

関西学院大学 博士学位申請論文

重度知的障害のある人を対象とした
国際生活機能分類 ICF コアセットの作成

藤田 昌也

目次

	頁
第1章 序論	1
1-1 序論の概要と構成	1
1-2 重度知的障害のある人への支援モデル	2
1-2-1 生物医学モデル (biomedical model) から生物心理社会モデル (biopsychosocial model) への変遷	2
1-2-2 我が国における重度知的障害のある人への支援：生物心理社会モデルに基づいた医療、心理、福祉の連携の必要性	3
1-2-3 エビデンスに基づいた支援を行うためのアセスメントの重要性	5
1-3 国際生活機能分類 (ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)	6
1-3-1 生物心理社会モデルからのICFの成立：国際障害分類 (ICIDH) からの変遷	7
1-3-2 ICFの特徴：多職種との連携と全体像の把握	9
1-3-3 WHO国際分類ファミリー (WHO-FIC) での位置づけ	10
1-3-4 ICFの構成	11
1-4 知的障害の定義、分類、支援	13
1-4-1 米国知的・発達障害協会 (AAIDD) による知的障害の定義	13
1-4-2 AAIDDによる知的障害の分類と意義：生物心理社会モデルおよびICFとの関連と整合性	14
1-4-3 我が国における重症心身障害児の診断と分類	16
1-4-4 我が国における知的障害のある人の状況	18
1-4-5 我が国における重度知的障害のある人への支援	20
1-4-5-1 重度知的障害のある人の支援に関する法体制	20
1-4-5-2 重症心身障害児への支援の歴史	21
1-4-5-3 重度知的障害のある人への心理職からの支援	21
1-5 ICFの活用とICFコアセット	23
1-5-1 我が国におけるICFの認知度と活用状況	23
1-5-2 我が国におけるICFの理解と活用に向けた動き	25
1-5-3 ICFコアセットの意義と12の慢性疾患を対象としたICFコアセット	26
1-5-4 我が国におけるICFの活用とアセスメント研究：医療、心理、福祉の連携へのICF活用の可能性	29
1-6 博士論文研究の目的	30
第2章 重度知的障害のある人を対象としたICFコアセットの作成に関する研究	32
2-1 研究1：福祉施設及び重症心身障害児施設におけるアセスメントの活用状況と職員のICFの認知度に関する調査	33
2-1-1 問題と目的	33
2-1-2 方法	33
2-1-2-1 対象施設	33
2-1-2-2 調査機関および調査対象者	33

2-1-2-3	調査内容	34
2-1-3	結果	35
2-1-4	考察	38
2-2	研究2：重症心身障害児施設の利用者のアセスメント	40
2-2-1	問題と目的	40
2-2-2	方法	40
2-2-2-1	調査期間と調査対象者、および調査回答者	40
2-2-2-2	調査内容	40
2-2-3	結果	41
2-2-4	考察	46
2-3	研究3：重度知的障害のある人を対象としICFコアセットとアセスメントシステムの作成	50
2-3-1	問題と目的	50
2-3-2	方法	50
2-3-2-1	施設の概要とICF検討委員会の設置	50
2-3-2-2	ICFコアセットの作成手続き	51
2-3-2-3	アセスメント方法とアセスメントシステムの作成	51
2-3-2-4	ICFの概念の理解向上に向けての取り組み	55
2-3-3	結果	55
2-3-3-1	重度知的障害のある人を対象としたICFコアセット	55
2-3-3-2	ICFコアセットを基盤としたアセスメントシステム	59
2-3-4	考察	59
2-4	研究4：重度知的障害のある人を対象としたICFコアセットを中心としたアセスメントシステムの実用性の検討：モデルケース評価後のアンケート分析から	65
2-4-1	問題と目的	65
2-4-2	方法	65
2-4-2-1	参加者	65
2-4-2-2	職員に対するICFの概念的枠組みとアセスメントシステムの説明	65
2-4-2-3	モデルケースのアセスメント	66
2-4-2-4	アセスメントシステムの実用性に関する調査	66
2-4-2-5	観察者間信頼性	67
2-4-3	結果	68
2-4-3-1	アセスメントシステムに要した時間に関して	68
2-4-3-2	ICFコアセット評価シートに関して	69
2-4-3-3	アセスメントシートに関して	70
2-4-3-4	支援・看護計画書に関して	71
2-4-3-5	アセスメントシステム全体に関して	73
2-4-4	考察	74
2-5	研究5：ICFコアセットの実践への応用：最重度知的障害のある成人に対する行動介入に関する事例研究	77
2-5-1	問題と目的	77
2-5-2	方法	79

2-5-2-1	参加者	79
2-5-2-2	実施者	80
2-5-2-3	場所及び日時	80
2-5-2-4	標的スキル	80
2-5-2-5	結果の指標	80
2-5-2-6	手続き	81
2-5-3	結果	85
2-5-4	考察	86
第3章 総合考察		91
3-1	博士論文研究のまとめ	91
3-2	博士論文研究の意義, 今後の課題と展望	92
References		96
付録 (I ~XIII)		

第1章 序論

1-1 序論の概要と構成

本博士論文研究の目的は、国際生活機能分類（ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health; 世界保健機関, 2001）の分類項目から関連する項目を選出し、重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとアセスメントシステムを作成することである。

近年、健康や障害を捉える枠組みが生物医学モデルから生物心理社会モデルに変わってきた。「1-2 重度知的障害のある人への支援モデル」では、そのような枠組みの変遷を概観し、新しい枠組みで多面的に人の健康を捉え、多職種の専門家が協働して支援を行う重要性が高まっていることを解説する。

生物学的な要因だけに注目するのではなく、心理的側面や環境的側面も同様に重視し、人の健康を捉える概念的枠組みと具体的な分類項目として 2001 年に世界保健機関（WHO: World Health Organization）から ICF が発表された（世界保健機関, 2001）。多様なメンタルヘルスや教育現場において人の全体像の把握および多職種の連携を向上させることを目的とした ICF の活用が期待されている。「1-3 国際生活機能分類（ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health）」では、ICF の成立と概念的枠組み、構成について解説する。

生物心理社会モデルにもとづく健康や障害を捉える枠組みの変化により、本博士論文研究で対象とする知的障害の定義と分類にも変化が見られた。「1-4 知的障害の定義、分類、支援」では、知的障害の定義と分類を ICF との関連から解説する。次に、我が国における重度知的障害のある人に対する支援の歴史を示す。知的障害や発達障害のある人への臨床的アプローチとして生活機能の向上を目的とした事例報告を概観し、重度知的障害のある人に対して多職種が連携して支援を行う際の心理職の役割を検討する。

ICF が 2001 年に発表されて 10 年以上経過したが、多くの現場ではまだ ICF は実践的に活用されていない。ICF を現場で実践的に活用していく 1 つの方法として、特定の障害や疾病、生活環境に合わせて必要な項目を ICF から選出した ICF コアセット (ICF core sets) が報告されている。「1-5 ICF の活用と ICF コアセット」では、ICF コアセットに関する研究報告を概観し、我が国の重度知的障害のある人への支援に関して ICF を活用することが可能であるのか検討する。

1-2 重度知的障害のある人への支援モデル

1-2-1 生物医学モデル (biomedical model) から生物心理社会モデル (biopsychosocial model) への変遷

近年、健康や障害、精神疾患を理解する枠組みが大きく変わってきている。医療領域ではこれらの原因を生物学的要因に求める生物医学モデルが中心であった。しかし、医学が対象とする疾患の多様性を背景として、生物学的要因だけでなく、心理的要因および社会的要因も同様に重視する生物心理社会モデルが Engel (1977) によって提唱された。生物心理社会モデルとは、病気や健康に関連する全ての領域を対象としており、個人の発達や身体的・精神的健康に影響する様々な要因を生物、心理、社会という 3 つの側面でまとめ、効果的な介入を行うための枠組みのことである (下山, 2009)。

Borrell-Carrió, Suchman, and Epstein (2004) は、生物心理社会モデルは臨床活動における哲学的側面と実践的側面を持つと解説している。哲学的側面は、分子レベルから社会レベルまでの多様なレベルで病気や疾病の原因を理解する方法であるということであり、実践的側面は、正確な診断や健康上のアウトカム、思いやりのあるケアに本質的に貢献する患者の個人的な経験を理解する方法であるということである。精神疾患の分類と診断の手引き第 4 版 (DSM-IV; アメリカ精神医学会, 1994) は、5 つの次元からなる多軸システムを採用しているが、これは生物心理社会モデルに基づき、その適用を前進させることを目的としている (p.30)。馬淵 (2006) は生物心理社会モデルを医師や看護職、

心理職、福祉職がそれぞれ役割分担をしつつ協働し、精神保健の援助システムを構成していくことを目指すモデルと定義している。下山（2009）は、生物心理社会モデルにより、クライアントの主体性や社会生活の重要性が医療においても重視されるようになり、クライアントの生活の質（QOL: quality of life）が重視され、クライアントの権利擁護やインフォームドコンセントの活動にもつながってきたと報告している。

下山（2009）によると、生物的要因としては、神経、細胞、遺伝子、細菌やウイルス、脳神経などが挙げられ、医学的知見に基づいた生物医学的アプローチによる治療が行われる。心理的要因としては、認知、信念、感情、ストレス、対人関係、対処行動、スキーマが挙げられ、心理療法や心理教育といった心理学的アプローチによる介入が行われる。社会的要因としては、家族や地域の人といったソーシャルネットワーク、生活環境、貧困や雇用などの経済状況、人種や文化、教育などが挙げられ、クライアントを取り巻く家族のサポート、活用できる福祉サービス、経済的なものも含めての環境調整など社会福祉的アプローチによって対応されるとしている。

このように医療やメンタルヘルスの現場において、単に疾患の治療だけではなく、ライフスタイルを含めた生物心理社会モデルによりクライアントの全体像を捉え、各領域の専門家が協働してクライアントの身体的健康および精神的健康、QOLの向上に向けて取り組むことが大切であると考えられるようになってきた。

1-2-2 我が国における重度知的障害のある人への支援：生物心理社会モデルに基づいた医療、心理、福祉の連携の必要性

知的障害（intellectual disabilities）のある人への支援に関しても生物心理社会モデルの重要性が高まっている。知的障害は知的機能と適応行動の明らかな制約によって特徴付けられる能力障害であり、18歳までに生じると定義される（知的障害の定義の詳細は『1-3 知的障害の定義と分類』参照）。その定義からも分かるように、生涯にわたって多くの面で困難が生じ、多様な支援が必要となる。学齢期であれば学業や学校適応、成人後は就

労や職場の人間関係、金銭や健康の管理に困難が生じることが多い。自閉症や身体障害との重複診断も認められており、障害が重複する事例が多い。病因が明らかにされている知的障害もあり、染色体異常、放射線障害、胎児性アルコール症候群、フェミニールケトン尿症、感染症などの出生前障害や、無酸素脳症、鉛中毒などの出生後障害が病因となり得る（大六, 2002）。

我が国において心理職は診断に必要な知能指数を評価する知能検査や発達指数を評価する発達検査および各種検査の実施と評価を中心として知的障害のある人への支援を行ってきた。我が国ではまだ十分に支援体制が整っていないが、知的障害や発達障害のある人の生活機能の向上に行動的介入は目覚ましい成果を挙げており、多くの効果的な介入が報告されている(e.g., Lonigan et al., 1998; Odom et al., 2003; 山本・澁谷, 2009)。

生物心理社会モデルにもとづき知的障害のある人に対する支援における多職種役割と連携を考えていく。心理職からの支援は主に、各種検査の実施による状態像の把握、生活機能の向上に向けた行動的介入であると考えられる。しかし、知的障害には特定の病因がある事例やてんかんなどの疾病、身体障害が併存する可能性があるため、医療的ケアも重要となる。また、就労場面での支援の必要性およびグループホームや施設を利用する可能性もあるため、福祉職による生活支援も生涯にわたって必要となる場合も多い。特に知的障害が重度になると、食事や排泄、入浴など生活全般にわたる十分な支援が必要となる。その際、心理職は、各種検査を実施することにより対象者の知能指数や適応行動、社会的スキル、コミュニケーションスキル、それらの得意領域、苦手領域に関する情報を他職種に伝えることができる。各種検査から得られた情報は、医師の診断および福祉職の支援計画の作成や日々の支援に活かすことができる。また、日常生活の困難さを福祉職から聞き取り、必要なアセスメントを選択し、改善に向けた行動的介入を計画し実施することも可能である。生活機能の向上につながる日々のかかわり方や問題行動への対処方法なども福祉職にとっては役立つ情報である。医療職の役割としては、対象者の疾病や身体障害、投薬、てんかん発作時の対応などに関する医学的な情報は支

援計画の作成や対象者の身体的健康を考える上で把握する必要があるため、医師はそれらの情報を心理職や福祉職に提供することができる。医師は、福祉職から日々の様子を確認することにより、医療的ケアの方針や適切な投薬量を決定するための情報を得ることができる。福祉職は、日々の生活支援における困難を解消するための情報を心理職や医療職から収集することができ、また、日々の生活の様子や困難といった重要な情報を医療職や心理職に伝えることにより、医師や看護師、心理士は対象者の生活スタイルに合わせた専門的な支援を行うことが可能となる。医療職、心理職、福祉職は重度知的障害のある人への支援に関して、これらの連携をとることが可能であると考えられる。知的障害にはその他に、社会福祉士、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護師、助産師、保健師、介護支援員、介護福祉士、ホームヘルパー、管理栄養士、栄養士、生活指導員、児童自立支援専門員、保育士、職能判定員、児童福祉司、母子相談員、女性相談員、社会福祉主事、査察指導員、ケースワーカー、身体障害者福祉司、知的障害者福祉司、家庭相談員、などとても多くの専門職が関わっている（岡田・秋山, 2006）。多様な専門職が情報を共有し、役割を明確にした上で協働して支援を行うことができれば、知的障害のある人への有効な支援が可能になると考えられる。

1-2-3 エビデンスに基づいた支援を行うためのアセスメントの重要性

心理職は知的障害や発達障害のある人に対する介入を行う際、まずアセスメントを実施する。アセスメントでは、知能指数や発達指数、社会的スキルなどを評価する標準化された検査や行動観察、対象者をよく知る人からの聞き取りが中心に行われる。アセスメントから得られた情報を元に、対象者の全体像を理解し、介入計画を組み立てていく。また、介入の有効性も継続的に評価される。

近年、医療や心理療法におけるエビデンスに基づいた実践（evidence-based practice）が定着しつつあり、膨大なデータベースが報告されている。エビデンスの質は、無作為割り付け比較試験（RCT）、無作為割り付けのない臨床試験、コホート研究または症例対

象研究，症例シリーズ，権威者の意見の順に高い研究デザインとして評価される（古川，2000, p25）。アメリカ心理学会第 12 部会は RCT により効果の実証された心理療法をリスト化し，その情報を普及促進した（中野，2005）。エビデンスに基づいたアプローチを用いることにより，実証データから臨床効果が高いと認められた介入をクライアントに提供することが可能となる。また，臨床能力を最先端のものに保つことができ（古川，2000, p.10），専門家がその活動の実践的有効性を社会に示すことができる。欧米におけるアセスメント研究は，このようなエビデンスに基づいたアプローチと密接な関連を持って発展してきた（下山，2008）。

我が国の福祉分野においても，近年，エビデンスに基づいたアプローチの必要性が高まっている（大島，2010）。下山（2008）は，エビデンスに基づいた研究の結果として，医学を含む生物学，心理学，社会福祉学が協働して問題をアセスメントし，介入していく生物心理社会モデルの重要性を指摘している（p.24）。重度知的障害のある人に対しては，生涯にわたり，医療職，心理職，福祉職が連携して支援を行う必要があるため，多職種が協働して問題をアセスメントし情報を共有する必要性が高い。重度知的障害のある人に対してエビデンスに基づいた実践を展開するためには，支援に関わる多領域の専門家が，生物心理社会モデルに基づき対象者の全体像を把握できるアセスメントシステムが必要である。重度知的障害のある人の全体像や問題の焦点が明確となることにより，支援目標を共有することができ，多職種が連携して QOL や生活機能を高める支援を行うことが可能となる。また，支援の効果を検証することも可能となり，保護者や社会に対する説明責任（accountability）を果たすことができる。

1-3 国際生活機能分類（ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health）

生物心理社会モデルは，健康と障害を捉える枠組みに大きな変化をもたらした。人の健康に関連する状態を生物学的要因に限らず，心理的要因，その人を取り巻く環境的要

因との相互作用として捉える生物心理社会モデルの枠組みは、世界保健機関（WHO）にも取り入れられている。WHO は疾病の中心的分類である国際疾病分類（ICD）の補助分類として国際障害分類（ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）を採用したが、生物心理社会モデルから人の健康領域と健康関連領域を系統的に分類するため、2001 年に ICIDH が改定され国際生活機能分類（ICF）が発表された。本節では、ICF が成立するまでの変遷と ICF の意義と特徴、そして構成に関して概観する。

1-3-1 生物心理社会モデルからの ICF の成立：国際障害分類（ICIDH）からの変遷

1980 年に WHO から、ICD の補助分類として、機能障害と社会的不利に関する分類である ICIDH が発表された。国連の国際障害者年（1981 年）の世界行動計画にその基本原理が採用され、障害者運動を含め障害関連の事業に大きな影響を与えた（上田, 2005）。ICIDH の概念的枠組みを Fig. 1 に示す。

Fig. 1 に示すように、ICIDH は障害を、機能・形態障害、能力障害、社会的不利の 3 つの段階で示し、その根幹に疾患や変調が存在すると位置づけた。疾患と変調の例として脳梗塞を考えると、脳梗塞により半身麻痺（機能・形態障害）が残り、歩行が不自由（能力障害）となり、行けない場所が増える（社会的不利）ということになる（浜村, 2008）。このような概念的枠組みに関するいくつかの批判が行われた。Buntinx (2006) は、ICIDH の概念的枠組みに対する批判として、第 1 に、障害の過程を一方向で示し、因果関係が



Fig. 1. ICIDH の概念的枠組み. (上田 (2002) より転載)

不確かな点（意図していないが、一方向の矢印によって強く主張されている）を挙げた。第2に、障害の過程における環境の影響を考慮していない点、第3に、発達を考慮せず、子供と高齢者の問題への応用が弱い点、第4に、ネガティブな言語（機能障害、能力障害、社会的不利）が使用されている点を挙げた。最後に、障害のない人々の機能を言及すること無しに、障害を別の（separate）特徴として考えている点を批判した。これは、いっそうのカテゴリー化を促し、障害の無い人々から障害のある人々を概念的に分離させる危険性を持つとしている。ICIDHの概念的枠組みでは、障害はそれ自身を分類として見なし、人の機能の連続性を見ていないと考えられた。

このような批判と生物心理社会モデルの広がりにより、人の健康や障害を生物医学モデルによる疾患や変調に原因を帰属するだけではなく、その人が抱える心理的要因やその人が生活する環境的要因との相互作用として捉えなければならないということが強調されるようになった。このような健康を取り巻く枠組みの変化を受け、ICIDHは、1997年の国際障害分類第2版（ICIDH-2）への改定を経て、2001年に国際生活機能分類（ICF）がWHOにより採択された（世界保健機関, 2001）。

ICFは、健康状態にある人に関連するさまざまな領域（domain）（例えば、ある病気や変調をもつ人が実際にしていること、またはできること）を系統的に分類するものである（世界保健機関, 2001）。WHOの国際分類では、健康状態の病因論的な分類は主に国際疾病分類第10版（ICD-10）によって行われ、健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類される。つまり、ICD-10とICFは相互補完的である。

ICFによる分類の主な目的は、障害や疾病の有無に関わらず全ての人の健康状況と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することである。WHOによる健康の定義は「完全な身体的、精神的、社会的に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」とされている（榎本, 2000）。Fig. 2に示すICFの概念的枠組みから分かるように、ICFは、人の健康状態を生活機能と背景因子（環境因子, 個人因子）との相互作用から考える生物心理社会モデルにもとづいている。

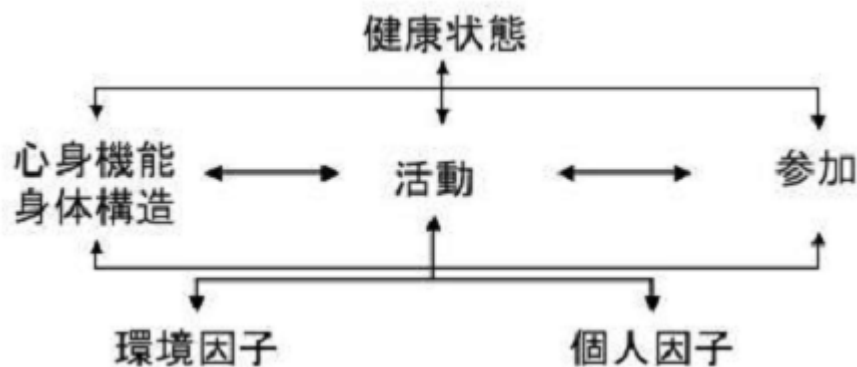


Fig.2. 国際生活機能分類（ICF）の概念的枠組み.（WHO（2001）より転載）

生活機能とは、心身機能・身体構造、活動、参加の全てを含む包括用語であり、障害は、機能障害（構造障害を含む）、活動制限、参加制約の全てを含む包括用語である。ICFでは、各因子の分類に用いるための項目が詳細に示されており、心身機能、身体構造、活動・参加、環境因子の4因子を分類するために1424項目が設けられている（世界保健機関, 2001）。

1-3-2 ICFの特徴：多職種連携と全体像の把握

ICFとICIDHの違いを中俣（2011）は以下のように報告している。第1に、WHO国際分類ファミリー（WHO-FIC: WHO Family of International Classification）において、ICIDHは補助分類であったが、ICFはICDと並ぶ中心分類であること、第2に、ICIDHは「障害」に関する分類であったが、ICFは「健康」の重要な側面についての分類であり、マイナス面は生活機能のプラス面の中に捉えること、第3に、ICIDHは障害と疾患の帰結の因果関係を主にみるが、ICFは疾患と背景因子との複雑な相互作用の結果としての全体像を把握すること、第4に、ICIDHは障害の原因を疾患・外傷のみでしか考えないが、ICFは環境因子、個人因子の影響も含めて考えること、第5に、ICIDHは障害のある人

にのみ関係するが、ICF は全ての人についての分類であること、第 6 は、ICIDH は医学モデルに近いが、ICF は統合モデルであるということであった。

ICF は障害統計に限らず、当事者に対する支援場面での活用を中心に、調査、研究、教育、啓蒙と多様な目的で用いられてきた（上田, 2005）。上田（2005）は、支援場面における活用で大事なことは、ICF は、「人が生きることの全体像についての共通言語」とあると指摘している。人が生きることの全体像とは、ICF が生物心理社会モデルにもとづき、それぞれの要因および各要因の相互作用を重視して人の全体像を捉えるということである。共通言語とは、当事者、保護者、医師をはじめとする医療関係者、その他の専門家が共通して用いることが可能であるということである。ICF がその目的に沿ってアセスメントとして活用できるならば、生物学的要因だけではなく、心理面や生活環境を含めた対象者の全体像を把握することが可能となり、アセスメントから得られた情報を多職種で共有し、連携した支援につなげることができると考えられる。

ICF の信頼性と妥当性に関しては、Heinen, Van Achterberg, Roodbol, and Frederiks (2005) は、日々の実践で用いる看護診断の全要素を ICF のコードと用語に変換する試みを行い、ICF に変換できない看護診断は全体の 7%から 11%であり、看護診断の記述に使うほとんどの要素に ICF の分類が有用であることを示し、看護診断における ICF の妥当性を示した。Grill et al. (2007) は、2 人の理学療法士が急性期の対象者に関して「d430 持ち上げることと運ぶこと」を 0 から 4 の 5 件法で評価したところ、一致度は 0.52、重み付け κ 係数は 0.51 と十分な信頼性は得られなかったと報告している。Heinen et al. (2005) は、看護師間の ICF による評価の一致率はあまり高くなかったが、身近な患者の評価の際は一致率が高まることを報告している。これらの研究結果から、ICF を用いた評価に関して、看護診断で用いる場合の妥当性の高さ、及び、対象者をどの程度知っているかが観察者間信頼性に影響を与えることが示唆されたが、ICF を用いたアセスメントの信頼性と妥当性に関してはさらなる検討が必要である。

1-3-3 WHO 国際分類ファミリー (WHO-FIC) での位置づけ

WHO には様々な健康に関連する国際分類があり、それぞれの分類が互いに関連したネットワーク機能を WHO 国際分類ファミリーという。WHO-FIC は、健康に関する幅広い情報をコード化するための枠組みを提供し、健康と保険に関する諸専門分野および諸科学分野にまたがる国際的な情報交換を可能とする標準的な共通言語を提供するものである (世界保健機関, 2001)。Fig. 3 に示すように、ICF は ICD と同様に WHO-FIC の中心分類に位置づけられている。現在 WHO は ICD を中心として、同様の中心分類である ICF、及び、その他の分類の普及と拡大を計画している (溪村, 2008)。

ICF の派生分類として、国際生活機能分類：児童版 (ICF-CY : International Classification of Functioning, Disability and Health-Children & Youth version) が 2007 年に WHO から発表された (世界保健機関, 2007)。ICF-CY は乳幼児から思春期までの発達過程にある人 (18 歳未満) を対象とし、ICF と概念的枠組みや活用法は同じであるが、項目の記述を詳しくしたり、新たな項目を追加したりという修正が加えられている。

1-3-4 ICF の構成

Fig. 2 (9 頁参照) に示した ICF の各因子の内容を以下に示す (世界保健機関, 2001)。

心身機能 (body function) とは、身体系の生理的機能 (心理的機能を含む) であり、知的機能や睡眠機能、視覚や聴覚、心血管系に関する機能が含まれる。身体構造 (body structure) とは、器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分であり、神経系の構造や目や耳の構造、免疫系や消化器系に関連する構造などが含まれる。心身機能および身体構造における機能障害 (構造障害を含む) とは、著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題である。活動 (activity) とは、課題や行為の個人による遂行のことであり、参加 (participation) とは、生活・人生場面への関わりのことである。そして、活動制限とは個人が活動を行う時に生じる難しさのことであり、参加制約とは、個人が何らかの生活・人生場面に関わる時に経験する難しさのことである。

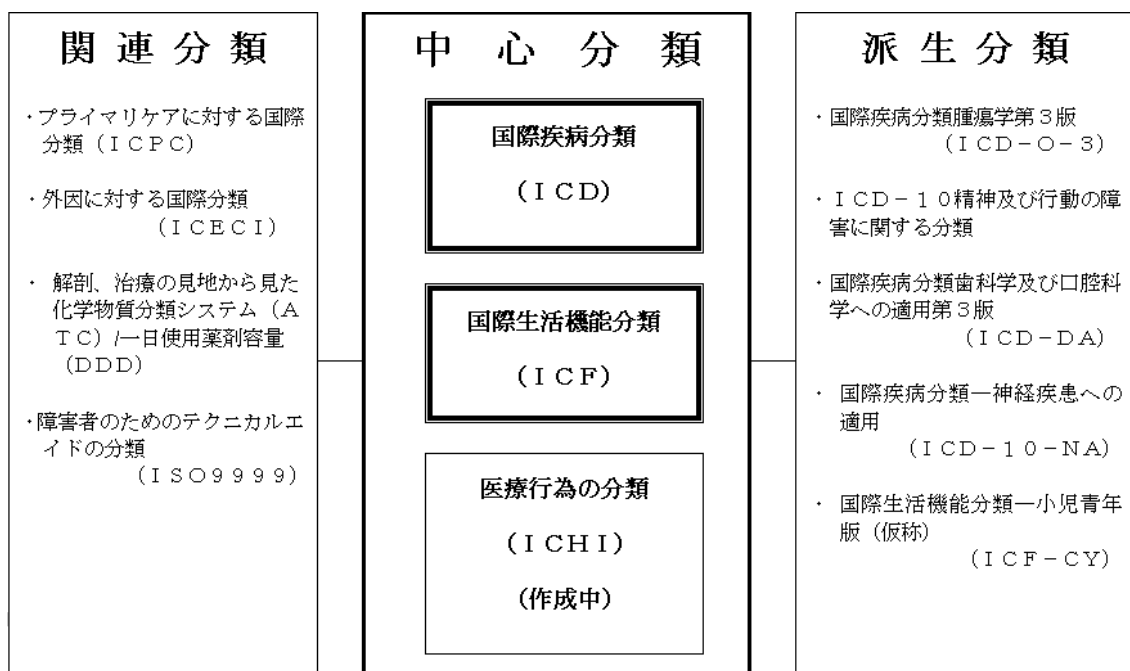


Fig.3. WHO 国際分類ファミリー.

(厚生労働省ホームページ (http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0626-7a_0003.pdf)
より転載)

活動・参加には、学習と知識の応用、コミュニケーション、運動と移動、対人関係に関する分類項目が含まれる。環境因子 (environmental factors) とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことであり、生活に関わる製品や用具、自然環境、家族や専門家との関係、利用可能なサービスや制度、政策に関する分類項目が含まれる。ICF は、これらの生活機能と環境因子に関する分類項目を用いて個人の評価を行っていく。

ICF のカテゴリーは階層構造となっている (世界保健機関, 2001)。より広いカテゴリーが、親カテゴリーよりも細かい小カテゴリーを含むように定義されている。例えば、心身機能の第1レベルである『精神機能』は第2レベルに8項目からなる全般的精神機

能と 14 項目からなる個別的的精神機能を含む。個別的的精神機能の『b167 言語に関する精神機能』は第 3 レベルの『b1670 言語受容』,『b1671 言語表出』,『b1672 統合的言語機能』,『b1678 その他の特定の, 言語に関する精神機能』,『b1679 詳細不明の, 言語に関する精神機能』を含む。さらに『b1671 言語表出』は, 第 4 レベルの『b16710 話し言葉の表出』,『b16711 書き言葉の表出』,『b16712 手話の表出』,『b16718 その他の特定の, 言語表出に関する機能』,『b16719 詳細不明の, 言語表出に関する機能』を含む。そして, 各項目の健康のレベル, 問題の重大さを評価する。

1-4 知的障害の定義, 分類, 支援

知的障害の定義, 分類に関しては, 米国知的・発達障害協会 (AAIDD : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) が「知的障害 : 定義, 分類および支援体系 (Intellectual disability : definition, classification, and systems of supports)」において, 時代の理解を反映させた体系的な情報を提供しており, 現在第 11 版が発刊されている (AAIDD は 2007 年に米国精神遅滞協会 [AAMR] から改称; 米国知的・発達障害協会, 2010)。

本節では AAIDD の知的障害の定義と分類を解説し, 分類を用いる意義と ICF との関連および整合性を解説する。

1-4-1 米国知的・発達障害協会 (AAIDD) による知的障害の定義

米国知的・発達障害協会 (2010) により知的障害は, 「知的機能と適応行動 (概念的, 社会的および実用的な適応スキルによって表される) の双方の明らかな制約によって特徴づけられる能力障害である。この能力障害は 18 歳までに生じる。」と定義される。この定義から, 知的機能という一側面のみではなく, 個人と環境との相互作用のなかで現れる制約である適応行動の制約を合わせて知的障害を定義していることが分かる。精神障害の診断・統計マニュアル第 4 版 (DSM-IV) でも AAIDD の診断基準が採用されてい

る（アメリカ精神医学会, 1994）。

米国知的・発達障害協会（2010）により、知的機能と適応行動の明らかな制約は操作的に定義されている。知的機能は、標準的な検査を用いて測定された結果が平均よりも約2標準偏差以上低いことと定められている。以前用いられていた生活年齢に対する精神年齢の比ではなく、検査の誤差や長所・短所、検査結果に影響を与える要因を考慮した上で、平均からのどの程度隔たっているかによって判断しなければならない。

適応行動は多次元的であり、一般的な適応行動の概念には、言語や時間、数の概念などに関する「概念的スキル」、対人的スキル、社会的責任、騙されやすさ、規則/法律を守る、被害者にならないようにする、社会的問題を解決するなどに関する「社会的スキル」、日常生活の活動、職業スキル、金銭の使用、安全、ヘルスケア、移動/交通機関、予定/ルーチンに関する「実用的スキル」の3つの領域が含まれる。適応行動の明らかな制約は、概念的、社会的、実用的スキルの3つの領域の1つ、または、3つの領域の総合得点のいずれかで、標準的な検査の結果が平均より約2標準偏差以上低いことと定められている。その際、適応行動の評価は、過去にできたことや最大限の実行能力ではなく、通常の実行能力に焦点を当てて行い、対象者を良く知る人から情報を得る必要がある。

知的障害は、個人の知的機能だけではなく、地域社会の環境との相互作用や文化的要因を重視して考えなければならない。また、適切な支援を受けても機能を維持するか、退行を阻止するにとどまることもあるが、知的障害のある人は適切な支援を受けることによって、知的機能や適応行動が改善されるという考えが大切になる。そのために知的機能や適応行動の評価によって有効な支援計画につながる情報を収集しなければならない。

1-4-2 AAIDD による知的障害の分類と意義：生物心理社会モデルおよび ICF との関連と整合性

知的障害の分類は、財政援助のグループ分け、研究、サービスと支援の提供、本人と環境の間の特有な性質を伝達する（情報の伝達）、という4つ主目的を持つ（米国知的・発達障害協会, 2010）。近年、知的障害のある人に対する多くの政策と実践が行われており、広範で多次元的な分類アプローチが必要とされている。代表的な知的障害の診断、分類体系はWHOによるICD-10とICFである（世界保健機関, 1992, 2001）。

AAIDDは多次元的分類体系を推奨している（米国知的・発達障害協会, 2010）。Fig. 4に示す人としての機能の多次元モデルに基づいており、ICFモデルとも整合している。人としての働きに影響を及ぼす5つの次元と、そこで重要な役割を果たす支援の2つの要素によって、人としての働きの概念的枠組みは構成されている。人の機能の多次元モデルの次元Iは知的能力（intellectual abilities）であり、知的能力の範囲に基づく分類

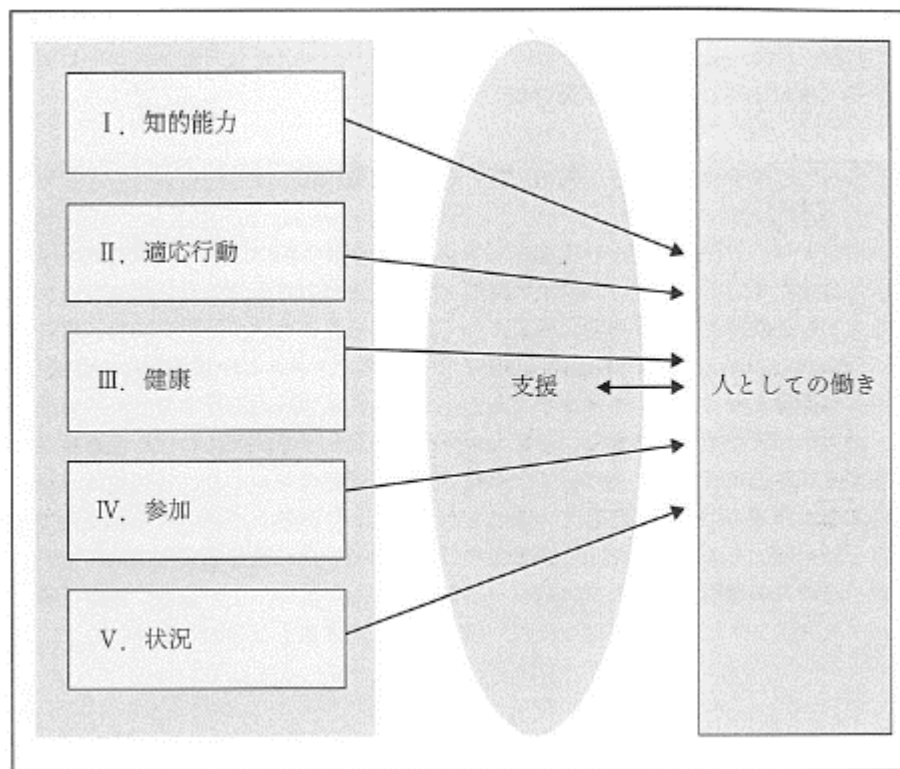


Fig.4. 人の機能の多次元モデル（米国知的・発達障害協会（2010）より転載）

である。これは、ICF の心身機能と身体構造に対応している。次元Ⅱは適応行動 (adaptive behavior) であり、評価された適応行動水準に基づく分類である。これは、ICF の活動に対応している。次元Ⅲは健康 (health) であり、身体的健康、病因、精神的健康、積極的な健康実践を含む広範な健康に焦点を当てた分類である。医療に関連する次元であり、ICF の健康状態および心身機能と身体構造に対応している。次元Ⅳは参加 (participation) であり、家庭生活、仕事、教育、余暇、精神的および文化的活動といった、社会における人々の実行能力に焦点を当てた分類である。これは、ICF の参加に対応している。次元Ⅴは状況 (context) であり、環境因子と個人因子を含む、人々が日常生活を送っている中での相互に関連した状態である。これは、ICF の背景因子と個人因子に対応している。以上のように AAIDD が推奨する人としての機能の多次元的モデルは、ICF の概念的枠組みと構成因子との整合性を重視している。

Buntinx (2006) は、2002 年の AAMR (AAIDD の前身組織) の知的障害の定義、分類、支援システムと ICF との 7 つの類似点を報告している。第 1 の類似点は、人の機能全般に焦点を当てていること、第 2 は、機能は人と環境の相互作用として定義され、どちらも生態学的理論の範囲に置かれるということ、第 3 は、生物心理社会モデルを共有しているということ、第 4 は、構成概念の関連性の枠組みが一致していること、第 5 は、AAMR の適応スキル領域と ICF の活動・参加が一致していること、第 6 は、環境の文脈の中で、人の機能全般をアセスメントするアプローチが共通していること、第 7 は、より哲学的なレベルで、どちらのシステムも単に障害のある状態と障害のない状態の違いを分類するだけでなく、社会的な平等を強調し、万人のための社会 (a society for all)、障害のある人のコミュニティへの完全参加 (full community participation) といった見解を共有していることである。

1-4-3 我が国における重症心身障害児の診断と分類

本博士論文研究は重症心身障害児施設において実施された。重症心身障害児とは我が

国固有の障害概念であるため（中村, 2006），ここでは重症心身障害児の定義と我が国で用いられている代表的な分類を示す。

我が国では 1946 年から日本赤十字社本部小児科産院と乳児院に勤務していた小林提樹によって重症心身障害児が社会に提起され，社会的扶助が求められた（江添, 2006）。重症心身障害児とは，「重度の肢体不自由と重度の知的障害」を併せ持つ一群であり（児童福祉法第 43 条の 4），厚生省は知能指数 35 以下であり，身体障害は身体障害福祉法から肢体不自由等級表による 1 級もしくは 2 級のものに規定した。本来，重症心身障害児という用語は行政上の概念であり医学用語ではなかった。しかし，その後の時間の経過とともに，医学用語として用いられるようになった。

重症心身障害児施設の入所対象を選定する基準として，元東京都立府中療育センター院長の大島一良により 1948 年に考案された大島の分類が，現在も広く活用されている（江添, 2006）。Fig. 5 に大島の分類を示す。知能指数を縦軸，姿勢保持機能と移動機能の運動機能を横軸として，それぞれ 5 段階に分けて，25 通りに分類している。発達指数や知能指数は標準化された知能検査である新版 K 式発達検査や WISC-III（ウェクスラー式知能検査第 3 版）の結果を用い，運動機能は保護者など本人の日常生活の様子をよく知っている人の評価を用いる。ここで 1, 2, 3, 4 に該当するものを重症心身障害児とした。5, 6, 10, 11, 17, 18 に該当する児童は，重度の知的障害のある児童であり，8, 9, 15, 16, 24, 25 に該当する児童は，重度の肢体不自由のある児童である。そのうち，5 から 9 に該当する児童は周辺児と呼ばれる。周辺児のうち，絶えず医学的管理におくもの，障害の程度が進行的であるもの，合併症のあるもの，という 3 条件の 1 つでも該当する場合，重症心身障害児施設への入所の対象となる。大島の分類により，60 年以上前から我が国では重症心身障害児の分類として，知能機能に限らず，運動機能との関係を考慮していたことが分かる。しかし，AAIDD の知的障害の定義と分類との関連で考えると，知的機能を 1 側面，適応行動の一部である移動や運動をもう 1 つの側面として，2

					(IQ)
					80
21	22	23	24	25	70
20	13	14	15	16	50
19	12	7	8	9	35
18	11	6	3	4	20
17	10	5	2	1	0
走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	

Fig.5.大島の分類. (江添 (2006) をもとに作成)

つの限定された側面から重症心身障害児を分類していることが分かる。AAIDD は、知的障害を知的能力，適応行動，健康，参加，状況の 5 つの次元から分類しており，施設への入所基準という目的だけではなく，対象者の実態把握と生活機能の向上を目指した支援計画を作成するためには，より詳細な分類が必要であると考えられる。

1-4-4 我が国における知的障害のある人の状況

本節は厚生労働省が 5 年周期で実施する知的障害児(者)基礎調査(厚生労働省, 2007)をもとに，我が国における知的障害のある人の状況を概観する。

2005 年 11 月の全国の知的障害のある人の総数は 547,000 名である。そのうち 23.4%にあたる 128,000 名が施設を入所利用しており，18 歳未満の人数が 8,000 名，18 歳以上の

人数が 120,000 名であった。このことから、施設を入所利用する知的障害のある人の 93.8%が 18 歳以上であることが分かる。Table 1 に知的障害のある人の障害の程度別人数を示す。最重度と重度の知的障害のある人が計 39.3% (164,600 名) であった。18 歳未満では計 42.7% (50100 名), 18 歳以上では計 39.2% (113,500 名) であった。40 歳代, 50 歳代では 25%程度であったが, その他の年齢では約 40%が重度および最重度知的障害があることが分かる。Fig. 6 に 1990 年から 5 年毎の知的障害の程度別人数の推移を示す。Fig. 6 から, 最重度知的障害のある人は 1990 年から 2005 年にかけて, 35,200 名から 62,400 名と大幅に増加している。これは医療の発達による生存率の増加が一因であると考えられる。重度知的障害のある人は障害の程度別にみると 2 番目に多く, 1990 年から 2005 年にかけて 13,900 名増加した。また, 2000 年から 2005 年にかけては, 中度知的障害, 軽度知的障害のある人の数が大きく増加していることが分かった。

Table 1 知的障害のある人の障害の程度別人数 (厚生労働省 (2007) より転載)

	最重度	重度	中度	軽度	不明	総数
総数	62,400	102,200	106,700	97,500	50,100	419,000
18歳未満	22,000	28,100	26,200	33,300	7,700	117,300
0-4歳	3,600	2,000	4,000	4,800	1,000	15,600
5-9歳	6,700	10,100	8,500	12,700	1,800	39,800
10-14歳	6,100	11,300	8,500	7,300	3,200	36,300
15-17歳	5,600	4,600	5,200	8,500	1,600	25,600
18歳以上	39,800	73,700	78,700	63,000	34,300	289,600
18-19歳	4,400	4,200	5,000	5,700	1,200	20,600
20-29歳	16,800	22,400	20,000	16,600	7,900	83,600
30-39歳	10,700	25,000	22,400	20,000	6,900	85,000
40-49歳	3,200	7,500	16,000	10,100	7,100	43,800
50-59歳	1,400	6,900	10,300	6,500	6,500	31,500
60-64歳	1,400	2,600	2,000	1,800	1,800	9,700
65歳以上	1,800	5,000	3,000	2,400	3,000	15,300
不詳	600	400	1,800	1,200	8,100	12,100

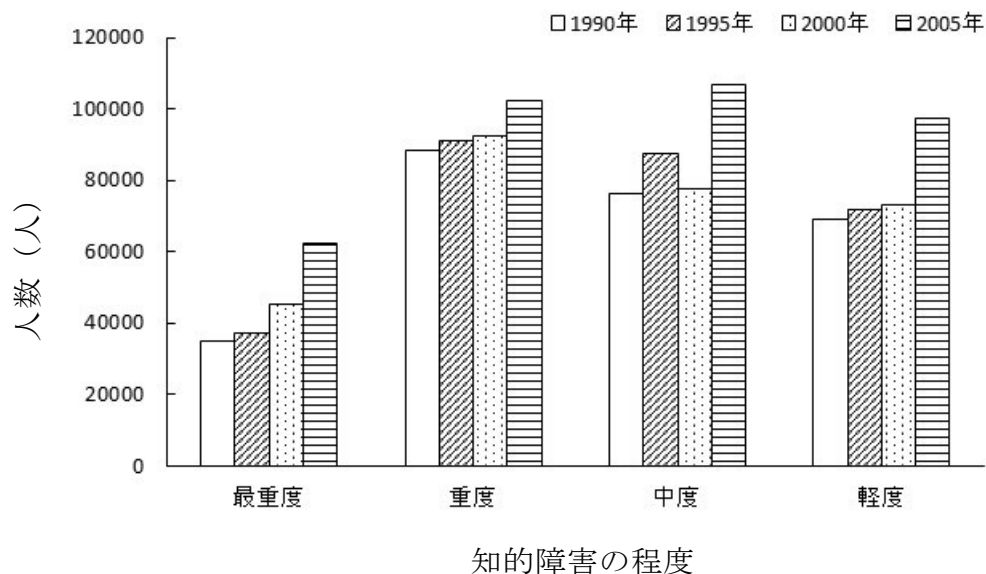


Fig. 6. 知的障害のある人の障害の程度の推移. (厚生労働省 (2007) より転載)

1-4-5 我が国における重度知的障害のある人への支援

1-4-5-1 重度知的障害のある人の支援に関する法体制

第二次世界大戦直後、我が国における知的障害のある児童対策は、戦災孤児、浮浪児、貧困家庭児問題の中の一部であった（小澤, 2013a）。大塚（2013）によると、知的障害のある児童に福祉行政としてサービスが提供されたのは、実質的には 1947 年の児童福祉法の制定からである。児童福祉法における福祉対策は、知的障害のある児童を保護收容し、自立可能な訓練を行うことを目的とした施設を設置することが中心的な対策であったため、児童相談所および現在の知的障害児施設である精神薄弱児施設が設置されることになった。しかし、児童福祉法の対象は 18 歳未満の知的障害児に限られていたため、次第に児童福祉施設に年齢超過者が増加する問題が生じてきた。知的障害のある児童から成人までの一貫した施策の必要性から 1960 年に精神薄弱者福祉法が制定されたが、施設の法定化が中心施策であって、18 歳以上の知的障害のある成人の收容施設を制度化するといった施設化政策の域を出ないものであった。精神薄弱者福祉法は 1998 年に知的障害者

福祉法に改正された。2000年にはさらに知的障害者福祉法が一部改正され、ノーマライゼーションの考え方が取り入れられた。知的障害者福祉法における障害者施策の基本は、障害者が生涯のあらゆる段階において能力を最大限に発揮し、自立した生活をめざすことを支援すること、および障害者が障害のない者と同様に生活し、活動する社会を築くことである。2006年の障害者自立支援法の施行によって、障害種別に関わらず一元的にサービスを提供するため、知的障害者福祉法の一部が障害者自立支援法に位置づけられた。このような法体制の変遷を経て、現在の我が国では、知的障害のある人への支援が提供されている。

1-4-5-2 重症心身障害児への支援の歴史

重症心身障害児は障害の重篤度のため生まれた我が国独自の概念である（江添, 2006）。児童福祉法では重症心身障害児を「重度の肢体不自由と重度の知的障害」を併せ持つ一群と定義している。障害の重篤さのため社会適応が極めて困難であり、時代背景や親の会の運動の結果、1961年に我が国最初の重症心身障害児施設である島田療育園（現、島田療育センター）が開設された。小澤（2013b）によると、重症心身障害児は障害が重篤であり社会復帰が困難であるため、重症心身障害児施設でも18歳以上の成人の処遇に関する問題が生じた。重症心身障害児施設でも成人に対応できるように、医療制度上病院として位置づけられることとなり、児童から成人に至るまで一貫したケアのできる施設となった。現在、重症心身障害児施設には多くの成人が入所利用しており、医療と福祉による支援を受けている。

1-4-5-3 重度知的障害のある人への心理職からの支援

知的障害が重度であり、身体障害や発達障害、その他の疾病が併発することの多い重度知的障害のある人に対する支援に関しては、我が国では医療的支援と福祉的支援が中心であり、心理職からの支援は発達検査の実施などに限られている。しかし、重度知的

障害のある人が示す多様な問題行動の低減や適応行動の形成といった生活機能の向上を標的とした行動的介入は大きな成果を挙げている（e.g., 平澤, 2009; Lonigan et al., 1998; Odom et al., 2003; 山本・澁谷, 2009）。行動の原理は年齢や障害の有無, 障害の種類に関わらず一貫しているため, 重度知的障害のある人の行動を修正し, 形成することを目的とした支援の基盤として考えることができる。行動的介入における標的スキルも, 言語, 日常生活スキル, 余暇活動, 多様な問題行動の低減など多岐に亘り, 家庭や学校場面における指導が行われ, 我が国でも行動的介入の理論や手続きが報告されている(e.g., 井上, 2008; 日本行動分析学会, 2001)。

平澤・藤原（2002）は重度知的障害のある児童が示す激しい頭打ち行動の機能を分析し, 問題行動が課題からの逃避と感覚刺激の獲得の機能を持ち維持されていると予測した。頭打ちが生じても課題を継続し, 床や机の間に手や座布団をはさみ衝撃を和らげる行動的介入と課題の嫌悪性を低減させる指導手続きを用いることによって, 激しい頭打ちという問題行動が早期に低減したことを示した。谷（1997）は「リンゴは赤」といった言語反応を訓練することによって, 自閉症傾向を伴う重度知的障害のある児童に色の概念を形成した。奥田（2001a）は, 生態学的調査と排泄行動の課題分析にもとづいた積極的練習を行うことで, 自閉症を伴う重度知的障害のある成人に対して適切な排泄行動を形成した。

このように生活機能の向上を目的とした行動的介入の有効性が示されているが, 我が国では福祉や医療現場における心理職からの行動的介入による支援はまだ定着していない現状である。行動理論に基づいた知的障害のある人の生活機能の向上につながる日々のかかわり方を保護者や福祉職に提供し協働して支援計画を作成することや, 精神安定剤の導入に変わる問題行動への行動的介入を医師に提言することが, 重度知的障害のある人に対する多職種連携における心理職からの貢献につながると考えられる。

1-5 ICF の活用と ICF コアセット

1-5-1 我が国における ICF の認知度と活用状況

我が国の医療リハビリテーションでは、リハビリテーション実施計画書に ICF の概念が取り入れられ、介護保険のリハビリテーション給付の加算にも用いられている（Table 2, 26 頁参照）。浅川・臼田・佐藤（2008）は、医療施設，社会福祉施設，行政関係施設で働く 146 名の理学療法士を対象に ICF の認知度および利用に関する状況調査を実施した。調査の結果，ICF のことを知っていると回答した者は 143 名（97.9%）と非常に多く，そのうち 72 名（50.3%）が授業で ICF の知識を得たと回答した。ICF の活用状況に関しては，臨床場面での使用が 21 名（14.7%），臨床実習指導での使用が 43 名（30.1%），臨床場面・臨床実習指導のどちらでも使用していると回答した者が 16 名（11.2%），使用せずが 63 名（44.1%）であった。ICF を認知している 143 名中，実際に使用している者は 80 名（55.9%）であった。リハビリテーション実施計画書以外での臨床場面で ICF を使用する者の割合は 25.9%程度であり，積極的に活用されてはいないことが分かった。日下ら（2008）は，リハビリテーション領域での ICF の活用が実施計画書以外に広がりを見せない原因として，ICF の検証の不備，疑問を持ちながらの活用，リハビリテーション領域に ICF がまだ一般化していないなどを理由として挙げ，最も大きな要因は約 1500 にも及ぶ項目数の多さとその活用の複雑さにあると指摘している。

濱田（2008）は，介護技術講習会指導者養成講習，介護福祉士等対象の初任者研修，介護技術講習会を受講する 98 名の介護福祉従事者を対象に ICF の認知度と活用状況に関する調査を実施した。調査の結果，ICF の認知度に関して，「よく知っていた」と回答した人は 20 名（20.4%），「あまり知らなかった」は 44 名（44.9%），「知らなかった」は 34 名（34.7%）であり，20%程度の人しか ICF を知らないことが分かった。ICF の活用状況に関しては，現在の実践に「活かしている」と回答した者は 27 名（27.6%），「活かしているとはいえない」と回答した人は 71 名（72.4%）であった。しかし「活かしている」と回答した人の ICF を活用している場面は，指導者養成，初任者研修，介護技術講

習の場面であり、実際の支援場面で ICF を活用している人はいなかった。ICF を「今後ぜひ活かしていきたい」と回答した人は 43 名（43.9%）であった。ICF を活かしていきたいが難しい理由として、「職場の人間関係が円満でない」、「現場が忙しすぎて、すべての利用者に活かすことができない」、「非常勤で雇用形態が曖昧。カンファレンスに参加できない」などが挙げられた。濱田（2008）から、介護福祉の現場では ICF の認知度が低く、日々の業務では活用されていないことが分かった。

特別支援教育分野における ICF および ICF-CY の認知度と活用状況については特別支援教育総合研究所が 1134 校の特別支援学校を対象とした調査を実施している（回答総数 809 校；国立特別支援教育総合研究所，2009）。各学校の教職員が「どのくらいの割合で知っていると思うか」という設問への回答として、ICF に関しては、「80%以上が知っている」が 26%、「60%以上 80%未満が知っている」が 14%、「40%以上 60%未満が知っている」が 21%、「20%以上 40%未満が知っている」が 19%、「20%未満が知っている」が 20%であった。ICF-CY に関しては、「80%以上が知っている」が 6%、「60%以上 80%未満が知っている」が 7%、「40%以上 60%未満が知っている」が 17%、「20%以上 40%未満が知っている」が 19%、「20%未満が知っている」が 50%であった。80%以上の教職員が知っているという回答が得られた割合が、ICF では 26%、ICF-CY では 6%であった。設問方法に違いがあるので単純に比較できないが、介護福祉従事者と特別支援学校の教職員の ICF の認知度は同程度であると考えられる。また、児童用に項目が抽出された ICF-CY の認知度は極めて低いことが分かった。ICF および ICF-CY の活用状況に関しては、活用していると回答した学校が 21%、活用していないと回答した学校が 79%であり、実際に活用している学校の割合は低いことが分かった。障害種別では、肢体不自由への活用が 28%と最も高く、聴覚障害への活用が 13%と最も低かった。活用方法としては個別支援計画や授業計画の作成や整理、進路指導や事例検討会での使用が報告された。

これらの現場の専門家に対する調査結果から、ICF の認知度に関しては、理学療法士はほぼ 100%知っていたが、その他の専門家は 25%程度の認知度であることが分かった。

また、ICF の活用に関しては、リハビリテーション領域では、リハビリテーション実施計画書などにシステムとして ICF が取り入れられているが、それ以上の活用は行われていないことが分かった。福祉や教育現場では、活用に関する明確な規定やシステムはなく、個人や施設、学校が独自に判断し、活用している状況であることが分かった。

1-5-2 我が国における ICF の理解と活用に向けた動き

我が国では、介護保険でのリハビリテーションサービスや介護サービスのプランニングでの活用がある。介護福祉士の養成教育においても介護概論や障害者福祉論で ICF の概念が導入されるようになり、介護概論では、介護の概念の項目のなかに、ICIDH の障害の概念から ICF の生活機能の基礎概念や用語の定義が加わった（濱田 2008）。

我が国での ICF の理解と活用に向けた動きとして、障害者基本計画（内閣府、2002）における「一. 基本的な方針」の「3. 障害の特性を踏まえた施策の展開」において、「WHO（世界保健機関）で採択された ICF（国際生活機能分類）については、障害の理解や適切な施策推進等の観点からその活用方策を検討する。」と記載されていることから、国の基本計画でも ICF を活用していくための取り組みを検討していることが分かる。また、訪問看護と介護（15 巻 12 号）、理学療法ジャーナル（43 巻 8 号）、総合リハビリテーション（37 巻 3 号）、発達障害研究（29 巻 4 号）などの各種学会誌において ICF の特集が組まれていることから、多領域で ICF への関心が高まっていることが分かる。檜部・岡田（2010）は、ICF に関する研究報告は我が国でも近年増加しているが、ICF の概念の説明や分類の活用の仕方に焦点を当てた論文が中心であると指摘している。これは、ICF の概念的枠組みがまだ広く理解されておらず、ツールとしての利用方法が確立されていない現状を反映していると考えられる。

Table 2 に各国の様々な政策における ICF の活用を示す（佐藤,2004）。Table 2 に示すように各国で政策分野での ICF の活用が始まっており、ほとんどが「分類」ではなく「概念的枠組み」の活用であった。また、一般的な活用は、サービス・給付あるいは人権擁護

などにかかわる障害の定義や評価での活用であることが分かった。いくつかの先進国では、「ICF の活用」を確認することが難しい理由として、2001 年の ICF 採択以前から同様の考え方に基づく政策が採用されてきていることが多いからであるという回答が得られた。フィンランドからの回答者は「国の法制や政策で明確に ICF の考え方を採用したとは述べられていないが、ICF のいろいろな側面がすでに政策や法制の重要な内容となっている」と報告した。このことから、ICF の概念的枠組みに近い考え方を ICF が発表される以前から政策として取り入れていた国があることが示唆され、それらが ICF に置き換わることで、各国の政策の共通点や統計情報の比較検討ができる可能性がある。

Table 2 各国の ICF の活用状況（佐藤（2004）より転載）

国	活用されたICFの側面	活用された政策分野
カナダ*	概念枠組み（ICIDHの）	「対等」（On Equal Terms）というタイトルの政策。カナダのケベック州で1984年に策定された総合的な障害者政策。
オーストラリア	「活動と参加」分類の3つの第1レベル項目	「連邦政府と州・準州の障害サービス合意書」では、「障害」を「ICFの活動と参加 分類の3つの第1レベル項目の地域のサポートニーズの有無」で定義している。報告に際してのデータ項目はICFの枠組みと評価点を基礎にしている。
	概念枠組み	差別禁止法の障害の定義（AIHW、オーストラリア保健福祉研究所が提案中）
ドイツ	概念枠組み	ドイツ社会法典No.IX-障害者のリハビリテーションと参加（2002）、障害者機会均等法（2002） 2004年4月1日から、ドイツ医療保険機構はリハビリテーション給付申請書にICFを活用した。
日本	概念枠組み	介護保険でのニーズ評価とケアプラン 介護保険のリハビリテーション給付の加算にあたって、ICFに基づいたリハビリテーション実施計画書を要件とした。 障害者基本法での障害の概念（2003年日本自閉症協会が要求したが実現しなかった。） 精神障害者へのリハビリテーションサービスと社会福祉サービスの提供（1987年以前には医療サービスしか実施されなかった。） HIV感染による免疫機能障害者が雇用率制度に組み込まれた。
	概念枠組み（ICIDHの）	

1-5-3 ICF コアセットの意義と 12 の慢性疾患を対象とした ICF コアセット

檜部・岡田 (2010)は、我が国でも ICF に関する研究報告は近年増加しているが、概念的枠組みの紹介が多く、ICF を実際に用いた実践報告はリハビリテーションや特別支援教育の領域において少数に限られていると報告している。ICF の実践的な普及が進まない原因の 1 つに、1426 項目からなる項目数の多さが挙げられる。そのため、実践場面の利用を進めるために特定の疾病や特定の環境に合わせて必要な項目を選出した ICF コアセット (ICF core sets) の開発が進められている (McIntyre & Tempest, 2007)。

数カ国の多領域の専門家に同一のアンケートを繰り返し行い、意見を集約させるデルファイ法 (delphi technique; Weiglet al., 2004) を用いて 12 の慢性疾患、例えば、抑うつ (Cieza et al., 2004)、乳がん (Brach et al., 2004)、肥満 (Stuckiet al., 2004) などを対象とした ICF コアセットが報告された。研究目的で用いる最小限の項目を選出した簡略的コアセット (brief core sets) と臨床実践で用いるための包括的コアセット (comprehensive core sets) の 2 種類の ICF コアセットが各疾病に対して作成された。ICF コアセットの一例として、抑うつに対する ICF コアセット (Cieza et al., 2004) を Table 3 (28 頁参照) に示す。抑うつの ICF コアセットでは身体構造に関する項目は抽出されなかった。簡略的コアセットの項目数は 31 項目、包括的コアセットの心身機能の項目数は 45 項目、活動・参加の項目数は 48 項目、環境因子の項目数は 28 項目の計 121 項目であった。簡略的コアセットにより特に抑うつに関連が強い症状や影響を与える要因がまとめられている。包括的コアセットでは 3 つの因子ごとに、うつ病の症状やうつ病により影響を受ける社会生活、対人関係、身体的な健康を分類するために必要な項目が広く選定されていることが分かる。包括的コアセットに示された分類項目を用いることにより、生物医学モデルによる病因だけではなく、うつ病の症状に影響を与える要因、うつ病の発症からくる就労や対人関係といった社会生活の困難さ、身体的な健康への影響、福祉サービスなどの社会的支援に関する情報を収集し、その人を取り巻く環境を含めた全体像を把握することが可能となる。

Table 3 抑うつ の包括的 ICF コアセットの項目 (Cieza et al. (2004)をもとに作成)

心身機能				活動・参加				環境因子	
code	ICF category title	code	ICF category title	code	ICF category title	code	ICF category title	ICF	ICF category title
b117	知的機能	b1603	思考の統制	d110	注意して視ること	d650	家庭用品の管理	e1101	薬 ↑
b126	気質と人格の機能	b164	高次認知機能	d115	注意して聞くこと	d660	他者への援助	e165	資産
b1260	外向性	b1641	組織化と計画	d163	思考 ↑	d710	基本的な対人関係	e225	気候
b1261	協調性	b1642	時間管理	d166	読むこと	d720	複雑な対人関係	e240	光
b1262	誠実性	b1644	洞察	d175	問題解決 ↑	d730	よく知らない人との関係	e245	時間的変化
b1263	精神的安定性 ↑	b1645	判断	d177	意思決定 ↑	d750	非公式な社会的関係	e250	音
b1265	楽観主義 ↑	b180	自己と時間の経験 の機能	d210	単一課題の遂行	d760	家族関係 ↑	e310	家族 ↑
b1266	確信			d220	複数課題の遂行	d770	親密な関係 ↑	e320	友人 ↑
b130	活力と欲動の機能	b1800	自己の経験	d230	日課の遂行	d830	高等教育	e325	知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティ の成員 ↑
b1300	活力レベル ↑	b1801	自己身体像	d2301	日課の管理 ↑	d845	仕事の獲得・維持・終了 ↑		
b1301	動機づけ ↑	b280	痛みの感覚	d2302	日課の達成	d850	報酬を伴う仕事	e330	権限をもつ立場にある人々
b1302	食欲 ↑	b460	心血管系と呼吸器系 に関連した感覚	d2303	自分の活動レベルの管理 ↑	d860	基本的な経済的取引	e340	対人サービス提供者
b1304	衝動の制御			d240	ストレスとその他の心理的 要求への対処 ↑	d865	複雑な経済的取引	e355	保健の専門職 ↑
b134	睡眠機能	b530	体重維持機能			d870	経済的自給	e360	その他の専門職
b1340	睡眠の量	b535	消化器系に関連した 感覚	d310	話し言葉の理解	d910	コミュニティライフ	e410	家族の態度 ↑
b1341	入眠			d315	非言語的メッセージの理解	d920	レクリエーションと レジャー	e415	親族の態度 ↑
b1342	睡眠の維持	b640	性機能	d330	話すこと			e420	友人の態度 ↑
b1343	睡眠の質	b780	筋と運動機能に関連 した感覚	d335	非言語的メッセージの表出	d930	宗教とスピリチュアリティ	e425	知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティ の成員の態度
b1344	睡眠周期に関連する 機能			d350	会話 ↑	d950	政治活動と市民権		
				d355	ディスカッション			e430	権限をもつ立場にある人々の態度
b140	注意機能 ↑			d470	交通機関や手段の利用			e440	対人サービス提供者の態度
b144	記憶機能			d475	運転や操作			e450	保健の専門職者の態度 ↑
b147	精神運動機能 ↑			d510	自分の身体を洗うこと ↑			e455	その他の専門職者の態度
b152	情動機能			d520	身体各部の手入れ			e460	社会的態度
b1520	情動の適切性			d540	更衣			e465	社会的規範・慣行・イデオロギー
b1521	情動の制御 ↑			d550	食べること			e525	住宅供給サービス・制度・政策
b1522	情動の範囲 ↑			d560	飲むこと			e570	社会保障サービス・制度・政策
b160	思考機能			d570	健康に注意すること ↑			e575	一般的な社会的支援サービス・ 制度・政策
b1600	思考の速度			d620	物品とサービスの入手				
b1601	思考の形式			d630	調理			e580	保健サービス・制度・政策 ↑
b1602	思考の内容			d640	調理以外の家事			e590	労働と雇用のサービス・制度・政策

注) †は簡略的コアセットとして選出された項目を示す。

我が国の ICF コアセットに関係した研究としては、血液透析患者のアセスメントに用いるための項目の選出や (筒井ら, 2008), 児童用に作成された ICF-CY の検討や実践研究が行われているが (宮岸・三浦・徳永, 2009; 徳永ら, 2010), ICF コアセットの項目選出に関する方法論は確立されておらず、実用に向けての更なる検討が必要である。

McIntyre and Tempest (2007) は ICF コアセットのメリットとして、能力障害 (disability) は個人と環境の相互作用の結果であることを示すことができ、臨床的な根拠と結果測定 of 適切な選択を促進させ、エビデンスに基づいた実践の使用を向上させると報告している。デメリットとしては、ICF の概念を不正確に伝える危険性があり、選別するメンバーに項目が影響を受けることを挙げている。

1-5-4 我が国における ICF の活用とアセスメント研究：医療，心理，福祉の連携への

ICF 活用の可能性

近年，我が国でも ICF の臨床場面，教育場面での活用が推奨されている。中俣 (2011) は，ICF が今後有益に機能するためには，概念の共通理解の促進とツールとしての精度の向上が不可欠であると指摘している。対象者の状態を記述するための臨床ツールとして用いる際の ICF の有用性に関して，厚生労働省大臣官房統計情報部 (2007)は，生活機能や疾病の状態についての共通理解を持つことができる点，サービスの計画や評価，記録などのために実地的な手段を提供することができる点，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点を挙げている。

ICF の臨床ツールとしての精度の向上のためには，多様な領域で ICF の活用に関する実践研究を積み重ねていかなければならない。長谷・丹波・原口 (2005)は，ICF を用いたリハビリテーション実習後の学生へのアンケートから，全体像の把握，課題の焦点化，将来像の予測といった項目に改善があり，臨床実習指導場面における ICF の有用性を報告している。ICF を臨床ツールとして用いることにより，日々の活動への参加状況や利用可能な環境資源に関する評価対象者の全体像の把握に役立ち，統一言語を用いることにより多職種間の連携に役立つと考えられる。由田・道下 (2007)は，介護技術講習会において，ICF を活用した「介護過程展開シート」を独自に作成し，ICF の考え方を取り入れた介護過程展開の基礎を受講生に対して教授した。事例展開の内容分析と終了後のアンケート結果から，初心者でも必要な情報収集の内容に見落としが少なく，また，事例の全体像が見えるためグループワークで効果的に使用できるという有効性が確認された。ICF の多職種間での統一言語としての性質は，患者ケアの向上に貢献するだろうと考察している。

徳江・新井・宗行・土屋 (2001)は，療育相談を受けている広汎性発達障害の幼児を担当する保健福祉事務所保健婦，町保健婦，作業療法士，家庭児童相談員により幼児の幼稚園訪問を実施し，ICF を用いた障害の総合評価，サービス計画を用いることによって，

幼稚園側との幼児に関する情報と認識および支援目標と計画の共有が図れたと報告している。徳永 (2004)は、ICF の代表的な項目を選出した ICF チェックリストを用いて、5名の児童を対象に生活地図の作成を行った。その結果、児童の全体像の把握と多職種間の連携は促進したが、項目内容と評価方法に関して評価の難しさも指摘された。ICF チェックリストに関しては、土田・仁科 (2007) が軽度発達障害のある児童の生活課題を明らかにする研究を報告している。

その他にも ICF の障害者歯科での応用 (北ら, 2004), 入所施設を利用する知的障害のある人の問題行動の特徴とその原因となる環境因子を明らかにする研究 (林・木戸・小野, 2005), 特別支援場面での ICF の電子ツールの開発 (金川ら, 2009)といった多様な領域での研究が実践されている。これらの実践研究では、ICF のツールとしての使用は、対象者の全体像の把握や多職種間の連携に有効に役立つことを示唆しているが、多くの研究で評価の困難さ、さらなる実践研究の必要性が指摘されている。

1-6 博士論文研究の目的

本博士論文研究は重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットを作成し、ICF コアセットを中心としたアセスメントシステムの開発、および、その実用性を検討することである。

研究 1 は、研究対象となる重症心身障害児施設と知的障害のある人の入所型の福祉施設の職員を対象に調査を実施し、ICF の認知度と活用度、既存のアセスメントの活用状況を明らかにすることを目的に実施された。

研究 2 は、研究対象となる重症心身障害児施設の利用者は年齢の幅が大きく、発達障害や身体障害、その他の疾患が重複している利用者が多数入所利用していたため、施設で実施された重症心身障害児施設個人チェックリストの回答を分析し、利用者の特性や生活スキル、行動特徴を明らかにすることを目的とした。

研究 3 は、重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとアセスメントシステ

ムの作成を目的とした。重度知的障害のある人の支援には医師、看護師、生活支援員、リハビリテーション、心理士といった多職種の専門家が関わっている。しかし、統一されたアセスメントツールは無く、各職種がそれぞれの専門領域で必要な情報を得るためのアセスメントを行い（またはアセスメントを行わず）、情報の共有が不十分なまま支援を行っている現状であった。多職種がそれぞれの役割を明確にし、協働して利用者の支援を行うためには、全ての職種が共通して用いることが可能であり、利用者の全体像が把握できるアセスメントツールが必要である。生物心理社会モデルに基づく ICF がその目的に沿っていると考え、活用を試みた。心理職が中心となり、多職種の職員と連携して ICF コアセットを作成した過程を示し、実用性を重視したアセスメントシステムの開発を目指す。

研究 4 の目的は、研究 3 で作成された重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとアセスメントシステムの実用性を検討することであった。施設を入所利用する 17 名の利用者をモデルケースとして実際にアセスメントを実施した看護師、生活支援員を対象に ICF コアセットとアセスメントシステムの実用性を調査した。

研究 5 は、ICF コアセットによる評価を行った重度知的障害のある利用者を対象に、生活機能の向上を目的とした行動的介入を実施した。ICF コアセットによるアセスメント結果と福祉職員との情報共有、生態学的アセスメントから標的スキルを時計の 1 時間単位の読みと時系列の順序とした。自閉症を伴う最重度知的障害のある成人を対象とした教育的な行動的介入に関する研究は少なく、多職種の連携における心理士の役割の 1 つとして、生活スキルの向上を目指した行動的介入の有効性を検討することを目的とした。

第2章 重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットの作成に関する研究

本博士論文研究は5つの研究から構成されており、全ての研究の実施者は筆者である。筆者は科学者 - 実践家モデルによる大学院教育を受け、応用行動分析学を専門とし、認定行動療法士の資格を有している。特別支援教育場面における軽度発達障害のある児童の支援や自閉症を伴う知的障害のある児童の行動療育を実践し、X-5年から博士論文研究の対象となる重症心身障害児施設にてフルタイムの心理士として勤務していた。業務内容は主に入所病棟の利用者に対する日中活動の計画と支援、生活スキルや認知スキルの向上を目指した個別療育が中心であった。

また、本博士論文研究は全て重症心身障害児施設の施設長および医療部長、看護部長、支援部長の許可を得て実施された。研究3および研究4は筆者が中心となり施設に勤務する看護師、生活支援員、理学療法士、作業療法士からなるICF検討委員会を設け、委員会で協議しながら博士論文研究を実施した。研究の計画や経過は定期的に施設長や各部長に報告しながら進められた。

2-1 研究 1: 福祉施設および重症心身障害児施設におけるアセスメントの活用状況と職員の ICF の認知度に関する調査

2-1-1 問題と目的

研究 1 では、知的障害および身体障害のある人の入所型福祉施設と研究 2 から研究 5 の対象となる重症心身障害児施設の職員を対象に選択式と記述式からなる調査を実施した。調査目的は、福祉施設および重症心身障害児施設の生活支援員および看護師を対象に、現在利用しているアセスメントの利用状況と ICF の認知度や活用状況を明らかにし、医療、コメディカルとの連携に期待することに関する情報を収集することであった。研究 1 は、公益財団法人大同生命厚生事業団地域保健福祉研究助成を受けて実施された。

2-1-2 方法

2-1-2-1 対象施設

対象施設は、K 医療圏域にある福祉施設 5 施設と研究 2 以降の博士論文研究の対象となる重症心身障害児施設 1 施設の計 6 施設であった。福祉施設は全て入所型の施設であり、A 施設と C 施設は知的障害児入所施設と障害者支援施設の児者併設施設であり、B 施設、D 施設、E 施設は障害者支援施設であった。K 医療圏域の各施設の位置関係を Fig. 7 に示す。重症心身障害児施設は医療機関であるため外来病棟では、各福祉施設の利用者の診療および看護、リハビリテーションを行っていた。

2-1-2-2 調査期間および調査対象者

調査は、X-2 年 5 月に実施された。5 つの福祉施設は 20 名程度の利用者を 1 単位とするファミリーから構成されていた。各ファミリーで職員は固定されており、リーダーと呼ばれる代表者が各ファミリーに 1 名、全てのファミリーをまとめる施設長が 1 名いる体制であった。福祉施設に関しては計 23 ある各ファミリーのリーダーを調査対象者と

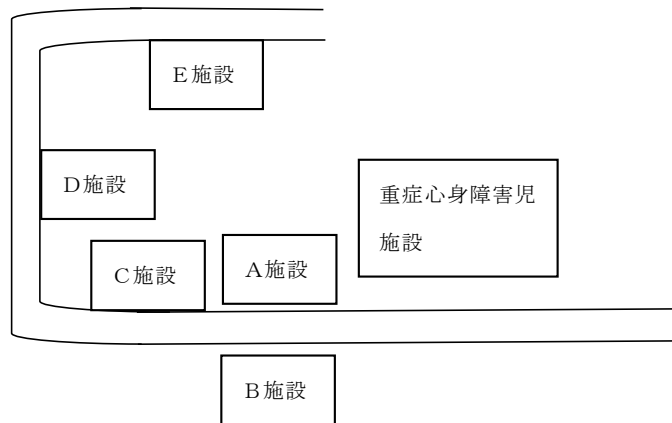


Fig. 7. K 医療圏域の各施設の位置関係.

し、リーダーが各ファミリーの職員に聞き取りを行い、調査への回答を行う形式とした。重症心身障害児施設に関しては、生活支援員と看護師がそれぞれ回答する形式とした。調査は、各施設長の同意を得て実施された。福祉施設は調査を依頼した 23 のファミリーから回答が得られ、重症心身障害児施設からは生活支援員 47 名、看護師 41 名の計 88 名から回答が得られた。

2-1-2-3 調査内容

調査内容は、1. 施設利用者数、2. 職員数、3. 利用者の障害名とその人数、4. ICF の認知職員数、5. 施設での ICF の利用状況、6. 既存のアセスメントの利用頻度、7. 医療機関との連携、8. コメディカルとの連携に関するものであった。設問 7 は、『ファミリーを利用する発達障害のある人が医療機関を利用した際、医療機関から伝達してほしい情報（例えば障害や病気の特性、投薬に関することなど）、医療機関に相談したいこと（例えば睡眠や食事に関することなど）があれば以下に記入してください。』という質問内容であり、設問 8 は、『ファミリーを利用する発達障害のある人に関して、心理士や療法士から伝達してほしい情報は何か？該当する番号に○を付けてください。1. 各種テストの結果、2. 身体機能の評価と機能を向上させるための取り組み、3. 健康維持や肥満

対策として、日々の運動や身体トレーニング、4. 利用者との適切な関わり方、5. 問題行動への対応方法、6. コミュニケーションを高める取り組み、7. 利用者の QOL（生活の質）を高める取り組み、その他、伝達してほしい情報や相談したいことを以下に記入してください。』という質問内容であり、設問 7、設問 8 はリーダーが自身の考えを回答することとした。福祉施設の職員は全ての項目に回答し、重症心身障害児施設の生活支援員および看護師は設問 4、5、6 の回答を行う形式とした。福祉施設に用いた調査用紙を一部修正し付録 A に示す。

2-1-3 結果

Table 4 に調査対象となった 5 つの福祉施設における 23 ファミリーの利用者数、職員数、利用者の障害名とその人数を示す。Table 4 から、全利用者 458 名は全て知的障害があり、そのうち 398 名 (86.2%) の利用者が重度から最重度の知的障害があり、76 名 (16.6%) に自閉症があることが分かった。学習障害および注意欠陥多動性障害のある利用者はほとんどいなかった。また、知的障害と併せて音声・言語・咀嚼機能の障害および肢体不自由のある利用者が 10% 以上いることから、比較的症状が重く、支援に専門性を要する利用者が福祉施設を入所利用していることがわかった。

Table 4 福祉施設の利用者数、職員数、利用者の障害目とその人数

(設問 1) 利用者数	458
(設問 2) 職員数	212
(設問 3)	
軽度から中度の知的障害	63
重度から最重度の知的障害	395
自閉症	76
学習障害	0
注意欠陥多動性障害	4
ダウン症	39
視覚障害	24
聴覚又は平衡機能の障害	15
音声・言語・咀嚼機能の障害	48
肢体不自由	55

Table 5 に福祉施設および重症心身障害児施設の生活支援員と看護師の ICF の認知度および利用状況，既存のアセスメントの利用頻度を示す。各施設では個別支援計画作成のため，知的障害のある人を対象としたアセスメントが設けられており，生活支援員が評価したアセスメントを職員は自由に閲覧できるようになっていた。Table 5 から福祉施設の職員は 34 名（16.0%），重症心身障害児施設の生活支援員は 13 名（27.7%）が ICF という言葉を知っていることが分かった。しかし，重症心身障害児施設の看護師は 4 名（9.8%）のみ ICF という言葉を知っていると回答し，多くの看護師が ICF を認知していないことが分かった。また，ICF に関する研修には全 300 名の職員中 1 名の看護師のみが参加した経験があることが分かった。施設で ICF の一部または全体を活用していると回答した職員は 0 名であり，各施設でアセスメントや障害理解において ICF が全く活用されていないことが分かった。最後に，既存のアセスメントに年間何回程度目を通すかという設問に対して，福祉施設の職員は平均 2.3 回，重症心身障害児施設の生活支援員は年間平均 1.8 回（0 回 - 5 回）であり，これは，個別支援計画作成時やアセスメント更新時に確認する程度であり，利用者の状態の理解やケースカンファレンス，職員間の引継ぎ時にアセスメント結果がほとんど利用されていないことがわかった。また，重症心

Table 5 職員の ICF 認知度，活用状況，および，既存のアセスメントの利用状況

	福祉施設 生活支援員(212名)	重症心身障害児施設 生活支援員(47名)	看護師(41名)
(設問 4)			
ICF 認知人数	34	13	4
ICF の研修参加人数	0	0	1
(設問 5)			
ICF の一部または全体を 活用している	0	0	0
(設問 6)			
既存のアセスメントを年 間に確認する平均回数	2.3	1.8	0.7

身障害児施設の看護師は平均 0.7 回（0 回 - 10 回）であり，支援員が作成する利用者のアセスメントには大半の看護師が目を通すことがないことが分かった。

設問 7 の医療機関との連携に関しては，福祉施設の職員から，障害や病気の特性，日々の支援，投薬，検査結果，感染予防，緊急時の対応，誤投薬の予防，リハビリ，強度行動障害への対応に関する情報提供，および，個別の事例に関する相談をしたいという回答が得られた。Table 6 に福祉施設の 23 名の各リーダーのコメディカルとの連携に期待することに関する設問への回答を示す。問題行動への対応が 18 名（78.3%）と最も多く，利用者との適切なかわり方が 13 名（56.5%）と次に多かったことから，重度から最重度の知的障害や自閉症のある利用者への対応において，問題行動への対応や日々の関わりに困難を感じ，コメディカルとの連携を求めている福祉職員が多くいることが分かった。また利用者の社会適応の向上や問題行動の低減につながると考えられるコミュニケーションを高める取り組みに関する情報を得たいと考える職員が 12 名（52.2%）と多いことも分かった。しかし，利用者の QOL を高める取り組みに関する情報を得たいと考えるリーダーは 3 名（13%）であり，非常に低かった。

2-1-4 考察

研究 1 から，入所型の福祉施設の生活支援員，重症心身障害児施設の生活支援員と看

Table 6 福祉施設の職員がコメディカルとの連携に期待すること

各種テストの結果	9
身体機能の評価と機能を向上させるための取り組み	9
健康維持や肥満対策として、日々の運動や身体トレーニング	8
利用者との適切な関わり方	13
問題行動への対応方法	18
コミュニケーションを高める取り組み	12
利用者のQOL（生活の質）を高める取り組み	3

看護師の ICF の認知度と活用状況、既存のアセスメントの活用状況、および、医師やリハビリテーション、心理士との連携に期待することが示された。理解度の程度にかかわらず、ICF という言葉を知っている福祉職員は 16.0%、27.7%とあまり高くはなかった。これは理学療法士の ICF の認知度 97.9% (浅川ら, 2008) と比較すると非常に低い値だが、濱田 (2008) は介護福祉従事者の ICF の認知度を 20.4%と報告しており、ほぼ同程度と考えることのできる値であった。2005 年より介護福祉国家試験実技に相当する介護技術講習会が実施されるようになり、使用テキストには介護技術の基礎および介護過程の展開にいたるまで、ICF の基本概念を網羅する内容になり、福祉分野で ICF が取り入れられるようになったことで、ICF の認知度や理解度が高まってきていると報告されている (濱田, 2008)。福祉職と比較すると看護師の ICF の認知度は非常に低く、ICF という言葉を聞いたことがない看護師が多くいることが明らかになった。看護実践 (Heinen et al., 2005) や投薬を決定する情報収集 (林・木戸・小野, 2005) において ICF の有効性が報告されているが、我が国では現場の看護師にまで ICF の考え方が浸透していないことが分かった。

既存のアセスメントの活用度に関しては、生活支援員、看護師ともにアセスメント結果にほとんど目を通すことはなく、日々の支援や看護、ケースカンファレンスなどで利用されることは全く無いという状況であることが分かった。研究 2 以降で対象となる重症心身障害児施設では、利用者の生活や身体機能、健康管理に関する状態まで、年に 1 度生活支援員がアセスメントを行うという体制であった。その評価には看護師は加わらず、大半の看護師がアセスメント結果に全く目を通さないという状況であった。看護師は利用者の様態が急変した時や病気やけがをした時に看護計画を立て、医療や看護の内容、利用者の状態の変化を評価していた。この看護計画も、支援員が目を通すことは全くなく、電子カルテ上ではアクセスができない状態であった。エビデンスに基づいた支援を行うためには、アセスメントによって利用者の全体像を把握し、支援や看護による変化を定期的に評価していかなければならない。また、生物心理社会モデルに基づいて

多職種が協働して効果的な支援を行うためには、利用者の全体像と支援目標を共有し、それぞれの役割を明確にして統一した支援を行っていかねばならず、支援や看護の基盤となるアセスメントがほとんど機能しておらず情報が共有できていないという研究 1 の結果は問題であると考えられる。

しかし、福祉職員が他の職種との連携を望んでいないわけではないことも研究 1 から明らかになった。医療職に対しては障害や病気の特性、投薬に関する情報を共有したいという希望があり、心理職に対しては問題行動への対処方法や利用者との適切なかかわり方、リハビリテーションに関しては、身体機能の評価と機能を向上させるための取り組みに関する情報を提供してほしいという希望が確認された。これらは日々の支援や社会適応、健康管理に必要な情報であり、各領域の専門家が日々実践していることである。職種間のコミュニケーションを広げ情報を共有し、多職種が協力して重度知的障害のある人を支援していくためには、多職種で統一した言語で、利用者に関する情報を共有できるアセスメントツールが必要であると考えられる。

2-2 研究 2：重症心身障害児施設の利用者のアセスメント

2-2-1 問題と目的

本博士論文研究は重症心身障害児施設の利用者を対象とした ICF コアセットの作成および ICF コアセットに基づくアセスメントシステムの作成を目的としているため、研究 2 では本博士論文研究を通して対象となる重症心身障害児施設の利用者の知的レベルや運動レベル、および生活スキルや行動特徴を明らかにすることを目的に実施された。研究 2 は、対象施設による日本重症児福祉協会が実施する重症心身障害児施設個人チェックリスト（三上・三田・岡田，2005）の回答を分析する形式で行った。対象となった重症心身障害児施設は 3 つの病棟から構成されており、A 棟および B 棟は入所施設であり、残りの 1 棟は外来診療を行っており、研究対象は A 棟および B 棟を入所利用している利用者とした。研究 2 から、A 棟および B 棟を入所利用する利用者の特徴と、他の関連施設や重度知的障害のある人への ICF コアセットの適用可能性を検討する。

2-2-2 方法

2-2-2-1 調査期間と調査対象者、および調査回答者

本調査は X-3 年 5 月に実施された。調査対象者は K 医療圏域にある重症心身障害児施設の A 棟を入居利用する 55 名、B 棟を入居利用する 50 名の計 105 名の利用者であった。調査への回答は利用者の生活支援にあたり、彼らの身体状態や運動レベル、生活スキルをよく知る生活支援員 40 名であった。各生活支援員は、担当する 1 名から 4 名の利用者を対象に調査への回答を行った。

2-2-2-2 調査内容

調査は重症心身障害児施設個人チェックリスト（以下、チェックリスト）への回答を分析する形式で行った。チェックリストは発達指数や大島の分類による判定、姿勢、移動、排尿、排便、咀嚼、摂食方法、食事の介助、遊び、コミュニケーション、問題行動・

Table 7 病棟別の利用者の生活年齢, 発達指数,
大島の分類における判定(単位:人数)

		A棟	B棟	計
利用者数		55	50	105
生活年齢	10代	5	0	5
	20代	6	1	7
	30代	11	6	17
	40代	25	14	39
	50代	8	16	24
	60代	0	13	13
発達指数	重度(20-35)	3	2	5
	最重度(20以下)	45	23	68
	測定不能	7	25	32
大島の分類	1	0	11	11
	2	0	8	8
	3	0	2	2
	5	10	18	28
	10	23	10	33
	11	1	0	1
	17	19	1	20
	18	2	0	2

異常行動, 問題行動・対人関連行動, 視覚, 聴覚, てんかん性発作, 抗痙れん剤服用の有無, 変形・拘縮, 筋緊張の状況等に関する 52 項目から構成されていた。

2-2-3 結果

Table 7 に A 棟および B 棟の利用者の生活年齢, 発達指数, 大島の分類における判定を示す。平均年齢は A 棟が 38 歳 12 ヶ月 (11 歳 2 ヶ月 - 57 歳 0 ヶ月) であり, B 棟が 51 歳 12 ヶ月 (28 歳 4 ヶ月 - 65 歳 12 ヶ月) であった。A 棟は 40 歳代が最も多いが, 10 代, 20 代の利用者も入居利用しており, B 棟は 40 代, 50 代, 60 代の利用者が多く, A 棟よりも利用者の平均年齢が高かった。発達指数は重度の利用者が 2 つの病棟合わせて 5 名しかおらず, 大半の利用者が最重度, および測定不能に該当した。Fig. 5 (18 頁) に示す大島の分類による判定では, A 棟の利用者は 10, 17, 18 に該当し, 重度および最重度

Table 8 病棟別の各臨床診断を受けた利用者数

	A棟	B棟
利用者数	55	50
自閉症	16	0
ダウン症候群	3	8
情緒障害	6	0
てんかん	34	34
脳性麻痺	0	3
その他	10	9

知的障害はあるが、移動に関する身体障害はほとんどないことが分かる。B棟は大島の分類による重症心身障害児とされる1, 2に該当する利用者は計17名、歩行障害のある5に該当する利用者は9名おり、A棟と比較して身体障害が重い利用者が多いことが分かった。しかし、B棟でも重症心身障害に該当しない利用者が24名入居利用していることがわかった。これは、博士論文研究の対象となった重症心身障害児施設の病棟の構成として、A病棟は比較的体障害が軽度であるが行動障害が強度の利用者を対象としており、B病棟では体障害が重度の利用者を対象としていることを反映している。

Table 8に病棟別の各診断を受けた利用者の人数を示す。なお、知的障害および体障害の診断は省略した。Table 8からA棟では自閉症のある利用者が16名(30.0%)、情緒障害のある利用者が6名(10.9%)と多く、B棟ではダウン症候群のある利用者が8名(16.0%)と多いことが分かった。また、てんかんのある利用者がA棟では61.8%、B棟では68.0%と非常に多いことが分かった。

Fig. 8に大島の分類の各分類と臨床診断との関係を示す。てんかんは全利用者の64.8%(68名)と多く、全ての分類で50%から100%の利用者が診断を受けており、知的機能および運動機能に関わらず全般的に多いことが分かった。重症心身障害児とされる分類1、分類2、分類3、分類4の21名中、ダウン症候群のある利用者は6名(28.6%)、脳

	走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり
IQ: 20-35	分類18 (2名) てんかん : 1名 自閉症 : 2名	分類11 (1名) てんかん : 1名 情緒障害 : 1名	分類6 (0名)	分類3 (2名) てんかん : 1名	分類4 (0名)
IQ: 0-20	分類17 (20名) てんかん : 12名 自閉症 : 8名 情緒障害 : 3名	分類10 (33名) てんかん : 19名 ダウン症候群 : 4名 自閉症 : 5名 情緒障害 : 2名	分類5 (28名) てんかん : 6名 ダウン症候群 : 5名 脳性麻痺 : 1名 自閉症 : 1名 情緒障害 : 1名	分類2 (8名) てんかん : 6名 ダウン症候群 : 1名	分類1 (11名) てんかん : 6名 ダウン症候群 : 5名 脳性麻痺 : 1名

Fig. 8. 大島の分類の各分類と診断との関係.

性麻痺のある利用者は1名(4.8%)であった。運動機能が高まると自閉症のある利用者が増加し、分類5では1名(3.6%)、分類10, 11では5名(14.7%)、分類17, 18では10名(45.5%)であった。このことから、運動障害の重い最重度知的障害のある人と、運動障害は軽度だが多様な問題行動を示すことが多く、対人相互作用が難しいとされる自閉症を伴う最重度知的障害のある人が、利用者の多くを占めることが分かった。

Table 9 (44 頁参照) に姿勢、移動、排尿に関するチェックリストの各項目で評価された利用者数を示す。Table 9 から、A棟では姿勢および移動に大きな支障のある利用者はいないが、B棟では寝たきりの利用者が5名(10.0%)おり、1人で歩くことのできない利用者が25名(50.0%)いることが分かった。排尿に関してはA棟の利用者の38名(69.0%)、B棟の利用者の47名(94.0%)と多くの利用者が一部から全介助を必要とすることが分かった。

Table 10 (45 頁参照) に排便、咀嚼・嚥下、摂食方法、食事の介助、食の形態、遊びに関するチェックリストの各項目で評価された利用者数を示す。排便に関してはA棟の47名(85.5%)の利用者、37名(74.0%)と多くの利用者が支援者に便意を知らせることができず、どちらの病棟も大半の利用者が排便に関する介助が必要であることが分かった。食事に関しては。A棟では40名(72.7%)の利用者が、B棟では42名(84.0%)の利用者が一部から全介助が必要であることが分かった。遊びに関してはA棟では遊び

Table 9 チェックリストの各項目で評価された利用者数：姿勢，移動，排尿

チェックリスト項目内容	A棟	B棟	合計
利用者数	55	50	105
姿勢			
寝たきりで、どんな姿勢でも首のすわりなし	0	2	2
寝たきりであるが腹臥位で頭をあげる	0	1	1
寝たきりであるが背臥位で頭をあげる	0	2	2
よりかかっている座位	0	7	7
よりかかりなしでの座位	0	2	2
膝立ち	0	0	0
つかまり立ち	2	12	14
ひとり立ち	53	24	77
移動			
移動できない	0	9	9
半寝返り	0	5	5
完全寝返り	0	0	0
背這い移動	0	0	0
肘這い移動	0	0	0
腹這い移動	0	0	0
四つ這い移動	0	2	2
座位移動	0	2	2
膝立ち移動	0	2	2
つたい歩き	0	1	1
両手ささえ歩き	0	1	1
片手ささえ歩き	1	3	4
独歩(不安定)	8	14	22
独歩(安定)	13	9	22
速歩き	12	1	13
走る	21	1	22
排尿			
尿意の有無			
有	45	18	63
無	2	14	16
不明	8	18	26
排尿の知らせ			
知らせない	44	33	77
事後に知らせることがある	2	2	4
事前に知らせることがある	3	12	15
いつも事後に知らせる	4	1	5
いつも事後に知らせる事前に知らせる	2	2	4
排尿の介助			
全介助	6	28	34
かなりの介助が必要	7	9	16
必要に応じて介助	25	10	35
介助不要	17	3	20

Table 10 チェックリストの各項目で評価された利用者数：排便，

咀嚼・嚥下，摂食方法，食事の介助，食の形態，遊び

チェックリスト項目内容	A棟	B棟	合計
利用者数	55	50	105
排便			
便意の有無			
有	39	11	50
無	5	16	21
不明	11	23	34
排便の知らせ			
知らせない	47	37	84
事後に知らせることがある	3	3	6
事前に知らせることがある	3	8	11
いつも事後に知らせる	1	0	1
いつも事後に知らせる事前に知らせる	1	2	3
排便の介助			
全介助	10	32	42
かなりの介助が必要	20	7	27
必要に応じて介助	23	10	33
介助不要	2	1	3
咀嚼・嚥下			
口の開閉			
非常に困難	1	1	2
やや困難	8	11	19
容易にできる	46	38	84
咀嚼			
非常に困難	0	6	6
やや困難	16	15	31
容易にできる	39	29	68
嚥下			
非常に困難	0	3	3
やや困難	8	17	25
容易にできる	47	30	77
摂食方法			
なし	2	11	13
てづかみで食べる	2	5	7
スプーンでなんとか食べる	14	12	26
スプーンで上手に食べる	7	11	18
箸を使って食べる	30	9	39
その他	0	2	2
食事の介助			
全介助（経管栄養など）	0	5	5
全介助（経口）	2	8	10
かなりの介助が必要	7	7	14
必要に応じて介助	31	22	53
介助不要	15	8	23
食の形態			
ミルク・流動食	0	0	0
ミキサー食	0	5	5
きざみ食	8	20	28
軟飯軟菜	0	4	4
普通食	47	15	62
その他（中心静脈栄養なども含む）	0	6	6
遊び			
遊びらしいものは全く見られない	20	15	35
何かを楽しんでいる様子がある	11	18	29
ひとり遊びをする	22	7	29
他児の遊びを見ている	2	3	5
大人（職員や家族）と遊ぶ	0	3	3
大人（職員や家族）を介して他児と遊ぶ	0	2	2
仲間遊びができる	0	2	2

らしいものが全く見られない利用者が 20 名 (36.4%) であり、他者と相互作用のある遊びができる利用者は全くいないことが分かった。B 棟では、遊びらしいものが全く見られない利用者が 15 名 (30.0%) であり、他者の遊びを見て、他者と相互作用のある遊びができる利用者が 10 名 (20.0%) いることから、遊びスキルは B 棟の利用者の方が比較的高いことが分かった。

Table 11 (47 頁参照) に、コミュニケーションおよび問題行動・異常習慣に関するチェックリストで評価された利用者数を示す。Table 11 から、理解に関しては A 棟で 4 名 (7.3%), B 棟で 9 名 (18.0%), 表出に関しては A 棟で 10 名 (18.2%), B 棟で 12 名 (24.0%) が全くコミュニケーションをとることができないことがわかった。しかし、日常会話の理解や 2 語文以上の表現ができると評価された利用者は、A 棟よりも B 棟の方が多いことが分かった。問題行動・異常習慣に関しては、A 棟において自傷行動が 31 名 (56.4%), 常同行動が 48 名 (87.3%) と非常に多く、自慰行為が 20 名 (36.7%) と比較的多いことが分かった。B 棟では、指しゃぶり・髪抜き・耳いじりなどが 11 名 (22.2%) と比較的高いが、その他の問題行動を示す利用者は比較的少ないことが分かった。

Table 12 (48 頁参照) は、問題行動・対人関連行動、視覚、聴覚、てんかん性発作、抗痙れん剤服用の有無に関するチェックリストの各項目で評価された利用者数である。攻撃的・反抗的態度を示す利用者は A 棟では 40 名 (72.7%), B 棟では 24 名 (48.0%), 他害行動を示す利用者は A 棟では 38 名 (69.1%), B 棟では 15 名 (30.0%) とどちらの病棟でも多く、特に A 棟では非常に多いことが分かった。また、A 棟では奇声・叫声を示す利用者、衝動的行動を示す利用者がどちらも 41 名 (74.5%) と非常に多く、日々の支援の困難さが予想された。B 棟では視覚、聴覚にそれぞれ何かしら問題のある利用者が 20 名 (40.0%), 21 名 (42.0%) と多いが、平均年齢の高さが一因であると考えられる。

2-2-4 考察

研究 2 の結果により、本博士論文研究の対象となる重症心身障害児施設の A 棟、B 棟

Table 11 チェックリストの各項目で評価された利用者数：コミュニケーション，

問題行動・異常習慣

チェックリスト項目内容	A棟	B棟	合計
利用者数	55	50	105
コミュニケーション			
理解能力			
どんな方法で働きかけても全く分からない	4	9	13
何らかの方法で働きかけると多少は理解する	16	16	32
簡単な言葉や身ぶりなどを理解する	34	15	49
日常会話を理解する	1	10	11
表現能力			
意思表示が全くないようだ	10	12	22
意味は分からないが声や身振りで表現する	19	19	38
意図した身振りやサインで表現する	10	6	16
単語で表現する	11	2	13
2語文で表現する	5	7	12
文章で表現する	0	4	4
問題行動・異常習慣			
指しゃぶり・髪抜き・耳いじりなど			
日常的にある	11	8	19
時々ある	2	3	5
なし	42	39	81
自慰行為			
日常的にある	10	0	10
時々ある	10	4	14
なし	35	46	81
自傷			
日常的にある	16	2	18
時々ある	15	9	24
なし	24	39	63
首振り・頭叩きなどの常同行動			
日常的にある	22	4	26
時々ある	16	4	20
なし	17	42	59
便こね			
日常的にある	5	1	6
時々ある	5	5	10
なし	45	44	89
異食			
日常的にある	6	1	7
時々ある	7	3	10
なし	42	46	88
その他			
日常的にある	26	0	26
時々ある	3	0	3
なし	26	50	76

Table 12 チェックリストの各項目で評価された利用者数：問題行動・対人関連

行動，視覚，聴覚，てんかん性発作，抗痙れん剤服用の有無

チェックリスト項目内容	A棟	B棟	合計
利用者数	55	50	105
問題行動・対人関連行動			
攻撃的・反抗的態度			
日常的にある	11	5	16
時々ある	29	19	48
なし	15	25	40
排他・拒絶的傾向			
日常的にある	12	4	16
時々ある	33	19	52
なし	10	26	36
奇声・叫声			
日常的にある	17	6	23
時々ある	24	20	44
なし	14	24	38
ひどいいたずら			
日常的にある	17	1	18
時々ある	6	9	15
なし	32	40	72
衝動的・発作的行動			
日常的にある	19	0	19
時々ある	22	13	35
なし	14	37	51
他害			
日常的にある	17	2	19
時々ある	21	13	34
なし	17	35	52
その他			
日常的にある	4	1	5
時々ある	0	2	2
なし	51	47	98
視覚			
全く見えないようだ	0	2	2
光は感じているようだ	1	0	1
視力は弱いが見えているようだ	3	18	21
視力には問題ない	51	30	81
聴覚			
全く聞こえないようだ	3	2	5
音は聞こえているようだ	0	19	19
強い音刺激には反応がみられる	0	0	0
よく聞こえている	52	29	81
てんかん性発作			
この2ヶ月間かなりあった	1	6	7
この1年間で10回以上あった	3	5	8
この1年間で10回未満であった	7	11	18
過去にあったが、この1年間はない	23	21	44
現在まで1度もない	21	6	27
抗痙れん剤服用の有無			
有	37	39	76
無	18	11	29

の利用者の実態が明らかになった。どちらの病棟も最重度知的障害，または発達検査では測定不能な状態の利用者が大半であり，B 棟の利用者の平均年齢が 13 歳高いことが分かった。大島の分類から B 棟の利用者は身体障害が重度の利用者が多く，A 棟の利用者は身体障害が軽度だが自閉症や情緒障害のある利用者が多いことが分かった。そのような発達障害の影響もあり，A 棟の利用者には自傷行動や他害行動を示す利用者が多く，問題行動への専門的な知識と取り組みが必要であることが分かった。B 棟では他害といった問題行動を示す利用者は 30.0%程度あるが，寝たきりの利用者が 10.0%，1 人で歩くことのできない利用者が 50.0%と多く，身体的な介護が中心となることが分かった。また，どちらの病棟の利用者も排泄に関しては一部介助から全介助までの支援を必要とした。

研究 2 から明らかになったことは，本博士論文研究の対象となる重症心身障害児施設の利用者の多様性である。重度知的障害という点では共通するが，併存する発達障害や身体障害の程度，問題行動の形態，予想される支援の焦点において，各病棟，また各利用者において大きな違いが見られた。本博士論文研究ではこれら全ての利用者に適用可能な ICF コアセットとアセスメントシステムの作成を目的としている。研究 2 で明らかになった利用者の多様性という点から，本博士論文研究によって全ての利用者に適用可能なアセスメントシステムが作成することができれば，重症心身障害児施設を入居利用する重度知的障害のある人に対象が限定されず，発達障害や身体障害の併存する他の環境で生活する重度知的障害のある人にも利用できる可能性が示された。

2-3 研究3: 重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとアセスメントシステムの作成

2-3-1 問題と目的

研究3では、重症心身障害児施設を入居利用する重度から最重度の知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとアセスメントシステムの作成を目的とした。重症心身障害児施設では、支援員や看護師を中心とした多職種が利用者の生活や健康全般にわたる支援を提供している。研究2で示したように重度知的障害のある人は身体障害や発達障害を重複することが多く、多様な支援を生涯にわたって必要とする。そのため、多職種が連携して継続的に身体機能や生活機能を評価し、計画を見直しながら支援を実施することが大切であると考えた。

研究3では、利用者を日々支援する多職種が協力して ICF コアセットを作成した手順を紹介する。医療と福祉が融合した重症心身障害児施設では、多職種の連携が重要な課題とされている。そのため、利用者の全体像の把握と情報および目標の共有に役立ち、統一した支援につながるアセスメントシステムを目指した。

研究3の一部は日本心理学会第75回大会(藤田, 2011) および第23回重症心身障害療育学会(藤田ら, 2012) で発表している。

2-3-2 方法

2-3-2-1 施設の概要と ICF 検討委員会の設置

研究3は、重症心身障害児施設のA棟、B棟を対象に実施された。研究2で示したように、A棟は身体障害が軽度だが自閉症を伴う最重度知的障害のある人が多く、B棟は重度から最重度の身体障害を伴う最重度知的障害のある人が多くいた。研究開始時、A棟の利用者数は55名(男性43名、女性12名)、B棟の利用者数は50名(男性26名、女性24名)の計105名であった。平均年齢は44.8歳(20歳以下5名、20歳代7名、30歳

代 18 名, 40 歳代 40 名, 50 歳代 24 名, 60 歳以上 11 名)であった。

施設で働く職員は、医師、看護師、支援員、理学療法士、作業療法士、心理士、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、臨床放射線技師であり、多職種が利用者の支援や看護を行っていた。看護師 3 名、支援員 2 名、理学療法士 1 名、作業療法士 1 名、心理士 2 名からなる ICF 検討委員会を設置し、ICF コアセットのための項目の選出や項目説明の修正、アセスメントシステムの検討、職員研修での ICF の概要の説明、研究 3 での取り組みの報告を行った。

2-3-2-2 ICF コアセットの作成手続き

まず、研究 3 の ICF コアセットとアセスメントシステムの作成過程から研究 4 のモデルケース評価後の調査までの流れを Fig. 9 に示す。

(1) 項目の 1 次選出 (X-3 年 11 月より) : 心理士 2 名、理学療法士、作業療法士の計 4 名により心身機能、活動・参加、環境因子の第 2 レベルから第 4 レベルの全ての項目から A 棟、B 棟の全ての利用者に関係があり、利用者のアセスメントに用いる必要がある

- 【研究 3】

 - I. ICF コアセットの作成
 - (1) 項目の 1 次選出
 - (2) 項目の 2 次選出
 - (3) 項目の整理
 - (4) 項目説明の追加・修正
 - (5) ICF 検討委員会によるモデルケースの評価
 - II. アセスメントシートの作成
 - III. 支援・看護計画書の作成

【研究 4】

 - IV. ICF コアセットとアセスメントシステムの実用性の検討
 - (1) 17 名の利用者をモデルケースとしたアセスメントの実施
 - (2) モデルケース評価後の職員に対する調査の実施

Fig. 9. ICF コアセットの作成から実用性の検討までの流れ.

項目を選出した。まず、著者より ICF の概念的枠組みや構成、項目選出の手続きを説明した。利用者に関係のある項目の選出方法は、全ての ICF の項目に関して、「4: ほとんど全ての利用者に関連のある項目 (90%以上), 3: 半数ほどの利用者に関連のある項目 (約 50%), 2: 4 人に 1 人ほどの利用者に関連のある項目 (約 25%), 1: ほとんど全ての利用者に関連のない項目 (10%以下)」の 4 件法の評価を行った。その結果、全ての評価者が 1 と評価した項目を削除した。次に、活動・参加因子の信頼性の低かった項目に関して、「1: その項目内容を実行できる利用者がある, 2: それができるようになることで QOL が向上する可能性がある利用者がある」の 2 点、環境因子の信頼性が低かった項目に関しては、「1: 現時点で項目内容が促進因子・阻害因子として働いている利用者がある, 2: 今後利用できる, または項目内容が整備されることによって、利用者の QOL の向上につながる可能性がある項目」の 2 点を評価基準として、どちらも満たす項目、どちらも満たさない項目の 2 件法で評価した。どちらも満たすと 3 名以上が評価した項目を採用し、評価が 2 名ずつに別れた項目は、4 名での協議の上、採用するかどうか判断した。以上の手続きで採用された項目を対象施設の利用者に関係のある項目とした。

次に、全ての利用者に関係のある項目から、アセスメントで用いる必要がある項目を選出した。「3: 非常に重要であり評価項目として必要, 2: 重要であり評価項目としてあったほうが良い, 1: 特に重要ではなく評価項目として必要ない」の 3 件法で各項目を評価し、判断できない項目は 0 と評価した。2 名以上の評価者が 3, 3 名以上の評価者が 2, または、3 と評価した項目を採用した。身体構造の項目に関しては評価が困難であったため、リハビリテーション科の医師が、利用者に関係があり、アセスメントで用いる必要性のある項目を選出した。

その結果、項目の 1 次選出では、心身機能 42 項目、身体構造 15 項目、活動・参加 70 項目、環境因子 17 項目の計 144 項目が選出された。

(2) 項目の 2 次選出 (X-2 年 12 月より): 1 次選出で採用された項目を中心に著者を含み心理士 2 名、看護師 3 名、支援員 2 名により、ICF コアセットへの選出項目を検討

した。月 1 回程度のミーティングを行い、まず著者より、ICF の概念的枠組みの説明と今後の手続きについて説明した。1 次選出で採用された項目に関して、心身機能は看護師が、活動・参加と環境因子は支援員がアセスメントで用いる必要性を評価した。「3：非常に重要であり評価項目として必要, 2:重要であり評価項目としてあったほうが良い, 1:特に重要ではなく評価項目として必要ない」の 3 件法で評価し、判断できない項目は 0 と評価した。その際、ICF の解説図書 (上田, 2005) を全評価者に配布し、説明が理解し難い項目があればいつでも著者に確認できるようにした。また、インターネット上で ICF の構造や各項目の内容を理解しやすいようにイラストで説明している ICF イラストライブラリー (http://www.icfillustration.com/icfil_jpn/) を紹介した。1 次選出時の評価と合わせ、項目の必要性に関して、5 名以上が 3 と評価した項目を採用し、2 と 3 の評価が 5 名以上、3 の評価が 4 名の項目を補助項目として採用した。補助項目に関しては全評価者で協議し、採用するかどうかを決定した。また、2 次選出から参加した評価者も 1 次選出で不採用となった項目を全て確認し、各評価者がアセスメントで用いる必要があると判断した項目に関しては、全評価者で協議を行い、採用するかどうかを決定した。

(3) 項目の整理: 2 次選出で選出された項目を 2 つの基準で整理した。基準 1 は、第 2 レベルが採用されており、その第 3 レベルの項目が全て採用されている項目に関しては第 3 レベルの項目を削除し、第 2 レベルの項目の説明に第 3 レベルの項目を含めることとした。例えば、心身機能の第 2 レベルの「b525 排便機能」が採用され、その第 3 レベルである、「b5250 排便, b5251 便の固さ, b5252 排便の頻度, b5253 排便の抑制, b5254 鼓腸」の全ての項目も採用されていた場合は、第 3 レベルの項目とその説明を「b525 排便機能」に含め、第 2 レベルのみ採用することとした。基準 2 は、第 2 レベルが採用されており、その第 3 レベルの一部が採用されていた場合は、第 2 レベルの項目を削除した。例えば、活動参加の「d315 非言語的メッセージの理解」が採用されており、その第 2 レベルの「d3150 ジェスチャーの理解, d3152 絵と写真の理解」のみが採用されていた場合は、第 2 レベルの「d315 非言語的メッセージの理解」は削除した。

(4) **項目説明の追加・修正**: 選出された項目の分かりやすさと評価しやすさを評価した。各項目に関して、全職員がその項目と説明を理解できるかどうかについて、「1: 分かる, 2: 分からない」の 2 件法で評価し、次に、ICF の評価基準に基づく評価のしやすさを「1: 評価できる, 2: 評価できない」の 2 件法で評価した。項目とその説明が分からないと評価された項目は、説明の追加と修正を行った。次に、評価できないと評価された項目は、各項目の説明に具体的な評価基準を追加した。

(5) **ICF 検討委員会によるモデルケースの評価**: 4 名の利用者をモデルケースとし、2 次選出までに選出された項目を用いてアセスメントを行った。アセスメントの過程で生じた疑問はいつでも著者に確認できるようにした。モデルケースの評価の結果、評価が困難であった項目や分かり難かった項目は説明を追加、修正し、協議の上、評価が必要と判断された項目を追加し、不必要と判断された項目を削除した。

2-3-2-3 アセスメント方法とアセスメントシステムの作成

ICF コアセットによるアセスメントは評価点と自由記述から行うこととした。自由記述では、現在の看護や支援方法、投薬状況、具体的な症状、できること、できないこと、注意事項などをできるだけ具体的に記述することとした。対象施設では利用者ごとに看護師と支援員が 1 名ずつ担当者となる体制であった。専門性を活かしたアセスメントを行うため、心身機能、身体構造の 2 因子は看護師、活動・参加、環境因子の 2 因子は支援員が評価することとした。分担したアセスメント結果を担当者がお互いに確認し、協議の上必要な修正を加え、利用者の情報を共有することとした。また必要があれば心理士や理学療法士、作業療法士に確認し、情報を記述することとした。

ICF コアセットを用いたアセスメント結果は記述式の評価が加わり情報量が増えるため、実用性を高めるためにアセスメント結果を A4 サイズ 1 枚に要約するアセスメントシートを作成した。アセスメントシートには個人因子を含めた全ての情報を要約するため、担当看護師と支援員が協力して作成する形式とした。次にアセスメント結果をもとに支援計画および看護計画を記載する支援・看護計画書を作成した。支援・看護計画書

は利用者の情報や目標を共有し、実用性を高めるため、A4 サイズ 1 枚に支援計画と看護計画、心理士による介入計画、リハビリテーションの計画をまとめて記載する形式とした。

アセスメントシートと支援・看護計画書を作成する際に重視した点は、多職種の連携と情報の共有のために 1 つのシートに情報をまとめること、そして、引継ぎやケースカンファレンス時に利用する頻度や動機づけを高めるため、A4 サイズ 1 枚の活用しやすい形式に情報を集約することであった。

2-3-2-4 ICF の概念の理解向上に向けての取り組み

施設職員の ICF の概念理解を向上させることを目的に、各病棟に ICF と関連図書を配布した。次に、X-1 年 1 月、X-1 年 12 月、X 年 4 月の職員研修において ICF の研修を実施した。各研修は多職種から 50 名以上の参加があった。その他、各病棟での説明会や数名の職員を対象とした小規模の説明会を行った。その後も ICF に関する疑問は著者と ICF 検討委員にいつでも質問できるようにした。

2-3-3 結果

2-3-3-1 重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセット

研究 3 の結果、Table 13, Table 14, Table 15, Table 16 に示す心身機能 45 項目、身体構造 15 項目、活動参加 43 項目、環境因子 11 項目の計 114 項目が重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとして選出された。他の疾病で作成された ICF コアセットの項目数と比較すると、抑うつの包括的 ICF コアセットは、心身機能 45 項目、活動・参加 48 項目、環境因子 28 項目の計 121 項目であり (Cieza et al., 2004)、乳がんの包括的 ICF コアセットは、心身機能 26 項目、身体構造 9 項目、活動参加 22 項目、環境因子 23 項目の計 80 項目 (Brach et al., 2004)であり、同程度の項目数であった。

また、作成された ICF コアセットは全ての利用者に関係する項目が選出されており、実際に評価する場合は各利用者に関係しない項目も含まれているため、各利用者に対し

Table 13 心身機能の ICF コアセット(45 項目)

コード	項目	コード	項目	コード	項目
b110	意識機能	b1521	情動の制御	b540	全般的代謝機能
b117	知的機能	b1670	言語受容	b545	水分・ミネラル・電解質バランスの機能
b122	全般的な心理社会的機能	b1671	言語表出	b550	体温調節機能
b126	気質と人格の機能	b210	視覚機能	b610	尿排泄機能
b1301	動機づけ	b215	目に付属する構造の機能	b6200	排尿
b1302	食欲	b230	聴覚機能	b6201	排尿の回数
b1304	衝動の制御	b2703	侵害刺激に対する感受性	b6202	排尿の抑制
b1340	睡眠の量	b410	心機能	b650	月経の機能
b1341	入眠	b435	免疫系の機能	b710	関節の可動性の機能
b1342	睡眠の維持	b440	呼吸機能	b720	骨の可動性の機能
b1400	注意の維持	b510	摂食機能	b735	筋緊張の機能
b1401	注意の移動	b5105	嚥下	b765	不随意運動の機能
b144	記憶機能	b5106	逆流と嘔吐	b770	歩行パターン機能
b1470	精神運動統制	b525	排便機能	b810	皮膚の保護機能
b1520	情動の適切性	b530	体重維持機能	b860	爪の機能

Table 14 身体構造の ICF コアセット(15 項目)

コード	項目
s110	脳の構造
s220	眼球の構造
s240	外耳の構造
s320	口の構造
s410	心血管系の構造
s430	呼吸器系の構造
s530	胃の構造
s540	腸の構造
s560	肝臓の構造
s570	胆嚢と胆管の構造
s580	内分泌腺の構造
s610	尿路系の構造
s730	上肢の構造
s750	下肢の構造
s760	体幹の構造

Table 15 活動・参加の ICF コアセット(43 項目)

コード	項目	コード	項目	コード	項目
d130	模倣	d4153	座位の保持	d4500	短距離歩行
d1550	基本的な技能の習得	d4154	立位の保持	d4501	長距離歩行
d177	意思決定	d420	乗り移り(移乗)	d455	移動
d2100	単純な単一課題の遂行	d4300	持ち上げる	d4600	自宅内の移動
d310	話し言葉の理解	d4301	手に持って運ぶ	d510	自分の身体を洗うこと
d3150	ジェスチャーの理解	d4400	つまみあげること	d5300	排尿の管理
d3152	絵と写真の理解	d4401	握ること	d5301	排便の管理
d330	話すこと	d4402	操作すること	d5400	衣服を着ること
d335	非言語的メッセージの 表出	d4403	放すこと	d5401	衣服を脱ぐこと
d350	会話	d4450	引くこと	d5402	履き物を履くこと
d4100	横たわること	d4451	押すこと	d5403	履き物を脱ぐこと
d4103	座ること	d4452	手を伸ばすこと	d550	食べること
d4104	立つこと	d4453	手や腕を回しひねること	d560	飲むこと
d4150	臥位の保持	d4454	投げること	d920	レクリエーションとレ ジャー
d4150	臥位の保持	d4455	つかまえること		

Table 16 環境因子の ICF コアセット(11 項目)

コード	項目
e1101	薬
e1151	日常生活における個人用の支援的な生 産品と用具(福祉用具)
e1201	個人的な屋内外の移動と交通のため の支援的な生産品と用具(福祉用具)
e1400	文化・レクリエーション・スポーツ用の一 般的な生産品と用具
e1401	文化・レクリエーション・スポーツ用の支 援的な生産品と用具(福祉用具)
e315	親族
e320	友人
e325	知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの 成員
e340	対人サービス提供者
e355	保健の専門職
e580	保健サービス・制度・政策

て全ての項目を評価する必要はなかった（例えば、身体障害のない利用者进行评估する場合、活動・参加の『姿勢の変換と保持』、『物の運搬・移動・操作』、『歩行と移動』に含まれる 23 項目はほぼ問題なしと評価することができた）。

次に項目とその説明が理解できるかという評価に対して「分からない」と評価された項目に対しては、対象施設の利用者に見られる行動などを例として説明に追加した。例えば、「b147 精神運動機能」には、「常同行動や反復行動、自己刺激行動、落ち着きがない不穏な状態。興奮状態になり常同行動や自己刺激行動が激しかったり、不穏な状態が続くなどして日常生活に支障を来す程度を機能障害として評価する」という説明を追加した。

評価のしやすさに関して「評価しにくい」と評価された項目に関しては、各項目の説明に評価の目安を追加した。例えば、「d4500 短距離歩行」では「4：全介助が必要、または、車いすの利用、3：大部分身体を支えるといった十分な介助や福祉用具が必要、2：必要な時に手助けする程度の部分的な介助が必要、1：見守り程度でほぼ自立して歩くことができる」という評価基準を追加した。また、活動・参加に関しては、全般的に評価が困難であるという意見が得られたため、対象項目のスキルを獲得している程度と日常生活で支援が必要な程度を評価の目安として説明に追加した。身体構造に関しては、構造障害の程度や大きさを示す第 1 評価点の評価は看護師には困難であるという意見が多く得られたため、協議の上、身体構造は変化の性質を表す第 2 評価点と部位を示す第 3 評価点のみ評価し、構造障害の状態を具体的に詳しく記述することとした。付録 B に実際の評価に用いた ICF コアセットを示す。

2-3-3-2 ICF コアセットを基盤としたアセスメントシステム

ICF コアセットは、心身機能、身体構造を看護師が主に評価し、活動・参加、環境因子を支援員が主に評価した。リハビリテーションの対象となっている利用者は担当の作業療法士や理学療法士が、心理士によるカウンセリングや行動的介入を受けている利用

者は担当の心理士が必要な項目を評価し、情報を追加、修正した。Fig. 10 に ICF コアセットを用いたアセスメント結果を要約するアセスメントシートを示す。アセスメントシートは ICF コアセットでは評価項目として整備されていない個人因子を含む利用者の全体像の把握および情報の共有を目的として、アセスメント結果を多職種が分担して要約し、利用者に関する情報を共有できるようにした。最後に、アセスメント結果をもとに作成する支援・看護計画書を Fig. 11 に示す。支援・看護計画書は、支援、看護、リハビリテーション、心理士による支援や看護の目標および計画を共有し、多職種で連携して統一した支援を提供できることを目的に、多職種が協力してまとめる形式とした。

また、アセスメントシートの活動・参加と支援・看護計画書の支援計画書欄には、活動・参加の第 1 レベルの項目を事前に記載しておき、項目毎に情報をまとめ、アセスメント結果から支援計画の作成がつながりやすくなるようにした。

2-3-4 考察

研究 3 の結果、重度知的障害のある人を対象とした 114 項目からなる ICF コアセットが作成された。次に、ICF コアセットの評価結果と個人因子を要約し、対象者の全体像の把握と多職種間の利用者の共通理解の促進を目的としたアセスメントシートを作成した。最後にアセスメント結果に基づいた支援計画、および、看護計画をまとめる支援・看護計画書を作成した。支援・看護計画書は支援計画書、看護計画書、リハビリテーション計画、心理職による介入計画をまとめることにより支援計画や目標の不一致を無くし、多職種間での目標の共有と連携、統一した支援につながることを目的とした。アセスメントシートおよび支援・看護計画書は A4 サイズ 1 枚にまとめる形式とした。情報量が制限されるというデメリットはあるが、アセスメント結果や支援計画および看護計画は日々の支援で有効に活用していくことが目的であるため、短時間で利用者に関する情報を得ることが可能な形式にすることにより実用性が高まることを期待した。アセスメントシートを確認し、詳細な情報を知りたい場合は、ICF コアセットの評価を確認す

ICFアセスメントシート 作成日 平成 年 月 日 作成者

氏名:					活動・参加	心身機能・身体構造
年齢: 性別:					学習と知識の応用 コミュニケーションの理解・表出 姿勢の変換と保持, 物の操作 歩行と移動 セルフケア<入浴、排泄、更衣、食事> 余暇活動, 楽しみ 注意が必要な行動, こだわり等 ↑ 必要ないものは削除してください(この文章も削除)	
身長: 体重:						
発達年齢:						
障がい名:						
障害手帳(有・無):						
療育手帳(有・無):						
使用禁止薬品, 食品:						
投薬:						
本人・家族の生活への希望						
個人因子						
環境因子					支援内容, 使用用具	
活動	できる	見守り等	一部介助	全介助		
室内移動						
短距離歩行						
長距離歩行						
食事摂取						
飲水						
洗身						
更衣						
排尿						
排便						
洗顔						
整髪						
歯磨き						

Fig.10. ICF コアセットのアセスメント結果を要約するアセスメントシート.

支援・看護計画書		作成日 平成 年 月 日		氏名:	
担当支援員:			担当看護師:		
利用者の要望・希望 1. 2. 3.			看護診断, 診断名 1. 2. 3.		
支援目標および計画の概要			4. 5.		
			看護目標および看護計画 1.		
ニーズ1:			2.		
ニーズ2:			3.		
ニーズ3:			4.		
			5.		
【学習と知識の応用】					
【コミュニケーションの理解・表出】					
【姿勢の変換と保持, 物の操作】					
【歩行と移動】					
【セルフケア＜入浴、排泄、更衣、食事＞】					
【余暇活動, 楽しみ】					
【注意が必要な行動, こだわり等】					
リハビリ/心理					

Fig. 11.支援計画，看護計画，リハビリテーションおよび心理職による介入計画を記載する支援・看護計画書.

るといった活用方法を提案している。

2004 年に報告された 12 の慢性疾患を対象とした ICF コアセットは異なる国の専門家が項目の選別を繰り返し行うデルファイ法により作成されたものである (Weigl et al., 2004)。研究 3 は対象施設の利用者の状態や施設の生活環境をよく知る多職種の職員がモデルケースの評価も取り入れて繰り返し協議を行い項目の選別を行ったため、アセスメントツールとして妥当性の高い項目が選出されたと考えられる。現場の声を聞きながら協働してアセスメントシステムの作成を行ったことにより、新しいシステムの導入に対する現場の抵抗も弱まり、受け入れが良くなると考えられた。また、繰り返しの協議により、各委員も ICF に関する理解が高まり、ICF の項目や概念的枠組み、評価方法に関する他の職員からの質問に正しく回答できるようになった。

ICF のアセスメントツールとしての精度を高める必要性が指摘されているが (中俣, 2011)、研究 3 で ICF コアセットの項目を選出した委員会からの意見を中心に、今後多くの現場で ICF を実用的に用いるために必要と考えられる取り組みを 3 点示す。第 1 に、項目名とその説明の難解さを修正する必要がある。研究 3 では ICF コアセットの選出過程において、その項目の内容が理解できるかを評価し、理解し難い項目の説明を追加、修正した。項目の選出に関わった委員会のメンバーからも 1 つ 1 つの語句が難しいという意見が得られた。様々な背景を持つ多職種の共通言語としての役割を ICF では強調しているため (WHO, 2001)、関連領域で働く様々な専門家が項目の内容を理解できるようにしなければならない。難解な言葉を容易なものに修正し、具体例を豊富にし、ICF イラストライブラリーのような理解の促進に向けた取り組みを増やしていく必要がある。第 2 に研究 3 では評価のしやすさを評価しているが、多数の項目が評価しにくいという結果であった。評価基準が明確ではない点が問題点として最も議論された。例えば、心身機能の評価基準は、「機能障害なし」から「重度の機能障害」までの 5 件法の評価となり、過去 30 日間に問題が見られた頻度と日常生活に支障をきたす程度を基準として設けている。特に最重度知的障害のある人のような自身の状況を言葉で表現できない人た

ちを対象とした場合、どの程度日常生活で困難を感じているかを評価することが困難であった。また、例えば投薬を継続しているために現状では大きな問題が生じていないケースや発生頻度は少ないが生命の危機や重篤な問題につながる可能性のある項目の評価をどのように行うかなど評価に関する多くの点で検討が必要であった。検討の上、評価が困難な項目には評価基準と具体的な例を説明に追加した。評価者間の信頼性を高めるため、評価基準をより明確にし、具体的な例をより多く示す必要がある。

最後に、ICF の臨床ツールとしての精度をより高めるために、研究 3 のような特定の障害や生活環境を対象とした ICF コアセットの作成と実際に ICF コアセットを用いてアセスメントを行う実践研究を積み重ねていく必要がある。ICF は生活環境や家族、地域との関係も含めた対象者の全体像を把握するための分類であるため、文化的要因も ICF コアセットを構成する項目とその評価に大きく影響する。特に環境因子と活動・参加因子の参加に関しては、欧米で作成された特定の疾患を対象とした ICF コアセットの日本での標準化が必要である。また、研究 3 は重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットであるが、生活環境の異なる知的障害のある人や ICF-CY を用いた知的障害のある児童を対象としたデータとの関連を検討することで、生活場面の違いによる知的障害のある人の共通点や相違点、知的障害のある児童の将来の社会適応に向けて必要な取り組みなど、ICF を基盤とした大きな枠組みで知的障害のある人たちを理解する取り組みにつながる可能性がある。栗原 (2006)は、てんかんを持つ患者の機能障害の評価に ICF を用いてその有用性を示し、てんかん発作に関係する公的援助を要望する際に日常生活や社会参加の面からてんかんのある患者の機能障害を客観的に提示するツールが必要であると報告している。これは知的障害や発達障害、広汎性発達障害やその他の疾患にも同様の課題であることから、生活全般の評価に適した ICF の活用と臨床データの積み重ねにより、様々な生活場面で経験する彼らの困難と必要な援助に関する情報を社会に提供する客観的な手段となり得る。以上の 3 点が ICF の臨床ツールとしての普及を考えた際に特に必要な取り組みであると考えられる。

研究3では、重度知的障害のある人を対象としたICFコアセットと、利用者の全体像の把握、多職種間での利用者の共通理解と目標の共有、統一した支援への活用が期待されるアセスメントシステムが作成された。研究4では、研究3で作成されたアセスメントシステムを用いてモデルケースの評価を行い、その実用性を検討していく。

2-4 研究 4: 重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットを中心としたアセスメントシステムの実用性の検討: モデルケース評価後のアンケート分析から

2-4-1 問題と目的

研究 3 では、重度知的障害のある人のアセスメントを目的とした ICF コアセットを作成し、アセスメント結果に基づいた支援計画書と看護計画書の作成までを含めたアセスメントシステムを報告した。アセスメントシステムは、ICF コアセット、アセスメントシート、支援・看護計画書から構成されていた。

研究 4 では、17 名の利用者をモデルケースとして、担当の看護師と生活支援員が実際にアセスメントシステムを用いて評価を行った。評価後の職員に対して調査を実施し、アセスメントシステムの実用性を検討することを目的とした。

2-4-2 方法

2-4-2-1 参加者

重症心身障害児施設を入居利用する男性 13 名、女性 4 名の計 17 名の利用者（平均年齢 38.1 歳：範囲 14 歳-60 歳）がモデルケースとして参加した。新版 K 式発達検査の結果、認知適応領域の発達年齢は測定不能だった利用者が 2 名、0 歳代が 1 名、1 歳代が 7 名、2 歳代が 3 名、4 歳代が 4 名であった。言語適応領域の発達年齢は測定不能だった利用者が 2 名、0 歳代が 5 名、1 歳代が 4 名、2 歳代が 4 名、3 歳代が 1 名、5 歳代が 1 名であった。全ての利用者が重度、および、最重度知的障害に該当した。

モデルケースの利用者 1 名に対して担当の看護師 1 名と生活支援員 1 名の計 34 名の職員が参加した。

2-4-2-2 職員に対する ICF の概念的枠組みとアセスメントシステムの説明

著者からモデルケースのアセスメントを行う全職員に対して、ICF の概念的枠組みとアセスメントシステムを用いる利点および評価方法を説明した。2 名から 6 名が参加す

る1時間半程度の説明会を8回開催した。アセスメントシステムを用いる利点としては、「多職種間の連携と情報の共有」、「利用者の全体像の把握」、「利用のしやすさを高める」、「支援の根拠を明確にし、説明責任を果たす」の4点を強調して説明した。モデルケースとして参加しない利用者のアセスメント結果と支援・看護計画書を参考資料として例示し、著者が説明しながらICFコアセットのいくつかの項目の評価を職員が実際に行い、アセスメント方法を確認した。モデルケースのアセスメントの期限を約1ヶ月とし、分かりにくい点はいつでも著者およびICF検討委員に確認できるようにした。

2-4-2-3 モデルケースのアセスメント

ICF コアセットは、現在の支援内容や具体的な症状、問題点を自由記述欄にできるだけ詳しく記載するよう説明した。専門性を活かすため、看護師が心身機能45項目と身体構造15項目の評価を行い、生活支援員が活動・参加43項目と環境因子11項目の評価を行った。アセスメント終了後、情報の見落としや誤りが無いか、お互いのアセスメント結果を確認した。次に、ICF コアセットの評価結果をA4サイズのアセスメントシートに要約し、生活暦や本人および家族のニーズといった個人因子を各担当が協力して記入した。最後に、アセスメント結果をもとにして生活支援員が支援計画を、看護師が看護計画を立て、A4サイズの支援・看護計画書に分担して記入した。リハビリテーションや心理士によるカウンセリング、行動的介入を受けている利用者に関しては担当者が目標と計画を追記した。分担して計画を作成した後、お互いの目標や計画を確認し、情報が不十分な点や職種間で連携が取れていない点があれば、話し合っって修正することとした。

2-4-2-4 アセスメントシステムの実用性に関する調査

モデルケースのアセスメントを実施し、支援・看護計画書を作成した職員に対してアセスメントシステムの実用性に関する調査を実施した。ICF コアセットの実用性に関する調査は報告されていないので、利用しやすさ、利用者の全体像の把握に役立つか、情報の共有・多職種の連携に貢献するか、既存のアセスメントとの比較に関する質問項目を著者が作成した。

調査はアセスメントシステムの『作成に要した時間』、『ICF コアセットについて』、『アセスメントシートについて』、『支援・看護計画書について』、『全体を通して』の 5 つのセクションから構成されていた。各セクションには、評価が難しかった点や感想、意見を記入する自由記述欄を設けた。研究 4 で用いた調査用紙を付録 C に示す。

『作成に要した時間』は、アセスメントシステムの内容や評価方法の理解からパソコンへ評価結果を入力するまでに要した時間とした。『ICF コアセットについて』、『アセスメントシートについて』、『支援・看護計画書について』に関しては、評価や作成のしやすさ、項目数や記載量が適切であるか、利用者の全体像の把握に役立つか、多職種の連携に役立つか、問題の焦点化につながるか、実際に活用できそうか、などに関して 5 件法で評価する形式とした。『全体を通して』は、ICF が理解できたか、担当者間で話し合うことができたか、アセスメントシステムを今後利用していきたいか、を質問項目として 5 件法で評価する形式とした。また支援員に対しては既存のアセスメントとの比較に関して、看護師に対しては看護計画を作成する際に今回のアセスメントは必要だと思うかどうかに関して 5 件法で評価する形式とした。全セクションを合わせると質問項目数は看護師が 25 項目、支援員が 27 項目であった。

各項目の評価は 1 から 5 の 5 件法で行い、数字が大きいほど肯定的な評価であった。例えば、設問 2 の「担当個所は評価しやすかったですか？」の評価基準は、「1. とても評価しにくかった, 2. 評価しにくかった, 3. どちらでもない, 4. 評価しやすかった, 5. とても評価しやすかった」であり、設問 10 の「アセスメントシートにまとめた情報は見やすいですか？」の評価基準は「1. とても見難い, 2. 見難い, 3. どちらでもない, 4. 見やすい, 5. とても見やすい」であった。つまり、平均評価値が 3 以上であれば、概ね肯定的な意見が得られたと考えることができた。

2-4-2-5 観察者間信頼性

モデルケースからランダムに選出した 6 名の利用者に関して、担当看護師以外の看護師が ICF コアセット評価シートの心身機能の評価を行い、担当看護師による評価との観

察者信頼性を求めた。「8. 詳細不明」、「9. 非該当」と評価された項目は対象外とした。0 から 4 の 5 件法で評価された項目に関して重み付けカッパ係数を計算した結果、0.62 と十分に高い観察者間の信頼性が得られた。

高い信頼性が得られた理由は 2 点考えられる。1 点目は、各項目の説明に具体的な評価の目安や説明を追加したことである。例えば、『b1302 食欲』に関しては、「4：食欲が全くなく、全介助や十分な医療的なケアが必要，3：月の半分以上は食欲がなく，大部分の介助や医療的ケアが必要，2：食欲がない日が週に 1-2 回程度ある，1：まれに食欲がない日があるが，健康に支障を来たす程ではない」という説明を追加したことである。2 点目は、ICF 検討委員の看護師が各項目について、それぞれの評価点に該当すると考えられる利用者を例として示し、モデルケースの評価を行った看護師に配布し、具体的にイメージできるようにフォローしたことが挙げられる。

現場では、アセスメントや支援計画、看護計画の作成に十分な時間を確保することが難しいことが多いため、今回のように、評価時間を短縮し、信頼性の高い評価を得られる工夫や援助は大切だと思われる。

2-4-3 結果

2-4-3-1 アセスメントシステムに要した時間に関して

アセスメントシステムに要した平均時間を算出した。ICF コアセットを用いたアセスメントは、支援員が 3.1 時間、看護師が 3.7 時間、アセスメントシートの作成は、支援員が 2.7 時間、看護師が 1.9 時間、支援・看護計画書の作成は、支援員が 2.5 時間、看護師が 2.1 時間であった。合計した平均所要時間は支援員が 8.4 時間、看護師が 7.6 時間であった。日常業務の合間にアセスメントと支援・看護計画書の作成を行うこともあるため、正確な所要時間を確認することはできないが、今回初めての利用であったということもあり、各項目の内容と評価方法を理解し、利用者の状況を思い浮かべ、過去の情報を見返しながら評価しなければならない ICF コアセットを用いたアセスメントに最も時

間を要していた。モデルケース以外に複数例のアセスメントを行った職員からは、3 回目以降のアセスメントは 1 時間程度で作成できるようになったと報告を受けたことから、アセスメント前の実習や評価方法の説明をより充実させることにより、所要時間の短縮につながると考えられる。

2-4-3-2 ICF コアセットに関して

Table 17 に ICF コアセットに関する質問項目と支援員，看護師別の評価人数および平均評価値を示す。設問 2 以外の設問の平均評価値が平均 3 を上回っていたことから，全体的に肯定的な評価が得られたことが分かる。設問 2 の評価のしやすさに関する質問の平均評価値が支援員，看護師ともに 2.7 であり，平均値 3 を下回る結果となった。自由記述の内容から，項目や説明が難しく，評価基準が分かりにくかったという意見が得られたため，評価のしやすさを高めるための更なる改善が必要であることが分かった。

Table 17 ICF コアセットに関する質問項目と評価人数および平均評価値

項目内容	評価者	1	2	3	4	5	平均
2. 担当箇所は評価しやすかったですか？	支援員	1	7	5	4	0	2.7
	看護師	1	8	3	5	0	2.7
3. 利用者の全体像を把握するために、項目内容や項目数は適切でしたか？	支援員	0	2	11	4	0	3.1
	看護師	0	2	8	7	0	3.3
4. ICF評価シートを用いた評価は、利用者の全体像の把握につながりましたか？（支援員は看護師担当分、看護師は支援員担当分も含めて）	支援員	0	1	5	10	1	3.6
	看護師	0	0	2	15	0	3.9
5. ICF評価シートを用いた評価により、利用者の心身の健康に関する問題や困難の把握につながりましたか？	支援員	0	2	3	12	0	3.6
	看護師	0	1	3	12	1	3.8
6. ICF評価シートを用いた評価により、日常生活に必要な能力やスキルの獲得の程度、日常生活での自立の程度、活動への参加の程度は明確になりましたか？	支援員	0	0	7	10	0	3.6
	看護師	0	0	2	15	0	3.9
7. ICF評価シートを用いた評価により、支援計画・看護計画の作成につながる情報は得られましたか？	支援員	0	0	5	10	2	3.8
	看護師	0	0	3	11	3	4.0
8. 利用者のできることに注目して評価を行い、情報を挙げることができましたか？	支援員	0	3	6	6	2	3.4
	看護師	0	3	5	9	0	3.4

設問 4 の利用者の全体像の把握に役立つかどうかに関する平均評価値は、支援員が 3.6、看護師が 3.9 であり、設問 6 の利用者の獲得しているスキルや自立、参加の程度が明確になったかどうかに関する平均評価値は支援員が 3.6、看護師が 3.9 と共に高く、ICF コアセットが利用者の現状や全体像の把握に役立つことが示唆された。設問 7 の支援計画や看護計画につながる情報が得られたかどうかに関する平均評価値は支援員が 3.8、看護師が 4.0 と最も高かったことから、ICF コアセットを用いたアセスメントにより、アセスメントの主要な目的である支援や看護の計画につながる利用者に関する情報の収集が可能であったことが示唆された。

2-4-3-3 アセスメントシートに関して

Table 18 にアセスメントシートに関する質問項目と支援員、看護師別の評価人数および平均評価値を示す。設問 9 の看護師の評価以外の平均評価値が平均値 3 を上回っていたことから、全体的に肯定的な評価が得られたことが分かった。設問 9 のまとめやすさに関する平均評価値は支援員 3.0 が、看護師が 2.9 であり、支援員と看護師ともに平均値 3 と同等の値であった。自由記述の内容から、ICF コアセット評価シートの評価を要約する際に情報の取捨選択が難しかったという意見が得られた。これは設問 12 の情報量が適切であったかどうかに関する平均評価値が支援員 3.1、看護師 3.3 と若干平均 3 を上回る程度だったことから情報に要約する際の難しさを感じた職員がいたことが分かる。必要な情報の優先順位や、より多くの記入例を示すといった、情報をアセスメントシートにまとめやすくする取り組みが必要であることが分かった。

設問 11 の利用者の全体像の把握に関する平均評価値は支援員が 3.6、看護師が 3.8 であり、設問 14 の担当者間での情報の共有に関する平均評価値は支援員が 3.8、看護師が 3.6 と高い値を示したことから、多職種のアセスメント結果を 1 つにまとめ、お互いの情報を確認できるアセスメントシートの形式は、利用者の全体像の把握や多職種間での情報の共有に役立つことが示唆された。設問 13 の引継ぎ時等に活用できそうかどうかに関

Table 18 アセスメントシートに関する質問項目と評価人数および平均評価値

項目内容	評価者	1	2	3	4	5	平均
9. ICFチェックシートの評価はアセスメントシートにまとめやすかったですか？	支援員	1	3	8	5	0	3.0
	看護師	0	6	6	5	0	2.9
10. アセスメントシートにまとめた情報は見やすいですか？	支援員	0	3	8	6	0	3.2
	看護師	0	1	6	8	2	3.6
11. アセスメントシートは利用者の全体像の把握に役立ちますか？	支援員	0	0	7	10	0	3.6
	看護師	0	1	2	13	1	3.8
12. アセスメントシートに記載できる情報量は適切でしたか？	支援員	1	2	9	5	0	3.1
	看護師	1	2	5	9	0	3.3
13. 引き継ぎ時等に利用者の情報を知る手段として、アセスメントシートは活用できそうですか？	支援員	0	0	3	14	0	3.8
	看護師	0	1	3	11	2	3.8
14. ICF評価シート及びアセスメントシートを作成することで、担当者間での利用者の情報の共有に役立ちましたか？（問題点やできること、現在の支援内容・看護内容など）	支援員	0	1	3	12	1	3.8
	看護師	0	2	2	13	0	3.6

関する平均評価値は支援員と看護師が共に 3.8 と高く、A4 サイズの見やすい形式のアセスメントシートに重要な情報を要約することにより、実際の業務での活用のしやすさが高まることが示唆された。

2-4-3-4 支援・看護計画書に関して

Table 19 に支援・看護計画書に関する質問項目と支援員、看護師別の評価人数、および平均評価値を示す。設問 15 と設問 19 の支援員の評価以外の設問の平均評価値が平均 3 を上回っていたことから、全体的に肯定的な評価が得られたことが分かった。設問 15 のまとめやすさに関する平均評価値は支援員が 2.9、看護師が 3.4 であった。自由記述の内容から、支援員は ICF コアセットのアセスメント結果に対応した支援計画を作成することが難しかったという意見が得られた。これは、利用者のアセスメントを定期的に行い、その結果に基づいた支援計画を立案するという経験が乏しいことによるスキル不足が原因の 1 つとして考えられる。このことから、支援計画の作成や支援スキルの向上を

Table 19 支援・看護計画書に関する質問項目と評価人数および平均評価値

項目内容	評価者	1	2	3	4	5	平均
15. 支援計画及び看護計画はまとめやすかったですか？	支援員	0	4	11	2	0	2.9
	看護師	0	4	3	10	0	3.4
16. 支援計画、看護計画を作成する際、アセスメントで得られた情報を活用できましたか？	支援員	0	1	4	12	0	3.6
	看護師	0	2	3	12	0	3.6
17. 支援・看護計画書に記載できる情報量は適切ですか？	支援員	0	3	7	7	0	3.2
	看護師	1	1	7	8	0	3.3
18. 1枚にまとめられた支援計画及び看護計画は見やすいですか？	支援員	1	6	2	6	2	3.1
	看護師	1	2	2	10	2	3.6
19. 保護者は支援・看護計画書を見やすいと思いますか？ (A3に拡大することを想定して下さい)	支援員	2	5	3	7	0	2.9
	看護師	1	3	2	11	0	3.4
20. 支援計画及び看護計画を1枚の用紙にまとめることで、 担当間で目標や計画は共有できましたか？	支援員	0	1	7	9	0	3.5
	看護師	0	0	6	11	0	3.6
21. 支援・看護計画書は統一した支援に向けて活用できそうですか？	支援員	0	0	11	6	0	3.4
	看護師	0	0	6	11	0	3.6

テーマとした研修の実施や情報の提供が必要だと考えられる。設問 19 の保護者が見やすいと思うかどうかに関する平均評価値は支援員が 2.9、看護師が 3.4 であった。自由記述の内容から、支援員は年 1 回作成する支援計画を保護者に説明しており、保護者に伝わりやすい支援計画の作成を重視していることが分かった。そのため、看護師が用いる専門用語や、今まで作成していた計画書よりも看護計画が加わることで情報量が増えたため、保護者が理解しにくいのではないかと心配している意見が得られた。看護師は看護計画を保護者に見せることが少なかったため、保護者が理解しやすい言葉を用いて看護計画を作成することをより強調する必要があることが分かった。

設問 16 のアセスメントで得られた情報を計画で活用できたかどうかに関する平均評価結果は支援員、看護師共に 3.6 と高い値を示した。このことから、支援員は計画のまとめにくさを感じながらもアセスメント結果を支援計画に反映することができたと考えていることが分かった。設問 20 の担当者間での情報の共有に役立つかどうかに関する平

均評価結果は支援員が 3.5、看護師が 3.6 であり、設問 21 の統一した支援に活用できそうかどうかに関する平均評価値は支援員が 3.4、看護師が 3.6 であり共に高い値を示した。支援計画と看護計画を 1 枚の用紙にまとめることにより多職種間での目標や計画の共有、統一した支援に有効であると感じている職員が多いことが分かり、これは、支援・看護計画書の目的を支持する結果であった。

2-4-3-5 アセスメントシステム全体に関して

Table 20 にアセスメントシートに関する質問項目と支援員、看護師別の評価人数、および評価結果の平均値を示す。全ての設問の平均評価値が平均値 3 またはそれを上回る結果であったことから、全体的に肯定的な評価を得られたことが分かった。設問 22 の ICF の理解に関する平均評価値は支援員、看護師共に 3.5 と高い値を示し、ICF コアセットを用いた実際の評価を通して、ICF の理解が促進されたことが分かった。設問 23 の担当者間での話し合いに関する平均評価値は支援員が 3.1、看護師が 3.3 であり、平均値 3 を若干上回る結果であった。自由記述の内容から、日々の業務が忙しく、十分に担当者間で話し合う時間が確保できなかったという意見が得られた。

設問 25、設問 26、設問 27 は支援員を対象としており、今まで施設で用いられてきたアセスメントと今回のアセスメントシステムを比較して評価する設問であった。設問 26 の前回までのアセスメントと比較して利用者の情報は明確になったかどうかに関する平均評価値は 3.5 であり、設問 27 の実際に活用できそうかどうかに関する平均評価値は 3.3 と高い値を示した。このことから、利用者の全体像の把握や課題の焦点化に ICF コアセットを用いたアセスメントシステムの方が実用的であると感じている支援員が多いことが分かった。設問 28 は看護師を対象としており、アセスメントの必要性に関する設問であったが、平均評価値は 3.8 と高く、看護計画を作成する際に ICF コアセットを用いたアセスメントの情報が役立つと感じている看護師が多いことが分かった。

Table 20 アセスメントシステム全体に関する質問項目と評価人数および平均評価値

項目内容	評価者	1	2	3	4	5	平均
22. ICFについては理解できましたか？（内容や考え方等）	支援員	0	1	8	7	1	3.5
	看護師	0	3	5	7	2	3.5
23. アセスメントから支援計画、看護計画作成にあたり、担当間で話し合うことはできましたか？	支援員	1	5	3	7	1	3.1
	看護師	2	2	2	11	0	3.3
24. 今回実施したアセスメントシステムを今後利用していきたいですか？	支援員	0	3	10	4	0	3.1
	看護師	1	2	3	11	0	3.4
25. 前回実施したアセスメントと比較して今回のICF評価シートは評価しやすかったですか？（支援員のみ回答）	支援員	1	6	2	6	1	3.0
26. 前回実施したアセスメントと比較して、今回のICF評価シート及びアセスメントシートにより利用者に関する情報は明確になりましたか？（全体像や問題点、できること、支援が必要な点など）（支援員のみ回答）	支援員	0	2	4	9	0	3.5
27. 前回実施したアセスメント及び支援計画の作成と比較して、今回のアセスメントシステムは実際に活用できそうですか？（支援員のみ回答）	支援員	0	1	9	6	0	3.3
28. 看護計画を作成する際に今回のアセスメントは必要だと思いますか？（看護師のみ回答）	看護師	0	2	1	12	2	3.8

2-4-4 考察

研究4では、モデルケース評価後の調査結果から、研究3で作成した重度知的障害のある人を対象としたICFコアセットとアセスメントシステムの実用性を検討した。アセスメントシステムはICFコアセット、アセスメントシート、支援・看護計画書から構成されており、実際に使用した職員から多様な側面で肯定的な評価が得られた。特に、アセスメントシステム全体を通して、利用者の全体像の把握、課題の焦点化、利用者の情報や目標の共有、多職種間の連携に関する実用性が示唆された。情報の共有に関する一例として、支援計画に「右足関節の滑液包炎リスクの低減を目指して、椅子に座ってトランプ遊びを行なえるように支援します」という計画を立てた生活支援員がいたが、この両足関節の滑液包炎リスクを看護計画の「右関節の化膿性滑液包炎を繰り返している」という情報を見ることによって初めて知り、担当看護師に状態を確認して支援計画に反映させることになった。アセスメント結果や看護計画および支援計画をお互いにすぐに

確認できることで、今まで把握できていなかった利用者に関する情報の共有につながる
ことが示された。

ICF の概念的枠組みや構成に関する理解も促進された。上田 (2005)は、ICF の概念的
枠組みの理解の重要性を強調しており、檜部・岡田 (2010)は、ICF の概念の説明や活用
の仕方を解説した論文が増えていると報告しているが、研究 4 のように ICF の概念的枠
組みを説明し、実際に ICF を臨床ツールとして用いることによって、各因子の関係性や
全体の構成、ICF の目的などの理解が実感を通して高まる可能性が示唆された。

ICF コアセットの説明や評価の目安、各評価点に該当する利用者の例を示したことによ
り、アセスメントに十分に高い観察者間信頼性が得られた。一方、独自の説明を追加
することにより他領域の ICF コアセットとの整合性が損なわれる可能性がある。そのた
め、ICF 自体の項目の説明や評価基準をより明確で分かりやすいものにする必要がある。
それらが改善されることで、ICF の実際場面への普及と統計情報の比較検討が促進され
ると考えられる。

今回のモデルケースのアセスメントから新たな課題も明らかになった。まず、ICF コ
アセットの評価方法およびアセスメントシートへの情報のまとめ方を改善する必要があ
り、アセスメントシステムに要する時間の短縮を目指さなければならない。評価者自身
がアセスメントシステムに慣れるということも大切だが、そのための実習を計画し、見
本となる具体例の提示や評価マニュアルの作成が改善策として挙げられる。評価者が難
しさを感じるとアセスメントシステムを用いることにストレスを感じる危険性があるた
め、利用しやすさを重視して改善していく必要がある。次に、アセスメント結果に基づ
いた支援計画書を作成する支援員のスキルの低さがアンケート結果から示唆された。支
援員は施設内外の研修を通して、アセスメントの必要性やアセスメント結果から支援計
画を作成することがエビデンスに基づいた実践につながるため重要であると理解してい
るが、それらを実行するためには参加型の実習などを通してスキルを高める必要がある。
最後に、評価者間で話し合う時間を取ることができなかったという問題点が挙げられた。

アセスメントや計画の作成時にケースカンファレンスなどを開き、情報や目標を共有することによって、より利用者に合った有効な計画が作成できると考えられる。可能であれば担当者が時間を合わせて話し合いながらアセスメントを実施し、計画を作成することが理想である。業務時間内に最低限一定の話し合いの時間を確保できるように勤務体制の改善が必要であり、そのためには施設の方針として利用者のアセスメントと支援計画、看護計画の作成の優先順位を高め、それらが支援や看護の原点であり、根拠に基づいたより良い支援と看護につながる重要な業務であるとしなければならない。また、ケースカンファレンスや引継ぎ時にアセスメントシートや支援・看護計画書を確認し、外部の医療機関の受診時にアセスメントシートを利用者の情報として提示するなど、実際にアセスメントシステムを活用する機会をシステムとして設けることにより、アセスメントシステムを作成し、活用する動機づけが高まると考えられる。

研究４の結果、研究３で作成した ICF コアセットとアセスメントシステムの実用性が示唆された。研究３のアセスメントシステム作成の手続きや研究４で得られた結果を参考に、我が国でも他の疾病や環境に適した ICF コアセットの作成を行い、その作成手順や有効な利用方法に関する更なる検討が必要である。

2-5 研究5：ICF コアセットの実践への応用：最重度知的障害のある成人に対する行動的介入に関する事例研究

2-5-1 問題と目的

研究3および研究4では、重度知的障害のある人を対象としたICF コアセットとアセスメントシステムを作成し、その実用性を検討した。研究5では、ICF コアセットを用いたアセスメントを実施した自閉症を伴う最重度知的障害のある成人女性を対象とした事例研究を実施した。生物心理社会モデルに基づいた多職種連携における心理職の役割として、心理職による行動的介入により最重度知的障害のある成人に対して、生活機能の向上に関係する新たなスキルを獲得させることが可能であるか検討する。ICF コアセットのアセスメント結果や生活支援員との情報共有、生態学的アセスメントから、実際の生活や支援につながる可能性のある標的スキルを選択した。

自閉症を伴う重度、特に最重度知的障害のある成人に対する行動修正や新しいスキルの獲得を目的とした介入研究はあまり報告されていない（奥田, 2001a）。渡部（2002）の知的障害のある人への援助モデルでは、期待される援助の成果として、適応スキルの向上や心身の機能の増進などによるQOLの向上を挙げている。これは学齢期以前の発達障害児に限らず、成人の発達障害のある人に対しても同様であるといえる。近年、発達障害のある人のQOLの向上を積極的に目指す取り組みとして、積極的行動支援（positive behavior support）が注目されており、問題行動の低減だけでなく、望ましい行動を増やすための支援が重要視されている（平澤ら, 2003）。しかし、自閉症を伴う重度および最重度知的障害のある人は、自傷や他害といった激しい問題行動を示すことが多く、個別指導の困難さが予想される（Chung et al., 2003; 肥後・小林, 1990; 奥田, 2001b）。特に成人に関しては、問題行動が非常に強度であり、過去に特別な療育を受けた経験がないケースも多いため、新しい知識やスキルの獲得を目的とした介入研究の報告は少ない。そのため、自閉症を伴う最重度知的障害のある成人に対する行動的介入による新たな行

動レパートリーの獲得可能性および効果的な訓練手続きを検討する必要がある。

平澤・藤原(2002)は、激しい頭打ちを示す重度知的障害のある発達障害児に対する、機能的アセスメントに基づいた個別指導手続きを報告している。まず、課題の嫌悪性を低減するため、課題の遂行手続きを指導し、標的とする課題を易しいものから難しいものへと段階的に設定する指導手続きが実施された。そして課題の選択の機会を設け、機能的アセスメントに基づいた援助を行うことで、課題遂行時の問題行動が低減し、課題遂行率が増加したことを報告している。このように課題の嫌悪性を低減させる手続きの導入といった工夫が重度および最重度知的障害のある人に対する行動的介入では必要になってくる。応用行動分析学に基づく諸研究では、課題の嫌悪性を低減し取り組みを向上させる手続きとして、既学習課題の挿入(高浜・野呂, 2009)や課題の選択機会の設定(村中, 2002)が報告されている。

研究5では、1時間単位の時計の読みと時系列の順序を標的スキルとした。対象となった重症心身障害児施設では、利用者の認知レベルに合わせて日課のスケジュールを視覚的に提示する支援が導入されていた。また、床から約3mの高さにアナログ時計とデジタル時計を設置していたが、利用者に対して時刻を手掛かりに活動を促すような支援は行っていなかった。時刻の理解は発達障害のある人に対する重要な指導課題であると報告されている(木下・藤金, 1998)。本事例でも生活支援員が対応に困惑するような激しい自傷行動や他害行動を示す原因の1つに、時間の理解が弱く日課の見通しが持てないという点が考えられた。施設で導入されている視覚的なスケジュールに加えて時計を読むスキルを獲得することにより、利用者が見通しを持った生活を送ることができ、生活支援員の支援の困難さも軽減すると考えた。また、ICFコアセットのアセスメント結果から得られた対象者の認知スキルや日中作業への取り組みから、個別療育場面で標的スキルを指導することが可能であると考えられた。このような生態学的なアセスメントと生活支援員の問題行動を中心とした日々の支援における困りごとの聞き取り、ICFコアセットを用いたアセスメント結果から得られた情報に基づいて標的スキルを選択した。

研究 5 から、自閉症を伴う最重度知的障害のある成人に対して段階的な行動的介入を用いることにより、1 時間単位の時計の読みと時系列の順序という複合的なスキルの獲得が可能であるかを検討した。なお、研究 5 の一部は、日本行動療法学会第 35 回大会（藤田・平山・松見, 2009）および 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies (Fujita, Hirayama, & Tanaka-Matsumi, 2010) において発表され、行動療法研究（藤田・松見・平山, 2011）に掲載されている。

2-5-2 方法

2-5-2-1 参加者

重症心身障害児施設を入所利用する自閉症の伴う最重度知的障害のある女性。訓練開始時（X-2 年）の生活年齢は 41 歳 4 カ月であり、福祉施設を 28 年間入所利用し、X-5 年に重症心身障害児施設に転所した。X-5 年の新版 K 式発達検査の結果、全領域 DQ: 19（認知・適応領域 DQ: 24, 言語・社会領域 DQ: 16）であった。

ICF コアセットのアセスメント結果と直接観察から、言葉の受容に関しては、「座って」、「着替えて」といった日常生活に関する簡単な指示は理解することができることが分かった。言葉の表出に関しては、「おちゃ」、「ずぼん」、「まくら」などの 1 語文の要求語が見られ、「タオル」、「かさ」など日常で接する物の名称は答えることができた。また、「ラーメン」、「やきそば」など他者に繰返しを求める発話が見られたが、他者と会話を行うことは困難であった。1 日のスケジュールを居室の前に提示しており、日中は散歩、食事、作業以外は顔に枕をかぶせ、横になっていた。平日の午後に 1 時間程度、ブロックを模倣して構成する課題やビーズ通しなど単純な作業に従事していた。ICF コアセットの作業への取り組みに関する情報から、弁別訓練を中心とした個別学習をスモールステップで段階的にすすめることは可能であると予想された。自身の顔や耳を拳で強く叩く自傷、他者の手や足を引っ掻く他害、トイレ以外での失禁、壁や周囲にある物を拳で強く叩くといった問題行動が見られた。これは、ICF コアセットの心身機能における『b1470

精神運動統制』にある「興奮時、激しく耳介をこぶしで殴る行為や、「だんだんだん」と大声を出して壁や窓を激しく叩く」という記述、『b 1520 情動の適切性, b 1521 情動の制御』にある「興奮に至ると抑制できず粗暴・自傷行動あり、涙を流して泣くこともある」という記述からも情報が得られ、精神安定剤を服用していることも分かった。それらの問題行動は日によって頻度に差は見られるが、特に月経期とその前後は高頻度で問題行動が生起した。ICF コアセットの評価結果からも多様な問題行動が見られることが分かり、職員への聞き取りから、激しい自傷行動や他害行動により関わり難さを感じていることが分かった。1 日のスケジュールは提示していたが、特に有効に活用している様子はなかった。生活に見通しを持つことが問題行動の低減につながる可能性があり、また、簡単な作業には取り組むことができるという ICF コアセットの評価結果を参考に、個別の行動的介入によって時計の読みと時系列の順序を指導することとした。

対象者が入所する重症心身障害児施設には、問題行動の低減を目的とした行動的介入の一環として時計の読みと時系列の順序の指導を行うこと、そして、研究のデータを学会等で発表することの同意を得た。

2-5-2-2 実施者

行動的介入の実施者は著者であり、全てのセッションを実施した。著者は X-5 年から当施設で心理士として勤務していた。

2-5-2-3 場所および日時

指導は自室のあるユニットで行い、週 1-2 回、1 回約 30 分のセッションを X-2 年 11 月から X-1 年 5 月にかけて 46 セッション実施した。指導終了から 3 か月半後、フォローアップを 5 セッション実施した。

2-5-2-4 標的スキル

1 時間単位の時計の読みと時系列の順序を標的スキルとした。ICF コアセットの評価と職員への聞き取り、生活環境の生態学的アセスメントから、時計を手掛かりとした見通しを持った生活を送ることが自傷行動や他害行動といった問題行動の低減につながり、

支援の困難さを低め、対象者の生活の幅を広げると考えられた。

2-5-2-5 結果の指標

各課題における正答率を指標とした。正答率とは、全試行数におけるプロンプト無しに正答した試行数の割合とした。数の読みを例にあげると、1 から 9 の読みを 3 試行実施し、内 5 つの数を誤って答えれば、 $(27-5) / 27 \times 100 = 81.5$ と百分率で示した。

2-5-2-6 手続き

モデル提示、弁別訓練、プロンプトを用いて標的スキルを指導した。Table 21 に研究 5 で段階的に設けた標的スキルを示す。ICF コアセットの作業への取り組みに関する情報を参考に、スモールステップで段階的に指導を進める計画を立てた。実物のアナログ時計を用いる前段階として、まず数を対象とした標的スキルを設け、数字に形状の似ているデジタル時計、次にアナログ時計を扱う標的スキルを段階的に設けた。Fig. 12 に示すデジタル時計カードとアナログ時計カードを用いて、デジタル時計、アナログ時計の指導を行い、最後に実物のアナログ時計を導入した。

Table 21 に示す標的スキルに基づき、数字カードと各時計カードを用いて、1 から 12、または、1:00 から 12:00 の弁別、読み、順序の並べ替えの順に、下位の標的スキルから

Table 21 研究 5 で段階的に設けた標的スキル

対象	項目
数	1 から 12 までの数を弁別する
	1 から 12 までの数を読む
	1 から 12 までの数を順序通り並べ替える
デジタル時計	1 時間単位のデジタル時計カードを弁別する
	1 時間単位のデジタル時計カードを読む
	デジタル時計カードを時系列に並べ替える
アナログ時計	1 時間単位のアナログ時計カードを弁別する
	1 時間単位のアナログ時計カードを読む
	アナログ時計カードを時系列に並べ替える
実物時計	実物のアナログ時計を 1 時間単位で読む

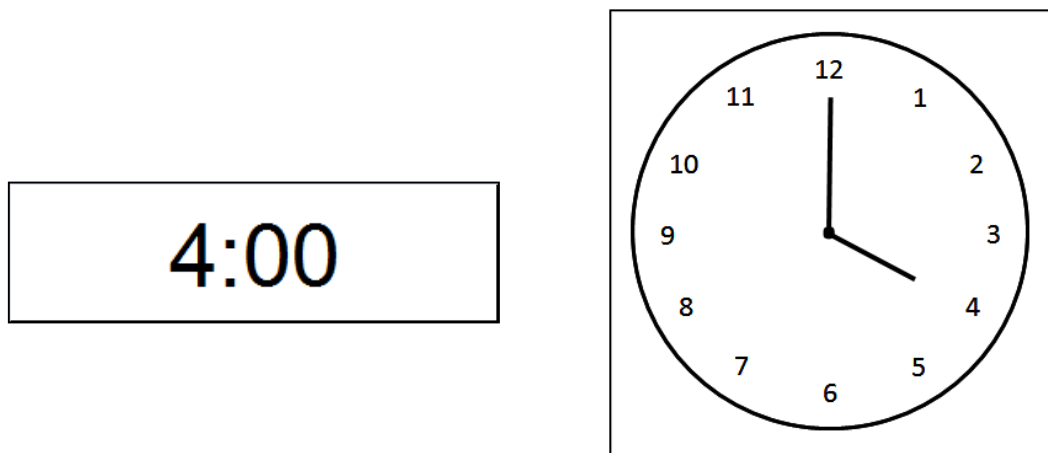


Fig. 12. デジタル時計カード（左）とアナログ時計カード（右）。

段階的に指導を行った。各課題の導入時にはモデル提示を行い、正反応を繰り返し反復させた。モデルを提示する時は、対象者の名前を呼んだり、机をコンコンと叩いたりして、対象者が実施者の提示するモデルに注目していることを確認してから模倣させるように注意した。弁別訓練では、口頭での数や時刻の提示を見本刺激とし、数字カードや時計カードを選択刺激として机上に複数枚提示し、正しい刺激を取って実施者に手渡すという見本合わせ課題の手続きを用いた（中島, 1995）。正反応に対しては強化子として、言語賞賛と菓子片を与え、誤反応に対しては即座に正反応のモデルを提示し模倣させた。Table 22 に標的スキル別の 1 セッションあたりの最小試行数、最大試行数、および、全セッションを通しての合計試行数を示す。以下、セッションは#と表記する（セッション 1 は#1 とする）。

#1 をベースラインとし、#2 から#46 までの計 45 セッションの指導セッションを実施した。指導セッション終了から約 3 ヶ月半後、フォローアップを#47 から#51 までの計 5 セッション実施した。以下に、セッションの経過と指導内容を示す。主に各課題の指導を連続して実施し、基準を満たせば次の段階の課題を導入する手続きを用いた。指導の進行上、セッションが連続していない課題がある。

Table22 標的スキル別の 1 セッションあたりの最小試行数と最大試行数, および, 全セッションを通しての合計試行数

標的スキル	最小試行数	最大試行数	合計試行数
数字弁別(1-9)	2	5	13
数字弁別(10-12)	2	18	85
数字の読み(1-9)	2	5	30
数字の読み(10-12)	2	16	50
数字の順序	2	5	31
デジタル時計の読み (1:00-9:00)	2	9	79
デジタル時計の読み (10:00-12:00)	2	10	87
デジタル時計の順序	2	9	67
アナログ時計の読み (1:00-12:00)	2	6	39
アナログ時計の順序	2	5	12
実物時計読み(机上提示)	2	3	18
実物時計読み(4m離れて提示)	2	2	14
般化時計絵カード読み	3	3	3
般化時計絵カード順序	2	2	2
目覚まし時計	2	3	5

1) ベースライン (#1) : 1-12 の数の弁別, 1-12 の数の読み, アナログ時計の読みの正答率を記録した。

2) 数の弁別 (#2・#7・#8) : 「3 ください」といった口頭での数の提示を見本刺激とし, 数字カードを比較刺激とする弁別訓練を行った。比較刺激は 1-6, 7-12 の 6 枚ずつを机上に提示する条件と, 全ての数字カードを提示する条件を設けた。

3) 10, 11, 12 の数の弁別 (#2 から#10) : 10-12 の数の弁別に誤答が多く見られたため, 口頭での数の提示を見本刺激, 机上に提示された 10, 11, 12 の 3 枚の数字カード, または, 10, 11, 12 の数字カードに 1 桁の数字カード 2 枚を加えた 5 枚の数字カードを比較刺激とする弁別訓練を行った。

4) 数の読み (#4 から#14) : 1-12 の数字カードを 1 から順に提示, またはランダムな順

に提示し、「これ何？」という質問に対して口頭でその数を答えさせた。6を「きゅう」、9を「ろく」と読む誤答が続き、#8から#15にかけて6と9の弁別訓練を行ったが、修正が困難であった。以降のセッションでは6に「ろく」、9に「きゅう」と読み仮名をふったプリントを机上に提示し、指導を進めた。

5) 数の順序 (#8 から#21) : 1-12の数字カードを机上にランダムに提示し、「順番に並べてください」という指示を行い、1から順に並べ替えさせた。誤答であったり、並べ替えに詰まったりした場合は、1から順に口頭で答えさせるプロンプトを出した。

6) 数の順序のプリント課題 (#11 から#21) : 数の順序の模写、および、穴埋め課題のプリントを用いて数の順序の指導を行った。穴埋め課題では、穴埋めの数を段階的に増やした。

7) デジタル時計の弁別、読み、時系列の順序 (#17 から#34) : セッション導入時に数字カードとデジタル時計カードのマッチング、例えば、数字カードの1とデジタル時計カードの1:00のマッチングを実施した。次に、デジタル時計カードを1:00から時系列の順に提示し、実施者が口頭で読み方のモデルを示し、繰り返させた。そして、「3時ください」といった口頭での時刻の提示を見本刺激とし、ランダムに机上に提示した1:00から12:00のデジタル時計カードを選択刺激とする弁別訓練を行った。次にデジタル時計カードをランダムに提示し、「何時」という質問に対して、時刻を口頭で答えさせた。その際、10:00-12:00の正答率が低かったため、#19-#21にかけて10:00-12:00のモデル提示を行い、正しい読み方を繰り返し反復させた。最後にランダムに提示したデジタル時計カードを1:00から順に並べ替えさせ、並べたカードの時刻を順序通り読ませた。

8) アナログ時計の弁別、読み (#33 から#41) : セッション導入時にデジタル時計カードと短針を赤色に強調したアナログ時計カードのマッチングを行った。次に、アナログ時計カードを1時から時系列の順に提示し、実施者が口頭で読み方のモデルを示し、繰り返させた。そして、「3時ください」といった口頭での時刻の提示を見本刺激とし、ランダムに机上に提示した1時から12時のアナログ時計カードを選択刺激とする弁別訓練を

行った。最後にアナログ時計カードをランダムに提示し、「何時」という質問に対して口頭で時刻を答えさせた。#39 以降は短針を黒色に戻したアナログ時計カードを用いて指導を行った。

9) アナログ時計の時系列の順序 (#37・#38・#40) : アナログ時計カードをランダムに提示し、「順番に並べてください」という指示を行い、1時から順に並べ替えさせた。

10) 実物時計の読み (#39 から#46) : ユニットの掛け時計とほぼ同じ大きさのアナログ時計を用いて、1時間単位の時刻をランダムに提示し、「何時」という質問に対して口頭でその時刻を答えさせた。机上での実物時計の提示から始め、約 4m 離れた距離まで徐々に対象者と実物時計の距離を離して提示した。

11) フォローアップ (#47 から#51) : #46 終了から約 3 カ月半後、指導したスキルの般化と維持を確認するために、フォローアップとして般化セッションと維持セッションを導入した。なお、指導セッション終了後、フォローアップが導入されるまでの期間に、週 2-3 日、デジタル時計カードとアナログ時計カードのマッチングを 1 日 1 回実施した。般化セッションでは、指導セッションで用いたアナログ時計カードの背景色を変えた般化アナログ時計カードの時刻の読みと時系列への並べ替え (#49)、目覚まし時計を用いてランダムに提示される 1 時間単位の時刻の読みを実施した (#50・#51)。維持セッションでは、デジタル時計カードの時系列への並べ替え (#47・#48) と時刻の読み (#47)、アナログ時計カードの時系列への並べ替え (#47) と時刻の読み (#47・#48)、ランダムに提示された実物時計の 1 時間単位の時刻の読みを実施した (#50・#51)。

2-5-3 結果

Fig. 13 にセッションの経過に伴う各課題の正答率の推移を示した。Fig. 13 の縦軸は正答率、横軸はセッションの推移を示す。ベースライン (#1) では、7 以上の数を読むことができず、アナログ時計カードの読み課題では全て「とけい」と答え正答率は 0% であった。

数の弁別と読み課題では 1-9 の弁別は#2 の導入時から高い正答率を示したが、#8 で 6 と 9 の回答が混同し、正答率が下がった。#8 から#15 にかけて 6 と 9 の弁別と読みの訓練を集中的に行ったが正答率は向上しなかった。そのため、平仮名の「ろく」と「きゅう」の読みの訓練を行った後、6 と 9 に「ろく」「きゅう」と記したカードをプロンプトとして机上に提示し、以降のセッションを実施した。10-12 の数字の読みは、ベースラインでは正答率が 0%であったが、#14 では 100%まで増加した。1-12 までの数の順序課題では、#8 および#9 では低い値を示したが、順序の穴埋めプリントを導入することにより、#18 では 100%まで正答率は増加した。デジタル時計の読み課題では、#17、#18 の導入時に 1:00-9:00 までの読みは 80%前後の正答率を示したが、10:00-12:00 までの読みの正答率は 0%であった。弁別訓練を重ねることにより、どちらも正答率が段階的に増加し、#29 以降は 100%の値を示した。アナログ時計の読み課題（1:00-12:00）では、導入時の#33 では正答率 77.8%とベースラインと比較して高い値を示し、#37 以降は 90%以上まで増加した。

フォローアップにおける維持セッションでは、デジタル時計の読みは 100%、時系列の順序は平均 97.9%の正答率を示した。アナログ時計の読みは 94.4%、時系列の順序は 95.8%の値を示した。4m 離れた場所で提示した実物時計の読みは平均 93.8%の正答率を示した。デジタル時計とアナログ時計に関するスキルは、維持セッションでも高い正答率を示し、スキルが維持していることが確認された。般化セッションでは、般化アナログ時計カードの読みは 91.7%、時系列の順序は 100%の正答率を示した。目覚まし時計の読みは 91.7%の正答率を示し、指導セッションで用いた刺激とは異なる時計に関しても、時計の読みと時系列の順序のスキルが般化したことが確認された。

2-5-4 考察

本事例では、長期間施設を入所利用する最重度知的障害のある自閉症成人女性に対して、研究 3 で作成した ICF コアセットのアセスメント結果と生活支援員からの聞き取

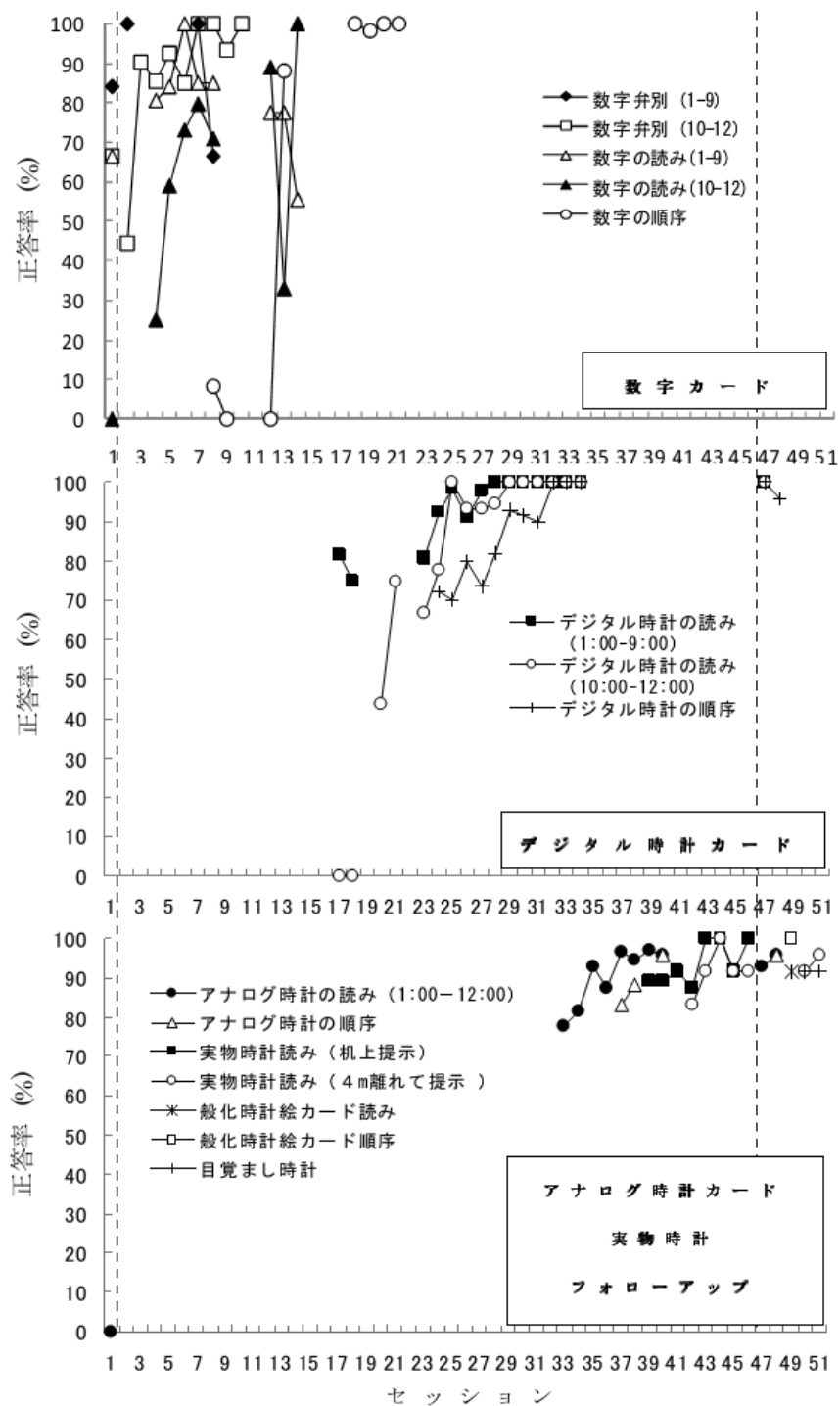


Fig. 13. 数字カード、デジタル時計カード、アナログ時計カード、実物時計、般化・維持セッションの正答率の推移. #1 はアセスメント, #2-#46 は指導セッション, #47-#51 はフォローアップを示す.

り、生活環境の生態学的アセスメントにもとづいて1時間単位の時計の読みと時系列の順序を標的スキルとして指導した。数、デジタル時計、アナログ時計、実物時計と段階的に指導を進めた結果、ベースラインでは7以上の数を読むことができなかった対象者が実物の時計の1時間単位の時刻を読むことができるようになり、12までの数の順序、デジタル時計とアナログ時計の時系列の順序を習得できた。3カ月半後に実施したフォローアップでは、時計の読みと時系列の順序のスキルが指導で用いていない時計に般化したこと、そして、標的スキルが維持していたことが確認された。また、新しい課題の導入時にはモデル提示による指導を行ったが、導入時の試行から比較的高い正答率を示した課題があったことから、段階的に学習を進めることができたと考えられる。指導時に課題からの逃避が目的と考えられる問題行動が生起することもほとんど無く、課題に対する嫌悪性は低かったと考えられる。このことから、最重度知的障害を伴う自閉症のある成人に対して多職種の連携における心理職からの支援として、行動的介入によるスキル訓練の有効性が示された。また、ICFコアセットのアセスメント結果と生活支援員からの聞き取り、および、直接観察から得られた対象者の情報から標的スキルを設定し行動的介入に関する計画を立てることができた。

研究5では1時間単位の時計の読みと時系列の順序を標的としたが、標的スキルを日常生活に反映させるための次の段階として、時間概念の形成が必要となる。研究5の介入後、居室に設置している1日のスケジュール表を変更し、Photo 1（89頁参照）に示すように日課の開始時間をアナログ時計カードで提示した活動の開始時に当該の活動をスケジュール表から外す手続きを用いていたが、介入後は、アナログ時計カードと居室の時計を確認する手続きを加え、予定の時間に沿って活動ができるような支援を導入した。

レップ・カーシュ（1999）は重度の知的障害のある人は誤った学習を行い易いと報告している。本事例の参加者も指導過程でアナログ時計の1時と11時、2時と12時や、デジタル時計の10:00、11:00、12:00で誤学習が生じた。これらは集中的にモデル提示に

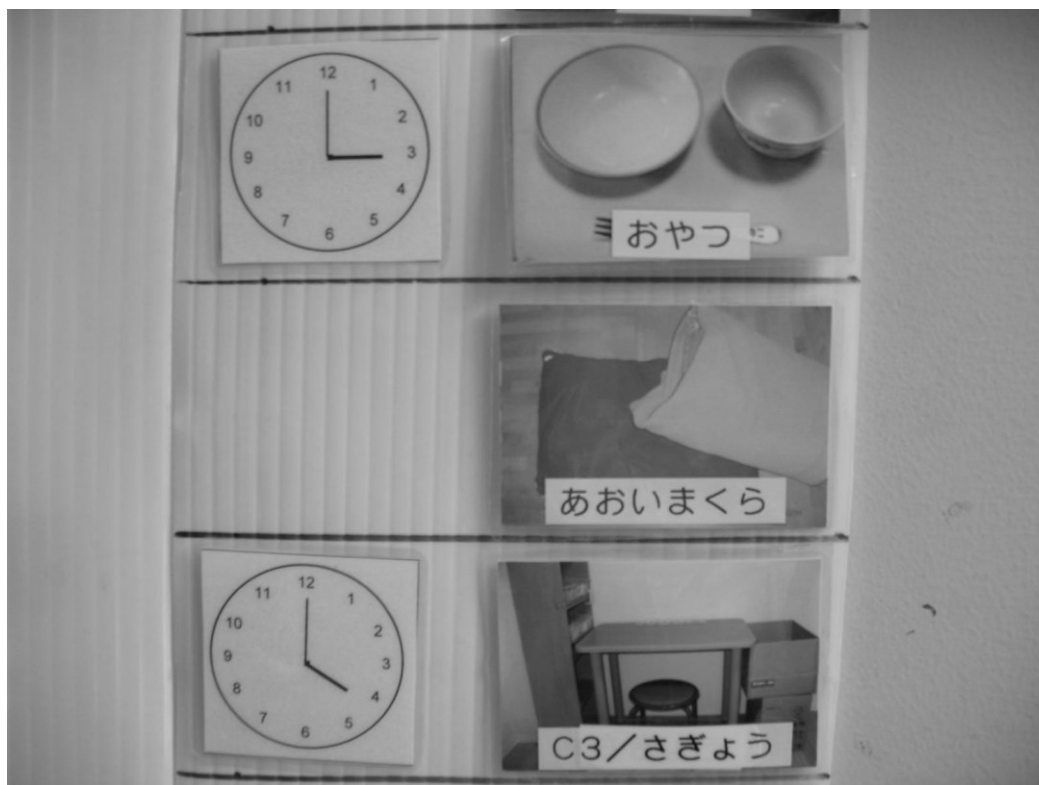


Photo 1 介入後のスケジュール表.

よる指導を行うことにより修正することが可能であった。しかし、数字の 6 と 9 の弁別と読みに関しては、集中的な訓練を行ったが正答率は増加しなかった。対象者は 6 と 9 の形状の違いだけでは弁別が困難であったため、6 と 9 に「ろく」「きゅう」と記したカードをプロンプトとして机上に提示し以降の指導を進めた。誤学習の修正が困難な場合はこのように補助する手がかりを用いて次の段階に進むことも有効であると思われる。

また、レップ・カーシュ（1999）は知的障害を「いろいろな種類の課題を学習するのに非常に多数の試行を要する人々」と定義している。研究 5 でも指導セッションに 45 セッション、7 ヶ月を要した。知的水準と新しいスキルの獲得の速さとの関係や、指導に必要なコストを検討していく必要がある。指導上の課題として、研究 5 では全てのセッションを第一著者が対象者のユニットで指導した。そのため、他刺激への標的スキルの般

化は確認されたが、他の介入実施者による刺激の提示および他の場所での標的スキルの一般化を確認する必要がある。

研究5の対象者は他害や自傷といった行動障害が強く、施設職員が対応に困惑する場面が頻繁に見られた。シガフーズら（2004）は、発達障害のある人は行動レパートリーの行動型が少なく限定されていることが問題行動の形成、維持と関係しており、施設での生活は多様なスキルを学習する機会を限定することがあると報告している。

研究5では、標的とした時計を読むスキルを獲得したことによる問題行動への影響を直接的に示すことはできなかったが、時計は常時、日常の活動と合わせて使われるようになった。生活支援員や看護師によるICFコアセットの評価結果と生活支援員からの日常生活での困りごとに関する聞き取りといった協働により、次につながる有効な標的スキルが選定されたと考えられる。ICFコアセットの評価は利用者の認知機能やコミュニケーションスキル、作業への取り組みや問題行動、現在の身体の問題といった全体像の把握に役立った。例えば、強度の問題行動の出現がアセスメント結果から把握できたため、研究5では、スモールステップで段階的に、無誤学習を用いて行動的介入を行う計画を立てることができた。

QOLの向上を目指す積極的行動支援の観点からも、施設で生活する重度知的障害のある発達障害者に対して、より多くの学習の機会を設けることは重要である。研究5から、生活機能の向上を目指した行動的介入が、重度知的障害のある人への多職種の連携による支援における心理士の役割となる可能性が示された。ICFコアセットのアセスメント結果から、標的スキルの選定と指導手続きの計画につながる情報を収集することができた。更なる介入研究を実施し、新しいスキルの学習が困難であるとされる重度知的障害のある成人に対する有効な介入技法やICFコアセットによる情報収集の有効性を検討していく必要がある。また、適応行動や新しいスキルの獲得が施設で長年持続してきた問題行動に及ぼす影響についての検討は今後の課題として残されている。

第3章 総合考察

本博士論文研究は施設を入所利用する重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとアセスメントシステムを作成し実用性を検討すること、そして、重度知的障害のある人への支援における心理職の役割を検討することを目的とした。総合考察では5つの研究から構成された博士論文研究をまとめ、博士論文研究から得られた知見と今後の課題および展望を述べる。

3-1 博士論文研究のまとめ

研究1と研究2は博士論文研究の対象となる施設職員と利用者に関する情報を明らかにすることを目的に実施された。研究1では、研究2以降の研究の対象となる重症心身障害児施設および関連する入所型の福祉施設の職員を対象に、ICFの認知度と活用度、既存のアセスメントの活用状況を調査した。研究1の結果、福祉職にあたる生活支援員、看護師ともにICFの認知度は低く、全く活用されていないことが分かった。また、既存のアセスメントも日々の支援には活用されておらず、職種間での情報の共有もできていなかった。研究1から、多職種の連携による総合的な支援が必要とされる重度知的障害のある人への支援において、連携の軸となるアセスメントと情報の共有が日本の支援現場では不十分であることが示された。研究2では重症心身障害児施設の利用者の情報を重症心身障害児施設個人チェックリストの結果を分析することによって示した。研究2の結果、利用者の多様性が示され、重度の身体障害を伴う利用者と身体障害は軽度であるが自閉症を伴い、強度の行動的問題を示す利用者が多いことが分かった。

研究3と研究4は、重症心身障害児施設における多職種の職員と連携し、重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットとアセスメントシステムの作成および実用性の検討を目的として実施された。研究3から、心理職が中心となり医療職、福祉職、理学

療法士や作業療法士と連携し、研究 2 で多様性が示された重度から最重度知的障害のある利用者全ての評価に用いることが可能な ICF コアセットとアセスメントシステムが作成された。研究 4 ではモデルケースの評価後の職員に対する調査結果から、ICF コアセットとアセスメントシステムは、利用者の全体像の把握や多職種間の連携において実用的に用いることができるという評価が多く得られた。

博士論文研究から、重度の身体障害や自閉症を重複し、多様な問題行動を示す重度知的障害のある人の評価に適した ICF コアセットと生物心理社会モデルにもとづいたアセスメントシステムが作成されたといえる。Table 1（19 頁参照）に示したように、2005 年の時点で重度から最重度知的障害のある人は 164,600 名であり、その内 18 歳以上である 113,500 名の多くは施設で生活している。本博士論文研究で作成された ICF コアセットとアセスメントシステムは研究 2 によって多様性が示された重度知的障害のある全ての利用者を対象としているため、生活環境による違いを考慮して若干項目を修正することにより、生活環境の異なる重度知的障害のある人に適用可能であると考えられる。

研究 5 では、多職種間の連携における心理職の役割として、これまで研究報告が限られていた自閉症を伴う最重度知的障害のある成人に対する新しいスキルの獲得を目的とした行動的介入を実施した。ICF コアセットの結果と生活支援員との情報共有および生態学的アセスメントにより、時計の 1 時間単位の読みと時系列の順序を標的スキルとした。弁別訓練を中心とした段階的な行動的介入により、標的スキルを形成することができた。研究 5 から、生活機能に関わる新たなスキルの獲得や問題行動の低減を目指した行動的介入が、重度知的障害のある人に対して多職種が連携して支援を行う際の心理職の役割となる可能性が示され、ICF コアセットのアセスメント結果から行動的介入の標的スキルの選定と介入方法の計画につながる情報を得られることが示唆された。

3-2 博士論文研究の意義、今後の課題と展望

本博士論文研究により、重度知的障害のある人を対象とした ICF コアセットが作成さ

れ、その実用性が示唆された。本博士論文研究の意義について考察する。

1 つは、実用的に用いることのできる ICF コアセットとアセスメントシステムを支援現場で多職種の職員と連携して作成したことである。ICF の普及は我が国に限らず世界的に推進されているが、その項目の多さと評価の煩雑さから、実践場面での活用は進んでいない（日下ら, 2008）。障害や生活環境に合わせて必要な項目を選出する ICF コアセットを作成する動きはあるが、各国の専門家がデルファイ法を用いて作成する方法（McIntyre & Tempest, 2007）や専門家が自身の障害知識や臨床経験をもとに作成したもの（筒井ら, 2008）が報告されるだけに留まり、実際の臨床や福祉、看護の実践における実用性の検討までには至っていない。本博士論文研究では、研究 3 において、医師、生活支援員、看護師、理学療法士、作業療法士、心理士といった多職種が連携し、現場で実際に利用者の支援を行い施設での生活の実態をよく知る専門家が主体となって ICF から必要な項目を選出し、ボトムアップ形式で ICF コアセットを作成した。そして研究 4 で実際に ICF コアセットを用いたアセスメントを行った上で、その実用性を確認できた点が ICF の今後の活用と普及に貢献できる点である。また、その作成過程を示したことは、他の施設や生活環境、他の障害や疾病の支援に関わる専門家が、それぞれの現場で必要な ICF コアセットを作成する際に参考になるであろう。

2 点目は、心理職が主体となって ICF 検討委員会を立ち上げ、施設全体の利用者支援に関わるアセスメントシステムを作成できたことにも意義がある。我が国の臨床現場で働く心理職の業務は、医師の依頼のもと実施する心理検査や発達検査が中心であり、国家資格のない心理職はカウンセリングやスキル訓練を実施しても診療報酬点数が付かない。マツィリア・ホール(2003)は、さまざまなタイプの介入の効果に関するデータを解釈し、効果評価を行う場合、臨床心理士はこの介入効果の評価を実行する役割を担い、それを通してマネジメントに貢献することができると報告している（p.61）。本博士論文研究から、医療、心理、福祉が連携して支援を行う現場において、支援全体の計画と評価に必要なアセスメントシステムの構築と運用に関して我が国でも心理職が大いに貢献

できることが示された。また、研究 5 から、アセスメントや支援効果の検討に限らず、新たなスキルや行動の獲得を目的とした行動的介入により、重度知的障害のある人の生活の質の向上に心理職が貢献できることも示された。

3 点目は意義と課題に関係することであるが、エビデンスにもとづいた支援を行うためには継続した評価が必要である。本博士論文研究で対象とした重度知的障害のある人、特に、最重度の知的障害や重い身体障害のある重症心身障害児施設の利用者は、社会に出て家庭やグループホームなどで生活することは困難である。つまり、現状では生涯を施設で過ごす人が多い。そのため、医療面や心理面、生活面の継続的な評価がより重要になると考えられるが、長く支援に関わる職員は利用者のことをよく知っていると考え、重度の知的障害のために大きく利用者に変化がないこともあり、継続した評価の必要性を感じていないことが本博士論文研究を通して分かった。この考えは、多職種と連携することが多く、専門的な教育を受けてきた看護師よりも生活支援員の方が強かった。研究 4 の ICF コアセットやアセスメントシステムの実用性の評価が看護師と比較して生活支援員が低かったことにも反映している。研究 3 では職員に対する ICF とアセスメントシステムに関する講習会を複数回実施し、アセスメントの大切さを理解した職員が多かったことは本博士論文研究の貢献ではあるが、十分ではなかった。「時間が無い」、「アセスメントに時間を取られたくない」という意見も直接聞かれることがあった。自分たちの支援の根拠を明確にして説明責任を果たし、支援の効果を継続的に評価して効果の高い専門的な支援を利用者に提供するためにはアセスメントが必要であり、そのことを全ての職員が理解する取り組みを継続して行わなければならない。体系的な研修の実施やアセスメント結果を中心とした多職種によるケースカンファレンスを継続的に行うことが有効だと思われる。

本博士論文研究は 1 つの重症心身障害児施設の利用者と職員を対象に実施された。研究 2 で示された利用者の多様性から、多くの重度知的障害のある人に適用可能な項目が ICF コアセットとして選出されていると予想されるが、生活環境が異なれば、特に環境

因子に関しては若干の調整が必要になると思われる。他の生活環境で生活する重度知的障害のある人に本博士論文研究の ICF コアセットがどの程度適用可能であるのか、さらなる研究が必要である。

本博士論文研究を通して、支援現場での ICF コアセットの作成方法とその実用性が示された。我が国で ICF がさらに浸透し生物心理社会モデルにもとづく実践活動の基盤となるように、多様な障害や疾病、生活環境に適した ICF コアセットの作成とその活用方法に関する研究の発展を期待する。

References

- アメリカ精神医学会. 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸 (共訳) (1995) DSM-IV: 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院. (American Psychiatric Association. 1994 Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV. Washington D. C.: American Psychiatric Association.)
- 浅川育世・臼田滋・佐藤弘行 (2008) 理学療法士における国際生活機能分類の認知度と活用状況. 理学療法科学, 23, 267-273.
- 米国知的・発達障害協会. 太田俊己・金子健・原仁・湯汲英史・沼田千紓子 (共訳) (2012) 知的障害: 定義, 分類および支援体系. 東京: 日本発達障害福祉連盟. (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.(2010) Intellectual Disabilities: Definition, Classification, and Systems of Supports. Washington D.C.: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.)
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004) The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.
- Brach, M, Cieza, A, Stucki, G, Fusl, M, Cole, A., Ellerin, B. E., Fialka-Moser, V., Kostanjsek, N., & Melvin, J. (2004) ICF core sets for breast cancer. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Supplement 44, 121-127.
- Buntinx, W. H. E. (2006) The relationship between the WHO-ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) and the AAMR 2002 system. In Switzky, H. N., & Greenspan, S. (Eds.) What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century. Washington D. C.: American association on Mental Retardation.
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, M., Melvin, J., Stucki, G., & de Bie,

- R. (2004) ICF core sets for depression. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Supplement 44, 128-134.
- Chung, M. C., Cumella, S., Bickerton, W., & Winchester, C. (2003) The prevalence of challenging behaviour in hospital, family and community residential settings. *The European Journal of Psychiatry*, 17, 5-15.
- 大六一志 (2002) 知的障害. 下山晴彦・丹野義彦 (編), 講座臨床心理学 3: 異常心理学 I . 東京大学出版会, 185-201.
- Engel, G. H. (1977) The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- 江添隆範 (2006) 重症心身障害児の概念と定義. 朝倉次男 (監修) 重症心身障害児のトータルケア: 新しい発達支援の方向性を求めて. へるす出版, 4-6.
- 藤田昌也 (2011) 施設に入居する重度知的障害のある児・者を対象とした ICF コアセットの作成. 日本心理学会第 75 回大会
- Fujita, M., Hirayama, S., & Tanaka-Matsumi, J. (2010). Teaching clock time reading skills for an autistic woman with severe intellectual disability. 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies
- 藤田昌也・平山哲・松見淳子 (2009) 最重度知的障害を伴う自閉症の成人に対する時計の読みの指導. 日本行動療法学会第 35 回大会発表論文集.
- 藤田昌也・松見淳子・平山哲. (2011) 最重度知的障害を伴う自閉症のある成人に対する時計の読みの指導. 行動療法研究, 37, 195-204.
- 藤田昌也・富岡郁子・墓本幸子・長澤あゆみ・石山滋晴・日南清・小川美香・江原文子 (2012) 国際生活機能分類 (ICF) を用いたアセスメントシステム導入の試み. 第 23 回重症心身障害療育学会抄録集, 122.
- 古川壽亮 (2000) エビデンス精神医療: EBP の基礎から臨床まで. 医学書院.
- Grill, E., Mansmann, U., Cieza, A., & Stucki, G. (2007) Assessing observer agreement when

- describing and classifying functioning with the interventional classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 71-76.
- 長谷麻由・丹波敦・原口健三 (2005) ICF の概念を取り入れた臨床実習の有効性: ss 第2 報学生へのアンケート調査より. *リハビリテーション教育研究* 10, 65-68.
- 濱田佐知子 (2008) 介護福祉従事者を対象とした ICF の理解と活用: ICF モデルを理解するための教育方法の試論. *四天王寺大学紀要*, 46, 465-475.
- 林隆・木戸久美子・小野善朗 (2005) 知的障害児者入所施設保健医療担当者の問題行動への認識と薬剤適応について: ICF スケールを用いた問題行動についての認識調査. *山口県立大学大学院論集*, 6, 71-79.
- Heinen, M. M., Van Achterberg, T., Roodbol, G., & Frederiks, M. A. (2005) Applying ICF in nursing practice: Classifying elements of nursing diagnoses. *International Nursing Review*, 52(4), 304-312.
- 肥後祥治・小林重雄(1990)知能障害児・者の自傷行動の研究: 施設での実態及び適応行動尺度による行動特性の分析. *心身障害学研究*, 15, 35-45.
- 平澤紀子 (2009) 発達障害者の行動問題に対する支援方法における応用行動分析学の貢献. *行動分析学研究*, 23, 33-45.
- 平澤紀子・藤原義博(2002)激しい頭打ちを示す重度知的障害児への機能的アセスメントに基づく課題指導: 課題遂行手続きの形成と選択機会の設定を通じて. *特殊教育学研究*, 40, 313-321.
- 平澤紀子・藤原義博・山本淳一・佐田東彰・織田智志(2003)教育・福祉現場における積極的行動支援の確実な成果の実現に関する検討. *行動分析学研究*, 18, 108-119.
- 井上雅彦(2008) 家庭で無理なく楽しくできる生活・学習課題 46: 自閉症の子どものための ABA 基本プログラム学習研究社.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1982) Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*,

2, 3-20.

金川朋子・高井照隆・永田早百合・山本壮則・安藤愛・黒川洋平・今枝史雄・金森裕治 (2009)

特別支援教育における ICF 活用の基礎的研究. 大阪教育大学紀要第IV部門, 58, 63-79.

檜部公一・岡田美保子 (2010) ICF に関する研究論文の動向について. 川崎医療福祉学会誌, 19, 397-403.

木下麻由美・藤金倫徳(1998) 発達障害児の時計の読み指導に関する研究: 一時間単位の読み. 福岡教育大学紀要(第四分冊教職科編), 47, 269-273.

北ふみ・前田茂・宮脇卓也・竹内教子・森貴幸・石田瞭・江草正彦・嶋田昌彦 (2004) ICF (国際生活機能分類)の障害者歯科での応用. 障害者歯科, 25, 628-633.

国立特別支援教育総合研究所 (2009) 特別支援学校における ICF 及び ICF-CY についての認知度・活用状況等に関する調査: 調査のまとめ (速報). 平成 20 年年度～21 年度専門研究 A「特別支援教育における ICF-CY の活用に関する実証的研究」.

厚生労働省 (2007) 平成 17 年度知的障害児 (者) 基礎調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/titeki/index.html>. (2013 年 11 月 21 日閲覧).

厚生労働省大臣官房統計情報部 (2007) 生活機能分類の活用に向けて. 財団法人厚生統計協会.

栗原まな (2006) てんかん発作とてんかんの診断大要案: 軸 5 の活用に向けて. てんかん研究, 24, 18-25.

日下隆一・小森昌彦・田中康之・逢坂伸子・長野聖・黒川直樹・藤本哲也 (2008) 介護予防における理学療法士の視点: ICF コアセットを用いて. 理学療法科学, 23, 29-33.

Lonigan, O. J., Elbert, J. C., Johnson, S. B. (1998) Empirically supported psychological interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 138-145.

馬淵麻由子 (2006) 精神障害とは. 岡田斉 (編), 臨床に必要な心理学. 弘文堂, 16 - 29.

- 梶本妙子 (2000) 「健康」概念に関する一考察. 立命館産業社会論集, 36, 123-139.
- マツィリア, J. & ホール, J. 下山晴彦 (編訳) (2003) 専門職としての臨床心理士. 東京大学出版会. (In J. Martzillier., & Hall, J. (1999) *What is clinical psychology?* Oxford : Oxford University Press.)
- MCIntyre, A& Tempest, S. (2007) Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 29, 1475-1479.
- 三上史哲・三田勝巳・岡田喜篤 (2005) 重症心身障害児施設入所児(者)の実態調査の分析: 大島の分類の時系列解析. 日本重症心身障害学会誌, 215.
- 宮岸尚平・三浦友和・徳永亜希雄 (2009) ICF-CYを活用した教育相談の取り組み: 読みに書きに困難のある児童への事例を中心に. 国立特別支援教育総合研究所教育相談年報, 30, 23-31.
- 村中智彦(2002) 知的障害者における選択機会の効果に関わる文献的考察. 上越教育大学研究紀要, 22, 59-73.
- 内閣府 (2002) 障害者基本計画.
- 中村博志 (2006) 重症心身障害児の発生原因と診断. 朝倉次男 (監修) 重症心身障害児のトータルケア: 新しい発達支援の方向性を求めて. へるす出版, 7-14.
- 中島定彦(1995) 見本合わせ手続きとその変法. 行動分析学研究, 8, 160-176.
- 中俣恵美 (2011) 国際生活機能分類ICFにおける「生活機能」をめぐる課題. 総合福祉科学, 2, 103-114.
- 中野良顕 (2005) 行動倫理学の確立に向けて: EST時代の行動分析の倫理(<特集>行動分析と倫理). 行動分析学研究, 19, 18-51.
- 日本行動分析学会 (編) (2001) ことばと行動: 言語の基礎から臨床までブレーン出版.
- Odom, S.L., Brown, W. H., Frey, T., Karasu, N., Smith-Canter, L. L., & Strain, P. S. (2003) Evidence-based practices for young children with autism: Contributions for single-subject

design research. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18, 166-175.

岡田斉・秋山邦久 (2006) 福祉臨床における臨床心理学の位置づけ: 生活の場と心理援助.

岡田斉 (編), 臨床に必要な心理学. 弘文堂, 219-232

奥田健次(2001a)強度行動障害を持つ重度知的障害を伴う自閉症成人におけるトイレ・トレーニング. 特殊教育学研究, 39, 23-31.

奥田健次(2001b)わが国における強度行動障害処遇の現状と課題. 特殊教育学研究, 39, 31-37.

大島巖 (2010) 制度・施策評価(プログラム評価)の課題と展望(エビデンス・ベーストの社会福祉研究・実践をいかに進めるか,春季大会シンポジウム). 社会福祉学, 53(3), 92-95

大塚晃 (2013) 知的障害者福祉法の概要. 『社会福祉学習双書』編集委員会 (編), 障害者福祉論: 障害者に対する支援と障害者自立支援制度改定第 4 版. 全国社会福祉協議会, 110-113.

小澤温 (2013a) 戦後初期の障害者福祉施策. 『社会福祉学習双書』編集委員会 (編), 障害者福祉論: 障害者に対する支援と障害者自立支援制度改定第 4 版. 全国社会福祉協議会, 64-72.

小澤温 (2013b) 経済成長期の障害者福祉施策. 『社会福祉学習双書』編集委員会 (編), 障害者福祉論: 障害者に対する支援と障害者自立支援制度改定第 4 版. 全国社会福祉協議会, 73-86.

レップ, A. C., &カーシュ, K. 藤原義博・平澤紀子 (共訳) (1999) 課題示範モデル: 重度障害者への指導プログラム. レミントン, B. (編著) 小林重雄(監訳) 重度知的障害への挑戦. 二弊社 Pp. 259-282 (In B. Remington (Ed) (1991)*The challenge of severe mental handicap: A behaviour analytic approach*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.

佐藤久夫(2004) ICFをどう活用するか: 社会委員会セミナーでの2つの報告から (特集第20回 RI 世界会議(オスロ)). リハビリテーション研究, 121, 14-16.

- 世界保健機関. 厚生労働省大臣官房統計情報部 (編) (2009) ICF-CY: 国際生活機能分類- 児童版. 東京: 厚生統計教会. (In In World Health Organization (2007)International Classification of Functioning, Disability and Health-Children & Youth version. Geneva :World Health Organization)
- 世界保健機関. 障害者福祉研究会 (編) (2002) 国際生活機能分類: 国際障害分類改訂版. 東京: 中央法規. (In World Health Organization 2001 International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva :World Health Organization)
- 世界保健機関. 融道男・中根允文・小見山実・岡崎祐士・大久保善朗 (監訳) (1993) ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院. (In World Health Organization 1992 The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva :World Health Organization)
- シガフーズ,J. アーサー, M., &オレイリー, M. 園山繁樹(監訳) (2004)挑戦的行動と発達障害コレール社 (Sigafos, J., Arthur, M., & O'Reilly, M. (2003)*Challenging behavior & developmental disability*. London : Whurr Publishers Ltd)
- 下山晴彦 (2008) 臨床心理アセスメント入門: 臨床心理学は、どのように問題を把握するのか. 金剛出版.
- 下山晴彦 (2009) 生物 - 心理 - 社会の観点. 金生由紀子・下山晴彦(編), 精神医学を知る: メンタルヘルス専門職のために. 東京大学出版社, 8 - 24.
- Stucki, A., Daansen, P., Fuessl, M., Cieza, A., Huber, E., Atkinson, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., & Ruof, J. (2004) ICF core sets for obesity.*Journal of Rehabilitation Medicine*, Supplement 44, 107-113.
- 高浜浩二・野呂文行(2009) 広汎性発達障害児における既学習課題の挿入が標的課題の獲得に与える効果: 標的課題と既学習課題における反応型についての検討. 特殊教育学研究, 47, 103-112.
- 谷晋二 (1997) 自閉的行動をもつ重度知的障害児の色概念の形成. 特殊教育学研究, 34,

39-46.

溪村真司 (2008) 国際生活機能分類(ICF)がもたらしたもの: 社会福祉援助技術の視点から. 種智院大学研究紀要, 9, 1-29.

徳江与志子・新井真由美・宗行彪・土屋信子 (2001) 広汎性発達障害児に対するチームアプローチ: 幼稚園訪問を通して. 群馬保健学紀要, 22, 71-77.

徳永亜希雄 (2004) 多職種間連携のツールとしての ICF(国際生活機能分類)実用化の試み: 「個別の教育支援計画」への適用を視野に入れて. 国立特殊教育総合研究所紀要, 31, 15-51.

徳永亜希雄・小林幸子・田中浩二・松村勘由・加福千佳子 (2010) 特別支援教育における ICF-CY チェックリスト開発の試み: 学習上又は生活上の困難を把握するための分類項目の抽出を中心に. 国立特別支援教育総合研究所特別支援教育における ICF-CY の活用に関する実践的研究, 29-43.

土田耕司・仁科美希 (2007) 軽度発達障害を持つ児童へのアセスメントに関する事例研究: ICF を用いたアセスメント. 川崎医療探知大学紀要, 27, 41-46.

筒井秀代・加藤ふみ・佐藤久光・伊藤晃・山崎親雄・多和田英夫・小池晃彦・押田芳治 (2008) ICF に基づいた血液透析患者に対するアセスメントツールの開発. 41, 263.

上田敏 (2002) 新しい障害概念と 21 世紀のリハビリテーション医学: ICIDH から ICF. リハビリテーション医学, 39, 123-127.

上田敏 (2005) ICF(国際生活機能分類)の理解と活用: 人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか. 萌文社.

渡部匡隆(2002) 知的障害の理解と援助小林重雄(監修) 今野義孝・藤原義博(編) 発達臨床心理学コレール社 Pp.39-43.

Weigl, M., Cieza, A., Andersen, C., Kollerits, B., Amann, E., & Stucki, G. (2004) Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: A delphi exercise. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Supplement 44, 12-21.

山本淳一・澁谷尚樹 (2009) エビデンスにもとづいた発達障害支援: 応用行動分析学の貢献. 行動分析学研究, 23, 46-70.

由田美津子・道下千春 (2007) 介護技術講習会における介護過程教育方法の試み: ICF モデルの活用と事例記載シートの考案. 北陸学院短期大学紀要, 39, 199-208.

付録

	頁
付録A ICFの認知度と活用状況, 既存のアセスメントの活用状況に関する調査用紙	I
付録B ICFコアセット評価シート	IV
付録C ICFコアセットとアセスメントシステムの実用性に関する調査用紙	X

「ICFの認知度と医療機関との連携に関する調査」

本調査は、福祉施設におけるICF（国際生活機能分類）の認知度と活用状況の把握、及び、医療機関との連携をより良いものにするためにどのような情報交換が必要かを知るために、K医療圏域の施設に配布させていただいています。お手数をお掛けしますが、調査到着後1週間以内にご返送いただきますよう、よろしくお願いいたします。

ご回答いただく方は、各ファミリーのチーフ、または、ファミリーの全体の状況を把握している方を想定しています。なお、本調査で得られたデータは、個別のファミリー名が特定される形で使用することはありません。

回答欄

回答者の情報

1. ファミリー名： 2. 回答者職名：
3. 回答者氏名：

ファミリーの情報

1. 現員数： 名 2. 職員数： 名
3. 利用者に該当する障害名と該当人数（例えば、重度知的障害の伴う自閉症であれば、2と3に該当とするものとする）

1	軽度から中度の知的障害	名
2	重度から最重度の知的障害	名
3	自閉症	名
4	学習障害	名
5	注意欠陥多動性障害	名
6	ダウン症	名
7	視覚障害	名
8	聴覚又は平衡機能の障害	名
9	音声・言語・そしゃく機能の障害	名
10	肢体不自由	名
11	その他：障害名と該当人数を以下にご記入ください。	

ICF の認知度、活用状況に関して

- 1) ICF (国際生活機能分類)という言葉について、ファミリーの職員はどのくらい知っていると思いますか？

_____名の職員が ICF という言葉を知っている

- 2) ファミリーや寮で ICF に関する研修を実施したことはありますか。また、ファミリーの職員が ICF に関する外部の研修を受講したことはありますか。該当する番号に○を付けてください (複数回答可)。

- 1 施設内で ICF に関する研修を実施したことがある
- 2 ICF に関する外部の研修に職員が参加したことがある (参加人数_____名)
- 3 1、2 に該当しない

- 3) ファミリーや寮で昨年度以降に、ICF の活用が行われていますか？該当する番号に○を付けてください。

- 1 一部または全体で活用している
- 2 活用していない

- 4) 【3 の設問で、「①活用している」と回答された方に、お尋ねします。】

ファミリーや寮では、ICF をどのように活用していますか。利用した項目や因子と利用方法の概要を以下に記述してください。

- 5) 福祉見聞録の評価に年間で何回程度目を通しますか。

約_____回程度目を通す。

- 6) ファミリーで利用者のアセスメントや個別支援計画の作成の際に「福祉見聞録」以外で利用している評価方法やチェックリストがあれば以下に記述してください。(ファミリーや寮独自の評価があれば概要を記述し、返送時に同封してください。知能検査、発達検査は除く。)

医療機関との連携に関して

- 1) ファミリーを利用する発達障害のある児・者が医療機関を利用した際、医療機関から伝達してほしい情報（例えば障害や病気の特性、投薬に関する事など）、医療機関に相談したいこと（例えば睡眠や食事に関する事など）があれば以下に記入してください。

その他の専門家（心理士、言語 / 作業 / 理学療法士）との連携に関して

- 1) ファミリーを利用する発達障害のある児・者に関して、心理士や療法士から伝達してほしい情報はありますか？該当する番号に○を付けてください。
- 1 各種テストの結果
 - 2 身体機能の評価と機能を向上させるための取り組み
 - 3 健康維持や肥満対策として、日々の運動や身体トレーニング
 - 4 利用者との適切な関わり方
 - 5 問題行動への対応方法
 - 6 コミュニケーションを高める取り組み
 - 7 利用者の QOL（生活の質）を高める取り組み
- その他、伝達してほしい情報や相談したいことを以下に記入してください。

心身機能とは、身体系の生理的機能(心理的機能を含む)のことです。

	評価点	説明
0 機能障害なし		機能障害が存在しない状態。
	1 軽度の機能障害	過去30 日以内にほとんど困難を感じなかった程度で、本人が我慢できる程度のわずかな機能障害。
	2 中等度の機能障害	過去30 日以内に時々起こっていた程度の問題で(15日未満)、日常生活に支障を来たしている程度の中度の機能障害。
	3 重度の機能障害	過去30 日以内にしばしば起こっていた程度で(15日以上)、日常生活の中でさらに支障を来たす部分が多くなる程度の高度の機能障害。
4 完全な機能障害	過去30 日間で毎日起こっており、日常生活の多くの部分に支障を来たしている程度の全くの機能障害。	
8 詳細不明	機能障害があるのは確かだが、問題の程度を特定する情報が不十分な状態。	
9 非該当	特定のコードを適用することが不適切と判断される状態。(例:b650 女性の月経機能の評価は初潮前及び閉経後の女性には非該当となる)	

	項目	評価(0~9)	現在のケアの内容、投薬、具体的な症状、注意点、特記事項など。
全般的精神機能	b110 意識機能		
	b117 知的機能		
	b122 全般的な心理社会的機能		
	b126 気質と人格の機能		
活力と欲動の機能	b1301 動機づけ		
	b1302 食欲		
	b1304 衝動の制御		
睡眠機能	b1340 睡眠の量		
	b1341 入眠		
	b1342 睡眠の維持		
	b1400 注意の維持		
注意機能と記憶機能	b1401 注意の移動		
	b144 記憶機能		
	b1470 精神運動統制		
精神運動機能	b1520 情動の適切性		
	b1521 情動の制御		
	b1670 言語受容		
言語に関する精神機能	b1671 言語表出		
	b210 視覚機能		
感覚機能	b215 目に付属する構造の機能		
	b230 聴覚機能		
	b2703 侵害刺激に対する感受性		
	b410 心機能		
心血管系、血液系、免疫系、呼吸器系の機能	b435 免疫系の機能		
	b440 呼吸機能		

付録 B ICF コアセット評価シート（心身機能 2/2）

摂食機能	b510	摂食機能			
	b5105	嚥下			
	b5106	逆流と嘔吐			
排便機能	b525	排便機能			
体重維持	b530	体重維持機能			
代謝と内分泌系 に関連する機能	b540	全般的代謝機能			
	b545	水分・ミネラル・電解質バラン スの機能			
	b550	体温調節機能			
	b610	尿排泄機能			
尿路機能	b6200	排尿			
	b6201	排尿の回数			
	b6202	排尿の抑制			
月経の機能	b650	月経の機能			
神経筋骨格と運 動に関連する機 能	b710	関節の可動性の機能			
	b720	骨の可動性の機能			
	b735	筋緊張の機能			
	b765	不随意運動の機能			
	b770	歩行パターン機能			
皮膚の機能	b810	皮膚の保護機能			
爪の機能	b860	爪の機能			
その他:					

付録 B ICF コアセット評価シート（身体構造）

身体構造とは、器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分のことです。

第2評価点		第3評価点	
0＝構造に変化なし		0＝2部位以上	
1＝全欠損		1＝右	
2＝部分的欠損		2＝左	
3＝付加的な部分		3＝両側	
4＝異常な大きさ		4＝前面	
5＝不連続		5＝後面	
6＝位置の差異		6＝近位	
7＝構造上の質的变化 （液の貯留を含む）		7＝遠位	
8＝詳細不明		8＝詳細不明	
9＝非該当		9＝非該当	

項目		第2評価点 (0～9)	第3評価点 (0～9)	補足説明、注意点、特記事項など
s110	脳の構造			
s220	眼球の構造			
s240	外耳の構造			
s320	口の構造			
s410	心血管系の構造			
s430	呼吸器系の構造			
s530	胃の構造			
s540	腸の構造			
s560	肝臓の構造			
s570	胆嚢と胆管の構造			
s580	内分泌腺の構造			
s610	尿路系の構造			
s730	上肢の構造			
s750	下肢の構造			
s760	体幹の構造			

その他：

・活動とは、課題や行為の個人による遂行のことです。参加とは、生活や人生場面へのかかわりのことです。

・参加とは生活・人生場面への関わりのことです。

・活動制限とは、個人が活動を行うときに生じる難しさのことです。活動制限とは、個人が何らかの生活・人生場面にかかわるときに経験する難しさのことです。

・参加制限とは、個人が何らかの生活・人生場面に関わる時に経験する難しさのことです。

「能力」の評価点とは、ある課題や行為を遂行する個人の能力を表すものです。この評価点とは、外的な支援・援助等のない状態での個人に備わった「能力」そのものによる制限又は制約に焦点を当ててものです。外的な支援・援助とは、他の人からの援助や特別な道具や移動手段、その個人に合わせて工夫した部屋や家、職場環境等のことです。「能力」の基準となるのは、同じ文化圏で同世代の人に期待される力や、その個人の健康状態に支障のない状態です。

評価点		説明
0 問題なし、スキル獲得		活動制限や参加制約が存在しない状態。
1 軽度の困難 《見守りが必要》	d130	過去30 日以内にほとんど困難を感じなかった程度で、本人が我慢できる程度の低度の困難。
	d1550	(スキル)ほぼスキルを獲得できている。
2 中等度の困難 《一部介助が必要》	d177	(介助)声かけ、簡単な援助で実行できる。
	d2100	過去30 日以内に時々起こっていた程度の問題で(15日未満)、日常生活に支障を来たしている程度の中程度の困難。
3 重度の困難 《十分な介助が必要》	d310	(スキル)部分的にスキルが獲得できていない。
	d3152	(介助)一部介助が必要。
4 完全な困難 スキル未獲得 《全介助が必要》	d330	過去30 日以内にしばしば起こっていた程度で(15日以上)、日常生活の中でさらに支障を来たす部分が多くなる程度の重度の困難。(スキル)ほとんどスキルを獲得できていない。
	d335	(介助)十分な介助が必要。
9 詳細不明 9 非該当	d4100	過去30 日間で毎日起こっており、日常生活の多くの部分に支障を来している程度の全々の困難。
	d4103	(スキル)完全にスキルを獲得できていない。
	d4104	(介助)全介助が必要。
	d4150	活動制限や参加制約があるのは確かだが、問題の程度を特定する情報が不十分な状態。
	d4153	特定のコードを適用することが不適切と判断される状態。(例 b650 女性の月経機能の評価は初潮前及び閉経後の女性には非該当となる)
	d4164	
	d420	

項目		評価 (0～9)	できること、できないこと。現在の支援内容。注意点。特記事項など。
学習と知識の応用、一般的な課題	d130 模倣		
	d1550 基本的な技能の習得		
	d177 意思決定		
	d2100 単独な単一課題の遂行		
	d310 話し言葉の理解		
コミュニケーションの理解	d3150 ジェスチャーの理解		
	d3152 絵と写真の理解		
	d330 話すこと		
	d335 非言語的メッセージの表出		
	d350 会話		
コミュニケーションの表出、会話	d4100 横たわること		
	d4103 座ること		
	d4104 立つこと		
	d4150 臥位の保持		
	d4153 座位の保持		
姿勢の変換と保持	d4164 立位の保持		
	d420 乗り移り(移乗)		

付録 B ICF コアセット評価シート (活動参加 2/2)

物の運搬・移動・操作	d4300	持ち上げる			
	d4301	手に持って運ぶ			
	d4400	つまみあげる			
	d4401	握ること			
	d4402	操作すること			
	d4403	放すこと			
	d4450	引くこと			
	d4451	押すこと			
	d4452	手を伸ばすこと			
	d4453	手や腕を回しひねること			
	d4454	投げる			
	d4455	つかまえる			
	d4500	短距離歩行			
	d4501	長距離歩行			
歩行と移動	d455	移動			
	d4600	自宅内の移動			
	d510	自分の身体を洗うこと			
	d5300	排泄の管理			
セルフケア	d5301	排便の管理			
	d5400	衣服を着ること			
	d5401	衣服を脱ぐこと			
	d5402	履き物を履くこと			
	d5403	履き物を脱ぐこと			
	d550	食べる			
	d560	飲む			
	d920	レクリエーションとレジャー			
	その他:				

環境因子とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことです。

評価点（阻害因子又は促進因子）		項目	評価（-4～+4）	現在の活用状況、具体的な内容、予測される影響、特記事項など。
軽度の促進因子				
+1	軽度の促進因子	わずかな、低度の促進因子。すなわち、過去30 日以内にほとんど感じなかった程度の心身の健康を促進する環境因子。		
+2	中等度の促進因子	中等度の促進因子。すなわち、過去30 日以内に時々起こっていた程度（15日未満）の心身の健康を促進する環境因子。		
+3	高度の促進因子	高度の、極度の促進因子。すなわち、過去30 日以内にしばしば起こっていた程度（15日以上）の心身の健康を促進する環境因子。		
+4	完全な促進因子	全くの促進因子。すなわち、過去30 日間で毎日起こっていた程度の心身の健康を促進する環境因子。		
0	阻害因子、促進因子なし	なし、存在しない、無視できる阻害因子、促進因子。		
-1	軽度の阻害因子	わずかな、低度の阻害因子。すなわち、過去30 日以内にほとんど困難さを感じなかった程度で、本人が我慢できる程度の心身の健康を阻害する環境因子。		
-2	中等度の阻害因子	中等度の阻害因子。すなわち、過去30 日以内に時々起こっていた程度で（15日未満）、日常生活に支障を来たしている程度の心身の健康を阻害する環境因子。		
-3	重度の阻害因子	高度の、極度の阻害因子。すなわち、過去30 日以内にしばしば起こっていた程度で（15日以上）、日常生活の中でさら支障を来たす部分が多くなる程度の心身の健康を阻害する環境因子。		
-4	完全な阻害因子	全くの阻害因子。すなわち、過去30 日間で毎日起こっており、日常生活の多くの部分に支障を来している程度の心身の健康を阻害する環境因子。		
8	詳細不明			促進因子、または、阻害因子となっていることは確かだが、問題の程度を特定する情報が不十分な状態。

項目	評価（-4～+4）	現在の活用状況、具体的な内容、予測される影響、特記事項など。
e1101 業		
e1151 日常生活における個人用の支援的な生産品と用具（福祉用具）		
e1201 個人的な屋内外の移動と交通のための支援的な生産品と用具（福祉用具）		
e1400 文化・レクリエーション・スポーツ用の一般的な生産品と用具		
e1401 文化・レクリエーション・スポーツ用の支援的な生産品と用具（福祉用具）		
e315 親族		
e320 友人		
e325 知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの成員		
e340 対人サービス提供者		
e355 保健の専門職		
e580 保健サービス・制度・政策		

その他：

付録 C ICF コアセットとアセスメントシステムの実用性に関する調査用紙

アセスメントシステムに関するアンケート

氏名 _____

本アンケートでは個人を特定し内容を検討することはありません。記入内容を確認する際などに必要となるため、氏名をご記入ください。

1. ICF チェックリスト, アセスメントシート, 支援・看護計画書の作成に要した時間。内容の検討から PC への記入に要したおおよその時間をご記入ください。

合計 _____ 時間 (内, ICF チェックリスト _____ 時間, アセスメントシート _____ 時間,
支援・看護計画書 _____ 時間)

【ICF チェックリストに関して】

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 2. 担当個所は評価しやすかったですか？
1) とても評価しにくかった, 2) 評価しにくかった, 3) どちらでもない, 4) 評価しやすかった, 5) とても評価しやすかった | <table border="1"><tr><td>2</td></tr><tr><td> </td></tr></table> | 2 | |
| 2 | | | |
| | | | |
| 3. 利用者の全体像を把握するために, 項目内容や項目数は適切でしたか？
1) 非常に不適切であった, 2) 不適切であった, 3) どちらでもない, 4) 適切であった, 5) 非常に適切であった | <table border="1"><tr><td>3</td></tr><tr><td> </td></tr></table> | 3 | |
| 3 | | | |
| | | | |
| 4. ICF チェックリストを用いた評価は, 利用者の全体像の把握につながりましたか？ (支援員は看護師担当分, 看護師は支援員担当分も含めて)
1) 全く把握できない, 2) 把握できない, 3) どちらでもない, 4) 把握できる, 5) とてもよく把握できる | <table border="1"><tr><td>4</td></tr><tr><td> </td></tr></table> | 4 | |
| 4 | | | |
| | | | |
| 5. ICF チェックリストを用いた評価により, 利用者の心身の健康に関する問題や困難の把握につながりましたか？
1) 全く把握できない, 2) 把握できない, 3) どちらでもない, 4) 把握できる, 5) とてもよく把握できる | <table border="1"><tr><td>5</td></tr><tr><td> </td></tr></table> | 5 | |
| 5 | | | |
| | | | |
| 6. ICF チェックリストを用いた評価により, 日常生活に必要な能力やスキルの獲得の程度, 日常生活での自立の程度, 活動への参加の程度は明確になりましたか？
1) 非常に不明確であった, 2) 不明確であった, 3) どちらでもない, 4) 明確になった, 5) とても明確になった | <table border="1"><tr><td>6</td></tr><tr><td> </td></tr></table> | 6 | |
| 6 | | | |
| | | | |
| 7. ICF チェックリストを用いた評価により, 支援計画・看護計画の作成につながる情報は得られましたか？
1) 全く得られなかった, 2) 得られなかった, 3) どちらでもない, 4) 得られた, 5) 多く得られた | <table border="1"><tr><td>7</td></tr><tr><td> </td></tr></table> | 7 | |
| 7 | | | |
| | | | |
| 8. 利用者のできることに注目して評価を行い, 情報を挙げることができましたか？
1) 全くできなかった, 2) できなかった, 3) どちらでもない, 4) できた, 5) 大変できた | <table border="1"><tr><td>8</td></tr><tr><td> </td></tr></table> | 8 | |
| 8 | | | |
| | | | |

【アセスメントシートに関して】

9. ICF チェックシートの評価はアセスメントシートにまとめやすかったですか？
 1) とてもまとめにくかった, 2) まとめにくかった, 3) どちらでもない, 4) まとめやすかった, 5) とてもまとめやすかった
10. アセスメントシートにまとめた情報は見やすいですか？
 1) とても見難い, 2) 見難い, 3) どちらでもない, 4) 見やすい, 5) とても見やすい
11. アセスメントシートは利用者の全体像の把握に役立ちますか？
 1) 全く把握できない, 2) 把握できない, 3) どちらでもない, 4) 把握しやすい, 5) とても把握しやすい
12. アセスメントシートに記載できる情報量は適切でしたか？
 1) 非常に多すぎる, または少なすぎる, 2) 多すぎる, または少なすぎる, 3) どちらでもない, 4) 適切, 5) 非常に適切
13. 引き継ぎ時等に利用者の情報を知る手段として, アセスメントシートは活用できそうですか？
 1) 全く活用できない, 2) 活用できない, 3) どちらでもない, 4) 活用できる, 5) 非常に活用できる
14. ICF チェックリスト及びアセスメントシートを作成することで, 担当者間での利用者の情報の共有に役立ちましたか？(問題点やできること, 現在の支援内容・看護内容など)
 1) 全く共有できない, 2) 共有できない, 3) どちらでもない, 4) 共有できる, 5) とても共有できる

9

10

11

12

13

14

※ICF チェックリスト (前頁参照)、アセスメントシートに関して, 良かった点や悪かった点, 改善が必要な点, 感想などがあれば, 以下にご記入ください。入りきらない場合は裏面も利用してください。

【支援・看護計画書に関して】

15. 支援計画及び看護計画はまとめやすかったですか？
 1) とてもまとめにくかった, 2) まとめにくかった, 3) どちらでもない, 4) まとめやすかった, 5) とてもまとめやすかった
16. 支援計画, 看護計画を作成する際、アセスメントで得られた情報を活用できましたか？
 1) 全くできなかった, 2) できなかった, 3) どちらでもない, 4) できた, 5) 非常にできた
17. 支援・看護計画書に記載できる情報量は適切ですか？
 1) 非常に多すぎる, または少なすぎる, 2) 多すぎる, または少なすぎる, 3) どちらでもない, 4) 適切, 5) 非常に適切
18. 1枚にまとめられた支援計画及び看護計画は見やすいですか？
 1) とても見難い, 2) 見難い, 3) どちらでもない, 4) 見やすい, 5) とても見やすい
19. 保護者は支援・看護計画書を見やすいと思いますか？(A3に拡大することを想定して下さい)
 1) とても見難いと思う, 2) 見難いと思う, 3) どちらでもない, 4) 見やすいと思う, 5) とても見やすいと思う
20. 支援計画及び看護計画を1枚の用紙にまとめることで、担当間で目標や計画は共有できましたか？
 1) 全く共有できなかった, 2) 共有できなかった, 3) どちらでもない, 4) 共有できた, 5) とても共有できた
21. 支援・看護計画書は統一した支援に向けて活用できそうですか？
 1) 全く活用できない, 2) 活用できない, 3) どちらでもない, 4) 活用できる, 5) 非常に活用できる

15

16

17

18

19

20

21

※支援・看護計画書に関して、良かった点や悪かった点、改善が必要な点、感想などがあれば、以下にご記入ください。入りきらない場合は裏面も利用してください。

【全体を通して】

22. ICF については理解できましたか？（内容や考え方等）
- | | |
|---|----|
| 1) 全く理解できていない, 2) 理解できていない, 3) どちらでもない, 4) 理解できた, 5) 非常に理解できた | 22 |
| | |
23. アセスメントから支援計画, 看護計画作成にあたり, 担当間で話し合うことはできましたか？
- | | |
|---|----|
| 1) 全く話し合わなかった, 2) 話し合わなかった, 3) どちらでもない, 4) 話し合った, 5) とてもよく話し合った | 23 |
| | |
24. 今回実施したアセスメントシステムを今後利用していきたいですか？
- | | |
|---|----|
| 1) 全く利用したくない, 2) 利用したくない, 3) どちらでもない, 4) 利用したい, 5) 非常に利用したい | 24 |
| | |

【支援員の方は回答してください】

25. 前回実施したアセスメントと比較して今回の ICF チェックリストは評価しやすかったですか？
- | | |
|--|----|
| 1) 前回の方が非常に評価しやすかった, 2) 前回の方が評価しやすかった, 3) 変わらない, 4) 今回の方が評価しやすかった, 5) 今回の方が非常に評価しやすかった | 25 |
| | |
26. 前回実施したアセスメントと比較して, 今回の ICF チェックリスト及びアセスメントシートにより利用者に関する情報は明確になりましたか？（全体像や問題点, できること, 支援が必要な点など）
- | | |
|---|----|
| 1) 前回の方が非常に明確であった, 2) 前回の方が明確であった, 3) 変わらない, 4) 今回の方が明確になった, 5) 今回の方が非常に明確であった。 | 26 |
| | |
27. 前回実施したアセスメント及び支援計画の作成と比較して, 今回のアセスメントシステムは実際に活用できそうですか？
- | | |
|--|----|
| 1) 前回の方が非常に活用できた, 2) 前回の方が活用できた, 3) 変わらない, 4) 今回の方が活用できそう, 5) 今回の方が非常に活用できそう | 27 |
| | |

【看護師の方は回答してください】

28. 看護計画を作成する際に今回のアセスメントは必要だと思いますか？
- | | |
|---|----|
| 1) 全く必要ない, 2) 必要ない, 3) どちらでもない, 4) 必要, 5) 非常に必要 | 28 |
| | |

※全体を通して, 良かった点や悪かった点, 改善が必要な点, 感想などがあれば, 以下にご記入ください。入りきらない場合は裏面も利用してください。