

率化は重要であろう。特に我が国は他の先進諸国に比べて入院日数が長く、対策が必要と考えられている。急性期病院でも慢性期病院でも入院期間の短縮が求められている中で多職種が効率的かつ持続的にかかわることが非常に重要だと考えられている。多職種連携においてもかつては主治医が入院診療のステークスホルダーと考えられ、主治医の指示のもと全てが執り行われていることになっていた。しかし各職種が専門性を高めるに従って業務の独立性も高くなり、リハビリが目標に達したら退院とか、栄養指導が終わったら退院とか、在宅環境が整ったら退院など、患者さんの病状・環境に合わせてステークスホルダーが遷移することも頻出している。患者の高齢化によって個人ごとに異なる組み合わせで多くの合併症を持ち、投入される職種が随時変化するようになった。従って診療のステージごとに目的を明確にし、進捗管理が行えるようにしなければならない。どの職種にとってもわかりやすい用語で診療目標と問題点が記載される必要があり、我々は ICPC-2 と ICF にその重責を期待している。

診断群（病名）分類はその粒度、すなわち病名の細かさによって細かいものから順に並べると、MEDIS 標準病名集（おおよそ SNOMED-CT と同等）、ICD-10、ICPC-2、DPC 診断群分類となる。本研究では国際的な流通度と愁訴の扱いやすさから ICPC-2 を基準とした。患者の病態記載には ICF（国際生活機能分類）を用いることとした。ICF は b:身体機能、s:身体構造、d:活動と参加、e:環境因子が規定されている。これを病態記載に使うことの詳細については「医療従事者の目的共有のための ICF 入門」を参照いただきたい。

D. 結論

診療の安全性向上と効率性向上を目指し ICPC-2 と ICF を用いた疾病管理用症状管理用コアセットを開発した。

E. 健康危険情報法

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

なし

ICPC-2 と ICF の連携

研究分担者 藤田伸輔 千葉大学医学部附属病院准教授
研究分担者 高林克日己 千葉大学医学部附属病院教授
研究分担者 横手幸太郎 千葉大学大学院医学研究院教授
研究分担者 諏訪さゆり 千葉大学大学院看護学研究科教授

【背景】

高齢者は有病率が高く、複数の疾患を合併している率も高い。さらに各臓器の機能低下によって安静によって ADL が低下しやすく、薬剤の副作用も発現しやすい。高齢者の増加は先進国に共通する問題であり BRICs などそれに続いて国々でも今後急速に問題が大きくなると予測される。このような状況の中で多職種連携が重視され、診療の効率化が求められる、患者安全の確保のために日々の診療からのデータを解析し、エビデンスとして次の診療に生かすことが求められている。本研究では日々の診療から得られるデータを解析可能なデータとすることを目指しており、特に診断後の治療プロセスに注目している。すなわち病名によって評価すべき項目をセットし、日々の診療の中でその評価を定量化し、多職種で共同の課題として認識しやすくし、想定外の症候が現れた場合には診療による副反応の可能性を考えて対処できるように支援するシステムを構築する。

【研究方法】

ICPC-2 の診断項目について、疾患として発現しやすい症候を ICF の項目から抽出した。平成 22 年度には糖尿病についてこの作業を行い、その成果をもって説明資料としたうえで他の疾患についてもその症候を ICF で記載した。どうしても ICF で記載できないものについては(-)コードを付加して項目をテキスト記入した。分野によっては特定の項目群が頻用されるため、これらをセットとして扱っ

た。次にこれを WONCA の WICC メンバーに紹介し、コメントを求め修正した。

【結果と考察】

ICPC-2 を用いて全分野の疾患についての病態記載用 ICF セットを作成した。英文のものと和文のものを資料に掲載した。ICPC-2 のコード体系に沿って、A 全身疾患から順に並べた。疾患群名として採用したのは各臓器コードの 70 番から 99 番である。疾患群に対して発現しうる症候を ICF から選択して掲載した。ICF の第一欄は、主項目であり、ここにセットしたものは必ず選択肢として提示すべき症候群である。第二欄は副項目で、第一欄の中から選択すべきものがある場合に収載した症候群である。

筋骨格系疾患 (ICPC-2 の L 領域)、神経系疾患 (ICPC-2 の N 領域) では特にセット化が有力であった。セット化した項目群については、全てを毎回の診察で評価しなければならないわけではなく、患者の病態に合わせて必要なものを選んで使用すればよい。選択しなかった項目について評価が必要になった場合は疾病の進行か、診断を変更する必要が生じたか、他の疾患が出現したか、薬剤などによる副反応が出現したと考えられる。すなわち治療プロセスに変更を加えねばならない事態であり、病態評価を追加する行為をトリガーとする。これはパスにおけるバリエーションであり、診療経過の分析に用いることができる。

ICF をもとにソートしたものを英文と和文で資料に示した。本研究ではチェック用とし

て使用したのが、症候ごとに想定すべき疾患群としても利用可能である。特に多職種連携における医療知識獲得ツールとしても有用であろう。今後の利用に期待したい。

疾患分類として ICPC-2 を用いたことに対しては、我が国での流通度が低くいために利用価値が低いのではないかという懸念がある。しかし ICPC-2 には ICD-10 とのマッピングテーブルが存在し、粒度の細かい ICD-10 から ICPC-2 へは自動でマッピング可能である。従って電子カルテなどで標準病名集を用いて診断した場合、あるいは診療報酬用の社会保険支払基金の病名集（コードは異なるが収載病名については標準病名集と同一）を用いた場合、これらに設定された ICD-10 コードを用いて ICPC-2 まで変換することが可能である。この仕組みを用いて診療を進めるには、診断に引き続いて今後の診療で評価すべき病態群を資料から抽出して表示し、セット化項目がある場合にはその中から取捨選択すれば診療用のパスが完成する。次回からの診察ではこのパスを用いて病態評価を行い治療していけば、適用した治療の成績を容易

に分析できることになる。病状の評価には ICF の評価方法に従って評価すれば、病態改善のスピードが明瞭になる。検体検査結果と合わせて評価することも、多変量を扱える統計ソフトによって達成できる。病状の進行は評価項目の評価悪化と、新たな症候の追加により検出できる。病状が悪化したのか、診断を変える必要があるのか、副反応を生じたのか、については主治医あるいは診療監査担当者の判断が必要であるが、プログラムとしてそのような判断が必要なことを警告するのは困難ではない。

多職種連携において、診断名によって自分がどのような役割を果たせばよいかを判断することは必ずしも容易ではない。しかし ICF で記載された症候に対して、どのようなサービスを提供すれば良いかは疾患に対して十分な知識を持っていない者にとっても判断しやすいと思われる。特に介護系の者にとっては ICF で記載された症候が日常生活にどのような影響を与えるか想像しやすいので、ケアプランの作成、実践が容易になるものと期待される。

多職種協働のための ICF

研究代表者 藤田伸輔 千葉大学医学部附属病院准教授

諏訪さゆり 千葉大学大学院看護学研究科教授

研究要旨

現在の医療は多くの専門職がその知識と技術を提供して患者にとって最善の医療を提供する多職種協働が主流となりつつある。一つのプロジェクトに多人数が参加する場合、理念と目的を共有すること、および各専門職の役割を理解することが不可欠である。入院中の多職種協働ではこれらの共有と理解に十分な時間を設けることも可能であるが、各職種の所属機関が異なる在宅療養では非常に困難となる。ICF が提唱する健康概念は全ての医療福祉職にとって共通理念とすべきものであり、診断に基づいて ICF を適切に活用することは目的共有にも最善である。

A. 研究目的

医療はその初期から医師、看護師、薬剤師の共同作業として発達してきた。近年の医療の進歩に伴い、検査技師、放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、社会福祉士など非常に多くの職種がかかわるようになってきている。職種が生まれるとそれぞれの職域で創意工夫を凝らし、更に専門分化が加速されてきた。このため個人ですべての分野をカバーすることはきわめて困難になっており、適切なチーム医療が提供されるとその効果は素晴らしいものとなる。しかしその一方で、チームワークが取れていない場合は効率が低下し、患者も医療者も誰も満足できない悲惨な結果に終わることもありうる。チームワークをとるための基本的手段は理念と目的を共有し、チーム員それぞれの役割と強みを理解することである。医療において理念を共有するには、「健康とは何か」を明確にすることから始まる。

WHO のアルマ・アタ宣言(1978年)では “The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and

not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.” とのべ、健康、完全な身体・精神そして社会的に満足すべき状態で、単に病気若くは病弱ではないことを健康としている。しかしこの定義では疾病や障害を有する人の健康を守る医療・福祉職にとっては扱づらい概念である。2000年に WHO が出版した ICF では健康は身体機能・構造と生活活動と社会参加で構成されるものであり、環境因子・個人因子によって支えられているものととらえられている。ICF の健康概念は医療・福祉職にとって身体機能・構造と生活活動と社会参加のバランスをとることであり、環境因子や個人因子によってそのバランスはことなると説明することができる。すなわち医療・福祉の多職種協働を進めるうえで理念を共有する最も有用な手段を提供すると言えよう。

医療の目的とは患者の健康状態を回復させること、というのが一般的な解釈であろうが、このモデルでは終末期のがん患者、難治性疾患患者、および慢性疾患患者では、健康状態を回復させることはできない。ここでも ICF の健康概念に基づいて解釈してみると、患者の環境と個人の考えに合わせて、身体機能・構造と、生活活動と社会参加のバランスをとることが医療の目的と言えよう。このモデルではがんの終末期でも、難治性疾患でも慢性疾患でも医療の目的に破たんはない。残る問題は、医療の目的を ICF で表現できるのか、という課題になる。

B. 研究方法

千葉大学医学部附属病院に入院した患者から治癒切除となったがん患者、非治癒切除となり化学療法の対象となった患者、終末期と診断されて緩和ケア病床へ転院となった患者を抽出し、その診療経過と診療目的について ICF での記載を検討した。

C. 研究結果

診療プロセスは、診断プロセスと治療プロセスに分割され、治療プロセスは急性期治療プロセスと、亜急性期治療プロセスと、慢性期治療プロセスに分割できる。それぞれのプロセスにその目標を設定しチーム医療を展開するが、職種によってそのプロセスの切り替えタイミングは異なっていた。各プロセスにおいてその目標は ICF と全くなじまないものであった。例えば「診断を確定する」「全身麻酔の準備をする」「手術を安寧に受けられるようにする」「介護保険制度の適用を支援する」といった具合である。これらはいずれも ICF では記載困難である。しかし抽象的な目標を分解し、「全身麻酔：心血管系の機能(b41)・呼吸機能(b44)・同化機能(b520)・代謝に関する機能(b540)・水分とミネラルの

バランス(b545)など」、あるいは「手術を安寧に受けられる：病状の理解と手術の必要性の理解<問題解決(d175)・意思決定(d177)>・術後の呼吸法の習得<その他特定の技術の習得(d175)>」と分解すると、多くの部分を ICF で記載可能となった。「手術に対する不安を和らげる」については情動機能(b152)で不安を表現することは不適切と思われる。b152 は情動のコントロール機能をしめしており、いわれのない不安感を表現するべきである。一方手術に対する不安は、自分の生命を賭した未経験の大イベントに対するものであり、不安を抱かないほうがおかしいともいえる。手術への不安に対してはその手術の目的・必要性、その施設での成績(d163)・(d175)・(d177)、かかわるスタッフの真摯な態度(e440)によって安心感を与えることで対処する。患者の不安を話し言葉による理解(d310)と非言語的メッセージによる理解(d315)とによって正しく評価することが必要である。また患者側の要因として話し言葉の理解(d310)、高次認知機能(b164)によってあるいは情動機能(b152)によって不安を減ずる目的はたやすく達成されたり、困難になったりする。「不安」をこのように分解することで、「不安のコントロール」がうまく行かない場合の改善策を立てやすくなる。

D. 考察

ICF は健康を身体機能・構造と活動と参加のバランスによって成り立つものと定義している。この概念に従えば疾病とは健康のバランスが崩れた状態にあり、医療とはそのバランスをもとに戻すように努力するが果たせない場合は患者と家族に合った新たなバランスへの手助けをすることである。医療のプロセスに応じた目標の設定とその達成度の評価に ICF が有用である可能性を本研究で示した。ICF はこのような用途を目的とし

て開発したものではないため、日常的に使われている用語を ICF に置き換えるのではなく、その目的が包含する行為に分解し、それを ICF で記述することが必要となる。このプロセスは決して簡単なものではなく、ICF を理解し、医療の業務を理解していなければ不可能である。しかし ICF による記述を達成すると、医療者の目的と行うべき対応が明示され、医療者自身の理解が深まる。またその行動評価は具体的なものとなるため、その進捗のチェックや行為の適切性の判定もわかりやすくなる。言い換えれば医療の質の向上にも活用が期待される。

医療の目的と行動記載にはわざわざ ICF を用いるまでもなく、看護診断を使うべきではないか、という反論が生じることは当然であろう。しかし我々は看護診断と ICF の優劣を論じたり、看護診断に変わって ICF を利用すべきと論じたりしているわけではない。看護診断は看護師の視点から理解しやすく使いやすいものであり、看護診断を用いることによって論理的な看護計画につながる。看護診断の問題は、「看護職のコモンセンス」を前提としているためにそこに含まれている総括的概念を理解するためには看護師と同

等の知識と判断基準を獲得しなければ多職種にとって容易には理解しがたいことにある。一方 ICF は身体機能・構造、活動、参加を論理的に分解したものであり、各職種特有の知識はなるべく必要としないように設計されたものである。このため看護診断では一言で表現できることを複数の要素に分解しなければならない。これは面倒なプロセスであるが、「誰もが理解し評価できるように」するための大切なプロセスともいえよう。

E. 結論

多職種協働では、多職種と目的を共有し、目的達成のためのアプローチをそれぞれの職種から工夫し、その効果を相互理解することが必要である。ICF は多職種協働に有用だと思われるが、活用するためにはそれぞれの職種での常識を分解し、ICF に翻訳するという非常に大きな努力を重ねる必要がある。

F. 研究発表

現在準備中

「医療従事者の目的共有のための ICF 入門」(仮題)

「食べるの ICF」(仮題)

図1. 診療プロセスモデル

大腸がん 72歳 男性

経過		目的				
H22.4.1	健診				受診支援	
H22.5.31	便潜血陽性の通知					
H22.6.15	初診					
H22.6.22	大腸ファイバー					
H22.7.1	組織診にてS状結腸がんの確定	診断			入院支援	
	CT・MRにて遠隔転移を否定					
	術前検査施行					
	入院予約					
H22.7.11	入院	急性期	疾病の受容	手術準備	退院支援	周術期リハ
H22.7.12	手術(S状結腸切除術)					
	ICU入室					
H22.7.13	ICU退室					
	飲水再開					
H22.7.14	経口再開	亜急性期				栄養サポート
H22.7.18	退院					
H22.7.22	社会復帰					
H22.8.1	退院後のチェック	慢性期			社会生活支援	
H22.10.24	再発のチェック					
H22.10.11	再発のチェック					
H23.1.11	再発のチェック					
H23.4.11	再発のチェック					
H23.10.11	再発のチェック					

医療従事者の目的共有のための ICF 入門

Guidance for how to share the aim of medical services with ICF

編集：藤田伸輔

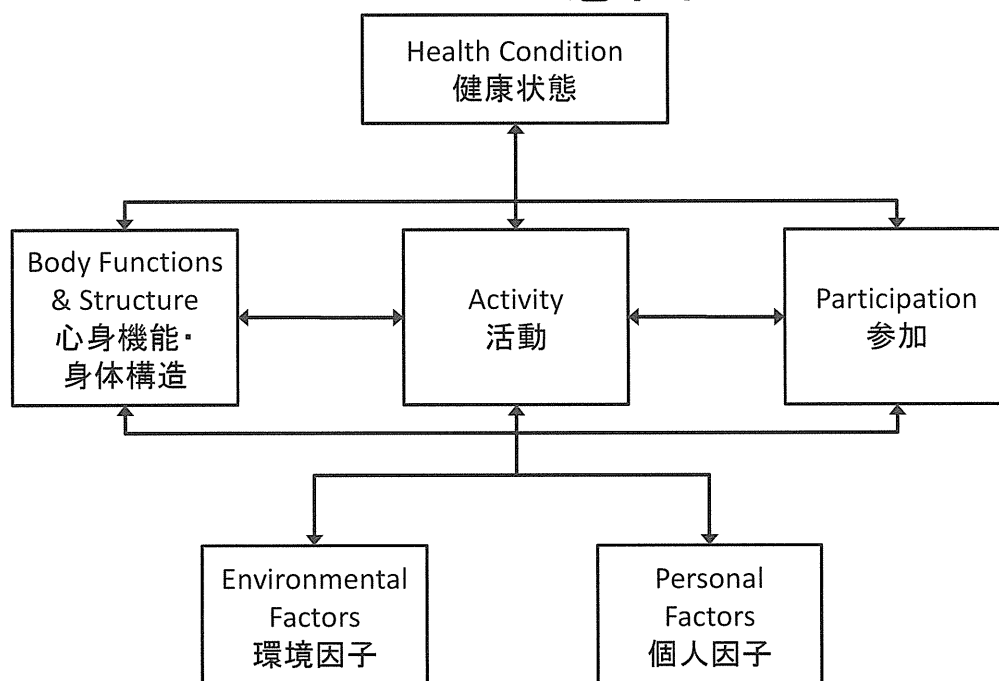
Editor: Shinsuke Fujita, MD.PhD.

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業：統計情報総合研究事業）

著者一覧

藤田伸輔	千葉大学医学部附属病院地域医療連携部	部長
江本直也	日本医科大学内分沁内科学	准教授
横手幸太郎	千葉大学大学院医学研究院	教授
篠宮正樹	千葉県医師会	理事
大江和彦	東京大学医学部附属病院企画情報運営部	教授
高林克日己	千葉大学医学部附属病院企画情報部	教授
中谷純	東京医科歯科大学疾患生命工学センター	特任准教授
今井健	東京大学大学院医学系研究科疾患生命工学センター	助教
諏訪さゆり	千葉大学大学院看護学研究科	教授

ICFの理念図



はじめに

ICFはWHOが2001年5月に策定・公表した国際生活機能分類です。その前身として国際障害分類ICIDHが取り上げられる事がありますが、「健康とは何か」を一から考え直した画期的な分類です。健康に関しては「全ての人に健康を」と訴えた1978年のアルマ・アタ宣言(Declaration of Alma-Ata)が有名ですが、身体構造や身体機能の評価だけでは精神疾患を扱えませんし、環境との係わりによっておこる疾病、社会の仕組みによって必要な身体能力に差があることなどを含めて考える必要があることを初めて明確に示したのがICFです。健康にかかわる因子の関係を図にしたものがICFの理念図です。

「健康とは何か」と改めて問われると、答えることが大変難しい事がわかります。アルマ・アタ宣言ではhealth, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmityと「健康」を単に疾病がないとか病弱な状態ではないという事ではなく、身体的にも肉体的にも社会的にも完全である事と定義していますが、自分自身がそのような完全な状態であるか悩んでしまいます。この定義のなかの前半部分(英語では後半)から、「健康」とは「疾病を有しない状態」と定義してしまうといろいろと問題が出てきます。「花粉症」は疾病ですが、「花粉症」が治らなくても花粉の飛ばない季節は全く元気に活動できます。「高血圧」は疾病ですが、降圧剤を使ってコントロールしていれば活動制限もなく普通の生活を送れます。では「疾病を有しない状態」を健康の定義として採用する代わりに、「普通の生活を送れる状態」と定義すればどうでしょうか。我が国では高齢者の数が増えていますが、老化による身体機能の低下は「疾病」でしょうか。妊

娠に伴う活動能力低下は「疾病」でしょうか。「普通の生活を送れる状態」という定義も「健康」を正しく表現していないようです。

あるがん患者さん(抗がん剤通院治療中)との会話

医師：最近調子はどうですか？

患者：すこぶる快調です。病院に来る日以外は全く健康です。碁会所にも行けますし、畑もできます。

体内にがんがあるかどうかは関係なく、日常生活をつつがなくおくれることが「健康」だとこの患者さんは主張しています。「病院に来る日以外」とは、抗がん剤による副作用で辛いと言っているわけではなく、病院に来て医師の前に座る事で自分ががん患者であるという事を再認識する、と言っているのだらうと思います。

ICF とは何なのか

ICF の理念図をもう一度見てください。中段に左側から心身機能(b)・身体構造(s)、活動(a)、参加(p)と並んでいます。心身機能・身体構造の部分は医療と密接な感じがするので比較的わかりやすいと思います。「活動とは、課題や行為の個人による遂行の事である。参加とは、生活・人生場面 (life situation) への関わりの事である。」と定義されていますが、わかるようで、でも何となくすっきりしない言葉だと思います。ICF の分類には(a)も(p)も出現せず、(d) とひとくくりにされている事がわかりにくさを生んでいる一因だとも思えます。活動と参加はちょっと極端な例による説明になりますが、活動とは個人として生きていくこと、参加は社会に参加することだと考えてみてください。個人として生きていくことを最も狭く考えると、食事をし、排泄をし、洗面や入浴をしていくこととなります。刑務所に入れられてもおかされることのない基本的な生存権です。服役中でも病気になって心身機能・身体構造の部分に問題が発生すると医療を受けさせてもらえます。一方、社会に参加することは、誰かに会いに行ったり、講演会や音楽界を聞きに行ったり自分自身が何かの活動を行ったりすることを意味すると考えてみてください。便宜上、絵を描いたり、山に登ったり一人きりでする活動であっても社会に参加する事に含めて考えてください。生命を維持する最小限の活動以外全部と思ってください。そうすると先ほどの例に出した刑務所ではこの社会への参加を禁止された状態であることがわかります。刑務所の中でも少しは社会への参加が残されていますが、独房に入れられた状態は最も厳しい制限を受けた状態です。言い換えれば社会への参加を制限される事は、肉体的な苦痛を除けば最も耐え難い苦痛であるという事になります。病院に入院するという事は

この社会への参加を極度に制限するという事です。疾病の治療のためにはやむを得ない処置ですが、できるだけ短期間で入院診療を切り上げて社会生活を回復する事が重要です。ICF の理念図を見ていただくと疾病治療による患者さんにとっての利益は社会生活を犠牲にする不利益を上回らなければならない事が理解しやすいと思います。「入院していると安心だから」という言葉をときどき耳にしますが、社会生活を極度に制限する正当な理由であるかは疑問が残るところです。「退院の判断基準は何なのか」ということも「社会生活を犠牲にする事に見合わないレベルまで健康状態回復した場合、あるいは健康状態を回復させる見込みがない場合」と考えればよいのではないのでしょうか。

ICF を用いることによって個人の生活機能を、その環境を含めて記述できます。全体としてどのような状態にあるのか、身体機能と活動や参加とのかかわりはどうなのか、環境はどうなのかといった評価が可能です。この全体性を生かすためにも心身機能、身体構造、活動・参加、環境のどこかの章だけを取り出して使うのではなく、バランス良く使うべきであるということが WHO から ICF 利用にあたっての倫理規定として述べられています。そうしてこういう立場から地域の人々の生活機能評価を積算すると社会全体の質(Social Quality)を評価することも可能となっています。

ICF の構造

ICF は心身機能(b)、身体構造(s)、活動と参加(d)、環境(e)の 4 章で構成されています。先ほど述べましたように個人因子の項目はありません。各章は分野を示す第一分類、もう少し細かい第 2 分類と第 5 分類まで階層化されています。各分野を診ていただければわ

かりますが、これらの階層に共通ルールはなく、分野ごとに必要に応じて定められています。すなわちコードの一桁目（アルファベット）は章を示し、二桁目は第一分類を示していますが、その下は桁数と分類階層は一致していません。

ICFの構造

- **b: 心身機能** (114項目505因子)
- **s: 身体構造** (56項目302因子)
- **d: 活動と参加** (118項目402因子)
 - a: 活動
 - p: 参加
- **e: 環境** (74項目253因子)
- 各分野が階層構造になっている(どこのレベルまで使っても良い)
 - 第1分類: 文字+数字1桁(章)
 - 第2分類: 文字+数字2桁(名称未定: やや扱いにくい)
 - 第3分類: 文字+数字3桁(名称未定: 常用の分類: **ここでは項目と表現**)
 - 第4分類: 文字+数字4桁(名称未定: bdeの最詳細分類)
 - 第5分類: 文字+数字5桁(名称未定: bsで使用: **ここでは因子と表現**)
- 活動と参加を区別しなければ362項目全1462因子
- それぞれを5段階評価(小数1桁目)
 - 各項目についてカットオフを決定する必要がある

心身機能(b)

心身機能(b)は 8 つの第一分類をもち、114 項目 505 因子を有します。それぞれは 0-4% の機能低下を.0 (機能障害なし)、5-24%の機能低下を.1(軽度の障害)、25-49%障害を.2(中等度の機能低下)、50-95%の機能低下を.3(重度の障害)、96%-100%の障害を.4 (完全な機能喪失) と表現します。しかしこれでは判りにくいし、判定者による揺らぎが大きくなりますので ICF を利用するにあたって具体的な判断基準の統一を図る必要があります。例えば「b1560 聴知覚」では、「ひそひそ声:.0、普通の声:.1、耳元での会話:.2、かろうじて伝えられる:.3、音声での会話は不可能:.4」といった取り決めが必要になります。聴力を dB 単位で決めることも可能ですが、多職種協働による ICF 利用ではできるだけ具体的

で分かりやすい基準を決めておくことが重要です。

意識レベルを扱う Japan Coma Scale の 3-3-9 度方式を ICF で表現しようとする、意識機能 b110 を用いることとなりますが、障害程度をどのようにクラス分けするかが問題となります。3-3-9 度は全部で 3 段階全 9 クラスですが、実際には全く問題がない場合は 3-3-9 度方式を使わないため全 10 クラスとなります。一方 ICF は 5 クラスですので、全く問題がないを.0、刺激しないでも覚醒している (I 度の 1-3) を.1、刺激すると覚醒するが刺激をやめると眠り込む (II 度 10-30) を.2、刺激をしても覚醒しない (III 度) のうちの払いのける (100) と少し手足を動かしたり顔をしかめる (200) を.3、痛み刺激に反応しない (300) を.4 と定義するといった

取り決めが必要となります。

神経や皮膚など、身体の中の部位の機能が低下しているのかを表現できない事が少し問題を起こします。例えば「右ひざの曲げ伸ばしが不自由で歩きにくい」と言う場合、b710.2 関節の可働性の機能の中等度の障害 (d450.2 歩行の中等度の障害については後ほど述べます) と記載できます。しかし「右ひざ」と言う情報は書けません。コードで表現できないがぜひ必要な情報については文字によって補うしかありませんので、b710.2(右ひざ)というような書き方、あるい

はコンピュータが得意な方は

```
<:icf_code>b710.2</icf_code>  
<part>ひざ</part>  
<side>右</side>
```

と言う風な表現を好むかもしれません。これらは自分たちで決まりを作っておけば変換可能ですので、最初の申し合わせが重要です。とりあえず紙で運用する場合は b710.2(右ひざ)という表現がわかりやすいと思います。部位の記載方法については身体構造(s)を用いることができるのではないかと、という点について次のセクションで述べます。

ICF:b 心身機能

1. 精神
2. 感覚と痛み
3. 音声と発話
4. 心血管・血液・免疫・呼吸器系
5. 消化器・代謝・内分泌系
6. 尿路・性・生殖
7. 神経筋骨格と運動
8. 皮膚・関連構造

• 評価方法

- .0 :機能障害なし (0-4%)
- .1 :軽度の障害 (5-24%)
- .2 :中等度の障害(25-49%)
- .3 :重度の障害 (50-95%)
- .4 :完全な障害 (96-100%)
- .8 :詳細不明
- .9 :非該当

• 具体的には使用目的に応じて基準の作成が必要

比較が困難

身体構造(s)

身体構造(s)は心身機能 (b)と同様8つの分野をもちます。障害の障害については、構造的障害の程度、障害の性質、障害の部位の3軸を持ちます。たとえば「事故で左目を失った」と言う場合、目の構造を全部失っていますので眼球の構造 s220 の構造的な完全な障害 s220.4、機能の完全な消失 s220.41、左側 s220.412 となります。また「胃がんで胃を全て切り取った」と言う場合、胃の構造を全部失っていますので胃の構造 s530 の構造的完全な障害 s530.4、機能の完全な消失 s530.41、部位的には部分的ではないので非該当 s530.419 となります。ここで非該当 9 を使用するか、第3評価点を使用しないか、は意見が分かれるかも知れません。第3評価点を使わなくとも第1と第2で十分に胃を全部とった事は表現できますが、第3評価点がないと何となくつけ忘れたようで気味悪いという感覚を優先するか、無理矢理でも第3評価点までつけるか、ICFのコードを付加してもらうか、という選択になります。胃の摘出手術には全部とる、食道に近い方(近位)をとる、十二指腸に近い方(遠位)をとる、といったバリエーションがあります。このため近位..6、遠位..7に対して非該当..9を選びました。でも胃の一部分だけ切り取る手術もありますので部分切除術を非該当..9として、ちょっと変ですが全摘出については両側..3を用いるという選択肢もあると思われます。手術術式をICFで記載しようという試みはこれまでなされた事ありませんので、使用場面に応じてルールを定めておく必要があります。

先の「右ひざの曲げ伸ばしが不自由で歩みにくい」はひざ関節の構造 s75011 を用いて構造的障害の程度についてはわずかな変形 s750.1、軽度のひざ関節液の貯留 s75011.17、右側 s75011.171 となります。身体機能の表現と合わせれば b710.2、s75011.171 となります。逆にこのコードから日本語に翻訳しようとするひざ関節の可動性の中等度の障害、右ひざ関節の軽度の構造的変形と質的变化となります。つまりこれら2つの評価を不可分なものとして扱えば充分な表記が可能であるという事です。

では仙骨部に発生した褥瘡(じょくそう)は記載できるでしょうか。ここでは褥瘡の分類にIAETを使う事にします。この分類は表皮から皮下組織を主たるターゲットにしているものであり、4段階評価ですから構造的障害は正常を0として以下1~4を割り振ることにします。まず仙骨部の皮膚ですから体幹と体幹背部の皮膚の構造 s8105 を用いてグレード3(真皮を超え皮下組織に至る全欠損)はs8105.3となります。障害の性質はここでは面積的な尺度と考え部分的欠損 s8105.32 となります。障害の部位は仙骨部ですがそこまで限定できないので後面s8105.325 となります。褥瘡の分類としてSheaを使う場合はIII度(筋肉まで達している)、IV度(骨および関節が破壊されている)ということで皮膚以外に体幹の構造 s760 を併用する必要があります。IAETとSheaはICFの評価点に置き換えた段階で区別不能になりますので、どちらを使うかあらかじめ申し合わせておくなり、(IAET)とか(Shea)というふうに分類基準を併記すべきです。

ICF:s 身体構造

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経系 2. 目・耳・関連部位 3. 音声と発話 4. 心血管・免疫・呼吸器系 5. 消化器・代謝・内分泌系 6. 尿路性器・生殖系 7. 運動関連部位 8. 皮膚および関連部位 | <ul style="list-style-type: none"> • 3分野で評価 <ul style="list-style-type: none"> - 構造障害の程度 - 構造障害の性質 - 構造障害の部位(日本の試案) • 障害の程度は機能と同じスケールを使用 • 障害の性質ではスケール順が程度のそれと逆行している • 程度と性質には混乱がある |
|---|---|

第1評価点(障害の程度)		第2評価点(障害の性質)		第3評価点(障害の部位)	
0	障害なし	0	構造に変化なし	0	2部位以上
1	軽度の障害	1	全欠損	1	右
2	中等度の障害	2	部分的欠損	2	左
3	重度の障害	3	付加的な部分	3	両側
4	完全な障害	4	異常な大きさ	4	前面
		5	不連続	5	後面
		6	位置の変異	6	近位
		7	質的变化(液貯留を含む)	7	遠位
8	詳細不明	8	詳細不明	8	詳細不明
9	非該当	9	非該当	9	非該当

活動と参加(d)

活動と参加については、多職種協働の場で実際に ICF を使ってみようとするところと難しいところがありますので、順に説明していきます。説明の都合上、最初は活動と参加をまとめて(d)として扱います。まずこの分野は評価点が4つまで用意されています。実行状況の評価、支援(物・人)がない場合の能力評価、支援ありでの能力評価(任意)、支援なしでの実行評価(任意)です。これを順番に並べることになっていますので、「トイレへ行くのに必ず家族に支えてもらって歩いているが最近1人で歩いた事がない」場合、短距離歩行 d4500 を使って、支えられながらなんとか歩いているということで d4500.2 となり、家族の援助が必要なので d4500.29 となります。後は省略しても良いのですが、能力としては支援ありでなんとか歩けるので d4500.292、支援なしでは歩けないだろうから d4500.2924 となります。普段全く調理らしい調理はせずに用意された食事を食べているか、インスタントで済ませている人の調理については手の込んだ食事の調理 d6301 を用いて、実行については判らないので非該当 d6301.9、誰かに手助けしてもらって調理をしたこともないので d6301.99、誰かの助けを借りながら調理の本を見れば上手ではなくても何とか作れるだろうから d6301.990、支援がなければ難しいがなんとかやるだろうから d6301.9901 となります。調理はちょっと極端で、こういう評価が必要かどうかは良く判りませんがニュアンスはこのような感じですが。重要な点は「実行している」(第1評価点)と「できる」(第2評価点)を区別して評価する事になっています。これらに支援の有無を加えて評価することもできます。「実行している」事項は揺るぎのない事実で問題ないのですが、「できる」については「できるが普段は実行していない」「できると思

うがやりたがらない」「できると思うがさせていない」などいろいろな状況があります。

「できると思う」はその評価の精度にも問題がありますが、「できると思う」のに「実行していない」理由が重要です。特に運動・移動やセルフケアでは「できる」と「実行している」が一致しなければなりません、医療現場では不一致が生じやすい事に注意しなければなりません。例えば末期のがん患者さんの訪問診療をしている際に、診察時はいつもベッドサイドの椅子に座って出迎えてくれるので、2週間前と同様に自分でベッドから起きて、数歩歩いて椅子に座っているのだらうと思ひ短距離歩行 d4500.1 と判断してしまいがちです。でも良く聞いてみるとおとといからはちょっとめまいが出ていて、立つとふらつくのでずっと横になっていたが、今日は訪問診療なので家族に支えてもらって椅子に座って待っていたということもあり得ます。あるいは立てない原因が骨転移による痛みの事もあります。自分で短距離歩行ができなくなったという事は患者さんと家族にとって重大な事が起きているのであり、その原因によっては医療を提供する事でまた歩けるようになる可能性もあります。ICF を活用した多職種協働ができていれば、訪問介護や訪問看護などの際にいち早く d4500.1 から d4500.3 に変化した事を知って、この情報を共有する事で素早く問題解決できる可能性があるのです。

活動(a)と参加(p)については包括して(d)を用いるか、(a)と(p)を区別して用いるか、をまず決める必要があります。ICF の理念図が一番大切だという事を根本として考えれば当然(a)と(p)を区別すべきですが、この区別の基準を明記していないこともあって世界的にも(d)で押し通しているグループもあります。前述のように活動と参加の定義を個人として生きていくことと、社会の中で生きて

いく事に分けて考えると(a)と(p)の区別はある程度共通認識を形成できると思います。特に我が国のように多くの国民が比較的いた生活を営んでいる場合、個人生活と社会生活との区別に共通認識を設定する事もそれほど難しくありません。しかし生活様式・習慣・文化の異なる人々が混在している国では個人生活の範囲と社会生活の範囲がグループごとに異なりますので非常に難しい問題をはらんでいることも事実です。

ICF 本来の定義である「活動とは、課題や行為の個人による遂行の事である。参加とは、生活・人生場面 (life situation) への関わりの事である」を無視して「個人として生きていくことと社会の中で生きていくこと」の区別を導入しようとしている意図を説明します。個人による遂行と個人として生きていくこととは(d)の第1章から第3章と第9章では

同じ分類になります。しかし第4章から第8章では少しずれが生じます。例えば歩行 d450 は、ICF 本来の定義であれば(a)になるはずですが、短距離歩行は個人として生きてく範囲なので a4500、長距離歩行や様々な地面や床面上での歩行は p4501、p4502 と考えてみてはいかがかという提案です。例えばトイレへ行くのに必ず家族に支えてもらって歩いている人は最近 1 人で歩いた事がないので a4500.2929 となりますが、課題の個人による遂行という定義からは少し気持ち悪さを感じます。また介護から考えるときに(a)とマークされた項目と(p)とマークされた項目と分けておくことが有効になると思います。もっとも a4501(a)と(p)を使わずに pPrivate (r) と Social (s)とした方が良いのかもしれない。

ICF:d 活動と参加

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 学習と知識の応用 2. 一般的な課題と要求 3. コミュニケーション 4. 運動・移動 5. セルフケア 6. 家庭生活 7. 対人関係 8. 主要な生活領域 9. コミュニティ・社会・市民生活 | <ul style="list-style-type: none"> • 4分野で評価 <ul style="list-style-type: none"> - 実行状況の評価 - 支援(物・人)がない場合の能力評価 - 支援ありでの能力評価(任意) - 支援なしでの実行評価(任意) • a活動と、p参加を区別 • 実行状況は現在の環境で本人が活用できている状況を基に評価する |
|--|---|

実行状況	非支援の能力	支援時の能力	支援なしの実行
0 困難なし	0 困難なし	0 困難なし	0 困難なし
1 軽度の困難	1 軽度の困難	1 軽度の困難	1 軽度の困難
2 中等度の困難	2 中等度の困難	2 中等度の困難	2 中等度の困難
3 重度の困難	3 重度の困難	3 重度の困難	3 重度の困難
4 完全な困難	4 完全な困難	4 完全な困難	4 完全な困難
8 詳細不明	8 詳細不明	8 詳細不明	8 詳細不明
9 非該当	9 非該当	9 非該当	9 非該当

環境因子(e)と個人因子

ICF の理念図では環境因子(e)と個人因子という項目もあります。人間の生活に必要な事項は環境によって大きく異なります。疾病の中には環境とかかわりの大きいものが数多くあります。環境による健康被害だけではなく、生活習慣の改善が必要な疾病もありますし、環境を理解しないと診断が難しい疾病もあります。従って医療においても環境因子の評価が重要です。環境因子の評価では促進因子であるか、阻害因子であるか、という評価を行う事になっています。一方個人因子は社会や文化による多様性が大きいという理由で項目は決めずに利用者の目的や所属する社会に応じて自由に記載して良いということになっています。

環境因子として設定されているのは5項目です。それぞれの因子を阻害因子として記載することも、促進因子として記載することもできます。例えばスギ花粉による喘息患者さんが転地して症状が良くなっている場合は自然地理 e210 が健康への促進因子ですので e210+2 となります。一方これまで何ともなかった人がスギの多い地域に引っ越してきて症状が出た場合は植物 e2200 を用いて e2200.2 となります。花粉のありなしで同じコードを使いたい場合は e210.2(スギ花粉)でも良いかもしれませんが、e210+2(スギ花粉なし)も、e2200+2(スギ花粉なし)もおかしい感じがします。一般的に分類しようとする存在しない事をコード化するのは難しいのです。

患者さんと家族の一員との関係で、良い関係によって患者さんにとってプラスである

という事を表現したい場合は家族 e310+4 となり、ちょっとうまくいっていない場合は e310.1 となります。生活の支援、QOL を考える場合には特に 3 章支援と関係、4 章態度が重要になります。ICF そのままでは家族の中の誰と、と言う事を表現できませんので長女の花子さんが患者さんにとって良い関係にある場合は e310+4 (長女：花子) といった具合に「誰が」を表現することが必要になります。

患者さんや患者さんにかかわる人たちの家族の気持ちは ICF のコード化された部分だけではうまく表現できません。血縁関係を記したジェノグラム、あるいはその周りの近しい人を含めたエコマップの中に関係性を記載すると大変直感的で良い方法です。好意をもっている、支配的である、依存的である、無関心である、反感をもっている、などの関係性は患者さんの生活を考えるときにとっても重要な情報です。これらの情報を個人因子として記載しておくこともとても良い方法です。一方患者さんの気持ちはともかく、家族の患者さんに対する思いを個人因子に書く事に抵抗を覚える方もいるでしょう。またこのような感情的な事項は、表面的に見える部分と、なかなかうかがい知ることは困難な隠れた部分とがあり、評価する人と対象となる人との関係性によっては誤解してしまう事もあるので生活機能を中心とした ICF とは別次元の事として記載すべきだという考え方もあります。どのような記載方法を取るのかは ICF による評価と一緒に使っていこうとする人たちと十分に打ち合わせてください。

ICF:e 環境因子

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 生產品と用具 2. 自然環境と人的環境 3. 支援と関係 4. 態度 5. サービス・制度・政策 | <ul style="list-style-type: none"> • 阻害因子と促進因子を考える <ul style="list-style-type: none"> - 阻害因子は . で表現 - 促進因子は + で表現 • 第2評価点はない • 評価スケールは他と同様 |
|---|--|

阻害因子(. で表現)		促進因子(+で表現)	
0	阻害因子なし	+0	促進因子なし
1	軽度の阻害因子	+1	軽度の促進因子
2	中等度の阻害因子	+2	中等度の促進因子
3	重度の阻害因子	+3	重度の促進因子
4	完全な阻害因子	+4	完全な促進因子
8	詳細不明の阻害因子	+8	詳細不明の促進因子
9	非該当		

ICF の活用

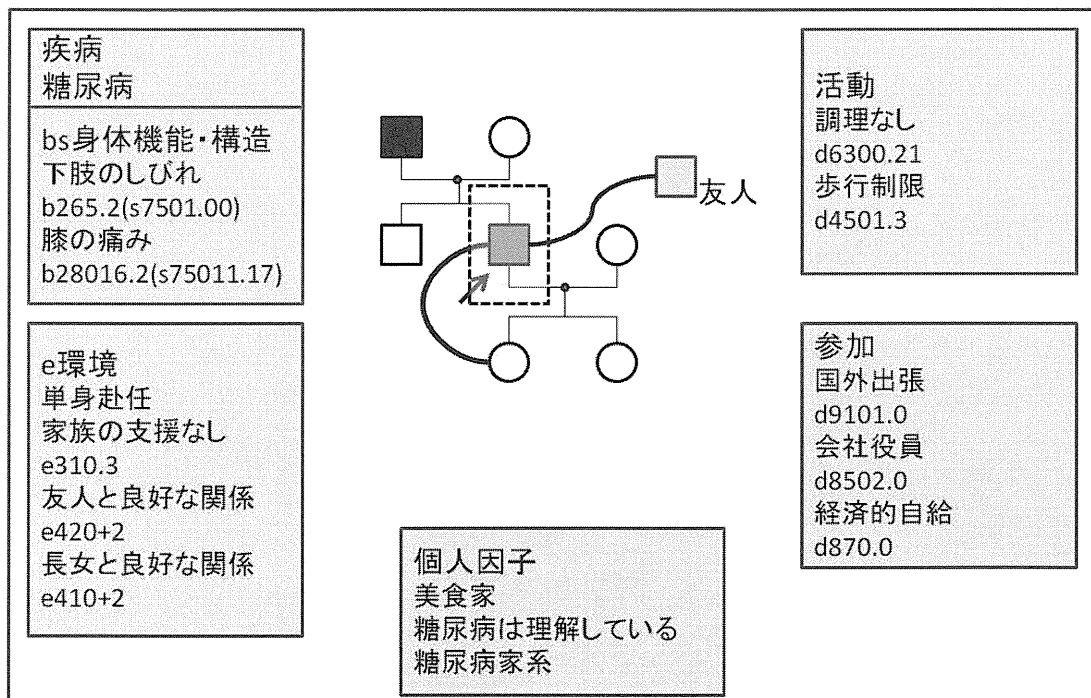
個人の現状理解としての活用

診療にあたって患者の生活全体をとらえず、心身機能や身体構造、あるいは疾病の原因だけに目を奪われてしまうと患者不在の医療となってしまうかねません。試みにご自分で患者さんの状況について ICF を用いて表現してみてください。b,s,d,e の配分はどのようになっているのでしょうか。全然コード化されない分野があったでしょうか。職種によってご自分では使用しない分野があることもやむを得ないのですが、その分野の視点を補ってくれる方と協働で患者さんを診ていく必要があります。そして自分ではコードを使わなくても常に ICF の理念図を頭におい

て、患者さんを包括的に理解する努力が必要です。

糖尿病患者で、東京に単身赴任中の A さんの生活状況について ICF とエコグラムを用いて表現してみました。経口糖尿病薬にて治療中です。糖尿病家系で糖尿病については十分理解していますが、元来美食家で自炊は全く行わず、食事療法はうまくいっているとはいえません。会社役員で国外出張も多く社会への参加は非常に積極的にこなしています。会社役員であり、経済的には何の問題もありません。家族との関係は長女と非常に良好な関係にあり、海外出張時に連れて行ったりもしています。普段の生活では学生時代の友人と大変良い関係にあります。

Aさんの健康



ICF の理念図に沿った記載の例。良い関係性については太い実線で示している。

20年後の A さんは会社を退職しましたが、妻とはうまくいかず、そのまま 1 人暮らしを続けています。長女とは良好な関係を保っています。友人との関係は良好であり、買い物を届けてくれるなど支援も行ってくれてい

ます。A さんの健康状態は糖尿病が進行し、インスリン治療となっています。また高血圧も進行して治療中です。歩行制限はさらに進行し、屋内での移動も辛くなっています。このため外出はできなくなり、美食は不可能と