

2-9 スペイン (1994)

福祉機器給付の基本原則
<ul style="list-style-type: none">● 障害者の社会への統合のためのツールとして福祉機器を給付
給付の責任組織
<ul style="list-style-type: none">● 医療に関連した機器は健康保険による。● その他のものは福祉サービスによる。
給付品目
<ul style="list-style-type: none">● 健康保険による品目表<ul style="list-style-type: none">➢ 下肢装具 (杖、松葉杖、歩行器を含む)➢ 上肢装具➢ 体幹装具➢ 義足➢ 義手➢ その他 (車いす、褥瘡予防クッションを含む) 「● 電動車いすは福祉サービスに請求
給付手続き
<ul style="list-style-type: none">● 給付請求のための手続きは特に定められていない。
自己負担分
<ul style="list-style-type: none">●

2-10 デンマーク

県：14、大都市：2、市町村：274、各県に福祉機器センター

1994	2004
福祉機器給付の基本原則	
<ul style="list-style-type: none"> ● 社会省の任命による福祉機器協議会が具体的な給付を決定する。 ● 再使用可能な機器は市町村が所有して貸し出す。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 機能障害 (impairments) を補償するさまざまな助成金のひとつ。 ● 障害がなかった場合に負担したであろう費用については自己負担すべきであるが、反対に、障害によって生じた付加的な支出に関しては障害者が負担すべきではないとするのが原則。 ●
給付の責任組織	
<ul style="list-style-type: none"> ● 市町村 (275)。 ● 補聴器、コミュニケーションエイドは県レベル (14) ● 一時的にのみ試用する機器は病院が支給。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日常生活 (県、市町村)、教育訓練機器 (学校)、就労用 (市町村)、治療訓練 (病院) などによって担当が違う。 ● 市町村が助成する福祉機器 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 障害による長期的な影響を緩和する福祉機器 ➢ 日常生活を活発にする十分な効果のある機器 ➢ 就労に不可欠な機器 ● 県が助成する福祉機器 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 視覚障害あるいは眼疾患のために視力の回復ができない人々への光学的補助器具およびロービジョン補助器 ➢ 義手、義足 ➢ 補聴器 ➢ 特別なIT化福祉機器とそれらの使用を支援する福祉機器、身体障害者用自動車 ●
給付品目	

<ul style="list-style-type: none"> • 特に決められていない。 	<ul style="list-style-type: none"> • 品目リストは定められていない。 • 1998年の法改正によって一般機器、生活用品、福祉機器の3種類に区分。 • 一般機器：誰もが必要に応じて購入する製品。(一般用ベッド、テレビ、マットレス、いす、電話など)。一般機器は助成の対象外。 • 生活用品：一般向けに製造され広く流通している製品の中で、障害者にとって特に有用な製品。(発話障害者のためのコンピュータなど)。50%の助成金が支給され、使用者の所有物となる • 福祉機器：身体あるいは精神の障害による影響を軽減することを目的として製造されたもの。支給の対象。
<p>給付手続き</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 担当ソーシャルワーカー（OTである場合が多い）が自宅を訪問してアセスメントを行う。 • 給付の権限はソーシャルワーカーに付与されている。 • 必要と認められた機器のなかで最も低価格のものを給付する。手動車いすなどで手持ちのものが使える場合中古品を優先する。 	<ul style="list-style-type: none"> • 専門家が利用者の協力の下にアセスメントを行い、ケースノートに記録として残す。アセスメントは専門家の知見と利用者のライフスタイルや知識との間の相互関係が明確でなくてはならない。
<p>自己負担分</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 200クローネまでは自己負担。複数の機器を支給する場合も、自己負担は200クローネまで。 	<ul style="list-style-type: none"> • 生活用品については自己負担率50% • 電動車いす用バッテリーの費用などは利用者自身による自己負担が

2-11 ドイツ (1994)

福祉機器給付の基本原則
<ul style="list-style-type: none">1974年までは障害原因に基礎をおいた給付制度であったが、現在は結果としての障害のみに基づいた給付制度となっている。
給付の責任組織
<ul style="list-style-type: none">健康保険と労災保険が主要な責任組織である。
給付品目
<ul style="list-style-type: none">労災保険のために、労働省が義肢装具を含む品目リストを公表し、補助限度額を定めている健康保険では、試験評価の後機器ごとに補助額を定めたリストを開発中である。
給付手続き
<ul style="list-style-type: none">医師による処方箋と見積書を添えて申込書を担当機関（健康保険あるいは労災の地域支部）に提出医師はアセスメントの後処方箋を作成する。医師が必ずしも福祉機器に詳しくないと批判もあり、セラピストをチームに含めたアセスメントが望ましいとの議論もある。機器の選択は医師が行う。
自己負担分
<ul style="list-style-type: none">機器ごとに補助額が定まっている。

2-12 ニュージーランド（2000）

福祉機器給付の基本原則
<ul style="list-style-type: none"> ● 障害者の社会参加へのバリアを克服するための手段として福祉機器を給付する。
給付の責任組織
<ul style="list-style-type: none"> ● Enable Funding が責任組織
給付品目
<ul style="list-style-type: none"> ● 37-500ドルの福祉機器：専門査定官の認が必要 ● 500ドル-20000ドルの福祉機器：Enable Funding の認が必要 ● 20000ドル以上の福祉機器：保健基金局の認が必要
給付手続き
<ul style="list-style-type: none"> ● 使用者の申請に基づき専門査定官が認定を行う。 ● 専門査定官は障害者のニーズに基づき、最も費用対効果に優れた福祉機器の選択を推奨する。
自己負担分
<ul style="list-style-type: none"> ● 以下のものは給付対象外である <ul style="list-style-type: none"> ➢ 37ドル未満の福祉機器 ➢ 病状または手術後の容態を治療する福祉用具の提供。 ➢ 個人的な健康ニーズのための福祉用具。 ➢ 監視福祉用具または投薬福祉用具。たとえばネブライザー、酸素供給器、流動食または医薬品を供給するためのポンプ、点滴スタンドなど。 ➢ 造瘦術に関する用品。 ➢ 排池自制に関する用品。 ➢ 機能回復用矯正補助具。たとえば羊皮のブーツ、外科的固定具、副木、人工器官など。 ➢ 消耗品。たとえばプリンタのインクカートリッジ、車椅子利用者の手袋、TENSの電極、歩行器やステッキのゴム製先端部など。 ➢ 保健基金局の他の契約で費用が負担される福祉用具。たとえばコンタクトレンズ ➢ 療法のための福祉用具。たとえば理学療法用のマット。 ➢ 福祉用具の日常的な点検整備（これは障害者の責任である）。 ➢ 不注意または不適切な取り扱いによって福祉用具または部品が損傷した場合の修理または交換。

2-13 ノルウェー

県：19、市町村：439、福祉機器センター：県ごとに合計19

1994	2004
福祉機器給付の基本原則	
<ul style="list-style-type: none"> 福祉機器給付は保険関連サービスである。 税金によってまかなわれ、ニーズのみを考慮して判定する。 障害が長期（2年以上）にわたり、ニーズが認められた場合に給付する。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉機器はリハビリテーション計画に含まれており、障害者の能力の増進、自立の促進、自己充足の増進、介護の促進に資するものであること。 日常生活における実際的問題の解決のためにそれ以外の手段が存在せず、不可欠かつ適切なものである場合に限る。
給付の責任組織	
<ul style="list-style-type: none"> 1998年の調査では財政負担の割合は、国95%、県1-2%、市町村3-4%程度であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉機器は健康保険から給付 一時的な必要性は市町村からサポート 第1線レベル：市町村の現場 第2線レベル：福祉機器センター。県域をカバーする知識・技術資源 第3線レベル：全国レベルの個別分野に関する専門的な知識センター
給付品目	
<ul style="list-style-type: none"> 障害の軽減に有用なものは全て福祉機器と見なされ、給付の対象になる。 	<ul style="list-style-type: none"> 洗濯機、テレビ、汎用の台所用具など通常の人が利用する機器は除外。これらを適合させるための器具は対象となる。
給付手続き	
<ul style="list-style-type: none"> 当事者、家族、ホームヘルパーなどから市町村の担当者に申請。担当者は市町村あるいは病院の職員であるセラピストを派遣。 専門職（普通はセラピスト）がアセスメントをする。ユーザーの能力、利用環境をもととしてニーズを評価する。 機器の選択の決定権はアセスメントを行った専門職にある。ユーザーは機器の持つ機能（車いすのタイプ、特別の機能 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の包括的状況、福祉機器給付の具体的な目的の調査が治療プラン、訓練プラン、リハビリテーションプランに含まれる事が必要。 上記に基づいて様々な可能性を検討して復水器木を剪定、福祉機器センターに評価判定のための申し込みをする。 福祉機器センターの承認によって利用者に届けられる。調整・適合も福祉機器センターの任務。

<p>など) についての注文は出せるが、機種に関する選択権はない。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 簡単な適合は地域の専門職による。 	<ul style="list-style-type: none"> • 市町村の保健サービスの責任で決定される個別プランを活用すると、プランの全期間にわたってプランのカバーする機器の貸与を受けられる。
<p>自己負担分</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

2-14 フィンランド

県： 市町村：236、210の市町村に保健センター。

福祉機器ユニットを備えた中央病院の数：21

1994	2004
福祉機器給付の基本原則	
<ul style="list-style-type: none"> 障害者の参加と自立のために一般向けのサービスでは不足している部分を福祉サービスで提供。 リハビリテーション医療の一部分としての福祉機器給付。保健サービスとして提供。 再使用可能な機器は市町村が所有して貸し出す。 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション医療の一部分としての福祉機器給付。保健サービスとして提供。 再使用可能な機器は市町村が所有して貸し出す。 再使用不能なものは使用者の所有となる
給付の責任組織	
<ul style="list-style-type: none"> 試験評価から給付まで地域保健サービスの枠内。 財源は市町村の歳入 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村に権限と責務 財源は市町村の歳入 重度障害者のための福祉機器、住宅改修についてはフィンランド社会保険協会 (KELA)
給付品目	
<ul style="list-style-type: none"> 支給団体が決める。 	<ul style="list-style-type: none"> 自治体が品目を決める 自治体の執行機関である地域保健センターの68%、地域中央病院の83%で給付のための基準を設定
給付手続き	
<ul style="list-style-type: none"> 身辺処理など日常生活支援機器は利用者・家族・ヘルパーなどによる申請に基づく。PT または OT 等セラピストによるアセスメント 手動車いすの場合は、保健医療機関におけるニーズの把握、アセスメントの後で機関からの申請が普通である。 アセスメントの結果は、必要な機器とその仕様要件にとりまとめて交付申請 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活支援機器から基礎的機器（手動車いす、歩行補助器、排泄補助具など）は地域保健センター（210自治体に設置）に申請 電動車いす、リフト、ECS などは地域中央病院（全国で21）に申請 いずれについても必要性について医師の判定後給付手続きをとる 重度障害者のための福祉機器を KELA

<ul style="list-style-type: none"> 市町村の委員会で給付を決定 車いすなどの所有権は市町村に属しており、使用後は保守して再使用に回す。 	<p>に申請するに当たっては、医者の証明書が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> 「生活上の必要性」が認められる場合、KELAが費用を負担
<p>自己負担分</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 原則として自己負担はない 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション医療の一環としての福祉機器は無料 日常生活を資エンス強う具の場合、障害の程度によって一部負担がある。

2-15 フランス（1994）

福祉機器給付の基本原則
<ul style="list-style-type: none"> 健康保険制度の一部として給付 自立と社会参加のために福祉機器を給付
給付の責任組織
<ul style="list-style-type: none"> 退役軍人庁が全ての障害者の福祉機器の公的給付を担当していたが、1975年の改革で社会保障庁が管轄することになった。 健康保険（CNAM）の枠組みで給付
給付品目
<ul style="list-style-type: none"> CNAM が作成するリストに含まれるもののみ給付する。 以下のカテゴリーのものがリストに含まれる。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 眼鏡、光学機器、音響装具、義肢装具、移動機器、介護用具、機具類 日常生活を支援する用具は「快適性」のためのものであるから給付の対象としない。例外的に、特に重大な支援のための機器を含めている。 CNAM の県域組織 CPAM が実際に執行しているが、CPAM によっては、「規則外給付」として自立生活のための機器を給付する予算を用意している場合もある。 車いすについては CERAH における試験評価の結果に基づいてリストに加える。
給付手続き
<ul style="list-style-type: none"> 医師、セラピストによる処方箋が必要。しかし、詳細仕様、モデル番号などは含まないことが多い。 専門職あるいは介護ショップによるアセスメントに際してモデルを決める。 処方箋、見積書を CPAM に申請。10日後決定通知。 利用者は、CPAM の決定額と価格の差額をショップに支払う。 CPAM のセラピストが申請の認可、補助額を決める。
自己負担分
<ul style="list-style-type: none"> CPAM が個別に補助割合を決める。 車いすの場合、補助割合は30-90%。

2-16 ベルギー（1994）

福祉機器給付の基本原則
<ul style="list-style-type: none"> • 3種類の区別：長期療養、職場での事故による障害、先天性の障害 • 言語地域による相違
給付の責任組織
<ul style="list-style-type: none"> • 国民健康保険（RIZIV<Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering>/INAMI<Institut National d'Assurance Maladie·Invalidite>）が最初に障害もカバーする。 • 健康保険でカバーできないものは以下の2つのファンドによる。 • 職場での事故による障害：社会保険 • 職場での事故以外の理由による障害：社会扶助。財政責任は言語コミュニティ（ベルギーはフランス語圏、フレミッシュ圏、ドイツ語圏の3つの自治地域よりなる。）のファンド
給付品目
<ul style="list-style-type: none"> • RIZIV/INAMI がリストを作成。主として医学的観点より選定されている。
給付手続き
<ul style="list-style-type: none"> • 医師のオーダーによって RIZIV/INAMI が給付する。 • 医療に関係ない場合は処方箋を添えて地域の社会扶助に申請する。 • 申請が認められてから、機器の選択を行う。使用者が専門職のアドバイスを求めて決定する。 • 使用者は機器の支払いを行い、請求書を RIZIV/INAMI あるいはコミュニティのファンドに送る。償還額をこれらの機関が決定する。
自己負担分
<ul style="list-style-type: none"> • 基本的に償還払いであり、支払期間が認める範囲だけが給付される。 • 許可される範囲以上に高価な機器を購入しても良いが、償還額は変わらない。

2-17 ポルトガル（1994）

福祉機器給付の基本原則
<ul style="list-style-type: none">• 障害者の社会への統合の観点から福祉機器を給付。
給付の責任組織
<ul style="list-style-type: none">• 健康保険の枠内で福祉機器を給付
給付品目
<ul style="list-style-type: none">• 健康保険が品目表を定め、機器と給付金額が示されている。
給付手続き
<ul style="list-style-type: none">• 医師の処方箋を健康保険に提出し、専門職（PT、OT、看護師など）によるアセスメントを請求する。• 専門職の報告に基づいて医師が機器の仕様を決め、処方箋を作る。利用者の希望を表明することもできるが、色の好みなどは必ずしも満たされない。• 医師の処方箋に基づいて健康保険が給付を決定する。• 車いすの場合、在庫があって要件に合致するならそれを貸し出す。
自己負担分
<ul style="list-style-type: none">• 機器による

2-18 ルクセンブルグ (1994)

福祉機器給付の基本原則
<ul style="list-style-type: none">• 障害者の自立と社会参加のために福祉機器を給付する。
給付の責任組織
<ul style="list-style-type: none">• 福祉機器に関する相談、貸し出し、適合などのために SMA (Service Moyens Accessoires) を保健省内に設置。
給付品目
<ul style="list-style-type: none">• 品目表は保険証で制作し、毎年更新している。
給付手続き
<ul style="list-style-type: none">• 医師の処方箋を持って SMA に給付を申請。• その後の手続きは特に固定したくない。• SMA あるいは利用中の施設の専門職によるアセスメント。SMA の専門職が在宅訪問することも。• 車いすの場合、SMA から貸し出し。
自己負担分
<ul style="list-style-type: none">• リストにあるものについても、給付限度額、補助率が決まっている。車いすの場合、自己負担 30%、限度額 35000 LUF

第2章

WHO国際分類ファミリー（FIC）の動向

分担執筆者 井上剛伸

要 旨

WHO（国際保健機構）で進められている、保健関連の分類の作成動向について調査を行った。FICは中心分類と範囲を表すマトリックスがほぼ確立し、それに基づいた派生分類や関連分類を取り込む段階にある。ICFは普及の段階にあり、電子化などのツールの開発も行われている。

複雑化する保健関連分野において、包括的な分類(FIC)の意義は大きいことが明らかになった。

1. はじめに

多様な特徴を示す人の疾病や機能、健康における共通の概念や言語を示すことは、障害分野の研究やサービスを促進する上で重要である。WHO国際分類ファミリー（FIC）は、そのような目的で国際保健機構（WHO）が作成している分類群である。その核となっている分類は、ICD-10（疾病及び関連保健問題の統計分類）とICF（国際生活機能分類）である。ICD-10が疾病を扱う分類であるのに対し、ICFは環境や個人を含めて身体機能、社会活動、社会参加を扱う。現在、福祉用具（ISO9999）や傷害原因（ICECI）など関連する分類を含めて、健康に関する広範囲の分類として整備されつつある。

本稿では、FICに関する2004年の動向について調査を行い、その結果を示す。大きな動きは2つあり、1つは2004年6月にWHOからFICに関する解説書¹⁾が発行されたことであり、もう1つは2004年10月にアイスランドで開催されたFICネットワーク会議²⁾である。これらの情報を基に、FICおよびICFの最新動向を解説する。

2. WHO国際分類ファミリー¹⁾

2. 1. 背景

WHOから2004年6月に発行された解説書には、WHOの国際分類ファミリー(FIC)の定義と、分類ファミリーに新たに分類を包含する際の原則および手続きに関することが記されている。

内容は以下のとおり

第1部. WHO-FICの背景について

第2部. WHO-FICへの登録に関する原則について

第3部. 候補分類抽出のプロセスについて

第4部. 登録について

第5部. 付録

この2004年6月版解説書は、2003年10月に行われたWHO-FICネットワークミーティングで作成された提案や、WHO執行部からの意見を取りまとめ改訂したものであり、WHO-FICを国際基準として認められるように整理したものである。

<WHO分類ファミリーとは>

WHO分類ファミリーとは、健康に関する情報を国際的に比較するための総合的な方法として使用される。国際的に承認された分類方法によって、データの保存、検索、分析、解釈が容易になり、経時的な比較や、異なる母集団間の比較、国際的に一貫したデータ編集が可能になる。母集団は、国、州、領土、地域、マイノリティー集団、その他さまざまな母集団でデータ収集が可能である。

<WHO分類ファミリーの目的>

- ・保健や保健管理に関連する分類に対して、情報の概念的枠組みを提供する
- ・この枠組みに含まれる分類であることを保証し、声明として発表する
- ・保健分野における国際的な分類のFICへの適切な組み込みを促進する
- ・国、州、領土の違いや、保健分野の教育・訓練の違い、サービスと時間の違いを超えたコミュニケーションの促進やデータの比較を可能とするための共通の言語を構築する
- ・保健情報システムの組織的な分類スキームを提供する
- ・健康や保健システムに関する調査研究をシミュレートする

以上の目的を達成するために、WHOファミリーに登録される分類は以下の条件を満たさなければならない。

- ・保健科学や分類学の原則に基づいていること
- ・文化的に適切であり、国際的に受け入れ可能であること
- ・健康の多面性に焦点を当てていること
- ・異なった多様なユーザのニーズを満たすこと
- ・保健測定への波及効果が認められること
- ・利用者と開発者の共通のプラットフォームを提供すること

分類は、保健に関する統計データを支持する目的で使用されている。WHOでは、ある時点での人の健康状態を記述するために、2つの中心分類を開発してきた。疾病とその他関連する健康の問題は国際疾病分類改訂10版(ICD-10)³⁾に分類される。また、生活機能と障害については、国際生活機能分類(ICF)⁴⁾に分類される。3つめの中心分類は国際医療行為分類(ICH)⁵⁾であり、これは現在開発中である。

個人の健康は、ICDとICFで記述することが可能である。利用者は複数のディメンションやレベルにおける定義を必要としている。そのため、上記2つの分類以外にも、健康に関連する他の視点の分類が必要である⁵⁾。そのため、WHOファミリー開発委員会ではFIC

の範囲を示すマトリックスを作成した。

国連統計部(The United Nations Statistical Division: UNSD)は国連経済・社会分類ファミリーを作成し、統計分類の基本原則を示した。“国際経済・社会分類ファミリーは、国連統計委員会(United Nations Statistical Commission)やその他の国際委員会において、経済、人口統計、労働、健康、教育、社会福祉、地理、環境、観光に関する指針として国際的に認められている分類を包含する。”⁶⁾

WHO-FIC は可能な限り、国連統計部のアプローチと一貫性を保つように配慮している。国連分類ファミリーは、ICD-10やICFも社会・経済分類として包含している。

そこで、国連の定義を採用し、WHO-ICF は以下を定義する。

WHO 国際分類ファミリーは、世界保健機構やその他の WHO が認めた組織により準備された分類を包含する。また、国際分類に関連したり、単独ではなく、主として地域や国内で使用されている同様な分類も包含する。

<保健用語>

近年、保健に関する用語の定義について、多くの議論がなされてきた。この問題は難しい問題であり、国際規格を作成する団体においても、定義の一貫性を欠く場合がある。一般に、異なる目的のための用語には異なるレベルがあることは明らかである。

近年の情報機器の普及は、用語に関する新たな混乱を招いている。これは、保健サービスの提供者（専門用語）と受給者（一般用語）の間での情報交換の問題も含んでいる。分類規格には、同義語リストやコンセプト、分類の特徴などを含めたほうがよい。

本解説書において、“保健用語”は一般用語から専門用語までをあわせた広い意味での用語として使用している。

“分類 Classifications”

分類とは、“概念を分類項目に整理することであり、それにより、概念と分類項目の語義の関係を表現する。分類項目は、表記される意味により表現される。”⁷⁾ 分類は通常、一つの分野の概念を組織的に解析する目的のために、適切な自然言語の分類を含む。

個々の語彙から適切に合致する分類項目への参照マップを作成することは可能である。が、例外は常に必要である。

用語と分類はそれぞれを個別に考えられるものではない。詳細さのレベルに関連する主な違いが定義されるべきである。故に、個々の分類自体では、自然言語または電子的語彙も同様に扱う必要がある。現存する分類 (ICD-10やその改訂版、ICF) は、構造化され、第二レベルや中間単位といった特徴的な内容別に分類される。

保健分野の専門用語では、問題や項目、概念を表すために使われる用語の数は限られる。従って、外見上個々の概念が全てのレベルごとに区別されることは可能である。利用者は、同じ用語が、その文脈により異なる意味を持つことを認識する必要がある。これは、重要

であり、情報の詳細さは細かいレベルから荒いレベルへ移行することにより、必然的に失われる。荒いレベルの個々の分類単位は、より細かい分類単位における複合的に区別されている概念の一つにまとめた概念を持つ。分類の本質的な特徴は、集合体である。

分類は、統計情報の標準化コーディングのための項目としても必要である。用語と分類は補色の関係にあると考えられる。用語から分類へのマッピングは、用語と分類のどちらの立場からも役に立つ。

“用語 Terminologies”

用語(Terminology)は以下のように定義される。“特定の分野の概念体系を代表する一連の語句”または、“特定の学問分野において使用される語句の集まり”⁸⁾。CENTC251は“特定の目的に使用される一連の語句、また、それらの語句に定義を付した語句のリスト”⁹⁾と定義している。第一に用語体系と用語による同義語であり、次に、用語辞典がある。

電子的コミュニケーションでは、保健分野における基礎的な要素を全てカバーする一般的な保健用語が要求される。それ故、統制された用語/語彙の開発が必要である。これらの語彙には、それぞれの項目を区別する十分な要素を含む必要がある。語彙の本質的な特徴は、差別化である。

それぞれの保健分野の専門家は、それぞれの目的にあわせたそれぞれの用語体系を使用している。そして、これらの語彙は、それぞれの保健分野間でのコミュニケーションを難しくしている。用語/語彙では、可能な限り一つの単語、一つのコードが一つの意味を持つようにし、その単語が使用されている文脈を明確にする。

用語/語彙は構造のレベルにより違いがある。臨床的な用語は最小の構造で多様な保健用語体系を表す。インターフェース用語は、利用者と臨床情報を記録する電子システムとの間のインターフェースをとる。参照用語は、多くのインターフェース用語や分類に関連する、独自に定義された一連の概念を表す。参照用語は、報告や統計のための分類に対して、一般的に参照する視点を提供する用語集である。

“複合分類からのデータ組み合わせシステム Systems that combine data from multiple classifications”

分類の階層による分析が可能であるにもかかわらず、2種類以上の分野からの概念の一つにする、組み合わせシステムへのニーズが増大している。

保健領域における例としては、診断関連グループがあり、診断や処置といった患者個人のデータと、年齢、性別といったその他の特徴データを組み合わせている。

組み合わせシステムは、まず第一に、このような2つの低いレベルの組み合わせとは異なっており、WHOファミリーの中の分類を使用した、多様なデータ源からの出力を含むシステムをいう。それらはとても粗い単位によって特徴づけられ、WHO分類ファミリーにおける概念の集合化では、必要性が認められない。したがって、これらのシステムは、この解

説書では議論されない。WHO ファミリーは、それ自身を分類として制限し、中間レベルの単位を保つ物である。

<WHO ファミリーにおける分類のタイプ>

WHO・FIC の分類と、より広い国連ファミリーの経済・社会分類は、3つの主要なタイプの分類からなる。図1は WHO・FIC の分類のタイプを示している。

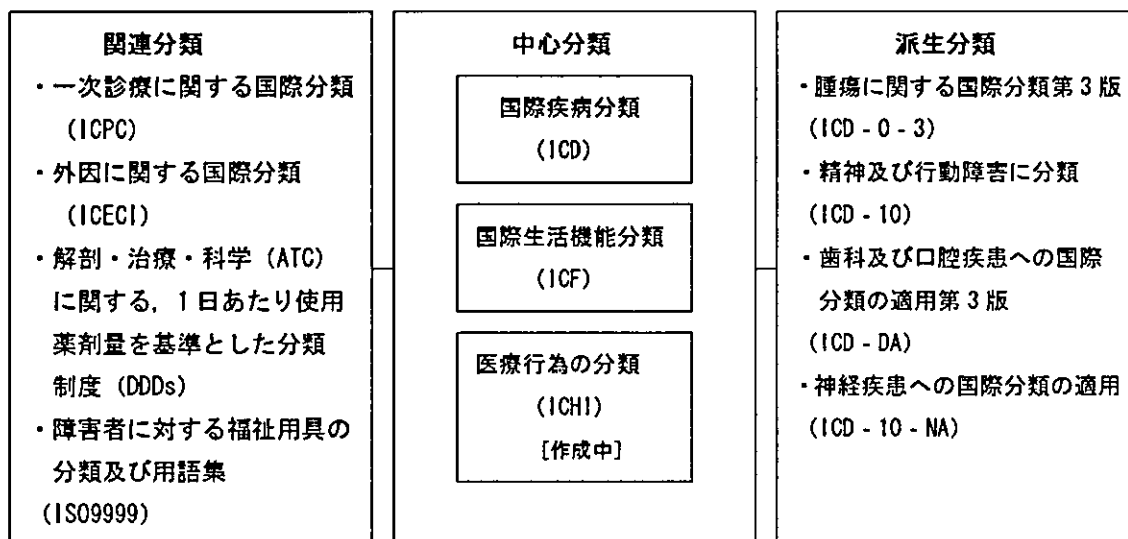


図1 FIC の分類のタイプ

中心分類 (Reference classification)

これらは、保健システムの主要なパラメータをカバーする分類である。死、疾病、生活機能、障害、健康、医療行為である。WHO 中心分類は国家の合意による産物である。それらは、使用における広範囲の受け入れや正式な合意を達成し、保健分野における国際的な報告のためのガイドラインとして推奨されてきた。これらの構造や分類項目の特徴・定義は、他の分類の作成や改訂の際のモデルとして使われる。

派生分類 (Derived classifications)

派生分類は、中心分類を基礎とする。派生分類は、中心分類の構造やカテゴリーを採用したり、中心分類によって提供されるものの詳細を付加的に提供するものである。また、一つまたは二つの中心分類の項目を再編成したり寄せ集めることによって構築される物もある。派生分類は、しばしば国家レベルにあわせて使用される。

WHO・FIC の派生分類には ICF や ICD の専門性に起因する採用がなされ、腫瘍疾病国際分類(International Classification of Diseases for Oncology: ICD-O-3)や、歯科・口腔疾病国際分類の適用第3版(Application of the International Classification of Diseases to

Dentistry and Stomatology)、知的行動障害のための ICD-10(ICD-10 for Mental and Behavioural Disorders)、神経疾患国際分類適用(Application of the International Classification of Diseases to Neurology: ICD-10-NA)がある。

関連分類(Related classifications)

関連分類は中心分類を部分的に参照する分類や、構造の特定のレベルのみで中心分類に関連する分類である。ファミリーの統計分類の維持やアップデート、改訂の手続きは、関連する分類間の部分的な一致の問題を解決し、時間を越えた調和の推進の機会を提供する。WHO-FIC のなかでは、関連分類は、初期ケア国際分類(International Classification of Primary Care: ICPC-2)や、傷害の外的要因国際分類(International Classification of External Causes of Injury: ICECI)、福祉用具：分類と用語(Technical aids for persons with disabilities: Classification and terminology: ISO9999)、1日の服用量定義に基づく解剖学的治療薬分類(Anatomical Therapeutic Chemicals Classification with Defined Daily Doses: ATC/DDD)がある。

<WHO ファミリーの範囲>

健康は、“単に疾病や病気がないことではなく、身体的、精神的、社会的に良好な状態”¹⁰⁾を指す。健康や健康な状態は個人の問題であり、その人の目標や期待として定義される。たとえば、極度の柔軟性を必要とする体操選手は、ほとんどの人が健康と思うような状態でも不健康と感じるだろうし、膀胱線維症で生まれた人は、ほとんどの人が健康と感じる健康状態には達したことがないだろう。各個人は、いつ健康な状態が問題を発生するかを、保健システムにアクセスすることや自分自身で表現することにより定義している。保健システムは“主たる目的が健康を増進したり、回復したり、維持したりするための全ての活動”¹¹⁾を含んでいる。

健康の概念は、健康状態を検査したり、増進したり、維持したり、サポートしたりするための可能なサービスや介入、健康状態の表現や記述に関連する概念として定義される。

WHOによって定義された保健システムは広く普及し、政府の保健管理部門では考慮されてこなかった範囲をも含んでいる。公衆衛生のいくつかの分野は他の組織によってファンドがあつたり、管理されている。たとえば、交通事故での死亡や傷害を減らすための交通安全はそうである。障害者の健康状態を維持するためのサービスは、しばしば保健サービスとは考えられない場合がある。たとえば、在宅介護サービスである。以下の範囲が WHO-FIC の目的に合致する。

健康状態、環境衛生、介護・リハビリテーション、食料基準・食料衛生、保健政策、健康スクリーニング、障害政策、有害薬品使用の予防、伝染病対策、公衆衛生調査研究、選択的健康増進、傷害の外的要因、免疫学、労働衛生

関連の分類ファミリーが広範囲をカバーしているのに対して、WHO ファミリーは直接的

に健康に関する概念に限定している。国連の分類ファミリーにも、保健分野に関する分類が入っている。

分類ファミリーを特定するために、保健システムは2つの軸を使用して表現される。WHO-FICに含まれる保健分類の範囲や、健康および関連情報の範囲を代表するためにマトリックス案が作成された¹²⁾。

保健システムや健康に影響する要因の概念的なフレームワークは、これまで一つの次元で表現されてきた。これは、1998年に健康情報開発のガイドとして開発された、カナダロードマップをベースとした¹³⁾。そのフレームワークは、本質的にオーストラリアの保健システムのフレームワークと一致していた。これはオーストラリア保健福祉研究所(図2)¹⁴⁾と合衆国保健統計21世紀ビジョン¹⁵⁾により出版された物である。また、このフレームワークはWHO世界保健報告2000¹⁶⁾における、人々を保健サービスの中心に据える保健の考え方も一致している。

第2の次元は、適用範囲である。これは、多次元概念であり、セッティングの組み合わせや測定手法、ターゲットグループ、データ収集方法、データ提供者を含んでいる。列は、異なった保健システムにおける分類の適用範囲をカバーするために開発された。

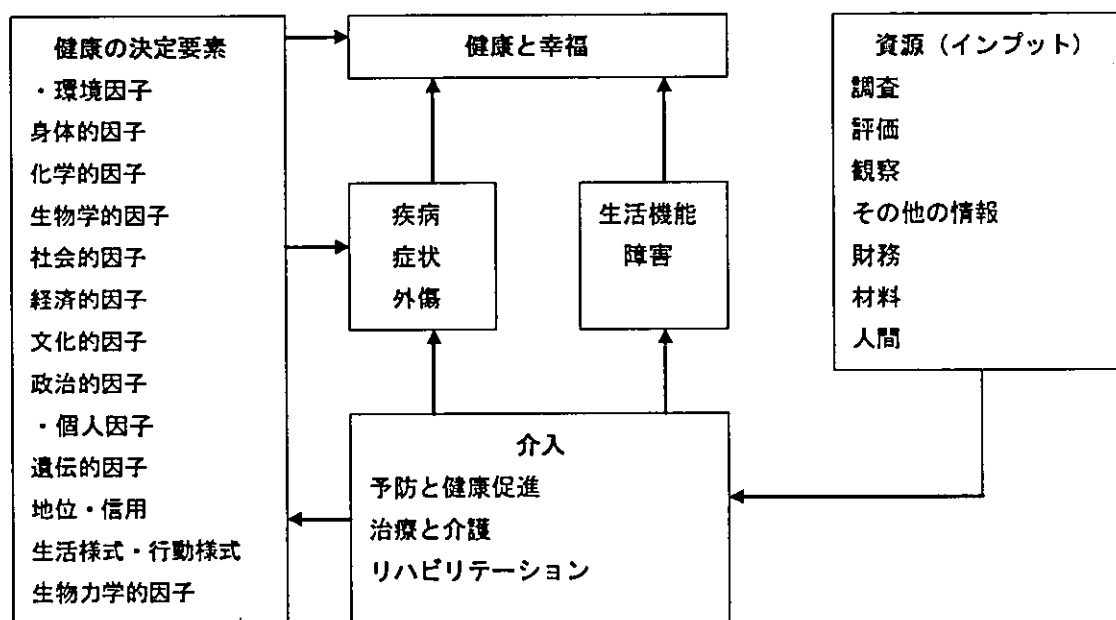


図2 健康に関する概念フレームワーク

これらそれぞれの次元には、相互に限られたドメインが存在する。保健システムは国、地域、人口グループなどにより多くの形態をとるため、理想は習慣的には得られないと認識されていた。定義された2つの次元は実利的なものであり、特定の状況において使用される適した分類があるかどうかをしめしている。

2つの次元を一緒にすることで、マトリックスが構成される。もしそのマトリックスが有用であれば、セル内に当てはまる分類を定義する。