治療者側が作成して説明し、交付するものであるが、その過程は治療者側からの一方向のものではない。前回述べたように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ことができる。特にそのためにはすべての生活機能レベルが対象であ

り、そしてプラス面に重点をおいて関与するということが明確にすることが効果的である。

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ない。そのためICFの項目に沿ってより詳しくチェックすること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る。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であろう」とか「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ある。

患者・家族の参加をリハビリテーション・チームが受身的に待つのではなく、積極的に主体的参加を促進させることが不可欠であり、両報告書の説明・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機会として活用することが大事である。

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家族や本人、理学療法士・作業療法士以外から述べられたクレームについて調査してみると、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看護師には理解できないことが多かった。これは「共通言語」としての活用の不十分さを示している。

## 5. リハビリテーション(総合)実施計画書の具体的使用への習熟

両計画書の活用に習熟する方法として、筆者はリハビリテーションに関するすべての職種がまず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、その上で各職種が各々記載したものを相互に照らし合わせて議論することを勧めている。それによって、専門性による視点の違いが明らかになってくる。その際自分の専門ではないのでわからないとか関係ないとかいうのではなく、全体像として把握するために自分にはこれまで欠けていた視点でみることが理学療法に直接役立つはずと考えて、自分自身の評価や具体的な働きかけにどう生かすかの観点からみることが大事である。その際様々な因子についての相互関係を十分に整理することに心がけるのはいうまでもない。

例えば理学療法士にとっては、活動(特に「している“活動”」・「できる“活動”」での上肢・手指での対象物の操作)、参加、環境因子をみる習慣を養うことが重要

であり、また心身機能レベルの中でも神経筋骨格と運動に関連する機能(b 710-799)や感覚機能と痛み(b 210-299)だけでなく、それ以外の点で“抜け”はないのか、さらに専門性を深められないのかという観点からみることに慣れるべきである。

筆者が理学療法士の方々に特に期待したいのは、活動レベルの各行為のやり方(移動や姿勢や方法や用いる用具や環境)について理学療法士の専門的技術でこそ達成できることがあるのではないかと常に考えて細かく見ていただきたいということである。そうすると働きかけるべき優先順位が大きく変わることも多いはずである。

## 6. おわりに

リハビリテーション(総合)実施計画書は生活機能構造を基本的骨格となすものである。そのためそれを用いる時には常に生活機能構造の具体的な生かし方、生活機能構造としての役割を十分に生かすように留意することが大事である。一方、真のリハビリテーション(全人間的復権)を達成するために、いかにこのリハビリテーション(総合)実施計画書を活用するのかを考えていくことは、ICFの活用法の発展にもつながるものと期待される。

なお前回と今回の本稿はICFの視点からに限ってリハビリテーション(総合)実施計画書について述べたものであり、両計画書については別にさらに詳しく論じるべき点があるが、それは別の機会をまちたい。

### ●引用文献

- 1) 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。PT ジャーナル 36：21-26, 2002
- 2) 上田 敏：リハビリテーションを考える, 青木書店, 1983

- 3) 障害者対策推進本部：障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略, 1995
- 4) 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, 2000
- 5) 上田 敏, 大川弥生：脳卒中リハビリテーションガイドブッカー目標指向的・積極的プログラムを中心に, ラジカルスタッフ, 1999
- 6) 大川弥生：実用歩行訓練. 総合リハ 20：819-823, 1992
- 7) 大川弥生：寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のための具体的アプローチのポイント, 平成12年度地域リハビリテーション懇談会報告書, 日本公衆衛生協会, 2001
- 8) 大川弥生, 上田 敏：移動・動作・評価一歩行を中心に. OT ジャーナル 32：859-864, 1998
- 9) 大川弥生, 松本憲二, 中尾義人：ASL・VS・AS・CADL・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
- 10) 中村茂美, 松本憲二, 大川弥生：ADL 訓練に際しての姿勢・移動・動作の評価. OT ジャーナル 32：1053-1056, 1998
- 11) 関口治美, 大川弥生：脳卒中患者における各種歩行補助具の使い分け—QOL 向上に向けた理学療法プログラムにおける位置づけと実際の進め方. PT ジャーナル 31：330-337, 1997
- 12) 上田 敏, 大川弥生：実用歩行訓練における各種歩行補助具の使い方 —特に歩行補助具の使い分けの重要性について. PT ジャーナル 30：232-237, 1996
- 13) 大川弥生, 佐藤涉子：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
- 14) 上田 敏：ICFの基本的な考え方. PT ジャーナル 36：271-276, 2002
- 15) 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
- 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「活動」訓練プログラム. OT ジャーナル 35：315-320, 2001

(Okawa Yayoi 国立長寿医療研究センター老人ケア研究部：☎ 474-8522 愛知県大府市森岡町源吾 36-3)

## 評価に生かす ICF

—「プラスの診断学」とは何か—

WHO 国際生活機能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

本講座第1回で筆者はICFの基本的な考え方として「生活機能」の概念(プラスを重視することの重要さ)と「階層構造」的な把握(特に相互依存性と相対的独立性)の2点にしばって述べた<sup>1)</sup>。

その際ICFがリハビリテーション医学と理学療法にとって持つ実践的意義のうち現在緊急に要請されている主なものを挙げ、その中で「プラスの診断学」の体得の必要を挙げた。今回のテーマはこの「プラスの診断学」である。もちろんこれは1冊の大部の本にふさわしい大テーマなので、とりあえずその本質的な特徴と流れについてのスケッチを行なうことが本講の課題である。

### 2. 診断と評価の関係

なおここで診断と評価の関係について一言述べておきたい。以前にも述べたが<sup>2,3)</sup>、診断は疾患について行なうもの、評価は障害について行なうものという通念があるようであるが、これは決して正しくなく、まして診断は医師のすること、評価は理学療法士・作業療法士などのすることと考えたとしたら、それは大きな誤りである。

実は診断とは主として質的判断であり、評価は主として量的判断である。疾患にも診断(質的判断)だけでなく量的判断を加えての評価(例えば重症度、進行度)が必要であり、同様に障害にも評価だけでなく診断が不可欠である。ここで障害の診断とは、「心身機能・構造」のレベルでいえば、例えば麻痺が中枢性か末梢性か、末梢性筋力低下があれば、それは麻痺によるものか廃用性筋萎縮によるものかそれとも誤用性筋力低下か、拘縮ならば関節性か筋性か、あるいは動的拘縮

か静的拘縮か、等々の判断である。また「活動」レベルの例としては、あるADL行為が自立しておらず例えば「全介助」または「半介助」だという「量的」判断にとどまっているのでは、いかにすればそれを自立にもっていくかという方針を考えるには役に立たない。「半介助」なら具体的にどの動作のどの点に介助が必要なのか、歩行や姿勢保持の介助なのか、手指による操作面の介助なのか、手順の悪さや習熟不足、あるいは持久性の不足が問題なのか、などといったまさに「質的」な判断こそが重要なのである。参加レベルについても同様のことが言いうる。

このような質的判断は量的判断以上に治療のプログラム、いわばその「戦略」に大きな影響をもつ。この点、現在ひろく用いられている評価表は概して量的な評価にとどまり、このように重要な「障害の診断(質的判断)」がほとんど含まれていないのは大きな問題といわなければならない。もちろん現在の評価表の問題点はこれにとどまらず、マイナスだけでプラスをみていないこと、あるレベル(階層)の状態の他のレベルへの影響の評価がないことなど、より根本的な問題点も大きい。

以上からわかるようにリハビリテーション医学における評価は、医師が行なうか理学療法士、作業療法士などが行なうかにはかかわりなく(言うまでもないことながらリハビリテーション医は当然障害の評価も行なう)、常に診断と評価とが一体になった「診断的評価」であり、ここでいう診断学あるいは評価とは正確に言えば「生活機能と障害の診断的評価学」である。しかし煩雑さを避けて以下には適宜、診断学、評価などの語を用いるが、その真意は以上のとおりであることをご記憶いただきたい。

### 3. 評価の目的と基本的な考え方 —全人間的復権のための評価

#### 1. 高い生活機能をもった新しい生活・人生像を構想するために

リハビリテーションにおける評価の目的は第一義的にその対象となる患者/障害のある人(以下、患者)のリハビリテーション(全人間的復権)を達成するのに役立つことである。この場合リハビリテーションとは必ずしも「もとの状態への復帰」ではなく、障害をもった状態での可能な限り高い「生活機能」(広義、他に述べた<sup>4)</sup>ように主観的体験の側面をも含めて)の状態を実現することであり、それは本質的に「新しい人生の創造」である。リハビリテーションとはしばしば(「治療医学モデル」にひきずられて)「障害(マイナス)の軽減」と考えられがちであるが、実は「プラスの増大」が主なのであり、そこに「プラスを重視する」ICFがリハビリテーションにとってもつ大きな意義がある。

具体的には「この患者さんにはどのような新しい人生が可能なのか」を考え、現実可能な具体的な生活・人生像(それが目標指向的アプローチでいう「主目標」と「活動レベルの副目標」)を複数構想し提示し、いわば患者自身には到底見えていないプラス面の集大成である「新しい、生きがいのある人生」を(しかも複数)見せてあげて、患者・家族にその中から選択してもらうという、インフォームド・コオペレーションの手続きが重要である。これこそが患者の自己決定権を専門家チームの専門性によって支えるという、最も望ましい治療者—患者関係の構築である。

この目標(そしてそれを実現するためのプログラム)は、ある疾患・障害(例えば脳卒中片麻痺)ならばすべての患者に基本的に同一であるといった画一的なものではなく、一人一人の生活機能(プラス)と障害(マイナス)の総合評価(それは一人一人の人生が異なるように人によって大きく異なるものである)に立った、一人一人異なる、しかもその人にとっては唯一無二の個別的・個性的なものである。

このような現実には達成可能な高い「生活機能」の目標を立てるためには、前提として生活機能の予後予測が不可欠であり、評価の最大の目的はそこにある。

#### 2. 総合的な予後予測—予後学の重要さ

「予後予測」が重要だと述べたが、ここで「予後」という語の本当の意味について一言しておきたい。予後とはしばしば誤解されているように単なる「治療の結果」ではなく、語源的に「あらかじめ知ること」、

すなわち治療・リハビリテーション後の状況を早くに予測することである。予後の「予」の字に既に予測という意味が入っているのであり、その意味で「予後予測」という語は重複語であるが、誤解を避けるためにあえて用いることにしたい。

また従来の治療医学では予後といえれば多くの場合「生命の予後」であった(例えば、がんの治療後の「10年生存率」というように)が、リハビリテーション医学における予後は「生活機能と障害の予後」であり、当然ながら心身機能・構造レベルだけでなく、活動レベル、参加レベル、さらには主観的体験のレベルまでも含むものであることも強調しておきたい。しかもこの中では、後に述べるように活動レベルの予後予測が最も重要である。心身機能・構造レベルの予後(麻痺がどこまで回復するか、など)が最も重要なのではない。心身機能レベルの状態が同じでもアプローチ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ある。

なお予後とは単なる「自然経過」ではなく、リハビリテーションあるいは理学療法という働きかけ(介入)を行なった結果の予測である。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する。あるプログラム(例えば基底還元論的な機能障害回復に中心をおいたプログラム)では歩行不能で車いす生活と予測される例が、他のプログラム(例えば目標指向的プログラム)ならば歩行自立・立位 ADL 自立と予測されることは決して珍しいことではない。

予後予測を科学的に行なうために「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ある。

#### 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なうためには患者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ある。ここで ICF は大きな力を発揮する。

もちろん現状の把握には、現在の介護や治療(理学療法、作業療法など)のプログラムを進める上で役立つという面もあるが、これも決して現状自体から一義的に決まるのではなく、予後予測に立って「主目標」、「副目標」が決まり、その上で、いわば長期的な計画の上に立って介護や治療のプログラムが決まるのであり、その場合に現状は参考になるという程度であると考えるべきであろう。



#### 4. 真のリハビリテーション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ない、その目標を達成するためのプログラムを立てることである。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あるが、それはしばしば論理的でなく、直感的に行なわれがちである。

これを意識的・論理的に行な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、それは本誌 ICF 特集の大川論文の図に示されているようにかなり複雑な手順のものである<sup>5)</sup>。これについては本講座でも今後触れられると思うので詳しくはそれに譲る。

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。それは、前の段階で明らかになったその患者の生活機能と障害の全体像に対して働きかけ、それを真のリハビリテーション、すなわちその患者の「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上で最も有効な「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ある。要するに上記1の段階で生活機能と障害の各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上で、どこに介入すれば最も望ましいリハビリテーション(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ある。

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である。それは、もちろんケースごとに異なるが、多くの場合は「できる活動」としての歩行(実用歩行)と立位での ADL と ASL(社会生活行為、家事など)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突破口となる。これが「目標指向的プログラム」の基本形である。そして理学療法士は、この「できる活動」としての高い能力の実現という点で(もちろん作業療法士、看護師などとの「協業」が必要だが)非常に大きな役割を果たすことができるのである。

#### 5. 介入の成果の測定

これは介入(治療的働きかけ)が予期した成果を上げているかについての評価である。これはいわば再評価であるが、時期を決めて定期的に行な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

もっている。後にも例をあげるが、実はリハビリテーションにおいては評価と治療とは表裏一体なのである。

#### 6. それによるプログラム再検討・改善

上記の5によって、予期した成果が上がっていなければ、最初の評価が誤っていたか、患者の状態が変化したか、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である。逆に成果が上がっていれば目標やプログラムのグレードアップを検討すべきである。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である。

#### 7. その他

評価の目的には以上の他にリハビリテーション・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る)、チームと患者・家族とのコミュニケーション(自己決定権の行使の前提)、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、ここでも ICF は大きな役割を果たすが、ここでは割愛する。

## 4. 評価における ICF の役割

次に評価における ICF の役割を具体的に考えたい。

#### 1. 階層性に立ったダイナミックな総合把握

生活機能と障害の各レベル(階層)における具体的な種々の因子の間の相互依存性と相対的独立性を、そのケース例に即して具体的に把握することが評価の出発点であり、ICF が最も有効性を発揮するところである。このように、単なる静的な構造でなく相互作用し合っているダイナミックな構造として捉えることで初めて、上記の目標とプログラムの設定のための「突破口」、すなわちそこを変えれば全体を良い方向に変えることのできる結節点をつかみだすことができる。

#### 2. 「リハビリテーションに携わる者としての専門性」に立った評価

以上を前提とすると理学療法士にとっての総合評価の意味が見えてくる。ここで最初に強調したいのは、理学療法士は理学療法士としての専門性と同時に、むしろそれ以前に、「リハビリテーションに携わる者としての専門性」をもっているし、それをもっと自覚する必要があるということである。それを支えるのが、ICF をリハビリテーション・チーム全体として常に活用することで養われ深められる広い視野である。

ところが従来は理学療法士なら理学療法士は多くの場合に自分の専門領域を限定して捉え、自分の領域の

評価は詳しく行なうが、他の領域と考えるものについては他の職種の仕事であるとして自らの評価の対象にはせず、関心も低いという傾きがなかったであろうか。むしろ守備範囲を限定することが専門性の証しと考える傾向さえ一部にはあったのではないかと心配される。しかしそれでは最初に述べた「リハビリテーションに携わる者としての専門性」を持たないことになってしまい、折角の技術を有効に発揮する道を自ら閉ざしてしまうことになり残念である。もちろんこれは作業療法士、言語聴覚士などでも同様である。

評価の実際について具体的に述べれば、理学療法士が従来得意とする分野の評価では必ずしも ICF を用いないでも評価でき、むしろ ICF だけでは不十分であることも少なくなく、必要に応じてどのようにでも詳しくすることができるが、他方従来は必ずしも得意でなかった(自分の範囲とは思わなかった)分野(多くの ADL・ASL<社会生活行為>などの「活動」、また「参加」や「環境因子」)については、ICF が最小限度に必要な評価(項目と評価点<量的評価>との両方で)を可能にするし、これからはそれに習熟する必要があるということである。それによって例えば自分が行なった機能障害への働きかけが、他の「心身機能」に、また「活動」、「参加」などにどのような影響を与えたかも確認することができ、逆に他の専門職の仕事をリハビリテーション全体の立場から評価することもできるようになる。このようにして ICF を活用することで狭い専門性から脱却し、広い「リハビリテーションに携わる者としての専門性」を身につけることができる。これは他の職種についても同様である。

なおここで「自分の職種の専門性さえ確立していない者により広い専門性をもてといっても無理である。まず理学療法士としての専門性を確立することが先でなければならない」という議論が起こることは十分予測できる。しかしこれは全く逆であって、広い視野を共有する多くの異なった職種との、共通の目標(患者の最高の利益の実現)を目指しての「協業」のなかで切磋琢磨されてこそ、他の職種でなく理学療法士であればこそ発揮できチームに貢献できる役割が明確になり、真の意味の理学療法士の専門性が明らかになっていくのである。なおこの点はチームワーク論として重要な問題なので別の機会に詳しく論じたいと考えている。

### 3. 隠れたプラスを発見し開発する—マイナスの治療よりも高度な技術

ICF というプラスとは決していわゆる「残存機能」、

「残存能力」ではない。また例えば片麻痺の場合の「健側」の機能に限られるものでもない。それは多くの場合潜在的なもので、適切なリハビリテーション・プログラムを実施することで初めて引き出せるものであり、ただ待つただけでは決して出てこないものである。例えば片麻痺の場合、適切な装具・歩行補助具によって「患側」を含めた全身の機能を効果的に「活動」に結び付け、それによって「参加」をも向上させることができる。この結び付け方や参加向上のさせ方自体に「相互依存性」の把握を踏まえての理学療法士の専門性があるのである。

このように目に見えるマイナスでなく、一見しては見えない「隠れたプラス」を見つけ、取り出し、伸ばすのであるから、「プラスを重視する」とは非常に高度な技術を必要とすることである。決して単なる心構えの問題ではない。

環境因子の評価の場合にも同様で、環境の中の「阻害因子」のみに注目するのではなく、「促進因子」である、あるいは働きかけによって促進因子となしうるものを見つけ出すことが重要なのである。これも社会保障・福祉制度や各種サービスまで含めた広い知識と「人脈」があつて初めて可能になることで、ある意味では非常に専門的(ジェネラリストとしての専門性)なことである。

### 4. 活動で「能力」と「実行状況」を区別

ICF の活動の評価において「能力」(われわれのいう「できる活動」と「実行状況」(同じく「している活動」)の二つの面からみることが要請されるようになったのは画期的である。理学療法士はこの両者において、特に歩行と立位姿勢における各種活動の向上の上で大きな役割を果たすのであり、当然それらの評価にも熟達していることが期待される。これについては本講座の他論文を参照されたい。

## 5. おわりに

以上「リハビリテーションに携わる者としての専門性」を前提とした「理学療法士としての専門性」に立つて、ICF を「プラスの診断学」すなわち「生活機能と障害の診断的評価」にいかにかかすか、特に真のリハビリテーション(全人間的復権)実現のための「突破口」をいかに発見するかが重要であることについて種々の角度から述べた。当初の予定ではさらに具体的な評価のプロセスについて述べるつもりで、実際に相当程度書きすすんだのであるが、その過程でとても一つの論文には収まりきれない内容であることが判明したの

で、それを割愛し、他の機会を待つことにした。

ただ評価のプロセスについて大事な点を一つだけ述べれば、それは上に述べてきたような真のリハビリテーションにおいては評価と治療(リハビリテーション的働きかけ, 介入)とは表裏一体であるということである。毎日の治療活動がそのまま再評価である(そのつもりで意識的に取り組まなければならない)ということは先に述べたが、初期の評価自体も治療とほぼ一体なのである。初心者によくあることだが、教科書的に評価が完全に終わって、目標や方針を立ててからやっと治療にかかるという機械的な段階論的やりかたではなく、様々な治療的働きかけをするなかで、その結果がそのまま評価に直結するというのが正しい姿である。特に「できる活動」の評価は病棟の現場で実際の生活の時間帯における活動能力を評価するのであるから、病棟 ADL・ASL 訓練(練習)の中でしか行なえないものである。

本論を本講座の他の論文と合わせ読んでいただき、

実践に生かしていただければ幸いである。

---

#### ○文献○

---

- 1) 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
- 2) 上田 敏：目でみるリハビリテーション医学 第2版, p40, 東京大学出版会, 1994
- 3) 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, pp73-75, 医歯薬出版, 1994
- 4) 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
- 5) 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いかすか, 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

(Ueda Satoshi WHO 国際生活機能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創会長)

# 理学療法プログラムに生かす ICF (1)

—目標指向的アプローチ—

国立長寿医療研究センター老人ケア研究部

大川弥生

## 1. 最良のリハビリテーション達成のための理学療法—理学療法士としての専門性と ともに「リハビリテーションに携わるものとしての専門性」の発揮を

ICF の生活機能・障害構造論はリハビリテーションにおける実践的ツール(道具)・武器である。特にプログラムの作成・進行において、これが果たす役割は大きい。そこで今回は、リハビリテーション・プログラムづくりとその進め方の中で ICF をいかに活用するかについて、特に理学療法プログラムの視点から整理することとする。

本講座<sup>1~4)</sup>や特集<sup>5)</sup>で述べてきたように、リハビリテーション・プログラムにおいて ICF が重要なツールとなるのは、リハビリテーション(全人間的復権)が患者の「生活・人生」という、非常に広いものを対象としているからである。またリハビリテーションの具体的プロセスは極めて複雑な過程<sup>3,5)</sup>であり、プログラムとしては無限ともいえる選択肢の中から、その患者にとって唯一無二の、一つにしぼったプログラムを立てて進めていくもの<sup>3)</sup>である。そこでこそ、「生活・人生」についての構造的把握のツールである ICF が大きな力を発揮するのである。

なお理学療法プログラムはあくまでも最良のリハビリテーション実現のための理学療法として行なわれるべきものである。すなわち理学療法プログラムを考える大前提として、最良のリハビリテーションを達成するという課題があり、そしてそれを実践する「理学療法士としての専門性」の前提として「リハビリテーションに携わるものとしての専門性<sup>3,4)</sup>」があるということである。

## 2. プログラムのもつ意義 —具体的技法やシステムの基礎として

リハビリテーション・サービスとして行なわれる、リハビリテーション的・治療的働きかけを分析すると、大きくは、1)個々の具体的方法・技法、2)プログラム、3)システムの3者に分けることができる。どのようにリハビリテーションを行なうのか、理学療法を行なうのかを考える際にはこの3者を明確に区別し、その上でこの3者が相互に関連し合っていることを大前提として、個々の場合においての3者の相互関連性を整理しながら考えていくことが不可欠である。

もしこの3者の区別を前提とせず、これらの間の相互関係についての整理を十分にしていないと、結果として、ある一つの側面を切り離してその是非やあり方を論じてしまうことになり、「木をみて森をみず」のたつたえのように本来リハビリテーションがどうあるべきかという視点から、大きくはずれてしまう危険がある。

### 1. 個々の技法とシステムをつなぐプログラム

現状についてみると、具体的技法やリハビリテーション・システムのそれぞれについては論じられることは少なくないようであるが、本来この両者をつなぐべき位置にあるプログラムについての議論は極めて乏しいように思われる。これはリハビリテーションにおけるプログラムのもつ意義についての認識が、残念なことに不十分なためといえよう。

### 2. 個々の技法の効果はプログラムの中でとらえるべき

一つひとつの技法は、リハビリテーション・プログラム全体の中にどのように位置づけられるかによって、リハビリテーションとしての効果は大きく異なる。