

第 2 章 リハビリテーション関連の見直しの意義

ICF モデルに立って個別的・個性的な「生活機能」全般の向上のための
「活動」向上を重視

前章で平成 15 年度介護報酬見直しの基本的な考え方とリハビリテーション関連の見直しの概要を述べたが、その具体的な内容として、今回の見直しの意義をもっともよく示すものをあげれば以下のようなだろう。

1. 大きくとり入れられた ICF：国際生活機能分類の概念(第 3 章参照)

今回のリハビリテーション関連の見直しの最も大きな特徴は ICF：国際生活機能分類の基本概念が全面的にとり入れられたことであろう。

ICF：国際生活機能分類については第 3 章で詳しく述べるが、これは、21 世紀初頭の 2001 年に WHO 総会で採択されたものである。ICF は 1980 年の ICIDH：国際障害分類の改定版ではあるが、ICIDH が「障害」というマイナス面を中心にみたのに対し、「生活機能」(functioning) という「人が生きること」のプラス面を中心に見ようとするところに根本的な視点の転換がなされている。

プラスの面を中心とする ICF モデル

ICF モデルは第 3 章にかかげるが、「心身機能・構造」—「活動」—「参加」というプラス面の 3 つのレベル(階層)からなり、それを包括したものが「生活機能」である。これは「生命」—「生活」—「人生」といいかえることもできる。

マイナス面の包括概念である「障害」

これに対しマイナスの包括概念が障害(disability)であり、生活機能の 3 つのレベル(階層)に対応して機能障害(構造障害を含む)—活動制限—参加制約の 3 つのレベルからなる。

リハビリテーションにおける ICF の特徴

リハビリテーションに関連しての ICF の主な特徴は以下の通りである。

1) 共通言語

— 利用者の自己決定権の尊重と積極的参加促進、そしてチームワーク促進のツール

ICF の最も重要な目的の一つは異なる専門の専門家同士の、また専門家と利用者・患者・家族との、そしてそれらの人々と行政等との間の「共通言語」として役立つことである。共通言語とし

での ICF は①看護師・介護職を含むリハビリテーション・チーム内のチームワークのツール（道具）として重要なだけでなく、②利用者・患者の自己決定権の尊重と、③利用者・患者・家族と専門職チームとの間の相互理解と協力関係の構築のためのツールとしても重要である。

その意味でこの ICF モデルは後に述べる「リハビリテーション（総合）実施計画書」に全面的にとり入れられ、利用者本人・家族も含めたチームワークと相互理解のための活用を助けるものとなっている。

2) 利用者・患者の全面的把握・理解のツール

—生活機能の全ての側面をみる

ICF のもう一つの重要な目的は、利用者・患者の生活機能のプラス面とマイナス面の全面的・構造的な把握のツールとして役立つことである。それは利用者・患者の隠れたプラスの開発による問題解決の前提となる。

このような生活機能についての全面的把握・理解は、一人ひとりの利用者・患者の個別性を尊重する個別のリハビリテーションの前提条件である。

3) リハビリテーションは「生活機能」全般、特に「活動」の向上

本章の 6. に述べるように、今回の見直しにあたって「リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的」として「実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上」（下線は引用者）のために行われるものと規定された。これは ICF の基本概念によるリハビリテーションの明確な定義といえる。

すなわちリハビリテーションは「心身機能・構造」の改善のみをめざすものではなく、「活動」と「参加」を含めた包括的な「生活機能」全般の向上を目的とするものであり、その中では特に実用的な「活動」の向上が中核を占めるという考え方である。

後に述べるようにこれはこれまでのリハビリテーションに関する種々の見方を ICF モデルに立って集大成し総合化したものであり、まさに新世紀にふさわしい総合的なリハビリテーション概念の確立とみることができる。

4) リハビリテーション実施計画書の基本概念

後に述べるように ICF モデルは「リハビリテーション（総合）実施計画書」のタテ軸をなす基本概念となっている。

2. 個別リハビリテーションの重視(第5章参照)

今回の見直しでは「個別リハビリテーション計画にもとづく個別リハビリテーション」が重視されている。

すなわち通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション加算、介護老人保健施設におけるリハビリ機能強化加算において、いずれも「個別リハビリテーション計画を作成し」、それに基づき「利用者ごとに個別にリハビリテーションを行った場合を評価する」とされている。

この個別リハビリテーションとは単に集団訓練でない一対一の訓練という意味ではない。具体的にリハビリテーションによって「どのような人生を創るのか」という、その人にとってベストの個別的・個性的な目標を一人ひとりについて立て、それを実現するためのプログラムも個別的なものを立てて行うもののことをいうのである。

リハビリテーションの目的は心身機能(生命)の回復だけではなく、活動(生活)、参加(人生)を含めた生活機能(「生きる」ことの全体像)全体の向上である。心身機能の回復を目的とするだけならば、たとえば脳卒中による片麻痺や廃用症候群による筋力低下においては、麻痺や筋力低下の部位や程度の違いを考慮しさえすればよく、ほぼ画一的なプログラムであってもよいとする考え方がなりたないわけではない。しかしこれでは活動と参加を含めた生活機能全体の向上を目的としたリハビリテーションの効果は不十分にとどまり、自宅復帰促進ははかれず、利用者の人生に対しての最大の効果をあげることはできない。

生活と人生は一人ひとり異なる

そもそも活動(生活)と参加(人生)は極めて個別性の高いものであり、個性的なものである。一人ひとりの利用者・患者は異なった個性と価値観をもち、異なった生活・人生、すなわち異なった職業をもち、異なった家や地域社会で、異なった構成や個性の家族と共に生きてきた人であり、またそのような一人ひとり違った生活・人生へと戻っていく人である。そのような個性的な人たちの活動や参加の目標が共通であるはずがない。したがって活動や参加をどのように向上させるかという目標も人によって大きく違い、従ってそれを実現するためのプログラムも非常に個別的・個性的なものでなければならない。

例えば同じ性、年齢で麻痺の程度も同じ脳卒中左片麻痺の患者であっても、①病前は主婦であり、家庭に戻って主婦としての役割をたとえ部分的にせよ果たそうとする場合と、②華道(お花)の教師をしていた婦人で、家庭に戻って、たとえ時間を短くしてでも生き甲斐のために華道教師を続けたいという場合とではリハビリテーション・プログラムの内容は全く違うものになって当然である。

個別的・個性的な目標に向けたオーダーメイドのプログラム

このように個別的・個性的な明確な生活・人生の目標のもとに一人ひとり違った「オーダーメイド」のリハビリテーションを行っていくのが個別リハビリテーションである。今回の見直しでこのような個別リハビリテーションが重視されるようになったのはリハビリテーションの本質的なあり方への復帰ともいえる画期的なことと高く評価できよう。

3. 「活動」向上訓練の重視（第4章参照）

今回の見直しのもう一つの大きな特徴は ADL 訓練をはじめとする「活動」向上訓練の重視である。

これは訪問リハビリテーション、介護療養型医療施設における日常生活活動訓練加算だけでなく、介護老人保健施設のリハビリ機能強化加算や通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算の要件にもなっている。

新しい内容を多数含む「日常生活活動訓練」の定義

この日常生活活動訓練は、たとえば介護療養型医療施設では「実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、訓練室以外の病棟等（屋外を含む）において、実用歩行訓練・活動向上訓練等が行われた場合に限り算定できる。」とされており、さらに「当該訓練により向上させた諸活動の能力については、入院中において、常に看護師等により入院中および退院後の日常生活における実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である」（下線は引用者）とされている。

この文章は一見簡潔であるが多くの新しい内容を含んでいるので、これらを正しく理解することが非常に重要である。詳しくは第4章で述べるが、その要点は次のようである。

1) ICF 概念に立った規定

ここでまず注意すべきことは「活動」、「能力」、「実行状況」という用語が ICF：国際生活機能分類に規定された厳密な意味で用いられていることである。すなわち「活動」とは実際的な目的をもったひとまとまりをなす行為であり、決してある特定の「心身機能」に還元できるものではない。

そして「活動」としては、「能力」としての活動と「実行状況」としての「活動」とを明確に区別するということである。なおこの「能力」は後に述べる「リハビリテーション（総合）実施計画書」の「できる“活動”」、「実行状況」は同じく「している“活動”」に相当する。

2) 実用性の重視—実生活に役立つことが重要

また注目すべきことは「実用的な日常生活における諸活動」や「実用歩行訓練」という時の、「実用」ということばである。歩行にせよ、その他の活動にせよ本来実用的なものであり、わざわざ

「**実用**」という語を重ねるのは一見余分なことである。しかし、これは第3章で詳しく述べるように現在のリハビリテーションにおける歩行やADL訓練のあり方、すなわち多くの場合訓練室内のみの「**模擬的**」な動作の訓練にとどまっており、実用性とは直結しないものになっていることに対して反省をせまるものとみることができる。あくまでも実生活に役立つことを追求するのが今回の見直しの趣旨である。

3) 生活の場での「活動」向上訓練を重視

もう一度定義に戻ると、日常生活活動訓練とは「**訓練室以外の病棟等（屋外を含む）において**」おこなわれた**実用歩行訓練**や**活動向上訓練**である。

ADL 訓練室等での模擬的な訓練は対象外

この際注意すべきことは、この規定による加算は居室棟・病棟の実際の生活の場における訓練が対象なのであって、たとえば「ADL 訓練室」等と称していても**模擬的な場**にすぎないものにおける訓練は**対象外**だということである。病棟以外で認められるのは屋外であり、これは実用的な屋外歩行が買物その他の外出を可能にするなど、社会的な活動と参加の向上にとっての意義が大きいことからくるものである。

たとえ病棟で行っても基本動作訓練は対象外

またたとえ病棟で行なったとしても、その内容が「**活動**」向上訓練でないものも対象ではない。この点について、今回の見直しでは「**病棟訓練室及び廊下等で行った平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない**」と明確に規定されている。

これはADLをはじめとする「**活動**」とは、**明確な実用的な目的をもったひとまとまりをなした行為**であり、そのような目的をもたない、歩行自体の訓練として行われる歩行等は「**活動**」ではなく、「**心身機能**」に属する基本動作にとどまるため、たとえ病棟で行っても評価の対象とならないということである。

4) 「できる“活動”」と「している“活動”」の両者への働きかけ

また生活の場における「**活動**」向上訓練は、「**できる“活動”**」だけでなく、「**している“活動”**」向上への働きかけをも含み、その両者の連携を不可欠のものとしている。たとえば介護療養型医療施設での定義では、「**向上させた諸活動の能力**」を「**看護師等により入院中および退院後の日常生活における**実行状況**に生かされるよう**」働きかけが行われるものであるとされている（下線は引用者）。

すなわち「**活動**」向上訓練とは、生活の場において、①理学療法士、作業療法士等によって諸活

動の能力（「できる“活動”」）を向上させる働きかけと、それを、②看護師・家族・介護者等が日常生活における実行状況（「している“活動”」）に生かされるようにする働きかけの両者を連携させて行うことである。

5) 在宅の実生活での「活動」を重視

「活動」向上訓練は、入所中や通所時の「活動」の向上だけを目的とするのではなく、より重要なこととして在宅の実生活での「活動」の自立性向上を目的として行うものである。

すなわち介護老人保健施設でのリハビリ機能強化加算でも、通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算でも、また訪問リハビリテーションの日常生活活動訓練加算でも「実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上」のためというように、在宅復帰と在宅生活の継続のために役立つ在宅の実生活での「活動」の自立性向上が目的であることが明確に規定されている。

6) ADL だけでなく活動全般の向上

次に注目すべきことは前記の規定において、「諸活動の自立性の向上のために」と、「活動」という ADL より広い概念が用いられていることである。すなわちこの訓練の対象は実用歩行やその他の ADL だけにとどまるものではなく、より広い、家事その他を含む「活動」全般を意味するものである。

4. チームワークの重視

上記のこととも関連するが、今回の見直しではリハビリテーションにおける各職種の間での緊密な協力と連携によるチームワークが重視されている。チームワークとは一人の利用者に対して単に多くの職種が関与し、同時に働きかけを行なうというだけのものではない。各職種の専門性に立ちつつ、職種の壁を越えた利用者・患者本位の「協業」が真のチームワークである。今回の見直しではそれが①看護・介護職の重要性、②計画作成と説明、そして③記録などでつらぬかれている。

1) 看護・介護職はリハビリテーションにとって不可欠

まず強調したいのは、リハビリテーションにかかわる専門職は決して理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）だけではないということである。医師が重要な役割を果すのはいうまでもないが、ここでは特に看護師と介護職の重要性を強調したい。

リハビリテーションにおける看護師と介護職の役割は多面的であるが、もっとも重要なのは「している“活動”」の向上である。

「している“活動”」を向上させるのは看護・介護職による介護

これについては先に述べ、また第4章で詳しく述べるが、理学療法士・作業療法士等による「できる“活動”」向上訓練と連携して、看護師・介護職が行う、介護を通じての「している“活動”」向上の働きかけは「活動」向上訓練の中で非常に大きな意味をもつ。この意味で看護・介護職はリハビリテーション・チームの不可欠のメンバーである。

2) リハビリテーション（総合）実施計画書の作成と説明におけるチームワーク

今回の改定では、チームワークと利用者・患者の自己決定権尊重の見地から、従来の介護療養型医療施設における「リハビリテーション総合実施計画書」に加えて「リハビリテーション実施計画書」が新設された。

これらの計画書（あわせて「リハビリテーション（総合）実施計画書」という）は利用者本人の自己決定権の発揮をチームの専門性で支えるという車の両輪をスムーズに支えるためのツールであり、専門家のみのための評価用紙や一方的な説明用紙ではない。この正しい活用で、リハビリテーションが十分な効果を生むのであり、それがこの計画書の作成が義務づけられている理由である。

リハビリテーション実施計画書

介護老人保健施設のリハビリ機能強化加算、通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算、訪問リハビリテーション費の要件として、医師、理学療法士、作業療法士等が共同して、リハビリテーション実施計画書を作成し、その内容を利用者に説明することになっている。

リハビリテーション総合実施計画書

また介護療養型医療施設における「リハビリテーション総合実施計画書」に関する加算は「医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行った理学療法又は、作業療法等の効果、実施方法等について共同して評価を行った場合」に算定するもので、「医師等の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明のうえ交付するとともに、その写しを診療録に添付する。」ことになっている。

「リハビリテーション（総合）実施計画書」については第6章で詳しく述べ、かつ第2部の資料篇第4章付録の2の「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）」に詳しい活用法が述べてあるので参照されたい。

この「計画書」の作成と利用者・患者・家族への説明のプロセス自体がチームワークの産物であり、またその具体的な成果である。本計画書は介護保険の基本原則である自己決定権の尊重を具現化したものということができる。

3) 記録に関するチームワーク

今回の改定では訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション加算、介護老人保健施設におけるリハビリ機能強化加算について、リハビリテーションに関する記録についての規定が詳しくなった。

たとえば個別リハビリテーション加算では「個別リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること」と規定している。

これは一見当然な規定であるが、従来1人の患者に関する記録が各職種ごとに別々に保管されたり、他職種には閲覧が困難であったりする場合がないではなく、チームワークを阻害する弊害もみられていたので、このような明文規定には大きな意味があると考えられる。なおこの場合の「リハビリテーション従事者」とは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のみに限られるものではなく、医師、看護師、介護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー等を含むものと理解すべきであろう。

この規定の精神に沿って、各職種が自分の領域にだけ閉じこもるのではなく、記録の作成と閲覧を通じて利用者・患者とそのリハビリテーション・プログラム全般に関する情報・知識を共有し、常にチーム全体として対処することがチームワークにとって非常に重要である。

5. その他の見直し事項

1) 施設基準の見直し

今回の見直しにおいて介護療養型医療施設の特定診療費の施設基準に注目すべき改定がなされた。すなわち総合リハビリテーション施設（理学療法（Ⅰ）及び作業療法（Ⅱ））の施設の面積が「理学療法及び作業療法に要する専用の施設の広さが合計 240 平方メートル以上であること（理学療法及び作業療法について共有部分を有していてもかまわないものとする）」と改定されたことである。

従来総合リハビリテーション施設には A 施設と B 施設があり、A 施設では、理学療法専用の面積が 300 平方メートル以上、かつ作業療法専用の面積が 100 平方メートル以上とされていた。B 施設は平成 14 年に社会保険・老人保健の診療報酬改定に合わせて設けられたものであり、A 施設での人員についての基準以上の理学療法士・作業療法士が勤務することを前提として「理学療法及び作業療法に要する専用の施設の広さが合計 240 平方メートル以上であること（理学療法及び作業療法について共有部分を有していてもかまわないものとする）」と規定されていた。

この改定の意味は①居室棟・病棟における、ADL をはじめとする「活動」向上訓練を重視する

立場から、訓練室の面積の重要性が相対的に低下したことを示し、加えて②理学療法と作業療法の各々の面積を個々に定めるのではなく、合計の面積を定め、かつ共有部分を認めることにより、チームワークを促進し、施設利用を弾力化しようという意図をうかがうことができる。

また本改定の結果として、従来地価の高い都市部では困難とされていた総合リハビリテーション施設の承認が容易となるものと期待される。

2) 器械・器具、設備等の見直し

今回の見直しにおいては上記に加えリハビリテーション関連の器械・器具、設備等についての規定が新設あるいは一部改定された。これらはいずれも先に述べた、在宅重視と自立支援の立場に立って、個別リハビリテーションと「活動」向上訓練を重視する方向を、具体的な器械・器具、設備等によって裏付けているものと考えられる。

これに関連する見直しは訪問リハビリテーションの日常生活活動訓練加算、通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算、ならびに介護保健施設（老人保健施設）のリハビリテーション機能強化加算における器械・器具、設備等についての規定の新設である。これらはほぼ同様であるので、ここでは代表的なものとして通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション加算の要件をあげる。

「個別リハビリテーションを行なうために必要な器械、器具を具備していること。なお、個別リハビリテーションを行なうために必要な器械、器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、各種心理・言語機能検査機器・器具等（言語聴覚療法を行う場合）、各種歩行補助具（四脚杖、ウォーカーケイン等）、各種装具（長・短下肢装具等）
なお、以下のものについては、必要に応じて備えられていることが望ましい。

各種日常生活活動訓練用器具、家事用設備、和室、一般浴槽、立位姿勢用洗面台、訓練用和式トイレ、屋外歩行ルート等」

ここで注目すべきことは①「活動」向上訓練、特に実用歩行自立にとって重要な歩行補助具と装具が共に各種とりそろえるべきものとなっており、また立位姿勢用洗面台を備えることが望ましいとされていること、②その他の活動向上訓練用器具・設備も各種取り揃えるのが望ましいとされていることである。

また設備としては家事（訓練）用設備、和室、一般浴槽、立位姿勢用洗面台、訓練用和式トイレが備えているのが望ましいとされているが、これらはいずれも在宅重視と自立支援の考え方に立ったものと考えられる。

さらに屋外歩行ルートがあげられていることは実用歩行重視、特に社会生活への参加の向上、ま

た歩行量増加を通しての生活活動性向上による廃用症候群の悪循環の予防・回復(良循環への転換)をめざすものと評価できる。

3) 1 回の訓練時間算定の見直し

— 頻回訓練が可能に

今回の見直しで、一見目立たないが重要な変化があったのは 1 回の訓練時間の算定法の改定である。すなわち通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算と介護療養型医療施設の特
定診療費の理学療法 (I ~ IV)、作業療法 (I・II) について、従来 1 回 20 分以上と定められた
訓練を 2 回以上に分けておこなっても、そのうち 2 回の合計が 20 分以上になればよいとしたもの
である。

文章が少し違うので両者を引用すると、「個別リハビリテーションは、1 人の理学療法士、作業
療法士又は言語聴覚士が 1 人の利用者に対して個別に 1 日 20 分以上行った場合に算定」するが、
「利用者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1 単位の通所リハビリテーションの提供時間
帯に、1 人の利用者に対して行われる個別リハビリテーションが複数回にわたる場合であっても、
そのうち 2 回分の合計が 20 分を超える場合については 1 回として算定することができる。」(通所
リハビリテーションの個別リハビリテーション加算)

「個別に 20 分以上訓練を」「理学療法士 (または作業療法士) と患者が一对一で行った場合に
のみ算定」するが、「患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1 日に行われる理学療法
(又は作業療法) が複数回にわたる場合であっても、そのうち 2 回分の合計が 20 分を超える場合
については、1 回として算定することができる。」(介護療養型医療施設)

これは一見ささいな変更とみえるかもしれないが、実は大きな意味をもつものである。

すなわち、活動向上訓練は訓練側の都合に合わせた時間帯に連続して 20 分間行なうよりも、む
しろ排泄や整容など必要性の優先順位が高い内容を選び、日常生活の中で実際にこれらを行う時間
帯に、1 日に何回かにわたって行なうことが効果的である。従来はそのような方法で行った場合に
は評価されなかったのが、今回改められた意味は大きいと考えられる。

また原疾患・障害そのもの、または廃用症候群の合併により総合的な体力を含む心身機能が非常
に低下している場合には、たとえ 20 分といえども連続して訓練を行なうことは禁忌となり、それ
をあえて行えば過用症候を起しかえってマイナスをひきおこす危険がある。といって毎日の訓練時
間が少ないとすれば廃用症候群とその悪循環の進展をとどめることはできない。このような場合にも 1
日のうちに間隔をおいて行う頻回訓練が有益である。

6. リハビリテーションの理念の明確化

1) 人間らしい豊かな人生に「参加」するための様々なチャレンジこそ、

リハビリテーションの原点。

先にも述べたが今回の改定にあたって新たにリハビリテーションの定義が明確に与えられ、介護保険におけるリハビリテーションの目的・内容、また利用者・患者の自己決定権の尊重等、基本的な点が明瞭となった。

①リハビリテーションの目的は「生活機能」全般の向上

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションの定義は次の通りである。

「リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。」(下線は引用者)

本章1で述べたように、ここでいう「生活機能」および「活動」とは、ICF：国際生活機能分類の概念に立ったものである。

すなわちリハビリテーションの目的は、「心身機能」(生物レベル)の回復のみにあるのではなく、「活動」(個人レベル)および「参加」(社会レベル)を含む総合的な「生活機能」全体の改善向上であることが明確にされたものといえる。他の個別リハビリテーション、活動向上訓練加算などの新しい規定をつらぬく考え方もこれと共通のものである。

さらにリハビリテーション(総合)実施計画書では、このような総合的な働きかけの必要に応え、複雑な問題の整理を容易にするべくICFモデルが取り入れられていると考えられる。

②リハビリテーションの内容は「諸活動」の向上

またこの規定により、リハビリテーションの内容は「日常生活における諸活動」すなわちADL(日常生活活動)を中心とした広い範囲の「活動」を、単に訓練時におこなえばよいのではなく、実生活(自宅・病棟・居室棟)の中で「実用的」におこなうこと、すなわち「している“活動”」の向上をめざすものと定められた。

この方向は先に述べた活動向上訓練重視の方向に具体化されている。

③利用者・患者の自己決定権の尊重に立つリハビリテーション

さらに利用者・患者の自己決定権および主体性を尊重し、利用者・患者に家族を加えての理解と同意のもとにリハビリテーションを行っていくという立場が示された。これを端的に示すものが「リハビリテーション(総合)実施計画書」であり、例えばリハビリテーション総合実施計画書では「リハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付する」と規定されている。

これは本来「人間らしく生きる権利の回復」という意味をもつリハビリテーションがその本来の立場に戻り、利用者・患者の自己決定権および主体性を尊重することを示したものと高く評価できる。

以上を通して、今回の改定においてリハビリテーションは、“人間らしい豊かな人生に「参加」するための様々なチャレンジ”として、非常に積極的な位置づけがなされたものということができよう。

2) リハビリテーションのルネッサンス

以上のような今回の介護保険におけるリハビリテーションの見直しは大きな注目を浴び、特に個別計画に立った個別リハビリテーションと「活動」向上訓練を中心に多くの改定が打ち出されたことで、一部では「リハビリテーションにおけるパラダイム・シフト」と評するむきもある。

これは一面では当たっているが、リハビリテーションの歴史的流れに沿ってこれを考察し、またこのような大きな変化を可能にした技術的基盤を考えると、むしろ「リハビリテーションのルネッサンス」と呼ぶのがもっともふさわしいと思われる。それは次の視点からである。

(1) 「リハビリテーション」の語の意味

リハビリテーションは機能回復訓練という意味と考えられやすいが、このことばの意味は「権利・資格・名誉の回復」であり、歴史的に「身分・地位の回復」、「破門の取り消し」、「無罪の罪の取り消し」、「名誉回復」、「復権」などの意味で使われ、現在でも使われている。医療や介護で使われている場合には、このことばは障害（広義、日本の法律で定められた範囲での意味ではなく、ICF でいう「生活機能上の問題点」）のために人間らしく生きることが困難な人の「人間らしく生きる権利の回復」（全人間的復権）をいうのであり、訓練という意味は全くない。

(2) リハビリテーション思想の歴史的変遷

ADL による「生活」の視点の導入

第二次大戦直後の 1947 年にリハビリテーションが医学界に独立の学問として認められた（アメリカ、リハビリテーション専門医制発足）時、その最も特徴的な技術は ADL（日常生活活動）自立性向上技術であった。これはそれまで「生命」の視点が最優先であった医学の世界に「生活」の視点をもちこんだものとしても高く評価できる。

QOL による「人生」の視点の導入

しかし、1970 年代に障害の重度化を受け止めての反省として、リハビリテーションの目的を自己決定権にもとづく社会的に有意義な生き方を求める QOL（「人生の質」）におこうとする考え方が起った。リハビリテーションが医学の中で QOL の重要性を認めるという先鞭をつけたものといえ、これは医学の世界に「生活」の視点に加えて「人生」の視点をもちこんだものと評価できる。

この「ADL から QOL へ」のパラダイムの転換は、ADL 自立が困難な重度障害者については適切であったが、他方ではリハビリテーションの原点である ADL 自立性向上が可能な例についてまで ADL 向上の努力を軽視するという弊害をも生んだ。

基底還元論の誤り

一方、リハビリテーション以前の旧来の急性疾患時代の治療医学の悪しき遺産である、「リハビリテーションとは機能障害に対する機能回復訓練であり、機能回復による以外には ADL 向上も、QOL 向上もありえない」という考えも根強く残存してきた。これは心身機能によって生活も人生も完全に規定されるとする基底還元論の誤りである。

ICF による「生命」、「生活」、「人生」の統合

21 世紀初頭における ICF によって ADL (活動：生活)、QOL (参加：人生) の重要さが再確認され、心身機能 (生命) も基底還元論的ではなく、ADL (活動：生活)、QOL (参加：人生) との関連において位置づけられ、これら 3 者の統合こそが重要であるという視点が確立された。これによりリハビリテーションは、「全人間的復権」という原点に、より高い水準で復帰したといえるのであり、まさにルネッサンスである。

(3) 「リハビリテーション・ルネッサンス」の技術的基礎

このような思想的変化とともに、技術的な進歩と深化をみのがしてはならない。それは第 1 に、第 4 章で詳しく述べる「活動」向上訓練の技術とプログラムの進歩であり、第 2 には利用者・患者の自己決定権尊重の技術 (インフォームド・コンセントを更に持続的な協力関係にまで高めたインフォームド・コオペレーションの技術) である。これらにより「リハビリテーション・ルネッサンス」は単なる精神論ではない、確実な基礎をもつ有効な技術によって裏付けされたものとなったといえることができる。