

第2回 I C F 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 I C F の教育・普及を目指して～

【報告書】

平成 23 年 9 月

厚生労働省大臣官房統計情報部

はじめに

ICF（国際生活機能分類）は、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、環境因子という観点から人の生活機能を分類しているものである。

WHOは、2001年世界保健総会における承認を経て国際基準として定め、保健医療福祉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おり、2006年には、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）を設置して、その普及啓発、教育などに関する活発な議論を行ってきている。

我が国でも、この動きを受けて2006年7月に「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、国際的な動向に呼応しつつ、国内におけるICFの普及を目的として専門的事項を検討していただいている。

こうした中、我が国においては既に一部の政策分野において、ICFの考え方が導入されているが、施策のベースとなる統計調査はもちろん福祉や医療、教育などの各分野における適用に際して、ICFがさらに汎用性や利便性の高い共通言語として機能することが期待されている。

「社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会」では、ICFの普及に関して、継続的な寄与をすべきとのご意見をいただき、昨年1月に第1回のシンポジウムを開催したところ、参加者の方々からも引き続き講演会等の開催を希望する多くのご意見をいただき、今回、「第2回ICFシンポジウム」の開催の運びとなった。

今回も、厚生労働統計協会の協賛および10団体の協力をいただき、「ICFの基礎から活用まで」及び「専門職の卒前・卒後教育におけるICFの活用」をテーマとして、招待講演者による有用な講演が行われ、主に福祉・医療関連施設、教育分野に従事する150名超の参加者をいただいた。

前回同様、参加者は熱心に傍聴されて活発な質疑応答が行われ、ICFの教育・普及を目指すシンポジウムとして非常に有意義な機会となった。本報告書はこの講演内容及び関連資料をとりまとめたものであり、今後、多方面においてご活用いただければ幸いである。また、本シンポジウムを機にICFに関する異職種間の情報交換がさらに活発化し、連携が促進されることを期待している。

平成23年9月

厚生労働省大臣官房統計情報部長

伊 澤 章

目次

はじめに

開催主旨・開催概要	1
世界保健機関（WHO）からのメッセージ	2
プログラム	5
講演者プロフィール	6
講演概要	
○『ICFの基礎から活用まで—大規模障害者調査を例にとって—』	10
大川 弥生 独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所生活機能賦活研究部部长	
○『専門職の卒前・卒後教育におけるICFの活用』	18
(1)「ICFの活用に向けた提案」 ～回復期リハビリテーション領域のソーシャルワークの現場から～ 取出 涼子 医療法人社団輝生会初台リハビリテーション病院教育研修局（現：教育研修部） SW部門チーフ	
(2)「精神障害者への支援とICF」	27
岩上 洋一 特定非営利活動法人じりつ 代表理事	
(3)「保健医療福祉専門職の連携協働とその教育におけるICFの位置づけ」	37
～主としてリハビリテーション分野における実践から～ 大嶋 伸雄 首都大学東京 健康福祉学部作業療法学科/大学院人間健康科学研究科教授	
アンケート調査の結果	48
参考資料：ICFとは	56

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、昨年に引き続き今年も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待しております。

開催概要

- 開催日時 : 平成23年1月22日（土） 12:00 開場 13:00 開始
会場 : ニッショーホール（東京都港区虎ノ門2-9-16）
参加費 : 無料
主催 : 厚生労働省
協賛 : 財団法人厚生統計協会（現：一般財団法人 厚生労働統計協会）
協力 : 日本保健医療福祉連携教育学会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
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
社団法人 日本作業療法士協会
日本ソーシャルワーカー協会
社団法人 日本社会福祉士養成校協会
社団法人 日本社会福祉教育学校連盟

世界保健機関(WHO)からのメッセージ

世界保健機関(WHO) 分類・ターミノロジー・標準技官
Dr. Nenad Kostanjsek (ネナド・コスタンチェック氏)

世界保健機関(WHO)を代表しまして、皆様にご挨拶申し上げます。

第2回 ICF シンポジウムを主催される厚生労働省および厚生統計協会にお祝いの言葉を申し上げます。WHO では日本での ICF に対する関心の高まりを歓迎しております。本日も、様々な組織・団体から多くの専門家を含む皆様にお集まり頂き、大変心強く感じています。

この私のビデオレターでは、ICF の普及について述べるとともに、E ラーニングツール、普及データベース、そして ICD 改訂作業における ICF と ICD との関係付け等、現在進行中の ICF 関連活動についてご紹介いたします。

ICF 分類はどのような分野で、どのように活用されているのでしょうか。

ICF は、2001 年に世界保健総会で採択されて以来、様々なレベルの様々な方法で活用されています。地域レベルでは 幅広い、あるいは特定集団の健康と障害に関するデータ収集に使われています。WHO の世界加齢調査、世界精神保健調査、世界健康調査等の複数国での調査では、ICF に基づく概念的枠組みと項目群が用いられています。また、アイルランド、チリ、メキシコ、オーストラリア等の国々では障害調査のために ICF を使用しています。

データ集積と分析にも ICF が使われています。2011 年 6 月 9 日に公式発表予定の『障害に関する WHO 世界報告書』では、ICF に基づいた有障害率と複数領域の生活機能水準を世界と地域別に分けて初めて発表します。

また、ICF が提供する枠組みと分類体系は、WHO による健康および障害の調査のための調査モジュールの開発、欧州連合統計局(ユーロスタット)の「障害および社会的統合」調査のための調査モジュールの開発、障害統計のための国連ワシントングループのプロジェクト等、国際的、地域的な取り組みにおける調査モジュールと質問項目の開発にも用いられています。

さらには、ICF が提供する枠組みとコーディング体系を、たとえば国連障害者権利条約等の人権や政策に関わる枠組みの開発や監視に使うことを目的とした試験的プロジェクトも存在します。

他方、保健と社会保障の領域でも、ここ数年、様々な状況で ICF の活用が広がっています。

ICF が提供する枠組みと障害の定義は、健康と障害に関連する法律の中で参考基準として使われています。たとえば、ドイツの社会法典第 9 編では、慢性疾患または障害のある人々の受給資格やサービス給付を決める上で ICF を参照しています。

サービス給付においては、ICF を生活機能情報の記録とコーディングに活用し、患者ニーズの把握、保健計画や社会保障計画の策定のほか、心身機能、個人の活動、社会参加、環境因子の複数の領域にまたがる介入の影響測定に役立たせています。特に、医学的、社会的、職業的リハビリテーションの分野で ICF の活用が目立っています。最近では、様々な疾病分野における保健ニーズの把握や医療現場における医療介入成果を測る目的で、ICF や WHODAS 2.0 のような ICF 関連ツールを活用する動きも見られます。

障害認定においては、医療、福祉、教育サービスの受給資格にかかる障害認定に ICF を活用するプロジェクトを多くの国がすでに実施しているか、実施する計画です。

皆様、医療、福祉、教育の各分野における ICF の普及には、各分野の関係者の啓発と訓練が重要です。昨年、WHO では ウェブベースの ICF E ラーニングツールの試作品原文を開発し、フィールドテストを行いました。このモジュールを 2011 年の早い段階に WHO のウェブサイトに取り上げる予定で、その後このモジュールの日本語への翻訳も行いたいと考えています。

ICF の活用例について知り、情報交換することも、世界の ICF 利用者の関心事の一つです。そのため、WHO では WHO 加盟国での ICF 普及情報の収集と発信のためのウェブベースの基盤である ICF 普及データベースの立ち上げに取り組んでいます。

このデータベースは、保健統計や障害統計、立法、政策立案、サービス給付、研究などの分野における ICF の活用に関する情報を各国単位で提供します。また、翻訳版の有無、教材、IT インフラ等の ICF 普及に関する一般的な情報も提供します。

データベースへの情報提供と更新は、WHO の調整のもと、WHO 協力センターの ICF 担当者と各国の主な情報提供者が行います。

今後の ICF の発展と普及にとってもっとも重要な要素の一つが、現在進行中の国際疾病分類 (ICD) 改訂作業における ICF と ICD の関係付け等です。

ICF には、ICD と ICF が相互に補完する関係であることが明示されており、この二つの中心分類を一緒に使うことを勧めています。しかしながら、ICD-10 の開発は、1994 年に ICF の開発が始まった 5 年前の 1989 年にはすでに完成しており、そのため、ICD-10 の各章に含まれる障害の概念や用語には、ICF の生活機能と障害の概念、用語、枠組みが反映されていません。

疾病と障害との関係をよりよく理解するためには、疾病と障害を異なるけれども相互に関係のある構成概念として捉えなければなりません。現在進められている ICD-11 への改訂は、この問題に体系的かつ包括的に取り組むまたとない機会を提供しています。

皆様、日本では ICF に対する関心の高まりが見られます。皆様には、第 2 回 ICF シンポジウムにお集まり頂いております。日本の医療、福祉、教育の各分野では様々な ICF 関連プロジェクトが進められています。WHODAS 2.0 とマニュアルの日本語への翻訳も進められており、ICF E ラーニングツールの翻訳についても厚生労働省と検討しています。また、ICF に関する国際的プロジェクトにも日本から参加し、協力してくれている

方々がおります。

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ており、先程、私が述べたような ICF の発展のための国際的な活動に積極的に参加することのできる国です。WHO を代表しまして、厚生労働省ならびに ICF 関係者の皆様とともに ICF のさらなる発展の可能性を探ってゆく所存であることを表明いたします。

ご清聴ありがとうございます。このシンポジウムの成功と、2011 年が皆様にとっても健康に恵まれ、豊かな年になりますようお願い申し上げます。

プログラム

司会進行：及川 恵美子 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室国際分類分析官

12:00 開 場

13:00-13:10 開会挨拶
岩崎 修 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課長

世界保健機関（WHO）からのビデオレター
ネナド・コスタンチック 世界保健機関（WHO）分類・ターミノロジー・標準技官

座 長： 瀧村 佳代 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室長

13:10-15:00 『ICFの基礎から活用まで - 大規模障害者調査を例にとって -』
大川 弥生 独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所生活機能賦活研究部部長

15:00-15:15 休 憩

座 長： 藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部教授）15:15-16:30

『専門職の卒前・卒後教育における ICF の活用』

「ICF の活用に向けた提案」

～回復期リハビリテーション領域のソーシャルワークの現場から～

取出 涼子 医療法人社団輝生会初台リハビリテーション病院教育研修局（現：教育研修部）
SW部門チーフ

「精神障害者への支援と ICF」

岩上 洋一 特定非営利活動法人じりつ 代表理事

「保健医療福祉専門職の連携協働とその教育における ICF の位置づけ」

～主としてリハビリテーション分野における実践から～

大嶋 伸雄 首都大学東京 健康福祉学部作業療法学科/大学院人間健康科学研究科教授

16:30-16:50 質疑応答

総 括： 大橋 謙策

日本社会福祉事業大学大学院特任教授・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

16:50 閉会挨拶

瀧村 佳代 厚生労働省大臣官房統計情報部長企画課国際分類情報管理室長



講演者等プロフィール



大川 弥生 (おおかわ・やよい)

国立長寿医療研究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、WHO, 1980）のフィールドトライアルから関与し、ICFへの改定作業に携わり、採択後は大規模生活機能実態調査を多数実施。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。



取出 涼子 (とりで・りょうこ)

医療法人社団輝生会初台リハビリテーション病院教育研修局(現:教育研修部)SW部門チーフ

.....
上智大学文学部社会福祉学科卒。社会福祉士、精神保健福祉士

平成14年より医療法人輝生会初台リハビリテーション病院教育研修局ソーシャルワーク部門チーフ

平成10年度～平成16年度、奥川幸子スーパービジョン研修（OGSVモデル）のアシスタントを務める。日本医療社会事業協会社会保険部副部長、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会理事、同協議会ソーシャルワーカー委員会委員長、チーム医療推進協議会世話人。



岩上 洋一 (いわがみ・よういち)

特定非営利活動法人じりつ 代表理事

.....
社団法人 日本精神保健福祉士協会 常任理事

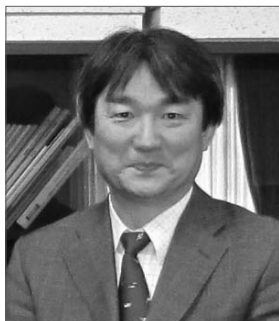
学歴

1990年 上智大学文学部社会福祉学科卒業

2002年 大正大学大学院文学研究科博士前期課程社会福祉学専攻修了

職歴

1990年 埼玉県に入職、県立精神保健総合センター、生活訓練施設、保健所、精神科医療機関を経て、2002年、「地域のソーシャルワーカーになる」と宣言して埼玉県を退職。社会福祉法人の施設長を経て、2009年から現職。精神障害者地域移行支援事業では、8年間で54人の退院を支援している。その他、就労支援、ピアサポート、障害者スポーツ等にも力を入れている。



大嶋 伸雄 (おおしま・のぶお)

首都大学東京 健康福祉学部作業療法学科 / 大学院人間健康科学研究科 教授

社会医学技術学院作業療法学科卒、作業療法士。筑波大学大学院修了。学術博士（医学）。専門は作業療法学、脳血管障害のリハビリテーション。秋田県立脳血管研究センター、秋田大学医学部附属病院、埼玉県立大学保健医療福祉学部などの勤務を経て平成 18 年から現職。2004 年から専門職連携教育研究に取り組むために渡英、2005 年度文部科学省・海外先進教育研究助成制度で St George's University of London に滞在（以降同大学の Research Fellow）。日本保健医療福祉連携教育学会・常任理事。日本リハビリテーション連携科学学会・常任理事。All Together Better Health VI（2012 年神戸で開催。連携教育の国際学会）事務局長。



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部長・診療教授

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
平成 22 年千葉大学医学部附属病院地域医療連携部部長・診療教授



大橋 謙策 (おおはし・けんさく)

日本社会事業大学大学院特任教授・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、2008 年に『地域における「新たな支えあい」を求めて——住民と行政の協働による新しい福祉』をまとめる。他方、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。



瀧村 佳代 (たきむら・かよ)

厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室長

厚生労働技官。筑波大学医学専門学群卒業後平成 3 年厚生省入省。平成 21 年より現職。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の専門家の意見提出等、WHO との連絡調整業務を主に担当している。

講 演 概 要

ICFの基礎から活用まで：大規模障害者調査を例にとって

大川 弥生

(独) 国立長寿医療研究センター 生活機能賦活研究部

昨年度の本シンポジウムの参加者へのアンケートの結果では、ICFの基礎的なことからきちんと話を聞きたいというご希望が多くありました。それをうけて本日私のお役目はICFの基礎¹⁾について述べることに、それに加えてICFの統計への活用の例として、私どもが現在進めている大規模障害児・者生活機能調査をご紹介します。

1. ICFの特徴

ICFの最も基本となる概念は、「生活機能」と「生活機能モデル」(図1)です。

1) 生活機能の3つのレベル

「生きる」ことは生命・生活・人生の3つを分けることができます。ICFではこれを生活機能には3つのレベルがあると考え、それら3つを総合的にとらえることが大事だとします。

すなわち「生活機能」とは、(図1)に示すように、「参加」(社会レベル)、「活動」(個人レベル)、「心身機能・構造」(生物レベル)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。

「参加」とは、人にとって最も大事なレベルともいえ、社会生活・家庭生活、具体的には働いたり主婦としての役割を果たすこと、生徒・学生として「学ぶ」こと、様々な社会との交流、趣味などで人生を楽しむことなどをいいます。これは生きがいや充実感にもつながります。

次に「活動」とは、生活の中での様々な動作で、参加を実現するために必要なものです。

そして「心身機能」とはその動作を行う時の、体や頭、心の働きという要素的なものです。

2) 障害(生活機能低下)も3つのレベルでとらえる

「障害」とは、この生活機能に困難や不自由さが生じた状態です。これも同じく「参加制約」「機能障害(構造障害を含む)」「活動制限」の、3つのレベルを含む包括概念です(図2)。

今の日本では「障害」や「障害者」の定義が、既存の制度との関係で非常に狭くとらえられています。しかしそれ以外にも、高齢者をはじめ、様々な種類や程度の生活機能上の問題をもつ人は多いのです。ICFの見方ではそれらの人たちもすべて障害のある人です。

本当はそういう意味で「障害」を広く使いたいのですが、どうしても誤解をまねきがちなので、筆者

はむしろ「生活機能低下」という表現の方が望ましいと考えています。

3) 生活機能モデル

(1) 生活機能に影響する因子

生活機能とそれに影響するものの関係を、ICFでは「生活機能モデル」(図1)として示しています。

生活機能は、図の中央の高さに横に並んでいます。

生活機能に影響する因子は大きく3つに整理されています。図の上にある「健康状態」には、病気やケガやストレスなどが含まれます。それに加えて、下に示す「環境因子」と「個人因子」とがあります。

「環境因子」というと物的なものだけを考えがちですが、それだけでなく、人的な環境、そして制度的な環境があります。

物的な環境とは、建物や道路など大きな環境だけでなく、車椅子や杖、そして日常用いている食器や衣服などの道具なども含みます。人的環境とは周囲の人々や専門職などです。また制度的環境には、制度だけでなく、医療・教育・福祉などの様々なサービスや政策も含まれます。

次に右下の「個人因子」とは、性別、年齢や価値観などの個人に属する特性です。個別性・個性の尊重として大事です。

生活機能向上の手がかりを見つけるためには、医療においても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。

(2) 相互作用を重視

そしてこれらの6つの要素はバラバラに存在しているのではなく、図の沢山の両方向の矢印が示しているように、相互に関係(影響)し合っていることが大事なポイントです。

生活機能の3つのレベルの間には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るのです。このように生活機能モデルでは、全ての要素が他の全ての要素と関係し合う「相互作用」を重視しています。

4) 活動の「実行状況」と「能力」

ICFでは活動を実生活で実行している「実行状況」と、訓練や支援のもとや、本人ががんばれば発揮できる能力である「能力」に明確に区別しています。これは我々が以前から「している活動」と「できる活動」とを区別^{1)~4)}する必要を強調していたことと一致しています。

この両者には大きな違いがあるのですが、どちらか片方しか見なかったり、2つがごっちゃになったりしていることが少なくありません。

5) 「相互作用・統合モデル」である ICF

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」、また「社会モデル」のどちらでもありません。ICFは、以上に述べてきたような総合的な観点から一人ひとりの「人が生きること」全体をとらえるものであり、新しい、「相互作用・統合モデル」ということができます。

ICFは、①生活機能の中に障害を位置づけ、②生活機能と障害を各々の3つのレベルで明確に区別し、③各要素の相互作用の関係性を重視します。すなわち、マイナス面の障害や、またその中でもある特定の要素や関係性のみを重視するものではありません。

6) 分析に立った総合

「生活機能モデル」に立って「全体像」をとらえるということは、まず人が「生きること」に関係するものを6つの要素に分けて分析的にとらえ、次にそれらの要素間の関係を生活機能を中心に具体的にとらえ、そしてそれらを総合することです。こうしてはじめて「生きることの全体像」が把握できるのです。これが「分析に立った総合」です。

「(人が) 生きること」は複雑多様なので、全体を直感的にとらえたつもりでも実は偏ったものになりがちです。最低限以上のような段階をふむことが必要であり、ICFはそのための不可欠なツールなのです。

2. 個別事例における活用：目標指向的アプローチ

本日の後半では個別事例での臨床活用例が紹介されますので、個々の事例におけるICFの活用について、私どもがこれまでの臨床実践とICFについての研究から体系化づけた「目標指向的アプローチ」^{2) - 4)}を簡単に述べておきます。

「目標指向的アプローチ」は専門家と当事者が一緒に立てる目標設定とプログラム策定のプロセスの過程です。目標設定はチームを作る様々な専門職、またそれら専門職だけでなく当事者の積極的参加が必要です。まさにICFの特徴である「共通言語」(共通のものの考え方)が生かされる現場といえます。

目標指向的アプローチの「目標」とは“その人ならではの”のより良い生活機能の状態、特に「参加」「活動」の向上を重視し、参加の目標の具体像として活動の目標を位置づけます。

「参加」とその具体像である活動の目標を、予後予測にもとづいて設定し、それに向けてプログラムを進めていきます。

では、この目標指向的アプローチでの目標設定の具体的すすめ方(プロセス)の全体図を図3に示します。なお、これらの図では煩雑になるのを避けるために環境因子・個人因子は記載していません

が、もちろんそれらも含まれるもので、全て生活機能モデルの中に位置づけられていると考えてください。

図3の見方ですが、部分を見ると心身機能、活動、参加という生活機能の3つのレベルが横方向に並び上中下に3段になっています。

最上段の横長の枠内に示したのが「目標」、すなわち参加レベルの目標とその具体像である活動レベルの目標です。心身機能の目標もありますが、これから活動や参加の目標を決めていくのではなく、逆に活動の目標から心身機能の目標を決めるという点にご注意下さい。

このような目標の設定（決定）に最終的に到達するには、まず図1の下の大きな枠内にある2つの段から出発します。このうちの上の段（全体としては2段目）は「評価」、すなわち生活機能の現状の把握です。

そして全体の最下段は予後予測（目標の候補）です。

この予後予測は各レベルにわたる評価の結果と、それに対してどのような働きかけをするかというプログラム（それによって予後は大きく違ってくるので）とをつき合わせ、予後に関する知識・経験に立って行うものです。

そして大事なことは、このようなプロセスは専門家だけで進めるものではなく、その全体を囲む大枠と右の縦長の四角の「利用者・家族の主体的関与・決定」とが両方向の矢印で結ばれているように、利用者・家族が主体的に関与して進められるべきものだということです。

目標設定にも利用者・家族が主体的に関与し、チームが提案した「参加の目標」と「する活動」（活動レベルの目標）との複数のセット（目標の候補）の中から最終的に利用者・家族が熟慮の上で一つを選んで決定するものです。このように、「参加の目標」と「する活動」（「活動」の目標）とは同時に設定（決定）されるのです。

以上の目標設定の過程は、専門家が一方的に説明をして家族が単に同意するというものではなく、インフォームド・コオペレーション（情報共有に立った協力）、すなわち当事者と専門家との真の協力関係の中での共同決定です。

3. 大規模障害児・者生活機能調査

これまで私どもはICFを用いて高齢者についての大規模な実態把握を行ってきました。その結果は、我が国でのICF評価点案策定などでも活用いただいています。

そして現在「ICFに基づく障害児・者の生活機能についての実態調査」を実施しています。これは障害者の生活機能の実現状況を把握することとともに、その中で厚生統計における生活機能の把握

のための実態調査のあり方についての検討を深めることも行っています。この調査研究の特徴は ICF を基本骨格としていることその他、当事者参加型研究であるとともに、その結果を生活機能向上に生かす、という点にあります。

当事者参加型の研究のために、わが国の障害者団体の最大の連合組織である「日本障害フォーラム」の協力を得て、その推薦委員と専門家委員からなる調査研究委員会を中心に研究を行いました。

さらに、通常の「個人調査」(アンケート)だけでなく、ICFの理論と実践に習熟した専門家が団体調査(22の障害者団体の訪問・聞き取り調査)を行って、各団体が把握している問題点と、統計についての意見をうかがったことはとても有益でした。個人調査には5,008名の方から回答をいただきました。

ICFを基本骨格とした理由は、ICFが障害(生活機能低下)のある人の豊かな全体像を捉えることができる点にあります。

その際「参加」に重点をおきましたが、それは権利条約が規定するのは様々な参加を実現する権利であり、統計においても、参加を中心に、生活機能全体を総合的に捉える必要があるからです。

その調査結果を示します。(具体的な数値の説明、ICFモデル図による説明等は略)

1) 外出を増やすには何が必要か? : ハード面だけでなくソフト面の充実を

「どこが変わればもっと外出できるようになるとお考えですか」の質問について、最も多いのは「外出の目的が増えること」であり、次に「外出のための介助者が得られること」、その次が「疲れやすさの改善」でした。これらは、もっと外出できるためには、従来関心が高かった建物や交通機関などのハード面だけでなく、ソフト面への対応がより必要なことを示していると考えられます。

ソフト面への具体的対応として、「目的が増えること」には、「参加」についての多様な選択肢と、その「参加」を可能にする「活動」向上技術の提供が望まれているといえるでしょう。また「疲れやすさ」は、これまで重視されてきませんでした。機能障害として配慮すべきことでしょう。

2) 「参加」を支援しよう : 仕事や育児の前提がセルフケアではない

身の回り行為(セルフケア)に介護を受けていても、仕事や他者への援助などの「参加」レベルでは高い状態になりえます。

身の回り行為を一人でしていることが、仕事や他者への支援、コミュニティライフなどの前提だと思えば、「参加」の可能性を狭めることになります。そうではなく、「活動」の一部である身の回り行為に介護を受けていても「参加」を拡大する支援プログラムやシステムが必要なのです。

3) コミュニティライフや余暇の充実を :

「参加」として大事なことでありながら、従来実態把握が十分でなかった「コミュニティライフ・

余暇」について多くの項目（18種類）をみた結果、項目や機能障害種別による違いはありますが、概して「回数」、「満足度・希望」とも低い結果になっています。

「満足度・希望」では「したいががまんしている」や「できないとあきらめている」がかなりあることも注目されます。

4) 「活動」をどうとらえるか：「どこでも」と「限られた場所で」の区別が重要

従来は、「活動」について「一人でしている」（医療・介護等の用語では「自立」）か、介護が必要か（そしてその程度）を分けていましたが、今回「一人でしている状態」を次の2つに区別する必要性が明らかとなりました。

①ある特定の限られた場所（例えば自宅内、施設内）だけで一人でしている状態 [「限定的自立」：ICF評価点1]

②外出先・旅行先などでも1人でしている状態 [「普遍的自立」：評価点0]

「限定的自立」にとどまっているため、「参加」の拡大にマイナスに働いていることが少なくありません。このことは限られた場所で一人でしていれば（「限定的自立」）十分とするのではなく、「普遍的自立」にまで向上できるように専門家と当事者が協力して工夫することが必要なことを示しています。

5) 機能障害からみた新たな支援の課題（1）：複数の機能障害への「足し算」でなく「掛け算」の対応を現在の制度上で用いられている機能障害名が、その人の障害（生活機能低下）の状態を代表するかのようになっていることがよくあります。また、複数の機能障害がある場合、「重複障害」と呼ばれてきました。

しかし今回、一人の人が様々な機能障害をもつ場合が多いことが明らかとなりました。また複数の機能障害の中には、現在まだ法的に障害として認められていないものも一定数含まれています。

それぞれの機能障害が別々にいわば「足し算」として表れている状態ではなく、むしろ別の新しい「かけ算」の状態として認識する必要があります。

そして支援も「足し算」で行えばよいのではなく、新しいあり方を考えていく必要があります、障害児・者への支援の新しい大きな課題といえるでしょう。

6) 機能障害からみた新たな支援の課題（2）：「疲れやすさ」や「変動」にも配慮しよう

これまで注目されてこなかった「疲れやすさ」や、機能障害に「変化・変動」があることに配慮した支援が必要であり、障害児・者への支援の新しい課題といえます。

7) 障害者・家族の高齢化は大きな課題

高齢化が大きな社会問題となっていますが、障害の分野でも本人と家族の両方について高齢化は重要です。

しかし特に高齢者では、「不自由さの進行」の原因として高齢化の直接的影響だけでなく、「生活不活発病」をも考える必要があります。生活不活発病は予防し改善できるものですから、正しい知識を持つことが必要です。

また家族は重要な環境因子で、生活機能の3つのレベル全体に大きく影響します。

8) 望ましい支援の内容を深めましょう：「手助け」と「促し・誘い」との区別の必要

今回の調査では人的支援・物的支援を活用して様々な「参加」や「活動」を実現している人が多いことが注目されました。

支援には人的支援・物的支援・制度・サービス支援があります。人的支援として重要な「介護」について、これまで「手助け」と「促し・誘い」はまとめて論じられがちでしたが、今回この2つをはっきりと区別しなければならないことが分かりました。

9) 生活機能の観点からの災害時対策を：災害からみえてくる平常時の課題

結果から、今後災害時の対応として以下にあげた配慮が必要と考えられます。

- ①医療面と生活機能の両面への対応が必要：障害児・者には難病、精神障害、心臓・腎臓・呼吸器機能障害等、疾患管理を必要とする人も多い。
- ②現在は「要援護者対策」として避難行動が難しい人を中心とした対応であるが、障害児・者全体、更には生活機能低下者全般への拡大が必要である。
- ③災害を契機として生じる生活機能低下を予防する観点が必要である。

また以上全体を通じて、「平常時の障害児・者についての理解・対応の問題点が災害時に明らかになる」という認識が重要といえます。

- 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
- 3) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーションーICFに立った自立支援の理念と技法、中央法規、2004
- 4) 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.

図1. 生活機能モデル（ICF：WHO、2001）

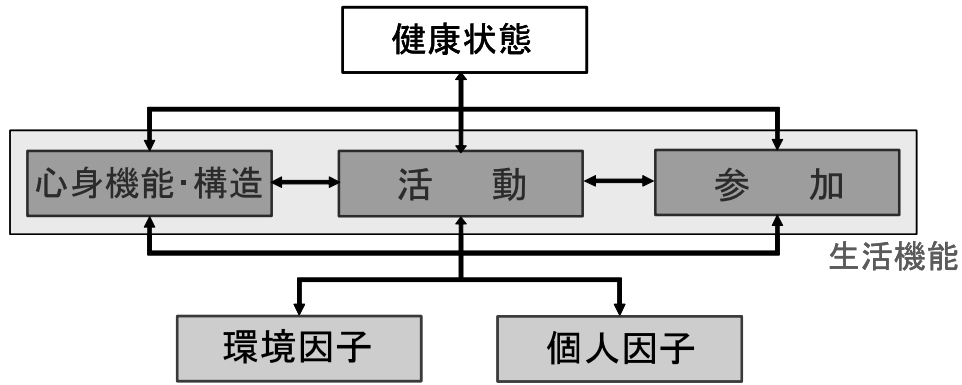


図2. 生活機能と障害—両者の3つのレベルの関係（大川）（2004）³⁾

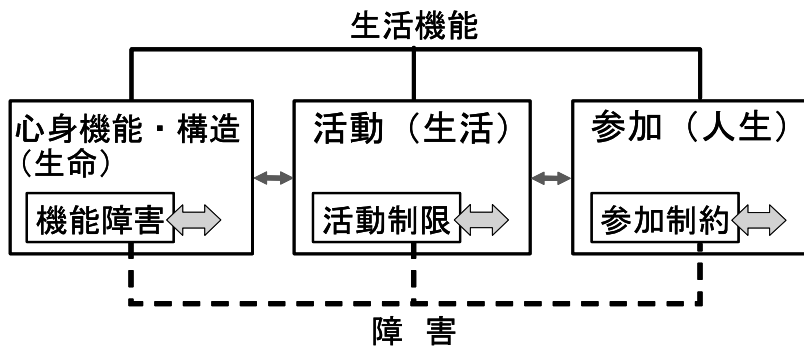
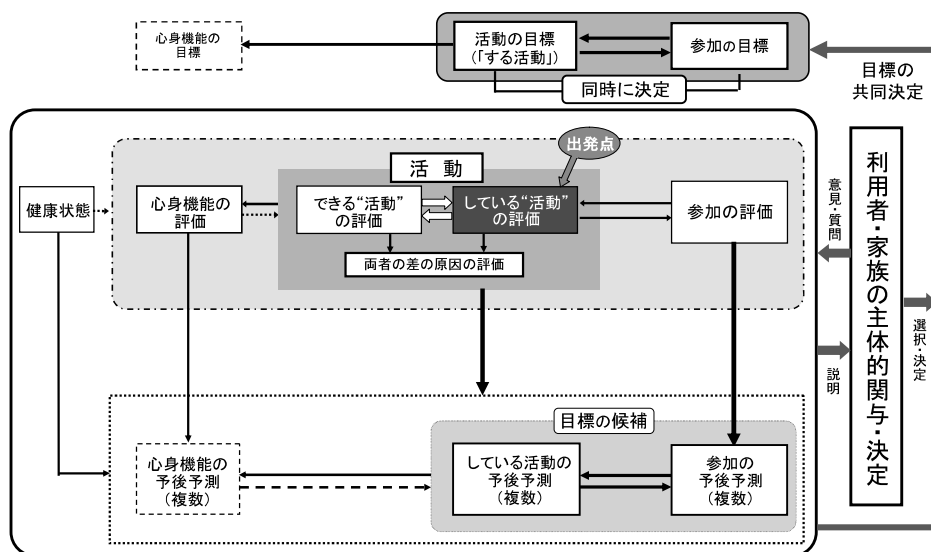


図3. 目標指向的アプローチにおける目標設定のプロセス²⁾



専門職の卒前・卒後教育における ICF の活用

「ICFの活用に向けた提案」

～回復期リハビリテーション領域のソーシャルワーカーの現場から～

取 出 涼 子

医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院
教育研修局（現：教育研修部） SW 部門チーフ

1. はじめに

私は常にICFを念頭に置いて業務を行っているものではありませんが、このシンポジウム前の打ち合わせや、前半の大川先生のお話を聞いて、感銘を受け、これから卒後教育で自分がやっていかなければいけないことが少し見えてきたような気持ちで、11時45分にこちらに到着したときとは全く違った気持ちで壇上に立たせていただいています。

違う領域で働いている人も多いと伺っているので、はじめに回復期リハビリテーション病棟について紹介します。

回復期リハビリテーション病棟は2000年に新たに開設された新しい仕組みの病棟です。脳血管障害、多肢、骨盤・大腿骨頸部骨折後、廃用症候群などの発症から2ヶ月以内の方と、下肢の神経、筋、靭帯損傷後の1ヶ月以内の方の集中的なリハビリを行う病棟です。診療報酬上、病棟の目的が明確に3つ掲

げられており、ADLの向上、寝たきりの防止、家庭復帰を目的に治療を展開するための病棟です。最大の特徴が多職種によるチームアプローチでリハビリテーション計画を立案する点です。まとめますと、回復期リハビリテーション病棟の対象者は障害を多かれ少なかれ持っていること、障害がどの程度改善されるかということが病棟の目的として重要であること、そして多職種によるチームアプローチのため共通言語が必要ということ。この3つの特徴をあらためて考えると、ICFの考え方が非常に有効な場所であり、現場では、意識はしていなくとも、自然に水のようにICFの概念が浸透している場所なのではないかなと感じます。

回復期リハビリテーション病棟とは

- 2000年に開設
- 対象患者：
脳血管障害（脊損・頸損含む）、
多肢、骨盤・大腿骨頸部骨折後、
廃用症候群等の発症2ヶ月以内、
下肢の神経、筋、靭帯損傷後1ヶ月以内
対象者は障害を持つ
- 病棟の目的：
ADLの向上、寝たきりの防止、家庭復帰
障害がどの程度改善されたか？も重要
- 多職種によるチームアプローチで
リハビリテーション計画を立案する
共通言語が必要

2. 回復期リハビリテーション病棟とリハビリテーション総合実施計画書

多職種チームアプローチと患者さん、家族との共通言語というところで使われているのが「リハビリテーション総合実施計画書」です。これは多職種共同でつくること、3ヶ月に1回以上の説明・同意を得ること、条件によっては1ヶ月に1回以上、その内容を診療記録に必ず残すということになっております。回復期リハビリテーション病棟では多職種が話し合いながらこの実施計画書をつくっています。

ICFを基にしているところは、まず、「心身機能」にあたる意識障害や認知症の有無、精神障害、あるいは麻痺の有無、その他諸々の障害の有無を書く場所があります。次に活動について、「しているADL」と「できるADL」、つまり病棟で実際に行われている活動と、訓練のときに最大限の能力を発揮してできる活動、またコミュニケーション、あるいは日中の病棟でベッド

から離れている離床時間や耐久性、その離床時にどのような態勢で、車椅子に座っているのか、普通の椅子に腰掛けられるのか、自由に歩けるのかなどの活動の状況を記載する欄があります。

「参加」について、職業や経済状況、社会参加、余暇活動、あるいは退院先、通院方法、家庭内の役割や趣味などを記載する欄がございます。

「心理」の欄は、個人因子の部分を表す理解して記載しています。障害の受容や機能改善への固執、依存欲求、独立欲求といった項目が書かれています。ここの部分を当院ではソーシャルワーカーが中心に記載することもあり、私自身はICFを患者、家族と共有するという視点を持つことがこの計画書のお

リハビリテーション総合実施計画書とICF

➤リハビリテーション総合実施計画書とはICFを基にしてつくられた、多職種間・患者・家族間の支援計画書。

- ①多職種共同で作ること
- ②3ヶ月に1回以上説明・同意を得ること
(条件によっては1ヶ月に1回以上)
- ③その内容を診療記録に残す

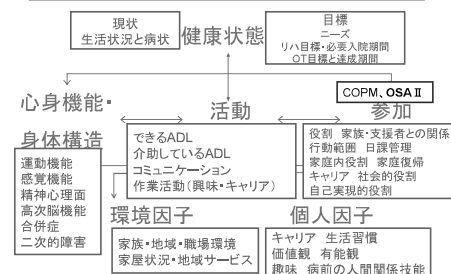
かげでできました。ひとつだけ、「機能改善への固執」という言葉や「依存」「独立欲求」という言葉が少し患者、家族と共有しづらい表現かなというふうに思うことがあります。さらに、「環境」という項目と「第三者の不利」という欄がありますけれども、環境に関してはキーパーソンや同居家族や親族との関係、家屋状況、サービス状況などを書く欄と、第三者の不利という欄で、例えば家族の社会生活や健康や心理に対する今回の発病の影響、あるいは家族内の役割の変化、家族構成の変化などを書くようになっており、この2つが環境因子の部分ではないかと理解して記載しております。

3. その他の ICF の活用状況

私が今回発表させていただくにあたって回復期リハビリテーション病棟での ICF の活用状況について思い起こしてみました。数年前から私どもの病院では退院後のリハビリを外来のリハビリだけに頼るのではなく、まさに活動を通して、その方が心身機能をアップしていったり、あるいは参加をする場所を探していくという名目で東京都障害者総合スポーツセンターとの連携を深めていくということに取り組んでまいりました。理学療法士と私がスポーツセンター職員との勉強会に行ったときに、理学療法士はリハビリテーションを説明するときに ICF を使って説明しておりました。但し、その際に理学療法の具体的なアプローチを説明するときには、その理学療法士はまだ I C I D H が便利らしいということもそのときに感じました。

次に院内研究発表会が年に1回病院内で開催されますが、ICF を使っての分析が行われることが特に作業療法士の発表でよく見られるように思われます。そして作業療法部門での ICF の活用についてですが、作業療法部門は特に「活動」「参加」について日常的に共通言語として用いています。右のスライドは、一世代前の OT 部門マニュアルで、そのマニュアルには ICF から見た臨床判断のポイントという資料が入っておりました。心身機能、活動、参加をそれぞれ既成の評価項目で評価をし、必ず環境因子、個人因子についても考え、その上で現状の生活状況や病状を踏まえた病院全体の目標とニーズを考えた上で、その中でさらに OT の目標と達成期間を考えるというもので、これで自分の全体的な考えを整理した上で具体的なアプローチを考えるという非常に詳細

改定前の初台リハビリテーション病院OT部門マニュアルより
「ICFから見た臨床判断のポイント」



なマニュアルになっていました。先ほど大川先生のスライドにもありましたワークシートもその中に含まれておりました。ただ残念ながら、現場のほうでこれが使われることはなかなか至らずに、新しい改訂のときに一応それが削除された形になってしまったと伺っています。考え方は継承されていますが、細かいため、業務化は難しいようでした。

4. 回復期リハビリテーション病棟ソーシャルワーク業務と ICF

私は現在、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会のソーシャルワーカー委員会の委員長をしております、年に2回、全国で研修会を開催しております。そこでリハビリテーションソーシャルワーク論の講義をするときに ICF を必ず紹介するようにしています。

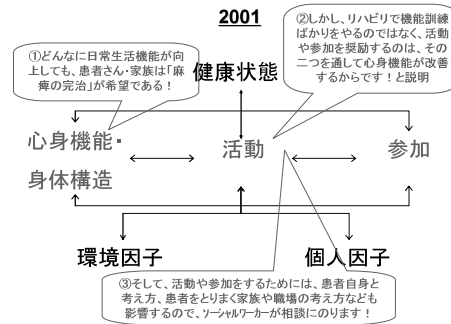
まず日本の障害の定義と障害者福祉の主流ということをソーシャルワーカーとして整理いたしますと、これはソーシャルワーカーの初任者に説明する内容ですけれども、3つの障害の分け方がある、ただそれを3つに分けずに共通のものとして自立支援法というものが出来上がってきたという過程、そしてそれぞれの法律の根拠、但しこの3つの障害になかなか入りきらない新しい障害と呼ばれるもの、例えばHIV感染、例えば高次脳機能障害、そういったものが現れてきて、その度に法律の改正が行われているという事実について話した後、現在の日本の障害福祉の二本柱は自立支援と就労支援ということになっています。これもある意味、活動の自立と参加の支援ということだと思えますけれども、それをどの程度ソーシャルワーカーが意識しているかということに疑問を投げかけて、意識してもらうようにしているつもりです。

5. 患者・家族との ICF の共有

課題としまして、患者・家族と ICF をどのように共有していくといいのかということを考えてみました。共通言語という意味合いで専門職の間だけで活用するものではないはずの ICF ですが、たとえば患者さんが自分がいまどういう心理状態かということ共有するとき専門職から「あなたはいま依存欲求が強いですね」というような言い方ではない、何かしらいい方法がないだろうかということ考えたのがきっかけです。そして私は外来のソーシャルワーク業務における ICF の活用と患者会における ICF の概念の利用というのを少し実践してみました。例えば患者さんは多くの場合、どんなにスタッフが活動を促したり、活動を促すために参加できる場所を提案しても「いやいや、それは足が良くな

って歩けるようになってから考えますよ」というふう発言される場合があります。特に外来のリハビリテーションではそういうことがよく聞かれます。その際にどんなに日常生活機能が向上しても、患者さん・家族は麻痺の完治が希望であるということをもまず自覚したり、共有します（スライドの①）。しかしリハビリでは機能

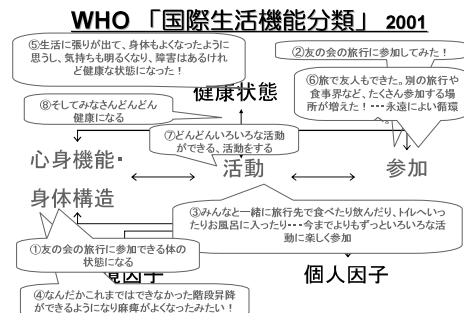
障害の定義「WHO国際生活機能分類」



訓練ばかりをやるのではなく、活動や参加を奨励します（スライドの②）。なぜならその2つを通して心身機能が改善するからですというような説明をする場合があります。そして活動や参加をするためには患者さん自身の考え方や患者さんを取り巻く家族や職場の考え方も影響するので、その部分についてソーシャルワーカーが相談に乗りますというオリエンテーションをしています。そして参加できる場所を具体的に探して提案してみたり、一緒に出向いていって一緒に参加してみたりといったことも行う場合があります。すべての患者さんに対してではないんですけども、活動や参加に非常に後ろ向きな姿勢を見せる患者さん・家族が何かしら心身機能にこだわりを持っているときに活動や参加に目を向けてもらって、それが自分のニーズと一致してくる可能性があるということを表せる矢印の重要性を非常に感じるどころです。

次に、私の病院の患者会の方たちと共通してお話ししていることを少しだけ紹介したいと思います。当院には患者さん自身がつくった患者会がありまして「外へ出よう！仲間と話そう！仲間と出かけよう！そして周囲に感謝しよう！」というスローガンでやっている会です。その患者会のリーダーを取っている当事者の方は、まず自分たちは希望を失って家に引きこもりがちになる。必要なのは、まず仲間である。それで仲間にもまず会いに行く

ということを1つの目標に月1回定例会を開いて、そこでとにかく仲間としゃべろうということをして、友だちができると、また何か友だちと一緒にやりたいことが出てくる。そして居場所ができていくと外出ができるようになっていく。そして自分を支えてくれている家族や周囲の人に感謝をしようということ自分たちの気持ちを高めてい



ている。そんなような気がしまして、活動と参加と個人因子のところを非常に大切に活動

している会だなというふうに感じます。私が常日頃感じていることを患者会でお話しさせていただいたことがありまして、患者会の会長の方は自分が常日頃から「外へ出よう！仲間と話そう！仲間と出かけよう！そして周囲に感謝しよう！」と言っているスローガンをICFという形で既に国際的に考えてくれている専門家がいたということに大変喜んでいらっしゃいました。また患者会では毎年旅行に出るんですけれども、患者会で準備している旅行というのはドクターやセラピストも一緒に来てくれる、ある意味安全の守られた、心身機能や心身構造にあまりとらわれずに参加できる活動の場ではありますが、1回活動の場に参加することで必ずそこでミラクルがいろいろ起こります。90代で歩けなかった方が2年目の旅行では階段を昇り降りして遊覧船に乗ることができるようになったとか、そういうようないろいろなミラクルがありまして活動と参加の相互作用、あるいは環境と個人因子のところの影響力の大きさを非常に強く感じている次第です。そして結果、麻痺は良くならなくても、心身機能や身体構造が良くなり、健康状態が改善している患者会の会員の方をたくさん見えています。そういう意味でもICFの共通言語としての利用は今後も積極的に進めていきたいと思った次第です。

6. さまざまな評価基準とICFとの関連

ICFでは、概念の理解が重要で、評価項目を全面に考える必要がないと教えていただけで大変安心しました。ただし、リハビリテーション病院では（一般の病院でも同じだと思いますが）状態や障害を表す評価がたくさんあります。職員同士でも同じ点数をお互いに理解して使っているかということに課題があります。ましてやそれを患者さんや家族と共有していくというのには気を配る必要があります。

疾患名はICDで統一できていると思います。が、そのほかについてはどうでしょうか。ADLの評価には例えばバーサルインデックスやFIMと呼ばれる項目があり、介護保険では要介護度、日常生活自立度、認知症日常生活自立度などがあり、地域連携パス上の患者の重症度の評価は日常生活機能評価と呼ばれる点数項目があり、看護必要度があり、最終的にその方の障害を表すのは何なのかということがなかなかまだ未整理のような気がいたします。

さまざまな評価基準に関する考察	
「状態」や「障害」を現す評価がたくさんある・・・	
➤ 疾患名	・・・ICD
➤ ADLの評価	・・・BI FIM
➤ 介護保険	・・・要介護度 日常生活自立度 認知症日常生活自立度
➤ 地域連携パス上の重症度評価	・・・日常生活機能評価
➤ 看護の必要度	・・・看護必要度
➤ 障害	・・・？ 健康状態？

7. おわりに

回復期リハビリテーション領域では概念は浸透していると私自身は感じています。が、私は病院の中で教育研修を担当する立場の人間として、例えば新採用研修の際や2年時、3年時研修の際にICFをもう少し取り入れた事例分析などを教育の方法として取り入れていくことができるのではないかと、本日強く感じました。また私は日本医療社会事業協会（2011年に公益社団法人日本医療社会福祉協会へ名称変更）に所属していますが、そちらの研修会でもあまりICFについて語られることがないので、このICFのことについてももっとソーシャルワーカーが病院の中で認知できるようにやっていきたいと思います。

そして最後に法制度との若干の一致があればもう少し身近にICFを感じられるのではないかと感じておりました。現在の身体障害者手帳の障害の程度は心身機能のところだけで判断されているということが以前からずっと現場でも問題になっておりました。なかなか等級にその他の項目を反映することが難しいという事情もわかっておりますが、障害の程度や介護保険の介護度のところにもう少し生活機能分類に近い内容が入ってくれば共通言語として日本に広まるのではないかと感じております。

ご清聴ありがとうございました。

「精神障害者への支援と ICF」

岩上 洋一

特定非営利活動法人じりつ 代表理事

皆さん、こんにちは。ご紹介いただきました岩上です。「精神障害者への支援と ICF」ということで私の実践を通して考えていることをご紹介させていただきたいと思います。

これからお話しする内容は、①自己紹介 ②特定非営利活動法人じりつの地域生活支援 ③精神障害者支援における最重要課題 ④社会的入院の退院の阻害要因について ⑤ ICFの視点による事例の紹介 ⑥地域社会へのコミットメント ⑦ ICFの活用にあたってです。

① 自己紹介

私は、日本精神保健福祉士協会の常任理事をしております。日本精神保健福祉士協会のご存じのように、精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進めることによって、国民の精神保健福祉の増進に寄与することを目的としております。また、特定非営利活動法人じりつの代表理事をしております、埼玉県で福祉事業を展開しております。相談支援事業、地域活動支援センター事業、就労移行、就労継続、自立訓練、共同生活援助、就労支援センター等を行っておりますが、特にここ数年は、精神障害者の退院促進、地域移行支援に力を入れています。

② 特定非営利活動法人じりつの地域生活支援



じりつの地域生活支援

《理念があること・心構えがあること・意志があること》

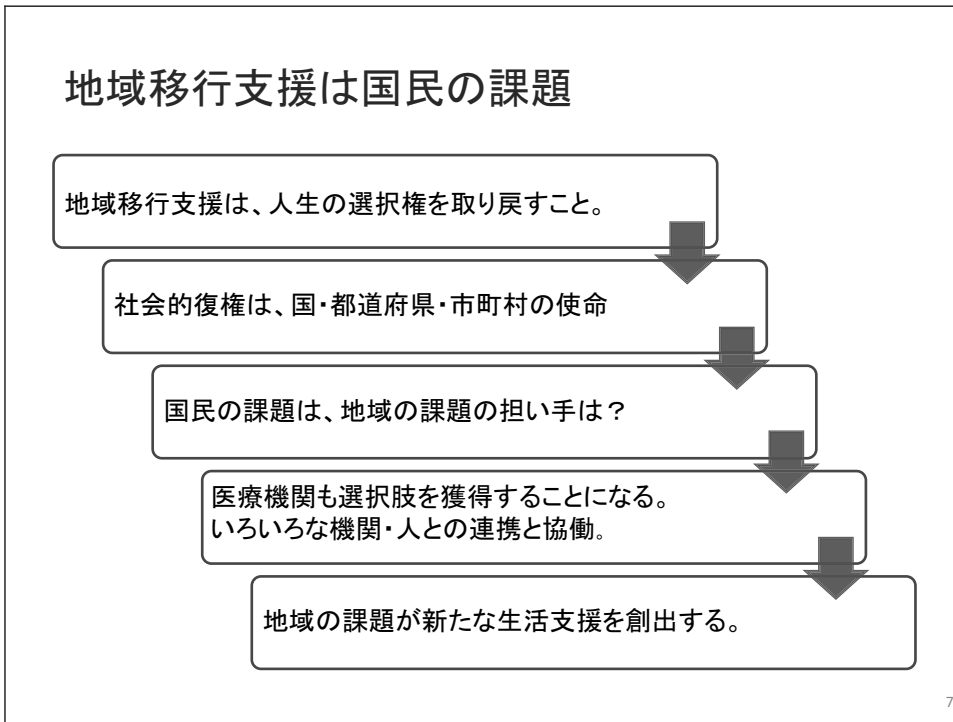
- ➡ 地域生活支援とは、生活(いのち・くらし・いきざま)に即して支援すること。
- ➡ 地域生活支援とは、自分らしく生きること(安心・自信・自由)を容易にすること。
- ➡ 地域生活支援とは、地域社会に「参加」し、そこで「活動」するという「暮らしの営み」を容易にすること。
→ 「はたらくこと」「楽しむこと」「役にたつこと」
- ➡ 精神障害者、家族、市民、専門職者の協働によって、暮らしやすいコミュニティをつくること。
→ コンセプト・プロジェクト・プログラム
(2002年制定)

1

スライドで示しているのが、私たちの理念です。これは 2002 年に制定したのですが、WHOで ICF が 2001 年に採択されたということにも影響を受けています。

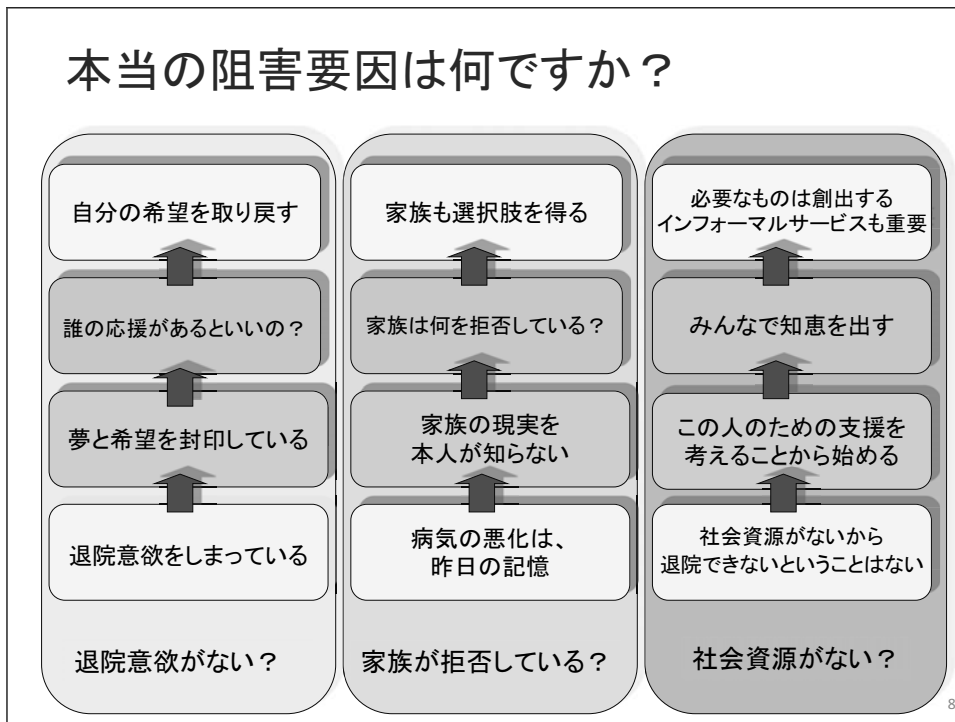
地域生活支援とは、生活（いのちとくらしといきざま）に則して支援すること。自分らしく生きること（安心・自信・自由）を容易にすること。地域社会に「参加」し、そこで「活動」という「暮らしの営み」を容易にすること。そのためには「はたらくこと」「楽しむこと」「役にたつこと」を大事にする。精神障害者、家族、市民、専門職者の協働によって暮らしやすいコミュニティをつくる。このような考えに基づいて事業運営をしています。

③ 精神障害者の最重要課題



精神障害者の最重要課題には、約 31 万人の精神障害者が入院されていますが、そのうちの 7 万人の方はいわゆる社会的入院と言われる方です。病気は良くなっているけれども、地域生活のサポートがないということで入院を余儀なくされています。わが国の精神保健福祉施策の史的な展開過程について認識を共有しておきましょう。1954(昭和 29)年の全国精神衛生実態調査では、精神障害者の全国推定数 130 万人のうち、要入院者は 35 万人であって、当時の病床は約 3 万床で、その 10 分の 1 にも満たなかったのです。同時期に改正された精神衛生法では、非営利法人の設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費に関する国庫補助の規定を設けていました。また、1958(昭和 33)年の医療法では、「精神科特例」を導入して一般医科とも分け、以後、精神科病院の設立ブームが起こったことは周知のとおりです。その後の 30 年をかけて、社会防衛の思想性を有した数値目標の下で、国が保護すべきであるという国策を追い求めてしまったのです。この間、多くの国民は、こうした実態を十分に認識できないまま容認してきたという現実に対して、国民一人ひとりが担う共通の課題として見定めるべきです。精神科医療機関が担ってきた責任と役割を真摯に受け止めるとともに、いわゆる社会的入院者への支援とその責任を精神科医療機関だけに押しつけてならないと考えます。

④ 社会的入院の退院阻害要因について

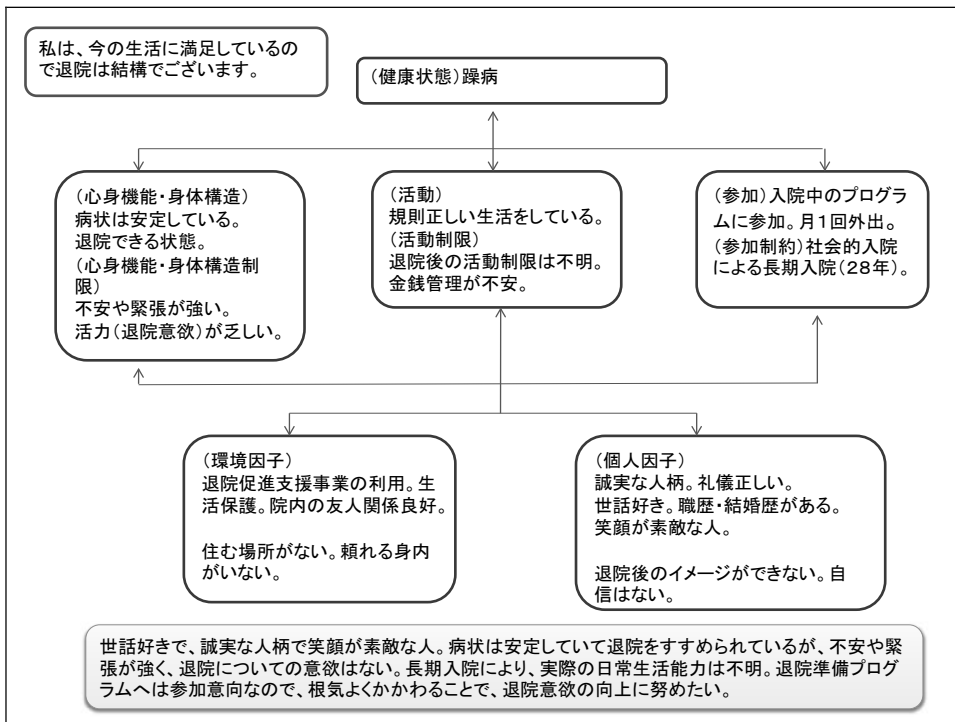


社会的入院者の退院阻害要因の1つには、「退院意欲がない」「家族が拒否している」「社会資源がない」ということがあります。阻害要因といわれることについても、退院意欲がないのではなく退院意欲をしまっている人、家族が拒否しているのではなく家族自身も自分が引き取るか入院を続けるか選択肢を失っている人、社会資源がない場合はこの人の支援を考えることで社会資源を創出する必要があるなどともう一度捉えなおすことが重要です。

⑤ ICFの視点による事例の紹介

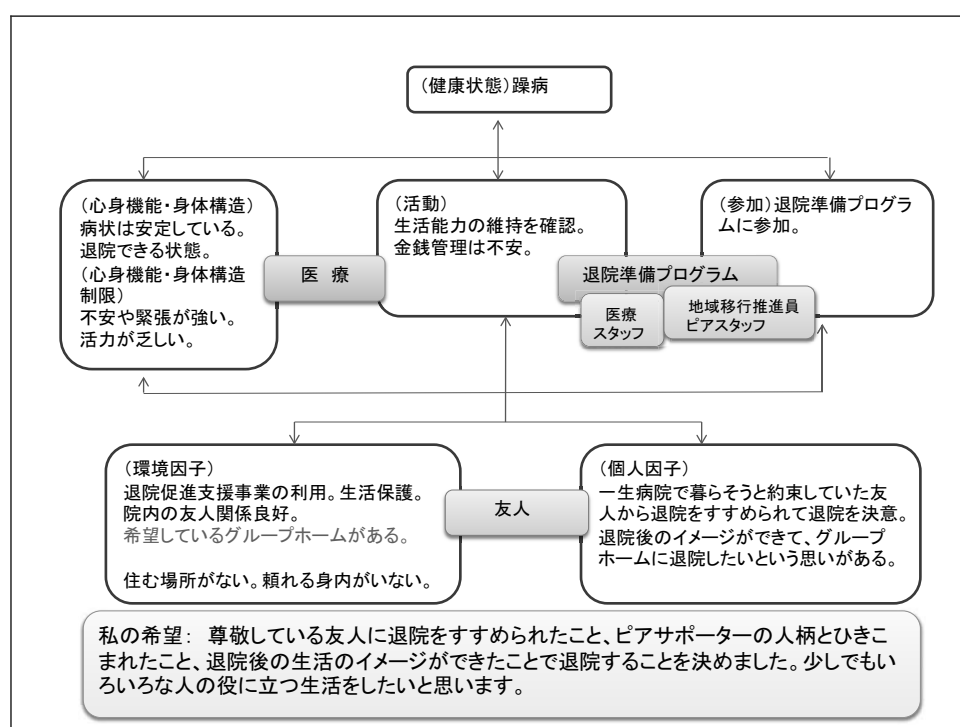
ここでは、社会的入院の状況から退院した2人の事例を紹介させていただきます。

一生病院で暮らしたい Aさん 63歳 女性	
【私の希望】 一生病院で暮らしたいと思います。	
【健康状態】 躁病	
【心身機能・身体構造障害】 緊張や不安が強い。活力乏しい。	【心身機能・身体構造】 病状は安定している。退院できる状態。
【活動制限】 退院後の活動制限は不明。 金銭管理が不安。	【活動】 入院生活は安定。規則正しい生活。
【参加制約】 社会的入院による長期入院(28年)。	【参加】 入院中のプログラムに参加。月1回外出。
【環境因子-障害】 住む場所がない。頼れる身内がない。	【環境因子-促進】 退院促進支援事業の利用。生活保護。 院内の友人関係良好。
【個人因子-障害】 退院後のイメージができない。 自信がない。	【個人因子-促進】 誠実な人柄。礼儀正しい。職歴・結婚歴 がある。笑顔が素敵な人。



はじめに、Aさんは、63歳の女性ですが、希望は「一生病院で暮らしたい」です。健康状態は躁病で入院されています。心身機能・身体状況では、緊張や不安が強くて活力が乏しいですが、病状は安定しているので退院できる状態です。活動制限については、退院後についてはよくわかりません。金銭管理が不安だと言っています。入院生活は安定してい

て規則正しい生活を送っています。社会的制約についてですが、社会的入院による28年の長期入院です。しかし病院内のプログラムに参加して、月1回は外出をしています。環境因子では住む場所がない。頼れる身内がない。促進要因として、私どもの相談支援事業所が医療機関の中に出向いて退院促進支援事業という形で退院を支援して、Aさんは、退院意欲は示さないのですが、その事業には参加しています。また、経済的には生活保護を受給されています。個人因子としては、退院後のイメージができなくて自信がない。誠実な人柄で礼儀正しい。職歴や結婚歴がある。笑顔がすてきな人です。しかし「私はいまの生活に満足しておりますので、退院は結構でございます」と話しています。ここでは、「世話好きで、誠実な人柄で笑顔が素敵な人。病状は安定していて退院をすすめられているが、不安や緊張が強く、退院についての意欲はない。長期入院により、実際の日常生活能力は不明。退院準備プログラムへは参加意向なので、根気よくかかわることで、退院意欲の向上に努めたい」と整理しています。



参加の機会によって退院意欲の向上を目指すことになり、退院準備のための「暮らし安心プログラム」に参加していただきます。どこの病院でもやっているようなプログラムですが、技能習得を目的にすると退院へのハードルがさらに高くなってしまいますので、ここでは体験を通して意欲を向上していただくことに焦点をあてています。

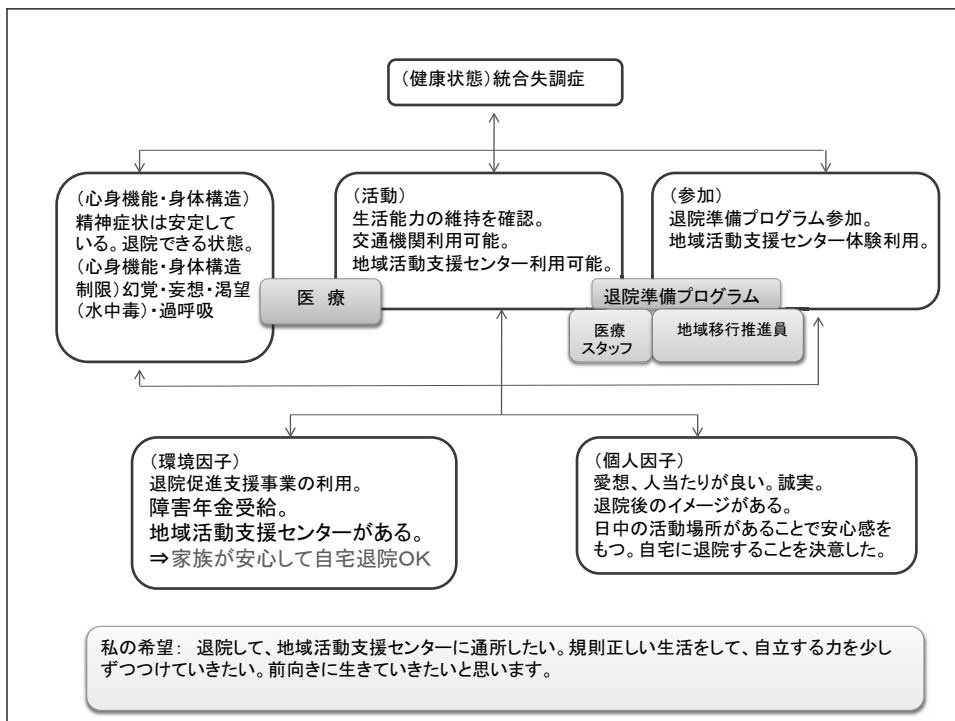
Aさんはこのような「参加」の機会を得たことで変化が起きました。Aさんは「退院します」と話すようになりました。その理由をお聞きすると「私は10歳年上の先輩の女性と『この病院で一生暮らそう』という約束をしていました。しかしその先輩からきのう呼ばれて、先輩が『私は心臓が悪いので転院してしまうだろう。そうするとあなたと一生病院で暮らすという約束が守れないのであなたは退院しなさい』と言われたので、私、退院することにしました。ついてはグループホームに入居したい」という話でした。

彼女は、尊敬している友人に退院を勧められ、当事者のピアサポーターの人柄に引き込

まれたこと、退院後の生活のイメージができたこと、希望するグループホームがあったことこれからは少しでもいろいろな人の役に立つ生活をしたと思い、退院することを決めました。

次の事例です。Bさん、39歳の男性。

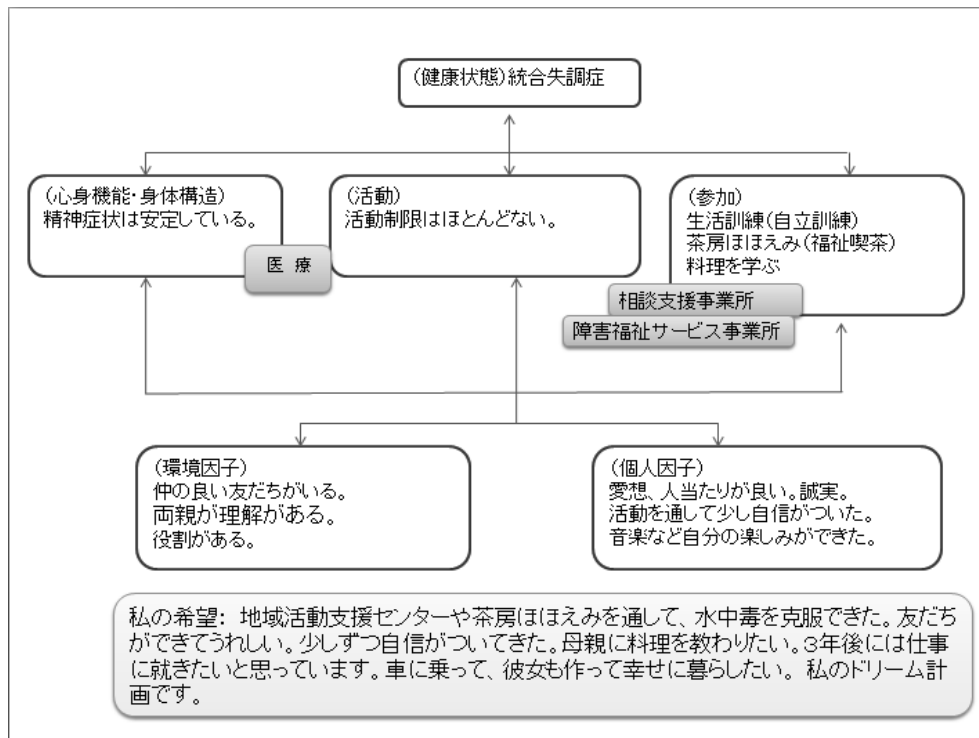
退院したい Bさん 39歳 男性	
【私の希望】 退院して、前向きに生きたい。	
【健康状態】 統合失調症	
【心身機能・身体構造障害】 幻覚・妄想・渴望(水中毒)・過呼吸	【心身機能・身体構造】 精神症状は安定している。退院できる状態。
【活動制限】 服薬中断・水中毒で入退院を繰り返す。 生活能力不明。	【活動】
【参加制約】 社会的入院による長期入院。 (3年10か月)	【参加】
【環境因子-障害】 両親高齢で退院の受け入れを拒否。	【環境因子-促進】 両親はBさんを心配している。 退院促進支援事業の利用。 グループホーム、地域活動支援センターがある。 障害年金受給。
【個人因子-障害】 入退院を繰り返して退院後のイメージができない。我慢が苦手。	【個人因子-促進】 愛想、人当たりが良い。誠実。退院意欲が高い。 就労経験がある。両親思い。



この人は「退院して前向きに生きたい」という希望があります。統合失調症で幻覚、妄想と渴望、ICFの中で分類すると渴望、水中毒があります。あと過呼吸です。精神症状

は安定していて退院できる状態です。服薬中断や水中毒で入退院を繰り返したのち社会的入院による長期入院となりました。両親は高齢で退院の受け入れを拒否しています。Bさんの場合は両親が、また入退院を繰り返すのでは帰ってきてもらっては困るという話でした。しかし Bさんは愛想が良く人当たりも良く誠実な人です。退院意欲が高くて就労経験があります。両親からは拒否されていますが両親思い。それがBさんの長所です。

入院中の状況です。Bさんは退院準備プログラムに参加をして、地域活動支援センターを利用できることがわかり、退院後の計画に取り入れました。両親も、退院後に利用できる場所があるのであれば大丈夫という気持ちになり、Bさんは、退院しました。Bさんは、地域活動支援センターに通所すること、規則正しい生活をして自立する力を少しずつ付けていきたい。前向きに生きていきたいと思いますということで彼も退院になりました。

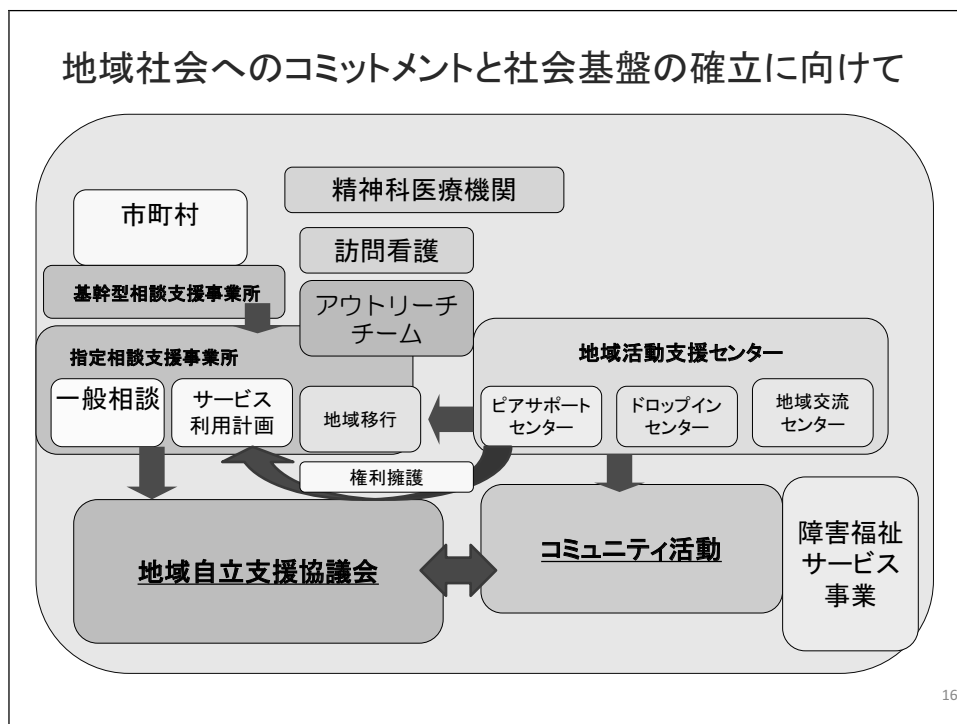


現在の状況です。退院して3年経ちました。Bさんの水中毒については連休をなくすことで改善しました。地域活動センターは火曜から土曜日まで開所しているのですが、Bさんは、連休明けの火曜日の来所時に一番調子が悪い。家にいればいるほど水の量が増えてしまうということで、Bさんの同意のもと、連休を減らしました。地域活動支援センターの休日に別途参加できる場所をつくり、水を飲む時間を減らしました。ここに書いてある参加の場所の「茶房ほほえみ」は障害者団体が共同運営している福祉喫茶です。日曜日に活動して、月曜日と木曜日を休みにしました。地域活動支援センターや茶房ほほえみへの参加を通して水中毒を克服しています。「友だちができて嬉しい。少しずつ自信がついてきた。母親に料理を教わりたい。3年後には仕事につきたいと思っている。車に乗って彼女もつくって幸せに暮らしたい。私のドリーム計画です」と話しています。

⑥地域社会へのコミットメント

さて、相談支援事業所というのは地域自立支援協議会に地域課題を抽出していくという

大きな役割があります。地域活動支援センターには、活動を通してコミュニティづくりをしていく役割があります。地域自立支援協議会は政策的にコミュニティをつくる、地域活動支援センターは人と人とのつながりでコミュニティがつかれると思っています。環境をどう整えるかということも私たちソーシャルワーカーの大きな仕事です。ICFを使いながら環境因子の問題、あるいは個人因子に関わること、ご本人の参加の場所をいかにつくっていくかということも私たちの大きな仕事だというふうに思っています。



いくつか私たちの地域活動を紹介します。私たちの地域では、精神障害者自身が社会参加、地域貢献として、「高校総体の手伝い」、「町の廃食油を集めの手伝い」、「社長さんたちが県道の清掃活動を行うロードサポートの手伝い」、「夏祭りの交通誘導」などを行っています。このような活動が地域の障害者理解の底上げをしています。町の人たちによって就労先や実習先を紹介していただくことがあります。環境を整えていくことも重要です。

最後に、地域の小中学生 3,000 人ぐらいいますが、紙コップにメッセージを書きます。家族や友だち、大切な人へのメッセージです。「パパ、いつもお仕事頑張っていてありがとう」なんて書いてあるのですが、ここにロウソクを入れると字や絵が浮かびます。このようなイベントを通して、障害があるないにかかわらずお互いの心を育てることを目指しています。



⑦ ICFの活用

ICFの活用にあたっては概念とコーディングという話がありますが、概念についてももっと浸透させていかなくてはいけないと思っています。この概念についてもわかったつもりになっているのではないのでしょうか。ソーシャルワーカーにとっては自分たちが大事にしていることがICFで達成されたぐらいのつもりになっていると思います。このあたりの整合性を点検する必要があるでしょう。全体像をとらえる視点こそ専門性にあると思います。シート等を使っていきますと、やはり阻害要因に引きずられるということがよくあります。引きずられてしまうところは、やはりきちんと教育する必要があります。

ストレングスの視点、エンパワーメントの視点というのはソーシャルワーカーがここ数年、さらに大切にしてくれているところですが、ICFの概念とも合致していると思います。

ケアマネジメントはニーズとデマンドを見立てることが重要と話をしてくれておりますけれども、それよりもまずもって関わっていくということが大切です。先ほどの調査のお話がありましたが、すごくわかりやすい話ですね。しかし、そこでは調査だけでなく関わりの視点を大切にしていのだと私は思っています。その関わりと対話こそICFを広めていくときの一番大事なところで、それによって共通の言語を生み出していくのではないかなと思います。また、コミュニティソーシャルワークとICFとの関連も重要であり、考察を深めていきたいと考えています。

教育普及のためにはもちろん学生教育も重要ですが、現任者研修を進めることが重要であると思います。私も精神保健福祉士協会にICF教育を進めていくことを話そうと思っています。

教育者、研究者、実践者の役割としましては、私は、まだまだ未熟なICFの実践者ですが、教育関係の方が本日はたくさんお見えでしょうけれども、現場の実践者としては、

一緒に取り組んでいただけると嬉しいと思います。もしご希望がありましたら、私の実践のところにもICFの専門の研究者の方に来ていただけたらありがたいと思っています。

これをもちまして、私の話は終わりにさせていただきます。ご清聴どうもありがとうございました。

参考文献

障害者福祉研究会： ICF国際生活機能機能分類—国際障害分類改訂版—中央法規出版

上田敏： ICFの理解と活用 きょうされん

大川弥生：「よくするための介護」を実践するためのICFの理解と活用 中央法規出版

長崎和則 辻井誠人 金子努： 事例でわかる精神障害者の支援実践ガイド 日総研出版

「保健医療福祉専門職の連携協働とその教育における ICF の位置づけ」 ～主としてリハビリテーション分野における実践から～

大嶋 伸雄 首都大学東京 大学院人間健康科学研究科

1. 保健医療福祉の専門職教育

私は普段、首都大学東京大学院の教員として作業療法学研究とその教育に携わっておりますが、今回は保健医療福祉専門職間連携教育（Interprofessional Education、以下 IPE）における ICF の位置づけとその関係性について述べさせていただきたいと思っております。

まず学部教育における保健、医療、福祉専門職養成課程の説明から始めたいと思っております。首都大学東京の健康福祉学部は看護学科、理学療学科、作業療学科、放射線学科の4学科で構成されております。基本的に養成課程の最終目標が国家試験合格までということになっております都合上、国家試験をクリアするために膨大な知識を学ぶための勉強を主体にやっていかなければなりません。しかし、知識主体の勉強となると一つの専門職としての考え方、あるいはチーム医療という形で他の専門職との関係性を学ぶ勉強というのは当然、傍流の学習目標となります。ところが海外に目を向けますと、英国を始めカナダ、オーストラリア、アメリカなどでこういった IPE を重視した専門職間連携教育を実施しております。私は2004年から IPE を研究するため英国に通っております。最も特徴的なこととして、英国では医師、看護師、リハビリテーションなどの国家試験がありません。大学の学部を卒業すると資格がもらえるため、資格は個人に付与されるのではなく、

養成課程の質と信頼性に付託されていることとなります。英国の教員から「知識はあまり学生に与えすぎるべきではない、思考することができなくなる」とよく言われております。また、試験のための学習や単位を取得することだけが大学に学ぶ目的ではない、という意味において、学生が自分の職業にプライドを持ち、高いレベルでの知的好奇心を喚起させることも重要であるとの事だと思っております。専門の知識や技術の不足は就職後に学習する事で十分賄えるが、基本的なコミュニケーション能力や思考力は学生時代のうちに身につける、という教育上の信念が貫かれているのだと思っております。患者を思いやる心、あるいはそういった他の専門職と連携をする能力というのは、実は専門性の一つであり、就職して自分の専門性しか見なくなってしまうのは遅い、そういう意味でのアドバイスだと思っております。

翻って日本の教育事情を考えますと、縦割り教育の弊害が目につきます。学内では隣の学科は月よりも遠いと、我々教員がよく自虐的に言っておりますが、こういった職場環境の中で、いわゆる知識と技術に偏重した教育さえやっていれば専門職として成り立っている現実が存在します。IPE を行う予算も人員もありません。人間性教育が重要で一番必要だと知りつつ、国家試験のためにそういった時間も取れないという物理的な問題もあります。複数の学科の学

生同士を混ぜたグループワークで、リハビリテーション関連職種における連携力を高めたり、病院〜地域医療など異なる環境において医師、看護師、薬剤師間の連携方法を考えるような教育が、なかなか実施できていないのが日本の大学における現状です。その結果、いわゆる医療事故が多発する事になります。全国で起こる医療事故のほぼ7〜8割は専門職間の連携不足から起きているというふうに考えられます。例えばレントゲン撮影室とその待合室での転倒事故が、年間約5000件ございます。これは誰が悪いという話になりがちですが、じつはIPEと連携システムの問題であります。私以前、国立の大学病院に勤めておりましたが、しばらくの間、レントゲンの放射線技師さんたちが患者さんを車椅子から撮像台に移動させるためのトランスファー技術を持っていない事を知りませんでした。病棟からはほとんどの場合、看護師が患者を車椅子でつれてきます。おそらく普通の看護師もほとんど私と同じ認識だと考えますが、トランスファーを放射線技師に任せて患者を置いて帰る場合が多い。その後、転倒事故が発生・・・そういった専門職間連携のすき間の大変危険な接続部分というのがじつは病院の中で数多く隠れていると思われれます。

首都大学東京では、こういった弊害を少なくするため各学科の壁を取り払った「連携協働マネジメント科目群」というIPE課程を平成23年度から開始する予定です。合計5つの科目を1年次から4年次へと進級していくに従って順次、全学生に取得させたいのですが、残念ながら新課程はほぼ選択科目として始まります。おそらく、こういったIPEを学部教育に取り入れている

大学は全国でも約20数校あまりだと思われれます。しかし、実態は各大学の中でも少数の教員だけが孤軍奮闘しており、IPEが絶対必要な科目だと認識できているのは各専門職には、本当に数える程度しか教員がいないという状況です。

そこで、そういったIPEの普及に危機感を感じた教員たちが集まり、2008年に日本保健医療福祉連携教育学会を立ち上げました。現在、会員数は約300名にもなります。

2. 海外の専門職間連携教育について

さて、IPEについて当初はごく単純に海外でIPEを知識として勉強すれば良いと考えておりましたが、実際、日本とイギリスの文化、医療保険制度、社会体制などの違いを比較いたしますと様々な事象に気づかれます。IPEは英語でInter-professional Educationですがこれは連携教育全般を示す用語として、専門職1対1の相互関係性、学際性を意味しMulti-professionalとは異なります。また、Inter-nationalは国どうしの“国際性”ですが、複数の国どうしの文化比較や様々な関係性を考えてみると結構、IPEに共通した意味が多く、比較という観点では同質であることに気づきます。

その1つが、いわゆるコミュニケーションにおける「自己主張」と「自己抑制」の関係です。日本では自己抑制する方のほうが謙譲の美德を基本とした、とても謙虚で良い人と言われ、言語的媒介無しでのコミュニケーション、いわゆる「あうんの呼吸」が求められてきました。自己主張しがちな少しうるさい人は嫌われがちです。英国では、必要なときに相手の言うことを聞く自己抑制が行え、また、ちゃんと自己主張を

行えるバランスの取れた学生が良いという説がありますが、実際に英国は自己主張しないと生きていけない国だと思います。

3. 日本と海外の比較文化論

図1は、西洋と日本における医療チーム形成過程についてです。まず、西洋のチームでは個人が専門職として確立した上でチームを形成いたします。つまり凝集性よりも機能性重視のスタンスだと思います。これは自己紹介の語順でも表れています。「僕は、伸雄、大嶋、作業療法士、所属は現在、首都大学東京」という表象形式です。ところが日本では「私は、首都大学東京、作業療法学科、教員、大嶋伸雄」となります。つまり最初は本人が所属する集団名です。つまり凝集性が最初から要求されています。職場に入ったらず既存の集団に忠誠を誓い、その後、専門性培ってからチームを形成する。このような文化的とも言える違いが多分に存在すると思います。こういった文化比較を通じて、日本の立場や状況の特徴というものを理解することは、同じく専門文化の違いを知るための目安にもなることがよく理解できます。

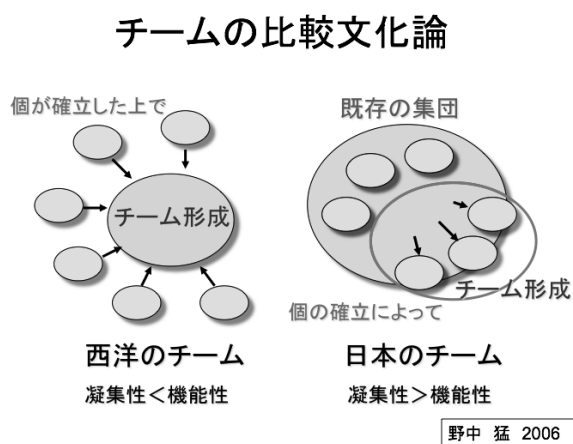


図1 西洋と日本の医療チーム

図2は、各国の日常生活上の態度傾向の差に関する研究結果です。従順と言われる国民性は西ドイツで、日本は意外と平均値に近くなります。逆に全く従順ではないのが英国ということになりますが、個人主義的傾向がやはりここでも示されています。日本はここでも意外と従順ではありません。予想外ですが、非同調的傾向が強いのが日本です。これらをトータルで分析すると、要するに上司の言うことは良く聞き、別段、反対もせず、意見も言わないけれど、内心あまり賛成もしていない、そういう状況になってしまいます。これは極めて日本人的な文化背景があり、保健医療福祉専門職においてもそういった傾向があると思われます。こういった国民性の中で、いかにして連携協働を組み立てていくかということが今後、非常に大きな課題となってきます。

こういった Inter-professional Collaboration に関連した発想がどこから生まれたのかという理由ですが、ヨーロッパ

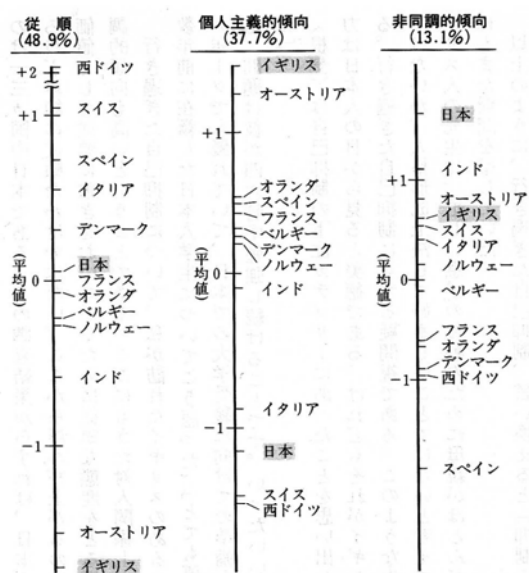


図2 3つの反応カテゴリと各国スコア

パの地図を見るとよくわかります。本当にモザイクのような国家群が存在します。例えば英国のある病院で働いている労働者の国の数が27ヶ国と聞いたことがあります。27ヶ国の様々なバックグラウンド、文化や言語習慣などが異なる集団が1つの病院で働くためには、当然そういったInter-professional CollaborationのためのIPEを施さなければ病院として成り立たないわけです。そういった必要性と発想から専門職間連携教育が生まれたと考えます。

4. 専門職間連携教育の本質

IPEは、専門の異なる学生、職種の相互作用により期待される様々な効果を基盤とした教育です。お互いが互いの専門性を教えあうことで専門性が高まることも事実です。私の担当する作業療法学科の学生も他の理学療法学科や看護学科の学生たちと一緒にディスカッションすることで「自分たちの専門性が客観的に良くわかりました」と興奮ぎみに報告してきます。他の専門性と混じることにより、自分の立場とか期待される役割をよく理解できる、IPEにはそういう原理原則があるということです。また、そういったグループワークを通してコミュニケーション能力も向上してきます。

よくそういった教育プロセスは、現職者講習で、つまり卒業後にやれば良い、という意見をいただきます。しかし、現職者となってしまうと、1つの専門職のヒエラルキーの中に埋もれてしまい、なかなかそこから打ち解けて議論するというのは難しい、英国の関係者から言われます。だから学生のうちにIPEを施す必要があるということだと思います。

もう1つ別のIPEの利点として、視野を

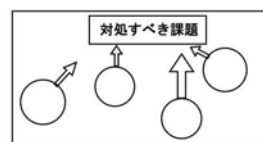
拡大した新しい領域の創造が重要です。英国などでは、極めて合理的な思考として、対象者である患者のため（患者中心の考え方）であれば、あまり一つの専門性に固執しないという発想があります。もし、必要ならば専門職の合併や合同、あるいは新たに必要な職種の誕生も必要ではないか。そういったグローバルな発想もIPEから生じてくるようです。

専門性を川に例えると、教育は川上になると思います。IPEは、専門職連携に対する既成概念を川上から変えていきますが、じつは川下の現職者のほうのInter-professional Collaborationが変わらなければ意味がないと思われます。

そうしたIPEの定義は、チーム医療とは少し異なります。Inter-professional Work（専門職間連携協働）というのは医療チームとは違います。医療チームはたった1つの専門職でもチームを作れます。例えば心臓外科医のチーム、バチスタなどは全て医師という専門職ですし、あるいは役割の異なる看護師だけのチームというものも存在します。ところがInter-professionalはInterですから、必ず「2職種以上の異なる専門職が、互いの職種と共に、互いの職

1. 加算モデル

専門職ごとの見解の総和
：個別アプローチ、コントロール不可
④活動形態がなければ→活動自体消滅 or 職種間の葛藤



2. 乗算モデル

目標達成のため全ての専門職の努力が結晶、総和以上
④活動形態としてIPWがなければ→分裂、分解 or 職種の孤立化

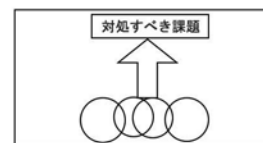


図3 連携協働による相互関係性とその形態

種からお互いの職種について、協働と生活の質の向上を目的に学ぶこと」こういう定義づけがなされております。例えば、地域で対処すべき課題が多重問題であったり、患者さんであったりすると、様々な職種が関わります。個別に専門職が対応するとバラバラの足し算となり、いわゆる分業的にサービスを提供すると（図3）1+1+1+1で4にしかなりません。ところがきちんとした Inter-professional Collaboration が取れた、統一されたチームにかかると2倍、4倍、8倍の効果が生じます。これは経済的効果も非常に高い状態です。ただし、経費が安くなるなどの効果ではなく、同じチームでサービスを提供するならば、同じコストでより良いサービスが期待できる、という意味です。

英国で実際に IPE を実施するためには、専門性ごとに異なる修行年限の違い、医学部は5年、理学療法、作業療法、看護は3年ですので、この年限の違いを超えたカリキュラムを構築するためにいろいろな工夫をしております。そういった教育のシステムを日本のようにがんじがらめにしない、フレキシビリティの度合い高い事が英国の教育の長所だと理解しています。

5. 専門職間連携協働の核

ここから IPE と ICF に関連した重要な提言になります。臨床における Inter-professional Collaboration のイメージですが、いわゆる患者さんを中心に置いて周囲に円を描き、これが「チーム医療」という事が良く図示されておりますが、これは IPW からするとかなり異なります。まず、IPW を学んだ方は、連携協働の場面で自分の専門性を1度離れます。つまり、ケ

アマネジメントの視点ですが、患者さんの対処すべき課題を中心に見据えて、自分の立場と役割を考慮し、いま自分が出るべきか、あるいは他の職種が出るべきか、判断します。これが従来の二次元の円で動く世界では、どうしてもどこかで他の専門職と衝突が発生します。これは作業療法の仕事、これは理学療法の仕事という仕分けのイメージから離れ、上から俯瞰して全体の状況を客観的にみる。こうした能力をチーム全員が身につける事で IPW チームが形成されます。優秀なケアマネジャー並の能力を全員が持つことで常にハイレベルな Inter-professional Collaboration が可能になります。「対象者に対する高度な視点、観点から医療スタッフである自分の役割と他の専門性とのハイレベルなコラボレーションスタイルを構築して、システムとして最適なサービスを提供できる能力を各人が発揮し、目標を共有する実践が行える」ことが IPW チームの目標です。

さらに別の視点から専門性というものの考察をしてみます。そもそも専門性とは何か、という観点です。専門性を深めるとい

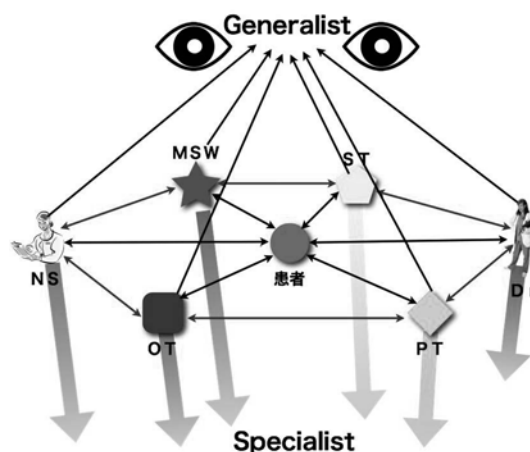


図4 専門性の深化と一般性

うことで、図4では下に穴を掘ってみました。われわれ医療職は、よくタコ壺専門職と言われますが、専門性を深めれば深めるほど周りが見えなくなってしまう。ある意味で、こういった高度先進研究が必要な部分もありますが、臨床が全てこうなるのは望ましいことではない。つまり、時々上から俯瞰してみても、他の専門職はどういう業務を行っているかなど、保健医療福祉における、さまざまな一般性を学ぶ必要がある。専門性を深めたり、俯瞰して一般性を学習したり、と大変忙しいけれど、深めるスペシャリティに対して、上から俯瞰して考えるジェネラリティということで、いろんな職種をコントロール、マネジメントするためには必ず必要になる能力でもあります。専門職の中にはタコ壺へ潜りっぱなしの人も存在して良いと思いますが、可能ならば時々上から俯瞰してみることも絶対必要だと思います。ただし、実際にそういった教育が現在、どこかの大学で行われているという話は聞いたことがありません。

6. 連携教育と連携協働

連携教育における目的別階層構造について説明させていただきます。一番下が専門職の質、つまりサービス全体の質を上げるということが目標となります。さらにもう一段上がりまして、このレベルは複数の専門職をマネジメントするための教育です。さらに一段上ではリーダーシップ教育となります。このレベルでの内容については賛否、いろいろとあります。上の3段目まで全ての専門職が行く必要はないかもしれませんが、保健医療福祉専門職者または学生では、最低限一番下のレベルにおいて他の専門職者とのコラボレーションを学習して

おこななければサービス全体の質的向上には繋がりません。

最終的に IPE では、幅広い教養と人間性教育ということにもなりますが、現在の保健医療福祉系大学の教育現場では、こういった IPE を実施出来るような余裕があるところはほとんどないと断言しても良いと思います。

さきほども述べましたが、英国では「考える専門性」に教育の基盤をおいておりますので、さらに医療費のコストが意識化されております。IPE を推進するトラストという組織が、そもそも診療報酬を握っている組織ですので、その関連性もあると思います。University of Southampton の学生さんが毎年、首都大学東京の健康福祉学部へ来ておりますが、日本の学生と交流していて、日本人の学生はコスト意識が全くなないと嘆いておりました。やはり、英国ではそういったことが結構刷り込まれているようです。専門学生のうちから、何名が病院で働いて、患者さんを何人みると年間コストがどれくらいかかり、患者1人につき、これくらいのコストがかかる、という意識です。それがいいか悪いかは、別にいたしまして、日本でもそういった自分の立場と

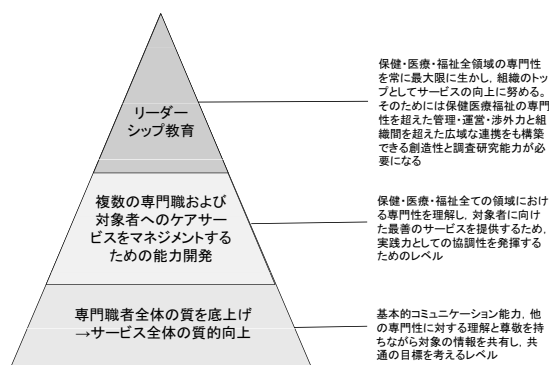


図5 連携教育の目的別階層構造

職業を別の観点から客観的にみるという機会があっても良いと思えるようになりました。

All Together Better Health (ATBH: みんな一緒に健康に) というのは、国際的な専門職連携教育・協働の学会です。図は2008年、ストックホルムで開催された第4回学会です。2年毎に開催ですので、2010年4月は、オーストラリアのシドニーで開催されておりました。そして来年、2012年に神戸学院大学で第6回大会が開催されます。どのような学会か、発表演題名をご覧ください。下記の研究演題名は、2008年スウェーデンの karolinska Institutet ならびに Linking University で開催された ATBH (All Together Better Health) IV で発表されたものの中から、一部抜粋した研究発表例です。

- ① Developing an Interprofessional Care Plan: Multiple voices, one vision

Fay Strohschen (Canada, McGill University, Medicine)

- ② Knee sprain - Effects on knee function after Interprofessional rehabilitation management

Jaana Ylonen (Sweden, section of physiotherapy, Karolinska Institute)

- ③ Interprofessional post-discharge patient navigators: an evaluation of patient safety outcomes

Jeffrey Wiseman (Canada, Montreal Hospital)

その他、「無保険の移民親子が病院を受診したときの医療チームの対応(カナダ:バンクーバー総合病院)」や「新米の医師

がERの夜勤をする時のシステム作り(米国:ロサンゼルス市の救急病院)」または「被虐待児童早期発見のための特別チーム(英国:ロンドン市内の複数の病院を巡回)」まで、対象となる事例は広範囲で、かつ専門職の数と種類も多様なものでした。この研究理念の基本的なスタンスとしては、おそらく“そこにある困難な状況を解決するためにどういった専門性が必要か?”といった視点が欠かせないのだと思います。質の高い専門職を育成するのが連携教育ならば、連携協働では対象となる課題、つまり困難な数式をいかに解いていくのか、そのためには何が必要か、または今そこに存在する専門性をいかに有効活用するか(したか)が研究理念として必要であるように思われます。

次は、連携協働を進める上での障害は何かという資料です。異なる教育と専門の背景、文化、あと役割の希薄化への不安です。これは自分の専門職がないがしろにされてしまのではないかという焦燥感に由来します。組織の相違、報酬のための競争、お互いのサービスサポートの欠如、専門職の質的均質性の欠如、乏しいコミュニケーション、などです。IPEを進める上での障害ですが、専門用語の違いというのがあります。

7. ICF と IPE

さて、ここからやっと ICF の話になります。図6は、急性期のリハビリテーション病院の中における医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなどの立場の違いを表す、専門の領域と働きかけの起点の図式化です。医師はやはり「心身機能・構造」から「参加」の方を見ており、ソーシャルワーカーは医

師とは逆に「参加」や「活動」から医療を見ているという違いがあります。理学療法士は、心身機能の向上に起点を置いて活躍していることから、ICF の中では概ね医師とほぼ同じ視点と役割を担うこととなります。作業療法士は、本来 ICF の真ん中、「活動」を中心に起点をおき、両方向に役割を拡大すべき専門職ですが、回復期リハ病院では、診療報酬の関係から、左寄り、つまり心身機能のほうにアプローチする理学療法士に近い作業療法士が多くなっております。上田敏先生が以前に述べられた、理学療法士と作業療法士の関与する割合を想起されます。急性期から維持期（慢性期）モデルです。これは言い換えると医学モデルと社会モデルの違いがありますが、作業療法士とは医学モデルでありながら本来は社会モデルに近い専門職種でもあります。作業療法としては、こういった「参加」の方からアプローチを試みたいのですが、現在

の病院の報酬体系がどうしても ADL を改善することしかありませんので、「参加」からアプローチするという訳にはいきません。また急性期の患者さんに対して「あなたの病気はもう治らないから退院後に備えて車椅子の練習を中心にやりましょう」など、障害の受容に関わる心理的プロセスを急ぐ訳にもいきません。そういった意味から、

本来は「参加」の話をしながらか、「心身機能・構造」を考えたアプローチが望ましいのですが、どうしてもせいぜい「活動」の近辺で留まってしまおうという現実が病院のリハビリテーションで起こっております。

こういった ICF を活用した教育は、作業療法士の方では全体のフレームワークとして ICF をふんだんに使っています。残念ながら、現在所フレームワークだけが活用されているのは、いわゆる評価の視点においてコーディングを用いる必要性が低いと思

います。実は ICF のコーディングとは異なる評価手段をたくさん保有している事も理由の一つです。つまり、コーディングを使用する必要性はないが、世界作業療法士連盟（WFOT）の教育基準の中でも ICF を十分活用しなさいと表記されており、また確かに使い勝手は ICIDH よりも良いというのが正直な感

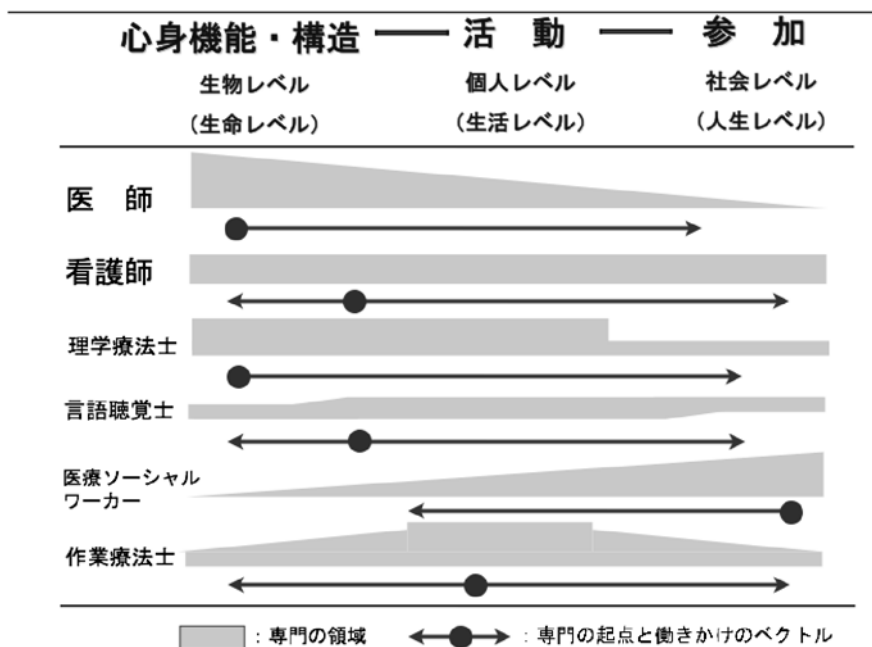


図6 リハビリテーション専門職の起点と領域

想です。

次に理学療法士が ICF を使いたがらない理由です。例えば、図7で復職支援という「参加」での課題を1つ例に挙げると、隣の「活動」では、これだけの（理学療法士にとっての）課題が出てくるわけです。さらに、その「活動」の課題1つ1つを分析すると、「心身機能・構造」ではこれだけの問題が出てくるわけです。これは、複数の理学療法の教員から伺った話ですが、そうすると学生が混乱してしまうので、できれば「心身機能・構造」だけ教えたい、ということでした。つまり病院における治療を教える事で精一杯であり、とても多重問題ケースとか、そういうところに関与する手法まで余裕がないのだと思います。

欧米において、本来でしたら病院で働く作業療法士はそんなに多くおりません、理学療法士ばかりです。ところが地域に行くと作業療法士がたくさん勤務している。こういった理学療法、作業療法、本来の棲み分けの仕方というのが ICF を基準に考えることで明確になります。わが国の場合、理学療法士と作業療法士が病院にも、在宅、地域にも半々づつ存在しており、ちょっと複雑な関係性となっております。その結果、

病院の作業療法士はやはり、身体機能レベルの治療をしたくなって、理学療法士化しているわけです。ところが地域、在宅に行きますと、幾ら身体訓練を行ってもプラトールレベルですから、治らない患者さんが多い。そうすると今度は理学療法士が作業療法士のような仕事を始めてしまう。これを私は、訪問理学療法士の作業療法士化と呼んでおります。こういったねじれ現象が起きてしまっているのが現状だと思います。

以上を踏まえまして、最後に提言を行いたいと思います。これから ICF を推進することはそんなに困難ではないと思います。厚生労働省の医療専門職養成のための指定規則がありますが、そこへたった1つ、IPE、専門職間連携教育を単位化して実行することを加えるだけで ICF が推進されると思います。現在、全国の大学で IPE を進めようとして四苦八苦している教員が大勢おりますが、IPE が指定規則になるかどうかで、堤防に溜めた水が一気に溢れるように、専門職連携教育が全国に普及すると思います。その結果、IPE のフレームワークである ICF が必然的に広まることは明らかであると思います。

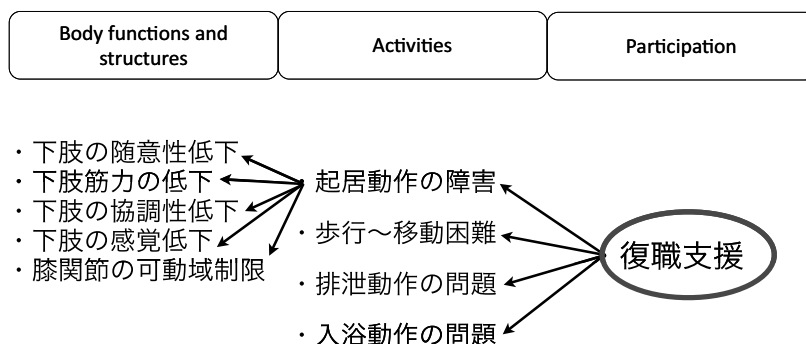


図7 ICFでみる理学療法における問題点の階層性(復職支援の例)

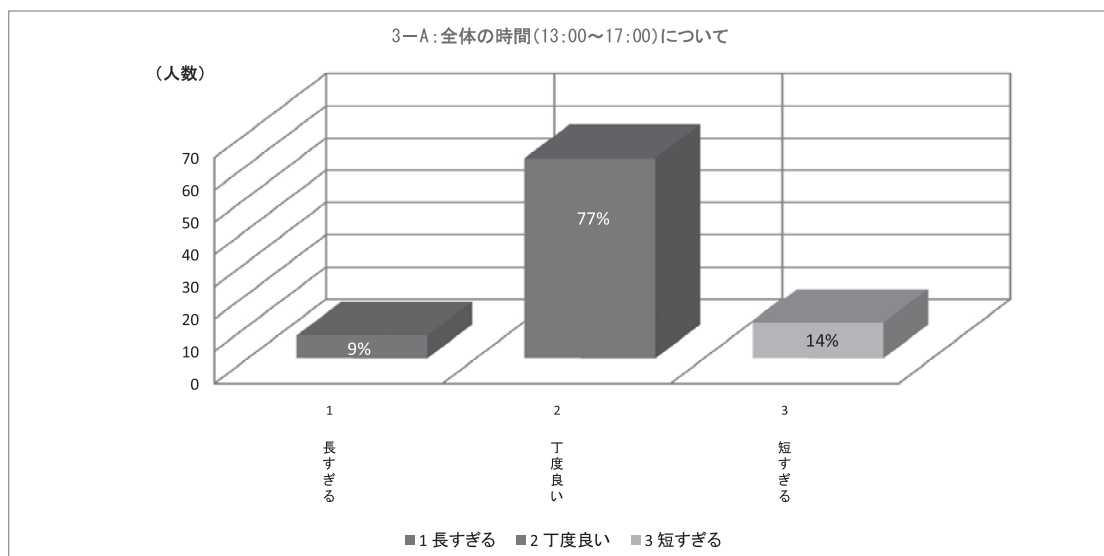
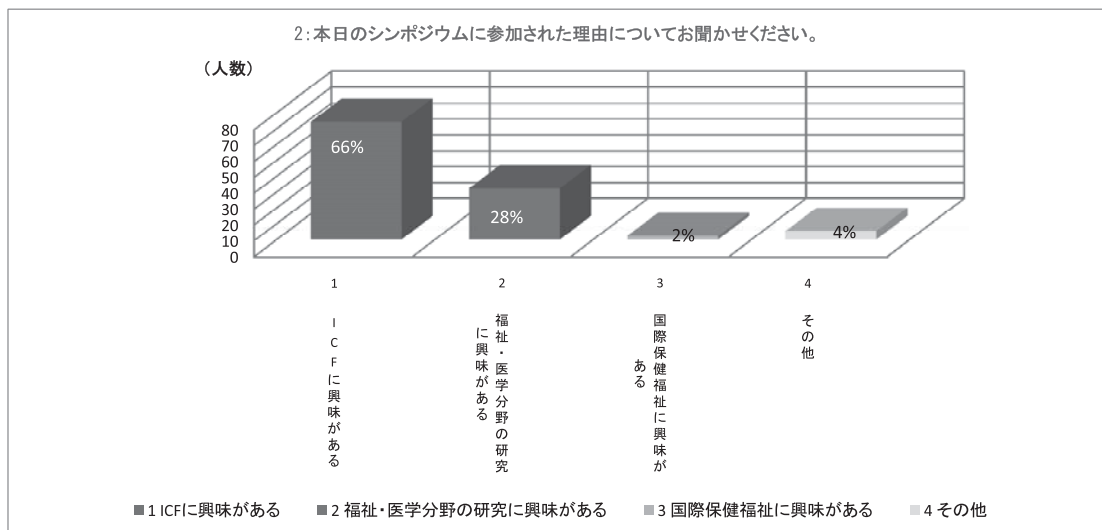
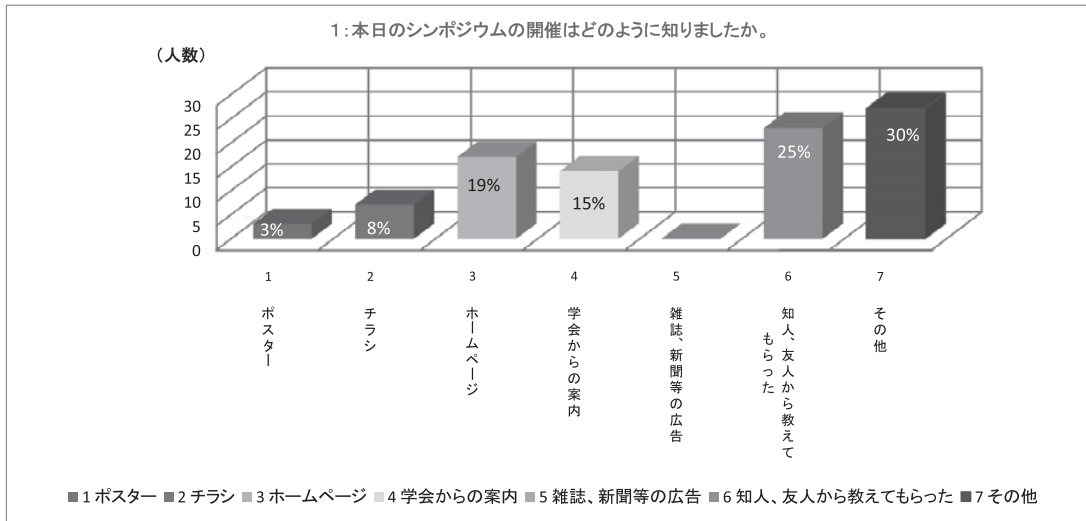
【引用・参考文献】

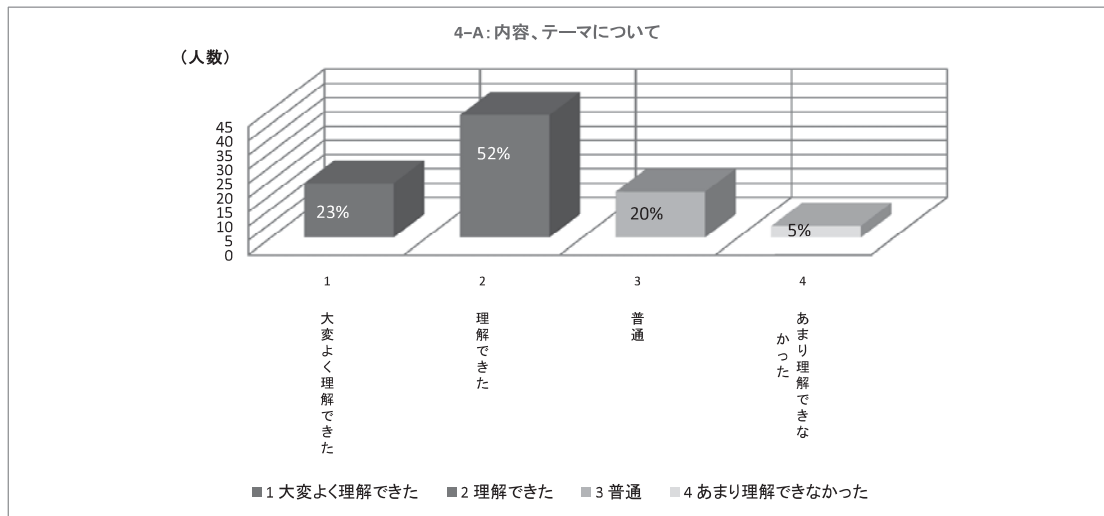
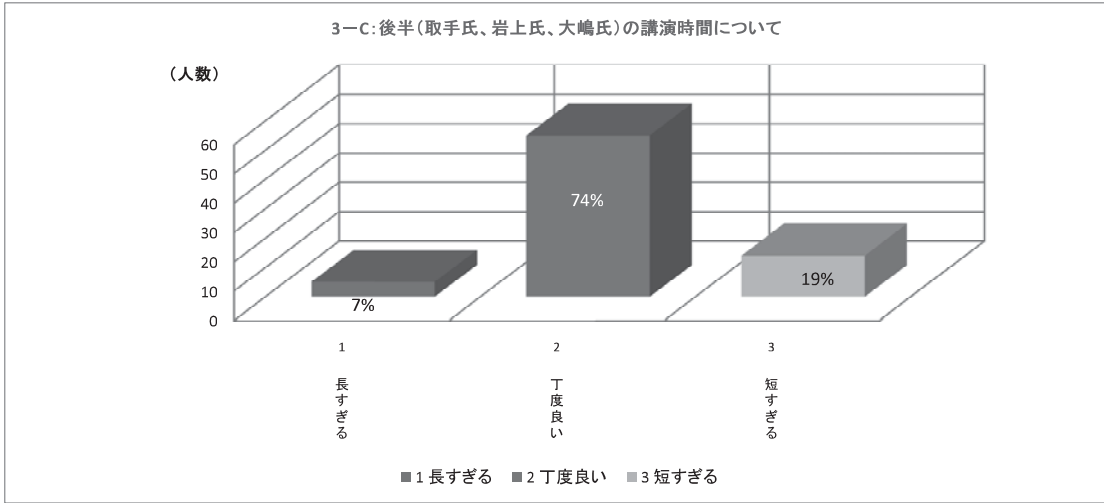
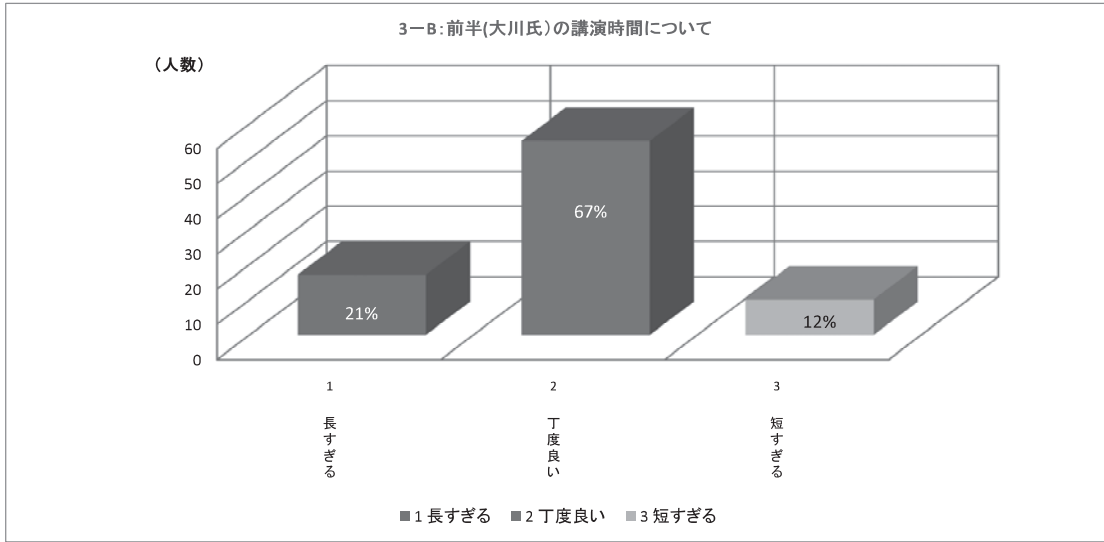
- 1) 池川清子, 田村由美, 工藤佳子. Inter-professional とは何か(連載1). Quality Nursing 4 : 73-80. 1998
- 2) 大嶋伸雄. 作業療法士教育におけるインタープロフェッショナル教育の意義と役割. Quality Nursing 10:41-46. 2004
- 3) 大嶋伸雄. 作業療法教育における Inter-professional Education (IPE). OT ジャーナル 41:971-979. 2007
- 4) 大嶋伸雄: 保健医療福祉系大学におけるインタープロフェッショナル教育 (IPE) の認知度と今後の発展性に関する全国調査. 保健医療福祉連携 1:27-31. 2009
- 5) 藤井博之, 和田忠志, 大嶋伸雄: 保健医療福祉くせものキーワード事典: 42-51, 115-125, 医学書院, 2008
- 6) 佐藤智, 大嶋伸雄, 他: 明日の在宅医療 第6巻 在宅医療と人材養成・人材確保: 27-51, 中央法規, 2008.
- 7) Audrey Leathard. Going Inter-Professional: Working together for health and welfare. Routledge ; UNITED KINGDOM, 1994
- 8) Audrey Leathard. Interprofessional Collaboration: From policy to practice in health and social care. Brunner-Routledge ; UNITED STATES, 2003
- 9) Barrett, Gillian. Interprofessional Working in Health and Social Care : Professional Perspectives, Palgrave Macmillan Published, 2005
- 10) Meads, Geoff ; Ashcroft, J. ; Wild, A. The Case for Interprofessional Collaboration. Blackwell Publishers ; UNITED KINGDOM, 2005
- 11) Barr, Hugh ; Freeth, D. ; Koppel, I. ; et al. Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. Blackwell Publishers ; UNITED KINGDOM, 2005
- 12) Knapp, Michael S. Paths to Partnership : University and Community as Learners and Teachers in Interprofessional Education, Rowman & Littlefield Pub Inc, 1998
- 13) Hal A. Lawson. The logic of collaboration in education and the human services. Journal of Interprofessional Care. 18 : 225-237. 2004
- 14) Freeth, Della ; Hammick, M. ; Barr, H. ; et al. Development and Delivery of Interprofessional Education. Blackwell Publishers ; UNITED KINGDOM, 2005
- 15) Soothill, K. ; et al. Interprofessional Relations in Health Care. Arnold ; UNITED KINGDOM, 1994

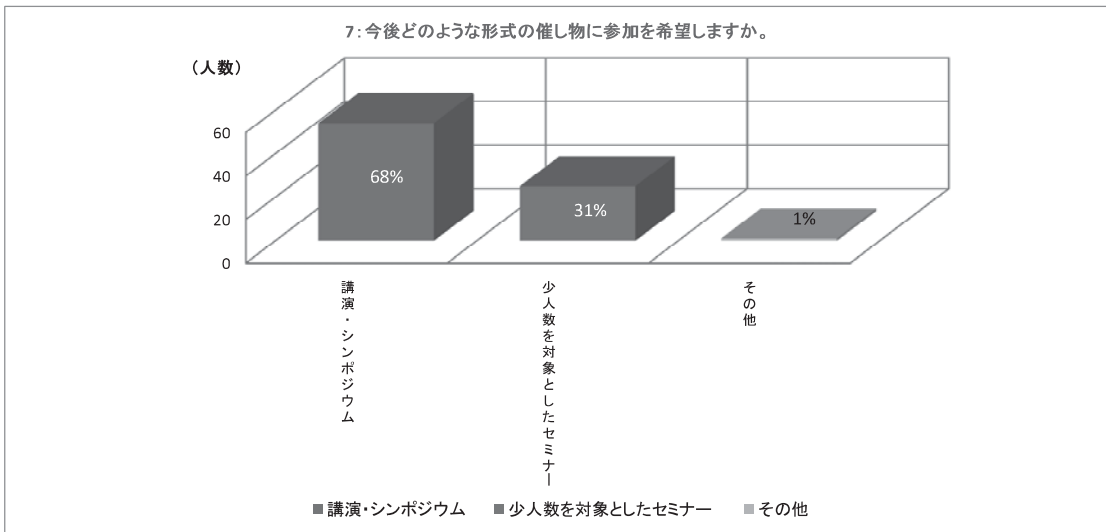
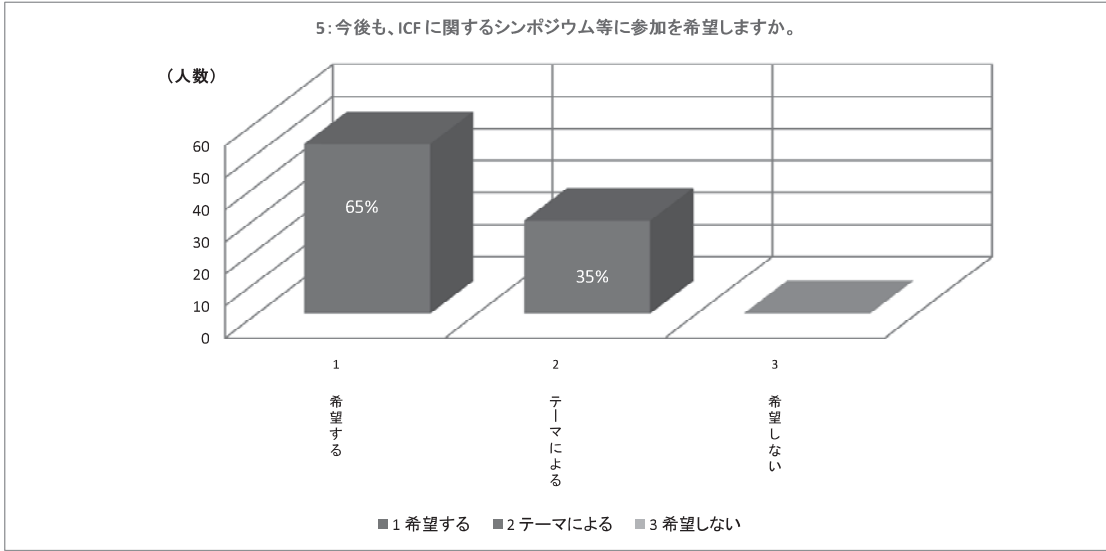
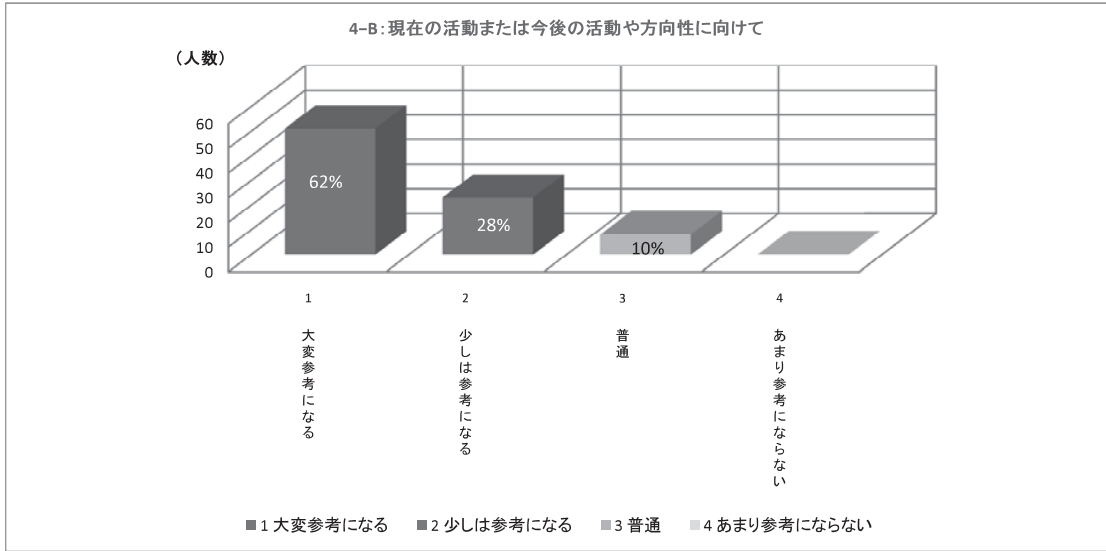
アンケート調査の結果

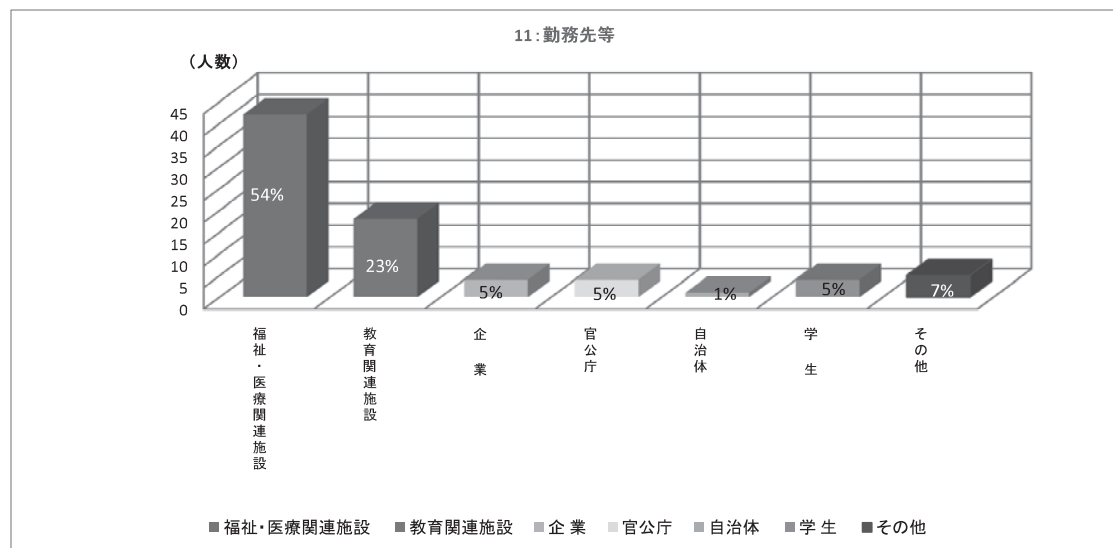
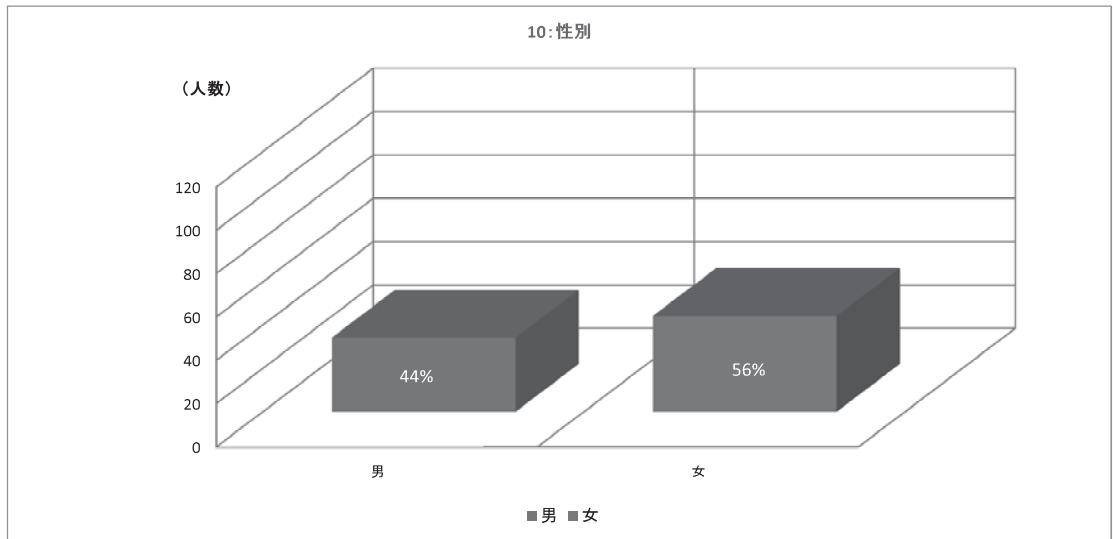
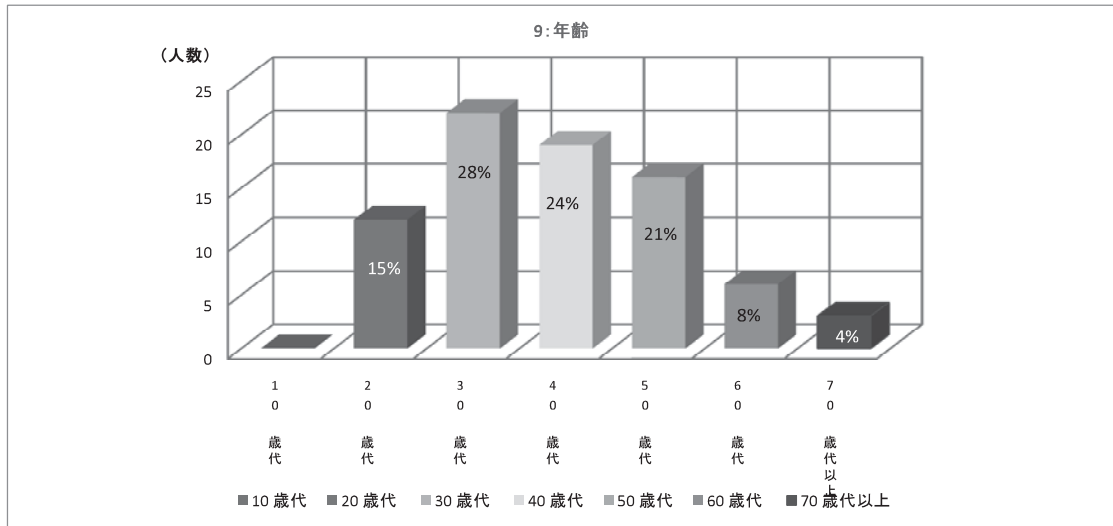
第2回 ICFシンポジウム
生活機能分類の活用に向けて～共通言語としてのICFの教育・普及を目指して～
2011年1月22日(土) アンケート調査集計結果(グラフ)

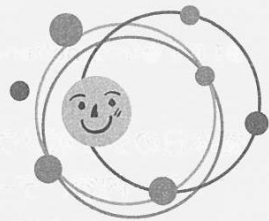
参加者154名 アンケート回収84枚 回収率(54.5%)











● アンケート用紙 ●

第2回 厚生労働省 I C F 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～

本日は、厚生労働省シンポジウムにご参加いただき誠にありがとうございました。
今後のシンポジウムの改善と向上のため、お手数ですが、以下の質問に該当する回答の
番号を○で囲み、お帰りの際に受付に提出くださいますようお願い申し上げます。

■本日のシンポジウムの開催はどのように知りましたか。(複数回答可)

1. ポスター
2. チラシ
3. ホームページ
4. 学会からの案内

学会名：()

5. 雑誌、新聞等の広告
6. 知人、友人から教えてもらった
7. その他 ()

■本日のシンポジウムに参加された理由についてお聞かせください。(複数回答可)

1. ICF に興味がある
2. 福祉・医学分野の研究に興味がある
3. 国際保健福祉に興味がある
4. その他 ()

■本日のシンポジウムの進行についてお聞かせください。□に印を付けてください。

1. 全体の時間 (13:00～17:00) について
長すぎる 丁度よい 短すぎる
2. 前半 (大川氏) の講演時間について
長すぎる 丁度よい 短すぎる
3. 後半 (取出氏、岩上氏、大嶋氏) の講演時間について
長すぎる 丁度よい 短すぎる

■本日のシンポジウムの内容、テーマについてお聞かせください。□に印を付けてください。

1. 内容、テーマについて

- 大変よく理解できた 理解できた
普通 あまり理解できなかった

2. 現在の活動または今後の活動や方向性に向けて

- 大変参考になる 少しは参考になる
普通 あまり参考にならない

■今後も、ICF に関するシンポジウム等に参加を希望しますか。□に印を付けてください。

- 希望する テーマによる 希望しない

■今後、希望するテーマがありましたらお書きください。

()

■今後どのような形式の催し物に参加を希望しますか。

講演・シンポジウム 少人数を対象としたセミナー その他 ()

■本日のシンポジウムにつきまして、ご意見、ご感想などをお書きください。

差し支えなければ、下記の設問にご記入（○を囲んで）ください。

年 齢： 10 歳代 20 歳代 30 歳代 40 歳代 50 歳代 60 歳代 70 歳代以上

性 別： 男 女

勤務先等： 福祉・医療関連施設 教育関連施設 企業
官公庁・自治体 学 生 その他

ご協力をいただきまして、誠にありがとうございました。

厚生労働省 I C F シンポジウム事務局

参考資料：ICF とは



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 が提示したものをいい、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）

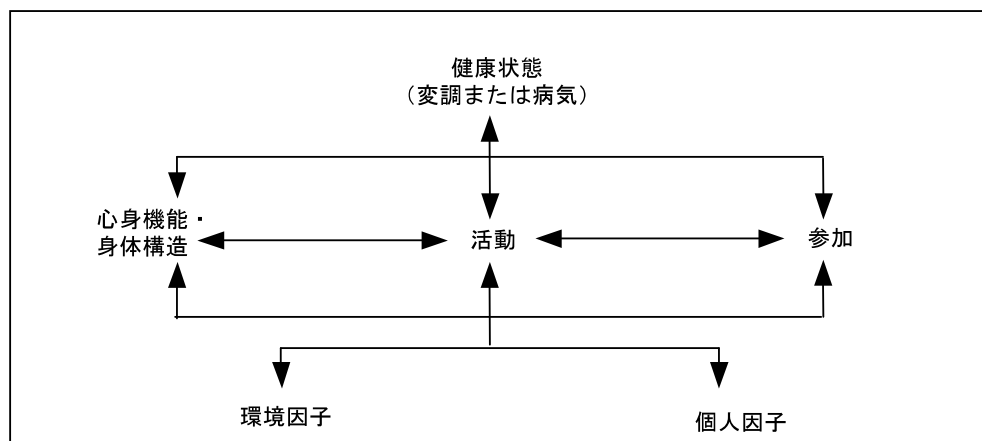
第 1 レベルの項目	a4	運動・移動
第 2 レベルの項目	a450	歩行
第 3 レベルの項目	a4501	長距離歩行

○ 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。

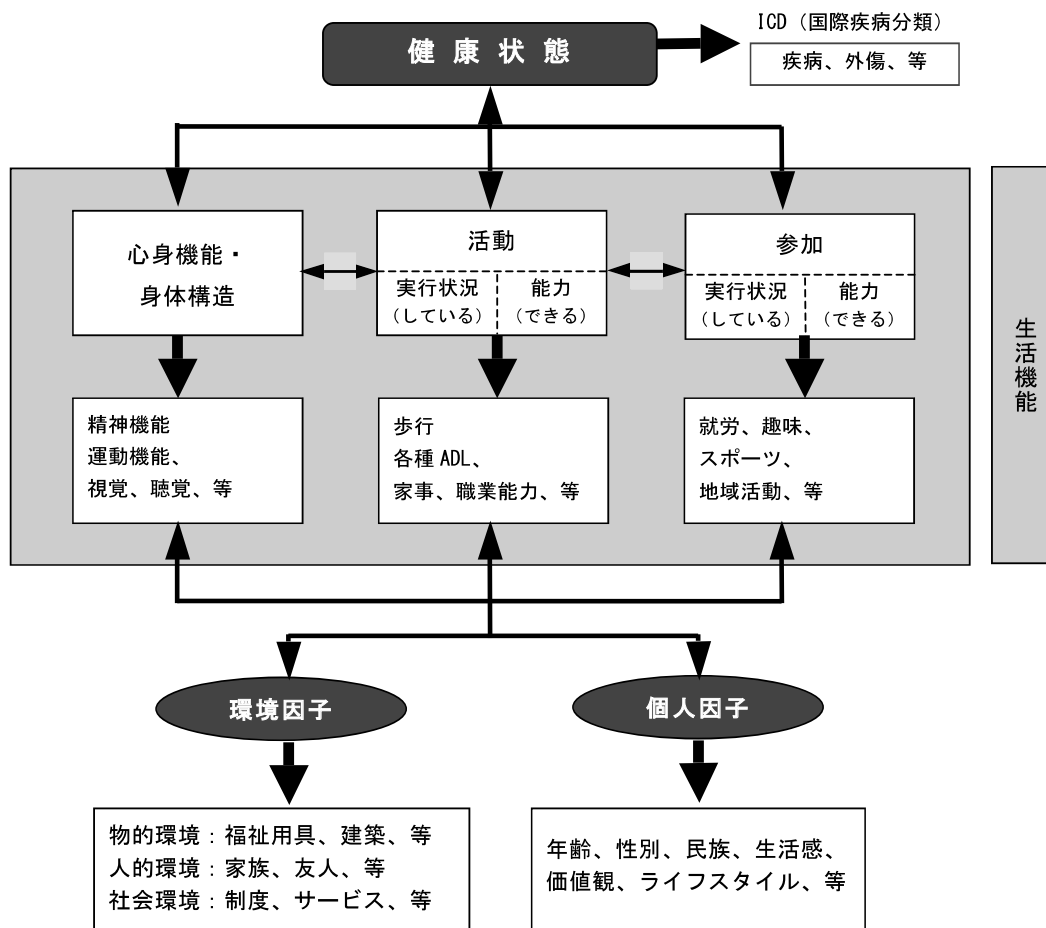
概念図



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

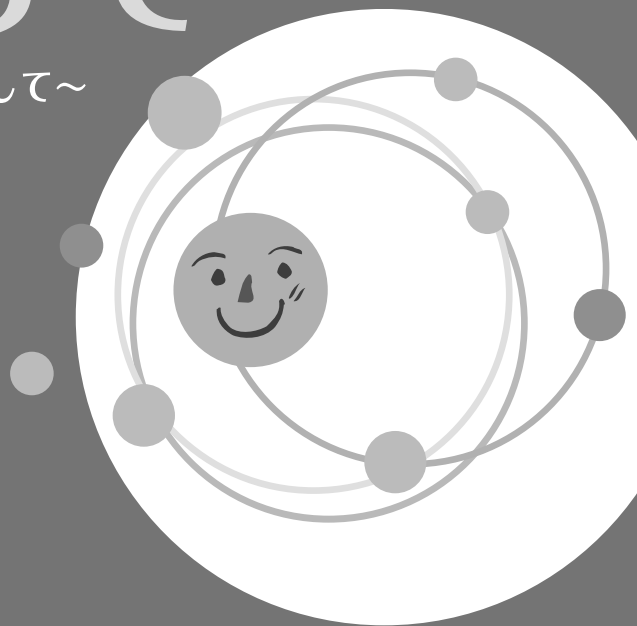
第2回 ICFシンポジウム

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～

国際生活機能分類

ICF ICFとはWHO-FIC
(世界保健機関国際分類ファミリー)
における中心分類の一つです
International Classification of
Functioning, Disability and Health (WHO)



平成23年1月22日(土)

13:00～17:00

ニッショーホール(日本消防会館)

東京都港区虎ノ門 2-9-16

● オープニング 高原 正之 厚生労働省 統計情報部長
世界保健機関(WHO)からのビデオレター

● 講演 『ICFの基礎から活用まで ー大規模障害者調査を例にとってー』
大川 弥生 国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部部长
(座長) 瀧村 佳代 厚生労働省 国際分類情報管理室長

『専門職の卒前・卒後教育におけるICFの活用』
(座長) 藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部 教授
「回復期リハビリテーション領域のソーシャルワークの現場から」
「精神障害者への支援とICF」
「保健医療福祉専門職の連携協働とその教育における
ICFの位置づけ ー主としてリハビリテーション分野における実践からー」

● 総括 大橋 謙策 社会保障審議会 生活機能分類専門委員会委員長
司会: 及川 恵美子 厚生労働省 国際分類分析官
テーマは仮、プログラムは変更の可能性がございます。

お申し込み・お問い合わせ

● 申し込み方法
下記 Web サイトの申し込みフォームよりお申し込みいただけるほか、
FAX またははがきでもお申し込みいただけます。

記載事項: 氏名/氏名フリガナ/所属(勤務先)/所属部署/住所/電話番号/FAX 番号/
メールアドレス
*参加登録証をお送りしますので FAX 番号かメールアドレスを必ずご記入ください。

<http://www.jigyoku.com/icf/>

● お申し込み・お問い合わせは事務局まで
シンポジウム事務局(オスカージャパン(株)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
e-mail: icf@oscar-japan.com

厚生労働省主催 担当: 厚生労働省大臣官房統計情報部 企画課 国際分類情報管理室

〈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/一般社団法人 日本介護支援専門員協会/ソーシャルケアサービス従事者研究協議会
(社)日本社会福祉士会/(社)日本医療社会事業協会/(社)日本精神保健福祉士協会/(社)日本作業療法士協会/日本ソーシャルワーカー協会/(社)日本社会福祉士養成校協会/(社)日本社会福祉教育学校連盟



International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)



前 統計情報部企画課長 岩崎 修 挨拶



WHO コスタンチン氏からのビデオレター

講演者の皆様



ロビーの様子



平成 23 年 9 月 30 日 発行

第 2 回 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～

編集・発行 厚生労働省大臣官房統計情報部

電話番号 03-5253-1111(代)

印刷 大和綜合印刷株式会社

○ 本冊子は、グリーン購入法等（国等による環境物品等の調達に関する法律）に基づく基本方針の判断の基準を満たす紙を使用しています。

○ リサイクル適性の表示：紙へリサイクル可

本冊子は、グリーン購入法に基づく基本方針における「印刷」に係る判断の基準にしたがい、印刷用の紙へのリサイクルに適した材料〔Bランク〕のみを用いて作製しています。