

表7

## 検者間信頼性

- 現実のケース 64例:章(Chapter)レベル- N=241

	医療職	専門職	専門職 +当事者
心身機能	G ~ E	F ~ E	F ~ E
身体構造	F ~ E	P ~ G	P ~ G
活 動	G ~ E	G ~ E	G ~ E
参 加	G ~ E	G ~ E	G ~ E
環境因子	G ~ E	G ~ E	G ~ E

表8

## 検者間信頼性:一致しない理由

- 現実のケース -

- ・内容についての習熟不十分(本来は評価の前提条件)
- ・評価についての基礎知識・技能の差
- 心身機能: ・自動的運動のみ(他動的運動下での診断なし)
- 身体構造: ・原因疾患の部位診断と誤解している場合  
(内容についての習熟不十分)
- ・着衣のまま評価
- 活動:
  - ・評価についての基礎知識
  - ・基本動作との混同
- 活動・参加・環境:
  - ・確認する具体的項目が不十分

表9

## 検者間信頼性

- 現実のケース 20例:章(Chapter)レベル- N=100  
評価者 5

	習熟前	習熟後
心身機能	G ~ E	G ~ E (MDのみの間ではE)
身体構造	F ~ G ~ E	E
活 動	G ~ E	E
参 加	G ~ E	G ~ E
環境因子	G ~ E	G ~ E

表10

	検者間信頼性			N=270 評価者6
	— 記録症例 45例:章(Chapter)レベル —			
	内科カルテ* (N=15)	通常リハカルテ* (N=15)	目標指向的リハ カルテ(N=15)	
心身機能	G ~ E	G ~ E		E
身体構造	E*	G ~ E		E
活動	E*	F ~ G		E
参加	E*	F ~ G		E
環境因子	E*	F ~ G		E

\*但し“異常の有無の記載なし”も異常なしと判断

表11

### 検者間信頼性:一致しない理由

— 記録症例 —

- ・ ほとんど記載内容の不十分さによって生じた問題
  - ・ “異常の有無の記載なし” を、正常(異常なし)ととるか否か
  - ・ 活動  
「できるADL」レベルか「しているADL」か不明  
「環境限定型ADL」を自立ととるか否か
  - ・ 心身機能の基本動作と、活動が混在
- ⇒
- ・ 現状の問題: 障害についての評価が不十分である。
  - ・ 障害を評価し、診療内容に生かすツールとして  
ICIDHを使用することは有益

表12

### 妥当性に関する研究

— 章(Chapter)レベル —

N=204

#### 包括的QOL評価法

- ・ 起居・移動  $\rho = 0.84$
- ・ 上肢ADL  $\rho = 0.92$
- ・ コミュニケーション  $\rho = 0.80$
- ・ 仕事  $\rho = 0.81$
- ・ 経済  $\rho = 0.83$
- ・ 家庭生活充足度  $\rho = 0.72$
- ・ 社会活動・趣味  $\rho = 0.76$

項目との順位相関係数を示した。この7項目のうち、上の3項目は「活動」レベル、下の4項目は「参加」レベルに属する。表にみるように、上肢ADLが最も高い相関(0.92)を示すほか、すべて0.7以上であり、高い相関を示すことができる。

#### 4. 臨床的な介入前後の変化

表13-1に介入前、介入後(プラトー宣告時)、再介入後の3時点における各次元の障害の状況および改善の程度を示した。

ここで「改善」とは、介入前に障害を示す項目(1個又は複数)のあった章において、1個以上の小項目において1段階以上の改善を認めたものと定義した。なお身体構造は脳卒中という疾患の特性上ほとんど障害がないため略した。

今仮に介入前にみられた障害章数(障害項目を一つでも含む章の数)の全章数に対する比率(表13-1の左列)を $x$ とし、介入後(プラトー宣告時)の、障害章数から改善のみられた章数を引いたものの全章数に対する比率(同じく中央の列)を $y$ とし、更に $y$ の分子(障害章数から改善のみられた章数を引いたもの)から再介入によって新たに改善が加わった章数を引いたものの全章数に対する比率(同じく右列)を $z$ とすると次のようになる。

$x - y$  : 通常のリハビリテーション・プログラムによる介入で改善の見られた章数

$y - z$  : 目標指向的リハビリテーション・プログラムによる再介入で新たに改善が見られた追加的な章数

これが表13-1の各数字の間にカッコで囲んで示した数字である(標準偏差は略す)。

更にこれから介入による改善率を計算したのが表13-2である。これは介入または再介入による改善章率(上記の $x - y$ および $y - z$ )を当初(介入前)の障害章率( $x$ )で割

ったものである。

表13-1、13-2の結果をみると、当然のことながら通常のリハビリテーション・プログラムによる介入でもかなりの改善がみられる。改善がもっとも著しいのは活動の41.8%であり、次いで心身機能30.0%、参加28.1%、環境因子11.0%の順である。

しかし、これらのリハビリテーション施行後「プラトー」(頭打ち)と宣告された患者に対して目標指向的リハビリテーション・プログラムによって再介入を行った場合の更なる改善も相当に認められた。興味あることに最介入による改善のパターンは介入によるものとは相当に異なっている。もっとも大きな差があるのは、環境因子においてであり(再介入45.1%対介入11.0%)、次いで参加である(34.4%対28.1%)。活動においてはほぼ同様(43.8%対41.8%)で、心身機能はかなり劣る(10.0%対30.0%)。

しかしこれは「プラトー」、つまりこれ以上の改善はないと一旦宣告された後の追加的な改善であることに注目すべきであり、これらを合計したもの(介入効果と再介入効果とを合計した全効果または総改善率)はこれによって非常に高くなっている。

なお目標指向的リハビリテーション・プログラムにおいて心身機能の改善率が低い(10.0%)にも拘わらず活動・参加などの改善率が高い(43.8%、34.4%)ことは、障害構造論に基づいて特にこの2つの障害レベルを重視して直接その改善に向けて働きかけるというこのプログラムの特徴がよく発揮されたものと考えられる。また環境因子の改善は環境そのものに働きかけて改善されたものの他に、活動レベルの向上によって参加レベルが向上し、たとえ環境は不変であってももはや環境因子としてマイナスの意味をもつことはなくなったという意味の改善もかなり含まれている。

表13-1 介入(リハビリテーション)前後の比較:章(Chapter)レベル  
 介入前:障害章数/全章数 介入後:障害章数-改善のみられた章数/全章数  
 脳卒中症例 52

	通常リハ		目標指向的リハ (障害構造に基づくリハ)
	介入前	介入後(プラト一宣告)	再介入後
心身機能	0.60±0.28 └── ( 0.18) ─┘	0.42±0.18 └── ( 0.06) ─┘	0.36±0.24 └── ( 0.06) ─┘
活 動	0.89±0.42 └── ( 0.37) ─┘	0.52±0.21 └── ( 0.39) ─┘	0.13±0.07 └── ( 0.06) ─┘
参 加	0.96±0.21 └── ( 0.27) ─┘	0.69±0.36 └── ( 0.33) ─┘	0.36±0.21 └── ( 0.06) ─┘
環境因子	0.91±0.42 └── ( 0.10) ─┘	0.81±0.34 └── ( 0.41) ─┘	0.40±0.26 └── ( 0.06) ─┘

表13-2 介入による改善率  
 改善章数/介入前の障害章数×100(%)

	通常リハによる改善	目標指向的リハによる 更なる改善	計(総改善率)
心身機能	30.0	10.0	40.0
活 動	41.8	43.8	85.6
参 加	28.1	34.4	62.5
環境因子	11.0	45.1	56.1

表14 WHO国際障害分類に関する認識度調査の対象と方法

WHO ICIDH-2ベータ2案フィールドトライアルテスト1・2に参加した、医療・福祉・介護・教育・職業等の関連学会、関連専門職団体、障害当事者団体から推薦された155名に調査用紙を郵送して調査

回答率: 医師 59名/65名(90.8%)、その他医療関係職 15名/19名(78.9%)、  
 福祉関係職 27名/32名(84.4%)、当事者 24名/39名(61.5%)

調査内容:

- ICIDH初版についての認知度、活用度・活用範囲
- 各障害レベルや環境因子の軽視による問題発生程度各種分野・職種毎の調査
  - 調査分野・職種
    - 1) 急性期医療(看護婦)、 2) 慢性期医療(通院)(医師、看護婦)、
    - 3) 慢性期医療(在宅)(医師、看護婦)、4) 病院SW、5) 歯科医療、
    - 6) リハ医療(医師、看護婦、理学・作業療法士)、7) 介護職(施設、訪問)、
    - 8) 福祉事務所のSW、9) 障害認定・給付、10) 要介護度認定、
    - 11) ケアプラン作成、12) 調査・研究
- 改定の基本骨格(障害構造の変化、プラス面重視等)、分類案(β-2案)についての意見
- 改定案の今後の活用の必要性・可能性(調査分野・職種:上記2と同じ)

## WHO国際障害分類に関する調査

お名前

ご所属

職種・立場

(例：精神障害分野の作業療法士、障害児団体役員  
など、なるべく詳しく)(お名前・所属は無記入でも結構ですが、  
職種・立場は必ず御記入下さい)

## 回答にあたって (1~4)

- ・ 各質問について、該当する□の中に、レ印 (☑) を入れて下さい。
- ・ 御意見があれば自由にお書き込み下さい。

1. WHO国際障害分類初版(1980)についてどの程度ご存知でしたか。
  - 1) 全く知らなかった
  - 2) 名前程度は知っていた
  - 3) 障害の概念 (機能障害、能力障害、社会的不利) については知っていた
  - 4) 障害の概念を自分の仕事に用いていた
  - 5) 分類を利用していた
  
2. 障害を3つのレベル(初版:機能障害、能力障害、社会的不利、改訂案:機能障害、活動制限、参加制約)において捉えるという、障害概念の考え方をどう評価しますか。
  - 1) 全く意味はない
  - 2) あまり意味はない
  - 3) 一応意味がある
  - 4) 意味がある
  - 5) 非常に意味がある
  
3. 改定案の特徴である障害のある人のマイナス面だけでなくプラス面もみるということをどう評価しますか。
  - 1) 全く意味はない
  - 2) あまり意味はない
  - 3) 一応意味がある
  - 4) 意味がある
  - 5) 非常に意味がある
  
4. これまでの障害の3レベル(客観的側面)に加えて「障害の主観的側面(障害体験とそれをのりこえる心の力)を障害構造に含める」ことが提案されていますがどうお考えですか。
  - 1) 加える必要はない
  - 2) あまり加える必要はない
  - 3) 一応加えてもよい
  - 4) 加える必要がある
  - 5) ぜひ加えるべきである

5. 現状において、障害関連の分野・職種が各障害レベルや環境因子を軽視していることで問題が起こっている(生じている)とお考えですか。

下表に数字を御記入下さい

1. 特に問題は起こっていない
2. この面の軽視により、問題が起こっている
3. この面の軽視により、大きな問題が起こっている
0. この分野の実状についてはよく知らない

\* 生じている具体的問題について自由にお書き込み下さい

		機能障害 心身機能 構造	能力障害 活動制限	社会的不利 活動制約	主観的側面	環境因子
急性期医療 における	医師					
	看護婦					
慢性期医療 (通院)における	医師					
	看護婦					
慢性期医療 (在宅)における	医師					
	看護婦					
病院リハビリカー						
歯科医療において						
リハビリテーション 医療における	医師					
	看護婦					
	理学・作業療法士					
介護職	施設の					
	訪問の					
福祉事務所のソーシャルワーカー						
障害認定・給付において						
要介護度認定において						
ケアプラン作製において						
調査・研究において						
その他 (自由に御記入下さい)						

6. 障害のある人のもつ生活上の問題点(マイナス面だけでなくプラス面も)を正しく把握し、問題解決に役立てようとする立場でWHO国際障害分類(および提案されている主観的側面)を用いようとする場合に各分野・職種がどの側面を重視していくことが必要だと思われませんか。またその際現実の分類をどの程度活用すべきだとお考えですか。

下表に数字を御記入下さい。

(主観的障害については4、5は他側面と同様の分類の必要性としてお答え下さい)

1. この側面を考慮する必要はない
2. この側面を一応考慮する必要がある
3. この側面を重視する必要がある。分類は使用しなくてよい
4. この側面を重視し、簡略版分類(第2レベルまで)を活用すべき。
5. この側面を重視し、必要に応じて完全版分類(第3、第4レベルまで)を活用すべき
0. この分野の実状についてはよく知らない

\*生じている具体的問題について自由にお書き込み下さい。

		機能障害 ／ 心身機能 構造	能力 活動制限 ／	社会 ／活動制約 的不利	主観的側面	環境因子
急性期医療	医師					
における	看護婦					
慢性期医療	医師					
(通院)における	看護婦					
慢性期医療	医師					
(在宅)における	看護婦					
病院リハビリカー						
歯科医療において						
リハビリテーション 医療における	医師					
	看護婦					
	理学・作業療法士					
介護職	施設の					
	訪問の					
福祉事務所のソーシャルワーカー						
障害認定・給付において						
要介護度認定において						
ケアプラン作製において						
調査・研究において						
その他(自由に御記入下さい)						

7. WHO障害分類は、障害のある人の生活上の問題点についての共通認識を作るための「共通言語」をめざしています。今のような分野の人たち間でこのような共通言語が必要でしょうか。

該当する の中に、し印を入れて下さい	必要 ない	あまり 必要 でない	必要	非常に 必要	実状を 知らない
異なる専門の専門職の間					
異なる行政分野の間					
専門職と行政との間					
異なる専門の研究者の間					
障害のある人と専門職の間					
障害のある人と行政の間					
異なる障害種別の障害のある人の間					
その他 (自由に御記入下さい)					

8. 感想 (障害分類の今後の活用など御自由に記入下さい)

ありがとうございました。  
6月12日までに下記にFAXまたは郵送でお返事下さい

---

連絡先：WHO国際障害分類日本協力センター  
〒474-8522 愛知県大府市森岡町源吾36-3  
国立長寿医療研究センター老人ケア研究部リハビリテーション研究室  
TEL：0562-44-5651～5653 内線\*：870, 871 (\*プッシュホン回線のみ)  
0562-46-2311 内線872  
FAX：0562-44-9163(ダイヤル回線も可) / 0562-44-5651 内線\*：872  
E-mail：icidh-japan@mba.nifty.ne.jp  
(担当：工藤)

---



## 5. 認識度調査

表 14 上部に内訳を示した対象 155 名に対し、調査用紙（表 15）を郵送し、表 14 下部に示した内容の調査を行った。その結果は表 16（回答者職種別の認識度）、表 17（職種別の障害概念への評価）、表 18（プラスの面をみることについての評価）、表 19（障害のレベル別に、そのレベルを軽視することによる問題がどの程度生じているのかについての職種別の意見）、などに示した。また表 20 には障害分類活用の必要性についての調査、表 21 には障害に関する共通言語の必要性についての調査の成績を示した。

以上の結果は表 22 に概括した。

## D. 考察

### 1. WHO 国際障害分類改訂版ベータ 2 案の日本語確定について

本年度の研究により、多数の専門職団体および障害当事者団体からの推薦による関係者の貴重な意見を聞き、かつそれらの結果を受けての研究者 10、専門職代表 10、障害当事者等代表 10 の計 30 人からなる委員会の慎重審議を経て、昨年度の班研究によって一応決定した日本語訳に一部修正を加え最終的に決定版として完成させることができた。

このように慎重な手続きによって衆知を集めて翻訳を行ったことは、国際機関によって定められた重要文書の翻訳としては当然の手続きであったといえる。しかし一方、これほどの手続きが果たして必要であったかという疑問も起こりえよう。

この点に関しては、本国際障害分類が国際疾患分類（ICD）などと違って、専門家だけが用いられればよいものではなく、広く医療・リハビリテーション・福祉の専門職が実地臨床活動の上で用いることが望ましく、さらには障害当事者自身による、自分達の問題解決のための活用が望まれるという事情を十分考慮

する必要がある。すなわちこれらの人々の意見を十分に取り入れて、できる限り使いやすく受け入れられやすいものとする努力が不可欠なのである。

更に WHO 自身が今回の改訂過程に障害当事者の意見を十分に取り入れることを基本方針としており、具体的にはフィールドトライアル委員会、その他あらゆる意志決定機関において、学術研究者 3 分の 1、専門職代表 3 分の 1、障害当事者 3 分の 1 の構成比率を守ることを要請しており、今回の 3 グループ各 10 人ずつのフィールドトライアル委員会もその趣旨に全面的に従ったものである。

次に逆翻訳であるが、これも WHO のフィールドトライアルのプロトコールに従って行ったものである、従来このようなことが行われたことはほとんどないと考えられ、我々にとってもはじめての経験であったが、結果は先に述べたように予想以上の高い一致率が得られ、一致しないものについての討論は不一致の原因として、英語の原語と日本語訳との間に、広義・狭義などの関係があることが判明したり、専門用語（主に医学用語）が問題であることがわかったり、英語の選択自身に問題があると考えられたり、というように単に日本語訳の是非を問うにとどまらず、そもそもの用語の選定の是非にも及ぶものであった。このような検討結果は WHO に報告しており、最終案の決定過程に何らかの影響を及ぼした可能性もある。

この逆翻訳による検討は非常に有益であった。今回のベータ 2 案の翻訳がこのように一方では英語学専門家の意見を取り入れ、他方では関連分野の研究者・専門職（中間ユーザー）・障害当事者（エンド・ユーザー）の意見を広く取り入れて慎重かつ包括的に行われたことは、今回のベータ 2 案についてだけでなく、2001 年 5 月に WHO 総会（世界保健会議）で最終案が正式に決定された場合のその最終

表16

## WHO国際障害分類初版(1980)についての認知度

職種	認識度	全く知らなかった	名前程度	障害の概念は知っていた	障害の概念は利用	分類を利用	計
医師 (リハ以外)		10 (16.9%)	10 (16.9%)	8 (13.6%)	23 (39.0%)	8 (13.6%)	59 (100%)
リハ医		0	0	2 (25.0%)	3 (37.5%)	3 (37.5%)	8 (100%)
PT、OT、ST		0	1 (9.1%)	3 (27.3%)	4 (36.3%)	3 (27.3%)	11 (100%)
その他 医療関係職		1 (20.0%)	0	1 (20.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	5 (100%)
福祉関係職		0	0	12 (44.4%)	12 (44.4%)	3 (11.2%)	27 (100%)
当事者		0	3 (12.5%)	18 (75.0%)	3 (12.5%)	0	24 (100%)

表17

## 障害概念(3つのレベルで捉える)ことの評価

職種	認識度	全く意味はない	あまり意味はない	一応意味がある	意味がある	非常に意味がある	計
医師 (リハ以外)		0	0	16 (27.1%)	18 (30.5%)	25 (42.4%)	59 (100%)
リハ医		0	0	1 (12.5%)	3 (37.5%)	4 (50.0%)	8 (100%)
PT、OT、ST		0	0	3 (27.2%)	4 (36.4%)	4 (36.4%)	11 (100%)
その他 医療関係職		0	0	1 (20.0%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	5 (100%)
福祉関係職		0	0	3 (11.1%)	15 (55.6%)	9 (33.3%)	27 (100%)
当事者		0	0	9 (37.5%)	9 (37.5%)	9 (33.3%)	24 (100%)

表18

## プラスの面をみることについての評価

職種	認識度	全く意味はない	あまり意味はない	一応意味がある	意味がある	非常に意味がある	計
医師 (リハ以外)		0	0	8 (13.6%)	18 (30.5%)	33 (55.9%)	59 (100%)
リハ医		0	2 (25.0%)	2 (25.0%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	8 (100%)
PT、OT、ST		0	3 (27.3%)	2 (18.1%)	3 (27.3%)	3 (27.3%)	11 (100%)
その他 医療関係職		0	0	1 (20.0%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	5 (100%)
福祉関係職		0	3 (11.1%)	3 (11.1%)	9 (33.3%)	12 (44.5%)	27 (100%)
当事者		0	3 (12.5%)	3 (12.5%)	12 (50.0%)	6 (25.0%)	24 (100%)

表19

“障害の軽視”により生じている問題(3点評価)

—リハ医療でのPT・OT・STについて—

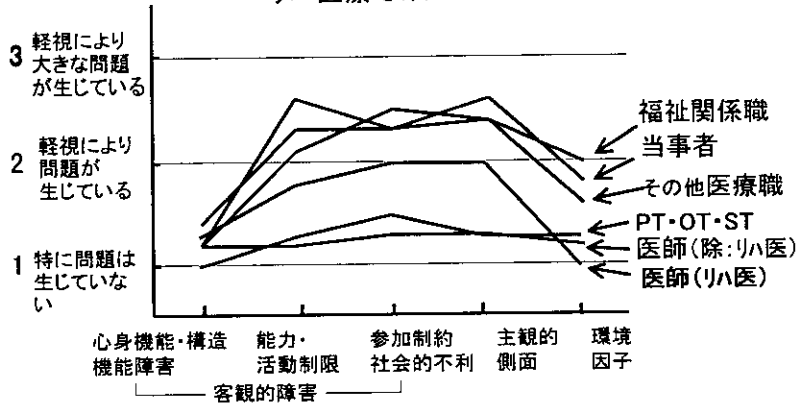


表20

WHO障害分類活用の必要性(5点評価)

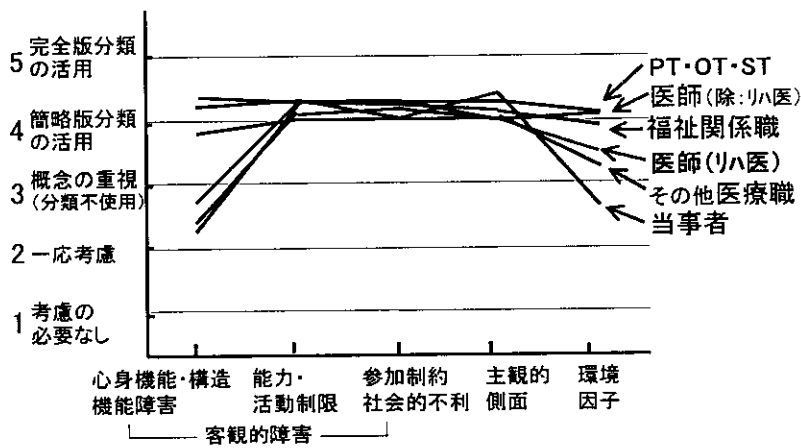
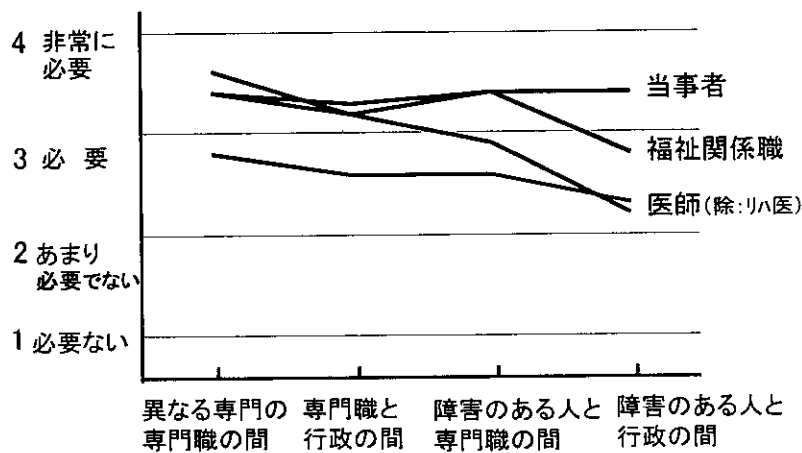


表21

障害に関する共通言語の必要性



1. ICIDH 初版については、直接的に障害の少なくともある特定の分野に直接対応する専門職での認知度は高かった。
2. 改定の基本骨格については、ほとんどの専門職・当事者ともに歓迎であった。
3. 改定の具体的分類については、障害に関連する専門家には直接自分たちが対応する障害レベルや 専門以外の領域についても障害の確認ができることが歓迎された。
4. 専門分野によって、ある障害レベルのマイナス面のみ偏る危険があるため、本分類の活用によって障害の全てのレベルに留意すること、そしてマイナス面のみでなくプラス面についても留意することが、強く求められた。
5. 今後多職種によるチームワークと、当事者の参加が円滑・効果的に行われる前提としての、障害の全レベルを包括する「共通言語」としての重要性が歓迎された。

版の日本語訳においても大きな意味をもつものと考えられる。

## 2. 信頼性・妥当性・実用性について

### 2-1. 信頼性

上に述べた信頼性に関する一連の研究によって、本分類ベータ 2 案が全般的に高い信頼性をもつことを確認することができた。ただし医療職内部での一致率に比べ医療職と福祉職とを合わせた専門職全体のそれがやや低下するといったように、異なる背景をもつ専門職間でのもの見方（障害の 3 レベルのうちのどれに重点をおくか、等）や知識の違いによると考えられる現象も観察された。しかしこれはいわば当然であり、逆にこのような異なる専門分野間の「共通言語」としての本分類の必要性を示すものといえよう。

また WHO の「標準ケースサマリー」（表 3）のように架空の、かつ短い要約的なケース記録にもとづく研究と、現実のケースについての研究とでは後者の方が信頼性（一致率）が高いことがわかったが、これは情報量の差、すなわち現実のケースでは必要に応じて追加的な情報を求めたり、既知の情報から類推または疑ったものを確認することができるが、ケースサマリーではそれが不可能であること、またもともと情報量が非常に限られていることにあるものと考えられる。

記録（この場合は診療カルテ）による評価の信頼性においても同様に障害に関する情報量の差、すなわち障害を心身機能レベルだけでなく、活動や参加レベルにまで拡げて捉えるか、更に環境因子にまで注意を払うかどうかという基本的姿勢からくる情報量の差が信頼性に対しても大きく影響していることを見てとることができる。

次に妥当性であるが、WHO 国際障害分類改定版が生活機能と障害の全体像を包括的に捉えているのに比べ、従来の各種の評価法は

そのほとんどが障害のひとつのレベル（階層）にのみ限られるか、複数の階層にわたる項目を区別せずに混在させていて理論的に混乱しているかのいずれかである。そのため今回は障害論に立脚して階層による差を明確にして作られた「包括的 QOL 評価法」を取り上げ、その活動レベル 3 項目と参加レベル 4 項目と、それに対応する当分類による評価との相関が高いことをみた。もちろんこれが唯一の方法ではなく、今後他の種々の評価法との相関の検討も必要であると思われるが、今回の成績だけでも本分類の妥当性が相当に高いということができよう。

実用性を検討するには種々の角度があるが、今回は臨床的介入の例を取り上げ、脳卒中患者のリハビリテーションについて介入の効果を検討した。その結果は基準のとり方にもよるが、全体としてリハビリテーションの効果を質的・量的の両面で非常に鋭敏に捉えて得ることを確認することができた。

### 3. 認識度調査について

認識度の調査結果は次のようにまとめることができる。すなわち ICIDH 初版（1980）についての認識は、障害のある特定の分野に直接的に対応する専門職における認識度は高かったといえる。また改定の基本的方向については、ほとんどの専門職・障害当事者ともに歓迎していることを見てとることができた。

また改定版の具体的な分類については、障害に関する専門家には直接自分たちが対応する障害レベルや専門以外の領域についても障害の確認ができることが歓迎された。

また専門分野によって、ある障害レベルのマイナス面のみの把握に偏る危険があるため、本分類によって障害の全てのレベルに留意することと、マイナス面のみでなくプラス面についても留意するための手段が生まれたことが概して歓迎され、他の職種に対してもこれ

が強く求められた。

そして全体的にあって、多職種によるチームワークと、当事者の参加が円滑・効果的に行われるための前提としての障害の全レベルを包括する「共通言語」としての重要性が歓迎された。

このように今回の調査によって全般的に本分類に対する認識度、改定の方角に関する理解度また期待は相当に高いことが判明した。

#### E. 結論

本年度の研究により次のような成果が得られた。

1. 逆翻訳による語学的見地からの訳語の妥当性の検討と、中間ユーザー（専門職）およびエンド・ユーザー（障害当事者）を含む広い範囲の有識者の意見聴取により、WHO 国際障害分類改定第 2 版ベータ 2 案の日本語訳を完成させることができた。またこの過程で 2001 年 5 月に WHO 総会（世界保健会議）で採択予定の最終案の翻訳にとっても重要な種々の知見を集積することができた。
2. WHO 国際障害分類改定版ベータ 2 案日本語訳を用いての研究により、本テキストが高い信頼性と妥当性をもつことが確認さ

れた。

3. 本分類の臨床的有用性について検討し、臨床的介入の結果を鋭敏に反応する点で優れた実地応用可能性を有することが確認された。
4. 医療・リハビリテーション・福祉分野の専門家および障害当事者に対する認識度調査で、本分類に関する認知度・理解度・改定の基本的方向についての賛同、「共通言語」としての期待等がいずれもかなり高いことが判明した。
5. 一方信頼性・実用性を高めるためには、正しい知識・適用法を身につけるための研修の実施、また座右において参照できるマニュアルの作成が必要であることが痛感された。

最後に本研究に御協力いただいた研究協力者、意見聴取あるいは調査に御協力いただいた研究者・専門職・障害当事者各位に感謝する。

## Ⅱ. 資料

### 資料 1 : 班会議資料

- 1-1 第 1 回班会議 (平成 12 年 5 月 22 日) 資料
- 1-2 第 2 回班会議 (平成 12 年 8 月 18 日) 資料
- 1-3 第 3 回班会議 (平成 12 年 11 月 29 日) 資料

### 資料 2 : ICDH-2 : WHO 国際障害分類第 2 版「生活機能と障害の国際分類」 ベータ 2 案完全版 日本語訳 (決定版)

# 資料 1

## 資料 1：班会議資料

- 1-1 第1回班会議（平成12年5月22日）資料
- 1-2 第2回班会議（平成12年8月18日）資料
- 1-3 第3回班会議（平成12年11月29日）資料



2000-5-22

資料 I

平成 12 年度厚生科学研究費障害保健福祉総合研究  
「WHO 国際障害分類第 2 版の信頼性・妥当性・実用性に関する研究」  
第 1 回班会議議題

2000 (平成 12) 年 5 月 22 日  
午前 10 時—12 時  
学士会館 (神田一ツ橋) 301 号室

1. 開会
2. 経過報告ならびに平成 12 年度研究計画 (資料 II、III)
3. その他 (参考資料)
4. 閉会

\* 資料 I : 議題

資料 II : 班員名簿

資料 III : 平成 12 年度研究計画

参考資料 : WHO 国際障害分類改定ベータ 2 案フィールドトライアル委員会について

---

連絡先 : WHO 国際障害分類日本協力センター

〒474-8522 愛知県大府市森岡町 36-3

国立長寿医療研究センター老人ケア研究部リハビリテーション研究室

TEL : 0562-44-5651~5653 内線\* : 870,871 (\*プッシュホン回線のみ)

0562-46-2311 内線 : 872

FAX : 0562-44-9163 (ダイヤル回線も可) / 0562-44-5651 内線\* : 872

E-mail : [icidh-japan@mba.nifty.ne.jp](mailto:icidh-japan@mba.nifty.ne.jp)

(担当 : 工藤)

---

平成12年度 厚生科学研究費障害保健福祉総合研究  
「WHO国際障害分類第2版の信頼性・妥当性・実用性に関する研究」 研究者名簿

## I. 研究組織

研究分野	研究課題名	WHO国際障害分類第2版の信頼性・妥当性・実用性に関する研究		(課題番号) 12060101		
区分	氏名 (姓):(名)	ふりがな (姓):(名)	所属施設名(部・科・室等具体的に) 及び職名(役職)	所属施設所在地	電話番号 (内線)	FAX番号 Eメール番号
主	上田 敏	うえだ さとし	日本障害者リハビリテーション協会副会長 WHO国際障害分類日本協力センター代表	〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1 (自宅)〒204-0003 清瀬市中里3-77-20	(自宅) 0424-91-2057	(自宅) 0424-91-3383 E-mail sat.ueda@nifty.com
分	大橋 謙策	おおはし けんさく	日本社会事業大学教授・社会福祉学部長 日本社会福祉学会会長	〒204-8555 東京都清瀬市竹丘3-1-30	0424-92-6111	0424-92-6816
分	山崎 晃資	やまざき こうし	東海大学医学部精神科教授 日本児童青年精神医学会理事	〒259-1100 神奈川県伊勢原市望星台	0463-93-1121 (内 2266)	0463-94-5532
分	丹羽 真一	にわ しんいち	福島医科大学神経精神医学科教授 日本精神科診断学会会長	〒960-1247 福島県福島市光が丘1	024-548-2111 (内 430)	024-548-6735 E-mail si-niwa@fmu.ac.jp
分	佐藤 久夫	さとう ひさお	日本社会事業大学教授 WHO国際障害分類日本協力センター 事務局長	〒204-8555 東京都清瀬市竹丘3-1-30	0424-92-6111	0424-92-6816 E-mail jcsw-hisao.sato@nifty. ne.jp
分	大川 弥生	おおかわ やよい	国立長寿医療研究センター老人ケア研究部 部長 WHO国際障害分類日本協力センター 副事務局長	〒474-8522 愛知県大府市森岡町源吾36-3	0562-44-9163	0562-44-9163 E-mail FZE 01224@nifty.ne.jp

「WHO 国際障害分類第 2 版の信頼性・妥当性・実用性に関する研究」班  
平成 12 年度研究計画（案）

1. 研究テーマ

- 1) 研究 1（言語評価）：逆翻訳研究：翻訳と逆翻訳の差に関する討論（99 語、終了）
- 2) 研究 3（必須研究）：別表参照  
事例と標準事例サマリー（25 例）についての検者間信頼性およびテスト-再テスト信頼性の検討
- 3) 研究 4-7（任意研究）：別表参照  
病歴、人口調査、等における信頼性・妥当性・実用性（利用可能性）。  
介入研究（臨床を含む）における有用性。
- 3) 研究 8（独自研究）：「生活機能と障害の主観的次元に関する研究（Study on the Subjective Dimension of Functioning and Disability）  
日本・オーストラリア・アメリカ・イギリスの共同研究により、障害を客観的次元だけで捉えることの限界を明らかにし、WHO 国際障害分類改訂版に何らかのかたちで主観的次元の導入を実現する。そのために理論的研究（文献調査を含む）および実地調査（現実の事例および研究 3 の 25 例の標準事例サマリーにおける主観的障害の分析、等）をおこなう。

2. 研究参加者

平成 11 年度において、研究 1（翻訳）および研究 2（基本的質問）に協力した研究者・専門職者・障害当事者のなかから各研究について参加者をつのる。  
研究 8 については国際的共同研究を実施する。

3. 研究期間

平成 12 年（2000 年）6 月-13 年 1 月とするが、12 年 8 月末に中間まとめをおこなう。

4. 研究成果のまとめ

中間まとめの成績を 9 月初めに WHO に提出し、11 月の WHO 国際障害分類改定年次会議（マドリッド）での討論において発表する。その後も研究を継続し、2001 年 1 月に WHO に追加提出し、さらに文献的考察等を加えて 2001 年 3 月に厚生省に報告する。

資料Ⅲ別表

必須研究

研究	タイトル	目的	対象と方法	ケース数	参加人員
3 (必須)	事例と標準事例サマリーについての可能性 (feasibility) と信頼性	実際の事例評価法は、リハビリテーションや医療の専門評価、治療場面、その他の社会サービスや権利擁護目的で障害の評価を行う場面においてICIDH-2分類のコード化を行い、その利用可能性 (feasibility) と信頼性を見る。標準事例サマリー法のためには25例の事例が用意されている (翻訳済み)	<p>事例の評価における利用可能性: 検者はICIDH-2チェックリストを用いて評価する。各事例にICIDH-2のコードを当てはめ、関連情報などをFormAに記録する。</p> <p>要素1</p> <p>検者間信頼性: 二人以上の検者が同一事例を評価し一致度を見る。全ての評価者がフォームAに記録し、各検者が一つのFormA記録を作成する。</p> <p>要素2</p> <p>テスト-再テスト信頼性: 同一被験者をICIDH-2チェックリストで評価し、初回のコード化と他の検者による約一週間 (5~10日) 後のコード化を行う。</p> <p>要素3</p> <p>1回の評価毎に1枚のFormAを用いてデータ記録を行う。全ての研究要素のデータ収集の終了後、各面接者は、短い研究後質問紙 (FormB) に回答する。3要素全体と研究後質問紙のデータは電子的な表にしてWHOに送付されたい。</p>	<p>実際の事例の最小サイズは協力センターとタスクフォースごとにそれぞれ100。トライアルセンターごとに20。標準事例サマリー評価の最小ケース数は協力センターとタスクフォースの各支部ごとに100。各研究サイトごとに25。</p> <p>(利用可能性研究については、たとえば、協力センターでは4人の評価者がそれぞれ25人の事例サマリーを評価する、あるいは10人の評価者がそれぞれ10事例サマリーを評価するという方法でもよい)。</p>	<p>1. 主任研究者/各研究サイト</p> <p>2. プロジェクト・コーディネーター (面接訓練、監督、データ収集・記入の調整と質の統制、WHOへのデータ報告)</p> <p>3. 面接者 (面接者はICIDH-2データ収集についての訓練を受ける)</p> <p>4. データ記入 (電子的形態に記録するの1人)</p>