

悪循環」が発生し、進行していく。意識して生活不活発病を改善し、「生活機能低下の悪循環」から脱却し、「良循環」を作る必要がある。生活機能の3つのレベル全てをよくすることである。このように「よくする介護」の「よくする対象」として生活不活発病を明確に意識することが重要である。

生活不活発病は、日頃の生活を活発に送っていることによって予防し、改善すること中心である。そのためには、目標を設定する際に、この「活発な生活」の具体像をよく考えることが重要である。

### 3. プラスの重視：プラスを引き出す専門性

「よくする介護」の重要な特徴はプラスの面を重視することである。

これは一般に「プラス思考」といわれるようなムード的なことではなく、専門性を発揮して、現在及び将来の両面について、プラスの面（隠れたものを含む）を見いだし、開発しようということである。

なお、この「プラスを見る」というのは介護職だけでなく、医療を含めほとんどの専門職が本質的な見方の変換を迫られている点だといえよう。

#### 1) 「プラス」をもつ「人」

プラス面をもつというのは「正常」な生活機能だけでなく、様々な個性や特徴をもつことでもある。つまり、利用者はたまたまある種の生活機能上の問題（障害、マイナス面）をもっているが、その他には、問題のない生活機能を多数もち、さらにそれぞれの個性や特徴をもった人でもあるのである。生活機能モデルに沿って、マイナス面だけでなく、プラス面をもった存在としてとらえ、プラス

面を引き出して定着させていくことが大事である。

またプラスの面には生活機能の3つの階層だけでなく、主観的な「立ちなおる心の力」ともいうべきプラスの面もある。このプラスの面をひき出すことも大事である。

#### 2) 残存機能でなく「潜在的生活機能」

このプラス面としては、まずその時点でよく調べればわかる「残存機能・能力」があるが、それだけでなく、本人・家族ですら気づいていない「隠れたプラス」、すなわち「潜在的生活機能」としてのプラスの面が実は非常に大きい。そしてこのような潜在的生活機能を引き出すことが、専門家の重要な役割である。ここに単に不自由なことを手伝うのではない介護の専門性がある。

#### 3) 環境のプラス面も活用

ふつう「活動」の不自由（制限）のある人にとって、「環境」（ICFでは「環境因子」）はマイナスに働く「阻害因子」にしかならないと考えられがちである。しかし、決してそうではなく、生活機能の中の「隠れたプラス」を引き出すのに役立つ「促進因子」となりうる「環境因子」が実は非常に多いのである。例えば、歩行を助ける種々のタイプの歩行補助具・装具のような物的環境因子である。この他にも多くの「環境因子」がプラスに活用できるのである。

介護職の技術が向上することは人的及び制度・サービスの環境因子である介護が向上し、「促進因子」としての役割を果たすことである。

このように隠れたプラスを発見し引き出すことのほうが、マイナスの面を発見することよりもより高い専門的技術を必要とす

るのである。

#### 4) プラスをみつけるアセスメントを

以上に関係することとして「アセスメントでは、マイナス面中心でなくプラス面をもみていく」という観点が大事である。このような観点でみると、働きかける内容がないと思っけていても実はもっと積極的に関与すべき点があることが明らかになることが多い。

プラスの見方の具体的ポイントは、以下の通りである。

- ①人全体として、
- ②生活機能の各レベルについて、
- ③生活機能に影響するプラスの要素を見つけ、
- ④生活機能のプラスを引き出す。
- ⑤マイナスの中にもプラスを見つけ出す  
視点：同じ「活動」のやり方をみても「できない」・「していない」ことを中心とした見方ではなく、「でも、このようなことは」「できる」・「している」というみ方が大事である。

#### 4. よくするための具体的働きかけ

「よくする介護」の具体的な働きかけの内容を表2に示した。

この「よくする介護」は、不自由なことがある人に対し、「よい状態にできないか？そのために介護職として何ができるのか？」と考えていく。そのように考えながらアセスメントをして、よい目標とそれを実現するプログラムを立て、目標とするレパートリーとバラエティを明確にして個々の「活動」に対して働きかけていく。

その際まず介護の具体的なターゲットであ

る「している活動」を中心として生活機能モデルとしてとらえて、評価・働きかけ・目標・プログラム作成などを行う。

これらのプロセスは「共通言語」として活用し、介護だけでなく、他職種とのチームワーク、そして本人の自己決定権の尊重をしながら行っていく。

#### 5. 一つひとつの活動向上への働きかけのポイント

よくする介護における一つひとつの活動に対する働きかけのポイントは次の通りである。

##### 1) 更なる向上ができないかをみる

「限定的自立」（自宅や、入所中なら施設の中、また近辺の限られた環境でのみの自立）にとどまらず、「普遍的自立」（どのような環境でも自立しておこなえる状態）にまで高めることが大事である。それにはレパートリー自体の拡大、あるレパートリーの中のバラエティの拡大が必要である。また、量的な向上（回数・頻度など）も重要で、それは生活不活発病改善・予防に役立つ。

##### 2) 自立度だけでなく具体的なやり方をみる

姿勢（立位か、座位＜含む＞：もたれ方＜か、など＞）・移動（必要な足の位置に止まれるような歩き方など）の方法、目的行為そのものや同時に行う行為の種類・やり方などを詳しく具体的に計画し、これらの点に留意して介護を行い向上させていく。その際特に現在の介護では不十分になりがちな以下の点に留意する。

表2. 「よくする介護」の「よくする」ための働きかけの内容

## I. プログラム

1. 一人ひとりの「あるべき人生」の具体像としての「活動」の「目標」を定める：「目標指向的アプローチ」
  - ・レポートリー（項目）とバラエティ（やり方）についての目標を
2. 生活機能モデルに基づいたアセスメント、目標・プログラム設定
  - ・「している活動」を中心として生活機能モデルとしてとらえる（「している活動」への影響、「している活動」からの影響）
  - ・「参加」の具体像としての「活動」という「ペア」で考える
  - ・心身機能が活動・参加を規定するという考え方（基底還元論）におちいらないように気をつける
  - ・マイナス面だけでなくプラス面をみる
  - ・各レベル・各関連因子の相互関係・相互作用を重視
  - ・①「活動」の相対的独立性、②「活動」から「心身機能」・「参加」への相互依存性（影響）、③「参加」から「活動」への相互依存性（影響）の活用。
  - ・家族・介護者の疾患・生活機能低下（障害）（全レベル）にも留意  
第三者の状態が利用者本人にも悪影響を与える（悪循環）ので重要
3. よくする「活動」項目は何か、どのようなやり方でよくするか？
  - ・セルフケア優先ではない
  - ・自立度だけでなく、具体的なやり方をみる
  - ・限定的自立にとどまらないようにする
  - ・「環境因子」への働きかけは適切か
4. 真のニーズとデザイア（欲求）・デマンド（要求・要望）とを明確に区別する
  - ・これらをはっきり区別した上で正しいニーズ（必要）を把握する

## II. 真のチームワークとして働きかける

- ・同一時期の（横の）チームワークと、時間的連続性をもつ（縦の）チームワーク  
上記の全過程を各職種のよせ集めである「分業」ではなく、チーム全体としての英知を集めた協力としておこなう
- ・介護だけでなく、関与するチーム全体として最良の効果を上げることが大事。（「できる活動」向上に向けたリハビリテーションとの連携など）
- ・目標及びそれを達成するプログラムはチーム全体のものであり、それを明確にした後にそれを達成するために必要な役割分担をする。
- ・各職種がバラバラに作った目標やプログラムの合算が、チーム全体としての目標・プログラムなのではない。  
（特に一般医療との連携として以下が重要）
- ・生活機能低下（障害）に安全かつ積極的に働きかけるためには適切な医学的管理が不可欠
- ・「活動度」指導の重視
- ・必要に応じリハビリテーション専門機関を紹介

## III. 利用者・家族との「インフォームド・コーオペレーション」が前提：自己決定権を尊重、尊厳の重視

専門家と被介護者側との共同作業（コオペレーション）として目標設定とプログラムを進める。

### (1) 目的行為と移動・立位保持とを一連のものとして位置づける

例えば、洗面・排泄時の目的行為だけでなく、歩いて洗面所・トイレ等に行く、立って洗面をするなどの移動・姿勢保持などの活動を一連のものとしてとらえてアセスメントし、特に「できる活動」として向上させること。そしてそれを「している活動」として実現していく。

### (2) 実用歩行訓練が十分かをみる（「つくられた歩行不能」をつくらない）

- ・要（かなめ）は歩行による移動と立位姿勢での「活動」の実施
- ・実用歩行訓練（歩行補助具の活用を含む）が不十分なまま車いす使用がされていないか、また生活不活発病等による「つくられた歩行不能」の危険性をみているか

### 3) 環境因子への専門的働きかけ方は適切かをみる

環境因子は、十分な促進因子となっているか、阻害因子になっていないかと常に考える必要がある。

直接「活動」へ対応することが大事であるが、それは「活動」にマイナス（「阻害因子」となっている「環境因子」を除けばよいということではない。

例えば、自宅の和式のトイレでの排泄ができないから、それを洋式トイレに改造する（「環境因子」の「阻害因子」を除く）ことがベストの選択とはいえない。自宅だけならばそれでいいかもしれないが、外出を考えれば、洋式トイレがあるとわかっている所にしか外出できなくなってしまう（環

境限定型活動のための参加制約）。問題は和式トイレでの排泄行為である。この「活動」のやり方自体を改善することができないのかどうかを工夫することが重要である。

この他にも、例えば段差はあちこちにあるのだから、自宅の段差の昇降が難しいから、手すりをつければよいというものではない。

また、浴槽の出入りが難しいなら、すぐ手すりなどを考えるのではなく、まず浴槽の出入りの仕方が適切かどうかをアセスメントすべきである。例えば、姿勢、動線、足の位置などが適切かどうかということである。

「環境因子」で補ってそれで“十分”と考えてしまうと、そのやり方では上手になっても他のやり方はできないままで、それによって、「参加」の範囲を狭めたり、他の「活動」や「心身機能」を使う機会を制限したりしてしまうことになる。

このように、心身機能が向上しなくても「活動」は向上可能であることを常に念頭においておくことが大事である。

また、適切なやり方の指導を十分にしたのか、より適切な方法がないかという（これも実は環境因子なのであるが）、自己アセスメントをすることも必要である。

## II. 介護予防ケアマネジメントのためのアセスメント

利用者の介護・医療・福祉に関与する人たちは、その利用者の状態について同じ認識をもち、チーム全体として統一された目標・プログラムをもっている必要がある。例えば現在は、現状の把握についても、そ

それぞれの職種、人々が、自分の専門性や自分が接した時間帯での状況だけによって判断をしている場合がみられる。しかしもし様々な人たちがみた状態が違っていたとしても、それがその時々その利用者の本当の状態であり、それぞれある一面をみているものである。それらを統合することによって全体像を把握することが可能となる。

そのためにはチーム全体が「共通言語」として、生活機能モデルに沿った「分析に立った総合」の考え方・ものの見方を共有していることが大事である。

以下、そのような考え方に立ったアセスメントについて表3に基本的考え方を示し、それについて説明を加える。

## 1. ICFに立ったアセスメントの実践的意義

### －「生きることの全体像」の把握

介護は直接的には「している活動」への働きかけの専門家である。その介護の出発点は、個々の利用者を全人間的に理解・把握することであり、それがアセスメントである。アセスメントはそれ自体が目的ではなく、次の目標の設定、そして目標の実現という「よくする介護」の実践のための出発点として重要なのである。

生活機能向上の実現のプロセスは、一人ひとりの利用者について、最適の「望ましい人生」という個別的・個性的な目標を立て、それを同じく全人間的な、総合的なアプローチで実現していくことである。更に介護職だけでなく様々な職種がともにチームとして働きかけを行っていく中でチームとして最良の効果を挙げるのが大事であ

る。

しかし、全人間的な理解・把握と目標設定、そして実現ということはいずれも非常に複雑な過程である。そのため、時には見たり考えたりする範囲を自分の得意な面、興味ある面にだけ限るという、単純化の誘惑にかられがちになる。しかしそれでは介護本来の目的が達せられないだけでなく、逆効果になることさえ稀ではない。いかに善意でおこなったとしても害をなすこともありうるのである。

その時に役立つ有力なツール（道具）がICFの「生活機能モデル」に立つことで、このように複雑なものを複雑なままに整理して、「生きることの全体像」をとらえ、それを様々な職種が同一の考え方（共通言語）として共有することが可能になるのである。

## 2. 生活機能モデルの中での「している活動」の綿密な把握を

介護の対象となるのは「している活動」が低下した、あるいは低下しかかった「人」である。そして介護が直接的に対象とし、向上させるのは「している活動」である。そのため介護の実際（臨床）における中核をなすものは、「している活動」である。

活動向上にむけての働きかけの出発点としてのアセスメントの中心は「している活動」の低下の現状を正確に把握することである。そしてその目的は「している活動」を中心にどう働きかけるかというプログラム作りのためである。

その際単に自立度だけでなく、具体的なやり方を細かくみ、問題点を明らかにしていく。「なぜできないのかな？ こういうや

表3. 「よくする介護」におけるICFの視点にもとづく  
 アセスメントの基本的な考え方 (大川、2008)  
 - 「人」としてみる -

1. 介護は直接的には「している活動」(実行状況)への働きかけ
  - ・「している活動」を向上させる目的で「している活動」の綿密な把握を。
2. 生活機能を「よくする」観点からみる
  - ・アセスメントは単なる現状評価でなく、最良の働きかけの内容(プログラム・目標設定: チーム全体としての、また介護福祉士としての)を明らかにするためのもの。
  - ・介護の対象は介護を受ける「人」であり、その人の生活機能を「よくする」ことが目的。
- ※ 予後予測が重要—よりよい「促進因子」に
  - ・目標・プログラム設定のためには、予後予測(「よくする介護」を行えば「活動」・「参加」がどこまで向上するかの予測・見通し)が重要。それに役立つ情報を集める観点からアセスメントする。
  - ・不自由な生活行為を中心としてみるものではない。
3. 介護すること自体がアセスメント: 「している活動」向上の可能性をみる(潜在的生活機能をひき出す)
  - ・当面の「不自由さを手伝う」の観点で介護するのではない。
  - ・介護として行っていること自体が「している活動」を評価していることでもある。
  - ・介護のやり方(含: 声かけ、促し等)を変えることによって実用的な活動の容易さ、困難さが変わるが、そのような変化の把握はアセスメントであり、よくする介護にむけた大きなヒントとなる。
  - ・「今後どのような介護のやり方がよいか」を常に考えながら介護していくことがアセスメントとなる。

- 「している活動」と「できる活動」の違いは大きなヒント
4. 生活機能モデルの中に「活動」を位置づける: 分析と総合
  - ・以上を効果的に(ぬけもなく、かたよらないで)行うためには利用者のICFの視点に立った「全体像」の中に「活動」を位置づけてとらえること。
  - ・活動の向上を通じて、生活機能をよくする観点でアセスメントする。
5. 介護は「環境因子」
  - ・介護福祉士そのもの、また介護のやり方は利用者にとって生活機能モデルの中では「環境因子」。
  - ・促進因子ともなるが、阻害因子にもなり得ることを考え、自己のあり方を含めてアセスメントする。

り方をすればできるのでは？」と考えながらみていくのである。

重要なことは、介護の直接の対象は「している活動」であるが、介護の最終的な目的はそれによって利用者の生活機能全体を向上させることであるから、常に「生活機能モデル」の中での位置づけを明確にしながらかえていくことである。特に現状・目標として「活動は参加の具体像」ということを常に考えておくことが大事である。

### 3. 「よくする介護」の観点からのアセスメントを

#### 1) 「よくするための評価・観察」

利用者のアセスメント、そのための観察・評価は「よくするための」という、はっきりした目的を持って行うことが重要である。それによって「活動」や「参加」が困難になっている理由や、それを改善するための働きかけの重要な手がかりが得られる。

その場合：

(1) よくしようとする「活動」(生活行為)はどの項目で、

(2) どのようなやり方で実行することを目標としているか、

(3) それによって他の生活機能にどう影響するか、

(4) 他によいやり方はないか、を常に考えていくのである。

#### 2) プラスを重視したアセスメント

それは「何がどう困難か、不自由か」(マイナス)を把握する中で、「どこを伸ばせば課題が達成できるのか?」「どうすればよくできるのか?」という「プラスの萌芽」を見つけたような観察である。これはI

CFの「プラスの重視」ということの重要な一例である。

またこのような疑問を持ち、観察しつつ日々の介護をすることは、「よくする介護」の具体的な内容を発見・開発するための“王道”ともいえるものである。

「よくする介護」の特色はプラスの重視である。利用者を生活機能モデルに沿って、マイナス面だけでなく、プラス面をももった「人」としてとらえるようにこころがけてアセスメントすることが大事である。

### 4. 「活動」のアセスメントのポイント

ICFの視点にもとづく介護におけるアセスメントのなポイントを表4にまとめた。その要点について説明を加える。

#### 1) 「している活動」と「できる活動」の両者を把握し、解離に注意

「している活動」と「できる活動」には大きな解離がある。活動向上のためにはこの両者をともに正しく評価・把握し、そしてこの両者の差の原因を分析することが重要である。この差の原因には多くのものがある(2章11節参照)。これらを具体的にとらえることが必要で、それをしないで「できるのに、していない」だから「意欲がない」と本人のせいにするのは厳に慎まなければならない。

「している活動」のアセスメントとしては日常で介護していること自体がアセスメントになる。但し、全く同じ場所で同じ行為をおこなっていても時間やその他の状況によって違ってくるので、それをその状況や条件も含めてアセスメントすることが大事である。例えば、排泄のやり方の夜間と

表4. 「よくする介護」における「活動」のアセスメントのポイント

1. 「している活動」としての綿密な把握

(a) 基本的な見方：一つ一つの項目について

- 1) 「している活動」(実行状況)と「できる活動」(能力)との明確な区別
- 2) 基本動作・模倣的動作と「活動」との区別
  - ・「活動」は生活の場で、具体的な目的を持って行われるもの。一部分の要素だけを訓練するのは模倣動作(例：訓練室での単なる歩行訓練、箸で豆やブロックをつまむ)
  - ・在宅で行う訓練でも一部分の要素だけで具体的な生活行為(トイレまで行って用を足すなど)と結びついたものでなければ「活動」の訓練とはいえない。
- 3) 推測と区別：直接的な観察・確認が必要で、“できるはず”“しているはず”ではいけない。
- 4) 「している活動」と「できる活動」の解離の原因の明確化(予後予測の鍵となる)

(b) 具体的にみること

- ・「活動」のバリエーション、自立度、そして「量」の視点から具体的に把握する

(c) 「活動」のレパートリーをひろくみる

- ・できるはずない、必要ないはずだと狭い範囲の活動項目しかみていないことはないか？

(d) 「活動」は「参加」の具体像

2. 他の生活機能レベルとの相互関係・相互作用の重視

- ・生活機能モデルとしての把握
- ・活動への直接的対応は他のレベルに大きく影響する
- ・「活動」の「心身機能」への影響も重要。
- ・他のレベルへの対応が「活動」にも影響する。
- ・同時に相対的独立性をも重視

3. よくする働きかけは十分なされているか？

1) 「活動」一項目ごと改善の可能性は？

- ・一応「自立」であっても「限定的自立」から「普遍的自立」へと向上できないかをみる

2) レパートリー拡大の可能性は？

- ・セルフケア(身辺ADL)にとどまらず、家庭生活、仕事・経済生活、地域・社会生活等の活動を含めて生活行為全般として広くとらえ、レパートリー拡大の可能性を探求する。

3) 向上の手段としての「環境因子」の活用

- ・活動の不自由さを補う環境因子の提供の前に、「活動」そのものを向上できないか、そのために役立つ環境因子(例：よくする介護、活動向上訓練、歩行補助具)は何かを考える。

4. チームとしてのアセスメント

- ・介護職が最善をつくすと共に、利用者・家族を含むチーム全員がICF(特に生活機能モデル)を「共通言語」として共有し、チーム全体としての最良の総合的アセスメントをする。



昼による違いが多いものである。また、着用している衣服によってやり方が変わる場合もある。

「できる活動」のアセスメントとしては、次の段階の「している活動」として実現させようと考えられるやり方の指導を試みたり、「活動」を向上させると考えられる物的環境因子をためしてみたりする。具体的なやり方としては、姿勢（立位か、座位＜含む：もたれ方＞か、など）・移動（必要な足の位置に止まれるような歩き方など）の方法を工夫していくことも大事である。

その結果例えば表5のようなアセスメント結果になる。この場合「している活動」と「できる活動」の間の差は（「している活動」を高めていくために「できる活動」を工夫したのであるから）、いわばあって当然で、これにもとづいて次に「どういうプログラムでこの差をうめて、「している活動」をどう高めていくかということを考えるのである。

表5. 「活動」のアセスメントの1例

整容：「している活動」：移動車いす自立 居室洗面台で車いす 座位姿勢自立
「できる活動」：介護歩行 居室洗面台で立位、 もたれあり。 声かけ必要。

## 2) 模擬的動作と「活動」との区別

訓練や評価としておこなう模擬的な動作の評価で、実生活での状況を類推することは不可能である。

模擬動作でなく「できる活動」としての把握が必要なのである。

## 3) 推測と区別：実際に観察して

「活動」の評価とは実際に観察・確認したものでなければならない。「しているだろう」「できるだろう」「できないはず」などとして推測したものであってはならないのである。

推測した場合は、「推測」であることと、そのように推測した根拠とを明示する必要がある。例えば「“実行できるはず”と推測」した場合は「自立」としたり、「“できるはずない”と推測」したものを「全介助」としたりしてはならないのである。

実行していない場合は自立度としては「非実施」である。「全介助」は介助をされても行われているものである。行っていないか否かは全く異なるので、各々を別物とすることが大事である。

## 5. 「活動」の他の生活機能レベルとの相互関係・相互作用の重視

表2の2項目目である。生活機能の把握の基本ともいえるべきことであるが、各生活機能レベルは他のレベルと相互に大きく関与しあっている。「活動」は「参加」や「心身機能」と深く関係しあっている。したがって、活動の各項目の具体的なやり方は他の生活機能レベルに大きく影響するのである。

「参加」は活動の状況によって大きく影響される。また「活動」の実施に際しては心身機能を活用しているため、（「心身機能」）レベルへの影響も大きいものである。

そのため「活動」についてのアセスメントの際には、「活動」自体だけではなく、こ

これらのものへの影響についてもみることが必要である。

特に「心身機能」についていえば、「活動」の実施時に、麻痺・筋力低下や関節可動域などの心身機能がそれにどう影響しているかを正確に把握することは介護職には難しいかもしれない。「活動」に対する「心身機能」の影響の仕方は、かなりの専門的知識が必要な場合が多いのである。しかしこれは、「アセスメントの基本的な考え方」で述べたように、チームとしての英知を集めればよいのである。

また何より大事なものは、「心身機能」と「活動」には相対的独立性があり、原因の因果関係と解決の糸口は別ということである。「活動」に直接働きかけることで向上が可能なのが重要である。どのように活動自体に働きかければ活動が向上するか、の視点からみることが基本だということをお忘れではない。

## 6. 環境因子の活用：補完ではなく

不自由な生活行為（「活動」）をよくする（自立度を向上させる）には、直接「活動」に働きかける、すなわち生活行為の仕方を改善する技術（これが介護ですが）の提供が基本である。

ここで「よくする」というと、「楽にできるようにする」、「安全にできるようにする」というふうに思って、「代償的手段」、つまり“補完（おぎなう）”のための環境因子の提供ということになりがちである。しかし、「よくする」とは「活動」そのものを向上させることであり、補完ではないので、環境因子を提供する場合も、「よくする介

護」の手段としての活用に知恵をしぼることが大事である。

- ・例1：入浴行為が困難ならば、「浴槽を変える」「手すりをつける」などの住宅改修や入浴サービスで代償的に、補完的に行うというのではなく、まずその入浴行為のやり方を指導することで「活動」そのものを向上できないかを考える。（浴槽の変更は、入浴行為を向上させ得ないことを前提とした代償的手段）
- ・例2：「歩行が不安定になったら車いす」ではなく、歩行補助具によって歩行が安定し、実用性が向上しないかを考える。歩行補助具はその種類の選択だけでなく、実生活の場での活動項目毎の使い方の指導が十分かどうかをもみる。また歩行の安定化によって生活不活発病（廃用症候群）が改善し、歩行をより安定化できる可能性はないかと考える。

## 7. 「活動」向上に向けたアセスメントの際の具体的な心得

表6に「一つひとつの活動」の向上に向けたアセスメントの際の具体的な心得（留意点）をまとめた。これは「よくする介護」における一つひとつの活動に対する働きかけの基本の観点からのアセスメントのチェックポイントである。

- 1) 一応自立していても、環境限定型自立にとどまっていなかったか、普遍的自立（どのような環境でも自立しておこなえる状態）にまで高めることができないうかがをみ

る。また「量」的な側面として回数・頻度が測れないか、増やすことができないかということを生生活不活発病改善・予防に働きかける方向でみる。

更に、自立度だけでなく、活動の「バリエティ」として具体的なやり方をみる。これが適切か、不適切か改善の余地がないかをみるのである。「している活動」としてこのように見て、「できる活動」として指導を試みるべき点を見つけていきます。「できる活動」の評価は「している活動」の評価と全く別に行うものではない。

また、現在の介護上の大きな問題である「つくられた歩行不能」になっていないか、実用歩行向上への働きかけは十分か、生活不活発病や「生活機能低下の悪循環」をおこしていないかをみる。

更に様々な環境因子への専門的働きかけ方は適切かどうかをみる。

以上の点で不十分または不適切なことがあれば、それが向上のためのヒントとなるのである。

## 8. 「介護の効果」のアセスメント（判定）

最初のアセスメントが重要なと同じように、「よくする介護」を行った結果、どのような効果があったのをアセスメント（判定）することも大事である。その際生活機能モデルにそって整理していくと偏りなく判断できる。その基本的な視点を以下にあげる。

①生活機能のどのレベル（「参加」「活動」「心身機能」）が改善・変化したのかを分析的にみる

利用者の状態がよくなったと思われる場

合に、「顔の表情」は明らかによくなっているんだけど、客観的に示せといわれても・・・という声を耳にする。しかし顔の表情に表れる主観的な面の表出だけでなく、生活機能の各レベル毎に分析していくと、実は客観的に効果を立証できることが少なくないのである。

## ②改善の機序を生活機能モデルで分析する

「活動」が改善・向上した場合に、「心身機能」や「健康状態」を改善させた（それによって「活動」が改善した）と、因果関係（活動制限が起こってきた原因・結果の関係）に引きずられた判断をしないように注意が必要である。

「心身機能」が改善した場合でも、「活動」の向上によって逆に「心身機能」が改善する場合も決して少なくないのである。例えば車いす生活だった人が、日常生活上で（「している活動」として）介護歩行を行ったことによって生活の活発性が向上し、生活不活発病（廃用症候群）が改善し、それによって筋力低下や知的低下や心肺機能低下などの生活不活発病の症状（「機能障害」）が改善することはしばしばみられる。これを「介護歩行によって筋力（「心身機能」）を改善した」というように、短絡的に述べることは避けるべきである。介護歩行（介護技術）によって実生活での移動（歩行）という「活動」がまず向上し、その影響によって筋力だけでなくその他多くの「心身機能」が向上したのである。

③「参加」向上の効果もみる－「活動」（生活）は参加（人生）の具体像

生活機能モデルで「活動」から「参加」への矢印が示すように、「活動」への働きか

表6. 介護における「活動」の向上に向けたアセスメントの際のチェックポイント (大川、2008)

1. 一応自立していても更なる向上ができないかを見る

①パラエティイが向上できないか？環境限定型自立にとどまっていないか？（自宅や、入所中なら施設の中、また近辺の限られた環境でのみの自立）にとどまらず、普遍的自立（どのような環境でも自立しておこなえる状態）にまで高めることが大事

②「量的」な向上（回数・頻度など）ができないか？：生活不活発病改善・予防に働きかけられないか。

2. 自立度だけでなく具体的なやり方を見る

①姿勢（立位か、座位＜含む：もたれ方＞か、足の位置、など）

②移動（必要な足の位置に止まれるような歩き方など）の方法

③同時に行う目的行為の種類・やり方、などを詳しく具体的にみる。

※目的行為と移動・立位保持とを一連のものと位置づける事が大事です

例：洗面・排泄時の動作だけでなく、歩いて洗面所・トイレ等に行くかどうか、立って洗面をする際の立位姿勢、などの活動を一連のものとしてみる。

3. これまでの「活動」への専門的働きかけが十分かを見る

1) 実用歩行訓練が十分かを見る（「つくられた歩行不能」をつくらないために）

・要（かなめ）は歩行による移動と立位姿勢での「活動」実施

・実用歩行訓練（歩行補助具の活用）が不十分なまま車いす使用がされていないか、また生活不活発病等による「つくられた歩行不能」の可能性はないか？

2) 環境因子への専門的働きかけ方は適切か？

①環境因子の提供前に十分な活動向上はなされているか？

②促進因子となる環境因子で使われていないものは？例：歩行補助具は？

③阻害因子となっている環境はないか？

4. 「活動」に影響している「心身機能」は？

①疾患管理は？

②機能障害（関節可動域制限、など）は？

③生活不活発病（廃用症候群）は？

けで「参加」も向上させることができる。  
したがって、どのように「参加」が向上で  
きたかをみることも大事である。

なんでもよいから「活動」を向上させれ  
ばよいのではなく、「参加」を向上させるた  
めに必要な「活動」の項目を向上させると  
いう観点が大事である。また「活動」向上  
の成果を十分に「参加」の向上につなげる  
ために、「参加」自体への働きかけも必要で  
ある。

#### D. 健康危険情報

特になし

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・大川弥生：ICFの基礎的理解、平成20  
年度介護福祉等に係る講習会テキスト、  
文部科学省
- ・大川弥生：ICFから高齢者医療・介護を  
考えるー生活機能学の立場から、日本老  
年看護学会誌, in print

##### 2. 学会発表

- ・大川弥生：ICFから高齢者医療・介護  
を考える；生活機能学の立場から、日本老  
年看護学会第13回学術集会 金沢市  
2008年11月9日