

第1章 ICF（国際生活機能分類）とは何か

ICF（国際生活機能分類 以下ICF）は、障害の持つ持たざるに関わらず、すべての人を対象とした生活機能、生きることの全体を現すものであることは、すでにこれまでの先行して研究されている。またその実際の使い方は、医療、介護（ケアマネジメント）の中においてもすでに実践されている。時間的、空間的な差を超えた普遍的なものとして、ICFは大規模複合災害時の包括的支援のあり方を検討する上でもきわめて重要な視点であり、本研究事業の基幹をなす概念である。本章では先行研究を引用しながら、ICFとは何かを再度確認することとする。

（引用文献）

- ・平成21年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）終末期の生活者を支える相談支援マニュアル策定に関する研究 川島孝一郎（2010）
- ・平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と介護連携推進戦略に関する調査研究事業 川島孝一郎（2010）

1. 生活機能モデル

1) ICFの理念 《生活機能＝生きることの全体》

ICFの根底となる考え方に「生活機能モデル」がある。生活機能とは「心身機能・構造、活動、参加の全てを含む包括用語」⁵⁾と言い表すことができる。また大川（2007）は、ICFをすべての人についての「健康の構成要素に関する分類」とし、生活機能モデルを「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」と言い表している。したがって、生活機能モデルとは、疾病や障害の有無に関わらず、すべての人が生活の中で関る健康上のあらゆる問題について、共通した見方やとらえ方をすること、と言い換えることができる（図1-1）。

具体的に生活機能の3つレベルは以下の通りである。

〈心身機能・構造（生物レベル）〉

生命の維持に直接つながるもので「心身機能」と「身体構造」に分けられる

「心身機能」… 手足の動き、視覚・聴覚、内臓、精神等の機能面

「身体構造」… 指の関節、胃・腸、皮膚等の構造面

〈活動（生活レベル）〉

一連の動作からなる目的をもった個人が遂行する生活行動であり、日常生活動作以外にも職業的動作、余暇活動も含まれるため、文化的な生活、社会生活に必要な活動すべてを含む。

〈参加（人生レベル）〉

家庭内での役割を含め、社会的な役割を持って、それを果たすことである。地域組織の中でなんらかの役割をもち、文化的・政治的・宗教的など広い範囲にかかわる。

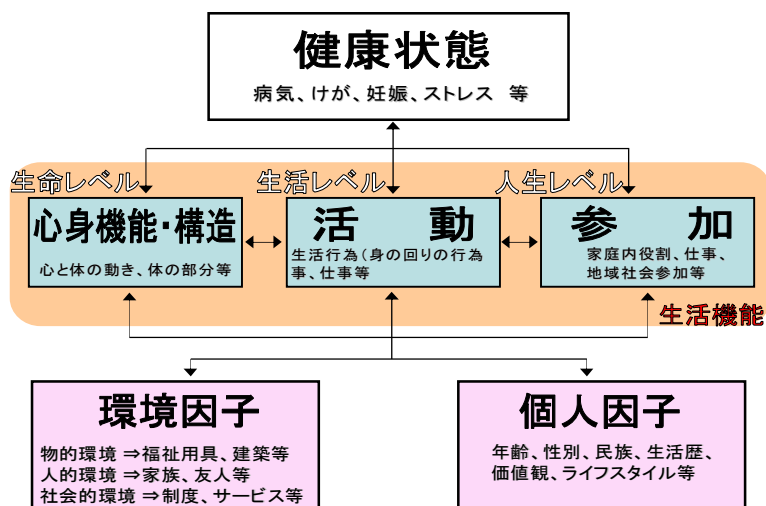


図1-1 生活機能モデル⁶⁾

生活機能モデルの重要なポイントは、

- ・ 生活機能の3つのレベル（①心身機能・構造、②活動、③参加）を常に偏ることなく全体として見ること。
- ・ 3つのレベルは①生命レベル、②生活レベル、③人生レベル、と言い換えることが可能であり、これらを総合的にとらえること。
- ・ 病気や障害をこれまでの「医学モデル（生物学的視点に立ったモデル）」と「社会モデル（社会環境的観点に立ったモデル）」と二分したとらえ方ではなく「統合モデル」としてとらえること。
- ・ 3つのレベル間には互いに影響しあう関係がある。一方それぞれのレベルの独自性もある。健康状態、環境因子、個人因子との間においても相互作用があること。
- ・ 生活機能全体やそれを構成する個別のレベルにおいても、全てをプラスの面からとらえること。
- ・ 共通言語とは、生活機能モデルに沿って「人が生きる」ことの全体像をとらえることであり、ものの見方・とらえ方を関係者（各専門家と本人・家族など）が共通にもつこと。
 - a) 専門家と当事者との間の「共通言語」、
 - b) 各種専門家の中の「共通言語」、
 - c) 各種サービスの間の「共通言語」

である。

2) 生活機能モデルを理解する際の注意点

実際にサービス提供がなされる場合、この3つのレベルに関するそれぞれの専門家が、自身の専門領域を中心にしたり、生活機能モデルのある部分だけに特化しがちであるため、注意が必要である。生活機能モデルを正しく理解せずに、ICFを単なる分類として捉えることは十分に意味を成さない。

包括概念としての生活機能（心身機能・構造、活動、参加）の3つのレベルはそれぞれ、その間に相互依存性と相対的独立性の両方がある。この2つの性質とは、生活機能モデルの各レベルが互いに影響しあうと同時に、状況によってそれぞれの独自性を維持することを意味しており、ICIDHのように生活機能低下の発生・進行の因果関係を示す単一方向のとらえ方ではない。

生活機能が低下する因果関係と、解決（生活機能を向上させるための働きかけ）のキープポイント、すなわち問題解決の突破口とが必ずしも一致するものでなく、一般的には別であることが多い。

2. 生活機能における活動・参加

生活と参加は非常に密接な関係があり、活動は参加の具体的な表れと言い換えることができる。生活をする上で支障となるもの（活動制限や参加制約の基となるもの）を的確な理解のうえに、改善の方向性が考えられる必要があり、病気や障害をもちながらも、日常生活の不自由さ、社会生活からの疎外感などを改善するためのアプローチをすることが重要となる⁶⁾。活動や参加に対する改善のアプローチによって、3つのレベルに相互作用が生じ、生活機能の向上に結びつく。

活動・参加（生活・人生）は1人ひとり異なったものであり、個性も関るため複雑なものである。心身機能が改善したことで、生活が向上するという単純なものではないため、その人の生活全体や人生を含めて考えていく必要がある（図1-2）。

ICFの中では、障害を主として社会が作り出した問題という視点で見ている。その点から活動・参加は、①個人の状況、②生活環境、③相互関係といった要素を見ることで理解することが可能であり、ICFの中ではこれを背景因子（環境因子、個人因子）としている。

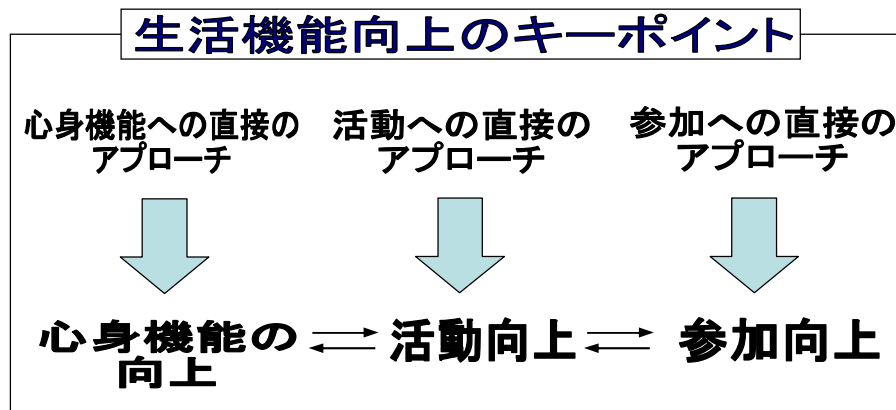


図 1-2 生活機能向上のためのアプローチと相互作用¹⁾ 改

3. 活動・参加と背景因子の相互作用

活動・参加はその背景となる因子（環境因子、個人因子）との相互作用によっても大きく変化する。それらはICFの生活機能モデル（図1-1）の中に示されているように、それぞれが双方向の矢印によって表されている。言い換えるならば、個人の生活機能は、健康状態、と環境因子、個人因子の相互作用が、複合的な関係によって成り立っているのである。

環境因子は、物的環境（生產品と用具、自然環境と人間がもたらした環境変化）、人的環境（支援と関係、態度）、社会的な環境（サービス・制度・政策）の3つの大分類と5つの中分類に分類される。

物的環境には、住居や交通の便、各種の医療物品や福祉用品、介護用電動式ベットなどのほかに、地震、台風による豪雨、豪雪といった自然災害も含まれる。人的環境には、家族や親族、友人、近隣住民、職場の同僚などとりまく様々な人々との相互関係が含まれるほか、態度という分類は、人を中心とした社会や集団がどのような態度で接するのか（排除するのか受け入れるのか）ということである。社会的な環境は、主に医療提供サービス、福祉サービス、それらを利用する上で適用される保険制度である。

また環境因子は、生活機能に対しプラスに影響する場合は促進因子、逆にマイナスに影響する場合は阻害因子の2つに分けられる。これらは常に固定化されたものではなく、医療・福祉の場面においても、その内容や状況によって促進因子にも阻害因子にもなりうる。

○ 促進因子が阻害因子となりうる例

(大川弥生 WHO・ICF 生活と人生とともに築く「共通言語」講演会 2010年2月より)

地震等の災害被災地では、早急に被災者の生活支援の対応がしかれる必要がある。そのため設けられた避難所等では、ボランティアスタッフが集まり、高齢の避難生活者の支援をする。この場合、避難所におけるボランティアスタッフは、生活を支えてくれる促進因子と言える。

しかし事実避難所では、震災前までは介護の必要がなかったにもかかわらず、避難生活中に歩行が困難となり、介助を必要とする高齢者が増加した。

つまり避難所では、日常的な生活の中の活動や、非難生活者同士の支え合いをボランティアスタッフが代わりに行なうことにより、避難生活者の活動や参加を奪う結果となったため、避難生活者の身体機能が低下したという事実がある。この意味でボランティアスタッフの支援活動は、高齢な避難生活者の身体機能を低下させる阻害因子ということもできる。

個人因子は個別性が高く、年齢、性別、生活歴、職業歴、学歴といったもののほかにも、価値観やライフスタイル等も含まれる。個人の趣向や性格等も含まれるため、活発であったりそうでなかったり、大勢の集団の中に加わることを楽しく感じたり、不快に感じたりするという違いもある。したがって個性と生活機能の相互作用ということが言える。

医療提供サービスや介護サービスの場面においても、個人の生活背景や特徴を十分考慮される必要がある。

4. ICF の活用と生活支援

1) ICF の適用と範囲

一般的に ICF の適用とその範囲は、前述のとおり、全ての人を対象とした健康のすべての側面、健康に関連する領域としており、その対象範囲は普遍的である。

また概念的な枠組みは、予防と健康増進を含む個人的な保健ケア、および社会的障壁の除去や軽減による参加促進、社会的支援の推進に应用できる。ICF は国連社会分類の1つとしても認められ、国際的な人権に関する諸規則・方針や各国の法令を実施するための適切な手段を提供することができる。

- ① 健康に関する心身の状況とともに、健康に影響を及ぼす因子を理解することを目的とし、健康分野、健康分野以外の様々な領域で用いる。

- ② 関係者間の共通のコミュニケーションツールとして用いることを目的とし、多職種間のサービス向上を図ることが可能である。
- ③ 各国、各種専門保健分野、各種サービス、時期の違いを超えたデータの比較⁷⁾をすることを可能とし、システムの構築に用いることが可能である。つまり分類としての活用にとどまらず多角的に健康を分析することが可能である。

2) 臨床現場における ICF の活用

ICF 導入の 2001 年以前、臨床現場では障害に関し ICIDH を展開してきた。実際いまだに ICIDH の視点で、患者の障害へ目を向けて接することが中心となっている。生きること全体に目を向けるのではなく、最初に心身機能・身体構造から検討していくという発想がいまだ根強い。慢性疾患の患者であったり在宅で療養を続ける患者のケアに当たる場合、原因帰結型の ICIDH の視点では、傷病が治らなければ、いつまでも患者の生活がよくなることにならないことになる。

現在、臨床現場で療養者のケアに当たっている医師、看護師、介護職員等、専門職が受けてきた教育課程は、その多くが ICF 導入以前のものであったため、現場で浸透していなかったり、活用されづらい原因の 1 つであるという指摘がある。

しかし患者自身が何を生活の中で望んでいるのか、何を必要としているかということについて具体性を持って目を向けることによって ICF を有効に用いるきっかけとなる。基底還元論から脱却し、生きることの全体像をプラスの面から捉える視点を持つことが重要である。

一方効率化の阻害という見方から、ICF を医療の現場で応用することが困難であるとする指摘⁸⁾がある。しかし医療こそ ICF の視点がきわめて重要である。なぜなら退院後の患者の生活を正しくイメージできなければ、適切な療養上の説明や退院調整は不可能である。ICF の理念に即し、療養者の「生活を支えた」医療提供の実例を挙げる。

3) 在宅療養者の生活支援と ICF の実践

医療・介護の依存度が高く重症であっても、病院から退院し、在宅で暮らす療養者がいる。その生活は、ICF の理念の中心となる生活機能モデルに基づいた考え方やとらえ方によって、サービス提供が考えられ、実施されることで可能となる。

その生活支援は、活動・参加、個人因子、環境因子の点から説明することができる(図 1-3、図 1-4、図 1-5、図 1-6)

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	訪問看護 事業所① 介保	事業所①M県単独事業		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 訪問看護	介護者A 全身性 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	介護者B 全身性 訪問看護	介護者B 全身性 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 Oさん 訪問看護 事業所①支援 ボランティア	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	訪問看護 事業所① 介保	事業所①支援	事業所③ 支援 入浴車	介護者B 全身性 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	介護者B 全身性	広域支援
日	広域支援 (前日より通し)	ボラン ティア	事業所③ 介保	事業所③支援		広域支援
凡例	訪問看護		身体障害者自立支援法		介護保険	
	M県単独事業		S市全身性障害者等指名制介護助成事業		ボランティア	

図 1-3

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 9)

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 (カニューレが当つて痛い等)
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	生產品と用具	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、医者への往診、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 1-4

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⁹⁾

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・脳波:平坦・聴性脳幹反応:×

↓

“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) **二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 1-5

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⁹⁾

ICFの視点で見た場合、図1-3~6に共通するものは、医療依存度が極めて高いという「心身機能・構造」の内容だけではなく、生活機能モデルの3つ全てが関連した生活支援ができている点である。社会的な環境因子である「サービス・制度・政策」を十分に使い、在宅であっても必要な医療提供、介護支援が行われている。人が生きることを全体としてとらえており、物的、人的、社会的な環境因子と活動・参加が相互作用し、自ら呼吸器勉強会へ参加したり、絵本の読み聞かせをしてもらったり、という具体化された形で表わされている。

例に示した重症在宅患者の場合、介護との連携が不可欠であるため、介護においてもICFの視点に立つことが非常に重要である。臥床状態であったとしても、生活機能モデルにそった「活動・参加」が促進されることによって、「生きる力を増し、残存機能をつかい、寝たきりでも心が活性化し、満足、希望などの感情を全人的に統合できる」¹⁰⁾のである。

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、医者との定期往診、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 1-6

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 9)

4) 生き方を支えるプロセスの中心

疾病や障害の有無に関わらず、生きること、生活を支えるために必要なものは、a)疾病傷病論に基づく身体機能についての身体情報提供、b)個々の生活状況に基づく生活情報提供の両者である。

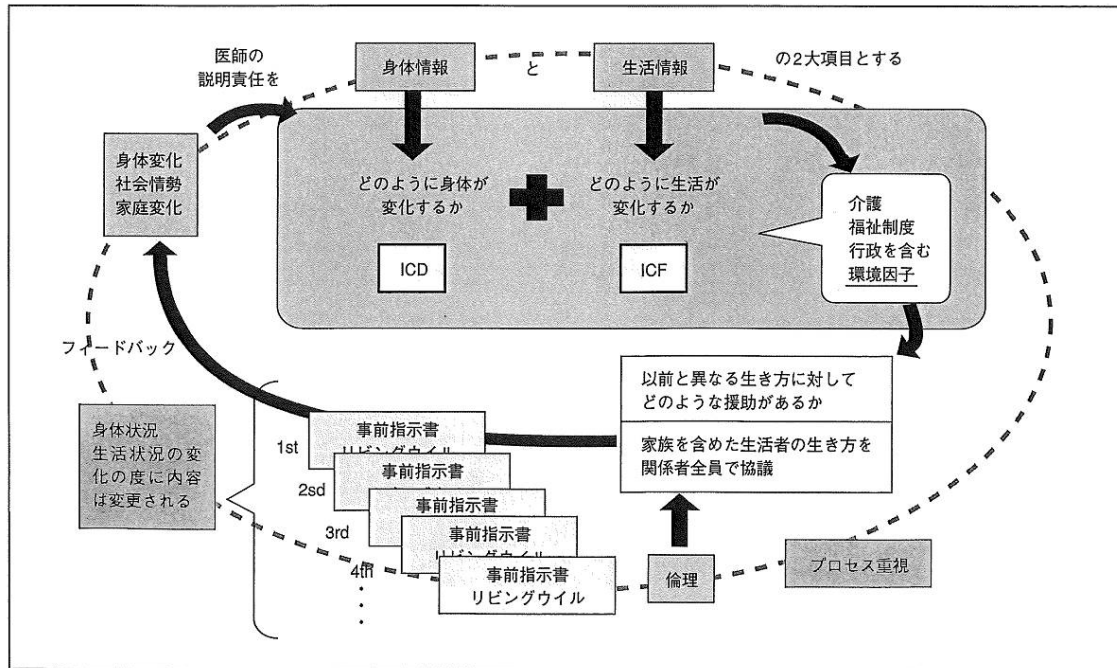


図 1-7 生き方のプロセスを重視した説明責任¹¹⁾

医療の中心的役割を担う医師は、これまで疾病・傷病論に基づく身体情報の説明のみで済ませることが多かった。また治療が終了した時点で、十分な医療提供サービスを行ってきたとってきた。しかし、身体状況が検査や治療によって変化を受けたなら、変化した身体のまま退院した場合に、果たして以前の生活形態を維持できるかが最も問題となる¹¹⁾。

十分な説明が無い状態で、変化したままの身体を退院させることは、不十分な対応であり、生き方を支えるプロセスを無視したものと言える。ICF における生活機能モデル、背景因子、個人因子を考えないことは、生活を無視したものと同一ことと言い換えられる。

現在の ICF は、国際的に標準化されたものであり、国情や文化の違いから、生活やその背景を分類に合致させることが難しい場合もある。そのため違いを考慮した環境因子の再構成を検討する柔軟な体制も必要である。

いずれにせよ ICD、ICF はともに両輪であり、どの職種においても生き方を支える視点に立ち、相手が何を必要としているかを考えた場合、ICF の理念を欠いたサービス提供は、決してあってはならない。

文献

- 1) 生活機能とは何かーICF：国際生活機能分類の理解と活用ー. 大川弥生著.
東京大学出版. pp1-11. 2007
- 2) 第2回 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会資料 WHO-FIC チュニス会議報告資料より <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1213-6b.pdf>
- 3) ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー. 障害者福祉研究会編. 中央法規出版. p 3. 2002
- 4) ICF の理解と活用. 上田敏. きょうされん／萌文社. pp11-14. 2007
- 5) ICF の視点に基づく高齢者ケアプロセス 安藤邑恵、小木曾加奈子編著. 学文社. p 5. 2009
- 6) 「生活機能」向上をめざしてーICF の保健・医療・介護・福祉・行政での活用
仲村栄一、大川弥生、上田敏、丹羽真一 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/checklist.html#zu_02
- 7) ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー. 障害者福祉研究会. 中央法規出版. p5. 2008
- 8) 知っておくべき新しい診療理念 (70) ICF (国際障害分類). 千野直一. 日医雑誌 134. pp2396-2397. 2006
- 9) 生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン. 川島孝一郎. 第5回終末期医療のあり方に関する懇談会 (厚生労働省) 資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-14d.pdf>
- 10) ICF を取り入れた介護過程の展開. 黒沢貞夫編著. 建帛社. p78 . 2008
- 11) 終末期の判断と終末期医療の方針決定. 川島孝一郎. インターナショナルナーシングレビュー. pp21-28. Vol.31、No.2. 2008