

ある麻痺を治すしかない」という、「基底還元論」におちいる。

しかし実は大事なことは、それぞれのレベル(階層)には「相対的独立性」があって、他のレベルからの影響によって完全に決定されてしまうことはないということである。たとえば上の例であれば、下肢の麻痺が回復しないうちでも、装具(短下肢装具, 長下肢装具, 等)と歩行補助具(T字杖だけでなく, より安定したウォーカーケインや四脚杖, 等)を使って実用歩行訓練をすれば, 数日で歩行自立することも稀ではない。そして通念とは逆に, 歩くこと自体が麻痺の回復を促進するのである。

書字を含むADLや家事なども, 「活動」向上訓練によって, すべて片手で行なえるようになる。これが活動レベルにおける相対的な独立性である。そしてそのような「活動」レベルでの向上によって「参加」の向上(復職や主婦としての復帰)も可能である。

言い換えれば, 問題発生の因果関係における出発点(ここでは機能障害)と問題解決のためのもっとも有効な「突破口」(ここでは活動)とは必ずしも同じではなく, この例のように全く別であることがかえって多いのである。

4) 「活動」の評価は「実行状況」と「能力」の両面から

ICFでは活動を「実行状況」と「能力」(可能性)の両面から評価する。これはわれわれが以前から, 「している活動」と「できる活動」(「しているADL」と「できるADL」)とは大きく異なっているものであり, その両者を厳密に区別しつつ両者を捉えることが重要だと提唱してきたことが, 国際的にも認められたものということができよう。

5) 環境因子の分類が加わる

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。この環境因子とは普通考えられがちな支援機器, 建築物, 道路, 交通機関などの物的環境にとどまらず, 家族・介護者などの人的環境, 社会の意識や態度の環境を含み, 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。すなわちICFではリハ医療自体も環境因子なのである。

6) 相互作用モデル

ICIDHでは矢印が疾患から機能障害と能力障害をへて社会的不利に向かうという一方向だけのものだったので, 一部に「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(「相対的独立性」の無理解)を招いた。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である。

3. コードと評価点

1) コード

ICFではローマ字(1字)と数字(1~5字)との組合せで一定の内容を示し, これをコードという。最初にくるローマ字は, 心身機能はb(body), 身体構造はs(structure), 活動はa(activity), 参加はp(participation), 環境因子はe(environmental factor)である。

数字は1字では章(大分類, 第1レベル), 3字で中分類(第2レベル), 4字で小分類(第3レベル)を示す。たとえば,

大分類	a 6	家庭生活に関する活動
中分類	a 630	調理の活動
小分類	a 6300	簡単な食事の調理活動
	a 6301	手の込んだ食事の調理活動

などである。

2) 評価点

ICFではコードだけでは意味をなさず, 数字の後に点をつけて, その後に問題(マイナス)の程度を示す評価点(表1)をつけることではじめて意味をもつ。

なお, 環境因子のみ評価点に+ (プラス), - (マイナス)をつけて, 促進因子であるか阻害因子であるかを示すことができる。

3) 活動と参加の共通リスト

ICFでは活動と参加の分類が別々ではなく, 「活動と参加」の共通リストとなったが, これは活動と参加には項目・分野名として共通するものが多く, 別々の分類にすると重複が多いからであ

表1 共通評価点

xxx. 0	問題なし	(なし, 存在しない, 無視できる…)	0~4%
xxx. 1	軽度の問題	(わずかな, 低い…)	5~24%
xxx. 2	中等度の問題	(中程度の, かなりの…)	25~49%
xxx. 3	重度の問題	(高度の, 極度の…)	50~95%
xxx. 4	完全な問題	(全くの…)	96~100%
xxx. 8	詳細不明		
xxx. 9	非該当		

注: xxx はコード番号 (ローマ字と数字, 3桁とは限らない)

表2 活動と参加の大分類チェックリスト

<活動>		<参加>
<input type="checkbox"/>	a5 セルフケア	
<input type="checkbox"/>	a6 家庭生活	<input type="checkbox"/> p6
<input type="checkbox"/>	a7 対人関係	<input type="checkbox"/> p7
<input type="checkbox"/>	a8 教育・仕事・経済	<input type="checkbox"/> p8
<input type="checkbox"/>	a9 社会生活・市民生活	<input type="checkbox"/> p9
<input type="checkbox"/>	a3 コミュニケーション	
<input type="checkbox"/>	a4 運動・移動	
<input type="checkbox"/>	a1 学習と知識の応用	
<input type="checkbox"/>	a2 一般的な課題と要求 (教育・仕事・経済)	

(問題のある項目の□に✓を入れる)

り, 決して活動と参加との概念があいまいになったのではない。共通リストでは仮に d (domain, 分野) をつけてあるが, 活動に用いる時は a を, 参加に用いる時は p をつける。

4) 活動には「実行状況」と「能力」の2つの評価点がある

先に述べたように, ICF では活動の評価点に「実行状況」と「能力」の2つが設けられた。具体的にはコードの後の小数点以下1桁目の評価点が実行状況, 次の2桁目が能力を示す。

4. コーディングの実際

もっとも実際的でかつ「見落とし」のないコーディングの方法は, ①活動と参加の共通リストから始め, ②大分類→中分類→小分類の順に問題のあるコードを同定していくことである。

その際まず表2のような大分類チェックリストを使い, そこで問題のある項目について中分類のチェックリスト (略) を用い, 最後に小分類に移るとい手順がよいと思われる。

ついで, ③活動の実行状況と能力との差, 活動と参加の差, そしてそれに関与する環境因子を確認し, ④最後に以上と心身機能・構造との関連を

見る, という手順がもっとも実践的である。

ICF からみたりハ医療の課題

これまで述べた ICF の基本理念を尊重し, それを実行に移せば, これまでのリハ医療について基本姿勢の転換が必要となる。これはすでに医療保険, 介護保険の最近の改定にあらわれた方向である。これは広い範囲に及ぶものであるが, ここでは重要な点にしぼって述べたい。

1. 心身機能のみでなく, 活動と参加を重視する総合的な把握を

リハの対象者を人間全体として把握することが真のリハ (人間らしく生きる権利の回復<全人間的復権>) の出発点である。そのためには ICF の生活機能モデルに立って, 「生命」レベルだけでなく, 「生活」レベルと「人生」レベルに注目し, 3レベルの間の関連をよく検討して総合的に把握する。その際相互依存性だけでなく, 相対的独立性を重視することが重要である。

2. 個別的・個性的な目標・プログラムを

心身機能のみを重視すれば, 生活・人生に関しては画一的なプログラムにおちいる危険が大きい。そのような画一的なプログラムでなく, 本来個別的・個性的なものである生活と人生を重視した個別的・個性的な目標 (「どのような生活・人生を創るか」という) を立て, その実現に向けて個別的・個性的なプログラムを実施することが重要である。

この場合, 目標についてもプログラムについてもチームは多数の選択肢を提示できなければならない。これまで以上に多様な構想力やレポーターをもたなければならない。

3. マイナス（障害）でなくプラス（生活機能）を重視

リハの対象である「障害のある人」をみる場合、そのプラス面（生活機能）との関連でマイナス面（障害）を捉えることが重要である。しかもその場合、いわゆる「残存機能」だけでなく、むしろ隠れてはいるが適切な働きかけによって引き出すことのできる「潜在能力」を重視する。

たとえば先にあげた適切な装具と歩行補助具を用いた実用歩行訓練で歩行能力が急激に高まることなどはこのよい例である。このように潜在能力を掘りおこして「活動」を向上させ、それによって新しい「参加」を実現すること、すなわち「新しい生活・人生」を創ることが重要である。

4. 「活動」向上訓練において「できる活動」と「している活動」の両者を峻別

リハの基本技術は心身機能回復のための訓練ではなく、「活動」レベルに直接働きかけてそれを向上させる「活動」向上訓練である。これは「7」に述べる「インフォームド・コオペレーション」の原則に立って共同決定された人生（「参加」）レベルの目標である「主目標」を実現するために、その具体像である「する活動」（将来における「している活動」）を実現するためのものである。そのために、各々の「活動」の項目ごとに、図2（文献2から引用）に示すように、

① 目標である「する活動」にむけて、

②-1) 理学療法士，作業療法士，等による，実生活の場・時間帯における「できる活動」（「能力」）向上への働きかけと

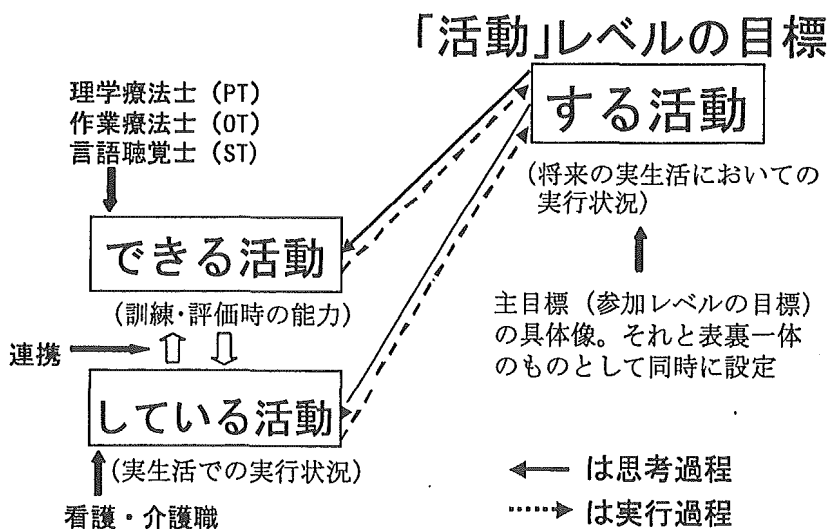
②-2) 看護職・介護職による実生活での「している活動」（「実行状況」）向上への働きかけの両者を連携して行なっていくものである。

目標なしに②の1と2とを行なっていって結果的に到達するのが「する活動」なのでは決してない。このように活動向上訓練とは、「できる活動」「している活動」を常に「する活動」との関連においてみる、目標指向的なものである。

5. 参加向上のための心身機能改善

「心身機能」の改善によって「活動」、ついで「参加」を向上させるという方向が誤っていることはこれまで述べたとおりであるが、これは心身機能を軽視してよいということではない。むしろ逆に「参加」を向上させるために「活動」をどのように向上させるか、そして、そのために「心身機能」をいかに改善するかを考えることが必要である。特に運動機能には

「要素機能」⇔「基本動作」⇔「複合動作」の3つのサブレベルがあり、「活動」を向上させるためには、「複合動作」や「基本動作」の向上が重要な場合が多く、それは必ずしも「要素機能」の回復がなくても可能である。ここにもサブレベル間の相対的独立性があるのである。



※思考過程の矢印 (←) は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる活動」と「している活動」を向上させていくかを計画するという意味。
 実行過程の矢印 (→) は、この目標に向けて活動向上訓練を行っていくという意味。

図2 活動向上訓練の原則

6. 「共通言語」によるチームワーク

リハには非常に多くの職種が関与するためチームワークの必要性は以前から叫ばれているが、現実には形骸化・形式化している場合が多い。共通言語としてのICF、すなわち生活機能モデル、特に上記「1」～「5」のポイントを共通の認識としてもつこと、具体的には「リハ（総合）実施計画書」を共同作成する過程で対象者の全人間的な総合把握を共有することで真のチームワークである「協業」が可能になる。

7. 「共通言語」によるチームと当事者とのインフォームド・コオペレーション

ICFに立った「リハ（総合）実施計画書」は、患者・家族への説明に用い、写しを交付することとされている。これらを活用して、リハチームと当事者（患者・利用者・家族）との協力関係を構築することが重要である。これは患者・利用者の自己決定権の正しい発揮を専門家チームの専門性で支援することである。

具体的にはリハチームが当事者に複数の選択肢を提示・説明し、その中から一つを選んでもらう、という目標・プログラムの共同決定をくりかえし、その目標を共同達成していくという永続的な協力関係がリハのプロセスなのであり、そのツールとして「リハ（総合）実施計画書」が役立つのである。

ICFから見たリハ医学研究・教育の課題

ICFの立場から見たリハ医学研究・教育の課題は多岐にわたるが、ここでは当面の重要課題にしばって簡潔に述べたい。

1. リハ医学研究への課題

リハ医学研究の最大の課題はEBR（エビデンス・ベースト・リハビリテーション）としてのリ

ハの効果の証明であり、これはリハ医学にとっていわば死活の問題である。この場合、ICFに立って生活機能のすべてについて効果を検証すべきで、「心身機能」についての効果だけでなく、かならず「活動」と「参加」に関する効果をみるべきである。特に「活動」に直接介入することによる「活動」自体の向上の効果と、それによる参加向上の効果を証明することには大きな可能性があると考えられる。

2. リハ医学教育面の課題

リハ医学の教育の中に先に述べたリハ医療面の課題の内容を盛り込み、ICFモデルによって問題と解決法を整理していくことが重要であり、それは次の2点に及ぶ。

- (1) 卒前教育カリキュラムのICFによる整理
- (2) 卒後教育カリキュラムのICFによる整理

おわりに

最後にICF概念によってリハの本質をいいあらわした言葉を紹介して結論に代えたい。

リハビリテーションとは、「心身機能」の不自由を、生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加」すること。

文 献

- 1) WHO: ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001. (厚生労働省訳: ICF: 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版. 中央法規, 2002)
- 2) 介護保険におけるリハビリテーションのあり方検討委員会 (編・発行): リハビリテーション (総合) 実施計画書を上手に使いこなす法 (含: 記入例). 2003
- 3) リハビリテーション (総合) 実施計画書の書き方検討委員会 (編・発行): リハビリテーション (総合) 実施計画書を上手に使いこなす法 (含: 記入例). 2003

特別寄稿

(ICF) 生活機能で、前を向いて生きよう

— 「心身機能」の不自由を生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加」するために—

〈前編〉

国立長寿医療センター 研究所
生活機能賦活研究部 部長

大川 弥生

「輝きインタビュー」のコーナーでお話を伺った大川弥生さんは、WHOで採択され、現在注目を集めているICFの日本協力センター事務局長も務めています。今回、ICFに関する論文をお寄せ頂きました。前編・後編2回にわたって紹介します。

はじめにますます重要になるICF

今ICF（国際生活機能分類）が話題になっている。介護関係でもケアプランにおけるICF重視の方向が示され、昨年の介護報酬改定で大きく変わったりハビリテーション（以下「リハ」）関係の各種制度の基本概念としてもICFが導入されていた。

更に、今年1月の厚生労働省老健局「高齢者リハビリテーション研究会」から出された報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」の基本骨格はICFに立っている。今後介護やリハをはじめ、

医療・福祉のあらゆる分野でICFが重要な役割を演ずることになると思われる。

ICFは、以前使用されてきたWHO国際障害分類（ICIDH、1980）の改定版ではあるが、ICIDHが「障害」というマイナス面だけを問題にしていたのに対し、「生活機能」というプラス面を重視するという、180°の転換をした。すなわち抜本的な改定であり、全く新しいものといえる。

これはこの20数年間における、障害のある人をめぐる現実や意識の世界的な変化を反映したものであり、サービス提供者側はこの背景となった変化を受け止める必要がある。

図 ICFの「生活機能」モデル

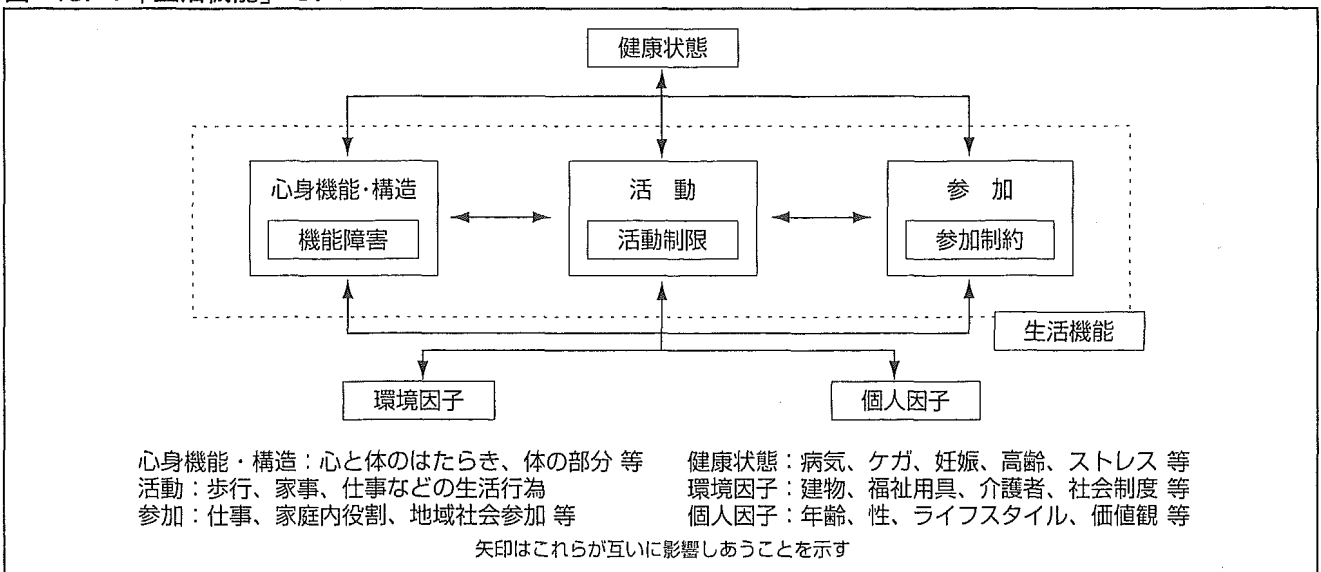


表 生活機能の各レベルの特徴

心身機能・構造	活 動	参 加
生物レベル (生命レベル)	個人レベル (生活レベル)	社会レベル (人生レベル)
*体の働きや精神の働き、また体の一部分の構造のこと。	*生きていくのに役立つ様々な生活行為のこと。 目的をもったひとまとまりをなした行為であり、日常生活活動（ADL）から家事、仕事、人との交際、趣味、スポーツなどに必要な多くの行為を含む。	*社会的な出来事に関与したり、役割を果たすこと。 例えば主婦の役割、仕事の場での役割、家族の一員としての役割、地域社会（町内会や交友関係）の中での役割、その他色々な社会参加の中での役割。

「生きる」ことを総合的に捉える

ICFを一言で表すならば、「生きることの全体像」についての「共通言語」といえる。

「生活機能」とは人が「生きる」こと、すなわち「生命（からだ）」「生活」「人生」の3つのレベルを総合的に捉えたものである。これは図の中央の列にある「心身機能・構造」「活動」「参加」の3者を包括したものであり、各レベルの特徴は表のとおりである。

生活機能のこの3つのレベル同士の間、また健康状態（病気など）や環境因子、個人因子等との間にはお互いに影響しあう関係があり、それを矢印で示している。

このような関係を分析し、その上に立って「生きる」ことを総合的に捉えるのである。

**プラスを重視
＝マイナスをプラスの中に位置づけて＝**

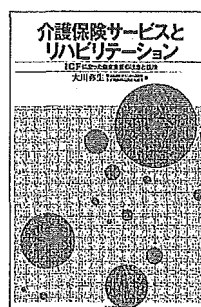
「心身機能」「活動」「参加」が低下した状態が「機能障害」「活動制限」「参加制約」であり、総称して「障害（生活機能低下）」と呼んでいる。これは図にみるように大きなプラスの中に小さなマイナスがあるという関係である。マイナスをもプラスの中に位置づけて捉えるということである。

すなわち、従来は介護でも医療でも、また各種の制度や施策でもマイナス面をいかに補うか、あるいは減らすかが中心であったのを、むしろ「プラスを増やす」ことを重視する。しかも本人が気づいていないプラス面（潜在的生活機能）を、専門家が協力して積極的に引き出していくという見方に立っている。

後編は、ICFが実際にどのような場面で、どのように使われるのか、具体的に説明します。

参考文献

- 1) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション
ICFに立った自立支援の理念と技法。
中央法規出版、2004。
- 2) 大川弥生：新しいリハビリテーション
人間「復権」への挑戦。講談社、2004。



特別寄稿

〔ICF〕生活機能で、前を向いて生きよう

一緒に考える。一緒に目標を立てる。より深いチームワークと自己決定尊重のための「共通言語」ICF-

< 後編 >

国立長寿医療センター 研究所
生活機能賦活研究部 部長

大川 弥生

万人の「共通言語」ICF

ICFの最大の目的は万人の「共通言語」、すなわち共通のものの考え方、問題や解決法のとらえ方を提供することである。

これは第1に介護・医療・リハビリテーション(以下「リハ」)、福祉などのサービスに携わる専門職チームの中での「共通言語」である。これらの職種はそれぞれ歴史も社会的なシステムの中での位置づけも異なるために、単に得意とする分野が違うだけでなく、ものの考え方や価値観まで違っていることが多く、「話が通じない」ことの原因となりやすい。

その点、ICFの「生きる」ことを総合的にとらえるものの見方を全専門職が共通に持てば、利用者の「生きる」ことでの問題は何か、それを解決するために何をなすべきかについて共通の認識が生まれ、真のチームワークが可能になる。

本人・家族と専門家チームとの「共通言語」としても

「共通言語」としてのICFの第2の役割は、利用者本人や家族と、介護・医療・リハ・福祉の専門家チームとの間の理解を促進することである。これによって当事者である本人や家族が積極的に関与し、「共同決定」に立った「共同事業」として進めていくことが可能となる。

これは利用者の「自己決定権」を包括的な、正確な情報の共有で支えることである。自己決定権は介護保険の原則であり、医療その他でも重要視されていることである。これを形骸化しないためにも「共通言語」としてのICFの活用が重要なのである。

ICFは利用者本人・家族にとって難しすぎるだろ

うと考えられやすいが、決してそうではない。というのは、ICFは「心身機能」だけでなく「活動」と「参加」を重視するが、この「活動」とは、毎日の生活において朝から晩まで本人が行い、必要に応じて家族が支援している様々な「生活行為」(歩くこと、食事、洗面、更衣、排泄、入浴、等々)である。また「参加」とは人生の生き方であり、本人の生活史や興味や価値観などが大きく影響する個別的・個性的なものである。すなわち「活動」と「参加」は本人たち自身が一番よく知っており、そこに問題が生じた場合にも一番早くそれを認識できるのは本人たちである。

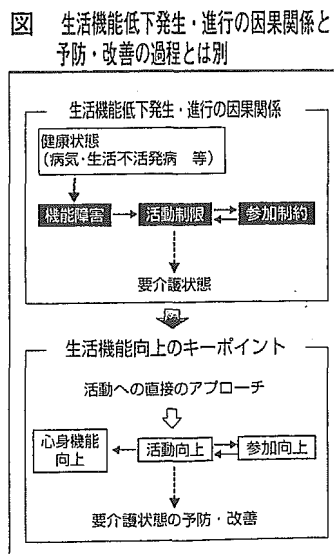
この意味で、本人・家族は自分自身の「生活」「人生」については一種の専門家であり、それを重視するICFの考え方は基本的に理解しやすいのである。

ICFでリハビリテーションの質も介護の質も向上

ICFは実際の介護保険サービスの質の向上にも大きく役立つ。介護保険サービス全体においても、ICFは共通言語といえるからである。

リハを例に挙げると、一般にリハの基本技術は機能回復訓練だと思われる。それは「悪いものは元から治す」、つまり原因をつきとめて治療するのが本当だという考え方から来ていると思われる。

右の図は介護が必



要になるような状態の起こる原因と結果の関係を示したものである。例えば脳卒中のような病気（「健康状態」、これには「生活不活発病」＜廃用症候群ともいう＞を伴うのが普通である）で手足のまひ（「機能障害」）が生じ、そのため歩けない、立って洗面ができない、などの生活行為の不自由である「活動制限」が起こる。そのままならば介護を必要とする状態になる。

またこの「活動制限」の結果、仕事や家事ができない、親戚や友人を訪ねることもできない、などの「参加制約」が起きる。

このような原因・結果の関係をみると、これらの「活動」や「参加」をよくするには原因である病気や機能障害を治す、つまり「元から治す」他はないと考えがちである。

直接「活動」への働きかけが有効

しかし実は、最も効果的な問題解決の方法はこれとは違うところにある。それは図の下段に示すように「活動」自体（すなわち、一つひとつの生活行為）に働きかけて、「活動」の自立性を直接向上させることである。

これが「活動自立訓練」であるが、実はこれがリハの中心的な技術であり、同時にその中で介護（自立をめざす「よくする」介護）が大きな役割を果たすのである。これによって、「機能障害」が必ずしもよくなる時でも、時には徐々に悪くなるような場合でさえ、「活動」を向上させることができる。そしてその結果、「参加」も向上する。

原因と解決の突破口とは別

重要なのは、ICFに立脚することでこのような柔軟な考え方が可能となることである。

それは手足の働き（心身機能）と、さまざまな生活行為（活動）とはICFでは異なる生活機能レベルに属しており、この2つは別物だからである。

要介護状態とは「活動」が制限されていることであり、リハも「介護予防」も、また介護そのものも「活動」に対して行われるものである。であるから、「活動は心身機能の状態に影響はされるが、全部それで決まってしまうのではない、むしろ活動自体への働きかけの影響が一番大きい」というICFの基本的な考え方が大きな意味をもつのである。

言い換えれば、これは、リハや介護が必要となるような状態（生活機能低下）を起こした原因と、それを解決する（生活機能を向上させる）ために働きかけるべきキーポイント、つまり問題解決の突破口とは別だということである。

環境偏重に気をつけよう

このことは、生活機能低下の原因が環境因子にある場合にも当てはまる。

例えば、自宅に段差があるので歩きにくい、和式トイレなので用をたせないなど、段差や和式トイレという「環境因子」によって、歩行や用便という「活動」が制限されることはしばしばある。

しかし、だからといって段差をなくしたり手すりをつける、洋式トイレに変えるなどの住宅改修（環境因子の変更）が最も重要と考えるのは正しくない。

解決法は活動の自立と普遍化

このような場合、第1に行うべきことは、段差を乗り越える歩き方や、手すりでなく壁や家具にうまくつかまったりもたれたりして歩く仕方、また和式トイレの使い方などの「活動自立訓練」をして、「活動」自体の自立性を向上させることである。

ここでも「原因」と「解決の突破口」とは別なのである。

これは「参加」にもよい影響がある。自宅の環境を変えただけでは、自宅ではよくても、例えば親戚や友人の家を訪ねた場合に困ることになる。そのため社会的な活動範囲は狭くなり、「参加」レベルは低下する。しかし「活動」の自立性を高め、色々な環境で行えるようになれば問題は解決する。

これは個々の生活行為について、「環境限定型の活動」を「どこでも行える活動」に高めること（「活動の普遍化」）によって「参加」を向上させることである。

おわりに

以上紙幅の制限のため、簡潔に述べるにとどめたが、詳しくは拙著「介護保険サービスとリハビリテーション」（中央法規出版）、また具体例での活用法は「新しいリハビリテーション」（講談社、現代新書）をご参照いただければ幸いである。

特集

ICFをケアに生かそう

生活機能を引き出すために

Part I

インタビュー

大川 弥生 先生

国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部 部長

インタビュー 青山 亜由子 (本誌編集委員 / 愛知県・高浜市在宅介護支援センター介護支援専門員)

2001年にWHO(世界保健機関)が採択したICF(国際生活機能分類)は、

これまでのICIDHの「障害」中心から、「生活機能」というプラスの観点からみることを明確にしました。これは高齢者介護においても今後の方向性を示すものとして注目されています。

そこで、ICFとは何かをおさえ「本人にとって最良の生活」の実現に向けたニーズの把握や援助内容にどう生かせるのか、国立長寿医療センター研究所の大川弥生先生に伺いました。

ICFの基本概念

「生きる」ことの全体像

——ICFについて、初めてこの言葉や内容を聞く人にとどのような説明をしていくと理解しやすいでしょうか。

一言でいえば、ICFは「生きる」ことの全体像」を見るための「共通言語」です。ですから「生きる」ことの全体像」というのが一つのキーワードで、もう一つが「共通

言語」だといえます。

まず「生きる」ことの全体像」について説明しましょう。ICFは図1のようなモデルで「人が生きる」ということを総合的にとらえようというものです。

図の中央列に「心身機能・身体構造」「活動」「参加」という3つのレベル(階層)があります。この3つを総称して生活機能といえます。

「心身機能」は「生命」レベルで、たと

えば手足の働きや構造です。「活動」は「生活」レベルで、ADLだけでなく、生活行為のありとあらゆるものです。「参加」は「人生」レベルのことで、その人の社会的な役割、社会的存在に関することです。

その生活機能には「健康状態」が影響します。これまでは病気や「けが」をさしていましたが、それだけではなくストレス、高齢化、妊娠などという、ふつうは病的なものでないようなことでも、生活行為に困

図1 ICFモデル(WHO、2001年)

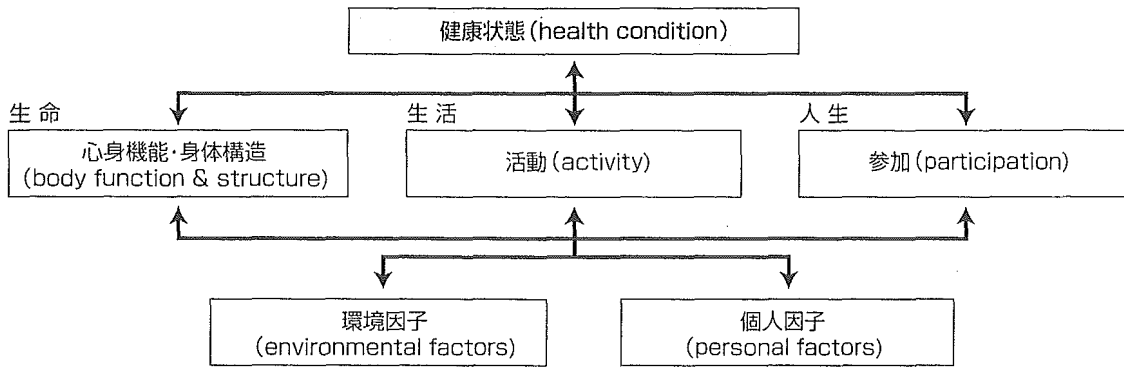


表1 生活機能の階層構造(各階層の特徴)

心身機能・身体構造	活動	参加
生物レベル(生命レベル)	個人レベル(生活レベル)	社会レベル(人生レベル)
*体の動きや精神の動き、また体の一部分の構造のこと	*生きていくのに役立つさまざまな行為のこと	*社会的な出来事に関与したり、役割を果たすこと
それに問題が起こった状態は機能障害(例:手足の麻痺、関節の拘縮)と構造障害(例:手足の一部の切断など)	日常生活活動(ADL)から家事・仕事・人との交際・趣味など、生活行為のすべて それらが困難になった状態は活動制限	例:主婦としての役割、親や祖父母としての役割、地域社会(町内会や交友関係)の中での役割、その他いろいろな社会参加の中での役割 それらが困難になった状態は参加制約

(大川弥生著「介護保険サービスとリハビリテーション」中央法規、2004年、4頁)

プラスの面の包括概念である「生活機能」

2001年のWHO総会で採択されたICFは、1980年に発表された「国際障害分類(ICIDH:International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)」の改訂版ではあるが、ICIDHが「障害」というマイナス面を中心に捉えたのに対し、「生活機能」(functioning)というプラスの面を中心にみようとするところに根本的な視点の転換があり、まったく新しいものと言ってよいものである。

(大川弥生著「介護保険サービスとリハビリテーション」中央法規、2004年、3頁)

「人的環境」と、「社会的環境」・「制度的環境」が含まれます。介護をする方たちはまさに人的な環境因子です。それから物的環境というのは、たとえば「環境因子」と「個人因子」という2つがあります。「環境因子」は物的な環境だけでなく、家族・友人などの「人的環境」と、「社会的環境」・「制度的環境」が含まれます。介護をする方たちはまさに人的な環境因子です。それから物的環境というのは、たとえば

難を生じる、生活機能にマイナスを生じるものが「健康状態」なのです。それは永続的なものではなく、一過性に起きるも

にも含んでいます。さらには「背景因子」が影響します。それには図の下にある「環境因子」と「個人因子」という2つがあります。「環境因子」は物的な環境だけでなく、家族・友人などの「人的環境」と、「社会的環境」・「制度的環境」が含まれます。

ば設備や建物の環境、道の状況等の物的な環境を言います。介護との関係で言えば、杖などの福祉用具を使うという場合を考えると、杖などの物的介護手段は物的環境になります。住宅内の設備も物的環境ですし、介護保険制度は制度的環境になります。「個人因子」は性や年齢、本人の価値観など、個人の属性に関するものです。生活機能の三つのレベルと、健康状態、背景因子はお互いに関係し合っており、ひとりの人が「生きていく」という状態があるのです。図に示すICFモデルとしてみるこ



「障害」(マイナス)の見方も変わり、プラスの中にマイナスを位置づけて見るようになります。

「障害」(マイナス)の見方も変わり、プラスの中にマイナスを位置づけて見るようになります。これにも「機能障害」「活動制限」「参加制約」の3つのレベルがあり、それらを包括したのが「障害」です。

ICFは1980年のICIDH(国際障害分類)の改定版ですが、「障害」というマイナス面ではなく、「生活機能」というプラ



ス面を中心としてみるように大きく変わりました。

これまで福祉でも医療でもマイナス面をいかに補うか、減らすかの観点がほとんどでした。そういう風潮に染まっていたといえるでしょう。

ICFはこれを転換して、むしろプラス面を重視しています。ここで大事なことはプラス面は積極的に引き出していくものだということです。

単にムード的に「プラス思考でいこう」ということではありません。またマイナスはみなくてよいというのではありません。プラスを引き出す観点からマイナスをみるのです。マイナスを改善すればプラスにな

るではありません。

病気や障害がある人を見るときに、マイナス面のみをみがちです。ですが、専門的技術をもって働きかければ引き出すことのできる「潜在的な生活機能」は非常に大きいのです。

その場合に大事なことは「活動」レベルを向上させること、すなわち、一つひとつの生活行為を向上させることです。

複雑な生活・人生を整理する武器

——モデルとしてみて、さらにプラス・マイナス両方みるのはかなり複雑なことにも思いますが。

それは確かに複雑なことにみえると思いますが、人が生きていくということ自体、とても複雑なことです。その複雑なことをありのままにとらえることが大事で、それができるようにきちんと整理をするということが重要になってきます。

整理をしないと混沌とします。そのため自分が興味のあること、自分が提供できる

ことを中心にみてしまいがちです。また利用者が何かしたいとおっしゃったら、それをうのみにするとううふうにもなります。生きることを全体をみることなしに、取りかかりやすいところだけをやってしまうことにつながります。

それが利用者にとっていちばんいい結果を生むのかといえば、そうではないのです。不十分になってしまふところか、むしろマイナスにすらなり得るわけです。人生・生活という複雑なものを複雑なままにとらえ、でもわかりやすく整理をする時に役立つのがICFなのです。

要するにICFは、ケアやリハビリテーション（以下リハと略す）を本当の利用者本位にするための強力な武器なのです。ここで武器という強い表現を使ったのは、人間の尊厳や復権は闘いとるものだという気持ちを含めてのことです。

注目していただきたいのは、環境因子には促進因子と阻害因子の両面があることです。人的な環境因子である介護やケアマネジメントが、必ず促進因子になるわけではなく、むしろマイナスを生む阻害因子にもなることは、専門家として心すべきだと思います。

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

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

共通言語—「話を通じない」と「話を通じない」の違い

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

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

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

それは多くの場合、体や命のことへ健康

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

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

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

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

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

もちろんこれには本人・家族に、ICFの考え方をよく理解してもらうことも大事

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

介護職は「している活動」の専門職

— 介護職として、ICFの見方で特に注目すべきことがありますか。

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

この「能力」・「実行状況」は、私どもが十数年来「できる活動」「している活動」として論じ、実践してきたことと国際的動向とが一致したものであることができます。

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

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

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

「できる活動」の向上を 目指す介護職の専門性

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

生活（ICFの「活動」）を主な対象とするものです。

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

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

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

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

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

生活機能向上に向けた介護

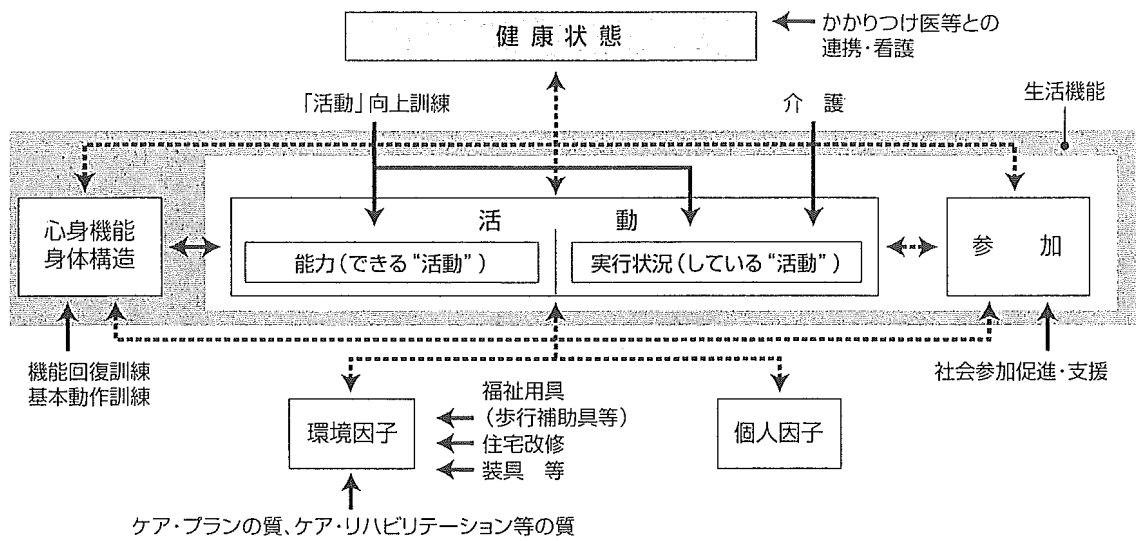
このように介護の専門性とは何かと言えば「ICFの生活機能での『している活動』レベルを向上させる専門家である」と胸を張ってはつきりいえるわけです。だから自分たちが何の専門家なのかということを確認したICFは、介護職にとって非常に重要な武器であり、重要な概念であると思います。

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

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

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

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



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

のように「している活動」に関与すべきかということを考えるのです。

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

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

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

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

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

人生をよくできるなんてすごく幸せな、やりがいのある仕事じゃないですか。

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

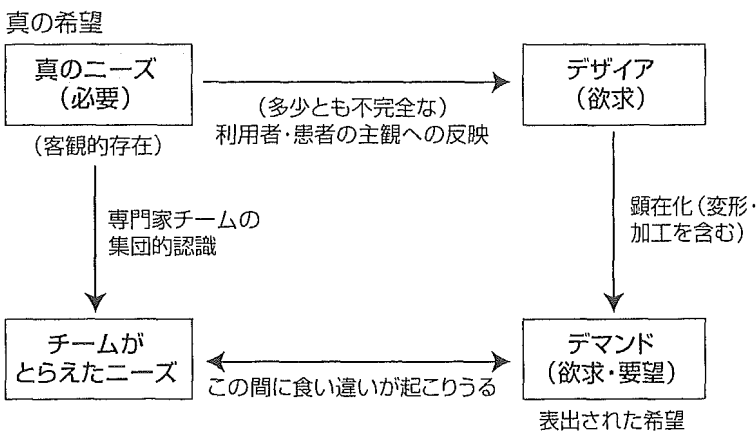
そうなるにまず理学療法士や作業療法士、ケアマネジャーと利用者本人がきちんと話し合いをしなければならぬ。それに、サービス事業者も巻き込んでやっていかないと理想的なものにならないと思うのですが。

「真の希望」を引き出す意味

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

もう一つ欠けているものは、本当の意味

図3 希望・ニーズ・デザイア・デマンドの関係



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

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

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

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

このように整理していくと、その人に必

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

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

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

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

て考えていただきたいのです。

活動向上に向けた リハビリテーションの活用を

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

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

——理学療法士・作業療法士には具体的にどう伝えればよいのでしょうか？

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

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

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

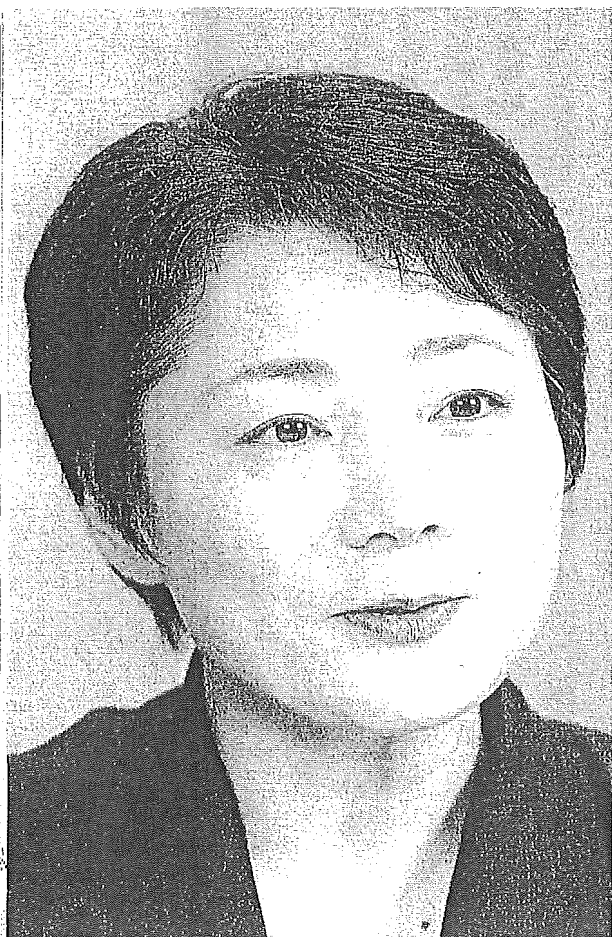
カンファレンスなどで「歩行不安定」「歩行自立」といっても、訓練室や単に廊下を歩くだけの心身機能なのか、「活動」レベルのそれも「できる活動」か「している活動」か明確にしないまま使われていることが少なくありません。またトイレまで行くのか食堂までなのか、さらに歩行の目的行為もはっきりしないで歩行について話しあっていることがな

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

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

「活動」は「参加」の具体像

ここで重要なことは「活動」は「参加」



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

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

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

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

ここで陥らないように注意しなければならぬのが「基底還元論」と「環境因子偏

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

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

ケアマネジャーが 代弁者であるために

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

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

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

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

そこは明確に分けることです。

「なかなか大変だとも思いますが。」

ケアマネジャーとは個人の生活、人生、そんな重たいものを背負っていく仕事です

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

専門的な知識や技術を身につけなければいけません。

【事例の概要】

M・さん 男性70歳代後半 夫婦2人暮らし

利用者および家族の生活に対する意向:

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

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

心身の状況:

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

ケアプラン作成のアドバイス

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

ケアマネジャーはものすごく難しい職業だと思っています。それをいかにまちがわないうでやれるか、また自分の思い込みで仕事を進めないためにもICFは役立つと思います。たとえば自分は一歩の出身だから「参加」レベルのことしか知らないと思いがちなところがあります。また活動の専門家だから社会的役割で

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

ICFを活用して事例をみる

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

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

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

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

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

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

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

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

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

「真の希望」を引き出すための技量

真の希望を引き出すことのポイントです

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

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

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

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

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

真の希望を引き出すためにはそのための

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

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

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

ICFモデルに沿った ケアプランの留意点

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

するのもこの方にとって大事なことです。

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

それから目標についてはいつまでと期間を明確にすることが大事です。

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

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

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