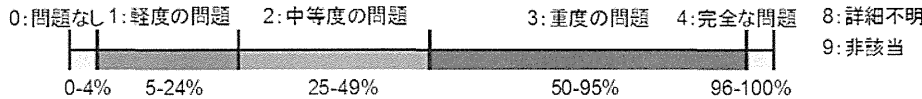


○図表5 ICF 評価点（基準）と採点結果



採点 点数	点数の意味	基準	採点 件数	構成比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	524	20.9%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	537	21.4%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	367	14.6%
3	重度の問題(困難)	50-95%	315	12.6%
4	完全な問題(困難)	96-100%	337	13.4%
8	詳細不明	—	19	0.8%
9	非該当	—	365	14.6%
		無回答	44	1.8%
		合計	2,508	100.0%

○図表6 Generic Setの評価項目と採点結果

【患者21名×4職種×2回入退院時の採点結果（評価項目別の点数構成比）】

評価項目	評価点	採点 件数	点数 「0」	点数 「1」	点数 「2」	点数 「3」	点数 「4」	点数 「8」	点数 「9」	無回 答
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	226	73.0%	21.2%	3.5%	1.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	226	56.2%	24.3%	16.4%	2.7%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	226	22.1%	42.0%	27.9%	6.2%	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%
d230 日課の遂行	実行状況	226	25.2%	28.3%	17.3%	16.8%	11.9%	0.4%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	226	25.7%	25.7%	17.3%	17.3%	11.1%	1.8%	0.0%	1.3%
d450 歩行	実行状況	226	11.1%	31.0%	19.0%	19.9%	18.6%	0.0%	0.4%	0.0%
	能力(支援なし)	226	8.0%	33.6%	16.8%	23.5%	15.0%	0.9%	0.9%	1.3%
d455 移動	実行状況	226	4.4%	13.7%	17.3%	17.7%	40.3%	1.8%	4.9%	0.0%
	能力(支援なし)	226	3.5%	15.9%	19.0%	21.2%	37.2%	0.9%	0.9%	1.3%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	226	1.8%	0.9%	2.7%	5.8%	6.6%	0.9%	79.6%	1.8%
	能力(支援なし)	226	0.9%	0.9%	5.3%	7.1%	6.6%	1.3%	74.8%	3.1%
	全項目	2,486	21.1%	21.6%	14.8%	12.7%	13.6%	0.8%	14.7%	0.9%

【患者21名×2回入退院時の全評価データ】

評価項目	評価点	採点件 数※1	点数平均 ※2	種類平均 ※3	一致率 ※4
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	57	0.36	1.7	43.9%
b152 情動機能	程度・大きさ	57	0.69	2.1	21.1%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	57	1.21	2.0	22.8%
d230 日課の遂行	実行状況	57	1.65	2.1	19.3%
	能力(支援なし)	57	1.73	2.0	24.6%
d450 歩行	実行状況	57	2.07	2.1	21.1%
	能力(支援なし)	57	2.16	2.1	24.6%
d455 移動	実行状況	57	3.20	2.1	22.8%
	能力(支援なし)	57	2.85	2.1	19.3%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	57	7.88	1.5	63.2%
	能力(支援なし)	57	7.67	1.5	63.2%
	全項目	627	2.86	1.9	31.4%

(※1) 患者36名のうち、21名が入退院時2回の評価を実施しているため、採点件数は57件となる。

(※2) 点数平均: 無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値

(※3) 種類平均: 完全一致(1種類)~完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値

(※4) 一致率: 採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。但し、無回答は除外。

○図表7 評価者（職種）間の κ 係数（偶然によらない一致率）

【 κ 係数（kappa coefficient）の算出結果】

急性期 A 病院（国循）

職種間	データ 個数	κ 係数	判定
Dr-Ns	n=98	0.326	低い一致
Dr-PT	n=101	0.476	中等度の一致
Dr-OT	n=106	0.407	中等度の一致
Ns-PT	n=95	0.283	低い一致
Ns-OT	n=98	0.388	低い一致
PT-OT	n=105	0.296	低い一致

回復期 B 病院（七栗）

職種間	データ 個数	κ 係数	判定
Dr-Ns	n=55	0.149	低い一致
Dr-PT	n=55	0.184	低い一致
Dr-SW	n=55	0.219	低い一致
Ns-PT	n=55	0.220	低い一致
Ns-SW	n=55	0.104	低い一致
PT-SW	n=55	0.158	低い一致

回復期 C 病院（浜松リハ）

職種間	データ 個数	κ 係数	判定
Dr-Ns	n=461	0.499	中等度の一致
Dr-PT	n=461	0.514	中等度の一致
Dr-OT	n=445	0.441	中等度の一致
Ns-PT	n=1333	0.468	中等度の一致
Ns-OT	n=1276	0.451	中等度の一致
PT-OT	n=1282	0.561	中等度の一致

【 κ 係数の判定基準】

※ κ 係数 ≥ 0.6 であれば評価者間の一致度は十分高い

κ 係数	判定
0~0.40	低い一致 (poor agreement)
0.41~0.60	中等度の一致 (moderate)
0.61~0.80	かなりの一致 (good to fair)
0.81~	高い一致 (excellent)

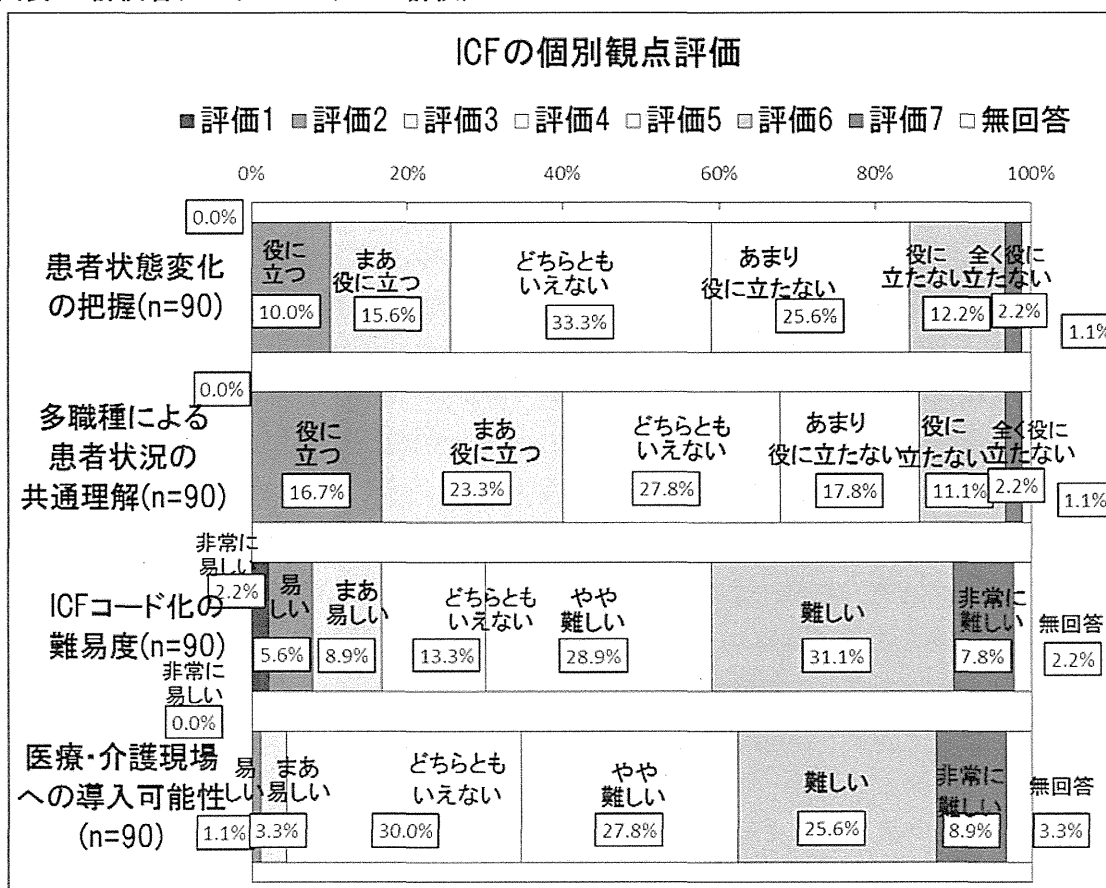
※算出式

$$\kappa\text{係数(偶然によらない一致率)} = \frac{\text{見かけ上の一致率のうち、偶然によらない一致率}}{\text{全体一致率のうち、偶然によらない一致率}}$$

○図表8 多職種相談後の採点結果の変動(2病院)

評価項目	評価点	採点3以上がある中で、総合票は2以下と判定	採点2以下がある中で、総合票は3以上と判定	採点1-4がある中で、総合票は8 or 9と判定	計
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	3件	1件	0件	4件
b152 情動機能	程度・大きさ	4件	1件	0件	5件
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	3件	5件	0件	8件
d230 日課の遂行	実行状況	10件	9件	0件	19件
	能力(支援なし)	7件	9件	0件	16件
d450 歩行	実行状況	8件	12件	0件	20件
	能力(支援なし)	7件	11件	0件	18件
d455 移動	実行状況	8件	6件	2件	16件
	能力(支援なし)	9件	9件	0件	18件
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	0件	2件	10件	12件
	能力(支援なし)	0件	2件	10件	12件
	合計	59件	67件	22件	148件

○図表9 評価者アンケート (ICFの評価)



ICF 概念を用いた評価ツールを巡る研究動向とその臨床適応に向けた課題

研究代表者 筒井孝子 （国立保健医療科学院）
分担研究者 園田茂 （藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
分担研究者 中川原譲二 （国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）
分担研究者 東野定律 （静岡県立大学経営情報学部）
研究協力者 高橋勇二 （社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）
研究協力者 大冨賀政昭 （長寿科学振興財団リサーチ・レジデント）

研究要旨

WHO は、2001 年に ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)を開発した。ICF は、それまでの ICIDH (国際障害分類) (WHO : 1980) のように、既存のすべての分類システムで、適切とされてきた医療的モデルから、個人の機能と障害は、健康状態と個人／環境の状況的要因との間の動的な相互作用によるものとする循環型相互作用モデルを導入したものであった。さらに、ICF は、共通の「基準」言語が定められており、これによって異なる専門領域に属する作業者の理解と使用を可能にするだけでなく、明らかに異なる環境状況に簡単に応用できることを意図して構成されている。

国際的なスタンダードとされた ICF は、すでに諸外国で多くの社会実験や臨床適応のための研究がなされてきた。だが、この ICF で示された言語を評価に応用した場合、その総コード数は膨大であること (1424 コード)、分類する際の評価基準の曖昧さには、実用化に際して、多くの問題があるとの指摘もされてきた。日本では、ICF は、その概念や名称は知っていても、これをどのように利用するのか、あるいは、利用すべきかについての議論や検討は、ほとんど行われてこなかった。

本報告では、以上の状況を踏まえ、日本で政策に活用する方法や、臨床における利用方法を検討するために、ICF に係わる国際的な研究動向をレビューした。

この結果からは、ICF の利用に際しては、障害特性に応じた評価ガイドライン作成が必須であることや、ICF を用いた評価ツールにおいては、いずれのツールにおいても、現時点では、そのツールそれぞれの信頼性、安定性、内的一貫性、収束的妥当性、因子構造等のさらなる検証が必要と指摘されていることがわかった。

したがって、ICF を日本で積極的に利用し、統計データとして国際的に提供するためには、日本で独自に発展してきた障害の評価の在り方を抜本的に変革せねばならない。このため、これを政府として取り組むためには、ICF で提唱されている、当事者の主観的評価を前提とした評価こそが、公正で公平な評価となるという、これまでの評価に関する大きな転換

を、すべての国民に理解してもらい、それを受容してもらうことが必須であることがわかった。ICFの導入は、従来の日本における保健医療福祉、教育における政策の基底となる部分を変革することと同義となるため、もし、これを進めるのであれば、事前にリスク管理についての検討を入念に行う必要があるだろう。

A. 研究目的

WHOは、2001年にICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)を開発した。このICFとは、それまでのICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)で用いられてきた、impairment-disability-handicapという、障害の連続的な展開に基づいた分類の考え方を放棄し、新たな考えとするという、革命的な変革から始まったといえる。

これは、健康と障害の理解と測定の方法におけるパラダイム・シフトとされている。なぜなら、従来の「健康(health)」の概念である死や病気の対極にあるという考えを大きく変えることになるからである。

すなわち、ICF以前の健康の指標は、主に死亡率と罹患率に着目してきた。

一方で、「障害(disability)」は、盲目や難聴などの身体障害上での問題であるとされ、この障害によって、この障害を持った個人が日常生活の活動への参加できないという制限との間には関係がないと見なされてきた。

しかし、ICFは、こうした考え方の基底となる概念として、人間の機能は生物・心理・社会・環境などの多面的領域の複合物であるという考え方に変更しようとするものであった。

ICFの概念に基づけば、健康と障害は別々に考えられ、時には両極に置かれていたが、健康と障害は表裏一体のものとして考えということを示している。

生物・心理・社会的視点から多面的に人間の機能を構成することは、リハビリ医療、精神医療、理学・作業・言語療法、介護施設、在宅ケアなど多くの医療領域においては新しいことではない。

それでは、何が新しいかといえば、このICFの適応は、機能状態の情報を記録コード化するために世界中で合意された概念的枠組みと共通言語であるという点であった。

そして、このICFは、ICIDHと異なり、個人の機能と障害は、健康状態と個人/環境の状況的要因との間の動的な相互作用による循環型相互作用モデルによって成立していた。

この新たな生物心理社会的モデルは、医療的側面からだけでなく、いわゆる広義の健康の概念を基軸にした社会的側面を含めた広い視野からのモデルを提示したといわれている。

WHOは、このICFの考え方について、「同じ病気を持つ2人の人が、全く異なる機能レベルを持つこともあるし、また同じ機能レベルの2人の人が必ずしも同じ健康状態ではない」と示した⁶⁾。

⁶⁾ World Health Organization (WHO). ICF: International Classification of Functioning,

Disability, and Health. Geneva: WHO, 2001.

つまり、異なる環境は、同一の人間であったとしても、大きく異なった影響を与えるとしたのである。

これは、いわゆる障害とは、能力、社会参加、様々な背景、個人、心理的領域における生物的・構造的・機能的因子などが相互に関連しているの、単に生理病理学、解剖学、神経学的レベルにだけ着目して原因を論じることはできないという考え方が基礎にある。

さらに、ICIDH と比較した場合の ICF の特長は、共通の「基準」言語が定められており、これによって異なる専門領域に属する作業者の理解と使用を可能にするだけでなく、明らかに異なる環境状況に簡単に応用するといったことが意図されていた。

だが、この ICF で示された言語を評価に応用した場合、その総コード数は膨大であること、分類する際の評価の基準の曖昧さは、実際に、これを使って、評価や分類する際には多くの問題があると指摘されてきた。

しかし、それでも諸外国では、すでに ICF を用いた多くの社会実験や臨床適応のための研究がなされ、国際的なスタンダードとされつつあると報告されている。

そこで、本稿では、ICF に係わる国内外の研究動向をレビューし、今後、日本の保健医療福祉分野の政策あるいは、臨床で ICF を活用するための方策を考察することを目的とした。

B. 研究方法

1) ICFに関する国内外の文献レビュー

国内における ICF 文献の調査としては、医中誌 WEB Ver.4(2008年9月時点)を用

いて、檜部らが報告した文献がある⁷⁾、これによると、ICF に関する文献投稿が集中していた 2001 年から 2007 年の医中誌文献 2,183,149 からキーワード「国際生活機能分類」により抽出された文献 557 件(0.026%)を「ICF 文献」とし、年次別による ICF 文献数や論文種類別割合が調査されている。本稿では、この内容を基本として、国内の文献について分析した。

国外の研究については、世界的に広く利用されている MEDLINE を用い調査対象文献データの抽出にあたり、PubMed (2012年12月時点)の検索画面上において、検索条件に Publication Date (収載誌発行年)「2001年から2012年」Publication Type (論文種類)「journal article (原著論文)」と「review (総説論文)」を設定して検索を行った。

結果として得られた、2001年から2012年のMEDLINE全体の文献4,126,503件を「医学文献」と定義した。医学文献のうち、キーワード「International Classification of Functioning, Disability and Health」により抽出された文献から、目視により ICF に関する内容かどうかの判断を行い、さらにシステマティックレビューを中心に国外の研究動向を検討した。

そして、2009年の Jennifer Jelsma のシステマティックレビューおよび、ICF が発表された 2001 年から 2009 年に渡って、様々な場所での ICF の最先端の使用・実施・運用に関する系統的な文献レビューを行った Cerniauskaite の研究⁸⁾を取り上げ、ICF を巡る研究動向を概括した。

この調査研究は EMBASE、MEDLINE、

7) 檜部公一, & 岡田美保子. ICF に関する研究論文の動向について. 川崎医療福祉学会誌, 2010; 19(2), 397-403.

8) Cerniauskaite, M., Quintas, R. U. I., Boldt, C.,

Raggi, A., Cieza, A., Bickenbach, J. E., & Leonardi, M. (2011). Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation*, 33(4), 281-309.

PsychInfo といった電子的なデータベースを用いて、ICF が発表された 2001 年から 2009 年 12 月までを対象に行われた。検索にヒットした文献は 5,086 にも及びそのうち 670 がこの分析に組み入れられた。これらは 34 ヶ国の 211 の異なるジャーナルからの文献である。

2) 先行研究で触れられる ICF の臨床的応用に関する先行研究の分析

上記の文献レビュー論文の分析を通して得られた ICF の臨床的応用をトピックとして取り上げ、ここで多く指摘される内容について、2001 年から 2013 年までの研究を対象として研究レビューを実施し、検討した。

(倫理面への配慮)
特に問題なし。

C. 研究結果

1) 国際的な ICF の活用状況

ICF モデルによれば、障害と機能は、健康状態(病気・障害・怪我など)と背景因子の間の相互関係のアウトカムとされている。ICF に内在するこの「生物・心理・社会モデル」は障害の認識を拡大し、医療・個人・社会・環境がという、いわば、人が生活している社会システムが個人の機能や障害に影響を与えることが前提とされている。

そして、特に障害(あるいは、ある程度の機能の低下)は特定の少数派の特徴ではなく、それは、すべての人間が持つ特徴であり、人生という期間からみれば、障害を持つことは、すべての人にあてはなる普遍的な現象ということを高らかに謳った概念と言える。

加えて、ICF は、パリティの原則が基底にある。つまり、機能状態とは、なんらかの

原因によって、一義的に決定されるものではなく、特に、その人が「精神的」健康状態よりむしろ、ある種の「身体的」健康状態を持っているかどうかによって決定するものではないとするのである。

さて、こういった ICF モデルと、それを支える原理は、その前段階である国際障害分類(ICIDH)から発展したものであると強調されている。

ICIDH では、障害(disability)とは機能障害(impairment)の結果として、個人の活動が制限されることとして理解されてきた。障害と社会的不利(handicap)のどちらも重症度という観点から評価されなかった。

もちろん、環境因子は認識されてはいたが、この因子の分類はされておらず、障害と健康状態の測定とを関連付けていなかった。こうした欠点によって、ICIDH は一般的に欠陥があると見なされ、障害のデータを扱う人々や、特に障害の社会的モデル(とりわけ障害者を代表する組織)を擁護する人々からは無視されてきた。

こうした批判に対応するために、ICF は 7 年の期間をかけて、国際的な協力プロセスの中で開発され、2001 年に WHO 全加盟国によって承認される前に 70 ヶ国以上の国々で現場試験が行われて妥当性が確認されたものと言われている。

さて、2001 年の世界保健総会で採用されてから、様々な国で ICF は様々な方法やレベルで、その利用が推進されてきた。以下で示す事例は、この分類法がどこでどのように使用されているかという概要を提示している。

①人口レベルでの適応

a. 一般的あるいは特定の人口調査における健康と障害のデータ収集: ICF は Multi-Country Studies (つまり高齢化についての

世界的研究-SAGE⁹⁾、the World Mental Health Survey (WMHS)¹⁰⁾、the World Health survey (WHS)¹¹⁾、The WHO Multi Country Survey Study (MCSS)¹²⁾、そして国家的調査(アイルランド¹³⁾、チリ¹⁴⁾、メキシコ¹⁵⁾)のための概念的枠組みを提供している。

b.データ編集と分析:「ヨーロッパの健康と障害の測定(Measurement of Health and Disability in Europe; MHADIE)」¹⁶⁾のようなプロジェクトで、ICFを人口の健康と障害のデータ分析のために利用している。

国レベルでは、ICFはデータセットを調整し、比較可能にするために使用されている(Australian Health data Dictionary)¹⁷⁾。

c.障害の調査モジュールと質問群の開発:

- 9) World Health Organization: WHO Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). Wave 1 Individual Questionnaire - Set A. 2009 [http://www.who.int/healthinfo/systems/sage].
- 10) Kessler RC, Üstün TB: The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press; 2008.
- 11) Üstün TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL, WHS-Collaborating Group: The World Health Surveys. In Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization; Murray CJL, Evans DB 2003:.
- 12) Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Celik C, Sadana R, Valentine N, Ortiz J, Tandon A, Saloman J, Cao Y, Xie-Wan J, Ozaltin E, Mathers CD, Murray CJL: WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. In Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization; Murray CJL, Evans DB 2003:761-796.
- 13) Central Statistics Office Ireland. In National Disability Survey 2006. Volume 2. Dublin: 2010.
- 14) National Fund for Disability (FONADIS). First National Study of Disability in Chile Santiago; 2005.
- 15) Secretaria de Salud: Encuesta nacional de

ICFの枠組みと分類法は、WHOの健康と障害の調査モジュール、「障害と社会の統合」¹⁸⁾に関するEUROSTAT調査モジュール、障害統計に関するワシントン・グループ¹⁹⁾などの国際的・地域的なプロジェクトに対し障害に関する質問群を提供していた。

d.政策開発とモニタリング: ミレニアム開発目標(MDGs)や国連の障害者権利条約(CRPD)²⁰⁾などの国際条約や活動、また国家の健康と社会の政策が対象や指標を設定し始めている。政策の開発やモニタリングを導くためには、その実施は元となるデータと一致している必要がある。政策の対象や指標を各データ源と関連付けて政策実施のモニタリングを行う上でのICF枠組みやコードシステムの使用に関して、現在、試験的プロジェクトが試行されている^{21),22)}。

②健康と社会的サービスレベルでの適応

- evaluación del desempeño 2003 [National performance evaluation survey, 2003]. Programa nacional de salud 2007-2012 [National health programme, 2007-2012]. Mexico City; 2007.
- 16) Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development. [http://www.mhadie.it].
 - 17) National Health Data Committee: National Health Data Dictionary, Version 12. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 20032.
 - 18) Meltzer H: Report on the Development of a survey module on disability and social integration. Leicester: University of Leicester; 2008.
 - 19) Washington Group on Disability Statistics. [http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.html].
 - 20) United Nations: Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. [http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf].
 - 21) Bickenbach JE: Disability, culture and the UN convention. Disabil Rehabil 2009, 31(14):1111-1124.
 - 22) Griffio G, Leonardi M, Martinuzzi A, Francescutti C, Raggi A, Kosic V, Barbieri PV: Moving towards ICF use for monitoring the UN Convention on the rights of persons with disabilities: the Italian experience. Disabil Rehabil 2009, 31(Suppl 1):S74-S77.

a. 国の行政として

ICF モデルと障害の定義は、健康と障害に関する行政施策における基準として用いられている。

例えばドイツでは、第9基本社会法 (Basic Social Law) (SGB IX²³) が、慢性疾患や障害のある人々の障害認定やサービス提供を統制するための参考として ICF を用いている。

b. サービス提供の際の記録ツールとして

ICF は、患者のニーズ評価、健康と社会ケアの計画、心身機能・個人的活動・社会参加・環境因子などの多面的介入によって引き起こされた変化の測定のために、機能状態の情報を記録したり、コード化する際に使用されている。

ICF と ICF 関連のツールを採用する傾向は、特に医療、社会的、職業的なりハビリの領域において強く見られる^{24)・26)}。

より最近では、ICF や WHO の能力障害

評価面接基準 (WHODAS 2.0) といった ICF 関連ツールが、様々な疾患やヘルスケアの現場における健康のニーズや介入のアウトカムを測定するために用いられている^{27)・29)}。

c. 障害認定のツールとして

多くの国々には、国民の健康・社会・教育サービス等の受給資格を特定するための障害の評価において ICF を用いるというプロジェクトがある、あるいは、現在、行っている^{30)・31)}。

ICF を用いるという動き、障害とは個人とその人の環境との複雑な相互作用の結果として存在し、その人に備わった特性ではないという認識が幅広く、享受されていることによるものといえる。

その結果として、(障害の) 認定も、その人の環境における機能を考慮し、一元的で欠陥に着目した診断や身体障害というラベルのみを扱う状態を越えていくことが予測

²³⁾ Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 2001.

²⁴⁾ Rentsch HP, Bucher PO: ICF in der Rehabilitation. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag; 2005.

²⁵⁾ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF Praxisleitfaden - Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a.M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); 2006.

²⁶⁾ Netz J: Konstruktion und Praxiserprobung einer ICF-orientierten Therapiezielliste und Outcome-Messung in der ambulanten Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 2005, 11(4):227-235.

²⁷⁾ Sousa RM, Dewey ME, Acosta D, Jotheeswaran AT, Castro-Costa E, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Pichardo JG, Ramirez NG, Rodriguez JL, Rodriguez MC, Salas A, Sosa AL, Williams J, Prince MJ: Measuring disability across cultures—the psychometric properties of the WHODAS II in older people from seven low- and middle-income countries. *The 10/66 Dementia Research Group population-based survey. Int J Methods Psychiatr Res* 2010, 19(1):1-17.

²⁸⁾ O'Donovan M-A, Doyle A: Measuring Activity and Participation of people with disabilities - An overview. Dublin: Health Research Board; 2006, 1, MAP Bulletin.

²⁹⁾ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF Praxisleitfaden 3 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der ICF für das Krankenhausteam. Frankfurt a.M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2010.

³⁰⁾ Francescutti C, Frattura L, Troiano R, Gongolo F, Martinuzzi A, Sala M, Meucci P, Raggi A, Russo E, Buffoni M, Gorini G, Conclave M, Pietrangeli A, Solipaca A, Leonardi M: Towards a common disability assessment framework: theoretical and methodological issues for providing public services and benefits using ICF. *Disabil Rehabil* 2009, 31(Suppl 1):S8-15.

³¹⁾ Leonardi M, Bickenbach J, Raggi A, Sala M, Guzzon P, Valsecchi MR, Fusaro G, Russo E, Francescutti C, Nocentini U, Martinuzzi A: Training on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): the ICF-DIN Basic and the ICF-DIN Advanced Course developed by the Disability Italian Network. *J Headache Pain* 2005, 6(3):159-164.

されている。

こういった ICF の導入を支えるために、これまで幅広い適応ツールや訓練教材が開発されてきた。健康状態を文化に関係なく標準的に評価するために、WHO は、WHODAS 2.0³²⁾の新しいバージョンを開発した。

これは ICF で分類された主な生活領域を反映した機能と障害の全体的な測定法である。

他のツールとしては ICF チェックリストがあり^{33),34)}、これは臨床現場のために ICF を実践的に翻訳したものである。分類の中の項目は専門家が最もよく用いられる領域を選別してリスト化し、その後その選別の妥当性を確かめるために現場試験を行い、足りない項目を追加した。

ICF チェックリストは、心身機能・身体構造・活動と参加・環境因子という観点から個人の主要な機能に関する大まかな概要を提示している。

また、ICF チェックリストには診断に関する情報も含まれており、これによって利用者はある健康状態と関連する機能問題との関係を調査することができるようになる。

この両方のツールは、データの比較可能化を目指し、幅広いアプリケーションで多様な状態や介入方法について使用できる一般的な評価ツールとしてデザインされたことは明らかである。こうした特徴は、この二

つのツールの継続的な第一の長所であり美徳である。

ICF を特別な場で使う場合は、ICF コードの特定の領域とその細かさに関して注意する必要があるだろう。

例えば、鬱病の患者を扱う臨床医は、精神的機能や対人関係、相互関係などの領域を特定するために、より幅広いカテゴリーが必要になるとされている。

その一方で、言語療法士は言語や声などに関連する機能についての詳細の説明が必要になる。

特別な臨床現場で情報が必要とされることに対応して、ICF コアセット³⁵⁾が開発された。

ICF チェックリストの使用をスタート地点として、ICF コアセットは、一連の健康状態に最も関連のある ICF 領域を特定する。既存の臨床的測定法を使用しつづけて、それを ICF の枠組みの中に配置しようとする臨床医のために、位置づけ(マッピング)の規則や手続きに則って意味の図(マップ)が開発された。

社会サービスや教育機関の関係者を感化し、教育することは、こうした分野で ICF の実施を促進する上での重要な要素であることが証明された。

これまでに多くの ICF の訓練ツールや、ICF についての意識向上や教育活動が行われてきた^{36),37)}。現在、ウェブ上で ICF の電

³²⁾ Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von-Korff M, Pull C, collaboration with WHO/NIH Joint Project: Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ 2010, 88:815-823.

³³⁾ World Health Organization: ICF Checklist. Geneva: World Health Organization; 2001.

³⁴⁾ Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G: Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. J Rehabil Med 2004,

36(Suppl.44):22-29.

³⁵⁾ Cieza A, Ewert T, Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G: Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med 2004,36(Suppl. 44):9-11.

³⁶⁾ Francescutti C, Fusaro G, Leonardi M, Martinuzzi A, Sala M, Russo E, Frare M, Pradal M, Zampogna D, Cosentino A, Raggi A: Italian ICF training programs: describing and promoting human functioning and research. Disabil Rehabil 2009, 31(Suppl 1):S46-S49.

³⁷⁾ Schuntermann MF: Einführung in die ICF: Grundkurs - Übungen - offene

子的学習ツールが開発されていて、現場試験が行われている。

2) ICFに関する研究動向

現時点でも、ICFを臨床・教育・統計・政策開発・政策支援などのいくつかの分野で実施・使用することに関する多くの研究がある。

例えば、2009年にJennifer JelsmaがICFの使用についての文献調査を行った³⁸結果からは、ICFは障害に関するデータの概念化・収集・処理の方法において既に大きな影響を与えていることが報告されている。

また、ICFによる分類方法は、学問分野や健康状態の評価、施設での利用といった枠にこだわらず、幅広く使われている。とくに、発展途上国でのICF使用は、強く奨励されている。

しかし、Jennifer Jelsmaの論文で分析されていた論文は、便宜的サンプルともいえ、ICFの登場から、文献調査実施までの期間に発表された、全ての文献を分析しているわけではない。

そこで、ICFが発表された2001年から2009年に渡ってのICFの最先端の使用・実施・運用に関する系統的な文献レビューを行ったCerniauskaiteの研究³⁹を基礎的文献として、各国のICFの動向を考察する。

このCerniauskaiteによる調査研究は、EMBASE、MEDLINE、PsychInfoによる検索によって、ヒットした文献は5,086が対象となっている。このうち670が、この分析に組み入れられ、34ヶ国の211の異なるジャーナルを対象に分析がなされている。

抽出された論文の発行年の頻度とカテゴ

リーの分布情報は、表1に示した通りで、これらは、ICF概念を扱った論文(30.8%)と、臨床/リハビリテーションへのICFの応用(25.9%)を報告した文献とに分類されている。

まず、ICFの概念に関する論文は206編あり、このうち171編の論文はICF分類における概念を説明していた。

ここでは、ICFによって提示された障害と機能の「生物・心理・社会モデル」や、ICFの構成要素である心身機能・身体構造・活動と参加・環境因子・障害因子・促進因子・能力・パフォーマンス・評価点を説明したものであったとされている。

ICFと、その関連ツールの開発に関する論文としては、103編の論文があるとされていた。また、関連ツールとしては、例えば、ICFコアセット、ICFに基づいたツール、ICFチェックリストがあるとされていた。さらに、この103編のうち、54の論文は、疾患別ICFコアセットの開発と妥当性について記述されていた。

いくつかの研究では、臨床におけるコアセットの理論的応用に言及していたが、これらは、ICF関連ツールの運用との関連性を示した研究であった。

疾患や健康状態別のコアセットの開発に関するいくつかの論文は、急性期や亜急性期などの状態にある患者に関連するICF分類のリストを示していた。

これらの論文の大部分は、2004年から2005年に発行されており、近年は、こういった論文は減少傾向にある。

103編のうちの45の論文では、ICFを基盤としたアセスメントツールの開発に関す

Fragen / M. F. Schuntermann. Heidelberg: ecomed Medizin; 2009.

³⁸) Jelsma, J. (2009). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(1), 1-12.

³⁹) Cerniauskaite, M., Quintas, R. U. I., Boldt, C., Raggi, A., Cieza, A., Bickenbach, J. E., & Leonardi, M. (2011). Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation*, 33(4), 281-309.

る論文である。すなわち、WHO-DASII など、既存の ICF を基盤とした評価ツールの妥当性を検証した論文となっている。こうしたツールで対象となっている疾患のほとんどは、神経や筋骨格の疾患のためのものであった。

ICF を基盤としたアセスメントツールの開発は、2007 年以降に、研究者の注目を集めている新たな発展分野である。ICF 分類による測定法の開発や、この測定法に関する妥当性の検証は、リハビリや臨床領域での評価という部分とも共通するところである。

先行文献のレビューの結果から、ICF の利用、運用、実施についての発表された研究論文のほとんどが、北米やヨーロッパ諸国で書かれた論文であることがわかった。アメリカが最も多いが、ヨーロッパ諸国からの発表も半分以上となっていた。

主に、北米では、ICF についての理論的な検討を行った文献が多く、ヨーロッパ諸国から示されていた文献は、ICF を臨床で利用するための応用方法についての研究が多いという特徴があった。

これは、ヨーロッパの政府や研究機関、また何より重要なことは、これらの研究が EC によって、協働されていたからと考えられる。

ICF のような分類法は、人の機能や、健康や障害の状態を表す革新的アプローチともいえるものであるために、健康や教育や雇用領域で、導入が期待されるという性質のものではなく、各国における保健医療福祉政策の決定や、その国の文化にも影響を与えることになると考えられる。

ICF の臨床的な応用を目的とした研究が、多くの国では行われていたが、それだけ、臨床に、この ICF 分類を導入することは困難であることを示しているともいえる。

つまり、患者の機能や障害を説明することを、ICF を基盤としたツールによって行うためには、患者の状態を評価するツールと、ICF との関連性を明らかにする必要がある。

多くの文献の目的は、この点に集約されており、網羅的に収集された ICF に関する論文のほぼ 52%が、ICF を基盤とした評価ツールの開発という内容であり、これが、昨今、国際的に最も重要なテーマとなっていることが読み取れた。

表 2-1 選ばれた文献の発行年とカテゴリーの分布

論文のカテゴリ	発行年									計 (N)
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
概念を扱う論文		11	21	22	36	42	24	21	29	206 (30.8)
ICF の発展/ICF を応用したツール		1	1	16	19	12	16	13	25	103 (15.3)
臨床/リハビリテーションへの応用	1	2	9	17	28	20	36	14	46	173 (25.9)
臨床への応用以外		1	9	3	7	7	10	10	15	62 (9.2)
関連論文		1	2	8	8	15	15	6	18	73 (10.9)
ICF そのものについて言及したもの	1	3	8	4	7	5	9	5	11	53 (7.8)
計(N)	2 (0.3)	19 (2.8)	50 (7.4)	70 (10.4)	105 (15.8)	101 (15.2)	110 (16.4)	68 (10.3)	144 (21.4)	670 (100.0)

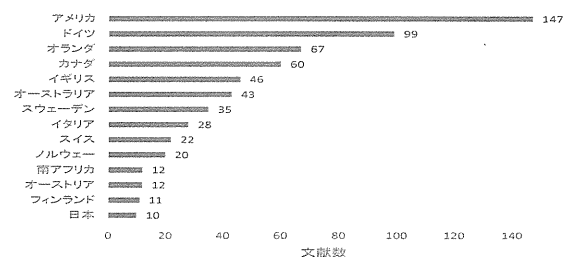


図 2-1 2001~2009 年の最も頻繁に論文を作成する国ごとの研究数

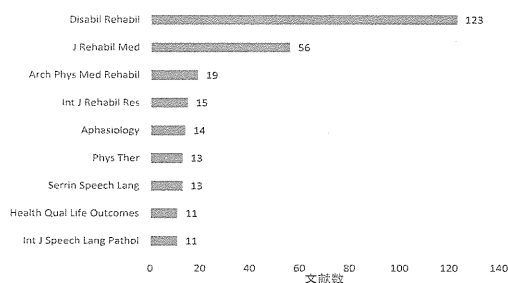


図 2-2 2001~2009 年の最も頻繁に論文が発表されるジャーナルごとの研究数

3) 先行研究で触れられる ICF の臨床的応用に関する先行研究の分析

① ICF の構成概念に関する批判的検討—活動と参加の区別—

Simeonsson らは、ICF 開発の主な目的の一つとして、その人の身体、社会、心理的環境などの複雑な相互作用の結果としての健康状態を記述的に示すこと、さらに、これを分類する方法を作り出すことであると述べている⁴⁰。

さらに、この分類の過程では、身体システム、個人、社会の視点による説明が加えられるとされた。

健康の文脈において、ICF の「心身機能と身体構造 (Body functions and Structure)」は、身体システムの心理学的機能、あるいは臓器、四肢、それらの構成要因などの解剖学的要素となると定義された。

一方、ICF における「活動」は、個人による特定のタスクや行動の遂行と示す分類コードであり、「参加」は、生活状態における包括的な取り込みを示すコードとなるとされた。

表明されている ICF の意図の一つは、「健康と健康関連の状態、アウトカムと決定についての理解と研究の科学的基盤を提供する」ことである⁴¹とされた。

しかし、科学的な調査にとって、いかなる

概念的枠組みに対しても決定的側面となるのは、その内的一貫性と枠組みにおける複数の概念と分類の中で、それを弁別する能力である⁴²。

経験的にも、これらが弁別されないと、調査できないし、分類自体の妥当性も認められなくなる。

ICF の前に示されていた国際障害分類 (ICIDH) に対する、よくある批判の一つは、基本的な概念間の境界を特定することが難しく、経験的にも、その区別ができなかったことであった^{40) 43) 46)}。

したがって、ICF を、研究のための枠組みとして役立つようにするためには、分類された現象のそれぞれを明確にでき、その領域の定義の区別が可能で、計測が可能であることが必須とされた。

これは、区別が可能で、計測も可能な分類でなければ、ICF を用いた仮説の発展や、研究デザイン、計測法の構築において研究者が問題を抱えることになるからである。

WHO は、『「活動」と「参加」の構成要素において「活動」と「参加」の基本的領域を区別することは難しい』と述べている⁴⁷⁾が、ICF が個人や組織、協会などに国際的な人間の機能と障害の分類法として受け入れられるためには、そうした区別ができることは、必要不可欠な条件となると指摘されて

⁴⁰⁾ Simeonsson RJ, Lollar D, Hollowell J, Adams M. Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: developmental issues. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 113–124.

⁴¹⁾ World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001, p. 5.

⁴²⁾ Kaplan A. The conduct of inquiry. San Francisco: Chandler Publishing; 1964.

⁴³⁾ Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: Testing the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) Model. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1261–1273.

⁴⁴⁾ Gray D, Hendershot G. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81

(suppl 2): 510–514.

⁴⁵⁾ Dijkers M, Whiteneck G, El-Jaroudi R. Measures of social outcomes in disability research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81 (suppl 2): 563–580.

⁴⁶⁾ Grimby G, Finnstam J, Jette A. On the application of the WHO handicap classification in rehabilitation. *Scand J Rehabil Med* 1988; 20: 93–98.

⁴⁷⁾ World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001

いる⁴⁸⁾。

Johnston&Pollard⁴³⁾らの研究者は、ICIDHの区別を検証したが、ICFの「活動」と「参加」領域の境界の区別を検証しようとした臨床的な研究は、これまで存在していない。ただし、身体機能に関する48の項目に関連する調査を実施し、探索的因子分析を行った結果から、ICFが提示した「活動」と「参加」の概念と、一致する区別可能な領域を特定できるという仮説の検証がなされている⁴⁸⁾。

このような研究は、ICFモデルの将来の臨床的妥当性と、今後に見つかるかもしれない欠陥に対処するためのICFの改定を提案する場合には、とくに重要である。

だが、ICFの構成概念に関する批判は多く、とりわけ、「活動」と「参加」の評価について、「明確な区別がなされていないことによって、臨床への応用に支障をきたす」という結果を示した論文は多かった。

例えば、日本には要介護認定という、すでに全国に普及したアセスメントツールがあるが、このツールでは、日常生活機能と社会参加に係わる項目は分かれており、その定義も厳格である。

この方式に日本の評価者は慣れているため、ICFによる評価には違和感がある。このため、ICFを臨床に応用するためには、まずは、この「参加」と「活動」の評価のルールをある程度は決めることが必要であろう。

また、ICFの項目については、項目の示す定義の多くが、既存アセスメントツールと類似しており、ICFをあえて利用する必要がないということも導入がすすまない原因である。

この点については、利用目的に合わせて、使用する分類コードを限定することも必要となると考えられる。

②ICFの臨床への適応について

ICFを臨床への応用する方法を検討するには、脳卒中病棟において多職種連携チームでICF評価を行い、それを利用するという試みをし、この導入にあたっての経過を詳細に検討したTempestらによる研究⁴⁹⁾が参考になる。

この研究の最初の段階では、参加者が、ICFに精通していなかったと報告されている。この経験からは、ICFの導入するための最初の課題は、臨床医が、ICFの枠組みと分類に慣れること^{50),51)}であったとの指摘がされている。

例えば、イタリアなどでは、ICFの訓練プログラムは国家レベルで、150イベントを通して7000人以上の参加者に実施された⁵²⁾と報告されている。しかし、その訓練が、結果として、臨床現場におけるICFの利用に及ぼした影響に関しては情報がほとんどない。

ただし、このイタリアの取り組みを報告した論文には、参加者は実践を通して、

⁴⁸⁾ Jette, A. M., Haley, S. M., & Kooyoomjian, J. T. (2003). Are the ICF activity and participation dimensions distinct?. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(3), 145-149.

⁴⁹⁾ Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., & De Souza, L. (2012). To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and rehabilitation*, 34(20), 1686-1694.

⁵⁰⁾ Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational

therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther* 2007;74 Spec No.:221-232.

⁵¹⁾ Heinen MM, van Achterberg T, Roodbol G, Frederiks CM. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Int Nurs Rev* 2005;52:304-312.

⁵²⁾ Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Eight years of ICF in Italy: principles, results and future perspectives. *Disabil Rehabil* 2009;31 Suppl 1:S4-S7.

ICFに関する自分の理解を深めたという結果から、ICFに対する関心と知識を高めながら、ICFを導入することが可能となったことが示唆されている。

例えば、具体的な問題が発生すると、参加型の実践的研究プロセスを通して、参加者が新しい知識を得たことや、他の研究では、ICFの枠組みと分類に対して疑問も指摘はされている⁵³が、実践的研究のアプローチは、それに関する臨床医の理解を深めるために効率的な方法であったとの報告もされている。

また、ICFの臨床への導入方法としては、複数の方法が示唆されている。例えば、リハビリテーションの段階を区別し⁵³、理学療法サービスの範囲を記述する際にICFを利用し⁵⁴、ICFを共通の言語として使い⁵⁵、学際的なチームを特定し、保護するための文化的要素を構造化した⁵⁶という事例が示されている。

この研究の参加者は、患者に関する報告をICFで記述できることで、患者が、転院したり、病棟を移動する際の情報共有が容易になるためのツールとしてのICFの役割⁵³が示され、ICFを共通の言語として⁵⁷、または、いわば、異なった文化的背景があ

ったとしても、その構造から、患者の状態を説明できるツールとして⁵⁶、ICFを使うことができたとの報告がされている。

他の先行研究でも、専門のチームの役割を伝えるために、ICFの使用が有用であるとの指摘がされている⁵⁴。

一方で、患者の転院に関して、脳卒中患者のための急性期の医療サービスをICFを用いて記述し、その特性を強調して記述できると同時に、次のリハビリテーション段階で必要とされる医療内容をICFの領域を特定し、記述することで役立てることができたという結果も示されている。

この事例からは、ICFを利用した急性期から、リハビリテーションの段階への記述⁵³が可能であることも指摘されている。これについては、すでにICFを枠組みやサブテキストとして使うことは、多職種協働の推進においては、効率的であるとの指摘がなされている⁵⁸。

WHOはICFの導入を促すために、ガイドラインと教材を開発している⁵⁹。ただし、この教材を利用したとしても、これまでの医療における多様な過程をコントロールするは、難しいことも指摘されている⁶⁰。

Tempestらによる研究からも、ICFでの

⁵³) Martinuzzi A, Frare M, Pradal M, Mion M, Dugone S, Durante M, Corò A, et al. Disseminating the WHO International Classification of Functioning Health and Disability (ICF) in the Veneto region of Italy. *Disabil Rehabil* 2008;30:71–80.

⁵⁴) Mitchell L. Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provide high-level descriptions of Scottish physiotherapy cases? *Adv Physiother* 2008;10:119–126.

⁵⁵) Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guidelines for Stroke. 3rd ed. London: Royal College of Physicians; 2008.

⁵⁶) Parkin P. Approaches to change. In: Parkin P, editor. *Managing change in healthcare*

using action research. London: SAGE Publications; 2009.p 106.

⁵⁷) Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guidelines for Stroke. 3rd ed. London: Royal College of Physicians; 2008.

⁵⁸) Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., & De Souza, L. (2012). To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and rehabilitation*, 34(20), 1686-1694.

⁵⁹) World Health Organisation Family of International Classifications Network. Annual Meeting 2008 Summary Report. Available at: <http://www.who.int/classifications/network/meeting2008/en/index.html>

⁶⁰) Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernisation: a “danse macabre”? *BMJ* 2003;326:649–652.

評価には、多くの訓練時間が必要とされることや、そして、患者の状態像に関する情報を客観的に示すツールよりも、多職種連携における情報共有のためのプロセスに活用することの可能性が示唆されていた。

③アウトカム項目として ICF の評価法の信頼性について

さて、WHO と世界銀行が共同で発表した障害に関する報告⁶¹では、発展途上国が経済的な負担なしに利用できるという点からも、ICF に基づいたアウトカム測定ツールは、さらに発展していくべきだと提案されている。

最近では、ICF 分類に基づいたアウトカム測定ができるとの提案がされるようになってきた^{62)・64)}。

また、ICF の評価法についても4つの文献が発表されている。このうちの1つの文献では、再テストによる信頼性⁶⁵⁾を、2つ目の文献では、評価者間・評価者内信頼性⁶⁶⁾が、その他の2つの論文では、評価者間の信頼

性のみ^{67)・68)}のレビューが行われている。そして、全ての研究で信頼性は、かなり低いという結果が出ている。

これら4つの先行研究では、ICF で発表されている評価法に変更を加えずに用いると、評価者間・評価者内の信頼性は低いという結果が出ている。これは、英語を母国語としない国々では、委員会が提唱している専門用語を的確な用語に翻訳することの難しさが原因と説明されている。

これまで、FIM と ICF の ADL 分類における評価者間・評価者内の信頼性と一致度を比較した研究⁶⁹⁾からは、ICF の信頼性と一致度は対応する FIM 項目と同等、あるいはそれより良いものだったとされている。

この研究結果は、ICF 分類はリハビリテーションのアウトカム測定の要素としては、使用が可能であるという示唆を与えている。

これは、ICF は、広範囲に渡る分類法であるので、その基盤となる性質を利用すれば、我々が現在、使用しているよりも、包括的なアウトカム測定法を開発できる可能性

⁶¹⁾ World Health Organisation. 2011. World report on disability. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/.

⁶²⁾ Grill E, Stucki G. Scales could be developed based on simple clinical ratings of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set categories. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 891–898.

⁶³⁾ Huber EO, Tobler A, Gloor-Juzi T, Grill E, Gubler-Gut B. The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital. *J Rehabil Med* 2011; 43: 174–177.

⁶⁴⁾ Kohler F, Xu J, Siva-Withmory C, Arockiam J. Feasibility of using a checklist based on the ICF as an outcome measure in individuals following lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int* 2011; 35: 294–301.

⁶⁵⁾ Okochi J, Utsunomiya S, Takahashi T. Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 46.

⁶⁶⁾ Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, Stamm T, Cieza A, Boonen A, et al. Reliability of the ICF Core

Set for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1078–1084.

⁶⁷⁾ Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann A, Prosiegel, M, et al. Interrater reliability of the extended ICF Core Set for stroke applied by physiotherapists. *Phys Ther* 2008, 88: 841–851.

⁶⁸⁾ Hilfiker R, Orbist S, Christen G, Lorenz T, Cieza A. The use of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for low back pain in clinical practice: a reliability study. *Physiother Res Int* 2009; 14: 147–166.

⁶⁹⁾ Kohler, F., Connolly, C., Sakaria, A., Stendara, K., Buhagiar, M., & Mojaddidi, M. (2013). Can the ICF be used as a Rehabilitation Outcome Measure? A Study Looking at the Inter- and Intra-rater Reliability of ICF Categories Derived from an ADL Assessment Tool. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(9), 881–887.

が高まることを意味している。

こういった結果は、日本ですでに日常生活機能評価や FIM などがリハビリテーション医療の現場で活用されていることを鑑みると、これらアセスメントツールにない視点を補うものとしての ICF の活用が可能であることを示唆するといえよう。

④ 発展途上国での ICF の利用の利点

ICF の著作権は WHO が所有しているため、ICF は世界中の国々が無料で自由に使用することができる。ICF に基づいた、いかなる ADL 評価法も無料である。

これは非工業国や発展途上国にとっては重要な点である。つまり、こうした健康関連の予算や資源が乏しい国にとって、ツール利用に経済的な負担が生じないことは、これに生じるはずであった予算を現場のヘルスケアスタッフへ使うことができることを意味しており、極めて重要な利点となっている。

D. 考察

国際的には、ICF を政策的に活用する方策が試行されつつある。このうち、わが国で実用の可能性があるとするれば、臨床実践のレベルで個別事例の評価ツールとして活用するというものであろう。

これまで多くの先行研究で指摘されてきたように、ICF を分類コードとして実用化していく際の大きな問題は、コードが多すぎることである。

これについては、前述したように、特定の疾患に焦点をあてた ICF CORE SET や、あるいは ICF の活動と参加に着目した評価を行う WHO-DAS の活用が有効であろう。

ただし、これを行うにあたっての大きな問題は、ICF を用いた評価方法の未成熟さである。ICF を臨床に適応するにあたって

は、医師あるいはリハビリテーションに成熟した専門職が評価を行うこと、さらに、彼らに対しての系統的な訓練が必要とされる。

日本で、今後、ICF の評価を普及することを考えた場合、まず、課題となるのは、評価者の養成であろう。

これを計画するためには、評価する領域を限定する必要がある。すなわち、この ICF による分類をわが国の保健医療福祉、教育施策のいずれとリンクさせるかについて、政策判断が必要となる。そして、このことは、第三の課題と密接に関係する。

第三の問題は、すでに政策的に活用される既存アセスメントツールとの併存可能性である。例えば、日本では、すでに多くの国民が知っているアセスメントツールとして、高齢者が介護サービスを受ける際に要介護認定を受けなければならない。

この調査方法は ICF の基本となっている主観的評価と対極にある、客観性を前提とした方法を採用している。これは、大きな違いといえる。

要介護認定では、例えば、「歩行」の評価は、「歩けるか、歩けないか」という2つの分類があり、歩ける場合には、どのくらい支援が必要かという判断となる。

だが、ICF では、歩くとした場合に、本人にとっては、どのような難しさがあるかということ問うという評価なのである。

つまり、これは、評価を受ける要介護高齢者本人が、「自分の能力では、中程度の難しさがある」とか、「たいへんな難しさがある」といった意思を表明しなければならない。

これは、要介護高齢者の主観的な評価となり、わかりやすく言えば、他者からみれば、自立して歩き、何も問題なく歩いているようにみえたとしても、本人が歩くのに「かなりの困難がある」と感じていれば、その評価となるということである

逆に、観察者から見れば、歩行できるとは、到底いえない状況であったとしても、本人が「歩行には全く問題がない」と回答すれば、その回答が評価となる。

このような主観に基づく評価は、現存している要介護認定の評価の考え方とは大きく異なったスキームの上で成立している。

なぜなら、要介護認定の評価は、専門的な要介護認定調査員が実施し、公平に行うことが前提とされており、要介護高齢者の主観を反映させて回答せよというスキームは採用されていないからである。

したがって、現時点で、日本で利用されている ICF 評価というと、例えば、「歩行」であれば、医師や理学療法士や介護福祉士と呼ばれる、この領域の専門家が、「歩行できる」ではなく、「歩行している」という実行上の評価か、あるいは、「能力があっても歩行しないか」あるいは、「能力があるので、歩行できるようになる」という判断をすることが、ICF の基本的な考え方とされている。

つまり、日本では、専門家がどういうふうに関与しているかという視点で ICF が使われていることになる。これは、ICF の本来の使われ方はしていないといわざるをえない。

よって、もし、ICF を国際的な比較に活用するのであれば、この主観的な困難さを評価することこそが、公正で公平な評価であるという、評価に関する大きな転換しなければならない。

そして、この評価こそ、国際的に浸透しているので、正しいのであるということを国民全体に理解を求めるしかない。

しかし、このような評価に関する大きな転換をわが国においてできるかどうか、また、これを行う利点があるという説得力のある資料は、現段階では、国内には存在していない。

E. 結論

本報告では、ICF や WHO-DAS に係わる国際的な研究動向をレビューすることによって、ICF 政策的活用の状況や臨床における活用方策に関する情報を得るとともに、諸外国において指摘される課題を抽出し、今後の日本における ICF の活用について検討をしてきた。

国外の研究においては、ICF をすでに利用している人々においては、ICF の具体的かつ有意的な使い方に関するエビデンスを提供しなければならないことが強調されている⁵⁰⁾。

つまり、ICF を実践に導入する効率的な方法を検討するためには、ICF の導入に着目する研究が必要なのである⁷⁰⁾。これは、大きな政策的判断を要することであり、日本における保健医療福祉政策においては、おそらく、ほとんどの給付のありかたを見直すことにつながることになるだろう。

このような変更につながる、詳細な議論は今後の課題であるが、ICF を導入する際にあらかじめこういった変更に関してのリスクを管理し、考慮しておくことは最重要課題であると認識されている⁷¹⁾。

つまり、いずれも国においても ICF の活用は、政策においても、臨床現場に、変更ではなく、変革を要することになっている。

したがって、日本においても、これだけの

⁷⁰⁾ Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations. *Disabil Rehabil* 2008;30:1146-1152.

⁷¹⁾ Appleby A, Tempest S. Using change management theory to implement the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Brit J Occup Ther* 2006;69:477-480.

変革を伴う ICF の導入を行うのであれば、臨床へどのように適応していくか、このような変更に臨床が耐えうるように慎重な配慮をすべきと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

T Tsutsui, M Otaga, S Higashino, A Cottenicin. How to implement ICF-based assessment tools into clinical practice in Japan? Review of Administration and Informatics, in print

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

脳卒中急性期患者を対象とした退院時の ICF コーディング試行評価

分担研究者 中川原譲二（国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）
研究代表者 筒井孝子（国立保健医療科学院）
分担研究者 園田茂（藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
分担研究者 東野定律（静岡県立大学経営情報学部）
研究協力者 高橋勇二（社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）

研究要旨 脳卒中 10 症例を対象として、WHO 国際生活機能分類「ICF generic set（一般セット）」を用いて、急性期病院における退院時の生活機能を 4 職種（医師、看護師、理学療法士、作業療法士）により採点した。その結果、評価者間での採点一致率が極めて低く、ICF を直ちに臨床使用することについては十分な信頼性を得るには至らなかった。その背景として、医療現場においては、障害を生活機能の観点から捉える ICF の概念が十分に浸透していないことが上げられる。今後は、評価項目の見直しと、評価基準についての多職種間のコンセンサス作りが必要である。

A. 研究目的

本研究は、患者のニーズに併せて日々専門化・複雑化する保健、医療、介護、福祉分野等に対して、個々の分野で共通して用いることが可能である WHO 国際生活機能分類（以下、「ICF」という。）に基づき、他の分野との間を横断的な評価を可能とする手法の開発を行い、分野間における相互の影響を明らかにするとともに、適切な分野間連携の対応方法を構築するための基礎を確立することにある。

B. 研究対象と方法

ICF コーディング試行評価の対象者は、急性期病棟の入院患者 10 名で、内訳は男性 6 名、女性 4 名、平均年齢 72.7 歳、疾患は、脳出血 6 名、脳梗塞 4 名であった。退院時における対象者の平均評価は、モデファイドランキン

スケール 3.1、FIM 運動項目 51.1、FIM 認知項目 27.1、看護必要度 A 項目 0.1 点、看護必要度 B 項目 4.7 点であった。なお、予め、採点評価において「9.非該当」が少なくなるよう、退院間近の患者のうちモデファイドランキンスケール 4 以下とし、寝たきり、もしくはコミュニケーションが取れない方は候補から除外した。

一方、評価者は、病院勤務の医師、看護師、理学療法士、作業療法士の 4 職種、計 31 名で、職種経験年数の平均は 8.9 年。評価者が普段利用するアセスメント手法は、NIHSS 約 76%、FIM 約 72%、Barthel Index 約 14%、日常生活機能評価約 3%であった。

試行評価（採点）は、全症例に共通して使用可能な「ICF generic set（一般セット）」を活用した。generic set は、「b130 活力と欲動の