



## 目 次

●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	
・『ICFの基本と医療面への活用』	8
講師：大川 弥生	
社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会委員長	
独立行政法人国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部部长	
・『全人的医療に向けてのICF活用と期待』	20
講師：野中 博	
社団法人東京都医師会会長	
・『介護の面からICFの活用を考える ～医療機関と介護サービスとの連携を含めて～』	26
講師：舟田 伸司	
社団法人日本介護福祉士会 常任理事	
・『診療情報管理の面からICF活用を考える』	38
講師：高橋 勇二	
浜松市リハビリテーション病院 副院長	
・『患者から医療への期待をICFから考える』	40
講師：大日方 邦子	
株式会社電通パブリックリレーションズ シニアコンサルタント	
●ICFとは	42



## 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（国際統計分類）ネットワーク年次会合チュニス会議において、ICFを検討するFDRG（生活機能分類グループ）が設置されました。これを受けて、WHOの専門家会議において普及啓発、教育など活発な議論がなされており、目下、世界中の関係者から注目を集めています。我が国においても「疾病」と「生活機能」両面からの評価を可能とする共通言語として、その普及に向けて介護、リハビリテーション、医療連携等における具体的な研究や、活用事例の報告が行われてきました。

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

## 開催概要

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



# プログラム

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

12:00 **開場**

13:00-13:30 **開会挨拶**

伊澤 章 厚生労働省大臣官房統計情報部長

大井 利夫 一般社団法人日本病院会日本診療情報管理学会理事長

**世界保健機関（WHO）からのビデオレター**

ネナド・コスタンチェック

世界保健機関（WHO）分類・ターミノロジー・標準 技官

13:30-14:20 **ICFの基本と医療面への活用**

大川 弥生 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会委員長

（独立行政法人国立長寿医療研究センター 生活機能賦活研究部部長）

14:20-14:40 **休憩**

（ 座長：谷 伸悦 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室長 ）

14:40-16:30 **全人的医療に向けてのICF活用と期待**

野中 博 社団法人東京都医師会長

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

舟田 伸司 社団法人日本介護福祉士会 常任理事

**診療情報管理学の面からICF活用を考える**

高橋 勇二 浜松市リハビリテーション病院 副院長

**患者から医療への期待をICFから考える**

大日方 邦子 株式会社電通パブリックリレーションズ シニアコンサルタント

16:30-16:50 **質疑応答**

16:50-17:00 **閉会挨拶**

谷 伸悦 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室長



## 講演者等プロフィール



**大川 弥生** (おおかわ・やよい)

独立行政法人国立長寿医療研究センター生活機能賦活研究部部長

.....  
医師、医学博士。

1982年より東京大学医学部にてリハビリテーション（リハ）医学を研修。  
以来、生活機能・障害構造論とその臨床実践応用、

特に生活機能向上プログラム・システムづくりの研究に携わる。

1997年より現職。ICFには前身のICIDH（国際障害分類、WHO, 1980）の  
フィールドトライアルから関与し、ICFへの改定作業に携わり、  
採択後は大規模生活機能実態調査を多数実施。



**野中 博** (のなか・ひろし)

社団法人 東京都医師会 会長

.....  
1972年東京医科大学卒業後、同年同大学内科学教室入局。

1985年野中医院を開業、1989年（社）浅草医師会長、

1990年医療法人社団博腎会野中医院開設。

2003年（社）東京都医師会副会長を務め、

翌年2004年（社）日本医師会常任理事を務める。

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

2008年社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会委員。

2011年より（社）東京都医師会長。2012年（社）日本医師会理事。



**舟田 伸司** (ふなだ・しんじ)

日本介護福祉士会 常任理事

.....  
1970年生まれ、富山県黒部市出身。

1990年黒部市介護老人保健施設カリエール開設と同時に入職。

介護主査として勤務しながら県内各所で介護講習、講演等も行っている。

「介護の現場は宝の山。自己満足では終わらせずに介護の楽しさを伝えたい」

20年間抱き続けた介護への熱い思いと「思考する」介護を信条に活動中。

日本介護福祉士会常任理事・富山県介護福祉士会副会長。

介護福祉士、介護支援専門員、介護技術講習主任指導者、保育士、

幼稚園教員2級など当該領域の資格多数。



**高橋 勇二** (たかはし・ゆうじ)

浜松市リハビリテーション病院副院長

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



**大日方 邦子** (おびなた・くにこ)

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

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



## I C F の基本と医療面への活用

講師：大川 弥生 (おおかわ・やよい) 独) 国立長寿医療研究センター 生活機能賦活研究部部長

### 講演概要



#### I. I C F の基本

1. I C F の基本概念
  - ・ 「生活機能」
  - ・ 生活機能モデル
2. 評価点

#### II. I C F の活用

1. I C F 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
    - ・ 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
  - 2) 当事者自身による活用：自己の問題の分析と希望の表出・自己決定権発揮のツールとして
  - 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



---

### Ⅲ. 医療への活用

#### 1. 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た
- 2) 介護保険など直接生活機能低下を対象とする制度ができてきた
- 3) 生活機能低下のある人に関与する新たな専門職が増加し、それらの人々や既存の職種とも連携し、チームを組む機会が増えた（介護福祉士、介護支援専門員、等）
- 4) これまでの専門家中心でなく、生活機能低下のある当事者（患者、利用者、その家族）の意思・要望・権利を尊重する、当事者中心の医療に向けた、国民一般を含めた大きな意識の変化

#### 2. 活用のポイント

「医学モデル」から「統合モデル」へ

「医学モデル」に医療側も、また当事者・国民一般もしばられていたことからの脱却

#### 3. ICF活用の具体例

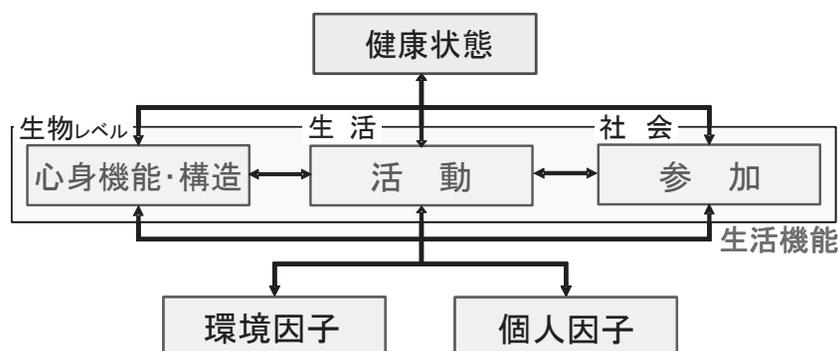
- 1) 個別事例における効果的プログラム：目標指向的アプローチ、目標指向的活動向上プログラム
- 2) 患者自身の希望・目標整理のツールとして
- 3) 統計ツールとして、等



## ICFの基本と医療面への活用

大川弥生 (独)国立長寿医療研究センター  
生活機能賦活研究部 部長  
E-mail [okawa@ncgg.go.jp](mailto:okawa@ncgg.go.jp)  
<コピー・引用の場合はご連絡下さい>

図1. 生活機能モデル ( ICF・WHO、2001) <sup>1)~4)</sup>



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

矢印はこれらが互いに影響しあうことを示します

- 1) 大川弥生 : 「よくする介護」を实践するための ICF の理解と活用 : 目標指向的介護に立って. 中央法規出版, 2009.
- 2) 大川弥生 : 生活機能とは何か ; ICF : 国際生活機能分類の理解と活用. 東京大学出版会, 2007 ( ICF の分類法としての分類項目、評価点、生活機能整理シートについても述べている )
- 3) 大川弥生 : 新しいリハビリテーション ; 人間「復権」への挑戦. 講談社現代新書、講談社, 2004. (事例にそって ICF の活用法を述べている)
- 4) 大川弥生 : 介護保険サービスとリハビリテーション ; ICF に立った自立支援の理念と技法. 中央法規出版, 2004.
- 5) 上田敏、鶴見和子、大川弥生 : 回生を生きる ; 本当のリハビリテーションに出会って. 三輪書店, 2007
- 6) 上田敏、大川弥生 : リハビリテーション医学大辞典. 医歯薬出版, 1996



## ICF : 「生きることの全体像」についての「共通言語」

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

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

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

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

### < ICFの特徴 >

#### 1) 「生きる」ことの全ての側面をとらえる「生活機能」(図2、表1)

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

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

#### 2) 生活機能の中に障害を位置づける(図2)

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

#### 3) 「健康状態」、「環境因子」と「個人因子」

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

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

#### 4) 相互の関係性を重視

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

#### 5) 「統合モデル」

ICFはある特定の要素や関係性のみを重視するのではなく、以上に述べてきた観点から一人ひとりの「人が生きること」全体をとらえるものです。新しい「統合モデル」といえます。



図2. 生活機能と障害<sup>1) 4)</sup>  
 —両者の3レベル間の関係(大川)—

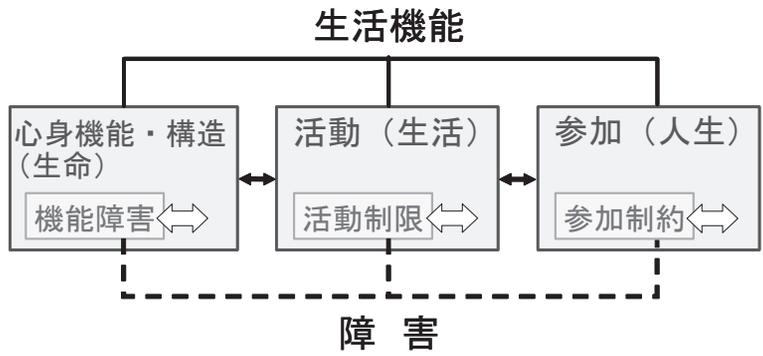


表1. 生活機能の各レベルの特徴(大川)<sup>1) 4)</sup>

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

図3. 生活機能の3つのレベル(大川、2004)<sup>1) 3) 4)</sup>

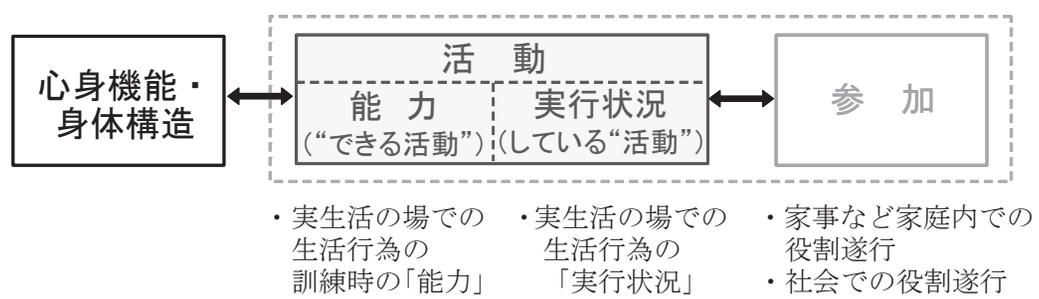




図4. 目標指向的アプローチ (大川) 1) 4)

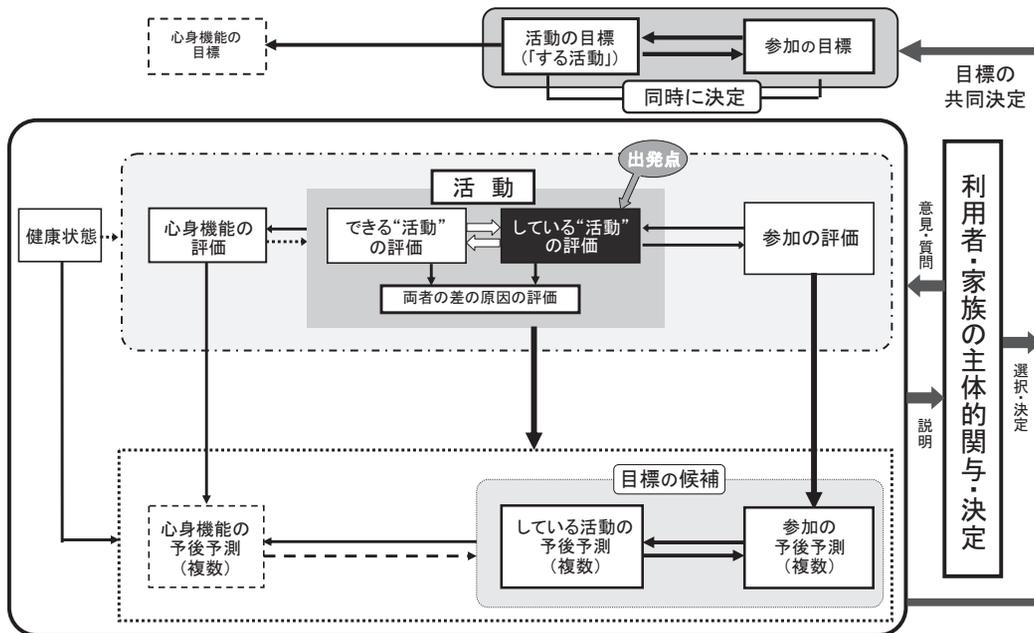


図5. 目標指向的活動向上のための働きかけ (大川・上田) 1) 3) 4)

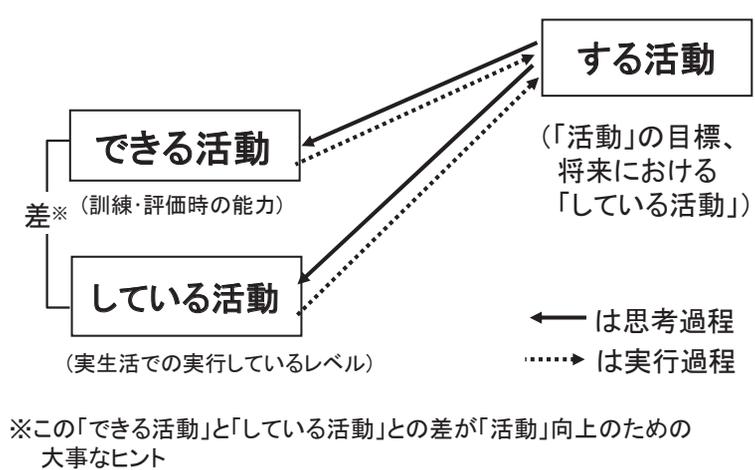
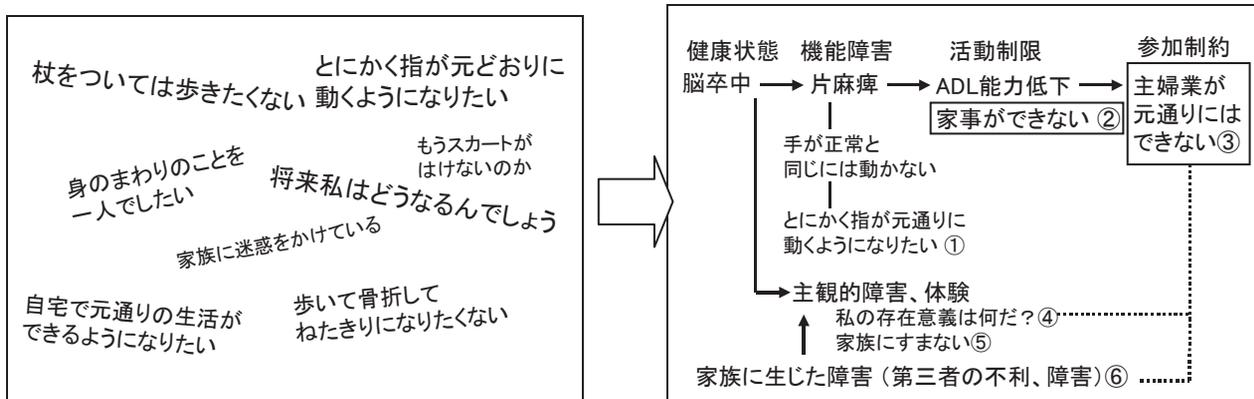
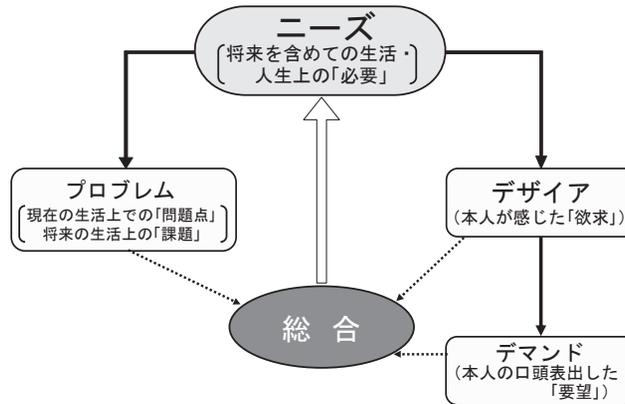




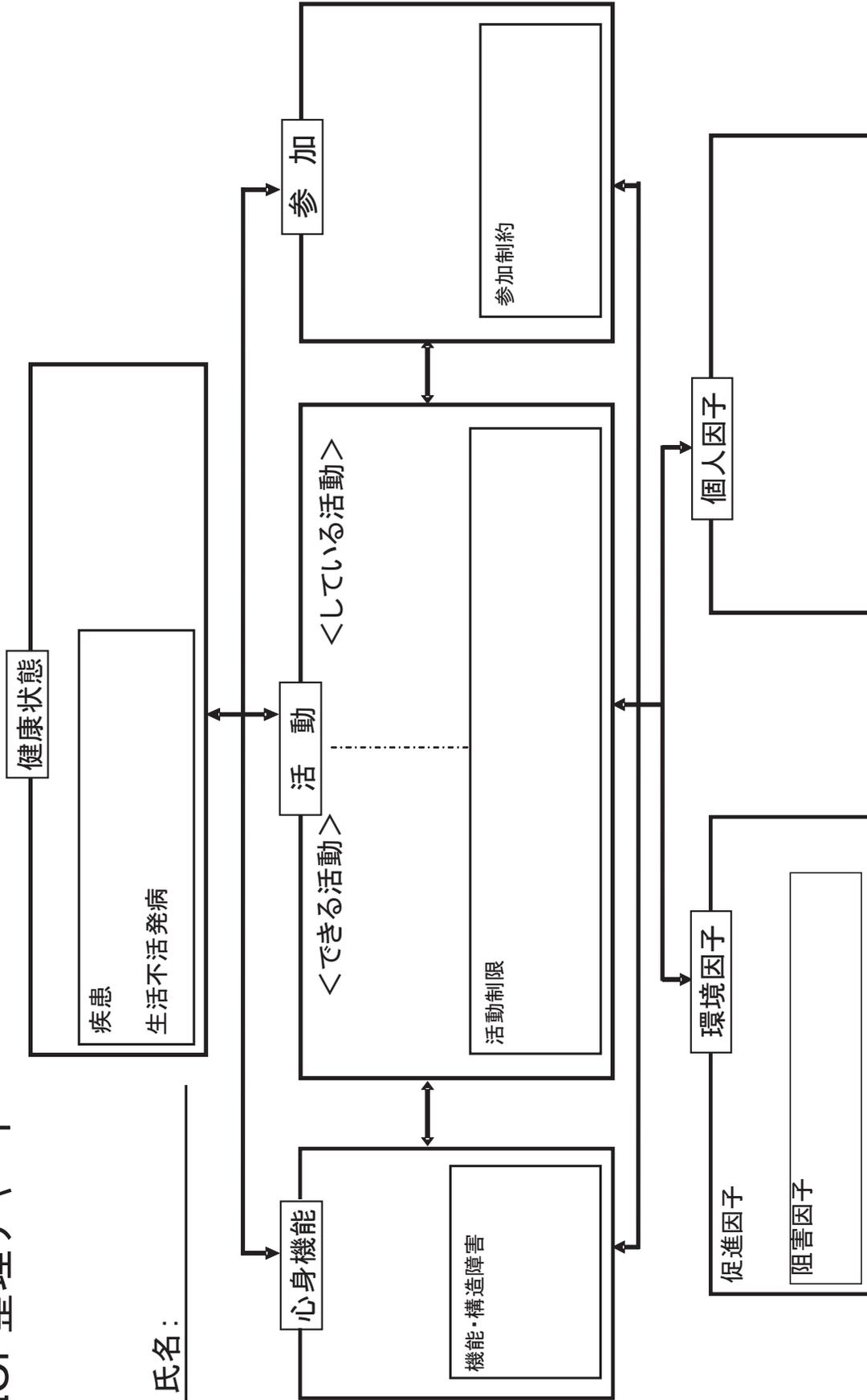
図6. ニーズとは何か、それをどうとらえるか (大川) <sup>1)</sup>



新しいリハビリテーション—人間「復権」への挑戦—講談社(現代新書) 第7章



# ICF整理チャート<sup>2)</sup>



出典：大川、2002

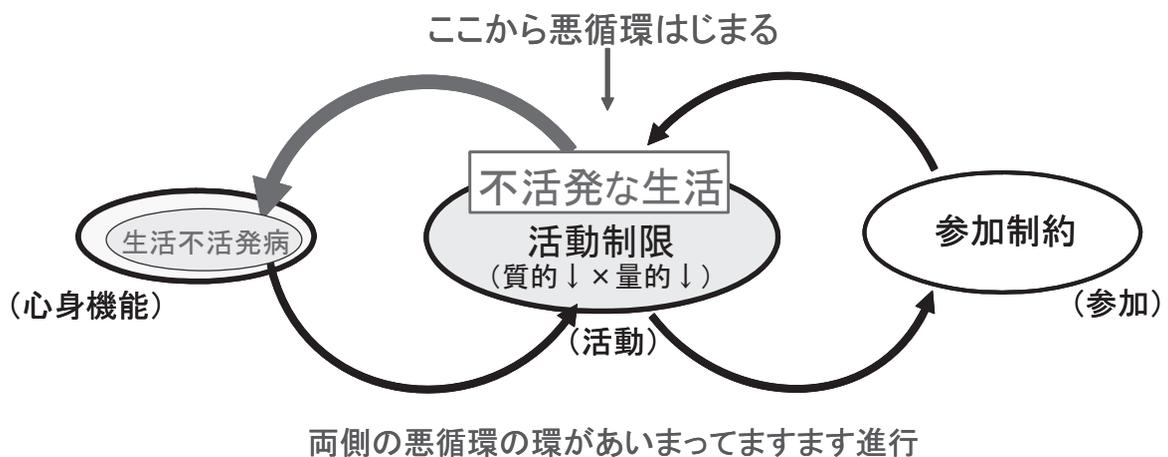


表2. ICF：活動と参加の大分類チェックリスト

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

(問題のある項目の□にレを入れる)  
(詳しくは、大川<sup>2)</sup> 参照)

図7. 生活不活発病と生活機能低下の悪循環



(詳細は、引用文献1) 4) 参照)



## 災害の新たな課題：防げたはずの生活機能低下

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

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

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

### I. 東日本大震災時の生活不活発病低下の実態

#### 南三陸町全町民生活機能調査

表 1. 震災後歩行困難出現し、7ヶ月時点でも回復していない人の割合 (65歳以上 回収率 90.1%)

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

#### <ポイント>

高齢者に生活不活発病による生活機能低下が多く発生している。

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

主な原因：生活不活発病

「生活の不活発化」の理由：

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



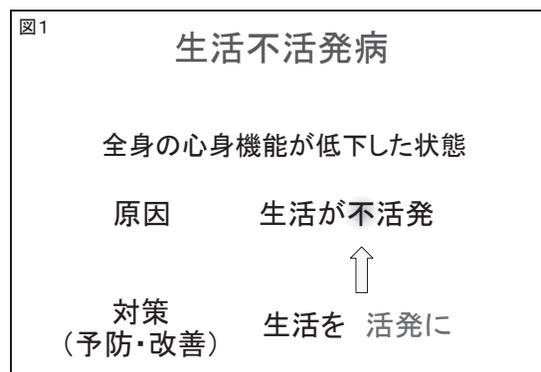
## II. 生活不活発病

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

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

### 1. 生活不活発病とは

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



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

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

### 2. 生活不活発病の症状：日常生活上の動作の不自由が早く出現

生活不活発病は、全身のあらゆる機能が低下するものです。

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

### 3. 予防が大事：一日の生活全体を活発に

生活不活発病は予防できるし、一旦起こっても回復させることができるものです。

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

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

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



### Ⅲ. 特別な配慮が必要な人

災害時には「特別な配慮を必要とする人」\*が非常にたくさんおられます。

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

災害の時は、更にそうなりやすいと思って接していく必要があります。

「災害時要援護者」の他にも様々な配慮が必要な人がいることに注意が必要です。

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

#### 1. 「病気」と「生活機能」の両面からの配慮を

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

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

#### 2. 予防の重視

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

#### 3. 本来の能力を発揮していただける配慮を

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

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

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

#### A. 健康状態(病気・ケガ)について 配慮が必要な状態

##### I. 災害発生前から、健康状態上管理が必要な場合

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

##### II-1. 災害でケガをした場合

##### II-2. 災害を契機に新たな病気が発生、顕在化する場合

- ・PTSD
- ・アルコール依存症 等

##### Ⅲ. 災害を契機とした疾患出現の「予防」が必要な場合

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

#### B. 生活機能面について配慮が必要な状態

##### I. 日常生活活動低下

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

##### II. 要素的活動低下

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

覚えるには・・・

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



## 全人的医療に向けての ICF 活用と期待

講師：野中 博 (のなか・ひろし) 社団法人 東京都医師会 会長

### 講演概要

.....

医学の進歩は著しく、以前には克服できなかった疾病や障害への治療は可能となった状況でもあるが、残念ながらまだまだ克服できない疾病や障害もあり、それらに対応する医療・介護・福祉のあり方がより望まれる状況でもある。

たとえ病気や障害を抱えても、住み慣れた地域で自分らしく生活する為には、残っている「心身機能」そして日常生活の「活動」や社会への「参加」に働きかけて、生活機能の向上や生活環境の改善等により活動制限や社会への参加制限を減らす事により、本人の生活を支えるが重要であり、この過程において ICF の視点は大切にしたい。

内科医として大学病院で慢性腎不全の治療方法である人工透析療法に携わり、その後地域で開業し現在も透析療法を実施する診療所で活動している。この間、多くの患者さんの治療を通じて、患者さんの社会復帰における医療の役割について体験した。その体験から「治す医療」と共に「支える医療」の重要性を学んだ。また、開業後に在宅医療も経験したが、そこでも同様に「治す医療」と共に「支える医療」の重要性を体験した。人工透析患者と在宅療養患者からの体験からの「治す医療」と「支える医療」について報告し、これからの地域包括ケアにおける医療のあり方について述べる。



第3回ICFシンポジウム

# 全人的医療に向けての ICF活用と期待

2012年12月13日

東京都医師会長

野中 博

## 透析医療から学んだ事

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



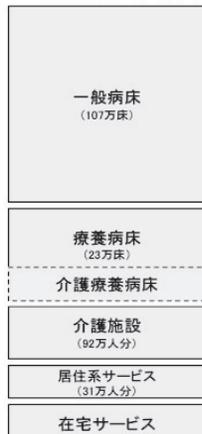
・ **治す医療 (EBM)**  
evidence based medicine

・ **支える医療 (NBM)**  
narrative based medicine

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

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

【2011(H23)年】



- 【取組の方向性】
- 入院医療の機能分化・強化と連携
    - ・ 急性期への医療資源集中投入
    - ・ 亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
  - 在宅医療の充実
    - ・ 看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
    - ・ 訪問看護等の計画的整備 等
  - 在宅介護の充実
    - ・ 地域包括ケア体制の整備
    - ・ ケアマネジメント機能の強化 等
- 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し
- 基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

- 【患者・利用者の方々】
- ・ 病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
  - ・ 医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



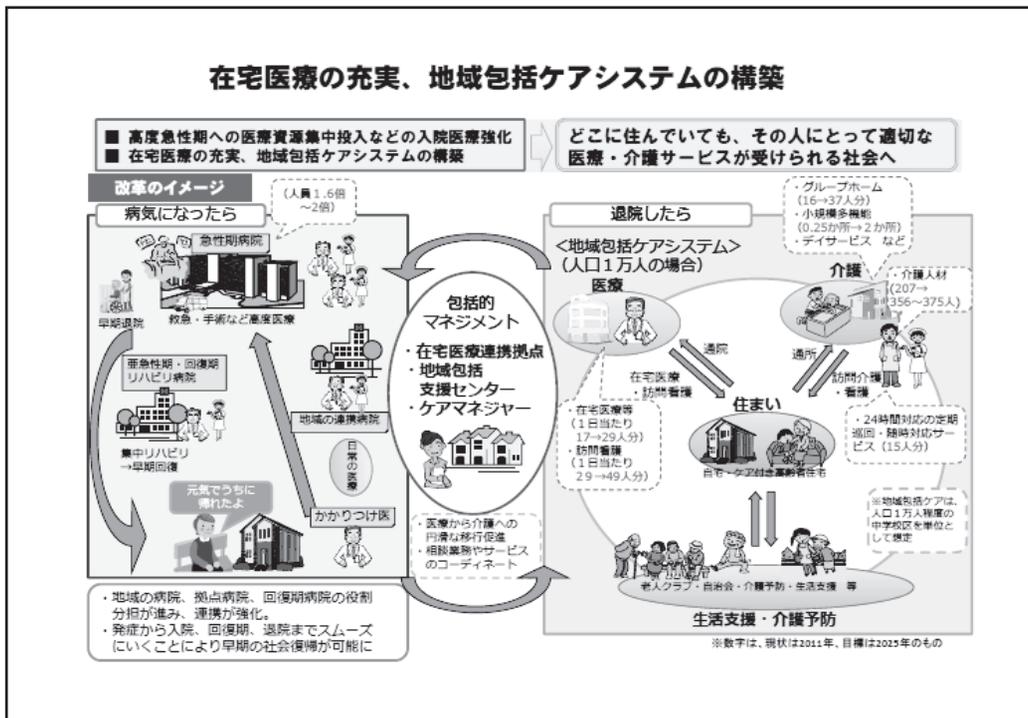
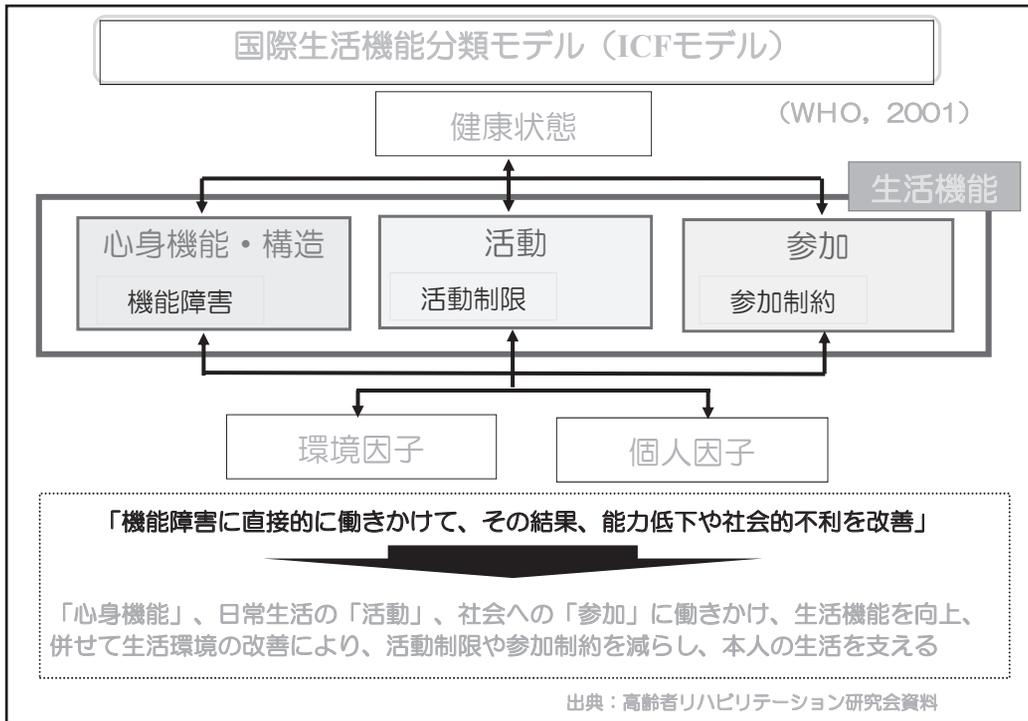
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資



# 地域の生活者の 人生・生涯を支える

1. 人工透析患者の場合

2. 在宅療養者の場合



• ICF • International Classification of Functioning, Disability and Health





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

講師：舟田 伸司 (ふなだ しんじ) 日本介護福祉士会 常任理事

### 講演概要



#### 1.はじめに

介護福祉士は複雑高度な生活課題をもち、多様な価値観や生活文化、ライフスタイル等、生活背景の異なる人々の理解に努めながら、望む暮らしを支える、多機能的な考え方が出来る専門職です。そして、その様な専門職の一員として『真の当事者中心』を理念とした ICF の活用により、他の各専門職とのスキル相乗効果で「プラスがプラスを生む」ような、相互依存性のある他職種協働によるチームケアができた時、そこにこそ「生活不活発」・「生活機能」改善を重視した、真のチームワークをもった働きかけが生まれるものと考えます。そこにはいったいどんな新機軸が必要なののでしょうか?今回は介護の現場であったエピソード提供を通して、皆さんと一緒に考察するという『良質のエピソード』の共有ができればと思います。

#### 2.ICF 介護現場における介護福祉士の役割

～「助けるだけの介護」から「よくする介護」へ～

生活の現場で当事者(利用者)と共に、より多くの時間を共有する専門職の 1 つが介護福祉士です。活動レベルの『している活動の専門職』として発揮できる能力、そしてそのチャンスは多くなります。

「している活動」と「できる活動」その差の比較から「する活動」へ。その実現に向けての良性の促進因子となるパートナーシップを意識した関わり、そして生活での何気ない普段の会話から個人因子を深く理解し、何より「参加」向上の重視を目標とし実践していくわけです。

「活動」は「参加」の具体像であり、「活動」は「心身機能」の総和です。その相互依存性と相対的独立性を常に考え、よくする介護の専門職として、活動のバラエティー(同じ活動項目の行い方の多種多様性)を増やし関わっていく。そこには、分析能力や介護技術の応用力向上、そして十把一絡げ介護からの脱却等わくわくする様な ICF テイストが味わえます。質の高い介護は当事者だけでなくチーム間での感動と喜びの共有にもなります。

#### 3.介護現場のエピソード

Episode1:命が助かったらそこで役割は終了?!

Episode2:患者や利用者を人質にしない

Episode3:座れることで片手が空く。その片手に可能性をみいだす。



Episode4:これがインフォームド・コオペレーション?

Episode5:運転がしたい脳出血右片麻痺当事者とそれを支える担当医

Episode6:介護度が高いと ICF は使えない?

Episode7:している活動の専門家

Episode8:人間に戻れた!~自立度は人間の尊厳を守る~

Episode9:自発的行動には納得と自己決定が必要

#### 4.他職種協働によるチームケア

~ICF を本当の意味での共通言語へ~

自立支援に向け、インフォームド・コオペレーションを根底に、ICF を共通言語としてすすめる他職種協働連携の重要性はいうまでもありません。

専門職だからこそ見えるものがあり、そして専門職だからこそ、それを解決できる知識と技術があるわけです。そんな専門職が集まればそれは高度な対応ができる…と考えられますが、そんなに簡単なものではありません。

例えば 1 つの要因として『権威勾配』のある他職種協働の世界であることも否定できないのではないのでしょうか。その改善には、各専門職が自己の専門性を自己覚知し、助言を求めあい、援助関係を適切に維持し、自身の考え方に幅を持たせるよう日頃から意識的に様々な他職種の考え方に触れておく必要があると考えます。今回のように「ICF について方向性を持った検索をする」という良質のエピソードを共有し、現象学的考察を意識し、共通理解を生み出していくという事も必要でしょう。

国民の幸福の原点は健康であり、言うまでもなくその健康とは心身ともに、そして社会的に健康であることです。社会性の生き物である人間にとって社会の中で共生することこそが健康です。医療の現場で命を救い、その次には必ず尊厳のある暮らし(自立することは尊厳を守る)への展開があることを再度他職種間で思い返すことも必要ではないでしょうか?

ICF の現場それぞれ種類に応じてその役割もあります。ICF の実用化ができる様な病院・施設基準への制度改革も必要と思います。

最後に、今後も ICF の活用のための課題と対策を明確化し、ICF の実用化を推し進めるためにも、他職種間での良質のエピソード体験の共有と好循環を強く望みます。



## 「日本介護福祉士会倫理綱領」

### ～前文～

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

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

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



## 当事者の自己決定と専門家の役割

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

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

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

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

## 自分の生活の主役は自分

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



誰のために…

何のために…

## 「助けるだけの介護」から 「よくする介護」へ

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

「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用 P12



## 「活動」は「参加」の具体像

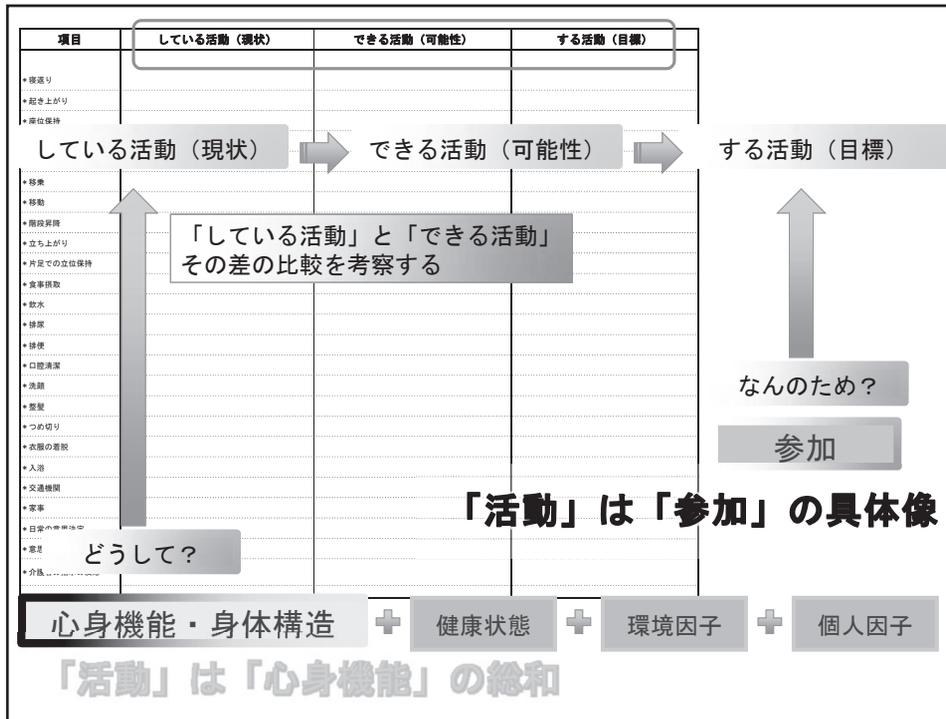
- ❖ 参加と活動のセット
- ❖ 「参加」…社会や家庭での役割を果たす事
- ❖ 「参加」は1日中の1つひとつの生活行為（「活動」）の積み重ね

「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用（大川弥生著） P47

## 「活動」は「心身機能」の総和

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

「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用（大川弥生著） P49



## 「している活動」の意義

- ① 「参加」の具体像
- ② 自立度は人間としての尊厳に影響する (遠慮・依存・干渉)
- ③ 「活動」が「心身機能」へ影響する
- ④ 生活の一部として行っていることが同時に、頻回に行う訓練としての効果を持つ
- ⑤ 「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」の予防・改善の効果を持つ
- ⑥ 「している活動」のやり方を本人と一緒に決めていく事は、自己決定権の発揮の機会を増し、自己決定能力向上となる
- ⑦ 目標を達成するための大事なステップ

「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用 P50



**わたしというわたし**

足が痛くて困ってるの  
歩けるようになりたいわ

お正月には玄関にいつもお華を掛けて飾っていたわ

甘いものには目がないの  
たまには大福でも食べたいわ

三軒隣のみっちゃん元気かしら？

食欲がないわ

夫はとても素敵だったのよ

村の運動会ではいつも一番選手だったのよ

活花を習ってたのよ

長男は東京の大学を出て銀行の支店長なの自慢の息子よ

孫にもたまには会いたいわ  
お年玉もあげたいの

本当はね…体操をしたくない時もあるのでも職員さんに気兼ねで言えないわ

氷川清が大好きなの

## 専門職としての バラエティーを増やす

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





## 「よくする介護」の基本的な考え方

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

「よくする介護」を実践するための ICF の理解と活用 P70～71

## 介護福祉士は臨床の省察家

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

**\* だからこそ情報の客観性が重要**

（誰もが理解できる＝インフォームド・コオペレーション）



## 介護現場のエピソード

### Episode1：命が助かったらそこで役割は終了？！

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

### Episode2：患者や利用者を人質にしない

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

### Episode3：座れる事で片手があく。その片手に可能性発見

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

## 介護現場のエピソード

### Episode4：これがインフォームド・コオペレーション？

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

### Episode5：運転がしたい当事者とそれを支える担当医

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

### Episode6：介護度が高いとICFは使えない？

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



## 介護現場のエピソード

### Episode7：している活動の専門家

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

### Episode8：人間に戻れた！～自立度は人間の尊厳を守る～

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

### Episode9：自発的行動には納得と自己決定が必要

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

## 他職種協働

～真のチームワークに向けて～



## 求められる介護福祉士像

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

### [これからの介護福祉士の人材養成における目標]

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

## ICFの活用と実用化に向けて

各専門職が自己の専門性を自己覚知する

医療から介護への連携で同じ絵を見る

（命の継続から生活の継続へ）

ICFの現場それぞれ種類に応じた役割分担それを支える制度改革

ICFの活用のための課題と対策の明確化

他職種間でのICF良質のエピソード体験の共有と好循環を



## 診療情報管理の面から ICF 活用を考える

講師：高橋 勇二 (たかはし ゆうじ) 浜松市リハビリテーション病院副院長

### 講演概要

ICF の実用化に向けた課題と対策について、診療情報管理学の面及び回復期リハビリテーション病院の現状から、考察する。特に、「誰がどこに記録するか」ということに焦点をあてて考えてみたい。

ICF のコーディング情報は、患者さんの状態を表したものである。病院においては、診療情報に含まれ、診療情報管理士がこれを管理することとなる。現在、診療情報管理士が行っているコーディングは、ICD-10 (International Classification of Diseases and related Health Problems, Tenth Revision) による疾病分類及び DPC-PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) による診断群分類が主である。これらは、医師による診療録や看護記録、検査結果、診療行為の記録などの情報から、ほとんどはコーディング可能である。しかし、ICF のコーディングとなると、実際に患者さんに接して評価しないと困難のように思われる。診療情報管理士は、直接患者さんに接することはほとんどないため、その評価は不可能であるが、ICF コーディングを意識した詳細な記録があれば、そこからコーディングすることは可能かもしれない。

では、実際の病院においては誰がコーディングを行うのが効率的であろうか。

- ① 看護師がコーディングを行い、看護記録に記載する。
- ② リハビリ療法士がコーディングを行い、リハビリテーション記録に記載する。
- ③ ICF コーディング用のチェックリストを用いて看護師・療法士らが評価表を作成し、その評価表を元に診療情報管理士がコーディングを行い、ICF コーディング表を完成させる。

これらについて、どのような問題があるか、回復期リハビリテーション病院で実際に検証してみても報告する。





## 患者から医療への期待を ICF から考える

講師：大日方 邦子（おびなた・くにこ） 株式会社電通パブリックリレーションズ シニアコンサルタント

### 講演概要

患者から見たとき、とりわけ複数の選択肢が考えられる治療を受ける場合、医師とのコミュニケーションは極めて重要なものとなる。今回は一患者としてのわたくし自身の最近の経験を実例としながら、一つの治療過程を ICF 的な視点でとらえていくことにしたい。このことが、ICF を医療現場で実践的に使うための一助になることを期待している。

私自身は、医療現場に患者として関わる機会は平均よりもだいぶ多く、医療関係者とのコミュニケーションについては、ICF を知る以前から必要に迫られ、さまざまに工夫してきた。今回は 2008 年に経験した右肩関節手術とリハビリテーションを事例として提示する。

前提としてまず、個人のプロフィールを「心身機能・構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」の視点からごく簡単に紹介したい。

私は 3 歳の時の交通事故外傷により、「心身機能・構造」としては右足を膝上から切断、左足股関節・膝関節拘縮、足関節強直という状況にある。義足、杖、手動車いす、さらに手動装置付きの自家用車などの「環境因子」をフルに活用しながら、入浴・食事・排泄等の生活基本動作全般は完全自立し、企業で働いている。また、20 歳のころから本格的に始めたアルペンスキー競技でパラリンピックに 5 回連続出場、通算 10 個のメダルを獲得した。パラリンピック選手として世界の舞台で活動することは私の人生にとって大きな意義を持つものであり、「参加」の中でもとりわけ重要度が高い。10 年以上前にスキーを通じて出会った夫と二人で都内のマンションで生活している。

こうした状況の中、2008 年 2 月にスキー競技中に右肩を脱臼し、医療を受けることとなった。リハビリによる温存治療か手術をするかを決めるところから、まず ICF 的視点は有用だった。治療方針を決めるにあたり、専門家である医師とのコミュニケーションにあたり、もっとも大切にしたいのが「目標設定」をしっかりと共有することであった。



.....

当時のわたくしにとって最も大切な「参加」は「2010年3月に開催されるバンクーバー・パラリンピックに出場する」ということであり、これが治療するうえでの明確なゴールとなった。医師からは複数の治療方針とそれぞれの治療期間、後遺症等のリスクなどの医療的な情報を聞くことができ、私からはパラリンピック出場のために必要な競技復帰の時間的なリミットや、チェアスキー特有の身体動作と肩関節への負荷などの情報を伝えた。また、日常生活において特に右腕をどのように使っているかを伝えることで、手術後の入院期間の想定やリハビリ期間について、医師からは精度の高い見通しを聞くことができたと考えている。

自身の経験を振り返って考えてみると、ICF的な視点は医療の専門家だけでなく、当事者である患者自身が理解することもとても有益だと感じている。患者自身が自らの状況をICF的な視点で整理して考えることにより、自身を客観的に捉えることができるようになる。そして、医療関係者に対しても自身の「活動」「参加」に関するより具体的な情報提供が可能になる。その結果、医療関係者もまた患者に対して、より適切なアドバイスをすることができるようになるのではないだろうか。



## ● 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)<sup>(※)</sup> 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 が提示したものを扱い、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)

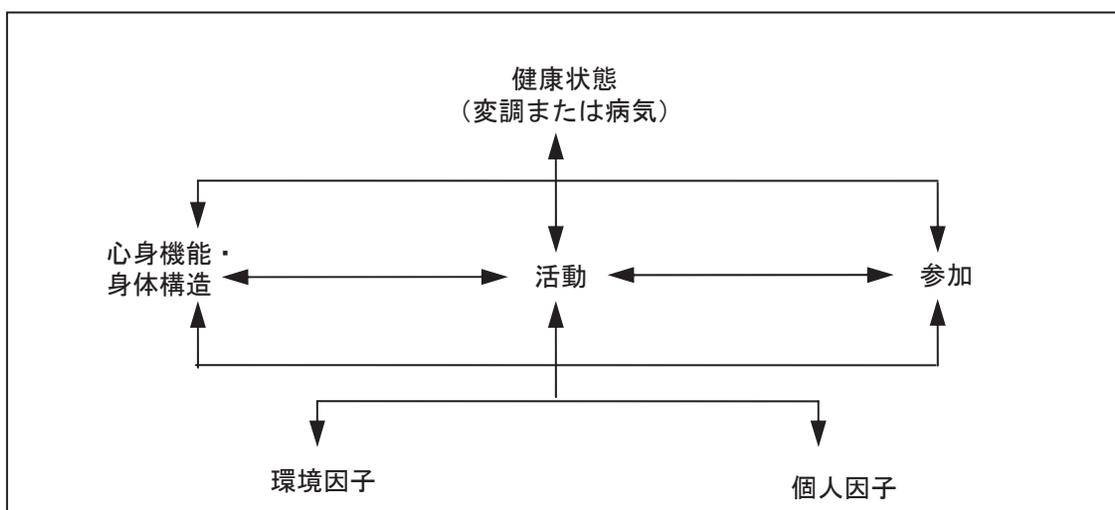
第 1 レベルの項目	a4	運動・移動
第 2 レベルの項目	a450	歩行
第 3 レベルの項目	a4501	長距離歩行

- 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。

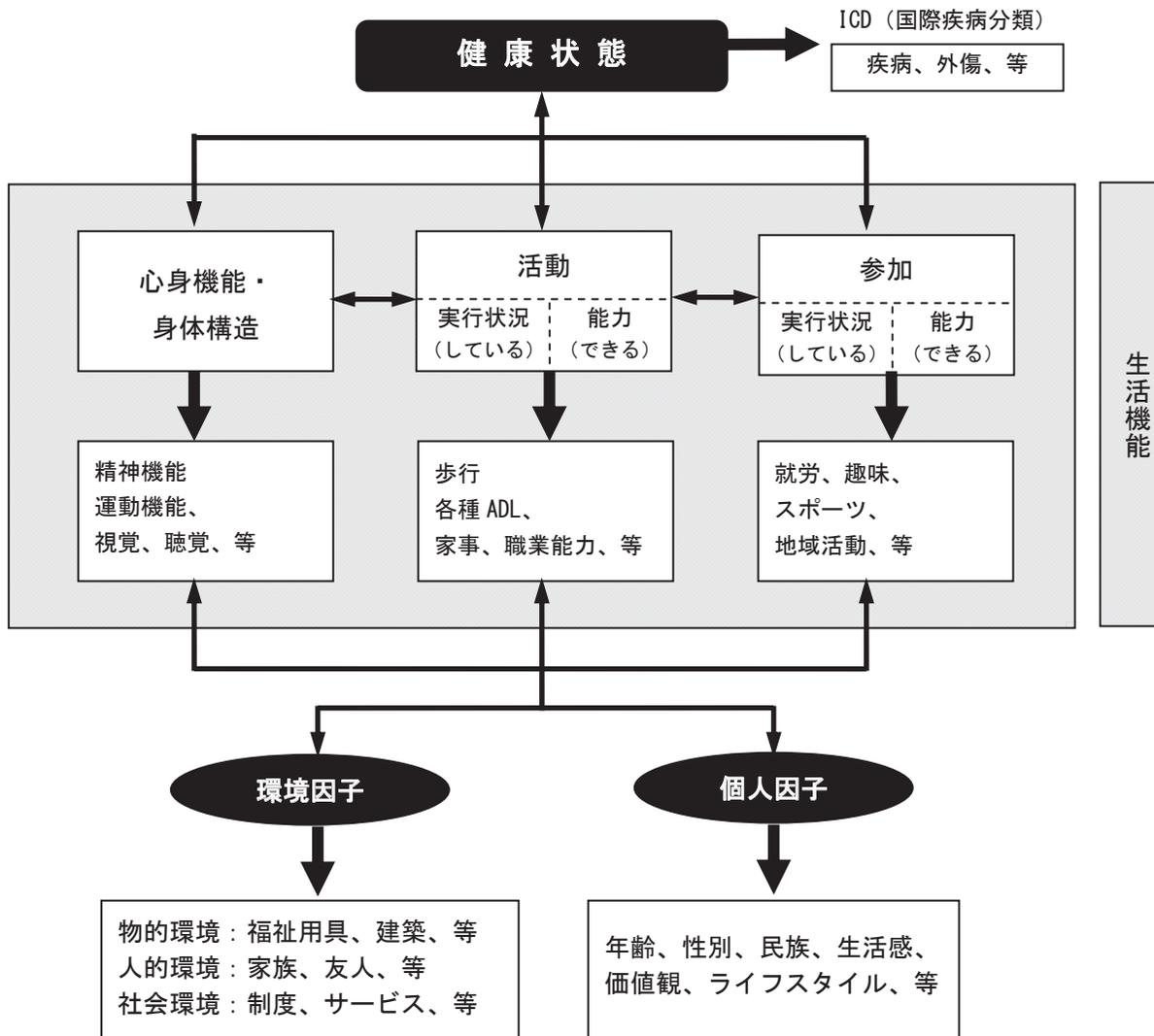
### 概念図



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

