

ICF の活用

— 「生きることの全体像」についての「共通言語」として

国立長寿医療センター 研究所
生活機能賦活研究部 大川弥生

I. ICF の活用の原則

1. ICF の活用の仕方：大きく次の 2 つの側面がある

- 1) 「生活機能モデル」の活用
「統合的・相互作用モデル」として
- 2) 分類そのものの活用
項目の活用と評価点の活用とがある

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

2. 「生きることの全体像」をみるための活用

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

3. 「共通言語」としての活用

1) 専門職間

- (1) 同一チーム間
- (2) 各種サービス（施設・機関、行政、等）間
「連携ツール」としての活用

例：医療と介護サービスの間、医療と教育の間、急性期医療とリハの間、等

2) 当事者自身の活用—「当事者は生活・人生の専門家」

自己の問題の分析と希望の表出のツールとして [資料 4]

3) 当事者と専門家間

説明と意見統一の際の共通認識に活用

（例：リハ総合実施計画書、2000 年。但し旧 ICDH 準拠） [資料 5]

Ⅱ. ICF活用の具体例（１）：システム・プログラム

1. 個別事例における効果的プログラム

＜医療機関（入院・外来）、介護保険関係（入所・在宅）にて効果検証＞

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

2. 自治体における活用

例：「生活機能向上事業」（2003年～都市近郊市、推進本部長：市長）

（生活機能低下予防・向上を「地域づくり」の一環と位置づけるシステム）

1) 高齢者対応

－「介護」の対象は「活動」と位置づけ、「活動」に重点

生活機能低下の予防として参加、環境因子、個人因子を重視

○ 生活機能実態把握（悉皆調査計3回）

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

・システム構築の基礎

○ 生活機能低下予防対応（含：介護予防）：

・「生活機能相談窓口」

生活機能低下予防の早期発見・早期対応（「水際作戦」として）

・ ICF中項目評価による分析・目標設定

効果：N=377名（平均80.2±9.2歳）

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

・要介護認定調査時に同時に実施する生活機能評価：「活動」に重点

・個別介護予防ケアプラン（地域包括支援センター）

・ケアプラン指導（地域包括支援センター）に活用

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

2) 災害時対応

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

（行政職員、一般市民、民生委員、等による生活機能研修後の意見交換をもとに）

II. ICFの活用(2): 統計ツールとして、等

1. 生活機能の実態把握

⇒ 「活動」・「参加」評価点の基礎資料等

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

2. 既存統計のICFとの対応検討

例:中高年の生活に関する継続調査[資料8、9]

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

<参考>障害者の権利に関する条約(仮訳)

第三十一条 統計及び資料の収集

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

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

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

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

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

3. 厚生行政上指標の検討

例:障害等級

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

Ⅲ. ICFの活用の成果

1. 生活機能低下の2つのモデル発見

－「脳卒中モデル」「廃用症候群モデル」－ [資料 10]

1) 「廃用症候群モデル」も予防・改善の対象と位置づける

⇒ 介護予防のターゲットとされた。(2006年介護保険法改正)

⇒ 介護予防でICFが基本的概念となった。

※主治医意見書：・「障害」⇒「生活機能低下」

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

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

⇒ リハ・介護のプログラムの改善・向上の必要性

2. 「生活機能低下の悪循環」の発見 [資料 11]

・疾患(健康状態)以外による「活動」「参加」の低下予防の重要性

3. 「生活不活発病発生の3つの契機」の発見 [資料 11]

4. 評価点：

1) 「0：普遍的自立」と「1：限定的自立」者の区別の重要性

「活動」低下の早期発見・効果判定に有効

2) 「3：全面的制限」と「4：実行していない」者の区別の重要性

5. 一般医療機関での生活機能低下予防への積極的介入の必要性－介護予防

1) 外来通院中にも関わらず、生活機能(特に活動)低下者が高頻度

⇒ 働きかけが必要である。

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

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

2) 医療と介護の連携(特に退院直後、疾患増悪時の重要性) [資料 12]

6. 災害時生活機能低下（特に生活不活発病）予防の重要性の発見
- ・ 「環境因子」による生活機能低下の典型例
 - ・ 介護予防必要症例の同時多数例発生時
 - ・ 評価点：ハイリスク者発見のために「0：普遍的自立」と「1：限定的自立」の区別が有効
 - ・ 厚労省より生活不活発病予防通知

<参考>

【厚労省】

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

【内閣府】

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

7. 連携への活用：「医学モデル」から「統合モデル」へ [資料 13-15]
- － 例：医療と介護の真の連携への活用
 - ・ 「統合モデル」に立った把握・連携を
↳ 「医学モデル」からの脱却
 - ・ 「統合モデル」以前の「医学モデル」に医療側も介護側も、また当事者・国民一般もしばられていた。
 - ・ これまで医療は「治す医療」であり、介護は「補う介護」であるとして、分断されていた。
 - ・ 「統合モデル」に立てば、医療は「治し支える医療」、介護は「よくし助ける介護」となって、両者の真の連携が可能
 - ・ 具体的対応として特に「病気の発症・増悪の時の医療と介護の連携」 [資料 12]
 - ・ 介護の専門性が明確にされる [資料 15]

ICF：活動と参加の大分類チェックリスト

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

(問題のある項目の□にLを入れる)

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

活動と参加の使い分け（中分類）：案（大川、上田、2008）

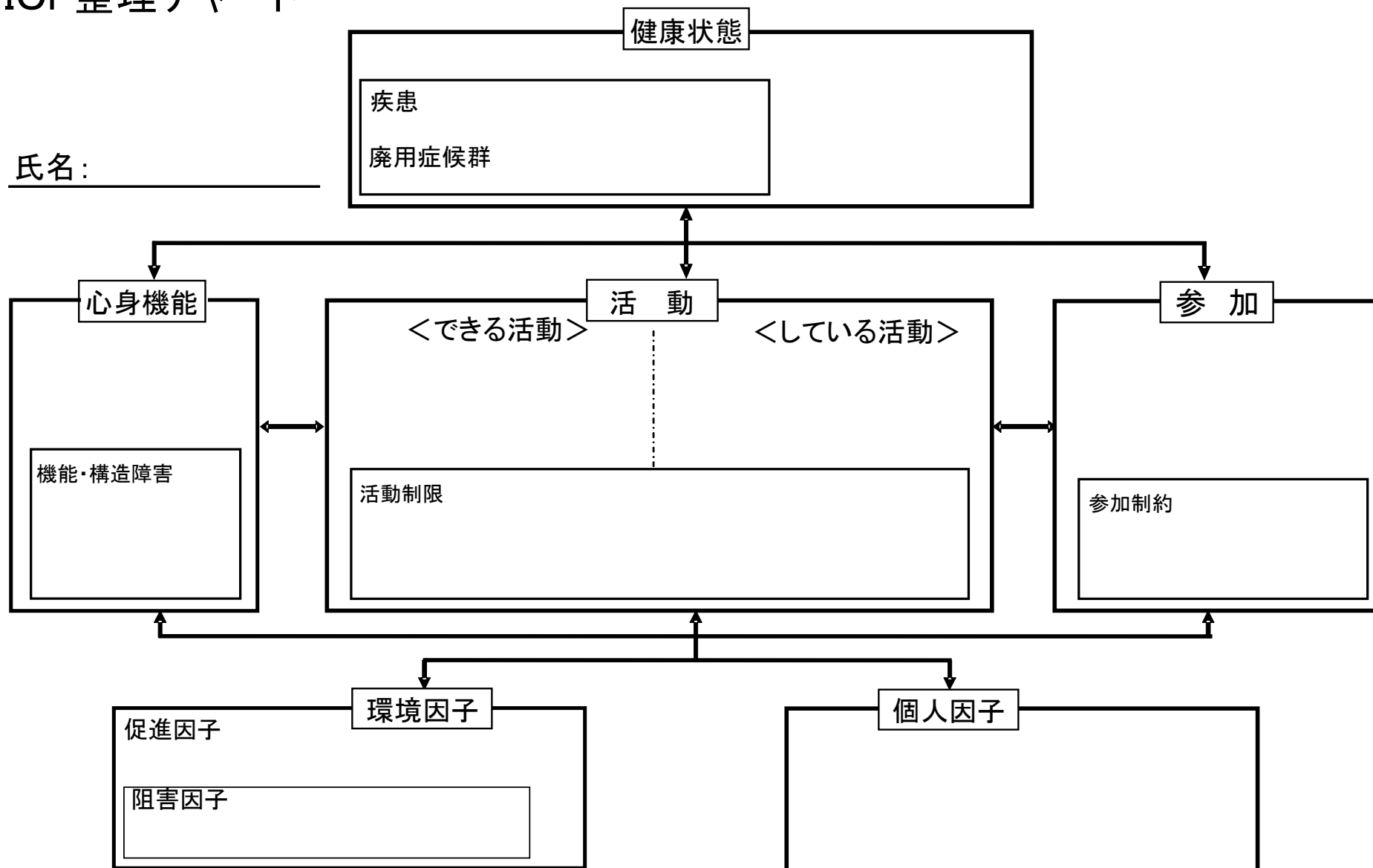
活動					参加				
環境	実行状況	能力				実行状況	能力(可能性)	環境	
		支援なし	支援あり						
5章 セルフケア				a510.	自分の身体を洗う				5章 セルフケア
				a520.	身体各部の手入れ				
				a530.	排泄				
				a540.	更衣				
				a550.	食べる				
				a560.	飲む				
				a570.	健康に注意する	p570			
			a571	<安全に注意すること>	p571				
6章 家庭生活	必需品の入手								6章 家庭生活
				a610.	住居の入手	p610.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

* <イタリック>で示したものはICF-CYで新たに加わった項目。

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

ICF整理チャート

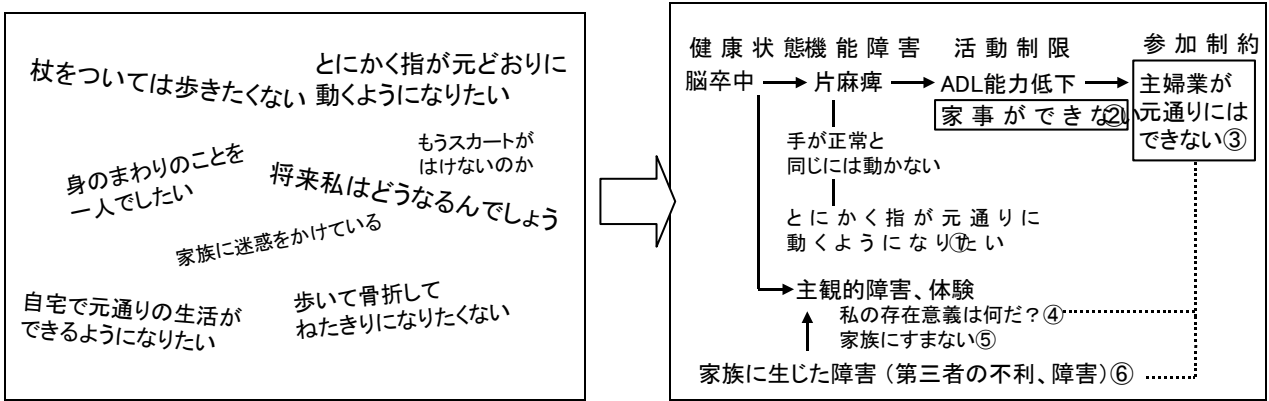
氏名: _____



※使用法: 「生活機能とは何か-ICF: 国際生活機能分類の理解と活用-」

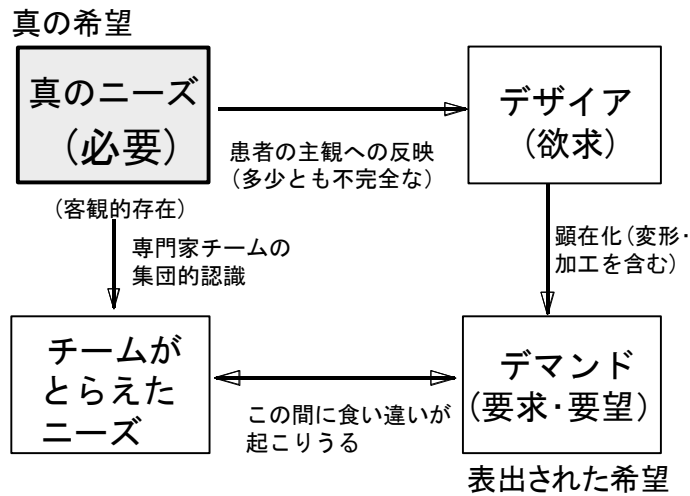
(東大出版会) 参照

真の希望を引き出す



新しいリハビリテーションー人間「復権」への挑戦ー講談社（現代新書） 第7章

参考：希望・ニーズ・デザイン・デマンドの関係



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

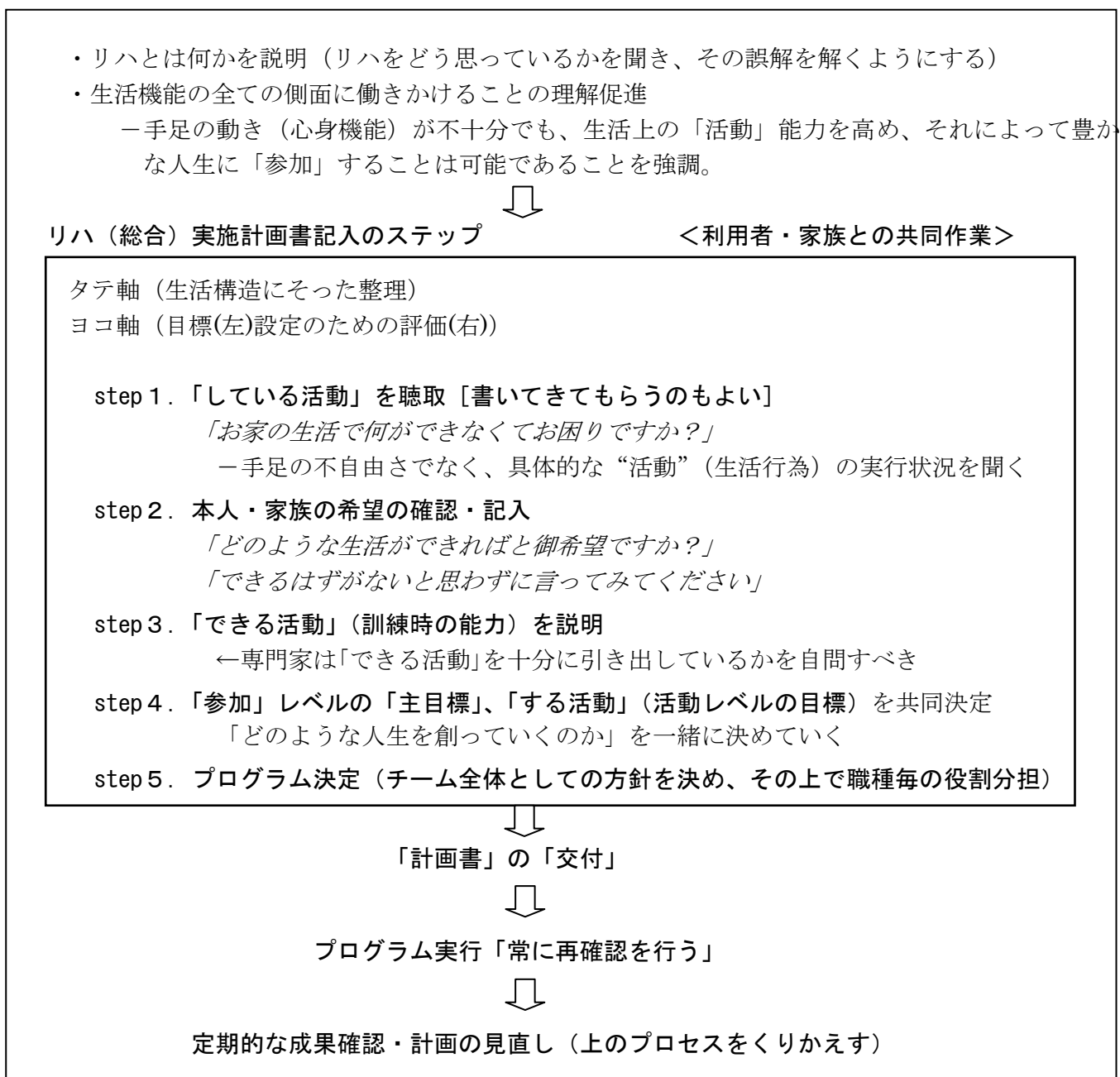
「リハビリテーション（総合）実施計画書」の記入と説明の手順

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

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

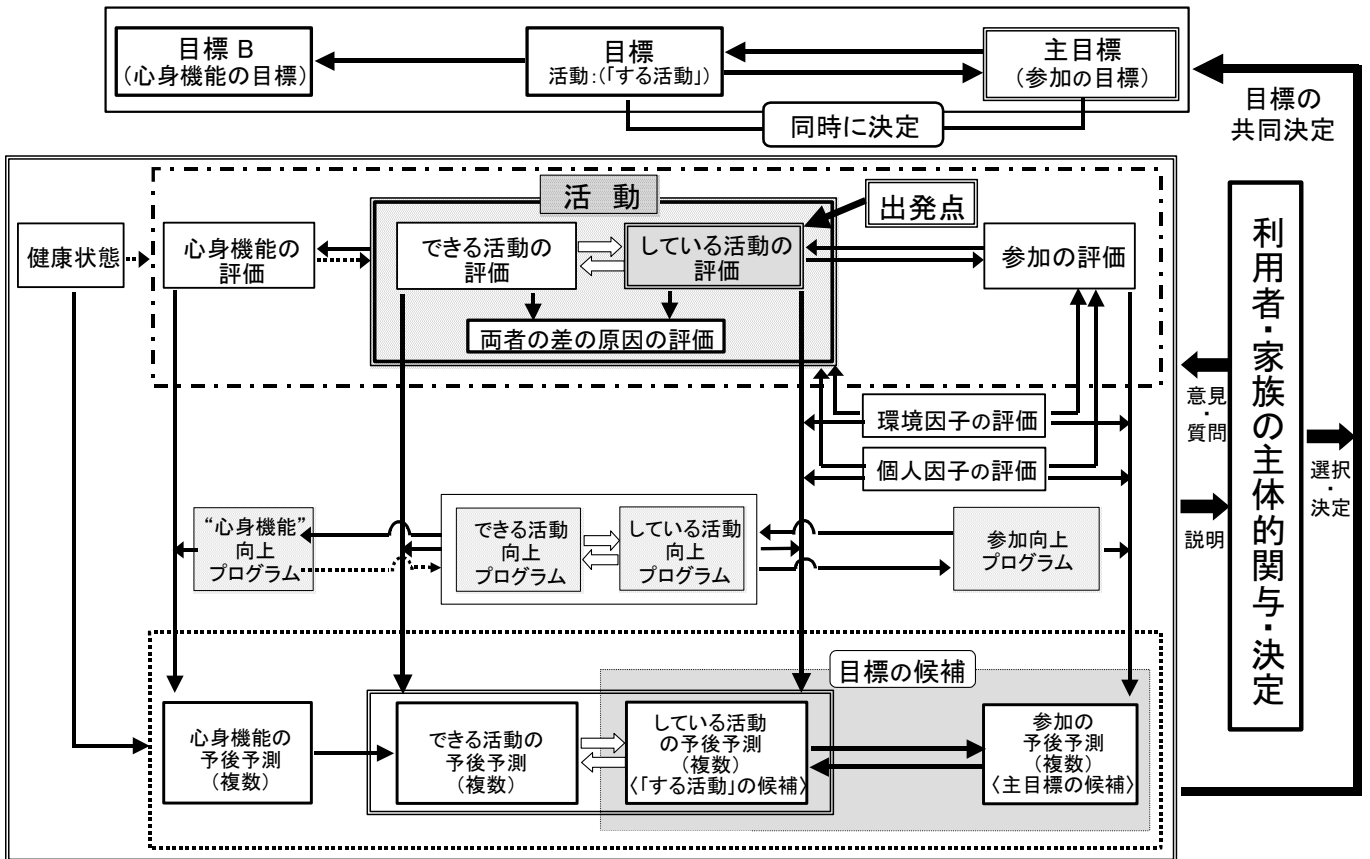
利用者・患者・家族などの当事者は疑問があれば遠慮せずに専門家へ相談すべきであり、誠実にそれに答えるのが専門家の責任である。

表. 計画書の記入と説明の手順



目標設定

目標指向的アプローチ



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

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

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

その過程は専門家だけで進めるのではなく、その大枠と右の「本人・家族の主体的関与・決定」とが両方向の矢印で結ばれているように、本人・家族が主体的に関与して進められるべきものである。そして目標設定にも本人・家族が主体的に関与し、最終的には本人・家族が決定するのである。これは専門家が一方的に説明をして家族が単に同意するというものではなく、インフォームド・コオペレーション、すなわち真の協力関係の中での共同決定としてすすめることである。

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

註 1) 参加の具体像としての活動：生活機能構造の視点からみた際重要なことは、参加の具体像が「している活動」であり、両者は不可分であるため、両者間が両方向の矢印で結ばれている。

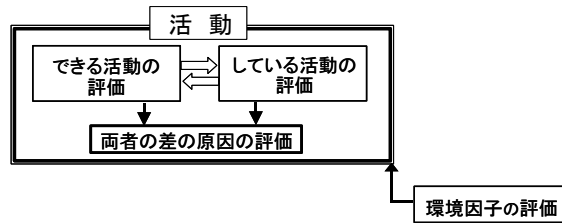
註 2) 「している活動」と「できる活動」：活動を「している活動」と「できる活動」とに明確に区別しているが、互いに緊密な関連性をもっているため、両者を同じ枠内において、その上で両者間を点線で分けている。

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

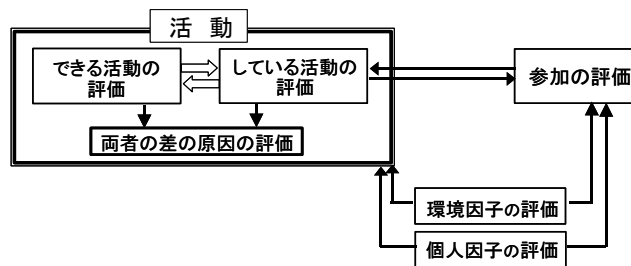
目標指向的アプローチにおける目標設定のプロセス

目標設定のステップ（１）：

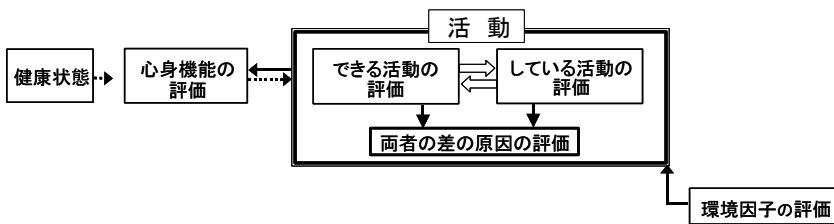
「できる活動」と「している活動」の評価と両者の差の原因の追求



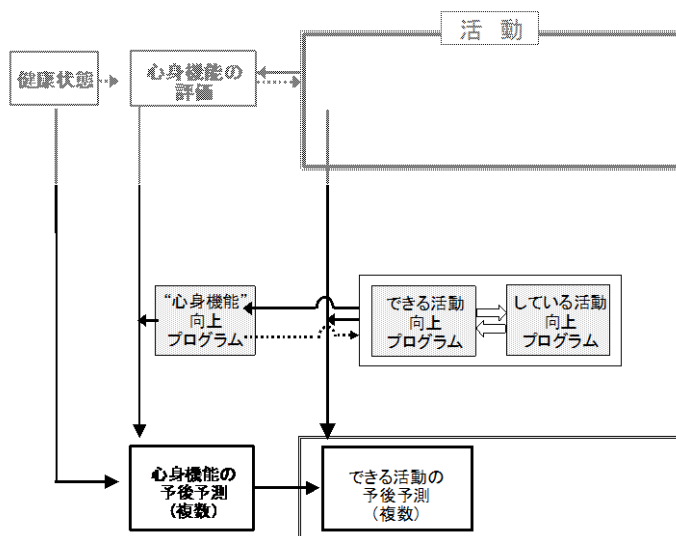
目標設定のステップ（２－１）：参加の評価－活動との関連で



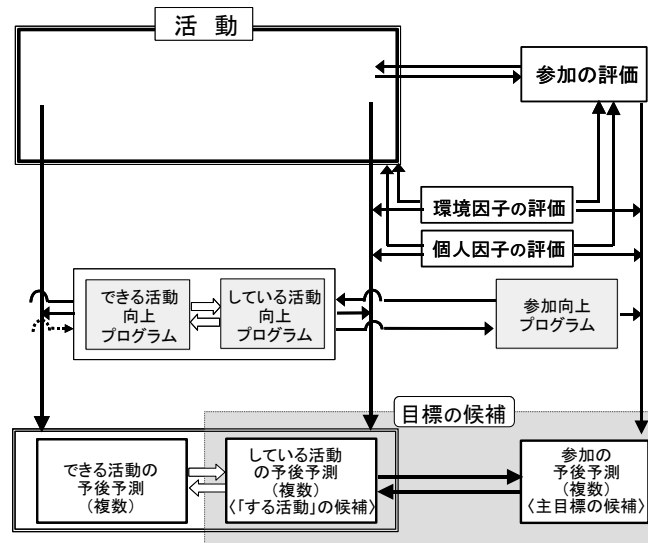
目標設定のステップ（２－２）：活動の評価と健康状態・心身機能の評価



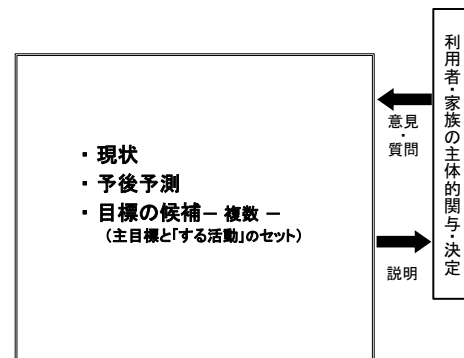
目標設定のステップ（３－１）：「できる活動」の予後予測（心身機能を考慮して）



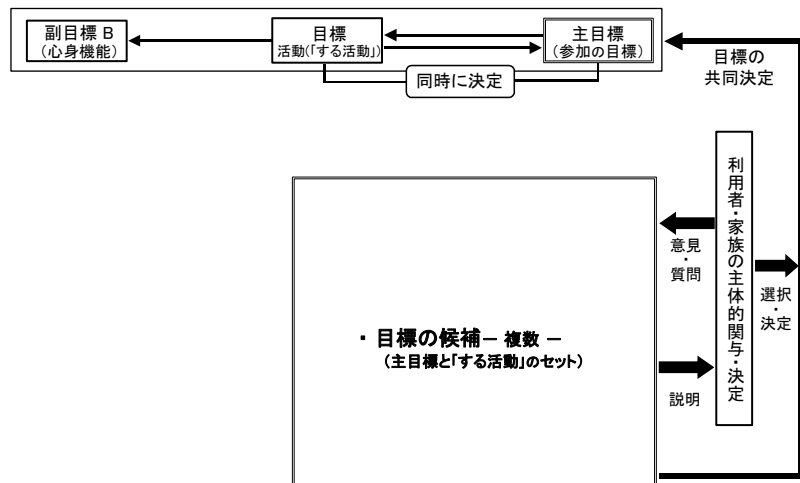
目標設定のステップ（3-2）：「している活動」の予後予測



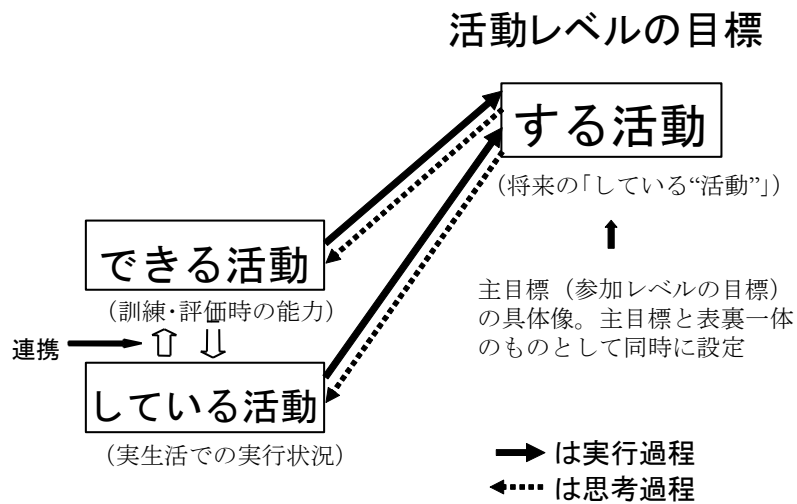
目標設定のステップ（4-1）



目標設定のステップ（4-2）



目標指向的活動向上プログラム



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

なお「する活動」は目標指向的アプローチの活動レベルの目標に他ならない。

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

中高年の生活に関する継続調査票（1） － ICF 分類との対応－

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

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

1. 全体

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

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

- 2) 「活動」の項目が少ない

- 3) 「心身機能」の項目も少ない（しかし、これは当事者での判断には限界がある）

- 4) 各要素間の相互関係

- ・活動低下の理由（健 11-2）は病気中心であり、「心身機能」は「8. 視覚・聴覚障害」のみ。しかし実は様々な心身機能が関係している。また、その心身機能低下は特定の疾患によるとは限らない。

2. 「活動」

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

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

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

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

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

※問 32 「無報酬の仕事（民生委員、保護司、PTA 役員等を含む）」

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

4. 健康状態

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

他疾患については、

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

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

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

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

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

＜凡例＞

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

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

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

7章対人関係				
一般的な対人関係				
	a710.	基本的な対人関係		
	a720.	複雑な対人関係		
特定の対人関係				
	a730.	よく知らない人との関係	p730.	
	a740.	公的な関係	p740.	← * <主> 仕事についての満足度 (職場の人間関係) → p850
	a750.	非公式な社会的関係	p750.	(家)3[配偶者以外と同居]-p7503:同居者との非公式な関係 (社)32-③[近所づきあい] (有無) -p7501:隣人との非公式な関係 (社)32-④[友達づきあい] (有無) -p7500:友人との非公式な関係 ←補 3-1-収入の有無 ←<主>満足度 ←<主>満足度
	a760.	家族関係	p760.	* (家)5→p660 * (家)補 5-1→p660 * (家)6→p660、860、899 ←<三>経済的支援の必要性 <環境>(家)3[同居者]→補 3-1[年齢・収入の有無] <環>(家)4、補 4-1 [非同居家族] →1年以内の変化
	a770.	親密な関係	p770.	補 2-1[1年以内の変化] * (配)42→p620、p850、p855、p910、p920 <環>(家)2[配偶者] <環> (配)39、40、41、補 41-1、補 41-2 [※配偶者について:最終卒業学校、健康状態、収入源、収入額]
8章主要な生活領域 (教育・仕事・経済)				
教育				
	a810.	非公式な教育※	p810.	* (資)31-1[勤め先・公共機関・民間機関等での研修]→p825
	a815.	就学前教育※	p815.	
	a820.	学校教育※	p820.	<個>(家)1[最終学歴]
	a825.	職業訓練※	p825.	* (資)31[仕事のための能力開発、自己啓発] (有無・方法) →p810、p830、p845
	a830.	高等教育※	p830.	* (資)31→p825、845
仕事と雇用				
	a840.	見習研修 (職業準備) ※	p840.	<環>(就)22[会社の従業員数] <個>(就)23[就職時期]
	a845.	仕事の獲得・維持・終了	p845.	(就)補 28-2:職探し・開業準備 * (資)31→p810、p825、830 (資)30[仕事のための免許・資格の取得]<最近1年間> * <環>(就)24[定年の有無・年齢] * <主>(就)25[仕事について満足度] (能力活用、職場の人

	a850.	報酬を伴う仕事	p850.	(就)18[就労有無] (就)19[仕事種類、勤務形態] (就)20[仕事内容] (就)21[就業日数、就業時間、通勤時間] * (配)42→p620、p770、p855、p910、p920	間関係、労働条件)→p740 <環>(就)26[勤務先の制度： (再就職の斡旋、再雇用制度、 勤務延長制度) (有無)] <環>(就)27[仕事の後継者有 無(自営業者のみ)] <個>(就)補 27-1[今後の事業 予定] <主>(就)28[職探しの希望の 有無]、補 28-1[希望職種] <主>(就)補 28-3[希望あるも 職探し無の理由] <個>(就)29、補 29-1[過去1年 間にやめた仕事] <個>(就)29-p8452：退職(最 近1年間)、有無、仕事内容、 理由 ←<主>満足度 ←<主>満足度
	a855.	無報酬の仕事	p855.	* (社)32-②→p660、p910 * (社)32-⑤[無報酬の仕事：民生委員、保護 司、PTA 役員等]→p910 * (配)42→p620、p770、p850、p910、p920	
経済生活					
	a860.	基本的な経済的取引	p860.	* (家)6→p660、p760、p898 * (健)12[治療・健康維持のための支出]→ p570	
	a865.	複雑な経済的取引	p865.		
	a870.	経済的自給	p870.	* (住)34[住居] (住宅ローン)→610 (住)35[収入]補 1-収入源、補 2-収入額] (住)36[家計支出額] (住)37[借入金額]	<環>(住)35-1[資産収入]： e165 <環>(住)38[預貯金]：e165
	a898.	その他		[他者への経済的援助] * (家)6→p660、p760、p860	
9章コミュニティライフ・社会生活・市民生活					
	a910.	コミュニティライフ	p910.	* (社)32-②→p660、p855 * (社)32-⑤-p9101→p855 (社)33-③[地域行事：町内会の催しなど] * (社)33-④→p660 (社)33-⑥[その他の社会参加活動] (社)33-①～⑥[町内会・自治会] [NPO・公益 法人等] * (配)42→p620、p770、p850、p855、p920	<主>(社)33-①～⑥-今後の継 続の意志 ←<主>満足度

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

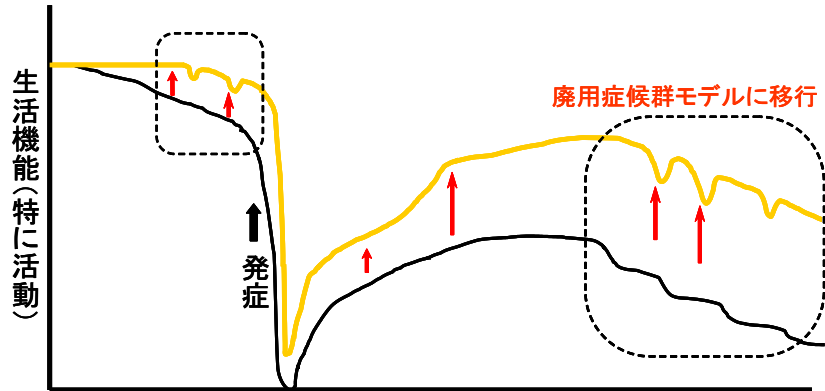
歩行と移動			
(健)補 11-1-①[歩く] (困難の有無、介助必要性のみ)	a450.	歩行	
(健)補 11-1-⑨ [階段昇降]-a4551: 登り降りすること (困難の有無、介助必要性のみ)	a455.	移動	
	a460.	さまざまな場所での移動	
	a465.	用具を用いての移動	
交通機関や手段を利用した移動			
	a470.	交通機関や手段の利用	
	a475.	運転や操作	
1章学習と知識の応用			
目的をもった感覚的経験			
	a110.	注意して視る	
	a115.	注意して聞く	
	a120.	その他の目的のある感覚	
基礎的学習			
	a130.	模倣	
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

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

生活機能低下の経過

— 2つのモデル※ —

脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



廃用症候群モデル(廃用症候群、各種慢性疾患、変形性関節症など)



廃用症候群モデル

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

⇒ 技術・システムの向上で、高い生活機能を保つことは可能

○ 現在の課題：対応不十分（一部の症候、疾患群中心）

⇒ 本質的対応（生活の活発化）、国民への啓発

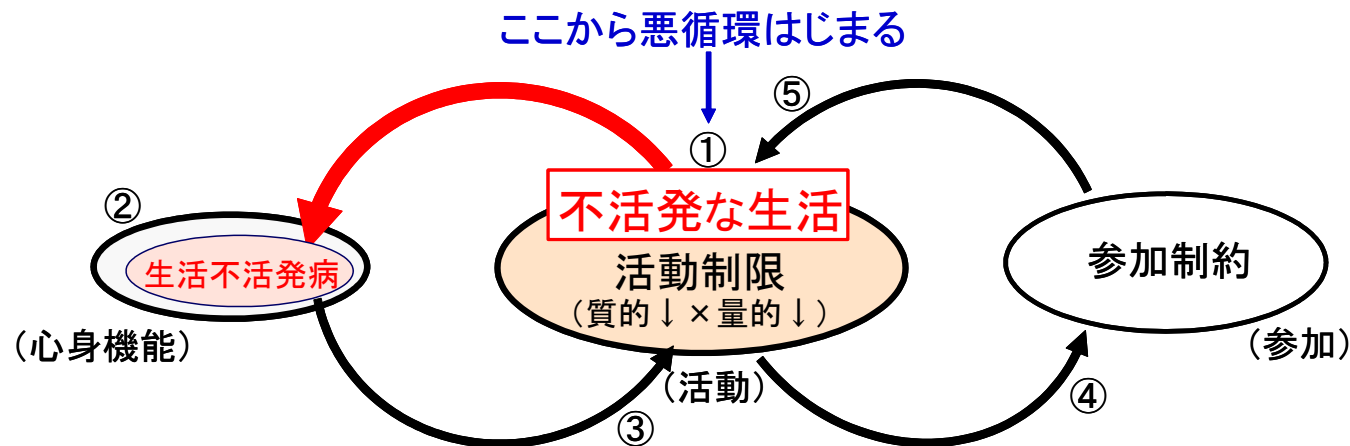
○ 脳卒中モデルにも廃用症候群モデルの時期がある

⇒ 廃用症候群モデルとしての対応必要（“維持期”リハではなく）

※この他に認知症モデルあり

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

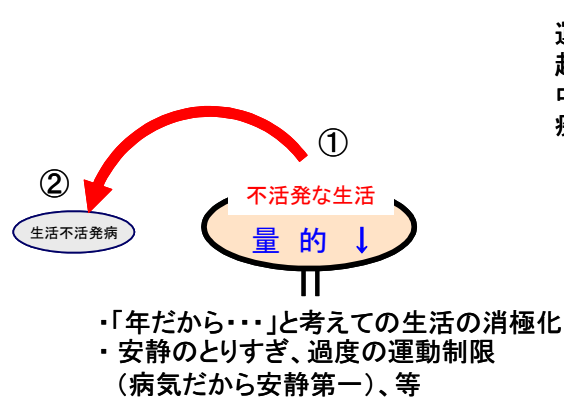
「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」



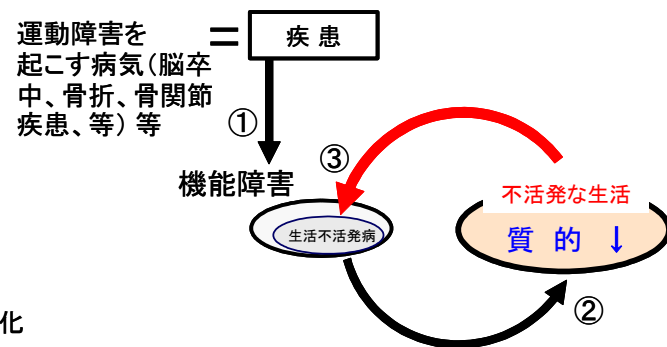
両側の悪循環の環があいまってますます進行

— 生活不活発病発生 の 3つのタイプ —

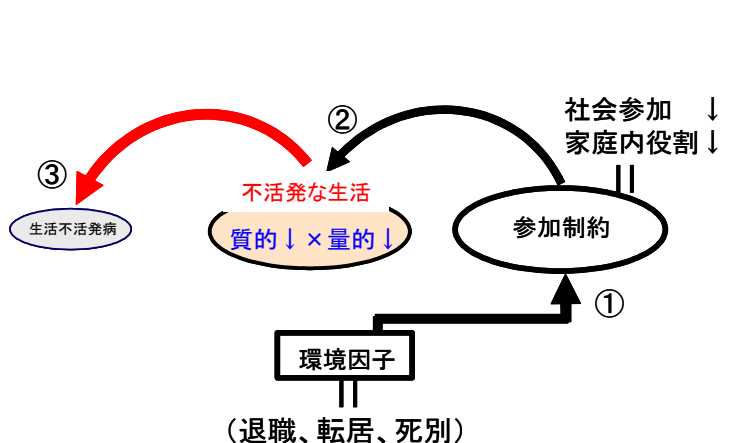
○「活動」の「量」的減少タイプ



○「活動」の「質」的低下タイプ

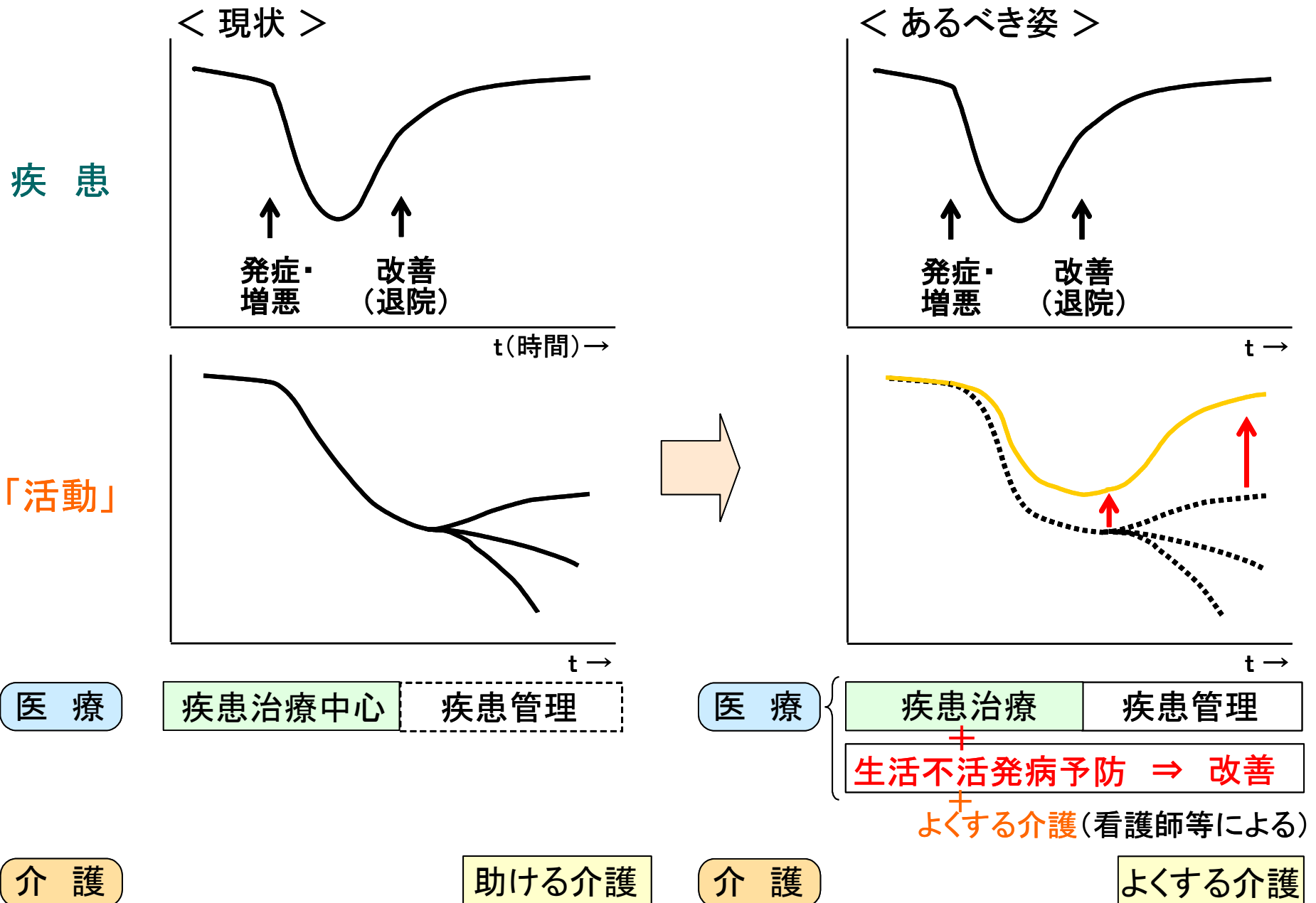


○「参加」低下タイプ

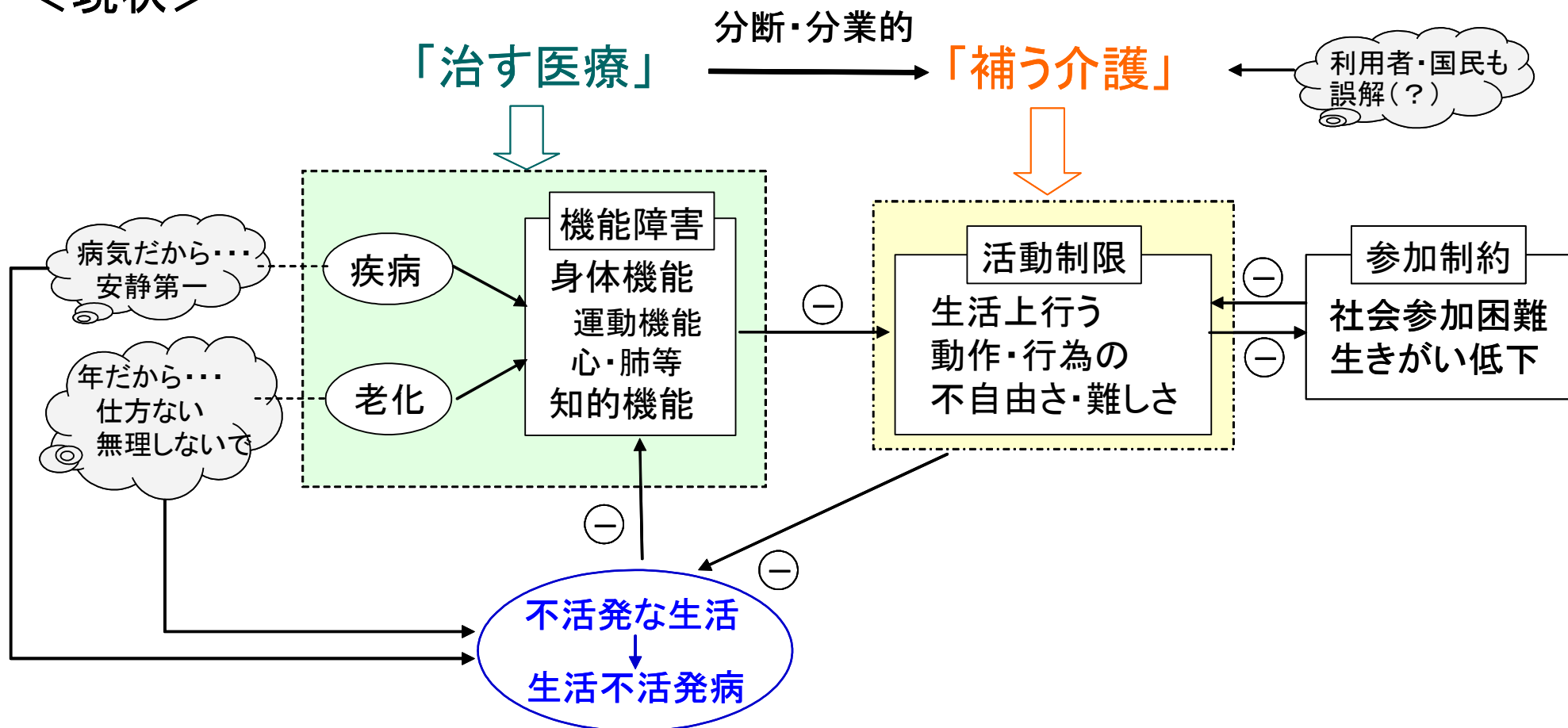


病気の発症・増悪の時の医療と介護の連携

— 生活不活発病予防・改善と「活動」低下への早急な対応 —



<現状>



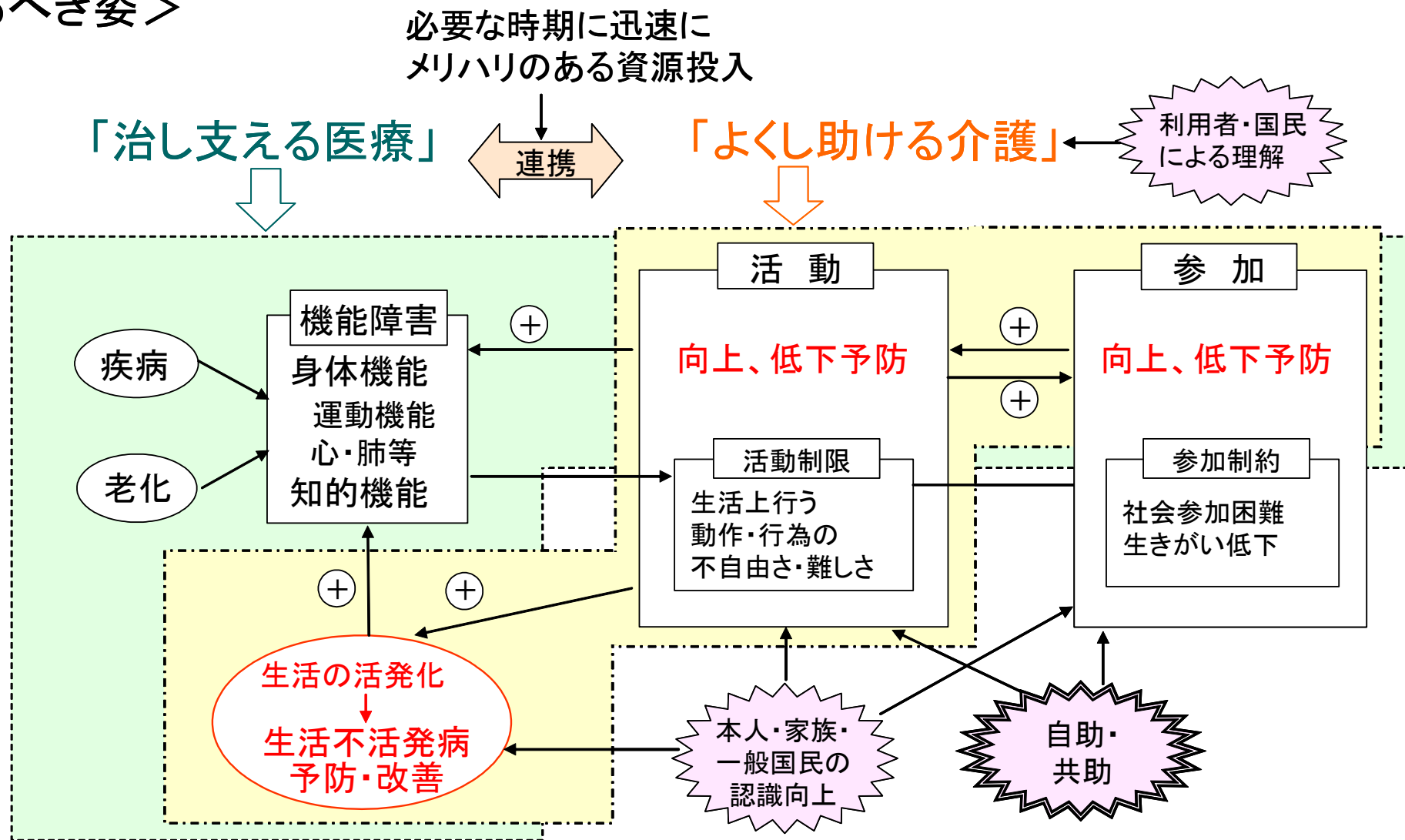
※活動制限：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為（活動）の困難。

※参加制約：人や社会との関係や役割を持ったり、楽しみや権利を実現すること（参加）の困難。

*生活機能：人が「生きる」ことの全体像、「心身機能・構造」「活動」「参加」の3つのレベルを統合したもの。

医療と介護：分断から共働へ（2）

<あるべき姿>



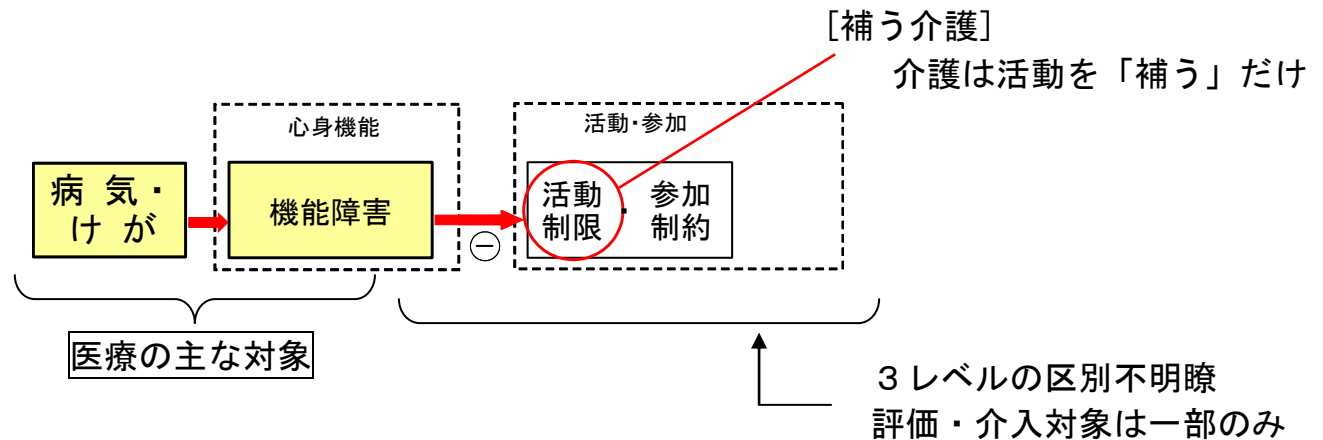
※活動：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為。すなわち、「参加」を実現するためのあらゆる動作・行為。

※参加：人や社会との関係や役割を持ったり、楽しみや権利を実現すること。

医学モデルから統合モデルへ

<医学モデル>

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

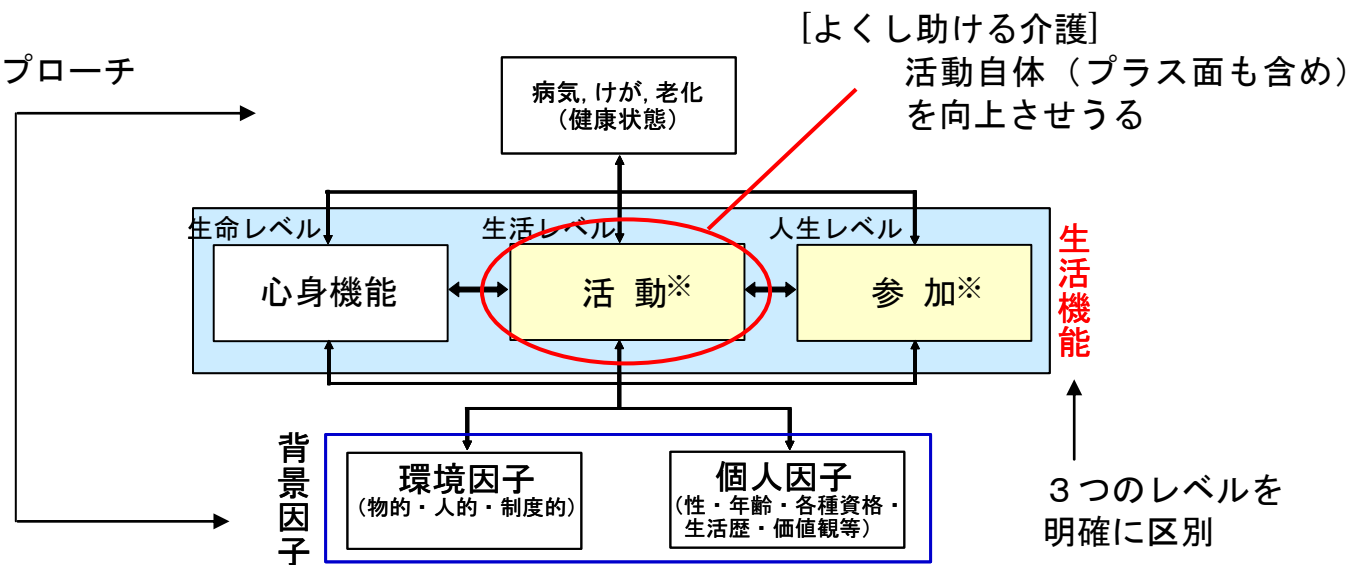


<統合モデル>

生活機能モデル

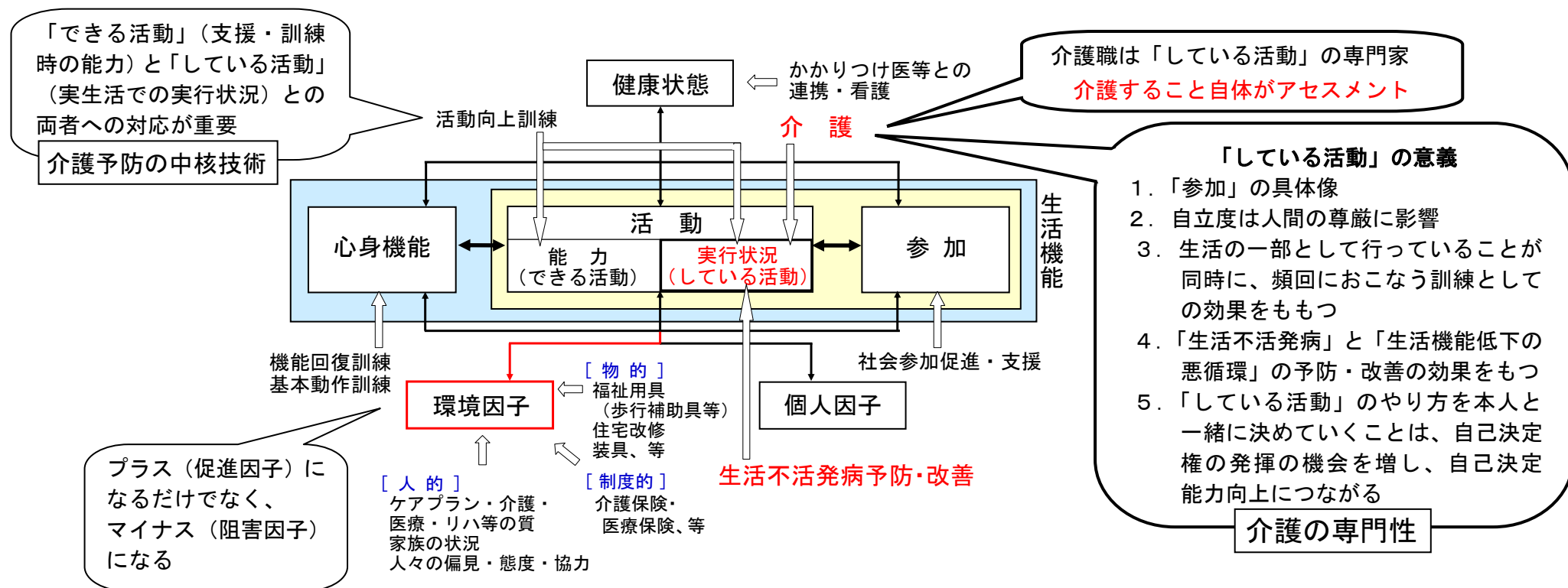
：分析にもとづいた統合に立つ総合的アプローチ

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



(ICF、WHO、2001)

統合モデルに立った介護の位置づけ



○ 各種介護（保健）サービス・自助・共助は「環境因子」

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

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

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