

第2章

「自立」について考える

牧野 和子

特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会副理事長

乙幡 美佐江

公益財団法人東京都福祉保健財団高齢者権利擁護支援センター専門相談員

植田 拓也

東京都介護予防推進支援センター副センター長

第2章 「自立」について考える

本科目の目標

- ・ 自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議で求められる「自立」の考え方を理解する
- ・ 「その人らしい生活」の実現を支援するための主な留意点として、「高齢者本人の尊厳」「高齢者本人の参画」「意思決定支援」について知る

1 地域ケア個別会議の目的等に見る「自立」の考え方

最初に、地域ケア個別会議の目的や介護保険法にみる「自立」の考え方を確認したうえで、地域ケア個別会議を開催するにあたり、「自立」の様々な概念から、高齢者本人への自立支援に必要な専門職の視点について説明します。

介護予防のための地域ケア個別会議の目的は、「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を図ることです。（厚生労働省『介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver.2)』）そのためには、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中での生きがい等も含めたバランスのとれたアプローチが必要となります。

高齢者本人が望む生活を実現するために、専門職等とともに本人自身が自分の課題に取り組んでいくことは、介護保険法第4条に「国民の努力及び義務」として、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努め（中略）その有する能力の維持向上に努めるものとする」と示されている内容に通じます。

そして、高齢者本人が望む生活を実現するには、介護保険法第1条（目的）に、この法律は、高齢者の「尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう（中略）国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」とあるように、前提として、高齢者の「尊厳」が護られている状態にあることが必要です。

2 その人自身の「自立」を捉えるアセスメントの視点

自立支援・介護予防に向けた地域ケア個別会議で求められる「自立」の考え方は、サービス事業対象者や要支援者に限らず、要介護者にも共通するものです。

では、「自立」という言葉にはどのような意味があるのでしょうか。具体例を挙げて説明します。

一つ目の例として、母親が近隣の知人に、「うちの子やっと自立したのよ！仕事が見つかって一人暮らしを始めたの！」と言ったとします。この「自立」の意味は、職業的・経済的自立を意味していると考えられます。

二つ目の例として、介護支援専門員（ケアマネジャー）が、「退院後には一定程度自立だ

った屋外歩行が一部介助になりました」とサービス担当者会議で関係者へ伝えたとします。この「自立」の意味は、身辺・日常生活動作の自立を意味していると考えられます。

三つ目の例として、子どもが親に、「私はもう自立したいいい大人なんだから、いちいち指図しないで!」と言ったとします。この「自立」の意味は、子ども自身の自己決定権の行使としての自立を意味していると考えられます。

このように、人は「自立」という言葉を様々な意味で使用しています。高齢者本人やそのご家族等が捉えている「自立」の意味が、専門職が捉える「自立」の意味と異なっているかもしれないということに留意が必要です。「自立」という言葉を用いる時に、どの意味で使用しているかを把握し、互いに一致させていく関わりから支援を開始していくことが必要となります。

また、私たちは、「個でありたい」(個性)とって行動する時と、「群がりたい」(一体性)とって行動する時とを状況に合わせて選択し、人や環境との関係性をバランスよく保っていますが、このバランスのとり方は人によって異なります。

具体例で考えてみましょう。ここに、仲間と行動することを好み、積極的に様々なサークル等に入ったりして過ごしてきた方と、独りでいることを好み、仕事も自宅でできて過ごすことが多かった方がいたとします。フレイルの状態がみられたため「閉じこもりがちなので、サロンやサークルなどに毎日外出しましょう」と提案したらどうなるでしょうか。それは前者の方にとっては支援となりますが、後者の方にとっては外出の強要となってしまうかもしれません。

東京都福祉保健局『東京都地域ケア会議推進部会のまとめ～地域包括ケアシステムの構築に向けて～』(平成26年3月)では、「自立」とは、人が要支援・要介護状態になっても、可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと」と定義しています。

地域ケア個別会議に専門職が関わるにあたっては、高齢者本人が捉える「自立」と専門職が捉える「自立」の考え方を一致させられるよう、高齢者本人の生き方や考えを丁寧にアセスメントすることが求められます。

3 「その人らしい生活」を考えるためのアセスメントの主な視点～リハビリテーションの理念から～

本項においては、「その人らしい生活」を考えるためのアセスメントの視点として、国際生活機能分類International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) について紹介します。

(1) ICF とは何か

ICF とは、人間の生活機能と障害に関して分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及

ばす因子で構成されています。

障害に関する国際的な分類としては、これまで、世界保健機関(以下、「WHO」という。)が1980年に発表した『WHO 国際障害分類(ICIDH)』が用いられてきましたが、2001年5月にWHO 総会において、その改訂版としてICF が採択されました。これまでのICIDHが、疾病や障害を前提に能力低下や生活機能、社会参加をとらえていたのに対し、ICF は生活機能を中心としてとらえ、環境因子や個人因子という項目を加え、個人を包括的に評価できるように構成されています。

ICF を理解するために抑えておくべき事項として、『国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 - 』に示されている内容を3点にまとめて紹介します。

- ・ある健康状態にある人に関連するさまざまに異なる領域(心身機能・構造、活動、参加、環境・個人因子)を系統的に分類するものである。
- ・あらゆる健康状態に関連した健康状況と健康関連状況を分類することが可能であり、健康状態についての包括的な視点での記述が可能である。
- ・疾病や障害を有する人のみならず、すべての人について分類が可能である。

(厚生労働省、『「国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 - 」(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について』より <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>)

このように、ICF は、すべての人に活用可能であるということが重要な点であり、弱み(例えば、障害や、活動制限、参加制約など)だけでなく、強み(こんなことはできる、こういう活動はできている、など) プラスの側面についても評価が可能です。地域ケア個別会議においては、高齢者本人の強みを引き出し、生かしていくことが必要となるため、ICF を活用しアセスメントを行うことが有効です。

(2) ICF の使用に関する倫理的ガイドライン

ICF の使用については、倫理的ガイドラインとして、「常に個人の固有の価値と自律性(自己決定権)を尊重して用いられるべき」などの11項目が示されています<図表-1>。アセスメントにあたっては、常に利用者の視点に立ち、ICF を活用することが大切です。

<図表-1> ICF 使用に関する倫理的ガイドライン

「ICFの使用に関する倫理的ガイドライン」	
1.	ICFが常に個人の固有の価値と自律性(自己決定権)を尊重して用いられるべきこと
2.	レッテルを貼ることに用いられることの禁止
3.	十分な説明と本人の協力・同意
4.	個人情報の秘密保持等の「尊重と秘密」の原則
5.	使用者は、評価される個人や代弁者からICF使用についての質問を積極的に求めるべきこと
6.	評価をされる(生活機能レベルを分類される)個人または代弁者は、評価についての疑問を述べたり賛同できる機会が得られるようにすべきこと
7.	「問題点はその人の健康状況とその人が生活している物的・社会的な背景の両方の結果から生じるもの」として、あらためて全体的・総合的な視野に立った使用
8.	ICFの情報は、可能な限り、その個人と協力し、個人の選択権や、自己の人生の支配権を強化するために用いるべきこと
9.	ICFの情報が障害のある人のエンパワメント、及び社会政策や政治改革の促進に向けて用いられるべきこと
10.	確立された権利の否定や制限に用いられるべきでないこと
11.	人々をあくまで個人としてとらえるように保証すべきこと

世界保健機関(WHO)「ICF国際生活機能分類」厚生労働省訳、中央法規出版 P234-235を参考に作成

(3) ICF の考え方

ICF の特徴は大きく4つ挙げられます。<図表-2>

第一に、生活機能を中心に個人を考えるとという点です。この生活機能には、心身機能・構造、活動、参加の3つの要素が含まれます。この生活機能を中心に考え、健康状態・疾病は、本人の構成要素の一つとして捉えるということです。

第二に、生活機能に含まれる心身機能・構造、活動、参加においては、本人の強みについても言及可能という点です。図の生活機能のそれぞれの要素の下に、それぞれの括弧内に、機能障害、活動制限、参加制約と記載しています。これらは否定的側面を表しています。一方で、今できていることや強みについて、それぞれ中立的、肯定的側面からの整理が重要ということになります。

第三に、生活機能に含まれる心身機能・構造、活動、参加は、それぞれ独立性があるという点です。心身機能・構造に改善することのできない課題があったとしても、参加制約には直結しないということを示しています。

第四に、背景因子として、環境因子、個人因子についてもあわせて検討することで、包括的にその人を評価することが可能な点です。

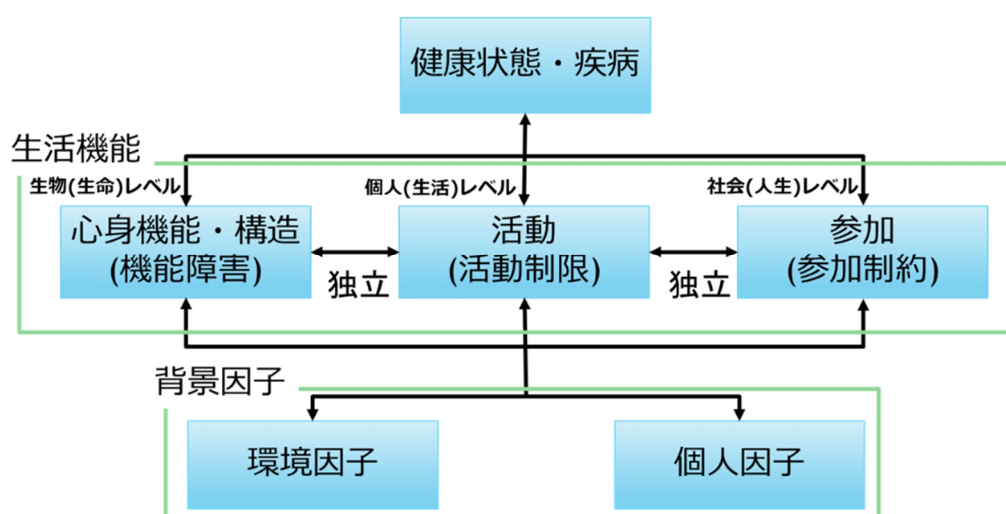
以下に、ICF の考え方の例を示します。

片麻痺の方で、歩行能力の低下もあり、自宅周囲環境として坂道が多く、歩行での屋外の移動が難しい方がいます。しかし、本人は、もともと参加していた趣味活動へ、再度参加したいという気持ちをもっています。この場合、趣味活動の場へ行く歩行以外の代替手段として、電動の車いすを導入することで、趣味活動の参加につながります。さらに、活動範囲が

広がり、友人と楽しみのための外出につながることも十分あります。このように心身機能・構造の部分では改善できない障害を有する一方で、何らかの代替手段を用いることで、参加につながるものがよくあります。

これを系統的に評価できるのが、ICF の考え方ということです。このように、生活機能を検討の中心に置き、環境や個人の要因も含めて、包括的に個人をとらえていくための手段として、ICF の考え方が、地域ケア個別会議において高齢者本人の課題を検討していく上で重要であると考えられます。

<図表-2> ICF (WHO, 2001) WHO 国際生活機能分類 (生活機能構造モデル)



厚生労働省『「国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 -」(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について』図1を参考に作成
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>

具体的に各構成要素の表す内容を<図表2-3>に記載していますので参考にしてください。

<図表-3> ICF の各構成要素の表す内容

構成要素	心身機能・身体構造	活動	参加
肯定的側面	心身機能・身体構造	活動	参加
内容	心身機能: 身体系の生理的機能 (精神心理的機能を含む) 身体構造: 器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分	課題や行為の個人による遂行	生活・人生場面・社会への関わり
否定的側面	機能障害 (構造障害を含む)	活動制限	参加制約
内容	著しい変異や喪失などの、心身機能または身体構造上の問題	個人が活動を行うときに生じる難しさ	個人が何らかの生活・人生場面・社会に関わるときに経験する難しさ
構成要素	環境因子		個人因子
内容	個人にとって外部のもの (例: 生活圏内の社会環境、建築物の特徴、社会の態度など)		性別、人種、年齢、体力、ライフスタイル、習慣、困難への対処方法など

厚生労働省, 「国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 -」(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載についてより作成
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>, 参照日2018/10/04

4 リハビリテーションにおける自立

(1) リハビリテーションの理念と高齢者のリハビリテーションに求められるもの

平成16年1月の高齢者リハビリテーション研究会の報告書では、リハビリテーションは、「単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。」とされています。(『高齢者リハビリテーション研究会報告書 高齢者リハビリテーションのあるべき方向』社会保険研究所、平成16年1月)

また、同報告書では、高齢者のリハビリテーションに求められるものとして、「生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと」と述べられています。ここでいう、個々の働きかけとは、心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境等への様々な働きかけを含みます。このようにリハビリテーションの目的は、利用者本人が望んでいる生活を實現することであり、その過程で、機能回復や生活機能、生活行為へのアプローチが必要となるのです。つまり、実際に、病院、在宅、いずれのリハビリテーションにおいても、目標の決定に際し、その人がどうありたい(なりたい)と考えているのかという本人の思いと自己決定権が前提になります。

(2) 自立における自己決定

しかし、実際に、高齢者に、「やりたいことは何ですか?」、「何を目標にしましょうか?」と尋ねると、「今の生活が続けられればいい。」、「いろいろやってきたから特にない。」と答える場合があります。「ありたい(なりたい)自分」がうまく表出できていない場合には、その思いや意向を引き出していく支援が必要となります。

(3) アセスメントと自己決定 専門職の役割

「ありたい(なりたい)自分」についての思いや意向を引き出していくために、まず、各専門職の視点からアセスメントを行います。各専門職の客観的な視点での予後予測を含めた、その人のできる取組の選択肢を提案します。

本人が選択する際、主体的に取り組む気持ちを引き出す、つまりエンパワメントすることが、自己決定権を尊重して、専門職が支援を行っていく上で重要なポイントになると考えられます。

「その人にとって最良の自立は何か?」という問いに対して、それぞれの専門職の視点から客観的なアセスメント、予後を含めた最良の提案をチームで検討していく、これが地域ケア個別会議の役割であるといえます。

最終的に、専門職の提案を受け入れるかどうかは、本人の自己決定に基づくものです。また、心理的な準備状況や環境的な要因など、個人を取り巻く様々な状況により、決定も変化しうるため、本人が自己決定に至るまでの、意思決定の支援のためのプロセスが非常に重要

といえます。

5 「その人らしい生活」の実現を支援するための主な留意点

本項では、地域ケア個別会議を通して「その人らしい生活」の実現を支援するための主な留意点を、説明いたします。

(1) 高齢者本人の尊厳が護られていることの確認

支援や介護を要する高齢者が、「その人らしい生活」を送るためには、介護保険法第1条に「尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスに係る給付を行う」とあるように、高齢者自身の「尊厳」が護られていることが前提条件になります。そのため、専門職は、まず、高齢者本人の尊厳が護られているかどうかを確認する必要があります。「尊厳」が護られていない状況とは、例えば、本当は違うことを望んでいるのに、その望みが実現できていないなどのパワレスな状態にある、消費者被害に遭っている可能性がある、身体的・心理的・経済的・性的・放棄放任等の虐待を受けている可能性がある場合などが考えられます。

専門職である医療・保健・福祉関係者は、生命・身体・財産等、高齢者本人の権利が侵害されていると思われる高齢者を発見しやすい立場にあることを自覚し（高齢者虐待防止法第5条）、発見した時には、高齢者虐待防止法や消費者保護法、成年後見制度といった法律制度等の活用によって権利救済を行えるよう、地域包括支援センターや区市町村の虐待対応所等と相談・通報する義務があります（高齢者虐待防止法第7条）。

また、地域ケア個別会議において、高齢者虐待が疑われる事例を取り扱うことは望ましくないとされています。高齢者虐待事例またはその疑いがある事例の対応に関することは、高齢者虐待防止法に基づく会議として取り扱い、地域ケア個別会議とは別に位置づける必要があることに留意が必要です。

(2) 高齢者本人が主体的・積極的に「参画」すること

地域ケア個別会議は、高齢者本人の望む「その人らしい生活」を実現していくためのプロセスの一環といえます。地域ケア個別会議に臨むにあたり、高齢者本人の過去・現在だけでなく未来へ望むこと、人的・物的環境等を含めたアセスメントを実施し、これからの生活についての高齢者本人の意思を確認します。アセスメントを行う上で重要なのは、高齢者本人のストレングス（強み）の把握です。ストレングス（強み）とは、例えば高齢者本人の持つ資源、能力、望み、自信、機会等をいいます。高齢者自身のストレングス（強み）が活かされるよう、高齢者の持つストレングス（強み）を引き出し、高齢者自身が認識できるよう関わることが重要です。

上記のような専門職の関わりは、高齢者本人のエンパワメントを行う関わりといえます。本来、人間は生命力や能力、可能性、感性、美などの力（パワー）を持っていますが、痛み

や暴力、無視、過剰な期待、差別等が継続すると、本来人間の持つ力（パワー）が弱まった状態（パワレス）となります。専門職等の関係者が、パワレスな状態にある高齢者に対し、治療を行う、高齢者本人の存在を尊重し、高齢者の話しを肯定的・受容的・共感的に聞くなどすることは、高齢者本人が本来持っている力（パワー）を回復する働きかけ（エンパワメント）となります。地域ケア個別会議の準備、会議中、会議後など、高齢者本人と面談するにあたり、エンパワメントの視点を忘れずに関わることが必要です。

なお、高齢者本人の「その人らしい生活」を実現するためには、必要に応じて専門職がエンパワメントの視点で高齢者本人の意思決定を支援していく必要があります。国等においては、平成28年度以降、様々な分野で意思決定に関するガイドラインが策定されています。

意思決定支援に関する各種ガイドライン

- ・公益社団法人日本社会福祉士会『第 部意思決定支援に配慮した**成年後見制度活用**のための手引き』H28.3
- ・厚生労働省社会・援護局『**障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン**』H29.3
- ・厚生労働省『人生の最終段階における**医療・ケアの決定プロセス**に関するガイドライン』H30.3
- ・厚生労働省『**認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン**』H30.6
- ・平成30年度厚生労働行政推進調査事業補助金「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班『**身寄りがない人の入院及び医療にかかる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン**』R1.5

各種ガイドラインに共通する意思決定支援のポイントとして次の6点が挙げられます。

「自己決定の尊重」に基づき意思決定支援を行うことが原則であること、まずは、本人の表明した意思・選好を確認すること、本人の意思は変化し得るものであること、本人

の意思を繰り返し確認すること、意思決定への支援は、チームで継続的に取り組んでいくこと、取り組んだ内容はその都度記録で残すことです。

例えば、認知症の人への意思決定支援のプロセスとして、本人の「意思形成支援」として、必要な情報が説明されているか、わかりやすい言葉や文字、図、表などにして、ゆっくりと説明しているかなど、「意思表示支援」として、重要なポイントを整理してわかりやすく選択肢を提示しているか、本人の意思を表明しにくくしている要因はないかなど、「意思実現支援」として、本人の能力を最大限活用しているか、多職種で協働し、利用可能な社会資源を用い、あるいは開発して、日常生活・社会生活のあり方に反映させているかなどが、意思決定支援のプロセスとして紹介されています。

「その人らしい生活」の実現のため、高齢者本人への働きかけとして、各種ガイドラインを参考に、地域ケア個別会議の準備段階から、高齢者本人の心身状況に合わせ、必要な情報を伝わりやすい方法を用いて選択肢を説明し、その中から選んでいただき、選んでいただいたことが実現できるように多職種協働による取り組みが求められています。

