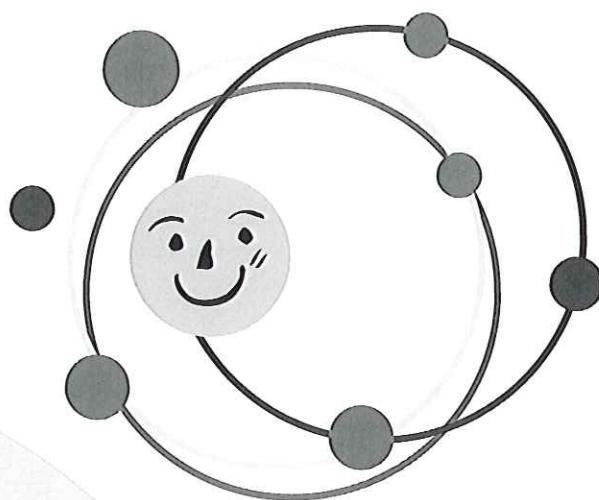


厚生労働省

シンポジウム



ICF

International Classification of
Functioning, Disability and Health

生活機能分類の活用に向けて

～共通言語としてのICFの教育・普及を目指して～

平成22年1月24日(日)
明治大学リバティータワー1階
リバティールーム

主催●厚生労働省 協賛●財団法人 厚生統計協会

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

目次

● 世界保健機関（WHO）からのメッセージ	3
● 開催主旨・開催概要	4
● プログラム	5
● 講演者・パネリストプロフィール	6
● 講演概要	
新予防給付におけるアセスメント・ケアプラン作成の考え方	8
講師：木村 隆次 一般社団法人日本介護支援専門員協会会長	
退院支援における ICF 評価の試み	10
講師：藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授	
精神障害領域における ICF の活用に向けて	11
講師：安西 信雄 国立精神・神経センター病院副院長	
ICF の活用「生きることの全体像」についての「共通言語」として	12
講師：大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長	
保健医療福祉連携教育から見た ICF の利用状況	14
指定討論者：真柄 彰 新潟医療福祉大学医療技術学部教授	
ソーシャルワーカーの視点と ICF	16
指定討論者：島野 光正 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長	
● ICF とは	18



世界保健機関（WHO）からのメッセージ

ICF シンポジウム

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

2010 年 1 月 24 日、東京

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

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

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

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

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

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

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



世界保健機関（WHO）

分類・ターミノロジー・標準 コーディネーター

ベデルハン・ウースタン

Dr. Bedirhan Üstün



開催主旨

ICF（国際生活機能分類）は、2001年5月にWHO総会で採択されて以来、普及を促進するための研究開発が行われてきました。

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

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

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

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

皆様の積極的なご参加、ご協力を主催関係者一同、心よりお願い申し上げます。

開催概要

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



プログラム

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

12:00 開 場

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

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

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

14:00～14:25 精神障害領域における ICF の活用に向けて
安西 信雄 国立精神・神経センター病院副院長

14:25～14:50 ICF の活用「生きることの全体像」についての「共通言語」として
大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

14:50～15:10 休 憩

15:10～16:20 パネルディスカッション
座 長： 大橋 謙策 日本社会事業大学学長 社会保障審議会統計分科会 生活機能分類専門委員会委員長
パネリスト： 講演者 4 名
（指定討論者） 真柄 彰 新潟医療福祉大学医療技術学部教授
島野 光正 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

16:20～16:50 質疑応答

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



講演者・パネリストプロフィール



木村 隆次（きむら・りゅうじ） 一般社団法人日本介護支援専門員協会会長

薬剤師・介護支援専門員・介護支援専門員指導者一期生。

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



藤田 伸輔（ふじた・しんすけ） 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授

昭和 59 年神戸大学医学部卒業

平成 4 年兵庫医科大学大学院外科学第 2 修了

平成 4 年兵庫医科大学外科学第 2 助手

平成 17 年千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授



安西 信雄（あんざい・のぶお） 国立精神・神経センター病院副院長

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



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

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



大橋 謙策（おおはし・けんさく） 日本社会事業大学学長 社会保障審議会統計分科会 生活機能分類専門委員会委員長

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



真柄 彰（まがら・あきら） 新潟医療福祉大学医療技術学部教授

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



島野 光正（しまの・みつまさ） 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

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



新予防給付におけるアセスメント・ケアプラン作成の考え方

講師：木村 隆次 一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長

講演概要

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

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

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

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



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

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



退院支援における ICF 評価の試み

講師：藤田 伸輔 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部准教授

講演概要

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

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

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

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



精神障害領域における ICF の活用に向けて

講師：安西 信雄 国立精神・神経センター病院副院長

講演概要

1. 活用の分野

精神障害領域（統合失調症を中心とする精神保健・精神科医療）

2. 活用の方法

① 背景 (ICF の導入に至った経緯)

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

② 実際の取り組み

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

3. 取り組みの結果

ICF 導入による改善については報告されていないが、改善の可能性はある。

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

4. 現状の課題と今後の取り組みについて

ICF の理念と包括性 vs 現場での実践のバランスをとるかが課題。

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



ICF の活用「生きることの全体像」についての「共通言語」として

講師：大川 弥生 国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部長

講演概要

I. ICFの活用の原則

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

II. ICF活用の具体例

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

III. ICFの活用の成果

1. 生活機能低下の2つのモデル発見：「脳卒中モデル」「廃用症候群モデル」

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

IV. ICF活用上不可欠な基本的問題の検討：評価点

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



.....

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

V. 連携への活用：「医学モデル」から「統合モデル」へ

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

VI. 生活機能重視の必要性が高い背景

患者・利用者本人の積極的関与を含めた、真のチームワーク・連携構築の必要性

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

VII. I C F の活用の現状

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

参考文献

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



保健医療福祉連携教育から見た ICF の利用状況

指定討論者：真柄 彰 新潟医療福祉大学医療技術学部教授

講演概要

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

医療現場での ICF の利用状況

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

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

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

リハビリテーション科医師の認識

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

研究領域での ICF の利用状況

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

教育現場での ICF の教育状況

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



.....

リハビリテーション領域における I C F の抱える問題点

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

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

I C F に期待することと今後の展望

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

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



ソーシャルワーカーの視点と I C F

指定討論者：島野 光正 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

講演概要

はじめに

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

1. 事例 A さん (80 歳) 脳梗塞後遺症 (右上下肢麻痺身障 2 級)
妻 (70 歳台) と 2 人暮らし (A さんは老人保健施設入所中)

【経過】

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

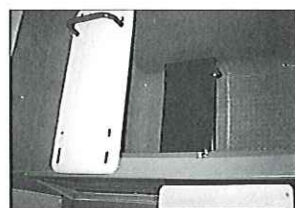
- ・ 本人、妻の了解をいただき、施設内で面接 (アセスメント 1)
- ・ その後自宅を訪問する (アセスメント 2)
→ (妻) 家でみるのが大変だから施設にお願いしている。
- ・ いろいろと話をしているうちに「風呂入れが大変だ」ということを具体的に話しはじめる。
→ 本人の状態と自宅の状況を考え合わせ、制度の活用によるサービスの利用と福祉用具等の提案を行う。

【サービス調整】

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



バスボード、浴槽台
滑り止めマット、
セフティハードル



高齢者世帯

夫：右上下肢麻痺
身障手帳 2 級



ニーズとデマンドについて



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

2. 事例を振り返って

(1) 「ニーズ」と「デマンド」について。

・デマンドは「一カ月だけ自宅に帰る。その間なんとかして欲しい。」

・ニーズは「自宅で夫婦2人で生活が続けたい。」

→なぜ「夫婦2人での在宅での生活」が続けられたのか。

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

→ Aさんが自分で力を発揮できる環境への働きかけ

→ Aさんの生活が、Aさんの妻の「想い」を変化させた

→ 結果AさんとAさんの妻の関係が変化していった

「ほんとうは、自宅で2人で生活したかった」ということが言えた。

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

3. 悪循環から好循環へ

(1) 交互作用の「力」

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

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

4. まとめにかえて：「参加」のとらえ直し

Aさん、Aさんの妻にとっての「参加」

→変化していく

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



ICF とは

WHO-FIC における中心分類の一つである ICF

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

（※）WHO・FIC（世界保健機関国際分類ファミリー）

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

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

ICF の評価を用いるときの基本的考え方

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



ICF における構成要素とその相互作用

1. ICF における構成要素

○ ICF は、人間の生活機能に関する項目を、アルファベットと数字を組み合わせた方式で表す分類です。

- ・第 1 レベル、第 2 レベル、詳細分類（第 3 レベル、第 4 レベル）があり、どのレベルでの利用も出来ます。

（例）

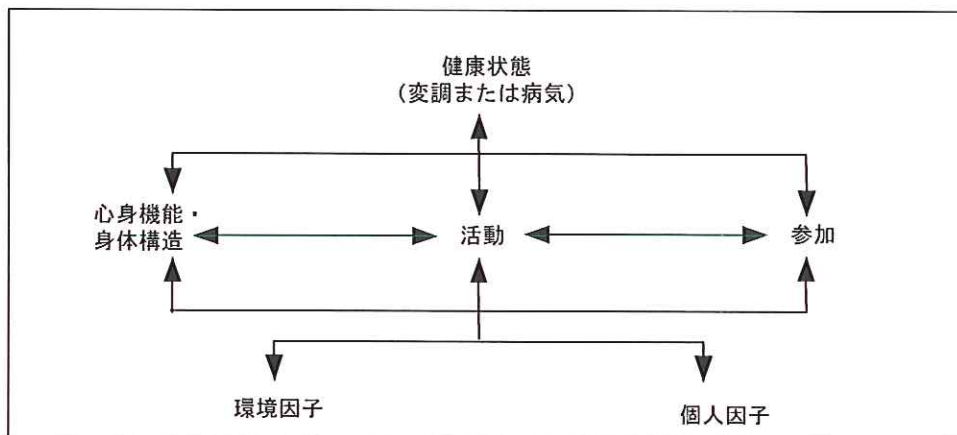
第 1 レベルの項目	a4	運動・移動
第 2 レベルの項目	a450	歩行
第 3 レベルの項目	a4501	長距離歩行

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

2. 構成要素間の相互作用について

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

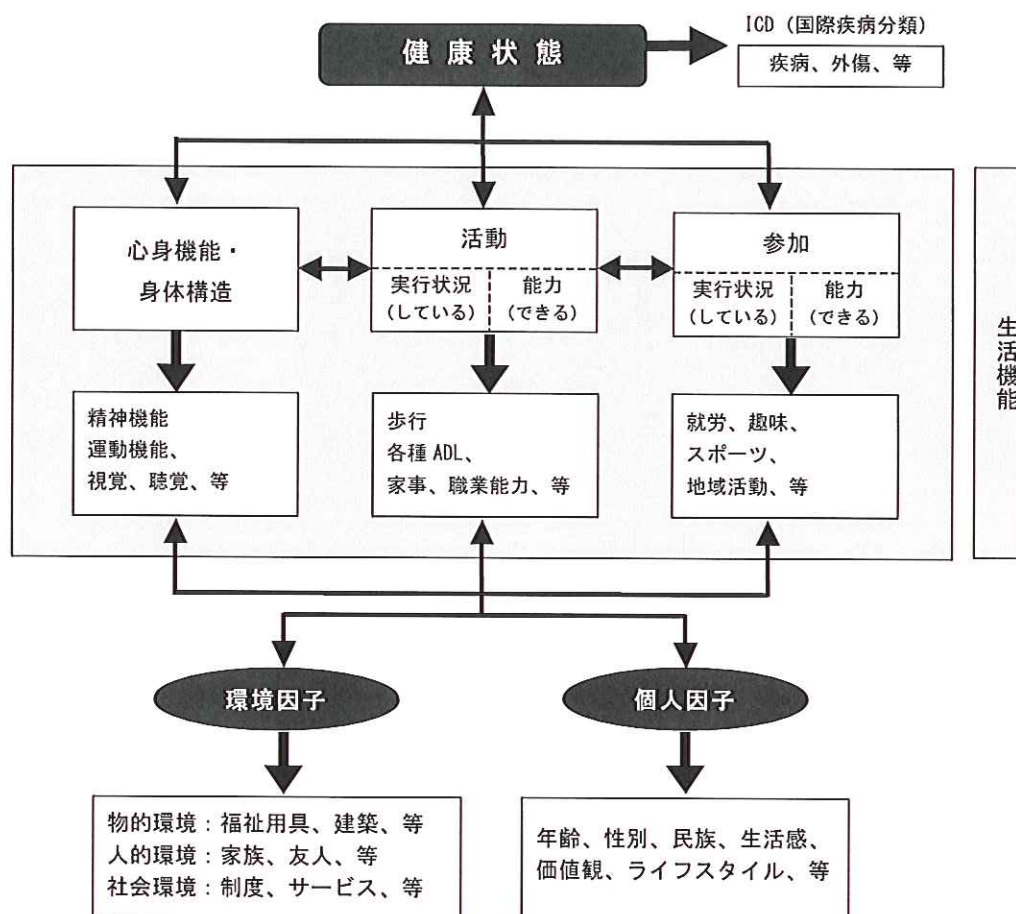
概念図



この概念図に、具体的な例示を入れたものが次のページです。



●概念図（具体例が入ったもの）



ICF 活用で期待される効果

ICF は、その活用により、

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



ICF で使われる用語の定義

◆ 「生活機能」に関する用語

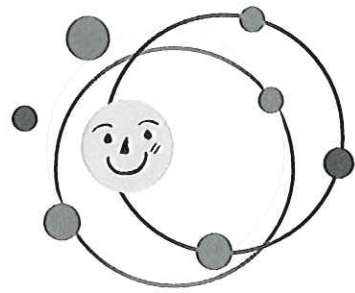
- 生活機能 (functioning) :
心身機能、身体構造、活動及び参加の全てを含む包括用語
- 障害 (disability) :
機能障害、活動制限、参加制約の全てを含む包括用語
- 心身機能 (body functions) :
身体系の生理的機能 (心理的機能を含む)
- 身体構造 (body structures) :
器官・肢体とその構成部分など、身体の解剖学的部分
- 機能障害 (構造障害を含む) (impairments) :
著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題
- 活動 (activity) :
課題や行為の個人による遂行
- 参加 (participation)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

◆ 「背景因子」に関する用語

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







厚生労働省

大臣官房統計情報部

人口動態・保健統計課疾病傷害死因分類調査室

〒 100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2

TEL 03-5253-1111 (内線 7493)

財団法人 厚生統計協会

〒 106-0032 東京都港区六本木 5-13-4

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

日本保健医療福祉連携教育学会 (JAYPE)

ソーシャルケアサービス従事者研究協議会

社団法人 日本社会福祉士会

社団法人 日本医療社会事業協会

社団法人 日本精神保健福祉士協会

日本ソーシャルワーカー協会

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

シンポジウム事務局

(オスカー・ジャパン株式会社内)

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

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