

く、本人によるその主観的受けとめ方の問題であり、通常の状態からの偏りを「恥」と受けとめる心的態度という個人因子が環境因子と交互作用して、その影響をマイナス方向のものにしている例である。これはわが国でも高齢婦人が失禁を気にして外出しなくなることが問題となっている等、普遍的な問題にもつながっている。

### 第 25 例：多発性硬化症の 45 歳の女性元ジャーナリスト

「ジェーンは 45 才女性でイギリス東部の海辺の町の庭付きの大きな家で、エンジニアであるパートナーと共に暮らしている。子供はいない。

ジェーンは多発性硬化症で、歩くことが困難である。長距離を動き回ったり、店を見て回ったりするには車椅子が必要である。家では杖を用い、パートナーに助けてもらってなんとか動き回ることができる。家の入り口には急な階段があり、さらに家が小さな丘の上にあるため、家から出るのが難しい。彼女は月に一度の理学療法のために車でなければ行けない場所に出かけなければならない。自分では運転できないので、パートナーが毎月運転して彼女を連れて行ってくれる。彼女はまだ福祉サービスからは援助を受けていない。

ジェーンは身の回りのことは自分ですが、入浴のためには助けが必要である。彼女は料理全てと後片付けをするが、その他の家事はしない。残りは彼女のパートナーがやる。

5 年前まではジェーンはジャーナリストとしてフルタイムに働いており、とても活

動的な女性だった。病気が進行したため、毎日働くことができなくなり、2 年間フリーのジャーナリストとして働いたが、その後全く働けなくなった。彼女は読書が大好きで、よく読書する。ガーデニングも楽しんできたがこれはもうできない。ジェーンはとても活動的で社交的な生活をしてきたが、今ではそれもかなり少なくなった。しかし今でも友達が時々尋ねてくる。」

コメント：この事例の場合にも心身の機能障害と環境因子（物的・社会的な阻害因子だけでなく、協力的なパートナー、時々たずねてくる友達など人的な促進因子もある）の相互作用だけで「働けない」という参加制約が起こっているのではなく、この人の「職業歴」という個人因子が大きく影響している。例えばもし彼女がジャーナリストでなく、作家であったとしたら、在宅で十分仕事ができただけである。またジャーナリストとしての経歴を生かして、地元の新聞のコラムを執筆する等の仕事の可能性もないではなく、そのような道を選ぶかどうかには彼女の「好み」「価値観」「ライフスタイル」（いずれも重要な個人因子）が大きく影響していると考えられる。

### 2) 臨床記録による分析

臨床記録の分析から個人因子の概念に関わるいくつかの重要な特徴と多くの具体的な項目とが同定された。これについては次項の総括的考察の中に含めて述べる。

### 3. 個人因子の概念ならびに範囲に関する総括的考察

臨床記録の検討結果と、上記の ICF 関

連事例の分析の結果とあわせて整理すると次の通りである。

(1) その人の「生来の特徴」で変更不可能あるいは容易には変更できないものは個人因子として最も異論のないものと考えられる。変更できないものには性(自然性別)、年齢、人種などのように生物学的で本人の内的な固有の特徴であるものだけではなく、出生時の環境に属する外的な特徴だが本人に一生ついてまわるたぐいのもの含まれる。例えば、子としての法的地位(嫡出子、庶子など)、実の親との関係(捨子など)、出生地(場合によっては差別の対象となりうる)、家族の宗教、等である。また変更不可能ではないが、極めて困難であったり、時間がかかったりするものには国籍、選択的性別などがある。

(2) 次に「法的状態」があり、これは多くは成人後に獲得される特徴だが、容易には変更できず、その人の生活機能、特に参加に大きな影響を及ぼし、その人の固有の特徴であり個人因子であるとみることができものである。例えば婚姻に関する法的状態(未婚、既婚、別居、離婚、死別)、家族の法的状態(養子縁組など)、未成年状態(法的な制約のある状態)、財産管理に関する法的状態(禁治産など)などである。

(3) 次に成人後に獲得した「資格・経歴・経歴」で生活機能、特に参加に大きな影響を与えるものがある。例えば専門職(医師、弁護士など)資格である。これは関連するサービス・制度・政策(e580、e550など)が認定し、監督し、保証するものであり、その意味でこれらの環境因子と関係深い、資格自体は本人に与えられ、特定の権限を

与える(医師としての開業等)ものであり、環境因子ではなく個人因子である。この他に、学歴、職業歴、スポーツ優勝歴なども同様である。また職業その他の「参加」に携わった経歴(現在の又は過去の地位・役割、賞罰、芸術・文学関係の入賞歴、等)、また関係団体(学・協会、県人会、同窓会、地域の会、等)への所属やそこでの地位・役割等の経歴なども個人の社会的役割に大きく影響するものであり、個人因子に属すると考えるべきである。例えば文学賞の受賞歴、地域活動に対しての表彰歴などは本人の能力や資質への評価を高め、その後の同領域への参加に有利に働く、などである。

また経歴としては、職業上の経歴あるいは長く外国生活をした経歴などは、種々の活動・参加において有利に働く。但し、逆方向の経歴もあり、高齢者が転倒や失禁の経歴をしたことで外出を控えるなどのことがある。またかつてある種の参加の場でいわれなき差別を受けた経歴がその後の同種の参加に対して消極的にさせるといったマイナス方向の影響も考えられる。

(4) 次にあげられるのは「全体的行動様式」であり、これはICFのb126 気質と人格の機能、b130 活力と欲動の機能、またICF-CYで追加されたb125 素質と個人の特有の機能などを基礎として、経歴を通じて生活史の中で形成されてきた個人的資質にもとづいた総合的な行動様式である。これには自己の状況の把握、自立心(自立への欲求)、困難への対処様式、道徳性、価値観(物質・金銭、知的・芸術的側面、人間関係・愛情、名誉などに関する価値観)、信念(信仰)、思想的、政治的、

倫理的、宗教的、人生の目標・使命などが含まれる。これは心身機能に還元できない高次の個人的特徴である。

(5) 次が「全体的気分」である。これは b 152 情動機能と関連するが、生活史と最近の生活機能の状態の影響を受けて形成された全般的な感情・気分の状況である。その内容としては、幸福感（～不幸福感）、喜び（～悲しみ）、安心感（～不安感）、自尊心（～劣等感）、希望（～絶望）、自己の価値、生きることの有意味感、興味の範囲（広い～狭い）、帰属感（～疎外感）、孤独感、罪責感、自信（能力、人柄、外見に関する自信など）、人生を楽しんでいるかどうか、現状の受容、他の人への信頼・愛情・感謝・尊敬（家族、親族、友人、仲間、社会全体などへの）、他からの信頼・愛情・感謝・尊敬（家族から、親族から、友人から、仲間から、社会全体から、など）、活力感（～疲労感）、明るさ（～憂鬱感）などが含まれる。上記の（4）が意思・行動の面に関係深いとすれば、これらは感情面に関係深いものである。

(6) 最後のものは「満足度と意欲」である。これは生活機能・健康状態・環境についての満足度、および不満がある場合の解決への意欲である。これは、これらの要素における問題点の発見に有用である。それは、これらの要素の客観的状況とそれについての満足度にはくい違いがありうるからである。すなわち外からみると大きな問題のようにみえるが、本人にとってはそうでない場合、その逆の場合などがあるが、満足度をみることで、これらの要素が本人にとってどのような意味を持っているかがよ

り明確になる。

意欲とは、解決しようとするマイナス面の克服への意欲だけではなく、より向上させるプラス面の増大への意欲をいう。

その内容としては、健康状態についての満足度・意欲、心身機能についての満足度・意欲、身体構造についての満足度・意欲、活動についての満足度・意欲、参加についての満足度・意欲、環境因子についての満足度・意欲がある。

なおこの項目は既存の I C F の各項目と対応するものなので非常に項目数が多くなる。そのためこの問題は必ずしも個人因子とせず、心身機能・構造、活動、参加、環境因子などの項目に関する評価点（qualifier）の一つとして「満足度に関する評価点」を導入することで解決する方法も考えられる。

#### 4. 個人因子分類第1次試案の作製

3. の総括的検討に立って、個人因子分類第1案を作成した。

##### A. 個人因子総論

###### 1) 個人因子の暫定的定義

「個人因子とは、個人の生活機能（心身機能・構造、活動、参加）の背景（文脈）をなす、その人固有の内的な多少とも安定した持続的な特徴をいう。それには性、年齢・人種などの生来の特徴、婚姻状態などの法的状態、資格・経歴・経験、困難への対処様式（コーピング・ストラテジー）などの全体的な行動様式、自尊心などの全体的な気分、種々の生活機能（の客観的な状況）に対する満足感などを含む。これは直接生活機能に影響を与え、また環境因子や

健康状態と生活機能との交互作用に影響を与えそれを修飾する。」

## 2) 個人因子分類の構造

大きく6章に分かれる。このうち最初の3章は客観的個人因子、後の3章は主観的個人因子といってもよい。ここで主観的とは個人の内面の状態を示すもので、感情、内面化された規範、信念、信仰などをいう。これらは個人因子の重要な一部として生活機能に影響すると共に、それ自体が主観的な安寧状態 (subjective well-being) を示す。

## 3) 個人因子の活用法 (1) - 評価点

評価点については環境因子と同様にプラス方向のもの (促進因子として働くもの) とマイナス方向のもの (阻害因子として働くもの) を含め +4 ~ 0 ~ -4 が妥当と考えられる。その具体的な定義の確定は今後の検討を必要とする。

## 4) 個人因子の活用法 (2)

個人因子の活用法は大きく2つに分けられる。第1には生活機能の3レベル (心身機能・構造、活動、参加) をコーディングする場合に、それに対する健康状態や環境因子の影響と関係させて個人因子の関与を記載する方法であり、原理的にはこれが一番正しい。しかしかなり煩雑である場合が多い。第2は個々の個人因子について、どのような生活機能項目についてどのような影響を与えているかを記載する方法である。

特に第6章 (満足度) の使い方には2つの方法がある。第1の方法は健康状態を記載する時、また生活機能と環境因子をコード化する (評価点をつける) 時に同時に満足度 (と意欲) を記載する方法 (各項目ご

と、あるいはブロックまたは章毎に) であり、この場合は満足度を示す評価点を用いることも考えられる。第2法は下記の分類案に示すように、各要素について満足度を記す方法である。

## B. 個人因子の暫定的分類 (案)

### 第1章 生来の特徴

<生まれつきで変更不可能、または容易には変更できない特徴。生活機能全般に影響し、特に環境条件 (e4 態度、e5 サービス・制度・政策など) との相互作用により参加制約 (差別等) の背景となりうる>

#### ○性別とジェンダー

- ・自然性別
- ・選択的性別 (例: 法的に承認されたもの、社会的に承認されたもの、未承認の性的嗜好)

#### ○人種・部族

#### ○年齢

#### ○国籍

#### ○出生地

#### ○家族の宗教

### 第2章 法的状態

<法的な規定・規制を受ける状態。全体として、司法サービス・制度・政策 (e550) に関係が深く、参照が必要である>

#### ○婚姻の法的状態 (例: 未婚、既婚、別居、離婚、死別)

<e310 家族、e410 家族の態度、と関係深く参照必要。但し現実の家族の存在とその態度は環境条件だが、法的な婚姻状態 (marital status)

はその人に属するもので個人因子である>

- 家族の法的状態（例：養子縁組）
- 未成年の状態
- 財産管理に関する法的状態（例：禁治産、準禁治産、成年後見制度適用、など）
- <e310 家族、e330 権限をもつ立場にある人、e550 司法サービス・制度・政策と関係深く参照必要>
- 外国人登録
- 年金受給権

### 第3章 資格・経歴・経験

<資格：資格、免許：例えば専門職（医師、弁護士、等）免許、等>

<経歴：参加の経歴：過去の経歴であって現在の活動・参加に影響を与えるもの。d840-859 仕事と雇用、d920 レクリエーションとレジャー、に関係が深い>

<経験：プラスの経験とマイナスの経験で、現在の生活機能に影響するもの（例：長い外国生活の経験）>

- 健康状態に関する経験：例）病気の経験（治療歴を含む）

<これに関しては「過去の健康状態」として健康状態に含めることも考えられる。しかし治療歴については健康状態に含めることはできず、「過去に受けた医療サービス」として環境因子に含めるとすれば、病気そのものの経過と切り離すことになり、適切でない。やはり個人因子とするのが適切と考えられる。>

- 心身機能に関する経験

- ・精神機能に関する経験
- ・感覚機能と痛みに関する経験
- ・発生と発話の機能に関する経験
- ・心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能に関する経験
- ・消化器系・代謝系・内分泌系の機能に関する経験
- ・尿路・性・生殖の機能に関する経験
- ・神経筋骨格と運動に関連する機能に関する経験
- ・皮膚および関連する構造の機能に関する経験

- 身体構造に関する経験

- ・神経系の構造に関する経験
- ・目・耳および関連部位の構造に関する経験
- ・音声と発話に関わる構造に関する経験
- ・心血管系・免疫系・呼吸器系の構造に関する経験
- ・消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造に関する経験
- ・尿路性器系および生殖系に関連した構造に関する経験（例：失禁した経験のため外出を控えるようになった）
- ・運動に関連した構造に関する経験
- ・皮膚および関連部位の構造に関する経験

<以上の心身機能・構造レベルの経験に関しては上記の「健康状態に関する経験」と同様の理由で個人因子に含めた>

- 家庭生活に関する資格・経歴・経験

- ・家事に関する資格・経歴・経験
- ・家事に関する資格（例：家事検定）

- ・家事に関する参加の経歴
- ・家事に関する活動の経歴
- 他者の援助に関する資格・経歴・経歴
  - ・他者の援助に関する資格(例:ホームヘルパー、介護福祉士)
  - ・他者の援助に関する経歴(例:介護歴)
  - ・他者の援助に関する経歴
- 対人関係に関する資格・経歴・経歴
  - ・対人関係に関する資格
  - ・対人関係に関する経歴
  - ・対人関係に関する経歴
- 教育に関する資格・経歴・経歴
  - ・教育に関する資格(例:学歴・学位)
  - ・教育に関する経歴(例:教育歴)
  - ・教育に関する経歴
- 仕事に関する資格・経歴・経歴
  - ・仕事に関する資格(例:教員免許、医師免許、看護師免許、弁護士免許、建築士免許、営業許可、等)
  - ・仕事に関する経歴
  - ・仕事に関する経歴
- 経済に関する資格・経歴・経歴
  - ・経済に関する資格(例:不動産取引の免許)
  - ・経済に関する経歴
  - ・経済に関する経歴
- コミュニティライフに関する資格・経歴・経歴
  - ・コミュニティライフに関する資格
  - ・コミュニティライフに関する経歴
  - ・コミュニティライフに関する経歴
- スポーツに関する資格・経歴・経歴
  - ・スポーツに関する資格(例:プロ
- ゴルフの資格)
- ・スポーツに関する経歴(例:オリンピックでの優勝)
- ・スポーツに関する経歴
- 芸術と文化に関する資格・経歴・経歴
  - ・芸術と文化に関する資格(例:書道、華道、茶道)
  - ・芸術と文化に関する経歴(例:文堂賞の受賞、音楽コンクールでの優勝など)
  - ・芸術と文化に関する経歴
- 宗教とスピリチュアリティに関する資格・経歴・経歴
  - ・宗教に関する資格(例:牧師、僧侶の資格)
  - ・宗教に関する経歴
  - ・宗教に関する経歴
- 人権・政治活動・市民権に関する資格・経歴・経歴
  - ・人権・政治活動・市民権に関する資格
  - ・人権・政治活動・市民権に関する経歴
  - ・人権・政治活動・市民権に関する経歴
- その他の活動に関する経歴(例:転倒の経験のため外出を控えるようになった)
- その他の参加に関する経歴
  - ・外的な参加制約を受けた経歴
- 環境の変化に関する経歴(例:災害の経験(被災経験)、引越し)
  - ・生産品と用具に関する経歴
  - ・自然環境と人間がもたらした環境変化に関する経歴

- ・支援と関係に関する経験
- ・態度に関する経験
- ・サービス・制度・政策に関する経験

#### 第4章 全体的な行動様式

- 自己の状況の把握
- 自立心（自立への欲求）
- 困難への対処様式
  - ・困難への直面
  - ・解決法の工夫
  - ・最後まででの解決
- 道徳性
- 価値観
  - ・物質・金銭に関する価値観
  - ・知的・芸術的側面に関する価値観
  - ・人間関係・愛情に関する価値観
  - ・名誉に関する価値観
- 信念（信仰）
  - ・思想的信念
  - ・政治的信念
  - ・倫理的信念
  - ・宗教的信仰
- 人生の目標・使命

#### 第5章 全体的気分

- 幸福感（～不幸感）
- 喜び（～悲しみ）
- 安心感（～不安感）
- 自尊心（～劣等感）
- 希望（～絶望）
- 自己の価値
- 生きることの有意味感
- 興味の範囲（広い～狭い）
- 帰属感（～疎外感）
- 孤独感

- 罪責感
- 自信（b1266 確信 confidence ではなく、self-assertion）
  - ・能力に関する自信
  - ・人柄に関する自信
  - ・外見に関する自信
- 人生を楽しんでいる
- 現状の受容
- 性的満足
- 他への信頼・愛情・感謝・尊敬
  - ・家族への信頼
  - ・親族への信頼
  - ・友人への信頼
  - ・仲間への信頼
  - ・社会全体への信頼
- 他からの信頼・愛情・感謝・尊敬：
  - ・家族からの信頼
  - ・親族からの信頼
  - ・友人からの信頼
  - ・仲間からの信頼
  - ・社会全体からの信頼
- 活力感（～疲労感）
- 明るさ（～憂鬱感）

#### 第6章 満足度と意欲

- 健康状態についての満足度・意欲
- 心身機能についての満足度・意欲
  - ・心身機能全体についての満足度・意欲
  - ・心身機能大項目（羅列）についての満足度・意欲
- 身体構造についての満足度・意欲
  - ・身体構造全体についての満足度・意欲
  - ・身体構造大項目（羅列）についての

満足度・意欲

○活動についての満足度・意欲

- ・活動全体についての満足度・意欲
  - ・活動全体についての満足度
  - ・活動全体についての意欲
- ・コミュニケーションについての満足度・意欲
  - ・コミュニケーションの理解についての満足度・意欲
    - ・コミュニケーションの理解についての満足度
    - ・コミュニケーションの理解についての意欲
  - ・コミュニケーションの表出についての満足度・意欲
    - ・コミュニケーションの表出についての満足度
    - ・コミュニケーションの表出についての意欲
- ・会話並びにコミュニケーション用具・技法についての満足度・意欲
  - ・会話並びにコミュニケーション用具・技法についての満足度
  - ・会話並びにコミュニケーション用具・技法についての意欲
- ・運動・移動についての満足度・意欲
  - ・姿勢の変換と保持についての満足度・意欲
    - ・姿勢の変換と保持についての満足度
    - ・姿勢の変換と保持についての意欲
- ・物の運搬移動・操作についての満足度・意欲
  - ・物の運搬移動・操作についての

満足度

- ・物の運搬移動・操作についての意欲
- ・歩行と移動についての満足度・意欲
  - ・歩行と移動についての満足度
  - ・歩行と移動についての意欲
- ・交通機関や手段を利用した移動の満足度・意欲
  - ・交通機関や手段を利用した移動の満足度
  - ・交通機関や手段を利用した移動の意欲
- ・セルフケアについての満足度・意欲
  - ・セルフケアについての満足度
  - ・セルフケアについての意欲
- ・家庭生活についての満足度・意欲
  - ・家事についての満足度・意欲
    - ・家事についての満足度
    - ・家事についての意欲
- ・他者への援助についての満足度・意欲
  - ・他者への援助についての満足度
  - ・他者への援助についての意欲
- ・対人関係についての満足度・意欲
  - ・対人関係についての満足度
  - ・対人関係についての意欲
- ・教育についての満足度・意欲
  - ・教育についての満足度
  - ・教育についての意欲
- ・仕事についての満足度・意欲
  - ・仕事についての満足度
  - ・仕事についての意欲
- ・経済についての満足度・意欲
  - ・経済についての満足度



- ・経済についての意欲
- ・コミュニティライフについての満足度・意欲
  - ・コミュニティライフについての満足度
  - ・コミュニティライフについての意欲
- ・スポーツについての満足度・意欲
  - ・スポーツについての満足度
  - ・スポーツについての意欲
- ・芸術と文化についての満足度・意欲
  - ・芸術と文化についての満足度
  - ・芸術と文化についての意欲
- ・宗教とスピリチュアリティについての満足度・意欲
  - ・宗教とスピリチュアリティについての満足度
  - ・宗教とスピリチュアリティについての意欲
- ・人権・政治活動・市民権についての満足度・意欲
  - ・人権・政治活動・市民権についての満足度
  - ・人権・政治活動・市民権についての意欲
- 参加についての満足度・意欲
  - ・参加全体についての満足度・意欲
    - ・参加全体についての満足度
    - ・参加全体についての意欲
  - ・家庭生活についての満足度・意欲
    - ・家事についての満足度・意欲
      - ・家事についての満足度
      - ・家事についての意欲
  - ・他者の援助についての満足度・意欲
    - ・他者の援助についての満足度
    - ・他者の援助についての意欲
- ・対人関係についての満足度・意欲
  - ・対人関係についての満足度
  - ・対人関係についての意欲
- ・教育についての満足度・意欲
  - ・教育についての満足度
  - ・教育についての意欲
- ・仕事についての満足度・意欲
  - ・仕事についての満足度
  - ・仕事についての意欲
- ・経済についての満足度・意欲
  - ・経済についての満足度
  - ・経済についての意欲
- ・コミュニティライフについての満足度・意欲
  - ・コミュニティライフについての満足度
  - ・コミュニティライフについての意欲
- ・スポーツについての満足度・意欲
  - ・スポーツについての満足度
  - ・スポーツについての意欲
- ・芸術と文化についての満足度・意欲
  - ・芸術と文化についての満足度
  - ・芸術と文化についての意欲
- ・宗教とスピリチュアリティについての満足度・意欲
  - ・宗教とスピリチュアリティについての満足度
  - ・宗教とスピリチュアリティについての意欲
- ・人権・政治活動・市民権についての満足度・意欲
  - ・人権・政治活動・市民権について

の満足度

- ・人権・政治活動・市民権について

の意欲

○環境因子についての満足度・意欲

- ・環境全体についての満足度・意欲
- ・環境大項目羅列

#### D. 結論

生活機能のコード化にICFを活用するための前提として、ICFのモデルに含まれ、環境因子と並んで背景因子の一つをなす重要な構成要素でありながら分類が作られていなかった個人因子について、理論的検討、事例、症例にもとづく検討を行い、それに立って「個人因子の暫定的定義」と「個人因子分類第1次試案」とを作製した。今後WHO-FICネットワークの「個人因子に関するワーキンググループ」に提示し、国際的議論を通じてより完成されたものとすることを目指すものである。

#### E. 健康危険情報

特になし

## 生活機能についての医療従事者の認識調査 — コスタリカにおける調査 —

主任研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会、顧問  
分担研究者 小野 喜志雄 国際協力機構、技術審議役

**研究要旨** 「生活機能のコード化」の内容の確定、およびそれを医療・介護・福祉等の分野で連携のためのツールとして活用する上でのプログラム・システムの構築のための基礎情報として、また今後の啓発・向上の方策の検討に役立てることを目的として、グローバルな見地から国際的な比較に立って問題点の認識を深めるために、中米コスタリカ国でICFに関するリハビリテーション関係者（医療のみでなく教育、職業、社会リハビリテーション、等）、医療従事者の生活機能に関する知識・認識の現状把握を行った。その結果、これまで我々が行った我国での調査と基本的に一致して、全般的・総論的な認識は一見比較的高いが、具体的な知識においてはまだ不十分な点が少なくないという現状を把握することができた。これによって今後「生活機能のコード化」を進め、それを一般医療（医療的リハビリテーションを含む）、介護、福祉等の分野で「連携ツール」等として活用・普及する方策を検討する上での貴重な情報を得ることができた。

### A. 研究目的

我々は従来から国際生活機能分類（ICF）やそれと関連深い問題に関する専門家および当事者の知識・認識について調査し、ICFを医療・介護・福祉等の分野で連携のための情報共有のツールとして活用するプログラム・システム構築のための基礎情報として、また今後の啓発・向上の方策の検討のために役立てるとともに、啓発の効果を測定するための基準点ともすることを目的とする研究を行ってきた。今回それを国際的に比較しグローバルな見地から問題点の認識を深めることを目的とした。

### B. 研究方法

コスタリカ国サンホセ市（首都）で行なった「ICFに立った総合リハビリテーション連携ツール」を開発することを目的としたセミナーの参加者66名に調査票を配布し、調査票の用語については口頭で定義・説明しながら回答を得ていった（回収率100%）。

このセミナーは独立行政法人国際協力機構（JICA）による技術協力プロジェクト「コスタリカ国ブルンカ地方における人間の安全保障を重視した地域住民参加による総合リハビリテーション強化」（2007年3月より5年間）の事業の一環（本研究主任

研究者は短期派遣専門家及び国内支援委員)で行われたものである。

対象の内訳は、医療リハビリテーション分野に参与している者は23名で、うち医師4名、理学療法士(P T)12名、作業療法士(O T)6名、その他1名であった。医療以外の教育・職業・社会などのリハビリテーション分野に参与している者は26名で、うちP T11名、O T2名(共に特殊教育学校に勤務)、その他(主に教師、一部職業・社会などのリハビリテーション従事者)13名であった。この他、直接リハビリテーションの臨床に参与していない者が全17名、うち医師3名、P T1名、その他13名で、このうち医師、理学療法士は管理職、その他の職種の多くは医療統計の専門家であった。

### C. 研究結果ならびに考察

#### 1. 生活機能についての認識

生活機能についての認識の状況を医療リハビリテーション分野の従事者、その他のリハビリテーション分野の従事者、リハビ

リテーションへの直接関与なしの3グループに分け、更にそれぞれの中で職種別に分けた結果を表1に示す。

まずグループ別にみると、生活機能について「全く知らない」、「名前しか知らない」、「なんとなく使っていた( I C F の概念とは知らなかった)」の3者をあわせたものは、医療リハビリテーション従事者では23名中9名(39.1%)、その他のリハビリテーション分野の従事者では26名中12名(46.2%)、直接の関与なしでは17名中5名(29.4%)であった。

更に、誤った答えである「ADLや生活行為のことだけだと思っていた」を加えると上記のグループの順に56.5%、57.7%、47.1%とほぼ半数であり、逆にみると残りの約半数は「 I C F の概念だとは知っているが、詳しくは知らない」と、生活機能とは I C F の概念であることは知っていた。従事している分野による差は、ほとんどなかった。

表1 生活機能についての認識(全体)

	医療リハ					その他リハ分野				関与なし			
	医師	P T	O T	その他	計	P T	O T	その他	計	医師	P T	その他	計
全く知らない	0名 0.0%	2名 16.7%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 8.7%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 7.7%	1名 5.9%
名前しか知らない	0 0.0%	5 41.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 21.7%	7 63.6%	1 50.0%	2 15.4%	10 38.5%	0 0.0%	0 0.0%	4 30.8%	4 23.5%
なんとなく使っている( I C F の概念とは知らなかった)	0 0.0%	1 8.3%	1 16.7%	0 0.0%	2 8.7%	1 9.1%	0 0.0%	1 7.7%	2 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
I C F の概念だとは知っているが、詳しくは知らない	1 25.0%	3 25.0%	5 83.3%	1 100%	10 43.5%	2 18.2%	1 50.0%	8 61.5%	11 42.3%	2 66.7%	1 100%	6 46.2%	9 52.9%
ADL やその他の生活上の行為のことだけ	3 75.0%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	4 17.4%	1 9.1%	0 0.0%	2 15.4%	3 11.5%	1 33.3%	0 0.0%	2 15.4%	3 17.6%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%	3 100%	1 100%	13 100%	17 100%

職種別にみると、各職種の人数は少ないが、最も多いPTでは生活機能が「ICFの概念であることは知っているが詳しくは知らない」人が25.0%であり、医師42.9%、OT75.0%、その他55.6%など他の職種と比べて少なかった。

## 2. ICFの特徴の認識

ICFの特徴の認識を訊ねた結果を表2-1、2-2に示す。ここで回答者別(表2-1)とは、複数回答可の設問であるため、重複回答をした者を別個にカウントしたものの(合計は100%)であり、項目別(表2-2)とは各回答に重複回答を含めて示したものの(合計は100%以上となりうる)である(以下同じ)。回答の選択肢のうち、「全く知らない」と「名前しか知らない」の両者の回答は前設問とほぼ同様に、3つのグループは3割前後とほぼ同程度であった。職種別にみると前設問の生活機能と比較して職種による差は少なくなった。

一方、それ以外の選択肢として示した計5つの項目、すなわち、「心身機能、活動、参加の三つのレベルがあることは知っている」、「生きることの全体像をみるものである」、「専門家間の共通言語である」、「患者ご本人と専門家との間の共通言語である」、「患者ご本人自身が問題・課題を整理するためのツールである」は、全てICFについての正しい認識である。

しかし重複回答者はグループ別にみると、43.5%、34.6%、58.8%であり、重複回答者中の平均回答項目数は3.2、3.0、3.0であった。すなわち5項目全てをあげた人は少なかった。

次に項目別にみると(表2-2)、「心身機能、活動、参加の三つのレベルがあること」や「生きることの全体像をみるもの」という全体的な概念については、グループ間に差はあるが全体のほぼ半数近くがそのような認識をもっていた。但し3つのレベルがあることについて医療リハ従事者では全体の56.5%で、何らかの項目についての回答者(「全く知らない」「名前しか知らない」を除いたもの)16名中の81.3%、関与なしは全体の58.8%、同12名中の83.8%に対し、その他のリハ分野従事者は26.9%、同17名中の41.2%と前述の2つのグループの約半数であった。

また全体の回答数も、関与なし217.6%、医療リハ従事者195.6%、その他リハ分野従事者161.5%と、関与なし群は直接関与していても知識としては最もあったといえる。

「専門家間の共通言語」や「患者本人と専門家との間の共通言語」や「患者本人自身が問題・課題を整理するためのツール」というICFの利用の仕方については、それらよりやや少なく、全体のほぼ1~4割の範囲であった。特に「患者本人自身が問題・課題を整理するためのツール」という自己決定権行使に活用できることの認識は最も低かった。

次に職種別(項目別、表2-2)にみると、「心身機能、活動、参加の三つのレベルがあることは知っている」は医師85.7%、PT29.2%、OT50.0%、その他48.1%であり、「生きることの全体像をみるものである」は71.4%、45.8%、37.5%、44.4%であった。また、「専門家間の共通言語である」

は 42.9%、16.7%、25.0%、29.6%、「患者ご本人と専門家との間の共通言語である」は 28.6%、16.7%、25.0%、29.6%、「患者ご本人自身が問題・課題を整理するためのツールである」は42.9%、4.2%、12.5%、

14.8%であった。医師が最も良好で、OT、その他がほぼ同程度で次に位置し、PTの理解が最も低かった。

また回答者を見ても特にその他のリハ分野従事者のPTは109.1%と低かった。

表 2-1 ICFの特徴の認識<回答者別>

	医療リハ					その他リハ分野				関与なし			
	医師	PT	OT	その他	計	PT	OT	その他	計	医師	PT	その他	計
全く知らない	0名 0.0%	1名 8.3%	1名 16.7%	0名 0.0%	2名 8.7%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 7.7%	1名 5.9%
名前しか知らない	0 0.0%	5 41.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 21.7%	3 27.3%	1 50.0%	5 38.5%	9 34.6%	0 0.0%	0 0.0%	4 30.8%	4 23.5%
3つのレベルの存在は知っている	1 25.0%	1 8.3%	2 33.3%	1 100%	5 21.7%	1 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	1 5.9%
生きることの全体像をみるもの	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	2 18.2%	0 0.0%	1 7.7%	3 11.5%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.9%
専門家間の共通言語である	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
患者本人と専門家間の共通言語	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 18.2%	1 50.0%	0 0.0%	3 11.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
患者自身が問題・課題を整理するためのツール	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
複数回答	3 75.0%	4 33.3%	3 50.0%	0 0.0%	10 43.5%	3 27.3%	0 0.0%	6 46.2%	9 34.6%	2 66.7%	1 100%	7 53.8%	10 58.8%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%	3 100%	1 100%	13 100%	17 100%

表 2-2 ICFの特徴の認識<項目別>

	医療リハ					その他リハ分野				関与なし			
	医師	PT	OT	その他	計	PT	OT	その他	計	医師	PT	その他	計
全く知らない	0名 0.0%	1名 8.3%	1名 16.7%	0名 0.0%	2名 8.7%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 7.7%	1名 5.9%
名前しか知らない	0 0.0%	5 41.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 21.7%	3 27.3%	1 50.0%	5 38.5%	9 34.6%	0 0.0%	0 0.0%	4 30.8%	4 23.5%
3つのレベルの存在は知っている	4 100%	4 33.3%	4 66.7%	1 100%	13 56.5%	2 18.2%	0 0.0%	5 38.5%	7 26.9%	2 66.7%	1 100%	7 53.8%	10 58.8%
生きることの全体像をみるもの	3 75.0%	5 41.7%	3 50.0%	0 0.0%	11 47.8%	5 45.5%	0 0.0%	6 46.2%	11 42.3%	2 66.7%	1 100%	6 46.2%	9 52.9%
専門家間の共通言語である	1 25.0%	3 25.0%	2 33.3%	0 0.0%	6 26.1%	0 0.0%	0 0.0%	4 30.8%	4 15.4%	2 66.7%	1 100%	4 30.8%	7 41.2%
患者本人と専門家間の共通言語	1 25.0%	2 16.7%	1 16.7%	0 0.0%	4 17.4%	2 18.2%	1 50.0%	5 38.5%	8 30.8%	1 33.3%	0 0.0%	3 23.1%	4 23.5%
患者自身が問題・課題を整理するためのツール	2 50.0%	1 8.3%	1 16.7%	0 0.0%	4 17.4%	0 0.0%	0 0.0%	3 23.1%	3 11.5%	1 33.3%	0 0.0%	1 7.7%	2 11.8%
計	11 275.0%	21 175.0%	12 200.1%	1 100.0%	45 195.6%	12 109.1%	2 100.0%	28 215.4%	42 161.5%	8 266.7%	3 300.0%	26 200.0%	37 217.6%

### 3. 生活機能への対応

#### 1) 生活機能への対応（全体）

生活機能に3つのレベル（心身機能、活動、参加）があることと、その具体的内容を示した上で、生活機能全体および各レベルへの対応について、自分の分野の対象であるか、また自分の職種の仕事と思うかを聞いた。同時に、これら3つのレベルに対するこれまでの関与の仕方がどうであったかを問うた（択一回答）。

この場合は、同じ職種でも直接リハビリテーションに関与している者に限るために、医療リハ従事者、その他のリハ分野従事者の2つのグループについてだけ検討した。

まず生活機能全体についての結果を表3-1に示す。

まず「自分の分野の対象ではないと考えていた」は、医療リハ従事者、その他のリハ分野従事者の2グループともに0%であった。また「自分の分野の対象だが他の職種の仕事であると考えていた」は13.0%、34.6%であった。職種別にみると「その他」の「その他の職種」は7割が自分の領域とは考えていなかった。この多くは教師である。

これに対し、生活機能に対してなんらかの働きかけをしていた者、すなわち「自分自身で評価をしていた」と「自分自身で改善に向けて働きかけてをしていた」「自分自身で評価+自分自身で改善に向けて働きかけをしていた」の3者を合計したものは86.9%、61.5%であった。そのうち評価と働きかけの両者を行っていたのは34.8%、38.5%と4割弱にすぎなかった。医療リハ従事者では「評価+働きかけ」より「働き

かけ」のみが多かった。一方その他のリハ分野従事者では「評価+働きかけ」が最も多かった。この中で職種別にみるとPTは医療リハ従事者で41.7%、その他のリハ分野従事者で63.6%と他の職種に比べて多かった。

リハに関与していても「評価のみ」と働きかけをしていないとした人が13.0%、15.4%いた。これは医療リハでは医師のみ、「その他」ではPTと「その他の職種」の各2割弱であった。一方、評価をせずに働きかけをしている比率の多いことは、特に医療リハ従事者で多く（39.1%）注目された。

次に生活機能の各レベル毎に、対応を検討した（心身機能：表3-2、活動：表3-3、参加：表3-4）。

3つのレベルとも、「自分の分野の対象ではない」と考える人は全くいなかった。即ち全員が3つの生活機能レベルの全てが自分の分野の対象とは考えていることになる。

表3-1で示した生活機能を自分の専門分野の対象と考えていた人はほとんどが3つのレベル全てを自分の分野の対象と考えていた。

各レベルで「自分の分野の対象だが、他の職種の仕事だと思う」との回答者から、前問（表3-1）で生活機能全体が、「自分の分野の対象だが、他の職種の仕事だと思う」人を除外すると、生活機能の特定のレベルのみを自分の領域と考えている人を示すことになる。そのようにみると、「心身機能」は医療リハ従事者のOT1名、その他のリハ分野従事者のその他1名、「活動」についてはその他のリハ分野従事者でPT1

名、その他1名、「参加」については医療リハ従事者PT2名、その他のリハ分野従事者でPT1名であった。通算すると医療リハ従事者のPT2名、その他のリハ分野従事者のPT1名、OT1名、その他1名であった。

次に具体的内容を評価と働きかけに分けて整理していくと、医療リハ従事者では「自分自身で働きかけ（のみ）をしていた」が心身機能が39.1%、活動が43.5%、参加が34.8%と最も多く、次に「自分自身で評価＋働きかけ」、「自分自身で評価をしていた」の順であった。

その他のリハ分野従事者では「自分自身で評価＋働きかけ」が34.6%、38.5%、30.8%ともっと多く、これに対し「自分自身で働きかけ（のみ）をしていた」は15.4%、7.7%、11.5%と少なかった。

### 3) 評価・改善への働きかけの対象範囲

これに続けて各レベル毎の評価および改善への働きかけの対象範囲についてみる(心身機能：表4-1-1、4-1-2)、活動：表4

-2-1、4-2-2、参加：表4-3-1、4-3-2)。まず各表の一番下である「評価せず」「働きかけせず」をみると、「評価せず」の人に対し、「働きかけせず」が多く、すなわち評価をせずに働きかけをしていることが多いことがわかる。また参加レベルへの働きかけが心身機能・活動に比べ少ない。

各レベルでの評価・働きかけともに、「なるべく広範囲に見るようにしている」か「自分の専門分野のみ」などのある特定分野か、との比較をすると、医療リハ従事者ではほぼ同数であるが、その他のリハ分野従事者で「なるべく広い範囲」を対象と考えていた人が多かった。

例えば、活動でみると「自分の専門分野のみ」、「ADLだけ」、「自分の専門分野＋ADL」の3者に対し、「なるべく広範囲」は医療リハ従事者では21.7%対21.7%と同数であった。その他のリハ分野従事者では15.4%30.8%と「なるべく広範囲」が2倍であった。

表3-1 生活機能への対応（全体）

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	PT	OT	その他	計	PT	OT	その他	計
自分の分野の対象ではない	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
自分の分野の対象だが、他の職種の仕事	0名 0.0%	2名 16.7%	1名 16.7%	0名 0.0%	3名 13.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	9名 69.2%	9名 34.6%
自分自身で評価をしていた	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 13.0%	2 18.2%	0 0.0%	2 15.4%	4 15.4%
自分自身で働きかけをしていた	2 50.0%	5 41.7%	3 50.0%	1 100%	9 39.1%	2 18.2%	1 50.0%	0 0.0%	3 11.5%
自分自身で評価＋働きかけ	1 25.0%	5 41.7%	2 33.3%	0 0.0%	8 34.8%	7 63.6%	1 50.0%	2 15.4%	10 38.5%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%



表 3-2 心身機能への対応

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	P T	O T	その他	計	P T	O T	その他	計
自分の分野の対象ではない	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
自分の分野の対象だが、他の職種の仕事	0名 0.0%	2 16.7%	2名 33.3%	0名 0.0%	4名 17.4%	0名 0.0%	0名 0.0%	10名 76.9%	10名 38.5%
自分で評価	1 25.0%	2 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 13.0%	3 27.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 11.5%
自分で働きかけ	2 50.0%	4 33.3%	2 33.3%	1 100%	9 39.1%	3 27.3%	1 50.0%	0 0.0%	4 15.4%
自分で評価+働きかけ	1 25.0%	4 33.3%	2 33.3%	0 0.0%	7 30.4%	5 45.5%	1 50.0%	3 23.1%	9 34.6%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

表 3-3 活動への対応

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	P T	O T	その他	計	P T	O T	その他	計
自分の分野の対象ではない	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
自分の分野の対象だが、他の職種の仕事	0 0.0%	2 16.7%	1 16.7%	0 0.0%	3 13.0%	1 9.1%	0 0.0%	10 76.9%	11 42.3%
自分で評価	1 25.0%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	2 8.7%	2 18.2%	0 0.0%	1 7.7%	3 11.5%
自分で働きかけ	2 50.0%	5 41.7%	2 33.3%	1 100%	10 43.5%	1 9.1%	1 50.0%	0 0.0%	2 7.7%
自分で評価+働きかけ	1 25.0%	5 41.7%	2 33.3%	0 0.0%	8 34.8%	7 63.6%	1 50.0%	2 15.4%	10 38.5%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

表 3-4 参加への対応

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	P T	O T	その他	計	P T	O T	その他	計
自分の分野の対象ではない	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
自分の分野の対象だが他の職種の仕事	0 0.0%	4 33.3%	1 16.7%	0 0.0%	5 21.7%	1 9.1%	0 0.0%	9 69.2%	10 38.5%
自分自身で評価をしている	1 25.0%	4 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	5 21.7%	3 27.3%	0 0.0%	2 15.4%	5 19.2%
自分自身で改善に向けて働きかけをしている	2 50.0%	3 25.0%	3 50.0%	0 0.0%	8 34.8%	2 18.2%	1 50.0%	0 0.0%	3 11.5%
自分自身で評価をしていた+自分自身で改善に向けて働きかけをしていた	1 25.0%	1 8.3%	2 33.3%	1 100%	5 21.7%	5 45.5%	1 50.0%	2 15.4%	8 30.8%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

働きかけの範囲は医療リハ従事者では30.4%対47.8%、その他のリハ分野従事者では7.7%対38.5%と評価以上に「なるべく広範囲」が多かった。

次に職種別にみると、同じPTでも、2つ

の分野による違いは大きく、その他のリハ分野従事者では心身機能・活動・参加の評価・働きかけともに「なるべく広範囲」が自分の専門分野より2～6倍以上多かった。

表4-1-1 心身機能についての評価の範囲

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	PT	OT	その他	計	PT	OT	その他	計
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	3名 25.0%	1名 16.7%	0名 0.0%	4名 17.4%	3名 27.3%	1名 50.0%	1名 7.7%	5名 19.2%
なるべく広範囲	2 50.0%	3 25.0%	1 16.7%	0 0.0%	6 26.1%	5 45.5%	0 0.0%	2 15.4%	7 26.9%
<評価せず>	2 50.0%	6 50.0%	4 66.7%	1 100%	13 56.5%	3 27.3%	1 50.0%	10 76.9%	14 53.8%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

表4-1-2 心身機能についての改善の働きかけの範囲

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	PT	OT	その他	計	PT	OT	その他	計
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	4名 33.3%	2名 33.3%	1名 100%	7名 30.4%	2名 18.2%	1名 50.0%	1名 7.7%	4名 15.4%
なるべく広範囲	3 75.0%	4 33.3%	2 33.3%	0 0.0%	9 39.1%	6 54.5%	1 50.0%	2 15.4%	9 34.6%
<働きかけせず>	1 25.0%	4 33.3%	2 33.3%	0 0.0%	7 30.4%	3 27.3%	0 0.0%	10 76.9%	13 50.0%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

表4-2-1 活動についての評価の範囲

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	PT	OT	その他	計	PT	OT	その他	計
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	2名 16.7%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 8.7%	1名 9.1%	0名 0.0%	2名 15.4%	3名 11.5%
ADL だけ	0 0.0%	2 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.7%	1 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.8%
自分の専門分野+ADL	0 0.0%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
なるべく広範囲	2 50.0%	1 8.3%	2 33.3%	0 0.0%	5 21.7%	7 63.6%	1 50.0%	1 7.7%	9 34.6%
<評価せず>	2 50.0%	7 58.3%	3 50.0%	1 100%	13 56.5%	2 18.2%	1 50.0%	10 76.9%	13 50.0%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

表 4-2-2 活動についての改善の働きかけの範囲

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	P T	O T	その他	計	P T	O T	その他	計
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	1名 8.3%	0名 0.0%	1名 100%	2名 8.7%	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 7.7%	1名 3.8%
ADL だけはしていた	0 0.0%	4 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	4 17.4%	1 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.8%
自分の専門分野+ADL	0 0.0%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
なるべく広範囲	3 75.0%	5 41.7%	3 50.0%	0 0.0%	11 47.8%	7 63.6%	2 100%	1 7.7%	10 38.5%
<働きかけせず>	1 25.0%	2 16.7%	2 33.3%	0 0.0%	5 21.7%	3 27.3%	0 0.0%	11 84.6%	14 53.8%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

表 4-3-1 参加についての評価の範囲

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	P T	O T	その他	計	P T	O T	その他	計
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	2名 16.7%	1名 16.7%	0名 0.0%	3名 13.0%	2名 18.2%	0名 0.0%	2名 15.4%	4名 15.4%
なるべく広範囲	2 50.0%	3 25.0%	1 16.7%	1 100%	7 30.4%	6 54.5%	1 50.0%	2 15.4%	8 30.8%
<評価せず>	2 50.0%	7 58.3%	4 66.7%	0 0.0%	13 56.5%	3 27.3%	1 50.0%	9 69.2%	14 53.8%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

表 4-3-2 参加についての改善の働きかけの範囲

	医療リハ					その他リハ分野			
	医師	P T	O T	その他	計	P T	O T	その他	計
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	2名 16.7%	2名 33.3%	0名 0.0%	4名 17.4%	1名 9.1%	0名 0.0%	1名 7.7%	2名 7.7%
なるべく広範囲	3 75.0%	2 16.7%	2 33.3%	1 100%	8 34.8%	6 54.5%	2 100%	1 7.7%	9 34.6%
<働きかけせず>	1 25.0%	8 66.7%	2 33.3%	0 0.0%	11 47.8%	4 36.4%	0 0.0%	11 84.6%	15 57.7%
計	4 100%	12 100%	6 100%	1 100%	23 100%	11 100%	2 100%	13 100%	26 100%

## (2) 活動の「能力」と「実行状況」について

ICFにおける「活動」の評価点の重要な区分であり、臨床的にも重要な「能力」と「実行状況」とを区別して把握しているかどうかについて調べた。その結果を表5に示す。

「聞いていない」との回答者が医療リハ従事者で4.3%、その他のリハ分野従事者で34.6%であるが、これに対し表4-2-1で「非該当（活動を評価していない）」との返答者は医療リハ従事者では56.5%、その他のリハ分野従事者では50.0%と格段に多かった。これは普通の生活の状況を聞くことを、活動の評価の側面をもっているとの認識をもっては、行ってはいないことを意味するものと思われる。

その他のリハ分野従事者の「その他」では「聞いていない」が69.2%であり、聞くこと自体をしていなかった。これは実際の生活に関与するという観点自体が乏しいと考えられる。

またほとんどが「普通の生活での状況」という実行状況のみで「がんばればできる状況」、すなわち能力はほとんど聴取してなかった。「がんばればできる」すなわち「能力」を向上させることは生活機能向上の重要な点であり、今後この視点でみるのが重要であることが判明した。

### 4. 生活機能レベル間の相対的独立性

生活機能の3つのレベルは、それぞれ相対的独立性を持っており、これは改善への働きかけの時に重要な意味をもつ。そこで相対的独立性の中で特にリハビリテーショ

ン上大きな意味をもつ課題である「心身機能」と「活動」との間の相対的独立性をみるため、「例えば脳卒中などで病気や麻痺がよくななくても、不自由な生活行為の自立度や実用性を向上することができると思いですか」との設問を設けた。その結果を表6に示す。

相対的独立性を考えない「ほとんどできない」は0%であった。「環境の改造や福祉用具を使えば出来る」は医療リハ従事者では73.9%、その他のリハ分野従事者では65.4%、関与なしでは58.8%であった。「介護のやり方でよくすることもできる」のみ回答者は、21.7%、23.1%、35.3%「介護のやり方でよくすることもできる+環境の改造や福祉用具を使えばできる」は4.3%、11.5%、5.9%にすぎなかった。

相対的独立性の臨床応用においては介護のやり方と環境改善・福祉用具の両者が重要であり、当然両者をあげなければならないが、両者をあげたものは極めて少数で「環境改造・福祉用具」のみをあげたものが多かったのは、理解がまだ不十分であることを示すものと思われる。

介護は活動への直接的働きかけであり、これによって向上できることの理解は相対的独立性の理解として最も基礎的な例の一つといえる。

また臨床的にも介護という手段が単に補う、補完するものではなく、それによってよくすることができるという観点から活用し、技術的に発展させる必要があることが課題として明らかとなった。これはわが国で特に介護予防との関係でICFが重視されるようになった時の状況に類似している