

【論文】

「日常生活活動」と「生活」の関係性

—理学療法士の視点より—

中俣 恵美, 林部 博光, 中野 禎, 森 耕平

The Relationship between "Activities of Daily Living" and "Life"
—From the viewpoint of Physical Therapist—

Emi Nakamata, Hiromitsu Hayashibe, Tadashi Nakano and Kohei Mori



2010年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【論文】

「日常生活活動」と「生活」の関係性

—理学療法士の視点より—

中俣 恵美*, 林部 博光*, 中野 禎*, 森 耕平*

The Relationship between "Activities of Daily Living" and "Life" —From the viewpoint of Physical Therapist—

Emi Nakamata, Hiromitsu Hayashibe, Tadashi Nakano and Kohei Mori

要 旨

リハビリテーション医療において、その究極の目標はQOLの向上と言われる。また、「全人的復権」「その人らしい生活・人生の創造」「自己実現」など様々な言葉でその重要性が論じられている。

本研究の目的は、「日常生活活動」の枠組みや構造を整理し、「生活」との差異を明らかにする。そのことにより、リハビリテーション本来の目標を達成するための生活評価を探究し、方法を模索することである。

その中で、生活評価には、ADLという視点の他に、社会参加という視点、価値付けという主観的要素が必要であることが示唆された。「生活」を個人としてとらえるだけでなく、社会としてもとらえることが必要であり、様々な価値観を持ち合わせた固有のものとしても評価していくことが大切である。

「生活」は、とらえどころのない概念である。ゆえに、経験と勘に依存してきたところがある。だからこそ、逆に科学的な基盤のうえに、生活をとらえる方法を確立させていくことが求められているといえるだろう。

Abstract

The ultimate objective is an improvement of QOL in rehabilitation medical treatment. Moreover, this importance is discussed by various words such as "A restoration of rights as human beings", "A creation of living and life like the person" and "Self-realization".

A purpose of this study is to regulate a frame and a structure of "Activities of daily living" and to make a difference in "Life" clear. In that way we do research into evaluation of living to achieve the objective of proper rehabilitation and grope for its method.

In this study, it was suggested that evaluation of living need a viewpoint of social participation and subjective factor of estimating another viewpoint of ADL. We need to understand "Life" as not only as individual but also society. Moreover, it is also important to recognize "Life" as a peculiar thing had with diverse values.

* 関西医療技術専門学校 教員

“Life” is a difficult concept to figure out. Therefore, we might have depended on an experience and intuition. That is exactly why we suppose that we have to establish a method to view “Life” on scientific basis conversely.

● ● ○ **Key words** 生活 life / 日常生活活動 Activities of Daily Living / 国際生活機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health / 評価 evaluation / 評価尺度 evaluation scale

I . はじめに

リハビリテーション医療の目的は、「全人的復権」「新しい人生の創造」であると言われている¹⁾。これは疾病のみを直接の治療対象とするのではなく、むしろ疾病によっておこった生活のしづらさに着目するということであり、治療効果・結果はその人がどのような生活・人生を構築できるようになるか、またはできたかによって、はかれるべきであると考えることができよう。ゆえにリハビリテーション医療にとって、その人の真のニーズをとらえることが重要になるといえる。そしてそのニーズは、その人の生活のなかにあると考えられる。よって生活全体をとらえることは、リハビリテーション医療の目的を達成するために不可欠であるといえよう。

近年の自立概念は²⁾、単なる身辺自立を目指す日常生活活動(Activities of Daily Living:以下「ADL」と略す)重視の自立観から、その人らしい生活、自己実現が尊重された個人の主体性に基づくライフスタイルを目指す生活の質(Quality of life:以下「QOL」と略す)重視の自立観へ変化している。また、急速な医学の進歩による疾病構造の変化、少子高齢化を背景とする人口構造の変化に伴う疾病状態の多様化などにより、人々の健康観も変化し、いかに人生に喜びを感じ、生きがいをもって過ごせるかが重視されるようになり、健康寿命概念が注目されるようになってきている。

このような背景のなか、リハビリテーション医療では、ますます生活を的確にとらえることが必要となり、医学としての科学性を基軸とした普遍性・客観性・一貫性を重視して、さまざまな評価指標や尺度を求めてきた。しかしながら、生活概念は非常に多くの要素とその要素どうしが関連し合い、その人固有の広がりや構成し、しかもそれは時間的変化を伴うものである³⁾。そのうえ、その人の主観的価値観に依存する部分が大

きい概念でもある。そのため現在使用されているそれぞれの評価方法には長所・短所があり、生活を全体的にとらえるまでには至っていないといえる。事実、実践の現場において、リハビリテーション医療がとらえる生活の範囲は狭く、その人の生活を部分的にしか把握できていない場合が多い。このことにより、リハビリテーションの目標として予測されていた生活と実際の生活が大きく異なり、結果として「全人的復権」「新しい人生の創造」に至らないこともあるといえる。

上田⁴⁾は、真の意味でリハビリテーションの理念を実現するために、基底還元論からの脱却の必要性と複雑なものを複雑なまま構造的にとらえる勇気をもつことの必要性を訴えている。また日野原⁵⁾は、医療の在り方を「サイエンス」と「アート」の対比軸からとらえることの必要性を訴えており、「サイエンス万能時代に欠けていた一人ひとりのQOLの再発現こそが、21世紀に向かう医のアートの道程である。」と述べている。そして科学的基礎の上に人間的な魂を入魂してこそ医学たり得るとして、アートの領域の復権の必要性を強調している。このような意味でもリハビリテーション医療においては、その人自身が感じている生活世界をとらえる必要がある。

そこで本論の目的は、リハビリテーション医療がとらえる生活とその評価の現状に焦点を置き、生活概念と評価方法を整理することで、「日常生活活動」と「生活」の関係性を明らかにすることとし、そのことにより生活評価における課題を指摘し、生活への視座を得ることを目的に考察を進めるものとする。

Ⅱ．リハビリテーション医療がとらえる「生活」

1. 狭義の ADL

リハビリテーション医療において、能力低下の原因を探る際や治療目的の設定の際に、利用者の ADL を評価・治療し、身の回りの動作を自立して行うことができるようにすることは重要な課題である。しかし、リハビリテーション医療の目標は、単に日常生活活動能力の獲得ではなく、生活環境に適応し、生活の質の向上を図るところにあるといえる。

日常生活活動とは、Activities of Daily Living を直訳した用語である。リハビリテーション医療では、利用者の機能を評価するうえで、頻繁に使用される用語でもある。これは、評価プロセスにおいて ADL 概念が重視されていることの表れともいえるだろう。ADL は従来「日常生活動作」と訳されていたが、ADL に対するとらえ方に呼応するとともに、activity は本来「活動」と訳されるべきものとして、1990 年より「日常生活活動」と表現されるようになった。しかし、未だに日常生活動作ということも多いようである⁶⁾。また、ADL と表現する場合にその範囲をどのようにとらえるかは、その用語を使用する専門性によって、差異があることも見受けられる。このように、ADL の概念は必ずしも明確であるとは言えないであろう。そこで、ADL 概念形成をめぐる歴史的推移を振り返り、ADL の範囲について整理することとする。

1945 年以前は、生活に関することまで医学が関与するほど、医学自体の範囲が広がっておらず、医学界における構成要素として生活概念が明確に取り上げられることはなかった⁷⁾。しかし、第二次世界大戦は多くの戦傷者を出し、皮肉にも医学・リハビリテーション医療を発展させる契機となった⁸⁾。そこでは、身体の機能障害を回復させるだけでなく、生活の再建にも取り組むこととなった。そして時期を同じくして、ADL という概念がニューヨークの Deaver (医師) と Brown (理学療法士) によって提唱された⁹⁾。この時点における ADL の概念はかなり漠然としたものであった。その後、Sokolow、Rusk、Lawton らによって身体機能に障害をもつ患者の機能的活動をより客観的に測定することの重要性が指摘され、関節可動域や筋力だけでは測定しえない、人間の日常的な活動能力を測定しようとする試みから ADL の定義が示されたが

明確な概念を提示するには至らなかった²⁾。

このように、歴史的推移の観点からとらえても、ADL の概念は必ずしも明確ではない。しかしながら、人間個体としての身体機能を実用的な活動能力としてとらえようとしている意図は明らかであろう。わが国における ADL 概念の構築は、米国における概念が基盤であり、始めから独自性のあるものではなかったといえる¹⁰⁾。しかし、米国の実態を参考にして、わが国のリハビリテーション医療は、1976 年に日本リハビリテーション医学会評価基準委員会において ADL の概念の明文化を図った。その中で、「ADL は、ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体動作群をいう。この動作群は、食事、排泄などの目的をもった各作業（目的動作）に分類され、各作業はさらにその目的を実施するための細目動作に分類される。リハビリテーションの過程や、ゴール決定にあたって、これらの動作は健常者と量的、質的に比較され記録される。」とした。そして、家庭における身の回りの動作 (self care) を ADL の範囲とし、狭義の ADL と位置付けた。一方、家事動作や交通機関の利用などは、広義の ADL と位置付けられ、ADL とは区別すべきであるとされた。このように考えてみると、我が国における ADL が示す範囲は、狭義の ADL であるといえる。具体的には、家庭における身の回りの動作である食事、排泄、入浴、整容、更衣であり、一般的にはこれに起居・移動動作を加えたものとされている¹¹⁾。

これらのことより、狭義の ADL とは「誰もが毎日繰り返し行なう身の回りの活動」であり、人が、社会というよりむしろ個人として生活を維持するために必要な活動を意味している。「生活」を評価しようとする場合、広義の ADL や QOL の観点からも評価する必要はある。しかし、リハビリテーション医療においては、住む国や生活習慣の違いを越えて、共通であり基礎的であり生物学的な活動を抽出することで、全ての人にとって共通の範囲と人間の生活を普遍化する基準を明確にしたといえるであろう。そのことにより、治療対象を明確にし、客観的にとらえる指標を得ることにつながったといえよう。

2. 広義の ADL

狭義の ADL とは、誰もが毎日繰り返し行う身の回りの動作のことであり、個人が毎日の生活を送るうえで基本的に必要な活動とされている。ここでの「基本的活動」とは活動に対するお膳立てのあることが条件となっている。例えば、食事動作とは、食事をするために必要不可欠な食物の準備を含まず、単に食べるという動作(行為)のみを扱うということである。つまり、狭義の ADL は独居生活を送るうえで基本的に必要な動作(活動)ではないということになるだろう。しかし、家庭生活を営むには、狭義の ADL に加え、食事

の準備・後片づけ、掃除、洗濯、買い物や外出など、より広範な家庭内外における応用的動作と一部の社会活動が必要となる。このような活動をより広い概念としてとらえ、広義の ADL と称している。そのなかには、手段的日常生活活動(以下「IADL」: Instrumental Activities of Daily Living と略す)、生活関連活動(以下「APDL」: Activities Parallel to Daily Living: と略す)、拡大 ADL (Extended ADL)、応用的 ADL などと呼ばれる概念が含まれる。これらが示す概念や範囲は多少の差異があり統一されたものはなく、ADL 概念が混乱している一因にもなっている(表1)。そこで、貝塚ら¹²⁾は、図1のように ADL を3段階の階層性でと

表1 生活関連動作スケールの項目(属性)と評価基準(次元)

尺度名	Lawtonの手段的ADL	古谷野らの老研活動能力指数	細川らの拡大ADL	蜂須賀らの応用的ADL
評価尺度	電話の使用(4) 買い物(4) 食事の支度(4) 家事維持(5) 洗濯(4) 服薬(3) 家事管理(3) ()細目数	手段的ADLの自立 バス・電車での外出 買い物 食事の用意 請求書の支払 預貯金の出し入れ 知的能動性 年金の種類記入 新聞購読 本屋雑誌の購読 健康管理記事、番組への関心 社会的役割 友人宅訪問 家族や友人の相談にのる 病人の見舞い 若い人に話し掛ける	食事 車いす/ベッドの移乗 整容 トイレ動作 入浴 水平面の歩行 階段昇降 更衣 便禁制 尿禁制 バスや電車での外出 日用品の買い物 食事の用意 請求書の支払 預貯金の出し入れ	食事の用意 食事の後片付け 洗濯 掃除や整頓 力仕事 布団の上げ下ろし 家具の移動など 買い物 外出 屋外歩行 交通手段の利用 旅行 庭仕事 家や車の手入れ 読書 仕事(収入の得られるもの)
評価基準	できる できない	はい いいえ	基本動作に関しては自立、部分介助、全介助の3段階 基本動作以外は自立もしくはそれ以外で記載	項目ごとに週、月、年ごとの頻度について4段階で点数化

らえることを提案している。IADL は、買い物、調理、洗濯など日常生活上の複雑な動作で、知的作業や学習能力に影響されるものと述べている。拡大日常生活活動(AADL: advanced activities of daily living)は友人との交流や趣味、社会活動など QOL に関連した ADL であり、主観的要素が強いと述べている。一方、蜂須賀らは、「応用的 ADL は日常生活に関連する応用的な

動作であり、IADL、APDL、拡大 ADL とほぼ一致するとしうえて、従来の用語より示す範囲が具体的で、ADL との関係をより明確にすることができる。」としている。また実際の家庭生活では、交通機関の利用、趣味、勤労など社会的不利の領域も関係するが、応用的 ADL の主体はあくまで能力低下であり、その延長上で密接に関係する社会的不利の一部が含まれると解

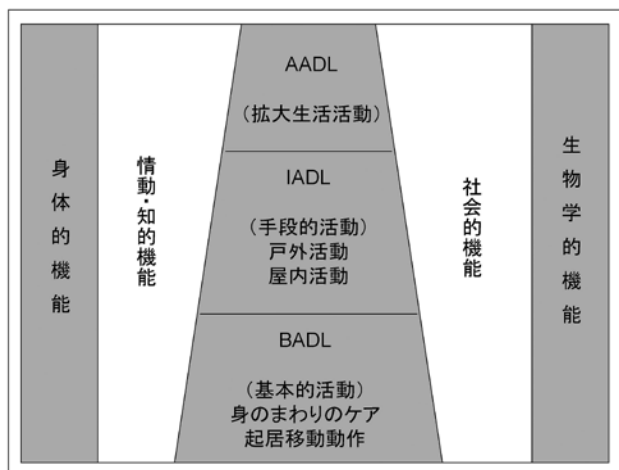


図1 ADLの階層モデル(文献12より引用)

ADLは基本的日常生活動作(BADL: basic activities of daily living)
 手段的日常生活動作(IADL: instrumental activities of daily living)
 拡大日常生活動作(AADL: advanced activities of daily living)
 の3段階の階層構造をなすと考えられる。

積され、社会組織を維持するために必要な社会的役割を担う動作ではないとして差別化を図っている¹³⁾。

このようなことより、狭義のADLは、生物としての個体を単位とした基本的な毎日繰り返し行う身の回り動作であるのに対して、広義のADLは、人間としての家族や家を単位とした動作を表現した基本的動作(狭義のADL)以外の応用的動作といえるであろう。そして社会組織を維持するために必要な動作項目、就労の為に必要な集団適応行動や生産活動は切り離して考える方が妥当といえるだろう。また、広義のADLは、社会の中での役割という視点でもとらえることができる。つまり、誰もが共通して行う活動ではなく、役割として分担された者だけが行う活動であるともいえる。よって、年齢や性別などによって異なり、家庭・社会の中における役割、各個人によってもさまざまなバリエーションを含むものである。つまり広義のADLは、生活に潤いをもたらす、その人個人の固有性、その人らしさを構成する要素であり、ひいては生活の質、人生の質といったQOLにも大きく影響を及ぼすものと理解することができるだろう。

以上のように考えてみると、「全人間的復権」「その人らしい生活・人生の創造」という理念を基盤とするリハビリテーション医療において、狭義のADLは、あくまで個人としての活動を把握するには有用であるが、地域社会で生活することを想定するならば、不十分と考えられ、広義のADLとそれに関連する役割や生きがいといった事柄の評価が必要といえるだろう。

3. QOL

QOLは、「Quality of Life」の略であり、日本語では「生命の質」、「生活の質」、「人生の質」などと訳される。ノーマライゼーション思想誕生、自立生活運動が展開され、1975年には「障害者の権利宣言」、1981年には国際障害者年が開催され「完全参加と平等」がスローガンとして掲げられた。このようななかで障害のある人もない人も、高齢者も誰もが、住み慣れた地域で、その人らしく楽しく暮らしていける社会、ノーマライゼーションの社会の創造こそが、福祉が目指すべきものであるという思想が発展した。このような動きのなかで新しく誕生した概念である。したがってQOLは客観的側面からも主観的側面からもとらえなければならないし、個人レベル、社会レベルの両者を含む概念といえるだろう。しかしながら、QOLの概念規定や定義に関して、国際的に統一されたものは未だ確立されておらず、立脚する専門性や領域によって扱われる範囲もさまざまである。つまり「Life」をどのようにとらえるかによって、解釈される内容に差異が生まれること、「Quality」質という概念自身が主観的・抽象的概念であることなどに起因するものと考えられる。近年では、「生命の尊厳」という生命を通じた個人の尊厳、人としての存在価値を問う概念として、SOL (Sanctity of Life) という用語が使われるようになっており、QOLは、「生活の質」、「人生の質」とらえるのが妥当と考えられる。

リハビリテーション医療において、ADL評価は古くから重要なアウトカムとして、様々な形でいち早く取り入れられてきた。これは医学を基盤とし、数値で表す量的評価に科学性を求めることで、原因を追求し成果を得てきたことが背景にあるだろう。しかし、近年、客観的なADLの視点だけでなく、生活の質的な評価が、患者自身に深く関わる治療効果や健康の指標として重要視されつつある。つまり、これは治療者側に立脚するのではなく、患者側に立脚した指標と言えるであろう。このように患者立脚型アウトカムとしてQOLが重視されるようになった背景には、①疾病構造の変化(急性疾患の減少と慢性疾患の増加に伴い、治癒や延命よりも生活の質を重視する機運の高まり)、②パターンリズムから情報開示、自己決定権の尊重を骨子とする患者中心の医療へのシフト、③疾患克服型

の健康パラダイムから健康の維持・増進という新しいパラダイムの誕生、④医療資源の有限性に対する認識、などが挙げられる¹⁴⁾。

これらのことより、QOLは医療の究極的ゴールとして総論では賛同を得ているものの、QOLを治療におけるアウトカムとして用いることは、定義の曖昧さ、多義性、主観評価の定量化における信頼性と妥当性の問題などの理由で、医学界では懐疑の眼で見られていることも事実である¹⁵⁾。実際に保健医療の尺度としてQOLを用いる場合には、個人の価値観、社会環境なども含め広くとらえたQOLではなく、健康関連QOL (health-related quality of life ; HR-QOL)、すなわち、医療の受益者の視点でとらえた主観的健康度とその変化に伴う日常生活機能の制限を定量化した指標として限定的に定義する必要があると考えられている。福原¹⁶⁾は、「医療行為が直接介入できない要素（健康に関連しないQOL（ソーシャルサポート、住居および社会環境、経済状態）や生きがい、幸福、人生の満足など）を尺度に含めると、臨床的には明らかに効果があるにもかかわらず、QOLは全く改善しないという逆説的な現象が生じてしまう。健康関連QOLの測定時には、目的に応じて測定すべき対象あるいは要素を限定する必要がある」と述べている。一方、医療のゴールは患者の主観的QOL（個人の置かれている現状に対する満足度）の向上であり、その評価が医療現場においても重要（川南ほか¹⁷⁾）とする考え方もある。

これらのことより、リハビリテーション医療においてQOLは重要なアウトカムであるとする見解には間違いはないが、そのことを具現化するには、①統一した概念に乏しい、②構成する要素が多岐にわたる、③質的・主観的評価の意義に対する理解の低さ、④質的・主観的評価に科学性を求める姿勢の低さ、⑤それに伴う方法の未確立などの課題解決が必要であることも事実であろう。

4. ICF

近年、リハビリテーション医療において、利用者の生活をとらえるためのツールとして、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：以下「ICF」と略す）が導入されるようになってきた（図2）。

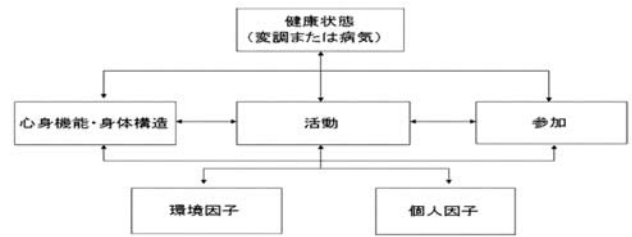


図2 ICFの構成要素¹⁸⁾

これは、2001年にWHO（世界保健機関）によって承認された分類で、ICIDH（国際障害分類）の改訂版として発表されたものである。この分類の目的は、健康状況と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することである。この分類は、「健康状態」、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、「環境因子」、「個人因子」の6つの要素で構成されている。このうち「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」を包括する用語として、「生活機能」としている。この3つの要素は、それぞれ「身体」、「個人」、「社会」という視点で分類されている。また、「生活機能」に関連し合う要素として「環境因子」、「個人因子」があり、それらを包括して「背景因子」としている。

「心身機能」、「身体構造」、「活動と参加」、「環境因子」は、具体的なリストとして分類されており、詳細は表を参照されたい（表2）。つまり、ICF構成要素の

表2 ICFの第1レベルまでの分類¹⁹⁾

心身機能 body functions

- 第1章 精神機能 mental functions
- 第2章 感覚機能と痛み sensory functions and pain
- 第3章 音声と発話の機能 voice and speech functions
- 第4章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
functions of the cardiovascular, haematological, immunological and respiratory systems
- 第5章 消化器系・代謝系・内分泌系の機能
functions of the digestive, metabolic and endocrine systems
- 第6章 尿路・性・生殖の機能
genitourinary and reproductive functions
- 第7章 神経筋骨格と運動に関連する機能
neuromusculoskeletal and movement-related functions
- 第8章 皮膚および関連する構造の機能
functions of the skin and related structures

身体構造 body structures

- 第1章 神経系の構造 structures of the nervous system
- 第2章 目・耳および関連部位の構造

the eye, ear and related structures
第3章 音声と発話に関わる構造
structures involved in voice and speech
第4章 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造
structures of the cardiovascular, immunological and respiratory systems
第5章 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造
structures related to the digestive, metabolic and endocrine systems
第6章 尿路性器系および生殖系に関連した構造
structures related to the genitourinary and reproductive systems
第7章 運動に関連した構造
structures related to movement
第8章 皮膚および関連部位の構造
skin and related structures
活動と参加 activities and participation
第1章 学習と知識の応用
learning and applying knowledge
第2章 一般的な課題と要求 general tasks and demands
第3章 コミュニケーション communication
第4章 運動・移動 mobility
第5章 セルフケア self-care
第6章 家庭生活 domestic life
第7章 対人関係
interpersonal interactions and relationships
第8章 主要な生活領域 major life areas
第9章 コミュニティライフ・社会生活・市民生活
community, social and civic life
環境因子 environmental factors
第1章 生産品と用具 products and technology
第2章 自然環境と人間がもたらした環境変化
natural environment and human-made changes to environment
第3章 支援と関係 support and relationships
第4章 態度 attitudes
第5章 サービス・制度・政策
services, systems and policies

「健康状態」と「個人因子」は、具体的に何が含まれるかの分類リストは存在しない。「健康状態」は、「病気（急性あるいは慢性の疾患）、変調、傷害、ケガ（外傷）の包括的用語」とされ、含まれるものとして「妊娠、加齢、ストレス、先天性異常、遺伝的素質」が記されている。その他には、国際疾病分類（ICD）も参考にすることができる。しかし、「個人因子」については、特に具体化されたリストとしての分類は存在しない。

WHO が2003年に示した国際生活機能分類改訂版

に、将来の課題としていくつか提示されている。その中で、「QOL 概念との連関および主観的安寧状態の測定」が挙げられている²⁰⁾。ICFでは、個人における客観的で外面化した現象に関するものが分類されており、「主観的なもの」として自分の健康状態あるいはその帰結についてどう感じているかという部分は分類されていないと述べられている。つまり、ICFが生活をとらえるツールとなるためには、QOLの構成概念でもある主観的安寧を測定できるようにすることが課題であると認識しているととらえることができよう。

ICFの「個人因子」は、「個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状況以外のその人の特徴からなる」とされている²¹⁾。そしてそれに含まれるものとしては、「性別、人種、年齢、その他の健康状態、体力、ライフスタイル、習慣、生育歴、困難への対処方法、社会的背景、教育歴、職業、過去および現在の経験（過去や現在の人生の出来事）、全体的な行動様式、性格、個人の心理的資質、その他の特質など」が挙げられている。これらの内容から、主観的な色彩が強いもの、あるいはその影響を強く受けるものが、この「個人因子」に含まれているといえるだろう。このことよりICFには個人の生活機能に影響を与える因子としての視点はあがるが、「個人因子」の定義付けと具体的分類が未熟であることや生活機能との関連性・関係性を提示するには至ってはいないと考える。結果的にその部分は支援者側の経験と勘に頼るところが大きくなり、生活をその人固有のものとしてとらえきれないと考えられるであろう。

Ⅲ．生活評価研究の動向と内容

1. リハビリテーション医療における生活評価の現状

医療に客観性が強く求められ、介入方法の標準化が進む中で、科学的根拠に基づく医療 Evidence Based Medicine (EBM) の重要性が高まっており²²⁾、リハビリテーション医療においても治療効果を客観的に示すことが求められている。また一方で、QOL 自立観を重視する流れの中で、治療効果を生活の変化や QOL 満足度に求める必要性が出てきていると考える。

そこで今回、リハビリテーション医療における生活

評価の現状を把握するため、科学技術情報発信・流通総合システムにて、過去の論文のキーワード検索を実施した。論文検索対象は、日本理学療法学会大会において発表された論文とし、検索範囲年は、介護保険導入後3年を経た2003～2009年までの7年間とした。日本理学療法学会大会は会員数6万人を超える日本理学療法士協会が主催する年に1度の大会であり、毎年約1500～1700件の発表が行なわれている。よって、リハビリテーション医療における関心事、最新の知見が反映されたものであると考えられる。

2003年から2009年までの発表論文は9194演題であった。本文に「ADL」を含む演題は、1376件、全体の14.96%、「QOL」では414件、4.5%であった。さらに著者キーワードに「ADL」を含むものは、134件、全体の1.45%、「QOL」は94件、1.02%であった。また、「生活」、「帰結」、「評価」のキーワード検索では、6件、0.06%しかなかった。多分野に職域をもつ理学療法士の関心事が、多分野へ分かれるのは当然であるが、利用者の生活を重視することが求められているなか、これらの数字からは、理念と関心事の乖離が推測できる。

また、「日常生活活動」でのキーワード検索では、206件2.24%、「日常生活動作」では266件、2.89%であった。この結果は前述したようにADLの日本語訳としては、「日常生活活動」と表現するよう統一されたにもかかわらず、理学療法士におけるADLの概念が未だ確立されていないことを示唆する数字と考えられる。またこれらの論文を概観すると、Functional independence measure（以下、FIMと略す）やBarthel Index（以下、BIと略す）などの評価チャートを用いて治療帰結を検討したものが大半を占めていた。

最後に「生活評価」での検索では6件、全体の0.06%であった。その内、個人の背景因子について触れ「生活」の評価を試み、考察した論文が2件であった。いずれも在宅リハに関する内容であり、独自の評価表を用いた生活評価を提唱している。独自の評価表は、生活構造をとらえようとしたものである。1)生活を1次活動（睡眠、身の回りの用事、食事）、2次活動（仕事、学業、家事関連時間など）、3次活動（1.休養など自由時間（テレビ・ラジオ・新聞など）に分類し、それを、2)積極的自由時間（学習・趣味・娯楽活動など）と3)その他の自由時間（交際・受診・療養など）に分類し、日常生活での各活動時間を客観的に評価しようとした

もので、1日の過ごし方を把握することにより生活構造をとらえ、生活機能向上に向けた介入を時間的観点より模索したものである。

以上のことより、「生活」概念を再考し、概念確立を目指している研究は少なく、「生活」を全体的にとらえているものはほとんどないのが現状である。個人因子を深く追求し、個人の背景にあるさまざまなバリエーションを勘案し、それらをどう評価すればよいかを求める姿勢が低いように思われる。リハビリテーションは単に機能訓練をむやみに継続すればよいというのではなく、社会復帰あるいは社会参加という明確な目標を常に意識しつつ遂行する過程でなければならない。「生活」を評価し、客観性を見出すことは難しい課題であろう。しかし、そこをおろそかにすることは、リハビリテーション本来の目標を達成するための手段が、支援者側の都合や主観や経験などにならざるを得ないであろう。今後「生活」の質の評価に関して議論されるようにならなければ、リハビリテーション理念はいつまでたっても絵に描いた餅であり、理学療法士の関わりが利用者の「生活」に効率的かつ効果的に還元されることはないといえるだろう。

2. 評価チャートにみる生活評価

ここでは論文検索からでも散見されたように「ADL」評価を行う際、または治療介入前・後の帰結評価尺度として使用されている代表なものにFIMやBIが多くあった。また日本リハビリテーション医学会の評価法使用動向調査²³⁾においても、2006年時点でリハビリテーション領域での論文で使用されているADL評価法は表3のように報告されている。Minimal state examination、ASIA impairment scaleは疾患特異的尺度であるため除外し、FIM、BI、SF-36についてその評価項目と特徴について述べる。

BIは1965年に開発され現在まで広く世界で使用されている。BIが網羅している範囲はいわゆる狭義のADLに一致しており、各項目得点は遂行状態を点数化したものである。それらの遂行に関わる機能障害や機能的制限の種類や程度、あるいは個人・環境因子に関する情報を含むものではない。また実際に対象者の動作を観察しながら項目ごとに自立しているのかまたは介助が必要かを評価するものであって、あくまで対

表3 1998年以降の全データでの使用頻度
(日本リハビリテーション医学会の評価法使用動向調査-7)

評価法	論文数
Functional independence measure,FIM	379
Barthel index,BI,バーゼル指数	153
Mini-mental state examination,MMSE	118
American Spinal Injury Association impairment scale,ASIA impairment scale	117
Medical outcomes study short form-36 health survey,SF-36	113
Ashworth scale-modified,MAS	78
Glasgow coma scale,GCS	77
Brunstrom stage	61
Fugl-Meyer assessment	54
Ashworth scale	48
Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised,WAIS-R ウェクスラー成人知能検査	46
Manual muscle testing,MMT,徒手筋力検査	45
Berg-balance scale (BBS)	45
Beck depression inventory,BDI	41
Sickness impact profile,SIP	38
Time up & go(TUG)test	36
Disability rating scale (DRS)	32
6-minute walking test (6MWT)	31
Trail making test,TMT	30
International classification of disease,9th revision,ICD-9	26
長谷川式簡易痴呆スケール,HDS	25
Community integration Questionnaire,CIQ	25
Stroke impairment assessment set,SIAS	25
Hospital anxiety and depression scale,HADS	23
Geriatric depression scale,GDS	21
Glasgow outcome scale,GOS	20
Nottingham health profile,NHP	20
Roland and Morris disability questionnaire,RMDQ	20

対象者個人の能力を量的にとらえるものであり、いわゆる「できるADL」を観察しているにすぎない。

最近では、BIの採点が粗く、細かな変化をとらえられないといった問題点を解決すべく開発された評価法であるFIMが多用されている。セルフケア（狭義のADL）に加え、コミュニケーションや社会的認知といった評価項目もあり、BIが運動領域項目のみであったのに対しFIMでは認知領域項目の評価を含むことが大きな特徴である。

またBIと大きく異なる点は「しているADL」を評価するところである。実際にその環境下で対象者が普段行っている動作を観察し採点する。FIMはADL項目の低難易度のものから高難易度のものまで、幅広く

網羅している。FIMによる評価では、多くの対象者がリハビリテーションの終了頃には、満点付近の得点を獲得するという「天井効果」があると報告されている。これはFIMに含まれる項目が基本的ADL項目に限られており、多くの対象者が基本的ADL項目に関しては高い到達度を達成するために起こる現象である。よって、FIMで採点されているのは、あくまで基本的ADLの介助量であって、「FIMの得点が高い＝一人暮らしが可能なレベル」にはならないことに留意する必要がある²⁴⁾。すなわち、FIMはADLのすべてを評価しているわけではなく、あくまで基本的ADLを評価していることを念頭に置き評価されるべきものである。

QOLの評価にはSF-36が評価法として採択されることが多い。SF-36は36項目の質問からなり、5分程度の回答時間で包括的健康状態を測定できるので、さまざまな疾患をもつ対象者の健康状態の記述、治療やケアのアウトカム評価、一般住民の健康調査など多岐にわたる目的に使用されている。QOLは上記で述べたように定義が曖昧であり、さらに対象者の背景、立脚する視点、評価目的・意義などの違いにより評価項目、方法が多種多様であり、なおかつ対象者の主観的価値に依存する部分が大きいため、画一的、統一的測定は困難であるといえよう。「評価＝量的評価」、「標準化された尺度」という概念から脱却することが、主観的価値の評価への突破口になるのではないだろうか。

3. 評価尺度にみる生活評価

生活評価に用いられる評価指標は、個人の生活状況や健康感あるいはQOLを点数化することにより具現化・明視化し、比較可能な情報として表現するためのツールとしての役割を果たしている。それらを正しく活用することで、リハビリテーション医療の介入効果の検証、予後予測や機能的状態の追跡調査、患者群相互の比較などが可能となっている。

リハビリテーション医療において重要なアウトカムであるADL評価では、日常生活上の諸活動について、その自立度や介護度を数段階に分類し、評定するとともに、その合計点を算出する方法を採用していることが多い。実際にFIMでは各項目を全介助～完全自立までを1～7点で、BIでは各項目を全介助～自立ま

で0、5点（整容・入浴）か、0、5、10点（食事・トイレなど）か、0、5、10、15点（移乗・移動）で採点され、その合計点で各個人の状況やリハビリテーション医療の効果を評価している。しかし、これら点数や指数を統計的に処理する場合にはその取り扱いに注意が必要である。評価尺度には、比例尺度、間隔尺度、順序尺度、名義尺度があるが、リハビリテーション医療の領域で用いられる評価指標では、ADL、IADL、QOLを含め、評価尺度として順序尺度が用いられることが多い。この順序尺度は、上下関係のみを示す尺度であり、そこには点数の大小には意味があるが、1点から2点に上がるのと、6点から7点に上がるのが同程度の改善かどうかは保障されていない。また、ある対象者の10点の改善と、別の対象者の10点の改善が、同程度の改善を示しているのでもない。BIでは、この問題点の部分的な解決策として、各項目の生活における重要度を作成者の経験的なものから判断し、項目によって最高点を5点から15点に変更することが可能であるが、FIMにはそのような考慮はされておらず、むしろ強引に単純な合計点で評価されている²⁵⁾。そのような問題を含んではいるものの、実際には「BIの合計点数は退院後の状態とよく相関する²⁶⁾」、「FIMとBIは高い相関関係にありADL評価法として妥当性は高い²⁷⁾」といった報告に基づき、リハビリテーション医療の効果を測る指標として用いられていることが多い。それらに対して、園田²⁸⁾は、「この経験的な加重合計にせよ、何もせずに足すことにせよ、結果オーライ的な検証がなされている。すなわち、合計点と他の指標がある程度比例関係を示すと、帰結予測の変数として合計点が有用であるなどを示すことで合計点という概念を正当化するのである」と述べている。このように、単純な点数の比較のみでリハビリテーション医療の効果を測ることに問題がある。

現状を客観的に比較、検討するために点数化することの意義は大きい。その点数自体の妥当性を検証する必要がある。またリハビリテーション医療の帰結として、点数を利用するにしても、その点数の改善のみにとらわれるのではなく、それらに参与する機能障害や個人因子・環境因子についても統合・解釈し、その帰結に至った要因を明確化するとともに、その変化度を対象者自身がどのように感じているのかという主観的な評価も合わせて行うことが必要である。

4. 理学療法評価プロセスにおける生活評価の現状

対象者との出会いから治療、再評価までの一般的な理学療法のプロセスを、表4に示した。生活評価は、「所

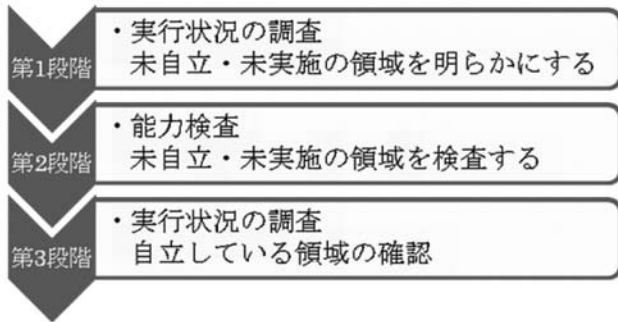
表4 理学療法の流れ²⁹⁾

処方箋をもらったら	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全に理学療法評価を開始するために安全性の確認（基本情報、禁忌・リスク） 2. 具体的な検査・測定を始める前に病態・障害の推測（症状の予想、検査測定項目の選択）
対象者に対面したら	<ol style="list-style-type: none"> 1. 検査開始の同意を得る 開始の同意（自己紹介、説明と同意・協力を得る） 2. 第一印象を捉える 対象者の観察（表情や動作・しぐさ）
所見の取り方・進め方	<ol style="list-style-type: none"> 1. スクリーニングとしての検査・測定の実施 スクリーニング（医療面接、大まかな全体像の把握） 2. 具体的かつ詳細な検査・測定の実施 詳細な検査・測定（検査・測定、動作・活動）
どう捉えるのか	<ol style="list-style-type: none"> 1. 統合と解釈 統合と解釈（結果の解釈、障害構造の整理） 2. 問題解決指向的な評価のまとめ 評価のまとめ（問題点の列挙、目標の設定）
どうするか	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介入の目的と構造の明確化 介入の枠組み（目的、視点） 2. 具体的なプログラムの作成 具体的プログラム（項目、方法）
いかに関わ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全身管理 安全性の確保（リスク管理、持久性の配慮） 2. 効果的・効率的な介入 実践的介入（治療・練習、教育・指導、調整）
経過をみて	<ol style="list-style-type: none"> 1. 再評価 再評価（介入への反応、即時・長期効果の見極め） 2. 介入内容の修正 介入の追加・修正（目標の修正、介入法の追加・変更）
振り返って	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床経過を振り返る 臨床経過（初期評価の妥当性、介入の検証） 2. 文献考証 文献考証（経過の文献比較、効果の検証）

見の取り方・進め方」の段階で、動作・活動の評価として行う。つまり、ADL評価を行うのである。このADL評価は、直接本人・家族から口頭で確認する方法、実際にその動作・活動を観察し確認する方法で行なわれる。その実際的な評価の流れを表に示すと、表5のようになる。

評価の第1段階では、日常生活活動の実行状況を本人・家族等に聴き、調査を行う。その結果、まだ実施できていない領域の活動（未自立）と、まだ実施したことがない活動（未実施）が明らかとなる。まだ実施したことがない活動とは、手術後など、医療上のリス

表5 ADL 評価の実際 (文献30を参考に作成)



クから制限があった場合などに生じるものである。

第2段階では、明らかとなった未自立・未実施の領域の活動項目を実際に行ってもらうことによって、その動作・活動のどこができないのかを詳細に分析することである。つまり、ここでは、ただ単にその動作・活動が可能か否かを判断する量的評価ではなく、なぜ、どのようにできないのかという質的評価を行うのである。

第3段階では、実施している領域の活動にも、何か問題が隠れていないかを確認していくことである。これは、例えば在宅での一人暮らしにおいて、ある活動を実施してはいるものの、危険を伴いつつ必要に迫られてその活動を行っている場合も少なくないからである。そのようなことが疑われる場合や、本人・家族の発言に矛盾がある場合にも、この調査・確認が行われる。これに関しては、その人固有の背景が動作・活動に影響していることが考えられるからである。

つまり、実行状況とは、いわゆる「しているADL」といわれるもので、実生活において、しているか、していないかの状況の評価するものである。能力検査とは、いわゆる「できるADL」といわれるもので、その動作・活動自体ができるか、できないかを評価するものである。できる活動であっても、実際の生活では、種々の要因でしていないことも多くみられ、している活動と、できる活動を区別して考えることが必要であるととらえることができる。よって、ADL評価を行う上では、「実行状況」と「能力」の差に着目することが、非常に重要であるといえよう。例えば、自立して行おうと思えば可能であるが、家族が手伝ってくれるので、本人は特に自立の必要性を感じず、実際には未自立になることもある。これは、本人・家族がその動作・活動に対し、どのような価値付けをしているかが、「実行状況」と「能力」の差に表れると考えるこ

とができよう。このように、「実行状況」と「能力」に差が表れる要因として、大川は、①環境条件、②用具・対象物、③体力、④習熟・習慣化、⑤本人・家族・周囲のADLについての理解、⑥患者の心理的要因（自立欲求・依存欲求）、⑦本人の生活の中での優先順位、⑧介護者の生活における優先順位、⑨指導する側の能力などが考えられると述べている³¹⁾。

以上のように、理学療法評価プロセスにおける生活評価では、量的評価、質的評価が混在して実施されているとともに、上記のような要因の影響を十分考慮しながら、評価をすすめる必要があるだろう。しかしながら、これらの関連性を明確にする評価方法やシステムは、今のところ確立されておらず、支援者側の経験と勘に依存するところも大きいといえるだろう。

IV. リハビリテーション医療としての生活評価の課題

1. ADL 評価の適応と限界

今まで述べてきたように、ADL評価は尺度やチャートの項目などにそれぞれ特徴をもっている。臨床において使用されるADL評価尺度は、世界で多種多様な評価尺度が開発、利用されており、それらはADL概念の成り立ちから現在に至るまでの医療情勢や社会情勢の変化に対応し、その尺度や項目も変化してきている。臨床現場で使用される代表的なADL評価尺度にはBIやFIMがある。これらは普及度が高く信頼性・妥当性が検証されており、一般にBIは評価が簡便であるが感度が低く、FIMは、感度は高いが評価が若干難しいという特徴がある³²⁾。また、BIは「できるADL」を、FIMは「しているADL」を評価する特徴をもっている。これらを踏まえ、ADL評価を行なう際には、対象者の状況を最も反映することのできるADL評価尺度を選択する必要がある。

また、リハビリテーション医療は近年の医療情勢・社会情勢の流れより、単に能力改善を目指すだけではなく、個々の対象者の個人因子や環境因子を考慮した目標設定をする必要性がより高まってきているといえる。その必要性に伴って、対象者の全体像を把握することは不可欠であるが、既存のADL評価ではそこを評価するには至っていない。しかし、そもそもADL

評価は対象者の全体像を評価でき得るものではない。あくまで全体像を把握するための足がかりとしての役割を担っており、限定された対象者の基本的能力を把握するためのものである。また、動作能力を評価することは、身体運動機能面での治療効果を判定するうえでは大きな役割を持っているといえる。

前述したADL評価の役割にもあるように、古くからリハビリテーション医療の最終目標をADLの向上としてきた流れから、リハビリテーション医療の効果の帰結をADLの向上に求める傾向がある。しかし、対象者の自己実現・社会参加を目指すリハビリテーションの理念を実現するためには、ADL評価指標のみで治療効果の帰結とすることには無理がある。また、近年の自立概念の変化などに伴い、最大限のADL自立を追求した従来のリハビリテーション医療は、必ずしも対象者のQOL向上には直接貢献していないと指摘されるようになってきていることから、治療効果をADLの向上に求めることには注意が必要であるといえる。

しかし、これらのことはADLを評価することの重要性が低いということの意味するものではない。ADLとQOLが必ずしも関連するとは限らないことに注意し、QOLを向上させるためのADL能力の向上がはかれるべきである。そして、対象者の主観的価値観までも含む「その人らしい生活・人生の創造」を目指す視点でADL評価は活用されるべきである。

2. ADLと「生活」の関係性

ADL概念を整理したことにより、①ADLが示す範疇は、狭義から広義までを含み、はっきりした概念規定がなされていない。そのため②使用する人の立場によって、取り扱っている内容が異なり、曖昧さがある。③社会参加の状況を把握することが困難である。④主観的要素をとらえきれていない、などの課題が明確となった。一方「生活」とは、その人固有の広がりや時間的流れによって構成されるとともに、その人を取り巻く環境との相互作用によって成り立っているといわれている。これらのことより、ADLは「生活」の中の一部を構成しているものに過ぎず、その人の主観的価値観を反映しきれていないといえるだろう。

主観的な要素を積極的にとらえるには、対象者の固

有性をいかに把握するかを考える必要がある。参加の領域は、趣味や楽しみといったものが含まれ、その人の好みや考え方などの影響が強く表れる。そして、それは極めて固有な「その人らしさ」ともいえるだろう。つまり、どういう事柄に、どのように価値付けしているのかを把握することが、「その人らしさ」とつながり、自己実現という真のリハビリテーションが可能となるのである。

ADLの評価チャートは、数値化を試みた評価である。それは、効率的で合理的な方法を求めてきたためであり、それが最も科学的であると信じられてきたからであろう。比較しやすく、使いやすいという理由であり、それが「全人間的復権」、「自己実現」につながるからという理由とは必ずしも言えないのである。

しかし、いつの間にかその数値を操作することに目的が転嫁してしまい、本来の人がより良く生きるためという目的は、忘れられてしまうのである。また、参加の領域を含む「生活」は、そもそも人間のアナログ的な「欲求」のもとに存在するものである。そして、この「欲求」は、あくまでその人が何に興味を抱き、価値付けするのかを考えた結果存在するものである。どのような価値付けで、どの程度の達成度で、どのように満足するのかは、「その人らしさ」につながるものであり、数値化する評価尺度をもった評価チャートでは、「その人らしさ」を把握することは、困難だろう。全ての活動・参加の領域は、それらに対する価値付けが存在する。つまり、生活を評価する上では、その活動・参加の各領域に対して、対象者がどう感じ、どう思い、どう考えているのかをとらえることが必要なのである。この主観的な要素は、2つのとらえ方ができる。

一つめは、活動・参加を生活の背景としてとらえる見方である。ICFでは、個人因子に相当し、個人因子は、環境因子と共に背景因子を構成する要素である。つまり主観的要素は、あくまでも背景としてとらえるという見方である。二つめは、主観的な要素は生活の一部であるという見方である。様々な活動や社会参加について、どのように期待・価値付けし、いかに満足しているのかを生活の一部として把握するという視点である。

生活を全体的にとらえるには、ADLの範囲だけでなく、主観的な要素、すなわち各動作・活動・社会参加に対する価値付けの評価が必要である。また、その

ことにより「その人らしさ」を少しでも広く把握し、そして、本来のより良く生きるためのリハビリテーションに立ち戻る視点が求められているのである。

3. 生活評価の課題

今まで ADL や QOL およびリハビリテーション医療がとらえる生活概念に触れ、生活評価の現状を明らかにしてきた。そのなかで、「生活」とはさまざまな因子が複雑に絡み合っており、現状の評価チャートや評価尺度では「生活」を全体的にとらえるには不十分であることが明らかになった。また、「生活」に関する研究も少ないことが分かった。

2001年に ICF が採択され、「医学モデル」から「統合モデル」へと転換された。「医学モデル」では、障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的治療というかたちでの援助がなされていた。一方、「医学モデル」では、高齢者や重度身体障害者などに対応できないとして、個人の問題は社会との関係のなかで生じるものとし、社会に対する介入を必要とする「社会モデル」という概念が誕生した。ICF はこれらの2つの概念を統合した概念とし「統合モデル」であるとしている³³⁾。つまり、従来は、日常生活の問題は主に個人の問題であるという見方であったが、ICF では、その問題の原因は個人と社会との統合の問題であるとしているといえよう。要するに、心身機能・身体構造、活動、参加に対して、地域社会および本人をとりまく環境因子に加え、年齢や生活歴など個人因子までを統合的にとらえることを重視したものだといえるだろう。

しかし、未だ、臨床現場では ADL の量的評価に偏重した評価がなされており、生物学的な理論と技術を重視したアプローチに陥りがちである。これでは対象者の身体的および精神的機能の維持・改善をはかり、日々の生活行動を支援して、各人のおかれている生活環境のなかで最適な心身機能、社会機能を目指し、健やかで QOL の高い人生を達成できるように支援できているかは疑問である。

ではなぜリハビリテーション医療においてこれほど理念と実態に乖離があるのだろうか。それはリハビリテーション医療、とくに理学療法の領域において古く

から ICDH を基盤とした障害のとらえ方について教育を受けてきたことが一つの要因ではなかろうかと考えられる。ICF が提供する情報整理の概念的枠組みは本来、個人的な保健ケア、および社会的障壁の除去や軽減による参加促進、社会活動支援の推進に応用できるもの³⁴⁾として発展すべきであるが、未だに理学療法士の間では ICDH に基づく障害のとらえ方が根強く残っている。それゆえに個人の背景因子を考慮したアプローチがされにくく、それらを科学的かつ客観的に評価することへの関心が深まらないと考えられる。

また EBM を問われる現代医療の中で、リハビリテーション医療の現場においても治療効果や帰結に対する根拠 (evidence) を狭義にとらえ、客観的に数値化できるものとしての量的評価のみに価値を置きすぎた結果、個人の背景因子に焦点をあてた評価やアプローチが軽視されていたと推察できる。

人が健やかで円滑な生活を営むには「心身機能・身体構造」が基本要因となる。その把握は目標設定や具体的な治療法およびアプローチを考えるうえで重要であり、そのための BI や FIM などによる基準的な評価による活動評価は必要であろう。しかし、それと同様に生活機能に関連する、背景因子を評価することは、「その人らしさ」をとらえるためには不可欠であると考える。これを具現化するには、ICF を共通言語とした生活のとらえ方を理学療法領域で拡大していくこと、ICF の概念が理学療法士間で共通言語として認識され、拡がりを見せれば、リハビリテーション医療を受ける対象者にとって全人間的復権を果たすうえで、大きな利益となり得るであろう。

4. 生活への視座

ADL は生活をするうえでは、必要不可欠な項目となっており、その意味で、誰もが大きな価値付けをもっていると考えられる。そう考えれば、ADL 項目の評価は、生活評価としての核になることは間違いないといえる。しかし、ADL 項目以外の評価も大切である。やはり生活全体をいかに的確に把握するかが、全人間的復権、自己実現を目標とした真のリハビリテーション医療を実践する鍵になるのである。

もちろん、対象者一人に時間をかけ、様々な情報を得ていくことは多忙な臨床業務を考えれば困難である

ことは容易に想像できる。しかし、そこであきらめるのではなく、生活全体を把握するためのより効率的な評価を行っていくことが求められているのである。

その第一歩として、生活の構造を科学的な視点で明らかにし、ADLはあくまで生活の一部であることを認識すべきである。生活・人生をより良い方向へ向け、全人間的復権、自己実現を進めるのがリハビリテーションである。ADLの評価のみでは、評価する範囲が狭く、リハビリテーションの効果をはかることはできないといえるだろう。つまり、ADLはあくまでADLの範疇での効果判定に使用するべきであり、リハビリテーション医療としての効果判定には、隔たりがあると考えられる。

しかし、生活・人生は固有性の強いものであるので、生活全般をマニュアル的に網羅し評価することは、項目が膨大となりすぎて、臨床上有意義なものではなくなるだろう。そこで、生活をとらえるためには、抽象化された視座が必要となるのである。

本論では、ADLという視点の他に、社会参加という視点、価値付けという主観的要素を強調して伝えてきた。対象者にとってその活動がどのような意味をもっているのか、どのような価値付けがなされているのかを常に念頭におき、評価を進めることが望まれるのである。そして、社会参加と価値付けという視点を持ち続けることにより、対象者の自己実現に向かうための生活評価に近づくだらう。まず、ADL以外の生活にも目を向け、その人らしさを正しくつかむことが必要なのである。

近年、臨床疫学に基づく狭義の根拠による意思決定が強調されるきらいがある。つまり、数値化することがevidenceに基づいているとされ、一般化された標準的概念を個々の対象者に自動的に当てはめられてしまうのである。しかし、それは誤りである。根拠に基づく医療とは、あくまでも目前の対象者にもっとも有益な意思決定を行うための情報処理手法である³⁵⁾。情報は支援者側の価値判断が入った「意見」ではなく、あくまで客観的な「事実」である。その「事実」に基づき論理的に思考することが、科学的な視点となる。つまり、数値化することだけではなく、論理的思考も根拠に基づいた科学的な視点に含まれるのである。その人らしさを正しくつかむには、この科学的視点に立脚した思考が必要であり、支援者の立場ではなく相手

の立場に立つことにより実現するものといえる。

また、対象者が何に価値を置いて生活しているのかは、所有物や社会参加の内容、そして本人の発言に大きく表れると考えられる。本人の発言による情報は、適切な質問や会話により得られる³⁶⁾。対象者に外から別の価値観を付けるのではなく、そもそもその人の中に存在する良いところを引き出してくる作業として質問や会話をするということである。いわば対象者の主観的な価値を「事実」という客観で整理し、評価していくのである。

この科学的視点に立脚した生活評価は、利用者本意のリハビリテーション医療を提供する一歩となるだろう。また、生活には時間的要素なども含まれており、生活をとらえる視点は、まだまだ多く存在するといえる。これらを構造的、機能的にとらえる視点を組み入れ、生活を構成する因子の関連性を明確にするための、さらなる研究が求められるともいえよう。

V. おわりに

「日常生活活動」と「生活」の関係性と生活評価における課題を明らかにすること、生活への視座を得ることを目的に論じてきた。生活とは、ある種あいまいで、科学性を欠く範疇になると思われがちであり、経験と勘に依存してきたところであることは、明確となった。しかしながら、リハビリテーション医療の役割を果たすためには、それらの問題を解決する必要がある。

今後の研究において、生活を構造的、機能的視点よりとらえることで、医療の科学性を基盤として、実践的に役立てることのできる方法を確立させていきたい。

【注】

- 1) 上田敏 「リハビリテーションの思想－人間復権の医療を求めて－」 医学書院 2006年 23-50頁
- 2) 中俣恵美 「リハビリテーション医療とソーシャルワークの自立への観点」『関西福祉科学大学紀要』 2010年 229-245頁

- 3) 太田義弘・中村佐織・石倉宏和編著 「ソーシャルワークと生活支援方法のトレーニング」 中央法規 2005年 1-24頁
- 4) 上田敏 「ICFの基本的な考え方」『PTジャーナル』第36巻4号 医学書院 2002年 271-276頁
- 5) 日野原重明(本書の刊行にあたって, 日野原重明編) 「高血圧治療とQOL」 インターメディカ 1997年 4-16頁
- 6) 橋元隆 「ADLの概念と範囲」 千住秀明・他(編)『日常生活活動(ADL) 第二版』 神陵文庫 2007年 1-17頁
- 7) 奈良勲監修 「日常生活活動学・生活環境学」 医学書院 2001年 4-8頁
- 8) 奈良勲監修 同書
- 9) 伊藤利之「ADLとその周辺」医学書院 1994年 2-5頁
- 10) 奈良勲監修 前掲書 4-13頁
- 11) 日本リハビリテーション医学会「ADL評価について」リハ医学 13 1976年 315
- 12) 貝塚みどり, 大森武子, 江藤文夫 「QOLを高めるリハビリテーション看護」 医歯薬出版 1999年 81頁
- 13) 伊藤利之「生活関連動作(活動)の概念と評価」総合リハ22 1994年 543 - 547頁
- 14) 福原俊一 「今なぜQOLか」 池上直己・他(編)『臨床のためのQOL評価ハンドブック』 医学書院, 2001年 2-7頁
- 15) 西森美奈, 福原俊一 『特集 リハビリテーションにおけるQOL. 概念と評価』 総合リハ29巻8号 2001年 619-697頁
- 16) 福原俊一 前掲書 2-7頁
- 17) 川南勝彦・他「難病患者に共通の主観的QOL尺度の開発」 日本公衆衛生学雑誌 47 2000年 990-1003頁
- 18) 世界保健機関(WHO) 国際生活機能分類(ICF) 中央法規 2003年 17頁
- 19) 同書 25 - 28頁
- 20) 同書 16頁
- 22) 里宇明元 「ADL・IADL・QOLとは」 千野直一・他(編)『リハビリテーションMOOK ADL・IADL・QOL』 金原出版 2004年 5頁
- 23) 才藤栄一・他「リハビリテーション関連雑誌における評価法使用動向調査-7-」 リハ医学 vol.45 No.1 医学書院 2008年
- 24) 内山靖 他 「臨床評価指標入門」 協同医書出版 2005年 260-278頁
- 25) 園田茂「Barthel IndexとFIM」 千野直一・他(編)『リハビリテーションMOOK ADL・IADL・QOL』, 金原出版 2004年 15-21頁
- 26) Granger CV, Dewis LS, Peter NC et al: Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. Arch Phys Med Rehabil 60: 14-17, 1979
- 27) 内山靖 前掲書 271-277頁
- 28) 園田茂 前掲書 15-21頁
- 29) 奈良勲「理学療法概論第5版」 医歯薬出版 2008年 31頁
- 30) 伊藤利之 前掲書 32頁
- 31) 大川弥生 「目標指向的介護の理論と実際」 中央法規 初版第4刷発行 2002年 111頁
- 32) 内山靖 前掲書 271-277頁
- 33) 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かに生かすか(2)」『PTジャーナル』36巻6号 医学書院 2002年 441-447頁
- 34) 世界保健機関(WHO) 前掲書 6頁
- 35) 奈良勲 前掲書 32頁
- 36) 吉良健司 「はじめての訪問リハビリテーション」 医学書院 2007年 10頁

