

第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICD-11とICF利活用の新たなステージを展望する
～かつてない超高齢社会を迎える日本の挑戦～



開催概要 プログラム ポスター集

2020年1月18日[土] 13:00～16:30

イイノホール（東京都千代田区内幸町2-1-1）

主催：厚生労働省／協賛：一般財団法人 厚生労働統計協会

ICF

ICF = 国際生活機能分類
International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)
ICFは、WHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）
における中心分類の一つです





第8回 厚生労働省 ICFシンポジウム

目 次

開会のご挨拶	2
開催趣旨・開催概要	3
プログラム	4
講演者プロフィール	5
ICFとは	6
ポスター「医療、介護、福祉、教育等 現場におけるICFの活用紹介」	10



開会のご挨拶

厚生労働省政策統括官の鈴木でございます。本日は、ご多忙のところ、第8回厚生労働省ICFシンポジウムにご来場いただきまして、誠にありがとうございます。

あわせて、本日で講演いただく徳島大学の加藤真介教授をはじめとする先生方や、ご協賛を頂きました一般財団法人厚生労働統計協会、並びにご協力を賜りました日本医師会、日本歯科医師会、日本病院会日本診療情報管理学会等の関係者の皆様には、本シンポジウムの開催にあたり多大なご支援・ご尽力を頂きましたことに感謝申し上げます。

さて、ICFシンポジウムは、我が国におけるICFの普及・啓発を目的として、平成22年1月に第1回を開催してから今回でちょうど10年目となります。この10年の間、疾病と生活機能の両面から個人をとらえようとするICFの概念については、多様なフィールドで共感を得てきており、考え方としてはかなり普及されてきたのではないかと考えております。その一方で、統計での活用という点においては、課題の克服が容易でなく、なかなか進んでこなかったところです。そのような中で、昨年6月にWHOで採択されたICD-11に、生活機能評価に関する章が設けられ、ICFの項目も含まれたことは、ICFの具体的活用を進める上での大きな一歩になると期待されています。厚生労働省においては、これまでの取り組みを一步進めるために、ICF専門委員会に、現場レベルでのICFの普及促進を目的としたワーキンググループを設置し、課題解決に取り組んでいこうとしております。

本日はまず、ICD-11の改訂作業に筋骨格系分野の議長として取り組まれた加藤教授に、生活機能との結びつきが特に深い筋骨格系分野の観点からみたICD-11改訂の意義や、ICF活用の期待などについて基調講演をいただきます。

また、昨年3月から活動を開始したICF普及推進検討ワーキンググループの課題別検討班でリーダーを勤められている先生方からご講演をいただきます。向野先生からは生活機能評価システムの作成と検証について、山田先生からはICFのアップデートと今後の展望について、大多賀先生からはICFコンセプトを活用した既存情報整理についてのご講演をいただきます。さらに、事前に公募しましたICFの利活用状況を報告していただくポスターの掲示発表もプログラムの一つとしておりますのでぜひご覧いただきたいと思っております。

今回のシンポジウムを通じまして、医療、介護、福祉を含むあらゆるフィールドにおいてICFの現場での利活用が進むことを期待しまして、私のご挨拶とさせていただきます。

厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、政策評価担当）

鈴木 英二郎

開催趣旨

わが国におけるICFの普及と実用化を目指して、本シンポジウムをこれまでに7回開催し、普及のペースを着々と構築してきました。さらに、2019年5月、WHO総会で第V章に初めてICFのエッセンスが含まれたICD-11が採択され、各国への適用が進められる中、わが国でもICD-11と一体のICFの普及・実用化に向け、「生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ（ICF-WG）」が設けられ、2年間でICF評価セット（日本語版）を完成させるべく、各方面からの研究・開発が行われています。

今回、徳島大学病院リハビリテーション部 加藤 真介 教授を招聘し、ICD-11の筋骨格系分野の議長として取り組まれたICD-11改訂の意義や、ICF活用の期待を語って頂きます。

折しも、災害が多発している昨今、災害現場をICFに基づいて検証しようという取り組みやかつてない超高齢社会を迎える日本の挑戦等のICF実用化のロードマップ、その取り組み状況や成果を共有する機会とします。

また、一般参加者に向けてICFの活用状況を報告するポスターを公募し、会場で掲示発表することにより、ICFの普及啓発と利用者間の情報交換の場となることを期待しています。

開催概要

名称：第8回厚生労働省ICFシンポジウム

テーマ：ICD-11とICF利活用の新たなステージを展望する ～かつてない超高齢社会を迎える日本の挑戦～

日時：2020年1月18日（土）12：00（開場）13：00（開会）16：30（閉会）

会場：イイノホール（住所：東京都千代田区内幸町2-1-1）

参加費：無料

定員：300名

主催：厚生労働省

協賛：一般財団法人 厚生労働統計協会

協力：日本医学会、公益社団法人 日本医師会、公益社団法人 日本歯科医師会、一般社団法人 日本内科学会、一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、公益社団法人 日本理学療法士協会、一般社団法人 日本作業療法士協会、一般社団法人 日本言語聴覚士協会、日本脊髄障害医学会、ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、公益財団法人 テクノエイド協会、公益社団法人 日本医療社会福祉協会、一般社団法人 日本介護支援専門員協会、公益社団法人 日本介護福祉士会、公益社団法人 日本社会福祉士会、公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟、日本保健医療福祉連携教育学会、公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、一般社団法人 日本精神科看護協会、特定非営利活動法人 日本緩和医療学会、特定非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会、一般社団法人 日本在宅医療連合学会、一般社団法人 日本在宅ケア学会、一般社団法人 日本老年医学会、公益社団法人 全国老人保健施設協会（順不同）



プログラム

- 13:00-13:10 **開会挨拶**
鈴木 英二郎（厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、政策評価担当））
中村 耕三（社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会委員長）
- 13:10-14:10 **基調講演**
ICD-11 と ICF の利活用の新たなステージを展望する
～ ICD-11 の改訂に参画して～
加藤 真介（徳島大学病院リハビリテーション部教授）
- 14:10-14:25 **休憩**
- 14:25-14:55 **ICF コンセプトに基づく生活機能評価システムの作成と検証**
－ ICD-11 第 V 章の臨床活用に向けた取り組み
向野 雅彦（藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座准教授）
- 14:55-15:25 **ICF のアップデートと今後の展望**
－ WHO-FIC 動向と日本での活用に向けて
山田 深（杏林大学医学部リハビリテーション科准教授）
- 15:25-15:55 **ICF コンセプトを活用した既存情報整理の考え方と実際**
－ ICF-WG・リコード班の活動報告を中心に
大冢賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）
- 15:55-16:30 **質疑応答**
- 16:30 **閉会挨拶**
武藤 憲真（厚生労働省 参事官(企画調整担当)）
- 17:00 **ポスター掲示発表に対する個別質疑応答（希望者）**

※プログラムは変更となる可能性がありますことをご了承ください。

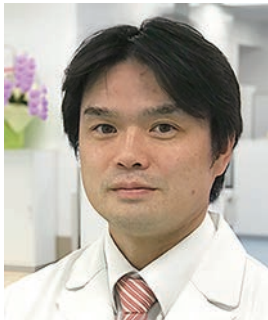
講演者プロフィール



加藤 真介

徳島大学病院リハビリテーション部教授・部長
リハビリテーション科・整形外科専門医
日本リハビリテーション医学会特任理事・研修講習委員会委員長
日本整形外科学会 ICD 委員会委員長、日本脊髄障害医学会常任理事
国際脊髄学会 (ISCoS) Disaster subcommittee chair

1984年 徳島大学医学部医学科卒業
1988年 徳島大学医学部医学研究科（整形外科）終了
1992-3年 英国 ミッドランド脊髄損傷センターで研修
2012年 - 徳島大学病院 リハビリテーション部教授・部長
2016年 - 徳島大学病院 副病院長（安全管理担当）
元 WHO ICD revision Musculoskeletal Topic Advisory Group Chair、
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会 (JRAT) 戦略会議代表委員



向野 雅彦

藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座准教授

2003年に九州大学医学部を卒業後、慶應義塾大学病院、慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター、旭川医科大学病院を経て2014年より藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座にて臨床、教育、研究に従事。国際生活機能分類 (ICF) の国際共同研究にも参加し、2016年にはその中心施設であるスイス脊髄損傷研究所に客員研究員として在籍。2016年より国際リハビリテーション医学会のICF普及分科会委員(委員長)、2019年より厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ委員(座長)として、ICFの普及推進に取り組んでいる。



山田 深

杏林大学医学部リハビリテーション科准教授

杏林大学医学部リハビリテーション医学教室准教授。慶應義塾大学医学部卒。博士(医学)。専門はリハビリテーション医学、とくに脳卒中急性期と廃用症候群。2006年より杏林大学医学部に勤務し脳卒中センター立ち上げに携わる。慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター講師を経て2010年より宇宙航空研究開発機構(JAXA)宇宙飛行士運用技術部宇宙医学生物学研究室に主任研究員として勤務。2013年より杏林大学医学部所属。2015年からWHO国際統計分類協力センターの構成員としてICFの改正に参画。ICFコアセットマニュアルの翻訳リーダーを務めた。



大野賀 政昭

国立保健医療科学院主任研究官

2014年立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程退学。2017年兵庫県立大学大学院経営研究科修了。コミュニティ福祉学博士、ヘルスケアマネジメント修士。
2011年から2013年まで国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部流動研究員、長寿科学振興財団リサーチレジデントを得て、2014年より現所属。
高齢者・障害者領域におけるサービス評価やヘルスケアシステムにおいて分断化された領域間のケアを統合する方法論を主な研究テーマとしている。



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

WHO-FIC における中心分類の一つである ICF

- ICF は健康領域^(※1) と健康関連領域^(※2) を記述するための、統一的で標準的な言語と枠組みを提供することを目的とする分類です。
- WHO が総合的に管理運営している WHO-FIC (世界保健機関国際統計分類)^(※) の中心分類の一つです。
- 厚生労働省では、社会保障審議会統計分科会の下に、生活機能分類専門委員会を設置し、WHO の動向等を踏まえ、ICF に関する具体的な事項について検討を行っています。

(※) WHO-FIC (世界保健機関国際統計分類)

WHO は、保健関連の重要課題を効果的に処理するためには、データベースを用いて、問題を識別し、記述する必要があるとしています。具体的には、保健関連の課題について、原因を調査し、その内容を記録したり、実施した介入等について、進捗状況を監視し、評価したりするために、国際比較可能な標準化されたデータベースが重要であるとの認識です。この認識に基づき、WHO は、保健分野に関する分類体系を提示しています。これが国際統計分類 (WHO-FIC: WHO Family of International Classifications) と呼ばれるものであり、ICF は、その中でも、ICD (国際疾病分類) と並び、中心分類の一つとして位置づけられています。

(詳細は、<http://www.who.int/classifications/en/> を参照)

ICF の特性

ICF は、人の健康に関わる生活機能とその関連領域を分類の対象とする国際分類で、1600 を超える項目から構成され、心身機能 (body functions)、身体構造 (body structure)、活動 (activities) と参加 (participation)、環境因子 (environmental factors) といった領域について包括的に記述する枠組みを提供しています。

ただし、その範囲は広い意味での健康の範囲にとどまるものであり、社会経済的要因によってもたらされるような、健康とは無関係な状況 (例えば、人種、性別 (ジェンダー)、宗教などによる課題の遂行への制約など) については扱いません。

(※1) 健康領域：見ること、聞くこと、歩行、学習、記憶を含む。

(※2) 健康関連領域：交通、教育、社会的相互関係を含む。

ICFにおける構成要素とその相互作用

1. ICFにおける構成要素

○ICFは「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3つの構成要素からなる「生活機能」とまた、それらに影響を及ぼす「環境因子」等の「背景因子」の項目で構成されています。

○各領域の項目は、

第1レベル(心身機能における“精神機能”や“神経筋骨格と運動に関連する機能”、活動と参加における“コミュニケーション”、“運動・移動”など)、

第2レベル(心身機能における“注意機能”、“視覚機能”、“筋力の機能”、活動と参加における“話すこと”、“歩行”、“更衣”、“報酬を伴う仕事”など)、

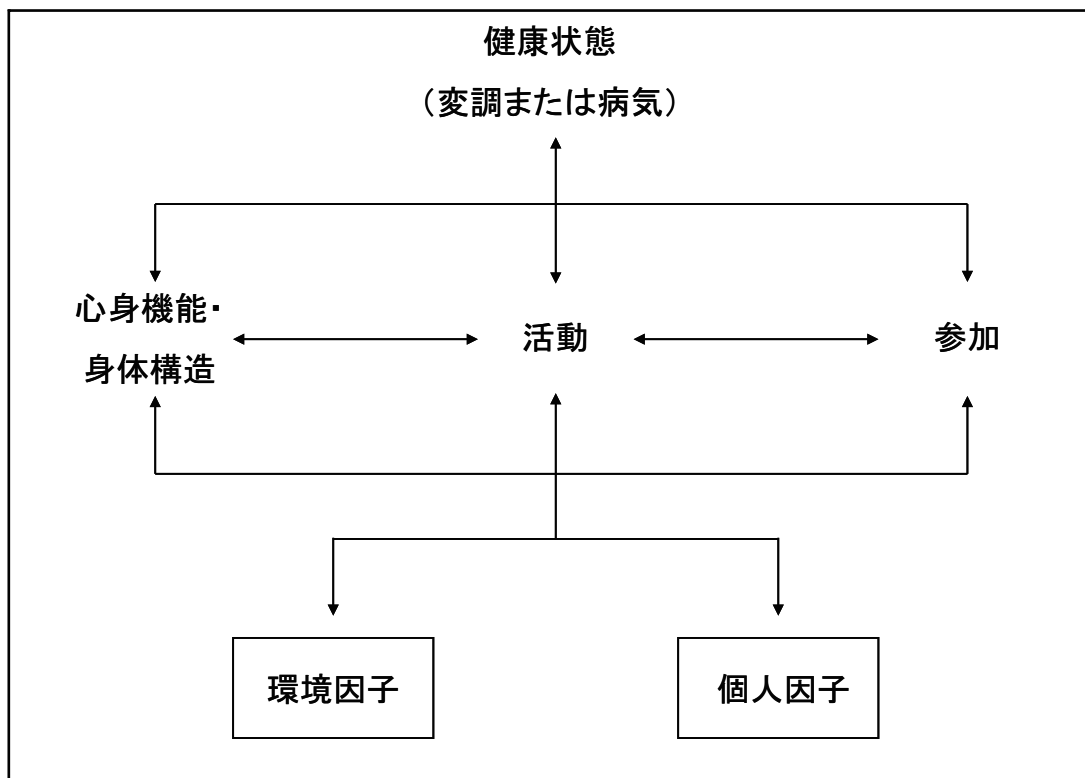
さらに詳細な第3、第4レベルの分類があり、どのレベルでも利用が可能です。

(例)	第1レベルの項目	a4	運動・移動
	第2レベルの項目	a450	歩行
	第3レベルの項目	a4501	長距離歩行

2. 構成要素間の相互作用について

○個人の生活機能は、健康状態と背景因子との間に相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。また、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の間にも相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。

概念図





ICF 活用で期待される効果

ICF は、その活用により、

- 本人やその家族、保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、ICF を用いることにより、生活機能や疾病の状態についての共通理解を持つことができる。
- 生活機能や疾病等に関するサービスを提供する施設や機関などで行われるサービスの計画や評価、記録などのために実際的な手段を提供することができる。
- 調査や統計については比較検討する標準的な枠組みを提供することができる。
などが期待されています。

ICF で使われる用語の定義

◆ 「生活機能」に関する用語

- 生活機能 (functioning) :
心身機能、身体構造、活動及び参加の全てを含む包括用語
- 障害 (disability) :
機能障害、活動制限、参加制約の全てを含む包括用語
- 心身機能 (body functions) :
身体系の生理的機能（心理的機能を含む）
- 身体構造 (body structure) :
器官・肢体とその構成分野など、身体の解剖学的部分
- 機能障害（構造障害を含む） (impairments) :
著しい差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
- 活動 (activity) :
課題や行為の個人による遂行
- 参加 (participation) :
生活・人生場面 (life situation) への関わり
- 活動制限 (activity limitations) :
個人が活動を行うときに生じる困難さ
- 参加制約 (participation restrictions)
個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさ

◆「背景因子」に関する用語

○背景因子 (contextual factors) :

個人の人生と生活に関する背景全体（構成要素は環境因子と個人因子）

○環境因子 (environmental factors) :

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

○個人因子 (personal factors)

個人の人生や生活の特別な背景



ポスターリスト

テーマ：「医療、介護、福祉、教育等 現場における ICF の活用紹介」

No	タイトル	発表者
1	作業療法身体障害治療学における ICF の活用	大瀧誠
2	ICF を活用した教育相談・就学相談	遠藤康弘
3	厚生労働省の ICF に関する取り組み	及川恵美子、高橋恵介、柳川侑子、渡三佳
4	家族記入式乳幼児発達スケール（KIDS）の妥当性	橋本圭司
5	脳腫瘍患者の生活機能に対する WHODAS 2.0 を用いた評価	山田深、石田幸平、池田光代
6	ICF ならびに ICD-11 V 章準拠の生活機能サマリー作成に関する検討	渡邊直、高橋長裕、廣瀬弥幸、宇都由美子、折井孝男、岩崎榮、末永裕之
7	支援が必要な子どものための「かながわの切れ目ない支援体制の構築」における WHODAS2.0 活用の検討の取組	徳永亜希雄、田中浩二、柏木雅彦、立花裕治、堀野史雄、堀田亜依美、中山聖枝
8	ICF rehabilitation set を利用した多職種リハビリテーション治療の回復期リハビリテーション病棟における有効性	木下翔司、安保雅博
9	ICF の活用で生きる目的を持たたと実感された人々の事例紹介	千葉信子
10	社会的自立支援アウトカム尺度（SIOS）を活用した要介護高齢者の主体性向上に寄与する通所介護事業所における自立支援ケアの取り組み	小室貴之、渡辺明子、佐藤満
11	その人の「活動と参加」を支援する作業療法 ～作業療法士のアセスメントにおける ICF リコードの活用～	一般社団法人日本作業療法士協会
12	わが国の社会統計に求められる項目－ ICF の観点から－	高橋秀人、勝又幸子、大冨賀政昭、林玲子
13	障害福祉・介護保険サービスの社会的な側面からのアウトカム評価の検討 －WHO-DAS2.0 の試行評価を通じて	大冨賀政昭、森川美絵、柿沼倫弘、重田史絵、森山葉子
14	ICF コードと V 章コードを用いた疾患別の生活機能アセスメントと統計的活用	小松雅代、小川俊夫、野田龍也、稲田采音、黒塚那実、牟田美里、高井優奈、城島哲子、今村知明
15	障害福祉サービスのスクリーニングにおける WHO-DAS2.0 の活用可能性の検討 －就労継続支援 B 型と生活介護の差異に着目して	松本将八、木下隆志、大冨賀政昭、筒井孝子
16	ICF の使用を支援する臨床ツール作成の取り組み	向野雅彦、出江紳一、大冨賀政昭、山田 深
17	ICF を活用した支援機器のマッピング	井上剛伸、上野友之、浅川育世、上村智子、石川浩太郎、石渡利奈、硯川潤、中山剛、西脇友紀、水野純平、阿久根徹、田上未来



作業療法身体障害治療学におけるICFの活用

大瀧 誠 神戸学院大学総合リハビリテーション学部作業療学科
E-mail: ohtaki@reha.kobegakuin.ac.jp

ICFの概念は1年次前期開講の作業療法概論をはじめ、様々な科目で説明・活用している。身体障害治療学は3年次前期に、その後期に身体障害治療学実習が開講される。身体障害治療学は基本的に心身機能・構造に働きかける手段・方法を講義・実習する。その手段や方法は活動、参加への繋がりを含めた内容でなければならない。それに加え、健康状態（疾病）や環境・個人因子との関係を含めた人への関わりが要求される。

しかし学生は当該科目や他の科目の位置づけ、および構造としての作業療法の流れを理解することが難しい。そこで今回当該科目と他の科目との関係性を構造的に理解することを目的にICFを情報整理のツールとして用いた。その結果、つながりを持った治療設定を説明するとき学生への反応が良好となり、理解が得やすくなったと感じた。その実践内容を報告する。

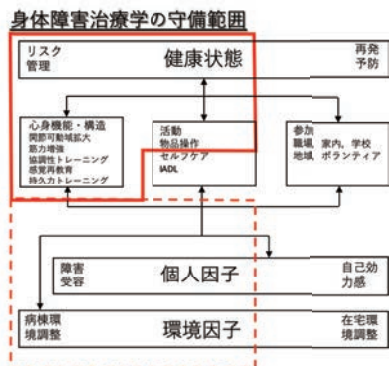


図1 身体障害治療学の守備範囲

【身体障害治療学の守備範囲】

当該科目の内容をICFの枠組みを用いて図示すると図1のようになる。この科目の主たる領域は心身機能・構造の部分である。それだけではなく、2年次に学ぶ臨床医学（疾病）との関係性を基盤にトレーニング内容を説明しなければ、リスク管理ができなくなる。つまり健康状態と心身機能・構造の矢印の意味を説明することになる。

トレーニングを進めるにあたり根底にあるのが対象者との関係である。個人因子（障害受容）や環境要因（病棟・在宅環境調整）はトレーニング効果を高めたり低下させる要因でもある。これらを加味して説明することにより、病棟を含めたチーム医療の重要性とともに、作業療法実践による最大限の効果が得られるよう説明する。

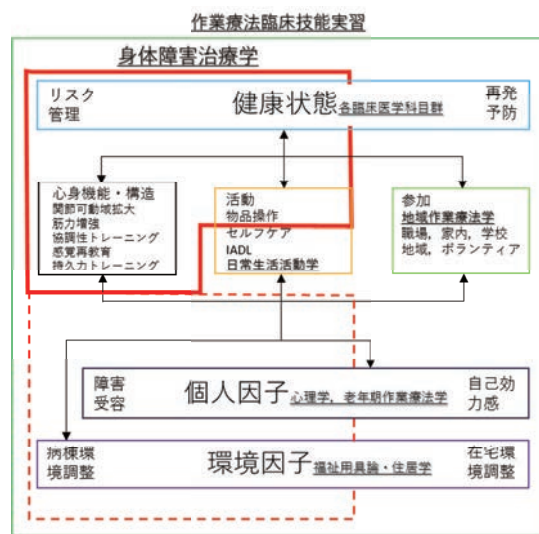


図2 科目間連携

【科目間連携】

教員は年次進行している他の科目の内容を把握しながら授業内容を組み立てる。そのため常に図2の枠組みをもって内容を吟味している。しかし学生は基本的に科目の縦割りでしかみえないため、この入り組んだ構造を学生自らが組み立てることはできない。これを可能にするには結びつける科目が必要となる。本学は3年次後期に作業療法臨床技能実習を開講する。これは臨床実習（臨床実習）前に模擬患者（教員）を設定し、学生は情報を得るために実技とともに網羅的に体験することになる。学生は自らが集めた情報をここで初めてICFの枠組みを能動的に利用して情報整理をすることになる。そのため教員はこの枠組みを念頭に置いて説明できるが学生には備わっていないため、臨床実習時にかなりの指導を要する。

【まとめ】

学生はICFの概念を覚えている。それは言語的であり記憶にとどまり、臨床（評価）ツールとしてのICFの活用までには至っていない。教員は科目間連携はもちろん、学生にとって情報を整理する身近なツールとしてICFを有効活用してほしいと願っている。将来学生が臨床で活躍するためには、ICFを情報分類だけではなく臨床（評価）ツールとして学生のうちから能動的に使う経験を重ねることができるようICF教育を進めていきたい。



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

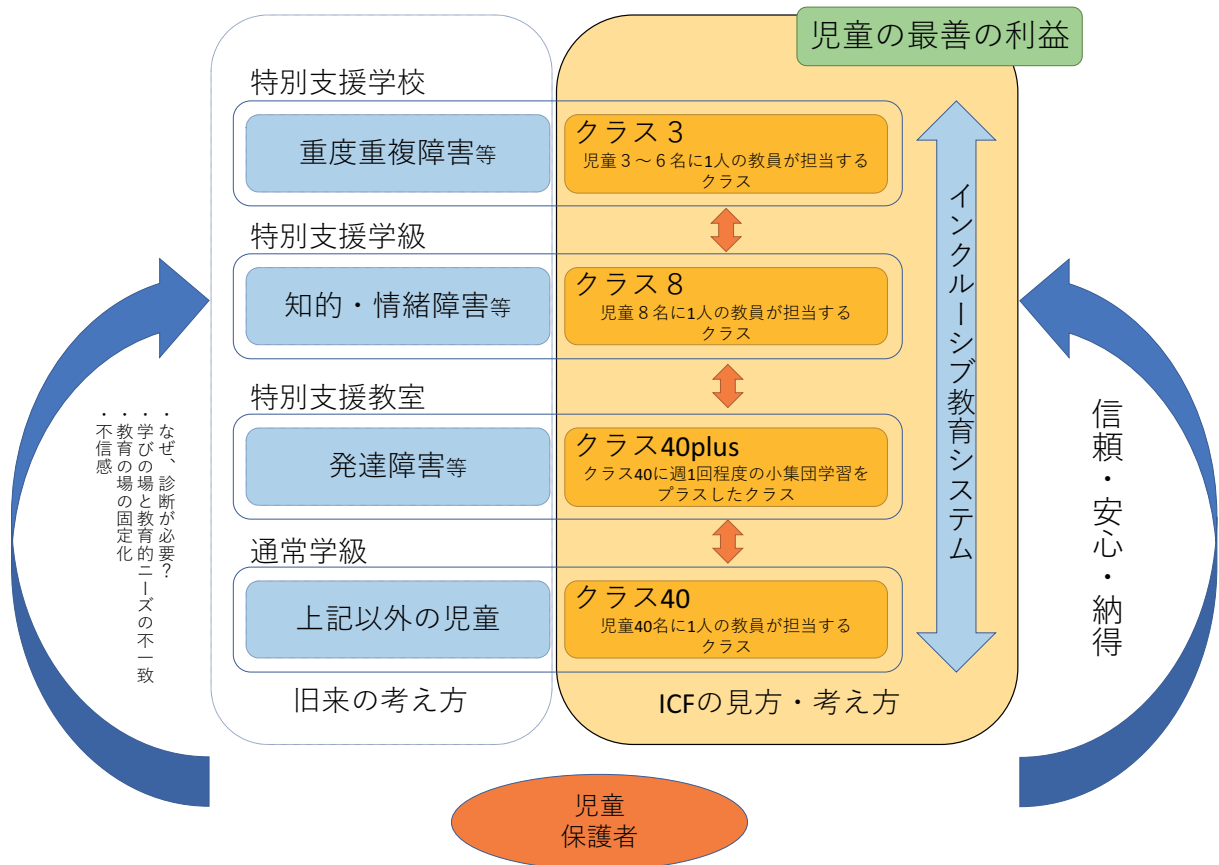
2



ICFを活用した教育相談・就学相談

遠藤 康弘（東京都あきる野市立南秋留小学校・公認心理師/CDP/S.E.N.S）

概要 児童が通常学級よりもふさわしい学びの場がある場合、これまでの教育相談・就学相談ではその児童に想定される障害名を下敷きにして保護者に説明することが多かった。しかし、障害名を使わずに、ICFの考え方をういて説明した方が、保護者に柔軟に受け止められ、適切な支援へと繋がりがやすい。



児童がどの学びの場で生活することが本人の最善の利益にかなうのかを児童、保護者とともに話し合う時、本人にある障害と学びの場のもつ障害の種別が一致しない場合だけでなく、障害の種別を話題にすることが相談の妨げになることがある。また、障害の診断がなかったり、障害に気づいていなかったりすることもある。

障害そのものより本人の生活上の困難に寄り添って、生活機能を分析し、児童に必要な支援の強度を「教員1名あたりの児童数」によって分類し、説明することで保護者に児童が真に必要な学習環境がより理解されやすくなり、納得して児童の学びの場を協働して考えていくことができるようになった。

この考えは障害の種別による学びの場の固定化を防ぎ、児童が必要としている支援の強度によって柔軟に学びの場を変えていくことができるというインクルーシブ教育システムとも整合性が高く、本人や保護者に将来への希望をもってもらうことができるようになった。



厚生労働省のICFに関する取り組み

及川 恵美子、高橋 恵介、柳川 侑子、渡 三佳
厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、政策評価担当）付参事官付国際分類情報管理室

要約 厚生労働省では、生活機能分類（ICF）の普及及び推進を目的に、公開シンポジウムを開催している。また国内の専門家から構成するICF専門委員会を社会保障審議会統計分科会の下に組織して運営しているが、2019年にICD-11が採択されたことを受けてICF普及推進検討ワーキンググループを新たに組織し、現場に即したICFの一層の普及を目指している。

ICD-11との一体的な活用に向けて

2019年5月世界保健総会にて採択されたICD-11において、新しい章として、生活機能評価に関する補助セクションが新設された。健康に関連する生活機能のレベルを記述することで、ICDにおける疾病などの情報と生活機能に関する情報を組み合わせた評価が可能となる。生活機能評価に関する補助セクションには、WHOによって開発されたICFに基づく2つのツール「WHO障害評価面接基準（WHODAS 2.0 36項目版）☆1」と「モデル障害調査（MDS）☆2」の項目が含まれている。

- ☆1 ICFの概念に基づき、WHOが開発した認知などの6領域から構成される36項目の質問票。
- ☆2 WHOと世界銀行が共同開発した視覚及び関連機能などの4領域から構成される6項目の質問票。

ICD-11で新章として追加された章

- 第4章 免疫系の疾患
- 第7章 睡眠・覚醒障害
- 第17章 性保健健康関連の病態
- 第26章 補助チャプター伝統医学の病態－モジュールI
- 第V章 **生活機能評価に関する補助セクション**
- 第X章 エクステンションコード

ICD-11第V章に含まれる分類項目

- ▼ **WHODAS 2.0 36項目版**
 - ▶ 認知
 - ▶ 運動・移動
 - ▶ セルフケア（WHODAS関連項目）
 - ▶ 他者との交流
 - ▶ 日常生活
 - ▶ 社会参加及び健康問題の影響
- ▼ **簡易版モデル障害調査**
 - ▶ 視覚及び関連機能
 - ▶ 聴覚と前庭の機能
 - ▶ 精神機能
 - ▶ 感覚機能と痛み
- ▼ **基本的機能の領域**

日・WHOフォーラム（於：国連大学）

ICD-11の公表を祝し、2018年11月に日・WHOフォーラムが開催された。フォーラムにはWHO担当官が来日しICD-11とICFの一体的な活用・普及を目指して、参加者との活発な意見交換が行われた。



厚生労働省が運営するICFに関する審議会

WHOは、2001年5月にICFを採択した。我が国においては、2006年に社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会（ICF専門委員会）を設置し、ICFの普及・啓発に取り組んできたところである。このような中、WHOは、2018年6月に国際疾病分類第11回改訂版（ICD-11）を公表し、新たに、第V章生活機能評価に関する補助セクションを設けた。このことを踏まえ、厚生労働省では、ICF専門委員会の下に、生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ（ICF-WG）を設置した。

■ **ICF専門委員会委員**（2020年1月現在：五十音順、敬称略）

石川広己、出江紳一、井上剛伸、奥平真砂子、鎌倉やよい、七種秀樹、○才藤栄一、正立齊、◎中村耕三、橋本圭司、林玲子、藤田香織（◎委員長、○委員長代理）

■ **ICF-WG委員**（2020年1月現在：五十音順、敬称略）

浅川育世、☆出江紳一、☆大冢賀政昭、小松雅代、近藤和泉、◎☆向野雅彦、村井千賀、森田秋子、☆山田深、横堀由喜子（◎座長、☆班リーダー）



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

4



家族記入式乳幼児発達スケール (KIDS) の妥当性

橋本圭司 (国立研究開発法人国立成育医療研究センターリハビリテーション科)

研究の目的は、ICFの概念が反映された家族記入式の乳幼児発達スケール (KIDS) の基準関連妥当性を検討することである。対象は国立成育医療研究センターを受診した0から5歳の児404名であり、心理士や言語聴覚士が新版K式発達検査2001(新版K式)を実施し、KIDSタイプTを家族が記入した。結果、KIDSの総合発達指数(DQ)と運動DQは、新版K式的全領域DQ、運動・姿勢DQとそれぞれ高い相関 ($r=0.756, 0.774$) を示した。回帰分析による予測式は、新版K式全領域DQ=22.901+0.652×KIDS総合DQ ($R=0.756$, 決定係数 $R^2=0.571$) と比較的高い精度であった。また、新版K式総合領域、言語・社会領域のDQ70未満の発達遅滞を検出する特異度は、KIDS総合、理解言語DQカットオフ値を70とした時に、それぞれ感度が62.6、52.3%、特異度は94.0、95.3%であった。家族記入式のKIDSを用いることで、児の大きな発達状況を予測できることがわかった。一方でKIDSの発達遅滞検出の感度は低く、スクリーニングツールとしては偽陰性が多いため、注意を要する。

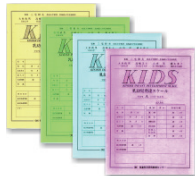


表1. ICD-11V章と日本で活用可能な尺度との対応

ICD-11 V章コード	日本で活用可能な尺度
BlockL2-VA0 認知 VA00-VA0Z	ASQ®-3(コミュニケーション、問題解決)、KIDS(理解言語、表出言語、概念)、WeeFIM®(理解、表出、問題解決、記憶)
BlockL2-VA1 運動・移動 VA10-VA1Z	ASQ®-3(粗大運動)、KIDS(運動)、WeeFIM®(歩行、車椅子)、ABPS-C(基本動作)
BlockL2-VA2 セルフケア VA20-VA2Z	KIDS(食事、しつけ)、WeeFIM®(食事、整容、清拭、更衣(上半身)、更衣(下半身)、トイレ動作)、ABPS-C(セルフケア)
BlockL2-VA3 他者との交流 VA30-VA3Z	ASQ-3(個人・社会)、KIDS(対子ども社会性、対成人社会性)、WeeFIM®(社会的交流)
BlockL2-VA4 日常生活活動 VA40-VA4Z	ABPS-C(活動性)
BlockL2-VA5 社会参加及び健康問題の影響 VA50-VA5Z	ABPS-C(教育、余暇活動)

表2 対象者のプロフィール

症例数	404
年齢(中央値と範囲)	2.0 (0-5) 歳
各年齢の内訳	0歳児; 71名、1歳児; 114名、2歳児 74名、3歳児; 75名、4歳児; 46名、5歳児; 24名
性別	男児 248名、女児 156名
在胎週数(中央値と範囲)	37.0 (23-42) 週
出生体重(中央値と範囲)	2621 (420-4024) g
疾患の内訳	周産期合併症; 145名、先天性疾患; 24名、中枢神経疾患; 86名、発達障害; 59名、代謝内分泌疾患; 26名、その他の疾患; 64名

表3 新版K式各領域DQとKIDS各領域DQの相関 (Pearsonの相関係数)

KIDS	総合	運動	操作	理解言語	表出言語	概念	対子ども社会性	対成人社会性	しつけ	食事
発達指数	89.0 (20-150)	80.0 (11-175)	89.3 (7-164)	94.9 (8-204)	83.3 (11-180)	100.0 (27-257)	92.2 (23-193)	92.9 (11-190)	103.0 (29-269)	68.4 (6-171)
新版K式全領域	.756** (404)	.617** (404)	.692** (404)	.615** (404)	.576** (404)	.384** (332)	.513** (332)	.611** (404)	.430** (332)	.438** (404)
新版K式運動・姿勢	.592** (357)	.771** (357)	.474** (357)	.384** (357)	.358** (357)	.215** (290)	.375** (290)	.461** (357)	.360** (290)	.110** (357)
新版K式言語・適応	.697** (402)	.511** (402)	.678** (402)	.571** (402)	.520** (402)	.357** (330)	.500** (330)	.592** (402)	.444** (330)	.418** (402)
新版K式言語・社会	.751** (404)	.609** (404)	.631** (404)	.665** (404)	.665** (404)	.445** (332)	.516** (332)	.615** (404)	.405** (332)	.431** (404)

**相関係数1%で有意 (両側)

()内は度数

KIDSと新版K式の発達指数は全て中央値 (最小値-最大値)

図1 新版K式全領域DQとKIDS総合DQの散布図と回帰直線

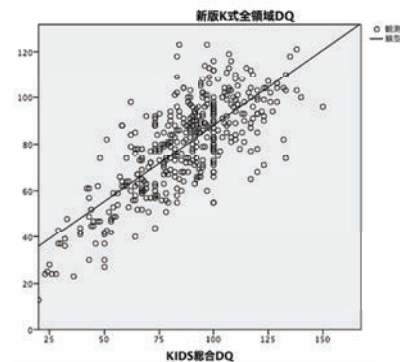


表4 KIDS DQ70未満をカットオフ値とした時の新版K式各領域DQ70未満の感度・特異度

KIDS (症例数)	新版K式	感度 (真陽性数)	特異度 (真陰性数)
総合DQ 70未満 (94)	全領域	62.6% (77)	94.0% (264)
運動DQ 70未満 (138)	運動・姿勢	64.7% (97)	80.2% (166)
理解言語DQ 70未満 (81)	言語・社会	52.3% (68)	95.3% (261)
表出言語DQ 70未満 (143)	言語・社会	73.1% (95)	82.5% (226)
対成人社会性DQ 70未満 (84)	言語・社会	50.8% (66)	93.4% (256)
操作DQ 70未満 (94)	認知・適応	46.1% (48)	84.6% (252)



脳腫瘍患者の生活機能に対するWHODAS 2.0を用いた評価

山田 深, 石田幸平, 池田光代 (杏林大学医学部付属病院 リハビリテーション室)

概要：ICD-11 V章の利用を見据え、WHODAS 2.0を用いた臨床評価の事例を報告する。

[背景]

- WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) は、ICFが示す概念的枠組みの中で「活動および参加」に焦点をあて、健康と障害の程度を測定するために開発された。WHODAS 2.0はICD-11 V章における生活機能評価にも採用されている。
- WHODASでは認知、可動性、セルフケア、他者との交流、日常活動、社会への参加という6つの領域について過去30日間を振り返り、生活機能における問題の程度を「全く問題なし：1」「少し問題あり：2」「いくらか問題あり：3」「ひどく問題あり：4」「全く何もできない：5」の5段階で評価する。
- WHODASの臨床応用を考えた場合、急激な症状の出現から長期入院を余儀なくされる脳卒中患者では振り返り期間の扱いや生活環境との関係性が問題となる。一方、化学療法等を実施するため間欠的な短期入院を繰り返すような悪性脳腫瘍患者の評価においては、WHODASの親和性は高いものと考えられる。
- 我々は今回、悪性脳腫瘍患者を対象としてWHODASによる評価を試みた。

[方法]

- WHODAS 2.0 36項目自己記入版シートを用い、悪性脳腫瘍患者よりデータを収集した。

[結果]

- 以下の4名の患者より入院時に回答を得た。

表1：対象症例

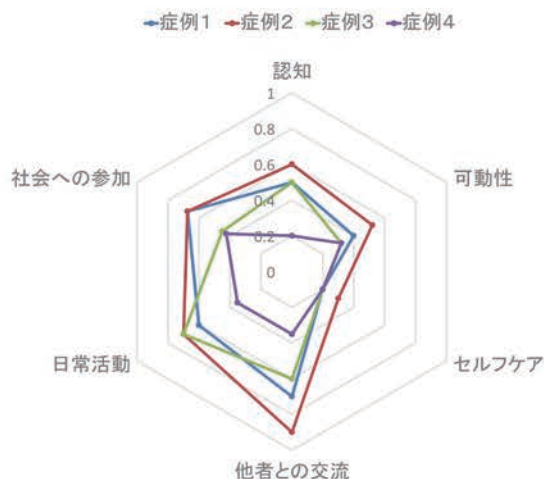
	性別	年齢	学校	婚姻		仕事日数		
				A4	A5	H1	H2	H3
症例1	男性	69歳	12年	2	7	10	0	30
症例2	女性	62歳	14年	2	5	25	0	0
症例3	女性	53歳	16年	2	7	30	30	0
症例4	女性	53歳	16年	2	5	5	20	0

A4.2: 現在結婚している/A5.2: 自営業、A5.7: 無職 (健康上の理由)

- 領域別のスコアを表2に、各スコアの百分率を図に示す。

表2：領域別スコア

	認知	可動性	セルフケア	他者との交流	日常活動	社会への参加
症例1	15/30	10/25	4/20	14/25	12/20	27/40
症例2	18/30	13/25	6/20	18/25	14/20	27/40
症例3	15/30	8/25	4/20	12/25	14/20	18/40
症例4	6/30	8/25	4/20	7/25	7/20	17/40



図：各スコアの百分率

- 各症例とも、セルフケア領域ではおおむね問題はみられなかった。一方で、他者との交流、日常活動、社会への参加には問題がみられた。
- 認知領域の問題が大きかった症例は、他の領域でも問題がみられる傾向にある。

[考察]

- WHODASの評価により、病院という限られた環境では評価が困難であった生活機能全般を通じた問題点を明らかにすることができた。
- 悪性脳腫瘍患者に対するWHODASによる主観的評価は、社会生活におけるQOLの改善へ向けた課題を明確にする上で有用であると考えられる。
- ただし、自己記入式は失語症などがあると利用が困難であることも想定される。



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

6

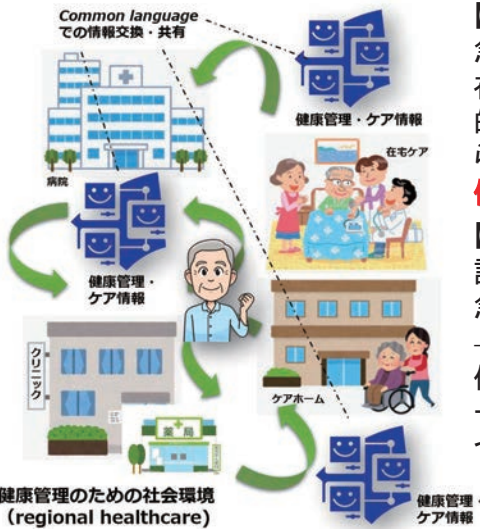
※この研究に関する著者らのCOIはありません。



ICF ならびに ICD-11 V章準拠の生活機能サマリー作成に関する検討

渡邊 直・高橋長裕・廣瀬弥幸・宇都由美子・折井孝男・岩崎 榮・末永裕之

日本診療情報管理学会 POS等検討委員会



【背景】

急性期病院から慢性期、リハ、そして地域における日常診療や在宅管理までを含めたシームレスな連携によって行われる包括的健康管理が必須となっている。そのためには各層の施療者ならびに受療者、すべてのstakeholdersにとって**共通の用語による健康状態の記述ならびに適切伝達**が必須である。

【方法】

詳細な疾病検討がなされ、有意の影響を残す介入が行われる急性期病院での健康情報は重要。

→退院時サマリーとして**ICD-10 codeを軸に疾病(診断)情報**が伝達される(2019/10月厚労省標準規格化)。

一方で患者の生活機能情報に関する統一用語表現と伝達については、統一的方法がない。

→ **ICF (ICD-11 V)を軸に作成を試みる。**

すでに現場で活用されている FIM や ICF staging, Barthel index などの評価様式との mapping 表の作成

生活機能サマリーの骨子(案)

- ICD-11 chapter V codeないしICF codeに準拠して標準的に規定された評価項目と評価法
- 急性期～慢性期～home careで共通利用

コアな診療要約とコアな生活機能要約で患者の健康状態を包括的に把握

ケアへの活用

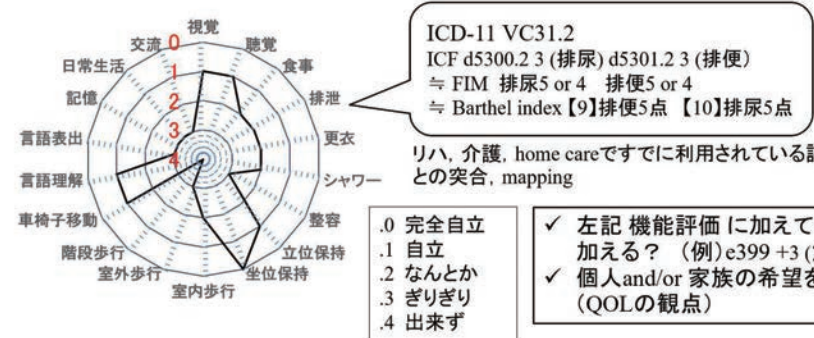
ADL全自立ですか？
(自分で交通機関ないし独歩でクリニックに通い、保険薬局で薬を受け取って帰ることができる？)

(例)
ADL—全自立 職業〇〇
ADL—全自立 retired carpenter 趣味:カメラ
ADL—全自立 農夫 趣味:旅行 難聴(補聴器)

NO YES

- | | |
|------------|------------------------------------|
| 【1】視覚・聴覚 | --- a 視覚 b 聴覚 |
| 【2】セルフケア | --- a 食事 b 排泄 c 更衣 d シャワー e 整容 |
| 【3】移乗 | --- a 立位保持 b 坐位保持 |
| 【4】歩行・移動 | --- a 室外歩行 b 室内歩行 c 階段歩行 d 車椅子移動 |
| 【5】認知・精神機能 | --- a 言語理解 b 言語表出 c 記憶 d 日常課題 e 交流 |

5分類
18項目



【今後の計画】

評価すべき生活機能項目の標準的設定

.0～.4の評価基準の設定、評価ガイダンス作成

急性期病院退院時の評価 →慢性期医療機関/在宅ならびにケア機関への伝達

生活機能サマリー作成の feasibilityやその有用性の

フィールドでの確認

第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

7



支援が必要な子どものための「かながわの切れ目ない支援体制の構築」におけるWHODAS2.0活用の検討の取組

徳永亜希雄¹, 田中浩二², 柏木雅彦³, 立花裕治³, 堀野史雄³, 堀田亜依美³, 中山聖枝³
 1. 横浜国立大学, 2. 東京成徳短期大学, 3. 神奈川県教育委員会教育局支援部特別支援教育課

概要: 神奈川県では、支援が必要な子どもに対して切れ目なく支援を行っていくため、文部科学省の「切れ目ない支援体制整備充実事業」を活用して「かながわの切れ目ない支援体制の構築」を目指した取組を行っている。その中では、神奈川県において継続的な支援に活用してきた「支援シート」をより有効活用するため、ICFをもとにして作られたWHODAS2.0の項目を共通の観点として活用する検討を行った。具体的には、教育・福祉・労働との関連各部署、学識経験者30名によって、各ステージや切れ目となりやすい時期の観点としての項目の選択、表記の修正の必要性等を、Delphi studyを通して検討を行っている。その結果、使用するべき項目、修正すべき用語等が明らかになっており、それらを取り入れたリーフレットの作成を試みた。今回は、その検討経過について報告する。

I. はじめに

神奈川県では、支援が必要な子どもに対して切れ目なく支援を行うため、文部科学省の「切れ目ない支援体制整備充実事業」を活用して、平成29年度からの3年間、「かながわの切れ目ない支援体制の構築」を目指した取組を行ってきた。これまで、継続的な支援を行うためのツールである個別的教育支援計画について、県内共通の様式「支援シート」として活用を推進してきたことを踏まえ、支援シートをより使いやすくする方向性で取り組むこととした。支援シートは、支援シートⅠ「これまでの支援これからの支援」、シートⅡ「支援の内容と役割分担」から構成される。さらに、シートⅠは、大きく、所属機関・家庭生活・余暇/地域生活、健康/安全/相談それぞれのこれまでの取組、これまでの取組の評価、これからの計画で構成される。シートⅡは、全体としての課題またはニーズに加え、所属機関等において、どこで・だれが・どんなことを・見直し予定日・評価についてそれぞれ記入する構成となっている。支援シートには、これ以上の細かい観点はなく、記入のポイント例という簡単な例示があるのみとなっており、個々に合わせた内容を記述できる利点ある一方、何を書けば良いかわかりづらいと指摘もあった。このことを踏まえ、本人・専門職種等の共通言語として開発された、ICFの活用に着目し、特に本人の実態に関する情報部分にあたる、シートⅠの所属機関・家庭生活・余暇/地域生活・健康/安全/相談それぞれの領域これまでの取組とどこでの記述の観点として活用することを検討することとした。具体的には、ICFの項目を活用した包括的な評価票として、様々な文化を超え、健康及び障害を評価するために標準化されたWHODAS (WHO Disability Assessment Schedule) 2.0の項目について検討を行った。

II. 方法

1. 参加者等: 神奈川県教育委員会教育局支援部特別支援教育課を事務局として、学識経験者、福祉・労働部局関係者、県及び市町村等教育部局関係者、教育機関関係者等、合計30名で構成される「かながわの切れ目ない支援体制の構築」検討協議会を設置し、構成員によって検討を行った。**2. 取組の概要:** ①支援が必要な子どもに対する支援、特にその継続性に関する現状と課題についての協議、②ICF及び就労移行支援について、それぞれの専門家の講義を通じた学習、③項目の表記を修正すべきかどうかのこれまでの取組の観点例の中抽出のためのWHODAS2.0の項目についてのDelphi study **3. Delphi studyの手続き:** 令和元年9月及び11月、協議会の場で1回目の実施をした。各ステージ及び接続記での引き継ぎ内容の検討を行うため、福祉・労働部局関係者、県及び市町村等教育部局関係者、教育機関関係者等23名について、①A(就学前~小学校)グループ、②B(小学校~中学校)グループ、③C(中学校~高等学校)グループ、④D(高等学校~進路)グループ、の4グループに分かれた。なお、事務局と学識経験者は、全体を見る立場とし、各グループには属していない。検討の内容は、WHODAS2.0の36項目について、①各ステージで必要な項目、②シートⅠ内の「これまでの取組」のどの内容に当たるか、③表記の修正の必要性等、とした。これらの結果を踏まえた2回目の実施は令和2年1月に行う予定である。**4. 倫理的配慮:** 協議会の場で、研究の趣旨を文書と口頭で説明し、得られた成果について報告会や報告会で公表することについて合意を得た。

III. 結果

1. 各ステージで必要な項目と該当領域等: これらについて、表として示した。Aグループでは、36項目中17項目が必要であり、それらは家庭生活や所属機関の領域に属するものが多かった。さらに、家庭生活領域で「一人でトイレに行くことができる」等、項目を増やす必要性も指摘された。Bグループでは、全て必要ではあるが、28項目に絞られ、いくつかの領域にまたがるものもあることが指摘された。Cグループでは、全て必要ではあるが、所属機関領域に属するものが多いが、移行を踏まえると地域生活領域に属するものが多いとされ、一つの項目が複数の領域の観点とする必要性が指摘された。Dグループでは、全項目必要とされ、領域に分けるのが難しいと判断された項目用に、その他の領域設定の必要性について指摘された。さらに、D4.6として「状況に見合った社会的に適切な方法で他者との郷里を認識して維持する」を加える必要性が指摘された。**2. 表記の修正の必要性等:** 全グループにおいて、選択されたほとんどの項目について、それぞれのステージの実態等に応じて、表記修正の必要性が指摘された。例えば、Aグループからは、D1.1「何かをするとき、10分間集中する」は「好きな遊びを10分間続ける」との提案があった。また、そのまま表記を変えるだけではなく、支援の必要性も添えた方が良いとの指摘がBグループからあり、例えば同じD1.1については「10分程度集中するためにはどんな支援が必要か」とするとの提案があった。さらに、複数の項目をまとめて表記についても提案があり、Dグループからは、や、D5.1~5.4をまとめて「衣食住にかかわる必要な家事を適切に行う」とすることが提案された。

IV. 考察と今後の予定

支援が必要な子どもに対して切れ目なく支援を行っていくため、支援シート作成の際の観点が明らかになった。WHODAS2.0はもともと全ての人の生活機能の分類であるICFと直接リンクしたものであり、障害の有無にかかわらず支援の必要な全ての子どもを支える「支援教育」を掲げる神奈川県の支援シートの記入観点例としての活用可能性が支持された。今後、Delphi Study2回目の検討として、令和2年1月、項目セットの案及びこれらの内容を取り入れた、各関係機関や保護者に幅広く配付する予定であるリーフレットの案を座長及び事務局から協議会の場で提案し、協議を行う。その結果を踏まえ、最終版を作成する予定である。

表 各ステージ・各領域で用いる項目(観点)

Code	項目	～小	小～中	中～高	高～
D1.1	何かをするとき、10分間集中する	家庭	機関	機関	機関
D1.2	大切なことをすることを覚えている	家庭	機関	機関	機関
D1.3	日常生活での問題点を分析して解決方法を見つける	×	機関	機関	機関
D1.4	新しい課題、例えば、初めて行く場所へ行く方法を学ぶ	×	機関	機関・余暇等	機関・余暇等
D1.5	みんなが言っていることを、普通に理解する	機関	機関	機関	機関
D1.6	自ら会話を始めたり続けたりする	機関	機関	機関	機関
D2.1	長時間(30分くらい)立っている	×	健康等	健康等	機関
D2.2	座っているところから立ち上がる	健康等	健康等	健康等	機関
D2.3	家の中で動き回る	家庭	健康等	健康等	家庭
D2.4	家の外に出る	家庭	健康等	健康等	健康等
D2.5	1kmほどの長距離を歩く	健康等	健康等	機関・余暇等	健康等
D3.1	全身を洗う	家庭	家庭	健康等	健康等
D3.2	自分で服を着る	家庭	家庭	健康等	家庭
D3.3	食事をする	家庭	家庭	健康等	家庭
D3.4	数日間一人で過ごす	×	×	余暇等	家庭・余暇等
D4.1	見知らぬ人に対応する	余暇等	機関	機関・余暇等	機関
D4.2	友人関係を保つ	機関	機関	機関	余暇等
D4.3	新しい人たちと交流する	家庭	機関	機関・余暇等	余暇等
D4.4	新しい友人を作る	機関	機関	機関・余暇等	余暇等
D4.5	性的行為をする	×	×	機関・余暇等・健康等	家庭
D5.1	家庭で要求される作業を行う	×	家庭	家庭	家庭
D5.2	最も大切な家事をうまくする	×	×	家庭	家庭
D5.3	なすべき全ての家事労働を片付ける	×	×	家庭	家庭
D5.4	必要に応じてできるだけ早く家事労働を終わらせる	×	×	家庭	家庭
D5.5	毎日の仕事を学校へ行く	機関	機関	機関・家庭	機関
D5.6	最も大切な仕事/学校の課題をうまくする	×	機関	機関・家庭	機関
D5.7	なすべき全ての仕事を済ます	×	×	機関・家庭	機関
D5.8	必要に応じてできるだけ早く仕事を済ます	×	×	機関・家庭	機関
D6.1	誰もができたりやり方で地域社会の活動に加わるのに、どれほどの問題がありましたか(例えば、お祭りや、宗教的または他の活動)	×	余暇等	余暇等	余暇等
D6.2	身辺のバリアや妨害のため、どれほどの問題がありましたか	×	余暇等	機関・余暇等	機関
D6.3	他人の態度や行為のために、自分らしさを持って生きること、どれほど問題がありましたか	×	余暇等	機関・余暇等	機関
D6.4	健康問題やその改善のために、どれくらい時間をかける必要がありましたか	×	健康等	健康等	健康等
D6.5	健康状態のために、どれくらい感情的に影響を受けましたか	×	健康等	健康等	健康等
D6.6	あなたの健康状態は、あなたや家族に、どれくらい経済的損失をもたらしましたか	×	健康等	家庭・健康等	健康等
D6.7	あなたの健康問題により、家族はどれくらい大きな問題を抱えましたか	×	余暇等	家庭・健康等	健康等
D6.8	リラックスしたり、楽しんでするために、自分で何かを行うのにどれくらい問題がありましたか	×	余暇等	家庭・余暇等	余暇等

*機関=所属機関、家庭=家庭生活、余暇等=余暇/地域生活、健康等=健康/安全/相談



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

8



ICF rehabilitation setを利用した多職種リハビリテーション治療の回復期リハビリテーション病棟における有効性

木下翔司、安保雅博
東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座



【背景】

リハビリテーション治療においてICFは包括的な患者全体像の把握、多職種における情報共有、治療計画の策定、およびゴール設定に有用とされる。ICFの臨床利用を促すためICFコアセットが開発されたが、このICFコアセットの利用が広く普及しているとは言えない。しかしICFコアセット、特に疾患と状況に関わらず使用可能な30カテゴリーで構成されるICF rehabilitation set^{1,3}を臨床で活用することは多職種リハビリテーションの効果を高める可能性があると考えられる。

本研究は回復期リハビリテーション病棟におけるICF rehabilitation setの定期的な評価とカンファレンスにおける議論に基づいた多職種リハビリテーションの臨床的有効性を明らかにすることを目的とした。

【方法】

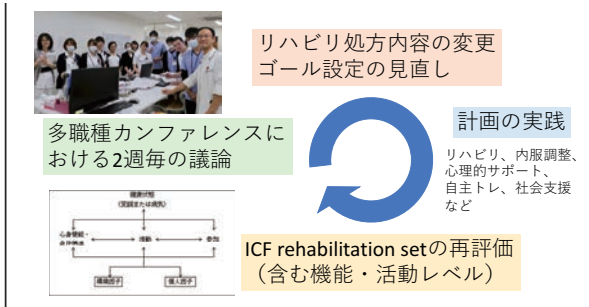
本単施設コホート研究は青森新都市病院の回復期リハビリテーション病棟において2017年8月1日から2018年9月30日にかけて実施した。本研究は当該施設の倫理委員会の承認及びヘルシンキ条約に基づいて実施した。

2週間毎の定期的カンファレンスにおいてICF rehabilitation setの評価およびその評価に基づく議論を実施する取組みを2018年4月1日から開始とした(図)。この取組み前の期間を「前期」、取組み後の期間を「後期」と設定した。

ICF rehabilitation setの評価にはExtension indexを採用した。これは全カテゴリー(本研究では30)のうちいくつ問題のあるカテゴリーがあるかを割合で示す指標である(0-100を示し、0だと全て問題なし、100では全て問題ありを意味する)。

前期群と後期群における患者特性およびICF rehabilitation set評価の違いをχ²乗検定またはウィルコクソンの順位和検定を用いて解析した。本取組みとICF rehabilitation setの改善を関連を明らかにするために多重線形回帰分析を実施した。

取り組みの概念図 (PDCAサイクル)



【結果】

表：取組み前後における患者背景およびICF rehabilitation set評価の比較

	前期(n=45)	後期(n=59)
年齢	78.2±11.0	73.0±13.1*
性別(女性)	27(60.0)	31(52.5)
発症診断日から入棟までの日数	28.2±15.6	24.5±10.3
在院日数	73.1±47.5	82.8±41.8
背景疾患		
脳血管障害	30(66.7)	47(79.7)
整形外科疾患	12(26.7)	12(20.3)
廃用症候群	3(6.7)	0(0)*
入院時FIMスコア	72.6±32.2	62.5±34.0
退院時FIMスコア	94.4±32.5	93.0±34.5
FIM利得	21.8±24.4	30.5±21.4
入院時ICF rehabilitation set評価	59.7±25.5	71.6±26.2*
退院時ICF rehabilitation set評価	42.3±29.1	40.1±30.4
ICF rehabilitation set評価の変化	17.3±18.4	31.6±18.5*

平均値±標準偏差または人数(%) * p<0.05

取組後にICF rehabilitation set評価変化は有意に改善を認めた。入院時ICF rehabilitation set評価、年齢、性別、背景疾患を調整した多重線形回帰分析においても同様の結果であった(標準偏回帰係数 8.5, 95%信頼区間 1.7-15.3, p=0.014)。また、入院期間において前期群と比べ後期群において有意に多く問題の解決したカテゴリーはb130, b152, b455, d230, d240, d540であった。

【考察】

本研究は回復期リハビリテーション病棟におけるICF rehabilitation setの定期的な評価と議論に基づく多職種リハビリテーション治療の臨床的有効性をはじめ明らかにしたものである。ICFは評価としてだけでなくリハビリテーション治療の質の向上に有用と考えられた。本取組みにより機能改善が得られたのは、ICF rehabilitation setの評価によりADLのみならず身体・心理的な問題の把握と治療が促進されたことが要因と推察された。

【謝辞】 本研究は厚生労働省科研費(H29-政策-一般-001)の助成を受けたものです。

【引用文献】

1. Prvu Bettger JA, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88:1526-34.
2. Kinoshita S, et al. J Rehabil Med. 2016;48:764-768.
3. Kinoshita S, et al. Int J Rehabil Res. 2017;40:246-253.



ICFの活用で生きる目的を持たたと実感された人々の事例紹介



千葉 信子

多摩たんぼぼ介護サービスセンター ナースケアたんぼぼ(看護小規模多機能) 多摩たんぼぼ訪問介護ステーション

tanpopo

要旨

30年間、都内の精神病院で看護師として働く中で、40~50年と長期入院を余儀なく過ごしている方々が、他の人との交流もなく豊部屋の片隅に膝頭を抱いて過ごしている姿を多くみだ。どう関われば心を開き元気になれるのかを考えた挙句、当時看護もできるリハビリとしてSST(ソーシャルスキルトレーニング)を応用していくつかのパターンを試み有効に活用した。その後学んだICFは、SSTを更に発展して「本人を肯定的に考え全人的回復を目指して実践する方法」ではないかと考え、その後の看護に役立てて活用を試みた。それは常に、「何だったらしてみたい?」、「どうしたらカッコよく生きられるかな?」の動きかけ(仕掛け)と少し強めに勧めてやってみる気になった事を応援する(ささえる)ことである。その実践は、病院であれば看護部の同意、病棟の看護師やリハビリスタッフ等の病院全体の関心と応援の中で、地域においては、ケアマネジャーや多職種(福祉、リハビリスタッフ、看護・介護・ケースワーカー)の理解と協力を得て行ってきた。新しく生きることへのチャレンジを支え、効果が感じられた、いくつかの事例を紹介する。

事例1 50年間の入院生活から退院へ!地域で社会の一員として暮らす夢、実現

60代のTさん・男性・統合失調症

10代から50年間入院し寡黙で目立たず他人との交流も面会もなく、人生の最期の場は病院だろうと思われていたTさんだったが、ある日、「SSTに参加してみませんか」の案内の横造紙の隅に小さな字で名前が書かれていた。
参加したい理由を聞くと、「これに参加すれば退院できるでしょ!」
「退院したかったの?」と聞くと「俺だって退院してみたいよ。」
それからのTさんは、SSTに参加し、いつも進んでロールプレーの役割を担った。
3年後に施設内に作った簡易グループホームに退院した。
退院の日「長年お世話になりました!僕、退院します!」とカッコいい挨拶をして自信に満ちていた。

事例2 夢の温泉旅行実現!

70代のAさん・男性・一型DM・下肢切断による幻肢痛と血糖のコントロール不良

単身生活は無理と判断され、たんぼぼの有料老人ホーム「大沢の家たんぼぼ」に入所。入所当初、血糖が測定不能の低血糖になり救急搬送。5日後、退院したたんぼぼに。
「こんな病気を抱えて長生きするのも面白くない、温泉旅行にでも行きませんか」とAさん。「いつ温泉に行ったの?」と聞くと、「10年以上、行ってねえよ〜」
何らかの病気を抱え入所している他の8人も温泉に行きたい!と即決定、家族も費用が掛かってもいいから実施してほしい。その後一年に一度河口湖の温泉旅行を10年間続けた。総勢25名の大移動。段差解消もない温泉だが、スタッフ力を合わせて入浴も抱いたり受け合ったり大賑わい。夜は宴会と持ち込みの楽器で大音楽会と楽しんだ。
皆の楽しむ雰囲気はAさんは赤ら顔で満足そうな眼差しをみせていた。

事例3 コンサートで大観衆の前に歌う夢、実現!親子の絆も取り戻す

70代のKさん・男性・アルコール依存症・抹消血管閉塞、胃がん末期

大工の棟梁で腕利き。バブル時代、派手に儲けたことをきっかけに、家族を捨てて上京したが数年後、バブルは弾けて破産。人は去り鬱症状とアルコール浸りの日々を送っていた。
市からの相談で、ケアマネと訪問看護を担当した。人生を捨てた酒を浴び風呂のないアパートで過ごしていた。風呂に入りたい、歌を歌いたいのがぞもだった。
幸い完成したばかりのたんぼぼのデイサービスを利用し、入浴とカラオケの希望が叶った。
音楽療法の一環として発表の機会を持つことし、利用者の楽器演奏とスタッフのコーボで2006年から650名の観客を集めてたんぼぼチャリティコンサートを実践した。
そのコンサートでVJで歌うことを薦められたところ、Kさんは即座に了承。それからのKさんは断酒を決めて練習し、当日は嬉しそうに「東京の花売り娘」を歌った。
2か月後胃癌が発見され、急速に悪化し入院に。お願いがあるというので聞くと、「息子に謝りたかった」と言い残し一筋の涙を流し、程なく他界した。葬式に駆け付けた息子と娘は、Kさんが残した伝言とコンサートのCDを手に「親父のバカ!」と大声で棺を叩きながら泣いた。
泣く姿から切れていた親子の絆が繋がれた思いがした。

事例4 息子の食事を作る、宗教からの離脱、やせる、復職の夢、実現!

40代のSさん・女性・統合失調症

病院からの依頼で訪問開始。離婚歴あり高校生の息子と同居。体重が98kgあり、寝たきり状態で食事は息子に弁当の購入をしてもらう。会話はインドレスに「親の虐待と夫のギャンブルに苦しめられた。」3ヶ月して、「あなたは何をしたいの?」と聞くと、「息子の食事を作ってあげたい。宗教のストレスから解放されたい。」とSさん。
週一回の訪問で、息子に食べさせたいメニューを考え、始めは看護師が見本を示し、次第にセルフで行えた。息子は親の作ったおかずがおいしいと喜んでくれたことが嬉しいと自信を持つようになった。笑顔も見られ、前向きになる中で重圧だった宗教をトラブルなく離脱された。次の課題は痩せて歩けることで、その内に、自分らしく生きられた化粧品関係の仕事をしたいと希望。食事療法と体操を主治医とも連携しながら行った。約1年で体重30kg減量し化粧品映えでさらさらと。関わって3年半、昔働いた化粧品会社に面接し、研修を重ねながらパートで就労。思返しをしようとたんぼぼの高齢者に化粧品ボランティアをしてくれた。息子は就職しパートを借りて独立。4年間で訪問看護は卒業とした。こうありがたい自分をめざしてハンディを乗り越えて実践しやり遂げたことは素晴らしい。



▲大沢の家たんぼぼ入所第一号のKさんとは、おが家



▲たんぼぼチャリティコンサート 地域の交流の場に



▲10年続けた河口湖温泉旅行



▲ナースケアたんぼぼオープン2年目「かんたき」と訪問看護の再輪ICFのさらなる活用への挑戦

考察

ICFは、病気や障害を抱えながらも、人としてどう自分でありたいか、そのためにどう生きたいのかを行動に参加しながら得る体験のプロセスとしても重要である。

本人は皆、以前の状態に戻ることでなく、現状に合わせて可能性を育て輝いていきたいと思ひ、人の役に立ち喜んでもらえる存在でありたいと願っていた。しかし、1人ではできないことも多い。そのために諦めず側にいて仕掛けと支えを受け持つのが支援者の役割と考える。支援者もそうした一人一人の事例に向き合い、その人の人生の物語に同行しながら成長をさせて頂いているのだから。



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

10



社会的自立支援アウトカム尺度（SIOS）を活用した
要介護高齢者の主体性向上に寄与する通所介護事業所における自立支援ケアの取り組み

小室貴之※1, 渡辺明子※1, 佐藤満※2 ※1 株式会社楓の風 ※2 昭和大学保健医療学部理学療法学科

概要：ICFを活用した社会的自立支援アウトカム尺度（SIOS）はアセスメントツールとして機能する。活動・参加の状態把握と主体性の向上に着目した通所介護での活用事例を報告する。

1. 目的

我々が開発した社会的自立支援のアウトカム尺度はICFに準拠させた項目で構成され、高齢者への自立支援サービス効果を定量化できる。さらにアセスメントツールとして活用することで、難しいとされる社会的自立支援サービスを効率よく提供することができる。ニーズの把握と援助計画の策定、ケアの実施、ケアの評価に関する実践の詳細を事例検討により報告する。

2. 社会的自立支援アウトカム尺度（SIOS）の概要

SIOSは生活機能が低下した高齢者への役割創出や社会参加支援の成果測定のために開発された。ICF「活動と参加」第2レベルに準拠した「活動」「参加」と、対象者エンパワーメントの成果である「主体性」の3つの下位尺度、全11項目で構成される。ICFの分類に準拠したことで多様な高齢者の役割や社会参加を網羅的に把握できる。対面聞き取りで使用する対象者の価値観や過去の経験を効率よく把握でき、対象者と援助者が可能性の発見と目標共有をする際のアセスメントツールとして活用できる。

3. 実践事例（69歳男性、要介護2、脳梗塞後遺症、独居）

2019年1月に1回目のSIOSアセスメントを実施した。引き出されたニーズと援助方針・方法を表1に示す。ICFに準拠した項目に沿って対話を重ねることで、利用者の抑圧された想い（娘への負目）を利用者と共に見出すことが出来た。支援開始半年後に2回目のSIOSアセスメントを実施し、項目ごとと再度ニーズを評価した。SIOSスコアでは活動、参加、主体性共に大きな成果を示し（図1）、今後の援助方針のきっかけも引き出された。

4. 考察

本事例を通じSIOSの活用は、被援助者の想いや意思を表明する機会の保証を起点とし、主体性の向上を目指し、活動と参加を促進するケア方針を策定する様子を明らかにした。さらに主体性の向上により更なる意欲の向上を引き出すことも明らかにされた。援助者がSIOSを活用することで被援助者の意思に基づく自立支援ケアを行う事は、自己選択自己決定を前提とする自立支援において不可欠である。また下位尺度「主体性」においては介護度による影響を受けない（図2）ことが明らかにされており、老化現象による介護度やADLの低下に向き合う重度者の自立支援ケアにおいても活用できる。SIOSの普及を通じADLや介護度の改善に偏重しない、真の自立支援ケアの拡大に寄与したい。



図1 SIOSスコアの変化

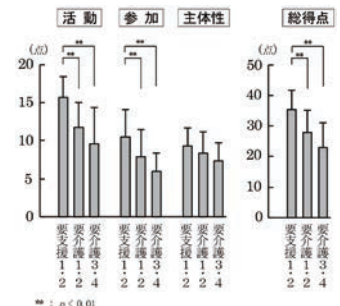


図2 要介護度によるアウトカムの差

表1 SIOSアセスメントから引き出されたニーズと策定された援助方針・方法、および介入後の経過

SIOS スコア	評価項目	介入時（2019年1月）		介入半年後（2019年7月）	
		引き出された主なニーズ	援助方針	援助方法	引き出された主なニーズ
6.0	①移動範囲	娘が週一回訪ねてくる。近所のショッピングセンターまで車で連れて行ってくれるが、それ以外外出は無い。娘の負担を軽くするためにもせめて買い物と食事の支度ぐらいはしなければならぬが情けない。	近所のコンビニまで買い物に行けるようになる。	安定した歩行の獲得（持久力・バランス他）、杖の使い方・転倒の際の対応方法の習得（助けを求めの・携帯電話）	近所のコンビニまで惣菜を買う事が出来るようになった。少しは娘の負担を減らすことができたかな、と思っている。
	②セルフケア	入浴は危ないからと止められており、娘が来る時と週2回のデイサービス利用時に入浴している。本当は毎日風呂に入りたいがそうすると迷惑をかける。	安全に入浴できるようになる。	入浴動作訓練・福祉用具の選定・浴室の状況を確認	訓練でバランスが良くなったと喜んでいる。これからは入浴やトイレ、食事などが自分一人でやり続けられるように努力したいとの事。
	③家事	全て週1の娘と週2回のホームヘルパーの世話になっている。一人の時は電子レンジで温めて食べている。		ラジオ体操の指導と管理	伝え歩きながらも少しでも自分で頑張ろうとゴミ捨てやクイックルワイパーを使った簡単な掃除くらいは頑張ろうと努力している。娘に褒められることが嬉しい。孫にも頑張っていると褒められるのが照れ臭いが嬉しい。
	④運動習慣	デイサービスで運動する以外、何もしていない。	運動習慣を身に付ける。		デイサービスに行かない日はラジオ体操をやるようになった。
6.0	⑤家庭での役割	こうして質問されるとほとんどできていない。人に頼りっぱなしの自分であることを痛感する。情けない。	簡単な掃除が出来るようになる。孫の世話をする。	片手での掃除の仕方を指導・家族の理解・居宅訪問による家庭内の段差当調査	4歳の孫の面倒を見るようになった。そのことで娘がスポーツクラブでリフレッシュできるようになった。娘のために役立っているのが嬉しい。
	⑥社会参加	デイサービスと娘に連れ連れられる買い物以外、何も社会参加できていない。			娘が旅行に連れて行ってくれた。歩行訓練の成果はまだまだなので、車いすでの移動であったが、孫に車いすを押しってもらうなど、幸せな時間が過ごせたと喜んでいる。少し自信をもったが、趣味であった囲碁を再開してみようかと興味を持っている。
3.0	⑦自己効力感	娘に迷惑ばかりかけて、こんな老後になろうとは想像もしていなかった。			まだまだ迷惑をかけてはいるが、時には感謝されるようになり、リハビリを頑張ってたかったと考えるようになってきたとのこと。
	⑧他者とのかわり	何かしようとするれば介護が必要で、その都度迷惑がかかるので、希望を言っはいけないと考えている。			まだ十分とは言えない。娘にもまだ迷惑をかけていると思う。しかし自らできることに挑戦したいことを言うようになったと自覚しているとのこと。
	⑨知識と理解	アドバイスは色々もらうが、身体が動かさずどうしようもない。少しくらい動けるようになっても生活は何も変わらないと思う。	援助を通じた娘への負目、引け目の払しょくと主体性の向上	残存機能を活かした家庭内での役割の獲得と家族や援助者の称賛、存在意義の確認	ケアマネ、デイサービスのスタッフ、主治医が体の状態に合わせた的確なアドバイスをしてくれていると思っている。
	⑩主体的意思決定	とても活動的な生活を送れているとは思っていない。迷惑をかけるくらいなら早く死にたいと思う。			まだまだ不十分だが、あまりわがままを言っしまえば娘に迷惑がかかるかと思う。しかし以前と比べるとずいぶんと前向きになってきたと思っている。
	⑪自己管理	金があれば施設に入ることを望みたい。施設であれば娘に迷惑をかけることがない。			



その人の「活動と参加」を支援する作業療法

～作業療法士のアセスメントにおけるICFコードの活用～



一般社団法人 日本作業療法士協会

【報告の目的】

人々の健康と幸福の促進を実現するため、作業療養は対象者の心身機能の障害を改善・軽減するのみでなく、対象者の生活障害の軽減を図り、本人がより満足のできる生活を構築（再編）してあげるよう、さまざまな治療、指導および援助を行うという特徴がある。そのために作業療法士は、その人の生活機能を捉え分類し、対象者が望む生活行為の目標に対し、生活上の課題を明らかにするアセスメント（査定・課題分析）が必要である。

具体的には、対象者が望む生活行為の目標に対し、障害されている生活機能（阻害因子）と、強みとして挙げやすい生活機能（促進因子）を抽出するため、ICFの概観に基づいたアセスメントを取り入れたマネジメント手法（Management Tool for Daily Life Performance）を開発した。

本報告では、主疾患をICD-10（2013年版）準拠（基本分類表）に基づき、筋骨格系及び結合組織の疾患群（M00～M99）と循環器系の疾患群（I00～I99）に属する事例について、阻害因子と促進因子の第2分類コードについてクラスター分析を行い、活動と参加における作業療法士が取り上げやすい障害されている生活機能と強みとして挙げやすい生活機能を抽出しICFの実践的な活用について考察する。

【方法】

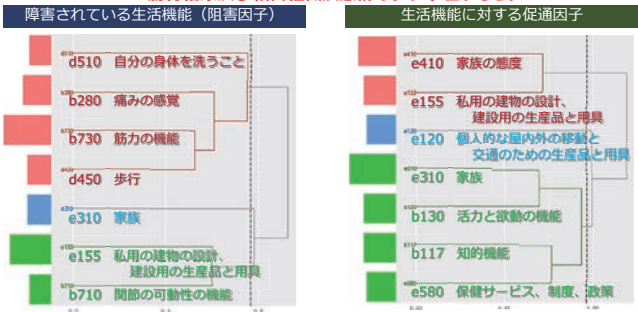
日本作業療法士協会の事例報告登録システム内に公開された生活行為向上マネジメントの事例報告を対象とし（事例検索日は2019年10月31日）、報告された生活行為向上マネジメントシート（生活行為アセスメント）のICFコード欄から抽出した。

疾患によるICFコードの用いられ方の差を検討するために、ICFコードの出現回数と算出とward法による階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析後、最小出現回数を10に設定したデンドログラムを作成した。解析にはKH Coderを用いた。

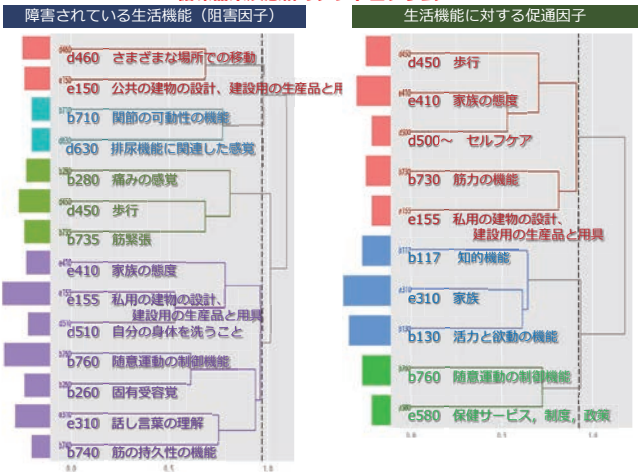
内訳は、筋骨格系及び結合組織の疾患群26事例（主疾患名：大腿骨骨折10名、その他骨折4名、脊椎圧迫骨折2名、脊髄損傷3名、その他6名）、循環器系の疾患群42事例（主疾患名：脳梗塞23名、脳出血17名、くも膜下出血2名）だった。

【結果】

筋骨格系及び結合組織疾患群のデンドログラム



循環器系疾患群のデンドログラム

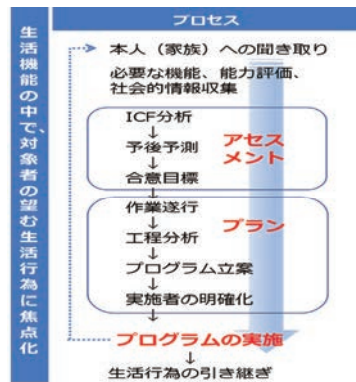


【生活行為向上マネジメント (MTDLP) について】

The concept of Management Tool for Daily Life Performance

「MTDLP」は、作業療法の対象者が「したい・する必要がある・すること」が期待されている生活行為に焦点を当て、目標達成の阻害要因をICFに基づいたアセスメント（プロセス評価）を行い、「心身機能」「活動」「参加」の要素に介入、目標達成について評価を行う（アウトカム評価）。

ICFとの共通性は、焦点化した生活行為の達成状況の変化のみならず、健康状態を包括的に捉え、課題とする生活機能の第2分類のコードで、整理し経過を捉えることである。



生活行為アセスメントシート (記載例)

Table with 3 columns: アセスメント項目 (心身機能・構造的分析, 活動と参加の分析, 環境因子の分析), 生活行為を挙げている原因 (ICFコードを併記), 生活行為の目標達成可能な理由と実現 (予後予測). It includes specific ICF codes and descriptions of activities like golfing.

POINT

- 対象者の弱み（障害）だけでなく、強み（残存能力）にも目を向ける
- 生活機能（心身機能・活動・参加）を重視する
- 個人因子や環境因子との相互作用を踏まえる

【まとめと考察】

〇目的は作業療法士のアセスメントを基にしたICFコードの活用による仮説の検証である。
①第一の視点（仮説）
・疾患によって障害される生活機能に特徴がある。
②第二の視点（仮説）
・作業療法の活動と参加の支援として、作業療法士が取り上げやすい障害されている生活機能と、強みとして挙げやすい生活機能を明らかにすることができる。

〇クラスターの特徴は、
・筋骨格系疾患では、「筋力」「外出」「バリアフリー」など、作業療法における間接的支援となる環境調整や家族等への助言に関するコードで形成された。
・循環器系疾患においては、「運動の制御」「セルフケア」「移動」「全般的精神機能」といった、直接的支援が必要なコードで形成された。
・共通の特徴としては、環境因子のコードが他の因子と同様に文脈で多く用いられており、作業療法士のアセスメントの視点、ICFの基本理念である構成要素間の相互作用に反映していることが示された。

〇今回、対象群（数）に限られており、疾患別に細分化した属性ごとの分析に至っており、今後、事例の蓄積とデータ解析を進めることで、ICFコードの活用の仕方が明確になると考えられた。



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

12

わが国の社会統計に求められる項目－ICFの観点から－

高橋 秀人¹⁾, 勝又 幸子²⁾, 大野賀 政昭³⁾, 林 玲子⁴⁾

1) 国立保健医療科学院 統括研究官, 2) 一般社団法人ヒューネットアカデミー, 3) 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部, 4) 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部

背景: わが国では「障害者の権利に関する条約(CRPD)」が発効し(2014年)、現在「障害者基本計画」をもとに、「第4次計画(2018～2022年度)」が進められている。この下「目標分野」の把握すべき状況の見える化として具体的な指標が提案されるなど、CRPD第31条(統計資料の整備)への対応が進んでいる。一方、障害者に関する社会指標として、国際生活機能分類(ICF)一般セット7項目、国連ワシントングループの短縮版(UNWG-SS)6項目、WHO-DAS2.0(12項目)等が提案されている。しかしこれらの全国規模の統計指標群(以下、社会統計)らの相互関係ははつきりしない。

目的: 本研究の目的は、CRPD、第4次計画統計項目、およびICF一般セット7項目、UNWG-SS 6項目、WHO-DAS2.0 (12項目)について、ICFの観点から整理し、わが国の社会統計に求められる項目を検討することである。

方法: (1)「CRPD」、「第4次計画」の各項目、および「ICF一般セット7項目」、「UNWG-SS 6項目」、「WHO-DAS2.0 12項目」を、ICF第0レベル分類(分類レベル)を用いてmappingし、レーダーチャートを用いて図示する。(2)明らかにした特徴から「社会統計としての性格」を明示し、社会統計構築のために検討すべきことについて考察する。

表1 CRPD (全50条) 第3～32条

第3条	一般原則
第4条	一般の義務
第5条	平等及び非差別
第6条	障害のある女子
第7条	障害のある児童
第8条	差別の禁止
第9条	差別的及びバリア等を利用の禁止
第10条	生命に対する権利
第11条	高齢の障害者及び若年上の障害者
第12条	法律の前にひとしく認められる権利
第13条	法律や規則の目的
第14条	身体及び精神
第15条	有罪判決を食ひ、個人としての、若しくは品性を奪つる取扱いしは禁ぜらるる自由
第16条	神、信及び信仰からの自由
第17条	個人をその意思の範囲で擁護すること
第18条	意思の自由及び選択についての権利
第19条	自立した生活及び福祉社会への参加
第20条	個人の尊厳を尊重すること
第21条	表現及び意見の自由並びに情報の利用の権利
第22条	プライバシーの権利
第23条	家族及び家庭の権利
第24条	教育
第25条	健康
第26条	ハビタシオン(居住のための設備の権利)及びハビタシオン
第27条	労働及び雇用
第28条	有罪判決及び社会的な影響
第29条	結婚及び性的関係への参加
第30条	文化的生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加
第31条	統計及びモニタリング
第32条	国際協力

表2 障害者基本計画 (第4次) 11項目

- 安全・安心な生活環境の整備
- 情報アクセシビリティの向上及び意思疎通支援の充実
- 防災・防犯等の推進
- 差別の解消、権利擁護の推進及び虐待の防止
- 自立した生活の支援・意思決定支援の推進
- 保健・医療の推進
- 行政等における配慮の充実
- 雇用・就業、経済的自立の支援
- 教育の振興
- 文化芸術活動・スポーツ等の振興
- 国際社会での協力・連携の推進

図1 ICFによる分類 ICF第1レベル分類(章分類)

ICF第0レベル分類(分類レベル)	
S 身体構造	
01	神経系の構造
02	目・耳および関連部位の構造
03	骨質と骨髄に属する構造
04	骨・軟骨・結合組織・呼吸器系の構造
05	消化器系・代謝系・内分泌系に属する構造
06	泌尿器系に属する構造
07	皮膚および関連部位の構造
B 心身機能	
01	精神機能
02	学習と記憶
03	意識と知覚
04	心身機能・気流・受容系・呼吸器系の機能
05	消化器系・代謝系・内分泌系の機能
06	泌尿・生殖系の機能
07	神経・免疫系と運動・関連する機能
08	皮膚および関連する機能の機能
D 活動と参加	
D 活動と参加	
01	学習と知識の伝達(学習能力)
02	一般的な読解と要求(読解実行能力)
03	コミュニケーション(コミュニケーション)
04	運動・移動(移動能力)
05	セルフケア(自力)
06	健康な生活(健康な生活)
07	人間関係(人間関係)
08	仕事(職業生活)
09	コミュニティ(社会生活・市民生活(社会生活参加))
E 環境因子	
E 環境因子	
01	個人と環境
02	自然環境と人間が果たした環境変化
03	技術と環境
04	制度
05	ポリシー・制度・政策

結果:

図2 ICF第0レベル分類mapping

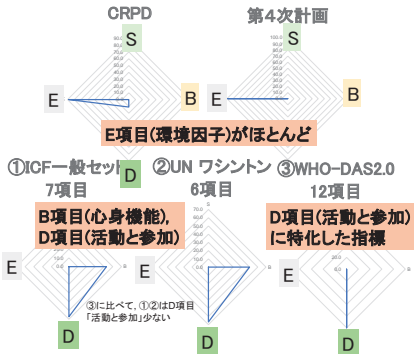


表3 ICF 一般セット7項目

- ①活力と欲動の機能(エネルギーと駆動機能)
- ②情動機能(感情機能)
- ③痛みの感覚
- ④日常業務を遂行する
- ⑤ウォーキング
- ⑥動き回る
- ⑦報酬のある雇用

表4 UNワシントンSS 6項目

- ① Do you have difficulty seeing even if wearing glasses
- ② Do you have difficulty hearing even if using a hearing aid?
- ③ Do you have difficulty walking or climbing stairs?
- ④ Do you have difficulty remembering or concentrating?
- ⑤ Do you have difficulty with (self-care such as) washing all over or dressing?
- ⑥ Using your usual language, do you have difficulty communicating (for example understanding or being understood by others)?

図3 E(環境因子)の変化によってD(活動と参加)の変化がわかる



表5 WHO-DAS2.0 (12項目)

- ① 長時間(30分くらい)立っている
- ② 家庭で要求される作業を行う
- ③ 新しい課題(例えば初めての場所)に行く方法を学ぶ
- ④ 誰もができるやり方で地域社会の集りに加わるに、どれほどの問題がありましたか(例えばお祭りや宗教的または他の活動)
- ⑤ 健康状態のために、どのくらい感情的な影響を受けたか
- ⑥ 何かするときに10分集中する
- ⑦ 1kmほどの長距離を歩く
- ⑧ 全身を洗う
- ⑨ 自分で服を着る
- ⑩ 見知らぬ人に対応する
- ⑪ 友人関係を保つ
- ⑫ 毎日の仕事をやる学校へ行く

図5 比較

(1)障害者基本計画(第4次計画)で考えられている統計指標

- ・国単位データ
- ・社会の環境整備の統計

データは収集しやすい
障害者の行動・生活の変化への関連はわからない

(2)①ICF一般セット7項目, ②UNワシントングループのSS(短縮版)6項目, WHO-DAS2.0 (③12項目)

- ・個人単位データ
- ・障害者の行動・生活に関する統計

データは収集しにくい
社会の環境整備による、障害者の行動・生活の変化への関連がわかる

考察1 社会統計として何を明らかにするのか?

CRPDおよび第4次計画は、環境因子から構成されている
-障害者をとりまく環境を整える(環境指標・要因指標)

「社会統計」として2通り考えることができる

①社会としての環境整備の達成状況を明らかにする(要因)
②環境を整えたことによって障害者の行動・生活が変わった(結果)

・どちら(あるいは両方)を明らかにするのか?

考察2 統計の精度

グループ単位データ(国単位, 県単位, 市町村単位)
(長所)-情報収集 比較的容易(自治体等単位の情報なので, 個人単位よりもはるかにデータ収集しやすい)
(長所)-「県単位, 市町村規模」->国内比較可能
(短所)-「国単位」:(日本の代表値の提示のみ)
(短所)-交差(人口不均衡)により結果が歪む(精度-低)

個人単位データ
(長所)-結果に影響を与える変数(交絡因子)を調整できる(精度-高)
(困難)-情報収集困難(個人から情報を得る仕組み, 実施方法の検討)

- ・新たな調査の実施->困難
- ・既存の統計調査の仕組みを利用するなどの工夫が必要

結論(社会統計に求められる項目)

- (1)社会における障害者生活のための環境整備状況を「見える化」することを目的とした場合
 - ・市町村単位データ として 「第4次計画関連成果目標」(「E 環境因子」)に基づく統計指標(市町村単位)を用いる
 - ・社会の環境整備の統計
 - (2)環境の整備の項目の、障害者の行動・生活への関連度を明らかにすることを目的とした場合
 - ・個人単位データ, 市町村単位データ
 - ・障害者の行動・生活の変化に として ICF「E 環境因子」(個人単位, または市町村単位)と「D 活動と参加」(個人単位)に基づく情報を、それぞれ用いる
- ①簡易版-ICF「第1レベル(章分類)」を用いる(「WHO-DAS 2.0 (12項目) など」)
②詳細版-ICF「第2レベル」項目から質問項目を作成する
実現可能性: サンプリングデザインが確立されている既存の統計調査をリフォームする等, (1)(2)を考慮すること

本発表は著者個人の見解であり、厚労省の見解を示すものではありません



障害福祉・介護保険サービスの社会的な側面からのアウトカム評価の検討 —WHO-DAS2.0の試行評価を通じて

大夙賀政昭¹、森川美絵²、柿沼倫弘¹、重田史絵³、森山葉子¹

1 国立保健医療科学院、2 津田塾大学、3 東洋大学

【概要】

我が国における障害福祉・介護保険サービスの質の評価の取組としては、「施設・事業所の指定基準」、「施設・事業所の指導監査」、「サービスの情報公表」等、ストラクチャーやプロセスが中心であり、アウトカムの評価が少ないことがすでに指摘されている。

近年、介護報酬上において「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」や「ADL維持等加算」、障害福祉サービス報酬において、就労継続支援B型の基本報酬算定区分の差別化が導入されているが、これらはADLを数量化するBarthel Indexの改善度合いや在宅復帰率、就労成果としての平均工賃等の臨床的な側面に着目したものであり、利用者の経験・生活の質等の社会的な側面の評価が行われていない。

そこで本研究においては、社会的な側面からのアウトカム評価のあり方を検討することを目的として、A社会福祉法人において、2018年12月から2019年8月にかけて、障害福祉サービス利用者（障害者グループホーム）39名を対象としてWHO-DAS2.036項目版、介護保険サービス利用者（有料老人ホーム、認知症グループホーム）78名を対象としてWHO-DAS2.0 12項目版を実施した。

また、合わせて社会的ケア関連QOL尺度であるASCOT（the Adult Social Care Outcomes Toolkit）を実施し、これらの関連性を検討するとともに、サービスのアウトカム評価としての活用可能性を検討した。

国ごとの質のアウトカムの考え方に対する立場

- ・タリにかなない側面のケアの測定を発展させることによる転換を促してきた国
- ・カナダの地方（オンタリオ等）、アイスランド、ドイツ、韓国、オランダ、アメリカ、日本?
- ・社会的アウトカム（LIC利用者の経験、欲求の生活の質等）の方に関心をむけてきた国
- ・イギリス、オランダ、スウェーデン

近年では、LICを評価するために利用される質の枠組みquality frameworkにおいて、タリにかなない質のアウトカムと利用者経験のアウトカムの両方が、LICの質の質たる側面とみなされてきた。

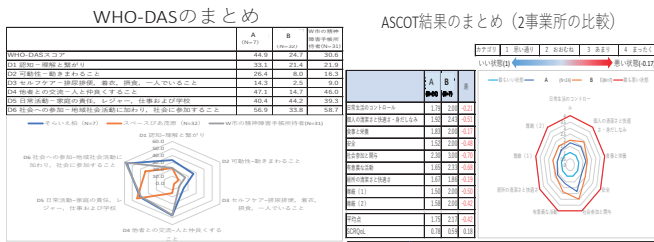
実施計画：障害福祉・高齢者福祉サービス事業所における利用者視点のケア評価の検討



ギャップから考える研修ツールへの活用



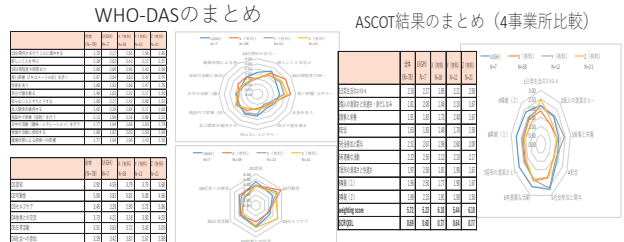
障害福祉サービス2事業所の比較



「他者との交流」と「社会への参加」に大きな差が見られた。

社会的ケア関連QOL全体に影響が見られ「認知」や「セルフケア」のスコアが高い施設が見られた。

介護保険サービス4事業所の比較



認知の障害の高さは、全体的な社会的ケア関連QOLに、セルフケアの高さは、日常生活のコントロールに影響を与えていた。

研究の結果、WHO-DAS2.0とASCOTを組み合わせることで、サービス利用者の利用者の経験・生活の質等の社会的な側面を可視化することができ、サービスの改善に役立てられることが明らかになった。



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

14



ICFコードとV章コードを用いた疾患別の生活機能アセスメントと統計活用

小松雅代*1, 小川俊夫*2, 野田龍也 *1, 稲田采音 *1, 黒塚那実 *1, 牟田美里 *1, 高井優奈*1, 城島哲子*1, 今村知明*1
*1 奈良県立医科大学, *2 国際医療福祉大学大学院

概要

難病疾患の生活機能等の情報を用いて、ICFコードとChapter-V コードによる生活機能評価としての活用について分析を行った。選択した疾患は、生活機能への影響が大きい神経および筋肉の難治性疾患である**筋萎縮性側索硬化症 (ALS)**と、わが国において小児慢性特定疾病申請数の多い先天性心疾患である**ファロー四徴症 (TOF)**とした。我々は、これらの疾患の生活機能の項目をICFコードによるコーディングを行った。これらの生活機能の項目は、公費で難病医療申請をする際の指定難病は臨床調査個人票、小児慢性特定疾病の医療意見書(以下、申請書)に記載されている診断基準や生活機能の項目である。

その結果、申請書のほとんどの項目をICFコードに分類することができた。しかし、ICFコードの抜粋で61のコードから成り立つChapter-Vコードでは、**ALSは28項目(45.9%)**、**TOFは13項目(21.3%)**が、Chapter-Vのコードと合致した。そのため、**Chapter-Vで表出されるコードだけでは難病の生活機能について十分に表現できるのではなく、ICFコードによる詳細なコード分類が必要**であることがわかった。

はじめに

Chapter-Vは、WHO-DAS2.0、Brief Model Disability Survey (MDS)、ICFコアセットと付録9の要素を含むリハビリテーションセットからなるGeneric functioning domainsの3つから構成されている。これらの3つのツールはICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)コードに由来している。これは、ICFを基準とした生活機能を統計的に共通した物差しで疾患の生活機能を評価することを期待されているためと考えられる。そのためには、Chapter-Vが標準化した尺度であるかを評価する必要がある。当方は、多くの評価尺度とICFコードのコーディングを行ってきた。このことから、疾病を持つ人々の生活機能について、Chapter-Vコードが国際的に比較する標準的な生活機能指標として活用するために、申請書に関してコーディングを行った。

方法

日本におけるALSとTOFの申請書の項目すべてを、ICFコードの第2レベルもしくは該当する項目によっては第4レベルまでのコーディングを行った。コーディングの整合性の基準は、Cieza et al.のコーディングルールに基づき実施した(2002)。



図1 申請から医療費受給者証交付の流れ

結果

ALSの申請書項目は約100項目あり、そのうち性別や年齢等の基本情報と血液検査所見等を除いた96項目についてICFコードをコーディングすることができた。しかし、申請項目1項目に複数のICFコードが該当し、1対1対応はできなかったことや、コードの決定に迷う項目が存在した。1対1対応できなかった例は、生活状況の設定で『歩き回るのにいくらか問題があるか』という項目では、d450(歩行)、d455(移動)、d460(さまざまな場所での移動)の3つのICFコードが該当すると考えられた。また、申請書項目96項目のコードの内訳は、**b(body)42.4%**、**s(structure)22.0%**、**d(domain)32.2%**、**e(environment)3.4%**であった。**Chapter-Vに該当するコードと一致するコードは45.9%**であった。

TOFの申請書項目は約30項目あり、ALSと同様の除外項目を除いた15項目にICFコードのすべてでコーディングが可能であった。しかし、ALSと同様のコーディングに関する課題が散見された。申請書15項目のコードの内訳は、**b(body)61.5%**、**s(structure)3.8%**、**d(domain)30.8%**、**e(environment)3.8%**であった。**Chapter-Vに該当するコードと一致するコードは21.3%**であった。

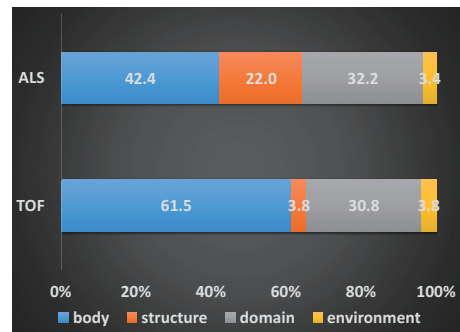


図1 臨床調査個人票・医療受給者証のICFコーディングによるICFドメインの割合

結論

Chapter-Vの項目は、Chapter-Vの導入が発表されてから現在に至るまでに何度かの変更を経て、61項目となっている。3つのツール(WHO-DAS 2.0、MDS、Generic functioning domains)から構成される Chapter-Vの項目と分析に用いた2つの疾患に関する情報のICFコードへのコーディングでは、ほとんどの項目でICFコードに割り振られることが分かったが、Chapter-Vコードでは半数以下の一致率となった。このことから、Chapter-Vにおいて生活機能を評価しようとする際は、不足している情報(=コード)が存在するため、ICFコードの活用は不可欠であると考えられる。

ICFを統計的に活用する目的は、①**疾病による生活機能障害について国際的比較を行うことができること**、②**障害や疾病による支援サービス等の実質的な評価として使用できること**である。そのためには、まずはICD-11に付与されたChapter-Vにより、疾病と生活機能障害の関係性についての統計的分析が求められる。

しかし、生活機能は環境下により促進したり阻害されたりするものであるが、今回分析を行った難病に関する情報では、**環境因子のコードは非常に少なかったし、Chapter-Vコードにも環境因子は含まれていない**。WHOは、ICFは「人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人を取り巻く社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で分類しようとするもの」と定義している。そのため、**環境因子を考慮した生活機能の変化を評価する必要がある**。

今後は、環境因子による生活機能の変化を統計的に分析できる評価方法の検討も視野に入れ、ICFおよびChapter-Vによる統計的価値を高めるために、疾病別による生活機能に関するデータを蓄積し、生活機能に関する情報を分析することが重要である。

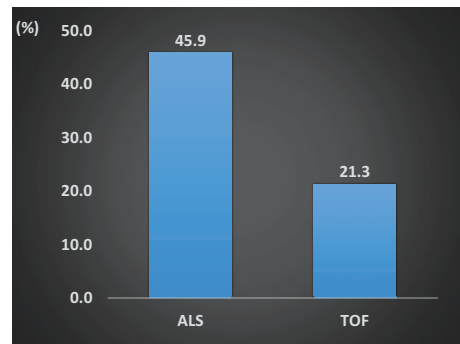


図2 臨床調査個人票・医療受給者証のICFコーディングによるICD-11 V章の割合

謝辞

本研究は、令和1年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業 政策科学推進研究事業 H29-政策-一般-001)で行われた成果の一部である。関係者すべての方々に深謝申し上げます。

開示すべきCOI関係はありません。



障害福祉サービスのスクリーニングにおけるWHO-DAS2.0の活用可能性の検討 —就労継続支援B型と生活介護の差異に着目して

松本将八¹、木下隆志²、大冨賀政昭³、筒井孝子²

1 NPO法人こぐまくらぶ、2 兵庫県立大学大学院、3 国立保健医療科学院

■背景及び目的

現在、NPO法人こぐまくらぶでは、ICFに基づきWHOが開発した参加と活動を定量的に把握できるアセスメントツールであるWHO-DAS2.0 36項目版をサービス利用者全員に実施し、個別支援計画の立案やモニタリングに活用している。

今回、WHO-DAS2.0の評価結果の比較を通して、サービス利用種別ごとの活動と参加の程度の差異を明らかにするとともに、WHO-DAS2.0の情報を障害福祉サービスのスクリーニングに活用できるか検討を行った。

■方法

施設職員が評価を行った（代理人評価）就労継続支援B型利用者38名と生活介護利用者68名分のWHO-DAS2.0 36項目版の評価結果を分析した。

属性およびWHO-DAS2.0得点について、就労継続支援B型群と生活介護群で差異があるかどうか、統計的検定を行った。

また、サービス種別（就労継続支援B型と生活介護）を目的変数、WHO-DAS2.0の6つの領域別得点を説明変数とした判別分析を実施し、利用サービスの判別（予測）を行った。

■結果および考察

属性は表1のようになった。また、WHO-DAS2.0の回答傾向および得点を就労支援B型群と生活介護群で比較したところ、総得点及び「D4他者との交流」「D6社会への参加」以外の領域別得点のスコアが生活介護のほうが高かった（図1、表2）。

さらに、判別分析を実施したところ、「D4他者との交流」の領域別得点のみ就労支援B型サービス利用の予測に影響していることが分かった（表3）。

■考察及び結論

障害者総合支援法における「常時介護を要する者」を対象とした事業としては、重度訪問介護、行動援護、療養介護、生活介護、重度障害者等包括支援などがある。

これらの基準としては障害支援区分が用いられているが、この障害支援区分は介護給付利用者のみを実施され、訓練等給付利用者には実施されていない。このため、サービス利用に際しての個別支援計画策定にあたっては、別のアセスメントが必要になるが、現在標準的なツールは国内に存在していない。

本研究の結果、就労支援B型群と生活介護群にWHO-DAS2.0の得点の差異が認められ、サービス利用の適性判断等に活用できる可能性が示唆された。

今後は、当法人で収集しているWHO-DAS2.0の評価結果と支援の関係性を分析し、さらなる活用方法等について検討を進めたいと考えている。

表1 基本属性

		全体		就労支援B		生活介護		P値 (χ ² 検定)
		N	%	N	%	N	%	
性別	男性	64	60.40%	18	47.40%	46	67.60%	0.04
	女性	42	39.60%	20	52.60%	22	32.40%	
年齢	10歳台	16	15.10%	3	7.90%	13	19.10%	0.06
	20歳台	56	52.80%	16	42.10%	40	58.90%	
	30歳台	11	10.40%	6	15.80%	5	7.40%	
	40歳台	12	11.30%	7	18.40%	5	7.40%	
	50歳台	10	9.40%	10	26.30%	4	5.90%	
サービス形態	就労支援Bのみ	31	29.20%	31	81.60%	0	0.00%	0.00
	D4のみ	5	4.70%	5	13.20%	0	0.00%	
	就労支援BとGH	2	1.90%	2	5.30%	0	0.00%	
	生活介護	67	63.20%	0	0.00%	67	98.50%	
	生活介護とGH	1	0.90%	0	0.00%	1	1.50%	
主な障がい種別	身体	8	7.50%	4	10.50%	4	5.90%	0.01
	知的	80	75.50%	29	76.30%	51	75.00%	
	精神	7	6.60%	5	13.20%	2	2.90%	
	身体的重複	11	10.40%	0	0.00%	11	16.20%	
合計		106	100.00%	38	100.00%	68	100.00%	
障がいの等級	A・1級	77	73.30%	11	29.70%	66	97.10%	0.00
	B1・2級	19	18.10%	18	48.60%	1	1.50%	
	B2・3級	9	8.60%	8	21.60%	1	1.50%	

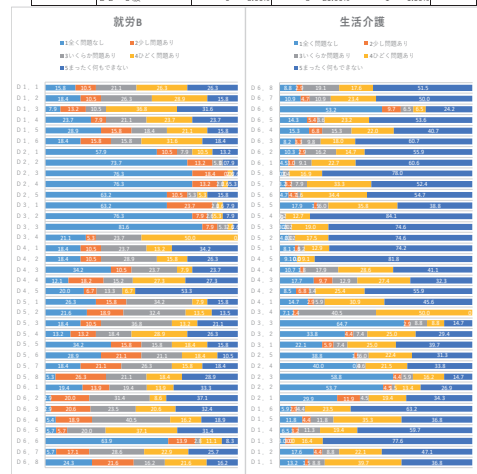


図1 回答傾向の比較

表2 得点の比較

	就労支援B (N=38)			生活介護 (N=68)			P値 (T検定)
	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値	標準偏差	標準誤差	
総得点	95.3	25.9	4.2	124.6	26.5	3.2	0.00
領域別スコア							
D1認知	19.3	6.8	1.1	24.2	5.4	0.7	0.00
D2可動性	8.5	5.1	0.8	13.8	7.5	0.9	0.00
D3セルフケア	6.3	3.5	0.6	10.1	5.3	0.6	0.00
D4他者との交流	13.7	6.1	1.0	15.3	5.5	0.7	0.19
D5日常生活	23.5	8.5	1.4	32.8	9.5	1.1	0.00
D6社会への参加	24.0	8.7	1.4	28.3	8.0	1.0	0.11
基準化得点	53.0	14.4	2.3	69.2	14.7	1.8	0.00

表3 判別分析の結果

説明変数	標準化された正準判別関数係数	グループ重心の関数	
		就労支援B	生活介護
D1認知	0.348		-0.838
D2可動性	0.227		0.468
D3セルフケア	0.278		
D4他者との交流	-0.337		
D5日常生活	0.625		
D6社会への参加	0.146		
		判別的中率	77.4%



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

16



ICFの使用を支援する臨床ツール作成の取り組み

向野雅彦¹⁾、出江紳一²⁾、大塚賢政³⁾、山田 深⁴⁾

1) 藤田医科大学、2) 東北大学、3) 国立保健医療科学院、4) 杏林大学

概要：

国際生活機能分類(以下ICF)は世界保健機関(WHO)の生活機能と障害の国際分類として、臨床への導入が進められている。我々は、ICFの日本における速やかな普及と推進を目的に、臨床でICFの使用を支援する臨床ツールの作成に取り組んできた。本研究では、日本におけるICFの臨床への普及を推進するため、ICFリハビリテーションセット(ICF一般セット30項目版) 1)簡潔で直感的な説明文の作成、2)採点リファレンスガイドの作成、3)教育ツールの作成を実施した。また、作成したツールを用いてフィールドテストを実施し、信頼性、妥当性の検証を実施した。さらに普及推進のため、臨床使用をサポートする採点用アプリケーションを作成し、簡便に使用できる仕組みを作成した。

背景と目的

国際生活機能分類(以下ICF)は、世界保健機関(WHO)により開発された、生活機能の状態を記述するための包括的な国際分類である。ICFは、患者の機能のあらゆる側面を記述する1、400以上の分類項目を有しており、各項目において患者が抱える問題の程度を記述するためのスコア化の仕組みも用意されている。このように包括的な分類を臨床で使用するためには、評価すべき分類についてのある程度の指針が必要である。最近では、様々な集団における生活機能の評価に横断的に使用可能な30項目のICFリハビリテーションセット(一般セット(30項目版)とも呼ばれる)が発表されている。本研究では、ICFリハビリテーションセットを足がかりに、ICFを臨床で使用するためのツールの作成に取り組んだ。

ICFリハビリテーションセットと簡潔で直感的な説明文

ICFリハビリテーションセットはリハビリテーション患者を対象としたICF一般セットの拡張版であり、回帰分析の手法による項目選定、専門家による既存のICFコアセットのレビューによる項目選定のプロセスの組み合わせにより開発された(Prodinger et al, 2016)。このICFリハビリテーションセットを用いて、ICFの項目に臨床家の使いやすい簡潔で直感的な説明文を作成し、普及推進を図る取り組みが進められている。日本においても厚労科研究班を中心とし、リハビリテーションの関連学会の協力のもとに2016年に日本語版の簡潔で直感的な説明文が作成された。

Code	内容	説明文
b130	活力と欲動の機能	自発的な生活を達成する精神機能
b134	睡眠機能	必要十分な睡眠
b152	情動機能	適切に感情をコントロールする機能
b280	痛みの感覚	痛みの存在
b455	運動耐容能	日常の身体活動に耐える体力
b620	排尿機能	日常に支障なく排尿する機能
b640	性機能	性行動に関する精神・身体機能
b710	関節の可動性の機能	関節の可動域と動きやすさ
b730	筋力の機能	日常生活に必要な筋力
d230	日課の遂行	日常生活上の活動を計画し、行う
d240	ストレスその他の心理的要求への対処	責任を伴う課題によるストレスや動揺に対処する
d410	基本的な姿勢の変換	立位、座位、臥位、しゃがみ位などに姿勢を変える
d415	姿勢の保持	座位や立位の姿勢を保持する
d420	乗り移り(移乗)	ベッドから車椅子へ、などの移乗
d450	歩行	平地での歩行(屋外、悪路を含む)
d455	移動	階段昇降、走るなどの、平地歩行以外の方法で移動する
d465	用具を用いての移動	車椅子や歩行器などの補助具を使って移動する
d470	交通機関や手段の利用	乗客として様々な交通機関を使って移動する
d510	自分の身体を洗うこと	身体の部分および全体を洗い、拭き、乾かす
d520	身体各部の手入れ	歯、髪、爪、肌などの手入れをする
d530	排泄	日常に支障なく排泄(排尿、排便、生理)し、後始末する
d540	更衣	気候や状況に応じて適切な衣服と靴を着脱する
d550	食べること	必要な手段を使って安全に食べる
d570	健康に注意すること	心身の健康を維持するために自己管理する
d640	調理以外の家事	日常生活に必要な家事(調理を除く)を行う
d660	他者への援助	家族や他者の日常生活上の行動を援助する
d710	基本的な対人関係	思いやりや敬意を示す、意見を調整するなど適切に人と交流する
d770	親密な関係	夫婦や恋人といった親密な人間関係を作り、維持する
d850	報酬を伴う仕事	報酬を得て仕事をする
d920	レクリエーションとレジャー	娯楽や余暇活動を行う

採点用リファレンスガイド

ICFにはもともとコーディングガイドラインが存在するが、それを用いた採点は信頼性が低いことが報告されている(Starrost et al, 2008)。本研究では、採点の信頼性を高めるため、ICFのコーディングガイドラインに従って実際に臨床家が採点をした結果をベースとして、リファレンスガイドを作成した。

リファレンスガイドの例

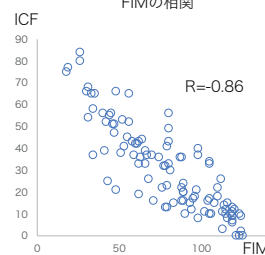
- d850 報酬を伴う仕事
- 0 問題なし：問題なく自分でやっていることなど
 - 1 軽度の問題：報酬を得て制限なく自分で仕事を行っているが、勤務時間や仕事量の配慮、支援機器や支援環境を要していることなど
 - 2 中等度の問題：報酬を得て自分で仕事を行っているが、勤務内容の制限、他者のサポートを一部に要していることなど
 - 3 重度の問題：報酬を得て自分で仕事を行っているが、勤務内容の制限、他者のサポートを大部分に要していることなど
 - 4 完全な問題：報酬を得て仕事を行っていないことなど

信頼性と妥当性の検証

検者間信頼性の検討のため、100例を対象に、2名の評価者(参加した4名の評価者のうちいずれか2名)が評価を行い、重み付けκ係数を用いてその一致性を評価した。その結果、全項目で重み付けκ係数は0.6以上、6項目で0.8以上と全般的に高い検者間の評価の一致が確認された。また、回復期リハビリテーション病棟入院患者106例を対象に、FIMとICFリハビリテーションセットの評価を同時に行ったところ、有意な相関を認めた($r = -0.86, p < 0.0001$)

心身機能項目	Weighted κ	活動と参加項目	Weighted κ
b130 活力と欲動の機能	0.73	d230 日課の遂行	0.61
b134 睡眠機能	0.69	d240 ストレスとその他の心理的 要求への対処	0.70
b152 情動機能	0.61	d410 基本的な姿勢の変換	0.81
b280 痛みの感覚	0.64	d415 姿勢の保持	0.79
b455 運動耐容能	0.61	d420 移乗	0.79
b620 排尿機能	0.88	d450 歩行	0.74
b640 性機能	0.87	d455 移動	0.82
b710 関節の可動性の機能	0.78	d465 用具を用いての移動	0.73
b730 筋力の機能	0.75	d470 交通機関や手段の利用	0.72
		d510 自分の体を洗うこと	0.67
		d520 身体各部の手入れ	0.75
		d530 排泄	0.72
		d540 更衣	0.78
		d550 食べること	0.76
		d570 健康に注意すること	0.85
		d640 調理以外の家事	0.63
		d660 他者への援助	0.73
		d710 基本的な対人関係	0.84
		d770 親密な関係	0.66
		d850 報酬を伴う仕事	0.68
		d920 レクリエーションと レジャー	0.77

ICFリハビリテーションセットとFIMの相関



採点アプリケーションと採点練習ツールの作成

上記のプロセスを経て作成した臨床ツールの利用をサポートするため、1) 初心者用のガイダンス付き採点アプリケーション(図1)、2) eラーニングツール(プロトタイプ)、3) 日常臨床でプロブレムリストとして使用する採点アプリケーション(プロトタイプ)を作成した。今後、より大規模なデータ収集を行い、日常臨床でICFを簡便に利用できる仕組みの構築を目指す。

図1：初心者用採点アプリケーション



図2：eラーニングツール





ICFを活用した支援機器のマッピング

井上剛伸¹⁾, 上野友之²⁾, 浅川育世³⁾, 上村智子⁴⁾, 石川浩太郎¹⁾, 石渡利奈¹⁾, 硯川潤¹⁾, 中山剛¹⁾, 西脇友紀¹⁾, 水野純平¹⁾, 阿久根徹¹⁾, 田上未来⁵⁾

1)国立障害者リハビリテーションセンター, 2)筑波大学, 3)茨城県立医療大学, 4)信州大学, 5)厚生労働省

概要:利用者の精神的・身体的な特徴を表す項目としてICFの心身機能・構造を、利用場面の項目としてICFの活動・参加を指標として採用し、それぞれに対応する支援機器のマッピングを行っている。本発表では、マップの構想および全体像を提示するとともに、視覚障害関連を中心に具体的な機器の分類例を紹介する。

背景

支援機器はICFの環境因子に位置づけられ、生活機能の維持、向上に必要な因子である。しかしながら、その利用者の特徴や機器が効果を発揮する場面は多岐にわたっており、生活機能と支援機器の関係について、全体を俯瞰する形で整理されたものはない。そのため、新たな機器開発や機器の利活用に関する施策や手法は、偏ったものとなりがちであった。

目的

ICFを活用して、支援機器を俯瞰するためのマッピングを行う。

方法

利用者の精神的・身体的な特徴を表す項目として心身機能・構造（縦軸）を、利用場面の項目として活動・参加（横軸）を指標として採用し、それぞれに対応する支援機器を二次元の表に配置する。

結果と考察

図1に、日本点字図書館がホームページ上で公開している支援機器のデータを基に視覚障害関連の支援機器のマッピング結果を例示する。活動・参加の項目に広く支援機器が分布していることが見て取れるが、一方で、物の運搬、対人関係、経済生活等、機器がない項目もみられ、当該分野の支援機器の特徴を示唆する結果が得られている。

今後、その他の分野についてもデータを集約し、支援機器の全体像を俯瞰できるICFマッピングを行い、支援機器とICFの対応表を作成する予定である。

ただし、義肢・装具等の心身機能・構造に直接作用する機器については、一つの機器で活動・参加の全般に利用されるため、マッピングについての検討を行っている。

尚、本研究は厚生労働行政推進調査事業により実施した。

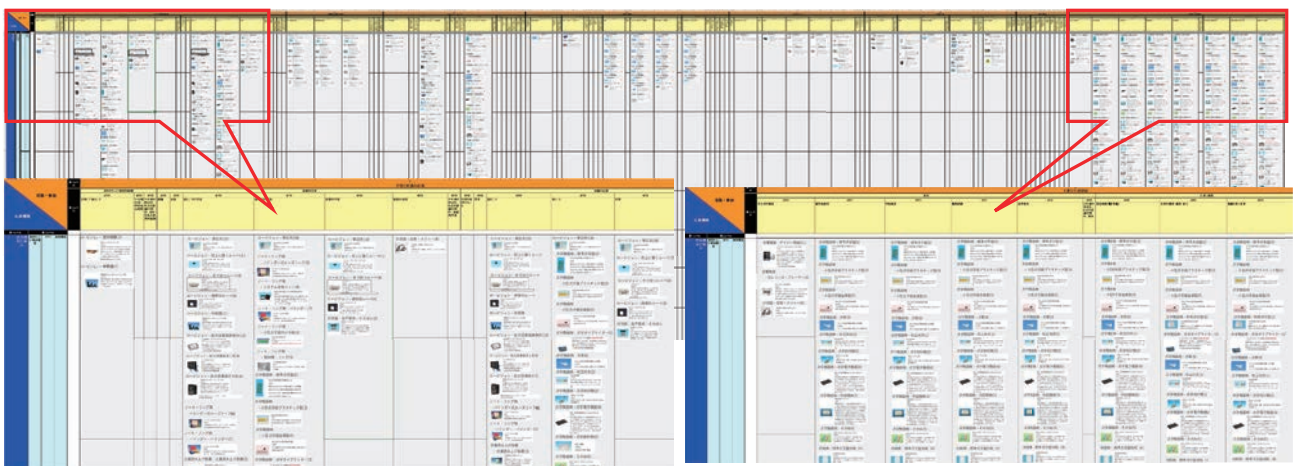


図1 視覚障害関連の支援機器のICFマッピング例 [データは日本点字図書館ホームページより]

協力（順不同）

日本医学会、公益社団法人 日本医師会、公益社団法人 日本歯科医師会、
一般社団法人 日本内科学会、一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、
公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、
公益社団法人 日本理学療法士協会、一般社団法人 日本作業療法士協会、
一般社団法人 日本言語聴覚士協会、日本脊髄障害医学会、
ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、公益財団法人 テクノエイド協会、
公益社団法人 日本医療社会福祉協会、一般社団法人 日本介護支援専門員協会、
公益社団法人 日本介護福祉士会、公益社団法人 日本社会福祉士会、
公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、
一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟、日本保健医療福祉連携教育学会、
公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、一般社団法人 日本精神科看護協会、
特定非営利活動法人 日本緩和医療学会、
特定非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会、一般社団法人 日本在宅医療連合学会、
一般社団法人 日本在宅ケア学会、一般社団法人 日本老年医学会、
公益社団法人 全国老人保健施設協会

厚生労働省

政策統括官付参事官付 国際分類情報管理室
〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2
TEL 03-5253-1111（内線 7493）

シンポジウム事務局（オスカー・ジャパン株式会社内）

〒181-0013 東京都三鷹市下連雀 3-35-1 ネオ・シティ三鷹
TEL 0422-24-6815 FAX 0422-24-6812