

ICF では、3 つのレベルに影響を与える背景因子 [環境因子、個人因子] を導入することによって、個別的な対応を可能にする。つまり機能障害や構造障害だけではなく活動や参加を制限するような阻害因子も含めて障害とする立場をとるため、個別的な対応、個人の尊重は ICF の考え方の重要な位置になる。この個々の主観が生活機能や障害といった客観的側面と相互に作用する。

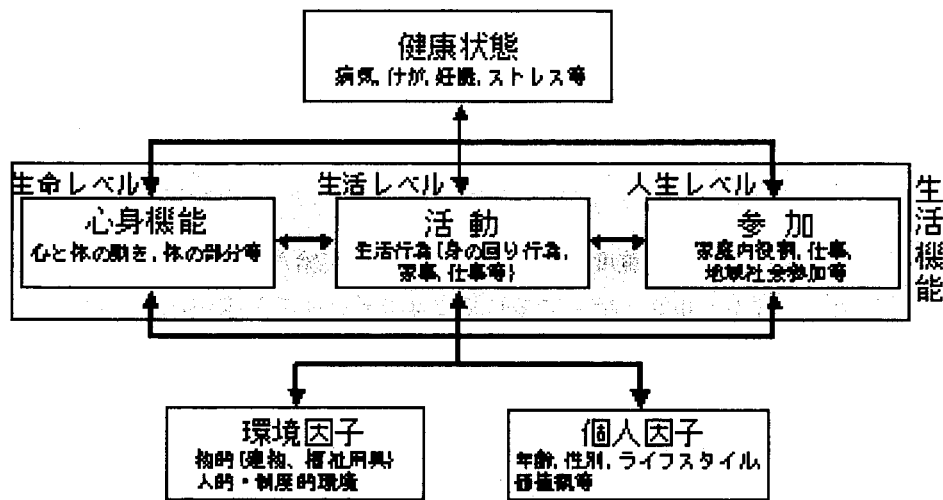


図 13 生活機能モデル

2. 現在の活用場面と課題

ICF における生活機能とは、3つの階層構造を統合したものとする考え方が重要であるが、今日まで生活機能は心身機能を中心とした客観的な側面を重点的に取上げてきた経緯がある。ICF では、客観的側面と相互作用する主観的側面を取り入れなければ効果がない。医学モデルを基本とする基底還元論的アプローチによる心身機能の見方や、社会モデルの社会的環境因子によって生活機能が全て決まるかのような見方に偏重することは、ICF モデル内の各レベルの相互依存性を無視し、生活機能モデル図で表した際の双方向の矢印を無視した取り組みと言える。また多職種が協力して連携する際に、それぞれの専門分野以外の介入をしない・させないという分立的分業アプローチも効果がない。

「生活機能分類の活用に向けて (案)」²⁾ では、ICFの活用により期待できる効果として以下の3点を挙げている。

- 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もつことができる。
- 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質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。

また社会保障審議会統計分化学会生活機能分類専門委員会では「活動」と「参加」を評価する目的及びその利活用の在り方として、

- ① 統計における活用
 - ② 異なる職種間における共通の言語としての活用
 - ③ 個人の、生活機能の変化の把握（異なる時点での対象の変化の把握）
- を検討している。

③に示されたようにこれまで焦点を向けられてきた生活機能（心身機能、活動、参加）と相互作用する個（主観的）の側面を包含した取組みが求められる。

3. ICF の正しい活用方法

ICF は個々人の主観的側面を含めた統合された全体像として生活機能を捉えることが欠かせないと言える。図 14 に示すように、生活機能や障害（客観）と相互に作用し互いに大きな影響を与える主観的側面（主観的体験）は、個別化した働きかけにおいて重要となる。

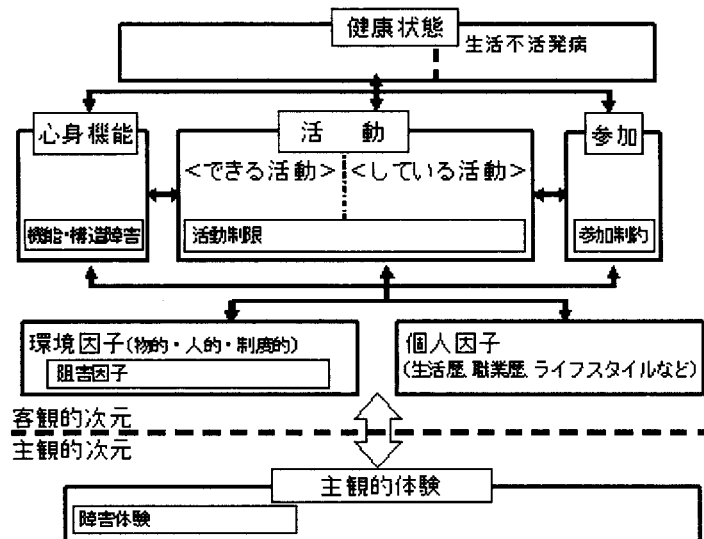


図 14 ICF 整理シート

個別性を考えた場合、「心身機能」、「健康状態」だけを見た場合、内容が共通する例も多いが、「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」を考えた場合、1人として同じ人はおらず、ICFの個への対応、個の尊重が非常に重要となる。

生活機能モデルの基本的性格は統合された全体が大前提ではあるものの、以下では特に「活動と参加」、「環境因子」、「個人因子」について、実例に基づいた生活支援を挙げる。

事例1：独居＋全身麻痺＋人工呼吸器＋胃瘻の筋萎縮性側索硬化症60歳代女性の生活支援例

活動と参加		
第1章	学習と知識の応用	医者、看護師等の話を集中して聞いている。
第2章	一般的な課題と要求	意思伝達装置を使つての要望や意見を述べる（カニューレが当って痛い等）
第3章	コミュニケーション	パソコンにて会話、yes、noは瞬きで文章は意思伝達装置を使用
第4章	運動・移動	定期的にヘルパー付き添いで外出、PCの操作
第5章	セルフケア	流動食にて栄養補給。定期マッサージ
第6章	家庭生活	ベッド上での生活中心
第7章	対人関係	医者、看護師、入浴サービス、家族、医学生、研修医、ボランティア等
第8章	主要な生活領域	カニューレ事故抜去時の対応指導に協力、人工呼吸器の勉強会に協力
第9章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	定期的にヘルパー付き添いで外出
環境因子		
第1章	生産品と用具	人工呼吸器、胃瘻、カニューレ、尿カテ、人工鼻、他医薬品等、医師伝達にパソコンも使用
第2章	自然環境と人間がもたらした環境変化	自宅をバリアフリーに改築
第3章	支援と関係	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の支援、医者の往診、看護師の訪問、ヘルパーによる介護、調剤薬局による薬剤の配達、入浴サービス、在宅マッサージ、 ・皮膚疾患について近医の皮膚科 Dr による往診依頼、 ・呼吸器に不調がある際にはメーカー担当者が駆けつけて対応、 ・月1回は訪問歯科による口腔ケア
第4章	態度	患者会の仲間との出会い（数々の支援）
第5章	サービス・制度・政策	身体障害者自立支援法、介護保険、特定疾患・臨床調査、学生ボランティアによる介護 医療費受給者証、福祉サービス受給者証
個人因子		
		<ul style="list-style-type: none"> ・前向きで気丈な性格 ・長女・次女の結婚に伴い自ら独居をする。 ・同疾患の仲間との出会い、関係構築

※ 図15 参照のこと

事例 2：脳死状態＋人工呼吸器＋胃瘻のミトコンドリア脳筋症 13 歳男児の生活支援例

活動と参加		
第 1 章	学習と知識の応用	絵本の読み聞かせ、MD プレーヤーで授業の様子を聞く
第 2 章	一般的な課題と要求	
第 3 章	コミュニケーション	
第 4 章	運動・移動	時折手足を動かす
第 5 章	セルフケア	白湯や流動食にて栄養補給
第 6 章	家庭生活	家族で川の字で寝ることが習慣、
第 7 章	対人関係	父、母、妹、医師、看護師、薬剤師、ヘルパー、入浴サービススタッフ等
第 8 章	主要な生活領域	自宅にて両親、妹と同居
第 9 章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	養護学校の教諭より授業の様子を録音してもらう
環境因子		
第 1 章	生產品と用具	人工呼吸器、胃瘻、カニューレ、医薬品等
第 2 章	自然環境と人間がもたらした環境変化	
第 3 章	支援と関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 父、母、妹のサポート、医師の定期往診、看護師の訪問、ヘルパーの訪問介護サービス、調剤薬局、入浴サービス、 ・ 夜は母、父が交代で看護、褥瘡防止の体位交換、呼吸器のトラブルが起こった際に対応できるよう、母はアンビューバックの使用の訓練、 ・ 30 分おきに聴診器で鼓動を確認、 ・ 体温低下にともない父母身体をさすったり、電気毛布、湯たんぽを使用し体温低下を防ぐ
第 4 章	態度	父母ともに交代で熱心に介護にあたる
第 5 章	サービス・制度・政策	医療・福祉関係者を一同に集めてケア会議を実施、情報共有と意思疎通、ヘルパーへ痰の吸引指導、訪問看護、介護の手配、公的助成制度活用（障害者自立支援法の適用等）
個人因子		
		家族で川の字で寝ることが習慣。 プールや風呂（温泉）を好んでいた。 機関車トーマスが好き

※ 図 16 参照のこと

ICF は多職種間での共通言語（人が生きることの全体像を捉えるための「ものの見方・考え方を関係者すべてが共通に持つこと」）であり、実際の使用にあたっては、患者が生活に復帰する際の退院時のカンファレンス等に用いることが有効である。また復帰後、療養者やその家族の生活に変化が生じた場合も、必要に応じて ICF を用いた生活支援体制の構築が可能となる（図 17）。

1) 仲村栄一、大川弥生、上田敏、丹羽真一「生活機能」向上をめざして－ICFの保健・医療・介護・福祉・行政での活用
 平成17年度厚生労働科学研究・研究推進事業 研究成果発表会
 障害保健福祉研究情報システムホームページ

<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/icf/nakamura/index.html>

2) 厚生労働省大臣官房統計情報部 生活機能分類の活用に向けて(案)－ICF(国際生活機能分類):活動と参加の評価点
 基準(暫定案)－

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0327-51-01.pdf>

独居+全身麻痺+人工呼吸器+胃瘻でも在宅生活の制度がある

	0:00	8:00	12:00	16:00	20:00	24:00
月	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	事業所① 介保			広域支援
火	広域支援 (前日より通し)	事業所① 支援	事業所① 介保	事業所① 支援	事業所② 支援 入浴車	広域支援
水	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援		事業所② 支援	事業所③ 介保	広域支援
木	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	広域支援 08:00 事業所① 支援	事業所② 支援	事業所③ 介保	広域支援
金	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	事業所① 介保	事業所① 支援	事業所④ 支援 入浴車	広域支援
土	広域支援 (前日より通し)	ボラン ティア	事業所④ 支援	事業所④ 介保		広域支援
日	広域支援 (前日より通し)	ボラン ティア	事業所④ 介保	事業所④ 支援		広域支援
凡例			身体障害者自立支援法	介護保険		
				ボランティア		

図 15

事例: **13歳 男児**
 病歴: 5歳: ミトコンドリア脳筋症・12歳で在宅療養
 経過: 5/19 集中治療室(ICU)自発呼吸なく人工呼吸器装着
 5/21 CT:全脳浮腫・副波:平坦・毒性脳幹反応:×

↓

“**臨床的脳死状態**”と言われる

しかし両親は「この世に存在していることを
 認めて欲しい!」と言った。

- 1) 単に「重度の障害者」である(生きることの全体)
- 2) 障害をあるがままに受け入れる(健康状態)
- 3) 障害を持ちながら生活する方法を考える(ICF)
- 4) ニヶ月在宅生活し最期を迎えた(環境・個人因子)
 (自立支援法190時間介護員+看護:8時間/日)
- 5) 五体不満足でOK。尊厳ある生だった。

図 16



行政発で見る ICF を活用したアセスメントについて

～ICF を活用したアセスメントシートを元に考える～

ICF を医療や介護の現場で実際に取り入れた場合はどのように活用されているのだろうか。実際に ICF を活用した自立支援に関するアセスメントシートを作成した調布市と NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会のアセスメントシートを参考にして、どのようにして活用されているかを考えた。

調布市の様式と NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会の様式 (H20 年度 老人保健事業増進等事業実績報告書掲載分) との比較

NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会の様式	調布市の様式
<ul style="list-style-type: none"> ●「生きることの困難」を「生活上の課題」として明確化するという視点で作成。 ●生活上の課題やニーズを ICF を活用したアセスメントに基づき明確化 ●実現可能な生活の目標を短期・長期と分けている。 ●一日の暮らし方を洗い出し、それに対する集患サービス計画表を作成 ●それに対する今後の課題やサービスの内容・種別・頻度・変化の提案を行なう。 ●サービスの実施期間を設け、定期的に見直しを行なっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ●基本情報シート（本人の病状、身体状況、服薬）では評価をしない。 ●ADL（日常生活動作）、IADL（手段的日常生活動作）を元にして心身機能・能力評価と情報の収集が主である。 ●利用者、家族の希望を聴取し、本人が目標とする生活を引き出す。 ●目標や希望の障害になる要因に対して、本人の希望を具体化するための環境などを調整。
<p>ICF の個人因子と環境因子に基づいて提供するサービス内容を計画、提案し、さらにその支援による変化も評価している。</p>	<p>個人の心身機能（ADL および IADL）に基づいての所見に特化し、その目標の具体化に向けての方法を提案。</p>

調布市のアセスメントシートは「ICF を活用」とされているが、実際の評価の軸になっているのは ADL 及び IADL である。つまり心身機能に関する評価が中心になっている。

心身的機能的な部分をプラス（+）もしくはマイナス（-）で評価

（+）は本人にとって良い状態もしくは好ましい状態。

(一) は本人にとって良くないもしくは好ましくない状態。

※ 本人の主観的評価。

且つ、単なる (+) (-) での評価ではなくその内容を文章にて記す。

本人の主観的情報を取り入れ、点数評価することなく、非常に理解しやすい形式ながらも心身の機能に着目したものが主になり「本人の希望する生き方」に対する問いかけが若干少なく感じられる。そのため、心身機能だけではない個人やその環境が必要としている具体的な支援内容などが洗い出されず埋もれてしまう可能性が高い。



つまり、本人がこれから
「どう生きたいか、どう暮らしたいか、どう生を全うしたいか」
ということが明確になりづらくなることが懸念される。

生き方の支援策を考える上で、これからは心身機能評価や
期間の長短にかかわらず

「個人の生き方」や「生を全うする」

ということの見極めが非常に大切になってくると考えられる。

ICFを活用したアセスメントの利点と課題

ICF は個人の生活の全体像を見渡し、制度や家族といった本人を取り巻く環境や、障害や疾病と直接つながっている本人の特性を含めた広い視野から、本人の生活機能を理解する視点をもたらすことができる。

また、生活の全体像をとらえられることにより各施設、各機関で連携の必然性が生じさらにICFが多職種間での共通言語としてのコミュニケーションツールになり得る。

それを踏まえ、今後行政等においてICFを取り入れた医療及び介護に関するアセスメントを行なうためには**ICFへの理解の共有化**を十分に図る必要性がある。

参考URL：「ICFを活用した自立支援のアセスメントの試案」

http://www.city.chofu.tokyo.jp/www/contents/1176118921017/index_p.html

表1 ICFを活用したアセスメント2 (「生きることの困難」を「生活上の課題」として明確化し、具体的な支援内容を相談します。)

様

新規 アセスメント表 記入日 年 月 日

	生活上の課題 (自立が促進されること・維持することができること)	必要だと考えられる具体的な支援内容 (原因と背景)	支援による変化 (予後予測)			誰が行う (支援者)	計画の有無
			改善する	維持する	改善・維持には該当しないが、ご本人の暮らしの支障として重要		
1			改善する	維持する	改善・維持には該当しないが、ご本人の暮らしの支障として重要	ご本人 ご家族 サービス その他 ()	有・無
2			改善する	維持する	改善・維持には該当しないが、ご本人の暮らしの支障として重要	ご本人 ご家族 サービス その他 ()	有・無



	課題に対するご本人・ご家族との相談結果 (または、計画に至らなかった理由)	説明日	年	月	日	立会者	ご本人	ご家族	その他 ()
	1								
2									



ご本人・ご家族との相談内容をふまえて在宅サービス計画書案を作成

作成年月日	年 月 日
担当名	

表2 居宅サービス計画書 (ICFを活用したアセスメントに基づき、生活上の課題をニーズとして明確化し、具外的な支援内容を調整します。)

より決めの細かい週計画は、別紙「週間サービス計画表(暮らしの予定表)」を用います。

計画作成年月日	年	月	日

利用者氏名 _____ 様

生活上の課題 (ニーズ)	実現可能な生活の目標				支援内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	x 1	サービス種別	x 2	頻度	期間
					(サービス内容) (本人や家族がしていること・ できていること)					
					(サービス内容) (本人や家族がしていること・ できていること)					

居宅サービス計画の内容に基づく支援実践期間	年 月 日 ~ 年 月 日
この居宅サービス計画は、 年 月に見直しの予定です。見直しの際には、「目標」に対して達成度評価をいたします。	

利用者名

様

週単位サービス計画表（暮らしの予定表）

作成年月日

年

月

日

	時間	1日の暮らし方	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	支障上の留意点など
深夜	4:00									
	6:00									
早朝	8:00									
	9:00									
午前	10:00									
	11:00									
	12:00									
	13:00									
午後	14:00									
	15:00									
	16:00									
	17:00									
	18:00									
夜間	19:00									
	20:00									
	22:00									
深夜	0:00									
	2:00									
	4:00									
週単位以外のサービス										

（NPO法人神奈川県介護支援専門員協会の様式を改編）

表3 ICFに基づいた、生活上の困難を軽減するために、担当者が一堂に会し、情報を共有します。

在宅サービス担当者会議 会議録

作成日

平成 年 月 日

利用者名

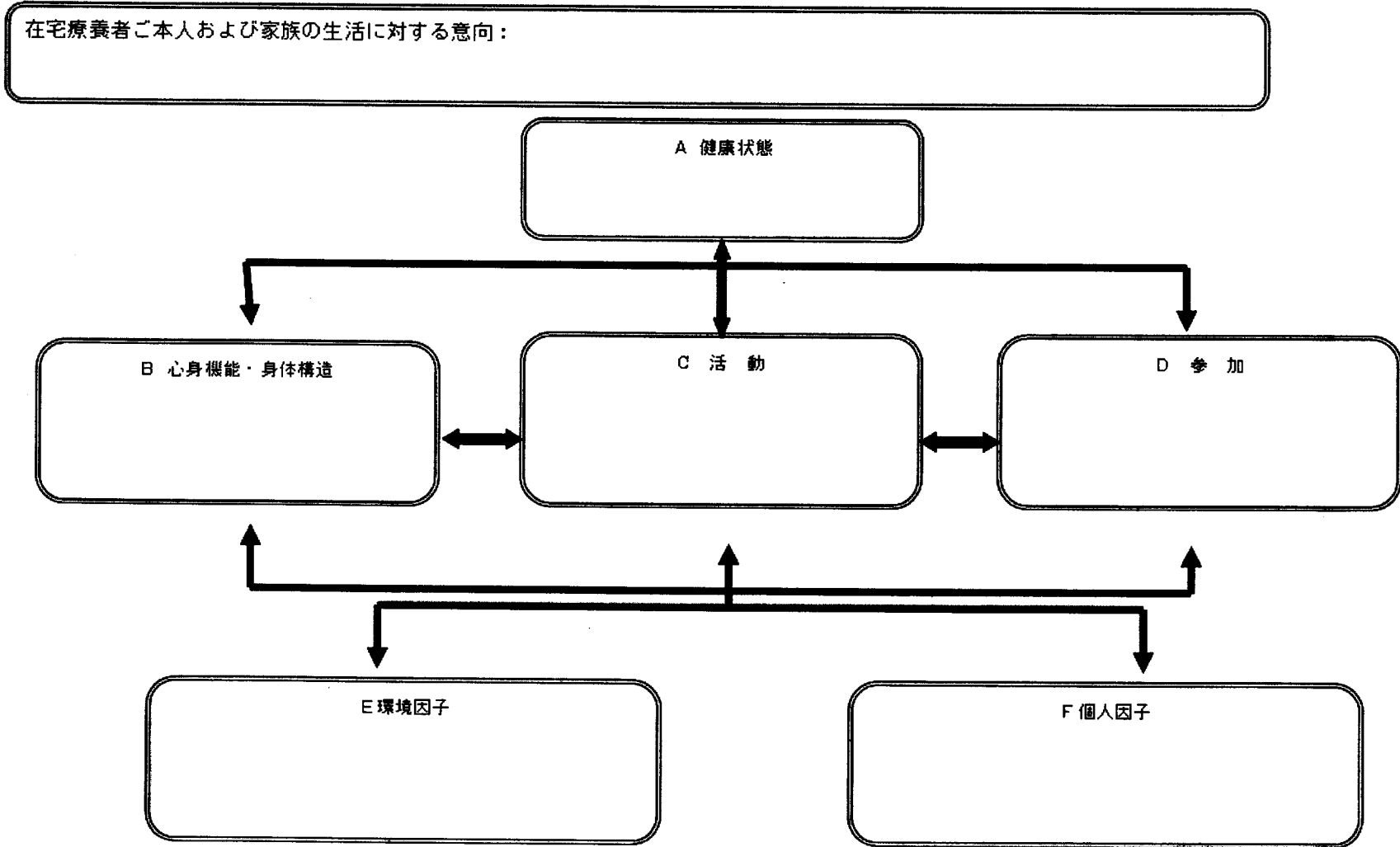
居宅サービス計画書作成者（担当者）

開催日時 平成 年 月 日 時 ~ 時迄
 開催場所
 開催回数

会議出席者	本人	参加 ・ 不参加	所属（職種）	氏 名
	家族	参加 ・ 不参加		
	ご家族氏名①			
	ご家族氏名②			
会議欠席者	所属（職種）	氏 名	サービス担当者に対する照会 (依頼)内容及び意見聴取	備考
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
検討項目	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書の検討・確定 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
検討内容 (意見等)	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書が合意 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
(次回開催 時期)				

(NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会の様式を改編)

図1 ICF(国際生活機能分類)を活用し、「生きることの困難」「生活上の課題」を明確化し、具体的な在宅ケアの計画を立て実践します。



【7章】まとめ

しかしながら、現状は理想には程遠いと言わざるを得ない。

つまり、

- ① しばしば信頼を築けない医師—患者関係があること
- ② 構成概念と実体を取り違え、用語の説明ができない医師
- ③ ICFに基づく生活機能を基本とした説明、心身機能・活動・参加の全体像である健康状態の説明、心身機能・活動・参加について環境因子・個人因子を組み入れた支援の提示のいずれもできない医師
- ④ 80%の医師が緩和ケアを知らない状況であること
- ⑤ 実際の具体的支援行動の説明ができない医師
- ⑥ ①～⑤のままに意思決定を迫られる患者
- ⑦ 不十分な説明に誘導された意思決定はもともと不完全であること
- ⑧ ⑦の元凶が自分にあることに気づかない医師
- ⑨ 自分の至らなさを法制化やマニュアルでしのごうとする医師
- ⑩ ①～⑨の原因のひとつは基底還元主義・要素還元主義に偏重した医学教育である可能性

等の問題が山積している。今日の終末期医療の問題の多くは医師自身にあるといっても過言ではないであろう。反省を望む。

高齢社会は、治らない人が多く住む国に変貌してゆく初期の課程である。

治らない身体を持ちながら「生きてよかった！」と話し合える、生きることの集大成を現出させるために、『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』及び本解説編を有効に利用していただきたいと切に願うものである。