

機能、b152 情動機能、b280 痛みの感覚、d230 日課の遂行、d450 歩行、d455 移動、d850 報酬を伴う仕事」の7項目(dコードには実行状況と能力の2種類の採点が必要な為、それを合わせると合計11項目)の評価となる。

また、採点し易いように、この7項目(第2レベルの3桁コード)の下位項目(第3レベルの4桁コード、もしくは第4レベルの5桁コード)を採点基準として指定した(表3-1)。

表 3-1 指定した採点基準(下位評価項目)

評価項目 (第2レベル)	指定した下位の評価項目 (第3/第4レベル)
b130 活力と欲動の機能	b1302 食欲
b152 情動機能	b1522 情動の範囲
b280 痛みの感覚	b28014 上肢の痛み b28015 下肢の痛み
d230 日課の遂行	d2303 自分の活動レベルの管理
d450 歩行	d4500 短距離歩行
d455 移動	d4551 登り降りすること

退院時の患者1名に対し、4職種の評価者が互いに相談せずに採点(4票の職種別票を記入)し、その後、同一患者の担当評価者4名で相談し1患者に1票の総合票を作成した。同時に、当該患者のアセスメント評価データ(モデファイランキングスケール、FIM、看護必要度)も収集した。また、終了時に評価者アンケートを実施し、ICF活用上の課題・問題点等を聞いた。

C. 研究結果

全試行(10患者×11項目×4評価者=440件)において、「9.非該当」の採点は計12.3%と1割超(表3-2)を占め、その多くは評価項目「d850.報酬を伴う仕事」に集中した。

また、4職種の評価者による評点パターン(1.完全一致~4.完全不一致の4種類)の平均は、

評価11項目で1.6~2.6通り、平均は2.1通りで、その一致率は0.0%~60.0%とばらつき、平均は21.8%であった。完全不一致(一致率0.0%)は「b152 情動機能」、「d230 日課の遂行」(実行状況)の2項目であった。一方、一致率が高かったのは、「b130 活力と欲動の機能」(能力60.0%)であった(表3-3)。

なお、2職種の評価者間(職種間)の一致係数κ(偶然によらない一致率)を求めたところ、0.28~0.48と「低い一致」が4項目、「中等度の一致」が2項目の判定になり、十分な信頼性を担保できない結果となった(表3-4)。

表 3-2 ICF 評価点数と採点結果

評価点数	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%	82	18.6%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	81	18.4%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	57	13.0%
3	重度の問題(困難)	50-95%	59	13.4%
4	完全な問題(困難)	96-100%	80	18.2%
8	詳細不明	—	6	1.4%
9	非該当	—	54	12.3%
		無回答	21	4.8%
		合計	440	100.0%

表 3-3 患者10名の評価データ

評価項目	評価点	採点件数	点数平均※1	種類平均※2	一致率※3
b130	程度	10	0.53	1.6	60.0%
b152	程度	10	0.73	2.4	0.0%
b280	程度	10	1.21	2.4	20.0%
d230	実行状況	10	2.03	2.6	0.0%
	能力	10	1.89	2.2	10.0%
d450	実行状況	10	2.38	1.9	30.0%
	能力	10	3.22	1.9	20.0%
d455	実行状況	10	4.15	2.3	10.0%
	能力	10	3.22	1.9	30.0%
d850	実行状況	10	7.36	1.9	30.0%
	能力	10	7.36	1.9	30.0%
	全項目	110	3.02	2.1	21.8%

(※1) 無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値

(※2) 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

(※3) 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。無回答は除外。

表 3-4 2職種の評価者間のκ係数

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

※ κ係数≥0.6であれば評価者間の一致度は十分高い

多職種による相談後の採点評価の変動は様々なパターンが確認されたが、特に「2：中等度の問題」と「3：重度の問題」の境界に着目すると、全相談件数(10患者×11項目=110件)のうち24件の完全一致を除いた86件について、(A)採点3以上重度の評価者がいるにも関わらず、相談結果は2以下の軽度・中等度以下と判定した場合は13件、逆に(B)採点2以下の軽度・中等度の評価者がいるにも関わらず、相談結果は3以上の重度と判定した場合は15件と、全体の15～17%を占めた。また、(C)採点1～4の評価者がいるにも関わらず総合票で8 or 9と判定した場合は12件で、3者の合計は40件となった。評価項目でみると、「d850 報酬を伴う仕事」、「d230 日課の遂行」で多かった(表3-5)。

表 3-5 多職種相談後の採点結果の変動

評価項目	評価点	A	B	C	計
b130	程度	1件	1件	0件	2件
b152	程度	1件	0件	0件	1件
b280	程度	2件	1件	0件	3件
d230	実行状況	6件	0件	0件	6件
	能力	2件	3件	0件	5件
d450	実行状況	0件	2件	0件	2件
	能力	1件	2件	0件	3件
d455	実行状況	0件	1件	2件	3件
	能力	0件	3件	0件	3件
d850	実行状況	0件	1件	5件	6件
	能力	0件	1件	5件	6件
合計		13件	15件	12件	40件

評価者アンケートでは、「患者の状態変化の把握」と「多職種による患者状況の共通理解」の役立ち度を、「非常に役立つ」から「全く役立つたない」までの7段階評価で、「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」の難易度を、「非常に易しい」から「非常に難しい」までの7段階評価で、それぞれ評価した。

「患者の状態変化の把握」では、否定評価(役に立たない)が約32%と、肯定評価(役に立つ)の約24%を約9ポイント上回る結果となった。一方、「多職種による患者状況の共通理解」では、肯定評価(役に立つ)が約35%で、否定評価(役に立たない)の約29%を約6ポイント上回った。

「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」については、否定評価(難しい)がそれぞれ約77%、約71%と、全体の7割を超える結果となった(図3-1)。

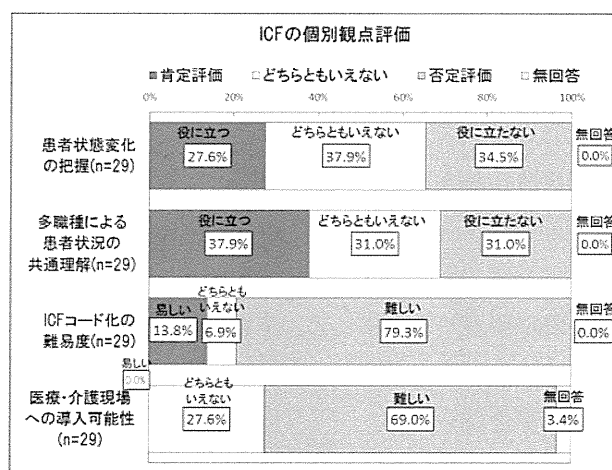


図 3-1 ICF の評価

アンケートの自由記述回答では、「ICFコードが役立つ理由」として、医療従事者間の共通評価項目としての有効性や、多職種間・介護施設と家族間の情報共有化ツールとして可能性などが挙げられた。また、「ICFコード化

作業の難しい点」としては、評価項目定義の表現の難しさや評価基準の曖昧さなどが指摘され、「ICF コードの現場導入のための改善案」としては、評価項目・定義の表現の簡略化・簡潔化、評価具体例の提示などの改善案が挙げられた。

D. 考察

世界保健機構（WHO）は、疾病や障害に関する各種の国際分類を制定しているが、これらは World Health Organization Family of International Classification (WHO-FIC) と呼ばれ、その中心分類として、ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : 国際疾病分類) や ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health : 国際生活機能分類) が位置づけられている。WHO は、障害に関する国際分類として 1980 年に ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps 国際障害分類) を制定したが、その後 2001 年にその改訂版として ICF を制定した。ICIDH では、疾病→機能障害→能力障害→社会的不利というように、疾病による『社会的不利(生活しにくさなど)の視点』から、本人に疾病(障害など)があることが原因で発生するという一方向のものとして分類されてきたが、ICF では、健康状態はそれに関連する様々な因子(心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子、個人因子など)が複雑に絡み合って相互作用しているという観点から、これらの因子が『生活機能の視点』から系統的に分類された(1424 項目からなる)。したがって、ICF では、あらゆる健康状態と健康関連状況を分類することが可能となり、その対

象は、障害のある人に限らず、健康な人をも含むすべての人に及ぶ包括的な分類となっている。少子高齢化が急速に進むわが国では、疾病を抱えて社会生活を営む高齢者の増大が見込まれることから、保健、医療、介護、福祉分野の連携が強く求められ、各分野で共通して用いることのできる評価手法の開発が待望されている。今回の検討では、ICF の分類手法を用いて、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる包括的評価手法の開発が可能かどうかを見極めることを目的とした。

脳卒中 10 症例を対象として、急性期病院における退院時の生活機能を「ICF generic set (一般セット)」を用いて、4 職種による評価を行ったが、いくつかの問題点が明らかとなった。第 1 に、項目評価における「9.非該当」が、評価項目「d850 報酬を伴う仕事」に集中したことから、この項目については急性期での評価から除外し、報酬に値する仕事などの程度出来るかを問う項目への変更が相応しいと考えられた。第 2 に、4 職種の評価者による採点の一致率では、0.0%~60.0%とばらつき、全項目平均は 21.8%と低率であり、2 職種の評価者間一致率も低い結果となったことから、現時点で「ICF generic set (一般セット)」を急性期病院退院時の生活機能の評価項目として用いることには限界があると考えられた。評価の一致率が低かった原因として、①評価者がこの評価項目に慣れていない、②評価基準に対する理解の不足がある(標準化されていない)、③評価者により障害の程度の判定に『生活機能の視点』が取り入れられていない、④職種によって、障害や生活能力そのものの見方が異なる、などが上げられる。また、多職種による相談後の採点評価の変動

については、「2：中等度の問題」と「3：重度の問題」の境界で、評価の変動が全体の15～17%で生じる結果となり、評価者による評価基準に対する理解不足が明瞭となった。

一方、評価者アンケート結果からは、本評価法の位置づけについて、評価者の間に十分なコンセンサスが得られていないことが判明した。「患者の状態変化の把握」では、役立つとの答えが24%、役立つしないとの答えが32%、「多職種による患者状況の共通理解」では、役立つとの答えが35%、役立つしないとの答えが29%であり、「ICFコード化の難易度」や「医療・介護現場への導入可能性」については、難しいとの判断がいずれも7割を超える結果となった。しかしながら、アンケートの自由記述回答で、『医療従事者間の共通評価項目としての有効性』や、『多職種間・介護施設と家族間の情報共有化ツールとして可能性』などが挙げられことは、現状においてこれらを満たす評価手法が欠如していること、新たな評価手法の開発が必要であることなどの要望があることを反映していると考えられた。

今回の検討から、わが国の現状において急性期病院における脳卒中患者の退院時の生活機能を「ICF generic set（一般セット）」を用いて評価することについては、評価者間の評価にばらつきが大きく、普及には限界があることが想定された。ICFに基づく評価手法を、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる評価手法として開発するためには、評価項目の見直しに止まらず、ICFの概念に関する教育と評価基準に関する専門職種間のコンセンサス作りが前提となる。WHOが2001年に、ICIDH（国際障害分類）からICF（国際生活機能分類）に改定した背景には、疾病による障害を『社会的不利の視点』から

捉えるよりも、疾病の有無に関わらず健康状態を『生活機能の観点』から包括的に捉えることが重要であることを認識したからであると考えられる。しかしながら、わが国における障害者に対する社会基盤の整備は、WHOが制定したICIDH（国際障害分類）を根拠とした社会的不利の改善（障害者に対するバリアフリー社会の構築）としての対策に止まっている。また、医療現場においては、患者一人一人の障害に必要な支援を、社会における生活機能の改善を目指す取り組みとして位置づける視点が十分ではない。そのことは、今回の検討における評価者アンケート結果からも見て取れる。

わが国において、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる包括的評価手法の開発は、必要不可欠と考えられるが、ICFに基づく評価手法の開発に当たっては、各分野におけるICF教育の徹底とICFの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不可欠である。

E. 結論

「ICF generic set（一般セット）」を用いて、急性期病院における脳卒中患者の退院時の生活機能を多職種で評価したところ、評価者間での採点一致率が極めて低く、現状において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。その背景因子として、わが国の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考えられた。

わが国において、ICFに基づいて、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる包括的評価手法を開発するためには、各分野におけるICF教育が前提となる。

また、ICF の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を早急に行うべきである。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 原著論文

中川原譲二：循環型地域連携クリティカパスとその意義. リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア, 診断と治療社, 東京, pp45-49, 2013

2. 学会発表

中川原 譲二:チーム医療の質を検証するための診療情報管理. (シンポジウム) 第 39 回 日本診療情報管理学会 2013.9.4

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

■参考資料(国立循環器病研究センター)

○図表1 サンプル数

採点対象 (入院患者)	患者1名の 評価項目	評価者 (病院勤務専門職)	回収 ICFコード票	回収 評価者アンケート
10名	7項目 (11評価)	31名	50票 (うち総合票10票)	29票

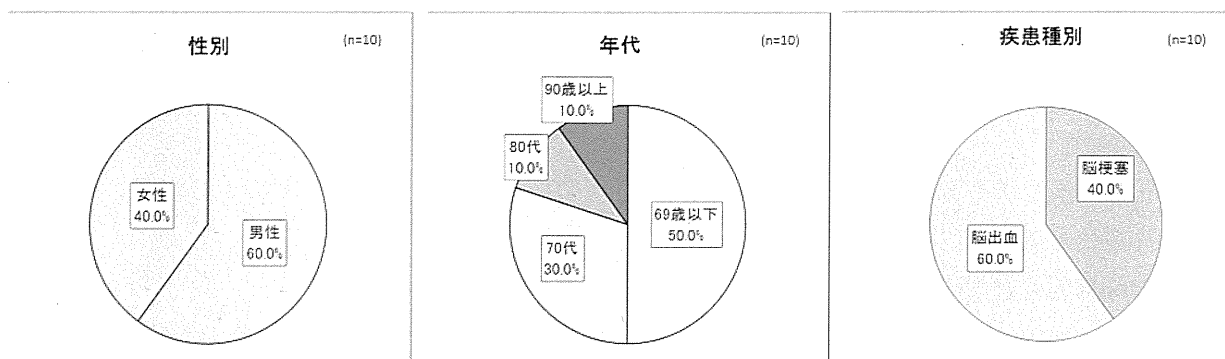
○図表2 配布物

	入院患者向け	評価者向け	協力施設事務局向け
1	ICF 試行評価の説明書	調査実施マニュアル	ICF 試行評価実施計画書
2	同意文書	ICF コード記入票(図表 11)※	患者基本情報一覧表(図表 13)※
3	同意撤回書	評価者アンケート(図表 12)※	FIM 評価票※
4			看護必要度評価票※
5			モデファイランキングスケール※

※印: 調査終了時の回収対象

○図表3 採点対象者(入院患者)の基本属性

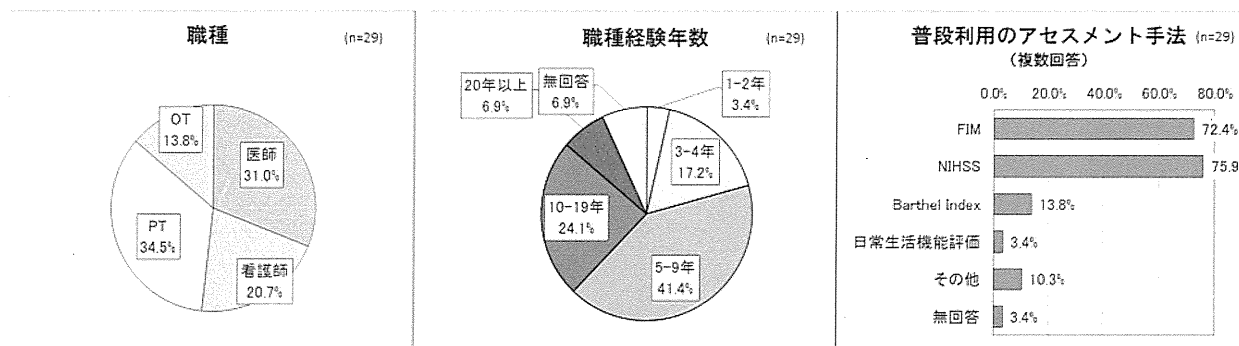
性別	年齢	疾患種別
男性 6名 女性 4名	63~90歳 (平均72.7歳)	脳出血6名 脳梗塞4名



評価時期	MRS評価	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計	看護 必要度A	看護 必要度B	看護必要度 A+B
退院時	0~11 (平均2.5)	19~91 (平均51.1)	14~35 (平均27.1)	40~125 (平均78.2)	0~1 (平均0.1)	0~11 (平均4.7)	0~11 (平均4.8)

○図表4 評価者(病院勤務専門職)の基本属性

職種	人数	平均経験年数
医師Dr	9名	6.8年
看護師Ns	6名	13.0年
理学療法士PT	10名	9.2年
作業療法士OT	4名	6.0年
合計	29名	8.9年



○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%	82	18.6%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	81	18.4%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	57	13.0%
3	重度の問題(困難)	50-95%	59	13.4%
4	完全な問題(困難)	96-100%	80	18.2%
8	詳細不明	—	6	1.4%
9	非該当	—	54	12.3%
		無回答	21	4.8%
		合計	440	100.0%

○図表6 Generic Setの評価項目と採点結果

【患者10名×4職種の採点結果（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	40	70.0%	17.5%	5.0%	5.0%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	40	45.0%	40.0%	12.5%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	40	30.0%	30.0%	27.5%	7.5%	2.5%	0.0%	0.0%	2.5%
d230 日課の遂行	実行状況	40	12.5%	25.0%	22.5%	27.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	40	17.5%	25.0%	17.5%	15.0%	17.5%	0.0%	0.0%	7.5%
d450 歩行	実行状況	40	10.0%	25.0%	12.5%	22.5%	30.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	40	5.0%	25.0%	15.0%	20.0%	27.5%	0.0%	0.0%	7.5%
d455 移動	実行状況	40	7.5%	5.0%	7.5%	17.5%	42.5%	7.5%	12.5%	0.0%
	能力(支援なし)	40	2.5%	7.5%	17.5%	15.0%	47.5%	2.5%	0.0%	7.5%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	40	5.0%	0.0%	2.5%	7.5%	7.5%	2.5%	65.0%	10.0%
	能力(支援なし)	40	0.0%	2.5%	2.5%	7.5%	10.0%	2.5%	57.5%	17.5%
	全項目	440	18.6%	18.4%	13.0%	13.4%	18.2%	1.4%	12.3%	4.8%

【患者10名の全評価データ】

評価項目	評価点	採点 件数	点数平均 ※1	種類平均 ※2	一致率 ※3
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	10	0.53	1.6	60.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	10	0.73	2.4	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	10	1.21	2.4	20.0%
d230 日課の遂行	実行状況	10	2.03	2.6	0.0%
	能力(支援なし)	10	1.89	2.2	10.0%
d450 歩行	実行状況	10	2.38	1.9	30.0%
	能力(支援なし)	10	3.22	1.9	20.0%
d455 移動	実行状況	10	4.15	2.3	10.0%
	能力(支援なし)	10	3.22	1.9	30.0%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	10	7.36	1.9	30.0%
	能力(支援なし)	10	7.36	1.9	30.0%
	全項目	110	3.02	2.1	21.8%

(※1) 点数平均: 無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値

(※2) 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

(※3) 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】

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

【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)

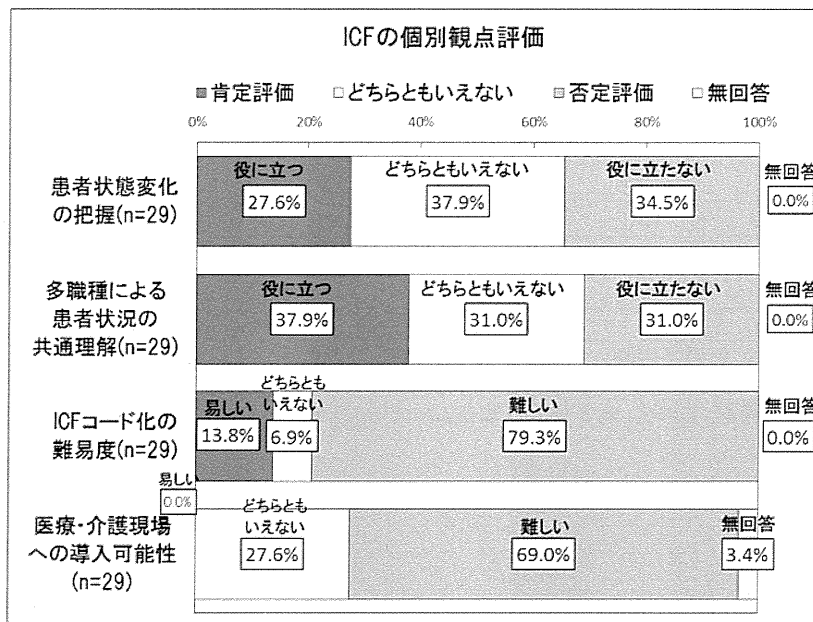
※算出式

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

○図表8 多職種相談後の採点結果の変動

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	1件	1件	0件	2件
b152 情動機能	程度・大きさ	1件	0件	0件	1件
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	2件	1件	0件	3件
d230 日課の遂行	実行状況	6件	0件	0件	6件
	能力(支援なし)	2件	3件	0件	5件
d450 歩行	実行状況	0件	2件	0件	2件
	能力(支援なし)	1件	2件	0件	3件
d455 移動	実行状況	0件	1件	2件	3件
	能力(支援なし)	0件	3件	0件	3件
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	0件	1件	5件	6件
	能力(支援なし)	0件	1件	5件	6件
合計		13件	15件	12件	40件

○図表9 評価者アンケート（ICFの評価）



○図表10 評価者アンケート（自由記述）

【ICFコード化作業の難しい点/易しい点】

職種	コード化難易度	ICFコード化作業の難しい点/易しい点
Ns	非常に難しい	言葉が難しくなかなか想像がつきにくく評価が難しい。
Dr	難しい	難解な日本語であり患者の状態などに照らし合わせにくい。また、複数の評価項目（実行可能なレベルが異なると考えられる）が一項目内に入り、点数化しにくい。評価点を%で示すと範囲が広すぎて判断しにくい。すべての評価が主観にもとづき客観性に乏しい。
Dr	難しい	評価の基準があいまいであったことが困難であった。
Dr	難しい	文章の解釈の仕方によって評価が変わる点が難しいと思います。
Ns	難しい	定義を日々の Pt の状態や言動、行動をどう当てはめたら良いのか難しかった。
Ns	難しい	評価点の2, 3で迷ってしまう。
Ns	難しい	評価の言葉の意味が難しい。
Ns	難しい	文章の内容が難しかった。理解できない文もあった。評価点は選択しやすかった。
PT	難しい	判断基準が広く、明確でない点で難しいと感じた。
PT	難しい	具体例などがなく、点数が付けにくい。定義の文章が難解。
PT	難しい	グレーディングがシンプルなのは良かった（容易）のですが、項目の内容自体が理解しにくかったです。
PT	難しい	「活力と欲動の機能」「情動機能」の評価
OT	難しい	文章表現が分かりにくかったです。評価点の2（中等度）～3（重度）の幅が広く、点数をつけるのが難しかったです。
OT	難しい	軽度や中等度を判定することが難しかった。
OT	難しい	食欲や情動の範囲について、問題の程度を評価するのが難しかった。歩行や移動は比較的評価しやすかった。
OT	難しい	判断に迷う。基準の文言が読み取りにくい。
Dr	やや難しい	抽象的な質問が多い点が難しい。
Dr	やや難しい	感覚障害の評価は重症度が判断しづらい。
Dr	やや難しい	項目が分かりにくく、数が多い。
Ns	やや難しい	内容が抽象すぎてわかりにくい
Ns	やや難しい	看護師だけの判断なのか、食欲や不愉快な感覚など患者の意見も含めてのことなのか、判断つかない。
PT	やや難しい	情動機能、情動の範囲が難しかった。重度の問題 50-95%幅が広い。
PT	やや難しい	考えれば考えるほど評価が難しくなる。軽・中・重の判断基準をもう少し詳しく示されていれば、評価の時間を短縮できるかもしれない。
PT	やや難しい	コードの文章の解釈が難しかった。
OT	やや難しい	運動 pt や失語で訴えができない方は、日課の進行や達成が制限されることが多いですが、これらの評価点の付け方が難しかったです。
OT	やや難しい	高次脳機能障害や認知機能低下がある場合の「日課の遂行」「情動機能」の項目の評価が難しかったです。歩行の評価基準が「1キロメートル」では幅が広く、評価が難しかったです。また、支持なしでは、困難度が分かりにくいと思いました。
PT	どちらともいえない	出来ることと実際に行っていることの差異の解釈。
OT	どちらともいえない	リハビリ場面で評価できるところは容易であった。
OT	まあ易しい	定義が複雑。これでは評価者のバイアスは大きくなる。
PT	易しい	評価の判定は易しく、項目も少ない。BI、FIM の 1/3 ほどの時間である。
PT	易しい	厳密な評価でなく、5段階に分かれているため大体で評価することが可能であり、容易であった。
Dr	非常に易しい	患者の後遺症がなく評価が容易だった。

【ICFコードが役立つ理由/役に立たない理由】

職種	患者状態変化の把握	多職種による患者状況の共通理解	ICFコードが役に立つ理由/役に立たない理由
Dr	役に立つ	役に立つ	医療従事者間で共通の評価項目がなかったため、その点で有用かと思われた。
Dr	役に立つ	役に立つ	共通理解が得られれば次の病院や介護職、家族に情報として伝えやすくなる可能性がある。
Dr	役に立つ	役に立つ	転院時にある程度の指標となると思うから。
PT	役に立つ	役に立つ	各項目毎に把握できる。ただし慣れが必要。
OT	役に立つ	役に立つ	チームで患者の状態を共通に共有できるため。
Dr	まあ役に立つ	まあ役に立つ	ベッドサイドの診察だけではわからない情報が得られる。
Dr	まあ役に立つ	まあ役に立つ	主観的な評価ではありますが、多職種の視点からの評価を共有できる点は有用と考えます。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	食欲や感情といった類の情報が得られる。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	患者の能力の把握
OT	どちらともいえない	まあ役に立つ	大まかな動作能力やADLの活動性は把握できると思いました。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	言葉の定義、捉え方が人によって違うため統一した評価なのか難しい。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	どのように役立っていくか分からない。もっと日常生活動作を何段階かで評価した方が分かりやすいのではないかと。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	全て関わっている人が共通認識できていれば、有効かもしれない。重度・軽度の違いなど、もっとわかりやすければ評価しやすい。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	ptに合ったものであったり、理解、熟知した人が記入すると役に立つと思われる。しかし、他職種との話し合う場を設け、共通認識ができることは有用と思われる。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	内容がptに合っているものであれば問題ない。FIMの方が情報が取りやすい。
PT	どちらともいえない	どちらともいえない	おおまかな状態を把握することは可能と思われるが、意識障害や高次脳機能、介助量は伝わりにくいかも。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	リハビリの場面のみではわからない。病棟での患者の過ごし方等の情報を共有できる。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	実際の能力と実行状況を話し合う項目としては使えるかもしれませんが、評価項目の定義の内容が分かりにくく、幅が広い。さらに細かい評価項目リストと評価点の付け方のガイドが必要。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	病棟の看護師さんは実際の実行状況を評価しやすく、医師、リハビリは実際の能力が評価しやすいため、この評価表を基にカンファレンスすると全体像は捉えやすいと思いました。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	状態変化を把握するには範囲が広く、少なくとも急性期での変化を追うのは難しいと思いました。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	統一した評価ができれば役に立つと思われるが、評価者によるばらつきが大きそうであり、実際に使用するのが難しそう。
Ns	あまり役に立たない	どちらともいえない	文章が抽象的なので患者像がイメージできない。また、評価の幅も広いので、患者の状況を共通して理解できるのかわからない。
Dr	あまり役に立たない	あまり役に立たない	一項目ずつの評価であり、総合評価がないことから患者の全体像を把握しにくい。これだけ多くの項目についてバラバラに評価するのであれば、現場では言葉でコミュニケーションを取る方がより正確であると考え。点数化することに意味を感じられない。
Ns	あまり役に立たない	あまり役に立たない	定義が難しいから。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	各項目の意味が理解しがたくイメージがわからない。細かい変化を拾えない。例えば、歩行の項目で短距離1キロメートル未満とあるが、5mでも500mでも1キロメートル未満だが、2つは大きな差であると思う。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	項目の内容が観念的で、共通理解する上で幅が広くなり過ぎる印象を受けました。この項目で大まかな評価をしても情報として活用しにくいのでは、と思いました。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	医療、特に急性期での評価は役立ちにくい。病院管理下にある患者の場合は、判定結果が患者像とは合致しない。介護現場の方が活用しやすい項目ではないかと考える。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	漠然とした評価項目が多く、評価表から患者像がわかりにくい。

職種	患者状態変化の把握	多職種による患者状況の共通理解	ICFコードが役に立つ理由/役に立たない理由
OT	あまり役立たない	あまり役立たない	評価内容が難しすぎて一般的でない。臨床の現場ではもっと簡便であるべき。
OT	あまり役立たない	役立たない	複雑な定義は現場の介護士にはまず伝わらない。国の方針としてやっているだけのものになり、実用性はあまりない。
Dr	役立たない	あまり役立たない	職種間での評価点数に大きな差があると思われます。

【ICFコードの現場導入のための改善案】

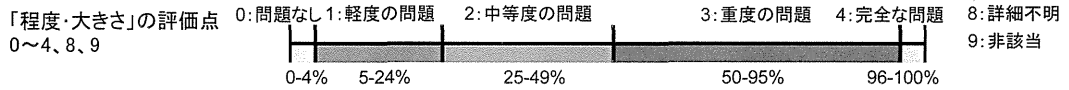
職種	医療・介護現場への導入可能性	ICFコードの現場導入のための改善案
Dr	非常に難しい	文章の簡略化。項目の選定。より客観的な評価になるよう具体例を挙げる、もしくは判断すべき一動作(項目)を決める(「～ができれば〇点」など)。
PT	非常に難しい	ようやくFIMが根付いてきた時点であるので、共通ツールを増やす必要性を感じない。
PT	非常に難しい	評価項目をもっとシンプルにする必要がある。
Dr	難しい	中等度の基準をより具体的なものにするという工夫が必要と考えます。
Dr	難しい	より簡便にする。項目を減らす。診療報酬に加算されるなどのメリット(病院の)があれば義務的になる？
Ns	難しい	もっと簡素な表現にする。
Ns	難しい	実際の行動が文章として表れていないので、評価しやすい内容がよい。
PT	難しい	評価項目をもっと具体的に示す。
OT	難しい	多職種が見て判断にできるだけ迷わないような基準づくり。
OT	難しい	各項目の評価内容をさらに詳しく、明確にすると評価ごとのずれは少なくなると思いました。
OT	難しい	項目の絞り込みと評価基準を具体的に示す必要があると思います。
Ns	やや難しい	日常のADLについて書かれていた方がよいのではないかと思います。
PT	やや難しい	採点基準の統一。同一評価点内のどの位置にあるかを、目で見て分かるような工夫。
PT	やや難しい	わかりやすい文章への変更(多職種にも理解しやすい)
OT	やや難しい	脳卒中では、高次脳機能障害や認知機能がある場合の各困難度に応じた評価の定義づけがあれば、分かりやすいと思いました。また、歩行や移動の短距離の評価基準が1キロメートルでは、詳細評価がしづらいこと、さらに「支援なし」では限定されてしまうため、「支援あり」か「なし」かを選択した上で、具体的な距離を基準にしたほうが分かりやすいと思いました。
OT	やや難しい	項目の絞り込み、簡略化が必要だと思います。
Dr	やや難しい	業務に負担とならないようにする
Ns	やや難しい	学習後からだとして可能である。急性期HPに合ったものがあると思う。
Ns	やや難しい	具体例をつけてほしい。急性期のHPに合わせた内容で。
PT	やや難しい	評価項目を少なくし、もっと簡便にできるような改善が必要。評価項目の内容もわかりづらく、評価者によって解釈の仕方が異なる可能性がある。
OT	やや難しい	さらに詳細な評価項目と評価点の付け方の例が具体的なものがあれば、一貫性のあるものになるのではないかと思います。
OT	やや難しい	全職種の共通の知識が必要。
OT	やや難しい	出来なくはないが、時間がかかる。十人十色だと評価法としては適切でない。
Dr	どちらともいえない	急性期の臨床の場でこの評価がどのように活用されていくのかが分からない。
Dr	どちらともいえない	評価基準があいまい
Dr	どちらともいえない	項目の選択は改善の余地があると思います。
Ns	どちらともいえない	言葉を分かりやすく統一し、理解を出来るようになったらいい。
PT	どちらともいえない	わかりやすい評価尺度
PT	どちらともいえない	各項目についてFIMのように細かい基準を設け、それを周知させるための講習会などが必要。
PT	どちらともいえない	FIMの4点、5点のように監視がいるかいないか、介助がいるかいないかが分かりやすければ良いのではないかと。
Ns	無回答	各目ICFについて、自己学習を行い理解を深めた上で関わると評価点をつけるとき迷わなくて済むと思う。

○図表11 ICFコード記入票

※赤字内への記入をお願い致します。

ICFコード記入票（国立循環器病研究センター）

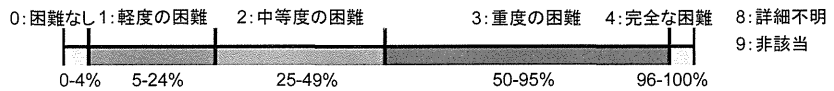
患者コード	記入者コード	※コード番号はアンケートと同じものをご記入下さい。多職種で相談した際は、全ての相談者分をご記入下さい。	記入日
-------	--------	---	-----



問1. 各項目に「程度・大きさ」の評価点0-9を記入(下位項目、特に黄色項目の評価を踏まえて回答)
また、※欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

評価項目	定義	第1評価点
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な精神機能。 除かれるもの 意識機能、気質と人格の機能、睡眠機能、精神運動機能、情動機能	程度・大きさ
b1300 活力レベル	活力と精力を生む精神機能。	
b1301 動機付け	行為の誘発、すなわち意識的または無意識的な行為への推進力を生む精神機能。	
b1302 食欲	自然な切望、欲望、特に飲食物への自然かつ反復的な欲望を生む精神機能。	
b1303 渴望	物質(乱用の可能性のあるものを含む)の使用へとかりたてる精神機能。	
b1304 衝動の制御	突如何かをしたいという強い衝動を制御し、それに抵抗する精神機能。	
b1308 その他の特定の、活力と欲動の機能		
b1309 詳細不明の、活力と欲動の機能		
※		
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的な精神機能。 除かれるもの 気質と人格の機能、活力と欲動の機能	程度・大きさ
b1520 情動の適切性	状況に見合った感情を生む精神機能。例えば、よい知らせを聞いたときの幸福感。	
b1521 情動の制御	感情の経験と表出を制御する精神機能。	
b1522 情動の範囲	愛情、憎しみ、不安、悲しみ、喜び、恐れ、怒りなどといった感情を喚起される経験の幅(スペクトラム)に関する精神機能。	
b1528 その他の特定の情動機能		
b1529 詳細不明の情動機能		
※		
b280 痛みの感覚	身体部位の損傷やその可能性を示す、不愉快な感覚。	程度・大きさ
b2800 全身的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、全身の不愉快な感覚。	
b2801 身体の局所的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、特定の部位やいくつかの身体部位の不愉快な感覚。	
b28010 頭頸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、頭部や頸部の不愉快な感覚。	
b28011 胸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、胸部の不愉快な感覚。	
b28012 腹部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、腹部の不愉快な感覚。 含まれるもの 骨盤部の痛み。	
b28013 背部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、背部の不愉快な感覚。 含まれるもの 大幹の痛み、腰痛。	
b28014 上肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、上肢(手を含む)の不愉快な感覚。	
b28015 下肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、下肢の不愉快な感覚。	
b28016 関節の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、小関節や大関節を含む関節の不愉快な感覚。 含まれるもの 股関節の痛み、肩関節の痛み。	
b28018 その他の特定の局所的な痛み		
b28019 詳細不明の局所的な痛み		
b2802 身体の複数部位の痛み	複数の身体部位の損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	
b2803 同一皮節内の放散痛	同じ神経根に支配された皮節内にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	
b2804 体節性あるいは領域性の放散痛	同じ神経根には支配されない、異なる皮節にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	
※		

「実行状況」及び
「能力(支援なし)」の評価点
0~4、8、9



問2. 各項目に「実行状況」と「能力(支援なし)」の評価点0-9を記入(下位項目、特に黄色項目の評価を踏まえて回答)

また、※欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

【実行状況】 【能力(支援なし)】

評価項目	定義	第1評価点 実行状況	第2評価点 能力(支援なし)
d230 日課の遂行	日々の手続きや義務に必要なことを、計画、管理、達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。例えば、1日を通してのさまざまな活動の時間を配分し、計画を立てること。		
d2301 日課の管理	日々の手続きや義務に必要なことを計画し、管理するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。		
d2302 日課の達成	日々の手続きや義務に必要なことを達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。		
d2303 自分の活動レベルの管理	日々の手続きや義務に必要なエネルギーや時間を調整するための、行為や行動を遂行すること。		
d2308 その他の特定の、日課の遂行			
d2309 詳細不明の、日課の遂行			
※			
d450 歩行	常に片方の足が地面についた状態で、一步一步、足を動かすこと。例えば、散歩、ぶらぶら歩き、前後左右への歩行。 除かれるもの 乗り移り(移乗)、移動		
d4500 短距離歩行	1キロメートル未満の歩行。例えば、部屋や廊下、建物の中、屋外の短距離の歩行。		
d4501 長距離歩行	1キロメートル以上の歩行。例えば、村内あるいは町内の歩行、村から村への歩行、広々とした土地での歩行。		
d4502 さまざまな地面や床面上の歩行	傾斜したり、凹凸があったり、あるいは動く床面での歩行。例えば、草の上、砂利、氷、雪の上での歩行。船、電車、その他の乗り物の上または中での歩行。		
d4503 障害物を避けての歩行	動いていたり静止している物、人、動物、乗り物などを避けるために必要な歩行。例えば、市場あるいは店の中での歩行。交通渋滞やその他の混雑した場所での歩行。		
d4508 その他の特定の歩行			
d4509 詳細不明の歩行			
※			
d455 移動	歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、障害物の周囲を走り回る。 除かれるもの 乗り移り(移乗)、歩行		
d4550 這うこと	手や腕、それと膝を使って、うつぶせのまま身体全体をある場所から別の場所へと移動させること。		
d4551 登り降りすること	段、岩、梯子、階段、舗道の縁石などの床面やその他の物の上で、身体全体を上方あるいは下方へと移動させること。		
d4552 走ること	両方の足が同時に地面から離れている時がある素早い足取りで移動すること。		
d4553 跳ぶこと	両足を曲げて伸ばすことによって地面から離れ、上方に動くこと。例えば、片足でのジャンプ、ホップ、スキップ、水中へのジャンプや飛び込み。		
d4554 水泳	身体を水底につけない状態で、手足や全身の動きにより、水中を進めること。		
d4558 その他の特定の移動			
d4559 詳細不明の移動			
※			
d850 報酬を伴う仕事	賃金を得て、被雇用者(常勤・非常勤を問わず)や自営業者として、職業、一般職、専門職、その他の雇用形態での労働に従事すること。例えば、職探し、就職、工作上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループで必要な仕事の遂行。		
d8500 自営業	個人が見つけたしたり創出したり、あるいは公式の雇用関係なしで他人から請け負った、報酬を伴う仕事に従事すること。例えば、季節農業労働、自由契約の作家やコンサルタントとしての仕事、短期契約の仕事、芸術家や工芸家としての仕事、店やその他のビジネスの所有や経営。		
d8501 非常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、非常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、工作上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループでの必要な仕事の遂行。		
d8502 常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、工作上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループでの必要な仕事の遂行。		
d8508 その他の特定の、報酬を伴う仕事			
d8509 詳細不明の、報酬を伴う仕事			
※			

○図表12 評価者アンケート票

ICF 試行評価 評価者(ICF コード記入者)アンケート

評価者コード	
--------	--

ICF 試行評価に参加・体験してのご意見・感想について

問1. 「ICF コード化作業」の難易度について、あなたのご意見・感想は？(1つ:□→■に)

<input type="checkbox"/> 非常に易しい	<input type="checkbox"/> 易しい	<input type="checkbox"/> まあ易しい	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> 非常に難しい	

問2. とりわけ、どのようなところが難しかったですか、あるいは、評価が容易でしたか？

--

問3. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、患者の状態変化を把握するための情報として役に立ちますか？(1つ:□→■に)

<input type="checkbox"/> 非常に役に立つ	<input type="checkbox"/> 役に立つ	<input type="checkbox"/> まあ役に立つ	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
<input type="checkbox"/> あまり役立たない	<input type="checkbox"/> 役立たない	<input type="checkbox"/> 全く役立たない	

問4. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、多職種が患者の状況を共通して理解するための情報として役に立ちますか？(1つ:□→■に)

<input type="checkbox"/> 非常に役に立つ	<input type="checkbox"/> 役に立つ	<input type="checkbox"/> まあ役に立つ	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
<input type="checkbox"/> あまり役立たない	<input type="checkbox"/> 役立たない	<input type="checkbox"/> 全く役立たない	

問5. 問3と問4について具体的にどのような役に立ちますか、あるいは役に立たないとしたらどのような理由からですか？

--

問1. 「ICFコード」の医療・介護現場への導入可能性について、あなたのご意見・感想は？
(1つ:□→■に)

<input type="checkbox"/> 非常に易しい	<input type="checkbox"/> 易しい	<input type="checkbox"/> まあ易しい	<input type="checkbox"/> どちらともいえない
<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> 非常に難しい	

問2. 導入のためには、具体的にどのような改善が必要だと思いますか？

--

問3. あなたが普段利用しているアセスメント手法と比較し、ICFコードのメリット・デメリットがあれば、お教え下さい。

(1) あなたが普段利用している手法は？(当てはまるもの全ての□→■に)

<input type="checkbox"/> FIM	<input type="checkbox"/> NIHSS	<input type="checkbox"/> Barthel Index	<input type="checkbox"/> 日常生活機能評価
<input type="checkbox"/> その他 ()			

(2) 上記手法と比較した場合のICFコードのメリット・デメリットは？

メリット	
デメリット	

あなたご自身と勤務先について

問4. あなたの現在の職種は？(1つ:□→■に、複数職種兼務の場合は主なもの)

<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士
<input type="checkbox"/> 前記以外の医療職 ()		<input type="checkbox"/> 医療職以外 ()	

問5. 現在の職種の経験年数は？ 職種経験年数は 約 (____年)

アンケートへのご協力ありがとうございました。(回答は全て統計的に処理し、氏名等を公表することは一切ございません。)

○図表13 患者基本情報一覧票

ICF 試行評価 患者基本情報一覧					
	患者コード	性別	年齢	疾患名	DPCコード
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

ICF generic set を回復期リハビリ病棟入院患者に適用した場合の信頼性

分担研究者 園田茂 （藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
研究代表者 筒井孝子 （国立保健医療科学院）
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）

研究要旨 項目数が多くて実用が危惧される WHO の ICF において、最も項目数を減らした組合せである generic set 7 項目の信頼性を検討した。回復期リハビリ病棟入院患者 5 名を医師、看護師、療法士、社会福祉士が別個に採点した一致係数 κ は 0.10～0.22 と非常に低い一致であった。4 検者からのアンケートでは「やや難しい/あまり役に立たない」以上の評価が 75%と、現場への導入は難しい/状態把握に役立たないとの認識が強かった。ICF 項目の操作的定義の追加などの方策が必要であろう。

A. 研究目的

WHO の ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) の枠組み(概念)で障害・生活を捉えることは重要であるものの、実際のデータ収集ツールとしての ICF の実力も認識しておかなければならない。ICF の多数の項目から抽出された core set がいろいろ考案されており、その中の最小項目数と思われる generic set の信頼性を検討した。

B. 研究対象と方法

ICF の generic set は b130 活力と欲動の機能、b152 情動機能、b280 痛みの感覚、d230 日課の遂行、d450 歩行、d455 移動、d850 報酬を伴う仕事の 7 項目(d コードには実行、能力の 2 種類の採点が必要なので、それを合わせると合計 11 項目)からなる評価である。この generic set の項目定義をリハビリ専門職 4 名(医師、看護師、理学療法士、社会福祉士、経験年数 7 年から 28 年)

に読ませた。

採点対象は回復期リハビリ病棟入院中の 5 名の患者とした。男性 3 名、女性 2 名、平均年齢 69.4 歳、脳梗塞 4 名、脳挫傷 1 名、FIM 運動項目の平均が 75.8、FIM 認知項目の平均が 28.4、日常生活機能評価が平均 2.2 点、看護必要度 A 項目が 0 点、発症から調査までが平均 58 日であった。

評価者 4 名がお互いに相談せずに患者 5 名の generic set を採点し、さらに採点へのコメントを記録した。その後(a)ICF コード化作業の難易度、(b)患者の状態変化を把握するための情報として役に立つか、(c)多職種が患者の状況を共通して理解するための情報として役に立つか、(d)現場への導入可能性、に関するアンケートを行った。アンケートは(a)(d)では 1 非常に易しい 2 易しい 3 まあ易しい 4 どちらともいえない 5 やや難しい 6 難しい 7 非常に難しい、(b)(c)では、1 非常に役に立つ 2 役に立つ 3 まあ役

に立つ 4 どちらともいえない 5 あまり役立たない 6 役立たない 7 全く役立たない、とした。

C. 研究結果

全試行(11項目×5患者)の2評価者間の一致係数 κ は、評価者の組合せにより 0.10~0.22 であり、非常に低い一致であった(表 4-1)。また、「詳細不明」と「非該当」の選択は 14.5%にもなった(表 4-2)。

表 4-1 2評価者間の κ 係数

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

※ κ 係数 ≥ 0.6 であれば評価者間の一致度は十分高い

表 4-2 ICF 評価点数と採点結果

評価点数	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%	77	35.0%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	48	21.8%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	18	8.2%
3	重度の問題(困難)	50-95%	26	11.8%
4	完全な問題(困難)	96-100%	19	8.6%
8	詳細不明	—	12	5.5%
9	非該当	—	20	9.1%
		合計	220	100.0%

4 人の評点が何通りに分かれたか(1 が完全一致、4 が完全不一致)は 11 項目で 1.8-3.0 通りに分布し、その平均は 2.5 通りであった(表 4-3)。

表 4-3 4 人の評点が何通りに分かれたか

	平均値
b130 活力と欲動の機能	2
b152 情動機能	2
b280 痛みの感覚	2
d230 日課の遂行実行	2.2
d230 日課の遂行能力	3
d450 歩行実行	1.8
d450 歩行能力	3
d455 移動実行	3.2
d455 移動能力	2.8
d850 報酬を伴う仕事実行	2.8
d850 報酬を伴う仕事能力	3
全項目	2.5

評価者アンケートのコメントからは、定義の曖昧さ、下位項目の不統一、採点の手間などが伺えた。4 検者からのアンケートでは、「やや難しい/あまり役に立たない」以上の評価が 75%であり、コード化は難しい、患者の状態把握や共通理解に役立たない、現場への導入は難しい、が共通認識であった(図 4-1)。

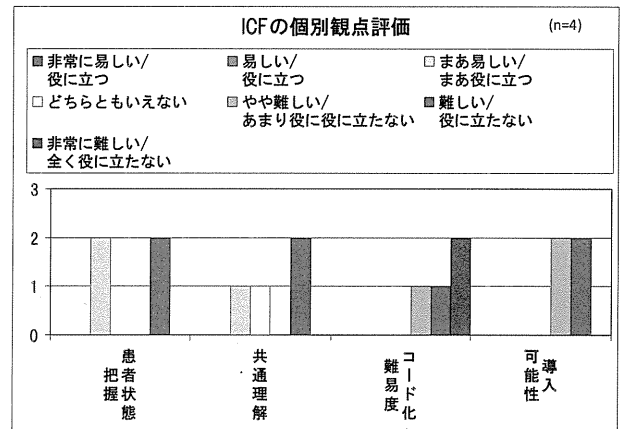


図 4-1 ICF 評価

D. 考察

我々の信頼性結果は Kohler ら(J Rehabil Med 45: 881-887, 2013)の κ 値(0.21 から 0.81)より低い。これは Kohler らは ADL 評価の FIM との比較を研究目的としていて、ADL に関連した項目を中心に調べていたことに起因する可能性がある。

ICF の 4 桁コードの採点の定義は曖昧で、その下位項目をどう扱って良いのか決められておらず、例えば移動の下位項目(這う、登り降り、走

る、跳ぶ、水泳)のどれかが出来てどれかが出来ない場合にどのように採点するのか判然としない。

このような現在の定義のまま臨床現場に導入すると、今回の研究のような困惑が現場に生じ、データが得られたとしても信頼性の非常に低いものとなろう。

E. 結論

ICF の core set のなかの generic set の信頼性を検討した。一致係数 κ が 0.10-0.22 と低く、評価者からは定義の曖昧さ、下位項目の不統一、採点の手間などのコメントを得た。ICF をコード化の手段として用いていくためには、操作的定義の追加などにより、採点の信頼性を上げる工夫が必要であろう。

ICF は WHO により定められた国際的な概念であり、これを活用してデータを蓄積する意義もあろう。その際には、項目の精選、操作的定義の追加などにより、採点の信頼性を上げる工夫が必要であろう。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 原著論文

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

■参考資料(藤田保健衛生大学七栗サナトリウム)

○図表1 サンプル数

採点対象 (入院患者)	患者1名の 評価項目	評価者 (病院勤務専門職)	回収 ICFコード票	回収 評価者アンケート
5名	7項目 (11評価)	4名	55票 (うち総合票0票)	4票 (4設問限定)

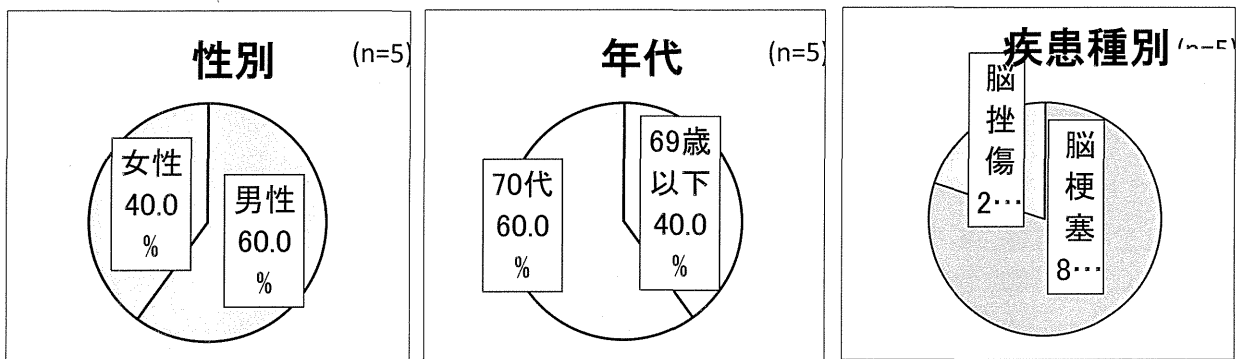
○図表2 配布物

	入院患者向け	評価者向け	協力施設事務局向け
1	ICF 試行評価の説明書	調査実施マニュアル	ICF 試行評価実施計画書
2	同意文書	ICF コード記入票(図表 11)※	患者基本情報一覧表(図表 13)※
3	同意撤回書	評価者アンケート(図表 12)※	FIM 評価票※
4			看護必要度評価票※
5			日常生活機能評価※

※印:調査終了時の回収対象

○図表3 採点対象者(入院患者)の基本属性

性別	年齢	疾患種別
男性 3名	58~79歳	脳梗塞4名
女性 2名	(平均69.4歳)	脳挫傷1名



評価時期	日常生活機能評価	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計	看護必要度A	看護必要度B	看護必要度 A+B
退院時	(平均2.2)	69~86 (平均78.5)	18~35 (平均28.4)	93~121 (平均104.2)	0 (平均0.0)	0~6 (平均2.2)	0~6 (平均2.2)

○図表4 評価者(病院勤務専門職)の基本属性

職種	人数	経験年数
医師Dr	1名	28年
看護師Ns	1名	25年
理学療法士PT	1名	17年
介護福祉士	1名	7年
合計	4名	19.3年

