

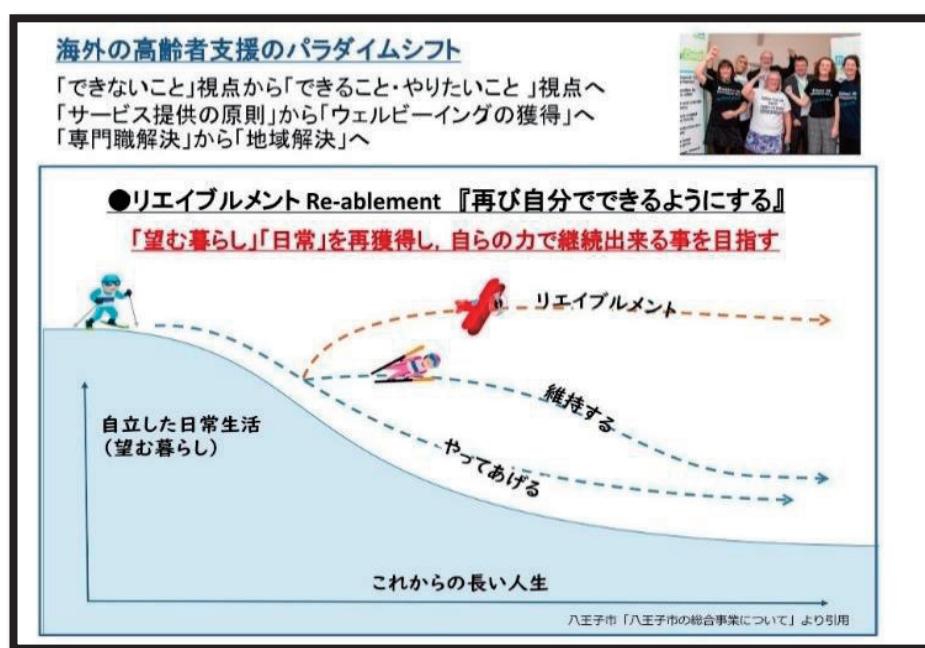
リエイブルメント型の 短期集中予防サービス 導入のヒント

1. リエイブルメントと5つの視点

三田尻訪問看護ステーション 作業療法士

古谷 正登

リエイブルメント（Re-ablement）とは文字通り「再び出来るようになる（再自立）」という意味で、リエイブルメントサービスは海外の高齢者支援で最も優先度の高い取り組みとして注目されています。リエイブルメントの取り組みでは、大きく3つのパラダイムシフトが重要とされています（図1）。

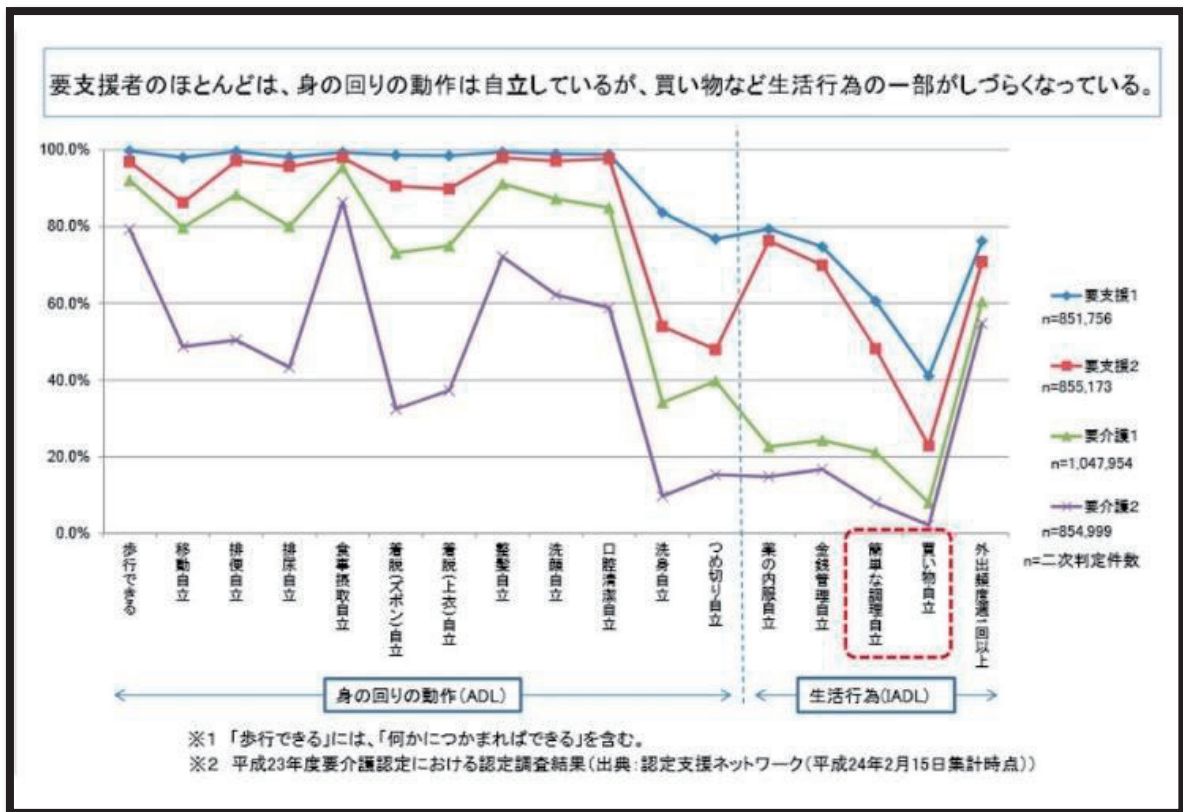


出典：The リエイブルメント：社会保険出版社

(図1) リエイブルメントの視点

1つ目は、「出来ないこと」視点から「出来ること・やりたいこと」視点へ、2つ目は「サービス提供の原則」から「ウェルビーイングの獲得」の視点へ、そして3つ目は「専門職解決」から「地域解決」の視点です。短期集中予防型サービスでは、リエイブルメントの視点を基に対象者の再自立を促していきます。

対象は、事業対象者と要支援者であり、状態像としては図2で示しているようにADLは自立していますが、調理や買い物など一部のIADLがしづらくなっている高齢者です。短期集中予防型サービスでは、このような状態像の対象者に対して「元の生活に戻る」事をコンセプトに実施していきます。



出典：認知症支援ネットワーク（平成 24 年 2 月 1 5 日集計時点）

(図 2) 対象者の ADL・IADL

リエイブルメントでは、以下の 5 つの視点を活かして取り組んでいきます。

- ① 「パーソンセンタードアプローチ」
- ② 「ストレングスペースドアプローチ」
- ③ 「アセットベースドアプローチ」
- ④ 「コミュニティベースドアプローチ」
- ⑤ 「チームベースドアプローチ」

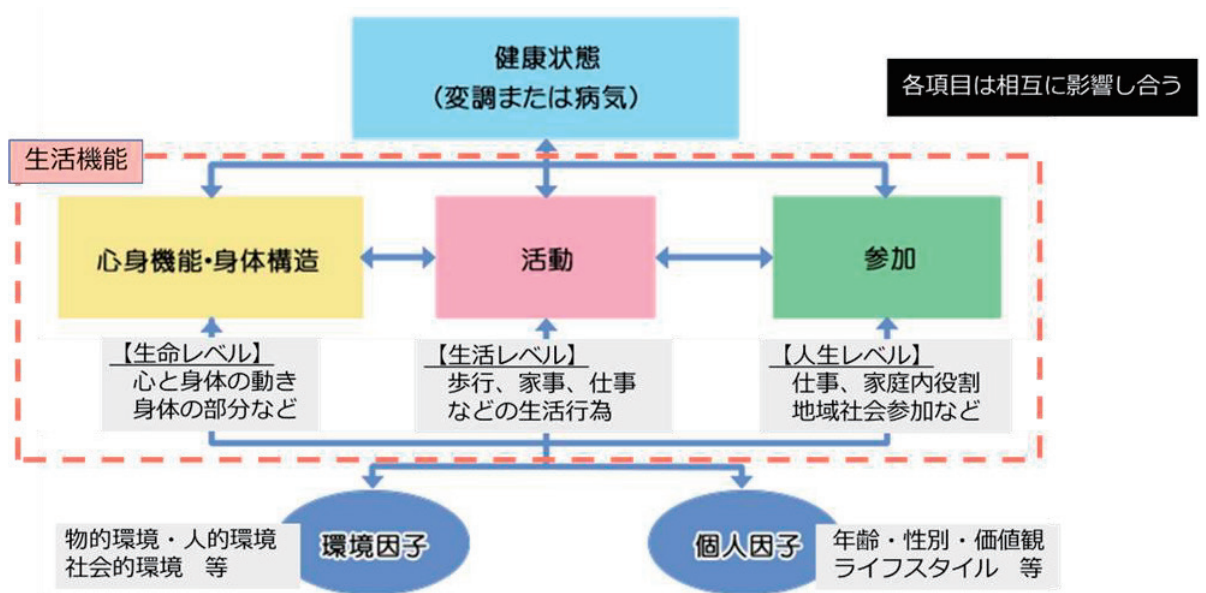
●リエイブルメント Re-ablement

5つの視点

- ① 「パーソンセンタードアプローチ」
- ② 「ストレングスペースドアプローチ」
- ③ 「アセットベースドアプローチ」
- ④ 「コミュニティベースドアプローチ」
- ⑤ 「チームベースドアプローチ」

これらの視点を実践に移すためには対話が重要
【利用者との対話】【専門職種間での対話】
 『Forの介護』から『Withの介護』へ

まず①「パーソンセンタードアプローチ」は、利用者の生活歴や習慣、趣味や性格などの背景に着目し、利用者が日常生活を送るうえで、何を必要としているか、何を求めているのかなどを一緒に考えるなど、利用者の立場に立って、それを理解しながらサービスを提供しなければならない、という考え方です。これをICF（国際生活機能分類）の視点から考えていきます（図3）。ICFとは、「人が生きることの全体像」「その人を知るための指標」と表現されるもので、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、「環境因子」、「個人因子」から構成されています。「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」は生活機能、「環境因子」、「個人因子」は背景因子に分類されます。在宅生活では、「環境因子」、「個人因子」の影響を強く受ける事となるため、この背景因子をしっかりと評価した上で生活機能をみていく必要性があります。



出典：ICF(国際機能分類) 一部改

(図3) ICFの構成要素

次に②「ストレングスベースドアプローチ」とは、利用者の問題点ばかりに目を向けず、何が出来るのか、どんな才能があるのかに目を向け、十分な対話を行わなければならない、という考え方です。この「ストレングスベースドアプローチ」をより深く理解するために「学習性無力感 (Learned helplessness)」という理論を紹介したいと思います。





「学習性無力感」とは、長期にわたってストレスの回避困難な環境に置かれた人や動物は、その状況から逃れようとする努力すら行わなくなるという現象です。なぜ罰されるのか分からない（つまり非随伴的な）刺激が与えられる環境によって、「何をやっても無駄だ」という認知を形成した場合、学習に基づく無力感が生じ、うつ病に類似した症状を呈します。この理論を用いて高齢者の

状態像を捉えてみると、心身機能低下により失敗体験を繰り返す事で、上記のような「何をやっても無駄だ」という学習性無力感のような状態に陥っている可能性があります。

従来の身体機能中心のリハビリテーションアプローチは、主として対象者の弱みを評価・分析して課題を解決するウィークネス（弱み）アプローチであり、このような状態像の高齢者にアプローチしても主体性の低下を引き起こし活動・参加につながりにくい傾向がありました。「ストレングスペースアプローチ」では、対象者が本来有する強み、つまりストレングスに着目し対象者の意欲を引き出す事で課題を解決し生活機能を上げる事が出来るため、失敗体験を繰り返した高齢者に対し効果的なアプローチが可能となります（図4）。

人の性質・性格	技能・才能	関心・願望	環境
几帳面である 親切である 正直である 思いやりがある 辛抱強い 感性が豊か 話し好き 世話好き	金銭管理が正確 人生経験が豊富 記憶力が高い 花をいけられる 裁縫が得意 歌が得意 家庭で役割がある 絵がうまい	将来の夢がある 人の役に立ちたい 料理を教えたい 旅行に行きたい 仕事が楽しい 温泉が好き 魚釣りが好き 孫が好き	協力的家族がいる 癒しのペットがいる 自宅が住みやすい 親友がいる 信頼できる相談員 経済的余裕がある 近くに商店街がある 仲間がいる

出典：チャールズ・A・ラップ「ストレングスモデル」一部改変

出典：チャールズ・A・ラップ「ストレングスモデル」一部改変

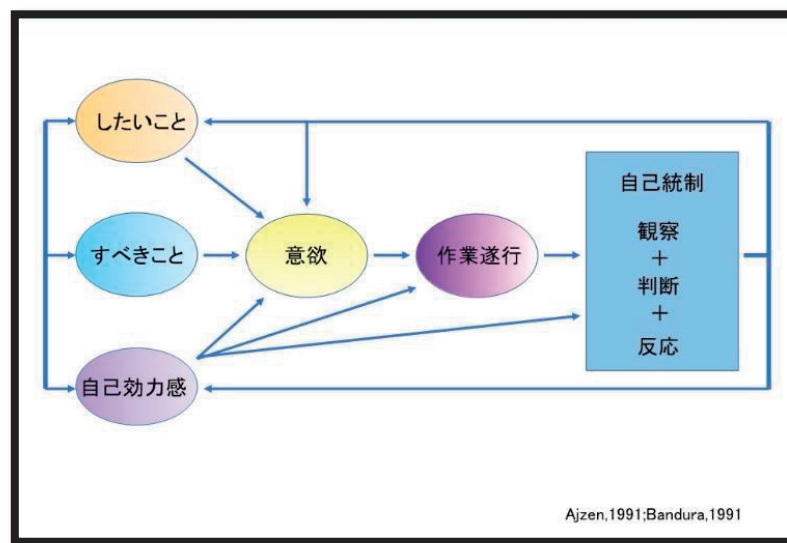
（図4） ストレングス（強み）の種類

ストレングスには「特性、技能、才能、能力、環境、関心、願望、希望」の8つがあり、すべての人やその人を取り巻く環境にはストレングス（強み）があると考えます（図4）。

またこのリエイブルメントの取り組みでは、利用者のセルフマネジメントを高めていく事も重要です。セルフマネジメントとは「自己管理」の事であり、図5はBanduraが唱えた「セルフマネ

ジメントを促すリハビリの理論構造」を表しています。この図にある自己効力感とは、「ある具体的な状況において適切な行動を成し遂げられるという予期、および確信」の事であり、言い換えると「自分が行為の主体であり、自分の行為が自己の統制下にあつて、外界の要請に応じて適切な対応を生み出しているという確信・感覚」であると定義されています。

図5では、この「自己効力感」が意欲や作業遂行、自己統制の過程に影響している事が分かります。失敗体験を繰り返した高齢者に対して、すべきこと・課題だけに注目するだけではなく、この「自己効力感」を高めるような働きかけが重要であり、「ストレングスペースドアプローチ」を活用し再び出来るようになるという感覚を養っていく事がセルフマネジメントを高めていく事に繋がっていきと考えられています。

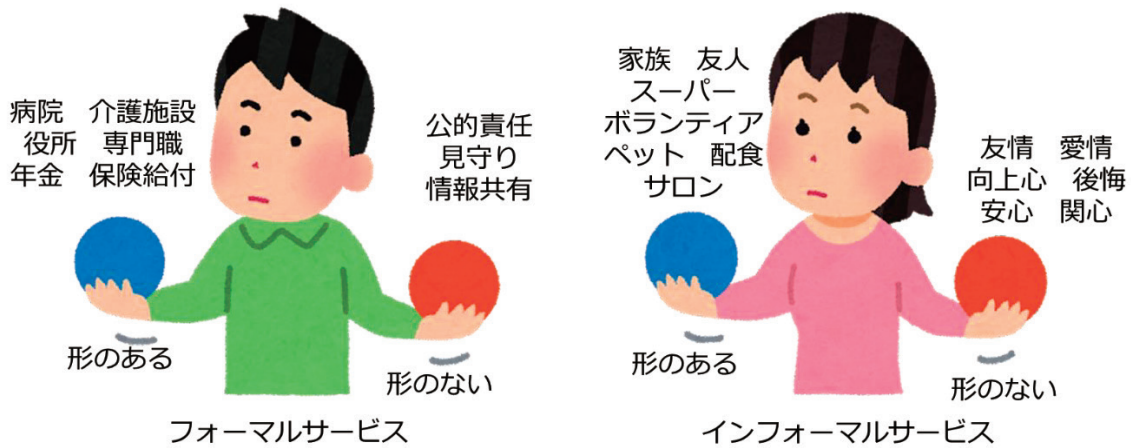


出典：Ajzen,1991;Bandura,1991

(図5) セルフマネジメントを促すリハビリの理論構造

③「アセットベースドアプローチ」とは、すべての利用者に能力、知識、技術があり、利用者の周囲や地域に存在するものが利用者を活性化させる資源と捉え、これらの資源を活用することを意識して利用者との対話を行わなければならない、という考え方です。社会資源には、病院やデイサービスなどのフォーマルサービスが代表されやすいですが、大きく4つの領域があると言われています。図6に示しているように社会資源は、「フォーマル資源」と「インフォーマル資源」に分けられ、それぞれの資源には「形のある資源」と「形のない資源」に分類されます。我々の生活はこのフォーマル資源の他、例えば家族や友人との交流、スーパーへの買い物など多くのインフォーマル資源を活用しながら生活しています。リエイブルメントでは、週1回フォーマルサービスのデイサービスに通うよりも、インフォーマル資源であるスーパーに週3回、友人との交流週1回、家族との外出週1回という生活の方がより活動的だと捉え、生活がより活発になるよう行動変容を促

していきます。防府市では「Life up 手帳」として、自宅への商品配送や各種訪問サービス等、高齢者の生活の支援につながるものを「地域のお宝」としてまとめインフォーマルな資源を見える化しています（図7）。この「Life up 手帳」は防府市の各地域包括支援センターに配置されている生活支援コーディネーター（SC）が地域を回り、高齢者の生活の支援につながるサービスを探し、取材して作成した手作りの手帳です。



出典：事務局作成

(図6) 社会資源の領域



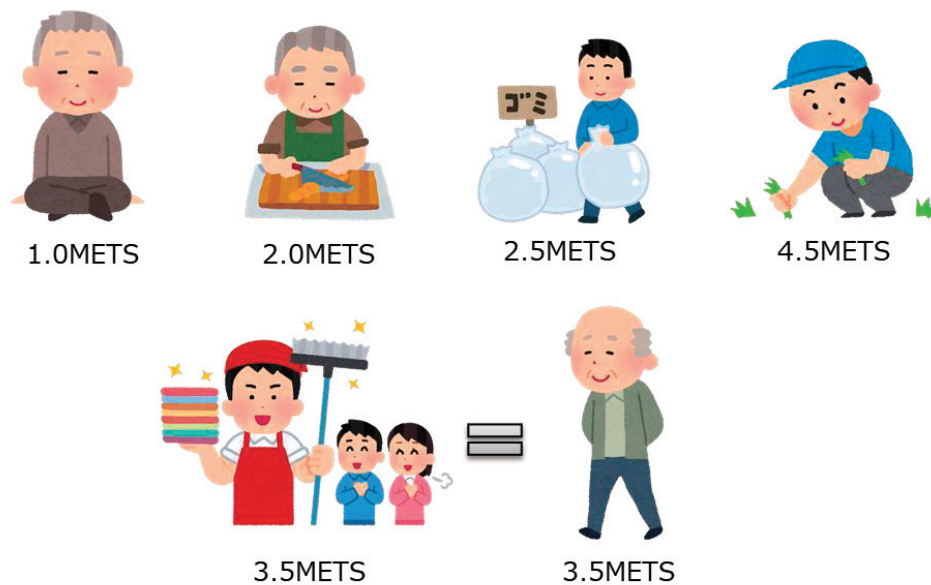
出典：防府市

(図7) Life up 手帳

「活発な生活へと行動変容を促す事が大切である」と述べましたが、ここで生活行為の活動量 (METS) についてもう少し詳しく述べていきたいと思います。

METS とは、運動強度の単位であり、安静時（横になったり座って楽にしている状態）を 1 とした時と比較して何倍のエネルギーを消費するかで表したものです。人々の活動が METS で表すと、例えば、料理や整容は 2.0METS、ゴミ捨ては 2.5METS、草むしりは 4.5METS というように活動によって活動量は異なります。

METS を活用すれば、もし散歩に取り組みにくい寒い季節でも部屋の掃除を行えば散歩と同等の 3.5 METS の活動量を得る事が出来るという事が分かります。こうした生活行為の活動量を具体的に数値化し対象者にフィードバックしていく事も本人の動機づけを高めていくポイントとなります (図 8)。



出典：事務局作成

(図 8) METS : 運動強度の単位

④ 「コミュニティベースアプローチ」とは、利用者の普通の暮らしがコミュニティの中にあるものと考え、利用者のニーズ、信念、価値観を大切に、コミュニティへのつながりや役割を担うことを通じて、普通の暮らしが継続できるように心がけなければならない、という考え方です。

⑤「チームベースアプローチ」とは、利用者の目標を達成するために、多職種の協働によりサービスを提供しなければならない、という考え方です。

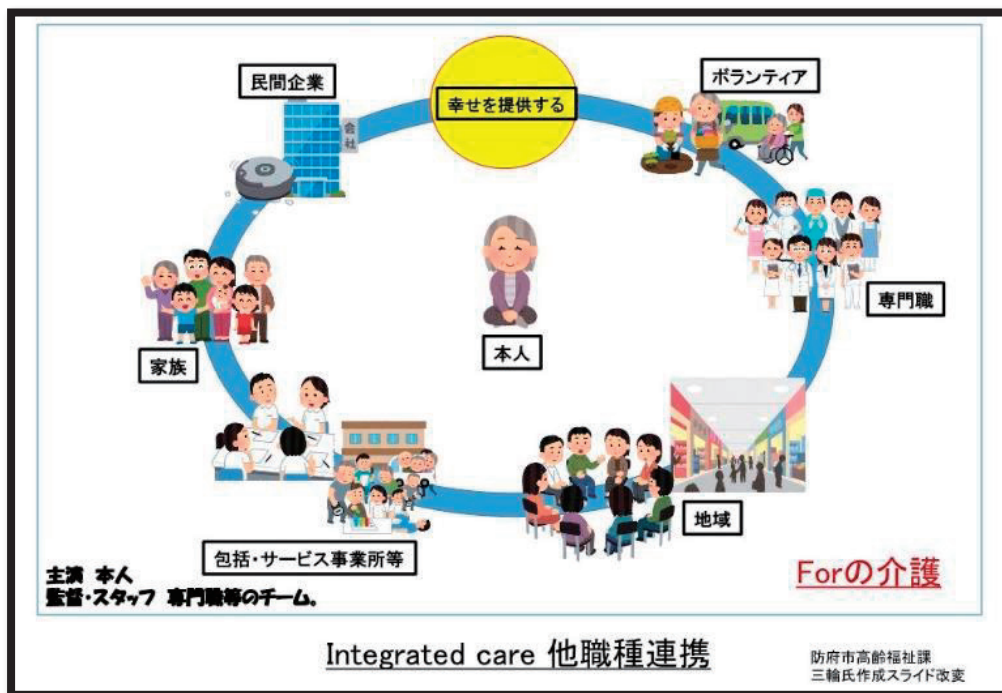
この2つについて図9、10を使って説明していきます。

図9は、本人を円の中心にして専門職や地域の人々が取り囲むように支援しています。こうした支援形態は、他職種連携（Integrated care）と言われ、「Forの介護（やってあげる介護）」であるため本人の意欲や動機づけが高まりづらい特徴があります。

一方、図10は、本人も円上に位置し「今後の人生や生活をどのようにしていきたいか」という本人のStoryを中心に展開していく「Withの介護（共におこなう介護）」であり、共創・協働（Community based care）の支援形態を表しています。

図11に表しているように「Forの介護」では徐々に支援量が増えていってしまいますが、「Withの介護」では自立に向けて支援量が減っているのが分かります。

リエイブルメントでは、前述した5つの視点を実践に移すために利用者本人・専門職種間で対話を行い、「Forの介護」ではなく「Withの介護」へとパラダイムシフトしていく事が重要となります。



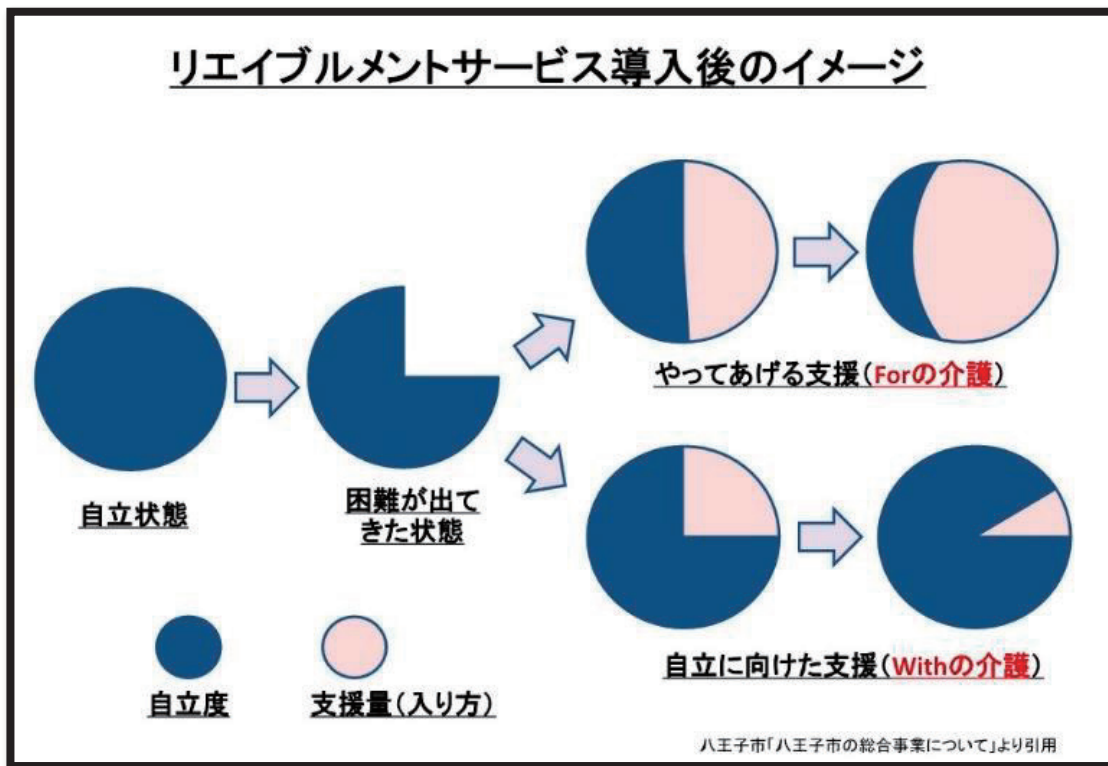
出典： 防府市役所高齢福祉課三輪氏作成資料

(図9) Forの介護



出典：防府市役所高齢福祉課三輪氏作成資料

(図 10) Withの介護



出典：八王子市「八王子市の総合事業について」

(図 11) リエイブルメントサービス導入後のイメージ

2. リエイブルメント型の短期集中予防サービスの実施と介護予防ケアマネジメント

医療経済研究機構政策推進部

(1) 介護予防ケアマネジメントの概要

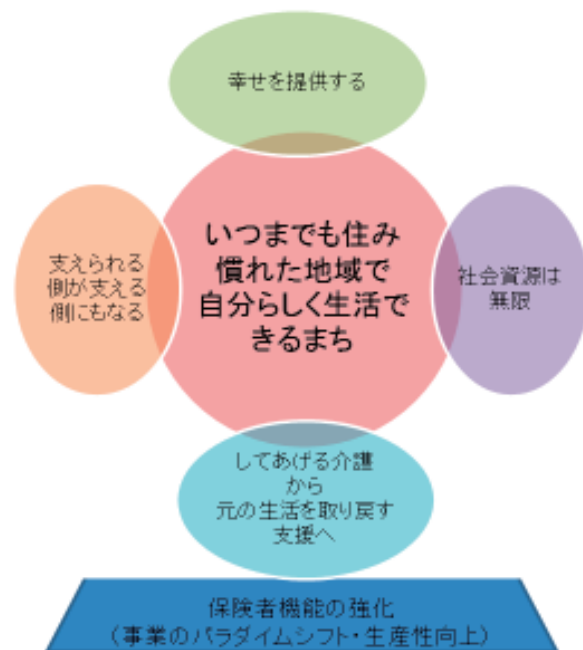
介護予防・日常生活支援総合事業(以後、総合事業と表記)は給付ではなく(市町村)事業であることから、市区町村が目指す介護予防・自立支援に添うものでなければならず、単に利用者やその家族の意向だけで実施するものではないことを理解する必要があります。

総合事業はこれまで要介護認定を受けなかったり、「非該当(自立)」と判定された高齢者にもサービスを提供できるようになることで、介護予防・重度化防止に繋がるといった意味で、今後の社会構造の変化を見据えた地域包括ケアシステムの中に組み込まれました。

今後も増え続ける高齢者、特に軽度者についてはその個々のニーズごとに多様な生活支援サービスが求められ、これにこたえるためには、介護事業所以外にも、民間企業、NPO、ボランティアなど、多様な事業主体による多様なサービスを充実していくことが、効果的で効率的かつバラエティに富んだサービスが提供できるようになります。そのためには、地域の中で多様な主体による多様な場を確保していくことが効果的で効率的であると考えられます。

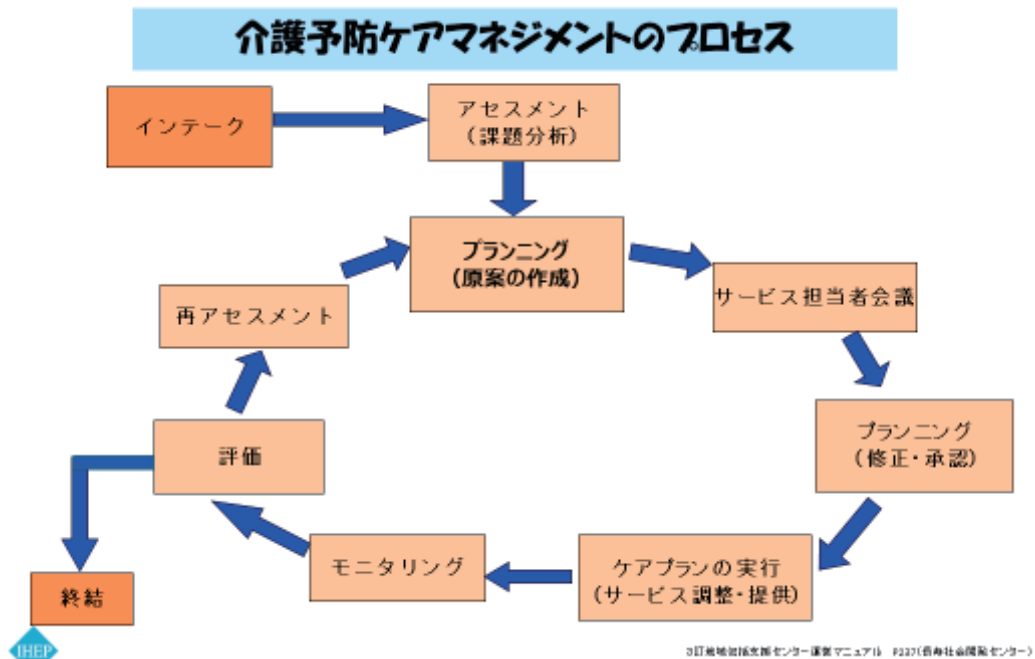
また、高齢者の介護予防のためには、地域に多様な活動や通いの場づくりを行い、社会参加を促進していくことが重要であり、社会参加の促進を通じて元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍すれば、生きがいや介護予防にもつながって来ます。つまり専門職はこのパラダイムシフトの仕掛け人であり提供者でもあるとも言えるのです。

市区町村がめざす介護予防・自立支援について各地域包括支援センターだけでなく居宅介護支援事業所もこれを理解しておく必要があります。



(2) 考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「心身機能の改善や環境の調整を通じて、高齢者の生活機能の向上や地域社会への参加をはかることにより、生きがいのある生活・自己実現（QOLの向上）を目指し、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるように支援する」ものです。介護予防ケアマネジメントのプロセスは大きく①適切なアセスメント②プラン作成③モニタリング④再アセスメントにより実施するもので、利用者が望む自立した日常生活を送ることを支援するという意味においては、従来の介護予防支援と変わりはありません。



軽度者(要支援認定・事業対象者)の多くは、ADLは自立しているがIADLの一部が行いにくくなっているという特性があります。人の生活はADLやIADL・社会交流など様々な生活行為の連続で成り立っているものです。こうした普通の暮らしが何らかのきっかけによってうまくできなくなり、その結果生活に関する意欲を失ったり、役割喪失から自信を失ったりという負の連鎖に至るケースが多くなります。

このため、支援にあたっては本人が役割や生きがい・楽しみをもって生活できると思うことができるよう、個々の利用者に応じた活動・参加に焦点を当てて生活意欲を向上させるためのアプローチが求められます。

・インタビュー

対人援助の上で最初の出会であるインタビューはとても重要で、その後の信頼関係構築の鍵ともいえる場となります。

従って受理面接にあたっては、市区町村の考え方を示し、介護予防について理解を図った上で、生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所を見つけるなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチして行くことの重要性について説明し、相談者との合意形成を図ることが求められます。

・アセスメント

アセスメントは、支援の全過程において、その根幹をなすものとなります。そしてこれは全ての業務の基礎であり、計画作成者(ケアマネジャー)の得意領域のはずです。支援を必要とするその人を全人的に捉え、目の前のその人に何が起きているのか、そうなった原因(要因・背景)と結果(現状・現症)の因果関係を明らかにします。さらに生活の困りごとを確認した上で生活課題を明らかにします。

現状と望む暮らしにギャップがあるから困りごと(問題)は発生します。生じた困りごとにより生活にどんな支障をきたしているのか、解決すれば叶うであろう本人の望む暮らしのために何をすべきか?(課題)を整理しましょう。そして課題解決の方法について、利用者の意欲や意向を明確にし、合意形成することで課題を共に見つめ、共に歩むことで元の暮らしを取り戻すことにつながって行きます。相談者は困りごとを抱えて窓口に来るわけですから、その意味ではインタビュー面接からアセスメントはスタートしていると言っていいでしょう。

リエイブルメント型の短期集中予防サービスを実施する自治体では、このアセスメントにリハビリ専門職が加わる体制を構築しています。これによって過去・現在・未来の生活の連続性について、改善の可能性や予後予測の視点がブラッシュアップされることで、本人の望むもとの暮らしが再獲得できるよう利用者とともに課題解決に向けて歩んで行きます。

・もとの暮らしと望む暮らし

例えば、同じ腰痛が背景にあっても、生活の困りごとは人によって千差万別です。困りごとを解消すれば、さらにその先の本人の望む暮らしに近づくことができます。望む暮らしに近づくためには元の生活を知ることが必要です。「その人はどう生きてきたのか」「何を大切に生きてきたのか」「どんな暮らしを目指すのか?」ライフヒストリーや価値観を丁寧に聴くことで戻りたい元の暮らしに着目すべきです。

人は多くの資源に囲まれて生きています。資源とは物・人・金・考え方や価値観…etc。広くその人を取り巻くすべてのものを指します(自分にとっては意味を持たない一枚の紙きれもその人にとっては大切な宝物なのかもしれません)。その人を取り囲む多くの資源、その中で必要な

ものを取捨選択しながら暮らしを続けてきたはずです。大切なもの(資源)もまた千差万別です。大切なものに囲まれて生きてきたその人にとって、失ったものを知ることは獲得したい元の暮らしにつながることであります。大切なものが何なのかを冷静に見つめて行くことが重要です。

・デマンドとニーズ

高齢になっても持てる力(残存機能)を発揮、あるいは強化することができれば、改善は可能です。一方で高齢者は加齢に伴うさまざまな喪失体験を繰り返すうちに、自信を喪失しがちなライフステージという側面も抱えています。では失ったものは取り返すことはできないのでしょうか？

人は自ら状況を回復させる力(レジリエンス)を持っています。ライフステージの様々な局面でも様々な自己決定をもって望む暮らしを継続してきたはずです。つまり改善の可能性に年齢は関係ないと言えるでしょう。特に軽度者にとってこの改善可能性の見極めは、自立した社会生活の実現に大きく作用してくるものとなります。改善可能性に着目し可能性を信じる力。それは、本人はもとよりご家族や支援者にも求められます。一方で加齢に伴って不可逆な機能低下も存在します。失ったものが何なのかに着目することでそれを補完するための改善策を提案できるかもしれません。

もともと介護保険は給付サービスからスタートしました。「保険料を払っているのだから自分が受けたいサービスを受けるのは当たり前」という権利意識が働き過剰なサービス投入を要望されてしまうという場面にしばしば遭遇します。

計画作成者がそのデマンドを優先するあまり御用聞きプランになってしまっていないでしょうか？「家事ができないからヘルパーに」「活動が低下するから他者交流をデイに」と求めたところで本人の元の暮らしは再獲得できたでしょうか？

「できないからしてあげる」お世話型プランは結果として本人の能力を取り上げてしまうことにつながり、自立支援とは逆行していました。真のニーズは何だったのでしょうか？その人はどんな暮らしを望んでいたのでしょうか？お世話型プランからの脱却は、結果的に高齢者が自立した日常生活を取り戻すことにつながります。

そもそも、改善可能な状態の高齢者に「元の生活を取り戻しましょう」という選択肢を示さず、「介護専門職のサービスを使うか、それとも使わないか」という2者択一を示せば、本人も家族も「ではサービスを使います」という選択になります。「介護専門職サービスを使うか、使わないか、それとも元の暮らしを取り戻すか」と選択肢が増えるだけでも、支援の方向性は大きく変わるはずです。

・ICF とケアマネジメント

個人因子と環境因子から心身機能・活動・参加に分類する国際機能評価を活用するアセスメント手法は介護予防ケアマネジメントにはなくてはならない要素です。

このうちの環境因子・個人因子については、ケアマネジャーの得意分野と言えるでしょう。活動と参加にバランスよく働きかけるためには、心身機能評価は重要です。

この部分については、多職種協働でアプローチをすることでアセスメントが深化し、より個別性のあるプランニングができるはずですが、例えば、“下肢筋力低下”筋力が低下した原因はどこにあるのでしょうか？同行訪問してみると、転倒骨折による長期安静が要因だと思っていた筋力低下が、実は体幹バランスの崩れであったり、既往の呼吸器疾患による姿勢であったりします。そうになると仮説形成はまた別の形となるため、その検証が必要になって来ます。リハビリをやっても良くならないのは、実は、そのアセスメントに問題があるのかもしれない、それはアセスメントの根幹に触れる部分ということになります。

・改善可能性と行動変容

「良くはならないよ」と言われたら、人はどのように感じるでしょう？反対に「必ず良くなるよ」と言われたら？可能性を閉ざされたとき人は失望(時に絶望)し、希望を見出すことが困難となり自信を失います。良くなるよと言われたら、それに向けて頑張ろうという意欲も湧いて来て、行動そのものが変わって来るという経験を、支援者はしばしばしてきたはずですが、行く先に光が見えると、それに向かって努力しようと頑張る力も湧いて来ます。このように工夫をしたら良くなるよ、伴走する支援者には可能性を見出し、方向付けをする能力も求められます。

現状にはそうなった原因があり経緯があります、その因果関係を冷静に見つめること、何ができて何ができないのか？できないのか、していないのか？しようとしているのか、はなからあきらめてしまっているのか？それはなぜなのか？その見極めも重要です。どうすればできるようになるかを検討する前に、それに至った過程や経緯を知ることで改善の糸口をつかむことに繋がります。

その人の自信を後押しする、少しの勇気に対して背中を押すことで行動を起こすきっかけとなります。また、そのような支援ができると支援者自身の行動さえも変わって来ることに繋がります。こうしてケアマネジメントのPDCA サイクルも好循環を来すことができれば、市区町村のめざす介護予防の概念について規範的統合が起きていきます。

・専門性の発揮

利用者自身のナラティブな語りを傾聴することでストレングスを見出し、可能性を信じ潜在能

力を引き出しエンパワメントすること、様々な喪失体験を以てしてなおレジリエンスを発揮しながら生きてきた主体性を尊重し支援して行くことこそケアマネジャーの専門性であり、ソーシャルワークの基礎となります。

残念ながら、ケアマネジャーはマルチではありません。保有の基礎資格もバックグラウンドも経験した土壌も違います。専門分野を履修したわけではないのでそのアセスメントにも限界があり、だからこそ多職種協働は重要です。多職種でアセスメントをすることはその人を深く知ることと繋がり、ひいてはケアマネジメントの深化に直結してきます。それがその人らしさを追求するものであれば、リハビリ専門職との同行アセスメントはその人の望む暮らしにより近づけるものとなります。背中を押すことが伴奏支援をする支援者の役割だとすれば、ケアマネジャーにも自信(見立てを確信に代える検証)が必要です。リハビリ専門職がアセスメントに同行する意義はここにあると考えます。

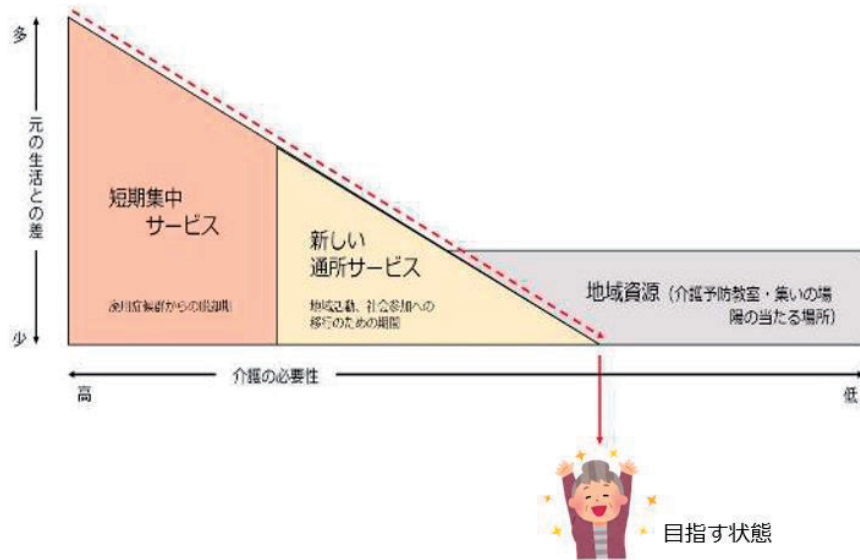
望むちょっと前の暮らしを再獲得し、自立した生活を継続することを「目指す状態」とすると、利用者の目指す状態を追求するには、対象者一人一人を真摯に見つめ、その人の望む暮らしが何なのか、デマンドにとどまらず真の課題が何なのかを冷静に見つめ(アセスメントの深化)、望む幸せな暮らしについて利用者・支援者とともに検討していく必要があります。

望む暮らしと現状とのギャップを埋めるものがアセット(社会資源)です。このアセットにはフォーマル・インフォーマルに限らず、本人やご家族の趣味や興味と言ったストレングスも含まれます、その意味でアセットは無限です。

幸せの概念は千差万別であるため、個々の望む暮らしを継続するために意思決定を支援することも支援者の責務です。利用者個々を取り囲む様々なアセットを把握することは、ケアマネジャーだけではその情報の幅に限界があります。生活支援コーディネーターとともに各々にふさわしいアセットを見つけ情報提供をすることで、利用者の選択肢の幅は広がります。選択するのは利用者自身ですが、数多くの選択肢を提供することで利用者が望む自立した日常生活の継続に繋がって行きます。その意味で、生活支援コーディネーターは介護予防ケアマネジメントの各段階で関わって行くこととなります。

・他事業との連動

このように早期から多職種が介入し、住民の幸せを追求する体制を整備する必要があります。また、個別事例の蓄積によりそれぞれの自治体が目指すべき高齢者の幸せな生活を、職域を超えた様々なメンバーで意識醸成することで規範的統合を図っていくのが、自立支援型地域ケア会議です。



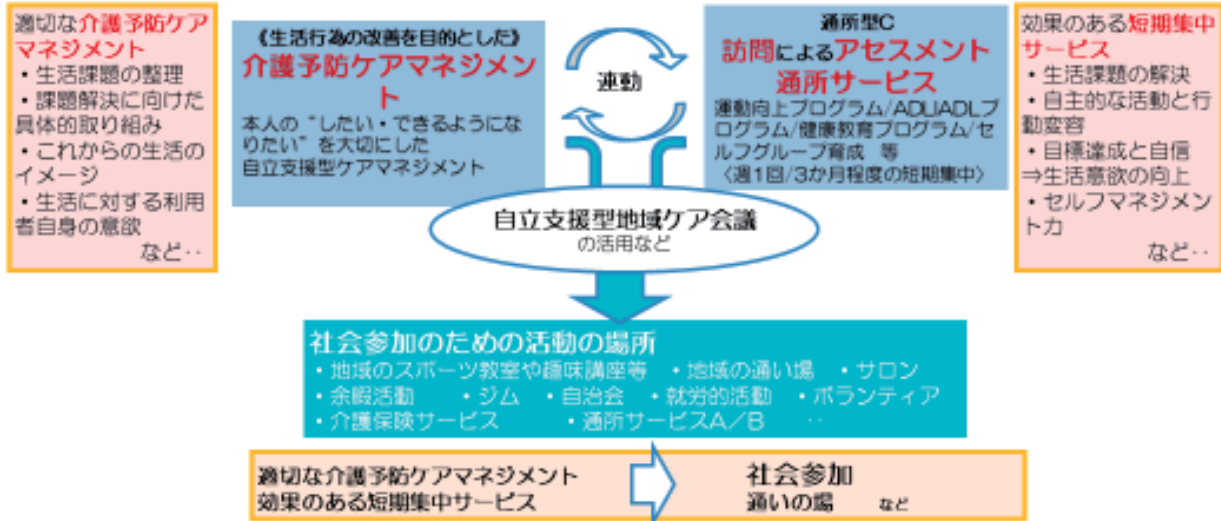
リエイブルメント型の短期集中予防サービスは、利用者が元の生活を取り戻すための事業です。適切な介護予防ケアマネジメントに連動する多職種協働アセスメントと、効果のあるプログラムにより望む暮らしを再獲得することを目指します。もともとあった日の当たる場所に自信を持って戻って行けるよう、支援者には徐々に手を後ろに回して行く姿勢も求められます。

この事業に於いて、介護予防ケアマネジメントとリエイブルメント型の短期集中予防サービス及び自立支援型地域ケア会議の連動は、自立支援に有用な意味を持っています。リエイブルメント型の短期集中予防サービスでは、セルフマネジメントができる状態をもって卒業判定をします。セルフマネジメントができる状態になるためには、自らの心身状況を正しく理解し、今後の生活に向けて心身を律し望む暮らしを自らの取捨選択で切り開いていくという意味を持ちます。そしてそれは高齢者自身の自己肯定感や承認欲求を満たし、自信を再獲得し生きがいや役割創出に繋がり得るものとなります。

自立支援とは何か？身体機能の改善にとどまらず、それぞれの市区町村の目指す高齢者の姿を追求するために、個々のケーススタディによる事例蓄積は、規範的統合のみならず、今後目指す地域共生社会への布石を投じるものともなっていきます。

短期集中通所Cを通して自立支援を考える

全ての“手帳”がつながることで、自立生活のカタチができた



・徳島県資料
・3訂正地域包括支援センター運営マニュアル (P264)