

生活機能分類の活用に向けて ～共通言語としての ICF の教育・普及を目指して～ 報告書の刊行にあたって

国際生活機能分類は、2001年の第54回世界保健総会において承認を得てWHOが定めた国際基準であり、単に心身機能の障害による生活機能の障害を分類するという考えではなく、活動や社会参加といったいわばプラスを引き出す観点から人の健康を評価しようというものである。WHOはこの分類を保健医療分野における様々な評価指標として活用することを推奨している。

WHOは国際分類ファミリーネットワーク会議において、ICFを検討するFDRG（生活機能分類グループ）を2006年に設置し、普及啓発、教育などに関する活発な議論を行っているところであり、日本に対しても積極的な参加と貢献を期待している。

この動きを受けて2006年7月、わが国では社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会を立ち上げた。本委員会は、国際的な動向に呼応するとともに、国内において「生活機能分類」を基本的な統計分類とするため、普及を目的とする専門的事項を検討していただくことにしたものである。

我が国においては既にいくつかの政策において、生活機能という考えは導入されているが、このような国内における様々な適用に際して、汎用性や利便性の高い標準分類としての機能を維持し、発展させることが期待されている。

昨年度開催された社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会において2回にわたって、各委員から活用事例の報告が行われ、非常に有意義な議論が行われたことから、更に幅広く国民の皆様にお伝えするべきとのご意見により、シンポジウムを開催する運びとなった。本報告書は、このシンポジウムにおける発表資料及び関連資料をとりまとめたものであり、今後のICFの検討過程において本報告書を活用していただければ幸いである。また、ICFに関する異職種間の情報交換が活発化し、連携が促進されることを期待している。

平成22年9月

厚生労働省大臣官房統計情報部長
高 原 正 之

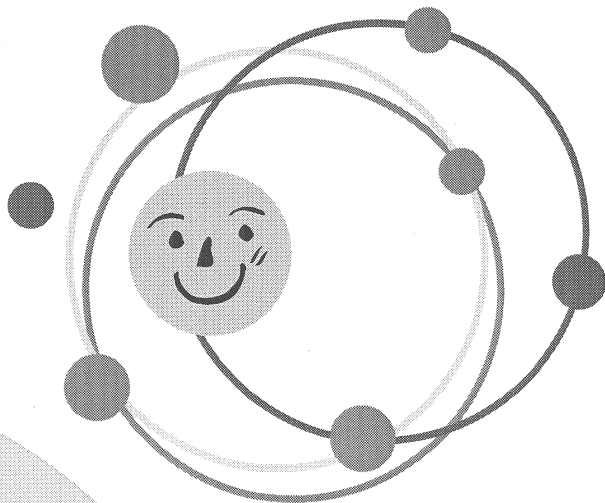
目 次

刊行のあたって

1. シンポジウム当日の配布資料	5
2. 発表資料 (PPT データ/発表順)	
2.1 新予防給付におけるアセスメント・ケアプランの作成の考え方 木村 隆次 一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長	27
2.2 退院支援における ICF 評価の試み 藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授	41
2.3 精神障害領域における ICF の活用に向けて 安西 信雄 国立精神・神経センター病院副院長	57
2.4 ICF の活用「生きることの全体像」についての「共通言語」として 大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長	67
2.5 保健医療福祉連携教育から見た ICF の利用状況 真柄 彰 新潟医療福祉大学医療技術学部教授	77
2.6 ソーシャルワーカーの視点と ICF 島野 光正 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長	99
3. パネルディスカッション【 議 事 録 】	105

厚生労働省

シンポジウム



ICF

International Classification of
Functioning, Disability and Health

生活機能分類の活用に向けて

～共通言語としてのICFの教育・普及を目指して～

平成22年1月24日(日)
明治大学リバティータワー1階
リバティールーム

主催●厚生労働省 協賛●財団法人厚生統計協会

協力●日本保健医療福祉連携教育学会 ソーシャルケアサービス従事者研究協議会 一般社団法人日本介護支援専門員協会
社団法人日本社会福祉士会 社団法人日本医療社会事業協会 社団法人日本精神保健福祉士協会 日本ソーシャルワーカー協会

目次

- 世界保健機関（WHO）からのメッセージ

- 開催主旨・開催概要

- プログラム

- 講演者・パネリストプロフィール

- 講演概要

新予防給付におけるアセスメント・ケアプラン作成の考え方

講師：木村 隆次 一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長

退院支援における ICF 評価の試み

講師：藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授

精神障害領域における ICF の活用に向けて

講師：安西 信雄 国立精神・神経センター病院副院長

ICF の活用「生きることの全体像」についての「共通言語」として

講師：大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

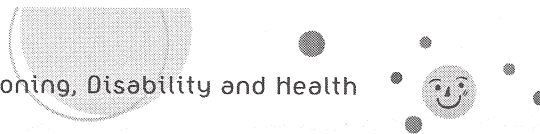
保健医療福祉連携教育から見た ICF の利用状況

指定討論者：真柄 彰 新潟医療福祉大学医療技術学部教授

ソーシャルワーカーの視点と ICF

指定討論者：島野 光正 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

- ICF とは



世界保健機関（WHO）からのメッセージ

ICF シンポジウム

「生活機能分類の活用に向けて～共通言語としての ICF の教育・普及を目指して～」

2010年1月24日、東京

世界保健機関（WHO）を代表して、私の同僚であるネナード・コンスタンチェックとともに皆様にご挨拶を申し上げます。ICF の普及・教育に関するこの重要なシンポジウムを開催される厚生労働省および厚生統計協会、同シンポジウムへのご協力を賜る日本保健医療福祉連携教育学会、ソーシャルケアサービス従事者研究協議会および日本介護支援専門員協会等の各位にお祝いの言葉を申し上げます。

日本での ICF に対する関心の高まりは、WHO でも把握しております。日本では、ICF、ICF-CY の日本語版が用意されています。日本の保健、社会、教育といった各分野でも、ICF 開発のためのさまざまな活動が行われております。日本の方々が ICF の国際的な活動に協力され貢献されていることは、WHO にとっても、大変心強いことです。

WHO の考える ICF の普及について述べさせていただきます。ICF とは、人口と個人の健康、障害に関する情報の記録およびコーディングのための標準といえます。そのため、ICF には、障害の定義と最新の概念モデルが用意されています。

今回のシンポジウムは、それが実際であることに大きな特徴があります。実践に向けて、ICF を具体的にどのように普及すれば良いかを知っておくことは大切なことです。また、このシンポジウムを通して、日本で ICF を普及させるために今後何をすれば良いのかということについて ICF 関係者の間で共通の認識が得られることになるでしょう。さらに、私たちは、このシンポジウムが、「防ぐことのできる障害」（障害の予防とその重要性）に関する WHO のプロジェクト、ICF 教育ツール、WHO 障害評価表「WHO-DAS 2.0」などの ICF 評価ツール等に関する国際的な活動にも貢献することを期待しております。シンポジウム参加者の方々が WHO のこれらの成果を取り入れながら、国際的な活動をさらに発展させることを期待しております。

日本は ICF の普及を先頭に立って推進させる大きな力を秘めた国です。日本が高齢化社会であることは誰もが知っていることです。「生命の量」と「生命の質」は同じように大切です。医療では、退院された方々がその後の日常生活をどのように送っているかを継続的に追跡する必要があります。人々を日常生活と生活環境との関連の中で捉える必要があるのです。

したがって、ICF の普及に日本がより深く関与する必要があると言えるでしょう。WHO は、このシンポジウム後も厚生労働省並びに ICF 関係者の皆様と協力して、ICF の普及の可能性について探ってゆく所存であることを、同僚のネナード・コンスタンチェックとともに表明いたします。

シンポジウムにご出席頂いた皆様に謝意を表するとともに、シンポジウムの成功を心よりお祈り申し上げます。

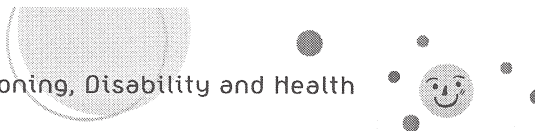


世界保健機関（WHO）

分類・ターミノロジー・標準 コーディネーター

ベデルハン・ウースタン

Dr. Bedirhan Üstün



開催主旨

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。

2006年には、WHO-FIC（国際分類ファミリー）ネットワーク年次会合チュニス会議において、ICFを検討するFDRG（生活機能分類グループ）が設置されました。これを受けて、WHOの専門家会議において普及啓発、教育など活発な議論がなされており、目下、世界中の関係者から注目を集めています。

我が国においても普及の可能性、利用に於ける課題や問題点を明らかにするため、介護、リハビリテーション、医療連携等における具体的な研究や、活用事例の報告が行われているところです。

今回、こうした動向をふまえ、ICF（国際生活機能分類）のさらなる活用の促進に向けて、シンポジウムを開催することとしました。

本シンポジウムを契機に、活用事例の報告発表等を通じ、ICFに関する異職種間の情報交換が活発化し、連携が促進され、共通言語としてのICFの教育・普及が飛躍的に発展することを期しております。

皆様の積極的なご参加、ご協力を主催関係者一同、心よりお願い申し上げます。

開催概要

- 開催日時 : 平成22年1月24日（日） 12:00開場 13:00開始
- 会場 : 明治大学リバティータワー1階 「リバティータワーホール」
〒101-8301 東京都千代田区神田駿河台1-1 TEL 03-3296-4545
JR中央線・総武線・東京メトロ丸ノ内線／御茶ノ水駅 下車徒歩3分
東京メトロ千代田線／新御茶ノ水駅 下車徒歩5分
都営地下鉄三田線・新宿線・東京メトロ半蔵門線／神保町駅 下車徒歩5分
- 費用 : 参加無料
- 主催 : 厚生労働省
- 協賛 : 財団法人 厚生統計協会
- 協力 : 日本保健医療福祉連携教育学会 ソーシャルケアサービス従事者研究協議会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会 社団法人 日本社会福祉士会
社団法人 日本医療社会事業協会 社団法人 日本精神保健福祉士協会
日本ソーシャルワーカー協会



プログラム

司会進行 ● 瀧村 佳代 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課 疾病傷害死因分類調査室長

12:00 開 場

13:00～13:10 開会挨拶
高原 正之 厚生労働省大臣官房統計情報部長
世界保健機関 (WHO) からのビデオレター
ベデルハン・ウースタン 世界保健機関 (WHO) 分類・ターミノロジー・標準 コーディネーター

13:10～13:35 新予防給付におけるアセスメント・ケアプラン作成の考え方
木村 隆次 一般社団法人日本介護支援専門員協会会長

13:35～14:00 退院支援における ICF 評価の試み
藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授

14:00～14:15 休 憩

14:15～14:40 精神障害領域における ICF の活用に向けて
安西 信雄 国立精神・神経センター病院副院長

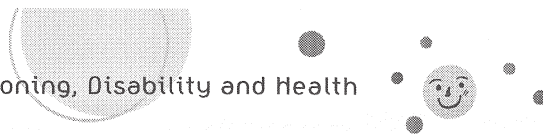
14:40～15:05 ICF の活用「生きることの全体像」についての「共通言語」として
大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

15:05～15:20 休 憩

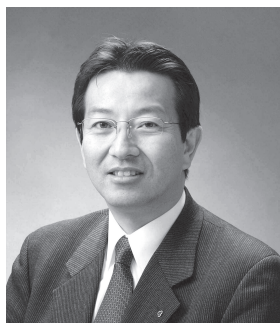
15:20～16:30 パネルディスカッション
座 長： 大橋 謙策 日本社会事業大学学長 社会保障審議会統計分科会 生活機能分類専門委員会委員長
パネリスト： 講演者 4 名
 (指定討論者) 真柄 彰 新潟医療福祉大学医療技術学部教授
 島野 光正 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

16:30～16:50 質疑応答

16:50 閉会挨拶
小野 暁史 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課長



講演者・パネリストプロフィール



木村 隆次 (きむら・りゅうじ) 一般社団法人日本介護支援専門員協会会長

.....
薬剤師・介護支援専門員・介護支援専門員指導者一期生。

城西大学薬学部卒業後、杏林薬品株式会社（現キョーリン製薬株式会社）入社。その後ハロー薬局、ハロー介護保険相談室開設。社団法人日本薬剤師会常務理事、青森県薬剤師会副会長、青森県介護支援専門員協会副会長、全国介護支援専門員連絡協議会会長、一般社団法人日本介護支援専門員協会会長。社会保障審議会の介護給付費分科会及び介護保険部会の臨時委員、統計分科会生活機能分類専門委員会専門委員を歴任。財団法人日本訪問看護振興財団評議員、社団法人シルバーサービス振興会理事、財団法人社会福祉振興・試験センター評議員も務める。



藤田 伸輔 (ふじた・しんすけ) 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授

.....
昭和 59 年神戸大学医学部卒業

平成 4 年兵庫医科大学大学院外科学第 2 修了

平成 4 年兵庫医科大学外科学第 2 助手

平成 17 年千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授



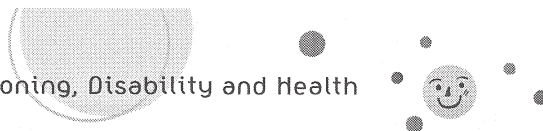
安西 信雄 (あんざい・のぶお) 国立精神・神経センター病院副院長

.....
昭和 48 年東京大学医学部を卒業後、精神科医師として統合失調症やうつ病などを持つ患者さんたちの治療とリハビリテーション・社会参加支援に関わる。東大病院精神科デイホスピタル (DH) で社会生活技能訓練 (SST) のわが国への導入に参加。その後、都立松沢病院、精神保健研究所を経て、現職。SST 普及協会事務局長、社会精神医学会理事、精神障害者リハビリテーション学会常任理事など。



大川 弥生 (おおかわ・やよい) 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

.....
医師、医学博士。1982 年より東京大学医学部にてリハビリテーション (リハ) 医学を研修。以来、生活機能・障害構造論とその臨床実践応用、特に生活機能向上プログラム・システムづくりの研究に携わる。1997 年より現職。ICF には前身の ICIDH (国際障害分類) のフィールドトライアルから関与し、改定作業に携わり、採択後は大規模実態調査を実施。現在障害児・者についての大規模生活機能調査を障害当事者と協力して実施中。厚生労働省高齢者リハ研究会委員、老人保健事業見直し・介護保険法改正 (特に介護予防) に関する各種委員会委員、総合技術会議社会還元加速プロジェクトの TF 委員等をつとめる。



大橋 謙策（おおはし・けんさく） 日本社会事業大学学長 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

地域福祉と社会教育の学際的・俯瞰的型研究の視点から、福祉サービスを必要としている人や家族の地域での自立支援のためにICFの視点でケアマネジメントの方法を手段として活用するコミュニティソーシャルワークの理論化を図る研究を行う。また、厚生労働省の「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」の座長を務める傍ら、市町村における地域福祉計画策定のアドバイザー、審議会委員として国の制度にない「子ども家庭支援センター」や「保健福祉サービスセンター」の設置を提案し、実現してきた。



真柄 彰（まがら・あきら） 新潟医療福祉大学医療技術学部教授

新潟医療福祉大学医療技術学部教授。新潟大学医学部卒，医学博士。専攻はリハビリテーション医学。米国エモリー大学リハセンターなどで研修後，25年間燕労災病院にて臨床に従事。現在新潟リハ研究会会長。日本リハ医学会評議員・専門医・認定臨床医・関東地方会幹事。日本整形外科学会専門医，日本義肢装具学会評議員，日本保健医療福祉連携教育学会理事・事務局長，日本リハ連携科学学会保健医療福祉連携教育自主研究会代表。



島野 光正（しまの・みつまさ） 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

社会福祉士主任介護支援専門員。明治学院大学社会学部社会学科卒業。児童養護施設勤務の後、特別養護老人ホームに勤務、在宅介護支援センターのソーシャルワーカー、地域包括支援センター勤務を経て、(社)郡山医師会郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室室長。地域で病診連携や病病連携の仕組み作りや、地域ネットワークの構築などの業務を主に行っている。
(元) 社団法人日本社会福祉士会副会長、一般社団法人福島県社会福祉士会会長、非営利活動法人あいえるの会監事、福島学院大学、郡山女子大学、ポラリス保健看護学院保健学科非常勤講師。



新予防給付におけるアセスメント・ケアプラン作成の考え方

講師：木村 隆次 一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長

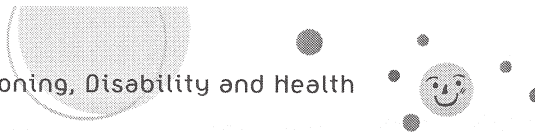
講演概要

平成 12 年にスタートした介護保険制度を平成 18 年に改正した際、できる限り元気な高齢者も要支援・要介護状態にならないようにするための方策を取り入れた。研究班を立ち上げ、いわゆる A 3 シートと呼ばれる「介護予防のアセスメントシート」を開発し、これを普及するために国の統一様式として完成させた。要介護度が 1 以上の利用者に対しては居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアマネジメントを行うが、要支援者のケアマネジメントは地域包括支援センターと 2 枚看板を持つ介護予防支援事業所の課題分析者が介護予防ケアマネジメントを行うため、この課題分析者用に作成したものである。

アセスメントシートは、健康状態、運動・移動、日常生活、社会参加、対人関係・コミュニケーション、健康管理の領域ごとに全部で 16 項目を確認する形式になっているが、ここに I C F の考え方をそのまま組み入れた。心身の状態、生活機能低下の原因、本人の趣味や楽しみ、特技、状況に見合った形で人との交流が行われているか等、様々な領域、角度からアセスメントができるようにし、本人の意向を聴き出しながら利用者の自立に向けた目標指向型プランを策定するために総合的に分析できるような工夫を施したシートである。

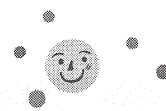
介護予防ケアマネジメントはできないことを補うのではなく、できることはできる限り本人が行うことが基本であり、本人の意欲を引き出すこと、そのためにはサービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるようにして、いつまでにどの程度のことができるか、時間軸も明示した目標設定をすることが大切である。例えば、50 m 歩くのに何秒縮まったかに一喜一憂するのではなく、「〇月にはお孫さんの運動会があるからそれまでに電車に乗って行けるようになるといいですね」と、イメージの案を示すことができるよう要因を把握すること、また、手のしびれや握力低下により調理が困難になった人に対しては身体の状態も踏まえた上で「自分で料理を作って〇月の娘さんのお誕生日には一緒に食べられるといいですね」など、具体的に目標とする生活のイメージを引き出すためのアセスメントが重要なのである。状態像を踏まえた上で普段の暮らしぶりなど総合的な観点から根本的な課題を探ることがポイントであり、目標は本人と家族、課題分析者、また介護支援専門員が知っていればよいのではなく、本人にかかわる人たちチーム全員で共有することが必須である。身体の状態は医師に、リハビリに関することであれば理学療法士に、口腔機能に関することであれば歯科衛生士に聴くなど、専門家の意見は欠かせない。シートをきっかけに見落としていた課題に気づき専門家につなぐことも忘れてはいけない視点である。

手を使わないままでいると、拘縮するなど身体機能が落ちることも考えられるが、調理器具を工夫すればできる料理があるかもしれない。誰かと一緒ならできるかもしれない、材料はスーパーの宅配サービスを利用することも考えられる。自立支援に向けたケアプラン作成は、まずセルフケアである「自助」、家族や近隣の助け合い、地域のボランティア等による「互助」、そして介護保険のような制度化された「共助」、



さらには最低限必要な社会保障である社会福祉等の「公助」サービスという順番で構築することがポイントである。地域包括ケアマネジメントにより、その人らしい自己実現を可能にしていくことである。そして、達成状況は本人の満足感も含めて「評価」を行い、必要に応じて計画の見直しのためのアセスメントが行われる。ケアマネジメントのプロセスとして当然の循環システムである。ここでいう評価には、第三者評価として、地域包括支援センターが関与しているのが、現在の日本の介護保険制度における介護予防の評価チェックシステムである。

最後に。平成 21 年 2 月に韓国の社会福祉学を専門とする大学教授の研究班が、日本のケアマネジメントをリサーチするために日本介護支援専門員協会に来訪した際、要介護 1～5 の部分よりも介護予防に大変興味を持ち質問攻めにあつた。ICF とケアマネジメントのコラボレーションを丁寧に説明したところ、全員深く納得していた。これは誇れるものであり、ICF を共通言語として普及していきたい。



退院支援における ICF 評価の試み

講師：藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授

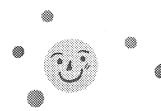
講演概要

近年、我が国の在院日数は短縮の方向に向かっている。これは医療費増加抑制策と経営改善を目的とした改革による動きである。しかし自宅で生活することが人間本来の生活であり、入院生活は疾病治療を優先し社会的つながりを遮断した特殊な環境であることを考えれば、早期退院し、なるべく早く社会復帰することが望ましい姿といえよう。このような観点から入院治療が必要な患者に対して総合的に支援を行い、一日も早い社会復帰を目指した我々の活動と今後の課題を紹介する。

家庭での生活は個人によって千差万別であるため総合的評価法を用いて在宅医療を実践している訪問診療医や訪問看護師などと家庭生活に必要な機能についてのコンセンサスを形成していくことが重要である。生活についての総合評価法としては WHO が作成した ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類) が最も標準的かつ網羅的なものである。しかし ICF を実際に臨床の場で使おうとすると困難を感じる事が少なくない。また数多くの論文の中で「ICF の精神に従って」あるいは「サブセットの開発」という表現を多く見るが「ICF を用いて」という臨床実践論文はほとんど見かけない。言い換えれば ICF 自体の理解は難しくないが、ICF を実際に活用するには何らかの工夫が必要だということである。ICF を実用するうえでサブセットの開発は実践的手法と言えるが、疾病ごとにあるいは目的ごとにサブセットが乱立すると、ICF 本来の「様々な場面での共通言語による評価」および「生活機能を全般的に評価する」という視点は活かしきれないことになる。

入院までにほとんどの検査が終了している今日、病棟看護師は入院当日にすべてを理解し、入院中の患者の療養環境を直ちに整備し、主たる医療処置・手術などの準備も迅速に進めなければならない。電子カルテなどによって新規入院患者についての情報を容易に収集できる環境を整えたとしても在院日数が短縮しかつ病床稼働率が向上している昨近は容易ならざる事態となっている。このような厳しい状況を改善するためにも ICF によって生活機能評価を迅速かつ的確に行えるようにすることが必須であるとともに、看護外来を設置し外来期間中に必要な評価を行い、リハビリを含めた入院看護計画を立て、病棟へと確実に情報伝達を行うことが必要であろう。

早期に退院できるように支援することは、患者の社会生活を回復すること、すなわち基本的人権の回復である。退院支援をこのような観点から見ることはとりもなおさず患者の生活機能を総合的評価にすることであり、その環境を含めて患者にとっての強みと弱みを分析することである。生活機能と生活要素とは軸が異なるものであり、その橋渡しによって臨床家にも利用しやすい ICF 活用環境を整備できる可能性を示した。今後これを実証するためにさらに検討を重ねたい。



精神障害領域における ICF の活用に向けて

講師：安西 信雄 国立精神・神経センター病院副院長

講演概要

.....

1. 活用の分野

精神障害領域（統合失調症を中心とする精神保健・精神科医療）

2. 活用の方法

① 背景 (ICF の導入に至った経緯)

- 1) 諸外国と比べて格段に多い精神科在院患者 (33 万人、人口万対 28 人) …
地域の社会復帰資源の乏しさ・偏見などとともに、症状偏重の治療観？
- 2) ICIDH(1980) により機能障害、能力障害と社会的不利の区別→症状だけでない多面的認識→
障害構造論が活発に（臺弘の生活障害と「生活のしづらさ」、精神障害リハビリテーション学会での障害論の検討など）
- 3) 治療目標の重点が症状改善から QOL 向上に（薬物療法だけでなく心理社会的治療との統合）
- 4) 統合失調症の認知機能障害への着目（認知機能リハビリテーションの発展）、治療への本人の主体的参画（アドヒアランス）と回復（リカバリー）
- 5) 介護ニーズ評価に関する検討 (ICF と関連する諸尺度の評価)

② 実際の取り組み

- 1) 丹羽真一ら（私信）：ICF を用いた精神障害患者の生活状況の評価
- 2) 中根允文ら (2003)：ICF を導入した ICD-10 多軸記載方式サンプル
- 3) 国立精神・神経センター病院精神科作業療法室で使用開始した報告書
- 4) 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集
「入院時基本情報管理シート」「通院情報管理シート」等
- 5) 岡田幸之ほか (2007)：ICF に基づく精神医療実施計画書の開発

3. 取り組みの結果

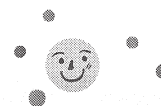
ICF 導入による改善については報告されていないが、改善の可能性はある。

- 1) 系統的な評価ができて（大きな）見落としを防げる
- 2) 本人の希望を聞き出す、ニュートラルな表現で特性を表現できる
- 3) 実行状況とともに、「能力 - 支援」「能力 + 支援」を区別して評価することで、支援の必要性や支援による改善可能性を示すことができ、リハビリテーションの必要性和同時にケアにおける援助ニーズを明らかにすることができる。

4. 現状の課題と今後の取り組みについて

ICF の理念と包括性 vs 現場での実践のバランスをとるかが課題。

- 1) 統合失調症における生活障害と認知機能障害の関連の病態解明
- 2) 精神障害を持つ人の本質的な特性を反映するコアセットを抽出し ICF 評価項目に組み入れる方向性の検討
- 3) 得られた尺度を治療計画や介入研究 (SST 等) による効果の検証に使用



ICFの活用「生きることの全体像」についての「共通言語」として

講師：大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

講演概要

.....

I. ICFの活用の原則

1. ICFの活用の仕方：大きく次の2つの側面がある
 - 1) 「生活機能モデル」の活用：「統合的・相互作用モデル」として
 - 2) 分類そのものの活用：項目の活用と評価点の活用とがある
 - ・両側面を含んだ総合的な活用であるべき
2. 「生きることの全体像」をみるための活用：「落ちのない」「全レベル・要素にわたる」状態把握
 - ・チェックリストの活用が有効：大項目チェックリスト、中項目チェックリスト
 - ・レベル・因子間の相互作用の分析：「生活機能整理シート」が有効
3. 「共通言語」としての活用
 - 1) 専門職間：同一チーム内（メンバー間）と各種サービス（施設・機関、行政、等）間とがある
 - 2) 当事者自身の活用：自己の問題の分析と希望の表出のツールとして
 - 3) 当事者と専門家の間：説明と意見統一の際の共通認識に活用

II. ICF活用の具体例

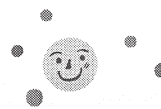
1. 個別事例における効果的プログラム：目標指向的アプローチ、目標指向的活動向上プログラム、目標指向的リハビリテーション・プログラム、目標指向的介護（介護の専門性の確立）
2. 自治体における活用
 - ・生活機能実態把握：「活動」「参加」の重要性等の共通認識がもて、システム構築の基礎となる
 - ・生活機能低下予防対応（含：介護予防）：例：「生活機能相談窓口」
3. 統計ツールとして、等

III. ICFの活用の成果

1. 生活機能低下の2つのモデル発見：「脳卒中モデル」「廃用症候群モデル」
「廃用症候群モデル」も介護予防のターゲットとされ（2006年介護保険法改正）、介護予防でICFが基本的概念となった
2. 「生活機能低下の悪循環」の発見
 - ・疾患（健康状態）以外による「活動」「参加」の低下の予防の重要性
3. 災害時生活機能低下（特に生活不活発病）予防の重要性の発見
 - ・「環境因子」による生活機能低下の典型例
 - ・厚労省より機能低下（特に生活不活発病）予防通知（現在：発生日に通知）

IV. ICF活用上不可欠な基本的問題の検討：評価点

多数例の調査データに基づいて、厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会によって詳細な基準が示されている。その最も大きな特徴は以下の通りであり、基準の明確化により、信頼性（検者間一致率）の著明な向上、災害時の生活機能低下のリスク・ファクターの明確化などの具体的な成果があがっている



-
- 1) 「活動」において「自立」を2大別し、評価点0（問題なし）を「普遍的自立」（日常生活の場以外の外出・訪問・旅行などの環境でも自立）とし、評価点1（軽度の問題）を「限定的自立」（日常の生活の場の環境に限定された自立）としたこと
 - 2) 「参加」を同様に評価点0：「活発な参加」と同1：「部分的な参加」に分けたこと
 - 3) 「3：全面的制限」と「4：実行（参加）していない」とを区別したこと

V. 連携への活用：「医学モデル」から「統合モデル」へ

- ・「医学モデル」に医療側も介護側も、また当事者・国民一般もしばられていた
- ・例：「統合モデル」に立てば「治し支える医療」と「よくし助ける介護」との真の連携が可能

VI. 生活機能重視の必要性が高い背景

患者・利用者本人の積極的関与を含めた、真のチームワーク・連携構築の必要性

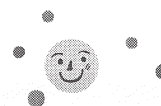
1. 高齢者など何らかの生活機能低下をもつ人が増え、また介護保険など直接生活機能低下を対象とする制度ができてきた
2. 生活機能低下のある人に関与する新たな専門職が増加し、それらの人々同士でまた既存の職種とも連携し、チームを組む機会が増えた。介護福祉士、介護支援専門員、また支援機器開発者等
3. これまでの専門家中心でなく、生活機能低下のある当事者（患者、利用者、そしてその家族）の意思、要望、権利を尊重し、当事者中心の医療・介護でなければならないという、国民一般を含めた大きな意識の変化

VII. ICFの活用の現状

- ・ICFと「生活機能」の概念は、医療、介護、障害者等の分野では既にかかなりの程度に制度的に導入・活用されている。例えば、ICFはすでに医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、などの国家試験に出題されている
- ・介護保険の要介護認定の際に不可欠な主治医意見書では、介護保険法改正時（2006年）に「障害」が「生活機能低下」という表現に変わった。また、以前の「介護に関する意見」は、本人を中心とした「生活機能とサービスに関する意見」という表現に変わった。更に「症状としての安定性」と「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」とが別項目になったことも重要。病気としての症状と生活機能を別個のものとして位置づけたことは、長い歴史をもつ医療の中で画期的
- ・これら新しい動向が教育・臨床体系に生かされていくことが大きな課題

参考文献

- ・大川弥生：生活機能とは何か；ICF：国際生活機能分類の理解と活用、東京大学出版会、2007
- ・大川弥生：「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用；目標指向的介護に立って、中央法規出版、2009
- ・大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション；ICFに立った自立支援の理念と技法、中央法規、2004
- ・大川弥生：新しいリハビリテーションー人間「復権」への挑戦ー、講談社、現代新書、2004



保健医療福祉連携教育から見た ICF の利用状況

指定討論者：真柄 彰 新潟医療福祉大学医療技術学部教授

講演概要

.....

ICFの利用状況について調査をしたわけではないので、自分の知る範囲での印象として述べる。

医療現場での ICF の利用状況

自分が勤務する総合病院で ICD, ICIDH, ICF についての知識をたずねてみると、勤務医は ICD と ICIDH については知っている。患者の退院時サマリーの記入に、このコーディングが義務であるためである。勤務医以外の臨床医はこれらのいずれも聞いたこともない様である。ICF という分類があることを認識しているのはリハビリテーション科医師のみであるようである。リハ科医師もいずれは ICF の勉強が必要になるとは思っているが、実際に勉強を開始している人は少ない。

コメディカルのスタッフの場合ではこれを知っているのは、病歴記録管理士、リハビリテーションのセラピストと看護師のみと思われる。ただし現場の理学療法士や作業療法士は臨床実習に来る学生が ICF にもとづいて実習記録を記載したり発表することが多くなってきているため、指導する側が ICF を理解できないと感じたり、自分も勉強しなくてはならないと感ずることがあるようである。

介護保険を担当している地域リハの現場では、ICF の概念は抵抗なく受け入れられているが、それが ICF というものにもとづいているということはあまり意識されていないのではないだろうか。

リハビリテーション科医師の認識

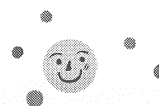
数年前までのリハ医学の教科書をみても、ICF は医学には不向きであるとして、ICIDH にもとづいて説明しているものが大部分であった。ただし ICIDH のコーディングについて説明したものはなく、障害の構造を理解するときの概念として ICIDH を説明している。最近の教科書では ICF の概念を紹介するようになってきているが、コーディングについてあまり詳しくは説明していない。

研究領域での ICF の利用状況

自分の勤務する医療福祉大学で ICF を研究テーマとしている教員は少数ながら存在している。理学療法学科と作業療法学科の教員などは学生教育のために ICF を勉強している。しかしこれは教育のためであり、研究のために勉強している教員は例外的に見える。ICF 研究の興味としてはコーディングの効率化や厳密化などがあり、多数の評価結果を集約するような研究はされていないようである。

教育現場での ICF の教育状況

臨床医に ICF の講義をしても誰も聞きたがらないが、医療福祉関連の学生に ICF の講義をすると受け入れが良く、興味を持って勉強をする。評価表にイラストを入れたものを用いてコーディングを体験させながら教えると受け入れがよい。概念の説明をするときの問題は、ICF の解説文が平易でなかったり、日本語訳が難しいものがあり、現代の学生にはやや難解で、教える方も哲学を教えているような気になる。



.....

リハビリテーション領域における I C F の抱える問題点

I C F を高く評価している人の話を聞いてもそれが概念を高く評価しているのか、コーディングを評価しているのかは良く話を聞かないとはっきりしない。概念は良いと思うがコーディングについては無用であると述べる人もいる。

自分個人としての疑問点としては、個人因子のコーディングは現在なぜないのか、将来は作られるのかを知りたい。また種々のリハビリ関連の Outcome 分析に利用することをめざしているのか、いないのかを知りたいところである。

I C F に期待することと今後の展望

I C F は医学的知識が無くとも誰でも評価分類することが可能で、どの外国語でも結果のデータシートは共通であり、データとして統一されている。このため医学モデルと福祉モデルに共通して世界規模で通用する共通言語として期待できる。

I C F を普及させる方法として遠回りに見えるかもしれないが、教育において I C F のコーディングを含めて学生に理解させていってはどうか。学生達が現場に出れば、職場の同僚の理解も進歩するのではないだろうか。ただし、将来は I C F が常識になりますといいながら教えてはいるが本当に 10 年後にスタンダードになっているのかどうかについては確信を持っていない。



ソーシャルワーカーの視点と I C F

指定討論者：島野 光正 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

講演概要

はじめに

ソーシャルワーカーは「人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点」(I F S W 2000.7) に介入する。しかし、このことを他の専門職に説明しても理解しづらい面があった。共通言語としての I C F による説明ではどうだろうか。

1. 事例 A さん (8 0 歳) 脳梗塞後遺症 (右上下肢麻痺身障 2 級)
妻 (7 0 歳台) と 2 人暮らし (A さんは老人保健施設入所中)

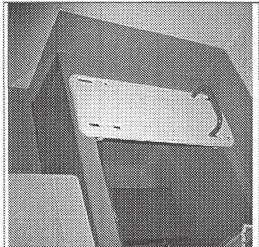

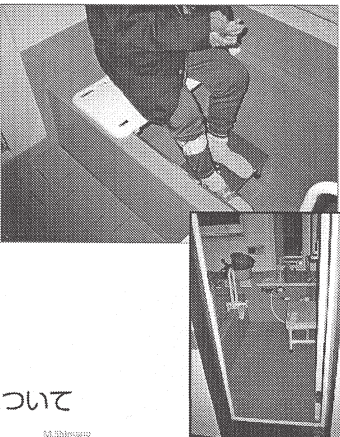
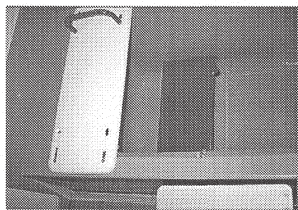
【経過】

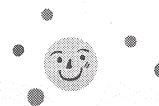
老人保健施設相談員より連絡あり。夫婦 2 人暮らしの高齢者で、夫 (A さん) が老健入所中。今回 A さんについて 1 カ月だけ自宅に戻るので在宅の支援をして欲しいということ。

- ・本人、妻の了解をいただき、施設内で面接 (アセスメント 1)
- ・その後自宅を訪問する (アセスメント 2)
→ (妻) 家でみるのが大変だから施設にお願いしている。
- ・いろいろと話をしているうちに「風呂入れが大変だ」ということを具体的に話しはじめる。
→ 本人の状態と自宅の状況を考え合わせ、制度の活用によるサービスの利用と福祉用具等の提案を行う。

【サービス調整】

- ・福祉用具だけではなく、デイケア、訪問看護、訪問介護などを組み合わせる。

	<p>バスボード、浴槽台 滑り止めマット、 セフティハードル</p>		
<p>高齢者世帯 夫：右上下肢麻痺 身障手帳 2 級</p>		<p>ニーズとデマンドについて</p>	



- ・その後1カ月が経過したが、結局老健には戻らず自宅での生活が継続された。
- ・AさんやAさんの妻の想いは、1カ月だけ自宅に戻るのではなく、夫婦で自宅で生活を続けるということ。
- ・「風呂が入れない」→「デイケア」で入浴ということだけのプランであったら結局1カ月したら老健へ戻っていたかもしれない。

2. 事例を振り返って

(1) 「ニーズ」と「デマンド」について。

・デマンドは「一カ月だけ自宅に帰る。その間なんとかして欲しい。」

・ニーズは「自宅で夫婦2人で生活を続けたい。」

→なぜ「夫婦2人での在宅での生活」が続けられたのか。

(2) Aさんの状態が劇的に良くなったということではなく、Aさんの状態に合わせた環境への働きかけを行った。

→ Aさんが自分で力を発揮できる環境への働きかけ

→ Aさんの生活が、Aさんの妻の「想い」を変化させた

→結果AさんとAさんの妻の関係が変化していった

「ほんとうは、自宅で2人で生活したかった」ということが言えた。

(お2人の中に、そういった「想い」を実現できる力があることに気づいていったプロセス：サービスを使いこなす力、サービスを利用していけば自分たちの想う生活が実現できる力など)

3. 悪循環から好循環へ

(1) 交互作用の「力」

I C Fでは各次元・要素が相互に関連しあって、生活機能を構成すると考えている

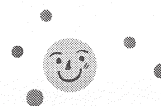
(2) ソーシャルワーカーは一般的に生活上の問題（生活課題・福祉課題）は「ある問題をもった人と環境との交互作用の結果」と考える

4. まとめにかえて：「参加」のとらえ直し

Aさん、Aさんの妻にとっての「参加」

→変化していく

私たちの仕事はサービスにつなげることで住宅改修の相談に乗ることではなく、それは手段であって、大事なことはサービスの利用や環境への働きかけによって、お2人の中にサービスを使いこなしていく力があること、サービスを利用することで想いが実現できる力があることに気づいていただくこと。



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（世界保健機関国際分類ファミリー）^(※) 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（世界保健機関国際分類ファミリー）

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、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)

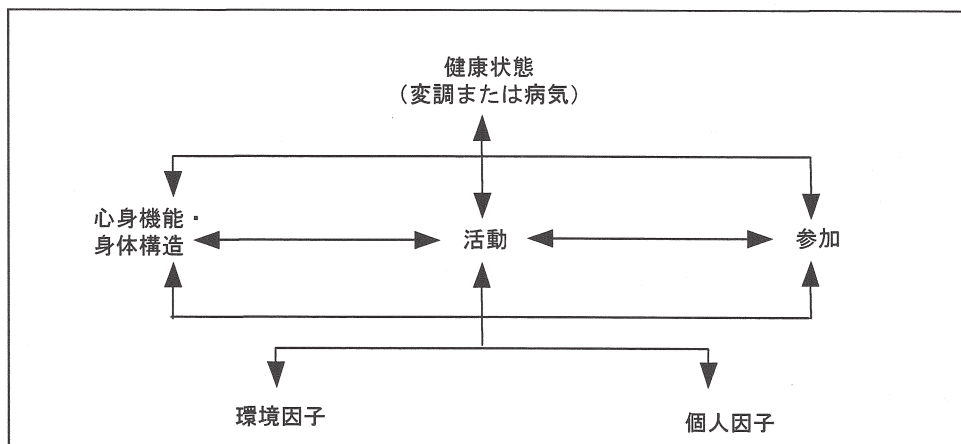
第 1 レベルの項目	a4	運動・移動
第 2 レベルの項目	a450	歩行
第 3 レベルの項目	a4501	長距離歩行

○ 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。

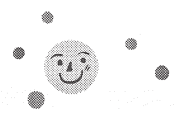
2. 構成要素間の相互作用について

○ 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。

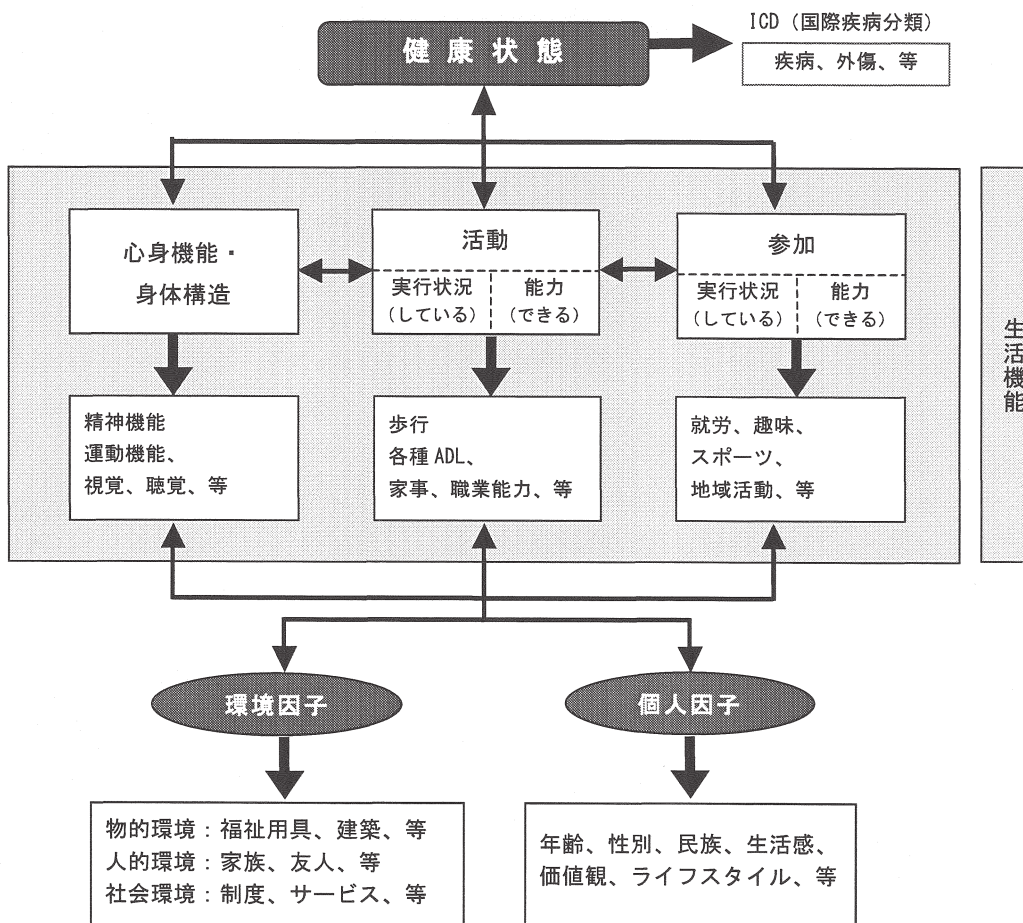
概念図



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。



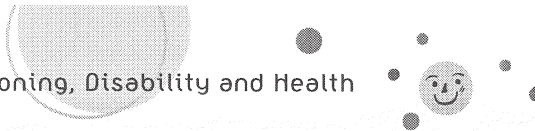
●概念図（具体例が入ったもの）



ICF 活用で期待される効果

ICF は、その活用により、

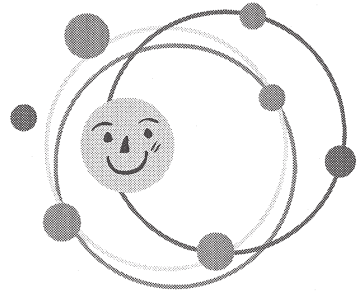
- 当人やその家族、保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、ICF を用いることにより、生活機能や疾病の状態についての共通理解を持つことができる。
 - 生活機能や疾病等に関するサービスを提供する施設や機関などで行われるサービスの計画や評価、記録などのために実際的な手段を提供することができる。
 - 調査や統計について比較検討する標準的な枠組みを提供することができる。
- などが期待されています。



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・肢体とその構成部分など、身体の解剖学的部分
 - 機能障害 (構造障害を含む) (impairments) :
著しい変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



厚生労働省

大臣官房統計情報部

人口動態・保健統計課疾病傷害死因分類調査室

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2

TEL 03-5253-1111 (内線 7493)

財団法人 厚生統計協会

〒106-0032 東京都港区六本木 5-13-4

TEL 03-3586-3361 FAX 03-3584-4710

日本保健医療福祉連携教育学会 (JAIFE)

ソーシャルケアサービス従事者研究協議会

社団法人 日本社会福祉士会

社団法人 日本医療社会事業協会

社団法人 日本精神保健福祉士協会

日本ソーシャルワーカー協会

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

シンポジウム事務局

(オスカー・ジャパン株式会社内)

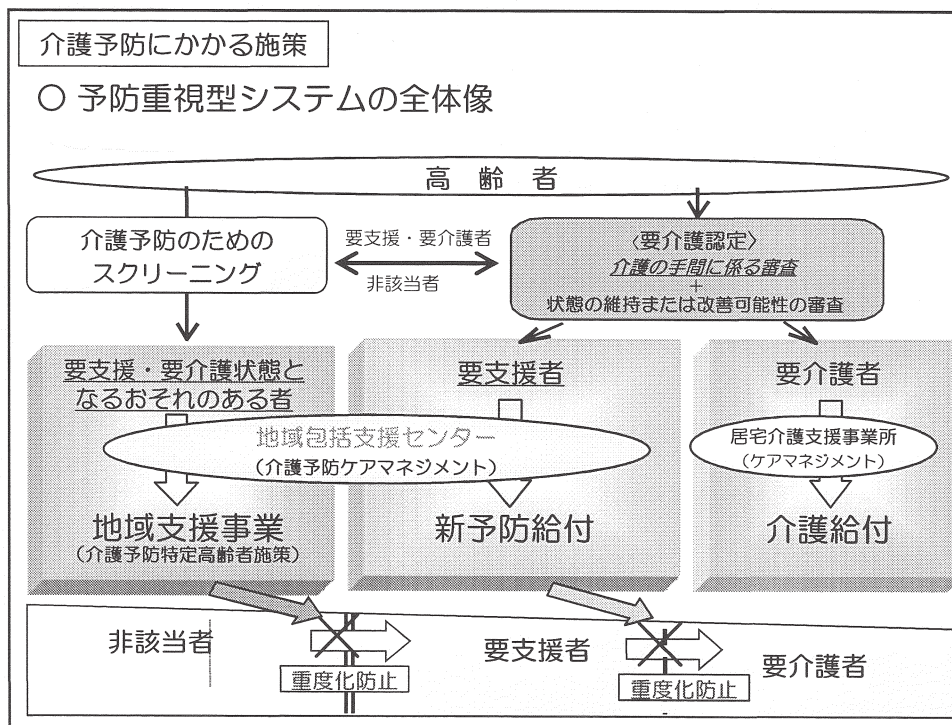
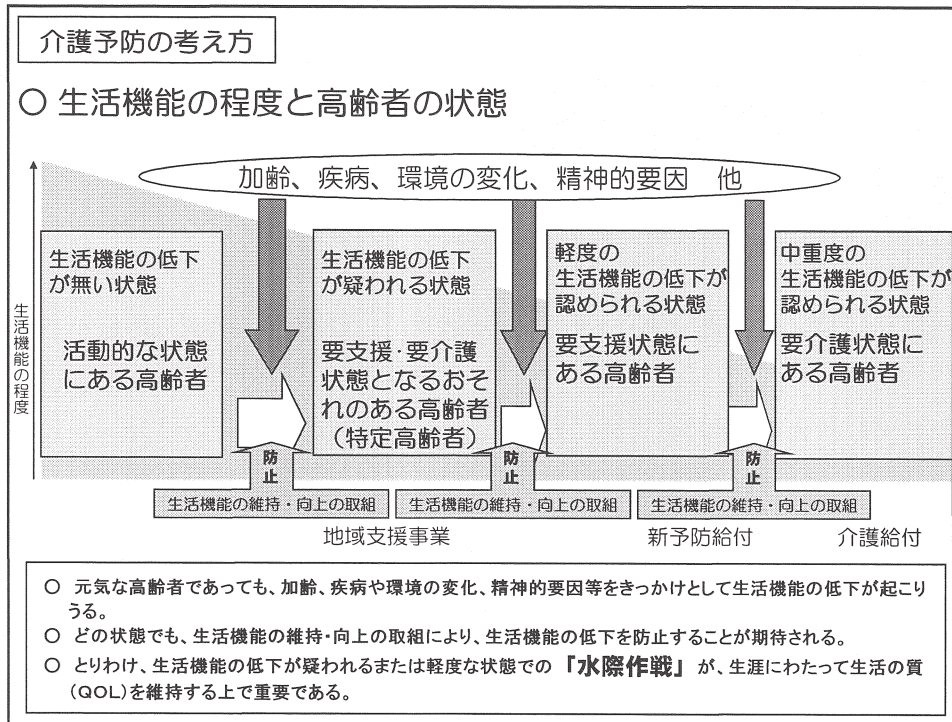
〒180-0013 東京都武蔵野市西久保 1-3-12 オークビル 5 階

TEL 0422-59-1878 FAX 0422-59-1809

新予防給付におけるアセスメント・ ケアプラン作成の考え方

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会長 木村隆次





基本チェックリスト

1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

新予防給付における

アセスメント・ケアプラン作成の考え方

介護予防ケアマネジメントとは

……要介護状態になることをできる限り予防するため、

- ・「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本に、
- ・利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出す、
- ・サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにする、
- ・具体的な日常生活における行為について目標を明確にする、
- ・セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画、
- ・達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う

介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

<現行(平成18年4月以前)のケアマネジメントの問題点>

- ケアマネジメントにおけるサービス導入の目標設定が不適切
- サービス選択に当たっての他の代替的な手段の検討が不十分



結果的にサービス利用が目的となっているケアプランが策定される

<見直し後の介護予防ケアマネジメント>

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定
- 利用者を含め様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択

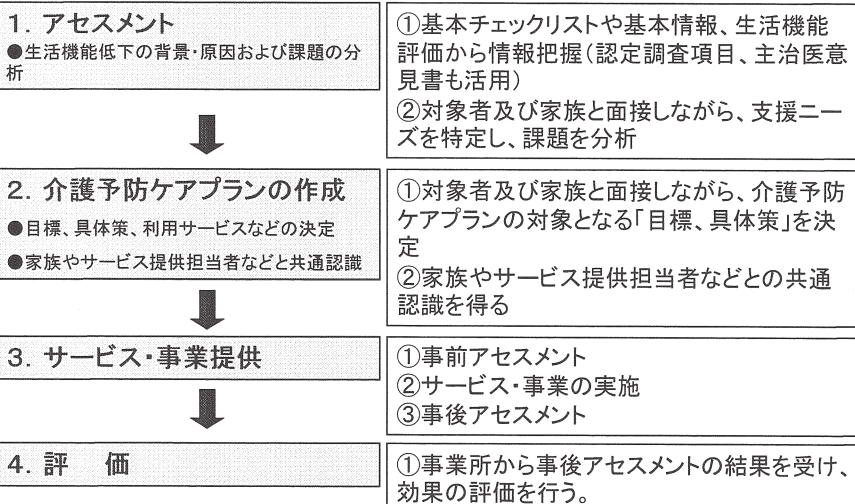


利用者の自立に向けた目標志向型プランの策定

<介護予防ケアマネジメントのポイント>

- **目標の共有と利用者の主体的なサービス利用**
利用者サービス提供者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要
- **将来の改善の見込みに基づいたアセスメント**
個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要
- **明確な目標設定をもった介護予防ケアプランづくり**
個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

介護予防ケアマネジメントの手順



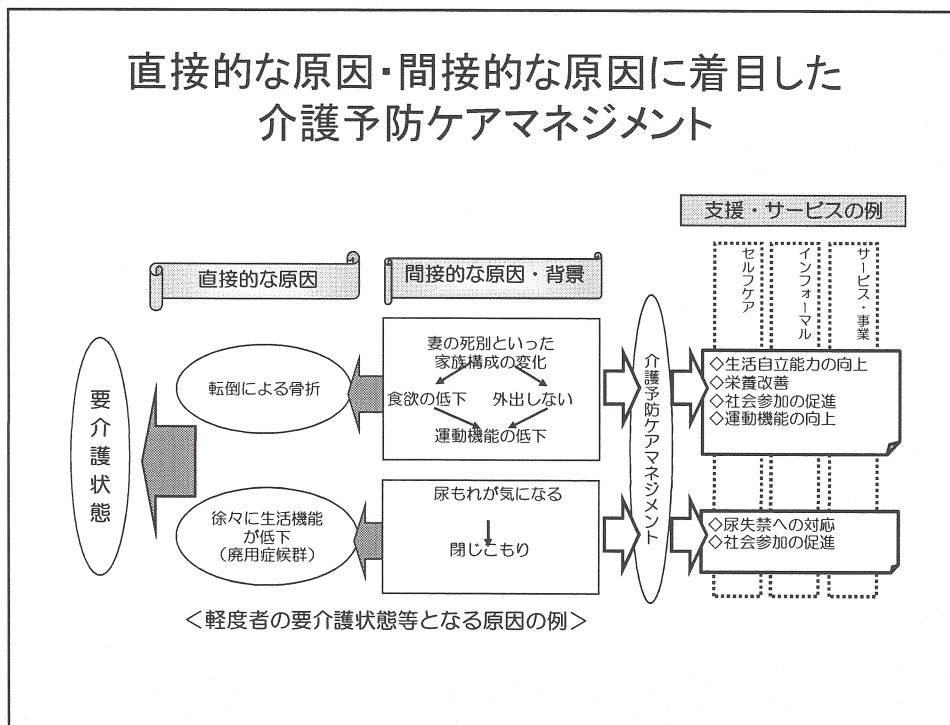
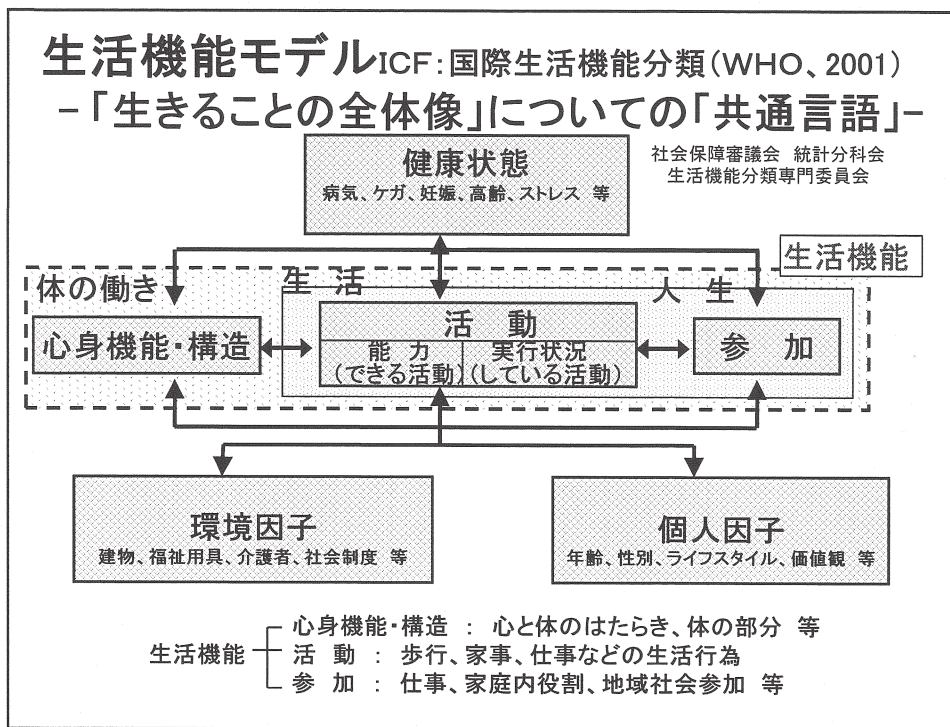
アセスメントのポイント

ICFの考え方、領域、
項目が入っています。

- 1)生活機能の低下を防止し、必要に応じて、各領域を越えた根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにする
- 2)アセスメントの目的について、利用者や家族へ十分に説明して理解を得る
- 3)目標とする生活のイメージを固めるのに必要な情報を引き出す
- 4)利用者が積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要
- 5)利用者や家族との信頼関係を早期に構築することが重要

目標の設定

- まずは、専門的観点から提案
- 利用者・家族とのすり合わせ
- 「目標とする生活」の方向性と一致した目標
- 達成できること
- 一定期間で達成可能、価値観や好みを考慮
- 目標を達成することにより、達成感や自信をつける
- 目標をケアマネージャーだけでなく、サービス事業者も共有→チームアプローチの基本



介護予防ケアプランの作成方法 (支援計画に盛り込む内容)

○利用者のセルフケア

利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などは介護予防の最も重要な取り組み

○家族の支援、インフォーマルサービス

家族の支援や、近隣の住民からの支援は、利用者が友人や地域住民とのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサービスの支援者として記入

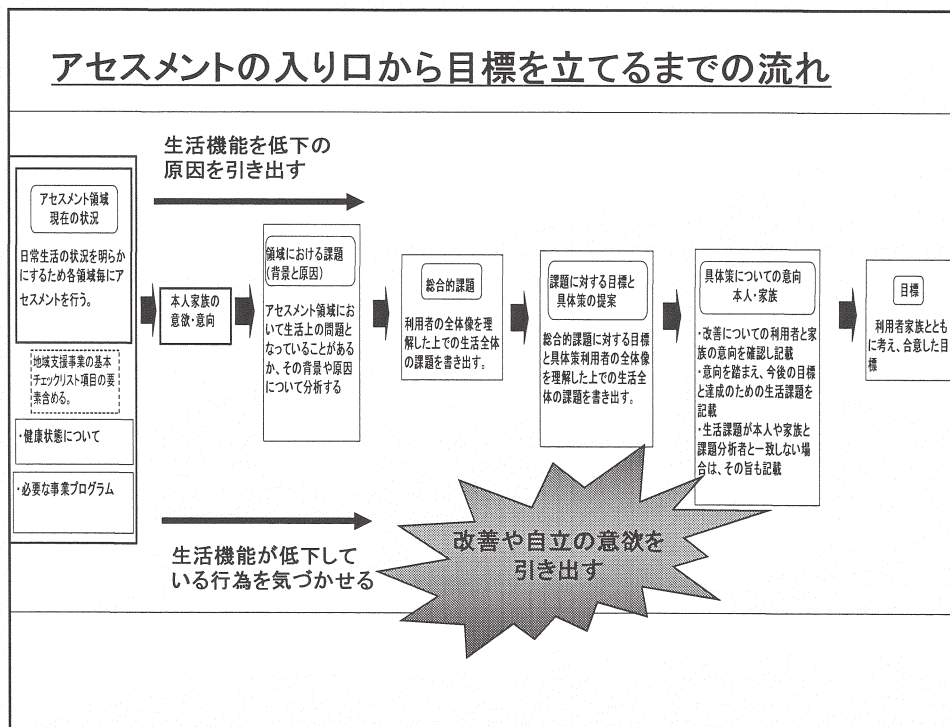
○介護保険サービスまたは地域支援事業の内容

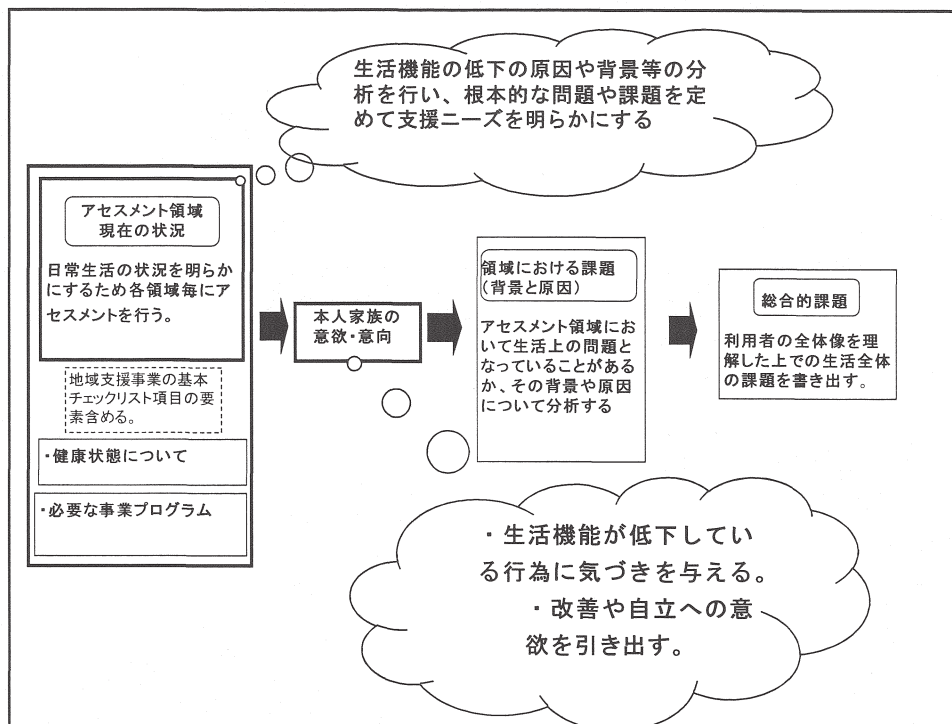
生活機能低下を予防するために利用する介護予防事業や予防給付のサービス等を記入

「平成20年度 地域包括ケア研究会報告書」

- ・ **自助**：自ら働いて、又は自らの年金収入等により自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。
- ・ **互助**：インフォーマルな相互互助。
例えば、近隣の助け合いやボランティア等。
- ・ **共助**：社会保険のような制度化された相互互助。
- ・ **公助**：自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。

NO. _____											
利用者名 様		認定年月日 年 月 日		認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日		初回-紹介-継続	認定済-申請中	要支援1・要支援2	地域支援専従		
利用作成者氏名 _____					会社の場合(計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)) _____						
利用作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日) _____											
担当とする生活 1日 _____											
1年 _____											
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所
認知・理解について		<input type="checkbox"/> 口書 <input type="checkbox"/> 口説									
日常生活(衣食住)について		<input type="checkbox"/> 口書 <input type="checkbox"/> 口説									
社会参加、社会関係、コミュニティについて		<input type="checkbox"/> 口書 <input type="checkbox"/> 口説									
健康状態について		<input type="checkbox"/> 口書 <input type="checkbox"/> 口説									
健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点				【本実行すべき支援が実施できない場合】 適切な支援の実施に向けた方針			総合的な方針:生活不満足感の改善・予防のポイント				
必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。						計画に関する留意					
必要	不要	口説	口書	口説	口書	上記計画について、同意いたします。					
変更	改善	ケア	ケア	ケア	ケア	作成 年 月 日 氏名 印					
不足	改善	ケア	ケア	ケア	ケア	地域包括支援センター 【確認印】					





運動・移動について

アセスメント領域と現在の状況

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。

日常生活(家庭生活)について長期の入院生活で体力が低下しており、自信もないため、近くのコンビニまでは買い物に行けるが、少し離れたスーパーまでは買い物に行けない。そのため、食べ物以外は、ほとんど娘に買ってきてもらっている。脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁は持つのが怖い。普段の食事はコンビニで買ったものを温めて食べている。掃除や洗濯は自分で行っている。

<「領域における課題(背景・原因)欄」>

ICFの考え方、
領域、項目です

各アセスメント領域に
いること及びその背景・原因を
の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、
実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見
書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、
心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等
の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリ
ストのチェック結果についても考慮する。結果として、そ
の領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印を
付ける。

サービス担当者会議の位置づけと目的

位置づけ

- ・ 予防給付の場合は原則としてケアプラン作成・変更時に開催

- ❖ 介護予防事業の場合は、必要に応じて(利用者に複数のサービ
スを提供し介護予防ケアプラン内容の共通理解を必要とする場
合等)開催

目的

- ❖ ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解す
ること
- ❖ ②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共
有をし、その役割を理解すること
- ❖ ③利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の
方針、支援計画などを協議すること
- ❖ ④介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互
に理解すること

サービス担当者会議の構成員と協議の内容

構成員

- ・利用者・家族、サービス事業者、主治医、介護予防ケアプラン作成者、インフォーマルサービスの提供者等

協議の内容

ケアプラン作成時

- ❖ ・利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容について
- ❖ ・サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ❖ ・各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

臨時的開催

- ❖ ・サービス・支援提供の変更が必要な状態把握
- ❖ ・介護予防ケアプラン作成のためのアセスメント
- ❖ ・新たな介護予防ケアプラン作成

モニタリング

《モニタリングの視点》

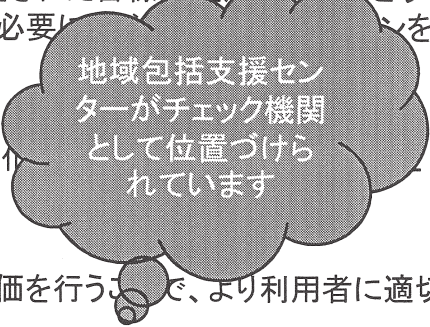
- ①利用者の生活状況に変化がないか。
- ②介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ③個々の提供サービス等の支援内容が適切であるかどうか。
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ⑤介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

《実施方法》

- サービス事業者からの報告・連絡、あるいは事業所への訪問、利用者からの意見聴取・訪問などの手法を通じて適宜実施
- これらの実施状況については、「介護予防支援経過」に随時内容を記載

評価の目的と視点

- ❖ 介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて計画を見直す
- ❖ 運動機能や栄養状態の変化を把握
- ❖ ケアマネジメント過程の評価を行うことで、より利用者に適切な支援を行なえる



地域包括支援センターがチェック機関として位置づけられています

退院支援におけるICF評価の試み

千葉大学医学部附属病院
地域医療連携部
藤田伸輔

地域医療連携部

Dept. Welfare and Medical Intelligence

なぜ Intelligence なのか？

- Intelligenceとは情報を集め、分析し、その意味を推測する事
- 患者から情報を集め、分析し、最適な療養法を提案する
- 制度に関する情報を集め、分析し、使用法を考える
- 地域に関する情報を集め、分析し、連携を強化する
- 医療連携の在り方を検討し、情報の流れを分析し、より効率的な連携を構築する

地域医療連携部

Dept. Welfare and Medical Intelligence

部の仕事

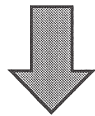
- 退院に向けた支援
- 介護や療養についての相談
- 病気や障害によって生じる経済的・社会的問題についての相談
- 長期入院患者対策
- 総合難病相談・支援センター
- 地域がん診療連携拠点病院相談支援センター
- ボランティアの受け入れやコーディネート

個人の仕事

- 院内パスの管理
- 地域連携パスの開発
- 院外との電子情報交換
- 院外との連携
- ベッドコントロール
- 院内業務改善
- 病院経営改善
- 接遇改善
- 在宅医療
- 予防医学
- ICD・ICF・ICPCについての研究
- オントロジーについての研究

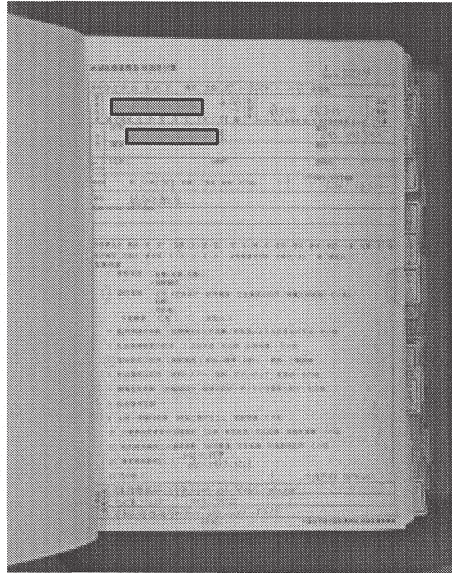
地域医療連携部:退院支援を実施

- 退院に向けての相談・支援を行う
 - 新規 526例／年
 - 延べ 5286例／年
- 診療科の都合と病態から転院先を探す

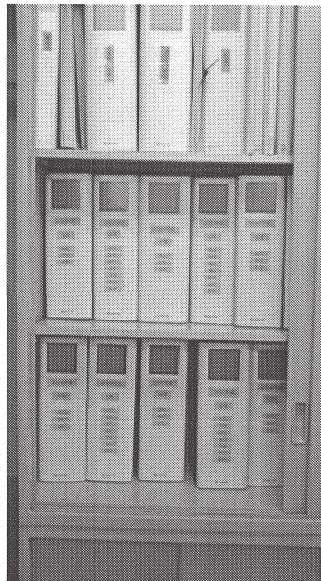


- 患者と家族の生活状況・環境を分析し、社会的資源を投入して自宅療養を補助する

面接記録



面接記録のファイリング



業務としてみれば

- ケースを追いかけられれば十分
- 相談員の増強を行ってきたが、退職は経験していない
 - ソーシャルワーカー1名、看護師1名
 - ソーシャルワーカー6名、看護師2名
- 紙に文章として記録すれば充分

さらなる向上を目指して

- 全ての入院患者に担当ワーカーをつけたい
- 記録時間を短縮したい
- 短時間でケースを理解したい
- スキルアップ・新人教育に役立てたい

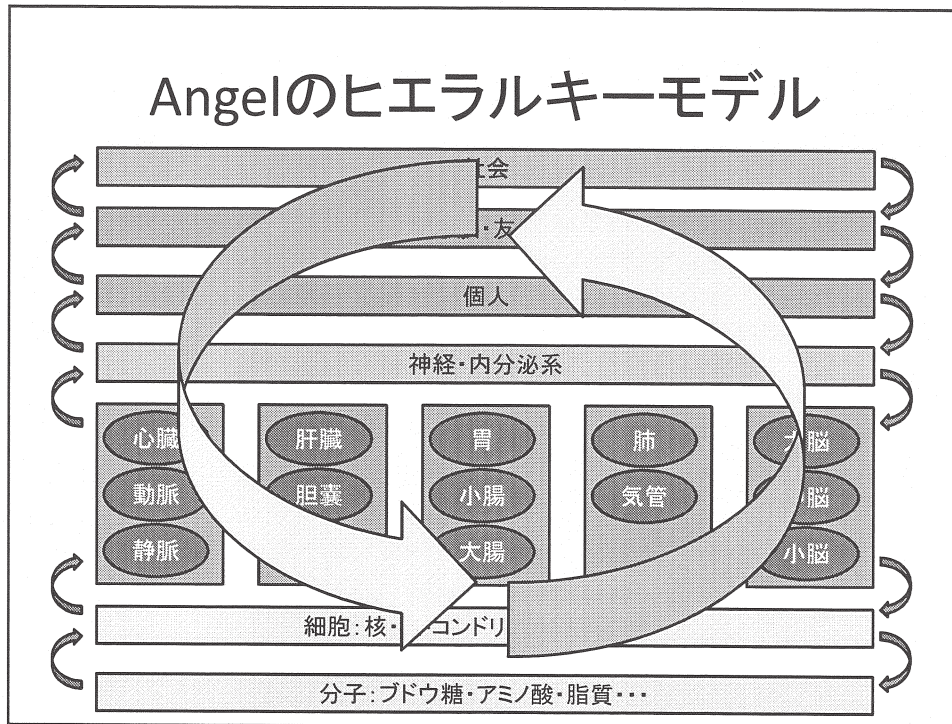
- 問題の内容や支援方法からの検索が課題
- 分析の必要性
 - 支援技術の向上
 - 他施設との比較

医療としての療養支援

- A number of studies also indicate that social support influences the course and outcome of illness and injury. (Turner, 1983)
社会的支援は、疾病や外傷の治療経過および結果を左右する事を多くの研究が示している
- What matters to a person is his subjective feeling of being “loved, wanted, valued, esteemed, and able to count on others should the need arise”. (Cobb, 1976)
個人にとって重要なのは「愛されている、必要とされている、大切にされている、尊重されている、必要な時に頼りにする人がいる」といった主体的感覚が重要である

医療としての療養支援を行うために

- 患者と家族の尊厳を守る
- 生活環境を客観的に評価する
- 生活環境の中の強みを積極的に評価するとともに患者や家族に再認識してもらう



コミュニケーションの確立

- 療養支援は医療の支援だけではなく、医療そのものとしても重要
- 療養支援を行うために必要なこと
 - 良好なコミュニケーション
 - 患者の生活環境を理解
- 相互に心を開くことが必要
- 患者は療養支援を求めて来院したわけではない
- 療養支援の意義と目的を理解してもらい、良好な関係を短時間で確立する能力・技術が必要

チーム医療としてのソーシャルワーク

- 患者の生活に関する情報は医療に重要
- 退院支援では特に重要
- 情報の共有方法に工夫が必要
 - 患者・家族から聞き出した情報は散文的
 - 問題点を的確に・短時間で理解できることが必要
 - リハビリとしてはFIMが有用であるが、生活支援にはもう少し細かい情報が必要
 - ⇒ICD・FIM・ICPCなどからICFへのマッピングによって記載の簡略化を行う

患者が話した事をどう記録するか

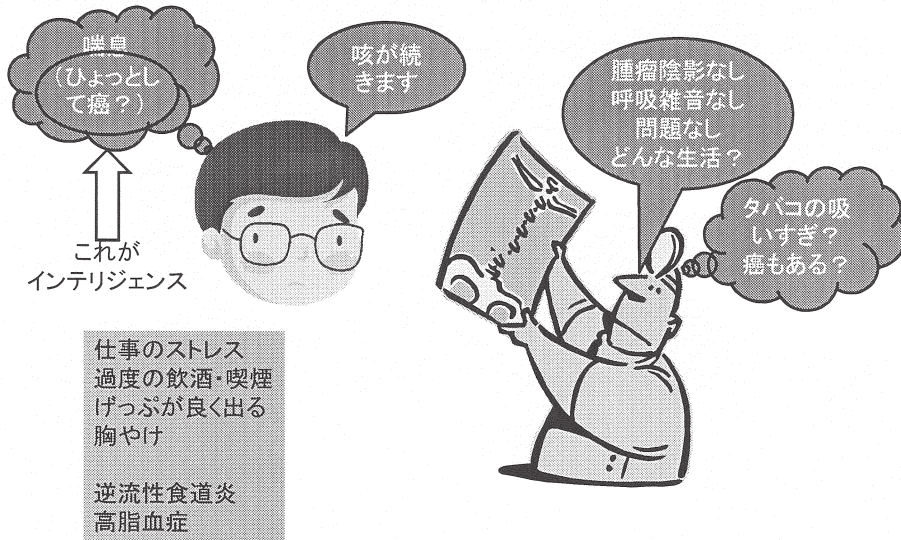
分析的記録

- 現代医学の根本
- WeedのProblem oriented medical record(1969年)に象徴される
 - Symptom:愁訴
 - Objective:客観データ
 - Assessment:評価
 - Planning:計画
- 論理的な理解を推進する
- 他人が書いた記録でも素早く読める

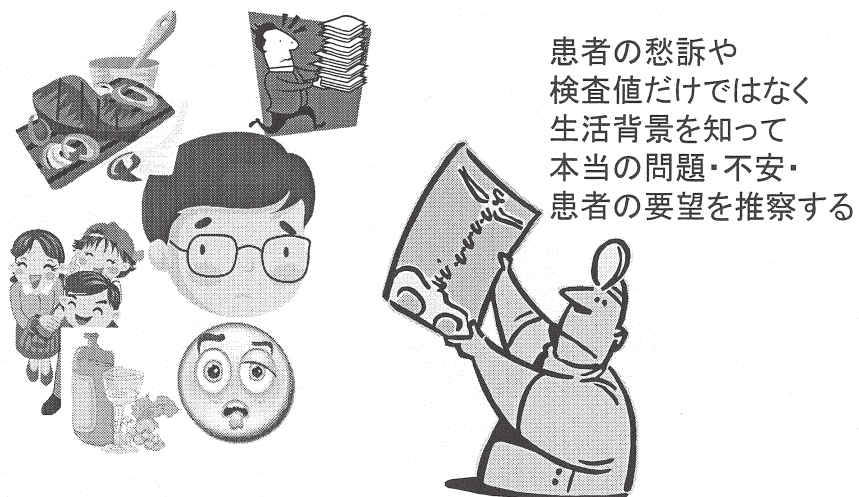
叙事的記録

- 現代医学への反省として発達
Charon(1986), Donnelly(1989)
- 患者が訴えたままに全てを記載するGreenhalgh & Hurwitz(1998)
- 文脈の中に患者の本音・気持ちが見える
- 患者と医療者の会話の駆け引きで意味が変わる(誤解する)
- ソーシャルワークにはSOAPは不向き

illness「病」とDisease「疾病」



インテリジェンスとは

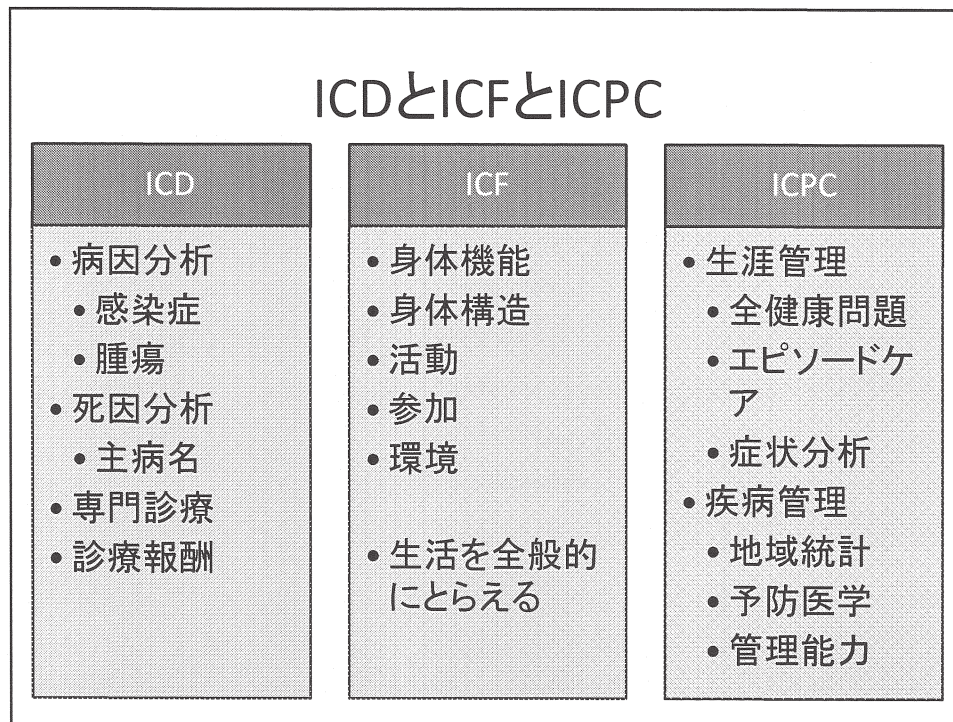
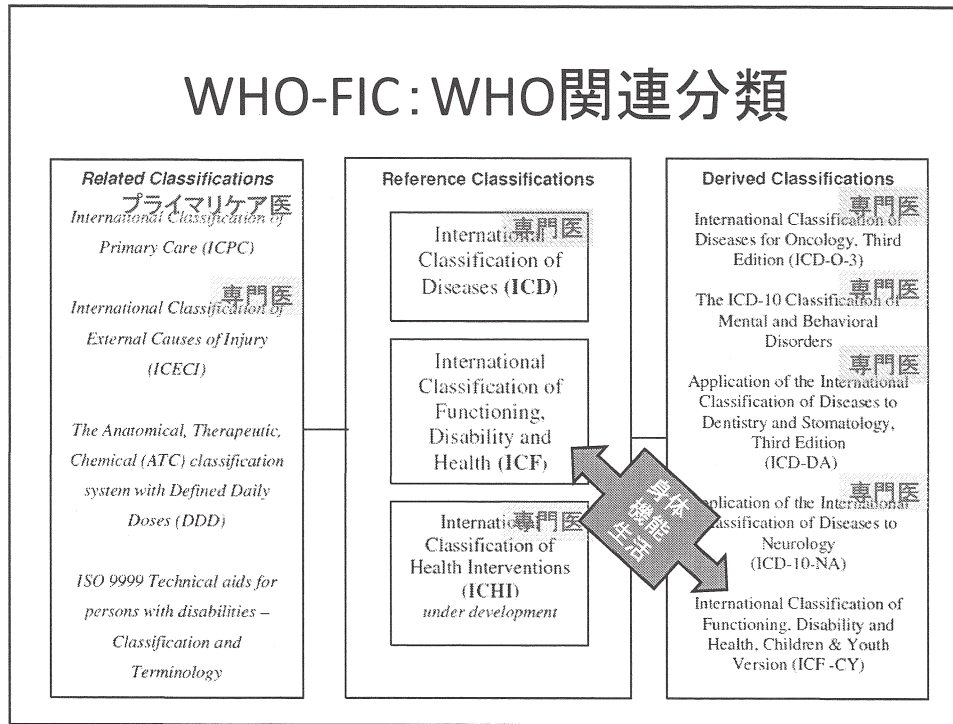


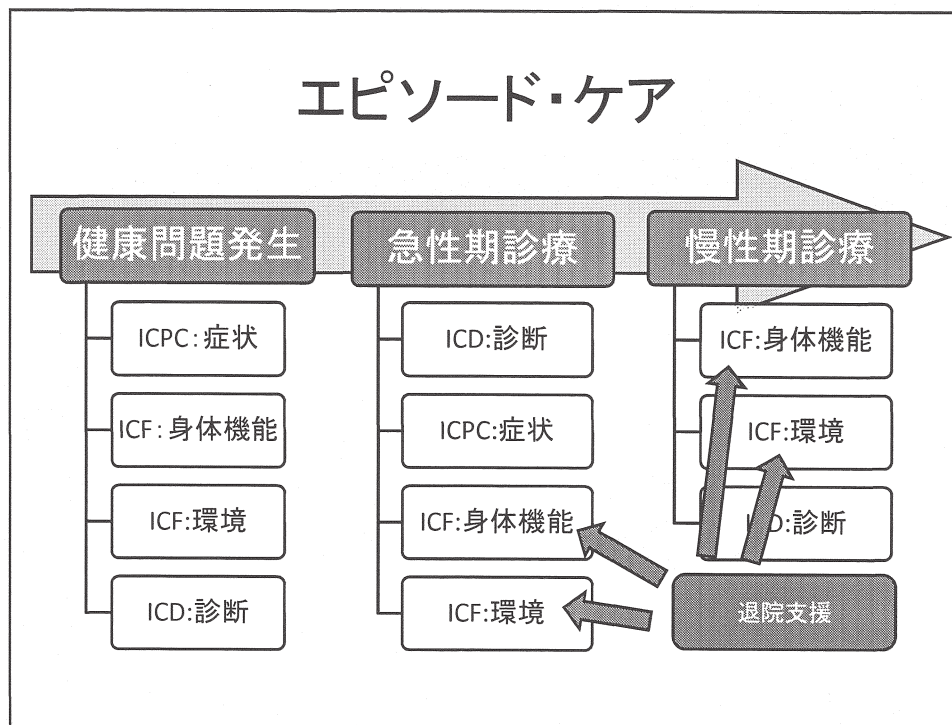
チーム医療に役立つ記載方式

- 問題点を素早く認識できること
 - 概念化: 病名のように共通定義を持つ言葉を使う
 - 可視化: 一目で全体がわかるような形式
 - 数値評価: 状況の変化をグラフなどで示す
- 叙述的記載との併用
 - 文意(患者の真意)をくみ取れるようにする

コード関連系

- 病名はICD-10が基本
- しかしICD-10は詳細な分類であり生活情報との連携には細かすぎる
- ICD-10(病名約3000)からICPC-2(約300)へマッピング
- ICPCからFIMおよびICFへマッピング





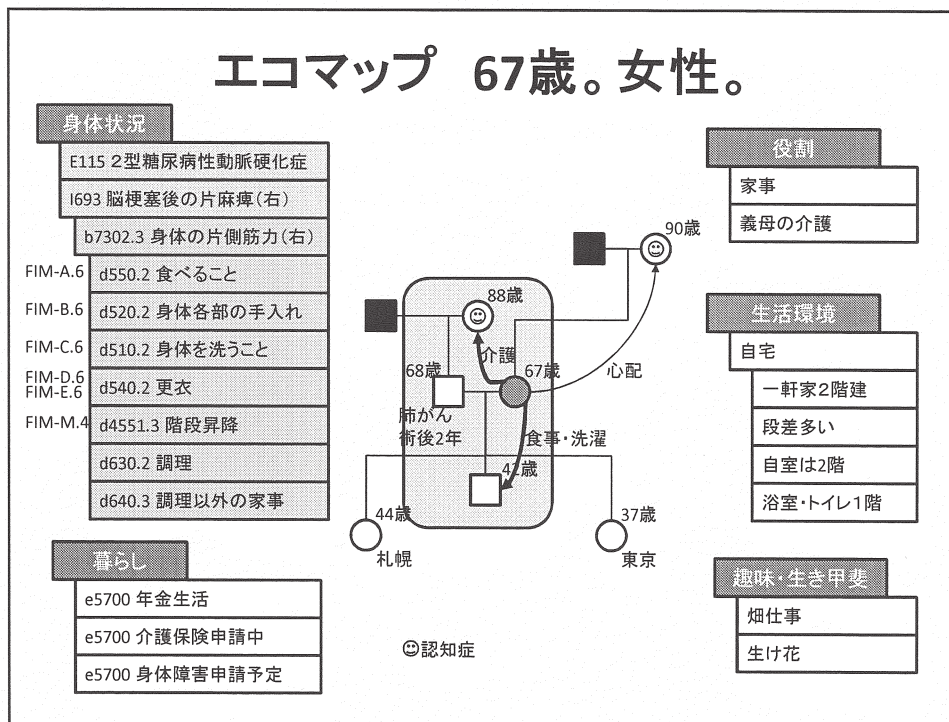
退院支援にICFは使えるのか

- 患者の状態を記載できるか
- 相談内容の記載に使えるか
- 支援内容の記載に使えるか

症例:67歳。女性。

- 既往症:糖尿病
- 現病歴:
 - 7月10日脳梗塞発症のため救急車にて来院。
 - 入院時は意識100
 - 右片麻痺を残して回復:
 - b7302右側筋力低下
 - b7352右側筋緊張亢進
 - →b16711書字能力低下
 - d170書くこと
 - d410-499移動
 - d510-599セルフケア
 - d630-649家事
- 家庭:
 - 義母(88歳)認知症、介護中d660
 - 夫(68歳)高血圧、肺がん術後2年
 - 娘(44歳)既婚、札幌
 - 息子(42歳)独身、同居:食事の準備・洗濯d660?
 - 娘(37歳)既婚、東京
 - 実母(90歳)独居、生活が心配・少し認知症
- 生活:
 - 自宅:一軒家・2階建て・広い・段差多い・買い物遠い(自転車10分)
 - 自室は2階、トイレ・風呂は1階
- 収入:年金
- 支援:介護保険申請中 e5700
身体障害申請予定 e5700
- 楽しみ:畑・生け花

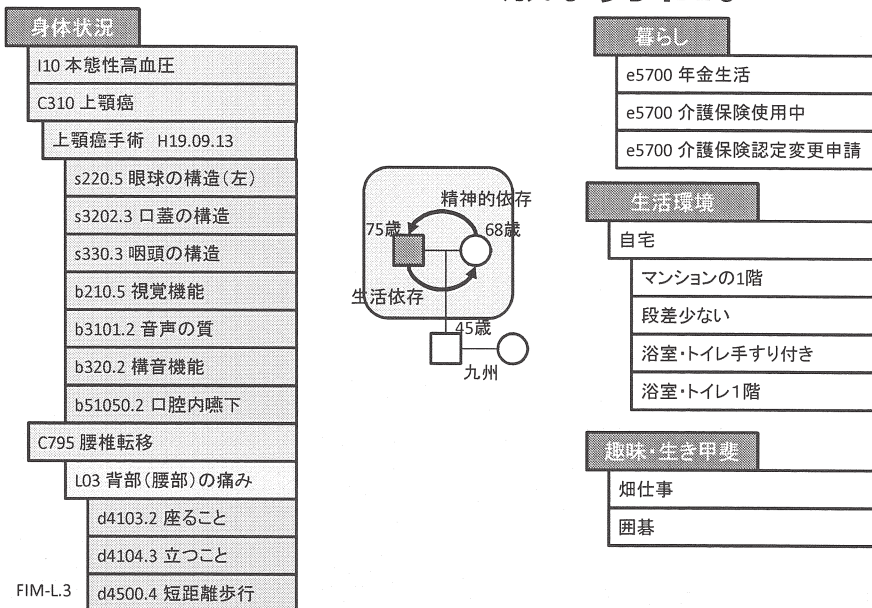
エコマップ 67歳。女性。



症例：75歳。男性。

- 既往症：高血圧。
- 現病歴：平成19年9月13日。上顎癌にて手術。左眼球摘出。
 - s220眼球の構造
 - s3202口蓋の構造
 - s330咽頭の構造
 - b210視覚機能
 - b3101音声の質
 - b320構音機能
 - b51050口腔内嚥下
- 嚥下訓練、発音訓練にてADL回復し平成20年1月25日軽快退院。
- 平成20年4月7日腰椎転移にて再入院。痛みのために歩行困難。
 - L03背部(腰部)の痛み
 - d4103座ること
 - d4104立つこと
 - d4500短距離歩行
- 家庭：
 - 妻(68歳)
 - 息子(45歳)既婚、九州
- 生活：
 - 自宅：マンション・1階
 - 広い
 - 段差少ない
 - トイレ・風呂は手すり付き
- 収入：年金
- 支援
 - 介護保険使用中e5700
 - 介護保険認定変更の申請e5700
- 楽しみ：囲碁・畑

エコマップ 75歳。男性。



まとめ

- 患者の生活を評価することは疾病のコントロールに重要
- できる限り患者の生活を回復させるべき
- 生活支援の視点からの情報共有が重要
- ICD-10・ICPC-2・FIM・ICFを連携させることによってわかりやすい情報を容易に扱えるようにする可能性を示した

身体障害者福祉

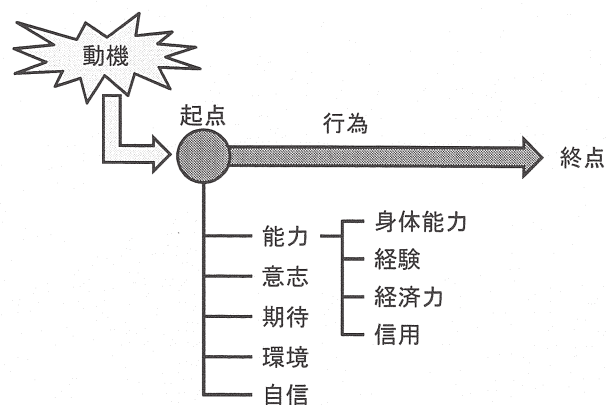
- 税制上の優遇措置
 - e5700社会保障サービス
 - 所得税の障害者控除、特別障害者控除、同居特別障害者扶養等控除
 - 住民税の障害者控除、特別障害者控除、同居特別障害者扶養等控除
 - 住民税の障害者等の非課税限度額
 - 自動車税、軽自動車税、自動車取得税の減免
- 所得保障
 - e5700社会保障サービス
 - 障害者年金
- 公共料金の割引
 - e5400交通サービス
 - 有料自動車道路
 - JR
 - 航空旅客運賃割引飛行機
- 医療費
 - e5800保健サービス
 - 医療保険自己負担分の助成
- 福祉器具
 - e5750一般的な社会的支援サービス
- 公共住宅優先割り当て
 - e5250住宅供給サービス

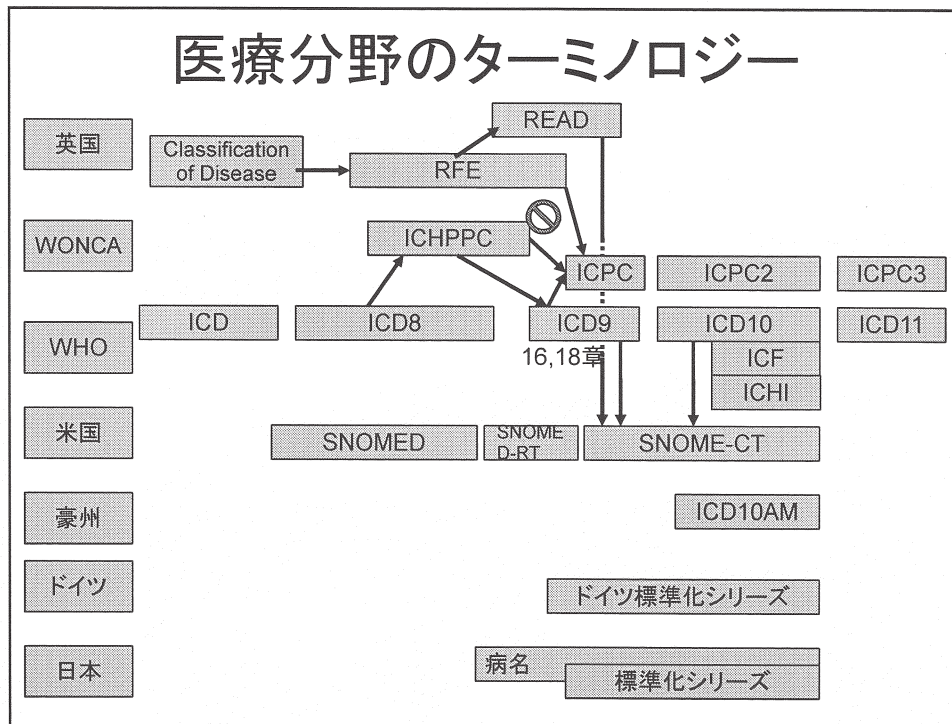
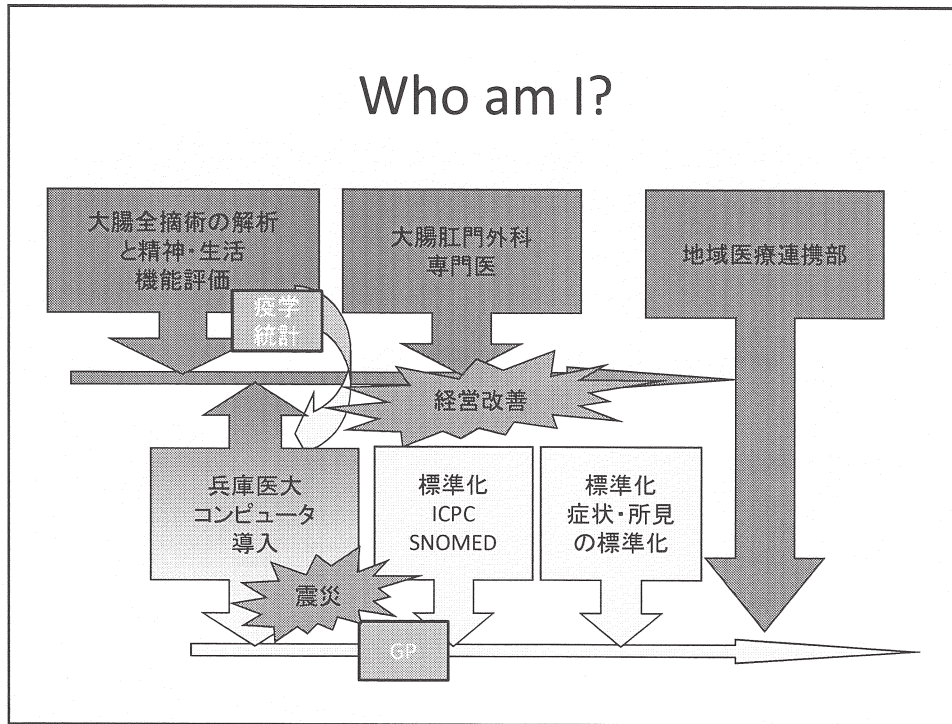
ICFを利用する上での問題点

- コーディングが困難
 - 身体構造と活動の間には一定の関連があるはず
 - 目的の項目を見つけやすく: 同意語・類義語
- 法的な支援を記載しやすく
 - 分類に迷う
 - 一つの制度に複数の支援内容: 3桁目が欲しい
- 具体的内容を記載したい
 - コードと実際の内容を併記する方法が必要



行為





厚生労働省シンポジウム「ICF生活機能分類の活用に向けて
—共通言語としてのICFの教育・普及を目指して—」
2010年1月24日, 明治大学リバティホール

精神障害領域における ICFの活用に向けて

国立精神・神経センター病院 副院長

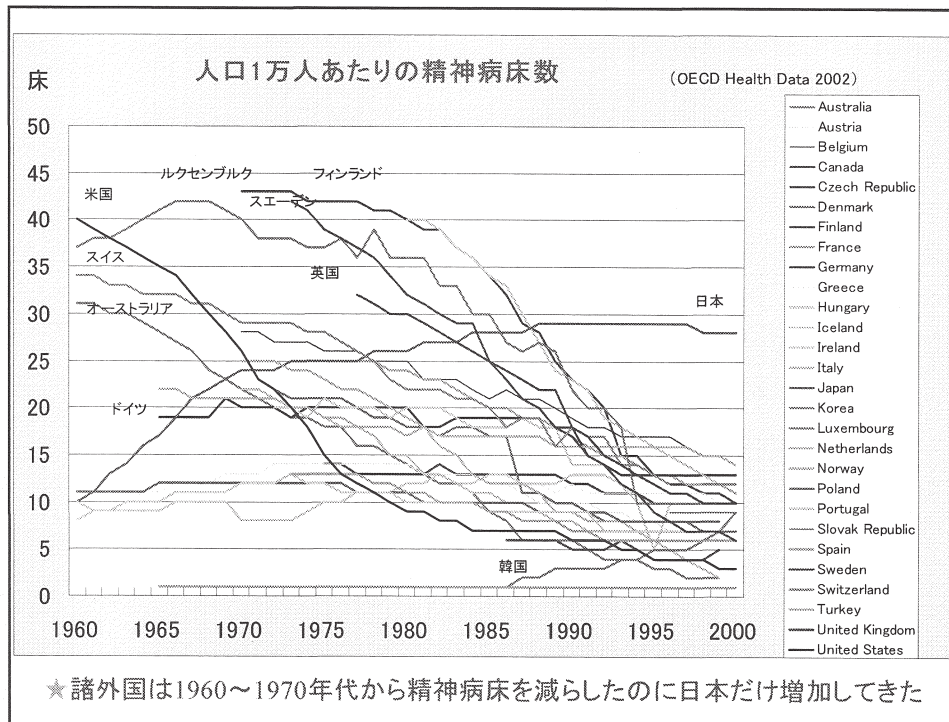
安西 信雄 nanzai@ncnp.go.jp

精神障害領域における ICFの活用に向けて

- I. ICF活用に関連する背景事情と動向
- II. 実際の取り組み
- III. 取り組みの結果
- IV. 現状の課題と今後の取組みについて

I. 精神障害領域におけるICF活用への期待—背景事情と新たな潮流—

1. 諸外国と比べて格段に多い精神科在院患者→改革ビジョン(2004年)により、入院医療中心から地域生活支援中心への軸の転換が目指されている
2. ICIDH(1980)→症状だけでなく、能力障害や社会的不利にも目が向けられる契機となった(「障害構造論」活発に)
3. 治療目標の重点が症状改善からQOL向上に
4. 統合失調症患者の対人行動や認知機能障害への着目(社会生活技能訓練SSTや認知機能リハの発展)
5. 治療への本人の主体的参画(アドヒアランス)と回復(リカバリー)
6. 介護ニーズ評価に関する検討(ADL、IADL、社会参加・就労などの領域の項目の網羅性の基準としてICFを使用)



精神保健医療福祉の改革ビジョン

厚生労働省 精神保健福祉対策本部 2004年9月

■「入院医療中心」から「地域生活支援中心へ」

「受入条件が整えば退院可能な者(約7万人)」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体型の再編と基盤強化を全体的に推し進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 2009年9月24日

■「地域を拠点とする共生社会の実現」

精神医療の質を向上させるために、精神障害により失われた様々な機能や生活を回復するというリハビリテーションの理念の上に立って、入院患者の地域移行の一層の推進や病床数の適正化の取組等を通じて、一般医療の水準を目指した人員の充実とそれに応じた評価の充実を図ること等により、精神障害者の人権への配慮が十分に行われ、かつ、国民がより安心して利用できる医療とする、という基本的スタンスについては、本委員会として一致

5

Ⅱ. 精神障害領域におけるICF活用—実際の取組み

#1:ケーススタディ、#2:包括評価表、#3:治療計画、#4:変化の評価

1. 長崎・辻井・金子「事例でわかる！精神障害者支援実践ガイド—ICFに基づく精神障害者支援 アセスメント・プランニングの進め方」日総研, 2006 #1
2. 丹羽真一ら(私信):ICFを用いた精神障害者の生活状況の評価 #1
3. 中根允文ら(2003):ICFを導入したICD-10多軸記載 #2
4. 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集「入院時基本情報管理シート」「通院情報管理シート」等 #2
5. 岡田幸之ほか(2007):ICFに基づく精神医療実施計画書の開発 #3
6. 国立精神・神経センター病院精神科作業療法室で使用開始した報告書#4

ICFの枠組みに沿ったアセスメント・シートの例

長崎・辻井・金子:事例でわかる!精神障害者支援実践ガイド-ICFに基づく精神障害者支援 アセスメント・プランニングの進め方. p. 76(抜粋) 日総研, 2006.10

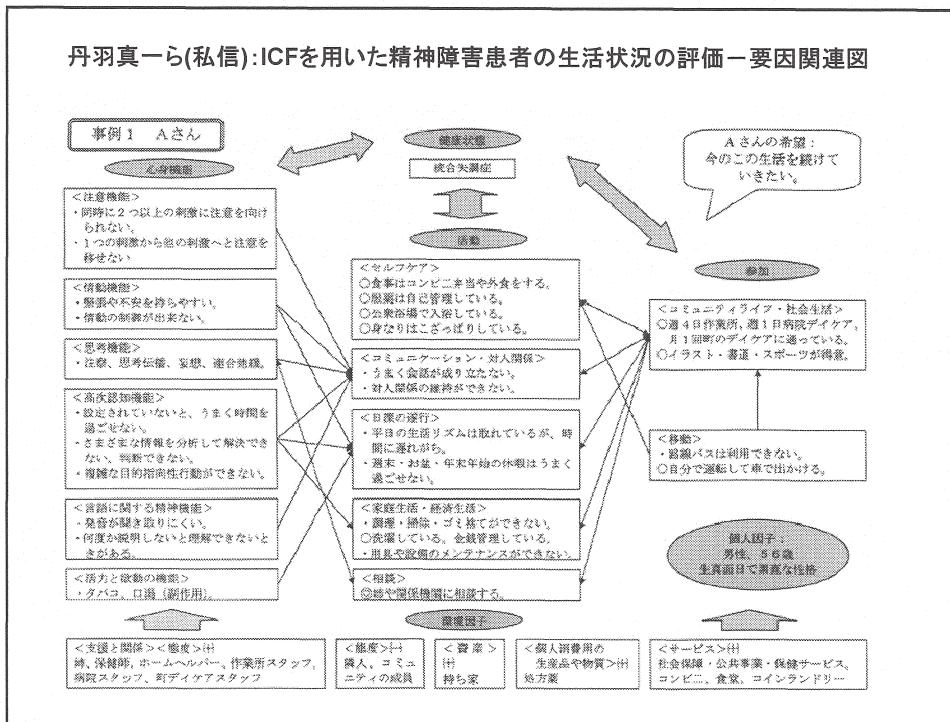
【将来への希望】アパートに退院したい(どのような生活をしたいかは不明)	
【健康状態】統合失調症、服薬中断で再発を繰り返してきた	
【心身機能障害】入院生活が長く、退院後の生活に自信なし、イメージも持てない	【心身機能】病状は安定しており、退院可能な状態である
【参加制約】退院後の参加については不明	【参加】院内のプログラムやデイケアへの参加状況は良好
【環境因子-障害】母親の死後、保護者は弟であるが関係疎遠。弟は退院に否定的で、できれば生活訓練施設への退院を希望。病院スタッフも生活訓練施設を経て、金生であれば一人暮らしを検討しようと考えていた。障害年金2級だけでは生活費が不足	【環境因子-促進】なし
【個人因子-否定的】10年間の入院で退院後の生活をイメージしにくくなっている。弟への遠慮があり、迷惑をかけたくない。服薬を中断する可能性。どの程度、生活管理能力・問題対処能力があるかは不明	【個人因子-肯定的】一般就労の経験がある(事務、調理補助、接客係)

事例1 Aさん 丹羽真一ら: ICFを用いた精神障害者の生活状況評価(抜粋)

評価項目での(+)は困難なし・実行状況・促進因子、(-)は機能障害・活動制限・参加制約・障害因子。

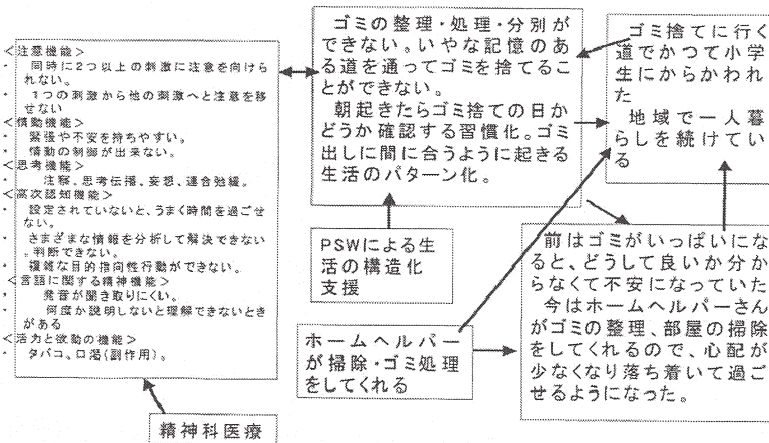
事例項目	評価項目
①男性、56歳、性格は生真面目で素直。高校卒業後、建設会社事務職として在職中に統合失調症を発病し、精神科に2回入院。両親と3人暮らしの間は親の紹介で軽作業を続け、通院を継続。数年前両親が相次いで死亡したため、生活費に困り、主治医からケースワーカーを紹介され生活支援を開始。	個人因子: 男性、56歳、生真面目で素直な性格。 健康状態(-): 統合失調症 E165 資産(持ち家)(+) D910 コミュニティライフ(+)
⑧保健師が訪問してみると家には新聞紙とゴミが散在していたため、週1回のホームヘルパー派遣、月1回の訪問看護を行うことになった。	E355 保健の専門職(+) D650 家庭用品の管理(-) D640 調理以外の家事(-)
⑩普段から発音が聞き取りにくく、物事を順序よく伝えられない。また、何度か説明しないと内容が理解できない時がある。	B167 言語に関する精神機能(-) B152 情動機能(-) B160 思考機能(-) D3 コミュニケーション(-)
⑬ゴミ出しは分別が難しい。いつ捨てたらよいか分からない。捨てる場所に行く道で以前に小学生にからかわれた嫌な記憶から歩いている通らないようにしているので、できない。	D640 調理以外の家事(-) B164 高次認知機能(-) E425 隣人・コミュニティの成員の態度(-) D220 複雑課題の遂行(-)
⑯前はゴミがいっぱいになると、どうして良いか分からず不安になっていた。今はヘルパーさんがゴミの整理や部屋の掃除をしてくれるので、心配が減り落ち着いて過ごせるようになった。	E530 保健サービス・制度・政策(+) D230 日課の遂行(+)

丹羽真一ら(私信):ICFを用いた精神障害患者の生活状況の評価—要因関連図



丹羽真一ら(私信):ICFを用いた精神障害患者の生活状況の評価—ゴミ処理関連図

事例1 Aさん:ゴミ処理関連



ICFが生物学的、個人的、社会的観点における健康に関する首尾一貫した観点を提示したことにより、「再発予防」「生物・心理・社会的アプローチ」「チーム医療」がやりやすくなっていくと考えられる(山本佳子・丹羽真一:精神医学 45(11):1167-1174, 2003)

精神医学医療にかかわるICFの評価項目

(中根允文ら:精神医学 45(11):1149-1158, 2003)

- b. 心身機能、精神機能
 - 全般的精神機能、個別的精神機能
- s. 身体構造
 - 神経系の構造
- d. 活動と参加
 - 学習と知識の応用、一般的な課題と要求、コミュニケーション、運動・移動、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活領域、コミュニティライフ・社会生活・市民生活
- e. 環境因子
 - 生産品と用具、自然環境と人間がもたらした環境変化、支援と関係、態度、サービス・制度・政策

ICFを導入したICD-10F 多軸記載方式サンプル

(中根允文ら:精神医学 45(11):1149-1158, 2003)

第Ⅰ軸：臨床診断				
可能性のある診断名を全てICD-10コードに則って記載せよ。まず、主診断から記入する				
	診断	ICD-10: A-Yコード		
1				
2				
3				
第Ⅱ軸：臨床診断（第Ⅰ軸）に関わる背景因子				
関係が想定される要因をICD-10Zコードから選んで記載せよ。				
	臨床診断に関わる背景因子	ICD-10: Zコード		
1				
2				
3				
第Ⅲ軸：生活機能と障害				
ICFを利用して生活機能と障害の各領域について0-9段階で能力障害を評価せよ。				
	特定の構成要素における評価点	第1評価点	第2評価点	第3評価点
心身機能	1			
	2			
	3			
身体機能	1			
	2			
活動・参加	1			
	2			
環境因子				

注目



医療観察法病棟における基本情報管理シートの一部
退院前基本管理シートのICF評価項目

生活機能	領域	評価点	説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)
	セルフケア	身体快適性の確保 食事や体調の管理 健康の維持 管理	
社会的な適正	看護以外の家事 敬意と思いやり		
	忍耐 寛容さ 批判 含恨		
対人関係	身体的接触 対人関係の形成 対人関係の終結		
	対人関係における行動の制限 社会的ルールに従った対人関係 社会的距離の維持		
日課の遂行	日課の管理 日課の達成		
	自分の活動レベルの管理		
ストレスその他の心理的要求への対処	責任への対処		
	ストレスへの対処		
	危機への対処		
経済生活	基本的な経済的取り引き 複雑な経済的取り引き		
	経済的自給		

現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。

評価点	0 完全にできる(障害は0~4%、自立している)	4 まったくできない(障害は96~100%、常に介助が必要)
1	概ねできる(障害は5~24%、見まもりを要する程度)	8 詳細不明
2	多少はできる(障害は25~49%、時に指示・介助・介入を要する)	9 非該当
3	ほとんどできない(障害は50~95%、指示・介助・介入を要することが多い)	

全国の医療観察法病棟で統一フォーマットでICF項目を含む評価が実施されている

ICFに基づく精神医療実施計画書(岡田幸之:精神医学, 49(1):41-48,2007)

領域ごとの生活機能(活動と参加)	第1・第2・第3評価点	説明(実行状況、支援なしでの「能力+支援」支援ありでの「能力+支援」およびそれらの間の差、いし問題と治療の目標や焦点を明確にする)
1 学習と知識の応用 注意して読む 注意して聞く 読 取 読後 習字の学習 算数の習 字の学習 算数の学習 読書の習 得 読意を集中すること 読書 読 む 書く 計算 問題解決 意思決 断	実行状況 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	病院内生活や社会生活を通じて、とくに本を読んだり計算をするといった機 会はほとんどなく、「能率」という点では劣っているようである。語を ききながらや注意散漫な印象を受ける。 計算、書字等については、放っておく、何もしようしない。担当の○ 心理士の話によれば、知能検査で正常下限程度は十分にあることであ る。 読書書き等の機会を増やすことで、十分に作業能率や注意力も引き出すこと ができると思われる。
2 一般的な課題と要求 単純な課題・複雑な課題の遂行 領域・グループでの単一課題の遂 行 単純課題の実行 目標・単 一課題の達成 課題の遂行 目 標の管理 達成 自分の活動レ ベルの管理 業務の対処 ストレス への対処 危機の対処	実行状況 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	病院内では、決められた日課などは積極的にこなしている。SSTなどでは リーダーになることはなく、追従するタイプながら如才なく課題をこなして いる。 家庭で母親との共同生活する状況では、自棄を遂行することは必ずしも 容易ではないと思われる。とくに協力日課を計画することは難しそ うである。ストレス場面では有効な対処をするための援助が必要であ ろう。 解決すべき課題を支援者が具体的に確認する(何を検討しなければなら ないかを一緒に考えるなど)作業をすると、問題に対する的確な判断が下せる であろう。
3 コミュニケーション 話し言葉の理解 非言語的メ ッセージの理解 表情 公衆手話 によるコミュニケーションの理解 表 情 話し言葉 オンスカッション によるコミュニケーション相異 質の利用	実行状況 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	入院中の医療スタッフ、他患との間ではコミュニケーションに問題は認め られない。やや一方的な話しぶりで相手が辞意を察する様子がない。 他者の話を途中でさえぎって話してしまうこともある。 病院内では、むしろ、相手から話しかけられることがなければ、まず自ら話 りだすことはなさそうである。 交流の場を設け、観察をしながら、例えば本人が気づいていない相手の心情 などをフィードバックして、確認するなどを行えば、徐々にでも能力をひき だしていくことはできそう。
4 運動・移動 基本的な姿勢の確保 姿勢の保持 乗り降り(移動) 持ち上げて運 ぶ 下駄を履いて物を動かす 履 きかきの手 使用 手と腕の操作 手 移動 簡単な編み物の移動 手 車利用 移動 自転車利用 自 車利用 運転 運転 交通手段 として物に乗る	実行状況 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当 能力+支援 0 1 2 3 4 8 9 なし 軽度 中度 重度 完全 不明 非該当	入院中の状況ではとくに問題はない。 身体的には運動や移動の能力に制限はない。しかし、自宅からの買い物に 関する○○に行きたいという、バスの利用に不安を訴えている(先払い、後 払い、整理券、カード利用などが不安なこと)。 ある程度のセッティングをすれば、とくに問題はないものと思われる。た だし、自動車運転免許取得の希望があるので、これについては長期的な目標 として確認しておく。

「実行状況」と「能力+支援」「能力+支援」を比較することによりリハの課題や必要な援助を見定めることができる

精神科作業療法報告書

ID	入院(<input type="checkbox"/> 病棟)・外来	報告日:
氏名:	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 最終	開始日:

プログラム

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

参加回数

	月	月	月	月	月
	回	回	回	回	回

領域	評価項目(ICFより抜粋)	評価点	領域	評価項目(ICFより抜粋)	評価点
	基本的能力(精神機能)			応用的動作能力	
<input type="checkbox"/>	情動の適切性、情動の制御(情動の不安定性)、情動の範囲(感情の平穏など)		<input type="checkbox"/>	必要品の入手(物品やサービスなど)	
<input type="checkbox"/>	活力と数値機能		<input type="checkbox"/>	安全(調理、洗濯、掃除、器具の使用、ゴミ捨てなど)	
<input type="checkbox"/>	その他		<input type="checkbox"/>	その他	
	応用的動作能力			注意を集中する	
<input type="checkbox"/>	セルフケア		<input type="checkbox"/>	学習と知識の応用	
	基本的な対人関係(敬意、思いやり、感謝、寛容さ、批評、否定、身体的距離)		<input type="checkbox"/>	読む、書く、計算	
	複雑な対人関係(形成、維持、行動の制御、社会的スキル)または対人関係、社会的距離の維持)		<input type="checkbox"/>	読解(単純な問題、複雑な問題)	
	特定の対人関係		<input type="checkbox"/>	意思決定(選択、実行、計画)	
	コミュニケーションの種類		<input type="checkbox"/>	第一課題の遂行(単純な第一課題、複雑な第一課題、複雑な第二課題、グループでの第一課題)	
	コミュニケーションの表出		<input type="checkbox"/>	複数課題の遂行(単独での複数課題、グループでの複数課題)	
	会話(開始、継続、終了、1対1、多人数)		<input type="checkbox"/>	目標の遂行(目標の管理、目標の達成、自分の活動レベルへの管理)	
			<input type="checkbox"/>	ストレスとその他の心理的要素への対応(ストレスへの対応、責任への対応、危機への対応)	
			<input type="checkbox"/>	移動(短距離、長距離、足元、乗り降り、乗込)	
			<input type="checkbox"/>	糸縫	
			<input type="checkbox"/>	レクリエーションとレジャー	
			<input type="checkbox"/>	その他	

評価点: 0 問題なし 1 軽度の困難 2 中程度の困難 3 重度の困難 4 完全な困難 8 不明

OTのコメント、サイン

担当OT _____

医師のコメント、サイン

主治医 _____

(年 月 日 記入)

国立精神・神経センター病院 精神科作業療法室

作業療法指示箋へのICF評価項目の組み入れの試み

(国立精神・神経センター病院 精神科作業療法室)

評価を実施した精神科OTの意見

- スポーツではコミュニケーションや対人関係は評価出来るが、学習と知識の「読む・書く・計算」などは観察できない(「している活動」を評価)
- 同じ統合失調症でもターゲットが違う→OT処方箋に主治医が書いた目的に関連した項目を主に評価
- OTは実行状況(支援なしでの実施能力)を主にしている
- これらのICF項目を反映する標準的なテストを作成して定期的に評価を実施してはどうか→報告書に使用
- その人の治療目標を多職種協働で評価して(患者さん本人を含めて)合意できるとよい

Ⅲ. 取り組みの結果

1. ケーススタディ、包括的評価表への組み入れ、治療計画策定、変化の評価などの試みがあった
2. 系統的な評価ができて(大きな)見落としを防げる
3. 本人の希望を聞き出す、ニュートラルな表現で特性を表現(本人と治療者の認識の共有に役立つ)
4. 実行状況とともに、「能力-支援」「能力+支援」を区別して評価することで、支援の必要性や支援による改善可能性を示すことができ、リハビリテーションの必要性と同時にケアにおける援助ニーズを明らかにできる

IV. 現状の課題と今後の取組みについて

- ・ICFに立脚した「よくする介護」「目標指向的介護」(大川, 2009)→精神科領域でも「目標指向的ケア」(リハビリテーション)が重要
 - ・「ICFの理念と包括性」と「現場での実践の容易さ」とのバランスが課題
1. 統合失調症における生活障害と認知機能障害の関連の病態解明
 2. 精神障害を持つ人の本質的な特性を反映するコアセットを抽出しICF評価項目に組み入れる方向性の検討
 3. 得られた尺度を治療計画や介入研究(SST等)による効果の検証に使用

ICFの活用：「生きることの全体像」についての「共通言語」として

国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長 大川 弥生

これまで私はICFを活用して臨床実践と研究を行ってまいりました。それにもとづいて本日はレジメに示しておりますような発表をする予定でした。ですが本日の打ち合わせで、ICFがどういうものかということをお話しすることとなりました。本日ご出席頂いた方々にまずICF自体をご理解いただくことが必要であろうと判断されたからです。但し、それをお話しするにしても、とても短い時間ですので限られたポイントだけをお話しすることになります。不十分だった点、また本日本話する予定でした内容は、書いております本等^{1) -4)}をごらんいただければと思います。

1) 生活機能の意義

最初にICFの中心概念となる生活機能の意義について考えたいと思います。

「健康とは単に病気・症状がないだけでなく、生活機能が高い水準にあること」という観点が重要です。このような生活機能の重視は、WHO憲章(1946年)の健康の定義が「健康とは単に疾患・病弱が存在しないことだけでなく、身体的・精神的・社会的ウェルビーイングの状態」ですことから考えれば当然であり、このウェルビーイングの状態とは、生活機能が高い水準にあることを意味しています。

これを端的に示すのがWHO-FIC(Family of International Classifications、国際分類ファミリー、図1)の中で、ICFが疾病・外傷に関するICD(国際疾病分類)と同等の中心分類として位置づけられていることです。ICDは100年以上の歴史を持ち、最近はDPC(診断群分類)との関係で一般臨床上の活用の機会が増加しているものですが、このICDと並んでICFが中心分類、すなわち「健康」に関する最も基本的なものとして位置づけられたことは、背景にある健康観の大きな進歩を示しているといえると思います。

また生活機能を重視する必要性が大きい背景としては、生活機能低下のある人のよりよい生活(すなわち生活機能向上)のために関与する新たな専門職が増加し、それらの人々同士でまた既存の職種とも連携し、チームを組む機会が増えたことがあります。

また、これまでの専門家中心でなく、生活機能低下のある当事者（患者、利用者、そしてその家族）の意思、要望、権利を尊重し、当事者中心の医療・介護でなければならないという、国民一般を含めた大きな意識の変化があると思います。このような背景を認識してICFを活用することが大事だと思います。

I. ICFの特徴と活用

ではまず、ICFの基本的特徴と活用の原則について述べます。

1. ICFの基本的特徴（1）：「生きることの全体像」

ICF（国際生活機能分類）には「分類」という言葉がつくため、分類のために項目を使うことが主目的と考えられがちです。しかし、ICFの活用法として基本的に重要なのは「生活機能モデル」（図1）としての活用であり、分類としての活用もその上に立ったものでなければなりません。

それを前提としていえば、ICFの基本的な特徴は、一言で言えば「“生きることの全体像”についての“共通言語”」です。

ここではまず「生きることの全体像」について種々の角度から検討します。

1) 生活機能とその3つのレベルの包括概念

生活機能が人が「生きることの全体像」を示すとは、まず人が「生きる」こと（生命・生活・人生）を単純にではなく、重層的なものとして総合的にとらえることです。すなわち生活機能は、図2に示すように、「心身機能・構造」（生物レベル）、「活動」（個人レベル）、「参加」（社会レベル）の3つのレベル（階層）からなり、それらを全て含んだ包括概念です。

これに問題を生じた状態が「障害」（生活機能低下）であり、これも同じく「機能障害（構造障害を含む）」「活動制限」「参加制約」の3つのレベルを含む包括概念です。

このように「生きる」ことのプラスの面の全体像を示す生活機能をみる場合にも、マイナス面を示す障害をみる場合でも、3つのレベルのどれにも偏らず、全体をバランスよくみる必要があります。例えば医師は従来の習慣や価値観からして「心身機能・構造」あるいは「機能障害」を特に重視しがちなので注意が必要ということなどです。

2) 生活機能に影響する因子

ICFの生活機能モデルは、生活機能に影響する因子を示しています。生活機能に影響を及ぼすものに疾病・外傷（ICFでは高齢・妊娠などを含め広くとらえる）などの「健康状態」があるのは当然として、それだけでなく、「背景因子」としての「環境因子」と「個人因子」も生活機能に大きく影響すると考えるのが特色です。

生活機能向上の手がかりを見つけるためには健康状態のみでなく、環境因子・個人因子を重視する視点が重要です。

3) 相互作用モデル

生活機能の3つのレベルの相互の間には図2の双方向の矢印で示されるように相互に影響しあう関係があり、さらにそれと健康状態、環境因子、個人因子との間にも相互関係があります。このように生活機能モデルは全ての要素が全ての他の要素と関係し合う「相互作用モデル」なのです。

<生活機能モデルの小括>

以上に述べた、1) 生活機能の階層性（3レベルからなること）、2) 健康状態（疾病・外傷など）だけでなく、環境因子、個人因子を重視、3) これらが相互作用する、ということが生活機能モデルの最も重要な特徴であり、この全てを含んだものが「生きることの全体像」です。これをみるための活用としては、「落ちのない」「全レベル・因子にわたる」状態把握が必要です。具体的には、チェックリストの活用が有効であり、私どもは大項目チェックリスト（表1）^{1) 2)} や中項目チェックリスト¹⁾ を用いています。また、レベル・因子間の相互作用の分析が重要で、これには「生活機能整理シート」¹⁾ が有効です。

4) プラスを引き出す：潜在的生活機能

ICFのもう一つの特徴は、マイナス面中心の見方ではなく、プラス面を積極的に“引き出す”視点へと180度の転換をしたことです。この場合にいう「プラス」とは、「プラス思考」というようなムード的なことでもなく、またいわゆる「残存機能」でもなく、「潜在的生活機能」つまり本人さえ気づいていないような隠れた能力や可能性を専門的な支援によって引き出すこと、それをしかも本人の積極的関与のもとに実現することです。

5) 活動の「実行状況」と「能力」

ICFでは「活動」を「実行状況」と、評価・訓練時の能力です「能力」に明確に区別しています。これは我々が以前から「しています活動」と「できる活動」とを区別する必要を強調していたことと一致しています。

6) 統合モデル

ICFの生活機能モデルは障害に関して従来いわれてきた「医学モデル」にも、またそれに対抗してできた「社会モデル」のどちらにも偏らず、それらを高い次元で統合した「統合モデル^{1) 2)}」です。

「医学モデル」は因果関係の理解においても、解決の基本的方向においても、病気からの因果関係を重視したマイナス中心のモデルです。そのため、活動・参加の改善には、機能障害の改善が最重要と考えられ、それ以外には活動・参加に対しては不自由なことを補う、補助・介助・補完的な方法しかないと考えられがちです。しかもこのような「医学モデル」は、医療分野だけでなく他の分野、また当事者・一般市民全体にも根深く浸透しているのが現状であることに注意が必要です。

2. ICFの基本的特徴(2):「共通言語」

「共通言語」とは、各種の専門家間、また専門家と本人との「共通のものの考え方」ということです。つまり、「人が生きる」ことを包括的・総合的に捉える見方・考え方を、関係者すべてが共通にもつことであり、それによつてはじめて真の相互理解と連携が可能となります。

医療と介護、福祉などの各種専門家同士の間にも、また行政も含めて、共通言語が必要です。

「共通言語」が必要なのに、今それが最も欠けているのは、当事者・家族と、医師をはじめとする医療関係者・その他の専門家との間です。それによつて、お互いに「話が通じない」ための誤解や不信が起こりがちです。

これと関連して重要なのは、当事者は、自分の生活・人生（「活動」「参加」）、また「個人因子」はもとより「環境因子」（の身近な部分）について一番よく知っているということ

です。その意味で本人、家族は「自分の生活・人生の専門家」なのです。

これは専門家は対象とする人の生活・人生（「活動」「参加」）を正しく知るためには本人・家族の言うことに傾聴しなければならないし、それを積極的に引き出すことが必要だということです。これはまた本人・家族の積極的な発言が期待されているということでもある。これが本人が専門家と協力して自己決定権を正しく行使するための、また専門家が専門的な立場からそれを支援するための重要な前提条件であり、それが効果的に行われるためにも ICF は有益なツールとなるのです。

3. ICF の活用の現状

ICF と「生活機能」の概念は、医療、介護、障害者等の分野では既にかかなりの程度に制度的に導入・活用されています。

例えば、ICF はすでに介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、そして看護師や医師などの国家試験に出題されています。

厚労省関係でいえば高齢者関係で ICF の活用はすすみ、例えば介護保険の要介護認定の際に主治医意見書は不可欠なものです。介護保険制度の発足時（2000 年）の意見書には、「特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名」という項目があったものが、介護保険法改正時（2006 年）に「障害」が「生活機能低下」という表現に変わりました。また、以前の「介護に関する意見」は、本人を中心とした「生活機能とサービスに関する意見」という表現に変わりました。

更に「症状としての安定性」と「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」が別項目になったことも重要です。病気としての症状と生活機能を別個のものとして位置づけたことは、長い歴史をもつ医療の中で画期的なことです。

4. ICF の活用：特に評価点について

ICF の活用には種々の注意点があります。評価点の問題にしぼって述べます。他の諸点については文献をご参照いただきたいと思います。

ICF を分類・評価法として用いる場合には、評価点（qualifier）、すなわち 0～4 の

5段階の数字（0が最も高い状態）を項目（コード）の後につけて問題の程度を示すのが原則です。その評価点の具体的内容は文化や歴史などを考慮して各国の使用者にまかされており、わが国ではまさにこのシンポジウムと関係の深い厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会にて、我が国における評価点基準の暫定案が「活動」及び「参加」についてつくられました。

「活動」と「参加」の実行状況の評価基準を表2、3に示します。なお、「能力」の評価基準は、表の内容の「しています」を「(することが) できる」に、「行っていない」を「できない」になどと変えただけで、後は同じです。私どもは、「活動」の評価点2の「部分的制限」は、我々は2-a：直接的介護、2-b：見守り、2-c：促しと細分して用いています^{1) 2)}。

評価のポイントとして次の2点が特に重要であり、従来のADLその他の「活動」に関する評価にも参考にすべきものと考えられます。

①評価点0、1の差：

従来は「自立」の中で、今回の評価点1です“ある環境でのみ自立しています”「限定的自立」^{1) -4)}と、そのような制約のない「普遍的自立」^{1) -4)}とを区別していませんでした。例えば排泄行為についても自宅のトイレだけで自立していますのと、外出先でも自立していますのとは大きな差があります。しかしそれらを区別せず、同じ自立としていました。

これは従来のADL等の評価法が障害のある人々を想定して作られたのに対してICFが「全ての人」を対象とするための大きな違いです。

これからはこの2つを明確に区別することが重要であり、それによって「限定的自立」にとどまらず、さらに「普遍的自立」への向上を明確な目標としてたてることができます。

②評価点3、4の差：

行っていないのか、全介助でも行っているのかは大きな差がある。しかし、これまではこの両者を同じものをみることもあったので、今回の区別は重要です。

図1. WHO国際分類ファミリー(WHO-FIC)の構成内容

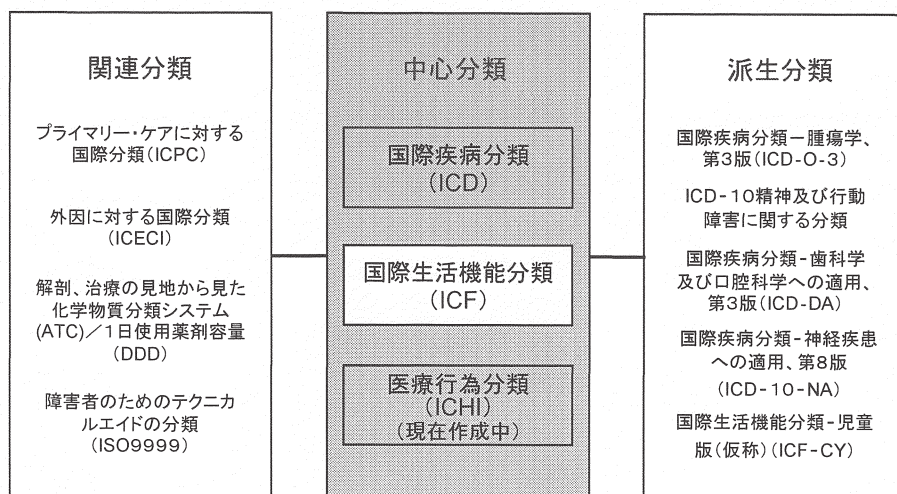


図2. 国際生活機能分類 (ICF : WHO、2001) の生活機能モデル

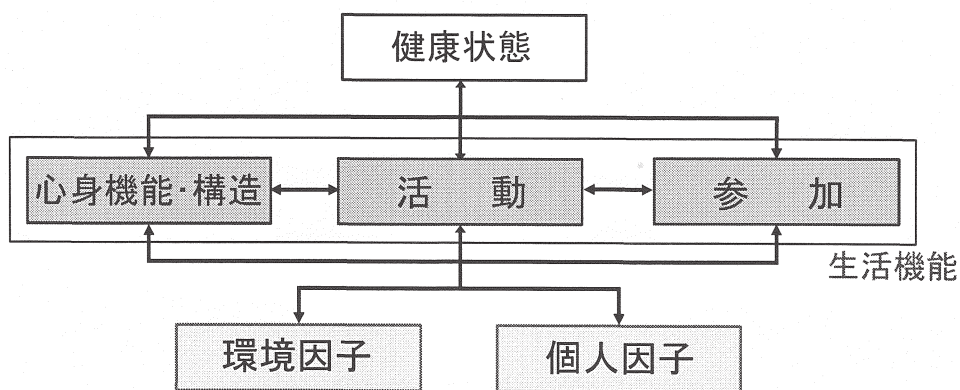


表 1. ICF : 活動と参加の大分類チェックリスト^{1) 2)}

<活動>		<参加>
<input type="checkbox"/> a5	セルフケア※	
<input type="checkbox"/> a6	家庭生活	<input type="checkbox"/> p6
<input type="checkbox"/> a7	対人関係	<input type="checkbox"/> p7
<input type="checkbox"/> a8	教育・仕事・経済	<input type="checkbox"/> p8
<input type="checkbox"/> a9	社会生活・市民生活	<input type="checkbox"/> p9
<input type="checkbox"/> a3	コミュニケーション	
<input type="checkbox"/> a4	運動・移動	
<input type="checkbox"/> a1	学習と知識の応用	
<input type="checkbox"/> a2	一般的な課題と要求	
※健康に注意すること		<input type="checkbox"/> p570

(問題のある項目の□に✓を入れる)

具体的使用法は参考文献1) 参照

表 2. 活動の評価点基準（案）

- 実行状況（個人が現在の環境のもとで行っている活動や参加の状況）の評価基準
ポイント（「小数点」）以下第 1 位で使用

評価点	評価	内容
0	普遍的自立	生活の場以外での環境（外出時、旅行時などにおける環境）においても自立しています
1	限定的自立	生活の場（当人の状況に応じて自宅、自宅の一部、病院、施設など）およびその近辺の、限られた環境のみで自立しています
2	部分的制限	部分的な人的介護（※）を受けて行っている ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制限	全面的な人的介護を受けて行っている
4	行っていない	禁止の場合を含み行っていない

表 3. 参加の評価点基準（案）

- 実行状況（個人が現在の環境のもとで行っている活動や参加の状況）の評価基準
ポイント以下第 1 位で使用

評価点	評価	内容
0	活発な参加	常に又はしばしば、全面的な参加を実現しています （人的介護の有無は問わない）（注）
1	部分的な参加	時々又は部分的な参加を実現しています （人的介護は受けていない）
2	部分的制約	部分的な人的介護（※）を受けて、時々又は部分的な参加を実現していません ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制約	全面的な人的介護を受けて、時々又は部分的な参加を実現しています
4	参加していない	禁止の場合を含み参加していない

注：ただし、頻度及び人的介護の有無等にかかわらず、高い水準での参加については評価点 0 とする。

【参考文献】

- 1) 大川弥生：生活機能とは何か；ICF：国際生活機能分類の理解と活用．東京大学出版会．2007
- 2) 大川弥生：「よくする介護」を实践するためのICFの理解と活用：目標指向的介護に立って．中央法規出版，2009．
- 3) 大川弥生：新しいリハビリテーション；人間「復権」への挑戦．講談社現代新書、講談社、2004．
- 4) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション－ICFに立った自立支援の理念と技法－、中央法規出版、2004

NUHW Physical Medicine & Rehabilitation

保健医療福祉 連携教育から見た ICFの利用状況

真柄 彰

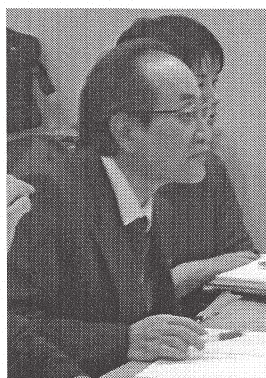
日本保健医療福祉連携教育学会理事
(新潟医療福祉大学 医療技術学部)

ICF

1

NUHW Physical Medicine & Rehabilitation

ICFの利用状況について



- ・ 調査をしたわけではないので、
- ・ 自分の知る範囲での印象として述べる。

素人が苦情を言っている様になっただけですすみません

ICF

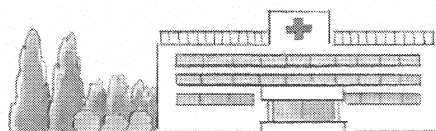
医療現場での ICFの利用状況

ICF

3

自分が勤務する総合病院で

- ・ ICD, ICIDH, ICFについての知識をたずねてみると、
- ・ 勤務医はICDとICIDHについては知っている。

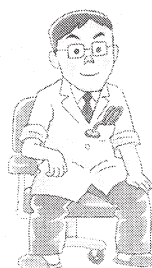


ICF

勤務医は ICD と ICDH

- ・ については知っている。
- ・ 患者の退院時サマリーの記入に、
- ・ このコーディングが義務であるためである。

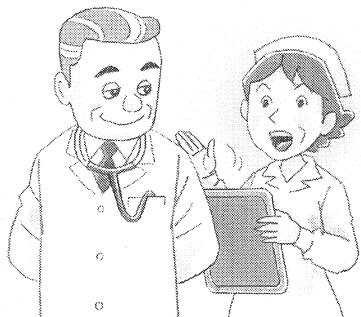
検査項目		結果
入院日	平成 16 年 10 月 04 日	退院日 平成 16 年 10 月
入院目的	検査入院	
病歴	主病名 出血性紫斑病	ICD-10 CD-10
副病名 1		<input type="checkbox"/> 合併 <input type="checkbox"/> 併発
副病名 2		<input type="checkbox"/> 合併 <input type="checkbox"/> 併発
副病名 3		<input type="checkbox"/> 合併 <input type="checkbox"/> 併発
副病名 4		<input type="checkbox"/> 合併 <input type="checkbox"/> 併発
副病名 5		<input type="checkbox"/> 合併 <input type="checkbox"/> 併発



ICF

勤務医以外の臨床医は

- ・ これらのいずれも聞いたこともない様である。



ICD ICF

??

ICIDH

ICF

6

ICFという分類が

- ・ あることを認識している医師は
- ・ リハビリ科医師のみであるようである。
- ・ リハ科医師もいずれはICFの勉強が必要になるとは思っているが、
- ・ 実際に勉強を開始している人は少ない。

ICF



ICF

7

コメディカルスタッフの場合

- ・ ICFを知っているのは、
- ・ 病歴記録管理士、
- ・ リハビリテーションのセラピストと
- ・ リハ科看護師のみと思われる。

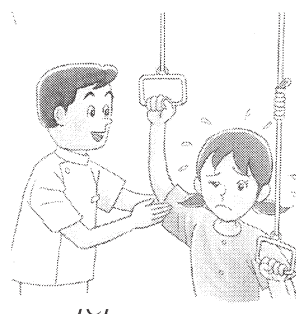


ICF

NUHW Physical Medicine & Rehabilitation

現場の理学療法士や作業療法士は

- ・ 臨床実習学生がICFにもとづいて
- ・ 実習記録を記載したり
- ・ 発表することが多くなってきている

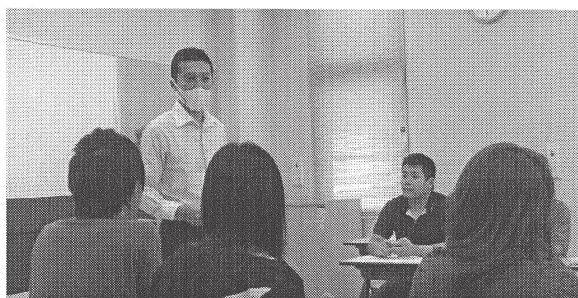


9

NUHW Physical Medicine & Rehabilitation

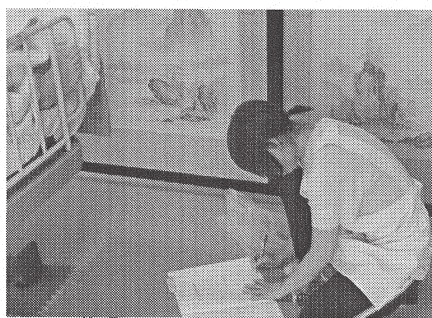
指導する側が

- ・ ICFを理解できないと感じたり、
- ・ 自分も勉強しなくてはならないと
- ・ 感じることもあるようである。



介護保険担当・地域リハ現場

- ・ ICFの概念は抵抗なく受け入れられているが、
- ・ ICFというものにもとづいているということは
- ・ あまり意識されていないのではないだろうか。



ICF

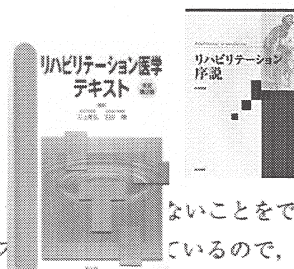
リハビリテーション科医師の 認識

ICF

12

数年前のリハ医学の教科書

- ・ ICFは医学には不向きであるとして、
- ・ ICDHにもとづいて説明しているものが大部分であった。



反し、ICFは肯定的な側面を表している。リハビリテーションできないことをできるように訓練したり、指導するものであり、マイナスイメージがあるので、ICFの使用は難しいと言われる。したがって以下障害分類は従来のものを使用して述べる。

ICF

13

しかしリハビリテーションでは

- ・ 医学を中心に行っているため
- ・ 病院や医療ではICFは用いにくいという意見が多い



ない。これでは治療計画立案には役立たず、したがって治療の現場ではICFの項目をさらに細分化しない限り、使用は不可能なのだが、個別に細分化すれば共通言語を提供するという本来の目的は崩れてしまう。この問題に対する回答は与えられていない。ICFの本来の目的は障害分類であり、臨床応用ではないと理解すべきなのかもしれない。

ICF

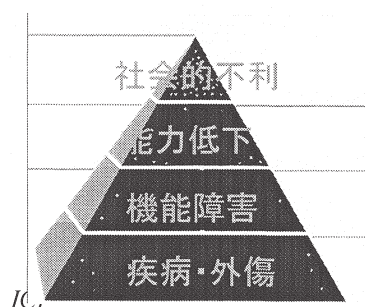
14

ICIDHのコーディング

- ・ について説明したものはなく、
- ・ 障害の構造を理解するときの
- ・ 概念としてICIDHを説明している。

四肢の機械的及び運動障害（71 - 74）

- 71 四肢の機械的障害
- 72 二肢以上の痙性麻痺
- 73 四肢のその他の麻痺
- 74 四肢のその他の運動障害



最近の教科書は

- ・ ICFの概念を紹介するようになってきているが、
- ・ コーディングについてあまり詳しくは説明していない。

除かれるもの・関節の安定性の機能（D715）、随意運動の制御機能

b 7100 1つの関節の可動性 mobility of a single joint

1つの関節の可動域と動きやすさ。

b 7101 複数の関節の可動性 mobility of several joints

2つ以上の関節の可動域と動きやすさに関する機能。

b 7102 全身の関節の可動性 mobility of joints generalized

全身にわたる諸関節の可動域と動きやすさに関する機能。

ICF

NUHW Physical Medicine & Rehabilitation

研究領域での ICFの利用状況

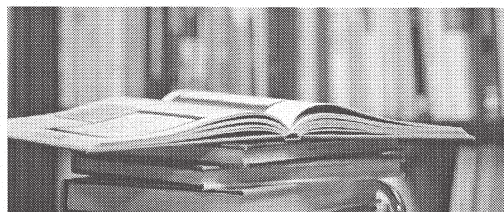
ICF

17

NUHW Physical Medicine & Rehabilitation

自分の医療福祉大学で

- ・ ICFを研究テーマとしている教員は
- ・ 少数ながら存在している。



理学療法学科と作業療法学科

- ・ の教員などは学生教育のために ICF を勉強している。
- ・ しかしこれは教育のためであり、
- ・ 研究のために勉強している教員は例外的に見える。



ICF 研究の興味

- ・ コーディングの効率化や厳密化など
- ・ 多数の評価結果を集約するような研究は
- ・ されていないようである。

セキュリティの警告: マクロが無効になりました。 オプション...

b110		b110	
A	B		
1	ICFコード	タイトル	解説
2	b1	精神機能	脳の機能、すなわち意識、活力、情、言語、計算などの個別的な精神
3	b110	意識機能	周囲への意識性、明瞭性の状態、醒状態の透明度と連続性を含む。
4	b114	見当識機能	自己、他者、時間、周囲環境との能。
...	さまざまな精神機能を理解し、組み

ICF

NUHW *Physical Medicine & Rehabilitation*

教育現場での ICFの教育状況

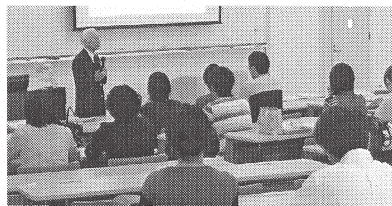
ICF

21

NUHW *Physical Medicine & Rehabilitation*

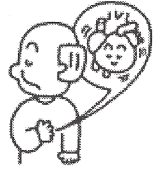
臨床医に

- ・ ICFの講義をしても誰も聞いたがらないが、
- ・ 医療福祉関連の学生に
- ・ ICFの講義をすると受け入れが良く、
- ・ 興味を持って勉強をする。



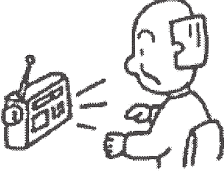
コーディングを体験

- ・ 評価表にイラストを入れたものを用いて
- ・ コーディングを体験させながら
- ・ 教えると受け入れがよい。

b410	心機能 適切なあるいは必要とする 血液量と血圧で、全身に血 液を供給する機能。	 <p>心臓、調子良好</p>
------	---	--

イラスト引用 国際医療福祉大学 高橋 泰 23

0: 困難 なし	1: 軽度 の困難	2: 中等度 の困難	3: 重度 の困難	4: 完全 な困難	実行 状況
0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%	
普遍的自立 もしくは 活発な参加	限定的自立 もしくは 部分的参加	部分的自立 もしくは 部分的制約	全面的制限 もしくは 全面的制約	行っていない もしくは 参加していない	能力

d115	注意して聞くこと 聴覚刺激を経験するた めに、意図的に聴覚を用 いること。例えば、ラジ オ、音楽、講義を注意 して聞くこと。	 <p>集中して聞いてます</p>
------	--	---

イラスト引用 国際医療福祉大学 高橋 泰 24

概念の説明をするときの問題

- ・ ICFの解説文が平易でない、
- ・ 日本語訳が難しいものがある、
- ・ 現代の学生にはやや難解で、
- ・ 教える方も哲学を教えているようである



25

いろいろな言葉の混在

レベル	概念?	分類	コード	例	その他
	部門			生活機能	
	構成要素			心身機能	
	構成概念			実行状況	
	章	分類項目	d	活動参加	
第1レベル	領域	大分類	d6	家庭生活	
第2レベル	ブロック	中分類	d630	調理	
第3レベル	カテゴリー	小分類	d6300	簡単な調理	詳細分類

この表が正しいかどうか不明

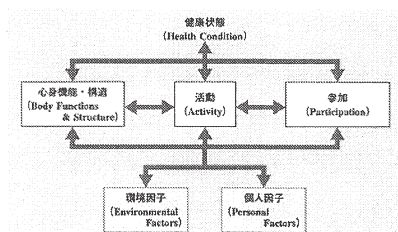
ICF

26

リハビリテーション領域 における ICFの抱える問題点

ICFを高く評価している人

- ・ の話を聞いてもそれが
- ・ 概念を高く評価しているのか、
- ・ コーディングを評価しているのかは
- ・ 良く話を聞かないとはっきりしない。

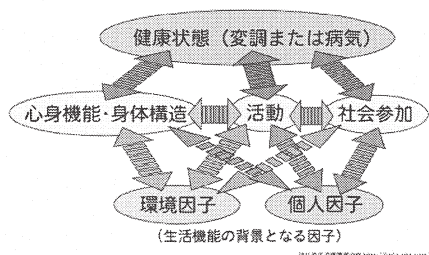


- ICFのコード・分類の定義は機能（I）
- b 7100 1つの関節の可動性 mobility ()
 - 1つの関節の可動域と動きや
 - b 7101 複数の関節の可動性 mobility ()
 - 2つ以上の関節の可動域と動
 - b 7102 全身の関節の可動性 mobility ()
 - ICF 全身にわたる諸関節の可動域

概念は良いと思うが

- ・ コーディングについては無用であると述べる人もいる。

ICF（国際生活機能分類）の構成要素間の相互作用

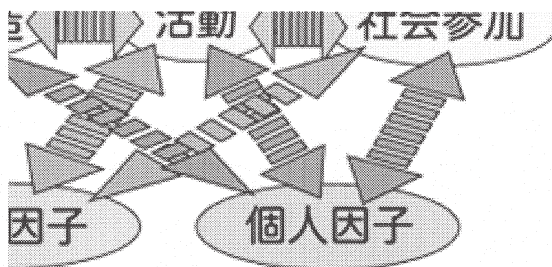


- 除かれるもの・即時の又ははりの機能（
- b 7100 1つの関節の可動性 mobility (
 - 1つの関節の可動域と動きや
 - b 7101 複数の関節の可動性 mobility (
 - 2つ以上の関節の可動域と動
 - b 7102 全身の関節の可動性 mobility (
 - 全身にわたる諸関節の可動域

イラスト引用 はじめての障害者介助

自分個人としての疑問点

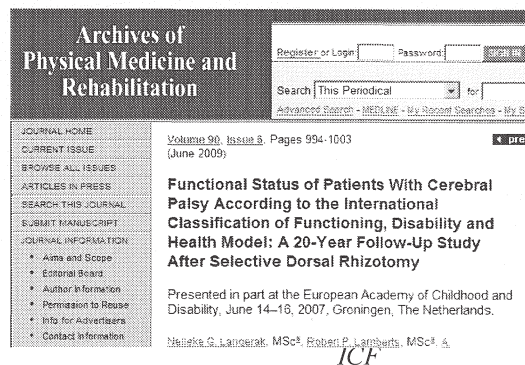
- ・ 個人因子のコーディングは現在なぜないのか、
- ・ 将来は作られるのかを知りたい。



イラスト引用 ^{ICF} はじめての障害者介助

また種々のリハビリ関連の

- ・ Outcome 分析に利用することをめざしているのか、いないのかを知りたい



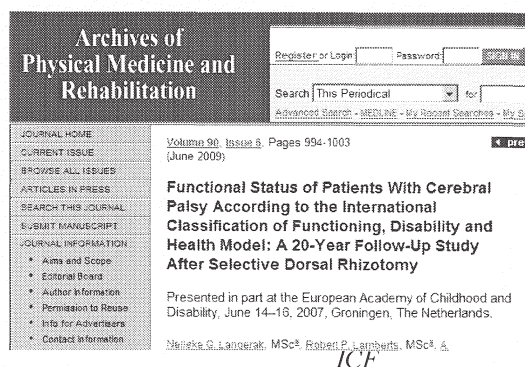
教科書によっては

- ・ 点数化して比較する段階には至っていない

ICFの使用は、コード化のための項目選定や信頼性、妥当性の検討がまだ確立しておらず、点数化して比較する段階には至っていない。基本的な考え方を取り入れて、各領域において試行版を検討している。

脳性麻痺経過評価に

- ・ ICF を用いて検定をおこなっている
- ・ 研究の例 (オランダ)

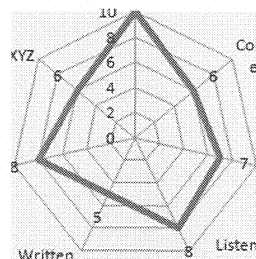


33

ICF

普及を妨げる一因

- ・ 評価分類に時間がかかる割には
- ・ 評価スケールとしては使えない
- ・ と思われる



ICF

34

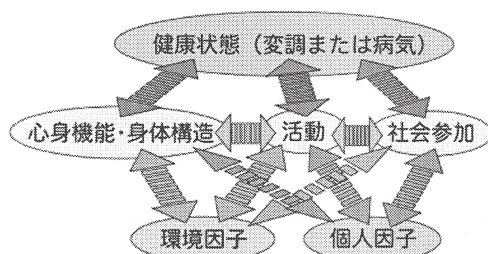
ICFに期待することと 今後の展望

ICF

35

ICFの利点

- ・ 現在使われているどの評価方法よりも
- ・ 評価内容が包括的・網羅的である
- ・ いわゆる「全人的評価」である



イラスト引用 はじめの障害者介助

36

ICF 活用方法

- ・ 前向き研究において
- ・ ICFから必要な項目を抜き出して
- ・ 調査項目とすれば良いのではないか

Table 6 ICF categories included in the Brief ICF Core Set for SCI in the early post-acute context

ICF component	Rank	ICF code	Title
Body Functions	1	b730	Muscle po
	2	b620	Urination f
	3	b525	Defecation
	4	b280	Sensation i
	5	b440	Respirator
	6	b735	Muscle tor
	7	b152	Emotional
	8	b810	Protective
Body Structures	1	s120	Spinal corc
	2	s430	Structure c
	3	s610	Structure c
Activities and Participation	1	d420	Transferrin

Kirchberger et al, ICF Core Sets for SCI 37

ICF 活用方法

- ・ 後ろ向き研究においても
- ・ 過去のデータを、必要な項目を抜き出してICFに変換して調査項目とすれば良いのでは

ICFに変換

ICFは医学的知識が無くとも

- ・ 誰でも評価分類することが可能で、
- ・ どの外国語でも結果のデータシートは共通であり、
- ・ データとして統一されている。

ICF code	Title
<i>Second level</i>	
e110	Products or substances for personal consumption
e115	Products and technology for personal use in the home
e120	Products and technology for personal indoor mobility and transportation
e125	Products and technology for communication
e130	Products and technology for education
e135	Products and technology for employment

I Kirchberger et al, *ICF Core Sets for SCI* 39

共通言語

- ・ 医学モデルと福祉モデルに共通して
- ・ 世界規模で通用する共通言語として期待できる。




ICF

40

ICFを普及させる方法

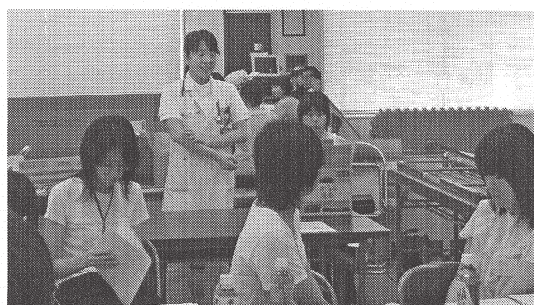
- ・ 遠回りに見えるかもしれないが、
- ・ 学生教育において
- ・ ICFのコーディングを含めて
- ・ 学生に理解させていってはどうか。

b410	心機能 適切なあるいは必要とする 血液量と血圧で、全身に血 液を供給する機能。	 心臓、調子良好
------	---	--

イラスト引用 国際医療福祉大学 高橋 泰 41
ICF

学生達が現場に出れば、

- ・ 職場の同僚の理解も進歩するのではないだろうか。



ICF

将来は ICF が常識？

- ・ になりますといいながら教えてはいるが
- ・ 本当に10年後にスタンダードになっているのかどうかについては
- ・ 確信を持ってない

END

ソーシャルワーカーの視点とICF

(社)郡山医師会 郡山市医療介護病院
保健福祉等事業推進室 島野 光正

M.Shimano

1

相談の経緯

- 老人保健施設相談員より連絡
- 現在入所中のAさんについて
 - 高齢者世帯
 - 主な介護者は妻
 - 一カ月だけ自宅に帰るので、なんとかして欲しい
- Aさん、Aさんの妻と面接、自宅への訪問

M.Shimano

2

Aさんの妻の話

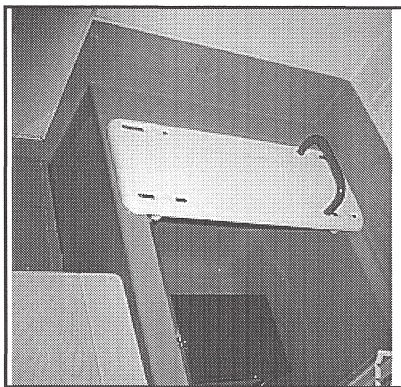
- 「一カ月だけなんとかかして欲しい」
- 「家に帰っても風呂入れが出来ない」



本人の状態、自宅への訪問、
妻との面接
(アセスメント)

M.Shimano

3

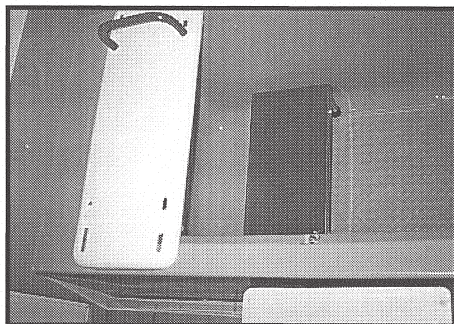


高齢者世帯

夫:右上下肢麻痺

身障手帳2級

バスボード、浴槽台
滑り止めマット、
セフティハードル



M.Shimano

4



ニーズとデマンスについて

M.Shimano

Aさん

- 結果的に、1ヶ月たっても施設へは戻らず、自宅での生活が継続された。
- Aさん、Aさんの妻の想いは、1ヶ月だけ自宅で生活することでも、施設へ戻ることでもなく、夫婦一緒に自宅で生活を続けていくこと。
- 自宅での環境(住環境、介護環境、在宅サービスのスタッフとの関係など)が整うことで、「家で生活したい。」が具体的になる。
- 自分たちの「思い」に気がつく。

M.Shimano

6

(2) Aさん事例

1. Aさんのニーズについて

→モノが本人や家族の力を引き出すこともある。

→力がなかったわけではなく、環境を整えれば力が出せる。

2. エンパワメント、ストレングスの視点

→交互作用の結果

→プロセスの中で本人や家族に自分たちの持っている力に気がついてもらうプロセス

→ソーシャルワークという。

M.Shimano

7

“悪” 循環から “好” 循環へ

・ 交互作用の「力」

ICFでは各次元・要素が相互に関連しあって、生活機能を構成すると考えている

- ・ ソーシャルワーカーは一般的に生活上の問題(生活課題・福祉課題)は「ある問題をもった人と環境との交互作用の結果」と考える

M.Shimano

8

「参加」のとらえ直し

- Aさん、Aさんの妻にとっての「参加」
→ 変化していく
- 私たちの仕事はサービスにつなげることでなく、住宅改修の相談に乗ることではなく、それは手段であって、大事なことはサービスの利用や環境への働きかけによって、2人にサービスを使いこなしていく力があること、サービスを利用することで思いが実現できる力があることに気づいていただくこと。

厚生労働省シンポジウム
ICF 生活機能分類の活用に向けて
～共通言語としてのICFの教育・普及を目指して～ 【議事録】

1 日 時 : 平成22年1月24日(日) 13:00～

2 会 場 : 明治大学リバティータワー1階 「リバティールーム」

3 シンポジスト :

国立精神・神経センター病院副院長	安西 信雄
国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長	大川 弥生
日本介護支援専門員協会会長	木村 隆次
千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授	藤田 伸輔
新潟医療福祉大学医療技術学部教授	真柄 彰
郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長	島野 光正

司会進行 : 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課

疾病傷害死因分類調査室長 瀧村 佳代

座 長 : 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 大橋 謙策

※【シンポジウムの録音テープを議事録として編集したものです】

○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 大橋謙策

ただいまご紹介いただきました日本社会事業大学の橋でございます。社会保障審議会の統計分科会生活機能専門委員会の委員長を仰せつかっております。今日は本当に多数の方にご参加いただきまして主催者として大変嬉しく思っておりますし、また参加者の顔触れを見ますと、非常に多様な職種の方が全国各地から参加いただいて大変嬉しく思っている次第でございます。これからパネルディスカッションを行うわけでございますが、事前にお2人の方を討論者として指定させていただきました。

日本保健医療福祉連携教育学会というのが今から2年前の11月に設立されました。イギリス等ではインタープロフェッショナル・エデュケーション(IPE)というのが大変進んでいるわけでございますが、日本でも在宅での生活支援を考えていきますと、保健、医療、福祉の連携が大変重要ではないかと考えております。それは教育レベルから行っていく必要があるということで新潟医療福祉大学高橋榮明学長が中心となり、かつ学会の理事長ともなって設立されております。その学会を代表して真柄さんに発表いただきたいと思っております。

もう一方は、ソーシャルワークの重要性というのが随分指摘されました。日本の場合、ソーシャルワーカーというのは社会福祉士と精神保健福祉士ということに代表されるわけで、その職能団体である日本社会福祉士会を代表して島野さんに発表いただきたいと思っております。お二人の発表をお聞きしてから、全員登壇いただいて、6人揃ってパネルディスカッションをしたいと思っております。3つ〜4つぐらいの柱で論議をさせていただきたいと思っております。

○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 大橋謙策

真柄さん、島野さん、どうもありがとうございました。それでは先ほどご報告いただいた4人の方、並びにいまコメントいただきましたお2人の方、壇上にお上がりいただき、パネルディスカッションを始めたいと思っております。

真柄さんのコメントにはICFとはそもそもどう位置づけるかというような問題に係っておりましたので、真柄さんのコメントについては最初に少し感想も含めて各執筆者に答えていただこうと思っております。島野さんのコメントはこれから後にお話をする内容と重複してまいりますので、その際にまたご意見もいただければありがたいと思っております。

今日、4つぐらいの柱があるのではないかと思います。1つは、単なる分析、分類だけではなくて、目標指向的なことが大切だということがございました。これがある意味では医療のあり方であり、ソーシャルワークのあり方であり、大きなポイントになってくるかと思っております。ケアマネジメントのプロセスの中にも出てまいりました。私の言葉で言うと、「求めと必要と合意」に基づく目標指向というのがあるのではないかと。本人が求めてきた、専門家が必要と判断した、その両者の意見をインフォームドコンセントで合意させていくということがすごく大事なことなのだなと感じました。その辺のところの論議を少ししてみたいなということが1点でございます。

2つ目には目標指向型と絡んでまいりますが、相互関連性というのを考えたときに、個人因子と活動との環境をどう考えるかという問題があるわけでございます。活動というのは実行しているということと、能力としてできるということが分類されておりますが、それだけではなくて、やる必要性があるのかなのか。やりたいと思っているのか。やりたいと思っている自分の価値規範だとか生活観だとか、そういう生きる意欲の問題だとかが出てくる。真柄さんは個人因子が出てこないのはなぜかという話をされていましたが、そんなことを含めて2番目に話ができればと思います。

3番目には、ICFを学生の教育のレベルで進める場合どういうことが必要なのかということを考えていく必要があるのかということでございます。まさに連携教育学会の役割につながってくるわけでございます。今日は高校の先生方もいらっしゃっておりますが、高校のときから、あるいは大学の学部時代から、ヒューマンサービスに関わる教育の中でどういうふうにインタープロフェッショナル・エデュケーションと呼ばれるようなものを考えていくのかということが3つ目になります。

4つ目はこれをどういうシステムでやれるのか、やれる可能性があるのか。病院は藤田さんの話のように地域医療連携室があるわけでございますが、病院と地域だけなのか、地方自治体のレベルで、地域包括支援センターなどでそういうことも可能なのかということを含めて、どのようなシステムで今後普及させていくのがいいのかというようなことを論議できればと考えました。

この4つの全てをととてもできるわけではないと思うのですが、時間の許す限り議論したいと考えております。

それでは最初に真柄さんのコメントに関して一通りご意見をいただきます。

○国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長 大川弥生

真柄先生は、あくまでもご自分の周りの雰囲気だとおっしゃったので、そのように受け取っております。ですが、今回御参加頂いた方が疑問をもたれたり、また誤解して伝わるといけないと思いますので、いくつかコメントさせていただきます。

大事なことだけお話し申し上げます。私自身もリハビリテーション医学をやっておりますので、自分自身の研究・臨床経験及び立場上申し上げます。

ICFの前にまずICDですけれども、ICDは実はお医者さんは全員知っておかなければならないのです。どうしてかといいますと、統計情報部との関係がありますので、特に申し上げるのですが、ICDに則って死因は診断され統計はとられているからです。

次に医学的リハビリテーションの中でICIDHの立場を取るか、ICFの立場を取るのかは、どういうリハビリテーションの理念やそれを実現する体系を基礎としているのかということに、その大きな差があるのと思います。生活機能の3つのレベルのうち心身機能のそれもマイナス面への対応が中心である機能訓練中心ではICIDHでもよいでしょう。一方で、参加レベルを重視し、ご本人たちと一緒に自己決定権に則ってプログラムを立てていくということであれば、ICFの必要性やその効果は十分に理解できることと思います。これは私の本にも詳しく書いておりますので、これ以上は申し上げます。

リハビリテーション医療以外の分野でも、どういう考え方に基づいた臨床実践を行うか、何を明らかにしようとしているかによって、ICFが使いやすいと感じるかとか、一方ICFについてよくわからないとか、なるのではないかと思います。ICFのこれまでの考え方と違う点から振り返ってみて、反省をする。より良いところに向かうために、ICFでもう1回考え直すということも必要で、それはリハ医学だけでなく、多くの分野で必要ではないかと思っています。

それから次に、「リハビリテーション領域における」、とおっしゃったことについてです。これは限られた医学的リハビリテーションをこのように表現なさっているのではないかと思います。リハビリテーションは本来、総合リハビリテーションの観点が大事で、これは世の中の動向としても、ご存じかもしれませんが、国連の障害者権利条約があり、これは日本も署名をしており、国内法の整備が行われましたらおそらく批准をするという段階に進むと思いますが、その中の26条でリハビリテーションの重要性がうたわれております。その場合のリハビリテーションというのは包括的なリハビリテーション、いわゆる総合リハビリテーションとして、医学リハだけでなく教育、福祉、職業、工学、また介護も新た

なメンバーとして大事だと思いますし、そういう非常に広い包括的なリハビリテーションというのが求められております。その中ではやはりさまざまな分野でICFというのは重要だと言われたり制度的にも重視されてきております。これら多くの専門分野の人々が関与し、当事者の自己決定権を尊重してすすめていく際「共通言語」が必要であり、そこにICFの意義があると思います。リハビリテーションについて、特にICFに関して論じる時、重要性を増してきている総合リハビリテーションの観点を論じることは必要だと思います。

最後ですが、身近なところについてお話いただいたわけですが、確かに色々な場所によってICFやICDの理解は違っております。今後、きちんと教育をしていただいた中でどういうふうに現場で実践していただくのかを考えることが大事だということを真柄先生もご指摘いただいたと思います。その際現時点の課題として、教育でICFをきちんと教えても、現場で芽をつまめるとか潰されるというような表現もよく耳にします。卒前教育だけではなく、卒後教育も大事と思っています。以上です。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。では安西先生、先ほど医療観察保護病棟で全国統一のシートと言っていましたね。すごく画期的なことだと私は思っていましたけど、その辺のことも含めて真柄さんのコメントに逆のコメントをいただければと思います。

○国立精神・神経センター病院副院長 安西信雄

医療観察保護病棟は全国でシステムティックに、重大な罪を犯した方で精神障害を有する方の司法と連携した治療です。そこで全国統一で研修会もちゃんとやっていますし、評価のシステムもちゃんとやろうということでイギリスが手本になっているんですけど、そういった国際的な成果を取り入れてやっているということです。その中でICFの項目を抜き出して評価をするということで、ある意味では見落としがないと思います。しかしコーディングというレベルには到達していませんので、少し大雑把な評価かなというふうに思います。

先ほどの真柄さんのお話で印象だけ述べさせていただきますと、現場の雰囲気をよく表現していただいている。こういうところでシンポジウムとかやりますと、先走っている人に引っ張られるという傾向があるのですが、日本全体はそうでもないよというのを正直

に言っている面もあるかなと思います。

特に印象的だったのはこの I C F を理念としては認めるけども、コーディングのほうはちょっとね、という反応があるよというお話でした。もう 1 つ、コーディングのほうはアウトカム指標として使う気があるのかなのかというお話がありましたけど、私は I C F が日本に定着するためには 1 つは「理念がいい」ということと、それから「評価に使える」ということと、「制度に乗っかる」必要があると思います。I C D - 1 0 は厚生労働省が制度として仕組みの中で使っているわけですが、この 3 本柱、三位一体じゃないかと思うのです。1 本目の理念はクリアしていると思うのですが、2 番目の「評価」について、やはりアウトカムの評価としても使えるというところまでクリアできれば制度化していくのかなというふうに思いますので、そこは工夫すべきではないかと思います。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。本当はこれだけでももっともっと論議したいのですが先に進みます。藤田さんは先ほどエンジェルの「ヒエラルキーモデル」で神経内部分泌系がすごく大事だということを言われておまして、私もそうだと思うのです。やはり生きる意欲が免疫能力を高めるとかいろんなことに関わってくるのだらうと思いますし、一方では分析的記録と叙述的記録という大変大事な指摘をいただきました。医学はどうしても分析的記録に引きつけられていると。それを叙述的なところもどういうふうに含めていくのかという話をされましたけど、それも含めて真柄さんのコメントについてご意見があればお願いいたします。

○千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授 藤田伸輔

私はプライマリーケア学会で G P と外国では言われるのですが、かかりつけ医ですね。これを普及させるという活動を行っています。1960 年ごろから欧米ではこういう人が必要だよという話が出てきて、WONCA という学会がつけられ、世界学会がつけられて日本では 1980 年ごろから学会が立ち上がっていくというような過程があったわけなのですが、先ほど I C F で真柄さんがおっしゃったことと全く同じことが起きているのです。開業されている方たちは一部 G P という概念を取り入れ、あるいはご自分で生み出されて、「総合的な医療が大切だ」、「患者さんをずっと地域の中で見てきて、その人の生涯を支えるような形で医療をする必要がある」ということを訴えてきました。「自分たちは日本にあ

った総合診療のスタイルを築いてきたのに、いまさら開業医に欧米のやり方を押しつけられても困るよ」という人たちがいる一方で、専門医が開業医に切り替わっただけで、「私はやっぱり開業しても心臓しか見ません」とかいう方もおられる。あるいは大学の中では専門医教育が盛んで、全くGPというものを受け入れようとはしないというようなことが過去20年以上続いてきています。しかし学生講義の時間をいただくようになって少しずつそういうものに興味を持つ人が出てきました。新研修医制度になってからそういう講座があるほうに研修医が集まりやすいというふうに、教育の効果で少しずつ社会が変わろうとしている。でもそれにはものすごく時間がかかる。ICFについても教育が非常に重要で、その人たちが社会に出てくるときに少しずつ置き替わっていくよという戦略はやはり大切だろうと思います。これは移行期として仕方ないことだと思いますね。

ICDについては先ほど死因分類という話が出ましたが、統一された言葉で病名が書かれてないとお金が払われないという仕組みが既に出来上がっているのですが、誰もそんなこと知らずに自分たちの教わった言葉で診断をつけているつもりなのですね。これが本来あるべき姿だろうと私は思うのです。要するに自分の日常として教わった言葉で書かれたものが実は統計をちゃんと取る手段がバックグラウンドで用意されている。

ICFも多分同じで、ICFのすべてのコードを覚える必要があるかということ、そうではなくて、日本人として普通に使う言葉がICFだったら何に相当するのか、これがわかるようなツールをつくるのが今後の私たちの課題だろうと思います。それができてないから使いにくいと言われるので、それが私の今後10年間の課題だと思っています。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。社会福祉の分野は1970年から90年の間に施設中心型のサービスをずっと提供してきたわけです。施設中心でいきますと、家族関係だとか、生活技術能力だとか、そういうことというのはほとんど問題にしないで済んでしまった訳です。ゴミ出しは全然関係ない。施設に入所している人は全部職員がゴミ出しをしてくれますし、食事は全部提供されるわけですから、そんな面倒なことはいちいち分類する必要がない。ただ身体的な活動能力がどれだけあればいいのか？というところに目が行ってしまったわけです。そのことが結果的に社会福祉分野におけるアセスメントだとか、そういう能力を残念ながら発達させなかったというふうに私は見ているわけです。病院もある意味ではそうなのではないかと、真柄さんの話を聞いていて思いました。病院の中で疾病を治したい

ということで入院してくる人はそのことだけに目が行けばいいわけですから、その人の生活などはあまり考えなくても良かったのではないか。ある意味で、看護師さんの中でも病棟看護師さんはそうだったと思います。ところが訪問看護師さんになると家の構造だとかいろいろな話が出てくるわけですね。先ほど大川さんが「普遍的な自立」と「限定的な自立」ということを言われましたが、これがすごく大事です。限られた空間の中で自立する。病院の中で自立できるかもしれないけど、自分の家に帰ったら自立できない。ただ病院で働いていると病院の中だけでやっていけばいい。施設だったら施設の中でやればいよいよという話になってしまう。この違いというのはすごく大きかったと思います。日本は1990年以降、福祉の分野では、在宅で生活するようにしましょうと言ったわけです。2000年以降それを非常にはっきりさせたわけです。先ほど安西さんが精神科の分野というのは疾病と生活が共存しているとお話されました。まさにそうなのだと思うのです。「在宅で生活する」というと、それらのこと全体を考えなければならない。それが多分ケアマネジメントという話になったと思うのですが、木村さんはその辺、真柄さんのコメントをいただいてどんな感想ですか。

○日本介護支援専門員協会会長 木村隆次

先ほど私が話したのは地域包括支援センターを中心とした、介護予防支援事業所の話をしたわけですが、いまの要介護1から5のケアマネジメントを含めて言いますと、よく第三者から言われているのですが、「医療」がわからないとか、「お医者さんとの連携がうまくいかない」とか、そういう話をされているわけです。さき程の3つ目の柱の教育のところでは話そうと思ったのですが、ケアマネージャーの成り立ちは基礎資格がまちまちで育ったフィールドが全然違うのです。例えば国家資格で言えば、医師歯科、薬剤師、看護師、理学療法士、社会福祉士、介護福祉士と10幾つありますけど、そのほかに、介護の現場で10年以上働いていた、そういう専門的な勉強をしてこない方も一定の受験要件にはまると試験を受けて合格し実務実習受講終了という形で介護支援専門員資格取得となるわけです。もっとわかりやすく言うと、いまケアマネージャーの中に在宅で現任者は介護福祉系が6割、5割で介護福祉士さん5割、それから社会福祉士さんがその中のさらに1割ぐらいかな。あと2級ヘルパーさんからなっている人たちという形ですね。そうすると医学的知識をどこで学んだかとなったときに、介護福祉士の養成で本当に薄く医学的なことをやったかもしれないというぐらいになるわけです。

そこでいまボールを投げられたことで答えていきますと、真柄先生は先ほどレジメにもありますが、ICFは医学的知識がなくても誰でも評価、分類することが可能であるということになるわけです。本来、医学的な知識もなければいけないけれども、共通言語が大事だということになるのだと思うのです。ですから「平易な言葉」、生活している暮らしの中で出てくる言葉で医学的な要素が強くても、介護、ソーシャルワーク的なことが強くても、共通に理解できる「共通言語」が必要だということです。これまで10年以上やってきて思ったことは、このICFという分類の1つ1つの言葉の中に、普段我々が使っている言葉が出てくるわけで、これを使って共通言語としてやっていけばいいのではないかということがあります。

それからもう1つは、教育現場でICFということが高校教育、それから大学教育の中で保健、医療、福祉、介護に関わる養成の途中で、先ほど大川先生がおっしゃったような切り口とか、本当にうまく伝わっているかどうかということも課題なのではないかなと思います。後でまた教育のところで触れたいと思います。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。島野さん、どうですか？

○郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長 島野光正

私は平成2年に県内の在宅介護支援センターのソーシャルワーカー第1号で、約2000件のご相談を受けて地域で外を歩いてまいりました。同じ訴えがあっても、全然生活環境が違っていると困り事ってみんな違うのだなと思いました。だからコーディングも多分根っこがあるのですが、私どもは受ける窓口として、こういう生活ができなくて困っているのだというところから入って、じゃあそれはどうして起こっているのかというのをきちんと生活に関わって見ていったり、確認したりするということが必要なのだろーと思いました。その中でいろんな方々が協力をもらおうという関係をつくっていくというのが一方でとても大事だなということが見えてきました。それは多分生活モデル、社会モデルと言われたプロセスがあって、それはとても大事だ。だけどそれは私どもの業界だけの話かもしれない。あえてそこで関わっていく中で医療であったり、保健であったり、あるいは地域のさまざまな方々とどう協力するのかといったときに、ICFを勉強させていただいた中で共通のものとして、これはもちろん生活レベルでの話と言うのでしょうか、生活者としてこんな

ことできないとか、「こんなこと」というときに、きちんとそれに対して説明することもできる、あるいは共有することができるものだというふうに思いました。さらに関連して、個人因子や環境因子と言われているようなことは、「こんな思いを妨げている」というようなところに多分つながるものと理解しました。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。一通り聞きましたけど、真柄さん、何か感想、反論ありましたらどうぞ。ただ真柄さんにはあえて意識していろいろ言っていたらこうということで役割を担っていただきましたから、そのことを含めてどうぞ。

○新潟医療福祉大学医療技術学部教授 真柄彰

私だけ1人が敵になっているように誤解されると困りますので、私は疑問を投げかけましたが、決して批判しているわけではございません。私自身といたしましては、やっぱり5年前といまと比較すれば普及してきていると思っております。この調子でいけば、ものになるだろうと感じておりますし、私自身といたしましても過去の脳卒中のリハビリテーションのデータをいっぱい持っておりますので、それをICFに変換する研究をやってみたいなと思っておりますので、決して私は皆様の敵ではございませんので、誤解のないようお願いいたします。でもいろいろ教えていただきまして大分納得しております。ありがとうございます。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。どうしてもこういうシンポジウムをやりますと、気がついたほうがワーツとついてこい、みたいな話で、それを批判するとわかってないというふうに言いがちになりますが、そのところは真柄さんにやや意識的に疑問を投げかけていただくというふうに考えました。非常によく見えたわけですね。従来の医学教育の中ではやはり疾病中心に考えてきているわけで、それが当たり前の医学だったわけでございます。それはかつて私も経験したことがあるのですが、例えば建築学を習った一級建築士の人が自治体の技官をやっているわけですが、バリアフリーなんて一度も習ってきてない。悪気がないのです。習ってきてないからわからない。そういうレベルです。だからいまの医師の方々を責めるのは簡単ですが、習ってきてないわけです。だからそこを共通理解するた

めには時間がかかるということは当然のことで、そういうことを含めて、素朴に問題提起をいただくというふうに考えていました。今日は悪くするとみんな賛成者で、何か総決起集會みたくなっちゃう危険性があるといけないわけで、あえてそうじゃない、一歩下がりが客観的に何が問題なのか、何を共通理解にしていくのかというようなことで役割を担っていただいたということで進めましたので是非ご理解をいただきたいと思います。ありがとうございました。

それでは先ほど述べました残りの4つの部分でございますが、今日の資料の12、13ページに大川さんのレジメがあるわけですが、私自身はこのシンポジウムの主催者の1人として、この12、13ページに書かれているようなことの1つ1つを深く論議を深めて共通理解を図りたいと個人的には思っている、大変大事な指摘があるわけでございます。その中で幾つか取り上げさせていただいたわけですが、1つは大きな2番目のICF活用の具体例のところに、個別事例における効果的プログラムで「目標指向的アプローチ」、「目標指向的活動向上プログラム」というように書いてございます。これはとても大事なことではないかと思っています。これがある意味では疾病中心の分析ではないICFの持つ意味というものの重要なポイントの1つではないかと思っています。その際に1の3ですが、共通言語としての活用の2番目です。当事者自身の活用ということですが、その希望の表出のツール、つまり福祉サービスの利用者というのは意外と自分の考えを表出できないわけです。あるいは自己覚知していないわけでございます。特に医者にかかるときには疾病の呪縛、先ほど大川さんが使われましたけど、疾病の呪縛にとらわれているわけですね。だけどもっと自分の気持ちを素直に表出させるということが、実は日本の社会福祉にとって非常に重要な問題なのではないかというふうに思っています。これは最初に島野さんや木村さんに聞きたいのですが、ケアマネジメントという機能をやっていくときにサービス利用者自身が、あるいはサービスを必要とする人がこういう生活を送りたいとか、こんな人生設計をしたいとか、なかなか言えないですね。先ほど島野さんは事例でそう言っていたのですが、あのような事例というのはしょっちゅうあるわけでしょうか？

○郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長 島野光正

東北の高齢者なのかもしれませんが、やはり僕たちは、「人に迷惑をかけないというのがとても大事なこと」というふうに育てられたこともあったのではないかと思います。かけたくないということもあります。でも、いろんな制度やサービスや人の支援を受けな

がらその人らしい生活ができるということをいかに共有していくのかということが一方で必要なのだろうと思いました。

○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 大橋謙策

日本だと物言わぬ農民ですし、出る釘は打たれるという縦社会の構造の中で生活をしてまいりました。それから明治以降の風化行政の中で自分の生活は自分で責任を負いお上の世話にはなるなというふうに教わってくるために社会福祉の分野ではなかなか自分の意見を表明できないわけです。特に東北というのは大牟羅良の「物言わぬ農民」でなかなか言わないということがございます。それからもう1つ難しいのは、医学の場合にはどこかに病変、症状があつて具合が悪いということを結構自己覚知できるわけですが、社会福祉の場合には生活上の問題を自己覚知して、ここが問題だから、こういう生活の苦しさがあるというふうにはなかなか言えないというところに1つのポイントがあるわけです。そこをソーシャルワーカーはどう引き出すかということですし、介護支援専門員はどういうふうに関心するかということですが、木村さんも同じようなことをやっぱり感じますか。

○日本介護支援専門員協会会長 木村隆次

いま東北の話が出たのですが、私は青森出身なのですが、いまの70歳後半の人たちと話をしていると、自分が我慢すればいいのだと思っている。前向きな話として、「自己覚知する」という意味で、基本チェックリストというのがつくられました。本当は65歳以上の高齢者の方々が毎月1回チェックする、こういうことを考えてつくったものです。今日議論している「生活機能」というところを自分でチェックできるというものなのです。大事なことは、それぞれの行為ができていない、できていないということを例えば地域包括支援センターの主任介護支援専門員、保健師さん、社会福祉士さんが、その基本チェックリストを地域の65歳以上の人たちに使い方をうまく普及啓発して行って、こういうことが1ヵ月前できなくなったということがわかる。例をあげますと、立ち上がりができなくなったけれども、ということでチェックが入るわけです。そうするとどうしてできなくなったのだろうということが議論される。それは膝が痛くなったからそうなったのかなど。私は薬剤師なのであえて言いますが、薬のせいで力が入らなくなって立ち上がれなくなったとか、そのような自分のことを自分でチェックできるような仕組みをもう4年前から市町村が行う介護予防事業に入れてあります。そういうことをいままでそうだったからではなくて、

これからは自分で自分のことをチェックしなければいけないと思います。これは介護保険法の第4条にちゃんと書かれているのです。自分ができなくなったことを自分で発見してそれをリカバリーする、またはそうならないためにどうするかということです。そういうことをやっていかなければいけないと思います。いまの大橋先生の質問からすれば、まだまだ「我慢する」とか、「社会福祉的な仕組みを使うのはちょっと」、みたいな風潮がまだまだ東北だけじゃなくて全国にあるのだと思います。でも社会は変わっているのだということをお我々からしっかり説明をして、事後策じゃなくて事前の策として自己覚知をやっていこうということをやすべきだと思います。

○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 大橋謙策

いま介護保険法であれ、社会福祉法であれ、サービス利用者の意向を尊重して、とこういふふう書いてあるのですが、実はその意向を表明できない人がたくさんいるということが問題なのです。その人たちに自分の気持ちはどこにあるのか？ということをお素直に言えるような状況をまさにどうつくり出すか、大変難しい問題で、ある意味でそこが社会福祉関係者、介護支援専門員のプロの1つのポイントなのだろうと思うのですが、これは精神障害の場合にはもっと自分の意見を言えないですよね？その辺、安西さん、どうなのですか。

○国立精神・神経センター病院副院長 安西信雄

おっしゃる通りだと思います。精神障害の場合には、1つはコミュニケーションの障害という面でおなかなか表現できないという部分と、もう1つは自分の人生のチャンスといひますか、それを見失っているとか、環境要因によって見失わされているという要素もあると思うのです。例えば現在33万人入院している患者さんのうち、7割が1年以上の長期在院の患者さんだと言われているのですが、長期の患者さんの場合には地域に自分が戻っていけるという可能性を見失っていると言われていひます。客観的には可能性がある人でも、自分は無理なんじゃないかと思ってしまう。あるいは親が亡くなったあとは兄弟からは「もうお前は来るな」といふふう言われていると、それに対して反論できなくなっているといふように、チャンスを見失っているといひのがあって、本人から要求が出にくいといひことがあると思います。そのような事をどうやるか。信頼してしまひと患者さんが、自分の本心を表現できるような信頼関係をつくっていくといひことが精神科の患者さんに

関わる専門家に求められる基本的なスキルですし、もう1つは人生のチャンスというのを本人と一緒にちゃんと考えていく。マンツーマンだけじゃなくて、いろんな職種が加わってケア会議をやる、いろんな形で訪問看護などをやっていくということでチャンスに気づいていただくということも今後大事な働きかけになるのではないかと思います。

先ほど指定討論の時に風呂の話がありましたけど、あれはとてもいい例で、要するに診察室で話しているだけだと患者さんはなかなか本心が出てこないとか、気づかないということがありますが、患者さんのおうちに行くとか、あるいは一緒にグループホームなどに行って、そこで「これどうですか？こういう人がやっているのだけど、あなたもやってみない？」という形で現場に行って本人と一緒に考える機会が増えるともう少し変わっていく可能性があるかなと思います。

○郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長 島野光正

本人が言いにくいという話ですけど、やはり専門職は言いやすい、言葉を引き出すというか、本人がやりたいことを引き出すということが大事ですよ、当然。きょう皆さんおいでになっている方はそういう体験をされているでしょうから。先ほど私は時間がなくてコーチングという言葉で「コーチングが大事ですよ」で次に行っちゃったんですけど、東北大学の辻一郎先生らが中心になって医療介護現場にコーチングということを入れてきています。その中の事例を少し手短かに言いますと、男性の75歳の方が急にリハをしたくないと言いました。そのとき普通だったら「なんでやらないのだ？」とか「やろうよ」とか言って、例えば何メートルを何秒で歩くようにとか、多分そういう形に持っていくのだと思うのです。ところがコーチングの世界で言うと「なぜやりたくない？」じゃなくて、いまやっていて「歩けるようになったら何をしたいのですか」とか「どういうことをしたいか」と言ったら、その男性は自分の庭で花を育てて、その先は隣の家の人とか向かいの家の人に「きれいだね」と言われて、花を配って歩く、そういうことをしたいのだと話した。それを導いていくコーチングの手法があります。そういうことも我々は専門職として、学問と言えいいのかわからないですが、そういう対話をきっちり学んで「言いやすい雰囲気」というよりもそのように導いていく。コーチングはそのご本人の中に答えがあるというのが答えでございますので、そういう話を磨いていく、そういうこともやっていかないとダメだろうなと思います。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。福祉の分野では福祉アクセシビリティというのがすごく大事でアクセシビリティというのは物理的に近いとか接近できるとかいうことに考えがちですが、もっと心理的に安心してとか、もっと福祉の分野はサービスを必要とする人が本当にサービスとつながっているかどうかということの福祉アクセシビリティの問題を考えなくてはいけないということなのですね。そのことを前提にした上でどういうシステムをつくるかということです。そういう意味では藤田さんが千葉大学の附属病院で赴任時2人が現在6人、将来20人にしたいと。患者さん1人ひとりにソーシャルワーカーをつけたいと。まさにコーチングができるということになるわけですが、その辺いかがですか。

○千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授 藤田伸輔

ちょっと話が逸れてしまうかもしれないのですが、最初に言いたいことは、有名な言葉で「己の欲するままに行いて矩（のり）を越えず」と。皆さん聞かれたことがあると思うのですが、この矩が結構問題なのですね。いつの間にか自分が社会の中でつくった矩というのがあるのです。これが長期入院になりますと、患者としての矩というのがある、自宅への退院を望んじゃいけないという矩があって、その中で自分の要求だけを見るようにしている。だから表面的に聞くと患者さんの本心が本当は見えてないのです。患者さん自身もそれを気づかないようにしているので「何したいですか」と言われたときに、実は先ほど木村さんが言われたような「おうちに帰って花を育てたいのだよ」というのが最初は出てこない。これをいかにして引き出すかというのが大事ですさらに言うと「なぜあなたは花を育てたいのか？」と聞かれると実は「他人から認められたい」わけですよね。社会の中で自分が認められる価値があるよということが本当は一番大事なのですが、これを見つけるための道具をどうやったらつくれるのか。残念ながらICFの中でこの社会の中で認められる方法として何を、というのがうまく書けないところがまだあるかと思うのです。一部はうまく書けるのですが、日本の生活全部をカバーしているとは思えない。このあたりは是非改善できる方法が見つかればと思うのですがどうやったら本当に社会の中に貢献していく方法があるのかということを見つけるのがこれからの高齢社会のキーポイントだと思いますし、小児で入院されている方は本当に病院から生まれてから1回も出たことのない人がいるわけで、この人たちにどうやって自分の存在意義を見つけさせてあげるのかというのはすごく大きな課題だと思っています。

○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 大橋謙策

ちなみに藤田さん、病院は何ベッドなのですか。

○千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授 藤田伸輔

835ですね。

○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 大橋謙策

835ベッドで将来20人のソーシャルワーカー。なるほど。私の知っている一番すごいのはソーシャルワーカーが150ベッドで5人なのです。だからこれも何ベッドに1人のソーシャルワーカーが必要かというのはもっと考えなければいけない。

○千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授 藤田伸輔

それは多分単なる計算じゃないのですよね。どんな方を扱っている病院かというのがすごく大きくて、835の中でどれぐらいの人がそういう社会との関わりをなくしつつあるのかというのがあると思うのです。例えば平均在院日数が20日の病院ではものすごくたくさんソーシャルワーカーが多分いるでしょう。それから平均在院日数が10日そこらのところでは多分病院のソーシャルワーカーではなくて社会のほうにソーシャルワーカーがいて、その人とコンタクトを取って病院という立場を離れたソーシャルワークをやっていただく必要があると思っています。

○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 大橋謙策

最後のところはシステムとして論議しなくてはいけなかなと思いますが、真柄さん、どうですか。従来のリハビリテーションというのはどうしても身体的な機能障害のところを訓練することによってどう回復するかというところにいったわけですが、病院の中の機能回復訓練が日常生活の回復訓練に必ずしもつながらないという場合も多々あったのではないかと思うのですが、その辺、医師はどう考えていたのでしょうかね。

○新潟医療福祉大学医療技術学部教授 真柄彰

リハビリテーションが機能訓練であるというのはとんでもない誤解でございまして、リ

ハビリテーション医学というのはあくまでも大川先生と同じで、全人的医療を目指しているというのが一番の特徴でございます。私の基本的な考えは下手な医者が5人いるよりも1人の優秀なソーシャルワーカーのほうがいい場合があるということは常に言っております。皆様と一切変わる立場ではございません。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。地域包括支援センターのモデルになったのは広島尾道ですし、もう1つは長野県茅野市でございます。長野県茅野市の医師会の先生が「自分の目指す医者像というのはソーシャルワーカーに活用される医者になることだ。そう考えたら一番医者の仕事ができるのだ」という話を言ってくれているのですね。多分そういうことなのだろうと思いますが、大川さん、どうですか、いままでの話を聞いていて。

○国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長 大川弥生

私のレジメの6の3に、生活機能重視の必要性が高い背景として3つ挙げています。福祉のあり方がかなり変わってきたというのは、やはり1の何らかの生活機能低下を持つ人が増えてきたというのがかなり大きく影響していると思います。そして3にあげた、自己決定権の尊重は、いままでのお話に関係するのではないかと思います。

自己決定権の尊重とよく言われますし、ニーズという言葉もよく聞かれることですが、そのときにきちんと言葉を定義して使う必要があると思います。

まず、ニーズというのは本当にその人にとって必要なものであると私は考えています。それに関して、例えば本人の意向を尊重しろということは専門家の専門性を否定するのではないかという誤解すらあります。ですが専門家が見ている問題点・課題というのが片方であって、でももう片方としてはご本人の希望というのがあります。その際、御本人が口頭で表出される内容と本当に希望しているものは違うという認識も持つべきであって、私はこれをデザイアとデマンドとして区別しています。そしてそのときにご本人の希望というのはなぜ出てきたのかという背景があるわけです。これも知る必要がある。このようにして本人の真の希望を聞きだし、といいますか専門的技術で引き出し、そして専門家としてみた問題点・課題と予後予測にそって意見交換をしながら目標やプログラムを立てていく。その際にICFが効果的です。これを私どもは目標指向的アプローチとして体系づけました。

これは最初大橋先生がおっしゃった大事なテーマである目標にも関係してくるのです。その際に1つ申し上げておきたいのは、臨床上多いことですが、幾ら機能障害レベルの希望があっても、一番大事なのは参加ではないかと思うのです。その参加をどうしたいのかという観点で整理をしていくことが必要だと思います。そしてこの参加の具体像として活動レベルの必要なレパトリーやバラエティをみていく。いままでは福祉の方たちがそれを担っていらした領域や現場が多かったかもしれません。でも今後はもっと他の職種の人たちも目標とすべき参加を考えて、その参加の具体像の活動、その活動を実現するための心身機能は何なのかとか、そういう観点で見ることが必要だと思いますし、本当はそれが当事者から期待されていると思います。そのような過程の中で、福祉関係、ソーシャルワーカーにももっとリクエストをする。ソーシャルワーカーももっと具体的に他の職種にリクエストをしていただきたい。そういうリクエストをどんどんし合うことによって専門性もどんどん高まっていくのではないかと考えております。そのような一人の人に関与する様々な専門家が、本人のために目標とプログラムを共有してリクエストしあう際に、共通言語としてのICFが効果的だと思いますし、そういう観点でICFの活用法を深めることが期待されていると思います。以上です。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。本当に熱がこもってきて、これだけでも実はもっと論議したいのですよね。私は先ほども述べましたが、本人の求めと専門家が必要だという判断と両者の合意に基づいて援助方針を立てるということはすごく大事だと思っています。先ほど木村さんの介護支援専門員のケアマネジメントのプログラムの中にアセスメントからケア方針になってしまうのですね。私は非常に危険だと言っているわけです。その前に生きる目標とか援助目標だとか、そういうものを求めと必要と合意に基づいてつくる必要があると。それを実現するためのケアプランはどうあるべきかというふうに段階を押さえないと、あそこにはちゃんと文章で書いてあったからいいのですが、アセスメントからケアプランとってしまと、ただサービスをつなげればいいのかというふうになってしまう。やっぱり援助方針なり生きる意欲ってどう考えるか、これがすごく大事だと思います。そこに本人の求めだということで、そこを間違っ本人じゃなくて家族が代弁しちゃうことがあるのです。家族の代弁が本人の意向とは同じにならないわけです。障害者分野は非常にはっきりしてしまっているわけなので、そこはやっぱり障害者本人自身がどうだったのか。

しかも先ほど藤田さんが言われたようにずっと障害を持って病院に入院していると、実は社会の中でどう生きていいかわからない。それは精神障害の場合のSSTの問題と同じなのですが、社会の中でどう生きたらいいかという生きる意欲、見通し、それさえも持てないから自分の意見を言えないということもあるわけで、本当にそのところを丁寧に引き出していくという作業をしなくてはいけないのではないかと思います。医療の世界ではなかなかそこは時間がないものですから聞けないので、やはりソーシャルワーカーなどが関与しながら聞き出していくということはすごく大事なのではないかと思います。

それからニーズとかダイヤモンドとか先ほど島野さんもいろいろ使いましたが、これはなかなか使い方が難しいということもありますし、ソーシャルサポートネットワークというふうに我々は簡単に言いますが、家族をソーシャルサポートネットワークの中に入れるのか、別枠で考えるのか、この辺も1つ1つを丁寧にやっておかないと非常に危険な要素があると思います。十分深めきれませんが、とりあえず触りだけでその目標指向型アプローチというものがかなり重要な意味をこれから医学の分野であれ、看護の分野であれ、福祉の分野であれ必要だというところをとりあえず押さえていただければありがたいと思いました。

3つ目の問題は先ほどのICFの個人因子と活動との関係をとったのですが、いまの目標指向型アプローチの中で事実上代替させていただいたことにより先へ議論を進めます。ICFの考え方とチームアプローチが必要だということはみんな言うわけですが、そのためには従来の既存の個々の専門職の養成教育プログラムを変えていかないといけないのではないかと思います。1996年に文部省所管で21世紀の医学、医療のあり方懇談会というのがありまして、そのときの医学教育の主立った方々と福祉の分野から私も参加させていただいて議論をしました。21世紀においてはどうしても看護、介護、福祉、医学、それからコメディカルの関係者たちが共通のカリキュラムで共通理解を深めることが必要だと問題提起をしているのです。ところが残念ながら日本ではそれが実現できてないわけでごさいます。ようやく今日ここにもいらっしゃっている高橋先生を中心に、日本保健医療福祉連携教育学会をつくって、それを進めようという話になっているわけでごさいます。この辺の見通しについてどうだろうか。あるいはその必要性についてどうだろうかということを一言ずつお話しさせていただきたいと思うのですが、真柄さんのところはもう実際にやっているわけですね。

○新潟医療福祉大学医療技術学部教授 真柄彰

私は事務局長でございます。それで当大学、新潟医療福祉大学はもともと保健医療福祉連携教育に非常に力を入れて大きな目標にしている大学でございます。また当大学だけではなくて、新潟県内7大学で連携して、学生の連携教育を行っております。まだ開発段階でございますが、イギリスが非常に先進国でございますので、度々イギリスなど訪問いたしまして学んでおります。そしてまた大量の学生に対して保健、医療、福祉の多職種間連携教育を行うということを目指にいたしました。但し、大変手間がかかる作業でございます。きょうここに見えられている先生にもご協力いただいておりますが、地域の診療所の先生にもご協力いただきまして、学生たちにグループで実際に行かせて、そこで事例を検討させて持ち寄って、みんなで研究発表会をやるというような形で保健医療福祉連携教育を行っているところです。まだ発展途上ではございますが、非常に苦勞しながらもやっております。皆さんもご理解いただき、そういう学会がございますので、是非ともご参加いただければというふうに思います。宣伝の機会ができてありがとうございます。

○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 大橋謙策

藤田さん、医学教育なり、看護教育でこういう可能性とか必要性というのはどうなのですか？

○千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授 藤田伸輔

そうですね。すごく必要性を感じていまして、千葉大学では3年前からIPというプログラムが始まりまして、1年生から6年生まで、医学部は6年生までですね。薬学部も6年生まで毎学年、看護学部は4年までということでやっているのですが、私たちは社会福祉のコースは持っていません。いま入っていないのを今後どうしたらいいのかなというところが課題です。IPEでは毎年毎年グループワーク中心に勉強させますと、3年目の人たちはかなり違いますね。各職種の仕事がわかるようになってくるし、職種の立場で考えてご覧なさいというのが3年目のコースでして、今年やってみたのですが、そういうこともできるようになってくるということで、非常に有効だと思います。

○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 大橋謙策

私も30年ぐらい前、非常勤で千葉大学に教えに行っていたのですが、なかなか進まないですね。島野さん、どうですか？

○郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長 島野光正

福祉の業界ではチームケアなり、研究をやっている方ってすごく少ないかもしれないと思います。東京都の私の友人が研究をやっていましたけれども、やはりトレーニングが必要だと思います。野球のフォーメーションを例に取っていましたけれども、センターにボールが飛んだらみんなそれに合わせてどういう形を取るか、みんな一斉に動き出すのですよね、言われなくても。そういうふうに私が20年前にこの業界、在宅介護支援センターで仕事をしたときにケースマネジメントをしろと言われてました。ケースマネジメントは専門職が利用者さんを中心にして専門職の垣根を越えて同じテーブルにつくことだというふうに教わりました。改めてそこを共有していくということが大事かなと思っています。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。木村さん、介護支援専門員というのはいま18でしたか、いろんな既存の資格を持っていて、介護支援専門員の受験資格を持てるわけですね。ある意味ではIPWというか、インタープロフェッショナルワークの中心になっているわけですが、いかがですか。

○日本介護支援専門員協会会長 木村隆次

先ほど来、医療が苦手だとか、いろいろ第三者から言われているわけです。そこをうちの協会ではいま整理しているところですけど、結論から申し上げて、国家資格化にするべきだと思っています。その理由は国民から、社会から見たときに、どういう知識と経験を持った人がケアマネージャーなのかということがわかりにくいのだと思います。ですから逆に言いますと、大学なのか、専門学校なのかはそのしかるべきところで議論していただければ結構だと思うのですが、カリキュラム、またシラバスをはっきりし、実務実習も1年やるのか、半年やるのかまで入れたきちんとした形が必要だと思っています。例えば私の考えですが、4年制大学の中で1年ぐらい実習をやり、卒業して国家試験を受けさせてすぐ介護保険の実務（給付管理含む）につかせるかどうかというのは1年ぐらいの卒後研修

の義務付けとか、例えばそういうことをやるということです。そうするとどういう知識があって、どういう実習をしてきたかということがはっきりわかる。要するにマネージャーとしてのプロということがはっきり見えると思うのです。それがはっきりすれば、いま頑張っている現場にいる介護支援専門員が逆にそこを見て自分の足りないところは何なのかははっきりわかる。そこをいま専門1とか専門2とか、それから更新研修とか、研修が義務付けられていますが、そこをガラリと変えればやっていけるだろうと考えております。さらに進化版として国家資格になりますと、介護保険法だけで報酬をいただいているものが医療保険の中の診療報酬の中でも評価が出てくるでしょうし、将来あるだろう障害福祉のところの評価も出てくるであろう、いま現場で頑張っているケアマネージャーの励みになりますし、また今後、いまの小学生、中学生が一番希望のある職種としてケアマネジメントということを職業にして頑張っていくということもできるだろうと。ここを目指していまここ1、2年で一気にやろうと考えているところであります。

○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 大橋謙策

ある意味でケアマネジメントという機能の中に保健、医療、福祉の連携のシンボリックなものがあるわけです。ただ介護支援専門員となると、介護保険に限定されてしまっているわけで、いま言われたように障害福祉分野が入ってきたらもっと広くマネジメントを考えなくてはいけないということが出てくるわけです。ある意味で障害福祉分野も入ったときに初めてICFの活動とか参加ということがもっと色濃く出た教育のあり方というものが問われてくるというふうになるのかもしれませんが。大川さんは、最後にお話しいただくので、安西さんはいかがですか。やはり精神保健も同じような問題だと思うのですが。

○国立精神・神経センター病院副院長 安西信雄

まさにそういうことでして、精神保健も疾病治療モデルから地域の生活モデルへの転換というのが課題になっていまして、施設中心のサービスから地域生活支援中心への転換ということが課題です。しかし多くの医師は施設中心サービスの時代に育っていますので、なかなかその辺がうまく使えないという状況です。アンダーユティライゼーション *underutilization* と言うのですが、なかなかデイケアにしても訪問にしても使えないという話になる。若いころにそういうのを使うと「いいな」という体験を得ていると使えるのですが、どういう人にどういうタイミングでどういうふうに使えばいいのかというの

がよくわからない。連携の取り方もよくわからないというのがあります。ですから今後はそういった経験を増やしていくというのが重要だと思います。専門医制度の中にもそういった多職種チームに参加するとか、訪問に参加するとか、SSTに参加するとか、デイケアに参加するとか、そういうのが一応項目には入ってしまっていて、多少期待が持てるかと思っています。

○国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長 大川弥生

教育の重要性だと思うのですが、レジメで生活機能重視の必要性が高い背景として示した3つがすべて教育に関係しているのではないかと思います。その際卒前教育だけではなく、卒後教育をもっと考える必要があると思います。勉強する人は勉強するというのではなくて、卒後教育の体系というのは専門性を高めるためには重要なことだと思います。

卒前教育はきちんとした専門職を育てるスタートとしてすごく大事なことです。そのときに連携ということなのですが、これはチームワーク論にも関係することで、そこから論じる必要があると思いますが、様々な職種が一同に会し同じテーブルに座れば連携ができるという、そんな生易しいものではないと思います。本当にその人のためにチームとして一番いいことをやろうという観点で集まってチームワークを組んでいくわけです。目標指向的アプローチを私どもが考えるようになった出発点もそこなのです。ただみんなで一緒にやろうではなくて、なぜ一緒にやるのか、具体的にチームとしてどういう目標とプログラムをつくって、その上で役割分担をするのか、そしてお互いにどういうリクエストを合うのかということを中心にきちんと教育していくということが必要になるのではないかと思います。残念ながら現在はまだまだ多くは一緒にやりましょうよ、という段階かなと思っています。ただ真のチームワーク、連携をはかる素地はできつつあり、そしてやっぱり十分にはうまく機能していないようだという不全感みたいな気持ちを多くの方が持ってらっしゃるような気がします。そのような問題意識を今後生かしていただければと思います。

いまお話にありました連携の学会などで教育のことなどもお考えになっていらっしゃるというのはいい方向性だと思います。是非本当の意味の、1人ひとりの患者さんや利用者さんや国民の生活機能を良くするという観点でチームワーク、1人の方をめぐるチーム、それから行政などを含めた地域のチームだとか、いろんなチームがあるわけで、そういうところも議論していただければと思います。

そういう学会のご紹介もありましたので、別のものも紹介させていただくとすれば、総

合リハビリテーション研究大会、これは33年の歴史を持っていて、多職種が当事者と一緒に本当の意味のリハビリテーション；全人間的復権を目指して議論していく会があります。

このように、あちらこちらで芽があると思いますので、連携を深めていければと思います。そういうときにやはりICFというのは「生きることの全体像」についての「共通言語」として、非常に効果的なツールとして使っていただけるのではないかと思います。以上です。

○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 大橋謙策

ありがとうございました。日本保健医療福祉連携教育学会ができて、日本でもようやくその養成段階において相互の理解を深めるようなプログラムも必要だねというところへ入り込んできました。ただ先ほど真柄さんから言っていただきましたけれども、私が勤めている日本社会事業大学はイギリスのサザンプトン大学と姉妹校なのですが、そのサザンプトン大学の例を挙げますと、サザンプトン大学とポーツマス大学の2大学が連携で、何と12の専門職種がIPEプログラムを持っているわけでございます。12の専門職種が合同でプログラムを持つと大変なことだというふうに私は思っているわけでございますが、そういう例が出始めてきている。一緒に実習、フィールド等に関わっていくというのはとても大事なことなのではないかと思っています。日本でも看護、保健、福祉などの学部・学科を持っている公立大学でかなり進んできているということでこれからも期待できるのではないだろうかと思えます。

一方、いま大川さんに言っていただきましたけど、卒後教育というか、リカレント教育の場面でもやらないと「百年、河清を待つ」になりかねないわけございまして、そういう意味では既存の教育を受けた方たちが昔取った杵柄だけで動くのではなくて、新しい動向をどう理解してもらうかというのはすごく大事でございます。

私自身、日本医師会のいろんな研修に呼ばれていったりすると、大変相互の理解が深まるわけございまして、そんなことも今後必要ではないかと考えております。来年の医学会総会にはソーシャルワークに関する発表の機会を作るということでいま調整を始めているわけございまして、徐々に実践分野でもそういう活動が広がってきているということでご理解いただければと思っております。

我々はつつい縦割り行政はけしからんと簡単に言いますが、意外と我々の思考方法自

体も縦割りにとらわれているのではないか。この機会に専門職としてもっと連携して、要は求めている住民のニーズに答えていく、そのことが大事なことではないだろうか。地域生活支援ということはまさに縦割りを越えて専門職がチームを組まなくてはいけない、こういうことなのではないだろうかということでございます。

次の問題、システムということで話をしたかったのですが、もう時間が来てしまいました。長野県の茅野市は保健、医療、福祉の連携がかなり進んでいて、担当事例や症例を中心に話をしているわけです。香川県の琴平町というのも医師会とか福祉関係者が事例、症例を持ち寄って研究しているわけです。そういうところに行きますと、結果的に老人医療費は上がっていません。ここ10年ぐらい上がっていないというデータがいろいろ出てきているわけです。そういう意味では先ほど大川さんが言われたように、具体的な症例に基づいてどういうふう目標指向型のプログラムを設定して、各々がチームアプローチをしていくのかということがあったら、33兆円の医療費を相当合理的に使うこともできるのではないだろうか。いまの医療費が高すぎるとは決して思っておりませんが、合理的に使うという意味ではやっぱり介護保険、医療保険、あるいは地域保健や地域福祉の財源をどう使うかということもこの流れの中で考えていかざるを得ないのではないかと思います。十分柱に即して議論できませんでしたが時間もきましたので、このようなところで終わりにさせていただきたいと思います。報告者及び指定討論者の方々、本当にありがとうございました。

