

題名： 精神障害領域における ICF の活用に向けて

氏名： 安西信雄

(所属) 国立精神・神経センター病院 リハビリテーション部

要旨：

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）、治療への本人の主體的参画（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と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

地域包括支援センター職員研修

介護予防ケアマネジメント部分Ⅱ

有限責任中間法人
日本介護支援専門員協会
会長 木村隆次

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

介護予防ケアマネジメントとは

- ……要介護状態になることをできる限り予防するため、
- ・「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本に、
 - ・利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出す、
 - ・サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにする、
 - ・具体的な日常生活における行為について目標を明確にする、
 - ・セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画、
 - ・達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う

介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

<現行のケアマネジメントの問題点>

- ケアマネジメントにおけるサービス導入の目標設定が不適切
- サービス選択に当たっての他の代替的な手段の検討が不十分



結果的にサービス利用が目的となっているケアプランが策定される

<見直し後の介護予防ケアマネジメント>

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定
- 利用者を含め様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択



利用者の自立に向けた目標志向型プランの策定

<介護予防ケアマネジメントのポイント>

○ **目標の共有と利用者の主体的なサービス利用**

利用者とサービス提供者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要

○ **将来の改善の見込みに基づいたアセスメント**

個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要

○ **明確な目標設定をもった介護予防ケアプランづくり**

個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

介護予防ケアマネジメントの手順

1. アセスメント

- 生活機能低下の背景・原因および課題の分析



- ①基本チェックリストや基本情報、生活機能評価から情報把握(認定調査項目、主治医意見書も活用)
- ②対象者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析

2. 介護予防ケアプランの作成

- 目標、具体策、利用サービスなどの決定
- 家族やサービス提供担当者などと共通認識



- ①対象者及び家族と面接しながら、介護予防ケアプランの対象となる「目標、具体策」を決定
- ②家族やサービス提供担当者などとの共通認識を得る

3. サービス・事業提供



- ①事前アセスメント
- ②サービス・事業の実施
- ③事後アセスメント

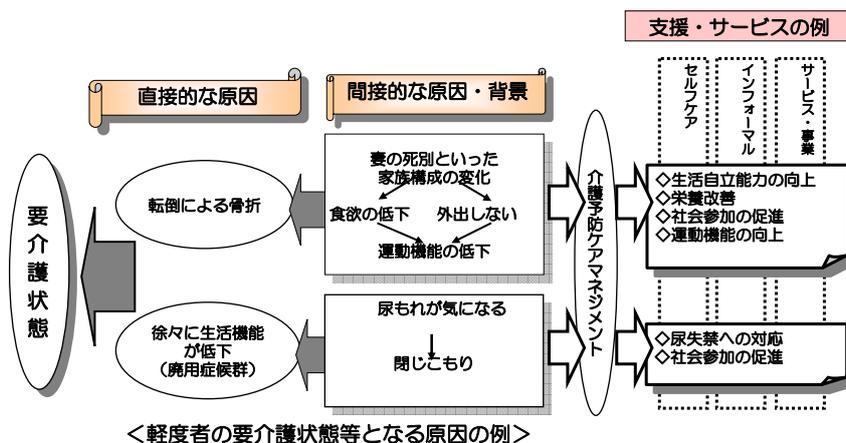
4. 評価

- ①事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行う。

アセスメントにあたってのポイント

- 1) 生活機能の低下の**原因や背景等の分析**を行い、各領域を越えた**根本的な問題や課題**を定めて支援ニーズを明らかにする
- 2) アセスメントの目的について、**利用者や家族へ十分に説明**して理解を得る
- 3) **目標とする生活のイメージを固める**のに必要な情報を引き出す
- 4) 利用者が**積極的な生活をイメージ**できるようにアプローチすることが重要
- 5) **利用者や家族との信頼関係**を早期に構築することが重要

直接的な原因・間接的な原因に着目した 介護予防ケアマネジメント

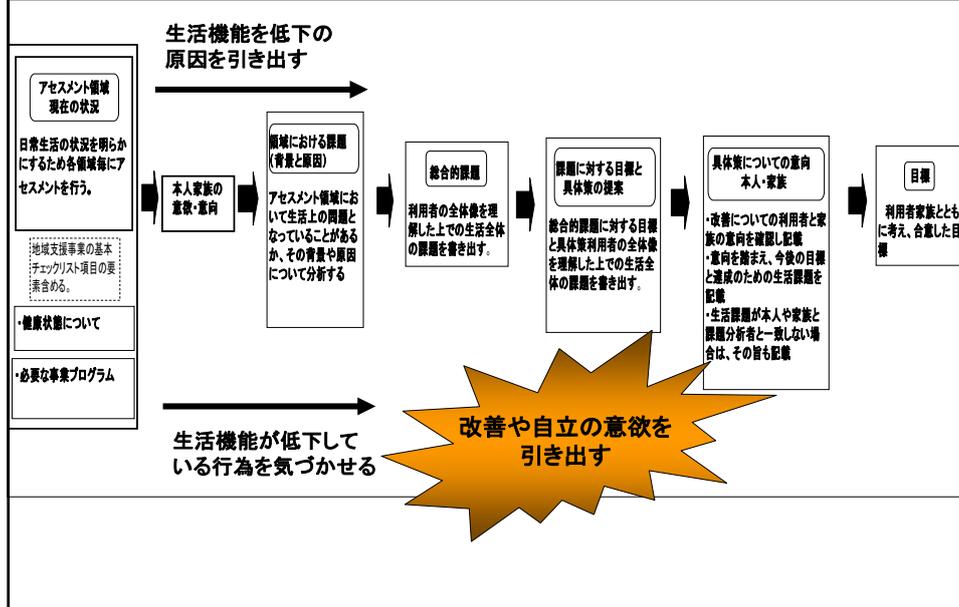


目標の設定

- まずは、専門的観点から提案
- 利用者・家族とのすり合わせ
- 「目標とする生活」の方向性と一致した目標
- 達成できること
- 一定期間で達成可能、価値観や好みを考慮
- 目標を達成することにより、達成感や自信をつける
- 目標をケアマネージャーだけでなく、サービス事業者も共有→**チームアプローチの基本**

NO. _____													
利用者の氏名		性別		誕生年月日 年 月 日		障害の有無期間 年 月 日～ 年 月 日		状態・種別・程度		認定種別・事業種別			
計画作成者氏名		依頼の場合、計画作成事業者・事業所名及び所在地(国県市)											
計画作成(作成)日 年 月 日		計画作成日 年 月 日		担当地域包括支援センター									
目標とする生活													
1日 _____ 1年 _____													
アセスメント領域と現在の状況		本人・家族の意向・意向	地域における課題(背景・環境)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
								目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
認知・移動について		□有 □無											
日常生活(日常生活)について		□有 □無											
社会参加、友人関係、コミュニティ参加について		□有 □無											
施設管理について		□有 □無											
健康状態について □生活習慣改善、健康結果、継続結果等を踏まえた重要点				【本実行プランの支援が実施できない場合】 家族や支援の実施に向けた方針				総合的方針:生活不満足度の改善・予防のポイント					
必要な支援プログラムの下部に○印をつけて下さい。				【意見】				計画に関する留意					
運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知機能予防	物忘れ予防	うつ予防	地域包括支援センター	【確認印】	上記計画について、同意いたします。	平成 年 月 日	氏名 _____	印 _____		

アセスメントの入り口から目標を立てるまでの流れ



運動・移動について

アセスメント領域と現在の状況

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。

日常生活(家庭生活)について長期の入院生活で体力が低下しており、自信もないため、近くのコンビニまでは買い物に行けるが、少し離れたスーパーまでは買い物に行けない。そのため、食べ物以外は、ほとんど娘に買ってきてもらっている。脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁は持つのが怖い。普段の食事はコンビニで買ったものを温めて食べている。掃除や洗濯は自分でやっている。

<「本人・家族の意欲・意向」欄>

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防ケアプランを立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

本人・家族の意欲・意向

(本人)もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻むのが難しいので障害があっても上手に調理できる方法があったら知りたい。自分で作るのが怖いから誰かそばにいて手伝ってほしい。

(娘)母は昔料理が上手だった。また、作れるようになるのと嬉しい。

<「領域における課題(背景・原因)」欄>

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印を付ける。

領域における課題(背景・原因)

■有 □無

右手のしびれや握力低下により、調理行為が困難な状態である。不安は大きいようだが、自分で作りたいという意欲はある。このまま、右手を使わないまましていると拘縮してしまう可能性もあるので、調理器具や調理方法を工夫することで、1人で調理をおこなえるようにする必要がある。

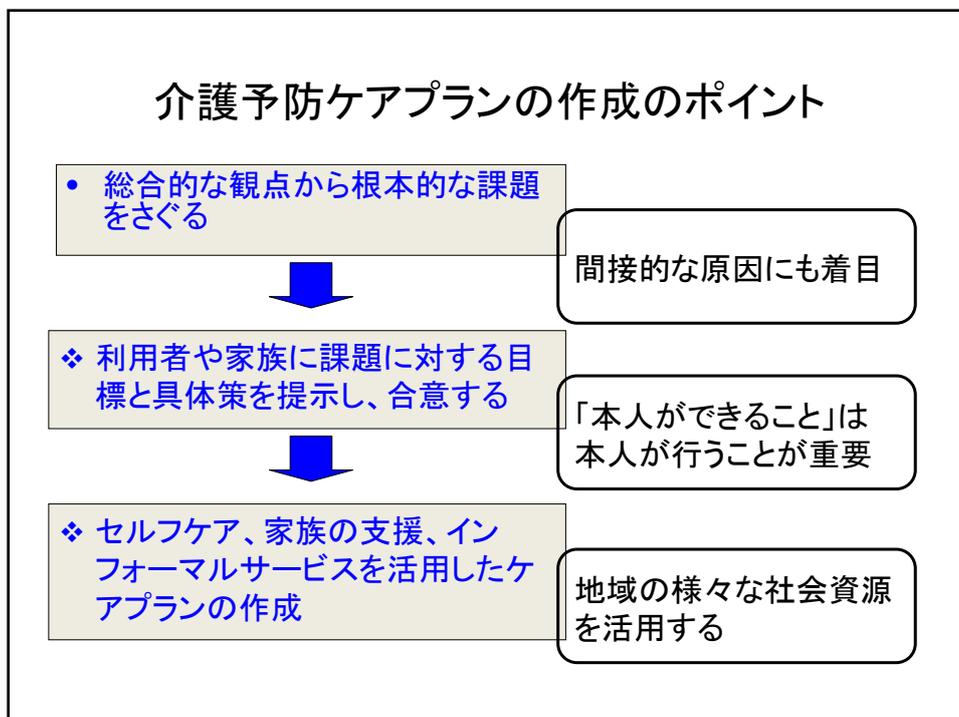
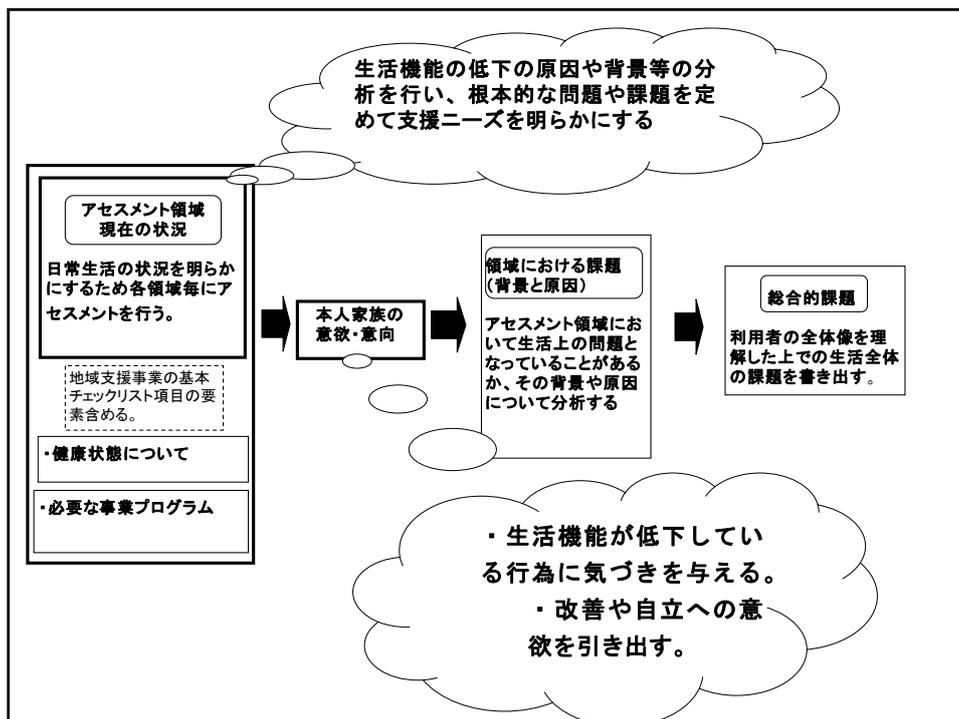
<「総合的課題」欄>

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、各課題共通の背景等を見つけて統合し、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付けておく。

総合的課題

1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。



「課題に対する目標と具体策の提案」欄

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。

この目標は、**利用者や家族に対して専門家として示す提案**である。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。また、具体策についても、特定高齢者施策や介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

具体的には、「〇〇が必要」「〇〇を行う」等と記載し、提案する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防ケアプランの目標と支援内容につながっていく。

総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案
1. 1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。	1 (目標) 自宅で週2回調理が行えるようになる。 (具体策) ①自分にあう調理器具・調理方法を見つける。 ②家族に料理を食べに来てもらう。 ③スーパーの宅配サービスを活用する

「具体策についての意向 本人・家族」欄

課題分析者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。例えば、**取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。**ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

具体策についての意向本人・家族

(本人)調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは心配。最初は誰かと一緒がいい。

(家族)がんばってほしい。おかあさんのおせち料理が食べたい。まだ、おかあさんの味を覚えてないから、また、料理を習いたい。

基本的には同意しているが、本人は不安があるようだ。

【例：合意が得られなかった場合】 具体策についての意向本人・家族

(本人)調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは無理。しばらくの間ヘルパーさんに来てもらいたい。

(家族)がんばってほしい。でも、危ないし、ヘルパーさんが来てくれた方が安心。

1人で調理することに対して、不安から誰かにしてもらいたいという気持ちが本人家族ともに強い。

右手を動かさないと拘縮が進み、細かい動きがとれなくなる可能性もある。できれば、早期から手を使うことは重要。自宅ではなく、施設などで練習するという段階を踏むのはどうか。

＜「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄＞

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」欄には、本人が自ら努力して行うことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄には、予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載する。例えば介護保険サービスを利用する場合には、介護保険サービスのように○印を付ける。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

介護予防ケアプランの作成方法 (支援計画に盛り込む内容)

○利用者のセルフケア

利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などは介護予防の最も重要な取り組み

○家族の支援、インフォーマルサービス

家族の支援や、近隣の住民からの支援は、利用者が友人や地域住民とのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサービスの支援者として記入

○介護保険サービスまたは地域支援事業の内容

生活機能低下を予防するために利用する介護予防事業や予防給付のサービス等を記入

予防給付のサービス選択に当たっての 主な留意事項

○通所系サービスの積極的な活用

通所系サービスを積極的に活用することによって、日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供する

○訪問介護利用上の留意点

「介護予防訪問介護」については、利用者のホームヘルパーへの依存関係を生みやすいことから注意が必要

○福祉用具利用上の留意点

福祉用具の利用にあたっては、自立支援を損ねるおそれもあることから、利用の妥当性、適合性を精査する

サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。当面の支援として記載した場合は、本来の支援を括弧書きの当面の支援の下に、本来の支援を記載する。

本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<p>(本人) 娘が帰省したときに自宅で1人で調理する 教室で習った献立を家でも作ってみる。 (家族)母親の作った料理を食べに、帰省する(時間があれば見守る)。 (地域)近所の人に、買い物をさそってもらう。スーパーの宅配サービスを使う。</p> <p>自立支援の観点からセルフケア等から検討していく。</p>	<p>(介護保険サービス) 障害にあわせた調理器具や調理方法について、情報提供、訓練する。</p>	<p>介護予防通所リハビリテーション</p>	<p>Tセンター</p>	<p>平成〇〇年〇〇月〇日～平成〇〇年〇〇月〇日</p>