

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]

比較的最近はじめ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てるため、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]