

平成 17年度厚生労働科学研究  
障害保健福祉総合研究成果発表会報告書

「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—

主任研究者 仲村 英一

財団法人日本障害者リハビリテーション協会

発表会:「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—

日時: 平成 18 年 3 月 17 日(金) 13:00~16:30

場所: 日本教育会館 一ツ橋ホール(東京都千代田区一ツ橋 2-6-2)

---

## 目次

開会あいさつ 仲村 英一(結核予防会、会長).....	1
1. ICFの行政施策への導入.....	2
大川 弥生(国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部)	
2. ICFの基本と活用.....	8
上田 敏 (日本障害者リハビリテーション協会、顧問)	
丹羽 真一(福島医科大学、病院長)	
3. 環境因子をどうとらえるか.....	38
大川 弥生(国立長寿医療センター研究所 生活機能賦活研究部)	
閉会あいさつ 上田 敏 (日本障害者リハビリテーション協会、顧問).....	50

大川 本日は厚生労働科学研究・障害保健福祉総合研究成果発表会においでいただきありがとうございました。私は班員をしております大川です。

では最初に「『生活機能』低下者の保健福祉施策における国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究」研究班の主任研究者よりご挨拶申し上げます。

### 開会のあいさつ

仲村 英一

ご紹介いただきました主任研究者の仲村です。

今日はこの研究班の成果発表会に多数お集まりいただき、厚く御礼申し上げます

これから発表される演者の皆様のお話の中にもたくさん出てくるものと思っておりますが、今回の介護保険改定に際し貫かれていた思想、考え方は何かというと、ICFの概念です。いちいちICFと言わなくても、例えば「生活機能」とか「身体機能」、あるいは「活動」、「参加」、「環境因子」等々、ICFに関する基本的な言葉、用語は行政分野でも実際の介護の分野でも使われるようになったことは、偉大なる進歩だと思います。

例えば、介護保険の主治医の意見書において、従来は「障害」という言葉であったものが、「生活機能低下」に変わってきたのも画期的ではないかと考えております。

老人保険、あるいは健康づくりのほうの保健事業でも、生活習慣病対策だけでなく、生活機能低下防止などの形で、二本立てで生活機能が謳われていることでもあり、本日はそのような成果がどのように世の中に浸透していったかを含めてお考えいただければたいへんありがたいと思います。

「完全参加と平等」で1980年に国際障害者年が始まり、そのときにICIDH国際障害分類ができました。それから20年以上経ちまして、今のようなICFの形に大進歩を遂げたことは、関係の皆様がたを含めまして、ご同慶の至りです。

今日は時間もたくさんはありませんが、研究の成果をお聞きとりいただき、今後の皆様がたのお仕事の分野で生かしていただければと思っております。

簡単ではありますが、冒頭のご挨拶にかえさせていただきます。  
どうもありがとうございました。

大川 仲村先生は、先ほどお話が出ました ICF の前身の ICIDH、国際障害分類が定まった時の厚生省の統計情報部長でいらっしゃいます。そして、後でお話があります上田敏先生とは東大の医学部の時の同級生でして、生活機能で仲村先生を分析しますと、個人因子にもそれらが影響してくると思います。また友人の存在や友人の態度は環境因子です。

生活機能とは障害のある方だけを見るのではなく、全ての人の健康状態をみるものですから、ここにいる全ての方々の生活機能とはどういう状態なのかも考えることができます。そういうところも ICF の画期的な点です。

さて、本日の進め方ですが、まず私が行政的にどういう観点で ICF が入ってきているのかを、20～30 分程度お話させていただきまして、それを前座として、そのあとに上田敏先生と丹羽先生のお二人でこの ICF の特徴についてお話をさせていただきます。そして最後に、具体的な実例として、環境因子を中心として私がまた話をさせていただく、という予定です。

お手元に資料が 3 種類あるかと思います。まず資料集は 2 部構成になっておりまして、『「生活機能」向上をめざして』というタイトルの部分が今日の本題です。そして、その後半が参考資料で、まずこの参考資料について私がお話を最初にします。2 つ目として、特に生活不活発病という観点でまとめましたカラフルなイラスト入りの冊子があります。これは最後の 1 時間の中で私がお話を申し上げる予定です。もう 1 種類は、今回の主催者でもあります日本障害者リハビリテーション協会に関するもので、これは最後の挨拶で説明させていただく予定です。

では資料集の後半の「参考資料」を中心として、行政への反映についてお話しします。

最初は「国家試験への ICF の出題例」をあげていますが、1 題だけ解いてみることにしましょう。2003 年の「介護支援専門員実務研修受講試験」ですが、これを解いていただきますと、今回の介護予防の基本的考え方が既によみとれる内容です。なお、今日ご参加いただきました方々は、まず当事者の方々にたくさん来ていただいております。それから教育・研究関係の方々、そして特に今年多くご参加いただいたのは、実際の介護予防に携わる保健師さんや介護サービス提供の方々です。そこで、今回は現在ホットな話題でもあり、また ICF、生活機能との関係自体も極めて深い介護予防関係に重点をおきながら話をさせていただきます予定です。

まず一問目で「生活機能を心身機能・身体構造（生物レベル）、活動（個人レベル）、参加（社会レベル）の 3 つの階層構造でとらえている」こと。これは正解です。先ほど仲村先生からもお話がありましたように、「生活機能」という観点が今回の介護保険の改定でかなり重視されるようになってきて、あちこちで生活機能という言葉が耳に入るかと思えますけれども、なんとなくムード的に使われてしまっている面もあります。「生活機能」とはこの「心身機能」、「活動」、「参加」という三つのレベルであることをまず正確に把握して

いることが必要です。

二問目ですが、「マイナス面よりも、生活機能というプラス面を重視している」ことです。これがマイナス中心のICIDHからプラスを重視するICFに変わったということです。

三問目、「活動や参加を制約している心身機能・身体構造（生物レベル）の改善を優先している」ことは誤りです。活動や参加をいかに上げるかというのが大事で、だからこそICFが重視されているのです。介護予防といいますと、たとえば栄養とか筋力という心身機能レベルへの対応が介護予防であると、一時期特にメディアで取り上げられがちな傾向がありました。介護予防は生活機能向上といいながら、実はやることは心身機能への対応かというような、非常に矛盾した誤解もあるようですので、この点はお気をつけいただければと思います。

四問目ですが、「生活機能に影響する背景因子として、環境因子と個人因子があるが、特に個人因子に着目している」ことはございません。両方とも重要です。

五問目ですが、なかなかいい問題だと思いますが、一つの問題の中に二つのことを問う問題になってしまっています。ただし問おうとしている内容は非常に画期的ないいものです。

まず、「個人の活動を、日常生活の中で実際に行っている「実行状況」（している活動）と、ADL等の活動向上訓練によって引き出すことができた「能力」（できる活動）に区別している」と、「活動」の「実行状況」と「能力」の二つをきちんと区別することを問うています。これは非常に重要な観点で、皆様方が自分自身の症状を専門家にお伝えになるとき、それから専門家が利用者さんや患者さんをご覧になるときに、活動すなわち生活行為の状態を確認の際に、がんばったらできるのか、実生活で実行している状況なのかは全く別物ですから、そこは明確に区別しなければなりません。ところが、意外とそこがごっちゃになっているために、ここが大事ですよというところを問うた問題だと思います。

それから、もう一つ、2行目の「ADL等の活動向上訓練によって引き出すことができた「能力」ということです。できることを伸ばしていきましょうというのが今回の介護予防の重要な方向性ですが、自然に出来るとか、患者さん、利用者さんご本人がただがんばればいいというのではなくて、この「引き出すことができる」という、専門家は専門家の責任として引き出すのだ、というところを重視しています。

このように、この問題の内容は、介護予防のポイントをかなりの確に表しているといえましょう。

では本題に入りまして、今年の行政へのICFの反映をみますとまず、第一に今回の介護保険改定におきましては、生活機能が重視されていることがあります。いくつかの点がありますが、「新たな認定調査項目について」で、要介護認定の新規の調査項目について引用しています。

「新予防給付対象者の選定手法についての基本的考え方」で、「疾病や廃用による下肢機能の低下、活動や参加」、まさに ICF の生活機能の一部ですが、「活動や参加を阻害する生活環境等を誘因として生活機能が低下している者に対し、比較的軽度の要介護状態のときに活動や参加に主眼を置いた適切なサービスを提供することにより、要介護状態の改善又は重度化の予防を図ることが介護予防の基本です」と書いてあります。「活動」「参加」とか「生活機能」という観点で介護予防を考えるということです。

次に、「新予防給付対象者は適切な介護予防サービスの利用により、自立支援の観点から生活機能の向上がより期待される群、即ちいわゆる「廃用症候群」（「生活不活発病」という表現も一部で用いられている）の状態にあるものとしてとらえることができ、軽度の要介護者のうち、これらに相当するものを、新予防給付の対象とすること」になっています。このように「生活機能」を重視した観点で新しい認定調査項目も入っていることを、正確に前提として考えて、たとえば認定調査や審査会が行われませんと、十分にこの意は酌まれないこととなります。

次に「認定調査項目の見直しの視点」では、廃用の程度を見るために新しい調査項目が加わったことが述べてあり、「上記の観点から、認定調査項目の見直しが行われ、「活動」の量を評価する項目として「日中の生活」、「外出頻度」、「参加の状況」を評価する項目として」追加されました。そして、「活動」の質を評価するために、移動や歩行の状態等を把握することが重要であり、現行の認定調査項目である「歩行」、「移動」等の特記事項において記載を充実することになりました」とあります。新たな認定調査項目の「日中の生活」とは活動の量、「外出頻度」も活動の量であるというように、「生活機能」との関係できちんと整理をして把握することが大事です。

具体的な例として特記事項の充実が求められている「移動」を示していますが、これは「活動の質」です。これも ICF の考え方として非常にわかりやすいかと思いますが、「移動」の「自立」についてみると、「自立」とは車椅子で自立をしても歩行で自立をしても同じ「自立」になります。しかし、車椅子なのか歩行なのかとは、これは具体的なやり方としては全く別物です。

ところが、車椅子生活自立の方が歩行で自立へと大きく改善しても、これは全く改善にならないのです。これに対し、「活動の質」の観点からみてみましょう。移動に関しての「調査上の留意点」で下線が引いてある部分がありますが、「場所、あるいは移動の目的である生活行為」、たとえば家の中、外、家の中でもトイレまで、台所までというような目的によって状況が異なる場合はその状況の特記事項に記載する。それから車椅子なのか、歩行補助具はどのようなものを使っているのか。歩行補助具といっても T 字杖やウォーカーケインやシルバーカーやいろいろなものがありますが、それらはどのようなものを使っているのかを見ることになっています。

このようにして認定調査の中で見ますと、たとえば、この方は外は非常に狭い範囲しか

歩いていないが、杖も使っておらず、時々車椅子を使っているという状況がわかってきます。そうすると、なぜ歩行補助具、たとえばシルバーカーを使ってもっと長い距離を歩けるように、もっと行動範囲が広まるようにできないのかしらと、この認定調査の内容を見るだけで行政の方々もわかります。地域包括支援センターの方々がどのように対応すべきかが、内容からかなり察することができる、というような活用もできるかと思えます。

次に主治医意見書ですが、先ほど仲村先生からもお話がありましたように、1の「傷病に関する意見」の「(1)診断名」のところで、「特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名」で、以前ここは「障害の直接の原因」でしたが、「生活機能低下の直接の原因」に変わりました。単に病気だけではなく、「生活機能低下」、特に「活動」、生活行為や「社会参加」が低下する原因は何なのかという観点でその低下した原因を見る、と変わりました。単に「障害」が「生活機能」に変わったということだけでも非常に画期的なことです。更に医者が、生活機能低下の原因は何なのかをみる、という視点が求められているのは非常に画期的なことだと考えます。

「(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病…」でも、生活機能が入っております。

次ページ、4.で、これまでの「介護に関する意見」ではなく、今回は「生活機能とサービスに関する意見」で、ここにも「生活機能」という概念が入りました。

その中の「(1)移動」として、「屋外歩行、車椅子の使用、歩行補助具・装具の使用」というのが入っていますが、これは特に生活不活発病との関係で、十分に移動を向上させる、引き出すことをしているのかという観点でご覧いただければと思います。

そして注目すべきは「(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」です。前ページ「1」の「(2)症状としての安定性」というところと、この「(4)生活機能の維持・改善の見通し」とは全く別物です。病気の症状と、生活機能がよくなるのか、とは別ということが明確にされました。特に活動・参加のレベルで向上させることができるのか、という観点でご覧いただくことがポイントです。ぜひこのところを充分にご理解いただくように皆様方も啓発していただければと思います。

後でお話があるかと思いますが、心身機能はよくならなくても、活動や参加は向上することができます。そのような観点で見ていただくことです。このような話をしましたら、あるお医者さんから質問がありまして、「どういうときに改善の見通しが無い、期待できないと言い切れるのだろうか。僕は今まで簡単に「改善できない」と思っていたけれど、それは症状は改善できないのであって、活動・参加という目では見ていなかった」という、非常に的を射たご意見を頂戴しました。ぜひ、この生活機能の維持・改善の可能性の視点からチーム内で十分にご議論をいただければと思っています。

次のページですが、「介護予防サービス・支援計画表」ができました。これは、いわゆるナショナル・ミニマムの、国として定めた最低限の内容になっています。これはモデル事業等でICFの中分類レベルの多くの項目を議論した結果としてこの形に落ち着いたので

すが、これは地域支援事業および予防給付の両方で使うものです。

この計画表でいきますと、左の縦軸に「アセスメント領域と現在の状況」がありまして、一番上に「運動・移動」、それから後にいろいろな項目がありますが、これは「生活機能」の中の「活動」レベルになります。ところが、今までどうしてもメニュー中心でプログラムを立てられがちでしたので、メニュー中心としてここを書きがちになるのを、やはりそうではなく「活動レベルになっているかな」という観点で確認していただければと思います。

それから、これにどういうものが影響しているのかを見ることになっていますが、ICFモデルとして相互関係を見ていただくことが大事だと思います。

目標に関しましては、生活機能のうち特に「参加」・「活動」レベルで書くことであり、どういうサービスを使うのかというサービス、これは「環境因子」ですが、それを中心としたものではありません。

右下にサインの欄がありますが、その上に「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント」があります。生活不活発病は介護予防の重要なターゲットと位置付けられています。それに対し、特に生活機能の観点から、なぜ生活不活発病が起きたのか、そして、それに対してどう対応すべきなのかという観点で、利用者さんとご一緒にプログラムを立てていただくことが必要です。

最後に生活不活発病のチェックリスト（図1）をお示しします。これは特に活動レベルと一部の参加についての項目です。簡単に述べますと、左側に1年前、右側に現在があり、現状をみるだけでなく、一年間の変化をみるものです。

そして、たとえば屋内歩行でしたら「何もつかまらずに歩いている」という普遍的自立を「壁や家具を伝わって歩いていた」という環境限定型自立とは区別しています。

普遍的自立以外の自立度であれば生活不活発病になっている危険性が高いのです。また1年前と現在を比較してレベルが低下していたら、改善にむけて手をうつ必要があります。

そのときに何をやるのかというと、屋外を歩くことが難しいのであれば、屋外が歩けるようにするような直接的な屋外の歩行の訓練をすることです。すなわち活動レベルの問題に対し、直接その活動の項目に働きかけることです。自宅内を歩くことが難しいのならば、自宅内をどのように歩くのが難しいのか、それに対して直接的に支援をする、というようにこの表を使っていただければと思います。

これを評価法としてみましても、画期的なところがありまして、これは研究班の研究成果でもあります。ICFの評価点「屋外を歩くこと」には、「遠くへも1人で歩いている」と、「近くなら1人で歩いている」という、これまではまとめて「自立」と言われていましたが、自立でも「遠くでも1人」なのか「近くしかできない」のかという自立は全く別物です。これは統計的に様々な対象で研究して両者の比率が大きく違うことがわかってきました。また、リスク・ファクターとしてもこの二つのどちらなのかでかなり生活不活発

# 明老活発でいこう。

## 生活不活発病チェックリスト

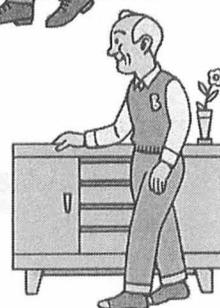
〈1年前〉

〈現在〉

### 屋外を歩くこと

- 遠くへも1人で歩いていた
- 近くなら1人で歩いていた
- 誰かと一緒なら歩いていた
- ほとんど外は歩いていなかった
- 外は歩けなかった

- 遠くへも1人で歩いている
- 近くなら1人で歩いている
- 誰かと一緒なら歩いている
- ほとんど外は歩いていない
- 外は歩けない



### 自宅内を歩くこと

- 何もつかまらずに歩いていた
- 壁や家具を伝って歩いていた
- 誰かと一緒なら歩いていた
- 這うなどして動いていた
- 自力では動き回れなかった

- 何もつかまらずに歩いている
- 壁や家具を伝って歩いている
- 誰かと一緒なら歩いている
- 這うなどして動いている
- 自力では動き回れない

### 身の回りの行為(食事、入浴、洗面、トイレなど)

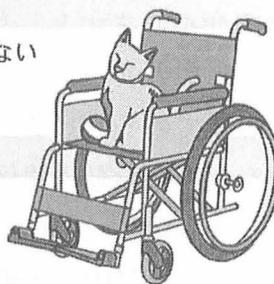
- 外出時や旅行の時にも不自由はなかった
- 自宅内では不自由はなかった
- 不自由があるがなんとかしていた
- 時々人の手を借りていた
- ほとんど助けてもらっていた

- 外出時や旅行の時にも不自由はない
- 自宅内では不自由はない
- 不自由があるがなんとかしている
- 時々人の手を借りている
- ほとんど助けてもらっている

### 車いすの使用

- 使用していなかった
- 時々使用していた
- いつも使用していた

- 使用していない
- 時々使用
- いつも使用



### 外出の回数

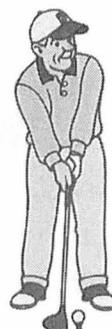
- ほぼ毎日
- 週3回以上
- 週1回以上
- 月1回以上
- ほとんど外出していなかった

- ほぼ毎日
- 週3回以上
- 週1回以上
- 月1回以上
- ほとんど外出していない

### 家事(炊事、洗濯、掃除など)

- 全部していた
- 一部していた
- 時々していた
- ほとんどしていなかった
- 全くしていなかった

- 全部している
- 一部している
- 時々している
- ほとんどしていない
- 全くしていない



### 日中どのくらい体を動かしていますか

- 外でもよく動いていた
- 家の中ではよく動いていた
- 座っていることが多かった
- 時々横になっていた
- ほとんど横になっていた

- 外でもよく動いている
- 家の中ではよく動いている
- 座っていることが多い
- 時々横になっている
- ほとんど横になっている

\*このチェックリストで、赤色の□(一番よい状態ではない)がある時は要注意です。  
\*特に〈1年前〉と比べて、〈現在〉(右側)が1段階でも悪化している場合は、早く手を打たなければなりません。

病の起こりやすさも違うことがわかってきました。そこで研究班の成果である ICF の評価点をここに導入して、「遠くへも 1 人で歩いている」という普遍的な自立と、ある環境でだけ自立をしている「環境限定型の自立」と、自立を二段階にわけた評価法としました。これについては後でまたお話しします。

以上、今年度 ICF が行政へ反映されたこととして、介護保険の特に予防重視という観点でのいくつかの具体例をご紹介しました。この他、たとえば、後で述べます地震のような災害の関係で、内閣府の「中山間地等の集落散在地域における地震防災対策に関する検討会」がありますが、日本は中山間部地区というのが 7~8 割で、そこでの災害に対しての対応の中で、特に要援護者、高齢者や障害者等ですが、生活機能低下を予防しなければならないことが大きな章立てとして論じられるようになりました。具体的には生活不活発病に注意をすることが提示されています。また、環境省におきましても、公害の喘息の患者さんに関しまして生活機能の観点からの調査研究も始まっております。

これがここ 1 年間の大きな動向です。これからの動向も踏まえながら、次に、具体的に ICF をどのように活用していくのかについて、研究班の班員であります上田先生と丹羽先生から、お話をさせていただきます。

上田 それでは、「ICF の基本と活用」に移ります。

簡単に自己紹介をしますと、私はリハビリテーション医学を長年やってまいりました。その関係で日本障害者リハビリテーション協会にも長年関係しておりまして、医学だけではなく、広い意味でのリハビリテーション、例えば職業リハビリテーション、社会リハビリテーションを含めた分野に関係し、また障害者団体あるいは障害者、障害のある方々と交わってまいりました。

ICF については、ICIDH、国際障害分類の日本での翻訳作業にも関与いたしまして、それ以来、この ICF の改定過程にも国際的にも参加してまいりました。そして、身体障害の経験を主として、その立場から ICF を研究してきたのです。

また、丹羽先生は、精神科のキャリアの非常に長い方でして、福島医大の精神科の教授であり、また病院長をなさっていらっしゃいます。やはり ICIDH、国際障害分類を精神科の評価およびプログラミングにどのように活用するかを、ICIDH の時代からいろいろと研究してこられまして、それに続いて ICF にも非常に造詣の深い方です。

私はどうしても身体障害の角度から見てまいりますので、精神障害の立場、特に介護保険においては認知症が非常に大きな問題になってきているので、今日も認知症に非常に重点を置いてお話いただけることになっております。

それでは、まず私から、スライドを使いながらお話を申し上げたいと思います。

ICF は、「生きることの全体像についての共通言語」といえると思います。

まず ICIDH、国際障害分類は 1980 年にできたのですが、それが 21 年後に ICF、国際生活機能分類と変わりました。非常に大きく変わった点は、「マイナスを重視する」という立場から「プラスを重視する」という 180 度の転換をしたことです。それは、生きることをプラスの面からとらえるか、困難という面だけからとらえるか、という違いです。

もう一つ、非常に大きな違いは、国際障害分類とは障害のある人のためのものだ、というように考えられてきましたが、国際生活機能分類とは健康に関する分類であり、全ての人に関する分類です。

ご存じの方も多いと思いますが、念のために ICF モデルについてご説明します(図 2)。「心身機能・構造」、「活動」、「参加」という三つのレベル、階層があり、それはここに挙げましたように生物レベル、個人レベル、社会レベルと定義されています。ただ、日本語では生命、生活、人生という三つのレベルと考えたほうが非常にわかりやすい面があります。この三つを包括し、三つの全てを含んだものが「生活機能」なのです。

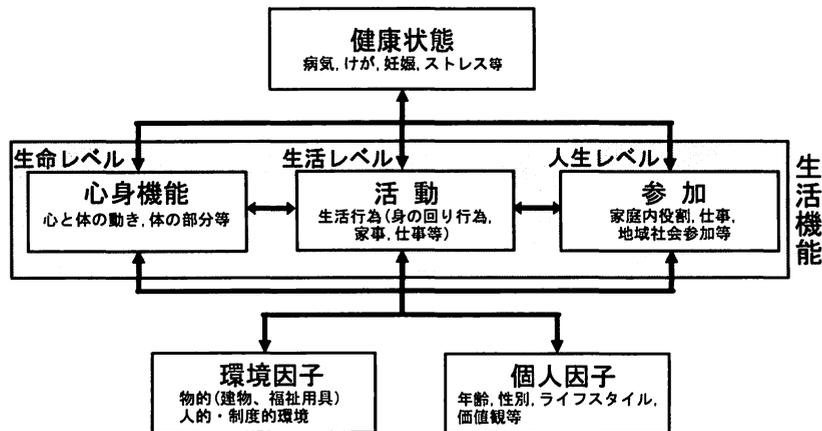
例を挙げますと、「心身機能・構造」とは、手足の動きや精神の働き、あるいはものを見る、聞くというのが心身機能。「構造」とは、身体の一部のことです。「活動」とは具体的な生活上必要な行為のことで、実用歩行、それから各種の日常生活の活動、家事や職業能力に関係する活動、余暇活動などで、非常に多くのものを含みます。「参加」とは、何らかの役割を果たすことで、主婦としての役割、あるいは働くこと、趣味やスポーツに参加すること、地域活動に参加することなど、非常にいろいろなものを含みます。社会参加というようによく言い換えられまして、そのほうがわかりやすい面はありますが、それだけではありません。それだけだと狭くなってしまいますので、主婦として役割を果たしているというようなことも含まれます。

「生活機能」に影響を与えるものとしては、「健康状態」があります。WHO の分類としては、百年以上の歴史を持つ ICD、国際疾病分類がありますが、健康状態とはそれによって分類されます。以前の ICIDH には、病気や怪我が挙げられていたのですが、今回はより広がって、「健康状態」という言葉になり、妊娠や高齢という、その他いろいろなものを含む広い概念になりました。これも、「全ての人のための分類である」に対応しているのです。

ICF は相互作用モデルです。この「健康状態」が「生活機能」の三つのレベルにいろいろな影響を与えます。また生活機能の三つのレベルそのもの間にもさまざまな相互作用があります。心身機能から参加にいたる矢印も、遠回りに見えますが直接のルートもあるのです。

もう一つの特徴は、「背景因子」を導入したことで、これは「環境因子」と「個人因子」の二つです。これが「生活機能」の三つのレベルと複雑な相互作用をします。

図2. 生活機能モデル（説明図）



次に、「環境因子」に関しては、環境といいますと、物的な環境だけを考えがちですが、物的だけではなく人的な環境、社会環境、その中には制度やサービスが入りますので、医療や福祉や介護も、本人にとっては社会的な環境であることとなります。「個人因子」とは年齢や性別や民族、生活歴、価値観、ライフスタイルとさまざまなものが含まれております。

ICFに「環境因子」が入ったことは非常に画期的なものだと言われておりますが、個人因子に関してはあまりコメントがありませんでした。しかし私は、これはやはり個性をそのまま示しておりますので、非常に重要なもので、今後ますます重要になってくるのではないかと考えております。

この全体が、個別性に立った生きることの全体像です。今、個別的なサービスがあらゆる分野で強調されておりますが、その個別性を考えるときには、ここに挙げたこの全てを含めて考えなければならないのです。「心身機能」や「健康状態」だけを見た場合にはかなり共通しているように見える場合でも、「活動」、「参加」、さらにその人の「環境因子」、「個人因子」を考えていけば、一人として同じ人はいないこととなります。個別的な対応、個別性の尊重にはICFの考え方が非常に大事になってきます。

それと関連しまして、本人や家族はある意味では自分自身の生活や人生に関しては専門家であることが言えます。健康状態や心身機能に関しては医療関係者が専門的な立場からよりよくとらえられる場合がありますし、「活動」や「参加」に関しても、他人が正しくとらえられる部分もあります。しかしながら、「活動」の範囲は非常に広い、「参加」も非常に範囲が広い、さらに「環境因子」も人によって相当違ってきます。「個人因子」に至っては全くその人しか知らないのです。そういうことを考えますと、今後本人と協力してサービスを進めなければならなりません。これは後で倫理とも関係してお話しますが、単に本

人を尊重しなければならないという倫理的な要請だけではなく、実は本人からこういうことに関しての情報をしっかりと、よく教えてもらわなければ、正しい全体像はつかめないので。従って正しいサービスは行えないので、本人、家族をその人自身の生活、人生に関しては専門家であるというように遇して、専門家として協力するという考え方に立つべきではないかと思います。

先ほど、ICFはプラスを見るように転換したと言いましたが、それはマイナスを見ないことではもちろんありません。ただ、プラスの中にマイナスを位置づけて見るのが大事でして、この大きな四角が「生活機能」全体であり、その中に小さな四角としてのマイナス面があり、それを障害と呼びます。残りはプラスであることです。

これは包括的な概念としての「生活機能」と「障害」のことで、それぞれの三つのレベルにやはり同じように大きなプラスと小さなマイナスという関係があります。プラスとマイナスそれぞれを3つのレベルで合わせたものが「生活機能」と「障害」です。「障害」と言うときに、これまでは、日本の法律等は、機能障害や構造障害のことだけで言いがちでしたが、そうではなくて、活動制限、参加制約、この三つを統合したものが障害なのだという考え方にしっかりと立って行かなければなりません。

さらに、今日は詳しくは述べませんが、私がもう二十数年来提唱してきております主観的側面があります。「生活機能」には客観的な世界に属することばかりが取り上げられてきたのですが、今後の課題として主観的な側面を忘れてはいけません。やはりその中でもプラスとマイナスとがあります。そして、この主観的な世界に属するものが、客観的な生活機能や障害と相互作用してお互いに大きな影響を与えるのです。これは、皆さんが実際の場面でいわゆる障害のある人や患者さんや、介護の利用者に接する場合に、その人の外側から見えることだけではなく、心の中に何が起きているかを、そう簡単にとらえることができない、難しい問題ではありますが、しかしそれは必ずあるわけなので、そういう世界をとらえることを常に考えていかなければなりません。これは丹羽先生のほうがもっと専門なのかもしれませんが、そういうことが、身体障害の場合でも非常に重要であると思います。

ではプラスの側面を見ることの重要さというのを、例を挙げてお示ししたいと思います。

障害のある人や要介護者にリハビリテーションや介護を提供することは、それはその人にとって最高のQOL、人生の質を実現することが目的で、それは自立度の高い人生を目指しているのです。そういう場合に、まず出発点としては、その方がどういう状態にあるかととらえることは、当然重要です。

医療の場合でしたら、これは診断というわけで、診断が出発点です。しかし、医療の場合の悪い癖がどうしてもその他の分野にまで影響しまして、障害というマイナスの面しか見ないというきらいが往々にしてあります。障害は、わかりやすく、簡単にとらえること

ができるので、それしか問題にしません。しかし、実は先ほどの図にもありましたように、より大きなプラスがあって、健全な機能や能力をその人は持っています。さらにその人独特の個性を持っています。また、その人特有の環境に生きています。この環境には、たとえば人的環境である家族も環境ですから、そうすると非常に個別性の高いものです。

このようにとらえなければいけません。これは要するに ICF に立ってとらえることです。そして、リハビリテーションや介護が目指す、非常に有効なポイントは、プラスを増やすことです。このプラスの中には、潜在的な生活機能があり、自然に出てくるものではなく、目の前に既にあるものでもありません。こちらが正しい技術をもって働きかければ引き出すことのできる潜在的な生活機能があるのです。それを開発し増大させること、もちろんそれに加えてマイナスを減らすことも努力するのですが、それを行って初めて目的を達することができるのです。

この潜在的な生活機能をひき出すことにも大きく関係することですが、各レベルの間には相互依存性と相対的独立性があることに話をすすめましょう。相互依存性とは、モデル図の中の矢印で示されるように、お互いに影響を与え合うことで、これはわかりやすいことです。ちょっと考えれば、影響を与え合っていることはすぐおわかりになると思います。

大事なものは、むしろ影響を与えない面もあり、それは相対的独立性でそれぞれのレベルには独自性がある他から影響を受けない面もあります。実はそれは、非常に大きな実質的な意義を持っているわけで、一つの例を挙げてみます。

健康状態としては脳卒中、機能障害としては右片麻痺、活動制限としては歩けない、字が書けないことがあり、参加の制約としてはそのために職を失ってしまったとします。残念ながら、往々にしてよくあることです。

そういう場合に、これを解決するには、まず原因が脳卒中なのだから脳卒中を治すしかないと考えがちです。しかし、脳卒中という、脳に起こってしまったことが、もうどうにもできない場合には、普通、人が考えるのは、片麻痺を機能回復訓練で治して、それによって歩いたり字が書けたりするようにする、というように、原因が機能障害でそこから活動制限や参加制約が起こってきているのだから、解決するためにはこの根本原因である脳卒中が治せなければ、機能障害を治そうという考え方になりがちです。リハビリテーションとはこういうものだと多くの方が思っているのですが、実はそうではないのです。これの効果がないとはもちろん言いませんし、できるだけ努力は払いますが、やはり限界はあります。しかし、この機能障害である片麻痺がよくならなければ活動制限は解決できないことはありません。この機能が回復しなくても、活動をよくする方法はあります。それはたとえば杖や装具をうまく用いて歩く訓練をきちんとやる。それから、左手で字を書く訓練をする。これは非常に効果のあるものでして、短期間のうちに歩くことがちゃんとできるようになるし、字が書けるようになります。必要があれば、職業能力に関する訓

練もそれに加えて、その結果として職に戻ることができるという例も決して少なくないのです。これは、活動レベルは、心身機能のレベルだけで決められてしまうものではなく、相対的な独立性があってそれは大きな可能性があるのです、そこを活用すると活動制限は解決でき、それによって参加制約まで解決できたことになるのです。

このような例で、相対的な独立性を活用するというようなことは、おそらく精神障害の場合にもかなり見られることではないかと思えますので、丹羽先生にも後でそういうお話がいただけるかと思えます。

さて ICF の目的ですが、これは第一には障害の統計というところから始まっています。しかし、それに留まらずにリハビリテーションや介護や福祉等の現場で活用する。それは、その対象者が生きることの全体像、これは今まで詳しくお話してきました、その人独特の生きる姿があるわけで、その全体をとらえなければ正しく隠れた可能性を引き出すこともできません。全体像をとらえ、その中で手がかりを見つけ、そして伸ばすことのできるプラスを発見してそれを伸ばしていくことが ICF の活用です。

次に、それに基づいてですが、「共通言語」としての活用があります。異なる専門の方々の間でなかなか話が通じないというのが現状ですが、共通のものの考え方を持つことによって話が非常に通じやすくなります。協力がしやすくなり、誤解がなくなります。そしてさらに、専門家と当事者や家族との間で話がきちんと通じるように、お互いがよく理解し合って協力できるようにしていく道具として ICF の考え方、これは統計としての統計項目そのものと言うよりは、詳しくお話してきたモデルに表されているものの考え方を活用します。その他に調査研究や教育啓蒙、その他さまざまな使い途があります。

そこで、この ICF のモデルの基本的な特徴を少し述べさせていただきます。医学モデルと社会モデルという言葉をお聞きになった方は、おありになると思います。国際障害分類、ICIDH は医学モデルに立っていたけれども、ICF は社会モデルに立っているのだと言われる方もありますけれども、しかしそれは非常に単純化した見方で、決して正しくありません。ICF とは、医学モデルと社会モデル、これはある意味では相対立する非常に両極端の見方ですが、それを統合したものです。

医学モデルとは、ICF の序論の中から抜き出した文章ですが、「医学モデル」とは「障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接生じるものであり、専門職による個別的な医療を必要とするものとみる。」対応は医療が基本であり、その目的は個人を社会に適応させる、個人の行動を変化させることが中心です。それに対して「社会モデル」とは、「障害を主として社会によってつくられた問題とみなし」障害は「社会環境によって作り出されたもの」であって、「個人に帰属するものではない」とされている。対応は社会環境を変えることであって、基本的には政治の問題であるというふうに見るのです。

ICF モデルは、これら二つの対立するモデルを統合したものであって、「生物・心理・社会モデル」であると ICF の序論には明記されているのです。

この ICF の序論の最初の行で ICF は「『医学モデル』対『社会モデル』という弁証法を統合したものである」と言っております。この弁証法とは、ちょっと難しい言葉ですが、「本来矛盾をはらみながらも統一したものであって、それを本来あるべきでない対立に持ち込んだり、当然統合されてしかるべきものなのに一面的に対立させられているもの」というニュアンスを持っているわけで、そこからも ICF が医学モデルと社会モデルという両方がある意味では包み込みながら、どちらにも偏らず統合したものであることが言えると思います。そういう、広い見方だと是非わかっていたいただきたいと思います。

そういうことをよくつかみ、ICF モデルを活用することによって、基底還元論的アプローチ、すなわち医学モデルが基本としております心身機能がよくならなければ他のものも決してよくなれないという考え方や、社会モデルの社会的な環境因子を偏重してそれによって全てが決まってしまうという考え方に陥らないことです。また、分立的分業アプローチという、リハビリテーションチーム、あるいは介護のチームで、多職種が協力してチームワークでやらなければいけないという時に、えてして起こりがちなのが、縄張りを作って、自分の縄張りを守って他の縄張りには口を出さないけれども他にも出させないというような、そういう分立分業です。これはお互いにばらばらにやっていくわけで、本当に効果があがりません。これは、ICF モデルで言えば相互依存性を無視している。モデル図で言えば矢印を無視していることになるのです。不十分な、誤ったアプローチに陥ることも、ICF をきちんと使うために正しい考え方でやっていくことで、防ぐことができます。

以上、第一部での私の話を一旦終わりました、続けて丹羽先生から、ICF の基本的な考え方についてお話をいただきたいと思います。

丹羽 それでは、私のほうもスライドを使いながら、お話をさせていただきます。私は先ほど上田先生にご紹介いただいたように、精神科の医療をやっています。精神科の医療において、障害をどう把握するかは、とても重要な問題になってきた歴史があります。

極端な話、精神の障害がそもそも本当にあるのか、というところから問題は出発しているくらい、議論は尽くされてきています。現時点ではやはり精神の障害とは現実にその人が病んでいる状態であり、それに対して適切に障害を克服することで共に努力することが必要になっている、そういう性質の問題だと認識されていると思います。

しかし、議論の中では、それはまさに、社会がその方に貼ったレッテルであるという見方、あるいは、そうではなくて、その当事者の方が自分で選択した生き方の問題である、そういった議論が現実にはありました。

今日では、障害を正しく見ることによって当事者と、治療者というか介護者が、共に一緒になって努力することができる、そういう性質の問題なのだと、理解が統一されてきて

いると思っています。

そういう議論が進んできた中で、この ICIDH が大変重要な役割を果たしたという経緯がありました。そこでは、実際に精神の疾患が脳の機能の障害であるという、心身機能の障害から出発して、そして生活・活動のレベルでの問題が生じていて、そのために参加がうまくいかなくなる、そういうハンディキャップを負うのだというとらえ方で当事者の方の困難を理解すると、適切に働きかけることができる、という理解が進んできた歴史がありました。

今回、WHO のモデルがこの ICF に新しくなって、私たち精神の疾患に関しての治療に携わっている者としては、今までの、ICIDH を使って当事者の方の障害を理解していたのに比較しますと、新しい見方が付け加えられてきたと実感しています。

それはどういうことかといいますと、率直に言うと、ICIDH の時とは、障害の理解のプリンシプルとしてこれを使って理解していたという側面があったと思います。ですから、実際にその当事者の方の障害をどう評価するかとか、その障害に対してどう働きかけるかについて、具体的に ICIDH が使われていたかという、残念ながらそうではなかったというふうに、率直に言って感じています。

ところが、この ICF になりまして、実際に障害の評価を三つのレベルで行う、特に心身機能、活動、この二つに関して行うことが実際に当事者の方の障害を評価する、一つの日常の臨床の中で使うスケールとして、ICF が具体的に使われるように変わってきたことが、かなり大きな変化だろうと思っています。

そしてもう一つ、先ほどから上田先生、それから大川先生が強調されておられるのは、全体としてのプラスの中でマイナスの部分を見る、そういう見方。結局、当事者の方の社会参加を促進していくために何がよくなればよくなるのか、あるいは、今この人が持っている強みとは何なのか、という見方で評価していくように、少しずつ精神の領域においても、この ICF を使って障害を理解するということに、今までの ICIDH の時とは変化が出てきていると感じています。

私が上田先生、大川先生のお仕事をお手伝いさせていただいてきた中では、主に、いわゆる統合失調症ですとか、そういう精神疾患の方の障害の理解と一緒に携わらせていただいていたのですが、今回は少し話を高齢者の方のお話のほうに広げて考えてみたいとのことで、そのお話をさせていただいて、そのうえで先ほど上田先生のほうから宿題を頂戴しましたものが二、三ありますので、それについてあらためてお話をさせていただくというつもりです。

前置きが長くなりまして申し訳ありませんでしたが、高齢者の方の生活機能の低下予防についての、心的側面からの検討、先ほど大川先生も言っておられましたが、いわゆる生活不活発病との関わり、特に高齢者の方の場合の精神機能の低下、生活機能の低下というときに一番問題になってくるのはやはり認知症ですので、その認知症との関わりについて

お話をしたいと思います。

繰り返しになりますので避けますけれども、生活不活発病は生活が不活発なことによって生じる全身のあらゆる機能の低下で、その中には精神や神経の働きに起こるものとして、ここの1~5に書いてあるようなことが挙げられております。

今、前置きの申しましたけれども、その生活不活発病と認知症との関係を考えたいわけなのですが、この両者の間には、皆さんがたも直感的に考えられるかと思いますが、やはり相互の関係がある。認知症になれば、やはり生活不活発病の形になってくるし、生活不活発病が認知症を増悪させたりするというお互いの間関係があると思われまので、これらの両者の関係について今調査をしているところで、その一部を今日、お話したいと思っています。けれども、この両者の関係について、現時点ではまだ十分に明らかになっているというわけではありません。

私たちの仮説、疑問としては、今の前のスキーマが成立することであるとすると、言ってみれば認知症の発症を予防するというようなことで生活不活発病を予防する、あるいはその逆も可能であるという、そういったかなり実際的なお話になるのではないかと、果たしてそのような形で認知症の発症を予防することができるのだろうか、あるいは特に、認知症と密接に関わっている生活不活発病の状態が何か特異的にあるのかもしれない。それらを探索することができれば、発症予防につながれるのではないかと考えています。

認知症とはいくつかのファクターが絡み合っ出てくるもので、根本的には脳の神経の細胞の問題があり、その結果脳の機能が低下していくことになるのですが、そこにはたとえば、精神的な問題で鬱が関わってくる、ないしは最初の症状として鬱として認知症が現れてくるというような話もなされております。

この矢印でお示したところに介入することによって、生活不活発病を予防することもできるのではないかと、いうのです。認知症そのものは、ここに示しましたように、いくつかの原因がありますけれども、一番有名でどなたもご存じかと思いますが、いわゆる変性疾患というふうに言われているものが、現時点では一番多い。それから、脳血管障害。その他、意外と隠れた内分泌の問題などもあることが知られております。

発症予防になるのですが、認知症のタイプといいますか、先ほどのスライドでお示したようにいくつかの原因別の分類が可能なのですが、そのタイプによっても異なってくる。進行する、変性疾患と書いてあった代表格としてはアルツハイマー型の認知症なのですが、これについてはなかなか予防的介入とは困難だと考えられていますけれども、一方、血管性の認知症の場合には発症・進行を予防する、あるいは遅らせるという介入が可能ではないかと考えられております。

ここでは、生活不活発病と認知症との関係を明らかにして、認知症に関連した生活不活発病予防への介入方法を明らかにすることで、私たち福島医大病院では、神経精神科の中に「物忘れ外来」を行っておりまして、かなり多数の方が受診してきてくださっているの

ですが、そこにこられた認知症の患者さん 20 名、平均 76.2 歳の方、および、後でもう少し詳しくご説明しますけれども、軽度認知障害、MCI と呼ばれる方がおられますが、その方 20 名を対象としまして、同伴の介護者、あるいは診療録から得られた情報を ICF のモデルに当てはめて、特徴のある傾向についてまとめた。そして、上田先生、大川先生らの不活発病の有無を確認しました。

ICF のほうは、もう既に今日の冊子の中にも入っておりますが、「健康状態」と、それから「心身機能」、「活動」と「参加」、そして「環境因子」と「個人因子」、それと、上田先生がおっしゃってました「主観的な体験」。たとえば、「主観的な体験」としては心の悩み、現状への不満、「個人因子」としてはライフスタイルや興味、「環境因子」としては物的・人的な環境といったようなことが評価できます。

今のようにして、一方で認知症の方の評価を行い、他方で生活不活発病の評価を行った結果、身体的に問題のない認知症の方の場合でも、活動参加が制限されるという場合が多かった。その時には、いわゆる「個人因子」、「環境因子」の関与が大きかったことが言えました。今「活動参加」の問題がある場合には、この「環境因子」および「個人因子」の関わりが多かったことです。

たとえば、環境因子の中のいわゆる「活動の制限」の因子としましては、独居生活、それから地域のサポート体制の問題、それから介護者、あるいは近親者との死別の問題、そういったことが挙げられましたし、「個人因子」の中での制限因子としては、プライドの高さ、これはたとえばサービスを受け入れない、不安の強さ、それから内向性、あるいは職業の、たとえば退職の年齢制限のあるような職業の場合とそうではない、たとえば農業のような場合で言えば、職業が一つそういう、退職と絡まって制限因子と絡まっているというようなことがありました。

逆に、「促進因子」で、今度はその独居生活が、一方で「自分でやらなければ」という気持ちを強めることがありましたし、「個人因子」の中でやはり職業は、今申しましたように、農業などはむしろプラスの要因になっていることもありました。

結果の 2 番として、認知症と診断されている方は、やはり生活不活発病あるいはその状態を来していると言うことができました。生活不活発病と認知症との関係ですと、たとえば認知症の症状としては上のピンクの部分に書いてありますが、記憶の障害ですとか、いろいろな神経・心理学的な障害、それから、わりと高次の精神機能の障害があるのですが、その方たちはたとえばチェックリストで「遠くまで一人で歩けない」、「あまり歩かない」、「身の回りの行為ができない」、「家事が全部できない」、「あまり外出しない」、「日中動いていることが少ない」、そういったことに当てはまることが言えました。

結果の 3 番ですが、アルツハイマー型の認知症の方の場合には、対人交流が少なかったり、活動性の乏しい人が多く認められました。

そして、脳血管性の認知症の方では、身体疾患の合併が多く認められるという特徴があ

りました。これは、ある意味では原因的に分類されていることですので、当然の結果といえましょう。

予防的な介入で考えた場合に言われておりますのは、アルツハイマー病の場合では、たとえば運動習慣がないとか、人づきあいがなくなるとか、そういったことがアルツハイマー型認知症の発症の危険因子として知られていますので、先ほどのこういう、対人交流が少なかったりすることがここでも認められたのですが、やはりそういう危険因子の一つになっていると言えるかと思えます。

それから、脳血管性の認知症の危険因子としてこれまでたとえば高血圧や糖尿病や心臓病ということが言われておりますが、これは先ほどの身体疾患の合併というのが多く認められたことの再確認だと思えます。

実は、最初の、どういう方を対象として今回調査をしたかという中で、軽度認知障害という言葉をお話しました。この軽度認知障害についてこれからご説明をしますが、軽度認知障害の方とは、認知症とは言えない。認知症とは言えないけれども、いわゆる正常とも言えないという方のことになります。軽度認知障害の患者さんで既に生活不活発病を来しているという人が多く認められた。その人たちは、特に外出に関わる項目での不活発状態が多く認められたことがありました。

この軽度認知障害が注目されている理由とは、認知症にいたる前に発見して、予防的な介入というのができないかという観点で、早期に認知症を発見するための一つの前段階として、軽度認知障害でとらえることができないことから、この軽度認知障害というのが注目されてきておりますので、こういう不活発状態を来しているという人が多かったことが、実際に予防的な介入をやはり行うことが必要であることに関連がある、と言えるのかもしれない。

いわゆる認知症の経過を少し復習してみますと、ここにあるように縦軸が知的レベルで横軸が時間経過になりますと、右に行くほど年齢が進んでいきます。上のほうにある白い線が年齢とともに少しずつ機能が低下するという意味での正常加齢の経過を示しています。それに対して、橙色で示してありますのは、たとえば脳卒中を起こされた方が知的なレベルが低下していくときに、いわゆる階段状に低下していくと言われている様子を示しています。階段状というふうになっている、縦に直線的に低下しているところとは、何かそこで、脳梗塞が起きたとか、そういうことを示していることになります。

一方、緑の線はいわゆるアルツハイマー型の認知症のような、変性疾患と言われている場合の低下の仕方で、これは階段状ではなくて、ゆっくりと低下していくことになっております。

今、早期発見で注目されているのが軽度認知障害で、この MCI と略されているのですが、MCI の M は軽度の「マイルド」の M でございまして、C は認知ということで「コグニション」、「コグニティブ」という意味で C です。それから I は「障害」でインペアメン

ト。Mild Cognitive Impairment を略して MCI と呼んでいます。その方々は薄い青の線で示してありまして、認知症レベルに低下しているわけではないけれども、徐々に低下しているという人たちがおられるということです。そういう方々をとりあえず MCI、軽度の認知障害と呼んでいるのですが、ここに二人の代表例を示しましたが、上の例にあるのが MCI の 68 歳の女性でして、MCI であることを評価するのに私たちは、少し負荷のかかる短期記憶テストを行っておりまして、たとえば長谷川式の時などに、猫とか電車とかいう単語があって、三つ覚えるというのがありますけれども、それに「赤い猫」とか「黄色い電車」とか、そういったような少し負荷をかけたような短期記憶の検査をさせていただいて、その成績によって一応分けているのですが、上の列の 68 歳の女性の方は、赤で示してあるのが長谷川式の検査の結果でして、長谷川式は簡単な、いわゆる認知症の発見に使われている知的なテストですが、それはずうっとだいたい横這い状態。ところが、この方々も、緑で「エイダス・ジェイコブ」と書いてありますが、これは少し項目数が多くてやや時間を使って評価しなければなりません。エイダスという名前の認知機能の検査があります。認知症の評価のときに非常にスタンダードに使われているスケールなのですが、上に行くほど悪いと示しています。この方は、エイダス・ジェイコブがこのように最初は横這い状態で推移していたのですが、始めてから 2 年後くらいになると上のほうに上がって、ちょっと成績が悪くなっていくという変化をきたしています。

この方の長谷川式の得点は、先ほどの赤で見ていただくとわかるように 25 点くらいのところになっていまして、30 点満点で 20 点以下というのがいちおうボーダーラインになっていますが、そこで行くと、認知症というふうには言えないのです。ところが、少し複雑な検査をやりますとその問題が出てくることがわかる。こういったような方が、いわゆる MCI と私たちが言っている人たちでして、たとえば長谷川式の検査はよくても、少し負荷のかかる検査をすると問題があるというような方、その方々を時間経過で追跡していきますと、中にこういう形で問題が出てくる方がおられる。

下の方は、長谷川式が 28 点くらいで推移していますが、エイダス・ジェイコブというのも、緑の線ですがずっと横這い状態で、この方は一応変化がないので、MCI の方の場合には追跡して行きますとそういう認知症の評価スケールでは点数が悪くなっていく場合があることが指摘されております。

もともと MCI とはピーターソンというような人たちが言い出したことで、このときには記憶障害の訴えが本人または家族からある、ただ、日常生活は正常である。しかし、いわゆる知能テスト、難しい形の知能テストなどを行いますと、平均から 1.5 標準偏差以上低下している。しかし、MMSE とは長谷川式と同じように認知症の評価で使われる簡易なスケールなのですが、そういう簡易なスケールの場合では成績は正常である。だから一般的に認知症とは言えない方が、MCI と言われてきました。

この MCI は、実はいろいろな人が研究して、たとえばこの 1 番に書いてあるピーター

ソンたちは、MCI と診断された人を 4 年間追跡調査しますと、1 年の間に 10% くらいが、そして最終的には約半数がアルツハイマー型の認知症に進行していったことを言っている人もいます。

しかし、たとえば 3 番の場合のように、必ずしも早期のアルツハイマー型の認知症ではなくて、MCI のまま比較的安定して推移している人たちもいるという指摘をしている人たちもいまして、MCI というのが必ずしも、たとえばアルツハイマー型の認知症の早期の状態にあると必ずしも言えない。

そういったことで、混在した意見になっていましたが、5 番にありますように、最近では MCI といわれる人がアルツハイマー型の認知症に進行していくのはだいたい半分くらいだというのが現時点でのだいたいの一致と言えるところです。

結局、現時点では、MCI の定義とは、正常ではない、かつ認知症でもないというようなことになっておりまして、診断基準としては、以前に比べて認知機能の低下があることが本人または身近な人によって確認される、しかし基本的な ADL は保たれているというようなことになっています。

そのような MCI の方 20 例について不活発病のチェックリストを用いて状態をチェックしてみました。そうするとたとえば屋外歩行に関しては、近くなら一人で歩いているという人が半数ちょっとという形で、問題が少し出ている。それから、自宅内を歩くことについては 85% の人が OK。それから、身の回りの行為になると、やはり自宅内ではいいという人が 55%。一部たすけてもらっているという人は 5% で、比較的これはいい。それから、家事についても一部している、外出は週 1 回以上、ちょっと制限されているという人が 65%。日中どのくらい身体を動かしているかと言うと、座っていることが多いという人が 30% で、先に結果をまとめる形で示しましたがけれども、屋外の歩行の問題、あるいは外出の問題、こういったところで MCI の方とはやや問題が出ています。

今回の認知症の方、あるいはその認知症予防の観点から早期発見という意味で注目されている MCI の方を対象として不活発病を見ていった場合、活動参加の制限因子となっている環境因子、個人因子がかなり関係しているようだという話だったのですが、それを調節することによって不活発病を予防できる可能性があるのではないかと。それから、アルツハイマー型の認知症の前段階で多いと言われているのですが、鬱の状態、あるいは軽度の認知障害の状態への介入が、不活発病の状態を予防することにもつながる可能性があるのではないかと。それから、脳血管性の認知症のリスクとなる身体疾患を予防することによって、不活発病を予防することも可能になるのではないかと考えられます。

まとめますが、認知症との関係で言いますと、ICF を活用して、その活動、参加の問題に関わってくる要因として、環境あるいは個人要因があることが気づかれたというお話をしましたし、それから、50% くらいの方がアルツハイマー型の認知症になるのではないかとされている MCI の方についても、その不活発病との関係で、特に屋外歩行とか外出

といったところで問題が早期から現れてくる可能性に気づかれたこととお話しました。

いずれにせよ認知症の理解で、ICFのモデルを活用していくと、その人のどこを強化してあげることによってその生活を改善することができるかというヒントを得られやすいことではないかと思いますので、ICFは働きかけを個別化していくときに使うことができるツールであると感じています。

それは、いわゆる統合失調症の方のような精神疾患の場合にも、最初にもお話しましたがけれども、ICFが使いやすいツールになっている。その点が、ICIDHの時との大きな違いだと感じています。

先ほど、上田先生のほうから宿題を二ついただきました。

一つは、障害のモデルの中における主観的な障害の位置づけの精神の疾患の方の場合ですが、当事者の方がやはり、自分がそういう病気になってしまったことについて、やはり他の人からどうみられるかという意味での、自信をなくすという度合いは、他の身体疾患の場合に比べるとずっと強いと言えらると思います。精神の疾患の場合、一歩前に踏み出すことをなさらないという方が非常に多いのです。社会的な引きこもりになりやすい。その点で特に精神疾患の場合に働きかけに三つのレベル、アプローチが必要だと言われています。一つはリハビリテーション、一つはいわゆるノーマライゼーションと言われているもの、もう一つがエンパワーメントと言われているものです。このリハビリテーションとノーマライゼーションとエンパワーメント、このアプローチが当事者の方の社会参加を促進していく上で重要だと、精神疾患について現在強調されていると思います。

リハビリテーションとは心身の機能、活動の制限といったことに働きかけることで行われていますが、例えば作業療法とか社会生活の技能訓練とか、いろいろな方法があります。場としては作業所があったりデイケアがあったりします。

一方、ノーマライゼーションとは当事者の方が社会参加しやすいような社会的な条件を整える、条件が整えば社会参加が促進されるという側面を出していると思います。

最後のエンパワーメントとは、まさに当事者の方の主観的な障害を克服するための働きかけだと言えらると思います。パワーを与えることになるのですが、それは必ずしも治療者あるいは介護者が行うものではありません。そうではなくて当事者にとって一番受け入れやすいエンパワーメントとは、前に同じような病気で悩んでいた方でいま社会参加をしている人たちが、その経験を話して、勇気を与える。そういった形のことが一番効果的なエンパワーメントになっていると思います。

よくピアカウンセリング、仲間のカウンセリングという言葉がありまして、当事者の皆さん方の中ではピアカウンセリングを略してピアカンと言っていますけれども。ピアカウンセリングとはそういう意味でエンパワーメントの代表的な働きかけの一つだと思っています。

もう一つ、いわゆる相対的な三つのファクターの中で、相対的な独立性と相互依存性というのがある。その相対的な独立性を活用した障害への働きかけが、精神の場合どうい

ことになっているかというお話しでした。

精神の疾患といっても種類はたくさんありますが、先ほども申していますように、障害の強さで統合失調症という病気は代表格だと思いますのでそれを例にとりながらお話しします。

統合失調症とは現在のところ、脳の働きが一時的に失調した状態だと考えられています。問題は脳の働きにあると考えられています。しかしそれが個人の活動のレベルでいきますと、精神の機能の要素的な機能もいろいろ障害されてきて、その結果一般的に言う精神機能が障害されるという状態になる。そのために例えば意欲がわからないとか、判断がうまくいかないというような問題が生じてくるというふうになっています。そうなりますと例えば労働の場あるいは学習の場において、仲間に入って適切に行動することができなくなってくるという、いわゆる活動の制限が生まれてきます。

それに対して精神疾患の治療に携わっている人たちは、例えば生活技能訓練、ソーシャル・スキル・トレーニング＝SSTと言われているような方法で、当事者の方の自立した日常生活を促進することができるような働きかけをします。

頭では、統合失調症という病気が脳の働きが一時的に失調した状態であると理解はしているのですが、その人たちの自立生活で考えた場合には、相対的な独立した活動レベルの活動の制限というところにSSTという形で働きかけることによって、その人の社会的な自立、参加を促すことで再発を防ぐというよい結果を得ることになっています。

そのときには、今も言いましたように、頭では脳の疾患であることはあるのですが、その人の社会生活の予後、自立生活の促進を考えますと、相対的に独立した活動レベルでの働きかけを行っているといいます。

では心身機能の障害に対して働きかけることはできないのか。そうではありません。薬物療法とはその代表例になっています。結局、薬物療法と心理・社会的な働きかけを組み合わせながら、総合的に治療している、働きかけているというのが精神疾患の場合についても身体の場合と同様であると言えるのではないかと考えています。

とりあえず私の話はそこまでにしておきます。

上田 丹羽先生、どうもありがとうございました。最初にも言いましたけれども、このICFは介護保険、特に介護予防に関連して今注目されているのですが、介護予防の中で認知症は非常に大きなテーマです。今日はMCIという概念で、それに関してはもちろんこれから研究するのですが、介護予防が生活不活発病の予防と絡めて可能ではないかというようなお話、非常に興味深くうかがった次第です。

では次の第二部に移りたいと思います。

このICFはいろいろな使われ方があるのですが、最初の出発点は障害に関する統計が必要であるというところから始まったのです。ここにご紹介したいのは、国連の国際経済社

会局統計課で作られました、各国の障害統計を比較した報告書で、これに障害統計への活用に非常に示唆深いものがあります。

これは1990年という、「国連障害者の十年」のちょうど最終年の前の年を記念して作られたもので、非常に詳しい調査です。十年以上経ちましたので近く続編が出ないかと期待しておりますが、今のところこれが最新のものです。その中で各国の障害のある人が何パーセントいるかを、比較しますと、この図に示したようになります。これは右肩上がりの非常に極端に上がっていくのですが、最高はオーストリアの統計です。全人口の20.9%、2割以上が障害を持っています。それに対して最低のペルーは0.2%です。この間の差は100倍以上になります。

日本を見ますとちょうど真ん中くらいにいまして、2.4%で、これは最高のオーストリアの8.7分の1で非常に少ない。これはご存じの方も多いと思いますが、1980年の障害者実態調査の統計で、これにはいくつかの問題があります。対象が身体障害者に限られていますからほとんど身体障害者手帳を持っている人に等しい数になっており、知的障害、精神障害、あるいは難病その他の障害が入っていない。

ですからこの後の日本でのいろいろな調査を集めまして、現在は日本の障害者のパーセントは5%であるというのが政府の公式見解になっています。しかし5%と言いましてもオーストリアの20%以上に比べますと4分の1ですし、アメリカが8.5%ですから、それと比べても非常に少なく、こういう障害者の数とは国によって違っていることは当然考えられるのです。例えばカンボジアのように内戦があったり地雷がいまだにたくさんあったりというようなところでは、障害者が増えることは考えられますけれども、アメリカと日本のようなそんなに違いがあるとは思えないところで、この統計で言えば3.5分の1、修正して日本は5%として比べましてもまだかなり差が開いています。一体、どうしてこんなに大きな違いが出てくるのかという疑問が出てまいります。

それをさらに解析してみますと、実は一つの大きなギャップがこのデータの中には潜んでいるのです。それは障害の定義の違いです。障害をどう見るかの違いです。このギャップの差は、機能障害に関する質問だけをしていきます。右側は活動制限を聞いています。ここではっきりと大きな違いが出てくるのです。日本とアメリカの違いもそういうことであればなるほどと理解できるのです。

これからの問題ですが、障害統計の基本的な考え方として、日本語で「障害」という言葉はあまりにも、身体障害者福祉法などで非常に限定的にしか定められておらず、非常に狭い範囲で障害が解釈されています。それはサービスと直結しているために、どうしても制限的になってしまうこともあるのですが、そういうことからいったん離れる必要があります。「障害」という言葉を使うよりもむしろ、「生活機能低下」と考えていくことが望ましいのです。生活機能の三つのレベルすべて、つまり「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のすべてを踏まえた定義にし、さらに「環境因子」をも相当考慮した定義に立って、障害

統計を行っていくべきだと考えられるのです。

そのためには今後の課題として、従来のいわゆる古典的な障害というだけではなく、要介護者が非常に多くの数に上ってきており障害者よりはるかに多くなっているのです、要介護者や、その他に慢性疾患の患者さん、難病も障害に含めるべきだと言われています。けれども、それ以外のさまざまな慢性疾患も生活機能にいろいろ大きな影響が及んでいることは同じです。また、非常に扱いが難しいとされている喘息とかてんかんのように、何でもないときは何でもなく生活できるけれども、ときどき非常に大きな生活上の困難が起きるといふ、間欠的な生活機能低下まで含めて考えていく必要があります。あるいは生活機能が低下してきつつある人や、さらにはこの ICF が健康状態として含めるようになった妊婦、幼児を介護する人、これは母親が普通でしょうけれども、それ以外の人も、例えば幼児を連れてベビーカーで外出しなくてはいけない、電車に乗らなければいけないというときにはいろいろな困難にぶつかるのです。これは本人の問題ではなく介護者としての役割なので難しい問題がありますけれども、しかしそういうものも考えに入れる必要があります。

あるいは急性疾患患者などの一時的な生活機能低下や妊娠でも、幼児を介護する場合でも、そんなにいつまでも続くわけではありませんので、一時的な生活機能低下と言えます。そういうものまで含めて検討する必要があります。

そのように言いますと非常に極端な考え方ではないかとお考えになる方もあるかもしれませんが、実は既に 20 年くらい前からスウェーデンの統計などではこういうものまでも含めています。その結果として、先ほどは挙げませんでした。スウェーデンの統計では人口の 30% 近くが何らかのそういう問題を持っていることまで出ているのです。

だからそれを「障害」と呼びますと、今までの日本での障害のとらえ方がきわめて狭かったために、きわめて極端な意見と考えられるかもしれませんが、現実に生活機能が低下して困っている人がどれくらいいるのかをとらえて、そしてそれに対する対策を考えていくことは、これからの日本の人々の生活をより豊かな幸せなものにしていこうと考える場合には、絶対に必要なことではないかと思えます。

ICF が統計に用いるために、どのような国際的な努力がなされているかをご紹介します。DISTAB とワシントンシティグループの二つあります。DISTAB とは 1999 年に 5 つの国、アメリカ、カナダ、南アフリカ、オランダ、フランスの障害統計担当部局が合同で ICF に立った共通の障害統計表を作って、完全に比較のできるものにしようと、つまり先ほどお示ししましたように障害の統計の調査法が違うことによって 100 倍もの違いが出てきてしまうことでは、他の国との比較ができないことになってしまいます。そこで、少なくともこういう先進国の中では共通のやり方で調査をして、完全に比較をして、その違いがどこから生じたのかをきちんと研究して、それを行政に反映させることをやろうじゃないかということで始まりました。それを **disability tabulation** の略称で

DISTAB グループと称しています。その後でオーストラリアが加わりまして 6 カ国で現在進めています。この情報はネットで得られます。

もう一つは、DISTAB がもともと国連に働きかけて行ったものです。2001 年に国連の障害測定国際セミナーが開催されまして、そこでこれからは ICF を障害統計の基礎とすべきだ、そして国勢調査で使う比較的簡単な共通の測定法を開発しようということになりました。それから特に参加と環境因子の測定に関してはまだ今後の開発が必要だという方針を決めて、その後これに参加した人たちを中心にワシントンシティグループというのができまして、毎年会議を開いています。これもネットでかなり詳しい情報が得られます。

ワシントンシティグループでは最近、一つの案として、非常に少ない項目の質問で、これだけを入れれば世界中で同じ基準で比較できるのではないかという案を出しています。しかしこれについてはまだかなり批判があります。活動に関する七つの質問から成っていますが、活動だけしか見ておらず、心身機能も見ていなければ参加も見ていません。それでは ICF に立っているとは言えないという批判が、ICF に関する国際会議の場でかなり強く言われたりしています。今後もっと検討する必要があります。

国際的にもこのように ICF を使おうという動きは非常に活発に行われていますので、日本においてもこういうことに参加していくことが必要になるのではないかと考えています。

この件に関して丹羽先生何かありますか？

丹羽 今の障害統計のお話で、精神の場合で少し追加させていただきたいのですが、精神の評価、それに使っているスケールは、いろいろなものがあります。ただしそれらの特徴とは、例えば症状の評価のスケール、あるいは社会生活の評価のスケール、というように見る側面というのが違ってきます。先ほど統合失調症の病気を例に挙げまして心身の機能と活動の制限のお話しをしましたがけれども、今多く使われているスケールとは、一面に特化したような形になっています。

ところが ICF について先ほど申しましたが、心身機能と活動、参加という形で見えています。そして環境要因の評価もしています。その点が総合性という点において、今多く精神の疾患について用いられているスケールの中では、他に類を見ない総合性を持っていると言えます。

その意味で精神の場におきましても、障害を、いま上田先生がお話しされたような意味で、生活機能の低下という観点からとらえた場合にそれをうまく評価し分類していくという上で、この ICF を統計的に使う上でも非常に有用だと言えます。

そしてもう一つ、さっきも言いましたけれども、ICIDH と違って理念的なものではなく、実際の日常の臨床の場において、個々の患者さんに使うことのできるものでもある。そういう総合性があるというのが ICF の特徴だと思っています。

上田 どうもありがとうございました。それでは今度は資料に基づいて「コーディングの実際」についてお話ししたいと思います。

コーディングとは実際の場合にこの ICF の各項目を使うことです。各項目のことをコードと言いますので、コーディングはコードを使うと言うのです。そしてどこの項目に問題があるかを見つけて、そしてどの程度問題なのかという、これを評価点と言いますが、程度を明らかにしていきます。それによってその方の全体像をみる、その際生きる上での困難が一方にあり、それから逆に、ここは侵されていないくて逆にそこをより高めることによって問題の解決に役立つというところを発見することがコーディングです。

ICF の赤い表紙の本（障害者福祉研究会：ICF：国際生活機能分類－国際障害分類改定版、2002）をお持ちになっている方はたくさんいると思います。

ICF が非常に大事だという話を聞いて、実際の対象者の方について、あるいは障害をお持ちの方なら自分自身について、この赤い本を使って、コーディングをやってみようと思ってやりだすと、たいがい皆、初めのほうで挫折してしまうのです。「心身機能」から順に始めなければいけないと思って最初から見ていきます。そうすると「心身機能」は、精神機能から始まるのです。すると身体障害などで精神機能には概して問題のない人についても、一つひとつの項目をみんなチェックして、この人の記憶には問題ないかとか、注意力に問題はないかとか、そういうことをしていくと疲れてきてしまいます。「心身機能」がやっと終わった辺りでギブアップしてしまうことになりがちです。

そのような使い方はおすすめできません。私自身もいろんな使い方をやってみまして、そして仲間である大川先生なども含めて研究した一つの結論として、こういうやり方ならば非常に時間もとらずに、疲れずに無駄なくコーディングができるというシステムをご紹介したいと思います。

ただこれは私どもの専門の分野が身体障害であり、あるいは身体的な問題を主とする介護の例ですので、どうしても知的障害、認知症の場合にはそうではないということがあり得るかとも思いますので、その点は後で丹羽先生に補っていただきたいと思います。

ここに一番先に書きましたように、分類の順番どおりにやる必要はありません。「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、「環境因子」という順番で見ていかないほうがいいのです。それから各レベルにおいても本にある章の順番のとおりに見ていく必要はありません。というかそうしないほうがいい。やはり一番実際生活に密着した問題点で出やすいところから見ていき、そして後になればなるほど一番の問題点、中核的な問題点を確認してから、それとの関連において他の分野も見ていくというほうが無駄がありません。

表 1. 活動と参加の大分類チェックリスト

<活動>		<参加>	
<input type="checkbox"/> a5	セルフケア*	-----	
<input type="checkbox"/> a6	家庭生活	<input type="checkbox"/> p6	
<input type="checkbox"/> a7	対人関係	<input type="checkbox"/> p7	
<input type="checkbox"/> a8	教育・仕事・経済	<input type="checkbox"/> p8	
<input type="checkbox"/> a9	社会生活・市民生活	<input type="checkbox"/> p9	
-----			
<input type="checkbox"/> a3	コミュニケーション		
-----			
<input type="checkbox"/> a4	運動・移動		
-----			
<input type="checkbox"/> a1	学習と知識の応用		
<input type="checkbox"/> a2	一般的な課題と要求		

※ a570 健康に注意すること

(上田・大川, 2003)

(問題のある項目の口にLを入れる)

まず「活動」と「参加」から始めるのがいいと考えます。これは共通リストになっていますので、「活動」と「参加」を同時に並行して見ていくことです。章の順番で言えば、表1に示すように第5章の「セルフケア」から始めて、6、7、8章と、7「家庭生活」8「対人関係」。第8章は「主要な生活領域」とICFの大項目としてはなっていますが、これではわかりにくいので、内容的に教育と仕事と経済ですので、そういうふうになりやすく書いております。それから第9章の「社会生活・市民生活」という順番で見っていきます。

その後で「コミュニケーション」や「運動・移動」を見る。これは価値が低いから後で見るというのではなく、「コミュニケーション」と「運動・移動」とはこれまで見ていたものとすべて関係が深いのです。「セルフケア」と「運動・移動」、これは歩くことが入っていますから、当然非常に密接な関係があるのです。しかし、まずこの「運動・移動」や「コミュニケーション」から見ると、どうしても一般的、抽象的に見ることになりがちなので、そうではなくて、「セルフケア」とか「社会生活・市民生活」というきわめて具体的なものの問題点をまず確認して、そことの関係においてコミュニケーションがどのようにマイナスに働いているか、あるいはプラスに働いているか、運動や移動の問題がどのように関係しているかというように見ていくほうが、きわめて中身の深いとらえ方ができるという意味で後に持ってきているのです。

それから最後に第1章と第2章、「学習と知識の応用」と「一般的な課題と要求」。これ

も決して価値が低いからというわけではなくて、これまでの「セルフケア」から「運動・移動」までとちょっと違う角度から見ているのです。比喩的に言えば縦軸と横軸の関係のようなものでして、例えば「一般的な課題と要求」とは、「同時に二つのことができるか」とか、それから「学習と知識の応用」とは「セルフケア」とか「家庭生活」「対人関係」などに関係することを学ぶことができるか、あるいはより複雑な知識として応用できるかというようなことをみます。第1章、第2章は独立した項目と言うよりは、他の項目の生活行為の行い方を、ちょっと違った角度から見ていることになります。特に「一般的な課題と要求」とは精神障害の場合など非常に影響するところですが、身体障害でもいろんな行為をしているけれども非常に注意深くやっているかどうかとか、一応やれているけれども不注意で意外にミスが多いとか、そういう見方をするものなので、これは最初から見るよりは、全般に影響することなので、かえって他の具体的なものをよく見てきた上で全般に影響するものを見たほうがいい、そういう意味です。

それからもう一つこの表で書きましたように、「活動」はこの項目のすべてをみる必要がありますが、「参加」は私たちの考えでは、実際の調査などをしてみますと、「家庭生活」「対人関係」「教育・仕事・経済」「社会生活・市民生活」のところだけでよろしい。もちろん何事も例外がありますから、よく考えて他にチェックが必要であればもちろんするのですが、第一に行うことはこのチェックリストを使っていただいて、そして大分類をチェックしていただきたいのです。

次にそこでチェックした項目だけについて、今度は中項目で詳しく見ていきます。

これも大項目を理解した後であればわかりやすいと思いますが、順番はまったく同じです。第5章、第6章から始まっていきます。しかも第6章から第9章までは「活動」と「参加」の両方にチェックが入りますが、他のところは「活動」だけでよろしいのです。

先ほどのように表1で、本当にこの人に関係あると思うところをチェックしておきまして、そして表2で中項目をみていきながら、厳密に評価していくと落ちがありません。こういう分類を使うことの大事な点は、落ちがないことです。我々は患者さん、利用者さんについて隅から隅まで知っているという気持ちになりがちですが、こういうチェックリストで見ると、「そうか、こういう面はよく聞いてなかったな」と改めて聞き直すとか、記録を見直すということが必要になってきますし、それをすると非常に広くその方の活動や参加のあり方について、全部落ちなく、漏れなくチェックできます。こういうことがこのチェックリストの利点ですし、またICFというコードの分類を使うという利点なのです。

私たちが考えましたこのやり方であれば、赤い表紙の本のかなりの部分を占めている「活動と参加の分類」というのが、中項目でもわずかみひらき1ページにまとまってしまうのです。

これよりもっと詳しく見なくてはいけない場合もありますので、その場合は赤い本の該当する部分だけ見ればいいですからずっと楽になると思います。

では具体的なコーディングの方法に戻っていただきまして、「2.関係する環境因子」をチェックします。ここで「活動」と「参加」は、既に把握しているので、「活動」と「参加」の間の食い違いもみつけれられます。それから「活動」に関しては、「できる活動」と「している活動」、つまり「能力」と「実行状況」ですが、その二つの面から見ていきますと、二つの間の食い違いもまた非常に多いのです。

そういう食い違いには環境因子が影響していることが非常に多く、食い違いではなくても、ある「活動」、ある「参加」が困難になっていることがわかった場合に、それはなぜ困難なのかというと、環境因子が大きく影響しているという場合も多いのです。そういう見地から、今まで確認してきた「活動」と「参加」に関連する環境因子をチェックするのです。具体的には、この表の余白に書き込んでいってくださってもいいですし、もちろん別の表を使ってくださってもいいのです。

そういうことが終わってから「最後に心身機能・構造をチェック」します。実際的にもまったく初めて全て無の状態からみていくというわけではなくて、リハビリテーションとか医療とか介護、福祉、あるいは特別支援教育でもそうですが、既にこういう病気であるという健康状態に関する情報はかなり得られている場合が多く、介護保険の場合は主治医の意見書というのが最初からあります。それから心身機能に関してもかなり情報が得られているという場合が多いですから、単に心身機能や構造にこういう問題があるとみていくのではなくて、逆に活動や参加のほうから心身機能を見ていきます。活動や参加にこんな問題がある、その原因は何か？環境の問題なのか、それとも心身機能が問題なのか、もちろん両方が関係しているのですが、その関係の仕方はどうかで見ていきます。そうでないと、心身機能から出発しますと、人のあら探しみたいに「この人の心身機能はここが問題だ、ここが問題だ」と言い出せば、たいがいの人には沢山あるのです。しかしそれが活動にも参加にも影響していない場合も非常に多いのです。ですから、むしろ活動や参加に影響している心身機能は何かを見ていったほうが、ポイントがずれないですみます。

そこで次に評価点の話に移りたいと思います。今、大きな流れを申しましたが、「活動」と「参加」のそれぞれについて評価点を付けていく必要があるのです。活動と参加から環境因子に移る前に評価点を付ける必要があります。その場合の評価点に関してどう考えていくかです。

ご存じのように評価点の付け方とは大まかなガイドラインが与えられているだけで、将来実証的なデータに基づいて決めていくことになっています。しかし何百項目もあるものに対して、一つひとつ実証的な研究をやって評価点の基準を決めていくことは、気の遠くなるような時間がかかります。それから、ある国のある地域で標準化ができたとしても、それが世界中の他のところでもそのまま通用するという保証もありません。それから一方、一つ一つの項目についてそんなに細かく厳密な基準が立てられたらとても覚えき

れません。あの赤い表紙の本の何十倍ものマニュアルが必要になってくる。それでは実際に使えない。

むしろ従来使われてきた例えば日常生活動作に関する評価スケールは広く使われている、何段階かのものがあるのです。それにある程度手を加えて、ICFは5段階ですから、その5段階に適したものに当てはめていくことのほうが極めて実際的で、そういう原則を知ればかなりの人が実際にすぐ使えることがあります。それが私たちがこの研究班で実証的に研究してきたところです。大川先生が中心になりまして私どもが手伝って、全国各地で実態調査を行いまして、その実態調査のデータを解析して、そこから作り出したのがこれからお話する活動その他の評価点の基準（表2）です。

「実行状況」の基準としては、評価点0とは問題がないことです。これを「普遍的自立」をそれにあてるとというのが我々の研究の結論です。1とは少し問題があることで、これは「限定的自立」で、これまでは自立であればそれで問題なしと考えていたのですが、しかし自立の中にも「普遍的自立」と「限定的自立」があるのです。その後は「2：部分介助」「3：全介助」「4：していない」となります。

ではこの「普遍的自立」とか「限定的自立」とはどういうことかですが、具体的な使用例としてイラストが入った「生活不活発病チェックリスト」（図1）があります。これは1年前と現在とを比較してみましようということですが、見やすいので「現在」を見てください。そうすると「屋外を歩くこと」というところで、先ほど丹羽先生も既に使っていただいていますけれども、「遠くへも1人で歩いている」というのが「普遍的自立」にあたります。「近くなれば1人で歩いている」が「限定的自立」となります。

表2 「活動」の評価点の基準（最終版）

	実行状況(1桁目)	能力 支援なし(2桁目) (物的支援なし)	能力 支援あり (物的支援に限る)(3桁目)
a x x x . 0	「普遍的自立」 (又は「十分に行なっている」)	「普遍的独立」 (又は「十分に行なえる」)	「普遍的独立」 (又は「十分に行なえる」)
a x x x . 1	「限定的自立」 (又は「かなり行っている」)	「限定的独立」 (又は「かなり行える」)	「限定的独立」 (又は「かなり行える」)
a x x x . 2	部分介助* (又は「部分的制限」)	部分介助* (又は「部分的制限」)	部分介助* (又は「部分的制限」)
a x x x . 3	全介助 (又は「全面的制限」)	全介助 (又は「全面的制限」)	全介助 (又は「全面的制限」)
a x x x . 4	していない(含:禁止)	行えない(含:禁止)	行えない(含:禁止)

\*「部分介助」は「見守り」「口頭指示」を含む

次に屋内歩行については、自宅内で人手を借りずに歩いていれば、自立と今までなら考えたのですが、もっと細かく見ていきますと、「何もつかまらずに歩いている」というのと「壁や家具を伝わって歩いている」というのでは、かなり違います。人手を借りていないという意味では自立ですが、しかし自分の家だからここを伝えようまく歩けることがわかるのであって、他の人の家に行ったときや旅行をしたときも、間違いなく伝ってうまく歩けるかは保証の限りではないわけで、やはり自宅という限定付きになってしまうのです。「何もつかまらずに歩いている」のであれば、他へ行っても大丈夫だと言えます。やはりそこに普遍的と限定的の違いが出てきます。

その次の「身の回りの行為（食事、入浴、洗面、トイレなど）」ですが、ここでは外出時や旅行のときにも不自由ないというのが「普遍的自立」で、自宅内だけでとか限られたところだけは不自由ないというのが「限定的自立」です。例えば食事は自宅ですと誰も見ておらず、家族しかいないので、多少格好が悪くても、例えばテーブルに肘をつかなければ食べられないとか、手で持たずに皿に首を突っ込んでも自立して食べられるとか、そういうことができますけれども、外食する場合にはなかなかそういうみっともない格好はできません。あるいは他の家を訪問したときにもそういう食べ方はできないことになります。

またそばやステーキや骨つきの魚などは食べることができないというような限られたメニューだけは自分一人で食べられるということです。あるいは入浴にしても、自分の家のお風呂ならば入浴できるけれども、例えば温泉のような広い浴場だったらぶかぶか浮いてしまって入りにくいこともありますし、出入りが難しいこともあります。洗面も、洗面台の場所が違えばしにくいこともあります。トイレなどは場所によっては訪問先で和式のトイレしかないという場合に困ってしまいます。だからそこには行かないこともよくあります。そういうのが普遍的自立と限定的自立との違いです。

ここが最初に申し上げました ICF が障害のある人のための分類ではなくてすべての人のための分類だということになります。「すべての人」というと、すべての健康な方の大部分は今挙げてきました普遍的な自立のレベルが当然のことになっているのです。ですからそれが一番望ましい状態なのだと考えて、それとの比較において見ていきます。普遍的な自立であった方がいろんな理由、特に生活不活発病というような回復させることが原因で普遍的自立から限定的自立に低下した時は、できるだけ早く見つけて手を打てば元へ戻せる可能性があります。これが例えば介護予防の非常に重要なポイントになるのです。

そういう意味で敏感に問題点をとらえるためには、やや厳しすぎる、やや難しすぎるとお感じになるかもしれませんが、あえて普遍的自立を評価点「0」、「問題なし」という状態をとらえて、そして限定的自立には既に問題があるのだと考えます。これは時間があればデータをお示しできるのですが、まったく問題がなく、介護保険も受けていないし身障者手帳ももちろん持っていないという高齢者について調査をしますと、こういう限定的自立にとどまっている方は結構います。病気も障害もないという人でも、決してすべ

ての人が普遍的自立の状態にいるわけではないのです。

先ほど挙げていただきました軽度認知障害の場合にもそういうデータがまさに出ていて、軽度の問題が発生していても、非常に敏感に普遍的自立ができなくなることが表れていることも、やはりこういうスケールのとり方がいいのだなど、一つの確証を加えていただいたと思っています。

次に、「能力」をどう見るかですが、ただ「能力」の場合には「自立」という言葉を使わないで「独立」と言葉を使い分けています。

次に表3の「参加の評価点基準」ですが、「十分に果たしている」。この「十分に果たしている」の定義は何だということかなり難しいのですが、右側に WHO が示している基準としてのパーセント。つまり人が1万人いたとするとその中にはいろんな方がいらして病気の方もいれば障害の重い方も寝たきりの方もいます。しかし一方社会的に非常に高い参加の状態を実現している人もいます。それをグループ分けしていくと0~4%までの順番の人で、非常にさまざまな人が100人いたとしますと、まず4人目までというあたりは5人は非常に十分な高い役割を果たしている状態にあります。その次の20%、20人くらいの方がかなり社会的な役割を果たしており、社会的あるいは家庭内で役割を果たしています。それから「ある程度果たしている」という中ぐらいの方が25%くらいおり、その後「一部分しか果たしていない」という人が45%くらいいます。まったく「果たしていない」とはかなり重度な方で、これも5%くらいです。これはいわゆる正規分布とは違うのですが、非常にいいものも少なく、非常に悪いものも少なく、中間はかなりいるという見方です。将来もっと精密にしていくことが可能ですが、しかし最初に申しあげましたように、あまりにも精密にしてしまうと使えなくなってしまうというジレンマがありますので、現時点ではこういうので済ませていただきたいと思います。

表4の「『活動』の能力と実行状況に関連しての『環境因子』の評価点の基準」はかなり複雑な話になりますので、よく読んでいただきたいと思います。時間が十分にはありませんので、最初のところだけ述べます。上の二つの点線の間にあるマイナス1からマイナス4のことですが、マイナス1とは「これだけで限定的自立になっている」。これは能力としては普遍的自立の人であることが前提になっています。能力としては普遍的自立けれども、環境条件の影響で限定的自立になっていることです。マイナス2とは、環境のマイナスの程度がちょっと強くなっていること、能力としては普遍的自立である人が、環境条件のために部分介助の状態になっているという考え方です。

後はこれを読んでいただきたいと思います。

表3 「参加」の評価点基準

xxx. 0	「・・・の役割を十分に果たしている」	0- 4%
xxx. 1	「・・・の役割をかなり果たしている」	5- 24%
xxx. 2	「・・・の役割をある程度果たしている」	25- 49%
xxx. 3	「・・・の役割を一部分しか果たしていない」	50- 95%
xxx. 4	「・・・の役割を果たしていない」	96-100%

次に「ICF 整理シート」(図3)の使い方ですが、これは「整理シート」という言葉を使っておりますように、これだけでいいというものではありません。他の紙やノートやカルテなどにできるだけ詳しく記録しておいていただきたいと思います。情報は詳しいほどいいのです。あるいは先ほどのチェックリストを活用していただいて、チェックリストにいろいろ書き込んで、書き足りないところは別紙に書き込んでいただく。最終的にその中で一番大事な点からこのシートに視覚的に見やすいように整理していくというのがこのシートの役目です。そしてプラスとマイナスをはっきりさせ、各項目の相互の関係を示す矢印をこれに付け加えていただいてもよく、むしろそうしていただいたほうがいいのです。プラスに働いている線は赤線、マイナスに働いているものは青線とか(逆かもしれませんね。交通信号からいうと赤と青が逆になるかもしれないのですが)、自分のルールを決めてやっていただきますと関係が非常にはっきりとわかるようになります。ここに初めから書き込んでいくとごちゃごちゃして訳がわからなくなっていきますから、むしろきちんと一度詳しく書かれたものをここに整理していただく。それによって共通言語として他の仲間にもわかりやすいし、当事者に説明したりこれを見ながら当事者と議論したりするときにもわかりやすいのです。

時間になってまいりましたので次の項目、倫理の問題を簡単にお話しさせていただきますと思います。

「ICFの使用における倫理」とはどういうことかと疑問に思われる方もあるかもしれませんが、これは実は大事なことです。倫理の項目はICFの「付録6」に「ICFの使用に関する倫理的ガイドライン」としてまとめられています。

なぜ倫理を考えなければいけないかは、実はICFに関して障害のある人々からの誤解や不信がこれまでもあるからです。日本ではそれほど目立ってはいませんが、国際社会では一部で声高に批判が出されています。しかしその批判はどうも本当に正しい批判というよりは誤解であったり、あるいはICFそのものの問題ではなくてICFを使う専門家の使い方がよくなかったりというようなことがあります。

表 4. 「活動」の能力と実行状況に関連しての「環境因子」の評価点の基準

0 障害も促進もしていない

- 
- 1 これだけで限定的自立（又は「かなり行なっている」）になっている
  - 2 これだけで部分介助（又は「部分的制限」）になっている
  - 3 これだけで全介助（又は「全面的制限」）になっている
  - 4 これだけで実施できないでいる
- 

- + 1 これがあるために限定的自立（又は「かなり行なっている」）でなくなっている
- + 2 これがあるために部分介助（又は「部分的制限」）でなくなっている
- + 3 これがあるために全介助（又は「全面的制限」）でなくなっている
- + 4 これがあるために実施できている

注 1. 活動の実行状況と能力との関係に、環境因子がどのように影響しているかをみるために用いる。

注 2. -1~-4 は、能力（物的支援の有無は実行状況と同じとする）としては普遍的独立（又は「十分に行なえる」）であるものが、環境的な障害因子によって実行状況がそれぞれ限定的自立（又は「かなり行なっている」）、部分介助（又は「部分的制限」）、全介助（又は「全面的制限」）、またはしていない（含：禁止）状態になっていることを示す。

なお+-の符号が全く付かない、数字だけの場合にはマイナス符号がついた障害因子として扱う。

注 3. +1~+4 は環境的な促進因子のために、それがなければ能力（物的支援の有無は実行状況と同じとする）として限定的自立（又は「かなり行なっている」）、部分介助（又は「部分的制限」）、全介助（又は「全面的制限」）、していない（含：禁止）などであるものが、実行状況として普遍的自立（又は「十分に行なっている」）になっていることを示す。

注 4. 必ずしも能力的に普遍的独立（又は「十分に行なっている」）ではなく、1~.3のどれかであったものが、障害因子によって更に評価点が下がった場合にはその差（下がった程度）で示す。

たとえば、1である能力が障害因子によって、3に下がった場合は-2とする。

同様に、促進因子によって実行状況が向上したが、普遍的自立まではいかなかった場合もその差で示す。

たとえば、3であった能力（物的支援なし）が促進因子によって、1の実行状況になった場合は+2とする。

根本的な誤解や不信の元は、障害というレッテルを貼られると、それだけでいろんな権利や資格が奪われたり制限されたりして、非常に不利益を被ります。要するに差別の道具に使われてしまうということです。これは DPI というのがありますけれども、この代表の方にもこの ICF の作成過程には加わっていただいて、十分意見を聞いております。私も一緒に議論したりしたのですが、その場合にも非常に敏感に、こういう使い方をしては困るという発言がよく聞かれました。使い方が間違っているのであって、本来はそういうものではないというような、そういう誤解を招くような使い方をしないことが、やはり専門家としての倫理的な責任です。そういう疑念を持たれて共通言語として役立ちにくくなります。

そこで ICF の付録の倫理の項目がありますが、翻訳がちょっと硬い。私も翻訳に関係しているので申し訳ないのですが、公的な国の責任における翻訳とはあまり意識をしてはいけず、直訳主義でやるので、非常に難しいのです。それから英語の言い回しをそのまま正直に翻訳しますと実にわかりにくいものになってしまうことがありますので、今回の資料はわかりやすい言葉にしたりして、訳し直してあります。こちらのほうがおそらく読みやすいと思いますが、原本のほうはやはり一度ご覧いただいたほうが良いと思います。

そのガイドラインで言っていますことは、どんなに科学的に作ったツールでも間違っ使用されれば間違っしたことになる。そのために使い方のガイドラインを定めると。できるだけそういう有害に使われるという危険を少なくするために留意して努力していただきたいと思えます。

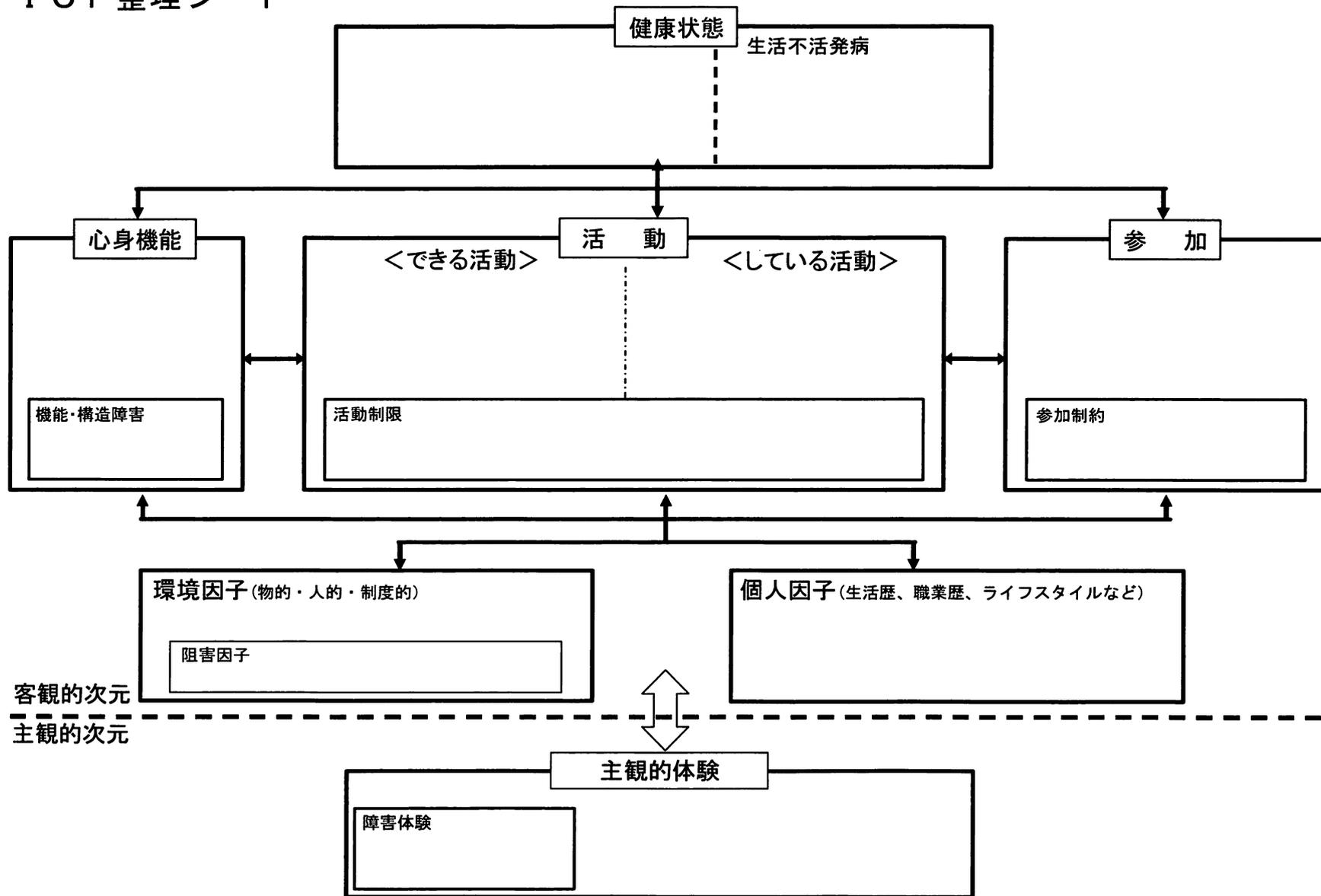
後はここに挙げましたように、自己決定権を尊重して用いることです。それからレッテルを貼るために使うものではありません。これはサービスのニーズを見つけ出すため、それからサービスの手がかりを見つけ出すために使うもので、レッテルを貼ったり障害種別のみで人を判断するために用いるものではないのです。

ICF を用いることに関して、十分本人に認識していただき、協力を得て同意を得て行うべきです。本人が認知能力に問題があつてそれはできないという場合には、その権利を代弁する人に積極的に加わってもらいます。そして ICF を用いて得られた情報は個人情報ですから、機密保持に関しては厳密に気をつけなければいけません。それから臨床の利用においての心がけとして、なぜ ICF を使うのかという目的を説明して、ご本人からの質問をむしろ促していかなければいけないといえます。

それから、本人の立場から今のことを見ているのですが、できる限り参加して疑問を述べたり賛成したり反対したりする機会が得られるようにすべきということです。

そしてこの分類で確認された問題点は、その人の健康状態からだけきているわけではなく、その人の背景、環境条件が非常に影響しているのです、両方を考慮した全体的な視野に立って用いるべきものであるということです。

図3. ICF整理シート



そしてその情報を社会的に利用する場合には、障害のある人の選択権や自己決定権や自己の人生の支配権を強めるという目的で使うべきだと。これは専門家にとってはそれを援助する、支援するのが仕事ですから、そのために用いるものなのだと。

それから参加を促し支援しようと努める社会政策や政治改革の促進に向けて用いられるべきです。ICFの結果から権利を否定したり正当な権利を制限したりするために用いるべきではありません。

そして最後に、ICFで分類したら複数の人の間で同じ結果が得られたとしても、多くの点で実は違っているのです、個人として独立の人としてとらえるべきで、同質のものとしてとらえてはいけません。特にICFのすべてを使う場合ではなく調査・統計などの場合には、ある項目だけに限って調査をしたりしますので、そうすると結果は同じでも実は一人ひとりの人は他の点で非常に違っていることもあります。その個性を尊重し、個別性を尊重しなければいけないのです。

以上ですが、これは精神障害の場合は身体障害の場合とまったく同じ、あるいはそれ以上に大きな問題だと思いますので、最後に丹羽先生からちょっとコメントをいただきたいと思います。

丹羽 今の倫理の問題というので、私たちが実際にICFを使って患者さんの評価をするときに、一番の問題は、実際にその方に具体的に生活をどう変えていってもらおうかということにあるのですよね。そこに据えて評価していくことになります。そのとき第一に、私たちがその方が実際に生活上の問題を持っているかを正確に知ろうと思うと、かなり深く突っ込んで聞かないといけません。患者さんによっては「なんでそんなこと聞くのですか」という話になりかねません。そのときに、なぜそういうお話をしているかの目的を最初に伝えておかないことには協力を得られないことになります。そういう意味では、最初から黙ってやるかそういう問題ではなくて、なぜこれを使うのかということとあなたの生活をこういうふうに改善していこうというためにやっているのだよということで、同意を得ないといけないことだと思います。

わかりやすく言うと、当事者の方々との共同作業という形で進めていかないと、うまく使えないというのが正直なところだと思います。

そういう意味では、インフォームして一緒に率直に意見を出してもらって考えることが、実際の利用において必要だろうと思っています。今、上田先生が説明された点は、そういう意味で、特に精神の場合はその必要があるのではないかと考えています。

上田 どうもありがとうございました。以上をもちまして私たちの担当の部分を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

大川 では残された時間で、環境因子を例にとって、ICF を用いた考え方を具体的に皆さんと一緒に考えていきたいと思えます。

まず、まだ皆様も記憶におありかと思えますが、中越と福岡で地震がありました。地震によってどのように人々の生活が変わるかを、考えてみてください。中越の地震、福岡にしましても、かなり映像として流れましたし、新聞等にも出ましたのでほとんどの方がご存じのことと思えます。その時の被災者の方たちの生活機能がどう変わるのかです。

地震とは環境因子の中で、「e230 自然災害」で項目がきちんとあります。私どもが最初に ICF の仮訳をさせていただいたのですが、そのときに「災害まで入っているよ、環境因子に。本当に必要かしら」と、言いながら訳した記憶がありますが、今回災害時の生活機能の調査を行った結果、きちんと自然災害まで項目だてされていて、実際になかなかよくできていると痛感した次第です。

実は私は廃用症候群、生活不活発病の研究を上田先生のご指導のもと、長年やってきたので、あのような環境の変化の中で廃用症候群がよく起きるのではないかなとは、何となく分かっていました。でも、地震は怖いな、行きたくないなと思っていましたが、私の友人が、他の職業ですが、中越震災に行きまして、専門家として絶対に来るべきだと言われまして、正直なところ「仕方ないな、怖いな」と言いながら行きました。

結論から言いますと、行って、非常によかったです。何故かと言うと、一つは生活不活発病について深められたことがあります。もう一つはやはり ICF の生活機能モデルとしての考え方が非常にクリアになったというところがあります。

ICF モデルの中の「環境因子」というのが地震です。地震という環境因子が、ICF モデル図で真ん中の列にあります生活機能にどう影響するのか考えてみてください。一つは地震が起きると、怖いから外に出ないということで、影響が起きるでしょう。それによって活動の量的な制限が起きるのではないかと考えられます。私自身も最初は、ほとんどが避難所の生活が長い方だとか、仮設住宅に入っている人に生じる問題ではないかと考えておりました。

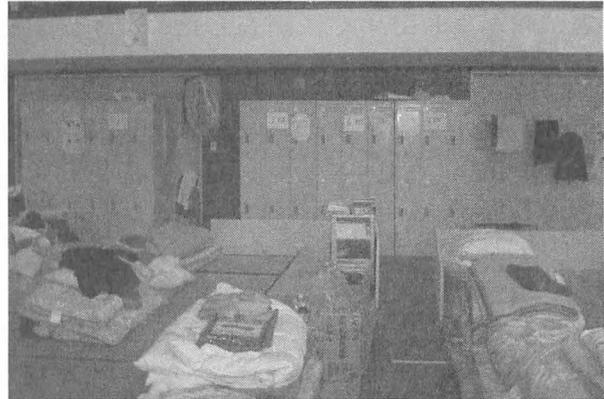
ところが実際に現地に行きましていろんな場面を見たのです。図4の左側がよく出ていました、ある地区の千人以上が入った避難所です。私も実際、その場に行ったのですが、歩いておりましたらコテッと滑ってしまいました。なぜかと言いますと、たくさんの毛布やビニールシートやらが六重、七重、八重くらいに重なってしまっていて、おそらく陣取り合戦みたいな感じで重なっていたと思うのですが、その上を歩いておりましたら転んでしまいました。少し格好悪い思いをしたのですが、そのように歩きにくくなっているという環境因子もありました。

## 図4. 避難所の状況

新潟県中越地震



福岡県西方沖地震



ですがもう一つ非常にショッキングなことは、ちょうど昼時だったものですから、食事の分配がトレイに載せられて始まりました。そうしましたらお年を召したおじいちゃんが「私がやりますよ」と、ボランティアさんに手を出されたのです。そうしましたらボランティアさんがそれを奪うがごとく取って、「これは私たちの仕事ですから、そんなに気をつかわないでください、無理をしないでください」とおっしゃったのです。そのお年寄りがトレイを持って他の被災者の方に分配するとは「活動」なのです。そういう活動の質の機会がなくなって、それによって動くという活動の量も減らしてしまった。それから「参加」、例えば避難所の中であっても何らかの役割を果たすことができたのですが、それを奪っていたことです。

地震が起きるという環境因子、避難所という環境因子、それからボランティアさんというのも人的な環境因子なのです。そういうものがさまざまな関係で活動を低め、参加を低めているのです。

また地震自体の関係で言いますと環境因子としては、近くを歩こうとしたり家に帰ったりすると、まず土地がかなりでこぼこになっているとか、家の中が大散乱しているという物的な変化が生じることなど、さまざまなことがあります。これによって生活不活発病が生じやすいといえます。

そこで印象で話をしても正確な面をとらえていることにはなりませんから、調査をしました。

次に図4右は福岡県西方沖地震時の避難所です。こちらはきちんとした通路があって、そして横になっている時はプライバシーを守れる程度の高さのパーティションがあって、各家庭の領域が決まっています。そして、昼間はきちんと布団は畳んであるという状況です。そして避難所の中でも被災者の方たちにきちんと役割を持っていただこうと、役割を持っていただくこと自体も方針として対応されていました。

新潟県中越地震時の生活機能調査では、長岡市の方々には非常に大変なときによくご協力いただいたなと感謝しておりますが、その中で調査させていただきましたら、これは地震が起きましてすぐに調査したのですが、それでかなり歩行が落ちていることがわかりました。そこでほぼ6カ月後に詳しい調査しました。生活機能のモデルに添いまして百数十項目、要介護認定者においては200項目以上の調査を行っています。

その中で、特に介護予防という観点で歩行の状態についてみますと、地震によって歩行がどう変化をしたのかを、要介護認定を受けていない、いわゆる健康な自立したお年寄りと思われるの方々ですが、屋外歩行が難しくなったと感じられる方が25%、屋内歩行も難しくなった方が6%、合わせて3割程度の方がいらっしゃいました。

この方々に、地震前に戻ったのかどうかをいいますと、地震の6カ月後ですが、戻っていないという方が1割、いったん戻ったけれども雪の影響で低下したという方がいらっしゃいました。

要介護認定者を比較しますと、当然ながら要介護認定者はもっと低下しやすく、戻っていない方が4割以上いらしたという結果でした。

次に身の回りの行為を見ましても、戻っていない方が非要介護認定者では1割弱、要介護認定者では3割程度という結果になっています。他のいろんな活動に関しましても調査しましたが、低下者が予想以上に多いという結果でした。

では何が影響したのか調査をして分析してみますと、よく質問があるのは「病気があった人でしょう」と、まず病気のことを考えられがちですが、病気があるかないかではあまり大きな差は出ていません。

それから避難所に入ったか否かだろうと、私たちもそう思ったのですが、ある程度影響はしていますがそれほど大きくはありません。仮設住宅に入ったかもある程度は影響はしているけれどそれほど大きくはないのです。

まったく予想していなかったことですが、これはICFの評価点に非常に大きく関係することですが、遠くへも一人で歩いていたという普遍型の自立の方たちはあまり低下していないけれども、同じ自立でも環境限定型の自立だった方は非常に低下しています。同じ自立でもこの両者の差は大きく影響するのです。ICFの評価点基準で言えばゼロなのか1なのかというところが非常に大きく影響しているのです。

この他、いろいろな項目に関しまして地震の前と後の変化をICFにそって調べていきまして、どういう人が落ちやすいのか、そして改善しにくいのかという分析をいろいろとしていきました。結果的にどういう人がハイリスクなのかを見つけていって、チェック表を作っていました。

これは今日の初めで説明しました「生活不活発病チェックリスト」の元にもなっているものです。チェック表に関する基本的な考え方として、屋外歩行を例にとりますと、地震前で近くなら一人で歩いていたという環境限定型の自立の人は落ちやすいということがあ

ります。

また全体像としてみると、災害の前がどういう状況なのか見ること、それも特に心身機能レベルではなく活動レベルで見ることが、リスクのある人を見つける効果的なやり方だと結論づけることができました。

地震という環境因子についての検討によって、病気は生じていない、すなわち健康状態に変化はないけれども環境因子だけで生活機能の低下が生じることを 2,000 例以上の人数で証明できたのはかなり画期的なことだといえます。環境因子だけで生活機能がどう変わるのかというところが明らかになったと言えます。

評価をするにしても、「自立」という段階をひとかたまりにするのが今まででしたが、私どもが ICF の評価点として提唱しているように、普遍的な自立か環境限定型の自立かを分けて対象を絞ることは、重要なことだと思っています。

実は、普遍的自立については、私は“どこでもできる ADL”という名称を使って 10 年ほど前からリハビリテーションの関係で、家でだけでできればいいというのではなく、どんな環境でもできるまで活動向上訓練をする必要があると提唱してきました。これは、臨床的な 100 例、200 例単位の調査をもとにしてきましたが、自治体での数千例単位での大きなマスの調査でもこういう自立を 2 つにわけると必要性が明らかになってきたわけです。

その例ですが、屋外歩行の 1 年間の変化をみた結果です。2 つの市で屋外歩行の自立度が 1 段階以上落ちる方たちが、全く同様に 14% いました。本当に驚くべきことにまったく同じパーセンテージが出ました。そして、1 年間で屋外歩行の自立度が 1 段階落ちる人が、なんと 14% もいるのです。これは定期的な検診だけでタイミングよくみつけ出すことは難しいことでして、この低下をいかに早く見つけて早く手を打つのが、今後の介護予防では非常に重要だと思っています。

このようなデータが、生活機能低下の早期発見・早期対応である「水際作戦」(図 5)として介護予防を体系化する必要があると私が主張している非常に大きな根拠の一つです。

こういうことを基にして、チェック表を作ったわけです。

さて、この「生活不活発病チェックリスト」(図 1)の使い方ですが、私どもが使っていますのは、地域支援事業とか、予防給付のケアマネジメントのときとか、何よりも一般の病院・診療所、また老人クラブといったところで日常的に使っていただくことです。たった 1 枚ですし、活動と活動性を見るものですから一般の人にも非常にわかりやすいので、日頃こういうものでチェックをしていただくと効果的だと考えております。

次に環境との関係で、地震で廃用症候群、生活不活発病が起きることを申し上げましたが、次に廃用症候群(生活不活発病)について生活機能の観点から整理していきたいと思えます。

廃用症候群、生活不活発病を防ぐことは介護予防の基本でもあります。その際、まずなぜ起きたのかというところの診断を必ずつけることが大事になります。そのときに生活機

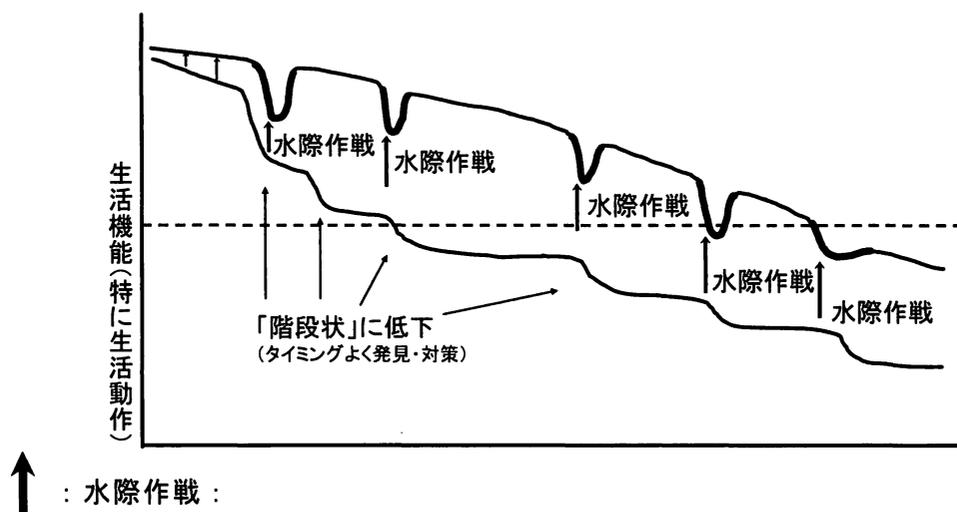
能の関係で生活不活発病がどのようにして起きたのかを、ぜひ診断してください。

生活不活発病、廃用症候群になっている人ですが、地域支援事業の対象者や要介護認定者は、よほど活動的に動き回る認知症の方以外は、ほとんどは廃用症候群を起こしていると考えてください。

図6で生活機能低下の悪循環について説明します。まず廃用症候群はあくまでも機能障害です。その原因は生活が不活発になっていることで、「活動制限」が起きていることです。そのときに大事なことは、活動制限に、「量的な低下」と「質的な低下」の両方があることです。量的な低下から起きたのか、質的な低下から起きたのかを見ることです。

またこの活動制限は「健康状態」の問題だけでなく、参加レベルの低下が原因になっているかもしれないことを、一緒に考えていただくことです。今日の前半にお話ししました、「サービス支援計画表」をまとめるときに表の右下の「総合的方針」の生活不活発病に関係することですが、必ずこのサイクルの中の参加、活動の質と量がどのような状態であるかをご確認ください。

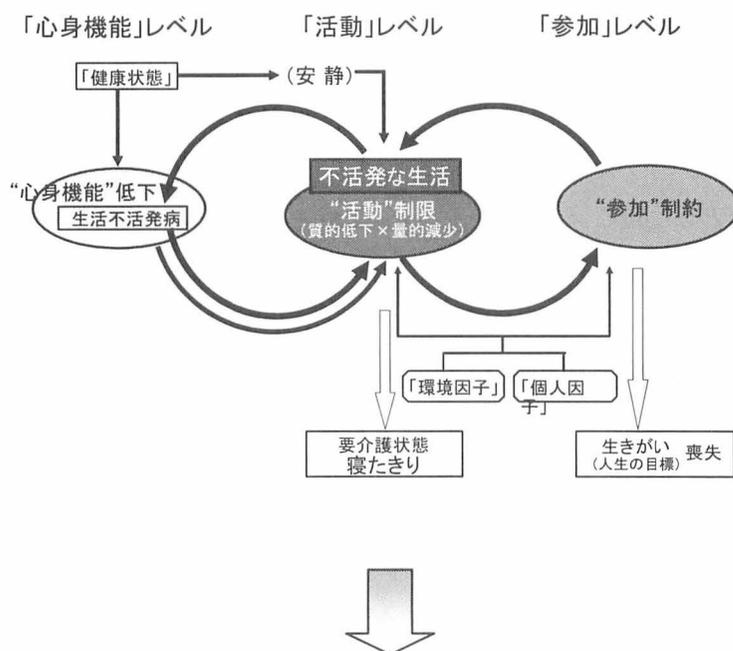
図5. 介護予防は「水際作戦」で  
— 生活機能低下の早期発見・早期解決 —



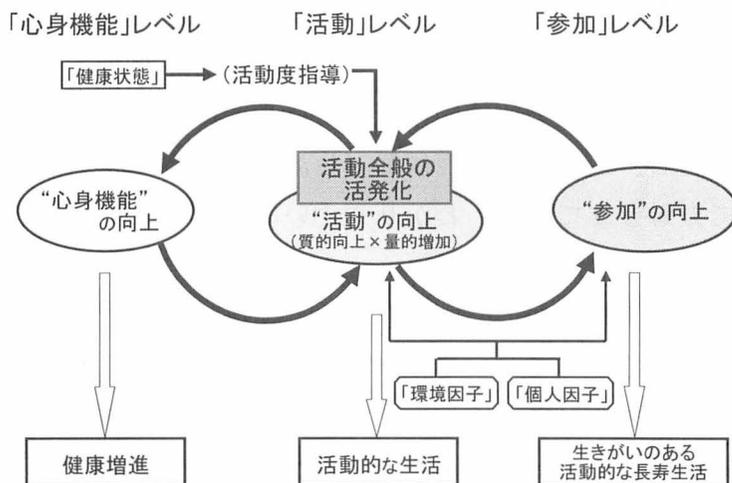
生活機能は何らかの契機（生活不活発病発生の3つのタイプ）をもとに「階段状に低下」し易い。それを早期発見し、早期に解決して、生活機能を回復・向上させる。

図6. 「生活機能低下の悪循環」から 生活・人生向上の「良循環」へ

A. 「生活機能低下の悪循環」



B. 生活機能向上の良循環 (「介護予防」の基礎)



そのとき、図7に示すように「生活不活発病発生の3タイプ」として、「活動の量の減少」、「質の減少」、それから「参加低下タイプ」があります。この3つに分けてお考えになると、非常に整理がしやすいと思います。

これが要介護認定のときの廃用症候群に関する新しい調査項目で、「活動の量」、「活動の質」、それから「参加の低下」の観点から、3つの新しい項目と、移動の特記事項の充実を考えていただく時に参考になるとと思います。

「活動の量的減少のタイプ」(図7-1)とは、病気との関係で言っても結構関連が深いものがあり、病気のとときの安静のとりすぎや、とりすぎではなく、どうしても安静をとらなければならないというときに起きやすいものです。ただし病気だけでなく、「歳だから無理しちゃダメよ」とか、聞こえにくかったり目がみえにくいこと等から外出が少なくなったことなども影響します。

「活動の質的なタイプ」(図7-2)は、これは非常にわかりやすいことだと思いますが、病気のためにたとえば関節が痛いとか腰が痛いとか等で、動作自体がしにくくなっているものです。

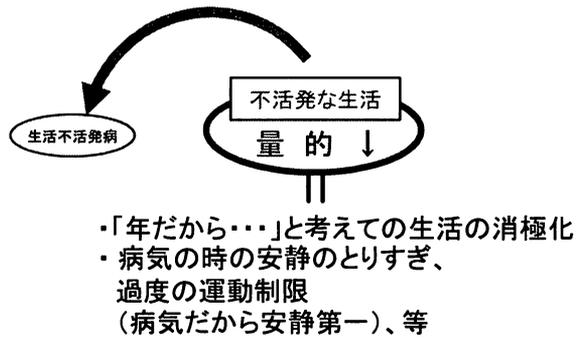
「参加の低下タイプ」(図7-3)ですが、私どもが調査をする前の予想としては真ん中の「活動の質的な低下」というのが多いのではないかと思っていました。ところが実はそうではなくて、この「活動の量的減少のタイプ」と「参加の低下タイプ」が多いという結果になりました。「参加の低下」とは、社会参加の機会が減ってきたとか、ご家族、特に息子さん夫婦と同居して、お嫁さんがいろいろなことをやってくださるものだから、むしろ家庭内での役割が減ってしまって動かなくなったというようなこと等が理由です。その社会参加の制約の誘因には、退職や転居や死別というような環境因子があります。

基本的なところに戻りまして、介護予防を、何故このICFの研修会でお話をするかというところ、介護予防とは生活機能低下予防であることで、生活機能というのが非常に中心的な概念として用いられているからです。介護予防では生活機能低下を廃用症候群モデルと脳卒中モデルとで整理をし、そして廃用症候群(生活不活発病)発生の契機として3つにタイプを分けることで方針を立てれば、わかりやすいのではないかと考えています。これがまず原因の明確化です。

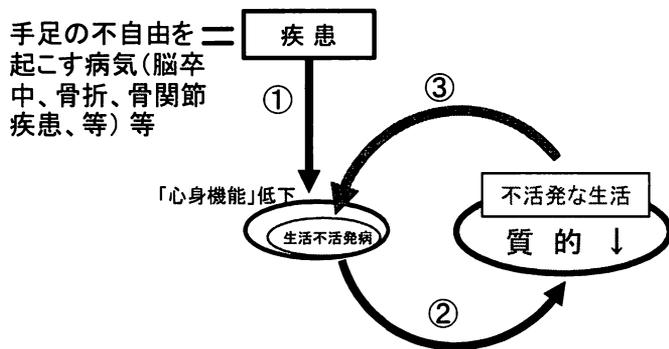
次に生活不活発病の予防・改善に向けてどういう手を打つのかということですが、一言でいって生活を活発にすることです。その際明らかにした原因・誘因を改善することは大事です。ですが、マイナスをとにかくよくするということはICFの考えではありません。ひき出せる活動・参加のプラスはなにかと考えることも必要です。

図7. 生活不活発病発生 の 3 タイプ

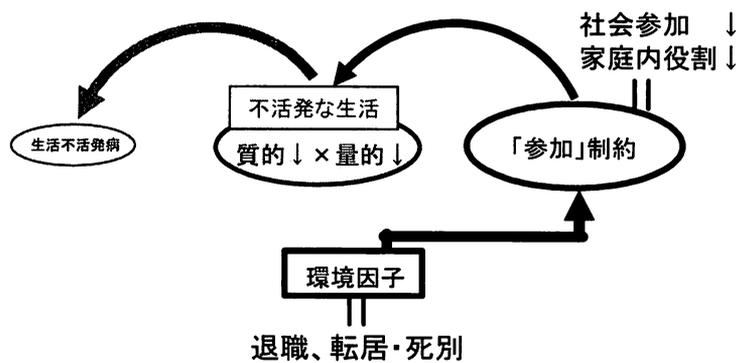
1) 「活動」の「量」的減少タイプ



2) 「活動」の「質」的低下タイプ



3) 「参加」低下タイプ



結果的に起きたのは生活不活発病なのだから、生活不活発病の個々の症状に対応しようかというようには考えないでください。生活が不活発なことが原因なのですから、それを活発化させないと、症状にいくら対応しようとしても、それはただ対症的な療法になってしまうのです。生活機能の各レベルには、相対的独立性があることはICFのポイントです。特に生活機能向上にむけての働きかけを考える時には重要です。

表5に示すように、生活不活発病とはこれだけたくさんの症状があるのです。たとえば筋力が低下していたら、心肺機能が低下していたら、褥瘡ができていたら、他にここに示す症状が全部あると考えて下さい。そうしたら、何か自分が興味あるからとか、うちの自治体はこれに関心を持っているからとか、またこういう治療法ができるから、メニューが提供できるからと、それだけをやるのではなくて、あくまでも私どもが対応するのは一人一人の人間です。目的は一人の方の生活機能をいかによくするのかです。

さて「介護予防・サービス支援計画表」の一番左のアセスメント領域と表1を対照してご覧下さい。計画表の一番上の「運動・移動」というのがありますが、これは表1の下から3番目の「a4:運動・移動」とまさに同じです。そして次の「日常生活・家庭生活」は、「a5:セルフケア」、「a6:家庭生活」に該当します。それから3番目の「社会参加、対人関係・コミュニケーション」は「a7:対人関係」、「a8:主要な生活領域」、「a9:コミュニティライフ・社会生活・市民生活」、「a3:コミュニケーション」に該当することになります。そして、計画書の一番下の「健康管理」はICFの「a570」です。ICFではセルフケアの中に健康管理として「健康に注意する」ことがはいつています。表1ではこの「a570:健康に注意する」ことが、他の項目との関連が大きいので、中項目ではありますが、重要なので大項目のリストである表1に含めているものです。

表5. 生活不活発病（心身機能低下）

I. 体の一部に起こるもの	II. 全身に影響するもの	III. 精神や神経の働きに起こるもの
1. 関節拘縮 2. 廃用性筋萎縮・筋力低下 3. 廃用性骨萎縮 4. 皮膚萎縮（短縮） 5. 褥瘡 6. 静脈血栓症 →肺塞栓症、など	1. 心肺機能低下 2. 起立性低血圧 3. 消化器機能低下 a. 食欲不振 b. 便秘 4. 尿量の増加 →血液量の減少 （脱水）、など	1. うつ状態 2. 知的活動低下 3. 周囲への無関心 4. 自律神経不安定 5. 姿勢・運動 調節機能低下、など

ですから、介護予防のケアプランを立てる時に、支援計画表の各「アセスメント領域」で何を見るのかという時には、今述べました大項目の内の更に中・小項目をきいていけばよいわけです。たとえば御本人は「移動・運動の状態は？希望は？」と言われてもよくわからないとか、「日常生活・家庭生活は？」と問われても、また「日常生活で何をしたいですか」というように聞いても、なかなか真の希望は出にくいものです。くわしく「セルフケア・家庭生活」の中項目としてはどうなのだろうかと希望をきき、評価をして、そして目標を立てていくというように考えていただければと思います。

その場合に、時間がありましたら本当はここを丁寧に説明すべきことですが時間がないので、ポイントだけ述べますが、介護予防のマネジメントの中においては、特に廃用症候群の予防というのが重視されていますので、そういう観点でいえばやはり「運動・移動」というところが非常に重要だと考えます。「運動・移動」がかなり上のほうに、最初に聞くという位置づけでできたとお考えいただければと思います。

大項目の「運動・移動」のなかでも中項目として「a460」で「さまざまな場所での移動」があります。その中でも、更に細かい項目のなかで、同じ「室内歩行」でも、「a460. 自宅内での歩行」、「a4601. 自宅以外の屋内歩行」等々があります。これもなかなか鋭いところで、介護予防関係で言えば、自宅の中を歩いているという屋内歩行と、デイケア、デイサービスやそれから病院に行った時の屋内移動とは全く違うものです。家では伝い歩きをしていたけれども、病院やデイケアに行ったら車椅子という方もいらっしゃいます。家の中では伝い歩きだけでもデイケアだったらシルバーカーで歩けることもあるのです。ですから同じ歩行そして屋内歩行でもそのように細かく見る必要があります、介護予防で言えば、移動のところだけは中項目だけではなくて小項目の評価をしようというような、必要性によって評価、使用する項目の細かさを考えていくことが大事になってくると思います。

環境因子とは環境因子だけで考えるものではなくて、その環境因子が活動、参加にどう影響するのかが評価するものです。

ですから、たとえばこれは医療や介護関係以外で、たとえば建築関係でも、たとえば日本建築学会の中でもICFを勉強する会が正式にあるようですが、非常に良いことだと思っています。たとえば建築の効果を確認する時にも、ICFのこのチェックリスト、評価法を使っていただき、たとえば段差をなくす、たとえば手すりを付けることは、この方のある動作に関してはいいかもしれないけれど、他の動作に関してはどうだろうかをみていただきます。専門家が興味を持っているから、また患者さんや依頼者が訴えているところだけではなくて、全人間的にICFモデルとしてその環境の変化がどのように影響するのかが評価して見るべきではないかと提唱させていただきたいと思います。

たとえばこのスライドに示すように、段差があります。これは以前もこの発表会で使った資料だと思いますが、この段差がどのように影響するのかを考えると、この方の場合は

第4章の「運動・移動」の「家庭内移動」に関して言えば、これは阻害因子になっています。しかしながら、これは「家庭生活」の中の「家事」の中では、このような掃除をしたりとか、そういう類のことにおいては、むしろ促進因子になることがあります。

というように、環境因子と言っても、環境因子それ自体が単純にプラスの促進因子になるわけではないしマイナスになるわけでもありません。ある特定の人にとって、更に、一人ひとりの個人の中でもそれぞれの活動、参加においてどのように影響するのかを見るべきです。

では、環境因子がどのように影響するのかというのが分析ですが、次にそれに対してどのように対応するのかを考えた場合に、マイナスになっている環境因子があればそれはすぐに除外すればいいというわけではなくて、あくまでも活動、参加をよくするために環境因子をどう活用するのかという観点で、また同様に評価表を使っていただき、抜けがないように、興味のある活動だけではなく、全てのところを見た上で、どのように環境を変化させるのかを考えるべきだと思います。

この例でお話ししますと、段差があるので歩きにくいので、手すりを付けたらどうか？ また段差をなくす方法はどうか？ それから、段差をこのままにすることも提案しましたが、この方は結果的には手すりは付けないことを選択されたのです。

現在は足を段差にかけて安定させることによって重たいものを運べるように、むしろ促進因子としてすら段差を活用しています。例えば、掃除機を持ち上げて段差をクリアできます。またたとえば、10kg、20kgの米袋も、ここに足を引っかけて固定することで、安定してこの段差をクリアすることができます。

ではどうやって普通この段差を歩く時にはクリアしているかという、柱に背中をもたれかからせて、横歩きのようにしてクリアされています。

この方がこのように段差をこのままにし、手すりもつけないことを選んだ過程ですが、「柱にもたれかかってやるというやり方を頻回にやっていったら上手になるのか」と質問され、「それは上手になる」と申しあげましたら、東北にいる親類の家に行ったりとか、近くにいる娘さんの家に行ったりとか、お友だちの家に行ったりとかした時に、段差が多い。家の段差に手すりを付けてしまったら、手すりがなければできないようになっちゃうでしょう。でもこういうやり方を家で頻回にやって上手になればいろいろなところに行けるから、段差をこのままにしておく方法を選択したいとのことでした。

また手すりをしょっちゅう見ていると、家族に迷惑をかけているなどと思うとか、いろいろな理由がありまして、結局は改造しなかったわけです。そして10年以上経って、要介護度3ですが全く介護保険のサービスは受けておられません。

このようにして、一個一個の環境因子への対応にしても、こういう観点で見る必要があるのです。

次に、車椅子用の洗面台と普通の洗面台ですが、ある病院内でどちらが改造前かという

うと、この普通の洗面台が改造後です。車椅子用の洗面台は、車椅子使用时には促進因子ですが、やっとなんて歩いてやっとなんて立てるような方にとってはむしろ阻害因子となります。膝の前にもたれかかる板がありますと膝折れしなくても立っていられます。バリアフリーという言葉よく使われますが、その方のどの「活動」のどの項目に関してなのかという観点で正確に使うことが必要だと思います。

最後に強調させていただきたいことは、ICFとは「共通言語」という観点です。今日はその点については十分に議論できなかったことが残念ですが、あくまでもご本人たちの生活や人生をハッピーにするための共通のものの考え方です。環境因子の活動・参加への影響は御本人だからこそわかることが多くあります。また環境因子をどう促進因子として活用するかをICFを活用してご本人が整理することも効果的です。また今日の発表会でも大きなテーマとなりました介護予防の中でも使っていく必要があると思います。

介護予防に関しては、「明老活発でいこう。」をどうぞご活用下さい。生活不活発病が介護予防の重要なターゲットになっていますが、調査をすると、ほとんどの自治体で生活不活発病についてご存じの高齢の一般住民の方は約1割でした。そして、生活不活発病についても、それから廃用症候群についても認知度は同様です。生活不活発病等はほとんどメディアを通じてそれもごく半年以内ぐらいでしかご存じないはずなのですが、それと廃用症候群の認知度はほとんど同じでした。

介護保険を受けている方についても、ほとんど同じです。介護保険のサービスを受けていても、1割の方しか廃用症候群、もしくは生活不活発病の名称をご存じでなかった。ということは、それについての説明を受けていなかったということです。

ご自分の状態を知っていなければ、サービスに関しての本当の、正しい希望は出ないのです。ですから、今後の介護予防におきましては、説明の義務として、生活機能というのがどういうものであるのか、その考え方、それから廃用症候群はどういうものであるのかをきちんと利用者さん、患者さんにご説明する必要があると思います。その時に、この「明老活発でいこう」はお役に立つと思います。これは、基本的にはご本人に理解していただくために作った冊子ですが、専門家の方々も説明をする前にまずご一読いただいて、これまでの知識を再整理していただき、ご本人たちへの説明に使っていただければと思っています。廃用症候群はどういうものなのかと、それから生活機能に関しましても簡単にまとめて説明しやすく作っています。

要介護認定を受けるようになってから初めてではなくて、むしろその前に一般的な知識として廃用症候群、生活不活発病、生活機能をわかっていただくように、知識として持っていていただくように、早めに啓発していただくことが必要ではないかと考えています。

今回の研究成果発表会の発表はこれで終わらせていただきます。

では、最後ですが、今までの上田先生は研究班員としての上田先生でしたが、これからは立場を変えまして、日本障害者リハビリテーション協会の顧問としての上田先生として、この会の最後のご挨拶させていただきます。

## 閉会の挨拶

上田 敏

この会を主催しておりますのが、日本障害者リハビリテーション協会です。私は以前に副会長を長くやりまして、現在は顧問で、その立場からご挨拶と説明をさせていただきます。

お手元のパンフレットの真ん中を開いていただきますと、33の研究課題とその主任研究者の名前が出ております。私どもの研究班は26番で、最初にご挨拶した仲村英一、同級生ですので仲村君と言わせていただきますが、が班長をしております。

障害のある人を支援するという共通のテーマに立ちまして、厚生労働科学研究費補助金が出されて、それぞれの班が一所懸命研究しているのですが、その成果を活用、世の中に広める、またそれがスムーズに行われるようにするために、日本障害者リハビリテーション協会が厚労省から委託を受けまして、いろいろな事業を行っております。

研究班の研究を支援するために外国人研究者の招聘、外国に日本人の研究者を派遣、外国の研究機関等に研究を委託、それから、若手研究者を育成します。それから、今日行いましたのがその一つですが、研究成果の普及啓発事業の発表会などを行っているのです。

また日本障害者リハビリテーション協会は、障害者の生活と福祉を支援するためのいろいろな事業を行っておりまして、障害者スポーツ等の関係もいろいろと力を入れておりますし、国際的には国際リハビリテーション協会、リハビリテーション・インターナショナルですが、その日本の加盟団体として国際的にも活躍しています。

本日は、長い間、熱心にお聞きいただきましてありがとうございました。これをもって終わらせていただきます。

**平成17年度 障害保健福祉総合研究成果発表会報告書**

平成18年3月 発行

発行 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会  
〒162-0052 東京都新宿区戸山1丁目22番1号  
(戸山サンライズ内)  
電話 (03) 5273-0601  
FAX (03) 5273-1523

