

第7回厚生労働省 ICF シンポジウム
ICF 活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

【報告書】

平成30年3月

厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）

目次

1.	これまでのあゆみ ～開催履歴～	2
2.	シンポジウム当日配布資料	3
2. 1	開会挨拶（中村耕三委員長挨拶）	
3.	発表資料（PPT データ／講演順）	
	基調講演『なぜ WHO は ICF を重視するのか -Why WHO's Focus on ICF? -』 アラルコス・シエザ（WHO 非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部） BDD（視覚・聴覚障害予防・障害及びハビリテーション）コーディネーター……	33
	事例紹介① 『科学的裏付けに基づく介護に係る検討会について～ICF・改善をどのように評価するか～』 西嶋 康浩（厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長） 代理発表 近藤和泉（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター特命副院長）…	63
	●事例紹介② 『神奈川県におけるヘルスケア・ニューフロンティア政策と未病指標について』 首藤 健治（神奈川県副知事）……	73
	●事例紹介③ 『臨床現場における ICF の活用可能性と課題～高齢者・障害者福祉領域における研究をもとに～』 大多賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）……	83
	●事例紹介④ 『ICF に基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築』 向野 雅彦（藤田保健衛生大学医学部講師）……	95
	●事例紹介⑤ 『ICF ステージングを使つての質の評価～状態像の推移を追う～』 折茂 賢一郎（公益社団法人 全国老人保健施設協会副会長）……	105
4.	パネルディスカッション【議事録】	115
	【本報告書は、下記 URL にて電子媒体でもご覧になれます。】 URL : http://www.who-fic-japan.jp/report_icf.html?id=section1	

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）
リバティ・ホール（東京・駿河台）

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）
ニッショーホール（東京・日本消防会館）

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）
みらいCANホール（東京・日本科学未来館）

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）
上條講堂（東京・昭和大学旗の台キャンパス）

第5回

～ 環境因子としての支援機器の可能性 ～
平成28年2月21日（日）
大崎ブライトコアホール（東京・大崎）

第6回

～ 具体的活用事例 ～
平成29年3月18日（土）
スクワール麹町（東京・四谷）

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

当日配布資料

第7回 厚生労働省 ICFシンポジウム

国際生活機能分類活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

- 開催概要
- プログラム
- ポスター集



2018年1月20日[土]

13:00～16:45（12:00開場）

会場：東京・霞ヶ関 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 ■後援 神奈川県



目 次

●開会のご挨拶	1
●開催趣旨・開催概要	2
●プログラム	3
●講演者プロフィール	4
●ICF とは	7
●ポスター「ICF の活用事例」	11

開会のご挨拶

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ました。現在では2006年にWHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）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、利用が進み始めているところであります。

こうした動向をふまえ、本シンポジウムは普及推進の観点からこれまでに6回開催されておりますが、7回目となる今回は、更なるICFの実用化にむけて、各分野でのICFの具体的な活用事例に焦点をあてるとともに、WHOの活用のキーパーソンであるアラルコス・シエザ氏をお招きして、グローバルな視点から見たICFの潮流と今後の展開についてご講演いただくこととしました。

WHOにおける、シエザ氏の御担当はリハビリテーション政策およびケア、地域リハビリテーション、ICFデータ集積、リハビリテーション・障害研究であり、これは「WHO障害に関する世界行動計画2014～2021年(WHO global disability action plan 2014-2021)」の推進に貢献するものです。

加えて、今回は、一般参加者に向けてもICFの活用状況を報告するポスターを募集し、情報交換の場を設けましたので、このような新たな試みであるプログラムを通して、ICFの利活用にあたって日頃苦心されている方々が抱えている課題解決の手助けになることを願っております。

最後に、今回のシンポジウムを通して、ICFが医療、介護を含むあらゆるフィールドにおいて一層の利活用が進み、また、国際比較を通じて保健医療の分野だけでなく、人々のQOLの向上にも繋がることを期待しております。

厚生労働省政策統括官
酒光 一章



開催主旨

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 6 回開催し、普及のベースを着々と構築してきたところでありますが、こうした動向を加速化するため、今回、WHO と日本 WHO 国際統計分類協力センターの協力事業の一環として、WHO の ICF 活用のキーパーソンを招聘することとしました。

ICF の活用最前線にいる担当官が策定した行動計画の中で具体化されたグローバルビジョンを含む未来像を共有することにより、本シンポジウムを更なる ICF の活用を促進するための一大契機とします。

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

- 開催日時：2018 年 1 月 20 日（土） 12:00（開場） 13:00（開会） 16:45（閉会）
- 場 所：イイノホール（住所：千代田区内幸町 2-1-1）
- 参加費：無料
- 主 催：厚生労働省
- 協 賛：一般財団法人 厚生労働統計協会
- 後 援：神奈川県
- 協 力：日本医学会、公益社団法人 日本医師会、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 日本在宅医学会、
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 酒光 一章（厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）） 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 『なぜ WHO は ICF を重視するのか -Why WHO's Focus on ICF ?-』 アラルコス・シエザ（WHO） 非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部 BDD(視覚・聴覚障害予防・障害及びハビリテーション)コーディネーター
14:10-14:25	休憩
14:25-14:40	事例紹介① 『科学的裏付けに基づく介護に係る検討会について ～ICF・改善をどのように評価するか～』 西嶋 康浩（厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長）
14:40-14:55	事例紹介② 『神奈川県におけるヘルスケア・ニューフロンティア政策と未病指標について』 首藤 健治（神奈川県副知事）
14:55-15:10	事例紹介③ 『臨床現場における ICF の活用可能性と課題 ～高齢者・障害者福祉領域における研究をもとに～』 大冢賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）
15:10-15:25	事例紹介④ 『ICF に基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築』 向野 雅彦（藤田保健衛生大学医学部講師）
15:25-15:40	事例紹介⑤ 『ICF ステージングを使つての質の評価～状態像の推移を追う～』 折茂 賢一郎（公益社団法人 全国老人保健施設協会副会長）
15:40-16:20	WHO とパネリストによるディスカッション
16:20-16:40	質疑応答
16:40-	閉会挨拶 森 桂（厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室長）
16:40-17:20	ポスター掲示発表に対する個別質疑応答



講演者プロフィール



アラルコス・シエザ

世界保健機関（WHO）

非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部

BDD（視覚・聴覚障害予防・障害及びリハビリテーション）コーディネーター

アラルコス・シエザ氏は、世界保健機関（WHO）視覚・聴覚障害予防・障害およびリハビリテーションユニットのコーディネーターである。

2014年9月にWHOに加わる前は、英国のサウサンプトン大学社会人間科学部で医療心理学の教授を務めた。スペインのマドリッドで心理学修士号を取得後、ドイツ・ミュンヘンのルートヴィヒ・マクシミリアン大学ミュンヘンで公衆衛生修士課程を修め、医療心理学で博士号を取得した。

同大学の物理療学科リハビリテーション部およびペッテンコーファー公衆衛生校で10年以上に渡って研究ユニットを率い、WHOとの協力で、2001年にWHO総会で承認されたICFとWHOQOL（The World Health Organization Quality of Life）、WHO-DAS（The World Health Organization Disability Assessment Schedule）等の健康指標との関連付けの開発を一貫して行い、WHOが定めるWell-beingのモニタリングのための有効なツールとしてのICF活用の基盤を整備した。

WHOでは、リハビリテーション政策およびケア、地域リハビリテーション、ICFデータ集積、リハビリテーション・障害研究を担当している。

これらはすべて、「WHO障害に関する世界行動計画2014～2021年（WHO global disability action plan 2014-2021）」の推進に貢献するものである。



西嶋 康浩（にしじま・やすひろ）

厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長

2002年 山口大学医学部 卒業。2004年に厚生労働省入省。

医政局国立病院課、指導課在宅医療推進室、研究開発振興課、地域医療計画課救急・周産期医療等対策室、健康局疾病対策課等を経て、

2015年9月より、現職。



首藤 健治（しゅとう・けんじ）

神奈川県副知事

1991年 京都大学医学部 卒業。1993年厚生省入省。

保険局、大臣官房統計情報部などで医系技官として医療行政に取り組み、1996年からハーバード大学に留学し公衆衛生学を学ぶ。

2009年9月から厚生労働省大臣政務官室調整官、2011年1月から内閣官房医療イノベーション推進室企画官等を経て、2012年4月から神奈川県参事監（国際戦略総合特区・医療政策担当）、2013年4月から神奈川県理事（国際戦略総合特区・医療政策担当）、2014年4月から神奈川県理事（ヘルスケア・ニューフロンティア・医療政策担当）、2016年4月から神奈川県理事（特定行政課題担当：神奈川県の推進するヘルスケア・ニューフロンティア政策、人生100歳時代の設計図構想等）

2017年6月から神奈川県副知事として、ヘルスケア・ニューフロンティア政策、県民局、保健福祉局を担当している。



大冨賀 政昭 (おおたが・まさあき)
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。



向野 雅彦 (むかひの・まさひこ)
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 講師
博士(医学)
リハビリテーション専門医
国際リハビリテーション医学会 (ISPRM)
WHO-liaison committee内 ICF implementation committee chair
日本リハビリテーション医学会 ICF データマネジメント委員会委員長

2003年3月 九州大学医学部卒業
同年4月 慶應義塾大学リハビリテーション医学教室
2005年4月 慶應義塾大学医学部医学研究科博士課程(リハビリテーション医学)
2009年4月 市川市リハビリテーション病院
2010年4月 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター 助教
2011年10月 慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室 特任助教
2012年4月 旭川医科大学病院 リハビリテーション科 助教
2014年4月より現職



折茂 賢一郎 (おりも・けんいちろう)
公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長

1984年自治医科大学医学部卒業後、群馬大学医学部、下仁田厚生病院、蕨塚本町国保診療所、国立湊病院などを経て、1993年より群馬県・六合温泉医療センター、中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」に携わり、へき地医療に従事。現在、群馬県・西吾妻福祉病院名誉病院長・六合温泉医療センターセンター長、千葉県・介護老人保健施設「市川ゆうゆう」管理者。公益社団法人地域医療振興協会常務理事(東日本担当)、群馬県地域医療連携協議会委員。著書に「3日でわかるケアマネ受験」(医歯薬出版)、「Dr.のための介護保険ノート」(日本医事新報社)等。



近藤 和泉 (こんどう・いずみ)

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 特命副院長
リハビリテーション科・部 部長、健康長寿支援ロボットセンター センター長
藤田保健衛生大学 客員教授 (2011年4月～)

<略歴>

1982年 弘前大学医学部卒業
1989年 大学院(リハビリテーション医学専攻)を修了
1995年 弘前大学医学部附属 脳神経疾患研究施設 リハビリテーション部門 助教授
2002年 弘前大学医学部附属病院リハビリテーション部 副部長(助教授)
2006年 輝山会記念病院(副院長)
2008年 藤田保健衛生大学 藤田記念七栗研究所 リハビリテーション研究部門 教授
2010年10月～ 国立長寿医療研究センターに勤務

<留学等>

1988年 LondonのBobath Centerにおける脳性麻痺児の神経発達学的治療コース修了
1996～1997年 Canada、McMaster 大学、Foreign Researcher

<学会・社会活動>

日本リハビリテーション医学会/理事 (ICF データマネジメント委員会、国際委員会担当)、専門医会(ポストポリオ症候群のリハビリテーション SIG、小児リハ SIG/委員)、評議員、中部・東海地方会幹事、ISPRM 実行委員会 | 日本ニューロリハビリテーション医学会/理事長 | 理学療法士作業療法士試験委員会/委員長 | 日本義肢装具学会(会則検討委員会、国際化委員会担当)、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本小児神経学会、日本生活支援工学会、実用先進リハビリテーション研究会/理事 | 臍帯血による再生医療研究会/発起人・評議員 | 日本意識障害学会/理事・評議員・スコアリング委員会/委員 | 介護ロボットの導入支援及び導入効果実証研究事業検証委員会、「ロボット介護機器開発・導入促進事業(効果測定補助事業)」有識者委員会、介護老人保健施設におけるIoT等の活用の可能性に関する研究事業、ケアの内容の分類に基づいたデータベースの構築に関する調査研究事業、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業/委員 | 産科医療保障制度審査委員会/客員研究員、科学技術交流財団/研究会評価ワーキング委員、企画運営委員、日本理学療法士学会ガイドライン・用語策定委員会/外部評価委員 (小児理学療法) JJCRS/編集委員、Progress in Rehabilitation Medicine/Section Editor Academy of Multidisciplinary Neurotraumatology / 2nd Treasurer Representative of Japanese National Society of World Federation of Neurorehabilitation (WFNR)

第2回日本ニューロリハビリテーション医学会学術集会/会長(2/Dec/2011)

第41回日本脳性麻痺研究会/会長(7/June/2014)

第34回義肢装具学会学術集会/大会長(10,11/Nov/2018 予定)

<業績>

英文原著 54、2010年度リハ学会最優秀論文賞受賞



及川 恵美子 (おいかわ・えみこ)

厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当) 参事官(企画調整担当) 付
国際分類情報管理室国際分類分析官

厚生労働事務官。1974年厚生省(人口問題研究所)入省。

国立社会保障・人口問題研究所情報調査分析部、大臣官房統計情報部人口動態統計課、企画課等を経て2010年10月より現職。ICD,ICF等WHO国際分類の我が国における導入、普及活動や国際分類に関する日本からの意見提出等に対する国内の専門家間やWHOとの調整等WHO-FIC日本協力センターの一員として活動している。

※WHO-FIC日本協力センター(センター長:国際分類情報管理室長)は、2011年にWHOから指定を受け、4年の任期で現在2期目の活動を行っている。

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（世界保健会館国際統計分類）

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 が提示したものを用い、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たとされており、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)

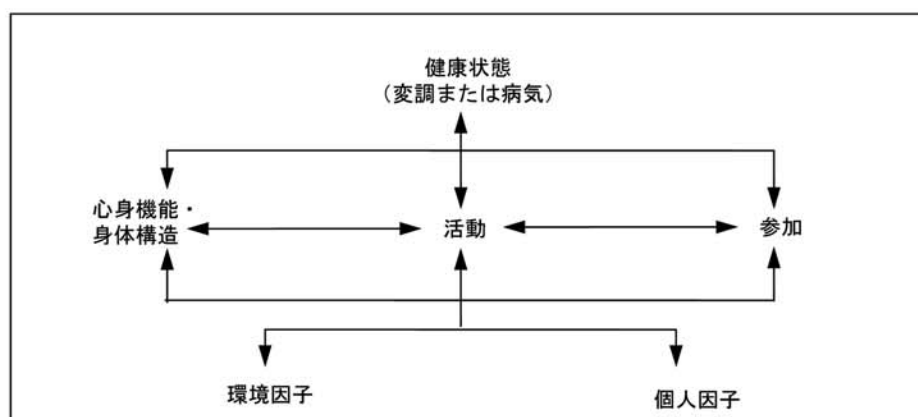
第 1 レベルの項目	a4	運動・移動
第 2 レベルの項目	a450	歩行
第 3 レベルの項目	a4501	長距離歩行

- 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

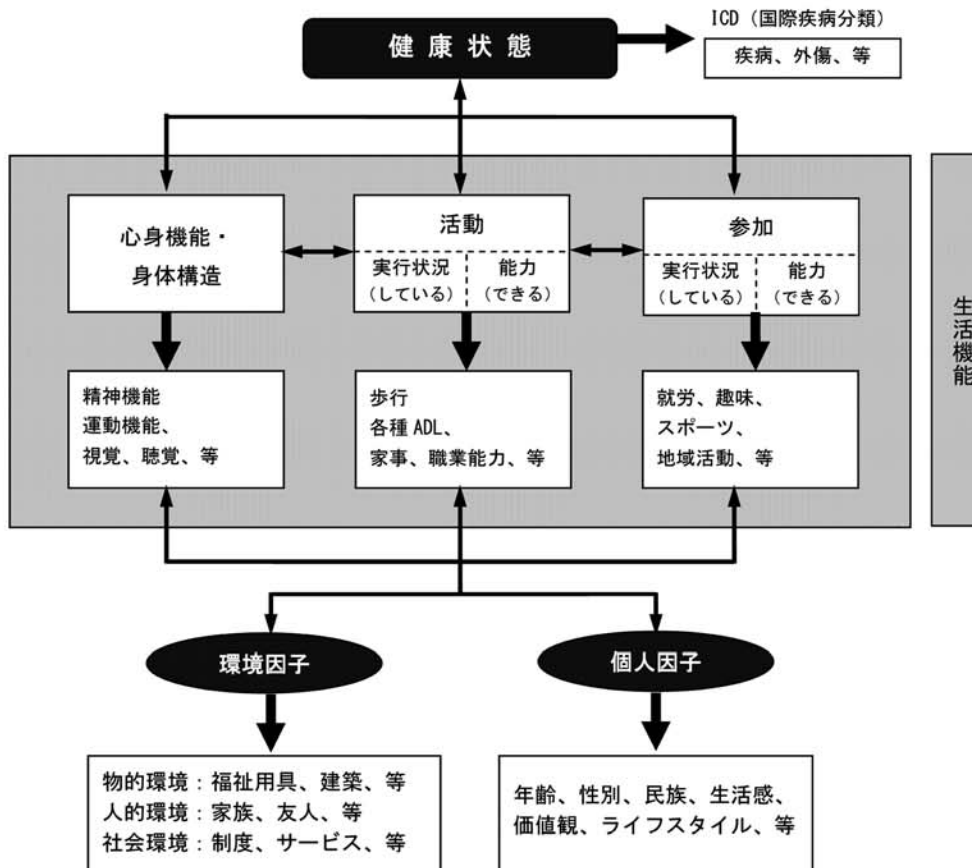
- 個人の生活機能は、健康状態と背景因子との間に相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。また、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の間にも相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。

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

ポスター「ICFの活用事例」

●ポスターリスト●

1. 「本学の作業療法士専門教育におけるICFの活用」／大瀧誠, 塚原正志, 大庭潤平, 藤原瑞穂
2. 「ICFを活用した知的障害・発達障害者支援のための支援関連情報把握・共有システムの開発とその妥当性検証（平成27-29年度AMED障害者対策総合研究開発事業の成果）」／安達潤
3. 「脳卒中ケアユニットにおける生活機能評価」／山田深, 松田恭平
4. 「チーム間連携・情報共有シート（症例シート）の紹介と活用」／落合克典, 大澤智恵子, 宮村紘平, 森山広樹, 河面吉彦
5. 「ICF概念を活用した小児発達評価スケールの開発」／橋本圭司, 玉井智
6. 「要介護高齢者の介護老人保健施設入所時・退所時・退所1年後の機能変化をICFステージングで追跡測定した調査結果についての一考察」／安藤繁, 折茂賢一郎, 大河内二郎, 加藤誠, 佐藤龍司, 高椋清, 田後裕之, 田宮菜奈子, 井上崇, 鷲見よしみ, 水上直彦
7. 「ICFを用いた発達障害児者の個別教育支援ICTシステム“PICOTTO”の紹介」／小越咲子, 小越康宏, 斉藤徹, 武澤友広, 三橋美典, 中井昭夫
8. 「ICFを用いての難病患者の家族介護者へのレスパイトケアの指標開発」／小松雅代, 城島哲子
9. 「WHO-DAS2.0による生活機能障害の把握とその活用可能性の検討－日本国内におけるこれまでの試行評価結果をもとに－」／大野賀政昭, 木下隆志, 松本将八, 筒井孝子
10. 「ICFに基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築」／向野雅彦, 山田深, 園田茂, 出江紳一, 水間正澄, 才藤栄一
11. 「ICFの環境因子としての福祉用具」／井上剛伸, 中山剛, 石渡利奈
12. 「厚生労働省のICFに関する取り組み」／森桂
13. 「ICFを活用した医療・福祉連携～稲城市における介護職種向け研修の活動報告～」／及川暁, 田中竜太郎, 鶴岡麻貴, 吉内真也, 松永潤



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

本学の作業療法士専門教育におけるICFの活用

神戸学院大学総合リハビリテーション学部作業療学科

大瀧 誠, 塚原正志, 大庭潤平, 藤原瑞穂

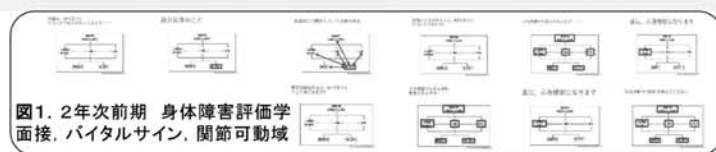


図1. 2年次前期 身体障害評価学
面接, バイタルサイン, 関節可動域

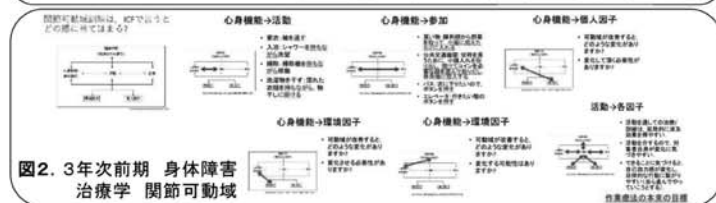


図2. 3年次前期 身体障害
治療学 関節可動域

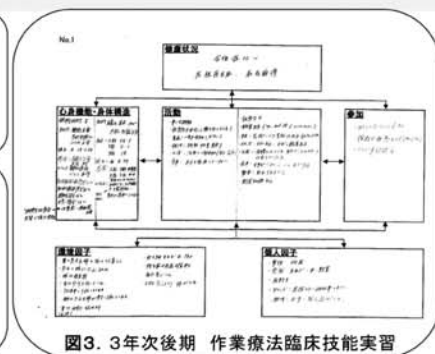


図3. 3年次後期 作業療法臨床技能実習

1. はじめに

本学作業療学科は、2005年に開設されて12年になる。14名の教員が専門教育にあたっており、それぞれの担当科目やオムニバス科目の教育内容と進度を共有することが重要な課題となっている。また学生は、そのような科目が、カリキュラム全体のなかでどのような位置づけにあるのかを理解することが難しい。そのために本学科では、カリキュラムマッピングならびに個々の作業療法実践を理解する枠組みとしてICFを用いている。

今回、その実践例を紹介し、有用点と課題を報告する。

2. 1年次:ICFの枠組みを理解する

本学部では、前期に3学科(作業療学科, 理学療学科, 社会リハビリテーション学科)合同授業として、総合リハビリテーション論を開講している。そのなかで、ICFは学科を貫く共通概念と位置づけ、講義が進められる。

後期に入ると作業療法概論が開講され、学生は作業療法の視点とICFとの関係性を学ぶ。教員は臨床実践を見据えながら講義を進めていく一方で、学生には臨床知がない。このギャップを埋めるために、前期終了時に、学外の病院ならびに施設における臨床見学実習を行っている。実習終了後のセミナーを通して、実際の臨床場面においてICFがどのように用いられていたかについて経験を共有する機会を設けている。

このような学びを通じて1年次にICFの概念を定着させ、2年次以降の専門科目と他職種連携の理解を促進することを狙っている。

3. 2年次:評価学群(専門科目)とICFの枠組みの関連性を知る

臨床医学系の講義開始と共に、作業療法専門科目としての評価学が開始される。この中で、教員は、ICFのどの側面を講義しようとしているのかを明示し、学生に検査項目との関係性を理解させる工夫をしている(図1)。ICFの枠組みと専門科目との繋がりを説明することにより、検査技術とその結果の解釈および対象者がその結果を持つ意味を学ぶ。

4. 3年次:治療学群(専門科目)とICFの枠組みの総合的な実践

作業療法専門科目である各領域の治療学を主題とした科目が実施される。心身機能/構造的側面、活動、参加ならびに個人因子の相互作用を検討しながら、作業療法ではどこに焦点をあて治療/支援しているのか、また、実施後にどのような効果が期待できるのかを、事例を通して講義を行っている(図2)。同時に、日常生活活動学実習の中で、ICFとともに作業療法士として必要不可欠な生活行為向上マネジメントを加え、切れ目のない対象者の支援の流れを学ぶ。

後期は、作業療法臨床技能実習の中で、模擬患者(教員)を設定し、学生による評価の実施および症例報告書をまとめる練習をする。このときに、模擬患者が持つ様々な情報を構造的に整理・統合するためにICFの枠組みを用いている(図3)。模擬患者のどの側面に焦点を当てた支援が必要であるのかを、今後は学生が主体となって検討していく。この経験により、学生は、作業療法実践に必要な知識・技術はもちろん、模擬患者の社会的立場と疾患を考慮した効果判定の必要性を学ぶ。

5. 4年次:臨床実習におけるICFの実践と他職種連携の経験

連続した9週間の臨床実習において、実際の対象者のご協力を得て、作業療法実践が行われる。ここで学生は、作業療法の一連の流れを経験すると同時に、対象者の健康状態や生活機能を明らかにするために環境因子、個人因子を含めた各因子の相互作用を理解していく。また、リハビリテーションにおけるチームアプローチにおいてICFが実際にどのように用いられているかを学ぶ。

6. まとめ

専門教育は、臨床実践を前提とした知識・技術が優先されることが多い。しかし、学生には経験としての臨床知がない。そのため、教員が説明する枠組みと学生の持つ枠組みが違うことが往々にしてあり、教授錯覚に陥ることがしばしばある。そこで、教員がICFの枠組みを用いて講義/演習することにより、学生に知識の整理と焦点化に気づかせ、理解を深めるよう促すことが可能となる。さらに学生は、作業療法士としてICFの枠組みと生活行為向上マネジメントの運用により、対象者への作業療法の提供および切れ目のない医療・福祉サービスを提供できるよう学びを深めていく流れを作ることができる。

学生の教育内容の進度に合わせた教員間および科目連携においても、各教員がどの部分を担当しているのかを再認識する道具としてICFを用いて整理している。これにより、誰がどの科目で教育しているかというカリキュラムマッピングの確認や、学生が効果的に学ぶことができる科目に内容を割り当てることが可能となっている。このことにより、学習内容の偏りや漏れの少ない専門教育の実践が可能になるのではないかと考えて現在進行している。

本学では、平成30年度より、IPEを開始する。これは、近隣大学とも連携する予定である。本学は、先行してICFの枠組みを1年次前期から他学科と合同授業で学ぶことにより、チーム医療の概念と専門家としての役割に対する気づきを促している。学生が対象者に対して、専門性を発揮しながら他職種連携できるよう、ICFの枠組みの理解と運用が定着できるよう促していきたい。

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

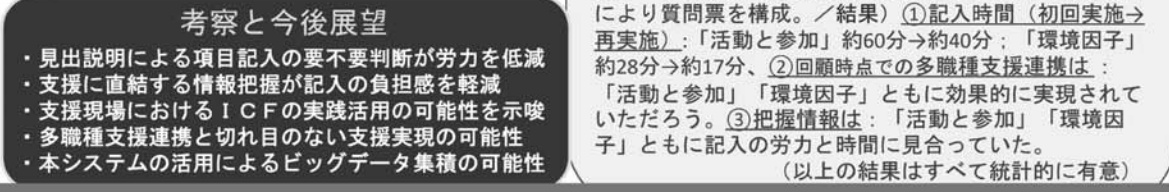
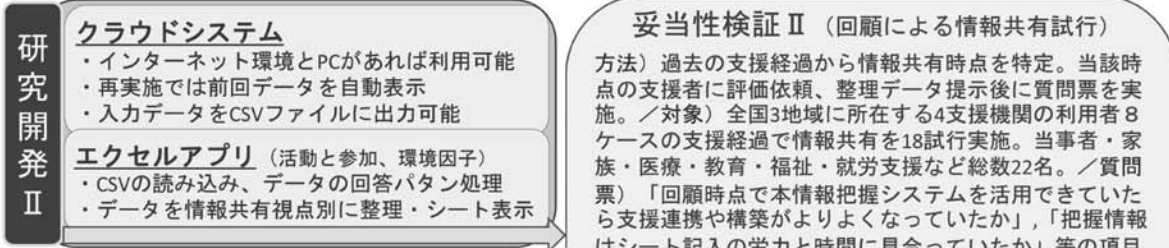
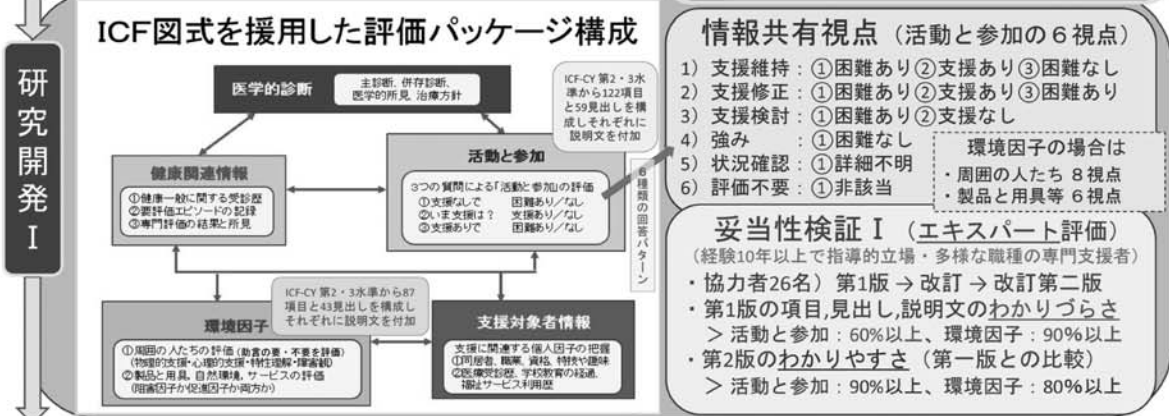
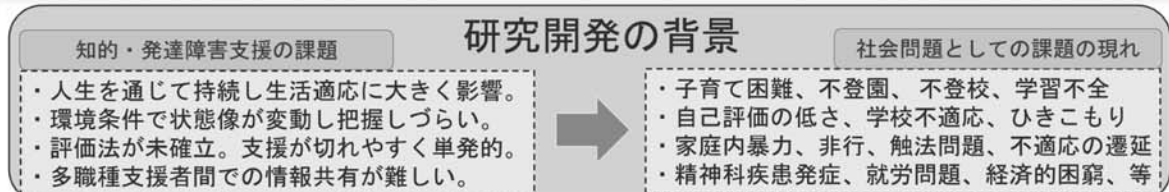
ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICFを活用した知的障害・発達障害者 支援のための支援関連情報把握・共有 システムの開発とその妥当性検証

(平成27-29年度AMED障害者対策総合研究開発事業の成果)

安達 潤 (北海道大学大学院教育学研究院)





第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

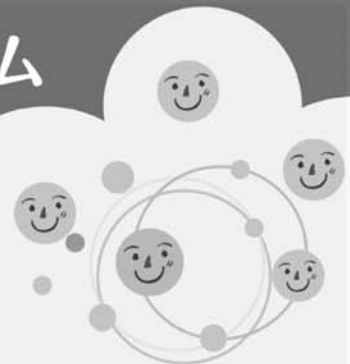
ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

タイトル

脳卒中ケアユニットにおける生活機能評価

筆者・所属 山田深、松田恭平 杏林大学医学部リハビリテーション医学教室

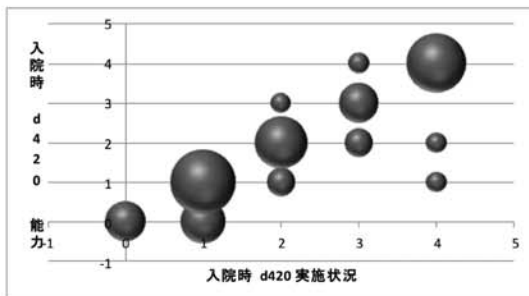


はじめに

- 脳卒中ケアユニットとは、脳卒中急性期患者に対して、治療と並行しつつ早期からのリハビリテーションを提供する場である。我々は脳卒中ケアユニットにおけるICFの利用を促進するべく、ICFコアセットの試用を進めている。

ICFの試用例

①実施状況と能力の比較 d420 移乗の例 (n = 56)



- 看護師が評価した実行状況は療法士が評価した能力を下回る傾向がみられた。ICFの評価により看護介入のポイントが明確化できた。

③リハビリテーションセットにおけるカテゴリー構成の妥当性 (n = 42)

「8 詳細不明」が多かった項目

d620 排尿機能 (30.9%), d640 性機能 (69.0%), d770 親密な関係 (33.3%)

「9 非該当」が多かった項目

d850 報酬を伴う仕事 (61.9%)

- 上記のカテゴリーは、脳卒中ケアユニットにおける急性期患者に対しては評価が困難であると考えられた。

結語

- 生活機能と障害という視点からの評価は、単に離床を進め廃用を予防するだけでなく、多職種が連携した包括的な対応を進める上でも有用である。また、回復期や生活期へと続く一連のリハビリテーションの初期評価としても重要な意味を持つ。
- ICFの妥当性、信頼性を向上するためには、脳卒中急性期で用いるべきカテゴリーの抽出を含め、評価における詳細なルール作りが求められる。

②機能的自立度評価法 (FIM) との相関検証 変換表

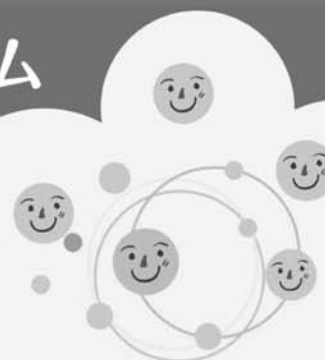
FIM得点	ICF期待値
7 完全自立	0 問題なし
6 修正自立	0 問題なし
5 監視・助言・準備	1 軽度の問題 (5~24%)
4 75~100% 自立	1 軽度の問題 (5~24%)
3 50~74% 自立	2 中等度の問題 (25~49%)
2 25~49% 自立	3 重度の問題 (50~95%)
1 0~24% 自立	4 完全な問題 (96~100%)

- 変換表を用いてFIMスコアからICF期待値を算出した。神経コアセットにおける期待値と実測値には有意な相関がみられた。
R= 0.53 (入院時FIM移動-ICF d450)
~0.89 (退院時FIM食事 -ICF d550)

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



チーム間連携情報共有シート（症例シート）の紹介と活用方法

社会医療法人 河北医療財団 河北リハビリテーション病院
 落合克典（OT） 大澤智恵子（PT） 森山広樹（PT） 宮村紘平（医師） 河面吉彦（医師）

＜はじめに＞

河北医療財団は急性期～生活期までの様々な施設を有しており、東京都杉並区周囲の地域医療の確立を方針として掲げ、地域医療の実践を行っている。しかし、財団内での一貫した共通の情報共有ツールはなく、円滑な情報共有が行えていないと言われている。そのため、回復期リハビリテーション病院である当院では財団内の他施設との連携を強化する目的で症例シートを独自に作成し、運用を試みている。

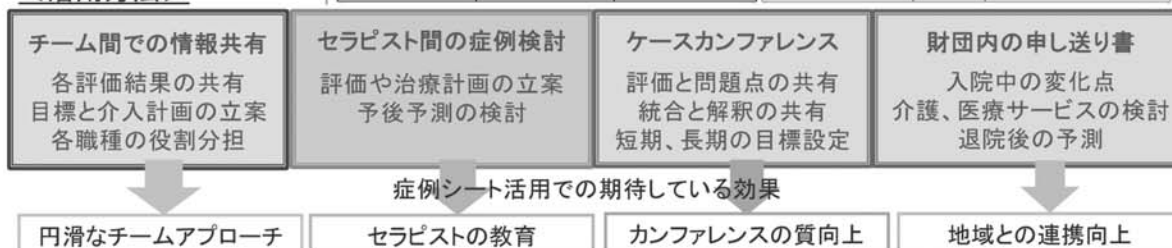


＜症例シートの概要＞

ICFを基盤とした情報共有ツールを作成。チーム間で評価や目標立案・介入計画を立て、定期的な見直しを行える書式となっている。



＜活用方法＞



＜現在の症例シートの問題点＞

効果的な症例シートの活用は不十分
 当院スタッフや地域CMから挙げられた問題点

- 医療従事者のICFの理解不足(当院スタッフより)
- 評価項目の不十分さ(当院スタッフより)
- 活動・参加に繋がる介入の不足(地域のCMより)

スタッフ教育と標準化された包括的な評価項目が必要

＜今後の展望＞

- 定期的なICFに関する勉強会の開催
- リハビリテーションセットの項目の説明書作成

2018年度より
 新書式の運用開始予定
 (リハビリテーションセットの導入)

今後、チーム間で精度の高い症例シートが作成できることを目指し、地域の医療機関や施設との連携を高められるシートとして運用が行えるよう、適宜検討を行っていく



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICF概念を活用した 小児発達評価スケールの開発

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・発達評価センター 橋本圭司, 玉井 智

我々は、小児医療における支援内容や成果の指標として、ICFの「活動と参加」の概念を反映した簡易の評価尺度の開発を進めてきた。小児基本動作評価スケール、小児基本動作評価スケールTYPE T、小児摂食嚥下評価スケール、小児言語コミュニケーション評価スケール、小児活動・社会参加評価スケール幼児版、小児活動・社会参加評価スケール学童版などがそれぞれあり、今回はその概要を紹介する。いずれの評価スケールも信頼性・妥当性を検証済である。

姿勢の変換と保持(d410-d429), 歩行と移動(d450-d469)

グループ	0	1	2	3
1 顔部保持	顔部を動かすことができない	顔部を動かすことができるが、顔部を動かすときに顔を動かすことができない	顔部を動かすことができるが、顔部を動かすときに顔を動かすことができない	顔部を動かすことができるが、顔部を動かすときに顔を動かすことができない
2 座位保持	床に寝ていない	床に寝ていない	床に寝ていない	床に寝ていない
3 平面移動	床を這らない	床を這らない	床を這らない	床を這らない
4 立位保持	床を這らない	床を這らない	床を這らない	床を這らない
5 歩行	歩かない	歩かない	歩かない	歩かない

Miyamura K, Hashimoto K, Honda M. Validity and reliability of Ability for Basic Movement Scale for Children (ABMS-C) in disabled pediatric patients. Brain Dev 2011;33:508-11.

物の運搬・移動・操作(d430-d449), 歩行と移動(d450-d469)

グループ	0	1	2	3
口腔顔面	顔部を動かすことができない	顔部を動かすことができるが、顔部を動かすときに顔を動かすことができない	顔部を動かすことができるが、顔部を動かすときに顔を動かすことができない	顔部を動かすことができるが、顔部を動かすときに顔を動かすことができない
手先	手先を動かすことができない	手先を動かすことができるが、手先を動かすときに手先を動かすことができない	手先を動かすことができるが、手先を動かすときに手先を動かすことができない	手先を動かすことができるが、手先を動かすときに手先を動かすことができない
片足	片足を動かすことができない	片足を動かすことができるが、片足を動かすときに片足を動かすことができない	片足を動かすことができるが、片足を動かすときに片足を動かすことができない	片足を動かすことができるが、片足を動かすときに片足を動かすことができない
両足	両足を動かすことができない	両足を動かすことができるが、両足を動かすときに両足を動かすことができない	両足を動かすことができるが、両足を動かすときに両足を動かすことができない	両足を動かすことができるが、両足を動かすときに両足を動かすことができない
階段	階段を登ることができない	階段を登ることができるが、階段を登るときに階段を登ることができない	階段を登ることができるが、階段を登るときに階段を登ることができない	階段を登ることができるが、階段を登るときに階段を登ることができない

Hashimoto K, Miyamura K, Honda M. Evaluation of Ability for Basic Movement Scale for Children Type T (ABMS-CT) in disabled children. Brain Dev 2012;34:349-53.

食べること(d550), 飲むこと(d560)

グループ	0	1	2	3
1 食 膳	食事を摂ることができない	食事を摂ることができるが、食事を摂るときに食事を摂ることができない	食事を摂ることができるが、食事を摂るときに食事を摂ることができない	食事を摂ることができるが、食事を摂るときに食事を摂ることができない
2 嚥下保持	嚥下することができない	嚥下することができるが、嚥下するときに嚥下することができない	嚥下することができるが、嚥下するときに嚥下することができない	嚥下することができるが、嚥下するときに嚥下することができない
3 感覚過敏	食料の感覚過敏がある	食料の感覚過敏がある	食料の感覚過敏がある	食料の感覚過敏がある
4 舌口唇運動	舌口唇運動が苦手である	舌口唇運動が苦手である	舌口唇運動が苦手である	舌口唇運動が苦手である
5 分泌物流理	分泌物流理が苦手である	分泌物流理が苦手である	分泌物流理が苦手である	分泌物流理が苦手である

Kamide A, Hashimoto K, Miyamura K, Honda M. Assessment of feeding and swallowing in children: Validity and reliability of the Ability for Basic Feeding and Swallowing Scale for Children (ABFS-C). Brain Dev 2015;37:508-14.

理解(d310-d329), 表出(d330-d349), 会話(d350)
一般的な対人関係(d710-d729)

グループ	0	1	2	3
1 交 渉	言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない
2 言語理解	言葉を理解しない	言葉を理解するが、言葉を理解するときに言葉を理解しない	言葉を理解するが、言葉を理解するときに言葉を理解しない	言葉を理解するが、言葉を理解するときに言葉を理解しない
3 言語表現	言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない
4 明 瞭 度	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない
5 社 会 性	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない	言葉を話すが、言葉を話すときに言葉を話さない

Tamai S, Hashimoto K, Yamada S, Oikawa E, Niihata K, Otsubo M, Takahashi K, Mori K. The Development of New Assessment tool of Speech-Language-Communication in children- An attempt to promote the use of children-related categories of ICF in Japan-. WHO-FIC 2017, Mexico.

歩行と移動(d450-d469), セルフケア(d510-d599),
家庭生活(d610-699), 教育(d810-d839),
コミュニティライフ・社会生活・市民生活(d910-d999)

グループ	0	1	2	3
1 基本動作	歩かない	歩かない	歩かない	歩かない
2 セルフケア	セルフケアが苦手である	セルフケアが苦手である	セルフケアが苦手である	セルフケアが苦手である
3 活 動 性	活動が苦手である	活動が苦手である	活動が苦手である	活動が苦手である
4 教 育	教育が苦手である	教育が苦手である	教育が苦手である	教育が苦手である
5 余暇活動	余暇活動が苦手である	余暇活動が苦手である	余暇活動が苦手である	余暇活動が苦手である

上出香里: ICF-CY に基づいた小児の活動・社会参加評価尺度に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業国際生活機能分類(ICF-CY)の妥当性に関する研究 H26~28年度総合研究報告 書.p42-46, 2017

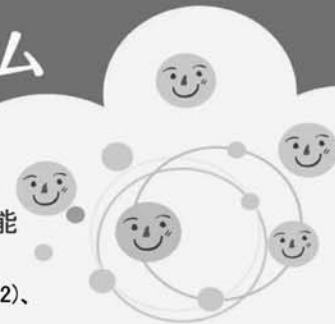
歩行と移動(d450-d469), セルフケア(d510-d599),
家庭生活(d610-699), 教育(d810-d839),
コミュニティライフ・社会生活・市民生活(d910-d999)

グループ	0	1	2	3
1 基本動作	歩かない	歩かない	歩かない	歩かない
2 セルフケア	セルフケアが苦手である	セルフケアが苦手である	セルフケアが苦手である	セルフケアが苦手である
3 活 動 性	活動が苦手である	活動が苦手である	活動が苦手である	活動が苦手である
4 教 育	教育が苦手である	教育が苦手である	教育が苦手である	教育が苦手である
5 余暇活動	余暇活動が苦手である	余暇活動が苦手である	余暇活動が苦手である	余暇活動が苦手である

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



要介護高齢者の介護老人保健施設入所時・退所時・退所1年後の機能変化をICFステージングで追跡測定した調査結果についての一考察

安藤繁(1)(2)、折茂 賢一郎(2)、大河内二郎(2)、加藤誠(2)、佐藤龍司(2)、高椋清(2)、田後裕之(2)、田宮菜奈子(3)、井上崇(4)、鷺見よしみ(5)、水上直彦(5)

(1)介護老人保健施設若宮苑、(2)全国老人保健施設協会、(3)筑波大学、(4)全国デイ・ケア協会、(5)日本介護支援専門員協会

*以下、介護老人保健施設は「老健施設」、全国老人保健施設協会は「全老健」と表記

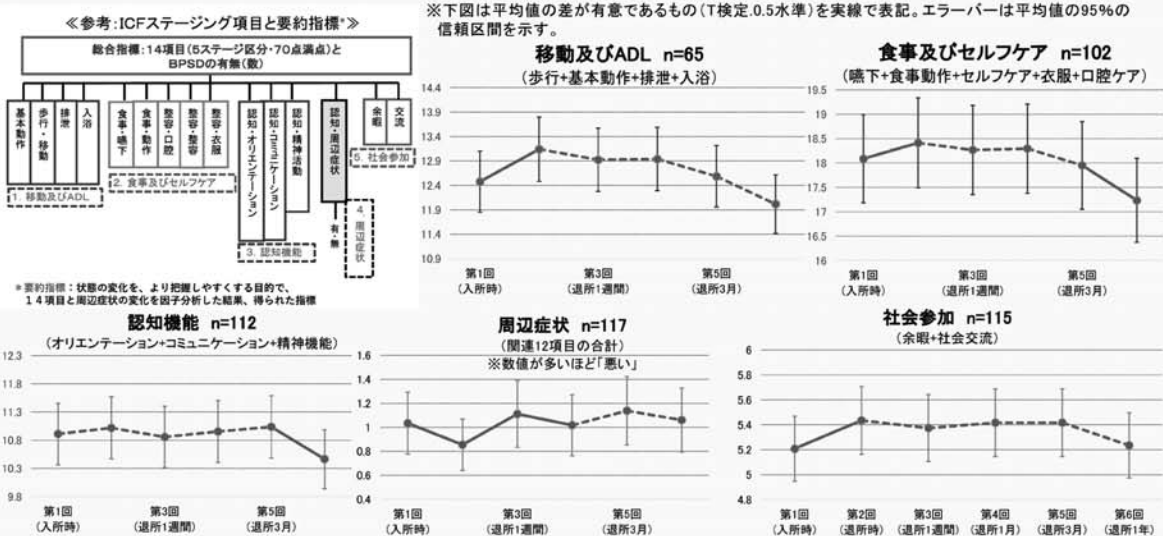
【背景および目的】全老健は平成25年度に老健施設から在宅に退所した利用者を対象として、入所時から退所後1か月間にかけて状態像を調査し、ICFステージング及び5つの要約指標(1.移動及びADL、2.食事及びセルフケア、3.認知機能、4.周辺症状、5.社会参加)を用いて状態像の変化について分析した。さらに、平成26年度から平成27年度にかけて、調査期間を入所時から退所後約1年間と延長して改めて調査を行い、データの再現性と機能の変化を明らかにすることとした。

【方法】同一の対象者に対し、老健施設入所中は施設職員、退所後は居宅の介護支援専門員等を評価者として、入所時・退所時・退所後1週間・退所後1か月・退所後3か月・退所後約1年の計6回、ICFステージングを用いた調査を実施した。一般化線形モデルにより各調査間における平均値の推移を把握するとともに、平均値の差が有意かの確認を行った。

【調査結果】平成26年度～27年度調査 回収状況(分析対象数)及び結果

	第1回 入所時	第2回 退所時	第3回 退所後1週間	第4回 退所後1か月	第5回 退所後3か月	第6回 退所後約1年
対象者	504	504	494	474	333	195

調査対象は第1回から第6回まで同じ利用者。
開始時:504件、平均年齢66.14歳。
最終時(第6回調査時):313件※
(内、118件は途中中断のため分析対象から除外/中断理由は、入院26.3%、他の介護施設入所28.8%、死亡30.5%、他14.4%)
※長期に渡る調査のため回収数自体も開始時から減少している。



5つの要約指標に基づく加算スケールを検討したところ、老健施設入所から在宅生活における退所者の状態像変化については、前年度までの調査とほぼ同様の結果が得られ、データの再現性が確認された。その結果として、いずれの指標においても、利用者の機能は入所中大幅に改善した。

その後、退所後3か月後までは状態が維持されるものの、退所からおおよそ1年後となる間において低下傾向がみられた。社会参加については、在宅復帰した高齢者においては比較的に長い間保たれていることが分かった。

【結語】入所によるリハビリテーションにより、諸機能および社会参加は大幅に改善するが、退所後から社会参加以外の諸機能は低下を始め、3～6か月ごろに入所前の機能まで低下し、退所約1年後には入所した状態よりも低くなっていた。一方、社会参加については在宅期間を通じてほぼ保たれていた。

在宅期間においても、通所・訪問等によるリハビリテーションを行うか、短期入所療養介護によりリハビリテーションを集中的に行うことが望ましい。そして、老健施設の「レポート利用」が有用であろうことが示唆された。

【考察】再現性から、ICFステージングの指標としての妥当性と信頼性を確認することができたと考えられる。また、ICFステージングを共通言語として用いることで、利用者の居場所にかかわらず多職種による評価が可能となり、在宅高齢者の機能維持・向上のための介入等に資することにつながることを示唆された。

※本ポスターは著者が第27回全国老人保健施設大会大阪において全老健研究事業報告として発表したものを簡略化・改良したものである。



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICFを用いた発達障害児者の個別教育支援ICTシステム”PICOTTO”の紹介

小越咲子*1 小越康宏*2 斉藤徹*1 武澤友広*3 三橋美典*2 中井昭夫*4

福井工業高等専門学校*1 福井大学*2

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター*3

兵庫県立リハビリテーション中央病院*4

近年、発達障害をかかえ、学習面や生活面において通常学級においても特別な教育ニーズを有する子どもへの特性に応じた教育・支援が課題となっている。しかし、発達障害は状態像がつかみにくく100人100様の状態像をもち、各児の特徴に応じた支援には不十分な面が多い。本研究では、上記の問題とその解決法を実現するために、発達障害児者の個人特性に応じた教育支援を行うICTシステムの開発を行った。現在福井県内でシステムの運用を行っている。本システムでは発達障害児者の個人特性を把握するために、日々の学校内、家庭内、地域内での行動履歴を蓄積する。さらにICFコードを用いて行動データと支援環境データの連結を行うことで、支援プランを導き出し、個人の特性にあわせた支援を提供する。これにより、発達障害児者の個別ニーズに応じた即時的動的な教育支援が可能となると考えられる。

目的

2016年4月1日より「障害者差別解消法」が施行された。この中にある「合理的配慮」とは、特別支援の必要な児童生徒に対し、環境整備などの配慮を行うことが含まれている。本プロジェクトでは、学校・家庭・専門機関の連携したICTを用いた個別教育支援システムを開発し、就労につながるスキル獲得のため、様々な視点から個人の特性にあった支援を行うことを目的とする。

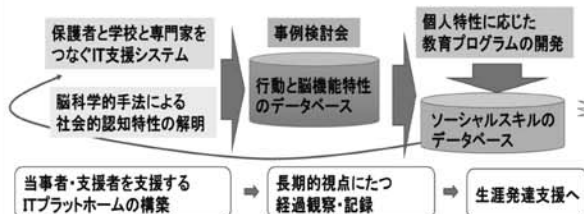
特に発達障害者の長期的継続的支援について、下記の観点から実現する支援システムの研究開発を行う。

1. 学校・家庭・民官の専門機関の連携したICT協働基盤の構築
2. IoT技術を用いた行動データ収集の仕組みの開発・実装
3. 分析による個人の特性に適した支援教材の導出
4. 脳情報をを用いた認知特性の解明とBMI教材の開発
5. ICFコードを用いたシステム連結によるニーズと支援のマッチング
6. 個人の特性に適した個別教育支援計画と支援の提案

方法

個人を行動・生理（脳波等）・学習の観点から特徴把握を行う。

実際に支援を行いながら、学校と家庭内での行動データを時系列で蓄積し、行動履歴データの解析を行い、個人の特徴を把握し、個別に動的に支援案を提案。



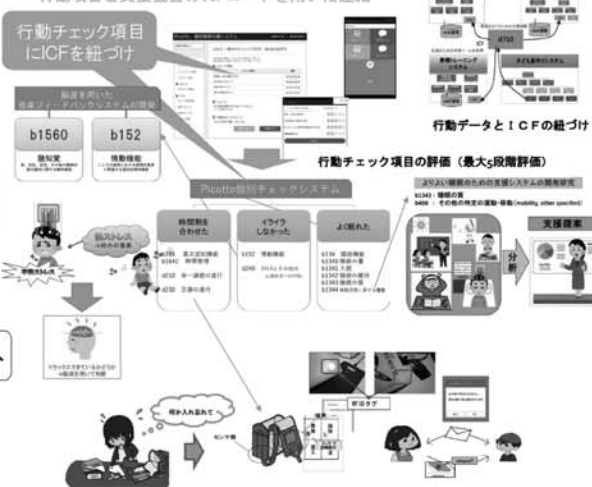
システム概要



*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)はWHOで制定された。「生活機能・障害・健康の国際分類」で「健康状態」「心身機能・構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」を表現するコード

どのように動的に個別の特徴と支援を結びつけるのか

行動項目と支援機器のICFコードを用いた連結



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICFを用いての難病患者の家族介護者へのレスパイトケアの指標開発

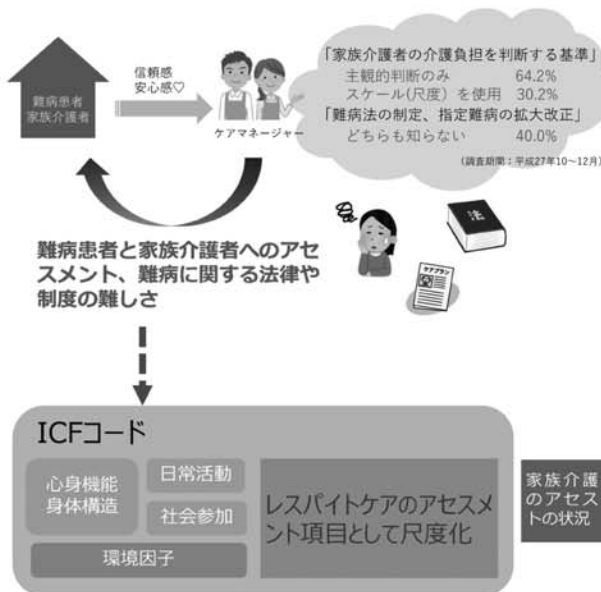
奈良県立医科大学 公衆衛生看護学 小松雅代 城島哲子

背景と目的

難病患者を取り巻く在宅療養環境は、①難病法の成立による指定難病数の増加②難病の多様な症状に対する支援の難しさから在宅難病患者(以下、難病患者)を支援する側のマンパワー不足と知識不足が生じている。また、地域包括ケアシステムに代表される在宅療養の推進は、家族介護者の高齢化による家族介護者の身体的・心理的介護負担の増大が懸念される。そのため、難病患者と家族介護者のレスパイトケア(休息的ケア)を円滑に進めるには、レスパイトケアの要否やサービス提供の時期等の判断が重要となる。今回、国際生活機能分類(ICF)が、難病患者の家族介護者へのレスパイトケアのアセスメントツールとして活用できるかを検討した。

対象 奈良県内の介護支援専門員 (150事業所) *有効回収率: 39.7%

調査内容 基本属性、ケアマネ自身の健康関連QOL(SF-8)、レスパイトケアアセスメント項目(ICF)、難病法に関する認知程度



結論1 身体的機能や一般課題に対する理解度、コミュニケーションに関する項目は積極的にアセスメントされていた。

結論2 しかし、生活領域や環境因子に関するアセスメントを実施している割合は低かった。

結論3 レスパイトケアのアセスメント項目としては、ICFの基本構造から捉えられると思われるが、コードの尺度活用には十分な研究が必要である。



第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

WHO-DAS2.0による生活機能障害の把握と その活用可能性の検討

ー日本国内におけるこれまでの試行評価結果をもとにー

大野賀政昭¹⁾、木下隆志²⁾、松本将八²⁾、筒井孝子²⁾

1) 国立保健医療科学院、2) 兵庫県立大学大学院経営研究科

1. 研究の背景と目的

WHO-DAS2.0はICFコードを用いた計測ツールとは異なる視点からの障害の評価をするためにWHOで開発されたアセスメントツールである(Ustun et al, 2004)。このWHO-DAS2.0はすでに日本語化されているものの、その臨床適応には課題が多いことが報告されている(筒井, 2014)。しかしICFの概念に基づいて、主観的な日常生活機能や社会参加を評価するアセスメントは、これまでのツールにはなく、この標準化が進めば、要援護者への支援への活用も考えられる。そこで本研究では、障害者を対象として実施された調査で収集されたWHO-DAS2.0日本語版(36項目版自己記入式)のデータを用いて、生活機能障害の把握を行い、その活用可能性を検討することを目的とした。

2. 研究方法

A県B市の障害者(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳所持あるいは、難病患者入院見舞金の申請者)500人を対象に平成26年8月に郵送にて調査が実施され、347件が回収された(69.4%)。匿名化された調査データを収集し、基本属性とWHO-DASによる評価結果との関連性を分析した。

3. 研究結果

1) 分析データの概要

平均年齢は60.7歳(SD±22.7)、年齢区分で見ると65歳以上が54.7%と過半数を超えていた。手助けの必要性は、「介護・介助は必要ない」51.3%と自立しているものが多く、手帳の種類から見ると、「身体障害者手帳のみ」48.4%、「精神保健福祉手帳のみ」8.9%、「療育手帳のみ」7.8%であった。

2) WHO-DAS2.0の領域別スコア

WHO-DASの6つの領域のうち、最もスコアが高かったのは、(6)社会参加42.3で、次いで(5)日常生活(屋外)34.6、(4)人付き合い33.5、(5)日常生活(屋内)32.6、最も低いのは(3)自己管理17.5であった。

WHO-DASの設問別回答傾向(5)2と(6)みると、今回対象では、(5)の設問でN/Aが多かった。

3) ADL, IADLスコアの状況とWHO-DASスコアとの関連性

ADL, IADLスコアの状況とWHO-DASスコアとの関連性を重回帰分析を実施し検討した。ADL, IADLスコアともに(5)日常生活(屋外)(6)社会参加以外で関連性が示された。

4. 考察および結論

WHO-DAS2.0の自己記入版によって、障害種類別の生活機能障害の特徴が明らかになったことは、重要な知見と考えられた。また、(5)日常生活(屋外)(6)社会参加は、障害領域での活用可能性が示された。

ただし、本研究でも示されたN/Aの多さを克服するためには調査法の検討が引き続き必要と考えられた。

本研究は、平成25年度～27年度文部科学省研究費(基金)若手(B)「WHO-DAS2.0日本語版の評価がイライラの開発とその臨床応用に関する研究」の助成を受けて実施した。演題発表に際し開示すべきCOIに関する企業等はありません。

図1 ICFの構成概念とWHO-DAS2.0の評価項目



図2 WHO-DAS 2.0のバージョン

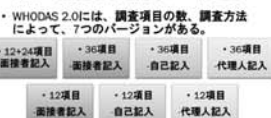


図3 WHO-DAS 2.0のフラッシュカード



表1 WHO-DAS2.0日本語版(※)・質問項目一覧

Table with 2 columns: Item ID and Question Text. It lists 36 items related to various life domains like learning, communication, movement, self-care, social life, personal life, work, and community life.

表2 調査対象となった者の基本属性

Table with 4 columns: Attribute, Category, Count, and Percentage. It shows demographic data of the survey participants, including age, gender, education, and disability type.

図4 WHO-DASスコア(所持手帳別)

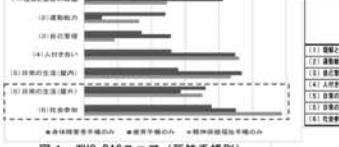


表3 WHO-DASスコア(所持手帳別)

Table with 4 columns: Disability Type, Mean Score, Standard Deviation, and Range. It summarizes the mean scores and variability of WHO-DAS scores for different disability types.

表4 ADL・IADLスコアと領域別WHO-DASスコアの関連性

Table showing the correlation between ADL and IADL scores and WHO-DAS scores across different domains. It includes regression coefficients and p-values for each domain.

図5 WHO-DASの設問別回答傾向(5)・2と(6)

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

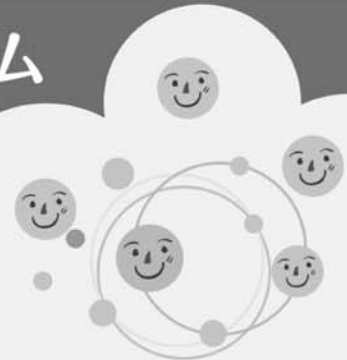
ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICFに基づく包括的かつ実用的な 生活機能評価システムの構築

向野雅彦¹⁾ 山田 深²⁾ 園田 茂³⁾ 出江紳一⁴⁾ 水間正彦⁵⁾ 才藤栄一¹⁾

- 1) 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学II講座
- 2) 杏林大学医学部リハビリテーション医学講座
- 3) 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学III講座
- 4) 東北大学大学院工学研究科リハビリテーション医学工学分野
- 5) 医療法人社団輝生会



背景

国際生活機能分類(以下ICF)はWHOにおいて2001年に採択されて以来、臨床への普及への取り組みが進められている。
本プロジェクトでは、臨床への普及促進のため、ICFの基本構造に基づき、かつ臨床に親和性の高いデータ収集の仕組みを作成することに取り組んでいる。

ICFの実用上の問題点

- 分類の多さ
ICFは1400以上の分類項目から構成されており、一人一人に対して全ての評価を行うことは難しい
- 項目と定義の複雑さ
非常に詳細な定義がそれぞれの項目に用意されているが、項目によってはその名称や説明が臨床家に馴染みがないものがある
- 検者間信頼性
評価の仕組みが用意されているが、臨床でそのまま用いるには信頼性が不十分であることが指摘されている

本プロジェクトのアプローチ

分類の多さに対して

→ICFコアセット*、特に「リハビリテーションセット」の利用

*ICFコアセット

- コアセットとは、1400以上あるICFの項目から、評価対象項目を選びやすくするため、国際的な専門家ワークショップを通じて疾患ごとに重要な項目を選択して作成されたもので、脳卒中、脊髄損傷など、これまでに30以上の疾患別コアセットが発表されている。
- さらに疾患横断的なコアセットとして、7項目の「一般セット」と30項目の「リハビリテーションセット」があり、この二つは既存のデータベースから統計学的な手法を用いて作成された。
- 日本においては、2015年にコアセットの書籍の日本語訳が刊行されている。

項目と定義の複雑さに対して

→簡潔で直感的な説明文**の作成と利用

**簡潔で直感的な説明文

- 簡潔で直感的な説明文 ("Simple, intuitive descriptions") とは、臨床家にとってわかりやすい
- 簡潔で直感的な説明文を作成するプロジェクトは2014年から開始され、中国及びイタリアの国内学会を皮切りに、8か国がこれまでにプロジェクトに参加。さらにヨーロッパの7か国で参加の検討が進められている。日本においても、ICF research branchの協力のもと、平成28年に日本リハビリテーション医学会のICF委員会、データマネジメント委員会と厚労科研ICF研究班の共催で、日本語版を作成するためのワークショップが開催された。

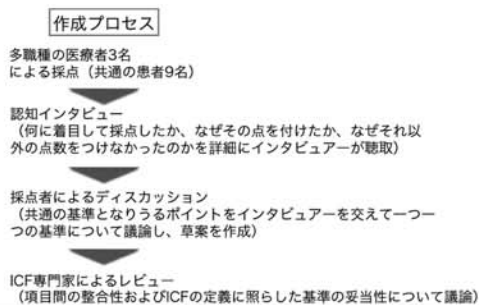
検者間信頼性に対して

→二つのアプローチで臨床的に応用可能なモデルを作成

アプローチ①

採点しやすい仕組みの作成 (補助ツールの作成)

1) 採点リファレンスガイドの作成



リファレンスガイドを記載した

採点用コンピューターアプリケーションの作成と検者間信頼性の検討



α項目の重み付け k 係数 (n=46)

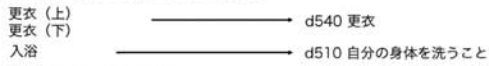
0230 自覚的実行	0.70
0240 ストレスとその他の心理的要害への対処	0.78
0415 基本的な姿勢の変更	0.60
0415 姿勢の保持	0.79
0420 移動	0.78
0450 歩行 (屋内)	0.75
0450 歩行 (屋外・歩道)	0.62
0455 移動	0.77
0465 用具を用いての移動	0.69
0470 交通機関や手配の利用	0.67
0510 自分の体を洗うこと	0.94
0520 身体各部の手入れ	0.82
0530 排泄	0.90
0540 更衣	0.81
0550 着るること	0.89
0570 服装に着目すること	0.58
0640 調理以外の家事	0.78
0660 他人への援助	0.72
0710 基本的な対人関係	0.59
0770 職業の実現	0.66
0850 報酬を得る仕事	0.66
0920レクリエーションとレジャー	0.69

アプローチ②

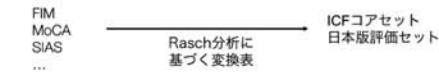
既存のスケールを使った情報収集

Linking rule (Cieza et al, 2002, 2005, 2016) に基づき、既存のスケールを用いて情報収集を行う仕組みを作成

例: FIM (Functional Independence Measure)



既存のスケールのリスト



脳卒中症例(n=151)を対象としたデータ収集とRasch分析を用いた変換表作成のトライアル

- 年齢で層別化し、Rasch分析を実施
- 適合は十分とは言えないものの、テストレットアプローチ(項目のグルーピング)によって適合には改善が得られた
- さらに症例を増やしてトライアルを行う予定

Original sample	n	Location		Fit Residual		Item-trait interaction	Chi square	p	Reliability					
		Item	Persons	Item	Persons									
Under 70	75	0.000	1.166	0.890	0.637	0.120	1.811	0.003	1.238	879.8	222	0.000	0.969	0.969
Under 70	75	0.000	1.533	0.807	0.655	0.114	2.562	-0.098	1.677	417.0	68	0.000	0.945	0.945
Testlet	75	0.000	0.142	0.236	0.369	0.153	1.284	-0.261	0.826	16.1	8	0.040	0.670	0.707
Over 70	76	0.000	1.417	0.607	0.808	0.202	1.786	0.068	1.527	275.6	68	0.000	0.950	0.950
Testlet	76	0.000	0.162	0.220	0.241	0.342	1.262	-0.453	1.187	17.8	8	0.022	0.744	0.797

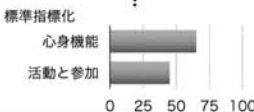


ICFに基づくデータベースの作成へ

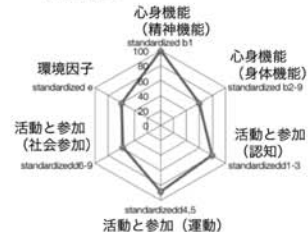
簡易なデータセットによるスクリーニング

項目ごとの評価

Score	M	D	B	H
b130	2	✓		
b134	2	✓		
...				
c230	1			✓
c240	2			✓
g410	1	✓	✓	
g415	3	✓	✓	
...				



既存のスケールを加えた拡張版データセットによる詳細な評価

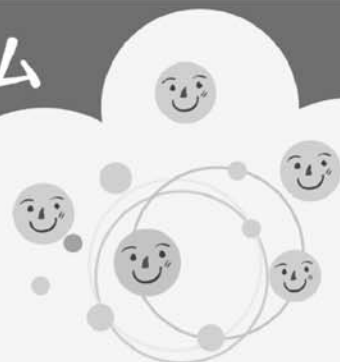




第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



ICFの環境因子としての福祉用具

井上剛伸, 中山剛, 石渡利奈

国立障害者リハビリテーションセンター研究所

福祉用具とICF

福祉用具は、生活において重要な役割を果たし、その重要性はますます高まっている。2006年に採択された国連障害者の権利条約においても、福祉用具に関する記述が21箇所に見受けられ、その点でも重要性が示されている。WHO国際生活機能分類(ICF)においても、環境因子の第1章製品と用具の中に位置づけられており、表1に示す7項目が設定されている。また、WHO国際分類ファミリには、関連分類としてISO9999福祉用具の分類と用語が位置づけられ、ICFよりも詳細な分類が示されている。今回、ICFの環境因子とISO9999の関連性について調査を行ったので、その結果を以下に示す。

ICFとISO9999における福祉用具の分類の比較

ICFの福祉用具の項目と、ISO9999の大分類の関係および世界最大級の福祉用具データベースであるドイツのREHADTを基にICFの項目に該当する製品数の調査結果を表1に示す。

結果から、e1151日常生活で個人が使用する福祉用具の分類項目は、他の項目に比べてISO9999の大分類の項目が多く、製品数も多いことが分かる。すなわち、この分類項目は他に比べると大きい範囲をカバーしていることになる。

表1 ICFの環境因子とISO9999および福祉用具製品数

ICF環境因子における福祉用具の項目	ISO9999(大分類項目)	製品数
e1151 日常生活で個人が使用する福祉用具	06 義肢装具, 09 パーソナルケア関連用具, 15 家事用具, 18 家具、建具、建築設備, 24 操作用具, 27 環境改善機器・作業用具	8,367
e1201 屋内外の移動のために個人が使用する福祉用具	12 移動機器, 18 家具、建具、建築設備(椅子、ベッドなど)	1,865
e1251 コミュニケーションのための福祉用具	22 コミュニケーション・情報支援機器	1,309
e1301 教育のための福祉用具	05 技能訓練用具(教育関係)	0
e1351 就労のための福祉用具	28就労および就労訓練機器	139
e1401 文化、レクリエーション、スポーツのための福祉用具	30 レクリエーション用具	196
e1451 宗教関連の製品と用具	該当無し	0
該当無し	04 医療用具, 05技能訓練用具(教育以外)	-

福祉用具に関するICF環境因子の改訂提案

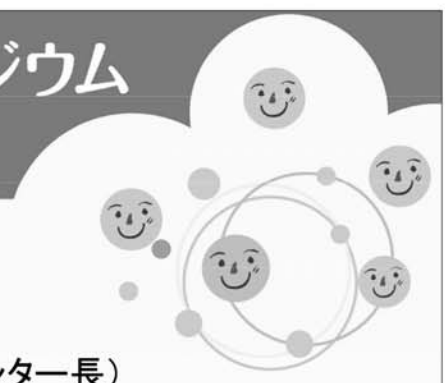
以上の結果より、E1151日常生活で個人が使用する福祉用具については、より細かい分類を設定した方が、利用しやすい分類となる。その候補として、ISO9999の大分類を基本としてICF環境因子の項目を設定することが、一つの案として考えられる。

今後、具体的な改定案作成に向けて、さらなる調査研究を実施する予定である。

第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～



厚生労働省のICFに関する取り組み

著者：森 桂（日本WHO国際統計分類協力センター長）

<要約>

厚生労働省では、ICFの普及及び推進を目的に、公開シンポジウム(①)や国内の専門家から成るICF(生活機能分類)専門委員会(②)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。また、本年度は、WHOからの調査依頼に基づき、医療現場等でのICFの利活用状況を把握するためのICFサーベイ(③)を国内に展開し、以下のとおり回答状況を取りまとめたところである。

① 当省が主催するICFに関するシンポジウム(タイトル)のこれまでのあゆみ

- 第1回 平成22年1月 共通言語としてのICFの教育・普及を目指して
- 第2回 平成23年1月 共通言語としてのICFの教育・普及を目指して
- 第3回 平成24年12月 実用化に向けた課題と対策について
- 第4回 平成27年3月 共通言語としてのICF普及の新時代を拓く
- 第5回 平成28年2月 環境因子としての支援機器の可能性について
- 第6回 平成29年3月 (ICFの)具体的活用事例

② 当省が事務局として運営するICF専門委員会の委員12名

石川 広己、出江 紳一、井上 剛伸、大谷 俊郎、奥平真砂子、小原 秀和、鎌倉やよい、才藤 栄一、齋藤 秀樹、中村 耕三、橋本 圭司、林 玲子



<シンポジウム会場の雰囲気(第6回)>

③ ICFサーベイの結果

本年7月にFDRG事務局より、ICFの認知度や活用度を調査するため、メンバー国にICFサーベイが送付された。当室では、第6回シンポジウムの参加者を中心に調査用紙を配付し、約200人から回答があった。回答者の大半は医療機関に従事している20～40代の者であり、主な回答の内訳は下記コメントと共にグラフにて表示した。

1. ICFの使用期間

ICFを使い始めてからの期間は「5年以上」が全体の3割を超えて最も多く、次いで「10年以上」であった。

2. ICFの用途

ICFを使用する用途は、「臨床現場」が全体の7割を超えて最も多く、次いで「教育」であった。

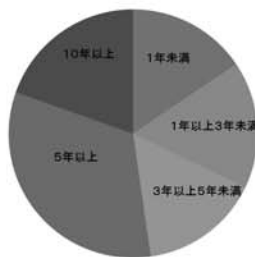
3. ICFデータの収集源

ICFを使ったデータ収集をしている場合のデータ源は、「本人の自己申告」によるものが約2割と最も多いが、全体では、「データ収集は行っていない」が約半数を占めていた。

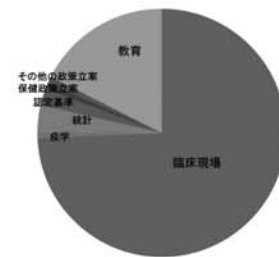
4. ICF評価点の活用有無

ICFの評価点の活用について、実際に使用しているケースは全体の約2割程度と少数であった。

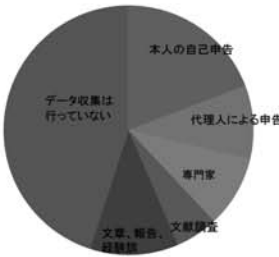
1. ICFの使用期間



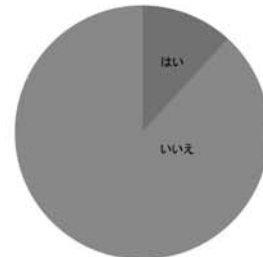
2. ICFの用途



3. ICFデータの収集源



4. ICF評価点の活用有無





第7回 厚生労働省ICFシンポジウム

ICF活用で拓く未来社会

～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

ICFを活用した医療・福祉連携

～稲城市における介護職種向け研修の活動報告～

及川暁¹⁾、田中竜太郎²⁾、鶴岡麻貴³⁾、吉内真也⁴⁾、松永潤⁵⁾

稲城市立病院 リハビリテーション科 理学療法士¹⁾、特定医療法人研精会介護老人保健施設デンマークイン若葉台 リハビリテーション科 理学療法士²⁾、社会医療法人河北財団あい訪問看護ステーション平尾 作業療法士³⁾、稲城市福祉部高齢福祉課 理学療法士⁴⁾

はじめに

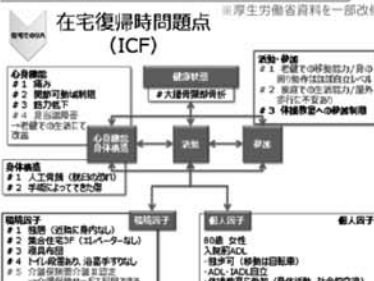
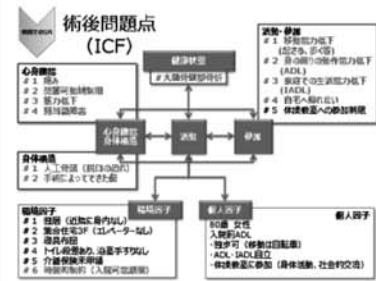
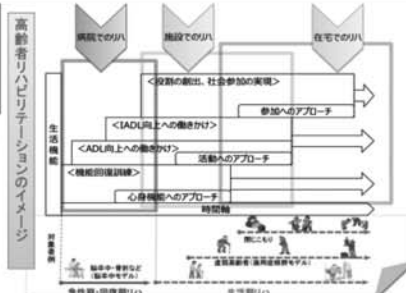
高齢化が進む我が国において、高齢者の自立を支援していくためには医療・介護・福祉領域における多職種連携が必要不可欠である。多職種間で問題点や目標を共有する為の共通言語としてICFの活用が期待されている。東京都稲城市では在宅医療・介護連携推進事業の一環としてリハビリテーション専門職による「介護職種向け研修」が行われた。リハビリテーション専門職が、なにを考え、どのようにアプローチしていくかを他職種へ紹介するにあたり、一部ICFを活用したため以下に報告する。

目的・方法

目的：介入時期の変化に応じて、リハビリテーションの問題点や目標も変化することを介護職種に紹介すること
方法：架空症例を設定し病院・老人保健施設・在宅医療に従事するリハビリテーション専門職が、各時期における問題点と目標をICFを用いて抽出した
なお研修内容のフィードバックのため参加者にアンケートを実施した

症例

80歳女性 右大腿骨頸部骨折（人工骨頭置換術施行） 術後、軽度の見当識障害あり
受傷前独居 独歩可能 近隣に子供や親戚は住んでいない
集合住宅3階（エレベーターなし） 寝具は布団トイレ洋式（段差あり） 浴槽は半埋め込み（手すりなし）
認知機能面は問題なし 普段の屋外移動は自転車
ADL、IADLは自立 積極的に体操教室などに参加して、身体活動、社会的な交流を維持していた



目標：退院に必要な（最低限の）基本動作やADL・IADLの獲得、自立度の向上

- 早期離床、活動性向上
→術後のリスク軽減
- 原疾患の改善（心身機能の改善）
→ROM改善、筋力向上、疼痛緩和、精神賦活など
- 自主練習方法の獲得

目標：在宅生活に必要なADL・IADLの獲得

- 在宅状況の把握
- 活動能力の改善
→歩行能力の改善、在宅生活で行う応用動作能力の獲得・向上
- 自主トレーニングの獲得
- 多職種協働による生活リハビリへの移行

短期目標：自宅で安全に過ごせる

- 自宅での生活動作/環境確認
→風呂敷位を避ける生活動作の確認を含む
- 自主トレーニングメニューの提案/確認

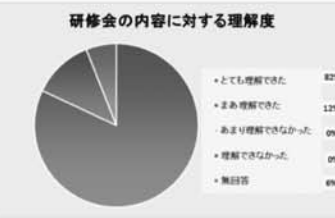
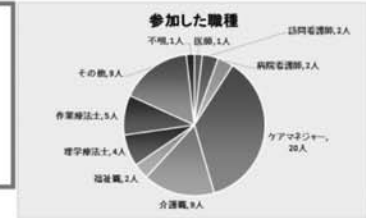
長期目標：体操教室へ行く事ができる

- 体力/筋力の底上げ
- 屋外歩行訓練
- 外出時の動作を確認した上での歩行スタイルの検討
- 援助者の有無の確認

アンケート

対象：研修会に参加した55名
回収率：90.9% (50/55)
＜アンケート内容＞ ※今回は職種と理解度のみをデータとして紹介する

- 職種
- 研修会の内容に対する理解度
- リハビリテーション専門職に期待すること
- 研修会の感想
- 今後のテーマについて



まとめ

今回の研修は東京都稲城市が主催し、急性期・回復期・生活期のリハビリテーション専門職が共同で行った。介入時期の異なる専門職が共同で研修会を行うにあたり、ICFを活用することで、一人の対象者が入院してから在宅生活へ復帰していくまでの継続的变化を、わかりやすく表現することができた。アンケートでも、回答者の94%が研修内容に対して「理解できた」と回答していることから、研修参加者にも効果的に伝えることができたと言える。今回の取り組みを通じて、ICFを共通言語とすることでリハビリテーション・介護職種などの多職種による情報共有と、急性期・回復期・生活期にまたがる情報伝達の流れを、円滑に進めていく一助となる可能性が示唆された。

■協力

日本医学会

公益社団法人 日本医師会

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 日本在宅医学会

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)

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)内) 平日10:00~12:00、13:00~16:00

〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹

TEL 0422-24-6817 FAX 0422-24-6812

開 会 挨拶

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 中村耕三

ただ今、ご紹介をいただきました委員長を拝命いたしております中村耕三です。どうぞよろしくお願いたします。委員会の現在のテーマは、ICF の活用の促進とそして普及啓発活動でございます。私、今日ここに一冊の雑誌を持ってまいりました。これはリハビリテーションの民間の総合誌でございますけれども、その今月号の特集が、「リハビリテーションにおけるICF の活用」であります。私は最近このようにICF という言葉を聞く機会が増えてきたかなと感じておりまして、大変喜んでおります。

振り返ってみますと、このICF の検討が始まり正式にWHO で発表されたのが2001年でございます、その日本語版ができましたのが2002年で、その年に日本で公表されたわけでございます。しかし、実際のその活用におきましては、コード化するときの煩雑さがどうしても普及あるいは利活用の阻害になっているということで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というのが発表になったのが2012年でございます。そして、その日本語版ができましたのが2015年で、これには日本リハビリテーション医学会の皆様の大変なご努力があつて2015年に発表されたということでございます。

ただ今、統括官からお話がありましたように、医療、介護あるいは障害をお持ちの方への支援ということ、ICF の視点から見ますと、私は少なくとも二つのことが指摘できると思います。一つは関わる方が多職種、多くの職種の方が関わるということであり、初期のころの医師、看護師だけではなく、PT、OT の方、あるいは薬剤師の方、あるいは保健師の方、栄養師の方、それからケースワーカーの方、あるいはケアマネージャーの方など、非常に多職種の方が関わっていただけるようになってきたということがあります。もう1点は、そのサービス・支援が行われる場所の違いであります。これも非常に多様になっておりまして、病院だけではなく、回復期あるいは施設、在宅というように多方面にわたってきております。これは、いわゆる機能分化ということでございますけれども、しかしその中心におられる患者さん、介護をお受けになる方、あるいは障害をお持ちの方というのは一人の個人であります。そうしますとその方の状態を理解し連携するためには、言葉・情報として共通言語が必須な状況が来ております。ICF はその共通言語の有力な候補であります。

本日は、ICF を利用あるいは活用するために様々な工夫などをなされておられる方をシンポジストにお迎えをいたしておりますので、今回のシンポジウムが、シンポジスト間だけでなく会場の皆様を含めまして、情報の共有の場になれば大変ありがたいと思っております。これから半日の日程ですが、どうぞ最後までよろしくお願い申し上げます。

基調講演『なぜ WHO は ICF を重視するのか -Why WHO's Focus on ICF ? -』

アラルコス・シエザ（WHO 非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部
BDD（視覚・聴覚障害予防・障害及びハビリテーション）コーディネーター



2014年9月にWHOに加わる前は、英国のサウサンプトン大学社会人間科学部で医療心理学の教授を務めた。スペインのマドリードで心理学修士号を取得後、ドイツ・ミュンヘンのルートヴィヒ・マクシミリアン大学ミュンヘンで公衆衛生修士課程を修め、医療心理学で博士号を取得した。

同大学の物理療学リハビリテーション部およびベッテンコーファー公衆衛生校で10年以上に渡って研究ユニットを率い、WHOとの協力で、2001年にWHO総会で承認されたICFとWHO-QOL(The World Health Organization Quality of Life)、WHO-DAS(The World Health Organization Disability Assessment Schedule)等の健康指標との関連付けの開発を一貫して行い、WHOが定めるWell-beingのモニタリングのための有効なツールとしてのICF活用の基盤を整備した。

WHOでは、リハビリテーション政策およびケア、地域リハビリテーション、ICFデータ集積、リハビリテーション・障害研究を担当している。

これらはすべて、「WHO障害に関する世界行動計画2014~2021年(WHO global disability action plan 2014-2021)」の推進に貢献するものである。

皆様おはようございます。酒光様、中村様大変あた
たかいお言葉ありがとうございました。また、厚生労働
省に御礼を申し上げます。お招きいただきありがとうございます。
また、ICFについてのシンポジウムを開催し
て下さってありがとうございます。皆様とともにここに
参加できまして大変うれしく存じます。

既にお話があったところですが、2001年と言うの
は重要な年でした。なぜかと言いますと、ICF 国際生活
機能分類が世界保健総会で支持、採択されたからです。
194 国加盟国によって支持されました。このような支
持があったということで、194 各国の各国の保健省がコ
ミットをしたということになります。国際生活機能分類
(ICF) を活用する、そして生活機能についての情報を収
集するという事にコミットしたことになります。

私にとっては個人的にもこの年は重要な1年間でした。
この年に私はICFを発見したからです。研究者として
のキャリアを1990年代にはじめました。QOLの研究
者としての生活を始めたわけですが、2001年にICFを
発見してからあらゆる物事が腑に落ちるようになったわ
けです。理解できるようになったわけです。発見しまし
たと言いますか気が付いたということなのですが、ほと
んどのQOLに係わる手法というのは、生活機能について
評価している、生活の質について評価をしているとい
うことでは、実はないということです。それがICFによ
って分かったことです。

もうひとつICFによって分かったことは、個人は能
力の制限を経験します。例えば能力の制限としてはエネ
ルギーが制約されているとか、記憶が制約される、食欲

が制約される、それが情動機能にも影響を及ぼします。また、活動の制限もあります。たとえばセルフケアであるとか、コミュニケーションが制限される、移動が制限される、また参加の制約もあります。例えば仕事あるいは対人関係における制約などです。これら活動制限そして参加制約というのは私が理解していたところでは、これは健康状態、例えば抑うつ状態にあるかといったことに関係しています。これは以前から分かってはいたのですが、しかし ICF によって、こういった能力の制限であるとか活動制限、参加制約というのは単に健康状態に関連しているのみならず、環境の中に人々が暮らしている、そしてその個人がその人たる由縁につながっている。

したがって、これらの制限制約というのは、非常に大きなインパクトを及ぼす。活動制限や参加制約が、どの程度のものであるのかということによって影響を及ぼす。そして良い医療ケア、それから職場でのサポートがある、あるいは家族のサポートがあるといったような環境があれば、活動制限や参加制約や能力の制限など、制限が重度であったとしてもサポートにより緩和され、それほどの制限を経験しないという事が ICF によって分かりました。

このようなコンセプトつまり生活機能と障害というコンセプト、また ICF とつながった生活機能の理解のしかた、これはある健康状態にある個人とその個人と暮らしている環境との相互作用というかたちで捉えていくというもので、これが重要な捉え方であると評価するようになりました。ICF はそういった素晴らしい内容を持っているのですが、それだけでは十分ではありません。というのは、生活機能についての人間の経験を記述するためには、このようなモデルで理解していることを言葉で記述しなければなりません。

健康状態を記述するというのであれば、それはその為のボキャブラリーを使って記述しなければなりません。誰もが使っているボキャブラリーを使うほうがうまくいくでしょう。したがって国際疾病分類 (ICD) の用語を使うことが重要なのです。また、ボキャブラリーとしてターミノロジー、用語として同じ方法で同じ用語を

使う。そしてさまざまなこのモデルの構成要素で使われている用語がありますが、それが同じかたちで言葉が使われるということが重要です。そういった意味で ICF は分類としてとても重要であると私は評価するに至りました。

用語、言葉を示している能力の制限活動、制限、参加制約そして環境因子などの用語を記述しているからです。そして生活機能の経験を記述するためには包括的であればなりません。したがって、ボキャブラリーとして 1,500 ほどの用語があるのです。それをすべて使って生活機能を記述する必要はなく、そのうちのごくいくつかしか必要ではありませんけれども、これだけ網羅的に用語が揃っている。

そして、その中から関連性がある用語を選ぶことができるようになってきました。これが重要な点で、2001 年に ICF について発見した時に私は認識しました。その後 10 年ほどにわたって ICF についての研究を行いました。皆様の多くも研究者でいらっしゃると思いますが、研究者として ICF の研究を行ったことによって素晴らしい基盤、土台、それから用語を使うことができるようになりました。ICF というものがすぐれたベースになっている。そして、研究ギャップを文献において特定するうえでも役に立つということが分かりました。

また、尺度、アウトカムの尺度などの正当性についても検討するうえでも役に立つ、またアウトカムの測定尺度を作るうえでも役に立つ、また ICF を使うことによって様々な調査、異なった集団の調査をリンク付けし、ふたつの異なる集団の生活機能の水準について比較することもできる。臨床の現場においても兆候症状を患者さんについて記述をしたり、治療計画を作るうえでも役に立ちます。医療コストを予想するうえでも役に立つものです。スライドでお示ししていますけれども、文献のリストのページもありまして、ICF がなぜ有用であるのかということについての参考文献も記しております。

2014 年、先ほどもご紹介いただきましたけれども、(私は) WHO に入りまして障害データも含めて、それからリハビリテーションなどの分野での仕事に就くよう

になりました。リハビリテーションサービスが世界中で提供されるようにということも含まれています。WHOはどういうところなのか、WHOに加わったあとに保健情報システム（HIS）についてよく理解するようになりましたし、HISが何のためのものであるのかということも理解するようになりました。HISは極めて役に立つものです。保健省が持っている情報システムです。そして、この情報というのは指標などを提供するものです。指標としては、ある国がどれくらい保健の分野においていろいろなレベルで良い仕事をしているのか、集団に対して国民に対して健康サービス、保健サービスを提供する上でどれだけ良い仕事をしているのかということを示す指標も含まれています。なぜ、このHISがとても重要なのか、WHOに入って理解するようになりました。

HISは政策立案者にとってもベースを提供する。そして、企画者マネージャーに対しても情報提供する。そして、臨床家にとってはエビデンスに基づいた意思決定を行うための情報を提供するものです。良い情報システムがある、そして良い指標が含まれている。そして、これはデータ、HISのデータに基づいているのであれば、政策立案者は決定をすることが可能となります。集団あるいは国民の健康問題についてエビデンスに基づいてどのようなアクションをとるべきか、計画を作ることができ決定をすることができ資源を適切に配分することができます。

また、プランナーやマネージャーにとってはHISのデータがあれば、より効果的な保健サービスを作り、設計し、サービスについてモニタリング評価をすることができます。どのように保健サービスが機能しているのか、モニタリングそしてエバリュエーションをする。そして臨床家はエビデンスに基づいたサービスを提供することが可能となります。

しかし、私はWHOに加わった時、とても驚きを感じました。なぜなら、HISが何のためにあるのか、そしてなぜ重要であるのかを知ったためです。世界中のHISを検討してみると、ほとんどの国ではHISには生活機能の情報が入っていない、あるいはICFを使っていません。

そういう国が非常に多いということに驚きを感じました。恐らくいろいろな異なった理由があって生活分類の情報がHISに入っていない、あるいはICFが用いられていないのでしょうか。その理由について議論することはできませんが、その理由はどうであれ、私がお伝えしたいメッセージはもはやこのような状況を続けていくことができないということです。

HISの中に生活機能の情報が入っていないということのままにしておいてはいけないということです。というのは、そういった状況でありますと政策立案者そして保健セクターのマネージャー、それから臨床家が考慮することができない。生活機能に関する情報を考慮することができない。そして、エビデンスベースの意思決定をすることができないということになってしまうからです。

なぜ、これがもはや許されない状況になっているのか、それは、現時点では自信を持って言うことができませんけれども、15%、これは過小評価ですけれども、これは世界人口の少なくとも15%が機能制限を持って暮らしているからです。大体ですが、この15%ということになっています。この数字も急速に上昇しつつあるということです。なぜかという人口及び健康のトレンド、人口及び健康のトレンドとはどういうことかと言いますと、例えば世界の人口を考えてみて下さい。すぐにわかるはずです。感染症に関わって苦しんでいる人たちの数というのは減ってきています。しかし今でもまだ世界中には外傷、怪我を抱えつつ生きなければいけない人たちは横ばいです。一方でNCDに罹ってしまう人たちが急速に伸びています。

この非感染性の疾患（NCD）というのは、例えば筋骨格系の障害であったりとか、精神保健の問題であったりとか、または心血管系の疾患例えば糖尿病、心疾患、その他呼吸器系の疾患、肺、喘息など抱える人たちのことを言っております。つまりNCDを抱えて生きている人たちの数がどんどん増えているということです。言うまでもなく高齢化ということがあります。日本はそのうちもっとも先進国と言えるでしょう。急速に人口の高齢化

が進んでいます。ということは、今生活機能の制限を抱えつつ生きている人たち、また重大な制限を抱えている人たちの数が大きく増えているわけであります。

NCDを抱える、怪我をしたとする、それから高齢化。もちろん、これは生活の一部として生活機能の制限を受け入れなければいけないような状況になっています。ということは、生活機能の情報が必要だということなのです。それを使って保健分野、医療分野における意思決定をしなければいけない、そのニーズがますます高まっているという事なのです。

現在、実際にこれまでであればうまくやってきたと言えると思います。HIS、今の既存のものでデータを含め、死因、疾病に関するデータが入っている。それだけでもうまくやってこられたのですけれども、今後はそうはいきません。絶対にこれからは生活機能に係わる情報が必要なのです。我々の意思決定の基盤と基にするために裏付けをするために生活機能のデータが必要なのです。皆様の中にはご存知かもしれませんが、多くの研究の結果、これを支持されているということがわかるかと思えます。いくつかの研究についてご紹介をしたいと思えます。なぜ、生活機能の情報が重要なのかということを示唆したものです。

二つの最近の研究の結果です。まず一つ目、今日お話ししたい研究の一つ目は、術後の合併症について高齢の成人において何が予測因子になるかということで、これまでの体系的なレビューをしました。実際に予測因子はフレイルであったりとか、これはやはり生活機能の制限に大きく係わるものです。それから、認知障害であったりとか鬱障害であったりということが予測因子となったわけです。また生活機能という領域でもあります。ですので、通常型の年齢とかその他の予測因子、歴史的に使われてきたものはあまり重要性がないということが分かったのです。

もう一つの例、もちろん最近の研究なんですけれども、今のこの様な疑問に答えようとしています。生活機能に係わる情報は、医療コストをうまく予測できるのかどうか、例えば気分障害、不安障害の患者さんの医療コ

ストの予測因子としてどのくらい使えるものかということの研究したものです。この研究によりますと、生活機能の情報の予測度というのは、医療コストの予測がはるかに高かったということであります。これまでの診断とか症状の重症度と言った伝統的な因子よりは、より良く予測することが出来たということを示しています。

最近のこの2本の研究だけをみてもいかに重要であるかということがお分かりになるかと思えます。

つまり生活機能情報を検討し、考慮に入れて医療保健分野における意思決定の基にするということが、いかに重要かがわかるかと思えます。皆さんの中にはご存知かもしれませんが、GBDというグローバル、世界の疾病負担の研究が行われたものですけれども、例えば、グローバルな世界の疾病負担に係わる研究から何がわかるかといいますと、この研究はうまく伝えていたと思えます。高度の生活機能の制限であったりとか、障害といったことに関して関連するものを示唆しているものが書かれていました。また、ここの研究の中にはいかに集団が高齢化しているのかということについても示唆しています。

例えば日本においては生涯生存年数でトップ10の理由です。2016年における推定ですけれども、腰痛または感覚器の障害、皮膚疾患または鬱障害、糖尿病となっています。6位が偏頭痛、転倒などと続いています。これは生涯生存年数のトップ10の理由です。こういった情報が手に入っている、またこの下のグラフから分かるようにいかに急速に国民、日本の国民が高齢化しているかということを示しています。このカーブですけれども、はるかに速くグローバルな世界の疾病負担において研究で推定するよりも、はるかに速いスピードで高齢化が進んでいるということが分かります。

今日お伝えしたいメッセージは、この情報によって世界の疾病負担（GBD）の情報が提供する、示唆するところは特定の課題に重要性を与え、そして、グローバルなレベルにおいて相対的に政策立案をしていく、しかしながら、それは重要ではあるのですけれども十分ではない。この情報だけを検討して意思決定をするというのは、

その国全体、国民の為の医療に関して意思決定をするには十分ではないということなのです。

なぜかと言うと以下の理由があるからです。GBDの疾病負担のデータだけでは、その中で考慮されて良いのは、いわゆる私たちが使う ICF の言語ではキャパシティ、能力ということだけを検討しているのです。つまり内在的な身体能力です。これだけを考えているのです。例えば四肢の切断といったような状態があったとします。どのくらいの負担がありますか。自分自身の身体で内在的な能力を考えた場合どのくらいの負荷がありますか。

GBD においては、いわゆるパフォーマンス、ICF における実行状況とかを考慮しない、あるいは機能的な能力は考慮しないのです。GBD の中には環境の要因を考慮に入れていたのです。実際に自分の日常生活でどのように機能しているかということを考えていないのです。意思決定、政策決定を医療の分野でやっていく、そして国民が何を必要としているのかという事を決定するためには、両方の側面の情報が必要なのです。

内在的な本来の能力キャパシティの情報とパフォーマンス実行状況及び機能性の能力の情報が両方必要だったのです。このようなファンクショナルアビリティ、機能性能力及び実行状況、パフォーマンスの情報が極めて重要なのです。

また人口の高齢化と言う視点からも重要なのです。WHO にとりましては、この高齢化の視点からみるとこれは本当に重要でまた根本的なものなのです。最近発表された高齢化と健康に関するワールドレポートの中には、ヘルシーエイジングの定義はファンクショナルアビリティに基づいて定義づけされているのです。つまり、いかに日常生活の活動を実行するのかということに基づいているのです。

この高齢化と健康に関するワールドレポートの中ですが、ヘルシーエイジングの定義というのは、機能性の能力を育成し維持するというプロセスであるというふうに提言されています。この能力によりまして人々の高齢における幸福、福祉が可能になります。WHO におきましてはこのコンセプト、キャパシティ、能力 18 の視点

からこの機能性の能力を捉えています。この曲線ですけれども、これ生命曲線です。ある人の生存曲線というかある人の内在的な能力の曲線です。生まれたときには通常は高度のレベルの将来、生まれつきの能力、キャパシティのレベルは高くあります。

しかし時間が経つとともに年を取ると下がっていきます。制限がかかってくるようになります。高齢化すれば、我々は皆経験します。もし支援型の環境があれば、我々の機能的なアビリティ、機能能力というのは、内在型、将来型の能力も高くなります。

例えば四肢を切断したとしても支援器具を使うことができれば、人工四肢を使うことができれば私の内在的なキャパシティは低いかもしれないけれどもファンクショナルアビリティは高く上げることができるのです。ということは医療の視点からみても重要な概念なのです。また医療またソーシャルケア社会福祉の視点からみても重要なのです。

つまり、内在型、将来型のキャパシティ能力を改善しなければなりません。本当に人々にとって重要なのは、どうしたらファンクショナルアビリティこそ高めることができるのかということが重要なのです。つまり、それを高めて機能性のアビリティ能力を維持します。それを、人生を通じて高く維持することができるのか、それこそが重要なのです。環境が本当に重要な役割を担っています。

私としても環境が整って、ほとんど障壁がないような環境にしたいと思うし、それから、できるだけ環境の中で促進的な因子があるような環境にしたいと思っています。なぜかと言うと環境は影響を与えるからです。キャパシティとそれからファンクショナルアビリティに対して影響を与えているのは環境だからです。

つまり GBD の研究が行われましたけれども、このグローバルな疾患負荷の研究というのをするのは、それ自体重要でありましたけれども、しかしながらその GBD 研究で考えられていたのは、このイントリンシック、将来の内在型のキャパシティだけを検討したものであってファンクショナルアビリティを検討しなかったということ

を申し上げておきたいと思います。

なぜ生活機能の情報を集める必要があるのかということについての理由にさらに深掘していきますけれども、グローバルな疾患負担の研究をみていきますと、これは合成的な指標であるということが分かります。このシンセティック、合成というのはどういう事かと言いますと、この障害の重み、実際に全体の集団において負担の価値です。ある一定の健康状態に対して与える重みがあります。これは直接人から起因するものではありません。つまり疾患を抱えている人に起因するものではありません。直接出てくるものではない。例えば重みといった場合には完全な健康状態であればゼロそして1が死亡です。その中で重みづけを行います。

例えば失明であれば0.2 くらいの重みを与えます。それから大鬱であれば0.6 くらいの重みづけをします。骨髄障害であれば0.7 といったようなウェイトを与えていきます。時にはその集団の捉え方によって、この重みウェイトが高くなったり低くなったり変わります。こういったことを検討、考慮しなければなりません。グローバルな疾患負担の研究結果を使うときにはこれを考えなければいけません。

今日お伝えしたいメッセージというのは役立つ情報ではありながらも、しかしながら政策決定をするときに、国レベルで政策決定をするときにどのようにすれば国民の生活を向上することができるのかという政策決定には更に追加的な情報が必要だということなのです。ではここまでのところをまとめます。

私が申し上げたのは生活機能情報を収集することというのが益々重要なこととなっています。なぜかというエビデンスに基づいた医療の決定を行うために必要になってきています。GBDの研究においては有益ではあるが、しかしながら十分ではない情報しか得られませんでした。国レベルにおいての医療の意思決定には十分ではないということが分かりました。

では、ここで出てくる疑問はどのようにすればこのような課題に対応することができるのか、つまり生活機能の情報を統合し HIS の中に取り込んでいくことができ

るのかという課題です。

今現在はどのようにこの課題に対応するかということ、計画するためには、やはり我々が認識を持っていないければいけません。何がグローバルな、あるいは世界的なアジェンダ、重要、優先事項がなんなのかということを考えなければいけません。そしてそれをわれわれの検討の中に入れていかなければなりません。グローバルな国際的なアジェンダにのっている優先事項はなんなのかということを考える必要があります。そういったグローバルなアジェンダというのは、この国連の組織において政府の組織であったり、または NGO であったり、または一般全体においてこのような持続可能な開発目標というのを策定しております。

これは非常に重要な、これは非常に野心的な目標でもあります。みんなが尽力しなければいけません。なぜ野心的かというすべての障壁を取り払おうとしているわけです。今邪魔になっている、また持続可能な開発を難しくしているすべての障壁を取り払おうとしているがためにアンビシャスな野心的な目標なのです。

WHO におきましては我々の焦点をあてているゴール、目標はといいますと目標3です。これはあらゆる年齢のすべての人々の健康な生活を確保し、福祉を促進するというものです。これはいい目標です。やるべき果たすべきいい目標だと思います。なぜかという、これは横断的な全般的な目標です。健康だけではなく持続可能な開発におけるいろいろな側面に対応するものです。

我々というのは、健康というものそれ自体が持続可能な開発に大きな影響を与えるものだし、また持続可能な開発がまた健康に対しても大きな影響を与えます。ですから健康に対応すれば、このSDGのアジェンダにも対応することができる。この目標に取り組むことは非常に良い事だと思います。

目標3にはいろいろなターゲット、目標があります。これらの目標を達成しなければなりません。このうちのひとつの目標は本当に根本的なものです。なぜ根本的なものかと言いますと、この目標をターゲットとしますと全体的なこれらの目標すべてが解決できるというものだ

からです。

それはなぜかと言うと、ユニバーサルヘルスカバレッジというものです。私たちは WHO の視点からみるとその仕組みは分かっているはずで

つまり、持続可能な開発目標にヘルスが貢献し、そしてヘルスも貢献すると。このユニバーサルヘルスカバレッジというときにはどのようなことを意味して言っているのでしょうか。ここで意味しているのは質の高い、そして必要不可欠なサービスの提供です。何のためかと言いますと健康増進、予防、治療、リハビリそして緩和ケアの為です。そして、それをニーズに基づいて提供するという事です。ニーズに基づいてというところが重要な部分です。

また、二つ目の重要な部分は、財政的な困窮からの保護です。WHO の分類として3つの主だったものがあります。ICD-11 と ICF、そして ICHI があります。今後2年間で出版されることになっています。また WHO の観点からは、ユニバーサルヘルスカバレッジという観点からこれらの分類は基本的なものです。なぜ基本的なのでしょう。保健戦略、ユニバーサルヘルスカバレッジの中で保健戦略が語られています。プロモーション予防、そして治癒的治療、リハビリテーションそして緩和ケア。これらが入っている保健戦略です。どのようにモニタリングをするのか、この保健戦略をきちんと実施できているのかモニタリングをする。そのためにはインパクト指標が必要です。そして、それを HIS の中に取り込んでいくことが必要です。

健康増進の戦略が優れた戦略であったとすれば、健康が増進されるはずですので、集団の健康の情報が必要です。ICF はその情報を提供する上でとても役に立つツールとなります。また、予防戦略を実施するときには疾病予防を行わなければなりません。そこで必要なことは、有病率、罹病率についての情報を集めます。そのためには ICD を使うことが必要不可欠となります。また、治療戦略においては死亡率を下げる、そして回復を達成する、また疾病管理を達成するということが重要で、死亡率については ICD が重要ですが、回復それから疾病管理にお

いては、ICF も基本的な役割を果たします。

また、リハビリテーションにおいては、ここで達成したいのは生活機能の最適化です。健康状態に鑑みて生活機能を最適化するという事で基本的な分類は ICF という事になりますが、ICD も考慮することになります。このようにして標準化されたかたちで情報を収集することが出来る。そしてユニバーサルヘルスカバレッジの基での保健戦略の実施状況について情報を集めることができるわけです。WHO においてもこれは大変重要です。WHO の分類がそれにおいて重要な役割を果たします。そして ICHI も重要ですし QOL についての情報も重要です。この ICHI は将来的に使われることにはなりますが、体系だったかたちで情報を収集していく中で重要な役割を果たすことにはなります。どういった医療行為を行ったのか、この保健戦略、各項目の中でどのように介入が行われたのかの情報を集める上で ICHI が重要になります。健康増進、予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアすべてにおいて使われることにはなります。

日本という国としては主張があるかもしれませんが。ユニバーサルヘルスカバレッジはもう既に達成できていると日本については主張なさるかもしれませんが、確かにその通りです。国民全員が保健サービスへのアクセスがあります。それはその通りですが、しかし重要な意味合いがあります。WHO が保健サービスそして保健健康増進予防治療リハビリテーションそして緩和サービスという場合には保健サービスを提供するうえでその保健サービスが統合されたかたちで提供されていないと考えると考えています。

したがって保健サービスは、その管理のされ方、提供のされ方としてそのサービスを受け取る人々が、継ぎ目がないかたちで連続態というかたちでサービスを受ける必要があります。健康増進、疾病予防、診断、治療、疾病管理、リハビリテーション、緩和ケアが連続して継ぎ目なく提供される必要があります。さまざまなレベルのケア、また施設の如何に関わらず調整されていなければならない。保健セクター内外においてコーディネーションされていてニーズに基づいて生涯にわたって提供さ

れなければなりません。

ユニバーサルヘルスカバレッジを達成できている国は数多くあるかもしれませんが、その中で課題となっているのは保健サービスの統合です。保健サービスの統合というかたちであればより効果のあるサービスとなり、そしてアウトカムにおいてもより実効性が高まるからです。これもモニタリングをする必要があります。ですから、情報を集めることが必要です。そして、どの程度統合されたかたちで保健サービスが提供されているのかモニタリングをしていかなければなりません。

WHO においてはユニバーサルヘルスカバレッジして統合ケアを可能とするために保健システムの強化ということを図っています。ヘルスシステム強化ですけれども、これはヘルスシステムの構成をすべて強化しなければなりません。優れたリーダーシップそしてガバナンスも必要です。保健、社会、福祉セクターにおいて優れたリーダーシップそしてガバナンスが必要ですし、財務計画も優れていなければなりません、

また基本的なものとして HIS がうまく機能することが重要で、それがうまく機能していなければすべてのものがきちんと機能しません。また、必要不可欠な医薬品や技術などが提供されていることが必要です。これらすべてが組織だったかたちで提供されていれば、統合されたヘルスサービスが可能となります。

ここで基本になるのが HIS です。そして、関連して出てくる疑問としては、では HIS を強化するというのは何を意味しているのか。生活機能に関連して HIS の強化は何を意味しているのかという事です。これについては、HIS におけるデータ収集でどういうレベルがあるのか様々なレベルを考えなければなりません。

収集すべき情報がありますが、世帯レベル、コミュニティレベル、患者、臨床レベル、施設、地区、国レベル、グローバルレベルといったレベルがあります。どういったツールで情報収集をするのかということを考えてみると、世帯それから地域社会についての情報を集めるためには世帯調査が必要ですし、また、患者さんについての情報についてはカルテが必要です。また、医療

施設についての情報が必要であれば、医療施設の登記情報など、地区のサマリーレポート、国のサマリーレポートそしてグローバルなサマリーレポートなどが必要になってきます。

情報のニーズ、つまりどういったインディケーターを報告すべきかについては、まず私たちは、保健調査を行った場合に、保健そして生活機能が集団においてどうなっているのかを理解したいわけです。また、患者さんから情報を収集して患者ケアの状態がどうなっているかを知りたい。つまり情報というのは量を考えると、世帯、地域社会レベルでも、また患者レベルでも集めなければならないということで膨大な情報となります。それらが累積されて積み上がっていくということになります。したがって ICF を用いることによって世帯調査のレベル、それから患者ケアのレベルで考えることが出来ます。残りの部分については、その患者それから世帯レベルで集められて情報を集積していけば良いからです。

では WHO は何をしているのでしょうか。WHO が行っているまず第 1 のことですが、情報を収集する、そしてポピュレーション、世帯調査といったレベルでの情報収集を行っています。WHO はモデル調査というものを作っています。生活機能そして障害についてのモデル調査です。このモデル調査で情報を集めますが、能力について、これは身体の固有の能力について、それからパフォーマンス、それから機能的能力についての情報も収集します。これは ICF に完全に基づいた調査です。

したがって情報の収集については ICF に基づいてそして ICF をベースとして使って ICF の分類に基づいて情報を収集します。それによって情報を集めて、集団の本来固有の能力はどのようなものか、そして機能的能力はどのようなものなのか各ステージにおいて知ることが出来ます。ギャップがあるのか、またそのギャップの原因は何かということも知ることが出来ます。

調査については詳しくは語りませんが、またディスカッションの時により詳しくお話しをすることも出来ますし、E メールを送ってくださってもかまいません。これら調査はチリ、スリランカそしてフィリピンで

国レベルの調査として行われておりまして、パイロット調査としてそれ以外の国々でも行われており、またこれから調査を行っていく方向に動いている国も数多くあります。

WHO が行っている2つ目のこととしまして、ICFを、HISに統合するために行っていることは、ICFをICDのシステムに統合をするということです。ICD分類に統合をするということです。現時点でかなりの作業が行われています。どういったかたちであるのか、現状についてICDのツール、システムの中のICDのツールについて図式化してお示ししたいと思います。

ご覧の様にICDの土台となっているところ、基盤にはいろいろな構成要素があります。これは他の分類システム、例えばICFなどとの関連性がありますし、用語としても関連性があります。ICDのツールはこういったかたちになっています。今現在ICDのレベル、ベータドラフトバージョンですけれども、左側をご覧ください。

次のICD-11のバージョンにおいては、疾患がこのように分類されていきます。例えば15.16.17が続いてここまで来ます。そうすると生活機能の為の補足セクションというところが出てきます。ここからアクセスもできます。例えば自分のコンピュータを使ったICD-11と検索していただければ直接できます。ここをクリックしていただきますとこのセクションの中ですべての様々なチャプターが出てきます。ICFの分類のすべてのチャプターが出てきます。

将来考えているのはICD-11をコーディングで使うときに、同時に皆さんはシンプルな本当にシンプルな方法で複雑ではありません。いろいろなドメイン領域で生活機能の患者さんが抱える制限は何なのかということを選ぶことができるようになります。考え方としてはICD-11でこれをICFとともに統合して、これを病院であったり一時かかりつけ地域医療専門医そして長期療養、公衆衛生でも使われる。そしてすべてICFについての情報を収集すれば、その情報のコミュニケーションをはるかにやりやすくなるだろうし、情報のコーディネーションもやりやすくなるだろうし、サービスのコーディネー

ションもサービス間で行うことができるだろうと、そういう方向性でやっています。

今はじめたばかりで日本にも期待しております。日本には是非このようなツールをテストしていただきたい。そして実施していただきたいと思っています。しかし、いま申し上げたような理由から考えています。まず最初にお伺いしましたけれど、おもなICFの課題の一つと言うのがアプリケーション。臨床における活用、応用です。あまりにも広範囲すぎるということなんです。確かにICFは広すぎますよね、しかし臨床の中で様々なかたちで使うことはできるでしょう。適応させることができます。ICFを自分自身の目的にかなったかたちで使うことができると思います。

これからお見せするのは、どのようにして実際にドイツで使われてきたかという例をお示ししたいと思います。こういうことは可能性としてできるんだということを見て頂きたいからです。この様な例を示すのは、このヴィジョンを策定するまでICDをもってそしてICFと一緒にして、それをすべての様々なケアの接点において導入するという、これは時間がいくらかかかりますので国レベルにおいてまず最初にイニシアチブをとって、すでに実施をおこなっているICFを臨床で使っていたところ、イニシアチブをとってもらおうと思ったわけです。

ICFについていろいろな研究がなされていると思います。実施に臨床において実用化するという方向でいろいろな研究もなされていると思います。日本においても。この例においては是非やりましょと、これが本当に根本的な必要なものなんだということを伝える。これを達成するために、この例のようなことをするのが不可欠なんだということです。

ドイツにおいては全国的なICFを実施しています。リハビリテーションの現場で行われています。クリニックにおいてドイツの社会障害保険という仕組みがあります。そのネットワークのリハビリの施設で、これは良い例なんです。がさきほど申しあげましたけれども、リハビリテーションの目標、目的というのは生活機能の最適化

であります。生活機能こそがリハビリテーションの中核的な狙いだからです。

ではどのように実施されてきたのか、こういったクリニックでどう使っているのかいろんなステップをとりました。まず最初に1,500ものカテゴリ、分類をICFで全部使うことなんてできないよと考えた。じゃあその一部の行動を抜き出そうと、これは、WHOでもやったのと同じです。ICDの時にミニマムセットという選ばれたセットがあります。本当にこれは記録するのも簡単にできる量です。

全体的な分類を見たいということであればその選択肢もありえるわけですが、しかし最初に目にするのは全部ではありません。更に一層下がると出てきます。まず最初に目にするのは、このセレクトされたものだけです。ドイツでも同じようにしました。このセクションで一連のものだけを選びました。

そして、そのコースのそれぞれのICFのカテゴリについてインストゥルメント指標4は、これは読む必要はありません。クリニカルテストをしまして評価をしました。このICFのカテゴリにおいてテストをしたと。この場合ですと対応するハインファインニュースという項目ですけれども、それに対応するカテゴリに紐づいていくというものです。次はこのテストから出てきたものをICFのカテゴリのクオリファイアをつけた分類に紐づけていくということをやっています。

このシステムの仕組みは詳しくは申し上げませんが、しかしながらいかに行われていたかということについては発表された論文で詳細は公表されています。そして臨床検査の中で情報収集しました。その後、電子診療録の中を見ていきますと、このあるセクションの中でその臨床情報、これまで記録が済んだ臨床記録をここに入力することができるようになります。ここがICFのカテゴリが示されているところです。

ご覧の通りコードはシステムの中では見られません。なぜかと言うとこのケースだと我々は臨床の現場ではコード付けしている必要はないだろうと、コードはバックグラウンドにあれば良いのだと、見えなくても良いという

決定をしてシステムでは見えないようにしました。ここで情報を入れますと標準化されたレポートです。これが標準レポートとして生成されてきますので、それを改定することはできます。

臨床家としてよろしければ改定することができます。その結果、情報提供で直観的なかたちに変えることができます。例えばクオリファイアをつけるとか点数をつける、スケールを使う代わりに例えばこういうスマイルを使うとか、グッドそれからオクケー、良くないといったようなこのドメインではこのような情報を入れることができます。改善、メンテナンス、維持あるいは悪化なのかということはこの生活機能の分野ごとに示すことができます。これもそれぞれのICFのカテゴリでできます。

課題として残ったのは合計スコアをどのように出せばよいのか、これは課題です。それには統計学的手法があります。その情報を宜しければ提供することもできます。このように総計ですが、これはもちろんコンピュータができますのでスコアが出てきます。点数が0点から100点で出てきます。生活機能、各患者ごとに点数が100点満点で出てきます。

各患者さんの生活機能に関してのスコア、点数が出てくればそれを総計集計することができます。施設レベルあるいは国レベルでデータを総計することができます。生活機能のレベルをそのクリニックにあるコミュニティの患者さん群において、あるいはコミュニティ同士で比較するということができます。

そして患者さんの記録から次のレベルまでつまりHIS、まずその為には施設レベルでのデータの総計集計が必要になります。もちろんモニタリング、それから情報に基づいた意思決定の為に必要になってきます。こうすることによって進捗状況の個々の患者さんについて継続的に臨床の現場でモニタリングをすることができるようになります。

お伝えしたいメッセージは、ICFは確かに複雑であるしかし実施は可能であります。臨床現場でも実施することはできます。重要なのはHISに組み込まれたものでなければいけない。つまり国レベルで行われなければい

けない。そして、どんな指標にするかということは皆さんで定義づけをしなければいけません、そうでなければ皆さんはこの情報を活用することができなくなります。それを使ってエビデンスに基づいた意思決定ができなくなってしまいます。

確かに日本においては、いろいろな実施例、ICF の実用例が行われております。是非是非、今日の発表の中で伺いたいと思います。あとポスターも見させていたいただきたいと思います。どんな例があるのかということを知りたいと思います。メッセージとしては、良好例もあるそれをスケールアップして国レベルに広げて HIS に統合していただきたいということです。

それでは、もう締めくくりに入りたいと思います。では簡単にまとめ、結語をメッセージとして本日の基調講演をまとめたいと思います。

まず、第1点目ですが生活機能に関する情報、これは根本的、基本的な医療、保健における意思決定の為に必要不可欠なものであります。健康そして集団、人口のトレンドを考えますと益々重要性が高まっているということです。

2点目のメッセージです。GBDの研究によっては有益な情報が提供されました。しかしこの疾病負担の研究だけでは意思決定には医療の分野では国レベルの意思決定には十分な情報ではなかった。それを超えて必要になるものがあります。ICF、WHO の分類、国際分類は非常に専門的なものではあります、しかし重要性のある、

また実施、持続可能な開発目標の実現といった文脈においても特に健康及びすべての年齢におけるすべての人の健康と福祉の促進という目標の達成においても重要であります。ですので、WHO におきましてはこの実施のためにも生活機能の情報というのはモニタリングにおいても、実施においても決してうまくはできないかもしれないけれど、しかしこの ICF を WHO においては HIS の統合に向けて促進しようとしています。

その方法は支援していただける国々において全国的な調査を ICF について行っていただき、そして2つ目 ICF を ICD に統合していただくことによって実施できると思っています。もちろん、これには時間がかかる作業も必要だと思います。日本と協力できることはうれしく思います。

日本というのは、これまでチャンピオン国の一つでありました。ICD-11 の開発策定、そして実施においてチャンピオン国の1つでありましたので、今後このチャンピオン、アジェンダの主導的なチャンピオンであり続けていいただきたいと思っています。できるんだということです。時間はかかるでしょうができるんです。臨床の中においても ICF を統合していただく、やって下さい。続けて下さい。そして、これを国レベルでスケールアップしていただきたい。それまで続けて下さい。

ご静聴ありがとうございました。そしてお招きいただきましたことに御礼申し上げます。

Why WHO's Focus on the International Classification of Functioning, Disability and Health

Alarcos Cieza, MSc, MPH, PhD
World Health Organization, Head Quarters, Geneva



2001



WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA54.21 (2001)



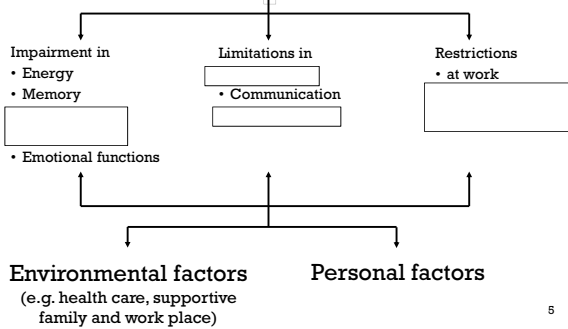
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

3

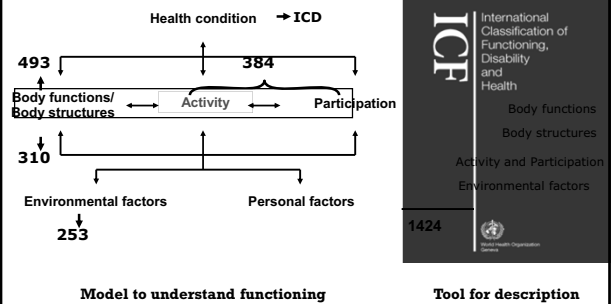
I discovered the ICF

4

Health condition (e.g. Depression)



5



Model to understand functioning

Tool for description of functioning

6

For over 10 years the ICF was basis of my research

7

The ICF as basis for

- literature reviews and identifying research gaps;
- studying the content validity of outcome measures;
- developing outcome measures;
- linking information of surveys and comparing the health of populations from different countries;
- describing signs and symptoms patients and creating treatment plans;
- predicting health care costs;
- ...

8

The ICF as basis for

- Literature reviews and identifying research gaps;
Cieza, Stucki. **Understanding functioning, disability, and health in rheumatoid arthritis: the basis for rehabilitation care.** *Curr Opin Rheumatol.* 2005 Mar;17(2):183-9.
- Studying the content validity of outcome measures;
Prodinger, Cieza, Williams, Mease, Boonen, Kersch-Schindl, Fialka-Moser, Smolen, Stucki, Machold, Stamm. **Measuring health in patients with fibromyalgia: content comparison of questionnaires based on the International Classification of Functioning, Disability and Health.** *Arthritis Rheum.* 2008 May 15;50(5):650-8.
- Developing outcome measures;
Ballert, Stucki, Biering-Sorensen, Cieza. **Towards the development of clinical measures for spinal cord injury based on the International Classification of Functioning, Disability and Health with Rasch analyses.** *Arch Phys Med Rehabil.* 2014 Sep;95(9):1685-94.

9

The ICF as basis for

- Linking information of surveys and comparing the health of populations from different countries;
Cieza, Oberhauser, Bickenbach, Jones, Üstün, Kostanjsek, Morris, Chatterji. **The English are healthier than the Americans: really?** *Int J Epidemiol.* 2018 Feb;44(1):229-38.
- Describing signs and symptoms patients and creating treatment plans;
Rauch, Cieza, Stucki. **How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice.** *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008 Sep;44(3):329-42. Review.
- Predicting health care costs;
Twomey, Cieza, Baldwin. **Utility of functioning in predicting costs of care for patients with mood and anxiety disorders: a prospective cohort study.** *Int Clin Psychopharmacol.* 2017 Jul;32(4):205-212.

10

2014



WHO Head Quarters, Geneva

11

Health Information Systems

12

WHAT are Health Information Systems for?

- To inform indicators

13

WHY are Health Information Systems relevant?

- Policy makers
 - Identify and respond problems
 - Allocate resources effectively
- Planners and managers
 - Design more effective services
 - Monitor and evaluate services
- Clinicians
 - Provide quality and evidence-based services

make **evidence informed decisions** .

14

Surprise

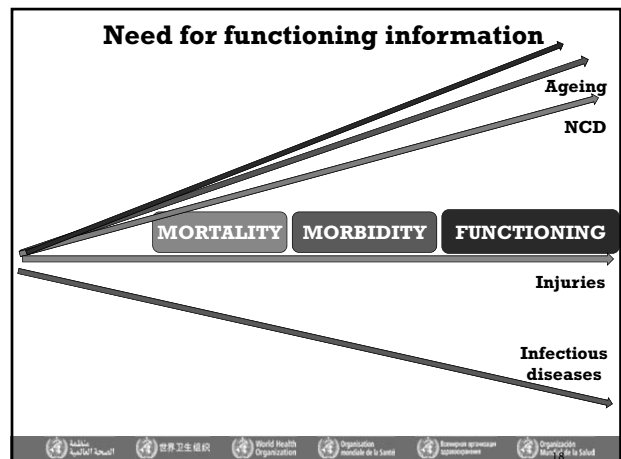
15

Most countries in the world do not include functioning information or the ICF in their Health Information Systems

16

At least 15% of the world population lives with limitations in functioning

17



Study 1

What does predict postoperative complications in older adults?

(Systematic review: 44 studies and 12,281 patients)

Predictors of complications:
 Geriatric syndromes of frailty (OR=2.16)
 Cognitive impairment (OR 2.01)
 Depressive symptoms (OR 1.77)

Traditional prognostic factors were not predictors:
 Age, American Society of Anesthesiologists status

Watt, Tricco, Talbot-Hamon, Pham, Rios, Grudniewicz, Wong, Sinclair, Straus. Identifying older adults at risk of harm following elective surgery: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2018 Jan 12;16(1):2 19

Study 2

How good is functioning in predicting costs for patients with mood and anxiety disorders?

(Prospective cohort study, N=102)

Functioning predicts better the costs of care than traditional factors, such as diagnosis or symptoms severity.

Twomey, Ciesza, Baldwin. Utility of functioning in predicting costs of care for patients with mood and anxiety disorders: a prospective cohort study. Int Clin Psychopharmacol. 2017 Jul;32(4):205-212. 20

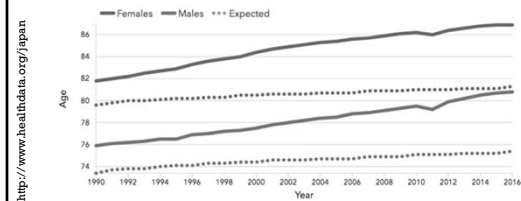


21

Top 10 causes of years lived with disability in Japan

1. Low back & neck pain
2. Sense organ diseases
3. Skin diseases
4. Depressive disorders
5. Diabetes
6. Migraine
7. Falls
8. Other musculoskeletal
9. Oral disorders
10. Alzheimer disease

How long do people live in Japan*?



22

Capacity



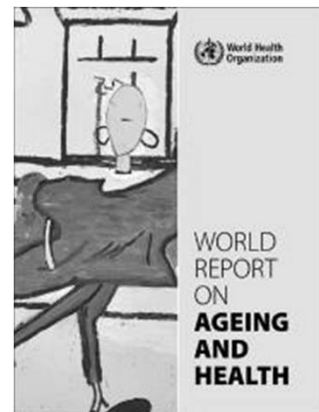
Intrinsic capacity of the body

Performance/ Functional ability




The outcome of the interaction with the environment

23

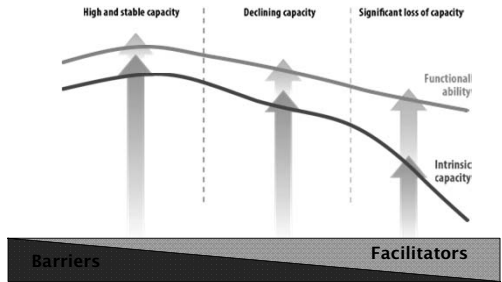


24

Healthy Ageing is the process of developing and maintaining the **functional ability** that enables well-being in older age

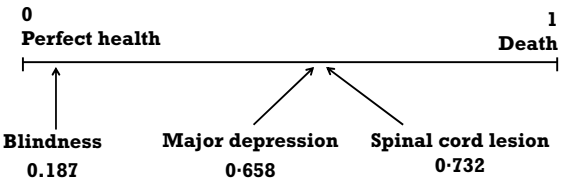


Environments influence capacity and ability (performance)



GBD is a 'synthetic' measure

- It is based in weights (values of burden) people give to health conditions
- Weights (values of burden) are not derived from persons experiencing the diseases



27

Summarizing

- The collection of functioning information is becoming increasingly important for making evidence informed decisions in health care
- The GBD provides useful but not sufficient information for health care decision making at country level

28


29

Sustainable Development Agenda



THE GLOBAL GOALS For Sustainable Development

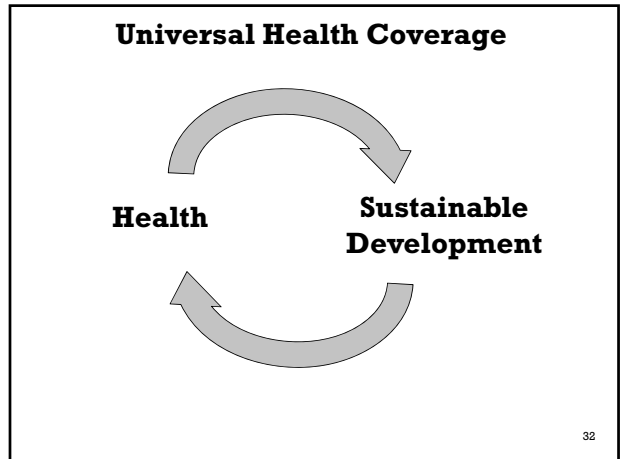
29



Goal 3

Ensure healthy lives and promote well-being for ALL at ALL ages

31




Universal Health Coverage

- Provision of high-quality, essential services for
 - Health promotion,
 - Prevention,
 - Treatment,
 - **Rehabilitation** and
 - palliation**according to need**
- Protection from **financial hardship**, including possible impoverishment, due to out-of-pocket payments

33

3 Main WHO Classifications



34

	Health strategies in UHC	Main Impact indicators	
ICHI	PROMOTION	Health	ICF
	PREVENTION	Morbidity	ICD
	CURATIVE	Mortality Recovery Disease control	ICD ICF
	REHABILITATION	Functioning	ICF ICD
	PALLIATION	Quality of Life	

35

Integrated health services

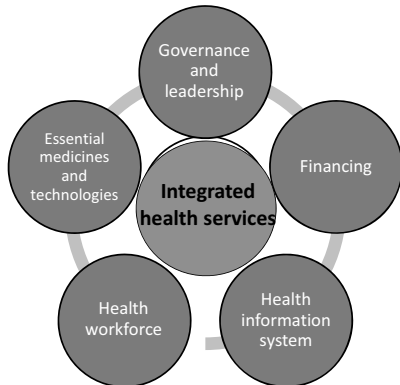
Health services that are managed and delivered so that people receive

a continuum of health **promotion**, disease **prevention**, **diagnosis**, **treatment**, **disease-management**, **rehabilitation** and **palliative care** services,

coordinated across the different levels and sites of care within and beyond the health sector, and according to their needs throughout the life course.

36

Strengthening the Health System



37

Strengthening the Health System

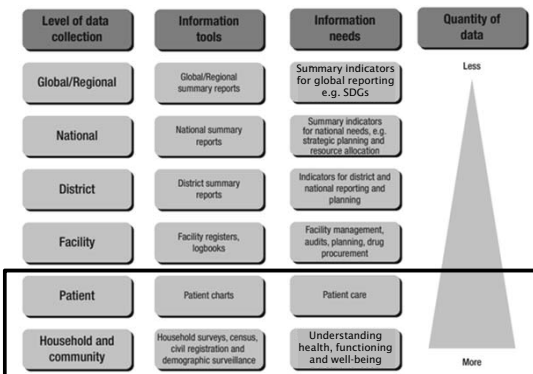


38

What does it mean strengthening Health Information Systems in relation to functioning?

39

Levels of data collection in HIS



40

1

41

Disabling barriers – Break to include



Model Functioning and Disability Survey

Model Disability Survey

Capacity



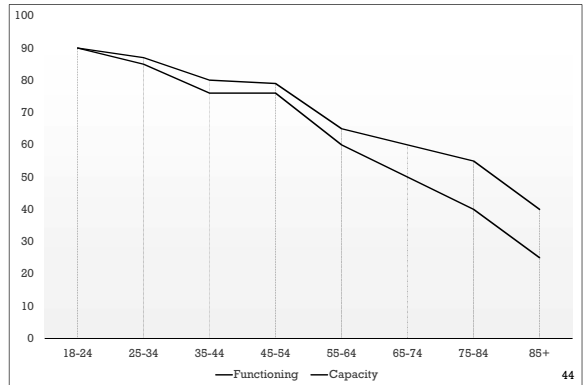
Intrinsic capacity of the body

Performance/ Functional ability



The result of the interaction of capacity with the environment and the person ⁴³

Comparison between capacity and performance /functional ability by age.



44

MDS - Implementations and testing

- Full national implementation completed
- Regional implementation completed
- National implementation - brief MDS module
- Full national implementation in planning
- Pilot study completed
- Pilot study planned
- Cognitive testing completed



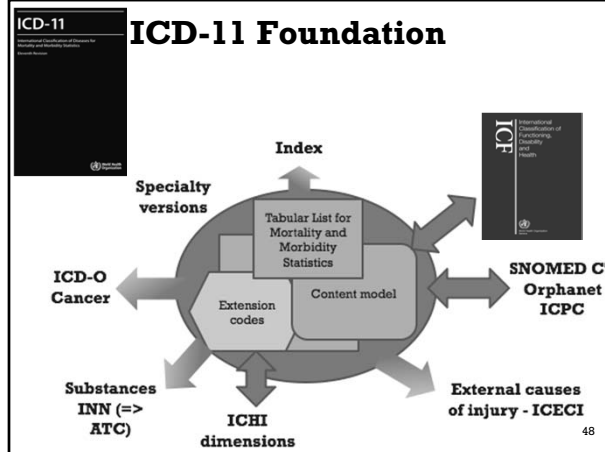
45

2

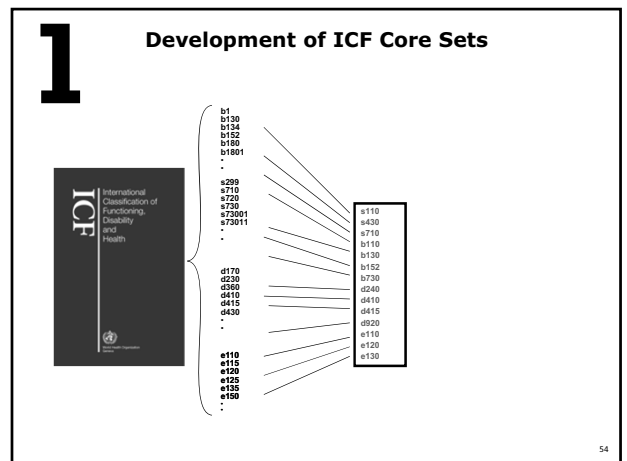
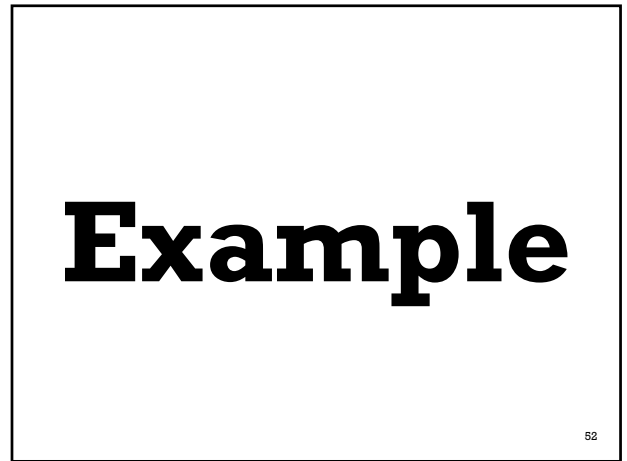
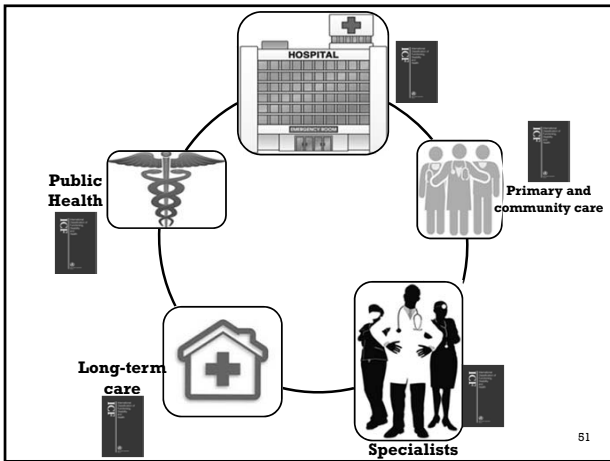
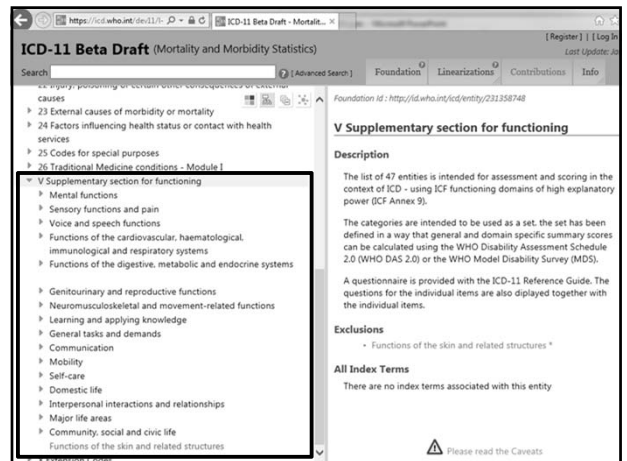
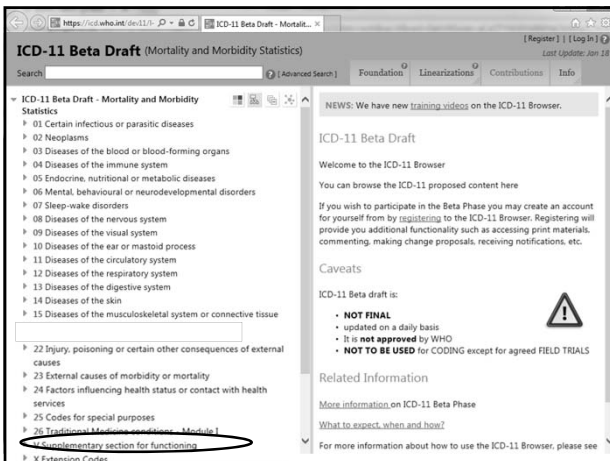
46

Summary

47



48



2

For each ICF Category assessment instruments were selected

ICF code	Item
1910	Structural functions
1920	Touch functions
1930	Muscle power functions
1940	Mobility of joints functions
1950	Stability of joints functions
1960	Mobility of upper extremity
1970	Stability of upper extremity
1980	Carrying and daily routine
1990	Hand and arm use
2000	Self-care
2010	Domestic life
2020	Personal and social relationships
2030	Productive and knowledge
2040	Participation and social
2050	Activities and participation

TOUCH FUNCTION

A fine touching, touch function is being assessed by using the Touch Test. In case the Touch Test indicates a problem, the amount of impairment is being rated by using the following Touch Test instrument.

Touching Test subject identification

Search for Test

Material: Test material consists of the assessment material. Test:

Attention: The patient is asked to use each of the objects individually to touch the other items and then to touch the objects together. The objects are arranged in a circle on a table. The patient is asked to touch the objects with the index finger of the right hand. The objects are arranged in a circle on a table. The patient is asked to touch the objects with the index finger of the right hand. The objects are arranged in a circle on a table. The patient is asked to touch the objects with the index finger of the right hand.

3

Data entry into an electronic health record

The screenshot shows a patient record for 'Annettung' on 02.07.2015. It includes fields for patient name, date of birth, and address. Below this, there are sections for 'Erfassung Funktionsgebiet' and 'ICF Assessment'. The ICF Assessment section shows a table with columns for 'ICF Code', 'Assessment', and 'Rating'. The 'Rating' column contains values like '1', '2', '3', '4', '5', '6', '7', '8', '9', '10'. There are also checkboxes for 'Aktivitäten - Schädigungen' and 'Aktivitäten - Begünstigungen'.

4

Standard reporting

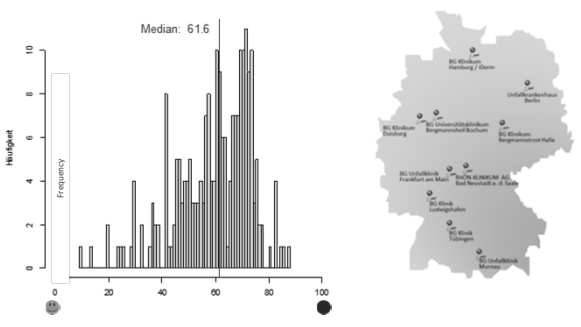
The screenshot shows a reporting form with a header 'Report from: 15.07.2015' and 'Doc. John, * 01.01.1990, 12345678'. It includes a section for 'Functioning status: 15.07.2015' and 'Last examination: 15.07.2015'. Below this, there are sections for 'Body structures', 'Body functions', and 'Activities & Participation'. Each section has a list of items with checkboxes and a rating scale from 'good' to 'poor'.

5

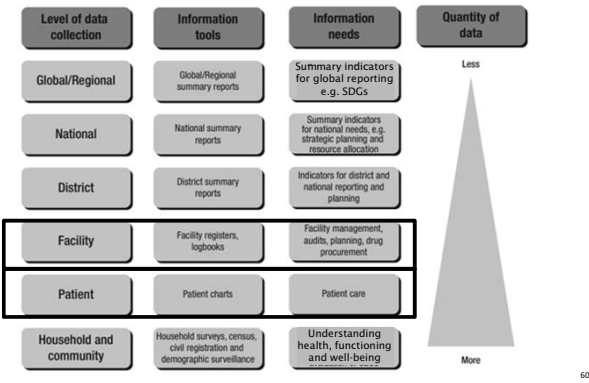
Creation of a sum score across categories with RASCH Analyses

The diagram shows a vertical list of categories: 'Schmerz', 'Sinnesfunktionen', 'Schwäche', 'Geistigkeit', 'Emotionale Funktionen', 'Selbstversorgung', and 'Gegenstände anheben & tragen'. Each category has a corresponding image and a circular icon with a face. A large bracket on the right side of the list points to a box labeled 'Sum score'. The ICF Assessment logo is also present.

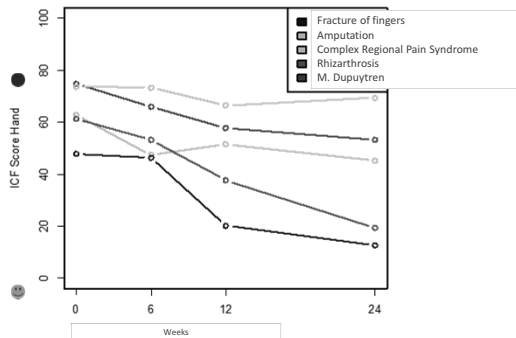
Aggregation of data at facility and national level



Levels of data collection in HIS



Change over time of single patients or groups



61

It can be done

Look forward to hearing about your examples

62

Summary

63

Alarcos Cieza, MSc, MPH, PhD
World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel.: +41 22 791 1998
Fax: +41 22 791 4874
Email: ciezaa@who.int
Website: <http://www.who.int/rehabilitation>

64

保健情報システムと リハビリテーション

重要なメッセージ

- 保健情報システム（HIS）とは、健康状態、保健の決定因子、および保健システムの指標に関する情報収集、標準化、コード化、およびその管理を通して、保健の政策、管理、および臨床ケアにおける意思決定を支持・強化するものである。
- 信頼できかつ包括的な情報を収集する各国の HIS の能力を向上させることが、国ごとにも国際的にも、保健システムの強化にとって極めて重要である。
- WHO は、各国が自国の HIS を強化できるよう支援するために、国レベルの HIS の枠組みと基準、および中核的保健指標 100 個の世界参照リストを開発した。リハビリテーションのニーズに関する情報をとらえるために、この枠組みをさらに拡張する好機である。
- HIS に生活機能の情報を含めることは、保健システムにおけるリハビリテーションを強化するために不可欠である。WHO の国際生活機能分類（*International classification of functioning, disability and health: ICF*）に導入された「生活機能（Functioning）」とは、健康状態（傷害、疾病、加齢）がある個人の生活のあらゆる側面における個人的経験に及ぼすインパクトを意味するものである。
- 生活機能に関する情報と同様に、リハビリテーションサービスの提供および財務のあらゆる側面に関するシステムレベルの情報は不可欠である。これにはリハビリテーションへのインプット（例：政策、財務、人材、およびインフラ）とアウトプット（例：サービスの利用性および質）およびアウトカム（例：サービスの範囲や活用）が含まれる。
- WHO の「リハビリテーション 2030：行動への呼びかけ」にかかる会議は、ステークホルダーが ICF を活用して、システムレベルのリハビリテーションデータおよび生活機能情報を含めることにより、HIS を強化するよう求める。

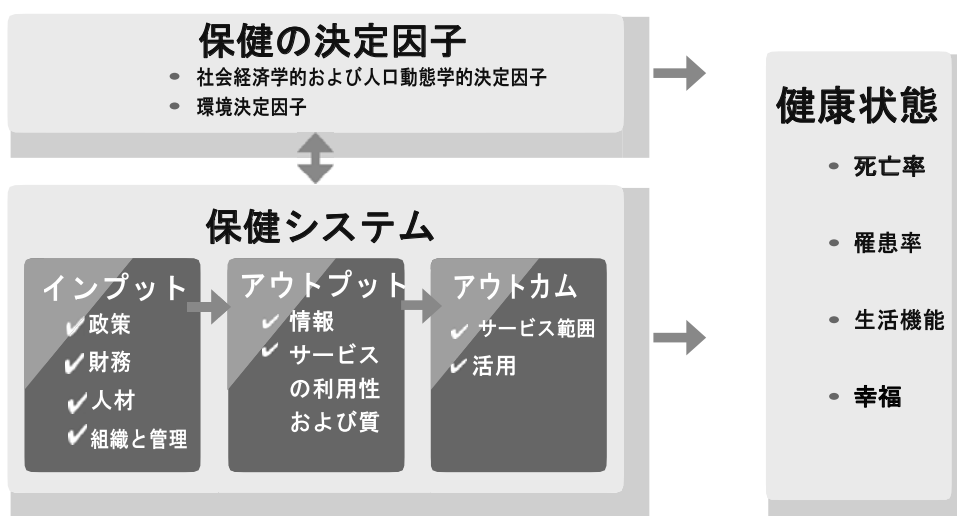
HIS は、健康状態、保健の決定因子、および保健システムの指標に関する情報を収集し、標準化し、コード化し、管理するために使用される。この種の情報は次の者にとって必要となる：政策立案者-問題の特定、エビデンスに基づいた問題解決、および効果的な資源配分を行うために；企画担当者-より効果的なサービスをデザインするために；管理者-これらのサービスを監視し、評価するために；そして臨床家-質の高い、エビデンスに基づいたケアを提供するために。(1) 従って、HIS は保健政策、管理、および臨床的ケアにおける保健および保健に関連した意思決定を支持・強化するものである。

低・中所得国の多くは強固で効果的な HIS を欠いており、しばしばデータの収集および分析のための投資ができない。(2) 先進国の HIS においても、古いデータや不完全なデータが使用されることがある。その結果、保健システムのすべてのレベルの意思決定者は、問題点および必要性を特定し、資源を最適に配分し、またはエビデンスに基づいたサービスを提供するために必要な情報を欠くことがある。この結果として、政策立案者、保健専門家、および研究者が知っていること、また当該集団の保健を向上させるために彼らを知るべきことの間には顕著なギャップが生じることがある。(3) さらに、国の脆弱な HIS とこれに伴った関連データの貧弱さが、「持続可能な開発目標 3 (SDG3)：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の達成の進捗状況をモニタリングする上で大きな挑戦課題になっている。(4)

保健情報とデータソース

各国の HIS の強化を支援するために、WHO は国の保健情報システムの枠組みおよび基準と、(1) この枠組みに沿った中核的保健指標 100 個の世界参照リストを開発した。(5) この枠組み内では、HIS の測定の 3 つのドメイン（健康状態、保健システム、および保健の決定因子）が認識されている（図 1）。

図 1：各国の保健情報システムの枠組みと基準（世界保健機関、ジュネーブ、2012、第 2 版）中の図 3 に基づく保健情報システムの測定のドメイン



これらのドメインをカバーするのに適切なデータは、**人口の情報源**（国勢調査、住民登録、世帯調査およびその他の人口調査）および**保健またはその他の制度的情報源**（各人の臨床記録、サービス記録、資源記録）から作成される。健康調査もまた意思決定に不可欠の情報源である。

しかし、この情報のすべてが保健システム内で収集されるわけではない。国の HIS が他の政府機関の統計担当部署（例：人口動態統計部）と連携して、それらの部署および社会・労働・教育担当の省から比較可能なデータ（社会経済情報）を収集できることが重要である。

リハビリテーション関連情報

国の HIS の健康状態情報は一般的には次の 3 つの指標に焦点を当てている。すなわち、人口集団の寿命の指標および健康状態を抱えた各人の生存の指標である死亡率、人口集団における健康状態の分布の指標である罹患率、および保健サービスの活用の 3 つである。最近、人口の高齢化や非伝染性疾患の有病率増加への疫学的傾向のような人口統計学的シフトにより、健康状態の指標の範囲を広げて生活機能に関する指標も含めるようにとの要請がなされている。(6, 7, 8) 「生活機能」は、WHO の国際生活機能分類 (ICF) (9) に取り入れられた用語で、各人の生活背景における各々の経験に及ぼすあらゆる次元での健康状態（傷害、疾病、加齢）のインパクトを特定するためのものである。ICF はデータの比較可能性のために、国際的に標準化された完全な言語およびコーディングシステムを提供する。ICF に基づく生活機能の情報には、心身機能および構造に関する情報とともに活動および参加に関する情報が含まれる。ICF はまた、生活機能に影響を及ぼす可能性のある環境因子をも包含する。

生活機能の情報は、保健システムのあらゆるレベルにおいてリハビリテーションの意思決定を行うのに不可欠である。というのも、リハビリテーションの目標は、障害、傷害、および急性・慢性疾患の観点から生活機能を最適化することだからである。

- **利用者レベルでは**、生活機能に関する情報はリハビリテーションケア（サービス提供レベルでは [一次、二次、三次]、治療のフェーズでは [急性期ケア、亜急性期ケア、長期ケア]）の全体を通して目標設定および結果の評価を先導する。
- **施設またはプログラムレベルでは**、利用者からの生活機能に関する情報は、臨床アウトカムをモニターし、サービスの企画および質の保証を改善することを支援するために集計することができる。
- **政策レベルでは**、生活機能に関する集計された臨床情報は、保健およびリハビリテーションサービスを企画し、その効果をモニターするためのエビデンスの源を政策策定者に提供する。

生活機能は、保健システムにおいてリハビリテーションの成功への効果の指標として極めて重要ではあるが、リハビリテーションの意思決定のために国の HIS が収集すべき唯一の情報ではない。リハビリテーションに関する臨床的、管理上、および政策上の決定を行うには、サービスの提供および財務に関する情報が必要である。この情報は以下のように分類することができる。

- インプット（例：リハビリテーションに関する全当期支出、自己負担金、リハビリテーション専門家の密度および配置）
- アウトプット（例：リハビリテーションサービスの利用、必須の支援機器の利用性）
- アウトカム（例：脊髄損傷や外傷性脳損傷のような特殊な健康状態を持つ人のためのリハビリテーションサービスの適用範囲、必須の支援機器の適用範囲）

さらに、集団レベルのリハビリテーションの必要性およびさまざまな必要とされる適切なリハビリテーション介入をその有効性の詳細を含めて十分に把握するには、生活機能の低下の社会経済学的、人口動態学的、遺伝学的、および行動学的決定因子についての情報も体系的に収集しなければならない。

将来展望

非常に多くの場合、国の HIS はリハビリテーション関連の情報を十分には取り入れていない。このことはあらゆるレベルでの意思決定を妨害し、世界のリハビリテーションサービス強化の阻害要因の一つになっている。「WHO リハビリテーション 2030：行動への呼びかけ」にかかる会議の期間中に求められたリハビリテーションを強化するための重要な行動は、ICF を活用して、システムレベルのリハビリテーションのデータと生活機能に関する情報を含む保健情報システムを強化するために、リハビリテーションに関連する情報を収集することである。この行動への呼びかけに取り組むには多くの仕事をしなければならないが、国の HIS がこれまでも利用している既存のデータソースの多くはリハビリテーションの情報のニーズに合わせて容易に改変や拡張ができるので、将来を楽観的に見ることができる。

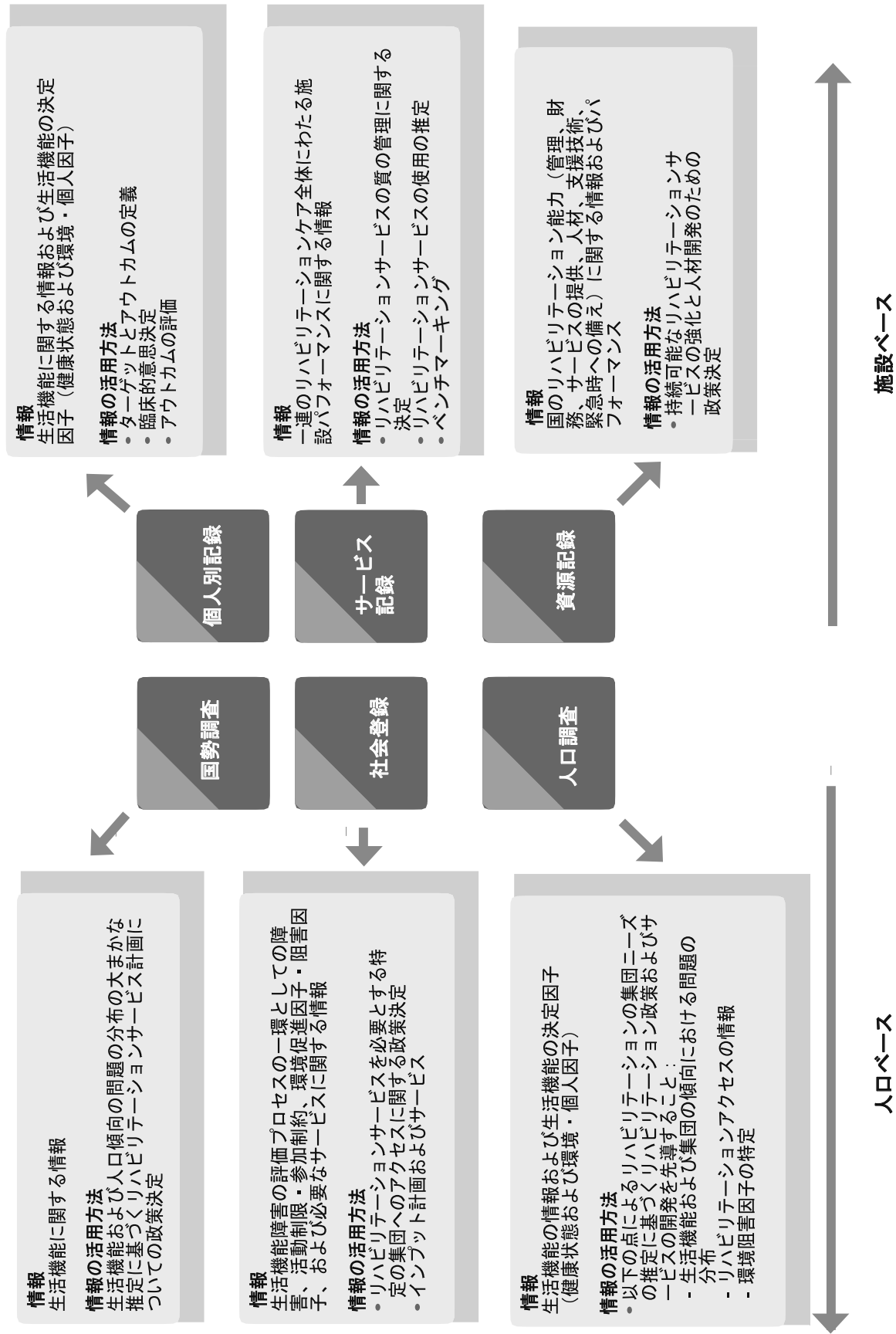
図 2 は、従来の 6 つの HIS のデータソースによって合理的に収集できるリハビリテーションに関する情報の種類と、リハビリテーションを強化し、かつあらゆるレベルの意思決定を向上させるためにこの情報がどのように使えるかを示している。ここに述べた改変や強化策がすでに実施されている場合もあるが、多くの場合これらのデータは十分には活用されていない。既存のデータ収集源を改変または強化するためのその他の方法は確かに可能であり、それらを探求しテストする必要がある。最終的な目標は、各国のために、リハビリテーション関連情報で各国の HIS を充実させる方法、保健システム一般、特にリハビリテーションサービスを強化する方法についての具体的な手引きを作成することである。

参考資料

1. Framework and standards for country health information systems. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Upadhaya N, Jordans MJ, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Hanlon C et al. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis. Intern J Mental Health Sys. 2016;10:60.
3. Heeks R. Health information systems: Failure, success and improvisation. Intern J Med Informatics. 2006;75(2):125–37.
4. World Health Statistics 2016. Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016.
5. 2015 Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.
6. Bradley SM, Rumsfeld JS, Ho PM. Incorporating health status in routine care to improve health care value: the VA patient reported health status assessment (PROST) system. JAMA. 2016;316(5):487–8.
7. World Health Organization. The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020 (<http://who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>, accessed 15 January 2017).
8. Stucki G, Bickenbach J, Melvin J. Strengthening rehabilitation in health systems worldwide by integrating information on functioning in national health information systems. Am J Phy Med & Rehabil. 2016,Dec 15.

この背景報告書は「リハビリテーション 2030：行動への呼びかけ」にかかる会議のために WHO が作成したものである。

図2. 意思決定とリハビリテーション強化のためのデータソースと情報



事例紹介①

『科学的裏付けに基づく介護に係る検討会について ～ICF・改善をどのように評価するか～』

近藤和泉（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター特命副院長）

ご紹介ありがとうございました。近藤でございます。今日は西嶋さんのピンチヒッターということでここに立たせていただいております。

エビデンスに基づく介護が提供されている仕組みを構築するうえで、今後必要なものについても同時に検討するというかたちで検討会の運営が進められております。これまでの検討内容ですけれども、今まで第1回から第4回まで、最初は今使えるデータがどんなところにあるかということで介護保険の総合データベースとか、VISITとかCHASE、CHASEはまた後でお話しますが、第2回目が栄養、第3回目がリハビリテーションで第4回目がつい先日行われましたが、臨床に関してCHASEに今後収集していくようなデータ、こういったものを取り入れたほうがいいのかというようなことを検討しております。

そのリハビリテーションの方の担当の構成員ということで、私、委員を拝命しておりますが、そのCHASE、Care and Health Status databaseの中にリハビリテーションの領域からこういったものを取り込んでいったらいいのかというようなことをご提案させていただきますいております。

最初、科学的裏付けに基づく介護に係る検討会の全体をご紹介するのは荷が重いとお断りをしたんですけれども、先生、もうICFの枠組みをこの中で使っているじゃないかと言われて、気がついてみたら自分のご提案させていただいた事項が結構ICFに基づいたものですから、あらと思ってびっくりして。まあ、それだったらちょっともともとそのICFその他の評価尺度を外国から取り入れるという仕事をやってきたので、そこも含めてお話をさせていただこうかなということ。ご提案をさせていただいたらよろしいでしょうとい

うことだったので、今日ここに立たせていただいております。いわゆる科学的介護の検討会に関しましてはここまでで、ここからちょっと評価尺度のお話をさせていただきます。

お示しているのが、古典的な医学モデルでございまして、古い医学モデルで体の中に病因があって、それが病理学的変化を起こして、ひどくなれば発症するし、ひどくならなければ発症しないということになりますが、昔は発症したら帰結は簡単で治るか死ぬかだった。抗生物質がなかった時代はとくにそうでした。ただ、医学が発達した現代では、こういったモデルがもう成立しなくて、死にもしなければかといって完全に病気が治るわけではないという中途半端な状態、いわゆる慢性的な状態の方がいっぱいいらっしゃいます。

ICDというのはご存知のように疾病分類ですので、このいわゆる慢性的な状態を表現するということではできなかつたんですね。なので、この治りもしなければかといって死にもしないので、長期にわたり医療的アプローチが必要であり、急性期疾患では短期間で終わる生活上の制限も半永久的に続くということもあり、さらに感染症を中心とした後天的療法では対応できないということが、ひとつICIDHの登場につながったんじゃないかなと私は想像しております。

ICIDHは1980年にWHOで考案されておりますが、そのあと環境要因が入っていないじゃないかとか、それからファンクショニングの概念が必要なんじゃないかということでICFがWHOで採用されております。こちら辺はもうみなさんご存知だと思いますので触れませんが、各項目、各分類項目の内容を見ていくと心身機能、身体構造、それぞれ第8章までのいろんな分類が記載されております。

今日ちょっと少し詳しく検討させていただきたいのが、各分類項目の内容でございます。その中の活動と参加のセルフケアですね。セルフケアの中でもさらにこの排泄ですね。排泄に関してちょっと詳しく話をさせていただきたいと思います。もうみなさん釈迦に説法かもしれませんが、ICFのコーディングというものがございます。心身機能がb、身体構造がs、活動と参加がd、それから環境因子がeでございます。

例えばこの排泄の部分に関しましては、セルフケアのレベル、第1のレベルでb5、排泄でd530、それから第3の排尿の管理の部分でd5300というコードが付いております。それにさらにその状態を表す評価点としてクオリファイアというのが全部で9分類を付けるようになっております。

このスライドの下の方にお示しをしました尿意を訴えることができ、トイレまで連れて行ってもらえれば失禁なしに排尿でき、手すりがあればズボンの上げ下げと陰部清拭ができるというような状況を表すのにそれをコード化すると一番スライドの下にございますように、d5300のポイントの3から環境要因のほうが、1150が手すりですので、手すりとは建物の中の構造物ですので、それでかなり重要な役割を果たしているということからプラス3というコードが付きます。

dの方はこのコードで、トイレまで連れて行ってもらえばというので3というふうに私としては評価させていただいたんですが、実際この3が、たとえば介助がない、すなわちトイレまで連れて行ってもらえない場合はどうなるのかとか、部屋の中に設置された手すり等を使ってなんとかトイレに行けるのかとか、転倒のリスクが高いため必ず介助が必要なのかというような状況によって3じゃなくて2にも4にもなり得るということになります。

ここに非常にクオリファイアに明確なルールがないということが計量心理学的な信頼性の低下につながっており、臨床的な使用における価値を言ったらなんで

すけれども、ちょっと低くしているという部分がございます。これは否定できないと思います。なので、ICFじゃない他の評価尺度でどのような対応がなされているかというのを今回ちょっとお話したいと思います。

約20年前にマクマスターに勉強しに行って評価尺度の勉強をしてきました。マクマスターには非常に大きな生物統計部門があって、そこの主任教授のKirshner先生が1985年に機能評価尺度の枠組みというのを発表しています。それによると、機能評価尺度は診断・重症度の判定に使うものと、それから予測を目的に使うものと変化をモニターして治療効果の判定に使うものの三つに分けなさいということですね。この両方をクロスオーバーして使うのはやめましょうというのがマクマスターの生物統計教室の主張であります。

なぜかという、判別的尺度というのは、今申し上げましたように診断・重症度の決定に使用するので代表的なのはTMN分類でございます。粘膜への浸潤度によってそれぞれ外科治療、化学療法、それからあるいはもっとひどかったら放射線みたいに、重症度により治療方針が決まるので、ある一定のカテゴリに入ったらそこにずっとわりと落ち着いてもらわないと、治療がコロコロコロコロ変わってしまうので、なるべくこう同じところにいるという時間的安定性が必要でございます。

それに対して評価的尺度は変化をモニターして治療ごとの判定に使うので、例えばスライドの右下にお示しましたように、低空飛行していた機能が治療したらグッと良くなって変化したということで、ちょっとした微妙な変化に反応するということが必要になります。なので、片っ方は動いちゃいけない、片っ方は動かなきゃいけないということで完全に相反する性質だから違う評価尺度を使いましょう、作りましょうということになったんですね。

この判別的评价尺度の方が割と簡単で、カテゴリに当てはまるかどうかを見るので、イエス or ノーで判定できるのですが、評価的尺度は反応性が必要なのでちょ

っと構造的な工夫をしなければならないと。それに一番最初に考えられたのが Likert Scale というものです。いわゆる評定段階を多くした評定尺度でこれが ICF のクオリファイアに非常によく似ております。

これ例として挙げたのが WeeFIM ですね。FIM の子ども版です。Likert Scale の問題点は順序尺度であって、各評定段階の内部のそれは均等ではないということです。なので各評定段階が、難易度がむちゃくちゃなので、ある意味きっちり定義しておかないとよくわからなくなっちゃうんですね。

この問題が ICF のクオリファイアにつきまってくるので、ただ膨大な 3,000 以上の項目をすべてのクオリファイアを付けるのは絶対無理と考えていいと思います。なので、もう一つ別の工夫があるんですね。それは、いわゆる要素化するという工夫があります。

いわゆる評定領域を細分要素化して各要素への採点をできるかできない、の二分割化にします。二分割化にすると定義が必要ないのですごく簡単になります。なおかつ各要素ごとに関しては難易度を Rasch 分析することによって明らかにすることができるので間隔尺度ができます。

これが使われているのが大変手前みそでございますが私が導入したこの評価方法の PEDI という評価尺度ですね。PEDI は、たとえば食物形態の種類なんかとか手を洗うことなどを要素化しています。これが PEDI で使われている難易度マップで、お示ししているのは先天性サイトメガロウイルス感染症の 2 歳 9 か月の女の子で、これがお母さんと一緒にいろいろやっていったら、リハビリをやっていたら良くなったということです。

要するにこの赤字で示しているのが出来た項目、薄い字で示しているのが出来ない項目なんですけど、初回評価時に比べてポイントが 20 ポイント近く良くなって、31、36、33 という赤い数字のところが出来るようになった。それから、まだ出来ていないもうちょっと先のこともしようという感覚で使っていきます。

ICF の方に戻っていただいて d5300 の排尿の管理の記載を読むと、排尿を調節し適切に行うこと、たとえば尿意を表出すること。排尿に適した姿勢をとること、排尿に適した場所を選びそこに行くこと、排尿前後に衣服を着脱すること、排尿後に体をきれいにすることというような記載がございます。こいつを細分化するとこんな感じになります。

これがまさにあとで発表があると思いますけれども、老健で使われている R4 と同じ構造になります。R4 システムの排尿動作はこういうふうに、ほぼ今の区分分けと同じようなかたちで、たとえば尿閉および膀胱瘻含む医療的な身体管理のために、膀胱等へのカテーテルを使用しているが 2、それからトイレへの移乗ができない、普段ベッド上で排出を行うが 1 のようにスコアリングされています。

クオリファイアを使うという行いもちろん ICF の本来の考え方としてございますが、少し工夫したかたちで ICF の各項目を段階付けるよりは内容を細分化して、それを Rasch 分析にかけるほうがよりちょっと賢いかもしれない使い方ではないかと私は考えております。

R4 に関して詳しいところは後で発表があると思いますし、クオリファイアのほかの評価尺度と Rasch 分析を使ってより一般化していこうというのもまた後でご講演があると思いますので、一応私のお話はここまでとさせていただきます。

どうもありがとうございます。

第7回厚生労働省ICF シンポジウム

ICF(国際生活機能分類)活用で拓く未来社会
 ~ひとりひとりが輝く未来社会を目指して~
 平成30年1月20日 イイノホール(千代田区)

事例紹介①

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会について
 -ICF・改善をどのように評価するか-

厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室
 西嶋 康浩
 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
 近藤和泉

1

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会とは？

- 自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を推進する目的で、
- 介護分野におけるサービス等の効果のエビデンスを把握する必要がある
- 現時点で得られているエビデンスを収集・整理・評価するために当該検討会が設立
- エビデンスに基づく介護が提供されている仕組みを構築する上で、必要な物事についても同時に検討する

2

これまでの検討内容(概要)

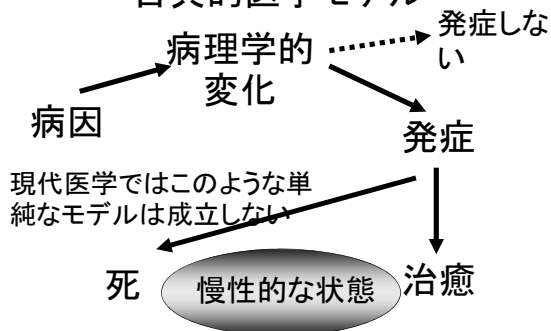
- 第一回:「自立に資する介護に関する調査研究事業」における調査状況等
 - 介護保険総合データベース、VISIT、CHASE
- 第二回: 栄養について
 - CHASEで収集すべきデータの内容について
- 第三回: リハビリテーション
 - 承前: CHASEで収集すべき内容
- 第四回: 認知症
 - CHASEで収集すべき内容、満足度、リハビリテーション以外の介入

3

CHASE(Care and Health Status database) リハビリテーションからの提案事項

	状態	介入	イベント
心身機能・身体構造	筋量、筋力、バランス保持能力、歩行能力、手指の巧緻性、etc.	筋力増強訓練、バランス訓練、起居動作訓練、歩行訓練、嚥下訓練	転倒回数、外傷受傷回数、失禁の回数
活動	ADL、介護度、IADL 活動量/範囲	ADL訓練、IADL訓練、スポーツ	居室からの移動回数、居室以外の場所での滞在時間
参加	行事参加への積極性		行事への参加回数・時間、外出回数
環境調整		食べやすい食具の使用、客観的評価に基づいた嚥下能力に見合った食事の提供、転倒予防のために環境整備	

古典的医学モデル



慢性的な状態→何がもたらされる？

- 治癒しないので、長期にわたる医療的アプローチが必要
- 急性疾患では、短期間で終わる生活上の制限も半永久的に続く
- 感染症を中心とした古典的医療モデルでは対応できない

ICIDHの登場

ICIDH

International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

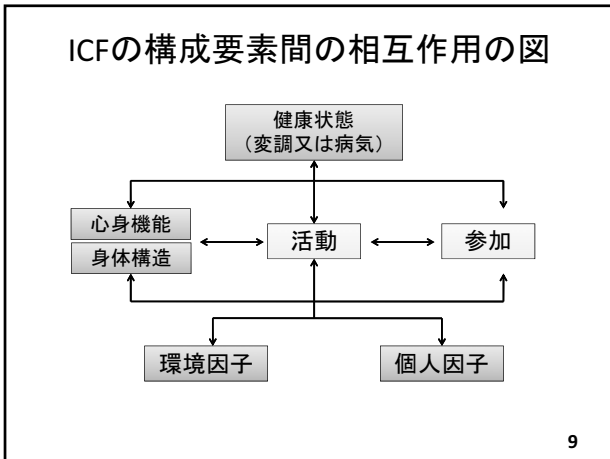


- ICD(International Classification of Disease)では捉えることができない状況を分類, 表現するために
- 1980にWHOで考案
- リハビリテーション医療の, 基本的な概念モデルを形作る上で非常に貢献

ICIDHからICFへ

- 同じレベルの機能障害があったとしても、段差のない道路や、駅のエレベータが整備されているバリアフリーの環境で生活すれば、格段に活動や参加のレベルが向上する
- ICIDHはその出版当初より、試行的・研究的な意味合いが強かったため、上記のような環境的な側面を取り入れた改訂作業が行われ、1997年にベータ案が作られた
- ベータ案の試用・修正後、2001年5月にWHO総会でICIDHの改訂版として正式にICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)が採択された

8



ICFの構成要素の概略

構成要素	第1部:生活機能と障害		第2部:背景因子	
	心身機能・身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子
領域	心身機能 身体構造	生活・人生領域 (課題、行為)	生活機能と障害 への外的影響	生活機能と 障害への 内的影響
構成概念	心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)	能力 標準的環境における課題の遂行 実行状況 現在の環境における課題の遂行	物的環境や社会的 環境、人々の 社会的な態度に よる環境の特徴 がもつ促進的 あるいは阻害的 な影響力	個人的な特徴 の影響力
肯定的側面	機能的構造的統合性	活動 参加	促進因子	非該当
否定的側面	機能障害 (構造障害を含む)	活動制限 参加制約	阻害因子	非該当
	障害			

10

各分類項目の内容(心身機能・身体構造)

心身機能 body functions

- 第1章 精神機能
- 第2章 感覚機能と痛み
- 第3章 音声と発話の機能
- 第4章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
- 第5章 消化器系・代謝系・内分泌系の機能
- 第6章 尿路・性・生殖の機能
- 第7章 神経筋骨格と運動に関連する機能
- 第8章 皮膚および関連する構造の機能

身体構造 body structure

- 第1章 神経系の構造
- 第2章 目・耳および関連部位の構造
- 第3章 音声と発話に関わる構造
- 第4章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の構造
- 第5章 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造
- 第6章 泌尿器系および生殖系に関連した構造
- 第7章 運動に関連した構造
- 第8章 皮膚および関連部位の構造

11

各分類項目の内容(活動と参加、環境因子)

活動と参加 activities and participation

- 第1章 学習と知識の応用
- 第2章 一般的な課題と要求
- 第3章 コミュニケーション
- 第4章 運動・移動
- 第5章 **セルフケア**
- 第6章 家庭生活
- 第7章 対人関係
- 第8章 主要な生活領域
- 第9章 コミュニティライフ・社会生活・市民生活

自分の身体を洗うこと
身体各部の手入れ

排泄

更衣
食べること
飲むこと
健康に注意すること
その他の特定のセルフケア
詳細不明のセルフケア

環境因子 environmental factors

- 第1章 生産品と用具
- 第2章 自然環境と人間がもたらした環境変化
- 第3章 支援と関係
- 第4章 態度
- 第5章 サービス・制度・政策

12

ICFのコーディング

b:心身機能(bodyの略)
 s:身体構造(structureの略)
 d:活動と参加(domain(生活領域)の略)
 e:環境因子(environmentの略)

d5 セルフケア (第1レベル)
 d530 排泄 (第2レベル)
 d5300 排尿の管理 (第3レベル)
 定義なし (第4レベル)

13

状態を表す評価点(Qualifier)

xxx. 0	困難なし(なし、存在しない、無視できる・・・)	0-4%
xxx. 1	軽度の困難(わずかな、低度の困難・・・)	5-24%
xxx. 2	中等度の困難(中等度の、かなり困難・・・)	25-49%
xxx. 3	重度の困難(高度の、極度の困難・・・)	50-95%
xxx. 4	完全な困難(全くの困難・・・)	96-100%
xxx. 8	詳細不明	
xxx. 9	非該当	

小数点第1位→実行状況、小数点第2位→能力

尿意を訴えることができ、トイレまで連れて行ってもらえば、失禁なしに排尿でき、手すりがあれば、ズボンの上げ下げと陰部清拭ができる

d5300.3
 e1150.+3

「トイレまで連れて行ってもらえば」を
 3(高度の困難)としたが・・・

- 介助が無い、すなわちトイレまで連れて行ってもらえない場合は、どうなるか？
- 部屋の中に設置された手すり等を使って、なんとかトイレに行けるのか？
 - 中等度の困難→2
- 転倒の危険が非常に高いために、必ず介助が必要なのか？
 - 完全な困難→4

15

Qualifierに明確なルールがない

- これが計量心理学的な信頼性の低下につながっており
- 臨床的な使用における価値を低くしている

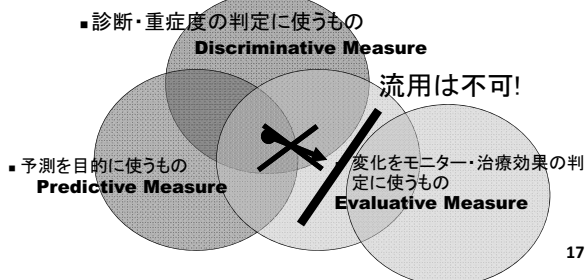


他の評価尺度では、どのような対応がなされているか？

16

機能評価尺度の枠組み

1985年にKirshnerらにより提案



17

機能評価尺度の性質と使い分け

Kirshner & Guyatt 1985

■ 判別的尺度

診断・重症度の決定に使用

例: 悪性腫瘍浸潤度・TMN分類

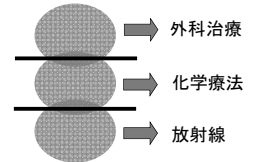
→ 時間的安定性

■ 評価的尺度

変化をモニター・治療効果の判定

→ 反応性

重症度により治療方針が決まる



相反する性質



18

求められる性質と構造

■判別的尺度

- 診断・重症度の決定し、治療方針が設定される
 - 時間的安定性が求められる
- Yes or No

■評価的尺度

- 臨床的に重要な変化で点数が増減
 - 反応性が必要
- ?

19

反応性を確保するための工夫 (1)

• Likert scale

- 項目内の段階数を多くした評定尺度
- 小さな変化にも反応して点数が変化する

例: WeeFIM(トイレ動作)

- 7.完全自立 排尿、排便後に清潔にする。トイレ使用の前後に衣服を整える
6.修正自立 特殊な器具(装具または義肢を含む)が必要、または通常以上の時間がかかる、あるいは安全面の問題がある
5.監視or準備 監視(例えば待機、指示または促し)、あるいは準備(補助具の装着)が必要
4.最小介助 こどもはトイレ動作のほとんど(75%以上)を行う。
3.中等度介助 こどもはトイレ動作の半分以上(50%から74%)を行う
2.最大介助 こどもはトイレ動作の半分未満(25%から49%)を行い、かつ排尿および排便行為を自覚しているが失禁がある
1.全介助 こどもはトイレ動作をほとんど行わない(25%未満)。または排尿および排便行為を自覚していない

20

Likert scaleの問題点

- 順序尺度であり、各評定段階の難易度の差が均等では無い
- 各評定段階に明確な定義が必要
 - 定義があっても、しばしば判断に迷うため、さらに解説、スコアリングのためのマニュアル等必要
 - ICFの各コードのQualifierに個別の定義を設定しようとするれば、膨大な作業が必要

21

反応性を確保するための工夫 (2)

- 評定領域を細分・要素化し、各要素への採点を「できる」か「できないか」の二分割化
 - 定義は必要ないか、Likert scaleに比べると単純なものにできる
 - 評価尺度の対象となる集団に適用し、その結果をRasch分析にかけると、各要素の難易度を明らかにすることができる(間隔尺度化できる)

22

細分・要素化する手法の例

PEDI

PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY



- 1992年にボストン大学で考案
- 2002年に里宇・近藤らによって導入されて、日本で使われるようになった
 - 里宇明元、近藤和泉ら監訳。PEDI リハビリテーションのための子どもの能力低下評価表。医歯薬出版。
- こどもの発達過程で獲得される細かいスキル(機能的スキル)の難易度がRasch分析で算出されている

23

PEDIの機能的スキル

- 一つの活動の達成するためには、それを下支えるいくつかのスキルが必要であり、それを機能的スキルと呼ぶ
- 発達のor要素的な構成を取る

発達の構成

- PEDI A. 食物形態の種類
- 1 裏ごしした(乳児食、ヨーグルト)を食べる
 - 2 小さな塊の食べ物(炒り卵など)を食べる
 - 3 刻んだ・さいの目の食べ物(きざみ野菜、肉の小片)
 - 4 スープや大人が食べるサイズの塊いていない肉を食べる

要素的な構成

- PEDI G. 手を洗うこと
29. 手を洗ってもらおうと差し出す
 30. きれいにしようとして両手をこする
 31. 水を出したり止めたりして、石けんを手にとる
 32. 手を完全に洗う
 33. 手を完全にふく

24

PEDIのBathingの項目(機能的スキル)

G.手を洗うこと

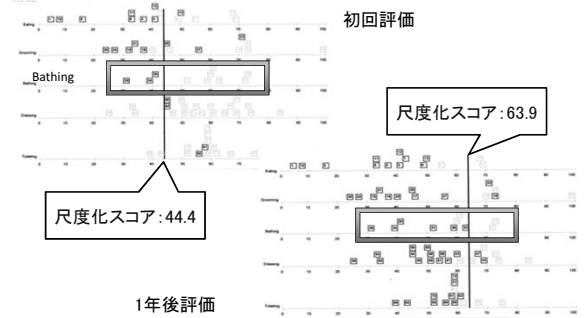
- 29.手を洗ってもらおうと差し出す
- 30.きれいにしよう両手をこする
- 31.水を出したり止めたりして、石けんを手にとる
- 32.手を完全に洗う
- 33.手を完全にふく

H.身体と顔を洗うこと

- 34.身体の一部を洗おうとする
- 35.身体を完全に洗う、顔は含まない
- 36.石けんを手に持っていられる
- 37.身体を完全にふく
- 38.顔を完全に洗い、ふく

25

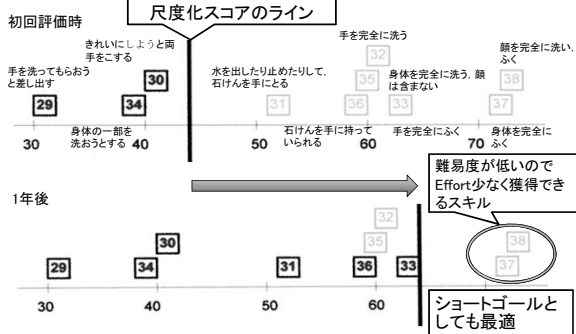
PEDI評価の結果(難易度マップセルフケア) 先天性サイトメガロウイルス感染症、2歳9か月



26

26

Bathingの項目の評価結果



27

ICF: d5300、排尿の管理の記載

- 排尿を調整し適切に行うこと。例えば、尿意を表出すること。排尿に適した姿勢を取ること。排尿に適した場所を選び、そこに行くこと。排尿前後に衣服を着脱すること。排尿後に身体をきれいにすること。

28

「d5300、排尿の管理」の細分・要素化

1. 排尿に適した姿勢を取ること
2. 尿意を表出すること
3. 排尿に適した場所を選び、そこに行くこと
4. 排尿前後に衣服を着脱すること
5. 排尿後に身体をきれいにすること。

29

R4システム:排尿の動作

- 尿閉(膀胱痙を含む)や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテル等を使用している→2
- 洋式トイレの移乗が自分ではできないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている→1
- ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている→3
- 排泄の後始末は行っていないが、ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている→4
- 排尿の後始末を行っていない→5

30

Take home message

- 科学的裏付けに基づく介護には、ICFが応用できる可能性があります
- ただし、Qualifierの問題があるため、そのままの形でICFを適用することは困難です
- そこで、コードの細分・要素化を行い、さらにRasch分析を行えば、有用性を確保できる可能性があります
- Rasch分析は、その尺度を使用する対象に対して行う必要があります、ICFの今後の適用に関しては、さらなるデータ収集が必要です

事例紹介②

『神奈川県におけるヘルスケア・ニューフロンティア政策と 未病指標について』

首藤 健治 (神奈川県副知事)

神奈川県副知事の首藤と申します。ご紹介いただきましたように、私は10年ほど前にICD室長、当時はICDとICFの担当をしております、そのICFに関しましてはそのころからのご縁です。今日は今神奈川県でどういう取り組みをしているのかご紹介をさせていただきます。

今日のほかの演者の皆さんは、ICFを現場でどういう形で使っていくのかという話をされると思いますが、神奈川県の私のお話は直接的なICFというよりは、ICFの目指している理念と神奈川県の政策の協調性・親和性、将来的に目指していくときのそれぞれ抱えている課題などに触れさせていただければと思います。

まず、日本全体でも言えることですが、超高齢社会の到来が神奈川県の政策の最重要課題と位置づけられています。1970年では綺麗なピラミッド型が、2050年にはまったく逆転をしていく。そういう中で社会のシステムはどうあるべきか考えなければならない。人生100歳時代、もう最近は当たり前のように使われるようになりました。

2050年には142人に一人は100歳以上の方がいらっしゃる。今年生まれた子どもたちは間違いなく22世紀まで生きる。人生100歳の中で社会のシステム、あるいは個人の生き方を考えなければいけないという課題に今直面しております。

神奈川県が目指す超高齢社会への対応、これは大きく三つぐらい考えておられて、ご高齢の方々には元気で健康にも経済的にも自立をした方に増えていただく。それから、勤労者層が高齢者層を支えるというモデルは、もうサステナブルではありません。お年寄りに自立してもらおうと同時に、勤労者層がどんどん足りなくなるのは当たり前なので、ここはテクノロジー、ロボット技術、

AIを発展させていながら社会全体を支える構造を作っていく。

たとえば、介護で10人かかってやっているところを8人、7人、6人でなんとかできないか。その部分を、ロボットを含むテクノロジーで埋めて、一人ひとりの生産性を高めていく。この生産性を高めていくという意味では、この今の危機はある意味大きなチャンスであり、テクノロジーはものすごい勢いで発展していますので、テクノロジーを社会の中にどう植えこんでいくのが我々の大きな課題であり、果たさなければいけないテーマであると考えています。

それから、もう一つは、支え支えられる社会ということです。ある人が高齢化していく、あるいは障がいが進むことによって、これまで社会を支えていた人が社会に支えられる側にまわるというリニアのモデルではダメだと思います。

たとえば、ある難病の患者さんがおっしゃいました。具体的に病名を言うとALSの患者さんですけれども、自分はALSを発症してしまったけれども、できたら自分で介護の事業所を立ち上げて社長をやりたいと。そして、その社長業の中で近隣のお年寄りに職を与えたいと。近隣のお年寄りに職を与えて最後はその人たちに看取られて自分は最期を迎えたいと。こういうモデルは極端かもしれませんが。

しかし、人は社会から支えられるだけではなくて、支えられながらも社会に貢献していく、そういうモデルができないか。このように考えていて、実はこのあたりのコンセプトについては、ICFなどの理念の高いコンセプトが当てはまると考えています。

そういう中で、ヘルスケア・ニューフロンティアと

という言葉は、黒岩知事が今から約7年ほど前に神奈川県
の知事に着任して提唱したコンセプトです。最先端の科
学技術を追求していくとともに、未病というコンセプト
によって新たな産業を創出していくという、保健福祉の
向上と産業の創出を同時に実現する政策パッケージをハ
ルスケア・ニューフロンティアと呼んでおります。

この一番の課題は、最先端のテクノロジーをいかに
社会の中に適応する形で当てはめていくか。その中では
個人の健康、体の状態に関するリテラシーの向上がもの
すごく大事になっております。

神奈川県は、全県が国家戦略特区になっており、神
奈川県で次世代社会のモデルを作っていきたいと考えて
おります。国家戦略特区は規制緩和で、極端に言うとな
国二制度を認容している制度で、次の社会のモデルを国
内外に発信していきたいと考えています。

ここで、少し未病という言葉について述べさせてい
ただきます。健康か病気に分けているモデルに対して、
未病という言葉は、健康と病気が段階的にグラデュアル
に変化するもので、可逆的に戻るものであり、この一連
の状態を未病と呼びましょうと。

実は、東洋医学で古典的に未病という言葉は使われ
ていましたけれども、あえて神奈川県はそのモデルを、
神奈川の的に解釈をしてリモデルをすることによって、あ
る種新しいコンセプトとして発信をしています。

この健康と病気の間線は、誰がこの線を引きしてい
るかというと、実はサプライサイド、医療で言うと医師を
はじめとするプロフェッショナルや、そういうものを統
括する立場としての国際機関 WHO をはじめ行政機関が
この線を決めています。そして個人、患者さんを分類し
てあなたは病気です、あなたは健康ですと分けていくと
いうかたちです。

これに対して未病というコンセプトは、どこからが
病気とどこからが健康というコンセプトではなく、常に
変化する過程を全部未病と呼んでいるのです。少しわか

りにくいかもしれませんが、何が言いたいかとい
うと、健康と病気の間線を引き出した側は、医療提供者、
病院、診療所、あるいはリハビリテーション、福祉機関
のサプライサイドモデルなのです。

健康と病気がグラデュアルに変化する側はパーソ
ナルモデルと我々は呼んでいますけれども、個人が自分の
体の状態が今どこにあるのかある程度理解をしながら、
未来予測に基づいてこのまま放っておくと将来はこんな
ふうになるから、日常の行動変容あるいは最先端のテク
ノロジーを日常生活の中に組み込んで、自分で自分の健
康状態、体の状態を律して改善していきましょうという
モデルです。

この二つ、別に上のモデルを否定するつもりは全く
ありません。これは絶対に必要です。癌になったら病院
に言って治療してもらおうあたりまえ、当然必要なです
けれども、このモデルだけで社会はもう成立しないだろ
うと。両方のモデルを上手に組み合わせて新しい次の時
代の社会のモデルを作っていきますかというのが、神
奈川県が発している未病コンセプトというものです。

そして重要なことは、上の赤と白に分けるだけの話
ですけれども、病気のモデルはこっちで説明できるの
ですけれども、老化のモデルはこっちの赤白では説明でき
ません。どこからが病気としての老化、そういうコンセ
プトはおそらくは成立しない。老化はこちらのモデルで
考えていくしかない。

何が言いたいかということ、急性期疾患から慢性期疾
患までありますけれども、年を取っていくと病気は、今
の医学から言うと少しずつ悪くなっていくんですけど
も、それも自分の体として捉えて、少しでも人生の最後
まで社会参加をしながら世の中に貢献して生きていきま
せんかと。そうなるためには少し前の若いころから、あ
るいはお年寄りになり始めるころから自分の体の状態を
よくコントロールして管理して健やかに老いていきませ
んかということを発信したいと思っています。

そういう意味では、病気も老化も個人からすると同

じ。自分から日常生活を改善することによって、自分で自分の体の状態を良くしていくという意味では同じなのです。そういう社会を作っていく、これを社会のシステムにしていきたいと考えています。

これは前内閣官房で元厚生労働省厚生労働審議官をされていた大谷泰夫先生が提唱されているのですが、未病というコンセプトがどんどんどんどん広がっていくと、いわゆる行政が全体の制度を決めてそれに従って受動的な行動をとる国民がいるという古典的なかたちではなくて、国民自らが自分は将来どんなことをやりたいんだ、年をとってどういう自分でいたいのだ、そのためにどんな体の状態であるべきか、そういったことを考えながら、それをアカデミアや産業が支え、行政として支援していくという大きなパラダイムシフトがこれからは絶対的に必要だと提唱されていて、これは神奈川県を目指すものとまったく軌を一にしています。

そういうコンセプトが広がって、昨年2月には政府の健康医療戦略が閣議決定されて、安倍総理をトップとする推進本部がありますが、そこで未病というコンセプトがこれから重要になると考えられて、その際には健康医療関連の社会制度も変革が求められ、その中で新しいヘルスケア産業が創出されるなどの動きも期待されるとされています。

冒頭申し上げました神奈川県が進めようとしている戦略が、国全体の戦略として認められたという状況です。

ほかにいろいろ資料を付けていますので、詳細は資料の中で参考にしていただければと思います。神奈川県はそういう政策を進めるためにマイ ME-BYO カルテというものを作りました。

今後は日常生活の中で体の状態がモニタリングできるようになってくる。テクノロジーがそうさせているわけなのです。

そして、政府あるいは WHO などのプロフェッショナルサイドがデータを集めようとしているという話があ

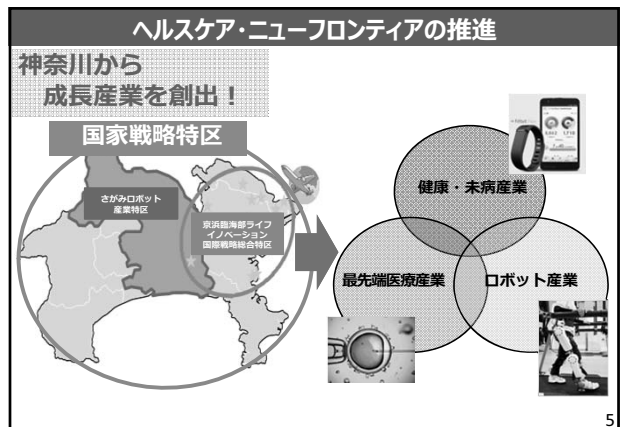
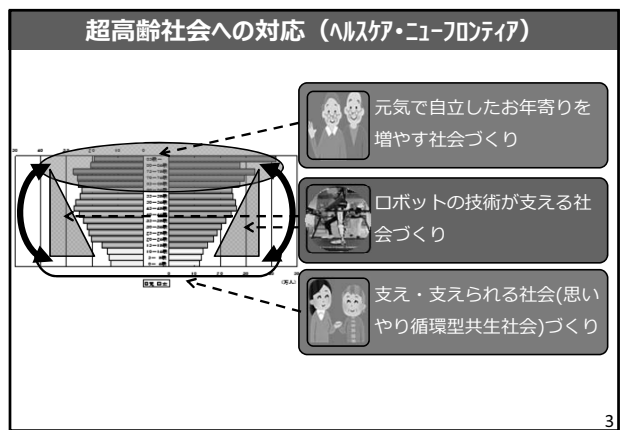
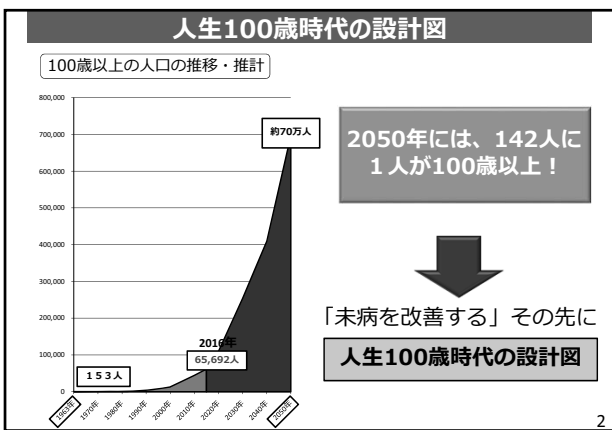
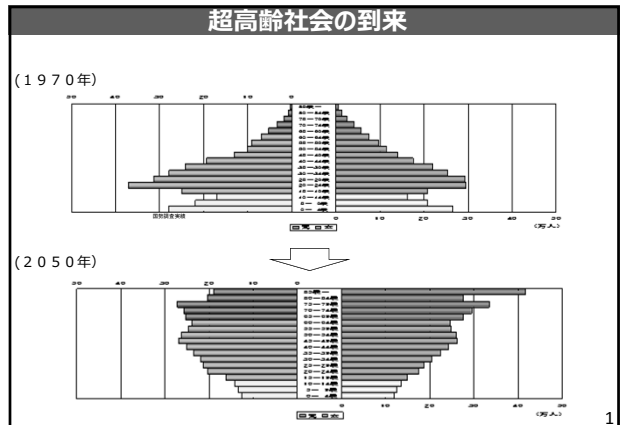
ります。テクノロジーが発展をしていくと、日常で自分が歩いている歩行の状態もそう遠くないうちにモニタリングできるようになってきます。

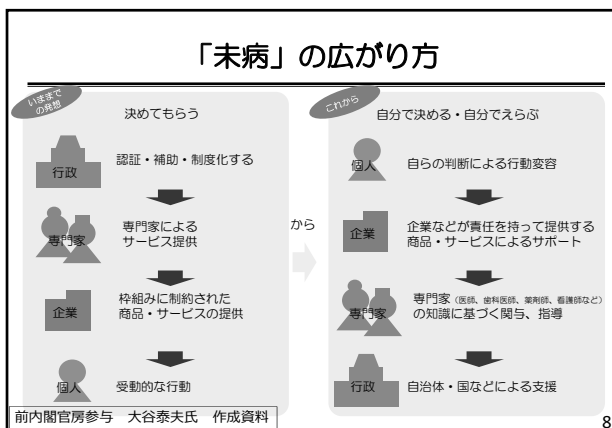
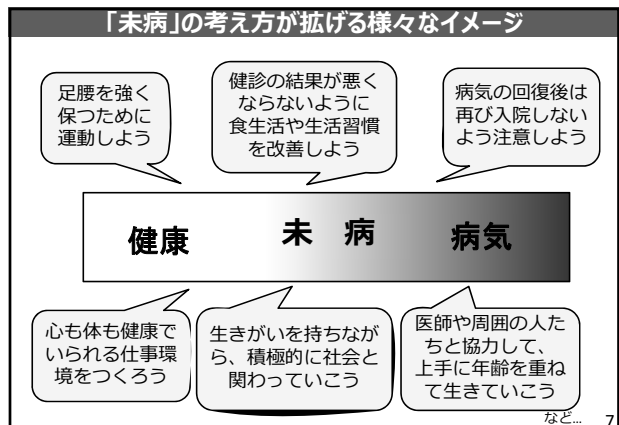
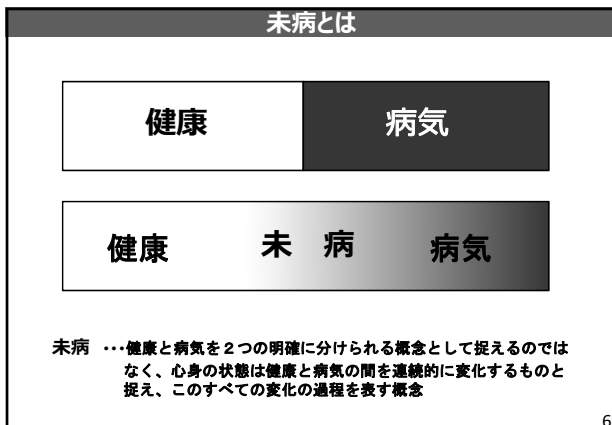
そういうビッグデータをパーソナルな日常生活から集めていくというのをマイ ME-BYO カルテに入れながらプロフェッショナルなデータと統合させていき、新しい社会モデルを作りたいと思っております。

最後に資料にもつけておりますけれども、そういうものを進めていくために、来年の4月に新しくヘルスイノベーションスクールという、コンセプトとしてはパブリックヘルスプラスイノベーションという学校を作ろうと進めております。

具体的な内容はその資料を参考にいただければと思いますし、あとはディスカッションの中で ICF の展開との親和性についても議論させていただければと思います。

本日はどうもありがとうございました。





【未病の広がり】健康・医療戦略への位置づけ

「健康・医療戦略」(抜粋) (平成29年2月17日 閣議決定)

「こうしたデータを元に保健医療の専門職が適切な段階で適切な予防策を講じることができるようになれば、健康寿命は更に延伸する。

PHRの実現、すなわち健康・医療・介護に分散している情報を個人単位として統合する際には、**健康が病気かという二分論ではなく健康と病気を連続的に捉える「未病」の考え方などが重要になると予想される。**

その際には、健康・医療関連の社会制度も変革が求められ、その流れの中で、**新しいヘルスケア産業が創出されるなどの動きも期待される。**

(中略)

(注2) 未病とは、健康と病気を「二分論」の概念で捉えるのではなく、心身の状態は健康と病気の間を連続的に変化するものとして捉え、この全ての変化の過程を表す概念である。

9



未病エビデンスの重要な要素

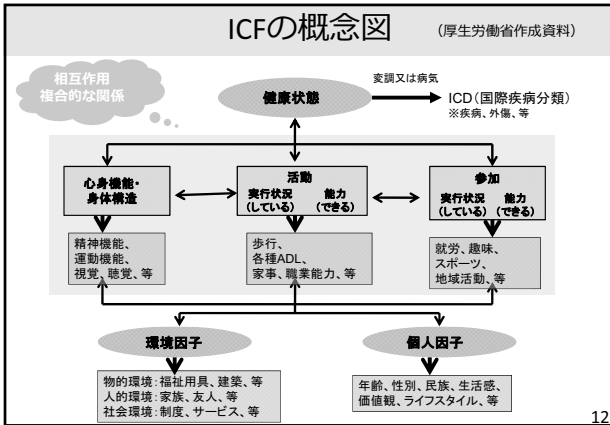
○パーソナルエビデンス
⇒各個人の状況に合わせたエビデンス

- ・RCTを中心とするマスエビデンスからパーソナルエビデンスへの転換
- ・統計的解析(ビッグデータ、AIを活用)と生命科学的解析(iPS細胞等を活用)

○未来予測
⇒パーソナルエビデンスより、個人の将来の健康状態を予測

- ・長い時間軸での予測(⇒医療は短期間での予測)
- ・データの細かさ(粒度)と確からしさ(確度)が重要

11



- ### ICFの目的 (厚生労働省作成資料)
- 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、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
→共通言語として、利用者間のコミュニケーションを改善
 - 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、記録などのための実際的な手段を提供
→標準的なツールとして、現場のシステムを改善
 - 調査や統計について比較検討する標準的な枠組みの提供
→各国、各専門分野、各種サービス、時期の違いを超えたデータの比較
研究、施策立案にかかる科学的情報基盤の提供

神奈川県とWHO (世界保健機関) との連携

マーガレット・チャン事務局長との会談を経て、WHOと高齢化分野等での連携に向けた協定を締結 (H28.10)

【WHOと連携したセミナー・シンポジウムの開催】

- ・「WHO & Kanagawa UHCリーダーシッププログラム」(H29.3)
- ・「WHO & Kanagawa UHC高齢化政策に関する高級実務者会合」(H29.7)
- ・「WHO専門家会合」(H29.10)

【県職員のWHOへの派遣】

平成28年12月から県職員をWHOに派遣。Ageing and Life Course部に所属。

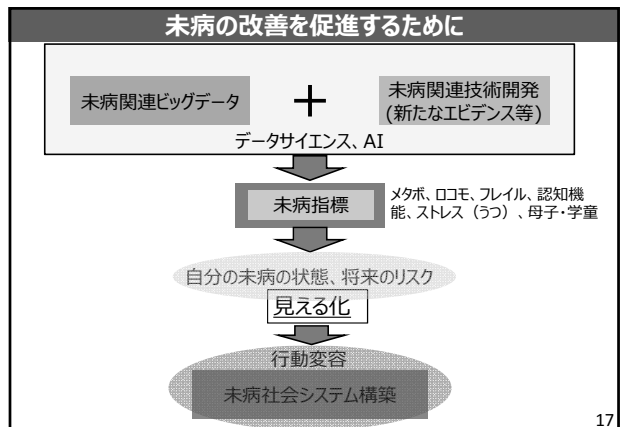
WHOとの連携

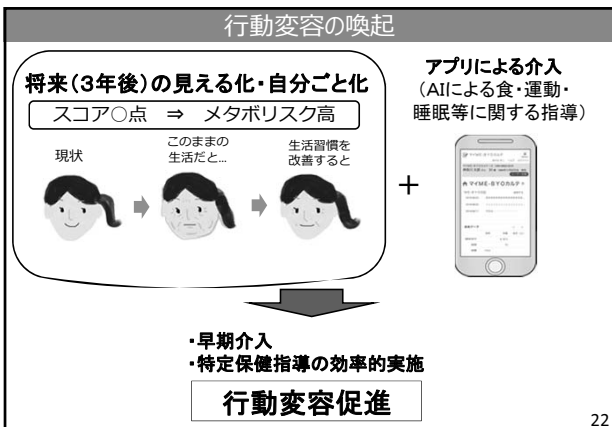
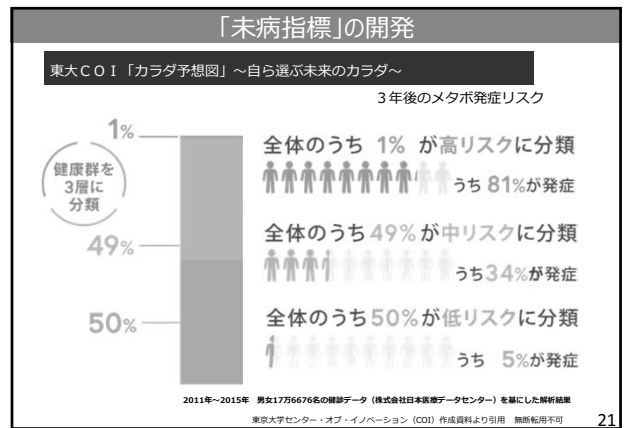
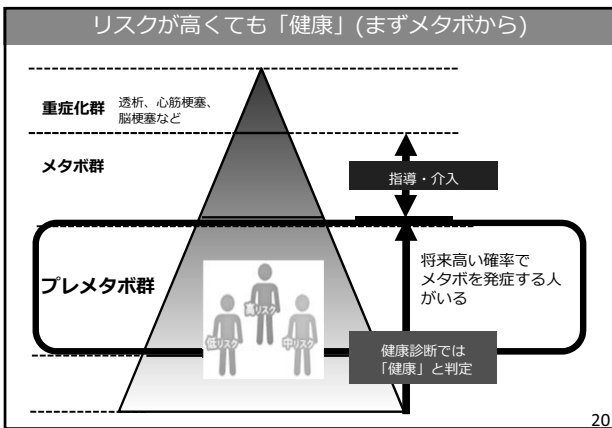
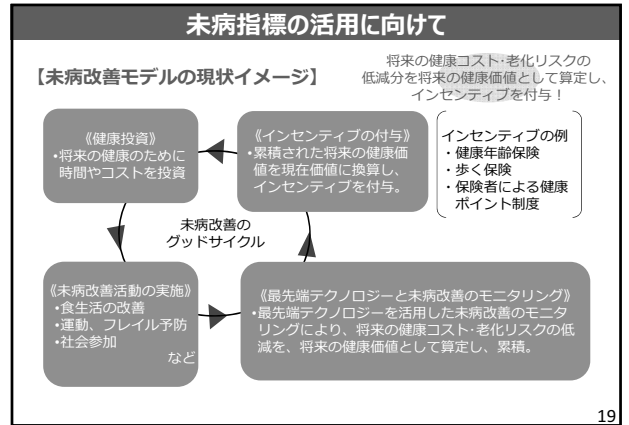
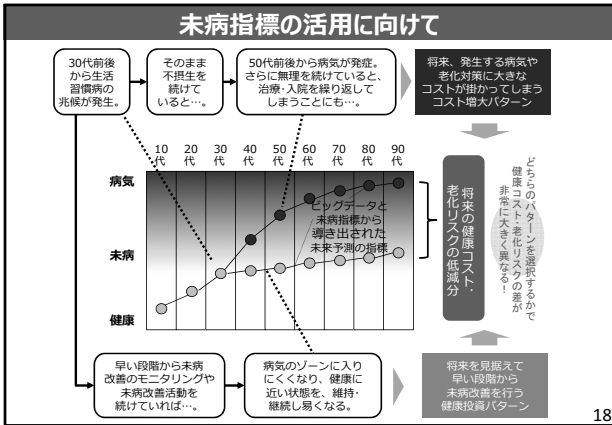
「WHO健康な高齢化に関する臨床コンソーシアム ワークストリームミーティング」(平成29年10月19日 横浜)

【議論内容】

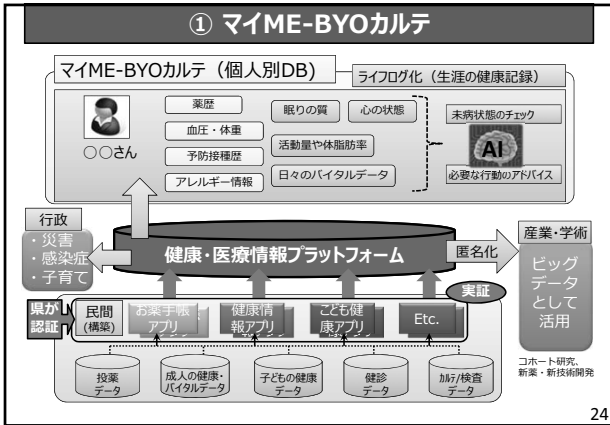
- ・WHOの「健康な高齢化」と神奈川県の未病コンセプトについて
- ・内在的能力と未病の評価について

- ### WHOが提案する「内在的能力」
- Intrinsic Capacity
- ✔ 運動能力 Locomotor capacity
 - ✔ 認知能力 Cognitive capacity
 - ✔ 感覚器能力 Sensory capacity
 - ✔ 心理社会的能力 Psychological capacity
 - ✔ 活力 Vitality
- 出典：世界保健機関 高齢化部門





- ### 神奈川県における具体的取組み
- ① マイME-BYOカルテ
 - ② 未病指標の社会システム化に向けた研究会
 - ③ 神奈川ME-BYOリビングラボ
 - ④ 未病産業研究会
- 23



② 未病指標の社会システム化に向けた研究会 (H29.9.29設立)

<趣旨>
未病状態を評価する仕組み(未病指標・検証フィールド・学問体系)を構築するとともに、産業への展開を図ることで、個人が主体的に未病を改善することができる**社会システムの創出**を目指す。

社会システムの創出

- 検証フィールド (リビングラボ)
- 学問体系化 (HIS)
- 未病指標 (エビデンスの構築)

<検討内容>

- 社会実装を見据えた未病指標の戦略的展開を検討
- 未病(指標)の学問体系化に関する検討
- HIS、ME-BYOリビングラボとの連携 等

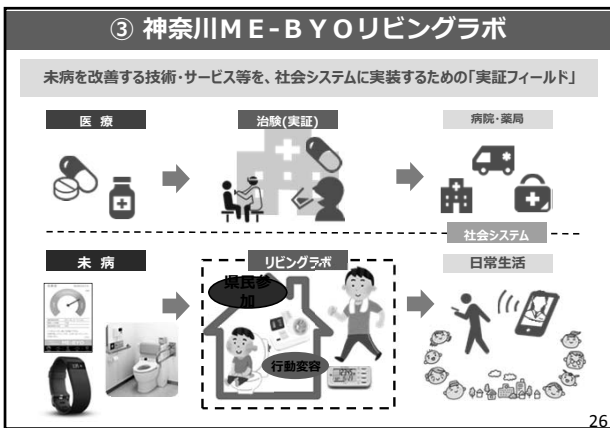
<メンバー> アカデミア、企業、保険者、国、市、県等

<重点領域> メタボ、ロコモ、フレイル、認知機能、ストレス等

<検討スケジュール(予定)>

- 2017年 研究会の設立(9/29)、メタボリスク指標の社会実装等検討
- 2018年 ロコモ・フレイル等の指標についての検討
- 2019年 データに基づく国への提案(保険者努力支援制度の評価指標)
- 2020年 未病指標の社会システム化に向けた本格展開

25



④ 未病産業研究会

会員数511 (2017年12月1日現在)

活動内容:

- セミナー、勉強会、事例発表会の実施
- ビジネスマッチング
- 未病産業の創出に向けたモデル事業の実施
- ME-BYO®ブランドの構築

27

ME-BYOサミット神奈川2017

国際シンポジウム「ME-BYOサミット神奈川2017in箱根」

【日程】平成29年10月20日(金)~21日(土)
【会場】湯本富士屋ホテル
【参加者】招聘者(WHO、ハーバード大、厚生労働省、総務省、行政、7か国7、企業等) 協賛企業(43社)、アカデミア・関係団体、行政、県民等 延べ520名

個人、企業、7か国7、行政等のプレーヤーの役割と行動目標を定めた戦略ビジョンを採択

ME-BYO 未来 戦略ビジョン
~「スマイル100歳社会」の実現に向けた総力の結集~

28

神奈川が展開するグローバル戦略

●MOU締結機関

欧州

- イギリス
- フランス
- フィンランド
- ドイツ

アジア

- シンガポール

米国

- マサチューセッツ州
- メリーランド州
- 大学・研究所等(5機関)

WHO (世界保健機関)
属から職員をWHOの国際化・ライフコース部門に派遣 (平成28年12月~)

29

ヘルスイノベーションスクールの概要

【目的】

保健医療分野におけるイノベーション人材の育成

【設置形態】

神奈川県が、2019（平成31）年、県立保健福祉大学大学院に
新研究科（公衆衛生学専攻）を設置予定

【修業年数】

2年

【設置場所】

川崎市殿町地区

【学位】

修士（公衆衛生学）Master of Public Health

【人数】

1学年10～15名程度
うち、留学生1～2名程度
（ASEAN地域からの学生を想定）

【使用言語】

日本語、英語による授業



※上記の内容は予定であり、今後変更となる場合があります。

30

事例紹介③

『臨床現場における ICF の活用可能性と課題 ～高齢者・障害者福祉領域における研究をもとに～』

大夙賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）

ご紹介ありがとうございます。皆さん、こんにちは。大夙賀と申します。よろしく申し上げます。私は社会福祉が専門でございまして、とくに福祉領域のサービスの評価を行ってきています。

研究者としてのキャリアは、国立障害者リハビリテーションセンターの研究所でスタートし、その後、現職の国立保健医療科学院で主に介護保険制度に係わるサービスの評価であるとか、それをさらに政策に上げるための自治体へのアドバイスなどを行っています。

さきほどのシエザ先生の最後のプレゼンの中でインテグレイテッド・ヘルスケアということがありましたが、実はこれは日本でも地域包括ケアシステムと呼ばれて医療と介護の領域を超えるという政策が推進されています。最近では、地域共生社会とってこの地域包括ケアシステムを医療から介護、さらに障害福祉とかいろんな福祉領域に広げるというような政策も展開されています。

まず、そのことを踏まえたうえで、今日のテーマである ICF をどのように使っていくのかということをお聞きしたいと思います。

まず、一つ目ですが、これは皆さんお話をされたように日本が高齢社会に直面しているということで医学モデルから生活モデルに色々なサービス提供体制とか政策を変えなければいけないということで、この ICF を含むような生活機能を専門職も理解しなければいけないですし、サービスを受ける利用者も当然意識しなければいけないということで ICF 使えるのではないかと私自身思っています。

さらに、ケアマネジメントプロセスというものが福祉の領域ではあります。高齢でも障害でも、サービスの必要な人がいたらまずそのニーズを把握して、プランニ

ングして、モニタリングしてその人にサービスがあるかということをお管理していくということが援助として展開されています。

日本はかなりサービス提供のインフラが整っているのですが、そのサービス提供が本当に本人のためになっているのかということが課題になっています。このサービス提供のためには、本人の参加と活動に着目したインフォーマルケアの調整が近年必要といわれています。

インフォーマルケアというのは、フォーマルケアとか制度化されたサービスだけではなくて、ご近所づきあいであるとか、家族との関係性を肇とする社会関係性を含むものです。

現在のサービス提供の場面において、ケアマネジメントを担う高齢者福祉領域のケアマネージャーとか障害者福祉領域のケアプランナーの方が直面している課題があります。

もう一つは、現行のサービス評価の研究が ADL をはじめとする心身状態の改善ということが中心になっているという指摘もあります。これ以外に本人の主観を評価に入れる必要があります。これらのケアマネジメントの実践やサービス評価において ICF が大きく貢献できるのではないかと私自身思っております。

さらに、シエザ先生の資料の中の図にもありましたように、ICF を活用して、ひとりひとりの情報を把握していくとそれは地域サービスの評価にも使えるしそれを政策レベルまで上げることができるということもあります。

これらのことから、ICF の概念に基づく評価を情報として活用することが出来れば、サービスの評価を様々な段階で使えるようになると私自身感じているとこ

るです。

本日のプレゼンでは、WHOが開発したアセスメントツール、WHO-DAS2.0（フーダス）といわれているものがあるのですが、これについても照会したいと考えています。

このWHO-DAS2.0については、いろいろな経緯があって、私たち以外の研究班の方が作られた日本語マニュアルが2015年に書籍化され、出版されています。私どもも、このツールを通じた研究を実施してきているので、この研究を通して分かったことをお伝えしたいと思っています。

ICFの日本での活用は、障害福祉の個別支援計画ですとか、あとは介護過程を展開するための整理シートとか一部に限られているのが現状です。色々な支援の現場では使われているんですけども、実際にじゃあICF何点ですというのが使われているかというところではないというのは皆さんご存知だと思います。

この理由としては、ICFの評点を付けるルールが煩雑、評価項目が多い、ほかにも日本は評価ツールがたくさんあるといったことが考えられます。ICFではどのように評点を付けるかというところと障害の程度を100%と判断してその段階に応じて0、1、2、3、4と5件法で実施します。これはどうでしょう、皆さんわかりやすいでしょうか。

私も同じ仕組みで評価するWHO-DASを使った調査をしたんですけども、当事者の方にあなたの障害はこのくらいですと指をさしてもらうのはなかなか難しいです。

しかしながら、ICF概念に基づくアセスメントツールは他にはほとんどないので、これをなんとか日本で使っていくことができないかというような研究を行ってきました。この調査をいろんな対象者に行ってきた結果をみなさまにお伝えしたいと思います。

まず最初に行ったのが13例ほどですが、独居高齢

者にこれをやってみました。寝たきり群はやっぱりその中でもWHO-DASの中でも運動能力とか自己セルフケアとかコミュニケーションの領域に障害を感じているなど、いろいろなことがわかってきました。

ただし、高齢者にふさわしくない項目があるといったことや、評価マニュアルのさらなる改善が必要であるということもわかってきました。

もうひとつは、高齢者領域や障害者福祉領域で、ニーズ調査といって、市役所が行政計画を作るために市民のニーズを把握するために行なう調査があります。この調査において、WHO-DASを混ぜてもらったことがあります。

障害者のためのニーズ調査ということで、身体障害者、知的障害者、精神障害者、あとは難病の方とさまざまな方が対象となっています。これによって障害種別ごとの生活機能障害の程度が明らかになりました。

とくに見ていただきたいのが、緑が精神障害を持っている方の値なんですけれども、社会参加に大きく障壁を感じているということがわかっています。

これに関連して、兵庫県立大学のMBAに通われており、障害福祉サービス事業所を運営している松本さんという方と協力して就労継続支援事業所でも調査を実施しました。WHO-DASのアセスメント情報を使うことで、項目ごとに支援者がどうかかわっていけばいいのかということが多職種で共有することができたという成果が出ています。

最後に今後の展望にお伝えしたいと思います。私は今回お伝えしたいのは、ICFに多くの可能性がある一方で、評価ツールとして臨床実践で活用するにはまだまだ課題があるということです。

しかしながら、ICFやその考え方を活用したWHO-DASというアセスメントツールの情報は主観的評価なので、そのことを意識すれば、多職種で参加と活動の情報を共有するツールとしてはその活用意義としては

現時点においても高いものがあると考えられます。

冒頭で述べた「本人の視点に着目した」サービス評価というのは、世界各国のヘルスケア提供システムの課題であり、日本においても同様です。そしてその情報を、臨床、地域、政策までレベル上げる時には、標準的なルールの整備が必要になり、この点がこれからの課題となると考えます。

この課題の解決には、インテグレイテッドヘルスケアシステム、地域包括ケアシステムとか、あとは高齢、障害の共生社会の実現というところに ICF の情報は使えるということに関係者間で共有していくことがまず一歩と考えます。

私自身は、臨床レベルの研究実践をもう少し積み上げて WHO-DAS のガイドラインを整備することや日本文化にあった項目の精査などに取り組みたいと思っています。

以上で私のプレゼンを終わりにさせていただきます。
どうもありがとうございました。

第7回厚生労働省ICFシンポジウム
ICF活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

臨床現場におけるICFの活用可能性と課題
～高齢者・障害者福祉領域における研究をもとに～

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大寺賀政昭

お話しする内容

1. 高齢者・障害者福祉領域をめぐる状況と臨床現場の課題

2. ICFをめぐる課題とWHO-DAS2.0

3. WHO-DAS2.0を活用した調査研究

4. 今後の展望

2

1. 高齢者・障害者福祉領域をめぐる状況と臨床現場の課題

3

これから迎える社会の姿と求められる支援

- ・ 急激な高齢化をとまなう人口減少
- ・ 高齢者の一人暮らし・夫婦のみ世帯割合の増加
- ・ 孤独死を身近なものに感じる社会
- ・ 認知症の人が身近にいる社会
- ・ 日本の高齢者一人に対する支え手層の減少

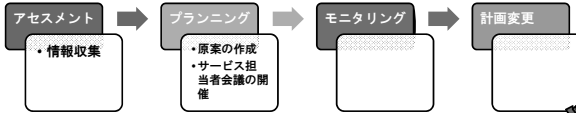


要介護者のできることや地域の支えあいを活用しつつ、医療や介護のみならず生活支援を含めたケアの調整を多職種で共有しながら、支援する必要がある。

4

ケアマネジメントプロセスと現状の課題と求められる視点

これまでの視点：フォーマルケアの調整



課題1 ・フォーマルサービスの利用調整だけになっていないか？

も求められる視点：本人の活動と参加に着目したインフォーマルケアの調整

課題2 ・本人の主観的評価を含むQOLは、サービス調整に含まれているか？

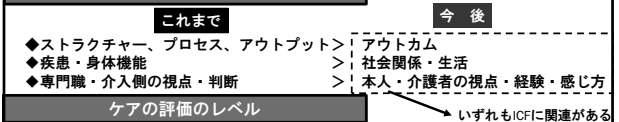
求められる視点：本人の主観的評価の視点を加味したケアマネジメント

生活支援が必要な人（世帯）が増える中で、本人の活動と参加に着目したインフォーマルケアの活用と本人の主観的評価を含むQOLに配慮したケアマネジメント手法を確立していく必要がある。

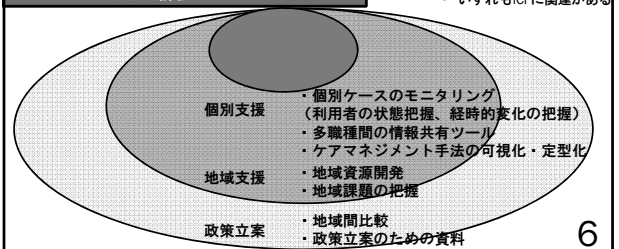
5

臨床場面におけるケアの評価（アセスメント）情報の活用とICF

ケアの評価のこれまでと今後



ケアの評価のレベル



6

2. ICFをめぐる課題とWHO-DAS2.0

7

ICFとは何か？

- ICFは、ある健康状態にある人に関連するさまざまな異なる領域（例：ある病気や障害等がある人が実際にしていること、またできること）を系統的に分類するものである。
- ICFは、障害のある人だけに関するものと誤解が広がっているが、ICFは全ての人に関する分類である。
- ICFは、健康状況と健康関連状況とを分類する。したがって分類の単位は、健康領域と健康関連領域における各種の**カテゴリー**である。ICFは人間を分類としていないことに留意することが大切である。

世界保健機関、『ICF国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-』、p.3,6,8

8

ICFは何に使えるのか？

- ICFは、1980年のICFの前の概念であるICIDHの時代から、さまざまな用途に用いられてきた。

統計ツール

- データ収集・記録（例：人口統計、実態調査、管理情報システム）。

研究ツール

- 結果の測定、QOLや環境因子の測定。

臨床ツール

- ニーズの評価、特定の健康状態における治療法とその対応、職業評価、リハビリテーション上の評価、結果の評価。

社会政策ツール

- 社会保障計画、補償制度、政策の立案と実施。

教育ツール

- カリキュラムの立案、市民啓発ソーシャルアクション。

世界保健機関、『ICF国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-』、p.6

9

国内におけるICFの活用の現状

ICFについては、教育分野の特別支援教育における個別支援計画や介護分野においては、介護過程を展開するためのケア計画シート、障害福祉分野の個別支援計画立案時のニーズ整理等に用いられている。

しかし、評価点については、ほとんど活用されていない。



分類としてのICFは、臨床・教育に一部活用されているが、ニーズの評価ツールとしてはほとんど活用されていない。

理由：ICFの評価ルールが煩雑、ほかに評価ツールが多くある。日本のケア提供システムでICFの有用性が求められる領域が特定されていない、など。

10

ICF項目を使った評価を巡る課題

ICFとICDは、総合補完的であり、重複している。

ICFは、健康や状態を示す共通言語等に活用できる可能性を秘めているが、この適用には有意義で実用的なシステムの構築が不可欠。

コードのレベルが第4レベルまでであり、第3と第4レベルに1424項目がある。

ICFのコーディングの方法は、領域ごとに異なる。

- 例えば「(d) ACTIVITY AND PARTICIPATION」の領域では、困難(difficulties)の度合いを5件法で評価する点は同様だが、CAPACITY(能力)とPAFORMANCE(実行状況)で評価することになる。

ICFのコーディングのカテゴリ基準は日本の感覚(間隔)となじむのか。

- 評価点の基準があいまい、数直線上に示される困難の程度は、日本になじまない可能性がある。

11

ICFの構造

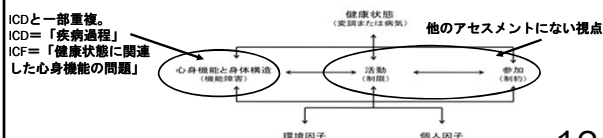
- ICFには2つの部門があり、それぞれは2つの構成要素からなる。
- 以下の図はその構成要素の間の相互作用を示す。

第1部：生活機能と障害

- 心身機能 (body functions) と心身構造 (Body structures)
- 活動と参加 (Activity and Participation)

第2部：背景因子

- 環境因子 (environmental factors)
- 個人因子 (personal factors)



世界保健機関、『ICF国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-』、p.9

12

ICF概念に基づく評価ツールとしてのWHO-DAS2.0

ICFの考え方である生物心理社会的モデルの国際レベルでの利用の拡大によって近年、新たな評価ツールであるWHO-DAS2.0の使用が増加している。

WHO-DAS2.0とは・・・

- WHODAS 2.0は国際生活機能分類(ICF)の包括的構成要素から開発健康と障害の測定が行えるWHOが開発した包括的評価ツール。
- WHODAS 2.0の信頼性、妥当性を裏付けるために、組織的な現地調査が行われ、調査を通じ、一般母集団の健康と障害のレベルの評価、および介入による臨床的な効果を測定するのに役立つことが検証されている。
- 日本でも評価マニュアルがすでに翻訳されている。

13

Federici, S., Meloni, F., & Presti, A. L. (2009). International Literature Review on WHODAS II. Life Span and Disability(XI, 1, 83-110)

ICFの構成概念とWHO-DAS2.0の評価項目

	第1部: 生活機能と障害	第2部: 資源因子		
構成要素	心身機能・身体構造 心身機能 身体構造	環境因子 個人因子		
領域	生活・人生領域 (課題、行為)	生活機能と障害への 外的影響 生活機能と障害への 内的影響		
構成概念	心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)	能力 課題の遂行 実行状況 現在の環境に及ぼ ける課題の遂行	物的環境や社会的 環境の資源による 外的な影響による 資源の特性による 内的な影響	個人的な特徴の 影響力
肯定的側面	機能的・構造的 統合性	活動 参加	資源因子	非該当
否定的側面	機能障害を含む (構造障害を含む)	生 産 活動制限 参加制限	障害因子	非該当

- ICF活動と参加の分類リスト
1. 学習の知識と応用
 2. 一般的な課題と要求
 3. コミュニケーション
 4. 運動・移動
 5. セルフケア
 6. 家庭生活
 7. 対人生活
 8. 主要な生活領域
 9. コミュニティライフ・社会生活・市民生活

- WHODAS 2.0において評価する生活上の6つの領域
- ・領域1: 認知 - 理解と意思の疎通
 - ・領域2: 運動能力 - 動き回ること
 - ・領域3: 自己管理 - 排泄排便、着衣、食事、一人で過ごす
 - ・領域4: 人付き合い - 他の人との交流
 - ・領域5: 日常生活 - 家庭での責任、レジャー、仕事・学校
 - ・領域6: 参加 - 地域活動への参加、社会への参加

対応している

14

WHO-DAS 2.0のバージョン

WHO-DAS 2.0には、調査項目の数、調査方法によって、7つのバージョンがある。

・ 12+24項目 -面接者記入	・ 36項目 -面接者記入	・ 36項目 -自己記入
・ 36項目 -代理人記入	・ 12項目 -面接者記入	・ 12項目 -自己記入
	・ 12項目 -代理人記入	

15

WHO-DAS 2.0のフラッシュカード

健康状態とは:

- ・ 疾病・病い、または他の健康問題がある
- ・ けがをしている
- ・ 精神的または情緒的問題がある
- ・ アルコール問題がある
- ・ 薬物問題がある

活動するの困難がある、の意味は:

- ・ 普段よりもさらなる努力を要すること
- ・ 不快感または苦痛を感じること
- ・ 時間がかかること
- ・ 普通と違う方法をしなければならないこと

過去30日以内についてだけ考えて下さい。

	1	2	3	4	5
	難しい(なし)	少し	中程度(普通)	かなり	ものすごく できない
	0~4%	5~24%	25~50%	50~85%	85~100%

16

WHO-DAS 2.0 36項目版

- 領域1: 認知と意思疎通
- D1.1 10分間の読み取りの正確性を
- D1.2 読まれた内容を正確に記憶する
- D1.3 日常生活において困難な状況に直面する
- D1.4 新しい課題を学ぶ (例えば、新しい場所への行き方を学ぶこと)
- D1.5 人の要求に応じて適切な行動を計画し、実行する
- D1.6 会話を通して、理解を深める
- 領域2: 運動・移動
- D2.1 30分間の歩行・移動を続ける
- D2.2 歩行が困難から立ち上がる
- D2.3 歩行の速度を遅くする
- D2.4 歩行に出る
- 領域3: 自己管理
- D3.1 30分間の歩行・移動を続ける
- D3.2 歩行が困難から立ち上がる
- D3.3 歩行の速度を遅くする
- D3.4 歩行に出る
- 領域4: 人付き合い
- D4.1 知らない人とのやりとり
- D4.2 友人と交流する
- D4.3 親しい人とのやりとり
- D4.4 親しい人とのやりとり
- D4.5 親しい人とのやりとり
- 領域5: 日常生活
- D5.1 日常生活の準備・実行
- D5.2 歩行が困難から立ち上がる
- D5.3 歩行の速度を遅くする
- D5.4 歩行に出る
- D5.5 歩行が困難から立ち上がる
- D5.6 歩行の速度を遅くする
- D5.7 歩行に出る
- 領域6: 参加
- D6.1 歩行が困難から立ち上がる
- D6.2 歩行の速度を遅くする
- D6.3 歩行に出る
- D6.4 歩行が困難から立ち上がる
- D6.5 歩行の速度を遅くする
- D6.6 歩行に出る
- D6.7 歩行が困難から立ち上がる
- D6.8 歩行の速度を遅くする
- D6.9 歩行に出る

17

厚生労働科学研究費補助金 政策科学研究費助成事業 (統計情報総合研究事業)
ICFの国際生活機能分類の普及と実用化のためのツールとしてWHO-DAS2.0の活用可能性に関する研究 (H25統計一般001) | 研究代表者: 藤井孝子

ICFの一般セットのための13候補項目とWHODAS2.0の12項目版の重複

ICFの構成要素	ICFの一般セットのための候補項目	ICFの一般セット	WHODAS 2.0の12項目版
心身機能	b130 能力と運動の機能 b152 運動機能 b230 感覚機能 b380 痛みの感覚 b730 能力の機能	b130 能力と運動の機能 b152 運動機能 b230 感覚機能 b380 痛みの感覚	現在心身機能が侵害されていない。しかしながら、現在心身機能に関するモジュールの開発が検討されている。
参加と活動	d450 歩行 d620 物品とサービスの入手 d640 調理以外の家事 d660 浴槽への移動 d680 寝る準備 d920 レジケーションとレジャー	d330 日課の遂行 d450 歩行 d450 歩行 d450 歩行 d450 歩行 d450 歩行 d450 歩行 d450 歩行 d450 歩行 d450 歩行	D12 すべての重要事項を覚えておく D13 日常生活上の問題を覚えておく D11 覚えておくのに10分間集中する D14 新しい何かを覚える (例えば、新しい場所への行き方を覚える) D21 長時間、例えば、30分立っている D25 1キロメートル以上[またはこれに近い]の長距離を歩く D31 衣食生活 D32 自分自身を覚える D41 知らない人とのやりとり D42 友人関係を維持する D2 移動 D21 長時間、例えば、30分立っている D22 歩行が困難から立ち上がる D23 歩行の速度を遅くする D24 歩行に出る D25 1キロメートル以上[またはこれに近い]の長距離を歩く D51 家で行うべき仕事や責任を覚える D55 食事 / 学校での活動 D61 他の人と方法での地域活動に参加するために、どれだけ困難があまりなかったか (例えば、警察官、宗教学者) D65 健康上の問題が、あなたの健康にどれだけ影響を及ぼしたか
環境因子	e450 健康の専門職の態度 e480 健康サービス/制度 政策	e450 健康の専門職の態度 e480 健康サービス/制度 政策	現在、「d450 歩行」に当てはまるWHODAS 2.0項目版は、環境因子に属して1つの質問を含む。しかしながら、現在は環境因子に関するモジュールの開発が検討されている。

18

Cieza A, Geyh S, Dhatteji S, Nestanjanek N, Usion BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. BMC Med Res Methodol. 2006 Jul 27;6:36. 筆者一部改変

3. WHO-DAS2.0を活用した調査研究

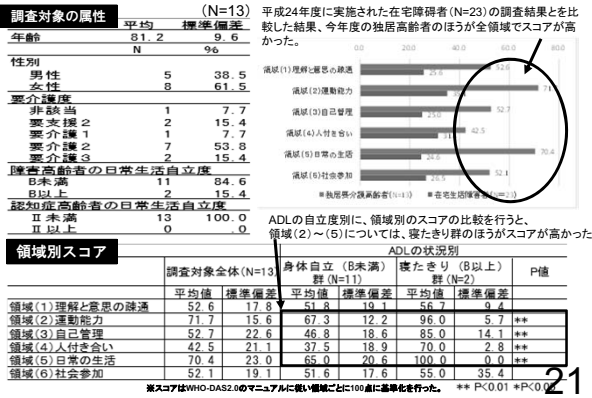
19

独居高齢者に対するWHO-DAS調査

大野寛政, 筒井孝子, 東野定律, 木下隆志. WHO-DAS2.0日本語版による独居要介護高齢者の日常生活や社会参加に関する障害の把握. 第73回日本公衆衛生学会; 2014年11月; 板木. 第73回日本公衆衛生学会抄録集

20

独居高齢者に対するWHO-DAS調査の結果



21

在宅要介護高齢者に対するWHO-DAS調査に対する意見

【調査の実施に関連する内容】

- ①質問自体が抽象的であるため質問者が考えながら具体的な答えを引き出すための工夫が必要であった。
- ②事例を盛り込んだ調査ガイドラインの整備が必要。
- ③判断能力が低下している高齢者の場合、調査時には、前提を設定（本人がやっていること、家族がやっていること、介護サービス職員がやっていること）しないと調査不能。
- ④「健康」を理由とした「できない」との回答と「高齢」を理由とした「できない」の回答の区別の判断やコーディングが難しい。

【調査項目について】

- ①質問に高齢者に相応しくない内容（仕事・学校に関するD5.5~D5.8、D4.5親密なスキミング）があった。

【調査の内容について】

- ①都市部と郡部では、生活環境、スタイル、社会資源に違いがみられるため、同一の質問内容でよいかは再考すべき。
- ②施設と在宅で大きく環境が異なるように、WHO-DASによる調査を実施する場合は、居住環境による影響も考慮すべき

22

地域の障害者に対するWHO-DAS調査

大野寛政, 筒井孝子, 東野定律, 木下隆志. WHO-DAS2.0日本語版による障害者の生活機能障害の把握—障害者種別別の比較—. 第74回日本公衆衛生学会; 2015年11月; 長崎.

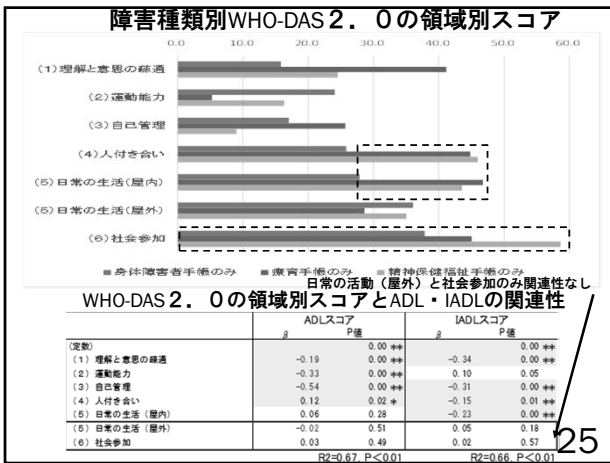
23

調査対象者の属性

A県B市の障害者（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳所持あるいは、難病患者入院見舞金の申請者）500人を対象に平成26年8月に郵送にて調査が実施され、347件が回収された（69.4%）。

属性	人数	割合	属性	人数	割合
年齢			同居の形態		
10歳未満	26	7.5	同居のみ	85	24.5
10歳以上40歳未満	41	11.8	同居なし	72	20.7
40歳以上64歳未満	90	25.9	父・兄弟	25	7.2
65歳以上	190	54.8	父・母のみ	23	6.6
手帳の種類			父・母・兄弟	23	6.6
身体障害者手帳のみ	168	48.4	配偶者・親・兄弟・息子	23	6.6
療育手帳のみ	27	7.8	一人暮らし	47	13.5
精神障害者手帳のみ	31	8.9	専業主婦と同居(二世帯住宅を含む)	287	82.1
二つ以上の手帳を所持	4	1.2	その他(施設・グループホーム・入居など)	11	3.2
手帳を所持していない	17	4.9	未回答	32	9.2
未回答	100	28.8	自身介護付	5	1.4
療育手帳			区分1	6	1.7
1級	81	23.3	区分2	1	0.3
2級	32	9.2	区分3	2	0.6
3級	41	11.8	区分4	2	0.6
4級	59	17.0	区分5	1	0.3
5級	14	4.0	あり(再帰)	15	4.3
6級	10	2.9	なし	212	61.1
なし	77	22.2	未回答	120	34.6
未回答	33	9.5	訓練有給付	5	1.4
療育手帳			あり	10	2.9
1級	5	1.4	なし	252	72.6
2級	11	3.2	未回答	85	24.5
3級	14	4.0	要介護認定	8	2.3
4級	11	3.2	要介護1	7	2.0
5級	224	64.6	要介護2	7	2.0
6級	32	9.2	要介護3	15	4.3
なし	52	15.0	要介護4	7	2.0
未回答	2	0.6	要介護5	11	3.2
精神障害者福祉手帳			要介護6	4	1.2
1級	30	8.6	認定あり(再帰)	162	47.0
2級	19	5.5	未認定	165	47.6
3級	21	6.1	未回答	128	36.8
なし	75	21.6			
未回答	75	21.6			

24



WHO-DAS 2.0の項目別回答状況(全体と精神障害者)

■ 非常にできない(なし) ■ 少しい ■ 中程度(普通) ■ かなり ■ ものすごくまたはできない ■ N/A

項目	全体	精神障害者
仕事または学校での日々の役割をやる	26.8	7.5
異なる人から、異なる場所、異なる状況で役割をこなす	21.9	11.5
高次の仕事または学業に必要となる仕事をする	22.9	12.9
必要に応じて、新しい仕事や役割を学ぶ	22.8	8.9
数人の人と同じ方法で機械や機器を操作する	31.1	19.9
あなたの身の回りに生じた問題を、あなたが自分で解決できる	34.1	21.9
他人の助けを借りずに、あなたの問題を解決する	46.7	26.1
機嫌が悪くなるのを防ぐために、自分の感情をコントロールする	23.1	27.7
あなたの感情が、あなたの行動に影響を及ぼす	25.9	25.1
あなたの感情が、あなたの行動に影響を及ぼす	25.1	25.1
あなたの感情が、あなたの行動に影響を及ぼす	27.1	28.2
自分の、リラックスできる場所を見つける	19.8	20.5

参加の制約が大きくなっている

就労支援事業所を利用する障害者に対するWHO-DAS調査

松本雅八、WHO-DAS 2.0を利用した就労継続支援B型のサービスマネジメント、兵庫医科大学大学院経営研究科 経営専門職課程 提出論文(2018)

27

評価対象となった就労支援事業所利用者の事例概要

性別 男 年齢 53歳 障害種別 精神 障害等級 2級
障害支援区分 該当なし 世帯 独居 経験なし

〈事例の概要〉
主な職業や学歴、活動内容、その他利用サービス、当事者としての経験年数、家庭状況等
小学校、中学校は特別支援学校へ通入、公立の高校へ進学する。高校後、4年制の大学へ進学するが、3年生の時に中退してしまう。父の仕事を継いで、随分の間は行方不明になる。精神科で薬を処方され、住居に入居する。学生時代は、父親が厳しく、親に対する嫌悪感が強く反抗していた。高校の時にいじめはなかったが、クラスで浮いてしまっていた経験がある。大学の時にアルバイトを始め、お金を稼ぐ経験が豊富であった。女性と付き合っこともあったが別れ感を感じてしまっていたとの経験が豊富であった。卒く卒業と同時に帰郷することになった。それで、アルコール依存症となり、精神科で入院もあり、その経験が豊富であった。また、1型の糖尿病も併発している。
現在は、症状も落ち着き、当人に選ばれる3年間に及ぶ。作業に集中し続けられている。通所された当初は、誰かがいかにして理解が難しく、同じ利用者に対して軽蔑する一面もありましたが、徐々に理解をし、受け入れられるようになってきている。

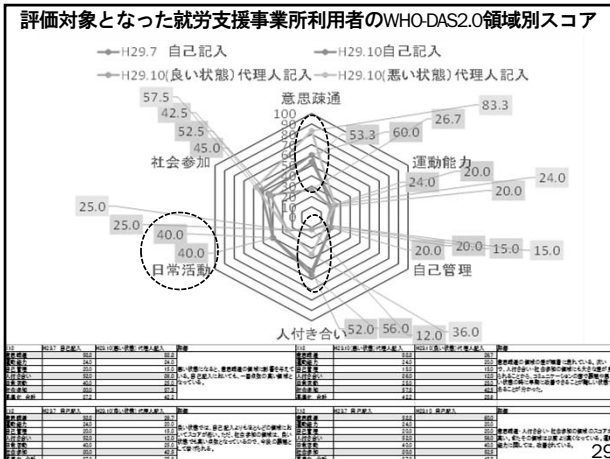
〈個別支援計画〉
総合的支援内容
作業所での仕事を無理なくなし、現状維持で通所していきながら行う。
実習内容
事業所運営の飲食店の仕事を継続していく
短期目標
細かい作業を、より丁寧に、また少しずつ精度を上げていきたい

〈支援の内容〉
支援内容
当業の仕事を手伝い、日ごとの仕事の流れを定めてもらうことにより、支援の深まりを感じる可能性があるため、体調管理を話し、やりがいをもち、完了した作業が行えるように支援していく。また、内職的な作業に苦手意識があり、集中が出来なかったりするので、ゆっくり落ち着いて作業出来る環境を提供していく。

支援の実施
仕事の面でやりがいが、あったか話を聞いて、聞き取りをしていった。そして必要に応じて、他の利用者さんの特徴を伝えていき、協力して行うことを伝えた。

〈支援の結果と評価〉
自身の精神科のこともあり、健康管理には気を付けているが、精神面の症状の変化には、自分自身で気づいていない様子である。しんどいと感じた時に、しんどくないで済ませたいと、しんどくないで済ませたいと、何故か分からないので、大丈夫だと答えられることが多いが、自分自身が気づいていない。特に、作業に集中し、作業に集中することもある。自分が好んでいると思う人は大丈夫だが、苦手と感じている人には気づかずに、受け入れられなくなる。その時には話を聞いて、不満を聞いていき、仕事や人間関係に支障が出ないように、引き続き支援が必要である。

28



項目	1	2	3	4	5	6
仕事または学校での日々の役割をやる	26.8	7.5	23.1	21.9	22.8	22.9
異なる人から、異なる場所、異なる状況で役割をこなす	21.9	11.5	19.9	19.9	21.9	21.9
高次の仕事または学業に必要となる仕事をする	22.9	12.9	22.8	22.8	22.8	22.8
必要に応じて、新しい仕事や役割を学ぶ	22.8	8.9	22.8	22.8	22.8	22.8
数人の人と同じ方法で機械や機器を操作する	31.1	19.9	31.1	31.1	31.1	31.1
あなたの身の回りに生じた問題を、あなたが自分で解決できる	34.1	21.9	34.1	34.1	34.1	34.1
他人の助けを借りずに、あなたの問題を解決する	46.7	26.1	46.7	46.7	46.7	46.7
機嫌が悪くなるのを防ぐために、自分の感情をコントロールする	23.1	27.7	23.1	23.1	23.1	23.1
あなたの感情が、あなたの行動に影響を及ぼす	25.9	25.1	25.9	25.9	25.9	25.9
あなたの感情が、あなたの行動に影響を及ぼす	25.1	25.1	25.1	25.1	25.1	25.1
あなたの感情が、あなたの行動に影響を及ぼす	27.1	28.2	27.1	27.1	27.1	27.1
自分の、リラックスできる場所を見つける	19.8	20.5	19.8	19.8	19.8	19.8

30

評価対象となった就労支援事業所利用者のWHO-DAS2.0の結果に基づく個別支援計画

＜個別支援計画＞
総合的支援内容
WHO-DASのD6.8（自分でリラックスや楽しめようとした時にどれだけの問題がありましたか）の項目が、悪い状態だと3点、良い状態でも3点と高めの点数である。同様にD1.3（日常生活において問題の解決方法を発見する）も悪い状態だと5点、良い状態でも3点であり、生活の中でのストレスの緩和が難しく、また問題の解決策が見つけれられていない状態である。リラックスや楽しみがあるが確認を徹底で行い、その留意要因を見つければ課題を整理し、事業所内での活動で改善していくことが必要である。その中で、事業所での親しい人との交流を深めていけるように、対人室でのコミュニケーションを改善出来るように、面談や座学（SST）を通して支援していく。利用者の長期目標は「事業所が運営している飲食店のお店を継続していく」で、短期目標は「細かい作業をより丁寧に、また少しづつ制度をあげていく」である。

長期目標
①D6.8（自分でリラックスや楽しめようとした時にどれだけの問題がありましたか）の項目を、自己記入の3点を1点にする。
目標の状態は、毎日のリラックスや楽しみを行っている状態である。
短期目標
②D1.3（日常生活において問題の解決方法を発見する）の項目の、代理人記入の悪い状態の5点を4点にする。目標の状態は、日常生活の問題があった時に、相談出来るようになっていく状態である。
③D4.3（親しい人々と交流する）の項目の自己記入を2点から1点にする。目標の状態は、親しい人との交流が、利用者自身が満足に行えている状態である。

31

評価対象となった就労支援事業所利用者のWHO-DAS2.0の結果に基づく個別支援計画における短期目標と支援

＜短期目標の支援の予定＞
②D1.3（日常生活において問題の解決方法を発見する）の項目の、代理人記入の悪い状態の5点を4点にする。

項目	支援内容	達成状況
目標	日常生活において問題と認められる解決方法を発見する。	達成
支援	仕事や活動を通して、悩みや不安を解消していく方法を発見し、適切な解決策を見つける。また、必要に応じて、面談や座学（SST）を通して支援していく。	達成
目標	親しい人々と交流する。	達成
支援	対人室でのコミュニケーションを改善出来るように、面談や座学（SST）を通して支援していく。	達成

③D4.3（親しい人々と交流する）の項目の自己記入を2点から1点にする。

項目	支援内容	達成状況
目標	親しい人々と交流する。	達成
支援	対人室でのコミュニケーションを改善出来るように、面談や座学（SST）を通して支援していく。	達成

32

4. 今後の展望

33

評価ツールとしてのICFの可能性

- ICF概念に基づく評価ツールは、支援者主導になりがちなケアマネジメントにおいて、本人の視点（本人の意欲やできることに着目する）を導入する契機となり、現在国内で活用されている評価ツールにない領域を含むものとして、その活用が期待できる。
- 主観的な側面を含むがゆえに、その特性を理解する必要があり、客観的な厳密性が求められるデータとして活用するためには、評価項目の継続的な精査や操作的定義の洗練、評価ガイドラインの整備が必要と考えられた。
- 評価情報を活用する領域としては、個別支援レベル（ミクロ）、地域支援レベル（メゾ）、政策レベル（マクロ）とさまざまな考えられるが、地域包括ケアシステムや地域共生社会の実現に向けて、臨床レベルでの活用事例を積み重ねていくことが求められると考えられた。

34

ICFの導入・普及法

- ICFの導入・普及法としては、参加と活動への視点が求められる就労支援領域や医療介護福祉といった領域を横断する支援におけるケアマネジメントへの活用が考えられる。
- ICF概念やこの概念に基づく評価ツールを用いて共通化された記録様式は、今後の医療介護福祉領域における多職種協働によるチームケアやセルフマネジメントを推進するものとなると考えられる。

35

ICFの活用事例①：知的障害者、発達障害者の支援における多分野共通のアセスメントによる情報共有

ICF図式を採用した評価パッケージ構成

「活動と参加」回答結果のパターン

安達隆、ほか「知的障害者、発達障害者の支援における多分野共通のアセスメントと情報共有の活用に関する研究」
日本医療研究開発機構障害者社会情報総合調査室、平成28年度研究報告書

36

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防

本人の参加

社会参加・趣味活動

運動習慣

社会参加・趣味活動

本人の参加

松戸市看護監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まっど認知症予防プロジェクトを例に～」(平成29年2月28日)一部改変

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防

松戸市看護監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まっど認知症予防プロジェクトを例に～」(平成29年2月28日)一部改変

ICFの領域	身体機能		認知機能		活動と参加		環境		個人		セルフケアプラン作成者	作成日
	初	末	初	末	初	末	初	末	初	末		
身体機能	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
認知機能	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
活動と参加	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
環境	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
個人	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

事例紹介④

『ICF に基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築』

向野 雅彦（藤田保健衛生大学医学部講師）

藤田保健衛生大学の向野です。ご丁寧なご紹介ありがとうございます。私からは国際生活機能分類の臨床使用を促進するための我々の取り組みについてお話をさせていただきます。

ICF についてはここで私が話すのも釈迦に説法という感じがしますが、WHO で 2001 年に採択されて以来、普及への努力が進められてきました。とくに日本においては基本的な概念については教育の中でも広く共有されている状態かと思えます。

一方で ICF は国際生活機能分類ですから、分類として用いられる必要があります。分類が書籍としてももちろん出版されておりまして全部で 1,500 近い項目からなっておりまして、心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子の各パートから成っています。私はリハビリテーションという立場から臨床でどう普及させるかということに取り組んでまいりました。

分類としての ICF を用いることには明確なメリットがあります。まず従来の評価よりもより包括的な視点を与えてくれるということ。それから国際比較への使用がしやすいということ、それから、さらにこのような共通のフォーマットでの評価の方法を確立することが出来ればベンチマーク形成とか治療の広域マネジメントへの応用が可能となるのではないかとこのところでもあります。

しかし一方でこれを臨床で使用していくにあたっては、多くの問題があります。まず、ICF はお話をしましたように 1,500 項目を超える数の分類項目から成っておりますので、ひとりひとりの患者さんにすべてを評価するのは不可能です。それから ICF の定義は複雑なことがありますので医療者にとってパッと直感的にわかりにくいことがあります。

それから ICF には評点といって点数をつける仕組み

がありますけれども、我々が普段親しんでいるような臨床スケール、例えば FIM のようなスケールと異なりまして具体的な基準が定義されていない、これはこれまでに何回もお話が出てきましたけれども、とくに日本ではこういうところが問題になって評点の信頼性を確保しにくいというところが障害になっていると。

これはヨーロッパの研究者の方々と話しますとくに直感的につければいいんだという話をされるんですけども、とくに日本での普及にはそこが非常に大事なところではないか、一番医療者の方で問題にしているところかと思えます。

まず、分類の多さに対してですけれども、ICF はご存知のように第 1 レベルから第 4 レベルまでありまして、非常に多くの項目があります。すべてを付けるのは不可能ですので選んでつけないといけない。でも 1,500 項目から選んでつけるのも結構大変ということで、この問題に対しては国際共同研究として ICF コアセットの研究というのがこれまで進められてきています。

ICF コアセットというのはすでにこれまでのお話でも出てきましたけれども、2002 年ころから始まった国際的なプロジェクトで病気や健康状態ごとに文献レビューとか専門家会議を通じて評価する項目を絞るということをやっているというプロジェクトです。

これまでにたとえば関節リウマチ、脳卒中、脊髄損傷のセットなど 30 以上のコアセットができております。さらに最近になって一般セットというのとリハビリテーションセット、この二つは疾患横断的に適用できるということでそういうセットが作られまして、例えば私が所属しております国際リハビリテーション医学会ではこれをベースに普及のプロジェクトが進められています。

日本において厚労科研の研究などで今このリハビリ

テーションセットを使った普及のプロジェクトというのに取り組みさせていただいております。

リハビリテーションセットというのは 30 項目の一般セットとも最近呼んでいるようですけれども、計量心理学的な研究の結果とそれから専門家会議によってとくに重要と考えられたものをピックアップしてそれを合わせたものということになっておりましてこれを採用しています。

項目はそのようにするとして、次の問題としては、ICF そのものが時々わかりにくいことがあるということがあります。

ICF は臨床から出てきたものではないことになりまので、その項目の概念の中には実際に医療者の方ではイメージがしづらいというものもあります。たとえば活力と欲動の機能というのはこういう定義がありますけれども、パッと読んでイメージがしにくいということがあ

る。この問題に対しては、とくにリハビリテーション医学の分野では国際的な協プロジェクトとして簡潔で直感的な説明文の作成ということに取り組んでおりましてそこに我々も参加させていただいております。

簡潔で直感的な説明文の作成プロジェクトは、国際リハ学会の中でもヨーロッパのグループを中心に進められてきておりましてコアセットプロジェクトの延長線上に位置づけられております。

これは基本的に定義をシンプルな言葉に置き換えてもともとの定義の理解をサポートしようとするものであります。2014 年からこれはスタートしまして、今までに中国、イタリア、ポーランド、マレーシアと日本で既に作成されておりまして、さらに 8 カ国 9 カ国くらいの国で作成が今進められています。

それからもうひとつこれは臨床で用いるときに重要な事なんですけれども、実用性の部分の問題で信頼性の問題があります。これはこれまでのお話で何回か言及が

あったと思いますけれども、もともと ICF には評定のガイドラインはありますけれども、非常にシンプルです。

わかりやすいというメリットもありますけれども、これまでの研究で検者間信頼性が低いということはしばしば言及されております。臨床の場でこういった点数を付ける場合はですね、変化を見ることももちろん大事なんですけれども、通常これが両者間の情報提供に使われることが結構あるのでそれが実用上なかなか難しいということで研究としてやるのであればそれをプラスアルファでやることはできるけれども、ルーチンの仕事の中に組み込んでいくためにはもう少し実用性が高いほうが望ましいと。それで我々は二つのアプローチを用意しています。

一つ目のアプローチは ICF の評点を付けやすくする補助ツールを用意するという事です。もうひとつは既存のスケールを使って情報を収集してそれを ICF にリンクするという方法であります。

ICF の評点を付けやすくする補助ツールとして我々が作成してきましたのは採点用のリファレンスガイドの作成とそれから環境因子の情報をくっつける仕組みです。このリファレンスガイドについてはコアセットなどやってきたスイスパラプレジックリサーチの ICF 研究グループの協力を得まして行いました。

ICF に関しては新しい採点のガイドを作るときにそういう話をするときに難しい点はですね、ICF の評点のガイドラインがもともとありますので、それに矛盾したかたちでとか恣意的にガイドラインを作ることが非常に抵抗があります。そこで私たちは、もともとのガイドラインに沿って採点をしたら例えばこういうことが含まれるかもしれませんよというそういうリファレンスガイドを作ることに取り組みました。

プロセスとしては複数の評価者が同じ患者さん、具体的な 9 人の患者さんに対してもともとのガイドラインを見ながら採点をして、それが実際にその人が 2 点を付けたときになぜ 2 点を付けたのか 3 点じゃないのかなぜ

1点じゃないのかというインタビューをすべての項目について、30項目すべてにリハビリテーションセットの項目すべてについてやりまして、その共通認識として設定できるラインを例として提示するようにしました。

そういうことで現在検者間信頼性の検討を行っています。これまでの検者間信頼性の結果は63例でそこそこいい。FIMほどはいきませんが、それに近いかたちで結果が出ております。

さらにこういった点数を臨床で使う場合には、それが臨床的に何を意味するかということも重要で先ほど近藤先生のお話で判別的尺度と評価的尺度というお話がありましたけれども、ある意味では両方が含まれている臨床尺度というのはたくさんあって、FIMもそういう面があるかなと。まずそういう臨床的な意味をそこに加えるということも必要かなと考えておりましてそこを追加しています。

FIM だったら例えば5点だったら見守りが必要で、6点だったらそれが要らないと判断できますので、その人に必要な環境をすぐにその場で判断できるという面がある意味あるんですけれども、たとえば装具装着下の歩行と見守り化の歩行のどちらも軽度の問題と、1点と評価されるとそれがわからないと。

そこで我々としてはそこに環境因子の情報を追加しましてそれを追加して記載することでコミュニケーション上で使いやすくしようということで、これはICFそのものに手を加えるということではないんですけれども、ローカルな解決としてこのような方策を試しております。これは厚労科研の中で現在コンピューターアプリケーションに載せておりまして今後無料で配布する予定にしております。

ただ、これには課題がありまして、やはり評価範囲が既存のスケールと重複しているので普及には工夫が必要ということと、それからこういう評点の付け方がOKなのかどうかというのはやはり議論があるかと思っておりますので、これは引き続き議論していきたいと思っておりますが、

国際リハビリテーション医学会の中の議論ではこういうやり方もあるよねというかたちで認めるところまでには来ています。

次に既存スケールを使った情報収集についてお話をします。これは実際に臨床で使われているスケールをICFの項目にリンクして分布に基づいて標準スケールにするというものです。

これは今日いらっしゃっているシエザ先生のお仕事ですけれども、先行研究において既存の評価スケールの項目がそれぞれICFのどの項目に相当するかというような検討が結構されていまして、その作業を行うためのリンキングルールというのをシエザ先生がこれまでに作ってこられております。それを利用して既存のスケールをICFの情報として変換していこうというのがこの取り組みの重要な点です。

たとえばFIMで言いますと更衣とか入浴とかありますけれども、それをICFの項目にリンクするという非常にここでは単純化していますけれども、そういうかたちでFIMとかそういったものをコアセットにある程度結び付けていくということを行っております。

数値化の方向ですけれども、たとえばFIMの7点、ICFの0点にしましうみたいな考え方はちょっと恣意的になってしまうということである程度で章、たとえばd4の運動移動の項目群を全部集めてそれをスコアにしてそれをRasch分析して0から100の評価にしてそれを評点に変換するというようなかたちの取り組みを行っております。これのいい点はどんなスケールを使っても総合比較する仕組みが作れるということになります。

我々のコンセプトとしては、基準となるスケールを先ほどの一つ目のアプローチを用いて作りましてそれと様々なスケールとICFに関してはさまざま取り組みがありますので、そういったものと標準化指標化をして相互比較可能にするということに取り組みたいと考えております。

これは脳卒中の患者さん 151 名のデータで既にトライアルをしておりますけれども、そういったかたちで Rasch モデルに適合して標準指標が作れるというところまでは確認をしております、これから規模を広げてデータ収集に取り組みたいと考えています。

これももちろん課題がありまして、たとえば ICF リハビリテーションセットの 30 項目を全部埋めるためにスケールを用意するとすると 7 つ 8 つと臨床スケールが必要になりまして、それも結構それだけ大変ということになってしまいますので、あとは既存のスケールでカバーできない項目があったりしますので、そこを解決するために我々としてはアプローチ 1 のスケールというか評点の付け方に加えて拡張版のセットとして既存のスケールを付けるという仕組みを考えております。

これは今レッドキャップ上でデータベース作成をしております、トライアルのデータベースも作っております。これで協力病院を募ってデータ収集のトライアルをしたいと考えております。

最終的には、このデータベースの入力をしたらある程度そこにダイレクトで入れた人にフィードバックが返ってくるようなそういう仕組みを考えたいと思っております。

以上です。どうもありがとうございました。

ICFに基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築

向野 雅彦 (研究協力者)
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

- 山田 深¹⁾ 才藤栄一²⁾ 園田 茂³⁾ 水岡 正澄⁴⁾ 出江紳一⁵⁾
 1) 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
 2) 杏林大学医学部リハビリテーション医学講座
 3) 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学II講座
 4) 医療法人社団輝生会
 5) 東北大学大学院医工学研究科リハビリテーション医工学分野

分類としてのICF

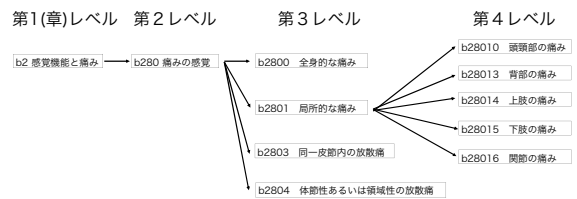


- ・障害に関わる項目が全部で1454項目
- ・心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子の各パートからなる

ICFを臨床で用いるメリット

- 従来のADL評価以上に広い範囲を対象として生活機能の評価が可能である
- WHOによる国際分類であり、国際比較への使用や、国際共同研究との連携がしやすい
- 標準化した評価により、ベンチマーク形成、さらには治療のクオリティ・マネジメントへの応用が可能となる

分類の構造



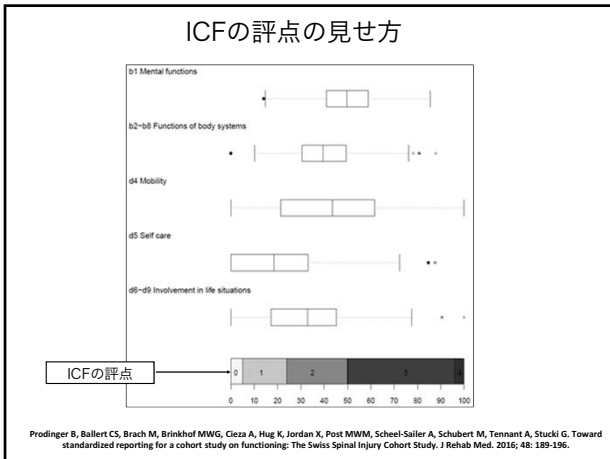
- ・第1~4レベルまで分かれており、数字が大きくなるほど詳細な記載

分類の項目

- ・b項目 心身機能
 - ・・・"筋力の機能"、"痛みの感覚"、"記憶機能"など ICFの"機能障害"にあたる項目
- ・s項目 構造
 - ・・・"脳の構造"、"上肢の構造"など
- ・d項目 活動と参加
 - ・・・"食えること"、"交通機関や手段の利用"など ADL, IADLなど"能力低下"や"社会的不利"に関わる項目
- ・e項目 環境因子
 - ・・・"日常生活における個人用の支援的な生産品と用具"、"家族"など

ICFを臨床で用いる目的

- 生活機能の包括的な評価の枠組みの元で、
- 背景の異なる患者を平等に比較可能とし、
- リハビリテーションのクオリティ・マネジメントを日常診療の中でできるようにすること。



ICFの臨床使用に向けての取り組み

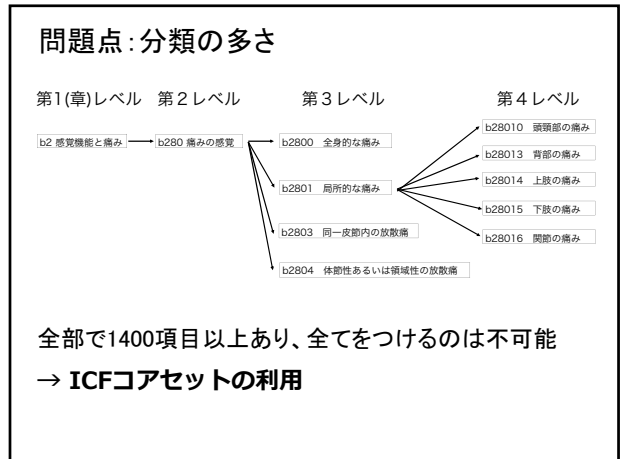
ICFを臨床で使いやすくする仕組み

▽

ICFをリハビリの質の管理に用いる仕組み

ICFを臨床で用いる上での問題点

- 分類の多さ
- 項目と定義の複雑さ
- 検者間信頼性



ICFコアセット

これまでに30以上のコアセットが発表されている

- 脳卒中コアセット
- 脊髄損傷コアセット
- COPDコアセット
- 糖尿病コアセット
- 関節症コアセット
- 関節リウマチコアセット

リハビリテーションセット (Rehabilitation set)

ICF Category	Rehabilitation Set	Expert Contribution
b130 活力と欲動の機能*		
b134 睡眠機能		
b152 情動機能*		
b280 痛みの感覚*		
b455 運動耐容能		
b620 排尿機能		
b640 性機能		
b710 関節の可動性の機能		
b730 筋力の機能		
d230 目標の遂行*		
d240 ストレスとその他の心理的要求への対処		
d410 基本的な姿勢の変換		
d415 姿勢の保持		
d420 移乗		
d450 歩行*		
d455 移動*		
d465 用具を用いての移動		
d470 交通機関や手袋の利用		
d510 自分の体を洗うこと		
d520 身体各部の手入れ		
d530 排泄		
d540 更衣		
d550 食べること		
d570 健康に注意すること		

・一般セット(*)は全て含まれている。

問題点: 項目と定義の複雑さ

項目によっては項目の名称や説明が臨床家に馴染みがないものがある

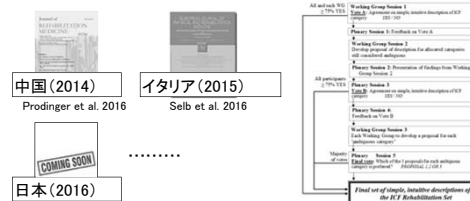
例: 活力と欲動の機能

…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精神機能

→ 簡潔で直感的な説明文の作成

簡潔で直感的な説明文の作成

- わかりにくいICFの定義に、臨床家にわかりやすい説明文をつけるプロジェクト
- 例: b134 情動機能
定義「こころの過程における感情的要素に関連する個別的な精神機能
説明文「適切に感情をコントロールする機能」



問題点: 検者間信頼性

評点ガイドライン (国際生活機能分類、付録2より)

0点	問題なし	(0-4%)
1点	軽度の問題	(5-24%)
2点	中等度の問題	(25-49%)
3点	重度の問題	(50-95%)
4点	完全な問題	(96-100%)
8点	詳細不明	
9点	非該当	

- %が何を表すのか、詳細な記載はない
- シンプルでわかりやすい一方、低い検者間信頼性が報告されている (Starrost et al. 2008, Uhlig et al. 2007, Hilfiger et al. 2009)
- 臨床スケールは医療者間の情報伝達に使われるため、そのまま臨床評価として導入するのは容易ではない

→ 二つのアプローチを準備

Approach 1

採点・情報共有しやすい採点の仕組みの作成 (補助ツールの作成)

Approach 2

既存のスケールを使った情報収集

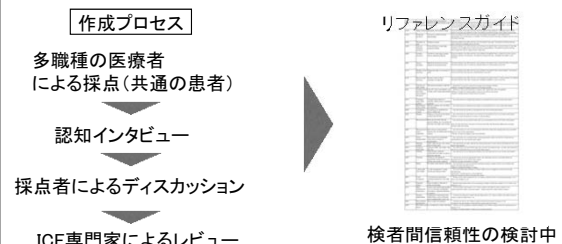
Approach 1

採点・情報共有しやすい採点の仕組みの作成 (補助ツールの作成)

- 採点用リファレンスガイドの作成
- 環境因子の情報の付加

採点用リファレンスガイドの作成

- これまでも評点の基準を作成する取り組みは数多くある
- ただし、恣意的な基準の作成は元々のガイドラインと矛盾を生じる
- 客観性を保持できるよう、認知デブリーフングを用いた基準作成のプロセス



検者間信頼性

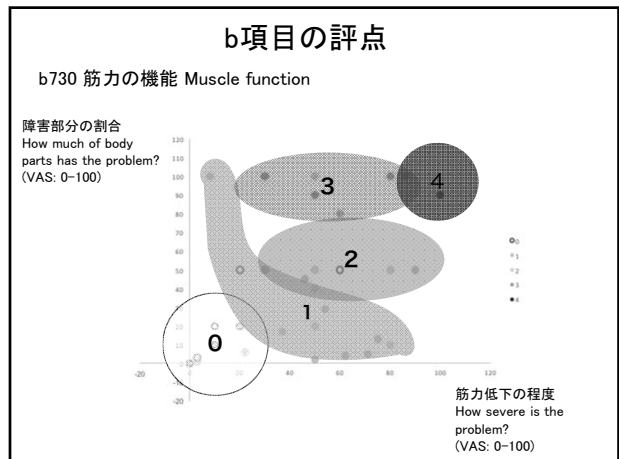
リファレンスガイドが完成したd項目より実施

項目	κ	weighted κ
d230	0.36	0.59
d240	0.54	0.67
d410	0.63	0.77
d415	0.67	0.82
d420	0.62	0.80
d4501	0.54	0.64
d4500	0.53	0.48
d455	0.65	0.70
d465	0.37	0.64
d470	0.54	0.67
d510	0.69	0.83
d520	0.55	0.65
d530	0.64	0.82
d540	0.53	0.72
d550	0.60	0.77
d570	0.38	0.57
d640	0.62	0.78
d660	0.57	0.71
d710	0.47	0.68
d770	0.55	0.66
d850	0.57	0.66
d920	0.56	0.72

n = 63
4 raters

(Landis and Koch, 1977)

Excellent > 0.8
Substantial > 0.6
Moderate > 0.4
Fair > 0.2
Slight



環境因子の情報の追加

臨床的には、環境因子として何が必要か、という情報が重要
ツールとして環境因子の情報を追加して情報共有できる仕組みを準備

d450 歩行

装具装着下での歩行 _____ 1: 軽度の問題?

見守り下での歩行 _____ 1: 軽度の問題?

環境因子の情報の追加:
M (薬剤、食物) ... e110
D (装具等物品・装置の使用) ... e115/e120
B (建物構造) ... e155
H (人的介助) ... e3

装具装着下での歩行 _____ 1D

見守り下での歩行 _____ 1H

装具、見守り下での歩行 _____ 1DH

コンピューターアプリケーションの作成

簡潔で直感的な説明文

定義

評点のリファレンスガイド

環境因子

進捗 20

Approach 1

採点しやすい仕組みの作成 (補助ツールの作成)

課題

- 評価範囲が既存のスケール(FIM等)と重複しており、普及には工夫が必要
- これをもって評点として良いかどうかについては議論が必要

Approach 2

既存のスケールを使った情報収集

- 臨床で用いられている既存のスケールを、ICFの項目に紐付けする
- 集めたデータを分布に基づいて標準化スケールにする

Linking rule

Number	Rule	Example
1	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
2	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
3	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
4	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
5	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
6	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
7	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
8	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
9	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."
10	Match one ICF meaningful concept to the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category. Do not use the ICF category if the ICF meaningful concept is not included in the ICF category.	Item 1 of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "The worst pain you have ever had." ICF category: "Pain, not included in the ICF category."

- ・既存の評価スケール等をICFの項目にリンクするためのルール
- ・最初に2002年(Cieza et al, J Rehabil Med)に発表され、2005年 (Cieza et al, J Rehabil Med)および2016年(Cieza et al, Disabil Rehabil)にアップデートされた。
- ・このルールに基づき、これまでに100以上の論文で項目のリンクについての報告がなされている。

既存の評価スケールを用いた情報収集

例: FIM (Functional Independence Measure)

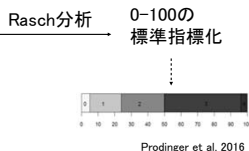
更衣(上) ————— d540 更衣
更衣(下) ————— d540 更衣

入浴 ————— d510 自分の身体を洗うこと

FIM ————— ICF コアセット
MoCA ————— 日本版評価セット
SIAS ————— 日本版評価セット
...

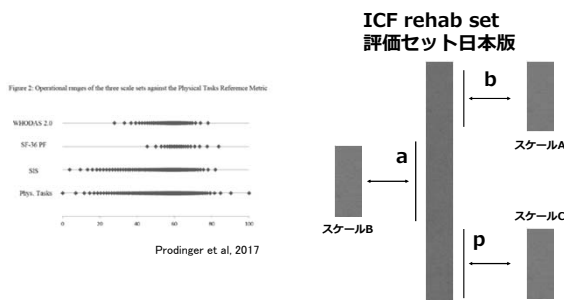
数値化の方法

- 例: d4 運動・移動 の項目群
- FIM
 - トイレ移乗
 - ベッド移乗
 - 浴槽移乗
 - 歩行
- d4 スコア
- ABMS
 - 起き上がり
 - 座位保持
 - 立ち上がり
 - 立位保持
 - ...



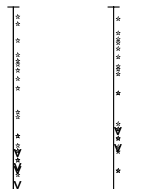
データの互換性

- Rasch分析を使用することにより、他のスケールやICFの取り組みと相互比較の仕組みを作ることができる



Rasch分析

対象者の能力 項目の難易度



- ・能力が高い人が難しい項目で高い点数をとり、能力が低い人は簡単な項目しか点数がとれないという関係が成り立つと Raschモデルにフィットする
- ・フィットするには、スケールが一次元であること、項目間の相関が高すぎないことなど様々な条件があり、それを解決するための手法がそれぞれ提案されている。
- ・その母集団にフィットするスケールが作れると、それに属する新たな対象者がどの項目で点数を取っているかによって、その人の能力が集団の中でどこに位置するかを推定することができる。

0-4や0-100のスコアへ変換
(このスコアは数字として扱える)

予備的な検討

脳卒中患者の既存のスケールのデータ(n=151)を元にRasch分析を実施 (FIM/ABMSII/SIAS/JCS/MoCA/MAS/ROM/感覚(NRS)/疼痛(NRS)/患者質問紙(MDSとINSCIから抜粋))

	Location		Fit Residual		Item-trait interaction		Reliability								
	Item	Persons	Item	Persons	Chi square	df	p	PSI							
	n	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Value	df	p	WITH extms	NO extms			
b項目															
Original sample	15	0.000	1.048	1.084	0.585	-0.091	1.467	-0.132	0.880	397.4	132	0.000000	0.924	0.924	
7 Testlets	15	1	0.000	2.037	1.321	0.275	0.308	0.968	-0.165	0.477	62.4	14	0.000000	0.733	0.771
3 Testlets	15	1	0.000	0.408	0.807	0.165	-0.014	1.154	-0.251	0.671	17.0	8	0.029915	0.675	0.675
3 Testlets + item split (age)	15	1	0.000	0.427	0.755	0.162	0.097	0.739	-0.225	0.672	13.9	10	0.175911	0.715	0.715
d項目															
Original sample	15	1	0.000	1.533	0.807	0.855	0.114	2.562	-0.098	1.677	417.0	68	0.000000	0.945	0.945
4 Testlets	15	1	0.000	0.194	0.230	0.289	0.131	1.962	-0.395	0.999	25.3	8	0.001393	0.665	0.690
4 Testlets + item split (age)	15	1	0.000	0.204	0.252	0.326	0.278	1.148	-0.349	0.908	22.4	14	0.070561	0.715	0.747

Approach 2

既存のスケールを使った情報収集

課題

- ICFリハビリテーションセットの30項目を埋めるだけでも多くのスケールの情報を必要とする
- 既存のスケールでカバーできない項目が多々ある(質問紙が適用できる症例は一部)
- 小項目ごとの比較が難しい

二つのアプローチの組み合わせによるデータベースの構造

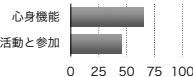
簡易なデータセットによるスクリーニング

項目ごとの評価

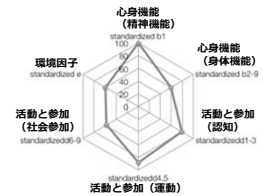
	Score	M	D	B	H
b130:	2	✓			
b131:	2	✓			

g230:	1				✓
g240:	2				✓
g410:	1		✓	✓	
g415:	3		✓	✓	

標準指標化



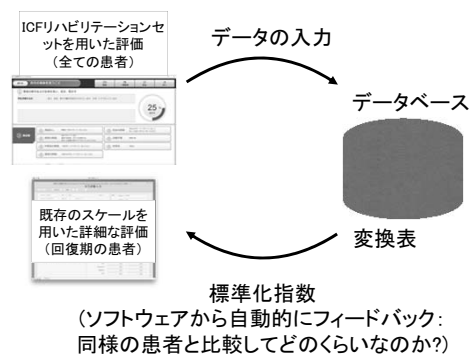
既存のスケールを加えた拡張版データセットによる詳細な評価



データベース作成のトライアル

REDCap

構築を目標としているシステム: ICFを用いた結果のフィードバックの仕組み



事例紹介⑤

『ICF ステージングを使つての質の評価～状態像の推移を追う～』

折茂 賢一郎（公益社団法人 全国老人保健施設協会副会長）

皆さんに配布した資料と今から使うパワーポイントはちょっと違うことを最初にお話ししておきます。

今日ご参加の皆さん ICF はよくご存じなので端折るところは端折りますが、今の日本のケアの現状というのは、障害穴埋め型介護ではなく自立支援型の介護を目指すというのが安倍内閣の合言葉であるわけですが、ややもすると、できないことを補ってあげるという障害穴埋め型の介護が起りやすくなっています。

自立支援型の介護にするにはどうかたちで利用者の評価をしていくのが良いか。自立支援に向けた評価をやるためにはどうしたらいいんだろうということで、我々全国老人保健施設協会、全老健というんですが、全老健では ICF のコードを利用した評価方法を作りました。

とはいっても 1,500 項目をひとつひとつ見るのは困難ですから、その中から統計学的手法によりピックアップした項目を、している項目とすることができない項目に分けて簡単に指標化した ICF ステージングという評価指標を 10 年近く前に開発しました。それをを用いて利用者ひとりひとりを評価していこうとしています。それを今日はご紹介をしたいと思います。

今わが国で使われている要介護認定というのは、ご存知のように 2001 年より前に作られたものですから、ICF の概念がまだ無く、それ以前の ICDH の時代だったわけです。我々全老健では、2001 年に発表された ICF を利用したかたちで、この ICF ステージングというものを作ってきました。

要介護認定というのは介護の手間をどうするのかという視点で作った尺度ですし、それが果たして利用者さんの状態像に直接絡むのかというところではないだろうと。やはり利用者さんを直接評価する軸として ICF を利

用して、その方の出来ること・出来ないことじゃなくて、行っていること・行っていないことに着目して評価をするという、わかりやすい評価軸を考えました。

ICF ステージングは「小さな変化を追える」となっていますけれども、これは日々の小さな変化を追えるということではなく、月単位ぐらいの変化が追える、というふうに理解していただければと思います。

尺度の話は近藤先生からもありましたけれども、様々な尺度がありますが、その中で自立とか全介助というのは誰から見ても明瞭ですけれども、見守りや部分介助というのはかなり誤差が生じます。そうした誤差が生じないように、行っていること・行っていないこと、また、見方によっては出来ること・出来ないことで判断するというのがこのスケールの特徴になります。

今日、細かいところは省きますけれども、Rasch 分析によって、統計学的に難易度を分析しグループ化して、それをさらにガットマンスケールの形にして、簡易スケールを作った、というのが開発の経緯になります。

ICF ステージングは 14 項目に分かれていて、基本動作とか嚥下とか排泄とかに分かれているんですが、たとえばこの基本動作の中の「つかまらずに立つ」ということ。こうしたことに ICF のコードが入ってまして、ICF コードの動作を行っているか行っていないかで、上と下のステージに分けていきます。

特徴的なのはここに見てもらえるように、マンガ、イラストレーションが入ってまして、専門家だけではなく素人でもパッと見て評価できる点がもうひとつの特徴になります。病院とか介護施設の現場など、専門家がたくさんいるところでは、難しい尺度も使えるんですが、この ICF ステージングのいい点というのは、ご家族でも評価できる。このマンガを見ることによって専

専門家とご家族や本人が、私はこんな状態だと表出できる。

今日はデータを示しませんけれども、客観的に評価できるという点で、ずれが大変少ないものだと統計学的にも出ているところですよ。

それから、たとえばこの基本動作で見るとステージ2、「寝返りが打てる」程度の人の場合、次は「端座位が保てる」というステージ3を目標にしましょう、というように、次の目標が見やすいというのがもう一つの特徴になります。

先ほども言ったように、ICF ステージングは基本動作から認知—精神活動までの14項目に分かれているんですけども、ただひとつ認知症のBPSDだけは、ステージングするのが難しかったものです。

たとえば徘徊行動があるとして、毎日あるのと年に1回あるのをどう評価するかといった点も難しく、認知症のBPSDだけは、有る・無しでの評価にせざるを得なかったというのが現状です。

それから、先ほどのマンガで見てわかるということをお応用しますと、今のテクノロジーを活用すれば、おそらく日常生活動作をフロアでロボットが見ていて、あの人はご飯を食べるときはあんな感じという風に、ロボットでも評価できる指標になるだろうと思っております。

実際にステージングを使った事例ですけども、さっきの14項目についてはステージ5が一番いい状態で、ステージ1がほとんど何もできない状態になりますが、この方は79歳の男性で老健に入所した当日が、この青いスケールなんですけれども3カ月間認知症に対するリハビリテーションを実施したところ、赤いところまで回復して、特にこの右側に書いてありますオリエンテーションとかコミュニケーションがかなり良くなり、在宅復帰につながったという症例になります。

似たような感じですけども、次の方は身体疾患ですけども、短期集中リハビリテーションをやった結果として1か月後に赤いところまで改善をして在宅復帰に

つながった。

次は逆に悪くなったところもわかるという事例です。この方は認知症のBPSDがかなりひどい方で、認知症専門棟にいたんですけども、脱水で病院への入院が必要になりました。約1週間入院してまた戻ってきたときの状態がこの真ん中の赤になります。

わずか1週間の入院でしたが、病院の治療で点滴をするために拘束をされたんだと思うんですけども、1週間入院して戻ってきたらこの赤いところまで下がって、特に基本動作がこれほど下がってしまったという状態になります。

このように悪くなった様子も判ります。そののち3カ月間リハビリをしてこの緑のところまで回復をしたんですけども、まだ元の青いところまでは戻っていないという風に、変化が追えるということがこれの一番の特徴になります。

今日はこの後、函館市で高橋病院というところが中心になって、実際に医療介護連携にこのICFステージングを使っている事例をご紹介させていただきたいと思っております。

よく医療介護連携というと、病院を退院するときに介護に情報を渡すとか、逆に自宅にいる方が入院するときにケアマネさんから病院にデータを渡すといっても、なかなかその場限りのデータ収集になってしまいます。果たしてそこには共通言語があるんだろうかと。

この函館市の例は、共通言語として、病院とか在宅とか施設とか回復期リハビリ病院とか、様々な事業所でこのICFステージングを使った情報連携をやっています。

皆さんご存知だと思いますけれども、医療モデルでの考え方の病院と、生活モデルのいわゆる介護の現場というのは、視点がかなり違います。そんな中でどうかたちの共通言語がいいんだろうかと。医療の急性期の現場で生活の情報が果たして必要なのか、生活の現場で急性期の情報がどこまで必要なのかというのは常につき

まとうんですけれども、その中で、共通して知りたいものというのは共通言語でしっかり共有したほうがいい。

この函館市のグループはこれを徹底的に共有化しています。共有化を検討するとき様々な指標があったんですけれども、R4システムで開発した ICF ステージングは専門家でなければつけられないものではなく、介護の現場でもどこの現場でも使える共通言語として、また、わかりやすいということでこれを採用することになりました。

ちょっとスライドを飛ばしますけれども、例えばこんな感じです。さっきの症例と似たような感じですがけれども、急性期に入ったときはこんな状況、回復期に来た時にはこんな状況、老健に行ったときはこんな状況ということでそれぞれどこが良くなって、また急性期の中でもここが落ちているんだから次の目標はここを上げようね、お家に帰っていただくにはここをこうしましょうねと共有できる。

とかく急性期の先生方というのは病気を治すという、いわゆる ICD の考え方なんですけれども、やはり ICF の考え方をしっかり持って急性期でも診てもらう。

つながる ADL、急性期から回復期リハ、老健と状態が良くなっていくんですけれども、生活モデルでも疾病が生じれば悪くなる場合もあるし、また良くなって回復期に行ってまた在宅に戻る。この経過の中で、その方の ADL についても活動・参加の面でもしっかり見て追っていくことが出来る。

共通言語としてこの ICF ステージングというのは大変有用なのではないかと我々は考えています。ひとりひとりの生活の質を高めることが、地域の質にもつながっていくのではなかろうかと思っております。

まとめになりますけれども、ICF ステージングは、小さな変化も追うことができる。医療と介護の両方で使える共通言語になります。

イラストで判断できるので在宅でも使えるというこ

とで、これがもうちょっと普及するように全老健として今色々取り組んでいるんですけれども、マンガで評価できるというのは多言語での翻訳もとても簡単になりますので、わが国だけではなく海外でも使うことが可能なのではなかろうかと思えます。

海外の習慣というのもありますから、例えばお風呂に入る習慣は日本と海外で同じとは言えませんが、考え方とすると、イラストレーションで評価できる、専門家じゃなくても評価できるということが一つの大きな特徴と思っています。

様々なケアのパッケージを用意して、それぞれの利用者に合わせたケアパッケージも準備していければなと思っております。

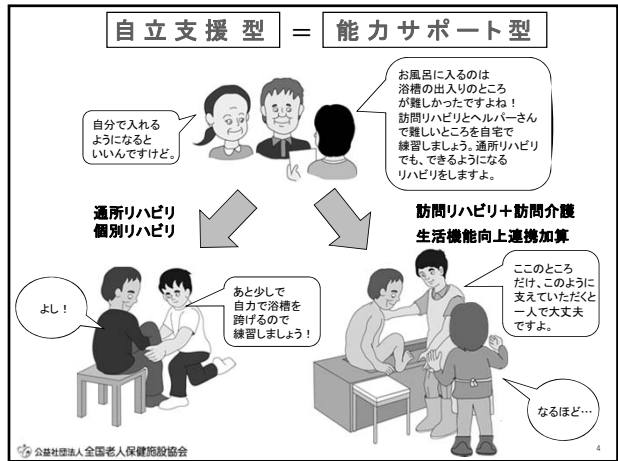
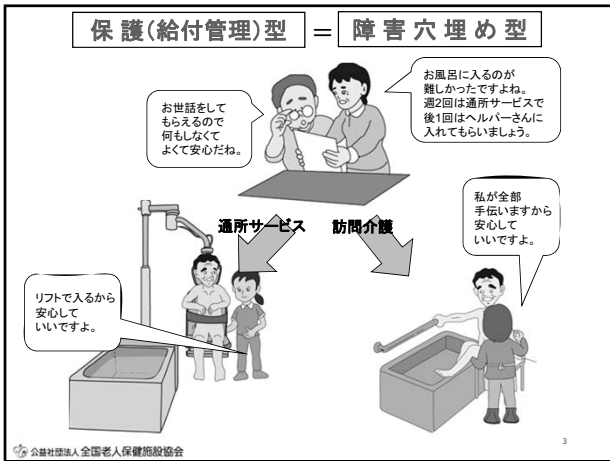
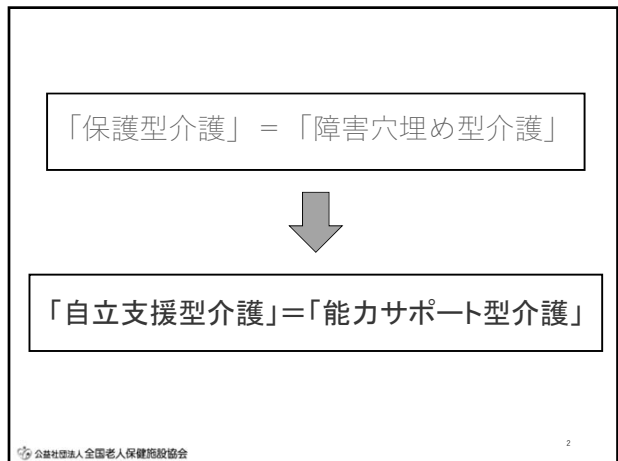
以上どうぞご清聴ありがとうございました。

事例紹介⑤ ICFステージングを使っての質の評価 ～状態像の推移を追う～



平成30年1月20日(土)
15:25～15:40
折茂賢一郎

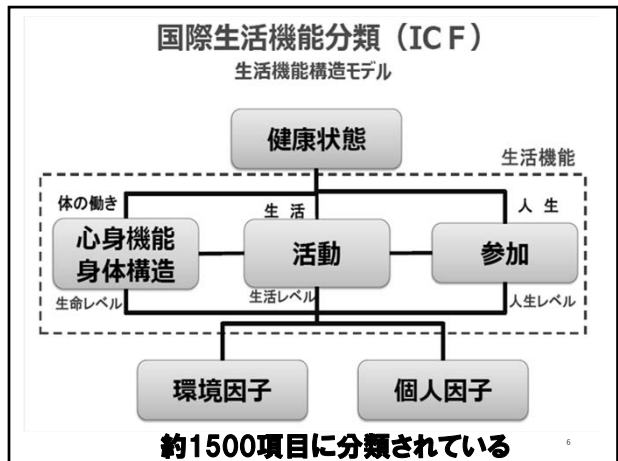
公益社団法人 全国老人保健施設協会 副会長
公益社団法人 群馬県老人保健施設協会 顧問
千葉県 介護老人保健施設「市川ゆうゆう」 施設長
群馬県 六合温泉医療センター センター長
(介護老人保健施設 六合つつじ荘)
群馬県 西吾妻福祉病院 名誉病院長

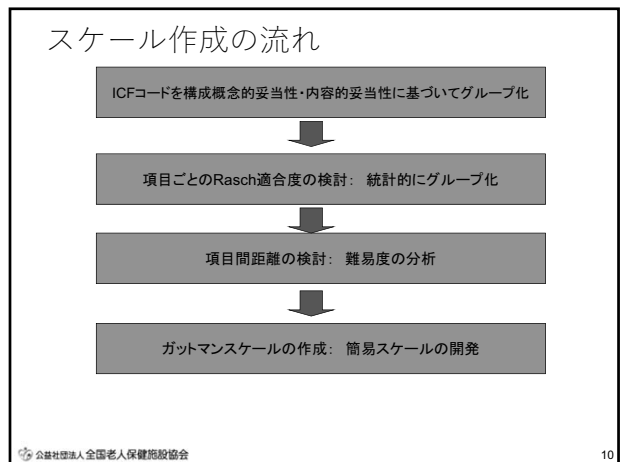
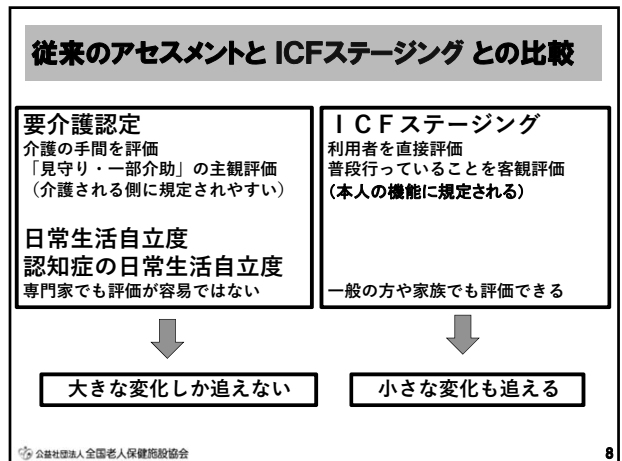
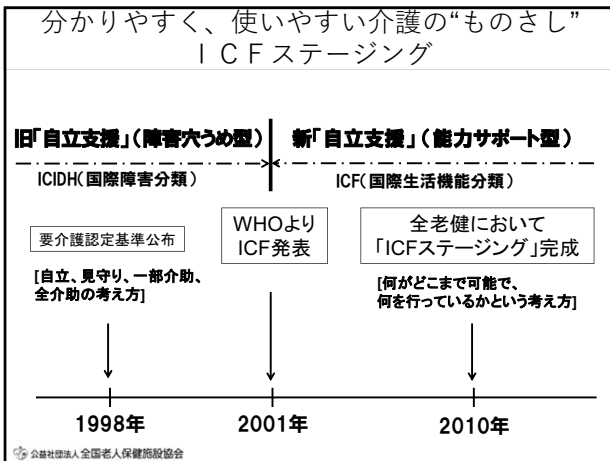


全国老人保健施設協会が開発した
全く新しい評価手法モデル

ICFステージング ICF Staging

公益社団法人 全国老人保健施設協会



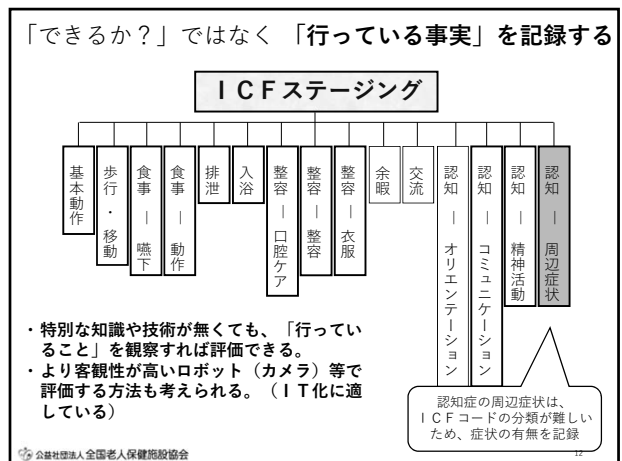


基本動作

動作	ステージ	説明	状態
立位の保持	5	両足での立位の保持を行っている。	多職種協働
	4	立位の保持は行っていないが、座位での移行は行っている。	改善
座位での乗り移り	3	座位での乗り移りは行っていないが、座位(車椅子)の保持は行っている。	改善
	2	座位(車椅子)の乗り移りは行っていないが、移動は行っている。	改善
座位(車椅子)の保持	1	座位(車椅子)の保持は行っている。	現状
	1	座位(車椅子)の保持は行っていない。	

「行っていること」のステージを選び、その番号を記録

公益社団法人全国老人保健施設協会 11



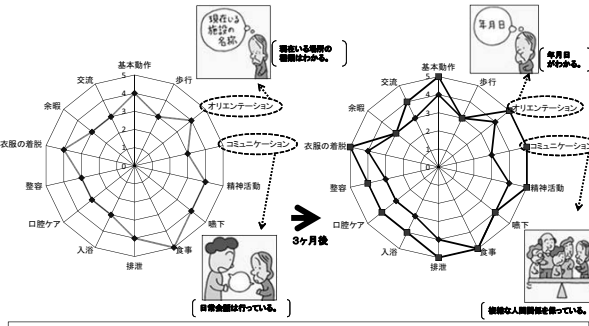
では、ICFステージングを使って、老健施設の事例をご覧ください。



【URL】 : http://www.roken.or.jp/r4/free/r4_v203/ICF_staging_manual_201505.pdf

【79歳／男性】 主な病歴：脳梗塞
パーキンソン症候群
乳癌の術後

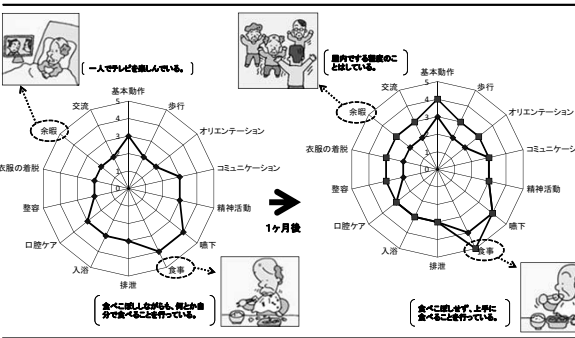
要介護度2
障害自立度：B1
認知症自立度：IIb



認知症短期集中リハビリテーション等の実施により
認知機能(コミュニケーション等)が改善 ⇒ 在宅復帰

【87歳／女性】 主な病歴：慢性心不全
左大腿骨頸部骨折
認知症／大動脈解離・脳動脈瘤

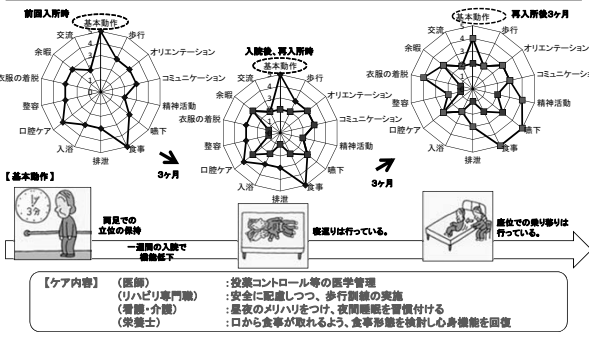
要介護度3
障害自立度：B1
認知症自立度：IIIb



短期集中リハビリの実施により
短期間で身体機能が改善、意欲も向上 ⇒ 在宅復帰

【66歳／女性】 主な病歴：認知症／糖尿病

要介護度3
障害自立度：B1
認知症自立度：IIIb



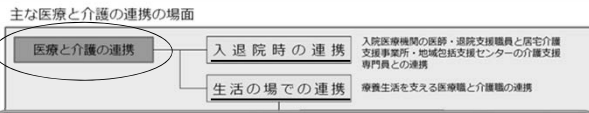
一週間の入院により機能が低下
⇒ 老健施設に再入所、多職種協働によるリハとケアで改善、在宅復帰を目指す

北海道函館市で、医療・介護連携に
ICFステージングが活用されている事例を
ご紹介します

地域をつなげるICFステージング
～質を上げるための情報共有のあり方～

資料提供： 社会医療法人 高橋病院
介護老人保健施設 ゆとりろ
理事長 高橋 肇

医療サービスと介護サービスの連携



入院時と退院時だけの連携に終わっていないか？

患者受け渡しツール（医療者専用）

分からない、理解できない、興味がない情報は
見たくないし知りたくない
⇒ 「情報」とは何なのか？

医療機関から介護保険へ移行する際にくるデータはFIM・BI等の
ADL指標のみであり、「活動」や「参加」に関する情報が少ない。

内閣官房 IT戦略本部 ADL評価の標準化

◆ 例えば、ADL評価のための枠組みや方法は、ほぼ同じ内容を違う方式・方法で評価する複数

知ったADL情報を繋げることが可能か？
知ったADL情報を多職種で共有可能か？
知ったADL情報を利用者・家族も参加可能か？

地域包括ケアシステムを構築するためには
関わる多職種がADLアセスメント情報を
効率的に共有することが不可欠

IT化・モバイル化

簡単な共通指標を用いて、画面上にADL評価を行うものとして期待される。

新全老健版のアマゾン形式 P4システム

※ ICF: 2001年5月、世界保健機関において採択された、人間の生活機能と障害の分類法

本院回復期リハ病棟退院後⇒外来受診

＜A3アセスメントを自宅でも＞

- ①入院中にアセスメント方法を本人・家族に説明
- ②外来受診時に用紙を持参
- ③外来看護師がiPad・PCにて入力

●入院中から在宅へ向けての患者・家族教育指導は非常に重要

iPad入力

corporation takahashi-hospital

在宅退院後のADLアセスメント情報の共有

多職種で「しているADL」の認識を統一

「できるADL」へ近づけるための検討

地域全体で質向上へ結びつける

2012年5月～2017年12月
回復期リハ病棟退院後の外来患者における
・ICFステージング追跡総件数 389名
・現時点でのICFステージング追跡件数 23名
(安定した患者を除いた人数)

本院 (回復期リハ病棟・MSW・情報システム室・見守りセンター)・老健・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・訪問介護ステーション・訪問リハビリステーション・ケア・認知症サービス

【医療情報から一歩進んだADL連携へ】

同一ADLアセスメントによる地域情報共有

2015年8月から市内3次救急病院も看護連絡書様式 (ADLアセスメント) を開始。急性期時点からADL変化の追跡が可能となった。

項目	1級	2級	3級	4級	5級
基本動作	寝返りができない	寝返りができるが簡単な動作はできない	寝返りができるが簡単な動作はできない	寝返りができるが簡単な動作はできない	寝返りができるが簡単な動作はできない
移動方法	移動できない	移動できない	移動できない	移動できない	移動できない
歩行動作	歩行動作を補助器具なしで歩行できない	歩行動作を補助器具なしで歩行できない	歩行動作を補助器具なしで歩行できない	歩行動作を補助器具なしで歩行できない	歩行動作を補助器具なしで歩行できない

急性期 (市立函館病院) 退院時 回復期 (当院) 退院時 老健 (ゆとりろ) 退院時

急性期入院 回復期へ 老健へ 在宅へ

4: 歩行可 2: 歩行可 3: 杖歩行 4: 杖歩行 4: 杖歩行

9: 排泄自立 5: 排泄自立 5: 排泄自立 4: 排泄 4: 排泄

【急性期病棟からの転入時点】
・歩行能力の低下 (歩行レベル)
・トイレ要介助レベル
→ 歩行能力の向上と排泄の自立化を目指す

【回復期リハ病棟退院時点】
・ベッド上から歩行レベルへ
・歩行自立へ
→ ADL向上、改善が望まれた

【老健退院時点】
・行楽などを通して外出機会を作る
・余暇時間を過ごすための趣味探し
・生活リズムを整えて活動的になる
→ 自宅復帰後も活動性の低下予防へ

2015/11 急性期退院時

“データ連携”により
地域単位で患者・利用者情報を把握

↓

地域包括ケアシステムのPDCA

↓

「地域の健康度」「地域の元気度」

↓

【地域の質指標】の設定による
地域のベンチマーキング

↓

生活の質: Quality of Life (QOL)
地域の質: Quality of Community (QOC)

↓

地域をつなげるICFステージング

↓

介護老人保健施設の役割は大きい

ICFステージングの有用性

1. 良くなったか悪くなったか、小さな変化もキャッチできる。
→ケアの質の向上につながる。
2. 医療と介護の両方の場で使える共通言語になる。
3. 数字とイラストで表現しているので、在宅でも使えるし、外国でも使える。
4. 公益社団法人の知的財産として学術論文¹⁾²⁾があり、裏付けがしっかりしている。

1) 大河内二郎、高松清、東澤太郎、折茂賢一郎、本間達也、西島恵子、安藤繁 要介護高齢者における余暇および社会交流ステージ分類の開発。日本老健医学会雑誌 第51巻第6号、2014.11
2) Okochi et al.: Staging of mobility, transfer and walking functions of elderly persons based on the codes of the International Classification of Functioning, Disability and Health. BMC Geriatrics 2013, 13:16

今後の展開

- 多言語への翻訳
シンプルで多言語化が容易

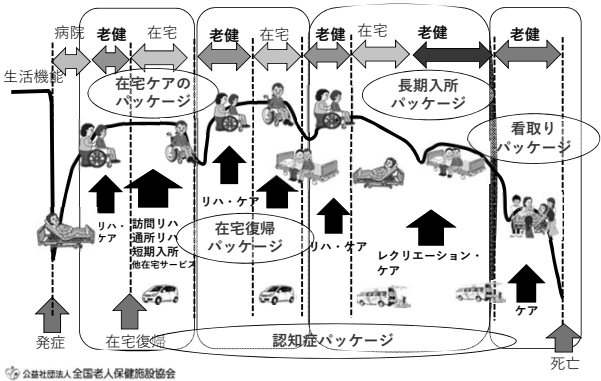
- 効果が期待できる介入
パターン抽出

Basic Mobility		Score	Notes
Maximum walking problem	Maximum walking problem (with or without help)	5	Requires walking problem
Transfer and sitting	Has no transfer and walking problem for transfer and sitting	4	Has no transfer and walking problem for transfer and sitting
Maximum sitting problem	Maximum sitting problem (with or without help)	3	Has no transfer and walking problem for transfer and sitting
Change living problem	Change living problem (with or without help)	2	Has no transfer and walking problem for transfer and sitting
Change living problem	Change living problem (with or without help)	1	Has no transfer and walking problem for transfer and sitting

英語版

- ↓
- 介護ケア・パッケージ化
- ・事例の収集・解析
 - ・有効性の高い介入パターンの抽出・検証

様々な介護ケア・パッケージを準備し、 ケアの質の向上を目指したい。



厚生労働省 ICF シンポジウム
ICF 活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

パネルディスカッション
【議事録】

シンポジスト

WHO 非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部 BDD（視覚・聴覚障害予防・障害及びリハビリテーション）コーディネーター アラルコス・シエザ

神奈川県副知事 首藤 健治

国立保健医療科学院主任研究官 大冢賀 政昭

藤田保健衛生大学医学部講師 向野 雅彦

公益社団法人 全国老人保健施設協会副会長 折茂 賢一郎

コーディネーター

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター特命副院長 近藤 和泉

厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室国際分類分析官 及川 恵美子

○ 厚生労働省 及川恵美子

それでは、さっそくパネルディスカッションに入りたいと思います。近藤先生はピンチヒッターでご発表もありがとうございました。

ドクターシエザのご発表はとても有意義で私たちにとっては素晴らしいものでございましたけれども、パネリストたちのご発表に対するシエザ先生の感想とかご質問等があればまず伺って、それから順次パネリストたちにまだ話足りなかったことがあればお話しただければと思っております。どうぞ宜しくお願いいたします。

○ WHO アラルコス・シエザ

全てのプレゼンテーションをお聞きしております。注意を払ってお聞きしております、とても意を強くさせられました。これだけ皆さまが日本で作業なさっておられるということに大変勇気づけられました。研究が行われているということだけではなく、また、実施するというための努力もされている。ICFを臨床レベルで実施することについての努力もなされているということをお聞きしました。

私のプレゼンテーションでも申し上げましたように、これは健康情報システム、保健情報システム(HIS)のレベルでのお話になりまして、情報を収集していく上でICFの実施を強化していかなければなりません。ですので、そういった進展があるということをお聞きしましてとても勇気づけられています。また、ICFは単に分類というレベルだけで使われているのではなく、また、生活機能について理解をするためにこのモデルを使って用いられているということで、何度かお話がありましたけれども、これはとくに高齢化を受けて基本的に重要な事でありまして。

したがって、これを続けていただくということ、そして実施の努力を続けていただくことは重要だと思います。ご発表頂いた中の内容としては、とても有望であると思われるものもありましたので、国レベルでスケールアップすることも重要かと思えます。

○ 厚生労働省 及川恵美子

それではお話足りないということがあるかもしれませんが、首藤先生から順次お話いただいでよろ

しいでしょうか。

○ 神奈川県 首藤健治

今日の先生方のお話を聞いて、神奈川県の方の中でも取り組む可能性があるワークショップがいっぱいあると思った次第であります。たとえば最後にお話のあったICFステージングの話でも、ものすごく興味深くお話をお聞きして、やはり次の時代の社会のモデルを作っていくにあたっては、評価というものは何らかの社会システムに完全に紐づけて進めるべきものであり、実際、人間の体の状態を良くしていくのに何らかの評価を社会システムに取り込むことはマストなのですね。

それがないと、勝手にこれは体に健康にいいですよ、ただしこれは本人の評価で、個人での効果を保証するものではありませんという、効いているのだから効いていないのだからわからないようなかたちの市場になってしまって、結局は価値があるかないか我々はわからない。そういう意味では、評価が社会の中でどう組み入れられていくのかは、次の時代にもものすごく重要な課題だと思っています。

レベルとして国民医療保険や介護保険といったオールナショナルの根本的な社会のシステムがあれば、そこからいろんなサブシステムとかサブサブシステムが発展しているわけですね。たとえば医療で言うところ来年度、平成30年度からの国民健康保険制度の改革の中で保険者努力支援制度というのが盛り込まれます。市町村あるいは都道府県単位で、たとえば糖尿病の対策であるとか、歯周病疾患の対策だとか一生涯懸命やっているところは国が点数化してその点数に応じて国からお金が支払われる、それによって今市場が出来てくるのです。そこでうちのこういうツールでこういう取り組みをしませんか、そうすると国からある程度お金が下りてきますよというように、市場がどんどん広がってきています。だから、介護とかリハビリテーションといった領域にも、国や都道府県、神奈川県も取り組もうとしています。

都道府県単位でも評価できるシステムが、今度、国民健康保険制度でできますので、そういう取り組みを評価してお金を回していく。そのシステムというのはお金で回さないと展開できませんので、そういう新たなシステムを作っていく大きな効果が、本日の演者

の先生方が話された中にあると認識をしました。ぜひ、これからも先生方と連携をしながら取り組みを進めていきたい。その中には ICF の理念とそれから評価の仕組みが必須であると思っております。

○ 国立保健医療科学院 大塚賀政昭

私のプレゼンテーションでは、WHO-DAS は、多職種協働や継続的な生活支援のためのアセスメントツールとして有効であるということをお話させていただきました。

WHO-DAS は、ICF 概念に基づく WHO が開発したアセスメントツールですから、この活用が ICF の普及促進につながるのではないかとのお話をさせていただきました。

今、シエザ先生からですね、ICF の活用について国レベルでもスケールアップをというお話がありましたが、このために私は一つ乗り越えなければならない壁があると思っています。

それは、現場の人が役に立つとか、政策がかなり変わるというヘルスサービスの領域を特定して、この ICF の活用を考えた方が良くと思っています。

その具体例として、たとえば今後充実が必要な障害者福祉サービスの就労支援や利用対象者が増えていくであろう介護保険の要支援サービスの提供などが考えられます。

もうひとつは認知症の方も大変増えてきますので、そういった方に地域コミュニティの中でどういったサービスを利用するかという時と合わせて ICF の評価を入れていくといいと考えています。

こうした今後日本がサービスを抛り充実していくべき領域を特定することが、国レベルでのスケールアップに直接的につながるのではないかと私自身考えています。

以上です。

○ 藤田保健衛生大学 向野雅彦

私からは、今日はリハビリテーションでの現場に導入するための取り組みについてお話をさせていただきましたけれども、リハビリテーションの現場に導入するにあたっては、ひとつはどのように簡単にするかということと、それだけではなくて、できるだけ我々の臨床に意味のあることをするためにですね幅

広く細かい状態のある意味では記載していかないといけないと思います。

相反した問題がありまして、それをどのように解決するかというところの取り組みをご紹介させていただいたんですが、特に、今日は大塚賀先生と折茂先生のお話にもありましたように、介護のところにとどのようにつなげていくかということも重要であると考えておりまして、とくに R4 のことは昔からよく存じ上げておりますけれども、大変使いやすい仕組みだと思っておりますし、WHO-DAS に関しても非常に国際的にも使われているということなので、こういったものをどのように連携をとっていくかということをごこれからよく考えていきたいと思っております。

その場その場で、場面場面で必要な情報というのはさまざまに異なってくる面もあると思います。もちろん共通して集めなければならない情報もありますし、その場その場にあった情報の取り方というものもあると思いますので、それをうまく連携させる方法を探っていきたいなという思いを新たにしました。

○ 全国老人保健施設協会 折茂賢一郎

近藤先生のお話にもありましたけれども、国は CHASE などでメガデータを集めようということになっています。介護の世界でもエビデンスを作るにはメガデータはとても重要だと思います。僕も大賛成ですが、問題は集めたデータが客観的なものであるかどうかということだと思います。主観的な評価によるデータを集めても無駄になってしまうのではなかろうかと。

何が客観的なのかというのは生活モデルの中では大変難しいんですけども、我々が開発した ICF ステージングは ICF のコードひとつひとつに対して、しているかしていないかという視点で見ると、ずれは少なくなってきます。それにイラストレーションが付くともっとイメージしやすいので客観性の担保というのはできているかと思います。ただ、今の 14 項目は、1 項目に 4 つの ICF コードが入っているんですけども、それだけで足りるのかという問題はあります。

ただ、一つのモデルとして開発したものなので、そういう面では使えるのではなかろうかと思っています。

それから、今日は近藤先生から尺度の話がいくつかあったわけですが、とにかく我が国の中でも尺度の考え方を混同していると思うんです。説明しなかったのですが、体重と身長というのは全く別の尺度です。

それぞれ客観的尺度だけれど、それを足し算や掛け算はできない。違う意味で作った尺度が同じような評価に使われてしまうとかですね。そういう尺度の考え方をもうちょっとしっかり分けて考えていかないといけないのではないかと。人の状態が良くなったか悪くなったかを要介護度で測るというのはちょっと尺度が違う。

要介護認定も素晴らしい尺度だと思うんですけども、あれは介護報酬を決めるための介護の手間を測る尺度であって、その方の状態の客観像ではないわけです。介護報酬を支払う側の都道府県市町村から見れば要介護度が良くなったかどうかというのは良い尺度だと思うのですが、その方の状態が良くなったかどうかは要介護度ではないと僕は思っています。

そういう面で、ひとりひとりの生活者の状態像を客観的に見ていく尺度は何がいいのか。そしてそれが主観的ではなく客観的にしっかり担保されているものかということ、ぜひこんがらがらないようにして、さらにブラッシュアップした尺度ができるといいなと思っています。

○ 国立長寿医療研究センター 近藤和泉

シエザ先生のご発表の中で、やはりファンクショニングを重視するべきだという考えは非常にうなずける部分がございます。

やはり生活の中、社会の中で自分がどのようにファンクションしているかということが、やはり人間が生きていくうえで、たとえ障害を抱え続けるあるいは難病に苦しんでいてもある意味首藤先生のお話の中にもあったように筋萎縮性側索硬化症の方が、体が全然動かないのに自分で介護事業をやりたいというようなお話が出てきましたが、そういった形で活躍できるステージがあれば、たとえばいろんなハンディキャップがあったとしても自分できちんと生きていくんだということを実感できることにつながっていきます。

治らない病気はいっぱいございますので、そのよ

うな状況でもちゃんと国民の一人として活躍できるんだということを実感できるというのはやはりファンクショニングの考え方に通じていく部分がありましたので、私はその部分に感銘を受けた次第であります。以上でございます。

○ 厚生労働省 及川恵美子

それぞれの可能性を感じていただけたということとでもっとうれしく思います。

ドクターシエザ、どうしてもパネリストに聞いてみたい、あるいは追加で意見を言いたいということがあれば少し細かく具体的にお話いただけますか。

○ WHO アラルコス・シエザ

最後のコメントとして申し上げたいのは、もう皆さん持っていられる、揃っているということです。パネリストの方々もおっしゃいましたけれども、そういったご発言にすべて反映されていると思います。必要な物は全て持っていられる。政府からのコミットメントもあるということです。

また、コミットメントとして、たとえばこのようなイベントが厚生労働省によって主催されているということもコミットメントの表れだと思います。厚生労働省が主催しておられるということ、それから政治的なコミットメントもあります。例えば、首藤副知事がいらっやっていて、そしてその視点から ICF が重要であると、概念的にも重要であるとお考えです、分類という観点からも重要であると考えてくださっているということにも表れています。

分類について深い知識をお持ちで、ICD に係わっておられた。そして ICF についてもご存知であるという方で政治的なコミットメントが見られている。それからまた、臨床の研究者それから公衆衛生の研究者の方々もこのような情報を収集することの重要性についてお話し下さって、そしてどういったアプローチが考えられるのかということも俎上に載せてくださいました。ICF を実際に行っていく上で何が重要かというアプローチを俎上に載せてくださいましたので、大変素晴らしい状況だと思います。

それから、介護、リハビリにおけるもの、そしてまた支援サービスでも活用できるということですので、様々なイニシアチブがすでに行われていますので、今はこの連携、コラボレーション、コーディネーショ

ンを高めていくという段階に来ているのかもしれませんが。色々なところで既に取り組みが始まっているので、それをコーディネーションしていくという段階なのかもしれません。

また、大夛賀先生がおっしゃったようにエントリーポイントとして使うということ、実施のエントリーポイントとして使うことが考えられると思います。たしかになかなか難しい部分があります。長く他のシステムが使われてきたという伝統がある中で、導入していくというのは難しい部分がありますけれども、新しいシステムの導入というのは ICF の将来性が高いということで、やはりエントリーポイントも重要だと思います。その中で介護、リハビリを考えておられるというのはとてもいいことだと思います。

すべて必要な物は揃っている、コミットメントもされている、そして政治的なコミットもある、また ICF の実施も進み始めているということで、日本がこのように前進をしてくださっている ICF、前進をしてくださっているということは大変素晴らしいことだと思います。国際レベルでも素晴らしい貢献になると思います。

○ 厚生労働省 及川恵美子

何かいっぱい褒められたというふうに思っています。日本でシンポジウムを6回開催してきて、パネリスト同士のディスカッションの中でやっぱり WHO はどう考えているんだろうというような質問が多かったので、今回ドクターシエザに来日していただいて直接生の声を聴かせていただけた。それは私たちにとって大きな宝だと思います。せっかくの機会ですので、更に何か直接伺いたいことがあればいかがですか。

○ 藤田保健衛生大学 向野雅彦

私は国際リハビリテーション医学界の中でも ICF 普及委員会の委員長をさせていただいて、とくに ICF にかかわっている他国の研究者とよくディスカッションをさせていただくのですが、今日ですね、シンポジウムではほかの先生からお話があったんですけど、特に日本でやる場合に直感的に0から4というのがなかなか受け入れられなくて、やはりある程度基準があったほうがいいんじゃないかという意見が多いところを話すと、やはりヨーロ

ッパの研究者の方では、そこについてあまりいい反応が返ってこないことが多くて、それを実際には最終的に WHO 内でもそういう感じで考えておられるのか、今やっているような話と齟齬もあるかとは思いますが、すけれども、その辺をどういうふうにご考えておられるのかというところは聞いてみたいと思っておりました。ちょっと細かい話でこのようなところでお聞きしたいのかわかりませんが、どうぞよろしくお願いします。

○ WHO アラルコス・シエザ

クオリファイアのスケールというのは非常に頭痛の種となっています。ですので、それはお分かりになると思います。実際にはそういう意図は元々なかった。

ICF のクオリファイアの意図はそうではなかったんです。これは直観的なスケールを作ろうとユニバーサルなスケールを作ろうと意図していたものなんです。評価インストゥルメントでスケールをマップすることができるツールとしようと思ったわけです。

WHO としては、このようなトランスレイション、移行をどのようにするかということを書いています。その意図においてはリサーチコミュニティ、研究者の中でそういった計画をやっていただいて何をやってきたのかということを考えて色々なアプローチもこれまで提案されてきました。研究者の方々から。そしてそれはオープンなままにしておこうと思っています。

もしある国々、あるいは保健省の中で WHO のもつこの点についてのガイダンスが欲しいという要請があるならば、WHO の方で担当させて対応させていただきます。そしてすべてのシステムまたエビデンス、これまで生成されたものを検討しています。その間は我々の方においては、特定のレコメンデーションというものは出していません。我々にとっては、WHO についてはできるだけ付託、加盟国から色々なリクエストを頂きたいと思っています。それは極めて重要です。しかしながらその可能性もあると思っています。

○ 国立保健医療科学院 大夛賀政昭

ひとつだけお聞きしたいのですが、環境因子はとても重要な ICF のひとつの要素だと私は考えています。シエザ先生に、この環境因子のアセスメントツールについて何か情報をお持ちだったら教えて

いただきたいというふうに思っています。

○ WHO アラルコス・シエザ

環境因子についてですけれども、WHO のポジション、立場としては ICF のカテゴリと同様の考え方です。環境因子が分類に提案される、分類に提案された環境因子に関しては測定の目的で様々な測定のツールに使うことができるということを考えておりまして、また、研究者の皆さんにもこのようなツールの策定についてお考えいただきたい、また ICF のマッピングも行っていたいただきたいということで、何も WHO として進捗を図っているわけではございません。

ただ、これまでのところ研究会、研究者の間で進捗が見られているものがあります。ここで強調させていただきたいのは、非常に具体的な問題です。方法論ですとか ICF の分類の説明、そして評価ツール、クオリファイアなど。こちらについて非常に慎重に見ています。

ICD と ICF の統合という観点から非常に慎重に見ています。この統合が行われるにあたっては非常に成熟したものでなければならぬというふうに思っておりますし、また国からそして国際協力によってこのような取り組みが行われるべきであるというふうに考えております。

非常に詳細な指示、マニュアルを策定するということでデータ収集についても行っていきたいというふうに考えております。WHO として加盟国が主導する組織という性質を持っておりますので、あくまでも国レベルの方から進み出て提案をしていただいて物事を進めていきたいというふうに考えております。

ですからこのような連携を日本とまた厚生労働省の皆さんと連携をさせていただけるというのは、厚生労働省の事務局のような役割を我々は果たしておりますので、このような共同作業というものを是非今後も進めて参りたい。より詳細に ICF、イレブンの中にはより詳細な情報としてこれに対応するような内容が入ってまいります。

○ 全国老人保健施設協会 折茂賢一郎

ちょっと重複する質問になってしまうかもしれませんが、我々は Rasch 法とガットマンスケー

ルというかたちで、ICF のコードを利用させてもらって ICF ステージングという分類法を今作って取り組んでいるんですけれども、こうした取り組みについてご感想をいただけたら有難いなと思うんですけれども。

○ WHO アラルコス・シエザ

統計手法によって実際に可能になるということ、その統計的な手法を使うことによってコード、評価のインストゥルメント、テストのコードをスケールに落とし込むことができる。たとえば ICF のクオリファイアのようなものに落とし込むことができます。ですので、研究者がその方向性に動いているのであれば WHO としては、いいニュースだと思っています。

このような統計学的な手法によってこのような翻訳を行うことができますので、これはポジティブな見方をしています。このような進展があるということについては、我々はポジティブな見方です。研究という視点からは、もし今後我々も前に進まなければいけない、そして特定のレコメンデーションを出さなければいけないということになりますと、やはり研究がこの方向性において既になされているという事実が大切、必要だからです。

○ 神奈川県 首藤健治

ICF の本則の中で近藤先生がおっしゃったファンクショニングの大事さ、これは実は我々もまったくそうだと思っていて、それこそが今の神奈川県の取り組みと ICF のコンセプトの共通認識だと思っています。

日常生活だけではなく社会にどう参加してどう貢献できるか、それが自分自身の生きがいと相まって、実りある豊かな人生を最後まで送れるかどうかにとって重要な話です。そのための健康ではありますが、健康であること自体が最上位概念ではなく、むしろ社会への貢献、自己実現が最大の目的なのです。

もちろん、健康であればそれでいいと、100 くらいになったらおっしゃる。それはそれでいいのです。手段と目的の関係自体を重視するわけではなくて、ただやっぱり自分の存在意義と世の中に役に立っている感とかが実は健康にも反映されているというデータがある中で、神奈川県は、そこは統合的に進めて

いきたいという思いがあります。

もちろん行政だけがやるというものではなくて、地域の住民の人たちの、あるいはNPOとかコミュニティの連携がその中心であるのが前提です。むしろそういうところは、行政はサポートする側になるのですね。

そうした中で、ちょっと意地悪な質問なのかもしれませんが、WHOつまりICFのコンセプトって、もう既にWHOの権限を超えているんじゃないかという気がしております、WHOは世界の人の健康福祉の向上が役割で、WHOが社会参加とか社会貢献と言うと、それは国連じゃないのという話になるかもしれないけど、それが連携しないと多分次の時代のシステムが出来ないという中で、一体WHOはどこまでやろうとされているのかというところです。

これ意地悪な質問なのかな、ちょっと聞いてみたくて質問させていただければと思います。

○ WHO アラルコス・シエザ

最も基本的な根本的な部分について、そして非常に重要な課題、これは高齢化社会におけるものであります。それはサービスの統合、そして健康を越えた次元でのサービスの統合であります。WHOの観点からは、この統合された保健サービスというのは、医療サービス、保健サービスというのは、これにもやはり連携調整が必要であると、健康との間でのその連携調整が必要であるというふうに考えております。

そういう意味では、既に福祉というところの範疇を越えているものではありますけれども、社会セクターとの連携と捉えています。どちらか一方だけということではありません。我々の文書、WHOの文書におきましても健康的に高齢化、年を取っていくということに関する報告書の中にも書かれております。社会においてICFモデルがきちんと解釈をされておりましたけれども、ICFモデルは健康を越えた次元で統合されていくものであるというふうに考えております。

○ 国立長寿医療研究センター 近藤和泉

私の方の質問はご遠慮させていただければと。会場からのご意見を少し。時間も残り少なくなっておりますので、承れないのでコーディネーターとしては、ちょっとご遠慮申し上げたいなと。よろしいですか。

会場から。たぶんたくさんお聞きになりたいことがあると思うんですけども、ちょっと手を挙げていただいて。じゃあそちらの真ん中の方から。

○ 会場

まず、大塚賀先生中心にお話します。お聞きしたいことが一つありまして、今も強調されていましたが環境因子ということですが、ご発表の中でもサラッと触れられましたけれども、WHO-DASって地域で違いが出るんじゃないかなというようなことをおっしゃったというふうに私は解釈したんですけども、実際に環境因子とかですね地域の特性、もうちょっと言うと地域格差のようなものを考慮しないと、その人の状態を実際に評価できないと思っております、そういう点ではICFというものは、そのコンセプトもあるので非常にいいものだと思っておりますので、それについてコメントをいただきたいということと、それから折茂先生もひとつ、精神科医ということで発言させていただきますと、先ほど先生の表の中で周辺症状が非常に評価しにくかったというのがあって、もともといわゆるBPSDというものは、精神症状と行動障害というものがある意味で一緒くたになって入っているものなので、もともとやはり質的な評価をしなければいけない精神症状とある程度量的な評価も必要な行動障害が含まれていますから、一つの尺度評価するのは難しいかなと考えておまして、そのへんの仕分けは、私はしたほうがいいかなと思うんですが、それについてご意見をいただければと思います。

○ 国立保健医療科学院 大塚賀政昭

とくにWHO-DASはもともとですね、精神障害者の生活機能を図るために開発されたというところがあります。先ほどもプレゼンで出させていただいたように精神障害者の日常生活であるとか、社会参加をアセスメントするうえですごく有用と私自身考えています。

しかし、今おっしゃられたように独居高齢者と在宅重度身体障害者では、そのスコアの意味が全然違ってることがわかっています。

そのことを解釈するには、WHO-DASと環境因子を合わせてアセスメントするか、別途、その点数の意味を解釈するガイドラインを作る必要があると考えています。

○ 会場

極端な標準化をする必要はなくて、その人個人個人の問題点を浮き上がらせればいいというふうに思っていますが。

○ 国立保健医療科学院 大夔賀政昭

そうですね、そのようなツールとしては、現時点ですぐにでも使えるかなと思います。ありがとうございます。

○ 全国老人保健施設協会 折茂賢一郎

どうもご質問ありがとうございます。先生がおっしゃる通り BPSD については、本当はスケール化したかったんですけども、なかなか BPSD のスケール化というのはできなくて、有る・無し評価にしました。有る・無しにしても、例えば徘徊があるのか不潔行為があるのか、有る・無しだけではなく、やはり頻度とか程度とかも必要でしょう。BPSD の評価って大変難しいので、これについては記述方式にせざるを得なかったと言うのが現状です。というか、おそらくずっとそんなんじゃないかなと思うんです、BPSD については。今はそういう段階であると解釈しております。

○ 会場

非常に有意義なシンポジウムをありがとうございました。私、立命館大学で助教をしております村澤と申します。生活機能や QOL の尺度の考え方というのがあるのかもしれないですが、最後の方とかですね、先生方の話で、医療と介護の統合、サービスの統合とか ICF と ICD の統合というお話が出てきたかと思えますけれども、厚生労働省主催のシンポジウムというところでちょっと残念だったのが、保健局の医療課、中医協や大夔賀先生が居られる科学院とかで、今、医療経済評価をされていると思います。そこで ICD 分類からナショナル・データベースを用いた費用と、あとは EQ-5D の効用値も使われているのですが、そういったところで、医療と介護を今後統合していく中で、中医協の経済評価で厚生労働省が EQ-5D を使うというふうにガイドラインを出しているというところとの連携というのはどのようなかたちになっているのかなというところ、ご存知の先生がおられたらご意見お伺いできればと思います。

○ 国立長寿医療研究センター 近藤和泉

ちょっと登壇している先生からお答えをいただくのは難しいご質問だと思いますが。厚生労働省の方も。

○ 会場

統合の話が集約されてきたのでどうなのかなと思います。

○ 国立長寿医療研究センター 近藤和泉

ご質問は本当にありがとうございます。

○ 国立保健医療科学院 大夔賀政昭

私の所属部の部長がやっていることなので、少し発言させていただきます。研究レベルでは、私は研究に取り組まれている先生方と情報交換しています。EQ-5D も ICF と同じ主観的評価でということもあり、医療サービスのみならず、介護サービスにおいても費用対効果の検証に主観的側面を入れていかなければいけないという議論をしています。政策的にどのように取り入れられるかというところは、私は発言はできませんのですけども、少なくとも研究レベルでは検討しております。政策のところは、その動向を注視していただければというふうに思います。

○ 会場

日本リハビリテーション医学会で国際委員会の委員長をさせていただいております杏林大学の山田と申します。せっかくシエザ先生がいらしていただいているので、ちょっともう少し世界における ICF の動向をお伺いしたいんですけども、日本はたぶん世界の国の中では福祉は非常に行き届いていて、今日のディスカッションというのは非常に上澄みの部分でやられていたと思うんですね。

ICF は WHO が作っていますけれども、世界の中で例えば紛争地域であったり発展途上国であったり、そういうところでどういう使われ方をしているのかというのを一つお伺いしたいのと、そういう意味で統計的なデータを出す以外で日本のリハビリテーションやいろいろな分野が世界に貢献していくためにどういうことを期待されているかを、WHO としてどう

思われているのかというのをちょっと伺えればと思います。

○ WHO アラルコス・シエザ

日本は他の多くの国に比べても、また収入の高いような国、高所得の国に比べてもそのレベルは進んでいます。厚生労働省の方とお話をさせていただいた時に伺ったことなんですけれども、例えば低所得国、発展途上国でデータ収集、また HIS などを紹介しても何も出てきません。情報が収集をされていない、システム化もされていないということで非常に初歩的な段階にあります。そのような国がシステムを構築するにあたって支援をする、保健サービスを提供するにあたって、その HIS の構築そしてこれはモニタリングもサポートすることになります。ただ時にはまったくシステムが存在をしていないこともあります。

ただ国際的な標準、基準はあります。WHO の観点としては、我々は常に支援をするという立場にあります。そしてその HIS について強調しております。重要性を強調しております。実際のサービスを改善していこうということを考えるにあたっては、モニタリングが出来るようなシステムがあるということが大切であるからです。よって非常に緊密に連携をしまして、低所得国の政府とも協力をして担当省庁の担当者ともモニタリングシステムの確立に関して協力しております。

日本は非常に大きな支援を WHO の活動に対して行ってくれている国であります。これは HIS、医療活動だけではなく、HIS の開発、それから ICD-11 の策定にあたってこの内容について中心的な策定に役割を果たして頂いた国であります。WHO の観点からも是非この連携を続けて参りたいと考えております。ICD-11 の策定にあたって今後も連携を続けて参りたいと考えております。

そして ICF の実施についてもです。問うべき問いというのは、WHO から日本が何を期待するのかということです。それがおそらく正しい設問ではないかというふうに思います。日本の皆さんの声が聞くことができる。また先に進めたい ICF を進めて行きたい、実施を進めていきたい。そして WHO と一緒にやって行きたいというふうに言っていただける。そのような声が聞けるというのは大変素晴らしいことでもあります。

○ 国立長寿医療研究センター 近藤和泉

それでは、まだまだお聞きになりたいことたくさんあるかと思いますが、ちょうどお時間でございますので、今日の会をこれで終わりにさせていただきたいと思っております。皆さんもう一度拍手の方をお願いいたします。