

<p>4 (任意)</p>	<p>ICIDH-2を 使用した保 健記録評 価における 利用可能 性 (feasibility) と信頼性</p>	<p>ICIDH-2を使用した調査 データからの収集情報の 利用可能性と信頼性を検 討する。</p>	<p>調査者は無作為に特定数の病院医療記録あるいは 障害保険支払 (disability claims settlements) 事 例記録を選択する。情報はICIDH-2によってコー ド化する。 利用可能性は評価者が記入する短く構造化され たフォームによって確かめる。研究の最後に研究 3で用いたものと類似したフォームで評価者は全 体についても記入する。 信頼性は2人以上の評価者によって確かめる。評 価者間信頼性も研究3と類似の方法を使用する。</p>	<p>協力センターとタスクフォース ごとに200。 各研究サイトごとに40</p>	<p>1. 主任研究者/各研究サイト 2. プロジェクト・コーディネーター (評価訓練提供のため、管理 上監督、データ収集とデータ記入 にわたる調整と質の統制、WHO へのデータ報告) 3. 評価者 (ICIDH-2データ収集で 訓練された評価者2人) 4. データ記入 (データを電子的形 態に記録するのに1人)</p>
<p>5 (任意)</p>	<p>調査にお ける利用可 能性と信頼 性</p>	<p>ICIDH-2を使用した調査 データからの収集情報の 利用可能性と信頼性を検 討する。</p>	<p>既に存在する、あるいは進行中の人口動態調査 (population survey)からの調査記録の特定の数を 無作為に選択する。情報をICIDH-2によって符号 化する。 利用可能性は評価者によって記入される短く構造 化されたフォームによって確かめる。研究の最後 に研究3で用いられたものと類似したフォームで評 価者は実験の全体についても記入する。 人口動態調査のためにデザインされた、評価と ルーティン・スクリーニングを使用したデータとの 比較分析をおこなう。またICIDH-2を使用すること によるその他の価値を確認する。 信頼性を2人以上の評価者によって確かめる。評 価者間信頼性は研究3と類似の方法を使用する。</p>	<p>200/協力センターとタスク フォース。40/各研究サイト</p>	<p>1. 主任研究者/各研究サイト、 2. プロジェクト・コーディネーター (評価訓練提供のため、管理 上監督、データ収集とデータ記入 にわたる調整と質の統制、WHOへ のデータ報告) 3. 評価者 (ICIDH-2データ収集で 訓練された評価者2人) 4. データ記入 (データを電子的形 態に記録するのに1人)</p>

<p>6 (任意)</p>	<p>表面的妥当性と予測的妥当性</p>	<p>本研究は全面的な健康に関する生活体験の重 要な決定因である障害に よる枠組みの妥当性を提 供しうる。</p>	<p>主 評価者は被験者をICIDH-2を使用して査定し、情報 を記録する。 診断、健康状態の重症度、ヘルスケア利用、健康 状態に対する直接的財政的支出、失業期間など について、構造化されたフォーキャストに従って全 情報源からの情報を収集する。障害のパターンと プロフィールと重症度が、予想されたように前述の パラメータに関連しているかどうかを見るために データを分析する。 ..... 下位 下位研究として、ICIDH-2を使用して記録された 障害によって、健康管理サービス利用度が決定さ れるかどうかを確認するために、被験者を追跡調 査し、前述のパラメータについてのデータを6ヶ月 の間をあげて別々に2回縦断的に収集する。</p>	<p>被験者の最小人数あるいは評価 される記録は50</p>	<p>1. 主任研究者/各研究サイト、 2. プロジェクト・コーディネーター (データ収集、2回の追跡調 査データ収集、評価訓練提供の ため、管理上監督、データ収集と データ記入にわたる調整と質の統 制、WHOへのデータ報告) 3. 評価者 (ICIDH-2データ収集で 訓練された評価者2人)、 4. データ記入 (初期データ収集と 追跡調査、および個人データを電 子的形態に記録することにそれぞ れ1人)</p>
<p>7 (任意)</p>	<p>介入計画と評価の有用性</p>	<p>本研究は異なるセッティ ングにおける介入のブラ ニング、評価についての ICIDH-2の枠組みの有用 性を検定する。臨床実践 と他の介入(計画)をたて る際のICIDH-2の有用性 についての有益なフィ ードバックを提供する。</p>	<p>主 介入計画者(リハ専門職:医師、理学療法士など) は記録を数量化し、あるいはICIDH-2を使用して 被験者を評価する。 ICIDH-2枠組みを用いているプロフィールにした がって介入プランを構想することの長所と短所に ついて体系的な様式でフィードバックを提供する。 ..... 下位 前方視的な下位研究として、事例記録や被験者 自身はICIDH-2枠組みプロフィールに従ってデザ インされた介入の後に再評価され、プロフィールに 基づく介入がどれだけ意義ある有効なことかにつ いてフィードバックを求められる。このフィードバッ クはサービス提供者から、さらにもし可能であれば 被験者から得られるであろう。</p>	<p>最小被験者数または評価記 録数はセッション、介入こと に20</p>	<p>1. 主任研究者/各研究サイト 2. プロジェクト・コーディネーター (評価訓練提供のため、管理 上監督、データ収集とデータ記入 にわたる調整と質の統制、WHOへ のデータ報告) 3. データ記入 (面接データを電子 的形態に記録することに1人)</p>

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2回班会議議題

2000（平成12）年8月18日  
午前10時—12時  
学士会館（神田一ツ橋）301号室

1. 開会
2. WHO国際障害分類改定中間会議（ジュネーブ 6月28・29日）報告（資料Ⅲ-1,2）
3. 信頼性・妥当性・実用性に関する研究の進行状況について（中間報告）（資料Ⅳ-1,2）
4. WHO国際障害分類改定に関する認識度調査について（資料Ⅴ）
5. 今後の進め方について
6. ICDH-2 ベータ2 フィールド・トライアルについての報告（参考資料）
7. その他
8. 閉会

- \* 資料Ⅰ : 議題  
資料Ⅱ : 班員名簿  
資料Ⅲ : ICDH-2 改定中間会議報告（Ⅲ-1 英文、Ⅲ-2 和文概要）  
資料Ⅳ-1 : 信頼性・妥当性・実用性に関する研究の進行状況について  
資料Ⅳ-2 : 生活機能と障害の主観的次元の分類（案）  
資料Ⅴ : WHO国際障害分類改定に関する認識度調査  
参考資料 : WHO国際障害分類改定ベータ2案の翻訳確定について（委員長案）

---

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）

---

## 資料 II

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	氏名 (姓);(名)	ふりがな (姓);(名)	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	電話番号 (内線)	FAX番号 E-mail番号	(課題番号) 12060101
区分			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			
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 jcs-w-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	

## Interim Meeting of the ICIDH-2 Revision Geneva, 28-29 June 2000

### Meeting Summary

*Draft - To be finalised by 31<sup>st</sup> August 2000*

#### I. Beta-2 Field Testing Progress

A table summarising the field tests that have been completed or are on-going in the collaborating centres and task forces was presented (attached). It was noted that a majority of the field trials have been carried out in different countries and through the task forces and networks of collaborating centres.

***Australian Collaborating Centre:*** Besides extensive on-going work on Studies 1, 2 and 3, the Australian centre has engaged in an in-depth discussion of the concepts of A and P, and has provided suggestions for the editing of the Introduction in order to clarify some of the concepts. The consensus conferences held by the centre had representatives of national organizations who were spokespersons for these different stakeholders including persons with disabilities. As an example of for the application of the Beta-2 draft in Australia, the new draft National Community Service Data Dictionary was presented. The dictionary includes disability data elements based on the ICIDH-2 framework.

***Dutch Collaborating Centre:*** The translation of the Beta2 draft into Dutch and the back-translation of the introduction is completed. Furthermore a comprehensive list of problematic terms with comments was produced. A terminological analysis by means of the Galen method is on-going. In this regard the need to differentiate linguistic from terminological analysis was highlighted. The centre specific studies include trial use of the Beta-2 draft in different clinical settings in different professional groups such as nurses and rehabilitation experts. Mobilisation of ICIDH users to fill the Basic Question Response Form and to carry out feasibility and reliability testing has been difficult. The centre has been actively engaged in publication activities (ICIDH-2 newsletter, CD ROM, website etc).

***French Collaborating Centre:*** The French translation is completed. A consensus conference was organised and Study 3 is under way. Under the Study 8, protocol 2, a comparative analysis of ICIDH-2 and "Handicap Creation Process Classification" from Quebec is being carried out. This is not, however, a WHO protocol for the field trials.

***Japan Collaborating Centre:*** The Japanese translation is now done and the back-translation has revealed minor problems. Study 3 is under way and an international work group to address issues related to the subjective dimension of functioning and disability is being planned. How this will fit into the overall framework of health state assessment being developed by the WHO was discussed. Work will have to begin soon to incorporate these constructs.

***Nordic Collaborating Centre:*** The Swedish and Danish translation are completed and the Finnish translation will be finalized in September. The translation in Norway is still pending. Study 2 and Study 3 activities have started in Denmark, Finland and Sweden. Two ICIDH conferences for the Nordic Countries were organised in September 1999 and May 2000. The centre plans to carry out studies related to calibration of qualifiers for severity using instruments that are commonly used in the field and will present them in time for the Madrid meeting later this year.

***North American Collaborating Centre:*** A three-city roll out has taken place in May 2000 for running of the Beta 2 field trials. The Western University ICIDH-2 Beta-2 Training Manual and its web based version Code IDH2 were launched during the city rollout. The centre is actively involved in the DISTAB project and participated in hearings on ICIDH-2 run by the US National Committee on Vital Statistics Subcommittee on Populations. The Canadian Field Trial Centre based at CIHI has coordinated the WHO field trials and centre specific studies across Canada in both English and French languages. The centre stressed the importance of considering the results of the Canadian-designed A & P Study for the WHO analysis and revision process. It was noted that the Canadian study progressed without taking into account WHO's suggestions. The additional components of this study were not discussed with WHO.

***UK Collaborating Centre:*** Work on Study 2 and Study 3 is under way. The centre intends to do the Canadian A & P study only if it is found that the Beta-2 results do not give clear information to resolve the issue of possible overlap. It was noted that the linguistic evaluation for the English version has given rise to similar issues as have come up in the translation work in non-English speaking countries. The centre stressed the need for having a training tools and coding guidelines available. With regard to the dissemination of ICIDH-2 in the UK it was reported that people are starting to look at other potential uses for the ICIDH-2, such as in health system information and social security. The centre was particularly concerned about how the data from the field trials will be managed and analysed and how the analyses will inform subsequent revisions.

***Task Force on Children and Youth:*** The major activities included the development of items for Basic Questions relating to applicability of ICIDH-2 for children, development of additional child specific case vignettes. Most of the 18 CYTF member countries are participating in Study2 (submitting Individual Basic Question Response Form). So far Study 3 is carried out in Italy (with live case evaluations) and the USA (with the vignettes) only.

***Task Force on MH-ABCD:*** Extensive field trial work on Studies 1, 2 and 3 is on going in 8 countries. The Turkish and Indian languages translations and linguistic evaluations are now completed and the translation into Yoruba (Nigeria) is on the way. Some Field Trial Sites (India, USA) have already completed their data collection and submitted the data to WHO.

***Task Force on Environmental Factors (ETF):*** The ETF field trials have included two additional case coding studies and are being undertaken by 8 sites (3 countries). Furthermore, small group discussions will be held telephonically with members of the ETF covering topics such as the structure and content of the EF section and other

general issues relating to environmental factors. A literature review on EF is completed and has been posted on the ICIDH web page. An update will follow in September 2000 and the annotated bibliography is scheduled for January 2001. Two policy papers on EF are in the drafting stage and the finalisation of terms, definitions, inclusions and exclusions is under way.

***Spain and RHHH (Spanish Network):*** After completing the Spanish translation in January 2000 Study 2 and Study 3 Field Trial Activities have taken place in 11 Latin American countries and Spain. In all countries national networks were established and many countries succeeded to get government support for their ICIDH-2 activities. The national network structure was instrumental for reaching a very high level of participation in Study 2 and Study 3. The network structure is and will be of crucial importance for the dissemination of the ICIDH-2. For resolving translation problems among the Spanish speaking countries a dictionary was developed which provides the English term followed by the list of Spanish options and the term, which had the highest consensus. The network emphasised the need to see the ICIDH-2 as a classification that has multiple uses especially in the context of developing nations particularly with regard to its use for reporting of health data.

Comments and concerns of participants with regard to the Beta2 Field Trials included the following:

- Non-English speaking centres emphasised the challenges faced during the translation work. It was noted that the linguistic discussions in the countries are often discussions around the use of established professional terms and concepts rather than issues arising out of translation exercises themselves. Therefore, a problem in translation is frequently related to the way the terms have been used in the past with relation to concepts different from those being described as part of the ICIDH-2. In this context it was pointed out that WHO would welcome working with centres with regard to terminological analysis and harmonisation to ensure common usage and examine differences where they exist and document reasons for them. The work being done with the Galen-in-use project and the in-house effort in WHO, as done for example with the World Health Report 2000, may serve as a useful starting point for this exercise.
- The operationalization of the A & P concepts and the definitions of individual items need further improvement to better distinguish these dimensions. This has implications for how the classification will be accepted and used by different users.
- Greater specificity about the use and rating of the uniform qualifier is needed. Further work is required on the dimensionality and the scalability of different variables. It was proposed that the uniform qualifier be “calibrated” by means of examples relating it to recognised assessments in particular fields.
- More detailed information on the WHO plan for analysis, use of statistical procedures and on the process and timeline for incorporating the results of the field-testing into the revision was felt necessary.

## *Analysis plan*

Details on the WHO framework and statistical methods for analysis of Beta2 Field Trial Data (see Appendix) were presented and the way forward to the November meeting in Madrid mapped out. Concerns and questions with regard to the data analysis and incorporation of field trial results into the final draft were discussed and clarified. The focus of the current set of field trials is to examine the stability of the classification and its usability in different settings. The analysis will therefore address these issues. Items that are most frequently used and stable will be identified. Centres were invited to give suggestions for alternative or additional data analyses strategies and to work with WHO to see how the data should impact subsequent revisions.

## **II. Development Options for ICIDH-2**

In the light of these field testing results and other on-going revision work, the interim meeting turned to future developmental work that will secure for the ICIDH-2 a high-profile, and greatly enhanced role in central activities at WHO.

The ICIDH has all along been seen as providing a framework for generating data on non-fatal health outcomes (i.e., all health minus mortality) as an important component of understanding the health status of people and the impact of health conditions. In the course of the revision process it has been stressed that the environment influences the health condition and the associated experiences at the body, person and societal levels. It has also been emphasised all along that interventions could occur at all levels in order to improve health status as well as reduce the negative impact the health condition may have for the person.

The ICIDH revision community has taken the lead in underscoring the fact that health includes both longevity and level of functioning. The ICIDH-2 will play a key role in operationalizing the functional aspects of health attainment. The principles that have guided the ICIDH-2 revision process from the beginning have thus foreshadowed and are fully consistent with the WHO on-going commitment to developing measures for health system performance assessment. The Participation dimension of ICIDH-2 provides a basis for the measurement of health-related aspects of functioning as well as the responsiveness goals of health systems, goals which, coupled with health attainment and fair financing, WHO is using to assess health systems performance. This work is a manifestation of the principle of universalism that has guided ICIDH-2 revision. Functioning and disability are universal human attributes essential to our understanding of health. While the ICD will be the source for mortality data from the member nations, the ICIDH-2 will become the classification relevant for non-fatal health outcomes data, as well as data about central aspects of the life experience of disability.

During the meeting it was mentioned that because of the success of the activities of the collaborating centres and task forces, ICIDH-2 has now a high profile within WHO. With this higher profile, though, comes a responsibility to ensure that ICIDH-2 is useable for summary measures of population health and health systems performance assessment. To fulfil this role, work needs to be done to clarify the distinction between those aspects of disability that are health attributes of individuals



and those aspects that are influenced by health states or have an effect on health states, but are not themselves health attributes (i.e., health and health related aspects).

Neither of these background conceptual issues will require any fundamental change to the ICIDH-2 model of disability. We need to draw out the consequences of what has been part of our model from the start, namely that disability is a complex phenomena, aspects of which are attributes of an individual (that is, health attributes), and aspects of which are features of the overall lived experience of the individual (that is, levels of participation), with environmental factors shaping, in different ways, all three dimensions of disability.

It was reiterated that the WHO's mandate is health and that in order to explore relationships between health and the factors that influence health, or are influenced by health, it is vital to be clear about the distinction between health and these factors. Though WHO has a mandated focus on health it believes that health is a very important component of overall well being and therefore has a prominent interactive effect on employment, education or community life. Health per se and the lived experience of health occur in a context and both must be understood within that context.

It was also pointed out that this exercise of trying to understand how the ICIDH-2 maps on to intuitive notions of health could be informed by further empirical tests that could be carried out between now and December, 2000. This might also help in better defining the boundaries of the dimensions, such as A & P. Centres were requested to join WHO in executing these field tests in full recognition of the tight timelines ahead.

It was also noted that the disability advocacy community has long argued that disability must not be reduced to a health, or to a purely medical problem. The current work to clearly separate health from health-related domains within ICIDH-2 is the best way to avoid this distortion of the lived experience of disability.

The centres expressed the concern that the revision process might be interrupted by these development issues and that the work they have done, or plan to do on the field-testing will no longer be relevant. They were assured that the collaborative process continues unimpeded. The beta-2 field testing remains the source of evidence-based revision and will, moreover, help to further the clarification of the health/health-related distinction as well as the application of capacity/performance.

The centres were also concerned that WHO's interest in the use of ICIDH-2 for national health data collection will have the effect of downplaying the importance of other uses. But, ICIDH-2 has always be viewed by WHO as a multi-use classification, and no particular use alone will be privileged by WHO. The higher profile of the ICIDH-2 will, if anything, increase the range and number of potential users.

## **Conclusions**

1. Further tests for the A/P distinction and the Health and Health related item selection will be developed by WHO HQ and these will feed into the finalisation process.
2. A terminological analysis and final editing of the ICIDH-2 Beta 2 draft will be completed to be presented to the Executive Board of WHO in 2001. This will be discussed further with the ICIDH centres network on the majordomo and at the meeting in Madrid.

ベータ 2 案フィールド・トライアル研究の進行状況について  
(報告と提案)

2000 年 8 月 18 日

「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」研究班  
班長 上田 敏

## I. フィールド・トライアル研究の進行状況 (報告)

班員及びその指導下で以下のように研究が進行している。

### 1. 標準ケースサマリー (全 25 例) による信頼性の研究<研究 3-1>

延べ 150 例の評価を行なった。

### 2. 実際例による検者間の信頼性の研究<研究 3-2-1>

52 例についての評価を行った。

### 3. 実際例によるテスト・再テスト信頼性の研究<研究 3-2-2>

48 例について研究を行なった。

### 4. 記録による信頼性の研究<研究 4>

過去の病院診療記録からの 60 例について検者間信頼性の評価を行った。

\*なお以上 1～4 の研究過程で、本来行われるべき ICIDH-2 コーディングに関する研修またはそれに代わるものの必要性が痛感された。現在信頼性向上のためのマニュアルを作成中である。

### 5. 人口調査による信頼性の研究<研究 5>

200 例を目標として 80 例について行なった。

### 6. 妥当性に関する研究<研究 6>

すでに標準化された障害と QOL についての評価法の結果と、ICIDH ベータ 2 案による評価結果の相関についての研究を 20 例について行った。

### 7. 介入 (医療、リハビリテーション、福祉的処置、ピアカウンセリング、等) 前後の比較<研究 7>

研究 3-2 のケースを対象として、治療、リハビリテーションの効果が出た後の評価をすでに行った評価と比較する予定である。

### 8. 生活機能と障害の主観的次元に関する研究等<研究 8>

研究 3-1、3-2-1)、4、7 の評価と同時に主観的次元についての評価を資料Ⅳ-2 の評価方法を用いて行なっている。

以上と並行して、班員以外のWHO国際障害分類改定ベータ2案フィールド・トライアル委員会委員に研究への参加を呼びかけた結果、現在13名の委員（研究者3、専門職団体代表6、障害当事者団体代表4）が研究に参加している。8月末までに返送していただき、まとめを行う予定である。

## II. 研究の今後の進行予定について（提案）

1) 現在までのフィールド・トライアル研究の進行状況について以下の点が特徴としていえる。

- ① 研究3-1、4、5は順調に進行している。しかし、研究7への参加がまだ少ない。
- ② 日本での独自研究である主観的次元の研究（研究8）のケース数をさらに増やす必要が高い。
- ③ フィールド・トライアル委員の参加状況からみて障害当事者の参加が相対的に少ないと考えられる。

以上のような現状から、今後の研究の進行について、以下の点を提案したい。

- 1) すでに研究3-2、4に参加している方に研究7にも参加していただく。同時に研究3-2、4への参加をさらに求める。
- 2) 主観的次元の評価（研究8）についてのデータ集積を進める。研究3-1、3-2、4と並行して実施する。
- 3) 班員の下での研究において障害当事者の参加を促進する。

### 2) 研究期間

平成12年（2000年）6月-13年1月とするが、12年9月半ばに中間まとめをおこなう。

### 3) 研究成果のまとめ

中間まとめの成績を9月末に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。この間に前記のトレーニングマニュアルをも出来る限り早期に完成させる。

## 生活機能と障害の主観的次元の分類案

※以下 sd とは主観的次元(subjective dimension)の略として仮に用いる。

## Ⅰ. 章建て案

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| sd 1 健康状態に関する満足度      | sd 6 自己の価値と人生の意味      |
| sd 2 心身機能・身体構造に関する満足度 | sd 7 身近な人との情緒的な関係     |
| sd 3 活動に関する満足度        | sd 8 社会・グループへの帰属と受け入れ |
| sd 4 参加に関する満足度        | sd 9 基本的生活態度          |
| sd 5 環境因子に関する満足度      |                       |

## Ⅱ. 評価点

## A. 満足度に関するもの (sd 1～sd 5)

- |               |              |
|---------------|--------------|
| +4 完全に満足している  | -1 軽度に不満である  |
| +3 高度に満足している  | -2 中等度に不満である |
| +2 中等度に満足している | -3 高度に不満である  |
| +1 軽度に満足している  | -4 完全に不満である  |
| 0 満足でも不満でもない  |              |
|               | 8 詳細不明       |
|               | 9 非該当        |

## B. 満足度以外に関するもの (sd 6～sd 9)

完全に肯定的な体験を+4とし、完全に否定的な体験を-4として評価する。

1) 例えば、sd 6-1「自尊心 — 劣等感」のように、対をなしたものの例をとると次のようになる。

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| +4 完全な自尊心をもっている  | -1 軽度の劣等感をもっている  |
| +3 高度の自尊心をもっている  | -2 中等度の劣等感をもっている |
| +2 中等度の自尊心をもっている | -3 高度の劣等感をもっている  |
| +1 軽度の自尊心をもっている  | -4 完全な劣等感をもっている  |
| 0 自尊心もないが劣等感もない  |                  |
|                  | 8 詳細不明           |
|                  | 9 非該当            |

2) また、sd 6-2「自分の価値」のように、対をなしていないものについては次のように評価する。

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| +4 自分に非常に高い価値があると感じている | -1 自分には生きる価値があるかどうか疑っている    |
| +3 自分に高い価値があると感じている    | -2 自分には生きる価値がないのではないかと感じている |
| +2 自分に中等度の価値があると感じている  | -3 自分には生きる価値がほとんどないと感じている   |
| +1 自分に僅かな価値があると感じている   | -4 自分には生きる価値が全くないと感じている     |
| 0 自分に価値があるともないとも感じていない |                             |

8 詳細不明

9 非該当

3) その他

①sd 8-7 自分の現状への責任・罪は、

- |  |           |
|--|-----------|
| $\left. \begin{array}{l} \text{他人にある} \\ \text{自分にある} \\ \text{誰にもない} \end{array} \right\} \text{の各々について}$ | 0 そう思わない  |
|  | 1 僅かに思う   |
|  | 2 中等度に思う  |
|  | 3 高度に思う   |
|  | 4 完全にそう思う |

8 詳細不明

9 非該当

②sd 8-8 自殺は、過去数ヶ月間の状況について、

- 0 自殺など考えたこともない
- 1 自殺を時に考えたことがある
- 2 自殺をしばしば考える
- 3 自殺のことばかり考えている
- 4 自殺を試みたことがある

8 詳細不明

9 非該当

と評価する。

### Ⅲ. 分類案

#### sd 1-0 健康状態に関する全般的満足度：

自分の健康状態（疾患、変調、妊娠、高齢、ストレス、などの広い範囲にわたるもの）についての満足度をみる。

#### sd 1-1 以下：

複数の疾患、その他の健康上の問題をもつ場合に、そのそれぞれの問題について別々に評価する。その際に、その問題を括弧内に記す。

例えば、 sd 1-1（脳性麻痺）+2  
sd 1-2（二次的頸椎症）-3  
sd 1-3（足指の骨折）-4、など。

#### sd 2-1 心身機能に関する満足度

（第1レベルまで示す。必要に応じ第2レベル以下まで評価する。以下同様）

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| sd 2-1-0 心身機能に関する全般的満足度           | sd 2-1-5 消化器系、代謝系、内分泌系の機能に関する満足度 |
| sd 2-1-1 精神機能に関する満足度              | sd 2-1-6 泌尿器、生殖器の機能に関する満足度       |
| sd 2-1-2 感覚機能に関する満足度              | sd 2-1-7 神経筋骨系と運動に関する機能に関する満足度   |
| sd 2-1-3 音声と発話の機能に関する満足度          | sd 2-1-8 皮膚とそれに関連する構造の機能に関する満足度  |
| sd 2-1-4 心血管、血液系、免疫、呼吸系の機能に関する満足度 |                                  |

#### sd 2-2 身体構造に関する満足度

- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| sd 2-2-0 身体構造に関する全般的満足度          | sd 2-2-5 消化器系、代謝系、内分泌系に関連した構造に関する満足度 |
| sd 2-2-1 神経系の構造に関する満足度           | sd 2-2-6 泌尿生殖器系に関連した構造に関する満足度        |
| sd 2-2-2 目、耳および関連部位の構造に関する満足度    | sd 2-2-7 運動に関連した構造に関する満足度            |
| sd 2-2-3 音声と発話に関する構造に関する満足度      | sd 2-2-8 皮膚と関連部位の構造に関する満足度           |
| sd 2-2-4 心血管系、免疫系、呼吸器系の構造に関する満足度 |                                      |

#### sd 3 活動に関する満足度

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| sd 3-0 活動に関する全般的満足度        | sd 3-5 セルフケア活動に関する満足度      |
| sd 3-1 学習と知識を応用する活動に関する満足度 | sd 3-6 家庭に関する活動に関する満足度     |
| sd 3-2 コミュニケーション活動に関する満足度  | sd 3-7 対人活動に関する満足度         |
| sd 3-3 運動活動に関する満足度         | sd 3-8 課題遂行と主要な生活活動に関する満足度 |
| sd 3-4 移動活動に関する満足度         |                            |

#### sd 4 参加に関する満足度

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| sd 4-0 参加に関する全般的満足度      | sd 4-5 家庭生活と他者に対する援助への参加に関する満足度        |
| sd 4-1 個人生活維持への参加に関する満足度 | sd 4-6 教育への参加に関する満足度                   |
| sd 4-2 移動への参加に関する満足度     | sd 4-7 仕事と雇用への参加に関する満足度                |
| sd 4-3 情報交換への参加に関する満足度   | sd 4-8 経済活動への参加に関する満足度                 |
| sd 4-4 社会的関係への参加に関する満足度  | sd 4-9 コミュニティ・ライフ、社会生活、市民生活への参加に関する満足度 |

#### sd 5 環境因子に関する満足度

- |                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| sd 5-0 環境因子に関する全般的満足度            | sd 5-4 態度、価値観、信念に関する満足度 |
| sd 5-1 生産物と機器に関する満足度             | sd 5-5 サービスに関する満足度      |
| sd 5-2 自然環境に対して人間がもたらした変化に関する満足度 | sd 5-6 システムと政策に関する満足度   |

## sd 6 自己の価値と人生の意味

- |                    |                                  |
|--------------------|----------------------------------|
| sd 6-1 自尊心 — 劣等感   | sd 6-5 信念（宗教的、倫理的、政治的、等）         |
| sd 6-2 自己の価値       | sd 6-6 生きる目的・目標・大望（ambition）・使命感 |
| sd 6-3 人生の意味       | sd 6-7 将来への希望                    |
| sd 6-4 自信：         | sd 6-8 人生への興味                    |
| sd 6-4-1 自己の能力への自信 |                                  |
| sd 6-4-2 自己の人柄への自信 |                                  |
| sd 6-4-3 自己の外見への自信 |                                  |

## sd 7 身近な人との情緒的な関係

- |                          |       |             |
|--------------------------|-------|-------------|
| sd 7-1 愛している             | _____ | 憎んでいる       |
| sd 7-2 愛されている            | _____ | 憎まれている      |
| sd 7-3 信頼している            | _____ | 不信をもっている    |
| sd 7-4 信頼されている           | _____ | 信頼されていない    |
| sd 7-5 感謝している            | _____ | 怨んでいる・怒っている |
| sd 7-6 感謝されている           | _____ | 怨まれている      |
| sd 7-7 幸福である             | _____ | 不幸である       |
| sd 7-8 他人の幸福を喜ぶ          | _____ | ねたみ・嫉妬      |
| sd 7-9 人生を楽しむ            | _____ | 楽しんでいない     |
| sd 7-10 自立しており人に動かされていない | _____ | 人に動かされている   |
| sd 7-11 人と交わりたい          | _____ | 交わりたくない     |

## sd 8 社会・グループへの帰属と受け入れ

- |                           |       |               |
|---------------------------|-------|---------------|
| sd 8-1 周囲から受け入れられている      | _____ | 排除されている       |
| sd 8-2 周囲から賞賛されている        | _____ | 非難されている       |
| sd 8-3 扱われ方：普通に扱われている     | _____ | 特別視されている      |
| sd 8-4 他人の役に立っている         | _____ | 他人のお荷物になっている  |
| sd 8-5 仲間・世間とうまくいっている     | _____ | 孤立感・孤独感をもっている |
| sd 8-6 自分が罰をうけるいわれはない     | _____ | 罰を受けて当然だ      |
| sd 8-7 自己の現状へ責任・罪*        | _____ | 他人・自己・誰にもない   |
| sd 8-8 自殺（自殺念慮・自殺企図、など ** |       |               |

\* II 評価点 B-3)-①を参照

\*\* II 評価点 B-3)-②を参照

## sd 9 基本的な生活態度

- |                     |       |             |
|---------------------|-------|-------------|
| sd 9-1 自己の状況を把握している | _____ | 把握していない     |
| sd 9-2 自立心が強い       | _____ | 依存心が強い      |
| sd 9-3 困難に直面する      | _____ | 困難から逃避し否認する |
| sd 9-4 困難とたたかう      | _____ | あきらめる       |
| sd 9-5 解決法を自分で工夫する  | _____ | 外に求める       |



- sd 9-6 何事も自分の責任で決定する ————— 他人に委任する  
sd 9-7 現状を前向きに受容している ————— 嘆き悲しんでいる

## WHO国際障害分類改定に関する認識度調査について

2000年8月18日

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  
 委員長 上田 敏  
 副委員長 佐藤 久夫  
 事務局長 大川 弥生

## I. 目的

今回の改定作業に際して障害関連分野の関係者のICIDHについての認識度を調査することを目的とした。

## II. 対象・方法

WHO ICIDH-2 ベータ2案フィールドトライアルテスト研究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、障害当事者等団体から推薦された155名に調査用紙を郵送して調査した。回答率は次の通りであった。

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：

1. ICIDH初版についての認知度、活用度・活用範囲
2. 各障害レベルや環境因子の軽視による問題発生の有無、程度についての各種分野・職種毎の調査
3. 改定の基本骨格（障害構造モデルの変化、プラス面の重視等）、分類案（ベータ2案）についての意見
4. 改定案の今後の活用の必要性・可能性

## III. 結論

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にも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。

2000-11-29

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3回班会議議題

2000（平成12）年 11月 29日  
午前10時～12時  
学士会館（神田一ツ橋）301号室

1. 開会
2. WHO 国際障害分類改定中間会議（マドリッド 11月15-17日）報告（資料III-A,B,C,D）
3. 信頼性・妥当性・実用性に関する研究の進行状況について（報告）（資料IV）
4. 今後の研究計画について（提案）（資料V-A,B）
5. その他
6. 閉会

- \* 資料 I : 議 題  
資料 II : 研究者名簿  
資料 III-A : WHO 国際障害分類年次改定会議報告  
-B : 各種案の比較  
-C : 「情報マトリックス」（「活動および参加」リストの評価点）ならびに「活動および参加」リストに関する各国のオプション  
-D : 「A と P に関するベータ2案とプレファイナル案との比較（英文）」  
資料 IV : 信頼性・妥当性・実用性に関する研究の進行状況について  
資料 V-A : 今後の研究計画について（提案）  
-B : プレファイナル版の A, P, A & P 項目区分試案

---

連絡先：〒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](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-mail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 jcswhisao.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	