

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

国際生活機能分類（ICF）の活用の
あり方に関する研究

総括研究報告書

主任研究者 仲村 英一

(財) 結核予防会 理事長

目次

I. 総括研究報告書

国際生活機能分類（ICF）の活用のあり方に関する研究	1
----------------------------	---

II. 分担研究報告書

ICF のコード化に関するガイドライン作成（1） －活動レベルと参加レベルの使用項目（案）の作成－	4
ICF のコード化に関するガイドライン作成（2） －活動の評価点の評価基準（案）の作成－	10
ICF のコード化に関するガイドライン作成（3） －環境因子の評価点の評価基準（案）の作成－	14
ICF の個別症例での活用方法の明確化 －ICF のコーディング手順に関する研究－	18
障害行政への ICF の活用に関する研究 －地方自治体におけるモデルづくり－	25

III. 研究成果の刊行物・別刷

I .総括研究報告書

国際生活機能分類（ICF）の活用のあり方に関する研究

主任研究者 中村 英一 結核予防会 理事長

研究要旨 ICF（WHO国際生活機能分類）の我が国の障害分野における臨床的活用及び障害行政における活用を目的として、（1）ICFのコード化に関するガイドライン作成として[1]活動レベルと参加レベルの使用項目（案）の作成、[2]活動の評価点の評価基準（案）の作製、[3]環境因子の評価点の評価基準（案）の作製、（3）障害行政への活用のモデルづくり、等の研究を行った。

分担研究者

- ・上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会、封会長）
- ・矢崎義雄（国立国際医療センター、総長）
- ・大橋謙策（日本社会事業大学、教授）
- ・西島英利（日本医師会、常任理事）
- ・鈴木康裕（栃木県保健福祉部、保健医療監）
- ・桐生康生（山梨県峡中地域振興局健康福祉部、副部長）
- ・大川弥生（国立長寿医療研究センター、老人ケア研究部、部長）

A. 研究目的

ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類）は2001年5月にWHO総会において1980年の国際障害分類（ICIDH: International Classification of

Impairments, Disabilities and Handicaps)の改定版として正式決定された。これは障害（生活機能低下）にかかわるすべての人の「共通言語」を目指すものであり、専門家間だけでなく、専門家、当事者、行政間の意思疎通・共同作業のツールとして活用されることを目指している。その趣旨を十分に生かして、我が国の実情に即して、一人ひとりの障害者のQOL向上と、障害行政の質的向上などをはかるために、国際生活機能分類（ICF）の我が国における具体的活用方法を明らかにすることが重要である。

障害分野における「共通言語」（共通認識枠組）を確立することによって、専門家、障害者、行政などの関係者ならびに一般社会などの間のコミュニケーションと相互理解が改善され、障害者に対する社会的理解の促進に役立つことが期待される。またそれにより個々の障害者に対する多職種働きかけおよび制度の質的向上および効率化をはかることができる。この他にもICFは障害統計、障害行政の客観的評価などにも大

きな意味をもつ。

以上のような幅広い分野に役立てるための ICF の活用法の研究が本研究の目的である。

B. 研究方法

(1) ICF のコード化に関するガイドライン作成[1]:活動レベルと参加レベルの使用項目(案)の作成。

ICF では活動の分類と参加の分類とは共通リストであり、そのうちのどの項目を活動あるいは参加のいずれに用いるか、あるいは両者に用いるかについては今後の研究にゆだねられている。そのため、障害のある患者・利用者の実態にもとづき、もっとも妥当と思われる分類案を作成し、それにつき予備的なフィールドテストを行なった。(2) ICF のコード化に関するガイドライン作成[2]:活動の評価点の評価基準(案)の作成。

ICF の各項目は 0～4 の評価点により問題の程度を示すが、その評価基準の作成はさしせまった研究課題である。そのうち中心的な位置をしめる活動について、障害のある患者・利用者の実態ならびに従来の活動評価法の検討にもとづき最も妥当と思われる評価基準案を作成し、それを多数例について実施して実用性を検討した。

(3) ICF のコード化に関するガイドライン作成[3]:環境因子の評価点の評価基準(案)の作成。

上記と同様に、環境因子の評価点の評価基準を検討し、活動との関連における評価基準を作成し、同様に実用性を検討した。

(4) ICF の個別症例での活用方法の明確化ーICF のコーディング手順に関する研究ー。

リハビリテーション開始前および開始後の患者・利用者の生活機能と健康状態、背景因子を ICF にのっとして分析・統合し、それに立ってリハビリテーション・プログ

ラムを作成するプロセスの標準化を行った。(5) WHO 及び各国の ICF 活用方法の情報収集及び行政への報告

WHO 主催の 2 つの ICF 関連国際会議(4 月トリエステ、ならびに 10 月ブリスベン)に出席し、WHO および各国における ICF の実用化に関する情報を収集し、かつ討議に参加した。

(6) 障害行政への活用のモデルづくり

M 市で全市的な事業として「総合的生活機能向上共働事業」を行なうことを企画し、そのための組織づくりならびに生活機能に関する実態調査の準備を行なった。

C. 結果ならびに考察

(1) ICF のコード化に関するガイドライン作成[1]:活動レベルと参加レベルの使用項目(案)の作成。

検討の結果、活動については第 1～9 章全項目、参加については第 6～9 章を評価対象とすることが適切と考えられた。

(2) ICF のコード化に関するガイドライン作成[2]:活動および環境因子の評価点の評価基準(案)の作成。

検討の結果、0:自立(独立)、1:見守り・口頭指導、2:部分介助、3:全介助、4:していない(行なえない)<禁止を含む>の基準(丸括弧外は実行状況評価、同内は能力評価)が適切と考えられた。

(3) ICF のコード化に関するガイドライン作成[3]:環境因子の評価点の評価基準(案)の作成

検討の結果、活動の実行状況に関連しての評価基準として、+4(これがあるために実施できている)～0(障害も促進もしていない)～-4(これだけで実施できないでいる)、等の基準を定めることが適切と考えられた。

(4) ICF の個別症例での活用方法の明確化
特にリハビリテーション領域での活用法

につき、ICF にもとづいて、①患者・利用者のもつ問題の分析的・総合的把握、②それにもとづくリハビリテーションの目標設定のプロセス、③リハビリテーション・チーム内の共通認識にもとづいたチームワークのプロセス、④上記のすべて、特に②における患者・利用者の主体的参加（自己決定権の行使）について標準的手続きを定式化した。

(5)WHO 及び各国の ICF 活用方法の情報収集及び行政への報告、

前記各種会議出席時、及び各国センターとの連絡及び文献収集によって ICF に関する国際的情報の収集を行ない、厚生労働省に報告するとともに一般啓発をはかった。

(6)障害行政への ICF の活用のモデル事業

M市で全市的な事業として市長が推進本部長となって ICF に立った「総合的生活機能向上共働事業」を開始した。今年度は組織づくり（事業要綱、人的組織、等）と実態調査の準備（生活機能調査アンケート案の内容検討、等）を行なった。

(6)ICF の活用法の普及。

上記の研究成果にもとづき具体的活用方法についての講習会（2002 年度：研究成果発表会）開催等により普及・啓発をはかった。

D. 結論

本研究事業の初年度である 2002 年度は ICF 活用の大前提となるコード化に関するガイドラインを作成し、その上で、リハビリテーションを中心として研究を行なった。また障害行政への活用方法を検討するフィールドとして地方自治体でのシステム作りをスタートした。以上から研究目的に沿った所期の成果をあげるとともに今後の研究の基礎を作ったと考えられる。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
2. 実用試案登録
3. その他

Ⅱ.分担研究報告書

ICFのコード化に関するガイドライン作成（1） －活動レベルと参加レベルの使用項目（案）の作成－

分担研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 副会長
大川 弥生 国立長寿医療研究センター 老人ケア研究部 部長

研究要旨 ICFにおいて活動と参加とは共通リストとなり、その項目選択は各国での試みを通じて国際的なコンセンサスを作っていくこととなっている。そのため文献的考察と専門家による討議によって活動の項目と参加の項目の選択案を作り、フィールドテストによってその妥当性を確認した。

はじめに

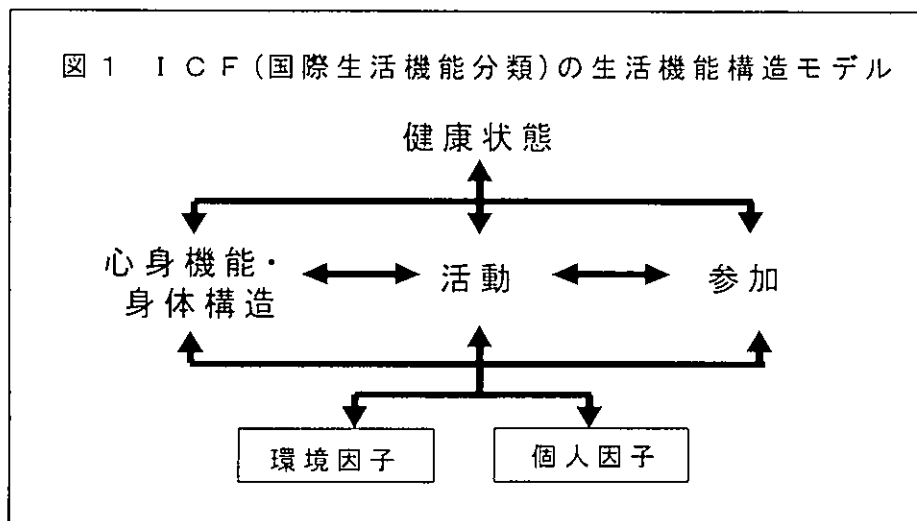
ICF（国際生活機能分類）は2001年5月にWHO総会において正式決定された。これは1980年のICIDH（国際障害分類）の改訂版であるが、様々な点で新しい内容を含んでおり、ほとんど全く別のものと考えてもよいほどである。

本研究はICFの普及・活用の前提として不可欠な、ICFのコード化（coding）につ

いての一連の研究の最初のものである。

そのため研究目的を明らかにする必要から、まずICFのコード化全体に関する問題点について述べ、ついで本研究分担研究のテーマである「活動レベルと参加レベルの分類の使用項目の選択」の研究について述べることにする。

ICFモデルは図1に示す通りであり、以下、これを参照しつつ論を進める。



I. ICFにおけるコーディングの特徴

1. コード

ICFではローマ字（1字）と数字（1～5字）との組み合わせで一定の内容を示し、これをコード（code、符号）という。ローマ字は心身機能はb（Body）、身体構造はs（Structure）、活動はa（Activity）、参加はp（Participation）、環境因子はe（Environmental factor）である。

数字は1字では章（大分類、第1レベル）を示し、3字で中分類（第2レベル）、4字で小分類（第3レベル）を示す。まれに5字で細分類（第4レベル）を示すこともある。例を示すと

大分類	a 6	家庭生活に関する活動
中分類	a 630	調理の活動
小分類	a 6300	簡単な食事の調理活動
	a 6301	手の込んだ食事の調理活動

となる。

この他に a 6308 その他の特定の調理活動があり、これは調理活動ではあるがあては

まる小分類がないものに用いる。また a 6309 詳細不明の調理活動というのもあり、これは調理活動ではあるが詳細が不明なものに用いる。これらは統計技術上必要なものなので、個別的に用いる場合には、普通は使わずにすませることができる。

2. 評価点

ICFではコードだけでは意味をなさず、数字の後に点をつけて、その後に問題の程度を示す評価点（Qualifier）をつけることで初めて意味をもつ。共通評価点は表1に示す通りである。

表1にみるように付点（小数点）の後の0は問題がないことを示す。ただ5%以内のごく軽い問題はいわば誤差範囲として.0としてもよいとされている。.1から数字が大きくなるほど問題が大きくなったことを示し、.4は完全な問題であり、例えば完全麻痺、体の一部の完全喪失などの場合である（ここでも5%以内の誤差を認める）。

表1 共通評価点

xxx. 0	問題なし	(なし、存在しない、無視できる…)	0- 4%
xxx. 1	軽度の問題	(わずかな、低い…)	5- 24%
xxx. 2	中等度の問題	(中程度の、かなりの…)	25- 49%
xxx. 3	重度の問題	(高度の、極度の…)	50- 95%
xxx. 4	完全な問題	(全くの…)	96-100%
xxx. 8	詳細不明		
xxx. 9	非該当		

注：xxx はコード番号（ローマ字と数字、3桁とは限らない）

評価点においても、.8や.9があり、.8は詳細不明（問題があり、.1～.4のどれかであることは確実だが、.1～.4のどれかについて判断するための、程度に関する情報が不十分な場合）、.9は非該当で、そのコードを用いるのが不適切な場合（子どもにとっての職業など）に用い、いずれも統計や調査などのためのもので、実際場面で個々の例について使う場合は必要のないものである。

なお、環境因子では、それが有利に働いているか（促進因子）、不利に働いているか（阻害因子）を示す必要がある。そのため少数点の後に数字だけまたは－（マイナス）の符号をつけた数字を入れれば阻害因子の意味で、＋（プラス）の符号をつけた数字で促進因子の意味になる。

3. 活動と参加の共通リスト

ICFでは活動と参加の分類が別々ではなく、「活動と参加」の共通リストとなった。これは活動と参加には項目・分野名としては共通するものが多いため、このようにしたものであって、決して活動と参加との概念があいまいになったということではない。

共通リスト上では仮にd（Domain、分野）というローマ字で始めているが、活動として使う時はa、参加として使う時はpに変える。dのついた形だけで用いることはない。

たとえば

a 630 調理の活動

は調理をするという一連の行為そのもの

p 630 調理への参加

は調理を行うことで（たとえば主婦として）家庭生活の中で役割を果たしていること。

というように明らかに違ったレベルのことを示すものである。

どの項目を活動に用いるか、参加に用いる

か、あるいは両者に用いるかについては種々の考え方が示され、各国で案を作製し、それをもちよって国際的な比較検討によって時間をかけてコンセンサスに達するというのがWHOの方針である。

4. 活動における「実行状況」と「能力」の2つの評価点

ICFでは活動の評価点に「実行状況」と「能力」の2つが設けられた。上田、大川らは20年来、ADL（日常生活活動）には訓練・評価の時に発揮される能力である「できるADL」と毎日の生活の中で実際に行われている「しているADL」との2つがあり、これらは喰い違っている（「できるADL」の方が高い）のが普通であり、リハビリテーションのためには両方をみることが重要であると提唱してきたが、これと全く一致する考え方が国際的に採用されたものである。すなわち活動の実行状況は「している活動」、能力は「できる活動」といえることができる。

具体的にはコードの後の点のすぐ後（1桁目）の評価点が実行状況、次（2桁目）が能力を示す。

たとえば、リハビリテーションの過程で、病室の自分のベッドから病棟のトイレまで行くことが、病棟でのADL訓練の時には介助なしにできるのに、実際の生活では一人でトイレに行くことが実行されていない（例えばベット脇のポータブルトイレを使用）ならば、

a 4601 自宅以外の屋内移動のコードを用いて

a 4601.40

となる。

このようなことはリハビリテーションの場では非常に多いことで、患者・利用者が「なまけている」のでは決してなく、訓練・練習

によって能力が向上しつつある時にはある程度はあって当然ともいえる。しかし上記の例ほど差が大きいのは問題で、たとえば看護師が、実際生活上でトイレに行くのについていき、危ないところは口頭で注意するだけで実行できるようになることも多い。

そのようにしている場合は a 4601.10 となり、実行状況と能力との差は小さくなる。

II. 活動レベルと参加レベルの使用項目の選択に関する研究

A. 研究目的

I. の 3. に述べたように、ICF では活動と参加の分類が別々ではなく、「活動と参加」の共通リストとなり、各国で活動に用いる項目と参加に用いる項目の選択基準案をつくることになった。

そのためどの項目を活動に用いるか、参加に用いるか、あるいは両者に用いるかについて検討した。

B. 研究方法

1. 文献的考察

従来の ADL、ASL (社会生活行為)、SS (社会生活技能)、VS (職業能力)、AS (余暇活用能力) などの活動レベルの各種の評価法、また QOL、社会的不利、などの評価法について ICF の生活機能構造モデルの立場から再検討を行った。

2. 試案の作製

1) 1. の文献的考察に立って、ICF を十分理解している 8 名の専門職者 (医師 4 名、理学療法士 1 名、作業療法士 3 名) が各人でそれぞれ、各項目ごとに活動レベルとするか、参加レベルとするか、両者とするかの試案を作製した。

その際各項目ごとに、その判断理由を自

由記載し、また判断についての確信度を 5 段階で評価点をつけた。

2) ついでそれをもちよって各項目ごとに、活動・参加の選択について議論した。判断理由の異なるもの、また判断の確信度の低い項目は、特に十分に議論を行った。

3) その結果に立って分類案を作製した。

3. フィールドテスト

上記 2. で作製した試案を用いて、24 例の障害・疾患のある人について半構造的面接を行い、分類案の妥当性を検討した。各事例についての評価者は 2 名以上とした。

C. 研究結果

1. 文献的考察

上記のような文献的考察により、広い範囲にわたる活動および参加について必要な項目の範囲の概略を定めることができた。

2. 試案の作製

表 2 に上記の B の 2. に述べた検討にもとづいて作製した分類案を示す。この表は、これと並行して行なわれたコーディング手順に関する研究によって得られた、実際に活動と参加をコーディングしていく時の望ましい順序に従って配列されている。詳しくは本研究班の「コーディング手順に関する研究」を参照されたい。

すなわち共通リストのうち活動については第 1～6 章は全部、第 7 章 (対人関係) は「一般的な対人関係」のブロック、第 8 章 (主要な生活領域: 教育・仕事・経済) および第 9 章 (コミュニティライフ・社会生活・市民生活) はともに一部とした。すなわち第 8 章については教育のブロックを除き、仕事と経済の 2 ブロックのみとした。また第 9 章については a 920 レクリエーションとレジャー、

および a 930 宗教とスピリチュアリティのみとした。

また参加については第 1～5 章は含めず、第 6～9 章のみとし、うち第 7 章は「特別な対人関係」のブロックのみとし、その他の 6・8・9 章については全項目とした。

3. フィールドテスト

脳卒中、脳外傷（この 2 者の一部は失語、失行、失認、記憶障害、性格変化などの高次脳機能障害を伴う）、脳性麻痺、脊髄損傷、末梢神経麻痺、などをもつ 24 例の面接結果から上記 2. で定めた分類案は妥当であることが確認された。

D. 考察

以上から ICF の大きな懸案の一つである「活動と参加の共通リストにおける活動レベルと参加レベルの分類の使用項目の選択」について、障害のある人々の医療（主として

リハビリテーション医療）の場における総合評価における試用を通じて活動と参加の項目の選択を行うことができた。

これはもちろん最終的なものではなく、今後介護、福祉、行政等の場における検討も必要である。しかし少なくとも医療においての標準的な項目選択がなされたことは、他の分野での使用においても大きく参考になるものと考えられる。

なお ICF の活動と参加が共通リストとなる直前の国際障害分類改定過程の段階として、ICIDH-2 の $\beta-2$ 試案の段階（1999-2000）があり、そこでは活動の分類と参加の分類は別個のものであった。今回の我々の研究の結論と $\beta-2$ 案とを比較すると、結果的に両者はほぼ一致し、その点からも今回の選択の妥当性は支持されたものと考えられる。

表 2 活動と参加の共通リストの使い方（案）

共通リストの章	活動(a)	参加(p)
5 セルフケア	全部	
6 家庭生活	全部	全部
7 対人関係	一般的な対人関係のブロック	特別な対人関係のブロック
8 主要な生活領域 (教育・仕事・経済)	一部 (仕事と経済のブロックのみ)	全部
9 コミュニティライフ・ 社会生活・市民生活	一部 (レクリエーションと宗教のみ)	全部
3 コミュニケーション	全部	
4 運動・移動	全部	
1 学習と知識の応用	全部	
2 一般的な課題と要求	全部	

E. 結論

以上、文献的考察と多数の専門家の討論を通じてのコンセンサスを事例研究(半構造的な面接による)にもとづいて検証するという段階を踏んで、ICFの活動と参加の共通リストにおける使用項目の選択につき、少なくとも医療(一般医療およびリハビリテーション医療)においては妥当性の高い選択基準を確立することができた。

これによりICFの活用がその総合性を保ったまま一段と容易となり、普及と活用に大きく役立つことと期待される。

ICF のコード化に関するガイドライン作成（2） －活動の評価点の評価基準（案）の作成－

分担研究者 大川 弥生 国立長寿医療研究センター 老人ケア研究部 部長
桐生 康生 山梨県峡中地域振興局健康福祉部 副部長
西島 英利 日本医師会 常任理事

研究要旨 ICFにおいては共通評価点（.0－.4）が用いられ、その基準がパーセントで示されているが、個々のレベル、個々の項目についての判定基準の策定は今後の大きな課題である。今回我々は「活動」レベルに関して、従来のADL（日常生活活動）等の活動の各種の評価法に立って活動の実行状況と能力（物的支援なし、およびあり）についての基準案を作製し、フィールドテストによってその妥当性を確認した。

A. 研究目的

ICF（国際生活機能分類、2001）においては共通評価点が定められている（表1）。ここでは.0－.4の5段階の評価が基本であり、0は問題なし、4は完全な問題を示す。これら

はいずれも問題の程度のパーセントの範囲を示すものとされ、表に示すように、例えば2（中程度の問題）であれば、25%から49%の範囲の問題をもつとされている。この場合の基準は

表1 共通評価点

xxx. 0	問題なし	（なし、存在しない、無視できる…）	0－ 4%
xxx. 1	軽度の問題	（わずかな、低い…）	5－ 24%
xxx. 2	中等度の問題	（中程度の、かなりの…）	25－ 49%
xxx. 3	重度の問題	（高度の、極度の…）	50－ 95%
xxx. 4	完全な問題	（全くの…）	96－100%
xxx. 8	詳細不明		
xxx. 9	非該当		

注：xxx はコード番号（ローマ字と数字、3桁とは限らない）

その国の同性・同年齢などの集団の標準(正常)値であり、これらのパーセント数字は、そこからのマイナスの程度を示すものとされる。すなわち、2(中程度の問題)ならば標準(正常)の約1/4から1/2までの範囲のマイナス(ロス)がある状態を意味する。しかしこのようなパーセント表示はあくまで概念的なものであり、実証的なデータにもとづいてすべての項目について評価点の判定基準を定めることはWHO自身も認めるように今後の課題である。

しかし、ICFを現実に活用する場合に評価点の判定基準は絶対的に必要である。また活動に関しては従来ADL(日常生活活動)等の活動の評価というかたちで多くの評価法が開発され、そのうちのいくつかは広く用いられるに到っている。したがって、これに立脚すれば少なくとも活動に関する限りは評価点の基準を定めることが可能であると考えられた。そのため生活機能全体の評価基準決定の第一歩として活動に関する研究を行なった。

B. 研究方法

1. 文献的考察

ADLをはじめとするASL(社会生活行為)、SS(社会生活技能)、VS(職業能力)、AS(余暇活用能力)などの「活動」についての従来の各種の評価法を比較検討した。その際「できる活動」(ICFの「能力」と「している活動」(ICFの「実行状況」)の差を重視し、簡便でかつこの2者の差を鋭敏に検出しうるか否かを基準として検討した。

2. 試案の作製

1) 1.の文献的考察に立って、ICFを十分理解している8名の専門職者(医師4名、理学療法士1名、作業療法士3名)が各人でそれぞれ、活動の評価基準についての試案を作製した。

2) ついでそれをもちよって異同について議論し、

3) その結果に立って分類案を作製した。

3. フィールドテスト

病院の一般病棟およびリハビリテーション病棟に入院中の16,651名の患者について上記の試案を用いて、15項目の活動について評価した。

患者の内訳は次のようであった。

脳卒中 : N=6,640

骨・関節疾患 : N=2,299

その他 : N=7,712

評価した15項目の活動は次の通りであった。

屋外歩行、
階段昇降1階分以上、
病棟トイレまでの歩行、
病室内歩行、
病棟トイレまでの車椅子駆動、
車椅子とベッドの間のトランスファー、
ベッド上起き上がり、
食事、
排尿、
排便、
更衣、
装具・靴の着脱、
入浴、
洗顔、
歯みがき。

以上のデータから妥当性を検討した。

C. 研究結果

1. 試案

上記B-2.において作製した試案は表2の通りである。

この表において実行状況(1桁目)とは、ICFの評価点の表記法として、小数点下1桁目には実行状況(している活動)に関する

評価点を記すことになっていることを示す。能力（できる活動）は2桁目と3桁目に記され、うち下2桁目には支援（人的および物的）なしの状態を、下3桁目には支援（同上）ありの状態を示すことになっており、表にもそのように分けて示している。

ただ同じ支援といっても物的支援（義肢、装具、歩行補助具、等）と人的支援（介護）とは非常に意味が違ふことと、今回の基準案には人的介助の程度が重要な評価基準として既に組み込まれていることからして、活動の能力の場合の支援あり、なしは共に物的支援のみの有無に限ることとした。

評価点の.0 は自立（実行状況について）または独立（能力について）を示す。

.1 は見守り・口頭指導（または指示）、.2 は部分介助（表1の規定に従い、正常からのマイナスが25-49%の範囲、すなわち介助の程度が1/4～1/2の範囲のもの）、.3 は全介助（同じく正常からのマイナスが50%

以上、すなわち介助の程度が1/2以上のもの）である。

.4 は全介助によってすらその活動を行っていない（実行状況）または行えない（能力）ことを示す。なおこれには病症上禁止されている場合を含むものである。

2. フィールドテスト

上記の6,640名の患者の15項目の活動に関するフィールドテストでは上記の基準に矛盾する例はなく、すべての例について評価が可能であり、妥当性が支持された。

D. 考察

以上の結果から、今回作製した活動の評価点に関する基準は、従来の各種のADLその他の「活動」の評価基準と共通する点を多くもつこと、また現実のフィールドテストにおいて満足すべき結果を示したことからICFにおける「活動」の評価点の基準としての実用性が実証されたものと考えられる。

表2 「活動」の評価点の基準（案）

	実行状況(1桁目)	能力 支援なし(2桁目) (物的支援なし)	能力 支援あり (物的支援に限る)(3桁目)
a x x x . 0	自立	独立	独立
a x x x . 1	見守り・口頭指導	見守り・口頭指導	見守り・口頭指導
a x x x . 2	部分介助	部分介助	部分介助
a x x x . 3	全介助	全介助	全介助
a x x x . 4	していない(含:禁止)	行えない(含:禁止)	行えない(含:禁止)

E. 結論

今回作製した基準案はICFにおける「活動」の5段階評価として信頼性、妥当性の高いものであり、従来のADL評価と基本的に一致しており、学習も容易である。これはICFの普及・活用に非常に有用であると考えられる。

ICF のコード化に関するガイドライン作成（3） —環境因子の評価点の評価基準（案）の作成—

分担研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 副会長
大橋 謙策 日本社会事業大学 教授

研究要旨 ICFにおいては共通評価点（.0-4）が用いられ、その基準がパーセントで示されているが、個々のレベル、個々の項目についての判定基準の策定は今後の大きな課題である。今回我々は環境因子の評価点について、「活動」の評価点の基準に関する研究の成果に立って、活動の実行状況と能力との関係に与える環境因子の影響に関する評価点の基準案を作製し、フィールドテストによってその妥当性を確認した。

A. 研究目的

ICF（国際生活機能分類）においては「活動の評価点の基準に関する研究」において述べたように、評価点や基準は概念的なパーセント表示で示されているだけで、それを個々の分類・個々の項目によって定める作業は今後の課題となっている。

我々は上記研究において、活動の評価点に関する評価基準を標準化した。それを基盤とすれば、活動との関連性における環境因子の評価点の基準を標準化することが可能と考えられた。そのためそれを目的として本研究を行なった。

なお、環境因子では、それが有利に働いているか（促進因子）、不利に働いているか（阻害因子）を示す必要があるため、少数点の後に数字だけあるいは－（マイナス）付の数字を入れれば阻害因子の意味となり、＋（プラス）の符号をつけることで促進因子の意味に

なると定められている。

本研究もその線に沿って、+4（完全な促進因子）から、0（促進因子でも阻害因子でもない）を経て、-4（完全な阻害因子）にいたる全9段階についての評価基準を検討した。

B. 研究方法

1. 理論的考察

活動の実行状況と能力との関係を規定するのは広義の環境である。ICFで環境因子とは物的環境だけでなく、人的環境、また社会的・制度的環境を含む非常に広義のものである。それを考慮すればこの3者の関係は次の概念式のように表わすことができる。

$$\begin{aligned} & (\text{活動の能力}) \times (\text{環境因子}) \\ & = (\text{活動の実行状況}) \end{aligned}$$

ここで×（掛ける）とは相互作用するという意味である。すなわちこの式は、活動の能力と環境因子とが相互作用することで活動の実行状況が決まってくるということを意味する。

先に我々は「活動の評価点の基準に関する研究」において活動の実行状況と能力（物的支援なし、およびあり）についての基準案を作製し、その妥当性を実証した。

したがって上の式のような相関関係があるとすれば、活動の実行状況と能力とを比較する

ことによって環境因子の評価を行うことが可能と考えられる。

2. 評価基準案の作製

「活動と参加の分類の共通リストにおける活動と参加の分類使用項目の選択に関する研究」の場合と同じ8名の専門職の議論によって、上記のような理論的考察に立って評価基準案を作製した。

表1. 「活動」の能力と実行状況に関連しての「環境因子」の評価点の基準(案)」

0 阻害も促進もしていない

- 1 これだけで見守り・口頭指導になっている
- 2 これだけで部分介助になっている
- 3 これだけで全介助になっている
- 4 これだけで実施できないでいる

- +1 これがあるために見守り・口頭指導が不要になっている
- +2 これがあるために部分介助が不要になっている
- +3 これがあるために全介助が不要になっている
- +4 これがあるために実施できている

注1. 活動の実行状況と能力との関係に、環境因子がどのように影響しているかをみるために用いる。

注2. -1～-4は、能力（物的支援の有無は実行状況と同じとする）としては独立であるものが、環境的な阻害因子によって実行状況がそれぞれ見守り・口頭指導、部分介助、全介助、または禁止になっていることを示す。なお+-の符号が全く付かない数字だけの場合には-符号がついた阻害因子として扱う

注3. +1～+4は環境的な促進因子のために、それがなければ能力（物的支援の有無は実行状況と同じとする）として見守り・口頭指導、部分介助、全介助、禁止などであるものが、実行状況として自立になっていることを示す。

注4. 必ずしも能力的に独立ではなく、1～.3のどれかであったものが、阻害因子によって更に評価点が下がった場合にはその差（下がった程度）で示す。たとえば、1である能力が阻害因子によって、.3に下がった場合は-2とする。同様に、促進因子によって実行状況が向上したが、自立まではいかなかった場合もその差で示す。たとえば、.3であった能力（物的支援なし）が促進因子によって、.1の実行状況になった場合は+2とする。

3. フィールドテスト

上記研究の場合と同じく 24 名の各種疾患患者について面接調査、病歴チェックおよび診察・評価を行い、上記の基準の妥当性を検討した。各例につき 2 人の専門職が評価し、その一致度をみた。

C. 研究結果

1. 評価点基準案

上記 B の 1、2 の方法で作製した評価点の基準案を表 1 に示す。

なおここで人的介助は評価点の中に含まれているため、環境因子としては物的環境（生活環境だけでなく、装具・歩行補助具等の用具を含む）と社会的・制度的環境（医療サービスを含む）を中心にみるものである。

表 1 について以下に要点を説明する。

1) 「0」とは環境因子が活動の能力と実行状況の関係になんらの影響を与えていないことを意味する。

すなわち「0」と評価される環境因子はプラス（促進因子）にもマイナス（阻害因子）にも働いておらず、中立的である。

2) -1 ～ -4 は、能力（物的支援の有無は実行状況と同じとする）としては独立であるものが、環境的な阻害因子によって実行状況がそれぞれ見守り・口頭指導、部分介助、全介助、または禁止になっていることを示す。なお $+$ の符号が全く付かない数字だけの場合には $-$ 符号がついた阻害因子として扱う。

すなわち $-$ （マイナス）符号の（あるいは符号なしの）評価点がついた環境因子は、阻害因子として活動の能力が実行状況となることを妨げている。その程度が数字で示され、それは「能力としては独立」なものが実行状況としてはそれよりも落ちる程度であらわす。

なお能力として独立未満である場合については 4) 参照。

3) $+1$ ～ $+4$ は環境的な促進因子のために、それがなければ能力（物的支援の有無は実行状況と同じとする）として見守り・口頭指導、部分介助、全介助、禁止などであるものが、実行状況として自立になっていることを示す。

すなわち $+$ （プラス）符号の評価点がついた環境因子は、促進因子として働き、活動の能力が独立に到っていないにも拘わらず、実行状況を自立にしている。そして能力が低ければ低いほど促進の程度が大きいことになる。

なお実行状況が自立未満である場合については 4) 参照。

4) 必ずしも能力的に独立ではなく、 1 ～ 3 のどれかであったものが、阻害因子によって更に評価点が下がった場合にはその差（下がった程度）で示す。たとえば、 1 である能力が阻害因子によって、 3 に下がった場合は -2 とする。

同様に、促進因子によって実行状況が向上したが、自立まではいかなかった場合もその差で示す。たとえば、 3 であった能力（物的支援なし）が促進因子によって、 1 の実行状況になった場合は $+2$ とする。

2. フィールドテスト

B-3 に述べたフィールドテストの結果は全ての項目において高い一致率を示した。

D. 考察

理論的考察から導き出された活動、特にその能力と実行状況との関係における環境因子の評価基準が、実際例におけるフィールドテストにより高い一致率を示した。

但し環境因子の影響は「活動」についての専門的知識を必要とし、特に「できる活動」については活動向上訓練の専門的技術を要する面もある。今回のフィールドトライアルは専門職