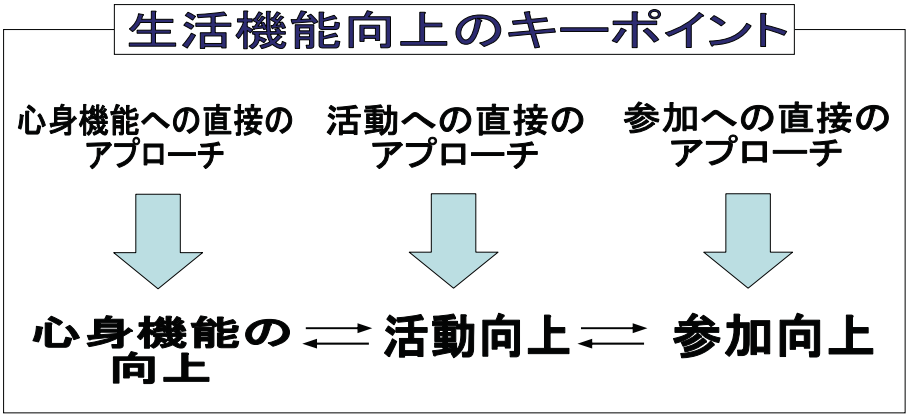
４）生活機能における活動・参加

生活と参加は非常に密接な関係があり、活動は参加の具体的な表れと言い換えることができる。生活をする上で支障となるもの（活動制限や参加制約の基となるもの）を的確な理解のうえに、改善の方向性が考えられる必要があり、病気や障害をもちながらも、日常生活の不自由さ、社会生活からの疎外感などを改善するためのアプローチをすることが重要となる[7]。活動や参加に対する改善のアプローチによって、３つのレベルに相互作用が生じ、生活機能の向上に結びつく。

活動・参加（生活・人生）は１人ひとり異なったものであり、個性も関るため複雑なものである。心身機能が改善したことで、生活が向上するという単純なものではないため、その人の生活全体や人生を含めて考えていく必要がある（図Ⅳ－4）。

ICF の中では、障害を主として社会が作り出した問題という視点で見ている。その点から活動・参加は、①個人の状況、②生活環境、③相互関係といった要素を見ることで理解することが可能であり、ICF の中ではこれを背景因子（環境因子、個人因子）としている。



図Ⅳ－4　生活機能向上のためのアプローチと相互作用[1] 改

５）活動・参加と背景因子の相互作用

活動・参加はその背景となる因子（環境因子、個人因子）との相互作用によっても大きく変化する。それらはICFの生活機能モデル（図Ⅳ－3）の中に示されているように、それぞれが双方向の矢印によって表されている。言い換えるならば、個人の生活機能は、健康状態、と環境因子、個人因子の相互作用が複合的な関係によって成り立っているのである。

環境因子は、物的環境（生産品と用具、自然環境と人間がもたらした環境変化）、人的環境（支援と関係、態度）、社会的な環境（サービス・制度・政策）の３つの大分類と５つの中分類に分類される。

物的環境には、住居や交通の便、各種の医療物品や福祉用品、介護用電動式ベッドなどのほかに、地震、台風による豪雨、豪雪といった自然災害も含まれる。人的環境には、家族や親族、友人、近隣住民、職場の同僚など、とりまく様々な人々との相互関係が含まれるほか、態度という分類は、人を中心とした社会や集団がどのような態度で接するのか（排除するのか受け入れるのか）ということである。社会的な環境は、主に医療提供サービス、福祉サービス、それらを利用する上で適用される保険制度である。

また環境因子は、生活機能に対しプラスに影響する場合は促進因子、逆にマイナスに影響する場合は阻害因子の２つに分けられる。これらは常に固定化されたものではなく、医療・福祉の場面においても、その内容や状況によって促進因子にも阻害因子にもなりうる。

○　促進因子が阻害因子となりうる例

（大川弥生　WHO・ICF 生活と人生をともに築く「共通言語」講演会 2010 年 2 月より）

地震等の災害被災地では、早急に被災者の生活支援の対応がしかれる必要がある。そのため設けられた避難所等では、ボランティアスタッフが集まり、高齢の避難生活者の支援をする。この場合、避難所におけるボランティアスタッフは、生活を支えてくれる促進因子と言える。

しかし事実避難所では、震災前までは介護の必要がなかったにもかかわらず、避難生活中に歩行が困難となり、介助を必要とする高齢者が増加した。

つまり避難所では、日常的な生活の中の活動や、非難生活者同士の支え合いをボランティアスタッフが代わりに行なうことにより、避難生活者の活動や参加を奪う結果となったため、避難生活者の身体機能が低下したという事実がある。この意味でボランティアスタフの支援活動は、高齢な避難生活者の身体機能を低下させる阻害因子ということもできる。

個人因子は個別性が高く、年齢、性別、生活歴、職業歴、学歴といったもののほかにも、価値観やライフスタイル等も含まれる。個人の趣向や性格等も含まれるため、活発であったりそうでなかったり、大勢の集団の中に加わることを楽しく感じたり、不快に感じたりするという違いもある。したがって個性と生活機能の相互作用ということが言える。

医療提供サービスや介護サービスの場面においても、個人の生活背景や特徴を十分考慮される必要がある。

６）ICF の活用と生活支援

（１）ICF の適用と範囲

一般的に ICF の適用とその範囲は、前述のとおり、全ての人を対象とした健康のすべての側面、健康に関連する領域としており、その対象範囲は普遍的である。

また概念的な枠組みは、予防と健康増進を含む個人的な保健ケア、および社会的障壁の除去や軽減による参加促進、社会的支援の推進に応用できる。ICF は国連社会分類の１つとしても認められ、国際的な人権に関する諸規則・方針や各国の法令を実施するための適切な手段を提供することができる。

① 健康に関する心身の状況とともに、健康に影響を及ぼす因子を理解することを目的とし、健康分野、健康分野以外の様々な領域で用いる。
② 関係者間の共通のコミュニケーションツールとして用いることを目的とし、多職種間のサービス向上を図ることが可能である。
③ 各国、各種専門保健分野、各種サービス、時期の違いを超えたデータの比較[8)]をすることを可能とし、システムの構築に用いることが可能である。つまり分類としての活用にとどまらず多角的に健康を分析することが可能である。

（２）臨床現場における ICF の活用

ICF 導入の 2001 年以前、臨床現場では障害に関し ICIDH を展開してきた。実際いまだに ICIDH の視点で、患者の障害へ目を向けて接することが中心となっている。生きること全体に目を向けるのではなく、最初に心身機能・身体構造から検討していくという発想がいまだ根強い。慢性疾患の患者であったり在宅で療養を続ける患者のケアに当る場合、原因帰結型の ICIDH の視点では、傷病が治らなければ、いつまでも患者の生活がよくならないことになる。

現在、臨床現場で療養者のケアに当っている医師、看護師、介護職員等、専門職が受けてきた教育課程は、その多くが ICF 導入以前のものであったため、現場で浸透していなかったり、活用されづらい原因の１つであるという指摘がある。

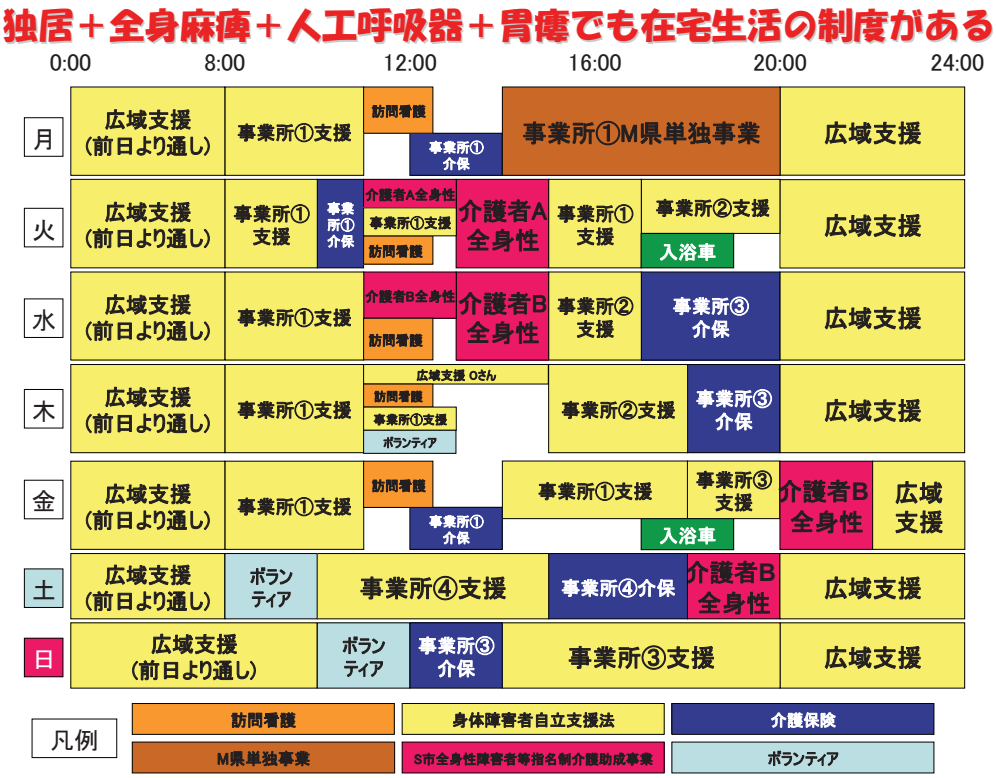
しかし患者自身が何を生活の中で望んでいるのか、何を必要としているかということについて具体性を持って目を向けることによって ICF を有効に用いるきっかけとなる。基底還元論から脱却し、生きることの全体像をプラスの面からとらえる視点を持つことが重要である。

一方、効率化の阻害という見方から、ICF を医療の現場で応用することが困難であるとする指摘[9)]がある。しかし医療こそ ICF の視点がきわめて重要である。なぜなら退院後の患者の生活を正しくイメージできなければ、適切な療養上の説明や退院調整は不可能である。ICF の理念に即し、療養者の「生活を支えた」医療提供の実例を挙げる。

（3）在宅療養者の生活支援と ICF の実践

医療・介護の依存度が高く重症であっても、病院から退院し、在宅で暮らす療養者がいる。その生活は、ICF の理念の中心となる生活機能モデルに基づいた考え方やとらえ方によって、サービス提供が考えられ、実施されることで可能となる。

その生活支援は、活動・参加、個人因子、環境因子の点から説明することができる（図Ⅳ－5、6、7、8）[10)]



図Ⅳ－5

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 [10)]

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	意思伝達装置を使っての要望や意見を述べる （カニューレが当って痛い等）
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	・家族の支援、医者の往診、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		
		・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Ⅳ－６

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 [10)]

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）二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Ⅳ－7
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 [10)]

ICF の視点で見た場合、図Ⅳ－5、6、7、8 に共通するものは、医療依存度が極めて高いという「心身機能・構造」の内容だけではなく、生活機能モデルの３つ全てが連関した生活支援ができている点である。社会的な環境因子である「サービス・制度・政策」を十分に使い、在宅であっても必要な医療提供、介護支援が行われている。人が生きることを全体としてとらえており、物的、人的、社会的な環境因子と活動・参加が相互作用し、自ら呼吸器勉強会へ参加したり、絵本の読み聞かせをしてもらったり、という具体化された形で表わされている。

例に示した重症在宅患者の場合、介護との連携が不可欠であるため、介護においても ICF の視点に立つことが非常に重要である。臥床状態であったとしても、生活機能モデルにそった「活動・参加」が促進されることによって、「生きる力を増し、残存機能をつかい、寝たきりでも心が活性化し、満足、希望などの感情を全人的に統合できる」[11)]のである。

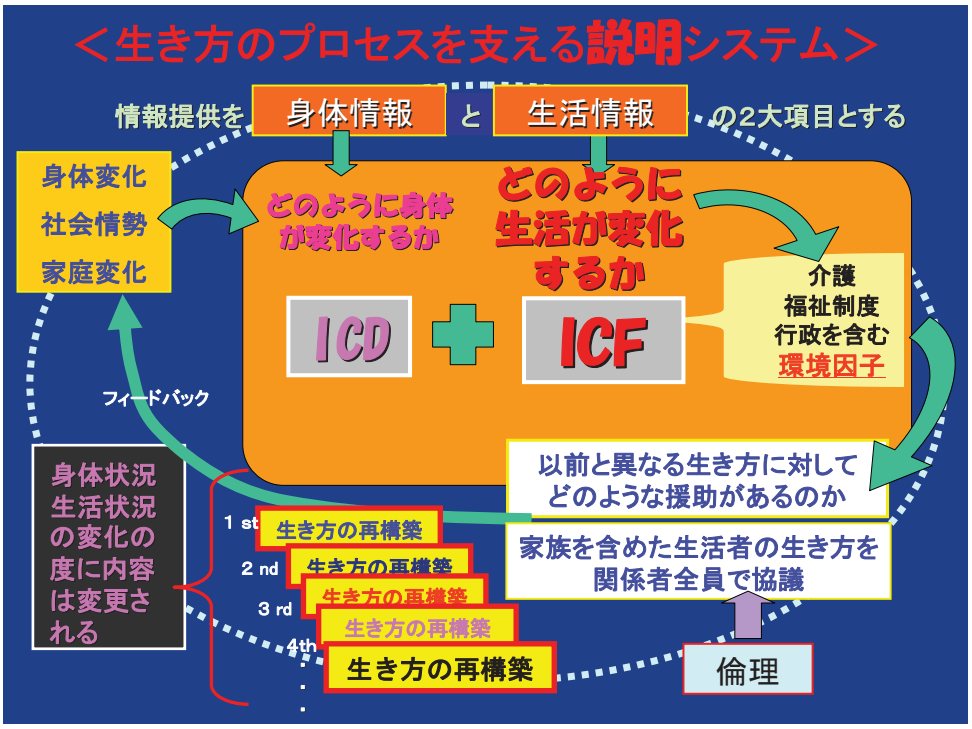
活動と参加		
第１章	学習と知識の応用	絵本の読み聞かせ、MD プレーヤーで授業の様子を聞く
第２章	一般的な課題と要求	
第３章	コミュニケーション	
第４章	運動・移動	時折手足を動かす
第５章	セルフケア	白湯や流動食にて栄養補給
第６章	家庭生活	家族で川の字で寝ることが習慣
第７章	対人関係	父、母、妹、医師、看護師、薬剤師、ヘルパー、入浴サービススタッフ等
第８章	主要な生活領域	自宅にて両親、妹と同居
第９章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	養護学校の教諭より授業の様子を録音してもらう
環境因子		
第１章	生産品と用具	人工呼吸器、胃瘻、カニューレ、医薬品等
第２章	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	・父、母、妹のサポート、医者の定期往診、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Ⅳ－８

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 [10)]

7）生き方を支えるプロセスの中心

疾病や障害の有無に関わらず、生きること、生活を支えるために必要なものは、a)疾病傷病論に基づく身体機能についての身体情報提供、b)個々の生活状況に基づく生活情報提供の両者である。



図Ⅳ－9：生き方のプロセスを重視した説明責任[12]を一部改変

医療の中心的役割を担う医師は、これまで疾病・傷病論に基づく身体情報の説明のみで済ませることが多かった。また、治療が終了した時点で、十分な医療提供サービスを行ってきたと思ってきた。しかし、身体状況が検査や治療によって変化を受けたなら、変化した身体のまま退院した場合に、果たして以前の生活形態を維持できるかが最も問題となる[12]。

十分な説明が無い状態で、変化したままの身体を退院させることは、不十分な対応であり、生き方を支えるプロセスを無視したものと言える。ICF における生活機能モデル、背景因子、個人因子を考えないことは、生活を無視したものと同じことと言い換えられる。

現在の ICF は、国際的に標準化されたものであり、国情や文化の違いから、生活やその背景を分類に合致させることが難しい場合もある。そのため違いを考慮した環境因子の再構成を検討する柔軟な体制も必要である。

いずれにせよ ICD、ICF はともに両輪であり、どの職種においても生き方を支える視点に立ち、相手が何を必要としているかを考えた場合、ICF の理念を欠いたサービス提供は、決してあってはならない。

参考文献

１）五体不満足　完全版．乙武洋匡．講談社文庫．pp236‐265．2008 年

２）生活機能とは何かーICF：国際生活機能分類の理解と活用ー．大川弥生著．
東京大学出版．pp1-11．2007 年

３）第２回 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会資料 WHO-FIC チュニス会議報告資料より http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1213-6b.pdf

４）ICF　国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー．障害者福祉研究会編．中央法規出版．ｐ3．2002 年

５）ICF の理解と活用．上田敏．きょうされん／萌文社．pp11-14．2007

６）ICF の視点に基づく高齢者ケアプロセス　安藤邑惠、小木曽加奈子編著．学文社．ｐ5．2009 年

７）「生活機能」向上をめざしてーICF の保健・医療・介護・福祉・行政での活用
仲村栄一、大川弥生、上田敏、丹羽真一　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/checklist.html#zu_02

８）ICF　国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー．障害者福祉研究会．中央法規出版．p5．2008 年

９）知っておくべき新しい診療理念（70）ICF（国際障害分類）．千野直一．日医雑誌 134．pp2396-2397．2006

10）生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン．川島孝一郎．第 5 回終末期医療のあり方に関する懇談会（厚生労働省）資料
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-14d.pdf

11）ICF を取り入れた介護過程の展開．黒沢貞夫編著．建帛社．p78 ．2008 年

12）終末期の判断と終末期医療の方針決定．川島孝一郎．インターナショナルナーシングレビュー．pp21-28．Vol.31、No.2．2008

３.『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の活用法（解説参照）

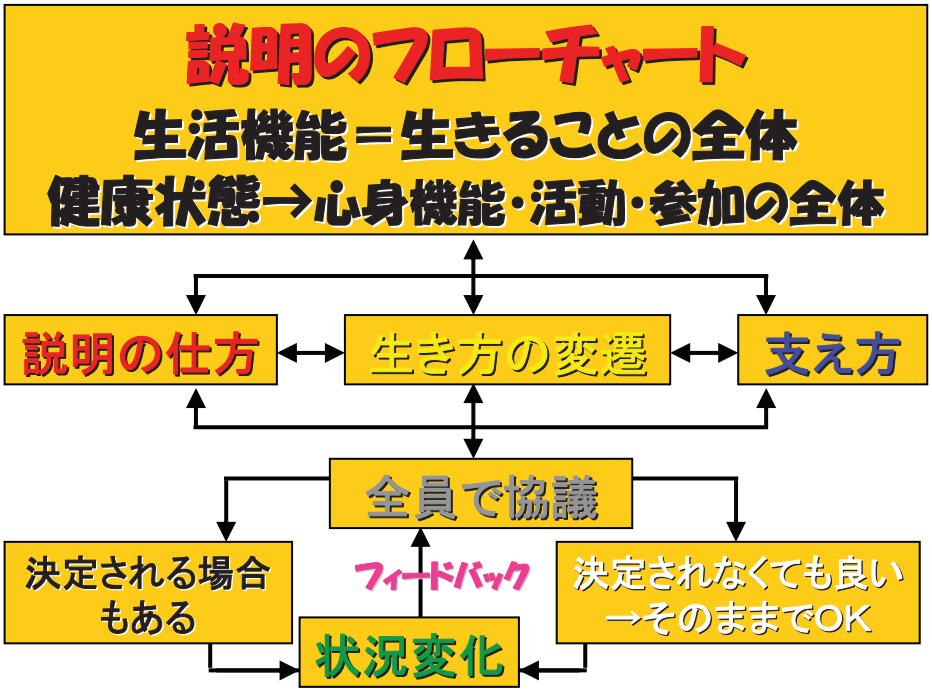
１）『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の出自

本ガイドラインは、
① 医師を含むあらゆる人が、
② ある状況に置かれた（例：終末期）患者・家族等に対して、
③ 当該対象者等がたとえいずれは死を迎えるときが来るとしても、
④ 今、ここに生きていることを基本として
⑤ 対象者の生活機能＝生きることの全体が
⑥ 保たれるための理解が成され、
⑦ かつ具体的行動が可能であるような、
⑧ 説明責任を果たすための、
⑨ 最低限の説明内容を記載したものである。
⑩ さらに、具体的な生活支援策の提示を記載している。
⑪ ①～⑩により、当該対象者等が自らの進路の決定が可能となるための
⑫ 最低限の基礎知識を習得できるように計らったつもりである。
⑬ 本ガイドラインは当該対象者等の『意思決定を強制するものでない』ことが第一である。
⑭ ①～⑩が十分に説明された結果として、
⑮ 意思決定は『たまたま起こる』出来事であり、
⑯ むしろ、説明が十分に果たされたか否かの検証こそが求められるものである。
⑰ したがって、本ガイドラインに基づく『十分な説明』が行われたことを示す
⑱ 具体的な記載がカルテ等に残されなければならない。
⑲ つまり、当該対象者等の『意思決定が重要ではない』、『意思決定されなくとも良い』、
⑳ むしろ、意思決定可能であるような『十分な説明をしたか否か』が重要である。
本ガイドラインは最低限の内容でありこれ以下の説明であってはならない。
本ガイドラインの内容以上に肉付けされた更なる説明が求められる。

２）『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の構造

本ガイドラインは、
① ＩＣＦの生活機能＝生きることの全体、に基づくこと
② 生きることの全体における用語の構成概念と実体を理解すること
③ 生きることの全体における緩和ケアの概念を理解すること
④ ＩＣＦを用いた具体的な支援について理解すること
⑤ 具体的な支援策の提示
⑥ 全員での支援の協議
の順序となっている。

図Ⅳ－10 は、説明のフローチャートを示す。



図Ⅳ－10

説明の骨組みは

① 説明の仕方の基本（生活機能と健康状態について）

② 生きることの全体における生き方の変遷の説明

③ 生き方の変遷の各段階における支援策の提示

④ 全体での支援の協議

⑤ 決定は十分な説明の結果にしか過ぎない

となる。これに、『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の中身をひとつひとつ丹念に説明するのである。

３）健康状態を包括する『生活機能』

生活機能とは『生きることの全体』を意味する。したがって「生活機能を向上させよう」といえば、それはその人の生きることの全体を向上させようとすることである。

「生活機能に問題が生じた」といえば、それは生きることの全体に影響を与える何らかの問題があるのであり、その問題を解決すべく行動しなければならない。

すべからく生活機能を支えるためには、生きることを全体的に把握し、対処し、そしてバランスが取れるように計らわなければならないのである。

今までの医学のように狭視的に身体機能の向上を目指すものではない。

たとえ終末期であっても、人は今、ここに生きている。終末期でも、五体不満足であったとしても、その状況における健康状態が包括的かつ安定的に維持されるためには、環境因子・個人因子を含めた『生きることの全体』の視点からものを言わなければならないし、支援しなければならない。

十分な説明なしに無理な意思決定を行うことは患者・家族の不幸となる。決定できるためにはその前段階の十分な説明こそが求められるのである。

十分な説明とは何か。今までの医師の説明には何が欠けていたのか、そして不十分な説明に誘導された不完全な意思決定がもたらすものは何か、について医師は深く考えなければならない。

４）生きることの集大成を支える相談支援ガイドラインにおける**説明のフローチャート**

説明のフローチャートは（フィードバックを除いて）互いの矢印が双方向性⇔であり循環型の説明過程であることが特徴である。原因→結果型の説明形態ではない。

本ガイドラインにおける説明は、

① ＩＣＦの生活機能＝生きることの全体、に基づくこと
② 生きることの全体における用語の構成概念と実体を理解すること
③ 生きることの全体における緩和ケアの概念を理解すること
④ ＩＣＦを用いた具体的な支援について理解すること
⑤ 具体的な支援策の提示
⑥ 全員での支援の協議

の順序となっている。

当該対象者に対して説明を行うにあたり、事前に医師はＩＣＦの生活機能について熟知していなければならない。図Ⅳ－10 のように説明のフローチャートの最上段に位置するのがＩＣＦの生活機能である。

生活機能とはその人が『生きることの全体』である。

医師は単に心身状態の改善を支える「病を治す」だけでなく、ＩＣＦを用いることにより生きることの全体を支える「人を癒す」のである。

さらに、生活機能＝人が生きることの全体、を支えるためにはその人の健康状態をどのようにとらえるかが重要となる。

ＩＣＦにおいては、健康状態を『心身機能・活動・参加の統合した全体』としている。

詳しくは「Ⅲ．生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン２章.2.1）健康状態」を参照のこと。