

テーマ⑨ ICFと介護過程について

— 先ほどこっちと触れられた、ICFと介護過程について詳しくお話しください。

簡潔に言いますので、よく聴いてほしいと思います。

(1) 医学モデルと社会モデル

今回の国連のWHOによるICFに関するレポートを読んでみますと、医学モデルと社会モデル統合の改訂版であると書いてあります。何が統合であるか、その精神を申し上げます。

医学モデルというのは簡潔に言いますと、身体機能が病気と怪我によって損傷した、インペアメント (impairment)。インペア (impair) とは、傷つく、損傷するという意味です。まず身体機能が損傷したり、身体機能が変化したとき、インペアメントしたときに能力が低下するという考え方を持つわけです。歩けなくなった。ものがつかめなくなった。ご飯が自分で食べられなくなった。それを英語でディスアビリティ (disability)、ディス (dis) という接頭語をつけると、そうではないという意味となります。そうではない、非という言葉を使いますが、つまり能力が低下したという意味です。つまり、身体機能が損傷したことを起因として、能力が低下しましたという意味です。

その次にハンディキャップ (handicap) があります。社会的不利な状況が起こりますというのが医学モデルなんです。で、医学モデルはそこで終わっているんです。つまり身体機能が損傷した、日常的能力が低下した、だから社会的にうまくいきません。たとえば旅行ができない、階段が上がれない、外出先にトイレがないから外出できない、買い物に行けませんから好きなもの食べられずに我慢していますとか。あるいは職業がなくなりましたとか。例を挙げたらきりがありません。

ただ、それではまずいまずいと言っているだけではないか、という批判がある。私はそのころ現場におりまして、1980年にWHOがこの案を出したときに、びっくりしました。なぜかというところ、障害というのは障害があるというお医者さんの診断以外に考えが及ばず、そこから頭が発展しませんでした。ところがWHOは、障害がある。だから日常生活の能力が下がってきた、不都合が起こってきたという展開をしたわけです。

そういう意味で、障害から展開したという意味では医学モデルの功績は認めるべきです。そのころ、私は厚労省に20何年かいましたので、自分の体系的な知識のなさを恥じました。障害関係の仕事をしていた当時ですが、やはりWHOはすごいと思いました。ところがだんだん日にちが経ってくるにつれて、能力が低下して社会的不利なだけじゃ人間を語っていないのでは、という批判が起こってきました。

(2) ICFの生活機能について



日本生活支援学会会長

黒澤 貞夫氏

そして2001年に、WHO総会で、「ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health = 国際生活機能分類)」という改訂版ができたのです。その改訂版とは、今言った話に「生活機能という概念」を付け加えた。生活機能という概念とは、英語でファンクショニング (Functioning) という言葉を使いました。ファンクションとは機能という意味です。つまり生活機能という概念を使って、それを付け加えました。いわゆる皆さんがいうところの「活動と参加」という概念を加え、「International Classification」国際分類でICそしてFはFunctioning。

そのときに私はいちばん注目し、評価したのは、哲学的理論であることを評価したんです。今までの医学モデルは、身体が不自由だ、日常生活能力が低下した、だから社会的ハンディキャップを負ったということにとどまっていた。ところが今回のICFは、活動と参加という、その背景に環境的要因を付け加えたんです。エレベーターとか手すりというように。それはどういうことを意味するかというと、ICFのレポートを読んでみますと、本人の責任ではない。社会が障害を作り出しているのではないかとやっている。こういう哲学がある。そして医療は保健ケア政策上の問題ではないですかとも。

そして、このことに基づいて介護過程というものを考えていくというわけです。

私が感動したのは、「障害というものは社会がつくり出したものである」という考え方です。手が不自由だ、足が不自由だっていうことじゃない。ここで言っているのはそれによって外出ができない、職業がない、こういうことです。なぜなら階段だからです。階段は社会がつくったものだからです。手すりがないから歩けない。これは社会の責任です。

私が重度障害者の施設にいたとき、入所者の人たちは若いから家に帰りたいんです。でも帰れない。ホームから電車でどうやって乗り移りますか。みんな出身地が遠いんです。乗り換えのない電車なんかない。だから駅長さんに電話をします。駅長はまた次の駅に電話をします。で、駅には荷物を上げ下ろしするエレベーターが必ずあって、障害のある方は当時よくその荷物を上げ下ろしするエレベーターを使わされていました。そして、荷物を運ぶ地下道を通らされます。そしてまた荷物を上げるエレベーターに乗って、別のホームに移動したり乗り換えたりしたものです。トイレも障害者用のものがありませんから不便でした。

だからやっと目的地に着いたときのうれしさは格別でした。でも、着いた先の雪国は車いすが使えません。これがまた大変でした。こういうことは社会の構造の問題です。障害とは身体の不自由さを指すのではなくて、社会が作り出したのだ、という話をWHOが指摘したのです。

それで私はWHOというのは、すごいことを言っていると思いました。

もう1つ大事なことは、このICFは障害者だけの問題ではなくすべての国民にとっての哲学であるということです。だからWHOは材料は提供するけれども、国の実情を見て、この材料でどのように建築物をつくるのかは、各国でそれぞれ工夫をしてくださいと言っている。

WHOの図（「ICFの構成要素間の相互作用」）があります。皆さんご存じですよ？これはICFの図ですが、介護過程はこれでやっているわけではないんです。しかし考え方としては、建築物をつくるようなものだから、わかりやすく言いますとICFを使って日本の介護過程をどのようにプランニングするかは、工夫していいということです。ですからICFのアイディア、思想は大いに入れるべきだと考えています。

（3）活動と参加そして背景因子について

それから三点目です。それはICFのF。ファンクショニング「生活機能」というところです。最大のポイントは、「活動参加とは何か」ということ。「背景因子の環境とは何であるか」ということです。このことを解明すれば、ICFの示すところがわかりやすい。

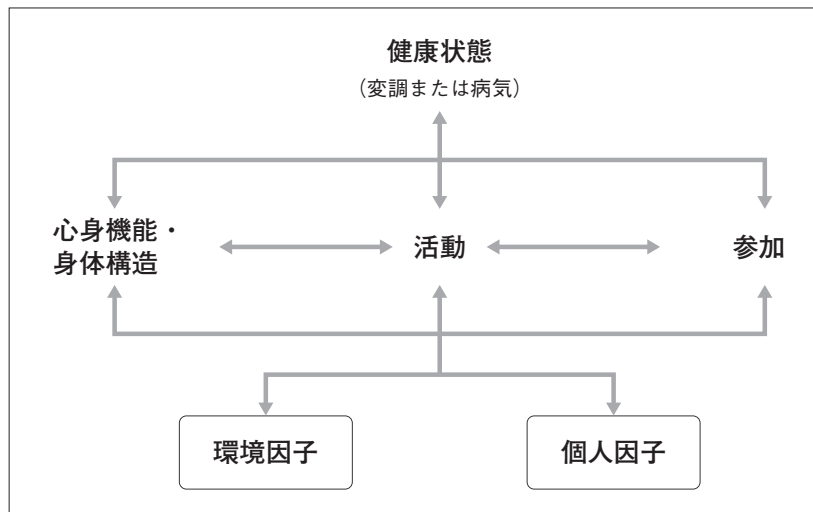
ここから先に言うことは本に書いていませんので、私の私見ですから区別してください。

「活動とは何か」ということです。英語で活動はアクティビティ (activities) ですね。参加とは何か？英語ではパティシペーション (participation) です。そうすると活動とは動くことです。動けなくなるから介護を受けているわけでもあります。歳を取れば動けなくなります。私はかつてテニスもスキーもやっていました。もうできません。今は階段を上げるのが大変です。長い階段は息切れがします。だんだん身体が弱っています。もう80後半ですから。でも私は活動をしています。寝たきりの老人は活動していないのですか？ICFの活動について、介護福祉士の皆さんはどのように理解していますか？

テーマ3でお話した3階建て。いちばん基礎の人間としての活動は何であるかということ、手や足が動くという活動ではありません。身体的、精神的に躍動するということです。生き生きとしているということです。そうするとすべての人が当てはまるのです。たとえ全介護であっても、四肢体幹に麻痺がある人であっても、どのような人においても、そこに人間の活動があるという、1階建ての部分、ここを共通基盤にすべきだと思います。

さて、実践の場では活動と参加は統合して考えることが有益です。例を挙げます。ALS

図 ICFの構成要素間の相互作用



『ICF国際機能生活分類—国際障害分類改訂版—』障害者福祉研究会（2002年中央法規出版株式会社社刊）

という難病があります。筋萎縮性側索硬化症という病名がついています。私が岡山の大学にいたころに、看護師さんとよく家庭訪問をしていました。秋の夕暮れに近い3時半ぐらいです。そうしたらALSという難病があるご主人が、奥様に何か言っている。文字盤を使って会話をされていました。奥様にその内容を聞いたら、「うちの主人がね、もう暗くなるからお客様に門の灯りを点けて差し上げなさい」と言っていますと。つまりそのご主人は声を出して話すことはできませんが、お客様が来たから門灯を点けてあげなさいと言う。これが活動なんですよ。そして参加とはそういった役割をもっているんです。人間としての。

特養にいますお年寄りもそうです。施設にすることによって多くの人を救っているんです。生きがいとして。介護福祉士は社会的役割を果たしているんです。社会の人々はそれによって安定しているんです。特養というものがあるから。

世の中に決して役割のない人などいないんです。たとえ寝たきりでも、おじいちゃんがそこにいることで、孫はおじいちゃんを尊敬し愛しているんです。

これ以上例を挙げますと長くなりますから、この辺でやめますが、たくさん例はあります。人間が生きているということに対する役割はいっぱいある。活動と参加というのはそういうものではないかということベースに置いておいて、2階建てのところにリハビリがあるわけです。先ほど言ったように階層的です。介護予防とかはその上で、必要な人が行って元気になること。あるいは環境を変えたり設備を使うことで旅行ができるようになるということも活動です。そういう意味ではこれらは2階建ての部分です。

では3階建ては何かといえば、1階2階を総合してその人が人間らしく過ごす、生きるということを尊重するということです。

そういうふうに理論づけしたらどうかと私は思っています。政策的には2階建てのところに介護予防とかがあって、間違っているわけではありません。ただ次第に歳を重ねて老いていき、あるいはALSなどをはじめ難病の方もいらっしゃいますから、人間の本质は、1階建ての部分として考えたらどうですか、というのが私の意見です。ご研究なさってください。

それから参加という言葉さらにつけ加えます。老人クラブに入るとか、デイサービスに行ったらリハビリテーションに参加するとか、そういう参加はもちろんあります。

この本を翻訳した責任者の一人として上田敏^{*14}先生は、長年リハビリテーションを引っ張ってきた方ですがその方のお言葉です。講習会に私は何度も行きました。この言葉に賛成なので、紹介します。「参加とは役割を含むことである」。ここでよく考えてもらなさい、皆さん。例えば、囲碁クラブに行って囲碁をしますとか、デイサービスに行ったら歌を歌います、これも参加ですよ。しかし、家に居てそこにいらっしゃることが、人間の役割としてあるわけです。特養に居る人は、かけがえのない存在として役割を持っていると考えるのです。

皆さん、役割というと肩書とか何かするということを思い浮かべがちですが、それは違

います。いつも人間は肩書を持っているとは限りません。いつも上に立っているとは限りません。みんなに役割があります。

私は弘前の大学で学長を務めたことがありました。介護の学校ですから実習があります。そのときに重症心身障害児の施設の実習も行いました。学生を送り出すわけですが、学生は現場に行ったら何もできません。終わって帰るときに、その学生に子どもが声をや々と振り絞って、「ありがとう」と言ったらいいです。そうしたらその学生が帰ってきて、身震いするほど感動したと言ったのです。介護の学科を選んでよかったと私に話してくれました。

それは何ですか？

それだけ学生を感動させて、そこに学生の生きがいをつくったというのは、心身に障害のある子どもの人間としての役割があるからなんです。

それからもう一つ例を挙げると、これは私が老人ホームにいたときの入所者の話です。一人娘がいて、離婚をしてシングルマザーになって、キャリアウーマンとして忙しく働いていたので、この人は孫の面倒を見ていたんです。よくある例です。子どもさんが大変頭のよいお子さんで、東京の大学を出て海外に就職しました。そのおばあちゃんがアルツハイマーになってしまったので、私の施設にやってきました。かなり認知症が進んでいました。1年近く経ってから、そのお孫さんが休暇で日本に帰ってくるという情報が入りました。それで我々はとても喜んだわけです。孫が帰ってきたらさぞかし喜んでくれるのではないかと思って。そしてそのお孫さんが帰ってきました。担当の介護福祉士から聞いたのですが、「おばあちゃん、ただいま」と言ったら、「どちらさんですか？」と。そこにいた介護福祉士が情けなくなって涙した。悲しくて。それを私に言うわけです。その気持ちは私もよくわかりました。お孫さんのことをもっとわかってほしかったんですね。そのお孫さんが帰りがけに私のところに来られました。「すみませんね。認知症という病気だから」というふうに自分でもわけのわからない言い訳をしたんです。そうしたらそのお孫さんが、「施設長さん、何を気遣っていらっしゃるんですか。私はそう思っていませんよ。この世の中に私のおばあちゃんが生きているというだけで十分なんです」と言った。「私のことがわかるかわからないかはいいですよ。この世に生きていて、この世に生存してくれているということが、私の最高の喜びなんです」とおっしゃるんです。私は偉いお孫さんだなと思いました。

それが役割です。人間というのはそのように役割を持っているということです。

それがICFのいう参加という意味だと私は思います。環境面については、社会環境、住宅環境、介護環境、まあこれはよろしいでしょう。

◎ 引用・参考文献

* 14 上田敏（東京大学教授・日本リハビリテーション医学会会長等歴任）

特に『リハビリテーションを考える』～障害者の全人的復権～（青木書店）は介護福祉のうえからも学ぶべき点が多い。