

ICF = 国際生活機能分類

International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)

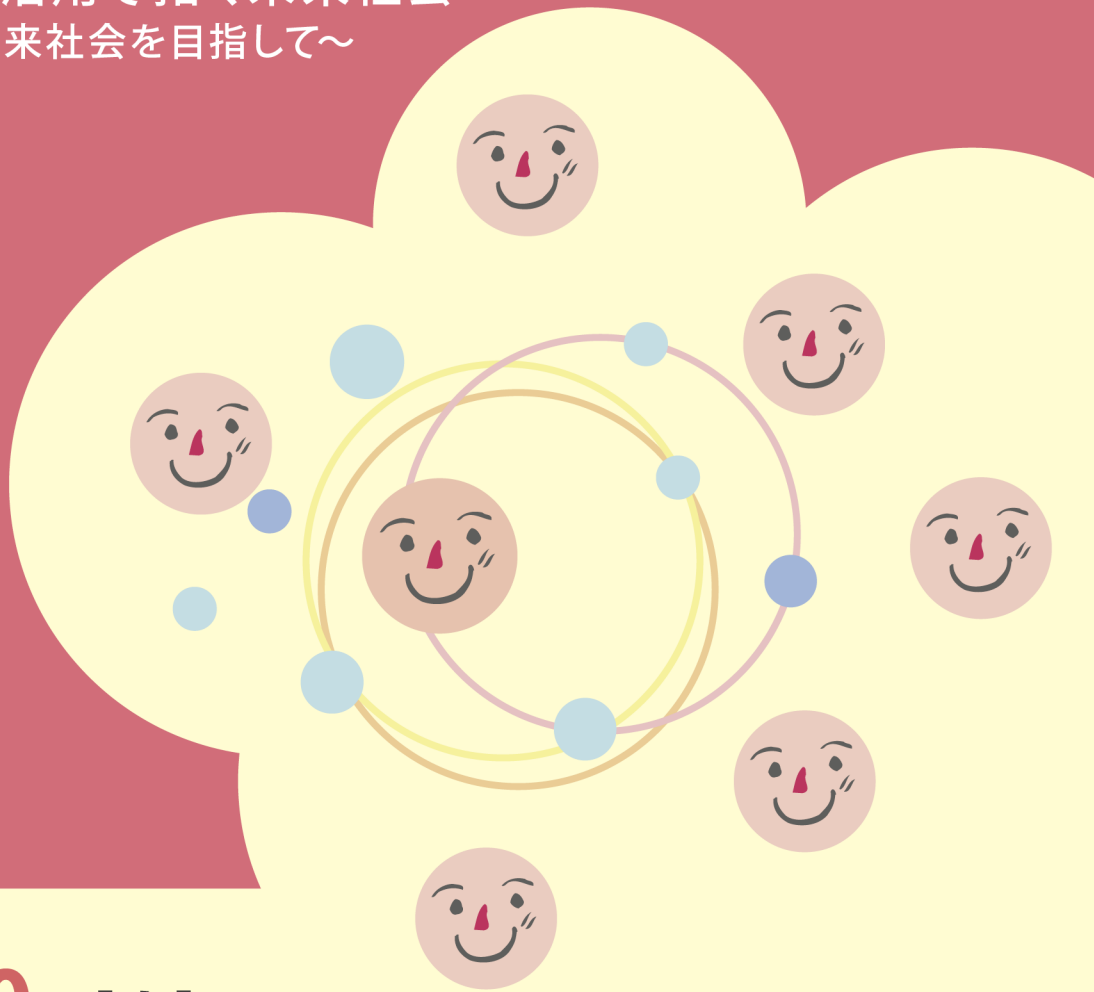
ICFは、WHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）における中心分類の一つです

第7回 厚生労働省 ICFシンポジウム

国際生活機能分類活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

- 開催概要
- プログラム
- ポスター集



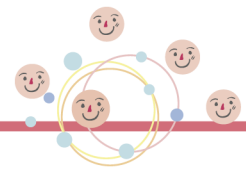
2018年1月20日[土]

13:00～16:45 (12:00開場)

会場：東京・霞ヶ関 イイノホール (東京都千代田区内幸町2-1-1)

■主催 厚生労働省

■協賛 一般財団法人 厚生労働統計協会 ■後援 神奈川県



目 次

●開会のご挨拶	1
●開催趣旨・開催概要	2
●プログラム	3
●講演者プロフィール	4
●ICF とは	7
●ポスター「ICF の活用事例」	11

開会のご挨拶

ICF（国際生活機能分類）は、2001年5月にWHO総会で採択されて以来、普及を促進するための研究開発が行われてきました。現在では2006年にWHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）ネットワークの中に設置された専門家会議であるFDRG（生活機能分類グループ）において、その改善や普及啓発、具体的な活用事例などの活発な議論が続けられています。

また、ICFは我が国においても「疾病」と「生活機能」両面からの評価を可能とする共通言語として注目を集め、利用が進み始めているところであります。

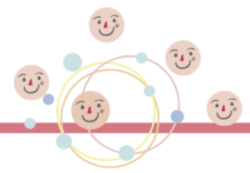
こうした動向をふまえ、本シンポジウムは普及推進の観点からこれまでに6回開催されておりますが、7回目となる今回は、更なるICFの実用化にむけて、各分野でのICFの具体的な活用事例に焦点をあてるとともに、WHOの活用のキーパーソンであるアラルコス・シエザ氏をお招きして、グローバルな視点から見たICFの潮流と今後の展開についてご講演いただくこととしました。

WHOにおける、シエザ氏の御担当はリハビリテーション政策およびケア、地域リハビリテーション、ICFデータ集積、リハビリテーション・障害研究であり、これは「WHO障害に関する世界行動計画2014～2021年(WHO global disability action plan 2014-2021)」の推進に貢献するものです。

加えて、今回は、一般参加者に向けてもICFの活用状況を報告するポスターを募集し、情報交換の場を設けましたので、このような新たな試みであるプログラムを通して、ICFの利活用にあたって日頃苦心されている方々が抱えている課題解決の手助けになることを願っております。

最後に、今回のシンポジウムを通して、ICFが医療、介護を含むあらゆるフィールドにおいて一層の利活用が進み、また、国際比較を通じて保健医療の分野だけでなく、人々のQOLの向上にも繋がることを期待しております。

厚生労働省政策統括官
酒光 一章



開催主旨

わが国における ICF の普及と実用化を目指して、本シンポジウムをこれまでに 6 回開催し、普及のベースを着々と構築してきたところでありますが、こうした動向を加速化するため、今回、WHO と日本 WHO 国際統計分類協力センターの協力事業の一環として、WHO の ICF 活用のキーパーソンを招聘することとしました。

ICF の活用最前線にいる担当官が策定した行動計画の中で具体化されたグローバルビジョンを含む未来像を共有することにより、本シンポジウムを更なる ICF の活用を促進するための一大契機とします。

また、一般参加者に向けて ICF の活用状況を報告するポスターを公募し、会場で掲示発表することにより、ICF の普及啓発と利用者間の情報交換の場となることを期待しています。

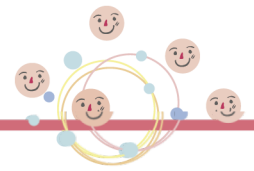
開催概要

- 開催日時：2018年1月20日（土） 12:00（開場） 13:00（開会） 16:45（閉会）
- 場 所：イイノホール（住所：千代田区内幸町 2-1-1）
- 参加費：無料
- 主 催：厚生労働省
- 協 賛：一般財団法人 厚生労働統計協会
- 後 援：神奈川県
- 協 力：日本医学会、公益社団法人 日本医師会、一般社団法人 日本内科学会
一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、公益社団法人 日本看護協会、
公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、公益社団法人 日本理学療法士協会、
一般社団法人 日本作業療法士協会、一般社団法人 日本言語聴覚士協会、
日本脊髄障害医学会、ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、
公益財団法人 テクノエイド協会、公益社団法人 日本医療社会福祉協会、
一般社団法人 日本介護支援専門員協会、公益社団法人 日本介護福祉士会、
公益社団法人 日本社会福祉士会、公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、
一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟、日本保健医療福祉連携教育学会、
公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、
一般社団法人 日本精神科看護協会、特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
特定非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会、一般社団法人 日本在宅医学会、
日本在宅ケア学会、一般社団法人 日本老年医学会、
公益社団法人 全国老人保健施設協会

（順不同）

プログラム

13:00-13:10	開会挨拶 酒光 一章（厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）） 中村 耕三（社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会委員長）
13:10-14:10	基調講演 『なぜ WHO は ICF を重視するのか -Why WHO's Focus on ICF ?-』 アラルコス・シエザ（WHO） 非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部 BDD(視覚・聴覚障害予防・障害及びハビリテーション)コーディネーター
14:10-14:25	休憩
14:25-14:40	事例紹介① 『科学的裏付けに基づく介護に係る検討会について ～ICF・改善をどのように評価するか～』 西嶋 康浩（厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長）
14:40-14:55	事例紹介② 『神奈川県におけるヘルスケア・ニューフロンティア政策と未病指標について』 首藤 健治（神奈川県副知事）
14:55-15:10	事例紹介③ 『臨床現場における ICF の活用可能性と課題 ～高齢者・障害者福祉領域における研究をもとに～』 大冨賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）
15:10-15:25	事例紹介④ 『ICF に基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築』 向野 雅彦（藤田保健衛生大学医学部講師）
15:25-15:40	事例紹介⑤ 『ICF ステージングを使つての質の評価～状態像の推移を追う～』 折茂 賢一郎（公益社団法人 全国老人保健施設協会副会長）
15:40-16:20	WHO とパネリストによるディスカッション
16:20-16:40	質疑応答
16:40-	閉会挨拶 森 桂（厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室長）
16:40-17:20	ポスター掲示発表に対する個別質疑応答



講演者プロフィール



アラルコス・シエザ

世界保健機関（WHO）
非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部
BDD（視覚・聴覚障害予防・障害及びリハビリテーション）コーディネーター

アラルコス・シエザ氏は、世界保健機関（WHO）視覚・聴覚障害予防・障害およびリハビリテーションユニットのコーディネーターである。
2014年9月にWHOに加わる前は、英国のサウサンプトン大学社会人間科学部で医療心理学の教授を務めた。スペインのマドリッドで心理学修士号を取得後、ドイツ・ミュンヘンのルートヴィヒ・マクシミリアン大学ミュンヘンで公衆衛生修士課程を修め、医療心理学で博士号を取得した。
同大学の物理療法学リハビリテーション部およびペッテンコーファー公衆衛生校で10年以上に渡って研究ユニットを率い、WHOとの協力で、2001年にWHO総会で承認されたICFとWHOQOL（The World Health Organization Quality of Life）、WHO-DAS（The World Health Organization Disability Assessment Schedule）等の健康指標との関連付けの開発を一貫して行い、WHOが定めるWell-beingのモニタリングのための有効なツールとしてのICF活用の基盤を整備した。
WHOでは、リハビリテーション政策およびケア、地域リハビリテーション、ICFデータ集積、リハビリテーション・障害研究を担当している。
これらはすべて、「WHO障害に関する世界行動計画2014～2021年（WHO global disability action plan 2014-2021）」の推進に貢献するものである。



西嶋 康浩（にしじま・やすひろ）

厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長

2002年 山口大学医学部 卒業。2004年に厚生労働省入省。
医政局国立病院課、指導課在宅医療推進室、研究開発振興課、地域医療計画課救急・周産期医療等対策室、健康局疾病対策課等を経て、
2015年9月より、現職。



首藤 健治（しゅとう・けんじ）

神奈川県副知事

1991年 京都大学医学部 卒業。1993年厚生省入省。
保険局、大臣官房統計情報部などで医系技官として医療行政に取り組み、1996年からハーバード大学に留学し公衆衛生学を学ぶ。
2009年9月から厚生労働省大臣政務官室調整官、2011年1月から内閣官房医療イノベーション推進室企画官等を経て、2012年4月から神奈川県参事監（国際戦略総合特区・医療政策担当）、2013年4月から神奈川県理事（国際戦略総合特区・医療政策担当）、2014年4月から神奈川県理事（ヘルスケア・ニューフロンティア・医療政策担当）、2016年4月から神奈川県理事（特定行政課題担当：神奈川県の推進するヘルスケア・ニューフロンティア政策、人生100歳時代の設計図構想等）
2017年6月から神奈川県副知事として、ヘルスケア・ニューフロンティア政策、県民局、保健福祉局を担当している。



大賀 政昭 (おおたが・まさあき)
国立保健医療科学院主任研究官

2014年 立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程退学。
2017年兵庫県立大学大学院経営研究科修了。コミュニティ福祉学博士、ヘルスケアマネジメント修士。2011年から2013年まで国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部流動研究員、長寿科学振興財団リサーチレジデントを得て、2014年より現所属。
高齢者・障害者領域におけるサービス評価やヘルスケアシステムにおいて分断化された領域間のケアを統合する方法論を主な研究テーマとしている。



向野 雅彦 (むかいの・まさひこ)
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座 講師
博士(医学)

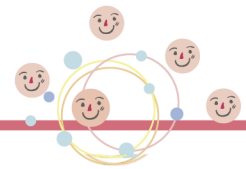
リハビリテーション専門医
国際リハビリテーション医学会 (ISPRM)
WHO-liaison committee 内 ICF implementation committee chair
日本リハビリテーション医学会 ICF データマネジメント委員会委員長

2003年3月 九州大学医学部卒業
同年4月 慶應義塾大学リハビリテーション医学教室
2005年4月 慶應義塾大学医学部医学研究科博士課程(リハビリテーション医学)
2009年4月 市川市リハビリテーション病院
2010年4月 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター 助教
2011年10月 慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室 特任助教
2012年4月 旭川医科大学病院 リハビリテーション科 助教
2014年4月より現職



折茂 賢一郎 (おりも・けんいちろう)
公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長

1984年自治医科大学医学部卒業後、群馬大学医学部、下仁田厚生病院、藪塚本町国保診療所、国立湊病院などを経て、1993年より群馬県・六合温泉医療センター、中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」に携わり、へき地医療に従事。現在、群馬県・西吾妻福祉病院名誉病院長・六合温泉医療センターセンター長、千葉県・介護老人保健施設「市川ゆうゆう」管理者。公益社団法人地域医療振興協会常務理事(東日本担当)、群馬県地域医療連携協議会委員。著書に「3日でわかるケアマネ受験」(医歯薬出版)、「Dr.のための介護保険ノート」(日本医事新報社)等。



近藤 和泉 (こんどう・いずみ)

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 特命副院長
リハビリテーション科・部 部長、健康長寿支援ロボットセンター センター長
藤田保健衛生大学 客員教授 (2011年4月～)

<略歴>

1982年 弘前大学医学部卒業
1989年 大学院(リハビリテーション医学専攻)を修了
1995年 弘前大学医学部附属 脳神経疾患研究施設 リハビリテーション部門 助教授
2002年 弘前大学医学部附属病院リハビリテーション部 副部長(助教授)
2006年 輝山会記念病院(副院長)
2008年 藤田保健衛生大学 藤田記念七栗研究所 リハビリテーション研究部門 教授
2010年10月～ 国立長寿医療研究センターに勤務

<留学等>

1988年 LondonのBobath Centerにおける脳性麻痺児の神経発達学的治療コース修了
1996～1997年 Canada、McMaster 大学、Foreign Researcher

<学会・社会活動>

日本リハビリテーション医学会/理事 (ICF データマネージメント委員会、国際委員会担当)、専門医会(ポストポリオ症候群のリハビリテーション SIG、小児リハ SIG/委員)、評議員、中部・東海地方会幹事、ISPRM 実行委員会 | 日本ニューロリハビリテーション医学会/理事長 | 理学療法士作業療法士試験委員会/委員長 | 日本義肢装具学会(会則検討委員会、国際化委員会担当)、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本小児神経学会、日本生活支援工学会、実用先進リハビリテーション研究会/理事 | 臍帯血による再生医療研究会/発起人・評議員 | 日本意識障害学会/理事・評議員・スコアリング委員会/委員 | 介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業検証委員会、「ロボット介護機器開発・導入促進事業(効果測定補助事業)」有識者委員会、介護老人保健施設におけるIoT等の活用の可能性に関する研究事業、ケアの内容の分類に基づいたデータベースの構築に関する調査研究事業、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業/委員 | 産科医療保障制度審査委員会/客員研究員、科学技術交流財団/研究会評価ワーキング委員、企画運営委員、日本理学療法士学会ガイドライン・用語策定委員会/外部評価委員 (小児理学療法) JJCRS/編集委員、Progress in Rehabilitation Medicine/Section Editor Academy of Multidisciplinary Neurotraumatology / 2nd Treasurer Representative of Japanese National Society of World Federation of Neurorehabilitation (WFNR)

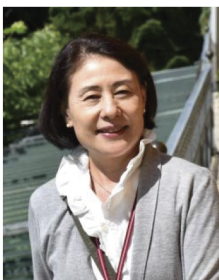
第2回日本ニューロリハビリテーション医学会学術集会/会長(2/Dec/2011)

第41回日本脳性麻痺研究会/会長(7/June/2014)

第34回義肢装具学会学術集会/大会長(10,11/Nov/2018 予定)

<業績>

英文原著 54、2010年度リハ学会最優秀論文賞受賞



及川 恵美子 (おいかわ・えみこ)

厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当) 参事官(企画調整担当) 付
国際分類情報管理室国際分類分析官

厚生労働事務官。1974年厚生省(人口問題研究所)入省。

国立社会保障・人口問題研究所情報調査分析部、大臣官房統計情報部人口動態統計課、企画課等を経て2010年10月より現職。ICD,ICF等WHO国際分類の我が国における導入、普及活動や国際分類に関する日本からの意見提出等に対する国内の専門家間やWHOとの調整等WHO-FIC日本協力センターの一員として活動している。

※WHO-FIC日本協力センター(センター長:国際分類情報管理室長)は、2011年にWHOから指定を受け、4年の任期で現在2期目の活動を行っている。

ICF とは

WHO-FIC における中心分類の一つである ICF

- ICF は健康状況と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することを目的とする分類です。
- WHO が総合的に管理運営している WHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）^(※) の中心分類の一つです。
- 厚生労働省では、社会保障審議会統計分科会の下に、生活機能分類専門委員会を設置し、WHO の動向等を踏まえ、ICF に関する具体的な事項について検討を行っています。

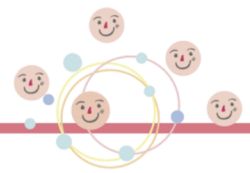
(※) WHO-FIC（世界保健会館国際統計分類）

WHO は、保健関連の重要課題を効果的に処理するためには、データベースを用いて、問題を識別し、記述する必要があるとしています。具体的には、保健関連の課題について、原因を調査し、その内容を記録したり、実施した介入等について、進捗状況を監視し、評価したりするために、国際比較可能な標準化されたデータベースが重要であるとの認識です。この認識に基づき、WHO は、保健分野に関する分類体系を提示しています。これが国際分類ファミリー（WHO-FIC WHO Family of International Classifications）と呼ばれるものであり、ICF はその中でも、ICD（国際疾病分類）と並び、中心分類の一つとして位置づけられています。

（詳細は <http://www.who.int/classifications/en/> を参照）

ICF の評価を用いるときの基本的考え方

- 分類項目は、それぞれについて、その評価と一体で用いられます。
- 分類項目は、ひとりの方について全人的に把握することが可能な設計となっています。ただし、実際に活用する場合に、全ての項目について調べ把握することを求めているものではありません。
- 評価を行う際に用いる分類項目は、WHO が提示したものをを用い、その定義に従ってください。その中で、どの分類項目を用いるかについては、特定のものに限定されるものではなく、目的に応じて変わる可能性があります。
- 健康状態や環境等、様々な要素が生活機能に対して相互に影響を与えうるとされており、そのことが ICF では重要視されていることを理解して活用してください。



ICF における構成要素とその相互作用

1. ICF における構成要素

- ICF は、人間の生活機能に関する項目を、アルファベットと数字を組み合わせた方式で表す分類です。
 - ・第 1 レベル、第 2 レベル、詳細分類（第 3 レベル、第 4 レベル）があり、どのレベルでの利用も出来ます。

（例）

第 1 レベルの項目 a4 運動・移動

第 2 レベルの項目 a450 歩行

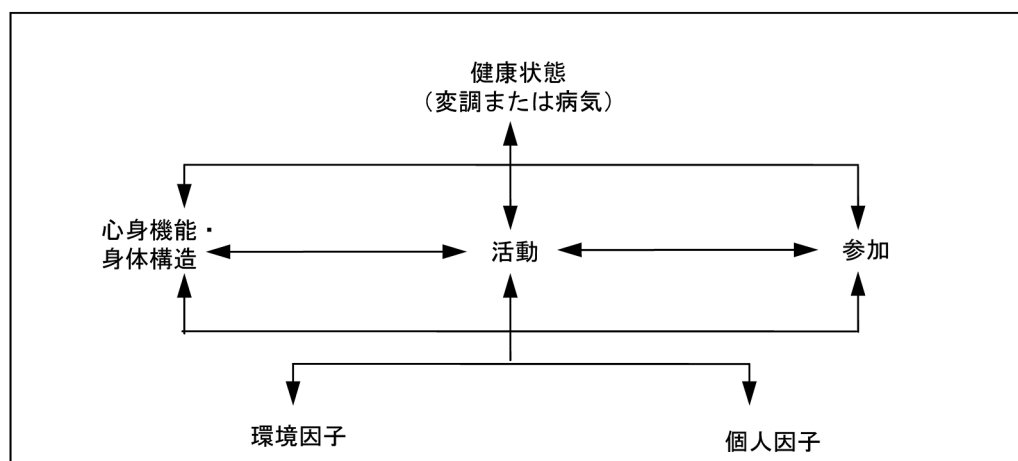
第 3 レベルの項目 a4501 長距離歩行

- ICF は「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の 3 つの構成要素からなる「生活機能」とまた、それらに影響を及ぼす「環境因子」等の「背景因子」の項目で構成されています。

2. 構成要素間の相互作用について

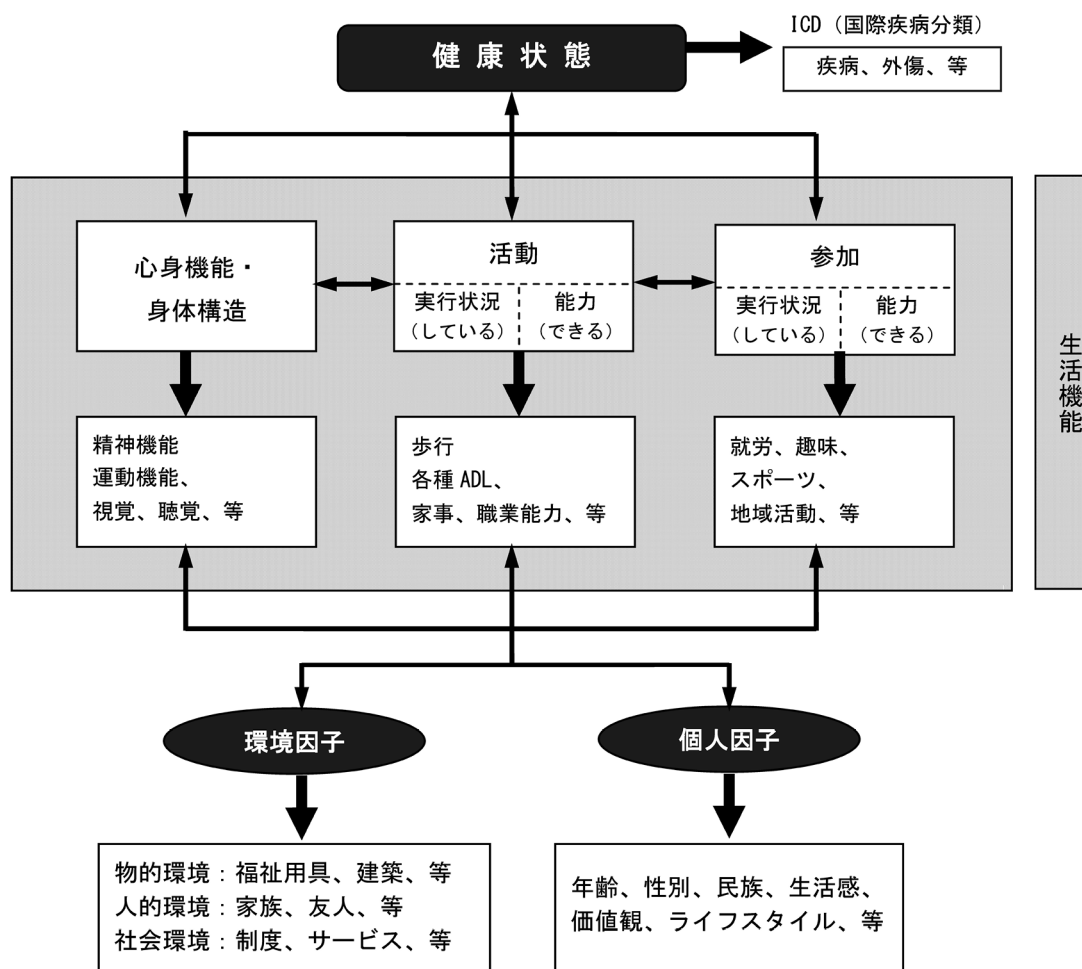
- 個人の生活機能は、健康状態と背景因子との間に相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。また、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の間にも相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。

概念図



この概念図に、具体的な例示を入れたものが次のページです。

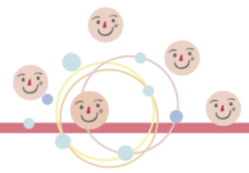
● 概念図（具体例が入ったもの）



ICF 活用で期待される効果

ICF は、その活用により、

- 当人やその家族、保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、ICF を用いることにより、生活機能や疾病の状態についての共通理解を持つことができる。
- 生活機能や疾病等に関するサービスを提供する施設や機関などで行われるサービスの計画や評価、記録などのために実際的な手段を提供することができる。
- 調査や統計について比較検討する標準的な枠組みを提供することができる。
などが期待されています。



ICF で使われる用語の定義

◆ 「生活機能」に関する用語

- 生活機能 (functioning) :
心身機能、身体構造、活動及び参加の全てを含む包括用語
- 障害 (disability) :
機能障害、活動制限、参加制約の全てを含む包括用語
- 心身機能 (body functions) :
身体系の生理的機能 (心理的機能を含む)
- 身体構造 (body structures) :
器官・肢体とその構成分野など、身体の解剖学的部分
- 機能障害 (構造障害を含む) (impairments) :
著しい差異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題
- 活動 (activity) :
課題や行為の個人による遂行
- 参加 (participation) :
生活・人生場面 (life situation) への関わり
- 活動制限 (activity limitations) :
個人が活動を行うときに生じる難しさ
- 参加制約 (participation restrictions)
個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさ

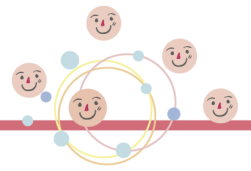
◆ 「背景因子」に関する用語

- 背景因子 (contextual factors) :
個人の人生と生活に関する背景全体 (構成要素は環境因子と個人因子)
- 環境因子 (environmental factors) :
人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子
- 個人因子 (personal factors)
個人の人生や生活の特別な背景

ポスター「ICF の活用事例」

●ポスターリスト●

1. 「本学の作業療法士専門教育における ICF の活用」／大瀧誠, 塚原正志, 大庭潤平, 藤原瑞穂
2. 「ICF を活用した知的障害・発達障害者支援のための支援関連情報把握・共有システムの開発とその妥当性検証（平成 27-29 年度 AMED 障害者対策総合研究開発事業の成果）」／安達潤
3. 「脳卒中ケアユニットにおける生活機能評価」／山田深, 松田恭平
4. 「チーム間連携・情報共有シート（症例シート）の紹介と活用」／落合克典, 大澤智恵子, 宮村紘平, 森山広樹, 河面吉彦
5. 「ICF 概念を活用した小児発達評価スケールの開発」／橋本圭司, 玉井智
6. 「要介護高齢者の介護老人保健施設入所時・退所時・退所 1 年後の機能変化を ICF ステージングで追跡測定した調査結果についての一考察」／安藤繁, 折茂賢一郎, 大河内二郎, 加藤誠, 佐藤龍司, 高椋清, 田後裕之, 田宮菜奈子, 井上崇, 鷲見よしみ, 水上直彦
7. 「ICF を用いた発達障害児者の個別教育支援 ICT システム“PICOTTO”の紹介」／小越咲子, 小越康宏, 斉藤徹, 武澤友広, 三橋美典, 中井昭夫
8. 「ICF を用いての難病患者の家族介護者へのレスパイトケアの指標開発」／小松雅代, 城島哲子
9. 「WHO-DAS2.0 による生活機能障害の把握とその活用可能性の検討－日本国内におけるこれまでの試行評価結果をもとに－」／大野賀政昭, 木下隆志, 松本将八, 筒井孝子
10. 「ICF に基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築」／向野雅彦, 山田深, 園田茂, 出江紳一, 水間正澄, 才藤栄一
11. 「ICF の環境因子としての福祉用具」／井上剛伸, 中山剛, 石渡利奈
12. 「厚生労働省の ICF に関する取り組み」／森桂
13. 「ICF を活用した医療・福祉連携～稲城市における介護職種向け研修の活動報告～」／及川暁, 田中竜太郎, 鶴岡麻貴, 吉内真也, 松永潤



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

本学の作業療法士専門教育におけるICFの活用

神戸学院大学総合リハビリテーション学部作業療法学科
大瀧 誠, 塚原正志, 大庭潤平, 藤原瑞穂

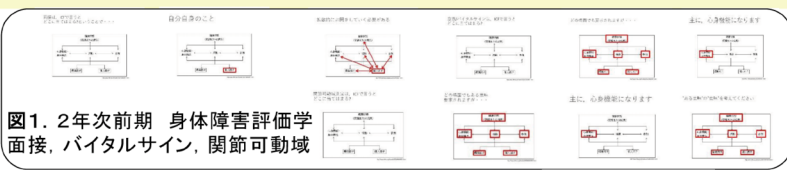
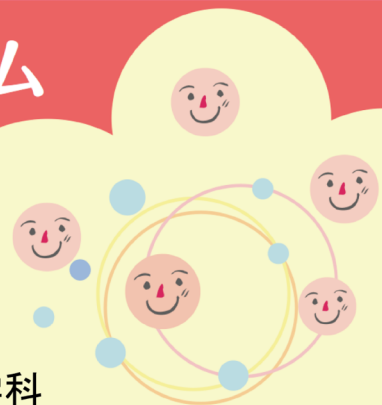


図1. 2年次前期 身体障害評価学 面接, バイタルサイン, 関節可動域

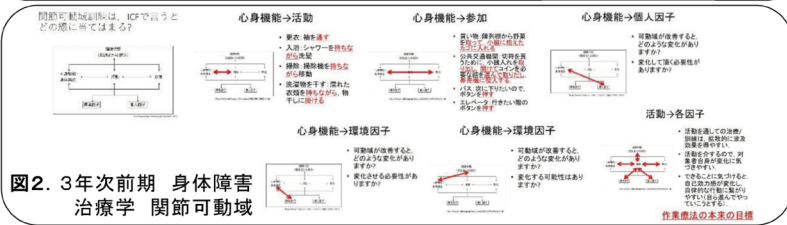


図2. 3年次前期 身体障害 治療学 関節可動域

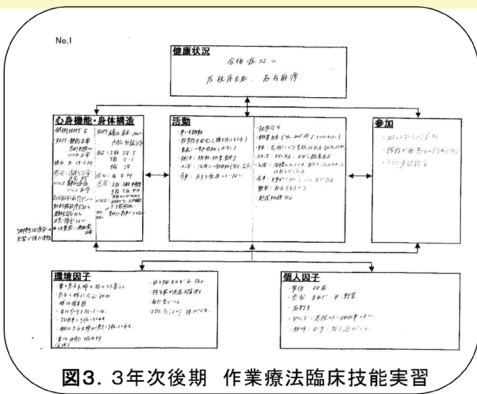


図3. 3年次後期 作業療法臨床技能実習

1. はじめに
本学作業療法学科は、2005年に開設されて12年になる。14名の教員が専門教育にあたっており、それぞれの担当科目やオムニバス科目の教育内容と進度を共有することが重要な課題となっている。また学生は、そのような科目が、カリキュラム全体のなかでどのような位置づけにあるのかを理解することが難しい。そのために本学では、カリキュラムマッピングならびに個々の作業療法実践を理解する枠組みとしてICFを用いている。

今回、その実践例を紹介し、有用点と課題を報告する。

2. 1年次:ICFの枠組みを理解する
本学部では、前期に3学科(作業療法学科, 理学療法学科, 社会リハビリテーション学科)合同授業として、総合リハビリテーション論を開講している。そのなかで、ICFは学科を貫く共通概念と位置づけ、講義が進められる。

後期に入ると作業療法概論が開講され、学生は作業療法の視点とICFとの関係性を学ぶ。教員は臨床実践を見据えながら講義を進めていく一方で、学生には臨床知がない。このギャップを埋めるために、前期終了時に、学外の病院ならびに施設における臨床見学実習を行っている。実習終了後のセミナーを通して、実際の臨床場面においてICFがどのように用いられていたかについて経験を共有する機会を設けている。

このような学びを通じて1年次にICFの概念を定着させ、2年次以降の専門科目と他職種連携の理解を促進することを狙っている。

3. 2年次:評価学群(専門科目)とICFの枠組みの関連性を知る
臨床医学系の講義開始と共に、作業療法専門科目としての評価学が開始される。この中で、教員は、ICFのどの側面を講義しようとしているのかを明示し、学生に検査項目との関係性を理解させる工夫をしている(図1)。ICFの枠組みと専門科目との繋がりを説明することにより、検査技術とその結果の解釈および対象者がその結果を持つ意味を学ぶ。

4. 3年次:治療学群(専門科目)とICFの枠組みの総合的な実践
作業療法専門科目である各領域の治療学を主題とした科目が実施される。心身機能/構造的側面、活動、参加ならびに個人因子の相互作用を検討しながら、作業療法ではどこに焦点をあて治療/支援しているのか、また、実施後にどのような効果が期待できるのかを、事例を通して講義を行っている(図2)。同時に、日常生活活動学実習の中で、ICFともに作業療法士として必要不可欠な生活行為向上マネジメントを加え、切れ目のない対象者の支援の流れを学ぶ。

後期は、作業療法臨床技能実習の中で、模擬患者(教員)を設定し、学生による評価の実施および症例報告書をまとめる練習をする。このときに、模擬患者が持つ様々な情報を構造的に整理・統合するためにICFの枠組みを用いている(図3)。模擬患者のどの側面に焦点を当てた支援が必要であるのかを、今後は学生が主体となって検討していく。この経験により、学生は、作業療法実践に必要な知識・技術はもちろん、模擬患者の社会的立場と疾患を考慮した効果判定の必要性を学ぶ。

5. 4年次:臨床実習におけるICFの実践と他職種連携の経験
連続した9週間の臨床実習において、実際の対象者のご協力を得て、作業療法実践が行われる。ここで学生は、作業療法の一連の流れを経験すると同時に、対象者の健康状態や生活機能を明らかにするために環境因子、個人因子を含めた各因子の相互作用を理解していく。また、リハビリテーションにおけるチームアプローチにおいてICFが実際にどのように用いられているかを学ぶ。

6. まとめ
専門教育は、臨床実践を前提とした知識・技術が優先されることが多い。しかし、学生には経験としての臨床知がない。そのため、教員が説明する枠組みと学生の持つ枠組みが違うことが往々にしてあり、教授錯覚に陥ることがしばしばある。そこで、教員がICFの枠組みを用いて講義/演習することにより、学生に知識の整理と焦点化に気づかせ、理解を深めるよう促すことが可能となる。さらに学生は、作業療法士としてICFの枠組みと生活行為向上マネジメントの運用により、対象者への作業療法の提供および切れ目のない医療・福祉サービスを提供できるよう学びを深めていく流れを作ることができる。

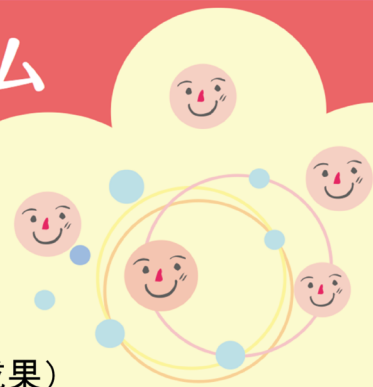
学生の教育内容の進度に合わせた教員間および科目連携においても、各教員がどの部分を担当しているのかを再認識する道具としてICFを用いている。これにより、誰がどの科目で教育しているかというカリキュラムマッピングの確認や、学生が効果的に学ぶことができる科目に内容を割り当てることが可能となっている。このことにより、学習内容の偏りや漏れの少ない専門教育の実践が可能になるのではないかと考えて現在進行している。

本学では、平成30年度より、IPEを開始する。これは、近隣大学とも連携する予定である。本学は、先行してICFの枠組みを1年次前期から他学科と合同授業で学ぶことにより、チーム医療の概念と専門家としての役割に対する気づきを促している。学生が対象者に対して、専門性を発揮しながら他職種連携できるよう、ICFの枠組みの理解と運用が定着できるよう促していきたい。

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



ICFを活用した知的障害・発達障害者支援のための支援関連情報把握・共有システムの開発とその妥当性検証

(平成27-29年度AMED障害者対策総合研究開発事業の成果)

安達 潤 (北海道大学大学院教育学研究院)

研究開発の背景

知的・発達障害支援の課題

- ・ 人生を通じて持続し生活適応に大きく影響。
- ・ 環境条件で状態像が変動し把握しづらい。
- ・ 評価法が未確立。支援が切れやすく単発的。
- ・ 多職種支援者間での情報共有が難しい。

社会問題としての課題の現れ

- ・ 子育て困難、不登園、不登校、学習不全
- ・ 自己評価の低さ、学校不適応、ひきこもり
- ・ 家庭内暴力、非行、触法問題、不適応の遷延
- ・ 精神科疾患発症、就労問題、経済的困窮、等

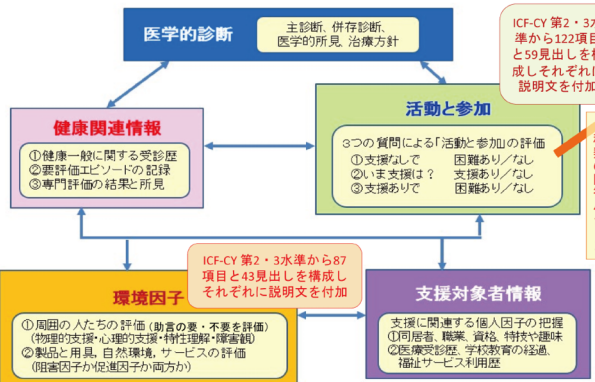
課題解決のポイント

- ・ 早期からの生活適応状況の網羅的把握
- ・ 環境条件を考慮した支援計画の構築
- ・ 支援者職種を超えた共通語による情報把握
- ・ 支援情報の縦横共有と記録情報の永続性

研究開発の基本フレーム

- ・ ICF図式と項目を援用した評価法開発
- ・ 評価のプラットフォームをクラウド構築
- ・ ICF図式に基づく情報共有と支援構築
- ・ ICF項目記入の労力を下げるための工夫

ICF図式を援用した評価パッケージ構成



情報共有視点 (活動と参加の6視点)

- 1) 支援維持: ①困難あり ②支援あり ③困難なし
 - 2) 支援修正: ①困難あり ②支援あり ③困難あり
 - 3) 支援検討: ①困難あり ②支援なし
 - 4) 強み: ①困難なし
 - 5) 状況確認: ①詳細不明
 - 6) 評価不要: ①非該当
- 環境因子の場合は
・ 周囲の人たち 8視点
・ 製品と用具等 6視点

妥当性検証 I (エキスパート評価)

(経験10年以上で指導的立場・多様な職種専門支援者)

- ・ 協力者26名) 第1版 → 改訂 → 改訂第二版
- ・ 第1版の項目, 見出し, 説明文のわかりやすさ
> 活動と参加: 60%以上, 環境因子: 90%以上
- ・ 第2版のわかりやすさ (第一版との比較)
> 活動と参加: 90%以上, 環境因子: 80%以上

研究開発 I

研究開発 II

クラウドシステム

- ・ インターネット環境とPCがあれば利用可能
- ・ 再実施では前回データを自動表示
- ・ 入力データをCSVファイルに出力可能

エクセルアプリ (活動と参加、環境因子)

- ・ CSVの読み込み、データの回答パターン処理
- ・ データを情報共有視点別に整理・シート表示

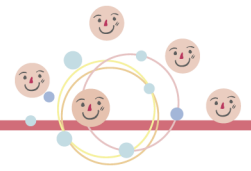
考察と今後展望

- ・ 見出し説明による項目記入の要不要判断が労力を低減
- ・ 支援に直結する情報把握が記入の負担感を軽減
- ・ 支援現場におけるICFの実践活用の可能性を示唆
- ・ 多職種支援連携と切れ目のない支援実現の可能性
- ・ 本システムの利用によるビッグデータ集積の可能性

妥当性検証 II (回顧による情報共有試行)

方法) 過去の支援経過から情報共有時点を特定。当該時点の支援者に評価依頼、整理データ提示後に質問票を実施。/対象) 全国3地域に所在する4支援機関の利用者8ケースの支援経過で情報共有を18試行実施。当事者・家族・医療・教育・福祉・就労支援など総数22名。/質問票) 「回顧時点で本情報把握システムを活用できていたら支援連携や構築がよりよくなっていたか」、「把握情報はシート記入の労力と時間に見合っていたか」等の項目により質問票を構成。/結果) ①記入時間(初回実施→再実施): 「活動と参加」約60分→約40分; 「環境因子」約28分→約17分、②回顧時点での多職種支援連携は: 「活動と参加」「環境因子」ともに効果的に実現されていた。③把握情報は: 「活動と参加」「環境因子」ともに記入の労力と時間に見合っていた。

(以上の結果はすべて統計的に有意)



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

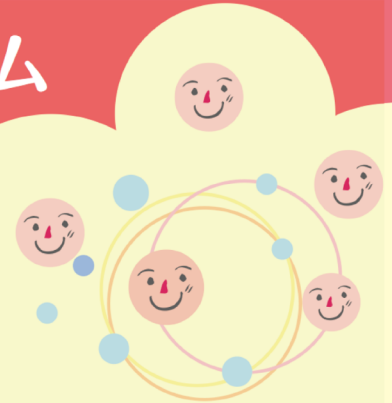
ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

タイトル

脳卒中ケアユニットにおける生活機能評価

筆者・所属 山田深、松田恭平 杏林大学医学部リハビリテーション医学教室



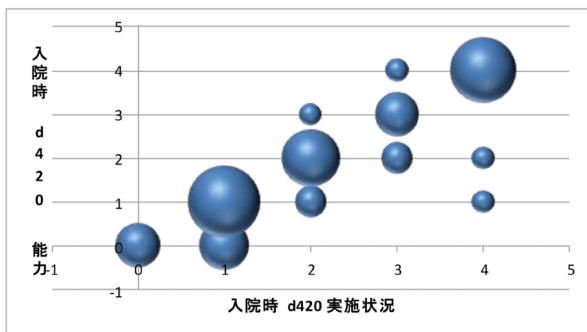
はじめに

- 脳卒中ケアユニットとは、脳卒中急性期患者に対して、治療と並行しつつ早期からのリハビリテーションを提供する場である。我々は脳卒中ケアユニットにおけるICFの利用を促進すべく、ICFコアセットの試用を進めている。

ICFの試用例

①実施状況と能力の比較

d420 移乗の例 (n = 56)



- 看護師が評価した実行状況は療法士が評価した能力を下回る傾向がみられた。ICFの評価により看護介入のポイントが明確化できた。

②機能的自立度評価法(FIM)との相関検証変換表

FIM得点	ICF期待値
7 完全自立	0 問題なし
6 修正自立	0 問題なし
5 監視・助言・準備	1 軽度の問題 (5~24%)
4 75~100%自立	1 軽度の問題 (5~24%)
3 50~74%自立	2 中等度の問題 (25~49%)
2 25~49%自立	3 重度の問題 (50~95%)
1 0~24%自立	4 完全な問題 (96~100%)

- 変換表を用いてFIMスコアからICF期待値を算出した。神経コアセットにおける期待値と実測値には有意な相関がみられた。
 $R = 0.53$ (入院時FIM移動-ICF d450)
 ~ 0.89 (退院時FIM食事 -ICF d550)

③リハビリテーションセットにおけるカテゴリー構成の妥当性 (n = 42)

「8 詳細不明」が多かった項目

d620 排尿機能 (30.9%), d640 性機能 (69.0%), d770 親密な関係 (33.3%)

「9 非該当」が多かった項目

d850 報酬を伴う仕事 (61.9%)

- 上記のカテゴリーは、脳卒中ケアユニットにおける急性期患者に対しては評価が困難であると考えられた。

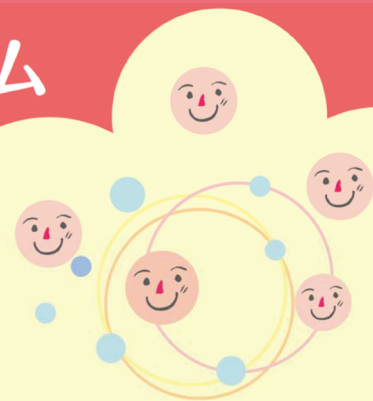
結語

- 生活機能と障害という視点からの評価は、単に離床を進め廃用を予防するだけでなく、多職種が連携した包括的な対応を進める上でも有用である。また、回復期や生活期へと続く一連のリハビリテーションの初期評価としても重要な意味を持つ。
- ICFの妥当性、信頼性を向上するためには、脳卒中急性期で用いるべきカテゴリーの抽出を含め、評価における詳細なルール作りが求められる。

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



チーム間連携情報共有シート（症例シート）の紹介と活用方法

社会医療法人 河北医療財団 河北リハビリテーション病院
 落合克典 (OT) 大澤智恵子 (PT) 森山広樹 (PT) 宮村紘平 (医師) 河面吉彦 (医師)

＜はじめに＞

河北医療財団は急性期～生活期までの様々な施設を有しており、東京都杉並区周囲の地域医療の確立を方針として掲げ、地域医療の実践を行っている。しかし、財団内での一貫した共通の情報共有ツールはなく、円滑な情報共有が行えていないと言われている。そのため、回復期リハビリテーション病院である当院では財団内の他施設との連携を強化する目的で症例シートを独自に作成し、運用を試みている。

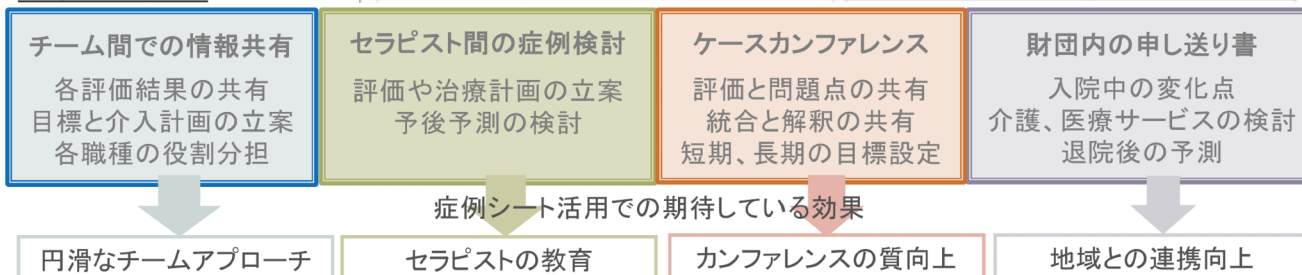


＜症例シートの概要＞

ICFを基盤とした情報共有ツールを作成。チーム間で評価や目標立案・介入計画を立て、定期的な見直しを行える書式となっている。

栄養状態・内服情報	短期目標
ICFの5項目と主観的体験	目標と介入計画をチームで立案
各職種の統合と解釈	退院後のサービスの検討
	長期目標の立案

＜活用方法＞



＜現在の症例シートの問題点＞

効果的な症例シートの活用は不十分
 当院スタッフや地域CMから挙げられた問題点

- 医療従事者のICFの理解不足(当院スタッフより)
- 評価項目の不十分さ(当院スタッフより)
- 活動・参加に繋がる介入の不足(地域のCMより)

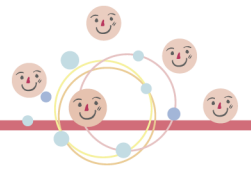
スタッフ教育と標準化された包括的な評価項目が必要

＜今後の展望＞

- 定期的なICFに関する勉強会の開催
- リハビリテーションセットの項目の説明書作成

2018年度より
 新書式の運用開始予定
 (リハビリテーションセットの導入)

今後、チーム間で精度の高い症例シートが作成できることを目指し、地域の医療機関や施設との連携を高められるシートとして運用が行えるよう、適宜検討を行っていく



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICF概念を活用した小児発達評価スケールの開発

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター
リハビリテーション科・発達評価センター 橋本圭司, 玉井 智

我々は、小児医療における支援内容や成果の指標として、ICFの「活動と参加」の概念を反映した簡易的評価尺度の開発を進めてきた。小児基本動作評価スケール、小児基本動作評価スケールTYPE T、小児摂食嚥下評価スケール、小児言語コミュニケーション評価スケール、小児活動・社会参加評価スケール幼児版、小児活動・社会参加評価スケール学童版などがそれぞれあり、今回はその概要を紹介する。いずれの評価スケールも信頼性・妥当性を検証済である。

姿勢の変換と保持 (d410-d429), 歩行と移動 (d450-d469)

Ability for Basic Movement Scale for Children (ABMS-C)

グレード	0	1	2	3
1 頸部保持	首が全くすわっていない	首を45度引き起こしても首が揺れている	首を90度引き起こしても首が揺れている	首を90度引き起こしても首が揺れていない
2 座位保持	全くお座りできない	手を支えればお座りできる	手を支えて10秒お座りできる	手を支えて10秒お座りできる
3 平面移動	全く平面移動できない	腹這いで移動	ズリハイ/ハイが移動	膝ハイが移動
4 立位保持	全く立てない	体を支えて10秒立てる	何かを掴んで10秒立てる	手を支えて10秒立てる
5 歩行	全く歩けない	手を支えて5歩歩ける	つかまり棒で5歩歩ける	手を支えて5歩歩ける

Miyamura K, Hashimoto K, Honda M. Validity and reliability of Ability for Basic Movement Scale for Children (ABMS-C) in disabled pediatric patients. Brain Dev 2011;33:508-11.

物の運搬・移動・操作 (d430-d449), 歩行と移動 (d450-d469)

Ability for Basic Movement Scale for Children (ABMS-C) Type T

グレード	0	1	2	3
口腔顔面	物を運搬したり動かすことができない	物を手前に出せる	顔と手前を動かすことができる	顔と手前を動かすことができる
手先	物を握り握りに動かすことができない	物を1本指さすことができる	物を2本指さすことができる	物を3本指さすことができる
片足	片足で立てない	片足で身体を動かすことができる	片足で身体を動かすことができる	片足でジャンプができる
両足	両足で1歩以上立つことができない	両足で1歩以上つま先立ちができる	両足をそろえてジャンプができる	スキップができる
階段	階段を登ることができない	手を扶着って一歩一歩階段を登ることができる	手を扶着って一歩一歩階段を登ることができる	手を扶着って階段を登ることができる

Hashimoto K, Miyamura K, Honda M. Evaluation of Ability for Basic Movement Scale for Children Type T (ABMS-CT) in disabled children. Brain Dev 2012;34:349-53.

食ること(d550), 飲むこと(d560)

Ability for basic swallowing scale for children (ABSS-C)

グレード	0	1	2	3
1 覚 醒	顔の刺激に反応しない	顔を少し覚醒する	顔を少し覚醒する	覚醒している
2 頸部保持	首が全くすわっていない	首を45度引き起こしても首が揺れている	首を90度引き起こしても首が揺れている	首を90度引き起こしても首が揺れていない
3 感覚過敏	全身の感覚過敏がある	口唇に物が触れるのを嫌がる	口唇に物が触れるのを嫌がる	感覚過敏がない
4 舌口唇運動	唇を閉じることができない	唇を閉じることができない	唇を閉じることができない	唇を閉じることができない
5 分泌物処理	常に唾液が口から溢れている	常に唾液が口から溢れている	口唇に唾液がこぼれ出す	口唇に唾液がこぼれない

Kamide A, Hashimoto K, Miyamura K, Honda M. Assessment of feeding and swallowing in children: Validity and reliability of the Ability for Basic Feeding and Swallowing Scale for Children (ABFS-C). Brain Dev 2015;37:508-14.

理解(d310-d329), 表出(d330-d349), 会話(d350) 一般的な対人関係(d710-d729)

Ability for Basic Language and communication Scale for Children (ABLS-C)

グレード	0	1	2	3
1 覚 醒	顔の刺激に反応しない	顔を少し覚醒する	顔を少し覚醒する	覚醒している
2 言語理解	声かけに反応しない	呼びかけ(声)に反応する	ジェスチャーや声かけに反応する	ジェスチャーや声かけに反応する
3 言語表現	発音ができない	アブー、アムムなどの音を出す	発音をする	発音をする
4 明 瞭 度	発音が不明瞭で聞き取れない	発音はわかる	発音はわかる	発音はわかる
5 社会性	発音がわからない	あやすと笑う	ハイハイをする	友達と遊ぶ

Tamai S, Hashimoto K, Yamada S, Oikawa E, Niihata K, Otsubo M, Takahashi K, Mori K. The Development of New Assessment tool of Speech-Language-Communication in children- An attempt to promote the use of children-related categories of ICF in Japan- WHO-FIC 2017, Mexico.

歩行と移動 (d450-d469), セルフケア (d510-d599), 家庭生活 (d610-699), 教育 (d810-d839), コミュニティライフ・社会生活・市民生活 (d910-d999)

Ability for basic physical activity scale for children (ABPS-C) [Pre school Ver.]

グレード	0	1	2	3
1 基本動作	ペグの上に乗る、起き上がるなどができない	ペグの上に乗る、起き上がるが一人ではできない	ペグの上に乗る、起き上がるが一人でできる	一人でペグの上に乗る、起き上がる
2 セルフケア	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアが必要である	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアを行うことができる	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアを行うことができる	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアを行うことができる
3 活動性	家で過ごすことがほとんどである	家で過ごすことがほとんどである	家で過ごすことがほとんどである	家で過ごすことがほとんどである
4 教 育	自宅内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない	自宅内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない	家庭内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない	家庭内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない
5 余暇活動	余暇活動は全くない	余暇活動は全くない	余暇活動は全くない	余暇活動は全くない

上出杏里: ICF-CY に基づいた小児の活動・社会参加評価尺度に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業国際生活機能分類(ICF-CY)の妥当性に関する研究 H26~28年度総合研究報告書.p42-46, 2017

歩行と移動 (d450-d469), セルフケア (d510-d599), 家庭生活 (d610-699), 教育 (d810-d839), コミュニティライフ・社会生活・市民生活 (d910-d999)

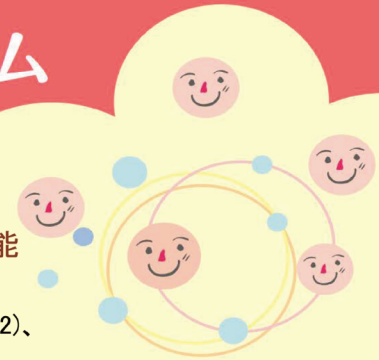
Ability for basic physical activity scale for children (ABPS-C) [School age Ver.]

グレード	0	1	2	3
1 基本動作	ペグの上に乗る、起き上がるなどができない	ペグの上に乗る、起き上がるが一人でできない	ペグの上に乗る、起き上がるが一人でできる	一人でペグの上に乗る、起き上がる
2 セルフケア	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアが必要である	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアを行うことができる	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアを行うことができる	食事や着替え、歯磨き、入浴などのセルフケアを行うことができる
3 活動性	家で過ごすことがほとんどである	家で過ごすことがほとんどである	家で過ごすことがほとんどである	家で過ごすことがほとんどである
4 教 育	自宅内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない	自宅内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない	家庭内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない	家庭内の生活で、家庭のルールや習慣がわからない
5 余暇活動	余暇活動は全くない	余暇活動は全くない	余暇活動は全くない	余暇活動は全くない

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



要介護高齢者の介護老人保健施設入所時・退所時・退所1年後の機能変化をICFステージングで追跡測定した調査結果についての一考察

安藤繁(1)(2)、折茂 賢一郎(2)、大河内二郎(2)、加藤誠(2)、佐藤龍司(2)、高椋清(2)、田後裕之(2)、田宮菜奈子(3)、井上崇(4)、鷲見よしみ(5)、水上直彦(5)

(1)介護老人保健施設若宮苑、(2) 全国老人保健施設協会、(3) 筑波大学、(4) 全国デイ・ケア協会、(5) 日本介護支援専門員協会
*以下、介護老人保健施設は「老健施設」、全国老人保健施設協会は「全老健」と表記

【背景および目的】 全老健は平成25年度に老健施設から在宅に退所した利用者を対象として、入所時から退所後1か月間にかけて状態像を調査し、ICFステージング及び5つの要約指標(1.移動及びADL、2.食事及びセルフケア、3.認知機能、4.周辺症状、5.社会参加)を用いて状態像の変化について分析した。さらに、平成26年度から平成27年度にかけて、調査期間を入所時から退所後約1年間と延長して改めて調査を行い、データの再現性と機能の変化を明らかにすることとした。

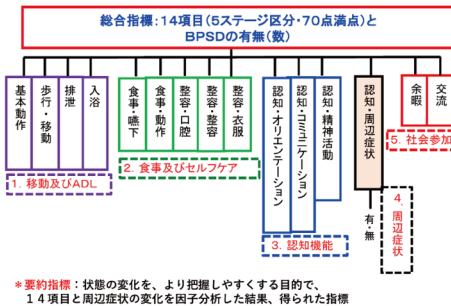
【方法】 同一の対象者に対し、老健施設入所中は施設職員、退所後は居宅の介護支援専門員等を評価者として、入所時・退所時・退所後1週間・退所後1か月・退所後3か月・退所後約1年の計6回、ICFステージングを用いた調査を実施した。一般化線形モデルにより各調査間における平均値の推移を把握するとともに、平均値の差が有意かの確認を行った。

【調査結果】 平成26年度～27年度調査 回収状況(分析対象数)及び結果

	第1回 入所時	第2回 退所時	第3回 退所後1週間	第4回 退所後1か月	第5回 退所後3か月	第6回 退所後約1年
対象者	504	504	494	474	333	195

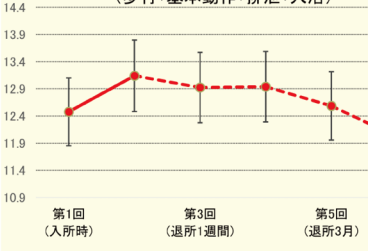
調査対象は第1回から第6回まで同じ利用者。
開始時:504件、平均年齢86.14歳。
最終時(第6回調査時):313件※
(内、118件は途中中断のため分析対象から除外/中断理由は、入院26.3%、他の介護施設入所28.8%、死亡30.5%、他14.4%)
※長期に渡る調査のため回収数自体も開始時から減少している。

※参考:ICFステージング項目と要約指標*

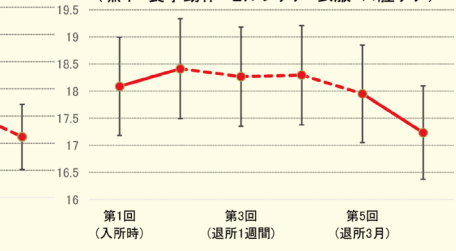


※下図は平均値の差が有意であるもの(T検定:0.5水準)を実線で表記。エラーバーは平均値の95%の信頼区間を示す。

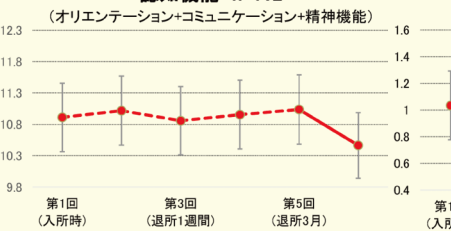
移動及びADL n=65 (歩行+基本動作+排泄+入浴)



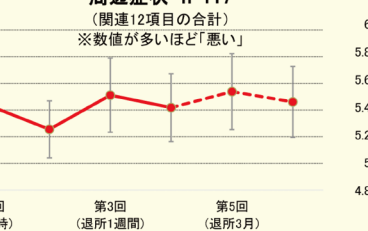
食事及びセルフケア n=102 (嚥下+食事動作+セルフケア+衣服+口腔ケア)



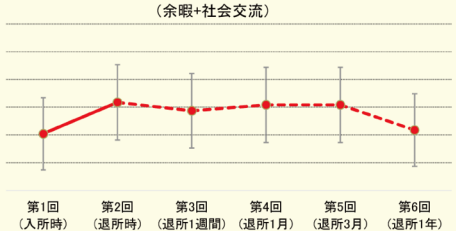
認知機能 n=112 (オリエンテーション+コミュニケーション+精神機能)



周辺症状 n=117 (関連12項目の合計)



社会参加 n=115 (余暇+社会交流)



5つの要約指標に基づく加算スケールを検討したところ、老健施設入所から在宅生活における退所者の状態像変化については、前年度までの調査とほぼ同様の結果が得られ、データの再現性が確認された。その結果として、いずれの指標においても、利用者の機能は入所中大幅に改善した。

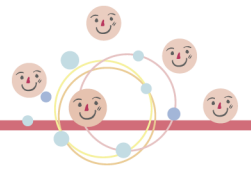
その後、退所後3か月後までは状態が維持されるものの、退所からおおよそ1年後となる間において低下傾向がみられた。社会参加については、在宅復帰した高齢者においては比較的長い間保たれていることが分かった。

【結語】 入所によるリハビリテーションにより、諸機能および社会参加は大幅に改善するが、退所後から社会参加以外の諸機能は低下を始め、3～6か月ごろに入所前の機能まで低下し、退所約1年後には入所した状態よりも低くなっていた。一方、社会参加については在宅期間を通じてほぼ保たれていた。

在宅期間においても、通所・訪問等によるリハビリテーションを行うか、短期入所療養介護によりリハビリテーションを集中的に行うことが望ましい。そして、老健施設の「リピーター利用」が有用であろうことが示唆された。

【考察】 再現性から、ICFステージングの指標としての妥当性と信頼性を確認することができたと考えられる。また、ICFステージングを共通言語として用いることで、利用者の居場所にかかわらず多職種による評価が可能となり、在宅高齢者の機能維持・向上のための介入等に資することにつながることを示唆された。

※本ポスターは著者が第27回全国老人保健施設大会大阪において全老健研究事業報告として発表したものを簡略化・改変したものである。



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICFを用いた発達障害児者の個別教育支援ICTシステム”PICOTTO”の紹介

小越咲子*1 小越康宏*2 斉藤徹*1 武澤友広*3 三橋美典*2 中井昭夫*4

福井工業高等専門学校*1 福井大学*2

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター*3

兵庫県立リハビリテーション中央病院*4

近年、発達障害をかかえ、学習面や生活面において通常学級においても特別な教育ニーズを有する子どもへの特性に応じた教育・支援が課題となっている。しかし、発達障害は状態像がつかみにくく100人100様の状態像をもち、各児の特徴に応じた支援には不十分な面が多い。本研究では、上記の問題とその解決法を実現するために、発達障害児者の個人特性に応じた教育支援を行うICTシステムの開発を行った。現在福井県内でシステムの運用を行っている。本システムでは発達障害児者の個人特性を把握するために、日々の学校内、家庭内、地域内での行動履歴を蓄積する。さらにICFコードを用いて行動データと支援環境データの連結を行うことで、支援プランを導き出し、個人の特性にあわせた支援を提供する。これにより、発達障害児者の個別ニーズに応じた即時的動的な教育支援が可能となると考えられる。

目的

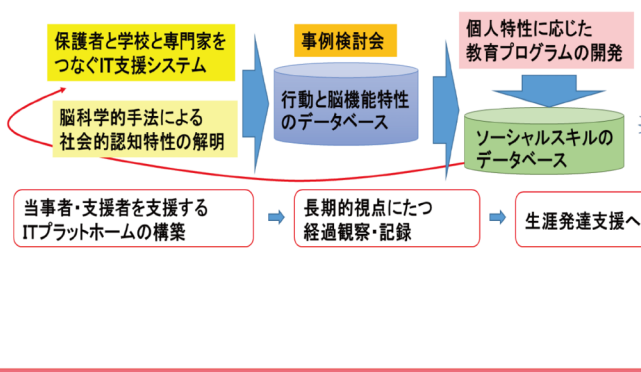
2016年4月1日より「障害者差別解消法」が施行された。この中にある「合理的配慮」とは、特別支援の必要な児童生徒に対し、環境整備などの配慮を行うことが含まれている。本プロジェクトでは、学校・家庭・専門機関の連携したICTを用いた個別教育支援システムを開発し、就労につながるスキル獲得のため、様々な視点から個人の特性にあった支援を行うことを目的とする。

特に発達障害者の長期的継続的支援について、下記の観点から実現する支援システムの研究開発を行う。

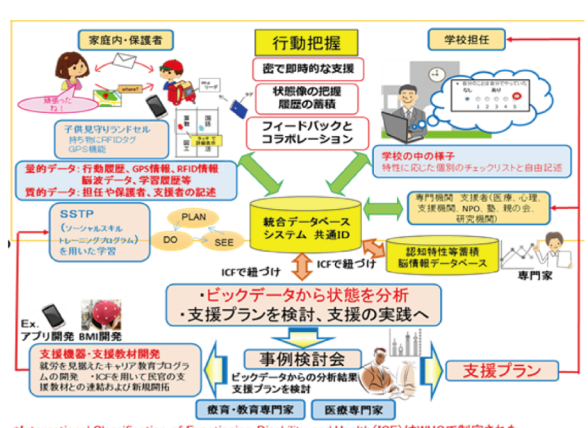
- 1. 学校・家庭・民官の専門機関の連携したICT協働基盤の構築
- 2. IoT技術を用いた行動データ収集の仕組みの開発・実装
- 3. 分析による個人の特性に適した支援教材の導出
- 4. 脳情報を用いた認知特性の解明とBMI教材の開発
- 5. ICFコードを用いたシステム連結によるニーズと支援のマッチング
- 6. 個人の特性に適した個別教育支援計画と支援の提案

方法

個人を行動・生理（脳波等）・学習の観点から特徴把握を行う。実際に支援を行いながら、学校と家庭内での行動データを時系列で蓄積し、行動履歴データの解析を行い、個人の特徴を把握し、個別に動的に支援案を提案。

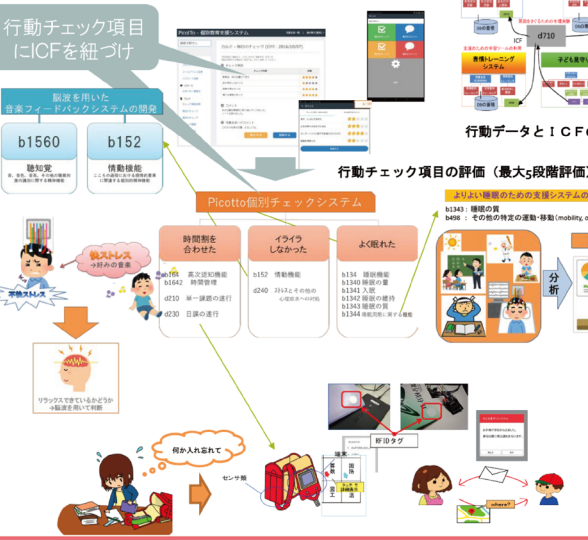


システム概要



*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) はWHOで制定された、「生活機能・障害・健康の国際分類」で「健康状態」「心身機能・構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」を表現するコード

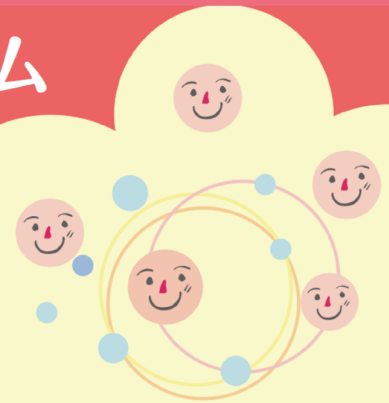
どのように動的に個別の特徴と支援を結びつけるのか
行動項目と支援機器のICFコードを用いた連結



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



ICFを用いての難病患者の家族介護者へのレスパイトケアの指標開発

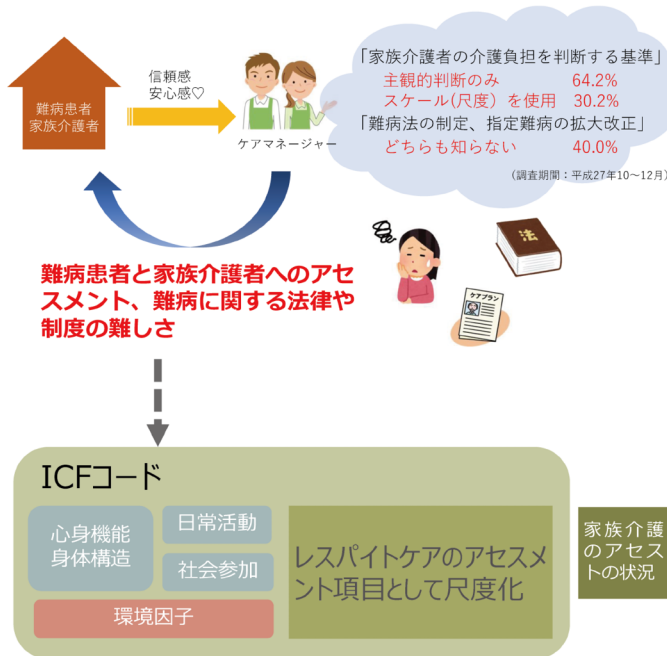
奈良県立医科大学 公衆衛生看護学 小松雅代 城島哲子

背景と目的

難病患者を取り巻く在宅療養環境は、①難病法の成立による指定難病数の増加②難病の多様な症状に対する支援の難しさから在宅難病患者(以下、難病患者)を支援する側のマンパワー不足と知識不足が生じている。また、地域包括ケアシステムに代表される在宅療養の推進は、家族介護者の高齢化による家族介護者の身体的・心理的介護負担の増大が懸念される。そのため、難病患者と家族介護者のレスパイトケア(休息的ケア)を円滑に進めるには、レスパイトケアの要否やサービス提供の時期等の判断が重要となる。今回、国際生活機能分類(ICF)が、難病患者の家族介護者へのレスパイトケアのアセスメントツールとして活用できるかを検討した。

対象 奈良県内の介護支援専門員 (150事業所) *有効回収率：39.7%

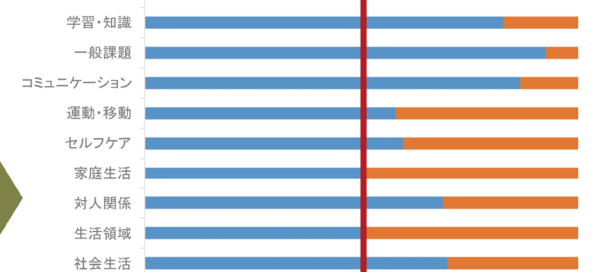
調査内容 基本属性、ケアマネ自身の健康関連QOL(SF-8)、レスパイトケアアセスメント項目(ICF)、難病法に関する認知程度



心身機能(生理的)・身体機能(解剖学的)



活動・参加の能力



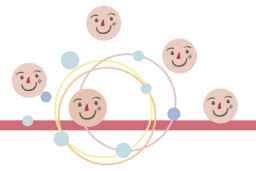
環境因子



結論1 身体的機能や一般課題に対する理解度、コミュニケーションに関する項目は積極的にアセスメントされていた。

結論2 しかし、生活領域や環境因子に関するアセスメントを実施している割合は低かった。

結論3 レスパイトケアのアセスメント項目としては、ICFの基本構造から捉えられると思われるが、コードの尺度活用には十分な研究が必要である。



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

WHO-DAS2.0による生活機能障害の把握と その活用可能性の検討

—日本国内におけるこれまでの試行評価結果をもとに—

大野賀政昭¹⁾、木下隆志²⁾、松本将八²⁾、筒井孝子²⁾

1) 国立保健医療科学院、2) 兵庫県立大学大学院経営研究科

1. 研究の背景と目的

WHO-DAS2.0はICFコードを用いた計測ツールとは異なる視点からの障害の評価をするためにWHOで開発されたアセスメントツールである(Ustin et al, 2004)。このWHO-DAS2.0はすでに日本語化されているものの、その臨床適応には課題が多いことが報告されている(筒井, 2014)。しかしICFの概念に基づいて、主観的な日常生活機能や社会参加を評価するアセスメントは、これまでのツールにはなく、この標準化が進めば、要援護者への支援への活用も考えられる。そこで本研究では、障害者を対象として実施された調査で収集されたWHO-DAS2.0日本語版(36項目版自己記入式)のデータを用いて、生活機能障害の把握を行い、その活用可能性を検討することを目的とした。

2. 研究方法

A県B市の障害者(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳所持あるいは、難病患者入院見舞金の申請者)500人を対象に平成26年8月に郵送にて調査が実施され、347件が回収された(69.4%)。匿名化された調査データを収集し、基本属性とWHO-DASによる評価結果との関連性を分析した。

3. 研究結果

1) 分析データの概要

平均年齢は60.7歳(SD±22.7)、年齢区分で見ると65歳以上が54.7%と過半数を超えていた。手助けの必要性は、「介護・介助は必要ない」51.3%と自立しているものが多く、手帳の種類から見ると、「身体障害者手帳のみ」48.4%、「精神保健福祉手帳のみ」8.9%、「療育手帳のみ」7.8%であった。

2) WHO-DAS2.0の領域別スコア

WHO-DASの6つの領域のうち、最もスコアが高かったのは、(6)社会参加42.3、次いで(5)日常生活(屋外)34.6、(4)人付き合い33.5、(5)日常生活(屋内)32.6、最も低いのは(3)自己管理17.5であった。

WHO-DASの設問別回答傾向(5)2と(6)みると、今回対象では、(5)の設問でN/Aが多かった。

3) ADL, IADLスコアの状況とWHO-DASスコアとの関連性

ADL, IADLスコアの状況とWHO-DASスコアとの関連性を重回帰分析を実施し検討した。ADL, IADLスコアともに(5)日常生活(屋外)(6)社会参加以外で関連性が示された。

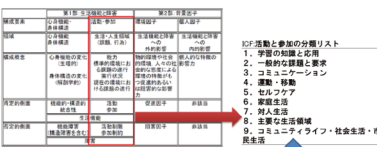
4. 考察および結論

WHO-DAS2.0の自己記入版によって、障害種類別の生活機能障害の特徴が明らかにされたことは、重要な知見と考えられた。また、(5)日常生活(屋外)(6)社会参加は、障害領域での活用可能性が示された。

ただし、本研究でも示されたN/Aの多さを克服するためには調査法の検討が引き続き必要と考えられた。

本研究は、平成25年度～27年度文部科学省研究費(基金)若手(B)「WHO-DAS2.0日本語版の評価ガイドラインの開発とその臨床応用に関する研究」の助成を受けて実施した。演説発表に際し開示すべきCO関係にある企業等はありません。

図1 ICFの構成概念とWHO-DAS2.0の評価項目



WHO-DAS2.0において評価する生活上の6つの領域
・領域1: 認知 - 理解と意思の疎通
・領域2: 運動能力 - 動くこと
・領域3: 自己管理 - 掃除・掃除、着衣、食事、一人で過ごす
・領域4: 人付き合い - 他人との交流
・領域5: 日常生活 - 家庭での責任、レジャー、仕事・学校
・領域6: 参加 - 地域活動への参加、社会への参加

表1 WHO-DAS2.0日本語版(※)・質問項目一覧

Table with 2 columns: Item ID and Question text. It lists 36 items related to WHO-DAS2.0, such as 'D1-1. 1. 知識の活用を行うことに関する項目' and 'D6-8. 自分がボランティア活動などに参加しているかどうか'.

表2 調査対象となった者の基本属性

Table showing demographic data of the study population. Columns include '属性' (Attribute), '人数' (Number), and '割合' (Percentage). Rows include '年齢区分', '性別', '障害者手帳の種類', etc.

表3 WHO-DASスコア(所持手帳別)

Table showing WHO-DAS scores categorized by type of disability certificate held. Columns include '属性' (Attribute), '平均値' (Mean), 'SD' (Standard Deviation), and '範囲' (Range). Rows include '認知と知識の活用', '運動能力', etc.

表4 ADL・IADLスコアと領域別WHO-DASスコアの関連性

Table showing the correlation between ADL/IADL scores and WHO-DAS scores by domain. Columns include '領域' (Domain), 'ADLスコア' (ADL Score), 'IADLスコア' (IADL Score), and 'P値' (P-value).

図2 WHO-DAS 2.0のバージョン

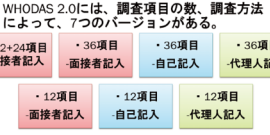


図3 WHO-DAS 2.0のフラッシュカード

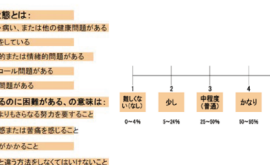


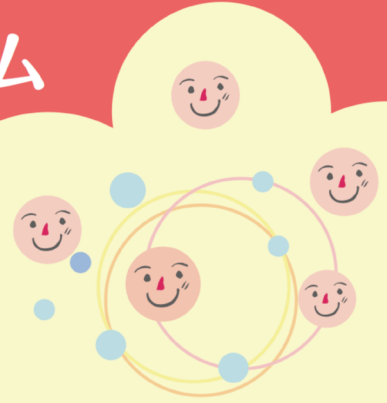
表5 WHO-DASの設問別回答傾向(5)-2と(6)

Table showing the response trends for WHO-DAS questions (5)-2 and (6). It includes a grid of counts for different response categories across various domains.

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

~ひとりひとりが輝く未来社会を目指して~



ICFに基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築

向野雅彦¹⁾ 山田 深²⁾ 園田 茂³⁾ 出江紳一⁴⁾ 水間正澄⁵⁾ 才藤栄一¹⁾

- 1) 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座
- 2) 杏林大学医学部リハビリテーション医学講座
- 3) 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学II講座
- 4) 東北大学大学院医工学研究科リハビリテーション医工学分野
- 5) 医療法人社団輝生会

背景

国際生活機能分類(以下ICF)はWHOにおいて2001年に採択されて以来、臨床への普及への取り組みが進められている。
本プロジェクトでは、臨床への普及促進のため、ICFの基本構造に基づき、かつ臨床に親和性の高いデータ収集の仕組みを作成することに取り組んでいる。

ICFの実用上の問題点

- 分類の多さ
ICFは1400以上の分類項目から構成されており、一人一人に対して全ての評価を行うことは難しい
- 項目と定義の複雑さ
非常に詳細な定義がそれぞれの項目に用意されているが、項目によってはその名称や説明が臨床家に馴染みがないものがある
- 検者間信頼性
評定の仕組みが用意されているが、臨床でそのまま用いるには信頼性が不十分であることが指摘されている

本プロジェクトのアプローチ

分類の多さに対して
→ICFコアセット*、特に「リハビリテーションセット」の利用

*ICFコアセット
- コアセットとは、1400以上あるICFの項目から、評価対象項目を選びやすくなるため、国際的な専門家のワークショップを通じて疾患ごとに重要な項目を選択して作成されたもので、脳卒中、脊髄損傷など、これまでに30以上の疾患別コアセットが発表されている。
- さらに疾患横断的なコアセットとして、7項目の「一般セット」と30項目の「リハビリテーションセット」があり、この二つは既存のデータベースから統計学的手法を用いて作成された。
- 日本においては、2015年にコアセットの書籍の日本語版が刊行されている。

項目と定義の複雑さに対して

→簡潔で直感的な説明文**の作成と利用

**簡潔で直感的な説明文
- 簡潔で直感的な説明文 ("Simple, intuitive descriptions") とは、臨床家にとってわかりやすい
- 簡潔で直感的な説明文を作成するプロジェクトは2014年から開始され、中国及びイギリスの国内学会を皮切りに、8カ国がこれまでにプロジェクトに参加、さらにヨーロッパの7カ国で参加の検討が進められている。日本においても、ICF research branchの協力のもと、平成28年に日本リハビリテーション医学会のICF委員会、データマネジメント委員会と厚労研ICF研究班の共催で、日本語版を作成するためのワークショップが開催された。

検者間信頼性に対して

→二つのアプローチで臨床的に応用可能なモデルを作成

アプローチ①

採点しやすい仕組みの作成 (補助ツールの作成)

1) 採点リファレンスガイドの作成

作成プロセス

多職種の医療者3名による採点 (共通の患者9名)

認知インタビュー

(何に着目して採点したか、なぜその点を付けたか、なぜそれ以外の点数をつけないかったかを詳細にインタビューアが聴取)

採点者によるディスカッション

(共通の基準となりうるポイントをインタビューアを交えて一つの基準について議論し、草案を作成)

ICF専門家によるレビュー

(項目間の整合性およびICFの定義に照らした基準の妥当性について議論)

リファレンスガイドを収載した

採点用コンピューターアプリケーションの作成と検者間信頼性の検討



d項目の重み付け κ 係数 (n=46)	
d230 日課の遂行	0.70
d240 ストレスとその他の心理的要求への対処	0.78
d410 基本的な姿勢の変更	0.80
d415 姿勢の保持	0.79
d420 移乗	0.78
d450 歩行 (屋内)	0.75
d450 歩行 (屋外・懸階段)	0.62
d455 移動	0.77
d465 用具を用いての移動	0.69
d470 交通機関や手段の利用	0.67
d510 自分の体を洗うこと	0.84
d520 身体各部の手入れ	0.82
d530 排泄	0.90
d540 更衣	0.81
d550 食べること	0.89
d570 健康に注意すること	0.58
d640 調理以外の家事	0.78
d660 他者への援助	0.72
d710 基本的な対人関係	0.89
d770 親密な関係	0.66
d850 報酬を伴う仕事	0.66
d920 レクリエーションとレジャー	0.69

アプローチ②

既存のスケールを使った情報収集

Linking rule (Cieza et al, 2002, 2005, 2016) に基づき、既存のスケールを用いて情報収集を行う仕組みを作成

例: FIM (Functional Independence Measure)

更衣 (上) → d540 更衣
更衣 (下) → d540 更衣
入浴 → d510 自分の身体を洗うこと

既存のスケールのリスト

FIM
MoCA
SIAS
...
→ Rasch分析に基づく変換表 → ICFコアセット 日本版評価セット

脳卒中症例(n=151)を対象としたデータ収集とRasch分析を用いた変換表作成のトライアル

- 年齢で層別化し、Rasch分析を実施
- 適合は十分とは言えないものの、テストレリアアプローチ(項目のグルーピング)によって適合には改善が得られた
- さらに症例を増やしてトライアルを行う予定

Original sample	n	Location		Fit Residual		Item-trait interaction			Reliability WITH NO extrms	PSI				
		Item	Persons	Item	Persons	Value	df	p						
Overall	151	0.000	1.166	0.890	0.637	0.120	1.811	0.003	1.238	879.9	222	0.000	0.969	0.969
Under 70	75	0.000	1.533	0.807	0.855	0.114	2.582	-0.098	1.677	417.0	68	0.000	0.945	0.945
Testlet	75	0.000	0.142	0.236	0.369	0.153	1.284	-0.261	0.828	16.1	8	0.040	0.670	0.707
Over 70	76	0.000	1.417	0.607	0.809	0.202	1.786	0.068	1.527	275.6	68	0.000	0.950	0.950
Testlet	76	0.000	0.192	0.220	0.241	0.342	1.282	-0.453	1.187	17.9	8	0.022	0.744	0.707

Item	Mean	SD	Lower	Upper
1	1.22	1.12	0	3
2	0.75	0.81	0	3
3	0.81	0.81	0	3
4	0.23	0.23	0	3
5	0.81	0.81	0	3
6	0.63	0.63	0	3
7	0.23	0.23	0	3
8	0.23	0.23	0	3
9	0.63	0.63	0	3
10	0.63	0.63	0	3
11	0.63	0.63	0	3
12	0.63	0.63	0	3
13	0.63	0.63	0	3
14	0.63	0.63	0	3
15	0.63	0.63	0	3
16	0.63	0.63	0	3
17	0.63	0.63	0	3
18	0.63	0.63	0	3
19	0.63	0.63	0	3
20	0.63	0.63	0	3
21	0.63	0.63	0	3
22	0.63	0.63	0	3
23	0.63	0.63	0	3
24	0.63	0.63	0	3
25	0.63	0.63	0	3
26	0.63	0.63	0	3
27	0.63	0.63	0	3
28	0.63	0.63	0	3
29	0.63	0.63	0	3
30	0.63	0.63	0	3
...

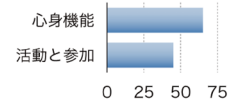
ICFに基づくデータベースの作成へ

簡易なデータセットによるスクリーニング

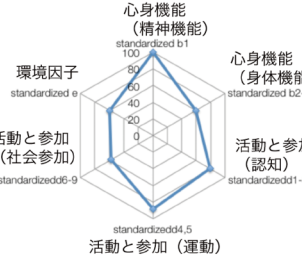
項目ごとの評価

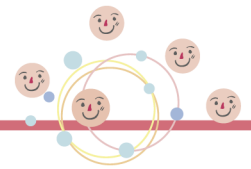
Score	M	D	B	H
b130	2	✓		
b134	2	✓		
...				
d230	1			✓
d240	2			✓
d410	1	✓	✓	
d415	3	✓	✓	
...				

標準指標化



既存のスケールを加えた拡張版データセットによる詳細な評価

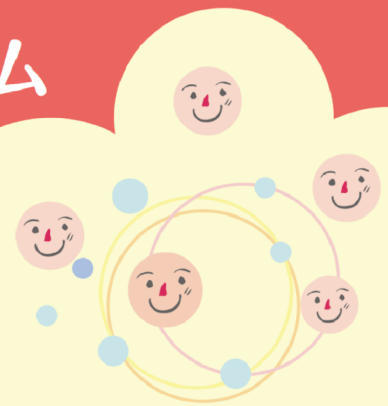




第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



ICFの環境因子としての福祉用具

井上剛伸, 中山剛, 石渡利奈

国立障害者リハビリテーションセンター研究所

福祉用具とICF

福祉用具は、生活において重要な役割を果たし、その重要性はますます高まっている。2006年に採択された国連障害者の権利条約においても、福祉用具に関係する記述が21箇所に見受けられ、その点でも重要性が示されている。WHO国際生活機能分類(ICF)においても、環境因子の第1章製品と用具の中に位置づけられており、表1に示す7項目が設定されている。また、WHO国際分類ファミリには、関連分類としてISO9999福祉用具の分類と用語が位置づけられ、ICFよりも詳細な分類が示されている。今回、ICFの環境因子とISO9999の関連性について調査を行ったので、その結果を以下に示す。

ICFとISO9999における福祉用具の分類の比較

ICFの福祉用具の項目と、ISO9999の大分類の関係および世界最大級の福祉用具データベースであるドイツのREHADTを基にICFの項目に該当する製品数の調査結果を表1に示す。

結果から、e1151日常生活で個人が使用する福祉用具の分類項目は、他の項目に比べてISO9999の大分類の項目が多く、製品数も多いことが分かる。すなわち、この分類項目は他に比べると大きい範囲をカバーしていることになる。

表1 ICFの環境因子とISO9999および福祉用具製品数

ICF環境因子における福祉用具の項目	ISO9999(大分類項目)	製品数
e1151 日常生活で個人が使用する福祉用具	06 義肢装具, 09 パーソナルケア関連用具, 15 家事用具, 18 家具、建具、建築設備, 24 操作用具, 27 環境改善機器・作業用具	8,367
e1201 屋内外の移動のために個人が使用する福祉用具	12 移動機器, 18 家具、建具、建築設備(椅子、ベッドなど)	1,865
e1251 コミュニケーションのための福祉用具	22 コミュニケーション・情報支援機器	1,309
e1301 教育のための福祉用具	05 技能訓練用具(教育関係)	0
e1351 就労のための福祉用具	28就労および就労訓練機器	139
e1401 文化、レクリエーション、スポーツのための福祉用具	30 レクリエーション用具	196
e1451 宗教関連の製品と用具	該当無し	0
該当無し	04 医療用具, 05技能訓練用具(教育以外)	-

福祉用具に関するICF環境因子の改訂提案

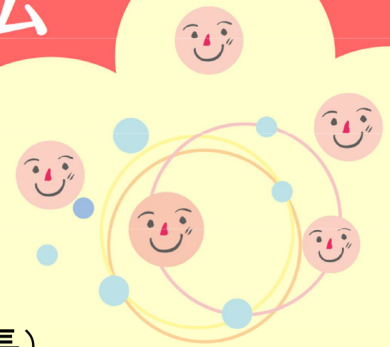
以上の結果より、E1151日常生活で個人が使用する福祉用具については、より細かい分類を設定した方が、利用しやすい分類となる。その候補として、ISO9999の大分類を基本としてICF環境因子の項目を設定することが、一つの案として考えられる。

今後、具体的な改定案作成に向けて、さらなる調査研究を実施する予定である。

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



厚生労働省のICFに関する取り組み

著者: 森 桂 (日本WHO国際統計分類協力センター長)

<要約>

厚生労働省では、ICFの普及及び推進を目的に、公開シンポジウム(①)や国内の専門家から成るICF(生活機能分類)専門委員会(②)を社会保障審議会統計分科会の下に組織して運営している。また、本年度は、WHOからの調査依頼に基づき、医療現場等でのICFの利活用状況を把握するためのICFサーベイ(③)を国内に展開し、以下のとおり回答状況を取りまとめたところである。

① 当省が主催するICFに関するシンポジウム(タイトル)のこれまでのあゆみ

- 第1回 平成22年1月 共通言語としてのICFの教育・普及を目指して
- 第2回 平成23年1月 共通言語としてのICFの教育・普及を目指して
- 第3回 平成24年12月 実用化に向けた課題と対策について
- 第4回 平成27年3月 共通言語としてのICF普及の新時代を拓く
- 第5回 平成28年2月 環境因子としての支援機器の可能性について
- 第6回 平成29年3月 (ICF) 具体的活用事例

② 当省が事務局として運営するICF専門委員会の委員12名

石川 広己、出江 紳一、井上 剛伸、大谷 俊郎、奥平真砂子、小原 秀和
鎌倉やよい、才藤 栄一、齋藤 秀樹、中村 耕三、橋本 圭司、林 玲子



<シンポジウム会場の雰囲気(第6回)>

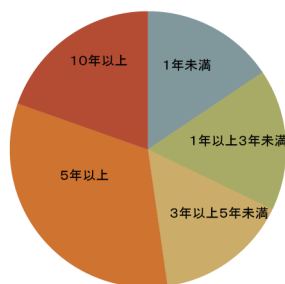
③ ICFサーベイの結果

本年7月にFDRG事務局より、ICFの認知度や活用度を調査するため、メンバー国にICFサーベイが送付された。当室では、第6回シンポジウムの参加者を中心に調査用紙を配付し、約200人から回答があった。回答者の大半は医療機関に就いている20~40代の者であり、主な回答の内訳は下記コメントと共にグラフにて表示した。

1. ICFの使用期間

ICFを使い始めてからの期間は「5年以上」が全体の3割を超えて最も多く、次いで「10年以上」であった。

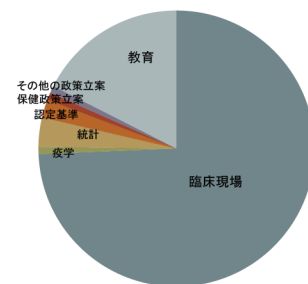
1. ICFの使用期間



2. ICFの用途

ICFを使用する用途は、「臨床現場」が全体の7割を超えて最も多く、次いで「教育」であった。

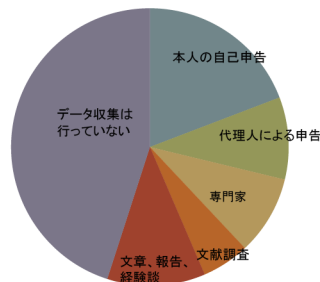
2. ICFの用途



3. ICFデータの収集源

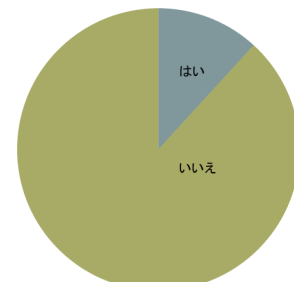
ICFを使ったデータ収集をしている場合のデータ源は、「本人の自己申告」によるものが約2割と最も多いが、全体では、「データ収集は行っていない」が約半数を占めていた。

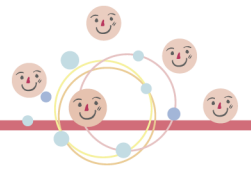
3. ICFデータの収集源



4. ICF評価点の活用有無

ICFの評価点の活用について、実際に使用しているケースは全体の約2割程度と少数であった。





第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICFを活用した医療・福祉連携

～稲城市における介護職種向け研修の活動報告～

及川暁¹⁾、田中竜太郎²⁾、鶴岡麻貴³⁾、吉内真也⁴⁾、松永潤¹⁾

稲城市立病院 リハビリテーション科 理学療法士¹⁾、特定医療法人研精会介護老人保健施設デンマークイン若葉台 リハビリテーション科 理学療法士²⁾、社会医療法人河北財団あい訪問看護ステーション平尾 作業療法士³⁾、稲城市福祉部高齢福祉課 理学療法士⁴⁾

はじめに

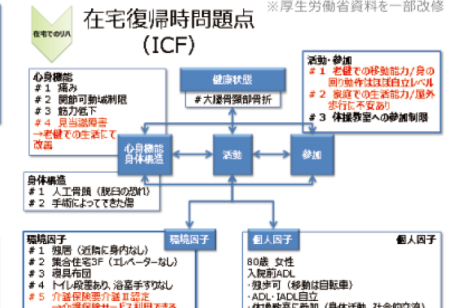
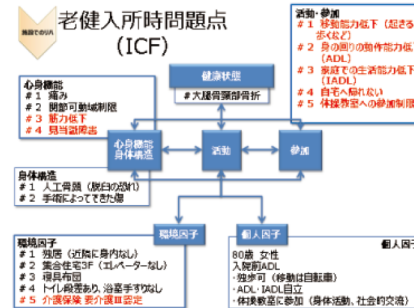
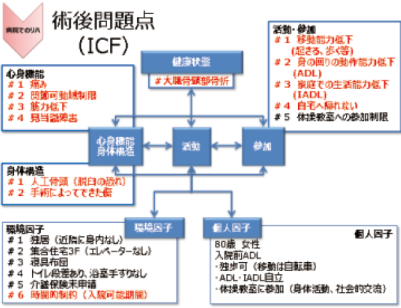
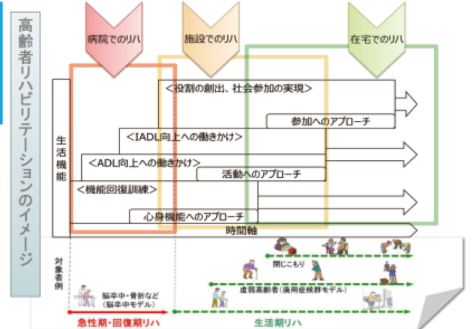
高齢化が進む我が国において、高齢者の自立を支援していくためには医療・介護・福祉領域における多職種連携が必要不可欠である。多職種間で問題点や目標を共有する為の共通言語としてICFの活用が期待されている。東京都稲城市では在宅医療・介護連携推進事業の一環としてリハビリテーション専門職による「介護職種向け研修」が行われた。リハビリテーション専門職が、なにを考え、どのようにアプローチしていくかを他職種へ紹介するにあたり、一部ICFを活用したため以下に報告する。

目的・方法

目的：介入時期の変化に応じて、リハビリテーションの問題点や目標も変化することを介護職種に紹介すること
方法：架空症例を設定し病院・老人保健施設・在宅医療に従事するリハビリテーション専門職が、各時期における問題点と目標をICFを用いて抽出した
なお研修内容のフィードバックのため参加者にアンケートを実施した

症例

80歳女性 右大腿骨頸部骨折（人工骨頭置換術施行）術後、軽度の見当識障害あり
受傷前独居 独歩可能 近隣に子供や親戚は住んでいない
集合住宅3階（エレベーターなし）寝具は布団トイレ洋式（段差あり）浴槽は半埋め込み（手すりなし）
認知機能は問題なし 普段の屋外移動は自転車
ADL、IADLは自立 積極的に体操教室などに参加して、身体活動、社会的な交流を維持していた



目標：退院に必要な（最低限の）基本動作やADL・IADLの獲得、自立度の向上

- 早期離床、活動性向上
→術後のリスク軽減
- 原疾患の改善（心身機能の改善）
→ROM改善、筋力向上、疼痛緩和、精神賦活など
- 自主練習方法の獲得

目標：在宅生活に必要なADL・IADLの獲得

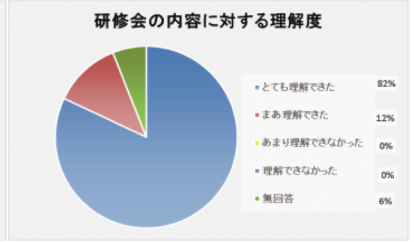
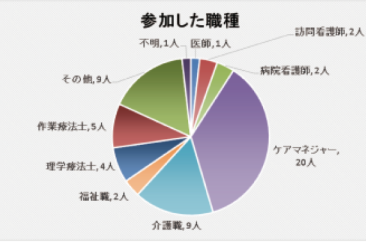
- 在宅状況の把握
- 活動能力の改善
→歩行能力の改善、在宅生活で行う応用動作能力の獲得・向上
- 自主トレーニングの獲得
- 多職種協働による生活リハビリへの移行

短期目標：自宅で安全に過ごせる

- 自宅での生活動作/環境確認
→禁忌部位を避ける生活動作の確認を含む
自主トレーニングメニューの提案/確認
- 長期目標：体操教室へ行く事ができる
- 体力/筋力の底上げ
屋外歩行訓練
外出時の動線を確認した上での歩行スタイルの検討
援助者の有無の確認

アンケート

対象：研修会に参加した55名
回収率：90.9% (50/55)
<アンケート内容> ※今回は職種と理解度のみをデータとして紹介する
・職種
・研修会の内容に対する理解度
・リハビリテーション専門職に期待すること
・研修会の感想
・今後のテーマについて



まとめ

今回の研修は東京都稲城市が主催し、急性期・回復期・生活期のリハビリテーション専門職が共同で行った。介入時期の異なる専門職が共同で研修会を行うにあたり、ICFを活用することで、一人の対象者が入院してから在宅生活へ復帰していくまでの継続的变化を、わかりやすく表現することができた。アンケートでも、回答者の94%が研修会に対して「理解できた」と回答していることから、研修参加者にも効果的に伝えることができたと言える。今回の取り組みを通じて、ICFを共通言語とすることでリハビリテーション・介護職種などの多職種による情報共有と、急性期・回復期・生活期にまたがる情報伝達の流れを、円滑に進めていく一助となる可能性が示唆された。

■協力

日本医学会

公益社団法人 日本医師会

一般社団法人 日本内科学会

一般社団法人 日本病院会 日本診療情報管理学会

公益社団法人 日本看護協会

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

公益社団法人 日本理学療法士協会

一般社団法人 日本作業療法士協会

一般社団法人 日本言語聴覚士協会

日本脊髄障害医学会

ソーシャルケアサービス従事者研究協議会

公益財団法人 テクノエイド協会

公益社団法人 日本医療社会福祉協会

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

公益社団法人 日本介護福祉士会

公益社団法人 日本社会福祉士会

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟

日本保健医療福祉連携教育学会

公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会

一般社団法人 日本精神科看護協会

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会

特定非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会

一般社団法人 日本在宅医学会

日本在宅ケア学会

一般社団法人 日本老年医学会

公益社団法人 全国老人保健施設協会 (順不同)

厚生労働省

政策統括官付参事官付

国際分類情報管理室

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2

TEL 03-5253-1111 (内線 7493)

シンポジウム事務局 (オスカー・ジャパン(株)内) 平日10:00~12:00、13:00~16:00

〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹

TEL 0422-24-6817 FAX 0422-24-6812

当日配布プログラム正誤表

当日シンポジウム会場で配布したプログラムに下記誤りがありました。

お詫びして訂正致します。

なお、本アップロード版では修正済みです。

誤) P5 大冢賀政昭様 ご所属

「国立保健医療科学院主任研究官一般社団法人 日本作業療法士協会会長」

正) P5 大冢賀政昭様 ご所属

「国立保健医療科学院主任研究官」