

## **第8回厚生労働省 ICF シンポジウム**

**ICD-11 と ICF 利活用の新たなステージを展望する**

**～かつてない超高齢社会を迎える日本の挑戦～**

### **【報告書】**

**令和2年3月**

**厚生労働省政策統括官**

**(統計・情報政策、政策評価担当)**

# 目 次

|    |   |    |
|----|---|----|
| 1. | これまでのあゆみ ～開催履歴～ .....   | 2  |
| 2. | WHO 担当官からの祝辞（英・日） .....   | 4  |
| 3. | シンポジウム当日配布資料（プログラム集） .....  | 8  |
| 4. | シンポジウム当日配布資料（講演資料集） .....   | 36 |
| 5. | 講演議事録   |    |
|    | ICD-11 と ICF の利活用の新たなステージを展望する<br>～ ICD-11 の改訂に参画して～<br>加藤 真介（徳島大学病院リハビリテーション部教授） .....                   | 74 |
|    | ICF コンセプトに基づく生活機能評価システムの作成と検証<br>－ ICD-11 第 V 章の臨床活用に向けた取り組み<br>向野 雅彦（藤田医科大学医学部リハビリテーション医学 I 講座准教授） ..... | 80 |
|    | ICF のアップデートと今後の展望<br>－ WHO-FIC 動向と日本での活用に向けて<br>山田 深（杏林大学医学部リハビリテーション科准教授） .....                          | 86 |
|    | ICF コンセプトを活用した既存情報整理の考え方と実際<br>－ ICF-WG・リコード班の活動報告を中心に<br>大冨賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官） .....                    | 93 |
| 6. | 質疑応答議事録 .....   | 96 |

## これまでのあゆみ ～開催履歴～

### 厚生労働省 ICF シンポジウム

#### 第1回

##### 生活機能分類の活用に向けて

～ 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

##### 生活機能分類の活用に向けて

～ 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

##### 生活機能分類の活用に向けて

～ 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

##### 生活機能分類の活用に向けて

～ 共通言語としてのICF普及の新時代を拓く ～  
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

##### 生活機能分類の活用に向けて

～ 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

**生活機能分類の活用に向けて**

～ 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）

第7回

**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 ～  
平成30年1月20日（土）  
イイノホール（東京・内幸町）

**WHO-Japan Forum**

**日・WHO フォーラム 2018**

～ ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く ～  
平成30年11月30日（金）  
UNハウス（国連大学）（東京・渋谷）





Robert Jakob & Nenad Kostanjsek  
Classifications, Terminologies and Data Standards (ICD, ICF, ICHI)  
World Health Organization

**8<sup>th</sup> Ministry of Health, Labour and Welfare ICF Symposium  
Tokyo, Japan, 18 January 2020**

Ladies and Gentlemen,

It is a pleasure for us to address you on behalf of the World Health Organization in this 8<sup>th</sup> Ministry of Health, Labour and Welfare ICF Symposium. This is the eight consecutive time this Symposium is held, and we would like to congratulate the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare for their commitment to organize this Symposium on a regular basis.

The theme of this year's Symposium is "Outlook for the New Stage in Utilizing and Applying ICD-11 and ICF: The Challenge for Japan Going Through an Unprecedented Change to a Super-aging Society" is both very timely and highly relevant topic for health policy making at the national and global level.

In this welcome address, we have two key messages for you.

First, we strongly encourage you to start using the functioning section (V-Chapter) of ICD-11 for collecting functioning status data.

Secondly, we would welcome your participation in the modernization of ICF.

Let us elaborate briefly on both points.

The inclusion of the functioning section ICD-11 (V-Chapter) ICF is marking an important milestone for enabling:

- the joint use of ICD-11 and ICF;
- the coding and reporting of functioning data & and measuring of functional status;
- standardization & international comparability of functioning data.

The functioning section in ICD-11 can be used in two ways:

- Option 1: Structured assessment with WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS 2.0) allowing to generate an overall and domain specific functioning score for the purpose of measuring health outcomes.
- Option 2: Selection of generic functioning domains allowing to generate a functioning profile for the documentation purposes.

In the context of ongoing ICD-11 implementation preparation we welcome country-led projects which use the ICD-11 functioning section. Of particular interest to WHO will be the integration of ICD-11 with Option1 of the function section (i.e. WHO-DAS 2.0 - 36 item version) in Electronic Health Records software as well as reimbursement and social medicine systems.

ICF is now almost 20 years old and there is a need to modernize it so that it can be easier and better interoperated with IT infrastructure of 21<sup>st</sup> century. We are planning to migrate the ICF into the same electronic tooling environment which we are using for ICD-11. One of the key workstreams of ICF modernization will be the development of an ICF terminology and electronic index.

For this undertaking we need to identify and analyze multiple resources including

- raw functioning terms from “real life” records;
- standardized vocabularies;
- linguistic and ontological resources.

As ICF users in Japan we invite you help WHO in harnessing these resources and modernize ICF.

Ladies and Gentlemen, over the past decade we have seen growing interest for the ICF in Japan. The fact that today you are gathering for your 8<sup>th</sup> consecutive ICF Symposium with many national stakeholder associations participating speaks to this effect. In this welcome address we outlined some of the opportunities of the ICD-11 functioning section and upcoming modernization of ICF. We would like to end by strongly encouraging you to make use of this opportunities. On behalf of WHO, we would like to express our willingness to explore jointly with the Japanese WHO FIC Collaborating Centre and yourselves how to make ICF work progress further.

Thank you very much for your attention and we wish you a successful meeting as well as a healthy and prosperous 2020.



世界保健機関

分類・ターミノロジー・データ標準(ICD、ICF、ICHI)

ロバート・ヤコブ、ネナド・コスタンチェック

## 第8回厚生労働省 ICF シンポジウム

2020年1月18日 東京

皆様、

この第8回厚生労働省 ICF シンポジウムで、世界保健機関（WHO）を代表してご挨拶させて頂くことを嬉しく思います。このシンポジウムは8回目とのことで、厚生労働省におかれましては、このシンポジウムを定期的で開催され続けてこられたことに対して敬意を表します。

今年のテーマ「ICD-11 と ICF 利活用の新たなステージを展望する～かつてない超高齢社会を迎える日本の挑戦～」は、保健政策立案にとって国内はもとより国際的にも、時宜にかなった今日に誠に相応しいテーマであります。

この開会挨拶では、2つの重要なメッセージを皆様にお伝えいたします。

始めに、生活機能の状態に関するデータの収集においては、ICD-11 の生活機能に関するセクション（V章）を使い始めていただくよう強くお勧めいたします。

次に、皆様に ICF の現代化に参加して頂くことを歓迎いたします。

この2点について、もう少し詳しくお話いたします。

生活機能に関わるセクション（V章）を ICD-11 に設けたことは、次のことを可能にする、重要なマイルストーンになりました：

- ICD-11 と ICF の一体的な利用
- 生活機能データのコーディング及び報告、生活機能状況の測定
- 生活機能データの標準化及び国際的な比較可能性

ICD-11 の V 章は、次の2つの方法で使うことができます：

- 選択肢1：WHO-DAS 2.0（WHO Disability Assessment Schedule）による体系的な評価によって、全体的な生活機能スコアと特定領域の生活機能スコアを出し、健康アウトカムを測定する。
- 選択肢2：一般的機能の構成要素（generic functioning domains）を使って生活機能のプロファイルを出し、それを記録のために活用する。

現在進められている ICD-11 実施のための準備に向けて、ICD-11 の生活機能のセクションを活用する国主導の事業が展開されることが期待されます。WHO として特に関心があるのは、先述の選択肢1（WHO-DAS 2.0 の36項目）の方法で、ICD-11 を電子カルテソフトウェアや診療報酬システム及び社会医学の制度に統合する取組みです。

منظمة الصحة العالمية • 世界卫生组织

Organisation mondiale de la Santé • Всемирная организация здравоохранения • Organización Mundial de la Salud

ICFはその完成からすでに20年近くが経ち、この21世紀のIT環境により良く適合しやすい形で、現代化する必要があります。WHOでは、ICD-11で使われているのと同じ電子ツール環境にICFを移行することが計画されています。ICFの現代化において重要な作業の一つになるのが、ICFターミノロジーと電子索引の開発です。

この作業を進めるにあたって、次のような資料を収集し、分析する必要があります。

- 実際の記録で用いられている「現場の生の」生活機能用語
- 標準化された用語
- 言語学及びオントロジーに関する資料

日本のICFユーザーの皆様には、このような資料を活用してICFを現代化するWHOの取組みにご協力頂ければ幸いです。

皆様、日本ではこの10年間、ICFに対する関心が高まっております。今回、多数の国内関係学会のご参集のもと、8回目となるICFシンポジウムが開催されていることがその証左です。この開会挨拶で、ICD-11の生活機能のセクション（V章）とICFの現代化について、今後の可能性についてご紹介いたしました。皆様にはこれをチャンスと捉えて取り組んで頂くことを期待いたします。WHOといたしましては、日本のWHO国際統計分類協力センターを始め、皆様と共にICFの取組みを更に進める所存であること表明いたします。

このシンポジウムの成功と新年におけます皆様のご健勝とご繁栄を祈念して、ご挨拶とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

# 第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

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



## 開催概要 プログラム ポスター集

2020年1月18日[土] 13:00～16:30

イイノホール（東京都千代田区内幸町 2-1-1）

主催：厚生労働省／協賛：一般財団法人 厚生労働統計協会

# ICF

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





## 第8回 厚生労働省 ICFシンポジウム

### 目 次

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



## 開会のご挨拶

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

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

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

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

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

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

厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、政策評価担当）

鈴木 英二郎

## 開催趣旨

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

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

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

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

## 開催概要

名 称：第 8 回厚生労働省 ICF シンポジウム

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

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

会 場：イイノホール (住所：東京都千代田区内幸町 2-1-1)

参加費：無 料

定 員：300 名

主 催：厚生労働省

協 賛：一般財団法人 厚生労働統計協会

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





## プログラム

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

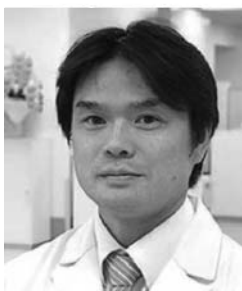
※プログラムは変更となる可能性がありますことをご了承ください。



### 加藤 真介

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

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



### 向野 雅彦

藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座准教授

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



### 山田 深

杏林大学医学部リハビリテーション科准教授

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



### 大野賀 政昭

国立保健医療科学院主任研究官

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



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

### WHO-FIC における中心分類の一つである ICF

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

#### (※) WHO-FIC (世界保健機関国際統計分類)

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

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

### ICF の特性

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

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

(※1) 健康領域：見ること、聞くこと、歩行、学習、記憶を含む。

(※2) 健康関連領域：交通、教育、社会的相互関係を含む。

# ICFにおける構成要素とその相互作用

## 1. ICFにおける構成要素

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

○各領域の項目は、

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

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

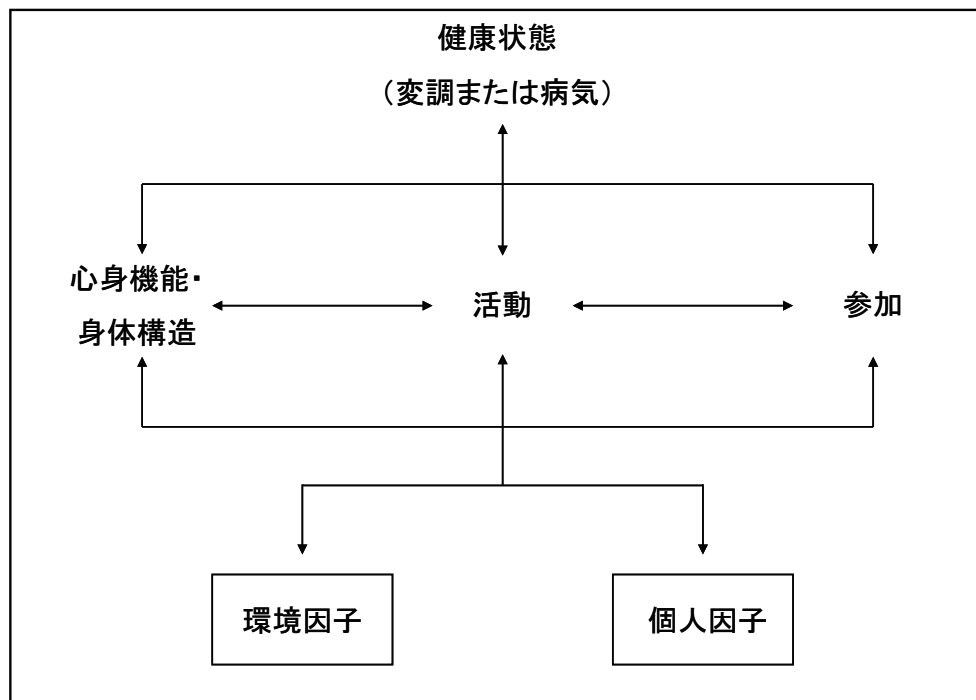
さらに詳細な第3、第4レベルの分類があり、どのレベルでも利用が可能です。

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

## 2. 構成要素間の相互作用について

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

### 概念図





## ICF 活用で期待される効果

ICF は、その活用により、

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

## ICF で使われる用語の定義

### ◆ 「生活機能」に関する用語

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

### ◆「背景因子」に関する用語

○背景因子 (contextual factors) :

個人の人生と生活に関する背景全体（構成要素は環境因子と個人因子）

○環境因子 (environmental factors) :

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

○個人因子 (personal factors)

個人の人生や生活の特別な背景



## ポスターリスト

### テーマ：「医療、介護、福祉、教育等 現場における ICF の活用紹介」

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





## 作業療法身体障害治療学におけるICFの活用

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

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

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

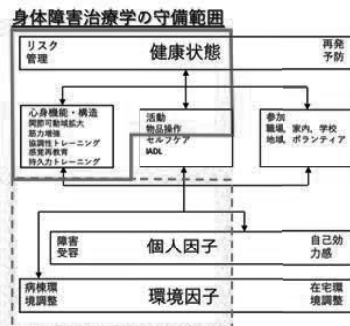


図1 身体障害治療学の守備範囲

### 【身体障害治療学の守備範囲】

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

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

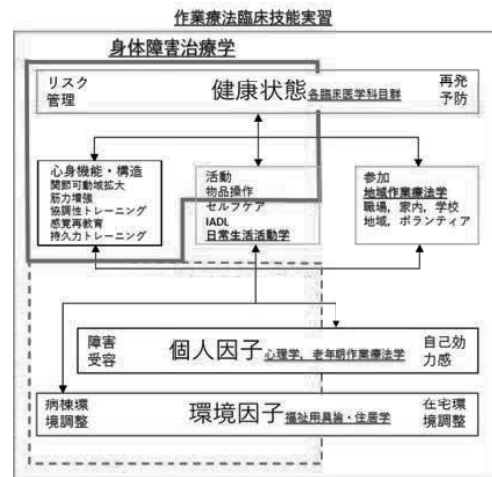


図2 科目間連携

### 【科目間連携】

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

### 【まとめ】

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





第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

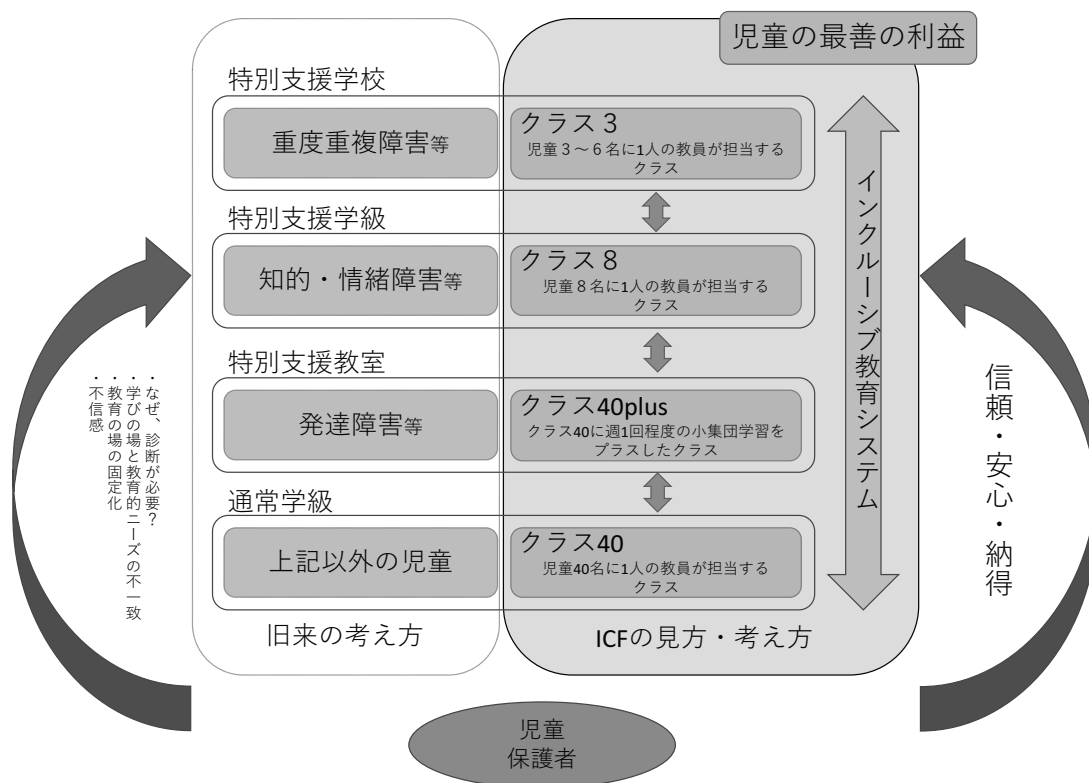
2



## ICFを活用した教育相談・就学相談

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

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



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

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

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



厚生労働省のICFに関する取り組み

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

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

ICD-11との一体的な活用に向けて

2019年5月世界保健総会にて採択されたICD-11において、新しい章として、生活機能評価に関する補助セクションが新設された。健康に関連する生活機能のレベルを記述することで、ICDにおける疾病などの情報と生活機能に関する情報を組み合わせた評価が可能となる。

生活機能評価に関する補助セクションには、WHOによって開発されたICFに基づく2つのツール「WHO障害評価面接基準（WHODAS 2.0 36項目版）☆1」と「モデル障害調査（MDS）☆2」の項目が含まれている。

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

ICD-11で新章として追加された章

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

ICD-11第V章に含まれる分類項目

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

日・WHOフォーラム（於：国連大学）

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



厚生労働省が運営するICFに関する審議会

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

■ ICF専門委員会委員（2020年1月現在：五十音順、敬称略）

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

■ ICF-WG委員（2020年1月現在：五十音順、敬称略）

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



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

4



## 家族記入式乳幼児発達スケール (KIDS) の妥当性

橋本圭司 (国立研究開発法人国立成育医療研究センターリハビリテーション科)

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



表1. ICD-11V章と日本で活用可能な尺度との対応

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

表2 対象者のプロフィール

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

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

| KIDS                    | 総合            | 運動            | 操作           | 言語           | 表出言語          | 概念             | 社会性           | 食事             |              |
|-------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|----------------|---------------|----------------|--------------|
| 発達指数                    | 89.0 (20-150) | 80.0 (11-175) | 89.3 (7-204) | 94.9 (8-204) | 83.3 (11-180) | 100.0 (27-257) | 92.2 (23-193) | 103.0 (29-171) | 68.4 (6-171) |
| 新版K式全領域 81.0 (13-123)   | .706** (404)  | .617** (404)  | .692** (404) | .615** (404) | .576** (404)  | .354** (332)   | .513** (332)  | .614** (404)   | .330** (404) |
| 新版K式運動・姿勢 74.0 (9-148)  | .892** (357)  | .774** (357)  | .474** (357) | .354** (357) | .356** (357)  | .245** (290)   | .375** (290)  | .360** (290)   | .410** (357) |
| 新版K式認知・適応 83.0 (15-137) | .697** (402)  | .514** (402)  | .670** (402) | .571** (402) | .520** (402)  | .357** (330)   | .503** (330)  | .592** (402)   | .446** (402) |
| 新版K式言語・社会 81.0 (20-150) | .751** (404)  | .669** (404)  | .631** (404) | .665** (404) | .665** (404)  | .445** (332)   | .516** (332)  | .615** (404)   | .405** (404) |

\*\*相関係数1%で有意(両側)

( )内は度数

KIDSと新版K式の発達指数は全て中央値(最小値-最大値)

図1 新版K式全領域DQとKIDS総合DQの散布図と回帰直線

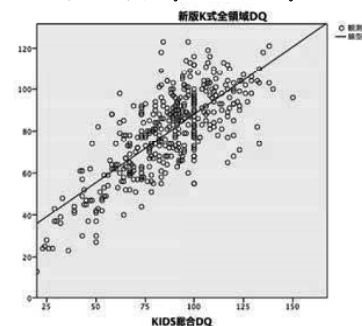


表4 KIDS DQ70未満をカットオフ値とした時の新版K式各領域DQ70未満の感度・特異度

| KIDS (症例数)        | 新版K式  | 感度(真陽性数)   | 特異度(真陰性数)   |
|-------------------|-------|------------|-------------|
| 総合DQ70未満 (94)     | 全領域   | 62.6% (77) | 94.0% (264) |
| 運動DQ70未満 (138)    | 運動・姿勢 | 64.7% (97) | 80.2% (166) |
| 理解言語DQ70未満 (81)   | 言語・社会 | 52.3% (68) | 95.3% (261) |
| 表出言語DQ70未満 (143)  | 言語・社会 | 73.1% (95) | 82.5% (226) |
| 対成人社会性DQ70未満 (84) | 言語・社会 | 50.8% (66) | 93.4% (256) |
| 操作DQ70未満 (94)     | 認知・適応 | 46.1% (48) | 84.6% (252) |



## 脳腫瘍患者の生活機能に対するWHODAS 2.0を用いた評価

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

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

### [背景]

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

### [方法]

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

### [結果]

- 以下の4名の患者より入院時に回答を得た.

表1: 対象症例

|     | 性別 |     | 年齢  | 学校 | 婚姻 仕事 日数 |    |    |    |    |    |
|-----|----|-----|-----|----|----------|----|----|----|----|----|
|     | A1 | A2  |     |    | A3       | A4 | A5 | H1 | H2 | H3 |
| 症例1 | 男性 | 69歳 | 12年 | 2  | 7        | 10 | 0  | 30 |    |    |
| 症例2 | 女性 | 62歳 | 14年 | 2  | 5        | 25 | 0  | 0  |    |    |
| 症例3 | 女性 | 53歳 | 16年 | 2  | 7        | 30 | 30 | 0  |    |    |
| 症例4 | 女性 | 53歳 | 16年 | 2  | 5        | 5  | 20 | 0  |    |    |

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

- 領域別のスコアを表2に, 各スコアの百分率を図に示す.

表2: 領域別スコア

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

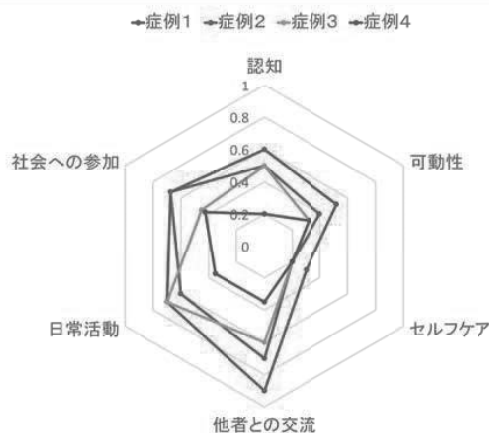


図: 各スコアの百分率

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

### [考察]

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





第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

6

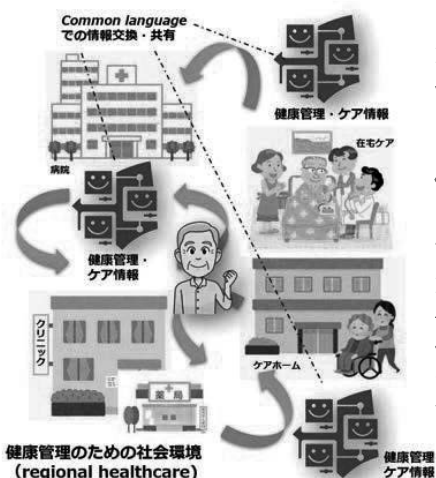
※この研究に関する著者らのCOIはありません。



# ICF ならびに ICD-11 V章準拠の生活機能サマリー作成に関する検討

渡邊 直・高橋長裕・廣瀬弥幸・宇都由美子・折井孝男・岩崎 榮・末永裕之

日本診療情報管理学会 POS等検討委員会



【背景】

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

【方法】

詳細な疾病検討がなされ、有意の影響を残す介入が行われる急性期病院での健康情報は重要。  
 →退院時サマリーとして**ICD-10 code**を軸に疾病(診断)情報が伝達される(2019/10月厚労省標準規格化)。  
 一方で患者の生活機能情報に関する統一用語表現と伝達については、統一的方法がない。

→ **ICF (ICD-11 V)**を軸に作成を試みる。

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

生活機能サマリ-の骨子(案)

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

コアな診療要約とコアな生活機能要約で患者の健康状態を包括的に把握  
 ↓  
 ケアへの活用

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

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

NO YES

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

5分類  
18項目



【今後の計画】

評価すべき生活機能項目の標準的設定  
 .0~.4の評価基準の設定、評価ガイドンス作成  
 急性期病院退院時の評価→慢性期医療機関/在宅ならびにケア機関への伝達  
 生活機能サマリー作成のfeasibilityやその有用性のフィールドでの確認



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

徳永亜希雄<sup>1</sup>, 田中浩二<sup>2</sup>, 柏木雅彦<sup>3</sup>, 立花裕治<sup>3</sup>, 堀野史雄<sup>3</sup>, 堀田亜依美<sup>3</sup>, 中山聖枝<sup>3</sup>

1. 横浜国立大学, 2. 東京成徳短期大学, 3. 神奈川県教育委員会教育局支援部特別支援教育課

概要：神奈川県では、支援が必要な子どもに対して切れ目なく支援を行っていくため、文部科学省の「切れ目ない支援体制整備充実事業」を活用して「かながわの切れ目ない支援体制の構築」を目指した取組を行っている。その中で、神奈川県において継続的な支援にかかわらず支援が必要な全ての子どもを支える「支援教育」を掲げる神奈川県支援シートの記入観点例としての活用可能性が支持された。今後、Delphi Study2回目の検討として、令和2年1月、項目セットの案及びこれらの内容を取り入れた、各関係機関や保護者に幅広く配付する予定であるリーフレットの案を座長及び事務局から協議会の場で提案し、協議を行う。その結果を踏まえ、最終版を作成する予定である。

### I. はじめに

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

### II. 方法

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

### III. 結果

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

### IV. 考察と今後の予定

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

表 各ステージ・各領域で用いる項目(観点)

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

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



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

8



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

木下翔司、安保雅博  
東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座



### 【背景】

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

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

### 【方法】

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

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

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

前期群と後期群における患者特性およびICF rehabilitation set評価の違いをχ<sup>2</sup>乗検定またはウィルコクソンの順位和検定を用いて解析した。本取組みとICF rehabilitation setの改善を関連を明らかにするために多重線形回帰分析を実施した。

### 取り組みの概念図 (PDCAサイクル)



### 【結果】

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

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

平均値±標準偏差または人数(%) \* p<0.05

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

### 【考察】

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

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

### 【引用文献】

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





## ICFの活用で生きる目的を持たたと実感された人々の事例紹介



千葉 信子

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

tanpopo

### 要旨

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

### 事例1 50年間の入院生活から退院へ! 地域で社会の一員として暮らす夢、実現

#### 60代のTさん・男性・統合失調症

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

### 事例2 夢の温泉旅行実現!

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

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

### 事例3 コンサートで大観衆を前に歌う夢、実現! 親子の絆も取り戻す

#### 70代のKさん・男性・アルコール依存症・抹消血管閉塞、胃がん末期

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

### 事例4 息子の食事を作る、宗教からの離脱、やせる、復職の夢、実現!

#### 40代のSさん・女性・統合失調症

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



▲大沢の家たんぽぽ入所第一号のKさんとごは、わが家



▲たんぽぽチャリティーコンサート 地域の交流の場に



▲10年続けた河口湖温泉旅行



▲ナースケアたんぽぽオープン2年目「かんだき」と訪問看護の両輪ICFのさらなる活用への挑戦

### 考察

ICFは、病気や障害を抱えながらも、人としてどう自分でありたいか、そのためにどう生きたいのかを行動に参加しながら得る体験のプロセスとしても重要である。本人は皆、以前の状態に戻るのではなく、現状に合わせて可能性を育て輝いていきたいと思ひ、人の役に立ち喜んでもらえる存在でありたいと願っていた。しかし、1人ではできないことも多い。そのために諦めず側にいて仕掛けと支えを受け持つのが支援者の役割と考える。支援者もそうした一人一人の事例に向き合い、その人の人生の物語に同行しながら成長をさせて頂いているのだから。





第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

10



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

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

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

1. 目的

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

2. 社会的自立支援アウトカム尺度（SIOS）の概要

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

3. 実践事例（69歳男性、要介護2、脳梗塞後遺症、独居）

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

4. 考察

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

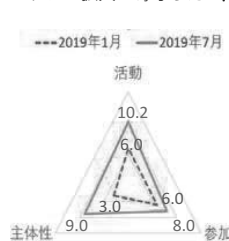


図1 SIOSスコアの変化

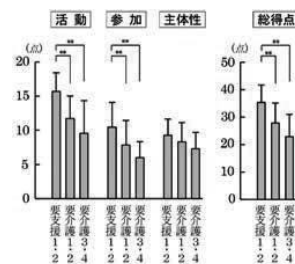


図2 要介護度によるアウトカムの差

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

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

# 第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

11



## その人の「活動と参加」を支援する作業療法 ～作業療法士のアセスメントにおけるICFコードの活用～

JAPAN 一般社団法人 日本作業療法士協会

### 【報告の目的】

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

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

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

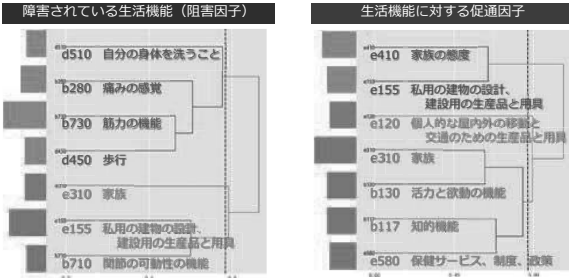
### 【方法】

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

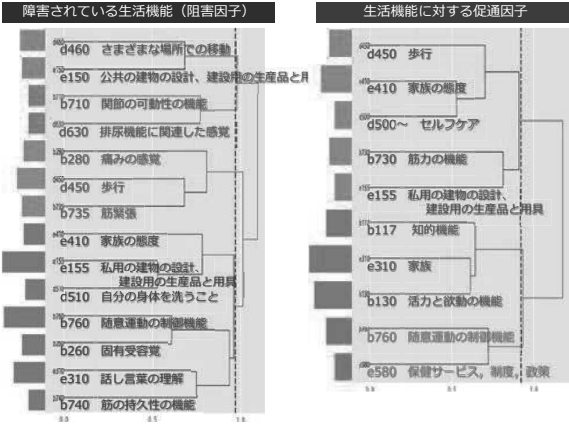
疾患によるICFコードの用いられ方の差を検討するために、ICFコードの出現回数の算出とward法による階層的クラスター分析を行った。階層的クラスター分析後、最小出現回数を10に設定したデンドログラムを作成した。解析にはKH Coderを用いた。

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

### 【結果】 筋骨格系及び結合組織疾患群のデンドログラム



### 循環器系疾患群のデンドログラム

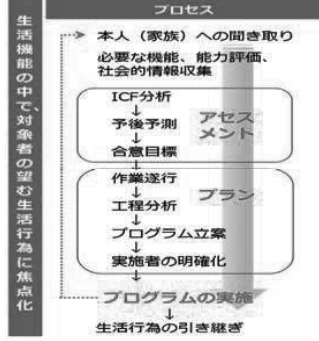


### 【生活行為向上マネジメント（MTDLP）について】

The concept of Management Tool for Daily Life Performance

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

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



### 生活行為アセスメントシート（記載例）

| 生活行為目標<br>達成を促す内容                        | 本人、自分で達成し、グラウンドゴルフが好き<br>家族、長年病気のようにはグラウンドゴルフを楽しんでいないが、病状、病後の活動をしたいが、なかなかできない             | 希望した目標<br>達成を促す内容  | 3ヵ月後、夏の間でグラウンドゴルフを、プレーを楽しむ   |
|--|---|--|--|
| アセスメント項目                                 | 心身機能・環境の分析<br>精神機能、痛み、感覚、神経伝達性、運動   | 活動と参加の分析<br>運動、調整能力、セルフケア能力  | 環境因子の分析<br>用具、環境変化、支援と援助   |
| 生活行為を助けている<br>原因<br>（ICFコードを参照）          | b730 意欲や興味<br>b740 意志、精神の持続力低下<br>b750 活動したい、意欲が低下<br>b760 注意の持続力低下<br>b764 組織化・計画と調整機能低下 | d460 長時間歩行、登下、距離の制約が大きい<br>d230 歩行速度や歩幅がない<br>d320 外出の機会喪失<br>d475 運動意欲が持続しない        | e150 グラウンドゴルフ場まで2kmの距離がある<br>e150 ゴルフ場は定員で予約が多い                                    |
| 生活行為<br>目標達成<br>可能な<br>原因                | b125 外用剤で社会的な実質<br>b730 意欲や興味<br>b730 意欲や興味<br>b730 立ち止まらないうつ病の発症、心身機能低下                  | d450 自宅内の移動が可能<br>d500 セルフケアが得意<br>d450 10分程度の連続歩行が可能<br>d430 クラブを借りての移動が可能          | e155 自宅は在宅介護あり、屋内移動が可能<br>e410 妻、本人は本人がグラウンドゴルフをすることに賛意<br>e270 自宅には車がないが、近所には車がある |
| 生活行為<br>目標達成<br>可能な<br>原因<br>と課題<br>予後予測 | 1ヵ月後<br>・介入により心身機能向上する<br>2ヵ月後<br>・意欲が低下し、歩行能力が低下し、生活意欲が低下する<br>・グラウンドゴルフに必要な心身機能が回復する    | 1ヵ月後<br>・意欲が低下し、歩行能力が低下し、生活意欲が低下する<br>3ヵ月後<br>・本人の意欲が低下し、歩行能力が低下する<br>・グラウンドゴルフが実現する | 2週間以内<br>・プランを提示して妻、本人の意欲を高める<br>1ヵ月後<br>・指導者や家族、目標とプランを共有する<br>・付き添いボランティアを勧誘する   |

### POINT

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

### 【まとめと考察】

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

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

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



第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

12

わが国の社会統計に求められる項目－ICFの観点から－

高橋 秀人<sup>1)</sup>, 勝又 幸子<sup>2)</sup>, 大野賀 政昭<sup>3)</sup>, 林 玲子<sup>4)</sup>

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

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

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

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

結果:

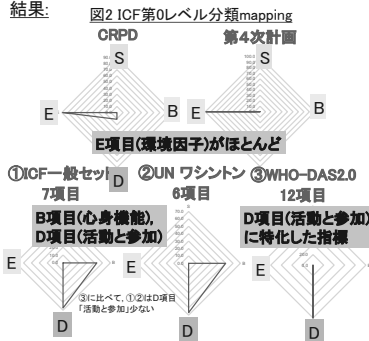


表1 CRPD(全50条) 第3~32条

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 第3条  | 目的                         |
| 第4条  | 権利                         |
| 第5条  | 平等及び非差別                    |
| 第6条  | 障害者の権利                     |
| 第7条  | 障害者の権利                     |
| 第8条  | 差別の禁止                      |
| 第9条  | アクセシビリティ                   |
| 第10条 | 権利の侵害及び人道上の取扱いの禁止          |
| 第11条 | 差別の禁止並びに差別の排除              |
| 第12条 | 意思決定の自由                    |
| 第13条 | 障害者に対する暴力, 人身自由, 性自由, 知的自由 |
| 第14条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第15条 | 個人としての尊厳及び権利の平等            |
| 第16条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第17条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第18条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第19条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第20条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第21条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第22条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第23条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第24条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第25条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第26条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第27条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第28条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第29条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第30条 | 自由及び意思決定の自由                |
| 第31条 | 統計資料の整備                    |
| 第32条 | 国際協力                       |

表2 障害者基本計画(第4次) 11項目

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

表3 ICFによる分類 ICF第1レベル分類(章分類)

|        |         |
|--------|---------|
| S 身体構造 |         |
| B 心身機能 | D 活動と参加 |
| E 環境因子 |         |

表4 UNワシントンSS 6項目

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

表5 WHO-DAS2.0(12項目)

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



表5 比較

|   |   |
|---|---|
| <p>① ICF一般セット7項目, ② UNワシントン6項目, ③ WHO-DAS2.0 12項目</p> <p>・国単位データ<br/>・社会の環境整備の統計</p> <p>データは収集しやすい<br/>障害者の行動・生活の変化への関連はわからない</p> | <p>① ICF一般セット7項目, ② UNワシントングループのSS(短縮版)6項目, WHO-DAS2.0(③12項目)</p> <p>・個人単位データ<br/>・障害者の行動・生活に関する統計</p> <p>データは収集しにくい<br/>社会の環境整備による, 障害者の行動・生活の変化への関連がわかる</p> |
|---|---|

考察1 社会統計として何を明らかにするのか?

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

「社会統計」として2通り考えることができる

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

・どちら(あるいは両方)を明らかにするのか?

考察2 統計の精度

グループ単位データ(国単位, 県単位, 市町村単位)  
(長所) - 情報収集 比較的容易(自治体等単位の情報なので, 個人単位よりはるかにデータ収集しやすい)

(長所) - 「県単位, 市町村規模」→ 国内比較可能  
(短所) - 「国単位」: (日本の代表値の提示のみ)  
(短所) - 交錯(人口不均衡)により結果が歪む(精度一低)

個人単位データ  
(長所) - 結果に影響を与える変数(交絡因子)を調整できる(精度一高)  
(困難) - 情報収集困難(個人から情報を得る仕組み, 実施方法の検討)

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

結論(社会統計に求められる項目)

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

本発表は著者個人の見解であり, 厚生労働省の見解を示すものではありません





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

大冨賀政昭<sup>1</sup>、森川美絵<sup>2</sup>、柿沼倫弘<sup>1</sup>、重田史絵<sup>3</sup>、森山葉子<sup>1</sup>

1 国立保健医療科学院、2 津田塾大学、3 東洋大学

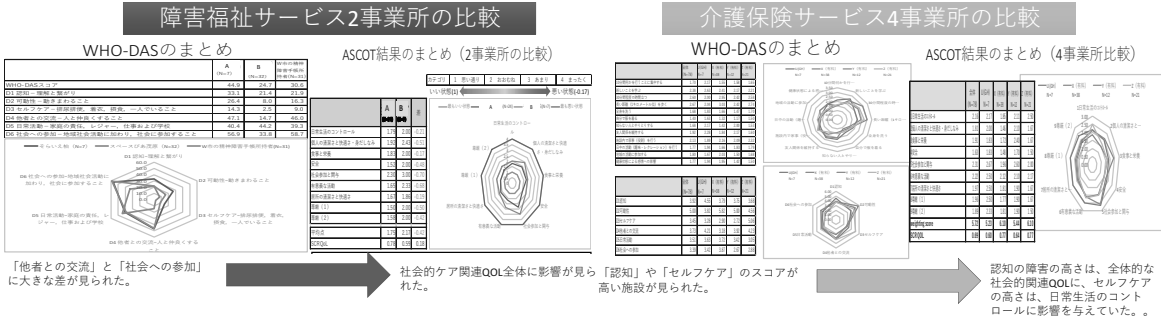
## 【概要】

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

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

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

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



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



## 第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

14



### ICFコードとV章コードを用いた疾患別の生活機能アセスメントと統計活用

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

#### 概要

難病疾患の生活機能等の情報を用いて、ICFコードとChapter-V コードによる生活機能評価としての活用について分析を行った。選択した疾患は、生活機能への影響が大きい神経および筋内の難治性疾患である**筋萎縮性側索硬化症 (ALS)**と、わが国において小児慢性特定疾病申請数の多い先天性心疾患である**ファロー四徴症 (TOF)**とした。我々は、これらの疾患の生活機能の項目をICFコードによるコーディングを行った。これらの生活機能の項目は、公費で難病医療申請をする際の指定難病は臨床調査個人票、小児慢性特定疾病の医療意見書(以下、申請書)に記載されている診断基準や生活機能の項目である。その結果、申請書のほとんどの項目をICFコードに分類することができた。しかし、ICFコードの抜粋で61のコードから成り立つChapter-Vコードでは、**ALSは28項目(45.9%)、TOFは13項目(21.3%)**が、Chapter-Vのコードと合致した。そのため、**Chapter-Vで表出されるコードだけでは難病の生活機能について十分に表現できるのではなく、ICFコードによる詳細なコード分類が必要**であることがわかった。

#### はじめに

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

#### 方法

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



図1 申請から医療費受給者証交付の流れ

#### 結果

ALSの申請書項目は約100項目あり、そのうち性別や年齢等の基本情報と血液検査所見等を除いた96項目についてICFコードをコーディングすることができた。しかし、申請項目1項目に複数のICFコードが該当し、1対1対応はできなかったことや、コードの決定に迷う項目が存在した。1対1対応できなかった例は、生活状況の設定で『歩き回るのいくらか問題があるか』という項目では、d450(歩行)、d455(移動)、d460(さまざまな場所での移動)の3つのICFコードが該当すると考えられた。また、申請書項目96項目のコードの内訳は、**b(body)42.4%、s(structure)22.0%、d(domain)32.2%、e(environment)3.4%**であった。**Chapter-Vに該当するコードと一致するコードは45.9%**であった。TOFの申請書項目は約30項目あり、ALSと同様の除外項目を除いた15項目にICFコードのすべてでコーディングが可能であった。しかし、ALSと同様のコーディングに関する課題が散見された。申請書15項目のコードの内訳は、**b(body)61.5%、s(structure)3.8%、d(domain)30.8%、e(environment)3.8%**であった。**Chapter-Vに該当するコードと一致するコードは21.3%**であった。

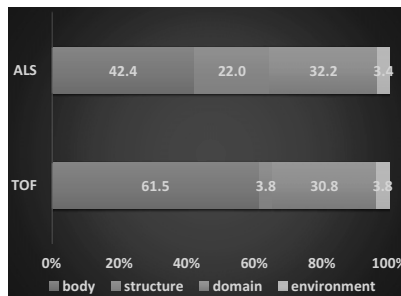


図1 臨床調査個人票・医療受給者証のICFコーディングによるICFDメインの割合

#### 結論

Chapter-Vの項目は、Chapter-Vの導入が発表されてから現在に至るまでに何度かの変更を経て、61項目となっている。3つのツール(WHODAS 2.0、MDS、Generic functioning domains)から構成されるChapter-Vの項目と分析に用いた2つの疾患に関しての情報のICFコードへのコーディングでは、ほとんどの項目でICFコードに割り振られることが分かったが、Chapter-Vコードでは半数以下の一致率となった。このことから、Chapter-Vにおいて生活機能を評価しようとする際は、不足している情報(=コード)が存在するため、ICFコードの活用は不可欠であると考えられる。ICFを統計的に活用する目的は、①**疾病による生活機能障害について国際比較を行うことができること**、②**障害や疾病による支援サービス等の実質的な評価として使用できること**である。そのためには、まずはICD-11に付与されたChapter-Vにより、疾病と生活機能障害の関係性についての統計的分析が求められる。しかし、生活機能は環境下により促進したり阻害されたりするものであるが、今回分析を行った難病に関する情報では、**環境因子のコードは非常に少なかったし、Chapter-Vコードにも環境因子は含まれていない**。WHOは、ICFは「人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人を取り巻く社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で分類しようとするもの」と定義している。そのため、**環境因子を考慮した生活機能の変化を評価する必要がある**。今後は、環境因子による生活機能の変化を統計的に分析できる評価方法の検討も視野に入れ、ICFおよびChapter-Vによる統計的価値を高めるために、疾病別による生活機能に関するデータを蓄積し、生活機能に関する情報を分析することが重要である。



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

#### 謝辞

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

開示すべきCOI関係はありません。



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

松本将八<sup>1</sup>、木下隆志<sup>2</sup>、大野賀政昭<sup>3</sup>、筒井孝子<sup>2</sup>

1 NPO法人こぐまくらぶ、2 兵庫県立大学大学院、3 国立保健医療科学院

### ■背景及び目的

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

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

### ■方法

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

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

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

### ■結果および考察

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

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

### ■考察及び結論

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

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

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

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

表1 基本属性

| 性別      | 属性       | 全体  |         | 就労支援B |         | 生活介護 |         | P値<br>(χ <sup>2</sup> 検定) |
|---------|----------|-----|---------|-------|---------|------|---------|---------------------------|
|         |          | N   | %       | N     | %       | N    | %       |                           |
| 年齢      | 男性       | 64  | 60.40%  | 18    | 47.40%  | 46   | 67.60%  | 0.00                      |
|         | 女性       | 42  | 39.60%  | 20    | 52.60%  | 22   | 32.40%  |                           |
|         | 10歳代     | 16  | 15.10%  | 3     | 7.90%   | 13   | 19.10%  |                           |
|         | 20歳代     | 56  | 52.80%  | 16    | 42.10%  | 40   | 58.80%  |                           |
|         | 30歳代     | 11  | 10.40%  | 6     | 15.80%  | 5    | 7.40%   |                           |
| サービス形態  | 就労支援のみ   | 31  | 29.20%  | 31    | 81.60%  | 0    | 0.00%   | 0.00                      |
|         | GHのみ     | 5   | 4.70%   | 5     | 13.20%  | 0    | 0.00%   |                           |
|         | 就労支援BとGH | 2   | 1.90%   | 2     | 5.30%   | 0    | 0.00%   |                           |
|         | 生活介護     | 67  | 63.20%  | 0     | 0.00%   | 67   | 98.50%  |                           |
| 男女親がい種類 | 身体       | 8   | 7.50%   | 4     | 10.50%  | 4    | 5.90%   | 0.01                      |
|         | 知的       | 80  | 75.50%  | 29    | 76.30%  | 51   | 75.00%  |                           |
|         | 精神       | 7   | 6.60%   | 5     | 13.20%  | 2    | 2.90%   |                           |
|         | 身体知的重複   | 11  | 10.40%  | 0     | 0.00%   | 11   | 16.20%  |                           |
| 合計      |          | 106 | 100.00% | 38    | 100.00% | 68   | 100.00% |                           |
| 障がい等級   | A・1級     | 77  | 73.30%  | 11    | 29.70%  | 66   | 97.10%  | 0.00                      |
|         | B1・2級    | 19  | 18.10%  | 18    | 48.60%  | 1    | 1.50%   |                           |
|         | B2・3級    | 9   | 8.60%   | 8     | 21.60%  | 1    | 1.50%   |                           |



図1 回答傾向の比較

表2 得点の比較

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

表3 判別分析の結果

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





## 第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

16



# ICFの使用を支援する臨床ツール作成の取り組み

向野雅彦<sup>1)</sup>、出江紳一<sup>2)</sup>、大野賀政昭<sup>3)</sup>、山田 深<sup>4)</sup>  
 1) 藤田医科大学、2) 東北大学、3) 国立保健医療科学院、4) 杏林大学

### 概要：

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

### 背景と目的

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

### ICFリハビリテーションセットと簡潔で直感的な説明文

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

| Code | 内容                | 説明文                           |
|------|-------------------|-------------------------------|
| b130 | 活力と欲動の機能          | 自発的な生活を達成する精神機能               |
| b134 | 睡眠機能              | 必要な十分な睡眠                      |
| b152 | 情動機能              | 適切に感情をコントロールする機能              |
| b280 | 痛みの感覚             | 痛みの存在                         |
| b455 | 運動耐容性             | 日常の身体活動に耐える体力                 |
| b620 | 排尿機能              | 日常に支障なく排尿する機能                 |
| b640 | 性機能               | 性行動に関する精神・身体機能                |
| b710 | 関節の可動性の機能         | 関節の可動域と動きやすさ                  |
| b730 | 筋力の機能             | 日常生活に必要な筋力                    |
| d230 | 日課の遂行             | 日常生活上の活動を計画し、行う               |
| d240 | ストレスその他の心理的要求への対処 | 責任を伴う課題によるストレスや動揺に対処する        |
| d410 | 基本的な姿勢の変換         | 立位、座位、臥位、しゃがみ位などに姿勢を変える       |
| d415 | 姿勢の保持             | 座位や立位の姿勢を保持する                 |
| d420 | 乗り移り(移乗)          | ベッドから車椅子へ、などの移乗               |
| d450 | 歩行                | 平地での歩行(屋外、悪路を含む)              |
| d455 | 移動                | 階段昇降、走るなどの、平地歩行以外の方法で移動する     |
| d465 | 用具を用いての移動         | 車椅子や歩行器などの補助具を使って移動する         |
| d470 | 交通機関や手段の利用        | 乗客として様々な交通機関を使って移動する          |
| d510 | 自分の身体を洗うこと        | 身体の部分および全体を洗い、拭き、乾かす          |
| d520 | 身体各部の手入れ          | 歯、髪、爪、肌などの手入れをする              |
| d530 | 排泄                | 日常に支障なく排泄(排尿、排便、生理)し、後始末する    |
| d540 | 更衣                | 気候や状況に応じて適切な衣服と靴を着脱する         |
| d550 | 食べる               | 必要な手段を使って安全に食べる               |
| d570 | 健康に注意すること         | 心身の健康を維持するために自己管理する           |
| d640 | 調理以外の家事           | 日常生活に必要な家事(調理を除く)を行う          |
| d660 | 他者への援助            | 家族や他者の日常生活上の行動を援助する           |
| d710 | 基本的な対人関係          | 思いやりや敬意を示す、意見を調整するなど適切に人と交流する |
| d770 | 親密な関係             | 夫婦や恋人といった親密な人間関係を作り、維持する      |
| d850 | 報酬を伴う仕事           | 報酬を得て仕事を伴う                    |
| d920 | レクリエーションとレジャー     | 娯楽や余暇活動を行う                    |

### 採点用リファレンスガイド

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

### リファレンスガイドの例

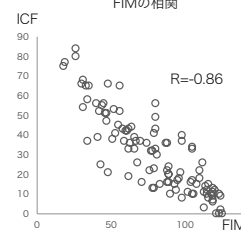
- d850 報酬を伴う仕事
- 0 問題なし：問題なく自分でやっていることなど
  - 1 軽度の問題：報酬を得て制限なく自分で仕事を行っているが、勤務時間や仕事量の配慮、支援機器や支援環境を要していることなど
  - 2 中等度の問題：報酬を得て自分で仕事を行っているが、勤務内容の制限、他者のサポートを一部に要していることなど
  - 3 重度の問題：報酬を得て自分で仕事を行っているが、勤務内容の制限、他者のサポートを大部分に要していることなど
  - 4 完全な問題：報酬を得て仕事を行えていないことなど

### 信頼性と妥当性の検証

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

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

### ICFリハビリテーションセットとFIMの相関



### 採点アプリケーションと採点練習ツールの作成

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

図1：初心者用採点アプリケーション



図2：eラーニングツール





## ICFを活用した支援機器のマッピング

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

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

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

### 背景

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

### 目的

ICFを活用して、支援機器を俯瞰するためのマッピングを行う。

### 方法

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

### 結果と考察

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

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

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

尚、本研究は厚生労働行政推進調査事業により実施した。

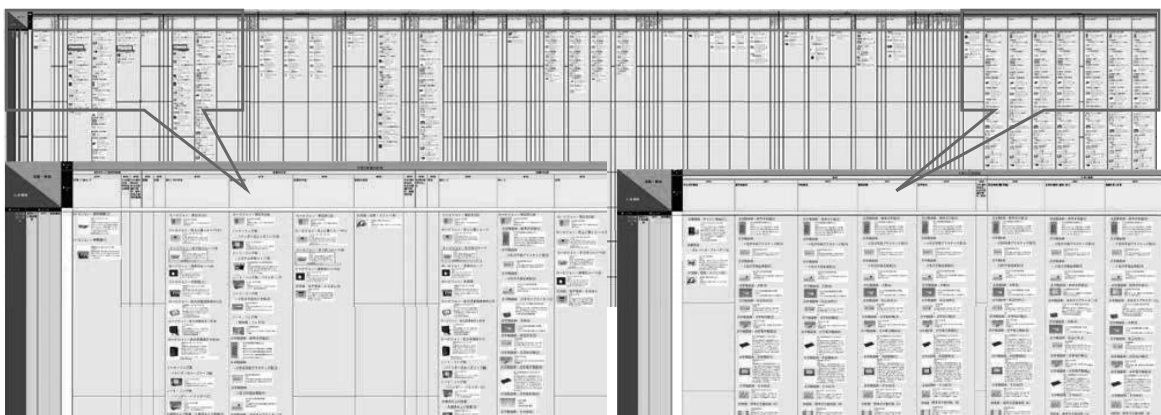
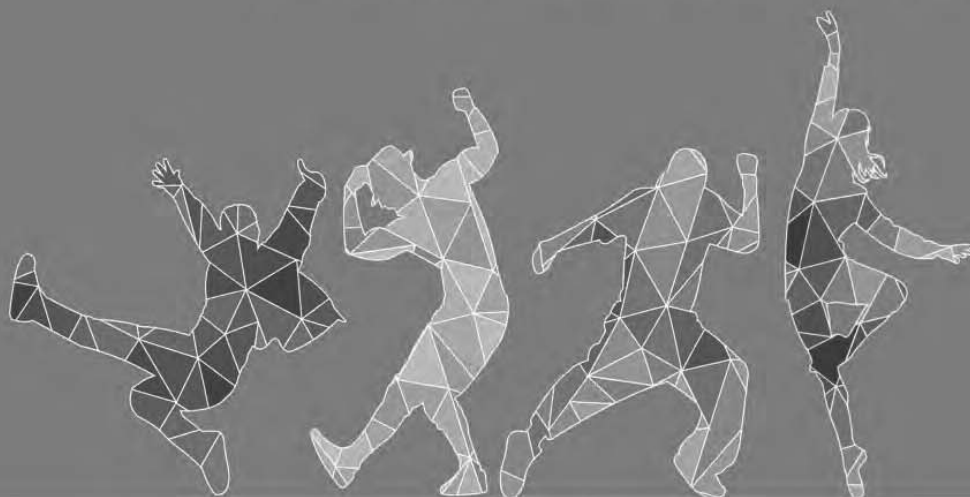


図1 視覚障害関連の支援機器のICFマッピング例 [データは日本点字図書館ホームページより]



# 第8回 厚生労働省ICFシンポジウム

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



## 講演資料

2020年1月18日[土] 13:00～16:30

イイノホール（東京都千代田区内幸町2-1-1）

主催：厚生労働省／協賛：一般財団法人 厚生労働統計協会

# ICF

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

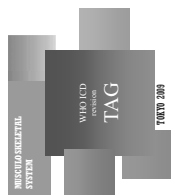




## 目 次

|  |    |
|--|----|
| ●基調講演  | 1  |
| ICD-11とICFの利活用の新たなステージを展望する～ICD-11の改訂に参画して～<br>加藤 真介（徳島大学病院リハビリテーション部教授）                 |    |
| ●講演①   | 12 |
| ICFコンセプトに基づく生活機能評価システムの作成と検証－ICD-11第V章の臨床活用に向けた取り組み<br>向野 雅彦（藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座准教授） |    |
| ●講演②   | 20 |
| ICFのアップデートと今後の展望－WHO-FIC動向と日本での活用に向けて<br>山田 深（杏林大学医学部リハビリテーション科准教授）                      |    |
| ●講演③   | 28 |
| ICFコンセプトを活用した既存情報整理の考え方と実際－ICF-WG・リコード班の活動報告を中心に<br>大冨賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）               |    |

## ICD-11 とICF の利活用の新たなステージを展望する -ICD-11 の開発に参画して-



徳島大学病院リハビリテーション部  
日本整形外科学会ICD委員会

加藤真介

第8回厚生労働省ICFシンポジウム  
令和2年 1月18日

## 国際身体障害者スポーツ競技会 東京パラリンピック大会

PARALYMPICは、PARAPLEGIAのparaと、オリンピック OLYMPICのリンピックを組合わせて、パラリンピックと綴ったものである。このパラリンピックということばは、日本で初めて用いられた愛称である。

パラリンピック大会とオリンピック大会との間には、直接的な関係はないが、1956年、オリンピック運動について功績があった場合に贈られるフェアプレーカップが、国際オリンピック委員会からの運動に与えられた。この意義は、国際オリンピック委員会がこの団体を、同じ道を進む団体として認めたことである。

国際身体障害者スポーツ競技会  
東京パラリンピック大会 報告書



## The National Stoke Mandeville Games

—失われたものを数えるな、残っているものを最大限に活かせ—



中村裕先生 (1927年 - 1984年)  
 ・ 大分県身体障害者体育大会 (1961年～)、  
 東京パラリンピック開催に尽力  
 ・ 社会福祉法人「太陽の家」創設  
 ・ 大分国際車いすマラソン大会開催 (1961年～)

日脊痺医誌 2015; 28: 22-28

## 脊髄損傷による問題

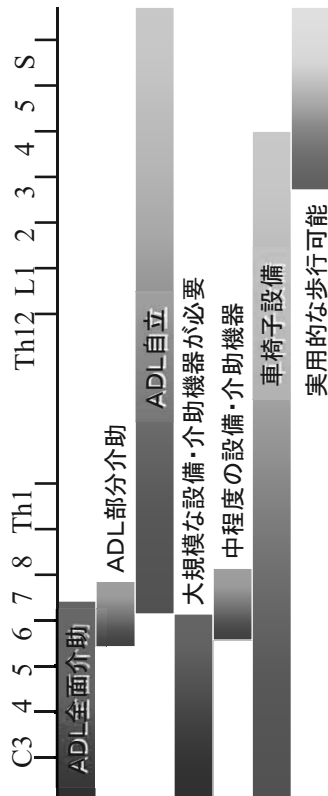
- ✓ 脊柱
- ✓ 脊髄
- ✓ 運動障害
- ✓ 知覚障害
- ✓ 多臓器の機能障害
- ✓ 様々な合併症 (回避可能)
- ✓ 多面的な能力障害

## 包括的治療

- 脊髄損傷は多臓器障害である
- 合併症の発生は、機能的を悪化させ、神経学的予後を悪化させる可能性がある
- 全ての問題を認識して、各場面の治療を行う

## 神経学的高位と予想されるADL、必要な設備

完全麻痺の場合

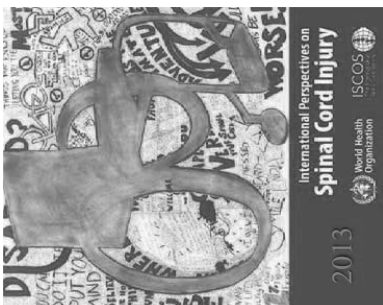


## International Perspectives on Spinal Cord Injury

WHOとしては初めての特定の疾患についての world report

脊髄損傷は、ヘルスケアシステムのほぼ全ての面に関わってくる。脊髄損傷者が快適に過ごせる社会は、必然的に障がい者全体に対してもより寛容となる

Dr. Margaret Chan, Director-General



- 予防可能
- 健康な生活をおくり、社会に参加することが可能
- 適切な医療、リハビリテーション
- 継続した支援
- 寛容な社会

障がい(者)に対する予防・治療・福祉が適切に行われる社会を目指す良い指標

[http://www.who.int/disabilities/policies/spinal\\_cord\\_injury/en/](http://www.who.int/disabilities/policies/spinal_cord_injury/en/)

## ICF core sets

Subcategories:

Musculoskeletal Conditions (Files: 16)

Neurological Conditions (Files: 19)

Mental Health (Files: 5)

Other Health Conditions (Files: 10)

Diverse Situations (Files: 4)

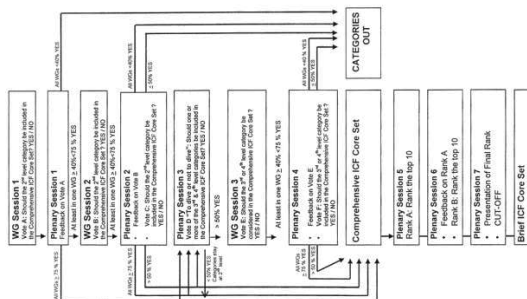
Cardiovascular and Respiratory Conditions (Files: 11)

Cancer (Files: 3)

ICF Generic Set

ICF Rehabilitation Set

## ICF Core Sets for Spinal Cord Injury Voting Process



## ICF consensus conference on spinal cord injury





### ICF core sets for Spinal Cord Injury on spinal cord injury

|                  |     |   |     |   |    |
|------------------|-----|---|-----|---|----|
| Early post-acute | 217 | → | 127 | → | 22 |
| Chronic          | 199 | → | 138 | → | 22 |

### 世界保健機関国際分類ファミリー (WHO-FIC)

#### World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)

**関連分類**

- ・ブライマリアゲアに対する国際分類 (ICFC)
- ・外因に対する国際分類 (ICECI)
- ・解剖、治療の見地から見た化学物質分類システム (AIC)/ 一日使用薬剤容量 (DDD)
- ・障害者のためのテクノロジーエイトの分類 (ISO9999)

**中心分類**

- 国際疾病分類 (ICD)
- 国際生活機能分類 (ICF)
- 医療行為の分類 (ICHI)

**派生分類**

- ・国際疾病分類腫瘍学第3版 (ICD-O-3)
- ・ICD-10精神及び行動障害の分類
- ・国際疾病分類歯科学及び口腔科学への適用版3版 (ICD-DA)
- ・国際疾病分類—神経疾患への適用 (ICD-10-NA)
- ・国際生活機能分類—原量版 (ICF-CY)

(出展：WHOウェブサイトより。国際分類情報管理室で翻訳)

### 世界保健機関 (WHO)

#### 世界保健機関憲章

第64条 各加盟国は、保健総会が決定した方法によって、統計的及び疫学的報告を提出しなければならない。

第2条 死亡及び疾病作成する各加盟国は、世界保健総会がその都度採択する国際疾病、傷害及び死因統計分類の現行の改訂に基づいて、これを行うものとする。この分類は、引用に際しては、国際疾病分類と称することができる。

第3条 死亡及び疾病統計の作成公表にあたっては、各加盟国は、分類、符号処理、年齢区分、地域区分、その他の関連した定義及び基準について、世界保健総会が作成した勧告に、できる限り従わなければならない。

第6条 各加盟国は、本機関より依頼された場合、憲章第64条の規定に基づき、この規則に従って作成された統計及び憲章第63条の規定により通報されない統計を提出しなければならない。

### ICD (国際疾病分類)

#### International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

疾病及び関連保健問題の国際統計分類

- WHO (世界保健機関) の勧告により、国際的に統一した基準で定められた死因及び疾病の分類。現行のICD-10は約14,000項目より構成。
- 1900年に初めて国際会議で承認。日本も同年より導入。以降、WHOにおいて約10年ごとに改訂が行われ、ICD-10は1990年にWHO総会において承認され、日本では1995年より適用。
- 日本では、ICDに準拠して「疾病、傷害及び死因の統計分類」を統計法に基づき統計基準として定めており、
  - ・公的統計(人口動態統計、患者調査、社会医療診療行為別統計等)
  - ・医療機関における診療録の管理等における死因・疾病分類として広く利用。

## ICD改訂の歴史

| ICD版            | 分類項目数(細項目)    | 国内適用期間(告示改正) |
|-----------------|---------------|--------------|
| 第1 1900年(明治33年) | 179(-)        | 明治32年～明治41年  |
| 第2 1909年(明治42年) | 189(-)        | 明治42年～大正11年  |
| 第3 1920年(大正9年)  | 205(-)        | 大正12年～昭和7年   |
| 第4 1929年(昭和4年)  | 200(-)        | 昭和8年～昭和20年   |
| 第5 1938年(昭和13年) | 200(-)        | 昭和21年～昭和24年  |
| 第6 1948年(昭和23年) | 953(-)        | 昭和25年～昭和32年  |
| 第7 1955年(昭和30年) | 953(-)        | 昭和33年～昭和42年  |
| 第8 1965年(昭和40年) | 1,040(3,489)  | 昭和43年～昭和53年  |
| 第9 1975年(昭和50年) | 1,179(7,130)  | 昭和54年～平成6年   |
| 第10 1990年(平成2年) | 2,036(14,195) | 平成7年～平成17年   |
| 2003年(平成15年)    | 2,045(14,258) | 平成18年～平成27年  |
| 2013年(平成25年)    | 2,053(14,609) | 平成28年～       |
| 第11 2019年(令和元年) |               |              |

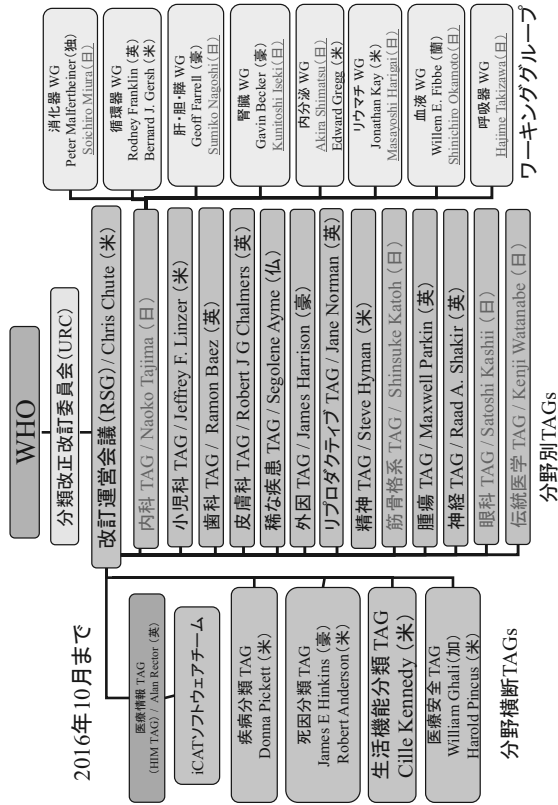
## ICD-11の特徴

- 日進月歩の基礎医学・臨床医学・公衆衛生の分野における新しい知見を導入 → 医学の専門家(臨床家)を中心とした検討
- 複数の使用目的を想定、柔軟なコーディング
  - 疾病・死亡統計、プライマリケア、臨床、研究 等
  - エクステンションコード 等
- 伝統医学を新たに導入 → まずは日中韓の伝統医学(漢方医学)
- 電子環境での活用を前提としたシステム
  - ウェブサイトを介した分類提供、コーディング・ツール等の開発 等
- 病名コードだけでなく、内容(疾患概念)を含めた情報体系へと進化
  - 分類項目にかかる説明、病名(索引用語)を追加  
(将来的には内容:症状所見の解剖学的/組織病理学的/遺伝学的etc.)

## ICD-11開発の経緯

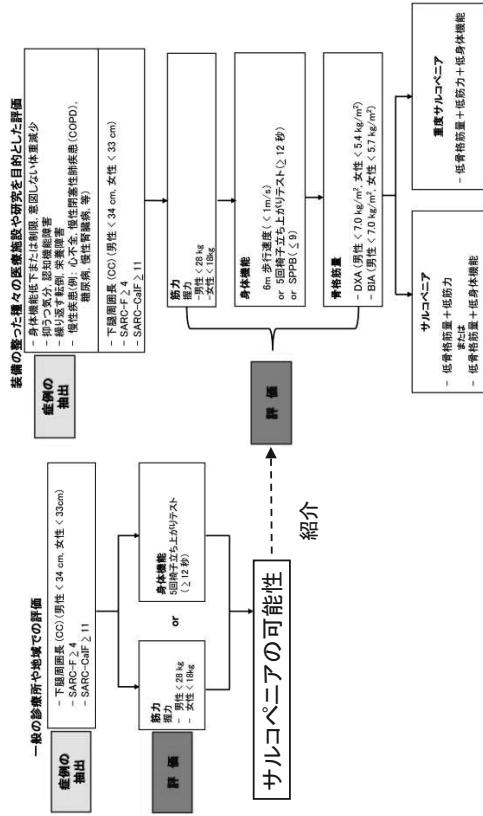
- 2007年 ICD-11改訂作業開始をプレス発表(東京)  
WHOの改訂組織において、専門分野別部会等の共同議長をはじめ多くの日本の医学の専門家・団体が貢献
- 2016年 WHO世界保健総会(WHA)へ経過報告  
10月 ICD-11改訂会議(東京)  
加盟国レビューの実施
- 2017年 日本医学会、日本歯科医学会、ICD専門委員会、日本WHO国際統計分類協力センター等からの意見をとりまとめ、WHOへ提出
- 2018年 6月 ICD-11 version for Implementation公表
- 2019年 5月 WHO世界保健総会(WHA)にて採択
- 2022年 ICD-11発効(予定)

## ICD-11改訂に向けた検討組織



| サルコペニア   | 筋肉の質と量を悪化させる因子   |  |                      |   |    |         |  |           |                  |  |        |        |  |    |                |                             |
|--|--|--|----------------------|---|----|---------|--|-----------|------------------|--|--------|--------|--|----|----------------|-----------------------------|
| <p>サルコペニア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 狭義：加齢に伴う筋肉量の低下<br/>Age-related loss of muscle mass</li> <li>・ 広義：すべての原因による筋肉量と筋力の低下</li> </ul>  |  <p><b>加齢</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加齢に関連する筋肉量減少</li> </ul> <p><b>疾病</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 炎症(臓器不全・悪性疾患等)</li> <li>・ 関節障害</li> <li>・ 神経疾患</li> </ul> <p><b>不活発</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 座りがちな生活</li> <li>・ 身体的不活発</li> </ul> <p><b>栄養不良</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養不足・吸収不良</li> <li>・ 医療に関連する食欲不振</li> <li>・ 栄養過多/肥満</li> </ul>  |  |                      |   |    |         |  |           |                  |  |        |        |  |    |                |                             |
| <p>サルコペニアになると転倒しやすい</p> <p>80歳以上の高齢者<br/>2年間で転倒の頻度を比較</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サルコペニア 260人中 66人 (25.4%)</li> <li>・ 転倒             <ul style="list-style-type: none"> <li>サルコペニアの高齢者 18人 / 66人 (27.3%)</li> <li>サルコペニアでない高齢者 19人 / 194人 (9.8%)</li> </ul> </li> </ul> <p>Landi F, et al. Sarcopenia as a Risk Factor for Falls in Elderly Individuals: Results from the iSIRENTE Study. Clinical Nutrition 2012</p> | <p>4点以上の人はサルコペニアの疑い</p> <table border="1"> <tr> <td>持ち上げる</td> <td>4-5kgのものを<br/>持ち上げて運ぶ</td> <td>0: 全く大変ではない<br/>1: 少し大変<br/>2: とても大変 できない</td> </tr> <tr> <td>歩く</td> <td>部屋の中を歩く</td> <td>0: 全く大変ではない<br/>1: 少し大変<br/>2: とても大変 補装具がいる 歩けない</td> </tr> <tr> <td>椅子から立ち上がる</td> <td>椅子・ベッドから<br/>移動する</td> <td>0: 全く大変ではない<br/>1: 少し大変<br/>2: とても大変 助けが要る</td> </tr> <tr> <td>階段をのぼる</td> <td>10段のぼる</td> <td>0: 全く大変ではない<br/>1: 少し大変<br/>2: とても大変 上がれない</td> </tr> <tr> <td>転ぶ</td> <td>この1年での<br/>転倒回数</td> <td>0: なし<br/>1: 1-3回<br/>2: 4回以上</td> </tr> </table> | 持ち上げる  | 4-5kgのものを<br>持ち上げて運ぶ | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 できない | 歩く | 部屋の中を歩く | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 補装具がいる 歩けない | 椅子から立ち上がる | 椅子・ベッドから<br>移動する | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 助けが要る | 階段をのぼる | 10段のぼる | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 上がれない | 転ぶ | この1年での<br>転倒回数 | 0: なし<br>1: 1-3回<br>2: 4回以上 |
| 持ち上げる  | 4-5kgのものを<br>持ち上げて運ぶ   | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 できない        |                      |   |    |         |  |           |                  |  |        |        |  |    |                |                             |
| 歩く   | 部屋の中を歩く  | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 補装具がいる 歩けない |                      |   |    |         |  |           |                  |  |        |        |  |    |                |                             |
| 椅子から立ち上がる  | 椅子・ベッドから<br>移動する   | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 助けが要る       |                      |   |    |         |  |           |                  |  |        |        |  |    |                |                             |
| 階段をのぼる   | 10段のぼる   | 0: 全く大変ではない<br>1: 少し大変<br>2: とても大変 上がれない       |                      |   |    |         |  |           |                  |  |        |        |  |    |                |                             |
| 転ぶ   | この1年での<br>転倒回数   | 0: なし<br>1: 1-3回<br>2: 4回以上                    |                      |   |    |         |  |           |                  |  |        |        |  |    |                |                             |

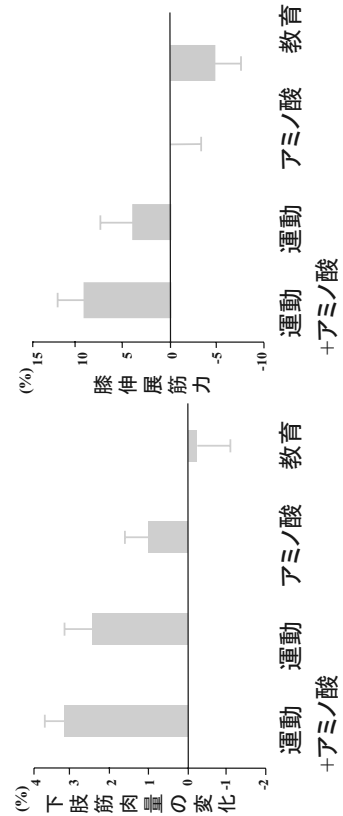
## サルコペニア診断基準の改訂 (Asian Working Group for Sarcopenia 2019)



Chen LK, et al. J Am Med Dir Assoc. in press [http://jssf.umin.jp/pdf/revision\\_20191111.pdf](http://jssf.umin.jp/pdf/revision_20191111.pdf)

## サルコペニア対策

75才以上でサルコペニアと診断された女性155名  
運動 60分x2/週 アミノ酸サプリ2/日 健康講座 1/月 3ヶ月間



Kim HK, Suzuki T, et al. J Am Geriatr Soc. 2012;60:16-23

## ロコモーションチェック



ロコモフレット2010年度版 (日本整形外科学会より)



## ロコモ度 立ち上がりリテスト

### 立ち上がりリテストの方法

台は40cm、30cm、20cm、10cmの4種類の高さがあり、両脚→片脚の順で40cmの台から順番に行っていきます。



<https://locomo-joa.jp/check/test/stand-up.html>

## ICD-11 筋骨格系専門部会の活動 1

Musculoskeletal Topic Advisory Group (MSK-TAG)

2006年10月 日本整形外科学会「ICD-11検討委員会」設置  
 社会保険審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会での審議に日本整形外科学会としての対応部門

2008年10月 筋骨格系TAG設置承認

WHO-FIC Network Meeting (インド・ニューデリー)  
 日本整形外科学会が、運動器の10年国際委員会、国際整形外科学会に呼びかけ、共同でWHOに対し筋骨格系の検討を行う専門部会設置を働きかけ

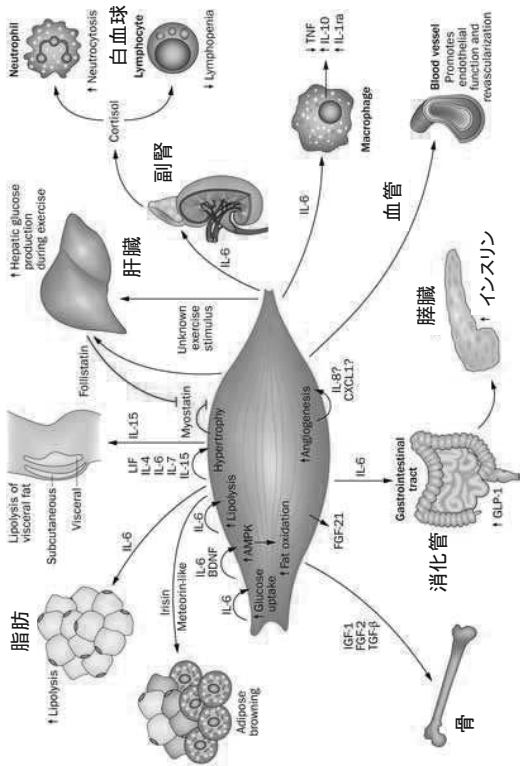
2008年11月 日本整形外科学会

「筋骨格系TAG組織委員会」設置

筋骨格系TAG設置承認を受けて、ICD-11検討委員会の下に設置



## 筋骨格系の診断には機能を反映すべき



Benatti FB, Pedersen BK. Nat Rev Rheumatol. 2015; 11(2): 86-97



## ICD-11 筋骨格系専門部会の活動 2

Musculoskeletal Topic Advisory Group (MSK-TAG)

2009年4月8-9日 MSK-TAG 第1回対面会議 (東京)

運動器の10年国際委員会委員である国分正一東北大学名誉教授を暫定議長として日本整形外科学会が共催  
 活動方針、8つのWG設置、清水克時岐阜大学教授の共同議長就任などを決議



### ICD-11 筋骨格系専門部会の活動 3

Musculoskeletal Topic Advisory Group (MSK-TAG)

- 2009年 9月 筋骨格系専門部会第2回対面会議
- 2010年11月 筋骨格系専門部会第3回対面会議
- 2011年 1月 筋骨格系専門部会第4回対面会議

(英国・ロンドン)

2013年 9月 MSK-TAG chairに加藤が就任

2014年10月 運動器の10年 国際運営委員会との合同会議

(英国・ロンドン)



### 筋骨格系専門部会 (MSK-TAG)から要望事項

- 死因統計から発展してきたICDに機能・診断過程を反映させる
- 診療の過程の反映・複数コードの許可
  - 坐骨神経痛・間欠跛行患者
    - 受診時「坐骨神経痛・間欠跛行」
    - 単純X線「変形性脊椎症」
    - MRI「腰部脊柱管狭窄症」
- 詳細な部位の容易な記載
  - ICD10では、部位がわかるだけ別のコード
- 重症度 (≠機能)の反映
- 筋骨格系腫瘍の系統的配列

### ICD-11 筋骨格系専門部会の活動 4

Musculoskeletal Topic Advisory Group (MSK-TAG)

2014年10月

ICD-11 β版の修正意見を提出し、日整会ICD-11検討委員会による改定作業は終了

本版には日整会案が強く反映される結果となる

- 1) 悪性骨・軟部腫瘍の集約
- 2) 脊椎疾患の系統的な配置
- 3) 詳細な部位コード採用など

2017年以降

ICD-11検討委員会はICD委員会に名称変更し、ICD-11の国内導入に向けた取り組み (和訳、統計システムの構築など)を行う

### ICD-11

■分類の場所  
<https://icd.who.int/>



固定版

日々更新版

推



■世界保健総会関係文書場所

事務局長報告 (A/72/29) : [https://apps.who.int/ebwha/pdf\\_files/WHA/72/A72\\_29-en.pdf](https://apps.who.int/ebwha/pdf_files/WHA/72/A72_29-en.pdf)  
決議 (A/72/29 Add.1) : [https://apps.who.int/ebwha/pdf\\_files/WHA/72/A72\\_29Add1-en.pdf](https://apps.who.int/ebwha/pdf_files/WHA/72/A72_29Add1-en.pdf)

## ICD-11の特徴

- 日進月歩の基礎医学・臨床医学・公衆衛生の分野における新しい知見を導入 → 医学の専門家(臨床家)を中心とした検討
- 複数の使用目的を想定、柔軟なコーディング
  - 疾病・死亡統計、プライマリケア、臨床、研究 等
  - エクステンションコード 等
- 伝統医学を新たに導入 → まずは日中韓の伝統医学(漢方医学)
- 電子環境での活用を前提としたシステム
  - ウェブサイトを介した分類提供、コーディング・ツール等の開発 等
- 病名コードだけでなく、内容(疾患概念)を含めた情報体系へと進化
  - 分類項目にかかる説明、病名(索引用語)を追加(将来的には内容:症状所見の解剖学的/組織病理学的/遺伝学的etc.)

## ICD-11 死亡・疾病統計用分類の構成 1

<https://icd.who.int/>

| ICD-10                   |                          | ICD-11             |                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| 第1章 感染症及び寄生虫症            | 第1章 感染症又は寄生虫症            | 第2章 新生物            | 第2章 新生物            |
| 第2章 新生物                  | 第3章 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 第3章 血液又は造血器の疾患     | 第3章 血液又は造血器の疾患     |
| 第3章 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 第4章 内分泌、栄養及び代謝疾患         | 第4章 免疫系の疾患         | 第4章 免疫系の疾患         |
| 第4章 内分泌、栄養及び代謝疾患         | 第5章 精神及び行動の障害            | 第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患   | 第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患   |
| 第5章 精神及び行動の障害            | 第6章 神経系の疾患               | 第6章 精神、行動又は神経発達障害  | 第6章 精神、行動又は神経発達障害  |
| 第6章 神経系の疾患               | 第7章 眼及び付属器の疾患            | 第7章 睡眠・覚醒障害        | 第7章 睡眠・覚醒障害        |
| 第7章 眼及び付属器の疾患            | 第8章 耳及び乳様突起の疾患           | 第8章 神経系の疾患         | 第8章 神経系の疾患         |
| 第8章 耳及び乳様突起の疾患           | 第9章 循環器系の疾患              | 第9章 視覚系の疾患         | 第9章 視覚系の疾患         |
| 第9章 循環器系の疾患              | 第10章 呼吸器系の疾患             | 第10章 耳又は乳様突起の疾患    | 第10章 耳又は乳様突起の疾患    |
| 第10章 呼吸器系の疾患             | 第11章 消化器系の疾患             | 第11章 循環器系の疾患       | 第11章 循環器系の疾患       |
| 第11章 消化器系の疾患             | 第12章 皮膚及び皮下組織の疾患         | 第12章 呼吸器系の疾患       | 第12章 呼吸器系の疾患       |
| 第12章 皮膚及び皮下組織の疾患         | 第13章 筋骨格系及び結合組織の疾患       | 第13章 消化器系の疾患       | 第13章 消化器系の疾患       |
| 第13章 筋骨格系及び結合組織の疾患       | 第14章 腎尿路生殖器系の疾患          | 第14章 皮膚の疾患         | 第14章 皮膚の疾患         |
| 第14章 腎尿路生殖器系の疾患          |                          | 第15章 筋骨格系又は結合組織の疾患 | 第15章 筋骨格系又は結合組織の疾患 |
|                          |                          | 第16章 腎尿路生殖器系の疾患    | 第16章 腎尿路生殖器系の疾患    |
|                          |                          | 第17章 性保健健康関連の病態    | 第17章 性保健健康関連の病態    |

2019年5月現在

## ICD-11 死亡・疾病統計用分類の構成 2

<https://icd.who.int/>

| ICD-10                        |                                      | ICD-11                        |                               |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 第15章 妊娠、分娩及び産褥                | 第18章 妊娠、分娩又は産褥                       | 第19章 周産期に発生した病態               | 第19章 周産期に発生した病態               |
| 第16章 周産期に発生した病態               | 第20章 発達異常                            | 第20章 発達異常                     | 第20章 発達異常                     |
| 第17章 先天奇形、変形及び染色体異常           | 第21章 症状、徴候又は異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの | 第21章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの   | 第21章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの   |
| 第18章 先天奇形、変形及び染色体異常           | 第19章 損傷、中毒及びその他の外因の影響                | 第22章 損傷、中毒又はその他の外因の影響         | 第22章 損傷、中毒又はその他の外因の影響         |
| 第19章 損傷、中毒及びその他の外因の影響         | 第20章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用        | 第23章 傷病又は死亡の外因                | 第23章 傷病又は死亡の外因                |
| 第20章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用 | 第21章 特殊目的用コード                        | 第24章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用 | 第24章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用 |
| 第21章 特殊目的用コード                 | 第26章 補助チャプター 伝統医学の病態・モジュール           | 第25章 特殊目的用コード                 | 第25章 特殊目的用コード                 |
| 第22章 特殊目的用コード                 | 第V章 生活機能評価に関する補助セクション                | 第26章 補助チャプター 伝統医学の病態・モジュール    | 第26章 補助チャプター 伝統医学の病態・モジュール    |
|                               | 第VIII章 エクステンションコード                   | 第V章 生活機能評価に関する補助セクション         | 第V章 生活機能評価に関する補助セクション         |
|                               |                                      | 第VIII章 エクステンションコード            | 第VIII章 エクステンションコード            |

2019年5月現在

16

## ICD-10からICD-11へ章の新設: extension code

| X章 エクステンションコード | 主な内容                          |                           |
|----------------|-------------------------------|---------------------------|
| 重症度値           | Severity Scale Value          | 重症度、ステージ                  |
| 時間軸            | Temporality                   | 無症候性〜再発性、続発性の別、急性・慢性の別    |
| 病因             | Aetiology                     | 感染病原菌                     |
| 局所スケール         | Topology Scale Value          | 左右の別、広汎性・限局性の別            |
| 解剖学的詳細         | Specific Anatomic Detail      | 部位                        |
| 組織病理           | Histopathology                | 新生物におけるより詳細な組織的分類         |
| 損傷の状況          | Dimensions of injury          | 火傷や骨折の範囲・種類               |
| 外因の状況          | Dimensions of external causes | 不慮・故意の別、発生場所              |
| 意識レベル          | Consciousness                 | グラスゴー・コーマ・スケール(GCS)によるスコア |
| 物質             | Substances                    | 各種化学物質、薬剤                 |
| 診断の状況          | Diagnosis code descriptors    | 受診又は入院の理由、医療資源病態、入院後発症    |
| 背景状況           | Capacity or context           | 周産期死亡での使用を想定              |

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳



## ICD-10からICD-11へ 分類項目の内容充実

**ICD-11 (Mortality and Morbidity Statistics)**

Search:

Navigation: Home, Mortality and Morbidity Statistics, Tools, My Site

ICD-11 Mortality and Morbidity Statistics

10 Diseases of the blood or blood-forming organs  
11 Diseases of the circulatory system  
12 Diseases of the respiratory system  
13 Diseases of the digestive system  
14 Diseases of the genitourinary system  
15 Diseases of the skin and subcutaneous tissue  
16 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders  
17 Infectious and parasitic diseases  
18 Neoplasms  
19 Trauma and injuries  
20 External causes of injury and poisoning  
21 Diseases of the eye, ear, nose and throat  
22 Diseases of the mouth  
23 Diseases of the ear, nose and throat  
24 Diseases of the eye  
25 Diseases of the ear, nose and throat  
26 Diseases of the eye  
27 Diseases of the ear, nose and throat  
28 Diseases of the eye  
29 Diseases of the ear, nose and throat  
30 Diseases of the eye  
31 Diseases of the ear, nose and throat  
32 Diseases of the eye  
33 Diseases of the ear, nose and throat  
34 Diseases of the eye  
35 Diseases of the ear, nose and throat  
36 Diseases of the eye  
37 Diseases of the ear, nose and throat  
38 Diseases of the eye  
39 Diseases of the ear, nose and throat  
40 Diseases of the eye  
41 Diseases of the ear, nose and throat  
42 Diseases of the eye  
43 Diseases of the ear, nose and throat  
44 Diseases of the eye  
45 Diseases of the ear, nose and throat  
46 Diseases of the eye  
47 Diseases of the ear, nose and throat  
48 Diseases of the eye  
49 Diseases of the ear, nose and throat  
50 Diseases of the eye  
51 Diseases of the ear, nose and throat  
52 Diseases of the eye  
53 Diseases of the ear, nose and throat  
54 Diseases of the eye  
55 Diseases of the ear, nose and throat  
56 Diseases of the eye  
57 Diseases of the ear, nose and throat  
58 Diseases of the eye  
59 Diseases of the ear, nose and throat  
60 Diseases of the eye  
61 Diseases of the ear, nose and throat  
62 Diseases of the eye  
63 Diseases of the ear, nose and throat  
64 Diseases of the eye  
65 Diseases of the ear, nose and throat  
66 Diseases of the eye  
67 Diseases of the ear, nose and throat  
68 Diseases of the eye  
69 Diseases of the ear, nose and throat  
70 Diseases of the eye  
71 Diseases of the ear, nose and throat  
72 Diseases of the eye  
73 Diseases of the ear, nose and throat  
74 Diseases of the eye  
75 Diseases of the ear, nose and throat  
76 Diseases of the eye  
77 Diseases of the ear, nose and throat  
78 Diseases of the eye  
79 Diseases of the ear, nose and throat  
80 Diseases of the eye  
81 Diseases of the ear, nose and throat  
82 Diseases of the eye  
83 Diseases of the ear, nose and throat  
84 Diseases of the eye  
85 Diseases of the ear, nose and throat  
86 Diseases of the eye  
87 Diseases of the ear, nose and throat  
88 Diseases of the eye  
89 Diseases of the ear, nose and throat  
90 Diseases of the eye  
91 Diseases of the ear, nose and throat  
92 Diseases of the eye  
93 Diseases of the ear, nose and throat  
94 Diseases of the eye  
95 Diseases of the ear, nose and throat  
96 Diseases of the eye  
97 Diseases of the ear, nose and throat  
98 Diseases of the eye  
99 Diseases of the ear, nose and throat

**C40.0 Acute nasopharyngitis**

**① 分類名**

**③ 解説文**

**④ 追加情報**

**⑤ 除外用語**

**② 索引用語**

## ICD-10からICD-11へ (章の新設:生活機能評価に関する補助セクション)

※(ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳)

**ICD-11**

**第V章 生活機能評価に関する補助セクション**

— WHODAS 2.0 36項目版

- 認知
- 運動・移動
- セルフケア (WHODAS関連項目)
- 他者との交流
- 日常生活
- 社会参加及び健康問題の影響

— 基本的機能の領域

- 音声と発話の機能
- 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
- 消化器系・代謝系・内分泌系の機能
- 尿路・性・生殖の機能
- 神経筋骨格と運動に関連する機能
- 皮膚及び関連する構造の機能

— 一般的な課題と要求

- 運動・移動
- セルフケア
- 家庭生活
- 対人関係
- 学習と知識の応用
- コミュニケーション
- 主要な生活領域
- コミュニティライフ・社会生活・市民生活
- 精神機能
- 感覚機能と痛み

— 簡易版モデル障害調査

- 聴覚及び関連機能
- 聴覚と前庭の機能
- 精神機能
- 感覚機能と痛み

## WHODAS 障害評価面接基準 WHO disability assessment schedule

- ✓ WHOが開発した包括的な評価票
- ✓ 文化を超え、健康および障害を評価するために標準化
- ✓ 特定の介入をすすめることで生じる前後の相違を測定するために、信頼性と感受性が十分確認された、国際生活機能分類(ICF)の包括的な項目の1つ
- ✓ 同じ人を介入の前後で評価
- ✓ 母集団の健康と障害のレベルの評価、および臨床における介入の効果と効率性の上昇の測定可能

## WHODAS 障害評価面接基準 WHO disability assessment schedule

**WHO disability assessment schedule**

- 領域1: 認知-理解と繋がりが
- 領域2: 可動性-動きまわること
- 領域3: セルフケア-排尿排便, 着衣, 摂食, 一人で行えること
- 領域4: 他者との交流-人と仲良くすること
- 領域5: 日常生活-家庭の責任, レジヤ- 仕事および学校
- 領域6: 社会への参加-地域社会活動に加わり, 社会に参加すること

## WHODAS 障害評価面接基準 WHO disability assessment schedule

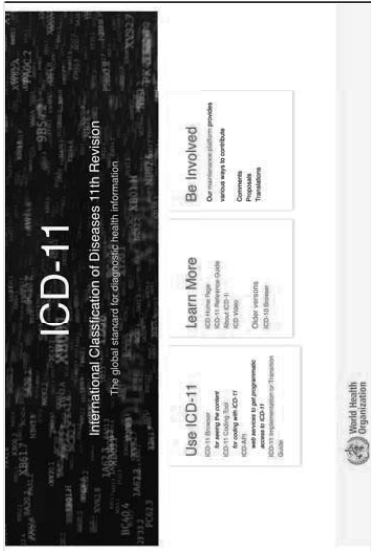

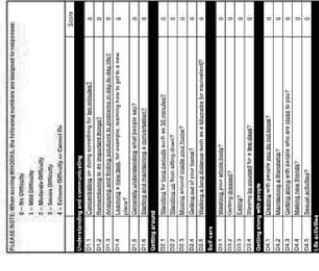
| 背景  | 対象者                | 測定される健康概念<br>(領域)   | 項目   | 実施者       | 所要時間          |
|---|--------------------|---|------|-----------|---------------|
| WHOによって開発。ICFに基づき、診断に関わらず、活動制限と参加制約を評価            | 臨床<br>地域社会<br>一般集団 | 認知/可動性/セルフケア/他者との交流/日常生活/社会への参加                                     | 36   | 自己<br>/面接 | 5-10分<br>/20分 |
| 医療アウトカム調査用/医療従事者、患者およびヘルスシステムによるケアの結果に対する影響を調べる調査 | 臨床<br>地域社会<br>一般集団 | 身体機能/身体問題による役割制限/肉体的苦痛/一般的な健康認識/バイタリティ/社会的機能/情緒障害による役割制限/精神保健/健康の推移 | 36   | 自己<br>/面接 | 10分<br>/10分   |
| 基本的日常生活を行うために、障害を持つ人に必要な支援量を評価                    | 臨床母集団のみ            | セルフケア/排泄コントロール/移動/意思疎通/社会的認知  | 18   | 面接        | 30分           |
| 日常生活における可動性とセルフケア活動を評価                            | 臨床母集団のみ            | 排便/排尿/整容/トイレの使用/摂食/移乗/運動/移動/着衣/階段/入浴                                | 5-10 | 面接        | 2-5分          |

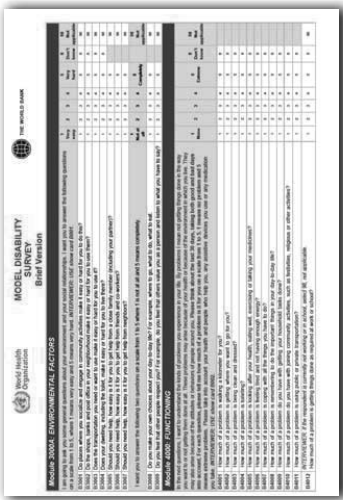

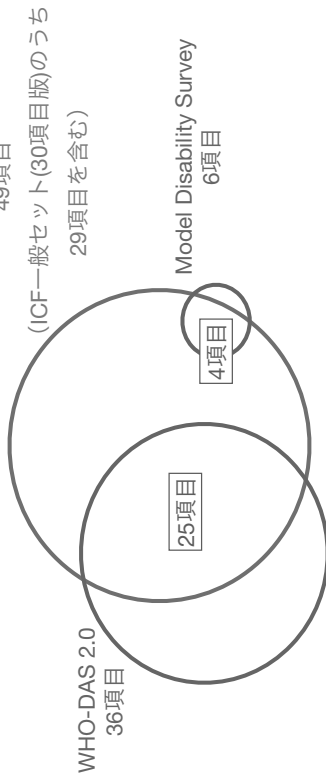
健康および障害の評価 - WHO 障害評価面接基準マニユアル WHODAS 2.0 (2015)より

## ICD-11の特徴

- > 日進月歩の基礎医学・臨床医学・公衆衛生の分野における新しい知見を導入 → 医学の専門家(臨床家)を中心とした検討
- > 複数の使用 → 死因統計から発展してきたICDに  
→ 疾病・死機能・診断過程を反映させる
- > エクストラ ↓  
病的状態の包括的に表現できる (漢方医学)
- > 伝統医学を  
電子環境での汪田を前提としたシステム  
→ ウェブサ  
細分化出来過ぎる 等の開発 等
- > 病名コードが  
重複障害をどう表現するか? 系へと進化
- > 分類項目にかかる説明、病名(索引用語)を追加 (将来的には内容: 症状所見の/解剖学的/組織病理学的/遺伝学的etc.)

|  |  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>ICFコンセプトに基づく<br/>生活機能評価システムの作成と検証 -<br/>ICD11 V章の臨床活用に向けた取り組み</b></p> <p style="text-align: center;"><b>向野 雅彦</b><br/>藤田医科大学医学部<br/>リハビリテーション学講座<br/>生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ 座長</p>  | <p style="text-align: center;"><b>生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 平成31年度（令和元年度）より厚生労働省社会保険審議会統計分科会生活機能分類専門委員会の下に設置された、ICFの普及推進を担うワーキンググループ</li> <li>- 主に以下の検討事項を審議する             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ICD-11 「第 V 章」 の国内適用にかかる検討                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ICD-11 第V章の国内適用に向けた指針案の作成</li> <li>b. 国内でのフィールドテスト実施に必要な資料案の作成</li> <li>c. 既存の研究と連携した ICF リコードの実践</li> </ol> </li> <li>(2) WHO が公表する ICF 関係資料の翻訳案作成                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ICD-11 第 V 章の仮訳案作成</li> <li>b. ICD-11 総論(Instruction Manual)第 V 章関連部分の仮訳案及び参考資料案の作成</li> </ol> </li> <li>(3) 普及教育のための参考資料作成</li> </ol> </li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>生活機能分類普及推進検討ワーキンググループの<br/>主な取り組み</b></p> <p><b>臨床ツールの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICF、ICD-11 V章の臨床普及のための臨床ツール作成とフィールドテストの実施</li> </ul> <p><b>リコードの仕組みの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 既存のスケールを利用した情報収集の仕組み構築</li> </ul> <p><b>教育ツールの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WHO協力センター作成のICF eラーニングツールの翻訳（協力：診療情報管理学会）</li> <li>- 教育体制の整理と普及のためのツール作成</li> </ul> <p><b>分類更新、翻訳の対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICFの分類の更新の議論、ICF関係資料の翻訳対応</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>Topics</b></p> <p style="text-align: center;">ICD-11 V章とは</p> <p style="text-align: center;">ICF、ICD-11 V章の臨床ツール作成</p> <p style="text-align: center;">ICF、ICD-11 V章の教育ツール作成</p> <p style="text-align: center;">フィールドテストの実施へ</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Topics</p> <p>ICD-11 V章とは</p> <p>ICF、ICD-11 V章の臨床ツール作成</p> <p>ICF、ICD-11 V章の教育ツール作成</p> <p>フィールドテストの実施へ</p>   | <p style="text-align: center;">ICD-11<br/>国際疾病分類</p>    |
| <p>ICD-11 V章<br/>生活機能の章</p> <p>- 生活機能の記述に用いる</p> <p>- 以下の3つのパートに分けられる</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. WHO-DAS 2.0</li> <li>2. Model Disability Survey</li> <li>3. Generic functioning domains</li> </ol> | <p style="text-align: center;">WHO-DAS 2.0<br/>WHO障害評価面接基準<br/>(WHO Disability Assessment Schedule)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WHOにより開発された、健康と障害を測定する標準化スケール</li> <li>- 面接版、自己記入版、代理人記入版がある</li> <li>- 12項目版、36項目版がある</li> </ul>   |

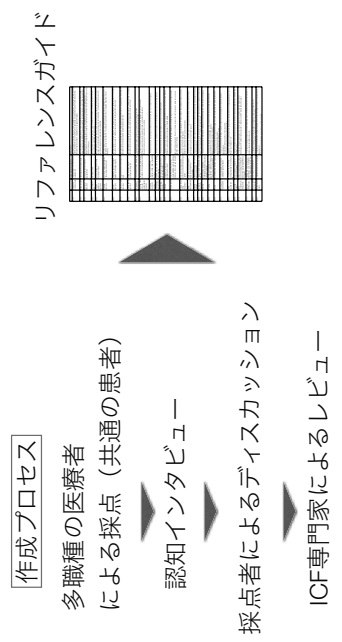
|   |   |
|---|---|
| <p><b>MDS</b><br/>モデル障害調査<br/>(Model disability survey)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WHOと世界銀行により開発された、障害データ収集のための質問紙</li> <li>- 200項目以上の質問から構成されるが、40項目からなる短縮版も用意されている</li> <li>- そのうち6項目のみがICD-11 V章に含まれる</li> </ul>  | <p><b>Generic functioning domains</b></p> <p>ICFの主要な領域をカバーするように採用された項目群</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 情報収集の方法は明記なし (項目はICF準拠)</li> <li>- ICF一般セット (30項目)のうち29項目を含む</li> </ul>  |
| <p><b>ICD-11 V章の構成</b></p>  <p>WHO-DAS 2.0<br/>36項目</p> <p>Generic functioning domains<br/>49項目<br/>(ICF一般セット(30項目版)のうち<br/>29項目を含む)</p> <p>Model Disability Survey<br/>6項目</p>   | <p><b>Topics</b></p> <p>ICD-11 V章とは</p> <p>ICF、ICD-11 V章の臨床ツール作成</p> <p>ICF、ICD-11 V章の教育ツール作成</p> <p>フィールドテストの実施</p>  |



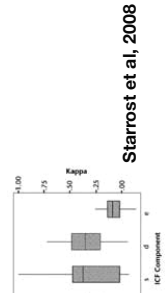
|  |   |           |      |        |    |       |         |    |        |          |    |       |          |    |       |           |    |      |  |    |     |  |
|--|---|-----------|------|--------|----|-------|---------|----|--------|----------|----|-------|----------|----|-------|-----------|----|------|--|----|-----|--|
| <h3 style="text-align: center;">ICF一般セット (30項目版)</h3> <p>ICF一般セット (30項目版)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b1 30 活きと欲動の機能</li> <li>b1 34 睡眠機能</li> <li>b1 52 精神機能</li> <li>b2 50 痛みの感覚</li> <li>b4 55 運動機能</li> <li>b6 40 性別機能</li> <li>b7 10 視覚の機能</li> <li>b7 30 筋力の機能</li> <li>b2 40 ストレスとその他の心理的要求への</li> <li>b4 10 基本的な姿勢の変換</li> <li>b4 15 姿勢の保持</li> <li>b4 20 歩み</li> <li>b4 50 歩行</li> <li>b4 55 移動</li> <li>b4 65 用具を用いての移動</li> <li>b5 10 身体各部の取扱い</li> <li>b5 20 身体各部の手入れ</li> <li>b5 30 排泄</li> <li>b5 40 更衣</li> <li>b5 50 食へること</li> <li>b5 70 健康に注意すること</li> <li>b6 40 調理以外の家事</li> <li>b6 60 地車への乗り</li> <li>b7 10 視覚の機能</li> <li>b7 20 聴覚の機能</li> <li>b8 50 精神発達仕事</li> <li>b9 20 レクリエーションとレジャー</li> </ul> <p style="text-align: right;">ICF一般セット (30項目版) は、<br/>・回帰分析により抽出した項目<br/>+<br/>・専門家会議で抽出した、様々な疾患のコアセットに共通する項目</p> | <h3 style="text-align: center;">ICFの”評価点”</h3> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0点</td> <td>問題なし</td> <td>(0-4%)</td> </tr> <tr> <td>1点</td> <td>軽度の問題</td> <td>(5-24%)</td> </tr> <tr> <td>2点</td> <td>中等度の問題</td> <td>(25-49%)</td> </tr> <tr> <td>3点</td> <td>重度の問題</td> <td>(50-95%)</td> </tr> <tr> <td>4点</td> <td>完全な問題</td> <td>(96-100%)</td> </tr> <tr> <td>8点</td> <td>詳細不明</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9点</td> <td>非該当</td> <td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>•様々な取り組みが存在するが、国際的なコンセンサスの形成なし</li> <li>•信頼性の検討も一部のみしか行われていない</li> </ul> | 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 |  |
| 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   |           |      |        |    |       |         |    |        |          |    |       |          |    |       |           |    |      |  |    |     |  |
| <h3 style="text-align: center;">ICF一般セット (30項目版)のための臨床ツールの作成</h3> <p>簡潔で直感的な説明文の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICFの定義はわかりにくい<br/>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</li> <li>- 2016年に日本版を作成</li> </ul> <p>採点用リファレンスガイドの作成と検証</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Swiss Paraplegic ResearchのICFユニットと共同で、ICFの採点ガイドラインに基づいて採点した複数の採点者の認知インタビューに基づき採点の例示を作成</li> <li>- 作成したリファレンスガイドの検証を実施</li> </ul>   | <h3 style="text-align: center;">簡潔で直感的な説明文の作成</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- 国際リハビリテーション医学会 (ISPRM)、ヨーロッパ医療専門家連合 (UEMS) を中心に進められている (これまでに7カ国、現在3カ国でプロセスが進行中)</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <p>中国 (2014) イタリア (2015)<br/>Proding et al. 2016 Seb et al. 2016<br/>COMING SOON<br/>日本 (2016)</p> </div>  |           |      |        |    |       |         |    |        |          |    |       |          |    |       |           |    |      |  |    |     |  |

## 採点用リファレンスガイドの作成 (厚労科研ICF研究班で作成)

原則：オリジナルのルールに従って臨床家が採点した内容の例（ある程度コンセンサスが得られる例）をリファレンスとする



## 採点の信頼性の低さ



Starrost et al, 2008

| Category | Activities and Participation   | Body Functions | Mental Functions | Interactions with the Environment (%) | Health Status | Number of ICFs |
|----------|--------------------------------|----------------|------------------|---------------------------------------|---------------|----------------|
| 4300     | Walking                        | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4310     | Walking with a cane            | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4320     | Walking with a walker          | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4330     | Walking with a wheelchair      | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4340     | Walking with a prosthetic limb | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4350     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4360     | Walking with a prosthesis      | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4370     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4380     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4390     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4400     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4410     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4420     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4430     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4440     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4450     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4460     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4470     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4480     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4490     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4500     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4510     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4520     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4530     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4540     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4550     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4560     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4570     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4580     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4590     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4600     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4610     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4620     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4630     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4640     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4650     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4660     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4670     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4680     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4690     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4700     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4710     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4720     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4730     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4740     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4750     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4760     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4770     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4780     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4790     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4800     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4810     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4820     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4830     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4840     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4850     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4860     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4870     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4880     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4890     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4900     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4910     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4920     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4930     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4940     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4950     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4960     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4970     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4980     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 4990     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |
| 5000     | Walking with a hearing aid     | 0.75           | 0.75             | 0.75                                  | 0.75          | 0              |

Uhlig et al, 2007

## 採点用リファレンスガイドの例

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

## 検者間信頼性の検証

| ICFコード | 検者の機能     | 検者1の採点 | 検者2の採点 | 検者間の一致率 |
|--------|-----------|--------|--------|---------|
| b130   | 活力と運動の機能  | 0.73   | 0.73   | 0.61    |
| b134   | 聴覚機能      | 0.69   | 0.69   | 0.70    |
| b152   | 情動機能      | 0.61   | 0.61   | 0.81    |
| b280   | 痛みの感覚     | 0.64   | 0.64   | 0.79    |
| b455   | 運動耐容性     | 0.61   | 0.61   | 0.79    |
| b620   | 排尿機能      | 0.88   | 0.88   | 0.82    |
| b640   | 性機能       | 0.87   | 0.87   | 0.73    |
| b710   | 関節の可動性の機能 | 0.78   | 0.78   | 0.72    |
| b730   | 筋力の機能     | 0.75   | 0.75   | 0.67    |

| Landis and Koch, 1977 | 検者間の一致率 |
|-----------------------|---------|
| Excellent             | >0.81   |
| Substantial           | 0.6-0.8 |
| Moderate              | 0.4-0.6 |
| Fair                  | 0.2-0.4 |
| Poor                  | 0.0-0.2 |

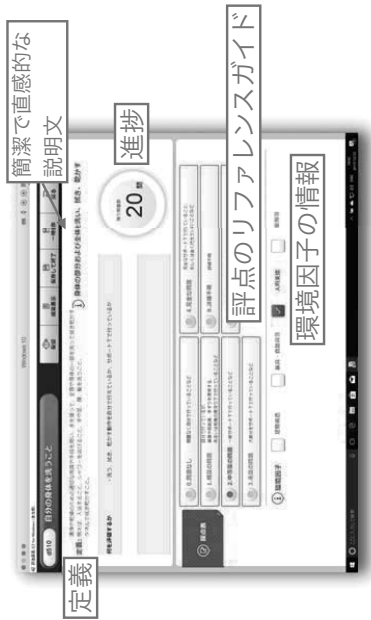
| ICFコード | 検者の機能              | 検者1の採点 | 検者2の採点 | 検者間の一致率 |
|--------|--------------------|--------|--------|---------|
| d230   | 日課の遂行              | 0.61   | 0.61   | 0.70    |
| d240   | ストレスとその他の心理的要求への対処 | 0.61   | 0.61   | 0.81    |
| d410   | 基本的な姿勢の変換          | 0.61   | 0.61   | 0.79    |
| d415   | 姿勢の保持              | 0.61   | 0.61   | 0.79    |
| d420   | 移動                 | 0.61   | 0.61   | 0.82    |
| d455   | 移動                 | 0.61   | 0.61   | 0.72    |
| d465   | 用具を用いての移動          | 0.73   | 0.73   | 0.67    |
| d470   | 交通機関や手段の利用         | 0.72   | 0.72   | 0.75    |
| d510   | 自分の体を清うこと          | 0.67   | 0.67   | 0.72    |
| d520   | 身体各部の手入れ           | 0.75   | 0.75   | 0.76    |
| d530   | 排泄                 | 0.72   | 0.72   | 0.85    |
| d540   | 更衣                 | 0.76   | 0.76   | 0.85    |
| d550   | 食べること              | 0.76   | 0.76   | 0.73    |
| d570   | 健康に注意すること          | 0.85   | 0.85   | 0.84    |
| d640   | 調理以外の家事            | 0.63   | 0.63   | 0.66    |
| d660   | 他者への援助             | 0.73   | 0.73   | 0.66    |
| d710   | 基本的な対人関係           | 0.84   | 0.84   | 0.68    |
| d770   | 親密な関係              | 0.66   | 0.66   | 0.77    |
| d850   | 報酬を伴う仕事            | 0.68   | 0.68   | 0.77    |
| d820   | レクリエーションとレジャー      | 0.77   | 0.77   |         |

N=100

|   |  |
|---|--|
| <p>ICD-11 V章への拡張</p> <p>WHO-DAS 2.0<br/>36項目</p> <p>Generic functioning domains<br/>49項目</p> <p>一般セット (30項目版)</p> <p>Model Disability Survey<br/>6項目</p> <p>25項目</p> <p>4項目</p> <p>追加のツールを作成中</p> | <p>ICD-11 V章の臨床ツール作成：今後の予定</p> <p><b>2019年度</b><br/>Generic functioning domainsの全項目に対して</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 簡潔で直感的な説明文の作成 (1月8日にコンセンサスミーティング実施)</li> <li>- 採点リファレンスガイドの作成 (今年度中に実施予定)</li> </ul> <p><b>2020年度</b><br/>フィールドテストの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WHO-DAS 2.0, MDS および Generic functioning domainsの全項目の評価のトライアルを実施</li> <li>- 全国調査へ</li> </ul> |
| <p>Topics</p> <p>ICD-11 V章とは</p> <p>ICF、ICD-11 V章の臨床ツール作成</p> <p>ICF、ICD-11 V章の教育ツール作成</p> <p>フィールドテストの実施へ</p>  | <p>ICFの基礎的な知識に関する<br/>eラーニングツール</p> <p>診療情報管理学会と共同で翻訳予定</p>  |

### データ収集の仕組み

- 初心者用採点アプリケーションの作成 -



ICD-11 V章に拡張予定

### Topics

ICD-11 V章とは

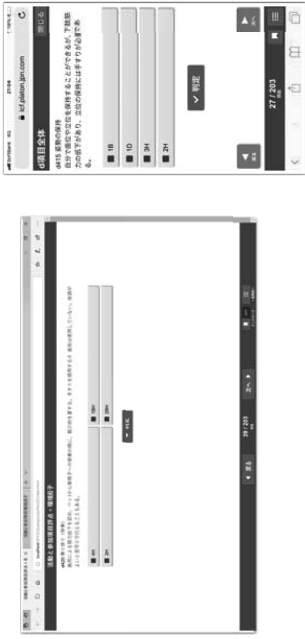
ICF、ICD-11 V章の臨床ツール作成

ICF、ICD-11 V章の教育ツール作成

フィールドテストの実施へ

### 練習課題の作成とeラーニングツール

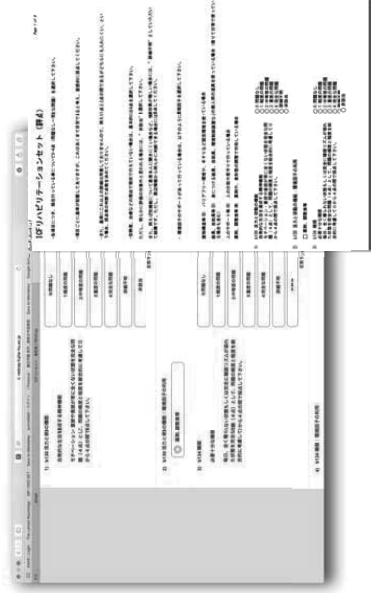
eラーニングツール



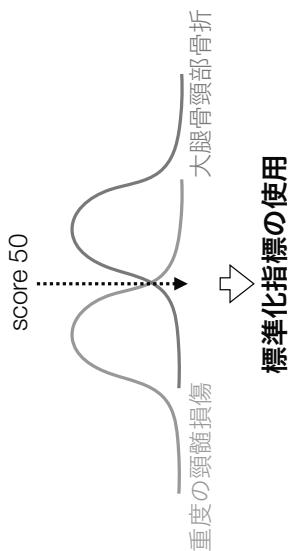
- 具体例（仮定の症例）を作成し、46名の臨床家が採点  
 - 2/3が合意した具体例を問題として掲載

### オンラインデータベースの作成

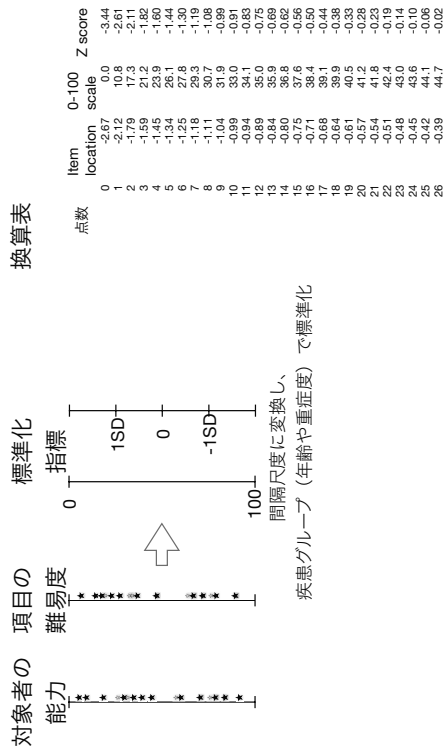
ICF一般セット（30項目版）のデータベース



### 統計への利用



### Rasch分析による標準化指標への変換



### 臨床での普及に向けた準備

採点用アプリケーション    e-ラーニングツール    オンラインデータベース

用例集およびテスト

フィールドテスト

臨床用アプリケーション



# ICFのアップデートと今後の展望

－WHO-FIC動向と日本での活用に向けて

杏林大学医学部  
リハビリテーション医学教室  
山田 深

## ICF

2001年5月、WHO総会において採択

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



## WHO Family of International Classifications ：WHO国際統計分類

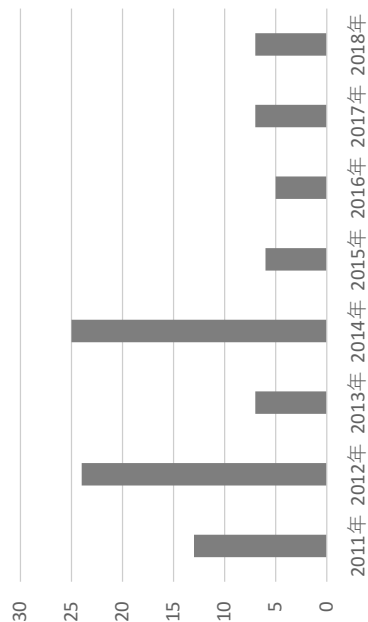


<http://www.who-fic-japan.jp/>

These updates are approved annually at the October meeting of the WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) Network.

- [ICF Updates for 2011](#)  
pdf. 124kb
  - [ICF Updates for 2012](#)  
pdf. 141kb
  - [ICF Updates for 2013](#)  
pdf. 379kb
  - [ICF Updates for 2014](#)  
pdf. 176kb
  - [ICF Updates for 2015](#)  
pdf. 484kb
  - [ICF Updates for 2016](#)  
pdf. 148kb
  - [ICF Updates for 2017](#)  
pdf. 496kb
  - [ICF Updates for 2018](#)  
pdf. 400kb
- List of Official ICF Updates  
：公式アップデートのリスト  
[origin.who.int/classifications/icfupdates/en/](http://origin.who.int/classifications/icfupdates/en/)

## 公式アップデート数の年次推移



## 公式アップデートの例

d450 歩行

常に片方の足が地面に付いた状態で、一歩一歩、足を動かすこと。例えば、散歩、ぶらぶら歩き、前後左右への歩行。含まれるもの：短距離あるいは長距離の歩行、さまざまな地面、あるいは床面上の歩行、障害物を避けての歩行。

d 455 移動

歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、障害物の周囲を走り回る。含まれるもの：這うこと、登り下りすること、走ること、ジョギングすること、跳ぶこと、水泳。

## 公式アップデートの例

d450 歩行

d451 階段の上り下り  
昇降階段や縁石など、片方の足が常に地面に着くように上下に移動すること。  
除かれるもの：歩行(d4450); 登り降りすること(d44551)

d455 移動

## 公式アップデートの例

d530 排泄

排泄（生理、排尿、排便）を計画し、遂行するとともに、その後清潔にすること。

含まれるもの：排尿や排便の管理、生理のケア

除かれるもの：自分の身体を洗うこと(d510)、身体各部の手入れ(d520)、歩行(d450)、自宅内の移動(d4600)、更衣

## ⇒FIMとの関連性

(参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成  
 ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計：126点～18点)

| 自立   | 7点 | 完全自立 |
|------|----|------|
| 移動   | 5点 | 歩行   |
| 移動補助 | 4点 | 歩行補助 |
| 介助あり | 3点 | 歩行補助 |
| 完全介助 | 1点 | 歩行補助 |

| 運動項目         |            | 認知項目        |        |
|--------------|------------|-------------|--------|
| セルフケア        | 移動         | コミュニケーション   | 社会認識   |
| 入浴 (上半身)     | 歩行・車椅子     | 読解 (読解・聴覚)  | 記憶     |
| 入浴 (下半身)     | 浴槽・シャワー    | 算出 (算算・計算)  | 判断解決   |
| 着脱 (上半身)     | ベトナム・椅子・車輪 | 移動 (移動・歩行)  | 社会的交際  |
| 着脱 (下半身)     | 排せつ・入浴     | 移動 (移動・歩行)  | 目標     |
| 排泄           | 排せつ・入浴     | 移動 (移動・歩行)  |        |
| 食事           | 移動 (移動・歩行) | 移動 (移動・歩行)  |        |
| 合計 42～6点     | 計14～2点     | 計14～2点      | 計21～3点 |
| 運動項目 計91～13点 | 計21～3点     | 認知項目 計15～5点 |        |
| 合計 126～18点   |            |             |        |

### 分類・統計諮問委員会

CSAC: Classification and Statistics Advisory Committee

- ICD、ICF に対するプロポーザルを受け、レビュープロセスを経て CSAC がプロポーザルの可否を決定することにより、ICD、ICF の構造および内容について決定する役割を有する。

### 生活機能分類グループ

FDRG : Functioning and Disability Reference Group

- ICFおよび必要に応じて他のWHO-FIC分類の最適利用を促進する。
- 生活機能分類ならびにコーディング関連問題について WHO-FICネットワークへの助言をおこない、必要に応じて ICF改正・改訂のための助言をおこなう。

## ICF 改正の流れ

※第1回 社会保障審議会統計分科会  
資料をもとにアップデート



## ICF アップデートプラットフォーム

World Health Organization ICF Update Platform

Welcome to the ICF Update Platform.

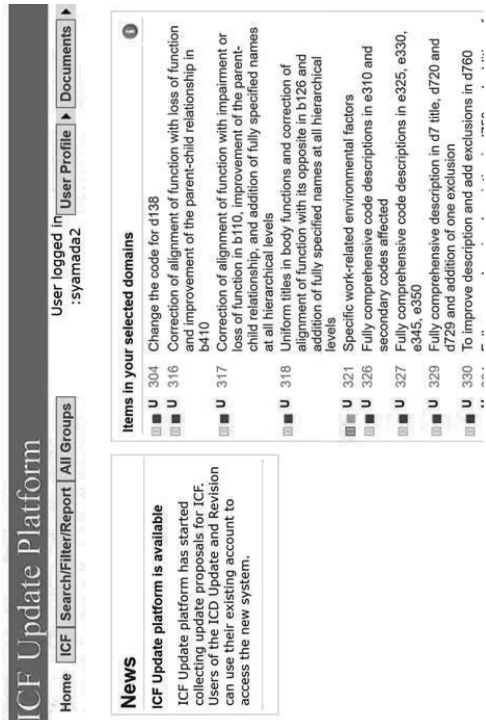
This platform allow users to enter and discuss update proposals for the ICF

If you already have an account in the system you may login directly. If not you may create an account in our system by following the "Create an account" link above.

Please note that ICD platform and ICF platform share the same user authentication mechanism. Therefore if you have a user ID for one of the platforms you could use it to login to the other one

More information on the system and how to use it is available in our **User's Guide** [PDF format - HTML format]

<https://extranet.who.int/icfrevision/nr/loginICF.aspx?ReturnUrl=%2fcfrevision%2Fprop.d.aspx%3fprop%3d%10&prop=410>

|  <p><b>ICF Update Platform</b></p> <p>Home ICF Search/Filter/Report All Groups</p> <p>User logged in: User Profile Documents :syamada2</p> <p><b>News</b></p> <p>ICF Update platform is available<br/>ICF Update platform has started collecting update proposals for ICF. Users of the ICD Update and Revision can use their existing account to access the new system.</p> <p><b>Items in your selected domains</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>U 304 Change the code for d138 and improvement of the parent-child relationship in b410</li> <li>U 316 Correction of alignment of function with loss of function or impairment of the parent-child relationship, and addition of fully specified names at all hierarchical levels</li> <li>U 317 Correction of alignment of function with impairment or loss of function in b110, improvement of the parent-child relationship, and addition of fully specified names at all hierarchical levels</li> <li>U 318 Uniform titles in body functions and correction of alignment of function with its opposite in b126 and addition of fully specified names at all hierarchical levels</li> <li>U 321 Specific work-related environmental factors</li> <li>U 326 Fully comprehensive code descriptions in e310 and secondary codes affected</li> <li>U 327 Fully comprehensive code descriptions in e325, e330, e345, e350</li> <li>U 329 Fully comprehensive description in d7 title, d720 and d729 and addition of one exclusion</li> <li>U 330 To improve description and add exclusions in d760</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>提案</li> <li>プラットフォームの一般ユーザー</li> <li>最初のレビューグループ</li> <li>IRG (Initial Review Group) のメンバーによるレビュー</li> </ul> <p>d 455 Moving around 移動</p> <p>歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、障害物の周囲を走り回る。</p> <p>含まれるもの：這うこと、登り下りすること、走ること、ジョギングすること、跳ぶこと、水泳。</p> <p>Proposal A: Proposal B:<br/>d4555 Scooting d4555 Bottom shuffling</p>   |  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
|---|--|--|--------|---------|---------|--|--|--------|------|---------|---|-----|------------------------|-----------------------|-----|--|-------------------------|----|--|-----------------------------|--------------|--|--------------------------|--------------|--|--|--------------|--|
| <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能分類グループ</li> <li>FDRGメンバーによるレビュー</li> </ul> <p>04-Apr-2019 16:53 CET by Ann-Helene Almborg Comments<br/>FDRG midyear meeting 2019</p> <p>Comments on behalf of Dana Krejцова, Kristyna Matuskova, Shin YAMADA and Ann-Helene Almborg from the 2019 FDRG Mid-Year meeting in Kuwait on Proposal ID 410 Addition of a third-level codes under d455</p> <p>The group has discussed the proposal to add the subcategory d4555, the two different terms and the definition. We recommended to use proposal B as this is clearer and more useful than proposal A.</p> <p>The FDRG group recommends the proposal to be accepted by using Proposal B</p>   | <p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>公開討論</li> <li>CSAC (投票メンバー) からのコメント</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Year/Round</th> <th>Status</th> <th>Results</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019- 2</td> <td>Voting process has been closed for this round.<br/>End Date: 08/09/2019</td> <td>Yes 2<br/>No 7<br/>Can't Decide 1<br/>Assent (no vote) 20</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Volter</th> <th>Vote</th> <th>Comment</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Korean Collaborating Center (Republic of Korea)</td> <td>Yes</td> <td>We support proposal B.</td> </tr> <tr> <td>Keisuke TAKAHASHI ( )</td> <td>Yes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ulrike Trinks (Germany)</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ann-Helene Almborg (Sweden)</td> <td>Can't Decide</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Carlo Guevel (Argentina)</td> <td>Can't Decide</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Catherine Sykes (United Kingdom, Great Britain and Northern Ireland)</td> <td>Can't Decide</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>We propose to integrate both concepts from ICF-CY by adapting the content slightly:<br/>d4555 Rolling: Propelling the whole body from one place to another in a LYING position without rising from the floor.<br/>D4556 Bottom shuffling: Propelling the whole body from one place to another in a SITTING position without rising from the floor.<br/>We don't see an overlap with the concept „d4107 rolling over“, as this concept has the goal to change a lying position, and not to move around to another place.<br/>The comment by Germany needs to be discussed</p> | Year/Round   | Status | Results | 2019- 2 | Voting process has been closed for this round.<br>End Date: 08/09/2019 | Yes 2<br>No 7<br>Can't Decide 1<br>Assent (no vote) 20 | Volter | Vote | Comment | Korean Collaborating Center (Republic of Korea) | Yes | We support proposal B. | Keisuke TAKAHASHI ( ) | Yes |  | Ulrike Trinks (Germany) | No |  | Ann-Helene Almborg (Sweden) | Can't Decide |  | Carlo Guevel (Argentina) | Can't Decide |  | Catherine Sykes (United Kingdom, Great Britain and Northern Ireland) | Can't Decide |  |
| Year/Round  | Status   | Results  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| 2019- 2   | Voting process has been closed for this round.<br>End Date: 08/09/2019   | Yes 2<br>No 7<br>Can't Decide 1<br>Assent (no vote) 20 |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| Volter  | Vote   | Comment  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| Korean Collaborating Center (Republic of Korea)   | Yes  | We support proposal B.                                 |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| Keisuke TAKAHASHI ( )   | Yes  |  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| Ulrike Trinks (Germany)   | No   |  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| Ann-Helene Almborg (Sweden)   | Can't Decide   |  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| Carlo Guevel (Argentina)  | Can't Decide   |  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |
| Catherine Sykes (United Kingdom, Great Britain and Northern Ireland)  | Can't Decide   |  |        |         |         |  |  |        |      |         |   |     |                        |                       |     |  |                         |    |  |                             |              |  |                          |              |  |  |              |  |

|   |   |
|---|---|
|  <p>https://www.2019whofic.org/</p>  | <h2>2019年アップデート</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>新しいアップデート提案 39件</li> <li>既存のアップデート提案 32件</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>議論</li> <li>WHO-FIC年次会議</li> </ul> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>5提案が2nd roundで賛成多数で採択、2提案が2nd roundで否決され、7提案が修正の上で採択。</li> <li>6提案についてKuwait Midyear Meetingでのグループディスカッションからの修正案を提示され、すべて一部修正の上、採択。</li> </ul>  |
| <h2>アップデート 近年の流れ</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>ICF-CY             <ul style="list-style-type: none"> <li>ICF-CYを統合するための調整 (2019年新規アップデートのうち24件)</li> </ul> </li> <li>動名詞             <ul style="list-style-type: none"> <li>play→playing</li> </ul> </li> <li>Impairmentの削除             <ul style="list-style-type: none"> <li>含まれるもの、除かれるものに疾患名を例示しない</li> <li>(ICFは生活機能の評価である)</li> </ul> </li> </ul> | <h2>MERGING ICF-CY INTO ICF ICF-CYをICFに統合する (2012)</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>In the interest of a streamlined, comprehensive ICF which adequately addresses all aspects of functioning across the lifespan, the relevant stakeholders have agreed to merge the two classifications back into one while completing other updates and revisions.</li> <li>生涯にわたる生活機能のすべての側面に対して適切に対応するICFを、一連の流れに沿って包括的なものとするために、2つの分類を1つにまとめ、他の更新と改訂を完了することに合意 (仮訳)。</li> </ul> <p><a href="https://www.who.int/classifications/icf/whoficresolution2012icfcy.pdf?ua=1">https://www.who.int/classifications/icf/whoficresolution2012icfcy.pdf?ua=1</a></p> |



## WHO Family of International Classifications : WHO国際統計分類



## ICF-CYとの統合と動名詞

d920 Recreation and leisure  
Engaging in any form of play, recreational or leisure activity/pursuit, such as informal or organized play and sports, programmes of physical fitness, relaxation, amusement or diversion, going to art galleries, museums, cinemas or theatres; engaging in crafts or hobbies, reading or singing for enjoyment, playing musical instruments; sightseeing, tourism and travelling for pleasure.

d9200 Playing  
Engaging in games with rules or unstructured or unorganized games and spontaneous recreation, such as playing chess or cards or children's play.

Inclusions: [engaging in solitary play](#), [onlooker play](#), [parallel play](#) and [shared cooperative play](#)

## Impairmentの削除

b410 Heart functions  
Functions of pumping the blood in adequate or required amounts and pressure throughout the body.  
Remark: [impairments of these body functions are present in health conditions such as heart failure, cardiomyopathy, myocarditis, and coronary insufficiency and in other conditions that manifest in tachycardia, bradycardia, irregular heartbeat, arrhythmias](#)

Inclusions: [functions involved in the heart rate, the heart rhythm, the contraction force of ventricular muscles, and in supplying blood to the heart muscle of heart rate, rhythm and output; contraction force of ventricular muscles; functions of heart valves; pumping the blood through the pulmonary circuit; dynamics of circulation to the heart; impairments such as tachycardia, bradycardia and irregular heart beat and as in heart failure, cardiomyopathy, myocarditis, and coronary insufficiency](#)

Exclusions: [blood vessel functions \(b415\); blood pressure functions \(b420\); exercise tolerance functions \(b455\)](#)

d920 Recreation and leisure  
Engaging in any form of play, recreational or leisure activity/pursuit, such as informal or organized play and sports, programmes of physical fitness, relaxation, amusement or diversion, going to art galleries, museums, cinemas or theatres; engaging in crafts or hobbies, reading or singing for enjoyment, playing musical instruments; sightseeing, tourism and travelling for pleasure.

- レジャーにplayingを含めることについて、playingは発達過程で必要な行為であり、レジャーではないとの強い指摘あり。
- Singingがコミュニケーション手段でもあるとの意見。

## Impairmentの削除

b410 心機能 (仮訳)  
 適切あるいは必要とする血液量と血圧で、全身に血液を供給する  
 法・これらの心身機能の障害は心不全、心筋症、心筋炎、冠不全などの健康  
 状態にある時や、頻脈、徐脈、不整脈がみられる状態にある場合にみられる。  
 含まれるもの: 心拍数、心調律 (リズム)、心室筋の収縮力、心臓への循環  
 状態。  
 頻脈、徐脈、不整脈、心臓弁の機能、肺循環へ血液を供給する機能、心臓へ  
 の循環動態。  
 除かれるもの: 血管の機能 (b415); 血圧の機能 (b420); 運動耐容能 (b455)

## ICD-11 V章の日本語化

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04 / 2019)

Foundation ID: <http://dx.who.int/icd/entity/23139749>

**V Supplementary section for functioning assessment**

**Description**

The section allows for creating functioning profiles and overall functioning scores of individuals, which are suitable to describe and quantify the level of functioning associated with a health condition. To guide functioning assessment, the section includes two ICF-based instruments developed by WHO: the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 36-item version), and the Model Disability Survey (MDS). The section is complemented by a generic set of functioning categories of high explanatory power derived from the ICF Annex 9.

WHODAS 2.0 36-item version

- ▶ Cognition
- ▶ Mobility
- ▶ Self-care WHODAS
- ▶ Getting along
- ▶ Life activities
- ▶ Participation and impact of health problems

VATV Outlier

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

ICD-11 V章 (仮訳案)

| ICD-11 章 / 分類 | ICD-11 コード | 原文題名   | 日本語訳                | 対応ICDコード  | WHO-DAS2.0 |
|---------------|------------|--|---------------------|-----------|------------|
| V01.2         | V01.2      | Supplementary section for functioning assessment   | 生活機能評価のための補助セクション   |           |            |
| V01.2         | V01.2      | WHO-DAS 2.0 36-item version                        | WHO-DAS 2.0 (36項目版) |           | Domain 1   |
| V01.2         | V01.2      | Cognition  | 認知                  |           |            |
| V01.2         | V01.2      | Attention functions                                | 注意機能                | b140      |            |
| V01.2         | V01.2      | Memory functions                                   | 記憶機能                | b144      |            |
| V01.2         | V01.2      | Executive functions                                | 実行機能                | b148      |            |
| V01.2         | V01.2      | Basic functions                                    | 基礎的学習               | b130-d159 |            |
| V01.2         | V01.2      | Communication with - receiving - spoken messages   | 話し言葉の理解             | b1310     |            |
| V01.2         | V01.2      | Communication with - sending - spoken messages     | 話し言葉の発話             | d550      |            |
| V01.2         | V01.2      | Mobility   | 運動・移動               | d4        | Domain 2   |
| V01.2         | V01.2      | Maintaining a standing position                    | 立位の保持               | d4        |            |
| V01.2         | V01.2      | Maintaining a sitting position                     | 立位の保持               | d4154     |            |
| V01.2         | V01.2      | Maintaining a kneeling position                    | 立位の保持               | d4155     |            |
| V01.2         | V01.2      | Maintaining a body position within the home        | 居間の移動               | d4600     |            |
| V01.2         | V01.2      | Moving around outside the home and other buildings | 居間の移動               | d4602     |            |
| V01.2         | V01.2      | Walking  | 歩行                  | d450      |            |
| V01.2         | V01.2      | Self-care WHODAS                                   | セルフケア (WHODAS)      | d5        | Domain 3   |
| V01.2         | V01.2      | Washing oneself                                    | 自分の身体を洗うこと          | d510      |            |
| V01.2         | V01.2      | Dressing   | 着衣                  | d540      |            |
| V01.2         | V01.2      | Eating   | 食べること               | d550      |            |
| V01.2         | V01.2      | Carrying out daily routine                         | 日課の遂行               | d6200     |            |
| V01.2         | V01.2      | Getting along                                      | 他人との交流              | d6200     | Domain 4   |

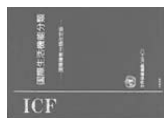
第11回日本医療審議会設計・分析会生活機能評価分科会委員

## 仮訳案の例

- VA56 Health problems causing family problems  
 家族の問題を引き起こす健康問題  
 家族の問題を引き起こす健康問題
- VA53 Time spent on health condition  
 健康問題に時間をかける  
 健康問題に費やした時間

## ICF改正と改訂へ向けた動き

- 1) ICF 2020  
アップデータの提案を統合、優先付  
オンライン投票システムの整備を加速
- 2) 児童用WHODAS  
文献レビュー、定義作成  
試用版の開発
- 3) WHODAS  
トレーニング教材の開発  
採点ツールの開発



2020

World Health Organization –  
Family of International  
Classifications (WHO-FIC) Network  
Annual Meeting Seoul, South  
Korea 22-27 October 2018  
Executive Summary より抜粋  
仮訳

第8回厚生労働省ICFシンポジウム

## ICFコンセプトを活用した 既存情報整理の考え方と実際

—ICF-WG・リコード班の活動報告を中心に—

国立保健医療科学院  
医療・福祉サービス研究部  
大夙賀政昭

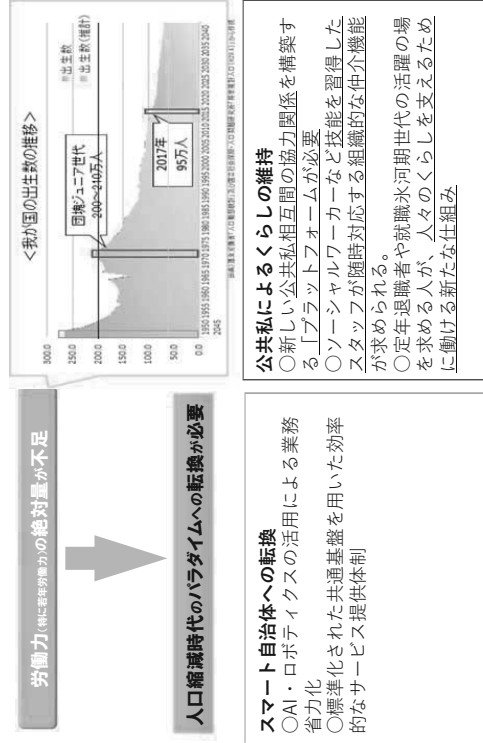


1. 社会の変化とヘルスケアシステム

## お話しする内容

1. 社会の変化とヘルスケアシステム
2. ICFとはなにか
3. 医療・介護の継続的な支援とICF
4. ICF-WG・リコード班の活動
5. 今後にもつて—さらなるICFの活用

人口縮減時代に求められる視点～自治体戦略2040構想より～

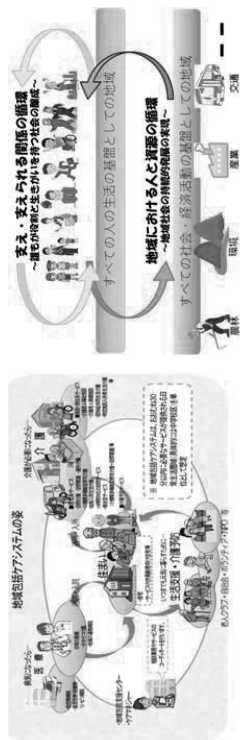


総務省 (2018) . 自治体戦略 2040 構想研究会 第一次・第二次報告の概要～人口減少下において集約度の高い人と人間を構築する社会をどう構築するか～

## 地域包括ケアシステムの深化とICF

住まい・医療・介護・予防・生活支援が  
住み慣れた地域で一体的に提供される  
地域包括ケアシステム

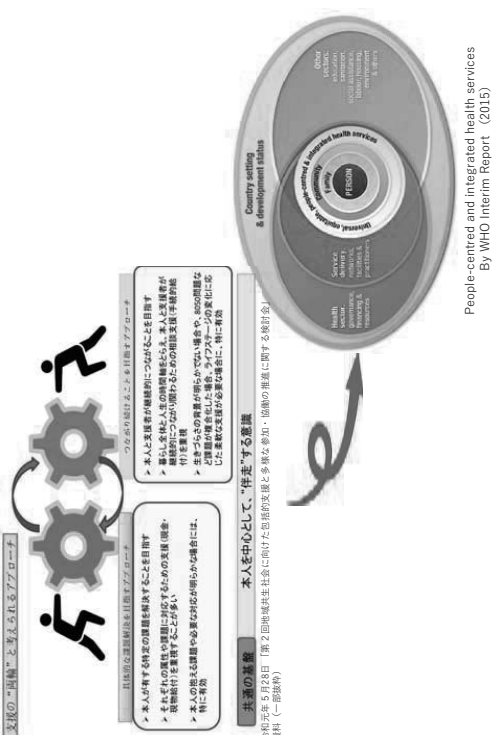
地域住民や地域の多様な主体によって、  
住民一人ひとりの暮らしを支え、  
を創っていく地域共生社会



いずれも、地域住民を中心をしながらも、関係者によるケア  
(サービス)をつないでいくことが求められている。  
共通基盤情報としてのICFが今後より重要となると考えられる。<sup>3</sup>

## 2. ICFとはなにか

## 高齢化が進む諸国において求められる本人を中心とした 伴走的な支援



## 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に異なる領域（例：ある病気や障害等がある人が実際に生きていること、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まっているが、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



### ICFとICDの違いとは？

- ICDとICFにある重複を認識しておくことも大切である。
- 機能障害（構造障害を含む）は、身体構造と機能に関するものであり、この構造機能はふつう「疾病過程」の一部をなし、ICDにも使われている。
- 一方、ICFの体系では、機能障害は健康状態に関連した心身機能の問題そのものとして用いられている。
- 同じ疾患をもつ2人の人が、異なった生活機能の水準にあることがありうるし、逆に同じ生活機能レベルにある2人の人が必ずしも同じ健康状態にあるとは限らない。



ICFとICDを組み合わせ使用することによってデータの質が向上する。

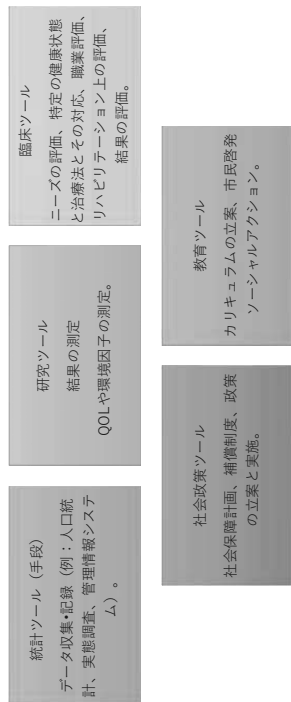
V章生活機能評価に関する補助セクションの活用が重要になる

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.3.4

### 3. 医療・介護の継続的な支援とICF

### 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、さまざまな用途に使用されてきた。



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.6.10

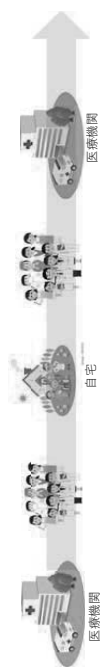
### 医療機関の機能分化と継続的な支援

- ◆機能分化時代における退院のプロセスを考える  
患者を退院させる場または長期的ケア部門に移行させることは、様々な部門やシステムが関わるプロセスである。



入退院支援をマネジメントする = 地域包括ケアを実現する

地域包括ケアにおける重要な部分、患者が一つの医療機関から別の機関へ移行する際に継続的な継続を確保することである。  
退院マネジメントは、まさにそれを実現しようとするもの。



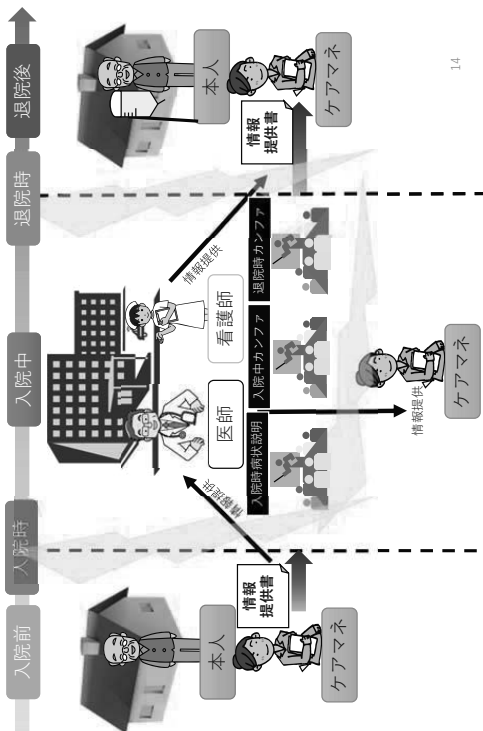
効果的な入退院支援を実現するには

- 収容能力の計画、パフォーマンスの検証、病院の退院方針、ヘルスケア提供者・利害関係者の合意が必要となる。
- 標準化された方針に沿った入退院のガイドラインは、効果的な退院計画の導入のために重要であるという点に提供される者・利害関係者の間で幅広い合意が得られる必要がある。

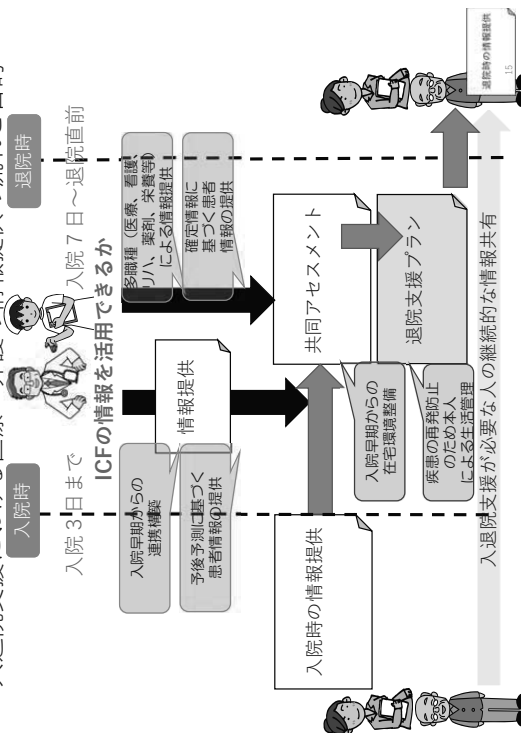
(Wong et al. 2011, p.9)

⇒標準化された方針・情報が必要！  
ICD、ICFの両情報の活用が重要に

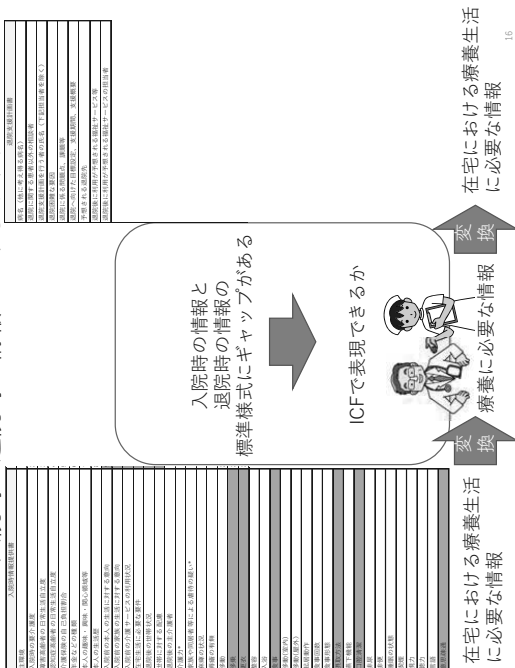
医療・介護連携の促進に向けた情報共有における課題



入退院支援における医療・介護の情報提供の流れと目的

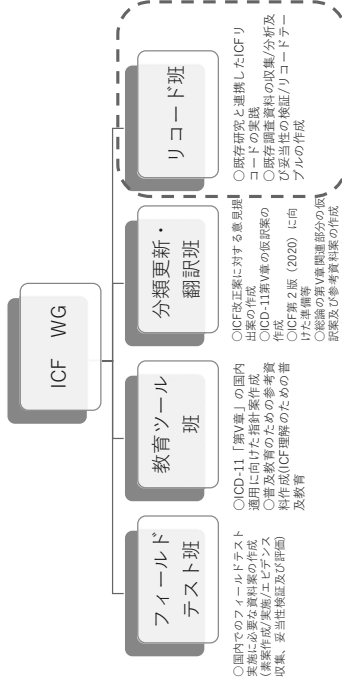


入院時・退院時の情報におけるギャップ



### ICF WGについて

ICF WG (社会保険審議会統計分科会生活機能分類専門委員会生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ)は、2018年6月にICD-11が公表され、新たに、第V章生活機能評価に関する補助セクションが設けられてことを受け、専門的見地を兼ね備えた実務者レベルでの現場に即した具体的対応がこれまで以上に求められることになることを踏まえて設置された。



### 5. 今後にむけて一さらなるICFの活用

### 4. ICF-WG・リコード班の活動

#### ICF WG リコード班の活動について

既存情報を基本ルールを定めてリコード(変換)することで、ICF項目に置き換え、ICFコンセプトを表現していく考え方を整理すること、さまざまな方法ととりあげ紹介していくことを目的とする。  
 研究レベルにおいて、リコードは様々な方法(あるいは同一の方法でも数値の重みづけが異なる)が考えられるが、WG委員の知見の集約を通して、あるいは、全国レベルのフィールドテストを行うなどして、具体例を示すことを目指す。

・ICFコンセプトを用いた既存情報のリコード(第2レベルまで)：項目対応

・ここでの目的は二つある。①もともとの情報が、ICFコンセプトからみて、どのように表現できるか、必要十分かを確認するツールとして使う、②ICFに変換することで、ICFコンセプトで表現し、ICFが表現する意味を持たせるとともに、共有情報基盤として把握しやすくする。

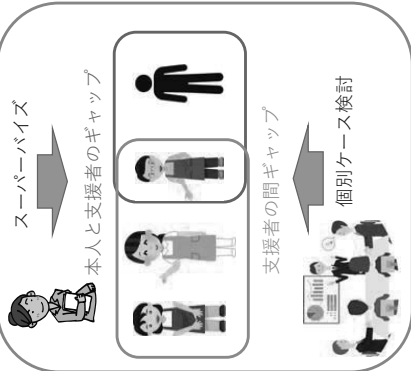
・既存アセスメント情報のICF項目を使った評価情報への変換：点数化

・ICF項目に0～4の点数を付すことで、項目ごとの詳細な障害程度情報を付加することができる。評価対象者の状況をより詳細に把握することができる。また、既存アセスメント情報をもつ評価をICF項目を使った評価情報への変換することで、ICFコンセプトを数量的に可視化することができる。



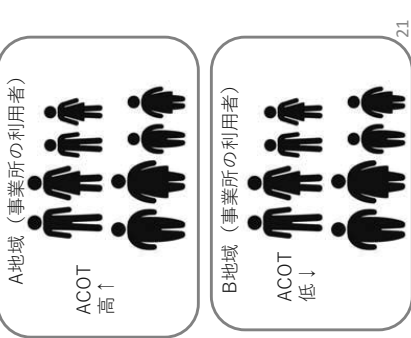
### 個別レベル

ギャップから  
考える研修ツールへの活用



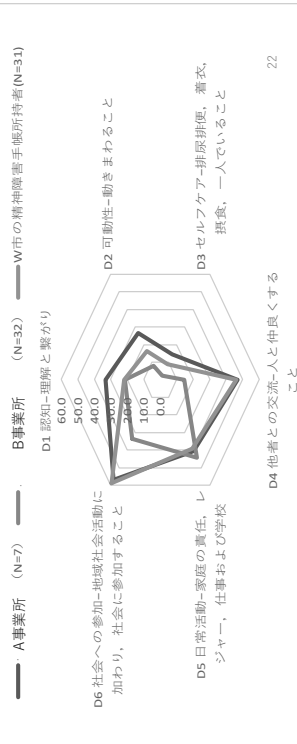
### 地域・事業所レベル

地域・事業所間のギャップを把握し、  
サービスの提供見直し、基盤整備へ活用



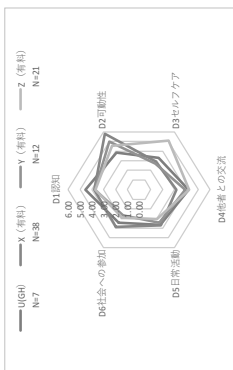
### WHO-DAS2.0の試行評価まとめ (2018年実施)

| WHO-DASスコア                     | A事業所 (N=7) | B事業所 (N=32) | W市の精神障害者 (N=31) |
|--------------------------------|------------|-------------|-----------------|
| D1 認知-理解と驚がり                   | 44.9       | 24.7        | 30.6            |
| D2 可動性-動きまわること                 | 33.1       | 21.4        | 21.9            |
| D3 セルフケア-排便排便、着衣、摂食、一人でいること    | 26.4       | 8.0         | 16.3            |
| D4 他者との交流-人と仲良くすること            | 14.3       | 2.5         | 9.0             |
| D5 日常生活-家庭の責任、レジャー、仕事および学校     | 47.1       | 14.7        | 46.0            |
| D6 社会への参加-地域社会活動に加わり、社会に参加すること | 40.4       | 44.2        | 39.3            |
|                                | 56.9       | 33.8        | 58.7            |



### WHO-DAS2.0の試行評価まとめ (2019年実施)

|                        | U(特) | X(特) | Y(特) | Z(特) |
|------------------------|------|------|------|------|
| 全体                     | N=7  | N=38 | N=12 | N=21 |
| 10分間隔で行うことに集中する        | 17.0 | 21.7 | 1.55 | 1.38 |
| 新しいことを学ぶ               | 23.8 | 2.65 | 2.41 | 2.17 |
| 30分間隔の開始               | 26.0 | 2.00 | 2.95 | 2.42 |
| 長い距離 (1キロメートル) を歩く     | 26.7 | 2.04 | 3.03 | 2.42 |
| 全身を洗う                  | 16.8 | 1.82 | 1.66 | 1.47 |
| 世界地図を見る                | 14.1 | 1.53 | 1.32 | 1.17 |
| 知らない人を知りたがる            | 16.8 | 2.17 | 1.42 | 2.00 |
| 友人関係を維持する              | 19.2 | 2.28 | 1.86 | 2.17 |
| 誰かの手を借りて (依頼) を行う      | 21.3 | 1.88 | 2.16 | 2.09 |
| 日中の活動 (園遊・レジャー・カウ) を行う | 17.7 | 1.94 | 1.66 | 1.33 |
| 部屋の活動に動向する             | 18.0 | 1.67 | 2.03 | 1.59 |
| 結果表による関係への影響           | 17.1 | 1.94 | 1.95 | 1.42 |

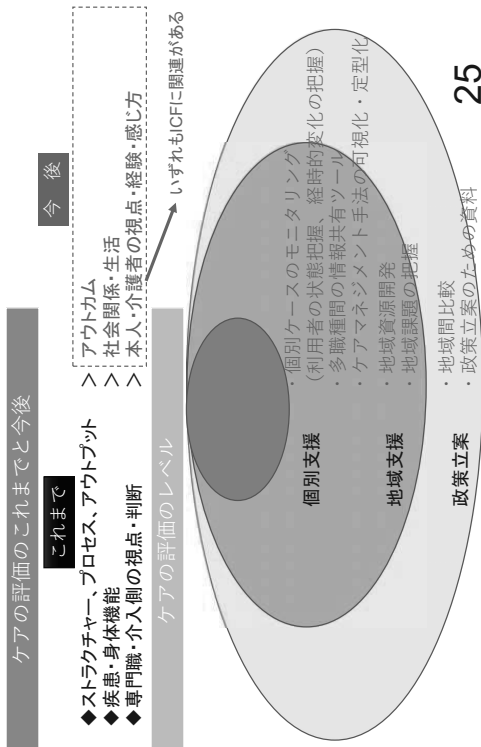


### 参考：WHO-DAS 2.0とは

- WHODAS 2.0は、WHOが開発した国際生活機能分類(ICF)の包括的構成要素から定量的に健康と障害の測定が行える包括的評価ツール。
- 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 (2014年)。

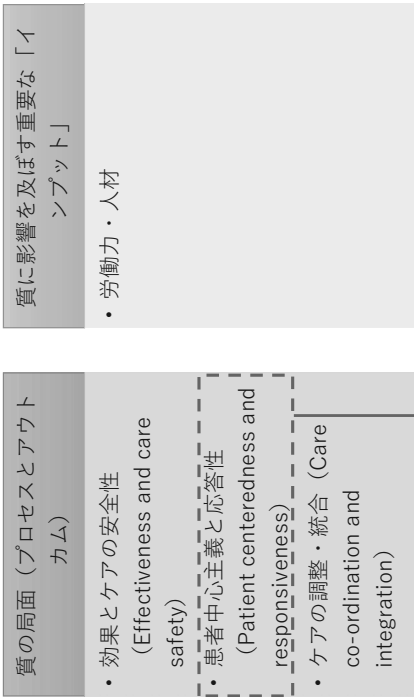
厚生労働科学研究補助金 医療科学研究費助成事業 (脳神経障害研究費) (H25-脳計-1一般-001) | 研究代表者：南井寿子  
ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしてWHO-DASの活用可能性に関する研究 (H25-脳計-1一般-001) | 研究代表者：南井寿子

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



25

ヘルスケアサービスの質



客観的情報としてのICFに加えて、主観的情報としてのICFをどのように活用していくかを検討していく必要がある

26



協力（順不同）

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

## 厚生労働省

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

## シンポジウム事務局（オスカー・ジャパン株式会社内）

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



## 【講演議事録】

ICD-11 と ICF の利活用の新たなステージを展望する

～ICD-11 の改訂に参画して～

加藤 真介（徳島大学病院リハビリテーション部教授）

皆様こんにちは。徳島大学の加藤でございます。このような席に立たせていただきまして、非常に光栄でございます。今回のシンポジウムはこの度のICD-11を機に、ICFとの関係を考えてよということですが、ICDとICF双方に関与している数少ないものの一人としてお話しさせていただきます。実際の今日のお話は、僕がどうして今ここに立っているかということが中心になって、なかなか実際の現場の利活用というお話には入りませんことをご了承いただければと思います。WHO-FICの中、ICDはICFとともに中心分類とされています。本日の内容はどうして僕がここに立っているかということと、ICDの改訂過程についてご紹介して、ICFとの関係を考えてみたいと思います。

僕は今、徳島大学病院のリハビリテーション部におりますが、ICDの改訂の中での筋骨格系のグループのチェアをさせていただきました。わたしが住んでおります徳島県には吉野川がございます。四国三郎という暴れ川で有名だった川ですが、ここはまさしく中央構造線という大断層です。また、太平洋に面している地域はリアス式海岸ですが、そこは南海トラフに面しています。南海トラフは、30年以内に大地震が発生する確率が70%といわれています。過去の文献を見ますと、波高10丈、波高3丈という津波が来たという文献もございます。1丈というのは3メートルなので、10丈は30メートルに相当します。徳島県の紀伊水道に面した海部郡は人口2万人弱、高齢化率約50%です。リアス式海岸があり、東日本大震災を受けて基幹病院が高台に移転しました。周辺の地図に津波の予想図を重ねてみます。病院以外のほとんどが津波に洗われてしまいます。

大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）というのがございまして、その活動を少しご紹介したいと思います。東日本大震災の災害関連死は約3,300人で、65歳以上の方が3,000人と報告されています。避難所の状況は阪神淡路大震災の時と、あまり変わっておらず、スフィア・プロジェクトが示す避難所の基本的な人道・人権を守るための基準を遥かに下回る状況にあります。このような状況下で、災害時には何もすることが無い、何にもすることがない、遠慮もあるという環境になりますと、動かなくなる、動けなくなり、生活が不活発化してしまいます。この図式はまさしくICFの考え方に一致するのではないかと思います。この関連死を防ぐためには、ICFを理解しているリハビリテーション専門職が組織的に関与するということが、活動性を維持して、災害関連死の減少に寄与するのではないかと、リハビリテーションの関連団体は考えています。当初は東日本大震災の発災後、リハビリテーションの関連団体協議会が中心となって、非常に小さな支援を行いました。それが発展して、JRATという組織になっています。

構成団体は、医師が中心であるリハビリテーション医学会、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の各職能団体、リハビリテーション関連の病院団体、その他の関連団体が加わっていただいています。JRATの目的と基本方針は、被災者及び現地スタッフのリハビリテーション支援を行うことです。大切にしている

のは、公的連携を重視した現地主義と自立支援であり、ボランティアではなく、業務として派遣されること、継続的かつ期間限定ということ、基本的な考えとしています。本当に組織的に動いたのは、熊本地震の際の支援です。詳しくは、JRAT のホームページで支援報告書がダウンロードしてご覧いただけます。熊本では、熊本県復興リハビリテーションセンターが立ち上げられて、現地の方に戻したという、本来の我々が理想としている形の帰結になっていると伺いました。

東日本大震災を受けて、「大規模災害リハビリテーション対応マニュアル」が作られました。さらに、熊本の経験を生かした改訂版として「災害リハビリテーション標準テキスト」が出版されていますので、一度ご覧いただければと思います。その後も様々な自然災害がございます。一昨年、昨年と豪雨災害が続きました。それぞれのときにも、JRAT はさまざまな活動を展開いたしました。それぞれの地域で、地域 JRAT が組織化されています。組織化されていないところもありますが、いずれのところも現在組織化に向けて動いているというふうには伺っておりますので、もし皆さんの地域でいろんなことがありましたら、コンタクトしていただければと思います。

僕は、脊髄損傷を専門にしておりますし、International Spinal Cord Society という学会とその日本の関連学会である日本脊髄障害医学会を中心に活動しています。

脊髄損傷の話をしさせていただきますと、脊髄損傷というのは、古代エジプトのパピルス文書にもちゃんと記載されています。その中で6例が脊髄損傷の記載がありまして、今から見ましても、非常に適切な症状の記載が行われていますし、残念ながら治せなかったと書かれています。歴史が下ってきて、1805年のトラファルガーの戦いで、ネルソン提督は脊髄損傷が原因で亡くなっています。ネルソン提督は胸から下の動きと感覚が、すべての動きと感覚がなくなったと言ったそうで、これに対して従軍医師は、「残念ながら何もすることはありません」と答えて、数日後にお亡くなりになられたということです。第二次世界大戦前までは、脊髄損傷死亡率80%で、治療すべき病態ではないと言われていました。現在はどうか？例えば、オーストラリアでの死亡率は、高位頸髄損傷、つまり呼吸に影響を及ぼすような頸髄損傷の場合はかなり高いのですけれども、急性期を乗り切ってしまうと、低くなっています。5年以上生存している方のオーストラリアの一般人口との生存率の差を見ますと、麻痺が重度の方はやはり低いのですけれども、対麻痺の方ですと、ほぼ健常の方と変わらないという状況に現在は至っています。

どこでどう変わったかということですが、それは第二次世界大戦前中に、イギリスのGuttmann先生、アメリカのMunro先生が脊髄損傷の包括的治療を始めたせいだとされています。Guttmann先生は、ポーランド生まれのドイツ人でユダヤの迫害を逃れてイギリスに渡ってきて、オックスフォードの近郊のストーク・マンデビルに脊髄損傷センターに着任され、脊髄損傷治療の歴史を変えてしまったと伺っています。そこにいる患者さんたちのリハビリテーションの一環として行われ始めたのが、1948年のNational Stoke Mandeville Gamesで、国際化されて、発展したのがパラリンピック、そこに集まってくる医師たちのミーティングが、僕が活動しているInternational Spinal Cord Societyに発展してきました。この運動会を日本に導入されたのが、大分・太陽の家の中村裕先生で、中村裕先生なくしては1964年のパラリンピック開催はありませんでした。そもそもパラリンピックという名前は、日本で初めて打ち出された名称といわれています。

脊髄損傷というのは、ただ単なる運動・感覚の麻痺だけではありません。神経支配のあるすべての臓器障害と捉えるべき病態であって、さまざまな合併症は起こりますが、多くのものは回避可能です。脊髄損傷は多臓器障害であるという認識の下に、すべての問題を認識して、それぞれの場面での治療を行うのが包括的治療という考え方で、これを Munro 先生と Guttman 先生が始められました。完全麻痺の場合、高いところの麻痺の方は、なかなか自立度は難しいのですけれども、C6、C7 が残っていると自立できるといわれています。この図は、私が留学していた El Masry 先生が考えられたもので、患者さんは社会に軟着陸するためには、多職種によるバックアップが必要であることを示すものです。退院したあとも、コーディネーターのもとに脊髄損傷センター、コミュニティのリハビリテーションサービスが協力して、生涯診ていくというイギリスのモデルが示されています。

WHO は、脊髄損傷に関するワールドレポートを 2013 年に出しました。特定の疾患についてのワールドレポートというのは、これが初めてだということです。その巻頭言に、当時の Director-General である Margaret Chan 先生が、このように書いていらっしゃいます。「脊髄損傷は予防可能であって、ヘルスケアシステムがしっかりすれば、健康な生活を送り、社会参加することもできます。継続した支援が必要ですし、そのためには寛容な社会でなければいけない。」つまり障害者に対する予防・治療・福祉が適切に行われる社会を目指すためには、脊髄損傷治療が良い指標であるということで、このワールドレポートが編集されたと伺っています。

脊髄損傷についての ICF が、僕が ICF・ICD に関わることになったきっかけです。現在 ICF のコアセットというのはこれだけありますが、脊髄損傷は、この中の neurological condition というところにございます。2007 年、スイスの脊髄損傷センターに、このコアセットを作るために、全世界からいろんな職種の間が集められました。4 日間缶詰で、ICF のコアセットを作りました。

皆さんコアセットは、こんな作り方をしているのです。ICF の中から、かなりの数の候補を、事務局のほうが先に選んでいます。それで、少数のグループでディスカッションします。これは、私が所属していたグループですが、リーダーはスイスの作業療法士、医師はデンマークとスウェーデン、理学療法士はカナダとニュージーランド、心理学者はフィンランドからでした。これに開発途上国からということで、インドの看護師が加わって討論しました。それぞれの項目について入れるかどうかというのを、全体会議で投票をして、それで選ばれていきました。急性期、慢性期と、候補が 200 前後ありましたが、包括的な項目として 130 前後、ブリーフコアセットとして 22 がこういう過程を経て選ばれました。当時の日本整形外科学会の中村耕三理事長にレポートを出しました。そうすると、翌年に日本整形外科学会の ICD 委員会の委員に任命されました。

ICD について少しご説明しますと、WHO-FIC の中心分類です。WHO の加盟国は、これを使わなければいけないということになっているようです。現在使われている ICD-10 には、約 14,000 の項目があります。最初は 1900 年に使われ始めて、ほぼ 10 年ごとに改訂されてきています。ICD-10 は 1990 年に発表されて、2 回大きな改訂がありましたが、今回まで約 30 年がかかっています。

今回の ICD-11 改訂ですが、日本が非常に強いリーダーシップを取って行われたと伺っています。2007 年に日本でプレス発表がされて、2016 年に World Health Assembly で経過報告され、2017 年に改訂会議



があり各加盟国に公表されて、最終的には昨年5月のWHAで採択されて、今のところは2022年に発効予定ということになっているようです。ICDというのはもともと死亡統計からできていますので、ICD-10までは、その観点が強く反映されています。ところがICD-11は、WHOでリーダーシップを取られた方が精神科の医師でしたので、ICD-11は臨床家の観点が中心となっているのが非常に大きな特徴です。改訂組織は、steering committeeがあり、そのもとに診療科ごとに、Topic Advisory Group (TAG)という作業部会が置かれています。ここに赤で示されているのは、リーダーが日本から出たTAGです。筋骨格系に関しては、途中からですが私がリーダーさせていただきました。

筋骨格系といいますと、基本的には運動器のことを指します。運動器は、脳を除いて、脊髄、末梢神経、筋肉、骨、関節を総称するものです。今回の筋骨格系の専門部会は、これに膠原病を含めて検討をいたしました。例えば筋肉を見てみますと、最近よく聞かれるサルコペニアという言葉がございます。狭い意味では「加齢に伴う筋肉量の低下」と定義されますし、広い意味では「すべての原因による筋肉量の低下と筋力の低下」とされています。サルコペニアになると、転倒する率が高いとの報告があります。ご高齢で転倒すると、死亡に直結するということにもなります。ほかにもサルコペニアになると、脳卒中の重症度が高いというデータもあります。いったんサルコペニアになると、ただ単に栄養を取っただけ、運動だけではあまり回復が得られず、運動プラス栄養が必要だといわれています。筋肉の質と量を悪化させる因子としては、加齢、疾病、不活発、栄養不良などが挙げられています。診断基準は、握力が落ち、歩行速度が落ちている方で、筋肉量が減っている方をサルコペニアと診断するのがアジアの診断基準でした。また、スクリーニングのツールとして、物を持ち上げて運べるか、歩くのに問題はないか、立ち上がることや階段を上るのに問題はないか、転ばないかという、この5つのポイントでみるSARC-Fというのがあって、4点以上の方はサルコペニア疑いとします。

昨年これをベースとした診断基準に改訂されました。一般の診療所や地域での評価は、下腿周囲径とSARC-F / SARC-CalFで対象者を抽出して、握力、5回椅子立ち上がりテストで、サルコペニアの可能性を評価します。病院に来院した場合には、筋骨格量を計って、サルコペニアと診断するのが新しい基準です。

筋肉のお話だけをしました。運動器、筋骨格系に関しては、さまざま要因が運動能力、活動性を低下させる原因となります。これらを総合的に判断するため日本整形外科学会からロコモティブシンドロームという考えが提唱されました。要介護に至らないための方策を、運動の面から考えようというのが、ロコモティブシンドロームです。7つのチェック項目で思い当たるものがひとつでもあれば疑われ、「40 cmのところから立ち上がれますか」「片足で立ち上がれますか」などのわかりやすい評価で、一般の方々の啓発を行ない、それに基づいて、日々できる簡単な運動でロコモティブシンドロームを防ごうという方略です。筋骨格系の病的状態は機能障害に直結しますので、診断には機能をしっかり反映すべきであると思います。

筋骨格系のグループとしての活動を少しご紹介したいと思います。まず、社会保障審議会の分類専門委員会の中でのICD-10の議論のために、日本整形外科学会として対応する部門としてICD検討委員会ができました。そうこうしているうちにICD-11の改訂作業が始まっているという情報が入ってきました。これに対し、日本整形外科学会が国際的に呼びかけて、WHOに専門部会設置を働きかけました。その結果、筋骨格系TAGが認められ、学会内にはこれに対応する委員会を設置しました。これにあたっては、当時の日本整形外科学会理事長の中村耕三先生、日本診療情報管理学会の理事長の大井利夫先生のご尽力がありま

した。2009年に、第1回の対面会議が開かれて、8つのワーキンググループを作る、日本からは岐阜大学の清水克時教授が、共同議長となるなどが決まりました。その後、何回かワーキンググループ長の対面会議を行い、2013年から私がチェアに就任させていただきました。

筋骨格系 TAG から WHO への要望事項で最も大きいものは、「ICD に機能と診断過程を反映させてください」ということでした。例えば、腰部脊柱管狭窄症という病気があります。日本での推定患者数は240万人といわれています。主訴は間欠跛行が中心ですが、安静時の症状は乏しいのが特徴です。こういう方が病院にいらっしゃったら、主訴は坐骨神経痛の場合もあり、間欠跛行の場合もあります。普通の単純X線だけですと、変形性脊椎症。さらに診断が進んでいくと、腰脊柱管狭窄症とか、椎間板ヘルニアという病名になります。ICD-10の時代は、1患者に1病名だったのです。今、例えば脊柱管狭窄症の患者さんが来られたとして、患者さんが歩けない理由というのは、脊柱管狭窄症以外にも、変形性膝関節症などの重複障害による場合も少なくありません。

ですから患者さんの機能をしっかり反映させるためには、診断の過程を反映した複数病名というのを許可していただかないと、適切に表現できないということを要求しました。また ICD-10 では、骨が変わると全部病名のコードが変わっていたのです。これもなんとかしてほしいと考え、部位コードを作ってくださいという要求を早い段階から出していました。

また、重症度はどうにかして反映してほしい、いろんなところにばら撒かれている腫瘍を系統的に配列してほしいなどの要求をいたしました。最終的には、日本整形外科学会からの提案が強く反映されるということになりました。現在は、国内導入に向けた和訳作業などに、協力させていただいています。

ICD-10 と 11 の大きな違いというのは、ICD-10 は基本的には紙ベースですが、ICD-11 は基本的にはコンピュータベースの分類になります。全体像を見てみますと、新たな章がいくつか加わっています。免疫系、睡眠・覚醒、性保健健康関連の病態、伝統医学です。また、V チャプターという、生活機能に関するセクションやエクステンションコードというのができています。エクステンションコードは、それぞれの疾病について国際的に認められた分類であれば、重症度であるとか、病期、解剖学的な部位、病理組織、外因の状況などを反映できることになっています。脊髄損傷の重症度の評価は、エクステンションコードにはありません。重症度を大まかに評価するには、AIS という分類が一般的に使われています。また、損傷高位の表記も機能を考える上では必要です。同じ頸髄完全損傷であっても、損傷高位が変わると必要となるケアというものが全く変わってきます。ですから、診断名にこういう機能に影響するようなものを組み込んでほしいと考えますし、今後、要望していくつもりです。

今回は、電子環境が基本になっています。WHO のサイトに行ってくださいと、ICD-10 もコンピュータベースに載っていますが、なかなか使えるものではありません。ICD-11 では、15 章の筋骨格系と部分をクリックしますと、こちらに画面が展開されていきます。関節症であるとか、それから脊椎に関係した状態。それから軟部組織等々があって、この脊椎に関したものをクリックすると、ここに関連した病態が展開されるようになっています。

もうひとつは、ただ単なる病名だけではなくて、いろんな説明が付いているということです。実際に

病名をクリックすると、分類名、解説文、それから追加情報、除外用語、索引用語というのが出てくるようになっております。最初にも申し上げましたように、筋骨格系の診断には機能が反映してほしいというのが、僕らの大きな願いです。生活機能分類 TAG での活動というのには、非常に注目しています。

いわゆる V チャプターというところには、この WHODAS というものが実装されることになるそうです。WHODAS というのは、WHO の障害評価面接基準で文化を超えて評価するために標準化される。ICF の包括的な項目のひとつで、同じ人を介入の前後で評価するとマニュアルには書かれています。領域は、認知、可動性、セルフケア、他者との交流、日常活動、社会への参加の 6 領域です。同様なものに、SF-36、Functional Independence Measure、Barthel Index 等がありますが、WHODAS というのは、ICF に基づいて、診断にかかわらず活動制限と参加制限を評価するものだそうです。36 項目あって、自己で記入する場合には 5 分から 10 分、面接の場合は 20 分ぐらいかかりますし、自己記入式の 12 項目というのものもあるようです。

このように筋骨格系 TAG が要求してきたもの、すなわち診断過程の反映、複数コードの許可、詳細の部位の容易な記載、重症度の反映、筋骨格系腫瘍の系統的な配列という点につきましては、理想的な形ではないですけれども、反映していただけているのが現在の ICD-11 です。ただ、これから実際に使うにあたって、懸念は少なくありません。

ICD-11 には、機能・診断過程ということは反映することができるので、病的な状態を包括的に表現することができるはずですが、リハビリテーション専門職にとっては、患者さんが動けない、活動できない理由というのはたくさんありますが、その結果としての機能を包括的に表現できる可能性があるというのは、非常に大きな希望だと思えます。

しかし、コーディングにあたって、実際コンピュータベースですので、細分化できすぎることによる混乱、重複障害の中の重みづけをどうするのかなどが課題かなと思います。また、生活機能評価が導入されて、これを日常診療やデータ収集にどう使うのかということについて、全く僕にはアイデアがありません。

今回伺いますと、あとの向野先生はじめ 3 人の先生方が今、来年に向けてこれについてやっていただけているので、それを非常に楽しみにしています。ということで、雑駁なお話になりましたが、私からの ICD と ICF の関係についてのお話を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

## 【講演議事録】

### ICF コンセプトに基づく生活機能評価システムの作成と検証

#### ーICD-11 第V章の臨床活用に向けた取り組み

向野 雅彦（藤田医科大学医学部リハビリテーション医学 I 講座准教授）

藤田医科大学の向野と申します。私のほうからは、ICF コンセプトに基づく生活機能評価システムの作成と検証ということでお話をさせていただきます。今回特に ICD-11 V 章の臨床の活用に向けた取り組みということで、昨年の4月から取り組んできておりますので、そのお話を含めましてお話しさせていただきたいと思います。

生活機能分類普及推進検討ワーキンググループについて、簡単にご紹介をさせていただきたいと思います。こちらは今年度、令和元年度から、生活機能分類専門委員会の下に設置をされました、ICF の普及推進を担うワーキンググループです。生活機能分類専門委員会の中で、実際にまず臨床にしっかりと使えるようなツールを作って、それを普及していく足掛かりが必要だということで、それを強力に押し進めていくためのワーキンググループということで設置されました。

内容としては、ICD-11 V チャプターの国内適用に係る検討ということで、適用の準備としてフィールドテスト実施に必要な資料などの作成。あとは既存の研究と連携した ICF リコードの実践です。ICF そのもの、あるいは ICD-11 V チャプターそのものを適用する仕組みの作成に加え、ほかの既存のスケール、既存の情報をどういうふうに結びつけるかということも含めて検討をしていくという内容になっております。

WHO が公表する ICF 関係資料にはさまざまなものがありますので、そういったものの翻訳案を作成するという仕事も担っております。特に ICD-11 V チャプターの内容や説明の翻訳は最も重要なところですが、それに加えて ICF の改正も毎年行われておりますので、そういった部分の検討や翻訳案の作成等も実施していくこととなります。このワーキンググループの構成としては、4つの課題ずつの小グループからなっておりまして、それぞれ役割があります。一つは臨床ツールの作成を行うグループ。こちらは最終的にフィールドテストを実施して、実際にどういうふうに使えますよというのを打ち出していくためのグループ、こちらは私がグループリーダーをさせていただきまして、検討を行っています。

リコードの仕組みの作成に関しては、このあとお話されます大塚賀先生が、グループリーダーを務めておられまして、既存のスケールなどを利用した情報収集の仕組みの構築に向けた取り組みを行っていただいております。

本日はいらっしゃっておりませんが、東北大学の出江先生がグループリーダーを務めておられます教育ツール班がありまして、そちらでは WHO 協力センターで作成しているような e ラーニングツールの翻訳への協力。これは今、診療情報管理学会のほうで取り組みを進めておられますけれども、そちらと協力して世に出していくということを進めさせていただきたいと考えております。さらに、受け入れ態勢の整備と普及のためのツールを作成しております。特に普及に関しては、教育が重要なこととなりますので、



そこに重きを置いて取り組みを行っていただくことになっております。

分類更新、翻訳の対応につきまして、杏林大学の山田先生、のちほどお話しいたきますけれども、このグループではICFの分類の更新の議論やICFの関係資料の翻訳作成に取り組みます。以上4つのグループに分かれまして、強力にICF普及を推進していくという取り組みを行っております。

それでは、私からは、臨床ツールの作成について、特にフィールドテスト実施に向けて、実際にどういうふうな情報を集めていくかということ、具体的に作っていくという取り組みについて、それから教育ツールについての現状のお話をご紹介します。

まずICD-11 V章について、簡単にご紹介をさせていただきます。先ほどの加藤先生のご講演でも少し、すでにお話がありましたけれども、ICD-11は2018年の6月にWHOにより公表されました。国際疾病分類として、30年ぶりの改訂ということがございます。その大きな特徴として、Vチャプター、生活機能評価に関する補助セクションというのが新設されました。こちらは、これまでICFで評価していたような生活機能評価の部分を一部ICD-11に取り込んだということでもあります。

ICD-11のVチャプターは、基本的にコードとしては3つの部分に分かれております。1つは先ほどご紹介にありましたけれどもWHODAS2.0。それから2つ目が、Model Disability Survey。これは日本語ではモデル障害調査と訳されていますが、WHOとWorld Bankが協力して、調査に使われているものです。それからGeneric functioning domainsというパートがありまして、ここが我々にとっては一番問題なのですけれども、ICFのAnnex 9、付録9というところに掲載されている、最低限必要な生活機能の情報というところから取り込まれた項目群です。ICD-11のV章はこういった3つのパートからなる項目の総称ということになっております。

WHODAS2.0ですけれども、これはWHO障害評価面接基準と日本語には訳されております。WHOにより開発された、健康と障害を測定する標準化スケールで、これはWHOが作成したものです。面接版、自己記入版、代理人記入版がありまして、さまざまな形で情報収集が可能なものとなっております。36項目分ありますけれども、36項目版が今回は丸々採用されておりまして、そのひとつひとつの質問に対応した項目が、このV章の中に入っているということになっています。

Model Disability Surveyですけれども、モデル障害調査と呼ばれるもので、WHOと世界銀行により開発された障害データ収集のための質問集です。これはももとの質問集は200項目以上の非常にボリュームのある質問集で、40項目からなる短縮版も用意されておりまして、さらにその中から6項目のみ、ICD-11に採用されているという形になっております。

Generic functioning domainsと呼ばれる項目ですけれども、こちらはICFの主要な領域をカバーするのに採用された項目で、項目そのものはICFのAnnex 9に準拠しているというふうにされています。ICF一般セットというものがありますけれども、それがほとんど含まれているということも、ひとつ特徴となっております。一般セットについては、後ほど少し触れさせていただきたいと思います。以上の3つの項目から構成されておりますけれども、その間にもオーバーラップがかなりありまして、このような構成



になっております。WHODAS2.0の36項目、それからModel Disability Surveyの6項目。あとはGeneric functioning domains。これが一番大きなパートですけれども、49項目。その中で、ICF一般セット30項目版という、コアセットのひとつである項目群があります。先ほど加藤先生のお話の中で、ICFコアセットというものがありましたけれども、一般セット30項目版はそのコアセットの一つです。これがGeneric functioning domainsの項目の半分以上を占めているという格好になっております。一番の問題は、WHODAS、それからModel Disability Surveyに関しては、もうすでに対応する質問集があるわけですけれども、このGeneric functioning domainsに関しては、情報収集の仕組みが明記されていない、これは基本的にはICF準拠ならICFに基づくものと考えていたとは思いますが、この点について少し整理をしていく必要があるということで、我々の取り組みとしては、フィールドテストを今後行っていくにあたって、ここの臨床ツールをどうするかということに取り組んでおります。

それでは、その臨床ツールについてのご説明をさせていただきたいと思っております。30項目版、ICD-11 VチャプターのGeneric functioning domainsに問題があるということをお話させていただきましたけれども、それを説明するにあたりまして、まずその中で半分以上を占めている一般セットというものについて少しご紹介をさせていただきます。

ICFコアセットというのがあるというのは、先ほどお話させていただきましたけれども、ICFコアセットというのは、加藤先生のお話にもありましたように、ICFの項目の中から特定の疾患に関連のある項目を専門家のミーティングで決めていったというものになります。

一般セットというのはいささか違った作りをしておりまして、特にこの7項目版というのはいささかデータベースから、患者さんの主観的な健康に最も関係がある項目というのを、統計学的に選んできたというコアセットになります。この7項目版というのはいささかに記載してありますように、活力と欲動の機能、情動機能、痛みの感覚といった項目が入っておりますけれども、これらは国民健康調査のような調査、それからICFコアセットの研究で使われたデータベースから、先ほど申し上げたように、主観的な健康と関係ある項目というのを統計学的に選択したというものになっております。

その拡張版として作られたものが、ICF一般セット30項目版で、これはもともとリハビリテーションセットと呼んでおりましたけれども、最近少し呼び方を変えて、一般セット30項目版という名称になっております。これは一般セット7項目版と同様に、横断的にさまざまな方を対象にデータを取ることができる項目ということで、こちらは、先ほどの7項目版と同様に、統計学的に選択してきた項目と、それから専門家の会議で選んだ項目と2つ合わせて30項目にしたというものになっております。この生活機能普及推進ワーキンググループができる前に、厚労科研でこの30項目版をどういうふうにするかという取り組みをさせていただいております。ですので、まずはこの30項目版に対して作ってきたものについて、ご紹介をさせていただきます。

ICFは、皆さん多くの方がご存じかと思っておりますけれども、評価点というのがあります。評価点は、0～4点になっておりますけれども、問題なしが0～4%。軽度の問題は5～24%というように、それぞれ説明が付いておりますけれども、特に詳細の採点方法などについての説明はありません。どのように使う

かということに関しては、さまざまな取り組みが存在しますが、これまでに国際的なコンセンサスを得られた方法というのは、ないと言ってよろしいのではないかと思います。信頼性の検討も一部のみしか行われていないということで、これをどういうふうにするかということが、現在の問題となっています。

まずICFの一般セット30項目版を実際に使うための臨床ツールを作成してきたというふうにお話をさせていただきましたが、これを臨床に応用していくにあたっては、国際的な枠組みで行われている動きがありまして、ひとつは簡潔で直感的な説明文の作成というプロジェクトがあります。

ICFを実際の臨床で使っていくために何が重要かということで、ICFの本を開いてみたときに、その定義を見てみますと、読んで直感的にわからない、いろんな項目がある。例えばここに挙げていますように、活力、欲動の機能のところを開けますと、「個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的な精神機能」このように非常に複雑な説明になっておりまして、多くの方にとってなかなか内容がパッと浮かんで来ないと思います。ですので、こういったものを実際に使っていくためには、臨床家に、あるいは臨床家といってもさまざまな方がいますが、さまざまな職種の方が、一般の方も含めて、パッと見たときにある程度わかる必要がある。そこで、そういった理解を促すような説明文を作成して、こうという取り組みが、国際的な枠組みで2014年ぐらいから行われておりまして、日本でも2016年に、この30項目に関して説明文の作成を行っております。

まずはその理解を促したところから、実際に採点をどうするかということで、実際の採点ツールを作る取り組みというのも、これは国際リハビリテーション医学会が中心になって、取り組みが進められておりまして、日本においても採点リファレンスガイドとかいうものを作っているという取り組みを行っております。これも国際共同研究として実施してまいりました。簡潔で直感的な説明文は、先ほどお話ししたように、臨床家にわかりやすい説明文をつけるということで、国際リハビリテーション医学会、それからヨーロッパ医療専門家連合のリハビリテーション部門を中心に進められております。

こちらはリハビリテーションに関わるPT、OTを含めたさまざまな職種の方が入って進めているプロジェクトです。日本での取り組みについても、つい数日前ですけれども、論文がアクセプトされまして、オープンになりました。そこで、このようなICF一般セット30項目版のための簡潔で直感的な説明文が出ております。例えば睡眠機能についていえば、必要十分な睡眠。情動機能に関しては、適切に感情をコントロールする機能など、非常にシンプルな説明となっております。

さらに、先ほどお話ししたように、採点ツールがないという問題もありますので、それを解決していくために、採点用リファレンスガイドというものを作成しています。これまでの研究で、ICFの、この0～4の評価というのは、何も説明なしで採点した場合には、非常に信頼性が低いという報告がいくつかなされております。ですので、実際に、やはり私が点数を付けたのと、PTの先生が点数を付けたのと、ナースの方が点数を付けたのと一致しないと、臨床のコミュニケーションで実際には使えないですから、ある程度ガイドが必要であるという考えの下で、こういうものを作っております。これはスイス脊損研究所のICFユニットと共同で、国際共同研究として、厚労科研ICF研究班で作成をしてまいりました。この作成プロセスとしては、臨床家が実際に採点をして、オリジナルのルールに従って採点をして、それが人によって違うので、それをディスカッションして、ある程度のコンセンサスが得られる点数の線引きがどのよ

うになるかということを検討して、最終的に基準を作っていくというプロセスで作成をいたしております。

例えば、報酬を伴う仕事ですと、0点はもちろん問題なく自分でやっていることですが、1点は報酬を得て制限なくやっているけれども、勤務時間や仕事量の配慮、支援機器や支援環境を要していることなど、そういったように少し具体的な話を踏まえて、採点基準ルールを作っております。これを用いて検者間の信頼性の検証を行いまして、おおむね重み付け  $\kappa$  係数 0.6 以上ということで、ある程度信頼性の高い結果をこれまでに得てきております。

もうひとつ取り組みとして行ってきましたのは、ICF の利点である環境因子の利用ですが、例えば先ほど作成した基準に従いますと、手すり、患者さんのトイレの評価を考慮していただきますと、例えば手すりや装具を使用して見守りでやっている場合。あるいは環境によらず実施できるけれど非常に時間がかかる。これも、どちらも同じ点数になってしまっていることで、実際の臨床場面では、もう少し環境因子の情報が入ってきたほうがいいのではないかとということで、その環境因子の情報を加えるような仕組みも、試験的に今作っております、これが最終的に実運用の上で取り入れられていくかどうかはこれからのディスカッションですが、こういった環境因子に目を向けて、仕組みを作っていきたいというふうに考えております。このような取り組みがまずありまして、これを拡張して、ICD-11 V 章に向けて活用していきたい。すでにこのようなもので、29 項目はカバーできているので、その残りの項目に拡張していくというのが、現実的ではないかとということで取り組んでおります。

それに加えて WHODAS と Model Disability Survey に関しては、もともとのオリジナルの質問集を持っていくということで、これで全体がカバーできるというところで目指していくという方針を決定し、実際に拡張する作業に現在入っているところです。現在追加のツールを作成しております、つい先週ですが、簡潔で直感的な説明文の作成に関しては、V 章の Generic functioning domains の項目で、ICF 一般セット 30 項目版に含まれていない項目がありましたので、それをカバーするように、ICD-11V 章用の簡潔で直感的な説明文の作成というのを実施いたしました。これは最終的にすべて合意に至りまして、これから全体をもう一度整理して、英語訳の作成の作業に入るところです。

今回直感的な説明文の作成を終わりましたので、さらに採点リファレンスガイドの作成に入っていく予定でして、今年度中にこの作業までは終えたいというふうに考えております。

来年度には、こういったツールを用いてフィールドテストを実施して、それが実際に臨床に持っていったときにどうかということを検証していきたいというふうに考えておりますし、それを含めて、WHODAS 2.0、MDS、それから Generic functioning domains のために用意したツールと、こういったもの全体をどのように運用していくかと。実際に臨床で使っていくかということにまで、検討を進めていきたいというふうに考えております。

次は教育ツールについて少しご紹介をさせていただきます。ICF の基礎的な知識を学習する機会というのは、概念図を見られた方は、皆さんよくいらっしゃると思いますけれども、基本的な知識を得る機会というのは、実際あまりないかと思っております。こちらは WHO が、WHO 協力センターの教育委員会が作っているもので、ICF e ラーニングツールというものがあります。これはもう英語版はすでに WHO のホームページからリンクが張って見られるようになっておりますけれども、この日本語訳を現在、診療情報管理学会の

ほうで進められておりました、こちらに生活機能ワーキンググループのほうも協力させていただいて、日本で使用するためのeラーニングツールというものを作っていくことに取り組んでいます。

データ収集の仕組みに関しては、先ほどのICFリハビリ、ICF一般セット30項目版について、初心者用の採点アプリケーションというものを作成しておりますけれども、こういったものを拡張して、初心者の方が何も参照せずに、アプリケーションを見ながら採点できるようなサポートツールを作って配るといったような教育の取り組みも行っていきたいと考えております。

採点の練習用の課題やeラーニングツールを作成する取り組みも行っております。例えば、問題、回答を選ぶと、正解不正解といったような簡単な仕組みですけれども、ある程度どのぐらいが1点なのか、どのぐらいが2点なのかというのを、感覚を掴んでいただくためのツールというのを作っていくことも検討の課題として入っております。これが最終的にどういう形で取り入れられるかは、これからの議論ですけれども、これはひとつの例として、今後教育ツールとしても作成をしていくということになります。来年度はフィールドテストを実施していく予定です。すでにオンラインデータベースに関しては、プロトタイプを作成しておりますので、これを今後ブラッシュアップしていくという取り組みがあります。

このような共通の採点の仕組みを作ったときに、やはり臨床家がこれを使っていくためには、ある程度臨床を行っていく上でのメリットが必要だと考えておまして、それをサポートするためのツールも併せて作っていきたいと考えております。例えば、同じスケールを使ったとしても、大腿骨頸部骨折の患者さんとか、重度の頸部損傷の患者さん、2つ違うグループの患者さんを評価するときには、同じ点数でも意味合いが違ってくるわけで、そういった分布に従って、標準化をしていくことで、その患者さんの状態を的確に把握できるような仕組みを作ることを、フィールドテストの先に考えております。

これはRasch分析という分析手法を用いて、標準化指標への変換をするというのをトライアルとして行っておりまして、フィールドテストの結果から、項目の難易度に関して順番が付いてきますので、それを標準化指標にして、0から100のスケールにしたり、あるいはZスコアみたいにプラス1なのかマイナス1なのか、そういったことを見たり、そういう形で標準化スケールを作っていくという取り組みを行っています。最終的に、例えば、これは我々が厚労科研の前の研究で行ってきたアプリケーションで、点数を付けていくと標準化スコアが算出することができます。

以上のように、臨床での普及に取り組むということで、アプリケーションやデータベース。こちらを準備していきまして、フィールドテストを行って、臨床で使いやすいようなツールをさらに作っていくということを目標に進めていきたいと考えております。

以上で私からは、生活機能普及推進ワーキンググループの中で、臨床ツールの作成の取り組みについて、お話をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。



## 【講演議事録】

### ICF のアップデートと今後の展望

#### —WHO-FIC 動向と日本での活用に向けて

山田 深（杏林大学医学部リハビリテーション科准教授）

私、山田のほうから、先ほどワーキンググループの話が出てきましたけれども、私が担当しておりますのが、ICF の更新作業に関わるものと、あと翻訳に関して、WHO での活動を中心に紹介をさせていただければと思います。

皆様、ご存じのことかと思いますがけれども、そもそも ICF というのは 2001 年の 5 月に WHO で採択されています。オリジナルは英語のものですけれども、それが日本語に翻訳されて、この赤本ですね。約 20 年前に作られたというところになります。この赤本は日本語に当然翻訳されているのですけれども、当時いろいろな苦勞をされて翻訳をされたのだらうと思います。この 2001 年ぐらいは、私はまだ専門医駆け出しの頃で、ICF ってよくわかんないものが世の中に存在しているなぐらいの認識しか持っておりませんでしたけれども、20 年も経ってですね、いろんな改訂、更新がなされてきていて、そのアップデートの作業が繰り返されてきているということになります。

これは先ほどから何度も出ていますけれども、ICF の位置付けは、WHO が作っている国際統計分類の中の中心になっている ICD と ICF と、あと今作られている途中ですけれども、ICHI ですね。医療行為の分類という 3 つのメジャーなものがあって、その関連あるいは派生分類が WHO によって作られて、ある意味管理をされているというところになります。この WHO 国際統計分類に関するいろんなグループが、そのアップデートあるいはリビジョンと呼ばれる改訂作業に関わっています。WHO のホームページを見ますと、ICF のコーナーがありまして、List of Official ICF Updates っていうことで、公式なアップデート、更新のリストというのが公開をされています。

残念ながら、これ日本語版に関してはなくて英語のままなのですけれども、いろんな各国の翻訳に、言語に翻訳されたものが出ています。ここにざっと 2011 年から 18 年までリンクが張ってあるのをちょっと取ってきてありますけれども、具体的にはどれぐらいの改訂がされているかというところですが、アップデートの数を見ていきますと、だいたい、多い年で 20 半ば、少ないと 5 前後というアップデートがなされています。具体的には ICF は、category と呼ばれているものの塊ですので、その category をどういじっていくか。それでその定義に書かれている文言をどう変えていくかというところになります。これぐらいの数が、毎年変わってきているというところがございます。

アップデートの例をちょっと見てみたいと思いますけれども、d450「歩行」という項目ですね。常に片方の足が地面についた状態で、一步一步、足を動かすこと。例えば、散歩、ぶらぶら歩き、前後左右への歩行。含まれるものが定義をされているというのが「歩行」になります。450 番の次が、455 というコードになっていて、「移動」という項目ですね。これは歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へ身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返り



する、障害物の周囲を走り回る。読んでよくわかる、わからないような定義ですけれども、含まれることに関しては、這うこと、上り下りすること、走ること、ジョギングすること、跳ぶこと、水泳という定義がなされております。

ここで問題になるのは、階段上り下りをどうコードで表現するかというところが、このアップデートの改訂の中で出てきた議論になります。先ほどから話が出ていますが、FIM ですね。Functional Independence Measure では、歩行と階段を別々に扱って採点するということがあるのですが、ICF の中で実は階段ということに関して項目がなかったのです。歩行にはないけど移動の、ここに書いているように定義の中のひとつとして、階段の上り下りが含まれるのではないかという解釈ができていたわけです。それをアップデートがありまして、d451 というコードが新しく作られています。まさしく「階段」という言葉が入っています。階段の上り下り。階段昇降や縁石など、片方の足が常に地面に着くように上下に移動すること。またこの定義に関しては色々あるかと思うのですが、この定義が作られて、除かれるものは歩行、昇り降りすることという、また若干細かい点があるのですが、一応 451 というコードが新しく作られたということになります。先ほど赤本には、この 451 というコードは載っていないのです。というところで、ホームページを見れば、この 451 というコードは入っているのですが、このようなアップデートがされているというのがひとつになります。

もうひとつ例を見ます。今度は d530「排泄」ですね。で、これは黒字で書いてあるのはもともとのオリジナルの文言で、アップデートのところで青い字の部分が足されています。排泄に関しては、定義では、排泄。生理、排尿、排便を計画し、遂行するとともに、その後清潔にすることに関して評価をしましょうということで、排尿や排便の管理、生理のケアが含まれています。除かれるものに関しては、自分の身体を洗うこと、身体各部の手入れを除くという定義があって、よりこの排泄というコードを採点するときに、フォーカスをしやすいように、トイレまでの移動は除くという概念をここに書き加えて、歩行、自宅内の移動、更衣は除くというような定義を、追加をされたというのがアップデートの例のひとつになります。

ここで見ていきますと、先ほど、FIM の話をちょっと触れましたけれども、具体的には、FIM はですね、この運動項目 13 項目と認知項目 5 項目から構成されていて、それぞれ 1 点～7 点という点で付けるという、日常生活動作の評価の尺度なのでありますが、この中には階段という項目があって、あとその排泄ということに関しても、排泄、排尿、排便のコントロールに関する部分と、トイレの動作、あるいは更衣、あるいはトイレの移乗動作といったものが別々に評価するということが決められていまして、ある意味これに近いようなルールで採点できるような工夫をしようということで、このような改訂がなされてきているというのが背景でございます。またあとでも FIM とか、ICF の項目と相互に点数を付けていく仕組みの話、向野先生も少し触れましたけれども、大塚賀先生もされると思いますが、いろんなコードも反映をしながら改訂が進められているということになります。

では、実際どういうふうにかこの改正が行われているのかということの説明をまいりたいと思いますけれども、実は、このアップデートというのは、特別な資格等々なくても、一般の方が提案はできるという仕組みが出来上がっています。この 0 と書いてあります提案。ホームページを介してですね、提案をすることができます。プラットフォームというものが用意されていて、一般のユーザーがその提案を挙げていきます。

現実的にはなかなか一般ユーザーがっていうのは難しいので、あとから出てきますけれども、FDRG というグループがあります。そのメンバーが書き込むことが多い印象を持っておりますが、一応そういう仕組みがあります。上がってきた提案に対して、1のステップで、最初のレビューが入ります。Initial Review Group というグループがあって、その提案が果たして審議に持っていけるものなのかどうかという、提案をして内容を整理するという段階があって、次の2の段階。ここで生活機能分類グループ層という、FDRG。あとで説明しますが、私はここに参加していますけれども、生活機能を専門に扱っている専門家のグループが、レビューを行います。その提案が良いのかどうか、あるいはこの提案をこう直したほうが良いのではないかと意見を出したりもします。そのあとまた一般の人たちも参加する layer に戻ってきて、ステップの3番ですね。公開討論層。その提案に対して、いろんな人がまた意見を述べるというところのステップがあって、そのあと4番目に非公開討論。最終的にその提案を採用するかどうかっていうのは、残念ながら非公開の過程に入ってしまうのですが、そこでディスカッションをして、最終的にはCSAC というグループ。これもあとで説明しますが、そこで、投票を行って、最後5番目に、WHOのWHO-FICですね。分類ファミリーの年次会議っていうので採択するかどうかを投票するという形になっています。

これも字面で見るとなかなかイメージしにくいと思いますので、これも実際に沿ってまたあとで説明をしていきたいと思いますが、ここで出てきたFDRGとCSACですね。ちょっと順番が前後逆になっていますけれども、分類統計専門委員会。CSACといいますけれども、Classification and Statistics Advisory Committeeというのが、まあICDも同じですね。ICFに対するproposal。提案を受け取ってレビューをして、最後その可否を決定するという機関になります。生活機能分類グループ。FDRG。Functioning and Disability Reference Groupというのが、ICF及び必要に応じてほかのWHO-FIC分類。これはまたICDとも含まれますけれども、利用を促進する、普及を図っているのと、この生活機能分類ならびにコーディング関係の問題に関して、助言を行うと。あとは改正、改訂のための勧告を行うというような専門家のグループになります。ここで更新作業の実際のところをやっているところになります。現場を扱っている部分です。こちらがICFのアップデートプラットフォームと呼ばれている、その提案を書き込んだり、提案に対して議論をするために作られているホームページになります。

残念ながら日本語版はないのですが、でも日本人でも誰でもですね、登録をすればログインをして、このシステムを使うことができます。そこで、ログインをしますと、アップデートプラットフォームになります。これも英語ですみません。どんな提案がなされているかというのをおみせします。リストがダラッと出てきます。このIDの304とか316とか、こんなのがいっぱい出てきますけれども、これをクリックすると、それぞれどんな提案の内容があって、どんな議論がされていて、採択されているのかいないのかということがわかるというのが、このプラットフォームになります。

例えばどんな提案がなされているかというのを見てみます、この1番ですね。提案に対してレビューが入って、どういう方向で議論をしましょうかというところまで処理が終わったという例をお見せしますと、例えばd455「Moving around」。日本語にすると「移動」ですね。歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを、さっき出てきた話ですね。疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、等々ですね。含まれるものに関しては、這うこと、登り降り、走る、ジョギング、跳ぶ、水泳があって、このd455のコードの下に、もうひとつ細かいカテゴリとしてd4555を作りま

しょうという提案がなされました。それに関して、含まれるものに Scooting あるいは Bottom shuffling。この2つの提案があって、これをどちらにしましょうかということ、FDRG で議論をしてくださいということが下りてきました。最初のレビューを通して、FDRG のグループの中で討論が始まります。

具体的にはこのプラットフォームの中での書き込みと、あとは年に1回夏に、FDRG のメンバーが集まって、face to face で、対面会議でスモールディスカッションをして、この議論をします。このときは、これも英語で恐縮ですけれども、いろんなメンバー、私の名前ちょっと青に反転していますけれども、たとえばこういったメンバーが集まって、Midyear Meeting in Kuwait。このときはクウェートでありました。去年ですね。そこで、この提案に関して議論をして、FDRG としては最後の一文です。B のですね、文言を使うのがいいのではないかと。Bottom shuffling ですね。を使うのがいいのではないかとということ、提言をしたという流れになります。Bottom shuffling はお尻をついてです。少し、若干差別用語的になる移動の方法を日本語で言うのは憚られるのですけれども、その提案に関して、B でいいのではないかとということで、FDRG が提言をしたというところになります。

その次は、公開討論が始まります。B の提案が通ったので、これでいいですか、どうですかっていうのをディスカッションするわけですね。これは一般の人が入ってこられる layer になります。そこで、投票メンバーからのコメントがでてきて、その proposal B。B の提案を入れるのがいいのか悪いのかっていうことをディスカッションします。そこで、内々で投票をするわけですね。ここに「yes」「no」「can't decide」ってありますけれども、あんまり雑には投票できない、can't decide、決めかねるっていう意見が、この時は多かったです。色々な議論がここでなされて、最終的に先ほどクウェートでグループディスカッションしましたけれども、FDRG 以外のグループも全部集まって、全体の WHO-FIC。全体で対面会議やるっていうのが、これまた年に1回です。だいたい10月ぐらいに行うのですけれども、去年はカナダのバンフで行われましたが、そこで最終的には投票というのがなされます。その結果はまだ、この先ほどの投票に関してはまだ決めかねるということで、保留になっています。

例を見てきましたけれども、2019年のアップデートに関しては、新しい提案が39件あって、もともと積み残しですね、保留になっていた提案が32件ありました。それを年次会議の中で、またディスカッションをして投票をして、最終的に決めるということがなされています。今回アップデートの点結構多かったですね。全部で積み残しも足すと71件ありまして、そのうちの2回目の投票というのが決まるんですけども、賛成多数であったのが、5提案ですね。否決が2提案なので、修正の上で採択ということが否決されて、6つの提案に関しては、夏のミーティングでのディスカッションから修正案というのが提示されて採択されたというところになりますので、今年は比較的数字が多く通ったという年になっています。

この10年間の改訂の流れなのですけれども、大きな方向性として3つですね。改訂の流れがありまして、ひとつは ICF-CY。CY は、お子さん用、児童用ですね。なんですけれども、それを ICF に統合しようと。ICF-CY 統合と書いてありますけれども、ICF の中に包括してしまおうということが決まっています、その ICF-CY のコードを ICF 本体に取り込むというアップデートですね。今年のアップデートのうち24件はそちらの提案がありました。というのが結構最近のトピックで、あとはもう本当に文法的なことなんですけれども、動名詞を使いましょうと。例えば play じゃなくて playing という用語に置き換えましょうということをやっているのと、あと impairment の削除ですね。いろんなカテゴリに含まれるもの、除かれるも

のというのが定義されているのですけれども、例えば病気の名前が入っていると、ICF はあくまで障害の分類で疾病の分類ではないので、病名あるいは impairment、障害というものは削除したほうがいいのではないかとこのところで、その修正というのは少しずつ入るようになってきています。

これは ICF-CY を ICF に統合するというのが 2012 年に決められました。この ICF-CY を作られた方々には残念なお知らせというか、方法になってしまっているわけですが、WHO が言うには、生涯にわたる生活のすべての側面に対して適切に対応する ICF を、時代の流れに沿って包括的なものとするために、2つの分類を1つにまとめ、他の方針と改訂を完了することに合意をしたとあります。こう決められてしまったわけです。なので、今 ICF の改訂、更新作業に関しては、ICF のコードを統合しようという方向で動いています。この表をまた出しますけれども、実は ICF-CY はこの派生分類の一番下のところに書かれていたのですけれども、これが今はなくなってしまって、ICF に統合をされたということになります。

これもその例を見ていきますけれども、ICF-CY の統合と動名詞ですね、d920。レクリエーションとレジャーというのがあります。これもちょっと英語で恐縮ですが、d9200 が「Play」という、「遊ぶ」ですね。ということが書かれていました。これに ing を付けましょうという改訂がなされています。そこで、そのレクリエーションの中に、reading or singing、「歌う」ということも入れましょうというのが、児童版を作成されていた委員、児童関係のことをされている委員からの提言がありまして、そういった ICF-CY のことも含めて、この改訂が提案されていて、結局最後は採択されたのですけれども、2019 年版に反映されていると思います。日本語に直してみますと、こここのところですね、leisure には playing、すみません、日本語に直ってなかったですね。英語のままで恐縮ですが、その leisure というのに playing を含めることがいいのかどうかということも議論がありました。児童発達ですね。その視点からすると、playing というのは遊びではなくて、発達に必要な行為なのではないかというような意見があり、singing も、これも遊び、playing、leisure じゃないかというような議論があって、いろいろ紛糾したのですけれども、最終的にはこの提案に関しては通ったという形になります。

このように小児の評価も含めた ICF 全体が変わってこういうような流れがひとつあります。続いて impairment の削除ですね。障害を書かないようにしようということで、これも英語で書いてあります。これを日本語に仮訳していますので、ざっと変えますけれども、日本語にすると心機能です。これはまだ公式な訳ではなくて、私が仮訳したものですけれども、適切なあるいは必要とする血液量と血圧で、全身に血液を供給するのが心機能の定義になります。もともと含まれるものとしては心拍数、心調律、心室筋の収縮力、心臓への循環状態。頻脈、徐脈、不整脈、心臓弁の機能、肺循環へ血液を供給する機能、心臓への循環動態という文言が足されていました。ここで ICF の定義に、頻脈や徐脈という言葉を使うのはよろしくないということで、これを削除しましたということがひとつと、ただ、これはただ単に削除をしてしまうとわかりにくくなるので、注釈を付けましょうということで、ここに注釈がされて、付けられています。これらの心機能の障害は、心不全、心筋症等の病名が出ていますけれども、頻脈、徐脈、不整脈がみられる場合にみられるという注釈を付けて、含まれるものから除外をしましょうという修正がなされています。

もう1回申しませんが、この青い remark というですね、ここに注釈が入ってという改訂がなされていて、あと赤字の部分が消されたということになります。ということで、このような感じで、ICF は日々と



いか年次ですけれども、改正をされていて、少しずつ変わってきているというところになります。そこで、私がリーダーをしておりますワーキンググループでは、この改訂作業に対して案を出してですね、日本として賛成していくのか反対していくのかといったところの議論を担ってまいりました。去年からですけれども、やらせていただいています。

そして、2つ目のトピックに移りますけれども、今度は先ほどから話がありますけれども、V章の日本語化というところですね。これも作業を進めていかなくてははいけませんのでというところになります。これはICDのホームページですね。ここにICD-11のV章ですね。このところをクリックすると、supplementary section for functioning assessment ということで、生活機能の supplementary section だということが書かれています。ここに定義が書いてあります。そもそもこの定義から日本語にしていかななくてははいけないのです。この英語に書いてありますけれども、先ほどいろいろ向野先生も紹介いただきましたが、色々な項目があって、それぞれ日本語にしていかななくてははいけません。そこで、既存のものでですね。ICFのコードから流用されているものもありますので、それはそのままでもいいのですが、そうじゃないものもあつたりしますので、それを新しく日本語に変えていかなくてははいけないという作業を今やっているところで、具体的にはいろんな学会の団体等々から意見を募りつつ、事務局サイドで案をまとめて、ワーキンググループの親委員会のほうに審問を図るというような形の作業になってくると思いますけれども、進めているところになります。これはその案です。

そして例えば、仮翻訳の例ですけれども、WHODASからV章にコードが流用されているというかWHODASも取り込まれていますので、WHODASの日本語版はすでに存在しています。ただ、その日本語版、必ずしも正確に訳されているかということ、そうではない部分もありまして、それをどう直していくのかという案等とも検討を加えたところになります。例えばVA56「Health problems causing family problems」っていうのが、現存、既存のWHODASに書いてあるタイトルとしては、「家族の問題が引き起こす健康問題」と訳されてしまっているのですけれども、若干英語の文法通り読むと、これはちょっと違って、「家族の問題を引き起こす健康問題」が正しいのではないかというような仮案を出ささせていただいたり、「Time spent on health condition」「健康問題に時間をかける」。いろんなものがあると思うのですけれども、このようなものをディスカッションしているというところになります。

こういったディスカッションを経て、毎年改正はなされているのですけれども、WHO、WHO-FIC、FDRGも含めてですけれども、が目標としているのは、2020年に改訂をしようということですね。アップデートは改正でリビジョンが改訂です。改正が固まって、大きくなると改訂になるわけですね。そこで、ICDが10から11に変わったように、ICFも、1とか2とかないのですけれども、ICF2020として大きな改訂をしようというふうに動いています。ですので、今までのアップデートをまとめて、また新しく本ができるのではないかと思いますけれども、その方向で動いています。ですので、また2020年版のICFとして、本になったものを日本語に訳していく作業が発生してくるだろうというところになります。

ここに書いてある文言は、WHO-FICのsummaryから抜粋していますので、必ずしも私の話とは一致していませんが、とりあえずICF2020を作りましょうということで、その改訂作業を今、プラットフォーム使っています。ICDと同じような仕組みにしましょう、オンラインで投票できるようなシステムを作りましょうということ、議論しているところになります。ICF2020になるときは、一応ICF-CYのコー



ドで規定されていたコードは、基本的にほぼ ICF の中に吸収できるような体制で改訂をしたいというふう  
に FDRG は考えていて、ただその 2020 年までにできるかどうか、この 2 月から 3 月にかけていろいろディ  
スカッションが始まる予定ですが、動いているところになります。

そして ICF-CY を統合したのに関連になりますけれども、先ほど来言っております WHODAS ですね。WHODAS  
も、これも実は大人用といえば大人用ですので、子どもにも使えるものがないといけませんねっていうこ  
とで、児童用の WHODAS を作るのも FDRG のメンバーが頑張って動いているところになります。文献レビ  
ューから定義の作成、仕様の開発なんかは今進められていまして、これもいずれ出来上がってくるだろうと  
いうところになります。こういったものの翻訳も作業としては発生してくるかなというところで考えてい  
ます。まあ、児童用の WHODAS が出たときに、その ICD-11 の V 章をどうするかっていうのも、また議論が  
起こってくるのではないかと思いますけれども。その WHODAS。向野先生の話もありましたけれども、トレ  
ーニング教材や採点ツールを作っていこうということも、WHO-FIC 全体の中でアクションアイテムとして  
立てられているというところがございます。ということで、私の話は以上になりますけれども、翻訳、改  
訂ですね。の作業の具体的な内容、具体例とですね、全体の方向性、そして WHODAS、V 章の翻訳。それと  
ICF の、今後 2020 年に向けた動きというところで、もうすでに 20 年になりましたけれども、お話しさせ  
ていただきました。ご清聴ありがとうございます。

## 【講演議事録】

ICF コンセプトを活用した既存情報整理の考え方と実際

－ICF-WG・リコード班の活動報告を中心に

大冢賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）

皆さんこんにちは。今ご紹介いただきました保健医療科学院の大冢賀と申します。私の方からは先ほど来ご説明がありましたが、4つワーキングが立ち上がっている中の一つの活動、リコード班についてお話しさせていただきたいと思います。このお話しをする前に、なぜこのリコード班が必要だったのかということもお話しさせていただきます。

今日のICF シンポジウムの副題にもありましたが、超高齢社会にどのように向かっていくかということ、少し前までは、高齢化する日本をどうするかということだったのですが、すでに人口減少社会に向かっています。そのような中で社会全体の在り方を変えていかなければいけないという認識が政策上、国レベル、地方自治体レベルで始まっていることをまず皆さんと共有したいと思います。

病院とか施設とか閉じられたところではなくて、地域全体で色々な機関とか専門職が関わることで、地域で最期まで暮らしていけるように、ヘルスケアにかかわる諸活動を変えていきましょう、そしてその中で地域住民自身がプレーヤーとなって動けるようにしていきましょうということは、地域包括ケアシステムの構築というスローガンのもとで、近年進められていることはみなさんご承知のことと思います。

さらに最近、地域共生社会という新しい概念が出てきています。簡単に申し上げますと、地域包括ケアシステムが想定している保健医療福祉という枠を超えて、農林、環境、産業、文化交流といった社会生活を支えるあらゆる活動を巻き込んで、地域における生活を豊かにしていこうということが政策的な目標に掲げられています。つい最近、これを推進するための具体的な提言が厚生労働省の検討会で取りまとめられたところです。

こういった地域包括ケアシステムや地域共生社会を実現するにあたって、これまでは、ヘルスケアにかかわる諸活動は専門分化が進む中で、医師やコメディカル、福祉の専門職が地域住民の健康をどのように守ろうかと考えてきたところがあるんですけども、近年強調されているのは、「住民本人」ということです。これを実現するためには、これまで各専門家が持っていた情報を統合すること、さらにこれを住民たちがどのように保有し、活用するのか、ということです。

次のスライドに、このことに係るパーソンセンタードインテグレートッドヘルスケアというWHOの戦略の概念図を示しています。この概念を推し進めるためにWHOはICDやICFといった国際分類を活用していくことを想定しています。その中で2020年というのを一つのロードマップにおいて、ICFを大改訂しようとしているということを皆さんに置かれましてはご承知おき頂ければと思っております。

ここで皆さんと確認指定おきたいのは、ICFというのは概念であり、分類であるということです。ICDは、疾病の分類ですが、ICFは生活機能の分類となっています。ただし、ICFについてWHOが示した赤い本に

は、この分類を使った評価についても言及がなされています。しかしながら、国際的にもこの評価の方法については、さまざまな課題があり、現在国際的にもあまり使われていないのはみなさんご存じのことと思います。向野先生は、そのような前提にありながらも、国際的な文脈に沿う形で、日本独自の方法で、ICF 分類を評価の情報として活用するための方法論を確立し、医療の分野で使えるように準備を進めているという状況にあります。

本日加藤先生の講演で、ICD-11 の動向について言及がありましたが、ICD に ICF の内容が V 章という形で含まれたことが、これまでの情報を大きく変える出来事であるということがみなさまも認識されたと思います。そのようなタイミングで、国のほうでも今までも ICF の普及推進という形でさまざまな取り組みを行ってきましたが、ICF 普及推進 WG を立ち上げ、さらにこれを推進していこうという機運が高まっている状況にあるということです。

その WG の活動の中で、リコードということが重要であるということのお話をさせていただきたいと思います。ICF にはさまざまな使い方がありますが、前述の WHO の赤い本にも示されています。これまでに述べてきたように、ヘルスケアにかかわる専門職が地域住民との情報共有のために共通情報として ICF をつかうことも当然想定されますが、国レベルでの政策を考えると、実は様々な社会統計を取っていてこれも重要な情報となります。しかし、さまざまな目的に取られていますので、ICF という健康にかかわる生活機能という一つの視点をもとに、これを整理するということもできます。これが既存統計上の整理のための ICF の活用という視点であり、これから考えていかなければいけないと私が考えている視点になります。

またこのリコードに関して、社会統計への活用のほかに、地域包括ケアシステムや地域共生社会を実現するために、IC 分類を活用した評価を行うのが王道なのですが、様々な形で収集される情報についても社会党系と同じように、ICF を活用して整理できると考えています。

とりわけ近年、病院に入院する患者の高齢化が進んでいて、すぐ退院して又地域に戻るというところで、機能分化が進められている状況にあります。そのような中で病院、自宅、病院というのを行き来する高齢患者が行き来するということが最近のヘルスケアの中では起こっていますので、ここで ICF, ICD をどのように使うのかということがひとつ喫緊の課題であると考えています。

現在はどのような状況かひとつ例を示したいと思います。現行の入院時に介護の専門職が医療機関に提供する様式の情報と医療機関が退院時に介護の専門職等に示す様式の情報の量を比べてみると大きな差があることがわかります。前者が介護の専門職が欲している情報なのですが、退院時に示され情報は完全に疾病等の医療に係る情報に限られているのがわかります。

患者（地域住民）を中心としたヘルスケアを実現するには、この情報をつなげること、そしてここに付加される情報に ICF を活用していくかが重要になってきているといえます。

ようやく本題に入ります。このように、日本はすでに高齢社会に向けヘルスケアにかかわるシステムを変えようとしているわけですが、すでに社会統計やケア提供に係る情報をやまほど収集しているということもみなさんもお気づきだと思います。そこで既存情報を ICF の分類をつかってどのように整理していくかというリコード班を ICF 普及活用 WG に作っていただきました。

リコード班の具体的な活動は二つです。ひとつは、ICF の分類を使ったリコードの基本的なルールを策定することです。もう一つは、ICF の分類を補助するための辞書の作成です。

ここで、このリコードに係る諸外国の取り組みをすこしだけ紹介させていただきます。一つ目は、2005年に一昨年度ここにも登壇されたシエザ先生の論文に係れているルールです。例えば、ICFを熟知する事、適切に分類する事、8、9は使わない。といったことが示されています。

もうひとつを紹介させていただきます。これは、スタッキ先生とかプロジンジャー先生が2017年に示した研究です。ICF分類を活用して情報化していく際の4つのステップというものが示されています。ざっくり申し上げますと、ICFを表現に使いたいと思うときに、どの領域を評価するのか、評価の視点は何なのか、あとは、どのようにしてICF情報を収集してどのツールを適用するのかといったことです。この程度の基本ルールをつくらないと、ICF分類がさまざまな方法で情報化されて、その結果収集がつかないということになりますので、ある程度同じ方向をみていけるようにも、このリコード班をとおして現在の関係者間における基本認識を形式知化していきたいと考えています。

現在、介護保険制度で制度を使うときに必要な要介護認定という74の項目について、リコード班でリコードに取り組んでいます。この途中経過はスライドのようになっております。

さらには、すこし発展的な試みですが、点数化ということについても基本ルールをつくっていけないかと考えております。例えば既存のヘルスケアにおける評価情報が4段階であった場合、これをどのようにICFの4段階に置き換えられるかといったことです。こちらについては、フィールドテストを行うなどで、ある程度のデータがないと科学的な観点から再現性のある、客観的な情報をお示しできないと考えておりますので、向野先生のフィールドテスト班が共同しながら進められればいいかなと思っています。

最後に、今後に向けてということでお話のまとめに入りたいと思います。

冒頭述べました通り、社会が大きく変わる中で、「データを集める」ということがより重要になってきています。さまざまなデータがありますが、網羅的な視点、そして、医療ではなく人の生活に寄り添った分類という点においてICFは大変着目されるべき存在です。

私見も多々含まれていましたが、まずはリコード班がどのように立ち上げられて今どのような活動をしているのかということと、私は少し先を見据えて、このICFの分類の活用をどのように考えていくかということをお話しさせていただきました。

来年度以降も、ICFを具体的にどのように進めていくのかということをお話と一緒に行ければいいかなと思っていますので、是非今後ともこういったイベントを注視していただいて、ICFの普及推進に係っていただければと考えております。私からは以上です。ご清聴ありがとうございました。

## 【質疑応答議事録】

### ○ 司会

それでは、質疑の準備が整いました。質疑応答には今回ご講演いただきました加藤様、向野様、山田様、大冢賀様の4名の方に再びご登壇いただきたいと思います。皆様ステージ上におあがりください。

また、モデレーターとして厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室 渡三佳室長、及川恵美子、国際生活機能分類分析官も参加いたします。それでは、ご登壇の皆様よろしくお願いたします。

### ○ モデレーター

ここから質疑応答の時間になりますが、少し今までの ICF シンポジウムの流れをお話させていただきます。先ほど WHO の方から 10 年目ですねとメッセージを頂きましたが、その 10 年の中でどんなことをシンポジウムでやってきたかと思いついてみますと、当初は ICF をどうやって普及しようかからのスタートでした。まずは ICF の概念でした。ICF の歴史において、障害をもつ方々が、自分たちは障害があってもできないと見捨てられるのではなく、自分たちができることを数えてほしいという強いニーズがあり、そこから、マイナス面だけでなくプラス面もみるという画期的な発想の転換がありました。それが ICIDH から ICF への転換だったのですが、その話が皆さんに、とても素晴らしいという声とともに受け入れていただきました。しかしながら、ICF はやはり自分たちが使うにはまだ難しいもので、次に私たちが取り組んだのが共通言語としての ICF でした。患者さんを診る医師、看護師、医療現場の手を離れると介護や福祉の方々、一人の人を見る時にそれぞれ言葉が違う。ドクターに説明された言葉と看護師さんに説明された言葉、さらに介護する側の言葉が違う。同じ人を説明しているのに違うということが起きている。それは問題だということで、ICF の専門委員会において、もう概念は普及したとして共通言語としての活用というものに課題がシフトされていきました。その後さらに、それには現場における具体的な取組みと、統計ツールとしての活用による成果も必要だと言う命題が掲げられ、若手でワーキンググループを構成して、二年間で成果を出すということになりました。昨年3月にワーキンググループが設置され、向野先生に座長になっていただいたのですが、二年間で成果を出すというのはすごく厳しいことです。お気の毒なぐらい使命感を持ってやっていますが、いよいよ統計として成果を出しましょうという具体的なところまできている。全ての分野での成果は難しいので、まずは医療現場で実際にツールを使ってデータを取り、そして、それを他の分野でも活用できるように変換して、比較できるようにしようというのが今日のお話の内容になると思います。さらに、今日は災害現場でもいろいろニーズがあるというお話がありましたが、やはり、ICF という共通言語を使うことで被災状況の理解、把握にも活かせるのではと思います。また、ICF を勉強し始めたという方から、自分が困っていることを ICF で表すにはどうしたらいいですかという問いあわせをいただいたりしました。

こういった声にもお応えできるように、先ほど申し上げたように二年間での成果ということですので、今年はその中間報告ということになりましたが、引き続き皆様のご理解、ご協力をいただきたいと思ます。

これまでご講演いただいた内容を受けて先生方として、追加でお話したいことなどございましたらお話しただいて、そのあとで会場から質疑を受けたいと思います。

追加してお話ししたいということがあればいかがでしょう。



○ 向野 雅彦

補足してお話をさせていただくとすれば、今のお話から他の先生方のお話を少し追加させていただくとすると、今日お話した私の話はすごくフォーカスが絞っていてICF一般セットもしくはICD-11 Vチャプターに対してそれをデータにしていくための、臨床で実際に使うための臨床ツールを作っていくと。それをフィールドテストするということだったのですが、いままで様々な普及の取り組みがなされてきたけれども、あまり実際の臨床現場には普及していない。とにかく臨床現場、医療の現場でまず使える状態を作ろうというのがひとつの生活機能委員会での議論で、それに基づいてやっていくということで、大夛賀先生からお話があったように、実際ICFは様々な場面で使うことを想定されています。

分類としても包括的なものでありますので、もちろんその先の展開として、一旦医療現場で使えるようにするということと合わせて包括的に患者さんの状態あるいは地域の方々の状態をどうするかということも併せて作っていききたいというのが主旨ですので、その点は少し絞り過ぎているのではないかと思います。そういう流れがあって今こういう取り組みを行っているということでご理解いただきたいと思います。

○ 山田 深

自分が担当していたアップデート、翻訳のパートですけれども、二年間の成果ということで言うと、原文ありきなので、果たして2020の改正はどれぐらい間に合うのかなというのは危惧しているところではあります。

あと一方で今どうやってICFを使っていくかというディスカッションになっていますけれども、FDRGの中で一昨年度、世界でどう使用されているのか調査された事があって、世界の中でも皆さん悩みを抱えているのです。概念はわかっているけど具体的にどう使っていくかと非常にみんな悩んでいるところで。今日サブタイトルで日本の挑戦と書かれていますけれども、ここで日本から抜け出していけると世界の中でプレゼンスを示していけるし、いろいろ矛盾した問題があるのをアップデートに載せて日本からも情報を発信していければいいかなと思っています。

○ 大夛賀 政昭

私は自分の講演時間の中でお伝えしたいことをすでに述べましたので、ここでは皆さんから質問をお受けしたいと思います。ひとつだけ言わせていただくと、すでに日本は成熟したヘルスケアの提供システムを持っていますので、現在そのサービス提供の質の保証に課題がある領域にICFを使っていくことも重要と考えています。たとえば障害福祉の就労の場面であったり、介護福祉の予防の場面といったことが考えられると思います。

○ 加藤 真介

今日の僕の話は疾病の方からの話だったのですが、実際にはその災害の場面にしても地域の話にしても障害を持っている方と健康な方の境目が益々なくなってきています。そのような中でICFをどういう形で数値化して評価・統計として使っていくのか。それをいろんな政策にどう反映していくのかということと考えますと、先ほど大夛賀先生が話されていた内容は発展してくれるのを期待しています。

○ モデレーター

それでは、そろそろ先生方の本日の講演を踏まえまして会場の方からご質問があればと思いますのでよろしくお願いたします。

○ 会場の質問者

本日はありがとうございました。主に山田先生に教えていただきたいことがございます。WHO-DAS2.0の児童版のことですけど、背景を少しお話させていただきます。先ほどお話がありましたが、ICFが作られるときにFDRGの2012年の決定がとても悲しくて、概念として当然のことなので、それで今WHO-DAS2.0を使っているのです。今、神奈川県教育委員会と文部科学省から受けた支援事業で誕生から大人になるまでのところでWHO-DAS2.0をどうにか使えないかというのでやってきたのですが、やはり違和感があるところがあって、たとえば性的な行為とか入っている具体的な項目になりますとやはり難しいところがあります。先ほどのお話の中に児童版というのがあったので、もし児童版が本当に具体的に出てくるものがあればそちらの方を使いたい。少しそのあたりの動きを教えていただけたらと思います。よろしく願います。

○ 山田 深

ご質問ありがとうございます。児童版のWHO-DASとしてFDRGのグループの中ではパイロット版的なものが若干プレビュー的に出されてはいます。ただ、まだ全体像は見えてきていないところで、マチルダさんが中心になって作っているというステイタスですね。あとは韓国なんかも協力してやっているというようになっていますので、おそらくこれからフィールドテストをいろんな国でまたやりましょうという話になってくるのだと思います。その時に意見出しとかもたぶんあるのではないかと思います。なので、また皆さんから情報を頂けるような形にしていけるといいなと思います。

○ モデレーター

今情報の共有というお話が出ましたが、私どもWHO国際統計分類協力センターになっておりまして、ICFの情報を一つのサイトにまとめて発信できる準備をしているところです。今回のシンポジウムなども同様に、先生たちが発表してくださった、今日配布した資料以外の情報も集約したりICFを使った研究論文がリスト化されなど。そういったICFに関する情報を一つにまとめようと思っていますので、そこでたとえばWHOから何か意見照会があったら、方策を先生と相談してご案内する等を考えています。

他にいかがでしょうか。

○ 会場の質問者

向野先生に質問ですけれども、WHO-DAS2.0についてフィールドスタディをやらないような感じにちょっと資料からは見たのですが、本は翻訳されていますけど、あれはWHOの方のデータしか出ていないので、日本のデータは40何人とか非常に少ないし、それからあの時に使われた項目については非常に訳が問題あって、いっぺん重症心身障害児施設で実施をしたことがあるのですが、そのままではまったく回答自体答えられないということだったので。それでやむを得ず子供向けに訳を部分的に変えて行ったら非常に因子もきれいに出了し、とてもいい調査なので是非項目を修正してフィールドスタディを大規模に、その際は障害児も含めてやっていただけたらと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○ 向野 雅彦

ありがとうございます。フィールドテストに関しては、私のご説明が悪かったと思うのですが、WHO-DASとかMDS今回入ったものに関しては、一緒に集めさせていただきたいというふうに思っています。おっしゃるとおりWHO-DAS現行版でそのままやるのは言葉が難しいということがあるかと思うので、

その点は翻訳班と連携をしてこれから議論を進めていく予定になっています。いろいろ WHO のものなので制約があるのですが、何とかしたいと思っています。

#### ○ 会場の質問者

WHO の場合に翻訳で英語から日本語に訳してそれから日本語から英語に訳して同じでないといけないというルールがあると聞いているのですが、そのせいですごく直訳でせつかくやりたくても皆さん使いようがないのです。ですので、是非 WHO の方に交渉していただいて日本語という言語体系は全く異なるので、外人の日本語がわかる方も含めていいですから日本語がわかる人が読んでわかる項目にして使えるようにしてほしいと。せつかくこれだけ労力を使って訳の分からない日本語で聞かれた方が困るという。お願いしたときに施設の人が怒られましたから。こんなんで調べられる訳ないだろうと。そこは日本語の特性をちゃんと伝えて是非やっていただきたいと思います。以上です。

#### ○ 山田 深

翻訳を担当しています。本当に貴重なご意見をありがとうございます。実際 WHO-DAS の質問で今日本語化されているものがあって、やはり問題多々あります。ただ、あれが作られてきた過程があるので、さらにあれに日本国内の意見を上乘せしていい形に翻訳するという作業は出来るといいかなと思っています。やらなくてはいけない、それはワーキンググループの方でまた検討していきたいと思います。

#### ○ 会場の質問者

今日は ICF をじっくり語るという会になっていて非常に興味深くそして勉強になりました。大冨賀先生が言われましたけれども、これから人口減少社会ということで SDGs というものがありまして、持続可能な開発目標。それでだれ一人取り残さないと言っているのですが、もう日本の場合はだれ一人取り残さないということになるかなと思って、この ICF というのは今まで私の方も統計でいかに使えるか、いかにカテゴライズしていくかというふうに考えたのですが、ICF はいかんせん非常に項目数が多い、そこをどう纏めるかという方向もあるのですが、個別の項目を先ほど言われたように、これだけのことができるのだという細かいところをきちんと出していけるということがすごく一つの大きな特徴だなと。今回加藤先生のお話を聞いて非常に思ひまして、そこをこの WEB などですべて使える時代にどういうふうにして生かせるのかなと考えた時に、たとえば加藤先生たちがこの項目でとされている中でこの患者さんはこの ICF のこのコードを持っていてそれに対してこういうことだからうまくいった、いかなかった。それから、今日は話が出なかったロボットの活用。この ICF のこのコードだったらこのロボットがこういうふうに使えますとかそういった細かい標ぼうを ICF ブラウザーみたいなものに繋げて行って少しデータベースを作っていくようなことは、今までされているかということをご存知か教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

#### ○ モデレーター

ロボットの分野の方たちも、人の機能を見るという意味で、ICF を分析に使っていらっしゃいます。ただ、数字として出ているかと言われたら出していないというのが現状だと思うのです。加藤先生がおっしゃっていたような災害現場という話も数値化は出来ていないと思うのです。次に、数値化は単に出したらいいというのではなくてどういう根拠で出ているか、情報はやはりルール化する必要があると思っています、ワーキングの先生たちにそれも含めて議論していただきたいとお話をしているところです。

○ 向野 雅彦

私からも少しロボットといいますと特に環境因子の一つとして我々捉えていまして、これからはサポートのデバイスとかうまく使って患者さんの生活機能を上げていくということも非常に重要になると思いますので、環境因子のコードを上手く使って、今日少しだけ私もご紹介させていただきましたけれども、そういった環境因子との組み合わせで生活機能がどう変わるかということ表現するようなことは、個人的にはこれから取り組んでいきたいなというふうに思っているところで、今回の話でも、ロボットではないですけれども、環境因子との関係という仕組みは作ってきておりますので、今後来年に向けて、そういったところもさらにもう少しきちんとご紹介できるような状態になればいいなというふうに思っています。

○ 会場の質問者

今の質問にお答えするというか、そういった情報ということで、ポスターでも発表させていただいていますが、ロボットというものをどういうふうに定義するかということにもよりますが、基本的には福祉用具ではマッチファンクションという考え方ができればと思うのですが、今そういう福祉用具とICFのマッチングというのを厚生労働省の方でやらせていただいていますので、そういったところが整理されてくると今あったようなところもわかりやすくなっていくのかなと思って、またどこかでご報告させていただければと思っております。

○ モデレーター

ありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

少しお時間は早めではございますが、ここでご意見を頂くのは終わりにいたします。先ほど司会者からも案内がありましたけれども、ポスターのところに、ポスター発表の先生たちに立っていただきますので、そこで直接ポスターに関するご意見などを意見交換していただければと思います。

では、この質疑応答はここまでとさせていただきます。