

第6回 ICF シンポジウム
生活機能分類の活用に向けて
～具体的活用事例～

【報告書】

平成29年6月

厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）

目次

1.	これまでのあゆみ ～開催履歴～	2
2.	シンポジウム当日の配布資料	3
3.	発表資料 (PPT データ/講演順)	
	• 『生活行為向上マネジメント	24
	(Management Tool for Daily Life Performance : MTDLP) での活用』	
	講師：中村 春基	
	一般社団法人 日本作業療法士協会会長	
	• 『日本の医療・介護政策の国際的位置付けと ICF の活用可能性	32
	ー介護技術評価およびセルフマネジメント支援を中心にー』	
	講師：筒井 孝子	
	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授	
	• 『乳幼児発達スケールを用いた ICF の活用』	42
	講師：橋本 圭司	
	国立成育医療研究センター リハビリテーション科 医師	
	• 『リハビリ領域での ICF に基づく全般評価システムの作成と臨床活用』	52
	講師：園田 茂	
	藤田保健衛生大学七栗記念病院院長/医学部リハビリテーション医学Ⅱ教授	
	• 『認知症のリハビリテーションと国際生活機能分類 (ICF)』	56
	講師：村井 千賀	
	石川県立高松病院 作業療法科・地域医療連携室・認知症疾患医療センター 主幹	
	• 『地域包括ケアシステム構築と情報連携』	62
	講師：石川 広己	
	公益社団法人 日本医師会常任理事	
4.	パネルディスカッション【議事録】	69

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）
リバティ・ホール（東京・駿河台）

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）
ニッショーホール（東京・日本消防会館）

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）
みらいCANホール（東京・日本科学未来館）

第4回

～ 共通言語としてのICF普及の新時代を拓く ～
平成27年3月8日（日）
上條講堂（東京・昭和大学旗の台キャンパス）

第5回

～ 環境因子としての支援機器の可能性 ～
平成28年2月21日（日）
大崎ブライトコアホール（東京・大崎）

第6回

～ 具体的活用事例 ～
平成29年3月18日（土）
スクワール麹町（東京・四谷）

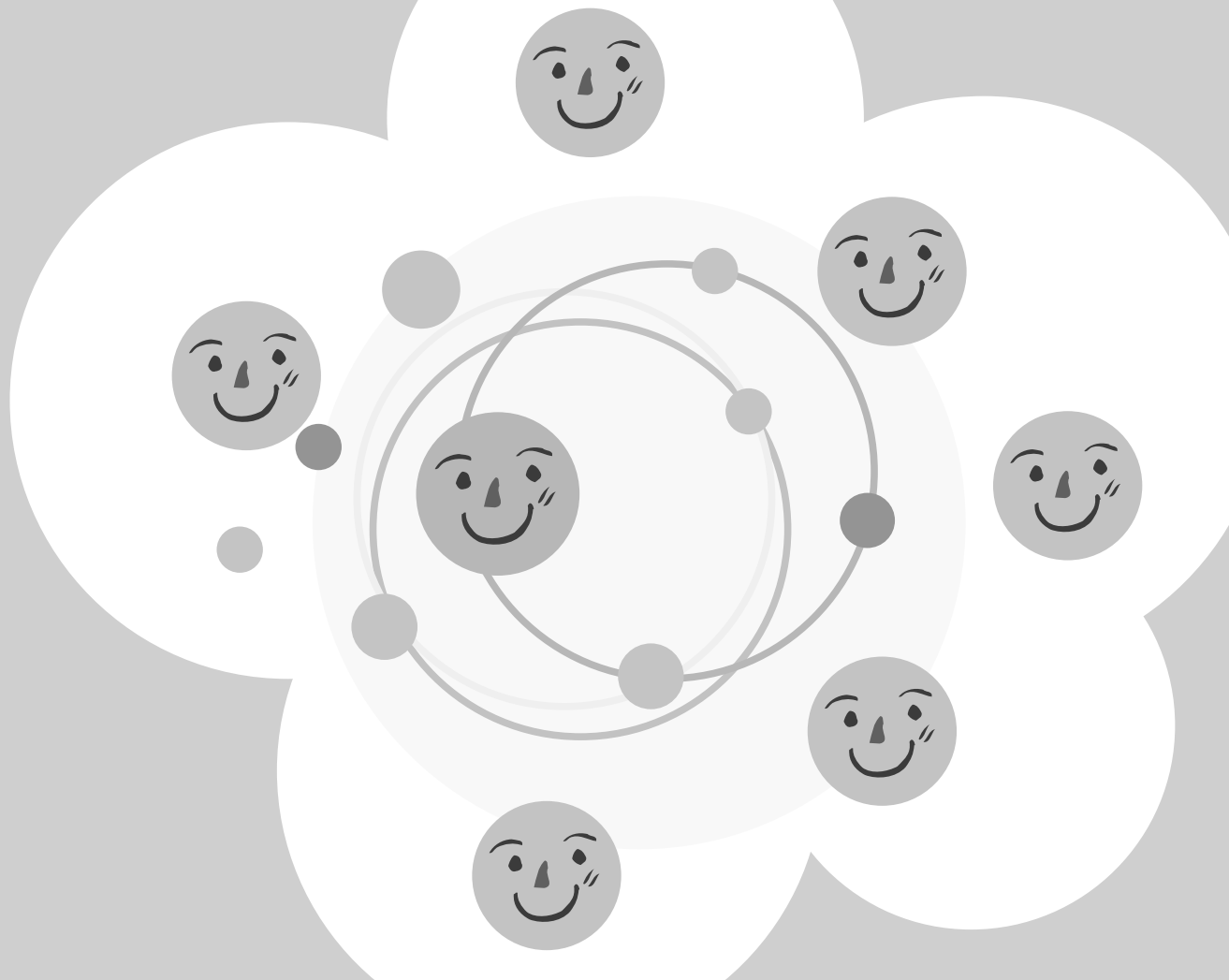


ICF = 国際生活機能分類
International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)

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

生活機能分類の活用に向けて
～具体的活用事例～

第6回 厚生労働省 ICFシンポジウム



平成29年3月18日[土] 13:00～17:00

会場：スクワール麹町 東京都千代田区 麹町6-6



目 次

◆開催主旨・開催概要	2
◆プログラム	3
◆講演者プロフィール	4
◆講演概要	7
・『日本作業療法士協会における ICF の活用』	7
講師：中村 春基	
一般社団法人 日本作業療法士協会会長	
・『日本の医療・介護政策の国際的位置付けと ICF の活用可能性	8
－介護技術評価およびセルフマネジメント支援を中心に－』	
講師：筒井 孝子	
兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授	
・『乳幼児発達スケールを用いた ICF の活用』	10
講師：橋本 圭司	
国立成育医療研究センター リハビリテーション科 医師	
・『リハビリ領域での ICF に基づく全般評価システムの作成と臨床活用』	11
講師：園田 茂	
藤田保健衛生大学七栗記念病院院長／医学部リハビリテーション医学Ⅱ教授	
・『認知症のリハビリテーションと国際生活機能分類（ICF）』	12
講師：村井 千賀	
石川県立高松病院 作業療法科・地域医療連携室・認知症疾患医療センター 主幹	
・『地域包括ケアへの期待』	13
講師：石川 広己	
公益社団法人 日本医師会常任理事	
◆＜参考＞ ICF とは	14

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ており、現在では2006年にWHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）ネットワークの中に設置された専門家会議であるFDRG（生活機能分類グループ）において、その改善や普及啓発、具体的な活用事例などの活発な議論が続けられています。

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

こうした動向をふまえ、本シンポジウムはこれまで普及の観点から5回開催されておりますが、今回、更なるICFの実用化にむけて、各分野でのICFの具体的な活用事例に焦点をあて、第6回のシンポジウムを開催することといたしました。

開催概要

- 開催日時 平成29年3月18日（土） 12:00（開場）13:00（開会）17:00（閉会）
- 場 所 スクワール麹町（東京都千代田区麹町6-6）
- 費 用 参加無料
- 主 催 厚生労働省
- 協 賛 一般財団法人 厚生労働統計協会
- 協 力 公益社団法人 日本医師会、一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、公益社団法人 日本理学療法士協会、一般社団法人 日本作業療法士協会、一般社団法人 日本言語聴覚士協会、日本脊髄障害医学会、ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、公益財団法人 テクノエイド協会、公益社団法人 日本医療社会福祉協会、一般社団法人 日本介護支援専門員協会、公益社団法人 日本介護福祉士会、一般社団法人 日本社会福祉教育学校連盟、公益社団法人 日本社会福祉士会、一般社団法人 日本社会福祉士養成校協会、公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、日本保健医療福祉連携教育学会、公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、特別非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会、一般社団法人 日本在宅医学会、日本在宅ケア学会



プログラム

司会進行：及川 恵美子（厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室国際分類分析官）

12:00	開 場
13:00-13:10	開会挨拶 安藤 よし子（厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）） 中村 耕三（社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会委員長）
13:10-13:50	講 演 『日本作業療法士協会における ICF の活用』 中村 春基（一般社団法人 日本作業療法士協会会長）
13:50-14:30	講 演 『日本の医療・介護政策の国際的位置付けと ICF の活用可能性 – 介護技術評価およびセルフマネジメント支援を中心に –』 筒井 孝子（兵庫県立大学大学院 経営研究科教授）
14:30-14:45	休 憩
14:45-16:45	パネルディスカッション（具体的活用事例の報告） 座 長：中村 春基（一般社団法人 日本作業療法士協会会長） 筒井 孝子（兵庫県立大学大学院 経営研究科教授） 講 演 『乳幼児発達スケールを用いた ICF の活用』 橋本 圭司（国立成育医療研究センター リハビリテーション科 医師） 講 演 『リハビリ領域での ICF に基づく全般評価システムの作成と臨床活用』 園田 茂（藤田保健衛生大学七栗記念病院病院長 / 医学部リハビリテーション医学 II 教授） 講 演 『認知症のリハビリテーションと国際生活機能分類(ICF)』 村井 千賀（石川県立高松病院 作業療法科・地域医療連携室・認知症疾患医療センター 主幹） 講 演 『地域包括ケアへの期待』 石川 広己（公益社団法人 日本医師会常任理事）
	ディスカッション
16:45-16:55	質疑応答
16:55-17:00	閉会挨拶 森 桂（厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室長）

講演者プロフィール



中村 春基 (なかむら・はるき)

一般社団法人 日本作業療法士協会会長

.....
1977年作業療法士取得、兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院勤務、切断と義手、福祉用具をテーマに研究、10年間国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院に勤務。社会的活動：2009年より一般社団法人日本作業療法士協会会長、(財)訪問看護振興財団評議委員、日本障害者リハビリテーション協会理事、作業療法ジャーナル編集委員他書籍：脳卒中の在宅リハビリテーション、作業療法各論・義手、障害筋骨格系理学療法、義肢装具学、作業療法のとらえかた、他



筒井 孝子 (つつい・たかこ)

兵庫県立大学大学院 経営研究科教授

.....
1988年筑波大学大学院修了後、旧厚生省に入省。国立保健医療科学院統括研究官などを経て、2014年4月より現職。

研究領域は、医療・保健・福祉領域のサービス評価。看護サービス量の予測システムの中核である「看護必要度」研究、ならびに、介護保険制度設計の際には、要介護認定システムにおけるコンピュータによる一次判定システムの開発研究を担当した。

また、「地域包括ケア研究会」の委員として、初年度の2009年より報告書の取りまとめに参画している。

2012年～現在、中央社会保険医療協議会「診療報酬調査専門組織入院医療等の調査・評価分科会」。2014年、内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」委員、2015年、経済産業省日本工業標準調査会(JISC)委員等を歴任。



橋本 圭司 (はしもと・けいじ)

国立成育医療研究センターリハビリテーション科医師

.....
平成10年東京慈恵会医科大学卒業。東京リハビリ病院、神奈川リハビリ病院、慈恵医大病院などで数多くの高次脳機能障害児者の治療を経験。2009年より国立成育医療研究センターリハビリテーション科医長として乳幼児から学童期の発達障害児の支援に関わり、2016年より高次脳機能障害専門クリニックはしもとクリニック経堂院長。NPO法人高次脳機能障害支援ネット理事長、2017年より千葉大学予防医学センター客員教授。



園田 茂 (そのだ・しげる)

藤田保健衛生大学七栗記念病院病院長 / 医学部リハビリテーション医学 II 教授

.....
1985 年 3 月慶應義塾大学医学部卒、慶應義塾大学月が瀬リハビリテーション(以下、リハ)センター、東京都リハ病院などでリハ科勤務。2000 年 4 月より、藤田保健衛生大学医学部リハ医学講座助教授。2003 年から藤田保健衛生大学七栗サナトリウム(現、七栗記念病院)病院長。

リハ科専門医、日本リハ医学会代議員、回復期リハ病棟協会会長。



村井 千賀 (むらい・ちが)

石川県立高松病院 作業療法科・地域医療連携室・認知症疾患医療センター 主幹
(作業療法士、保健学博士)

.....
昭和 57 年 3 月 金沢大学医療技術短期大学部作業療法学科卒業。昭和 61 年 10 月石川県保健所、その後石川県リハビリテーションセンター、県健康福祉部健康推進課を経、平成 19 年 4 月現石川県立高松病院に異動。平成 26 年 4 月厚生労働省老健局老人保健課出向。平成 28 年 4 月現職。



石川 広己 (いしかわ・ひろみ)

公益社団法人 日本医師会常任理事

.....
自平成 07 年 4 月 3 日 千葉県勤労者医療協会かまがや診療所院長

至 現 在

自平成 16 年 3 月 1 日 千葉県勤労者医療協会理事長

至 現 在

自平成 12 年 4 月 1 日 (社)鎌ヶ谷市医師会理事

至平成 18 年 3 月 31 日

自平成 18 年 4 月 1 日 (社)鎌ヶ谷市医師会副会長

至平成 20 年 3 月 31 日

自平成 20 年 4 月 1 日 (社)鎌ヶ谷市医師会理事

至平成 22 年 3 月 31 日

自平成 22 年 4 月 1 日 (社)鎌ヶ谷市医師会副会長

至 現 在

自平成 16 年 4 月 1 日 (社)千葉県医師会理事

至平成 22 年 4 月 24 日

自平成 22 年 4 月 1 日 (社)日本医師会常任理事

至 現 在

講演概要

『日本作業療法士協会における ICF の活用』

中村 春基

一般社団法人 日本作業療法士協会会長

.....

「人は一人では生きていけない。また、人は作業なしでは生きていけない。作業を行うことで、自分らしさを確認し、生きる糧を得、役割や価値、自己と他者など社会人として個人としての存在を自覚できる。そのような考え方が日本社会で認識され、国民の健康に寄与できたらと考える。その中で作業療法士の役割は、「作業」の保障につくる。「人は作業を行うことで元気になれる」という作業療法の考え方は普遍的であり、そんな、作業療法の素晴らしさを国民に届けたい。

さて、この度、第 6 回 ICF シンポジウムで一般社団法人作業療法士協会（以下、協会と略す）の取り組みについて紹介する機会を頂き、関係者の方々に衷心より感謝申し上げます。以下に協会の ICF の活用について述べる。

1) 学術活動の一つとして 2005 年より事例報告登録制度を設け、認定作業療法士の資格要件の一つとして運用している。その中で作業療法実施計画を ICF コードの第二分類レベルで付記する書式としている。これは必須記入項目ではないため、一部では未記入の事例があるが、平成 29 年 2 月現在での事例登録件数は 3,463 事例であり、その中の好事例を冊子にして発刊している。

2) 協会では、心身機能・構造、活動と参加にバランスのとれた作業療法の実践の普及を図るために、生活行為向上マネジメント (MTDLP : Management Tool for Daily Life Performance 以下 MTDLP と略す) を開発した。これの基本は、ICF に基づいて、ご利用者の「したい生活行為」「できそうな生活行為」(活動と参加) に焦点をあてた、利用者主体、多職種連携による支援内容を明確に支援するものである。現在、MTDLP の研修会を全国で展開しており、平成 28 年 1 月末時点での研修状況は基礎研修終了者 17,396 人。事例報告件数 3,409 事例、指導者数 93 人となっている。

2013 年度からは、MTDLP による作業療法の事例報告制度を設け、アセスメント表の中で、目標する生活行為を妨げている要因分析を ICF の生活機能別に第二分類でコードを付記することを必須としている。

平成 29 年 1 月末時点での事例報告数は 1,390 事例であり、その中で、平成 28 年 8 月末までに登録され合格水準に達した事例の介入方針をみると、「心身機能・構造」は 55 件、「活動と参加」が 88 件、「環境因子の調整」が 51 件、「活動と参加の経験を通して対象者に意味ある変化をもたらす」が 88 件、「その他」は 4 件であった。MTDLP を用いた作業療法が、心身機能・構造、活動と参加、環境因子にバランスよく支援されていることが明らかになった。これらを踏まえてシンポジウムでは、ご利用者と合意された目標の傾向、生活機能別の要因、介入方針と結果等紹介と ICF の活用の課題、今後の展望などについて報告し、討議の材料となれば幸いである。

『日本の医療・介護政策の国際的位置付けと ICF の活用可能性 －介護技術評価およびセルフマネジメント支援を中心に－』

筒井 孝子

兵庫県立大学大学院 経営研究科教授

.....

WHO 加盟国では、保健医療福祉分野における国際生活機能分類（以下、ICF）の活用と、これを応用した統計情報の整備が求められている。しかし、日本だけでなく、諸外国においても利活用は期待されたようにはすすんでいない。これは、多くの国では、すでに既存のアセスメントや評価方法が存在することが大きな要因である。

すなわち、わが国だけでなく、多くの国ですでに保健医療福祉、介護といった対人援助分野では固有のアセスメント方法が確立し、一定の発展を遂げており、あえて異なった手法である ICF を利用する有益性が認識できないことが理由といえる。

しかし、日本では、平成 29 年度から「技能実習制度」に介護分野が含まれることが決定され、介護サービスの担い手の労働市場に全く異なった文化を持った外国人を迎えるための準備が必要となった。

現在、厚生労働省を中心に、この実習制度の骨格が検討されているが、外国人技能実習生の問題や、その技能レベルを ICF で表現することができれば、日本政府が今後、すすめていかねばならない他国に対しての技能移転に関する制度の説明を容易にすることができ、これまで、ほとんどすすめられてこなかった介護人材の国外からの労働力供給施策を進展させる可能性がある。

このことは労働者人口の減少という大きな問題を抱える日本政府にとって、極めて有益であり、かつ、今後の人材のグローバル化をすすめなければならない厚生労働行政施策に大きな波及効果が期待できるものと考えられる。

現在、日本では団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年、その後も 2040 年まで高齢者が増え続けるという長期展望のもとに、戦後作られた社会保障体制の抜本的な見直しを続けており、効果・効率的なサービスの提供体制として、地域包括ケアシステムの構築を目指している。このケアシステムは、自治体（コミュニティ）を中核として医療、介護、保健福祉及び生活支援に係るサービスを一定のルール下で統合的に提供するシステムともいえ、先進諸国で進められている integrated care の潮流に沿ったものといえる。

ただし、このシステムの円滑な運営には「規範的統合」、すなわちシステムを構成する者の価値観や文化の共有が必須となることについては、わが国において十分に認知されておらず、さらに言えば、今後、この中核にセルフマネジメントが包含できるかが重要となることについての理解がされていないことが課題といえる。

セルフマネジメント支援とは、専門職などが、慢性疾患患者（とりわけ、脳卒中、心不全、認知症など）に対し、患者自身が日常生活の中で疾病の特性を理解し、自己管理することを支援することである。

日本でも現在、専門職（医療職ではなくても可）が、病院の医師や看護師、かかりつけ医をはじめとする地域の医療職種と連携（この取り組みにおける役割が明確になっている）し、このセルフマネジメ

ント支援を一定期間特定の対象者に対し、実施する取り組みがモデル事業として、平成 27 年度から展開され、今年度は 13 地域で取り組まれている。

このセルフマネジメントの中核は地域住民の主体性を引き出す動機づけにあるが、こうした本人の包括的な状態をとらえ、地域住民と専門職間でその情報を共有するにあたって、ICF は有用なツールとなると考えられる。

本講演では、日本の医療・介護政策の国際的位置付けについて整理しつつ、介護技術評価およびセルフマネジメント支援を中心に ICF の活用可能性について述べることとする。

(参考文献)

筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略. 中央法規, 2014

筒井孝子, 東野定律. 日本の地域包括ケアシステムにおける「セルフマネジメント支援」の確立. 経営と情報 2015;27(2):27-36.

筒井孝子. これからの地域医療における地域医療構想（ビジョン）と地域包括ケアシステムのあり方, 厚生生の指標 2016;63(8):1-8

筒井孝子. ICF コアセットの活用可能性と課題, Jpn J Rehabil Med 2016 ; 53(9):694-700.

平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び 効果検証のための調査研究事業報告書」, 2016

『乳幼児発達スケールを用いた ICF の活用』

橋本 圭司

国立成育医療研究センターリハビリテーション科医師

国際生活機能分類児童版（ICF-CY）の実践的有用性について、小児基本動作評価スケール（Ability for Basic Movement Scale for Children; ABMS-C）、小児基本動作評価スケール・タイプ T（Ability for Basic Movement Scale for Children Type T; ABMS-CT）や小児摂食嚥下評価スケール ABFS-C（Ability for Basic Feeding and Swallowing Scale for Children）などの発達評価スケールを開発することによって具体化し、粗大運動を評価する ABMS-C(2011 宮村)、微細運動や協調運動を評価する ABMS-CT(2012 橋本)、摂食・嚥下機能を評価する ABFS-C(2015 上出)などについては、既に学術誌において、その信頼性と妥当性が示されている。

2014 年度から 3 年間、厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「国際生活機能分類児童版（ICF-CY）の妥当性に関する研究」において、社会参加や活動度を評価する小児活動・社会参加評価スケール ABPS-C(Ability for basic activity scale for children)と、言語コミュニケーション能力を評価する小児言語コミュニケーション評価スケール ABLIS-C (Ability for Basic Language and communication Scale for Children)の信頼性・妥当性検証を行った。

結果、ABPS-C は小児の活動度と社会参加状況の評価するスケールとして高い信頼性と妥当性があることが確認された。一方で、ABLIS-C については、「覚醒」についての理解が一般の母親には理解しにくく有意な信頼性を得るには至らなかった。患者の覚醒レベルについては専門職種による適切な評価が必要と考えられた。

本研究で開発した ABPS-C で評価する項目は、ICF-CY「活動と参加」の第一レベルに基づいた小児の活動・社会参加に関わる基本的 5 項目（基本動作、セルフケア、活動性、教育、余暇活動）で構成されている。「基本動作」は「d4; 運動・移動」、「セルフケア」は「d2; 一般的な課題と要求」と「d2; セルフケア」、「活動性」は「d2; セルフケア」と「d6; 家庭生活」、「教育」は「d8; 主要な生活領域」、「余暇活動」は「d9; コミュニティライフ・社会生活・市民生活」に、それぞれ相当する。これらの評価項目を、障害児者のリハビリテーションを行う際のリハビリテーション実施計画書などに反映し、より簡便かつ有効に小児から成人までのリハビリテーション医療・福祉の連携が促進されることが期待される。



『リハビリ領域での ICF に基づく全般評価システムの作成と臨床活用』

園田 茂

藤田保健衛生大学七栗記念病院病院長 / 医学部リハビリテーション医学 II 教授

ICF は生活機能に関する多岐に渡る評価項目により構成され、生活機能を網羅的にカバーしている。これまで ICF の普及が難しかった原因に、項目の多さ、定義の理解しにくさ、評点の基準がわかりにくいことが指摘されてきた。日本における ICF の迅速な普及・推進のために、我々は ICF に基づく患者の心身機能や活動・参加等、障害の様々な側面をなるべく容易に評価する仕組みを作成し、臨床活用することを目指している。

2015 年度には厚生労働省特別研究事業（H27-特別-指定-015）にて ICF 評価セット（日本版）のベータ版の作成およびデータ収集用の入力システムの作成を行った。そして現在、リハビリテーション領域における ICF に基づく全般評価システムの作成に取り組んでいる。

ICF の国際的な共同研究により、種々の病態等に応じた ICF コアセットと呼ばれる項目群（set）が作成されている。我々は評価セット日本版作成にあたり、ICF コアセットの一つである ICF リハビリテーションセットを採用し、さらにリハビリテーション総合実施計画書に含まれている項目群を加えた 56 項目を基本の評価セットとし、さらに 24 項目をミニマムセットとして用意した。また、これらのセットを用いてリハビリテーション対象患者の評価を行う仕組みを構築した。

リハビリテーション患者の評価を行うにあたり、我々は二種類の評価システムを用意した。一つは、既存のスケールを用いて情報収集を行う仕組みである。評価すべき項目をカバーするように既存の scale を組み合わせ、情報収集が行えるようにデータベースソフトを用いた入力の仕組みを作成した。

また、もう一つの評価システムとして、ミニマムセット項目の直接採点が容易に行えるようにした。具体的には国際リハビリテーション学会内の ICF グループを中心に進められている研究の枠組みに参加し、ICF リハビリテーションセット各項目の簡潔でわかりやすい説明文（Simple, intuitive description）の作成、リハビリテーション分野における ICF の国際共同研究をリードしている Swiss Paraplegic Research の ICF ユニットと共同で、採点参考ガイドの作成、国際標準となりうる評点の基準作成を行った。

今後、フィールドテスト結果による仕組みの改良、日本リハビリテーション医学会データベースとの連動などの課題に取り組み、また情報ツール間の較正・比較のための標準指数作成などを国際共同研究として行っていく予定である。

『認知症のリハビリテーションと国際生活機能分類(ICF)』

村井 千賀

石川県立高松病院 作業療法科・地域医療連携室・認知症疾患医療センター 主幹

高齢化の進展に伴い、高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群といわれ、認知症の人はさらに増加すると言われている。そのため、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要とされている。

平成26年度に策定された認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～では、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し継続できるよう推進すると明記されている。そのため、認知症の人に対するリハビリテーションモデルの研究開発及びその成果の普及の推進が急務となっている。

しかし、認知症者の認知機能からADL、IADLまで認知症者の状態を幅広くとらえるツールはなく、また、認知機能を含む精神機能について、共通の統一した機能の言語がないのが現状である。

特に認知症者は、病気だけではなく、病気によって障害される見当識や記憶などの「精神機能」の他、水分と電解質のバランスや痛み、感覚機能などの「心身機能」、家族やケア提供者の態度などの「環境因子」、日中何もすることがないなどの「活動・参加」が相互に影響し合い、精神行動障害(BPSD)を引き起こすことがわかってきている。

そこで、石川県立高松病院では、認知症者や精神障害者に対し、障害されている生活機能や残存している生活機能をアセスメントし、ADLやIADLのニーズ把握をする際のツールとして、また、医師をはじめコメディカルの共通言語としてICFを活用している。

今回、臨床の現場での活用の実際を紹介するとともに、平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業」において、認知症の作業療法におけるICFの活用を含む実態調査を行ったので、その結果も併せて報告する。



『地域包括ケアへの期待』

石川 広己

公益社団法人 日本医師会常任理事

.....

少子高齢化社会が進む日本において 2025 年に向け、医療・介護総合確保法が決定された。私たちには実践的な課題として、地域医療構想（ビジョン）と地域包括ケアシステムの構築という大きな二本の柱が提示されている。既にすべての都道府県段階で、地域医療構想が県医師会と県行政などで協議されている。将来の年齢別人口構成予測、罹患率などから高度急性期、急性期、回復期、慢性期別の病床必要数をたたき台にして、医療圏の中での地域病院・病床の機能や役割分担などを中心に話されている。現在ではレベルの差はあれいくつかの県では青写真が作られ、議論が進んでいるところも見受けられる。

一方、新しい概念である地域包括ケアシステムの構築はその意義論議も含めて議論が真っ最中というところである。これは高齢者の住まい、生活を中心軸にしているので、少し小さい区域での論議、すなわち市町村レベルでの議論となっている。そして大きな病院よりは中小の医療機関や在宅医療・介護などが中心課題である。従って、主に地区医師会と市町村との話し合いとなっている。そもそも地域包括ケアシステムの構築は高齢者の生活や居住を中心としているので、医療・介護のみに限定するのではなく生活支援も含めて議論されるべきものである。高齢者の生活を取り巻く環境を整備することであり、そこでは医療・介護情報のみならず生活全般の能力も適切に表現し伝達することが求められる。

医療・介護の他職種情報連携については様々なところで議論が進んでいるが、特にその高齢者の ADL をどのように評価するかが問題となる。医療や介護の現場では、患者の治療やリハビリテーションの指標またアウトカムの判定をどのように行うかということであるが、地域包括ケアシステムの中では基本的な ADL からさらに複雑な動作を必要とする能力判定などの評価が必要になる。また、加えて言えば、私たちは地域包括ケアシステムが高齢者を対象とするだけでなく、障害者や子育て世代への子育て支援も含めた総合的なまち作りを提案している。そのような観点からすれば ADL の表現系、共通言語化が必要になってくる。

従来より ADL の尺度として、バーセル指数（BI：Barthel index）や、基本的な ADL 項目にコミュニケーション能力や認知機能などの評価要素を加えた機能的自立度評価法（FIM：functional independence measure）がよく使われてきたが、社会的参加に関しての尺度も表現の中に詳細に加わる ICF（国際生活機能分類）に関して、以前より注目されている。また、小児や障害者に対してもこの概念は重要であると考えられる。しかしながら、その基本的な発想は理解されても、表現の複雑さ等からなかなか普及が進んでいない。ここでは地域包括ケアシステムを構築する立場から、非専門領域の者からみた ICF 普及への期待を述べてみたい。

WHO-FIC における中心分類の一つである ICF

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

(※) WHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）

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

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

ICF の評価を用いるときの基本的考え方

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

ICF における構成要素とその相互作用

1. ICF における構成要素

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

(例)

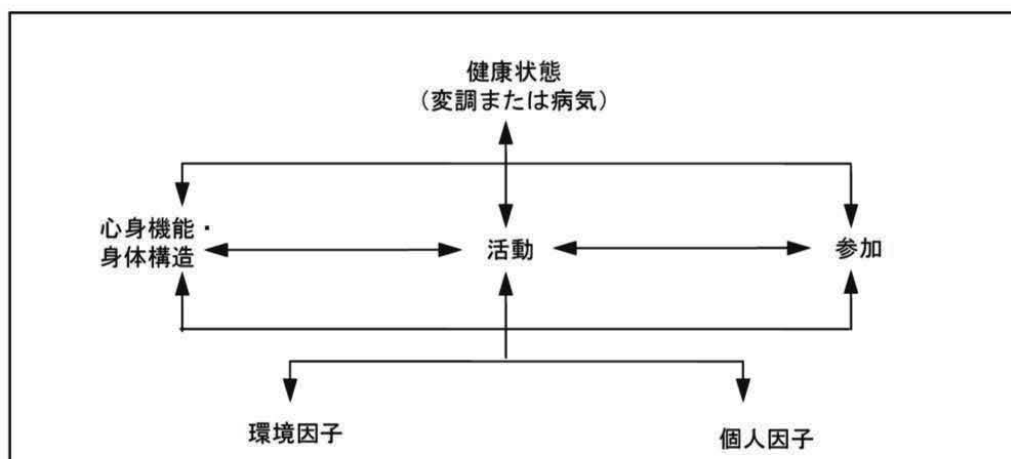
第 1 レベルの項目	a4	運動・移動
第 2 レベルの項目	a450	歩行
第 3 レベルの項目	a4501	長距離歩行

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

2. 構成要素間の相互作用について

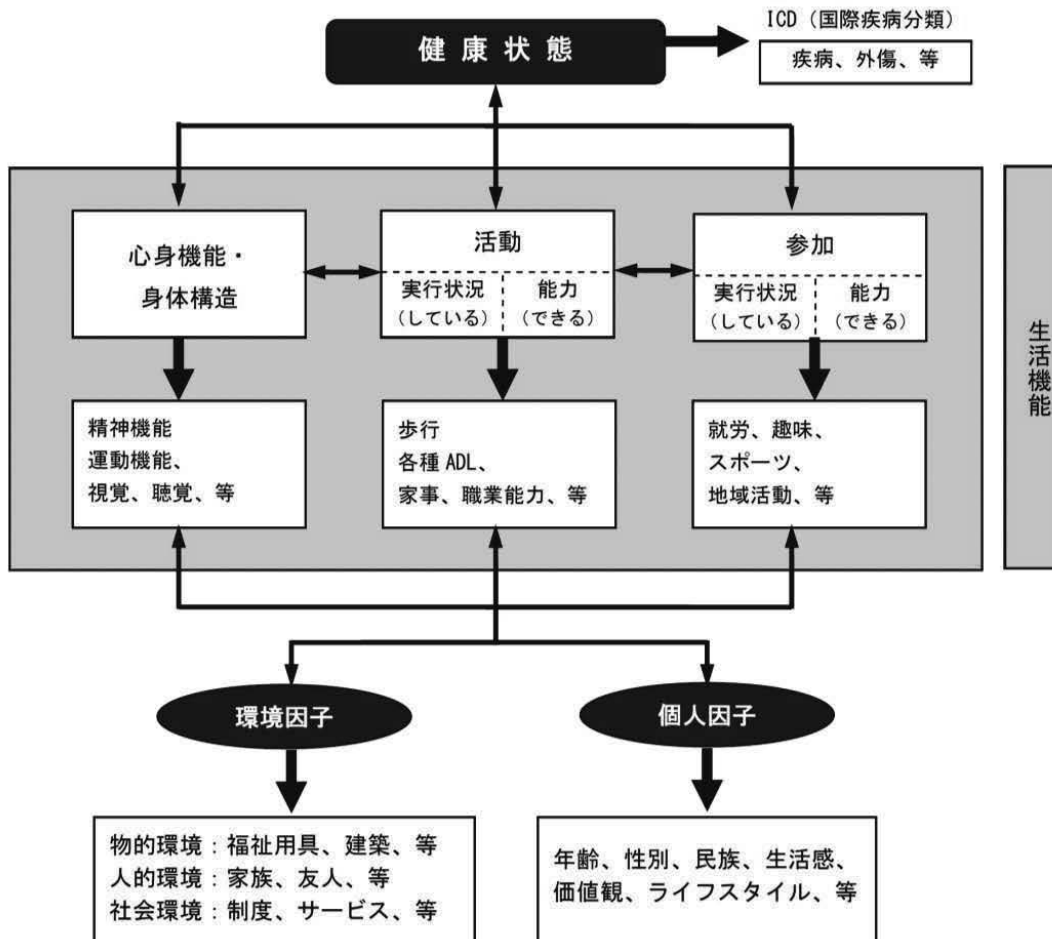
- 個人の生活機能は、健康状態と背景因子との間に相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。また、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の間にも相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。

概念図



この概念図に、具体的な例示を入れたものが次のページです。

● 概念図（具体例が入ったもの）



ICF 活用で期待される効果

ICF は、その活用により、

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

ICF で使われる用語の定義

◆ 「生活機能」に関する用語

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

◆ 「背景因子」に関する用語

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

●協力

公益社団法人 日本医師会
一般社団法人 日本病院会 日本診療情報管理学会
公益社団法人 日本看護協会
公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
公益社団法人 日本理学療法士協会
一般社団法人 日本作業療法士協会
一般社団法人 日本言語聴覚士協会
日本脊髄障害医学会
ソーシャルケアサービス従事者研究協議会
公益財団法人 テクノエイド協会
公益社団法人 日本医療社会福祉協会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
公益社団法人 日本介護福祉士会
一般社団法人 日本社会福祉教育学校連盟
公益社団法人 日本社会福祉士会
一般社団法人 日本社会福祉士養成校協会
公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
日本保健医療福祉連携教育学会
公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会
特別非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会
一般社団法人 日本在宅医学会
日本在宅ケア学会

●協賛

一般財団法人 厚生労働統計協会

厚生労働省


政策統括官付参事官付
国際分類情報管理室
〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
TEL 03-5253-1111(内線7493)

シンポジウム事務局

(オスカー・ジャパン株式会社内)
〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹
TEL 0422-24-6817 FAX 0422-24-6812

發 表 資 料

日本作業療法士協会におけるICFの活用



生活行為向上マネジメント
(Management Tool for Daily Life Performance :MTDLP)での活用

一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基

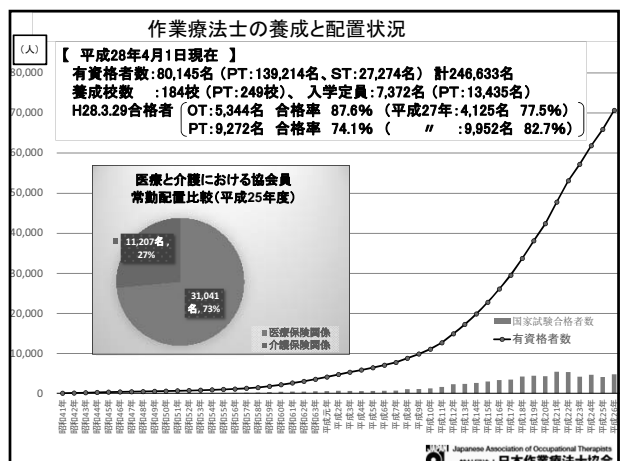
Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人 日本作業療法士協会

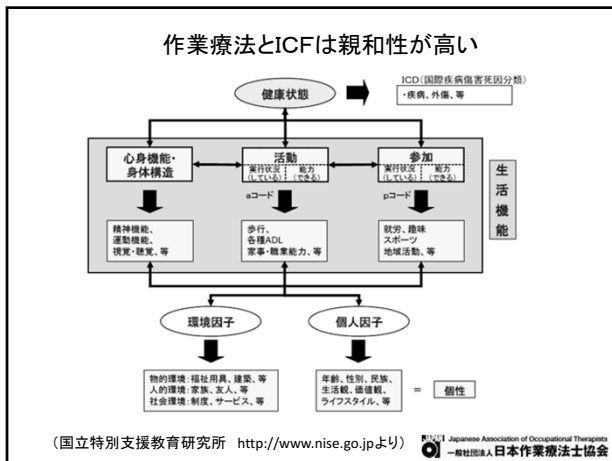


本日のメニュー

- 1: 作業療法(士)の概況
- 2: 事例報告での活用
- 3: 生活行為向上マネジメントでのICFの活用
(Management Tool for Daily Life Performance:MTDLP)
- 4: 文献より(第一分類、第二分類の活用)
- 5: 詳細分類の活用
- 6: 課題と展望

Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人 日本作業療法士協会





作業療法の定義と医政局長通知

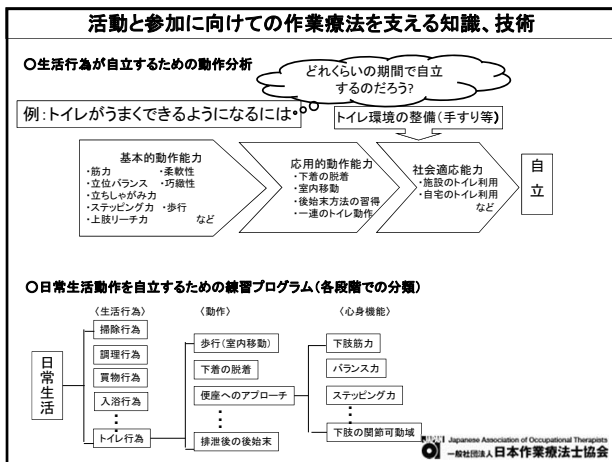
「作業療法」とは、身体または精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作、その他の作業を行わせることをいう。
(理学療法及び作業療法士法 昭和40年6月29日)

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について (医政局長通知 平成22年4月30日)

以下に挙げる業務については、作業療法に含まれるものであることから作業療法士を積極的に活用されることが望まれる。

- ・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・家事、外出等のIADL訓練
- ・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・福祉用具の使用等に関する訓練
- ・退院後の住環境への適応訓練
- ・発達障害や高次脳機能障害に対するリハビリテーション

Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会



OTIによる訪問指導 通所利用希望に対し事前訪問で課題解決、総合事業に繋いだ事例

78歳・女性 要支援2
慢性関節リウマチ
両変形性膝関節症

課題1: [洗濯物干し]
「洗濯バサミをつまむ力が足りず、洗濯物干しができない」

課題2: [調理]
「皮むき、固いものを切る、リズムよく切る」といったことが大変になってきた」

○現状能力から必要な自助具の選定・提案。
○自宅訪問し、使用状況の評価、練習を三回行い役割の再獲得。
○痛みへの対応として作業時の関節保護指導を行い定着化へ。

ニーズに基づいた生活行為支援により早期解決!
通所介護の利用を開始せず、OTの提案により、体力維持を目的とした地域の総合事業へ移行「軽度(要支援)では、救回の訪問にて解決できる」

【訪問に同席した娘さんより】
「お母さんのむいた果物は何年かぶりに食べました」「料理はずっと続けてきたこと、これからは孫に教えてほしいし、続けて欲しい。」

作業療法士は、ニーズ把握しご利用者と合意形成に基づき、具体的な生活上の課題改善
(徳島県作業療法士会より提供)

ICFの具体的な活用(その1)

事例報告での活用

Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会

2017/02/28 日本作業療法士協会 事例報告システム

JAPAN 一般社団法人 日本作業療法士協会 Japanese Association of Occupational Therapists 事例報告登録システム

< 本文 >

【事例情報-1】 【評価指標】 【事例情報-2】 【演題区分・分類】 【本文】

公開処理画面へ戻る ログアウト

集計項目	内容	内容のICF因子分類(選択してください)【詳細】
標的とした生活機能 1に対する介入	b760 左上肢機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> F 機能 <input type="checkbox"/> A 活動 <input type="checkbox"/> P 参加 <input type="checkbox"/> E 環境 <input type="checkbox"/> P 個人
標的とした生活機能 2に対する介入	b156,b210 動作を通して左側への注意喚起を促す	<input checked="" type="checkbox"/> F 機能 <input type="checkbox"/> A 活動 <input type="checkbox"/> P 参加 <input type="checkbox"/> E 環境 <input type="checkbox"/> P 個人
標的とした生活機能 3に対する介入	d520,d540 本人の納得いく身だしなみの実現に向けて解決策の話し合い,方法の指導	<input type="checkbox"/> F 機能 <input checked="" type="checkbox"/> A 活動 <input type="checkbox"/> P 参加 <input type="checkbox"/> E 環境 <input type="checkbox"/> P 個人
標的とした生活機能 4に対する介入	d630 調理動作の実践練習	<input type="checkbox"/> F 機能 <input checked="" type="checkbox"/> A 活動 <input type="checkbox"/> P 参加 <input type="checkbox"/> E 環境 <input type="checkbox"/> P 個人

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

介入目標の傾向

事例報告140事例の分析(2016年8月末)

【 目標 】	件数
心身機能	55
活動参加	88
環境因子の調整	51
活動、参加の経験を通して対象者に意味ある変化をもたらす	88
その他	4

生活機能全般でバランスのとれた作業療法が実践されている。

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

直近10事例の合意された目標

事例番号	合意された目標
1	歩行を手段としたADLの自立と娘のために料理が作れる
2	家事動作を行いながら、週1回長女と買い物に行く
3	見守り下で、隣のトマト畑で、トマトの栽培の仕事に週2回参加
4	ふらつきに立ち上がり、一人で歩いてB店に行き、買い物をして小さな荷物を持って帰る
5	月1回、近所の保育園で30分程度の読み聞かせができる
6	自営業への実務復帰とボランティア活動を再開する
7	近くの温泉街まで妻と散歩する
8	家族の介護で安全に外出ができ、ボランティア活動の継続ができる
9	代償手段を用いて事務所でPC作業が行える
10	歩行器を用いて自宅内を移動しトイレが行えること、食器洗いや炊飯といった家事を行うこと

(一般社団法人 日本作業療法士協会 事例報告より:2017.2)

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

事例1のICFの活用1 (初・中期計画)

疾患コード:O201(脳血管障害,左片麻痺) 45歳、女性

	治療項目	ICFコード
初期計画	上肢機能:	b760
	視空間認知	b156 b210
	身体各部の手入れ、更衣	d520 d540
	調理動作	d630
中期計画	自宅環境の整備	e115 e155
	福祉用具の準備と手すりの設備	e115 e155
	退院後の支援調整	e580
	ケアマネジャーに依頼	e580

(一般社団法人 日本作業療法士協会 事例報告より:2017.2)

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

事例1でのICFの活用2 (結果の記載)

入院当初の治療項目と変化

治療項目	ICFコード	治療後の変化
上肢機能	b760	左上肢の使用頻度が向上した
視空間認知	b156 b210	左側への意識が向上した
身体各部の手入れ、更衣	d520 d540	ADLが自立し、より自分らしさを求めて生活の質が向上した
調理動作	d630	調理動作を獲得した。自信がつく
追加治療の項目と変化		
自宅環境の整備	e115 e155	自宅内を安全に動けるようになった
福祉用具の準備と手すりの設備	e115 e155	
退院後の支援調整	e580	訪問リハビリテーションを利用
ケアマネジャーに依頼	e580	

(一般社団法人 日本作業療法士協会 事例報告より:2017.2)

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

事例1でのICFの活用3 (事例紹介での活用)

説明内容	ICFでの処理
左上肢の運動麻痺	b7302.1
左肩関節の疼痛	s7201(関節)s7202(筋)b28016(関節痛)
左半側空間無視	b1565(視空間認知)
左同名半盲	b1565
視空間認知障害	b1565
固執	b1603(思考の統制)
冷静な判断が出来ず落ち着かない	b1645(高次脳機能 判断)
	b1470(精神運動統制)
身辺処理は見守りで可能	d510~d599(セルフケア第2レベル)
目的地が見つけられない	b1141(場所に関する見当識)
自分は歩けると車いすの使用にも拒否的	e120(移動の用具)

(一般社団法人 日本作業療法士協会 事例報告より:2017.2)

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

ICFの具体的な活用(その2)

生活行為向上マネジメントでの活用 Management Tool for Daily Life Performance(MTDLP)

© Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会

生活行為向上マネジメントの紹介 Management Tool for Daily Life Performance (MTDLP)

利用者が「やりたい」「したい」と思っている生活行為に焦点を当てたマネジメントツール

高齢者が「介護される人」から「主体的な生活をする人」になるためには、心身機能の低下などでできなくなった生活行為が生活の仕方や環境の工夫によりできることを利用者自身が知り、その生活行為を再構築し、生活への意欲を高めることが重要であり、作業療法士は利用者が自己実現に向けて積極的・活動的な生活を営めるような支援を行う。

“生活行為”とは
人が生きていく上で営まれる生活全般の行為。
セルフケアを維持していくためのADLの他、IADL、仕事や趣味、余暇活動などの行為全てを含む。
(作業療法実践用新編第5巻より)

生活行為聞き取りシート

生活行為の目標	自己評価	初期	最終
目標1 合意目標:	実行度	○/10	○/10
目標2 合意目標:	満足度	○/10	○/10
	達成の可能性	□有 □無	
<small>(実行度) 現在どれくらいできているか? <small>(満足度) どれくらい好きになったか? 生活行為を記入 実行度に対する満足度</small> </small>			

※利用者自身の自己評価が一つのポイント

生活行為向上マネジメントシートの流れと基本ツール

第108回社会福祉学協会学術大会発表資料 OT学会プレゼン資料 H26.9.10

望む生活行為目標 ➡ アセスメント・予後予測 ➡ 合意した目標の決定

生活行為アセスメント演習シート

氏名: _____ 年齢: _____ 性別(男・女) 記入日: H____年__月__日

アセスメント項目	心身機能・構造の分析	活動と参加の分析	環境因子の分析
生活行為を妨げている要因	目標に関連する身体機能、精神機能の問題点	目標に関連する活動や参加の問題点	ハード・ソフト面の問題点
強み	目標に関連する身体機能、精神機能の良い点	している活動や参加の良い点	修正可能なハード面協力・理解のあるソフト面
予後予測	身体機能、精神機能の改善・変化予測	活動や参加の改善・変化予測	環境の改善や修正後にできる活動などの見込み

© Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会

【合意した目標】 ➡ 【生活行為工程分析】 ➡ 【達成のための方法】

生活行為向上プラン策定シート

氏名: _____ 年齢: _____ 性別(男・女) 記入日: H____年__月__日

合意した目標	生活行為工程分析	達成のための方法	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
・具体的な生活行為 ・「企画・準備力」 ・「実行力」 ・「検証・完了力」	企画準備力 実行力 検証完了力	本人 家族 専門家			
	達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成(理由: _____) <input type="checkbox"/> 中止 <small>【結果サマリ】</small>			

MTDLP:生活行為向上マネジメント マニュアル p22.23

事例で学ぶ
生活行為向上マネジメント
Management Tool for Daily Life Performance

一般社団法人 日本作業療法士協会 編著

民権堂出版株式会社

Occupational Therapy Manual
57
作業療法マニュアル 57

生活行為向上マネジメント™
Management Tool for Daily Life Performance

(社) 日本作業療法士協会
Japanese Association of Occupational Therapists

© Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会

生活行為向上マネジメント(MTDLP)普及への取り組み

生活行為向上マネジメント指導者 (93人)

↑

合格 ← 審査

生活行為向上マネジメント研修修了者 3,409人 (6.2%)

↑

事例報告
事例検討会

生活行為向上マネジメント概論、演習受講者 17,396人 (31.7%)

↑

会員: 54,054人 (2017年1月末時点)

© Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人日本作業療法士協会

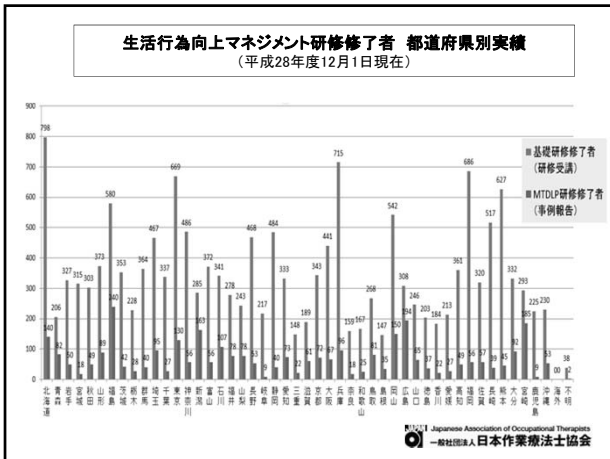


表1 生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメント							
生活行為の目標	本人 早く歩けるようになって、中学校のソフトボール部の活動がしたい キーパーソン 母親：元通りに歩けるようになり、充実した生活を送らせたい						
アセスメント項目	<table border="1"> <tr> <th>心身機能・構造の分析</th> <th>活動と参加の分析</th> <th>環境因子の分析</th> </tr> <tr> <td>精神機能: 認知・記憶・注意・集中・実行機能 s120 背屈筋力による不全対麻痺 s740 骨盤部の筋緊張不均衡 s750 下肢の筋力低下と感覚麻痺 b152 機能意識や将来への不安</td> <td>運動能力: セルフケア能力 d415 立位作業バランス不良 d450 足指引きずり歩行 d410 立位のADL 本経路</td> <td>肉親: 看護士支援と受養 e120 病棟ADL 車いす使用 e120 院内移動はエレベーター使用 e155 自宅玄関に段差、自室 2F e150 学校玄関に段差、教室 4F</td> </tr> </table>	心身機能・構造の分析	活動と参加の分析	環境因子の分析	精神機能: 認知・記憶・注意・集中・実行機能 s120 背屈筋力による不全対麻痺 s740 骨盤部の筋緊張不均衡 s750 下肢の筋力低下と感覚麻痺 b152 機能意識や将来への不安	運動能力: セルフケア能力 d415 立位作業バランス不良 d450 足指引きずり歩行 d410 立位のADL 本経路	肉親: 看護士支援と受養 e120 病棟ADL 車いす使用 e120 院内移動はエレベーター使用 e155 自宅玄関に段差、自室 2F e150 学校玄関に段差、教室 4F
心身機能・構造の分析	活動と参加の分析	環境因子の分析					
精神機能: 認知・記憶・注意・集中・実行機能 s120 背屈筋力による不全対麻痺 s740 骨盤部の筋緊張不均衡 s750 下肢の筋力低下と感覚麻痺 b152 機能意識や将来への不安	運動能力: セルフケア能力 d415 立位作業バランス不良 d450 足指引きずり歩行 d410 立位のADL 本経路	肉親: 看護士支援と受養 e120 病棟ADL 車いす使用 e120 院内移動はエレベーター使用 e155 自宅玄関に段差、自室 2F e150 学校玄関に段差、教室 4F					
生活行為を妨げている要因	<table border="1"> <tr> <th>現状能力 (強み)</th> <th>予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)</th> </tr> <tr> <td>s798 上肢視野の麻痺はない s120 運動感覚麻痺は改善傾向 b126 運動経験豊富で活発な性格</td> <td>前戻りから立位・歩行練習を実施しており、回復具合や練習に配慮すれば更に能力が上がる</td> </tr> </table>	現状能力 (強み)	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	s798 上肢視野の麻痺はない s120 運動感覚麻痺は改善傾向 b126 運動経験豊富で活発な性格	前戻りから立位・歩行練習を実施しており、回復具合や練習に配慮すれば更に能力が上がる		
現状能力 (強み)	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)						
s798 上肢視野の麻痺はない s120 運動感覚麻痺は改善傾向 b126 運動経験豊富で活発な性格	前戻りから立位・歩行練習を実施しており、回復具合や練習に配慮すれば更に能力が上がる						
合意した目標 (具体的な生活行為)	4Fへの階段昇降ができるようになる ⇒ 復学して部活動に参加する						
自己評価*	初期 実行率 1/10 満足度 1/10 最終 実行率 7/10 満足度 7/10						

Japanese Association of Occupational Therapists
 一般社団法人 日本作業療法士協会

実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム	
達成のためのプログラム	①下肢機能促進 ②立位バランスや歩行練習 ③院内学級や自主学習の実施 ④不安や精神的ストレス解消 (患者交流や集団活動)	⑤立位での作業活動 (シグソーパズル、TVゲーム、お菓子作り) ⑥歩行歩行 (出し歩き、フリーハンド、階段昇降) ⑦スポーツ (卓球、テニス、ボール)	⑧自宅への外出練習 ⑨学校への実践登校 ⑩遠外泊泊、部活動の参加や車いすテニス体験	
本人	①②はOT・PT室で実施 ③は院内学級や西室、OT室で実施、④はOT室や体育館、自宅外泊で実施	⑤⑥はOT、PT、体育指導員と一緒に ⑦は母親・Nsが付き添い、慣れれば一人で実施	⑧～⑩は母親と 病棟スタッフに報告	
家族や支援者	OT: ①～④を本人と実施 母親: ②～④を本人と実施 PT: ①②④を本人と実施 Ns: 院内教員: ③④実施	OT: ⑤～⑦を本人と実施 母親・Ns: ⑥⑦を本人と実施 体育指導員: ⑦を本人と実施	家族: 本人と⑧～⑩実施 OT・PT: ⑧⑨に対する検討および見守り提供 SW・院内教員: ⑩実施に向けて学校教員と調整連絡	
実施・支援期間	X年 9月 27日 ~ X年 12月 27日			
達成	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成 (理由:) <input type="checkbox"/> 中止			

Japanese Association of Occupational Therapists
 一般社団法人 日本作業療法士協会



ICFの具体的な活用(その3)

レベル毎の活用

実践報告から

介護老人保健施設での在宅復帰に
 生活行為向上マネジメントを用いた
 早期介入: 猪俣らの取り組み

(機関誌: 作業療法36:97-104より引用)

Japanese Association of Occupational Therapists
 一般社団法人 日本作業療法士協会

合意目的に含まれた介入要素のICF第2レベルでのカテゴリー化

500m程度の連続歩行、30cm程度の段差昇降ができ、 買い物やバスに乗ることが続けられる	屋外移動	s480	さまざまな場所での移動
	段差昇降	s455	移動
	買い物	s620	物品とサービスの入手
	交通機関の利用	s465	用具を用いての移動
	交通機関	e120	個人的な屋内外の移動と交通のための生産品と用具
家族一様に道の駅へ外出することができる	家族間交流	s760	家族関係
	余暇活動	s920	レクリエーションとレジャー
	日用品	e110	個人消費用の生産品や物質

合意目的は個人情報保護のため文意が変わらない範囲で修正し、なるべく原文のまま記載した
ICFコード: b=心身機能, d=活動と参加, e=環境因子

出典: 施設英輔, 三浦晃, 石井利幸, 他: 介護老人保健施設での在宅復帰支援に生活行為向上マネジメントを用いた介入: 作業療法36: 97-104, 2017

合意目的に含まれた介入要素のICF第1レベルでのカテゴリー化

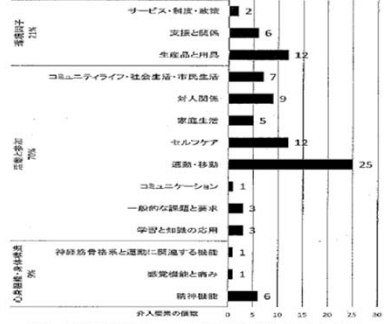


図1 ICFでカテゴリー化した介入要素の割合(第1レベル)

出典: 施設英輔, 三浦晃, 石井利幸, 他: 介護老人保健施設での在宅復帰支援に生活行為向上マネジメントを用いた介入: 作業療法36: 97-104, 2017

ICFの具体的な活用(その4)

平成28年度 老人保健健康増進等事業

介護保険施設等における寝たきりゼロのための
リハビリテーションの在り方に関する調査研究

詳細分類の活用

目的

- 介護保険施設等において、適切なりハビリテーション(活動・参加に資する適切なりハビリテーション)を実施することにより、寝たきりの重度者が座位を保持できるまでの期間を明確化するとともに、座位ができない利用者の状態を明確化し、介護保険施設等における寝たきり状態にある重度者に対する寝たきりゼロのためのリハビリテーションの効果を検証する。

- 成果物

寝たきり高齢者の離床のためのガイドブック

研究概要

対象: 医療療養病床、介護療養病床、介護老人保健施設
寝たきり状態にある重度高齢障害者

調査内容

1. 施設概要

2. 対象者個別調査

介入群: 入院・入所時、治療開始直前、治療開始して1ヶ月後、2ヶ月後、治療終了時(3ヶ月後)の状態を調査する。

対照群: 入院・入所時、治療開始直前、治療終了時(治療開始3ヶ月後)の状態を調査する。

3. 高齢者の実態調査

過去6ヶ月間に作業療法を実施したすべての作業療法対象者

調査結果(1)

対照群 通常の作業療法	介入群 通常の作業療法 +活動・参加を促進する離床	まとめ
施設機能別割合(介護療養病床:医療療養病床:介護老人保健施設)		
28.1% : 47.2% : 24.7%	33.3% : 40.0% : 26.7%	施設種別は同等である
利用者の状態(障害高齢者の日常生活自立度、認知症の日常生活自立度、寝たきりの主要因疾患*)		
B2:19.7%, C2:36.9%	B2:20.9%, C2:42.4%	自立度は同等である
Ⅲa:29.7%, IV:27.1%	Ⅲa:27.8%, IV:24.5%	
脳血管疾患: 40.9% 廃用含む内部疾患: 18.2% 神経疼痛: 5.7%	脳血管疾患: 63.3% 廃用含む内部疾患: 16.7% 神経疼痛: 20.0%	介入群に神経疼痛が多いが 脳血管疾患が最多であることは 両群とも同様である
施設の人員状況(リハ専門職、看護師と介護士) ※常勤換算人数		
OT: 4.5, PT: 6.7, ST: 2.7	OT: 4.6, PT: 6.0, ST: 2.3	リハ専門職人員は同等である
看護師: 22.7, 介護士: 33.6	看護師: 27.1, 介護士: 42.3	充足している
施設の体制(カンパレンスの実施回数、業務マニュアル整備状況)		
17.1回/月	18.3回/月	同等である
褥瘡: 84%, 食事: 49%, 離床: 26%	褥瘡: 86%, 食事: 64%, 離床: 36%	離床のマニュアルが少ない

(平成28年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健増進等事業) 介護保険施設等に寝たきりゼロのためのリハビリテーション
有り方に関する調査研究事業 第3回推進委員会資料より)

活動・参加を目的とした離床を促進するためのマニュアルを活用したリハビリテーション

座位能力分類

Height (身長) の変化は座位能力が低下している状態を示唆する。座位能力が低下している状態を示唆する。フットフォームの高さの調節により、座位能力を向上させる。座位能力を向上させる。座位能力を向上させる。

1. 多岐な姿勢で座位可能
2. 手の力で座位可能
3. 座位不能

座位姿勢の考え方②「指標となる椅子座位姿勢」

座位となる際の姿勢は椅子の座面と背もたれの傾斜が重要となります。この傾斜と座位となる際の姿勢を比較し、座位となる際の姿勢を改善するための指導を行います。

腰部の可動性の有無(前後)

・骨盤を前傾し、前屈、後傾させます

腰部の可動性の有無(側屈)

・骨盤を前傾し、側屈させます

(平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業 介護保険施設等に設置されたきりゼロのためのリハビリテーション 有り方に関する調査研究事業 報告書「活動と参加につなげる離床・フットワーク」一部を改定し、Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

シーティングのアセスメントシート (シート1)

評価者: _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 基本情報
 - 利用者の氏名: _____ 性別: _____ 年齢: _____ 国籍: _____
 - 利用者の住所: _____
- 座位能力
 - 座位可能: 座位不能:
 - 座位可能の種類: 多岐な姿勢で座位可能 手の力で座位可能 座位不能
- 座位姿勢
 - 座位姿勢の種類: 多岐な姿勢で座位可能 手の力で座位可能 座位不能
 - 座位姿勢の改善: 改善あり 改善なし
- 腰部の可動性
 - 腰部の可動性: あり なし
 - 腰部の可動性の改善: 改善あり 改善なし
- その他の情報
 - 利用者の状態: 安定 不安定
 - 利用者の意向: 参加したい 参加したくない

(平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業 介護保険施設等に設置されたきりゼロのためのリハビリテーション 有り方に関する調査研究事業 報告書 P130より転載)

ICFを用いた事例報告依頼資料

活動と参加 activities and participation	実行状況の評価点		能力の評価点	
	介入前	介入後	介入前	介入後
d 110 注意して聴くこと watching				
d 111 注意して聞くこと listening				
d 112 その他の目的のある感覚 other purposeful sensing				
d 113 模倣 copying				
d 114 反復 rehearsing				
d 115 注意を集中すること focusing attention				
d 116 思考 thinking				
d 117 意思決定 making decisions				

(平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業 介護保険施設等に設置されたきりゼロのためのリハビリテーション 有り方に関する調査研究事業 第3回推進委員会資料より)

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

調査結果(2)

活動:FIM(総得点)

参加:N(総得点)

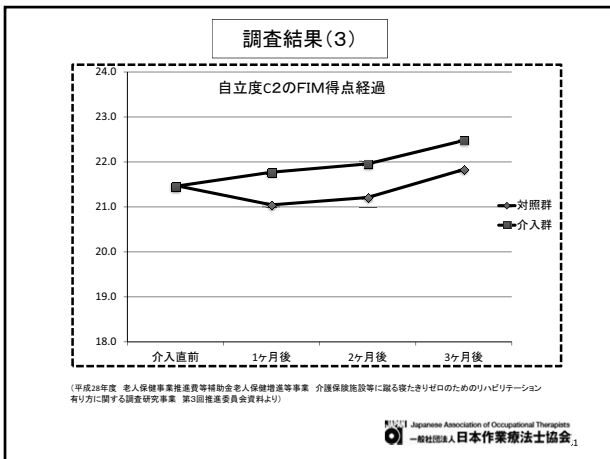
座位時間、離床頻度

環境因子: 介助の負担感、人数、時間

両群とも改善がみられる
介入効果と考えられる

(平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業 介護保険施設等に設置されたきりゼロのためのリハビリテーション 有り方に関する調査研究事業 第3回推進委員会資料より)

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会



調査結果(4)

	通常の作業療法				通常の作業療法 + 活動・参加を促進する離床				まとめ
	介入直前	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	介入直前	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	
関節可動域	30%	60%	56%	44%	87%	60%	63%	57%	【介入群】 心身機能のリハは減少し活動や参加のリハが増加する 用具適応練習や介助方法指導は一時的である
起居立ち座り	22%	32%	27%	23%	27%	47%	40%	40%	
移乗	7%	23%	25%	17%	17%	43%	47%	40%	
車椅子等用具適応	5%	13%	11%	10%	30%	43%	33%	20%	
趣味活動	5%	7%	5%	9%	3%	17%	20%	20%	
介助方法	6%	6%	5%	5%	10%	17%	7%	3%	

(平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業 介護保険施設等に設置されたきりゼロのためのリハビリテーション 有り方に関する調査研究事業 第3回推進委員会資料より)

Japanese Association of Occupational Therapists 一般社団法人 日本作業療法士協会

介護老人保健施設1

【基本情報】81歳、女性。主疾患：右脳出血。既往歴：右大腿骨頸部骨折、右変形性膝関節症、要介護度5、障害高齢者の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa、コミュニケーション：簡単な日常会話可能、現病歴：夫と二人暮らし。脳出血発症しリハビリ目的にて併設病棟へ入院。その後、状態安定したため当施設入所となる。趣味は花の手入れ。

効果の認められた項目(ICF項目に準じる)

心身機能	身体構造(程度)	活動と参加(実行状況の評価点)	環境因子
b100 活力と欲動の機能		d115 注意して聞くこと	e350 その他の専門職
b101 痛みの感受		d120 その他の目的のある移動	e410 家族の態度
b102 移動機能		d210 姿勢の保持	e415 職業の態度
b103 排便機能		d420 乗り降り(移乗)	e440 対人サービス提供者の態度
b104 排尿機能		d460 用具を用いての移動	e450 保護の専門職者の態度
		e350 保護の専門職	e450 その他の専門職者の態度






トランスファーボードでの移乗 食事場面(介入前) 食事場面(介入後) フロアでの活動参加

介入開始前	1か月後	3か月後
障害高齢者の日常生活自立度：C2	B2	B2
認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa	Ⅲb	Ⅲb
履床時間 360分/日	420分/日	420分/日
履床回数 4回	4回	4回
OT介入 移乗方法の伝達、車椅子適合	移乗方法の伝達、モニタリング、趣味活動	外泊へ向けた家族への移乗方法の伝達、趣味活動

医療療養病床での介入 (H病院)

【基本情報】70歳・男性。主疾患：左視床出血。既往歴：右被験出血、糖尿病、多発膀胱癌の術後、糖尿病網膜症、高血圧症、脳下出血再建術。要介護度5。日常生活自立度：C2。認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲb。現病歴：X年6月右被験出血後、自宅生活していたがX+1年7月に自宅で倒れ他院へ救急搬送、左視床出血を認める。趣味は釣りや相撲番組鑑賞、登山。退職後は昼夜逆転の生活を送っていた。

効果の認められた項目(ICF項目に準じる)

心身機能	身体構造(程度)	活動と参加(実行状況の評価点)	環境因子
b110 意識機能	b735 筋緊張の機能	e330 話すこと	e820 レクリエーションとレジャー
b130 活力と欲動の機能	b740 筋の持久性機能	e345 書き言葉によるメッセージの表出	
b152 情動機能	b750 運動反射機能	e420 乗り降り(移乗)	
b420 血圧の機能		e465 用具を用いての移動	
b710 関節の可動性の機能		e540 更衣	






リハビリ以外の履床時間 介入開始前/日 2か月後 20分/日

OT介入 多職種への履床促し 移乗方法の伝達 施設介入 車椅子の変更・適合 レクリエーションへの参加
目録の共有 趣味活動 車椅子自操訓練

調査結果(5) ICFにおける改善コードのまとめ

心身機能	身体構造(程度)	活動と参加	環境因子
精神機能	b110 意識機能 b130 活力と意欲 b140 注意	d110 注意してみること d115 注意して聞くこと d160 注意を集中すること d370 話し言葉の理解 d330 話すこと d435 非言語的メッセージ表出 d350 会話 d415 姿勢保持 d420 移乗	e115 日常生活における個人用の生産品と用具 e120 個人的な屋内外の移動と交通のための生産品と用具 e355 保護の専門職 e410 家族の態度 e440 対人サービス提供者の態度 e450 保護の専門職者の態度 e580 保護サービス・制度・政策
感覚機能と痛み	b280 痛み	d210 姿勢の保持	
心血管系・血液系・気管系・呼吸器系の機能	b420 血圧 b440 呼吸	d460 用具を用いての移動	
神経筋骨格と運動に関連する機能	b710 関節可動域 b735 筋緊張の機能 b740 筋の持久性機能	d420 乗り降り(移乗) d460 用具を用いての移動	
運動に関連した構造	e710 頸頸部 e730 上肢	e820 レクリエーションとレジャー	

(平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健増進等事業 介護保険施設等に関するたきりゼロのためのリハビリテーション 有り方に関する調査研究事業 第3回推進委員会資料より)

Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人 日本作業療法士協会

ICFを用いて気づいた事

- 1) 多様な活動、参加の目的に対応できる。
- 2) 生活機能全般の評価が可能
- 3) 心身機能・構造、活動と参加、環境因子等の関係性を明らかにできる
- 4) 作業療法士自身の気づきが多くあった

これは、使える !!

Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人 日本作業療法士協会

課題と展望

- 概念の導入に留まっている
- 第二レベルの活用、詳細分類が必要
- 詳細分類を行うための、評価方法の紐づけ
- 個別性と一般化
- 有用性の検証：他施設、多職種、他領域、海外

作業療法の思考は、ICFと親和性が高い
臨床、事例検討や調査、研究でICFを活用して行きたい。

Japanese Association of Occupational Therapists
一般社団法人 日本作業療法士協会

日本の医療・介護政策の国際的 位置付けとICFの活用可能性

— 介護技術評価およびセルフマネジメント支援を中心に —

兵庫県立大学大学院経営研究科
筒井孝子

お話しする内容

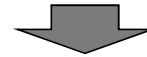
1. 日本の医療・介護政策の国際的位置付け
2. 介護技術評価の現状と今後の展望
3. セルフマネジメント支援の考え方とその実践
4. ICFの活用可能性

1. 日本の医療・介護政策の国際的位置付け

別の国になる日本—人口・年齢構成の変化—

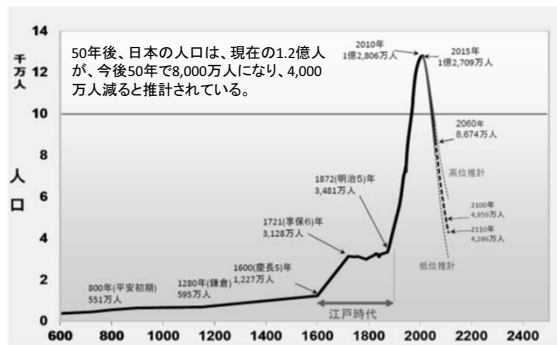
これから50年で

- 人口は1.2億人から、8,000万人台へ
- 2030年の未婚率は、男性29.5%、女性22.6%
- 2014年の離婚率34.5%
- 2050年は単独世帯42.5%となり、最も高い割合
- 高齢者単独世帯は2015年の560万世帯から2050年は980万世帯へ



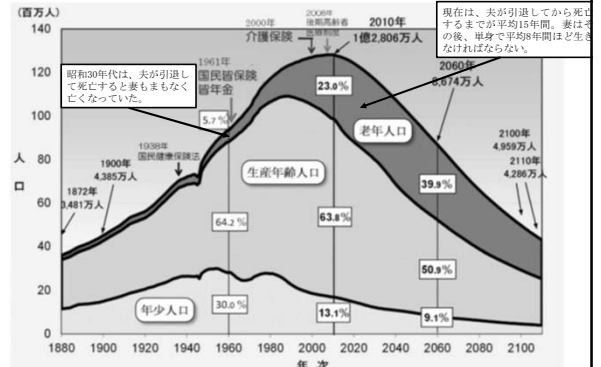
長寿日本—と世界最低水準出生率の組み合わせが長期継続
人口減少ペース世界一、高齢化ほぼ世界一
生物学・生態学の理論を逸脱した日本の人口推移

日本人人口の歴史的推移



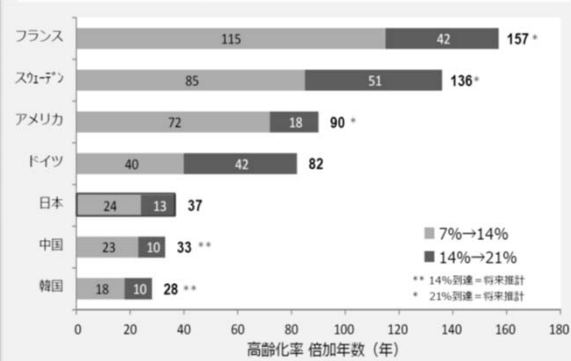
資料「国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（1846年までは鬼頭宗「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田俊三「人口増殖の分析」、1872～2005年は内閣統計局「明治五年以降我が国の人口」、総務省統計局「国勢調査」「推計人口」）

日本人人口と年齢構成の推移



資料「国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（1846年までは鬼頭宗「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田俊三「人口増殖の分析」、1872～2005年は内閣統計局「明治五年以降我が国の人口」、総務省統計局「国勢調査」「推計人口」）

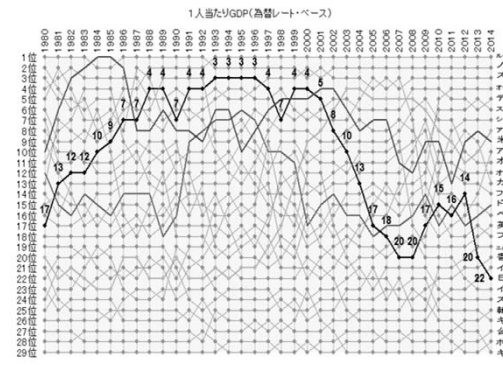
日本高齢化の国際比較



Sources: 国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集 2016年版』(表2-18).

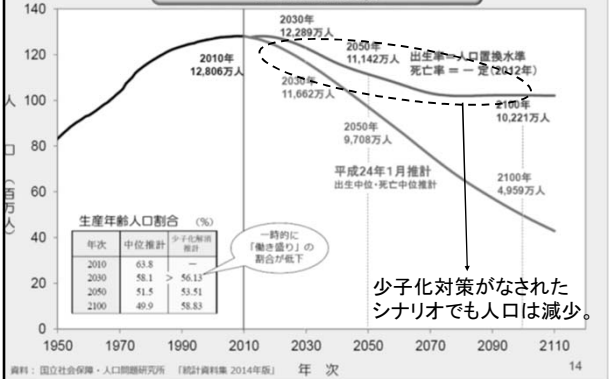
11

1人当たりGDPランキングの推移



(注) IMFのデータベースにおけるAdvanced economies (37 countries)のうち1980年以降のデータが揃わないチェコ、エストニア、リトアニア、マルタ、サンマリノ、スロバキア、スロベニアを除く28か国が対象
(資料) IMF, World Economic Outlook Database, October 2015

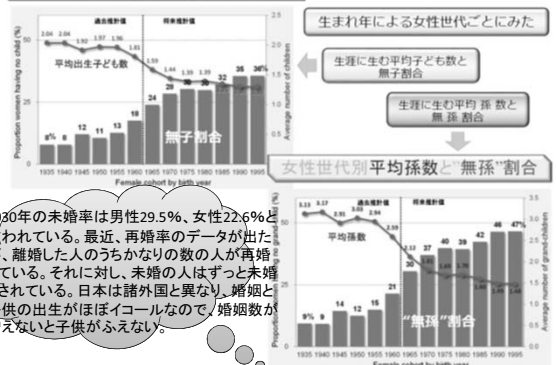
少子化解消実験



資料: 国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集 2014年版』

14

女性世代別平均子ども数と無子割合



Sources: National Institute of Population and Social Security Research(2012), Population Projection for Japan: 2011-2060.

新しい世帯の形成力の低下

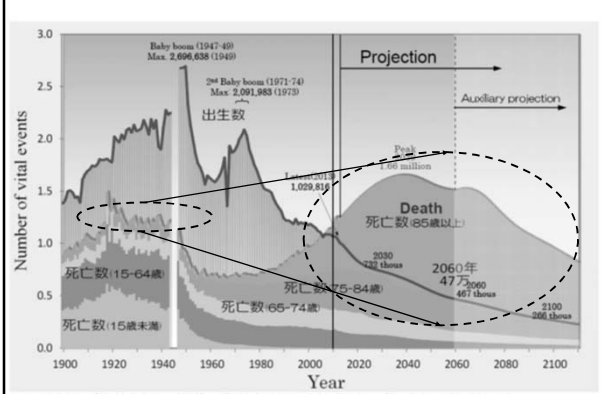
- 日本の個人消費は、その大部分が「家族消費」、つまり豊かな家族生活のための消費で成り立っている。
- そして、その消費需要は未婚化によって激減。
- 石油危機直前の1972年には婚姻数は約110万組、つまり「豊かさを目指す家族」がそれだけ増えた。

しかし、2015年には約63万5千組と、半分以下に減り、しかも、4組に1組は(夫婦どちらかが)再婚。

世帯構造のさらなる変化

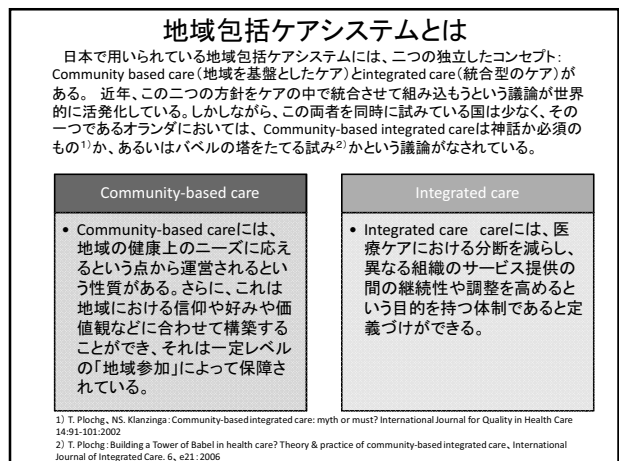
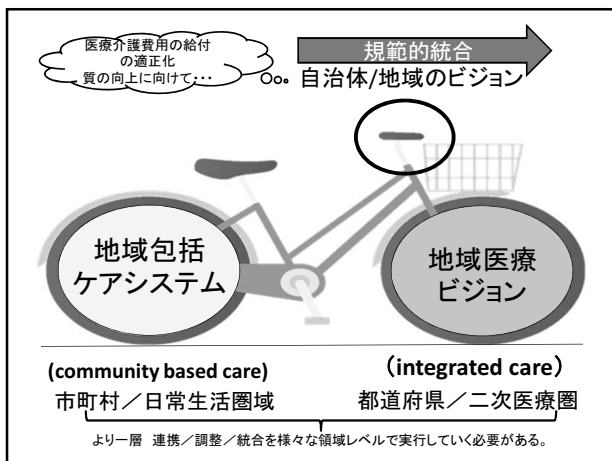
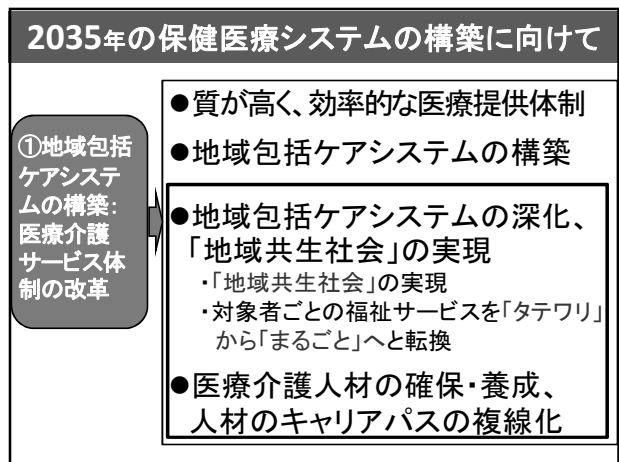
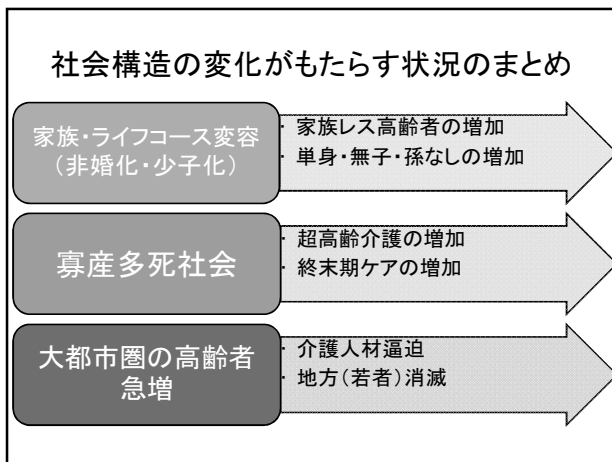
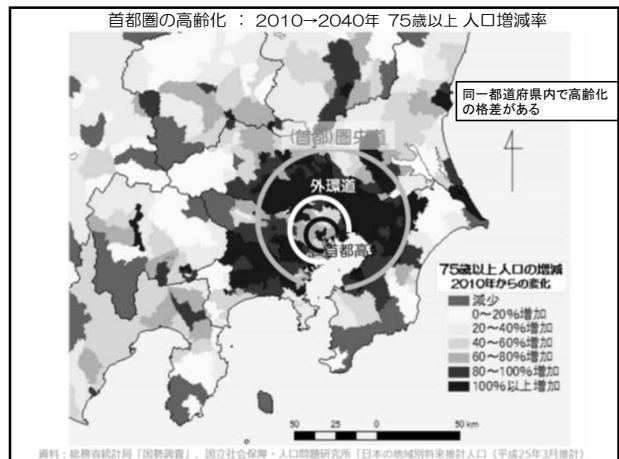
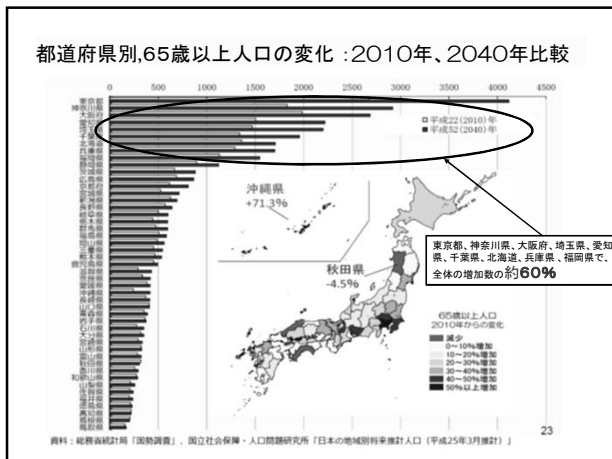
日本では同様(どうせい)率は約1.8%と低く、若年未婚者の親同居率は約75%。世帯数は増えているが、増えているのは家族消費をしない高齢者世帯。結婚や同棲であれ、1人暮らしであれ、新しい世帯を形成する力が徐々に弱まっている。

これはバブル崩壊後、経済の構造転換が進み、非正規雇用が増えたことが大きな要因。自立して生活したくてもできない若者が増えた。また、規制緩和により自営業が衰退し、零細自営業の跡継ぎ男性の生活の見通しがたかない。

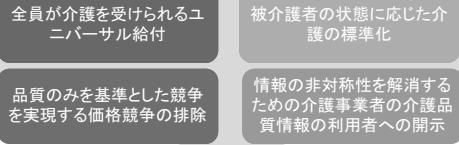


Sources: Ministry of Health, Labour and Welfare, The Vital Statistics, National Institute of Population and Social Security Research(2012), Population Projection for Japan: 2011-2060 (medium variant)

20



理想的な介護市場を実現するための条件



4条件のクリアに最も近いのは日本

日本の介護保険市場

- ・市場の競争が高まるほど介護サービスの品質が高く、品質のみを選択要因とした介護市場モデルが機能している
 - ・今後、外部評価制度を全体に広げることで、低品質な介護を継続的に市場から排除する仕組みを実現できる
- 日本の介護保険市場の設計上の優位性は広く認識されるべき

参考資料： 角谷悦彦、やさい経済学 介護市場の競争と品質③日本の制度設計に優位性 日本経済新聞 平成29年1月30日

介護の国際標準化について

動向

- ・ 政府は、介護関連の製品を作るメーカーやサービス事業者が海外市場に出やすくなるように国際規格作りを進める。
- ・ 国際標準化機構 (ISO) は2月にも介護の国際規格作りに向けた基本指針を公表する。
- ・ ISOは春以降、テーマに応じて複数の技術委員会を設置し、具体的な国際規格作りに入る。

なぜか??

「日本が強みを持つ介護技術とサービスを国際規格に反映すれば、関連メーカーが海外展開しやすくなる」

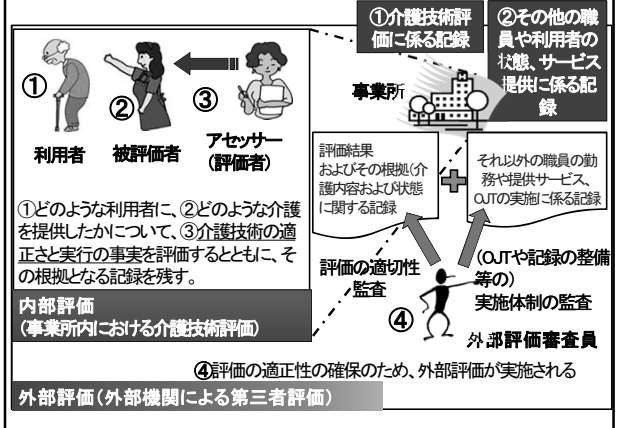
だから・・・

日本政府は、関連省庁やメーカー、学界から人材を送り込み、国際的な規格作りにおいて主導権を握ろうとしている

日本経済新聞 介護の海外進出後押し 政府、製品・サービスの国際規格で主導権 平成28年2月11日

2. 介護技術評価の現状と今後の展望

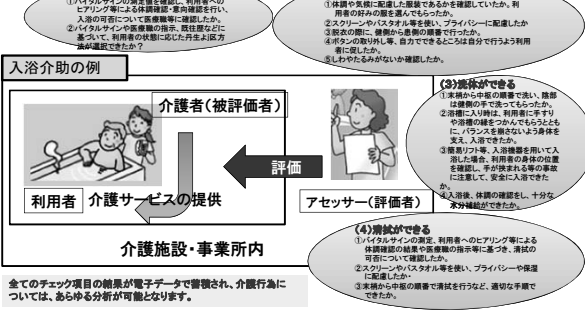
(参考1) 介護キャリア段位制度における評価の構造



キャリア段位制度における介護技術評価は、ケア内容を精密に分析するための評価スキームとOJTの機能を備えています

介護施設・事業所内で指導的立場の介護職員が、アセッサー(評価者)養成講習を修了し、同じ介護施設・事業所内の介護職員の介護行為に対して、現場での「現認」等に基づき介護スキルを「評価」します。

(1) 入浴介助の例



全てのチェック項目の結果が電子データで蓄積され、介護行為については、あらゆる分析が可能です。

キャリア段位制度による介護技術評価の可視化

地域別	疾病別	性別	年齢別	サービス別	法人別	個人別 (要介護度別)	個人別 (即介護認定申請時別)	...	個人別
2000件を超えるデータの分析が可能	1. 入浴介助	1. 入浴前の準備ができる 2. 浴槽の温度が適当 3. 湯が熱い 4. 湯が冷たい	1. 事前の準備を行うことができる 2. 湯を注ぐことができる 3. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる	1. 湯舟の準備を行うことができる 2. 湯を注ぐことができる 3. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる 4. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる	1. 湯舟の準備を行うことができる 2. 湯を注ぐことができる 3. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる 4. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる	1. 湯舟の準備を行うことができる 2. 湯を注ぐことができる 3. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる 4. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる	1. 湯舟の準備を行うことができる 2. 湯を注ぐことができる 3. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる 4. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる	1. 湯舟の準備を行うことができる 2. 湯を注ぐことができる 3. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる 4. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる	1. 湯舟の準備を行うことができる 2. 湯を注ぐことができる 3. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる 4. 湯を注ぎ終わるまで待つことができる

介護キャリア段位制度における具体的な評価項目の例

評価項目の例（食事介助・食事の準備）

安全な食事介助を行うために必要な準備

- ・利用者状態の確認
- ・適切な食器の選択と配置
- ・食物の形態の選択
- ・誤嚥を防ぐ座位姿勢
- ・意識状態の確認のための声掛け
- ・意欲の確認のための声掛け

具体的

介護キャリア段位制度の評価項目	
(1) 食事前の準備を行うことができる	
①	声を掛けたり肩を叩いたりして、利用者の覚醒状態を確認したか
②	嚥下障害のある利用者の食事にとろみをつけたか
③	禁忌食の確認をしたか
④	飲み込むことができる食べ物の形態かどうか確認したか
⑤	食べやすい座位の位置や体幹の傾きはなにか等座位の安定を確認したか
⑥	顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか

外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律の概要

外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護を図るため、技能実習に関し、基本理念を定め、国等の責務を明らかにするとともに、技能実習計画の認定及び監理団体の許可の制度を設け、これらに関する事務を行う外国人技能実習機構を設ける等の所要の措置を講ずる。

法律の概要 ※ 法務省及び厚生労働省で共賞

1. 技能実習制度の適正化

- (1) 技能実習の基本理念及び関係者の責務規定を定めるとともに、技能実習に関し基本方針を策定する。【第3条から第7条まで参照】
- (2) 技能実習生ごとに作成する技能実習計画について認定制とし、技能実習生の技能等の修得に係る評価を行うことなどの認定の基準や認定の欠格事由のほか、報告徴収、改善命令、認定の取消し等を規定する。【第8条から第16条まで参照】
- (3) 実習実施者について、届出制とする。【第17条及び第18条参照】
- (4) 監理団体について、許可制とし、許可の基準や許可の欠格事由のほか、遵守事項、報告徴収、改善命令、許可の取消し等を規定する。【第23条から第45条まで参照】
- (5) 技能実習生に対する人権侵害行為等について、禁止規定を設け違反に対する所要の罰則を規定するとともに、技能実習生に対する相談や情報提供、技能実習生の転籍の連絡調整等を行うことにより、技能実習生の保護等に関する措置を講ずる。【第46条から第50条まで参照】

2. 技能実習制度の拡充

- ・ 技能実習生に対する協力を要する事項を定めるとともに、地域ごとに関係行政機関等による地域協議会を設置する。【第53条から第59条まで参照】
- ・ (7) 外国人技能実習機構を認可法人として新設し、【第3章参照】
 - ・ (1)の技能実習計画の認定【第12条参照】
 - ・ (2)の実習実施者・監理団体に報告を求め、実地へ検査【第14条参照】
 - ・ (3)の実習実施者の届出の受理【第18条参照】
 - ・ (4)の監理団体の許可に関する調査【第24条参照】
 - ・ 等を行わせるほか、技能実習生に対する相談・援助等を行う。【第87条参照】

3. その他

- ・ 技能実習生の在留資格を規定する出入国管理及び難民認定法の改正を行うほか、所要の改正を行う。

施行期日

公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日

平成28年11月18日成立
同年11月28日公布

技能実習の職種・作業の範囲(これまで)

農業関係(2職種6作業)
漁業関係(2職種9作業)
建設関係(21職種31作業)
食品製造関係(9職種14作業)
繊維・衣服関係(13職種22作業)
機械・金属関係(15職種27作業)
その他(12職種24作業)

例えば……

職種名	作業名
さく井	パーカッション式さく井工事作業 ロータリー式さく井工事作業
建築板金	ダクト板金作業
冷凍空調機器施工	冷凍空調機器施工作業
建具製作	木製建具手加工作業
建築大工	大工工事作業
型枠施工	型枠工事作業
鉄筋施工	鉄筋組立作業
とび	とび作業
石材施工	石材加工作業 石張り作業

介護職種の追加について

【基本的考え方】

- 外国人介護人材の受入れは、介護人材の確保を目的とするのではなく、技能移転という制度趣旨に沿って対応
- 職種追加に当たっては、介護サービスの特性に基づく様々な懸念に対応するため、以下の3つの要件に対応できることを担保した上で職種追加
 - ① 介護が「外国人が担う単純な仕事」というイメージとならないようにすること
 - ② 外国人について、日本人と同様に適切な処遇を確保し、日本人労働者の処遇・労働環境の改善の努力が模範とならないようにすること
 - ③ 介護のサービスの質を担保するとともに、利用者の不安を招かないようにすること

3つの要件に対応できる制度設計

- ・ 本体の制度見直しでの対応
- ・ 介護固有の要件等

見直し内容の詳細が確定した段階で懸念に対応できることを確認

- (例) 監理団体による実習実施機関に対する監理の徹底(許可制)
- ・ 適切な技能実習の確保(技能実習計画の認定制度)

職種追加時までには詳細な設計

- (例) 日本語能力(入国時)はN3程度が望ましい水準、N4程度が要件、2年目は「N3」程度が要件
- ・ 実習指導者の要件(介護福祉士等)
- ・ 受入人数(小規模な場合の上限設定)

○ 職種追加に向け、様々な懸念に対応できるよう、具体的な制度設計を進める。
技能実習制度の見直しの詳細が確定した段階で、介護固有の要件等と併せて、様々な懸念に対応できることを確認する。
その上で、新たな技能実習制度の施行と同時に、職種追加を行う。

介護職種の追加に係る制度設計の考え方

(外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会中間まとめ(平成27年2月4日))

1. 移転対象となる適切な実習内容・範囲の明確化
 - ・ 一定のコミュニケーション能力の習得、人間の尊厳や介護職種の考え方、社会のしくみ・こころから見た人々の暮らしの理解に資する以下の業務を、移転対象とする
 - ・ 必要業務＝身体介護(入浴、食事、排泄等の介助)
 - ・ 関連業務＝その他(掃除などの清掃業務)
2. 必要なコミュニケーション能力の確保
 - ・ 「1年目(入国時)」は「N3」程度が望ましい水準、「N4」程度が要件、2年目は「N3」程度が要件
 - ・ 入国後、迅速かつ丁寧な「こころ」のケアを行うことが必要
 - ・ 「N3」基準は日本語で理解することができ、(例)簡単な会話(挨拶、簡単な指示の理解)
3. 適切な計画書・システム構築
 - ・ 該業務範囲は、技能実習の新制度で求められる要件を満たす旨を決定
 - ・ 各年の到達目標は「1年目」
 - ・ 1年目 指示の下であれば、決められた手順等によって、基本的な介護を実践できるように
 - ・ 2年目 指示の下であれば、利用者の心身の状況に応じた介護を一定程度実践できるように
 - ・ 3年目 自ら、介護業務の遂行に必要な能力を身に付け、利用者の心身の状況に応じた介護を実践できるように
 - ・ 3年目 自ら、介護業務の遂行に必要な能力を身に付け、利用者の心身の状況に応じた介護を実践できるように
4. 適切な実習期間の確保・範囲の決定
 - ・ 「介護」の実習が完了して、1年間の対象となる(介護士・士補試験の実習対象対象地域)ただし、技能実習生の入国後、適切な在留管理の観点から、(許可サービス)は(対象)なし
 - ・ 経費が一定程度安定的に確保されていること(3年を経過して)に併せて決定
5. 適切な実習体制の確保
 - ・ 受入れ人数の上限 : 小規模な実習実施機関(30人以下)の場合、実習指導者の100%まで
 - ・ 実習指導者の要件 : 介護職(15年以上)の経験を持つ介護福祉士等
 - ・ 技能実習計画の承認 : 介護職(15年以上)の経験を持つ介護福祉士等
 - ・ 入国後 : 技能実習計画の承認 : 介護職(15年以上)の経験を持つ介護福祉士等
6. 日本人と同様処遇の確保
 - ・ 「日本」が従事する場合の報酬は同労働者以上であること(差支を避けるため、以下の方案を講ずる)
 - ・ 受入れ : 技能実習生の確保
 - ・ 受入れ後 : 計画的な労働時間のヒアリングや税金台帳の確認、監理団体への定期報告
 - ・ 労務 : 労務管理の徹底
 - ・ 労務 : 労務管理の徹底
 - ・ 労務 : 労務管理の徹底
7. 監理団体に係る監理の徹底
 - ・ 技能実習制度本体の見直しによる、計画的に合わせた監理の徹底を図る。

介護キャリア段位制度の評価システムを採用

技能実習制度(介護分野)のICFにおける再整理イメージ

実習前

技能実習生

実習指導者

実習受入機関

利用者

介護技能

これら4つの要素をICFで表現することで……

実習後

①の実習生が

②の環境と③の身体機能の利用者に提供できる④介護サービスという技能

ICFで表現される技能実習制度

技能実習生が獲得した技能

①の実習生が獲得した技能

②の環境と③の身体機能の利用者に提供できる④介護サービスという技能

③のような利用者(利用者の状態)

④のようなサービスを提供したか(提供したサービス内容)

活動と参加dコード

③のような利用者(利用者の状態)

心身機能b,sコード

3. セルフマネジメント支援の考え方とその実践

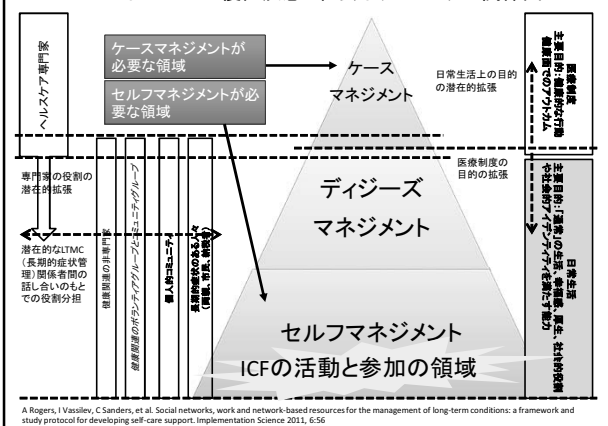
「integrated care」 「ディーズマネジメント」との混同

Ellrodt et al. (1997) はディーズマネジメントを「提供システム全体に設ける患者のために、医療リソースを統合する患者ケアへのアプローチ」と定義し、「ディーズマネジメント」と「integrated care」の間の境界が、次第に曖昧になってきたことを示している。

たとえば・・・

- 慢性疾患を伴った患者のためのintegrated careプログラムの有効性、定義、構成要素を評価することを目的に行われた最近の体系的レビューによって、さらに詳しく説明されている。(Ouwens et al. 2005) これらのレビューを見ていくと、13の体系的レビューのうち、実際に8個のレビューがディーズマネジメントに関するレビューであることが分かる。
- また、それぞれのレビューでディーズマネジメントの明確な定義が採用されており、それと共に、ケア・ケースマネジメント(2)、学際的チーム/構造(2)、慢性疾患を伴った患者のより一般的な管理(1)に関する例を概説している。
 ケアの断片化をなくし、持続性と協調性を改善するという共通目標を共有するという点において、両者は、近年オーバーラップしている。

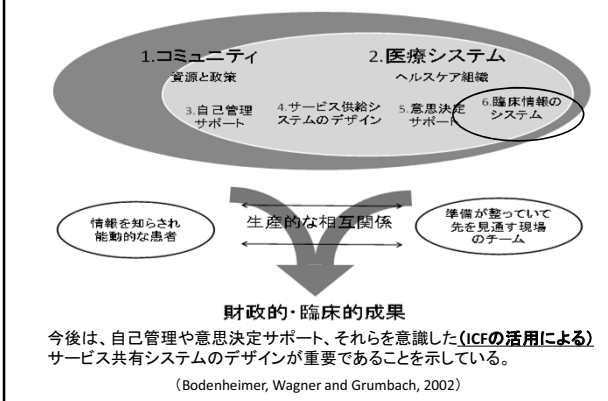
セルフマネジメントと慢性疾患と社会ネットワークの関係図



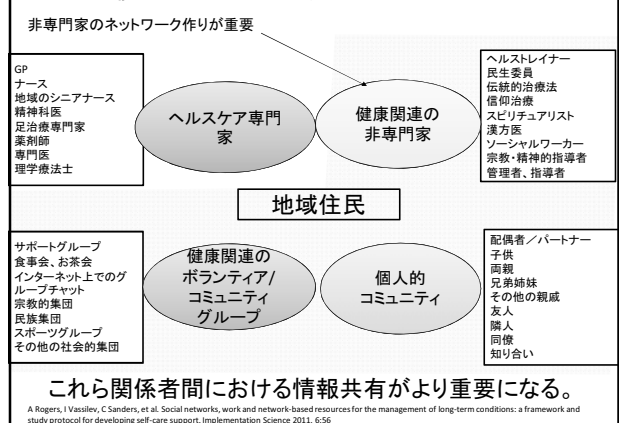
セルフマネジメント支援の定義

- セルフマネジメントを支援する(セルフマネジメントサ支援)ということは、人々に情報提供および支援を行い、当事者が自らの症状について理解し、適切な行動に移すことによってより優れた自己管理を行うことができるようにすることである。
- セルフマネジメントを支援する介入は、医療の一連の流れの様々なポイントで実施することが可能で、その対象は長期的症状を持っていないひとから、重度の長期症状や複数の長期症状を持つ人まで含まれる。

地域包括ケアシステム
Chronic care model(慢性疾患患者へのケアモデル)



慢性疾患症状に対するサポートシステム



医療・介護の情報提供によるセルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント

H27からモデル事業実施

早期からケアマネが関わり、スムーズな退院支援を促すため

- ① 疾病の自己管理をテーマとした生活指導等によるセルフマネジメント支援を
- ② 入院中からの医師・看護師・ケアマネの情報共有とプラン作成によって行い
- ③ 退院後もケアマネ(かかりつけ医)による一定期間のフォローをする

ここで、地域循環型のケアパスの構築を行うのが、本研究事業の取り組み。

コンセプト

セルフマネジメント支援 × 入院時における医療・介護連携による切れ目のない支援

入院中においてもケアマネが係わる具体的な業務をつくることで連携を生み、早期の退院支援と継続的なケア提供を実現

必要な理由...

- ・ 入院時の切れ目のない連携が必要だが、入院時には医療保険適用となるため、ケアマネは関われない
- ・ 急性期の入院日数がさらに短くなる中で、急性期病院とケアマネのより一層の連携が求められる。
- ・ 慢性疾患患者が増加するなかで、再発防止にはこれまでの一方向型バスか循環型バスが求められる。
- ・ 地域に出てからの情報共有は、家族力が低下する中、本人だけでは難しい併走者(専門職)が必要。

医療・介護の情報提供によるセルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント

H28事業フロー

入院早期からのセルフマネジメント支援 | **退院後のセルフマネジメント支援**

3日以内 | 7日以内 | 10日 | 14日

本人 | 医師 | 看護師 | 介護士 | 共同アセスメント系(看護師・CM) | セルフモニタリング | セルフマネジメントプラン | セルフチェックシート

入院後3日以内にスクリーニングし、対象者の場合は連絡する。

入院後7日以内に看護計画を立案し、カンファレンスを開催。それと協働してアセスメント案を作成する。

入院後10日以内に看護計画を立案し、カンファレンスを開催。それと協働してアセスメント案を作成する。

退院後のセルフマネジメント支援の確保

サービス要否者による定期的な電話・報告

サービス担当者会議開催(セルフマネジメントの実践)の明確化を図る

必要の領域に付するセルフマネジメントプランの活用

退院時の取組

入院イベントに係らず、本人の活動・参加に係る情報を専門職が一定期間保持

モデル事業するセルフケアプランの様式の一部

ICF 健康・生活レベル | **アセスメントシート**

アセスメントの領域(日常生活、服薬管理、食事・栄養管理、運動・移動、対人・コミュニケーション)ごとに本人のセルフケアプランを支援者と本人で作成するツールになっている。

プランニングシート

H28より、ICFの活動と参加に対応するカテゴリを追加。

セルフマネジメント支援の位置づけ

自己効力感 ↑

情報提供 ← | 行動変容 →

これまでのケアマネジメントの質に係る議論

セルフマネジメントの支援

ケアプラン | 患者用のカルテ | 電子情報 | 書面情報

グループ学習 | オンライン学習 | 電話相談 | 動機付け面談 | 目標設定 | 能動的グループ学習

セルフモニタリング

技術的スキル

情報提供から行動変容へ(ICFによる情報をどのように活用するか)

Dr Debra de Silva(2011), "Evidence: helping people help themselves: a review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management" Health Foundation, Figure 1: Continuum strategies to support self management, viii.

認知症をテーマとしたセルフマネジメント支援の実践

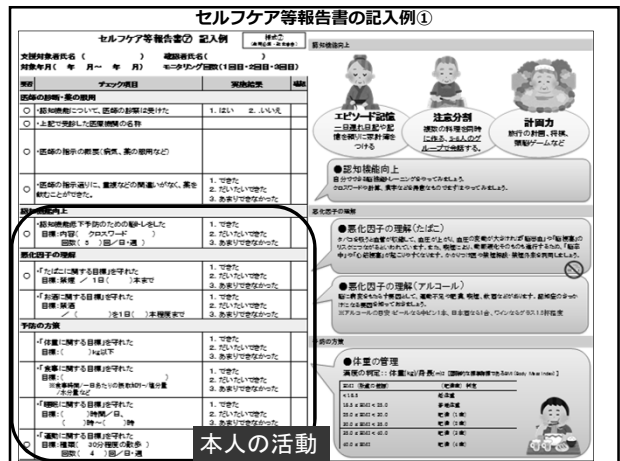
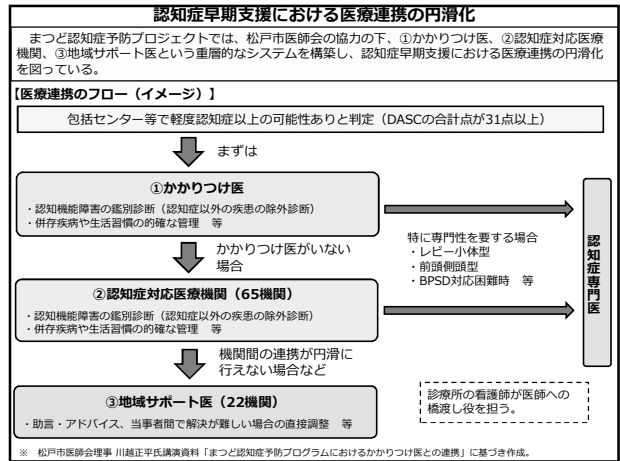
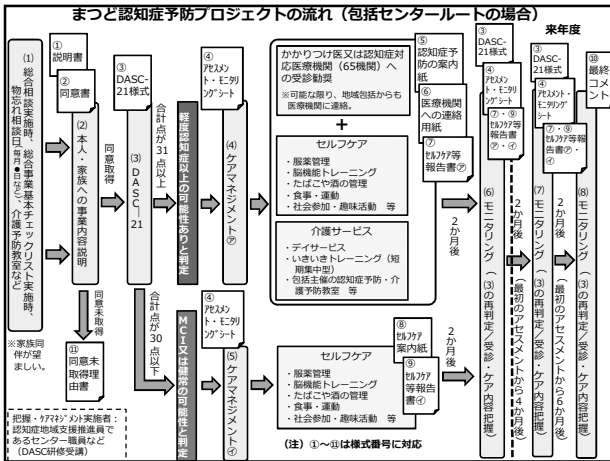
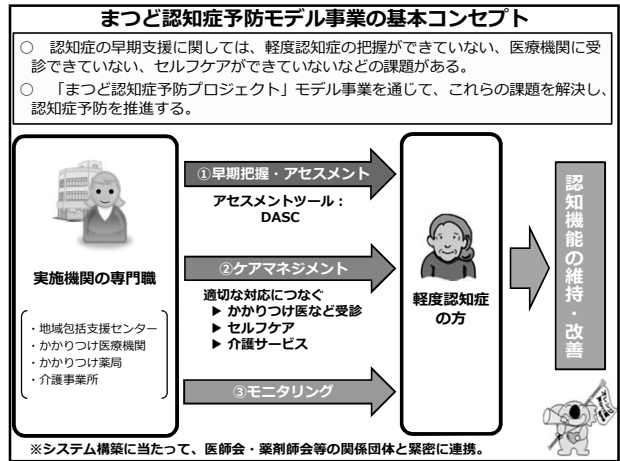
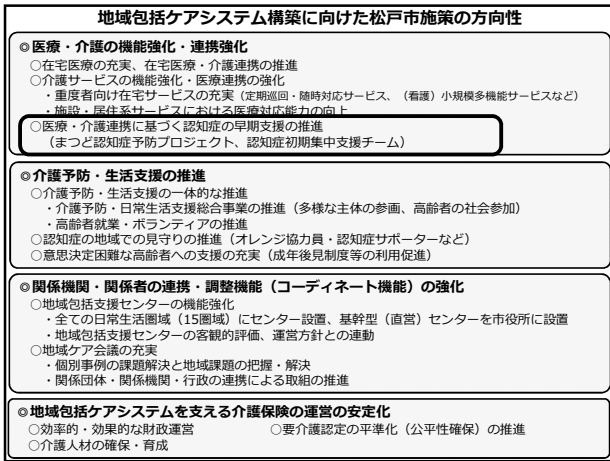
資料出所: 松戸市審議監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まつど認知症予防プロジェクトを例に～」(平成29年2月28日)

認知症をめぐる困難にどう立ち向かうか？

- 治らない
- 人数が多い
- 意思決定できない
- 発症してから期間が長い
- 臨床像が複雑でケアの標準化が困難

↓

- ① **早期把握・早期対応の推進**
～予防、軌道を緩やかにする
- ② **医療連携の推進** (特に、かかりつけ医)
- ③ **セルフケアの推進**
- ④ **認知症早期支援に関する包括センターの機能強化**



セルフケア等報告書の記入例②

本人の参加

「社会参加に関する目標」を定めた
目標達成()回/週
目標達成()回/月

「運動・趣味活動に関する目標」を定めた
目標達成()回/週
目標達成()回/月

「日常生活に関する目標」を定めた
目標達成()回/週
目標達成()回/月

「健康管理に関する目標」を定めた
目標達成()回/週
目標達成()回/月

その他(自由記載)

運動習慣

○毎日10分～30分程度の運動
○週2回以上10分～30分程度の運動
○運動不足(ほとんど運動していない)

社会参加・趣味活動

○毎日10分～30分程度の活動
○週2回以上10分～30分程度の活動
○活動不足(ほとんど活動していない)

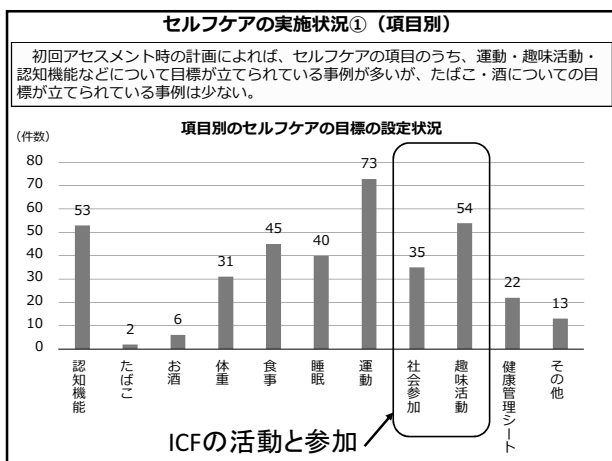
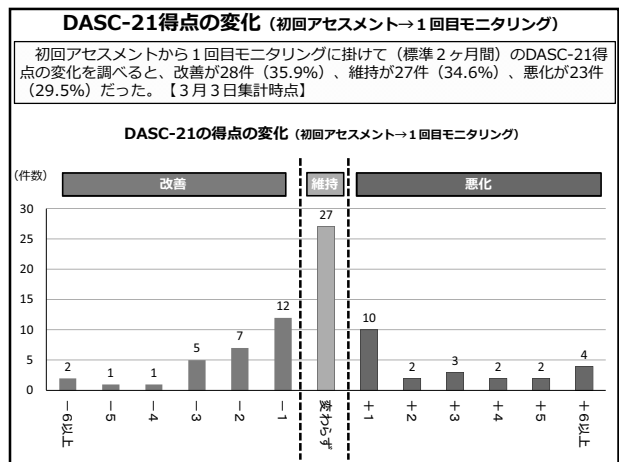
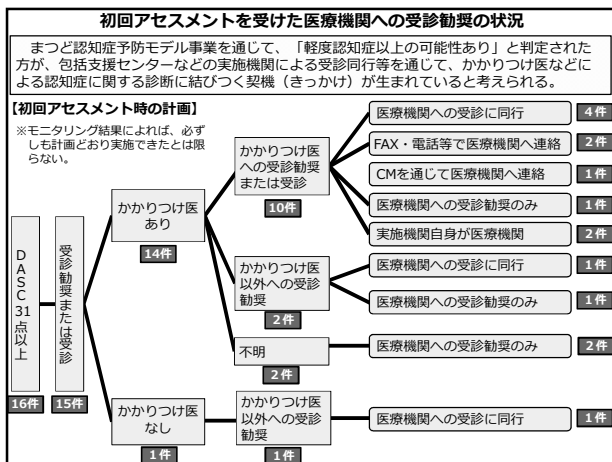
まつど認知症予防モデル事業（28年度）の実施件数

○ 28年11月～29年1月上旬の期間に、本モデル事業に基づく把握・ケアマネジメントを行った実施機関は21機関、総実施件数は91件だった。

○ タイムなスケジュールだったが、相当程度の実績を上げており、本モデル事業の実施方法により、地域において幅広く、軽度認知症の把握・ケアマネジメントを行えるものと考えられる。

事業に参加した機関数(力所)	実施機関数(力所)	把握・ケアマネジメントの実施件数
包括センター	11	52
医療機関	9	15
薬局	26	6
ケアマネ事業所	3	5
介護事業所	1	13
合計	50	91

※同意取得に至らず、把握・ケアマネジメントが行われなかった件数：25件



セルフケア等報告書(初回アセスメント、1回目モニタリング)

医師の診断・薬の服用	認知機能		悪化因子の理解		予防の方策				社会参加・趣味活動		健康管理シート	介護サービス	その他	本人のセルフケア実施状況	モニタリング実施状況		
	医師診断	薬の服用	たばこ	お酒	体重	食事	睡眠	運動	社会参加	趣味活動							
初ア	モア	初ア	モア	初ア	モア	初ア	モア	初ア	モア	初ア	モア	初ア	モア	初ア	モア	初ア	モア
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

4. ICFの活用可能性

規範的統合をいかにすすめていくか

- 組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有するためには、

多様な人々が持つ、それぞれの問題に対して、解決の手段となること、また、効果的であることを説明するためには

- ①共通の統合目的の設置
- ②コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し、対応すること
- ③現地でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築とサービス利用者やより広いコミュニティと関係を持てること。

本人を中心としたセルフマネジメント支援を推進
本人の活動や社会参加に着目したツールの開発

参考: 主要な5つのintegration(統合)の種類とそれに関する統合的プロセスの説明

1. システム的統合	政策、ルール、そして規制のフレームワークのコーディネーションと提携 例、病院外の協働のケアを推進する政策、多様化する(サービス)提供者のための中心的起動力の形成、国による刺激策(インセンティブ)の開発、または、コストの高いケアに代わってコストパフォーマンスや医療的必要性のあるケアに置換するための財政的刺策(ダウンワードサブスティテュージョン)
2. 規範的統合	組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有 例、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築、またはサービス利用者やより広いコミュニティと関係を持つ。
3. 組織的統合	組織間での構造、ガバナンスシステム、関係のコーディネーション 例、資金のプールやPBO(業務歩合制)といった公的・私的な契約的・協動的取り決め。または、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形成。
4. 運営的統合	事務管理業務、予算、財政システムの提携 例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う。
5. 臨床的統合	情報とサービスのコーディネーション、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。 例、臨床的役割/ガイドライン、専門的教育的拡大。または、患者との共有の意思決定における患者の役割を促進する。

どの統合的プロセスにも優劣はない、むしろ、integrated careの取組みの目標は、統合的プロセスを選ぶ際の決定を導き、さらに特殊な条件下でも促進する。
関係するintegrationの種類を見極め、プロジェクトに合わせ統合の種類を選ぶ必要がある
どのintegrationが最も関連性があるかの決定要素としては、例えばプロジェクトの目的、利害関係者、従来から現地で行ってきたヘルス(ソーシャル)ケアへの取組み、利用可能な資源などがある。

新たな社会保障制度に期待されること

- ▶ **雇用拡大**
 - 医療・介護・子育てサービスの拡充を通じ地域の雇用を創出する。
 - 子育て世代の両立支援を通じて安定的・継続的な雇用を実現する。
 - 雇用が拡大し、守られることによって、現役世代の所得が増加し、内需を支える消費が生まれる
- ▶ **地域経済の活性化に資する地域医療計画と地域包括ケアシステムの構築**
 - 所得再分配や年金等の現金給付・所得移転で地域の所得・消費を下支えする
 - 地域生活基盤である医療介護インフラの整備を通じて地域に資金を提供する(地域医療ビジョン)
 - 医療崩壊を食い止め、介護を充実することで地域の安心基盤が作られ、定住できる地域(地域包括ケアシステムの構築)
- ▶ **有効需要創出**
 - 安心が消費を創出する(防衛貯蓄・余剰貯蓄が減り消費に回る)
 - 制度が持続することで、医療・介護・保育などの社会的ニーズを「実需」に変える(有効需要を生み出す)
- ▶ **イノベーションを通じて付加価値の高いサービスを生み出す**

ICFを活用した日本の介護パッケージの国際発信

「稼げる産業」の確保

サービスのアウトプットを増やす方法

高品質なサービスを好む消費者をターゲットとすること
重要となるのは、社会全体としてサービス提供がペイしているかという点

- ・高度医療は、医療サービスを受けた患者が社会復帰し、「本業」で稼ぐことによって社会的に採算がとれる
- ・金融サービスの役割は、投資家のリスクを軽減し、収益性の高い事業(「本業」)に資金が円滑に回るよう工夫すること

サービス産業だけで経済は成長できない

サービス産業の生産性を向上させ、経済成長に貢献する道は二つ

核となる「稼げる産業」を持つこと

スイスは、化学や機械製品が核となって高い付加価値を生むことで、商業や医療サービスの価値を高め、世界第4位の一人あたりGDP(国内総生産)を実現

海外の稼げる産業をサービスの顧客にすること

シンガポールは立地条件を活かし、世界中の稼ぎのいい企業を相手にビジネスをしているため、商業や金融サービスで高い生産性を維持できている

サービス産業を成長産業にするには、その本質をよく理解したうえで、戦略を立てる必要がある

乳幼児発達スケールを用いたICFの活用

国立成育医療研究センター
橋本圭司



発達評価センターの開設



待合室

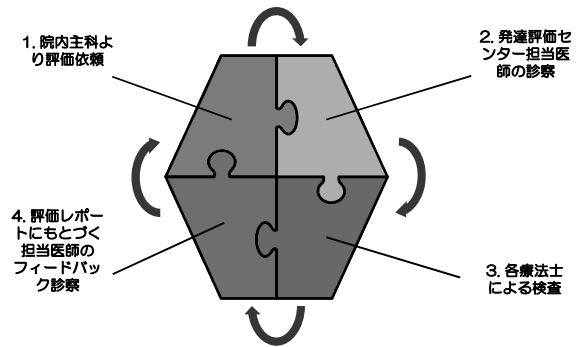


診察室

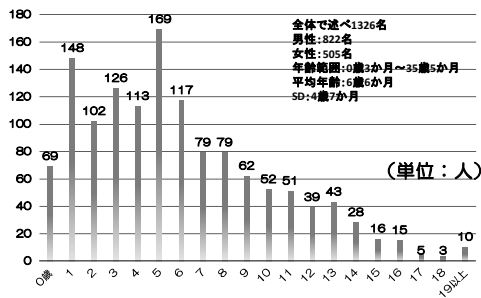


2011年5月本邦初の発達評価外来開設。
開設後2年3か月間で累計1,117例の患児
を受け入れ。
800件におよぶ「発達評価報告書」を作成し、
患児のご家族にフィードバック。

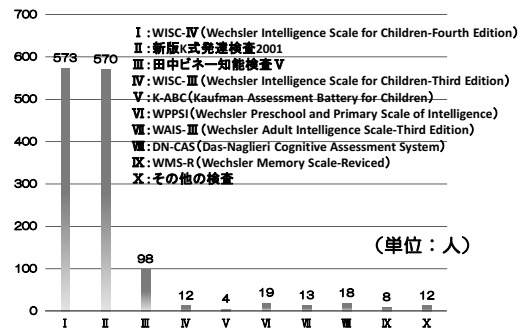
発達評価センターのしくみ



国立成育医療研究センター発達評価センター 2011年4月1日～2013年10月31日の年齢分布



同期間の心理士による検査内訳



これまでの発達評価

新版K式発達検査2001

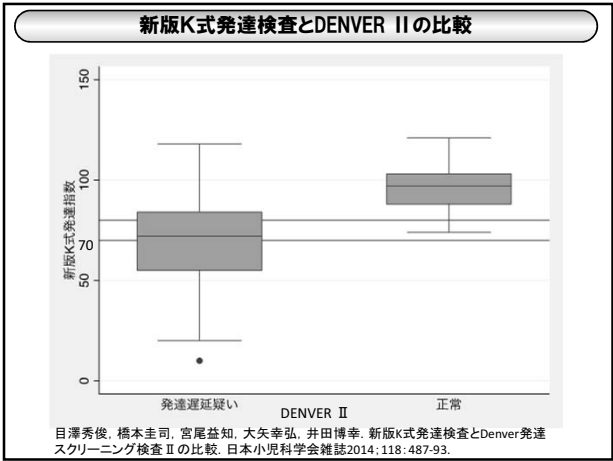
遊びを通じた自然な関わりの中で
評価できる発達検査

〇幼児から成人まで
全年齢に対応している
姿勢運動（運動能力）
認知適応（視覚認知や物の操作）
言語社会（言語能力や対人反応）
の3領域のバランスから
全体の発達傾向がわかる

当センターの新版K式評価レポートの例

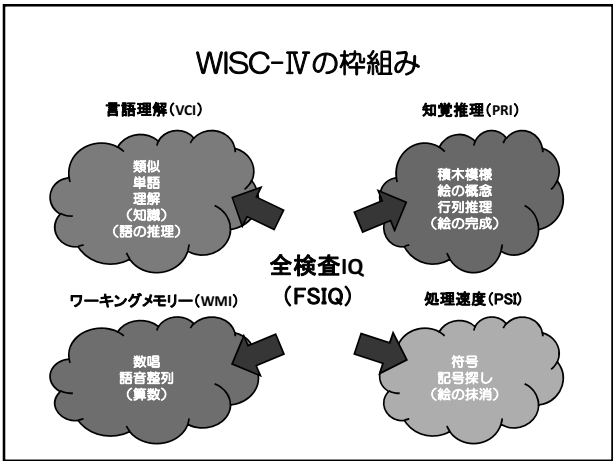
【検査場面の様子】
場面変化時の反応、視線の合い方、視覚的注意転移性の有無、指さしや声かけへの反応、つま先立ち歩き、相手とのやり取りなどについて記述する。

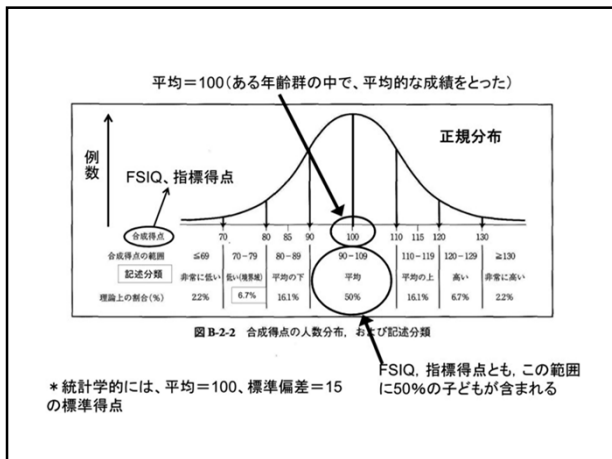
【所見とご提案】
検査場面の様子と検査結果をふまえて、検査全体のもとめや、子どもとの関わり方についての提案を記述する。なるべくポジティブな面にもフォーカスする



WISC-IV知能検査

- 世界的に使われている知能検査。
日本版は2011年に公表された
- 対象年齢は5歳0か月から16歳11か月まで
- 言語理解、知覚推理、ワーキングメモリー、処理速度の合成得点と、全検査（FSIQ）を算出し、知能のバランスを検討することができる
- 当発達評価センターでは基本的に子ども単独で検査を行う





『発達の過程には、
一貫性と多様性が混在している。』

by Prof. Martin T. Stein

発達障害のサイン(エコチル調査2.5歳質問紙より)

質問 6 お子さんについて、下記の項目の中で、あなた、あるいはあなた以外の人が 2〜3 か月以上わたって何か気になった(気になっている)ことがありますか。

	はい	いいえ
1. 発達全般について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 運動発達について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 感覚反応(例えば、触られること、音、光、におい、味、熱さ、冷たさ、痛み)について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. コミュニケーションや言葉、顔筋(mimic)について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 活動(忘れすぎる/受け身がすぎる)や衝動性(行動が突然で急い)について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 注意力や集中力、「聞くこと」(聞いていないように見える)について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 社会的な交流や他の子どもへの興味について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 行動(繰り返し同じことをする、日課や決まった手順ややり方にこだわる、など)について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 気分(落ち込む、ほしゃがすぎる、ちよっとしたことでもいらいらしい、急に泣き出す)について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 睡眠について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 食べ物や飲み物の好き嫌いや食事の仕方について	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gillberg博士

ESSENCE-Q-MOD. modified from reference 1,2
 1 Gillberg C (2012) The ESSENCE-Q. www.gnc.gu.se, 2 Hatakenaka Y, Fernell E, Sakaguchi M, Ninomiya H, Fukunaga I, Gillberg C. ESSENCE-Q - a first clinical validation study of a new screening questionnaire for young children with suspected neurodevelopmental problems in south Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Jul 14;12:1739-46.

小児の発達については、
児の生活機能を誰にでもイメージできる
簡便で質的な評価法が必要である

粗大運動

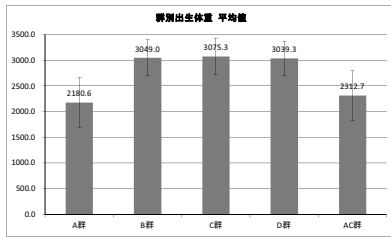
最近の赤ちゃん
(保育の現場からの声)

「しがみつく力が弱くなった。」

「床への座り方がおかしい。」
(脚を伸ばした状態で開脚で座る)

などの声を聞きます。

成育SGA母子コホートの例



A群(男児52,女児43,計95名): 低出生体重児(SGA)の子ども、早産の子ども
 B群(男児204,女児190,計394名): A・C群のコントロール(母親の年齢、在胎週数、経産、初産など)
 C群(男児207,女児200,計407名): 妊娠合併症を有する母親 or ARTIによる妊娠で生まれた子ども
 D群(男児109,女児99,計208名): 上記以外の全ての子ども
 A・C群(男児22,女児29,計51名): AとCが重複した子ども

姿勢の変換と保持(d410-d429), 歩行と移動(d450-d469)

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

グレード	0	1	2	3
1 頸部保持	首が全くすわっていない	両腕を45度引き起こしても首がついてくるが10秒保持できない	両腕を90度引き起こしても首がついてくるが10秒保持できない	両腕を90度引き起こしても首がついてくるが10秒保持できている
2 座位保持	全くお座りできない	臀部を支えればお座りできる	手をついて10秒お座りできる	手放して10秒お座りできる
3 平面移動	全く平面移動できない	腕這りができる	ズリバイ・ハイハイができる	膝ハイができる
4 立位保持	全く立てない	保持を覚えて10秒立てる	肩かにつかまって10秒立てる	手放して10秒立てる
5 歩行	全く歩けない	保持を覚えて5歩歩ける	つかまりつかまって5歩歩ける	手放して5歩歩ける

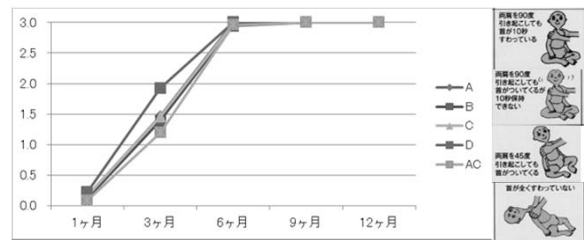
小児基本動作評価スケール

<ABMS-C; Ability for Basic Movement Scale for Children>

ABMS-C; Ability for Basic Movement Scale for Children はどこでも誰にでも簡便に評価が行える小児基本動作評価スケールです。
 評価項目は「頸部保持」「座位保持」「平面移動」「立位保持」「歩行」の5項目で、それぞれを0, 1, 2, 3の4段階のグレードで評価します。各項目とも乳幼児がその時点で発揮できる最大限の能力によって評価点をつけます。たとえば「平面移動」においてズリバイ・背ハイができなくても、臀部を挙げての膝ハイが可能であれば「平面移動」でのグレードは3となります。

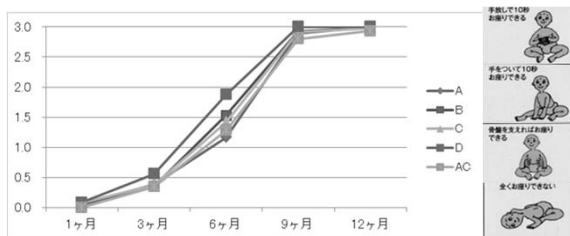
Miyamura K, Hashimoto K, Honda M. Validity and reliability of Ability for Basic Movement Scale for Children (ABMS-C) in disabled pediatric patients. Brain Dev 2011;33:508-11.

頸部保持(首すわり)



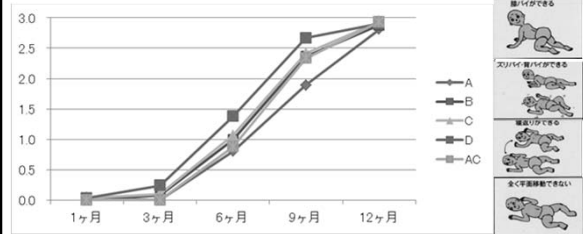
A群(95名): 低出生体重児(SGA)の子ども、早産の子ども
 B群(394名): A・C群のコントロール(母親の年齢、在胎週数、経産、初産など)
 C群(407名): 妊娠合併症を有する母親 or ARTIによる妊娠で生まれた子ども
 D群(208名): 上記以外の全ての子ども
 A・C群(51名): AとCが重複した子ども

座位保持(お座り)



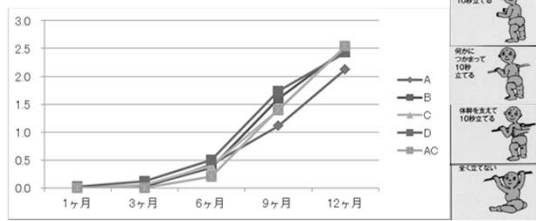
A群(95名): 低出生体重児(SGA)の子ども、早産の子ども
 B群(394名): A・C群のコントロール(母親の年齢、在胎週数、経産、初産など)
 C群(407名): 妊娠合併症を有する母親 or ARTIによる妊娠で生まれた子ども
 D群(208名): 上記以外の全ての子ども
 A・C群(51名): AとCが重複した子ども

平面移動(ゴロゴロ、ハイハイ)



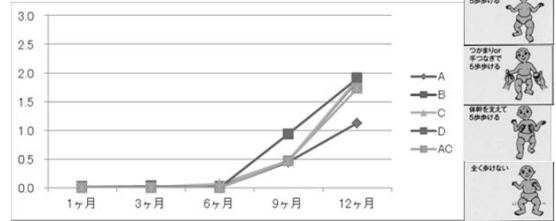
A群(95名): 低出生体重児(SGA)の子ども、早産の子ども
 B群(394名): A・C群のコントロール(母親の年齢、在胎週数、経産、初産など)
 C群(407名): 妊娠合併症を有する母親 or ARTIによる妊娠で生まれた子ども
 D群(208名): 上記以外の全ての子ども
 A・C群(51名): AとCが重複した子ども

立位保持



A群(95名): 低出生体重児(SGA)の子ども、早産の子ども
 B群(394名): A・C群のコントロール(母親の年齢、在胎週数、経産、初産など)
 C群(407名): 妊娠合併症を有する母親 or ARTによる妊娠で生まれた子ども
 D群(208名): 上記以外の全ての子ども
 A・C群(51名): AとCが重複した子ども

歩行



A群(95名): 低出生体重児(SGA)の子ども、早産の子ども
 B群(394名): A・C群のコントロール(母親の年齢、在胎週数、経産、初産など)
 C群(407名): 妊娠合併症を有する母親 or ARTによる妊娠で生まれた子ども
 D群(208名): 上記以外の全ての子ども
 A・C群(51名): AとCが重複した子ども

低出生体重児・早産群

	1ヵ月	3ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	12ヵ月
低出生・早産群	0.00	1.00	3.00	3.00	3.00
コントロール群	0.00	1.00	3.00	3.00	3.00
p値	0.3713	0.4589	0.6038	>	>
0.9999					
低出生・早産群	0.00	0.00	1.00	3.00	3.00
コントロール群	0.00	0.00	1.00	3.00	3.00
p値	0.9871	0.9835	0.0462*	0.7340	0.7392
低出生・早産群	0.00	0.00	1.00	3.00	3.00
コントロール群	0.00	0.00	1.00	2.00	3.00
p値	0.8953	0.5657	0.3648	0.8008	0.5468
低出生・早産群	0.00	0.00	0.00	2.00	3.00
コントロール群	0.00	0.00	0.00	2.00	3.00
p値	0.9967	0.7176	0.5507	0.6621	0.3178
低出生・早産群	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00
コントロール群	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00
p値	0.9631	0.9153	0.9527	0.2534	0.5875
低出生・早産群	0.00	1.00	5.00	9.00	14.00
コントロール群	0.00	2.00	6.00	11.00	13.00
p値	0.4850	0.3045	0.0088	0.6622	0.9361
低出生・早産群	123	96	89	27	90
コントロール群	359	286	184	125	125

*Mann-WhitneyのU検定で有意差あり: p<0.05

コントロール群と比較して、6か月の座位保持のみ有意に不安定

考察1

座位不安定の原因として、体幹の低緊張が挙げられる。体幹の低緊張の結果として座位が不安定で、体幹の低緊張を代償しようとして下肢を伸展しつづけるという局面をよく目にする。

また、将来の発達障害の予備群と思われる「ハイリスク児」の子どもは、手の巧緻性が低く、結果として手先に上手に力が伝わらず、物がうまくつかめないということがあ

大げざと話す。新生児科医らでつくる「ハイリスク児フォローアップ研究会」は、NICUから退院した後も少なくとも小学3年までは、発達の問題などを調べる必要があると指摘する。NICUを持つ全国の総合周産期母子医療センターなどに、定期的な健診の実施を呼びかけている。

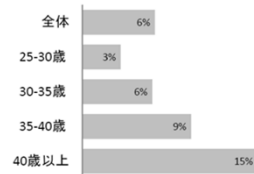
会長の楠田聡・東京女子医大教授によると、学習障害は小学3年くらいにならないと判断できないことが多いという。楠田さんは「NICUで救済し退院できたらそれで終わり、ではない。継続的な支援が必要」という。(武田雅夫)

■ご意見・体験は、<メール>iryu-k@asahi.comへ

朝日新聞より

不妊治療の状況

不妊治療を受けた割合(25歳以上)



体外受精(ART)、顕微授精(ICSI)、体外受精(IVF)を受けた妊婦さんの割合

(注意) 2012年10月までに登録された2万7千名程度のデータを用いて集計した結果です。

データ数 31,997

- ◆ エコチル調査参加者で、不妊治療を受けている人は6%。
- ◆ 産婦人科学会に登録されているデータとほぼ同一の結果。

母体妊娠合併症・ART群

	1カ月	3カ月	6カ月	9カ月	12カ月	
頭部保持	母体妊娠合併症・ART群	0	1	3	3	3
	コントロール群	0	1	3	3	3
	<i>p</i> 値	0.4471	0.5797	0.7316	>0.9999	>0.9999
座位保持	母体妊娠合併症・ART群	0	0	1	3	3
	コントロール群	0	0	1	3	3
	<i>p</i> 値	0.8549	0.6362	0.2819	0.9785	0.9927
平面移動	母体妊娠合併症・ART群	0	0	1	2	3
	コントロール群	0	0	1	2	3
	<i>p</i> 値	0.7727	0.7288	0.4881	0.6933	0.6886
立位保持	母体妊娠合併症・ART群	0	0	0	2	3
	コントロール群	0	0	0	2	3
	<i>p</i> 値	0.9383	0.746	0.6988	0.0586	0.7272
歩行	母体妊娠合併症・ART群	0	0	0	0	2
	コントロール群	0	0	0	0	2
	<i>p</i> 値	0.9473	0.936	0.5719	0.687	0.7408
合計	母体妊娠合併症・ART群	0	2	6	11	14
	コントロール群	0	2	6	11	13
	<i>p</i> 値	0.2636	0.4189	0.7314	0.4546	0.6748
データ数	母体妊娠合併症・ART群	386	253	160	111	117
	コントロール群	399	286	184	125	125

*Mann-WhitneyのU検定

コントロール群と比較して有意差なし

Hashimoto K, Ogawa K, Horikawa R, Ikeda N, Kato K, Kamide A, Sago H. Gross motor function and general development of babies born after assisted reproductive technology. J Obstet Gynaecol Res. 2016;42:266-72.

考察2

母体妊娠合併症及び生殖補助医療による妊娠で生まれたART児の精神運動発達の経過は、現在のところ、コントロール群と有意差を認めていない。

一方で、今後の小児リハビリテーションは、ハイリスク児とハイリスク妊娠の増加を念頭に置いて、時代の流れを敏感に感じながら取り組む必要がある。

バランス能力や巧緻性

物の運搬・移動・操作 (d430-d449), 歩行と移動 (d450-d469) Ability for Basic Movement Scale for Children (ABMS-C) Type T

グレード	0	1	2	3
口腔顔面	物を顔の裏に動かすことができない 	物をまっすぐ前に出せる 	物をとがらせることができる 	物を左右交互にふくませることができる
手先	指を顔の裏に動かすことができない 	指を1本出すことができる 	指を2本出すことができる 	指を1本ずつ折り曲げることができる
片足	片足で立てない 	片足で6秒未満立つことができる 	片足で6秒以上立つことができる 	片足でケンケンができる
両足	両足で1秒以上つま先立ちができない 	両足で1秒以上つま先立ちができる 	両足をそろえて前へジャンプができる 	スキップができる
階段	階段を登ることができない 	手すりを使って二歩一歩で階段を登ることができる 	手すりを抜けて一歩一歩で階段を登ることができる 	手放して一歩一歩で階段を登ることができる

小児基本動作評価スケール Type-T

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

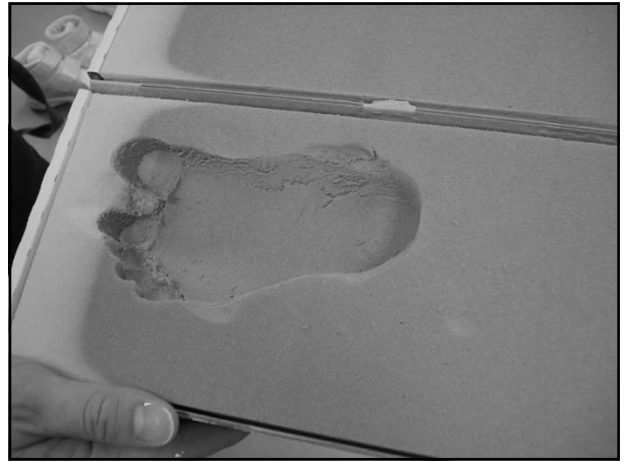
ABMS-C(Type-T) はどこでも誰にでも簡便に評価が行える小児基本動作評価スケールです。

評価項目は「口腔顔面」「手先」「片足」「両足」「階段」の5項目で、それぞれを0, 1, 2, 3の4段階でグレードを評価します。

各項目とも幼児がその時点で発揮できる最大限の能力によって評価点をつけます。

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

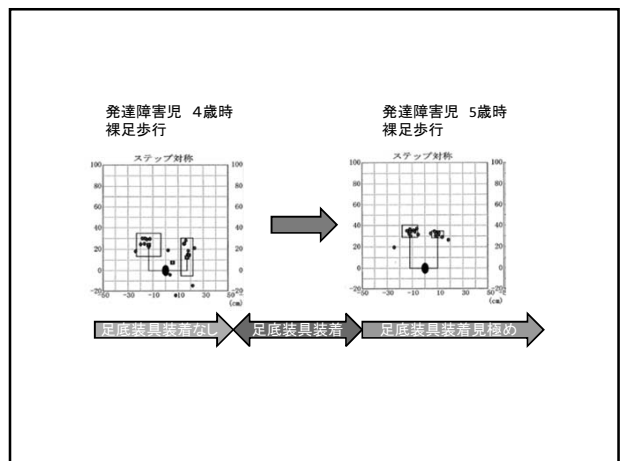
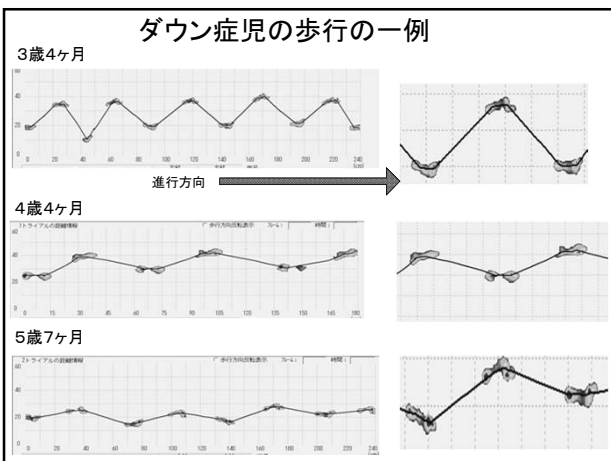
外反扁平足



下肢荷重計 (アニマ社製ウォークWay MW-1000)

測定方法: 下肢荷重計(アニマ社製ウォークWay MW-1000)を用いて2m40cmのシート上を裸足独歩で数回往復し歩行分析を施行した。

測定の様子



摂食・嚥下機能

嚥下しやすい姿勢

体幹はクッション
チェアで後傾位とし、

頭部はタオルを入れ
前傾位にする。



頭部は前傾位
体幹は後傾位
が嚥下しやすい

橋本圭司著「リハビリテーション入門」PHP新書, 2010より引用

丸飲みを防ぐ食べさせ方のコツ



橋本圭司「うちの子ちょっと違う？」と感じたら読む本
子どものよいところを伸ばす育て方. PHP研究所. 2011より引用

セルフケア： 食べること(d550), 飲むこと(d560)

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

グレード	0	1	2	3
1 覚 醒	痛み刺激に反応なし	痛らすと覚醒する	声掛けで覚醒する	覚醒している
2 頭部保持	顎が全くずわっていない	両肩を45°引き起こしても首がついてくる	両肩を90°引き起こしても首がついてくるが10秒保持できない	両肩を90°引き起こしても首が10秒ずわっている
3 感覚過敏	全身の感覚過敏がある	唇や口周りに物が触れるのを嫌がる	口腔内に物が触れるのを嫌がる	感覚過敏がない
4 舌口唇運動	唇を閉じることができない	唇を閉じることができるが舌を動かすことができない	唇を閉じることができる。舌は口腔内でのみ動かすことができる	唇を閉じることができ、舌を口腔外へ出すこともできる
5 分泌物処理	常に唾液が口から溢れている	常に唾液がゴロゴロしている	口腔内刺激後にゴロゴロが出現する	口腔内刺激後もゴロゴロしない

「小児摂食嚥下評価スケール」

〈ABSS-C; Ability for Basic Swallowing Scale for Children〉

ABSS-C はどこでも誰にでも簡単に評価が行える小児摂食嚥下評価スケールです。

評価項目は「覚醒」「頭部保持」「感覚過敏」「舌口唇運動」「分泌物処理」の5項目で、それぞれを0、1、2、3の4段階でグレードを評価します。

各項目とも幼児がその時点で発揮できる最大限の能力によって評価点をつけます。

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

摂食嚥下のポイント

- ・ 味覚に心地よい刺激を与え成功体験を養う。
- ・ 顎をしっかりと固定し、舌を自由に動かせるようにする。
- ・ 手で同じ物をしっかりとつかんで、自分のペースでかじる経験を養う。



橋本圭司：リハビリテーション入門，PHP新書，2010より引用

コミュニケーション

コミュニケーション：理解(d310-d329)、表出(d330-d349)、会話(d350) 一般的な対人関係(d710-d729)

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

グレード	0	1	2	3
1 覚 醒	痛み刺激に反応なし	顔を上げて覚醒する	声掛けで覚醒する	覚醒している
2 言語理解	声掛けに反応しない	呼びかけ(声)にふりむく	ジェスチャーや指さしを用いれば、長話指図に反応することができる	ジェスチャーや指さしなしに、ことばだけで指示に反応することができる
3 言語表現	発語がない	アー、ウーなど声をだす	指さしする	意味のあることばを話す
4 明瞭度	発語はできるが音調は全く聞き取れない	発語はできるが聞き取れないことばがある	聞き取れないことばがある	聞き取れる
5 社会性	視線が合わない	あやうと笑う	ハイバイをする	友達と1つ以上遊ぶ

小児言語コミュニケーション評価スケール (ABLS-C; Ability for Basic Language and communication Scale for Children)

ABLS-Cはどこでも誰でも簡便に評価が行える小児言語コミュニケーション評価スケールです。
評価項目は「覚醒」「言語理解」「言語表出」「明瞭度」「社会性」の5項目で、それぞれ、0、1、2、3の4段階でグレードを評価します。
各項目とも幼児がその時点で発揮できる最大限の能力によって評価点をつけます。

活動度・社会参加

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

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

グレード	0	1	2	3
1 基本動作	ベッドの上で寝たまま、起き上がることができない。	ベッドの上や椅子に、寝かずに立って歩ける。	ベッドや椅子から一人で立ち上がり、立つ姿勢を保持することができる。	一人で歩くことができる。
2 セルフケア	食事・着替え、髪の手入れ、入浴などのセルフケアに手伝いが必要である。	食事や着替え(お風呂のシャワー)、髪の手入れ、入浴(シャワー)など、自分で行うことができる。	自分でトイレに行く、排便することができる。	自分で自分の体(歯を磨く)をケアすることができる。
3 活動性	室内で、遊んでいることができる。	室内で走り回り、滑ったり、跳びがることができる。	室内で遊ぶだけでなく、外に出て遊ぶことができる。	公園や公園など、広い場所での活動ができる。
4 教育	自宅内での生活で、家庭以外の人の関わりがない。	自宅内での生活で、家庭以外の人の関わり(訪問看護や訪問シッターなど)を受けることができる。	児童館や児童支援課運営施設へ通っている。	児童館や児童支援課へ通っている。
5 余暇活動	余暇活動は家の中での遊びに限られる。	1-2時間程度、近所(公園、公民館、児童館)などで遊ぶことができる。	半日程度、イベントやイベントの会場へ外出することができる。	一日かけて公園や児童館などへ遊びに行くことができる。

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

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

グレード	0	1	2	3
1 基本動作	ベッドの上で寝たまま、起き上がることができない。	ベッドの上や椅子に、寝かずに立って歩ける。	ベッドや椅子から一人で立ち上がり、立つ姿勢を保持することができる。	一人で歩くことができる。
2 セルフケア	食事・着替え、髪の手入れ、入浴などのセルフケアに手伝いが必要である。	食事や着替え、髪の手入れ、入浴(シャワー)など、自分で行うことができる。	自分でトイレに行く、排便することができる。	自分で自分の体(歯を磨く)をケアすることができる。
3 活動性	室内で遊んでいることができる。	室内で走り回り、滑ったり、跳びがることができる。	室内で遊ぶだけでなく、外に出て遊ぶことができる。	公園や公園など、広い場所での活動ができる。
4 教育	自宅内での自主学習など、学校の授業に参加することができない。	自宅内での自主学習や訪問授業を受けることができる。	保護室や児童館などで、学校の授業に参加することができる。	学校での授業を全部に参加することができる。
5 余暇活動	余暇活動は家の中での遊びに限られる。	1-2時間程度、近所(公園、公民館、児童館)などで遊ぶことができる。	半日程度、イベントやイベントの会場へ外出することができる。	一日かけて公園や児童館などへ遊びに行くことができる。

WHO - FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS NETWORK ANNUAL MEETING 2015

17-23 October 2015
Manchester, United Kingdom

The Relationship between Levels of ADL and Development in Children with Disability – An Attempt to promote the Use of the ICF in Japan

Satoshi Tamai¹, Emiko Oikawa², Mika Watari², Keiji Hashimoto¹
1 National Center for Child Health and Development, 2 Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo, Japan

Abstract: We examined relationship between developmental age and the levels of activity of daily living (ADL) in thirteen young children with disabilities. There was a statistically significant correlation between chronological age and the developmental age by KSPD-2001. On the other hand, no association was found between chronological age and the total ABPS-C total score. We need to achieve a social society where chronological age and the ABPS-C score would highly correlate.

(1) Correlation between KSPD-2001 developmental age (Y-axis) and chronological age (X-axis)

(2) Correlation between ABPS-C total score (Y) and chronological age (X)

(1): Chronological age was positively correlated with KSPD-2001 developmental age ($r = .835, p < .001$).

(2): On the other hand, the correlation between chronological age and ABPS-C total score did not reach statistical significance ($r = .523, p = .067$).

(別紙様式21) リハビリテーション実施計画書

患者氏名: 男・女 年生: ()歳 評価実施日: 年 月 日

担当医氏名(受診日): PT OT ST 心療 言語聴覚士

主治医氏名(受診日): 合併疾患(脳卒中・状態(高血圧、心疾患、糖尿病等))

評価項目・内容(コロン()の後に具体的な内容を記入)

□言語聴覚: □音声・発音障害(□構音障害, □失音症・機能) □失行・失読

□中枢神経機能: □右手指: □右手: □左手: □右足: □左足: □両足: □両手: □両足: □両手

□認知機能: □記憶力低下(部位, ADL): □社会生活能力: □日常生活能力

□自立度: □自立度(自立度): □自立度(自立度): □自立度(自立度): □自立度(自立度)

□ADL-ASL等: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度

□生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能

□社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加

□その他: □その他: □その他: □その他: □その他: □その他: □その他: □その他

□理由: □理由: □理由: □理由: □理由: □理由: □理由: □理由

□備考: □備考: □備考: □備考: □備考: □備考: □備考: □備考

リハビリテーション実施計画書(乳幼児期版)

患者氏名: 男・女 ()歳 評価実施日: 年 月 日

担当医氏名(受診日): PT OT ST 心療 言語聴覚士

主治医氏名(受診日): 合併疾患(脳卒中・状態(高血圧、心疾患、糖尿病等))

評価項目・内容(コロン()の後に具体的な内容を記入)

□言語聴覚: □音声・発音障害(□構音障害, □失音症・機能) □失行・失読

□中枢神経機能: □右手指: □右手: □左手: □右足: □左足: □両足: □両手: □両足: □両手

□認知機能: □記憶力低下(部位, ADL): □社会生活能力: □日常生活能力

□自立度: □自立度(自立度): □自立度(自立度): □自立度(自立度): □自立度(自立度)

□ADL-ASL等: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度: □自立度

□生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能: □生活機能

□社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加: □社会参加

□その他: □その他: □その他: □その他: □その他: □その他: □その他: □その他

□理由: □理由: □理由: □理由: □理由: □理由: □理由: □理由

□備考: □備考: □備考: □備考: □備考: □備考: □備考: □備考

まとめ

- 小児の発達は一貫性とともにも多様性がある。
- 年齢とともに生活機能が刻々と変化する。
- 当事者の能力という視点より、環境や社会的側面の影響を強く受けるのが、小児期である。
- 家族を含めた各職種が、チームとして、誰でも理解できる共通言語で情報を共有することが望ましく、成人とは別の枠組みで、身体機能や、活動度、社会参加を評価する必要がある。
- 児が障害を持ちながらも、周囲の助けを借りながら活動度を上げ、積極的な社会参加を実現することができるような意識を皆が持つ、小児→成人→高齢者の連続した支援を。

第6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~具体的活用事例~

リハビリ領域でのICFに基づく 全般評価システムの作成と臨床活用

園田 茂
藤田保健衛生大学七栗記念病院
向野雅彦、才藤栄一
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座

ICFの臨床への普及・利用促進

ICFの普及を阻む点

- 項目の多さ
- 定義の複雑さ
- 評点のつけにくさ

対策

- ICF評価set (日本版)作成
- 普及のための2つの取組
 - 既存scaleを用いた情報収集systemの構築
 - ICFの評点容易化

ICFの臨床への普及・利用促進

ICFの普及を阻む点

- 項目の多さ
- 定義の複雑さ
- 評点のつけにくさ

対策

- ICF評価set (日本版)作成
- 普及のための2つの取組
 - 既存scaleを用いた情報収集systemの構築
 - ICFの評点容易化

ICF評価set (日本版)作成

- ・ 目的
 - 1400以上の項目から
 - 日本のリハに必要な項目を選定
- ・ 配慮点
 - リハ分野での国際共同研究との整合性: ICFコアセット
 - 普及しやすさ: リハ総合実施計画書との連動



分野横断的なICFコアセット

Rehabilitation set

Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy

Birgit Prodinger, PhD,^{1,2,3} Alarcos Cieza, PhD,^{1,2,3} Cornelia Oberhauser, PhD,⁴
Jerome Bickenbach, PhD,^{1,2,3} Tevfik Bedirhan Üstün, MD,^{1,2,3} Somnath Chatterji, MD,⁵
Gerold Stucki, MD^{1,2,3}

Arch Phys Med Rehabil 2016; 97: 875-84

● 一般セット
(*)は全て含まれている

日本のリハ医療への普及の鍵 リハビリテーション総合実施計画書

項目	内容
1. 目的	リハビリテーションの質の向上、患者の生活機能の改善、医療資源の効率化
2. 対象	急性期、回復期、在宅療養期
3. 実施体制	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー
4. 評価	ICFコアセットを用いた定期的な評価
5. 連携	地域医療機関、介護施設との連携
6. 教育	医療従事者に対するICFに関する教育
7. 研究	リハビリテーションの効果に関する研究
8. その他	患者の権利の保護、プライバシーの確保

ICF評価セット(日本版)項目

- 国際(ICFリハset) + 国内(リハ総合実施計画書網羅)

リハ実施計画書: 45		19	26
ICF リハコア セット: 30	11	19	
ICF 一般コア セット: 7	4	3	
短縮セット: 24	9	15	
評価セット(日本版): 56	11	19	26

評価項目の概要

従来の実施計画書の項目	ICF リハビリテーションセット
b110 意識機能	b455 運動耐容性
b114 見当識機能	b620 排尿機能
b140 注意機能	b710 関節の可動性の機能
b144 記憶機能	b730 歩行の機能
b156 知覚機能	b730 歩行の機能
b167 言語に関する精神機能	b730 歩行の機能
b260 痛有受容覚	b540 歩行とその他の心理的要求への対処
b265 視覚	d410 基本的な姿勢の変換
b270 温度やその他の刺激に関連した感覚機能	d415 姿勢の保持
b410 心機能	d420 歩み移り(移乗)
b440 呼吸機能	d450 歩行
b510 摂食機能	d465 用具を用いての移動
b525 排便機能	d470 交通機関や手段の利用
b760 随意運動の制御機能	d510 自分の身体を洗うこと
b765 不随意運動の機能	d520 身体各部の手入れ
b810 皮膚の保護機能	d530 排便
d175 問題解決	d540 更衣
d310 話し言葉の理解	d550 食べること
d330 話すこと	d550 食べること
d870 経済的自給	d550 食べること
d910 コミュニティライフ	d550 食べること
e115 日常生活における個人用の生産品と用具	d920 レクリエーションとレジャー
e120 個人的な屋内外の移動と交通のための生産品と用具	d130 浴介と飲飲の機能
e155 私用の建物の設計・建設用の生産品と用具	b152 借換機能
e310 家族	d230 日課の遂行
e520 保健サービス・制度・政策	d455 移動
	d670 健康に注意すること
	d640 家庭以外の家事
	d660 他者への援助
	d710 基本的な対人関係
	d770 記憶機能
	b640 性機能

ICFの臨床への普及・利用促進

ICFの普及を阻む点

- 項目の多さ
- 定義の複雑さ
- 評点のつけにくさ

対策

- ICF評価set(日本版)作成
- 普及のための2つの取組
 - 既存scaleを用いた情報収集systemの構築
 - ICFの評点容易化

既存scaleを用いた情報収集system

- 既存scale項目とICFの項目との対応表

FIM	FIMに相当するICF項目	既存scale項目	ICFの項目
食事、整容、清拭、 排泄管理、トイレ動作、 移乗、移動、階段	食べること	用具を用いての移動	b710 関節の可動性の機能
	飲むこと	登りおりすること	b730 歩行の機能
	身体各部の手入れ	話し言葉の理解	b730 歩行の機能
	自分の体を洗うこと	非言語メッセージの理解	b730 歩行の機能
	更衣	話すこと	b730 歩行の機能
	排泄	非言語メッセージの表出	b730 歩行の機能
	排尿機能	日課の遂行	b730 歩行の機能
	排便機能	基本的な対人関係	b730 歩行の機能
	移乗	問題解決	b730 歩行の機能
	基本的な姿勢の変換	記憶機能	b730 歩行の機能
歩行		b730 歩行の機能	

Linking rules遵守

- 既存の評価スケール等をICFの項目にリンクするためのルール
 - 2002年(Cieza et al, J Rehabil Med)
 - 2005年(Cieza et al, J Rehabil Med)
 - 2016年(Cieza et al, Disabil Rehabil)
 - このルールに基づいた項目リンク: 100件以上の論文報告

データ収集ツール作成

- データベースソフト使用



情報収集の流れ

- ・ 既存のscale (FIM, MoCA etc)を入力
 - 日本リハ医学会のデータベースと連動



ICFに集約

ICFの臨床への普及・利用促進

ICFの普及を阻む点

- ・ 項目の多さ
- ・ 定義の複雑さ
- ・ 評点のつけにくさ

対策

- ICF評価set (日本語版)作成
- 普及のための2つの取組
 - 既存scaleを用いた情報収集systemの構築
 - ICFの評点容易化

ICFの評点容易化

- ・ 簡潔で直感的な説明文の作成
 - simple, intuitive descriptions
 - 「活力と欲動の機能: 個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的な精神機能」では、わからない。
- ・ 評点のガイドライン作成
 - 「移動: 這うこと、走ること、登ること、泳ぐことなど歩行以外の移動手段」の中等度の問題(25-49%)とは？

簡潔で直感的な説明文 (Simple, intuitive descriptions)の作成

- ・ 国際共同研究として、ヨーロッパを中心に各言語版、作成中
- ・ 中国、イタリアに続き、日本も
- ・ 日本リハ医学会、日本PT協会、日本OT協会、日本ST協会から委員の推薦を受け、20名の委員による二日間のワークショップ
- ・ 日本語版を完成

2014 in China



Proding et al, 2016

2015 in Italy



Selb et al, 2016

Simple, intuitive descriptionsの検討・結果



b130	活力と欲動の機能	自発的な生活を達成する精神機能
b134	睡眠機能	必要十分な睡眠
b152	情動機能	適切に感情をコントロールする機能
b280	痛みの感覚	痛みの存在
b455	運動耐容能	日常の身体活動に耐える体力
b620	排尿機能	日常に支障なく排尿する機能
b640	性機能	性行動に関する精神・身体機能
b710	関節の可動性の機能	関節の可動域と動きやすさ
b730	筋力の機能	日常生活に必要な筋力
d230	日課の遂行	日常生活上の活動を計画し、行う

以下、略

ICF評点(qualifier)の参考ガイド作成

- ・ Swiss Paraplegic Researchの統計家チームと作成した手順
 - 簡潔で直感的な説明文を用い、実際に患者を採点
 - 採点者から報告を受ける
 - 採点者を含めグループ議論
 - 日本とスイスの専門家からのフィードバック
 - 参考ガイドを作成
 - 検者間信頼性を確認

評点(qualifier)

0点	問題なし	(0-4%)
1点	軽度の問題	(5-24%)
2点	中等度の問題	(25-49%)
3点	重度の問題	(50-95%)
4点	完全な問題	(96-100%)
8点	詳細不明	
9点	非該当	

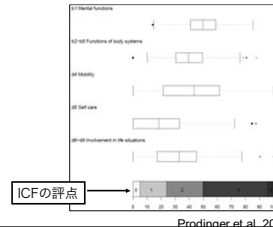
採点参考ガイド

・ 推敲中

			何を評価するか	評価する側面	何を完全な問題とするか
b130	活力と欲動の機能	自発的な生活を達成する精神機能	・対象者が自発的な生活を達成するための精神機能（たとえば日常の活動に対するモチベーションや食欲）を喚起することに、どの程度、どのぐらいの頻度問題を生じているかを採点する。	・問題の程度 ・問題の頻度	・完全な問題とは、モチベーション・食欲や食欲が常に全くない状態を指す。
b134	睡眠機能	必要十分な睡眠	・必要十分な睡眠がとることにどの程度、どのぐらいの頻度で問題を生じているかを採点する。	・問題の程度 ・問題の頻度	・完全な問題とは、毎日、全く寝られない状態もしくは完全に睡眠リズムが崩れた状態を指す。

ICFの評点への移行

- ・ Rasch分析を応用し、点数の分布から評点へ移行
 - (スイス、イギリスの統計専門家と共同で実施)



現在、フィールドテストを実施中 (10病院が参加)

Brodtger et al. 2016

ICFの臨床への普及・利用促進

ICFの普及を阻む点

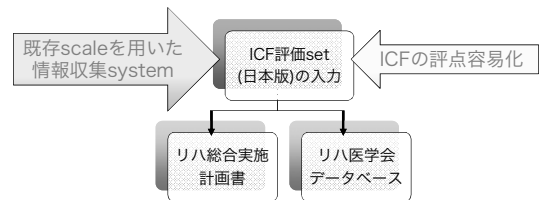
- ・ 項目の多さ
- ・ 定義の複雑さ
- ・ 評点のつけにくさ

対策

- ICF評価set (日本版)作成
- 普及のための2つの取組
 - 既存scaleを用いた情報収集systemの構築
 - ICFの評点容易化

ICF臨床活用イメージ

- ・ ICF評価set入力をささっと済ませると、計画書等も出来上がり、データベースにも蓄積される



今後の進捗

- ・ 2017春 第一次フィールドテスト終了
 - データ分析、分析に基づく更新
- ・ 2017夏 日本リハ医学会データベースと連動
 - 急性期、亜急性期、慢性期等病期や疾患に応じた評価セットのバリエーションの検討
- ・ 2017秋 第二次フィールドテスト

ご清聴ありがとうございました

- ・ リハ医療における「本当に使えるICF」を実現します。

認知症のリハビリテーションと 国際生活機能分類(ICF)

石川県立高松病院
作業療法科 村井千賀

1

レビー小体型認知症 —主な症状とICF—

- ・記憶障害 (b144記憶機能)
- ・視知覚認知障害・視空間障害 (b156知覚機能)
- ・注意障害 (b140注意機能)
- ・認知の変動 (b110意識機能)

4

国際生活機能分類 (ICF) の考え方で 認知症高齢者の生活障害をアセスメントする

- ・ICFは疾病分類であるICD10とともに、WHOが人の健康関連の生活機能を分類したものである
- ・ICFは人を捉えるアセスメントとして活用できる。
(疾病と障害は、共通概念ではない。)
- ・心身機能、活動と参加の全体を包括する生活機能を重視し、「生きる」全体のプラス面とマイナス面の双方を評価。

2

前頭側頭型認知症 —主な症状とICF—

- ・人格の変化、反社会的な行動などの症状が特徴 (b126気質と人格の機能・b130活力と欲動の機能)
- ・常同行動 (b164高次認知機能)

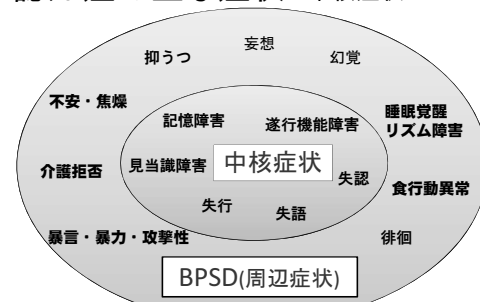
5

アルツハイマー型認知症 —段階別の主な症状とICF—

軽度	中等度	高度
<ul style="list-style-type: none"> ・記憶障害 (b144 記憶機能) ・時間の見当識障害 (b110見当識機能) ・遂行機能障害 (b164高次認知機能) 	<ul style="list-style-type: none"> ・場所の見当識障害 (b110見当識機能) ・着替えや入浴などの日常生活で不適切な行動を認める (b144 記憶機能) ・道具の使い方がわからなくなる (b176複雑な運動を順序立てて行う精神機能) 	<ul style="list-style-type: none"> ・人物に対する見当識障害 (b110見当識機能) ・衣服の着脱や入浴時の洗髪・洗体、排泄後の後始末ができなくなるなど、日常生活が困難となる (b176複雑な運動を順序立てて行う精神機能) ・言語機能の低下 (b167言語に関する精神機能) ・歩行能力の低下 (b147精神運動機能)

3

認知症の主な症状—中核症状とBPSD—

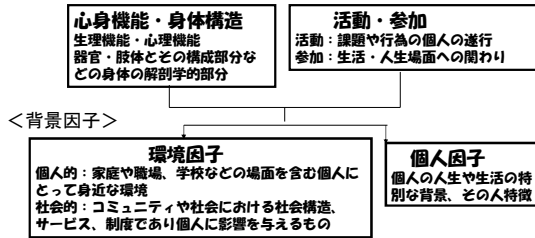


BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)
認知症の行動・心理症状。周辺症状とも呼ばれる
認知症の中核症状があるために、環境や周囲の人との関わり合いの中で生じる症状

6

生活機能(国際生活機能分類(ICF))から 認知症をとらえる

生活機能とは、病気とは関係なく、人が生きる機能。
人は、ADLやIADLなど24時間連続する生活行為がうまくできるよう、
様々な機能が助け合い、弱いところは補いあっている。



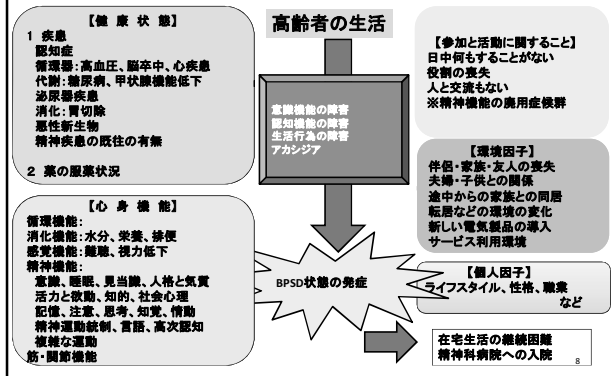
7

MMSEとICF

MMSEの項目	ICFの項目
今日は何年、季節は何、何月、何日、何曜日ですか。	B1140 時間に関する見当識
ここは、何県、何市、何病院、何階、何地方ですか。	b1141 場所に関する見当識
計算	b1400 注意の維持
3つの言葉の想起	b144 記憶機能
物品の呼称、復唱、自発書	b167 言語に関する精神機能
三段命令、図形模写	d210 単一課題の遂行

PDe Vielandt :
Conversion of the Mini-Mental State Examination to the International Classification of Functioning, Disability and Health Terminology and Scoring System,
Gerontology 2011;58:112-119.

認知機能の低下した高齢者の精神行動障害(BPSD)の要因例



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

○ 認知症の人に対するリハビリテーションについては、

実際に生活する場面を念頭に置きつつ、
有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、
これを最大限に活かしながら、
ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加
等)の日常生活を自立し継続できるよう推進する。

認知症の診断に用いられる検査

MMSE(ミニメンタルテスト)

Mini-Mental State Examination

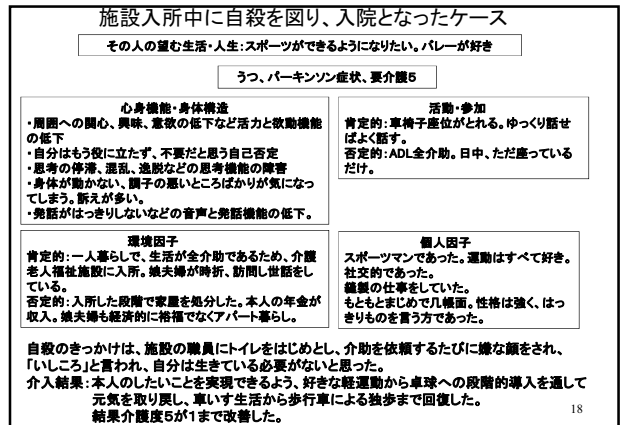
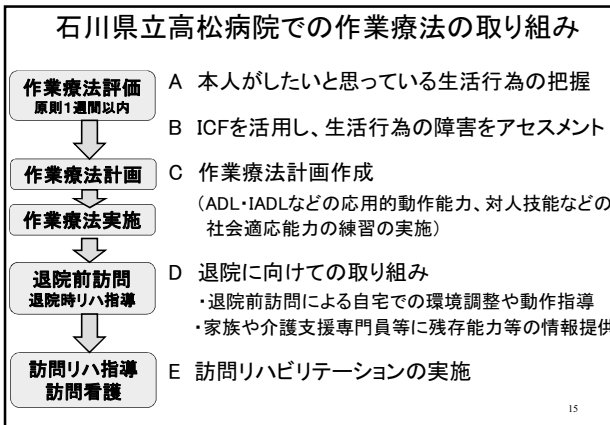
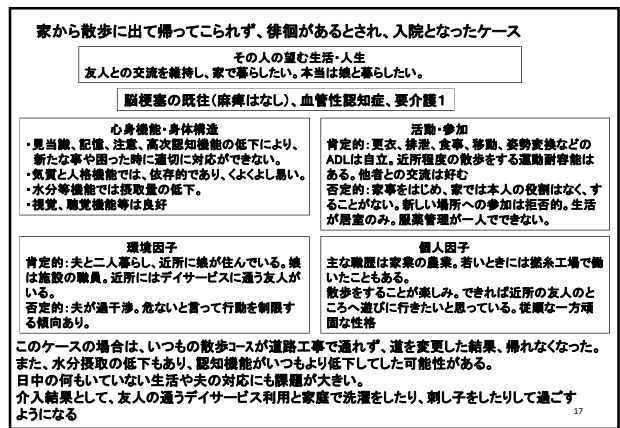
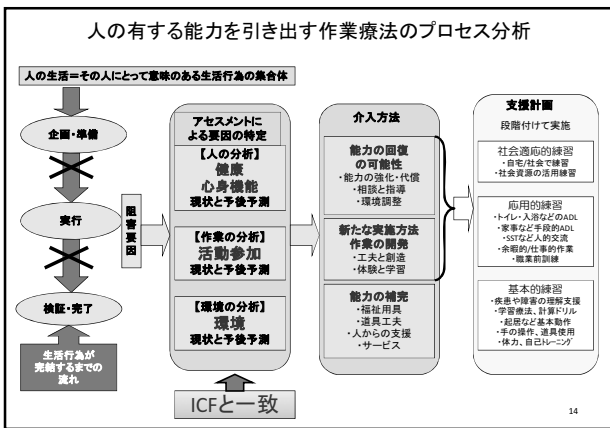
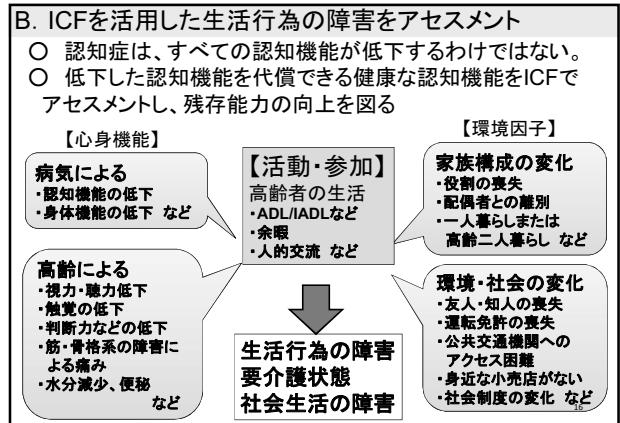
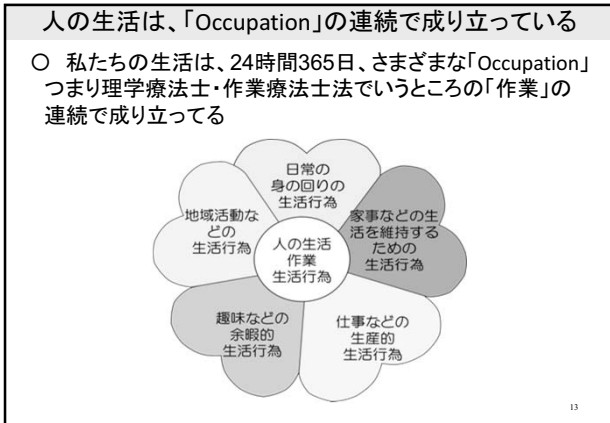
- 長谷川式認知症スケールと並んで、国際的にも広く使われている尺度
- 見当識、短期記憶、計算などのほか、文章を書いたり図形の模写など11項目から構成
- 30点満点で、24点以下の場合認知症を疑う

9

認知症者に対する作業療法の紹介

「作業療法(Occupational Therapy)」とは、
身体又は精神に障害のある者に対し、
応用的動作能力(=ADL、IADLなど)
又は社会適応能力(=環境への適応、対人交流など)の回復を図るため、
手芸、工作、その他の作業を行わせることをいう。
【理学療法士及び作業療法士法の定義】(S40.6.29)

12



事例

86歳、女性、夫と二人暮らし。病名:レビー小体型認知症
夫が浮気をしていると暴力を振るい、入院となる。
夫が浮気をしたと思った状況として、女の人が夫のふとんの中に入るのを見た。玄関に立っている。浮気相手に違いない。顔は黒くてよく見えない。後を追いかけてと消えると真剣に話す。家族に話しても誰も信じてくれない。自分がおかしいと言う。以上を泣きながら訴える。

生活行為聞き取りシート

【生活行為の目標】

入院時: 家に帰りたい。夫と離婚したい。

平成28年度老人保健健康増進等事業

「認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業」

※ 認知症のリハビリテーションとは、実際に生活する場面を全てに置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL(食事、排泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常生活を自立し継続できるようにすること。【新オレンジプランより】

目的: ①認知症者の残存能力を活用した日常生活自立のための手引きを作成
②リハビリテーションに関する医療・介護の連携について、先駆的取り組み事例を収集

研究推進委員会の設置(4回開催)

委員: 中村壽基(OT協会長)、池田 宇(大阪大学)、北村 立(高松病院)、栗田主一(東京都健康長寿医療センター)
橋本達也(兵庫県保健所)、田中志子(内田病院)、旭 俊臣(認知症疾患医療センター代表)
田部井 康夫(認知症家族の会)、堀田聡子(国際医療福祉大学)

オブザーバー: 厚生労働省

手引き作成班(班長 北村立)

○事例調査

調査対象: 認知症疾患医療センター併設医療機関に勤務するOT
調査内容: ADL/IADLの指導内容、MMSE、BI、FAI、ICF等
調査結果: 別添

○手引き作成

内容: 生活行為別自立に向けた手引き
・トイレ、食事、移動、調理、掃除、洗濯など
ケア従事者向けにわかりやすくまとめる

先駆的取り組み事例調査班(班長 池田宇)

○認知症疾患医療センター調査

調査内容: 介護サービスの連携状況
調査方法: 郵送調査
調査結果: 単集計

○先駆的取り組み事例調査

調査内容: 連携方法と内容、地域での取り組み など
調査方法: インタビュー調査
調査結果: A4二枚で10事例をまとめる

【目標】家に帰りたい。
夫と離婚したい

合意した生活行為: 病気を理解し、支援を受けつつ、できる家事の役割を行い、好きな編み物が継続できる。

生活行為アセスメント表

	心身機能の分析 (精神機能、身体機能等)	活動と参加の分析 (運動・移動、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境、支援と関係)
作業遂行の問題を発生させている要因	活力と欲動機能の亢進、意識機能の障害、注意の転導性亢進視覚覚察障害、思考障害(脱線)、MMSE17点 両変形性膝関節症により、両下肢筋力低下	膝が痛いため、起居動作時には捕まるものが必要。歩行も2m程度であれば独歩ができるが、それ以上だと困難。現在、杖歩行。洗濯や買い物、掃除に夫の介助が必要な状況	夫と二人暮らし 家には段差が多い
現状能力(強み)	高次認知機能としての洞察や判断機能が維持されている。認知の柔軟性もある。記憶も良好	ADLは自立。 編み物が好き。	夫が元気で、車の運転もできる。特に仕事はしていない。町内会の世話役をしている。
予後予測	薬物療法で活力と欲動機能が改善することにより、注意や思考機能が改善し、落ち着く。	膝痛による起居、IADL困難が活力を高めた可能性がある。歩行車の利用により洗濯、買い物、掃除が楽にできるようになる	夫が妻の病気について理解をすることが大切。そのことで在宅生活も可能か。

I 認知症疾患医療センター併設医療機関における作業療法実態調査(中間報告)

1. 目的

認知症疾患医療センター併設医療機関で働く作業療法士に対し、実態調査を行い、ADLやIADL低下に対する認知機能低下タイプごとのアプローチ方法を検討

2. 対象

認知症疾患医療センターに併設する医療機関で作業療法士を配置している医療機関 293施設

3. 調査実施機関: 一般社団法人 日本作業療法士協会

4. 調査方法: 郵送によるアンケート調査

生活行為向上プラン表

ニーズ	作業工程	基本練習 プログラム	応用練習	社会適応練習
役割を行い、病気を理解し、好きな編み物が継続できる。家事の役割をこなす。	【企画・準備】 入院についての振り返りをする。 歩行車の活用慣れる	①運動プログラム ②病気の勉強会	①スティック手織り ②歩行車の活用し 運搬練習 ③洗濯練習	①退院前訪問 (歩行車活用に向け環境調整) ②介護サービスの連携
	【実施】 病気の勉強会をする スティック手織りを実施する 歩行車活用による洗濯練習をする。	上記のプログラムに参加する 本人の病気の特徴について理解する。	①スティック手織り ②歩行車の活用 ③洗濯練習	本人のできるADL/IADLを説明、夫と買い物するなど家庭での役割維持を協力依頼
	【実了】 病気の傾向を理解し説明できる 手織りの誤りを訂正でき、ヘルプを言える	①夫来院時に妻の病気の特徴と対応方法の教育的支援 ②変形性膝関節症等、下肢筋力強化の運動プログラム ③不安改善目的で編み物への導入	①歩行車選定とADL/IADLとくに洗濯場面での活用指導 ②編み物による自己効力感を高め、またヘルプを言う練習 看護師・病棟での歩行車利用支援。	①の実施の他 ②ケア会議の開催: 本人のできる能力及び身体機能の特徴と対応方法の情報提供

結果として、デイサービスを利用し、デイサービスでもスティック手織りを行い、在宅生活を継続している。洗濯についてはたむむなどに従事しているがほとんどは夫が実施している。

I-① 調査結果

○回収率: 293施設中127施設から回答(43.4%)

○認知症に対する作業療法で活用している評価方法

(複数回答)

各種評価項目		件数	割合(%)
全般的評価尺度	ICF	9	7.1
	MMSE	19	15.0
	HDSR	29	22.8
心身機能	NMスケール	8	6.3
	その他	8	6.3
	CDR	3	2.4
	N-ADL	8	6.3
活動と参加	BI	16	12.6
	FIM	15	11.8
	FAI	2	1.6
環境因子	J-ZBI	1	0.8

I-② 調査結果

- 日常臨床で国際生活機能分類(ICF)を評価表として活用できると思いますか。(n=127)

回答項目	件数	割合(%)
活用できる	53	41.7
活用できない	13	10.2
わからない	47	37.0
無回答	14	11.0

25

II-② ADL/IADLができるために障害されていると考えた生活機能

- 障害されていると考えた生活機能として、最も多く取り上げていた生活機能は注意機能31件(62.0%)、次いで遂行機能などの高次認知機能の29件(58.0%)、次いで記憶機能28件(56.9%)を挙げていた。

(複数回答)

ICF項目	注意	高次認知	記憶	活力と欲動	見当識	家族の態度	家族の有無	言語	意識	複雑な運動
件数	31	29	28	15	14	9	9	8	7	5
%	62.0%	58.0%	56.0%	30.0%	28.0%	18.0%	18.0%	16.0%	14.0%	10.0%

※上位10項目を抜粋

28

II ADL/IADL指導内容調査結果(中間報告)

①Mini Mental State Examination (MMSE)、②国際生活機能分類(ICF)に基づく評価を実施している21医療機関の作業療法士を対象に、平成25年4月1日～平成28年9月30日の間で、①アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症と診断された者、②自宅でADL/IADLの指導を行った事例について、事例調査を実施。

- 21医療機関中10医療機関、108事例の回答
- 108事例のうち、①アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型認知症で、②ADL/IADLにアプローチしている事例、50事例(46.3%)について集計。

26

II-② ADL/IADLができるための残存機能と考えた生活機能

- 生活行為ができるための残存機能として、言語が23件(46.0%)、単一課題の遂行が21件(42.0%)、手続き記憶などの記憶が18件(36.0%)を挙げていた。

(複数回答)

ICF項目	言語	単一課題の遂行	家族の態度	複雑な運動	歩行	高次認知	見当識	レク・レジャー	排泄	知的
件数	23	21	18	17	13	11	8	6	5	4
%	46.0%	42.0%	36.0%	34.0%	26.0%	22.0%	16.0%	12.0%	10.0%	8.0%

※上位10項目を抜粋

29

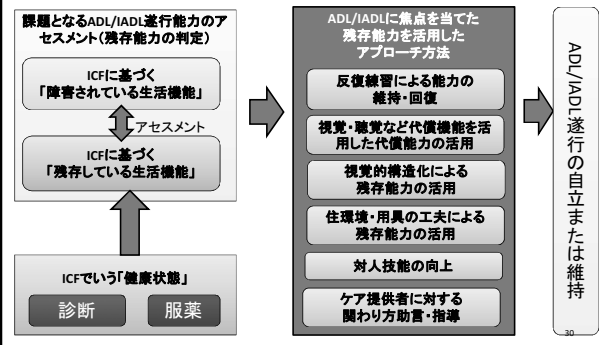
II-① 課題として取り上げたADL/IADL項目

- レクとレジャーが最も多く50人中11人(22.0%)、次いで料理、排泄の9人(18.0%)であった。

課題となるADL	人数	%
合計	50	100%
d920 レクとレジャー	11	22.0%
d530 排泄	9	18.0%
d630 料理	9	18.0%
d450/460 歩行・移動	4	8.0%
d570 服薬管理	3	6.0%
d6404 整理整頓	3	6.0%
d230 日課の遂行	2	4.0%
d850/d855 仕事	2	4.0%
d540 更衣	1	2.0%
d620 買い物	1	2.0%
d640 洗濯	1	2.0%
d6402 掃除	1	2.0%
d510 洗体	1	2.0%
d860 金銭管理	1	2.0%
d910 コミュニティライフ	1	2.0%

27

認知症のリハビリテーションを実現するための作業療法手法の明確化

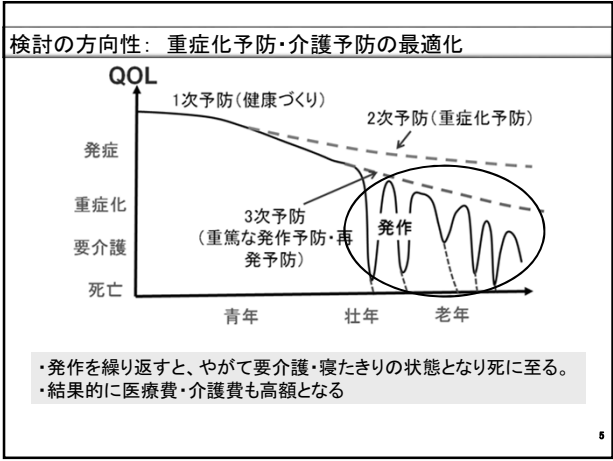
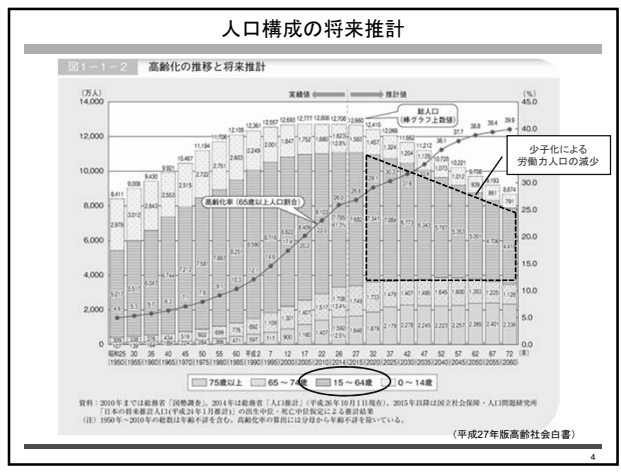
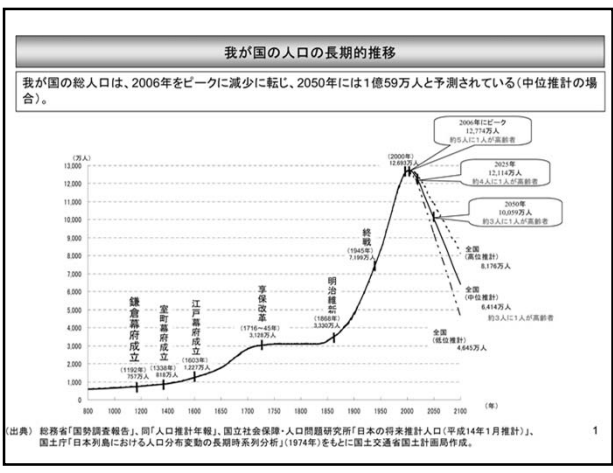
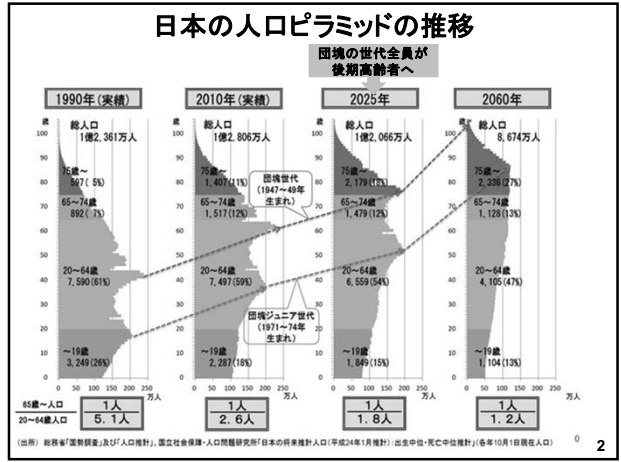


30

地域包括ケアシステム構築と情報連携

医療介護連携の中でのICFへの期待、日本医師会の立場から

2017年3月18日
日本医師会常任理事
石川 広己



- ### 75歳以上の疾病とその構造
1. 疾病が発症するリスクが高い。
 外来受療率は75~79歳がピークである。
 入院受療率は75歳以上から急激に高まる。
 2. 疾病構造が異なる。
 75歳以上では、
 脳血管疾患が悪性新生物を上回るようになる。
 3. 疾病が長期化しやすい。
 脳血管疾患の場合、
 75歳以上では平均在院日数が100日を超える。

高齢者の心身の特性

若者では、様々な症状が一つの疾病から生じることが多いが、高齢者では、様々な症状が複数の疾病から生じることが多い。



高齢者の症状・疾患は、

- ・合併症の併発の恐れがある
- ・個人差が大きい
- ・慢性化しやすい

7 7

認知症高齢者の増加

将来推計(年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280万人	525	631	730
	9.5%	16.0%	18.0%	20.6%

※平成24年(2012)を推計すると、30.9万人となる。
※下段は65歳以上人口に対する比率

【算出方法】
○将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢級別に集めて推計した。

認知症をどのように支えていくのか。
できるだけ地域でみていく仕組みが必要。

増加する認知症高齢者への対応

【認知症高齢者とその家族に見られる特徴】

●高齢者本人

・記憶障害の進行 → 不安・焦燥感 → 行動障害(徘徊など)

●家族

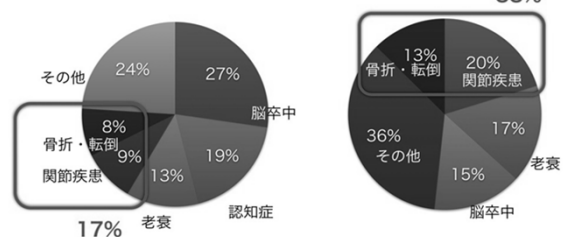
・知識や理解の欠如 → 発見の遅れ、受容の困難性、虐待

今後求められる対応

認知症を早期に発見し、適切な診断を行うことができるよう、認知症医療の充実を図る必要がある。

9

健康寿命を短くする要因



【要介護】となる要因

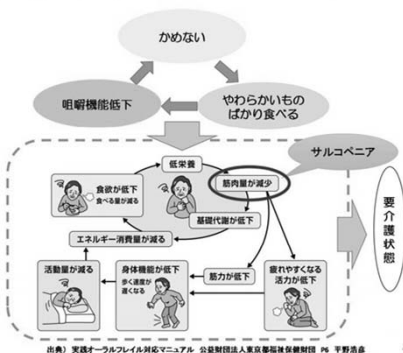
【要支援】となる要因

これからは「ロコモ(運動疾患)対策」が必要

平成19年：国民生活意識調査より引用
運動量(メッツ・分)×活動時間(分)
・セラピストのための実践マニュアル

10

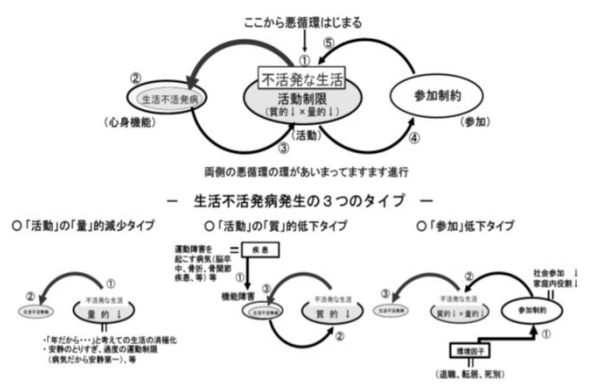
【参考】オーラルフレイルからフレイルへ



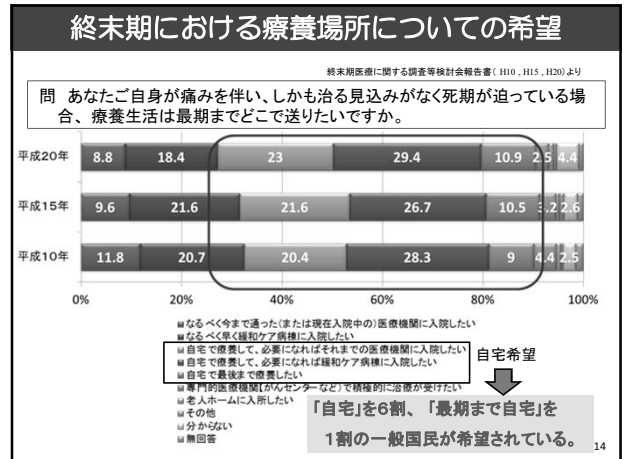
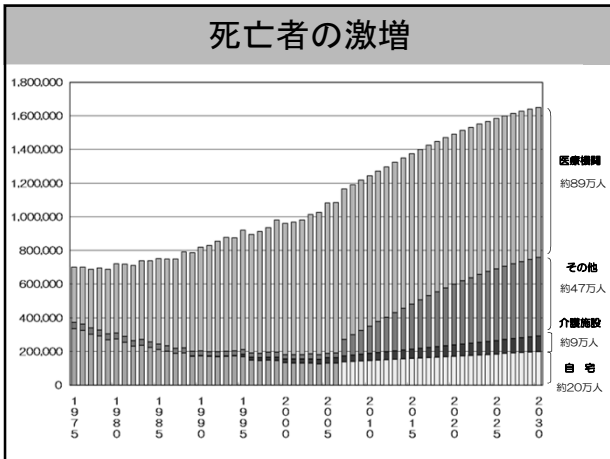
出典：実践オーラルフレイル対応マニュアル 公設財団法人東京聖路閣看護専門学校 2016 平野浩典
出典：2016年12月2日 地域高齢者等の健康支援を推進する総合事業の充実管理の在り方検討会
東京都健康長寿医療センター研究所 副所長 新聞有二氏 資料より

11

「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」



12



かかりつけ医と在宅医療

これまで外来診療で診ていた患者さんが、医療機関に通院できなくなったら・・・

加齢で外出が難しくなった・・・

退院後、歩く事が困難になった・・・

かかりつけ医が患者さんの自宅に出かけていく！
⇒在宅医療は外来診療の延長上にある。

15

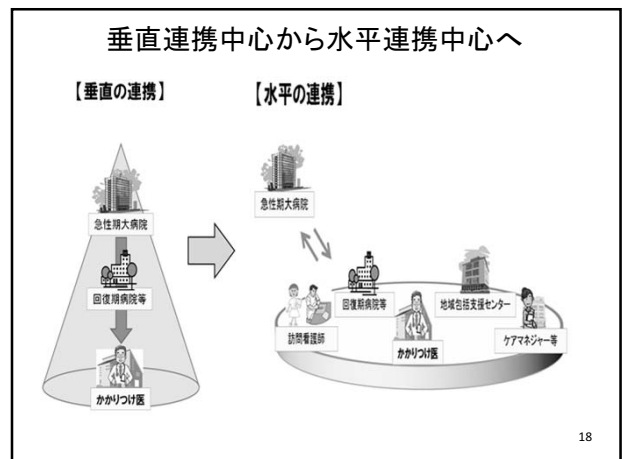
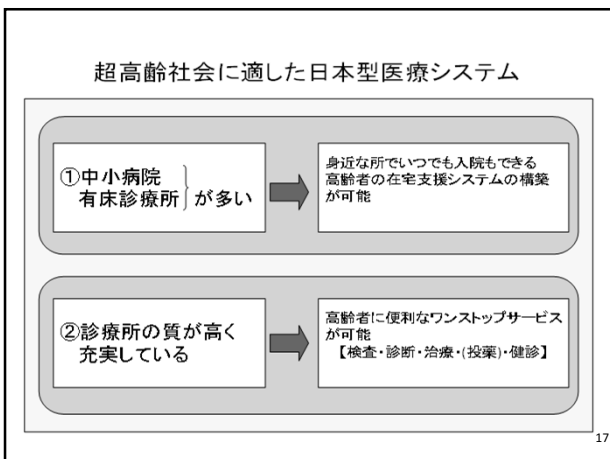
“2025年”に向け、機能分化は必要

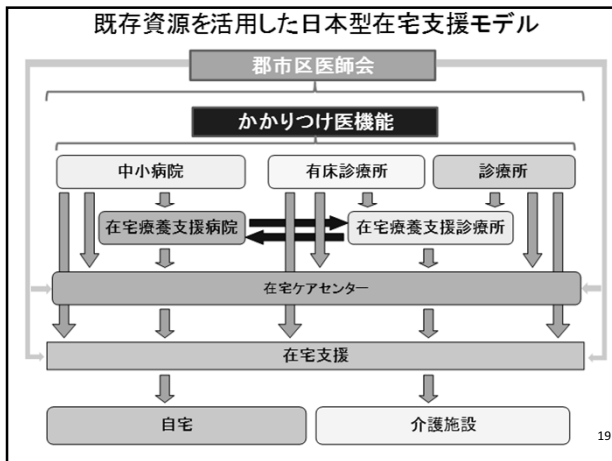
人口の大変動
(超高齢社会、少子・人口減少、都市部への高齢者集中、地方の過疎・・・)

将来の医療・介護にも大きな影響
疾病構造の変化、医療・介護ニーズの変化、医療・介護の担い手確保問題

- 病床の機能分化、連携強化という方向性自体は、間違っていない。ただし、国や都道府県が目標値を定めて一律に推し進めることは適切ではない。
- 人口の集中や散在、在宅医療の基盤づくりの進み具合など、それぞれの地域の実情を反映させることが必要。
- たとえば、ある地域では慢性期機能の必要病床数を多く算定し、また他の地域では在宅患者数を多くするようにすべき。「施設も、在宅も」という考え方が重要。

16





かかりつけ医機能の推進

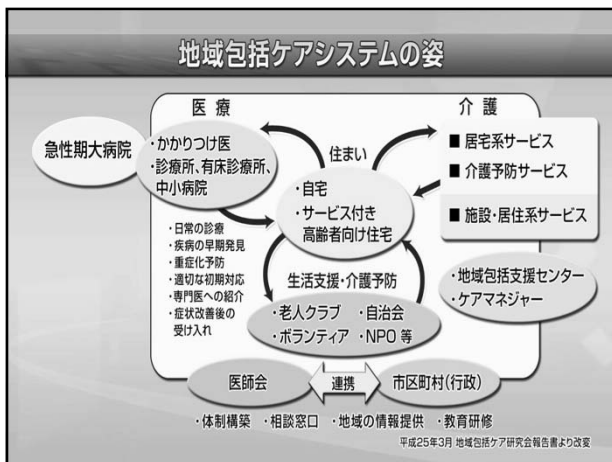
超高齢社会では、認知症などの疾病に加え、高齢者の日常生活の不具合も含めた早期発見、早期治療(対応)の必要性が高まり、かかりつけ医の役割はますます重要になる。外来医療、在宅医療に適切な資源を投入し、「かかりつけ医」を中心として、患者・国民の健康に幅広く対応していく。

かかりつけ医とは

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師

公益社団法人 日本医師会

20



キーワード: 医療介護情報連携

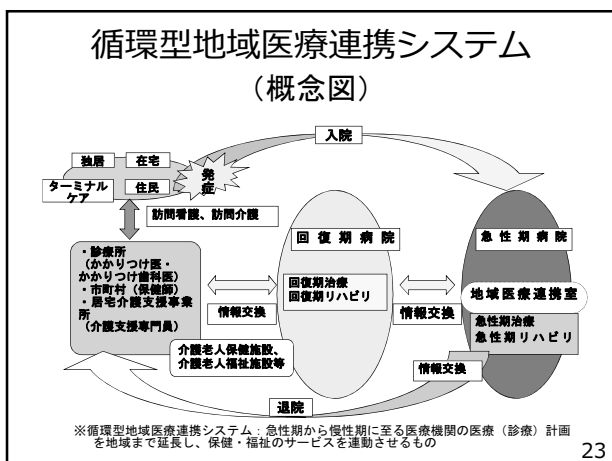
- 2025年に向けた医療介護総合確保法
 - 医療機関の役割分担(地域医療構想)の推進
 - 住まいを中心とした地域包括ケアシステムの構築
- 地域医療構想と地域包括ケアシステムは車の両輪
- 医師不足・医師の偏在・診療科の偏在
- 医療・医学の高度化・細分化・専門分化

医療介護情報連携の充実は最も必要

- さらに様々なICT環境の進歩から情報のデジタル化が求められる

⇒ 医療介護連携のICT化の要求

22



連携パス、どの情報を共有？

専門医

- 入院時の専門的診断
- 専門的な治療指針
- 残存する問題点
- 今後の定期受診
- バリエーション項目(リスク項目)

⇔

かかりつけ医

- 日常的な診療結果
- 患者さんの様子
- 実施した検査結果
- 治療の状況
- 専門医への連絡

情報のコンパクト化(サマリー、キーフィルム)

24

地域医療連携パス①

4疾病5事業の疾病別にかかりつけ医と専門医が情報連携（入院後は、月1回のかかりつけ医受診と数ヶ月に一回の専門医受診、多くは経時的に表記）

- ・ 心筋梗塞
- ・ 脳卒中
- ・ 糖尿病
- ・ ガン・・・癌種別に設定
胃癌、大腸癌、乳癌、肝癌、子宮癌
(前立腺癌)

専門医からのバリエーション項目の提示により、患者もかかりつけ医も安心して治療を受けられる

25

地域医療連携パス②

- ・ 重複した疾病を有し各疾病の連携パスを持たなければならない患者が出てくる。
- ・ 既に存在する糖尿病手帳や高血圧手帳との関係性の整理
- ・ 慢性疾患の治療中であるにもかかわらず介護関係からの情報の記述がなく連携できない
- ・ 癌患者では癌腫によって異なり煩雑
- ・ ノート型か経過表型か
- ・ 退院時の記入がたいへん
- ・ 連携パスに対して医師の動機づけが必要

26

在宅医療・介護連携推進事業の8事業

- 介護保険の地域支援事業
 - 市区町村を実施主体として平成27年4月より順次実施し、平成30年4月には全市区町村で実施される
- 具体的な8つの取り組み内容
 - (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 - (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
 - (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - (カ) 医療・介護関係者の研修
 - (キ) 地域住民への普及啓発
 - (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

かかりつけ連携手帳で

介護予防・日常生活支援総合事業 <http://www.nihw.go.jp/af/seisaku/suite/bonyu/000074126.html>
在宅医療・介護連携推進事業の平引書 Ver.1 <http://www.jma.or.jp/images/150331kaohogokensanryouhou/Vol.447.pdf>

27

かかりつけ連携手帳は・・・ アナログ連携のプラットフォーム??



28

かかりつけ連携手帳のコンセプト

- かかりつけ医、かかりつけ薬局、かかりつけ歯科医のそれぞれの情報が共有できる、患者さん単位の簡便な手帳。
- 地域包括に欠かせない看護・介護スタッフの活用も想定。
- 既存のシステム（インフラ）を最大限に活用する事を想定。
- 手帳の構成・項目などが、将来のネットワーク化（ICT化）を見据えて作られている。
- かかりつけ連携手帳を活用する事で、医療従事者と患者さんのコミュニケーション向上（目線を同じにする）を目指すと共に、信頼される医療環境を提供する。

29

かかりつけ連携手帳の記入例2

30

かかりつけ連携手帳の記入例3

在宅医療・介護連携推進事業の情報共有ツールとして

■ かかりつけ連携手帳は、患者さん自らの健康管理のために必要な、様々な諸記録を記載し、個人の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するためにも利用可能

■ 運用は地域の特性に合うように作り替える、オプションページを追加すれば、活用の幅は広がり地域に根づく

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 特定健康診査 | 6. 機能訓練 |
| 2. 特定保健指導の記録 | 7. 訪問指導の記録 |
| 3. 健康診査 | 8. 生活習慣行動等の把握 |
| 4. 健康教育 | 9. 医療の記録 |
| 5. 健康相談 | 10. 介護予防手帳など |

医療・介護関係者の情報共有の支援

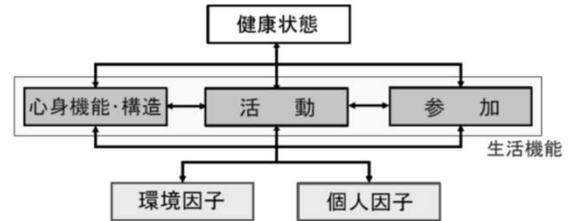
情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。



実際に情報共有ツールを使用する地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえ、「情報共有ツールの様式」「使用方法」「活用・手順等を定めた手引き(利用者の個人情報取り扱いを含む)」等を策定。

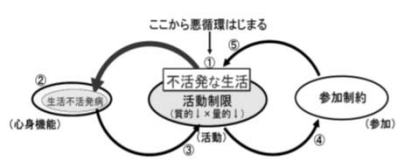
※情報共有ツール:
連絡帳・連絡シート、情報共有シート
ファックス、電子メール等
地域連携クリティカルパス等

図 ICFの生活機能モデル



ICFの考え方は医療介護の分野で的確に患者の状況を捉えることができる。ICFを利用することは医療介護の情報共有にとって極めて重要・・・問題は・・・

「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」



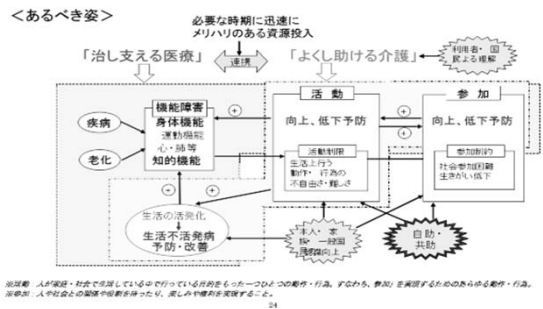
同側の悪循環の環が回ってますます進行

— 生活不活発病発生の3つのタイプ —

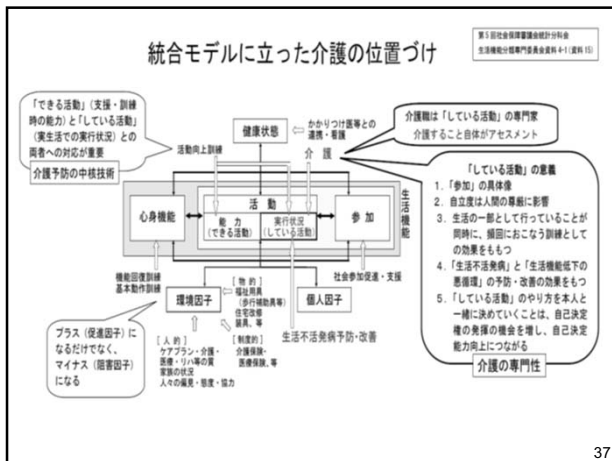
- 「活動」の「量」の減少タイプ
- 「活動」の「質」の低下タイプ
- 「参加」低下タイプ



医療と介護：分断から共働へ(2)



※参考：人が健康・社会で活躍している中で起る身体的な変化・老化、病気、参加を減らすためのあらゆる動作・行為、活動。人々の社会での活動や参加を促すこと、減らすのを避けること。



まとめ

- ・日本の社会全体で地域包括ケアシステムを進める必要性を認識する
- ・高齢者では心身、生活の総合的な支援が必要
- ・多くの医療・介護従事者と家族の協力が必要
- ・情報連携ツールでは他職種参加のかかりつけ連携手帳などが導入されている
- ・心身のみでなく生活機能、社会参加を重視したICFの利用は地域包括ケアシステムの構築の中で重視されるべきである

38

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
～ 具体的活用事例 ～

パネルディスカッション
【議事録】

シンポジスト

国立成育医療研究センターリハビリテーション科医師	橋本 圭司
藤田保健衛生大学医学部教授	園田 茂
石川県立高松病院主幹作業療法士	村井 千賀
公益社団法人日本医師会常任理事	石川 広己

座 長

一般社団法人日本作業療法士協会	中村 春基
兵庫県立大学大学院経済研究科教授	筒井 孝子

※【ICF シンポジウムの録音テープを議事録として編集したものである】

○ 司 会

それではここでパネルディスカッションに入らせていただきます。ここからは本日の座長を務めていただきます中村春基先生と筒井孝子先生に進行役をお願いいたします。それでは中村先生、筒井先生パネリストの先生方ご登壇をお願いいたします。

○ 筒井 孝子

時間厳守でパネリストの先生方がご発表していただきまして、議論の時間がきちんと残っております。しかし、お話の中で、追加や、ここを強調したいといった内容があれば、順にお話をさせていただけますでしょうか。宜しくお願いします。

○ 橋本 圭司

ありがとうございます。私の方は子供さん、やはりリハビリ医療は特にそうなのですが、お子さんを相手にしているのですが実は相手は親なのですよね。親御さんが理解できないものを切々と説いているのですよ。目が死んでいるのですよ。何を言っているかわかんないです。こっちも時間を割いているのでやっぱりそこが無駄になってしまう。先ほどリハビリ計画書で言いましたけど何でもいいとは思いますが。でもこれだけこうなんでも病院だけで治らない障害だとか増えていますから、やはりチームというのは我々医療者だけではなく、家族を含めたところでみんなが理解しやすいものを共有していくことが重要だと思います。そういう意味で今日はイラスト入りのも紹介しましたが、あんまり付けていてマニュアルと同時に見るようなものは、結構大変なので、その場で付けられるようなものというものは ICF 活用の一つの例ではないかなと思いました。以上です。

○ 園田 茂

今日のシンポジウム全体を一緒に聞かせてもらっていて、結局は ICF を皆さんが多分使っている、聞いていらっしゃる皆さんが使っているのは ICF の概念の段階で使われていることが多いのではないかと。そして今回のシンポジウムに出たメンバーの方でいくと私のところだけ採点法を使っていて他の方はリストアップツールとして使っている。というようなイメージを持ちました。実際採点の方としてっていうのがどこまでいけるのかというのはこれから関係しているリハビリに関係している皆さんと一緒に作っていく段階なのかなと思っておりますので、そのような整理の仕方が出来ればなと思った次第でございます。以上です。

○ 村井 千賀

今日は臨床官として事例を持ってきてお話をさせていただいたところですが、やはり ICF というのは先ほど皆様言われているので、その人の生活全体を捉えることが出来るということと、やはりもう一つ、私は精神科がメインなのですが、精神科の方の患者さんを見ていても、自分の特殊性、精神機能の弱いところの特性を知ること自分の状態をうまく相手に伝えることのツールの分類としてもかなり使えます。そういうのがすごく精神科と親和性が高いのですが、そういう意味では弱いところもあるけどこないいいところもたくさんあるじゃないの。そのいいところを使って私たちの人生をちゃんと生活を組み立てていきましょうよ、ということで、この ICF のツールの視点を含み、各コードもそうですね含み、やはり使えるものだなと思ってます。今後もっと多職種でこのツールを使いながら臨床の場でチームでも使っていけるといいだろうなと言う風に考えています。

○ 石川 広己

私の方は、先ほど寿命が長くなってきたと話をしたんですけども、実は痛みに対しての抑える技術だとかです。そういったものも非常にうまくなってきております。私最初に往診をやった時はですね本当に痛みの中で亡くなっていく人たちを何人も見たこともあります。しかし今はですね様々な緩和ケアって言いますかそういうものがありましてですね、痛みを抑えることも非常にうまくなってきています。おととい実はすい臓がんで肺にいっぱい転移している方が

一人いてずっと長くみていた方なのですけども、その方が 80 歳を超えている女性ですがいわゆる DNR ですね。自分が亡くなる時はいろんな処置をしないでくれと言うことを明瞭に私に告げました。本当に生活を、在宅で生活を、もう末期なので自分のできることは自分で頑張っってやって生活をエンジョイしながら最後私に DNR を言ったと。DNR を 80 歳の女性の方が言うっていうのもインテリジェンス高いと思うのですけど、今そういう時代だということです。非常にあの、筒井先生のお話にありましたけど 65 歳から 74 歳の方たちが社会でもっといろいろ働いていただきたいそういう社会を作っていきたいとももちろん思っています。だいたい定年というのは誰が決めたかわからないので全く関係ないわけなのです。だから働ける人はどんどん働いて本当に長い人生を楽しんでいける、そういった社会を作る必要があると思います。それだけ医療技術も発達していますから、皆さん十分 QOL を高く生きて死ぬときはこんなもんだと思って亡くなるというのが一番いいかなと思っています。そういう社会が出来ることを望んでおりますということです。

○ 中村 春基

どうもありがとうございました。全体を通しまして中村の方から ICF の使われている現状を筒井先生からは日本の全体の変化をそれから 4 人の先生方から ICF をどう取り込んでいるかお話をいただきました。私からは 4 人の先生それぞれ ICF の必要性、他に色々評価があって使われていると思います。そのうえで ICF の必要性についてそれぞれどう考えていらっしゃるか少しお聞きしたいと思います。橋本先生。

○ 橋本 圭司

ありがとうございます。ICF の必要性はリハビリテーションの分野ですと本当に私たち教科書で習ったのですね。本当に当たり前のようによく考えたら研修医の時とか、まだその時は ICIDH と言ったと思いますけどインペアメントディサビリティハンディキャップってカルテに書いて、こうやっていたのですよ。でも 18 年くらい経って今やっているかなって。でもすごく大事なのですよね。ですからもう一度原点に戻って、とにかく多職種なカンファレンスをやるのですけども、そういう時に最近もう一度原点に戻ったら ICF でいいよねって話になるのですよ。ですから、もちろんこういう評価スケールとか数字も良いのですが、もう一回そういう質的なもの、ツールというか、方法として原点に戻るような活用ですね質的な活用ということが望まれている、必要なんじゃないかなと思います。

○ 中村 春基

ありがとうございました。

○ 園田 茂

私の方のイメージとしては、共有していく。先ほどの橋本先生のちょっと逆らった言い方になるかもしれませんが、個別性もちろん必要ですけども、それをまとめていくっていう作業も絶対必要だろうなと。そういう場合に成熟してはいないかもしれないけれども、国際ツールとなる ICF だったらそれを成長させてしまって使った方がいい。且つ日本からそれをきちんとやってしまったらいいと思う。そういう意味で必要、有用だと考えています。

○ 中村 春基

ありがとうございます。はい、村井さん。

○ 村井 千賀

ICF はですね、最初に取り組んだきっかけは、精神科病院に行った時にドクターたちの使っている言葉が、私の使っている言葉と違っていたことが最初のきっかけとなりました。高次認知機能障害ということに ICF を使っているのですが、精神科の領域で遂行機能障害という言葉が使われたり、認知の領域では実行機能障害という言葉を使ったり。これは一緒なのか違うの

か、聞いているとわからないのです。もうひとつあったのは、看護と話をしているときに、看護はセルフケアと言ったら身の回りのセイヨウとかそういうところを強く言われたのですが、私どもがセルフケアと言いますとお風呂に入る、自立をしたADLをするというイメージを持つのですが、ここでもチームでやっているときに言葉の齟齬がいくつか発生をしたということが最初の気づきでした。だからチームでカンファレンスをして統合の方向に持って行っているのに実際に来ると皮が剥がれて行ってしまっているということがあったということです。これはやはり共通言語でないとチームアプローチは、到底できませんという話と、ドクターの言っていることが分からないということです。そういう意味ではうちの病院で勉強会をしまして、この言葉を共通言語にして、私が日本語話したつもりだったのですが、向こうで聞いたらどこか違う国の言葉になって翻訳されていたわけです。ではなく共通言語、医療保健福祉の共通言語にするという意味では。これは使えるなど、これに出会ったとき目から鱗だったのですね。先生たちと実はこのコード番号、難しゅうございます。一個ずつ第4レベルまで相当大変ですね。一個一個これはこれを指しているのではないかとかですね、これはこれを指しているのではないかとかです。精神機能に至っては全般的な精神機能と個別の精神機能があります。この違いも何も書いてない。何も書いてないのです。でもこう臨床の実践をしていく中でドクターたちからこういうこと言っているのではないかってことを色々示唆されながら作ってきた中で、すごくやっぱりこれ優れたものだなという風なことを感じています。かなり網羅をしているということですね、様々なことを。そういう意味ではこのICFというのは、是非ですね共通言語のツールとして使うというのはすごく重要だなと。多分、分野が変わったらまた言葉が違うことを使っているのですよ。先生方どうですかね。リハの先生と外科の先生では言語一緒ですか？違いますよね。わからないですよ、私たち受け手側としては。そういう意味で共通言語というのは本当に重要なのだなということを実感しているということです。併せて言葉が少し難しいですね。英語を少し日本語訳したプロセスなのだと思うんですが、もう少し優しい言葉だと当事者自身も語れるようになってきていいのだらうなと本当に思います。もし願うならもう一回少し英語と日本語を易しくしてくれるととてもうれしいかなというふうに思っているところです。

○ 石川 広己

私は、まず一番大事なことはICFの概念ですね。概念で先ほどからお話していますが、人々がやはりQOLを維持する或いは上げていくということについては、私たちは心身機能とか健康状態については延命、長生きできたり、健康状態をうまく保つことがだんだん出来てくると。ところが一番QOLの中で大事なのは社会の参加と活動ということについてですね、このICFの概念はきちっと考えてその人を捉えているということが私はまず一番すごいところだなと思いました。しかしですね、私は最初に医療介護連携で絶対必要だなと思ったのですが、残念ながらわかりにくさから結局実際の現場では、先ほど私が作り出した脳卒中の連携パスではFIMが使われていると。そういうような形でFIMとかバーセルが現場では使われていてICFは使われない。なかなか分かりにくいところなんです。残念な思いがあります。しかしQOLを上げるにはこの社会への活動参加という概念をみんなで共有し合うことはすごく大事ななという風に考えています。

○ 中村 春基

はい、ありがとうございます。私もICFに出会ったときに、まず初めに共通言語と書いてあるのですね。その通りだと思います。そうしたときに、その中に書かれている表現が少しわかりにくい。そういうことで園田先生がやられたシンプルな手順を使って共通の概念化をしていることが大事になると思います。それはリハの関係だけの話だけではなく、他科との問題とか他領域という問題でまた同じようなことをしなければいけないというようになってしまいがちですが、園田先生いかがですか。

○ 園田 茂

先ほど、隣との雑談を聞いていたのではないかというような気がするような質問なのでございますけれども、活力となんとかって項目の解釈すら既に違っているという話を隣同士でしておりまして、そうするとあれを違うエリアの皆様に見てもらおう、まだ公開いわゆる公開までいっていませんから、今日なんとなく見ていただいたということですが、そういうプロセスというか皆様に確認を頂くプロセスも要るのかなと思います。他のエリアでももちろん作っていただけて共有される項目に関して、よりふさわしい物にブラッシュアップされるのであればそれはありがたいことだなと思います。

○ 中村 春基

そういう意味では石川先生、多分医師会の役割が多様な役割を担うと思うのですが、そこらへんいかがでしょう。

○ 石川 広己

そうですね、医師会ではですねこの ICF というのはブレイクするってことはまだまだ遠いという風に思っています。というのは、ちらっと知っている方はいるのですが、まあ専門がリハビリテーションだとか、そういうところだったら結構あると思うのですが、なかなかこの ICF についてはですね、もうなんていいますか少し入っただけで抵抗感があってそれ以上は入れないというような感じになっています。だいたい今まで医師会の先生方は、身体疾患のところから一つとっていますからね、精神科だとかそういうリハビリテーションの先生方のような考えにはなかなかならないのだと思うのです。しかしこれは在宅とかそういうところに持っていけば、これはそのまま多職種との共有の中では絶対に必要なことだと思っておりますので、まあある面では微力ではありますが進めていきたいと思っております。

○ 中村 春基

ありがとうございます。診療報酬改定の時期ですね。消費税が先送りになって大変な状況で制度設計がされるのですよね。その時に厚労省は効率的、効果的というキーワードを考えていますよね。そこでこれが効果的なのか効率的なのかという比較の話になった時に、共通のものが必要になると思うのですが、如何でしょうか。

○ 石川 広己

よろしいですか。これは厚生労働省の方はですね、この ICF をもっときちんと位置付けて普及していく必要は絶対あると思います。それをあまり今までやられていなかったのは少し残念な気がしますね。先ほど言いましたように医療費の頭打ちになっている中で不活発病の問題だとか、高齢者を社会参加させていくというこれほどですね保健予防的にですねいい道はないわけですから、是非そういう点では厚生労働省の方も頑張って普及をして頂きたいという風に考えています。

○ 中村 春基

厚労省の話になってしまいましたが、ここで筒井先生をお願いします。

○ 筒井 孝子

それでは園田先生に質問させていただきます。先生のスライドにはっきり書いてあるのですが、「ICFの普及が出来なかった理由」というので、「項目の多さ、定義の複雑さ、評点の付けにくさ」と3つも問題があるというわけです、普通に市場に出す商品として考えますと、商品としては最低？なものと思うのですが、これをどうして普及しなきゃいけないのか、これについて、園田先生は、どのように考えておられるのかを伺いたいと思います。

また、他の先生方からは、使いにくいので理念だけでよいのではないかというお話もありましたし、それでも他の領域、精神科の先生と話すよりは、わかりにくい ICFの方がまだましだとか、そういう話だったように思いました。いずれにしても項目が多くて、定義が複雑で、評

点が出来ないようなものを多職種協働で使えるはずありませんので、これをどうやって使えるよう努力されてこられたかについて、お伺いしようかなと思います。

○ 園田 茂

名指しされたのでお返事ですね。先ほどの冒頭の質問と多分同じ答えを返すのだと思います。国際標準になる可能性があるというか他に変わるものがないので、そしたら私はリハビリ領域なものですからリハビリ領域の中で日本がきちんとやっているところをまた海外に日本が中心に動いていくためにはいいツールだろうと。ただ、いいというのは良くしたらいいツールだろうということなので、今回の発表にあるような言葉を簡単にするなり、付けやすくするなり、採点の基準が分かりにくければ分かりやすくするなりってことをわざわざやっている。このようなイメージです。

○ 筒井 孝子

今おっしゃられたことは、多分、私のスライドの最後で稼ぐ産業としてグローバル化が必要ということを書きましたが、リハのグローバル化には ICF 以外にはツールがないので利用しようとしたということでしょうか。

○ 園田 茂

そうですね。日本のリハビリテーションというのは先進的だと思っています。少なくとも様式が違うアメリカ、ヨーロッパとは少し見解の違いという形になるかと思いますが、アジア地区が日本のいいシステムを全般で全て使っていていただくということもすごくいいことじゃないかなという風にも考えます。その時に ICF というのは、架け橋はデカすぎるかもしれないですけども、ひとつのパスウェイにはなるのではないのでしょうか。

○ 筒井 孝子

発達障害の分野ではどうですか。

○ 橋本 圭司

私どもの分野では、やはりもともと何十年も前からそういう子たちはいたのだけでも、社会構造そのものが変わってきてさっきの少子高齢化ももちろんですし、あと近所さんいないですし、介護者がいないですね夫婦共働きですよね。あんまり専業主婦って最近本当に都市部はどんどん減っていますから。社会構造が変化しているので、そういう子たちの居場所がなくなっている結果不登校になっている。今日も3人くらい不登校の子から連絡が来たのですけど。普通の子です。本当にいい子だったりして。でも本当に行けないのですね足が向かなくなって。やはりその概念が重要なので、そういう子たちがどうやったら活動と参加を挙げていけるのかという概念をもっともっと積極的に言って、さっき言ったリハ計画書もそうだし、介護保険の意見書もそうだと思うし、訪問看護指示書もそうだし、もう少しこう厚労省とかわからないですけど、このようなのは必ず入れてねと。そういう考え大事だから、病気だけ良くなればいいのではないってというような思想を広げていくことなのかなという風に思います。お答えになっていますかね。わからないですけど。

○ 石川 広己

ちょっといいですか。私は最初の ICF の生活機能問題の絵がありますよね、健康状態、心身機能・身体構造があって、真ん中に活動とか社会参加とかある。これをひとつずつ、例えばメディカルインタビューって我々そこから始まるわけなのですが、メディカルインタビュー中の本人の例えば私が連携手帳を作っていれば最初のページはですね、本人の基本情報なのです。そこをあの順番で聞いていくだけでも全然違うのです。今までのメディカルインタビューとは。だから私はもう健康状態、心身機能については大雑把に診断名だとかで表現するかもしれませんが、活動、参加、それから環境因子、個人因子のことについても大事なポイント

だから、本人の基本情報の中でそれを入れ込んでメディカルインタビューで最初にやるっていうふうなことをどの疾病でも当たり前のようにやれば、ICFの概念は定着していくだろうと。あと、言葉につきましては、コーディングにつきましては、先ほど翻訳をして頂くところを見て非常に頼もしく思っているのもそれは是非進めて頂きたいと。そうやって概念を色々な病気に進めると、紹介状ひとつとってもそういう形式でやった方がいいと思うのですよね。それは進めていく必要があるのではないかなと思っております。

○ 筒井 孝子

先生がおっしゃったやり方は、端的に言うと、診断書に活動と参加の項目を付けさせて、それをICFで医者が全員、記入すれば必然的にICFは普及するという事をおっしゃったんだと思うのですが、先ほど橋本先生からは発達障害というのは結局、細分化してきている。近年、それが社会構造の変化と非常に関係があるので、おそらく日本と同じようなアジアの文化だったら同様の事が起こる可能性がある。だから、こういう事例に関して、ICFを使って、日本で先にツール化をすれば、グローバルに展開できて、世界標準をとれる可能性があるのではないかとおっしゃったのだと思うのです。

ただし、もう一つ重要なことがあります。このリハ医学会でやっておられる作業を他の学会でもやるためには、何が必要かということです。リハ医学会だけでやっても、リハのコアセットしかできませんので、他の学会でやっていただくときにどういう組織や、どういうことが必要かについて、園田先生に先駆者の立場からおっしゃっていただければ少し役に立つかなと思うのですけどいかがでしょうか。

○ 園田 茂

なかなか振ってきますね。普及の黒幕から言われるとなかなかつらいものがあるのですけれども、やはりリハビリテーションはベースとして機能障害があり社会的不利という元々ICFのひとつ前の段階からそれを骨格にしてできてきている部分があります。ですからそのベースが大分違うのでその概念をまず何と言いましょか、ちょっとあまりに戻りすぎかもしれないけれども、学校の教育のレベルから何とかしないと何ともならないかなと。リハビリテーションという授業があるのが3ヶ月くらいでしたっけ。講座があるのが三分の一くらいの大学でしか今部がないので、そうするとその概念の前の段階からわかってない状況の先生方なりが、色々なエリアで活躍されていることになりますので、本質的に言えばそこから何とかなくちゃ何ともならないかもしれないですね。というシニカルな言い方も出来ます。そういうことばかり言っているとスタートしないと思うので、そうなる役に立ったケース。今回の皆さんからもいただいていますけれども、それをなるべくシンプルにわかりやすい実例でこういう形で整理するとこういうメリットがありました。というのがまずはケースであって、それで必要性があるなと思ってくれればその次の普及のプロセスに進めるだろうと。実例がある、実例というのは実際に採点までできる段階に進んだものが、運用されているっていうのは多分見てもらうとこういう風にしていくとこうなのだねっていうのが、今得体の知れなかったものが得体の知れるようになると思いますから、とりあえずリハビリの部分が運用段階までいってそれを見てねっていうのはもう一つ具体的な意味でのツールっていうか方法、方策になるのではないかなと思います。

○ 中村 春基

ちょっと話題を変えて宜しいでしょうか。心身機能、活動、参加ですが活動の課題は理解しやすいし、支援もやり易いです。参加については、具体的に課題が出た時にどのようにしたらいいのだろうかとなかなか迷うところあります。たぶん子どもさんの参加と高齢者の社会参加と、随分違うと思うのですが、概念的には一緒でもそのあたりをどのように考えていらっしゃるか。参加について。お聞きしたいのですが、橋本先生。

○ 橋本 圭司

ありがとうございます。もう考えたらわかると思うのですが、幼児とか学童期の社会参加と成人期と高齢者ではステージが違いますので、ちょっと分けて考えた方がいいかなと思います。先ほどの話ともつながってくるのですが、確かに成人期は非常に多科連携っていうか難しいのですが、小児期とあって小児科の先生って全部見るのですよね。ですから連携しやすいっていうか小児科の先生しかやらないので、彼ら全部やるのですよ。高齢者とか在宅っていうのもひょっとすると、あまり内科だとか整形外科とかもう往診やっている先生とかジェネラル思想が多いですね。ちょっとそこがヒントになるかなと。つまり小児とか高齢者、子どもから始まって成人期で色々細分化された活動がまた高齢者でこうインテグレートされていきますよね。そんなイメージで小児と高齢者っていうのはひとつヒントになるので、先ほどの連携もしやすいだろうと。その時に参加っていうと何か。例えば学童期であれば、先ほどの発達障害で言うならば支援学校だとか普通学級とか特別支援学級とか、いくつかしか選択肢がありませんので、それはもうICFを使うかどうかわかりませんが、考え方を基にしっかりスタートしていくということで、もう既にICFを用いていることになっているのですよ。社会参加の状況。それが私の考えです。以上です。

○ 園田 茂

まずですね、参加活動とかが横に並んでいますよねICF、あれ私嫌いなんです。すいません。階層構造に書かれているももとのICIDHの機能障害、能力程度、社会的不利っていうのが病気を持たれているまた障害を持たれているという前提ではあるのですが、そちらの方が分かりやすいと思っています。何を言いたいかというと、参加のレベルでどうしますかっていう対策を今聞かれたのですが、参加のレベルでの対策を考えてしまいがちになるっていうのがやっぱり問題があるのかなと。ICF語で言わないといけないですね、活動、もっと雑に言えばADLっぽいことに関して底上げをしたら参加のところがやり易くなるじゃないですかという概念と、参加レベルそのものの工夫を何とかしましょうよっていうのが並列で考えなくちゃいやだし、もう一つ戻れば活動を入れるレベルの事を何とかするのだったら基本的な筋トレ足りなければ筋トレやんなきゃダメじゃないですかということまで、逆戻りなのか底上げなのか、底から上がりなのかわかりませんが、そこから上から見るか下から見るか、いずれにしても障害の構造を全部何とかしようっていう中で結果的に参加の成果が上がってくるとこういう風に考えていただきたいなと思っております。

○ 中村 春基
村井さん

○ 村井 千賀

参加なのですが、初めの方は活動と参加と別れてコード化されて、今一体になっていますよね。参加って書くと高齢者の方なんか支援してどこかへ行かなきゃならないのかなんて話をよくされるのですが、先生が言われたように自分に役割を持ってきちっと活動をするっていう視点がやっぱり大事なかなと思っています。よくあるのがどっかのコミュニティに参加したら参加じゃないのかとか、仕事に行かなきゃ参加じゃないのかとか、精神の患者さんにとっては仕事に繋がるのはなかなか難しいので、そうすると参加がないのかと、いやそうではなくて本人由来の生活を組み立てて自分なりの役割を持ってやっているのだ、ということがあれば自立をよくADLの自立と思われる方も多いのですが、そうではなく自分の人生、自分の生活を自分で選択をし、自分で決定をして位置付けているということが済まされていけば私は一つの参加なのではないかと取っています。そういうのでは、あまり高いハードルではなくその本人一人一人がきちっとそういう風にとって活動しているのかどうか、参加だと思ってやっているかってことだと思います。一番わかりやすいのが、料理を作っています、料理を家で作っています、これを仕事にしたら参加ですか？家で作っていたら参加じゃないのですか？と色々あると思うのですが、それも本人自身が家族のために役に立っている、私の為にも役に立っているという話は役割になってきますので、その両方の側面があるのかなという風には考えています。

○ 石川 広己

私は実は、小児科医ですけれども病院で自分の病院でいっぱい小児科医を育てたら自分はもう小児科でやれなくなって、年寄を診ているって現状ですけども。要するに私は子供たち、とくにみていると引きこもりっていうのがあります。引きこもりっていうのは、もう明瞭に社会から自分を途絶してやるのですね。そういったところの参加っていうのはわかりやすいんですけど、今みていますと高齢者のところは、デイサービスに行きたくないというのがあります。じゃあなんで行きたくないのかというと膝痛いから腰が痛いからって言うんですけど、そうじゃなくて実は合わない人がいるとか様々なことがあり、そういうのも参加ってところに入るのではないかと思います。私は例えば先ほどの最初の基本情報の中に、この人はデイサービス何回行っている。これも大事な情報であるし、それからデイサービス何回か行くはずなのだけでも行けていないというのもそこに書くべきだ。それをみんなで QOL を上げるためには行かせた方がいいのか、行かせないほうがいいのかをみんなで考える、というようなことになると思うのです。そんな風な事考えています。先ほどの引きこもりの事については、引きこもりは実に 10 年くらいかけて治した子がいるのですが、二分脊椎で膀胱腹壁瘻っておしっこが出せない男の子だったのですが、それは当然引きこもりになるわけですね。ところがその病気に対して非常にコントロール良くなって匂いがしなくなった。尿のおいしなくなったと本人がそういう自覚が出てきたところで社会参加できるようになったのです。身体的なところで社会参加のところ、身体を治すと社会参加出来るようになる。そういうような事もあるし、これ全体像って言うことでは参加というのは、非常に意義があるという風に思っています。

○ 中村 春基

ありがとうございます。参加、人生に関わる事とかですねというような定義ですので、あの言葉だけで言ったら何か良くわからないのですね。ですから多分あそこの参加のところのもう少しどういところが参加の内容を、どういう風に整理したらいいかということをやったりもう少し事例を挙げながら、私も整理していった方がいいのではないかなと考えていました。

○ 筒井 孝子

フロアの皆さんから、ぜひ質問をお受けしたいのですが、この ICF について既に使っておられるという方どれくらいおられますか。先ほど園田先生が言われたように採点法としての使い方方をされておられる方、いらっしゃいますか？ゼロですね。

それでは、リストアップツールとして使っておられる方はいらっしゃいますか？あそこにおひとり、ここにもおひとり、後で、どのような利用をしておられるか伺わせていただきます、よろしく願いいたします。

やはり、リストアップツールから採点への利用には大きい壁があるようですね。とくに ICF の評点は、ガイドを園田先生のスライドに書いていただいているので見ていただくとおわかりになられると思うのですが、0 点から 9 点までありますが、例えば、問題なしのところゼロから 4% と書いています。ちょっとできるのは 0 点ですという、このカテゴリーの尺度感がちょっと難しいかなという気がします。これは各分野でいかがでしょうか。発達障害、リハ、作業療法。これは中村先生にも聞いた方がいいかもしれないですが、このカテゴリーについては ICF 評点への移行を、園田先生は、かなり無理やりやっておられるなあという感じですが、ここまでやらないと使えないものを、どうやって使うのかについても先生方にお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

○ 橋本 圭司

ごめんなさい、ICD の方 ICD11 はもうすぐ発表されますよね、ICF はもう全然改訂されないですね。実際、世界会議、年次会議に出ても本当にもう議論がこうぐるぐるという感じ。実際にやっぱり全員が思っていたとしてもこれ使えないなって。だから使っていないのだと思います。これやっぱり謙虚に受け止めなきゃいけないし、だと思えます。あ、これしか言うこと

ないですね。すみません。

○ 園田 茂

会場から参加してもらってもいいですか？そこにあのプロ中のプロの山田先生が控えているので是非。

○ 山田 先生

すみません、リハビリテーション医学会の方で ICF 委員会の仕事とコアセットのマニュアルの翻訳をさせていただいた杏林大学の山田と申します。そうですね、そこまで採点をする必要性ってことですよ。コアセットマニュアルの中には適当でいいから付けることに意義があるってことが書いてあって、あまりこう難しいことを決めてしまうと逆に使ってもらえないので、ある程度直感的に 0 点から 4 点まで 5 段階で付けるわけですけども、そういうのを付けてしまってそこを基に話を膨らませていけばいいのではないかと、ということが書いてあります。なのでどこまで詳しく定義していくことがいいのか、それともざっくり数字に落としてしまってそこから枝葉を付けていく方がいいのか。橋本先生が出されていた絵で丸を付けていくのは非常にいい感じの事だと思うのですが、両方ですよ。枠組み作るのとざっくりやるのと、その言い落としどころを見つけていく作業はこれからリハビリ医学会がやって行って、手さぐりでやって行ってアウトプットをまたリハとして出していく過程になっていくのだろうなと思っています。

○ 園田 茂

もう少し足させてもらおうと、そのいわゆるデータというか評点が何点から何点で書いてあるのかとの整合性があるかないかの話になってくると、もしかしたら統計処理、先ほど Rasch 分析って言葉を少し出しましてけれども、標準化をしていくということをしてながら結果的にこういう風な付け方ならいいんだよね、または変換したらいいって結論になるかどうか良くわからないんですけども、後からその辺を整理していく手段もあるのではないかとはいっています。

○ 村井 千賀

スコアについては、例えば精神科の機能でいきますと全く付けられないというのが正直なところです。例えば情動機能ってところがあるのですが、情動機能の範囲とか出てくるんですが、例えば怒りとか喜びとかの範囲がどれくらいかと言われても数値化で 5% 以下なのか、今言ったようなことで 95% 以上なのかと聞かれてもこれは本当に数値化できる ADL とか例えばだったらどれくらい介助量がいるかというのは自分でやって関与しているかっていうことでなんとなくした線を引けることは引けるんですが、精神機能で引いてくるのは、意識機能だけでもかなり大変だなと言う風に思っています。だからこの本当に点数化するっていうのはどうなのですかね。多分永遠に私的には使えないような気がしています。ただ分類として使っていく、国際生活機能分類と言っていますので、分類として使っていくには使えるなという風には思っています。

○ 筒井 孝子

まあ、橋本先生が仰ったとおりで WHO の会議は特徴的ですが、おそらく評点を付けるという意味は、どういう意味を持つかについて、少なくとも日本の中だけでも、きちんとすべきだと私は思います。海外で、別の国がどうかということでもなくです。

つまり、このリストアップに際して、ICF を使いましたということにおいて、これをリストアップする意味があるわけですよ。例えば、「参加をしている、していない」ことを今は名義的に評価して、それを説明するという状況にあります。婦人会に参加している、子ども会に参加している、これらは名義的に参加をしていることは理解できます。これに評点を付けるべきなのか。例えば、婦人会には 1 回よりも 2 回のほうが、より社会への参加度という点ではよいと考えるのではないかと、そういった些細なことを詰めていかなければならない。評点という

ことが何の意味があるかってことを、次の段階で少し考えなければならないということでしょう。そういった意味では、リハの世界は割と、別の尺度をつかって、そこをはっきりさせるといふふうに考えられてこの困難な道を選ばれたのかなと思うのですが、いかがでしょうか？

○ 園田 茂

他というのが今一つわかっていない私ではございますが、例えば先ほどの婦人会と何とかって比較は非常に苦しいものがございますが、どの程度って言う概念であれば評点付きますよね。まれに行く人としょっちゅう行く人とそれは全然違うから差をつけた方が、やはり対策にも、それは個人への対策にしても全般的な対策にしても役に立つだろうという風に思います。それが精神機能の方で先ほど付けようがないまで言われたのですが、例えば私もリハビリで良く使っている FIM には認知項目の欄もあります。あの5項目はそれなりにルールを知ってしまうと他の心理セット、とくに小児向けの心理の発達系のやつかな？とは結構妥当性が高いので、見て付けるだけでもそれなりの信頼性というのは担保できる可能性はある。それも全部付けるかはルールの決め方によりますけれども、そうやって考えるとやはり程度が分かった方がよいものに関しては程度を付けた方がよいのかなと思う次第です。

○ 筒井 孝子

ICF については、今までのシンポジウムはまずはよいものなので、使いましょうというシンポジウムだったと思うのですが、今日の会は、それほど使い勝手はよろしくないところから入っています。こういう観点で考えていただくことも大事だと思います。要するに、いいものであれば、これから、こう良くしようというお話にはならないわけです。ですから、ちょっと悪いじゃなくて、かなり悪いものなので、このぐらい良くするといいなという、そういうシンポジウムだったなと考えて帰っていただくと、なんか参加した気分になれると思います。

今日はそういう意味では、フロアの方が、さっきも申しあげましたが、すでに使っているとおっしゃってくださったお二人の方に、どういう使い方をしているのかを聞かせていただきたいなと思います。

○ 会 場

はい、あのご指名ですので全国老人保健施設協会の折茂と申します。我々ICFのコードをピックアップして似たような例えば基本動作だとか、余暇だとかそういう中で似たようなものをピックアップして、それが20,30ある中でそれをRasch法とか使いながら、難しさを選んで、その難しいものをしている、していないで出来る、出来ないでステージングというのを開発してやっています。そんな中で今日のシンポジウムとても良かったのはやはり大変難しいのですよ。日本語訳も直感的になかなか理解できなかつたり、あとはコーディングが足りなかつたり、ちょっと不足しているところもあつたりして。我々にしていいのか悪いのかってわからないですけど、今日の話聞くといいいものに代えて行っていいんですよ。と言うような今日はお話があったのではないかと思うのですが、我々そんな中をしっかりと補ったり翻訳したりしながら今作ってやっております。ICFステージングという名前を付けて、今いわゆる客観的な評価法としてやりました。すごく主観的な評価ですよ。やはりそれってOTやPTやリハの先生方の介護者側というか、我々側の主観評価で果たしていいのだろうか。やはり障害を持った方の客観評価っていうところに着目すべきじゃないかなというのが我々全老健としての今の考え方という感じです。

○ 会 場

本日はどうもありがとうございます。石川県からやってきました。我々の地域では脳卒中連携パスにICFの概念を用いて一枚のシートを作り上げるということをやっています。もともとどうしてそうなったかと言うと、脳卒中連携パスに各職種がエクセルのシートを作っていたのです。ドクターが紹介状の代わりにもできるのですが、医者を書くシート、PTの各シート、リハの書くシート、それからソーシャルワーカーの書くシート、薬剤師、栄養士。それを患者に

渡した時にとってもじゃないけどこんなに分量があったらどこを見ていいのかわからない。その意見が出てきたので、これを一枚に統合しましょう。統合する時に一番便利なのは ICF の概念だねっていうことになって。PT、OT が書いている例えば機能のステージだとか、機能面は機能構造に持っていこうよ、で、FIM は必ず付けてね。FIM は活動に持っていこうよ。ソーシャルワーカーの書いていることは参加。それから環境因子そちらの方にエクセルのプログラムを統合して分散するようにして一枚のシートに作り上げたというような感じなので、それが本当に正確に ICF の定義する参加なのかと言うと少し曖昧なところももちろんあるのですが、一枚のシートにして見やすくなったというのは、すごくよかったなとは思っています。今ここまで来たのですが問題が、園田先生が先ほどから言われているこの表ですね。点数をどう付けていくのかっていうのが理想なのは、それで生活にいつ一年後じゃあその患者さんがどうなったのかというのを一枚のシートで見比べられることを今考えているのですが、これが本当に難しい。実はさっきから質問したかったのですが、園田先生に質問なんですけども、例えば FIM だったら 3 日間観察して付けろと言う定義が一応書いてあるじゃないですか 72 時間、本にはある。ところが ICF でさっきの情動とか精神機能も今日はものすごくやる気なかったけど明日はやる気が出ていた。1 ヶ月観察してそうやって評価していいのかというのは、退院して直後の事との方が 1 年経った時の事を比べたいわけですよ。これがものすごく困っていてどうしたらいいのかなって。それから 8 点、9 点の扱いですよ。例えば生活度というものもあるのですが、そんなの俺関係ない。という人は非該当にしているのか。いや生活度をしたいのだけでも恥ずかしくて入れていないから詳細不明で 8 点になるのか。本当にその辺で困っているというのが現状です。

○ 園田 茂

私より詳しい人がいたら手を挙げてほしいと思うのですが、後半の 8 点に関しては私正直分からないのでごめんなさい。それで前半の部分は一般論としての返事をするので結局何を比べたいからどうなる。先生からは年単位なら年単位を置いてってところを聞きましたのでそこから類推する。結局答えはないはずなのです。誰もデータとしてちゃんと蓄積できていない ICF ですから。そのルールがあるわけがないというのが前提にあり、その時に実際どう付けようと言ってその方の比較がしたいのであれば、基本的にはならしたいですよ。そのならすのに、どのくらいあるのがいいかって言うのは、むしろ先生がこのくらいあればいいのだよって言う先駆者になってもらうのがいいのではないかなと。

○ 会場

ありがとうございます。

○ 園田 茂

そういうフィールドの中でそれだけの、どの期間だったらちゃんと見れるのかって言うスタディなんてないじゃないですか。

○ 会場

私も探しても本当に

○ 園田 茂

やはり先生の地域はそれを蓄積できる環境にあると常々思っておりますので、そうだったらそのまま先駆者として走っていただくのが一番いいのではないかなと。もしなんていうか学術的なニュアンスが含まれて許されそうなのだったら、どのくらい揺れるのかって言うのが分かる取り方を少しの間やらせていただいて、この期間じゃ揺れちゃうから。ある程度ここからここくらい経ったらこのくらいずれた値が出ちゃうので、そうするとそのくらいまで見なくちゃだめですよって言うような根拠が、みんながなるほどって言って、先生のところを引用できるような形にして頂けると、本当に先駆者としてあがめられるのではないかと思います。

○ 会 場

ありがとうございます。精神機能とかも1ヶ月見れば、精神機能ってやる気もわかるよねとかそんなような感じで。

○ 園田 茂

前提が、皆さんの中での薄々というか深く思っている常識とかありますよね。ただそれはひとりひとり多分参加者の方々がいる程度違っていると思うので、そのところをまずブレインストーミングしていただいた上で、そのずれている部分はどっちがよさそうかというのを試してみようって言う風に進んだら、本当にいいスタディになるのではないかと思います。

○ 会 場

ありがとうございます。

○ 会 場

栃木から参りました。特別支援学校に勤務している教員ですけども、昨年からは基幹病院併設なのですけども、処置の方の担当で重症児病棟のお医者さんとPTさん、OTさん、STさんと共有で重症児者用のコアセットを作ったのです。ICFのコアセットの方を作ったのですけど、評価点もICFの評価を使って評価しております。評価の仕方は大変こう難しいのですけど、例えば参考程度で評価して組織的に教員が8名のブロックなのですけども、お医者さんとかPTさん、OTさんで診察の感想、ご意見を頂きながらみんなで評価していくっていうことでやっています。ただそれは目安でしかなくて記述評価を評価分と合わせて行っています。要するにどのような支援内容が導き出されるか、重視すべきことが我々にとって重要です。その評価点を目安に記述評価から導き出せる状態と、導き出せる支援内容を記述評価によって参考にしている形でやっております。0.4%とか96%とかあるのですけど、我々の中では例えば知的障害のお子さんは、例えば88だったら知的障害と言わないとか、そういうもう少し誤差を認めていくわけなのですけど、そういうような解釈で進めております。

○ 中村 春基

ありがとうございます。いずれにしてもまだ導入されて10何年になりますが、まだ緒に就いたところかなというような感想を持ちました。お時間になりましたのでこれでこのセッションは終わらせていただきたいと思います。ご発表を頂きました先生方に感謝を述べたいと思います。どうもありがとうございました。