

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「生活機能」のコード化に関する研究

平成 19 年度 総括研究報告書

主任研究者：上田 敏
（（財） 日本障害者リハビリテーション協会）
平成 20（2008）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

「生活機能」のコード化に関する研究 p 3

II. 分担研究報告書

1. 生活機能のコード化のための基礎的検討 p 15
－症例に立った課題分析と理論的考察－
2. 国際生活機能分類における個人因子の意義および分類に関する研究 P 27
3. 生活機能についての医療従事者の認識調査 p 53
－コスタリカにおける調査－
4. 海外でのデータ集積に関する研究 p 67

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
総括研究報告書

「生活機能」のコード化に関する研究

主任研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 顧問

研究要旨 本研究班の最終目標は「生活機能」のコード化を、1)「共通言語」に立った連携のためのツールとして、また2)厚生統計のためのツールとして国際生活機能分類(ICF)に基づいて明確化することであるが、その前提として、1)コーディングが正しく行われ、情報が正確に伝えられ、連携の実をあげること、2)ICFにおいて個人因子だけはまだ分類がないことの2つの課題がある。

そこで第1点目についてICFのコーディングが正しく行われるための課題として、ICFの階層構造を考慮しつつ、活動・参加のコード化の問題点について、多数の症例のコーディング結果にもとづいて基礎的・理論的検討を行い、その結果、実際に必要な配慮・課題について、また連携ツールとして用いる際の評価法、またその研修やマニュアル作成について、貴重な理論的ならびに実際的な諸問題が明らかとなった。

第2点目は「生活機能のコード化」の前提として、個人因子の問題の解決を目的に、理論的検討、事例、症例にもとづく検討を行い、それに立って「個人因子の暫定的定義」と「個人因子分類第1次試案」とを作製した。今後、国際的議論を通じてより完成されたものとすることを目指す。

また厚生統計のためのツールという目的と関連して、ICFは普及・活用の上での国際協力・国際比較が重要であるため、国際協力プロジェクトの中でリハビリテーション関係にICFを導入しようとしているコスタリカでICFやそれと関連深い問題に関する専門家の知識・認識について調査を行い、あわせてICFのコード化について海外での情報を収集し、今後のICFの活用のあり方について検討した。

分担研究者

- ・小野喜志雄（国際協力機構、技術審議役）
- ・楠 正（日本薬剤疫学会、事務局長）

A. 研究目的

本研究班の最終目標は「生活機能」のコー

ド化を、1)「共通言語」に立った連携のためのツールとして、また2)厚生統計のためのツールとして明確化することであり、それを国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health、ICF、WHO、2001)

に基づいて行うことである。

しかし ICF を連携ツールとして用いるための大きな課題として 1) コーディングが正しく行われることが基本であり、それによって情報が正確に伝えられ、連携の実をあげることができる。2) ICF において個人因子だけはまだ分類がなく、若干の例が挙げられているにすぎないこと、の 2 つがあげられる。

そこで第 1 点目については、連携のツールとして ICF のコーディングが正しく行われるために、現状ではどのような課題があるのかの検討を行った。これはわが国での ICF の研修の必要性、必要とされる内容を把握するためにも不可欠である。なお WHO も ICF の使用者に対し、ICF のコーディングについて使用法の研修を受けることを勧めている。

第 2 点目に関して、個人因子は図 1 に示すように生活機能モデルの中で極めて重要なものである。それは一つには個人因子は背景因子の一つとして、生活機能の各レベルに直接影響を与えるからであり、また健康状態から生活機能への影響を環境因子が修飾する場合にそれを更に修飾する第 3 の因子として働くからである。更にいえば個人因子の多くは総合されてその個人に特有のユニークな「個性」を形成するものであり、保健・介護・福祉のサービスにおいて「個性尊重」がさげばれている現在、それ自体として重視されなければならないものでもあるからである。このように重要な個人因子の分類が与えられていないことは現在の ICF の重大な欠陥である。これは 2001 年の発表後 7 年をへて、ようやく各種の分

野で ICF が実用されはじめたことによつてますます明らかになってきている。

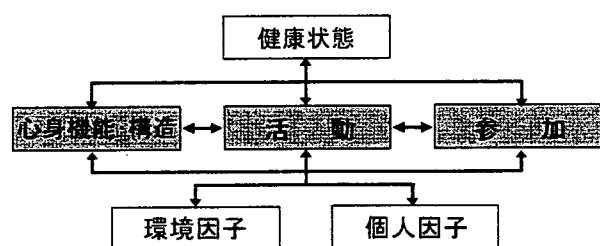
このような認識は国際的な ICF 関係者の間でも分かちもたれており、2007 年 10 月の WHO-FIC (国際分類ファミリー) ネットワーク会議 (イタリア、トリエステ) の機会に関心を持つ人々により「個人因子に関するワーキンググループ」が結成され、本主任研究者もその一員となった。その後インターネット、ファックス等を通じて意見交換が行われており、本質的な問題から具体的な問題に徐々に入りつつある。特に本主任研究者には以前から主張してきた「生活機能の主観的側面」の立場からこの問題に対し独自のアプローチをすることが期待されている。

本研究は「生活機能のコード化」の前提となる ICF 自体の大問題である個人因子の問題の解決のために、将来的には ICF における個人因子の位置づけと分類を完成することをめざして、当面必要な理論的検討を行い、討議の出発点としての暫定分類案を提示することを目的とする。なお、その際 2007 年 11 月に最終版が発表された ICF からの最初の派生分類である「国際生活機能分類・児童版 (仮題)」(ICF-CY) の趣旨にかんがみ、児童 (18 歳未満) における個人因子についても注意を払うこととした。

本研究の第 3 のテーマとして、厚生統計上のツールという目的と関連して、ICF の普及・活用の上での国際協力・国際比較が重要であるため、国際協力プロジェクトの中でリハビリテーション関係に ICF を導入しようとしている中米コスタリカにお

いて、国際比較の観点も重視し、国際生活機能分類（ICF）やそれと関連深い問題に関する専門家の知識・認識について調査し、わが国のこれまでの調査結果と比較した。あわせてグローバルな見地から問題点の認識を深めるために、ICFのコード化についての海外での情報を収集し、今後のICFの活用のあり方について検討した。

図1. 生活機能モデル
(ICF: WHO, 2001)



B. 研究方法

1. 生活機能のコード化のための基礎的検討

—症例に立った課題分析と理論的考察—

入院患者の中ではリハビリテーション実施目的の患者が最も多い地域中核病院で、1ヶ月間に新たに入院しリハビリテーションを実施している全患者計58名を対象とした。

方法としては、ICFの「活動」および「参加」の全ての中項目の①現状及び②入院の原因疾患の発病前の状況について、担当理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ソーシャルワーカー計76名が別々に評価して評価点をつけた。評価点は厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会でのわが国の暫定案を用いた。ちな

みに本暫定案は、我々が行った多数例の生活機能実態調査、災害（地震、豪雪等）時の生活機能低下調査結果の分析などが策定時の基礎資料となっている。表1（p17）に「活動」の評価基準、表2（p18）に「参加」の評価基準をあげる。

なお、本研究を実施した病院は日常診療としてリハビリテーション実施計画書をICFにもとづいて評価・記載し、「活動」は実行状況、能力共に評価しており、今回の研究に協力した担当者達はいずれもそれに従事してきている。

各担当者が評価した後、結果をつき合わせ、評価者のうち1名でも評価点が異なる場合は、全評価者が評価点をつけた根拠を各々記載した。

以上のような評価内容を主任研究者及びICFに精通した研究協力者が分析した。なお、分析は一致率等の量的評価ではなく、不一致の理由を分析し、不一致をなくすための課題を発見するための質的なアプローチをとった。

2. 国際生活機能分類における個人因子の意義および分類に関する研究

1) 理論的検討

WHO-ICFネットワーク会議での「個人因子に関するワーキンググループ」において表明された種々の意見に対し、主任研究者とICF、ICF-CY（国際生活機能分類・児童版、WHO、2007）に詳しく、ICFを医療・介護等の実地臨床に活用した経験豊富な研究協力者1人とが個別に検討を加え、その結果を持ちよって更に検討を深めた。

2) 事例検討

(1) ICF 関連事例の分析

ICF、ICF-CY、またICIDHからICFへの改定過程でのフィールド・トライアル・マニュアルに記載された生活機能分析のための事例を用いて生活機能の各レベルに対してどのような個人因子が直接に、あるいは健康状態、環境因子との相互作用（相互干渉）を通じて、どのような影響を与えているかを前記の2人が分析し、議論した。

(2) 臨床記録による分析

5年以上にわたり主にリハビリテーションの場で臨床的な経過を観察し、記録した事例23名（8～74歳）について上記同様に分析を行った。

その内訳は脳血管障害12名、パーキンソン病2名、脊髄小脳失調症2名、デュシェンヌ型筋ジストロフィー4名、肢帯型筋ジストロフィー1名、シャルコー・マリー・トゥース病2名であった。

3) 個人因子分類第1次試案の作製

上記の理論的検討および事例検討に立って個人因子の定義ならびに個人因子の分類についての第1次試案を作製した。

3. 生活機能についての医療従事者の認識

調査—コスタリカにおける調査—

コスタリカ国サンホセ市（首都）で行なった「ICFに立った総合リハビリテーション連携ツール」を開発することを目的としたセミナーの参加者66名に調査票を配布し、調査票の用語については口頭で定義・説明しながら回答を得ていった（回収率100%）。

対象の内訳は、医療リハビリテーション

分野に関与している者は23名、医療以外の教育・職業・社会などのリハビリテーション分野に関与している者は26名、直接リハビリテーションの臨床に関与していない者が全17名（多くは医療統計の専門家）であった。

4. 海外でのデータ集積に関する研究

ICFのコード化の海外での情報を収集するために、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）の実施した、あるいはしている障害児・者支援関連の事業について各種報告書などを通して調査し、ICFのコード化に関連した情報を収集し、分析を行った。

（倫理面への配慮）

実施機関での倫理委員会での審査を経て実施した。

C. 結果および考察

1. 生活機能のコード化のための基礎的検討

—症例に立った課題分析と理論的考察—

1) 「活動」の評価点について

(1) 評価点4の規定

評価点4（非実施、禁止の場合を含む）と3（全面的制限）とを区別することはわが国の暫定案の大きな特徴であるが、それにより推測によって評価点をつけることが避けられた。

(2) 評価点0と評価点1の差

入院中、入所中などには、「活動」で評価点0であるかどうかを確実に評価することは、特に「実行状況」では環境的な制約のため困難であるため、例えば「1（0の評価非実施）」

と記載することが必要かと考えられた。

(3) 評価点2と評価点3、および評価点1と評価点2の差

実行状況として、介護が過度なために、評価点が低くなっている場合がしばしばみられた。このような場合、介護者が本人の能力を十分に発揮させていない場合がほとんどであった。本人の能力を十分発揮させ、それを支えるような適切な介護が行われた上での、評価点2、評価点3なのかという観点で評価点をみることが大事である。

(4) 評価点1と評価点2の差—「複合的活動」の場合

ICFの「活動」のうちの多く、特に5～9章に属するものには、一連の行為から成り立っている複合的な生活行為(活動)が多い。しかしそのような「活動」について、一連の行為のうちの一部のみを評価して評価点をつけている場合がしばしばみられ、喰い違いの原因となった。

(5) 評価を省略する場合とその時の推測

「非該当」としての評価点9を記す場合の他に、一部の評価点だけを省略する場合(「支援なしでの能力」の評価点の省略など)、それ以外に評価者のなんらかの判断によって評価しない場合などがあるが、推測は可能な場合がある。そのような場合には推測であることを明らかにするために評価点の数字の後に「？」をつけるのがよいと考えられた。

(6) 行為の「適切さ」の問題

評価の判断基準に、「適切に行っているのかどうか」までを含めたために厳しすぎる評価点となった場合があった。これは、従来の評価法で「適切さ」を考慮することがほとんどなかったために逆に厳密に考えすぎた例と

も考えられる。

2) 「活動」の中の階層性

活動の評価においては、5章～9章をまず評価し、その上で3章⇒4章⇒1章⇒2章の順に評価するのが基本的な手順であるが、それは活動の分類の中には階層性があり、大まかに言って5～9章は「複合的活動」であり、1～4章はそれに対して「要素的活動」であるからである。しかし後者の中にも更に階層性があり、1～2章はもっとも要素的であるとみることができ、5～9章と3・4章に対してやや違った軸からみているととらえることもできる。

評価の実際にあたっては、5～9章の複合的「活動」を評価しながら1～4章の要素的な「活動」を評価していき、その後a 435 下肢を使って物を動かすこと、a 340 公式手話によるメッセージの表出その他の、第5～9章には含まれない一部のものを個別にチェックしていくことがよいと考えられる。特に「実行状況」と「能力」との評価についての手順についても一定の成案を得た。

このように個別の項目間の階層性や関連性を明確にしていくことで、「活動」の見かたがわかりやすくなると期待される。

3) 「参加」の評価について

「参加」で評価された項目は現在・発症前ともに極めて限定されていた。発症前では理学療法士・作業療法士ではp 850 報酬を伴う仕事、p 630 調理以外はほとんどみていなかった。ソーシャルワーカーではこれよりは広いが、それでもICF項目(5～9章)の5～10分の1程度にとどまっていた。また「参加」について評価点で評価すること自体が従来ほとんどなされていなかった。以上から今

後は、少なくとも暫定案で提示した観点で参加の全領域をみるという姿勢が確立されることが必要と考えられる。

4) 「参加」の具体像としての「活動」

「参加」と「活動」とは一対一に対応すると考えられやすいが、そうではなく、1種類の「参加」は多数の「活動」によって支えられているのであり、それらの「活動」がその「参加」の「具体像」をなしている。しかしそのようなとらえ方は十分普及しておらず、ICFで「活動」と「参加」が共通リストであることも災いして、どちらかを単独に（2つのレベルを関係づけずに）評価すればよいという考え方になりがちであった。しかもその場合職種による偏りがみられた。

5) 評価者に戸惑いがある内容。

評価者のうち次の項目には戸惑いをもつ者が多かった。この点、今後評価法の明確化の必要があると考えられる。

- (1) a 570：健康に注意する
- (2) 7章：「対人関係」と3章：「コミュニケーション」との関係
- (3) a 240：ストレスとその他の心理的欲求
- (4) 教育・仕事
- (5) 9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活

6) 項目として不足しているもの

- ・睡眠をとること

7) 連携ツールの項目決定時の考え方

以上のようにICFに内在する論理に則して、生活機能評価の課題について種々の角度から検討し、それらも含めて最後に本研究の最終目的である「連携ツール」又は「厚生統計のツール」としてICFを活用する場合の実践的・現実的な問題点を検討した。

2. 国際生活機能分類における個人因子の意義および分類に関する研究

理論的検討、事例、症例にもとづく検討を行い、それに立って「個人因子の暫定的定義」と「個人因子分類第1次試案」とを作製した。今後これを国際研究グループに提示し、国際的議論を通じてより完成されたものとするを旨とするものである。

なおこの第1次案の前提となる個人因子総論を以下に述べる。

1) 個人因子の暫定的定義

「個人因子とは、個人の生活機能（心身機能・構造、活動、参加）の背景（文脈）をなす、その人固有の内的な多少とも安定した持続的な特徴をいう。

それには性、年齢・人種などの生来の特徴、婚姻状態などの法的状態、資格・経歴・経験、困難への対処様式（コーピング・ストラテジー）などの全体的な行動様式、自尊心などの全体的な気分、種々の生活機能（の客観的な状況）に対する満足感などを含む。これは直接生活機能に影響を与え、また環境因子や健康状態と生活機能との相互作用に影響を与えそれを修飾する。」

2) 個人因子分類の構造

大きく次の6章に分かれる。

第1章：生来の特徴

第2章：法的状態

第3章：資格・経歴・経験

第4章：全体的な行動様式

第5章：全体的気分

第6章：満足度と意欲

このうち最初の3章は客観的個人因子、後の3章は主観的個人因子といってもよい。ここで主観的とは個人の内面の状態を示す

もので、感情、内面化された規範、信念、信仰などをいう。これらは個人因子の重要な一部として生活機能に影響すると共に、それ自体が主観的な安寧状態 (subjective well-being) を示す。

3) 個人因子の活用法 (1) - 評価点

評価点については環境因子と同様にプラス方向のもの (促進因子として働くもの) とマイナス方向のもの (阻害因子として働くもの) を含め +4 ~ 0 ~ -4 が妥当と考えられる。その具体的な定義の確定は今後の検討を必要とする。

4) 個人因子の活用法 (2)

個人因子の活用法は大きく 2 つに分けられる。第 1 には生活機能の 3 レベル (心身機能・構造、活動、参加) をコーディングする場合に、それに対する健康状態や環境因子の影響と関係させて個人因子の関与を記載する方法であり、原理的にはこれが一番正しい。しかしかなり煩雑である場合が多い。第 2 は個々の個人因子について、どのような生活機能項目についてどのような影響を与えているかを記載する方法である。

特に第 6 章 (満足度) の使い方には 2 つの方法がある。第 1 の方法は健康状態を記載する時、また生活機能と環境因子をコード化する (評価点をつける) 時に同時に満足度 (と意欲) を記載する方法 (各項目ごと、あるいはブロックまたは章毎に) であり、この場合は満足度を示す評価点を用いることも考えられる。第 2 法は分類案に示すように、各要素について満足度を記す方法である。

3. 生活機能についての医療従事者の認識

調査—コスタリカにおける調査—

1) 生活機能を自分の分野の「対象ではない」とするものはなく、また自分の職種の仕事ではないとする人も概して少なく、一応は対象と位置づけられている。

一方日本では医療では病院・診療所の仕事でない、また自分の仕事でないという回答が、特に生活機能について学びは始める前には多い。

2) これまでの生活機能への働きかけは十分とはいえ、特に評価せずに働きかけのみをしている人々が多い。わが国では医師は全てのレベルで評価のみが多いが、PT・OTなどの職種は働きかけのみが多いのはコスタリカとほぼ同様の傾向といえる。

3) 評価と改善への働きかけの両面を行っているものは少なく、特に参加面については評価・働きかけ共に少ない傾向があったのはわが国と同じである。

4) 活動の「能力」と「実行状況」の把握状況については、これら両者をとらえているものは極めて僅かで、またとらえていても実行状況のみであった。

5) 生活機能の三つのレベルの間の相対的独立性についての理解は不十分である。特に人的環境因子の効果の理解が不十分なのはわが国と同じである。

6) 医療リハ従事者以外の教育・職業・社会のリハ分野に従事しているその他の職種の者の多くが生活機能を自分たちの職業の対象とは考えておらず、また実際の把握状態も低い。

7) 各職種の人数は少なかったが、最も多い理学療法士において医療リハ従事者とその他のリハ分野従事者で傾向が異なってい

る。すなわち職種に特有のものでなく、対象領域で異なってくる傾向があるといえよう。

8) 以上の点をまとめると、今回のコストリカでの結果はわが国の結果と比較すると、全般的な傾向が一致し有意義な結果あった。

我国での認識の現状の把握に加え、国際的な視野に立って、文化的・社会的条件の異なる外国でほぼ同様な傾向を確認できたことは大きな意義があると考えられる。

4. 海外でのデータ集積に関する研究

データ集積および分析によって以下の点が明らかとなった。

1) 障害児・者支援の特徴は、その広範かつ多岐にわたるニーズにある。そして、多くの機関や団体が関係していることより、その連携が重要となるが、その連携が十分に機能していないことが多い。

障害児・者対策に関する分析による現状把握によって、

2) 開発途上国においても、障害児・者支援のあり方として、障害児・者の「完全参加と平等」を進めていこうとする国は増えつつある。しかし、多くの国では障害児・者をその心身機能の面だけで見る傾向が強い。今後は、活動や参加の面からも障害児・者の状態を評価していこうとするICFの概念を取り入れたプロジェクトが増えてくるものと考えている。

3) ICFを経時的にみていくことによりリハビリテーションサービス等の評価を行っていくことができるものと考えられる。また、障害児・者のデータをICFコード化して収集することにより、その情報を基

に国や地方のリハビリテーション政策を策定するための資料とすることができると考えられる。

4) 今後、ICFの推進にはその普及啓発やコード化を行う専門家の養成を行うことが必要と考える。

5) また、ICFのコードを活用したプロジェクトやICFの概念を取り入れた地域に根差したリハビリテーション(CBR)の実施など総合リハビリテーションのプロジェクトが展開されることが期待される。

E. 結論

「生活機能」のコード化を、1)「共通言語」に立った連携のためのツールとして、また2)厚生統計のためのツールとして国際生活機能分類(ICF)に基づいて明確化することを目的とし、コーディングが正しく行われ、情報が正確に伝えられ、連携の実をあげることに、コード化の上で重要な意義をもつ個人因子の分類策定を重点課題として位置づけて行った。

コーディングについては詳細な「活動」・「参加」評価の評価者による差異、及びそれら個々の判断根拠をICFの階層構造を考慮しつつ、コード化のための基礎的・理論的検討、また実際的に必要な配慮、今後の課題について検討した。その結果、連携ツールとして用いる際の評価法の研修やマニュアル作成において生かすべき貴重な内容が明らかとなった。

また生活機能のコード化にICFを活用するための前提として、ICFのモデルに含まれ、環境因子と並んで背景因子の一つをなす重要な構成要素でありながら分類が

作られていなかった個人因子について、理論的検討、事例、症例にもとづく検討を行い、それに立って「個人因子の暫定的定義」と「個人因子分類第1次試案」とを作製した。今後WHO-FICネットワークの「個人因子に関するワーキンググループ」に提示し、国際的議論を通じてより完成されたものとすることを目指すものである。

また、コスタリカでの生活行為に関する認識調査やその他の海外でのデータ分析から、今後我国で「生活機能のコード化」を進め、それを「連携ツール」等として活用・普及する方策を検討する上での貴重な情報を得ることができた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 学会発表

- Ueda S, Okawa Y, Shuto K, Mizoguchi T: Adoption by Governmental Committee of Provisional Criteria for the Qualifiers of Activity and Participation based on Population Surveys: Part 1: The adoption of Provisional Criteria. Part 2: The accumulated data of population surveys as the supporting evidence. WHO-FIC Network Meeting, 31 October, 2007 Trieste, Italy
- Ueda S, Barbara Holst, Okawa Y, Nakamura S: An ICF-based Japanese and Costa-Rican Joint Study on the Functioning of the Adult Population in a

Suburban Municipality near the Capital of Costa Rica. WHO-FIC Network Meeting, 30 October, 2007 Trieste, Italy

II. 分担研究報告書

生活機能のコード化のための基礎的検討 －症例に立った課題分析と理論的考察－

主任研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会、顧問
分担研究者 楠 正 日本薬剤疫学会、事務局長

研究要旨 本研究班の最終目標は「生活機能」のコード化を、1)「共通言語」に立った連携のためのツールとして、また2)厚生統計のためのツールとして国際生活機能分類（ICF）に基づいて明確化することであるが、そのためにはコーディングが正しく行われ、情報が正確に伝えられ、連携の実をあげることが基本となる。そのためには研修と経験を通しての習熟が必要となる。その点の現状を把握し課題を明らかにするために、リハビリテーション医療に関与している理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ソーシャルワーカーが、1ヶ月間にリハビリテーション目的で入院した全患者計58名を対象に、ICFの「活動」および「参加」の全ての中項目の①現状及び②入院の原因疾患の発病前の状況について、別々に評価して評価点をつけた。

評価終了後、結果をつき合わせ、評価者のうち1名でも評価点異なる場合は、全評価者が評価点をつけた根拠を各々記載した。以上の評価内容を主任研究者及びICFに精通した研究協力者が質的なアプローチに立って分析した。その結果、ICFの階層構造を考慮しつつ、生活機能のコード化のための基礎的・理論的検討、また実際に必要な配慮、今後の課題について、また連携ツールとして用いる際の評価法の研修やマニュアル作成について生かすことのできる貴重な理論的ならびに実際の諸問題が明らかとなった。

A. 研究目的

本研究班の最終目標は「生活機能」のコード化を、1)「共通言語」に立った連携のためのツールとして、また2)厚生統計のためのツールとして明確化することであり、それを国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health、ICF、WHO、2001）に基づいて行うことである。

しかしICFを連携ツールとして用いるためには、コーディングが正しく行われることが基本となる。それによって情報が正確に伝えられ、連携の実をあげることができる。そのためには研修と経験を通しての習熟が必要となる。WHOもICFの使用者に対し、ICFのコーディングについて使用法の研修を受けることを勧めている。

そこで連携のツールとしてICFのコー

ディングが正しく行われるために、現状ではどのような課題があるのかの検討を行う必要があると考えられる。これはわが国でのICFの研修の必要性、必要とされる内容を把握するためにも不可欠である。

この点についての検討の一環として、今回は「活動」「参加」について、医療制度・介護保険制度上もICFが導入されているリハビリテーション医療に関与し、今後とも連携ツールの重要な使い手となると考えられる理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ソーシャルワーカーを対象としてコーディングの現状と課題について検討した。

B. 研究方法

入院患者の中ではリハビリテーション実施目的の患者が最も多い地域中核病院で、1ヶ月間に新たに入院しリハビリテーションを実施している全患者計58名を対象とした。

方法としては、ICFの「活動」および「参加」の全ての中項目の①現状及び②入院の原因疾患の発病前の状況について、担当理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ソーシャルワーカー計76名が別々に評価して評価点をつけた。

評価点は厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会でのわが国の暫定案を用いた。ちなみに本暫定案は、我々が行った多数例の生活機能実態調査、災害（地震、豪雪等）時の生活機能低下調査結果の分析などが策定時の基礎資料となっている。表1に「活動」の評価基準、表2に「参加」の評価基準をあげる。

なお、本研究を実施した病院は日常診療

としてリハビリテーション実施計画書をICFにもとづいて評価・記載し、「活動」は実行状況、能力共に評価しており、今回の研究に協力した担当者達はいずれもそれに従事してきている。

各担当者が評価した後、結果をつき合わせ、評価者のうち1名でも評価点が異なる場合は、全評価者が評価点をつけた根拠を各々記載した。

以上のような評価内容を主任研究者及びICFに精通した研究協力者が分析した。なお、分析は一致率等の量的評価ではなく、不一致の理由を分析し、不一致をなくすための課題を発見するための質的なアプローチをとった。

（倫理面への配慮）

実施機関での倫理委員会での審査を経て実施した。

C. 研究結果ならびに考察

1. 「活動」の評価点について

1) 評価点4の規定

今回の結果では4と評価された項目が非常に多かった。そしてこれは、評価点4（非実施）があることによって、推測によって評価点をつけることが避けられた結果と考えられた。4（非実施、禁止の場合を含む）と3（全面的制限）とを区別することはわが国の暫定案の大きな特徴である。

従来はこのように「非実施」を明確にした評価法はほとんど用いられていなかったため、他施設等の評価では、例えば機能障害が重度であったり、他の活動が低いレベルにある場合には、該当項目が実は「非実施」であっても、「全面的制限」・「全介助」

などと、「推測」によって記載されることが多かった。また逆に、機能障害が軽度である場合は現実には非実施であっても、「できるはずだ」と推測し評価点を0や1として

いることが少なくなかった。評価点4の的確な規定によって今回はこれらが避けられたと考えられる。

表1. 活動の評価点基準（案）

○ 実行状況（個人が現在の環境のもとで行っている活動や参加の状況）の評価基準
ポイント（「小数点」）以下第1位で使用

評価点	評価	内容
0	普遍的自立	生活の場以外での環境（外出時、旅行時などにおける環境）においても自立している
1	限定的自立	生活の場（当人の状況に応じて自宅、自宅の一部、病院、施設など）およびその近辺の、限られた環境のみで自立している
2	部分的制限	部分的な人的介護（※）を受けて行っている ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制限	全面的な人的介護を受けて行っている
4	行っていない	禁止の場合を含み行っていない

○ 能力（ある課題や行為を遂行する個人の能力）の評価基準
ポイント以下第2、3位で使用

評価点	評価	内容
0	普遍的自立	生活の場以外での環境（外出時、旅行時などにおける環境）においても行うことができる
1	限定的自立	生活の場（自宅、病院、施設など）およびその近辺の、限られた環境のみで行うことができる
2	部分的制限	部分的な人的介護（※）を受ければ行うことができる ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制限	全面的な人的介護を受ければ行うことができる
4	行っていない	禁止の場合を含み行うことができない

表 2. 参加の評価点基準（案）

○ 実行状況（個人が現在の環境のもとで行っている活動や参加の状況）の評価基準
ポイント以下第 1 位で使用

評価点	評価	内容
0	活発な参加	常に又はしばしば、全面的な参加を実現している (人的介護の有無は問わない) (注)
1	部分的な参加	時々又は部分的な参加を実現している (人的介護は受けていない)
2	部分的制約	部分的な人的介護(※)を受けて、時々又は部分的な参加を実現している ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制約	全面的な人的介護を受けて、時々又は部分的な参加を実現している
4	参加していない	禁止の場合を含み参加していない

注：ただし、頻度及び人的介護の有無等にかかわらず、高い水準での参加については評価点 0 とする。

○ 能力（ある課題や行為を遂行する個人の能力）の評価基準
ポイント以下第 2、3 位で使用

評価点	評価	内容
0	活発な参加	常に又はしばしば、全面的な参加を実現することができる (人的介護の有無は問わない) (注)
1	部分的な参加	時々又は部分的な参加を実現することができる (人的介護は受けていない)
2	部分的制約	部分的な人的介護(※)を受けて、時々又は部分的な参加を実現することができる ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制約	全面的な人的介護を受けて、時々又は部分的な参加を実現することができる
4	参加していない	禁止の場合を含み参加することができない

注：ただし、頻度及び人的介護の有無等にかかわらず、高い水準での参加については評価点 0 とする。

2) 評価点 0 と評価点 1 の差

病院内や自宅内では自立しているので評価点 1 以上と考えられる場合に、ある評価

者は詳しく聴取や評価をすることで外出先等で問題があることを確認して、評価点 1 と評価していたが、別の評価者は他の場面

でも（普遍的に）可能だろうと「推測」して評価点0とつけた場合が少なからずみられた。

これに関連することとして、入院中、入所中には、「活動」で評価点0であるかどうかを確実に評価することは、特に「実行状況」では環境的な制約のため困難なことが多い。その際は評価していないことを明確にして、例えば「1（0の評価非実施）」と記載することが必要かと考えられた。なお、ある程度の推測をすることも許されるが、その場合は「推測」であることをあきらかにする必要がある（下記5）参照。

3) 評価点2と評価点3、および評価点1と評価点2の差

実行状況として、介護が過度なために、評価点が低くなっている場合がしばしばみられた。このような場合、介護者が本人の能力を十分に発揮させていない場合がほとんどであった。すなわち介護者という人的環境因子の問題が大きく影響しているのであり、その結果本人の状態が低い評価点で評価されることは大きな問題である。

本人の能力を十分発揮させ、それを支えるような適切な介護が行われた上での、評価点2、評価点3なのかという観点で評価点を見るのが大事である。これは特に連携時に他者がした評価をみる時の視点として重要と考えられる。

4) 評価点1と評価点2の差—「複合的活動」の場合

ICFの「活動」のうちの多く、特に5～9章に属するものには、一連の行為から成り立っている複合的な生活行為（活動）が多い。しかしそのような「活動」につい

て、一連の行為のうちの一部のみを評価して評価点をつけている場合がしばしばみられた。

特に、多くの場合に移動行為が重要な部分になっているにもかかわらず、それを忘れて目的行為だけを評価している場合が多く、例えば「a 540 更衣」では、洋服を自分で取り出すことはできず、セットされた衣服を着ることだけが自立している場合、現実には「セットしてもらう」という形で「自分で保管場所に行って選んで取り出すことが出来ないこと」に対する介助を必要としているため、評価点は2であるにもかかわらず、評価点1とってしまう場合があった。

従来のADL等の評価法がこのように目的行為を移動とは別個に評価しているものがほとんどであることが、このような傾向が生じた背景として考えられる。

5) 評価を省略する場合とその時の推測

評価は定められた範囲（今回は「活動」と「参加」の全中項目）をすべて網羅的にカバーすべきだが、評価者の判断によって「評価しない」ことが認められる場合がある。その第1は、その項目が本来対象者にとって不必要と考えられる場合（例えば児童における働くこと、など）であり、その場合は「非該当」として評価点9を記せばよい。

第2の場合は一部の評価点だけを省略する場合であり、「支援なしでの能力」の評価点の省略がこれにあたる。これは、ポイント（小数点）以下第2位に記載することになっている「支援なしでの能力」が臨床上は無意味であり、それを省いて第3位の「支援ありで

の能力」を行えば十分である場合である(臨床的にはこのような場合が多い)。この第2位の評価を省く場合には、該当場所(ポイント以下第2位)に下線をしてブランクにすることが認められている(ICF、日本語訳付録、222ページ)。例えばa 4602.1_0は「屋外移動の活動は実行状況は限定的自立だが、杖(物的支援)を用いた能力は普遍的自立である。杖を用いない能力は評価する必要がないのでしていない」を意味する。

この他にも評価者の判断によって評価しない場合もありうる。その場合に推測をしてよいかどうかの問題となる。原則として評価点は実行状況についても能力についても現実に確認されたものであるべきで、安易に推測に頼ることはつしまなければならない。

ただ評価は行わないが、推測は可能な場合は存在する。1つは対象者がその活動を「実施していない」場合の「能力」の推測、特に環境条件の制約で「活動」の「能力」の訓練・評価ができない場合、また概して「参加」の「能力」(可能性)の評価の場合である。

もう一つは評価者のなんらかの判断によって評価しないが、推測は可能な場合である。そのような場合には推測であることを明らかにするために評価点の数字の後に「?」をつけるのがよいと考えられる。例えばa 4602.1_0?であり、これは上記の例ならば「現在入院中のため、遠くまで実際に屋外歩行を行って評価することができないが、病院の庭や周囲などで評価した結果などから、おそらく普遍的自立と推測される」というような意味である。

6) 行為の「適切さ」の問題

評価の判断基準に、「適切に行っているの

かどうか」までを含めたために厳しすぎる評価点となった場合があった。例えば、「a 560 飲む」に関して、飲む行為自体は自立していても、「適切な水分量を摂取しているかどうか」まで含めて評価したため厳しい評価となった例であり、これはむしろ「a 570 健康に注意すること」に含めるべきものであった。

この背景としては、ICFの基準に「やり方がその国の文化・習慣などで適切か否か」も含まれるために、このような意味での適切さまで判断基準に含めたことがあったようである。これは、従来の評価法で「適切さ」を考慮することがほとんどなかったために逆に厳密に考えすぎた例とも考えられる。

今後は「a 570 健康に注意すること」の重要性を啓発する必要があるだろう。

2. 「活動」の中の階層性

活動の評価においては、5章～9章をまず評価し、その上で3章⇒4章⇒1章⇒2章の順に評価するのが基本的な手順であるが、それは活動の分類の中には階層性があり、大まかに言って5～9章は「複合的活動」であり、1～4章はそれに対して「要素的活動」であるということが出来るからである。

しかし後者の中にも更に階層性があり、1～2章はもっとも要素的であるとみることもでき、5～9章と3・4章に対してやや違った軸からみているととらえることもできる。

このような階層構造があるために、5～9章について評価する中で3章、4章の内

容をみていったほうがより現実的であり、別個に3章・4章を評価する必要がなくなることが少なくない。むしろ3章、4章を別個に5～9章より先に評価することは、現実の生活・人生状況を離れた非現実的な（多くは問題を軽くみる）評価となる危険が大きい。

例えば歩行において、「4章運動・移動」の中で孤立した行為として評価した場合には「問題ない」と思われようようでも、仕事との関係で具体的に評価すると、仕事では狭いところや高く足場の悪いところを歩く必要があり、そのような歩行には困難があり、仕事に差し支えがあることが明らかになるなどである。

またコミュニケーションにおいても、3章を別個に評価しただけでは特に問題なしと思われても、コミュニティライフの中で評価すれば人前で話さなければならぬ状況になった時に困難があることが明らかになる、などである。

但し、3、4章の内容の一部には5～9章の評価では含まれないものもある。例えばa 435 下肢でものを動かすことがその例である。またa 340 手話によるメッセージの表出も5～9章のなかでは評価困難な場合がありうる。

1、2章の項目の多くも5～9章の評価の中で評価できるが、一部必ずしもそうでないものがある。特に1章の基礎的学習(a 130～a 155)、a 175 問題解決、a 177 意思決定、a 230 日課の遂行、a 240 ストレスとその他の心理的要求への対処などである。

このうち a175 問題解決、a 177 意思決

定は、要素的な側面とむしろ複雑な面とをもっている。すなわち日常的に起る小さな問題に関する場合は要素的であるが、時に大きな問題に関してこれが必要となる場合があり、そのときにはかなり複合的な内容のものとなりうる。

また a 230 日課の遂行も日課の内容によって複雑なものとなる場合もあると考えられる。

a 240 ストレスとその他の心理的要求への対処については別に考察したので後で述べる(5-3))。

以上をまとめると、評価の実際にあたっては、5～9章の複合的「活動」を評価しながら1～4章の要素的な「活動」を評価していき、その後a 435 下肢を使って物を動かすこと、a 340 公式手話によるメッセージの表出、その他の第5～9章には含まれない一部のものを個別にチェックしていくことがよいと考えられる。特に「実行状況」と「能力」との評価について言えば、5～9章を評価しながら1～4章の要素的な内容についてみていく場合、まず1～4章の「実行状況」は、5～9章の実行状況の評価中に把握することができ、一方「能力」については、5～9章の複合的活動自体の「能力」の評価の中でみていくことができるが、その他に、①他の複合的「活動」の「能力」の中でみる、あるいは、②要素的に1～4章の項目についてその行為をみる、という2つの方法があると考えられる。

このように個別の項目間の階層性や関連性を明確にしていくことで、「活動」の見かたがわかりやすくなると期待される。

従来このよう見方や手順について広く知