

第3回ICFシンポジウム

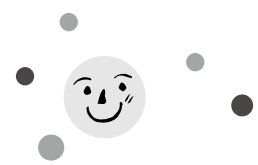
生活機能分類の活用に向けて

～ 実用化に向けた課題と対策について～

【報告書】

平成25年3月

厚生労働省大臣官房統計情報部



目次

これまでのあゆみ～開催履歴	2
開催主旨	3
開催概要	4
プログラム	5
講演者等プロフィール	6
シンポジウム記録	
主催者あいさつ	8
厚生労働省大臣官房統計情報部長 伊澤 章	
一般社団法人日本病院会日本診療情報管理学会理事長 大井 利夫	
世界保健機関（WHO）からのビデオレター	10
世界保健機関（WHO）分類・ターミノロジー・標準技官 ネナド・コスタンチェック	
基調講演	
ICFの基本と医療面への活用	16
大川 弥生	
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 独立行政法人国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部部長	
各方面からのスピーチ：医療	
全人的医療に向けてのICF活用と期待	31
野中 博	
社団法人東京都医師会長	
各方面からのスピーチ：介護	
介護の面からICFの活用を考える ～医療機関と介護サービスとの連携を含めて～	38
舟田 伸司	
社団法人日本介護福祉士会 常任理事	
各方面からのスピーチ：診療情報管理	
診療情報管理の面からICF活用を考える	51
高橋 勇二	
浜松市リハビリテーション病院 副院長	
各方面からのスピーチ：患者	
患者から医療への期待をICFから考える	66
大日方 邦子	
株式会社電通パブリックリレーションズ シニアコンサルタント	
パネルディスカッション	71
アンケート集計結果	74
参考資料	
ICFについて	79
（社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会資料 抜粋）	
当日の写真	123

これまでのあゆみ～開催履歴～

厚生労働省ICFシンポジウム 生活機能分類の活用に向けて

第1回

～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)13:00～17:00

リバティ・ホール (東京・駿河台)

主催：厚生労働省

第2回

～共通言語としてのICFの教育・普及を目指して～

平成23年1月22日(土)13:00～17:00

ニッショーホール (東京・日本消防会館)

主催：厚生労働省

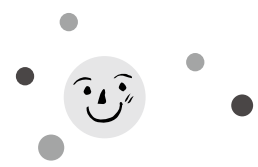
第3回

～実用化に向けた課題と対策について～

平成24年12月13日(木)13:00～17:00

みらいCANホール (東京・日本科学未来館)

主催：厚生労働省／日本診療情報管理学会



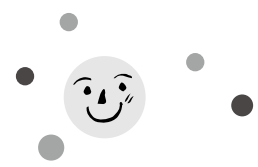
開催主旨

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国際統計分類（WHO-FIC）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「疾病」と「生活機能」両面からの評価を可能とする共通言語として、その普及に向けて介護、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きました。

今回、こうした動向をふまえICF（国際生活機能分類）の実用化にむけて、第3回ICFシンポジウムを開催することといたしました。本シンポジウムにおいて、まずは主に医療現場におけるICFの活用のための課題と対策を明確化することにより、ICFの実用化を推し進める契機となることを期待するものです。

開催概要

- 開催日時 : 平成 24 年 12 月 13 日 (木) 12 : 00 開場 13 : 00 開始 17 : 00 閉会
- 会場 : 日本科学未来館 7F みらい CAN ホール
- 費用 : 参加無料
- 主催 : 厚生労働省、日本診療情報管理学会
- 協賛 : 一般財団法人 厚生労働統計協会
- 後援 : 社団法人日本医師会
一般社団法人日本病院会
公益社団法人日本看護協会
ソーシャルケアサービス従事者研究協議会
公益社団法人日本医療社会福祉協会
一般社団法人日本介護支援専門員協会
社団法人日本介護福祉士会
一般社団法人日本言語聴覚士協会
一般社団法人日本作業療法士協会
社団法人日本社会福祉教育学校連盟
社団法人日本社会福祉士会
社団法人日本社会福祉士養成校協会
公益社団法人日本障害者リハビリテーション協会
社団法人日本精神保健福祉士協会
特定非営利活動法人日本ソーシャルワーカー協会
日本保健医療福祉連携教育学会
公益社団法人日本理学療法士協会



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**

13:00-13:30 **開会挨拶**

伊澤 章 厚生労働省大臣官房統計情報部長

大井 利夫 一般社団法人日本病院会日本診療情報管理学会理事長

世界保健機関（WHO）からのビデオレター

ネナド・コスタンチェック

世界保健機関（WHO）分類・ターミノロジー・標準技官

13:30-14:20 **ICFの基本と医療面への活用**

大川 弥生 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

（独立行政法人国立長寿医療研究センター 生活機能賦活研究部部長）

14:20-14:40 **休 憩**

（ 座 長 ： 谷 伸悦 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 ）

14:40-16:30 **全人的医療に向けてのICF活用と期待**

野中 博 社団法人東京都医師会長

介護の面からICFの活用を考える ～医療機関と介護サービスとの連携を含めて～

舟田 伸司 社団法人日本介護福祉士会 常任理事

診療情報管理の面からICF活用を考える

高橋 勇二 浜松市リハビリテーション病院 副院長

患者から医療への期待をICFから考える

大日方 邦子 株式会社電通パブリックリレーションズ シニアコンサルタント

16:30-16:50 **質疑応答**

16:50-17:00 **閉会挨拶**

谷 伸悦 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

講演者等プロフィール



大川 弥生 (おおかわ・やよい)

独立行政法人国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部部長

.....

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。



野中 博 (のなか・ひろし)

社団法人 東京都医師会 会長

.....

1972年東京医科大学卒業後、同年同大学内科学教室入局。

1985年野中医院を開業、1989年（社）浅草医師会長、

1990年医療法人社団博腎会野中医院開設。

2003年（社）東京都医師会副会長を務め、

翌年2004年（社）日本医師会常任理事を務める。

主に介護保険を担当し、社会保障審議会介護保険委員会と介護給付費分科会委員にて介護保険制度の改定に参加。

2008年社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会委員。

2011年より（社）東京都医師会会長。2012年（社）日本医師会理事。



舟田 伸司 (ふなだ・しんじ)

日本介護福祉士会 常任理事

.....

1970年生まれ、富山県黒部市出身。

1990年黒部市介護老人保健施設カリエール開設と同時に入職。

介護主査として勤務しながら県内各所で介護講習、講演等も行っている。

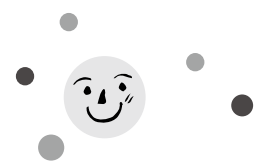
「介護の現場は宝の山。自己満足では終わらせずに介護の楽しさを伝えたい」

20年間抱き続けた介護への熱い思いと「思考する」介護を信条に活動中。

日本介護福祉士会常任理事・富山県介護福祉士会副会長。

介護福祉士、介護支援専門員、介護技術講習主任指導者、保育士、

幼稚園教員2級など当該領域の資格多数。



高橋 勇二 (たかはし・ゆうじ)

浜松市リハビリテーション病院副院長

.....

1983 年新潟大学医学部卒業、医学博士。整形外科、手の外科末梢神経専攻。
1994 年聖隷浜松病院手の外科マイクロサージャリーセンター。
2005 年リハビリテーション科へ転向。
2009 年浜松市リハビリテーション病院。2011 年から現職。
日本整形外科学会専門医・指導医、日本リハビリテーション医学会専門医・指導責任者。
日本運動器科学会評議員、日本診療情報管理学会評議員。
2009 年から日本病院会医師事務作業補助者コース小委員会委員、
2010 年から日本病院会診療情報管理士通信教育専門課程小委員会委員。



大日方 邦子 (おびなた・くにこ)

株式会社 電通パブリックリレーションズ シニアコンサルタント
冬季パラリンピックアルペンスキー金メダリスト

.....

1996 年中央大学法学部卒業後、NHK に教育番組ディレクターとして入局、
2007 年より電通パブリックリレーションズ勤務。
3 歳のとき交通事故により右足を切断、左足にも重度の障害を負う。
当初は水泳に力を入れていたが、高校 2 年生のときにチェアスキーを始める。
冬季パラリンピックにリレハンメルからバンクーバーまで 5 大会連続出場
し、アルペンスキー競技で合計 10 個のメダル (金 2、銀 3、銅 5) を獲得。
冬季パラリンピックにおける日本人初の金メダリスト (1998 年)。2010 年、
日本代表チームからの引退を表明。
以後、国内限定で競技活動を続行、アスリートとして挑戦を続けながら、
後進の育成を目指している。
電通 P R 社員として、スポーツを取り巻く社会環境の改善に取り組む他、
「誰もが安心して生きられる社会」を目指し、ユニバーサルデザインの普及
にむけた活動に従事している。

【主催者挨拶】

開会の辞

厚生労働省大臣官房統計情報部長 伊澤 章



皆様方におかれましては、御多忙のところ本シンポジウムに御来場いただき、誠にありがとうございます。厚生労働省大臣官房統計情報部長の伊澤でございます。

本日は、大川先生、野中先生はじめシンポジストの先生方、御多忙の中御講演賜り誠にありがとうございます。

ICFを現場で活用される皆様方を対象に、より多くの方々にICFを知っていただくとともに、ICFに対する理解をより深めていただくために開催するシンポジウムです。ICFは、2001年WHO総会（世界保健総会）における承認を経て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、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す。WHOはこれを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ます。

このためWHOは国際統計分類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、この動きを受けて2006年7月、我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ました。本委員会は、国際的な動向に呼応するとともに、国内においても統計分類である「生活機能分類」の普及を目的とする専門的事項を検討していただいております。

我が国においては「疾病」と「生活機能」両面からの評価を可能とする共通言語として、その普及に向けて、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きました。

今回、こうした動向を踏まえICFの実用化に向けて、第3回目となる本シンポジウムにおいて、まずは主に医療現場におけるICFの活用のための課題と対策を明確化することにより、ICFの実用化を推し進める契機となることを期待しております。

【主催者挨拶】

開会の辞

日本診療情報管理学会理事長 大井 利夫



日本診療情報管理学会理事長の大井利夫です。
本日のシンポジウムの開会を祝い、一言ご挨拶を申し上げます。

ICFはICDとともに、WHO-FICの所管する重要な国際分類であり、Health Informationであります。ブラジルにおける本年のWHO-FIC年次会議で、所轄するウースタン氏の報告のスライドに「Health Information is Vital」とありました。

我が国においても、人の生活機能の状態を、国際的に共通の基準であるICFを用いて分類することは極めて有用であり、臨床的にも、社会医学的にも、医療政策的にも活用されるべき健康情報・診療情報として価値があると考えます。

生活機能をICFで分類し活用するためには、コーディングする「場」、「時」と「人」さらに「目的」が問題になります。如何なる「場」で、如何なる「時」に、如何なる「人」がコーディングし、「何のために」活用するか。

時に、コーディングする人には、①正確な分類法を習得することとともに、②時に人の秘密を知りうるだけに、高い倫理性が求められるはずです。

本シンポジウムで、その「場」と「時」、さらに「人」と「目的」につき問題点を探り、得られた結果を基に、臨床治験の方策を検討し、さらに実用化への道につながる知見の得られることを強く望んでやみません。

現在ICDを広く活用している日本診療情報管理学会も、ICDのみならず、国やその他の機関と協力しながらICF活用の道を、着実に探って行きたいと考えています。

本日のシンポジウムが多大な成果を収めますことを願って、開会のご挨拶とさせていただきます。有難うございました。



Nenad Kostanjsek
Technical Officer
Classifications, Terminologies and Standards
World Health Organization

3rd National ICF Symposium
Tokyo, Japan, 13 December 2012

Video statement

Ladies and Gentlemen,

It is a pleasure for me to address you on behalf of the World Health Organization in this 3rd National ICF Symposium. This is the third consecutive time this Symposium is held and I would like to congratulate the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare, as well as the Japanese Society of Health Information Management for their commitment to organize this Symposium on a regular basis. Looking at this year's program we are pleased and encourage to see that the symposium is co-sponsored by 18 national stakeholder association which represent a wide range of institutions and experts from the health, social and education sector.

In this welcome address, I would like to elaborate on some of the potentials the ICF offers as a classification system and conceptual framework for measuring disability at individual and population level.

The ICF is marking a paradigm shift in the way health and disability are understood and measured. Until recently "health" has only been seen as an opposite of death or disease. Traditional health indicators have mostly focused on mortality and morbidity. On the other hand "disability" has been seen as an unrelated entity, either as a medical issue of bodily impairments such as blindness, deafness or as an imposed restriction on the individual that hinders taking part in daily life activities. ICF has brought these concepts into a comprehensive whole of multiple dimensions of human functioning synthesizing biological, psychological, social and environmental aspects. ICF, thus, presents health and disability in a single spectrum. Traditionally these areas have been thought separately and at times put into polarization. However, a detailed analysis of domains that make up health and disability shows that these two basic constructs are in fact different manifestations of same domains of functioning such as seeing, hearing and many others.

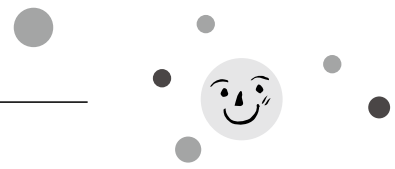
Formulating human functioning in multiple dimensions under a bio-psycho-social view is not new to a number of medical fields, such as rehabilitative medicine, physical, occupational and speech and language therapy, and in nursing home and home care settings. What is new is that with adoption of the ICF we now have a globally agreed conceptual framework and common language to document and code functional status information.

Although the nature, scope and progress of ICF implementation in these areas differs, there are a number of common problems across these areas to which the use of ICF is responding.

In countries like Japan with a sophisticated health data collection and utilization infrastructure, a wide variety of information is collected on disease diagnosis, body impairments, interventions and outcomes. What is often missing is information that would

منظمة الصحة العالمية • 世界卫生组织

Organisation mondiale de la Santé • Всемирная организация здравоохранения • Organización Mundial de la Salud



link diagnosis and interventions with health outcomes that are fully meaningful to the person's life, namely information about the whether a person can work and carry out the routine activities necessary to fulfil his or her roles at home, work, school or in other social areas. Even if information on functioning in life domains is collected it is often done without referring to a common conceptual framework and using consistent definitions and measurement tools.

Furthermore, the reporting of disability in the context of a survey or as part of a disability certification process is frequently using uni-dimensional disability categories like diagnostic or body impairment labels in contrast to multi-dimensional functioning profiles. This categorical approach has various limitations. First, it constrains the statistical utility of disability data by providing a fixed and non-scalable head count of people with pre-defined disability types (e.g. blindness, deafness, paraplegic or intellectually disabled) instead of measuring levels of disability (in terms of severity) across multiple domains of functioning. Secondly, categories (e.g. an impairment label like "blindness") lead to a paradoxical circular application where the label indicates pre-defined needs, which in turn, will determine the application of pre-defined programs, whose outcome will again dictate the assignment of a particular label to a person.

Ladies and Gentlemen, using the full potential of ICF in disability statistics and disability certification means to measure disability in terms of the level of difficulty a person is experiencing in multiple areas of life, rather than head counting severe impairment types in a dichotomous way. Environmental factors have significant effects on people's individual functioning and should be considered as an integral part in disability measurement.

In last year's published World Bank/WHO World Report on Disability, WHO has used and recommended an ICF based measurement approach for estimating disability prevalence in a more accurate and comparable manner. The report estimates that globally one billion people or 15% of the world's population is disabled. Between 110-190 million people (2% of the world's population) experience severe or extreme difficulties in functioning.

Building on the report's recommendations WHO and the World Bank have initiated a project to develop a Model Disability Survey. The project is aiming to develop standardized ICF based survey questions that can separate the distinct impacts of the health condition and the environmental factors on the extent of a person's functioning.

Ladies and Gentlemen, for service provision in the health, social and education sector ICF offers a useful conceptual framework and a guide for service planning and for measuring the changes brought by interventions across a multitude of dimensions from body functions to personal activities, societal participation and environmental factors.

As a common language for functional status information ICF is providing stakeholders like clinicians, providers, payers, patients, government regulatory bodies a tool for more precise and accurate communication with each other. This in turn is laying the foundation to ensure comparability of data from a myriad of sources and across the continuum of care.

Furthermore, ICF is helping service providers to improve their assessment of treatment goals and strength of individuals. ICF can identify the gap between the current level functioning of an individual and the potential that could be reached with an intervention.

Measuring this gap is useful for targeting and assessing treatment goals. The ICF terminology also enables the description of positive functioning as well as negative experience associated with disability. The assessment of what the person CAN DO (in other word his/her functional competencies) allows providers and consumers to emphasize the strengths of patients in their management strategies. Finally, within the different fields of medicine and clinical practice the ICF model has challenged the conventional view of reducing all issues of functional status to underlying medical conditions, and ignoring the often salient role of the physical and social environment in the creation of restrictions of participation experienced by persons with functional problems. With the ICF, patients' functioning is becoming the central focus of interest, and is now seen as associated with, and not merely as a consequence of, a health condition. Most importantly, functioning arises out of the interaction with contextual factors.

A growing number of clinical application studies elaborate on the person-context interaction as promoted by the ICF as a new dimension for health care management and research.

Defining a profile of the patient across these multiple dimensions of functioning is the starting point for the ICF application regardless of the particular setting. Scope and granularity of the profile will differ in accordance with the purpose for which the information is used in a particular setting. Furthermore, the way in which the profile is obtained may vary too. Some clinicians may choose to use ICF based instruments like the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 whereas others will continue to use their existing clinical measures and map them to the ICF. Whatever the purpose and approach to use and obtain a functional profile is, the ICF serves as the comprehensive and unifying framework through which these profiles are documented and coded.

Ladies and Gentlemen, over the past years we have seen growing interest for the ICF in Japan. The fact that today you are gathering for your 3rd consecutive National ICF Symposium with over 18 national stakeholder association participating speaks to this effect. In this welcome address I outlined some of the potentials the ICF offers a classification system and conceptual framework. I would like to end by strongly encouraging and urging you to unleash and use the full potential of the ICF. For Japan there are interesting opportunities for ICF implementation within the country and as part of international ICF work. On behalf of WHO, I would like to express our willingness to explore jointly with the Japanese WHO FIC Collaborating Centre and yourselves how to make ICF work progress further.

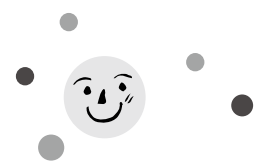
Thank you very much for your attention and I wish you a successful meeting as well as a healthy and prosperous 2013.

References:

World Report on Disability, Geneva, World Health Organization/World Bank, 2011

International Classification of Functioning Disability and Health, Geneva, World Health Organization, 2001

Measuring Health and Disability – Manual for the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), Geneva, World Health Organization, 2010



ネナド・コスタンチュック
世界保健機関（WHO）分類・ターミノロジー・標準技官

第3回 ICF シンポジウム 2012年12月13日 東京

ビデオレター

皆様、

この第3回 ICF シンポジウムにおきまして、世界保健機関（WHO）を代表して皆様にご挨拶申し上げます。今回のシンポジウムは3回目のシンポジウムであり、このようなシンポジウムの開催に取り組んでおられる厚生労働省ならびに日本診療情報管理学会にお祝いの言葉を申し上げます。また、今年のプログラムを拝見いたしますと、医療、社会福祉、教育分野の幅広い施設、専門家を代表して18もの全国的な協会の後援・協賛があり、我々といたしましても大変心強く感じている次第でございます。

私の皆様へのこの歓迎のご挨拶においては、分類体系として、また個人および人口レベルの障害を把握するための概念的枠組みとしての ICF の潜在的可能性についてお話させていただきます。

ICF の健康と障害の捉え方にパラダイム・シフトが生じています。最近まで「健康」は死または疾患の対義語として捉えられ、従来の健康指標も主に死因と罹患率を対象にしてきました。一方で「障害」は視覚障害もしくは聴覚障害などの身体障害の医学的な問題、または個人の日常的な活動への参加を妨げる制限要因として、個別の概念として考えられてきました。ICF は、障害にまつわるこれらの複数の概念を、生物・心理・社会・環境的要素を統合しながら、生活機能の様々な領域からなる包括的な分類にまとめました。したがって、ICF は健康と障害を一つの共通の枠組みの中で捉えます。従来、この健康と障害は個別のものとして考えられ、時として対極のものとして見なされてきました。しかし、健康と障害の構成領域を詳しく分析すると、健康と障害は、実は、見る、聞く等の共通の生活機能を異なる形で表現しているのに過ぎないことが分かってきます。

生物・心理・社会的な観点から生活機能を捉える考え方は、リハビリテーション医学、理学・作業療法、言語療法や介護施設、在宅介護においては新しい考え方ではありません。新しいのは、ICF の活用により、生活機能に関する情報を記録し、コーディングするための世界共通の概念的枠組みと共通言語が与えられていることです。

各分野での ICF の導入の状況、範囲や進捗は異なっていますが、分野間で共通する問題もあり、ICF はこれらの問題に対応します。

日本のように健康に関するデータ収集および使用のために高度なインフラが整備されている国々では、疾病診断、心身機能の障害、介入、転帰などの幅広い情報が収集されています。その一方で、診断や介入とその成果とを結びつける情報が欠落している場合が多々あります。この場合の成果とは、人の生活の中で大きな意味のある成果、つまり家庭、職場、学校または社会のその他の場でその人の役割を果たすのに必要な日常的な活動が可能になったか否かを示す情報をいいます。また、生活機能に関する情報が収集されていたとしても、共通の概念的枠組みに照らし合わせる事がなされず、ばらばらの定義や異なる評価方法が用いられている場合も散見されます。

さらに、調査や障害認定においては、診断用語または機能障害用語のみからなる一元的な障害分類が用いられ、生活機能を複数の側面から捉えるということが行われていない例が多

منظمة الصحة العالمية • 世界卫生组织

く見られます。このような一元的な障害分類の利用には、色々な意味で限界があります。まず、生活機能の複数領域にまたがる障害の度合い（重度）を評価する代わりに、予め定められた障害の種類（視覚障害、聴覚障害、麻痺、知的障害等）といった固定され、重度を把握しきれない情報が収集されることによって、障害データの統計上の有用性に制約が生まれます。さらに、「視覚障害」などの機能障害用語に基づく分類が使用されると、その用語に基づいてその人のニーズとその人に適用されるプログラムが自動的に割り当てられ、そのプログラムの成果を示すまた別の用語がその人に割り当てられるといった矛盾した悪循環が生じます。

皆様、障害統計と障害認定において ICF の潜在的可能性を最大限に引き出すということは、生活の様々な領域における困難の度合いに応じて障害を把握することを意味するものであり、重度の機能障害の種類に基づいて二項対立の関係の中で障害者の人数を割り出すこととは違います。環境因子は個人それぞれの生活機能に大きな影響を持ち、障害の評価においても不可欠な要素であると考えられるべきです。

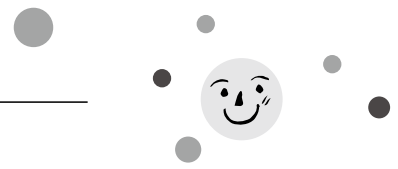
昨年、WHO は世界銀行と共同で『障害に関する世界報告書』を出版しましたが、WHO はその中で障害者の割合をより正確かつ比較可能な形で把握するために ICF に基づく評価方法の使用を勧め、報告書の中でもこれを使用しています。この報告書では、世界人口の 15% に当たる 10 億人の人々が何らかの障害を抱え、1 億 1000 万人から 1 億 9000 万人の人々（世界人口の 2%）が生活機能において大きな困難を抱えていることを報告しています。

この報告書の勧告に基づき、WHO と世界銀行は「障害調査モデル」を開発するプロジェクトを開始いたしました。このプロジェクトは、健康状態と環境因子が個人の生活機能に及ぼすそれぞれの影響を明確にすることを目的として、ICF に基づく標準的な調査票を作成することを目指しています。

皆様、ICF は医療、社会福祉、教育分野でのサービスの提供において役立つ概念的枠組みであり、サービスの提供における立案・企画をはじめ、心身機能、個人活動、社会参加、環境因子等の複数領域における介入効果の測定に役立ちます。

また、ICF は生活機能の状況を説明する共通言語として、臨床家、サービス提供者、保険業者、患者、規制当局等の関係者間のより正確な意思疎通を可能にします。このことは、ひいては様々な情報源や現場から収集されるデータの比較を可能とするための土台を築くことを意味します。

さらに、ICF はサービス提供者による治療目標の評価と個人が持つ力の評価向上に役立ちます。ICF を活用すれば、個人の現段階における生活機能水準と、介入を通して上げることのできる潜在的な生活機能水準との間のギャップを明らかにできます。このギャップを測定することは、目標設定と治療目標の評価に役立ちます。また、ICF 中の用語を使って、個人が持つ生活機能の肯定的側面や障害に関連する否定的な体験なども記録できます。個人の「できる」こと（つまり、個人の生活機能能力）を評価するということは、患者の管理戦略において、サービスを提供する側も受ける側も患者が持っている力を強調できることを意味します。また、生活機能にまつわるすべての問題をその根底にある障害の問題として考え、社会参加を制限する重要な要因である物理的、社会的環境を考慮しようとする従来考え方がありますが、様々な医学領域、臨床現場における ICF の考え方とは、このような従来考え方に挑んでゆくものであります。ICF における中心的な関心事は患者の生活機能であり、今や生活機能は、単に健康状態の結果としてでなく、健康状態と対等な関係にある概念として認識され始めています。もっとも重要なことは、生活機能が様々な背景因子との相互関係において決まってくることです。



医療管理および研究における新しい領域として、ICF が提唱するこのような個人と背景との相互関係を対象とした臨床研究も増えています。

どのような現場で ICF が使用されるかに関わらず、生活機能の複数の領域にまたがる患者プロフィールを作成することが ICF の活用の出発点になります。プロフィールの対象となる範囲や詳細度などは、各現場でその情報をどのような目的で使うかによって異なります。また、プロフィールを作成するための手法も異なるかもしれません。WHODAS 2.0 のような ICF に基づくツールを使用する臨床家もいれば、既存の臨床指標を ICF にマッピングする臨床家もいるかもしれません。どの目的や手法により生活機能プロフィールを作成するにしても、ICF はこれらのプロフィールの記録とコーディングのための包括的な枠組みを提供しています。

皆様、この数年間、日本において ICF への関心が高まっております。本日、18 もの全国的な協会の支援を得て、第 3 回 ICF シンポジウムに皆様がお集まり頂いていることがそのことを物語っています。皆様への歓迎のご挨拶の中で、分類体系および概念的枠組みとしての ICF の潜在的可能性についてお話しいたしました。最後に、ICF の可能性を最大限に引き出し、ICF を使用されることを皆様に強くお勧めいたします。日本は、国内のみならず ICF を発展させる国際的な活動の中で ICF の導入を進める可能性を秘めた国です。WHO を代表いたしまして、WHO 国際統計分類協力センターならびに 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ここに表明いたします。

ご清聴ありがとうございます。また、本会議の成功と、そして 2013 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祈り申し上げます。

<参考>

World Report on Disability, Geneva, World Health Organization/World Bank, 2011
(『障害に関する世界報告書』、世界保健機関・世界銀行、ジュネーブ、2011 年)

International Classification of Functioning Disability and Health, Geneva, World Health Organization, 2001
(『国際生活機能分類』、世界保健機関、2001 年)

Measuring Health and Disability – Manual for the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), Geneva, World Health Organization, 2010
(『WHO 障害評価表マニュアル』、世界保健機関、ジュネーブ、2010 年)

【基調講演】

「ICFの基本と医療面への活用」

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
独立行政法人 国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部 部長 大川 弥生

私の本日のお役目は、本日のシンポジウムの議論の前提としてICFの基本を述べ、そして医療面への活用についてのポイントをお話しさせていただくことになっております。最後にICFに関するホットな話題として、東日本大震災に関連して「防げたはずの生活機能低下 (preventable disability)」について述べさせていただきます。

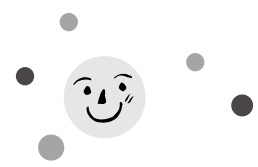
まずICFの基本です。ICFを一言で言えば『「生きることの全体像」についての「共通言語」』です。今日のテーマの医療の現場では、様々な専門職がチームワークを組んで専門的な対応をします。それはある時点でのチームワークだけでなく、例えば医療から介護へのような時間的経過を伴うチームワークもあります。保健や行政、また一般の人々との連携もあります。このような様々な人々が関与するチームワークを、どう患者・利用者さん中心に機能させていくのかは、医療において今後の大きなテーマでしょう。

大事なことは、患者・利用者さん、すなわち当事者中心ということです。専門家間だけでなく、専門家と当事者の方々が、一つの目標に向かって、より良い生活・人生をつくるということ。それに向かって一緒に進むために、『「生きることの全体像」についての、共通のものの考え方「共通言語」』をもち、その観点から活用するということに、ICF活用のポイントがあります。これはなぜ医療面でICFが有用なのかでもあります。

この場合の共通言語というのは、フレームワークとしてのICFの活用と、もう一つは分類法としての活用という二つの観点があるかと思いますが、前提としてはあくまでもフレームワーク、概念をきちんと生かして、その上でコードを使っていくということになります。

ではまず「生きることの全体像」についてですが、その基本は生活機能と生活機能モデルです。図(レジメ図1)にICFの「生活機能モデル」を示しています。生活機能は、中央の高さに位置する「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者を含む「包括概念」です。

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」として示しています。「生活機能モデル」の特徴は、生活機能に影響する要因を「健康状態」(疾患、外傷、等)「環境因子」「個人因子」の3種類に整理したこと、更にこれに生活機能の3レベルを加えた全6要素が互いに影響しあうことを双方向の矢印で示した「相互作用的・統合モデル」であることにあります。



(その他、活動の「実行状況(している活動)」、「能力(できる活動)」の区別など、ICFの特徴についてはレジメ2～3ページ参照)

ICFは、医師や看護師その他のコメディカルの国家試験にも出題されていますが、残念ながら臨床上の活用はまだ十分とはいえません。

ICFの活用としては、一つには生活機能モデルとしての活用があります。これまでは医学モデルと社会モデルという対立したモデルとして論じられがちでしたが、ICFは「相互作用・統合モデル」であり、この観点から患者さんをとらえ、どのような介入をしていくのかというプログラムづくりに生かすことが効果的です。

もう一つは分類法としての活用があります。時間の関係上今回は述べませんが、この両側面を含んだ活用が望まれます。

では本日のテーマである医療へのICFの活用についてすすみます。まず医療においてICFの基本といえる生活機能、生活機能モデルを重視する必要性が高い背景としては次のようなことがあります。1) 高齢者など何らかの生活機能低下をもつ人が増えた、2) 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、3) 生活機能低下のある人に関する新たな専門職が増加し、それらの人々や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、等)、4) 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、権利を尊重する。当事者中心の医療に向けた、国民一般を含めた大きな意識の変化。

これらの背景を理解しておくことが必要です。

活用の具体的ポイントとして、先ほど述べた「相互作用・統合モデル」としての活用があります。この時に留意しておきたいことは、医療者だけでなく、その他の専門職や当事者、一般の方々も実は従来の医学モデルに“呪縛”されているとさえいえることです。これを前提として患者さんへの説明や、一緒に作るプログラムづくりの際にも働きかける必要があると思います。

では具体的な個別プログラムのICFの生かし方として、私がこれまでの臨床実践と研究から体系づけた「目標指向的アプローチ」(図4)、そしてその具体化として個々の活動レベルの項目の向上をめざす「目標指向的活動向上の考え方」(図5)をご紹介します。

「目標指向的アプローチ」(図4)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」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”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。

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。

またこれにも関連して、真のニーズを引き出すためにもICFの活用は効果的です（レジメ5ページ）。

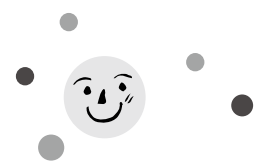
最後にホットな話題として、レジメの「参考：災害の新たな課題：防げたはずの生活機能低下」に示しています「防げたはずの生活機能低下」についてご紹介します。

私は、震災後宮城県、岩手県その他の自治体、等と協力して、生活機能低下予防・改善を中心に早期から活動を開始し、現在も継続中です。その中で、ICFにもとづく生活機能の実態把握を、数個の自治体等で行ってきました。

具体的には、発災1ヶ月後に仙台市の避難所で、そして2ヶ月後に南三陸町で、生活不活発の発生を確認しました。

その後、7ヶ月目に南三陸町で全町民の生活機能の実態把握を行い（回答者 12,652 名、回収率 83.9%、高齢者では 90.1%）、その結果は、例えば非要介護認定高齢者 3331 人の4分の1近く（23.9%）で歩行困難が出現し、回復しないままでした。歩行以外にも、身の回り動作などの「活動」の低下など、生活機能全体の低下がみられました。

要介護認定者や、障害者（身体障害者だけでなく知的障害、精神障害、「谷間の障害」を



含む) など、震災前から生活機能低下があった人々では、より一層低下していました。

このような低下の原因としては生活不活発病が最も大きいことは従来と同様でした。そして「生活が不活発になった」理由として最も多いのは、「家の外ですることがなくなった」こと、次いで「家の中ですることがなくなった」こと(仮設住宅生活者に多い)、そして「外出の機会が減った」ことなど、「参加」レベルの低下でした。

岩手県大槌町と山田町でも同様の調査を行い、同程度もしくはそれ以上の低下が認められました。

そして、発災1年7ヵ月後において南三陸町の40歳以上及び大槌町の65歳以上の全町民で生活機能調査を行い、現在分析中ですが、南三陸町では非要介護認定高齢者3,680名の29.1%に歩行困難が回復しないままであるなど、発災7ヵ月後の時点よりも増加していました。すなわち7ヵ月時点以後の1年間にあらたな低下者が発生していたのです。原因としては生活不活発病が最も影響していることは7ヵ月時点と同様でした。

災害時の生活機能低下の機序は、生活機能モデルとしてとらえるとよく理解できる例といえます。

病気の時の生活機能低下は、生活機能モデル図の上の「健康状態」(病気)から「心身機能」⇒「活動」⇒「参加」へと影響します。それとは違い、災害や様々な支援は「環境因子」から、「参加」⇒「活動」⇒「心身機能」へと影響するのです。

阪神淡路大震災(1995)以来、「いのち」をいかに守るのかの観点から、災害医療と災害時の支援全体において「防げていた死亡」(preventable death)の予防が強調されてきました。今示したデータは、今後はそれに加えて「防げたはずの生活機能低下」(preventable disability)の予防が新しい課題となることを示しています。これは医療において、疾病・外傷面だけでなく、生活機能低下予防に向けた支援が求められるということです。

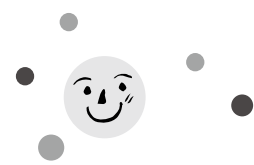
「防げたはずの生活機能低下」の予防においては、災害時支援に関与する様々な人々が、対象者と支援内容についての共通認識をもつ必要があります。その点で中央防災会議「地方都市等における地震防災のあり方に関する専門調査会」の報告書(2012年3月)で示された「特別な配慮が必要な人」の概念が重要です。これは、これまでの「災害時要援護者」よりも広い範囲の人を含み、その対策(配慮・支援)の内容も、福祉避難所を中心とした従来の「要援護者」対策よりも広く、今後の共通認識となるべきものといえます。

その内容は筆者が従来提案してきたもの(表2参照)とほぼ同じであり、大きく「A. 健康状態」と「B. 生活機能」との両面から整理されている点は、ICFとの関係では大きく

注目されます。そして、「配慮すべき内容」と関連付けて「配慮すべき人」を明らかにし、また「予防」の観点からの配慮が必要なことを重視することは「要援護者」と大きく異なる点です。

災害時の生活機能低下の問題を考える際に痛感するのは、「災害時の生活機能への取り組みの不十分さは、実は平常時の取り組みの不十分さの反映である」ということです。

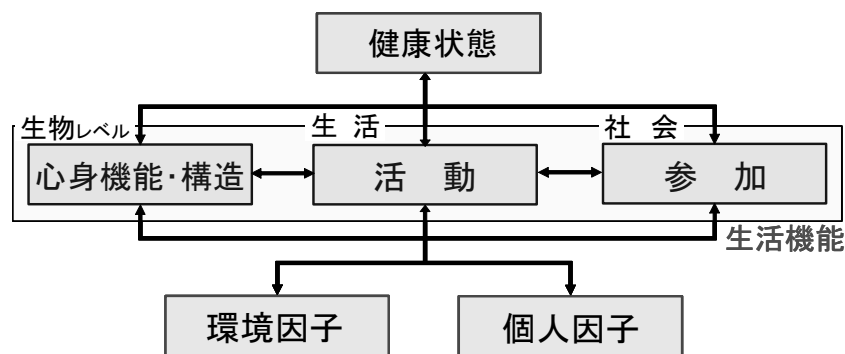
今後、この問題への関心と理解により、平常時の生活機能への取り組みの向上、そしてICFの理解と活用の拡がりにも直結していくことを期待したいと思います。



ICFの基本と医療面への活用

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 部長
E-mail okawa@ncgg.go.jp
<コピー・引用の場合はご連絡下さい>

図1. 生活機能モデル (ICF・WHO、2001) ^{1)~4)}



参加 : 仕事、家庭内役割、地域社会参加等
活動 : 歩行、家事、仕事などの生活行為
心身機能・構造 : 心と体のはたらき、体の部分等
健康状態 : 病気、ケガ、妊娠、高齢、ストレス等
環境因子 : 建物、福祉用具、介護者、社会制度等
個人因子 : 年齢、性、ライフスタイル、価値観等

矢印はこれらが互いに影響しあうことを示します

- 1) 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。
- 2) 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（ICFの分類法としての分類項目、評価点、生活機能整理シートについても述べている）
- 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。（事例にそってICFの活用法を述べている）
- 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。
- 5) 上田敏、鶴見和子、大川弥生：回生を生きる；本当のリハビリテーションに出会って。三輪書店，2007
- 6) 上田敏、大川弥生：リハビリテーション医学大辞典。医歯薬出版，1996

ICF：「生きることの全体像」についての「共通言語」

2001年に世界保健機構（WHO）はICF（国際生活機能分類）を採択しました。

これは1980年の国際障害分類を、障害のとらえ方という根本的な点から改定したもので、この20余年間の、障害者の権利尊重の世界的な動向を受けて作られました。

ICFとは、すべての人の「“生きることの全体像”」についての“共通言語”です。

“生きることの全体像”を示す「生活機能モデル(前ページ図1)」を、“共通言語”（共通のもののみ方・考え方）として、当事者自身そして様々な専門分野や異なった立場の人々が共有し、共通理解に役立てることを目指しています。

< ICFの特徴 >

1) 「生きる」ことの全ての側面をとらえる「生活機能」（図2、表1）

「生活機能」とは、ICFの中心概念で、人が「生きる」ことの3つのレベルに対応する「心身機能・構造」「活動」「参加」のすべてを含む「包括用語」です。

この生活機能に問題・困難を生じた状態が「機能障害」「活動制限」「参加制約」で、その「包括用語」が「障害」です。「生活機能低下」ということもあります。

2) 生活機能の中に障害を位置づける（図2）

ICFでの障害のとらえ方は、これまでの障害のとらえ方とは根本的に違っていています。それは障害のある人をその障害（問題・困難）の面だけからみるのではなく、様々な生活機能を発揮しつつ、そこに障害をももっている存在として、とらえることです。

3) 「健康状態」、「環境因子」と「個人因子」

生活機能に影響を与えるものとして、病気・ケガだけでなく、妊娠、高齢、ストレスなどを含むより広い概念である「健康状態」としてとらえます。

さらにそれに加えて、生活機能に影響を与える「背景因子」として「環境因子」と「個人因子」を取り入れました。

4) 相互の関係性を重視

図1での生活機能の3つのレベルの間、またそれらに影響する「健康状態」「環境因子」「個人因子」との間の矢印が示すように、それぞれの要素が他の全ての要素と影響し合うことを重視します。

5) 「統合モデル」

ICFはある特定の要素や関係性のみを重視するのではなく、以上に述べてきた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す。新しい「統合モデル」といえます。

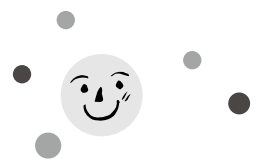


図 2. 生活機能と障害^{1) 4)}
 —両者の3レベル間の関係(大川)—

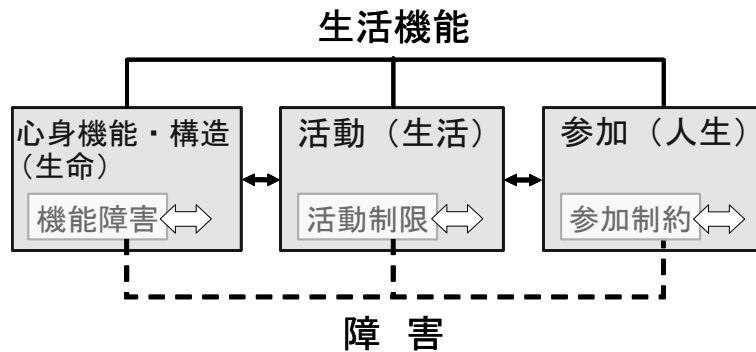


表 1. 生活機能の各レベルの特徴(大川)^{1) 4)}

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
体の働きや精神の働き、また体の一部分の構造のこと。	生きていくのに役立つ様々な生活行為のこと。目的をもったひとまとまりをなした行為。	社会(家庭を含む)的な出来事に関与したり、役割を果たすこと。また楽しんだり、権利を行使すること。
例: 手足の動き、見ること、聞くこと、話すこと、内臓の働き、など。 ・手足の一部、心臓の一部(弁など)など。	例: 日常生活活動(ADL)から家事・仕事・人との交際・趣味・スポーツなどに必要な全ての行為を含む。	例: 仕事の場での役割、主婦の役割、家族の一員としての役割、地域社会(町内会や交友関係)の中での役割、趣味の会に参加、その他色々な社会参加をすること、役割を果たすこと。
機能障害	活動制限	参加制約
問題・困難のある場合		

図 3. 生活機能の3つのレベル(大川、2004)^{1) 3) 4)}

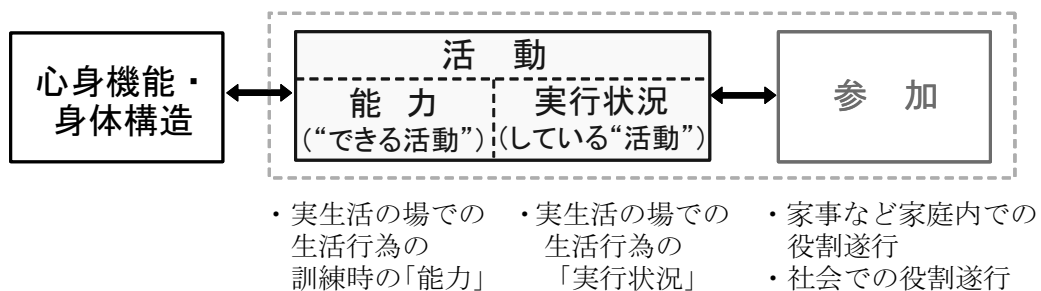


図4. 目標指向的アプローチ (大川) ^{1) 4)}

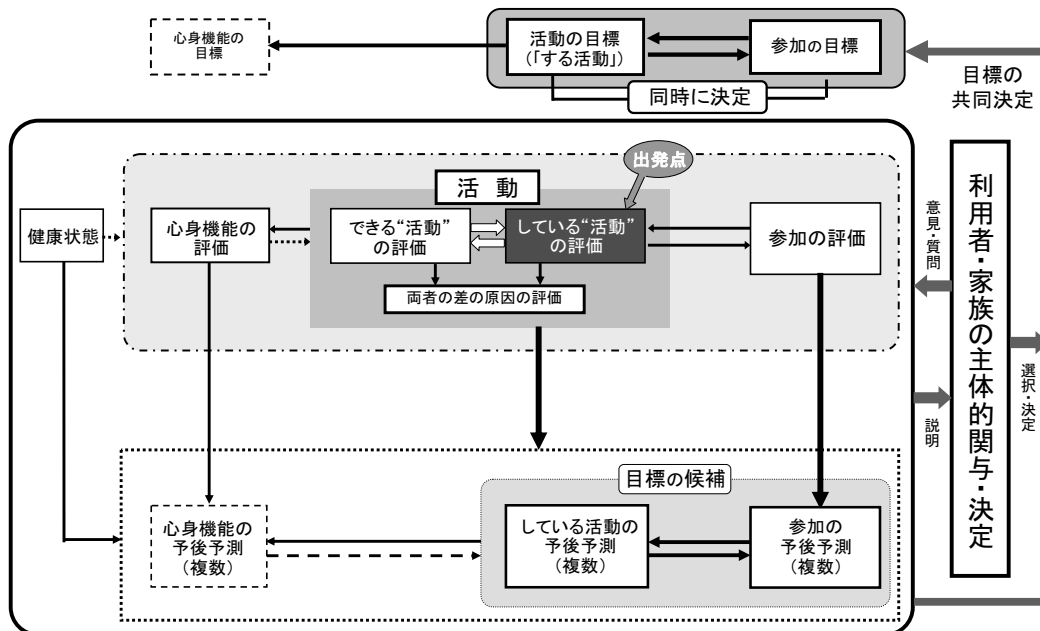
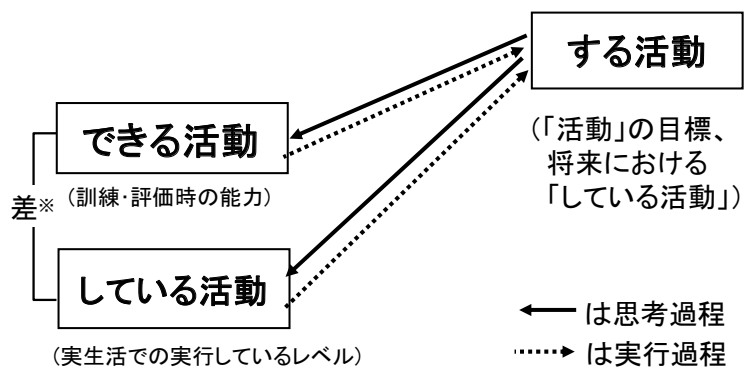


図5. 目標指向的活動向上のための働きかけ (大川・上田) ^{1) 3) 4)}



※この「できる活動」と「している活動」との差が「活動」向上のための大事なヒント

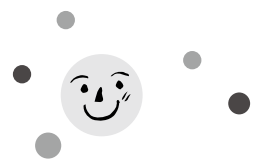
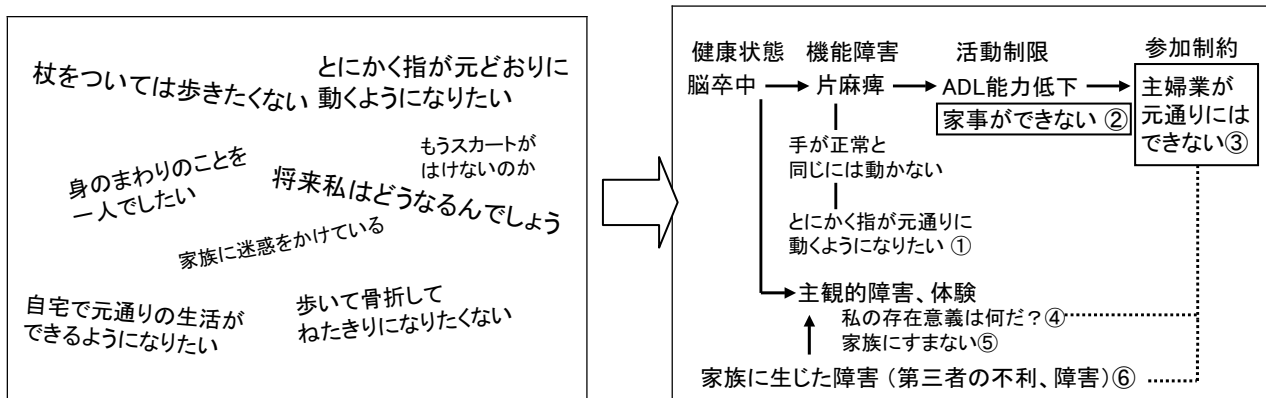
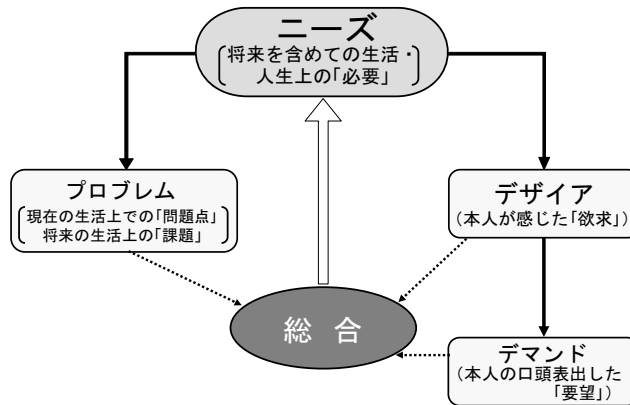


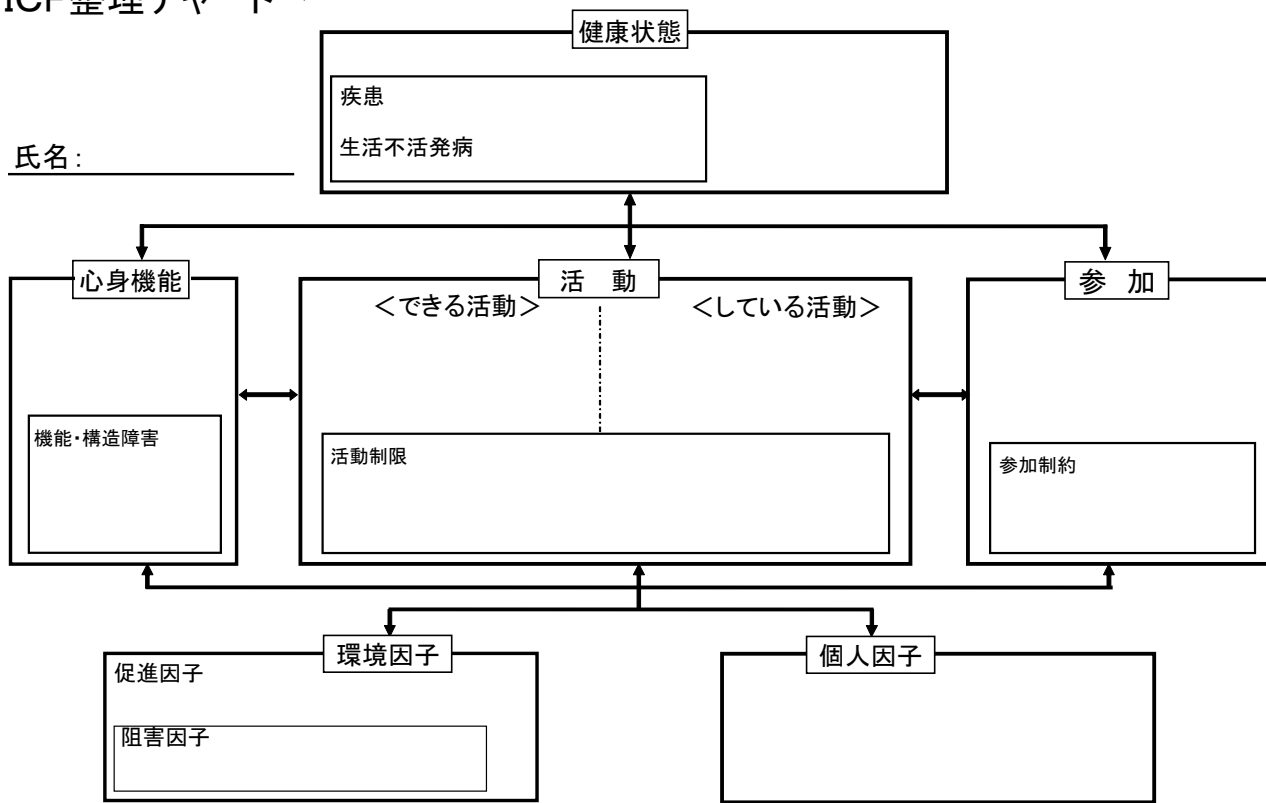
図6. ニーズとは何か、それをどうとらえるか (大川) ¹⁾



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) 第7章

ICF整理チャート²⁾

氏名: _____



出典：大川、2002

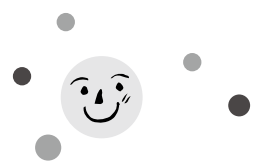


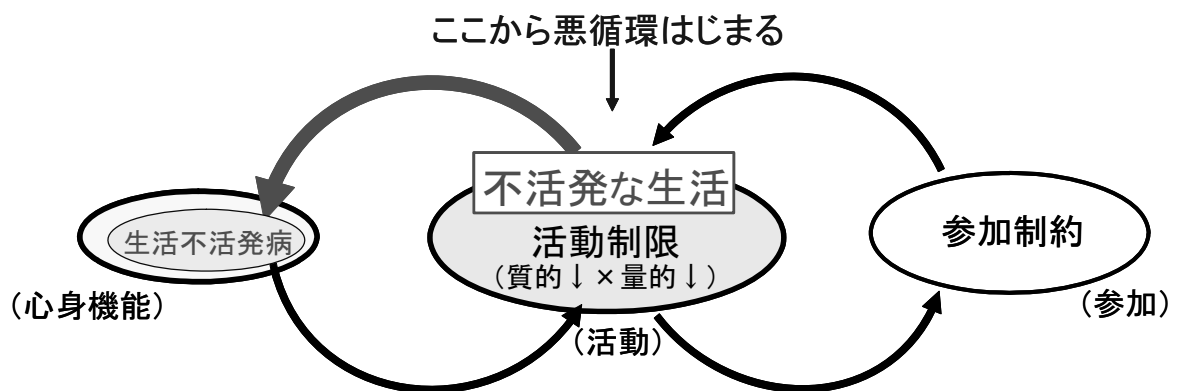
表2. ICF：活動と参加の大分類チェックリスト

<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 p570

(問題のある項目の□に△を入れる)
(詳しくは、大川²⁾ 参照)

図7. 生活不活発病と生活機能低下の悪循環



両側の悪循環の環があいまってますます進行

(詳細は、引用文献1) 4) 参照)

災害の新たな課題：防げたはずの生活機能低下

災害時の新たな課題として、阪神・淡路大震災以来強調されてきた「防げたはずの死亡」(preventable death)の予防に加えて、「防げたはずの生活機能低下」(preventable disability)の予防があります。その最大のターゲットは生活不活発病です。

災害時に生活不活発病による生活機能(functioning)低下が同時多発することが確認されたのは中越地震の時です。そこからその予防・回復への努力が始まりましたが、まだ微力なものにとどまっているうちに、今回の東日本大震災を迎え、これまでにない広範囲・大規模な生活機能低下の発生を許してしまいました。

本震災では、今後も新たに生活機能低下が発生する可能性も少なくなく、現在も進行中の大きな課題なのです。

I. 東日本大震災時の生活不活発病低下の実態

南三陸町全町民生活機能調査

表1. 震災後歩行困難出現し、7ヶ月時点でも回復していない人の割合

		(65歳以上 回収率 90.1%)	
		非要介護認定高齢者	要介護認定高齢者
仮設住宅	町内	321/1008名 (31.8%)	60/95名 (63.2%)
	町外	87/288名 (30.2%)	12/21名 (57.1%)
一般住宅	直接被災地域	204/960名 (21.3%)	34/87名 (39.1%)
	非直接被災地域	121/849名 (14.3%)	26/66名 (39.4%)
町外		64/226名 (28.3%)	13/20名 (65.0%)
計		797/3331名 (23.9%)	145/289名 (50.2%)
		全体 942/3620名 (26.0%)	

<ポイント>

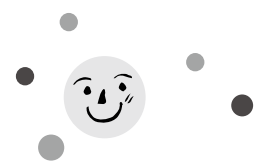
高齢者に生活不活発病による生活機能低下が多く発生している。

1. 要介護者のみでなく非要介護認定者(元気だった高齢者)でも頻発
2. 仮設住宅だけでなく一般住宅でも頻発
3. 直接的な被害を受けていない地区でも頻発

主な原因：生活不活発病

「生活の不活発化」の理由：

- ・家の外ですることがない
- ・家の中ですることがない(仮設住民)
- ・外出が少ない ⇒原因：
 - ・行きたい場所(目的)がない
- ・疲れやすさ [家の外ですることがないと実質同じ]
 - ・一緒に外出する人がいない、等
 - ・交通手段が少ない
 - ・趣味・老人クラブ等の集まりがない



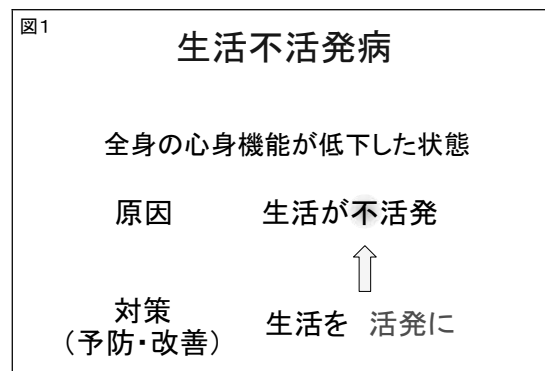
II. 生活不活発病

水害の後には、特に高齢者や障害のある人*では、生活不活発病になりやすくなります。

これは予防できるものです。しかしそれには、ご本人だけでなく、地域の方々やボランティアなどの支援者の方々も一緒に、工夫や支援をすることが大事です。

1. 生活不活発病とは

生活不活発病は、まさにその文字が示すように、「生活」が「不活発」になることで全身の機能が低下する病気です。(図1)



「動かないと体がなまる、弱る」というのはいわば常識ですが、高齢者や障害のある人では特にそれが起こりやすいのです。

また災害のときにも起こりやすいものです。これは避難所を利用した人だけではなく、在宅生活を送っている場合でも生じてきます。

2. 生活不活発病の症状：日常生活上の動作の不自由が早く出現

生活不活発病は、全身のあらゆる機能が低下するものです。

この表にあるたくさんの症状（心身機能低下）が、同時に少しずつ起こってきます。それらの総合的な影響で、まず、全身を使って行うこと、つまり、歩いたり、立ち上がったたり、段を上ったり、そのほかのさまざまな日常の生活上の動作（「活動」）がやりにくくなったり、疲れやすくなったりしてきます。ですから、「この表にある症状のうちはっきりしたものがないから、まだ生活不活発病にはなっていない」と安心してはいけません。

3. 予防が大事：一日の生活全体を活発に

生活不活発病は予防できるし、一旦起こっても回復させることができるものです。

予防と回復の上でのポイントは、生活が不活発になって起こるものなのですから、その逆に「1日の生活（全体）を活発化する」ことです。

一日の暮らし方全体が大事なのです。体操や運動をするだけでは十分ではありません。そもそも特定の時間だけに限られた対応では不十分なのです。

また「とにかくなるべく動くように」という、ご本人の努力だけにまかせるものでもありません。周りも一緒に工夫や支援が必要です。

Ⅲ. 特別な配慮が必要な人

災害時には「特別な配慮を必要とする人」*が非常にたくさんおられます。

「配慮が必要な状態」とは、外見からわかる困難ばかりではありません。また困難があっても遠慮したり、あきらめていて、自分で声に出しにくい人も多いのです。

災害の時は、更にそうなりやすいと思って接していく必要があります。

「災害時要援護者」の他にも様々な配慮が必要な人がいることに注意が必要です。

※「中央防災会議地方都市等における地震防災のあり方に関する専門調査会報告書（2012）」

1. 「病気」と「生活機能」の両面からの配慮を

配慮は、健康状態（病気・ケガ）と「生活機能」の両面から必要になります。（表2）

その両面に配慮が必要な場合は多く、専門分野や領域毎でなく、総合的な配慮が必要です。

2. 予防の重視

災害前から配慮が必要であった（病気や障害があったり、介護を受けていたりした）人への配慮だけでなく、予防に向けた配慮が必要です。災害をきっかけとした病気の発生や増悪、生活機能低下の発生、それによる要介護者の増加、障害の重度化を予防することが必要です。

3. 本来の能力を発揮していただける配慮を

ここで考えていただきたい大事なことがあります。このように配慮が必要な内容は、その方々の一つの側面にすぎないことです。特に高齢者や障害のある方は、ともすれば「弱い人だ」と、弱い面にだけに目がいきがちであり、それを補ってあげようと考えがちです。しかし、それらの方々は実はそれぞれかなりの能力をお持ちなのです。

その能力や知恵を一層発揮してもらえるように接し方を工夫していくという観点が必要です。

表2. 特別な配慮が必要な人
— 「健康状態」と「生活機能」の両面から — （大川）

A. 健康状態(病気・ケガ)について 配慮が必要な状態

I. 災害発生前から、健康状態上管理が必要な場合

- ・病気のある人
生命維持に直結する機器(人工呼吸器、人工透析、在宅酸素療法等)が必要
薬物治療中
食事療法中
運動療法中、等
- ・妊婦
- ・新生児、乳児
- ・環境管理が必要な人
(頸髄損傷で体温調整が困難な人、アレルギー疾患・素因のある場合等)

II-1. 災害でケガをした場合

II-2. 災害を契機に新たな病気が発生、顕在化する場合

- ・PTSD
- ・アルコール依存症 等

III. 災害を契機とした疾患出現の「予防」が必要な場合

- ・生活不活発病のリスクが高い人
- ・高齢者(予備力が低下している) 等

B. 生活機能面について配慮が必要な状態

I. 日常生活活動低下

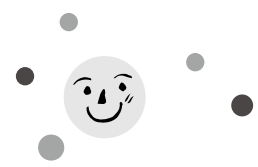
1. 介護を受けている場合
2. 「限定的自立」の場合(自宅など日常の生活範囲でのみ自立)

II. 要素的活動低下

1. コミュニケーションに困難のある場合
(視覚障害、聴覚障害、失語症、知的障害、認知症、高次脳機能障害等)
2. 判断能力に困難のある場合
(知的障害、精神障害、認知症、高次脳機能障害等)
3. 集団行動の遂行に困難がある場合
:パニックを生じる、騒ぐ、同じペースで行動できない等
(精神障害、発達障害、知的障害、認知症、高次脳機能障害等)
4. 移動に困難のある場合:歩行や立ちしやがみ困難等
(足のまひ等)
5. 腕、手に不自由がある場合
6. 耐久性が低い場合
(呼吸器障害、心臓疾患、慢性疾患、体力低下等)

覚えるには・・・

「コミュニケーション」として「判断」し、「集団生活を送る」には「手」「足」だけでなく「疲れやすさ」も考慮する。



【各方面からのスピーチ：医療】

「全人的医療に向けてのICF活用と期待」

社団法人 東京都医師会長 野中 博

私が2005、6年当時に日本医師会の介護保険担当の常任理事だった折、大川先生にはいろいろご指導いただきました。いわゆる介護保険の18年改定のときで、主治医の意見書の記載等、介護予防の部分に関してもご提案されていました。介護予防は当時、リハビリなどの方法論の話でしたが、そのとき私が学んだのは、何を実現するかということの大事さと、生活機能をどう把握するかということでした。まだまだ本来の介護予防という言葉の意味が現場では理解されていないのが残念ですが、きょうはICFの観点をいままでの医療との関係からお話しさせていただきます。

私は昭和47年に医者になり、昭和48年から人工透析の仕事をしております。本当は救急救命医療をしたかったのですが、母校にはそういう部署はなく、内科医が外科や麻酔科に行く必要もないと言われ、引くしかなかった次第です。当初は人工透析によって救命できた患者さんもおられ、医者としての喜びも感じていましたが、透析療法が確立していくにつれ、病状が安定した患者さんの社会復帰を考えなければいけないことがわかりました。当時は大学病院で午前中週3日透析治療をしていましたが、そうすると患者さんは残り4日で生活しなければならず、会社をリストラされることもありました。その後、夜間に透析するという状況が生まれてきて、1週間仕事をして透析も受けることが可能となったので、これが社会復帰だと。そのために大学病院と診療所の役割分担の必要性も認識するようになりました。また週3回の透析治療においては日頃の食生活とかのさまざまな制限があり、その部分においても、患者さんが自分のためだと理解しながら行動変容していくことが大変重要です。そういう中で、私は知らず知らずのうちに患者さんの生活機能、目標、社会参加という観点を感じ取っていたのだと、大川先生のお話を聞いて私も頭の整理ができたということです。

医療を担当する人間にとっては「治す医療」evidence based medicineということが実はメインですが、それだけでいいのかとなると、やっぱり今後、病気を抱えながら生きていくことは増えるわけです。それが医学の進歩であります。ですが必要なのは、治す視点だけではなくて、患者さんが病気や障害を抱えながらもどうやって人生を生きていくか。「支える医療」、NBM、narrative based medicineということが大事なわけです。患者さんに「何がしたいか」と聞いて、すぐに「〇〇がしたい」と患者さんが話せることはまずあり得ません。寄り添って、話を聞いて、さまざまな方向性を共に考えていくということが大

事であり、それを導き出していく作業こそ、我々地域の診療所の医師の役割だと思っています。

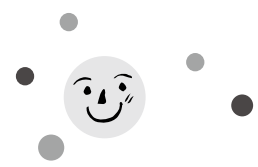
また医療従事者は病気をどうやって治すかとか、治療率は何割かを重視しがちですが、患者さんは、病気が治らないのなら退院後に安定した医療と生活の確保はどうしたらできるのかということを実は求めておられます。本来、それが入院の機能であることを医療界は認識すべきですし、他職種協働とICFという考え方が大事だにご理解いただきたいと思います。

また「将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージの図」は厚生労働省から提示されたものですが、この図で一番大切なことは一番下の目的です。つまり患者、利用者の方々が病気になっても職場や地域生活で早期復帰できる、あるいは医療や介護が必要になっても住み慣れた地域での暮らしを継続する、このことを実現するために医療機関があるんだということです。そして2025年に向けては、患者さんの病状に応じて地域に戻ってくることを実現するために、さまざまな医療機関が情報を共有しながら連携する必要があるということを表している図であると思います。

2つの例をお話しします。

人工透析患者さんには自己管理のいい患者さんと、自己管理の悪い患者さんがおられます。大きく分けて、この2種類の患者さんを比べてみると何が違うか。これは大きく言えば、人生の目標を持っているかいないかです。仕事をしながら頑張っておられる方は自己管理を適切にされて、医療機関に来られても有効に透析治療を受けてくださいます。一方で、毎回の透析ごとにものすごい体重の増加やさまざまな症状を起こす患者さんは、何も目標がなく、ただダラダラと毎日を過ごしてしまっています。つまり私たちにとっては、患者さんが週3回透析に来られるときだけではなく、患者さんの人生をサポートすること、患者さんの目標設計をするという視点が非常に大切になるわけです。「いまは人工透析をしても旅行、仕事もできます」という説明をきちっとすると、患者さんは透析治療というものを容易に受け入れてくださいます。

もう1つ、大腿骨骨折をして、病院でリハビリ中にまた大腿骨骨折をして車椅子から改善できなくなった80歳の患者さんの例です。在宅医療をすることになり、月2回、訪問診療を始めましたが、この方は最初「私はもう外には出たくない。リハビリもサービスも受けたくない」とおっしゃっていて、何の目標を持っていただいたらいいのかわかりませんでした。浅草はお祭り等、さまざまな催しがあるものですから、そういう話をしているうちに、患者さんから「車椅子で外に出れるのか？」と聞かれるようになり、リフトを付けてもらうと、



外にあちこち出かけるようになり、昔の友だちを訪ねるという目標ができたことで社会参加をしてくれるようになりました。

このように、我々医療関係者は従来、機能障害に直接働きかけ、能力低下や社会不利を改善するという考え方でしたが、それだけではなく、日常生活の活動、社会への参加を通して患者さんの生活機能を向上させ、合わせて生活環境の改善により活動制限や参加制約を減らし、本人の生活を支えるという視点を患者さんにも理解していただくことを頭に入れて展開していただきたいと思います。

平成24年において、1号被保険者3000万人のうち要介護認定の方が500万人。大事なことは残りの2500万人の方をどうサポートするかです。その人たちにICFの視点で生活支援、介護予防を行うことが最も望まれることであり、医療者も地域の人たちもこのことに対してもっと視点を開くべきだと思います。ICFの考え方を頭に入れて、地域のさまざまな視点をお考えになっていただけたらということでお話しさせていただきました。

第3回ICFシンポジウム

全人的医療に向けての ICF活用と期待

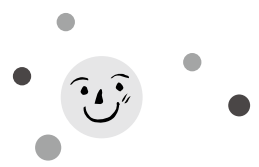
2012年12月13日

東京都医師会長

野中 博

透析医療から学んだ事

- 患者さんの社会復帰
- 人生・生活を支える
- 医療連携の意味
- 行動変容の意義

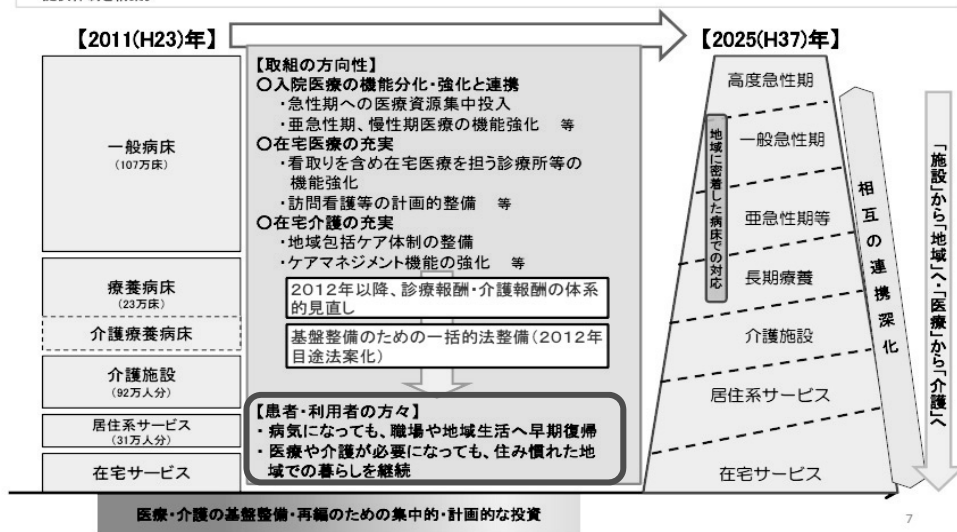


・治す医療 (EBM)
evidence based medicine

・支える医療 (NBM)
narrative based medicine

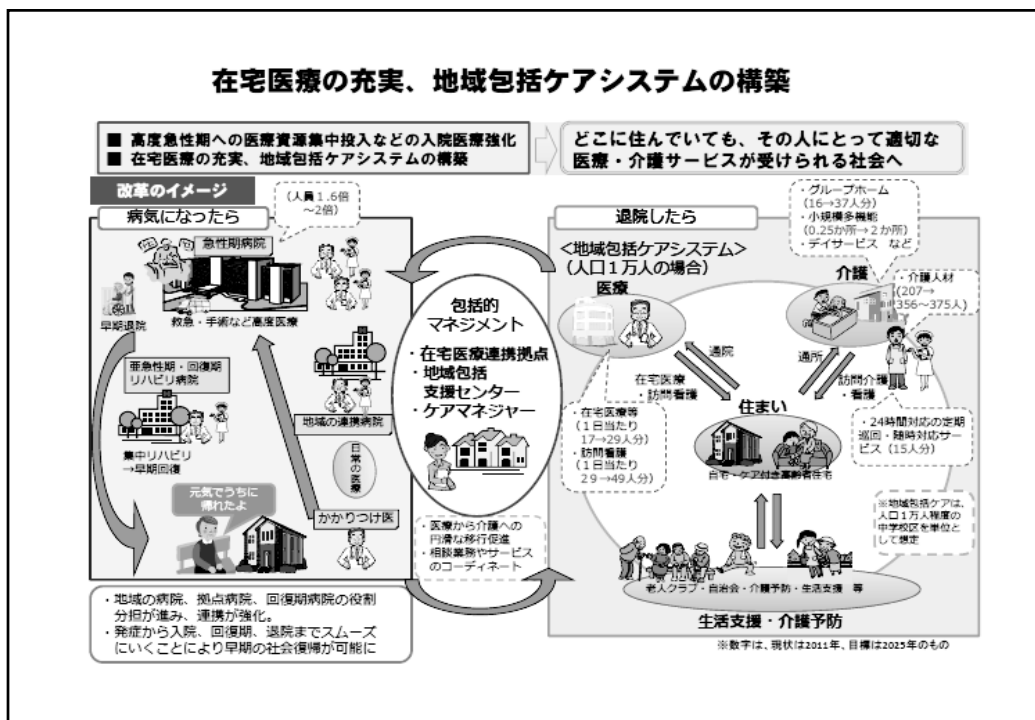
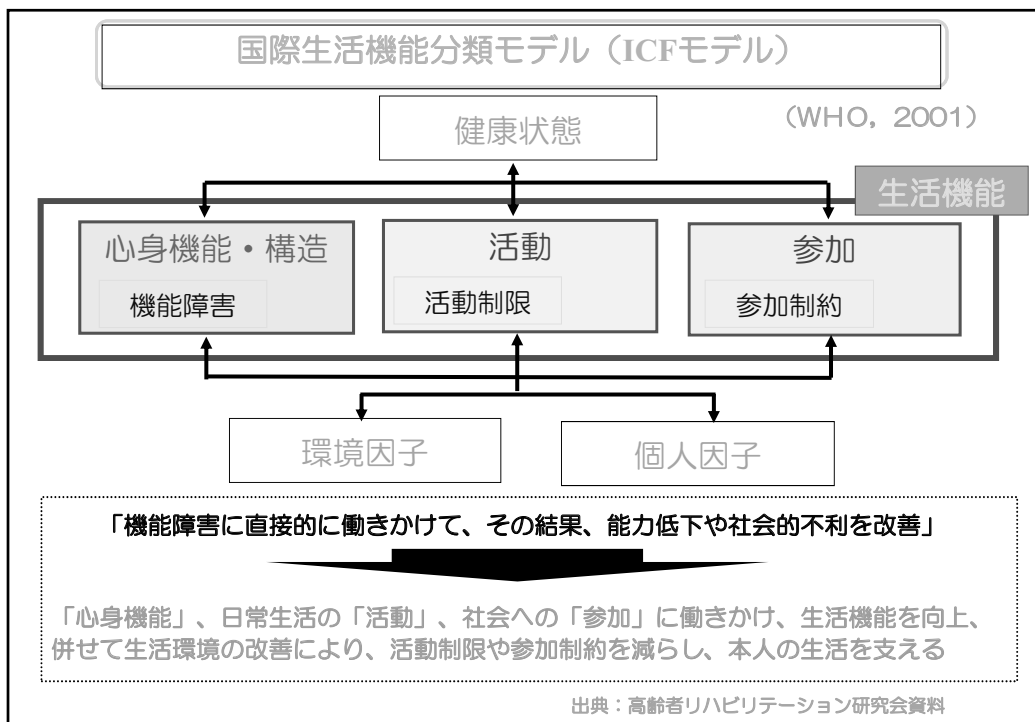
将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



地域の生活者の 人生・生涯を支える

1. 人工透析患者の場合
2. 在宅療養者の場合



【各方面からのスピーチ：介護】

「介護の面からICFの活用を考える」～医療機関と介護サービスとの連携を含めて～

社団法人 日本介護福祉士会 常任理事 舟田 伸司

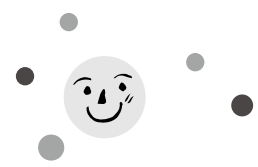
今回は大川先生からお電話をいただいて、こうしてお話しをさせていただいています。10数年前に大川先生から初めてICFという言葉を知り、いままで私がしていた介護で良かったんだと大変嬉しく思いました。ICFの考え方は決して真新しいとらえ方ではありません。現場のエピソードをお伝えして、それを共有できればと考えております。

まず仲間の老健施設での例です。病院から来られた利用者の方でしたが、病院では歩くように勧めても、全くやる気も意欲もない方でした。ところが老健に来て1ヶ月程度で歩かれるようになりました。要因は何だったかという、買い物好きだったということです。歩こうという活動レベルの部分ではなくて、参加レベル、それを支える買い物が好きだという個人因子が影響して、買い物に行くという参加レベルを向上していくうちに、必然的に活動レベルも上がっていった事例です。普段の生活を達成するために動く力、心を動かす活動力というのは参加レベルに含まれているのだと思います。

上田先生の言葉ですが、参加向上について複数の選択肢を提供するのが専門職のあり方だと思っています。伝える力が必要で、インフォームド・コーオペレーションは目の前の方の潜在能力を引き出すものだと感じています。生活の主役は本人ですが、私たち介護はどうしても「してあげる」という立場に立ちがちでした。補完的介護では逆に悪化する介護となってしまう。助けるだけの介護から良くする介護を行うということです。

うちの施設におられた方の事例ですが、「何か手伝うことないですか」を繰り返し、ふらふら歩き回られていた認知症の方です。大腿骨骨折手術後で歩行は不安定、転倒の危険性が高い方でした。しかし、たとえ認知症であっても、たとえ機能障害や構造障害があっても…本人が動くには理由があります。人の役に立ちたいというその想いです。そして理由のある活動は継続されます。そこが「活動」レベルを「参加」レベルで向上していく面白さです。この方は食後の食膳下げを見守りおこなう事で歩行の活動レベル向上がはかれました。

施設では転倒して骨折させないように車椅子で動いてもらい、結局「している活動」の活動レベルを勝手に下げることがよくあります。また逆に、歩行訓練をやりすぎて疲労困憊して歩けなくなってしまうこともあります。そのためには、歩けるときだけでも歩きましょう。「できる活動」のレベルを見極めた上で、「している活動」の中で行っていくということが大切です。危ないと言って抑制してしまつては可能性をつぶしてしまいます。本人



が動くには理由があります。理由のある活動は継続されます。そこに参加レベルの部分が加味されていく、そこがICFのおもしろさの1つと思います。

専門職の存在理由としては、多職種間の相互依存性と相対的独立性。ICFの言葉ですが、ICFを推進していくには多職種間でこういうことを理解していくことも必要だと感じています。そして当事者の方には頑張る方法も諦める方法すらもバラエティ豊富に提供できる、そんな専門職が必要なのではないかと考えています。

エピソードの1です。心疾患で10m歩いたら息が切れてしまう患者さんに、もう歩けないことを説明しなさいと言われて、うまくできないと悩んでいた研修医がいらっしやいました。その方はできないことを見つけて、できないことを説明しなくてはいけないことに悩んでいたんですが、10mしか歩けない、じゃなくて10mも歩けるという考え方のアドバイスによって説明することができたということです。マイナスの説明はもちろん大事ですが、そこから生まれてくるプラスというものもあるんじゃないでしょうか。

エピソードの2です。うちの前の施設長の言葉です。「患者や利用者を人質にするな」と。これしかできない、こういう方針だ、と本人の選択の幅を限定しないでバラエティを守る。この言葉があって、うちのいまの老健があると思っています。

エピソードの3です。肺炎で入院されていて、生活不活発病という状態で、座ることができないという評価でうちの施設にいらっしやった方です。でもこの方は座ることができないのではなく、車椅子のフィッティングがうまくいっていただけで、その日に座れるようになりました。環境促進因子がなかったわけです。座れた途端に、その方らしい元通りの憎まれ口を叩けるようにもなりました。環境因子1つの工夫で劇的に変わることもあるわけです。マイナス面にとらわれて分析もしないまま現場で受けてしまうと、このような状況になってしまいます。寝食分離の効果は大きいです。座ることに手間をかけることが私たち介護の大事な仕事だと思います。

エピソードの4です。心不全と声帯麻痺気管切開で要介護5、老衰でいつ亡くなくてもおかしくないという方で、急性期病院でも医師から「いつ死ぬかわかりませんよ」と再々言われた方でした。緊張が強く座位が取れないので車椅子に座れなかったんですが、ティルト型の車椅子を用意して、移乗介助をすることによって見事に座ることができました。結局、拘縮ではなく、痛くて突っ張っていただけでした。さらに在宅で訪問看護を受けるために、家族に指導、教育し、環境促進因子を高めた結果、在宅に戻ることができました。結局、この方は1ヶ月で亡くなられてしまいましたが、ベッドから離れて居間まで行けるようになり、

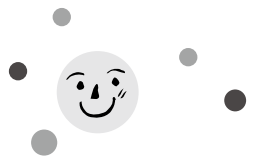
曾孫たちの歌にニコニコ笑う顔も見られたとのことでした。さまざまな因子、レベルを他職種と共有して、協働することによって、その方のいい人生をつくっていきける、そういう部分があるのではないかと思います。

また急性期病棟でアンケートを取った結果、100%の方がICFを知ってはいましたが、100%活用してないとのことでした。結局、現場とリンクしていないということです。また富山県下の老健のセラピストにもアンケートを取りましたら、やはり100%、ICFは知っていて、2割が現場で活用しているとのことでした。ここが急性期病棟と老健の違いなのかもしれません。

うちの施設の方の例ですが、この方も歩けない方でしたが、セラピストが「できる活動」の訓練を訓練室ではなく、生活する施設の場で始めました。私たち介護の人間も「できる活動」を目で見れるため、「している活動」においてチャンスを増やすことができました。この専門職同士の相乗効果により、この方は歩いて自宅に戻ることができました。

患者さんにとって医者への権威は大きく、それは効果のあるものですが、それだけでなく、他職種も医療知識を持ち、コミュニケーションを取って、ICFの理解と活用を基に多職種間で連携していくことが大事であると感じています。各専門職が存在価値を高め、プラスがプラスを生む相互依存性のある多職種協働を図っていきたいと考えています。烏合の衆ではなく、質の高いスペシャリストの集団がICFには必要であると感じています。

最後に、命はどこにあるか。うちの施設長の脳外科の先生は「頭にある」と。内科の先生は「心臓にある」と言ったそうです。では生きる生活というのはどこにあるのでしょうか。目の前の方にとってはどういうことが生きる全体像なのかを各自が思い描き、それをひもどくためにICFを押し進めていければと思います。



「日本介護福祉士会倫理綱領」

～前文～

私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。

そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉の専門職として、ここに倫理綱領を定め、自らの専門的知識・技術及び倫理的自覚をもって 最善の介護福祉サービスの提供に努めます。

1. 利用者本位、自立支援
2. 専門的サービスの提供
3. プライバシーの保護
4. 総合的サービスの提供と積極的な連携、協力
5. 利用者ニーズの代弁
6. 地域福祉の推進
7. 後継者の育成

当事者の自己決定と専門家の役割

総合リハビリテーションの新生：上田敏（日本障害者リハビリテーション協会顧問）

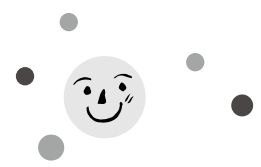
◎決定の過程では専門家は自己の専門性を最大限に発揮して当事者に協力し、支援し、「当事者の最良の利益の実現」のために努力すべきである。それが「当事者中心」。

- ・問題解決能力の向上を助ける。
- ・それを通して自己決定能力の向上、発展にも貢献することができる。
- ・特に当事者の自己決定能力が低いからでない。
- ・通常なら経験しないで済むような特別の困難に直面している。
- ・より高い自己決定能力を必要としている。

☆参加向上について複数の選択肢を提供し、本人が選択自己決定する。引き出しの多さと根拠の理解と説明能力、インフォームド・コオペレーションへ。

自分の生活の主役は自分

- ・「してあげる」補完的介護では利用者の方々が主役になれず、下手をすれば介護する側が主役になってしまう
- ・何故と深く探る省察能力
- ・集団の中でも個別性を考える（個人因子）
- ・その人の力を信じる（潜在能力の活用）
- ・自立度は人間としての尊厳に影響する



誰のために…

何のために…

「助けるだけの介護」から 「よくする介護」へ

- ❖ ICFを介護現場でどう生かすかという臨床実践。
- ❖ 介護の対象を生活上の不自由でなく「人」全体であるとして生活機能モデルに基づいて把握し、そして、その人ならではの個別的目標設定とプログラムを進めていく。
- ❖ 「よくする介護」が可能となる根拠…「活動」の「心身機能」に対する相対的独立性が重要。

「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用 P12

「活動」は「参加」の具体像

- ❖ 参加と活動のセット
- ❖ 「参加」…社会や家庭での役割を果たす事
- ❖ 「参加」は1日中の1つひとつの生活行為（「活動」）の積み重ね

「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用（大川弥生著） P47

「活動」は「心身機能」の総和

- ❖ 「活動」はとても多くの心身機能を含み、それらを同時に働かす
- ❖ 「屋外歩行」…全身の筋肉や平衡機能、心肺機能を使い、足下や周囲、すれ違う人や追い越していく自転車などに注意を払い、凸凹なところには足の動かし方を変え、障害物を避けるなど活発な精神活動も必要

「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用（大川弥生著） P49

わたしというわたし



足が痛くて困ってるの
歩けるようになりたいわ

お正月には玄關にいつもお華を活けて飾っていたわ

甘いものには目がないの
たまには大福でも食べたいわ

食欲がないわ

夫はとても素敵だったのよ

三軒隣のみっちゃん
元気かしら？

活花を習ってたのよ

村の運動会ではいつも一番選手だったのよ

長男は東京の大学を出て銀行の支店長なの自慢の息子よ

孫にもたまには会いたいわ
お年玉もあげたいの

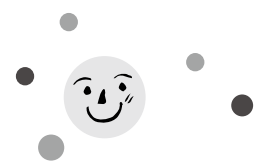
本当はね…体操をしたくない時もあるのでも職員さんに気兼ねで言えないわ

氷川清が大好きなの

専門職としての バラエティーを増やす

- 1) 介護技術の基本の習得
- 2) 分析能力向上
- 3) 介護技術の応用力向上
- 4) 環境因子（福祉用具）の知識
- 5) 十把一絡げ（じっばひとからげ） 介護からの脱却
- 6) よくする介護へ





「よくする介護」の基本的な考え方

- ① よくする介護の対象は「生活機能低下（障害）のある人」とその人の生活・人生全体
- ② よくするのは現時点だけではなく、将来を考えて：目標設定が重要
- ③ よくする観点から「している活動」に働きかける
- ④ よくする専門的技術でプラスを引き出すこと（潜在的生活機能の発見開発）
- ⑤ よくするには「生活不活発」・「生活機能低下の悪循環」の予防改善を重視
- ⑥ 真のチームワークとして働きかける
- ⑦ 利用者・家族との「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関係）が前提：自己決定権の尊重、尊厳の重視

「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用 P70～71

介護福祉士は臨床の省察家

- 実践しながら情報収集ができる。
- 実践しながら分析ができる。
- 実践しながら日々の変化を発見できる。
- 実践しながら目標を共有できる。
- だから決めつけない関わりができる。

*** だからこそ情報の客観性が重要**

（誰もが理解できる＝インフォームド・コオペレーション）

介護現場のエピソード

Episode1：命が助かったらそこで役割は終了？！

研修担当医から歩く生活はあきらめると『できない説明』を患者にするよう言われ苦悩した研修医…出来ないことを見つけ、出来ないことを説明するのではなく、可能性を見つけ、沢山のバラエティーを提供できるそんな視点。「限定的自立（参加制約）」状態ではあっても、そこから「普遍的自立」への可能性を当事者と共に考えていくことの必要性は？

Episode2：患者や利用者を人質にしない

当施設の前施設長（医師）の名言『患者や利用者を人質にしない。』『うちではこれしか出来ません。』『こういう方針です。』と本人の選択の幅（可能性）を限定しない。活動の「レパートリー（様々な活動の種類）」と「バラエティー（同じ活動項目の行い方の多種多様性）」が産まれなくなる。

Episode3：座れる事で片手があく。その片手に可能性発見

肺炎入院後、生活不活発、座れない、動けない、話せない状態で退院、リハビリ目的で入所した当事者。インフォームド・コオペレーションと環境促進因子へのアプローチで参加レベルと活動レベルが即日改善。趣味の囲碁と小言の復活へ。

介護現場のエピソード

Episode4：これがインフォームド・コオペレーション？

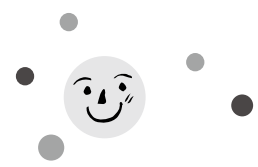
心不全と声帯麻痺気管切開状態等で介護度5、老衰状態の当事者。在宅に向け「いつ死ぬかわかりませんか？」と繰り返し説明する医師と「緊張伸展が強くて車椅子に座れないので通所サービスは無理です。」というセラピスト。在宅他職種協働、環境促進因子工夫で参加レベルの向上が！

Episode5：運転がしたい当事者とそれを支える担当医

運転がしたい脳出血右片麻痺の当事者。それを否定せず、可能性を検討する担当者会議。自分のしたいことを専門職が共に考えてくれる。そのチーム環境促進因子が妻との喫茶店デートや家族外食を実現、活動レベルの歩行も四点杖の工夫から階段とスロープ歩行を目的に一本杖歩行までに。

Episode6：介護度が高いとICFは使えない？

介護度5（脊椎損傷・パーキンソン病・四肢麻痺）の当事者。母としての参加レベルの目標から活動レベルの目標に。移乗方法の介護バラエティーと環境因子の工夫、抗重力筋へのアプローチで笑顔のある家族への復帰。



介護現場のエピソード

Episode7：している活動の専門家

身体抑制を受けていた当事者。当施設入所後多職種協働で活動レベルの向上（食事と排泄のバラエティー）、「生活機能低下の悪循環」の予防と改善へ。

Episode8：人間に戻れた！～自立度は人間の尊厳を守る～

きっかけは尿留置カテーテルの抜去。生活の一部として行ったポータブルトイレ排泄が同時に、頻回におこなう訓練としての効果へ。トイレへそしてカラオケへ。その行動継続が生活意欲の継続、参加レベルの向上へ。

Episode9：自発的行動には納得と自己決定が必要

意欲がない?!参加レベルの目標から活動レベルの目標に。階段昇降りハビリ、そして喫茶店接客経営参画、充実した生き甲斐へ。

多職種協働

～真のチームワークに向けて～

求められる介護福祉士像

「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」報告書（2006年7月5日）より

[これからの介護福祉士の人材養成における目標]

- ①尊厳を支えるケアの実践
- ②現場で必要とされる実践的能力
- ③自立支援を重視し、これからの介護ニーズ、政策にも対応できる
- ④施設・地域（在宅）を通じた汎用性ある能力
- ⑤心理的・社会的支援の重視
- ⑥予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対できる
- ⑦多職種協働によるチームケア（多職種協働のスキル）
- ⑧一人でも基本的な対応ができる
- ⑨「個別ケア」の実践
- ⑩利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力
- ⑪関連領域の基本的な理解
- ⑫高い倫理性の保持

ICFの活用と実用化に向けて

各専門職が自己の専門性を自己覚知する

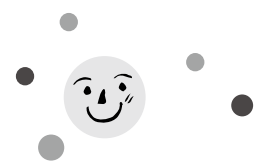
医療から介護への連携で同じ絵を見る

（命の継続から生活の継続へ）

ICFの現場それぞれ種類に応じた役割分担それを支える制度改革

ICFの活用のための課題と対策の明確化

他職種間でのICF良質のエピソード体験の共有と好循環を



【各方面からのスピーチ：診療情報管理】

「診療情報管理の面からICF活用を考える」

浜松市リハビリテーション病院 副院長 高橋 勇二

私は現在、回復期リハビリテーション病院で診療に従事しているかたわら、日本病院会診療情報管理士通信教育専門課程小委員会に属しております。もともと整形外科の手の外科を20年ほどやっております、その後、全人的な医療をしたいとリハビリテーション科に転向しました。急性期のリハビリテーションではなかなか満足にできないので、回復期リハビリテーション病院にやっと移ったのですが、病院の都合でまた整形外科をやってくれということで、診療は整形外科で、頭の中はリハビリテーション医をしております。先ほどの舟田さんの老健と急性期病院の間の回復期の病院ということになります。

今回は診療情報管理学と回復期病院の現場の視点から、医療現場ではICFのコーディングを誰がどこで実施するかということに焦点を当てて発表させていただきます。

診療情報とは診療の過程で患者さんの身体状況、治療等、医療従事者が知り得たすべての情報のことを言います。ICFのコーディング情報は患者さんの生活機能上の状態を表したものですから、この診療情報に含まれます。診療情報学とは、診療情報を的確にコーディングして臨床の現場に活用し、さらにデータベース化して統計手法を用い、情報から知識と知恵を創出していく学問領域とされています。それらに携わる診療情報管理士の業務は、医師や他の医療職種から発生する各患者さんの診療情報を集め、法的なルールを守りつつ、一定の方式で整理し、必要なときに提供できるように管理することです。

以上から、診療情報管理士はICD、国際疾病分類にも携わっており、コーディングの技術、知識を備えているため、医師、看護師等、患者さんや家族と接する職種がICFの概念に沿った正確な記録を残してくれれば、診療情報管理士がコーディングを実施することは最も有効的な手段かと思われませんが、現実にはICD、その他の業務で手一杯で、とてもICFコーディングにまで手が回らないというのが実情です。また診療情報管理士のICFに対する教育も十分とは言えず、各施設への配置についても行き届いていません。

そこで私の所属する回復期リハビリテーション病院においてICFについてアンケートや聞き取り調査を行いました。

医師においては、ICFについてリハビリ科医は全員知っており、内科医は半分、整形外科医は私だけでした。ICFにコーディングがあることを知っているのはリハビリ科の2名だけで、リハビリテーション総合実施計画書がICFに沿っていることもリハビリ科の4名

だけが知っていました。リハビリテーション総合実施計画書には、評価項目、また目標のところに心身機能・構造、活動、参加、環境というものが含まれているので、知らず知らずのうちにICFの概念を使っているということになるわけです。活動のところでも「している活動」と「できる活動」をはっきり区別して、「できる活動」はリハビリ療法士が、「している活動」は看護師がチェックしています。このようにICFの考え方は既に取り入れられているのですが、リハビリ科以外の医師はICFを認識していないという状況でした。

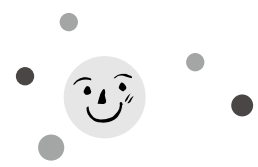
MSW（メディカル・ソーシャル・ワーカー）においては、ICFの概念は知っていましたが、コーディングがあることは知りませんでした。またコーディングに関わることについては、全員が「できない」との結果で、自分たちは関係ないと思っているような印象を受けました。

リハビリテーション療法士においては、9割がICFを知っていましたが、コーディングについては3分の1しか知りませんでした。さらにリハビリテーション総合実施計画書についても、全患者さんに関与して作成しているにもかかわらず、ICFを意識している者は3分の2にとどまりました。またコーディングを行うのにふさわしい職種を聞いてみたところ、万遍なく票が分かれましました。この結果からは、いろんな職種で協働して作成していかうではないかという、いかにもリハビリテーションに関わる人たちの意見という感じでした。

看護師にはアンケート調査は行いませんでしたが、ICFについては知らない人がほとんどでした。当然、リハビリテーション総合実施計画書にICFの概念が入っていることも全然知りません。またADLの評価としては看護記録にFIM、ファンクショナル・インディペンデンス・メジャーという評価方法の評価表が含まれていましたが、しっかりしたFIMの講習を受けた者はほとんどいませんでした。業務量から見ても現状では看護師がICFコーディングに対応するのは困難かと思われました。

実際に、当院に入院中の78歳の対麻痺の患者さんに対して、主治医の私とプライマリナース、PT、OTの4名で活動と参加の中分類チェックリストを用いて、それぞれがコーディングしてみましたが、やっぱりうまくできませんでした。やはりICFのトレーニングコースを経ないと無理なのかもしれません。

最後に実用化に向けた対策について少しだけ提言させていただきます。従来から言われている一般的な対策は、ICF簡易版の開発、症候群別のコアセットの開発、イラストを多用したコーディング解説書の作成、評価点基準の明確化などですが、私がさらに付け加えたいことは、ICFの周知が不足していることから、まず医師、看護師等の関連職種にICFの



教育を強力に推し進めることが必要かと考えます。また診療情報管理士を有効に使うことも提言したいと思います。急性期病院ではICFの適用は難しそうですが、回復期から介護の分野にかけては、ICFは十分共通の言語として使えるという印象を持ちました。診療情報管理士も診療情報だけではなく、介護記録にも積極的に関与して、情報の質の向上を目指していくことを考えれば、診療情報管理士は有効な人材となるのではないのでしょうか。

以上、ICFコーディングは誰が実施するかについての考察は、医療の分野ではリハビリ療法士を中心に、看護師、医師、MSW等がICFに沿ったチェックを行い、診療情報管理士がコーディングを行うということが現実的なところかと思われま

診療情報管理学の面から ICF活用を考える

浜松市リハビリテーション病院 整形外科
診療情報管理士通信教育専門課程小委員会
診療情報管理学会評議員
高橋勇二

ICFのコーディングは誰が実施するか？

2012/12/13 日本未来科学館

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital



診療情報

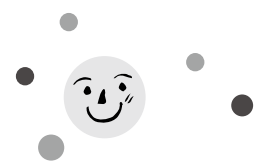
- 診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療などについて、医療従事者が知り得た全ての情報



ICFのコーディング情報
患者の生活機能の状態を表したもの

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital





診療情報学

- 診療情報を正確にコーディング
- 臨床の現場に活用
- データベース化
- 統計処理

「情報」から「知識」や「知恵」を創出する学問

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital

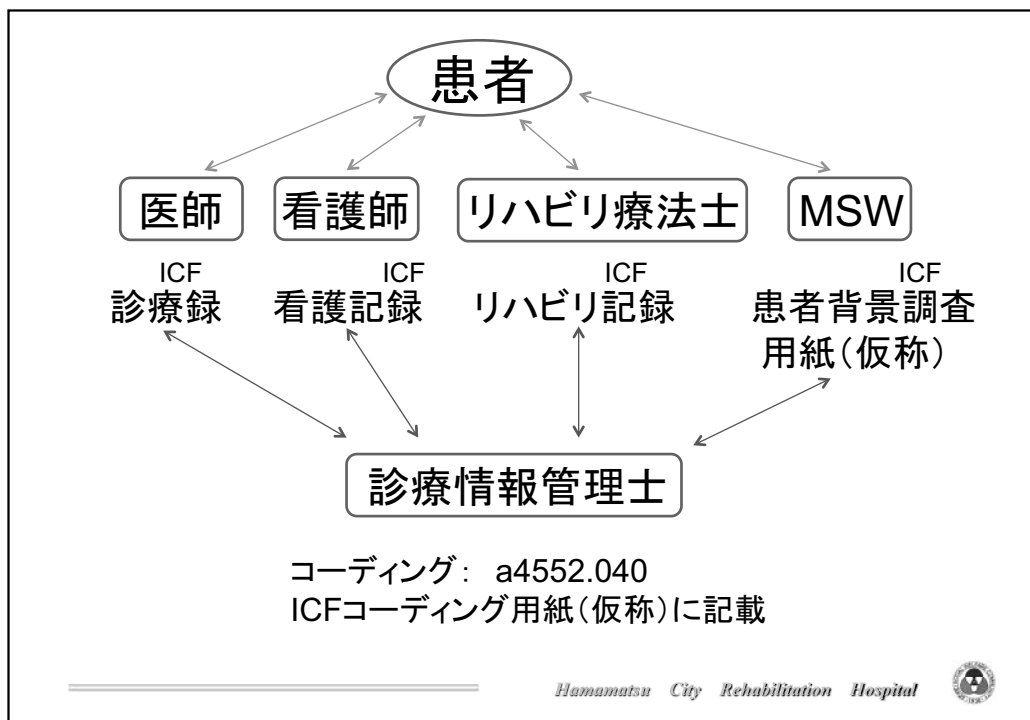


診療情報管理士の業務

- 医師や他の医療職種から発生する患者の診療記録を収集
- 法的なルールを遵守
- 一定の方式で整理
- 必要な時に直ちに提供できるように管理

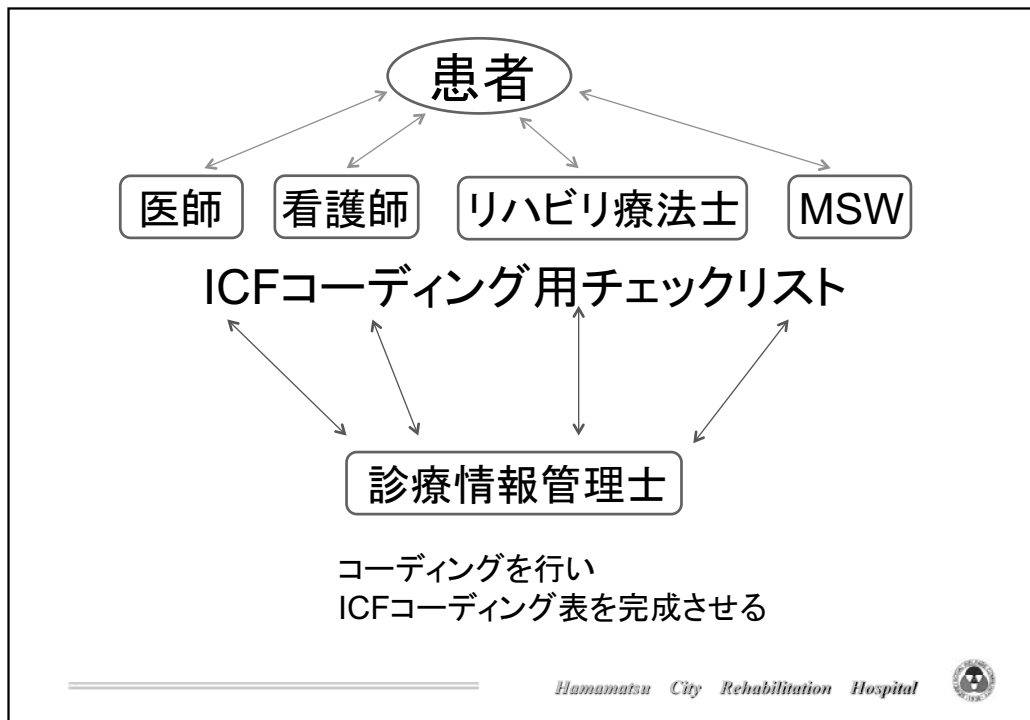
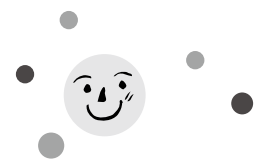
Hamamatsu City Rehabilitation Hospital





診療情報管理士がコーディングを行う利点

- 現状、ICDやDPCのコーディングを実施
- コーディングの技術を備えている
- 国際的なコードシステムに慣れている
- 疾病に限らない標準化されたコード体系が 世の中にあることを知っている
- ICFコーディングを普及させるためには、どのような記録・記録システム・記録用紙が必要かというステップに参加できる



しかし、現実の診療情報管理士は？

- ICD、DPCのコーディングで手一杯
- ICFに関する啓蒙、教育は不十分
- 大病院、急性期病院に配置
- 中小病院、回復期病院、療養型病院には少
- 介護施設には？

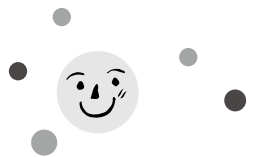




調査項目

- ICFの周知度
- 他の評価尺度との関連
- 他の業務との関連
- 「ICF:活動と参加の中分類チェックリスト (大川2007)」を用いてコーディング実施
- その他





アンケート結果（医師）

	リハビリ科	内科	整形外科
ICFを知っている	5/5	2/4	1/4
ICFにコーディングがあるのを知っている	2/5	0/4	
現行のリハ総合実施計画書の評価項目及び目標がICFに沿っていることを知っている	4/5	0/4	0/4

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital



W3 リハビリテーション総合実施計画書

評価項目・内容

心身機能・構造

活動

参加

環境

目標

参加

活動（すべて実行状況）

心身機能・構造

環境

2024年11月 高橋 孝二

項目	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」				
	自立	監視	軽介助	全介助	非実施	自立	監視	軽介助	全介助	非実施
ADL, ASL 等										
屋外歩行					✓					✓
階段昇降					✓					✓
廊下歩行					✓					✓
病棟トイレへの歩行					✓					✓
病棟トイレへの車椅子駆動(昼)					✓					✓
車椅子・ベッド間移乗		✓					✓			
椅子座位保持	✓					✓				
ベッド起き上がり	✓					✓				
食事	✓					✓				
排尿(昼)			✓					✓		
排尿(夜)				✓					✓	
整容				✓					✓	
更衣				✓					✓	
装具・靴の脱着		✓	✓				✓	✓		
入浴		✓	✓				✓	✓		
コミュニケーション	良好。(認知症の影響あり)									
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有(時間帯:)					理由:)				
	日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ無し)、 <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ有り)、 <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ、肘受けあり)、 <input type="checkbox"/> 車椅子、 <input type="checkbox"/> ベッド上、 <input type="checkbox"/> キャットアップ									
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定)					社会参加 (内容・頻度等)				
	(職種・業種・仕事内容:)									
	経済状況 ()					余暇活動 (内容・頻度等)				

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital

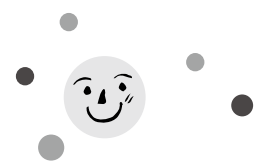


アンケート結果 (MSW)

ICFを知っている	4/4
大学・専門学校等でICFを習った	4/4
ICFにコーディングがあるのを知っている	0/4
現行のリハ総合実施計画書の評価項目及び目標がICFに沿っているのを知っている	1/4
MSWはICFコーディングに関わることができる	0/4

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital





専門職種	PT	OT	ST	未記入		
人数	33	29	6	1		

経験年数	2年未満	5年未満	10年未満	20年未満	20年以上	未記入
人数	19	22	17	5	1	5

アンケート結果(リハ療法士)

ICF(用語)を知っている	68/69
ICIDHを知っている	65/69
ICFのおよその概念を知っている	62/69
大学・専門学校等でICFを習った	62/69
ICFIにコーディングがあるのを知っている	23/69
現行のリハ総合実施計画書の評価項目及び目標がICFIに沿っているのを知っている	45/69



病院内でICFコーディングを行うのに 相応しい職種は？

医師	看護師	PT	OT	ST
45	42	38	39	32
MSW	診療情報管理士		医事課	わからない
22	5		5	12

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital



看護師

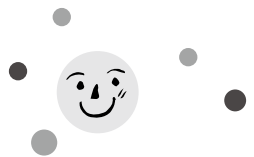
- ICF:ほとんど知らない
- リハビリ総合実施計画書にICFの概念が入っていることも、当然知らない
- 看護記録:FIM
- 看護必要度:毎日14時にチェック



現状、ICFコーディングに対応することは困難

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital





ICF：活動と参加の中分類チェックリスト

環境	活動		能力 支援なし 支援あり	活動	参加			
	実行 状況	能力			実行 状況	能力 (可能性)	環境	
5章 セルフケア	3	3	3	a510.	自分の身体を洗う			
		3	2	a520.	身体各部の手入れ			
		3	3	a530.	排泄			
		3	2	a540.	更衣			
	2	2	2	a550.	食べる※			
	2	2	2	a560.	飲む※			
	4	4	3	a570.	健康に注意する			
6章 家庭生活		3	3	a610.	必需品の入手			
		3	3	a620.	住居の入手	p610.	3	3
		3	3	a620.	物品とサービスの入手	p620.	3	3
		3	3	a630.	家事			
		3	3	a630.	調理	p630.	3	3
		3	3	a640.	調理以外の家事	p640.	3	3
		3	3	a660.	家庭用品の管理および他者への援助			
7章 対人関係		3	3	a710.	一般的な対人関係			
		2	2	a720.	基本的な対人関係			
		3	3	a730.	複雑な対人関係			
		3	2	a730.	特定な対人関係			
		3	2	a730.	よく知らない人との関係	p730.	3	2
		3	2	a740.	公的な関係	p740.	3	2
		3	2	a750.	非公式な社会的関係	p750.	3	2
	3	3	a760.	家族関係	p760.	2	3	
	3	3	a770.	親密な関係	p770.	2	3	

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital



意見

- 概論は解るが、実際にコーディングするとなるととても使いづらい
- 活動性の低い寝たきりに近い人にも適応できるのか疑問
- 項目数が多い
- 例(サンプル)がないとどう評価してよいのか解らない
- 8章教育に、実行状況をどう反映させるのか解らない
- 実行状況と能力(支援あり)の違いがはっきりしない
- 評価点の基準が不明確
- FIMの方が使いやすい
- 環境因子をどう入れるか解らない
- チェックリスト形式でよいのでは(コード化する意義が不明)

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital





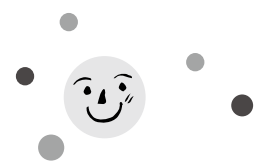
対策

- ICF簡易版の開発
- 疾患群別などのコアセットの開発
- イラストを多用したコーディング解説書
- 評価点基準の明確化

* 医療関連職種にICFの再教育を推し進める

* 診療情報管理士を有効に使う





ICFのコーディングは 誰が実施するか

- 医療の分野では、リハビリ療法士を中心に、看護師、医師、MSW等がICFに沿ったチェックを行う
- コーディングは診療情報管理士が行うのが理想的だが、上記スタッフのチームで行うのが現実的

Hamamatsu City Rehabilitation Hospital



【各方面からのスピーチ：患者】

「患者から医療への期待をICFから考える」

株式会社電通パブリックリレーションズ シニアコンサルタント 大日方 邦子

きょうは大変緊張しておりますが、専門的な話ではなく、私個人の障害、あるいは疾病といったものをICF的に患者の立場で考えるとどうなるかということについて私の考えをお話いたします。

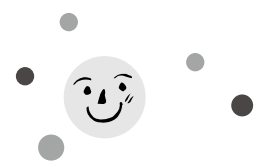
スライド1枚目の「壁なんて破れる」というのは、私が書いた本のタイトルにもした、私がとても大切にしている言葉で、講演会でよく使う演題でもあります。ICF的に言えば、私自身がどういう価値観を持っているかという個人因子になるのでしょうか。障害や社会の壁等、さまざまな壁はあるけれど、何とかなる、自分で破るものだと。そうありたいと。自分自身を励ます意味でも、子供たちに伝えたいという気持ちでも使っています。

ICFの概念図を患者の立場で見たとき、概念はわかるし、賛同もしたいと思いますが、患者がどこまでこの概念図を理解し活用していったらいいのかという戸惑いはあります。まず私自身の経験をお話ししていきたいと思います。

私はアルペンスキーの選手で、5回パラリンピックに出場し、競技歴は約20年です。3歳のときの交通事故で右足の膝から上を切断、左足にも障害が残っているという状態です。私にとって環境因子として非常に重要だったと考えているのは家族です。両親からは「何々はできない」「やめなさい」と言われたことがなく「どうやったらできるか工夫してやってみよう」という考え方で接してくれ、弟たちも一生懸命手伝ってくれる環境にありました。そういう恵まれた環境で育ったことも、私がパラリンピックに挑戦する意欲を持つに至った背景にあると思います。

また私自身も大変活発な子供で、小・中・高・大学と、いわゆる健常者の中で生活してきて、できないことがあるとわかってはいても、何とかやってみようと考えながら動いてきました。チェアスキーと出会ったのも全くの偶然からで、たまたま誘っていただいたんですが、そういったことも環境因子となるのかもしれない。

そうして始めたチェアスキーにおいて長野パラリンピックで金メダルを取ることができたとき、たくさんの人から「障害者って弱い人だと思っていたんだけど、すごく強そうですね」というような言葉をいただきました。私はかねて、障害者は世間から弱い立場と見られてしまうことに息苦しさを感じていて、そんなことはないんだということを伝えなかったため、パラリンピックは大変いいツールだと感じ、私が頑張れば世間の思い込みが変わるかも



しれない、人生をかけて続けようと思えました。

この10年、15年でパラリンピックはどんどんオリンピックに近づいていき、障害者のリハビリ、あるいは社会参加といった意味合いから離れ、どんどん競技力が向上していきました。私も仕事と選手の両立が難しくなり、結局、競技に専念できる環境を求めて、いまの会社に転職することにもなりました。

しかしその直後、私は競技中に肩を脱臼するという事故に見舞われてしまいました。1本のスキー板の上でバランスを取るチェアスキーにとっては、肩の脱臼は選手生命の危機に直接つながるものでした。結局、私は手術することを選択して、6ヶ月間のリハビリ期間を経て復帰し、バンクーバーオリンピックでまたメダルを取ることができたわけですが、主治医には私の競技の特性を詳しく伝え、また私の希望というものも詳しく伝えて、わかっていただいたことが私の選択を可能にしてくれたと思っています。

ただ患者が医師から示された複数の治療方針を選ぶ時、ICFという概念をどう理解し、関わっていったらいいのかという大切なことはまだ私自身の答えが出ていないのですが、ICF的に言えばインフォームド・コーオペレーションでしょうか。情報共有をしっかりと、患者の立場をしっかりと話すことが大切です。患者の立場としてはよくわからないので、つい「先生にお任せします」と言ってしまうがちですが、医療専門家はそれを言うてはいけないということを患者に伝えることが重要なのではないかと思います。先ほど大川先生がA3の白紙を持って「患者からいろいろ聞き出してあげてください」とお話しなさっていましたが、そういうことをしていただけると大変いいと思います。

私が主治医にしっかり伝えてもらえてありがたかったことは、手術のリスクと回復の見通しです。肩の脱臼の手術をしたら6ヶ月間は右手が使えない、その後、肩の関節の稼働域はこのぐらいに戻るといったことです。私が伝えたのは、バンクーバーパラリンピックに出場してメダルを取ることが目標で、そのためには何年何月までに治したい、一般競技シーンで実際に肩にかかる負荷はこのぐらいだ、といったことでした。こういうことを患者が最初から意識して対話できたら、医療者にとっても楽ですし、患者側にとっても望む治療、医療が受けられるのではないかと思います。

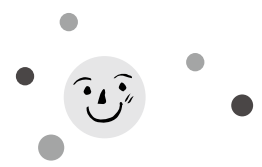
最後に、ICFという概念はとかく医療関係のものだけと思われがちですが、決してそうではなく、私たち障害を持っている人間から見ると、この概念は広く活用できると思っています。実は本日も、この会場で登壇する際には車椅子を使って登壇したいと当初お伝えしていたのですが、実際に来てみたら、車椅子で登壇しようとする、一旦会場を出て、外を何

十メートルも回っていかねばいけないことがわかりました。でも私には座席でぎりぎりまで皆さんのお話を聞いていたいという希望も強くあったので、結局、検討の結果、段差なく登壇できる方法を工夫できたため、車椅子の登壇ではなく、ほんの少し歩いて行って、立ってお話しするという方法を選択しました。

これは私にとってはICFの活用に近いんです。というのは、まず主催者側に対して、私の情報提供が不十分だったということです。基本は車椅子での登壇ですが、複数の選択肢があるということ、また会場で一緒に話を聞いていたいという希望も伝えていませんでした。もうちょっと詳しく伝えていれば、主催者側からも「こんな感じなんですが、どうでしょう？」という提案もきっとできていたと思います。

先ほど知識と態度と技能と3つが合わさらなければいけないというお話をされていましたが、まさに同じことで、車椅子でここに登壇する人はまだまだ少なく、手慣れたスタッフの方もどうしていいかわからなかったということだろうと思います。医療の現場でもきっとそういうことが起きていて、もっと情報提供する、あるいは知識、技能も磨いていく、そういったことが大事なのかなと思いました。

1つの事例として聞いていただければと思い、以上お話しさせていただきました。



大日方 邦子 (おびなた くにこ) とは…

= パラリンピック選手
【種目】アルペンスキー

1994年冬季パラリンピック・リレハンメル大会
(滑降: 5位)

1998年冬季パラリンピック・長野大会
(滑降: 金メダル、スーパー大回転: 銀メダル、大回転: 銅メダル)

2002年冬季パラリンピック・ソルトレークシティ大会
(大回転: 銅メダル、回転: 銅メダル)

2006年冬季パラリンピック・トリノ大会
(大回転: 金メダル、滑降: 銀メダル、スーパー大回転: 銀メダル)

2010年冬季パラリンピック・バンクーバー大会
(回転: 銅メダル、大回転: 銅メダル)



競技人生最大の危機 = 肩脱臼

2008年 試合中の怪我
手術 & 6か月のリハビリ



不安・焦る気持ちと
どう向き合ったか

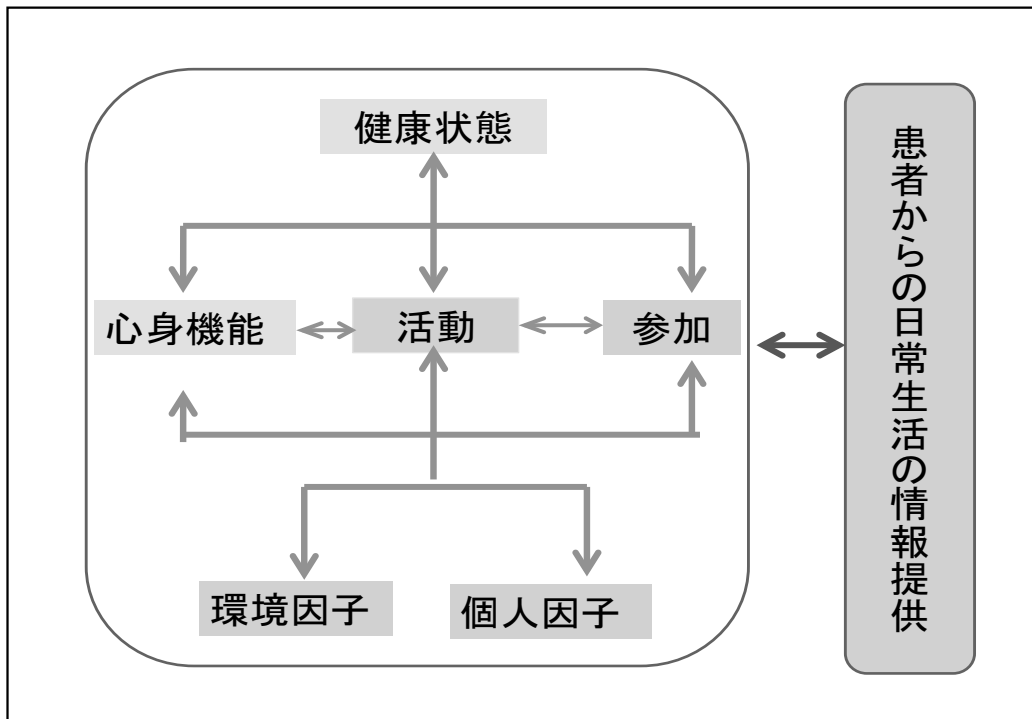
① 義足+手動車いす
(長距離長時間に対応)

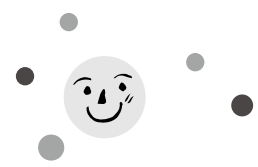
② 義足+杖
(中程度の安定感、中距離歩行)

③ 義足のみ
(短時間短距離歩行にのみ対応)

④ 義足+電動車いす
(右肩関節手術後の外出で利用)

状況に応じて環境因子(=用具)を使い分け





パネルディスカッション

谷 ICFについてはいろいろな課題がまだありますが、医療としては多職種が連携して、トータルで患者に対してサービスを提供するということが重要になってきています。実際に大日方先生が肩を脱臼されたときに、職種間でのコミュニケーションに関して、どのような苦勞があったのでしょうか。うまくいったかどうかお話しいただけますか。

大日方 結論から言うと、医療専門職種間でうまくいかせるのは難しかったというか、結局、サービスや用具の活用をしていったのは当事者だったという感じを受けています。ただお医者様には恵まれていました。

脱臼したとき、トレーナーから紹介を受けたドクターは、スポーツを専門にしている整形外科のドクターで、スポーツという共通言語を通じて説明をしてくださったので非常によく理解することができました。私は当初「とにかく早く治してください」と言ってしまうのですが、医師と時間をかけて話し合いながら、冷静に逆算して、パラリンピックの出場権を獲得するために復帰しなければいけない時期とそのため練習開始はいつということを伝えて理解していただきました。医師からは希望の時期に復帰するにはリハビリも相当大変だし、手術した肩を転んだりして再度痛めることは絶対にできないので入院期間も8週間になるという説明がありました。そして入院期間中に他の部位の筋力は落ちるので、それが問題だろうという話もあり対策をとったので、コミュニケーションはうまくいったほうではあります。転倒はしたくないけど、必要以上に介助もされたくないという希望を両立するために、電動車椅子を使うことを提案したのは私からでした。そういったことは普通の患者さんにはわからないので、PTやOTの方が提案してくださっていたら、なお良かったと思います。

谷 いまの大日方さんは時間と目的が非常に明確だったケースですが、そういうものが不明確だったり、認知症を発症していたりしてコミュニケーションが普通に取れない場合、舟田さんの施設で多職種連携においてコミュニケーションのご苦勞はおありでしょうか。

舟田 多職種間では、無理だ、ダメだという場合、どう伝えるかということが問題です。また在宅復帰が当事者にとって一番の方法なのかどうかも常に考えておかなければならないと思います。私たち介護職は当事者に一番近いところにいる、いわば代弁者だと仲間には言っていますが、本当にその方の気持ちになれているんだろうかと思いません。真に察するのはなかなか大変なことですが、だからこそ察しながら、変わってい

く人の気持ちも踏まえて、その人の歩んできた人生を個人因子としてとらえて、環境因子と絡めながら仲間に伝えていくということが大切です。ICFというキーワードを使いながら、レベルと因子をつなげて伝えていくと案外うまくいったりする例もあります。

谷 実際にICFの一番有効な活用というのは、それぞれ異なった立場にいる方々の言葉のギャップを統一化して、患者についての共通認識を持つというところかと思いますが、現状でICFが本当にこなれているかという、全くこなれていないような状況です。

今後に対しての期待感と、どういう改革、修正が必要かということをご皆さんから一言ずついただけたらと思います。

野中 ICFというのは、まずどうやって生きていくか、それを実現するという事なので、そういう視点を在宅医療の中でも展開できたらと思います。

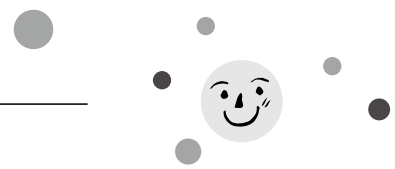
舟田 人間の生きる全体像をとらえるICFというのは評価の部分とかで難しいところがありますが、各職場で良質なエピソードを分析して、しっかり内容を共有していくことはICFを押し進める1つの方法だと考えています。

高橋 在宅、介護、リハビリテーション、スポーツ医学の各分野においては、本来の医療に戻るとICFの概念は自然に広まるのではないかと、本日思いました。また共通言語としてコーディングするという話では、コアセットか簡易版をつくってどんどん進めていかないと入る場所がなくなってしまうのではないかと感じています。

大日方 ICFの概念は、一般の人には半分もわからないのではないかと、ところが広めていく上では問題点ですが、患者の立場としては、ICFの概念はプラスを引き出すことであったり、目標の設定、自己決定権の発揮等、その意識を患者が持つということ伝える上では大変いいと思います。こういう議論を重ねていくことが普及につながるのではないかと思います。

大川 臨床において、ICFは、単に状況の評価するのに用いるのか、一方で患者さん・利用者さんの生活・人生を良くする医療や介護を行うために用いるのかで使い方は全然違ってくると思います。どういう医療等サービスであるべきかということ論じることと同時に、ICFの具体的な活用法は論じていくのが望まれると思います。

また診療情報管理におけるICFの活用については、患者さんの状況をただ把握するだけでなく、内容を分析して、その病院における、より良い医療の追求であるとか、システムの管理にまで生かすこともできると思います。ICFのコーディングは、誰



が、どういう機関で、どういう目的でなされるかによっても変わってくるかと思えます。それに合わせたコーディングも考える必要があります。

谷 ありがとうございます。ICFのコード化にはまだまだ課題がたくさんあるということでした。コード化については多職種間での共通認識を得るということも1つですが、それによって短時間で適切な対応策を共有していけることも大事なことだと思います。行政の政策としても、コード化によって課題を把握し、そこに集中的に資源、事業を投下することもできます。国際化が進んできた背景もあり、国際標準の評価基準の必要性が出てきたことありますが、やはり患者のための知の共有化というのが一番大きい部分かと思っております。

最後に質問をお1人だけどうぞ。

一般参加質問者 厚生労働省発行の赤い本の日本語版の翻訳の中の評価点に関してですが、0～4の評価基準の横についているパーセントがどういう意味なのか分からないので教えてほしい。また大川先生のスライドで、その0～4の評価基準と、普遍的自立、限定的自立、部分介助、全面介助という表現がどう結びつくかわからないので教えてほしい。

高橋 私が、評価基準が不明確と言ったのは、項目によってパーセントの値が適用できるものと適用しづらいものがあるという意味です。

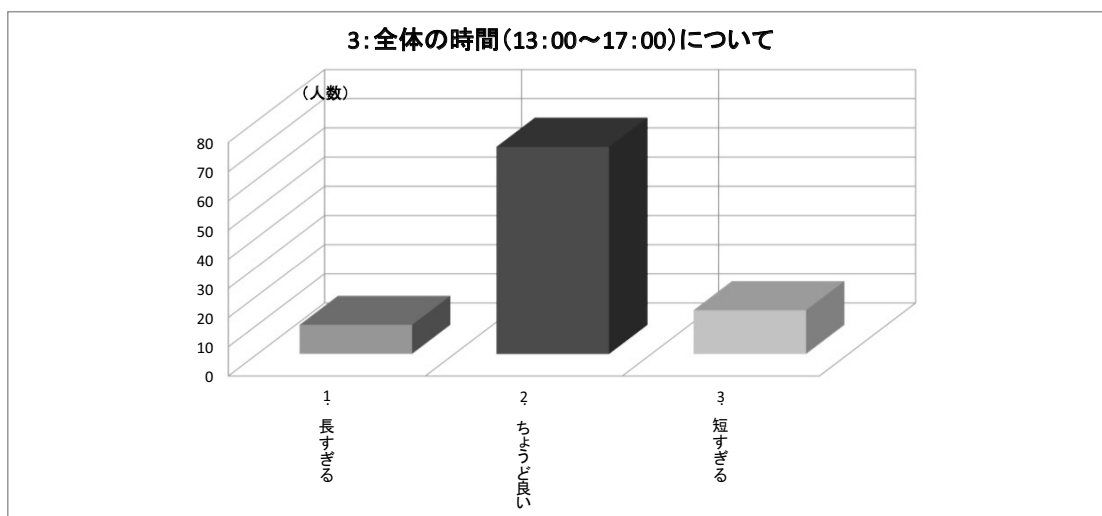
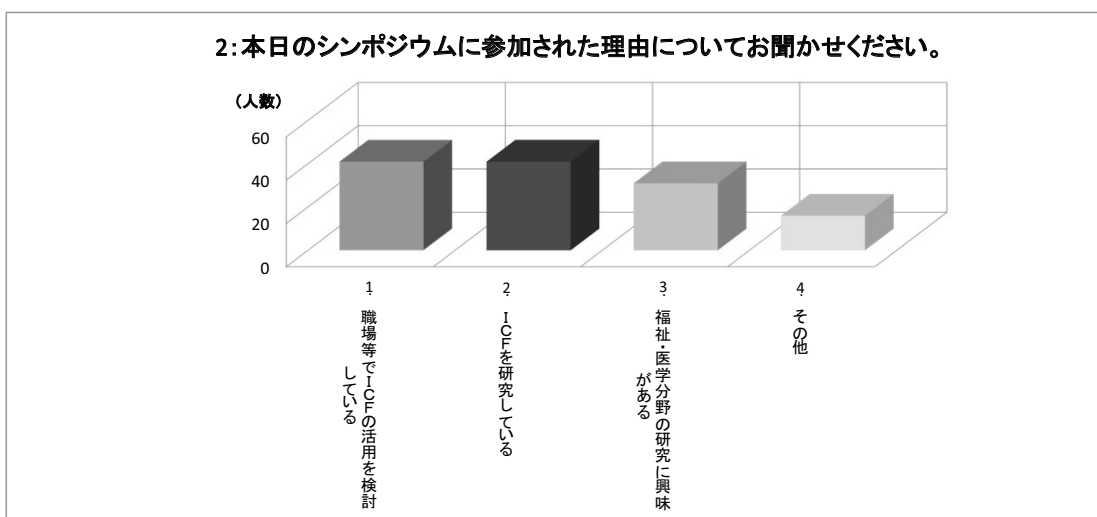
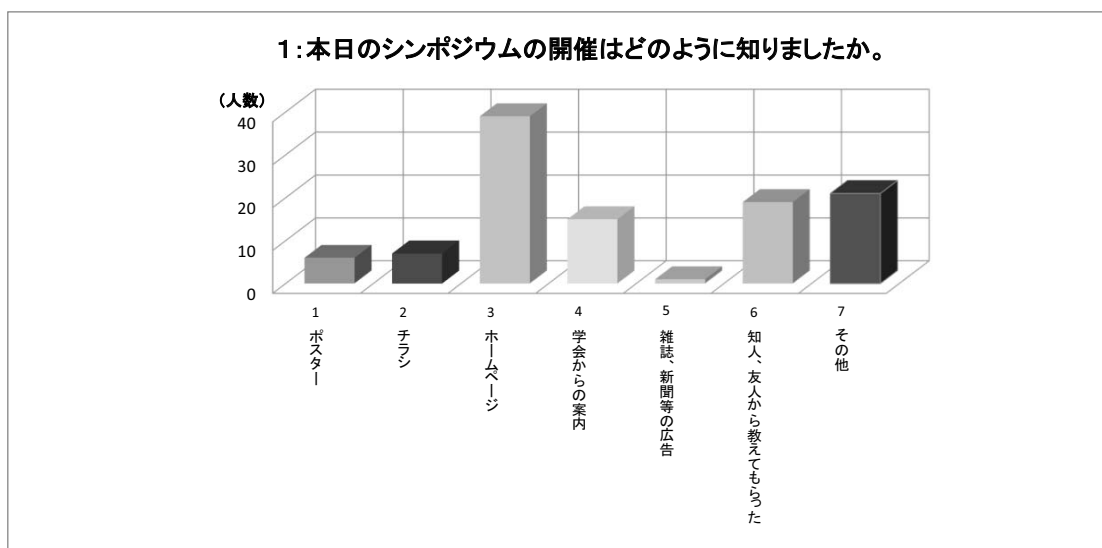
大川 WHOで示されたパーセンテージや表現については検討すべき部分もあると思えます。私がスライドで示したのは、厚労省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会が決めた「活動」・「参加」の評価点基準（暫定案）です。ご意見があればご連絡いただきたいと思います。

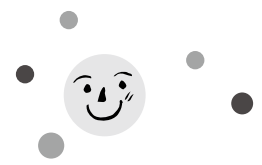
谷 まだ成熟したICDのような状態ではございませんので、どんどん意見をお寄せいただいで育てていくのが今後の課題かと思えます。

以上で、パネル・ディスカッションは終了させていただきます。

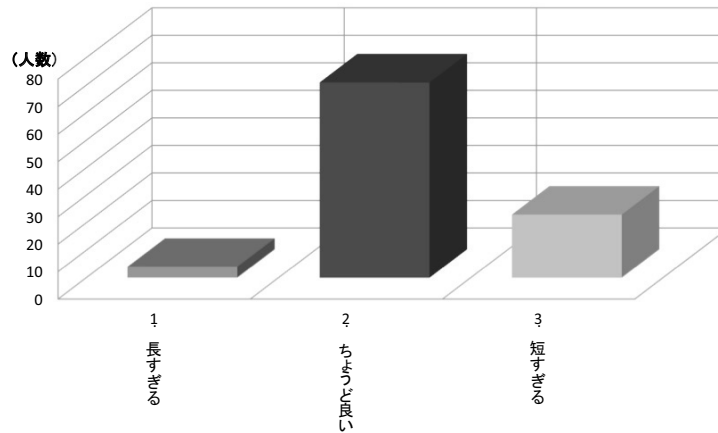
アンケート集計結果

参加者：151名 アンケート回収：102名（回収率67.5%）

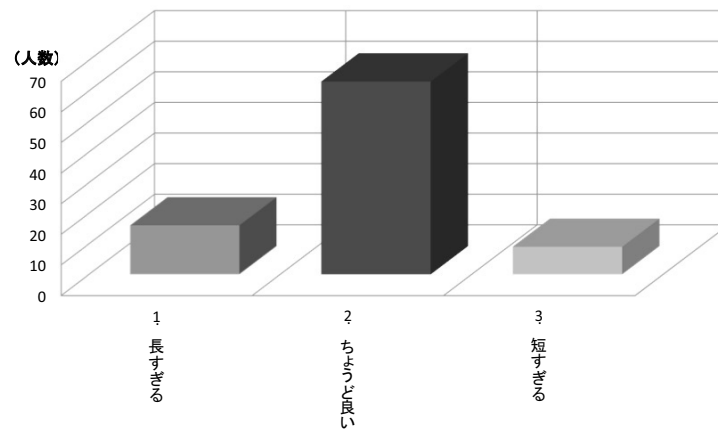




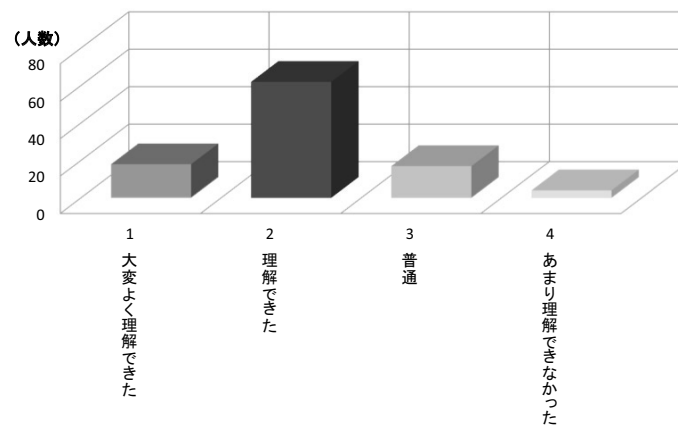
4:前半(大川氏)の講演時間について

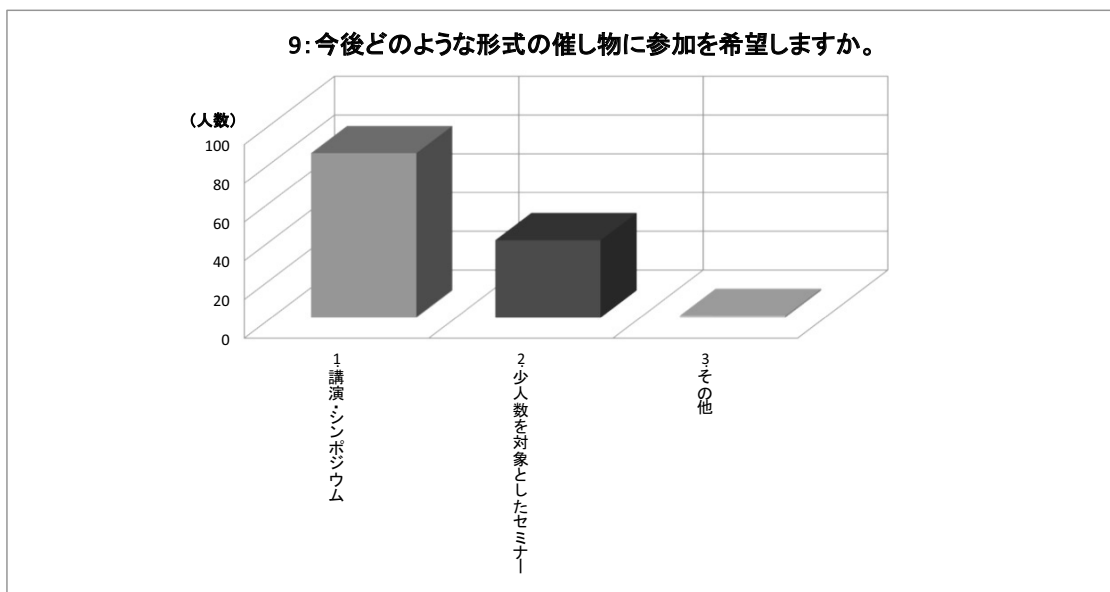
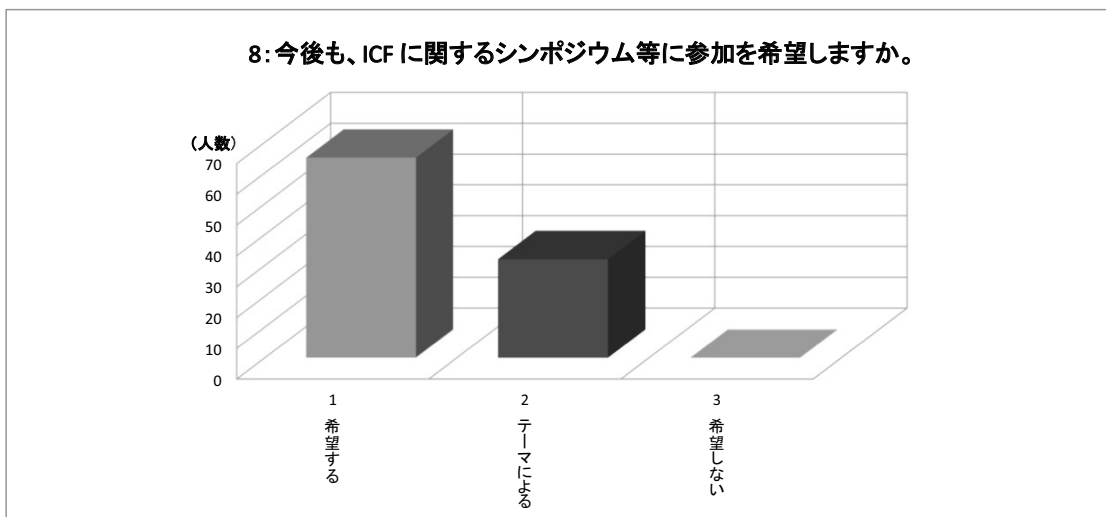
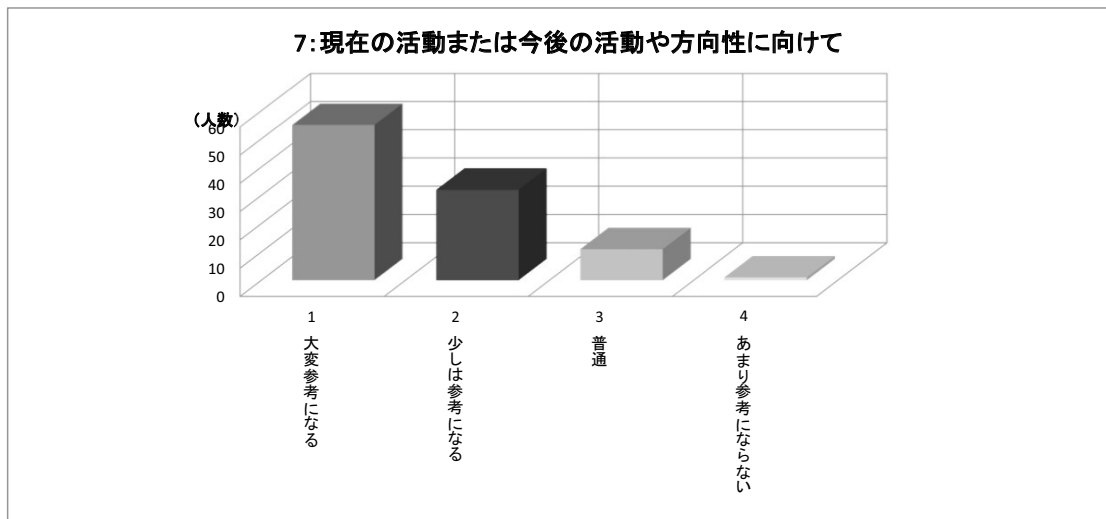


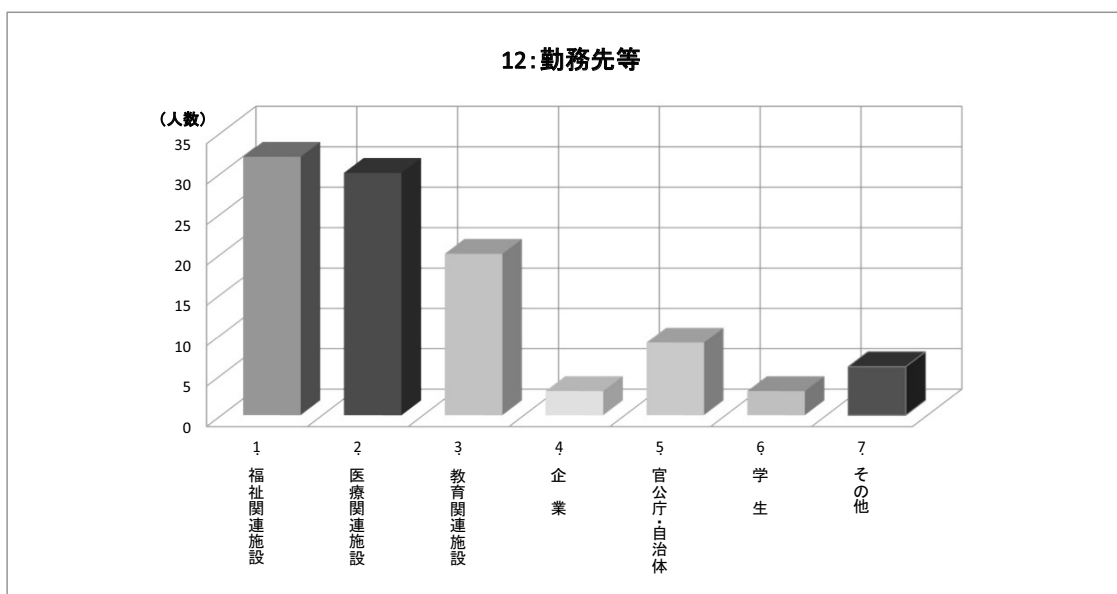
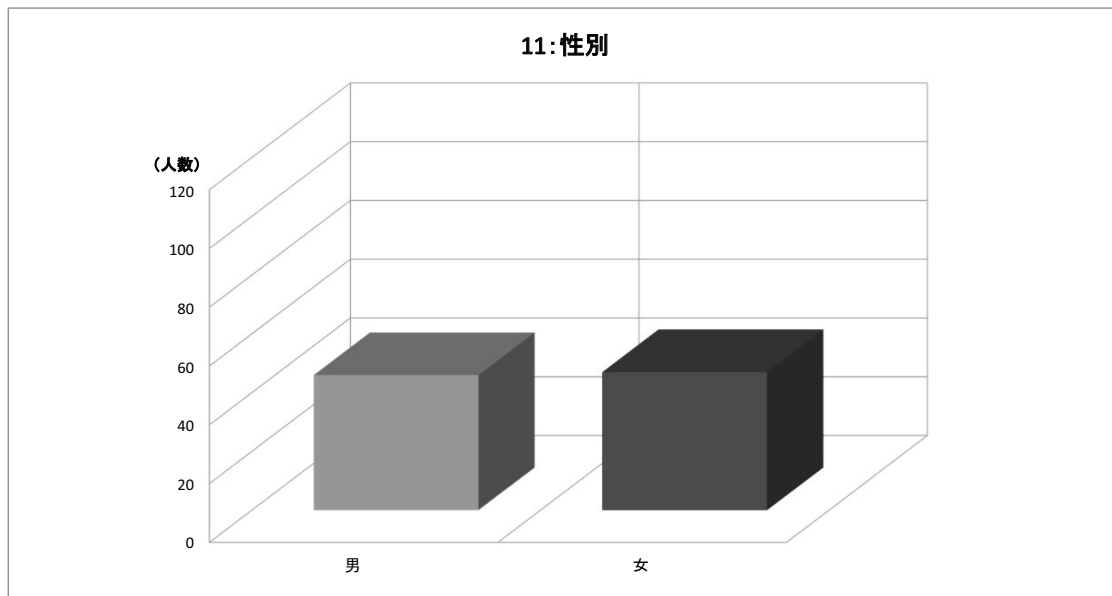
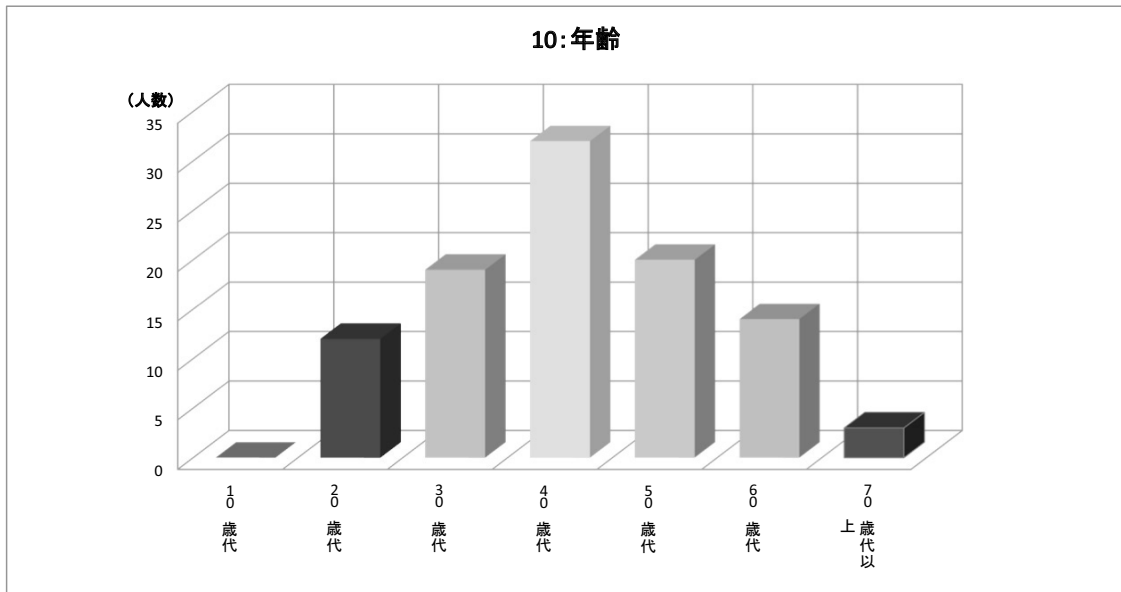
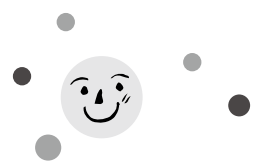
5:後半(野中氏、舟田氏、高橋氏、大日方氏)の講演時間について

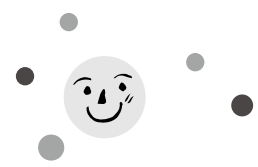


6:内容、テーマについて









参考資料

ICFについて

(社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会資料 抜粋)

ICF（国際生活機能分類）－「生きることの全体像」についての「共通言語」－	80
ICFの概念枠組み	91
WHO-FIC（WHO国際分類ファミリー）とICF（国際生活機能分類）	94
ICFの活用	98

ICF（国際生活機能分類） －「生きることの全体像」についての「共通言語」－

国立長寿医療センター 研究所
生活機能賦活研究部 大川弥生

1. ICF は「健康の構成要素に関する分類」

ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類）は、2001年5月にWHO総会で採択された。

ICFの前身であるICIDH（国際障害分類、1980）が「疾病の帰結（結果）に関する分類」であったのに対し、ICFは「健康の構成要素に関する分類」であり、新しい健康観を提起するものとなった。

生活機能上の問題は誰にでも起りうるものなので、ICFは特定の人々のためのもではなく、「全ての人に関する分類」である。

ICFの目的：「生きることの全体像」についての「共通言語」

ICFの目的を一言でいえば、「生きることの全体像」を示す“共通言語”である。生きることの全体像を示す「生活機能モデル」を共通の考え方として、さまざまな専門分野や異なった立場の人々との共通理解に役立つことを目指している。

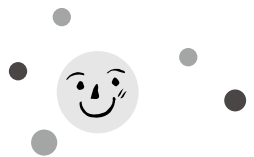
具体的には、次のような目的に用いられる。これらは相互に関連している。

- ・健康に関する状況、健康に影響する因子を深く理解するため
- ・健康に関する共通言語の確立で、様々な関係者間のコミュニケーションを改善
- ・国、専門分野、サービス分野、立場、時期などの違いを超えたデータの比較

ICFの適用：多様な分野での個人へのサービスとシステム構築に

ICFは本来は健康に関する分類であったが、健康分野以外にも、また分類として以外にも、保険、社会保障、労働、教育、経済、社会政策、立法、環境整備のような様々な領域でも用いられるようになっている。

- ・個々人の生活機能向上をはかるためのサービス提供の上での活用：ICFは個々の人の問題・課題・目標を、個別性・個性を尊重して構造的に把握することを助ける。既に様々な実際のサービス分野で活用されている。
- ・システム構築の上での活用：ICFは、様々なサービス分野、また社会的参加促進や、社会的支援などのシステムの構築にも用いられている。



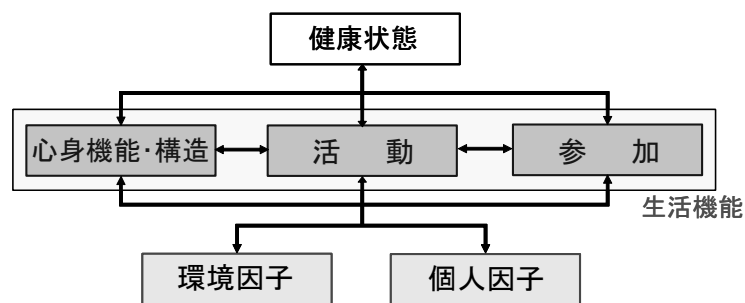
2. 「生きることの全体像」(1)：相互作用においてとらえる

ICF は、「生活機能」の分類と、それに影響する「背景因子」（「環境因子」、
「個人因子」）の分類で構成される。

そして生活機能に影響するもう一つのものとして「健康状態」（ICD で分類）を
加えたのが「生活機能モデル」（下図）である。

このような生活機能モデルとしてとらえることなしに、単なる分類として各項目
をバラバラにみるだけでは ICF としての意味はない。

図 ICFの生活機能モデル



○相互作用モデル：モデル図の矢印が大事

生活機能の3レベル（「心身機能・構造」：心身の働き、「活動」：生活行為、
「参加」：家庭・社会への関与・役割）はそれぞれが単独に存在するのではなく、
相互に影響を与え合い、また「健康状態」・「環境因子」「個人因子」からも影響
を受ける。これを示すために ICF のモデル図では、ほとんどすべての要素が双方
向の矢印で結ばれている。これが「すべてがすべてと影響しあう」相互作用モデ
ルである。

なお矢印の上下や左右という位置や向きには特に意味はない。

影響の仕方にはマイナスの影響もあればプラスの影響もある。たとえば、環境
因子の例として、点字ブロックは目の不自由な人にとってはプラスの効果があっ
ても、歩行困難のある人にはマイナスになることもある。

この影響の与え合いの内容・程度は一人ひとりの例で皆違うのであり、どの要
素がどの要素にどう影響しているのかを具体的に捉えることが重要である。

以上は言い換えれば、モデルの「矢印が大事だ」ということである。

ただし、他の要素からの影響で全てが決まってしまうのではなく、各レベルには
「相対的独立性」（参照：p3-8）があることも忘れてはならない。

3. 「生きることの全体像」(2)：人間全体を個別性においてとらえる

「生きることの全体像」をみるとは、生活機能モデルに立って、

- ① 生活機能の3つのレベル（「心身機能」・「活動」・「参加」）のどれかに片寄らず、常に生活機能の全体像をみること、その際
- ② 3レベル間の相互作用を重視すること、
- ③ 「健康状態」・「環境因子」・「個人因子」の影響を重視すること、である。

人間全体をみる

生活機能という生きることの3つのレベル全体をみことは、「人間全体をみる」ということである。

様々な分野の専門家は、自分の専門領域を中心として(すなわちICFモデルのある部分に重点をおいて)考えがちである。これでは人間全体をみているとはいえない。

また介入をする際重要なのは利用者の生活（「活動」）・人生（「参加」）の向上であり、ある部分だけをみて働きかけたのでは、成果が乏しかったり、時にはマイナスを生むことさえある。

個別性をとらえる

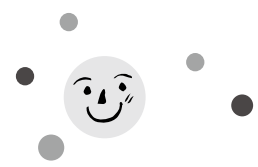
人間全体をみことは同時に個々の人の個別性を尊重することでもある。なぜなら疾患や、生活機能の中でも「心身機能・構造」には共通性が強いが、「活動」や「参加」には個別性が非常に大きいからである。たとえば職業や地域組織への「参加」のあり方、家庭内での役割、そしてそれらの具体像である「活動」の状況（職業上の技能や家事の技能など）のバラエティは人により非常に大きい。

また「環境因子」も物的環境（家屋や居住地域の環境）や人的環境（家族など）は人によりかなり異なっている。「個人因子」（個性に近い）が一人ひとり異なるのはいうまでもない。

これらをみること、たとえ同じ病気や機能障害であっても、「活動」・「参加」の面では異なっている個別性をもった存在としてとらえることができる。支援・介入のあり方も個別的・個性的なものとなり、高い効果を上げ、本人の満足度も高い。

サービスの効果も全体的にとらえる

サービス・介入（医療、介護、教育など）の効果を考える際には、働きかける要素への直接的効果をみるだけでなく、相互作用による他要素への影響を含めてみる必要がある。そして、サービス・介入の効果は利用者の生活機能全体への効果として評価すべきである。



4. 「生活機能」とは ICF の中心概念：「心身機能」「活動」「参加」の包括概念

生活機能とは、ICF の中心概念であり、人が「生きる」ことの3つのレベル(階層)である、

- ① 心身機能・身体構造 (Body Functions and Structure)、
- ② 活動 (Activity)、
- ③ 参加 (Participation) の3者を包括した概念である。

これは、生物(生命)・個人(生活)・社会(人生)の3つのレベルに相応する。

生活機能とは、英語の Functioning の訳であるが、この英語の単語も、新しい内容を示すように再定義されたものである。

3つのレベルの内容は次の通りである。

(1) 心身機能・身体構造(生物レベル、生命レベル)

生命の維持に直接関係する、身体・精神の機能や構造で、これは心身機能と身体構造とを合わせたものである。

心身機能とは、たとえば手足の動き、精神の働き、視覚・聴覚、内臓の働きなど。

身体構造とは、手足の一部、心臓の一部(弁など)などの、体の部分のこと。

(2) 活動(個人レベル、生活レベル)

生活行為、すなわち生活上の目的をもち、一連の動作からなる、具体的な行為のこと。

これはあらゆる生活行為を含むものであり、実用歩行やその他のADL(日常生活行為)だけでなく、調理・掃除などの家事行為・職業上の行為・余暇活動(趣味やスポーツなど)に必要な行為・趣味・社会生活上必要な行為がすべてはいる。

また ICF では「活動」を「できる活動」(「能力」と「している活動」(「実行状況」との2つの面に分けて捉える(参照：p3-9)。

(3) 参加(社会レベル、人生レベル)

家庭や社会に関与し、そこで役割を果たすことである。

社会参加だけではなく、主婦として、あるいは親としての家庭内役割であるとか、働くこと、職場での役割、あるいは趣味にしても趣味の会に参加する、スポーツに参加する、地域組織のなかで役割を果たす、文化的・政治的・宗教的などの集まりに参加する、などの広い範囲のものが含まれる。

5. 生活機能に影響する因子：健康状態と背景因子（環境因子と個人因子）

疾患から健康状態へ

生活機能低下を起こす原因のひとつとして「健康状態」があるが、これは ICIDH では疾患・外傷に限られていたのとは異なり、ICF ではそれらに加えて妊娠・加齢・ストレス状態その他いろいろなものを含む広い概念となった。

妊娠や加齢は「異常」ではなく、妊娠はむしろ喜ばしいことであるが、これらは「生活機能」にいろいろな問題を起こしうるものだからである。

このことから ICF が障害のある人などの特定の人々にのみ関係する分類ではなく、「すべての人に関する分類」になったことがよくわかる。

背景因子 (Contextual Factors)

ICIDH から ICF への発展のもう一つの大きな特徴は、「背景因子」が導入されたことである。これ自体は生活機能ではないが、生活機能に大きな影響を与え、しばしばその低下の原因となる。「背景因子」は「環境因子」と「個人因子」の2つからなる。

(1) 環境因子 (Environmental Factors)

「環境因子」というと、建物・道路・交通機関・自然環境のような物的な環境のみを考えがちであるが、ICF はそれだけでなく、人的な環境（家族、友人、仕事上の仲間など）、態度や社会意識としての環境（社会が生活機能の低下のある人をどうみるか、どう扱うか、など）、そして制度的な環境（医療、保健、福祉、介護、教育などのサービス・制度・政策）と、ひろく環境を捉える。

※「促進因子」と「阻害因子」

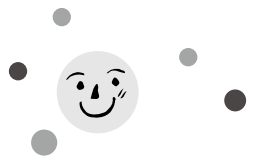
「環境因子」が「生活機能」に対してプラスの影響をしている時は「促進因子」(Facilitator) と呼び、マイナスの影響を与えている時は「阻害因子」(Barrier) と呼ぶ。

(2) 個人因子 (Personal Factors) —個性の尊重

その人固有の特徴をいう。

これは非常に多様であり、分類は将来の課題とされて、年齢、性別、民族、生活歴（職業歴、学歴、家族歴、等々）、価値観、ライフスタイル、コーピング・ストラテジー（困難に対処し解決する方法）、等々の例が挙げられている。

この「個人因子」は「個性」というものに非常に近いものであり、医療でも福祉でも、職業、教育、その他でも、患者、利用者、生徒などの個性を尊重しなければいけないということが強調されている現在、重要なものである。



6. プラスを重視；マイナスはプラス（生活機能）の中に位置づけて

ICFは「生活機能」というプラスを中心としてみている。ICFの前身であるICIDHが「障害」というマイナス面だけに注目していたことに対して、180度の転換である。

これはもちろんマイナスを無視するものではない。ICFでのマイナス面は以下の通りである。

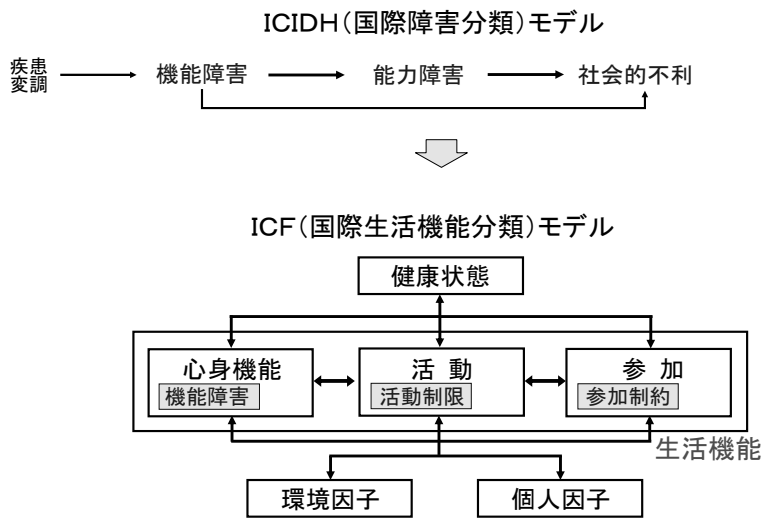
- ・「機能障害（構造障害を含む）」（Impairment）：「心身機能・構造」に問題が生じた状態
- ・「活動制限」（Activity Limitation）：「活動」に問題が生じた状態
- ・「参加制約」（Participation Restriction）：「参加」に問題が生じた状態

ICFとICIDHとのマイナスの見方の違い

ICFは各レベルで、プラスを前提として、そこに問題が生じた状態（マイナス）をみるのであり、「マイナスをプラスの中に位置づけてみる」ことである。

これは下図にICIDHとICFを対比して示すように、根本的に異なる点である。

- (1) ICIDHはマイナスの3つのレベルの関係だけを見る。
- (2) ICFは3つのレベルのそれぞれにおいてプラスとマイナスの両方をとらえ、同一レベルの中でのそれらの相互関係を見る。また異なったレベルの間のプラス同士、マイナス同士、またプラスとマイナスとの間の複雑な関係を見る。



* ICIDHの「機能・形態障害」とICFの「機能障害」、「能力障害」と「活動制限」、「社会的不利」と「参加制約」は同じ内容を示す。

7. 「統合モデル」としてのICF ; 「医学モデル」と「社会モデル」の統合

ICF モデルの基本的な性格は、一言でいえば“ICF モデルは「医学モデル」と「社会モデル」とを総合した「統合モデル」である”ということである。

ICF の基本である「生活機能を全体としてとらえる」ということは“「心身機能」「活動」「参加」の3つのレベルのどれにも偏らず、全体を見落としなくとらえる”ことである。

これは当然のことのよう聞こえるかもしれないが、実はこういう見方に到達するまでに、世界的にもかなりの年月を要した。それ以前に種々の考え方があり、大きくは次の2つのモデルに分けられる。

(1) 医学モデル :

障害を個人の問題としてとらえ、健康状態（病気、等）から直接的に生じるものであり、障害への対処は、治癒（一般医療）あるいは個人のよりよい適応と行動変容（リハビリテーション、等）を目標になされる。

「心身機能」（および「健康状態（病気など）」）を過大視し、それによって「活動」も「参加」も決まってしまうかのように考え、また環境の影響も一部しか考えない見方である。

(2) 社会モデル :

障害を個人の特性ではなく、主として社会によって作られた問題とみなす。社会的な「参加」と「環境因子」を過大視する傾向がある。

統合モデル

ICF はこれら両極端を総合し、それによって生物学的、個人的、社会的観点を総合した首尾一貫した見方を提供する。次の3点が大きな特徴である。

①すべてのレベルを重視 :

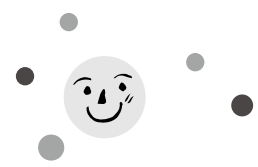
特定のレベルや要素（健康状態、環境因子など）を過大視せず、全体を見、全体的にとらえる。

②相互作用を重視 :

生活機能の3レベルが互いに影響を与え合い、さらに一方では「健康状態」、他方では「環境因子」と「個人因子」がそれらと影響を与えあうという相互作用を重視する。但し「相対的独立性」をも忘れない（参照：p3-8）

③「プラス面」から出発 :

プラス面を重視し、マイナス面をもプラス面の中に位置づけてとらえる。



8. 階層性の意義－相互依存性と相対的独立性

「生活機能」には3つのレベル（階層）があるが、大事なものは、各階層の間には、「相互依存性」と「相対的独立性」とがあることである。

相互依存性

「相互依存性」とは、生活機能モデルの各要素が互いに影響を与え合うということである。これは生活機能モデル図では矢印で示されている（参照：p3-2）。

相対的独立性

一方「相対的独立性」を忘れてならない。これは、互いに影響は与えあうけれども、それぞれのレベルには独自性があり、他からの影響で全部決まってしまうことはないことである。

もし他のレベルで全部決まってしまう、たとえば典型的な「医学モデル」の考え方であるが、「心身機能・構造」レベルが決まれば、それで「活動」レベルも「参加」レベルもすべて決まってしまうのであれば、そもそも3つのレベルを分ける必要はない。そうではなく、それぞれのレベルにかなりの独自性があるからこそ、3つに分けて別々にみる必要があるのである。

【具体例：生活機能が低下する因果関係と解決のキーポイントは別】

例えば脳卒中（健康状態）で右片麻痺（「心身機能」の低下：機能障害）があり、それによって歩行困難や仕事上の行為の困難（活動制限）が生じて復職が困難（参加制約）となる可能性があるとする。

しかし問題解決策として、麻痺の回復が不十分でも、実際の生活の場や通勤ルートでの歩行訓練、仕事上の行為の訓練などの「活動」への働きかけや、その際の杖・装具の活用（環境因子）によって、短期間でそれらが可能となり（活動向上）、復職が可能となる（参加向上）ことは十分可能であり、そのような例は多い。

この例でいえるのは、歩行やその他の行為が困難になった直接の理由は麻痺など（「心身機能」の低下）であるが、それを直接治さなくても、「歩く」という「活動」そのものへの働きかけ（歩く練習など）、そして杖・装具という「環境因子」の活用による「活動」向上への働きかけが効果的であるということである。これは「活動」レベルの相対的独立性の活用である。

この例からいえるのは、「生活機能が低下する因果関係と解決のキーポイントは別だ」ということである。すべてではないが、そういうことが多いのである。

9. 「活動」の実行状況（「している“活動”」）と能力（「できる“活動”」）

ICF の大きな特徴は「活動」において「実行状況」(Performance) と、「能力」(Capacity) の両者を明確に区別していることである。

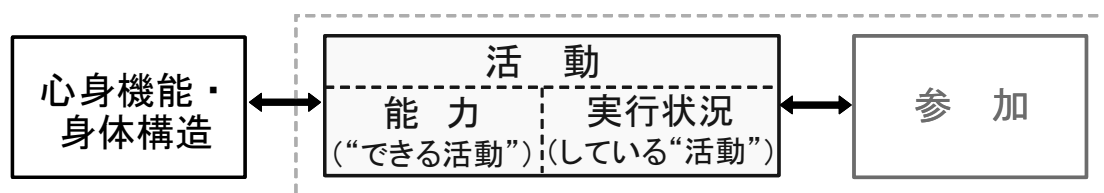
「実行状況」と「能力」とは通常異なっており、どちらか一方だけでなく、両者を捉えることが必要である。

そしてこの両者の差を生じる原因を明らかにすることで活動向上に向けての重要なヒントを得ることができる。

下図は「活動」を「能力」と「実行状況」とに分けてみることの重要性を示している。

また「活動」と「参加」が点線で囲まれているのは、この2つが表裏一体の関係<「参加」の具体像が「活動」(の実行状況)>にあることを示している。

ただしこれらは1対1の関係ではなく、1つの「参加」は多数の「活動」から成り立っている。



実行状況（している活動）

毎日の実生活のなかで実行している状況である。

これは自宅生活だけでなく、入院・入所中であれば病棟・居室棟での生活の状況である。うながし、見守り、介助などの介護を受けつつ実行している場合を含む。

能力（できる活動）

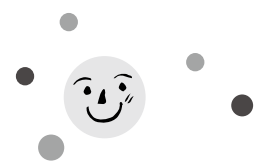
訓練や評価などの場面で発揮することができる活動の状況である。

これは“本人ががんばればできる”という状態だけでなく、専門家から安全で実用性の高いやり方の指導や、福祉用具の使用法などの支援を受けた場合も含む。

潜在的生活機能

能力の評価とはこのように潜在能力を引き出すことであり、それがどれだけ有効に行えるかが生活機能向上や特別支援教育などの効果に大きく影響する。

また、それが「している“活動”」の向上の前提でもある。



10. ICIDH（国際障害分類）からICF（国際生活機能分類）へ －「疾患の帰結（結果）」から「健康の構成要素」の分類へ

1) ICIDHの意義

ICF は WHO 国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps、1980）の改定版として、1993 年から当事者も加わっての全世界的な改定作業をもとに作られた。根本的な点で大きな変化があるので、全く新しい分類と位置づけられている。

○3つのレベルからなる「階層構造」を提起

ICIDH の画期的なことは、疾患だけでなく、生活・人生の問題を含めた「障害」をとりあげたことである。

そして障害が、「機能・形態障害」（Impairment：ICF の機能障害）、「能力障害」（Disability：ICF の活動制限）、「社会的不利」（Handicap：ICF の参加制約）の3つのレベル（階層）からなる階層構造をなしていることを打ち出したことである。

このように3つのレベルに分けることによって、「機能・形態障害があっても能力障害を解決することができるし、仮に能力障害が残っても社会的不利を解決することができる」という柔軟な考え方（参照：相対的独立性、p3-8）が可能になり、それが大きな影響を与えた。

この階層性の考え方は、更に進んだかたちでICFに受けつがれている。

2) ICIDHの問題点

しかしICIDHには次のような問題点もあり、これらはICFでは解決された。

・疾患の帰結（結果）に関する分類

生活・人生の問題点を取り上げたのはよかったが、それを疾患（病気）の結果としてしかみななかった。（参照：健康の構成要素、p3-1）

・マイナス中心

ICIDHはマイナス面だけを見ていた（参照：プラスを重視：p3-6）。

・環境が考慮されていない

障害の発生には、病気だけでなく、環境的な因子が大きく影響するが、それを考慮していなかった（参照：背景因子、p3-5）。

・社会的不利の分類が不備

社会的不利の実際のカテゴリ項目は僅か7項目（他の機能・形態障害、能力障害のカテゴリはいずれも200以上）と、非常に不備であった。

11. 「共通言語」：共通のものの考え方・捉え方：当事者自身の活用を

「共通言語」とは、ICFモデルに沿って「人が生きる」ことの全体像をとらえる“見方・考え方を、関係者すべてが共通にもつこと”の意味である。

また、正確な情報伝達のために分類そのものを活用することも含まれる。

これは、①専門家チームと利用者・患者・家族との間での共通認識の確立、それにもとづく自己決定権の尊重に立った共働作業の遂行のためと、

②専門家チーム内の各専門職種間の、共通の課題や目標把握に立った真のチームワークのために役立つ。

当事者は生活機能の専門家：当事者自身の活用を

現在は専門家と患者・家族の間に「共通言語」が欠けているために、「話が通じない」ことになりがちで、そのための誤解や不信が起こりがちである。

これは本人・家族の関心は生命に直接関係する面だけでなく、生活・人生に対する影響にも大きく向けられているのに、専門家は狭い範囲にしか考えないためのことが多い。そしてそれは専門家チームが十分な力を発揮できないことにつながる。

しかし当事者は、自分の生活・人生（「活動」「参加」）については、そして「個人因子」はもとより「環境因子」（の身近な部分）の影響についても誰よりもよく知っている。その意味で本人、家族は自分の生活・人生の専門家なのであり、当事者がICFを知り、活用することでより積極的にサービスの質の向上に関与できる。

専門家は生活・人生（「活動」「参加」）を正しく知るためには本人・家族の言うことを傾聴しなければならないし、本人・家族は発言することを期待されているのである。

これは本人が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といえよう。

各種のサービスの間の「共通言語」

ICFとICDを活用して、疾病と生活機能を互いに関連させて総合的に把握することにより、豊富で総合的な情報がもれなく医療・保健・介護・福祉・労働・教育等の異なったサービス分野の間で（また同じ分野の中でも）共有され、「共通言語」として正確に、また効率的に伝達されることが可能となる。

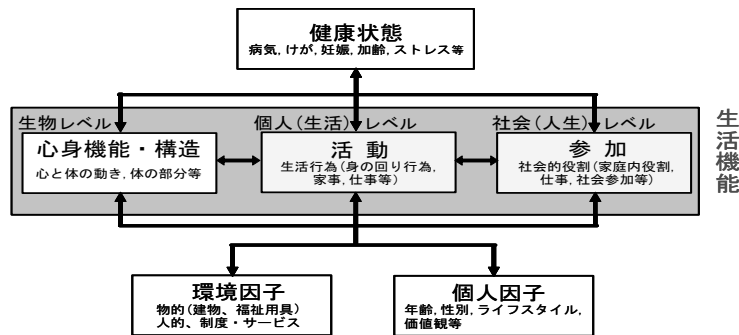
たとえば病院間の転院、あるいは退院して介護保険その他の福祉サービスに移る場合、また特別支援教育システムから就労に移行する場合などで、情報伝達のツールとして活用が望まれる。

ICFの概念枠組み

— 「生きることの全体像」についての「共通言語」 —

国立長寿医療センター 研究所
生活機能賦活研究部 大川弥生

生活機能モデル (WHO・ICF、2001)



「医療モデル」「社会モデル」から「統合モデル」へ

「心身機能」の不自由を、
生活上の「活動」で補い、
豊かな人生に「参加」する

「生活機能」向上をめざし

健康とは「病気がないだけでなく」
「生活機能」も高い水準にあること

真の健康向上のために、基本的スタンスの転換を
(保健・医療・介護・福祉 のすべてで)

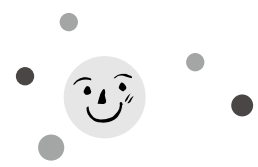
病 気 中 心	⇒	生 活 機 能 重 視
身 体 能 力 偏 重	⇒	生 活 行 為・人 生 の 豊 か さ 重 視
(心身機能)		(活動・参加)
マ イ ナ ス 中 心	⇒	プ ラ ス を 引 き 出 す
で き な い こ と を 補 う	⇒	自 立 性 向 上
メ ニ ュー 中 心	⇒	個 別 性・個 性 重 視
そ の 時 点 だ け	⇒	一 生 に つ い て 考 え る
専 門 家・行 政 中 心	⇒	自 助・共 助 の 促 進
パ ター ナ リ ズ ム	⇒	自 己 決 定 権 の 尊 重

生活機能（WHO・ICF：国際生活機能分類）の特徴

- ① ICFは「健康」に関する分類
 - ・全ての人の「健康」に関する分類（ICDは病気に関する分類）
- ② 「生きることの全体像」をとらえる「生活機能」
 - ・「生活機能」とは、「心身機能・構造」「活動」「参加」のすべてを含む包括用語
 - ・人が「生きる」ことの3つのレベル（生物・個人・社会、あるいは生命・生活・人生）に対応
 - ・生活機能のマイナス面も「機能障害」「活動制限」「参加制約」の3レベルからなる
これらの包括用語が「障害」（「生活機能低下」）
- ③ 「共通言語」としての生活機能
 - ・「共通言語」とは共通のものの方・捉え方
 - ・①専門家と本人・家族、②専門家のチーム内の「共通言語」
 - ・チームワーク構築と自己決定権尊重のツール
- ④ かたよらない「統合モデル」
 - ・従来の、①生物学的な原因を重視する「医学モデル」と、②社会環境を原因として重視する「社会モデル」との対立をこえて、それらを統合した「統合モデル」
- ⑤ プラスの重視：潜在的生活機能を引き出す
 - ・マイナス面ではなく、プラスの面を重視
 - ・プラスとは残存機能でなく積極的に引き出す「潜在的生活機能」
- ⑥ 生活機能に影響する背景因子
 - ・これは「環境因子」（人的、物的、制度・サービス）と「個人因子」の2つからなる
- ⑦ 病気よりひろく「健康状態」を
 - ・病気やケガだけでなく、妊娠、加齢、ストレス、など広い
- ⑧ 相互作用モデル
 - ・「心身機能・構造」「活動」「参加」の各生活機能は相互に影響し合う
 - ・それらに対し「健康状態」「環境因子」「個人因子」が影響する
- ⑨ 各レベルの相対的独立性
 - ・生活機能の各レベルは独自の法則をもち、他に影響されない面をもつ
 - ・特に重要なのは「心身機能」が変化しなくても「活動」を向上させること
- ⑩ 「実行状況」と「能力」
 - ・実行状況（「している“活動”」）：
毎日の生活で、特別な努力なしに行っている状況（促し、見守り、介助などの介護を受けている場合を含む）
 - ・能力（「できる“活動”」）：
訓練や評価の場面で発揮することができる状態
 - ・この2つは通常異なる。両者をとらえることが重要
 - ・「能力」は潜在的生活機能を引き出すための重要な鍵

生活機能とは：疾病との違い

	生活機能	疾病
基本的視点	どう生きるか — 社会の中で生きている個人	病気や症状がないか — 生き物としての人間
あつかう問題の複雑さ	多種多様	比較的均一
良くし方	目標とする望ましい状態は個別的・個性的なもの（個人差・個別性が大きい）	異常を正常に治していく（疾患レベルの正常状態は個人差が少ない）
予防・改善・向上の考え方	生活機能低下の因果関係と、予防・向上のキーポイントとは別のことが多い。 全体像の把握に立ってキーポイントをおさえる	原因・病態生理・症候の異常を正常化
マイナスへの対し方	プラスを増やすことが大事（マイナスを減らせばプラスになるとは限らない）	マイナスを減らすか他人の助けで補う
気付き方	本人自身でマイナス面に気付きやすい（しかし専門家に相談できる内容との認識は少ない）	本人自身で気付くとは限らない（症状出現前に健診で発見できることもある）
本人の役割	本人・家族が主体で、その積極的関与が必要 ICFモデルに立って自己決定権を発揮 専門家は支援者	専門家中心 本人はよく理解して同意することが主 選択の余地はあるが、大きくない



「生活機能」向上の方向性

基本的考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ すべての人に生活機能の観点からも対応（病気だけでなく） ○ 更なる「向上」の観点（単なる低下予防ではなく）－ 低下面があっても、他に向上可能な面は多い ○ プラスの増大（マイナスの減少よりも）
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一貫した生活機能向上の理念のもとに多数の事業（含：民間）が相互協力 <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定のライフステージ・健康状態・生活機能のレベルに限ったものでない
各種制度間の連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 様々な行政施策（厚労省のみでない）で生活機能向上の観点は今後ますます重要 ○ 各種制度間の連携を（保健・医療保険・介護保険はもちろん、それだけでなく） <ul style="list-style-type: none"> 例：・ 社会参加拡大、外出促進には道路、交通、建築、施設設備が不可欠 ・ 高齢者には社会参加のニーズが少ないとするのは問題 ・ 啓発は学校教育から始め生涯教育へ ○ 相互連携が重要で、それがないとマイナスになる危険も <ul style="list-style-type: none"> 例：・ 環境因子には「促進因子」と「阻害因子」の両面あり 同一の環境因子が、ある種の生活機能低下者にはプラス（促進因子）になっても、別種の人にはマイナス（阻害因子）になる。（例：点字ブロック、車いす用設備）
自己決定権	尊重（望ましい生活機能には個人差が大きく、他人には分からない）
医療	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「健康状態」に問題のある人は生活機能低下者になりやすい ○ 生活機能向上の観点からの疾患治療・管理を（生活・人生を重視した医療） ○ 生活機能低下の早期発見・早期対策（含：関連専門家、行政サービスへの紹介）
教育	一般教育と、医学・福祉・介護等の専門教育とで生活機能の見方やそれに立ったチームワークを学ぶ
一般国民	当事者であるとともに「環境因子」でもある（初等・中等教育・一般啓発が大事）

WHO-FIC（WHO国際分類ファミリー）と ICF（国際生活機能分類）

国立長寿医療センター 研究所
生活機能賦活研究部 大川弥生

WHOには多くの国際分類があり、それらがたがいに関連したひとまとまりのグループをなし、「ファミリー」と呼ばれている。

このように多数の分類が必要なのは、健康とそれを守るための保健活動そのものが複雑で多面的なものであるからであり、それらが「ファミリー」を形づくるのは、それら全ての分類が結局は「健康を守り増進する」という大目的に向けて統合されたものだからである。

WHOの国際分類ファミリー（WHO-FIC：Family of International Classifications）について説明し、ICD（国際疾病分類）とともにその中心をなすICF（国際生活機能分類）の位置づけを明確にしたい。

1) 健康の定義

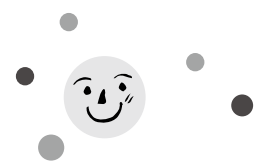
WHOによる健康の定義は「完全な肉体的、精神的及び社会的ウェルビーイング*の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」（WHO憲章、1946）である。

2) ICFの意義

その意味で、WHO-FICの中心分類がICDとICFの2つから成ることは大きな意義がある。すなわちICDは疾病を中心として捉えているが、ICFは生活機能（Functioning）という包括的な枠組で、「身体的、精神的、社会的なウェルビーイング」全体を捉えるものであり、真の「健康」を理解するためにはこの両者が不可欠だからである。

ICDとICFとを車の両輪として活用することで、保健・医療・福祉・教育、労働その他様々な分野で広い意味での健康を増進し、いわば「やまいをいやす」だけではなく「人をいやす」こと（ウェルビーイングの増進）が実現できるのである。

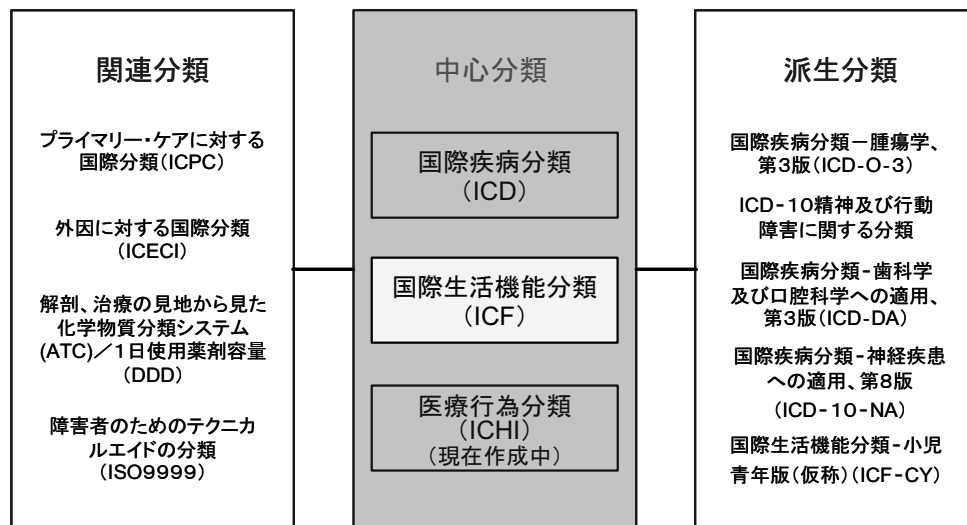
*ここで仮に「ウェルビーイング」と訳した“well-being”は、本来「良好な状態にあること」という意味であり、これまで安寧、福祉、幸福などさまざまに訳されてきたが、いずれも十分意味をつたえず、誤解を招くこともあるので、ここではしいて訳さないで用いた（図2、3でも同様である）。



1. WHO-FICの構成

WHO-FIC（WHO 国際分類ファミリー）は図1のような構成になっている。
ここにみるように、大きく3つのグループからなり、中央に「中心分類」、その両脇に「関連分類」と「派生分類」がある。

図1. WHO国際分類ファミリー(WHO-FIC)の構成内容



出典:WHO

1) 中心分類 (Reference Classifications)

単に中心にあるというだけでなく、英文名が示すように、他のすべての分類がそこに refer する（参照する、関係づける）という、中心的な役割をもっている。

中心分類として現在確立されているのは ICD-10（国際疾病分類、改訂第10版）と ICF であり、それに加えて「医療行為の分類(ICHI) が現在検討中である。

2) 派生分類 (Derived Classifications)

中心分類にもとづき、それぞれの目的に応じて、その一部を拡大したり、改変したり、追加したりした分類。

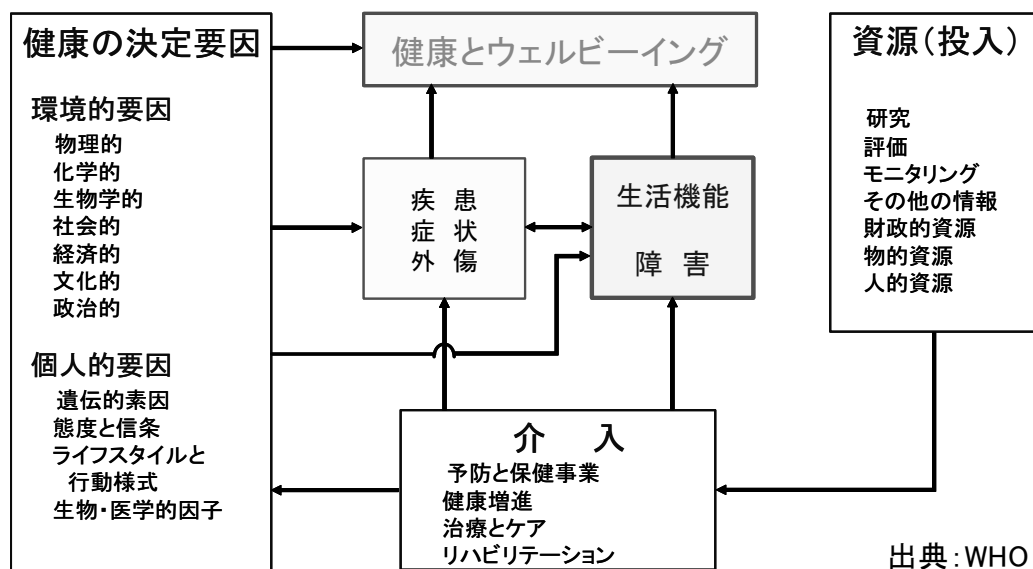
3) 関連分類 (Related Classifications)

中心分類を部分的に取り入れたり、分類構造の一部が関連をもっているような分類で、今後の改訂の中で緊密な関連性をもつようになることが期待されているもの。

2. WHO－FICの意義：健康の概念枠組み

ICF を含め WHO－FIC 全体の意義をよりよく理解するには健康（と保健サービス）の総合的理解に関する概念枠組み（図2）が役立つ。

図2. 健康に関する概念枠組み



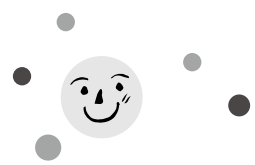
出典：WHO

健康に関していえば、中央上の「健康とウェルビーイング」でいう「健康」は狭義のものであり、両者を合わせたものが広義の「健康」である。その具体的な内容がその下の「疾患・症状・外傷」と「生活機能・障害」であり、前者は ICD、後者は ICF によって分類される。

これらに大きな影響を与える「健康の決定要因」が、左側の「環境的要因」と「個人的要因」である。この2つの要因は ICF で導入されたもので、生活機能に対してだけでなく、疾患・症状・外傷にも大きく影響する。

「健康とウェルビーイング」の具体像である「疾病・症状・外傷」と「生活機能・障害」に問題が生じたか、生じる可能性がある場合に必要となるのが、健康増進・疾病予防・治療・リハビリテーション・ケアなどの「介入」であり、中央下に示されている。

そしてその「介入」が適切に効果的に行われるために投入される「資源」が、右上に示されている、研究・評価・モニタリング等々から得られる情報、そして財政的・物的・人的な資源である。



3. 「健康」に関するWHO-FICの適用分野：ICFの重要性

図2に示した「健康に関する概念枠組み」を横軸にとり、それらについてWHO-FICを用いる場合の「適用分野」（目的や対象や場）を縦軸にとって、その適用のあり方を示したのが図3である。

死亡率（因子）統計を除くすべての分野でICFが必要とされていることが注目される点である。

図3. WHO国際分類ファミリー(WHO-FIC)の適用

適用分野	健康とウェルビーイングに影響する因子 ¹		健康とウェルビーイング		介入・サービス	資源
	環境因子	個人因子	健康状態 疾患 問題点	生活機能と 障害	予防 ³ 測定・診断 治療 維持 ⁴	研究, 評価 モニタリング 他の情報 財政的資源 物的・人的資源
死亡率 (死因)	ICD-10	国連はこの面に関する各種の分類(産業・職種面を含む)を有している。これらの標準的分類あるいはそれらと整合的な分類は健康関連のデータ収集に用いるべきである。 個人因子の中には定義や分類されていないもの(たとえば遺伝的プロフィールやコーピングスタイル<問題解決様式>)がある。	ICD-10			国連はこの面に関する各種の分類(産業・職種面を含む)を有している。これらの標準的分類あるいはそれらと整合的な分類は健康関連のデータ収集に用いるべきである。
自己申告 例: 集団保健調査 保健サービスへの 接触理由	ICF			ICF		
集団保健 環境保健	ICF		ICD-10	ICF	・ISO9999	
プライマリ・ケア ⁵ ・一般医療 ・救急医療 ・その他	ICF ICECI		ICPC-2	ICF	・ICPC-2	
急性期病院入院	ICD-10 (20章)		ICD-10	ICF	ICHI ATC/DDD ISO9999	
特殊なケア ² (在宅ケア、又は非在宅ケア)	ICF		<i>ICD-0-3 ICD-DA ICD-NA ICD 精神保健</i>	ICF	<i>ATC/DDD ISO9999</i>	

太字：中心分類，太字・イタリック：現在作成中の中心分類，下線：関連分類，イタリック：派生分類
出典：WHO

1. 健康とウェルビーイングに影響する因子とは、リスクファクター、決定要因、外因を含む。ただし保健サービスと介入は含まない。
2. 特殊なケアとは、診察室でのケア、緩和ケア、リハビリテーション、高齢者へのサービス、障害関連サービス、その他の非急性期ケアを含む
3. 予防とは、特定の健康関連事象が起る前に行う介入をいう。予防は新しい症例の発生を減らし、危険性を低下させ、また保護的要因（病気の発症を遅らせ、初期症状の持続期間を短くし、悪化を停止または遅らせる要因）を強化するものである。
4. 維持的介入とは、支持的・教育的・薬剤投与などによる介入であり、機能障害のある人に長期的に提供される。維持的介入は、患者への支持やアフターケア・サービスの提供を含む。
5. プライマリ・ケアとは、保健サービスとの最初の接触点で提供されるケアであり、ケアの供給者のことではなく、サービス機能のことをいう。

ICFの活用

ー “「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 大川弥生

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

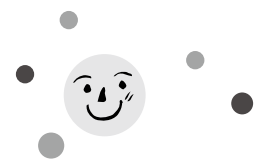
※両側面を含んだ総合的な活用であるべきで、例えば「生活機能モデル」を離れた、項目だけの使用であってはならない。

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」状態把握が必要
- チェックリストの活用が有効
 - ・ 大項目チェックリスト [資料1]
 - ・ 中項目チェックリスト [資料2]
- レベル・要素間の相互作用の分析
：「生活機能整理シート」が有効 [資料3]

3. 「共通言語」としての活用

- 1) 専門職間
 - (1) 同一チーム間
 - (2) 各種サービス（施設・機関、行政、等）間
「連携ツール」としての活用
例：医療と介護サービスの間、医療と教育の間、急性期医療とリハの間、等
- 2) 当事者自身の活用ー「当事者は生活・人生の専門家」
自己の問題の分析と希望の表出のツールとして [資料4]
- 3) 当事者と専門家間
説明と意見統一の際の共通認識に活用
(例：リハ総合実施計画書、2000年。但し旧ICIDH準拠) [資料5]



II. ICF活用の具体例（1）：システム・プログラム

1. 個別事例における効果的プログラム

＜医療機関（入院・外来）、介護保険関係（入所・在宅）にて効果検証＞

- 1) 目標指向的アプローチ [資料6]
- 2) 目標指向的活動向上プログラム [資料7]
- 3) 目標指向的リハビリテーション・プログラム
- 4) 目標指向的介護

2. 自治体における活用

例：「生活機能向上事業」（2003年～都市近郊市、推進本部長：市長）

（生活機能低下予防・向上を「地域づくり」の一環と位置づけるシステム）

1) 高齢者対応

- －「介護」の対象は「活動」と位置づけ、「活動」に重点
生活機能低下の予防として参加、環境因子、個人因子を重視

○ 生活機能実態把握（悉皆調査計3回）

⇒ ・「活動」「参加」の重要性、疾病・生活機能の違い等について
共通認識がもてた

・システム構築の基礎

○ 生活機能低下予防対応（含：介護予防）：

・「生活機能相談窓口」

生活機能低下予防の早期発見・早期対応（「水際作戦」として）

・ ICF中項目評価による分析・目標設定

効果：N=377名（平均80.2±9.2歳）

1回の訪問で効果（活動自立度が参加の向上）；58.9%、3回以内に92.2%

・要介護認定調査時に同時に実施する生活機能評価：「活動」に重点

・個別介護予防ケアプラン（地域包括支援センター）

・ケアプラン指導（地域包括支援センター）に活用

・「連携シート」：医療と介護保険サービス間（特に急性期病院の
退院時・疾患増悪時）等

2) 災害時対応

・生活機能低下予防の観点からの統一方針を市長をリーダー、防災担当、
高齢担当、障害担当等で作製

（行政職員、一般市民、民生委員、等による生活機能研修後の意見交換をもとに）

II. ICFの活用(2): 統計ツールとして、等

1. 生活機能の実態把握

⇒ 「活動」・「参加」評価点の基礎資料等

- 1) 自治体調査(6自治体、計24,687名、65歳～、2003年～
内3自治体悉皆、2自治体特定地域悉皆。回収率:79.5%、90.9%～99.9%、
1自治体層別化無作為抽出。回収率:65.5%)
- 2) 医療機関調査(全8病院、内1病院はリハビリテーション専門病院
外来患者計3,358名、入院患者553名、半構造的面接法)
- 3) 災害時調査(65歳～)
 - (1) 新潟県中越地震(2005年、発生5月後):長岡市の避難勧告地域(但し要介護度3以上を除く)2066名中1789名、回収率:86.6%
 - (2) 平成18年豪雪:2,993名中2,690名、回答率:89.9%
 - (3) 能登半島地震(2007年):(発生直後から)避難所生活176名、在宅生活1,298名
 - (4) 富山県入善町高波(発生直後から):2008年:101名

2. 既存統計のICFとの対応検討

例:中高年の生活に関する継続調査[資料8、9]

比較的最近はじめた厚生労働統計調査を例にとって、調査項目とICF項目との対応を検討した。

<参考>障害者の権利に関する条約(仮訳)

第三十一条 統計及び資料の収集

1 締約国は、この条約を実現するための政策を立案し、及び実施することを可能とするための適当な情報(統計資料及び研究資料を含む。)を収集することを約束する。この情報を収集し、及び保存する過程は、次のことを満たさなければならない。

(a)障害者の秘密の保持及びプライバシーの尊重を確保するため、法令によって定められた保護(資料の保護に関する法令を含む。)を遵守すること。

(b)人権及び基本的自由を保護するための国際的に受け入れられた規範並びに統計の収集及び利用に関する倫理上の原則を遵守すること。

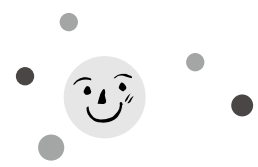
2 この条の規定に従って収集された情報は、適宜分類されるものとし、この条約に基づく締約国の義務の履行の評価に役立つため、並びに障害者がその権利を行使する際に直面する障壁を特定し、及び当該障壁に対処するために利用される。

3 締約国は、これらの統計の普及について責任を負うものとし、障害者及び他の者が当該統計を利用可能とすることを確保する。

3. 厚生行政上指標の検討

例:障害等級

障害種別を越えて共通するICF活動項目について、同一障害間での異なる等級、同一等級の異なる障害種別を比較した。



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」－ [資料 10]

1) 「廃用症候群モデル」も予防・改善の対象と位置づける

⇒ 介護予防のターゲットとされた。(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。

※主治医意見書：・「障害」⇒「生活機能低下」

・「1-(2) 症状としての安定性」(健康状態)と「4-(4) サービス
利用による生活機能の維持・改善の見通し」を別個に診断

2) 「脳卒中モデル」にも「廃用症候群モデル」の時期があることの発見 (発症前及び集中的リハ期以降)

⇒ リハ・介護のプログラムの改善・向上の必要性

2. 「生活機能低下の悪循環」の発見 [資料 11]

・疾患(健康状態)以外による「活動」「参加」の低下予防の重要性

3. 「生活不活発病発生の3つの契機」の発見 [資料 11]

4. 評価点：

1) 「0：普遍的自立」と「1：限定的自立」者の区別の重要性

「活動」低下の早期発見・効果判定に有効

2) 「3：全面的制限」と「4：実行していない」者の区別の重要性

5. 一般医療機関での生活機能低下予防への積極的介入の必要性－介護予防

1) 外来通院中にも関わらず、生活機能(特に活動)低下者が高頻度

⇒ 働きかけが必要である。

・「活動」の要であり、生活不活発病予防・改善のポイントである歩行
の困難の理由として、様々な心身機能低下(運動器障害以外も多し)。

・「つくられた歩行不能」予防の面を含め、歩行補助具(「環境因子」)
の活用は不十分であり、一層の活用が必要。

2) 医療と介護の連携(特に退院直後、疾患増悪時の重要性) [資料 12]

6. 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
- ・ 介護予防必要症例の同時多数例発生時
- ・ 評価点：ハイリスク者発見のために「0：普遍的自立」と「1：限定的自立」の区別が有効
- ・ 厚労省より生活不活発病予防通知

<参考>

【厚労省】

- ・ 生活不活発病予防通知：
新潟県中越地震以降、新潟県中越沖地震以降は発生当日に通知。
含：生活不活発病チェックリスト、予防マニュアル、啓発チラシ及びポスター（避難者利用者・在宅被災者）等

【内閣府】

- 中山間地等の防災対策に関する検討会報告書（2005年）
－ 高齢者の生活機能低下（生活不活発病）予防 －

7. 連携への活用：「医学モデル」から「統合モデル」へ [資料 13-15]

- － 例：医療と介護の真の連携への活用
- ・ 「統合モデル」に立った把握・連携を
⇐ 「医学モデル」からの脱却
- ・ 「統合モデル」以前の「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。
- ・ これまで医療は「治す医療」であり、介護は「補う介護」であるとして、分断されていた。
- ・ 「統合モデル」に立てば、医療は「治し支える医療」、介護は「よくし助ける介護」となって、両者の真の連携が可能
- ・ 具体的対応として特に「病気の発症・増悪の時の医療と介護の連携」 [資料 12]
- ・ 介護の専門性が明確にされる [資料 15]

ICF：活動と参加の大分類チェックリスト

<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Lを入れる)

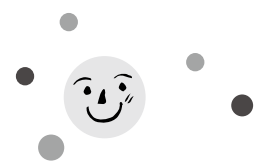
※使用法：「生活機能とは何か－ICF：国際生活機能分類の理解と活用－」
(東大出版会) 参照

第5回社会保障審議会統計分科会
生活機能分類専門委員会資料4-1(資料2)

活動と参加の使い分け（中分類）：案（大川、上田、2008）

活動					参加						
環境	実行 状況	能力				実行 状況	能力 (可能性)	環境			
		支援 なし	支援 あり								
5章 セルフケア					a510.	自分の身体を洗う				5章 セルフケア	
					a520.	身体各部の手入れ					
					a530.	排泄					
					a540.	更衣					
					a550.	食べる					
					a560.	飲む					
					a570.	健康に注意する	p570.				
					a571	<安全に注意すること>	p571				
6章 家庭生活	必需品の入手									6章 家庭生活	
					a610.	住居の入手	p610.				
					a620.	物品とサービスの入手	p650.				
	家事										
					a630.	調理	へ の 参 加 活 動				
					a640.	調理以外の家事					
	家庭用品の管理および他者への援助										
					a650.	家庭用品の管理					
				a660.	他者への援助	p660.					
7章 対人関係	一般的な対人関係									7章 対人関係	
					a710.	基本的な対人関係					
					a720.	複雑な対人関係					
	特定の対人関係										
						よく知らない人との関係	p730.				
						公的な関係	p740.				
						非公式な社会的関係	p750.				
						家族関係	p760.				
					親密な関係	p770.					
8章 主要な生活領域 (教育・仕事・経済)	教育									8章 主要な生活領域 (教育・仕事・経済)	
					a810.	非公式な教育	p810.				
					a815.	就学前教育	p815.				
					a816.	<就学前教育時の生活や課外活動>	p816.				
					a820.	学校教育	p820.				
					a825.	職業訓練	p825.				
					a830.	高等教育	p830.				
					a835.	<学校教育時の生活や課外活動>	p835.				
	仕事と雇用										
						見習研修(職業準備)	p840.				
					a845.	仕事の獲得・維持・終了					
						報酬を伴う仕事	p850.				
						無報酬の仕事	p855.				
	経済生活										
						基本的な経済的取引	p860.				
						複雑な経済的取引	p865.				
					経済的自給	p870.					
					<遊びにたずさわる>	p880.					
9章 コミュニティ 生活・市民生活	コミュニティライフ					p910.				9章 コミュニティ 生活・市民生活	
					a920.	レクリエーションとレジャー	p920.				
					a930.	宗教とスピリチュアリティ	p930.				
						人権	p940.				
					a950.	政治活動と市民権	p950.				

* <イタリック>で示したものはICF-CYで新たに加わった項目。

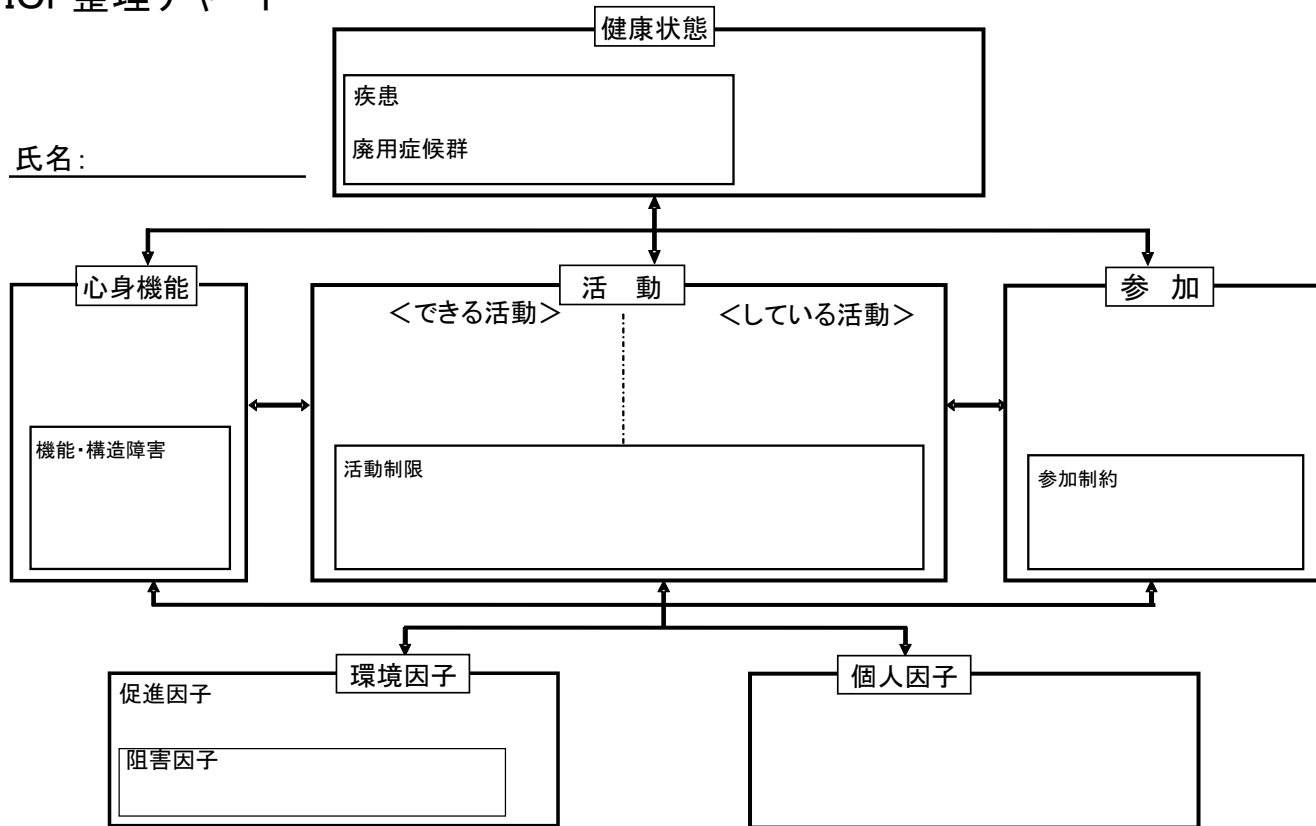


3章 コミュニケーション	コミュニケーションの理解			
			a310.	話し言葉の理解
			a315.	非言語的メッセージの理解
			a320.	手話によるメッセージの理解
			a325.	書き言葉によるメッセージの理解
	コミュニケーションの表出			
			a330.	話す
			a331.	<言語以前の発語(喃語)>
			a332.	<歌うこと>
			a335.	非言語的メッセージの表出
			a340.	手話によるメッセージの表出
			a345.	書き言葉によるメッセージの表出
	会話並びにコミュニケーション用具および技法の利用			
			a350.	会話
		a355.	ディスカッション	
		a360.	コミュニケーション用具および技法の利用	
4章 運動・移動	姿勢の変換と保持			
			a410.	基本的な姿勢の変換
			a415.	姿勢の保持
			a420.	乗り移り(移乗)
	物の運搬・移動・操作			
			a430.	持ち上げることと運ぶこと
			a435.	下肢で物を動かす
			a440.	細かな手の使用
			a445.	手と腕の使用
			a446.	<細かな足の使用>
	歩行と移動			
			a450.	歩行
			a455.	移動
			a460.	さまざまな場所での移動
		a465.	用具を用いての移動	
交通機関や手段を利用した移動				
		a470.	交通機関や手段の利用	
		a475.	運転や操作	
1章 学習と知識の応用	目的をもった感覚的経験			
			a110.	注意して視る
			a115.	注意して聞く
			a120.	その他の目的のある感覚
	基礎的学習			
			a130.	模倣
			a131.	<物品を扱うことを通しての学習>
			a132.	<情報の獲得>
			a133.	<言葉の習得>
			a134.	<付加的言語の習得>
			a135.	反復
			a137.	<概念の習得>
			a140.	読むことの学習
			a145.	書くことの学習
			a150.	計算の学習
			a155.	技能の習得
	知識の応用			
			a160.	注意を集中する
			a161.	<注意を向けること>
			a163.	思考
		a166.	読む	
		a170.	書く	
		a172.	計算	
		a175.	問題解決	
		a177.	意思決定	
2章 課題と要求			a210.	単一課題の遂行
			a220.	複数課題の遂行
			a230.	日課の実行(遂行)
			a240.	ストレスとその他の心理的要求への対処
			a250.	<自分の行動を管理すること>

第5回社会保障審議会統計分科会
生活機能分類専門委員会資料4-1(資料3)

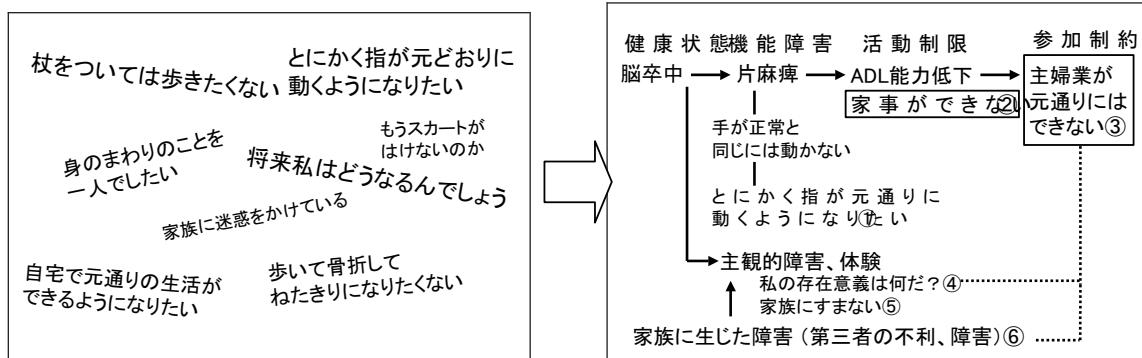
ICF整理チャート

氏名: _____



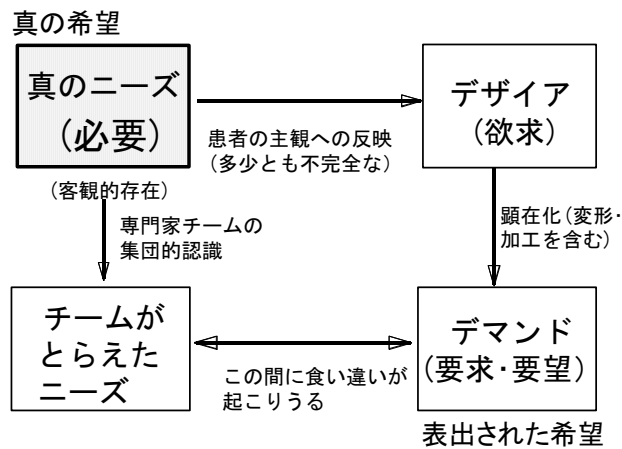
※使用法：「生活機能とは何か－ICF：国際生活機能分類の理解と活用－」
(東大出版会) 参照

真の希望を引き出す



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） 第7章

参考：希望・ニーズ・デザイン・デマンドの関係



上田敏：リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権。
青木書店、1983

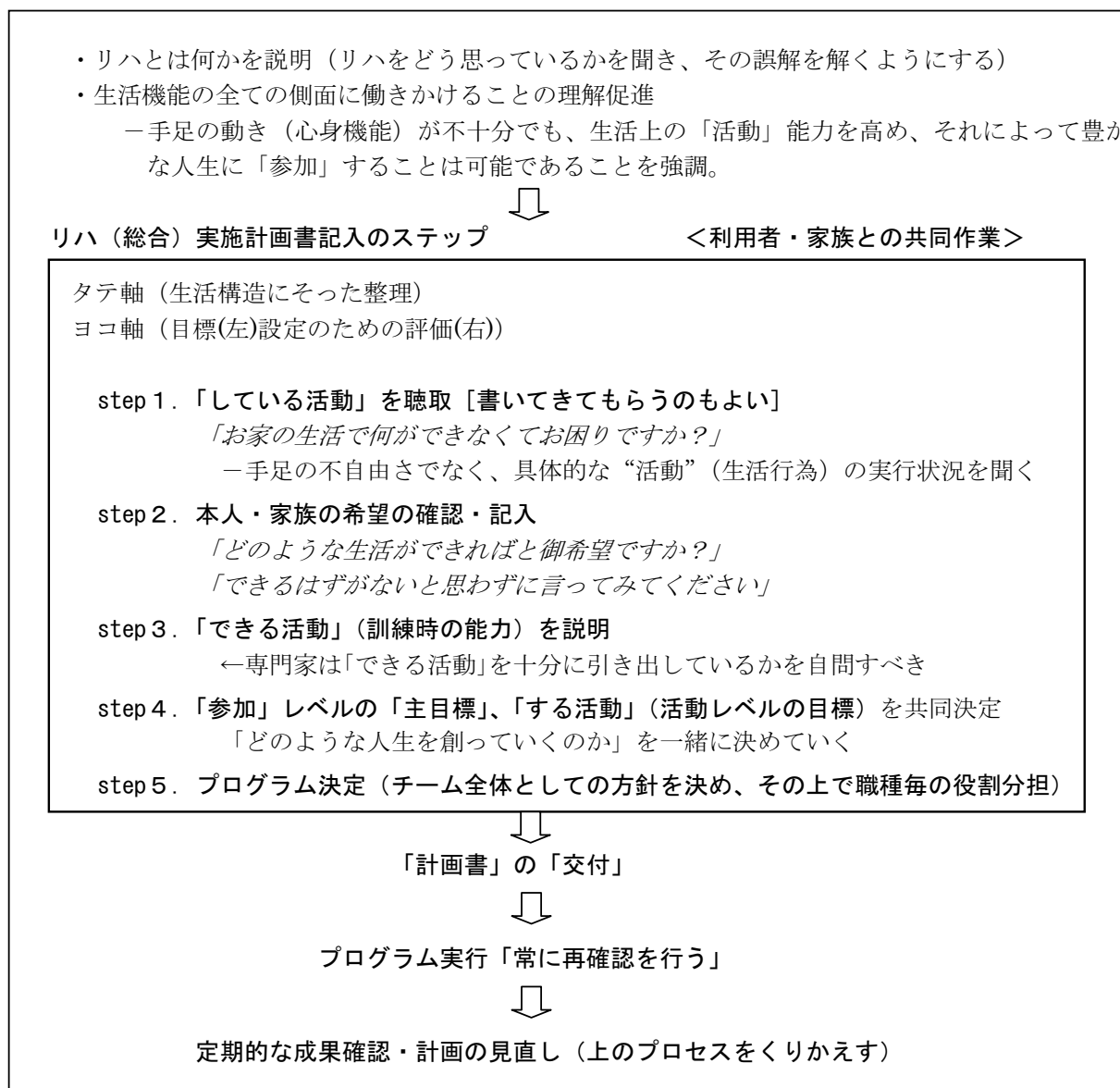
「リハビリテーション（総合）実施計画書」の記入と説明の手順

計画書の作製はリハ・チームにとっては真のチームワーク遂行の最初のプロセスであり、同時にチームと利用者・患者・家族などの当事者との共同作業の出発点である。その要点を下表に示す。

これを定期的にくり返すことで、当事者の自己決定権をチームの専門性で支えるという「車の両輪」がスムーズに進む。

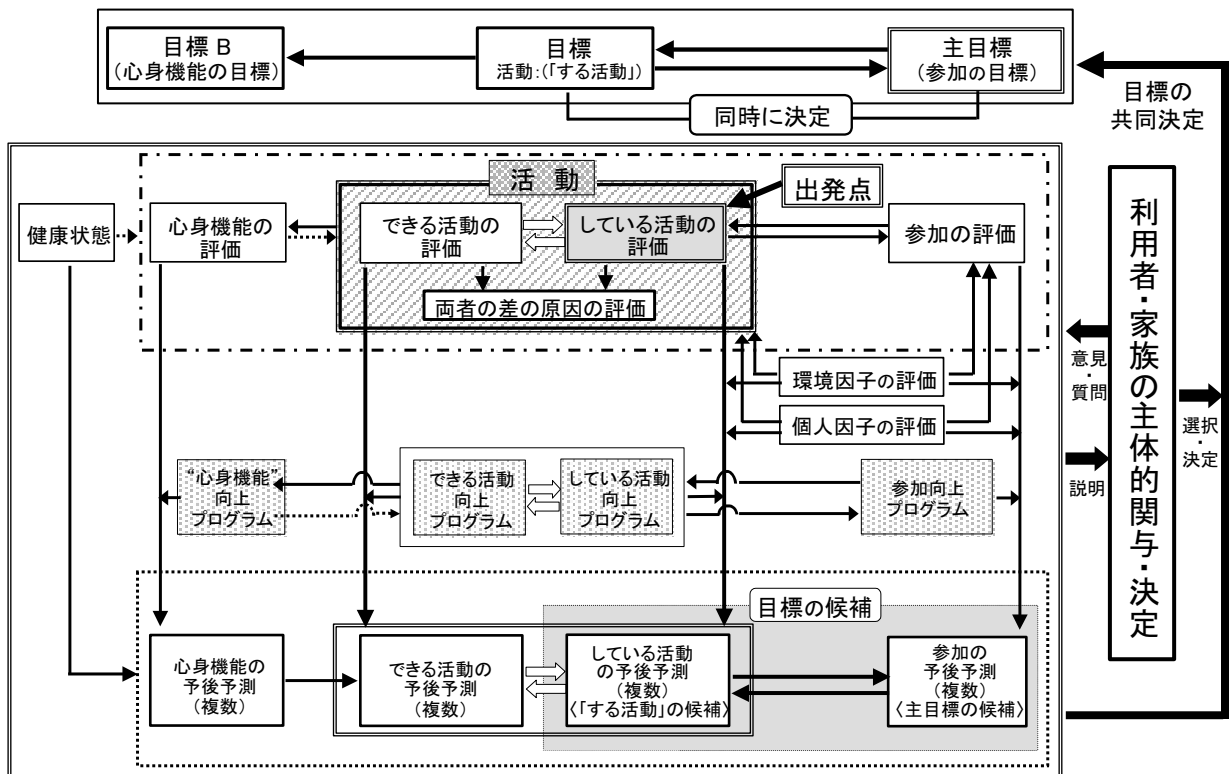
利用者・患者・家族などの当事者は疑問があれば遠慮せずに専門家へ相談すべきであり、誠実にそれに答えるのが専門家の責任である。

表. 計画書の記入と説明の手順



目標設定

目標指向的アプローチ



多数の専門職が関与し、それらがバラバラにではなく、その対象個人特有の目標を共有することが不可欠である。

そのために一人ひとりの利用者・患者について「どのような個別的・個性的な新しい人生を創るか」という問題意識に立って、社会的存在としての人間のあり方である参加レベルの「新しい人生」の目標（参加レベルの目標である「主目標」とその具体的生活像である活動レベルの「目標（「する活動）」）を同時に決め、そしてそれを実現するために必要な心身機能・構造レベルの「目標」を決める。そしてそれらの相互関係を重視しつつ主目標の実現に向けてプログラムをつくり、すべての努力を集中させていくものである。

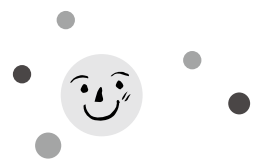
これらの目標設定のプロセスは図下の大きな枠内にあるように、各レベルにわたる評価の結果や、プログラムをもとにして、予後学（予後に関する知識・経験に立って評価結果、他のレベルの予後予測、提供できるプログラム等を総合判断して予後予測を行なう技術学）によって予後予測を行ない、その上で各患者にとって最良・最適の目標を決めていくのである。

その過程は専門家だけで進めるのではなく、その大枠と右の「本人・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、本人・家族が主体的に関与して進められるべきものである。そして目標設定にも本人・家族が主体的に関与し、最終的には本人・家族が決定するのである。これ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、すなわち真の協力関係の中での共同決定としてすすめることである。

なお各専門職がこのプロセスの中でどこに重点をおくかは、各職種・各個人の専門性によって異なってくるが、その際各職種は評価・プログラムともに自分が直接的に関与している生活機能レベルだけではなく、図に示しているように各生活機能レベルや様々な因子が相互に関連しあっていることを大前提として、それらを全体像として把握するようつとめなければならない。その上で、例えば理学療法士・作業療法士の直接的な働きかけの対象としては「できる活動」、看護・介護職は「している活動」を重視することが肝要である。

- 註 1) 参加の具体像としての活動：生活機能構造の視点からみた際重要なことは、参加の具体像が「している活動」であり、両者は不可分であるため、両者間が両方向の矢印で結ばれている。
- 註 2) 「している活動」と「できる活動」：活動を「している活動」と「できる活動」とに明確に区別しているが、互いに緊密な関連性をもっているため、両者を同じ枠内において、その上で両者間を点線で分けている。

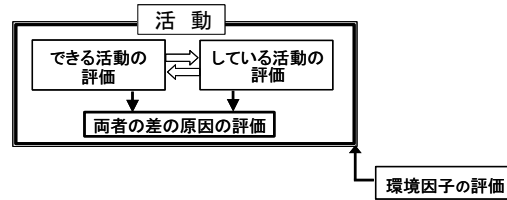
詳細は、大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション－ICFに立った自立支援の理念と技法－ 中央法規 2004



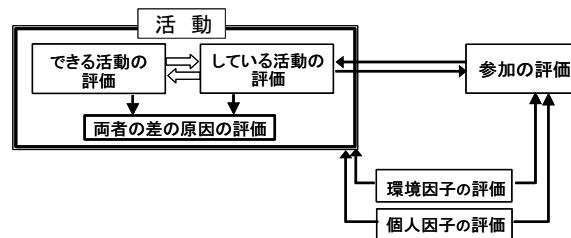
目標指向的アプローチにおける目標設定のプロセス

目標設定のステップ（１）：

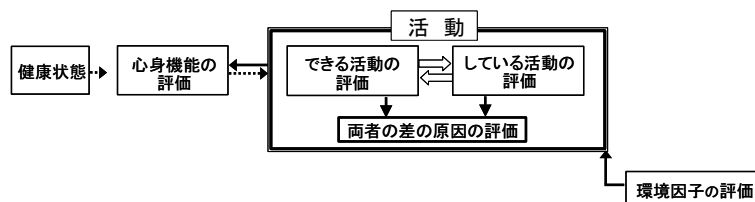
「できる活動」と「している活動」の評価と両者の差の原因の追求



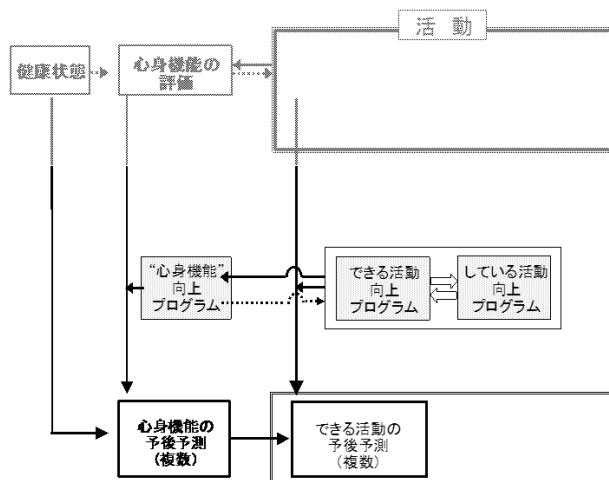
目標設定のステップ（２－１）：参加の評価－活動との関連で



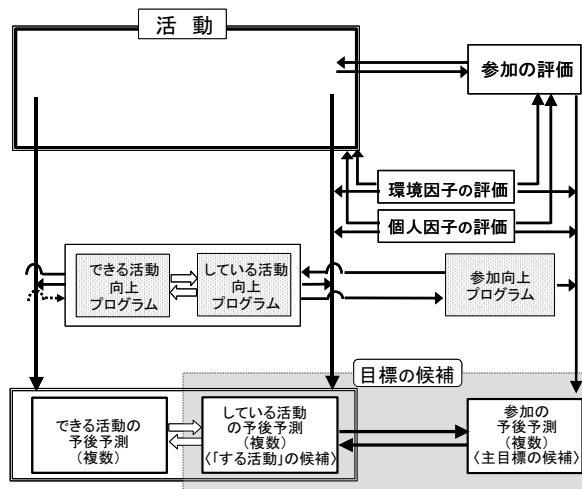
目標設定のステップ（２－２）：活動の評価と健康状態・心身機能の評価



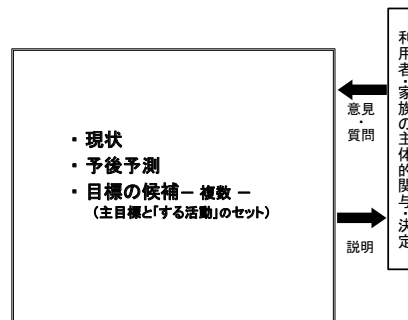
目標設定のステップ（３－１）：「できる活動」の予後予測（心身機能を考慮して）



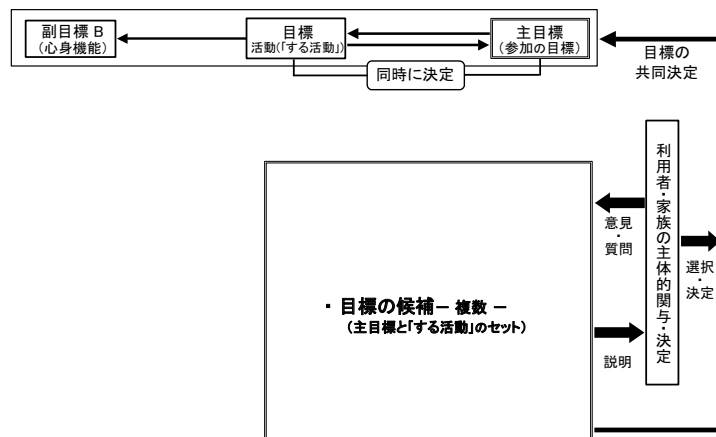
目標設定のステップ（3-2）：「している活動」の予後予測



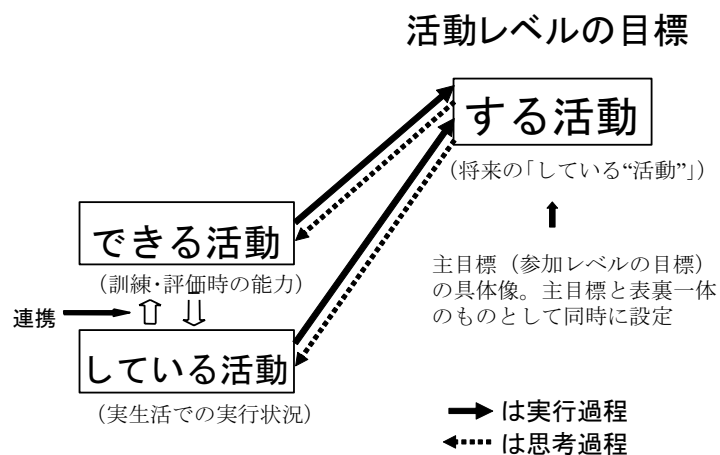
目標設定のステップ（4-1）



目標設定のステップ（4-2）



目標指向的活動向上プログラム



目標指向的活動向上プログラムは、目標である「する活動」向上にむけて、実生活での実行状況である「している活動」と評価・訓練時の能力である「できる活動」を向上させるものである。「している活動」と「できる活動」に対応して結果的に到達させるものではない。

なお「する活動」は目標指向的アプローチの活動レベルの目標に他ならない。

“活動”は単なる自立度（自立、半介助、全介助、等の）程度ですませるのではなく、どのようなやり方（姿勢、補助具、介助法、等）・手順で行うかまで、細部にわたって具体的に評価し、目標として定める。

中高年の生活に関する継続調査票（1） － ICF分類との対応－

本調査は、平成17年度を初年度として、調査開始時の団塊の世代を含む全国の中高年齢世代の50歳から59歳の男女の追跡、その『健康・就業・社会活動』について、意識面・事実面の変化の過程を継続的に調査し、行動の変化や事象間の関連性等を把握し、高齢者対策等厚生労働行政施策の企画、実施、評価のための基礎資料を得ることを目的としている。

調査時点での必要性に重点が置かれているが、ICFの項目との対応の観点からみていくと次のようである。

1. 全体

- 1) 調査項目は主に「健康状態」と「活動」のうちセルフケア（a570以外）と、特定の「参加」※及びその特定の「参加」に関係の深い「環境因子」・「主観的因子」（価値観、希望など）に対応する。

※特に仕事（p840-p859）、対人関係（p730-p799：家族、同居人）、他者への援助（p660）、コミュニティライフ（p910）、レクリエーションとレジャー（p920）

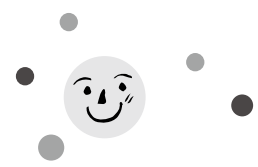
- 2) 「活動」の項目が少ない
- 3) 「心身機能」の項目も少ない（しかし、これは当事者での判断には限界がある）
- 4) 各要素間の相互関係
 - ・活動低下の理由（健11-2）は病気中心であり、「心身機能」は「8. 視覚・聴覚障害」のみ。しかし実は様々な心身機能が関係している。また、その心身機能低下は特定の疾患によるとは限らない。

2. 「活動」

- ・セルフケア（5章）と運動・移動（4章）の一部（a410、a430、a450、a455）と運動の強度（問15）に限っている。
- ・日常生活上の「何らかの困難」の介助の必要性でみている（補11-1）。
- ・交通機関利用（a470）、自動車運転（a475）のような項目も重要であるが含まれていない。
- ・家事、仕事、スポーツ等も「活動」が困難なため制約されることが多いが、これらは現在は該当項目はない。

また「活動」でも、「参加」レベルとの関係は深いが、その関連をみるものはない。

- ・活動項目の問11の選択肢は、何らかの困難はあるが、「独力で“できる”」となっている。“している”がより適する ⇒ 活動の実行状況（している活動）と能力（できる活動）の区別は重要。
- ・各項目の定義は明確にしていく必要あり（例：活動の基本となる「歩行」について定義を明確に。例：屋外歩行、屋内歩行の別、またトイレにも排泄行為のみか、トイレまでの移動を含むかの別を明らかにする、等）



3. 社会活動（問 32、33）などのように一項目で広い範囲の異なる内容の項目を包含しているものがある。

例：社会参加活動（問 32 では地域行事、ボランティア、高齢者支援等を含む。しかし、問 33 では地域行事と高齢者支援は別項目。このうちボランティアは p855：無報酬の仕事にあたるが、問 32 では無報酬の仕事は別項目※としてある。）

※問 32 「無報酬の仕事（民生委員、保護司、PTA 役員等を含む）」

この他、家の中の役割（p640：調理以外の家事、p650－p669：家庭用品の管理および他者への援助）、生涯学習（p810－p839：教育、等）等も重要だが含まれていない。

4. 健康状態

健康状態は生活習慣病を中心としており（問 8）（糖尿病、心臓病、脳卒中、高血圧、高脂血症、悪性新生物（がん）、これらの診断の有無等は把握される。

他疾患については、

- i) 「病気やケガのための入院」の有無と、
- ii) （補問 11-2）「日常生活活動の際に困難」を生じることの原因となる理由として関節疾患（関節リウマチ等）、骨折・転倒、その他、のみ

5. 評価点：活動：「日常生活活動の際に困難（問 11-1）」は以下の3段階

- 「困難なし」（回答なし） ー評価点 0、1 の混在※
- 「何らかの困難はあるが、独力のできる」 ー評価点 0、1 の混在
- 「独力ではできないので介助が必要」 ー評価点 2、3（「4：実行していない」が含まれる可能性あり）

※自立を評価点「0：普遍的自立」、「1：限定的自立」を分けることは、低下の鋭敏な指標となる

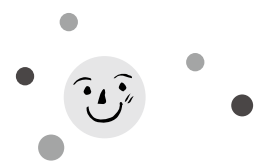
中高年の生活に関する継続調査票(2)
- ICF分類と調査項目との対応 -

<凡例>

- (家)(健)(就)(資)(社)(住)(配)は調査票の区分(楕円でかこって表示)。
それぞれ家族(問1-6)、健康(問7-17)、就業(問18-29)、資格、能力開発等(問30-31)、社会活動等(問32-33)、住居・家計(問34-38)、配偶者(問39-42)を示す。
- 「環境因子・個人因子、等」の欄には、調査票の項目が活動または参加のICF項目に対応する場合に関する因子を示している。<環>はICFの環境因子、<個>は同じく個人因子、<主>は生活機能の主観的側面、<三>は第三者の生活機能を示す。
- *印は複数の項目に関係するもの。右向き矢印(→)の先にそれ以外の項目を示す。
- 左向き矢印(←)は関連の深い参加項目を示す。

健康状態				
(健)7 [現在の健康状態はいかがですか?] *(健)8 [6疾患の有・無、通院や服薬、病状の変化、最近1年間の入院] →p570 (健)9 [最近1年間の入院(原因8以外)] *(健)10 [主観、情動、神経症状] →心身機能 b126、b130 →<主> (健)11-2 [日常生活活動の困難の理由] (疾患名中心、心身機能は視覚障害のみ) *(健)16 [健診受診状況] →p570 *(健)補 16-1 [健診の結果] →p570 *(健)補 16-2 [結果への対応] →p570 *(健)17 [健康維持のための心がけ] →p570				
活動			参加	環境因子・個人因子、等
5章セルフケア				
(健)補 11-1-⑤ [手や顔を洗う] →a5100 (困難の有無、介助必要性のみ)	a510.	自分の身体を洗う		
(健)補 11-1-⑧ [入浴] →a5101 (困難の有無、介助必要性のみ)	a520.	身体各部の手入れ		
(健)補 11-1-⑦ [排泄] (困難の有無、介助必要性のみ)	a530.	排泄		

(健)補 11-1-④ [衣服の着脱] (困難の有無、介助必要性のみ)	a540.	更衣		
(健)補 11-1-⑥ [食事] (困難の有無、介助必要性のみ)	a550.	食べる		
*(健)13 [飲酒頻度、量] →a570	a560.	飲む		
*(健)13 →a560 *(健)14 [喫煙・本数] →a598 *(健)15 [運動] (負荷3段階毎に頻度) →a920	a570.	健康に注意する	p570.	*(健)8 [6疾患の通院や服薬、病状の変化、最近1年間の入院] →<健> *(健)12 [治療・健康維持のための支出] →p860 *(健)16 [健診受診状況]、補 1 [結果]、補 2 [結果への対応] →<健> *(健)17 [健康維持のための心がけ] →<健>
*(健)14 →a570	a598.	その他		
6章家庭生活 必需品の入手				
	a610.	住居の入手	p610.	*(住)34 [住居] 住居の変化(転居;増改築) →870 <環>(住)34 [住居の形態] <環>(住)補 34-1 [住居の広さ] <主>(住)補 34-2 [住居の広さへの満足度]
*(健)補 11-1-⑩ [買ったものの持ち運び] (困難の有無、介助必要性のみ) →a430	a620.	物品とサービスの入手	p620.	*(配)42 [配偶者との過ごし方] →p770、p850、p855、p910、p920
(社)32-⑥ [家事]	a630.	調理	p630.	
	a640.	調理以外の家事	p640.	
家庭用品の管理および他者への援助				
	a650.	家庭用品の管理	p650.	*(家)5 [介護・育児] →p760 *(家)補 5-1 [介護・育児の対象との関係・介護時間] →p760 *(家)6 [非同居者への経済的支援] (頻度、金額) →p760、860、898 *(社)32-② [社会参加活動:地域行事、ボランティア、高齢者支援等] →p855、p910 (社)32-⑦ [身内の介護] (社)32-⑧ [自分の孫や子供の世話] *(社)33-④ [子育て支援・教育・文化:子ども会の役員など] →p910 (社)33-⑤ [高齢者支援:家事支援・移送など]
	a660.	他者への援助	p660.	<環>対象となる他者 (p660の全てに関係) ←<主>満足度 ←<主>満足度 ←<主>満足度 ←<主>継続の意志 ←<主>継続の意志



7章対人関係				
一般的な対人関係				
a710.	基本的な対人関係			
a720.	複雑な対人関係			
特定の対人関係				
a730.	よく知らない人との関係	p730.		
a740.	公的な関係	p740.		← * <主> 仕事についての満足度 (職場の人間関係) → p850 ← 補 3-1-収入の有無
a750.	非公式な社会的関係	p750.	(家) 3 [配偶者以外と同居] → p7503 : 同居者との非公式な関係 (社) 32-③ [近所づきあい] (有無) → p7501 : 隣人との非公式な関係 (社) 32-④ [友達づきあい] (有無) → p7500 : 友人との非公式な関係	← <主> 満足度 ← <主> 満足度
a760.	家族関係	p760.	* (家) 5 → p660 * (家) 補 5-1 → p660 * (家) 6 → p660, 860, 899	← <三> 経済的支援の必要性 <環境> (家) 3 [同居者] → 補 3-1 [年齢・収入の有無] <環> (家) 4, 補 4-1 [非同居家族] → 1年以内の変化
a770.	親密な関係	p770.	補 2-1 [1年以内の変化] * (配) 42 → p620, p850, p855, p910, p920	<環> (家) 2 [配偶者] <環> (配) 39, 40, 41, 補 41-1, 補 41-2 [※配偶者について: 最終卒業学校、健康状態、収入源、収入額]
8章主要な生活領域 (教育・仕事・経済)				
教育				
a810.	非公式な教育※	p810.	* (資) 31-1 [勤め先・公共機関・民間機関等での研修] → p825	
a815.	就学前教育※	p815.		
a820.	学校教育※	p820.		<個> (家) 1 [最終学歴]
a825.	職業訓練※	p825.	* (資) 31 [仕事のための能力開発、自己啓発] (有無・方法) → p810, p830, p845	
a830.	高等教育※	p830.	* (資) 31 → p825, 845	
仕事と雇用				
a840.	見習研修 (職業準備) ※	p840.		<環> (就) 22 [会社の従業員数] <個> (就) 23 [就職時期]
a845.	仕事の獲得・維持・終了	p845.	(就) 21 [通勤時間のみ] (就) 補 28-2 : 職探し・開業準備 * (資) 31 → p810, p825, 830 (資) 30 [仕事のための免許・資格の取得] <最近1年間>	* <環> (就) 24 [定年の有無・年齢] * <主> (就) 25 [仕事について満足度] (能力活用、職場の人
a850.	報酬を伴う仕事	p850.	(就) 18 [就労有無] (就) 19 [仕事種類、勤務形態] (就) 20 [仕事内容] (就) 21 [就業日数、就業時間、通勤時間]	間関係、労働条件) → p740 <環> (就) 26 [勤務先の制度: (再就職の斡旋、再雇用制度、勤務延長制度) (有無)] <環> (就) 27 [仕事の後継者有無 (自営業者のみ)] <個> (就) 補 27-1 [今後の事業予定] <主> (就) 28 [職探しの希望の有無]、補 28-1 [希望職種] <主> (就) 補 28-3 [希望あるも職探し無しの理由] <個> (就) 29, 補 29-1 [過去1年間にやめた仕事] <個> (就) 29-p8452 : 退職 (最近1年間)、有無、仕事内容、理由
a855.	無報酬の仕事	p855.	* (配) 42 → p620, p770, p855, p910, p920 * (社) 32-② → p660, p910 * (社) 32-⑤ [無報酬の仕事: 民生委員、保護司、PTA 役員等] → p910 * (配) 42 → p620, p770, p850, p910, p920	← <主> 満足度 ← <主> 満足度
経済生活				
a860.	基本的な経済的取引	p860.	* (家) 6 → p660, p760, p898 * (健) 12 [治療・健康維持のための支出] → p570	
a865.	複雑な経済的取引	p865.		
a870.	経済的自給	p870.	* (住) 34 [住居] (住宅ローン) → 610 (住) 35 [収入] 補 1-収入源、補 2-収入額 (住) 36 [家計支出額] (住) 37 [借入金額]	<環> (住) 35-1 [資産収入] : e165 <環> (住) 38 [預貯金] : e165
a898.	その他		[他者への経済的援助] * (家) 6 → p660, p760, p860	
9章コミュニティライフ・社会生活・市民生活				
a910.	コミュニティライフ	p910.	* (社) 32-② → p660, p855 * (社) 32-⑤ → p9101 → p855 (社) 33-③ [地域行事: 町内会の催しなど] * (社) 33-④ → p660 (社) 33-⑥ [その他の社会参加活動] (社) 33-① ~ ⑥ [町内会・自治会] [NPO・公益法人等] * (配) 42 → p620, p770, p850, p855, p920	<主> (社) 33-① ~ ⑥-今後の継続の意志 ← <主> 満足度

* (健)15 (負荷 3 段階毎に頻度) →a570	a920.	レクリエーションとレジャー	p920.	(社)32-①[趣味・教養：囲碁、盆栽、旅行など] (社)33-①[趣味・教養] (活動の方法、仲間の種類、活動地域) (社)33-②[スポーツ・健康] * (配)42→p620、p770、p850、p855、p910
	a930.	宗教とスピリチュアリティ	p930.	
	a940.	人権	p940.	
	a950.	政治活動と市民権	p950.	
3章コミュニケーション				
コミュニケーションの理解				
	a310.	話し言葉の理解		
	a315.	非言語的メッセージの理解		
	a320.	手話によるメッセージの理解		
	a325.	書き言葉によるメッセージの理解		
コミュニケーションの表出				
	a330.	話す		
	a335.	非言語的メッセージの表出		
	a340.	手話によるメッセージの表出		
	a345.	書き言葉によるメッセージの表出		
会話並びにコミュニケーション用具および技法の利用				
	a350.	会話		
	a355.	ディスカッション		
	a360.	コミュニケーション用具および技法の利用		
4章運動・移動				
姿勢の変換と保持				
(健)補 11-1-②[ベッドや床からの起き上がり]-a4100 横たわること (困難の有無、介助必要性のみ)	a410.	基本的な姿勢の変換		
(健)補 11-1-③[椅子からの立ち座り] (困難の有無、介助必要性のみ)				
	a415.	姿勢の保持		
	a420.	乗り移り (移乗)		
物の運搬・移動・操作				
* (健)補 11-1-⑩→a620	a430.	持ち上げることと運ぶこと		
	a435.	下肢で物を動かす		
	a440.	細かな手の使用		
	a445.	手と腕の使用		

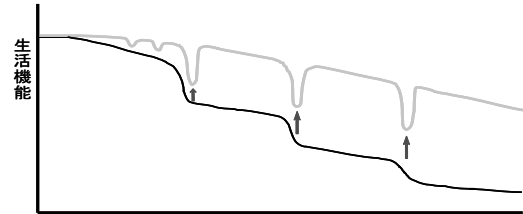
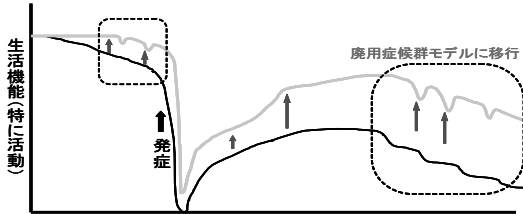
歩行と移動				
(健)補 11-1-①[歩く] (困難の有無、介助必要性のみ)	a450.	歩行		
(健)補 11-1-⑨ [階段昇降]-a4551 : 登り降りすること (困難の有無、介助必要性のみ)	a455.	移動		
	a460.	さまざまな場所での移動		
	a465.	用具を用いての移動		
交通機関や手段を利用した移動				
	a470.	交通機関や手段の利用		
	a475.	運転や操作		
1章学習と知識の応用				
目的をもった感覚的経験				
	a110.	注意して視る		
	a115.	注意して聞く		
	a120.	その他の目的のある感覚		
基礎的学習				
	a130.	模倣		
	a135.	反復		
	a140.	読むことの学習		
	a145.	書くことの学習		
	a150.	計算の学習		
	a155.	技能の習得		
知識の応用				
	a160.	注意を集中する		
	a163.	思考		
	a166.	読心		
	a170.	書く		
	a172.	計算		
	a175.	問題解決		
	a177.	意思決定		
2章一般的な課題と要求				
	a210.	単一課題の遂行		
	a220.	複数課題の遂行		
	a230.	日課の実行 (遂行)		
	a240.	ストレスとその他の心理的要求への対処		

※これが見ついた項目は中分類どまりで小分類なし※※8 (その他の特定の)、9 (詳細不明) の項目は略してある

生活機能低下の経過 — 2つのモデル* —

脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)

廃用症候群モデル(廃用症候群、各種慢性疾患、
変形性関節症など)



廃用症候群モデル

従来は「年だから」「病気だから」低下していくのは当然で、不自由になったら介護のみと考えがち

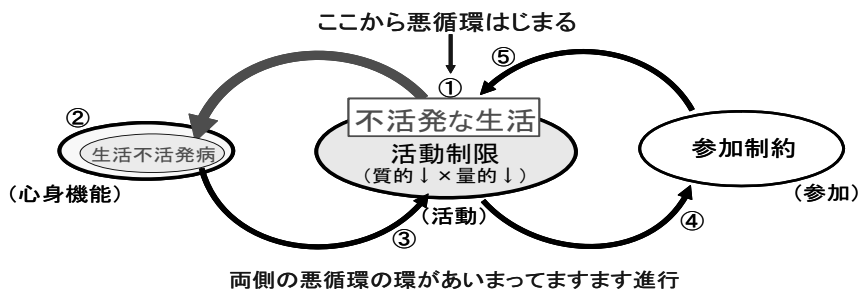
⇒ 技術・システムの向上で、高い生活機能を保つことは可能

- 現在の課題：対応不十分（一部の症候、疾患群中心）
 - ⇒ 本質的対応（生活の活発化）、国民への啓発
- 脳卒中モデルにも廃用症候群モデルの時期がある
 - ⇒ 廃用症候群モデルとしての対応必要（“維持期”リハではなく）

※この他に認知症モデルあり

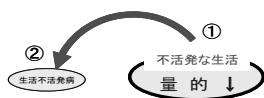
註：左右の図とも矢印（↑）は今後の介護（「よくし助ける介護」・リハビリテーション（狭義ではなく広義）等の発展、一般国民の認識の向上により、生活機能の経過（現状：黒線）を大きく向上できること（黄線）を示す

「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」



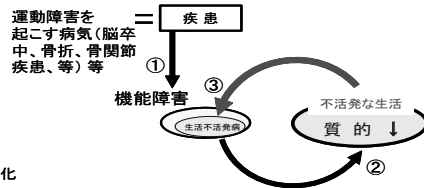
— 生活不活発病発生の3つのタイプ —

○ 「活動」の「量」的減少タイプ



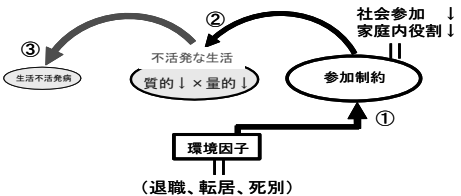
・「年だから…」と考えるの生活の消極化
・安静のとりすぎ、過度の運動制限
(病気だから安静第一)、等

○ 「活動」の「質」的低下タイプ



運動障害を起す病気(脳卒中、骨折、骨関節疾患、等)等

○ 「参加」低下タイプ



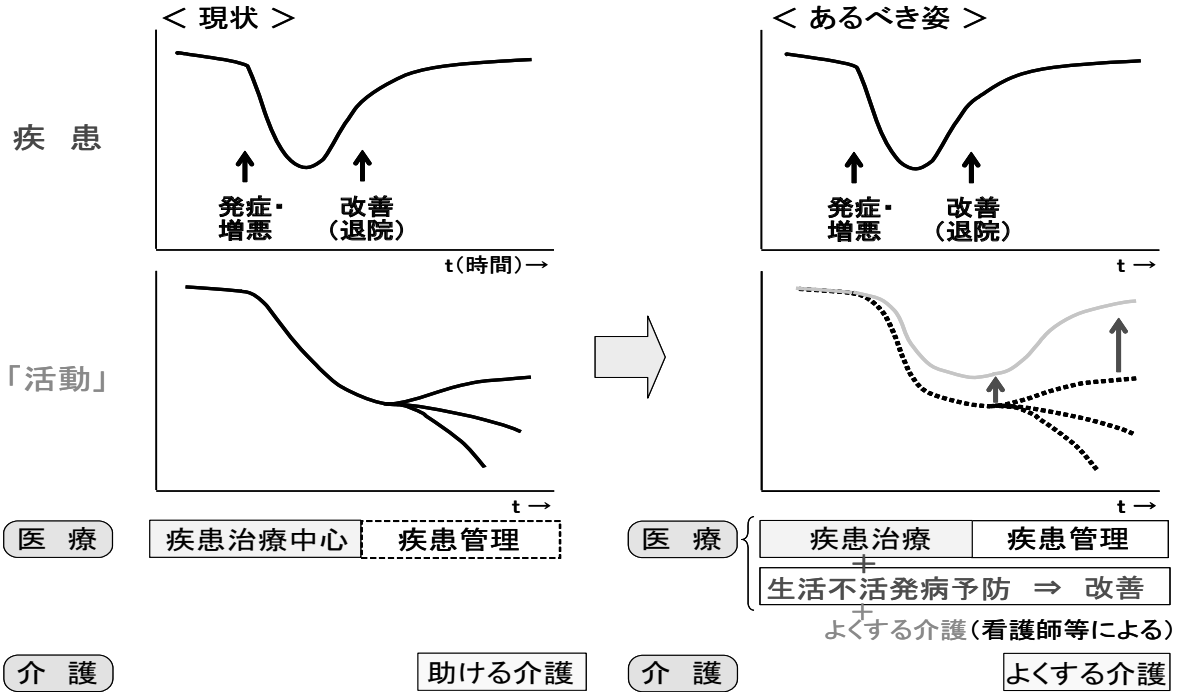
社会参加 ↓
家庭内役割 ↓

環境因子
(退職、転居、死別)

第5回社会保障審議会統計分科会
生活機能分類専門委員会資料4-1(資料12)

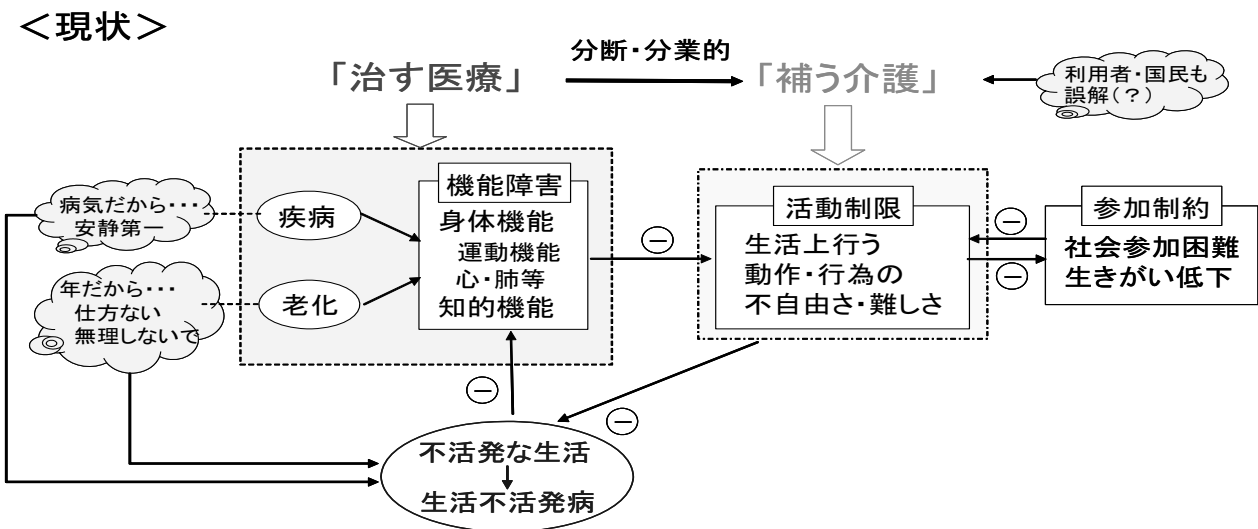
病気の発症・増悪の時の医療と介護の連携

— 生活不活発病予防・改善と「活動」低下への早急な対応 —



第5回社会保障審議会統計分科会
生活機能分類専門委員会資料4-1(資料13-1)

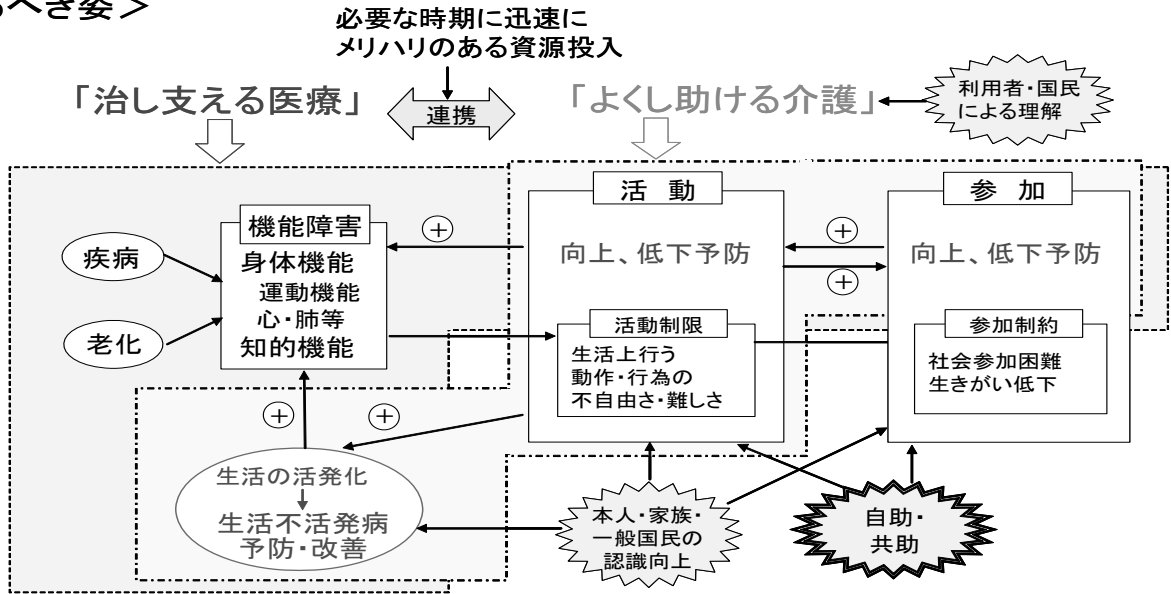
医療と介護：分断から共働へ（1）



※活動制限：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為（活動）の困難。
 ※参加制約：人や社会との関係や役割を持ったり、楽しみや権利を実現すること（参加）の困難。
 *生活機能：人が「生きる」ことの全体像、「心身機能・構造」「活動」「参加」の3つのレベルを統合したもの。

医療と介護：分断から共働へ（2）

<あるべき姿>

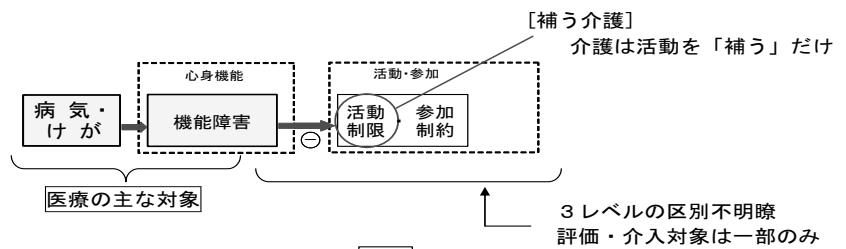


※活動：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為。すなわち、「参加」を実現するためのあらゆる動作・行為。
※参加：人や社会との関係や役割をもちたり、楽しみや権利を実現すること。

医学モデルから統合モデルへ

<医学モデル>

- 原因：病気が全てを決定する一方モデル
マイナスモデル
(矢印はマイナス面発生の因果関係)
- 解決：問題発生の因果関係を過大視
機能障害が改善しないと活動・参加
の向上はない（活動・参加への対応
は補完のみ）

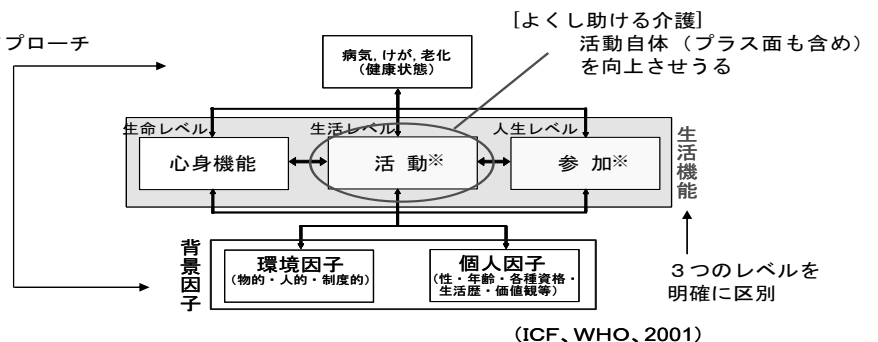


<統合モデル>

生活機能モデル

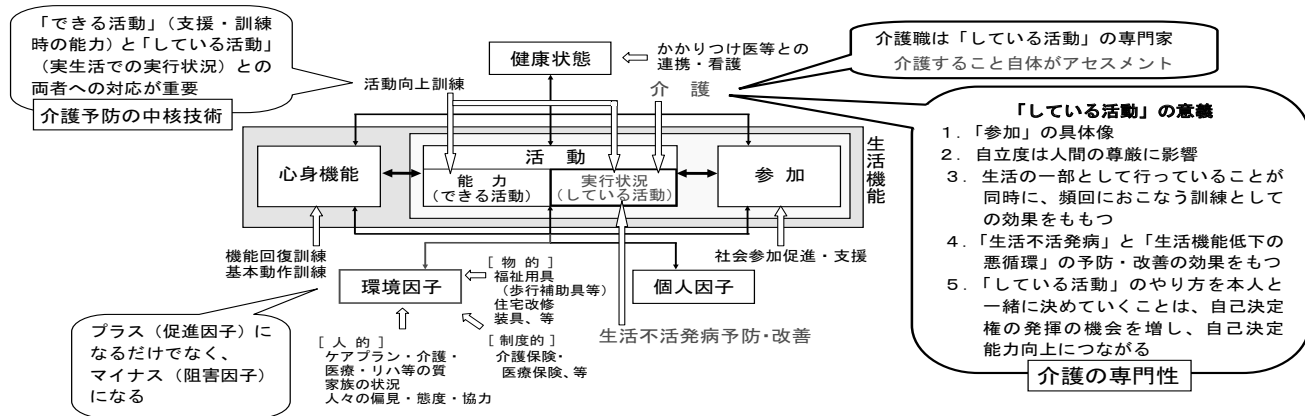
：分析にもとづいた統合に立つ総合的アプローチ

- 原因：病気だけでなく、背景因子も重視。
生活機能の3レベル間でも影響し
あう
- 解決：
 - 生活機能の各レベルは相対的な
独立性をもつ。そのため機能障
害が改善しなくても活動自体を
改善させることができる。
 - 様々な矢印は互いに影響しあう



第5回社会保障審議会統計分科会
生活機能分類専門委員会資料4-1(資料15)

統合モデルに立った介護の位置づけ

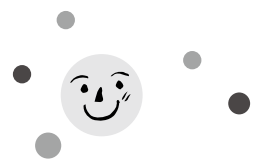


○ 各種介護(保健)サービス・自助・共助は「環境因子」

- ・生活機能の3つのレベルのどこのどの項目に影響しているかをみる。効果判定も同様に
- ・その質を問われる(専門性でもある)
- ・他のより良いサービスはないか?連携すべきものがないか、をみる

[例]: バリアフリー: 一人ひとりの一つひとつの活動毎でバリア(阻害因子)にもなり、バリアフリー(促進因子)にもなる(車いす使用者に適することだけがバリアフリーではない。やっと立って歩ける人にはマイナスになることが少なくない。)

○ 介護予防は機能障害中心ではなく、生活不活発病予防と活動向上訓練による生活機能向上!



「当日の写真」



WHO コンスタンチック氏からのビデオレター



会場の様子

パネルディスカッション



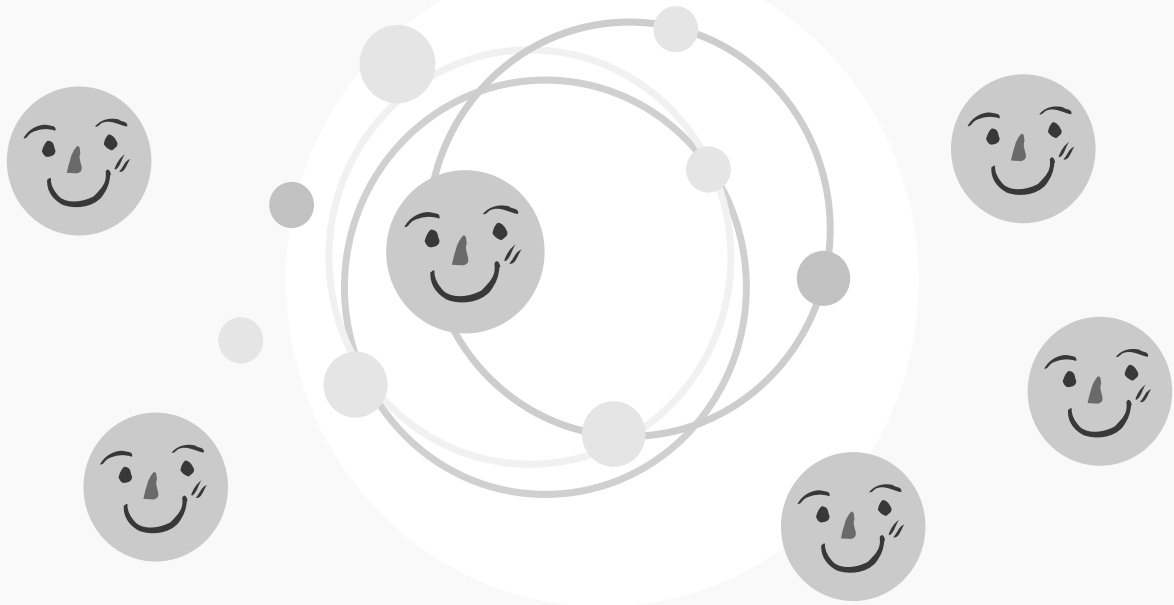
講演者の皆様

第3回 厚生労働省

ICFシンポジウム

生活機能分類の活用に向けて
～実用化に向けた課題と対策について～

ひとがひとらしく生きるために
ひろめようICF



平成24年12月13日(木)

入場
無料

みらいCANホール 13:00～17:00

東京都江東区青海2-3-6 (日本科学未来館 7F)

全人的医療に向けてのICF活用と期待

患者から医療への期待をICFから考える

「ICFの基本と医療面への活用」

*テーマは仮、プログラムは変更の可能性がございます。

大川 弥生 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
(独立行政法人国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部部長)

「全人的医療に向けてのICF活用と期待」 野中 博 社団法人 東京都医師会長

「介護の面からICFの活用を考える ～医療機関における、医療機関と介護サービスとの連携を含めて～」

舟田 伸司 社団法人 日本介護福祉士会 常任理事

「診療情報管理学の面からICF活用を考える」 高橋 勇二 浜松市リハビリテーション病院 副院長

「患者から医療への期待をICFから考える」 大日方 邦子 株式会社 電通パブリックレーションズ シニアコンサルタント

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

ICF = 国際生活機能分類

International Classification of
Functioning, Disability and Health (WHO)

後援-----

社団法人 日本医師会
一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 日本看護協会

ソーシャルケアサービス従事者研究協議会
公益社団法人 日本医療社会福祉協会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
社団法人 日本介護福祉士会
一般社団法人 日本言語聴覚士協会
一般社団法人 日本作業療法士協会
社団法人 日本社会福祉教育学校連盟
社団法人 日本社会福祉士会
社団法人 日本社会福祉士養成校協会
公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会
社団法人 日本精神保健福祉士協会
特定非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会
日本保健医療福祉連携教育学会
公益社団法人 日本理学療法士協会

協賛-----

一般財団法人 厚生労働統計協会

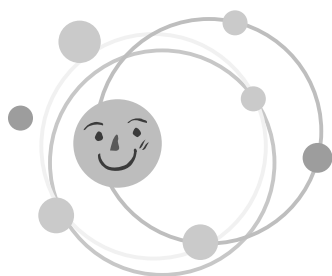
～お申し込み・お問い合わせは事務局まで～

www.jigyoku.com/icf3

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

〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹

●Tel : 0422-24-6813 ●Fax : 0422-24-6812 ●e-mail : icf@oscar-japan.com



ICF

International Classification of Functioning,
Disability and Health