

第4章 「活動」向上訓練

毎日「している“活動”」と、やれば「できる“活動”」のチェックを。
潜在能力を伸ばす「する“活動”」へ

ADL 訓練をはじめとする「活動」向上訓練の基本的な考え方については、既に第2章 3. で述べたが、本章ではより具体的な面について述べることにする。

1. 実用歩行

第2章では実用性の重視について述べたが、ここでは歩行を例にとって「実用歩行」について考えてみたい。

本来人が通常行っている歩行とは、なんらかの目的をもった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、これは現在のリハビリテーションにおける歩行訓練のあり方に対する反省をせまるものとみることができる。

訓練室歩行は模擬的なもの

すなわち現在のリハビリテーションにおける歩行訓練はほとんどが訓練室のみでおこなわれ、訓練室で十分歩けるようになれば当然居室棟・病棟でも歩けるはずだし、将来自宅内でも歩けるであろうと素朴に信じられていることが多いようである。しかし現実には、訓練室では長距離連続して歩けるのに、一旦病棟に戻れば歩行はせず、ベッドに寝たままか、車椅子で移動しているという場合が少なくない。そしてそのような利用者・患者を「歩けるのに歩かない。要するに意欲がないのだ」と本人のせいにして責めている場合もしばしばみられる。

しかし訓練室における歩行は何のじゃまものもない広いところで、前を横切ったりすれ違ったりする人もなく、理学療法士が見守ってくれるという安心感があり、歩行以外の目的もなく、時間の制約もなく、歩くことだけに注意を集中して歩く、いわば模擬的な歩行の訓練である。

そういう訓練室歩行と、以上のような条件が全く異っている居室棟・病棟・自宅での実用的な目的（洗面所・トイレ・食堂に行く、等）をもった歩行（実用歩行）とは全く違ったものである。現実にも両者は喰い違うのがふつうであり、またそれが当然である。

訓練室歩行は「活動」ではなく基本動作

ICF モデルでいえば、歩行には「心身機能」レベルに属する「基本動作」としての歩行と、現実の生活の場で実用的な目的をもって行われる「活動」レベルの歩行とがある。後者はさらに訓練時に発揮される「能力」としての歩行（「できる“活動”」としての歩行）と「実行状況」としての歩行（「している“活動”」としての歩行）とに別れ、合計3種の歩行を区別しなければならない。

このうち上記の訓練室歩行は「基本動作」であり、「活動」ではない。

真の実用歩行といえるものは「している“活動”」としての歩行であり、「できる“活動”」としての歩行はそれに到達するための途中の段階のものである。

実際の研究でも、たとえば訓練室では50m以上連続歩行が可能であった脳卒中片麻痺患者の中で、実生活での「している“活動”」としての歩行が、20m程度しか離れていない病棟トイレまで現実に自立して行っていたのは僅か20%にすぎないことが知られている（35ページ、コラム参照）。それほど両者のへだたりは大きいのである。

2. 「活動」レベルに直接働きかけることが有効

しばしば「活動」の向上は「心身機能」の向上の結果としてしかありえないと考えられがちである。しかしそれは大きな誤りで、実は「活動」レベルに直接働きかける「活動」向上訓練がはるかに大きな効果をあげるものである。これは「活動」レベルの「心身機能」レベルからの相対的独立性が非常に大きいことを示している。

3. 「基本動作・複合動作」、「できる“活動”」と「している“活動”」

上述した歩行の場合だけでなく、その他のあらゆる「活動」には、その構成要素として、「心身機能」レベルの基本動作あるいは複合動作がある。これと「できる“活動”」および「している“活動”」との3者の間には歩行の場合と同様に大きな喰い違いがあるのが普通である。

したがって「活動」の真の向上のためには、訓練室における基本動作・複合動作から出発するのは効果的ではなく、直接「活動」に働きかけることが重要である。

4. 「活動」レベルの目標である「する“活動”」

今回新設あるいは改定されたりハビリテーション（総合）実施計画書では「できる“活動”」と「している“活動”」の評価とともに「する“活動”」を設定することになっている。

「する“活動”」は活動レベルの目標であり、将来における「している“活動”」

この「する“活動”」とはリハビリテーションの目標として計画・設定する、将来の実生活において実行「している“活動”」である。これは参加レベルの目標（「主目標」）、すなわち「どのような人生を創るのか」という目標の具体像であり、それと表裏一体のものとして、活動レベルの多数の行為（ADLなど）について設定するものである。

「する“活動”」と主目標（参加レベルの目標）との関連性

活動レベルの目標である「する“活動”」が参加レベルの目標（主目標）の具体像であり、表裏

一体のものとして同時に設定されるということは、この両者の間に互いに規定しあう関係があるということである。つまり一方では、多数の活動についてリハビリテーションを行った結果どこまで「している“活動”」を向上させようかという正確な予測（「活動」レベルの予後）が必要である。他方では本人の生活歴（職業歴を含む）、環境（物的・人的・社会的）、心理状態、家族をはじめとする第三者の障害、そして本人と家族の希望などを含めて、参加レベルを総合的に把握することが大事である。

このような「活動」向上の予測と「参加」を規定する様々な条件との両者に立って、本人にとって望ましくかつ実現可能な「主目標」と「する“活動”」（複数）のセット（複数）が選択肢としてリハビリテーション・チームによって立案される。ここで「実現可能な」とは「している“活動”」向上の予測に立って、ある「参加」のために必要な「している“活動”」（複数）の組み合わせが実現可能かどうかというシビアな判断に立ったものであり、ここで最も専門性が問われるところである。

そしてそれが本人・家族に提示され、よく説明され、最終的に本人がその中から1つのセット（主目標と「する“活動”」との組み合わせ）を選択するのである。これが「インフォームド・コオペレーション」の中で重要なモーメントである。このような多数の選択肢の提示と本人による選択はこの場合だけでなく、原則としてあらゆる決定につらぬかれ、それによりリハビリテーションにおけるあらゆる決定は専門家チームと本人との「共同決定」になるのである。

「する“活動”」とは、次に述べる活動向上訓練によって潜在能力（残存機能ではなく）が引き出され、フルに発揮されている状態ということもできる。

主婦として復帰する女性患者の場合

先に第2章2. であげた同年齢、同程度の障害の2人の女性の例で考えてみよう。

左片麻痺の女性患者で主婦としての家庭復帰を参加レベルの目標（主目標）とする場合には、これに必要となる活動レベルの目標（の組み合わせ）の中心は片手で多種多様な家事を行なうことである。これは正しい「活動」向上訓練をおこなえば、多くの家事（炊事、掃除、洗濯、ゴミ捨て、等）について可能である。

一方、同年齢、同程度の左片麻痺の女性患者で、自宅で華道の教師を続けることを主目標とする場合には、華道に必要な諸活動が片手で「している“活動”」として実行可能になるということが前提である。その前提なしに本人の希望をすなわち「主目標」と考えるべきではない。ただしこの場合華道に必要な活動のすべてが自立しなければならないとは限らず、どうしても両手を必要とする活動については娘あるいは弟子が一部介助できる等の条件を含んでの判断が成り立ちうる（もちろんそれも実現の可能性がなければならないが）。

なお、この場合に華道教師としての復帰以外の多くの選択肢を考えることが重要であり、それについては第5章の2-2)に述べる。

先に「主目標」と「する“活動”」との間に互いに規定しあう関係があり、表裏一体のものとして同時に設定されるといったのは、具体例としては以上のような場合である。

5. 「活動」向上訓練の実際

「活動」向上訓練は図4に示すように、

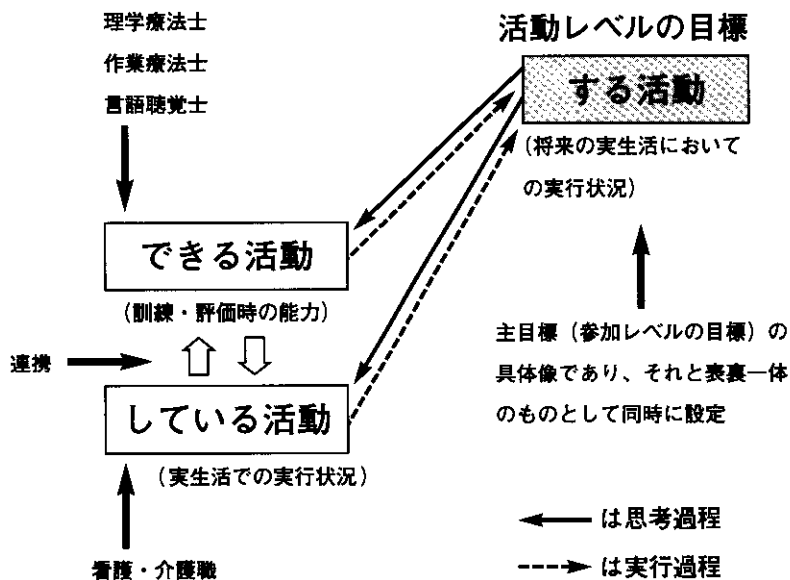
①目標である「する“活動”」にむけて、

②理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等による「できる“活動”」の向上への働きかけ、

③そのようにして向上させた活動能力を看護師・介護職等が実生活での実行状況（「している“活動”」）に生かされるようにする働きかけ、

を連携して行なっていくものである。今回の改定でもその両者を行うことが規定されている。決して目標なしに「している“活動”」と「できる“活動”」に働きかけて、結果的に到達するのが「する“活動”」なのではない。

図4. 「活動」向上訓練



※ 思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる活動」と「している活動」とを向上させていくかを計画するという意味。
実行過程の矢印は、この目標に向けて活動向上訓練を行っていくという意味。