

**日・WHO フォーラム（WHO-Japan Forum）2018
～ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く～**

【報告書】

平成31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.	シンポジウム当日配布資料	1
2.	ICD-11 改訂と日本	43
3.	発表資料 (PPT データ/講演順)	
	ICD-11 改訂における内科 TAG の果たした役割 三浦 総一郎 (国際医療福祉大学大学院長)	61
	ICD-11、改訂プロセスとそのエッセンス ロバート・ヤコブ (WHO 国際分類・用語及び標準化部門長)	65
	ICD-11 V チャプター ～国際生活機能分類とのリンクが拓く地平～ ネナド・コスタンチェック (テクニカル・オフィサー WHO 国際分類・用語及び標準化部門)	74
	ICD-11 国内適用の展望 森 桂 (厚生労働省政策統括官付国際分類情報管理室長)	77
	ICF 講座 ネナド・コスタンチェック (テクニカル・オフィサー WHO 国際分類・用語及び標準化部門)	81
	ICD と ICF の一体としての統計への導入の可能性 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) 大塚賀 政昭 (国立保健医療科学院主任研究官)	88 94
4.	第1部 議事概要	96
5.	第2部 速記録	100



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of
Significant Use of ICD-11 and ICF

日・WHOフォーラム2018
ICD-11・ICF大活用時代の扉を開く

開催概要

プログラム

ポスター集

主催 厚生労働省
共催 一般社団法人 日本内科学会
協賛 一般財団法人 厚生労働統計協会



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF

日・WHOフォーラム(WHO-Japan Forum)2018

～ ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く～

INDEX

開催趣旨・開催概要	2
プログラム	4
講演者プロフィール	6
ICD とは	10
ICD-11 の概要	15
ICF とは	23
ポスター「ICF の活用事例と今後への期待」	27



開催趣旨

世界保健機関 (WHO) は、本年 6 月に、国際疾病分類の第 11 回改訂版 (ICD-11) を公表しました。現行の ICD-10 への改訂 (1990 年) 以来、約 30 年ぶりの改訂となります。

この公表を受け、加盟国は、分類の翻訳など自国での適用へ向けた準備を開始することが期待されており、2019 年 5 月には世界保健総会へ提出される予定です。今後、我が国は適用に向けた検討を進めることとなります。

ICD-11 の開発には多くの日本の医学の専門家・団体が関わり、日本病院会は、長年財政的支援等で貢献いただきました。また、特に内科分野の検討会議には、日本内科学会をはじめとして日本血液学会、日本内分泌学会、日本糖尿病学会、日本消化器病学会、日本循環器学会、日本呼吸器学会、日本腎臓学会、日本リウマチ学会、日本小児科学会等幅広く御協力をいただきました。他の分野におきましても、国内外の専門家と共同しながら、日本の知見を活かすべく多くの御支援をいただきました。

今回公表された ICD-11 には、生活機能評価に関する補助セクションが新設され、これは、2001 年 5 月に WHO 総会で採択された ICF (国際生活機能分類) を基にしており、さらなる活用が期待されています。

こうした中、これまでの経緯をまとめ関係者への感謝を表すとともに、WHO の担当者に 開発の意義や期待される目標、活用される事例等を講演していただき、未来像を共有することにより、国際統計分類の一層の活用を促進するため本フォーラムを開催いたします。

開催概要

名 称：日・WHO フォーラム (WHO-Japan Forum) 2018

～ ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く～

テーマ：ICD-11 公表記念、改訂の集大成と今後の展望 ICF と一体の導入・普及加速

日 時：2018年11月30日(金)

第一部 10:00～13:00 ICD-11 公表記念シンポジウム

第二部 14:30～16:30 WHO 公開講座「WHO 担当官による ICF 講座」

会 場：UN ハウス (国連大学) 3 階ウ・タント国際会議場 (住所：東京都渋谷区神宮前 5-53-70)

主 催：厚生労働省

共 催：一般社団法人 日本内科学会

後 援：一般社団法人 日本介護支援専門員協会、一般社団法人 日本血液学会、一般社団法人 日本言語聴覚士協会、一般社団法人 日本呼吸器学会、一般社団法人 日本作業療法士協会、一般社団法人 日本在宅医学会、一般社団法人 日本在宅ケア学会、一般社団法人 日本循環器学会、一般財団法人 日本消化器病学会、一般社団法人 日本腎臓学会、一般社団法人 日本精神科看護協会、一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟、一般社団法人 日本糖尿病学会、一般社団法人 日本内分泌学会、一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、一般社団法人 日本リウマチ学会、一般社団法人 日本老年医学会、公益財団法人 テクノエイド協会、公益社団法人 全国老人保健施設協会、公益社団法人 日本医師会、公益社団法人 日本医療社会福祉協会、公益社団法人 日本介護福祉士会、公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本社会福祉士会、公益社団法人 日本小児科学会、公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、公益社団法人 日本理学療法士協会、公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、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、日本医学会、日本脊髄障害医学会、日本東洋医学サミット会議 (JLOM: The Japan Liaison of Oriental Medicine)、日本保健医療福祉連携教育学会 (五十音順)

協 賛：一般財団法人 厚生労働統計協会

定 員：300 名

参加費：無料

言 語：日英 同時通訳付

企画・運営事務局：オスカー・ジャパン株式会社



プログラム

第一部 ICD-11 公表記念シンポジウム

モデレーター：	奈良県立医科大学公衆衛生学講座教授 (平成 30 年度厚生労働科学研究 ICD-11 国内適用検討会議長) 厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室長	今村 知明 森 桂
10:00-10:30	開会挨拶 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策、政策評価担当) WHO 国際分類・用語及び標準化部門長 スペシャルメッセージ～ICD-11 公表を祝し今後の発展に向けて～ 日本病院会 会長 日本医学会 会長 日本内科学会理事長	大西 康之 ロバート・ヤコブ 相澤 孝夫 門田 守人 矢富 裕
10:30-10:50	ICD-11 改訂における内科 TAG の果たした役割 国際医療福祉大学大学院長	三浦 総一郎
10:50-11:05	休憩	
11:05-11:45	ICD-11、改訂プロセスとそのエッセンス	ロバート・ヤコブ
11:45-12:05	ICD-11 V チャプター ～国際生活機能分類とのリンクが拓く地平～ WHO 国際分類・用語及び標準化部門 テクニカル・オフィサー	ネナド・コンスタンチック
12:05-12:25	ICD-11 国内適用の展望	モデレーター
12:25-12:55	質疑応答	
12:55-13:00	閉会挨拶	今村 知明
13:00-14:15	ネットワーキング・ランチブフェ (参加自由。事前登録制)	

第二部 WHO 公開講座 「WHO 担当官による ICF 講座」

モデレーター：	ロバート・ヤコブ、ネナド・コンスタンチェック	
14：30-15：20	ICF 講座 ・われわれは、どこから来たのか？ —ICF そして障害・生活機能分類の歴史と原点 ・われわれはどこにいるのか？ —ICF の現状及び活用について ・われわれは、どこに向かっているのか？ —Well-being に資する共通言語としての ICF 活用の展望	ネナド・コンスタンチェック
15：20-15：50	ICD と ICF の一体としての統計への導入の可能性 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 国立保健医療科学院主任研究官	向野 雅彦 大塚賀 政昭
15：50-16：20	Q&A セッション（フロアと WHO）	
16：20-16：30	閉会挨拶 厚生労働省参事官（企画調整担当）	中井 雅之

※プログラムは仮のため、変更となる可能性がありますことをご了承ください。



講演者プロフィール



ロバート・ヤコブ

WHO 国際分類・用語及び標準化部門長

ロバート・ヤコブ氏は、WHO の国際分類・用語及び標準化部門の部門長で、国際分類と診療情報標準化分野を網羅する責任者として、協力センターや NGO その他のパートナーを含む WHO 国際分類ファミリーネットワークを統率している。また、ICD（疾病、質と安全、伝統医学、ターミノロジーとの連携等）、ICF（生活機能）、ICHI（保健医療介入）及びバーバル・オートプシー（口頭剖検）全般の指揮にもあたっている。

2005 年から ICD 及びその派生分類の担当メディカルオフィサーとして WHO に参加した。現代環境に適合した分類の開発（プロテジェ protégé）やウェブプラットフォーム上の分類の開発に加え、各国において地域医療情報システム 2（DHIS2: District Health Information System 2）を用いた出生死亡登録及び死因の実施プロジェクトに参画し、オープンデータキット（ODK）ベースの WHO 口頭剖検調査票を開発し、多様な環境における WHO 分類の定着について助言した。2001 年から 2005 年には、ドイツ連邦政府機関であり、WHO-FIC 協力センターでもあるドイツ医療資料情報機構（DIMDI）に勤務。ドイツの電子医療カード向けのドイツ緊急データセットその他のデータセットを考案したヘルステレマティクスチームを主導し、さらに医療「電子機器（OID）」登録の整備にあたった。それ以前は、死亡統計における ICD の利用、ICD 腫瘍学、ICF（国際生活機能分類）を担当し、医療行為の分類に関するアドバイスをを行った。

ロバート・ヤコブ氏は、5ヶ国語に堪能。1990年から2001年までドイツ・グッテルンのセント・ヴィンセント病院で外科医として勤務し、病院情報システムの立ち上げ、導入に参画、さらに統計分析及び診療報酬請求用のローカルソフトウェアを開発した。ドイツ医療情報科学、バイオメトリクス及び疫学学会会員。医療の質管理（German Medical Board）及び医療・社会組織管理（カイザースラウテルン大学）の学位取得。認定外科医。エッセン、ボーフム、パヴィアの大学にて医学を学んだ。



ネナド・フリードリッヒ・イヴァン・コンスタンチェック

テクニカル・オフィサー

WHO 国際分類・用語及び標準化部門

1999 年よりスイス・ジュネーブにて現職。

テクニカル・オフィサーとして、国際生活機能分類（ICF）の開発をコーディネートし、国際患者安全分類（ICPS）に従事した。

国際疾病分類第 11 回改訂（ICD-11）関連では、ICD-11 の国際フィールドテスト、ICD-11 の普及準備及び ICD-11 内の伝統医学の章の責任者である。

WHO 奉職前は、ドイツ開発協会のアフリカ支部、ラテンアメリカ支部及びドイツ、ベルリンの本部で、制度化及び保健システム開発を担うプログラム・オフィサー、テクニカル・アドバイザーとして活躍。



今村 知明 (いまむら ともあき)

奈良県立医科大学 公衆衛生学講座教授

1988年関西医科大学卒業、東京大学大学院医学系研究科を修了後1993年厚生省入省。大臣官房統計情報部 ICD室、文部省学校健康教育課、佐世保市保健所長、厚生労働省エイズ結核感染症課課長補佐等を歴任、2003年退職。東京大学医学部助教授 同附属病院企画経営部長を経て2007年より現職。現在、ICD11改訂研究班長、厚生労働省（医政局）医療計画の見直し等に関する検討会委員、厚生労働省（老健局）社会保障審議会専門委員、内閣府（消費者委員会）食品表示部会委員などを務めている。



森 桂 (もり けい)

**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長**

2004年九州大学医学部卒業。2006年厚生労働省入省。健康局結核感染症課、労働基準局労働衛生課、環境省環境保健部環境リスク評価室、保険局医療課、医政局医事課等を経て、2016年より現職。



相澤 孝夫 (あいざわたかお)

一般社団法人日本病院会 会長

1973年東京慈恵会医科大学卒業。同年、信州大学医学部附属病院入局後、相澤病院副院長に就任。2017年に一般社団法人日本病院会の会長に就任し、全国の国公私立の約2,500病院の会員病院の「医の倫理の確立」と「病院医療の質向上」を目指している。現在、厚労省社会保障審議会医療部会・医療分科会臨時委員、次世代医療ICT基盤協議会構成員、長野県松本日中友好協会会長、相澤病院の理事長・最高経営責任者。



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



門田 守人 (もんでん もりと)

一般社団法人日本医学会連合・日本医学会 会長

1970年大阪大学医学部卒業。1994年大阪大学医学部教授(外科学第二)、2004年大阪大学医学部附属病院副院長、2007年大阪大学理事・副学長、2012年がん研究会理事、がん研有明病院長、国立がん研究センター理事、2015年日本臓器移植ネットワーク理事長、2016年堺市立病院機構理事長、2017年一般社団法人日本医学会連合・日本医学会会長。その他日本肝移植研究会、日本癌転移学会、日本癌治療学会、日本癌学会、日本外科学会等の会長、厚生労働省がん対策推進協議会会長。



矢富 裕 (やとみ ゆたか)

一般社団法人日本内科学会 理事長

東京大学大学院医学系研究科 内科学専攻病態診断医学講座 臨床病態検査医学分野 教授

1983年 東京大学医学部卒業。東大病院内科、東京日立病院、東大病院第一内科にて、一般内科・血液内科の診療、研究、教育に従事。山梨医科大学医学部臨床検査医学講座(1991-2003年)を経て、2005年4月に、現職・東京大学医学部附属病院検査部 部長(兼任)に就任。2011年より東京大学大学院医学系研究科/医学部 副研究科長/副学部長(兼務)、2017年より東京大学教育研究評議員(兼務)。専門は血液内科学(血栓止血学)、臨床検査医学。現在、日本内科学会理事長(2018年より)、日本臨床検査医学会理事長(2016年より)。



三浦 総一郎 (みうら そういちろう)

国際医療福祉大学大学院長

1976年慶應義塾大学 医学部卒業、1980年大学院医学研究科博士課程内科学 修了、医学博士。米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学留学、慶應義塾大学医学部 内科学助手、専任講師、助教授を経て、1998年から防衛医科大学校 第二内科教授(後に内科学講座教授)に就任。2012年4月から2017年3月まで防衛医科大学校 学校長を務めた。

2017年4月より防衛医科大学校名誉教授、同年6月より国際医療福祉大学大学院教授、大学院長に就任し現在に至る。

日本消化器病学会理事および日本消化器内視鏡学会理事・監事を歴任、第56回日本消化器病学会大会会長(2014年)。ICD-11改訂においては2009年から内科TAGの消化管ワーキンググループのco-chairを務めた。



向野 雅彦 (むかいの まさひこ)

**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
博士 (医学) リハビリテーション専門医**

平成 15 年 3 月 九州大学医学部卒業
同年 4 月 慶應義塾大学リハビリテーション医学教室
平成 17 年 4 月 慶應義塾大学医学部医学研究科博士課程 (リハビリテーション医学)
平成 21 年 4 月 市川市リハビリテーション病院
平成 22 年 4 月 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター 助教
平成 23 年 10 月 慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室 特任助教
平成 24 年 4 月 旭川医科大学病院 リハビリテーション科 助教
平成 26 年 4 月 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座 講師
平成 30 年 9 月 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座 准教授
平成 30 年 10 月 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



大冢 政昭 (おおたが まさあき)

国立保健医療科学院主任研究官

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



ICD とは

1 ICD（国際疾病分類）とは

ICDは国際比較をするための統計分類です

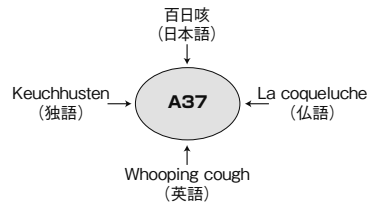
世界保健機関（以下「WHO」という。）は、保健医療福祉分野の統計について国際比較を可能とするため、複数の国際統計分類を作成し、その中心分類として、ICD（国際疾病分類）及びICF（国際生活機能分類）を位置付けています。

※ 世界保健機関憲章の第六十四條において「各加盟国は、保健総会が決定した方法によつて、統計的及び疫学的報告を提出しなければならない。」とされています。

ICD（国際疾病分類）とは、正式な名称を「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」といい、疾病、傷害及び死因の統計を国際比較するためWHO（世界保健機関）から勧告された統計分類です。

ICDはアルファベットと数字を用いたコードで表され、以下の例のように各国語で呼び名が異なっている場合でも、同じコードで表されるので、外国語が分からなくとも世界各国の統計について国際比較が可能となります。

〔例〕



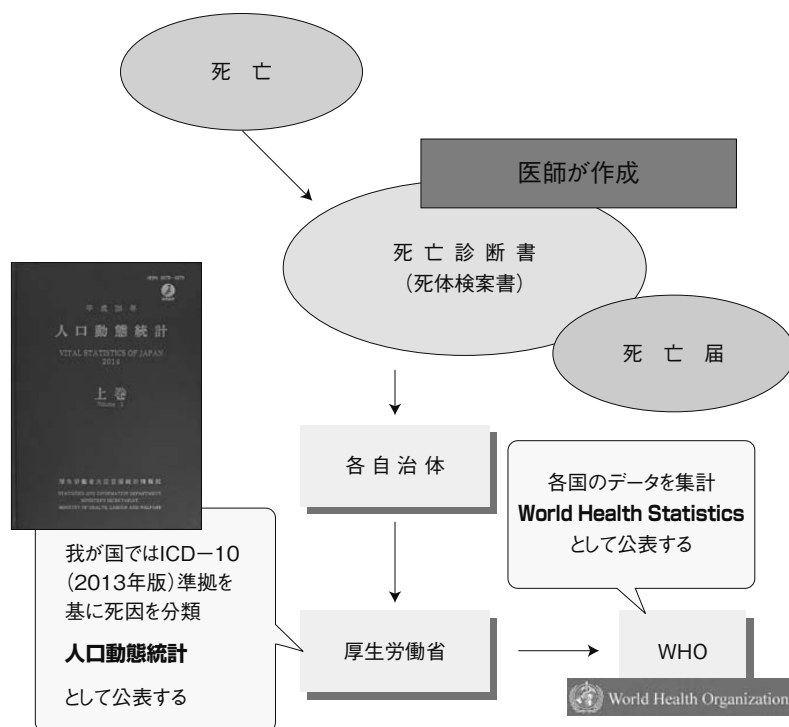
2 我が国におけるICD

ICDの歴史は古く、最初に我が国にICDが導入されたのは1900年（明治33年）です。それ以来、WHOにおいて約10年ごとに改訂（リビジョン）が行われ、我が国もそれを導入してきました。

日本では統計法に基づき「疾病、傷害及び死因の統計分類」と定められており、我が国におけるICD-10は、平成7年に「ICD-10（1990年版）準拠」、平成18年に「ICD-10（2003年版）準拠」、平成28年1月からは「ICD-10（2013年版）準拠」が適用されました（人口動態統計は、平成29年1月分から適用開始）。

2-1 死因分類

我が国では、ICD-10に基づいて分類されたデータをもとに、人口動態統計として死因統計を公表しています。また、WHOが世界各国に対して死因統計の提出を勧告しており、コーディングの結果集計された死因統計はWHOの死因データの基礎資料となります。



死因コーディングは死亡診断書（死体検案書）の記載内容で判断されますので、医師の正確な記入が求められます。直接死因に加え、その原因になった疾患名についても因果関係に基づき正しく記載することが、正確な統計の把握につながります。死亡診断書（死体検案書）の記入については「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル（厚生労働省編）」をご参照ください。

2-2 疾病分類

疾病分類データソースは、多岐にわたりますが、医師の記載によるものが大多数です。特に、入院、外来カルテはその中心にあるものです。それ故、正確な医療情報の記載が求められます。

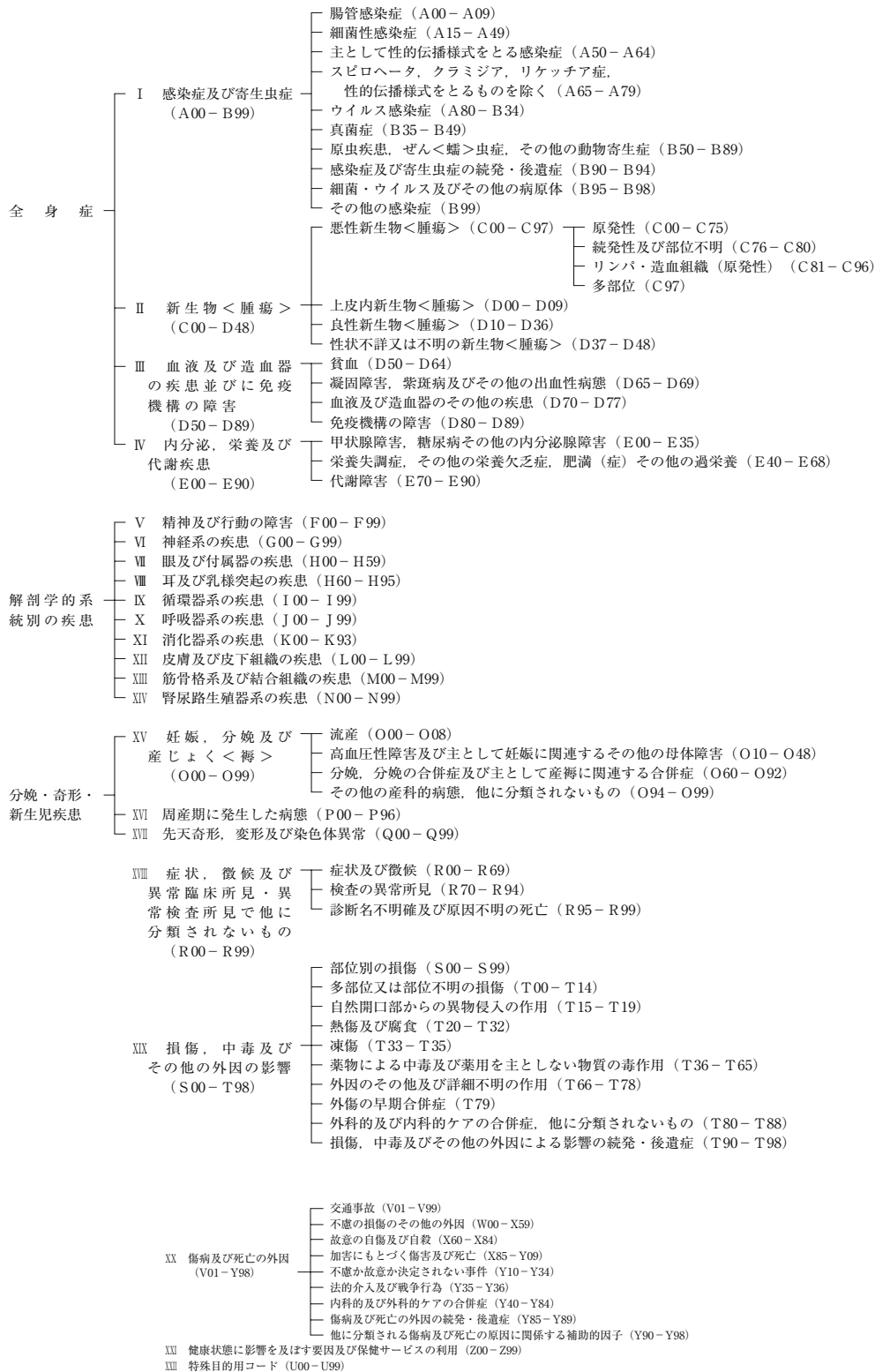
ICDは、1948年に採択された第6回改訂より従来の使用目的である死因統計のためだけでなく、疾病統計にも適用できるよう、分類を改正してきました。

我が国では、3年おきに実施される患者調査や、毎年実施される社会医療診療行為別統計において、ICDが使われています。また、医療保険の各保険者が公表する疾病分類別統計にもICDが使われています。

さらに、平成15年度より、急性期病院を中心に導入されたDPC/PDPS（診断群分類による1日当たり包括支払い方式）にも利用されており、その重要性は増えています。



3 分かりやすいICD-10(2013年版)準拠の分類イメージ



注: 第XXI章は人口動態統計には用いない。
平成28年1月から「ICD-10(2013年版)準拠」を適用(人口動態統計は、平成29年1月分から適用開始)。

「ICD-10（2013年版）準拠」は全3巻で構成されており、下記の内容が記載されています。

① 第1巻 **Tabular list**（内容例示表）

- ・ 分類コード及び項目の一覧

② 第2巻 **Instruction manual**（総論）

- ・ 疾病および死因をコーディング（コード付け）する際のルール
- ・ 第1巻（WHO版Volume 1）及び第3巻（WHO版Volume 3）の使用方法

③ 第3巻 **Alphabetical index**（索引表）

- ・ 疾病・傷害、症状、部位などの用語及びそのコード



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 (1995年)
2003年 (平成15年)	2,045 (14,258)	平成18年 ~ 平成27年 (2006年)
2013年 (平成25年)	2,053 (14,609)	平成28年 ~ (2016年)
第11 2019年 (平成31年) 予定		

(参考)

□ 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。

□ 世界保健機関分類規則

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-11 の概要

ICD-11の概要

ICD-11の開発経緯

- 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）に提出（予定）
- 2022年 ICD-11発効

1

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：症状所見的／解剖学的／組織病理学的／遺伝学的etc.)

2



ICD-11 死亡・疾病統計用分類 (ICD-11 MMS) の構成① (仮訳)

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

ICD-10

- 第1章 感染症及び寄生虫症
- 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6章 神経系の疾患

- 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9章 循環器系の疾患
- 第10章 呼吸器系の疾患
- 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

ICD-11

- 第1章 感染症又は寄生虫症
- 第2章 新生物
- 第3章 血液又は造血器の疾患
- 第4章 免疫系の疾患
- 第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患
- 第6章 精神、行動又は神経発達の障害
- 第7章 睡眠・覚醒障害
- 第8章 神経系の疾患
- 第9章 視覚系の疾患
- 第10章 耳又は乳様突起の疾患
- 第11章 循環器系の疾患
- 第12章 呼吸器系の疾患
- 第13章 消化器系の疾患
- 第14章 皮膚の疾患
- 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17章 性保健健康関連の病態



2018年6月現在

3

ICD-11 死亡・疾病統計用分類 (ICD-11 MMS) の構成② (仮訳)

ICD-10

- 第15章 妊娠、分娩及び産じょく<褥>
- 第16章 周産期に発生した病態
- 第17章 先天奇形、変形及び染色体異常
- 第18章 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 第19章 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 第20章 傷病及び死亡の外因
- 第21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22章 特殊目的用コード

ICD-11

- 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20章 発達異常
- 第21章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの
- 第22章 損傷、中毒又はその他の外因の影響
- 第23章 傷病又は死亡の外因
- 第24章 健康状態に影響を及ぼす要因又は保健サービスの利用
- 第25章 特殊目的用コード
- 第26章 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



2018年6月現在

コード数
約14,000 ➡ 約18,000*

※1~26章のコードのある分類項目数

※V章、X章のコード数は、約14,000

出典：ICD-11公表版 (6/18付)、Simple Tabulationファイル

※下線は、新しく追加された章

※ICD-11の構成は、歴史的精査に耐えてきた構造として、流行病、全身性の疾患、部位別の疾患、発達性の疾患、損傷という基本的な形を維持。第1~4、18~20、22章は、疫学的にまとめることが適当な病態として「special groups」の章、その他の章は、「body systems」の章とされ、病態の位置づけは一般的には前者優先とされている。

出典：ICD-11 Reference Guide 1.2.2 Chapter Structure

4

ICD-10からICD-11へ (分類の詳細化)

ICD-10	ICD-11
G20 パーキンソン病	8A00 パーキンソン症候群
G21 続発性パーキンソン症候群	8A00.0 パーキンソン病
G21.0 悪性症候群	8A00.00 散在性パーキンソン病
G21.1 その他の薬物誘発性続発性パーキンソン症候群	8A00.01 家族性パーキンソン病
G21.2 その他の外因による続発性パーキンソン症候群	8A00.0Y その他の明示されたパーキンソン病
G21.3 脳炎後パーキンソン症候群	8A00.0Z パーキンソン病, 詳細不明
G21.4 血管性パーキンソン症候群	8A00.1 非定型パーキンソン症候群
G21.8 その他の続発性パーキンソン症候群	8A00.10 進行性核上性麻痺
G21.9 続発性パーキンソン症候群, 詳細不明	8A00.1Y その他の明示された非定型パーキンソン症候群
G22* 他に分類される疾患におけるパーキンソン症候群	8A00.1Z 非定型パーキンソン症候群, 詳細不明
	8A00.2 続発性パーキンソン症候群
	8A00.20 変性遺伝性疾患によるパーキンソン症候群
	8A00.21 片側萎縮片側パーキンソン症候群
	8A00.22 感染・感染後パーキンソン症候群
	8A00.23 血管性パーキンソン症候群
	8A00.24 薬物誘発性パーキンソン症候群
	8A00.25 外傷後パーキンソン症候群
	8A00.26 構造的病変によるパーキンソン症候群
	8A00.2Y その他の明示された続発性パーキンソン症候群
	8A00.2Z 続発性パーキンソン症候群, 詳細不明
	8A00.3 機能的パーキンソン症候群
	8A00.Y その他の明示されたパーキンソン症候群
	8A00.Z パーキンソン症候群, 詳細不明

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

5

ICD-10からICD-11へ (分類軸の変更)


ICD-10	ICD-11
C34 気管支又は肺の悪性新生物	2C25 気管支又は肺の悪性新生物
C34.0 上葉, 気管支又は肺	2C25.0 気管支又は肺の腺癌
C34.1 中葉, 気管支又は肺	2C25.1 気管支又は肺の小細胞癌
C34.2 下葉, 気管支又は肺	2C25.2 気管支又は肺の扁平上皮癌
C34.8 気管支及び肺の境界部病巣	2C25.3 気管支又は肺の大細胞癌
C34.9 気管支又は肺, 部位不明	2C25.4 気管支又は肺のカルチノイドその他の神経内分泌腫瘍
	2C25.5 気管支又は肺の詳細不明の悪性上皮性腫瘍
	2C25.Y その他の明示された気管支又は肺の悪性新生物
	2C25.Z 気管支又は肺の悪性新生物, 詳細不明

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

6



ICD-10からICD-11へ (章の新設：免疫系の疾患)

ICD-10	ICD-11
<p>第3章 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害 D70-D77 血液及び造血系のその他の疾患 D70 無顆粒球症、好中球減少症 等 D80-D89 免疫機構の障害 D86 サルコイドーシス 等</p> <p>第13章 筋骨格系及び結合組織の疾患 M30-M36 全身性結合組織障害 M32 全身性エリテマトーデス (SLE) M33 皮膚筋炎 M34 全身性強皮症 M35 その他の全身結合組織疾患 M35.2 ベーチェット病 等</p> <p>第19章 損傷、中毒及びその他の外因の影響 T78 有害作用、他に分類されないもの 食物アレルギー、アナフィラキシーショック 等</p> <p>第20章 傷病及び死亡の外因 X23 ハチとの接触 Y40-Y59 有害作用を引き起こした薬物 等</p> <p>※死亡統計では、アナフィラキシーによる死亡は、原因因は20章でコードし、第19章のコードを付加する。</p>	<p>第4章 免疫系の疾患 原発性免疫不全症 後天性免疫不全症 4A20 臓器非特異的全身性自己免疫疾患 4A40.0 全身性エリテマトーデス 等 自己炎症疾患 4A62 ベーチェット病 等 アレルギー性又は過敏性の病態 4A84 アナフィラキシー 4A8Y アレルギー 等 白血球系統に係る免疫系疾患 4B00.0 好中球減少症 等 免疫系に係る特定の病態 4B20 サルコイドーシス 等</p> <p>4B40 胸腺の疾患 4B4Y その他の明示された免疫系の疾患 4B4Z 免疫系の疾患、詳細不明</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">  <p>アレルギー ヒトの反応の状況をよりよく理解するために免疫系の疾患の下にグルーピング</p> </div>

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

7

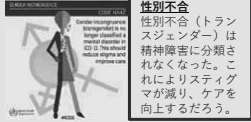
ICD-10からICD-11へ (章の新設：睡眠・覚醒障害)

ICD-10	ICD-11
<p>第4章 内分泌、栄養及び代謝疾患 E66.2 肥満低換気症候群</p> <p>第5章 精神及び行動の障害 F45 身体表現性障害 歯ぎしり 等</p> <p>F51 非器質性睡眠障害 F51.0 非器質性不眠症 F51.1 非器質性過眠症 F51.2 非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害 F51.3 夢遊症 F51.4 夜驚症 F51.5 悪夢</p> <p>第6章 神経系の疾患 G25.8 その他の異常運動 むずむず脚症候群</p> <p>G47 睡眠障害 (器質性) G47.0 不眠症 G47.1 過眠症 G47.2 睡眠・覚醒スケジュール障害 G47.3 睡眠時無呼吸 G47.4 ナルコレプシー G47.8 その他の睡眠障害 G47.9 睡眠障害、詳細不明</p>	<p>第7章 睡眠・覚醒障害 不眠症 過眠症 7A20 ナルコレプシー 等 睡眠関連呼吸障害 7A40 中枢性睡眠時無呼吸 7A42.0 肥満低換気症候群 等 概日リズム睡眠・覚醒障害 睡眠関連運動障害 7A80 むずむず脚症候群 7A83 睡眠関連歯ぎしり 等 睡眠時随伴症 ノンレム睡眠からの覚醒障害 7B00.1 睡眠時遊行症 7B00.2 睡眠時驚愕症 等 レム睡眠関連睡眠時随伴症 7B01.0 レム睡眠行動障害 7B01.1 反復性弧発性睡眠麻痺 7B01.2 悪夢障害 等 7B2Y その他の明示された睡眠・覚醒障害 7B2Z 睡眠・覚醒障害、詳細不明</p>

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

8

ICD-10からICD-11へ（章の新設：性保健健康関連の病態）


ICD-10	ICD-11
<p>第5章 精神及び行動の障害</p> <p>F52 性機能不全、器質性障害又は疾病によらないもの</p> <p>F64 性同一性障害（Gender identity disorder）</p> <p>第14章 腎尿路生殖器系の疾患</p> <p>N94 女性生殖器及び月経周期に関連する疼痛及びその他の病態</p> <p>N94.1性交疼痛</p> 	<p>第17章 性保健健康関連の病態</p> <p>性機能不全（Sexual dysfunctions） 性欲低下症、性的興奮不全、オルガズム不全、射精不全</p> <p>性疼痛障害（Sexual pain disorders） 性疼痛・挿入困難症</p> <p>性機能不全及び性疼痛障害における病因の事項 医学的病態又は損傷等に伴うもの、精神障害に伴うもの、物質使用に伴うもの等</p> <p>性別不合（Gender incongruence） 青年期又は成人期の性別不合、小児期の性別不合</p> <p>第16章 腎尿路生殖器系の疾患</p> <p>女性生殖器の非炎症性障害</p> <p>性交疼痛</p>

※「主に性的伝播による感染症（Predominantly sexually transmitted infections）」は、第一次製表では、ICD-10と同じく、第1章に分類されるが、第17章にもダブルペアレントされており、用途に応じて集計することが可能となっている。これには、梅毒、クラミジアやヘルペスウイルスによる性感染症、HIV病等が含まれる。

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

9

ICD-10からICD-11へ（章の新設：伝統医学の病態－モジュール I）

ICD-11
<p>第26章 伝統医学の病態－モジュール I</p> <p>伝統医学疾病（TM1） 証（TM1） 基本となる証（陰陽・虚実・寒熱・表裏）（TM1） 熱証（TM1）、寒証（TM1）、実証（TM1）、虚証（TM1）、 寒熱中間証（TM1）、虚実中間証（TM1）、寒熱錯雑証（TM1）等</p> <p>環境証（TM1） 気血水の証（TM1） 臓腑病証（TM1） 経絡病証（TM1） 正経病証（TM1）、奇経八脈病証（TM1） 六病位（TM1） 三焦証（TM1） 衛気営血証（TM1） 四象体質病証（TM1）</p> 

【デスクリプションより抜粋（抄）】

※本章は、死亡報告（訳注：国際的な死亡データ報告）には使用しない。「TM1」は、伝統医学の病態－モジュール I を意味する。通常の医学的概念と明確に区別できるよう、本章のすべての伝統医学の診断カテゴリーには（TM1）が付されている。

※「伝統医学疾病（TM1）」は、特定の症状、徴候等とともに発現する身体系の機能不全をいう。

※「証（TM1）」は、総体的徴候（訳注：脈診、舌診、腹部診察等による所見）及び患者の体質を含む患者の臨床像全体をいう。

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

10



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

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
- 日常活動
- 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

- 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

【デスクリプションより】

※このセクションでは、健康に関連する生活機能のレベルを記述し定量化するのに適した、個人の生活機能の概略（プロフィール）とスコアを作成することができる。生活機能評価に用いられるように、このセクションには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)」と「モデル障害調査 (MDS)」）の項目を含んでいる。

※「基本的機能の領域」は、国際生活機能分類 付録9 “理想のおよび最低限の健康情報システムまたは調査のために提案されたICFデータの要件”より

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

11

ICD-10からICD-11へ (脳卒中の移動)

ICD-10	ICD-11
第9章 循環器系の疾患 I60-I69 脳血管疾患 I60 くも膜下出血 I61 脳内出血 I62 その他の非外傷性頭蓋内出血 I63 脳梗塞 I64 脳卒中、脳出血又は脳梗塞と明示されないもの I65 脳実質外動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I66 脳動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I67 その他の脳血管疾患 I68* 他に分類される疾患における脳血管障害 I69 脳血管疾患の続発・後遺症	第8章 神経系の疾患 脳血管疾患 頭蓋内出血 脳虚血 8B20 虚血性か出血性か不明な脳卒中 8B21 脳の急性症状を伴わない脳血管疾患 無症候性脳梗塞 等 8B22 特定の明示された脳血管疾患 脳動脈解離、脳静脈血栓症 等 8B24 低酸素生虚血性脳症 8B25 脳血管疾患後遺症 8B26 脳血管疾患における脳の血管性症候群



※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

12

ICD-10からICD-11 へ (章の新設 : エクステンションコード)

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、続発症の別；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、入院後に発症
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

13

ICD-10からICD-11 へ (URI (ユニークID) の活用)

- ❑ ICD-11では、分類コードだけでなく、URI (Uniform Resource Identifier) を用いてより詳細な情報管理が可能となった。
- ❑ 詳細さに応じ、ICDコード、ファウンデーションID、用語IDを使用することができる (但し、用語IDは、現時点ではバックグラウンドのみで使用)。

例 (指定難病の把握) :

- ・ 筋萎縮性側索硬化症→疾患概念の範囲が、MMSの分類項目8B60.0と同じなので、ICDコードで疾患の特定可能
- ・ 球脊髄性筋萎縮症→疾患概念が、8B61.4限局性脊髄性筋萎縮症よりも狭いため、ICDコードだけでは、疾患の特定が難しいが、目的に応じて、ファウンデーションID (<http://id.who.int/icd/entity/1604214898>) を用いることにより、より詳細なデータ把握が可能となる。

※仮訳

	指定難病の例	ICD-11	ファウンデーションID
1	球脊髄性筋萎縮症	Bulbospinal muscular atrophy 8B61.4	http://id.who.int/icd/entity/1604214898
2	筋萎縮性側索硬化症	Amyotrophic lateral sclerosis 8B60.0	http://id.who.int/icd/entity/1982355687
3	脊髄性筋萎縮症	Spinal muscular atrophy 8B61.Z	http://id.who.int/icd/entity/71074342
4	原発性側索硬化症	Primary lateral sclerosis 8B60.4	http://id.who.int/icd/entity/1686688462
5	進行性核上性麻痺	Progressive supranuclear palsy 8A00.10	http://id.who.int/icd/entity/1493396558
6	パーキンソン病	Parkinson disease 8A00.OZ	http://id.who.int/icd/entity/296066191
7	大脳皮質基底核変性症	Corticobasal degeneration 8A00.1Y	http://id.who.int/icd/entity/348567584
8	ハンチントン病	Huntington disease 8A01.10	http://id.who.int/icd/entity/2132180242
9	神経有棘赤血球症	Neuroacanthocytosis 3A10.Y	http://id.who.int/icd/entity/1012724153
10	シャルコー・マリー・トゥース病	Charcot-Marie-Tooth disease 8C21.Z	

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

14



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF

ICD-10からICD-11へ (分類項目の内容充実)

死亡・疾病統計用分類
(ICD-11 MMS: Mortality
and Morbidity Statistics)

15

ICD-11のコード体系

1桁目 章を表す 英数字	2桁目 英字	3桁目 数字	4桁目 英数字	5桁目 英数字	6桁目 英数字	7桁目 英数字
E	D	1	E	.	E	E (E)

例：
 ・脾周囲炎 **3B81.A**
 Perisplenitis
 ・胃潰瘍，詳細不明 **DA60.Z**
 Gastric ulcer, unspecified
 ・慢性腎臓病ステージ3 **GB61.2**
 Chronic kidney disease, stage 3

※ 2桁目は必ず英字 (ICD-10コードと混同しないように)
 ※ 英字には、O、I (オーとアイ) は使用されない
 ※ ICD-10の「その他」と「詳細不明」即ち「.8」「.9」は、ICD-11では、「.Y」「.Z」

ICD-11の章 (章・コード番号早見表)

章番号	1桁目	章番号	1桁目
1	1 感染症	15	F 筋骨格
2	2 新生物	16	G 泌尿器
3	3 血液	17	H 性保健
4	4 免疫	18	J 妊娠
5	5 内分泌	19	K 周産期
6	6 精神	20	L 発達障害
7	7 睡眠障害	21	M 症状
8	8 神経	22	N 損傷
9	9 視覚	23	P 外因
10	A 耳	24	Q 保健サービス
11	B 循環器	25	R 特殊
12	C 呼吸器	26	S 伝統医学 ^{TM1}
13	D 消化器	V	V 生活機能
14	E 皮膚	X	X エクステンション

16

WHO-FICにおける中心分類の一つであるICF

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

(※)WHO-FIC(世界保健機関国際統計分類)

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。これが国際分類ファミリー(WHO-FIC WHO Family of International Classifications)と呼ばれるものであり、ICFはその中でも、ICD(国際疾病分類)と並び、中心分類の一つとして位置づけられています。

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

ICFの評価を用いるときの基本的考え方

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



ICFにおける構成要素とその相互作用

1. ICFにおける構成要素

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

(例)

第1レベルの項目 a4 運動・移動

第2レベルの項目 a450 歩行

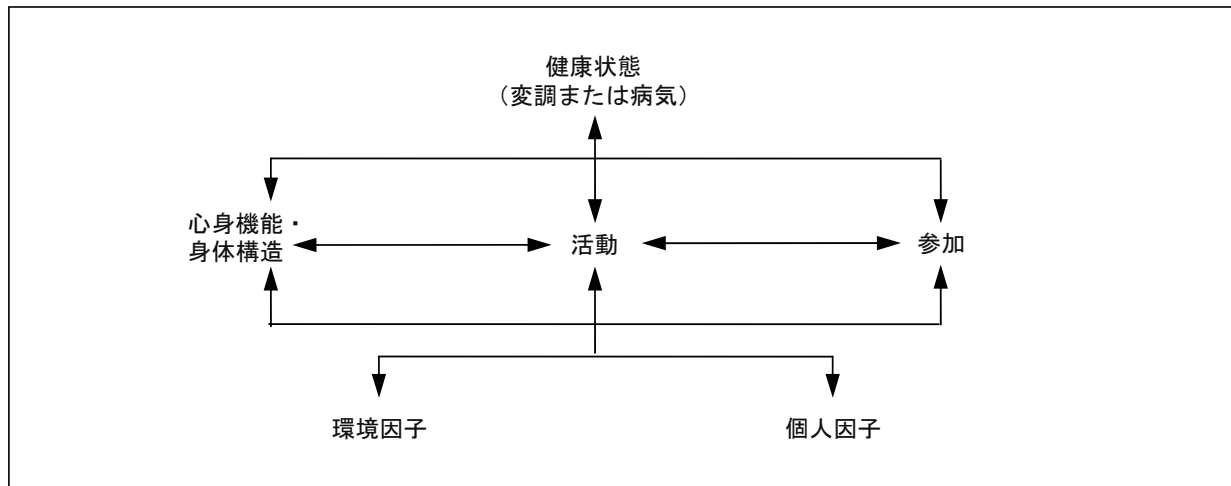
第3レベルの項目 a4501 長距離歩行

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

2. 構成要素間の相互作用について

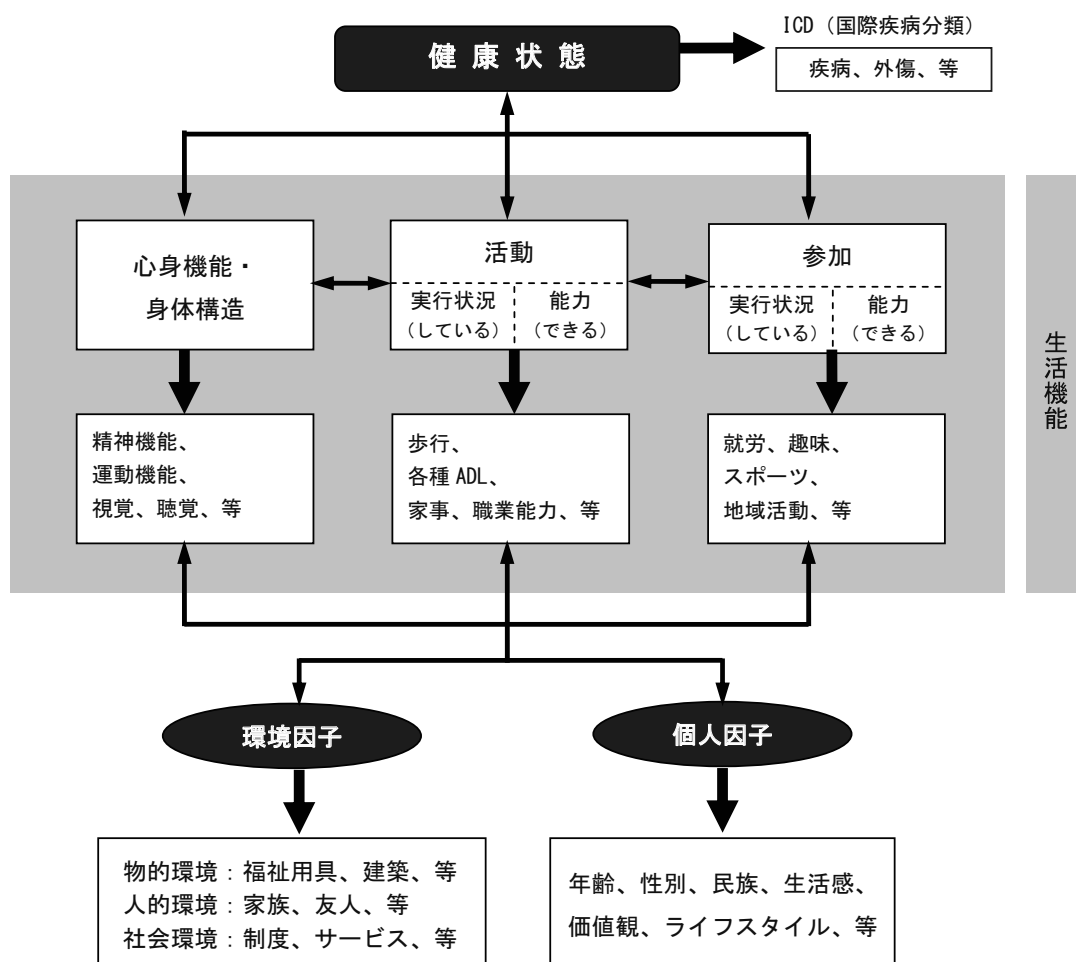
- 個人の生活機能は、健康状態と背景因子との間に相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。また、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の間にも相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。

概念図



この概念図に、具体的な例示を入れたものが次のページです。

●概念図(具体例が入ったもの)



ICF活用で期待される効果

ICFは、その活用により、

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



ICFで使われる用語の定義

◆「生活機能」に関する用語

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

◆「背景因子」に関する用語

- 背景因子(contextual factors) :
個人の人生と生活に関する背景全体(構成要素は環境因子と個人因子)
- 環境因子(environmental factors) :
人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子
- 個人因子(personal factors) :
個人の人生や生活の特別な背景

ポスター 「ICF の活用事例と今後への期待」

ポスターリスト

No	タイトル	発表者
1	ICF の視点からみる地域高齢者への誤嚥性肺炎予防の重要性について ～山梨県言語聴覚士会における取り組み～	高橋正和
2	高齢者総合機能評価用コアセット (CGA Core Set) 作成と 高齢者用 ICF コアセット (Geriatric ICF Core Set) との比較検討	富田尚希、大橋由基、尾崎章子、 中尾光之、荒井啓行
3	その人の「活動と参加」を支援する作業療法 ～ ICF の概観と共通する生活行為向上マネジメント～	一般社団法人日本作業療法士協会
4	ICD-11 における V-chapter の構造と既存尺度との関連性： ICF の活用と有効な国際統計としての適用	小松雅代、高井優奈、小川俊夫、 城島哲子、今村知明
5	長期精神科入院患者に対する ICF 利活用の可能性と今後の課題	川口英明、田口真源、櫻木章司、 森隆夫
6	ICF 評価ツールの作成と ICD と連携した評価システム構築の検討	向野雅彦、山田 深、園田 茂、出江紳一、水間正澄、 岡崎英人、河村美穂、米田千賀子、尾関保則、小口和代、 清水康裕、小池知治、戸田英美、近藤和泉、才藤栄一
7	WHO-DAS2.0 による就労継続支援サービス利用者の 個別支援計画の検討	大冨賀政昭、松本将八、木下隆志、 筒井孝子
8	ICF 概念に基づく介護技能評価アセスメントの開発と妥当性の検証	筒井孝子、大冨賀政昭、東野定律、 中川原譲二、筒井澄栄
9	ICF を活用した介護サービス自立支援のアウトカム尺度	佐藤 満、小室貴之、渡辺明子
10	厚生労働省における ICD 及び ICF に関する最近の取り組み	森桂、阿部幸喜、高橋恵介、 及川恵美子
11	神奈川県が進める未病指標と ICF	本間健志、大冨賀政昭
12	福祉用具の分類と用語 ISO9999	井上剛伸、中山剛、石渡利奈



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF

ICFの視点からみる地域高齢者への誤嚥性肺炎予防の重要性について ～山梨県言語聴覚士会における取り組み～

高橋正和（一般社団法人山梨県言語聴覚士会・医療法人石和温泉病院）

背景

高齢期における摂食・嚥下機能の維持・向上は、健全な経口摂食を保つ上で極めて重要である。自立高齢者においても潜在的な摂食・嚥下機能の低下は、誤嚥性肺炎の発症や生活の質の低下に繋がる要因である。しかし、必ずしも高齢者自身にその重要性和予防効果などについての認識が広く浸透しているとは言い難い*1状況である。そこで、山梨県言語聴覚士会（以下、当士会）では、地域の自立高齢者の「誤嚥性肺炎の理解と予防」を目的に活動を行っており、以下に報告する。

活動概要

「いきいき山梨ねりんピック」にて2017年、2018年と「誤嚥性肺炎の理解と予防」をテーマにイベントを実施した。

参加者：375名（2017年224名、2018年151名）

内容：①誤嚥性肺炎の説明

②ピークスフローメーターを用いた咳嗽力測定

③「呼吸」・「口腔」・「摂食嚥下」に関する自主練習方法などリーフレットの作成・説明

④自主訓練用の吹戻しの配布

⑤自主訓練用の吹戻しの配布

⑥自主訓練用の吹戻しの配布

⑦自主訓練用の吹戻しの配布

⑧自主訓練用の吹戻しの配布

⑨自主訓練用の吹戻しの配布

⑩自主訓練用の吹戻しの配布

⑪自主訓練用の吹戻しの配布

⑫自主訓練用の吹戻しの配布

⑬自主訓練用の吹戻しの配布

⑭自主訓練用の吹戻しの配布

⑮自主訓練用の吹戻しの配布

⑯自主訓練用の吹戻しの配布

⑰自主訓練用の吹戻しの配布

⑱自主訓練用の吹戻しの配布

⑲自主訓練用の吹戻しの配布

⑳自主訓練用の吹戻しの配布

㉑自主訓練用の吹戻しの配布

㉒自主訓練用の吹戻しの配布

㉓自主訓練用の吹戻しの配布

㉔自主訓練用の吹戻しの配布

㉕自主訓練用の吹戻しの配布

㉖自主訓練用の吹戻しの配布

㉗自主訓練用の吹戻しの配布

㉘自主訓練用の吹戻しの配布

㉙自主訓練用の吹戻しの配布

㉚自主訓練用の吹戻しの配布

㉛自主訓練用の吹戻しの配布

㉜自主訓練用の吹戻しの配布

㉝自主訓練用の吹戻しの配布

㉞自主訓練用の吹戻しの配布

㉟自主訓練用の吹戻しの配布

㊱自主訓練用の吹戻しの配布

㊲自主訓練用の吹戻しの配布

㊳自主訓練用の吹戻しの配布

㊴自主訓練用の吹戻しの配布

㊵自主訓練用の吹戻しの配布

㊶自主訓練用の吹戻しの配布

㊷自主訓練用の吹戻しの配布

㊸自主訓練用の吹戻しの配布

㊹自主訓練用の吹戻しの配布

㊺自主訓練用の吹戻しの配布

まとめ

健全な経口摂取を営むことは日常生活における楽しみであり、食事を味わう楽しみや親しい者との共食の機会を人生の生きがいとして捉えている者は多い*2。自立高齢者では誤嚥リスクの増大により摂取できる食品群の制限が生じ、その結果として会食への参加が制限される。この社会参加の制約は、日常生活を円滑に営むための活力やモラルの低下に繋がりが*3、社会参加の制約は生活不活発病に発展する高い危険性を有している。

山梨県には無尽というソーシャルネットワークが習慣として根付いており、昔から住民同士の繋がりが強い風土である。健康長寿の秘密は無尽にありと言われるように、気心の知れた友人との定期的な交流（会食）の場は、生活の張り合いという高齢者は多い。自立高齢者における誤嚥性肺炎の予防は、生命リスクや能力低下といった問題だけでなく、各個人の生活やライフスタイルといったQOLの担保となる重要な取り組みである。当士会としても継続的な支援・啓発活動を実施していきたい。

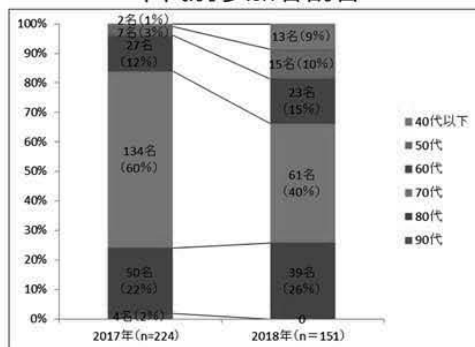
<引用文献>

- *1 厚生労働省：『高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のための取組に関する調査』アフターサービス推進室活動報告書Vol.25（平成29年1月24日）、2017、(https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol25.html)
- *2 内閣府：平成21年度高齢者の日常生活に関する意識調査,2010、(http://www8.cao.go.jp/kourei/shikih21/sougouzentai/index.html)
- *3 三浦宏子, 原 修一, 森崎直子ほか：地域高齢者における活力度指標と摂食・嚥下関連要因との関連性. 日老医誌 2013;50:110-115.

<ICFにおける自立高齢者の摂食・嚥下機能低下の問題点>

健康状態	①摂食・嚥下機能低下、②生活不活発病状態
身体構造・心身機能	①栄養や水分不足による生命維持困難、②誤嚥や窒息による生命危機、③食べる事への喪失感
活動	①虚弱体質となり体力維持ができなくなる、②仕事や余暇活動などの日常生活に支障がでる
参加	①家庭内の団欒や外食などが億劫になり、食べる楽しみの喪失、交流の減少 ②外出時の食事が取れないことで、行動時間や範囲の制限される ③周囲と疎遠となり、ストレス増加、閉じこもりに繋がる

<年代別参加者割合>



<当日写真>
参加者からは「誤嚥性肺炎の怖さについて学べ、何を気を付けたらいいのかが分かった。さっそく今夜から練習を始めたい」という意見を頂いた。

“誤嚥性肺炎”の関心は高く、咳嗽力測定では順番待ちの行列も出来ました。参加された方は測定結果に一喜一憂し、来年の為に練習してくると意欲的でした。



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



高齢者総合機能評価用コアセット (CGA Core Set) 作成と 高齢者用 ICF コアセット (Geriatric ICF Core Set) との比較検討

富田尚希¹, 大橋由基², 尾崎章子³, 中尾光之⁴, 荒井啓行¹

¹ 東北大学病院加齢・老年病科 (東北大学加齢医学研究所脳科学研究部門老年医学分野), ² 洛和会音羽リハビリテーション病院,
³ 東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野, ⁴ 東北大学大学院情報科学研究科応用情報科学専攻バイオモデリング論分野

1. 背景と研究目的: CGAの特徴を高齢者用ICFコアセットと比較することで明確に示す

「高齢者の健康を包括的に評価するための情報のセット」は複数提唱されている。老年医学の分野では、1930年代より「高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)」が用いられている。

(1) 高齢者総合機能評価 (CGA)¹

生活機能評価を中心にしながら、症状・疾患の評価を同時に行う評価体系で、通常は「多職種」で分担して評価する。

- ① スクリーニング用単一指標 (CGA screening): KCL (基本チェックリスト)、G8 (栄養評価を中心とした8項目)、VES-13 etc ⇒ ICF linkage されている
- ② 評価尺度の組合せ (CGA assessment): MMSE (認知機能)、GDS (気分)、Vitality (意欲)、TUG (移動能力)、FIM (ADL) etc の組合せ

② (CGA assessment) は未だICFとリンクされていない ⇒ 本研究でICFとリンク、高齢者用ICFコアセットと比較してCGAの特徴を明らかにする

(2) 高齢者用ICFコアセット (Geriatric ICF Core Set)^{2,3,4,5}

特定の健康状態や特別な医療背景を評価するために、最も関連するICFカテゴリのリストを提示しているもの。

- ① Comprehensive²: post-acute care (移行期) 用 123項目
- ② Brief³: post-acute care (移行期) 用 (簡易版) 38項目
- ③ Community, nondemented⁴: 地域在住で認知症ではない75歳以上用 29項目

2. 調査概要: 医療専門職と一般高齢者を対象にインターネット調査を2回行い、デルファイ法で回答者の意見を収めさせる

調査対象

- 専門家 (医師、看護師、介護福祉士、理学・作業療法士) ……………100-120人
- 一般高齢者 (調査会社モニター・介護者) ……………50-100人

調査方法・期間

インターネット調査 (デルファイ法: 1回目調査の集計結果を示して2回目調査を行う)

1回目 2018年3月~4月 回答者数: 327人 (医療専門職 80人、一般高齢者 247人)

- ① 高齢者の健康状態全体を把握するために必要な概念・指標は何か
- ② 高齢者総合機能評価 (CGA) に含まれるべきICF項目はどれか
- ③ 効果的・効率的な測定方法はどれか (自記式・面接式・機器測定)

2回目 2018年4月~5月 回答者数: 182人 (医療専門職 50人、一般高齢者 132人)

- ①②③についての集計結果のお知らせ、集計結果をふまえた上で改めて質問
- 専門家と一般高齢者の回答傾向の違いを検討

ICF第2レベル分類で、選択した人数の多い上位20%をコア項目として抽出 (ICFにない項目は複数名が回答した項目を抽出) ⇒ CGAコアセットを構成

3. 調査結果: CGAコアセット案 59項目 (心身機能 b > 活動参加 d > 環境 e > nd/nc > 個人 pf > 身体構造 s)

ICF項目(心身機能): b140, b144, b152, b164, b110, b114, b117, b122, b134, b210, b230, b280, b435, b440, b455, b410, b510, b525, b620, b710, b730

ICF項目(身体構造): s110, s750

ICF項目(活動参加): d350, d330, d310, d470, d450, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d710, d760, d860, d920

ICF項目(環境因子): e110, e115, e120, e125, e165, e230, e310, e325, e355, e410, e575, e580

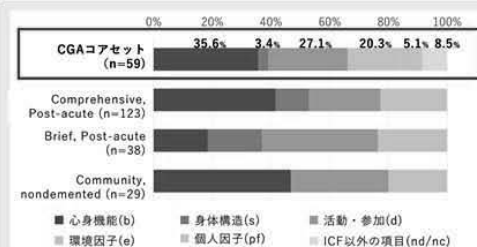
個人因子: 性別、年齢、体力

評価すべき概念 (自由回答で2名以上記載した項目): QOL、生きがい、生活満足度、自己効力感、一人を楽しむ個人の側面

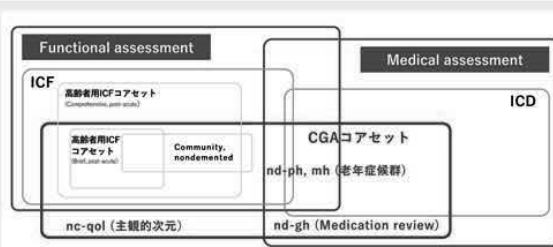
評価すべき概念 (提示した項目の選択頻度順): 社会的サポート > 社会参加 > 社会的ネットワーク > 生活空間 > 社会的役割 > 閉じこもり > 多剤併用 > 社会的孤立 > 薬の不遵守

4. 考察: CGAコアセットは nd/nc (ICF外項目) を含み、主に「ICD項目 nd-gh, ph, mh⁵⁾」「主観的次元 nc-qol⁵⁾」に該当と推測

高齢者ICFコアセットとの比較: 2 for Post-acute, 1 for community



高齢者総合機能評価 (CGA) の構成: ICD, ICF components との関係



参考文献

1) Ritch A. History of geriatric medicine: from Hippocrates to Marjory Warren. J R Coll Physicians Edinb 2012; 42(4): 368-74.
2) Jerome E. Bickenbach et al. ICF concepts: Manual for Clinical Practice. テンション医学舎 (医薬品出版株式会社).
3) ICF Research Branch (<https://www.icf-research-branch.org/download>)

4) Sophie LW et al. The Geriatric ICF core set reflecting health related problems in community living older adults aged 75 years and older without dementia. Disabil Rehabil, 2018; 37(25): 2337-2343.
5) Alarcos Cieza, Nora Fayed, Jerome Bickenbach & Birgit Prodinger (2016): Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.3109/09638228.2016.1145258

資金

この研究はCOI-STREAM (文部科学省、JST) の支援を受けて実施した



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



その人の「活動と参加」を支援する作業療法 ~ ICFの概観と共通する生活行為向上マネジメント ~

筆者・所属：一般社団法人 日本作業療法士協会

日本作業療法士協会の「作業療法の定義」

2018年（平成30年）5月26日

「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。」

【注釈】

- ・作業療法は「人は作業を通して健康や幸福になる」という基本理念と学術的根拠に基づいて行われる。
- ・作業療法の対象となる人々とは、身体、精神、発達、高齢期の障害や、環境への不適応により、日々の作業に困難が生じている、またはそれが予測される人や集団を指す。
- ・作業には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為と、それを行うのに必要な心身の活動が含まれる。
- ・作業には、人々ができるようにしたいこと、できる必要があること、できることが期待されていることなど、個別の目的や価値が含まれる。
- ・作業に焦点を当てた実践には、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業の利用と、その作業自体を練習し、できるようにしていくという目的としての作業の利用、およびこれらを実現するための環境への働きかけが含まれる。

生活行為向上マネジメント（MTDLP）の開発

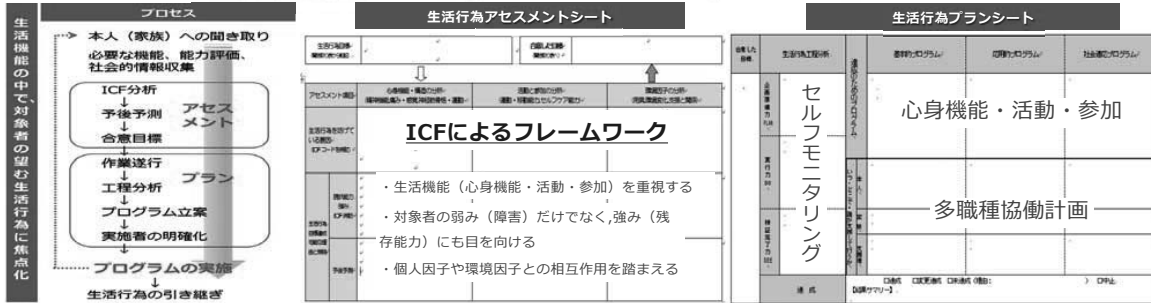
開発の目的

国民にわかりやすい作業療法の姿を示すべく、平成20年度より厚労省・老人保健健康増進等事業を6年間継続受託し「作業をすることで人は健康になれる」サービスのあり方を提案

MTDLPの内容

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

The concept of Management Tool for Daily Life Performance



MTDLP運用上の展開

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分類のコードで重層的に整理し経過を捉えることであるが、複数シートの運用とデータ抽出に課題がある

- ◀利点▶ ○シートを用いて作業療法を可視化 ○ICFで生活機能を包括的にアセスメント ○アセスメントと計画に基づいた作業の提供
- ◀課題▶ △プロセスに基づいた複数シートの運用 △ICFコードの参照・転記に時間を要する △各シート間のデータ共有化

MTDLP・ICFのデータを収集するための環境整備



★1つのApplicationで各シートを作成・一部の項目は自動的に連結・各種データを回収し、データベース化の展開を図る

今後の展望

ICFの概観や構造的特徴を活用するMTDLPの手法は、ICFの理念である「障害や疾病を持った人々やその家族、保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、障害や疾病の状態について共通の理解を持つ」ことに寄与するものである

- ★「人は作業を行うことで元気になれる」という作業療法の考え方は普遍的であり、作業療法士は「作業」を保証し、その人の「活動と参加」を支援する
- ★MTDLPはICFの概念を導入し、第2分類コードの活用であるが、作業療法の対象・評価・介入に関するデータベースの構築を図り、国民の健康に寄与するために、啓発・普及及び効果検証に努めていきたい





ICD-11におけるV-chapterの構造と既存尺度との関連性 －ICFの活用と有効な国際統計としての適用－

小松雅代¹ 高井優奈¹ 小川俊夫² 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

背景

ICFは国際統計分類の一つとしてすでに存在しているにもかかわらず、ICD-11に生活機能を評価するV-chapterが導入された。この導入について、WHOが期待する2つの可能性の1つめは、「標準化された患者プロフィールおよび全体的な機能スコアを生成するための構造化評価の可能性」、2つめは「個々のケースまたは条件のコーディングのための機能的なカテゴリの選択の可能性」である。しかし、この可能性を現実的にするにはICFコードの使用手法等の課題がある。そのため、疾患や外傷（外的要因）による生活機能の統計分析や一般化に至っていないと考えられる。WHOは、V-chapterの位置づけとして生活機能のデータの集約と定量化、包括的な評価の実施を目的としていると考えられ、今回、ICFの視点からICD-11のV-chapterの構造について分析を行い、ICDとICFの相互利用について考察する

方法

- 1 ICD-11-MMS（2018年8月時点）V-chapterの56の項目（+7の下位項目）について、ICFコードとの関連性を把握し、項目の構造について分析を実施した。
- 2 既存尺度とV-chapterのICFのコードとの関連性について分析を実施した。

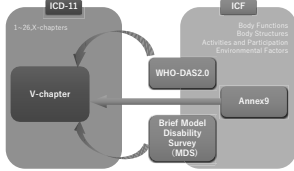


図1 V-chapterとICFの関連性

1 WHO-DAS2.0 14項目	2 簡易版モデル障害調査 (MDS)	3 基本的機能の領域 (Annex9)
<ul style="list-style-type: none"> 認知 運動・行動 セルフケア (MDSの関連項目) 社会生活 日常生活 社会参加及び健康関連の事項 	<ul style="list-style-type: none"> 認知及び行動機能 運動・行動の機能 セルフケア 社会生活 日常生活 社会参加及び健康関連の事項 	<ul style="list-style-type: none"> 認知・知覚・注意 運動・行動 セルフケア 社会生活 日常生活 社会参加及び健康関連の事項 身体的・精神的苦痛 社会的関係 環境 健康状態 健康行動 健康状態 健康行動

図2 V-chapter生活機能評価に関する区分

表1 V-chapterコードと既存尺度による下位尺度との比較

ICD-11	V-chapter	WHO-DAS2.0	MDS	MMS	その他
6A00	6A00				
6A01	6A01				
6A02	6A02				
6A03	6A03				
6A04	6A04				
6A05	6A05				
6A06	6A06				
6A07	6A07				
6A08	6A08				
6A09	6A09				
6A10	6A10				
6A11	6A11				
6A12	6A12				
6A13	6A13				
6A14	6A14				
6A15	6A15				
6A16	6A16				
6A17	6A17				
6A18	6A18				
6A19	6A19				
6A20	6A20				
6A21	6A21				
6A22	6A22				
6A23	6A23				
6A24	6A24				
6A25	6A25				
6A26	6A26				
6A27	6A27				
6A28	6A28				
6A29	6A29				
6A30	6A30				
6A31	6A31				
6A32	6A32				
6A33	6A33				
6A34	6A34				
6A35	6A35				
6A36	6A36				
6A37	6A37				
6A38	6A38				
6A39	6A39				
6A40	6A40				
6A41	6A41				
6A42	6A42				
6A43	6A43				
6A44	6A44				
6A45	6A45				
6A46	6A46				
6A47	6A47				
6A48	6A48				
6A49	6A49				
6A50	6A50				
6A51	6A51				
6A52	6A52				
6A53	6A53				
6A54	6A54				
6A55	6A55				
6A56	6A56				
6A57	6A57				
6A58	6A58				
6A59	6A59				
6A60	6A60				
6A61	6A61				
6A62	6A62				
6A63	6A63				
6A64	6A64				
6A65	6A65				
6A66	6A66				
6A67	6A67				
6A68	6A68				
6A69	6A69				
6A70	6A70				
6A71	6A71				
6A72	6A72				
6A73	6A73				
6A74	6A74				
6A75	6A75				
6A76	6A76				
6A77	6A77				
6A78	6A78				
6A79	6A79				
6A80	6A80				
6A81	6A81				
6A82	6A82				
6A83	6A83				
6A84	6A84				
6A85	6A85				
6A86	6A86				
6A87	6A87				
6A88	6A88				
6A89	6A89				
6A90	6A90				
6A91	6A91				
6A92	6A92				
6A93	6A93				
6A94	6A94				
6A95	6A95				
6A96	6A96				
6A97	6A97				
6A98	6A98				
6A99	6A99				

結果

V-chapterの3つのコーディングツールであるWHO-DAS2.0、簡易版モデル障害調査 (MDS)、基本的機能の領域 (Annex9) には、「認知機能、精神機能」「運動・移動」「セルフケア」「他者との交流、対人関係」といった類似した項目が含まれているが、ICFコードを用いてそれぞれの項目を分析すると、異なったICFコードから構成されていた (表1、表2)。
・アルツハイマー型認知症を例に分析した結果、既存尺度とV-chapterとの関連性では、GDS (Geriatric Depression Scale: 老年期うつ病評価尺度) やBarthel Index (ADL評価尺度) は高い一致率を示した。一方、認知機能を評価する項目であるMMSE (Mini Mental State Examination) の一致率は低かった (表3、図3)。

結論

3つのベースツールとV-chapterの項目の関連性では、V-chapterのコードは互いに関連した項目は含まれているが、それぞれの項目が独立した生活機能の意味を成し得ている。
・また、生活機能分類を統計的処理することができるICFは単に生活機能を評価するだけでなく、既存尺度がどの部分の生活機能を評価しているかを羅針盤的に分析できるツールである。
・V-chapterがICD-11に導入されたことで、疾病分類された疾病の生活機能を国際比較し、公衆衛生の視点から科学的に統計分類することができる可能性が十分にある。
・しかし、個々のケースまたは条件のコーディングの選択については、個々の症例の分析を重ね、コード化のための分析が必要である。

謝辞

本研究は、平成30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く申し上げます。

開示すべきCOI関係はありません。

表2 V-chapterのコーディングツールと項目との関連性

WHO-DAS2.0	MDS	Annex 9	ICF
6141	6142	6143	6144
6145	6146	6147	6148
6149	6150	6151	6152
6153	6154	6155	6156
6157	6158	6159	6160
6161	6162	6163	6164
6165	6166	6167	6168
6169	6170	6171	6172
6173	6174	6175	6176
6177	6178	6179	6180
6181	6182	6183	6184
6185	6186	6187	6188
6189	6190	6191	6192
6193	6194	6195	6196
6197	6198	6199	6200
6201	6202	6203	6204
6205	6206	6207	6208
6209	6210	6211	6212
6213	6214	6215	6216
6217	6218	6219	6220
6221	6222	6223	6224
6225	6226	6227	6228
6229	6230	6231	6232
6233	6234	6235	6236
6237	6238	6239	6240
6241	6242	6243	6244
6245	6246	6247	6248
6249	6250	6251	6252
6253	6254	6255	6256
6257	6258	6259	6260
6261	6262	6263	6264
6265	6266	6267	6268
6269	6270	6271	6272
6273	6274	6275	6276
6277	6278	6279	6280
6281	6282	6283	6284
6285	6286	6287	6288
6289	6290	6291	6292
6293	6294	6295	6296
6297	6298	6299	6300

表3 ICD-11によるアルツハイマー型認知症 (軽度～中等度) の分類例

ICD-11	WHO-DAS2.0	MDS	Annex 9	ICF
6A00	6A00	6A00	6A00	6A00
6A01	6A01	6A01	6A01	6A01
6A02	6A02	6A02	6A02	6A02
6A03	6A03	6A03	6A03	6A03
6A04	6A04	6A04	6A04	6A04
6A05	6A05	6A05	6A05	6A05
6A06	6A06	6A06	6A06	6A06
6A07	6A07	6A07	6A07	6A07
6A08	6A08	6A08	6A08	6A08
6A09	6A09	6A09	6A09	6A09
6A10	6A10	6A10	6A10	6A10
6A11	6A11	6A11	6A11	6A11
6A12	6A12	6A12	6A12	6A12
6A13	6A13	6A13	6A13	6A13
6A14	6A14	6A14	6A14	6A14
6A15	6A15	6A15	6A15	6A15
6A16	6A16	6A16	6A16	6A16
6A17	6A17	6A17	6A17	6A17
6A18	6A18	6A18	6A18	6A18
6A19	6A19	6A19	6A19	6A19
6A20	6A20	6A20	6A20	6A20
6A21	6A21	6A21	6A21	6A21
6A22	6A22	6A22	6A22	6A22
6A23	6A23	6A23	6A23	6A23
6A24	6A24	6A24	6A24	6A24
6A25	6A25	6A25	6A25	6A25
6A26	6A26	6A26	6A26	6A26
6A27	6A27	6A27	6A27	6A27
6A28	6A28	6A28	6A28	6A28
6A29	6A29	6A29	6A29	6A29
6A30	6A30	6A30	6A30	6A30
6A31	6A31	6A31	6A31	6A31
6A32	6A32	6A32	6A32	6A32
6A33	6A33	6A33	6A33	6A33
6A34	6A34	6A34	6A34	6A34
6A35	6A35	6A35	6A35	6A35
6A36	6A36	6A36	6A36	6A36
6A37	6A37	6A37	6A37	6A37
6A38	6A38	6A38	6A38	6A38
6A39	6A39	6A39	6A39	6A39
6A40	6A40	6A40	6A40	6A40
6A41	6A41	6A41	6A41	6A41
6A42	6A42	6A42	6A42	6A42
6A43	6A43	6A43	6A43	6A43
6A44	6A44	6A44	6A44	6A44
6A45	6A45	6A45	6A45	6A45
6A46	6A46	6A46	6A46	6A46
6A47	6A47	6A47	6A47	6A47
6A48	6A48	6A48	6A48	6A48
6A49	6A49	6A49	6A49	6A49
6A50	6A50	6A50	6A50	6A50
6A51	6A51	6A51	6A51	6A51
6A52	6A52	6A52	6A52	6A52
6A53	6A53	6A53	6A53	6A53
6A54	6A54	6A54	6A54	6A54
6A55	6A55	6A55	6A55	6A55
6A56	6A56	6A56	6A56	6A56
6A57	6A57	6A57	6A57	6A57
6A58	6A58	6A58	6A58	6A58
6A59	6A59</			



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



長期精神科入院患者に対するICF利活用の可能性と今後の課題

○川口英明^{1,2} 田口真源¹ 櫻木章司¹ 森隆夫¹

1 日本精神科病院協会 2 東京大学大学院医療情報学分野

欧米諸国に比べ、日本では精神科領域において地域医療へ移行するためのインフラ整備が積極的には取り組まれてきておらず、精神科患者の長期入院が慢性化している。このような現状を受け、日本においても地域移行に向けた取り組みが開始されているが、退院後患者が地域に適應できるかは、患者の生活機能に依存することが知られている。本発表では、機械学習や統計的因果探索といったデータサイエンスの手法をICFデータに適用し、長期精神科入院患者の生活機能に関する知見を紹介するとともに、精神科領域におけるICF利活用の課題と取組みについても紹介する。

長期精神科入院について

諸外国では精神科入院患者の「脱施設化」が行われてきたが、日本では地域医療へ移行するためのインフラ整備が積極的には取り組まれてきておらず、1年以上の長期入院患者が20万人以上いるなど、精神科患者の長期入院が慢性化している。そこで、「重度かつ慢性」暫定基準案など、地域移行に向けた取り組みが開始されている。

重度かつ慢性暫定基準案

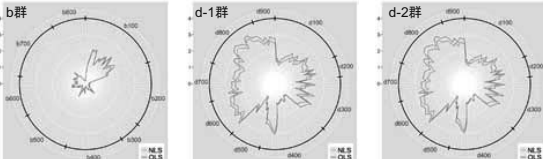
新たな長期入院患者を作らないようにするための基準案。入院後適切な治療を継続したにもかかわらず1年を超えて在院した患者のうち、精神症状が一定以上の重症度を満たし、①行動障害、②生活障害のいずれかがある場合を指す。→長期精神科入院では生活障害が着目されている。

ICFを用いた長期入院患者の生活機能評価

日本精神科病院協会が調査したICFデータを用いて、入院期間1-5年のニューロングステイ(NLS群)と5年以上のオールドロングステイ(OLS群)の二群間で、b群(心身機能)とd群(活動と参加、d-1群が実行状況、d-2群が能力)の項目を比較し、認知機能と生活機能障害を評価した。年齢や精神症状などの共変量については、傾向スコアを適用し、各ICF項目の重みづけ平均をレーダーチャートにした。

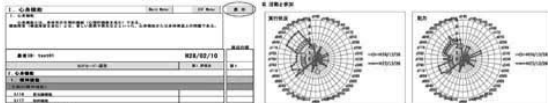
●研究で得られた知見のまとめ

- ・OLSはNLSに比べ、認知機能や多くの社会生活機能が障害されていることが示された。
- ・入院環境で自立性が要求される日常的に行う機会の多い生活機能は、OLSとNLSで有意な差は認められなかった。



Kawaguchi et al. Evaluation of cognitive and social functioning in patients requiring long-term inpatient psychiatric care using the International Classification of Functioning, Disability, and Health: a large-scale, multi-institutional observational study. Disabil Rehabil. 15, pp.1-7, 2017

ICFの課題と日本精神科病院協会(日精協)の取り組み
リハビリテーション分野に比べ、精神科領域では、ICF使用例がほとんどなく、その理由としてデータ採取が困難であることが指摘されている。そこで日精協では因子分析を用いたICF短縮版を試作した。Excelベースであり、各項目をクリックすると、その項目に関するICF日本語版の説明が現れる。また、入力したBPRSおよびICFの値を、レーダーチャートを介して可視化することができる。



川口英明 他. 長期精神科入院患者のためのICF短縮版作成に関する研究. 第112回日本精神神経学会学術総会, 2016

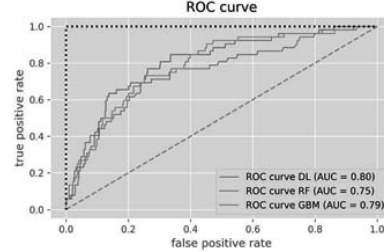
ICF×データサイエンス

1. 機械学習による長期入院患者の退院予測

地域移行の際、やみくもに全ての患者を地域移行の対象とするのは現実的ではなく、まずは退院が比較的容易な患者群を適切に抽出する必要がある。ICFデータおよび種々の背景因子、患者特性から、その患者が退院できるか否かを予測する機械学習モデルを構築した。ランダムフォレスト、勾配ブースティングモデル、ディープラーニングを用い、予測精度を比較した。

●研究で得られた知見のまとめ

- ・ICFデータを使えば8割以上の正解率で退院予測可能
- ・退院可能性の高い患者をスクリーニングするという目的には、ディープラーニングが適している可能性



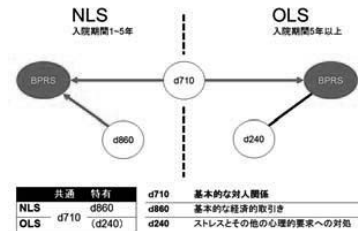
川口英明 他. ICFを用いた長期精神科入院患者の退院予測に関する機械学習のアプローチ. 第113回日本精神神経学会学術総会, 2017

2. 統計的因果探索

生活障害と精神症状の重症度との関連性については明確にされていないが、長期精神科入院患者の生活障害には特定のパターンが認められたことから、精神症状と関連のある項目とない項目が混在している可能性が考えられた。そこで、統計的因果探索手法であるPCアルゴリズムとLiNGAMを用いて、長期精神科入院患者の精神症状と生活機能の関連性について可視化した。

●研究で得られた知見のまとめ

- ・多くの生活機能は精神障害とは独立であり、精神科的治療とは別に生活機能を改善する必要性
- ・一部の生活機能の改善は、精神障害自体をも改善させる可能性



川口英明 他. ICFを用いた長期精神科入院患者の生活機能に関する統計的因果探索アプローチ. 第114回日本精神神経学会学術総会, 2018

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



ICF評価ツールの作成とICDと連携した評価システム構築の検討

向野雅彦¹⁾ 山田 深²⁾ 園田 茂³⁾ 出江紳一⁴⁾ 水間正澄⁵⁾ 岡崎英人⁶⁾ 河村美穂⁷⁾ 米田千賀子⁸⁾ 尾関保則⁹⁾
 小口和代¹⁰⁾ 清水康裕¹¹⁾ 小池知治¹²⁾ 戸田美美¹³⁾ 近藤和泉¹⁴⁾ 才藤栄一¹⁾

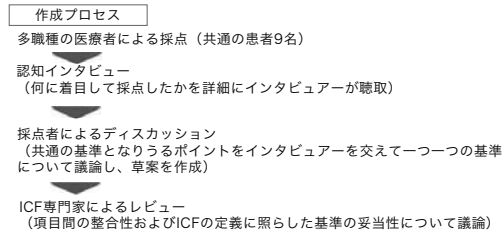
背景

国際生活機能分類(以下ICF)は2001年に採択されて以降、臨床への普及が進められてきたが、特に医療分野においてはまだ本格的な普及には課題がある。本研究では、ICFの普及を目的として国際共同研究として進められてきたICFコアセットの中で、リハビリテーション患者に横断的に適応可能な日本の医療現場への普及と推進を目的に臨床で使用可能な評価ツールを作成し、さらにICDと連携した評価モデルについての検討を実施した。

*** ICFリハビリテーションセット (Proding et al, 2016)**
 ICFリハビリテーションセットはコアセットの一つとして開発され、主観的な健康感と最もよく関連している項目を計量心理学的な手法を用いて選択し、さらに国際的な専門家会議により臨床において重要な項目を追加して作成された、30項目の項目セット。

採点用リファレンスガイドの作成

先行研究で、ICFの評定の信頼性はそのままでは低いことが報告されている。しかし、恣意的な基準の作成は元々のガイドラインと矛盾を生じることが問題であった。そのためもともとの基準を尊重し、認知デブリフィングによって臨床家の評点の具体例を例示する形でガイドを作成した。



検者間信頼性

作成したリファレンスガイドを用い、検者間信頼性の検討を実施した(n=87, 検者4名)。情動機能、痛みの感覚を除き、重み付け κ 係数が0.6以上であり、比較的良好な信頼性が確認された。

	重み付け κ 係数
b130 活力と欲動の機能	0.75
b134 睡眠機能	0.64
b152 情動機能	0.22
b280 痛みの感覚	0.48
b455 運動耐容能	0.62
b620 排尿機能	0.88
b640 性機能	0.81
b710 関節の可動性の機能	0.79
b730 筋力の機能	0.69
d230 自課の遂行	0.73
d240 ストレスとその他の心理的要求への対処	0.70
d410 基本的な姿勢の変換	0.82
d415 姿勢の保持	0.78
d420 移乗	0.80
d450 歩行	0.63/0.72
d455 移動	0.61
d465 用具を用いての移動	0.64
d470 交通機関や手段の利用	0.67
d510 自分の体を洗うこと	0.78
d520 身体各部の手入れ	0.77
d530 排泄	0.73
d540 更衣	0.70
d550 食べること	0.74
d570 健康に注意すること	0.64
d640 調理以外の家事	0.78
d660 他者への援助	0.74
d710 基本的な対人関係	0.70
d770 親密な関係	0.78
d850 報酬を伴う仕事	0.74
d920 レクリエーションとレジャー	0.64

n=87

フィールドテスト

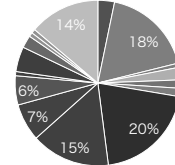
対象) 急性期病院(藤田医科大学病院、120名)および回復期病院(藤田医科大学病院、藤田医科大学七葉記念病院、鶴岡リハビリテーション病院、宇野病院、輝山会記念病院、三九朗病院、計180名)に単日入院リハビリテーションを実施していた患者からランダムに選択した計300名

方法) 採点用リファレンスガイドに基づき、理学療法士、作業療法士または看護師がICFリハビリテーションセットの30項目の採点を実施した。また、カルテから後視的に診断名を抽出し、ICD-11に基づいてコード化し、分類した。また、欠損値が5%以上の項目を除いた21項目のデータを用いてRasch分析を実施し、適合度を検討した。算出された難易度の最小値を0、最大値を100として変換した標準化スケールを作成し、ICD-11の大分類ごとのスコアの分布を検討した。

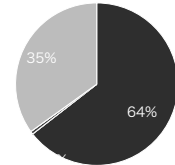
ICD-11の大分類

- 1 感染症または寄生虫
- 2 新生物
- 3 血液又は造血器の疾患
- 4 免疫機構の疾患
- 5 内分泌、栄養または代謝疾患
- 6 精神、行動または神経発達障害
- 8 神経系の疾患
- B 循環器系の疾患
- C 呼吸器系の疾患
- D 消化器系の疾患
- E 皮膚の疾患
- F 筋骨格系又は結合組織の疾患
- G 泌尿生殖器系の疾患
- L 先天奇形
- M 症状、徴候または臨床所見で他に分類されないもの
- N 損傷、中毒またはその他の外因の影響

急性期の患者内訳 (n=124)



回復期の患者内訳 (n=180)



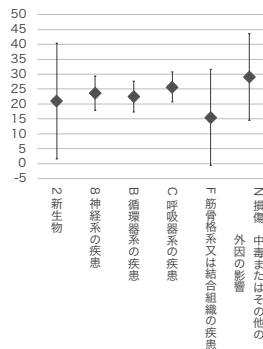
Rasch分析の結果

初回モデルのRasch分析の当てはまりは不良であったが、b項目、d1項目、d4/5項目、d7項目の4つの項目グループに分けたtestlet analysis (Lundgren-Nilsson A, 2011)の手法を用いたところ、良好な適合が確認された。

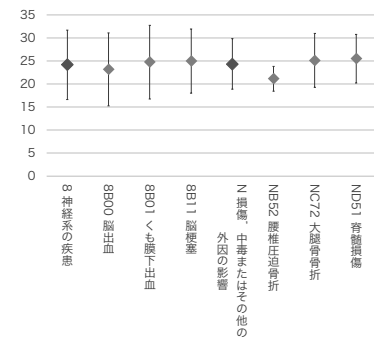
Location Item	Person		Fit Residual Item		Person		Item - Trait Interaction			Reliability Indices					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Value	Df	p-value	Alpha with exims	Alpha No exims	PSI with exims	PSI No exims		
Initial Model	0	0.645	-0.8665	1.475	-0.2593	2.882	-0.2258	1.342	244.57	63	0.000	0.961	0.960	0.941	0.945
4 Testlets	0	0.606	0.6970	1.175	0.046	1.391	-0.3105	0.956	12.063	15	0.674	0.871	0.870	0.928	0.934

難易度マップに基づき、ICFリハビリテーションセットの21項目の合計点から標準化スケールへの換算式を作成し、換算後の数値を解析に用いた。

急性期のスコアの分布



回復期のスコアの分布





WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



WHO-DAS2.0による就労継続支援サービス利用者の個別支援計画の検討

氏名 大野賀政昭¹⁾、松本将八²⁾、木下隆志³⁾、筒井孝子⁴⁾

1)国立保健医療科学院、2)NPO法人こぐまクラブ、3)芦屋学園大学、4)兵庫県立大学、

背景及び目的

障害福祉サービス提供の根拠となる個別支援計画書作成は義務となっているが、利用者のアセスメント方法や、計画様式の選定は事業所の裁量となっている。

しかし、同一利用者であっても事業所が異なると、計画やサービス提供内容も異なるといったことが生じ、利用者が混乱するといった事態も生じており、障害福祉領域での利用者のアセスメント法の統一や、これを基礎とした個別支援計画作成の標準化が求められている。

そこで本研究では、WHOが作成したICFに基づく、WHO-DAS2.0を用いて、就労継続支援サービス利用者の基本属性、意思疎通、自己管理、社会的参加や活動状況等のアセスメントを実施し、事業所の職員が個別支援計画書を作成する際に利用しやすい情報を提供することを目的とした。

研究方法

就労継続支援B型サービスの利用者の状態の経時的変化を明らかにするために、自己記入版WHO-DAS2.0を用いて、6名の利用者に対し、2回（初回と3か月後）調査した。

また、利用者の日々の状態をより詳細に把握することを目的として、担当職員による代理人調査（体調が良い時と悪い時を想定）も別途実施し、同一利用者における4種類のWHO-DAS2.0情報を得た。

さらに、職員及び学識経験者による検討会を組織し、これらのアセスメント情報を担当職員らが個別支援計画に反映しやすい様式を開発した。

結果と考察

開発した様式によって、利用者の自己評価と介護職員の評価の乖離という重要な知見を図によって、よりわかりやすくすることができ、その結果個別支援計画を共通のアセスメントをもとに見直すことが可能になった。

今後は、さらに事例を蓄積することで、個別支援計画への反映など、アセスメント結果をサービス提供に利用する具体的な方法の検討をすすめていく必要がある。

図1 WHO-DAS2.0によるサービスマネジメントへの効果（研究仮説）

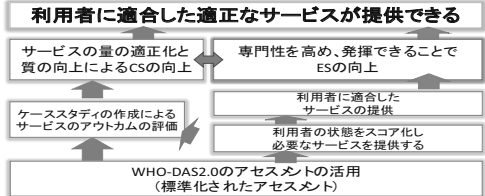


図2 WHO-DAS2.0による4つのレーダーチャートの作成

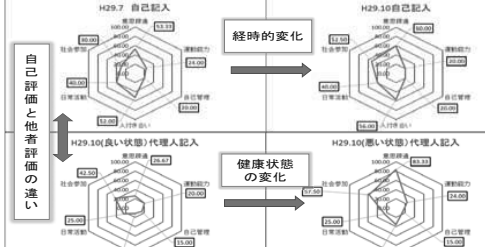


図3 WHO-DAS2.0による4つ値をまとめたレーダーチャートの作成

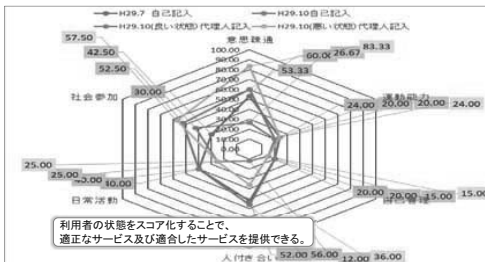


図4 WHO-DAS2.0に基づく個別支援計画の再検討の事例

利用者の概要と状態を表す領域別スコアの比較	利用者の希望といつまでに、だれが、どのようにサービスを提供するか															
<p>【利用者概要】</p> <p>男性、40歳、高学歴、職歴、4年間の就業経験、3年間の失業経験、家族構成、妻、2人の子供、妻が専業主婦、住居、賃貸、収入、月給18万円、生活費、月20万円、家族構成、妻、2人の子供、妻が専業主婦、住居、賃貸、収入、月給18万円、生活費、月20万円</p>	<p>希望するサービスは、① 生活リズムを整えるための支援、② 社会参加の機会を提供する、③ 仕事に関する情報を提供する、④ 生活リズムを整えるための支援、⑤ 社会参加の機会を提供する、⑥ 仕事に関する情報を提供する</p>															
<p>【自己評価】</p> <table border="1"><tr><th>領域</th><th>自己評価</th><th>代理人評価</th></tr><tr><td>意思疎通</td><td>57.50</td><td>60.00</td></tr><tr><td>自己管理</td><td>42.50</td><td>45.00</td></tr><tr><td>社会的参加</td><td>30.00</td><td>35.00</td></tr><tr><td>日常生活</td><td>25.00</td><td>28.00</td></tr></table>	領域	自己評価	代理人評価	意思疎通	57.50	60.00	自己管理	42.50	45.00	社会的参加	30.00	35.00	日常生活	25.00	28.00	<p>希望するサービスは、① 生活リズムを整えるための支援、② 社会参加の機会を提供する、③ 仕事に関する情報を提供する、④ 生活リズムを整えるための支援、⑤ 社会参加の機会を提供する、⑥ 仕事に関する情報を提供する</p>
領域	自己評価	代理人評価														
意思疎通	57.50	60.00														
自己管理	42.50	45.00														
社会的参加	30.00	35.00														
日常生活	25.00	28.00														
<p>【代理人評価】</p> <table border="1"><tr><th>領域</th><th>自己評価</th><th>代理人評価</th></tr><tr><td>意思疎通</td><td>57.50</td><td>60.00</td></tr><tr><td>自己管理</td><td>42.50</td><td>45.00</td></tr><tr><td>社会的参加</td><td>30.00</td><td>35.00</td></tr><tr><td>日常生活</td><td>25.00</td><td>28.00</td></tr></table>	領域	自己評価	代理人評価	意思疎通	57.50	60.00	自己管理	42.50	45.00	社会的参加	30.00	35.00	日常生活	25.00	28.00	<p>希望するサービスは、① 生活リズムを整えるための支援、② 社会参加の機会を提供する、③ 仕事に関する情報を提供する、④ 生活リズムを整えるための支援、⑤ 社会参加の機会を提供する、⑥ 仕事に関する情報を提供する</p>
領域	自己評価	代理人評価														
意思疎通	57.50	60.00														
自己管理	42.50	45.00														
社会的参加	30.00	35.00														
日常生活	25.00	28.00														
<p>【健康状態】</p> <table border="1"><tr><th>領域</th><th>自己評価</th><th>代理人評価</th></tr><tr><td>意思疎通</td><td>57.50</td><td>60.00</td></tr><tr><td>自己管理</td><td>42.50</td><td>45.00</td></tr><tr><td>社会的参加</td><td>30.00</td><td>35.00</td></tr><tr><td>日常生活</td><td>25.00</td><td>28.00</td></tr></table>	領域	自己評価	代理人評価	意思疎通	57.50	60.00	自己管理	42.50	45.00	社会的参加	30.00	35.00	日常生活	25.00	28.00	<p>希望するサービスは、① 生活リズムを整えるための支援、② 社会参加の機会を提供する、③ 仕事に関する情報を提供する、④ 生活リズムを整えるための支援、⑤ 社会参加の機会を提供する、⑥ 仕事に関する情報を提供する</p>
領域	自己評価	代理人評価														
意思疎通	57.50	60.00														
自己管理	42.50	45.00														
社会的参加	30.00	35.00														
日常生活	25.00	28.00														

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



ICF概念に基づく介護技能評価アセスメントの開発と妥当性の検証

氏名 筒井孝子¹⁾、大冨賀政昭²⁾、東野定律³⁾、中川原譲二⁴⁾、筒井澄栄⁵⁾

1)兵庫県立大学、2)国立保健医療科学院、3)静岡県立大学、4)一般財団法人脳神経疾患研究所、5)創価大学

背景及び目的

国内外で介護人材不足が社会問題となる中、2017年11月に「技能実習制度」に介護分野が対象に加えられた。

技能実習生用テキストが示され、すでに受け入れは始まっているが、技能移転過程を評価するツールは存在しない状況にある。

本研究では、国際的に活用が期待されるICFに基づいて、現場で働く外国人技能実習生の介護技能の習得状況を評価するアセスメントを開発することを目的とした。

研究方法

- 1 介護分野の技能実習生用テキストにおける科目・内容をICFで表現し、介護技能に関わる評価票を作成した。
- 2 EPAに基づく外国人介護福祉士候補者3名とこの指導者2名を対象にインタビュー調査を実施し、技能実習制度における実習受け入れ機関の環境を評価する評価票を作成した。
- 3 外国人の受け入れを行っている国内の介護事業所2施設において、介護キャリア段位講習会において、試行評価を実施し、臨床的妥当性の観点から、調査票の修正を行った。
- 4 試行評価によって修正されたツールを用いて、介護技能実習制度において試験評価者として研修を修了したものを対象として、調査（フィールドトライアル）を実施し、項目の妥当性を検討した。

結果と考察

本研究で開発したツールを介護技能実習制度の性格上実習の送り出し機関で活用することが求められる。ICFの評価ルールを用いた今回の調査票は、評価項目の難しさ、評価基準の曖昧さが指摘され、現在の調査方法のままでは、データの信頼性の低さが危惧された。このため、この評価ツールを現場で運用していくためには、評価項目のさらなる絞り込み、評価具体例の提示など採点の標準化の必要性が示唆された。

図3 ICFに基づく技術評価票の介護分野のOJTへの活用イメージ

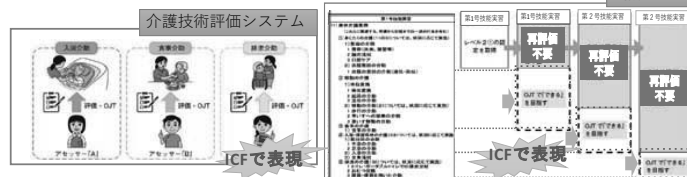


図1 技能実習制度（介護分野）のICFにおける再整理イメージ

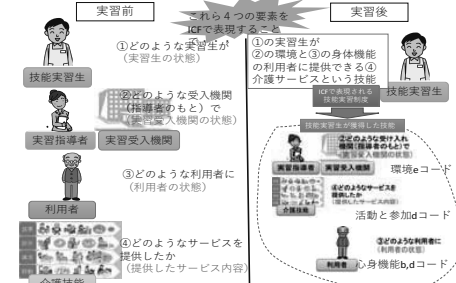


図2 ICFに基づく技術評価票のイメージと修正プロセス

介護技能評価70項目（必須業務51項目、関連業務19項目） 環境評価調査票（12項目）

- ①調査票の簡略化（P/C評価を省略）
- ②項目の縮減（82→38）
- ③文言の修正（ICFコードから介護の内容を記載へ）。

修正評価票を用いて、介護技能実習の試験評価者講習修了者に調査を実施（評価対象は外国人職員または日本人実習生）。410名に調査票を配布し、30票が回収された（回収率7.3%）。

表1 開発された介護技能評価項目38項目

項目	ICFコード	評価	備考
0101	010101	1	0.00%
0101	010102	1	0.00%
0101	010103	1	0.00%
0101	010104	1	0.00%
0101	010105	1	0.00%
0101	010106	1	0.00%
0101	010107	1	0.00%
0101	010108	1	0.00%
0101	010109	1	0.00%
0101	010110	1	0.00%
0101	010111	1	0.00%
0101	010112	1	0.00%
0101	010113	1	0.00%
0101	010114	1	0.00%
0101	010115	1	0.00%
0101	010116	1	0.00%
0101	010117	1	0.00%
0101	010118	1	0.00%
0101	010119	1	0.00%
0101	010120	1	0.00%
0101	010121	1	0.00%
0101	010122	1	0.00%
0101	010123	1	0.00%
0101	010124	1	0.00%
0101	010125	1	0.00%
0101	010126	1	0.00%
0101	010127	1	0.00%
0101	010128	1	0.00%
0101	010129	1	0.00%
0101	010130	1	0.00%
0101	010131	1	0.00%
0101	010132	1	0.00%
0101	010133	1	0.00%
0101	010134	1	0.00%
0101	010135	1	0.00%
0101	010136	1	0.00%
0101	010137	1	0.00%
0101	010138	1	0.00%
0101	010139	1	0.00%
0101	010140	1	0.00%
0101	010141	1	0.00%
0101	010142	1	0.00%
0101	010143	1	0.00%
0101	010144	1	0.00%
0101	010145	1	0.00%
0101	010146	1	0.00%
0101	010147	1	0.00%
0101	010148	1	0.00%
0101	010149	1	0.00%
0101	010150	1	0.00%
0101	010151	1	0.00%
0101	010152	1	0.00%
0101	010153	1	0.00%
0101	010154	1	0.00%
0101	010155	1	0.00%
0101	010156	1	0.00%
0101	010157	1	0.00%
0101	010158	1	0.00%
0101	010159	1	0.00%
0101	010160	1	0.00%
0101	010161	1	0.00%
0101	010162	1	0.00%
0101	010163	1	0.00%
0101	010164	1	0.00%
0101	010165	1	0.00%
0101	010166	1	0.00%
0101	010167	1	0.00%
0101	010168	1	0.00%
0101	010169	1	0.00%
0101	010170	1	0.00%
0101	010171	1	0.00%
0101	010172	1	0.00%
0101	010173	1	0.00%
0101	010174	1	0.00%
0101	010175	1	0.00%
0101	010176	1	0.00%
0101	010177	1	0.00%
0101	010178	1	0.00%
0101	010179	1	0.00%
0101	010180	1	0.00%
0101	010181	1	0.00%
0101	010182	1	0.00%
0101	010183	1	0.00%
0101	010184	1	0.00%
0101	010185	1	0.00%
0101	010186	1	0.00%
0101	010187	1	0.00%
0101	010188	1	0.00%
0101	010189	1	0.00%
0101	010190	1	0.00%
0101	010191	1	0.00%
0101	010192	1	0.00%
0101	010193	1	0.00%
0101	010194	1	0.00%
0101	010195	1	0.00%
0101	010196	1	0.00%
0101	010197	1	0.00%
0101	010198	1	0.00%
0101	010199	1	0.00%
0101	010200	1	0.00%

表2 フィールドトライアルの対象となった30名の基本属性

属性	人数	割合	属性	人数	割合
性別	11	36.7%	国籍	1	3.3%
年齢	2	6.7%	国籍	2	6.7%
性別	24	80.0%	国籍	4	13.3%
性別	1	3.3%	国籍	10	33.3%
性別	2	6.7%	国籍	1	3.3%
性別	1	3.3%	国籍	2	6.7%
性別	1	3.3%	国籍	2	6.7%
性別	1	3.3%	国籍	10	33.3%
性別	11	36.7%	国籍	1	3.3%
性別	1	3.3%	国籍	2	6.7%



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



ICFを活用した介護サービス自立支援のアウトカム尺度

佐藤 満¹⁾, 小室 貴之²⁾, 渡辺 明子²⁾

1) 昭和大学保健医療学部理学療法学科 2) 株式会社風の風

概要：ICFの生活機能分類を活用することで、多様な高齢者の活動と参加を網羅的に包含する、これまで測定できなかった社会的自立を支援する介護サービスのアウトカム測定のための尺度を開発した。

背景

介護サービスの質評価による事業適正化には、アウトカム評価の重要性が高い。平成28年度厚労白書によると、介護サービスが目指すべき自立支援は「日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによってひとりひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである」とされている。

またWHOが示す長期ケアの目標は「セルフケアが長期に渡り十分にできない個人に対し、自立、自律、参加、自己実現、尊厳を最大限に維持し、可能な限りのQOLの維持を保證する」とされている。

現状の課題

現在、介護サービスのアウトカム評価では、要介護度や日常生活動作(ADL)指標の変化といった身体的な自立支援指標が多用されており、家庭での役割や社会参加の再獲得の側面を測定できるアウトカム尺度はこれまでなかった。身体的自立支援指標だけでは、長期ケアを必要とする慢性の経過をたどる方々や、心身の状態が悪化傾向にある方々のアウトカムは測定が困難で、長期ケア対象者に延々と身体的自立支援を強い方向性に陥りやすい。

目的

介護サービス利用者の役割や参加の獲得を定量化できる尺度を開発する。役割や参加の獲得には利用者自身による自己決定と主体的取り組みが欠かせない。獲得の過程で変化する主体性も定量化する下位尺度も含めた社会的自立支援のアウトカム尺度とする。

開発の手順

アウトカム尺度を構成する下位尺度は「参加」「活動」「主体性」の3つとする(表1)。下位尺度「参加」は「家庭での役割」と「社会参加」から構成する。これらの測定要素は国内で蓄積されている先行研究の精査から一次抽出した。アウトカム尺度として機能するためには、関連要素が一通り網羅されていることが求められることから、各測定要素とICF分類の構成要素との整合性を検討し、「社会参加」18要素(図2)、「家庭での役割」16要素で構成した。下位尺度「活動」は、ICF構成要素「活動と参加」の第1レベルの各ドメイン(d1~d9)がすべて含まれるように項目を選択した(図1)。下位尺度「主体性」は高齢者エンパワメントの先行研究より項目を選択した。

信頼性・妥当性の検討(方法)

通所介護施設利用者142名を対象に本尺度の回答を得た。その結果から本尺度の項目分析(回答偏向分析、上位-下位分析、項目-全体分析)、構成概念的妥当性(確認的因子分析)、判別妥当性、内的整合性、再検査信頼性を分析した。

信頼性・妥当性検討の結果

11項目のうち「運動習慣」が除外相当となったが、この因子モデルでの確認的因子分析のモデル適合度指標は良好な値を得た(図1)。下位尺度「主体性」は介護度による有意な得点差がなかった。内的整合性と再検査信頼性は良好な値を得た(表3)。

結果の解釈

下位尺度「活動」の「運動習慣」は生活機能そのものではなく、生活機能を維持改善させる手段として位置づけられるため、構成概念として異質であったと考えられた。しかしこの項目を含めた尺度全体の因子モデルの構成概念的妥当性は良好と判断された。下位尺度「主体性」は介護度による有意な得点差がなく、身体的自立状況に依存しない、すなわち慢性や悪化傾向の対象者もアウトカムを測定可能と考えられた。

結論

社会的自立支援の成果を測定する目的で開発した本尺度は、活動と参加の各項目の測定要素をICFの生活機能分類に整合させたことで、因子構造に高い妥当性を獲得させることができた。

表1 社会的自立支援アウトカム尺度の構成

下位尺度	評価項目	ICF分類第1レベル	配点
参加 Participation	1. 家庭での役割 (Role in the family)	d1, d2, d6, d7, d9	1-10
	2. 社会参加 (Participation in society)	d1, d3, d8, d9	1-10
活動 Activities	3. 移動範囲 (Moving range)	d1, d4	1-5
	4. セルフケア (Self-care)	d1, d2, d5	1-5
	5. 家事 (Household tasks)	d1, d2, d6	1-5
	6. 運動習慣 (Exercise habit)	d1, d2, d4, d5	1-5
	7. 効力感 (Self-efficacy)	-	0-4
	8. 他者との関わり (Commitment and engagement)	-	0-4
主体性 Identity	9. 知識と理解 (Knowledge and understanding)	-	0-4
	10. 主体的意思決定 (Self-decision making)	-	0-4
	11. 自己管理 (Personal control)	-	0-4

表2 「社会参加」の要素とICF第2レベルとの対応

要素	ICF分類第2レベル
1. 報酬を伴う仕事	d850報酬を伴う仕事
2. ボランティア活動	d910コミュニティライフ
3. 地域行事への参加	
4. 老人会や老人クラブへの参加	
5. 町内会や自治会、マンション管理組合での活動	
6. 団体活動(消費生活や自然保護団体など)	
7. 結婚式や葬式、入学・卒業式、同窓会への参加	
8. 学習活動(市民講座や講座、カルチャーセンター等)	
9. 技能研修活動(シルバー人材、能力開発センター等)	d920レクリエーションとレジャー
10. 友人親戚を訪問	
11. 旅行	
12. スポーツや運動(外出を伴うもの)	d930宗教とスピリチュアリティ
13. 芸術・文化に関する余暇活動(外出を伴うもの)	
14. 趣味に関する余暇活動(外出を伴うもの)	
15. 宗教関係の活動(神社仏閣参り、教会礼拝など)	d950政治活動と市民権
16. 選挙権の行使	
17. 政治関係団体や会への参加	
18. ネットや手紙等の通信手段で社会と接触する活動	
	d840コミュニケーション用具や技法の利用

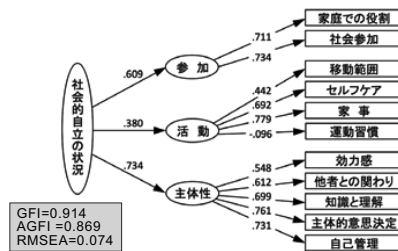


図1 本尺度の確認的因子分析の結果

表3 本尺度の内的整合性と再検査信頼性

	活動	参加	主体性	総得点
内的整合性 (Cronbach 係数)	0.59	0.71	0.81	0.78
再検査信頼性(級内相関係数: n=99)	0.92	0.90	0.76	0.91

まとめ

ICFの生活機能分類を活用することで、多岐にわたる高齢者の活動と参加を網羅的に包含する、これまでになかった社会的自立を支援する介護サービスのアウトカム測定尺度の開発が可能となった。アウトカムスケールの存在は、サービス事業者が何を目標としてサービス計画を立案するかの指標を付与する効果がある。本尺度の利用で身体的自立支援に偏りがちであった介護サービスの自立支援目標を、高齢者本人の意思に基づいた地域社会の様々な活動への参加へ誘導する効果が期待できる。

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



厚生労働省におけるICD及びICFに関する最近の取り組み

森 桂, 阿部 幸喜, 高橋 恵介, 及川 恵美子

(厚生労働省政策統括官付国際分類情報管理室)

ICDに関する取り組み

厚生労働省は、WHOの2名のICD担当官と海外のICD関係専門家1名を2017年9月1日から2日間にかけて招へいし、アジアでも先駆けて、「WHO担当官来日ICD-11国内適用検討会議」を開催した。

会議の前日には、WHO担当官が政策統括官を表敬訪問し、統括官より、「わが国がこれまでICD-11への改訂に早い段階から積極的に関わってきたこと、2日間の会議には、ICD-11の改訂に高い関心を持つ多くの方が出席し、直接WHO担当官と話ができるこの機会に大変期待していること」が伝えられた。

当日の会議では、国内からは、ICD専門委員会委員を含む関係学会から2日間で60名にも及ぶ専門家達が参加した。

参加者の多くは、これまでICD-11の改訂に積極的に関与しており、熱心にWHO担当者の講演を聞き、ICD-10からの主な変更点やICD-11のコーディングトライアルについて、大変有益な情報を伺うことができたこと好評であった。

また、今後、ユーザーとなる専門家にとっては、ICDの全体像を構造的に理解する必要があるため、会議最終日には、事前に国内関係学会から提出された質問や学会意見について、WHO関係者と、個別面接形式によるディスカッションも行われ、非常に有益な2日間になった。



初日の
「会議風景」

初日の「交流会」
の集合写真



最終日の
「集合写真」

ICFに関する取り組み

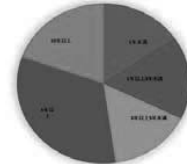
厚生労働省では、ICFの普及及び推進を目的に、公開シンポジウムの開催や国内の専門家からなるICF専門委員会を社会保障審議会統計分科会の下に組織して運営している。また、昨年は、WHOからの調査依頼に基づき、医療現場等でのICFの活用状況を把握するためのICFサーベイを国内に展開し、以下のとおり回答状況を取りまとめたところである。

・ICFサーベイの結果

昨年7月にWHO-FDRG事務局より、ICFの認知度や活用度を調査するため、メンバー国にICFサーベイが送付された。当室では、一昨年に開催された第6回ICFシンポジウムの参加者を中心に調査用紙を配付し、約200人から回答があった。回答者の大半は医療機関に従事している20～40代の者であり、主な回答の内訳は下記コメントと共にグラフにて表示した。

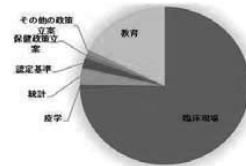
1. ICFの使用期間

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



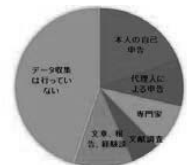
2. ICFの用途

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



3. ICFデータの収集源

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



4. ICF評価点の活用有無

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



本年の「公開シンポジウム」の風景



WHO-Japan Forum 2018

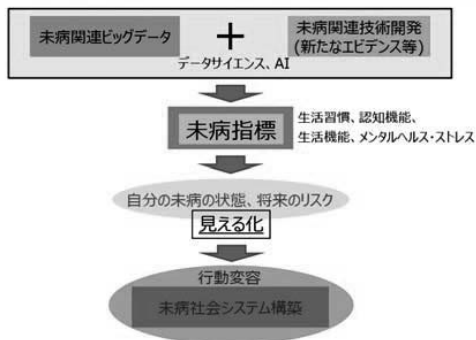
Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



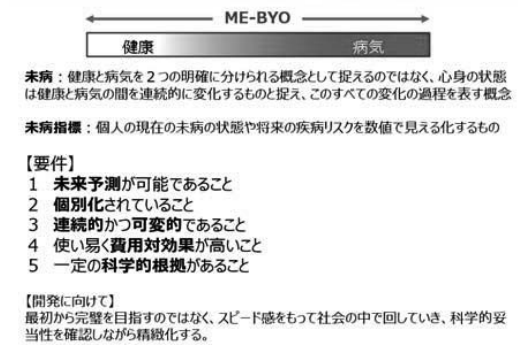
神奈川県が進める未病指標と ICF

(神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室 本間健志、国立保健医療科学院 大塚賀政昭)

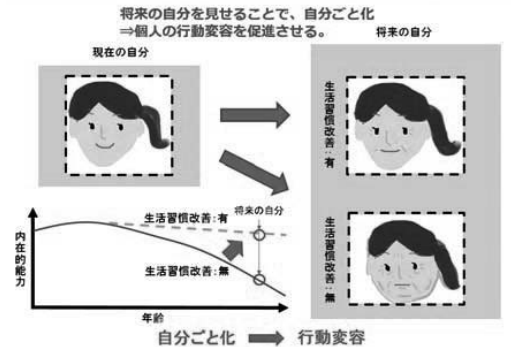
神奈川県が進める未病指標① 未病指標アウトライン



神奈川県が進める未病指標② 未病指標の定義・要件



神奈川県が進める未病指標③ 未来予測の必要性

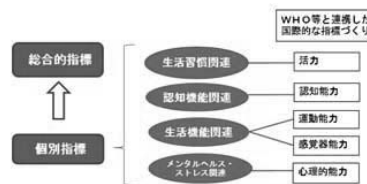


神奈川県が進める未病指標④ WHOが提案する「内在的能力」 Intrinsic Capacity

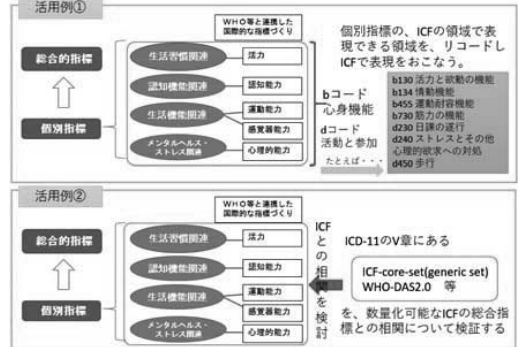
- ✓ 運動能力 Locomotor capacity
 - ✓ 認知能力 Cognitive capacity
 - ✓ 感覚器能力 Sensory capacity
 - ✓ 心理的能力 Psychological capacity
 - ✓ 活力 Vitality
- WHOと連携して、国際的な枠組みで未病指標を構築

神奈川県が進める未病指標⑤ 未病指標の内容

- 異なる分野の機能の相関関係も考慮し、心身の状態を全体的に把握して効果的な未病改善の取組みにつなげる「総合的指標」の構築を目指す。
- 総合的指標は、個別指標の整理が前提となることから、まず、重点領域ごとの個別指標の確立を目指す。
- WHOが検討する5つの「内在的能力」は、県の重点領域とも整合しており、WHOと連携した国際的な枠組みでの指標づくりを目指す。



「未病指標」を活用したICF普及への展望



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



福祉用具の分類と用語 ISO9999

井上剛伸, 中山剛, 石渡利奈 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所)

福祉用具の分類と用語を表す国際規格ISO9999とWHO国際分類ファミリーの関係を示すとともに、ICFとの整合性を図る取り組みを概説する

WHO国際分類ファミリーにおけるISO9999の位置づけ

ISO9999は国際標準化機構が制定する国際規格であり、福祉用具の分類と用語を表している。一方、WHOの国際分類ファミリーにおいては、図1のように関連分類の一つとなっており、WHOの分類としても位置づけられ、当該分野での重要性が示されている。



(出典: WHOウェブサイトより、国際分類情報管理室で翻訳)

<http://www.who-fic-japan/about.html>より
図1 ISO9999とWHO国際分類ファミリー

ISO9999とICFのハーモナイズ

1) ICF用語をもちいた表現を採用し、用語の整合性を図った。以下に例として福祉用具の定義を示す。

assistive product

any product (including devices, equipment, instruments and software), especially produced or generally available, used by or for persons with disability

- for participation;
- to protect, support, train, measure or substitute for body functions/structures and activities; or
- to prevent impairments, activity limitations or participation restrictions

2) ICFの活動・参加の分類との関係を整理し、大分類を改訂した。以下に最新版(2016)の大分類を示す。

- 04 Assistive products for measuring, supporting, training or replacing body functions
- 05 Assistive products for education and for training in skills
- 06 Assistive products attached to the body for supporting neuromusculoskeletal or movement related functions (orthoses) and replacing anatomical structures (prostheses)
- 09 Assistive products for self-care activities and participation in self-care
- 12 Assistive products for activities and participation relating to personal mobility and transportation
- 15 Assistive products for domestic activities and participation in domestic life
- 18 Furnishings, fixtures and other assistive products for supporting activities in indoor and outdoor human-made environments
- 22 Assistive products for communication and information management
- 24 Assistive products for controlling, carrying, moving and handling objects and devices
- 27 Assistive products for controlling, adapting or measuring elements of physical environments
- 28 Assistive products for work activities and participation in employment
- 30 Assistive products for recreation and leisure

3) ISO9999とICF環境因子の関連部分の分類を比較した結果、日常生活で個人が使用する福祉用具(e1151)に含まれる用具が多いことから、以下のような改訂提案を作成した。

- e 1151 assistive products and technology for personal use in daily living
- e 11511 assistive products and technology for measuring, supporting, training or replacing body functions
- e 11512 assistive products and technology for training in skills
- e 11513 orthoses and prostheses
- e 11514 assistive products for self-care activities and participation in self-care
- e 11515 assistive products for domestic activities and participation in domestic life
- e 11516 furnishing, fixtures and other assistive products for supporting activities in indoor and outdoor human-made environments
- e 11517 assistive products for controlling, carrying, moving and handling objects and devices
- e 11518 assistive products for controlling, adapting or measuring elements of physical environments

後援 (五十音順)

一般社団法人 日本介護支援専門員協会、一般社団法人 日本血液学会、
一般社団法人 日本言語聴覚士協会、一般社団法人 日本呼吸器学会、
一般社団法人 日本作業療法士協会、一般社団法人 日本在宅医学会、
一般社団法人 日本在宅ケア学会、一般社団法人 日本循環器学会、
一般財団法人 日本消化器病学会、一般社団法人 日本腎臓学会、
一般社団法人 日本精神科看護協会、
一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟、
一般社団法人 日本糖尿病学会、一般社団法人 日本内分泌学会、
一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、
一般社団法人 日本リウマチ学会、一般社団法人 日本老年医学会、
公益財団法人 テクノエイド協会、
公益社団法人 全国老人保健施設協会、公益社団法人 日本医師会、
公益社団法人 日本医療社会福祉協会、公益社団法人 日本介護福祉士会、
公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本社会福祉士会、
公益社団法人 日本小児科学会、
公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、
公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、公益社団法人 日本理学療法士協会、
公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、
ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、
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、
日本医学会、日本脊髄障害医学会、日本東洋医学サミット会議、
(JLOM : The Japan Liaison of Oriental Medicine)、
日本保健医療福祉連携教育学会

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)



フォーラム事務局 (オスカー・ジャパン(株)内)

平日10:00~12:00、13:00~16:00
〒181-0013 東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹
TEL 0422-24-6817 FAX 0422-24-6812

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of
Significant Use of ICD-11 and ICF

日・WHOフォーラム2018
ICD-11・ICF大活用時代の扉を開く

ICD-11 Revision and Japan



ICD-11 改訂と日本



2018年11月30日

厚生労働省

目次

■はじめに

■ ICD-11 公表に寄せて

「ICD-11 改訂と日本病院会」

日本病院会名誉会長 山本修三先生

「ICD-11 改訂への道程を顧みて」

日本診療情報管理学会名誉理事長 大井利夫先生

「ICD-11 の公表を祝して」

自治医科大学名誉教授 菅野健太郎先生（初代 WHO 内科 TAG 議長）

「WHO ICD-11 改訂作業 ～厳しく、楽しかった日々～」

東京慈恵会医科大学名誉教授 田嶋尚子先生（第二代 WHO 内科 TAG 議長）

■改訂への初心

2007年4月 WHO ICD-11 改訂運営会議キックオフ記者会見ご発言

社会保障審議会統計分科会 ICD 専門委員会座長（当時）故 藤原研司先生

■メッセージ

松のことは松に習え、竹のことは竹に習え

WHO 測定・保健情報システムコーディネーター（当時）ベデルハン・ウースタン先生

■日本の ICD-11 改訂への貢献の経緯

はじめに

2018年6月、世界保健機関（WHO）が国際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）を公表いたしました。現行のICD-10への改訂（1990年）以来、約30年ぶりの改訂となります。

改訂内容には、最新の医学的知見が反映されており、多くの日本の医学の専門家・団体が貢献してきました。関係者の皆様の御支援・御協力に深く敬意と感謝の意を表するとともに、ここに「ICD-11改訂と日本」と題しまして、我が国が大きく貢献してきたICD-11開発の経緯をまとめ、改訂の実現に多大なるお力を賜りました先生方に、初志や期待について御寄稿いただき特集いたしました。

本特集は、「日・WHOフォーラム2018～ICD-11/ICF大活用時代の扉を開く」の開催に伴いとりまとめたものであり、ICD-11の歴史を共有し、その精神を継承し、国際統計分類のさらなる活用により、保健医療のさらなる向上につながることを願ってやみません。

ICD-11の公表を受け、加盟国は、分類の翻訳など自国での適用へ向けた準備を開始することが期待されており、2019年5月世界保健総会へ提出される予定となっております。

我が国においても、公的統計や関連する制度などに円滑な導入を図っていく段階となり、関係者の皆様からも一層の御指導、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、本特集に御寄稿を賜りました皆様に心より御礼申し上げまして、御挨拶いたします。

厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室長
WHO国際統計分類協力センター長 森 桂

ICD-11 公表に寄せて

「ICD-11 改訂と日本病院会」



日本病院会名誉会長
山本 修三先生

WHOによる国際疾病分類、ICDは、ほぼ10年ごとにバージョンアップされてきましたが、ICD-10以後遅々として進まない時期が続きました。早くバージョンアップして欲しいと考えていた時、WHOから、ICD-10から11へのバージョンアップのため、日本病院会に年間30万ドル、5年間程度のドネーションをお願いしたいという話が来て、当時、会長であった私は、その要請を受け入れるかどうかの判断を迫られました。

ICD分類は、より診療の現場に密着したものに改訂すべき、と考えていた私は、臨床に密着した診療記録の基本となる国際疾病分類の普及は、大きな国際的貢献にもつながると考え、幸い多少の財務的余裕もあったことから、役員会に諮り、これを受けることにしました。

このことを厚生労働省の国際課、ICD室等と相談したところ、大変喜ばれ、WHO関係で日本の民間からの寄付は、きわめて少ないという状況があり、厚労省としても喜ばしいことであり、民間として直接、WHOに基金提供する形がよいと示唆されました。

そして、ICDの普及支援に5万ドル、及びICDの改善支援に25万ドルを毎年支援、それに対し、毎年度、成果報告と次年度計画を日本病院会に提出することの3つを条件に、ジュネーブを訪れ、契約書にサインをして、ICD-11への作業が、本格的にスタートしました。

結果的に、10から11へのアップは、2005年から2016年まで12年にわたってしまいましたが、その間、事業の支援は、堀会長、相澤会長に引き継がれ、ICD-11がその改訂のスタート時に意図された形で完成し、しめくくりをしていただいたことを、心から感謝申し上げます。

さらに、この作業に関わったWHOの人々、世界の多くの専門家の皆様、その他多くの関係者の皆様の長年のご苦労に、心から敬意を表したいと思います。

最後に、完成されたICD-11が世界に広く、適切に利用され、医療の質の向上に資することを心から願っております。ありがとうございました。

「ICD-11 改訂への道程を顧みて」



日本診療情報管理学会名誉理事長
大井 利夫先生

2005年に、日本病院会および診療情報管理学会は会員病院の医師を対象に ICD-10 に関するアンケート調査を施行。回答した医師の三分の二が ICD-10 の分類体系に構造的な問題があると指摘していた。さらに診療情報管理士の 71% が ICD-10 の分類体系に矛盾があると答えている。

当時、1990年に ICD-10 が改訂されてから 10 年以上が経過し、急速に変化する医療現場からは ICD の改訂に対する要望が次第に大きくなってきていた。しかし、現実には改訂に対する WHO の資金不足が足かせになっていた。そうした背景を憂慮し、日本病院会は ICD に対する厚生労働省の方針を踏まえて、WHO の ICD 活動に関して支援を行うことを決定した。支援は、年間 30 万ドルの経済的支援と技術支援とし、2006 年度から実施。30 万ドルの内訳は ICD の改善支援に 25 万ドル、普及支援に 5 万ドルとした。

2006 年 10 月には、チュニスにて WHO-FIC ネットワーク会議とともに第 1 回 WHO-FIC アジア・ネットワーク会議が開催され、ICD-11 への改訂と普及に対する活動が大きく前進した。その後、アジア・ネットワーク会議は APN 会議と改称されている。

当初、2 年間実施を見込んでいたが、ICD-11 改訂への活動が世界的に広がり、活動内容も高度化するにつれ、日本病院会は支援を継続し、2017 年まで 12 年間にわたり実施された。その間、WHO-FIC 関係者はもちろん、世界各国からの参加者も急速に増加し、とりわけ、日本からの参加者および関与は、関係者の努力もあって目まじしく発展した。

そうした努力が国際的にも評価され、2011 年 9 月には WHO-FIC 協力センターとして日本が認証され、ケープタウンにおける WHO-FIC ネットワーク会議の会場にて認証書とフラッグが授与された。

当初のチュニスでの会議から顧みると、今回の ICD-11 改訂に至る道のりは決して平坦ではなく、様々な難問に翻弄されることも少なくなかったように思う。世界の異なる医療情勢を背景に、国際基準としての ICD を改訂することの難しさを実感するとともに、死因・傷病統計に資する臨床病名の精度を高め、夫々の国の医療の発展に貢献し、更に国際比較可能性の向上という統計情報の高度利用に貢献したいと願う多くの関係者の努力が今回の ICD-11 改訂に導いたと実感している。

しかし、医学・医療の進歩は留まることを知らない。新しい知見や治療法も次から次に生まれてきている。ICD の歩みも更に進めていかなければならない。それが世界の医学・医療の進歩を担保することにつながると信じている。

「ICD-11 の公表を祝して」



自治医科大学名誉教授
菅野 健太郎先生

〈初代 WHO 内科 TAG 議長〉

ICD-11 の改訂の初期段階で関与した者の 1 人として、その完成を成し遂げられた関係者の方々に対し、厚く御礼申し上げたい。そもそも、ICD-10 についてほとんど何も知らなかった臨床医であった私が ICD-11 の改訂に関わることになったきっかけは、附属病院診療保険委員長をしていたため、平成 15 年度より、包括医療制度（いわゆる DPC）が特定機能病院に導入されることになり、入院病名と ICD-10 との紐づけが必要になったことに始まる。ところが私の専門である ICD-10 の消化器疾患の部分に限ってみても、疾患の分類理念が不明確であるだけでなく、新しい疾患概念が記載されていないなど、多くの不備に気づくことになったのである。この問題を故藤原研司先生にお話ししたところ、丁度同じ年の第 89 回日本消化器病学会総会において会長特別企画として取り上げていただいた。（その詳細な記録は「新しい医療を拓く」2003 年、医学書院発行に掲載されているほか、日本消化器病学会雑誌にも発表されている。菅野健太郎：ICD-10 とその利用の問題点、日本消化器病学会雑誌 2003；100：1357-63）。

その後藤原先生は日本消化器病学会理事長として類まれな行動力で厚生労働省に働きかけ、ICD-10 の改訂に我が国が積極的にかかわることになり、その関係で日本消化器病学会もこの問題に大きく関与することになったのである。さらに、日本病院会の資金的支援を得て 2007 年には ICD-11 へ向けて WHO の第一回のキックオフ会議が日本で行われたのである。当初は、2012 年までに終了する予定であったが、今年ようやく完成したことになる。私は、2014 年の定年を機に厚生労働省の委員会を辞退させていただいたのであるが、この間貴重な経験をさせていただいたことに感謝している。実際、私たちが主催した国際会議で提言した胃炎の分類が ICD-11 に反映されていることも感慨深いものがある。

今後とも、よりよい疾病分類体系の構築にむけ、わが国からの知的貢献が続くことを期待している。

「WHO ICD-11 改訂作業 ～厳しく、楽しかった日々～」



東京慈恵会医科大学名誉教授
田嶋 尚子先生

〈第二代 WHO 内科 TAG 共同議長〉

WHO による国際疾病分類 ICD-11 改訂作業がスタートしたのは 2007 年である。その後 10 年以上にわたって活発な議論が重ねられ、2018 年 6 月に改訂版が公表された。私は 2010 年に内分泌・糖尿病分野の共同議長としてこの改訂作業に参加させていただき、2014 年には厚生労働省や関係各位からご推挙をいただき、菅野健太郎先生の後任として、内科分野別専門部会（Topic Advisory Group：TAG）共同議長という大役をお引き受けすることになった。とても光栄なことと感謝すると同時に、学ばねばならぬことの量と質に圧倒される日が続いた。

内科疾患は ICD-11 改訂作業の中で最も大きな変更を余儀なくされた分野の一つである。消化器疾患やリウマチ関連疾患は大幅な変更を余儀なくされた。糖尿病の分野では慢性合併症はそれらが発生する臓器の章に移動し、糖尿病の章は実にシンプルになった。脳血管疾患や認知症をどの章に置くことが適切かについても大きな議論があった。しかし、ICD-10 に存在していたいかなる疾患も、ICD-11 からまったく姿を消したわけではない。ある疾患が他の章に移動したとしても、ユニークなコードが付与されている限り検索することは可能である。あらたに開発された検索ツールである“coding tool”はとても使いやすく、今後、疫学的、臨床的な調査研究において、その有用性が広く知られることとなる。

内科 TAG は 2017 年 10 月にその役割を終え、発展的に解消された。多くのメンバーは新たに設置された医学・科学諮問委員会（Medical and Scientific Advisory Committee: MSAC）の reviewer として協力することになった。MSAC は、主に死亡・疾病統計分類（Mortality and Morbidity Statistics: MMS）を担当する分類・統計諮問委員会（Classification and Statistics Advisory Committee: CSAC）と協力して、ICD-11 改訂作業を推進することとなった。臨床医学と分類学・疫学の緊密な連携があればこそ、臨床の現場で使いやすい分類法が確立していくであろう。ICD-11 の長い改訂作業の歴史の中で、このような構図が明確に示されたのは初めてのことであり、ICD-11 の成功の鍵がここにあるように思う。

今後の MSAC の作業としては、各疾患の description（説明）の整理、ICD-11 の proposal platform に寄せられた提案・意見・その他への対応、さらには、2019 年 WHO 総会に提出され、その後順次始まる各国における ICD-11 の国内導入に向けて、その活用と課題などの整理が考えられる。

日本では、「疾病、傷害及び死因の統計分類」を統計法に基づく統計基準として定めている。今後も、公的統計、診療報酬明細書、電子カルテ、DPC 等における死因・疾病分類が ICD-11 に準拠して広く利用されていくこととなる。このシステムの中で、ICD-11 がその機能を十分発揮し、これにより、日本における疾病分類がより科学的、機能的に処理され、しかも臨床面でも使いやすいものになることを信じている。

改訂への初心

2007年4月WHO ICD-11改訂運営会議 キックオフ記者会見ご発言



社会保障審議会統計分科会
ICD 専門委員会座長（当時）
故 藤原 研司先生

横浜労災病院院長の藤原です。

私は、日本国政府の社会保障審議会統計分科会の ICD 専門委員会の座長を拝命しております。

ICD の国内におけるあり方について検討している立場から一言ご挨拶申し上げます。

先ほど村山課長からのお話にあったように、現在、わが国において ICD は、死亡統計のみならず、電子カルテや医療保険制度といった診療の現場でも活用されてきており、医学会においても、非常に関心が高まっております。

この、医学会における ICD に対する関心の高まりは、ICD が単に広く使われているためだけではなく、ICD の使用が即ち、ICD に基づいた医療情報の確保を意味していることによる部分も大きいところではあります。

現在、医療現場では、科学的知見に基づいた医療を行うために、当然ながら、医療の質の向上に還元できる質の高いデータというものが、一層求められております。

そのため、ICD を活用することによって、一施設や一国内に留まることなく、世界的に比較検証することが可能な疾病に関するデータが確保できることは、医療の進展のため非常に重要なこととなっております。

今回の ICD の改訂においては、特に、臨床および保健システムにおける有用性というものが、一つの視点として位置づけられると伺っております。

是非、本政府と協力体制を固りながら、国際会議の場に、我々の知見を提示していければと考えております。

また、ICD 専門委員会の委員である自治医科大学消化器内科教授・菅野先生が、改訂運営会議の委員として選出されており、私どもと致しましては、菅野先生を支援していくという形で、国際貢献を果たしたいと思っております。

ICD の改訂によって、情報の精度がさらに向上し、医療の質の向上に資することを、心から祈念して、ご挨拶に代えさせていただきます。

メッセージ

芭蕉の言葉を再び贈ります。

山本先生、大井先生、菅野先生、田嶋先生、藤原先生はじめ、
私心なく ICD-11 改訂に貢献されたすべての皆様に
深い尊敬の念を表します。



WHO 測定・保健情報システム
コーディネーター（当時）
ベデルハン・ウースタン先生

日本と世界の英知と実践を最大限に反映した グローバル・スタンダードの創造へ

ICD-11 改訂への日本の貢献の経緯

2005 年 ～ 出発点—改訂の曙～

10 月

WHO-FIC* ネットワーク年次会議 東京会議

- 10 年ぶりの日本開催
- 本会議で、ICD-11 への改訂プラン発表

*WHO-Family of International Classification

《ICD 改訂・普及にかかる財政的・技術的支援へ》

日本病院会、WHO との趣意書調印（WHO 本部、ジュネーブ）

- 2005 年より契約調印、支援開始。



2006 年 ～ ICD-11 改訂へ環境整備～

2 月

ICD-11 改訂の進め方に関する WHO 担当官からの説明会

- 2005 年 WHO-FIC 東京開催を契機に、日本が大きく関与しての ICD-11 改訂へ。WHO より事業責任者来日、改訂ビジョンの説明。関連学会が一堂に会し、日本の貢献に期待が高まる。

7 月

社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会

- 国内 29 学会の専門委員で構成、ICD-11 改訂作業に係る体制確保。
座長 藤原研司横浜労災病院院長（日本消化器病学会理事長）



2007年 ～日本でICD-11改訂キックオフ

4月

WHO ICD-11 改訂作業開始をプレス発表（東京）

ICD 改訂運営会議キックオフ（東京、小田原）

●国内関係学会との意見交換会開催、改訂への動きが本格化。

WHO 改訂運営会議メンバーに菅野健太郎自治医科大学教授就任。



2009年 ～内科 TAG 会議キックオフ～

4月

WHO ICD 改訂 第1回 内科 TAG* 対面会議（東京）

●ICDの主要な分野となる内科分野につき、日本内科学会共催、日本の議長で対面会議実現。

初代内科 TAG 議長に菅野健太郎自治医科大学教授が就任。

●筋骨格系 TAG 対面会議と同時開催。（東京国際フォーラム）

*Topic Advisory Group

第1回 GI・HPB（消化器・肝胆膵）WG 会議（東京）併行開催

●内科 TAG の8WG（消化器、循環器、肝・胆・膵、腎臓、内分泌、リウマチ、血液、呼吸器）の活動を牽引

《ICD-11 への伝統医学分類導入にかかる財政的・技術的支援へ》

9月

日本東洋医学サミット会議、WHO との趣意書調印（東京、日本）



2010年 ～日本で WHO-ICTM（伝統医学国際分類）会議キックオフ～

1月

第1回厚生労働省 ICF シンポジウム

4月

第3回 WHO ICD 改訂 第3回内科 TAG 対面会議（東京）

12月

WHO-ICTM（伝統医学国際分類）会議（東京）

- 日本の議長で伝統医学分類の導入提案作業開始。
- WHO、世界に向け日本で記者会見、記念行事。



2011年 ～日本 WHO-FIC 協力センター承認、WHO 旗受領～

1月

第2回厚生労働省 ICF シンポジウム

9月

WHO 国際統計分類（WHO-FIC）協力センター承認

- センター構成：厚生労働省国際分類情報管理室
- 国立保健医療科学院
- 国立がん研究センター
- 日本病院会日本診療情報管理学会
- 日本東洋医学サミット会議



2012年

2月

日本 WHO-FIC 協力センター会議発足記念行事

WHO ICD 改訂 第4回内科 TAG 対面会議

WHO 担当官来日講演

12月

第3回厚生労働省 ICF シンポジウム



2013年

2月

WHO ICD 改訂第5回内科 TAG 対面会議



2014 年

5 月

第二代内科 TAG 共同議長に田嶋尚子東京慈恵会医科大学名誉教授が就任

12 月

WHO ICD 改訂 第 6 回内科 TAG 対面会議



2015 年

1 月

第 4 回厚生労働省 ICF シンポジウム

9 月

WHO 国際統計分類 (WHO-FIC) 協力センター更新

●センター構成：厚生労働省国際分類情報管理室

国立保健医療科学院

国立障害者リハビリテーションセンター

国立がん研究センター

国立国際医療研究センター

国際成育医療研究センター

日本病院会日本診療情報管理学会

日本東洋医学サミット会議

12 月

WHO ICD 改訂 第 7 回内科 TAG 対面会議



2016 年

2 月

第 5 回厚生労働省 ICF シンポジウム

10 月

WHO-FIC ネットワーク年次会議 及び ICD-11 改訂会議 日本開催

- 加盟国レビュー用 ICD-11 公表
- 伝統医学サイドセッション
- WHO ICD 改訂第 8 回内科 TAG 対面会議



2017 年

3 月

第 6 回厚生労働省 ICF シンポジウム

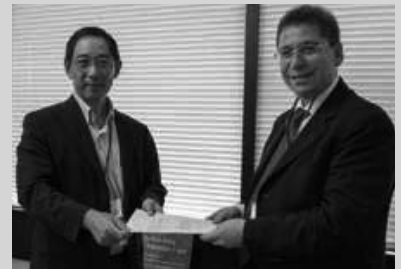
5 月

日本医学会、日本歯科医学会、ICD 専門員会、日本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 へ意見書提出
フィールドテスト実施

(日本病院会日本診療情報管理学会、国立保健医療科学院等)

9 月

WHO 担当官来日 ICD-11 国内適用検討会議



2018 年

1月

WHO 担当官来日・第7回厚生労働省 ICF シンポジウム

6月18日

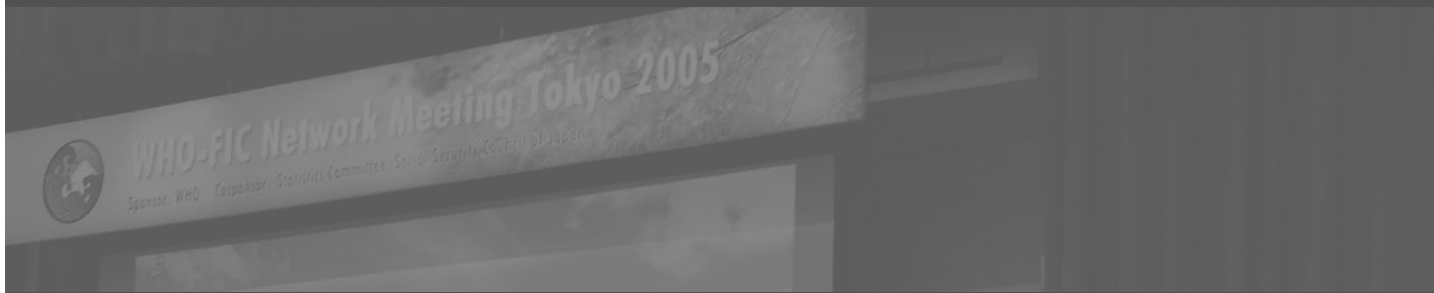
ICD-11 公表 (WHO 本部 ジュネーブ)

11月30日

日・WHO フォーラム (WHO-Japan Forum) 2018

～ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く～





ICD-11改訂における内科 TAG の果たした役割

三浦 総一郎 (国際医療福祉大学大学院長)

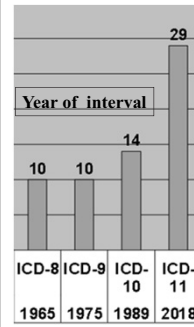
The Road to ICD-11 Revision

Role of IM-TAG (Internal Medicine-Topic Advisory Group) for ICD-11 Revision

Soichiro Miura, M.D., Ph.D.

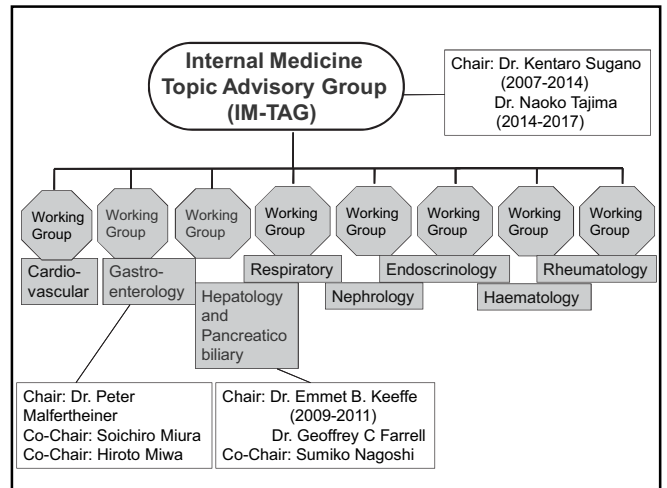
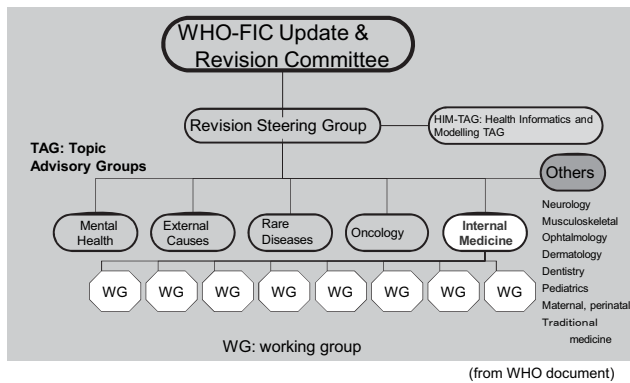
Co-Chair of the Gastroenterology Working Group of IM-TAG
International University of Health and Welfare,
Dean of Graduate School, Tokyo, Japan

ICD-11 Development



2007: Press release / Start operation of ICD revision.
2009 – 2016: TAGs/WGs organized. Content model developed and structural changes proposed.
2016: Progress report submitted to WHA. ICD-11-MMS released for evaluation ICD-11 Revision Conference (2016.10)
2017: Joint proposal submitted to WHO from Japanese Academic Medical Societies and Japan WHO-FIC Collaboration Center.
2018.6: ICD-11 Version for implementation released.
2019.5: WHA adoption
2022: ICD-11 effective

ICD-11 Revision Organization Structure



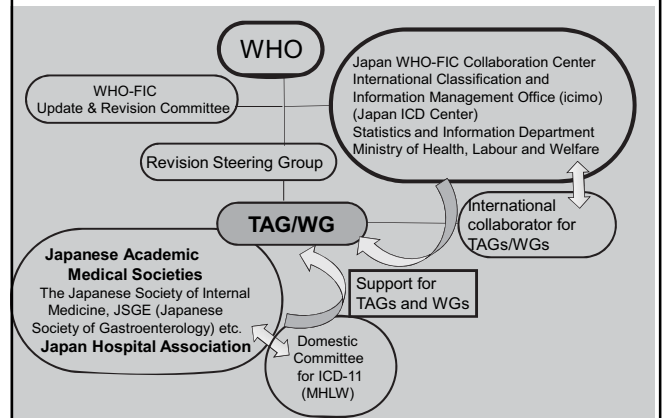
Areas of responsibility in ICD-10 for IM-TAG

ICD-10 Version:2016

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision

7/22 (Areas of responsibility) related areas

Role of Japanese Government and Academic Societies



藤原研司先生を偲んで

Condolences for
Dr. Kenji Fujiwara
(1938-2012)



Chairman (2006-2012)
Technical Committee of International
Statistical Classification of Diseases and
Related Health Problems

2001-2004

President: The Japanese Society of Gastroenterology

President of the 35th General Meeting of the Japan Society of Hepatology (1999)
President of the 89th General Meeting of the Japanese Society of Gastroenterology (2003)
President of the Asian-Pacific Digestive Week (APDW) 2007 (2007)

**Japanese ICD-related members
(Japanese Society of Gastroenterology)**

GI-related

(Medical Terminology Committee)
Takahiro Fujimori, MD, Tochigi
Katsutoshi Obara, MD, Fukushima
Shinichi Takahashi, MD, Tokyo
Akio Yamaguchi, MD, Fukui

HPB-related

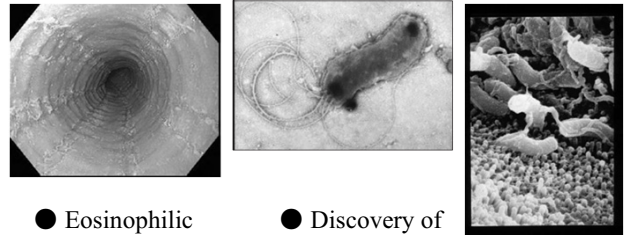
(Medical Terminology Committee)
Kazuyuki Suzuki, MD, Iwate (Chair)
Shigeki Arai, MD, Tokyo
Keisho Kataoka, MD, Shiga
Shuhei Nishiguchi, MD, Hyogo
Naotaka Fujita, MD, Miyagi
Fuminori Moriyasu, MD, Tokyo

(ICD-11 Revision Committee)
Soichiro Miura, MD, Saitama (Chair)
Hidemi Goto, MD, Nagoya
Junichi Akiyama, MD, Tokyo
Akira Andoh, MD, Shiga
Takafumi Ando, MD, Nagoya
Toshiyuki Itoh, MD, Kyoto
Takanori Kanai, MD, Tokyo
Yasuo Ohkura, MD, Tokyo
Naoki Ohmiya, MD, Nagoya
Mitsuo Shimada, MD, Tokushima
Nobuhiro Kurita, MD, Tokushima
Atsushi Iida, MD, Fukui

(ICD-11 Revision Committee)
Sumiko Nagoshi, MD, Saitama
Hirohide Ohnishi, MD, Akita
Akio Ido, MD, Kagoshima
Masayuki Kurosaki, MD, Tokyo
Tomoaki Tomiya, MD, Tokyo
Etsuko Hashimoto, MD, Tokyo
Tetsuhide Ito, MD, Fukuoka
Yoshifumi Takeyama, MD, Osaka
Hitoshi Yoshida, MD, Tokyo
Fukuo Kondo, MD, Tokyo

Need for ICD revision

1. Because of medical advances in 25 years, current disease classification of ICD-10 becomes unsatisfactory for many users. Some codes are already old-fashioned, while important new disease entities are arising.
 2. Re-construction of coding structure must be done, and also creation of an internet-based permanent platform is necessary for multidisciplinary users.
- For instance in GI disorders:
A dramatic change in our understanding of esophagitis and gastritis occurred.



● Eosinophilic oesophagitis

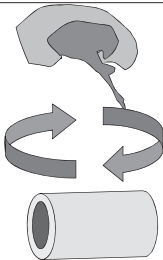
New disease entity since mid 1990s.

Endoscopic image demonstrating linear furrows, white specks and rings.
Photo from Furuta FT & Katzka DA. Eosinophilic esophagitis. N Engl J Med 2015; 373:1640-1648

● Discovery of Helicobacter pylori in 1982.

**H. pylori- induced gastritis
H. pylori associated gastric ulcer
Adenocarcinoma of stomach etc.**

Brain-Gut AXIS

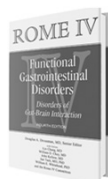


'Functional gastrointestinal disorders (FGID)' should be independently described because its pathophysiology is considered from the standpoint of 'Brain-Gut axis', not only from GI tract.

● **Dyspepsia = symptom (bad digestion)**

Pain or discomfort centred in the upper abdomen

● **Functional dyspepsia = disease entity diagnosed by Rome criteria (Rome I, 1992)**



**Eight Face-to-face Meetings for IM-TAG
Chairpersons and Managing-Editor of IM-TAG**

Number	Year/Month	Venue
Kick-off for the revision process	2007/April	Odawara, Japan
1 st Face-to-face meeting	2009/April 7-9	Tokyo
2 nd Face-to-face meeting	2009/November 3-6	Geneva
3 rd Face-to-face meeting	2010/April 7-8	Tokyo
4 th Face-to-face meeting	2012/February 8-9	Tokyo
5 th Face-to-face meeting	2013/February 5-6	Tokyo
6 th Face-to-face meeting	2014/December 16-17	Tokyo
7 th Face-to-face meeting	2015/September 29-30	Tokyo
8 th Face-to-face meeting	2016/October 14	Tokyo
Role	Name (Nation)	Year
Chairperson of IM-TAG	Dr. Kentaro Sugano (Japan)	2007-2014
	Dr. Naoko Tajima (Japan)	2014-2016
Co-chairman of IM-TAG	Dr. Rodney Franklin (UK)	2009-2016
Managing Editor if IM-TAG	Ms. Julie Rust (Australia)	2009-2015
	Ms. Megan Cumerlato (Australia)	2010-2016



Core Members of IM-TAG WGs

Section	Chair/Co-Chair (Nation) at the 1 st Meeting	Chair/Co-Chair/Managing Editor (Nation) at the 8 th Meeting
Nephrology	Dr. M. Iino/Dr. L. Stevens (Japan/USA)	Dr. G. Becker/Dr. K. Iseki/Dr. Y. Ubara (Australia/Japan/Japan)
Gastroenterology	Dr. P. Malfertheiner (Germany)	Dr. P. Malfertheiner/Dr. S. Miura/Dr. H. Miwa, Dr. J. Akiyama (Germany/Japan/Japan/Japan)
Hepatology & Pancreatobiliary	Dr. E.B. Keefe (USA)	Dr. G. Farrell/ Dr. S. Nagoshi, Dr. T. Ishikawa (Australia/Japan/Japan)
Respiratory	Dr. D.H. Ingbar (USA)	Dr. H. Takizawa/Dr. T. Suzuki (Japan/Japan)
Hematology	Dr. W. E. Fibbe (Netherlands)	Dr. W.E. Fibbe/Dr. S. Okamoto (Netherlands/Japan)
Endocrinology	Dr. A. Shimatsu (Japan)	Dr. E. Gregg/Dr. A. Shimatsu/Dr. M. Hotta Suzuki (USA/Japan/Japan)
Cardiovascular	Negotiating	Dr. R. Franklin/Dr. B. Gersh/Dr. T. Kohro (UK/USA/Japan)
Rheumatology	Dr. J. Kay (USA)	Dr. J. Kay/Dr. M. Harigai/ Dr. M. Kihara (USA/Japan/Japan)

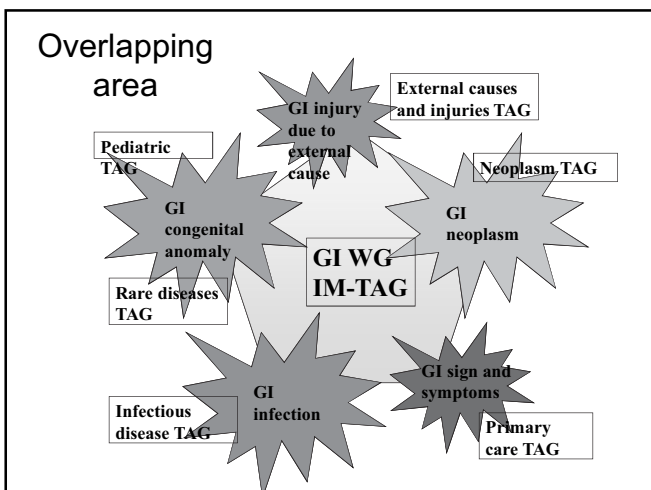
Assigned tasks to IM-TAG members

Sail to the ocean in pursuit of ICD-11

1. Identification of problems in current ICD-10 and proposal of the new basic framework in their sections (including introduction of new concepts).
2. Identification of overlaps with other TAGs.
Infectious disease/ Oncology/ Rare Disease/ Pediatrics/ Signs and Symptoms etc.
3. Preliminary works on the Content model for an alpha drafting.

International WG members Face to Face Joint Meeting of GI & HPB WG for IM-TAG in Tokyo (April 2010)

Region	Gastroenterology WG	Hepatology and Pancreatobiliary WG
Western pacific (WPRO)	Dr. Francis KL Chan (Hong Kong) Dr. Kwong Ming Fock (Singapore) Dr. Soichiro Miura (Japan) Dr. Nick Talley (Australia)	Dr. Mei-Hwei Chang (Taiwan) Dr. Geoffrey C Farrell (Australia) Dr. Yulan Liu (China) Dr. Sumiko Nagoshi (Japan) Dr. Tomoaki Tomiya (Japan)
European (EURO)	Dr. Serhat Bor (Turkey) Dr. Peter Malfertheiner (Germany) Dr. Kenneth E.L. McColl (UK) Dr. Jaroslaw Regula (Poland) Dr. Jan Tack (Belgium)	Dr. Guido Costamagna (Italy) Dr. Michael P. Manns (Germany)
Pan-American (PAHO)	Dr. Michael Camilleri (USA) Dr. Jamie N Eisig (Brazil)	Dr. Flair Jose Carriho (Brazil) Dr. Emmet B Keefe (USA) Dr. Glen A Lehman (USA)
South-East Asian (SEARO)	Dr. Varocha Mahachai (Thailand)	Dr. Yogesh K Chawla (India)

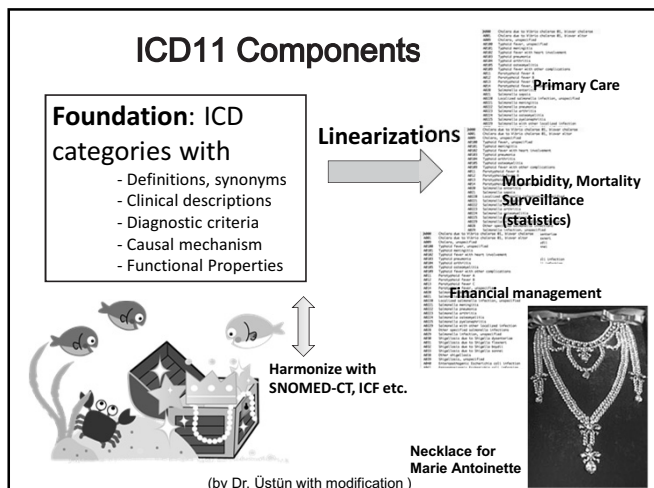


• Open and Collaborative Platform

- Web based
- Like WIKI – Trip Advisor
- But **structured by**

the Content Model (required parameters)

1. **TITLE of ENTITY:** Name of disease, disorder, syndrome...
2. **Classification Properties**
3. **Textual definition**
4. **Terms:** Synonyms - Inclusion - Exclusion - Index terms
5. **Body System(s) / Part(s)**
6. **Temporal Properties**
7. **Severity Properties**
(Functioning Properties, Causal mechanism and risk factors, Diagnostic criteria, Treatment) etc.



Contents of works of IM-TAG and WG

2009-2013

- WG members discussed about the re-arrangement of structure of ICD and proposed a new framework, - that appeared in iCAT.
- The appeared code hierarchy in iCAT was reviewed, edited and modified by WG members and WHO. (by face-to face meeting, e-mail, and teleconference etc.)
- Start working on the disease definitions for alpha-draft (incl. Textual definition, Synonyms - Inclusion – Exclusion).

2013-2016

- After release the beta-draft with Joint Linearization of MMS (JLMMS), many questions and proposals were reviewed with specialists and other TAGs, and then modification was arranged for improvement.
- Usability of ICD-11 codes was checked based on practical cases in the field trial (incl. comparison of ICD-10 and ICD-11).
- Information campaign (promotion) of ICD-11 has been done in each specialty field.

Many difficulties encountered during the ICD-11 revision (Hard time trying to create ICD-11)

1. Difficulty in smooth transfer of items from ICD-10 to 11, particularly when introducing a new disease entities.
2. Difficult setting of ideal 'Sea-shore level', especially at Mortality and Morbidity Statistics using Foundation components.
3. Difficulty in stem code selection and arrangement of convenient extension codes.
4. Information about diagnosis and treatment has not been completed in the content model.
5. In the field trials, certain items did not fit well with the new platform.

Sometimes missing in the beach?

The advantages of ICD-11

1. Many specialists has been largely involved in all fields from the beginning of ICD-revision process. Thus abundant information reflecting modern medical advances has been well covered (Voice from IM-TAG!!).
2. Users in the various fields can utilize ICD-11 according to a variety of situations (depending on different use-cases) using linearization system.
3. For many users of ICD-10, ICD-11 will be relatively acceptable, since basic hierarchical structure is well conserved.
4. Updating of ICD-11 is regularly scheduled. Because of its computer-based structure, continuous improvement of ICD will be much easier than before (ICT innovations).

Future prospects of ICD-11

1. More detailed information for each item such as etiology, pathophysiology, diagnostic criteria, treatment etc. should be added in the information model (content model).
2. Post-coordination system using extension code should be more refined and enriched in order to deal with various disease conditions.
3. In future, based on the enhancement of information various setting of linearizations (other than ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics) including 'Specialty Linearization' will be produced.
4. ICD-11 in multiple languages will be published to enhance world-wide understanding for ICD-11.

ICD-11、改訂プロセスとそのエッセンス

ロバート・ヤコブ (WHO 国際分類・用語及び標準化部門長)

ICD-11
icd.who.int

Dr Robert JAKOB
Team Leader Classifications, Terminologies and Standards,
WHO, Geneva

ICD-11

Is the **international standard** for recording, reporting and measuring health & health services

- Mortality Statistics
- Morbidity Statistics
- Quality and Safety
- Primary care
- Health Care Costs
- Progress towards development goals
- Clinical documentation

2 ICD-11 | 11/2018

Why ICD-11?

- Improved usability
 - Less training
 - All clinical detail – code combinations
- Update scientific content
- Enable coding of all clinical detail
- Make eHealth ready for use in electronic environments
- Linkage to relevant other classifications and terminologies
- Full multilingual support on translation and output

3 ICD-11 | 11/2018

WHO Family of Classifications

RELATED Classifications

International Classification of Primary Care (ICPC)

International Classification of External Causes of Injury (ICECI)

The Anatomical, Therapeutic, Chemical (ATC) classification with Defined Daily Doses (DDD)

ISO 9999 Technical aids for persons with disabilities – Classification and Terminology

International Classification of Nursing Practice

International Classification of Diseases

International Classification of Functioning, Disability & Health

International Classification of Health Interventions

Special versions

International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition (ICD-O-3)

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders

Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, Third Edition (ICD-DA)

Application of the International Classification of Diseases to Neurology (ICD-10-NA)

WHO Family of Classifications

Related Classifications

Shared terminologies

Foundation

Reference Classifications

- International Classification of Diseases (ICD)
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
- International Classification of Health Interventions (ICHI)

Derived Statistical Classifications and Tabulations

5 ICD-11 | 11/2018

Development of ICD-11

6 ICD-11 | 11/2018

PHASE 1 – design – broad input 2007-2015

- Project planning (from 2003)
- Launch 2007 in Tokyo
- Setting up working groups
- Setting up IT infrastructure
- 2 conferences
- Free authoring
- Review of process in 2015 for priority setting

ICD Contribution

World Health Organization

ICD-11 Scientific clinical input

- Extensive participation by national and international scientific societies
- Over 300 clinical specialists organized in 30 topic advisory groups, , more than 30 members of TAG just from Japan, 270 Institutions, 55 countries
- Input from clinical modifications of old ICD-10 – and they were based on clinical needs
- Reviews, testing, commenting => 99 countries

World Health Organization

Phase 2 – consolidation 2015-2018

- Formation of Joint Task Force: support to priority decisions
- End of Topic Advisory Groups
- Chapter reviews and editing to become statistical classification
- Revision conference 2016
- MS Comments 2017
- Field testing 2017
- Improve user guidance
 - Index, notes, postcoordination
 - Reference guide – explanations, rules, forms
- Preparation implementation package
- Governance for maintenance
- 2018 April – last meetings (JTS, TAG, Stakeholders, MARG)

World Health Organization

ICD-11 The international health information standard

Produced with participation by

World Health Organization

Phase 3 - Implementation - Preparation 2018-2021

- 2018 Release of version for preparation of implementation
- 2019 January WHO Executive Board
- 2019 May World Health Assembly

World Health Organization

ICD – Maintenance and governance - transparent

World Health Organization

Phase 4 – Routine Maintenance 2021 and following years

- Proposals based on scientific evidence
- Proposal platform allowing discussion and decision tracking, and notification
- You can suggest new changes and adding new terms
- Development browser (orange) allows to see and track daily changes

13 ICD-11 | 11/2018



Use and technology of ICD-11

- 01 感染症及び寄生虫病
- 02 新生物(腫瘍)
- 03 血液及び造血系の疾患
- 04 免疫系の障害
- 05 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 06 精神及び行動の障害
- 07 神経、感覚障害
- 08 神経系の疾患
- 09 眼及び付属器の疾患
- 11 循環器系の疾患
- 10 耳及び聴覚覚知の疾患
- 12 呼吸器系の疾患
- 13 消化器系の疾患
- 14 皮膚の疾患
- 15 泌尿器系及び生殖器系の疾患
- 16 腎臓生体臓器系の疾患
- 17 性の健康障害の症状
- 18 妊娠、分娩及び産後(注: ICD-11の「**メ**」)
- 19 産後期及び新生児期に発生した疾患
- 20 先天奇形
- 21 怪我、中毒又は臨床用語で他に分類されないもの
- 22 中毒、中毒及びその他の外因的影響
- 23 後傷及び死の原因
- 24 健康状態(本章及び本章以外の保健サービスの利用)
- 25 特殊目的用コード
- 26 伝統医学(モジュール) (注: ICD-11の「**メ**」)
- **W** 生活機能のための付加セッション

14 ICD-11 | 11/2018



ICD-11 User friendly

- Easier coding – coding tool, more instructions built in
- Guidance for using code combinations
- Specialty versions focus on needs for particular specialties
- Bilingual views
- Maps from and to ICD-10

15 ICD-11 | 11/2018



Browser and Coding tool

<https://icd.who.int>



16 ICD-11 | 11/2018



The ICD-11 browser

- Navigate in ICD
- Do not use for coding
- Mechanism to add proposals and comments (orange browser only)
- Registered users are able to:
 - Submit proposals for change
 - Read comments and proposals from others
 - Access PDF or Word versions of the classification

17 ICD-11 | 11/2018



ICD-11 Coding tool

- This tool works by searching all ICD-11 terms and is the ICD-11 index
- Has links to the browser so the user can confirm location is correct for term being searched
- Generates and dynamically updates two different outputs
 - Word list
 - Matched entities
- Synonyms, word completion... - like online search engines

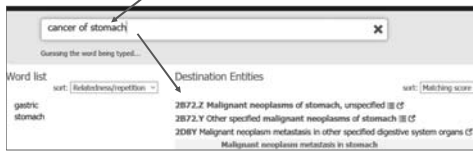
18 ICD-11 | 11/2018



Simple search

Type a diagnostic statement into the Coding Tool

e.g. **cancer of stomach**



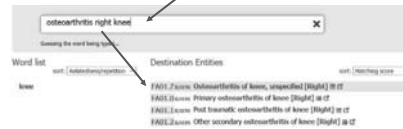
19 ICD-11 | 11/2018



Simple search

Type a diagnostic statement into the Coding Tool

e.g. **Osteoarthritis of right knee**

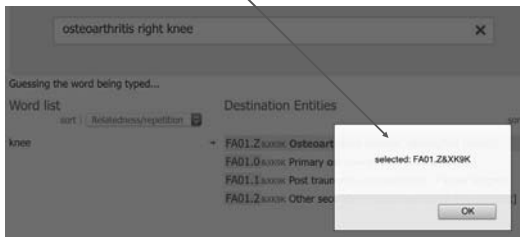


20 ICD-11 | 11/2018



Simple search

Just click return and import the full match in your information system.

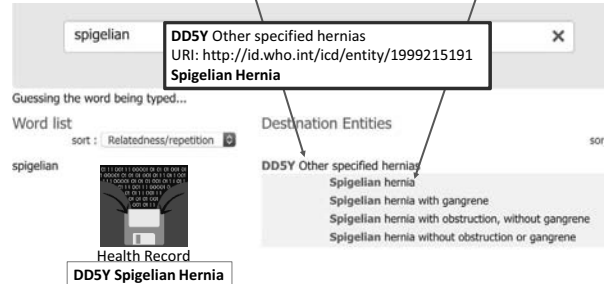


21 ICD-11 | 11/2018



Simple search

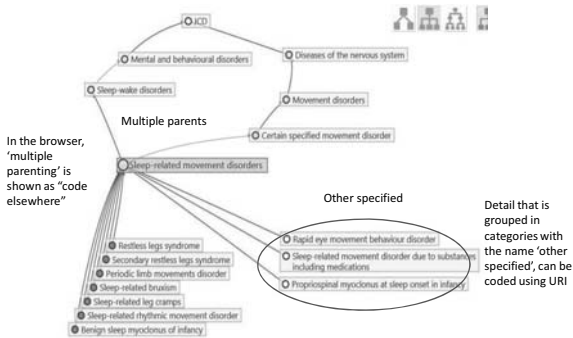
“Other specified”: not satisfactory Choose the specific term, spigelian hernia, for the record



22 ICD-11 | 11/2018



ICD-11 is built on an ontological structure. This technology provides the user guidance. The normal user does not have to deal with this (like normal drivers do not touch the engine of their cars. They just drive)



URI - uniform resource identifier

Entity has a code

Shoreline

1C5C.11
1C5D.13
1C5.1Y
1C5.1Z

<http://id.who.int/icd/entity/1959883044>
<http://id.who.int/icd/entity/685093552>
<http://id.who.int/icd/entity/1302232870>

grouped into a category;
has URI for recording, if desired

<http://id.who.int/icd/entity/1104303944>
<http://id.who.int/icd/entity/588527933>
<http://id.who.int/icd/entity/854762584>
<http://id.who.int/icd/entity/1543765035>
<http://id.who.int/icd/entity/682536148>
<http://id.who.int/icd/entity/307264938>
<http://id.who.int/icd/entity/361332539>
<http://id.who.int/icd/entity/1306878274>
<http://id.who.int/icd/entity/804089791>
<http://id.who.int/icd/entity/1040970454>
<http://id.who.int/icd/entity/36782335>
<http://id.who.int/icd/entity/1736084843>
<http://id.who.int/icd/entity/1530937152>
<http://id.who.int/icd/entity/608978790>
<http://id.who.int/icd/entity/1501615629>

URI – electronic reporting in electronic health records with more detail than with categories.

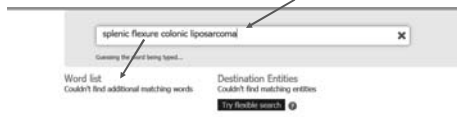
24 ICD-11 | 11/2018



Flexible search

Type a diagnostic statement into the Coding Tool

e.g. *splenic flexure colonic liposarcoma*



25 ICD-11 | 11/2018

Flexible search cont.

Try flexible search



26 ICD-11 | 11/2018

Extension codes – add all the detail you need

Type 1

- Severity
- Course of the condition
- Time in life
- Aetiology → Medicaments (WHO INN)
Chemicals
Infectious agents
- Anatomic detail
- Histopathology
- Biological Indicators
- Consciousness
- External Causes detail
- Injury specific detail

Type 2

- Main Condition
 - Reason for encounter
 - Reason for admission
 - Main Resource Condition
- Present on Admission
 - Developed after admission
 - Uncertain timing relative to admission
- Provisional diagnosis
- Diagnosis confirmed by...
 - Lab
 - Serology
 - Histology
 - Genetics
 - Imaging
 - ...
 - Unspecified means
- Differential Diagnosis

27 ICD-11 | 11/2018

Postcoordination

6D8Z Dementia, unknown or unspecified cause Example: Dementia

Has severity **XSSW Mild**

Associated with **6D86.5 Disinhibition in dementia**
6D86.6 Wandering in dementia

Add detail to **Dementia, unknown or unspecified cause**

Associated with (use additional code, if desired)

6D86	Behavioural or psychological disturbances in dementia
6D86.0	Psychotic symptoms in dementia
6D86.1	Mood symptoms in dementia
6D86.2	Anxiety symptoms in dementia
6D86.3	Apathy in dementia
6D86.4	Agitation or aggression in dementia
6D86.5	Disinhibition in dementia
6D86.6	Wandering in dementia
6D86.Y	Other specified behavioural or psychological disturbances in dementia
6D86.Z	Behavioural or psychological disturbances in dementia, unspecified

Has severity (use additional code, if desired)

XSSW	Mild
XSOT	Moderate
XS25	Severe

Code the detail you need to correctly reflect your case

No change to ICD-10

- Conditions included in following chapters have remained in these chapters:
 - Maternal
 - Perinatal
 - Injury
 - Tumour
- Mortality coding rules have kept their meaning – only adapted to be used with ICD-11

29 ICD-11 | 11/2018

Scientific updates included in ICD-11

Just some examples

30 ICD-11 | 11/2018

ICD-11 has five new chapters and 2 additional sections

Chapter 3	Diseases of the Blood or Blood-forming Organs
Chapter 4	Disorders of the Immune System
Chapter 7	Sleep-Wake Disorders
Chapter 17	Conditions related to Sexual Health
Chapter 26	Traditional Medicine
Section V	Functioning
Chapter X	Extension codes

31 ICD-11 | 11/2018



Chapter 01 – Certain infectious diseases

- Minimise the impact on longitudinal statistics of major infections;
- Influenza, moved into Chapter 1
- HIV: subdivided by stages
- Prion diseases moved into Nervous system chapter
- Antimicrobial resistance is found in Ch. 21 but is to be reported in combination with the infectious disease.
- Updated coding of sepsis

32 ICD-11 | 11/2018



Chapter 02 – Neoplasms

- Morphology has been pre-coordinated, and stages and more detail can be added
- The concepts of unknown and uncertain behavior have been split into two unique categories
- Added types of melanoma, and basalomas
- Expanded detail for benign tumours
- Tumours of central nervous system and haematological tumors outside the old 'benign – uncertain – malignant' scheme

33 ICD-11 | 11/2018



Chapter 04 – Diseases of the immune system

This new chapter (previously part of Chapter III in ICD-10) has the following sections:

- Immunodeficiencies
- Non-organ specific systemic disorders (NOSSAD)
 - Now includes also IgG4-related disease
- Autoinflammatory disorders
- Allergic or hypersensitivity conditions (+anaphylaxis)
- Certain diseases involving the immune system
- Diseases of thymus

34 ICD-11 | 11/2018



Chapter 05 – Endocrine, nutritional or metabolic diseases

- Diabetes mellitus and Intermediate hyperglycaemia has been expanded to reflect current international terminology.
- Diabetes coding more relevant and flexible
- Updated concepts: Overnutrition - undernutrition
- The postcoordination (code combination) features of ICD-11 MMS are used frequently in this chapter.
 - 'Code also' and 'Use additional code' notes have been included to link the types of diabetes and the various complications to enable the addition of codes for further specificity.

35 ICD-11 | 11/2018



Chapter 11 - Diseases of the circulatory system

- Heart valve disease no longer dominated by rheumatic fever (now: valve-vitium-etiology)
- New distinct higher level categories
 - Diseases of the myocardium, including extensive subsections on Myocarditis and Cardiomyopathy.
 - Cardiac arrhythmia, including a large new subsection on 'Cardiac arrhythmia associated with genetic disorder' and 'Pacemaker or implantable cardioverter or defibrillator or lead dysfunction'
 - New subsection on Pulmonary Hypertension in the Pulmonary heart disease and diseases of pulmonary circulation section

36 ICD-11 | 11/2018



Chapter 12 – Diseases of the respiratory system

- Specific Infectious lung diseases have been moved to Chapter 01 to better reflect the infectious nature of these conditions.
- Developmental respiratory diseases are now located in Chapter 20 Developmental anomalies.
- Cystic fibrosis has been moved to Certain lower respiratory tract diseases and multi-parented to metabolic disorders in the Endocrine chapter

37 ICD-11 | 11/2018



Chapter 13 – Diseases of the digestive system

- More detailed anatomical groups - rostral-caudal order
- More recent clinical detail, e.g.
 - Polyposis syndrome
 - Diversion colitis
 - Eosinophilic gastritis
- Important digestive diseases have been allocated their own category (e.g. gastro-oesophageal reflux disease)

38 ICD-11 | 11/2018



Chapter 16 – Diseases of the genitourinary system

- To reflect the current scientific understanding for certain genitourinary conditions, additional detail has been included for the following areas:
 - Amenorrhea
 - Ovarian dysfunction
 - Female pelvic pain
 - Endometriosis
 - Adenomyosis
 - Female infertility
 - Male infertility
 - Early pregnancy loss
 - Pregnancy outcomes
 - The Kidney failure section of the classification has been revised (KDIGO)

39 ICD-11 | 11/2018



Chapter 17 – Conditions related to sexual health

- New chapter in ICD-11 divided into major sections for:
 - Sexual dysfunctions
 - Sexual pain disorders
 - Gender incongruence
- The general hierarchy consists of:
 - 1st level broad category of condition
 - 2nd level - specific type of condition
 - 3rd level - specific disease/disorder

40 ICD-11 | 11/2018



Chapter 18 – Pregnancy, childbirth or the puerperium

- Additional specifications have been included for “Early pregnancy loss”.
- A new section Obstetric haemorrhage has been added to enable all types of haemorrhage to be grouped together

41 ICD-11 | 11/2018



Chapter 20 – Developmental anomalies

Chapter 20 has undergone a major restructure with it now having four major sections

- Structural developmental anomalies primarily affecting one body system
- Multiple developmental anomalies or syndromes
- Chromosomal anomalies, excluding gene mutations
- Conditions with disorders of intellectual development as a relevant clinical feature

42 ICD-11 | 11/2018



Chapter 23 – External causes of morbidity or mortality

- Removed detail (not usually reported)
 - Can be added with code combination with extension codes
- Reorganized traffic accidents
- Other sections include Exposure to extreme forces, Maltreatment, Legal intervention, Armed conflict and
- Causes of healthcare related harm
 - Completely overhauled for modern reporting of harm or near failure

43 ICD-11 | 11/2018



Patient safety

"Cause" of harm

- Substances
- Procedures
- Devices
- Other Aspects of Care

"Mode or Mechanism" of harm

- e.g. overdose/underdose for substances
- e.g. accidental perforation for procedures
- e.g. dislodgement/malfunction for devices
- e.g. mismatched blood used in transfusion for other aspects of care

A cluster of codes to denote the "Injury or Harm" that resulted from the event

44 ICD-11 | 11/2018



A clinical example

- A patient presents with an intracranial hemorrhage arising while on warfarin anticoagulation. INR found to be 7.0 and careful history reveals patient to have accidentally taken double doses over several days.
- Clustered Coding:

45 ICD-11 | 11/2018



A clinical example

- A patient presents with an intracranial hemorrhage arising while on warfarin anticoagulation. INR found to be 7.0 and careful history reveals patient to have accidentally taken double doses over several days.
- Clustered Coding:
 - PH80 & XE9AC Code for the cause of harm (exposure to drug in therapeutic intent & warfarin)
 - PH92.0 Code for mode/mechanism (overdose)
 - 8B00.Z Code for actual harm (intracranial hemorrhage)

46 ICD-11 | 11/2018



Chapters - changes

- 06 – Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
 - New structures, Dementia
- 08 – Diseases of the nervous system
 - More clinical restructuring,
 - Received prion disease
 - Received cerebrovascular diseases
- 09 – Diseases of the visual system
 - More clinical detail
- 14 – Skin – rewritten (little changes had occurred in past 40 years)
- 22 – Injury, poisoning or certain other consequences of external causes
 - More types of injury
 - Clarified differences between acute and more permanent postprocedural conditions

47 ICD-11 | 11/2018



ICD-11

- New content – up-to-date
- More clinical detail
- Modern technology – electronic data recording
- Participation – during design, now, and in the future

48 ICD-11 | 11/2018





ICD 11 for you – by you – for best possible health
Thank you


ICD-11 V Chapter ~International Life Functioning Classification and the Link that Expands the Level~

ネナド・コスタンチェック (テクニカル・オフィサー WHO 国際分類・用語及び標準化部門)

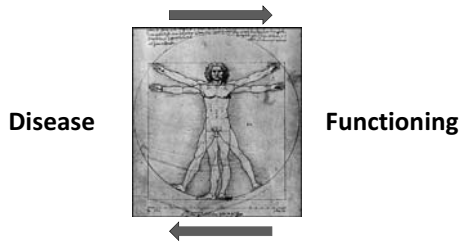
WHO – Japan Forum 2018 – Opening the door to significant use of ICD-11 and ICF, Tokyo, Japan, 30th November 2018

The V-Chapter of ICD-11 – Pioneering the New Frontier through the link with the Classification on Functioning


Nenad Kostanjsek
Classification, Terminology and Standards Team
Department of Information, Evidence and Research (IER)
email: kostanjsek@who.int



Linking Disease & Functioning



2 ICD-11 Functioning Section | WHO Japan Forum | 30th November 2018, Tokyo, Japan




Capturing the impact of health conditions in terms of functioning is NOT new....

- Generic functioning measures**
 - Activity of daily living (ADL) scales
 - Barthel index (1955)
 - Katz index (1957)
 - Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scales
 - Fries's Health Assessment Questionnaire (HAQ) (1980)
 - Granger's Functional Independence Measure (FIM) (1987)
- Condition-specific functioning instruments e.g. Parkinson**
 - Parkinson: Webster scale
 - United Parkinson disease rating scale
 - Self assessment Parkinson's disease Disability scale
 - Parkinson symptom Diary
 - Parkinson Disease Questionnaire (PDQ-39)

BUT they

- often do not capture functioning as multidimensional experience
- remain in a DATA SILO because they are not derived or linked and coded with an international data standard and conceptual framework.

3 ICD-11 Functioning Section | WHO Japan Forum | 30th November 2018, Tokyo, Japan




Capturing the impact of health conditions in terms of functioning is NOT new....(cont.)

- Social medicine**
 - Fully structured disability evaluation e.g.
 - American Medical Association (AMA) Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, first published in 1958 and now in its 6th edition
 - Semi- or unstructured disability evaluation

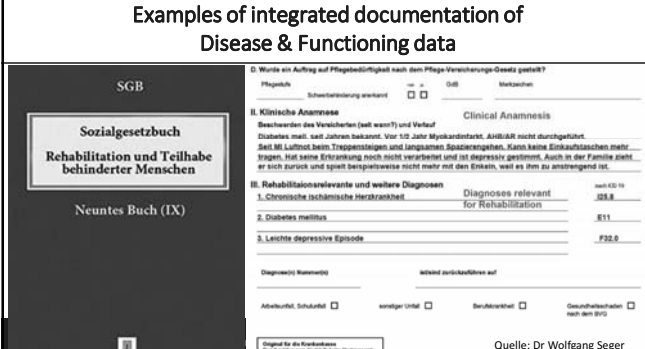
BUT they

- often do not capture functioning as multidimensional experience
- remain in a DATA SILO because they are not derived or linked and coded with an international data standard and conceptual framework.

4 ICD-11 Functioning Section | WHO Japan Forum | 30th November 2018, Tokyo, Japan



Examples of integrated documentation of Disease & Functioning data



Sozialgesetzbuch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
Neuntes Buch (IX)

II. Klinische Anamnese / Clinical Anamnesis

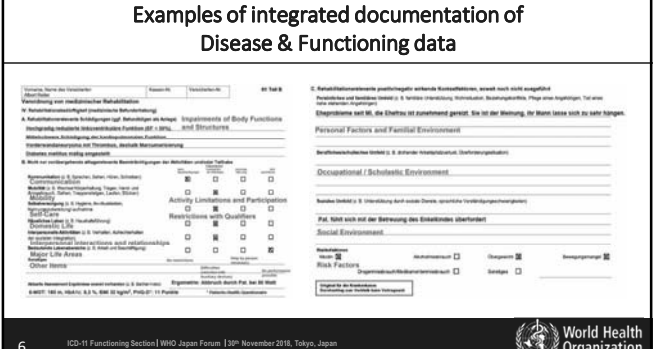
1. Chronische ischämische Herzkrankheit / 238.8

2. Diabetes mellitus / E11

3. Leichte depressive Episode / F32.0

Quelle: Dr Wolfgang Seger

Examples of integrated documentation of Disease & Functioning data



Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

II. Klinische Anamnese / Clinical Anamnesis

1. Chronische ischämische Herzkrankheit / 238.8

2. Diabetes mellitus / E11

3. Leichte depressive Episode / F32.0

Quelle: Dr Wolfgang Seger

Evolution of the Functioning section in ICD-11

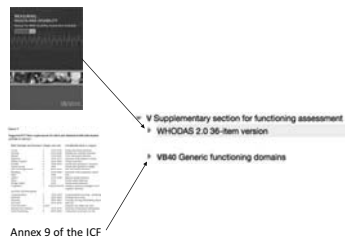
1. ICD Concept Title
2. Hierarchy, Type and Use symbols
3. Type
4. Use
5. Textual Definition(s)
6. Description (short)
7. Definition (long)
8. Terms
9. Inclusion Terms
10. Exclusion Terms

11. Clinical Description
12. Body Systems
13. Body Part/Component/Anatomical
14. Morphological Properties
15. Signs & Symptoms
16. Etiology
17. Cause
18. Clinical Features
19. Manifestation
20. Inheritance
21. Inheritance
22. Genetic Characteristics
23. Temporal Properties
24. Severity Properties
25. Functional Properties
26. Specific Condition/Response
27. Treatment Properties
28. Diagnostic Criteria

- Content model development
- Formation of Functioning TAG
 - Identify relevant functioning domains for each disease category -> very labour and resource intensive
- Initial approach
 - Identify relevant functioning domains for each disease category -> very labour and resource intensive
- Revised approach
 - Identify relevant functioning domains across disease categories -> less labour and resource intensive



Using the Functioning section in ICD-11 – two possibilities



- Option 1: **Structured assessment** with WHO-DAS 2.0 allowing to generate an overall and domain specific functioning score
- Option 2: **Selection of generic functioning domains** allowing to generate a functioning profile



Option 1: Structured assessment with WHO-DAS 2.0 recommended

V Supplementary section for functioning assessment
WHODAS 2.0 36-Item version

Domain	Score	Items
Cognition	Cognitive Score	6 Items
Mobility	Mobility Score	5 Items
Self-care	Self care Score	4 Items
Intergoanual	Intergoanual Score	4 Items
Life Act.	Life Act. Score	5 Items
Participatio	Participatio Score	6 Items

Summary Score

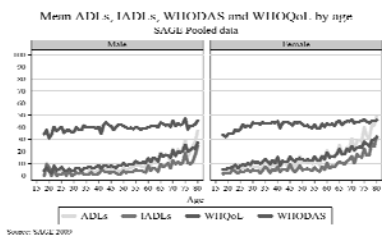


Using the Functioning section in ICD-11: Why structured assessment with WHO-DAS 2.0 recommended?

- Direct link to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
- Cross-cultural comparability
- Psychometric properties
- Ease of use and availability
- Functioning is multidimensional, not an event (i.e. head count pre-defined categories)
- Ease comparability of functioning information across the continuum of care



WHO Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE) Conducted in China, Ghana, India, Mexico, Russian Federation and South Africa in 2008-2009 n=45,000



Option 2: Selection of generic functioning domains Example

V Supplementary section for functioning assessment
WHODAS 2.0 36-Item version
Self-Rated Disability Survey
VBAO Generic functioning domains

Reporting functioning problems related to an adverse event:
880Z Intracranial haemorrhage, unspecified

due to PLO0 Drugs, medicaments or biological substances associated with injury or harm in therapeutic use with mode of PL13.9 Drug or substance interactions, as mode of injury or harm (XM8GW0 Warfarin and XM7Q57 Penicillin (any))

Consequence to patient being:

- VA05 conversation - moderate difficulty
- VA14 walking - moderate difficulty



The Functioning section in ICD-11 Upcoming enhancements & possible future developments

- **Upcoming enhancements**
 - Reinstated 5-point severity scale
 - More example user guidance in ICD-11 Ref. Guide
 - ICDfit module and interface for ICD-11 functioning section
 - WHODAS 2.0 scoring tool
- **Possible future developments**
 - Add future WHO DAS 2.0 modules
 - Expand scope: Environmental factors

13
ICD-11 Functioning Section | WHO Japan Forum | 30th November 2018, Tokyo, Japan

Why ICD-11 Supplementary section for functioning in ICD-11


- **Need** for standardized & comparable functioning data is increasing. Key drivers incl.
 - Epi transition
 - Ageing societies & increased life expectancy -> how do you live with Health conditions matters more (mee-byo)
 - Big data & technology
- **Enable**
 - **joint use** of ICD & ICF (code once – use multiple times)
 - **coding** of functioning data & **reporting** of coded
 - **standardization** & international **comparability** of functioning data using global public goods
- **Entry point** ICD users to understand the “value proposition” of ICF - **not recreating ICF in ICD.**

14
ICD-11 Functioning Section | WHO Japan Forum | 30th November 2018, Tokyo, Japan

ICD-11国内適用の展望

森 桂（厚生労働省政策統括官付国際分類情報管理室長）

ICD-11国内適用の展望



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
日本WHO国際統計分類協力センター
森桂

ICDと日本

International Statistical Classification of
Diseases and Related Health Problems

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 (1995年)
2003年(平成15年)	2,045 (14,258)	平成18年～平成27年 (2006年)
2013年(平成25年)	2,053 (14,609)	平成28年～ (2016年)
第11 2019年(平成31年) 予定		

世界保健機関 (WHO)

□ 世界保健機関憲章

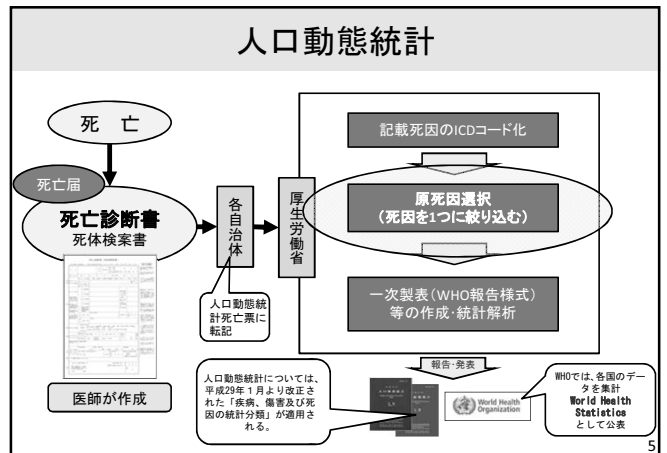
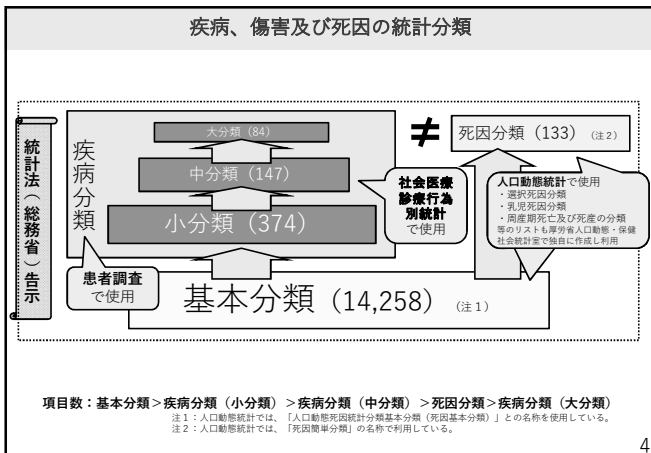
第64条 各加盟国は、保健総会が決定した方法によって、統計的及び疫学的報告を提出しなければならない。

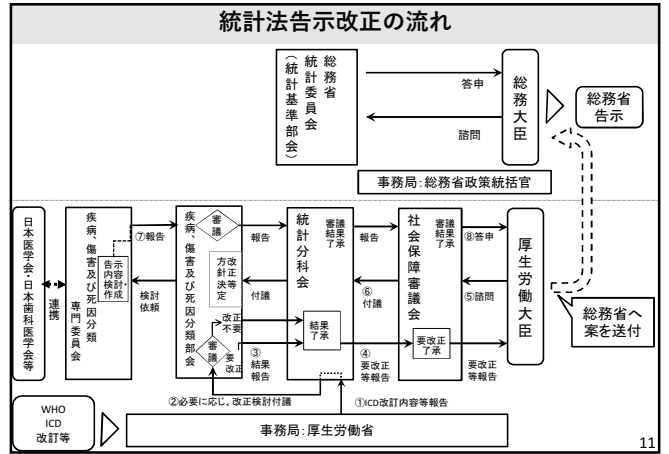
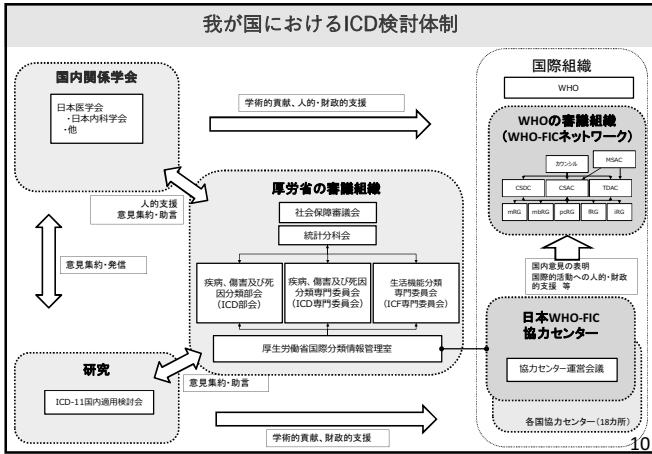
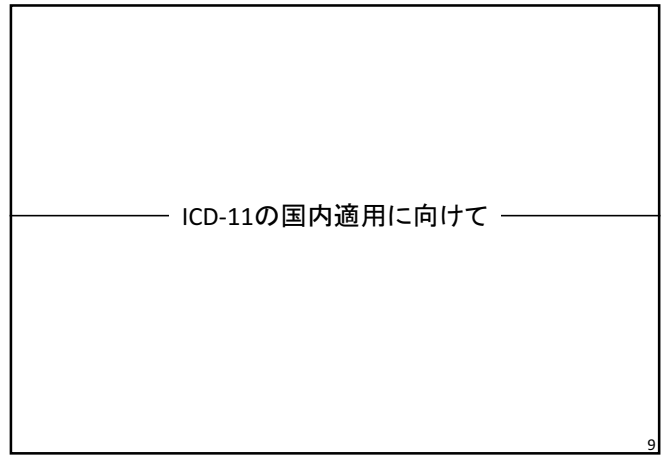
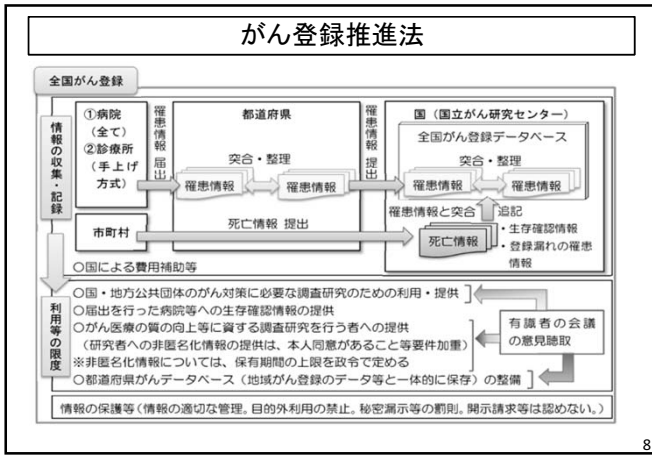
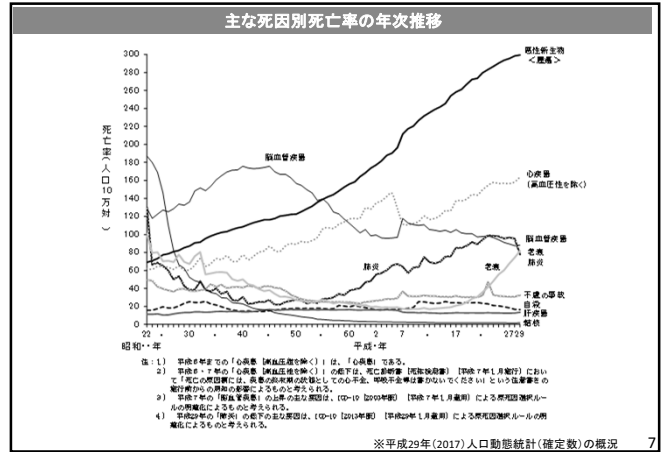
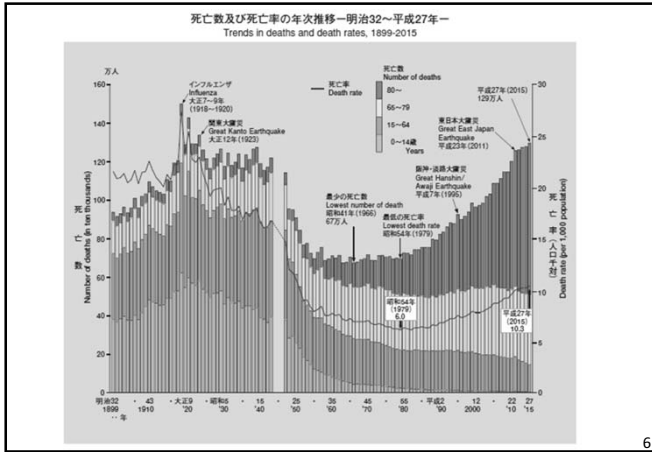
□ 世界保健機関分類規則

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。





社会保障審議会統計分科会 疾病、傷害及び死因分類部会	
構成員名簿	
公益社団法人日本医師会副会長	今村 聡
鹿児島大学病院医療情報部長	宇都 由美子
東京大学大学院医学系研究科医療情報経済学分野教授	大江 和彦
東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野教授	川口 陽子
国立保健医療科学院長	新村 和哉
自治医科大学長	永井 良三
国立研究開発法人 国立がん研究センター理事長	中益 斉
国立社会保障・人口問題研究所国際関係部長	林 玲子
東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻臨床疫学・経済学教授	康永 秀生
東京大学大学院医学系研究科内科学専攻 病態診断医学講座 臨床病態検査医学分野 東京大学医学部附属病院 検査部長	矢野 裕

12

ICD-11の日本への適用について 論点①

<告示対象範囲及び和訳対象範囲について>

(優先検討事項)

- ①死亡・疾病統計用分類 (MMS) の分類名 (章・ブロック名を含め約32,000)
※対象とする章も検討が必要 (第1章～第26章 (約18,000)、第V章 生活機能評価の補助セクション (約100)、第X章 エクステンション・コード: 約14,000)
- ②MMSの索引用語 (約10万語 (分類名を含む))
- ③レファレンス・ガイド (ICD-10第2巻総論に相当、約300頁超)
- ④ウェブサイト上のユーザーガイド
- ⑤インターフェイスなどウェブサイトを利用する上で必要なその他の情報

(上記の後の対応を検討するもの)

- ⑥MMSの解説文 (Description) 等 ※当面、ウェブサイトは、日英混在となる
- ⑦ファウンデーションに含まれるその他の情報

▶ ICD-11の告示については、死亡・疾病統計分類 (MMS) の分類表を基本とするが、第V章生活機能評価の補助セクション、第X章エクステンション・コードなど、ICD-10の取り扱いとは異なる分類項目も盛り込まれていることから、WHO等からの情報収集を進めつつ、分類項目の取り扱いや和訳を確認した上で、改めて告示範囲について検討してはどうか。

13

ICD-11の日本への適用について 論点②

<分類の利用環境整備>

- ①ICD-11 (MMS) のウェブサイト
- ②MMSの分類項目レベルのエクセルファイル (Simple Tabulation)
- ③コーディング・ツール
- ④MMSの索引用語のエクセルファイル (Index Tabulation)
- ⑤レファレンス・ガイド (ウェブ、PDF)
- ⑥ICD-10とICD-11のマッピングのエクセルファイル (Mapping Tables)
- ⑦ウェブ上のトレーニング・ツール (予定)
- ⑧紙媒体の書籍 (予定、現段階ではWHOから未公表であり、分類表の抜粋のほかどのような内容になるか不明)

▶ WHOでは、電子環境での活用を前提に、多言語対応であるICD-11ウェブサイトを提供している。ICD-11の和訳を作成し、当該ウェブサイトに登録し、オンライン上で使用できるようにしてはどうか。

▶ その他のツール、資料又は書籍の取り扱いについては、WHOが提供する内容や国内での分類使用におけるニーズや維持管理環境等を踏まえて検討してはどうか。

14

ICD-11の日本への適用について 論点③

<疾病分類表 (大分類、中分類、小分類) 及び死因分類表の見直しについて>

我が国では、ICDに準拠した基本分類表のほか、基本分類を集約した疾病分類表及び死因分類表を定めて、公的統計の表章で使用している。これらの分類表は、疾病分類表は、推定患者数を基準に、死因分類表は死亡数及び社会的な重要度を考慮して設定されたものである。

※WHOによる特定製表用リスト (ICD-10では、死亡製表用リスト4つ、疾病製表用リスト1つ) は、現段階では未公表。

▶ 日本における疾病構造の変化、ICD-11の変更点を踏まえて疾病分類表及び死因分類表の見直しを検討してはどうか。見直しに当たっては、日本の疾病構造、国際比較可能性、現在の分類表との継続性のほか、横断的なデータ利用に配慮し、分類表間の整合性や公的統計で使用されているその他の統計表等を考慮してはどうか。

15

ICD-11の和訳について (案)

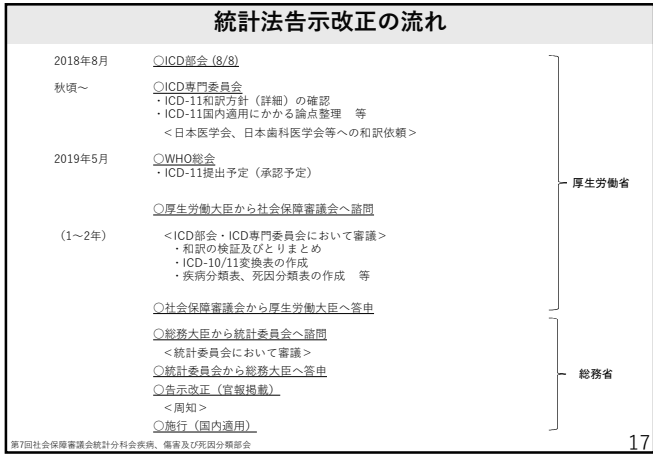
<和訳に当たっての基本方針>

- ①ICD-11の分類全体に共通する定型的な用語は、一貫性のある和訳とする。
- ②直訳がふさわしくない又は一般的ではない場合は、意識を検討する。
※MMSの分類名に意識を充てる場合は、特に①に配慮する。
※意識に際しては、社会的な影響も考慮する一方で、用語の概念・範囲が変わることが無いように十分配慮する。
- ③訳語が複数ある場合は、同義語として追加することを検討する。
- ④直訳が、日本の臨床現場等で使用されておらず、翻訳することが却って混乱を招く可能性がある場合は、英語のまま残すことを検討する。

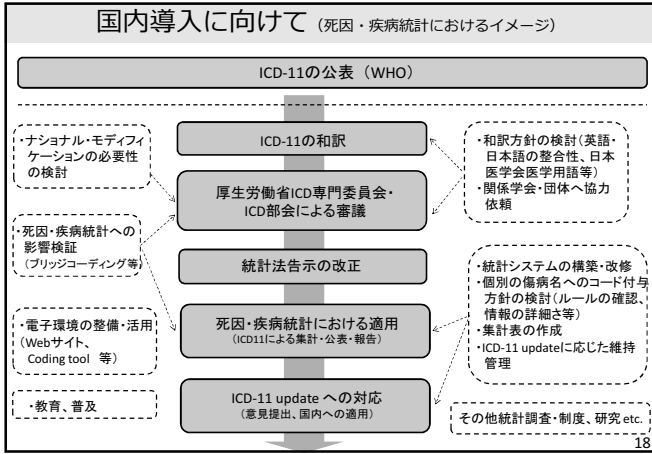
<既存の訳語との調整について>

- ①ICD-10の既存訳、表記法 (山括弧を利用した代替用語の表記の仕方等) も含めて見直しを行う。
- ②日本医学会医学用語辞典等との学術的な整合性に配慮し、仮訳作成の際の参考とする。
- ③ICD10対応標準病名マスター/傷病名マスターにおける用語の使い方も参考とする。

16



17



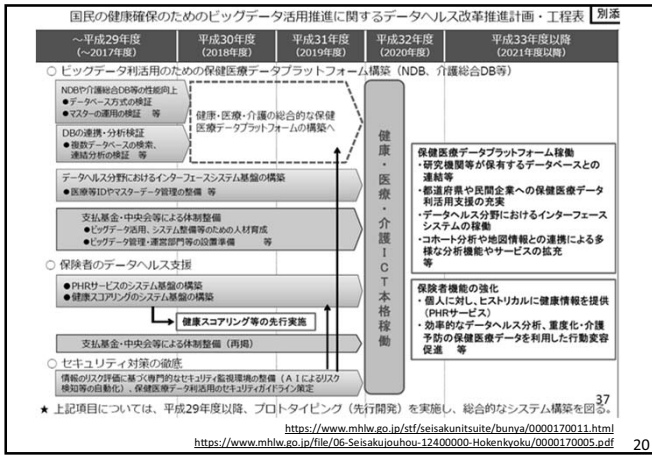
(参考) 保健医療分野の主な公的データベースの状況

平成30年4月19日
社会保障審議会医療保険部会資料

保健医療分野においては、近年、それぞれの趣旨・目的に即してデータベースが順次整備されている。主な公的データベースの状況は下表のとおり。

データベースの名称	NDB (レセプト情報・特定健診等情報データベース) (平成21年度～)	介護DB (平成25年度～)	DPCDB (平成25年度～)	全国がん登録DB (平成28年度～)	難病DB (平成28年度～)	小児DB (平成28年度～)	MID-NET (平成28年度～)
元データ	レセプト、特定健診	介護レセプト、要介護認定情報	DPCデータ (レセプト)	届出対象情報、死亡者情報	臨床個人調査票	医療従事者情報	電子カルテ、レセプト等
主な情報項目	傷病名 (レセプト病名)、投薬、健診結果等	介護サービスの種類、要介護認定区分等	簡易診療録情報、施設情報等	がんの罹患、診療、転帰等	告示病名、生活状況、診断基準等	疾患名、発症年齢、各種検査値等	処方・注射情報、検査情報等
保有主体	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	国 (厚労大臣)	PMDA・協力医療機関
匿名性	匿名	匿名	匿名	匿名	匿名 (取得時に本人同意)	匿名 (取得時に本人同意)	匿名
第三者提供の有無	有(※1) (平成25年度～)	有(※1) (平成30年度～開始予定)	有 (平成29年度～)	有 (詳細検討中)	無 (検討中)	無 (検討中)	有 (平成30年度～)
根拠法	高確法16条	介護保険法118条の2	— (告示)	がん登録推進法第5、6、8、11条	—	—	PMDA法第15条

※1 NDBについては、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に基づき個別審査を行った上で第三者提供を実施。介護DBも、NDBの仕組みを基本的に踏襲し、第三者提供を行う予定。
※2 上記に加え、生活保護の分野では、福祉事務所がデータに基づき被保護者の生活前情の予防等を推進する「被保護者健康支援事業」を創設し、同事業の実施に資するため、国が全国の被保護者の医療データを収集・分析することを内容とする「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」を平成30年議案として提出。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingiro/0000204933.html>



ご静聴ありがとうございました

Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan
For people, for life, for the future

ICF 講座

ネナド・コスタンチェック (テクニカル・オフィサー WHO 国際分類・用語及び標準化部門)


WHO – Japan Forum 2018 – Opening the door to significant use of ICD-11 and ICF,
Tokyo, Japan, 30th November 2018

ICF Lecture

Nenad Kostanjsek
Classification, Terminology and Standards Team
Department of Information, Evidence and Research (IER)
email: kostanjsek@who.int

Overview

- **Where do we come from?**
 - History (genesis) of ICF and disability/functioning
- **Where are we?**
 - Current status and use of ICF
- **Where are we going?**
 - Outlook on further development and use of ICD-11


 World Health Organization

Evolution of the disability category

The disabled include "the sick, insane, defectives, aged and infirm"
English Poor Law 1834, 1601, 1388

A disabled person is someone who "because of his physical or mental condition is neither in a position to perform regularly his previous work nor to earn the minimum invalidity pension through other work corresponding to his strengths and capabilities and existing job opportunities".
German Invalidity and Pension Law 1889


Medical determination of disability by applying the clinical concept of impairment
20th century

 World Health Organization

Evolution of the disability category

"Disability refers to the physical or organic handicap of a person due to natural deformity or deficient functioning of any limb resulting from accident, disease, etc. It includes blind, deaf and dumb, crippled, mentally retarded and insane."
Disability definition used in 1981 census

"In the context of health. Disability is an umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions. It denotes the negative aspects of the interaction between an individual (with a health condition) and that individual's contextual factors (environmental and personal factors)."
(ICF 2001)

 World Health Organization

Evolution of the health category


19th Century and before
Health = absence of death & disease
Classification of Causes of Death (ICD)

20th Century
*WHO Constitutional Definition: "a state of **complete** mental and social well-being **not merely the absence of disease or infirmity.**"*


BUT operationalisation focused on

- Mortality & morbidity (ICD)
- Consequences of disease (ICIDH 1980)

21st Century
Health operationalised with ICF
ICF classifies health and health related domains

 World Health Organization

International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)




- Conceptual model of disablement in the ICIDH disentangled disability from disease

```

graph LR
    A["Disease or disorder"] --> B["Impairments"]
    B --> C["Disabilities"]
    C --> D["Handicaps"]
    A -.-> D
            
```

- Published by WHO in 1980 for field testing

 World Health Organization

Historical significance of ICF Conversion point for Health and Disability

- Health and Disability categories have different origins and have taken different evolutionary lines.
- ICF has brought the two lines in consilience.
- Non-fatal Health Outcomes = DISABILITY = Health State less than Perfect Health





7 ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

- Pre-Alpha Draft Development 1990-1995
 - Needs and scoping assessment (update vs. revision)
 - Setting up governance structure (WHO CC NCHS, Canada, France, Nordic Centre, Dutch, DPI, Task Forces)
- Alpha Drafting and testing 1996
 - Development of main components: Impairment, Disability, Social Participation, Environmental Factors
 - Testing via In-house and expert consultation
- Beta 1 Drafting and testing 1997 - 1999
 - Definitions added, Neutral language: BF, BS, A&P, P, EF
 - Empirical testing (CAR study) in 15 countries: Translation/linguistic analysis, Basic questions, Item Evaluation, Concept mapping, Pile sorting, Focus groups
- Beta 2 Drafting and testing 1999-2000
 - Uniform qualifier for severity provided, Use of blocks, and residuals throughout, EF chapters reordered
 - Field testing: Translation and linguistic evaluation, Basic Questions, Feasibility and Reliability
- Pre-Final, Final draft, WHA approval 2000-2001
 - Revision Meeting with WHO Member States
 - Change in the name of the classification to "International Classification of Functioning, Disability and Health"

8 ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

What is the ICF?

- Classification & metrics for organizing & reporting health and disability data
- Conceptual model for understanding health and disability

9 ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

The structure and codes of the classification

ICF

Functioning and Disability

Contextual factors

Body functions and Structures

Activities and Participation

Environmental factors

Personal factors

Body functions: d1, d2, d3, d4, d5, d6, d7, d8

Body structures: s1, s2, s3, s4, s5, s6, s7, s8



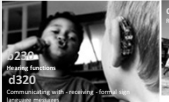


Environmental factors: e1, e2, e3, e4, e5, e6, e7, e8, e9, e10, e11, e12, e13, e14, e15, e16, e17, e18, e19, e20, e21, e22, e23, e24, e25, e26, e27, e28, e29, e30, e31, e32, e33, e34, e35, e36, e37, e38, e39, e40, e41, e42, e43, e44, e45, e46, e47, e48, e49, e50, e51, e52, e53, e54, e55, e56, e57, e58, e59, e60, e61, e62, e63, e64, e65, e66, e67, e68, e69, e70, e71, e72, e73, e74, e75, e76, e77, e78, e79, e80, e81, e82, e83, e84, e85, e86, e87, e88, e89, e90, e91, e92, e93, e94, e95, e96, e97, e98, e99, e100

Personal factors: p1, p2, p3, p4, p5, p6, p7, p8, p9, p10, p11, p12, p13, p14, p15, p16, p17, p18, p19, p20, p21, p22, p23, p24, p25, p26, p27, p28, p29, p30, p31, p32, p33, p34, p35, p36, p37, p38, p39, p40, p41, p42, p43, p44, p45, p46, p47, p48, p49, p50, p51, p52, p53, p54, p55, p56, p57, p58, p59, p60, p61, p62, p63, p64, p65, p66, p67, p68, p69, p70, p71, p72, p73, p74, p75, p76, p77, p78, p79, p80, p81, p82, p83, p84, p85, p86, p87, p88, p89, p90, p91, p92, p93, p94, p95, p96, p97, p98, p99, p100

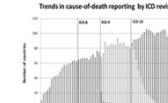



10 ICF

Counting and Reporting starts with a code....





Mortality

Morbidity

Functioning / Disability

11 ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

ICF conceptual model

Functioning/Disability is UNIVERSAL not minority not a dichotomy (black/white) It is a placed on CONTINUUM

Single domain

Seeing Functions

10/20 — Mild-Moderate vision impairment: Needs eye glasses, contact lenses...

2/20 — Severe vision impairment: Needs operation

1/20 — Complete vision impairment (blind): Needs assistance - pension, device, assistant environmental modifications

Multiple domains

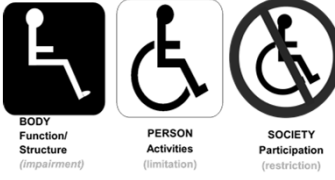
Cognition, Social activities, Mobility, Vision, Hearing, Self Care, Education

Overall

12 ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

ICF conceptual model

Functioning is **MULTI-DIMENSIONAL**
not uni-dimensional




BODY Function/Structure (impairment)
PERSON Activities (limitation)
SOCIETY Participation (restriction)

World Health Organization

ICF conceptual model



Functioning/Disability: **Context inclusive not person alone**



World Health Organization

ICF conceptual model:

Functioning is not only about what a person can't do but also what the person can do

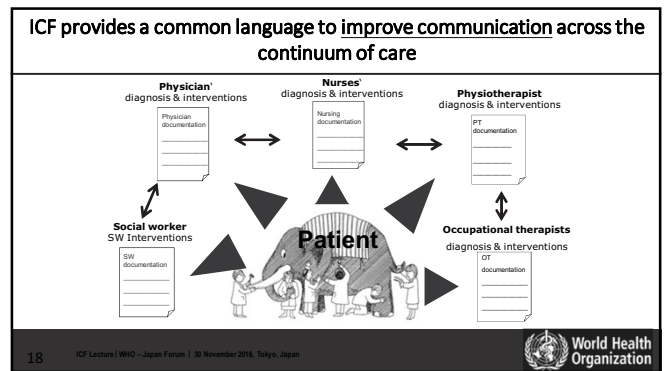
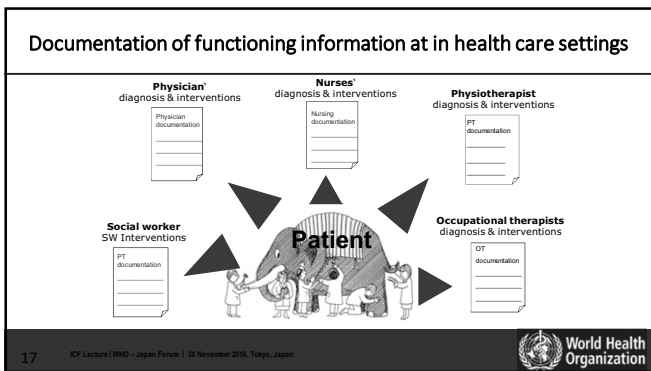



World Health Organization

Using ICF: Specify the purpose

Level	Information need
System	<p>Is the population in better health, have Equalization of Opportunities improved?</p> <ul style="list-style-type: none"> plan policies, set priorities, allocate resources monitor population health and health goals health status impact on work productivity determine benefits & payment rates
Service	<p>Is the service effective?</p> <ul style="list-style-type: none"> determine treatment/care needs resource utilization pattern evaluate of quality of care successfulness of assistive technology and universal design matching types of patients and resources consumption for reimbursement purposes
Individual Patient	<p>Is the person getting better?</p> <ul style="list-style-type: none"> assess problems & potentials set treatment goals & plan interventions monitor change overtime

World Health Organization



ICF in Social Medicine Country Example: Taiwan

Procedure of Disability Eligibility

Assessment content (d, e) designed in 2011

- Five revisions of FUNDES adult-version (April to Sept.)
- 14 expert meetings
- Based on WHO DAS II
- Suggestion by medical staffs and specialists in the training courses
- Pilot tests
- First draft of FUNDES child-version
- Translated and revised from Child and Family Follow-up Survey (CFFS) for eligibility determination use since July.
- 3 expert meetings
- Start training programs in Oct. 2011

25
ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

ICF in Social Medicine Country Example: Argentina

- Enfoque bio-psico-social
- Equipo evaluador Interdisciplinario
- Normativas Especificas:
 - listas cortas por condición de salud
 - reglas de codificación generales y específicas por componente
- Calibración de calificadoros
- Concepto: líneas de corte

26
ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

ICF in Social Medicine Country Example: Cyprus - Reform of Disability Assessment System

Situation BEFORE reform	Situation AFTER reform
<ul style="list-style-type: none"> Absence of clinical & functional assessment Multiple clinical assessments Absence of any protocols Delays between the application & the decision Decision only without rehabilitation plan Weak legislative platform Lack of data for disability population Lack for structuring policies 	<ul style="list-style-type: none"> A home for ICF "Assessment Center" Assessment mechanism stages: Preparation (File / vignette), assessment (med/Func) & completion Six Focused protocols for disability assessment Medical assessment by disability physicians (30 min) Functional assessment by rehabilitators (80 min) Qualifiers Mechanism Final Report Medical & Rehabilitative equipment

27
ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

ICF in Social Medicine Country example: Switzerland- ICF-based Eligibility Procedure for Education

28
ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

Reasons for using ICF in social medicine

- ICF as an optimal reporting structure provides a
 - state of the art model of disability
 - structure and dimensions of what to measure
 - comprehensive platform to monitor UN-CRPD implementation
 - Rosetta stone for functioning and disability information
- ICF as the basis for process legitimacy
 - Fairness
 - Transparency
 - Impartiality
 - Comparability

29
ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

Lessons Learned from using ICF

It entails a process of institutional and policy reform which requires:

- formal regulation and legislation
- Implementation through institutional and organizational structures
- involvement of a cadre of professionals implementing the rules and in response to legitimate interests of multiple stakeholders
- management of a technical and political process
- consideration of financial implication (i.e. disability assessment is an important fiscal "gate keeper")
- careful planning and persistent implementation

30
ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan

ICF & Case-mix

Clinical classification and predictive indicators

How much will someone with this profile cost the health system next year?

How much will this population cost the health system next year?

Length of stay

Category	Without FI	With FI
8.2%	13%	19%
28%		

References:
Dunstan et al. 1996; Sahadevan et al. 2004; Coombs et al. 1997; Chang et al. 2003; Piroto et al. 2011

World Health Organization

Using ICF in health and disability statistics

Key questions

- How many disabled people in the world?
 - What is “disability” ?
- How can we measure disability ?
 - completely ?
 - comparably ?

World Health Organization

Counting disability in the WDR

Achievements & Findings

- Disability is a **major public health issue**
 - 1,000,000,000 people with disabilities (15% of global population)
 - 110-190 million (2%) have severe or extreme difficulties in functioning
 - First global disability prevalence rate after 40 years
- Comparable measurement of disability
 - using data standards -> ICF
- To improve the quality & utility of national reported prevalence data countries need to measure
 - functioning levels at multiple domains
 - use a comprehensive measures

World Health Organization

Disability data is multidimensional...

- Information about functioning of basic body parts or organs **IMPAIRMENT**
- +
- Information about capacity of person to do basic or complex actions **ACTIVITY**
- +
- Information about extent of person's participation in society **PARTICIPATION**
- +
- Information about the impact of person's **ENVIRONMENT**

...but:

Only 70 out of 193 countries surveyed in 2011 collect A/P information in census and disability surveys

WRD 2011

World Health Organization

Order & wording of Disability survey and census questions

Examples

"God forbid someone should have a disability, but if they do are they: blind, deaf/dumb, crippled, mentally retarded/insane, multiple, other?"

How did they become disabled?"

"Are you blind?"

If Yes, do you have any difficulty with the following activities...?"

Do you need someone to help with, or be with them for, self care activities?"

For example: doing everyday activities such as eating, showering, dressing or toileting".

"Do you have any difficulty with the following activities...?"

If Yes, are you blind?"

World Health Organization

ICF: What difference does it make?

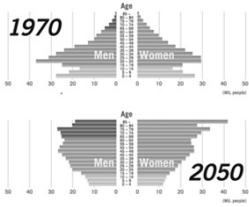
Identify and compare where the problem is and where the solution lies

Body Functions & Structures	Activities & Participation	Environmental Factors
<p>IMPAIRMENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pain • Seeing • Breathing • Heart function <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medication • Eye glasses • Surgery • Functional stimulation devices 	<p>ACTIVITY LIMITATIONS PARTICIPATION RESTRICTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Walking • Communication • Washing • Domestic responsibilities • Work & Education • Community life <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostheses • Wheelchair • Rehab • Exercise 	<p>Barriers & Facilitators</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buildings • Work equipment • Attitudes • Support & Relationships <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ramps • Workplace modification • Destigma. Campaign

World Health Organization

The need for ICF coded functioning data will increase because ...

Population Pyramid of Kanagawa



- **Epi transition**
 - Aging & Super-aging societies
 - Increased life expectancies & comorbidities and
 - Decline in infectious disease, raise in NCDs
 - Prolonged and alternating functioning (Me-Byo)
 - Personalised Medicine (Genetics & EF interaction)
- **Big data, technology & predictive analytics allows**
 - to **understand comorbidities** (pattern, drivers, causal mechanisms)
 - to **identify an individual's** disease and functioning trajectory
 - to **know where** on the trajectory an individual's is
 - to **change** an individual's disease and functioning trajectories

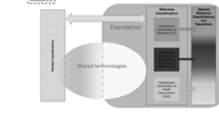
37

ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan



To respond to this needs ICF has to be digitalized and modernized

The Family – integrated health information



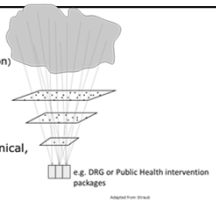
Reality 1: (individual detail)

Free Text (Diagnostic information)

↓
ICD-11 & ICF index terms

↓
ICD-11 & ICF Categories

↓
Reality 2: (public health, clinical, administrative needs)



- **Needed ICF developments**

- Foundation layer
- Index terms
- URIs
- Tooling environment (e.g. coding tool, APIs)

38

ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan



Criteria for consideration in disability measurement

1. Clarify

- purpose of measurement
- scope
- coverage
- duration
- use of assistive devices

3. Question phrasing:

- Fit for purpose
- Simple
- Using non-offensive language
- Include meaningful thresholds
- Avoid causal attributions
- Undergo cognitive testing
- established psychometric properties
- Use ICF compatible response scale

2. Identify most relevant ICF domains:

- selection criteria include:
- which explain most of the variation in disability
 - Importance in terms of public health burden
 - Psychometrics and feasibility
 - Suitable for self-report
 - Cross-Population Comparability

39

ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan



Disability assessment in the context of disability evaluation

● Perspectives

- **Finality** (e.g. Rehab)-> Assessment of functional status independent of cause
- **Causality** (e.g. Accidents) -> Assessment of relevant causal relationships between functional status and underlying health condition

● Needs process legitimacy

- Fairness
- Transparency
- Impartiality
- Comparability

● Who is assessing?

- As disability assessors MDs have different roles (therapist vs neutral expert) and objectives (help and heal vs. make informed decision in a admin/legal context)
- MDs vs interdisciplinary teams

40

ICF Lecture | WHO - Japan Forum | 30 November 2018, Tokyo, Japan



ICD と ICF の一体としての統計への導入の可能性

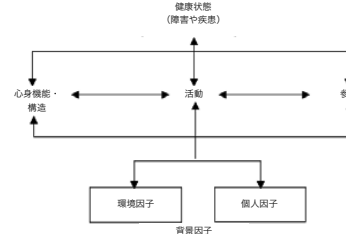
向野 雅彦（藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座准教授）

ICDとICFの一体としての 統計への導入の可能性

向野 雅彦
藤田医科大学医学部
リハビリテーション医学講座

ICF... 国際生活機能分類

International Classification of Functioning, Disability and Health
(2001年)



分類としてのICF

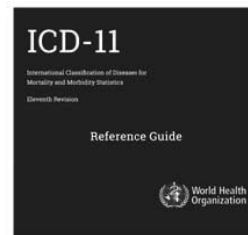
1616 項目

- b項目 心身機能 b110,120...
- s項目 身体構造 s110,s120...
- d項目 活動と参加 d110,d115...
- e項目 環境因子 e110,e115...



ICD-11 と ICF

疾患の統計にも生かせる構造が必要



ICFによる情報収集における課題

- どのような情報を集めるか
- どのように集めるか
- どのようにアウトプットに役立てるか

ICFによる情報収集における課題

- どのような情報を集めるか
- どのように集めるか
- どのようにアウトプットに役立てるか

ICFリハビリテーションセット

- b130 活力と欲動の機能
- b134 聴覚機能
- b152 痛覚機能
- b280 痛みの感覚
- b455 運動耐容能
- b620 排泄機能
- b640 性機能
- b710 関節の可動性の機能
- b730 筋力の機能
- d230 日課の遂行
- d240 ストレスとその他の心理的要求への対処
- d410 基本的な姿勢の交換
- d415 姿勢の保持
- d420 排便
- d450 歩行
- d455 移動
- d465 用具を用いての移動
- d470 交通機関や手段の利用
- d510 自分の体を洗うこと
- d520 身体各部の手入れ
- d530 排便
- d540 更衣
- d550 食べること
- d570 健康に注意すること
- d640 調理以外の家事
- d660 他者への援助
- d710 基本的な対人関係
- d770 親密な関係
- d850 報酬を伴う仕事
- d920 レクリエーションとレジャー

Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy

Bligit Prodigier, PhD,^{1,2,3,4} Alarcos Cleza, PhD,^{1,2,4} Cornelia Oberhauser, PhD,⁵ Jerome Bickenbach, PhD,^{1,2,4,6} Tevrik Bedirhan Ustun, MD,⁷ Somnath Chatterji, MD,⁸ Gerald Stucki, MD^{1,2,4}
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2016;97:875-84

- ・ICFコアセットの一つ
- ・"主観的な健康感"と最もよく関連している項目を統計学的に選択 (一般セット(*)は全て含まれている。)
- ・さらに専門家会議で、リハビリテーションにおいて臨床的に重要な項目を選択
- ・全部で30項目の、疾患横断的に使用できるリスト
- ・ICD-11のV chapterに含まれている

ICD-11とICFに基づくデータ収集の試行

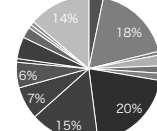
- ・6施設における横断的なデータ収集のトライアルを実施
- ・ICFリハビリテーションセットを用いて304名のデータを収集

疾患

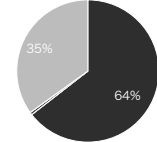
ICD-11の大分類

- 1 感染症または寄生虫
- 2 新生物
- 3 血液又は造血器の疾患
- 4 免疫機序の疾患
- 5 内分泌、栄養または代謝疾患
- 6 精神、行動または神経発達障害
- 8 神経系の疾患
- B 循環器系の疾患
- C 呼吸器系の疾患
- D 消化器系の疾患
- E 皮膚の疾患
- F 筋骨格系又は結合組織の疾患
- G 泌尿生殖器系の疾患
- L 先天畸形
- M 症状、徴候または臨床所見で他に分類されないもの
- N 損傷、中毒またはその他の外因の影響

急性期の患者内訳 (n=124)



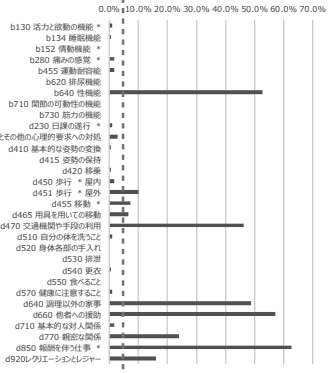
回復期の患者内訳 (n=180)



ICFの評価のコアとなる仕組みを作る

入院患者に共通して使用できる項目は？

データ欠損率 (n=304)



入院患者で
欠損率が5%以下の
項目のみ選定

状態、環境によって評価できる項目は異なる

欠損率が5%以下の項目で評価項目のセットを設定

超急性期セット (Bed-bound)

- b130 活力と欲動の機能
- b134 聴覚機能
- b152 痛覚機能
- b280 痛みの感覚
- b455 運動耐容能
- b620 排泄機能
- b710 関節の可動性の機能
- b730 筋力の機能
- d230 日課の遂行
- d240 ストレスとその他の心理的要求への対処
- d410 基本的な姿勢の交換
- d415 姿勢の保持
- d420 排便
- d450 歩行
- d455 移動
- d465 用具を用いての移動
- d470 交通機関や手段の利用
- d510 自分の体を洗うこと
- d520 身体各部の手入れ
- d530 排便
- d540 更衣
- d550 食べること
- d570 健康に注意すること
- d640 調理以外の家事
- d660 他者への援助
- d710 基本的な対人関係
- d770 親密な関係
- d850 報酬を伴う仕事
- d920 レクリエーションとレジャー

入院セット

*Optional

- b130 活力と欲動の機能
- b134 聴覚機能
- b152 痛覚機能
- b280 痛みの感覚
- b455 運動耐容能
- b620 排泄機能
- b710 関節の可動性の機能
- b730 筋力の機能
- d230 日課の遂行
- d240 ストレスとその他の心理的要求への対処
- d410 基本的な姿勢の交換
- d415 姿勢の保持
- d420 排便
- d450 歩行
- d455 移動
- d465 用具を用いての移動
- d470 交通機関や手段の利用
- d510 自分の体を洗うこと
- d520 身体各部の手入れ
- d530 排便
- d540 更衣
- d550 食べること
- d570 健康に注意すること
- d640 調理以外の家事
- d660 他者への援助
- d710 基本的な対人関係
- d770 親密な関係
- d850 報酬を伴う仕事
- d920 レクリエーションとレジャー

外来セット

- b130 活力と欲動の機能
- b134 聴覚機能
- b152 痛覚機能
- b280 痛みの感覚
- b455 運動耐容能
- b620 排泄機能
- b710 関節の可動性の機能
- b730 筋力の機能
- d230 日課の遂行
- d240 ストレスとその他の心理的要求への対処
- d410 基本的な姿勢の交換
- d415 姿勢の保持
- d420 排便
- d450 歩行
- d455 移動
- d465 用具を用いての移動
- d470 交通機関や手段の利用
- d510 自分の体を洗うこと
- d520 身体各部の手入れ
- d530 排便
- d540 更衣
- d550 食べること
- d570 健康に注意すること
- d640 調理以外の家事
- d660 他者への援助
- d710 基本的な対人関係
- d770 親密な関係
- d850 報酬を伴う仕事
- d920 レクリエーションとレジャー

互換性のある仕組みの構築

Rasch分析を用いて標準化指標に変換
異なるデータセットを使っても相互比較可能にする

Z score (平均が0, 1が1SD : 難易度と分布から計算)

比較・変換表

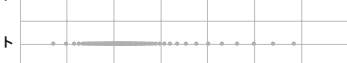
Item	Mean	SD	Z score	T score
0	-2.0	30	0	50
1	-2.0	30	0	50
2	-1.5	30	0.5	55
3	-1.0	30	1.0	60
4	-0.5	30	1.5	65
5	0.0	30	2.0	70
6	0.5	30	2.5	75
7	1.0	30	3.0	80
8	1.5	30	3.5	85
9	2.0	30	4.0	90
10	2.5	30	4.5	95
11	3.0	30	5.0	100
12	3.5	30	5.5	105
13	4.0	30	6.0	110
14	4.5	30	6.5	115
15	5.0	30	7.0	120
16	5.5	30	7.5	125
17	6.0	30	8.0	130
18	6.5	30	8.5	135
19	7.0	30	9.0	140
20	7.5	30	9.5	145
21	8.0	30	10.0	150
22	8.5	30	10.5	155
23	9.0	30	11.0	160
24	9.5	30	11.5	165
25	10.0	30	12.0	170
26	10.5	30	12.5	175
27	11.0	30	13.0	180
28	11.5	30	13.5	185
29	12.0	30	14.0	190
30	12.5	30	14.5	195

急性期セット (8項目)

急性期・回復期セット (21項目:車椅子)

亜急性期・回復期セット (21項目:歩行)

亜急性期・回復期セット (22項目:応用歩行)

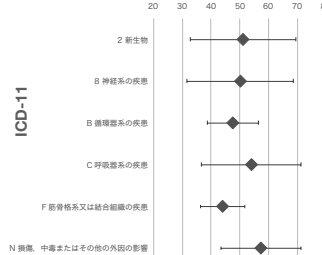


標準化した指標値の分布

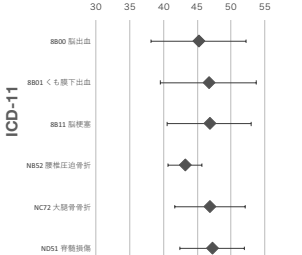
疾患ごとの分布の相違

Location Item	Person		Fit Residual		Person		Value	Df	p-value	Reliability Indices					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD				Alpha with estms	Alpha No estms	PSI with estms	PSI No estms		
Initial Model	0	0.645	-0.8665	1.475	-0.2593	2.882	-0.2258	1.342	244.57	63	0.000	0.961	0.960	0.941	0.945
4 Testlets	0	0.606	0.6970	1.175	0.046	1.391	-0.3105	0.956	12.063	15	0.674	0.871	0.870	0.928	0.934

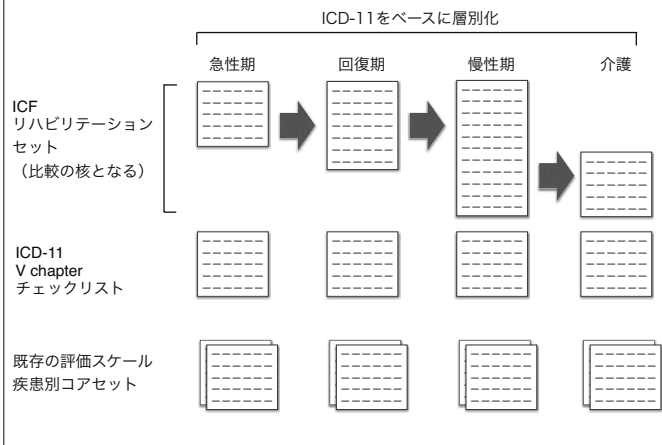
急性期の分布



回復期の分布



評価の全体構造：現在の構想



既存の評価スケールを用いた情報収集標準化指標への変換

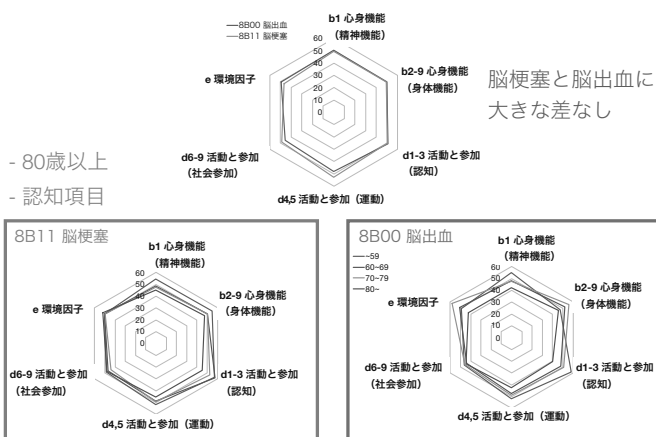
167例（脳卒中患者）を用いた既存のスケールの標準化トライアル

既存のスケール

- SIAS	心身機能（精神機能）	章番号 - b1
- FIM	心身機能（身体機能）	- b2-8
- MoCA	活動と参加（認知）	- d1-3
- ABMSII	活動と参加（運動）	- d4,5
etc.	活動と参加（社会参加）	- d6-9
	環境因子	- e

➔ 紐付け

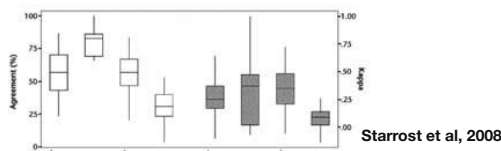
疾患別、年齢別の障害パターンの違い



ICFによる情報収集における課題

- どのような情報を集めるか
- どのように集めるか
- どのようにアウトプットに役立てるか

先行研究における評点の採点の信頼性



Category	ICF Category Title	Intra			Inter		
		Intra-rater agreement (%)	Weighted kappa	Missing (%)**	Inter-rater agreement (%)	Weighted kappa	Missing ** (%)
d130	Walking	50	0.61	0	56	0.58	0
d230	Carrying out daily routines	40	0.57	0	48	0.41	0
d340	Using communication devices and techniques	80	0.48	0	72	0.26	0
d410	Changing basic body position	68	0.70	0	77	0.24	0
d415	Maintaining a body position	60	0.65	0	4	0.40	0
d430	Lifting and carrying objects	52	0.57	0	40	0.33	0
d440	Fine hand use	48	0.53	0	29	0.35	4
d445	Hand and arm use	40	0.27	0	52	0.44	0
d449	Carrying, moving and handling objects, other specified and unspecified	48	0.31	0	30	0.50	0
d490	Walking	50	0.60	0	56	0.47	0
d495	Moving around	60	0.62	0	24	0.09	0
d499	Moving around in different locations	60	0.59	0	20	0.00	0
d499	Moving around using equipment	40	0.64	0	33	0.00	0
d499	Using transportation	68	0.61	0	52	0.28	8
d499	Driving	48	0.50	8	57	0.45	8
d510	Washing oneself	64	0.59	0	48	0.38	0
d530	Caring for body parts	36	0.57	0	36	0.37	0
d530	Oral care	51	0.65	4	39	0.34	0
d540	Dressing	60	0.66	0	60	0.33	0
d590	Feeding	64	0.17	0	68	0.40	0
d590	Brushing	76	0.54	0	80	0.60	0
d590	Looking after one's health	72	0.35	0	72	0.43	0

Uhlig et al, 2007

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

作成プロセス

- 多職種の医療者による採点（共通の患者）
- 認知インタビュー
- 採点者によるディスカッション
- ICF専門家によるレビュー

リファレンスガイド

臨床家が考える 0 ~ 4 の例示

- 参加の例

d850 報酬を伴う仕事

説明文：報酬を得て仕事をする

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：報酬を得て仕事をできていないことなど

採点用リファレンスガイドを用いた採点の信頼性

	重み付けk係数		重み付けk係数		
b130	活力と運動の機能	0.75	d230	日課の遂行 *	0.73
b134	聴覚機能	0.64	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	0.22	d410	基本的な姿勢の変換	0.82
b280	痛みの感覚	0.48	d415	姿勢の保持	0.78
b455	運動耐容能	0.62	d420	移乗	0.80
b620	排尿機能	0.88	d450	歩行	0.63/0.72
b640	性功能	0.81	d455	移動	0.61
b710	関節の可動性の機能	0.79	d465	用具を用いての移動	0.64
b730	筋力の機能	0.69	d470	交通機関や手段の利用	0.67
			d510	自分の体を洗うこと	0.78
			d520	身体各部の手入れ	0.77
			d530	排泄	0.73
			d540	更衣	0.70
			d550	食べること	0.74
			d570	健康に注意すること	0.64
			d640	調理以外の家事	0.78
			d660	他者への援助	0.74
			d710	基本的な対人関係	0.70
			d770	親密な関係	0.78
			d850	報酬を伴う仕事 *	0.74
			d920	レクリエーションとレジャー	0.64

	Landis and Koch, 1977
Excellent	>0.81
Substantial	0.8-0.61
Moderate	0.6-0.41
Fair	0.4-0.21
Poor	0.2>

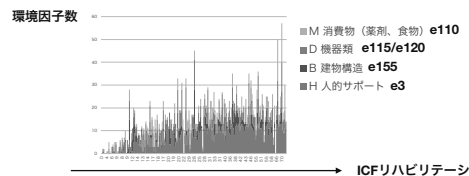
トイレ

ICFの利点：環境因子項目の存在

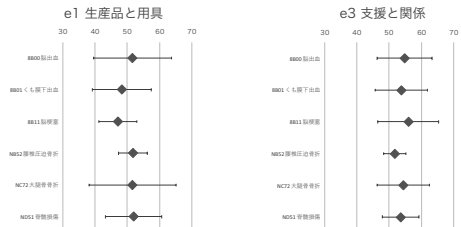


	必要環境因子	道具類		
		建物構造	(装具など)	人のサポート
		e155	e115/e120	e3
手すりを使用し、大部分を介助下で行っている	3	✓		✓
手すりと装具を使用して一部介助下で行っている	2	✓	✓	✓
手すりと装具を使用して見守りで行っている	1	✓	✓	✓
装具のみを使用して自立で行っている	1		✓	
環境によらず実施できるが、非常に時間がかかる	1			
問題なく実施できる	0			

環境因子の情報収集



指標値 (T-score) の分布



データ収集の仕組み

- アプリケーションの作成 -

簡潔で直感的な説明文

定義

20% 進捗

環境因子

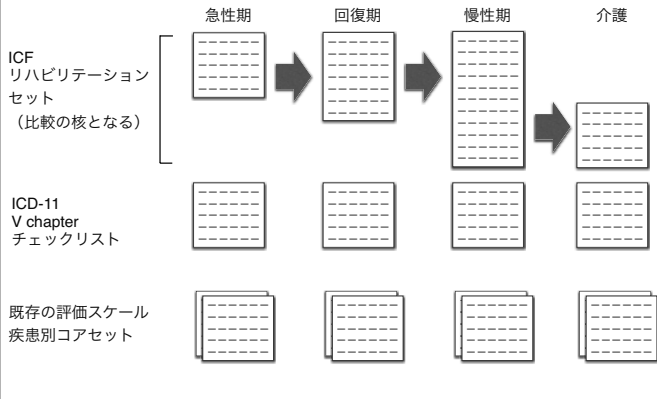
評点のリファレンスガイド

データ収集の仕組み

- オンラインデータベース -

ICFリハビリテーションセット (評点)

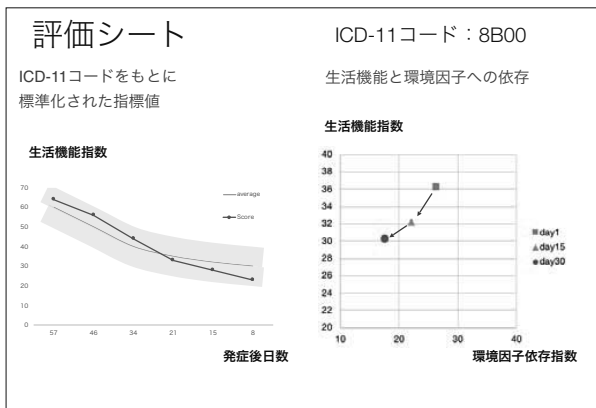
次のステップ：新たなフィールドテスト
新しいデータセットの構造の実用性について検証



ICFによる情報収集における課題

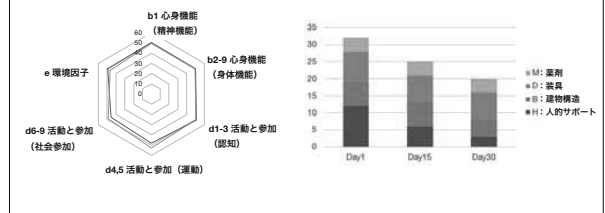
- どのような情報を集めるか
- どのように集めるか
- どのようにアウトプットに役立てるか

目標とするフィードバックのイメージ

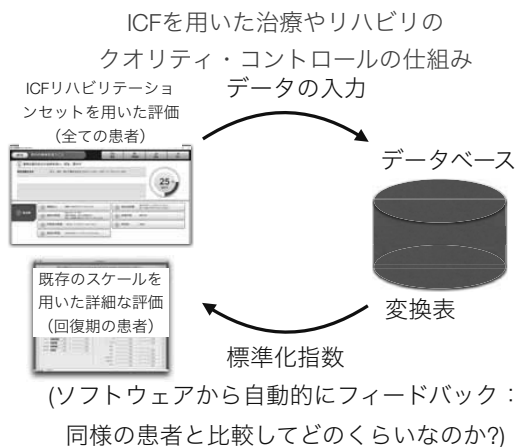


要素ごとの指標値

環境因子への依存の程度



構築を目標としているシステム：



医療・介護の質の管理への利用

臨床現場における質の管理

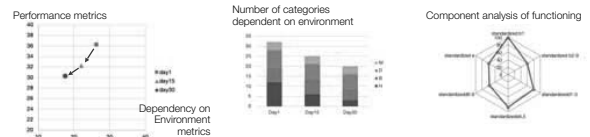
- 採点基準を用意し、環境因子の指標化を合わせて行うことで、より問題を明確に表現し、定量化することが可能となる
- ラッシュ分析を利用して標準化された比較を行うことで、ベンチマークとの比較を日常診療の中で行うことができる

施設単位での質の管理

- 全国調査により形成されたベンチマークとの比較が可能となる
- 施設における環境因子への依存（特に人的サポート）を数値化、標準化できる

行政のレベルにおける質の管理

- 国際比較、経年比較が母集団に影響されにくい形で可能となる
- 環境因子はコストと直結するため、コスト効率の議論と結びつけやすくなる



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




アプリケーション、e-ラーニングツールは希望者に無償で提供

ICDとICFの一体としての統計への導入の可能性

大野賀 政昭 (国立保健医療科学院主任研究官)

ICDとICFの一体としての
統計への導入の可能性

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大野賀政昭



2025年に向けた医療機能再編のイメージと今改定における基本的な考え方

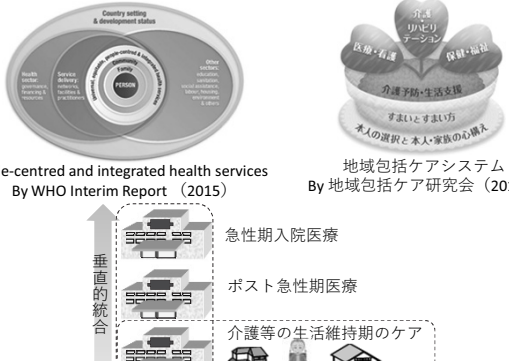
【2014年度診療報酬改定における基本的な考え方】

社会保障・税一体改革関連

現在の姿	2025年の姿
<p>高度急性期—一般急性期</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病床の機能の明確化と機能に合わせた評価 ・平均在院日数の短縮 ・長期入院患者の評価の適正化・重症度・看護必要度の見直し・入院早期からのリハビリの推進など <p>回復期(亜急性期)入院医療管理料など</p> <ul style="list-style-type: none"> ○急性期を脱した患者の受付皿となる病床の整備 ・急性期病床からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受け入れなど、病床機能を明確化した上で評価 など 	<p>長期療養</p> <ul style="list-style-type: none"> ○長期療養患者の受け皿の確保 在宅医療 ○質の高い在宅医療の提供の推進 ・在宅療養支援診療所 ・病院の機能強化 など 外来医療 ○身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院などの紹介を受けられる体制の整備 ・かかりつけ機能の評価などその他 ○医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価 ○有床診療所の機能に応じた評価

在宅医療
外来医療

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
統合的なヘルスサービス提供システム




People-centred and integrated health services
By WHO Interim Report (2015)

地域包括ケアシステム
By 地域包括ケア研究会 (2015)

急性期入院医療
ポスト急性期医療
介護等の生活維持期のケア

垂直的統合
水平的統合
統合的なヘルスサービス提供システム

医療・介護連携の促進に向けた情報共有
—これまでの状況(一方向クリティカルパス)—



入院前 入院時 入院中 退院時 退院後

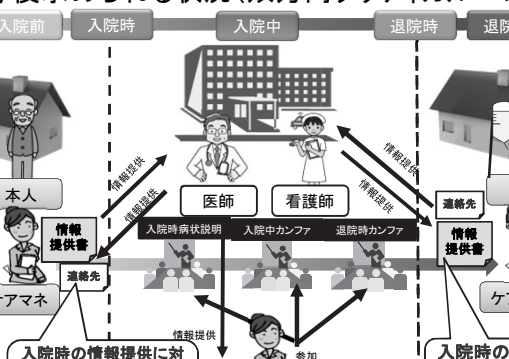
本人 医師 看護師 本人

ケアマネ 情報提供書 情報提供

医療機関と介護支援専門員の断絶

介護保険 医療保険

医療・介護連携の促進に向けた情報共有
—今後求められる状況(双方向クリティカルパス)—



入院前 入院時 入院中 退院時 退院後

本人 医師 看護師 本人

ケアマネ 情報提供書 情報提供

入院時の情報提供に対し、連絡先・入院時病状説明への招待を記載した連絡表を返送

参加 連絡先

入院時の情報提供に対応した情報提供書を提供

平成30年度診療報酬改定で新設された入退院支援の評価

▶ 入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援に対する診療報酬上の評価が見直された

入院前からの支援に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画(地域連携パス)加算算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

退院時共同指導料の見直し

外来・在宅 入院 外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

在宅療養を担う関係機関等

【★入院前からの支援】

- ・(入院前)に利用しているサービスの利用状況の確認
- ・持参薬の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成

【退院時共同指導】

- ★医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

6

WHO-Japan Forum 2018

第 1 部 ICD-11 公表記念シンポジウム（議事概要）

日 時：2018 年 11 月 30 日(金)10：00～13：00

会 場：国連大学 3 階ウ・タント国際会議場

ICD-11、改訂プロセスとそのエッセンス

ロバート・ヤコブ WHO 国際分類、用語及び標準化部門長

ICD-11 の改訂については、死因統計、疾病統計、臨床上の記録がデジタルベースで十分にできて、かつ他のデータベースとも連携できることを大前提として始めました。

第 1 段階はプラットフォームを整えた上での自由編集作業ですが、この段階だけで 55 ヶ国の 270 に及ぶ学会機関から参加をいただきました。中には分野間での綱引きもありましたが、コンテンツ・モデルの追加を継続作業として、ショアライン（分類項目としての線引き）を決めていきました。

第 2 段階では Join Task Force をつくり、さまざまな統計学的使用のための統合作業を始めました。分類の構造レベルをすべての章において統一し、分類について各分野の最終意見調整を行い、各国からのフィードバックをもらい、コードの組み合わせを作成し、マニュアルとなるレファレンスガイドを整えました。

第 3 段階は適用実施の準備です。適用準備のためのバージョンをリリースし、ここに至りコードの構造は安定しました。編集すべきことがあれば、今後は公的な手続きを取る必要があります。現在はこの段階で、来年 5 月に草案の採択を予定しているところです。

第 4 段階は、継続的な改善の検討です。メンテナンスは年に 1 回で、統計学的に影響がある事項なら 5 年に 1 回となりますが、影響がないものならば開発ブラウザを通じて頻度高く変更することは可能です。いまは英語ですが、いずれ他の言語でも提供できると思われれます。

ICD-11 はユーザーフレンドリーな仕様になっており、ICD-10 からの変遷もわかるようになっていきますし、160 万もの臨床用語を特定しているので、すぐにコードの組み合わせ

や同義語なども提示され、検索も簡単です。また、より複雑な情報を入力すれば、システムがそれを記憶して、それに基づいて検索を継続してくれます。利用者は、より使いやすく利用できると感じるでしょう。

まだ統計上の分類では「その他」になっていても、ショアラインの下の URI コード（その項目がもっている唯一のコード）では詳細な情報へと変換して結びつけてくれます。また「回答無し」の表示が出て、あいまい検索をすれば、システムが推定した情報も提案してくれます。

またエクステンションコードを使えば、さらに詳細な情報を入力することもでき、必要に応じてデータベースとして使うこともできるというわけです。

ICD-11 において新しくできた章は、4 章の免疫系の疾患、7 章の睡眠・覚醒障害、17 章の性保健健康関連の病態、26 章の伝統医学の病態・モジュール I、V 章の生活機能評価に関する補助セクション、X 章のエクステンションコードです。それ以外に変更された代表的な章は、1 章の感染症又は寄生虫症、2 章の新生物、5 章の内分泌、栄養又は代謝疾患、11 章の循環器系の疾患、13 章の消化器系の疾患、16 章の腎尿路生殖器系の疾患、20 章の発達異常、23 章の傷病又は死亡の外因等ですが、もちろん他にもさまざまな変更が加えられています。

ICD-11 はこのように多目的な使用が可能で、今後のアップデートにもさまざまな形で参加可能な、皆さんによる皆さんのためのものなのです。

ICD-11 V 章 ～国際生活機能分類とのリンクが拓く地平～

ネナド・コスタンチェック WHO 国際分類、用語及び標準化部門 テクニカル・オフィサー

このような講演の機会をいただき本当に嬉しく思います。ICD-11 の新しいセクションである、疾病と生活機能の連携という V 章についてお話しさせていただきます。

これまで生活機能を見るときには、第一義的に疾病の結果としてとらえてきました。その他の見方としては、健康状態として見る、障害の評価として見る、ということがありましたが、このように生活機能について記録が残されている場合でも、コードがつけられていない場合も多く、機能の領域を疾患横断的に検索するなど、データを ICD-11 レベルで活用していくためにはコーディングが必須ということで、ICD-11 での章立てが策定されることになりました。

アプローチには2つの方法があります。1つはWHO-DASを使って障害スコアを算出する方法で、世界中で適用できますし、心理測定特性というものも確立されていて使いやすい方法です。もう1つは個々の汎用的な機能を評価する方法で、重症度のスケールを使ってどんな種類の問題が患者さんにあるのかを記録します。

今後は、より具体的な事例をレファレンスガイドに盛り込み、コーディングに使えるようにしたいと思っています。またWHO-DASもより使いやすくして、新しいWHO-DASモジュールが開発された場合にはそれを追加したいと考えています。小児、青年にも範囲を広げたいですし、将来的には環境因子の導入にも拡大していく予定です。

ICF セクションができた理由には、高齢化社会の到来により、病気と共に生きていくという視点が重要になってきたことがあります。健康であったとしても低下していく生活機能を測定し、ICFを是非臨床に活用していただければと思っています。

質疑応答

・Q: ICD-11は医師の頭の中にあるものを明確に記述するものだと理解しましたが、次はICHIが重要になってくるのではないのでしょうか。現在の開発状況について教えてください。

・A: ICHIは医療行為分類で、かつて一度分類をつくったが、あまりにも医療の処置の進歩が速いのでやめてしまいました。しかし記録についてのニーズはやはりあるので、再度試み始められたのが今回のICHIのスタートです。各国から専門家が参加し、分類の基準軸を設け、詳細情報を投入し調整していった結果、比較可能なICHIの構造ができて、現在は各国で検証が行われています。7000ぐらいの分類項目があり、ICD、ICFと共通のエクステンションコードを使えるようにしています。今後はフィールドテストの方法を検討し、来年後半には最後の編集作業をしてから世に出したいと考えています。(ヤコブ)

・Q: ICFにおける環境因子を考えた場合、主観によって1つに定まらないのではないのでしょうか。その点はどのような考え方で進めていくのでしょうか。

・A: これはまさに未踏の領域であって、現在パイロットスタディが一部で始まっていますが、環境は千差万別で、さまざまな状況が考えられるので非常に難しいです。まずは支援の有無を記録することが第一と思われませんが、比較対象とするための測定は簡単にはできません。しかし、今後、臨床現場でのゲノム情報の取り扱いが一般的になってくると、環境因子の記録はますます重要性を増していくと思われれます。(コスタンチェック)

・Q:かつて ICF-CY の開発に関わった経緯があるが、V 章の ICF のコードを使うときには評価点を使うのでしょうか。また ICF においては疾患ごとのコアセットとの関係をどう整理しているのでしょうか。

・A:評価点については、ICF でも使用しており、5 ポイントのスケールで重症度を示せるようになっていました。コアセットについては生活機能の策定において貴重なリソースになると考えています。ICF の開始時に ICF-CY は取り残されてしまいましたが、今後は是非統合を目指したいと考えています。(コスタンチェック)

・Q:ICD-11 の V 章において主観的な判断は評価項目に入ってくるのでしょうか。

・A:主観的な判断は ICF のカテゴリ分類にも使われており、聞き方によって主観的にも客観的にも聞くことができます。主観にはもちろんバイアスがかかるので分類上の課題はありますが、WHO-DAS の質問項目には、全体的に見ることを可能にするテクニックがあり、より正確な反応を得ることができるので入れています。(コスタンチェック)

・Q:ICD-0 とエクステンションコードの組織型との関係は、将来的に ICD-0 がなくなって ICD-11 のエクステンションコードに一本化するのでしょうか。もしくは、両者が並行して存在していくものなのか教えてください。現在でも、両者で既に違っているものが幾つかありますが。

・A:ICD-11 の組織型は ICD-0 と同調していて、ICD-0 は組織型の軸に基づいてアップデートされています。これは腫瘍のためのブルーブックに基づいています。将来的にはがん登録に組織型を入れていって、ICD-0 は数年のうちに ICD-11 に統合させ、1 つの分類に統一したいと考えています。(ヤコブ)

・Q:コンテンツ・モデルの疾患コンセプトについての将来の計画を教えてください。またヒューマンフェノタイプなどとのリンクは今後考えていくのでしょうか。

・A:コンテンツ・モデルの構築は段階的に行っていきます。まずは用語ベースの詳細、それから論理的な定義を整えます。コードはエクステンションコードを使って、ICD 単独でも使用できるものをつくっていきたいと考えています。ヒューマンフェノタイプは疾患の表現型を記述するのに使えるので、診断サポートシステムになるかもしれません。現在は一部の科学者が取り組んでいるだけですが、電子的なシステムで使うことができれば大変興味深いものです。現在は移行状態にあると理解していただきたいと思います。(ヤコブ)

以上

第2部 WHO 公開講座「WHO 担当官による ICF 講座」(速記録)

○ 司会

長らくお待ちいたしました。それでは只今から、厚生労働省主催「日・WHO フォーラム(WHO-Japan Forum) 2018～ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く～」の第二部「WHO 公開講座『WHO 担当官による ICF 講座』」をスタートいたします。

まず、簡単に日本側の登壇者のご紹介です。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・向野雅彦様、そして、国立保健医療科学院主任研究官・大冢賀政昭様です。

向野先生は、慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室特任助教、旭川医科大学病院リハビリテーション科助教等を経て現職。ICF、ICD の評価システムに関するフィールドテストなど、実践的分野でご尽力されています。

大冢賀先生は、国立障害者リハビリテーション研究所障害福祉研究部、長寿科学振興財団を経て、現職におかれましては、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ける各領域統合の方法論を研究しておられます。

公開講座のモデレーターは、ICD-11、ICF に係るキーパーソンのお二人、WHO 国際分類用語及び標準化部門の部門長、ロバート・ヤコブ先生。テクニカルオフィサーのネナド・コスタンチェック先生です。

それではここから、お二人に会の進行をお任せすることにいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○ ロバート・ヤコブ先生

まずは、ICF に関しての一般的な考査からお話をさせていただきます。「われわれはどこから来たのか、われわれはどこにいるのか、われわれはどこへ向かっているのか」コスタンチェックから講演をさせていただきますと思います。どうぞ。

○ ネナド・コスタンチェック先生

ありがとうございます。それではスライドをお願いいたします。

昼食のすぐ後ですので、皆さんの注意の機能がまだ動いているかどうか。動いていればいいのですが、特に長いセッションでありますと、昼食後というのは大変眠くなってしまっていて大変だと思います。今日のこのレクチャーの中におきましては、少しばかりこれまでの経緯についてお話をしたいと思います。ICF に関してどこから来たのか。つまり、生活機能分類、障害、生活機能の歴史について。それから、ICF の現状はどうなっているのか。その活用について。それから、今後の展望についてお話をしたいと思います。

ご存知かもしれませんが、2001 年に ICF ができました。しかし、振り返ると実際には長い歴史があることが分かります。分類、それからカテゴリ化、区分がこの機能についてはあります。そして、障害のカテゴリも長い歴史があります。いくつかの国において、記録・文書化されています。他の世界の国々におきましても、同じような取り組みはされていますけれども、おそらく記録が残されていなかったために知られていないということもあるかと思います。イギリスには

救貧に関する法律がありまして、これは中世から始まっているものですが、1388年、これはプレイブがあった時、(ペスト菌が蔓延したすぐ後)、人々の移動が制限される中、貧しい人々や、支援を求めている人々は、移動しても良いとされていました。なぜかという、病んでいる・気が狂っている・欠損している・年老いている・身体が弱っている等の状態にある人はその当時、障害者として扱われたためです。さらに進みまして、二つ目の、ドイツの疾病年金に関する法律ですけれども、こちらには障害についての定義がありました。それは、十分働ける状態にある(フィットな状態)かどうかというものでした。フランス、そしてナポレオンの時代の後で、その軍隊のフィットネスを規定するものになります。この例は、ICFの視点からいきますと、機能障害のカテゴリに注目したものでした。

20世紀になると、機能障害に対して臨床的な概念を適用することによって、医学的な障害の定義付けが行われ、生活機能に焦点を当てるのが、世界の多くの国での主流となりました。例えば、一番上の例はアジア地域の国で使われていた定義ですが、**disability** (障害) というのは、身体的又は有機的な **handicap** であり、生来の奇形や又は四肢の機能欠損、(事故や疾病を理由とするものを含む) 盲目、聾啞、身体不自由、精神遅滞、狂気等が含まれると書いてあります。ICFでは、この障害という言葉について全く違う定義がなされています。これは後でまた申し上げたいと思いますけれども、どこからわれわれが来たのかということ。つまり、それに基づいてわれわれの現状を理解するということです。こちらに書いてあるのが ICF の多側面にわたる障害についての捉え方です。ICF では、障害を様々な機能の間で生じる、人と背景因子との相互作用の負の側面であると捉えています。

それから、コインの裏側を見ていきます。つまり **health** カテゴリ、保健の分野、区分に入りますけれども、19世紀においては、**health** というのは「死亡や疾病がないこと」とほぼ同義でした。その後、WHO は 48 年に「**health**」の定義を作りました。**complete** という単語が太字になっています。単に疾病や虚弱でない状態をいうのではなく、完全なる精神的、社会的幸福を感じられる状態と定義しました。**complete** (完全なる) という言葉が入っているため、これはいわゆる「理想的な状態」であり現実を反映していないのではないかという批判もありました。

現実的には、「**health**」の状態と病気の状態の間にいる人々は多く存在します。日本でも「未病」という言葉に、このコンセプトは取り込まれていると思います。

それから、運用化ですけれども、当時の考え方としては死亡と罹患に分かれています。

また、生活機能というものは第三の重要な因子であると考えられており、当時はまだ **functioning** という名前では呼ばれておりませんでした。そのコンセプトがきっかけで **ICIDH** ができました。

ICF の前身である **ICIDH** を創設したのはフィリップ・ウッドです。イギリス人でありますけれども、分類学者であって、この人は 1980 年に **ICD-7** で **impairment** (機能障害) の分類を発表しました。彼は **ICIDH** をこれとは全く区別して、しかしながら関連のあるコンセプトとして扱っており、疾患とこのような機能障害を区別しました。彼が作った **ICIDH** では、まず、疾病と不調がスタートポイントになります。これは ICF でも同じですが、彼は **health** に関する文脈の中で障害を **impairment** (機能障害)、**disability** (能力障害)、**handicap** (社会的不利) の 3 つに区分し、この 3 つの間に一方向の関係性を持たせています。機能障害は、能力障害へと繋がり、

能力障害は社会的不利へと繋がるという関係性です。その中では、例えば何らかの生きづらさを抱えている人について、その人の活動や機能障害の状態、影響や背景について言及されません。また、環境因子の分類という概念が考慮されてなかったこともあり、当時かなり批判されました。WHO は、1980 年にフィールドテスト用に発表しましたが、国レベルでの適用は行われませんでした。

歴史的な ICF の意義としては、これらの二つの流れ、つまり disability と health のカテゴリがようやく一致したというところにあります。また、命に関わるものではない「health outcome」という概念を障害として位置付けています。「health」の状態ではない人に対する位置付けができたわけです。このような歴史的背景を理解することが極めて重要だと思います。

それから、ICF の策定そのものに目を向けていきますと、7年から10年ぐらいのプロセスでした。1990年代初頭からプレα版の策定を始めました。その当時にディスカッションが協力センターの間で、特にカナダ、フランス、アメリカ、北欧諸国のセンター、オランダ、ヨーロッパ、また、その他障害を抱える方々の組織、そしてタスクフォースが設立されています。それらのあとで ICIDH のアップデートをする時に、「アップデートというカリビジョンじゃないか」ということで議論が為されて、そして、この性質と範囲を考えると、本当に改定ということが必要だと。この全部をアップデートでやることはできないだろうというふうに、改正だけでは駄目だと言われました。

1996年にα版が策定されました。それから、テストが行われ、環境因子が初めて重要な軸として特定されました。

また、限界的な内部テスト、レビューが専門家によって行われ、更なるβ1版策定が97年から99年の間に行われています。ここで一つ重要な定義が追加されています。当初、「分類を作る時に何を分類しているのかを定義付けしないでやっても意味がないじゃないか」と言われていました。それから、その時に行われた意思決定で、中立的な言語を導入しネガティブな用語を使うことはやめようということが決められました。なぜかという、結局は、その人ができないことだけではなく、その人ができることも取り入れることが非常に重要だと判断したためです。それはネガティブな用語だけを使っていた状態から離れるという点で非常に重要な決定でした。

また、実証テストも行っています。カースタディという試験が15ヶ国で実施されました。その中には言語学的な分析、基本的な質問、相手の評価、コンセプトのマッピング、パイロソーティング、そして、フォーカスグループなどがありました。これらは、例えばモビリティ領域のセルフケア関連の項目を分類する場合、世界中で同じ形で同じように理解されなければならないためです。Cross-Cultural applicability research study という言葉が、カースタディの名前の由来です。この試験では、ICFの中に存在するカテゴリは、同じ形で様々な文脈、背景、状況において理解されるべきだということを示唆しています。この試験に合わせて WHO-DAS のツールが同時に開発されています。

それから、βフェーズのドラフティングとテストングに入りました。重大度の指定やブロックの使用によって、残ったカテゴリに統一的な修飾子を導入しました。フィールドテストも行いました。全てフィールドテストして、プレ最終版と最終版が2000年、2001年にWHAから承認を受け、今現在のICFとなっています。

では、ICFとはどのようなものなのでしょうか。これは第二世代の分類とっています。ということは、これは単に層別のカテゴリのリストというだけではなく、概念的なモデルに牽引されているということです。これについては後でまたお話をしたいと思いますが、まず重要なのは、分類であるということです。中には1495のカテゴリがあります。これは二つの部分に分類されており、生活・機能と障害と、もう一つが背景因子です。ご覧の通り、その一部の例が列挙されています。もちろんコーディングレデータの集計をすることができます。ICDと同じように、死因、それから疾患、疾病にもあります。例えば死因ですが、死因統計については、これは一つのコードからスタートして、このように統計が取れています。モビリティで、GBDの要因です。

それから、障害レポートの中においては、カテゴリ型、例えば罹患率データをICFに基づき、領域や構成要素によって編纂しています。

しかしながら、先程強調して申し上げたようにICFはまだ大きな課題を抱えています。生活機能や障害のデータはコード化され、集計されているということです。死因や疾病だけで分類するよりも、もっと複雑だということです。例えば一つのイベントがあって、それにコードを付与する場合、ICFは基本的にプロファイル、つまり一連のコードが与えられて、ある人の機能についてのスナップショットを提供することができるため複雑です。

それから、概念的な特徴についてお話をしたいと思います。これは重要です。なぜかという、我々の測定の方法、そして障害の報告に対して影響が有り得るからです。最も重要な側面は、生活機能と障害ですが、ICFにおいてこれは少数者にしか当てはまらないモデルではなく、普遍的なものとして理解されているということです。そして、healthの一連の流れの中で位置付けられています。例えば、障害の統計データを見ていきますと、伝統的には個々のカテゴリをカウントしています。つまり、何人の人が盲目で、聾啞で、あるいは身体が不自由なのかといったことを数えていましたけれども、その障害の定義付けをし、このようなカテゴリに基づいて、数を数えるようにしました。罹患率はこのぐらいになっています。例えば盲目の人はこのぐらいです。そして、このぐらいの人が、耳が聞こえないと。そこで終わりだったのです。しかし慢性的に、他にも健康や生活機能の問題を抱えている人々が統計データから落ちてしまっていることが課題でした。このアプローチではそのような問題があったため、ICFでは障害をhealthの一連の流れの一部に置くという形に変えました。そのため、完全な盲目状態の人たちから、(眼鏡をかけている)私のように支援装具がなければ視覚が機能しないといったような、一部目に不具合がある人たちも入れることができるようになります。このように、複数の領域にまたがるもの(マルチドメイン)それから、それぞれの領域で抱える障害を全部集めてスコアリングします。それで全体的なdisability(障害)について、先程申し上げたようなスコアを弾き出すことができます。WHO-DASで集計しているようなものを計算することができたことは、本当に劇的なシフトでした。

どのようにして障害を報告や集計し、そのようなアプローチを運用化するか、この罹患率のデータや障害のデータ、報告が2014年に初めて発表されましたけれども、それは後でお話したいと思います。

ICFのモデルでは、生活機能や障害というのは多面的であると捉えています。機能障害だけの話ではないということで、社会に対する参加や活動についても見えています。

このような評価表を使っています。ここにあるような情報、これはICFベースであると言われていますがコードは使っていません。概念モデルとしてICFを使っているわけです。記録は取っているのだけれどもコード化はしていない。

もう一つの事例です。これは環境因子を取り入れたものです。ここにあるのは、知的障害のある方に関する医師の記述です。ここには、この人は家族に依存している。生活のニーズを家族に頼っているという記述があります。ここから、環境因子がこの方の評価に大きな影響を与えていることが分かります。しかし、この情報というのは、自由記述でありコード化されていません。ですから、集約することができないわけです。

もう一つの概念的に重要な観点といたしましては、ポジティブファンクショニングという概念です。どのようなことかと言いますと、単に何ができないかということを書くのではなく、その人は何ができるのかということも書いていくということなのです。例えばこの写真でも分かりますように、四肢の切断をしても仕事をする事ができる。それがこの写真から分かるわけです。

左側のフォームを見ていただきますと、このようなポジティブな観点が捉えられています。これは今日においてはとても重要なことです。欠陥だけを見るのではなく、その人が、何ができるのかということに焦点を当てているのです。

では、活用の話に移っていききたいと思います。ICFの活用です。ここで重要なのは、次のことを理解することです。まず一つ目に、ICFを使って何をするか、ICFを何のために使うかということです。ここに幾つかの、この情報のニーズに関する質問を書いてみました。個人の患者さんに対する治療計画のために使うのか、問題の評価に使うのか、そしてこの治療の計画に使うのか、そして経時的な変化を記録するために使うのか。それともサービスの計画に使うのか、次のレベルに移る時のための評価として使うのか、ケアの質を評価するために使うのか又はシステムレベルの問題として、集団全体として、保健や健康の状態が改善しているかどうかを見るために使うのか。ICFを活用する際には、まず目的を明確にすることが必要です。これはとても重要です。というのは、ICFの中から何をもって枠組みにするのかということ考えた時に、目的に沿ったものを選択しなければならないからです。どのような目的を持っているかによって、選択するのは異なってくるでしょう。記録について臨床上で話す時、そして生活機能について語る時、こういった図になるかと思えます。様々な医療従事者がいる。そして、患者さんの生活機能をソーシャルワーカーの観点から、医師の観点から、看護師の観点から、理学療法士や作業療法士の観点から改善しようとするわけです。様々なツールやアプローチをもって、その人達は対応するわけですが、ここに出てくるステークホルダーの間のコミュニケーションというのはとても難しいのです。というのも、共通の言語がないためです。ICFは、適切に使用され、活用されれば、その共通言語となります。

ICDを使うことによって、共通の言語を持つことができ、医師はソーシャルワーカーとコミュニケーションが取れるようになります。この患者さんがどういった疾患を持っているのか、どういった状態なのかというコミュニケーションが取れるわけです。ICFについても、そのような使い方ができれば良いと考えています。ですから、ICFを一貫して、体系的に使っていくことが必要なのです。ICFによって共通の言語を形成することが必要になります。

様々な活用の側面がありますが、リハビリテーションについて見ていきます。WHO のリハビリテーションの定義がここに書かれています。この定義には、ICF の概念が盛り込まれていると思います。健康上の課題を抱えた人について、その人の置かれた環境での活動の障害を減らすため、又は個人の生活機能を最適化するために設計された介入と書かれています。この定義は ICF の定義に基づくものだと思います。2030 年に向けた行動への呼びかけ、call for action というものがありますけれども、ここで明確に書かれていることは、ICF に基づいた情報の収集という言葉です。そして、保健情報システムの強化という言葉も書かれています。そしてその中で、ICF をデータの標準として使っていくべきだと書かれています。これはグローバルなレベルで行われていくことです。多くの国において、リハビリテーションの分野は ICF の適用が一番早い分野でした。先程、記録はあるけれども、コーディングはされていないというお話をしましたが、それがだんだん変わってきています。

社会的な医療の面においても、ICF が使われるようになってきています。ICF のシステムレベルでの活用が、例えばフランスにおいては、2000 年半ばから行われています。ICF が社会的医療において活用されており、全国で多機関連携のチームを作っています。医師、作業療法士、ソーシャルワーカーなどのチームが作られています。そして、それらがチームとして多面的な評価を行っており、そのためのガイドもあります。

そして、様々な領域を通じて、ICF の様々な構成要素に目を向け、142 の項目を彼らは使っているのですが、障害に関連した分野で評価を行っています。そして普遍的な評価尺度、修飾子の運用化についてもこの動きの中で取り組んでいます。

さて、もう一つの事例ですが、台湾でのお話をしたいと思います。こちらでも文献がたくさん発表されていますけれども、彼らは 2011 年にプロジェクトを立ち上げています。これは障害評価を含めてのイニシアチブなのですが、ICF 及び WHO-DAS を使ってということです。その後、これは適用段階に移行しました。

次はアルゼンチンの事例ですがこれは全国的に適用されています。ICF ベース、フランスと同じように、様々なセンターが設立されました。そして、ICF に基づいた instrument (計器) が作られました。また、様々な専門チームのトレーニングも行われ、実際に適用されています。

さて、キプロスの例も、とても面白いのでお話しておきます。こちらは、ICF の導入に 5 年をかけたわけですが、非常に長きにわたってこういった改革をした、前後の状況を比較しています。まず、機能評価は行われていなかった。臨床的な評価は欠如していた。行われていたとしても記録が取られていなかった。そしてその後、学際的なプロセスが必要になったということでプロセスを変えたわけですが、基準を打ち立て、非常に長きにわたって行われました。政治的にも様々な物議があって、なかなか合意に至らなかった例です。

さて、こちらの例はスイスなのですが、こちらでも興味深いものがあります。全国的な適用が行われています。これは、英語の欠損法志向のものではなくて、評価をする時には、肯定的な子どもの生活機能を捉えるということに力点を置いています。教育的な場面において、こういった的確性判断手続きが行われる場合に、そういった側面を重視しているのです。また、子ども、あるいは親御さんからの意見を得ながら情報収集をしています。

さて、こういった事例を全体として見ていきますと、ICF は最適な報告における体制・構造を

提供するということが分かると思います。例えば、最先端の障害モデルを提供するということもありますし、また、プロセスの正当性を強化するために、透明性あるいは公正性、公平性、比較可能性を提供するということがあります。しかしそのプロセスは、制度的あるいは政策的な改革が必要です。多くの場合、そこにこそ大きな難題があるのです。例えば規制を変更する、あるいは制度、あるいは組織構造を変えなければならないといった困難がありますし、また、いろいろなステークホルダーの意見を調和させる、あるいは技術的あるいは政治的なプロセスの管理をする、あるいは財務的な影響をきちんと検討し、そして一貫した適用を、時間をかけて行うということも担保するのも難しいことです。障害に関する多次元的な評価をするということは、現状を変えるということになります。国によっては、それを導入したことで、非常に混乱が起きたことがあります。特定のグループの人達は、特権を持っていたわけです。そして障害ベースの評価アプローチで恩恵を受けていた人達がいたわけです。そこで多面的な生活機能ベースの評価制度を導入しますと、こういった特権が奪われるというようなことに繋がって、それが大きな問題になったということもあります。

さて、もう一つ、療養の分野における ICF の適用例があります。色々な文献を見てみますと、益々良いエビデンスが示されています。既存のケースミックス分類法で生活機能情報を活用すると、例えば入院日数等の指標に関してより良い説明ができるというものです。既に幾つかの国ではケースミックス分類で生活機能情報を活用しているのですが、そうではない国もあります。私たちが作った道具 (ICF) が、さらにケースミックス分類で活用されていくと良いと思います。

さて、保健あるいは障害の統計への利用ということについて触れたいと思います。先程言いましたように、WHO は 2014 年に初めての世界障害レポートを発表しました。とても重要な問題の一つとしては、世界に何人の障害者がいるかを推定しなければならないというものでした。その時は、障害とはどういう定義なのか、どのようにして包括的に、正確に、そして比較可能な形で測定できるのかということが課題でした。こういった世界障害レポートの結果、大体 10 億人の人達、即ち世界人口の 15% ぐらいの人達が障害者だという推定になりました。そして、1 億 1 千万人から 1 億 5 千万人の人たちが、生活機能に重度又は極度な問題を抱えているということが分かりました。WHO は、40 年ぶりにグローバルな、こういった障害の発生率について発表したことになります。それまでは、6 億人という数字が出回っていたのですが、全く根拠なしにそういった数字が語られていたということが分かったわけです。そしてレポートの中で強調されているのは、正確で比較可能なデータを得るためには、やはりデータの標準化が必要だということです。ICF のようなものがそこで有用だというわけです。こういった有病率、罹病率のデータの質や有用性を向上させるためには、やはり複数領域の機能レベルの測定が必要ですし、また障害に関する包括的な尺度・評価が必要だということになります。

しかし、様々な国における現実を見てみますと、これはその時に行った、各国で報告されている障害の罹病率あるいは障害調査、国勢調査に関する調査だったのですが、2011 年に調査を行った 193 ヶ国うち、70 ヶ国のみが、そういった国勢調査あるいは障害調査において、活動参加情報を収集していたということが分かりました。その他の国々では、非常に少ない障害分類に対して、人数だけをカウントするような調査をしていたということです。

さて、最後のポイントをもう少し強調しておきます。こちらは、このような質問を国勢調査ですとか、あるいはその他の調査で使っています。どうして結果が違うのかがわかります。国際的に比較しますと、非常に格差があるわけです。死亡、あるいは疾病の発生率よりも、ずっと格差が大きいのです。そして、障害がある場合には、盲なのか、あるいは聾なのか、あるいは肢体不自由なのかということ进行分类しなければならないわけです。こういった質問をするために、正確な罹病率が得られる可能性が低いわけです。しかしながら、セルフケアで足りているのか、あるいは様々な活動に介助者が必要かという質問の仕方をする、例えば ICF の観点から、ここに書かれていますけれども、環境的な観点、環境因子に関する質問でどれくらいの困難度が特定の活動、あるいは参加領域にあるかということを開いたものなのですが、罹病率が非常に高いということがわかります。で、これはオーストラリアの国勢調査で聞かれたところ、22%という結果が出てきたという事例があります。

さて、まとめに入りたいと思うのですが、ICF を適用することで、結論としては、問題や解決策がどこにあるのかということ特定し、比較することが可能となります。問題が心身機能構造にあるのか、活動参加領域にあるのか、あるいは環境因子に関連しているのかということ特定できるのです。

ICF には、問題を特定し、そしてどこに解決策があるのかということ特定して比較できるという有用性があります。単純に申し上げまして、これが ICF の力であり、恩恵だと思っています。さて、最後に申し上げますけれども、2 枚のスライドで、将来について語ってみたいと思います。特定の疫学の変化の側面を見ても、例えば人口動態の変換ですけれども、生活機能情報の重要性やニーズは益々高まっていくと思います。今後数年、あるいは数十年の間です。そして、一つそれに貢献している要素というのは、高齢化社会あるいは超高齢化社会という現象です。そしてご覧の通りなのですけれども、人口動態がどのように変化したのかということ、神奈川県を例にとってここに表示しています。

1970 年においては非常に健全な人口動態、ピラミッドになっています。そして 2050 年の推定予測ですけれども、これが全く逆になっているのがお分かりいただけます。非常に驚くべき側面、よく見えるかどうか分からないのですが、一番大きな神奈川県における人口のセグメントですけれども、2050 年には女性で 85 歳以上の年齢層の人口が一番多いということです。予測によれば 4000 万人。その区分の人達が存在することになると推定されているのです。この人口セグメントの話をする場合には、これは長寿命化を反映しているわけですし、その人たちは併発症をたくさん持つと予想されます。そうすると、その集団、そしてその集団の中の個人が、そのような健康病態をこの年齢でどのように抱えながら生きているか理解することが重要となります。生活機能の情報というのは、そういった意味でとても重要です。

また、先程申しましたけれども、例えば個別化医療といった背景の中でも、それらを把握していく必要があります。

そして、もう一つの促進因子というのは、ビッグデータやテクノロジーの活用の可能性です。また、予測分析というのが、今後可能性として出てくるわけです。様々なデータベースの情報を統合しながら分析をすることが可能となっています。これが実現できるかどうかというのはもちろんまた別の話ですが、ただ、これは有望です。今よりさらに併発症を理解することができる、

今までの情報源とは違って、より明確に理解することができる可能性があります。また、個人の機能がどのような経過を辿っているか特定できます。今、調査を行い推定しているわけですが、ビッグデータを分析することができれば、そして電子カルテやそれ以外の情報源を活用することによって、こういった人達や、自分達の併発症がどうなっていくのか、機能がどうなっていくのか経過を特定することができます。そして、その辿っていく過程を変化させるための対策を打つことができます。非常に強力な効果があります。ただ、それをするためには、ICFを発展させてデジタル化し、近代化させなければならないのです。

ということで、最後にこの二つのグラフの説明をして終わりたいと思います。この側面については、ICDの文脈の中で既にロバートから説明がありました。こういった等分化された情報、言語情報の時代、そして用語を、色々なリファレンス分類、ICD、ICFで、あるいはICHIで共通使用することができる。それを基礎的なレベルで使うことができれば、それから、目的適合型の分類をすることができる、それが我々の将来のビジョンです。ご覧の通り、このビジョンの実施を、ICD-11に関しては実現しています。今後これを、ICFに関しても、そしてICHIに関しても、実現していきたいと思っています。

そして我々は、この図のような対応が必要だと思っています。二つの現実があります。個人の持っている現実、そして、様々な用語がクラウドのように分散していて自分の疾患、あるいは生活機能が様々なところで記載されて説明されています。索引用語でこれを標準化し、体系化することができるのです。そしてそれを電子的なツールで分類にし、それを翻訳し、コード化された情報にすることができる。それを活用し、様々な目的に使うことができる。例えば、公衆衛生の報告や臨床的な意思決定、行政管理上の保健掌管のために使うことができます。これが、今後のWHO-FICを利用するその時々々のビジョンです。ICFも、その一環をなさなければなりませんし、それを活用するためのツールが作成されなければなりません。また、索引用語やURI、使用のための環境の整備も必要です。それを使うことによってサポートするわけです。情報の変換は、こういったものを整備して、初めて実現します。

私からは以上です。私からは概要の説明でした。歴史を振り返り、現状どうなのかというお話もしました。どこを目指しているのか、ICFの概要を語りました。ということで、座長に戻したいと思います。質疑応答は後程あると伺っております。ありがとうございました。

○ ロバート・ヤコブ先生

どうも講演をありがとうございました。また後ほど質疑応答のセッションを設けたいと思います。

次の発表者ですが、向野先生と大塚賀先生です。向野先生からは、ICDとICFの一体としての統計への導入の可能性についてです。どうぞお願いいたします。

○ 向野雅彦先生

ヤコブ先生、ご丁寧なご紹介ありがとうございました。

それでは、私からはICDとICFの一体としての統計への導入の可能性ということでお話をさせていただきます。私がお話させていただきますのは、厚生労働省科学研究班の中で

現在 ICF の普及を目指して取り組んでいることを中心にご紹介をさせていただきたいと思いません。

ICF については、皆さんもよくご存知でいらっしゃると思いますし、コスタンチェック先生から非常に分かりやすいオーバービューのお話もありましたので、私がここでご説明を改めてすることはありませんけれども、皆さんご存知のコンセプト、それがあつて、今 1600 を超える ICF の分類が作られております。これは元々1450 項目ぐらいだったと思いますけれども、年々増えていると伺っております。

今回は ICD-11 がローンチされるということで、この中に V チャプターという、ICF でみているファンクショニングの、生活機能の項目が含まれていくということが、また新たなステップとして刻まれたというところで、これからは ICD と、それから ICF をどのように一緒に使っていくかということを考えていく必要があると考えております。

我々の行ってきた仕事についてここでは紹介させていただきたいと思いませんけれども、実際に私達はですね、臨床の中で、特に私はリハビリテーション医学の分野にいますので、リハビリテーション医学の分野の中で実際にどのようにそれを使っていくことができるのか。コンセプトの話はこれまでもたくさんされていますが、それを現実の臨床に生かしていくための取り組みというものをさせていただいております。これは厚生労働科学研究費をいただいて行っている研究で、さらに私自身は国際リハビリテーション医学会には WHO-ISPRM- Liaison Committee というものがあるのですが、その傘下に ICF-Implementation Committee というものがありまして、私はそのチェアを務めさせていただいております。ですので、国際リハ学会で行っている国際共同研究としての動きと、できるだけ整合性を取りながら実際の臨床への導入を進めていきたいと考えておつて、その研究についてご紹介をさせていただきたいと思いません。

ICF による情報収集における課題というのは、まず、どのような情報を集めるか。それから、どのように集めるか。それから、どのようにそれをアウトプットとして出して、それをどのように役立てていくかというところをきちんと考えていかなければならないと思っております。それに関する我々の取り組みについて、紹介をさせていただきたいと思いません。

まず、どのような情報を集めるかというところがございます。我々の取り組みとしては、現在 ICF は 1600 項目以上あるとお示ししましたがけれども、当然全ての項目を付けていくということは、なかなか難しいわけでありまして、その中である程度共通の項目を絞っていかなければならない。一方で、その包括性というのもきちんと使っていかなければならないと考えておりますけれども、まずは共通して何を評価するかというところを考えなければならぬというふうに考えております。ICF リハビリテーションセットというものは、ICF コアセットというプロジェクトがずっとありましたけれども、その中でリハビリテーション患者さんを対象に評価する項目セットとして発表されたものでありまして、主観的な健康観とよく関連している項目を統計学的に選択してきて、さらに専門家会議でリハビリテーションにおいて重要な項目を選択して、それを 30 項目のリストにしたものです。今、この項目は ICD-11 の V チャプターの中にも含まれています。国際的なリハビリテーション医学会における共同研究の中では、これを中心に普及のプロジェクトが進められておりますので、我々としてもこれを使っていこうということで進めております。

これを用いまして、最初に、実際に行ったデータ収集についてのご紹介をさせていただきたい

と思いますけれども、我々6施設において横断的なデータ収集のトライアルを行っておりまして、これはICD-11の分類とICFの分類とを突き合わせてですね、実際にどのような分布をしていたかというのを見てきました。急性期が124名、それから回復期が180名で、これはリハビリテーションを行っている患者さんに番号を振り、その中からランダムに選んで評価をしていただいたということで、その6施設における全体的な傾向をある程度反映しているものと考えております。

では、これで見えていきますと、例えば癌の患者さん、あるいは神経系の疾患、それから外傷の患者さんが病院の急性期の中では多いですし、特に回復期の中では、神経系の疾患、外傷の患者さんが多くを占めているという状況にあります。実際にこの中で30項目の評価を行っていきますと、なかなかICFの項目の中では、入院患者さんには評価がしにくい項目があるというのも分かっております、特にこの30項目の中でも、例えば生殖機能やレクリエーション、レジャー、仕事についての項目等はなかなかデータが集まってこないということで、我々としては、ある程度入院患者さんで評価をする場合には、実際にそこで集められるデータをコアにして、それで総合比較ができるようにする。それから、患者さんにアディショナルな問題がある時に、それに加えて表現ができるようにするという、二段構えの構造を考えています。

今回集めたデータで、まず、欠損率が5%以下の項目を集めて、ある程度それが総合評価に使えるものとして考えたいと議論をしまして、評価セットというものを作って行きました。

例えば超急性期ですね、意識障害もある方で、ベッドバウンドの方では、かなり評価できる項目は限られてきますけれども、ある程度その超急性期が過ぎた状態で共通して取れる項目というのが出てきてまして、それが大体21項目です。さらに外来に行きますと、それが30項目になります。そういった形で評価項目のセットを整理しまして、それで比較を行うというベースをここでは作りました。さらに違う評価セットを使っていく、あるいは、もう一つ考えておりますのは、既存のスケール等を使って、ある程度情報を集めていくということも考えておりますので、そのような中で違うものを使っても、ある程度その患者さんがどのレベルにあるかということを知ることができるような、互換性のある仕組みを構築するということにも取り組んでおりまして、ラッシュ分析を用いて標準化指標に変換するというを行いました。ラッシュ分析というのは、ここでは詳しくお話しませんが、集めたデータからどこへ得点したかということの評価しまして、その難易度の分布から絶対指標が作れるというものです。そこで平均を0、1が1SDとなるようなゼットスコアを作りますと、ある程度綺麗に分布して、急性期セットで測れる分、もちろん21項目あるともっと大きい、広い能力が測れるということになるわけですが、そういった互換性のある仕組みを作っていくということに取り組まれました。さらにこういったものを使って、疾患ごとの分布を見ていきますと、例えばICD-11で、新生物や神経系の疾患、それから筋骨格系の疾患、外傷の疾患と見ますと、それぞれに少し分布の仕方が違っているというところがおぼろげながら見えてきているという状況でして、これはもう少し詳しく今後対象を広げて検討していきたいと考えています。

全体の評価構造としては、今現在の構想ですけれども、我々はICFリハビリテーションセットを始めに使っておりますので、それをまずは評価の核として置いていきますけれども、その中で共通して評価できる項目を選定しておいて、それを評価に用いられるようにすることを考えております。相互比較にはそれを用いて、互換性をそこに持つようにしていくということが一つ。

それから、今回 ICD-11 の V チャプターというものがありますので、その中で残りの項目についても非常に重要と考えられるところですから、そこをチェックリストにしておく。あるいは、WHO-DAS のようなものを、併せて評価に使うということを考えています。さらに、それ以外の項目あるいは既存の評価スケールを使って、患者さんの問題点について広く理解できるように、共通のところも作りつつ、全体、包括性も失わないように全体のシステムを構築していきたいと考えております。コアの部分は一緒にしたいのですけれども、それに加えて我々が使っている様々な評価スケールを加えた情報収集を行うことで、より詳細なデータを得ることができますので、それを使うことも考えております。それに関しては、167 名の、脳卒中の患者さんでのトライアルを行っておりまして、既存のスケール、例えば FIM や MoCA、SIAS、等の一つ一つのスケールの項目について ICF のカテゴリにリンクをしまして、それを章ごとにある程度まとめて指標化するというを行いました。

これは一つの例ですが、この今回のデータ、それほど大きなサンプルではありませんけれども、その中では、脳梗塞と脳出血、そんなに大きな差はありませんでしたけれども、それをもう少し詳しく見ていきますと、患者さんの年齢によって、例えば 80 歳以上の方だと能力が少し全体よりも低い傾向があって、特に認知の項目にその差が顕著に出ているとかですね、そういった形でそのポピュレーションの特徴を見ることができます。あるいは患者さん一人ひとりのレベルがどこにあるかということも見ることができると。そういった形で表現できるような仕組みを考えております。

このデータは、実際にどのように集めるかということも問題になるかと思えます。ICF の評定に関しては、先行研究が幾つかありまして、もちろん良いという報告もありますけれども、検者間の信頼性が低いという報告も出ております。実際に我々も、単に 0 点から 4 点を付けるというと、非常に主観が入ってしまうというところがありまして、ある程度ルールが必要だと思えます。とはいえ、WHO でこれが 0~4 と定義づけられていますので、それから逸脱してもいけないということで、我々としては、これも ICF 研究班で作成させていただきましたけれども、原則としてオリジナルのルールで 0~4 をそれぞれ問題なし、軽度の問題、中度の問題というふうになっておりまして、あとは 0~4%、5~24% の問題というふうに数字も出ておりますけれども、ある程度それを見て、臨床家が実際に採点した内容の例示をすることでリファレンスにするという形を考えました。プロセスとしては、何人かの医療者に共通の患者さんを何人か採点をしてもらいまして、実際にその臨床家がそれぞれ、例えばトイレに 2 点を付けた場合は、なぜ 2 点を付けたのか、なぜ 3 点でないのか、なぜ 1 点でないのかといったところを、それぞれインタビューをしていきまして、そのデータを全てまとめて、実際の採点者の中でどの面で合意ができるかというところを検討いたしまして、ICF 専門家のレビューも経て作ったものになります。

例えば産科等で、報酬を伴う仕事等はなかなか点数が付け辛いところですが、例えば軽度の問題であれば報酬を得て制限なく自分で仕事を行っていても、勤務量、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場合等は、大体 1 点と評価するのではないかということです。これは一つの、あくまで一つの例という位置づけですが、こういった例示をしていくことで、少し臨床家が付けやすくなる仕組みを作っているところです。

こういったリファレンスガイド、例示を使って、実際に採点してもらったところ、基本的には

重み付けカッパ係数でいうと、0.6以上の項目がほとんどであったという結果を今までのところ得ております。若干2項目低いところがありますので、この点に関しては今リニューアルをしているところがございます。

それから、もう一つ、環境因子の問題があります。患者さんの臨床の状態を表現する時に、どのような環境因子を使っているかということは、患者さんが退院する時に非常に大事な情報になります。例えば建物。手すり等が必要なのか、補装具が必要なのか、個人用の物品が必要なのか、あるいは人のサポートが必要なのか。最終的には家に帰る時にはできるだけ人のサポートを減らすという方向で我々は考えるわけですが、そういったものを評点に加えて記述することで、その患者さんの状態をより良く理解できると考えております。実際に180名の回復期の患者さんでデータを集めたところ、やはりもちろんのことですが、問題点が多い方ほどサポートの数も多いという傾向が見て取れますし、実際にこれを指標値にしてみますと、疾患によって少しその分布が違うということも見ることでございます。

データ収集を実際にしていく上では、やはりできるだけ簡単にしていく必要があると考えておりますので、この研究の成果はアプリケーションに全部載せまして、それを使って点数を簡単に付けられるようにというものを現在作成して、一旦β版は作成しておりますけれども、もう少しリニューアルして、最終版を年内には配布できるようにしようと思っておりますが、ICFの項目と、そのそれぞれの定義、簡潔で直感的な説明文を作成するという国際的なプロジェクトがありますけれども、その簡潔な説明文も一緒に載せて、内容を分かりやすくすると。それから、0点、1点、2点、3点、4点、それぞれどのような状態の方を典型的な例とするのかということの例示を出しております、さらに環境因子のチェックリストも作り、配布を予定しています。

もう一つは、このようなポピュレーションスタディをする時に便利になるように、オンラインのデータベースを作っています、これはヴァンダービルト大学が作成しているレッドキャップというデータプラットフォームがありますけれども、それを用いまして、藤田医科大学にサーバーを置きましてオンラインデータベースを作り、そこで現在既にオンラインで入力ができるようになっています。これを元に、実際にデータ収集を進めていきたいと考えております。

後は、どのようにアウトプットに役立てるかですけれども、今お話してきたような、データの標準化の仕組みを使うことで、臨床家にも実際に、我々の臨床を行ったことをフィードバックできるようにしたいと考えておまして、例えば生活機能指数が、脳梗塞の患者さんの場合には、標準的にはこのような経過を辿るのだけれども、この患者さんではどうだと。あるいは、この患者さんの生活機能指数と、それから、環境因子への依存がどのように変化していったか。あるいは、要素ごとにどのような変化があったか。どのような環境因子に依存していたか、それがどのように変化していったか。さらに言いますと、個別の、特に患者さんにとって重要な項目があれば、それがどう変わっていったかということについて評価ができるようにアウトプットしていくということを想定しております。最終的に構築を目標としているシステムとしては、ICFを用いた治療やリハビリのクオリティコントロールの仕組みを作りたいと。リハビリテーションにとっては、それは非常に大事なところだと思いますけれども、それを、データベースを使ってできるようにということを考えております。

さらに、その臨床現場での質の管理ということも大事ですけれども、例えば施設単位での質の

概念、施設における環境因子への依存、特に人的サポートにどのくらい依存しているかということとを数値化すれば、その時の、人がどのくらい必要かということとリンクできるかもしれませんし、あるいは行政のレベルですと、国際比較や経年比較が、母集団にそれほど影響されない形で可能となるのではないかと考えています。もしくは、環境因子はコストと直結するので、それとも結びつけやすくなるのではないかと考えています。

現在、先程お見せしたアプリケーションとともに、e-ラーニングツールも作成しているところまでして、無償で提供して、これを普及していく準備を整えて年内に配布をして、もう少し大きなデータ収集のトライアルをしたいと考えています。

以上、駆け足でしたが、ご説明させていただきました。ありがとうございました。

○ ロバート・ヤコブ先生

向野先生、どうもありがとうございました。とても素晴らしいプレゼンテーションでした。

大塚賀先生、お願いいたします。大塚賀先生のプレゼンテーションは ICD と ICF の一体としての統計への導入の可能性についてです。

○ 大塚賀政昭先生

皆さん、こんにちは。同じ題で私もプレゼンテーションさせていただきます。よろしくお願いいたします。

私は昨年度もこの ICF に関するシンポジウムに参加させていただきました。主に障害者や高齢者の福祉の分野において ICF をどのように活用するのかという説明をさせていただきました。現在、国の方から二つ研究費をいただいております。研究を実施しております。

一つは、国レベルの統計で ICF をどのように活用するのかということについて、研究を行っております。こちらは既に収集されている様々な国の機関統計情報で ICF に相当する項目があるかどうか、これをリコードすることで ICF の表現ができるかということを検討しています。

もう一つは、主に医療介護連携において ICF をどのように扱うか、活用できるかということについて研究を進めています。こちらの先程プレゼンテーションされた向野先生と共同研究を行っております。今回はこのような場をいただきましたので、その医療介護連携における ICF の活用可能性について、今後どのような調査を進めれば良いかについて、政策動向と併せながら、今後の展望についてもプレゼンテーションさせていただければと思っております。

今日は、主に医療関係者の方がお集まりだろうと思いますが、日本の医療をめぐる状況を少し振り返らせていただきますと、日本の政策の中で今、日本が超高齢化社会、さらにはこれから人口が減っていく社会を迎えようとしている中で、病床の機能や病院そのものの機能を、高度急性期からリハビリテーションや生活維持期に関する機能へと構造転換しているようなところであるということは皆さんご理解いただいているかと思えます。

そのような中で、次に求められているヘルスケアシステムについてご説明したいと思います。WHO はパーソン・センタード・インテグレイテッドヘルスケアシステムという重要な戦略を提示しておりますが、日本でも似たような戦略を提示しています。右側にある、皆さんもよくご存じの植木鉢の図ですけれども、地域包括ケアシステムと呼ばれる戦略です。

少しこのシステムのことをかみ砕きますと、病床の機能が見直され、高度急性期に位置づけられる期間が短くなる中で、それ以外の期間は在宅であるとか、様々な施設が連携する中で生活できるようなケアシステムということになります。

つまりは、急性期医療やポスト急性期、生活維持期の機能を持つ様々な医療機関があると思うのですが、ここの縦の垂直連携を進めていくということと、それぞれのステージにおいて様々な専門職が協働するという、横の水平連携が同時に求められていると捉えると理解しやすいのではないのでしょうか。おそらく上では WHO そして日本でそれぞれ違う図に基づく戦略を描いているのですけれども、両方に共通する要素は、この縦と横の連携、あるいはヘルスシステムの統合であると私は理解しております。

そのような中で、その統合的なケアを提供することが重要になってきています。そこでは情報を共有することが求められています。そのことについて少し説明します。

左側から、例えば患者さんが入院してから退院するまでの経過を考えます。しかしながら、日本の制度は介護保険と医療保険と大きく保険制度が二つ分かれておりまして、要介護認定または要支援認定を受けている人が入院する時には、保険給付が介護保険から医療保険へと切り替わる。退院する時に、また介護保険の保険給付が必要な状態であれば医療保険から介護保険に切り替わるというように財源支出元が変わってしまう場合があるということが問題になっております。この制度上に応じて専門職も動いているものですから、なかなかこれまでこの制度上、あるいは予算の出どころの違いによって動く専門職間の情報がうまく共有できないということが問題になっていました。

ただし、政策的にもこれは課題だということが把握されておりまして、その情報を繋げることに對して、インセンティブをこれまで付けられてきました。例えば、入院時に、介護保険で利用していたケアマネジャーから医療機関側へ情報を提供する。あるいは退院時に医療機関側からケアマネジャーへ情報を提供するということについてインセンティブが作られています。皆さんもご存知かもしれませんが、直近の診療報酬改定で示された情報連携に対するインセンティブの説明資料においても同じような説明図が出ています。そこでは、入院してから退院に至るまでの継続的な情報連携に対するインセンティブを付けましたということが説明されています。

このことに対して、私どももこの診療報酬におけるインセンティブが付く前からこのことが重要であるということ認識しており、これまで多くの調査研究事業を行って参りました。そのポイントの一つは、その医療と介護の連携に加えて患者さんに寄り添う専門職が重要だということです。もう一つは、何か一つの共通目標がないと医療の専門職と介護の専門職が何のために情報を共有しているのかということが分からなくなってしまう、そのため共通目標がいるということです。

こうしたことから、患者さんが自分の疾病を理解して、その疾病に対してどのような自己管理（セルフマネジメント）を行うかということについてケアマネジャーが入院中に支援を行うというモデル事業を行って参りました。そのために入院中の医師や看護師も退院に向けて患者さんに情報提供を行うということが、今、日本のヘルスシステムにおける実践の中で行われようとしています。

つまり、今後のヘルスシステムにおいて、患者さん本人の退院後の生活を成り立たせるために

医療機関がどのような情報を提供し、さらに退院後に介護のコーディネーターの方々が、その医療情報をどのように生活情報に変換して受け止めるのかということが大事となります。今現在、政策上で、この多職種において患者さんのために共有される情報を統一しようという動きが出てきています。例えば市町村ごとの在宅医療、介護連携推進事業といったところで、この例えば市町村の中、あるいは医療機関などで二次医療圏、さらには都道府県の中で一つ情報の提供のルールを作りましょうという動きが出てきています。

前置きが長くなりましたが、この多職種で患者さんのために共有されつつある情報を ICF で置き換えることが、今後日本の政策の中で ICF を普及推進させる一つのキーになると私は考えています。

もう一つは、今日のお題が ICD と ICF をどのように連携させるかということになっていますが、医療機関側は既に ICD に関わる医療情報は持っておりますので、これに加えて、様々なソーシャルワーカーや介護の専門職が受け渡しする情報を ICF に置き換えて突合することができれば、日本の今の医療介護政策の中における ICD と ICF の突合情報を作り出すことができると私は考えておまして、これを実現するような調査を向野先生と計画しているところです。実際には、左側が退院時に医療機関が送り出す情報で、この情報の統一化が進められており、これを ICF でどのようにリコードするのかということを考えております。

まとめになります。今、急性期入院医療が多い中で、医療機関の機能を、生活に関わる病床体系にデザイン変更しているような状況にあると冒頭でお伝えしました。提供体制が変わる中で、専門職も共通情報を持たなければならないというところで、このルールの統一化が日本の政策の中で進められています。

新たに評価をするのではなく、既に集められている情報を ICF で表現するということが、日本の制度政策の中で ICF を活用するのに最も良いことではないかということで、昨年度もお伝えしましたが、今年度もそのような枠組みの中でリコードに関する調査を検討しております。

私のプレゼンでは、患者さん本人の ICD の情報と、後はその中で収集されている集められた情報を、それはテキスト情報（質的な情報）になると思うのですが、ICF に変換することでどのような表現が可能かというようになりサーチデザインを考えておまして、今後の ICD と ICF を一体的に活用する一つの可能性として、皆様にお伝えさせていただきました。

以上です。どうもありがとうございます。

○ ロバート・ヤコブ先生

大塚賀先生、どうもありがとうございました。では、ここで QA セッションです。

非常に興味深いプレゼンテーション、二つの異なり補完しあうような見解の発表がありました。両方の分類をどのように利用するのか。一つは個人に対してどのように記載、説明するのか。もう一つは進捗状況をモニタリングするためにどのように一体利用するかという発表でした。

では、質疑応答のセッションなのですが、ご質問、積極的に仰ってください。そして二人の同僚の間で喜んでお答えします。何かご質問がある方手を挙げてください。

○ 会場

私は、10年程前に脊髄損傷のICFのコンセンサスマーティングに出たことがあり、今の向野先生の研究についてお伺いしたいのですが、リハビリテーションのセットをどう使うかというお話について、ストロークの患者さんの話を出されましたが、ストロークはストロークでコアセットというものがあります。それとの関係はどのようにお考えなのかということをお伺いしたいです。

○ 向野雅彦先生

はい、ありがとうございます。コアセットについては、疾患別のコアセットが色々ありますので、それをどのように使っていくのかということもテーマかと思います。すみません、ご指摘の通りだと思います。

私はまずはですね、疾患横断的に共通して評価できるものと考えているのですが、その次に、その疾患別の表現ができるようにというところをステップとしては、次に置いておまして、今の構造としては共通のものがあって、それにプラス第二レベルですと大体200項目くらいありますけれども、その中でそれを全部見てその追加の情報を付けるという作業は難しいので、まず共通のところを付け、そうすると疾患別に大体このようなものが問題点となりやすいというものがコアセットですから、そこでリコメンデーションが出て、追加で問題があるところはありますかという形で提示をして、それを追加の情報で入れていくようなモデルを今は考えておりますけれども、場合によってはそれをもう少し拡張していくということも有り得ると思っています。

○ 会場

ありがとうございました。

○ ロバート・ヤコブ先生

先生どうもありがとうございました。他にご質問はありますでしょうか。どなたか。

では、私達から質問がございます。

まず一つは、向野先生に対する質問なのですが、スライドの中で見ておまして、既存のインストゥルメントを参照されていました。そこでもう少し詳しく教えていただきたいのは、付加価値はどれくらいあるのでしょうか。どのような意義があるのでしょうか。提案されているようなショートセットのアプローチ。例えばFIMと比較した場合にスライドの中で言及されていましたけれども、それについてご見解をご説明いただけますか。どのようなところに共通点あるいは差があるのか、新たなアプローチがその観点でどうなのかということ仰ってください。

もう一つは大冨賀先生への質問です。これはどのように発展していくのでしょうか。すなわち、様々なデータベースを統合するという背景ではどうでしょうか。例えば在宅ケアや施設ケアというものがありますが、今後の見通しとして、共通の枠組みを使うという可能性はあるのでしょうか。どのような役割や課題がICD、ICFの導入においてあると思いますか。共通のアプローチを取る時には、異なるデータベースを統合したいというお話だったのですけれども。

○ 向野雅彦先生

お答えいたします。短いセットを出す前に、FIM との違い。既存のものとの違いということですが、まずその ICF の一つの、ICF の先生方が良く話されることとして、その臨床家が見たいもの、付けやすいものだけではなくて、患者さんにとって本当に重要な事についても評価するという視点も持たなければならないと。そのようなものがありました。ICF リハビリテーションセットを使う上では、その点が少し違うところというのは、患者さんの主観的な健康観と、関連する項目ということで選んで来ておりますので、項目によっては既存の、私達が病院で評価したものと少し違う視点があります。それに関して少し視野を広げるとい意味合いが、こういったセットを使う意味としてはあると思います。それが ICF の一つのメリットでもあると考えております。

さらに、ICF の良いところは拡張性があるので、我々が、患者さんは共通としてはこれを使うけれども、追加してそれ以外の項目も評価していこうという時にとっても便利な構造があると考えておりますので、そのような意味で ICF を使うメリットがあると考えております。

もう一つは環境因子を別に評価できるということもメリットだと考えています。

○ 大野賀政昭先生

回答させていただきます。一つは私も ICF の普及に関して様々なことを考えているのですが、向野先生と共同で研究しておりますので、コアセットを使うことが一つの方法だと考えています。

昨年度も出たのですが、日本には既に FIM であるとかバーテルであるとかその他無数のアセスメントツールやデータベースが存在していて、何か新しい ICF のために使うのは余力がないと言いますか、よほどのメリットがない限り難しい状況です。

そのメリットとして考えているのが、政策的に新しい事業を始めたり、あるいは今のような医療と介護の連携で困っているというような事象を見つけたりして、そこで ICF を活用した新たな情報を作り出すというのが一番良いのではないかと考えております。

例えば、今回お話しした ICD と ICF のフィールドトライアル調査ですが、最初は、例えばフィールドトライアルを全国レベルで考える時に、医療機関に ICD 情報をお願いして、さらに追加でコアセットの評価をお願いしてくださいという調査設計を考えていました。しかし、関係者の意見を聞くと、既存のアセスメントに加え新たな評価を行うのはやはり負担が大きいという意見が出ました。

そのため、既存の情報を ICF でリコードする方がより有益であり、その情報が使えるかどうかということを検討していくべきだという結論に至ったという経緯があります。

既に様々なデータベースが日本にもありますので、それを ICF でリコードすることで、ICF の表現可能性を探っていくという方法が、喫緊に取り組むべき視点としては、私は一番現実的ではないかなと今の時点では考えております。

○ ロバート・ヤコブ先生

お答えありがとうございます。非常に興味深いディスカッションになっていると思います。他にご質問のある方はいらっしゃいますか。

○ 会場

今のリコードについて質問と少し考えていることをお話したいと思います。

2004年の前後ぐらいに、北米のICF協力センターの会議がとても元気だった頃がありました。その時にICFと既存のFIMも含めたマッピング研究がテーマとなっていた時期がたくさんありました。そのため、FIM自体や様々な状況が変わってきていると思いますが、そのような既存のものとはICFとの関係を発表した研究があるので、それを使ってリコードができるのではないかと考えています。私はスペシャルニーズエデュケーションの専門なのですが、教育には教育の言葉と評価項目があって、それをICFと共存させることは非常に難しく、私達の専門領域の「自立活動」という領域についてICFの項目との適合性、コンパティビリティ研究をしたことがありました。そのことによってICFで項目を収集したものを自立活動の領域に置き換えることができるというコンセプトだったのですが、よほど熱心な人でない限り、置き換えることは現実的ではなかったですね。今は、先程から言っているように良いシステムが存在しているので、マッピングのテクニック等でこの言葉とこの言葉は置き換えることができるというシステムを構築できれば、比較的楽にリコードができるのではないかと私の経験からは思うというところがございませぬ。私も、様々な領域と付き合う時にICFを使おうとしているので、今日もまた引き続き勉強させていただきたいと思います。もしご意見等ありましたらお聞かせください。よろしくお願ひします。

○ ロバート・ヤコブ先生

一つコメントさせてください。今ここで話していたのですけれども、あなたが仰っていたマッピングをする、マップを導入するというアプローチはとても説得力があると思います。ただ、小さなパイロットテスト等を行う必要があるでしょう。そして、マッピングのドキュメントを今ネットワークで作っているの、それで検証しなければなりません。すなわち、同じ用語が使われていた時に本当に意味が同じなのか検証すべきだということです。FIMやWHO-DASのことを考えた場合、この両方は様々な質問をしながら調査をするわけです。その質問の仕方を変えると結局は答えが異なります。コアな問題はそういった結果で出てきた用語をマッピングする時に、これは全く同じ結果になるのかそれを検証しなければなりません。あるいは、結果が近いので十分であるのか。あるいは差がありすぎてデータを使えないのかということの評価しなければなりません。これは個人的なコメントです。私は手法の研究者なので申し上げました。

もう一つのコメントですけれども、コアセットに関するトピックです。何年も前にコアセットというのは素晴らしいなと思ったものです。というのは、全てのICFを使う必要はない。幾つか必要なものだけ抽出して使えば良いからです。これはとても良いことです。例えば、個人を追跡するというのを考えて、そしてデータを様々な情報源から融合しなければならない時に一つの疾患だけを入れるわけです。しかし、高齢化社会の中では併発症を持っている方がたくさんいます。ですから、コアセットを例えば動脈高血圧や糖尿病や認知症のコアセットと組み合わせなければならない。それ以外のコアセットも加えなければならない可能性がある。そうすると、それぞれの疾患に関する詳細はもちろん必要だけれども、その方の健康状態の全体像も必要だと思う

かもしれません。身体に関する全ての情報が詳細に必要なとは限らないけれども、ある程度のレベルの情報は統合する必要があるでしょう。ICD-11 で表現することを検討する時に、人によっては、コアセットを設定し非常に詳細に情報を含めるようにしようということです。例えば視覚の機能に問題がある人が肺の疾患も併発しているという場合に、コアセットを設定し当該疾患についても記録することで、患者さんの全身に関する情報をカバーすべきだという人もいました。そうすると医師が患者さんを評価する時に同じことをしているわけです。例えば体の部位の損傷があった場合には、そこにももちろんフォーカスするわけですが、良いお医者さんであれば、患者さんが他の部位にも何か問題を抱えていないかということをござつと見ると思います。その方向に少し拡張していけばデータが比較可能となりますし、専門のそれぞれの疾患の分野と、例えば今介護向けのデータや併発症のある患者さんについて特定のパターンがあるかということと比較可能にすることはとても有用だと思います。

すみません、司会なのであまりコメントしてはいけないと思ったのですが、非常に面白いのでコメントしてしまいました。皆様方のご質問是非お願いいたします。何かコメントがあればそちら側からどうぞ仰っていただければと思います。

○ 会場

私は、ICFの中でも環境因子について興味を持っており、向野先生にもしかしたら以前もコメントさせていただいたことがあるかもしれません。環境因子と生活機能との関係の中で、先生に今日お示しいただいたスライドの「参加」の部分で、就労について記載されていたかと思います。そこでは、福祉用具を使っていると点数が下がるというご説明がありましたが、福祉用具を使っている場合と他の環境因子がうまく作用している場合で、同じ程度の参加が実現できているパターンもあるかもしれません。おそらくリハビリテーションや人の機能の観点から見ると福祉用具を使っている状態というのは点数が低く付いてしまうのかもしれませんが、他の環境因子とそこはイーブンでも良いのではないかと感じました。何かコメントをいただけると有難いなと思います。

○ 向野雅彦先生

ありがとうございます。その点に関しましては、たしかに、特にこれからロボット等が出てきますと、そういうところがドラスティックに変わる可能性がありますし、我々が人の手でサポートしているところも、ロボットに置き換わるという可能性もあり、私達が持っているイメージとまた全然違うということは出てくるかなと思います。ですので、何が何点ときちっと定義しようという趣旨ではなく、現時点で一般的にはこういったことが代表的にはあるけれども、今後、アシスティブデバイスのおかげで完全に何の障害も大変さもなくて生活が送れているという人についてはゼロ点にしてもいいという余地は残した上でのガイドとしております。

○ 会場

はい、ありがとうございます。また是非色々のご検討いただければと思います。

○ ロバート・ヤコブ先生

どうも大変興味深いディスカッションをありがとうございました。他にも、質問やディスカッションへ参加されたい方はいらっしゃいますか。

○ 会場

私はもともと看護師をしていて、今診療情報管理の勉強をしています。最初に、コスタンチュック先生から ICF は共通言語だというご説明がありました。今、リハビリテーション等の先生は ICF のことをとても良くご存知かと思うのですが、共通言語とするためには、評価尺度をきちんと決めていかなければならないと思うのですけれども、それが日本の中ではあまりよく浸透していないような気がします。ICF をよく使われているところから、評価尺度を日本の中に浸透させていくと、また今のディスカッションをさらに展開できるのではないかと思います。

○ ロバート・ヤコブ先生

そうですね、ありがとうございます。質問並びにコメントということでお受けしました。

まず申し上げたいのは、ICF はもちろん多くのプロフェッショナル、専門家のためのツールでもありますし、また、消費者や患者さん自身にとっても有用なものだと思っています。一部の国では、患者さんの視点や考え方、それから専門家の視点を記録してそれを比較するというプロジェクトを行っています。それにはメリットがあると思っています。

今のご質問に対して二つコメントさせていただきます。共通言語に関してですけれども、ICF を策定、開発していた時には索引が存在していました。それから、包含、除外用語というものも存在していたのです。しかし、その開発の作業は ICD-11 と同じようなアプローチをとっておりません。どんなユニバース、普遍的な分野があるのか、つまり、サンクショニングタームというものを使っております。様々なコミュニティ、実務家、それから状況。例えばナースであったり、理学療法士であったり、作業療法士であったりと、各々の専門によって表現の仕方には様々なバリエーションがあるはずなのです。どうすれば、皆さんが使っておられる用語とそれぞれの ICF のカテゴリをリンクさせることができるのかそれをどのように担保すれば良いのかと考えました。ICD と同じように絶対的に重要なことです。そのような情報や知見が活用されることが必要なのです。活用されて、そして ICF の索引をさらに策定、開発し、将来的にそれをさらに強化して紐付けていくことが重要だと思っています。特に電子的な環境に統合する時には、それが重要になってきます。

二つ目の、ガイダンス、指針についてです。これは臨床的な実施、適用の文脈においてですけれども、指針が必要です。一部の国では、できるだけ国際的な形で作ろうとしています。つまり、臨床的な適用をガイドするものを作って、そしてこの特定のカテゴリでどういう意味があるのか、これを運用上どのように扱っていくのか、そして修飾子、評点をどのように使っていくのか、プロジェクトの一部では既にアンカーポイントを特定しようとして取り組んでいるのだと思います。それをすることによって修飾子、評点を適用しやすくなり、例えば集中度、期間、問題、それから頻度といったことを簡単に評価できるようになるはずですが。また、これからの優先課題として、できるだけ WHO からもサポートをしていきたいと思っています。つまり、こういったことは実務を

担う現場から出てくるものだと私達は思っていますので、地域や国際的なレベルではそれを強化していきたいと思っています。これこそが鍵だと思っています。今後さらにこのような経験を推奨し、リサーチ、また、適用に関わる皆さんがやっておられる作業をさらに強化することができると思います。

それから、先程のお返しとして質問をさせていただきたいのですが、どうしたらこのような経験から学ぶことができるでしょうか。例えば、日本で。如何にして現場の声を世界の地域、又は国際的なレベルまで届けることができるでしょうか。協力センターのネットワーク、コミュニティ、レファレンスグループもありますので、重要なのは、このような情報をさらに上に向けて強化し、そして知識を発信することだと思います。国際的なフォーラムの場でディスカッションに挙げて行った方が良いと思います。日本で良い作業がなされているということであれば、おそらくこれをどうすればもっとリーチアウトして世界の地域や国際的な場へ広げていくことができるか考えるべきだと思います。どうもありがとうございました

確かもう一人後ろで手が挙がっていたかと思います。

○ 会場

WHO からのお二人にお伺いしたいことがあります。

私は介護の分野で研究をしているのですが、その中でリハビリテーション的な捉え方をするために、この ICF はコンセプトとして重要だと思っています。ただ、その時にすごく難しいなと思っているのが、「活動」と「参加」は細かいカテゴリが分かれていないというところが非常に、実際に使う上で難しいと思っています。

具体的には、活動は ADL 等で評価されると思うのですが、例え ADL が変化しなくても参加が良くなったら、それはその高齢者のケアにおいては良しと捉えることもできます。しかし、活動と参加が指標として明確に分かれていないと、なかなかそれを説明するのが難しいのではないかと感じております。この点について、今後の展望をお伺いできたらと思います。

○ ロバート・ヤコブ先生

長きにわたってこの点については議論が行われてきたという経緯があります。ICF、ICIDH において、どのように活動と参加に関してアプローチをするのかという点です。これまでの議論を振り返ると、とても重要な観点というのは、イデオロギー的な議論から離れるということです。どこまでが活動でどこからが参加なのか。この ICF に関しましては、様々な選択肢があります。重要なのは、どのような経験を実際の現場で体験するのか。そして、それを運用化するのか。そして、それを反映させていくのかということになるかと思います。もし特定の課題に特定のカテゴリの適用において、特定の目的で直面しているのであれば、ぜひ行っていただきたいのは、ICF を使う目的を今一度明確化することです。ぜひ意見を表明してください。そして私達に対して情報を提供してください。そして、ICF のアップデートのためのこのプラットフォームに情報をお寄せください。専門家が集まって ICF のアップデートを提案する時に、皆さんの意見を反映させていただきたいです。ICF をさらに改善していくためには、やはり、実務でどのように ICF が使われているのかということを知る必要があります。観念論的な議論をしても仕方ありません。

障害ですとか、又は、この機能障害というところに焦点が当てられがちですけれども、やはり使用例を中心としたアプローチを行っていかなければならないと思っています。自分はルーチンで障害に関する様々な評価を行っているけれども、こういった課題や問題が出てきたのでこういったことを提案したいと意見を表明してください。それは、私達にとってもとても役に立つ情報です。どうもありがとうございました。

とても興味深い議論でした。様々なトピックについて議論してきましたけれども、このセッションが終わる時間に近づいてきました。もし、他にも質問がありましたら個人的に来ていただければと思います。私達が **WHO** として発信したいメッセージは、皆さんこそが私達の分類を使われる実務者ですので、ぜひフィードバックをくださいということです。そして、どのような問題を解決しなければならないのか、分類を使用する時にどのような課題があるのかということをお教えください。私達の分類を作ることを手伝ってくれている人達を通して、実務家の皆様からフィードバックをしていただければと思います。