

第4回ICFシンポジウム

生活機能分類の活用に向けて

～ 共通言語としてのICF普及の新時代を拓く～

【報告書】

平成27年3月

厚生労働省大臣官房統計情報部



目 次

◆これまでのあゆみ～開催履歴～	2
◆開催主旨	3
◆開催概要	4
◆プログラム	5
◆基調講演者プロフィール	6
◆シンポジウム記録	
開会挨拶	7
厚生労働省大臣官房統計情報部長	姉崎 猛
公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事長	水間 正澄
日本 WHO 国際統計分類協力センター・日本診療情報管理学会理事長	大井 利夫
国立障害者リハビリテーションセンター総長	中村 耕三
基調講演	12
『System-wide Implementation of the ICF in Rehabilitation』	
Gerold Stucki (ICF コアセット編集者)	
(ルツェルン大学 健康科学・健康政策学部長、教授)	
講演	23
『ICF コアセット日本語版出版の今日的意義と普及への期待	
—わが国のリハビリテーション分野におけるビジョン—』	
出江 紳一 (公益社団法人日本リハビリテーション医学会副理事長、	
東北大学大学院教授)	
講演	34
『ICF コアセット日本語版翻訳チーム・リーダーの立場から』	
山田 深 (杏林大学リハビリテーション医学教室 講師)	
鼎談	46
『ICF コアセットが拓く ICF 普及・教育の未来』	
◆ (参考) ICF とは	65
◆当日の写真	69

これまでのあゆみ ～開催履歴～

厚生労働省 ICF シンポジウム 生活機能分類の活用に向けて

第1回

～共通言語としての ICF の教育・普及を目指して～

平成 22 年 1 月 24 日（日） 13：00～17：00

リバティ・ホール（東京・駿河台）

主催：厚生労働省

第2回

～共通言語としての ICF の教育・普及を目指して～

平成 23 年 1 月 22 日（土） 13：00～17：00

ニッショーホール（東京・日本消防会館）

主催：厚生労働省

第3回

～実用化に向けた課題と対策について～

平成 24 年 12 月 13 日（木） 13：00～17：00

みらい CAN ホール（東京・日本科学未来館）

主催：厚生労働省／日本診療情報管理学会

第4回

～共通言語としての ICF 普及の新時代を拓く～

平成 27 年 3 月 8 日（日） 13：30～16：30

上條講堂（東京・昭和大学旗の台キャンパス）

主催：厚生労働省／公益社団法人日本リハビリテーション医学会



開催主旨

ICF（国際生活機能分類）は、2001年5月にWHO総会で採択されて以来、普及を促進するための研究開発が行われてきており、現在では2006年にWHO-FIC（WHO国際統計分類）ネットワークの中に設置された専門家会議であるFDRG（生活機能分類グループ）において、その改善や普及啓発、具体的な活用事例などの活発な議論が続けられています。また、ICFは我が国においても「疾病」と「生活機能」両面からの評価を可能とする共通言語として注目を集めています。

今回、こうした動向をふまえICF（国際生活機能分類）の実用化にむけて、第4回ICFシンポジウムを開催することとしました。

本シンポジウムにおいて、新たなICF活用に関する提案であるICFコアセットについての概要を捉え、今後のICFの活用のための課題と対策を明確化し、ICFの実用化を押し進める契機となることを期待しております。

開催概要

- 開催日時 : 平成 27 年 3 月 8 日 (日) 12:30 (開場) 13:30(開演) 16:30 (閉会)
- 会場 : 昭和大学上條講堂
- 費用 : 参加無料
- 主催 : 厚生労働省
: 公益社団法人日本リハビリテーション医学会 (設立 50 周年記念事業)
- 協賛 : 一般財団法人厚生労働統計協会
- 協力 : 公益社団法人日本医師会 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 一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟
公益社団法人日本社会福祉士会 一般社団法人日本社会福祉士養成校協会
公益社団法人日本精神保健福祉士協会 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
特別非営利活動法人日本ソーシャルワーカー協会



プログラム

司会進行 : 渡 三佳 (日本 WHO 国際統計分類協力センター長、
厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室長)

12:30 開 場

13:30-13:50 開会挨拶

姉崎 猛 (厚生労働省大臣官房統計情報部長)

水間 正澄 (公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事長)

大井 利夫 (日本 WHO 国際統計分類協力センター・日本診療情報管理学会理事長)

中村 耕三 (国立障害者リハビリテーションセンター総長)

13:50-14:20 基調講演「System-wide Implementation of the ICF in Rehabilitation」

座長 田島 文博 (和歌山県立医科大学 教授)

講師 Gerold Stucki (ICF コアセット編集者)

(ルツェルン大学 健康科学・健康政策学部長、教授)

14:20-14:40 講 演「ICF コアセット日本語版出版の今日的意義と普及への期待
—わが国のリハビリテーション分野におけるビジョン—」

講師 出江 紳一 (公益社団法人日本リハビリテーション医学会副理事長、
東北大学大学院教授)

14:40-15:00 講 演「ICF コアセット日本語版翻訳チーム・リーダーの立場から」

講師 山田 深 (杏林大学リハビリテーション医学教室 講師)

15:00-15:15 休 憩

15:15-16:05 鼎 談「ICF コアセットが拓く ICF 普及・教育の未来」

(座 長 出江 紳一)

近藤 和泉 (公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事、
独立行政法人国立長寿医療研究センター機能回復診療部長)

山田 深 (杏林大学リハビリテーション医学教室 講師)

大隈 秀信 (熊本託麻台リハビリテーション病院リハビリテーション部長)

16:05-16:20 質疑応答

16:20-16:30 閉会挨拶

才藤 栄一 (公益社団法人日本リハビリテーション医学会副理事長、
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座教授)

基調講演者プロフィール

Curriculum Vitae, Prof. Gerold Stucki, MD, MS



Gerold Stucki is Professor and Chair of the Department of Health Sciences and Health Policy at the University of Lucerne and Director of Swiss Paraplegic Research (SPF) in Switzerland. After his medical studies and his clinical training in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) and Rheumatology, he obtained a Master's of Science in Health Policy and Management from the Harvard School of Public Health (USA) and a diploma in Biostatistics and Epidemiology from the University of McGill (Canada). In the context of Prof. Stucki's research agenda in human functioning and rehabilitation research that supports a more comprehensive understanding of the human experience and person- and community-centered care, he has been collaborating with the World Health Organization (WHO) in an international effort to implement the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in rehabilitation/health sector. In this effort, he initiated the ICF Research Branch (www.icf-research-branch.org) in 2003 as an international research network under the auspice of WHO's German Collaborating Center for the Family of International Classifications. On behalf of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) and with his team at the ICF Research Branch and SPF, he has been contributing to activities to implement the WHO resolution 58.23 on "disability, including prevention, management and rehabilitation" and in achieving WHO's mission "to enhance the quality of life for persons with disabilities through local, national, regional and global efforts".



【主催者挨拶】

開会の辞

厚生労働省大臣官房統計情報部長

姉崎 猛

御紹介をいただきました、厚生労働省統計情報部長の姉崎と申します。本日は大変お忙しい中、また今日は天気が悪くて足元の悪い中、多くの方に本シンポジウムにお集まりいただきまして大変ありがとうございました。心から御礼を申し上げる次第でございます。

本日は、厚生労働省として4回目のICFに関するシンポジウムということになりますけれども、今回は公益社団法人日本リハビリテーション医学会との共催ということで、学会の皆様には本日この会場手配等を初め、開催準備に多大なる御尽力をいただきました。この場をお借りいたしまして、厚く御礼を申し上げる次第でございます。

また、今日は御多忙の中、スイスから御来日いただきましたStucki先生を初め、本日御講演、御登壇をいただく先生方、お忙しい中、御準備をいただきまして大変ありがとうございます。

本日のシンポジウムをより多くの皆様にICFを知っていただくとともに、ICFに対する理解をより深めていただく機会にしたいと考えておりますので、どうかよろしく願いをいたします。

皆様も御承知のように、このICF国際生活機能分類は2001年にWHO総会で採択をされ、WHOにおいてICDとともに主要分類とされているものでありまして、国際分類でありますICIDHの改訂版として作成をされたところでもあります。このICFは、単に心身機能の障害による生活機能の障害の分類をするという考えではなくて、活動や社会参加、環境因子といった観点から、人の生活機能の分類をしているものです。

ICIDHとの違いとしては、特に環境因子という観点を加えた点が大きな特徴ということで、同じレベルの機能障害でも、より環境が整った中で生活していれば活動や参加のレベルが向上する。そういう考え方というのは今後の保健・医療・福祉サービス、ひいては社会システムや技術のあり方を示唆しているものと考えているところです。WHOがこのICFを保健・医療・福祉分野におけるさまざまな評価指標として活用するということを推奨しておりまして、普及啓発、教育などに関する活発な議論を行っているところです。

日本においては、2006年に私ども厚生労働省の中に社会保障審議会統計分科会という審議会の下に生活機能分類専門委員会という委員会を立ち上げて、国際的な動向に呼応するとともに普及啓発の方策などを検討してきております。

そういう流れの中で、前回まで、第3回目のシンポジウムは日本診療情報管理学会と共催ということでICFの実用化に向けて、また医療現場におけるICFの活用のための課題と対策ということで検討を行ったところです。

我が国は昨年、御承知のように障害者の権利条約を批准いたしました。この中には、この条約を実現する政策のための適切な情報を収集するというようなことが含まれておりまして、障害と生活機能、両面からの評価を可能とする共通言語でありますICFの役割というのは今後ますます大きくなっていくものと考えております。その普及に向けてはリハビリテーション、介護、医療連携等における具体的な研究や、活用事例のより一層の検討が求められてくると思われまます。

こうした動向を踏まえ、今回のシンポジウムにおきましては新たなICF活用に関する提案でありますICFコアセットについての概要を捉え、今後のICFの活用を推し進める契機としたいと考えております。

本日は夕方まで盛りだくさんの内容となっておりますけれども、どうか最後までよろしくお願いをいたします。



【主催者挨拶】

開会の辞

公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事長

水間 正澄

第4回のICFシンポジウムの開催に当たりまして、公益社団法人日本リハビリテーション医学会を代表いたしまして一言御挨拶申し上げます。

このたび、第4回ICFシンポジウムが厚生労働省との共催で開催されますことは、私ども日本リハビリテーション医学会にとりましてもまことに意義深いものがあると考えております。ここに御支援いただきました厚生労働省各位、それから御指導いただきましたStucki教授に深く感謝を申し上げます。

国際生活機能分類、ICFは2001年5月のWHO総会において採択され、その後、ICFにおける高度化の煩雑性を解決するために病態、あるいは診療状況ごとの核になるコード群の作成、そしてコアセットが開発され、『ICFコアセット・マニュアル・フォー・クリニカル・プラクティス』が出版されました。ICFが世界の保健・医療・福祉に携わる方々の共通言語となり、さまざまな地域、多様な職種に活用されることによりまして、リハビリテーションはもとより、広く人類の健康と福祉の向上に寄与することが期待されております。

我が国におきましても、疾病と生活機能、両面からの評価を可能とする共通言語として、厚生労働省によりましてICFの普及が進められているところであります。

このような折に、『ICFコアセット・マニュアル・フォー・クリニカル・プラクティス』がICFコアセット臨床実践のためのマニュアルとして翻訳され、日本語版が出版されるに至りました。今後、このマニュアルを活用し、日本の実情に合致したコアセットが開発され、その実用性や妥当性を検証することによってICFが我が国の保健・医療・福祉の分野に大きく貢献するものとなることを確信いたしております。

本日、ICFの実用化に向け、第4回ICFシンポジウムが開催されることとなりましたが、このシンポジウムがICFコアセットについての概要を改めて確認し、今後ICFをさらに活用していく機会となることを期待しております。

最後になりますが、このシンポジウムに御参加いただきましたStucki教授並びにこのたびの翻訳に御尽力いただきました皆様に深く感謝を申し上げ、挨拶の言葉とさせていただきます。

本日はどうもありがとうございました。

【開会挨拶】

開会の辞

**日本 WHO 国際統計分類協力センター・日本診療情報管理学会理事長
大井 利夫**

御紹介いただきました日本診療情報管理学会理事長の大井利夫です。本日のシンポジウムの開会を祝い、一言御挨拶申し上げます。

2001年に制定されたICFは、WHO-FICの所管する重要な国際分類であります。そのWHO-FICが認証する我が国の協力センターの一員として参加している日本病院会、日本診療情報管理学会の立場から、記念すべき本日のシンポジウムに祝辞を述べさせていただきます。

我が国においても、人の生活機能の状態を国際的に共通の基準であるICFを用いて分類することは極めて有用であり、臨床的にも社会医学的にも医療政策的にも活用されるべき健康情報、診療情報として価値があると考えています。

しかし、流動する生活機能を多面的に捉え、分類して活用することは必ずしも容易ではなく、実用化に足踏みが見られていました。その中で、ICFリサーチブランチが開発したICFコアセットを日本リハビリテーション医学会が日本語版として翻訳、出版されたことはICF普及にとって画期的なことと拝察しています。

もちろん、ICFを活用するためには活用の場、時、目的とともにコーディングする人が問題になります。ICFには多くの人の関与が予想されているだけに、コーディングをする人に対しては正確な分類法を習得するとともに、時に人の秘密を知り得るだけに高い倫理性が求められていると思われまます。日本診療情報管理学会としても、臨床現場にてコーディングなどの実務に従事している多くの診療情報管理士に、国やその他の機関と協力しながら、ICDのみならずICFに対しても関与するよう呼びかけていますが、その際、ICFコアセットも役立つものと期待しています。本シンポジウムで、ICFコアセット実用化への道につながる治験の得られることを強く望んでやみません。

本日のシンポジウムが多大な成果を収められますことを願って、御挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。



【開会挨拶】

開会の辞

国立障害者リハビリテーションセンター総長
中村 耕三

第4回のICFシンポジウムの開会に当たりまして、一言御挨拶を申し上げます。

ICFはただいま御紹介にございましたように、2001年にWHOにより発表されました健康の構成要素の分類でございますけれども、この分類の意義は健康状況と健康関連状況を記述するための標準的な言語、そして概念的な枠組みが提供されたことでございます。このことによりまして、障害や疾病を持つ人々、そして家族の方々、あるいは保健・医療・福祉などの幅広い分野の人々が、健康と健康関連の状況につきまして記述し、理解し、あるいは研究や比較することが可能となりました。

我が国におきましては、平成14年にICFの日本語訳が発刊をされました。そして、普及に向けまして関係諸方面のさまざまな御努力がなされてまいりました。本日のこのシンポジウムも、第1回が平成22年に開催をされております。

こうして、今日ではICFの考え方というのは広く浸透してきております。例えば、リハビリテーションや福祉関係の教科書を見ますと、そこにはICFの構成要素間の相互作用の図が必ず記載をされておりますし、ICFによって患者さんや、あるいは利用者さんの状態像を把握することの重要性が強調されている状況になっております。

一方、ICFの評価尺度としての利用につきましては、先ほど来、御紹介がありますようにチェック項目が多く、また、トレーニングが必要であることなどの課題も指摘されていたところでございます。

この解決のため、さまざまな疾患や障害別、あるいは急性期、亜急性期でのケアといった、ある状況で利用できるコアセットの必要性が認識され、世界各国の方々の取り組みによりましてその開発が進んできたところでございます。

そして、今回日本リハビリテーション医学会の関係者の御尽力によりまして日本語訳が完成をし、本日の日本語版出版記念に至ったわけでございます。この間、関係されました皆様の御努力に対しまして心から敬意を表しますとともに、今後ICFのコアセットが広く活用されていくことを期待申し上げます。

【基調講演（日本語訳概要）】

「System-wide Implementation of the ICF in Rehabilitation」

ICF コアセット編集者、ルツェルン大学 健康科学・健康政策学部長 教授
Gerold Stucki

本日は ICF のシステム全体への適用という題で話をしたい。ICF に関してはこの 10 年以上、国際的なチームによって発展されてきたが、ここにきて実用的なマニュアルも完成し、これからリハビリテーションの分野を皮切りに医療システム全体への ICF の適用を進めていく段階にある。

ICF の話を始めるにあたり、リハビリテーションの重要性について述べたい。これまで世界の医療問題の主要なテーマは時とともに変遷してきた。19 世紀は水と栄養の管理による予防が重要なテーマで、この分野の発展により平均寿命は世界的に大きく延長した。20 世紀は抗生剤に代表される、医学の治療技術の面における大きな発展があった。そしてこれらの医療技術の発展によって寿命が延びるだけでなく、それが充実した人生であるために、21 世紀のテーマはリハビリテーションであるべきである。WHO における議論で、2001 年まではリハビリテーションが俎上に載ることは少なかったが、ICF のプロジェクトの開始とともに生活機能に焦点が当てられるようになるとともにリハビリテーションの重要性も再認識されるようになった。2009 年の障害に関するワールドレポートに始まり、障害と医療システムの関わりに関してのより具体的なモデルとして脊髄損傷が例として取り上げられ、医療からリハビリテーション、福祉に至る包括的なモデルが示された。さらに、2014 年には国際的な活動計画が提示された。この活動計画における 3 つのテーマは、障害を持つ人の医療、強力なリハビリテーション、そしてデータの収集と研究である。もちろんデータの収集と研究の最終的なゴールはそれによって健康問題を抱えた人々の生活を変えることにある。そのためには国際的に比較可能なデータの収集が必須であり、そのための共通言語として ICF が非常に重要になる。様々な評価スケール、検査等が臨床では用いられているが、データの収集方法は異なっても、ICF の言語で報告をすることで、共通のデータベースに集約することができる。

ICF は、WHO と ISPRM を始めとする様々な国際的な学術グループとの協力のもとに発展してきた。生活機能の評価における共通言語とするため、ライブラリーの発展とともに、後述するコアセットの作成が行われてきた。これによって臨床における生活機能の共通書式での報告、それを用いた疫学的な調査を行うための基礎がようやく整いつつある。



日本リハビリテーション学会もデータベースを持っているが、これも ICF を使った新しいモデルへ移行することで、国際的な標準との比較が可能となる。ICF はそのものとしても評価尺度として使用することが可能ではあるが、どのような評価尺度でも、例えば FIM などを用いたとしても、ICF の言語で報告をすることで広い範囲でデータを集約していくことこそが重要であるという点を強調しておきたい。ICF を用いたデータベースの構築とともに、どのように分析をしていくかということも重要である。ICF のデータは大量、複雑であるため、従来の統計学的手法を用いた分析が適応しにくい。そのため、新しい統計学的手法の導入が必要である。我々は他の科学の分野、たとえば生物医学的モデリングの手法などを取り入れて分析を行っている。

ICF の今後の普及を考える上では、臨床における実用的なツールも重要である。ICF コアセットは、ICF の臨床における適応のために作成されたもので、ICF のライブラリーから幾つかの項目を選択したものである。特定の健康状態や病期に合わせた 30 以上のコアセットがあり、ICD と連結することも想定している。これまでに作成してきたコアセットの中で、我々が特に重要と考えているのは一般セット(**generic set**)である。このコアセットは特定の病態や病期と関連するものではなく、これまでのコアセット研究、健康調査のデータベースをもとに、健康状態と関連する項目として共通して選択される 7 つの項目からなるコアセットである。これは健康に関する統計などにおいて非常に有用であり、リハビリテーションを適応する患者だけでなく、すべての患者のカルテに記載されるべきものと考えている。次に重要なのは障害セットである。これは言わばリハビリテーションのためのコアセットであり、30 領域からなっている。一般セットの 7 項目と、臨床的なコアセット研究のデータから統計学的に抽出された 23 項目からなっており、たとえば基本的な姿勢の変換、移乗など、リハビリテーションにおいて特に重要な項目が選択されている。この 30 項目は様々なリハビリテーションに関わるデータベースの基本となるべきものと考えている。このようなコアセットをベースとしたデータベースの構築により、大規模な疫学的な研究が可能になる。それによって、たとえば 65 歳の人工股関節手術後の方がどのような経過をたどるのか、改善のために何に介入すべきなのか、ということを知ることができるようになる。

生活機能の評価としての ICF はリハビリテーションの専門領域であると同時に、全ての分野の医師に使用してもらいたいものである。我々は医療システムの広い範囲を対象とした一般セット、リハビリテーションの領域における障害セットの適用を軸として、医療システム全体に ICF を適用することが重要であると考えている。日本においても厚生労働省、日本病院会、そして日本リハビリテーション医学会の協力によって、ICF の適用を是非実現していただきたい。

System-wide Implementation of the ICF in Rehabilitation



Prof. Gerold Stucki, MD, MS, Dipl, PhD

Acting Past-President, ISPRM

**Professor and Chair
Department of Health Sciences and Health Policy
University of Lucerne, Switzerland**

Director, Swiss Paraplegic Research, Nottwil, Switzerland

**Director, ICF Research Branch, German WHO-FIC Collaborating Centre
Nottwil, Switzerland**

Strengthening Rehabilitation The Health Strategy of the 21st Century



2001 ICF
2005 Resolution on Disability
2009 World Report on Disability
2013 International Perspectives in SCI
2014 Global Disability Action Plan

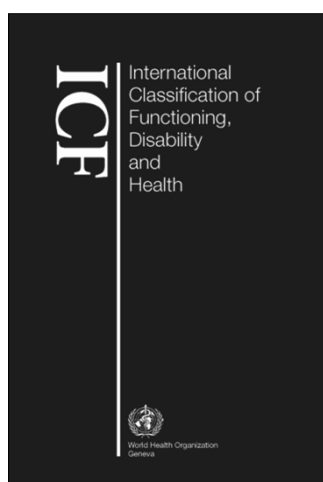


Objectives

Global Disability Action Plan 2014-2021

1. To remove barriers and improve access to **health services and programs**
2. To strengthen and extend **rehabilitation, habilitation, assistive technology, assistance and support services, and community-based rehabilitation**
3. To strengthen **collection of relevant and internationally comparable data on disability, and support research on disability and related services**

Data and Research



Special Issue, April 2007
Journal of Rehabilitation Medicine,
G. Grimby, J. Melvin, G. Stucki

ICF, a unifying model for the conceptualization, organization and development of functioning and rehabilitation research

ICF Implementation in ISPRM Work Plan

J Rehabil Med 2014; 46: 97-107

SPECIAL REPORT

THE INTERNATIONAL SOCIETY OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE: THE WAY FORWARD – II

Marta Imamura, MD, PhD¹, Christoph Gutenbrunner, MD², Gerold Stucki, MD^{3,4}, Jianan Li, MD⁵, Jorge Lains, MD⁶, Walter Frontera, MD, PhD⁷, John Olver, MBBS, MD, FAFRM⁸, Levent Özçakar, MD⁹, Joel DeLisa, MD, MS¹⁰, Linamara Rizzo Battistella, MD, PhD¹ and John Melvin, MD¹¹

From the ¹Institute of Physical and Rehabilitation Medicine, Brazil, ²Department for Rehabilitation Medicine, Hannover Research (SPF), Nottwil, ³Department of Health Sciences, Switzerland, ⁴Department of Rehabilitation Medicine, First China, ⁵Centro de Medicina de Reabilitação da Região Central, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, USA, ⁶Australia, ⁷Department of Physical and Rehabilitation Medicine, ⁸Department of Physical Medicine and Rehabilitation, UMD, ⁹Department of Physical Medicine, Jefferson Medical College

This paper reports on recent changes and future plans concerning the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. Issues discussed are its structural organization, collaboration and recognition, liaison with the World Health Organization, work in strengthening science, and its future agenda.

6. Implementation of the ICF at the clinical level and in population-based epidemiology, including the testing and validation of ICF Core Sets in all WHO regions and more than 35 countries in cooperation with the DAR team and the (Classifications, Terminology and Standards (CTS)) team of the WHO. This project includes the use of ICF Core Sets as international standards for the documentation, reporting, and use in clinical practice along the continuum of care from the acute hospital to integration in the community. The ICF Core Sets are also used to identify the functional impact of the 100 most frequent health conditions in rehabilitation and to develop a generic assessment tool to evaluate disability at a population level.

System-wide ICF Implementation

• ICF Tools

– ICF-based Standards

- ICF Core Sets

– ICF-based Reporting Tools

- ICF-INFO Project

– ICF-based Measurement Tools

- Simple intuitive descriptions and NRS (AOSPRM)

– ICF-based Analysis Tools

- Graphical Modelling and Target Modelling
- Dynamic Modelling



ICF Core Set Manual



German

Italian

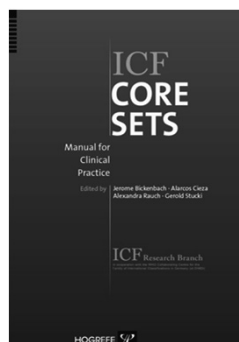
Spanish



Chinese

Japanese

Korean



English

Japanese Association of Rehabilitation Medicine (JARM)

Director translation team:

Shin-ichi Izumi

JARM Vice President, Tohoku University

Translators JARM

Shin Yamada

Kyorin University (chief translator)

Hidenobu Okuma,

Kumamoto Takumadai Rehabilitation Hospital

Wataru Kakuda,

The Jikei University Daisan Hospital

Shigeru Sonoda,

Fujita Health University Nanakuri Sanatorium

Takayo Chuma,

Shiga Medical Center for Adults

Masahiko Mukaino

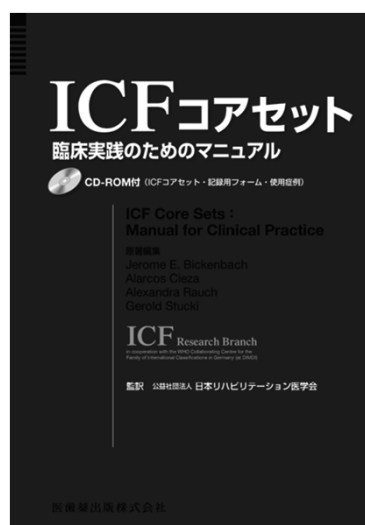
Fujita Health University

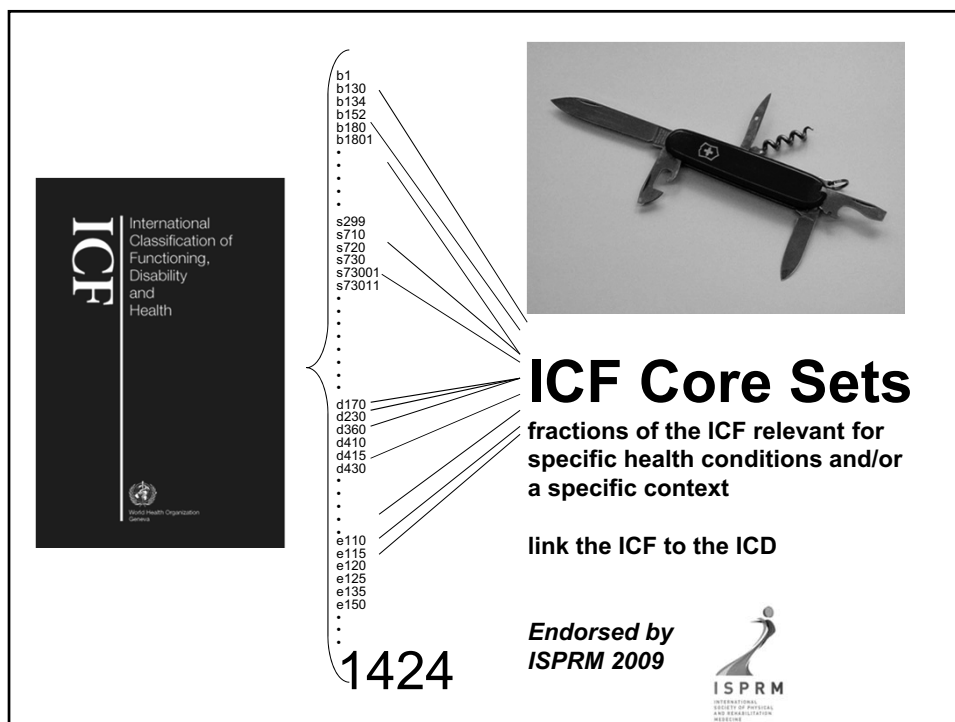
National Institute of Public Health

Takako Tsutsui, *University of Hyogo*

Cottencin, Alexis, *University of Hyogo*

Masaaki Otaga






International Classification of Functioning, Disability and Health

ICF

World Health Organization

b1
b130
b134
b152
b180
b1801
.
.
.
.
.
s299
s710
s720
s730
s73001
s73011
.
.
.
.
.
d170
d230
d360
d410
d415
d430
.
.
.
e110
e115
e120
e125
e135
e150
.
.
.


1424



ICF Core Sets
fractions of the ICF relevant for specific health conditions and/or a specific context

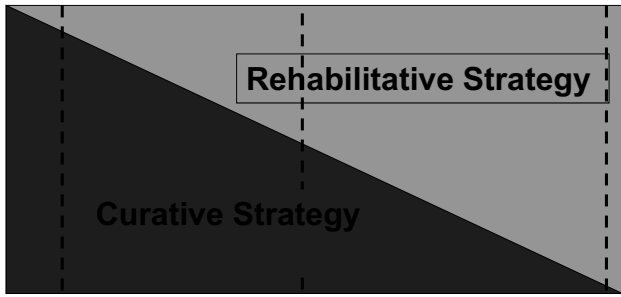
link the ICF to the ICD

Endorsed by
ISPRM 2009



INTERNATIONAL SOCIETY OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE

ICF Core Sets for the Health and Rehabilitation Services Continuum



The diagram shows a continuum from Acute context to Long-term context. A diagonal line separates the 'Curative Strategy' (dark grey area on the left) from the 'Rehabilitative Strategy' (light grey area on the right). Vertical dashed lines mark the boundaries between the three contexts.

Acute context	Post-acute context	Long-term context
Acute curative care	Sub-acute supportive care	Primary care
Acute rehabilitation	Post-acute rehabilitation	Community-based Rehabilitation
		Lifelong support

Stucki G et al. *ICF-based classification and measurement of functioning*
Eur J Phys Med Rehabil 2008; 44: 317-330



ICF Generic Set

7 categories – a common metric applicable

*across world regions
across health conditions
along the continuum of care
over the course of life*

Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G.
Towards a minimal generic set of domains of functioning and health.
BMC Public Health. 2014;14(1): 218.

ICF Code	Title
b130	Energy and drive functions
b134	Sleep functions
b152	Emotional functions
b280	Sensation of pain
b455	Exercise tolerance functions
b620	Urination functions
b640	Sexual functions
b710	Mobility of joint functions
b730	Muscle power functions
d230	Carrying out daily routine
d240	Handling stress and other psychological demands
d410	Changing basic body position
d415	Maintaining a body position
d420	Transferring oneself
d450	Walking
d455	Moving around
d465	Moving around using equipment
d470	Using transportation
d510	Washing oneself
d520	Caring for body parts
d530	Toileting
d540	Dressing
d550	Eating
d570	Looking after one's health
d640	Doing housework
d660	Assisting others
d710	Basic interpersonal interactions
d770	Intimate relationships
d850	Remunerative employment
d920	Recreation and leisure

ICF Disability Set

30 ICF categories
relevant to discriminate
levels of functioning

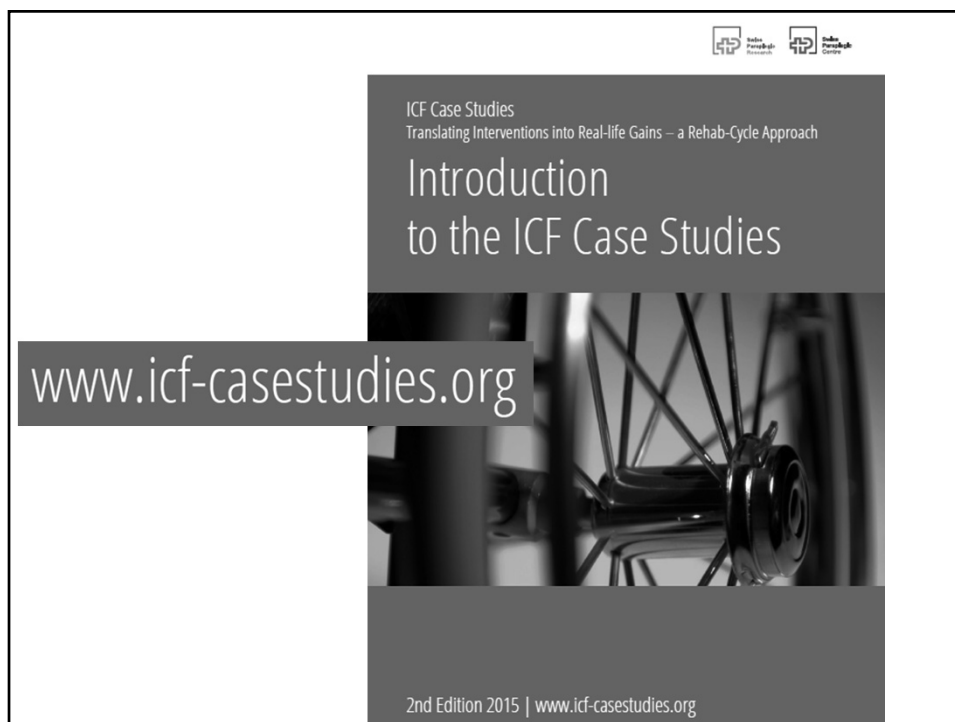
General Population

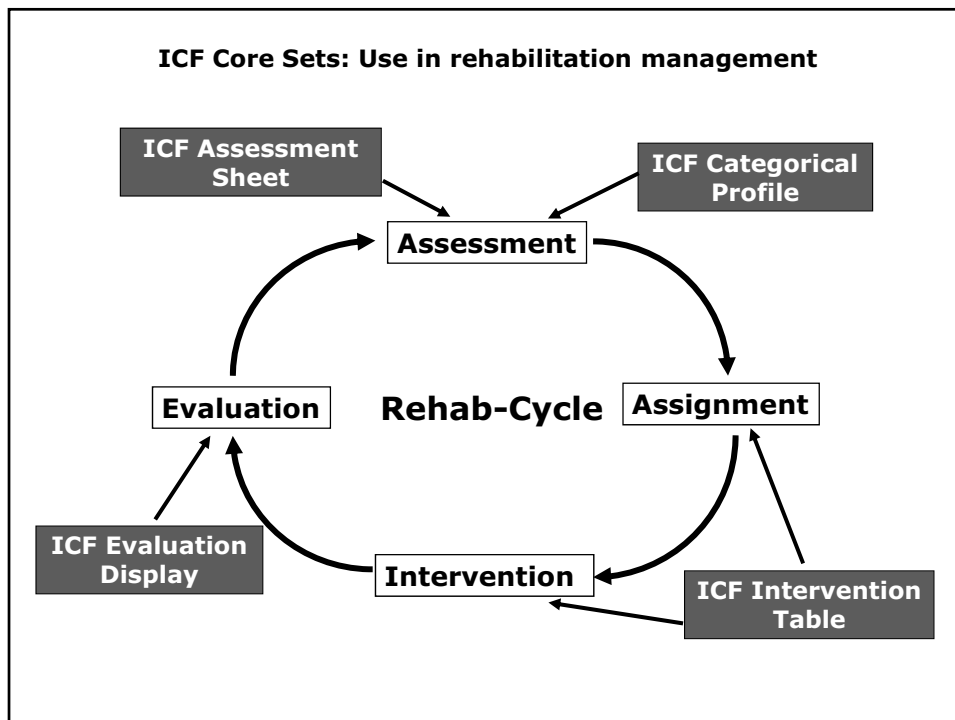
People with Health
Conditions

Along the
continuum of care

System-wide ICF Implementation

- **Application areas**
 - **Clinical Practice**
 - Human Functioning and Rehabilitation Research
 - Education
 - Health Policy





Functioning Profile

BODY FUNCTIONS	Impairment
	0 1 2 3 4
b130 Energy and drive functions	0
b134 Sleep functions	1
b152 Emotional functions	1
b180 Experience of self and time	1
b280 Sensation of pain	1
b410 Heart functions	1
b400 Blood pressure functions	1
b440 Respiration functions	1
b620 Urination functions	1
b710 Mobility of joint functions	1
b715 Stability of joint functions	1
b730 Muscle power functions	1
b820 Repair functions of the skin	1
BODY STRUCTURES	Impairment
	0 1 2 3 4
s410 Structure of cardiorespiratory system	1
s430 Structure of respiratory system	1
s730 Structure of upper extremity	1
s750 Structure of lower extremity	1
s760 Structure of foot	1
s810 Structure of areas of the skin	1
ACTIVITY AND PARTICIPATION	Difficulty
	0 1 2 3 4
d230 Carrying out daily routine	1
d240 Handling stress and other psychological demands	1
d415 Maintaining a body position	1
d445 Hand and arm use	1
d450 Walking	1
d455 Moving around	1
d510 Washing oneself	1
d530 Dressing	1
d700 Family relationships	1
d890 Teleparticipative involvement	1
ENVIRONMENTAL FACTORS	Facilitator Barrier
	0 1 2 3 4
e110 Products or substances for personal consumption	1
e120 Products and technologies for pers. indoor and outdoor mobility and transportation	1
e210 Immediate family	1
e355 Health professionals	1
e410 Individual attitudes of immediate family members	1
e590 Health services, systems and policies	1

**“To successfully apply the
ICF in *Rehabilitation*
we need to implement the
ICF in the *Health Care System*”**

**Prof. Jianan Li, MD
President ISPRM**





【講演】

「ICFコアセット日本語版出版の今日的意義と普及への期待 —わが国のリハビリテーション分野におけるビジョン—」

公益社団法人日本リハビリテーション医学会副理事長、東北大学大学院教授
出江 紳一

今日のお話の内容は、ICFの概要、それからコアセットの紹介、そして普及への期待ということで、担当副理事長として考えを述べたいと思います。

歴史でございますが、1970年代、WHOで障害分類の検討が開始され、80年には国際疾病分類、ICD-9の補助分類として国際障害分類が発表されました。

1985年、ICIDHの日本語版ができ、90年代から改訂が検討され、97年にはβ版の作成、フィールドトライアルの開始、2001年に国際機能分類が採択され、2002年に日本語版が出版されております。

次が、国際機能分類日本語版です。その本のとびらの裏にございます文章ですが、「本書は世界保健機関（WHO）が2001年に出版したInternational Classification of Functioning, Disability and Healthの日本語版である。日本語版翻訳権は世界保健機関の事務局により日本国政府、厚生労働省に対して与えられている」と述べられています。つまり、これは日本の政策として採択されているものと私は理解しています。

「ICFの目的」ですが、1番から4番まで書きました。

まず科学的な基盤の提供、これはとても重要なことだと思います。先ほどStucki教授がデータベースの話をしていましたが、まずサイエンティフィックであるということが、我々が医療の現場で患者さんですとか利用者の方に使う上では重要です。科学的でなければまずいけない。

そして共通言語の提供、または地域・時期の違いを超えたデータの比較、またはシステムコード化用分類リストの提供です。つまり、単なる統計用のツールではなく、研究・臨床・社会政策・教育の分野にも広く活用されることが期待されているものでございます。

「ICFの特徴」です。一番上は構成になりますが、第1部と第2部になっておりまして、第1部の生活機能と障害につきましては構成要素が心身機能・身体構造、活動・参加に分けられる。第2部の背景因子につきましては環境因子、個人因子に分けられる。

次に、特徴です。

各カテゴリーに対して操作上の定義を提供する。先ほど文化による違い、カルチュラル・ディファレンスについて話がありましたが、それでも操作上の定義はここでは述べられている。ただ、心身機能についての定義に比べて環境因子ですとか個人要因についての定義はなかなか難しいと思います。

2 番目、b の心身機能、s の身体構造、d の活動/参加、e の環境因子の 4 文字のいずれかと数字の組み合わせである。

階層構造をとり、数字の 1 桁目が章番号、2 桁目以降が各レベルを示す。

どの個人でも各レベルでコードが複数になることがある。

各コードに対して、健康のレベル（問題の重大さ）による評価点が付されるという特徴がございました。

このスライドは、定義の例です。心身機能の 7 章ですが、神経筋骨格系と運動に関する機能です。b 730、筋力の機能の定義はこうなっています。1 つの筋や筋群によって生み出される力に関する機能、含まれるものとしてこのようなものがありまして、除かれるものとして目に附属する構造の機能ですとか筋緊張の機能、筋の持久性などがここからは外されています。

含まれるものは、単に筋力というよりは、筋の不全麻痺とか完全麻痺、単麻痺、片麻痺、対麻痺、四肢麻痺、無言無動症といったものもこの項目の中に定義されています。

次に階層構造の例ですが、b の 7 につきましてはこのような形で、7 というのは第 1 のレベルで章を意味します。30 の部分は筋力の機能とありますが、第 2 レベルのカテゴリーです。そしてその下が第 3 レベルのカテゴリーで、個々の筋や筋群の筋力ということになります。

順序が前後しますが、感覚機能と痛みにつきましては 80 のところ、第 2 レベルのカテゴリーが痛み、そして第 3 レベルが身体の局所的な痛み、さらに第 4 レベルまで定義されていて、頭頸部の痛み、以下胸部、腹部、背部というふうに部位が出てきます。

もう一つ大事なことは、評価点です。そのコード化がどのように行われるかですが、心身機能、身体構造の評価点につきましては、第 1 評価点は否定的なスケールです。機能障害の程度や大きさを示します。第 2 評価点は性質を意味し、第 3 評価点は部位です。これは、身体構造のみに割り当てられています。

次が、活動と参加の評価点です。これは 2 種類ありまして、実行評価の評価点と能力の評価点の 2 種類です。また、環境因子の評価点につきましてはその因子がどの程度促進、あるいは阻害するののかということを示しています。具体的な点数づけですが、このようになっています。0～9 までです。

ただし、実際の重症度を意味するのは 0、1、2、3、4 で、それぞれ機能障害なし、軽度、中等度、重度となっています。その障害の程度が 0～4 % であれば 0 になりますし、5～24 であれば 1 というような形でコード化がされます。

このスライドは ICF の構造です。小さい文字で申しわけありませんが、ICF とその分類です。第 1 部が生活機能と障害、第 2 部が背景因子です。それで、構成要素としてはこのようになっています。構成概念が心身機能の変化、身体構造の変化、能力、実行状況、促進因子、阻害因子となっていて、病歴とカテゴリーは項目のレベル、第 1、第 2、第 3、第 4 となっています。



このように、概念として非常に明確に規定されているわけですが、対象者一人当たりのコード数の最大数は第1レベルで30、第2レベルで約350、より詳細なレベルでは1,400以上となりまして、やはり日常診療等で記録することは非常に困難であると考えられるわけです。

そこで、本書であるICFコアセットができたわけです。この本は病態、あるいは診療状況ごとの核となるコード群がここに述べられているものです。2012年、ホグレーフェ社から出ております。WHOコラボレーティングセンターの協力のもと、ICFのリサーチブランチがつくった、開発したというものです。

この序文にありますのは、一部抜粋してきましたけれども、先ほどから非常に強調されているとおりオール・ヘルス・プラクティショナーズのために使われなければいけない。それは間違いないことですが、ただ、この本書に関してはどこに強調点が置かれているかというICFセットをリハビリテーションの文脈の中で使用する医療専門職のためにつくられたマニュアルであるというところにフォーカスされているということです。

それで、患者さんの状態、問題点を記述し、その必要性、ニーズということを記述するために非常に大きな可能性を秘めているものであるということ間違いないわけですが、しかし、まだ新しく、そして臨床現場で使うということはチャレンジングであると述べられています。

まとめますと、リハビリテーションの文脈で患者を理解し、記述するというところにポイントが置かれていますが、まだ医療環境に合致した改訂が必要であるということも一つの課題であると思います。

ICFコアセットは4種類の階層からなっていて、ジェネリック版が最も共通的なものです。先ほど7項目ということがございました。それから少し増えたものがブリーフ版、より特異的で多くの項目を含みます。その上がエンラージド・ブリーフ版でさらに多くの項目を含み、コンプリヘンシブ版は包括的なコアセットになっております。

次は、運動器疾患の急性期に適用するブリーフ版の例です。心身機能、身体構造、それぞれこのような項目が出てきます。活動と参加、環境因子がそれぞれこのような項目になっています。全部は述べませんが、心身機能については活力と欲動の機能が含まれており、こういうところがやはりICFコアセットらしいと思います。運動器疾患で急性期というところを見ると、ただ単に麻痺とか痛みとかということではなくて、こういった活力、欲動、情動といったことも入りますし、心機能も入るし、血圧も入る。もちろん脊損などであれば排尿、排便も問題になってきますし、関節とか筋緊張もあるということで、患者さんを包括的に捉えているということがわかると思います。

これがコンテンツになりますけれども、アキュート・ヘルスケアの文脈で用いるものとして4つ、ポスト・アキュート・ヘルスケアのコンテクストで用いるものとして5つ、そしてロングターム・ヘルスケア・コンテクストで用いるものが1～22までございます。必ずしもジェネリック版全ての項目がそれぞれのブリーフ版、コンプリヘンシブ版で含まれ

ているわけではありません。このあたりは注意しておく必要があります。

最後に、少し使用例を幾つか御紹介して終わりたいと思います。筋骨格系疾患の急性期です。これは本書にある例です。68歳の男性で、閉塞性動脈硬化症、糖尿病、高血圧に罹患しており、大動脈弁・僧房弁閉鎖不全が合併しています。右下腿のバイパス術を受けまして、その後、また血管の問題があつて、7日前に右の大腿切断の手術が行われました。

このとき、ICFコアセットがどのように選択されたかですが、診断としてはICD-10から持ってきていて、下肢の末梢動脈塞栓による切断、病期はアキュートケア、特定の疾患のセットを使うのか、疾病群のセットを使うのかということにつきましてはMusculoskeletal Conditions in Acute Careが選択されました。

使用目的は、急性期病院での治療計画とリハビリテーションニーズの同定、このあたりがやはりICFコアセットだなと思います。患者さんのADLをただ評価するというのではなくて、治療計画とリハビリテーションニーズを同定するんだということです。

コアセットのタイプの選択はコンプリヘンシブで、コンプリヘンシブに全てジェネリックは含まれているわけではありませんので、上記に含まれないジェネリックの項目を入れて、さらに心肺疾患の急性期セットのカテゴリーを追加しています。

次は、ドキュメンテーションフォームの一部です。この部分に評価点が記載されます。0～9までございます。

その下に、コードの定義ですね。そして情報源、誰から聞いたかとか、そういったことがあつて、自由記載欄があります。濃い灰色のコードはジェネリック版からとってきたものです。このようなドキュメンテーションフォームに丸をつけて埋めていきますと、スライドにお示ししたようなファンクショニング・プロファイルが書けるようになっています。心身機能、身体構造、活動・参加、このあたりが困難度ですね。それから、環境因子、促進因子と阻害因子、こういったプロファイルが一目瞭然で見られるようになります。

もう一つ、応用例ですが、既に去年のリハビリテーション医学会で国際医療センターの藤谷順子先生が発表された詳録から抜粋してきました。演題名が「ICFのcore set (generic set) を用いたHIV感染血友病患者の生活機能評価の試み」です。読みます。

「HIV感染血友病患者は、中高年化に伴い運動機能障害や肝機能の悪化など、様々な困難を呈している。ICFのgeneric setは、病態や環境を問わず生活機能を評価することのできる基本的なcore setとして開発された7項目の指標である。今回我々は、generic setを用いてHIV感染血友病患者の生活機能を評価することを試みた」。

以下、省略しますが、これが去年のリハ学会で報告されたものです。つまり、非常に多様な病態、状態を示す患者さんに対して、従来の評価法では不十分です。これを共通的に扱うものとして、ICFコアセットに対してリハビリテーション科の専門医も非常に注目していることが分かります。

次は脊髄損傷用のICFということで、徳島大学の加藤教授からいただいたもののレイアウトを私がちょっと直したものです。アーリーポストアキュート、クローニック、それぞれ



に対してまず項目の候補が217、199あったものがコンプリヘンシブ版でそれぞれ127、138に絞られ、ブリーフ版では22、22に絞られていったという経緯がございます。

まず、直ちに思いつく用途としてリハニードの変化の調査、これはその一つの論文の例です。高齢者の頸髄損傷者、高齢化した脊髄損傷者等、単純という言葉はどうかはわかりませんが、単純な完全損傷、対麻痺、四肢麻痺の後の典型的なリハビリとは少し違うのではないかという視点からの提言です。

それからもう一つは、既存の脊髄損傷に特異的な評価法との関連はということでSCIM-III(包括的なADL)、WISCI(歩行機能)、新たにICFコアセットに基づいた評価法を開発するのかということで、既存の尺度との関連というのは今後一つの課題になってくると思います。先ほどStucki教授も、既にあるものを捨てるということではなくて、既にあるものとの関連をどうつけていくかということをおっしゃっていたと思います。

次は最後から2番目のスライドですが、「普及への期待」としてまずICFの教育ということがございます。既にPT、OTの国家試験にICFは出題されておりますけれども、どう使うか。インプリメンテーションについての教育、エデュケーションはまだ不十分だと思います。

また、ICFコアセットの活用です。これは本日の本当に主題となりますが、臨床、あるいは研究でどのように使うのかです。先ほど学会発表がございましたけれども、こういうものがどんどん学会に出てくることを期待しています。

また、3番目は日本でのICFコアセットの有用性の検証です。これは日本語版が出ましたので、これからだと思います。使うことによって何が起こるのか。恐らくFIMが導入されたときにもこういうことは考えられていたと思いますが、今はFIMが有用で使われていることは異論がないところですが、ICFがこれからどうなっていくのかです。

4番目が、データベースの構築です。これは非常に大きな課題であるというふうにリハビリテーション医学会としては認識していて、データベースそのものに対してこのICFコアセット、ICFがどのような形で入ってくるのかということが、期待と書きましたけれども、課題であると認識しています。

まとめです。ICFの基本的な内容を解説いたしました。ICFコアセットは、ICFが臨床で広く活用されることを目的に開発されたものです。ICFコアセット・マニュアル・フォー・クリニカル・プラクティスがWHOリサーチブランチによって出版され、このたび日本語版が出版されました。ICFコアセットの活用は緒についたばかりであり、日本の医療環境に適合したセットの活用と普及が課題であると考えております。


ICFシンポジウム 2015.3.8 1

ICFコアセット日本語版出版の今日的意義と普及への期待

—わが国のリハビリテーション分野におけるビジョン—

東北大学大学院医工学研究科
公益社団法人日本リハビリテーション医学会副理事長
出江 紳一


"create global tradition"

Tohoku University 

2

歴史

- 1970年代～ WHOで障害分類の検討開始
- 1980年 国際疾病分類(ICD-9)補助分類として国際障害分類 (ICIDH) が発表された。
- 1985年 ICIDH日本語版
- 1990年～ ICIDH改訂検討
- 1997年 β案の作成とフィールドトライアル開始
- 2001年 国際機能分類(ICF)採択
- 2002年 ICF日本語版

Tohoku University 

ICFの目的

1. 科学的基盤の提供
2. 共通言語の提供
3. 地域・時期の違いを超えたデータの比較
4. システムコード化用分類リストの提供

単なる統計用ツールではなく、研究・臨床・社会政策・教育の分野にも広く活用されることが期待されている。



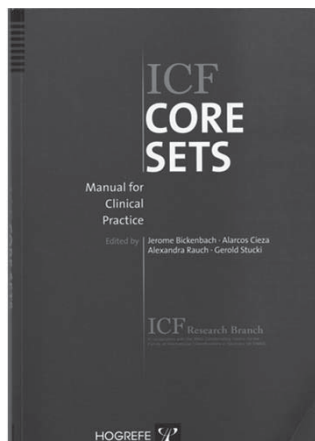
ICFの特徴

	第1部:生活機能と障害		第2部:背景因子	
構成要素	心身機能・ 身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子

1. 各カテゴリー（項目）に対して操作上の定義を提供する。
2. b（心身機能）、s（身体構造）、d（活動/参加）、e（環境因子）の4文字のいずれかと数字との組合せである。
3. 階層構造をとり、数字の1桁目が章番号、2桁目以降が各レベルを示す。
4. どの個人でも各レベルでコードが複数になることがある。
5. 各コードに対して、健康のレベル（問題の重大さ）による評価点が付される。



ICF CORE SETS Manual for Clinical Practice



Edited by Jerome Bickenbach, Alarcos Cieza,
Alexandra Rauch, Gerold Stucki,

ICF Research Branch in cooperation with
the WHO Collaborating Centre for the
Family of International Classification in
Germany,

HOGREFE, 2012

病態あるいは診療状況ごとの核となる
コード群 (core sets) を作成した。



4 種類の階層

- **Generic版**：最も共通的
- **Brief版**：より特異的で多くの項目を含む
- **Enlarged brief版**：さらに多くの項目を含む
- **Comprehensive版**：包括的



使用例：筋骨格系疾患の急性期

- 68歳 男性
 - 閉塞性動脈硬化症、糖尿病、高血圧
 - 大動脈弁・僧帽弁閉鎖不全
 - 右下腿バイパス術後
- ▼
- 7日前に右大腿切断術を施行された。



ICF Core Setの選択

選択にあたり考慮する事項	選択された内容
診断 (ICD-10)	下肢の末梢動脈塞栓による切断 (ICD: J_174.3)
病期	Acute care
特定の疾病のセットか 疾病群のセットか	Musculoskeletal Conditions in Acute Care
使用目的	急性期病院での治療計画と リハビリテーションニーズの同定
コアセットのタイプの選択	Comprehensive
追加するカテゴリ	<ul style="list-style-type: none"> • Genericのカテゴリで上記に含まれないもの。 • 心肺疾患急性期セットのカテゴリを追加する： b410心機能、b420血圧の機能。



9

Documentation Form (一部)

The screenshot shows a portion of the ICF documentation form. It includes sections for 'BODY FUNCTIONS', 'Energy and drive functions', 'Sleep functions', and 'Emotional functions'. Each section has a header with a code (e.g., b110, b130) and a description. To the right of each section is a scale from 0 to 9, with '0' being 'No impairment' and '9' being 'Not applicable'. Annotations with arrows point to these scales, the text descriptions, and the source information boxes. A specific code 'b134' is highlighted in a dark grey box, with an annotation pointing to it that says '濃い灰色のコードはgeneric版' (Dark grey code is generic version).

Annotations on the right side of the form:

- 評価点 (Evaluation point) - points to the 0-9 scale.
- 定義 (Definition) - points to the text description of the function.
- 情報源 (Information source) - points to the 'Sources of information' box.
- 自由記載 (Free text) - points to the 'Description of the problem' box.
- 濃い灰色のコードはgeneric版 (Dark grey code is generic version) - points to the b134 code.

Tohoku University

10

Functioning Profile

The Functioning Profile chart displays impairment and difficulty levels for various ICF categories. The categories are grouped into four main areas:

- 心身機能 (Mental and Physical Functions):** Includes categories like b130 (Energy and drive functions), b134 (Sleep functions), b152 (Emotional functions), and b131 (Pain functions).
- 身体構造 (Body Structure):** Includes categories like b430 (Structure of respiratory system), b710 (Structure of head and neck region), b720 (Structure of shoulder region), b730 (Structure of upper extremity), b740 (Structure of pelvis), and b750 (Structure of lower extremity).
- 活動・参加 (Activities and Participation):** Includes categories like c240 (Handling stress and other psychological demands), c410 (Changing basic body position), c415 (Maintaining a body position), c420 (Transferring oneself), c445 (Hand and arm use), c450 (Walking), c455 (Moving around), c510 (Wearing glasses), c520 (Caring for body parts), c530 (Toileting), c550 (Eating), c750 (Family relationships), and c850 (Remunerative employment).
- 環境因子 (Environmental Factors):** Includes categories like e115 (Attitudes of supporters for participating in life), e120 (Attitudes of family members), e130 (Attitudes of immediate family), e135 (Attitudes of friends), e140 (Attitudes of immediate family members), e145 (Attitudes of friends), e150 (Attitudes of health care professionals), and e155 (Attitudes of society).

The chart uses a scale from 0 to 4 for 'Impairment' and 'Difficulty', and a scale from -4 to 4 for 'Facilitator' and 'Barrier'. A double-headed arrow indicates the relationship between Facilitator and Barrier.

Tohoku University

使用例：研究

【演者】 藤谷順子、他

【演題】 ICFの core set (generic set) を用いたHIV感染血友病患者の生活機能評価の試み

【目的】 HIV感染血友病患者は、中高年化に伴い運動機能障害や肝機能の悪化など、様々な困難を呈している。ICFのgeneric setは、病態や環境を問わず生活機能の評価することのできる基本的なcore setとして開発された7項目の指標である。今回我々は、generic setを用いてHIV感染血友病等患者の生活機能の評価を試みた。（以下省略）

(第51回日本リハビリテーション医学会学術集会 2-10-20)



普及への期待

1. ICFの教育
2. ICFコアセットの活用（臨床・研究）
3. 日本でのICFコアセットの有用性の検証
4. データベースの構築



【講演】

「ICFコアセット日本語版翻訳チーム・リーダーの立場から」

杏林大学リハビリテーション医学教室 講師
山田 深

ただいま紹介にあずかりました山田深と申します。杏林大学の所属ですけれども、今回は日本リハビリテーション医学会の中で立ち上げられたコアセットマニュアルの翻訳チームのリーダーという形でお話をさせていただきます。よろしくお願いたします。

このICFコアセット日本語版マニュアルですけれども、日本リハビリテーション医学会と、筒井先生が中心である厚生労働省の国立保健医療科学院のチームと一緒にやらせていただきました。

主な枠組みに関しては、厚生労働省のチームでつくったものを基に我々は監修させていただいて、このマニュアルの特徴の一つであります症例毎にどう使っていくかということに関して、症例が5つ含まれている辺りが医学的な用語が多分含まれてきますので、それをどう専門職の人に伝えていくかということ日本語に齟齬がないようにということでリハビリ学会のスタッフが入って翻訳をさせていただいたという経緯でございます。

何度も触れられておりますけれども、ICFコアセットですが、ICF分類の全体、1,400くらいカテゴリーはありますけれども、その中からこの病態、この病気に関してはこのカテゴリーを使いましょうというものを指定したものがコアセットになります。これはICFのリサーチブランチを中心に開発されてまいりました。

幾つかコアセットは種類がありますが、基本的には健康状態と書いてありますが、ある疾病と、いろいろな健康状態群という用語も出てきます。例えば、運動器疾患であったり、神経疾患ということで群です。特定の病気によらない状態を指す用語として出てきます。そういったためのコアセットというのが用意されていて、そのコアセットの中でそれぞれ心身機能、身体構造、活動、参加、環境因子をコード化していくということが症例とともに埋められていくというわけであります。

次は、日本語版です。先ほど出江先生は英語版の本を出されていましたが、こういったものを翻訳してまいりました。例えば、「急性炎症性関節炎のためのICFコアセット短縮版」というものをここに例として挙げました。これが、疾患とか健康状態です。これは、ICDと共通するものになっています。それで、コアセットの短縮版で、どのカテゴリーを評価していくかということが、このコードが出ています。b126、b130、連番になっているものはスキップされていますが、重要なキーになるカテゴリーを出してきてリストアップしてきたというのがコアセットの本体になります。

例えば、気質と人格の機能、活力と欲動の機能、睡眠機能、これだけ読んでも分かり難



いのですが、これが何を意味しているかということが全て書かれています。これは別にICFコアセットの翻訳というものではなくて、ICFそのものです。ここに書かれている内容は既に厚生労働省が日本語版を出されていますので、それをそのまま持ってきたということになります。

ですので、翻訳チームとしては、ここは別に翻訳はしていません。そのままICFと共通しているものになります。

それで、何の категорияが入っているかというものを指定しつつ、このコアセットのマニュアルの中にはそれをどう記述していこうかということの指針も示されていて、先ほどもありました記録用フォームという形でどんなシートに書きましょうということで、こういったものもその過程、コアセットごとに用意をされています。

書籍には白紙のシートを印刷できるようにPDFの入ったCD-ROMが附属されていて、英語版もあり、日本語版にも同じ翻訳したものをつけさせていただいております。それぞれのカテゴリがどうレーティングされるか、評価されるか、丸をつけていくとチェックできる。それで、点数をつけるだけではなくて具体的にどういう問題になっているかを書くスペースがあって、ただ単に点数化だけではなくてこういうふう具体的なことを書いていくのもとても大事なことだと思います。

コアセットでございますけれども、私はただ単に翻訳しただけですので、私が作ったかのような口ぶりになってしまうのはちょっと恐縮ですが、31種類がこのマニュアルに関しては載せられています。先ほどStucki先生がディスアビリティ・コアセットの紹介をされていましたが、残念ながらこのマニュアルにはまだ掲載されていません。ですので、これが全てではないことはひとつ押さえておきたいのですが、その出版の時点で作られていた31種類のコアセットが本の中には収載されています。

ヘルスケア・コンテクストという原文で述べられていますけれども、日本語で医療背景という訳し方をさせていただきました。なかなかこの言葉の理解は難しいのですが、噛み砕いて言うと急性期になります。亜急性期、長期、この3つに分けるのを医療背景というふうに区分しています。それごとにいろいろ利用できるコアセットが決められているわけです。急性期用につくられているコアセット、亜急性期用につくられているコアセット、長期用につくられているコアセット、これは一部です。

他にもこんなものが用意されているということで、長期ケアに関しては具体的な疾患名が入ってくるものが多いです。急性期に関しては割と病態群、健康状態群に関するものが多いという特徴になっています。

それぞれのコアセットについてこの種類という用語、タイプが用意されています。一般セット、これは全部に共通するもの、7項目です。これは別に急性期、亜急性期、長期とは関係ないのですが、あとは短縮版、拡張版、包括版、それぞれカテゴリーの数が違ってきます。全体像を見るものもあれば、要点を絞って見るものとか、その中間に当たるものが用意されているということになります。ですので、正確には31種類ありますけれども、

それぞれに短縮版、包括版が指定されていますので、カテゴリーそのものの区分としてはその2倍になります。62個プラス一般セットの共通のものが1個というものができ上がっているという形になります。

マニュアルですが、そのコアセットをどう使っていくのかという実用的な方針になります。カテゴリーそのものの指定は別にあり、それをどう利用するかを書かれたのがマニュアルという形になります。出江先生も言われていましたけれども、リハの分野でどう使っていくかということに焦点が当たっています。

リハビリテーション医学会が翻訳しましたが、決してリハビリの医者だけが使うものではなくて、多職種に向けられたマニュアルということが序文にもうたわれています。ですので、医療専門職、あるいは学生さんも含めて利用いただけるようにということになります。我々も翻訳するに当たっては、決して医者だけがわかるものではなくて、関係するスペシャリスト、プロフェッショナルの方にもちゃんと理解していただくように配慮をして翻訳してきました。

クリニカル・プラクティスのマニュアルといったように原文では書かれていますが、臨床、診療にしようか、診療だとちょっと医学に偏ってしまうのでよろしくないのではないかとということで色々ディスカッションを行った結果、臨床実務のためにと日本語にはそう書かせていただいています。

次はこのマニュアルの紹介になりますが、これは目次を拾ってまいりました。ICFの成り立ちの話在先ほど出江先生はしていらっしゃいましたけれども、そもそもICFは何なのかという話からこの書籍はスタートしています。こういった身体構造、機能、活動、参加、環境因子といったものの概念であったり、それをどうコード化するかという話であったり、あとはそのレーティングの方法になります。0～4までといった話、こういった基本の話もこのマニュアルには含まれています。

そのベースがあった上で、ではコアセットはどうやって作られてきたのか。今はどういうコアセットがあるのかという説明と、コアセットの種類に関する解説、これはブリーフ版、短縮版、包括版、そういった種類がありますという解説と、ではそれをどう使っていくかというのが第4章になっています。どのコアセットをどういう場合に選ぶのかということがマニュアルには書かれているわけです。

次に、どのコアセットをどう選んでいくかという概念がこの表に表現されています。英語の上に日本語をかぶせてしまって少し見づらいのですけれども、例えば包括的な職種がかかわるリハビリテーションプログラムのために多発性硬化症の患者さんに対してコアセットを選ぼうと考えた場合についてです。それがどの時期にあるのか、医療背景にあるのか、急性期なのか、亜急性期なのか、長期になるのかということをもまず使うフェーズによって選んで、その中でどのコアセットがあるかを見ます。

さらにコンプリヘンシブ版、包括版だったり、拡大短縮版だったり、短縮版だったり、一般セットは全部に共通するもので全てに含まれ、それぞれ用意されていますので、例え



ば急性期ケアで包括版を使ってみようというような見方をして選んでいくことになります。その選び方が凝縮されている症例というのがこのマニュアルには含まれています。

次は、使用症例です。実際、先ほどの表を見ると簡単に選べるかと思ってしまうのですが、なかなか選び方は簡単ではありません。例えば、神経系に問題のある病態があるという症例があったとしまして、本当に神経だけかという問題が出てくるわけです。特に高齢者であれば、ほかの循環器の疾病と合併症の場合があるので、そういうときにどういう対応をしたらいいか。

複数の健康上の問題を抱える個人に対してどうコアセットを使っていくかという解説であったり、ではどう多職種が連携してさっきのシートをつくっていくのかということが解説されていたり、患者資源、これは環境因子のほうにかかってくるけれども、ICIDHのところでは触れられていなかった環境因子をどうICFコアセットを使ってレーティングしていくのかということが書かれていたりします。

能力と実行状況というのは、やれること、やればできることですね。あとは、実際にやっていることをどう判別して書いていくかということであったり、臨床情報の表現と書いてありますけれども、色々な他の評価尺度になります。疾患ごとに、例えば痛みとADLを比較するのに標準化されたものがありますが、それとどう互換性をもってコアセットを採点していくかといった例を含みながら症例が紹介されるというのがこのマニュアルになります。

実際に出てきた結果は、これは英語版のままですが、どの項目が幾つで採点、レーティングして評価されますというのが一目にしてわかるという形で、これを評価するという目的が1つと、これはどこを使っていくかということです。これに関しても、症例ごとに述べられています。

マニュアルの中に書かれていた表現で印象的だったのを1つここに引用しましたが、「多職種が連携するチームの全てのメンバーが、「徒手筋力テスト」における3の評価点がどういう意味なのかを理解するとは限らない」とあります。ですので、ICFを使って0～4で表現していけば、マニュアル・マッスル・テストについて、MMTを知らないスタッフである一般の人でもこれが皆、理解できますというのがICFの特徴、ICFコアセットで述べていることの一つだと思います。ですので、いろいろな職種が使えますよということを意識しながら翻訳をしてみました。

これは、皆さんのお手元の資料に入れる時間はありませんでしたが、例えばコアセットを使ってみた例です。脳卒中の患者さんで、MSWが介入した人をピックアップして、環境因子のところしか載せていませんが、コアセットになります。短縮版のコアセット、神経系の短縮版コアセット、このe120、315、465、550、570という項目がピックアップされていて、その定義がここに書かれています。「個人的な屋内外の移動と交通のための生産と用具」「親族」「社会的規範・慣行・イデオロギー」「司法サービス」「社会保障サービス」というものがコアセットに選ばれてきています。

それぞれ何歳の男性、女性、これは私が書いたものです。それで、その評点が幾つにな

るかということです。環境因子の場合は、促進に働くのはプラスをつけると決められていますので、こうやって見ていくと結構ばらつかないというか、ゼロか4かになってしまうことが多くなります。

日本の場合は司法サービス、社会保障サービス、国民皆保険になっていて介護保険があったり、身障制度、年金なども使いますので、割と4がつく方が多かったり、ここは全てゼロになっていますけれども、イデオロギーですね。宗教的なものだったり、そういうものを評価することになってくると、なかなか日本の文化ではないという形になってくるので、縦で見るとその特徴が見えてまいります。

日本の中でどうコアセットを使っていくかという話が将来のビジョンのところに出てきましたが、こうやって並べて見てみると日本の特徴が見えてくるというのが非常に面白いです。どの様な年齢によってどの様な障害像の特徴があるのかということも出てきますし、こういったことで使っていけるのかなという一つの例をお示ししました。

では「臨床実践におけるICFコアセットの活用」ということで最後はまとめさせていただきます。

コアセットをどの様に使っていくのかをStucki先生と話をしていると。デモンストレーションをすることは非常に大事だということをおっしゃっていて、日本という国民皆保険の中でやっているところが例を示すことは非常に重要だということをおっしゃっていました。しかし、コアセットのマニュアルの中には逆に言うと5症例しか載っていません。いかに症例をふやして実践的なことを広めていくか。このモデルになるようなものやしていくか。あるいは、それは施設毎であったり、地域での取り組みになってくるというところで、そういったことをモデルにしながら普及が進んでいく形の一つの礎にこのマニュアルがなっていけばいいかというところです。

あとは、制度的な中です。リハビリテーション医療の中で今、我々は実際にリハビリ病院で働いているといろいろな書類を書いたり評価をしたりしていますが、その中にいかにICFのコアセットを使っていくかという話がこれからディスカッションに上ってくると思いますが、医療の制度の中での位置づけであったり、そうは言いつつも実際に臨床の中では必ずしも制度によらなくて必要に応じて使っていくということも出てきますので、そういった中でどうリンクを張っていくか。先ほどインプリメンテーションというお話がありましたけれども、その辺が課題になります。

日本の特性の抽出、先ほどお出ししましたが、コアセットの中でも日本の文化に合わないカテゴリーはどうしても出てくるところもありますし、逆に日本で加えていかなければいけないカテゴリーも当然出てきます。「コアセット±α」と書かせていただきましたけれども、こういったものもある程度コアセットプラスして標準化をしていかなければいけないということがあります。

当然ですが、医療統計、国際比較への利用、これはICFそのものから言われている概念ですが、こういったものも重要になってきます。



そして、最後になりますけれども、「コアセットの拡大」と書かせていただきました。コアセット自体はICFのカテゴリの組み合わせですので、必ずしも今ここにある31種類以外のまだ使えない病態、状態があります。それに対して新しいコアセットをぜひ日本からも発信して、WHO、あるいはICFリサーチブランチとのコラボレーションというものもこれから日本が抱えている課題の一つになってくると考えております。これから学会等を含めてこういったことを検討していくツールとしても役立てていけると思っております。

ICFコアセット日本語版翻訳チーム リーダーの立場から



ICFコアセット日本語版翻訳チーム

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

山田 深(杏林大学)

大隈 秀信(熊本託麻台リハビリテーション病院)

角田 亘(慈恵会医科大学附属第三病院)

園田 茂(藤田保健衛生大学七栗サナトリウム)

中馬 孝容(滋賀県立成人病センター)

向野 雅彦(藤田保健衛生大学病院)

厚生労働省 国立保健医療科学院

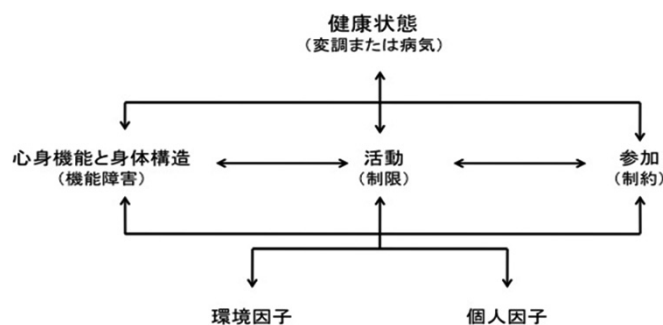
筒井 孝子(現:兵庫県立大学大学院)

コサンタン アレクシ(現:兵庫県立大学大学院)

大冨賀 政昭

ICF Core Sets: ICFコアセット

- ICF分類の全体から選択された複数のカテゴリー。
- ICFの臨床使用促進のためICF研究部門を中心に開発。
- 様々な医療背景(急性期、亜急性期、長期)、健康状態や状態群に対して、生活機能のどの局面を記述するかを示す。





急性炎症性関節炎のための ICF コアセット短縮版

心身機能 =身体系の生理的機能(心理的機能を含む)	
b126	気質と人格の機能 種々の状況に対してその人特有の手法で反応するような、個人のもつ生来の素質に関する全般的な精神機能である。他人と区別するような一連の精神的な特徴を含む。 含まれるもの：外向性、内向性、協調性、誠実性、精神的・情緒的安定性、経験への開放性、楽観主義、好奇心、確信、信頼性。 除かれるもの：知的機能(b117)、活力と欲動の機能(b130)、精神運動機能(b147)、情動機能(b152)。
b130	活力と欲動の機能 個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的な精神機能。 含まれるもの：活力レベル、動機づけ、食欲に関する機能、渴望(依存を起こす物質への渴望を含む)、衝動の制御。 除かれるもの：意識機能(b110)、気質と人格の機能(b126)、睡眠機能(b134)、精神運動機能(b147)、情動機能(b152)。
b134	睡眠機能 身体と精神を身近な環境から、周期的、可逆的かつ選択的に解放する全般的な精神機能で、特徴的な生理的変化を伴う。 含まれるもの：睡眠量、入眠、睡眠の維持や質に関する睡眠機能、睡眠周期に関する機能。例えば、不眠、過眠、ナルコレプシー。 除かれるもの：意識機能(b110)、活力と欲動の機能(b130)、注意機能(b140)、精神運動機能(b147)。
b152	情動機能 こころの過程における感情的要素に関連する個別的精神機能。 含まれるもの：情動の適切性、情動の制御、情動の幅の機能、感情、悲哀、幸福、愛情、恐れ、怒り、憎しみ、緊張、不安、喜び、悲しみ、情動の不安定性、感情の平板化。 除かれるもの：気質と人格の機能(b126)、活力と欲動の機能(b130)。
b280	痛みの感覚 身体部位の損傷やその可能性を示す、不愉快な感覚。 含まれるもの：全身的な痛み、局所的な痛み、一皮筋内の痛み、刺すような痛み、焼けるような痛み、鈍痛、疼くような痛み。機能障害の例としては、筋痛、痛覚脱失、痛覚過敏。

急性炎症性関節炎のための ICF 記録用フォーム

一般セットに属する ICF カテゴリーを濃い灰色の背景で示す。これはすべての記録用フォームに組み込まれている。
 *急性炎症性関節炎のための短縮版 ICF コアセットに含まれていない一般セットのカテゴリー

心身機能 =身体系の生理的機能(心理的機能を含む)		機能障害なし	軽度の機能障害	中等度の機能障害	重度の機能障害	完全な機能障害	詳細不明	非該当
個人が〜に関してどの程度の機能障害を有しているか		0	1	2	3	4	8	9
b126	気質と人格の機能 種々の状況に対してその人特有の手法で反応するような、個人のもつ生来の素質に関する全般的な精神機能である。他人と区別するような一連の精神的な特徴を含む。 含まれるもの：外向性、内向性、協調性、誠実性、精神的・情緒的安定性、経験への開放性、楽観主義、好奇心、確信、信頼性。 除かれるもの：知的機能(b117)、活力と欲動の機能(b130)、精神運動機能(b147)、情動機能(b152)。 情報源： <input type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> 患者質問紙 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 専門的検査 問題の記述：							
b130	活力と欲動の機能 個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的な精神機能。 含まれるもの：活力レベル、動機づけ、食欲に関する機能、渴望(依存を起こす物質への渴望を含む)、衝動の制御。 除かれるもの：意識機能(b110)、気質と人格の機能(b126)、睡眠機能(b134)、精神運動機能(b147)、情動機能(b152)。 情報源： <input type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> 患者質問紙 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 専門的検査 問題の記述：							

現在入手可能なICFコアセット		
医療背景		
急性期ケア	亜急性期ケア	長期ケア
神経系の健康状態	神経系の健康状態	多発性硬化症
		脳卒中(呼吸循環系の健康状態でもある)
	脊髄損傷	外傷性脳損傷
呼吸循環系の健康状態	呼吸循環系の健康状態	脊髄損傷
		慢性虚血性心疾患
		糖尿病
		肥満
筋骨格系の健康状態	筋骨格系の健康状態	閉塞性肺疾患
		強直性脊椎炎
		広範囲の慢性疼痛
		腰痛
		変形性関節症
		骨粗鬆症
		関節リウマチ

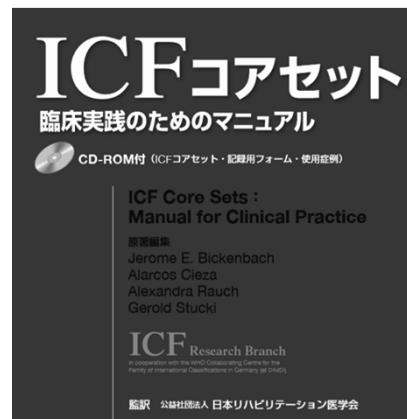
現在入手可能なICFコアセット		
医療背景		
急性期ケア	亜急性期ケア	長期ケア
急性炎症性関節炎		
	高齢患者	
		双極性障害
		うつ病
		乳がん
		頭頸部がん
		手の健康状態
		炎症性腸疾患
		睡眠
	職業リハビリテーション	

ICFコアセットの種類

- 一般セット
- 短縮ICFコアセット
- 拡張短縮セット
- 包括ICFコアセット

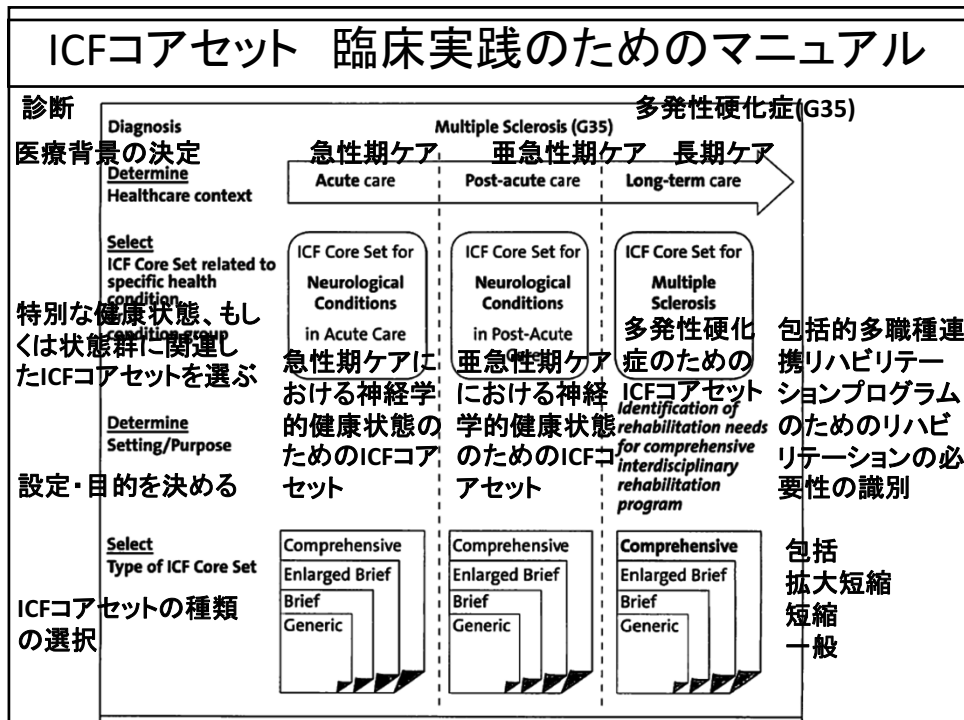
ICFコアセット 臨床実践のためのマニュアル

- 臨床の記述と生活機能の評価を構造化するべく、ICFコアセットを適用するための実用的な方針を示す。
- 特にリハの分野でICFコアセットを適用する医療専門職のニーズに焦点。
- 多職種に向けられたマニュアル。
(医療専門職の学生やその先生、指導者も対象)



ICFコアセット 臨床実践のためのマニュアル

1. 機能障害とは何か？なぜ重要なのか？
2. 国際生活機能分類への入門
 - 2.1. 生活機能と障害と健康の統合モデル
 - 2.2. ICF分類のコードと構造
 - 2.3. ICF評価点
3. ICFコアセット
 - 3.1. ICFコアセットの開発プロセス
 - 3.2. 入手可能なICFコアセット
 - 3.3. ICFコアセットの種類
4. 臨床診療におけるICFコアセットの使用
 - 4.1. ICFコアセットの選び方(何を評価するのか？)
 - 4.2. 生活機能レベルの記述(どのように記述するのか？)
 - 4.3. 記録用フォーム

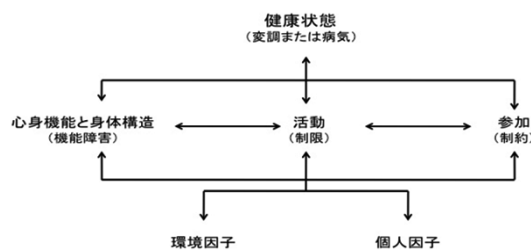


- ### ICFコアセット 臨床実践のためのマニュアル
- 5. 使用症例**
- ①急性期ケアにおける筋骨格系の健康状態のためのICFコアセット
複数の健康上の問題を抱える個人に対する適用
 - ②亜急性期ケアにおける脊髄損傷のための包括ICFコアセット
多職種が連携して関与する状況における適用
 - ③長期ケアにおける多発性硬化のためのICFコアセット
ICFコアセットの記載において、患者資源を考える
 - ④長期ケアにおける職業リハのためのICFコアセット
能力と実行状況を記述し、両者を区別する
 - ⑤長期ケアにおける腰痛のためのICFコアセット
ICFコアセットを使用した詳細な臨床情報の表現

臨床実践におけるICFコアセットの活用

③長期ケアにおける多発性硬化のためのICFコアセット

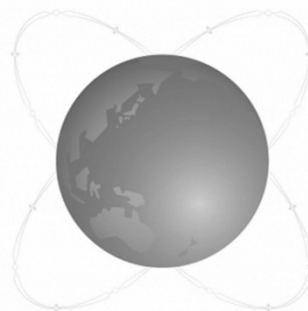
BODY FUNCTIONS		Impairment				
		0	1	2	3	4
b130	Energy and drive functions		■			
b140	Attention functions		■	■		
b144	Memory functions		■			
b152	Emotional functions		■			
b164	Higher-level cognitive functions		■			
b210	Seeing functions		■			
b280	Sensation of pain		■	■		
b455	Exercise tolerance functions		■	■	■	
b525	Defecation functions		■	■		
b620	Urination functions		■	■		
b710	Mobility of joint functions		■	■		
b730	Muscle power functions		■	■		



“多職種が連携するチームの全てのメンバーが、「徒手筋力テスト」における3の評価点がどういう意味なのかを理解するとは限らない。”

臨床実践におけるICFコアセットの活用

- 具体的活用モデル
各症例／地域や施設での使用
- 保健・医療制度の中での活用
リハビリテーション医療の中での位置づけ
臨床実践とのリンク
- 日本における特性の抽出
コアセット±αの標準化
医療統計、国際比較への利用
- コアセットの拡大
新しいコアセットの開発
WHO／ICF研究部門との協同



【鼎談】

「ICFコアセットが拓く ICF 普及・教育の未来」

○渡

お時間となりましたので、後半を始めたいと思います。

これから4人の講師の皆様「ICFコアセットが拓く ICF 普及・教育の未来 - 実用化に向けた課題と対策について -」をテーマに御鼎談いただきます。

今回の鼎談につきましては座長を務めますのは、公益社団法人日本リハビリテーション医学会副理事長の出江紳一先生になります。

登壇者としましては、公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事及び独立行政法人国立長寿医療研究センター機能回復診療部長の近藤和泉先生。

杏林大学リハビリテーション医学教室講師の山田深先生。

熊本託麻台リハビリテーション病院リハビリテーション部長の大隈秀信先生になります。

座長の出江先生、よろしく願いいたします。

○出江

皆さん、お疲れのところ大変恐縮ですが、もう少し頑張って聞いていてください。というの、ここからがむしろ大事です。考えていただきたいということでございます。

50分間ほど使って、「ICFコアセットが拓く ICF 普及・教育の未来」ということで、いよいよ未来のことを語っていただきたいと思いますが、どうかよろしく願いします。

50分間の鼎談の後、15分間の質疑応答の時間を設けておりますので、どうか御意見、質問などをいただければと思います。

最初は、翻訳を担当された山田先生に、翻訳での苦労話をちょっと聞かせていただいてもいいでしょうか。よろしく願いします。

○山田

翻訳に当たって、大きく問題点というか、苦労したことが2点あります。

1つは用語の統一と、なかなか日本語に訳しにくい用語も出てきますので、それをどうちゃんとニュアンスを伝えていけるのか、違和感なくしていけるのかということ。もう一つは、実際に翻訳する我々自体の理解がどれだけ追いついていくのかということに非常に注意を払いました。

用語の統一に関しては、例えば急性期、亜急性期、長期というヘルスケア・コンテキストというものがありましたが、それが本当にこの訳でいいのかということ。長期に関しては、例えばリハビリの医学会の関連だと維持期と言ってみたり、生活期と言ってみたりすることがあるわけですが、ある人はこの用語がいい、ある人はこの用



語がいいというのを、なかなかうまく落としどころを見つけるのに、それなりの理由を考えて翻訳していかなければいけないので、なるべくそごが出ないように、かつりハビリ医学、医者だけではなくて、いろいろな職種の方々にもちゃんと使っていただけるように配慮することを第一に考えてやってまいりました。

あとは、内容の理解ですね。極めてICF自体がやはりわかりにくいところがあった結果、こういうコアセットが出てきたわけですけれども、このマニュアルを見て皆さんに使っていただくに当たって間違いがあってはいけないわけです。当然、使い方に間違いがあってもいけないし、我々が誤解をしてしまうと全てつまずいてしまいますので、訳す上でのニュアンスもとても大事にして使っていただけるように心がけてやってまいりました。

○出江

どうもありがとうございます。辞書で引けば単語は出てくるのですが、それがこの文脈で正しいかどうか、適切かどうかは難しいところですね。

内容の理解についてはどの辺がわかりにくいところがあったか、もう少し教えていただいていたいいですか。

○山田

例えばレーティング評価の能力がやればできること、普段やっているようなことを使い分けて評価をしなければいけないというところで2個書くわけですけれども、ではどちらかでもいいのかとか、どう表に落とし込んでいくかというやり方ですね。そういった細かいところで書き方が違っていたりすることがありますので、そういったところですね。

あとはちょっと細かい話になるのですが、書いてあることと、実際に例として載っている評価のシートで書いてある点数が違っていたりすることがあって、それはどちらが正しいのかというのは非常に吟味をした経過もありました。

○出江

それは、結果としてどうだったんですか。

○山田

Stucki先生は、いらっしゃらないですかね。英語版のほうの点数の評価が間違っていたところが何か所かあって、日本語版を出すに当たって直したということも少なからずありました。

○出江

細部まで見ていただけたと思います。

読者の方たちということを想定したときに、このあたりを注意して読んでいただきたい

というところがあれば教えていただけますか。

○山田

注意というか、ぜひ読んでいただきたいのは第2章になりますか。ICF自体のつけ方というのは非常によく説明されて書かれていて、非常に勉強になる内容になっていますので、そこをまずしっかり読んでいただいて、それを理解した上で個別の症例を読んでいただくと非常に内容がすっきりわかると思います。

逆にICFに慣れている方は症例を読んでいただいて、きれいに頭に入っていくと思いますので、そういう使い方をしていただけるといいかなと思います。

○出江

済みません。山田先生にばかりですが、もう一つだけ教えてほしいんですが、山田先生がこの翻訳に携わってICFへの見方が何か変わったことがあったかどうか、教えてもらえますか。

○山田

実際につけるようになってみて、やはり大変は大変です。コアセットといっても数は結構ありますし、とても一人でつけられるものでもないです。

ただ、利用価値は非常にあるんだなということは思いました。自分だけでつけられない反面、いろいろな人からの情報がないとつけられないわけですけども、それが1枚で見えるということは非常に役に立ちます。

あとは0点から4点までの評価、これはマニュアルにも書かれていましたけれども、ある意味サイエンティフィックでない部分なんですね。直感的につけてしまうので、普段FIMなどをつけていろいろなルールに縛られてやっているところからすると、ある意味、自由につけられて、この辺はイージーというか、気楽につけられる部分を感じました。いいのか、悪いのかはちょっと別ですけども。

ですから、ある意味コアセットを使っていかなくてはいけないんですけども、コアセットプラスやはりFIMのような細かいことまで見ていくようなものも必要になってきて、それをどう共存させていくかというのが今後課題だなと思いました。

○出江

どうもありがとうございました。翻訳については、また後で少し伺うかもしれません。

それで、応用の一つとしてデータベースということがございます。既存の評価法との兼ね合いはどうかということも先ほど加藤教授にいただいたスライドでお示ししたとおりで、これとの兼ね合いをどうするのか。日本リハビリテーション医学会はデータベースを既に持っているわけですけども、それとの兼ね合いはどうかといったあたりで、



データベースの担当理事でもある近藤先生からコメントいただけますでしょうか。

○近藤

リハ学会のデータマネジメントの委員会の担当理事をさせていただいております近藤と申します。

データベースという言葉だけが結構、日本ではひとり歩きしていて、もともとデータベースという言葉が使われたのはアメリカで、それはどちらかというベースなのでイメージは基地なんですね。当然のことながら基地なので、そこに物資を蓄えたり、あるいはそこでトレーニングを行うみたいな意味も含めてデータベースという言葉がつけられたんですけども、日本にきてどちらかと言うと倉庫みたいなイメージで、とにかくデータさえためておけばいいだろうみたいな印象をすごくうちの学会のデータベースを含めて持っております。

それで、本来の意義に戻るとすると、当然のことですけれども戦略的な使い方がされるべきで、その中にあるべきなのは当然のことながら有用なデータ、しかも基地ですから即応性がある形ですね。そういったものを、もうちょっと日本のリハビリテーション医学会のデータベースとしてフォーマルなものをつくっていくのであれば考えていかなければいけない。そういう視点でこのICFを考えるとすると、要するにインターナショナルな側面では非常に有用性が高いです。

それから、疫学統計的にも正確な記載がされているとすると、当然価値が高いものになると思います。

ただし、その正確な記載という部分で微妙に不安を感じるのは、先ほど山田先生がおっしゃっていたように、割と数字の程度でグレーディングを分けてきて、そのグレードの間の意味の違いを余り深く追求していないという部分がございます。ですから、評価尺度の側面から考えると信頼性はどうなんだろうとか、そういう部分に関して微妙に不安を感じてはおります。

あとは、今、出江先生からいただいた既存の尺度との関係に関してちょっとコメントさせていただきますと、昨日の晩、たまたまStucki先生と夕食を御一緒させていただいたんですが、そのときに園田先生がそこら辺のことに関して聞いてくださっていたのを横で聞いておりましたが、やはりクロスワークが必要だとおっしゃっておりました。

要するに、もう少しディスカッションをして既存の尺度との間の整合性を図っていく。そのためには、先ほどもStucki先生がおっしゃっておられたように基本的には統計学な処理ですね。かなり高尚なもので、昨日の晩おっしゃっていたのはダイナミックモデルとか、あるいはバイオロジーモデリングというキーワードが使われて御説明されていましたが、アイテムディフィカリティとか、そういう部分で、何を使うのかちょっと私もわからなくてラッシュなのか、それともほかのアイテムレスポンスセオリーなのかはよくわかりませんが、そういったものを使って少しインターナショナルな整合性を図る。それと、ほかの

評価尺度との間の整合性を図っていく必要があるのではないかと私は考えております。

それで、逆にそういう基盤が整備されればICF自体がエンパワーメントされて非常に使いやすくなってくるんじゃないかという印象を受けております。以上でございます。

○出江

どうもありがとうございます。もう少し詳しく教えていただきたいんですが、統計学的手法ですね。これについて、学会としては何かこういう教育をしたほうがいいとか、データベースの部門としてその部分を独自に検討するべきだとか、何か先生のお考えはありますか。

○近藤

評価尺度のバックグラウンドのほうから話をさせていただくとすると、やはりきちんとした正確に評価されたデータがそういった統計的な処理をする上では非常に重要になってきます。

もちろんそれもデータがなければ分析はできませんので、ある程度、我々の中で方法を統一して評価をして、ある期間データを集めて、それから統計的な分析をかけるということになると思います。

ただ、やはり非常に高尚な統計の理論を使わなければならなくなりますので、その部分を教育に含めるのはなかなか難しいと思います。

ただ、使い方という部分に関しては我々の中でやはり整合性をもっていく必要があるので、そこで少しディスカッションをして、こういう判断に迷うようなケースがきた場合はこういうふうに判断しましょう的なことを少しこれから話し合っていく必要があるんじゃないかとは感じております。その部分が、また教育につながっていくとは思うんですけども。

○出江

どうもありがとうございます。データベースは、倉庫ではなくて。

○才藤

今の点で、コメントと質問をしていいですか。日本リハビリテーション医学会副理事長の才藤です。

今、議論したのは非常に古典的な評価の話だと思うんですけども、このICFで多分一番大きな答えを持っているんでしょうが、僕から見てすごく奇異に感じるのは、一人一人全部違う評価セットを使うわけです。例えば、一つのコアセットの中でも4種類ぐらいありますね。要するに縮小版と、そうするとデータから見ると穴あきだらけなんです。

これをどうやって処理するか、それはダイナミックモデルだったりするのかもしれない



んけれども、これは全然違う統計になると思うんですね。この辺をどういうふうに考えているかを聞きたいところです。

○出江

ありがとうございます。

近藤先生、よろしくお願いします。

○近藤

データに穴があいてしまうのは、こういったデータベースを分析していく上では日常茶飯事でございます。

○才藤

全然意味が違います。FIMをとってFIMの一部の点が抜けているのと、全然違うセットを使っていてそこにはない項目をとっていないのとは話が全然違うわけです。だから、日常茶飯事の話とは全然違って、データのあり方の問題です。

○近藤

子供の評価尺度においては、それは日常茶飯事でございます。要するに、発達していく子供の場合は違うデータセットで各年齢に応じてデータをとっていかなければいけないので、そういった場合の統一的な分析の手法がやはりございます。

○才藤

それは、同じ難易度の中で動いている話であって、この場合は全然違うディメンジョンの話をしているから難易度をそろえられないと思うんです。

○近藤

ディメンジョンに関しては、先生のおっしゃるとおり別のものを使っていくべきだと思います。そこは、その軸をどう引いていくかに関してもやはり統計学的な分析が必要で、軸上にアイテムが並ぶかどうかに関しては分析が必要だと思います。

○才藤

病態が小児の場合は幾つか決まった病態だけれども、この場合は全ての疾患に入ってくるので全然話の広さが違うと思うんです。それをどう処理するかです。

○出江

重要な御指摘だと思います。ここで解決することではないんですが、課題としてまず受

けとめましたということと、翻訳担当の山田先生は今のことについて何か御意見ありますか。

○山田

穴あきだらけという表現をされたんですけども、ちょっと逆のニュアンスで考えていて、むしろノイズが多い、ほこりだらけのデータになってしまうと思うんですね。

というのは、コアセットコアセットでとるデータが決められているわけですが、でもマニュアルの中にはコアセットだけでは足りないものはちゃんとほかのコアセットからカテゴリを持ってきて評価をしてくださいということが書かれているわけですね。コアセットプラスいろいろなアルファというのが症例ごとに出てくるわけで、そこをどう処理していくのかというところがキーになってくるんだと思います。

ですので、データベースを設計する上でも決められたものだけ入れればいいというのではなくて、いろいろなものを入れられるということを用意しておかなければいけなくなってくるので、そういう意味では非常に解釈が難しくなると思います。

逆に、その中でコアセットにこの評価は必ず入れてくださいというものが決まっているので、そこをキーに解析していくことである程度出てくるんじゃないかなと思っています。

○才藤

同じ疾患でも違うコアセットを使うものもあるんですね。

○山田

あり得ます。だから、どのコアセットを使うかということをしっかり明確にしておかないと、統計は難しくなると思います。

○出江

どうもありがとうございます。こういうディスカッションは非常に歓迎しますので、また、どうぞ手を挙げてください。

ここまでデータベースの話をしてきましたけれども、いよいよどう使うか、インプリメンテーションですね。それがStucki教授の本日の主題であったと思いますけれども、最初に臨床の話からよろしいでしょうか。

それで、1つはいろいろなコンテキストがあるということですけども、どちらかというとポストアキュートのコンテキストを扱っていらっしゃる大隈先生から、どのような場面で使えそうかというような未来の話をしていただけますでしょうか。

○大隈

私は、熊本市内で中堅どころの回復期リハ病院で勤務していますリハ科医の大隈と申し



ます。

実際にICFのカテゴリーを使って評価点を評価しているような使い方を市中のリハ病院がやっている例はまずないんじゃないかなと思います。いろいろ疾患別のコアセットがありましたけれども、非常に大きな医療施設、例えば療育センターとか、脊損センターとか、ああいうところで使うのは便利がいい場合があるかもしれませんが、普通の回復期リハ病棟での使用を考えますとなかなか難しいように思います。回復期リハ病棟では、患者様の包括的な評価は、多職種によるカンファレンスでおこなわれます。カンファレンスは、1日一病棟2～3人くらいの入院があって、入院時や最低1ヶ月毎に繰り返し行われますが、様々な疾患の患者様を、例えコアセットがあったとしても適当なカテゴリーをチョイスしてカンファレンスで評価するのは困難です。

それならば我々はICFとは関係ないんじゃないかといえればそれもちよっと違うような気がします。私は今、回復期病院のリハ病棟で勤務しているんですけども、今こういう役割を仰せつかって考えると、回復期リハ病棟というのはむしろICFの原理というか、考え方が相当入り込んでいるんじゃないかなという気がしてたまりません。

特にカンファレンスですね。毎日一病棟3～4人くらいをどんどんカンファレンスする。入院患者のカンファレンスもする。そのときにリハ病棟にはPT、OT、STが二十数名いて、看護師さん、MSWもいて、事務職もいるし、助手さんもいて、薬剤師さんもいて、カンファレンスは患者様担当の多職種のスタッフが皆集まってきていろいろな立場から多方面の意見を言い認識を共有する。それは、考えたらICFの根本的な考え方そのものじゃないのか、そしてツールとしてのICFと同じようなことをしているような気がします。

回復期リハビリテーションで特にエビデンスがあるのは、チーム医療で包括的にやるといのがあって、そういう面でも実際はICF的なことを回復期リハ病棟はやっている。ただ、それをまたコアセットをつかったとしてもICFとして厳密にやるのは難しいかなという気がします。

ただし、回復期病棟は、実際はそういうICFに通じる包括的なチーム医療をやっている。だから、多分、回復期病棟が一番リハの対象者が多いと思うんですけども、今の日本の現状で最もふさわしいコアセットは回復期リハ病棟に関するコアセットかなという気がします。

さらに思うと、実際はそれに近いものを皆日常的に使っていて、それがリハ総合実施計画書だろうと思うんです。だから、もし日本全国にICFを臨床場面に広めていくことを考えるならば、そこから突破口があるのかなという気がします。もともとリハ総合実施計画書はICFの考え方が相当入っているだろうと思うんですけども、ICFの標準化された包括的評価のツールとしての機能をリハ総合実施計画書にいかしていければ自然とICFが普及するんじゃないかと思います。

○出江

どうもありがとうございます。どうぞ。

○才藤

今の大隈先生のお話は、すごく僕は重要だと思うんですね。要するに、統計的データとかというと穴あきの話になるんだけど、記載のノートとして包括的に全部見るという意味ではとてもいいバージョンだと思うんです。そういう使い方が、多分基本にある。

それからもう一つのポイントは、さっき出てきたディスアビリティースセットの話なんですけれども、FIMというのは結局トレードマークというか、商標登録があって、かつ著作権があって結構使いにくい。特に、役所が使ったりする場合にはお金を払えみたいな話が出てくる可能性がある。

そういう意味ではICFが、これは非常にパブリックなものなのでFIMでずっと自由に使えるわけです。ということは、FIMに上位互換になっていて、かつそういういわゆるノートとして包括的であれば多分大きくリハの世界が変わるんじゃないか。僕は、そこにすごい期待をしています。

○出江

どうも御提言ありがとうございます。

○事務局

今、Stucki先生のほうからコメントがありましたので言わせていただきます。

コアセットに関しては2つの使い方があって、1つはいろいろなコアセットを使ってその患者さんの病態というか、生活機能を表現するという意味合いと、それからコーディングとしての意味合いで、そのコーディング、その点数をつけて数値として扱うということに共通して使うものとしてディスアビリティースセットというものが基本的にある。今、才藤先生がおっしゃったのと同じようなお話かと思えますけれども、そういうコメントがありました。

○出江

どうもありがとうございます。Thank you very much, Professor Stucki, for your comments.

大隈先生いかがでしょうか。今のこういうような御提言ですね。

○大隈

ディスアビリティースセットでもいいとは思いますが、先ほどの評価点のレーティングの話ですが皆でアプローチするときにはアバウトで案外簡単につけられるんですね。



だから、そういう使い方は非常に優しいんですけども、逆に言えば非常にデータとしては不確かで、その辺をうまく分けてというか、意識して使うほうがいいのかなと思います。

○出江

どうもありがとうございます。回復期病棟バージョンのコアセットというお話も大隈先生からいただきました。どうもありがとうございます。

急性期をちょっと見ていくとどうかというところでは、山田先生、杏林大学にお勤めですが、いかがでしょうか。

○山田

私の大学は脳卒中センターがあって急性期のリハをやっていますけれども、一応FIMをつけてはいますが、なかなかやはり状態がドラスティックに変わる中でつけていくのは難しい面もあってしています。

ですから、看護師さんなり、極端なことをいうと病棟の看護助手さんでもある程度のことを見て評価をつけられるので、そういう面での使い勝手はいいのかなという思いはあります。

あとは、もう一方で回復期の中で使う話もありましたけれども、急性期からいうと想定したのは連携パスですね。脳卒中連携パスで、回復期に送り出すときにどういう情報を共用するのかということが非常に全国でやられていますけれども、やはりばらばらと行ってしまっていていいと思うんですね。ですから、そういうところにコアセットを使えると非常に有用なのかなと思います。

○出江

つながりのところにも使えるということですね。ありがとうございます。

大隈先生、今のことでどうぞ。

○大隈

回復期病棟に急性期の病院から入院してくるんですけども、そのときに情報提供書ですね。医師の情報提供書とPT、OT、ST、看護師さん、大体そのくらいついてきて、どさっとありまして、私などの場合、医師の情報提供書をしっかり読んで、リスクとか、今後の計画とか見て、もちろんPT、OTも目を通すんですけどもなかなか時間がないので、さっとなんかできない。

それで、私が翻訳を担当したのが先生がさっき症例を出された急性期病院の例ですが、あの症例では次のリハビリ病院につながるための情報提供書とかの参考になるというのが明確な目標として出ています。急性期病院からリハビリ病院に移るときにそれぞれの職種はそれ

ぞれの情報提供をしっかりと読むと思いますが、あとはコアセットなどで評価してきっちりプロフィールをまとめてくれるようなものが1つあれば非常にわかりやすいかなという気がするんです。だから、そういう使い方もあるかと思います。

○出江

今、先生がおっしゃったのはアプリケーションという意味ですね。どうもありがとうございます。つながりということで、急性期と回復期のつながりの話をさせていただきました。

山田先生にもう少し伺いたいんですけども、翻訳書の中でロングタームケアのコンテキストと書かれているのは回復期の後の話ですか。

○山田

日本語の表現ですと、そうなると思います。地域でということですね。

○出江

そこでの使い方について先生がどんなふうにイメージされているか、教えていただけますか。

○山田

翻訳者というよりは臨床家としてのイメージになると思うんですけども、いわゆる回復期リハ病院で医療保険でのリハが終わった後、流れとしては介護保険でのリハに移っていきますが、その介護保険の中でどうICFを使っていくかという話になってくるんだと思います。

必ずしもリハ医療のためだけではなくて、ケアの分野ですね。介護にかかわる人たちにも使っていただけるようにというのがこのコアセットマニュアルの一つの目的でもありますし、いかに医療的な情報を介護保険の分野の人たちにもわかってもらうためには非常に有用なツールですし、介護保険の中でもリハの目的はやはり出てくるわけで、その中でどう変化をしていくのか、いかないのかということ介護保険のリハに関しても永続的に議論がないような流れが少し入ってきているニュアンスも感じていますけれども、そういうところに統計学的なことも含めて検証していくためのツールの一つになるんじゃないかと思います。

○出江

そこは少しよくまだわからなくて、ロングタームケアのところでは評価点は多分、動かないですね。動かないか、これであれば悪化していくわけですけども、その使い方としてはリハビリテーションの介入効果ということの目的で使うことには限界があるかと思うのですが、どうお考えですか。



○山田

それは、あるかと思います。介入効果ということに関しては、難しいですね。逆に言うと、下がらないことはいいことだということには持っていけると思うんですけども、あとは維持期に入るときですね。急性期から回復期への連携パスというのはありましたけれども、本来連携パスは回復期から地域へ戻すときもあってしかるべきもので、そのときにケアプランを立てる上で、ではICFのコアセットを見ながら、ここは問題があるのでここはどう介護保険に対応していきましょうというような使い方はできるんじゃないかと思います。

○出江

どうもありがとうございます。そのあたりは、また会場のほうから御意見があれば後ほどお願いします。

少し話題を変えまして研究の話に触れたいと思うのですが、もちろんまだまとまった研究はない。コアセットの開発の段階ではさまざまなたくさんの論文が出ておりますけれども、これからどう使うか。研究面でどう使うかということについて、長寿医療研究センターの部長でもいらっしゃる近藤先生から御意見をお願いします。

○近藤

ちょっとむちゃ振りに近いような感じなんですけれども、今、山田先生からコメントいただいた慢性期の話に絡めて話をさせていただくと、多分、長期的にはステージングという概念を取り入れていかないといけないと思うんですね。

何を言っているかという、要するに認知症のことを考えているわけで、基本的には脳卒中後ももちろんかなりの比率で認知症が起こってくるわけですから、そのときに進んでいく各ステージに応じてまたサービスの編成を考えていかなければいけないわけですね。その場合、ICFの考え方でどこの部分が今度欠けてしまったからここに新しいサービスを投入しようとか、そういう形でのICFは使えていくと思います。

それと同じ意味合いで、やはり長期的に経過を追っていく。我々リハビリテーションをやる人間としては少し空しいことかもしれませんが、逆に機能が落ちていくのをそれなりに抵抗しながら見ていくという状況でICFを使っていくことになるんじゃないかとは想像しております。そのためには、やはりステージングをして、そのステージングごとに最良のことをやっていこうと考えるのが我々の責務だと考えておりますので、そういう形が一番いいんじゃないかと思っております。

ただ、研究にどうつなげていくかに関しては、やはりかなりこれからの課題にはなっていくと思いますが、ただしサービスプロバイダーという意味では社会学的な意味での研究には使えるんじゃないかと考えております。

○出江

どうもありがとうございます。

○事務局

今、Stucki先生のほうからコメントがありましたので言わせていただきます。

ロングタームケアのことについてコメントいただきましたが、確かにクオリファーマという5段階についていうとなかなか動かないというのはそのとおりだということですが、これに関してはその共通言語としての意味合いということ、表現をするということの意味合いで、さらにそこからアセスメントツールとか、そのスペシフィックな評価法というのを別につなげて、それで変化を見る。

ただ、共通に状態を理解するためのレポートするツールとしてのICFということと、そこは次の段階を考えておられるということでした。

○出江

どうもありがとうございます。Thank you very much for your good comments.

では、研究についてももう少し伺いたいんですが、熊本ではかなり回復期のデータを詳細に蓄積されていて、そこから論文も多く出ているというふうに私は認識しているんですが、大隈先生、このICFを研究に使うということの視点から見たときに何かお考えはありますか。

○大隈

やはり連携パスの記載は面倒臭いのでシンプルなほうがいいし、そういう形でやっていますので、余り面倒臭くはさせたくないんですが、例えばICFの研究に使うとしたらやはりカテゴリーですね。標準化されたカテゴリーになっているので、勝手に選ぶんじゃないかとそれぞれ統一してそういうカテゴリーが標準化されたものを共通して、その中から選べるというようなものがないんじゃないか。

もし、いろいろ連携パスを作るにしてもその内容を、標準化されたカテゴリーの中から選ぶのはいいことなのかなと思います。

○出江

なるべく負担なく、自動的にということですね。

○大隈

そうですね。やはり大変です。



○出江

どうもありがとうございます。

研究の目的ということを考えたときに、あるリハビリテーションの介入が有効かどうかという研究ももちろんあると思いますし、すごく大きなマスで見て障害者の方たちのプロフィールですね。ニーズのプロフィールを明確にすることですとか、それがまた介護保険のところにつながるかもしれませんし、いろいろな方向性があると思うのですが、Stucki教授がおっしゃっていたように、ヘルスケアシステムの中に入っていくためにはエビデンスが必要ということだと思えます。

そのエビデンスの構築のためにする研究という視点からどう考えたらいいのかということなんですが、山田先生から聞いていいでしょうか。

○山田

コアセットも包括的なセットがある一方で共通の一般セットがあって、一般セットはやはり統計を目標につくられたものですね。

今ディスカッションの中で思いついたんですけども、介護保険の医師の意見書に例えばジェネリックセットをくっつけてしまったら定期的に莫大な数のデータが入ってくるわけですね。その数で勝負できる世界に持っていくと、ジェネリックセットみたいなものの意味合いは非常に出てくると思えますので、その中でいかに使っていくか。その研究の目的を明確にしてデータベースの中に放り込んでいくというのが1つと、あとはビッグデータとしていろいろなデータが集まってきた中でどうエッセンスを抽出していくかという方向性と、2つ考えられると思います。

○出江

まず、どこから手をつけますか。

○山田

今、言いながら思ったんですけども、介護保険の意見書で書いてしまうと非常にいいデータが出るんじゃないかと思えます。

○出江

どうもありがとうございます。

近藤先生、このあたりで何か御意見ございますか。

○近藤

データマネジメント委員会の中でもそこら辺に考えが及び始めているんですけども、やはり専門医の研修制度にちょっと上乘せして各施設にコンパルソリーにICFをつけても

らうという形にするとかなりのデータが集まってきて、それがまた診療報酬制度に対して我々が何らか介入していくときに非常に役に立つのではないかと考えております。

それで、介護保険とくっつけるというお話を山田先生はされましたけれども、何らかの必ず提出しなければいけないデータにくっつけてICFを使っていくというのも一つの考え方じゃないかと思えます。

○出江

どうもありがとうございます。今、近藤先生から教育の話が出ましたので、最後にそのことに触れていきたいと思うのですが、まず卒前教育、卒後教育とございますし、また一般医科への教育ということもあると思えますが、近藤先生の今おっしゃった教育というのはどのあたりを考えておっしゃっていましたか。コンパルソリーという話をされていましたが。

○近藤

やはりリハ医を育てていく中で、評価に対する考え方をしっかりさせていくという部分は必要だと思います。それが、その段階では自分にとって役に立たないデータかもしれないですけども、マストでデータをとっていくことによって我々の全体の力になっていくんだということを若い時期から教え込んでいくというのはある程度必要なんじゃないかと考えております。

○出江

まず、専門医教育をプログラムの中に組み込んでいくということですね。

現場で若い先生を教えていらっしゃることは大隈先生も多分苦勞されているんじゃないかと思えますが、そのあたりはいかがでしょうか。教育という観点から。

○大隈

物すごく漠然とした言い方になりますけれども、ICFの一番すばらしいところは全てのいろいろなファクターを包括的に見て評価しているということで、それはリハ医の教育の一番大切なところなので、ICFに限らずそういう見方で教育していくというのはとても大事なのかなと思えます。全然答えになっていないと思うんですけども、済みません。

○出江

包括的な評価、まずそこをしっかりと押さえるということですね。どうもありがとうございます。

卒前教育という点では、山田先生から何か御意見ありますか。



○山田

今回、コアセットのマニュアルの翻訳のシンポジウムですけれども、コアセットマニュアル自体、学生さんにも使ってもらえるということをひとつ売りにしていますので、国家試験にも出るような話もありましたが、やはり何か実態が見えていないものとして概念が先走ってしまった部分があるので、このマニュアルの症例を見ると非常に学生にもわかりやすいと思うんですね。

きょうはいろいろな団体の協力を得てのシンポジウムだと思いますけれども、ぜひ学校教育の中でこのマニュアルを教科書として学生に買ってもらってやると研究費も入ってきますし、全てうまくいくのかなという気がします。

それで、実際翻訳しておいて何ですけれども、非常にわかりやすいと思います。ICFそのものに関する教科書としても利用価値が高いと思いますので、ぜひそんなことも考えていただけたらいいんじゃないかと思います。

○出江

確かに、教科書としてよくできていると私も思いました。わかりやすいケースが5つ載っていますね。そのとおりだと思います。

専門医教育にちょっと私もこだわるんですけれども、これから専門医制度も新しくなります。その中で義務としてつけさせるというような形で教育するにしても、やり方がわからないと、嫌々やらされる感が強くなると思うんですね。どういうふうに教えると、すつとわかりやすく教えられそうかということについてお考えをいただけたらと思います。

まず、翻訳された山田先生から教え方についての提言はありますか。

○山田

教え方は、やはり実際やってみることが一番の理解につながると思うので、その症例を挙げているマニュアルですけれども、何か症例を出して実際につけてみるような研修会なりをやっていくと理解につながっていくと思います。

○出江

やはりケースを通してつけてみると。

近藤先生、いかがでしょうか。

○近藤

大学教育ということで、医学部に必ずしも限定する必要はなくいろいろな学科、理学療法士の学科もあれば作業療法士の学科もありますので、そういう学生を集めてきてグループワークをするときに、その中に医学部の学生が混じってこの作業をするとすごくおもしろいんじゃないかなという感じはいたします。

○出江

シナリオをつくったりして、グループワークですね。どうもありがとうございます。貴重な御提案でした。

ここまで、翻訳の苦労話、それからどのように読んでほしいか、臨床での活用、研究への活用、さらに教育についてお話を伺ってまいりましたが、今回はリハ学会と厚生労働省との共催でございます。これは非常に大きな意味があって、私たちは現場でこれを使っていきたいと考えるわけですが、厚生労働省様の御意見を伺ってみたいんです。

何を知りたいかという、本当にこれを使ってほしいというふうにお考えだと思うので、そのために我々に何をしてほしいかということですね。いかがでしょうか。

○渡

すみません。突然の御質問で、どのようにお答えしたらよいかと思いますが、我々は統計情報部の国際分類情報管理室というところがございますので、WHOが策定している国際分類のICFを普及させなければならないというところで、普及させるには今お話になっていたような教育の部分等とともに、ICF専門委員会などでも話し合った中で検討していけたらと思っております。

○出江

もう一点よろしいですか。WHOとのかかわり方について、何か御提言はありますか。

○渡

WHOとのかかわりにつきましては、ICDのほうは各種関係の学会、先生方に御意見を伺って、今、日本で使う上での問題点等をまとめて提言をして、ICDそのものの改善に生かしていくというような体制になってきております。

それで、ICFのほうはそういう流れがなかなかうまくできていないところがございますので、やはり使っていただいて、知っていただいて、こうしたらよりよくなるというところを我々に教えていただきまして、WHOのほうに意見提出していけたらと思っております。

○出江

非常に重要な課題を提示していただきました。そのようなことで、こちらからはWHOにも発信していくようなデータなり意見なりをしっかりとまとめておく。学会としてまとめておくということは重要でしょうかね。

○渡

そのようにしていただけると参考になると思います。



○出江

どうもありがとうございます。

では、あと5分ほど残っておりますけれども、最後にお三方の先生方からICFコアセット日本語版をこれからどのように活用してほしいか。この会場の皆様にどのように活用してほしいかということについて、コメントをいただければと思います。

山田先生からよろしいでしょうか。

○山田

今までのお話の中で触れさせていただきましたが、いろいろな場で使っていただけると思うので、あとは逆にコアセットだけに絞られるのではなくて、コアセットプラスアルファでほかに足りないカテゴリーを足していくのは非常に大事なことなので、統計も大事なんですけども、一人一人の症例というか、患者さんにやはり役に立たないといけないので、そこを忘れないでぜひ活用していただきたいと思います。

○出江

ありがとうございます。

近藤先生、お願いします。

○近藤

データベースの立場から申し上げますと、やはりICFを使ってデータを出していただかなければいけないことに多分将来的にはなっていくので、その部分でぜひ御協力いただければということをごちからお願いしたいと思っております。以上です。

○出江

どうもありがとうございます。

では、大隈先生お願いいたします。

○大隈

回復期病棟の現場で使うのはやはりちょっと難しいような場面もあるんですけども、一個一個のいろいろな疾患に対してデータを重ねていくというような形で研究に使うとしたら、さっき言ったような教科書的なひな形というか、参考のものとしてカテゴリーが非常に包括的に網羅されていますし、その中でチョイスしてやるのは、一つの研究のテーマに絞ってやるのにはいいのかもしれませんが。

ただ、その評価点の客観性とかを追求すればとてもつけにくくなります。あれのいいところは、多職種の寄り集まりでもざっくりとつけられてそれなりに納得できるところで、

しかしぎっくりつけてしまうと客観性は落ちてくるので、その辺をうまく割り切ってやらないといけないのかなとは思います。

○出江

そのように、まずは使っていただきたいということだと思います。

鼎談の時間は以上になります。ありがとうございました。



(参考)

●ICF とは

WHO-FIC における中心分類の一つである ICF

- ICF は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 (世界保健機関国際分類ファミリー)^(※) 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 (世界保健機関国際分類ファミリー)

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。これが国際分類ファミリー (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 の評価を用いるときの基本的考え方

- 分類項目は、それぞれについて、その評価と一体で用いられます。
- 分類項目は、ひとりの方について全人的に把握することが可能な設計となっています。ただし、実際に活用する場合に、全ての項目について調べ把握することを求めているものではありません。
- 評価を行う際に用いる分類項目は、WHO が提示したものをいい、その定義に従ってください。その中で、どの分類項目を用いるかについては、特定のものに限定されるものではなく、目的に応じて変わる可能性があります。
- 健康状態や環境等、様々な要素が生活機能に対して相互に影響を与えらるるとされており、そのことが ICF では重要視されていることを理解して活用してください。

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、人間の生活機能に関する項目を、アルファベットと数字を組み合わせた方式で表す分類です。
 - ・第 1 レベル、第 2 レベル、詳細分類（第 3 レベル、第 4 レベル）があり、どのレベルでの利用も出来ます。

(例)

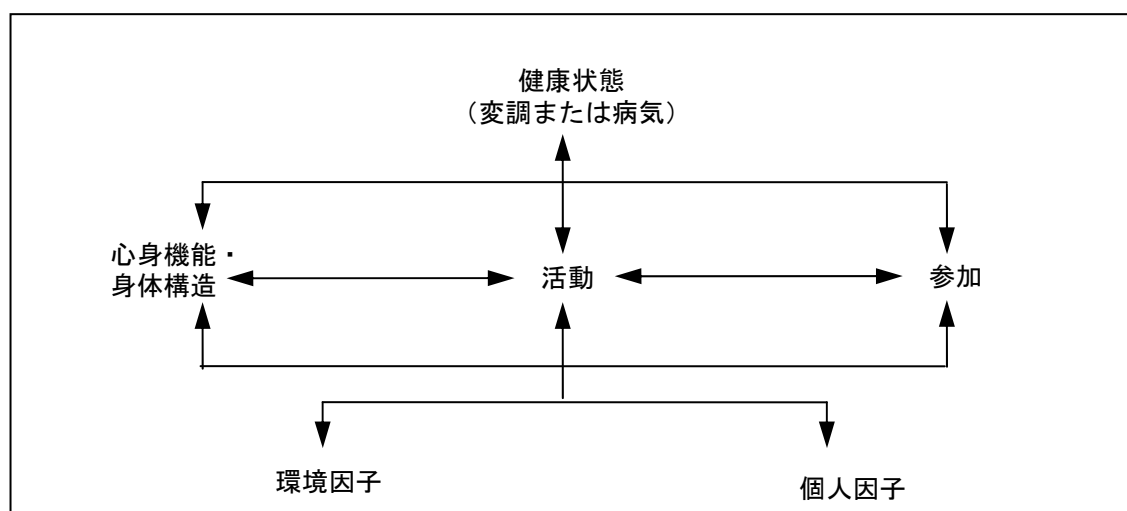
第 1 レベルの項目	a4	運動・移動
第 2 レベルの項目	a450	歩行
第 3 レベルの項目	a4501	長距離歩行

- 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。

2. 構成要素間の相互作用について

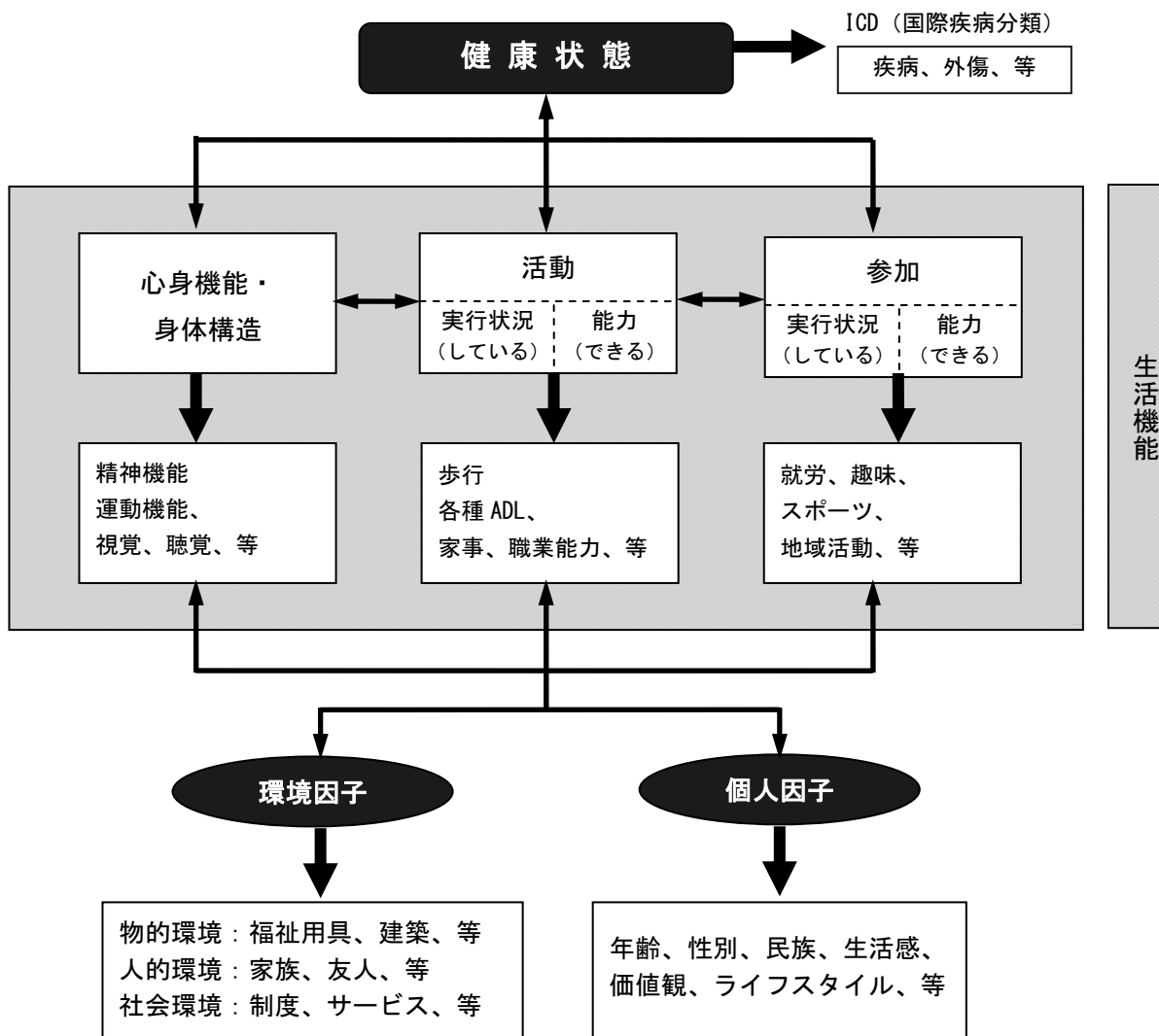
- 個人の生活機能は、健康状態と背景因子との間に相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。また、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の間にも相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。

概念図



この概念図に、具体的な例示を入れたものが次のページです。

● 概念図（具体例が入ったもの）



ICF 活用で期待される効果

ICF は、その活用により、

- 当人やその家族、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 structures) :
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難しさ
- 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

【当日の写真】



鼎談の様子



Gerold Stucki 教授

