

2章一般的な課題と要求

a210.	単一課題の遂行		
a220.	複数課題の遂行		
a230.	日課の実行(遂行)		
a240.	ストレスとその他の心理的要求への対処		

※これが見ついた項目は中分類どまりで小分類なし※※8 (その他の特定の)、9 (詳細不明) の項目は略してある

入院の際に伝達される情報の ICF による分析
ー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
現状をみるー

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

分担研究者 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

研究要旨 “「生きることの全体像」についての「共通言語」”である ICF を統計上の分類項目として活用することを最終目的とし、医療・保健・介護・福祉における「連携」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、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 に沿って分析した。

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 名について分析した結果、下記の点が明らかとなった。

1) 前医療機関・介護保険施設等から提供された情報は疾患（ICF：健康状態）に関するものがほとんどであり、「統合モデル」としての ICF 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は極めて不十分であった。2) また「活動」の中で不十分ながら伝達されていた項目はほとんどセルフケア、しかもほとんどの場合その一部にとどまっていた。3) その場合も、「活動」の評価方法に、(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、などの問題があった。

このように、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、また臨床面への生活機能の活用についての課題が明確になり、これらの諸点をふまえて、厚生統計としての ICF の活用を考える上での課題も明らかとなった。

A. 研究目的

ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health、

WHO・国際生活機能分類、2001）の特徴は一言でいって、“「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」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、すなわち相互理解に立った相互協力が必要となる全ての場合であり、医療・保健・介護・福祉においては、あらゆる場面において「共通言語」に立った「連携のツール」の必要性がますます明らかになってきている。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。すなわち、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のである。

本研究はこのような観点から、「連携」の現状を把握し、その問題点を明らかにすることを目的とし、その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とした。

今回の検討によって、ICFの臨床上の「連携ツール」としてのあるべき姿が一定程度解明されるとともに、その活用の際しての留意点が明らかになり、ひいては厚生統計上に活用可能な「共通言語」の姿が把握で

きるようになることが期待される。

本研究ではリハビリテーションを目的とした入院患者を対象として、その入院前に関与していた医療機関・介護保険施設から連絡・提供された情報の内容についての実態を把握することとした。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り、例えば2000年の診療報酬改定の際に「リハビリテーション総合実施計画書」の導入があり、それはまさに「共通言語」に立った、連携のための情報共有を目指したものであったことがあげられる。すなわちこれはリハビリテーション・チーム内の連携のためだけではなく、患者に対しての現状の理解促進及び一緒に目標を設定することをも目的としたものであり、専門家チーム内の連携及び患者と専門家間の連携の両方のためのツールであった。なお、この時点はICFの前身であるICIDH（WHO：国際障害分類）からICFへの改定過程の最終段階にあり、ICFで採択された、活動の「実行状況」と「能力」の区分を先取りして、既に「実行状況：している活動」、「能力：できる活動」という重要な区分が取り入れられていた。ただ用語としては、当時はまだICIDHにもとづいており、ICFでの「心身機能」には「機能障害」、「活動」には「能力障害」、「参加」には「社会的不利」の用語が用いられていた。その後ICFの採択によって、ICFにもとづく生活機能としての用語に変更となっている。更に2003年に行われた

第1回の介護報酬改定では、介護保険においてもリハビリテーション（総合）実施計画書が導入された。

また老健局「高齢者リハビリテーション研究会」（2004年）において、リハビリテーションの方向として、ICFを基本として、その目的を生活機能向上と位置づけたことも重要である。すなわちリハビリテーションは患者のより良い生活・人生（すなわち、高いレベルの「活動」・「参加」）のためのアプローチであり、ICFの概念が最も必要な分野なのである。

以上のような経過から、医療・介護の分野の中ではリハビリテーションが最もICFと関係が深いと考え、今回の検討の対象としたものである。

B. 研究方法

リハビリテーション目的の入院患者について、入院するまでに関与していた医療機関、介護保険サービス提供者、介護支援専門員等から提供された、患者に関する情報の全てをICFの立場から分析した。

対象は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名である。その内訳は次の通りであった。

- ・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）

内：県内病院：513名：35病院

県外病院：84名：42病院

－1都1府9県

<診断名>

- ・脳梗塞：250名
- ・脳出血：150名
- ・大腿骨骨折：46名
- ・廃用症候群：27名
- ・その他：124名

県内診療所：7名：7診療所

県外診療所：2名：2診療所－2県

<診断名>

- ・脳梗塞：4名
- ・その他：5名
- ・介護保険施設入所からの転院：3名
：3施設

内：県内介護老人保健施設：1名

介護老人福祉施設：1名

グループホーム：1名

<診断名>

- ・廃用症候群：1名
- ・脳梗塞：2名

これらの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(心身機能・構造、活動、参加、健康状態、環境因子、個人因子)に該当する内容か、2)生活機能(心身機能・構造、活動、参加)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

I. 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

在宅生活から直接入院したか、他の医療機関への入院や介護保険施設への入所を経て入院したかで、提供された情報の形式は大きく異なったので、以下にそれらを分けて述べる。

1) 医療機関の入院を経てきた場合

病院経由(N=597名、77病院)、診療所経由(N=9名、9診療所)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(3診療所)を除いた全例で連絡があった。

まず他院に入院して転院してきた場合(N=77病院)には、全例医師及び看護部からの連絡があった。一定の書式を用いているかどうかをみると、医師では自由記載が10病院(13.0%)で、その他67病院(87.0%)には一定の書式があった。看護部門においては病院では3病院以外の74病院(96.1%)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。8病院でそれに簡単な追加文書が添えられていた。なお一病院から多数の患者が転院している場合をみると、同一病院でも診療科が異なる病棟によって異なる書式を用いている場合が3病院あった。

具体的記載内容をみると、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、具体的には「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例にあった。要介護認定を受けていたり、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。

次に看護部門の一定の書式では(73病院、76様式)、「活動」については19例(25.0%)で、セルフケア(ICFの「活動」第5章のうち、p570:健康に注意すること以外の項目)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(71.1%)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。このように一定の項目の欄がある場合には、他の項目については、「問題がない」というネガティブサインとしての記載をも含めて全く記載がなかった。

「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。

他の職種として、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:自由記載欄で述べていた: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。

同一病院の中で、看護部からの報告では

セルフケアの記載の項目は一部のみであったが、リハビリテーション部門からでは全て記載があったのは17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。この差がなぜ生じたかについての考察は後述する。

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。

次に診療所入院からの転院者(N=9)をみると、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(N=130名)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、生活機能については、片麻痺、関節可動域制限のように、心身機能レベルで症状・徴候としてとらえられるものが、疾病の経過の一部として含まれていた以外は、「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り、リハビリテーション実施の上で大きな参考になったことは重要であった。この例を含め、医師の紹介状の中でセルフケアについて述べられていたのは6例（1診療所、3病院）のみ、参加レベルは1診療所で「休職中」との記載があったのみであった。

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3例と少ないが、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った。

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

以下にICFの各要素（生活機能の各レベルと健康状態、環境因子）と介入内容に分けて結果を記載する。

1) 健康状態

今回の直接的な入院目的となった疾患中心の記述であった。

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、かなり詳細である。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。

このように、心身機能に限っても、入院

目的の疾患を中心としての連絡がなされ、全体像としてみた内容の連絡は十分ではなかった。

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おらず、明らかでなかった。

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。そのために、受け入れ側の病院では、それぞれの紹介状を全て各職種が見て、更にどれが正確な内容なのかを確認する必要性が生じていた。その上で入院前の状況や過去の状態についても統一した見解を持つ必要があった。

このように職種による差が生じてくる原因として考えられるのは以下の点である。

①まず評価した時点がいつなのかの記載が少なく、評価時期による差である可能性も考えられること。

②次に「活動」には「実行状況：している活動」と「能力：できる活動」との別があるが、「活動」について記載されている場合、それが「できる活動」（能力）なのか「し

ている活動」(実行状況)なのかを区別した記載は、リハビリテーション部門からの連絡において2病院にみられたのみであった。その他の病院ではこの2つを区別していないため、同一の患者について「できる活動」と「している活動」を別職種が別々にみて記載し、そのため食い違いが生じた可能性があった。更にはリハビリテーション部門では訓練室のみでの評価にとどまり、実生活の場での評価がなされていないための食い違いの場合もありうると考えられた。

③更に、例えば排泄の場合に、かりに「自立」という評価であっても、ポータブルトイレ使用か、病棟トイレかなど、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、このような用具・場所の記載はなかった。また目的行為の場所までの移動、すなわちトイレまでの移動を含むか否かも明確でなく、杖・装具・車いすなどの移動手段(「環境因子」)の明記もされていない場合が少なくなかった。このように同じ用語を使っている場合、それぞれの病院、担当者で全く異なる状態を示している場合が少なくないと考えられた。例えば「ADL自立」との記載があっても、ADLの中身に何が含まれるのかが問題であり、例えば入浴は含まれていないことが多かった。

④また自立といっても、ベッドの周辺だけに限られた自立をさす場合もあれば、病棟の施設を車椅子を使って利用している状態をさす場合もあり、歩行で行っている場合もあった。しかし、これらが区別されていない場合がほとんどであった。洗面・整容にしても、ベッド上で行うのか、車いす

上で洗面所に行かずに行っているのか、行って行っているのか、あるいは歩行で洗面所に行って、立位姿勢での整容なのか、などの区別は重要であるのに、そのような区別は全くなされていなかった。このような不十分な記載のために差が生じた可能性も考えられる。このように、正確を期するためには、ADLのそれぞれの「活動」について一定の定義を明確にする必要がある。それまでに入院してきた患者が多い病院の場合は、その病院での用語の使い方がある程度わかっている場合もあるが、そうでない場合には全く違う状態を考えてしまう危険性がある。

以上のような様々な要素によって差が生じていることが考えられ、正確な連絡・情報提供を行う上での今後の課題を示すものといえよう。

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、これには非同居家族も含まれている。しかし、一方で生活機能との関係からの記載は乏しい。例えば誰と同居しているか、更に将来的に介護を要する可能性が高い場合、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、家族については糖尿病などの主に遺伝的観点を重視した記載にとどまっており、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」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。

その他の環境因子についても、例えば自宅の室内の構造やトイレの構造（和式トイレ、洋式トイレなど）などについて、リハビリテーションの目標やプログラムに大きな影響を持つことでありながら、記載したものは全くなかった。

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いた。また内容的に食い違いがあることはほとんどなかった。

しかし一方で、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、「活動」について、基本的事項といえる、いつ座位を開始したのか、歩行の開始時期、トイレの使用の開始時期についての記載は乏しかった。また記載があっても、座位にしてもベッド上座位なのか、椅子座位なのかが不明である場合が多かった。また実生活の「している活動」としての座位（座位の種類は問わず）がいつから開始されたのかの記載は、わずか8病院（全て看護師の記録）にとどまっていた。

また「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。

前病院・施設あるいは在宅での生活機能の状況については、たとえ病院・施設からの連絡が不十分であっても、家族への問診が情報源となりうる。しかし、介入内容については、家族が常に付き添っていた場合は少なく、見舞いに行ったときの状況しか家族は把握していない場合がほとんどで、正確な情報・経過を手に入れることが出来ない場合がほとんどであった。

II. 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（うち2病院はソーシャルワーカーから、リハビリテーション部門からは4病院：1病院に重複あり）。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（重複3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。

前述したようにセルフケアについては、病院で(少なくとも看護部門は)特定の書式を有している所がほとんどであったが、発症前の状況についても、少なくともその書式と同様の内容について情報提供することが望ましいと考えられる。

ま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、リハビリテーション目的で転院してきたものであった。これらの患者についての記載で目立ったのは、「(転院前の病院への入院前から)寝たきり状態」という記載のみで、その寝たきりになった原因疾患の記載がないことであった。

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。脳卒中の発症直後直接入院してきた場合だけでなく、廃用症候群等のように活動低下があつて自宅生活を送っていてもその記載はなかった。

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」低下があつ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。

以上のように、発症以前の状況についての情報は必要であり、有益であるにもかか

わらず乏しいのが現状であった。

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ほとんどみられなかった。

特にリハビリテーションにおいては、発症の初期に患者にどのような説明がなされたか、またどのような対応がなされたかは、その後のリハビリテーションのすすめ方に大きく影響するものであり、紹介前の病院、施設での患者への説明内容が必要であるが、その記載がないのは大きな問題であった。

例えば、前病院で「麻痺は治ることはないだろう」とか、「リハビリで頑張るだけだ」と言われ、それらに単に反撥したり、逆にそのように思い込んだりした状態で入院してきている場合が多かった。詳しくきいてみると、概して紹介状の内容に、訓練室での訓練内容しか記載がないような場合には、本人がリハビリテーションとは手足の麻痺を治すことだと思い込んでいる(すなわちリハビリテーションについての正しい指導がなされていない)場合が多いので、この点に最初から留意して、リハビリテーション自体についての説明を十分行っていく必要がある。

また理学療法士が訓練室での訓練しか行っていない場合には、転院後に活動向上訓練を病棟において実施しようとした場合に、「訓練をしてくれない」などの不平が生じやすいなどのことも経験されている。

3. 評価点についての検討

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活動・参加の評価点についての議論が進められていたため、特にこの点について検討した。しかし前述したように「参加」についてはほとんど記載がないため、「活動」のみについて検討した。

「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。そういう場合、例えば「自立」と記載されていても、転院前の病院の限られた環境（病室内ポータブルトイレ使用等）でのみ自立しており、転院後の入院生活では非自立の場合が少なくなかった。さらに自宅での生活や、入院中に病棟の外に行く場合には、非自立となった場合がしばしばみられた。

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。

このように「活動」の状態の評価・表現法について、ICFの評価点基準に沿って統一的な基準を設ける必要が痛感された。

D. 総括的考察

個々の事項については結果の部で考察を加えたので、ここでは総括的な考察を行う。

1. 対象による偏りの可能性

今回の調査は一病院のみについて行った

ものであるため、サンプリングに偏りがあることは当然のこととして認めなければならない。しかしそれによって結果にも大きな偏りがあり、わが国の現状を代表するものとはいえないかといえ、必ずしもそうではないと考えられる。それは本調査の対象となった病院は、リハビリテーションを専門的に行っている病院として以前から全国的に広く知られており、そのため本調査における入院前の病院には県外病院も多いため、今回の結果が特定の地域のみの現状ということとはできないからである。また今回の結果は、本主任研究者、分担研究者が従来直接・間接に経験・見聞したことと大綱において一致しており、その点からもわが国の現状を相当程度正確にとらえているものといえることができる。

2. 健康状態中心の問題点

今回の分析から、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」）レベル中心であり、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という現状が明らかになった。

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）を生み出す（あるいは伴う）疾患が著明に増加している現状からみて、また環境（ICFでは広義で物的・人的・社会的・制度的環境全てを含む）が生活機能や障害に影響するところが大きいと、生活機能や環境因子に関する情報は不可欠のものとなっている。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る今日、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。

その点から見て、特にリハビリテーションという、後述するように生活機能や障害（生活機能低下）を直接対象とする医療場面への紹介・情報提供でありながら、疾患レベル中心で生活機能について触れることが極めて乏しかったことは大きな問題と考えられる。

3. 転・入院時情報伝達の必要性

今回転入院時にどのような情報が先行の医療機関・介護保険施設等から伝達されているのかという観点から分析したが、この際に伝達される内容には、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と考えられる。しかし、現状では前者が主であり、後者の必要性まで考えが及んでいない可能性が高い。特に看護部門では、本来自分たちのための「まとめ」であるはずの退院時サマリーが連絡の目的で用いられており、それに追加されている情報はごく僅かで、ほとんどが単なる挨拶状であったことから以上のことが確認できるように思われる。

調査対象とした病院は、リハビリテーション目的の転入院患者が多いため、「活

動」に関する情報を特に必要としており、それは先にも述べたように所定の入院申込書に「活動」に関する項目が含まれていることにもあらわれている。今後は「活動」に関する項目数を増やし、更に「参加」に関する情報をも求めるなど、受け入れ側の病院の工夫・努力によって改善できる点も少なくないと考えられる。

しかし、他方では送り手側の医療機関等でも既にある程度のリハビリテーションを行っていたり、介護保険施設として「活動」に注意を払わざるをえなかつたりしているのであり、その経験からして転入院後のリハビリテーションにとって疾病の経過だけでなく、「活動」「参加」の経過についての情報が重要であることを認識していてもよいはずである。

このように考えると、現在の医療界一般において、生活機能自体の重要性の認識がまだまだ不十分であるといわざるをえない。残念なことにリハビリテーション専門職も例外ではなく、そこからの連絡にも、これらの情報が不十分であった。これはリハビリテーションの現在のあり方自体に問題があり、それが「活動」「参加」の軽視を生じる要因の一つとなっているといわざるをえない。

4. 「活動」の重要性

ICFの核となる観点は「活動」である。ICFは「医学モデル」と「社会モデル」の両者を統合して、「生物・心理・社会的アプローチ」に立つ（ICF序論5-2）ものである。生活機能の3レベルのうち、「医学モデル」が「心身機能・構造」を重視する（むしろ絶対視する）のに対して、「社会モデル」

は「参加」を重視（絶対視）するが、両者ともに見落としているものがあり、それが「活動」である。しかし実は「活動」が間に立って「心身機能」と「参加」とを結びつけているのであり、これがあってはじめて「統合モデル」としてのICFの生活機能モデルが成り立ち、「生きることの全体像」をとらえることが可能になったのである。逆に言えば、「心身機能・構造」偏重あるいは「参加」偏重は、一見相対立しているようにみえても、実は複雑な現実を単純化してとらえる点で共通しており、いずれにせよいわば「生きることの一面像」しかとらえることができない。「活動」を中心に据えてはじめて「生きることの全体像」が把握できるのである。

このように重要な「活動」であるが、今回の調査結果に立ってみても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、これまで医学全般が「医学モデル」に立ってきて、そこからの脱却の必要性が叫ばれながら、まだそれが徹底するに到っていないため、ということは一応は正しいであろう。

しかし実は、より具体的に「活動軽視」の原因を探り、それによって現実的な脱却の方向をみつけることが重要と考えられる。

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又は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「介護」という環境因子によって問題を解決しようとするので「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。

5. 「活動」のとらえ方の問題点

今回の調査で看護師に関しては退院時サマリーなどの一定の書式がある場合には、ほとんどの場合セルフケアについての何らかの項目が含まれていた。このように、医療においてもADLは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よう。しかし、実はその把握は不十分であり、先にも指摘したように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。

6. 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、先にも述べたように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のは、根本的に「リハビリテーションとは何か」という点での誤解が大きく影響しているように思われる。それは「リハビリテーションは機能訓練」という誤解である。その基礎にあるのは「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。その結果、「心身機能」の回復を過大視あるいは絶対視することになり、その結果「活動」や「参加」は重視されず、それらに関する情報はあまり必要でないと考えられている可能性が大きいのである。

7. 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、病院に入院する場合、たとえそれがリハビリテーション目的であったとしても、病気中心の情報が必要で、「活動」「参加」についての情報の必要はないと考えている可能性が大きい。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と考えられるのである。

介護支援専門員による要介護認定の調査項目についての情報提供が1例あったが、この調査項目自体が主に心身機能の状況であり、またある時点の状況を示すのみであるという限界があった。

8. 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きており、病院から退院する時の介護保険関係への連絡は、早期の退院実現の達成などの目的もあり、少なくともその必要性は周知されつつあり、実施もかなりされているといえよう。

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。

入院したことは介護保険サービスの利用を中止することでもあるので、おそらく介護支援専門員には伝わるであろうが、退院するまで待つことにして、積極的に自らの情報を提供する必要があるとは考えられていない可能性が大きいのである。

これに関しては、病院に入院した場合は病気（健康状態）関係の情報の必要性は理解されているが、それは医療側から十分提供されていると考えていけば「安心」しており、他方生活機能についての情報の必要性についての認識が不十分であるための結果かもしれない。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。これは退院によって在宅生活に戻る場合に一層重要になってくる。本来よりよい退院後の生活に向けて入院中の対応はなされるのであるが、多くは退院直前になされる話し合いでそれらの問題・課題を提示すればよいと考えられがちで、入院の時点から既に、入院前の過去の生活機能や具体的な介入内容が、入院生活や方針決定の上で活かされる重要な情報であるとの認識が必要となるのである。

このような現状は、入院に際してだけでなく、平常時の介護保険サービスのプラン策定時にも将来を考えて策定する心構えが不十分である可能性を示唆するものといえよう。

リハビリテーションを目的として入院した場合ですら、今回明らかとなったように健康状態中心に考えられていた。これは介護保険関係者にも「リハビリテーションは機能訓練である」との誤解が強く、活動・参加へのアプローチは少なく、そのためそれらの情報の必要性は乏しい、との誤解があると考えられる。

介護保険サービスを受けていた場合には、それまでどのようなサービスを受けていたかの内容は、リハビリテーションを進める上で、大きく影響するため、それについての情報はぜひとも必要である。

E. 結論

本研究は、『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』という本研究班のテーマに沿って、「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の立場から分析することを目的として行った。

このような分析の結果、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。また「活動」の中で（時に）伝達されていたセルフケアについても、その評価方法に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という問題点があった。また3)評価対象の「活動」項目としても（きわめて少数の喜ぶべき例外を除いて）セルフケア以外のものがないなどの基本的な課題があった。この点、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、また臨床面への生活機能の活用についての課題が明らかになったといえよう。

以上のように、今回明らかとなった諸点をふまえて、厚生統計としてのICFの活用を考える上での課題が明らかとなった。

F. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 学会発表

1) 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