

平成27年度 ICFシンポジウムプログラム
第5回 ICFシンポジウム生活機能分類の活用に向けて
～環境因子としての支援機器の可能性～

ICFの活用可能性と課題

—研究から得られた知見を通して—

兵庫県立大学大学院 経営研究科

筒井孝子

お話しする内容

0. はじめに 先進諸国におけるヘルスサービスの変化

1. ICFとは何か

2. ICFを活用するための評価ツール

- ICF Core Set
- WHO-DAS2.0

3. ICFの臨床活用に向けた調査研究

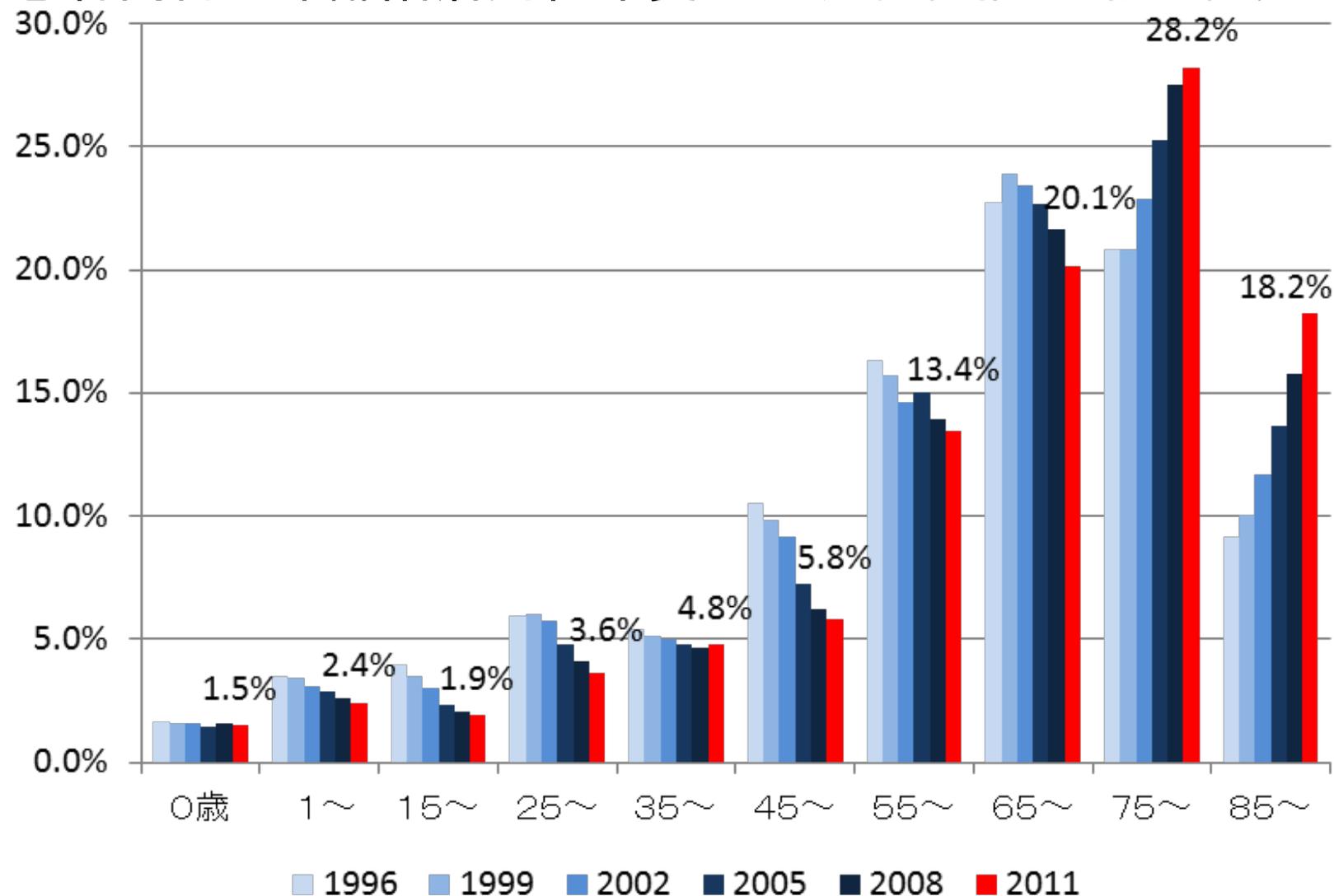
- ICF Core Set
- WHO-DAS2.0

4. 今後の展望

はじめに

先進諸国におけるヘルスサービスの変化

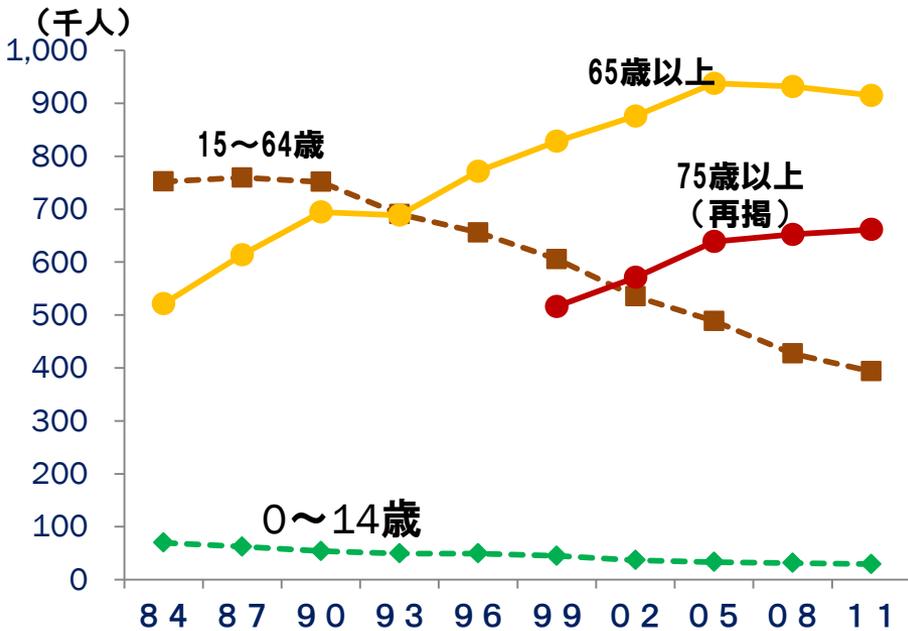
患者割合の年齢階層別経年変化(一般病床:推計入院患者数より)



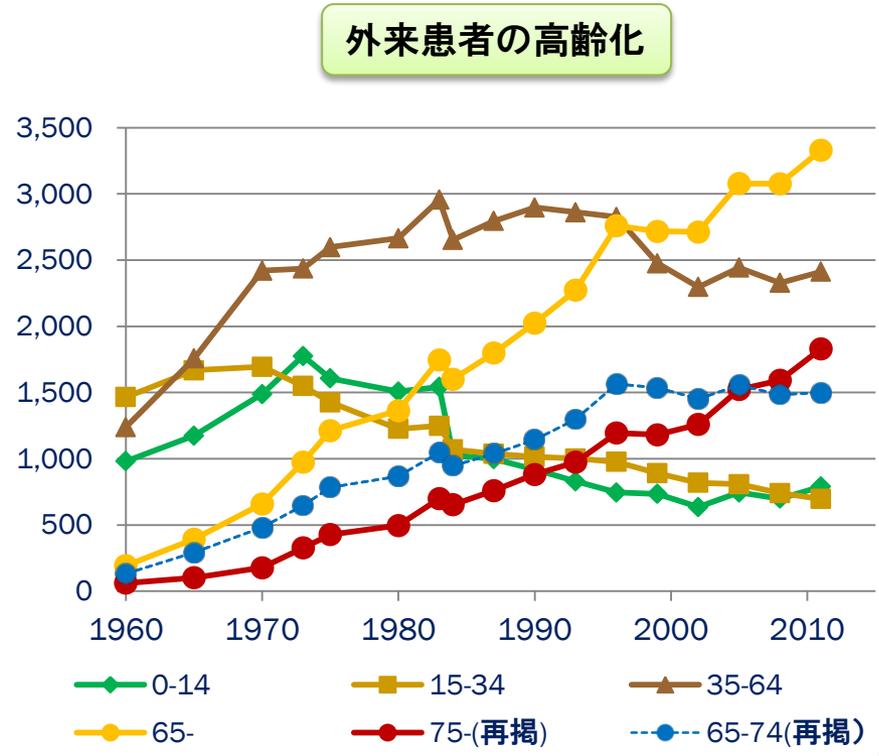
厚生労働省患者調査より作成

工学院大学建築学部 教授 笈淳夫氏作成資料

患者の高齢化に環境をどのように対応させるか



入院患者の高齢化

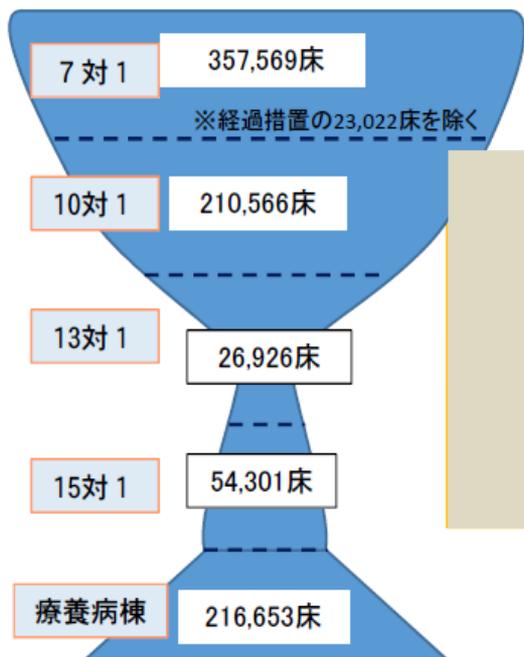


外来患者の高齢化

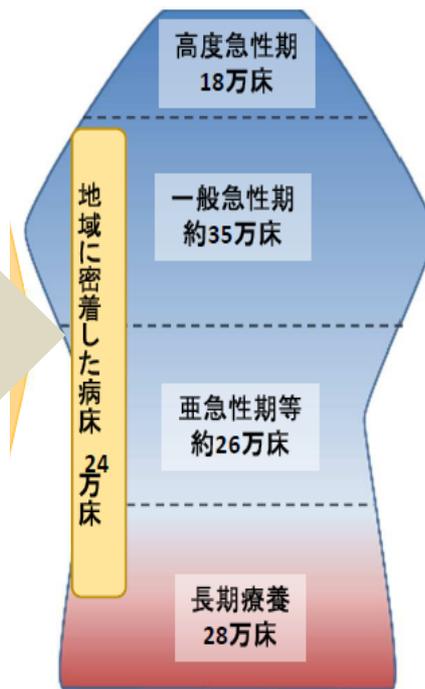
平成23年度患者調査より作成

2025年に向けた医療機能再編のイメージと各入院医療機関における患者像の実際

＜現在の姿＞

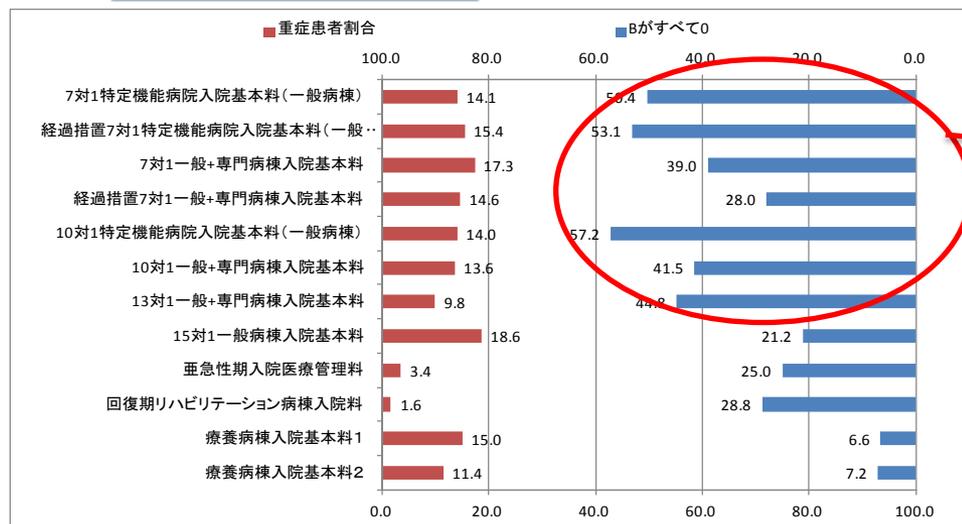


2025年(平成37年)の姿＞



いびつな
病床構成を
是正する方針

この移行を進めるために、
診療報酬改定や税と社会
保障の一体改革が進めら
れている。



一般病棟入院基本料を算定する病院に入院する患者の4~5割は、看護必要度B得点(ADL)が0点で療養上の世話を必要としない患者となっている。

つまり、超急性期以外の患者については、療養環境が整っている住まいさえ確保されれば、必ずしも入院治療施設にいる必要はなく、地域での療養が可能となるのではないか。

高齢化による疾病パターンの変化

- 先進国では、このわずか半世紀間で人口構成が大きく変化し、慢性疾患を抱えながら生活する高齢患者の顕著な増加をもたらした



- エピソード由来の、短期的な介入に特徴づけられる急性期状態の患者から、長期的、普遍的かつ継続的なケアニーズを持つ患者の増加により

=ケアニーズは、パラダイムシフトを迎えた

医療技術の革新、専門性の増大



個々の患者の完全なケアの受給のためには、
サービス間のコーディネーションが必要

※典型的な患者は、診断のためのアセスメント、薬局、その他のサービスを受けるために、年に5人の専門職と2人のプライマリケアを担う内科医に会うとされている。また、いくつかの慢性疾患を持つ患者は、1年に16もの内科医を受診するという研究もある。

Bodenheimer T. Coordinating Care -- A Perilous Journey through the Health Care System. New England Journal of Medicine 2008 March 6;358(10):1064-71.

Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. New England Journal of Medicine 2007

March 15;356(11):1130-9.

地域包括ケアシステムとは

日本で用いられている地域包括ケアシステムには、二つの独立したコンセプト：Community based care（地域を基盤としたケア）とintegrated care（統合型のケア）がある。近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。しかしながら、この両者を同時に試みている国は少なく、その一つであるオランダにおいては、Community-based integrated careは神話か必須のもの¹⁾か、あるいはバベルの塔をたてる試み²⁾かという議論がなされている。

Community-based care

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。さらに、これは地域における信仰や好みや価値観などに合わせて構築することができ、それは一定レベルの「地域参加」によって保障されている。

Integrated care

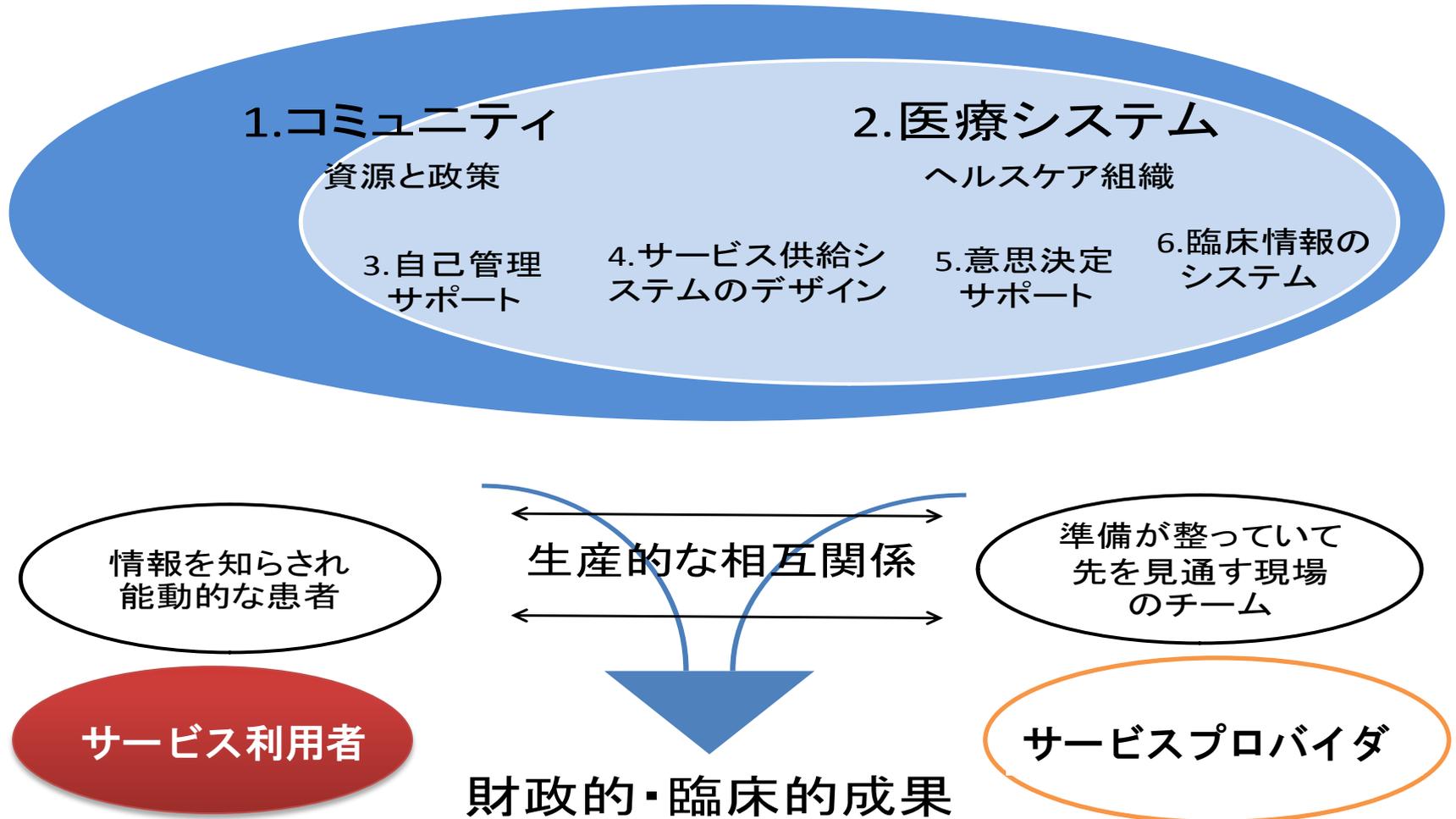
- Integrated care careには、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるといった目的を持つ体制であると定義づけができる。

1) T. Plochg, NS. Klanzinga : Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002

2) T. Plochg : Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care. 6、 e21 : 2006

地域包括ケアシステム

Chronic care model (慢性疾患患者へのケアモデル)



今後は、自己管理や意思決定サポート、それらを意識したサービス共有システムのデザインが重要であることを示している。

(Bodenheimer, Wagner and Grumbach, 2002)

長期ケアの質に対する国家の政策

- 長期ケア品質の国家の優先事項には2つのタイプがある。

Sorenson (2007)

基準、許容範囲、認可という観点で規制を
すること

主にベンチマークを通じて消費者の選択と
競争を促すこと

WHO（2002）によると長期ケアのゴール

- 「長期において自己ケアをできない個人が、可能な限り最大限の自立、自律、参画、自己充足感と人間としての尊厳を持ち可能な限り最上のQOLを維持できるようにすること。」

これらの目標は、パーソナルケア、ヘルスケア、生活の管理（例：買い物、投薬管理、移動）、資源（例えば杖や歩行器などの補助機器）、先進技術（例：緊急アラートシステム、コンピューターによる投薬のリマインダー）、そして家の改築（例：ランプ、手すり）などの様々なサービスの組み合わせをもたらす。更に環境に関しては、長期ケアは施設か在宅のどちらか、フォーマルかインフォーマルのどちらかになる可能性がある（WHO, 2002）。

介護の国際標準化について

動向

- 政府は、介護関連の製品を作るメーカーやサービス事業者が海外市場に出やすくなるように**国際規格作り**を進める。
- 国際標準化機構（ISO）は2月にも介護の国際規格作りに向けた基本指針を公表する。
- ISOは春以降、テーマに応じて複数の技術委員会を設置し、具体的な国際規格作りに入る。

なぜか??

「日本が強みを持つ介護技術とサービスを国際規格に反映すれば、関連メーカーが海外展開しやすくなる」

だから・・・



日本政府は、関連省庁やメーカー、学界から人材を送り込み、国際的な規格作りにおいて主導権を握ろうとしている

介護の国際規格作りにおける日本の立ち位置

- 日本は2000年に介護保険を導入。
- 高齢化が進み、国内の介護市場は10兆円規模まで膨らんでいる。
- 特に日本はエレベーターに運び込めるコンパクトな折り畳みベッドや、上げ下げしやすいリハビリ用のパンツなど関連製品の開発で強みがある。
- 泊まりや通い、訪問を組み合わせて利用できる「小規模多機能型居宅介護」や福祉用具のレンタルサービスなど独自のサービスも増えている。

ISOが近く公表する指針の内容

歩行支援器具

医師の診療履歴を分析し健康指導をするデータヘルス事業

訪問介護などのサービス

・・・などの製品やサービス

高齢化社会対応の標準化への対応

- 高齢化社会対応として、個々の製品等の規格とは別に、ISOでは「Community-based integrated health and care services for aged societies」、IECでは「自立生活支援（AAL：Active Assisted Living）」の議論が開始。
- いずれも、高齢化社会に対応した技術やサービス全体について、フレームワークやシステム、課題等の整理を実施。

ISOにおけるコミュニティベースの高齢化社会ヘルスケアサービスに関する動き

高齢化社会のための健康及びケアサービスの提供・検討に必要な基本的原則やフレームワークを議論

TMB/IWA（国際ワークショップ協定）

（※ISO発行文書として、国際ワークショップ参加者のみのコンセンサスで開発・発行される、ISO下でのフォーラム標準）

（2014年11月 ワークショップ開催を了承）

2015年7月1日 ワークショップ開催（イギリス）

〔議長：日本〕

2015年10月29, 30日 ワークショップ開催（日本）

〔議長：日本〕

2016年 国際ワークショップ協定の発行予定

規格に準じる任意の規格類を
国際ワークショップ協定（IWA）として発行

正式な個別製品や技術等の標準化（関連TC/SC等）

IECにおける自立生活支援（AAL）に関する動き

AAL：高齢者や障害者を支援するために使用する製品、施設、サービス、環境を包含するシステムを議論

SMB/SG5（戦略グループ）（2011年10月設立）〔議長：独〕

個別製品や
技術の標準化
（関連TC/SC）

SMB/SEG3（システム評価グループ）
（2014年2月設立）〔議長：独〕

SMB/SyC（システム委員会）
（2014年10月設立）〔議長：独〕

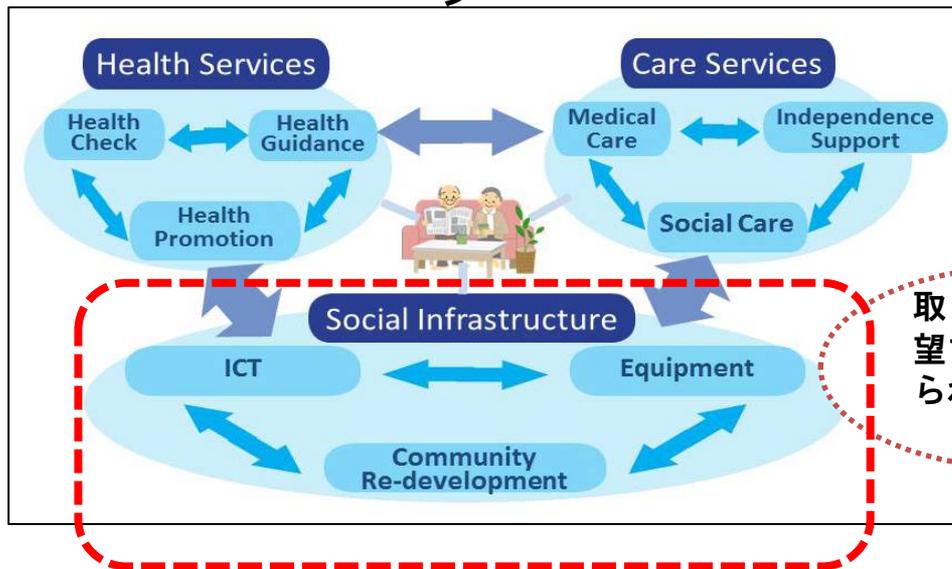
連携

第1回SyC会合 2015年3月@ドイツ
第2回SyC会合 2015年11月@東京
第3回SyC会合予定 2016年4月@ニュージーランド

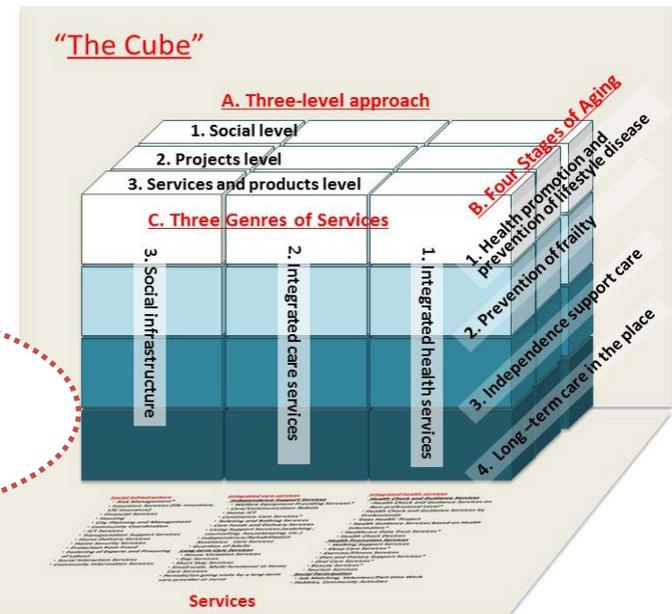
高齢化社会ヘルスケアサービス（ISO）

- 高齢化社会において、コミュニティベースに集約された健康及びケアサービスを提供・検討するために必要となる基本的な原則・フレームワークについて整理することが目的。
- 英国と日本が中心となり、ISOの下での任意の標準化（IWA：国際ワークショップ協定）に着手。今後、正式な個別製品や技術等の標準化につながる可能性あり。

高齢化社会における
健康・ケアサービスの構造のイメージ



概念整理のイメージ



(出所) IWA18 ドラフト文書より

1. ICFとは何か

ICFとは何か？

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

WHO国際統計分類 (WHO-FIC)

〈疾病〉は主にICD-10によって分類され、それは病因論理的な枠組みに立ったものである。健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類されている。

中心分類の一部を参照、あるいは構成の一部のみ中心分類と関連

国際疾病分類 (ICD)

国際生活機能分類 (ICF)

医療行為の分類 (ICHI)

中心
分類

中心分類の構成・項目を
細分・追加

関連
分類

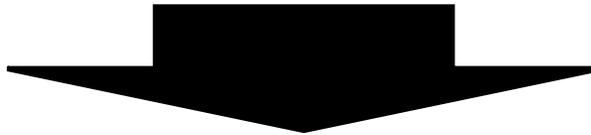
派生
分類

- ・ プライマリケアに対する国際分類 (ICPC2)
- ・ 外因に対する国際分類 (ICECI)
- ・ 解剖・治療の見地から見た化学物質分類システム (ATC) / 1日使用薬剤容量 (DDD)
- ・ 障害者のためのテクニカルエイドの分類 (IS09999)
- ・ 看護の分類 (ICNP)

- ・ 国際疾病分類—腫瘍学第3版 (ICD-O-3)
- ・ ICD-10精神および行動の障害に関する分類
- ・ 国際疾病分類—歯科学及び口腔科学への適用第3版 (ICD-DA)
- ・ 国際疾病分類—神経疾患への適用第8版 (ICD-10-NA)
- ・ 国際生活機能分類—児童版 (ICF-CY)

ICFとICDの違いとは？

- ICD-10とICFにある重複を認識しておくことも大切である
- 機能障害（構造障害を含む）は、身体の構造と機能に関するものであり、この構造機能はふつう「疾病過程」の一部をなし、ICD-10にも使われている。
- 一方、ICFの体系では、機能障害は健康状態に関連した心身機能の問題そのものとして用いられている。
- 同じ疾患をもつ2人の人が、異なった生活機能の水準にあることがありうるし、逆に同じ生活機能レベルにある2人の人が必ずしも同じ健康状態にあるとは限らない。



ICFとICD-10を組み合わせて使用することによってデータの質が向上する。

ICFは何に使えるのか？

- ICFは、1980年のICFの前の概念であるICIDHの時代から、さまざまな用途に使用されてきた。

統計ツール（手段）

データ収集・記録（例：人口統計、実態調査、管理情報システム）。

研究ツール

結果の測定
QOLや環境因子の測定。

臨床ツール

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

社会政策ツール

社会保障計画、補償制度、政策の立案と実施。

教育ツール

カリキュラムの立案、市民啓発ソーシャルアクション。

看護必要度の事例をもとに考える . . .

アセスメントツールの保有機能

1. 量の評価

2. 質の評価

3. Plat form (情報伝達の基盤)

4. クリニカルガバナンスとの連動

引用)

筒井孝子「看護必要度の看護管理への応用—診療報酬に活用された看護必要度—」医療文化社2008年9月276-285

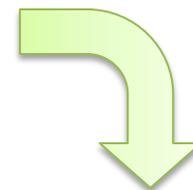
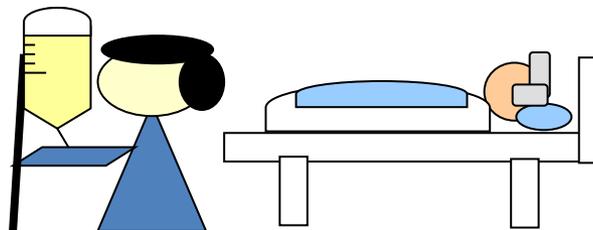
筒井孝子「看護必要度の成り立ちとその活用—医療制度改革における意味と役割—」照林社2008年7月131-135

看護必要度の事例をもとに考える . . .

チームケアの実際

ケアカンファレンスの開催

患者の情報をチームで共有し、チームでケアを分担する。



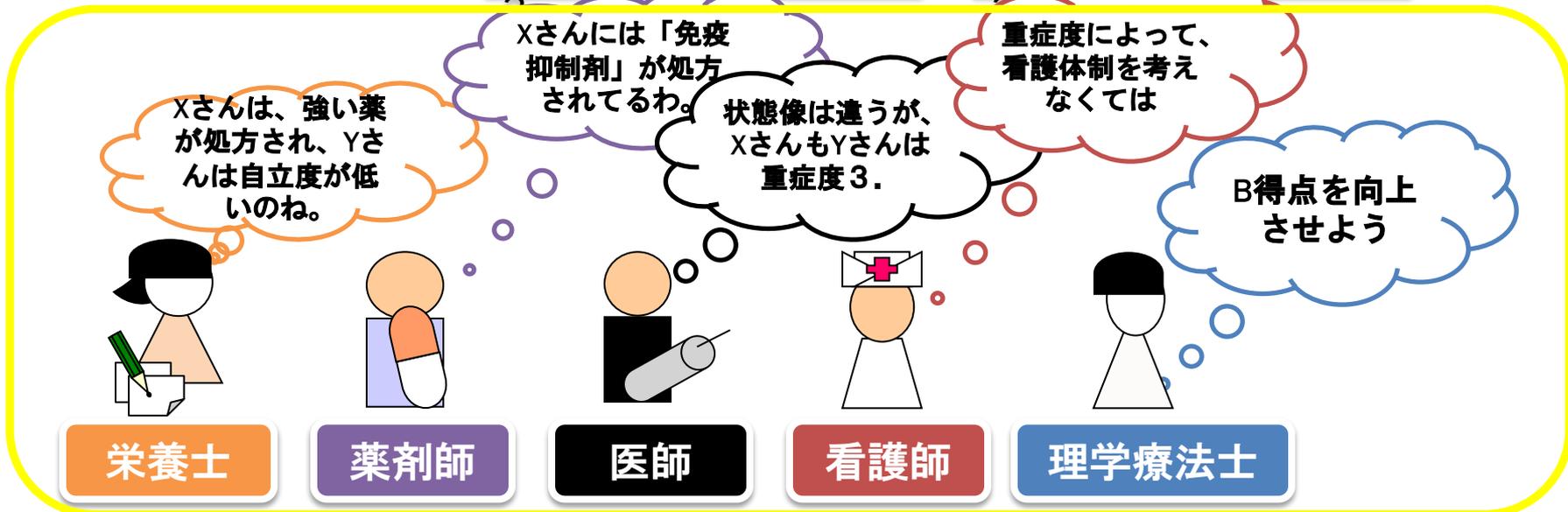
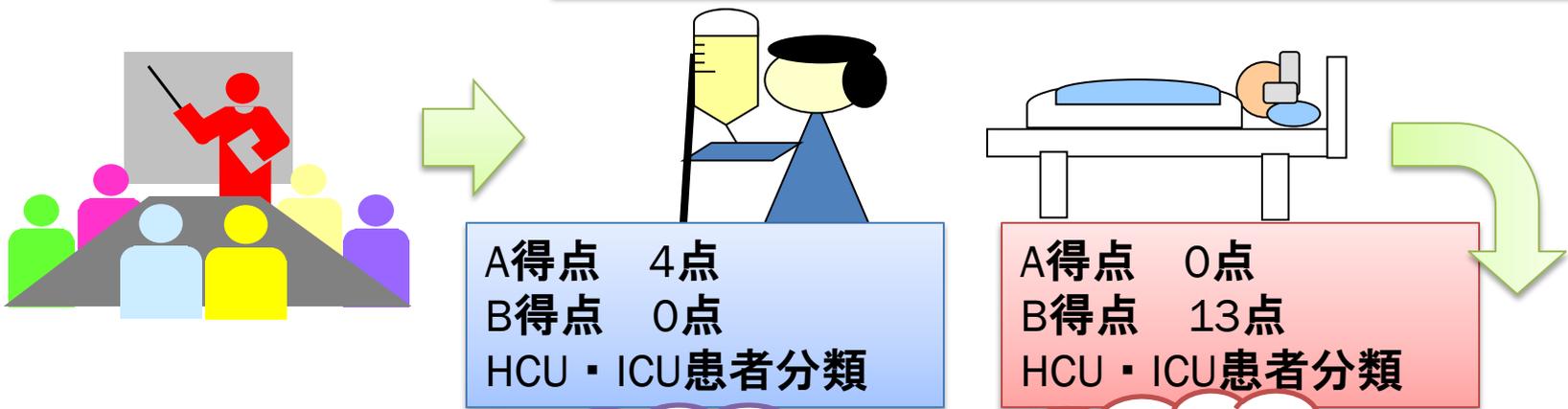
各職種によって、患者の状態を判断する基準が違う . . . 24

看護必要度の事例をもとに考える . . .

チームケアのPlatformとしてのアセスメント情報

ケアカンファレンスの開催

患者の情報をチームで共有し、チームでケアを分担する。



看護必要度のA・B得点、重症度、項目それぞれの評価によって、共通認識を持てる

ICFは他の国ではどのように使われているのか？

- フランスをはじめとしたEU諸国では、ICFは法律に規定され、ある程度の影響を及ぼしているといえる。
- またICFによる生活機能の新しい概念を紹介する研究は多いものの、ツールとして実際に使っている研究は少ない。
- また、ICFに基づいて評価ツールを作ろうとした研究者はいるが、そのツールは、ほとんど使われていない。
- <http://www.cedias.org/produit/jean-yves-barreyre-carole-peintre-evaluer-besoins-personnes-action-sociale-enjeux>

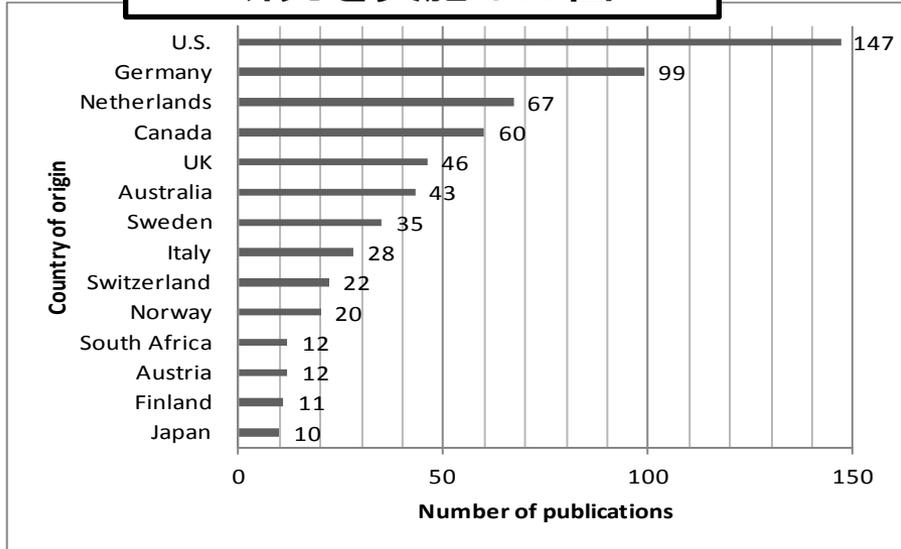
ICFを巡る研究の状況

2001年から2009年の論文を対象に実施されたシステマティックレビューにおいては、5085件がデータベースからヒットし、そのうち関連の深い670件の分析がなされた。

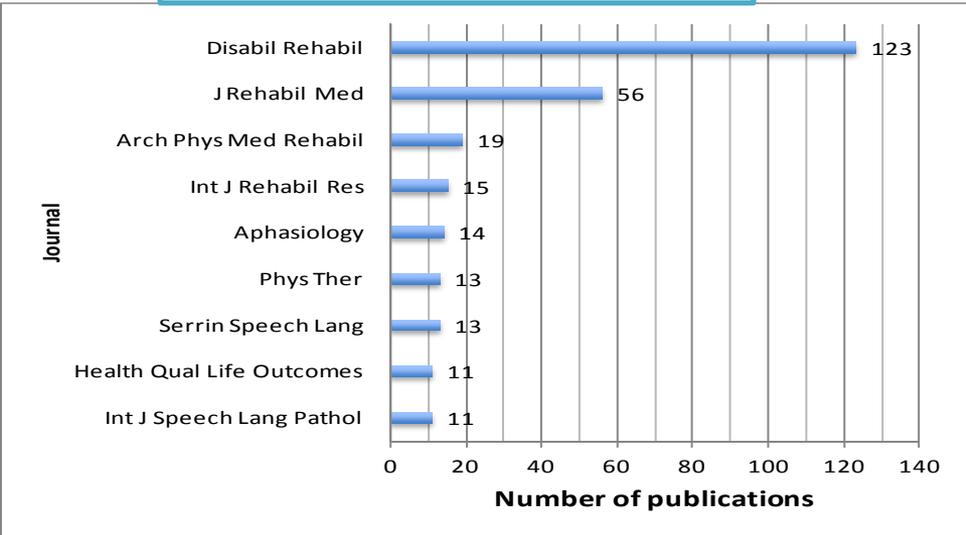
ICFを巡る研究論文の出版年と内容

SLR Categories	Year of publication										Total	(%)
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009			
Conceptual papers		11	21	22	36	42	24	21	29	206	(30.8)	
Development of ICF and of ICF relates instruments		1	1	16	19	12	16	13	25	103	(15.3)	
Clinical and/or rehabilitation contexts	1	2	9	17	28	20	36	14	46	173	(25.9)	
Non clinical contexts		1	9	3	7	7	10	10	15	62	(9.2)	
Linking papers		1	2	8	8	15	15	6	18	73	(10.9)	
ICF onlhy mentioned	1	3	8	4	7	5	9	5	11	53	(7.9)	
Total(%)	2 (0.3)	19 (2.8)	50 (7.4)	70 (10.4)	105 (15.8)	101 (15.2)	110 (16.4)	69 (10.3)	144 (21.4)	670	(100.0)	

研究を実施した国



投稿されたジャーナル



Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, Leonardi M.

Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. Disabil Rehabil. 2011;33(4):281-309.

ICFの構造

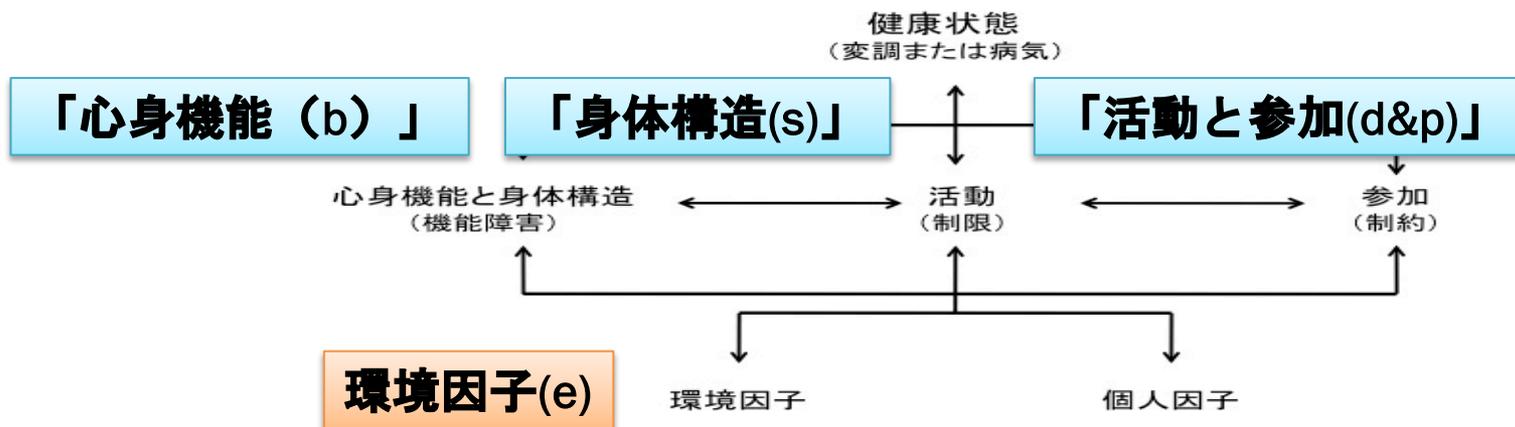
- ICFには2つの部門があり、それぞれは2つの構成要素からなる。
- 以下の図はその構成要素の間の相互作用を示す。

第1部：生活機能と障害

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

第2部：背景因子

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



実際に分類になっているのは、4つのみ。個人因子はICFには分類されていない。つまり、考慮すべき個人因子に関する判断は利用者次第である。

項目から見るICFの実際の構造

- それぞれの構成要素の項目がレベルに分かれている。その項目レベルは、最大第4レベルまでである。
- レベルが大きければ大きいほど情報が細かくなる。
- 項目の数は第1レベルに34項目、第2レベルに362項目、完全版の分類となる**第3と第4レベルに1424項目がある。**

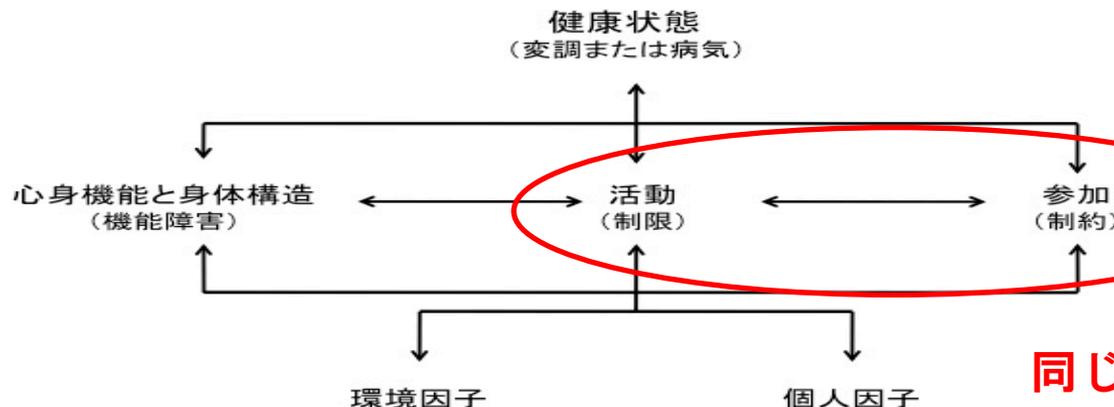
b2	感覚機能と痛み	(第1レベルの項目)
b210	視覚機能	(第2レベルの項目)
b2102	視覚の質	(第3レベルの項目)
b21022	コントラスト感度	(第4レベルの項目)

※第4レベルの項目を含む構成要素は「心身機能」と「身体構造」のみとなっている（他の構成要素の場合では、第3レベルまでしかない）。

細かい項目が多すぎて全体像が分かりづらい。
完全分類になっておらず、構造化もされていない。

活動と参加の評価

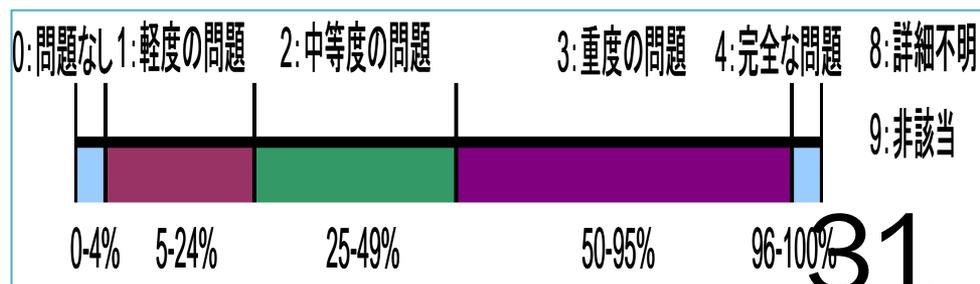
- 利用者が実際にコード化する時に、活動と参加を別々にコード化することも可能である。
- その場合、「d」という文字の代わりに、活動（activities）の場合では「a」、参加（participation）の場合では「p」と書き換える。
- 参加として項目を評価するか、活動として項目を評価するかというのは、利用者の判断となる。



同じ項目をこの二つの側面から評価可能と言っているがわかりにくい。

ICFに係る課題まとめ

- ICFとICDは、相互補完的であり、重複している。
- ICFは、健康や状態を示す共通言語等に活用できる可能性を秘めているが、この適用には有意義で実用的なシステムの構築が不可欠。
- ICFの基本構造は、「心身機能」、「身体構造」、「活動と参加」、「環境因子」の4つで捉えられる。「個人因子」についての言及はなされていない。
- コードのレベルが第4レベルまでであり、第3と第4レベルに1424項目がある。
- 利用者が実際にコード化する時に、活動と参加を別々にコード化することも可能である。
- 評価点の基準があいまい。



2. ICFを活用するための評価ツール

ICF Core Set

ICFコアセットとは何か？

- 「ICF コアセットとは、科学的な構造開発の過程を通してICFの全体版から選択された項目である。これは、機能と障害を記述するためのユーザーフレンドリーツールとなる。」
- 「様々な医療分野（急性期、亜急性期、長期）、様々な健康状態および対象者に対して使えるように複数のICFコアセットが開発された。」

ICFコアセットはなぜ作られたのか？

- ICFに対する一般的な批判は、包括的すぎるために日常的な使用が困難。



- 「ICFの実用性をあげる」という、明確なニーズは、ICF調査機関やドイツ国際分類のファミリーセンターにおけるものと共通するものとなった。



- （ICFの全体版から選択されるという）科学的な構造をとった開発過程によって、ICFコアセットが開発された。

ICFコアセットの目的

- ICF コアセットの目的は特定の健康問題（health condition）、対象者、医療状況（healthcare context）に対して最も相応しいICF項目を紹介し、ICF分類を日常使用に実用的にすることである。
- ICF コアセットは、機能と障害を記述する必要がある全ての状況で使えるように開発され、『ICF コアセット-臨床実践のためのマニュアル-』では臨床実践における使用に焦点を当てられている。

ICFコアセットの種類

- ICF コアセットには、3つの種類がある。それぞれの特徴は下記の通りとなり、目的に応じてどのコアセットを使用するかを選ぶことになる。

一般ICFコアセット (Generic ICF core sets)

- 他のICF コアセットでとられたアプローチと違って、一般的ICF コアセットは、健康と機能の主要指標となる少数のカテゴリーを用いて様々な健康問題、施設、分野、国、対照群において機能を横断的に評価するために開発された。このセットは、公衆衛生と保健統計に重要とされている。
- 一般的ICF コアセットにある7つの項目はどのような健康問題と医療分野においても、患者の機能レベルを最も簡単に区別する項目とされている。

短縮ICF コアセット (Brief ICF core sets)

- 短縮ICF コアセットは包括的ICF コアセットに基づいて作られたが、ICF コアセットが対象とする特定の健康問題または特定の医療分野の患者に対して考慮しないといけないカテゴリーを含む。機能と障害に対する患者の経験の最重要点を明らかにする。
- つまり、短縮ICF コアセットは、簡素な評価が相応しい時に使う。短縮ICF コアセットは疫学研究および臨床研究で機能と障害を効率的に評価するための最低基準となるためにも開発された。

包括的ICF コアセット (Comprehensive ICF core sets)

- 包括的ICF コアセットは、特定の健康問題または特定の医療分野の患者が直面している代表的な問題を全体的に反映している。
- 医療従事者が、患者にとって問題となる可能性がある機能の場面を見落とさないようにチェックリストとしての利用が可能である。また、包括的ICF コアセットは広い範囲のカテゴリーを含むので、健康問題を持つ者の機能を学際的、徹底的に評価することを可能とする。

31の疾患に応じたICFコアセット

2012年現在、31のICF コアセットが開発されている。
 (聴力損失と下肢切断に関するICF コアセットはまだ開発中)。

急性期医療 (acute care)	亜急性期医療 (post acute care)	長期医療 (long-term care)
神経学的な健康問題 (急性期用)	神経学的な健康問題 (亜急性期)	多発性硬化症 発作 (心肺の健康問題でもある) 外傷性脳損傷
	脊髄損傷 (亜急性期)	脊髄損傷 (長期医療)
心肺の健康問題 (急性期用)	心肺の健康問題 (亜急性期)	慢性虚血性心疾患 真性糖尿病 肥満 閉塞性肺疾患
	筋骨格の健康問題 (急性期用)	筋骨格の健康問題 (亜急性期)
炎症性関節炎の健康問題	高年齢患者	強直性脊椎性 広範囲の慢性的痛み 腰痛 変形性関節症 骨粗鬆症 関節リウマチ
		双極性障害
		うつ病
		乳がん
		頭部と頸部のがん
		手の健康問題
		炎症性腸疾患
		睡眠
	社会復帰リハビリテーション	

ICFコアセットの例：社会復帰リハビリテーション 評価票

(b)BODY FUNCTIONS

(d)ACTIVITY AND PARTICIPATION

		どれほど困難があったか？						
心身機能 身体系の生理的機能(心理的機能を含む)		問題なし	軽度の問題	中度等の問題	重度の問題	完全な問題	詳細不明	非該当
b130	活力と欲動の機能	0	1	2	3	4	8	9
個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的精神機能。 含まれるもの: 活力レベル、動機付け、食欲に関する機能。渴望(依存を起こす物質への渴望を含む)。衝動の制御。 除かれるもの: 意識機能(b110)、気質と人格の機能(b126)、睡眠機能(b134)、精神運動機能(b147)、情動機能(b152)。								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: 本人は体力不足で日常の活動の制限を報告している。								
b152	情動機能	0	1	2	3	4	8	9
こころの過程における感情的要素に関連する個別的な精神機能。 含まれるもの: 情動の適切性、情動の制御、情動の幅の機能。感情。悲哀、幸福、愛情、恐れ、憎しみ、緊張、不安、喜び、悲しみ。情動の不安定性。感情の平板化。 除かれるもの: 気質と人格の機能(b126)、活力と欲動の機能(b130)。								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: 本人は不安と自傷の心配を報告している。自分が起こりつづき、涙と怒りに対してすぐに反応すると言う。								
b164	高次認知機能	0	1	2	3	4	8	9
前頭葉に特に依存する個別精神機能であり、意思決定、抽象的考察、計画の立案と実行、精神的柔軟性、ある環境下でどのような行動が適切かを決定すること、などといった複雑な目標指向性行動を含む。しばしば実行機能と呼ばれる。 含まれるもの: 観念の抽象化と組織化の機能、時間管理、洞察、判断、概念形成、カテゴリー化、認知の柔軟性。 除かれるもの: 記憶機能(b144)、考察機能(b160)、言語に関する精神機能(b167)、計算機能(b172)。								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: 本人は決断を取る時に止まり、自分の将来を企画するための作業と企画に困難があると感じる。								
b280	痛みの感覚	0	1	2	3	4	8	9
身体部位の損傷やその可能性を示す、不解決な感覚。 含まれるもの: 前進的な痛み、局所的な痛み、一皮筋肉の痛み、刺すような痛み、焼けるような痛み、鈍痛、疼くような痛み。機能障害の例としては、筋痛、痛覚脱失、痛覚過敏。								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: 安静時に絶えず続く痛みを感じ、腕を使うと胸椎の時に胸椎の中心の痛みが悪化する。30分以上に座ると、右のお尻から膝までの痛みを感じる。痛みの影響で立ち、痛みがなくなるまでに横になった姿勢を取らないといけない。資格のアナログ尺度(VAS)のスコアは安静時に3-4/10、運動中に8-9/10である。								
b455	運動耐容能	0	1	2	3	4	8	9
身体運動負荷に耐えるために必要な、高給や心血管系の能力に関する機能。 含まれるもの: 持久力。有酸素能力。スタミナと易疲労性。 除かれるもの: 心血管系の機能(b410-b429)、血液系の機能(b430)、呼吸機能(b440)、呼吸筋の機能(b445)、その他の呼吸機能(b450)。								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: 疲労増加の影響で、運動のペースと量が減った。								

		どれほど困難があったか？						
P=実施状況(performance) C=能力(capacity)		問題なし	軽度の問題	中度等の問題	重度の問題	完全な問題	詳細不明	非該当
d155	参加と活動 課題や行為の個人による遂行および生活・人場面へのかかわり	P C	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	8 8
機能の習得を開始し、遂行するために、結合された一連の行為や課題について、基本的あるいは複雑な能力を開発させること。例えば、道具を扱うこと、チェスなどのゲームで遊ぶこと。 含まれるもの: 基本および複雑な機能の習得								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: P:詳細不明 C:基本的な能力試験では、パソコンを学ぶ能力が平均を下回る。								
d230	日課の遂行	P C	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	8 8
日々の手続きや義務に必要なことを、計画、管理、達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。例えば、1日を通してのさまざまな活動の時間を配分し、計画を立てること。 含まれるもの: 日課の管理、達成、自分の活動レベルの管理。 除かれるもの: 複数課題の遂行(d220)								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: P:疲労と痛みの影響で、家庭と社会復帰リハビリテーションプログラムと家族のニーズを満たすのに重度の困難に直面していると報告する。 C:社会復帰リハビリテーションの状況では、スケジュールよりも多くの休みを必要とし、プログラムの必要条件をこらうして満たすと指摘されている。								
d240	ストレスとその他の心理的要求への対応	P C	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	8 8
責任重大で、ストレス、動揺、危機をともなうような課題の遂行に際して、心理的要求をうまく管理し、統制するために求められる、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。例えば、交通渋滞の中で乗り物を運転すること。多数の子どもの世話をすること。 含まれるもの: 責任への対処、ストレスや危機の対処								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: P:患者は常にストレスを感じ、ストレスの多い状況では適切な反応を取るのに重度の困難にっていると報告する。 C:詳細不明								
d450	歩行	P C	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	8 8
常に片方の足が地面についた状態で、一步一步、足を動かすこと。例えば、散歩、ぶらぶら歩き、前後左右への歩行。 含まれるもの: 短距離あるいは長距離の歩行、さまざまな地面あるいは床面上の歩行、障害物を避けての歩行。 除かれるもの: 乗り移り(移乗)(d420)、移動(d455)。								
情報源: <input type="radio"/> ケースの病歴 <input type="radio"/> 患者記入の質問票 <input type="radio"/> 臨床検査 <input type="radio"/> 技術的試験								
問題記述: P:30分歩くこと、冠者は痛みの影響で、座ったり横になったりしないといけない。 C:体勢を変える必要がある社会復帰リハビリテーションの環境で、患者の歩き方が遅い。								
d455	移動	P C	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	8 8
歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を昇、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、障害物の周囲を走り回る。 含まれるもの: 這うこと、昇り降りすること、走ること、ジョギングすること、跳ぶこと、水泳。 除かれるもの: 乗り移り(移乗)(d420)、歩行(d450)								

ICFコアセットの例：社会復帰リハビリテーション 評価点のサマリー

心身機能		障害							
		0	1	2	3	4			
b130	活力と欲動の機能								
b152	情動機能								
b164	高次認知機能								
b280	痛みの感覚								
b455	運動耐容能								
活動と参加		困難							
		0	1	2	3	4			
d155	機能の習得	P 8							
		C 8							
d230	日課の遂行	P 8							
		C 8							
d240	ストレスとその他の心理的要求への対応	P 8							
		C 8							
d450	歩行	P 8							
		C 8							
d455	移動	P 8							
		C 8							
d720	複雑な対人関係	P 8							
		C 8							
d845	仕事の獲得・維持・終了	P 9							
		C 9							
d850	報酬を伴う仕事	P 9							
		C 9							
d855	無報酬の仕事	P 9							
		C 9							
環境因子		促進因子			阻害因子				
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3
e310	家族								
e330	権限をもつ立場にある人々								
e580	保健サービス・制度・政策								
e590	労働と雇用のサービス・制度・政策								

ICF コアセットに関するまとめ

- ICF コアセットは、1400もコードがあるICFをより実用的に用いるためのツールとして開発された。
- 様々な医療ステージ（急性期、亜急性期、長期療養）、様々な健康状態（疾患）の対象者に対して使えるように31のICFコアセットが開発されている。
- ICFコアセットは、一般ICFコアセット（Generic ICF core set）、短縮ICF コアセット（Brief ICF core sets）、包括的ICF コアセット（Comprehensive ICF core sets）の3種類がある。使用目的によって使い分ける必要がある。

WHODAS 2.0

WHODAS 2.0とは

- WHODAS 2.0は国際生活機能分類(ICF)の包括的構成要素から開発。健康と障害の測定が行えるWHOが開発した包括的アセスメントツール。
- WHODAS 2.0の信頼性、妥当性を裏付けるために、組織的な現地調査が行われ、調査を通じ、一般母集団の健康と障害のレベルの評価、および介入による臨床的な効果を測定するのに役立つことが検証されている。
- すでにマニュアルが開発されており（日本語版はH24年度開発）、さらに精神障害や一般的保健分野でWHODAS 2.0を適用した際に得た調査結果も海外でまとめられている。
- WHODAS 2.0には、7つのバージョンがあり、それぞれバージョンによって、長さの実施方法が異なる。

WHODAS 2.0において評価する生活上の6つの領域

- 領域1：認知 - 理解と意思の疎通
- 領域2：運動能力 - 動き回ること
- 領域3：自己管理 - 排尿排便、着衣、食事、一人で過ごす
- 領域4：人付き合い - 他の人との交流
- 領域5：日常生活 - 家庭での責任、レジャー、仕事・学校
- 領域6：参加 - 地域活動への参加、社会への参加

ICFの現状とWHO-DASについて

○ICFの課題

ICFでは対象者の身体・個人・社会レベルの3つの機能を系統的に分類し、それぞれの機能評価をするための定義も提供している。

しかしICFは、日常の活動をする上での障害を評価し測定するのに実用的とはいえなかった。

(WHO-DASマニュアルより)

○日本のICFの活用状況

ICFについては、以下の構成概念が教育分野の特別支援教育における個別支援計画や介護分野においては、介護過程を展開するためのケア計画シート、障害福祉分野の個別支援計画立案時のニーズ整理等に用いられている。しかし、評価点については、活用させずアセスメントツールとしては活用されていない。



WHODASはこのICFの概念を基にしたアセスメントツールとして独自に開発された。

図 ICFの構成概念とWHO-DASの評価項目

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

ICF:活動と参加の分類リスト

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

WHODAS 2.0において評価する生活上の6つの領域

- ・ 領域1：認知 - 理解と意思の疎通
- ・ 領域2：運動能力 - 動き回る事
- ・ 領域3：自己管理 - 排尿排便、着衣、食事、一人で過ごす
- ・ 領域4：人付き合い - 他の人との交流
- ・ 領域5：日常生活 - 家庭での責任、レジャー、仕事・学校
- ・ 領域6：参加 - 地域活動への参加、社会への参加

対応している

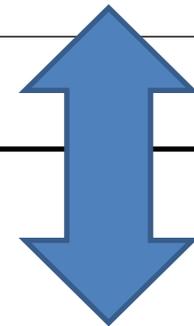


図 WHO DAS 2.0のバージョン

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

▪ 12+24項目
-面接者記入

▪ 36項目
-面接者記入

▪ 36項目
-自己記入

▪ 36項目
-代理人記入

▪ 12項目
-面接者記入

▪ 12項目
-自己記入

▪ 12項目
-代理人記入

ICF core setsとWHO-DASの関係

- ICFの一般セットの13候補項目は、ICFと同じ概念的基礎を持つWHODAS IIの12項目版と重複する部分が多い。
- つまり、本研究の結果とICFの一般セットに関する今後の研究はWHODAS IIの開発およびICFに基づいた評価ツールの開発への貢献になると期待されている。

ICFの一般セットのための13候補項目とWHODASIIの12項目版の間の重複

ICFの構成要素	ICFの一般セットのための候補項目	ICFの一般セット	WHODAS IIの12項目版
心身機能	b130 活力と欲動の機能	b130 活力と欲動の機能	現在は心身機能が含まれていない。しかしながら、現在は心身機能に関するモジュールの開発が検討されている。
	b152 情動機能	b152 情動機能	
	b230 聴覚機能		
	b280 痛みの感覚	b280 痛みの感覚	
	b730 筋力の機能		
参加と活動		d230 日課の遂行	D1.2 すべき重要事項を覚えておく
	d450 歩行	d450 歩行	D1.3 日常生活上の問題を考えて解決する
			D1.4 新しく何かを覚える。例えば、新しい場所への行き方を覚える
			D2.1 長時間、例えば、30分立っている
			D2.5 1キロメートル位[またはこれ相当]の長距離を歩く
			D3.1 全身を洗う
			D3.2 自分で服を着る
			D4.1 知らない人とのやりとり
			D4.2 友人関係を維持する
	d455 移動	D2移動	
		D2.1 長時間、例えば30分間立っている	
		D2.2 腰掛けた状態から立ち上がる	
		D2.3 家の中で移動する	
		D2.4 家の外に出る	
		D2.5 1キロメートル位[またはこれ相当]の長距離を歩く	
	d620 物品とサービスの入手		
	d640 調理以外の家事		D5.1 家で行うべき仕事を責任をもって行う
	d660 他者への援助		
	d850 報酬を伴う仕事	d850 報酬を伴う仕事	D5.5 仕事 / 学校での活動
	d920 レクリエーションとレジャー		D6.1 他の人と同じ方法での地域の活動に参加するのに、どれだけ問題がありましたか(例えば、祝祭行事、宗教等)
			D6.5 健康上の問題が、あなたの感情にどれだけ影響しましたか
環境因子	e450 保健の専門職の態度		現在、「d450 歩行」に当てはまるWHODAS 36項目版は、環境因子に関して1つの質問を含む。しかしながら、現在は環境因子に関するモジュールの開発が検討されている。
	e480 保健サービス・制度・政策		

3. ICFの臨床活用に向けた調査研究

ICF-Core Set

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）
「疾病及び生活機能に基づく保健・医療・介護・福祉等制度の包括的評価手法の開発
を目的とした研究（H25-政策-一般-003）」研究代表者：筒井孝子

臨床活用のための調査票の作成



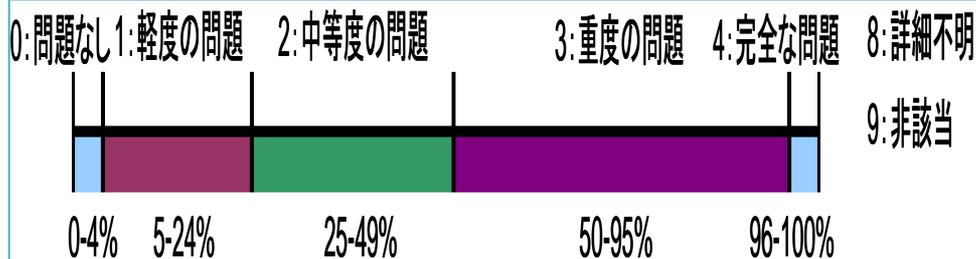
研究班において、ICFを巡る研究レビューを踏まえ、調査項目、調査方法を検討。すでに評価項目として妥当性が検証されている「ICFコアセット」と呼ばれる一般セットによる調査票を作成。

調査項目：ICFコアセット（一般セット7項目）

項目

- d230 日課の遂行
- d450 歩行
- d455 移動
- d850 報酬を伴う仕事
- b130 活力と欲動の機能
- b152 情動機能
- b280 痛みの感覚

調査項目：ICF評価法



調査票を開発した。

患者コード	記入者コード	記入日
「程度・大きさ」の評価点 0~4, 8, 9		
問1. 各項目に「程度・大きさ」の評価点0-9を記入(下位項目の評価を踏まえて回答) また、※欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入		
評価項目	定義	第1評価点
b130 活力と欲動の機能	個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的順序としての全般的な精神機能。 除かれるもの 意識機能、気質と人格の機能、睡眠機能、精神運動機能、情動機能	程度・大きさ
※		
b1300 活力レベル	活力と精力を生む精神機能。	
※		
b1301 動機付け	行為の誘発、すなわち意識的または無意識的な行為への推進力を生む精神機能。	
※		
b1302 食欲	自然な切望、欲望、特に飲食物への自然かつ反復的な欲望を生む精神機能。	
※		
b1303 渴望	物質(乱用の可能性のあるものを含む)の使用へかかりたてる精神機能。	
※		
b1304 衝動の制御	突如何かをしたという強い衝動を制御し、それに抵抗する精神機能。	
※		
b1308 その他の特定の、活力と欲動の機能		
※		
b1309 詳細不明の、活力と欲動の機能		
※		

調査結果

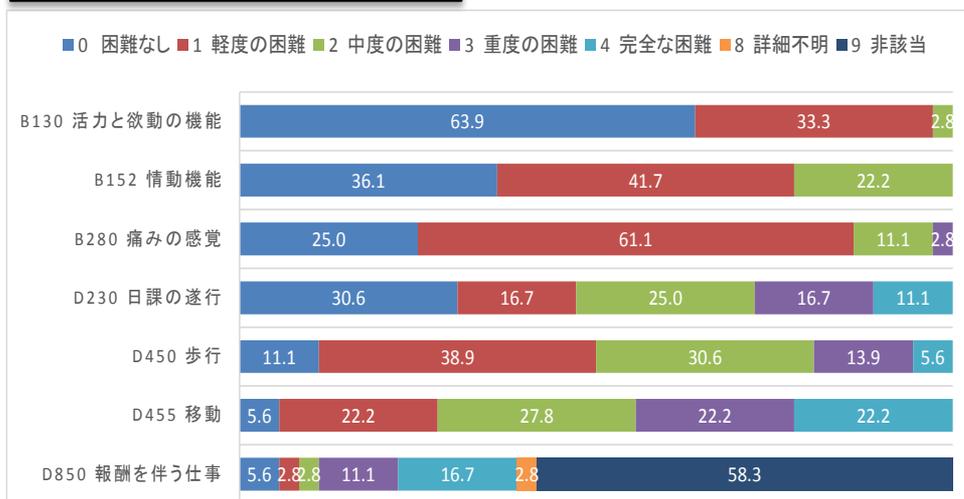
調査の概要と結果

調査対象の属性

(N=36)

	平均値	標準偏差
年齢	78.2	9.9
性別	N	%
男性	14	38.9
女性	22	61.1
疾患名		
大腿骨頸部骨折	21	58.3
脳梗塞・脳出血・脳挫傷	15	41.7
看護必要度得点	平均値	標準偏差
A得点	0.03	0.2
B得点	3.1	3.4

評価結果 (グラフ)



評価結果 (表)

	b130 活力と欲動の機能		b152 情動機能		b280 痛みの感覚		d230 日課の遂行		d450 歩行		d455 移動		d850 報酬を伴う仕事	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 困難なし	23	63.9	13	36.1	9	25.0	11	30.6	4	11.1	2	5.6	2	5.6
1 軽度の困難	12	33.3	15	41.7	22	61.1	6	16.7	14	38.9	8	22.2	1	2.8
2 中度の困難	1	2.8	8	22.2	4	11.1	9	25.0	11	30.6	10	27.8	1	2.8
3 重度の困難	0	0	0	0	1	2.8	6	16.7	5	13.9	8	22.2	4	11.1
4 完全な困難	0	0	0	0	0	0	4	11.1	2	5.6	8	22.2	6	16.7
8 詳細不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.8
9 非該当	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	58.3
合計	36	100.0	36	100.0	36	100.0	36	100.0	36	100.0	36	100.0	36	100.0

FIMや看護必要度でも評価可能。高い相関がみられた。

6割以上が詳細不明・非該当。

調査結果

先行研究※では、ICFの評価法の**信頼性の低さが指摘**されてきたが、本調査でも一致係数 k は**0.10-0.48※※**と低かった。

A機関 職種間	データ 個数	K係数	判定	B機関 職種間	データ 個数	K係数	判定
Dr-Ns	n=98	0.326	低い一致	Dr-Ns	n=55	0.149	低い一致
Dr-PT	n=101	0.476	中等度の一致	Dr-PT	n=55	0.184	低い一致
Dr-OT	n=106	0.407	中等度の一致	Dr-SW	n=55	0.219	低い一致
Ns-PT	n=95	0.283	低い一致	Ns-PT	n=55	0.220	低い一致
Ns-OT	n=98	0.388	低い一致	Ns-SW	n=55	0.104	低い一致
PT-OT	n=105	0.296	低い一致	PT-SW	n=55	0.158	低い一致

※ICFの評価法については、以下のような先行研究が示されている。

①は、再テスト信頼性が、②は評価者間・評価者内信頼性、③、④の2つは評価者間の信頼性のみについての検討が実施されているが、全ての研究で信頼性がかなり低いという結果が示されている。 ※ k 係数 ≥ 0.6 であれば評価者間の一致度は十分高い。

① Okochi J, Utsunomiya S, Takahashi T. Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. Health Qual Life Outcomes 2005; 3: 46.

② Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, Stamm T, Cieza A, Boonen A, et al. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2007; 66: 1078-1984.

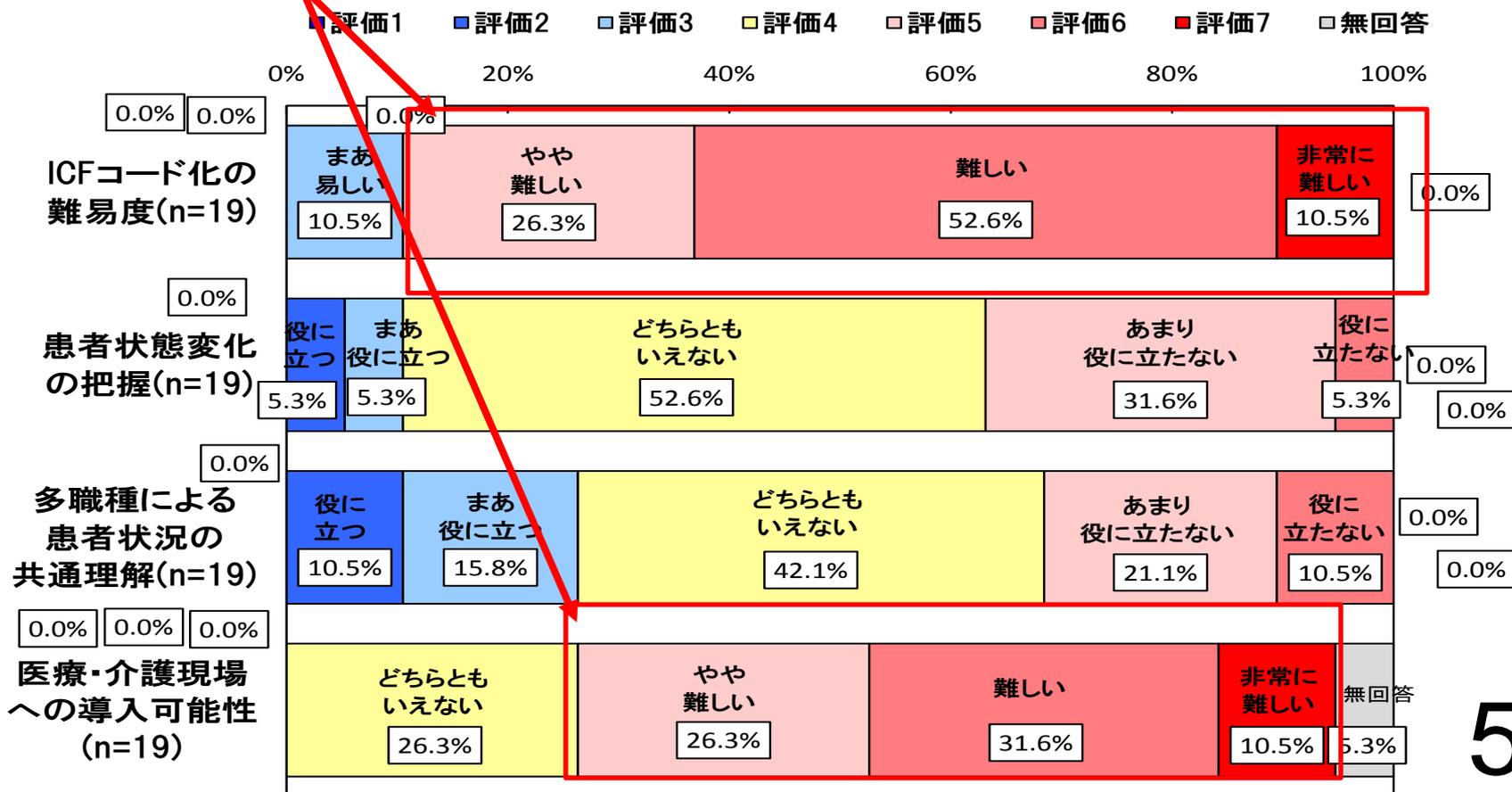
③ Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann A, Prosiegel, M, et al. Interrater reliability of the extended ICF Core Set for stroke applied by physiotherapists. Phys Ther 2008, 88: 841-851.

④ Hilfiker R, Orbist S, Christen G, Lorenz T, Cieza A. The use of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for low back pain in clinical practice: a reliability study. Physiother Res Int 2009; 14: 147-166.

調査結果

入院医療患者におけるICF項目評価に対する意見（アンケート結果 一部抽出）

ICF項目の評価を実施した医療機関に勤務する医師・コメディカルにアンケートを実施したところ、9割程度が「ICFでの評価は難しい」とし、医療・介護現場への導入は「7割程度が難しい」と回答した。



調査結果

入院医療患者におけるICF項目評価に対する意見（自由記述）

• ICF評価への意見

- 評価項目の定義の難しさ・曖昧さ、下位項目の不統一、採点の手間など。



現在の定義や調査法のままで、臨床現場に導入すると困惑や混乱が生じ、データの信頼性が非常に低いものとなることへの危惧が示された。

• 臨床導入に向けた改善案

- 評価項目の絞り込み、定義の簡潔化、評価具体例の提示など。



ICFを多職種間に共通するアセスメントツールとするためには、採点の信頼性を上げる工夫の必要性が示唆された。

ICFコア評価セットの開発

本研究の結果から、提案した「日本版ICFコアセット」

評価項目	評価点
b130活力と欲動の機能	程度・大きさ
b152情動機能	程度・大きさ
b280痛みの感覚	程度・大きさ
d230日課の遂行	実行状況
	能力(支援なし)
d450歩行	実行状況
	能力(支援なし)
d455移動	実行状況
	能力(支援なし)

調査で使用したICF評価項目から著しく、信頼性が低かった「d850報酬を伴う仕事能力」を除外し、6項目（評点は9項目）とし、これを「日本版ICFコアセット」（案）として提案。

まとめ

- ICF項目を用いた調査の結果からは、一致係数 κ は低く、評価者からは定義の曖昧さ、下位項目の不統一、採点の手間が煩雑であるなどの利用には否定的なコメントが多かった。
- ICFをWHOが提唱するような多職種間に共通するアセスメントツールとするためには、評価項目を絞り込み、簡略化し、操作的定義の追加をすることで、評価点における険者間信頼性を上げる工夫が必要である。
- したがって、以下のような3つの取り組みによれば、国内にも主観的評価方法を普及できる可能性はあるものと思われる。
 - ①「医療・介護従事者」が共通に活用できる項目に絞る。
 - ②評価項目ごとに、評価期間・評価する時期（タイミング）を設定し、厳格化する。
 - ③評価の信頼性を高めるための評価ガイドラインを多職種からなる委員会を設置したうえで整備する。

今回の研究結果から、比較的、評価が可能とされた「日本版ICFコアセット」案を提示することとした。これは、今後、ICF普及のための方策を検討する際の基礎資料として活用可能であると考えられた

WHO-DAS2.0

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（統計情報総合研究事業）
「ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしてのWHO-DASの活用可能性に関する研究（H25-統計-一般-001）」研究代表者：筒井孝子

WHO-DAS2.0日本語版の修正について

・研究委員会にて、WHO-DAS2.0日本語版の項目および調査方法を再度、精査。

意見の概要



調査票全体に対する意見

- ・表現が直訳すぎる。もう少し、日本語らしい表現がよい。
- ・普段、使わない言葉ではなく、できるだけ日常的な言葉を使う必要がある。
- ・評価の考え方の基本である「困難がある」という概念を理解することが難しい。
- ・5件法の選択肢を改善する必要がある(頻度や%を用いて、選択肢をもう少し明確化したほうがよい)。
- ・「重度」と「極度、またはできない」は、障害当事者の自尊心を考慮すると、回答しにくい。
- ・外面的には健康だが、障害の特性に応じて、体調管理を常にする必要がある人もいるため、そのような場合に対する評価について説明を加える必要がある。
- ・フラッシュカードの表現に含まれる「疾病」や「薬物」の意味がわかりにくい。

項目ごとの意見

- ・「D1.2 すべき重要事項を覚えておく」については、主語がないのでわかりにくい。例えば、「生活や仕事の中で、行わなければいけない重要なことが発生した場合、これを適切に行うように覚えておく」といったように説明を変える必要があるのではないか。
- ・「D4.2 友人関係を維持する」については、友人の範囲がわからない。仕事における関係も含むのかを明確にする必要がある。
- ・「D4.5 性的行為」については、いわゆるセックスのみを想像してしまうので、「異性とスキップ」等いう日本語のほうがよい。ニュアンスを正しく伝えられるように、表現を変えたほうがよいのではないか。日本の文化的背景からは、このような表現の質問では回答が困難である。
- ・「領域5 日常の活動」の設問に含まれる家事については、その役割がない場合がある。一般的に家事というと、家庭内の掃除・洗濯・炊事をさすので、設問本来の意図がわかりにくい。
- ・「D6.1 他の人と同じ方法で地域の活動に参加するのに、どれだけ問題がありましたか(例えば、祝祭行事、宗教等)」については、例示にあるような内容には、参加していないと回答してしまう。このため、例示を日本の状況に合わせて変えた方がいいのではないか。
- ・「D6.4 健康状態、または、その改善のために、どれだけ時間を費やしましたか」については、予防行為や日常の通院にかかる時間も含むのかのかわかりにくい。
- ・「D6.5 他人の態度と行為によって、あなたの尊厳が傷つけられたことが、どれだけありましたか」については、例示が必要なのではないか。
- ・「D6.6 健康上の問題で、あなたやあなたの家族にどのくらい経済的損失をもたらしましたか」については、家族の範囲が難しい。

†括弧内の調査票の文言については、修正前の内容となっている。

・修正版の調査票の作成

評価表

WHODAS 2.0		36 Interview				
セクション4 領域別評価						
領域1 理解と意思の疎通 これからあなたの理解と意思の疎通について質問をします。						
フラッシュカード#1と#2を示す						
過去30日間で、次のことを行うのはどれだけ難しくなかったですか		難しくない(なし)	少し	中程度(普通)	かなり	ものすごくまたはできない
D1.1	10分間何かを行うことに集中する	1	2	3	4	5
特記事項:						
D1.2	重要事項を行うことを覚えておく	1	2	3	4	5
特記事項:						
D1.3	日常生活上において問題の解決方法を探索する	1	2	3	4	5
特記事項:						
D1.4	新しい課題を学ぶ(例えば、新しい場所への行き方を学ぶこと。)	1	2	3	4	5
特記事項:						
D1.5	人々が言っていることが何かを普通に理解する	1	2	3	4	5
特記事項:						
D1.6	会話を始めて、継続できますか	1	2	3	4	5
特記事項:						

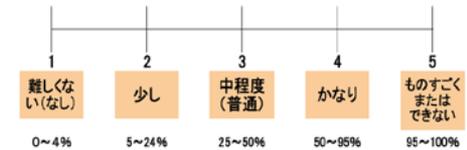
フラッシュカード

健康状態とは:

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

活動するのに困難がある、の意味は:

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



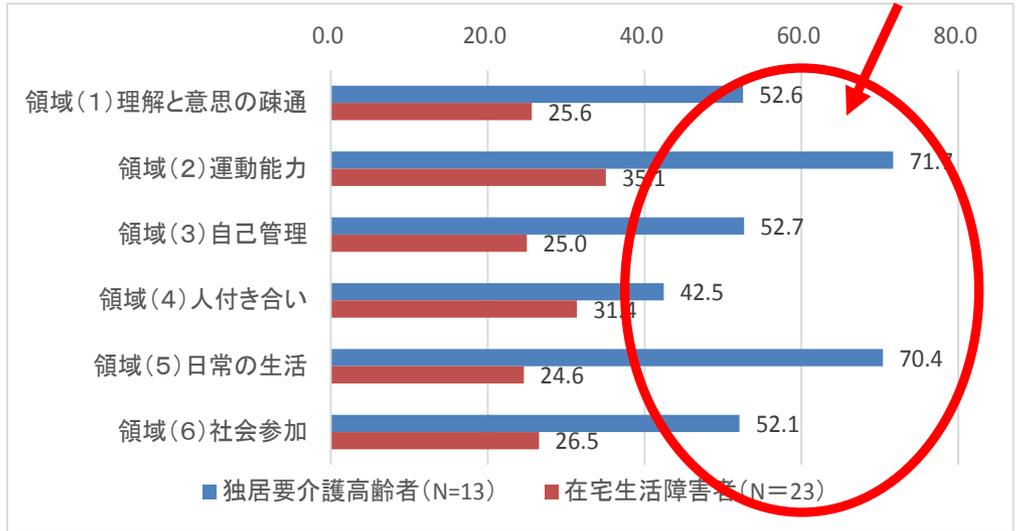
過去30日以内についてだけ考えて下さい。

独居高齢者に対するWHO-DAS調査の結果

調査対象の属性

		(N=13)	
		平均	標準偏差
年齢		81.2	9.6
		N	%
性別			
男性	5	38.5	
女性	8	61.5	
要介護度			
非該当	1	7.7	
要支援 2	2	15.4	
要介護 1	1	7.7	
要介護 2	7	53.8	
要介護 3	2	15.4	
障害高齢者の日常生活自立度			
B未満	11	84.6	
B以上	2	15.4	
認知症高齢者の日常生活自立度			
II未満	13	100.0	
II以上	0	.0	

昨年度、実施された在宅障害者(N=23)の調査結果とを比較した結果、今年度の独居高齢者のほうが全領域でスコアが高かった。



ADLの自立度別に、領域別のスコアの比較を行うと、領域(2)~(5)については、寝たきり群のほうがスコアが高かった。

領域別スコア

領域	ADLの状況別						
	調査対象全体 (N=13)		身体自立 (B未満) 群 (N=11)		寝たきり (B以上) 群 (N=2)		P値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
領域(1) 理解と意思の疎通	52.6	17.8	51.8	19.1	56.7	9.4	
領域(2) 運動能力	71.7	15.6	67.3	12.2	96.0	5.7	**
領域(3) 自己管理	52.7	22.6	46.8	18.6	85.0	14.1	**
領域(4) 人付き合い	42.5	21.1	37.5	18.9	70.0	2.8	**
領域(5) 日常生活	70.4	23.0	65.0	20.6	100.0	0.0	**
領域(6) 社会参加	52.1	19.1	51.6	17.6	55.0	35.4	

※スコアはWHO-DAS2.0のマニュアルに従い領域ごとに100点に基準化を行った。 ** P<0.01 *P<0.05

独居高齢者に対するWHO-DAS調査の結果

在宅要介護高齢者に対するWHO-DAS調査に対する意見

● 【調査の実施に関連する内容】

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

● 【調査項目について】

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

● 【調査の内容について】

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

研究のまとめ

- 研究委員会を組織し、WHO-DAS2.0日本語版の開発を行った。
- 独居在宅要介護高齢者への36項目面接版による調査を実施し、調査方法や項目について検討した。
 - 高齢者に不適切な項目があり、今後、この評価を実施していくためには、調査ガイドラインを整備していく必要がある。
 - 環境因子への配慮について追加的な項目が必要である。
 - WHO-DAS2.0と関連するd (activity) 項目は、日常生活、報酬を伴う仕事については入院医療において評価が難しく、これ以外は、他のアセスメントツールと重なる内容であった。

4. 今後の展望

評価ツールとしてのICFの可能性

- ICF概念を基づく評価は、さらに各国の状況や研究を把握し、既存アセスメントツールにない項目を追加したり、調査方法を工夫する等、日本独自の評価ツールとして、限定的に導入する方策が必要と考えられた。
- 「日本版ICFコアセット」や「WHO-DAS2.0日本語版」を提案したが、その導入には、評価項目や操作的定義さらなる精選、評価方法のガイドラインが創られなければならない。
- また、医療機関や施設内に継続的な研修システムが必須となる。

評価ツール以外のICFの活用方法

- ICFの導入・普及法としては、保健・医療・介護・福祉分野を横断する記録様式への活用が考えられる。
- ICFを用いた共通化された記録様式は、今後の医療と介護領域におけるチーム医療やチームケアを推進する一助となるだろう。
- ※ただし、現時点では、環境因子がコーディングに、あまり反映されていない状況にある点に留意が必要。
- この記録様式は、今後の医療や介護政策で最も重点課題とされている地域包括ケアシステムの推進における「臨床的統合」をすすめることができる。
- しかしながら、これらの取り組みは、国際的な標準化活動の動向を押さえたものである必要がある。

不利な条件を成長機会に変える

AIの進歩をめぐる危機意識とその理由

このところ「進化した人工知能（AI）やロボットが人間の仕事を奪う」ことへの警戒感が世界的に強まっている。

世界経済フォーラムの調査によれば、AIやロボットの技術革新によって人類は2020年までに差し引き500万人以上の職を失う可能性があるという。

新技術を受け入れることがいずれは不可避であると分かっているにもかかわらず、現実には既存の産業や雇用を守るために、新技術の導入・活用を遅らせようとする社会的な力が働きがち。

このような姿が正しいか？？

不利な条件を成長機会に変える

捉え方によっては成長の機会

- 日本は、少子高齢化、生産年齢人口減少、人手不足問題が世界一深刻で、AIやロボットを導入することのハードルが世界一低く、逆に地域の課題解決のためにこれらの新技術を活用する動機は世界一強いはず。
- 地方創生のためには、これまで不利な条件とされていた環境を、新技術を活用した様々な事業を世界に先駆けて積極的に取り入れることにより、大きな成長機会に変えていくといった発想が重要。

逆転の発想