

厚生労働科学研究研究費補助金
政策科学推進研究事業

慢性期入院医療における包括的評価指標の開発

平成15年度～平成17年度 総合研究報告書

主任研究員 高橋泰 (国際医療福祉大学)

分担研究員 大河内次郎 (産業医科大学)

分担研究員 大内 東 (北海道大学)

分担研究員 松田 晋哉 (産業医科大学)

平成18 (2006) 年 3月

目 次

I. 総合研究報告「慢性期入院医療における包括的評価指標の開発」	
(1年目の成果：平成15年度)	
指標としてのICFの信頼性の検討	2
(2年目の成果：平成16年度)	
はじめに	76
研究1「慢性期入院医療における包括的評価指標の開発」の中間報告	78
高橋泰、大河内次郎、大内東、松田晋哉	
研究2：簡易K項目による要介護度判定選定アルゴリズム	93
大内 東、高橋 泰	
研究3：亜急性病床に関する調査報告	103
高橋泰、猪口雄二、安藤高朗	
(3年目の成果：平成17年度)	
研究1 亜急性病床入院患者の寝たきり度改善に及ぼす因子に関する考察	
高橋泰	138
研究2 亜急性病床における骨折系・脳血管疾患系特性	
高橋泰	161
研究3 亜急性・回復期におけるケースミックス区分の開発	
高橋泰 大内東	186
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	207
III. 研究成果の刊行物・別刷	208

厚生科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

「慢性期入院医療における包括的評価指標の開発」

—指標としてのICFの信頼性の検討—

平成15年度 総括研究報告書

主任研究員 高橋泰（国際医療福祉大学）

分担研究員 大河内次郎（産業医科大学）

分担研究員 大内 東（北海道大学）

分担研究員 松田 晋哉（産業医科大学）

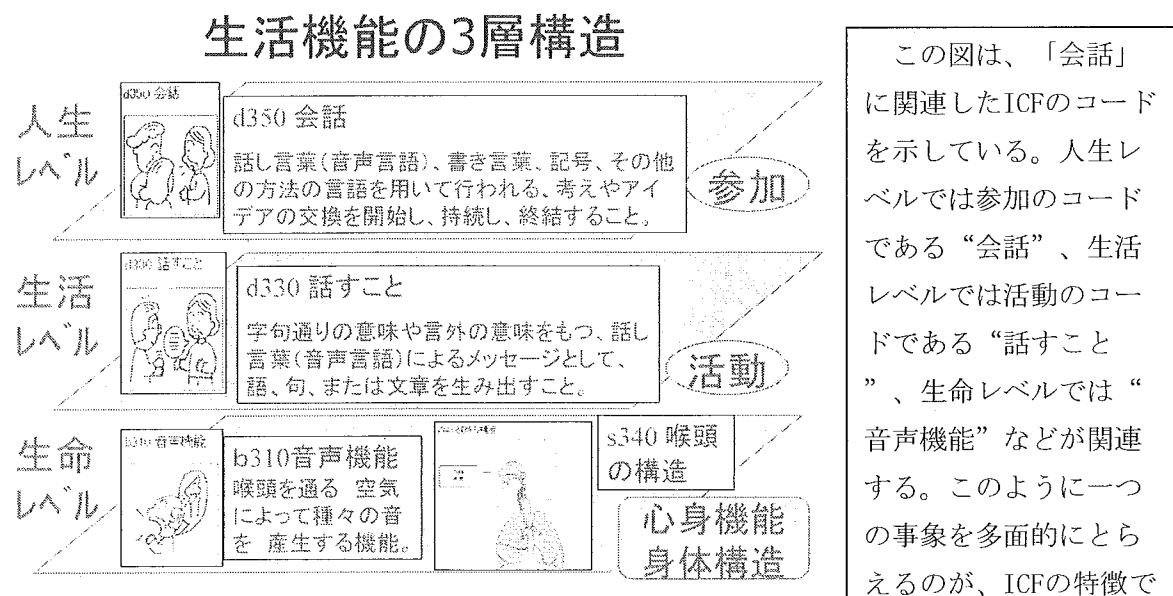
平成16年(2004)年3月

A. 研究目的

日本における急性期医療の評価手法としてDPCが開発され、今後DPCを用いた急性期医療の評価が急速に浸透する可能性が高い。一方、急性期以降の慢性期入院医療における包括的評価指標の開発は行われておらず、平成16年度以降RUGsを軸とする慢性期医療の評価指標の検討が始まる予定であるが、今後の進展が急性期医療の評価と比べ、未だ不透明な状況にある。

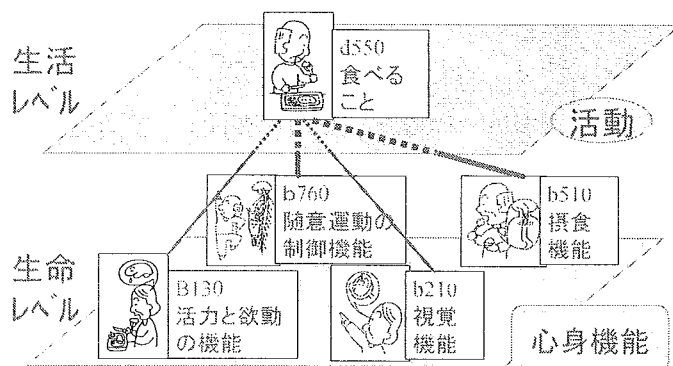
今回の研究も目的は、急性期以降の慢性期入院医療における包括的評価指標の開発することにある。急性期医療評価は、ICD（国際疾病分類）を基礎とする傷病名に関する情報と、および入院中に行われた医療処置に関する情報に注目すれば評価が可能になる。一方、急性期以降の医療は、疾患の治療から臓器の機能不全から発生する障害を補うことへと比重が推移してくるので、亜急性期～慢性期の医療あるいはケアの評価には、“医療に関する情報”と“機能低下より発する障害に関する情報”の両者を評価する必要がある。特に病状が安定しているが大きな障害を抱えるケースでは、障害に関する情報の評価の比重が大きくなっていく。

急性期以降の医療を評価するには、傷病名に対するICDに相当する、障害を区分するための理論的な枠組みが必要になる。今回の研究班のメンバーは、障害を区分するための理論的な枠組みとして、ICFに着目した。ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）は、人間の「生活機能と障害」の分類法として、2001年5月、世界保健機関（WHO）総会において採択された障害を区分するための理論的な枠組みである。ICFは、以下の図に示すように、生活機能（Functioning）という新しい概念を提唱し、包括的に障害を捕らえることを重視している。第23回日本老年医学会の大川弥生先生による特別講演によると、生活機能（functioning）とは、心身機能・構造、活動、参加の全てを含む包括用語であり、ICFは、人が生きる全体像を「生命レベル」、「生活レベル」、「人生レベル」の3つのレベルから包括的に捕らえることを一つの主要な目標として開発された。



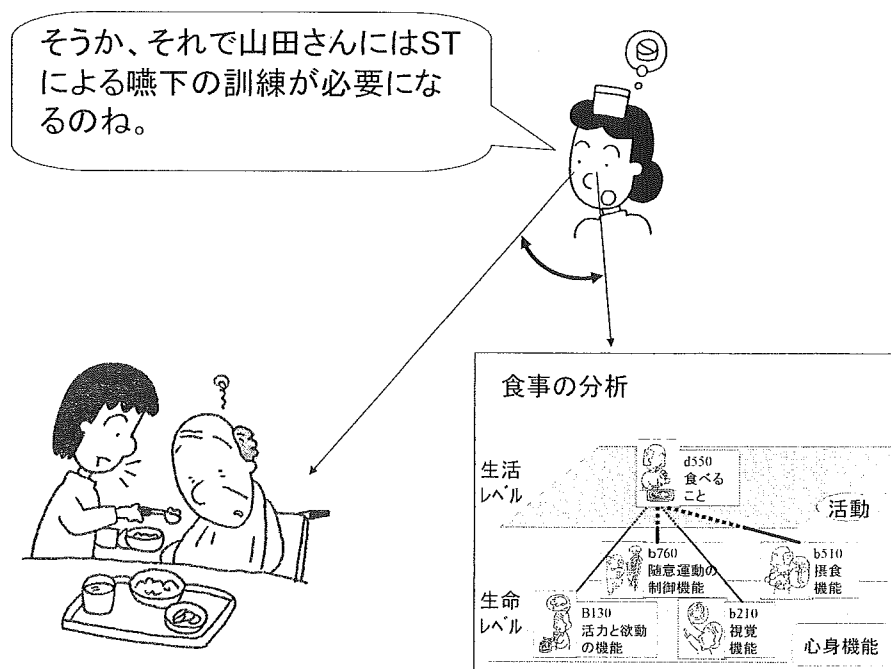
筆者らはICFの障害を3層に分け捕らえる考え方に着目し、疾病（ICD）と障害（ICF）を結びつけることを考えている。以下の図に示すように、食事という活動を、ICFの身体機能コード（b760随意運動の制御機能、b510摂食機能、b210視覚機能、b130活力と欲動）を用いて、記述することができる。以下のような図を筆者らは、“ICF項目別マップ”と呼んでいるが、活動と参加に関する項目の種々の“ICF項目別マップ”を作成することにより、種々の日常生活における障害と心身機能の低下の関係を明示することが可能になる。

食事の分析

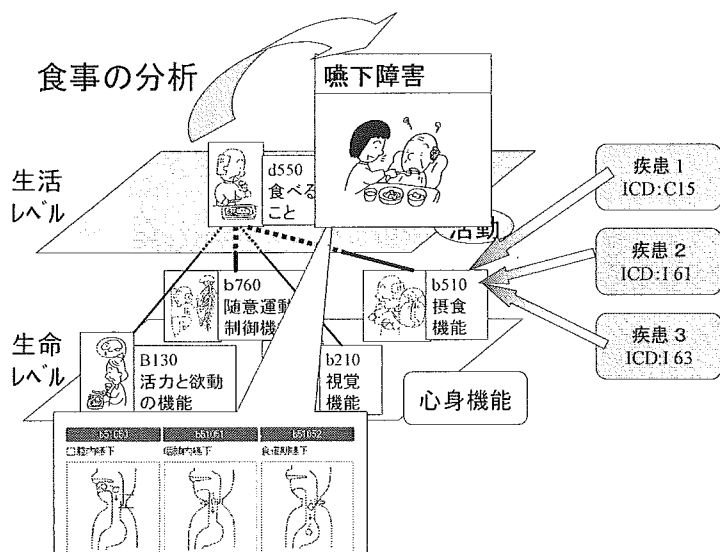


この図は、“ICF項目別マップ”の一つである“ICF食事マップ”のイメージを示している。ICFの身体機能コードを組み合わせ、食事を行うために必要な主要な機能を記述することができる。

このようなICFマップを見ながらアセスメントを行えば、日ごろ身体機能に興味に向かない看護やケアスタッフが、身体機能低下とADL低下の関連や、リハビリのスタッフによる訓練の意味を考えるようになることが期待できる。

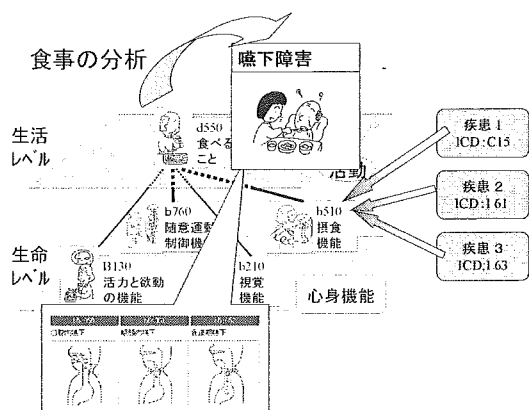


疾患が日常生活の活動にどのような影響があるかを説明するのは意外に難しい。一方、嚥下の機能に障害を及ぼす疾患（食道癌、脳卒中、アカラシアなど）を選び出すのは、比較的容易である。以下に示すような“身体機能”を介して“生活レベルの障害（ICFの心身機能のコード）”と“疾患（ICDコード）”を関連付ける図を多数作成することにより、疾患と機能障害の関係を明らかにすることができる。



ある疾患のICDコードが決まると、その疾患により発生する心身機能レベルの障害レベルを評価することができる。臓器レベルの障害の程度が明らかになれば、生活レベルでどのような障害が発生するかを説明することが容易になる。

医師は、病気をその病態生理に基づいて説明することに慣れていていると考えられるが、疾患が日常生活にどのような影響を与えるのかを説明するのは、医師であっても容易ではない。その一つの原因は、医学部での教育は疾患に関するものであり、その疾患が身体の機能にどのような影響を及ぼし、更にそれが日常生活にどのような影響を及ぼすかという教育をあまり受けていないことに起因する。このことが医療関係者の中に、ケアのことはわからないという人が多い、主要な原因であろう。ICFの身体機能を介してICDと生活レベルの障害を関連付けることができれば、医療関係者のケアの理解もあがる。またICDとICFを関連付けたモデルの上に構築された急性期以降の患者区分法が開発できれば、医療とケアの連携もよりスムーズなものになることが期待できる。



このような機能障害の関連図を見ると、脳卒中になると、臓器障害を介して、例えば、食事に関するいろいろな障害が発生することがよくわかる。この図を利用すると、患者さんにも納得してもらえる説明ができそうだ。

次に、ICFに関する研究論文のレビュー結果を紹介する。ICFは、世界各地で発生する生活上のありとあらゆる障害を記述することを目的に開発された巨大な理論体系である。ICFでは、人間の生活機能と障害について、「心身機能」、「身体構造」、「活動と参加」、「環境因子」について、約1500項目に分類している。WHOの発表によると、ICFは健康や機能障害を評価する国際標準の体系として広く受け入れられていることになっている。しかし現状は、十分活用されているとは言いがたく、ICFに関する論文も、非常に限られている。

国内では、「障害」を「問題」ととらえず、ポジティブな特徴として扱うきっかけとして、ICFを用いられるようになってきているが、ICFをデータとして取り扱っている論文は2003.11月1日現在医中誌Web上原著報告にはない。本邦では上田敏らが、ICFの評価者間一致率について、チャプターレベルまでの検討を行った。(厚生科学研究20010303)。しかし、対象者が少ないため一致率は、チャプターレベルまでの検討のみで利用者が適切なコードを選択しているかどうかは不明であった。

また海外でもICFに関する論文の数は、非常に限られている。巻末に2004年2月末時点の、MEDLINEで「ICF」をキーワードに検索で選ばれた、全論文の一覧を掲載するが、その数はわずか49編¹⁻⁴⁹である。この中でICFの項目自体を検討したものとして、Jettel¹⁶ (J, Rehab Med. 35 (3) 145-9, 2003) が、「心身機能」と「活動と参加」領域について、因子分析を行い、独立した因子を抽出したが、一方領域間の相関が高いことも示している。ICFの学術上の位置づけとしては、疾患毎に発生する障害を整理しようとする試みは、例) Simonsson et al.³⁴ によるSecondary conditions in children with disabilities、あるいはリハビリテーションの成果をICFのコードによって記述する試み-例) Wunderlin et al による Is global outcome predictable in the rehabilitation of patients with musculoskeletal disorders?などがあるが、論文数も非常に限られている。我々が文献レビューをした範囲では、ICFを利用した論文の多くは、ICFを用いてある事象を整理したり記述したものに留まり、ICFの各項目の障害の発生率や、ICFの再現性という基本的な評価に関する論文は、未だ発表されていない。このような基本的なデータがなければ、これから進めようとするICFを用いた急性期以降の指標の開発に大きな支障をきたすことが予想される。そこで今年度は、ICFの主要な項目の障害の発生率、現場のスタッフが更なるアセスメントを必要とする項目はどのようなものであるか、項目毎の発生率はどの程度であるかなどを調べ、

(1) ICFが信頼して使える道具であるかを評価する

(2) 各章や項目により、どのような性格の差があるかを確かめる

(障害は発生しやすいが、更なるアセスメントの必要性が低い章、あるいはその逆等)

(3) 調査対象者の疾患や機能低下、生活様子などを集計する

ことを明らかにすることを目的とした。今年度筆者らが行なったICFに関する調査は、お

そらく世界で初めてのICFの使用に関する大規模調査であり、世界中のICFの使用者（潜在的な使用者も含め）にとって、有用な基礎データになることを期待している。

更に次年度以降、今年度収集した調査対象者の疾患やADLデータと、ICFに関するデータの関係に関する解析や、その結果を踏まえた急性期以降の疾患・障害モデルの作成は来年度以降の課題とする予定である。筆者らが行った他の研究資金で行なった亜急性期の患者調査により、亜急性期の疾患は、脳卒中と骨折で8割を超え、20程度の疾患群を整理すればほとんどのケースが網羅できることが示唆された。よって次年度では、最初に、亜急性期や慢性期でよく見られる疾患に絞り、ICDとICFの関連を整理する。その後、その結果をもとに、急性期とそれ以降をシームレスに評価できる慢性期のケースミックス手法の開発につなげることに、今後取り組んでいく予定である。

また筆者らは、ICFの主要な項目をイラストで示し、更にその内容をインターネット上で閲覧できるICFイラストライブラリーというプログラムを開発した。ICFイラストライブラリーは、PT協会のホームページ上ですでに公開されており、提示されているイラストを自由にダウンロードして使用することも可能である。今回の調査では、ICFイラストライブラリーのイラストを調査用紙に用い、評価者が用意にICFの内容を理解できるよう工夫した。今後更に障害例やICDの疾患イメージを説明するイラストを作成し、急性期以降の疾病—障害を説明するモデル作成にも生かしていく予定である。

B. 研究方法

研究の目的で述べたように、今年度の研究では、ICFという道具の使い勝手を評価した。ICFの主要な項目の再現性を調べるために、一人の「状態の変動の少ない安定した」高齢者に対し、二人の評価者が一週間以内の異なるときに評価を行なうという形で調査を行った。調査用紙の一部を、以下に示す。

		0:機能障害なし	1:軽度機能障害	2:中等度機能障害	3:重度機能障害	4:完全な機能障害	8:詳細不明	9:非該当	この方にとって、更に詳しいアセスメントが必要と思われる重要項目の場合、○をつける
障害のパーセント表現		0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%			
おおまかな統一イメージ		なし無視できる	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定できない場合	判定の対象外	
b110	意識機能 周囲への意識性、明瞭性の状態に関する全般的精神機能であり、覚醒状態の清明度と連続性を含む。 	0	1	2	3	4	8	9	
b114	見当識機能 自己、他者、時間、周囲環境との関係を知り確かめる全般的精神機能。  今、何時？	0	1	2	3	4	8	9	

各評価者は、質問用紙に示された「0：障害なし」、「1：軽度の障害」、「2：中等度の機能障害」、「3：重度機能障害」、「4：完全な機能障害」、「8：判定できない」、「9：判定の対象外」のいずれかに○をつけ、更にその項目に関する更なるアセスメントが必要と思われる場合は、更なるアセスメントが必要という欄に○をつけるという形で評価を行った。今回の調査の大きな特徴は、質問用紙のICFの各項目を言葉とともにイラストを用いて説明していることである。

調査に際し、調査対象者に対しては、全て文章による調査協力の同意を得ている。

1. 質問の内容

調査用紙に含まれる質問の内容と質問数を以下に示す。

(評価者情報) 4質問

- (1) 職種、(2) 医療・保健・福祉職としての経験年数、(3) 高齢者評価の評価能力の目安、(4) 調査場所 (一般病院、在宅 (自宅) など)

(対象者の基本情報) 70質問

- (1) 性別、(2) 生年月日、(3) 職業 (4) 体格 (5) 家族状況、(6) 生活状況に関わる質問 30質問、(7) 疾患の有無 22質問、(8) 普段使用している移乗・移動用具について 13質問

(対象者の状態像) 14質問

筆者の開発したTAI法⁵⁰⁾を利用して、活動、精神、食事、排泄、医療、外出、“上肢・手”、視力、コミュニケーション、社交、入浴、“買い物・調理”、“洗濯・掃除”、“更衣・整容”という14種類の指標を用いて、患者像を評価した。

(対象者のICF身体機能) 85質問

結果の章に示した内容のICFの身体機能に関する85質問行なった。なお質問は、原則的にはICFの3桁で行ったが、言語療法士に関連の「b167深い言語に関する精神機能」、視能療法士に関連の深い「b210視覚機能」の項目は、4桁まで調査を行った。

(対象者のICF活動と参加) 152質問

結果の章に示した内容のICFの生活と参加に関する質問を152質問行なった。活動と参加の評価には、その人の現在の環境においてどの程度行なっているかを評価する「実行状況」と、対象者が行なえる最高レベルを評価する「能力」という2つの評価視点が存在する。今回の調査では、「実行状況」を評価してもらった。

なお理学療法士に関連が深い「姿勢の変換と保持」「歩行・移動」の項目、作業療法士に関連の深い「物の運搬・移動・操作」、IDL関連の「交通機関や手段を利用しての移動」、「家政(調理と家事)」、ADL関連の自己管理の項目は、4桁の質問まで行った。

2. 調査対象者

調査の構成を以下に示す。

(1) 調査回数

今回の調査は、原則2名の評価者が1週間以内に独立した形で評価を行った。2回の調査を行なえた対象者が761名であり、このデータを用いてICFの再現性を評価した。また1回しか評価を行なえなかった対象者は28名であり、合計 1550回 (=761回×2+28回) の評価が行われた。

調査対象者への調査回数

2人ペアで評価	761名	合計調査回数 1550回
1名のみ評価	28名	
合計	789名	

(2) 年齢、性別

年齢・性別の構成を、以下の表に示す。今回の調査は主に高齢者関連の施設で行われたため、65歳以上の占める割合が非常に高くなった。男性が189名(平均年齢77.5歳)、女性が589名(83.6歳)、全体の平均年齢は82.1歳であった。

調査対象者の年齢性別(シングルカウント)

	0-14	15-34	35-54	55-64	65-74	75-84	85-	合計	平均年齢
男性	1		3	7	66	62	50	189	77.5
女性	2		1	13	70	216	296	598	83.6
合計	3	0	4	20	136	278	346	787	82.1

(欠損2)

(3) 調査場所(調査対象者の調査時の居住場所)

調査が行われた場所を、以下に示す。医療施設内で入院中の対象者が8.6% (68例 (=60+20+8))、施設入所中の対象者が71.5% (561例=327+209+25))、在宅での対象者が18.0% (141例=34+47+60)) その他と欠損値が2.7% (19例=15+4) という構成であった。

調査場所(シングルカウント)

調査場所											合計
1:一般病院	2:療養型医療	3:療養型介護	4:その他の医療機関	5:介護老人保健施設	6:介護老人福祉施設	7:その他施設	8:通所リハビリ	9:通所介護	10:在宅(自宅)	11:その他の状況	
40	20	0	8	327	209	25	34	47	60	15	785

(欠損値 4)

(4) 機能レベルから状態像

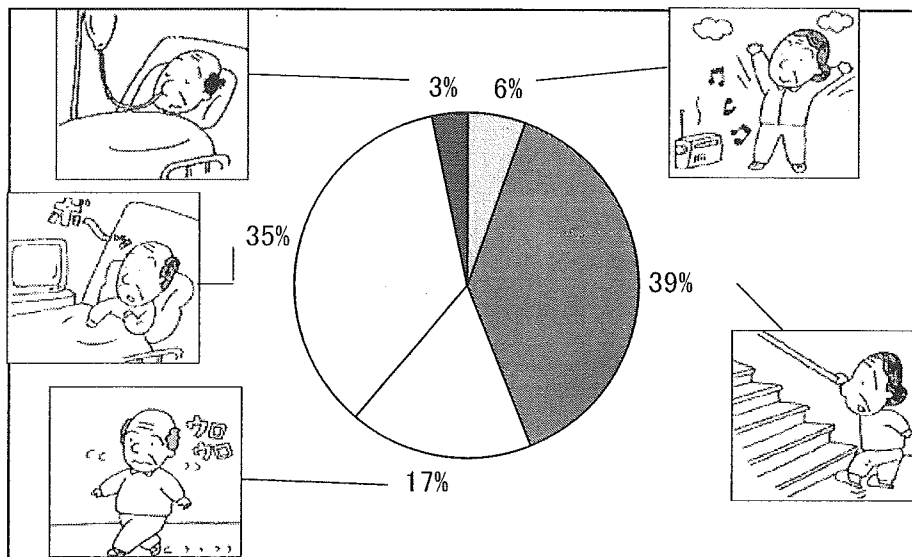
以下に、筆者らが開発したTAI法に基づく、調査対象者の状態像を示す。第一行目の「自立」したケースが5%、第二行の「虚弱」に相当するケースが39%、第三行目の「痴呆」に相当するケースが17%、第四行の「移動介助を要する」ケースが34%、第五行目の医療的ケアの比率が高いケースが3%であった。

調査対象者の状態像別人数(シングルカウント)

状態像説明	人数	%
足腰もしっかりし、明らかな痴呆もみられず、食事も排泄も自立 (B5)	42	6%
食事排泄は自立しているが、足腰が弱い、物忘れなどが見られる (B4)	288	39%
明らかな精神機能低下が認められるが、自分で歩いている (Cタイプ)	130	17%
移動に際して第三者の援助を要するが、経口で食事をしている(Dタイプ)	267	35%
移動に際して第三者の援助を要するが、経口で食事をしていない(Dタイプ)	26	3%
合計	753	100%

欠損データ 13例

調査対象者の大まかなイメージとその比率



(5) 疾患構成

以下に今回の調査対象者の疾患に罹患している人数と比率を示す。

調査対象者の疾患罹患人数(シングルカウント)

	人数	%表示
骨粗しょう症	116	15%
リウマチや関節の病気	110	14%
大腿骨(ももの骨)の骨折	134	17%
大腿骨以外の骨折	138	18%
腰痛(腰の痛み)	121	15%
坐骨神経痛	32	4%
脳梗塞	255	32%
脳出血	79	10%
パーキンソン病	40	5%
心臓病(心筋梗塞・狭心症等)	204	26%
高血圧	307	39%
糖尿病	107	14%
高脂血症	48	6%
ぜんそく・肺気腫	40	5%
ぜんそく・肺気腫以外の肺の病気	65	8%
胃や腸の病気	113	14%
うつ病	35	4%
アルツハイマー病や痴呆	276	35%
腎臓・膀胱または前立腺の病気	95	12%
白内障・緑内障などの目の病気	126	16%
がん(癌・悪性腫瘍)	46	6%

(欠損2)

対象者の機能レベルや疾患の罹患とICFの各コード別の障害発生率、再現率などの関係の解析は来年度の課題とし、今年度の報告は集計結果のみを示すに留める。

3. 評価者

以下に、今回の調査で評価を行った評価者の詳細を示す。

(1) 評価者の職種

今回の調査では、1550回の高齢者の評価が行われた。以下に各調査を行った職種別の回数を示す。看護師が24%、療法士が26% (=15%+10%+1%)、ケアマネジャー22%、その他が27%という比率の職種が、対象者の評価を行ってくれた。

評価者の職種

	人数	%
1.医師	1	0%
2.看護師	373	24%
3. PT	225	15%
4. OT	156	10%
5. ST	23	1%
6.上記職種以外のケアマネジャー	346	22%
7. その他	419	27%
合計	1543	100%

(欠損 7)

(2) 評価者の職業経験年数

以下に評価者の職種経験年数を示す。3年以上が81%、5年以上でも69%になり、今回の調査の多くのケースは、経験を積んだスタッフによる評価により得られた。

評価者の経験年数

経験年数	人数	比率
1年以下	114	7%
1-3年	174	11%
3-5年	189	12%
5-10年	545	35%
10年以上	528	34%
合計	1550	100%

(3) 評価者の評価能力

以下に評価者の評価能力を判断する目安となる、日常どの程度高齢者の評価を行っているかの自己申告による結果を示す。評価者の92%が仕事として高齢者の評価を行っており、今回の調査データの9割以上が、信頼できる評価者により作成された。

評価者の評価能力の目安 (自己申告)

1. 高齢者を評価することを、ほとんど行っていない	127	8%
2. 仕事で行うことがある	1011	66%
3. ほとんど日常業務の一部で あり、慣れている	394	26%
合計	1532	100%






(欠損値 18)

C. 研究結果



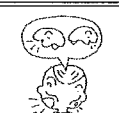


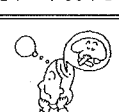

3. 1. ICFの項目毎の集計結果

以下にICFの調査項目毎の、集計結果を示す。表の見方を、第1行目の「b110意識機能」を用いて説明する。1550回の調査のうち、「0：機能障害なし」と判定された場合が899回、「1：軽度の機能障害」と判定されたのが290回、「2：中程度の機能障害」と判定されたのが167回、「3：重度機能障害」と判定されたのが140回、「4：完全な機能障害」と判定されたのが46回、判定できないと判断されたのが8回であった。また、評価者が「b110意識障害」に関して、さらに詳しいアセスメントを必要とすると判断したのが11回あった。








A) 身体機能の集計結果

第1章 精神機能(1) (全般的精神機能 (b110-b134))		0:機能障害なし	1:軽度機能障害	2:中程度機能障害	3:重度機能障害	4:完全な機能障害	8:詳細不明	9:非該当	この方にとって、更に詳しいアセスメントが必要と思われる重要項目の場合、○をつける
障害のパーセント表現		0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%			
おおまかな統一イメージ		なし無視できる	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定できない場合	判定の対象外	
b110	意識機能 周囲への意識性、明瞭性の状態に関する全般的精神機能であり、覚醒状態の清明度と連続性を含む。 	899	290	167	140	46	8		11
b114	見当識機能 自己、他者、時間、周囲環境との関係を知り確かめる全般的精神機能。 	619	320	240	222	124	25		30
b117	知的機能 さまざまな精神機能を理解し、組み立てて統合するために必要な全般的精神機能。 	489	297	256	262	212	34		27
b122	全般的な心理社会的機能 社会的な関係や対人関係を確立する上で必要な対人的技能を理解し、組み立てて統合していく際に必要な精神機能。 	486	292	270	246	214	41	1	23
b126	気質と人格の機能 種々の状況に対してその人特有の手法で反応するような、個々人の持つ生来の素質に関する全般的精神機能である。 	533	303	289	240	141	44		16
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機序としての全般的精神機能。 	722	318	261	150	64	35		14
b134	睡眠機能 身体と精神を身近な環境から、周期的、可逆的かつ選択的に解放する全般的精神機能で、特徴的な生理的変化をとともなう。 	744	417	234	104	36	15		16


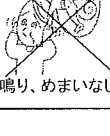
第1章 精神機能(2) - 1
(個別の精神機能 (b140-b180))





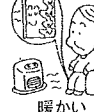

	障害のパーセント 表現	0:機能 障害なし	1:軽度 機能障害	2:中等度 機能障害	3:重度 機能障害	4:完全な 機能障害	8:詳細 不明	9: 非該当	この方にとって、更に詳しいアセスメントが必要と思われる重要項目の場合、○をつける	
		0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%				
おおまかな統一イメージ		なし無視できる	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定できない場合	判定の対象外		
b140	注意機能 所定の時間、外的刺激や内的経験に集中する個別の精神機能。		515	320	256	243	183	32	1	31
b144	記憶機能 情報を登録し、貯蔵し、必要に応じて再生することに関する個別の精神機能。		411	300	321	304	181	32	1	44
b147	精神運動機能 身体レベルでの、運動的および心理的事象を統制する個別の精神機能。この機能が低下すると、心理的变化により動作が遅くなったり、過度の筋緊張がおきたりする。		439	364	317	247	132	50	1	35
b152	情動機能 こころの過程における感情的要素に関連する個別の精神機能。		579	334	343	204	63	26	1	19
b156	知覚機能 感覚刺激を認知し、解釈する個別の精神機能		756	295	247	148	71	32	1	5
b160	思考機能 こころの観念的要素に関連する個別の精神機能。		572	254	260	254	158	49	3	19
b164	高次認知機能 前頭葉に特に依存する個別の精神機能で、意思決定、抽象的思考、計画の立案と実行、精神的柔軟性などといった複雑な目標行動を含む。		448	272	252	267	243	66	2	11

第1章 精神機能(2) -2
(個別的精神機能 (b140-b180))





		0:機能障害なし	1:軽度機能障害	2:中等度機能障害	3:重度機能障害	4:完全な機能障害	8:詳細不明	9:非該当	この方にとって、更に詳しいアセスメントが必要と思われる重要項目の場合、○をつける	
障害のパーセント表現		0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%				
おおまかな統一イメージ		なし無視できる	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定できない場合	判定の対象外		
b167	言語に関する精神機能 サインやシンボル、その他の言語要素を認識し、使用する個別的精神機能。		572	254	260	254	158	49	3	23
b1670	言語受容 話し言葉（音声言語）、書き言葉、および身振り言語など他の形式のメッセージを解読し、その意味を理解するための個別的精神機能。		477	319	280	264	182	28		14
b1671	言語表出 話し言葉（音声言語）、書き言葉、身振り手話、あるいはその他の形式で、意味のあるメッセージを作るために必要な個別的精神機能。		442	280	299	256	245	28		20
b1672	統合的言語機能 意味論的および象徴的な意味、文法構造、観念を組織して、話し言葉、書き言葉、または他の形式でメッセージを作るための精神機能。		406	273	298	270	272	31		13
b172	計算機能 数学的記号と演算過程の意味を理解し、概算し、操作する個別的精神機能。		360	294	247	279	337	32	1	12
b176	複雑な運動を順序を立てて行う精神機能 複雑で目的をもった運動を順序づけ、協調させて行う個別的精神機能。		367	265	275	276	329	36	2	21
b180	自己と時間の経験の機能 自己の同一性（アイデンティティ）、自己の身体、環境と時間の現実の中での自己の位置を認識することに関する個別的精神機能。		617	279	199	216	195	44		10

第 2 章 知覚機能と痛覚 (1)
 (視覚および関連機能 (b210-b220), 聴覚と前庭機能 (b230-240))






	障害のパーセント表現	0:機能障害なし	1:軽度機能障害	2:中等度機能障害	3:重度機能障害	4:完全な機能障害	8:詳細不明	9:非該当	この方にとって、更に詳しいアセスメントが必要と思われる重要項目の場合、○をつける	
		なし無視できる	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定できない場合	判定の対象外		
b210	視機能 光の存在を感じることで、視覚刺激の形態、大きさ、姿、色調を感じることに關する感覚機能。	 よく見える	830	393	206	66	12	43	14	
b2100	視力 遠景と近景の双方に対して、両眼と単眼のいずれを用いても、形や輪郭を感じることでできる視覚機能。	 遠近ともにOK	629	491	278	75	13	64	22	
b2101	視野 視線を固定して見ることができるとしての範囲に關した視覚機能。	 視野は広いです	723	413	226	83	15	90	14	
b2102	視覚の質 光感受性、色覚、コントラスト感度、全体的な画像の質を含む視覚機能。	 くつきり見えます	720	408	224	70	14	114	15	
b215	眼に付属する構造の機能 視覚機能を助ける、眼球内および周囲の構造の機能。	 目の調整、良好	694	389	169	61	9	228	18	
b220	目とそれに隣接する構造に關した感覚 眼の疲労感、乾燥感、かゆみ、および關連する感覚。	 痒みも目ヤニもなし	1015	299	115	43	7	71	10	
b230	聴覚機能 音の存在を感じることで、また音の発生部位、音の高低、音量、音質の識別に關する感覚機能。	 よく聴こえます	701	430	256	126	12	25	29	
b235	前庭機能 位置、バランス、運動に關する内耳の感覚機能。	 バランス良好	389	329	313	202	161	154	2	44
b240	聴覚と前庭機能に關した感覚 浮動性めまい、転倒感、耳鳴り、回転性めまいの感覚。	 耳鳴り、めまいなし	1086	199	79	41	12	132	1	16

第2章 知覚機能と痛覚 (2)									
(その他の感覚機能 (b250-b270), 痛み (b280))									
障害のパーセント表現		0:機能障害なし	1:軽度機能障害	2:中等度機能障害	3:重度機能障害	4:完全な機能障害	8:詳細不明	9:非該当	この方にとって、更に詳しいアセスメントが必要と思われる重要項目の場合、○をつける
おおまかな統一イメージ		なし無視できる	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定できない場合	判定の対象外	
b250	味覚 苦味、甘味、酸味、塩味を感じる感覚機能。  甘い、からい、苦い	993	270	129	66	19	73		6
b255	嗅覚 香りやにおいを感じる感覚機能。  良い、香り	932	286	146	76	30	80		4
b260	固有受容覚 身体各部の相対的位置関係を感じる感覚機能。  まっすぐ立っている	531	285	235	224	214	60	1	24
b265	触覚 表面およびその性状や質感を感じる感覚機能。  蟻が歩いている	750	345	225	134	44	52		21
b270	温度やその他の刺激に関連した感覚機能 温度、振動圧、侵害刺激を感じる感覚機能。  暖かい	814	343	196	120	32	45		15
b280	痛みの感覚 身体部位に何らかの損傷を負う可能性があるか、あるいは負ったことを示す不愉快な感覚。  痛い部位はなし	751	371	251	121	29	27		25

第 3 章 発声と発話の機能
(発生と発話の機能b310-b340)

	障害のパーセント 表現	0:機能 障害なし	1:軽度 機能障害	2:中等度 機能障害	3:重度 機能障害	4:完全な 機能障害	8:詳細 不明	9: 非該当	この方にとって、 更に詳しいアセス メントが必要と思 われる重要項目の 場合、○をつける
		0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%			
	おおまかな 統一イメージ	なし 無視でき る	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定でき ない場合	判定の 対象外	
b310	音声機能 喉頭を通る空気によって 種々の音を産生する機能。		1098	228	106	74	38	6	24
	アー、 音を出せます								
b320	構音機能 話し言葉（音声言語）の音 を発音する機能。		933	275	161	98	78	5	30
	ちゃんと話せます								
b330	発話の流暢性とリ ズムの機能 発話の流れと速さの機 能。		678	324	243	174	125	6	28
	流暢に話せます								
b340	代用性音声機能 発話以外のその他の音声 を産生する機能。		620	311	253	177	137	52	17
	色んな音 を出せます								

第 4 章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能 (1)
 (心血管系の機能 (b410-b420)) (血液系と免疫系の機能 (b430-b435))

	障害のパーセント表現	0:機能障害なし	1:軽度機能障害	2:中等度機能障害	3:重度機能障害	4:完全な機能障害	8:詳細不明	9:非該当	この方にとって、更に詳しいアセスメントが必要と思われる重要項目の場合、○をつける	
		なし無視できる	わずかな	中程度の	高度の、	全くの	判定できない場合	判定の対象外		
	おおまかな統一イメージ									
b410	心機能 適切なあるいは必要とする血液量と血圧で、全身に血液を供給する機能。		653	449	253	74	8	113	37	
	心臓、調子良好									
b415	血管の機能 全身に血液を運搬する機能。		621	448	218	53	4	206	33	
	血管も問題なし									
b420	血圧の機能 動脈内の血液の圧力を維持する機能。		594	515	286	95	7	53	36	
	血圧正常範囲									
b430	血液系の機能 造血機能、酸素と代謝物質の運搬機能、および凝固機能。		715	396	178	37	4	220	34	
	血液問題なし									
b435	免疫系の機能 異物（感染を含む）に対する特異的および非特異的免疫反応による防御に関する機能。		794	325	153	32	2	243	1	24
	免疫問題なし									