

個々の具体的技法は、その適応と禁忌、またどのような場合に、どのように実施すれば、どのような効果があるのか、ということを確認してはじめて専門的技法として認知されるものである。その上ではじめて、その技法のプログラムの中での生かし方も明らかになってくる。またそうなるのはじめて、リハビリテーションにおけるその技法の効果を論じることができるのである。

### 1) 直接的(相対的独立性)に立つ効果と間接的(相互依存性に立脚した)効果との区別

個々の技法の効果を判断する場合、働きかけの対象となっている特定の障害についての直接的効果だけではなく、同時にそれ以外のすべての生活機能・障害に対してどのように効果があるのかをみるのが重要である。これは生活機能構造の最も基本的な考え方ともいえる、相対的独立性に立った効果と、相互依存性に立脚した効果の両者をみるということである。これが「効果の全体を客観的に捉える」ということであり、そうでないといわば視野狭窄的に「自分の見たいものしか見ない」ということになり、客観性をもちえないことになってしまう。

例えば心身機能レベルのうちの、ある要素機能(例えばある動作を行なっている時の筋緊張、特定の要素機能の特定の働きを引き出せないこと、など)についてみると、それ自体がどのように変化したかということが直接的な効果であり、これは相対的独立性に立った効果である。しかしそれだけではなく、これに加えて、間接的効果ともいえる相互依存性に立脚した効果を見る必要がある。まず同じ心身機能レベルの中で、他の要素機能や基本動作(歩行、立ちしゃがみ、背伸び)、複合動作への効果を見るべきであり、ついで他のレベルである“活動”や参加に与える効果を見る必要がある。活動レベルに対する効果としては能力である「できる“活動”」と実行状況である「している“活動”」の両者に与える効果を見るべきである。

### 2) 「マイナスの効果」も忘れずに

このように効果を考える際には、上に述べたようなプラスの効果だけでなく、別の対象への働きかけを実施しなかったことによるマイナスの面をも考えなければならない。例えばある特定の異常な要素機能は出現しなくなっても、その異常所見の実生活での出現を防ぐため(というより避けるため)に実生活の中のある動作を含む行為(例えば歩行)を禁止していたとすれば、それによって別の面で様々なマイナスを生じている可能性がある。またその技法を実施した時間に別の

技法を行なっていた場合にそれによって生じたであろうプラスおよびマイナスとの比較も不可欠である。

### 3. プログラムの規定なしにシステムだけ論じることの危険性

一方、システムのあり方を論じるにあたって、そのシステムの中で行なわれる一人ひとりの患者・障害者に対するプログラムの内容によって、そのシステムの効果は大きく異なる。

例えば回復期リハビリテーション病棟というシステムが十分に効果的なものとして機能するには、その中で行なわれるプログラムの具体的内容が重要なのであって、それが異なればその効果は大きく異なってくる。そして適切なプログラムを欠いたシステムだけでは、むしろ本来のリハビリテーションからすればマイナスになり、経済的効果(費用対効果)としてもマイナスになるということもあり得るのである。

### 4. 全体の方針としてのプログラムの重視

プログラムとは、例えば理学療法の40分間でどのような具体的技法を提供するのか、また患者が朝起床してから夜寝るまでの1日のうちにどのような技法を提供するのかなどのような、その時点で何を行なうのかということだけではない。

最も根本的なことは、患者のリハビリテーションを達成するためにすべての生活機能・障害に対しどのような働きかけを行なっていくのかであり、また一生にわたる時間軸に沿っての具体的な働きかけ全体の内容である。本稿では特にこの点を中心として論じている。

## 3. 目標とプログラム —目標指向的アプローチが生まれた契機

リハビリテーションのほとんどの臨床現場ではカンファレンスが行なわれ、なんらかの目標が立てられているのが普通である。

しかし、その目標の達成までの具体的なプログラムを明確にせず、またチームの他のメンバーが行なうプログラムを知らないままに職種別にばらばらに立てられた目標が少なくない。目標も関節可動域維持改善、自宅復帰、ADL自立(自立にも色々なやり方があるはずなのだが)のような画一的な言葉だけの羅列にすぎない場合が多いようである。また目標と称されていても単なる方向性を示すだけのものや、そこまで達成できればよい(が、できなくてもやむを得ない)というような現実的な裏付けのない希望的な内容に過ぎない場合も多く、そのようなものを目標と呼ぶことには問題を感じる場合が多い。頻用されている短期目標、長期

目標も定義が明確でなかったり、また短期目標とは次のカンファレンス時とか3か月後のように期間として便宜的に区切られているだけで内容による分け方ではないなど、疑問をもたざるをえない場合が少なくない。このようなプログラムが明確でない目標の存在、漠然とした「目標と称するもの」への疑問が、目標指向的アプローチの開発の発端となったのである。

#### 4. 目標指向的アプローチ

##### 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あり、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義である「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「どのような個別的・個性的な新しい人生を創るか」という問題意識に立って、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、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)を決める。そして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ある。

##### 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目標設定のプロセスを図解したものを図に示した。

このプロセスの概要を図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、そしてその実現に必要な心身機能レベルの目標を決定することである。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」とは根本的に異なるものである。

これらの目標設定のプロセスは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なう技術学)によって予後予測を行ない、その上で各患者にとって最良・最適の目標を決めていくのである。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、本人・家族が主体的に関与して進められるべきものである。そして目標設定にも本人・家族が主体的に関与し、最終的には本人・家族が決定するのである。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すすめることであり、これについては次回詳しく述べる。

##### 3. 生活機能の相対的独立性と相互依存性の重視

下の大枠内の評価・予後予測および上の枠内の目標などは、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く。なお個人因子はこの図には示していないが、すべての生活機能はこれを含めて考えていくものである。

##### 4. 参加の具体像としての活動

この他生活機能構造の視点からみた際重要なことは、参加の具体像が「している“活動”」であり、「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ある。そのため“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る。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として表わしてある。

##### 5. 「している“活動”」と「できる“活動”」

次に活動を「している“活動”」と「できる“活動”」に明確に区別しているのがこの図の一つの特徴である。しかし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”向上訓練に他ならず、そのため「できる“活動”」と「している“活動”」はそれに基づいて互いに緊密な関連性をもって行なうものであり、それぞれ別個に行なうものではない。そこで評価・予後予測ともに、両者を同じ枠内の内で点線で分けることで不可分な関係であることを示している。また予後学としても別々に行なわれるものではないとの考えに立ち、同様に同じ枠内に囲んだ。

##### 6. 予後はプログラムによって大きく異なる

予後は、各生活機能レベルについての評価結果のみから決まるものでは決していない。それに対して行なわれるプログラムによって大きく異なってくるため、それを十分に踏まえた予後学によって予測されなければ

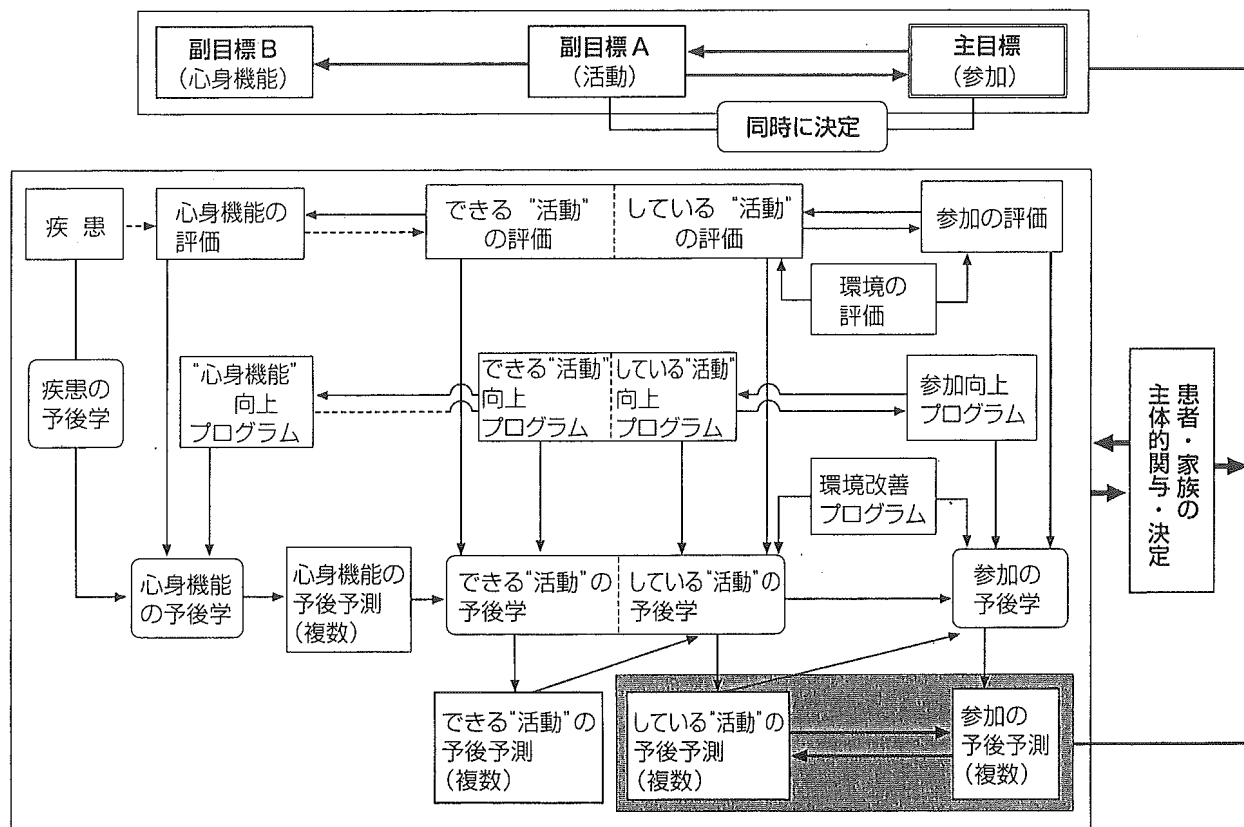


図 目標指向的アプローチにおける目標設定のプロセス

ならない。

図に示した各生活機能レベルごとのプログラムとは、その時点で行なわれているプログラムをいうものではなく、今後行なうことが可能なプログラム、すなわち準備と経験があり、必要に応じて提供できるプログラムを示しており、それは当然ニーズに対応して多数あるはずのものである。

またそれぞれのプログラムの効果としては前述したように直接対象とする課題に対して行なわれたプログラムの直接的効果だけではなく、その他への効果も考えなければならない。またその生活機能レベルで生じる効果は、直接的にそのレベルに対して行なわれたプログラムによるものだけではなく、他のレベルに対して行なわれたプログラムによる間接的効果を含めて検討しなければならない。そのため各生活機能レベルごとのプログラムの間にも矢印で相互関係を示している。

#### 7. 主目標・副目標 A の候補

主目標およびその具体像の活動レベルの目標を設定するためには、参加レベルの予後学と活動レベルの予後学によって予測され、構想された複数の活動と参加

のセットが、目標の候補になる。これは参加の予後(主目標の候補)と、それに対応する複数(多くはかなり多数)の「している「活動」」の予後(副目標 A の候補)とが一つのセットを作り、そのようなセットが複数個あるということである。これを図の最下段に示している。そしてその中から本人・家族が専門家とのインフォームド・ココペレーションのもとに一つのセットを選んで決定するのである。

その際目標の候補の予後予測は、心身機能の予後予測に基づいて活動レベルの予後が予測され、そしてそれによって参加レベルの予後予測が可能になるというような単純なものではない。各々直接的に各生活機能レベルに働きかける有効なプログラムをもっており、また図に示しているように様々な因子が相互に大きく関与し合っているのである。

#### 8. 「できる「活動」」の重視を

以上示したように枠内の各因子は相互に密接に関連し合っている。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くるが、その際各職種は評価・プログラムともに自分が直接的に関与している生活機能レベルだけではなく、図に示してい

るように各生活機能レベルや様々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するよう努めなければならない。その上で理学療法士の直接的な働きかけの対象としては「できる“活動”」を重視することが肝要と考える。この点については6.「できる“活動”」の重視において述べる。

## 5. 目標とは？

前述したように、長期目標、短期目標をはじめとする目標やプログラムについて疑問をいだきながら、多くの症例と取り組むなかでの探求の結果として到達した目標指向的アプローチにおける「目標」とは、次に述べるような内容である。プログラムと目標とは不可分の関係であり、目標について整理することでプログラムについても理解していただきたい。なおここでは、生活機能構造論の臨床実践という観点を重視して整理した。

### 1. 生活機能・障害の「分析の上に立った統合」による目標設定

目標の設定は特集<sup>5)</sup>で述べた生活機能・障害の「分析の上に立った統合」によって進められていく。この「分析の上に立った統合」は、診断・評価、予後予測、目標設定、目標達成に向けてのプログラム設定、目標達成へのプロセス、患者本人の自己問題解決能力向上のすべての基礎となるものである。具体的には、図とその説明で述べたプロセスを通して、生活機能・障害の各レベル(階層)間の相対的独立性と相互依存性を明確に把握して、その両方をふまえて行なうものである。

### 2. 個別性の重視

目標とは具体的なものであり、個々の患者に則したものである。すなわち、「この人がどのような人生・生活を生きるのか」という個別的・個性的なものである。個別的な目標・プログラムを立てるためには、ICF分類のすべての項目について考えていくと、抜けがなくなる。

一方、画一的な目標・プログラムになってしまう理由としては、特定の生活機能レベルや、その中の特定の項目についてだけを対象としてしまうことや、上記1)の分析と統合が不十分なことなどがあげられる。

### 3. 目前だけでなく一生にわたる生活機能を考える

目標は目の前もしくはその時点での問題点への対応ではなく、患者の一生にわたる長期的な真の利益を最大にすることを目指して設定すべきものである。生活機能・障害の評価も、その時点におけるだけの評価としてでなく、将来においてどうなるかも予測すべき

で、それは一生にわたってのものとして考えるべきである。

### 4. すべての障害レベルについての目標

すべての障害レベルについて明確に立てる必要があり、その設定のプロセスは図とその説明で述べたとおりである。

### 5. 参加レベルの「主目標」を最重視

その中では参加レベルの目標である「主目標」(どのような人生を築くか)を最優先・最重視する。それはリハビリテーションが目指す「人間らしく生きる」ことの中で最も重要なのは社会的存在としての人間のあり方だからである。そしてそれを実現するために必要な活動レベルの目標である「副目標 A」(複数)を決める。次いでその副目標 A の実現のために必要な心身機能・構造レベルの副目標 B(複数)を決めていく。

### 6. 主目標の具体像である活動レベルの副目標

副目標 A(活動レベルの目標、複数)は、主目標(が示す人生)の具体的な内容をなす 1 日全体の生活行為(複数)のそれぞれについての目標である。すなわち主目標と副目標 A とが一体になって、目標とする人生・生活像が具体的に示される。したがって、副目標 A と主目標とは同時に決定されるべきものである。

この部分の副目標 A(活動レベルの目標)は ADL のみでなく ASL(activities of social life, 社会生活行為)、VS(vocational skills, 職業能力)、AS(avocational skills, 余暇活用能力)を含むべきである。また単なる自立度(自立、半介助、全介助、等)の程度ですませるのではなく、どのようなやり方(姿勢、補助具、介助法、等)・手順で行なうかまで、細部にわたって具体的に設定されるべきものである。

なおこの副目標 A は“活動”向上訓練(ADL 訓練を含む)における目標(「する“活動”」)に他ならない。

### 7. 目標はインフォームド・コオペレーションをもとに立てる

目標は、専門家と患者・家族側との共同決定によるものであり、その正しい設定に向かって両者が協力して進めていく。これがインフォームド・コオペレーションに立った目標設定である。この過程がなければ自己決定権を尊重しているとはいえない。この点について詳しくは次回に述べる。

### 8. チーム全体としての一つの目標

目標およびそれを達成するプログラムはチーム全体に共通のものであり、それをチームで具体的に明確にした上で、はじめてそれを達成するための役割を分担するものである。各職種が別々に立てたプログラムの

合算がチーム全体の目標になるものではない。これについても次回に詳しく述べる。

## 6. 目標指向的アプローチの具体的すすめ方 —「できる“活動”」の重視

ここで、理学療法士との関連が深く、目標指向的アプローチの具体的すすめ方のポイントともいえる、「できる“活動”」の位置づけについて述べる。

なお活動レベルの評価において能力(「できる“活動”」)と実行状況(「している“活動”」)を明確に分けて、両者は別のものでありその両方の評価が必要であるとしたことは、ICIDHからICFにおいて大きく変化したところである。そのような重要な論点を臨床実践にいかにかかすかという具体例の一つが、この「できる“活動”」の重視である。

### 1. 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・評価が必要である。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な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なうものである。この点を大前提として認識しておかなければ「評価のための評価」となってしまう。詳細に評価することが必ずしも望ましい評価ではなく、最良のリハビリテーション・プログラムを作ることに役立つ評価の仕方こそが重要なのである。このような視点で評価する場合、理学療法において「できる“活動”」は要となる。

### 2. “活動”から出発する評価

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、そして疾患について行なうが、すべてのレベルについて細かくみればみるほど、また評価者のみえる能力が高いほど様々な問題と様々なプラスの面を発見できる。そのため評価のすすめ方にも何を優先するのかということが重要となる。

理学療法においてはまず心身機能、その中でも要素機能について評価することが最優先なのではない。むしろ最初には、患者に評価のための負荷を与えることなく行なえる、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の生活)をみることによって、極めて多数ある心身機能と「できる“活動”」のうちどれに重点をおいてみるべきかがわかる。

その際もすべての問題点について総花的に行なうのがよいのではなく、生活機能・障害(これも心身機能だ

けではない)によって、ポイントとなるいくつかの点がある。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ある。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と同時に患者の主体的側面<sup>9)</sup>への影響も大きい。

### 3. 歩行と立位姿勢でのADL実施—基本動作と活動の明確な区別—

目標指向的アプローチにおいて、理学療法の評価として重視する「歩行」と「立位」とは、「できる“活動”」のレベルでの実用歩行と立位姿勢でのADL実施の能力である。これ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ある。理学療法において歩行や立位は最も基本となる動作・行為であるが、それにも何種類もあり、それらを生活機能構造に則して明確に区別することは、最も基本的なことである。

なお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、生活機能構造を無視したものである。活動レベルとして可能かどうかを判断する視点からの心身機能の評価と、これら二つのレベル間の相互関連性をみることなしに心身機能のみを切り離してみる評価とは、全く異なるものである。

### 4. 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理学療法士の技量

「できる“活動”」の評価は、杖や装具などを使わない単なる現状を評価するだけではなく、例えば杖や装具をどのようなものを使うかという環境面の因子と、どのようなADL指導を行なえばどう変化するかという具体的働きかけ(プログラム)とを含めて実際に指導しながら確認するというかたちで最終的に判断すべきものである。杖・装具の適切な選択やADL指導は、適切な指導が行なわれれば(技量が高ければ)即座にその効果がでるものである。そして評価であると同時にこれ自体がADL指導となる。

### 5. “活動”をみることで、重点をおくべき心身機能を明らかに

前にも述べたように、心身機能レベルの課題は非常に様々なものがある。その中で何を特に重要な課題としてみるのかは、活動レベルをみることでわかることが多い。例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ある。また心身機能のどのような内容をさらに詳しくみるべきかもこれによって明らかになる。

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ある。

(次回に続く)

---

## ●引用文献

---

- 1) 上田 敏：ICF の基本的な考え方—生活機能(プラス面)の重視と階層的的理解を中心に。PT ジャーナル 36：271-276, 2002
- 2) 大川弥生：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)—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。

PT ジャーナル 36：361-366, 2002

- 3) 大川弥生：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)。PT ジャーナル 36：441-447, 2002
- 4) 上田 敏：評価に生かす ICF—「プラスの診断学」とは何か。PT ジャーナル 36：507-511, 2002
- 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生かすか—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
- 6) 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
- 7) 上田 敏：リハビリテーションを考える, 青木書店, 1983
- 8) 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
- 9) 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

## 理学療法プログラムに生かす ICF (2)

—リハビリテーション・プロセスへの患者・家族の主体的関与・決定—

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

前号<sup>1)</sup>に引き続き目標指向的アプローチについて、目標設定のプロセスの重要な部分である、患者・家族の主体的関与・決定を中心として述べる。前回の図をご参照いただきたいが、リハビリテーション(以下、リハ)チームが行なう評価にはじまって“参加”の予後予測(複数)に至るプロセス全体は、図の左下を占める大きな四角形の枠内にあり、その枠全体が左側にある「患者・家族の主体的関与・決定」と双方向の矢印で結ばれている。これは従来のわれわれの類似の図<sup>2~4)</sup>では予後(心身機能・構造、活動、参加の各レベルにつき、それぞれ複数)からしか患者・家族に向かう矢印がなかったものを今回修正したものであるが、これはリハの全過程への患者・家族の主体的関与をいっそう強調し、誤解の余地をなくすための修正である。

また、大きな四角形のなかの右下の「している“活動”の予後予測」と「参加の予後予測」(いずれも複数)から出て右端を上行して上の主目標・副目標 A・副目標 B にいたる矢印(前号では矢が抜け欠けていたが誤り)に対して、「患者・家族の主体的関与・決定」から矢印が達している。これがインフォームド・コオペレーション<sup>3~8)</sup>の最も重要なポイントである。十分な説明とディスカッションをふまえての、専門職チームから提出された複数の実現可能な予後予測(目標の候補)である「活動・参加」のセットの中から患者・家族が熟慮の上で一つを選択するというプロセスである。しかもこの「チームによる複数の選択肢の提示」は図には示していないが、目標設定だけで終わるのではなく、目標実現のための大方針やそれを具体化したプログラムの設定、さらには個々の技術の選択についても行なわれるのである。これが専門職チームの専門

性と患者・家族の自己決定権の両者の尊重・両立の上に立った共同決定であり、それを実現するための共同の努力のプロセスである。

このような持続的な協力関係を支える「共通言語」<sup>2,9,10)</sup>が ICF である。ICF はリハに携わる専門職の間での、またそれらと行政などとの間での相互理解とコミュニケーションのための共通言語という意味も大きい。いっそう大きな意味をもつのは専門職チームと患者・家族との間の協力のための共通言語としての意義である。もちろんこれは ICF が初めて提起したのではなく、むしろ 1980 年の ICIDH 以来の 20 数年間に起こった患者・障害者の権利尊重、特に自己決定権とその前提としての「知る権利」の尊重・保障の重視が ICF に至る改定のプロセスに大きな影響を与え、ICF に「共通言語」としての役割を刻印したのである。

したがって目標指向的アプローチにおける目標設定プロセスの重要な一部としての患者・家族への説明は、専門家集団が行なうすべての評価結果、予後予測の結果、さらにそれらを支える各種のプログラムと予後学にまで及ばなければならない。そして単に「説明した」という形式を整えるのではなく、インフォームド・コオペレーションとして患者・家族に正しく主体的に参加してもらい、理解してもらおう努力を払わなければならない。そしてその過程自体を促進する技術において ICF の活用が効果的ツールとなる。

### 2. リハ・プロセスへの患者・家族の主体的関与・決定

#### —「共通言語」としての ICF の重要さ

#### 1. 患者・家族への説明と問題発見に大きく役立つ ICF

専門的な内容を含む、複雑な評価結果、予後予測の

結果、その他を専門家ではない患者・家族に正しく説明するなどには至難の業ではないかと思われるかもしれない。しかしそこでこそ、ICFの枠組みが大きな役割を果たすのである。その基本的な考え方については本講座第3講<sup>10)</sup>(36巻6号445ページ, 3-1)の「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」で述べた。

患者への説明は同時に患者の真のニーズを確認することと切り離しがたく結びついている。筆者は患者・家族への説明にあたって、一方的に説明をするのではなく、真の希望を引き出しているかどうかを再確認する過程と位置づけている。そのように位置づけて説明する場合や、患者や家族の希望を聞く際には、図1に例を示すように、患者の問題や希望、課題を生活機能と障害の構造にあてはめて整理する図を描きながら、患者と話し合い、患者へ生活機能構造に沿って整理できるような問いかけいをしながら、患者自身に希望や意見を言ってもらうようにしており、それが非常に有効である。このように自分自身の状態と関連づけて説明されることによって生活機能構造自体を理解しやすくなり、患者自身が自分自身の問題点・希望などを整理し、それによって課題を明確にすることが可能となってくる。これは患者の希望を積極的に引き出すために有効な方法である。またこのように生活機能構造に沿って問題を整理していく論理的思考法を身につけることは問題解決能力(自己決定能力<sup>5)</sup>)を向上させるためにも有効である。

患者自身の希望として、「右手の麻痺の改善」が表出された場合を例にして図1で説明する。この「右手の麻痺の改善(図1①)」は真のニーズではなく、後に述べるデマンド(要求・要望)であり、生活機能レベルの中では機能障害レベルの改善を求めるものである。ここでこのデマンドをそのままニーズと考えるのではなく、少なくとも次の2点を確認する必要がある。その際にも生活機能構造による分析・統合が役に立つ。一つはなぜ患者が右手を治してほしいと思うのかの確認である。もう一つは活動レベルと参加レベルの希望がないのかを聞き出すことである。

まず1点目のなぜ右手を治してほしいかを本人に聞いていくと、実は「右手さえ治れば、様々な活動そして参加ができるようになる」と考えているためであることがわかってくる場合が多い。2点目の活動や参加レベルについての希望については具体的な活動や参加の項目を提示して希望の有無やその具体的な内容を聞いていくと、実は活動・参加レベルともに希望は非

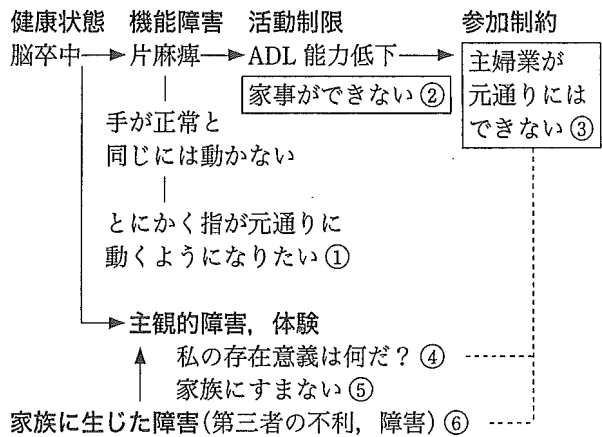


図 1

常に多数にのぼるらしいことがわかってくる。ただし活動レベルについては「まだ、身の回りのことさえ手伝ってもらっているのにその先のことなどわからない」などと言い、具体的な希望が出にくいこともわかってくる。参加レベルのことについてはこんな状態では考えられないといわれることもあるが、例えば「また旅行をしたいかと思いませんか」と参加レベルの具体的な項目を提示していくと「そんなことができることより、とにかく家のこと(家事)ができるようになるのが一番大事。私が家の中のことができなければ、嫁も仕事に行けなくて困るだろうし…」と主婦として働く参加レベルの希望(図1③)が表出されるようになってくる。すなわち家事行為が実行できる(図1②)ようになるためには右手を治すことが必要だと考えて、そのために右手を直したいと希望していることがだんだんと明らかになってくる。

しかしこのように表出された家事を一番大事(ニーズ)と結論づけるのではなく、家事が一番に重要なことなのかどうかをその理由を含め、もっと確かめていく必要がある。そこで「家事ができなくてもお嫁さんがやってくれるんじゃないんですか」と聞くと、「うちの嫁は仕事が好きやうだし、家事までやらせるのは…」「家事のことを私がとりしきってるから、家にいれるし…。家事ができないで家にいるのは何か申し訳ないし…」などと、家事をやっているということが、この患者の家庭における役割でもあるし、存在意義でもある(図1④)ことがわかってくる。家事ができないことが、嫁を含めた家族への第3者の不利(図1⑥)を及ぼしており、さらにそれが家族にすまない(図1⑤)、自分の存在意義への疑問(図1④)などの本人の主観的障害としてはねかえってきていることがわかってくる。



さらに参加に関しての他の希望について別の側面からも確認することが必要で「でも元気なときには旅行も好きだったのでしょうか」と尋ねてみると、「いつも家事をきちんとしているから大きな顔して外にだっ  
ていけた」と、家事をするということが他の参加レベルにも大きく影響していたことがわかってくる。

すなわち主婦業として復帰することが参加レベルのニーズであり、右手を治すというデマンドと、真のニーズは大きく異なっているのである。

このように生活構造に沿って各レベルについて質問をして整理していくことで、真のニーズを引き出すことができるのである。

ただしこのような図を描いても、患者が理学療法士(以下、PT)とは機能障害に対して(のみ)働きかけるもので、活動に対して働きかけるものでないと考えていけば、結局はPTへの希望は右手を治したいことにとどまってしまうであろう。

## 2. 実際のADL訓練を通じて体得するリハの本質と専門職の具体的な技術に対する理解

このようにリハにおける患者・家族への説明とは一方的な説明ではなく、また患者・家族の希望を一方的に聞くことでもなく、積極的な関与を促進するような十分なディスカッションを通して問題点を共同で確認していくことである。

その際考慮しなければならないのは、言葉による説明とともに実際のADL訓練の体験を通じてのリハの本質についての理解促進の有効性である。これは専門職が提供できる具体的な技術についての理解の促進と言  
い換えてもよい。

患者・家族がリハが機能回復訓練であると誤解しているということは、PTだけでなくOTなどについて、機能回復訓練だけをする人たちであり、ADL向上や、今後の生活・人生のあり方などを一緒に考えてくれる人たちだとは思っていないということである。そうであれば、患者は麻痺の改善などの機能障害レベルだけの問題を希望としてだす他はなく、生活や人生の視点からの希望は出ないことになる。専門職に専門以外の希望を出してみても仕方がないことだと思ってしまうのである。「立てるように」「歩けるように」という希望が出て、それは具体的な生活の中での活動レベルの内容ではなく、実は心身機能レベルの内容にとどまっていることがほとんどである。

このようにリハは機能回復訓練であるとの誤解はPTをはじめとする、専門職が提供できる具体的な技術についての無理解であり、正しい理解を促進する必要

がある。それにはまずリハとはどういうものかの説明が重要である。この場合の説明には、口頭の説明だけでなく、それに関する本を読んでもらうことも有益である。

しかし最も有効なのは、リハの具体的な内容(ADL訓練)を体験し、その効果を実感してもらうことである。このようにすれば、リハとはADLをはじめとする“活動”を向上させ、それを“参加”の向上に結びつけていくことであり、ADL訓練がその最も基本的な技術であることを実際に患者・家族自身が体験を通して理解するようになる。またそれによって、それまでのリハについての理解が誤りであったことが理解でき、また“活動”向上とはいかに専門的な技術によって達成されるものなのか、ということも実感することができる。

ふつう患者・家族は、ADLは小さいときから自然に身につけてきたことで、非常に簡単なことだと思いがちである。またリハは機能回復訓練だという根本的な誤解にとらわれているために、ADLを含めいろいろな活動ができるようになることがリハにとって重要だと説明されただけでは、それが実現するのは麻痺を治すことによってでしかないと思いがちである。また一つひとつのADLについて訓練するよりも、麻痺自体が治りさえすればすべての行為が可能になると考えてしまいがちである。

そのため特にリハの開始時において、治療者の技量を信頼してもらうことをも副次的な目的として、本人の生活にとって重要な意味をもつ項目について、短期間、できれば2~3日以内に実生活で、すなわち「している活動」として自立させることが効果的である。その一例を次に紹介したい。

## 3. 短期間での「している“活動”」自立の有意義さ —鶴見和子氏の「りんごむき事件」

これは筆者の実体験であるが、評論家の鶴見和子氏は有料老人ホームに入所し毎日シューホーン型装具をつけて平行棒内歩行をしていたが、段々と歩行が不安定となり、立ち上がりもできなくなってきた時期に、縁があつて目標指向的リハを行なった。その開始時に将来の生活について、それまでの(発症前を含む)実生活についての情報を十分調べた上で、様々な選択肢を提示したが本人の希望は特になかった。むしろ「歩いたために転んで骨折してボケることがいや」という消極的な態度(というよりリハへの不安)だけであつた。ウォーカーケインと両側支柱付短下肢装具で歩けることは入院当日に試してみ、本人も「歩ける」こと自

体は喜んだのだが、将来の「和服を着る」「講演をする」「新幹線で旅行する」等々のより大きな展望にはつながらず、全体としては消極的であった。しかし入院3日以内にりんごを一人でむけるようになると説明し（氏はそれにも懐疑的であったが）、それがそのとおりに実現する（釘付きまな板を使用）ことによって、入院日には既に説明はしていたが本人はできるはずがないと思ひ、拒否的であった和服を着ること等々についての希望が「そういえば先生は〇〇ができるようになるとおっしゃってましたね」というかたちで表出されるようになってきた。さらに病棟の立位姿勢用の洗面所までウォーカーケインと両側支柱付短下肢装具で「している“活動”」として見守りで毎回行なうようになると、さらに様々な希望が表出されるようになった。そしてその後様々な希望が表出されるようになり、最終的には再び和服を着て講演をしたりするまでになったのである。

しかし入院初日にはこちらが提示した活動、参加レベルの様々な選択肢に拒否的であり、その理由を後に聞いてみると、それまでリハ・サービスを受けてきて（早期からリハを開始し、有名リハ専門病院に入院）それ以上よくはならないと説明され、その後立ち上がりさえ困難になってきていたので、発症後最も良い状態のときですら不可能であった和服を着たり、講演したり、新幹線の利用などできるはずがないと思っていたとのことであった。また病前の生活についてそれまで具体的に聞かれたことすらなかった（りんごを毎日むいていたことも含め）ので、リハにおいては自分の希望を言うことは求められていないし、言っても嫌がられるだけだと思っていたとのことであった。

鶴見氏のようにそれまで専門家にきちんとした説明を求め、自己主張をしていた人ですら、自分の状況（とその可能性）やリハについて正しく理解ができないような条件下では、正しい希望の表出ができないようになっていたのである。これに加えて説明を求めてもきちんとした答えをしてもらっていないことが専門家と話し合うことをあきらめていた一因であった。

この鶴見氏の例ではりんごを一人でむけるようになったことが鶴見氏の後の人生を変える契機となったということで、後日「りんごむき事件」と本人や関係者の中では言うようになった。このように活動について、たとえ小さいことでも短期間で具体的に改善させることができる、指導の効果と専門家の専門的技量を実感してこそはじめて“活動”レベルについての希望がでてきたのである。

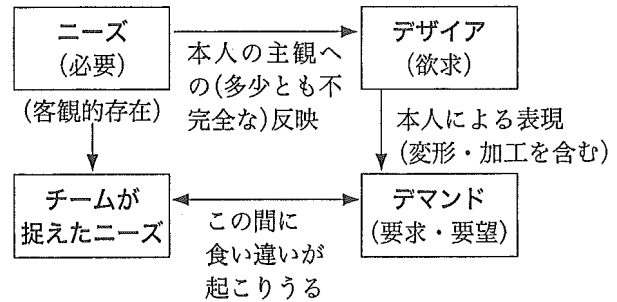


図2 ニーズ、デザイン、デマンドの構造  
(上田, 1983, 2002)

筆者は患者の希望は積極的に引き出すものであると考えている。“活動”そして“参加”レベルの希望を引き出すためにはこのような“活動”向上の技術によって、患者から治療者の技量についての信頼を得ることが不可欠なのである。(本例の詳細は文献<sup>11)</sup>参照)

#### 4. 「ニーズ」、「デザイン」、「デマンド」の明確な区別

インフォームド・コオペレーションの重要な一部である患者・家族との話し合いは、質問や希望の表出(むしろ積極的な希望の引き出し)を含むディスカッションの過程であるから、引き出されたり、表出された希望をどのように理解すべきかが問題になる。

しばしば表出された希望がそのまま「患者のニーズ」であると考えられやすい。しかし「ニーズ」という場合に図2に示すデザイン、デマンド、チームとしてとらえたニーズと真のニーズの計4種類が混同されていることが少なくない。この4種類を明確に区別して把握<sup>12)</sup>し、またカンファレンスなどでもこれらを区別して議論することが必要である。

ニーズとは「必要」、すなわち客観的にみて、この患者が真に必要としていることは何かということである。しかもそれは現在の時点だけのものでなく、将来にわたるものである。ニーズは「先を読んで」、この人が将来どのような生活・人生を送るか、そのために何が必要かという観点でとらえなければならないということである。この将来の生活・人生とは生活機能構造のすべてのレベルについて広く具体的に明確にすべきものである。その際それらのレベル間の相互関連性まで綿密に確認しておくことは生活機能構造としてとらえる場合の基本である。

##### 1) デザイン(欲求)とは何か

現在患者が希望していることはデザイン(欲求)であり、それがそのままニーズではない。これは図2に示すように、客観的存在であるニーズ(必要)が、患者の主観によってとらえられた(主観に反映された)もので

ある。その過程で患者の心理的な状況や正しい知識の有無・程度などによって、多少とも偏ったものとなりがちである。

障害をもち、自分でしたいことができないという“追い詰められた”状況で、将来の予後がわからない、“先が見えない”，また必要な知識をもたない患者にとって、自分のニーズを正確に認識することは至難の業である。そのため本当のニーズとデザインとは多少とも喰い違いがあるのが普通である。障害をもった後まもない患者だけでなく、障害のある患者の場合、一般的にこのような状態にある可能性を念頭において、自己決定能力が妨げられているのではと考えて患者の希望を批判的に検討し理解する必要がある。

## 2) デマンド(要求・要望)とは

デマンドとは、患者が現在口に出して要求(要望)したこと、あるいは希望として表出したことである。したがってニーズそのものでないだけでなく、デザインそのものでもなく、デザインがさらに変形されたものである(表現やコミュニケーションの能力や仕方によって)ことが多い。例えばほんの些細な出来事によって、デザインは同じままでもデマンドは変わって表出されることがしばしばである。

## 3) チームがとらえたニーズとデマンドの解離

チームが専門性に立って知恵を集めてとらえたニーズと、本人が表出した要求・要望(デマンド)との間には喰い違いが起こり得る。この場合、本人のデマンドがそのままニーズだと考えることは専門性の放棄であり、目先の要求への追従であって、決して患者の大局的な、将来にわたっての利益につながるものではない。しかし、逆にチームがとらえたニーズを絶対のものとして本人・家族の要望に耳を貸さないことは押しつけであり、パターンリズムそのものである。それはチームのとらえたニーズが100パーセント正しいという保証はないからである。

この矛盾は、次に述べるインフォームド・コオペレーションのプロセスによってはじめて解決できるものである。

## 5. インフォームド・コオペレーション

### —自己決定権尊重の具体的なプロセス

インフォームド・コオペレーションとは従来言われてきた「インフォームド・コンセント」が、ともすれば一回限りの「点」にとどまりがちだったものを、継続的な協力過程である「線」としてとらえ、さらにその対象とするものの幅を広げて(心身機能、活動、参加、環境、主観的体験、第3者の障害など)、いわば「面

として進めていこうというものである。

これは、目標・プログラム・技術について常に多くの選択肢を提示してよく説明し、それを患者・家族がよく理解した上で選択し、そのような共同決定の上に立った共同作業として、協力しながらそれらを実現していくという過程(プロセス)の繰り返しである。また一度行われた選択が最良であったかどうかの再確認も常に繰り返し、必要があれば方向転換も辞さないものである。

これはわれわれが専門職チームの専門性と患者の自己決定権の尊重とを両立させるための努力の中から生み出したものであったが、それがわが国の医事法学の先駆者である唄孝一氏の言われる「インフォームド・コンセントの第2性格」と期せずして一致したことは非常に興味深く、また心強いことである<sup>13)</sup>。

なお患者の自己決定権の尊重とはリハビリテーション(全人間的復権<sup>12,14)</sup>)において回復されるべき基本的人権の中で最も重要で中核的な権利が自己決定権であることの認識からきたものである。患者は病気と障害によってだけでなく、医療に根強く残るパターンリズムによっても自己決定権を奪われ、自己決定能力を発達させることをはばまれがちである。リハ医療はあらゆるレベルでの自立を目指す、中でも最も重要なのは精神的自立であり、それを支えるのが自己決定能力によって支えられた自己決定権の行使である。

そのような状況におかれた患者の自己決定能力自体を高めていくことが目標指向的アプローチのひとつの大きな課題であり、そのために「線」としての継続的な協力の中で自己決定の経験を積み重ね、その中で自己決定能力を高めていくのがインフォームド・コオペレーションのプロセスである。これは正に「人間らしく生きる権利の回復」というリハの理念の根源にせまるアプローチである。その際に生活機能のすべてのレベルと主観的側面まで含めた全ての側面の相互関連性を本人が正しく認識できるような専門家の働きかけがあることが必要であり、その意味でICFは「人間らしく生きる権利」を具体化する際に不可欠なツールなのである。なおインフォームド・コオペレーションについて述べるべきことは多いが、詳しくは文献<sup>7,8)</sup>をご参照いただきたい。

## 3. 陥りやすいアプローチをどう避けるか —ICFを生かして

リハ・プログラムを進めていく際にややもすると陥りやすいいくつかの誤った思考過程がある。それらの

多くは生活機能構造に沿って問題を整理すれば避けられたはずのものである。ここではそのうち PT に関係の深いものに限って検討していきたい。同時にこれによって ICF に立脚した目標指向的アプローチの特徴をより良く理解していただけることにもなるであろう。

### 1. 段階論的アプローチ

これは単純化して言えば、まず心身機能(特にマイナス面である機能障害)の最大限の回復をはかり、それが限界に達してはじめて活動レベルへの直接的な働きかけに移り、それらが限界に達してはじめて参加レベルへの具体策を講じはじめるものである。このように一応はすべてのレベルに働きかけることにはなるが、実は活動レベルへの働きかけは「できる“活動”」「している“活動”」ともに極めて不十分なことが多い。また参加レベルへの働きかけもごく一部に限られがちである。

例えば脳卒中後片麻痺患者を例にとれば、まず機能障害への働きかけとして片麻痺の改善を行ない、それがある程度限界に達した後に(達しはじめた頃に)活動レベルへの働きかけをはじめ。この場合も活動レベルの一部への働きかけに限られがちである。そしてその後に参加レベルについて働きかけていくが、その場合も多くは自宅復帰か、転院・施設入所か、職業復帰かといった大まかな問題に限られる場合が多い。しかもこの場合の各レベルへの働きかけは多くは直接的<sup>1)</sup>なそのレベルへの働きかけであり、相互関連性は十分には考えられていないことが多い。それにも関連の深いこととして、心身機能は PT・OT、活動は看護師、参加はソーシャルワーカーなどと各生活機能レベルごとに担当職種が決まってしまうがちである。

その中で PT の働きかけについてみると、心身機能レベルへの働きかけに限定していることが多い。例えば杖や装具を使用しても、真の活動レベルへの働きかけではなく、基本動作としての訓練室内歩行やいわゆる応用歩行<sup>16)</sup>において用いるだけで終わることのほうだが、残念ながら多いようであり、また「最後の手段」的な使い方になりがちである。

これらはいずれも心身機能の障害(しかも多くはその一部)を他のレベルとの関連性(相互依存性と相対的独立性)においてとらえないままに、最重要視するとともに、活動・参加レベルに対して本来発揮できるはずの PT の専門性に立った直接的働きかけを軽視するという問題点をもっており、効果は乏しい。

### 2. 同時並行的アプローチ

これは生活機能の各レベルに対する働きかけを同時並行的に行なっていくが、職種別に各生活機能レベルを分担する点では段階論的アプローチと同じである。このアプローチでは障害の各レベルに対する働きかけを単に並行的に行なっていくだけで、各レベル間の相互依存性を明確にし、それを生かそうとはしない。そのため職種ごとに別々の、しばしば相矛盾する目標が立てられ、互いに効果を相殺する結果に終わりやすいものである。

### 3. 基底還元論的考え方

基底還元論とは多数の階層(レベル)からなる複雑な構造をもつものの階層間の相対的独立性を否定し、ある階層のみを「基底」とみて、他の階層はすべてそれによって規定されるとするものである。

これを生活機能レベルに関してみると、基底になるものとして PT は心身機能(特に機能障害)を重視する傾向が認められ、一方でソーシャルワーカーは社会的な因子に主眼をおくなど、リハチーム内においても各職種によって何を基底とするのかに大きな差がある。それぞれが基底と考えるものに既に価値観が入っているのである。これは実はその階層へ働きかける特定の手段のほうを重視したり、その階層の特定の内容のみを重視することにもつながっている。

PT においては、麻痺や特定の動きが正常からずれていること、すなわちマイナスが根本的なことであり、それを基底とする考え方が強いようである。これは旧来の治療医学と同じ考えである。さらにこのような立場は特定の機能障害というマイナス面だけをみたものであり、プラス面を重視するという、今回の ICIDH から ICF への改定の最大のポイントと反する点でも問題である。

ICF ではプラスの面を重視し、かつ特定のレベル(階層)が「基底」であってそれに「還元」できるとは考えず、すべてのレベルについて相互依存性と独立性をとらえなければならないとする。すなわち基底還元論とは基本的なスタンスを異にする。もちろん ICF と一致しないことだけで基底還元論が誤りだというのはなく、その他多くの点でリハにおける基底還元論の誤りは明らかである。

### 4. 特定機能障害至上主義

—それが本当に最も基本となる要因なのか

前述した段階論的アプローチや基底還元論的アプローチで述べたように、PT は心身機能への働きかけを主体としてしまう傾向が一部では強いようである。

その中でもある特定の機能障害に対する働きかけを最優先することがみられ、これは前述した基底還元論的アプローチですらなく、特定機能障害至上主義とでもいうべきものである。

しかし現実には、ある特定の機能障害さえ改善すればその他のすべての心身機能が改善したり、また活動や参加が改善するほど人間の体は単純なものではない。ましてそれぞれの生活、人生のあり方は単純ではない。生活機能モデルとしていえば、障害・生活機能の各レベルは相対的独立性をもっており、そのため特定の心身機能への働きかけのみですべての活動・参加が改善することはありえないのであり、特定機能障害至上主義は過度の単純化にすぎない。当然効果も非常に限られたものにとどまる。

#### 5. 心身機能をみることで活動レベルの評価や予後予測ができるとする誤り

活動レベルの現象は環境条件と関連した多数の心身機能の一定の組み合わせによって成り立つものである。例えば同じ歩行と表現されても、PT室での歩行と、実生活の中での、実際にトイレにいったトイレの中で微妙な位置・方向転換の移動をし、排泄をしてまた部屋に戻ってくるまでの歩行とは全く別物と考えるべきである。そのような活動レベルの歩行(実用歩行)<sup>3,15~21)</sup>は、訓練室の中での歩行(心身機能レベル)よりはるかに多くの様々な要因によって規定されずと複雑なものである。したがって心身機能としての歩行をみただけで活動としての歩行の評価や予後予測を行なうことは、原理的に(もちろん実際的にも)不可能なのである。

#### 6. 分立的分業

チーム全体として一つの統一された目標とその上に立った共通のプログラムがありその上での役割分担があるのではなく、各職種のそれぞれの目標・プログラムの単純総和として全体の目標・プログラムがあるかのように考えてしまうのが分立的分業である。このような考えに陥ってしまうのは、各生活機能レベル相互間に相互依存性があることの認識が乏しいことにある。また患者の限られた時間や体力の中でどのように優先順位を立てるべきかの考えが乏しいことも影響している。さらには、他の職種の専門性についての認識が不十分なことも大きく影響している。

例えば筆者は家事訓練においてPTのより積極的な関与の必要性を提唱<sup>18~20)</sup>しているし実践してきている。しかし一般には家事はOTのみの仕事と考えられがちであり、OT室には調理台や掃除訓練用のスパー

スはあってもPT室にそれらを整備している病院は極めて乏しいことにもこれが反映されている。これは家事のときの姿勢や移動、例えば掃除のときの中腰姿勢での移動に関して、これがPTの専門領域内の問題であることの認識が不十分なことの表れと思われる。それは逆に家事訓練を主に行っているOTがPTの専門性を狭い範囲に捉えているということでもあろう。姿勢や移動にPTの専門性を認めていても、それは心身機能レベルにおけるものであり、活動レベルの問題としては考えていないのである。このような活動の視点から移動や姿勢の問題・課題を明らかにし、それを改善する技術を開発・再構築することが望まれる。

分立的分業にも様々なレベルがあるが、共通しているのは、チーム全体としてのプログラム・目標が明確になっていないことである。例えば分立的分業を克服するのが「協業」<sup>21)</sup>であるが、それは共通の目標・プログラムの有機的な一部として各職種が働き、その中でそれぞれの職種の専門性が発揮されていることが大事で、それでこそ協業といえるのである。例えばADLへの働きかけの際に、様々な職種が同時に集まってADL訓練をしたり、PT・OTが介護法を看護・介護職に教えたりしさえすればそれだけで協業になるというものではない。PT・OTが一方的に介護方法を指導したり、もしくは「している“活動”」については看護・介護職のみで決めていくというのは、どちらも分立的分業にすぎない。ADL訓練における協業とは目標指向的“活動”向上訓練として共通の目標とプログラムのもとでの役割分担として行なうことである。

#### 4. おわりに

ICFは障害をめぐる「共通言語」である。このような共通言語の必要性が求められているのは、患者本位というリハの原点に立つてのことである。患者のもつ問題は複雑で入り組んでおり、その解決法も複雑<sup>2)</sup>である。PTをはじめとするリハ専門職に望まれるのはICFの考え方に立って、生活機能全体を構造的に把握すると共に、自分の専門性を全てのレベルの問題解決に向けて生かしていくことである。ここから出発してどのような具体的なプログラムを組むべきかをリハ医療の従事者全体で、またPTの中で議論し、さらなる発展の足がかりとすることを期待したい。

#### ●文 献

- 1) 大川弥生：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。PTジャーナル 36：609-

- 615, 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—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.
  - 3) 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
  - 4) 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
  - 5) 大川弥生, 上田 敏: 外来リハビリテーションの現状と課題—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
  - 6) 上田 敏: 科学としてのリハビリテーション医学, pp179-183, 医学書院, 2001
  - 7) 大川弥生: インフォームド・コオペレーション—自己決定権を尊重する具体的な手順. おはよう 21 11 (11): 52-55, 2001
  - 8) 大川弥生: インフォームド・コオペレーション②—デマンドに従うのではなく, いかにしてニーズを引き出すか. おはよう 21 11 (12): 64-67, 2001
  - 9) 大川弥生: ICF の基本的考え方をリハビリテーションの実際にどう生かすか(1)—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. PT ジャーナル 36: 361-366, 2002
  - 10) 大川弥生: ICF の基本的考え方をリハビリテーションの実際にどう生かすか(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. PT ジャーナル 36: 441-447, 2002
  - 11) 鶴見和子, 上田 敏, 大川弥生: 回生を生きる, 三輪書店, 1998
  - 12) 上田 敏: リハビリテーションを考える, 青木書店, 1983
  - 13) 唄 孝一: インフォームド・コンセントと医事法学. 第1回日本医学会特別シンポジウム記録集, 日本医学会, 1994
  - 14) 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
  - 15) 大川弥生: 実用歩行訓練. 総合リハ 20: 819-823, 1992
  - 16) 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
  - 17) 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
  - 18) 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
  - 19) 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
  - 20) 大川弥生, 中村茂美, 関口春美: 目標指向的家事訓練プログラム. OT ジャーナル 35: 315-320, 2001
  - 21) 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

(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 とは

## 国際生活機能分類

今回は、ICF を今後の障害者運動の武器のひとつとするために、詳しく知るための特集となりました。ICF が障害者の日々の生活にどんな意味を持つのか、どんな役に立つのか、上田氏には ICF の基本的な考え方、障害をどうとらえるかという観点から解説していただきました。春名氏、徳永氏、大川氏、太田氏には、それぞれ障害者の職業、教育、介護、障害者運動の各側面からご紹介いただきました。

### ICF は障害と障害者をどうとらえるか

国際生活機能分類日本協力センター 代表  
日本障害者リハビリテーション協会 顧問  
上田 敏

#### はじめに——共通言語をめざす ICF

2001年5月に WHO によって ICF (国際生活機能分類) が、国際障害分類 (ICIDH, 1980) の改定版として採択された。旧国際障害分類は、障害を3つの階層 (レベル) で捉えるという基本概念を明らかにした点で画期的であり、その理念は国際障害者年 (1981) の世界行動計画にも採用され、多方面に大きな影響を与えてきた。

今回の改定は、1980年以來の障害のある人 (障害者) をめぐる様々な状況や考え方の根本的な変化を受けてなされたものである。この改定は、障害当事者・専門家・行政・一般社会の「共通言語」をめざして、世界各国のさまざまな分野の専門家の協力、また専門家と障害当事者との協力によって実現した。

#### 1. ICF の特徴

ICF の生活機能構造モデルを図1に示し、それに沿って話をすすめる。

##### (1)「生活機能」とは人が「生きる」ことのすべてを示すプラスの概念

ICF を理解するには「生活機能」を正しく理解することが重要である。「生活機能」とは、人間が「生きる」ことの3つのレベル (階層) である「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のすべてを含む、プラスの包括概念である。これは旧国際障害分類の障害の3レベルを受

け継ぎつつ、それをプラスの面からみるように根本的に変えたものであり、天動説から地動説への転換にも比すべき、コペルニクスの転回といってもよい。

この3つのレベルは生命 (生物) レベル、生活レベル、人生レベルといいかえることもできる。つまり「生活機能」とは、人が「生きる」ことのすべてを、一度3つのレベル (階層) に分けた上で、立体的な構造をもった全体として捉えなおしたものであり、分析の上にとった総合である。

生活機能に困難 (マイナス) が生じたのが「障害」であるが、これも、「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」の3つのレベルを含む包括概念である。

障害の原因となる病気・ケガ等についても、ICF では「健康状態」が変わった。これは単なる言い換えではなく、妊娠、高齢、ストレス、など人が生きることに影響するすべてのものを含む非常に広いものである。

(2)プラスの中にマイナスを置いて考える

ICF の考え方の画期的な点は、病気や障害のある人のマイナス面だけをみるのではなく、プラスの面を重視しようという、この20年間に障害者運動等の中で定着

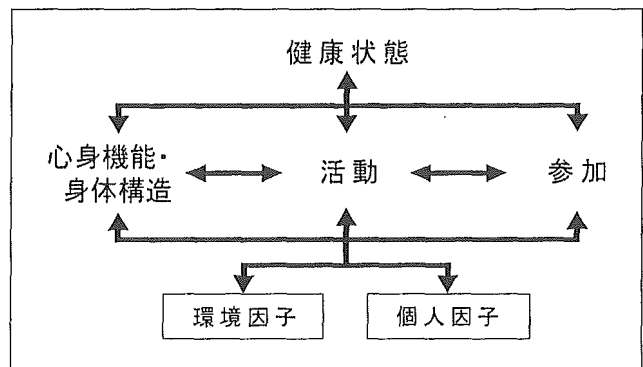


図1 ICF の生活機能構造モデル

してきた考え方を全面的に取り入れたことである。

障害者という、まるで障害しかもっていないかのように、また患者という、病気しかもっていないかのように、マイナス面だけで人を見がちである。しかし、実は障害や病気のある人の全体の中で障害や病気（マイナス）の占める部分は小さく、健全な機能・能力（プラス）がそれをはるかに上回っている。これはいわゆる「残存機能」だけではなく、適切な技術や工夫で引き出すことのできる「潜在能力」を含めて考えるべきで、それは無限ともいえるほどに大きいのである。

これは生活機能という大きな四角の中の一部に障害という小さな四角があるという図形を想像してくださいとよい。障害や病気のある人、さらには妊婦や高齢者のように生活・人生上の困難をもつ人を見る時には、このようにマイナスだけでなくそれを上回るプラスを見ることが大事である。

筆者の専門とするリハビリテーション（以下リハと略す）も、決して「マイナスをなくす・減らす」ことばかりをめざしているのではない。むしろ「プラスを増やす」ことがリハの成功のカギである場合が多いのである。

### (3)環境因子と個人因子

障害の発生には環境の影響が大きいことの認識に立って環境因子の分類が加わった。この環境には支援機器・家屋・道路・交通機関などの物的環境が含まれることは当然だが、それだけではなく、家族・友人・介護者などの人的環境、社会の意識や態度、さらに法制度、行政や各種のサービス（医療、福祉、教育など）までを含む非常に広いものである。

さらに個人因子（性、年齢、民族、ライフスタイルなど）も加えられた（分類は見送られた）。環境因子と個人因子とを合せて背景因子という。

### (4)相互作用モデル

国際障害分類では矢印が病気から機能障害へ、それから能力障害へ、そして社会的不利へ、という一方向だけのものだったので、「ある病気があれば必ず機能障害や能力障害、そして社会的不利が起こってくるという運命論だ」という誤解をよんだ。今回はすべての要素が他のすべてと関係し合うという相互作用モデルとなった。

### (5)活動の評価は「実行状況」と「能力」の両面から

ICFでは活動を見る場合に「実行状況」だけでなく「能力」という面からもみることになった。これはリハにとっては非常に大きな意義があることである。

われわれは以前からADL(日常生活活動)などの活動には訓練・評価の時に発揮される能力である「でき

る活動」と毎日の生活の中で実際に行われている「している活動」との2つがあり、これらは喰い違っている（ふつう「できる活動」の方が高い）ので、リハのためには両方をみることが大事だと提唱してきた。今回それが国際的に認められたということができる。

## 2. 生活機能と障害の「階層構造」について

### ——相互依存性と相対的独立性

「階層構造」とはICFが旧国際障害分類から受け継いだ重要な「遺産」である。

#### (1)階層構造とは「積み重ね構造」

階層構造とは、単純なものの上に複雑なものがのり、そのまた上に更に複雑なものがのりという、「積み重ね構造」のことである。実はわれわれが生きている世界そのものがそのような階層構造をもっている。すなわち、クォーク・素粒子・原子・分子という基礎的な物質自体にすでに階層性があるし、それが複雑に組み合わさってできた生命、その上にのったさらに複雑な人間の精神活動、そしてそのような人間がつくる社会（経済・政治・法律）などの階層構造である。

生活機能も「心身機能・構造」（生命レベル）の上に「活動」（生活レベル）、その上に「参加」（人生レベル）があるという階層構造をなしている。

#### (2)相互依存性と相対的独立性

このように階層構造として見るのが大事なのは、それぞれのレベル（階層）の間には「相互依存性」だけでなく「相対的独立性」があり、それが実際的に非常に大きな意味をもつからである。

##### ①相互依存性とは

相互依存性とは「互いに影響し合う」ということである。たとえば脳卒中（健康状態）によって右手右足のまひ（機能障害）が起こったとする。そうすると歩けなくなり、また右利きの人であれば字が書けなくなり、片手しか利かないので日常生活活動や家事も職業上で必要なこともできなくなる（活動制限）。そしてそのような状態では、たとえば職を失うこと（参加制約）も起こりがちである。

##### ②相対的独立性とは

レベル（階層）間の関係にはこのような相互依存性しかないと考え、「片手片足がまひすれば歩けないのはやむを得ない、職を失うのもやむを得ない」という「運命論」におちいる。そして「それを解決するにはまひを治すしかない」という、いわゆる「基底還元論」におちいる。

しかし実は各レベル（階層）の間には「相対的独立性」がある。上の例なら、リハ医療では脳卒中のまひ



をよくすること以外に方法がないとは考えない。足のまひが回復しないうちでも、装具（靴に金具をつけて足を支えるもの）と歩行補助具（安定したウォーカーケインや四脚杖など）を使って実用歩行訓練などの「活動向上訓練」をすれば、多くの例で短期間（数日）で歩けるようになる。そしてよく言われる「道具に頼ってはいつまでも良くならない」というのとは全く逆に、歩くこと自体がまひの回復を促進するのである。

また整容・更衣・排泄・入浴などのADL（日常生活活動）はADLに関する「活動向上訓練」を受ければ、片手片足ですべて行なえるようになる。家事なども家事に関する「活動向上訓練」によりすべて片手で行なえるようになる。片手で家事すべてをこなせるようになって主婦として家庭に復帰した人は数えきれないほどである。

ということは、「活動」レベルには相対的独立性が大きく、「心身機能」が回復しないうちでも「活動」は回復でき、それによって「参加」まで向上できる（「主婦業」への復帰やその他の社会参加の向上）ということである。これは潜在的な能力を引き出すことができるということであって、まさに前に述べた「隠れたプラスの可能性を考えれば、プラスはマイナスよりはるかに大きい」ということである。

### 3. 共通言語としてのICFの意義

ICFは主に次の2つの意味で「共通言語」である。

#### (1) 共通のものの考え方・とらえ方としての共通言語

障害（「生きる」上での困難・問題）のある人自身がよりよく「生きる」ために努力し、それを種々の専門

家（保健、医療、福祉、教育、職業、介護など）が支援していく上で、ICFは共通のものの考え方・とらえ方として大きく役立つ。それは要するに障害者を一面的・部分的にではなく、全人間的にとらえるということである。

ひとは自己の専門や知識や関心によって、自分自身についても、支援する人についても、ついある一面だけを重視して、他の面を軽視したりしがちである。そして偏った方向に行ったり、無駄な時間や努力を費やしたりする。また立場の違う人の中で相互理解が困難になったり、誤解や反発が起こることも少なくない。しかし障害者自身を含めすべての人がICFによる総合的なものの考え方・とらえ方を身につけることができたなら、このような無駄や行き違いがなくなり、共通の立場に立った協力が可能になる。ICFはそのような大きな可能性をもっているのである。

#### (2) 具体的な情報伝達・情報共有のための共通言語

以上を前提として、個々の人についての総合的な情報の伝達と共有のためにICFを具体的に活用することが重要である。現在、保健・医療と介護をはじめあらゆる分野で当事者への情報開示と「説明と納得に基づくサービス提供」ということが重視されており、すでに医療保険と介護保険ではICFの生活機能・障害構造に基づいた「リハビリテーション（総合）実施計画書」が当事者（本人と家族）と専門家との間の情報共有・相互理解の手段として活用されている。障害者自身も家族もぜひICF的な総合的な見方を身につけて、医療・介護の専門家に積極的に情報開示を求めているべきだ。

## 《記念講演》

## 国際生活機能分類 (ICF) とリハビリテーション医学の課題

日本障害者リハビリテーション協会顧問  
国際生活機能分類日本協力センター代表 上田 敏\*

## はじめに

2001年5月に世界保健会議 (WHO 総会) で採択された ICF: 国際生活機能分類は, WHO 国際障害分類 (ICIDH, 1980年) の改定版であるとともに, 健康と障害の見方を抜本的に転換させた, 新世紀にふさわしい全く新しい国際分類であり, 国際的・学際的な, また専門家と当事者 (患者・障害者・家族) との間の「共通言語」として, リハビリテーション (以下, リハ) 医学は当然として一般医療, 介護, 福祉その他広範な分野に大きな思想的・実証的な影響を与えるものである<sup>1)</sup>.

以下 ICF に照らしてみたりハ医学・医療の課題について, 種々の角度から検討を加えたい。

### わが国の医療・福祉・介護における ICF の今日的意義

現在のわが国では医療・福祉・介護の行政の中にすでに ICF の基本概念が相当程度にとり入れられている。以下 2, 3 の例を示す。

#### 1. 障害者基本計画

2002年12月24日に閣議決定され, 2003年度から10年間を対象とする「障害者基本計画」では, 障害者施策の基本的方向を定めた第3章「4つの横断的な視点」で, その視点の第3として「障害の特性を踏まえた施策の展開」を挙げ, そ

の中で「個々の障害に対応したニーズを的確に把握し, 障害の特性に応じた適切な施策を推進する」ために, ICF (国際生活機能分類) について「障害の理解や適切な施策推進等の観点からその活用方策を検討する」としている。

#### 2. 介護報酬と診療報酬

2003年の介護報酬改定では, 全体的には抑制されたなかで, リハに関しては多数の新しい施策が打ち出されたが, そこでも ICF 概念がひろく取り入れられたことが目立った<sup>2)</sup>。

##### 1) リハビリテーションの定義

たとえば介護療養型医療施設について次のようなりハの定義が与えられた。すなわち

「リハビリテーションは, 患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法, 作業療法, 言語聴覚療法等により構成され, いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行なわれるもの」(下線は引用者)

であるが, この「生活機能」, 「活動」はいずれも ICF 用語である。

この定義は, リハがしばしば誤って理解されているように「心身機能」のみの改善をめざすものではなく, 「活動」と「参加」を含めた包括的な「生活機能」全般の向上を目的とするものであり, その中では特に実用的な「活動」の向上が中核を占めるという考え方を明確に示しており, 行政が定めた定義としては画期的なものである。

\* 2003年6月19日, 札幌コンベンションセンターにて講演

## 2) 「活動」向上訓練, 特に「している“活動”」 と、「できる“活動”」の重視

もう一つの大きな特徴は ADL 訓練をはじめとする「活動」向上訓練の重視である。たとえば介護療養型医療施設の日常生活訓練加算では、

「実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、訓練室以外の病棟等（屋外を含む）において、実用歩行訓練・活動向上訓練等が行なわれた場合に限り算定できる」

とされており、さらに

「当該訓練により向上させた諸活動の能力については、入院中において、常に看護師等により入院中および退院後の日常生活における実行状況に生かされるよう働きかけが行なわれることが必要である」（下線は引用者）

と定められている。そして続けて

「なお病棟訓練室及び廊下等で行なった平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない」

とも述べられている。

これも極めて重要な点であり、ICF において「活動」が「実行状況」と「能力」の2つの面から評価されることをふまえた規定である。これは後述するようにわれわれが以前から提唱してきた「している活動」と「できる活動」に対応するものである。

なお、「活動」向上訓練には当たらないものとして「基本的動作訓練」としての歩行訓練などが挙げられているが、これもまた、実生活の場でない、訓練室などの模擬的な場において行なわれる歩行その他は「活動」ではなく、「心身機能」レベルに属するものだという ICF モデルに立った認識である。

なお医療保険でも 2002 年の診療報酬改定において、理学療法・作業療法の早期リハ加算に加えて「病棟等において早期歩行・ADL 等の自立等を目的とした」訓練を行なった場合の加算の要件として、ほとんど同文の規定が設けられている。すなわちここにみるような ICF の概念の保険への導入はすでに前年から医療保険で始まっていたものであり、それが今回介護保険についてより大

規模に行なわれたのである。

## 3) リハビリテーション（総合）実施計画書

介護報酬の改定で訪問リハ、通所リハの個別リハ加算、介護老人保健施設のリハ機能強化加算について「リハビリテーション実施計画書」が設けられ、また介護療養型医療施設のリハ計画加算における「リハビリテーション総合実施計画書」が改定された<sup>3)</sup>。(以下、この両者を併せて「リハ（総合）実施計画書」と略す)。

これらはいずれも縦軸は ICF の生活機能構造に立って、上から「参加」「活動」「心身機能」（「リハ実施計画書」では前2者のみ）となっており、横軸は目標づくりのための評価となっている。なお、横軸にも「活動」については能力：[できる“活動”]と実行状況：[している“活動”]とを区別し、さらに「する“活動”」（活動レベルの目標）すなわち将来の実行状況の欄が設けられており、ここでも ICF の概念が活用されている。

なお、医療保険でもすでに 2002 年の診療報酬改定において「リハ実施計画書」が早期リハ加算についての、また「リハ総合実施計画書」が回復期リハ病棟の、それぞれの要件となっている。これらの計画書の様式は介護保険のものとはやや異なるが、ICF の基本概念に立っていることは同じである。

## ICF の特徴とコーディングの実際

### 1. 国際障害分類 (ICIDH) から国際生活機能分類 (ICF) へ

ICF のフルネームは International Classification of Functioning, Disability and Health, すなわち「生活機能、障害および健康の国際分類」であるが、英語でも日本語訳でも略称 (ICF, 国際生活機能分類) を用いることとしている。

1980 年の ICIDH は、国連の国際障害者年世界行動計画(1981 年)にその基本概念が採用される等、障害関連の事業に大きな影響を与えた。特に障害の階層構造 (3 レベル) を明らかにした点は画期的であった。

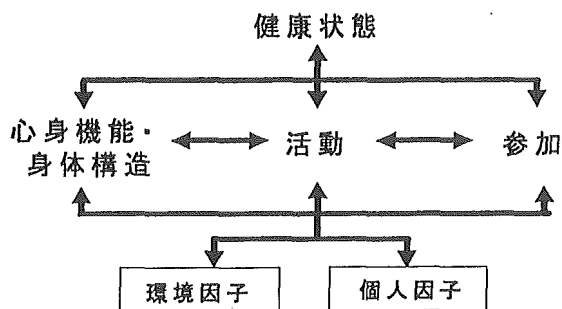


図1 ICF(国際生活機能分類)の生活機能構造モデル

今回の改定は、1980年以來の20余年間の障害(生活上の不自由・不利益)及び障害のある人(障害者)をめぐる様々な状況や考え方の変化を受けてなされた根本的な改定である。この改定は、障害に関係するすべての人の「共通言語」をめざして、広く世界各国の協力、専門家と障害当事者との協力によって約10年間の歳月をかけて実現したものである。

## 2. ICFの特徴

ICFの生活機能構造モデルは図1に示すとおりである。

### 1) 「生活機能」という包括用語

ICFを理解するにはまず、「生活機能」を正しく理解しなければならない。「生活機能」とはFunctioningの訳で、ICFの基本概念である「心身機能・構造」「活動」「参加」の3レベル(階層)のすべてを含む「包括用語」である。すなわち人が「生きる」ことのプラス面の3レベル(生物レベル、生活レベル、人生レベル)のすべてを表すものである。

これに対応するのが「障害」(Disability)であって、これも3レベル(「機能障害(構造障害を含む)」「活動制限」「参加制約」)からなるマイナス面の包括用語である。

なお一部には誤解があって、ICFをプラス面しか見ないものであり、マイナス要素である障害の分類には適さないものであるかのような論がある。しかし後に述べるように、ICFではコードに「評価点」を付けることで障害を示すことができ、しかも1から4までの評価点によって障害の程度を示すことができる。したがってICFは障害の分類としてもむしろICIDHよりも進んでお

り、さらに後に述べるようにマイナスをプラスとの関連でみることでマイナス(障害)をより深く捉えることができるようになっている。

### 2) プラスを重視

国際障害分類では「機能・形態障害」「能力障害」「社会的不利」というマイナス面の用語であったものが、ICFではすべてプラスの用語に変わった。これは単なる用語の言い換えではなく、障害のある人を見る場合にその障害(マイナス面)だけを見るのではなく、その人のもつプラスの面を重視すべきだという思想を背景にしている。これはプラスに着目することでマイナスの捉え方そのものを深めることができることをも意味しており、考え方の根本的な転換である。

これと関連して、ICIDHでは「疾患・変調」であったものが「健康状態」と変わった。これも単なる名称変更ではなく、妊娠、高齢、ストレスなど、人が生きることに影響するすべてのものを含む非常に広い概念となった。

### 3) 階層論的認識枠組み

ICFがICIDHから受け継いだ「遺産」は階層構造としての物の見方である。これは単純な階層(心身機能)の上に複雑な階層(活動)が乗り、そのまた上に更に複雑な階層(参加)が乗るという「積み重ね構造」として、人が生きることのプラス面とマイナス面を把握することである。

このように「積み重ね構造」として見るのが重要なのは、それぞれのレベル(階層)の間の「相互依存性」と「相対的独立性」を把握するためである。

「相互依存性」とは「互いに影響し合う」ということで、たとえば脳卒中(健康状態)のために右片麻痺(機能障害)が起こると、歩行不能、書字不能をはじめとした、ADL・家事・職業などの諸活動の困難が起こってくる。これは機能障害が活動制限を引き起こしたことである。そしてそのような状態では、たとえば職を失うこと(参加制約)も起こりがちである。

この場合、階層間の関係がこれだけしかないと考えると、「半身が麻痺すれば職を失うのはやむを得ない」、そして「それを解決するには原因で