

厚生労働科学研究費補助金  
特別研究事業

統計上の分類項目として活用可能な「共通言語」  
としての I C F の研究

平成 18 年度 総括研究報告書

主任研究者：上田 敏  
日本障害者リハビリテーション協会  
平成 19 年 3 月

# 目 次

## I. 総括研究報告書

統計上の分類項目として活用可能な「共通言語」としての  
ICFの研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ p5

## II. 分担研究報告書

### 1. 厚生統計における ICF の活用に関する予備的検討

－「国民生活基礎調査」および「中高年者の生活に関する継続  
調査」の分析から－・・・・・・・・・・・・・・・・ p25

### 2. 入院の際に伝達される情報の ICF による分析

－リハビリテーション目的の入院において、連携上必要と思われ  
ている内容の現状をみる－・・・・・・・・・・・・・・・・ p67

# I . 総括研究報告書

## 統計上の分類項目として活用可能な「共通言語」としての ICF の研究

主任研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 顧問

**研究要旨** “「生きることの全体像」についての「共通言語」としての ICF の、基本的な考え方及び具体的な分類項目を統計上の分類項目としていかに生かすかの検討を目的として、1.「厚生統計における ICF の活用に関する予備的検討：「国民生活基礎調査」および「中高年者の生活に関する継続調査」の分析から」および、2.「入院の際に伝達される情報の ICF による分析：リハビリテーション目的の入院において、連携上必要と思われる内容の現状をみる」の 2 種類の研究を行った。

1. では、代表的な厚生統計調査 2 種について、ICF の立場から分析した。

その結果、①ICF からみた国民生活基礎調査及び中高年者の生活に関する継続調査への示唆と、逆に②国民生活基礎調査及び中高年者の生活に関する継続調査の内容が ICF 自体に与える示唆の両面で、多数の非常に有益な示唆が得られた。

2. では、医療・介護における連携のための情報提供の現状を把握し、その問題点を明らかにするために、入院に際してそれまで関与してきた病院・施設等から提供された情報の内容を ICF に沿って分析した。その結果、ICF の「生活機能モデル」の意味するような「統合モデル」にふさわしい「生きることの全体像」を示す情報、すなわち「活動」「参加」に重点をおいた情報伝達はいまだ極めて不十分であり、現状では疾患中心の情報伝達にとどまっていることが明らかとなった。

以上の検討により、厚生統計の質的向上のための ICF の活用の方向性を考える上で次のような貴重な示唆がえられた。すなわち、1. 生活機能の各要素間の相互関連性を重視し、「人が生きることの全体像」を総合的にとらえる。2. 「活動」の項目を充実させる（セルフケアにとどめない）とともに、その定義（具体的な活動様式、環境、使用用具、「能力」か「実行状況」か、等）と回答の選択肢（評価点）の厳密化（特に「活動」の普遍的自立と限定的自立、全介助と非実施の区別）の必要。3. 「参加」項目の充実と重複の整理、4. 「参加」と「活動」の関連性の重視。5. 「健康状態」（疾病等）項目の偏りの是正、等である。以上から厚生統計における今後の課題が明らかとなった。

## 分担研究者

- ・丹羽真一（福島医科大学、教授）
- ・有田 眞（大分大学、副学長  
大分県リハビリテーション支  
援センター、センター長）
- ・河原和夫（東京医科歯科大学 政策科学  
分野、教授）
- ・楠 正（日本薬剤疫学会、事務局長）

## A. 研究目的

本研究の目的は、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health、WHO・国際生活機能分類、2001）を厚生統計にいかに関用するか、すなわちICFの基本的な考え方及び具体的な分類項目を統計上の分類項目としていかに生かすかの研究である。

ICFは、総合的な意味での「健康」の重要な構成要素である「生活機能」（Functioning）の国際分類であり、WHO-FIC（Family of International Classifications、WHO国際分類ファミリー）における、国際疾病分類（ICD）と並ぶ2つの中心分類の一つという非常に重要なものと位置づけられている。それはWHO憲章（1946）の健康の定義にもあるように、「健康とは単に疾患・病弱が存在しないことだけでなく、身体的・精神的・社会的ウェルビーイングの状態である」からであり、ICFによってこの「身体的・精神的・社会的ウェルビーイングの状態」が総合的に分類・記述されるからである。国民のウェルビーイングの増進は厚生統計の究極的な目的と一致するものであり、その意味でICFが厚生統計の目的達成のために役立つ可能性は非常に大

きいと考えられる。

ICFの特徴は、「生きることの全体像」についての「共通言語」である。ここで「共通言語」とは、第1に、いわば「文法」あるいは「統語法」にあたる、ICFの「生活機能モデル」に示された共通のものの見方、とらえ方であり、第2には、いわば「語彙」にあたるICFの分類項目（コード）である。

「共通言語」が必要となるのは、連携が必要となる全ての場合であり、医療・保健・介護・福祉などのあらゆる場面においてである。また重要なのは、これは専門家間の共通言語としてだけではなく、専門家と患者・利用者との間の共通言語としても重要なことである。

またこのような「共通言語」は、厚生統計上においても重要な意味を持つ。医療・保健・介護等の臨床において連携のための「共通言語」として用いられる項目は、人が「生きることの全体像」に関する不可欠の情報を意味するため、厚生統計においても当然含まれることが必要となるからである。

本研究はこのような観点から、1.「厚生統計におけるICFの活用に関する予備的検討：「国民生活基礎調査」および「中高年者の生活に関する継続調査」の分析から」および、2.「入院の際に伝達される情報のICFによる分析：リハビリテーション目的の入院において、連携上必要と思われる内容の現状をみる」の2種類の研究を行った。

1.の目的は、厚生統計とICFとの詳細な比較検討の第一歩として、現在の代表的な厚生統計調査である、「国民生活基礎調

査」(平成16年：大規模調査)」と「中高年者の生活に関する継続調査」(平成18年：第2回中高年者縦断調査)を例にとって、ICFにもとづいてみれば、これらはどのような内容を含み、どこに問題があるのかを明らかにすることである。同時にこれは、統計上ICFを用いる場合の、ICF自体の弱点や問題点、改善すべき点、特に項目の更なる細分化や新種項目の追加の必要性を発見し、現在検討中のICF改訂プロセスへの貢献にも役立つものであり、その点をこの研究のもう一つの目的とする。

2. の目的は、医療・介護における連携のための情報提供の現状を把握し、その問題点を明らかにする第一歩として、一病院に入院する患者について、入院に際してそれまでその患者に関与してきた病院・施設等から提供された情報の内容をICFに沿って分析することで、ICFの臨床上の「連携ツール」としてのあるべき姿を解明し、その活用の際の留意点を明らかにし、ひいては厚生統計上に活用可能な「共通言語」のあり方を把握することをめざすものである。

## B. 研究方法

### 1. 厚生統計におけるICFの活用に関する予備的検討

#### <対象>

「国民生活基礎調査」は大規模調査年である平成16年の6月10日調査の健康票、介護票、世帯票、及び同年7月15日調査の所得票、貯蓄票の各項目、また「中高年者の生活に関する継続調査」は平成18年1月1日調査の各項目を対象とした。

#### <方法>

各調査の質問項目について、ICFに習熟した主任研究者及び3名の研究協力者の計4名がそれぞれ別個にICFのどの項目に該当するかを検討・記載し、その後全員の記載をつき合せ、一致しない項目に関しては討論をおこない、全項目がどの項目に該当するかを最終決定した。

検討の手順としては、各質問項目ごとに質問及び選択肢の内容がICFモデルのどの要素に該当するのか、生活機能であればその3つのレベル(心身機能・構造、活動、参加)のうちどれか、また活動であれば能力(できる活動)、実行状況(している活動)のどちらにあたるかをみた。その際、個人因子が関係する場合には、現在検討の機運にある個人因子分類の具体的内容として生かすべき点はないかについて検討した。また我々が以前からICFに含めるべき要素として提案してきた「生活機能の主観的次元」に該当するものはないか、という点にも留意して検討した。また同じくICFの今後の課題である「第三者の生活機能」についても留意した。

心身機能・構造、活動、参加及び環境因子に該当する場合は、どの章またどのコードに該当するのかをみた。

### 2. 入院の際に伝達される情報のICFによる分析

#### <対象>

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業における県リハビリテーション支援センターの役割をもつ、一地域中核病院に、平成18年1月から平成18年12月の間に

リハビリテーション目的で入院した全患者 748 名のうち、同病院の外来通院患者であった 9 名を除く 739 名を対象とした。

- ・他医療機関外来からの紹介による直接入院：130 名
- ・他医療機関入院からの転院：606 名（86 医療機関）
- ・介護保険施設入所からの転院：3 名（3 施設）

リハビリテーション目的の入院患者を対象として選択した理由は、リハビリテーションが、わが国の医療・介護・福祉分野において最も早く ICF の考え方が導入された分野であるからである。

#### <方法>

対象患者の当病院入院中の診療記録と、入院前の病院や施設からの、また介護支援専門員等からの紹介状・申し送り状等の保存書類一式を、ICF を熟知した医師・理学療法士・作業療法士の計 3 名が分析した。

なお調査の対象とした病院の入院申し込み書には特定の様式があるが、これには「活動」は移動、トイレ、食事に限られ、「参加」レベルの項目はない。

分析にあたっては、1) 今回の入院目的となった疾病・外傷の発生後と発生前の状況についての記載内容（患者の状態だけでなく、疾患治療やリハビリテーションなどの介入内容も含む。）を、2) 各担当職種毎に、病院全体としての統一性も含めて、3) ICF にもとづき分析した。また紹介先から提供された情報について、特定の書式があるか、自由記載かについても調べた。

記載内容の ICF による分析は、1) ICF モデルのどの要素に該当する内容か、2)

生活機能及び環境因子については、ICF コードのどの項目に該当するか、3)「活動」については「実行状況」（している活動）、能力（できる活動）のどちらか、4)「活動」・「参加」はその状態の記載が厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会の評価点（暫定案）のどれにあたるか、などの観点から行った。

また同じ病院・施設内の、異なる職種による記載内容は、同一か、異なる点があるかについても検討した。

以上に加えて、患者、家族への説明内容について記載があれば、それについても同様に ICF モデルで検討し、以上に述べた以外の記載内容があればそれについても検討した。

なお、記載内容については、ネガティブサインとして、ある特定の状況が存在しないことの記載があるかどうかについても確認した。

## C. 研究結果と考察

### 1. 厚生統計における ICF の活用に関する予備的検討

「国民生活基礎調査」については、健康票の質問 1-11（プラス補問 11）、介護票の問 1-13、世帯票の(1)-(28)、所得票の(1)-(19)、貯蓄票の質問 1-3 の全ての質問項目につき分析した。また「中高年者の生活に関する継続調査」については問 1（卒業学校）の他、家族（問 2-6、プラス補問 3）、健康（問 7-17、プラス補問 4）、就業（問 18-29、プラス補問 4）、資格・能力開発等（問 30-31、プラス補問 2）、社会活動等（問 32-33）、住居・家計（問 34

－38、プラス補問4)、配偶者(問39－42、  
プラス補問2)の全項目について分析した。

その結果は極めて詳細多岐にわたるため、  
分担報告にゆずり、ここでは全体的にまず  
わが国の統計へのICFからの示唆について  
検討し、次いでICFに対するわが国の統計  
からの示唆について検討した結果を述べる。

## 1) ICFからみた国民生活基礎調査および中 高年者の生活に関する継続調査への示唆

### (1) 全般的特徴

ICFの生活機能モデルは、生活機能の3  
つのレベル同士の間と、それらと他の要素  
(健康状態、環境因子、個人因子)との間  
の相互関連性(双方向の矢印で示される)  
をみることによって「人が生きることの全  
体像」を統合的にとらえることを可能にす  
るが、これは厚生統計においても極めて重  
要な視点と考えられる。しかしながらICF  
は形態としては分類表であるため、ともす  
れば並列的に多くの項目を評価するだけで、  
相互の関連性を検討することが少ないこと  
になりがちである。この点は、従来の標準  
化された評価法の多くについても同様であ  
る。

「国民生活基礎調査」と「中高年の生活  
に関する継続調査」についてもこの点は残  
念ながら全くの例外ではない。もちろん一  
部には各レベル・要素間の関連性をみる設  
問がないではない。例えば「国民生活基礎  
調査」の健康票補問5－1の、健康上の問題  
の日常生活(活動と参加)への影響、同補  
問8－1の「悩みやストレス」(主観的状態)  
の原因、8－2の「悩みやストレスについ  
ての相談先」(人や機関などの環境因子)な  
どである。特に補問8－1では、悩みやス

トレスの原因となりうる項目として、人間  
関係、結婚、育児、介護、家事、学業、就  
業などの「活動」・「参加」に属すること、  
収入・家計・借金、住まいや生活環境など  
の参加や環境因子に関すること、その他健  
康状態や主観的側面や第三者の生活機能に  
属するものが多数上げられているのは、相  
互関連性の重視という点で優れている。

これは厚生統計は本来特定の行政目的を  
もって行われるものであり、問題・課題が  
何によって生じているかという原因や理由  
というかたちで各レベル・要素の間の関連  
性を調査する必要があるからと考えられる。

しかし残念なことにこのような項目は少  
数の例外であり、同じく関連性を聞く場合  
でも、例えば「中高年の生活に関する継続  
調査」の補問11－2のように、日常生活活  
動という「活動」に困難がある場合の原因  
として、糖尿病・心臓病・脳卒中などの疾  
患(ICF:健康状態)、骨折・転倒、その他  
の外傷(骨折、外傷は健康状態、転倒はむ  
しろ活動)、視覚・聴覚障害(「心身機能」  
などの非常に限られた範囲のものしか聞い  
ていないことなどは、決して包括的な相互  
関係の把握とはいえず、むしろいわゆる「医  
学モデル」と批判されがちな、健康状態か  
ら他の要素・レベルに及ぶ影響を過大に評  
価する傾向に近いといえないこともない。

今後は、相互関連性の把握のツールとし  
てのICFの構造をより意識的にとらえ、生  
活機能モデルに沿って分析をしていくこと  
が重要で、そのためには、調査項目の選択  
やその質問の表現法についても再考すべき  
点が少なくないと考えられる。

### (2) 「活動」について



2つの厚生統計における「活動」の調査内容については、次のいくつかの点で課題があると考えられる。

まず目立つのは「活動」の項目が概して少ないことである。「参加」も決して多いとはいえないが、「活動」はほとんどセルフケア（日常生活活動）に限られており、例えば家事のような重要な活動が含まれていない。

またとりあげられている「活動」についてもそのとりあげ方に問題のある場合が少なくない。例えば「活動」の中で「移動」は中心的・基本的で他の多くの「活動」の基礎となるものであり、なかでも「歩行」は重要な意味をもつ。しかし2つの調査票を通じて移動、特に歩行についての状況把握は不十分である。例えば、中高年の生活に関する継続調査補問 11-1 では「歩く」ことの定義が明確でなく、回答があいまいになったり、困難になったりする恐れがある。

逆に国民生活基礎調査では歩行を正面から取り上げていないことも問題である。たとえば、健康票の補問 5-1 で健康上の問題による「活動」・「参加」への影響を調査しているが、移動、歩行の項目は含まれていない。介護票では、介護内容の設問である問 10 の選択肢 12 に散歩があげられているが、他には項目がない。

厳密にいつて「移動」には、歩行だけでなく車椅子移動が含まれ、これらは「活動」の内容として大きく異なるものである。高齢化等により車いすの使用者は増えており、「移動」について歩行による移動と車いすによる移動を区別する必要はますます大き

くなっている。介護票においては特に重要であり、例えば同じ排泄でも移動様式や場所・用具（ポータブルトイレ等）を区別していなければ、目的行為（排泄）自体さえ自立していれば自立とされ、実態は非常に異なるのに同一の評価となるおそれがある。このような点を考慮して設問内容・表現の明確化をはかる必要がある。

以上の他、「運動」の定義が不明確であること（健康票補問 5-1）、「健康」の定義が不明確であること（健康票問 6）も問題としてあげられよう。

### （3）「活動」の選択肢・評価点

活動に関する設問の選択肢（ICF 的にいえば評価点）であるが、中高年者縦断調査では、日常生活活動の困難について問う補問 11-1 で、「何らかの困難はあるが、独力のできる」もしくは「独力ではできないので、介助が必要」の2段階の評価になっている（実際は日常生活に困難を感じる活動がなければ記入しなくてよいので、実質は3段階）。何段階に分けるかは、調査目的で異なってよいが、少なくとも被調査者が迷わないような定義づけが必要である。現状では「困難を感じている」という「自覚的症状」と、「活動内容」との二つの軸、更には「実行状況」と「能力」との区別まで含めると3つの軸が混在しており、よく整理されているとはいえない。

「活動」の選択肢（評価点）について特記すべきことは、以上の他に、「活動」と「参加」との間には密接な関連があるにもかかわらず、それらの間の関連性を考慮した設問がほとんどないことも問題といえよう。

我が国では厚生労働省社会保障審議会統

計分科会生活機能分類専門委員会でICFの「活動」と「参加」の評価点（暫定案）が策定されている。特徴的な点は、同じ自立の中で0：普遍的自立と1：限定的自立とを分けたことである。また3：全介助と4：非実施とを分けたことも重要である。

これは我々のこれまでの自治体での多数例について、これらの点を明確に分けた調査からみても実際的に大きな意味をもつ区分である。厚生統計においても、これらの点を明確に分けることが必要と考えられる。

#### （４）「参加」について

「参加」に関する項目には次のような問題点がある。

まず社会活動（「中高年の生活に関する継続調査」問 32 など）については、一項目で広い範囲の異なる内容の項目を包含しているものが少なくないことがあげられる。例えば問 32-②の社会参加活動には地域行事、ボランティア、高齢者支援等の3者が含まれており、このうちのボランティアはICFでは「無報酬の仕事」に含まれる。ところが問 32-⑤には無報酬の仕事（民生委員、保護司、PTA役員等）となっており、これにはボランティアは含まれていない。これは調査の目的からみて、必ずしも重大な誤りではなく、定義が明らかであれば混乱は生じないとも考えられるが、将来的には再検討されてよい点であろう。

この他、「参加」として重要でありながらとりあげられていないものに、例えば家の中の役割（p640：調理以外の家事、p650-p669：家庭用品の管理および他者への援助）、生涯学習（p810-p839：教育、等）などがある。これも今後の調査には含める

ことを検討されてよいであろう。

#### （５）「健康状態」について

今回検討した調査では、健康状態は生活習慣病を中心としており（「中高年の生活に関する継続調査」問 8：糖尿病、心臓病、脳卒中、高血圧、高脂血症、悪性新生物（がん）、他疾患については、i）「病気やケガのための入院」の有無と、ii）「日常生活活動の際に困難」を生じることの原因となる理由としての関節疾患（関節リウマチ等）、骨折・転倒、等があげられている（補問 11-2）のみであった。調査の目的にもよるがより広い範囲の健康状態を含めることが検討されてよいであろう。

#### 2）国民生活基礎調査および中高年者の生活に関する継続調査の内容がICF自体に与える示唆

今回の研究の成果としては、ICF自体の問題点が、わが国の厚生統計の検討から具体的に明らかになったことも重要であると考えられる。今後国際的なICF改定過程に貢献する上でも大きな意味を持つと考えられる。

詳細は分担研究報告書にゆずり、以下概略を述べるにとどめる。

#### （１）環境因子

環境因子については、厚生統計上、特に575：一般的な社会的支援サービス・制度・政策、e580：保健サービス・制度・政策、e585：教育と訓練のサービス・制度・政策、e590：労働と雇用のサービス・制度・政策、等についてはより詳細な項目立ての必要性があきらかになった。

以下、早急な検討が必要と考えられるものを中心にあげる。

### i) 5章サービス・制度・政策

各種の社会的サービス・制度・政策は、心身機能に問題があつて、それ自体を改善しえなくとも、これらの活用によって「活動」・「参加」が向上できる可能性を与えるという点で重要である。特に e580：保健サービス・制度・政策、e575：一般的な社会的支援サービス・制度・政策等は、厚生労働行政上生活機能低下者に対して大きく影響する環境因子である。

具体的には、わが国においては、e580：保健サービス・制度・政策では、①医療保険等の様々な公的なサービス・制度なのか、民間のサービス・制度なのか、②入院・入所サービスか、通院・通所サービスかの別、また、③サービスの目的別に、予防、治療、リハビリテーションなど別という細分化が必要と考えられる。

また e575：一般的な社会的支援サービス・制度・政策には、障害者の支援・介護や乳幼児保育・学童保育なども含まれるが、わが国で大きな比重を占めるのは介護保険であり、ここでも医療の場合と同様に、公的な制度か民間か、入所サービスか通所サービスかなどの細分化が必要である。

e5850：教育と訓練のサービスでは、幼稚園、小学校、中学校、大学、大学院、職業訓練校等の具体的なサービス提供の場所を明確にする必要があり、細分類が必要となる。

### ii) 第3章：支援と関係

支援と関係では、現在は中分類までしかなく、小分類が必要と考えられる。例えば e310：家族も父、母、子、兄弟姉妹のように細分化するのが望ましい。

また、家族の成員が同居しているのか、別居している（学業、単身赴任などのために）のかの区別も重要である。

### (2) 経済状態について

様々な「活動」・「参加」には経済的な背景が大きく影響するが、ICF では経済的な状況については「参加」レベルとして p 860 - p 879：経済生活があり、その中で p 870 が経済的自給である。しかし p 870 の小分類には p 8700：個人の資産、p 8701：経済上の公的な資格・権利があるのみであり、具体的な内容についての細分類が必要と考えられる。例えば、p 8701：経済上の公的な資格・権利には将来に関するものとして年金加入や保険料の支払いなどが含まれると考えられ、逆に現在に関するものとしては年金収入などが考えられる。

経済に関する環境因子をみると、e165：資産があるが、通常「資産」とは固定的・非流動的なものをさすことが多いので、「所得」「収入」（過去1年間の、等）のような流動的なものをさす場合には別の項目が必要ではないかと考えられる。また負債をどう考えるか、すなわち e1650 がマイナスの方向にある状態ととらえて評価点で処理するか、別に e1650 と並ぶ小項目あるいはその下の細項目を作るか、の検討が必要であろう。

### (3) 他者との経済的關係

経済に関しては本人のみでなく家族など他者からの経済的援助を受ける場合もある。また逆に非同居の家族への「仕送り」等、経済的援助を行う場合も少なくない。この点、例えば p8700：個人の資産と並んであるいはその下位分類として「他者に対して

の経済的援助」および「他者からの経済的援助」の項目も必要と考えられる。

#### (4) サービス利用の際の自己負担など

医療や福祉等のサービスを利用するにあたっては自己負担が必要であることが多い。また「参加」を向上させるためにも金銭的な裏づけが不可欠である。この場合の経済的要素は環境因子として働くとみるか、参加レベルでの経済生活が「参加」「活動」に影響するとみるか(おそらく両者であろう)について検討を要する。

また年金や医療・介護保険への加入に伴う保険料の支払い、さらには各種の税金の納付などをどうとらえるかについても、現行のICFには不明確な点が残る。

#### (5) 時間的な要素

ICFでは、時間的な因子、例えば現在の状態が、どの位以前から続いているのか、今後どの位続くと考えられるのか、などをどう示すかが明らかでない。ふつうICFでみるのは、特定(特に指定なければ現在)のある時点の状況あるいは問題点であるが、その問題の解決の可能性を考える場合などにはいつからその状態であったか、どの位の期間続いていたのかという過去の状況も非常に重要である。そのため、付加的な評価点が検討されてよいものと考えられる。

また時間に関係することとして、ある「活動」を行う場合にどの位の時間を要するかということなどをどう示すかという問題もある。これも上と同様に評価点、注、備考などを考えるべきであろう。

#### (6) 生活の場所など

現在生活している場所は、活動・参加に大きく影響する。今回の調査票でも住居に

関する質問が少なくなかった。しかし、ICFでの住居の位置づけには曖昧な点がある。例えば現在のICFにおける住宅関連の項目をみると、要素的には様々な環境因子の項目で示すことができる(家の中の各部屋の構造はe155:私用の建設の設計・建設用の生産品と用具であり、家の中の光の状況はe240:光、また屋内の空気の質 e260:空気の質など)。またトイレの状態や、浴槽の状況はe115:日常生活における個人用の生産品と用具として分類項目がある。しかし肝心の自宅そのものについて総合的にとらえる項目はない。そのため例えば現在の住まいが一戸建てか、アパート・マンションなどの集合住宅か、またさらに室数・敷地面積などをみることが困難になる。このように総合的に自宅そのものを、環境因子の中に位置づけることが望ましい。

#### (7) 他者への援助

「他者」として一まとめにするのではなく、誰に対する援助なのかという、対象者による区別が必要と考えられ、これは先に述べた家族の区分が関係してくる。また援助の内容も、p 660:他者への援助の小分類にあるような、他者のセルフケア、移動、コミュニケーション、対人関係、栄養摂取、健康維持だけでなく、例えば「他者の経済状況への援助」として金銭的な援助の項目立ても必要と考えられる。

#### (8) 職業・業種

どのような職業に従事するか、例えば第1次産業、第2次産業、第3次産業の別やそのうちでの業種の違いは「活動」「参加」に大きな影響を及ぼすが、意外なことにICFでは直接それにあたる項目はない。「環

境因子」には第5章に各種のサービス・制度・政策が挙げられているが、例えば農業、漁業などの第1次産業、また加工業、精製業、製造業などの第2次産業に属するものは全く含まれておらず、多彩な内容をもつ商業についてもe565:経済に関するサービス・制度・政策として大まかに用いる他はない。以上から「環境因子」の中に第5章とは別の独立の部門として職業・業種に関するものを設けることを検討すべきと考えられる。その項目には勤務先の労働条件(勤務時間、定年制、等)などを含めることも考えられてよい。

#### (9) 個人因子

先にも述べたようにICFの個人因子はICFモデルの重要な構成要素であるが、その内容については「個人因子は生活機能に対する内的な影響を与えるものであり、環境因子が外的な影響を与えるものと対比的である」という簡潔な(しかし重要な)定義と簡単な例示とがあるだけで、分類は今後の課題とされている。今回の分析からは個人因子に属するものとして次の項目が確認された。

(i) 性・年齢等

(ii) 婚姻状況

(iii) 学歴、職歴、生育歴、資格など

#### 10) 主観的側面

生活機能の主観的側面とは、主任研究者が1981年に「体験としての障害」として提起し、その後も多くの機会に論じてきたものである。またICFの発表以後は「体験」あるいは「生活機能の主観的側面」として、その分類試案をも発表している。またICFにおいても今後の重要な課題の一つとされ

ている。

今回の分析からもその重要性が裏づけられたといえる。それは次のような点である。

#### i) 生きがい、満足度、など

2調査の多くの箇所「生きがい」、「仕事についての満足度」、「趣味・教養・社会参加、家事、介護の満足度」、「住まいの広さについての満足度」などのように、明らかに生活機能の主観的な側面に属するものが含まれていることは重要である。

#### ii) 希望・意志・将来展望など

2調査には「介護サービスを受けるかどうかについての希望」の有無、「就労に関する希望」、「仕事をしたい」かどうか、「趣味・教養、社会参加等8項目を今後も続けたいか」という意思を問うものが少なくない。これは将来に向かってどのような目標や展望・希望を持っているかというだけでなく、そのために現在何をするかという、現在の「活動」・「参加」にも大きな影響を及ぼすものであり、やはり主観的側面に含まれるべきものと考えられる。

#### iii) 感情・気分・悩みなど

「悩みやストレス」の有無、過去1ヶ月の間に「神経過敏だと感じ」たか、「絶望的だと感じ」たか、「気分が沈みこんで、何が起ころうとも気が晴れないように感じ」たか、「自分は価値のない人間だと感じ」たか、などの質問は、気分や自己の価値に関する感じ方を聞いており、まさに生活機能の主観的側面である。

以上から今回の代表的な厚生統計調査の分析により「生活機能の主観的側面」の必要性は確認されたものといえてよい。

## 11) 第三者の生活機能

主観的側面と並んでICFの今後の課題として挙げられているものに「第三者の生活機能」がある。これは例えば本人の「活動」の制限が起ったために家族からの介護を受けるようになった場合のように、本人にとって密接な関係をもつ人に対して、本人のもつ生活機能の問題点はその人の生活機能に種々の影響を与える場合である。本人だけを考える場合にはこの「第三者」を環境因子として捉えることも可能であるが、現実にはこのような密接な関係にある人の生活機能と本人の生活機能との間には強い相互作用があり、「悪循環」あるいは「良循環」が生じやすいものである。そのため単なる環境として静的にとらえるのではなく、その第三者そのものの生活機能をもとらえ、相互作用を把握することが重要である（第三者の個人因子も重要になる）。その観点から今回の分析をみると、主として子供・配偶者などの家族について第三者の生活機能あるいは個人因子に関する設問が少くない。「第三者の生活機能」については、今後の詳しい検討を必要とするが、少なくとも今回の検討でその必要性が確認されたことは非常に重要である。

### 2. 入院の際に伝達される情報のICFによる分析

#### a. 入院原因疾患発症以後の状況の記載

##### 1) 提供された情報の範囲と記載様式

###### (1) 医療機関の入院を経てきた場合

病院経由、診療所経由ともに全例で書面での連絡があり、医師からは全例、看護師からは診療所からの3例を除いた全例で連

絡があった。

病院経由の場合、医師では自由記載が10病院で、その他67病院には一定の書式があった。看護部門では3病院以外の74病院では一定の書式にもとづいており、それは全例退院時サマリーであった。

具体的記載内容は、医師で一定の書式を有する場合、病名、紹介目的、既往歴・家族歴、病状経過、治療経過、検査所見、処方内容と、すべて「健康状態」(ICF用語：疾患・外傷等)に関するものであった。ADL(日常生活活動)など活動や参加については、記載欄があるものは1病院だけであった。

書式としての「活動」「参加」についての記載欄がなくとも、自由記載として3人の医師が経過欄などにこれらについて記載していたが、「活動」については、「ADL全介助」2例、「ADL問題なし」1例との、包括的な記載のみであった。また「参加」については、職業の記載が4例のみであった。要介護認定をうけていたり、介護保険サービスを受けていても、記載されている場合はなかった。

看護部門の一定の書式では、「活動」については19例で、セルフケアのうち、食事、更衣、整容、排泄、入浴、移動について記載があった。一方、54例ではそのうちの一部についてのみ記載があり、ADL項目が全くないのが3例(3.9%)あった。

「参加」についての記載は、仕事が2例についてあったのみであった。

リハビリテーション関係職種では、リハビリテーションを行っていた72病院中、書式あり33病院、書式なし14病院、リハビ

リテーションを行っていたが関係職種からの連絡なし 25 病院であった。書式ありの 33 病院の中では、「活動」についてセルフケアの全ての記載欄ありが 22 病院、セルフケア項目なし 11 病院（内：自由記載欄：5 病院）、書式なしの 14 病院の中では ADL 記載なし 5 病院であった。

看護部とリハビリテーション部門との両方の記載がある 32 病院についてみると、異なる時期の評価と思われる 4 病院を除き、看護とリハビリテーション部門間で記載内容が同一の場合は 8 例のみであり、他の 20 病院では両者間に 1 つ以上の異なる項目があった。

ソーシャルワーカーからの連絡は 42 病院からあったが、「活動」レベルは「ADL 一部介助」などと大づかみな記載ではあるが、3 病院をのぞき何らかの記載があり、「参加」レベルの、仕事、同居家族についての記載、要介護認定、介護保険サービスを受けているかどうか等の記載は他職種より多かった。

診療所入院からの転院者では、医師からは全例連絡があり、内 6 例は書式ありで、書式に ADL 一部あり 2 診療所、自由記載形式の ADL 記載あり 4 診療所であった。看護部門からの連絡ありは 2 医院であった。

## （2）在宅生活からの直接入院者

在宅生活から直接入院した場合は、全例医師からの紹介状のみであった。その内容は疾病の経過のみの場合がほとんどで、「活動」についても「参加」についても概して記載は極めて乏しかった。しかし、いわば喜ぶべき例外として、1 人の医師からの 3 例の患者の紹介状には「活動」、「参加」に

ついてかなり詳しい記載があった。

## （3）介護保険施設からの入院者

介護保険施設からの入院患者は少ないが、老人保健施設からの 1 例では、医師および介護支援専門員とリハビリテーション部門からの連絡があり、介護老人福祉施設では、介護支援専門員からの ADL が記載されている特定の書式と、それに加えて認定調査項目の結果が添えられていた。

## 2）提供された情報内容の分析

### （1）健康状態

### （2）心身機能

今回の入院目的となった疾患・外傷によって生じた心身の機能障害についての記載は、特に医師、リハビリテーション部門からの連絡には必ずあり、かなり詳細であった。しかし、原疾患と直接的な関係はないが「活動」には影響している視覚障害、聴覚障害などについての記載は乏しかった。

### （3）参加

「参加」レベルの記載は全般的に乏しかった。

### （4）活動

ICF の生活機能の中核ともいえる「活動」についての記載をみると、特に医師ではこれが少なかった。

また「活動」についての記載として、全ての職種で「ADL 自立」、もしくは「ADL 一部介助」のように、ADL 全般をひとくくりとして記載していることが目立った。例えば、「ADL 一部介助」としても、その介助を必要とする活動項目が何なのかは記載されていなかった。

同一の施設内でも、紹介状の記載者（職種）によって内容が異なることは疾患レベ

ルではほとんど認められなかったが、「活動」では多かった。

このような差が生じる原因として考えられるのは以下の点である。

①評価時点の差。

②「活動」の「実行状況：している活動」と「能力：できる活動」を区別していないため。

③使用している用具・場所（「環境因子」）で「活動」の内容は大きく異なるが、そのような用具・場所の記載がないため。

④「自立」が普遍的自立か限定的自立か（どのような環境に限定か）があきらかでないため。

#### （５）環境因子

環境因子について最も記載が多かったのは、家族の状況であり、特定の書式がある場合にも「家族歴」の欄があるのが普通であった。しかしこれは健康状態の観点からみた、家族の疾患レベルの経歴であり、生活機能との関係からの記載は乏しかった。例えば誰と同居しているか、更に将来主たる介護者になる可能性が高い配偶者等の状況については、ソーシャルワーカーで10例ほど記載があった程度であった。

疾患レベルの病歴としても、例えば家族がすでに転院前の病院で、介護との関連で、骨関節疾患で痛みがあるために、介護をするのに問題が生じる可能性があるかと相談していた例でも、それについての記載はほとんどなかった。このように家族についても、環境因子としてと同時に「第三者の生活機能」という観点からも見る必要があると考えられる。

その他の環境因子（例えば自宅の室内の

構造やトイレの構造など）についての記載は全くなかった。

#### （６）介入内容

転入院してくる前の前病院・施設における具体的な介入内容については、病気に関しては、どのような治療が、いつからいつまで行われているかについての記載は医師、看護師共にかなり詳細に書かれており、内容的な食い違いはほとんどなかった。

しかし、生活機能に関してはその経過及び介入内容はほとんど記載されていなかった。

例えば、「車椅子座位開始」とリハビリテーション担当の理学療法士、作業療法士からの記載にあっても、これがリハビリテーションの訓練時の介入なのか、「している活動」での介入なのかの区別は明確でなかった。

#### b. 入院原因疾患発症前およびその他の状況の記載

##### 1) 今回の入院原因疾患発症前の生活機能の状況

今回の入院の目的となった疾患・外傷が発生する前の生活機能の状況についての記載があるものは、「活動」については、他病院入院経由転院者の中では5例のみであった。但し、これも前述したようにセルフケアを一くくりとしたものであった。

「参加」については、リハビリテーション部門からのものが5病院とソーシャルワーカーからのものが15病院であった。

我々のこれまでの研究結果では、「脳卒中モデル」（急性発症・生活機能急激低下型）の患者においても、急性発症（脳卒中・骨折など）の前に、「廃用症候群モデル」（生



活機能の階段状の比較的緩慢な低下型)としての低下を認めている場合が少なからずみられたが、今回はそのような記載は乏しかった。

他病院からの転院患者 597 例のうち 34 例は、施設入所中の人が他病院に入院したのちに転院してきたもので、「(転院前の病院への入院前から)寝たきり状態」という記載が多かったが、寝たきりになった原因疾患の記載はなかった。

在宅生活からの直接入院者 130 例では、今回の入院の原因疾患・外傷の発症前の状況についての連絡があったのは、要介護認定を受け介護保険サービスを受けていた例についての 3 診療所、1 病院であった。

また介護保険施設からの転院患者については、今回の入院目的の疾患の発症以前から何らかの「活動」低下があったことは入院後明らかとなっているが、その経過についての記載はなかった。

## 2) 本人、家族への説明内容についての連絡

紹介元の病院、施設で本人や家族に将来の予後などがどのように説明されてきたのかの記載は重要でありながらほとんどみられなかった。

## 3. 評価点についての検討

「自立」という用語は ADL についてしばしば用いられるが、実生活の「実行状況：している活動」で自立している場合だけでなく、「能力：できる活動」で独立しているのみの場合にも用いられていることがみられた。

また「普遍的自立」と「限定的自立」とが区別されず、「限定的自立」でも自立と判

断されている場合もみられた。

また「全介助」と「非実施」の区別も問題であった。「非実施」との記載は全くなく、「全介助」と記載されていても、実は「非実施」の場合が少なくなかった。

## c. 総括的考察

### 1) 健康状態中心の問題点

以上から入院・転院の際に前医療機関等から提供される情報は圧倒的に疾患 (ICF 用語では「健康状態」) 中心であり、生活機能やそれに関連深い環境因子などに関する情報伝達が極めて乏しいことが明らかになった。

しかし生活機能、特に生活行為(「活動」)の不自由さの問題に直接取り組む介護保険制度においてはもとより、医療においても、高齢化に伴って慢性疾患や障害(生活機能低下)を伴う疾患が著明に増加していることや、環境(物的・人的・社会的・制度的環境)が生活機能や障害に影響するところが大きいこと、また画一的でない、患者・利用者の個別性・個性を尊重した医療・介護・福祉の必要性が叫ばれていることから、生活機能・環境因子・個人因子の重要性はますます高まっていると考えられる。行政統計においても、同一の観点からの、病気をもつ人、介護を要する人、障害をもつ人、さらに一般国民の生活機能や環境因子についての現状把握や課題の把握が重要になってくるであろう。

### 2) 転・入院時情報伝達の必要性

転入院時に伝達される情報には、転院前に医療その他の専門領域として行ったことを報告・伝達する観点だけでなく、転院後にどのような情報が必要になるかという観

点も重要である。しかし、現状では前者が主であり、後者の必要性にまで考えが及んでいない可能性が高かった。

### 3) 「活動」の重要性

ICFの核となる観点は「活動」であるが、今回の調査結果ではその重要性が十分認識されているとはいえない。その原因としては、「医学モデル」からの脱却が徹底するに到っていないため、と一応はいうことができる。しかし実は、より具体的に「活動軽視」の原因を探り、現実的な脱却の方向をみつけることが重要である。これは、「活動」が自立していないという場合に、それを解決する方策として「医学モデル」的な「原因疾患と心身機能の障害を治癒・改善して、それによって活動を改善する」という方法か、「介護によって自立していない活動を補う」という方法（これは「社会モデル」の考え方に近い）の2つしか考えないという傾向と深い関連をもっている。

実は第3の道があるのであり、それは「活動向上プログラム」を中心とする、リハビリテーションあるいは「よくする介護」によって、直接「活動」自体に働きかけ、それを向上させることであり、これには非常に大きな可能性があることが意外に知られていない。このように「活動」そのものが具体的な介入の目標であるとの認識が乏しいことが「活動軽視」の根底にあるように思われる。

### 4) 「活動」のとらえ方の問題点

医療においてもADLはかなりの程度に基礎的な内容と考えられるようになってきているといえる。しかし、その把握は不十分であり、次のような問題点がある。

1) 「できる活動」と「している活動」の区別がない。

2) 自立度について限定的自立と普遍的自立の区別がなく、また全介助と非実施の区別がない。

3) 評価の対象となっているのはICFの「活動」の分類項目としてはセルフケアに限られている。

### 5) リハビリテーションに関する誤解

今回の調査対象者はすべてリハビリテーション目的の入院であり、前の医療施設等においてもリハビリテーションを受けていたものも少なくない。それにもかかわらずリハビリテーションに必要な「活動」「参加」に関する情報の伝達が極めて乏しかった原因は、根本的に「リハビリテーションは機能訓練」という誤解で、すなわち「機能を回復させることでしか活動や参加を向上させることはできない」という考え方であり、先に述べたような「活動向上プログラム」によって活動自体を大きく向上させる可能性への認識不足であると考えられる。

### 6) 介護支援専門員の役割

以上に述べたような、生活機能、特に「活動」を重視する観点が不十分なことは、医療関係者だけでなく、介護保険関係者においても共通していた。例えば介護保険サービスをうけながら在宅生活を送っていた患者はかなり多かったにもかかわらず、介護支援専門員からの紹介状は全体で3例しかなかった。また、その紹介状においても、記載は病気中心であり、発症以前の「活動」や「参加」の状況についての記載は全くなかった。これは利用者の「生活」をよく知っているはずの介護支援専門員においてさえ、

「活動」「参加」についての情報の必要はないと考えられている可能性、いわば介護支援専門員もまた「医学モデル」の強い影響下にある可能性が大きいのである。

#### 7) 医療と介護との連携

医療保険サービスと介護保険サービスとの連携の必要性は強調されるようになっていく。

しかし、入院した時に、それまでの在宅生活での介護保険関連サービスの経過が介護サービス従事者あるいは介護支援専門員等から送られていないというのが本調査の結果であった。

今後は介護支援専門員こそ在宅利用者の「活動」「参加」の実態を具体的によく知りうる立場にあることを自覚し、またそのような情報の貴重さを自覚することが重要であると考えられる。

#### D. 結論

『統計上の分類項目として活用可能な「共通言語」としてのICFの研究』を目的として、1.「厚生統計におけるICFの活用に関する予備的検討：「国民生活基礎調査」および「中高年者の生活に関する継続調査」の分析から」および、2.「入院の際に伝達される情報のICFによる分析：リハビリテーション目的の入院において、連携上必要と思われる内容の現状をみる」との2つの研究を行った。

前者では、ICFが厚生統計においてどのように活用できるのかを検討するために、現在の厚生統計調査が、ICFにもとづいてみれば、どのような内容を含むのかを、「国民生活基礎調査」(平成16年:大規模調査)

と「中高年者の生活に関する継続調査」(平成18年:第2回中高年者縦断調査)を対象として分析した。

その結果、①ICFからみた国民生活基礎調査及び中高年者の生活に関する継続調査への示唆と、逆に②国民生活基礎調査及び中高年者の生活に関する継続調査の内容がICF自体に与える示唆の両面で、多数の非常に有益な示唆が得られた。

後者では「共通言語」の現状を把握するために、連携の観点から、リハビリテーション目的で転入院する場合の前医療機関・介護保険施設等からの情報提供の現状をICFの立場から分析した結果、ICFの「生活機能モデル」の意味するような「統合モデル」にふさわしい「生きることの全体像」を示す情報、すなわち「活動」「参加」に重点をおいた情報伝達はいまだ極めて不十分であり、現状では疾患中心の情報伝達にとどまっていることが明らかとなった。またその他、医療機関同士あるいは介護保険施設と医療機関との連携の上での情報伝達の現状、また臨床面へのICFの活用についての多くの課題が明らかになった。

以上の2つの異なった角度からの検討により、厚生統計の質的向上のためのICFの活用の方向性を考える上で次のような貴重な示唆がえられた。1.生活機能の各要素間の相互関連性を重視し、「人が生きることの全体像」を総合的にとらえる。2.「活動」の項目を充実させる(セルフケアにとどめない)とともに、その定義(具体的な活動様式、環境、使用用具、「能力」か「実行状況」か、等)と回答の選択肢(評価点)の厳密化(特に「活動」の普遍的自立と限定

的自立、全介助と非実施の区別) の必要。

3. 「参加」項目の充実と重複の整理、4.  
「参加」と「活動」の関連性の重視。5.  
「健康状態」(疾病等)項目の偏りの是正、  
等である。以上から厚生統計における今後の  
課題が明らかとなった。

#### E. 健康危険情報

特になし

#### F. 研究発表

##### 1. 学会発表

1) Ueda S: Progress Report of the Study  
Group on the Subjective Dimension of  
Functioning and Disability. WHO-FIC  
Network Annual Meeting, November 1,  
Tunis, Tunisia. 2006

2) Okawa Y, Ueda S, Kudo M: Utilization  
of ICF for Patient Education:  
Better identification by patients of their  
own problems following Instruction of  
ICF model and classification. WHO-FIC  
Network Annual Meeting, November 1,  
Tunis, Tunisia. 2006