

【3章】生きることの集大成を支える相談支援の概念図（図11）

1章、2章ではICF（国際生活機能分類）の基本的な考え方を示し構成概念の重要性を示した。

3章では、ICFを理解しケアを実践するために欠かせない構成概念を土台とした生活支援のあり方について図を用いて概説する。

病院に入院中の患者、生活に復帰した療養者に関わらず、全ての人の生活機能は、ICFの健康状態＝心身機能・活動・参加を中心としている¹⁾。この3つは単独に機能するものではなく、包括された概念によって「統合された全体としての健康状態」となる。

生活機能は、健康状態を維持する環境因子・個人因子との相互作用と相まって、さらに個々人の主観的体験も統合された全体として機能する。

生活者が療養者の場合、ケアにあたる関係者すべてが、生活機能モデルに沿って生きることの全体像を捉えたものの見方・考え方を共通に持つことが大前提となる。

療養者の生活を関係者が支える場合、客観的な実体として接するだけではなく、療養者の主観的側面を含めた総合的な関係を構築していくことが重要である。そのためには実体と構成概念を十分に理解しなければならない。

療養者の生活を関係者が連携しながら支えるために欠かせないものの見方・考え方は、構成概念として理解されるべきものであり、その中で使用される言葉も、正しい概念理解に基づく使われ方をする必要があります。構成概念を理解し、その理解に基づく正しい言葉の使用によって、療養者の生活の変化に即した支援が可能となる。

療養者の生活に変化が生じた場合であっても、生きること全体をとらえたICFの生活機能に即しながら、生活支援の十分な説明、ケアの提供、連携体制、既存の制度を活用した生活支援を繰り返し継続していくことが、生きることの集大成を支える相談支援となる。

以上のプロセスを経てはじめて、個別具体的な生き方支援をすることができるのであり、結果として生きることの集大成を支えることになる。

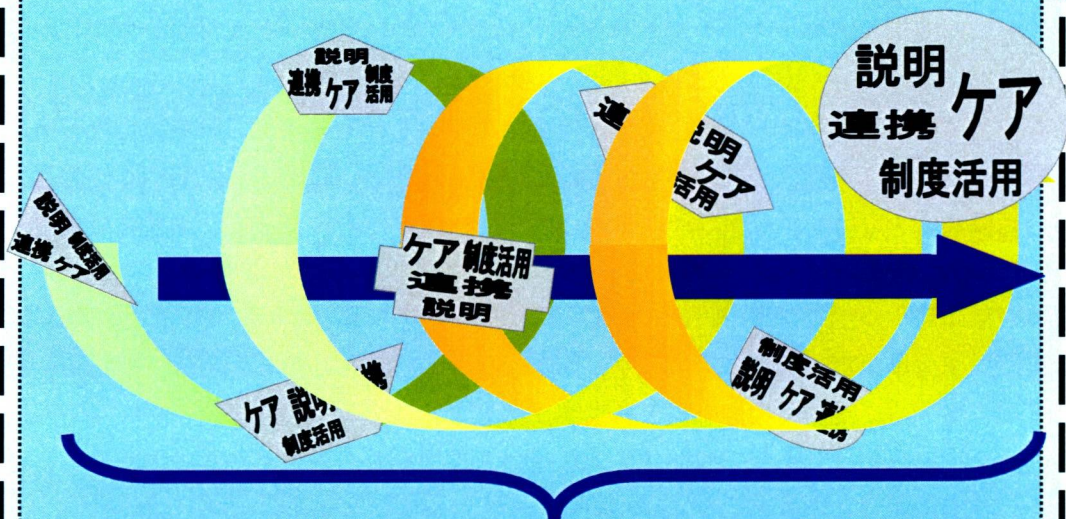
図11は原因⇄結果型のプロセスでないことを強調したい。生き方支援に係わるすべての事象は互いに包含し合う関係にある点が重要である。すべての事象が包含された「生きることの全体」すなわち生活機能が、そのときそのときによって全体の形態を変容させながら、更なる安定した全体特性を維持するものである。

1) 大川弥生著 生活機能とは何か－ICF：国際生活機能分類の理解と活用－ p4
東京大学出版 2005.

すべての人に関係する
共通言語・ICFの理念を
理解する

実体と構成概念を理解する

健康、QOL、尊厳、延命、終末期
自分の死、事前指示、中止と差し控え
言葉の意味を理解する



ICFの生活機能(心身機能・活動・参加)
に沿った生活支援の繰り返し

生き方支援

図 11

【4章】緩和ケアの展開（終末期医療から緩和ケアへの転換）

緩和ケアはホスピスケアから発展してきた人間尊重のケアの理念である。しかも、このケアの理念は社会構造の変化およびその時代に生きる人間の価値観の変容に伴い常に進化をつづけている。現在、類義語として、ホスピス、ホスピスケア、終末期医療、終末期ケア、ターミナルケアなど様々な用語があり、医療従事者を含め日本国民は現在なおこれらの用語を緩和ケアの同義語として理解しているが、すでに緩和ケアとして提供されるケアの内容は大きく異なっている。

これまで日本国民が抱えている緩和ケアの概念との大きな違いは、対象疾患ががんやH I Vなどの「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患」から「生命を脅かす疾患」に適応拡大されていること、ケアの対象者が「患者」から「患者および家族」に拡大されていること、ケアを提供する時期が“終末期”から「疾患の早期」に前倒しになったこと、そして、医療的な支援のみならず、介護や福祉などの社会的支援を含めた包括的ケアを示した概念であることなどである。

緩和ケアの基礎となるホスピスケアの歴史的な流れ、および世界保健機構（WHO）が提示した緩和ケアの定義、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対応することで、生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）を改善するためのアプローチである」を念頭におくと、緩和ケアの基本的理念として以下の4つの基本的理念が提示できる。

1) その人らしい生き方を支えるケア

この基本理念は、一人一人の人生観や生活観を尊重し、そのニーズに沿って相談の上で必要な医療支援あるいは生活支援を提供することを意味している。

2) 楽に生きるためのケア

この基本理念は、疾患そのものにより発生する全人的苦痛（身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、霊的苦痛）、疾患に対する治療により引き起こされる全人的苦痛を緩和する治療や支援を積極的に行うことを意味している。なお、この支援は治療などの医療的支援や介入のみならず、介護や福祉などの生活支援を含めたものである。

3) 家族のケア

この基本理念は、特に日本においては、疾患を持つ患者だけでなく、その家族や友人も同様に苦痛をもつ傾向が強いことから、特に病状が進んだ時期、臨死期、逝去後に重要である。

4) チームケア

この基本理念は、患者および家族の多様なニーズに対応するためには多職種協働によるチーム医療が重要であることを示している。

以上の4つの基本理念は、生活を支える医療の基本理念そのものであり、その意味で、緩和ケアの普及を、がん終末期のみに焦点が当てられるのではなく、医療全般に適応させて普及をはかる必要がある。

図12に示す¹⁾ように、

- ① 30年前の医療は生まれてから死ぬまで治療の連続であり、多くの患者に蘇生が行われていた。
- ② その反省から20年前に初期のターミナルケアが思想輸入された。ここでは治療のあきらめがターミナルケアを導く構図となり、救急医療のあきらめとしての延命治療の中止・不可逆的な脳死の標準化・尊厳死の法制化の要望等は、皆この時代の概念構成に依拠している。

③ しかし、10年前からは、治療とパリエーションすなわち緩和ケアがパラレルに行われる時代となり単一の手技（たとえば酸素吸入）が、呼吸苦を改善する緩和であるとともに低酸素に弱い脳・心臓を保護する治療の側面をもあわせ持つことがわかっている。

④ 最先端の概念変更によれば、すべての治療は同時に緩和の概念を有している、というものである。たしかに、手術で胃がんを全摘出する手技も、肺炎を抗生物質で治すことも、患者本人の広義の苦痛を取り除くことである。

以上の変遷を知り、緩和ケアがすべての医師・医療職に必要であることを強調するものである。

◎ 現在の緩和ケアの水準にあつては、原則的にはすべての患者は緩和される。したがって生命維持治療を中止することなく緩和ケアを行えばよい。

◎ すでに意識が低下した患者においては苦痛を伴わないため、呼吸器を代表とする生命に直接影響する生命維持治療を中止する必要がない。なぜならすでに緩和されているから。命を全うするまで支援すること。

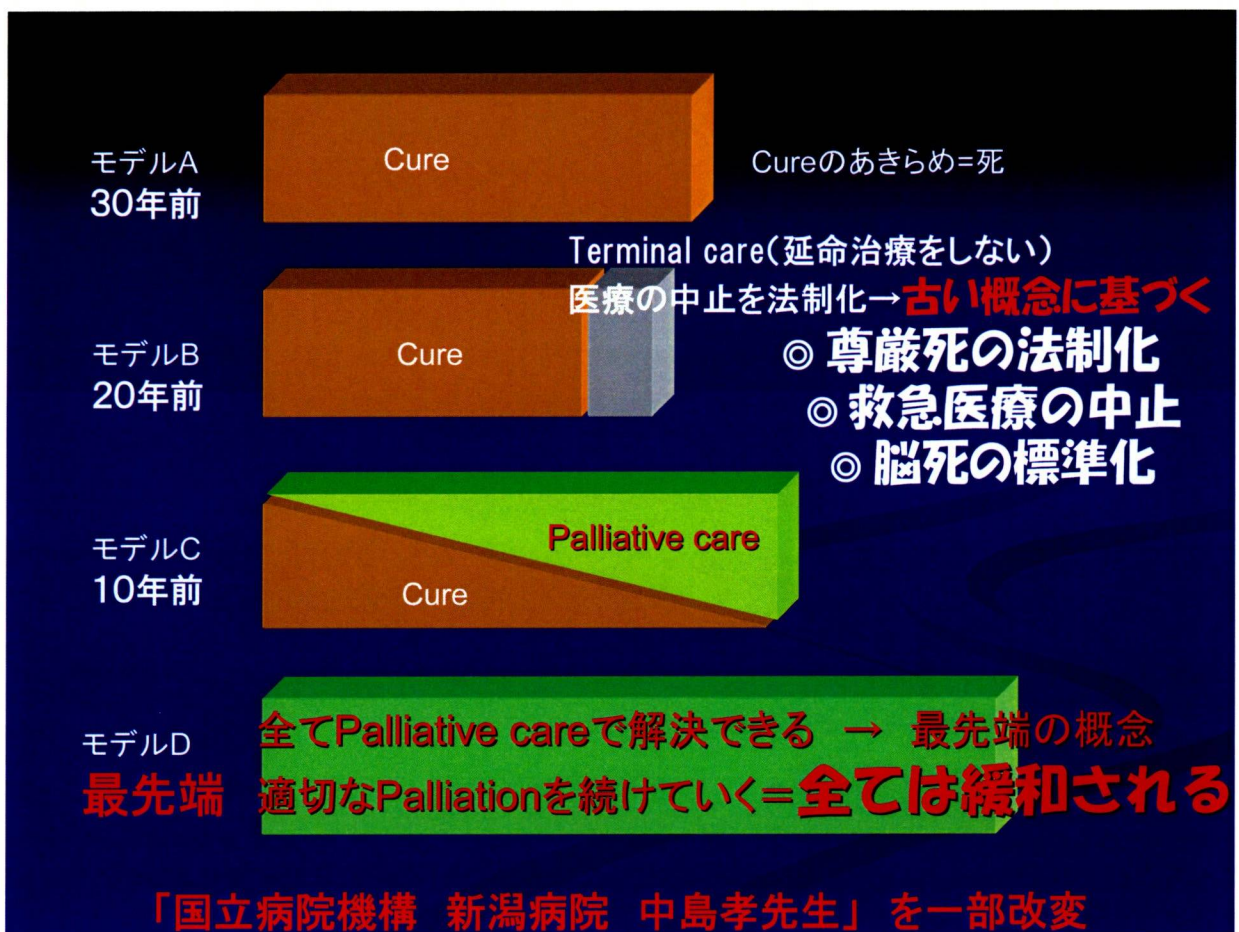


図 12

参考文献

1) 中島 孝：難病における QOL 研究の展開. 保健の科学、51 巻、2 号、pp83-92、2009.

【5章】ICFを用いて生きることの集大成を支えるために

1. ICFを用いた生き方の説明

なにを誰に対して説明すべきか

応用倫理学辞典（pp276-277 丸善株式会社 平成20年1月）では説明責任に関して一般的に以下のよう
に解説している。

“医療を提供する場において、医師は療養者へ説明をする責任を有すると考えられる。説明責任とは、
医療の中で発達してきた「セカンドオピニオン」を思い起こせばよいのだが、この説明に関して、他の
会社の技術者や、別組織に属する技術者の検証をも想定していることが必要になってくる。さらに、最
近言われているのは、「コンセンサス会議」の例である。一般の人たちが集まって認識を深めていくプ
ロセスを重視した説明が要求されることになる。「説明責任」は一度情報を開示すればよいというもの
ではなく、使用者である消費者（および「潜在的被害者」）との対話とフィードバックを可能にするプ
ロセスであると考えられる。技術の開発にたいする一般市民の理解を得る上でもこの対話的な機能は重
視されるべきである。このような説明の努力は、開発時に気づかなかったさまざまな視点を自覚するこ
とを技術者の側にも促すものである。”

さらに“説明責任に関しては、技術者と消費者との信頼関係を形成する上で中心的な意義をもつもの
である。”としている。医療提供の場では、医療従事者が技術者、療養者が消費者と置き換えることが
可能である。

2. 支援体制・連携体制

連携体制にかかわる職種

医師・歯科医師・薬剤師・看護師・医療関連職種以外の職種等について。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師が単独またはチームで相談、支援にあたる。医療関連
職種以外の職種（ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、行政担当者、弁護士など）による情報提供
が必要な場合は、本人の承諾を得て当該職種も支援に参加する。

支援のプロセス

結果を求めるのではないこと。プロセスにおけるその時どきの対応についての知識と手技。

相談支援は、本人の現状に即して必要な情報やとりうる選択肢、支援策を具体的に提示して、これか
らの生き方について本人と一体となって考えていくものである。生き方を決めるための情報提示や相談
をすることが目的であり、支援の結果何らかの決定を得ることは必ずしも必須ではない。

支援の事前準備

事前の伝達（内容が重要であること）・面談室の整備・十分な面談時間・服装・表情・適切な会話・プ
ライバシーの保護等に関する事前準備に係る知識について。

本人との間に良好な関係が構築されていることが前提である。これからの生き方に関する重要な話し
合いをすることを事前に本人に伝達する。本人がリラックスして何でも話し合える環境を作るために、
プライバシーに配慮した面談室を準備し、十分な面談時間を予定する。

医療保険点数上の問題点

1) 後期高齢者終末期相談支援料の凍結

2008年4月の診療報酬改定にあたり新たに盛り込まれた「後期高齢者終末期相談支援料」は、患者及びその家族等と終末期の診療方針等について十分に話し合いを行った上、話し合いの内容を取りまとめた文書等の提供を行うことを評価するものであったが、2008年7月以降算定が凍結されるに至った（保医発第0630001号 後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について）。

この背景には、

- ・緩和ケアをはじめとする医療技術やリソースの現況
- ・終末期（と一般に理解されている状況）に際しての医療・介護支援のあり方
- ・療養方針変遷のプロセス

に対する理解が国民・マスコミ・医療者・介護者において進んでいないことから、

- ・患者本人の意思決定や事前指示書作成の強制がなされる

との懸念から、

- ・延命医療の医療費抑制を目的としたものではないか

との誤解までもが生まれた、という経緯がある。

2) 相談・支援に対する現行の評価

複数の保険医療機関による連携診療や共同指導を行った場合には、例として以下のような診療報酬が算定できる。

○地域連携診療計画管理料

別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り算定。

○地域連携診療計画退院時指導料

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。

○在宅患者連携指導料

訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であつ

て通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定。

○在宅患者連携指導加算（在宅患者訪問看護・指導料）

訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り加算。

○退院時共同指導料

保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定。

○開放型病院共同指導料

診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定。

○診療情報提供料（Ⅱ）

保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定。

これら診療報酬の算定には、

- ・計画の作成
- ・文書の提供
- ・患者への説明
- ・患者の同意
- ・情報共有

などの実施が要件として挙げられている。

3) 今後の展開

医療サービスの提供に際しては、患者本人の身体状況を把握するのみならず、○本人を取り巻く療養環境を把握すること、○身体状況と療養環境に対する本人の理解を把握すること、○把握しえた情報を提供すること、○それを踏まえての本人の意志を把握すること、さらに、○身体状況・療養環境の変化（症状の変化、本人の意志により加えられた医療・介護の提供）により本人の意思が変容しうること、などの理解が必要であることは、これまで述べてきたとおりである。

従って、前項に掲げたような管理・指導を行なうにあたっては、同様の情報収集・評価・情報提供が行なわれることが必要である。また、このような医療提供体制の整備（＝ICFを活用した医療の提供体制）を推進していくには、体制を整えたことに対する、より高い診療報酬上の評価が大変有効である。

そうすることによって、前項の各管理料・指導料が、後期高齢者終末期相談支援料の創設の目的を果たすものとして今後活用されることだろう。

3. 生きるために必要な制度の理解

介護保険の使用

介護保険は、介護保険証を持つ 65 歳以上の人で、病気、ケガなどで支援や介護が必要と認定された場合と、医療保険に加入している 40 歳～64 歳の人で、特定疾患に該当する場合に介護サービスが利用できる。

介護サービスを利用するためには、要介護認定を受け、ケアプランを作成してもらう。介護サービスは、生活援助と身体介護の 2 種類に分けられる。

サービス利用負担は、原則として利用したサービスの 1 割負担であるが、通所サービスや施設入所の場合、食費や滞在費など利用者負担となるものもある。

要介護認定は調査員による心身状態の調査と主治医意見書により要支援 1・2、要介護 1～5、非該当、に認定される。

ケアプラン（介護サービス）は地域包括支援センターの保健師や居宅介護支援事業所のケアマネージャーに依頼して作成してもらう。

身体障害者等自立支援法に基づく援助

身体の障害の程度によって身体障害者手帳を取得し、障害者の福祉サービスを利用することで、療養生活に必要な便宜を図ることができる。

身体障害者手帳の交付対象の障害区分としては①視覚障害、②聴覚障害または平衡機能障害、③音声機能・言語機能または咀嚼機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害、がある。例えば、呼吸機能障害に該当する場合は、吸引器やネブライザーの給付を受けることができるなど、障害福祉サービスでの給付を受ける際の必要条件となる。

身体障害者手帳の障害度は、最重度 1 級から軽度の 7 級（交付は 6 級から）まであり、障害の程度によって利用できるサービスが規定されており、病状の変化などでの等級の変更や障害名を追加することも大切である。

手帳の交付は市町村の障害者福祉担当から障害区分に応じた身体障害者診断書・意見書をもらい、指

定医師が作成し、申請者が福祉課で手続きする。審査後1ヶ月前後で交付となるため、予測される場合は早めに手続きを行っておくことが望ましい。

また、身体障害者、知的障害者、精神障害者の自立支援を目的として、障害者自立支援法による介護給付と訓練等給付などのサービスが利用できる。主として施設（支援）、居宅（支援）のいずれかで行われる。介護保険に該当する場合は、原則として介護保険の給付が優先されるため、介護保険を使い切っても足りない部分に申請が受理されることが多い。

サービスを利用するには、認定調査による障害程度区分の認定（区分1～6）などにより支給決定される。自己負担は利用した分の1割負担である。

年金、生活保護等

特別障害者手当金や障害者年金は重度の障害や生じた場合支給される。

特別障害者手当金は、身体・知的・精神に著しく重度で永続する障害があり、日常生活において常時特別の介護を必要とする在宅の20歳以上の人に支給する手当金で、月額26440円が支給される。ただし、所得により支給制限がある。

障害年金のうち国民年金の障害基礎年金は、身体・精神・知的に障害があり、日常生活に著しい制限をうけるような状態になった20歳以上の人に年金を支給するもので、障害の程度によって1級と2級がある。

障害厚生年金は、会社勤務の厚生年金加入者が社会保険事務所に申請し、受けることができる。

生命保険の適用

一般に生命保険は被保険者が死亡したときに、はじめてその金額を受け取るものと解釈されがちである。しかし、生命保険はそれがどの保険であっても（民間の生命保険、簡易保険、県民共済などいずれの保険も）生前つまり生きている今の時点で、その保険金を全額受け取ることができる。それは被保険者が「高度障害」に該当する場合であり、身体（知的、精神を含む）障害の1,2級程度や介護度4,5程度の方々が該当することが多い。高度障害に該当すると思われる場合には、生命保険を全額受け取るにより、家計の安定を図るとともに介護の将来設計を行って、有効にその金額を利用していくことができる。受け取りには医師の診断書が必要。

【6章】 ICFを日本で有効に活用するために

1. 生活機能の重要点

ICFを活用する際、その根幹をなすものは、「生活機能」の向上という視点である。これまで「障害」の原因となる疾病とその治療にのみ目が向けられていた状態から、生活機能を向上させるために必要な生活行為や社会参加は何か、という視点に変化したことが、ICFのもっとも画期的な考え方である。さらにこの生活機能とは障害がある方だけをみるのではなく、全ての人の健康をみるもの¹⁾（大川2008）である。

生活機能とは心身機能（生物レベル）、活動（個人レベル）、参加（社会レベル）の3つの階層構造（図13）でとらえられるものであり、3つ全てを包括したものである。日本語では生命、生活、人生という3つのレベルと考えたほうが非常にわかりやすい面がある¹⁾（上田2008）。

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障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。

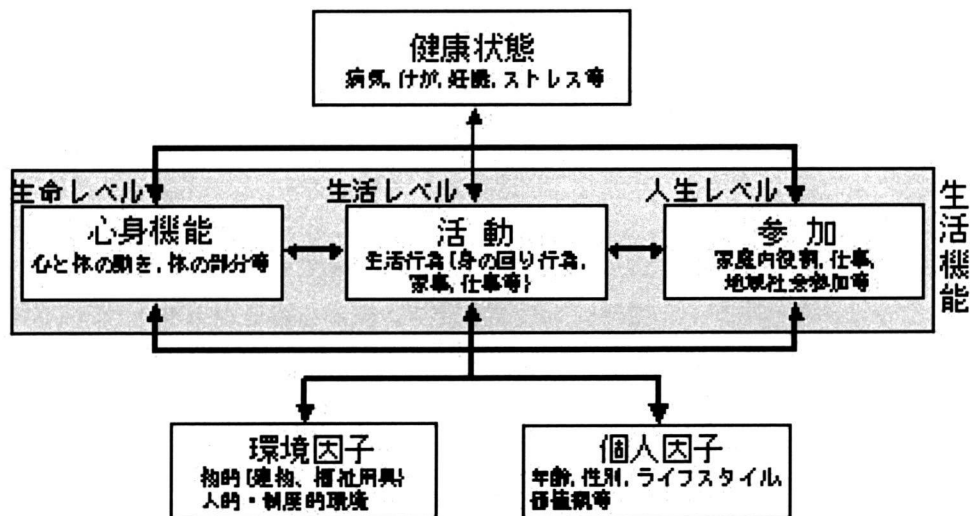


図 13 生活機能モデル

2. 実際の活用場面と課題

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際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の今後の活用方法

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。

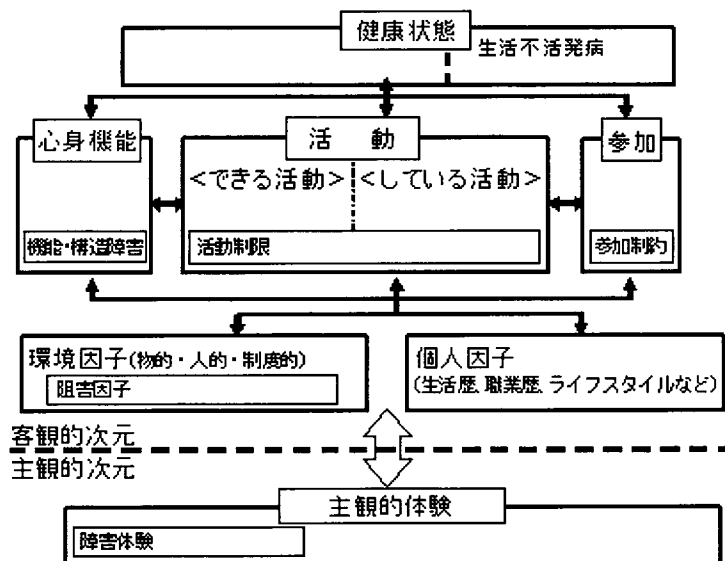


図14 ICF整理シート

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、事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	いつも語りかける。触れ合う。
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 of 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	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	介護者A 全身性 事業所①支援 訪問看護	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	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	広域支援のみ 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		B市全身性障害者等福祉系制介護形成事業		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・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) **2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



図 17

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、それはどのように活用されているのだろうか。実際に調布市が作成した ICF を活用した自立支援に関するアセスメントシートと 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、その様式や活用について俯瞰する。

調布市の様式¹⁾ と NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会の様式²⁾
 (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	調布市
様式 の 特 色	<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について 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、それに対する週間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、服薬を記載）では評価をしない。 ● ADL^{※1}、IADL^{※2} 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。
総 括	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。	個人の心身機能（ADL および IADL）に基づく所見に特化し、その目標の具体化に向けての方法を提案。

※1 ADL・・・日常生活動作。寝食・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上での基本的行動を指す。それぞれについて自立・一部介助・全介助のいずれかであるか評価することで障害者や高齢者の生活自立度を測定する。

※2 IADL・・・手段的日常生活動作。外出、買い物、家事、移動、薬の管理、金銭管理など、ADL よりさらに高次の生活機能の水準を測定するものである。
 在宅におけるケアなどを検討する場合は、ADL だけではなく、IADL が重要な指標になるとされている。

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活動別にプラス（+）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。

（-）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、点数で評価することなく非常に理解しやすい形式ではあるが、心身的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。

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

「個人の生き方」や「生を全うすること」

に着目することが非常に大切になってくると考えられる。

それは当事者本人が最も重要視したいことでもあり

ケアを提供する側と本人が共有すべき本質的な重要事項である。

一方、NPO 神奈川県介護支援専門員協会のアセスメントシートでは前述の個人の生き方や暮らし方について着目しており、ICFに踏み込んだ内容として提示されている。

◆ 表1「ICFを活用したアセスメント2」：ICFを活用したアセスメント

まず「生きることの困難」を「生活上の課題」としてとらえ、必要と思われる具体的な支援内容を話し合うことが可能である。本人ができる事を視野に入れ、「課題」を提案することによって、より前向きな生活を送ることができるよう計画される。それは健康状態や心身機能のみに限定されることではない。

さらに、支援による予後予測を立て、支援者は誰かを決めることによって「課題」に対する目的意識をより強く持たせていることができる。

そして本人・家族との相談結果を残すことにより、本人の生き方に対する共通理解を本人とケア提供者側の双方で持つことが可能になる。

◆ 表2「居宅サービス計画書」：生活上の課題の明確化と具体的な支援内容の調整

「生活上の課題」にもとづいた長期目標・短期目標と実現可能な生活の目標を、本人や家族が行なっていること（ICF上の「活動」）を盛り込んで作成する。これにより本人の目標とケアを提供する側のサービス内容を明確にし、共有することが可能である。この目標設定は心身機能・活動・参加それぞれに対して効果を期待することができる。さらに定期的に見直しを行ない、「目標」に対する達成度を再評価することによって、これからの暮らし方や生活のあり方を見直している。

◆ 「週間サービス計画表（暮らしの予定表）」の作成

週間計画表を用いて一日の暮らし方を作成することにより、きめ細やかなサービスをさらに具体的に可視化することができる。暮らし方を考えるということは本人を取り巻く要素、接するものを無視することができない。たとえば散歩一つについても本人を取り巻く要素は多くある（散歩に行きたいと思う・着替える・靴を履く・どこへ行くか・誰と一緒にいくか等）。この作業を行なうことにより「活動」「参加」「環境因子」に関する計画を具体的に盛り込むことができる。

そして心身機能に関してだけでなく、本人をとりまく環境が必要としている具体的な支援内容などを洗い出すことが可能になる。

◆ 図1 ICF整理シートを活用した具体的な在宅ケアの計画

ICFで実際に使用されているモデルを提示することにより、ICFが生活機能に関する分類であるということを具体的且つ視覚的にアプローチすることが可能になる。ICFにもとづいたアセスメントは、心身の機能と健康状態に関してのみの評価を行なうことではないということを、本人及び家族により理解してもらいやすくなる。それによって、本人が希望する生き方と、ケア提供側のサービスとの乖離を防ぐことができる。

神奈川県介護支援専門員協会の様式は、アセスメントの内容が明快である。ICFの要素を積極的に取り入れる事により、健康状態や心身機能に関する評価にとどまらず、より本人の生活に即した目標設定が可能になる。

そして生きることに関して「困難」とされることを「課題」にすることにより、生き方や暮らし方のヒントを引き出すことができる。



これは心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子を組み込んだ生き方の構築と生きることの全体像をとらえる為に変に大変有効なことである。そして前述に記した
「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、本人側とケアを行なう側双方において明確にし
共通理解へと近づくことができる。

ICFを活用したアセスメントの利点と今後の課題

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、そして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。

しかしながら、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、現状ではICFへの理解が浸透しているとは言いにくい。今後の課題として、全国的なICFへの理解と情報の共有化を十分に図る必要がある。

ICFは「医学的モデル」と「社会的モデル」とを統合した「統合モデル」³⁾である。ICFについての理解と情報の共有化を図るには、各医療機関ならびに各福祉・介護施設と行政において十分な教育が必要である。

そして行政と各機関の両者において、理解の差異や矛盾が生じてはならない。当事者本人たちへの充実したアセスメントを行うためには、検討会や意見交換会などにおいて双方向でのICFに関する情報・意見交換を行なうことが重要である。

1) 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

2) 神奈川県介護支援専門員協会 編集

オリジナル様式から考えるケアマネジメント実践マニュアル—居宅編—・—施設編—
中央法規出版 2009 各CD-ROMから抜粋し改定

3) 大川 弥生：生活機能とは何か —ICF：国際生活機能分類の理解と活用—

表1 IOF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	
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援として重要	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援として重要	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			