

200500597A

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

「生活機能」低下者の保健福祉施策における
国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者：仲村 英一
（（財）結核予防会）

平成 18（2006）年 3 月

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

「生活機能」低下者の保健福祉施策における
国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者：仲村 英一
（（財）結核予防会）

平成 18（2006）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

「生活機能」低下者の保健福祉施策における国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究

II. 分担研究報告書

- ・ I C F（国際生活機能分類）に立った「中核的評価指標」の開発
－第1次試案の作成－
- ・ I C F（国際生活機能分類）に立った「中核的評価指標」
－評価点についての検討－
- ・ 「活動」評価点の妥当性に関する研究
－災害時における被災高齢者の生活機能調査に立って－
- ・ 生活機能調査に基づく身体障害等級規定の検討
- ・ 「活動」の評価点に関する研究成果の国際的共有

I. 総括研究報告書

「生活機能」低下者の保健福祉施策における国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究

主任研究者 仲村 英一 財団法人結核予防会 理事長

研究要旨 「生活機能低下者」（全年齢の各種障害者、要介護者、難病患者、各種福祉サービス対象者、等）に共通する「中核的評価指標」を国際生活機能分類（ICF）に立って開発することを目的として、初年度の今年は「中核的評価指標」第1次試案を作成した。その特徴は、1）「活動」「参加」の中核的部分をなす最小限の項目による真の「中核的評価指標」と、「拡大中核的評価指標」との2段階とする、2）共に「活動」「参加」共通リスト内部の階層構造に立脚して5～9章を中心的なもの、第1～4章を副次的・補足的なものとして位置づけることである。

また、評価点については、各種の症例を用いて検討するとともに、災害時における被災高齢者の生活機能低下のリスク面からの検討（N=2,066）も行い、その妥当性を確認した。更に生活機能調査のデータ（N=19,946）に基づいて身体障害等級規定の検討を行い、障害種別の同一等級者の間に生活機能に関しては大きな差があること等、今後の課題を示唆する結果を得た。

分担研究者

- ・上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会、顧問）
- ・丹羽真一（福島医科大学、教授）
- ・大橋謙策（日本社会事業大学、教授）
- ・野中 博（日本医師会、常任理事）
- ・大川弥生（国立長寿医療センター、研究所、生活機能賦活研究部、部長）
- ・有馬正高（日本発達障害学会、会長）
- ・楠 正（日本薬剤疫学会、理事長）

「生活機能低下者」（全年齢の各種障害者、要介護者、難病患者、各種福祉サービス対象者、等）に共通する「中核（コア）的評価指標」を国際生活機能分類（ICF）に立って開発することを最終目的として、初年度の今年には第一次試案を作成することを目的とした。この点から「指標」の項目および評価点の妥当性の検討を、災害時における被災高齢者の生活機能低下のリスク面からの検討も含めて行った。更に障害（生活機能低下）の等級づけにおいてわが国の制度上最初のものであり、その後の諸制度にも大きな影響を与えている身体障害者福祉法の等級規定をICFと照ら

A. 研究目的

して検討することで「中核的評価指標」の活用に関する示唆を得ることを直接的目的とし、将来的には身体障害者福祉法の等級規定等の再検討にも寄与することを念頭において、生活機能調査結果に基づく身体障害等級規定の検討を行った。

B. 研究方法

1. ICF（国際生活機能分類）に立った「中核的評価指標」の開発

－第1次試案の作成－

中核的評価項目を決定するために、身体障害者福祉法等級表をはじめとする既存の多数の評価法の比較検討にもとづき、またこれまでの「国際生活機能分類（ICF）の活用のあり方に関する研究」（平成14～16年度：H14－障害－006）および今年度において検討した各種生活機能低下者の生活機能の分析、および3年以上の経過観察を行った事例52名に関する臨床記録にもとづいて、班員2名および共同研究者3名で討論を行い「中核的評価指標」に含めるべき項目について、他の生活機能低下に関する評価法（障害等級、要介護認定、等）をも考慮しつつ検討した。

2. ICF（国際生活機能分類）に立った「中核的評価指標」の評価点についての検討

理論的考察として「国際生活機能分類（ICF）の活用のあり方に関する研究」の研究班で作製した評価点その他のICF活用法の適・不適、問題点、改善すべき点について班員2名及び共同研究者3名で検討を行った。この検討によって明らかになった問題点について、実際の症例（56名）および臨床記録（34名）についての生活機能評価にもとづ

いて検討し、更に表現について、実際に使用する評価者にわかりやすく、誤解を防ぐための検討を行った。

3. 「活動」評価点の妥当性に関する研究

－災害時における被災高齢者の生活機能調査に立って－

2004年10月発生の新潟県中越地震の被災高齢者を対象とした生活機能の地震後の変化とそれに影響を与える地震前の生活機能の状態等の因子についての調査データを検討した。

調査対象は、長岡市の避難勧告地域の2066名（非要介護認定者1876名、要介護認定者190名）である。

4. 生活機能調査に基づく身体障害等級規定の検討

全国の5自治体における在宅高齢者（総計19,946名）についてのICFにもとづく生活機能調査データを用い、現行の障害等級規定の適切さおよび異なった障害種別間での同一等級において障害の程度が同一レベルにあるかどうかについての検討を行った。回収率は65.5%～99.9%の範囲にあり、5中4自治体において90%以上であった。

多数の項目のうち基本的な「活動」であり、他の「活動」に大きな影響を与える基礎的なものである、移動（屋外歩行<a4602>と自宅内歩行<a4600>）とセルフケア<a510－a560>とを分析の対象とした。

5. 「活動」の評価点に関する研究成果の国際的共有

本年度の研究のうち「ICF（国際生活機能分類）に立った『中核的評価指標』の評価点の

検討」および「『活動』評価点の妥当性に関する研究－災害時における被災高齢者の生活機能調査に立って」の要旨を英文化した。これを平成18年（2006年）10－11月チュニジアで開催されるWHO－FICネットワーク年次会議に報告する。

（倫理面への配慮）

被験者に対する調査は実施責任者が所属する機関の倫理委員会の審査を経ている。また、対象となる被験者についてはインフォームド・コンセントの原則に立ち、文書にて同意を得て実施している。

C. 結果と考察

1. ICF（国際生活機能分類）に立った「中核的評価指標」の開発

－第1次試案の作成－

まず中核的評価項目の基本的な考え方としては、次の4点を前提とすべきことが明らかとなった。

- 1) 生活機能の3レベルの中では「活動」と「参加」を中心とする。これは統合モデルに立つICFの特色をもっともよく反映し、かつ障害種別による差よりも日常生活及び社会生活に即した共通性の方がはるかに大きいため、事例間の比較がより客観的に可能なためである。
- 2) ICFの「活動」と「参加」の分類の各項目間の階層構造を十分考慮する。
- 3) 様々な具体的活用法に生かすときの基本となるものとする。
- 4) 様々なサービス・当事者・専門職の連携のツールとなるものとする。

また、「活動」の項目間の階層構造としては、

1) 章間の階層構造として、

（1）第1章：学習と知識の応用～第4章：運動・移動の4つの章は、第5：セルフケア～第9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活の5つの章の要素をなすものである。

（2）第1～4章の4章の間にも階層的な関係があり、第1章：学習と知識の応用と第2章：一般的な課題と要求は、第3：コミュニケーション、第4章：運動・移動に比較してより要素的なものである、ことが確認された。

2) 同一章内での階層構造としては、例えば a 475 運転や操作の要素として、a 435 下肢を使って物を動かすことや a 440 細かな手の使用があること。a 355 ディスカッションの要素として、a 310－a 329 コミュニケーションの理解、a 330－a 349 コミュニケーションの表出があること、などがあげられた。

上記のような章間での階層構造の存在からして、第1～4章は第5～9章に対する副次的補足的項目と位置づけるべきものであり、中心的な項目は第5～9章であると考えられた。

以上の原則に立って「中核的評価指標」第1次案を作成した。その特徴は、次の通りである。

1) 「活動」「参加」の中核的部分をなす最小限の項目による真の「中核的評価指標」と、より詳細な評価が必要な場合に用いる「拡大中核的評価指標」との2段階とする。

2) 共に「活動」「参加」共通リスト内部の改造構造に立脚して5～9章を中心的なものとして位置づけ、第1～4章はそれに対する副次的・

補足的なものとして位置づける。

2. ICF(国際生活機能分類)に立った「中核的評価指標」の評価点についての検討

各種の検討の結果、以下の基準(案)を作成した。

1) 「活動」の評価基準(案)

その特徴は次の通りである。

(1) 評価点0、1の定義—「普遍的自立」と「限定的自立」の区別の重要性

「従来は「自立」といえば、今回の評価点1である「ある環境でのみ自立している」(「限定的自立」と、そのような制約のない「普遍的自立」とを区別していなかった。例えば排泄行為についても自宅のトイレだけ(入院・入所中なら病院・施設のトイレだけ)で自立しているのと、外出先でも自立しているのとは大きな差がある。他の「活動」についても同様である。しかしそれらを区別せず、同じ自立とするのがふつうであった。

しかし、この点については、これまでの我々の研究によって、①各種の集団(「正常」高齢者、各種障害種別の障害者手帳所持者、要介護認定者等)において、「普遍的自立」の比率が「自立一般」(「普遍的自立」と「環境限定型自立」の合計)よりも生活機能低下の状況を、はるかに敏感に反映すること、②地震等の災害において環境因子の激変に起因する生活不活発病(廃用症候群)によると考えられる生活機能の低下について、災害前の「限定的自立」が高度のハイリスク因子であり、非自立群のリスクとほとんど差がないこと、等が明らかになった。すなわちこの2つの間には本質的な差があり、これを区別することが非常に重要であることがこれらの研究によっ

て裏付けられた。

(2) 評価点3、4の差

ある活動を全く行っていない(評価点4)のか、たとえ全介助であっても行っている(評価点3)のかの間には現実的な問題として非常に大きな差がある。それにもかかわらず、これまではこの両者を同じものとみることも多かったので、今回のこの区別は重要と考えられる。

(3) 実行状況(している活動)と「能力(できる活動)」

「能力」(「できる活動)と「実行状況」(「している活動)の間には大きな差があり、「できる活動」はふつう「している活動」よりも高いので、それをみることで、「している活動」を向上させる可能性を発見することができるという実践的な意義が大きい。

2) 「参加」の評価点基準(案)

その特徴は次の通りである。

(1) 「活発な参加」と「部分的な参加」を区別

「活動」における「普遍的自立」と「限定的自立」の区別が重要なのに同様に、参加においても制約なく参加している状態を「活発な参加」(評価点0)と「部分的な参加」(同1)との2つに分けた。「活発な参加」には量的な面(常に、しばしばなどの頻度の高さ)と質的な面(高い水準、すなわち指導的な立場、主要な役割、高く評価される内容の参加など)の両面があり、そのいずれかあるいは両者の特徴を持つ場合を「活発な参加」とする。そのいずれにも到らない場合が「部分的な参加」である。

(2) 人的介護を基準に導入

客観性を確保するためと「活動」との整合性を重視して、人的介護の有無によって評価

点0、1（基本的に人的介護なし）と、評価点2、3（人的介護あり）とを分けた。

評価点0（活発な参加）に該当する場合は一般的には人的介護なしである場合が多いが、一部には移動やセルフケアについては介護を必要としながらも高い水準の参加を実現している例も決して少なくないので、人的介護の有無は問わないことにした。

（3）評価点3、4の差

「活動」の場合と同様に、ある項目について全く参加していない（評価点4）のか、たとえ全介助であっても参加している（評価点3）のかには現実の問題として非常に大きな差がある。それにもかかわらず、これまではこの両者を同じものとみることも少なくなかったため、今回のこの区別は重要である。

（4）実行状況と能力（可能性）

「参加」においては「実行状況」と「能力」（可能性）のうち「支援あり」のみをみることにした。これは「能力」（可能性）については、その「参加」の具体像としての「活動」が将来的に実現できるという予後予測が不可欠であり、そのためには物的等の支援が不可欠であるからである。

3) 「心身機能」と「身体構造」の評価点基準（案）

その特徴は次の通りである。

（1）活動制限・参加制約の原因となるかどうかを重視

「心身機能・身体構造」レベルの評価はそれ自体単独に行うべきものではなく、他の2レベル（活動・参加）への影響の程度でみるべきである。そのような立場から活動制限・参加制約を起こすことの有無で大きく評価点0、1（活動制限、参加制約を起こさない）と2・

3（それらを起こす）とを分けた。

なお、評価点4（完全な機能障害または構造障害）は機能の完全喪失あるいは構造の消失（切断、等）であるからそれ自体として評価しうるものとした。

（2）環境の限定を導入

評価点0と1との区別としては、「活動」の場合の「普遍的自立」と「限定的自立」との整合性を重視して「普遍的自立」に対応する（その妨げとなっていない）状態を0（機能障害なし、または構造障害なし）とし、「限定的自立」に対応する状態を1（軽度の機能障害または構造障害）とした。

（3）「活動」の中でもセルフケアを区別

生命維持に直結する面が強いセルフケアにまで影響する場合を評価点3（重度の機能障害又は構造障害）とし、影響がそれ以外の活動のみに限られている場合を評価点2（中等度の機能障害又は構造障害）とした。

3. 「活動」評価点の妥当性に関する研究

－災害時における被災高齢者の生活機能調査に立って－

地震による「活動」低下に影響する因子についてみると、非要介護認定者では、地震前に「遠くへも一人で歩いている」（屋外歩行「普遍的自立」）であった者では、低下率は19.9%にとどまった。しかし「近くであれば一人で」（「限定的自立」）になると51.6%と急増し、「誰かと一緒に歩けば」の67.6%、「歩いていない」の57.5%に近い低下率であった。一方要介護認定者では地震前に「遠くへも一人で」であった群でさえ低下率は58.8%と高かった。「近くであれば一人で」での低下率は69.2%であり、「誰かと一緒に歩けば」は

91.7%、「歩いていない」57.4%であった。

以上から、一見健康で自立している高齢者においても、地震に伴う環境（物的・人的・社会的）の激変に伴う生活不活発病（廃用症候群）による生活機能低下、特に歩行・身の回り行為等の「活動」の低下がみられること、特にそれが地震前に「普遍的自立」であった者には軽度であるのに対し、「限定的自立」であった者でははるかに著しいこと、そして「限定的自立」者における低下率は「非自立」者と大差がないことが明らかとなった。

以上はICFにおける「活動」の評価点において、評価点0を「普遍的自立」とし、同1を「限定的自立」とすることの妥当性を、従来の検討とは異なる角度から証明したものとみることができる。

4. 生活機能調査に基づく身体障害等級規定の検討

1) 各種障害毎の等級別比較

障害等級と屋外歩行の自立度との関連をみると、肢体不自由では、非要介護認定者でも要介護認定者でも著明であった。自宅内歩行でも非要介護認定者では同様の傾向、要介護認定者では僅かな同方向の傾向を示した。セルフケアでも同様に障害等級との関連が明らかであった。

屋外歩行の成績からは1-2級、3-4級、5-6級が類似した性格をもち、6段階でなく、3段階にまとめることもできることが示唆された。ただ、自宅内歩行、セルフケアでは3-4級、5-6級は類似していたが、1級と2級の間には差があった。

次に視覚障害者においては、要介護認定者

において屋外歩行についてかなり密接な関係がみられたが、非要介護認定者では1級が著しく低下しているのみで、2-6級の間の差は少なかった。自宅内歩行については非要介護認定者で僅かな関連がみられただけであった。セルフケアでは非要介護認定者で1級で自立度の低いものが多かった。

肢体不自由、視覚障害以外の障害種別については、心臓機能障害の自宅内歩行において非要介護認定者、要介護認定者ともに軽度の関連性があったが、その他には3種の活動を通じ明らかな関連はないか微弱であった。

2) 同一等級についての各種障害間の比較

1級では屋外歩行の非要介護認定者において、肢体不自由の自立度がもっとも低く、視覚障害、内部障害（呼吸機能障害、心臓機能障害、腎臓機能障害。3者の中ではこの順）の順にあきらかに自立度が高かった。セルフケアでは肢体不自由、視覚障害、内部障害（腎臓機能障害、心臓機能障害、呼吸機能障害。3者の中ではこの順）の順であった。この傾向は要介護認定者の屋外歩行でも、自宅内歩行の非要介護認定者でも要介護認定者でも程度は少くなるものの一貫してみられた。

2級でもこの傾向はみられ、屋外歩行、自宅内歩行、セルフケア全てで非要介護認定者に明らかであり、屋外歩行、自宅内歩行では要介護認定者の方がこの傾向が多少目立っていた。

3級以下でも例数が少ない場合を除き同様の傾向がみられた。

3) 障害間の「活動」面での差

1)、2)の結果について考察を加えると、今回の結果でもっとも著明なものは、同一の障害等級の認定者の間で、歩行自立度（特に

屋外歩行)においても、セルフケアにおいても自立度の低いところから高い順に、ほぼ肢体不自由－視覚障害－聴覚障害－内部障害(呼吸機能障害、腎臓機能障害、心臓機能障害)という、順位の存在が確認されたことである。

今回比較した「活動」の種類は僅か3種であるが、歩行という極めて基本的で他の「活動」にも大きな影響を与えるものを取りあげ、その中でも「屋外歩行」という社会活動につながるの深いものと、「自宅内歩行」という極めて基礎的でいわば最低限に要求される歩行といえるものの両面からみたこと、更に大きいことには「セルフケア」という、より総合的な行為(群)を加えたことで、かなりの程度の「活動」全般を代表する所見を得ることができたと考えられる。

そのため同じ等級でありながら、各障害の間に「活動」の面では大きな差があることが確認されたことの意義は重要である。もちろんこれだけで現在の等級規定が不公平であると即断することはできない。というのは今回指標として用いた歩行とセルフケアが、運動機能の障害を中心とする肢体不自由と関係が深いのは当然という議論がありうるからである。

しかし、このような議論は必ずしも正しくない。例えば「屋外歩行」は屋外という、日常的にもっとも馴れた自宅環境とは異なる環境における歩行という特徴をもち、運動機能障害だけでなく、視覚障害はもちろんとして、聴覚障害者にとっても「後ろからくる自動車の音に気付かないでこわい思いをすることが多く、そのため屋外は歩きにくい」という形で障害が起りやすく、また心臓機能障害や

腎臓機能障害や呼吸機能障害でも全身的な耐久性が低下しやすいため、屋外歩行そのものは可能であっても遠距離の屋外歩行は困難であり、「遠くへも一人で」という状態には達しえないことが十分考えられる。また自宅内歩行についても、朝から晩まで必要に応じて頻回に行う行為であるため、内部障害による耐久性低下が大きな影響を及ぼすことが考えられる。

特にセルフケアにおいては特定の場所で特定の道具を用いて行う活動が多数含まれており、特に今回の我々の用いた最高度の自立度である「外出時や旅行のときにも不自由はない」という状態には、慣れない場所で慣れない道具を用いる必要が含まれているので、運動機能だけでなく、視覚、聴覚などが大きな影響を与える可能性があり、日中頻回に行うものであるため耐久性低下も大きく影響すると考えられる。現実には今回のデータでも、肢体不自由以外の障害でもこれら3種の活動の自立度低下のある例は決して少なくない。

同一等級の障害の間での差の理由として、ここで考えなければならないのは、むしろ現在の等級規定が数十年以前の、医療技術、特に慢性疾患の管理やリハビリテーション等の技術が未発達であった時代につくられたものが多いこと、また障害(ICFでいう「生活機能の低下」であり、機能障害<構造障害を含む>、活動制限、参加制約の3者の包括概念)全体ではなく、ほとんど心身機能・身体構造レベルだけによる規定であり、時には疾患レベル(検査所見など)を大きく考慮に入れていることによる問題である。

例えば内部障害では慢性疾患の管理(心ペースメーカー、在宅酸素療法、腎透析など)

により、機能障害そのものが相当程度に代償され、活動に対する影響が大きく緩和されることはよく知られている。肢体不自由における人工骨頭置換術なども同様である。もちろん制度全体としての公平さを論じる場合には、このようなメリットに伴うデメリット、例えば腎透析による時間的制約や疲労、在宅酸素療法の経済的負担、ペースメーカーの誤動作の危険なども考慮されなければならない。これらについては、今後にまつところが大きい。

以上に加えて、視覚障害、聴覚障害などでは生活自立訓練や熟練による動作能力の向上の可能性が大きく、そのため等級で示される機能障害の程度と実際生活における各種活動の自立度にはかなりの喰い違いが起りうることも重要な点である。

今回の結果はそのようなことの結果として「活動」レベルでみた場合に同一等級の各種の障害の間にはかなりの格差が生じていることを強く示唆するものであり、今後の研究によってこの点をより詳細に検討する必要があると考えられる。

4) 個々の障害種別における等級基準の適切さ

今回の検討によって肢体不自由においては障害等級と3種の活動の自立度との関連性は明らかであった。その他の障害種別では視覚障害である程度の関連性がみられたが、その他では関連性はないか、あっても極めて弱かった。

これにも先に述べた各種の手段による代償、あるいは訓練や熟練の効果などの因子が関係しているものと考えられ、今後より詳細な検討が必要である。しかしいずれにせよ今回の結果は障害等級の妥当性にかかなりの疑問をな

げかけるものといえよう。

また肢体不自由においては現行の6段階(1級—6級)の基準よりも3段階(現行の1級と2級、3級と4級、5級と6級を合併)の方が実状に適しているのではないかという示唆が得られたことも、今後の重要な検討事項として留意されてよいであろう。

5) 要介護認定の影響

今回の結果からは概して非要介護認定者において障害等級と活動自立度との関連性が強く、要介護認定者では一部の例外(時には非要介護認定者よりも関連性が強い場合もあるが)を除き、関連が明らかでない場合が多かった。

この理由について考えると、2つのことが考えられる。

第1には要介護認定を受ける場合、以前からあった障害が悪化したためとは限らず、新たな障害が加わったことの結果、例えば視覚障害者がなんらかの運動障害を合併したために介護を必要とするに到ったような場合が十分考えられる。そのような場合に新たな障害についての認定を受けるとは限らない。特に実生活上の活動制限はあっても、介護保険サービスによってそれが十分カバーされるような場合に強いて新たな障害認定を受けるメリットはないといってよい。その結果要介護認定者においては、調査上では不明の偏りが生じうるわけである。

第2は、以前と同じ障害の悪化が原因で要介護認定の状態になったり、本来ならば等級変更の手続きをとるべき場合に、新たに加わった障害に対する対応は介護保険サービスによって十分カバーされているため、等級変更のメリットはなく、変更しないような場合も

考えられることである。これも調査だけでは把握できない、不明の偏りの原因となる。

以上の理由から要介護認定者では非要介護認定者の場合よりも等級と活動自立性との関連性が低くなることが多くなりうるものと考えられ、非要介護認定者を中心としてみていることでよいと思われる。

5. 「活動」の評価点に関する研究成果の国際的共有

「ICF(国際生活機能分類)に立った『中核的評価指標』の評価点についての検討」の要旨を英文にし、A proposal on qualifiers of activity based on population surveys (1): “Universal Independence” versus “Limited Independence”.とした。

また「『活動』評価点の妥当性に関する研究—災害時における被災高齢者の生活機能調査に立つて」の要旨を英文にし、A proposal on qualifiers of activity based on population surveys (2): “Limited Independence” as a predictive risk factor for declines of functioning after natural disasters.とした。

E. 結論

「生活機能低下者」に共通する「中核(コア)的評価指標」を国際生活機能分類(ICF)に立つて開発することを目的として、「中核的評価指標」および「拡大中核的指標」の第一次試案を作成した。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・上田敏：国際生活機能分類 ICFの理解と活用. きょうされん. 2005年
- ・大川弥生、中井定：ICF(国際生活機能分類)の理念. 日本医事新報. 4257:105-106. 2005

2. 学会発表

- ・Ueda S, Okawa Y: A project named “Comprehensive Collaborative Functioning-Promoting Initiative” and ICF-based population survey in a city near Tokyo —with a special emphasis on the “Universal Independence” as the highest scale of the activity qualifier, 11th Annual North American Collaborating Center Conference on ICF: Mapping the Clinical world to ICF, 2005
- ・Okawa Y, Ueda S, Shuto K: The Utilization of ICF in National Legislation and Policies in Japan. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- ・Ueda S, Okawa Y, Shuto K: Clinical Application of ICF to National Medical Insurance and Personal care Insurance. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- ・Ueda S, Okawa Y: Activity / Participation Distinction - An empirical approach. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- ・Ueda S, Okawa Y: The “Universal Independence” - the highest scale of the activity qualifier? WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- ・Niwa S, Yamamoto Y: ICF in Treatment and Rehabilitation for Schizophrenia. WHO-FIC

Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan

- Arima M: Use of ICF in Service Assessment for Persons with Severe Developmental Disabilities. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- Ohashi K: Care Management Utilizing ICF and Social Work Practice. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan

II. 分担研究報告書

ICF（国際生活機能分類）に立った「中核的評価指標」の開発
— 第1次試案の作成 —

主任研究者 仲村 英一 財団法人結核予防会 理事長
分担研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 顧問
丹羽 真一 福島医科大学 教授
大橋 謙策 日本社会事業大学 教授
野中 博 日本医師会 常任理事
大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長
有馬 正高 日本発達障害学会 会長
楠 正 日本薬剤疫学会 理事長

研究要旨 「生活機能低下者」（全年齢の各種障害者、要介護者、難病患者、各種福祉サービス対象者、等）に共通する「中核的評価指標」を国際生活機能分類（ICF）に立って開発することを目的として、各種の生活機能低下者についての生活機能評価および経過観察記録の検討に立って「中核的評価指標」第1次試案を作成した。その特徴は、次の通りである。

1) 「活動」「参加」の中核的部分をなす最小限の項目による真の「中核的評価指標」と、より詳細な評価が必要な場合に用いる「拡大中核的評価指標」との2段階とする。2) 共に「活動」「参加」共通リスト内部の階層構造に立脚して5～9章を中心的なものと位置づけ、第1～4章はそれに対する副次的・補足的なものと位置づける。

A. 研究目的

「生活機能低下者」（全年齢の各種障害者、要介護者、難病患者、各種福祉サービス対象者、等）に共通する「中核（コア）的評価指標」を国際生活機能分類（ICF）に立って開発することを最終目的とし、出発点としての第1次試案を作製する。

B. 研究方法

中核的評価項目を決定するために、身体障害者福祉法等級表をはじめとする既存の多数

の評価法の比較検討にもとづき、またこれまでの「国際生活機能分類（ICF）の活用のあり方に関する研究」（平成14～16年度：H14-障害-006）および今年度において検討した各種生活機能低下者の生活機能の分析（分担報告書「生活機能調査に基づく身体障害等級規定の検討」参照）および3年以上の経過観察を行った事例52名に関する臨床記録にもとづいて、班員2名およびICFの臨床応用に習熟した共同研究者3名で討論を行い「中核的評価指標」に含めるべき項目について考

慮しつつ検討した。事例 52 名の種別は脳卒中 15 名、神経疾患 10 名、悪性腫瘍 5 名、関節リウマチ 5 名、廃用症候群 4 名、脳性麻痺 3 名、脊髄損傷 3 名、頭部外傷 3 名、心疾患 2 名、呼吸器疾患 2 名であった。その結果に立って中核的評価指標」を作製した。

その際、まず基本的な考え方、すなわち① ICF 構成要素のうち、どの要素（単数又は複数）とすべきか、②ある要素（「活動」、「参加」等）の内部での階層構造をどうとらえ、評価項目の選定・重み付けにどう結びつけるか、について特に注意を払った。

C. 結果

I. 中核的評価項目の基本的な考え方

討論の結果、中核的評価項目決定に際して、基本的な考え方として次の 4 点を前提とすべきことが明らかとなった。

これらは中核項目としての実際の使用上の留意点ともなるものである。

1. 生活機能の 3 レベルの中では「活動」と「参加」を中心とする。これらは統合モデルに立つ ICF の特色をもっともよく反映するものであり、かつ機能障害（構造障害を含む）の種別による差よりも日常生活及び社会生活に即した共通性の方がはるかに大きいため、事例間の比較がより客観的に可能なためである。
2. ICF の「活動」と「参加」の分類の各項目間の階層構造を十分考慮する。
3. 様々な具体的活用法に生かすときの基本となるものとする。
4. 様々なサービス・当事者・専門職の連携のツールとなるものとする。

以下この順にそって述べる。

1. 「活動」と「参加」を中心に

ICF は「医学モデル」と「社会モデル」という 2 つの対立するモデルの統合に基づいている。（ICF：序論 5-2）

したがってそれは「統合モデル」であり、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 つのレベルいずれにも偏らず、それらの間の相互作用を重視しつつ、統合された生活機能全体をとらえようとするものである。

そのため生活機能の中核的評価指標を考える場合に、一見この 3 レベルのすべてを含むべきものと考えられるかもしれない。

しかし、3 レベルのうち「心身機能・身体構造」は相互に質をいちじるしく異にする多様な機能・構造を対象にしており、その各項目の低下の横（項目間）の比較（等級づけ等）は極めて困難であり、しいて行えば恣意性の高いものとなる危険が大きい。

これに対し、「活動」「参加」は個人因子（生活歴、好み、価値観等）による差を含みつつも、日常生活・社会生活に即した万人に共通する面をはるかに多く含んでおり、多様な疾患や機能障害（構造障害を含む）に起因する生活機能低下状態を比較する上ではるかに高い客観性をもちうると考えられる。

また、医療技術の進歩により、「心身機能・身体構造」の異常自体は残存しているにも拘らず、「活動」「参加」の低下は大幅に改善する場合が少なくない。たとえば重篤な心機能障害がありながら、ペースメーカーという「環境因子」によって、正常に近い「活動」「参加」が可能になっている人の存在はよく知られており、今年度の我々の調査からもあきらかである（分担報告書「多数例の生活機能調

査結果に基づく身体障害等級規定の検討」参照)。このような場合に「心身機能・身体構造」レベルよりも「活動」「参加」レベルを重視すべきことはいうまでもない。

以上から、中核的評価項目は「活動」「参加」を中心にすべきものと考えられる。

2. 「活動」の項目間の階層構造

生活機能モデルにおいて「心身機能・身体構造」－「活動」－「参加」という生活機能の階層構造があることは、ICFの最も基本的な特徴であるが、実は個々の階層の内部にも階層構造が存在していることも重要であり、「活動」において特に著明である。

「活動」の各項目間の階層的相互関係は以下の通りである。

<階層構造の存在>

1) 章間の階層構造

(1) 第1章：学習と知識の応用～第4章：運動・移動の4つの章は、第5：セルフケア～第9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活の5つの章の要素をなすものである。

(2) 第1～4章の4章の間にも階層的な関係があり、第1章：学習と知識の応用と第2章：一般的な課題と要求は、第3：コミュニケーション、第4章：運動・移動に比較してより要素的なものである。

2) 同一章内での階層構造

例) a 475 運転や操作の要素として、a 435 下肢を使って物を動かすことやa 440 細かな手の使用がある。

・ a 355 ディスカッションの要素として、
a 310－a 329 コミュニケーションの理解、
a 330－a 349 コミュニケーション

の表出がある。

・ 一般的な対人関係 (a 710－a 729) は、特別な対人関係 (a 730－a 779) の要素をなす。

・ a 845 仕事の獲得・維持・終了は d 850 報酬を伴う仕事、a 855 無報酬の仕事の要素をなす。

<評価上必要な考慮>

上記のような章間での階層構造の存在は実際の評価に次のように影響する。

1) 第5章：セルフケア～第9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活について評価する際には同時に、1～4章の内容についても評価していることになる。しかも具体的な活動・参加項目の中での評価である点で、より現実的で適確な評価となる可能性が高い。

2) 従って第1章：学習と知識の応用～第4章：運動・移動は第5：セルフケア～第9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活の「活動」「参加」の各項目との関連において状況・内容が異なってくるものであり、それ単独で評価されるべきものではない。

3) すなわち第1～4章は第5～9章に対する副次的補足的項目と位置づけるべきものであり、中心的な項目は第5～9章であると考えられる。

4) しかしこれはあくまで評価に関したものであり、その他の目的にICFを用いる場合はこの限りではない。たとえば生活機能の低下を改善し向上させるという実践的な観点からみる場合には、より総合的なものをターゲットとする場合も多いむしろ要素的なものを主な改善のターゲットとすることもありうるのである。

II. 「中核的評価指標」第1次試案

以上の原則に立って「中核的評価指標」第1次案を作成した(表1、2)。その特徴は、次の通りである。

1) 「活動」「参加」の中核的部分をなす最小限の項目による真の「中核的評価指標」と、より詳細な評価が必要な場合に用いる「拡大中核的評価指標」との2段階とする。

2) 共に「活動」「参加」共通リスト内部の改造構造に立脚して5～9章を中心的なものとして位置づけ、第1～4章はそれに対する副次的・補足的なものとして位置づける。

表1に真の「中核的評価指標」項目を、表2に「拡大中核的評価指標」項目を示す。

なお、正規の項目名のみでは具合的な内容が理解困難なものについては、項目名に続けて括弧に入れてわかり易い名称あるいは解説を追加した。

特に第8章：主要な生活領域は、教育(d 810-d 839)、仕事と雇用(d 840-d 859)、経済生活(d 860-d 879)の3つのブロックからなるため、「教育・仕事・経済生活」とした。また第9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活の内容にはコミュニティライフ、レクリエーションとレジャー、宗教とスピリチュアリティ、人権、政治活動と市民権を含むものであることに注意が必要である。また第5章：セルフケアには従来用いられているセルフケアには通常含まれない、d 570健康に注意することが含まれていることに注意が必要である。

D. 考察

1. 活動と参加のリストの項目選択について
活動と参加は、ICF(国際生活機能分類)

では一つの共通リストとなっており、各項目には仮にd(domainの略)の文字が付けられている。このリストの項目(コード)は、「活動」(activity: a)または、「参加」(participation: p)、あるいは「活動」・「参加」の両方に用いることができる。同一の項目でも「活動」として用いる場合にはaをつけ、「参加」の場合にはpを付けて用いる。

この活動と参加の共通リストについて、WHOからは活動(a)と参加(p)の使用項目の範囲に関する考え方として、次に示すいくつかの選択肢が示されている。

1) 活動の領域と参加の領域とを明確に区別する場合(重複なし)

2) 活動の領域と参加の領域とが部分的に重複する場合

3) 活動では詳細なカテゴリーを示し、参加では大まかなカテゴリーを示し、それが重複する場合と重複しない場合

4) 同じ領域を活動と参加の両方に用いる場合で、完全な重複を伴う

このような経緯をふまえて、今回我々は「中核的評価指標」および「拡大中核的評価指標」を作製したが、その基本的な考え方は上記の3)の「活動は詳細なカテゴリー、参加は大まかなカテゴリーを用い、それが部分的に重複する場合」の一型である。

2. 「活動」の項目間の階層構造について

「活動」と「参加」との間に階層構造があることはICFの基本的な考え方であり、特に強調するまでもないが、重要なのは先に指摘したように「活動」の各章間、また章内でも「より要素的で単純なもの」対「より複合的で複雑なもの」という階層構造があること

表 1 「中核的評価指標」項目（案）

<活動>		<参加>
<input type="checkbox"/> a 5 <input type="checkbox"/> a 510-560 <input type="checkbox"/> a 570	セルフケア 身の回り行為 健康に注意する	
<input type="checkbox"/> a 6 <input type="checkbox"/> a 630-640	家庭生活 家事	<input type="checkbox"/> p 6
<input type="checkbox"/> a 7	対人関係	<input type="checkbox"/> p 7
<input type="checkbox"/> a 8 <input type="checkbox"/> a 810-830 <input type="checkbox"/> a 840-855 <input type="checkbox"/> a 860-870	主要な生活領域 教育 仕事 経済	<input type="checkbox"/> p 8 <input type="checkbox"/> p 810-830 <input type="checkbox"/> p 840-855 <input type="checkbox"/> p 860-870
<input type="checkbox"/> a 9 <input type="checkbox"/> a 910 <input type="checkbox"/> a 920 <input type="checkbox"/> a 930 <input type="checkbox"/> a 940 <input type="checkbox"/> a 950	コミュニティライフ・ 社会生活・市民生活 コミュニティライフ <small>(地域団体・職域団体・冠婚葬祭など)</small> レクリエーションとレジャー 宗教 人権 政治活動と市民権	<input type="checkbox"/> p 9 <input type="checkbox"/> p 910 <input type="checkbox"/> p 920 <input type="checkbox"/> p 930 <input type="checkbox"/> p 940 <input type="checkbox"/> p 950
<input type="checkbox"/> a 3 <input type="checkbox"/> a 4 <input type="checkbox"/> a 4600 <input type="checkbox"/> a 4602 <input type="checkbox"/> a 470	コミュニケーション 運動・移動 自宅内歩行 屋外歩行 交通機関の利用	

原則 1 : 最小限は大項目評価（活動 7、参加 4、計 11 項目）でもよいが、なるべく中項目（活動 14、参加 8、計 22 項目）を加えてみる。

原則 2 : □は☑の場合は「なんらかの問題あり」、1～4 の評価点を入れた場合は問題の程度を表す。