

201302005A

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（統計情報総合研究））
平成 25 年度 総括・分担研究報告書

ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとし
ての WHO-DAS の活用可能性に関する研究

(H25-統計一般-001)

平成 26 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

国立保健医療科学院 統括研究官

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（統計情報総合研究））
平成 25 年度 総括・分担研究報告書

ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとし
ての WHO-DAS の活用可能性に関する研究

(H25-統計-一般-001)

平成 26 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

国立保健医療科学院 統括研究官

目次

研究課題名：ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしての WHO-DAS の活用可能性に関する研究 (H25-統計-一般-001)

総括研究報告 4

研究代表者：筒井 孝子 (国立保健医療科学院統括研究官)

分担研究報告

WHO-DAS2.0 の日本語版調査票およびマニュアルの開発 9

研究代表者：筒井 孝子 (国立保健医療科学院統括研究官)

研究分担者：東野 定律 (静岡県立大学経営情報学部講師)

研究協力者：大冢賀政昭 (長寿科学振興財団リサーチ・レジデント)

独居要介護高齢者への WHO-DAS2.0 日本語版を用いた調査実施による妥当性の検討 14

研究分担者：東野 定律 (静岡県立大学経営情報学部講師)

研究代表者：筒井 孝子 (国立保健医療科学院統括研究官)

研究協力者：大冢賀政昭 (長寿科学振興財団リサーチ・レジデント)

WHO-DAS を巡る研究動向とその臨床適応に向けた課題 19

研究代表者：筒井 孝子 (国立保健医療科学院統括研究官)

研究分担者：東野 定律 (静岡県立大学経営情報学部講師)

研究協力者：大冢賀政昭 (長寿科学振興財団リサーチ・レジデント)

参考資料

健康および障害の測定 WHO-DAS 面接基準マニュアル 40

研究課題名：ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしての WHO-DAS の活用可能性に関する研究 (H25-統計一般-001)

研究代表者：筒井 孝子 (国立保健医療科学院統括研究官)

研究分担者：東野 定律 (静岡県立大学経営情報学部講師)

研究協力者：大野賀政昭 (長寿科学振興財団リサーチ・レジデント)

研究要旨：国際生活機能分類（以下、「ICF」という。）は、人間の生活における「身体機能・身体構造」、「活動」、「参加」等に対して、それぞれの行為等を国際的に共通となるようコード化したものである。このため、ICF が保健、医療、福祉等分野で共通言語として利用されることによって、分野間での相互理解の推進等が図られるとされてきた。

世界保健機関（以下、「WHO」という。）では、ICF の活用を含めたツールとして WHO-DAS2.0 が公表されており、日本国においても、この WHO-DAS2.0 を用いることで、ICF を臨床現場で認識してもらい、普及されるものと考えられている。また、この WHO-DAS を具体的に活用することにより、わが国で用いられている各種のアセスメントツールとの対比等も可能となる。しかし、WHO-DAS2.0 については、使用言語の歴史的、文化背景からの単語、文書の持つ意味合いを適切に反映させる作業（日本語化）が完成していない。

本研究では、① WHO-DAS2.0 の日本語版の作成を行うと共に、②実際に現場での活用を可能とするために、調査を実施し、臨床適応の可能性について検証を行う。これらを通して、WHO-DAS2.0 や ICF 概念による評価の国内適応の課題、対策等を明確化し、普及・定着の方策を検討することを目的とした。

本研究では、まず学識経験者、保健・医療・福祉の臨床家によって構成された研究委員会を組織し、WHO-DAS2.0 の評価票及び、マニュアルを精査し、WHO-DAS2.0 日本語版及びマニュアルの開発を行った。その後、二つの調査（①独居要介護高齢者を対象とした WHO-DAS2.0 日本語版を用いた面接調査、②入院患者を対象とした ICF を用いた調査）を実施し、この調査結果を分析することで、WHO-DAS2.0 や ICF の概念を用いた評価項目の国内への適応の課題、対策等について検討した。

研究の結果、今回 WHO-DAS2.0 日本語版及びマニュアルを開発したが、マニュアルには回答の例示が少なく、項目の内容がわかりにくい、理解できないとの被評価者の指摘が多く、評価項目自体への疑問や、その意義に関しての意見もあり、これらの項目が選定された理由や、調査の意義をわかりやすく説明した副読本の開発も必要と考えられた。

また、同時に日本で初めて、ICF 評価項目（Generic core set 7 項目）を用いた調査を実施した。その結果、WHO-DAS2.0 と関連する d 項目（activity）における日常生活、報酬を伴う仕事については、入院医療をしている者の評価は困難であった。また、これ以外の項目であれば既存のアセスメントツールのほうが利便性は高いことが明らかになった。さらに、独居高齢者への調査と同様、WHO-DAS の項目の評価基準のあいまいさには、翻訳された日本語にも当然ながら影響しており、臨床現場で評価する際には、多くの臨床家にとっては、利用が難しいとの評価がされた。

今後は、評価基準の統一を含め、ガイドラインの導入が必要であることが示唆された。国際的にも ICF の概念や、これを用いた項目における評価ツールには、普及には多くの課題があるとされており、同様に、本研究結果からも、WHO-DAS2.0 や ICF 概念にもとづく評価ツールのわが国への導入には、課題が多くあることが示された。

WHO-DAS2.0 は、ICF 概念を基礎とした評価ツールの一つではあるが、今後も ICF 概念を巡る国際的な政策や研究の動向を把握していくことが必要であり、日本における ICF 概念や評価項目への活用については、既存アセスメントツールにない項目から、日本で独自の評価ツールを開発し、限定的に導入していくことからの普及が有効であろうと考えられた。

A. 研究目的

WHO では、ICF の活用を含めたツールとして、WHO-DAS2.0 が公表されており、日本国においても、この WHO-DAS2.0 を用いることによって、ICF の現場での認識、普及が行われることが期待されている。

基本的には、WHO-DAS を活用することで、わが国で用いられている各種のアセスメントツールとの対比等も可能となるわけだが、WHO-DAS2.0 については、使用する日本語が持つ言語の歴史的、文化的な背景から、単語、文書の持つ意味合いを適切に反映させる作業（日本語化）が完成していない。

本研究では、① WHO-DAS2.0 の日本語版の作成を行うこと、②実際に現場での活用を可能とするために、WHO-DAS を用いた調査を実施し、臨床での適応する際の問題点や、その利用の可能性について検証を行った。

以上のことから、WHO-DAS2.0 や ICF 概念による評価の国内適応の課題、対策等を明確化し、普及・定着の方策を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) WHO-DAS2.0 日本語版の開発

学識経験者、保健・医療・福祉の臨床家によって構成される研究委員会を組織し、WHO-DAS2.0 の評価票およびマニュアルについての精査を行い、WHO-DAS2.0 日本語版及びマニュアルの開発を行った。

2) 調査の実施

WHO-DAS2.0 や ICF 概念による評価の国内適応の課題、対策等を明確化し、普及・定着の方策を検討するために、以下の二つの調査を実施した。

①独居要介護高齢者を対象とした WHO-DAS2.0 日本語版を用いた面接調査

調査対象：2 自治体において在宅で独居生活を送っていた要介護高齢者 13 名。

調査項目：WHO-DAS2.0 36 項目版、DASC (Dementia Assessment Sheet in

Community-based Integrated Care System: 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント)

②入院患者を対象とした ICF 評価項目を用いた調査

入院医療機関3施設(一般急性期1施設、回復期リハ2施設)の36名の患者。

調査項目：ICF GENERIC CORE SET・7項目、FIM、看護必要度。

3) 他アセスメントツールとの関連性を含めた ICF 概念に基づく評価ツールや WHO-DAS の活用可能性についての検討実施された二つの調査結果を基に、

①評価方法 (ICF および WHO-DAS)、
②ICF と WHO-DAS、他アセスメントツールの関係性について検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究において実施された二つの調査については、いずれも研究代表者の所属する国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会の審査を得てから実施された。

C. 研究結果

1) 研究委員会による WHO-DAS2.0 日本語版の開発

WHO-DAS 2.0 の各種評価票およびマニュアルについて、言語学的な観点から日本語訳出を行った。

その後、医師、看護師等の保健医療・社会福祉関係の専門家によって構成される研究委員会での検討を行い、実態に合わせて修正した。この意見を踏まえ、調査票の修正を行った。

2) 独居要介護高齢者を対象とした WHO-DAS2.0 日本語版を用いた面接調査の結果

修正した調査票を用いて、面接版の36項目版の調査を2自治体における介護サービスを利用しながら、独居生活を送っていた要介護高齢者を対象に実施した。

調査は、WHO-DAS2.0 についての説明を

受けた、介護支援専門員が実施した。

WHO-DAS2.0 の領域別スコアは表 3 のようになり、領域 (2) の運動能力が 71.7 点 (100 点に基準化されたスコア) と最も困難を示す値が高く、その次に領域 (5) 日常生活が 70.4 点と示された。

また、障害高齢者の日常生活自立度を用いて、調査対象者の B 以上と B 未満の 2 群に分け、領域別スコアの比較を行ったところ、領域 (1) 理解と意思の疎通、領域 (6) 社会参加以外には、有意差が示された。

さらに、平成 24 年度に実施された在宅障害者の領域別スコアと比較した結果、いずれの領域のスコアにおいても、今回の調査対象者の方が高いことが示された。

D. 考察

1) WHO-DAS2.0 日本語版の修正および独居要介護高齢者への調査結果からの示唆

WHODAS のマニュアルには、回答に際しての例示が少なく、「項目の内容がわかりにくい」、「項目の意図が理解できない」との被評価者の指摘が多くあった。

「これらの評価項目は、何のために必要か」というような評価票の意義や、調査の目的に関しても疑問が呈されていた。

とくに、なぜ、これらの項目が選定されたかについて、わかりやすく説明できる副読本等は、検討する必要があると考えられた。

この他に、WHO-DAS2.0 における評価の考え方は、その個人の本来の能力ではなく、機器や支援者といったその人が受けている支援や補装具を使った上での障害の程度を評価することとされているが、医療機関等の臨床現場では、これを使わない場合の評価をすることが多いため、判断基準を変えて評価することへの違和感が多かった。

また、在宅での評価に際してであるが、日本で要介護状態となった高齢者が受けることとされている、介護保険制度における要介護認定調査では、「介助」「能力」「事象の有無」の 3 つの視点で項目ごとに評価の軸が明確に規定されており、これらの障害の程度の判定に際しての定義は明確である。

このため、この要介護認定のような厳格な

基準に慣れている介護支援専門員らにとっては、すべて利用者の主観を基に回答することと言うこと自体に戸惑いがあったと示された。

すなわち、WHO-DAS2.0 の回答は、被評価者の主観的な評価が基本となっていることから、「評価尺度としての信頼性について、疑問がある」、「何のために評価するのか」との意見は少なくなかった。

したがって、WHO-DAS を一般化し、利用をすすめていくためには、これまでとは、まったく別の観点から開発された評価尺度であることや、この考え方の違いを意識しながらの評価ガイドラインを作成する必要があると考えられた。

2) 入院患者への ICF 項目の評価を行った調査結果からの示唆

本研究によって、日本で初めて、ICF 評価項目 (Generic core set 7 項目) を用いた調査を実施した。

その結果、WHO-DAS2.0 と関連する d (activity) 項目は、日常生活、報酬を伴う仕事といった項目は、入院患者の評価は不能であった。しかも、これ以外の項目については、既存の利便性の高い看護必要度や FIM 等の他のアセスメントツールがすでに現場では利用されており、新たに WHO-DAS を利用することへの抵抗感は大きかった。

また、他の調査と同様に、主観による評価であること、その評価する際の基準のあいまいさに対する臨床家の納得を得ることは、相当、難しかった。

日本語の解釈も原文と同様に、被評価者が判断する際に、大きなブレが生じることへの評価者側の懸念を払拭することは、難しいことから、臨床現場への導入は、現状では難しいとの評価であった。

今後、評価基準の統一に際して相当の工夫が必要であり、加えて、評価に際してのガイドラインの開発が求められていた。

3) WHO-DAS2.0 を巡る国際的な研究動向からの示唆

WHO-DAS2.0 は、個人が医学的診断とは独立して、自らの活動の限界や参加の抑制を自己評価するためのツールであるとされている。

これは、従来、こういったテストやアンケート実施者である臨床家や介護者の視点を反映するような障害の評価と比較すると、このツールが自己評価であるという点は、大きな相違点であるし、WHO-DAS の本質的な内容といえる。

これまでの生物心理社会学的モデルからの新たな視点を提供するという、新たな国際分類 (ICF) で示された障害・機能・健康の概念は革命的であった。しかし、これらの二つの概念は両立可能なものでありとされてきた。

つまり、客観的であり、かつ個人を対象物として見るような臨床家の視点の両方を含む病因学的な評価と比較すれば、ICF の考え方は個人の主観的視点に絶対的な優先を置いている。

さて、この生物心理社会的モデルの国際レベルでの利用の拡大と、これと同時に新しい分類法の促進によって、近年は、新たな評価ツール、とりわけ WHO-DAS2.0 の使用が増加してきた。

このツールは、精神測定能力の正確な分析ができるとはされているものの、その信頼性、安定性、内的一貫性、収束性妥当性、因子構造の分析は必要になると考えられる。

これらについては、Federici, S (2009) ¹らによる WHO-DAS に関する研究のシステマティックレビュー (1990 年から 2008 年にかけての 54 の研究を対象として実施された) が実施されている。ここでは、全ての研究において、WHO-DAS2.0 が障害や機能、社会参加のための便利な評価ツールであることが指摘されていると示されていた。だが、ツールの測定能力を調査していた論文は、54 本中、わずかに 8 本だけであ

ったことを示していた。

これらの 8 本の論文においてのみ、WHO-DAS2.0 の測定能力によって、これが障害の評価のための妥当で信頼できるツールだと結論づけていたと示されてはいたが、ツールの測定能力の検証が十分に実施されているとは言えない状況と言わざるをえない。

このため、今後もこのツールの信頼性、安定性、内的一貫性、収束性妥当性、因子構造の検討は必要であると考えられた。

また、WHO-DAS は、これだけによる評価では、被評価者の全体像をとらえることは困難であることから、生活の質の測定のための尺度 (例: SF-36 または WHQOL-BREF) と共に使用することが望ましいと多くの研究で指摘されていた。

これは、障害や機能、社会参加の評価には、生活の質についての調査が同じに必要なことを示唆していた。

さらに、開発された WHO-DAS2.0 日本語版を用いて、独居在宅要介護高齢者へ調査を実施し、調査方法や項目について検討した結果、高齢者に向かないと回答された項目については、今後、この評価を実施していくためには、日本的な文化背景を考慮した調査ガイドラインを整備していくとともに、居住環境への配慮もしなければならぬことを示しており、追加的な項目も必要であろうと考えられた。

E. 結論

2013 年 5 月に開催された米国精神医学会において、DSM-5 では、社会的機能の評価を従来の GAF スコアではなく、WHO-DAS2.0 を用いることが表明された。

このように、WHO-DAS2.0 は、ICF 概念に基づくアセスメントツールとして、注目されるツールとなっているが、国際的にも ICF の概念や、これらを利用した評価ツールの普及には課題があるとされている。

本研究の結果からも、WHODAS2.0 や

¹ Federici, S., Meloni, F., & Presti, A. L. (2009). International Literature Review on WHODAS II. *Life Span and Disability*, *XI*, 1, 83-110.

ICF にもとづく評価ツールについては、わが国に導入するにあたっては、課題が多いことが示された。

本研究では、WHO-DAS2.0 日本語版の開発がなされた。しかし、これをすぐに利用することは、難しく、本研究で開発した WHO-DAS2.0 日本語版を活用し、さらに調査を重ね、調査に際してのガイドラインを整備していくことが必要であると考えられた。

WHO-DAS2.0 については、今後も ICF 概念を巡る国際的な政策や研究の動向を把握していくことが必要であり、日本における ICF や評価項目への活用には、既存アセスメントツールにない項目から、独自の評価ツールを開発し、限定的に導入していくことから、はじめていくことが有効であろうと考えられた。

F. 健康危機情報

特になし

G. 知的財産権への出願・登録状況

特になし

H. 研究発表

①論文発表

筒井孝子. WHO-DAS2.0 日本語版の開発とその臨床的妥当性の検討. 厚生学 2012 ; 61(2) : 36-47.

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

②学会発表

なし

研究課題名：ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしての WHO-DAS の活用可能性に関する研究 (H25-統計一般-001)

WHO-DAS2.0 の日本語版調査票およびマニュアルの開発

研究代表者：筒井 孝子 (国立保健医療科学院統括研究官)
研究協力者：大冢賀政昭 (長寿科学振興財団リサーチ・レジデント)
研究協力者：檜山光治 (一般社団法人栃木県社会福祉士会副会長)
研究協力者：アレクシ・コタンサン (国立保健医療科学院協力研究員)

研究要旨

国際生活機能分類（以下、「ICF」という。）は、人間の生活における「身体機能・身体構造」、「活動」、「参加」等に対して、それぞれの行為等を国際的に共通となるようコード化したものである。このため、ICF が保健、医療、福祉等分野で共通言語として利用されることによって、分野間での相互理解の推進等が図られるとされてきた。

世界保健機関（以下、「WHO」という。）では、ICF の活用を含めたツールとして WHO-DAS2.0 が公表されており、日本国においても、この WHO-DAS2.0 を用いることで、ICF を臨床現場で認識してもらい、普及されるものと考えられている。また、この WHO-DAS を具体的に活用することにより、わが国で用いられている各種のアセスメントツールとの対比等も可能となる。しかし、WHO-DAS2.0 については、使用言語の歴史的、文化背景からの単語、文書の持つ意味合いを適切に反映させる作業（日本語化）が完成していない。

そこで、本研究では、WHO-DAS2.0 の日本語版の作成を行い、臨床的妥当性の検討を行うことを目的とした。

本研究においては、まず学識経験者、保健・医療・福祉の臨床家によって構成された研究委員会を組織し、WHO-DAS2.0 の評価票及び、マニュアルを精査し、WHO-DAS2.0 日本語版及びマニュアルの開発を行った。

研究の結果、WHO-DAS2.0 日本語版及びマニュアルが開発されたが、マニュアルには回答の例示が少なく、項目の内容がわかりにくい、理解できないとの被評価者の指摘が多く、評価項目自体への疑問や、その意義に関しての意見もあり、これらの項目が選定された理由や、調査の意義をわかりやすく説明した副読本の開発も必要と考えられた。

A. 研究目的

WHO では、ICF の活用を含めたツールとして、WHO-DAS2.0 が公表されており、日本国においても、この WHO-DAS2.0 を用いることによって、ICF の現場での認識、普及が行われることが期待されている。

基本的には、WHO-DAS を活用することで、わが国で用いられている各種のアセスメントツールとの対比等も可能となるわけだが、WHO-DAS2.0 については、使用する日本語が持つ言語の歴史的、文化的な背景から、単語、文書の持つ意味合いを適切に反映させる作業（日本語化）が完成していない。

本研究では、WHO-DAS2.0 の日本語版の作成を行い、臨床的妥当性の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1) WHO-DAS2.0 日本語版の開発

学識経験者、保健・医療・福祉の臨床家によって構成される研究委員会を組織し、

WHO-DAS2.0 の評価票およびマニュアルについての精査を行い、WHO-DAS2.0 日本語版及びマニュアルの開発を行った。

(倫理面への配慮)

特になし。

C. 研究結果

1) 研究委員会による WHO-DAS2.0 日本語版の開発

WHO-DAS 2.0 の各種評価票およびマニュアルについて、言語学的な観点から日本語訳出を行った。

その後、医師、看護師等の保健医療・社会福祉関係の専門家によって構成される研究委員会での検討を行い、実態に合わせて修正した。意見の概要は表1の通りである。この意見を踏まえ、調査票の修正を行った。修正後の調査票のフォーマット（図 2-1、図 2-2）のようになった。

表 2-1 調査研究委員会による調査票に対する意見†

調査票全体に対する意見
・表現が直訳すぎる。もう少し、日本語らしい表現がよい。
・普段、使わない言葉ではなく、できるだけ日常的な言葉を使う必要がある。
・評価の考え方の基本である「困難がある」という概念を理解することが難しい。
・5件法の選択肢を改善する必要がある(頻度や%を用いて、選択肢をもう少し明確化したほうがよい)。
・「重度」と「極度、またはできない」は、障害当事者の自尊心を考慮すると、回答しにくい。
・外面的には健康だが、障害の特性に応じて、体調管理を常にする必要がある人もいるため、そのような場合に対する評価について説明を加える必要がある。
・フラッシュカードの表現に含まれる「疾病」や「薬物」の意味がわかりにくい。
項目ごとの意見
・「D1.2 すべき重要事項を覚えておく」については、主語がないのでわかりにくい。例えば、「生活や仕事の中で、行わなければならない重要なことが発生した場合、これを適切に行うように覚えておく」といったように説明を変える必要があるのではないかと。
・「D4.2 友人関係を維持する」については、友人の範囲がわからない。仕事における関係も含むのかを明確にする必要がある。
・「D4.5 性的行為」については、いわゆるセックスのみを想像してしまうので、「異性とスキップ」等いう日本語のほうがよい。ニュアンスを正しく伝えられるように、表現に変えたほうがよいのではないかと。日本の文化的背景からは、このような表現の質問では回答が困難である。
・「領域5 日常の活動」の設問に含まれる家事については、その役割がない場合がある。一般的に家事というと、家庭内の掃除・洗濯・炊事をさすので、設問本来の意図がわかりにくい。
・「D6.1 他の人と同じ方法で地域の活動に参加するのに、どれだけ問題がありましたか(例えば、祝祭行事、宗教等)」については、例示にあるような内容には、参加していないと回答してしまう。このため、例示を日本の状況に合わせて変えた方がいいのではないかと。
・「D6.4 健康状態、または、その改善のために、どれだけ時間を費やしましたか」については、予防行為や日常の通院にかかる時間も含むのかがわかりにくい。
・「D6.5 他人の態度と行為によって、あなたの尊厳が傷つけられたことが、どれだけありましたか」については、例示が必要なのではないかと。
・「D6.6 健康上の問題で、あなたやあなたの家族にどのくらい経済的損失をもたらしましたか」については、家族の範囲が難しい。

†括弧内の調査票の文言については、修正前の内容となっている。

健康状態とは:

- ・疾病・病い、または他の健康問題がある
- ・けがをしている
- ・精神的または情緒的問題がある
- ・アルコール問題がある
- ・薬物問題がある

活動するのに困難がある、の意味は:

- ・普段よりもさらなる努力を要すること
- ・不快感または苦痛を感じる
- ・時間がかかる
- ・普通と違う方法をしなくてはならない

過去30日以内についてだけ考えて下さい。

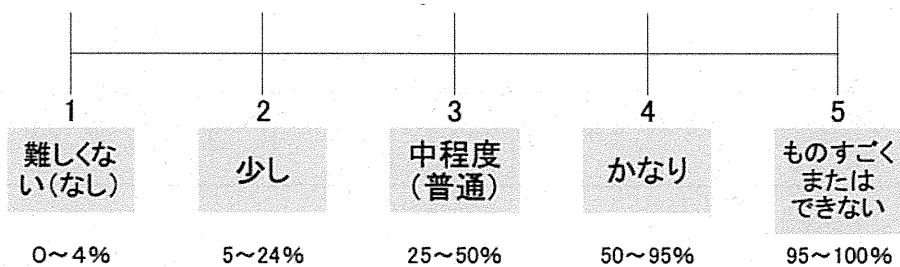


図 2-1 修正版のフラッシュカード

WHODAS 2.0						36
						Interview
セクション4 領域別評価						
領域1 理解と意思の疎通						
これからあなたの理解と意思の疎通について質問をします。						
フラッシュカード#1と#2を示す						
過去30日間で、次のことを行うのはどれだけ難しかったですか		難しく ない (なし)	少し	中程度 (普通)	かなり	ものすごく または できない
D1.1	10分間何かを行うことに集中する	1	2	3	4	5
特記事項：						
D1.2	重要事項を行うことを覚えておく	1	2	3	4	5
特記事項：						
D1.3	日常生活上において問題の解決方法を発見する	1	2	3	4	5
特記事項：						
D1.4	新しい課題を学ぶ（例えば、新しい場所への行き方を学ぶこと。）	1	2	3	4	5
特記事項：						
D1.5	人々が言っていることが何かを普通に理解する	1	2	3	4	5
特記事項：						
D1.6	会話を始めて、継続できますか	1	2	3	4	5
特記事項：						

図 2-2 WHO-DAS2.0 面接版（領域1 理解と意思の疎通）の調査票

D. 考察

WHODAS のマニュアルには、回答に際しての例示が少なく、「項目の内容がわかりにくい」、「項目の意図が理解できない」との被評価者の指摘が多くあった。

「これらの評価項目は、何のために必要か」というような評価票の意義や、調査の目的に関しても疑問が呈されていた。

とくに、なぜ、これらの項目が選定されたかについて、わかりやすく説明できる副読本等は、検討する必要があると考えられた。

この他に、WHO-DAS2.0 における評価の考え方は、その個人の本来の能力ではなく、機器や支援者といったその人が受けている支援や補装具を使った上での障害の程度を評価することとされているが、医療機関等の臨床現場では、これを使わない場合の評価をすることが多いため、判断基準を変えて評価することへの違和感が多かった。

また、在宅での評価に際してであるが、日本で要介護状態となった高齢者が受けることとされている、介護保険制度における要介護認定調査では、「介助」「能力」「事象の有無」の3つの視点で項目ごとに評価の軸が明確に規定されており、これらの障害の程度の判定に際しての定義は明確である。

このため、この要介護認定のような厳格な基準に慣れている介護支援専門員らにとっては、すべて利用者の主観を基に回答するようにと言うこと自体に戸惑いがあったと示された。

すなわち、WHO-DAS2.0 の回答は、被評価者の主観的な評価が基本となっていることから、「評価尺度としての信頼性について、疑問がある」、「何のために評価するのか」との意見は少なくなかった。

したがって、WHO-DAS を一般化し、利用をすすめていくためには、これまでとは、まったく別の観点から開発された評価尺度であることや、この考え方の違いを意識しながらの評価ガイドラインを作成する必要があると考えられた。

E. 結論

本研究では、WHO-DAS2.0 日本語版の開発がなされた。

しかし、これをすぐに利用することは、難しく、本研究で開発した WHO-DAS2.0 日本語版を活用し、さらに調査を重ね、調査に際してのガイドラインを整備していくことが必要であると考えられた。

F. 健康危機情報

特になし

G. 知的財産権への出願・登録状況

特になし

H. 研究発表

①論文発表

筒井孝子. WHO-DAS2.0 日本語版の開発とその臨床的妥当性の検討. 厚生指標 2012 ; 61(2) : 36-47.

②学会発表

なし

研究課題名 : ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしての WHO-DAS の活用可能性に関する研究 (H25-統計一般-001)

独居要介護高齢者への WHO-DAS2.0 日本語版を用いた調査実施による妥当性の検討

研究分担者 : 東野 定律 (静岡県立大学経営情報学部講師)

研究代表者 : 筒井 孝子 (国立保健医療科学院統括研究官)

研究協力者 : 大冢賀政昭 (長寿科学振興財団リサーチ・レジデント)

研究要旨 : 国際生活機能分類 (以下、「ICF」という。) は、人間の生活における「身体機能・身体構造」、「活動」、「参加」等に対して、それぞれの行為等を国際的に共通となるようコード化したものである。このため、ICF が保健、医療、福祉等分野で共通言語として利用されることによって、分野間での相互理解の推進等が図られるとされてきた。

世界保健機関 (以下、「WHO」という。) では、ICF の活用を含めたツールとして WHO-DAS2.0 が公表されており、日本国においても、この WHO-DAS2.0 を用いることで、ICF を臨床現場で認識してもらい、普及されるものと考えられている。また、この WHO-DAS を具体的に活用することにより、わが国で用いられている各種のアセスメントツールとの対比等も可能となる。しかし、WHO-DAS2.0 については、使用言語の歴史的、文化背景からの単語、文書の持つ意味合いを適切に反映させる作業 (日本語化) が完成していない。

本研究では、今年度、学識経験者、保健・医療・福祉の臨床家によって構成された研究委員会を組織し、修正を行った WHO-DAS2.0 の日本語版を実際に現場での活用を可能とするために、調査を実施し、臨床適応の可能性について検証を行った。

本研究では、独居要介護高齢者を対象とした WHO-DAS2.0 日本語版を用いた面接調査を実施し、この調査結果を分析することで、WHO-DAS2.0 や ICF の概念を用いた評価項目の国内への適応の課題、対策等について検討した。

研究の結果、独居高齢者への調査と同様、WHO-DAS の項目の評価基準のあいまいさには、翻訳された日本語にも当然ながら影響しており、臨床現場で評価する際には、多くの臨床家にとっては、利用が難しいとの評価がされた。

今後は、評価基準の統一を含め、ガイドラインの導入が必要であることが示唆された。WHO-DAS2.0 は、ICF 概念を基礎とした評価ツールの一つではあるが、今後も ICF 概念を巡る国際的な政策や研究の動向を把握していくことが必要であり、日本における ICF 概念や評価項目への活用については、既存アセスメントツールにない項目から、日本で独自の評価ツールを開発し、限定的に導入していくことからの普及が有効であろうと考えられた。

A. 研究目的

WHO では、ICF の活用を含めたツールとして、WHO-DAS2.0 が公表されており、日本国においても、この WHO-DAS2.0 を用いることによって、ICF の現場での認識、普及が行われることが期待されている。

基本的には、WHO-DAS を活用することで、わが国で用いられている各種のアセスメントツールとの対比等も可能となるわけだが、WHO-DAS2.0 については、使用する日本語が持つ言語の歴史的、文化的な背景から、単語、文書の持つ意味合いを適切に反映させる作業（日本語化）が完成していない。

本研究では、今年度、学識経験者、保健・医療・福祉の臨床家によって構成された研究委員会を組織し、修正を行った WHO-DAS2.0 の日本語版を実際に現場での活用を可能とするために、調査を実施し、臨床適応の可能性について検証を行った。

B. 研究方法

学識経験者、保健・医療・福祉の臨床家によって構成された研究委員会を組織し、修正を行った WHO-DAS2.0 の日本語版の調査票を用いて、面接版の 36 項目版の調査を 2 自治体における介護サービスを利用しながら、独居生活を送っていた要介護高齢者を対象に実施した。

調査については、事前に調査を実施する介護支援専門員に対し、WHO-DAS2.0 マニュアルを用いた説明会を実施した。

調査対象は、2 自治体において在宅で独居生活を送っていた要介護高齢者 13 名であり、調査項目としては、WHO-DAS2.0 36 項目版の他に、DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System: 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント) についてのデータも収集した。

(倫理面への配慮)

本研究において実施された調査については、研究代表者の所属する国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会の審査を得てから実施された。

C. 研究結果

調査対象となった 13 名の基本属性は表 2 のようになった。

また、WHO-DAS2.0 の領域別スコアは表 3 のようになり、領域 (2) の運動能力が 71.7 点 (100 点に基準化されたスコア) と最も困難を示す値が高く、その次に領域 (5) 日常生活が 70.4 点と示された。

また、障害高齢者の日常生活自立度を用いて、調査対象者の B 以上と B 未満の 2 群に分け、領域別スコアの比較を行ったところ、領域 (1) 理解と意思の疎通、領域 (6) 社会参加以外には、有意差が示された。

さらに、平成 24 年度に実施された在宅障害者の領域別スコアと比較した結果、いずれの領域のスコアにおいても、今回の調査対象者の方が高いことが示された。

表 3-2 調査対象高齢者の属性

	平均	標準偏差
年齢	81.2	9.6
	N	%
性別		
男性	5	38.5
女性	8	61.5
要介護度		
非該当	1	7.7
要支援 2	2	15.4
要介護 1	1	7.7
要介護 2	7	53.8
要介護 3	2	15.4
障害高齢者の日常生活自立度		
B未満	11	84.6
B以上	2	15.4
認知症高齢者の日常生活自立度		
Ⅱ未満	13	100.0
Ⅱ以上	0	.0

表 3-3 独居要介護高齢者への WHO-DAS2.0 の領域別スコア

	調査対象全体(N=13)	
	平均値	標準偏差
領域(1)理解と意思の疎通	52.6	17.8
領域(2)運動能力	71.7	15.6
領域(3)自己管理	52.7	22.6
領域(4)人付き合い	42.5	21.1
領域(5)日常の生活	70.4	23.0
領域(6)社会参加	52.1	19.1

表 3-4 独居要介護高齢者への WHO-DAS2.0 の領域別スコア(ADL の状況別)

	ADLの状況別				P値
	身体自立 (B未満) 群 (N=11)		寝たきり (B以上) 群 (N=2)		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
領域(1)理解と意思の疎通	51.8	19.1	56.7	9.4	
領域(2)運動能力	67.3	12.2	96.0	5.7	**
領域(3)自己管理	46.8	18.6	85.0	14.1	**
領域(4)人付き合い	37.5	18.9	70.0	2.8	**
領域(5)日常生活	65.0	20.6	100.0	0.0	**
領域(6)社会参加	51.6	17.6	55.0	35.4	

** P<0.01 *P<0.05

表 3-5 WHO-DAS2.0 の領域別スコアの独居要介護高齢者と在宅生活障害者の比較

	独居要介護高 齢者(N=13)	在宅生活障害 者(N=23)
領域(1)理解と意思の疎通	52.6	25.6
領域(2)運動能力	71.7	35.1
領域(3)自己管理	52.7	25.0
領域(4)人付き合い	42.5	31.4
領域(5)日常生活	70.4	24.6
領域(6)社会参加	52.1	26.5

※在宅生活障害者については、平成 24 年度に実施された厚生労働統計協会委託調査研究事業「WHO Disability Assessment Scale 2.0 の日本語版確定研究(研究代表者:筒井孝子)」のデータを用いて、分析を行った。

D. 考察

認知知能やADLの状況については、は、既存の要介護認定等の他のアセスメントツールがすでに現場では利用されており、新たに WHO-DAS を利用することへの抵抗感は大きかった。

また、他の調査と同様に、主観による評価であること、その評価する際の基準のあいまいさに対する臨床家の納得を得ることは、相当、難しかった。

日本語の解釈も原文と同様に、被評価者が判断する際に、大きなブレが生じることへの評価者側の懸念を払拭することは、難しいことから、臨床現場への導入は、現状では難しいとの評価であった。

今後、評価基準の統一に際して相当の工夫が必要であり、加えて、評価に際してのガイドラインの開発が求められていた。

さらに、開発された WHO-DAS2.0 日本語版を用いて、独居在宅要介護高齢者へ調査を実施し、調査方法や項目について検討した結果、高齢者に向かないと回答された項目については、今後、この評価を実施していくためには、日本的な文化背景を考慮した調査ガイドラインを整備していくとともに、居住環境への配慮もしなければならぬことを示しており、追加的な項目も必要であろうと考えられた。

E. 結論

本研究では、WHO-DAS2.0 日本語版の開発がなされた。しかし、調査した結果からも、これをすぐに利用することは、難しく、本研究で開発した WHO-DAS2.0 日本語版を活用し、さらに調査を重ね、調査に際してのガイドラインを整備していくことの必要性が示唆された。

WHO-DAS2.0 については、既存アセスメントツールにない項目から、独自の評価ツールを開発し、限定的に導入していくことから、はじめていくことが有効であろうと考えられた。

F. 健康危機情報

特になし

G. 知的財産権への出願・登録状況

特になし

H. 研究発表

①論文発表

筒井孝子. WHO-DAS2.0 日本語版の開発とその臨床的妥当性の検討. 厚生指標 2012 ; 61(2) : 36-47.

②学会発表

なし

H25 厚生労働科学研究費補助金（統計情報総合研究）分担研究報告書

研究課題名：ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしての WHO-DAS の活用可能性に関する研究 (H25-統計一般-001)

WHO-DAS 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統括研究官）

研究分担者：東野 定律（静岡県立大学経営情報学部講師）

研究協力者：大野賀政昭（長寿科学振興財団リサーチ・レジデント）

研究要旨：WHO-DAS2.0 は、個人が医学的診断とは独立して、自らの活動の限界や参加の抑制を自己評価するためのツールとされており、生物心理社会的モデルの国際レベルでの利用の拡大と、それと同時に新しい分類法の促進を目指して開発された。したがって、この WHO-DAS2.0 を具体的に活用することで、わが国で用いられている各種のアセスメントツールとの対比等が可能となることから、この評価ツールの利点が明らかとされることが期待されている。しかし、WHO-DAS2.0 で用いられている評価項目の日本語化は、日本語という言語の特殊性及び、評価項目が意図している内容が日本の文化的背景とは、異なった背景で生み出されていること等から、日本語版 WHO-DAS2.0 の開発は難航してきた。

日本では、諸外国で開発された評価尺度を適用するために、このような日本語化の問題は常に起こってきた。だが、これについては、昨今、日本語版 WHO-DAS2.0 が開発された（筒井 2013）ことから、より評価尺度自体の妥当性や信頼性の検討を行いながら、これを用いた普及の在り方を検討することが求められつつある。

そこで、本研究では、WHO-DAS2.0 に関する先行研究のレビューから、他国における国内適応の課題や、その対応策等を明確にしなが、どのように普及し、定着させようとしているのか、また、WHO-DAS2.0 を利用する領域として適している分野とは、どのような分野であるかといったことを明らかにすることで、日本において、この評価尺度を普及させるための方策を検討することを目的とした。

研究の結果、諸外国においての研究で言語的な障害があり、この問題を解決することが困難であったといったことが述べられていた論文はほとんどなかった。WHO-DAS2.0 については、これを扱っていた論文のほとんどで障害や機能、社会参加のための便利な評価ツールであると指摘されていた。ただし、このツールの測定能力を精緻に研究していた論文は、わずかに 8 本だけであった。また、これらの 8 本の論文だけが、WHO-DAS2.0 の測定能力が障害の評価のための妥当で、信頼できるツールだと結論づけていた。つまり、ツールが妥当であるという論文だけしか、公表されていない状況にあり、測定能力の検証が十分に実施されているとは言えない状況と判断された。

研究動向を分析した結果、近年、確かに、各国で WHO-DAS2.0 の使用は増加していた。しかし、一方で、第一に、このツールの精神測定能力の正確な分析、とりわけその信頼性、安定性、内的一貫性、収束性妥当性、因子構造が必要との知見も示されていた。

また、多様に WHODAS2.0 が翻訳されてきたための統一されたスコアが現在のところ存在しないことや、このツールの精神測定能力を詳細に調査しようとする研究数は限定されており、今後も WHO-DAS2.0 の長所と限界を的確に見極めることが必要と考えられた。したがって、ツールを広めることだけでなく、日本語版を用いた、大規模な研究が望まれるが、その際には、このツールに必要とされる調査上のルールを理解するための調査に際しての研修もまた必要であり、そのマニュアルの整備も求められる。

A. 研究目的

WHO-DAS2.0 は、これまで示してきたように、WHO は、ICF 利用の普及を促進するために開発したツールである。本研究では、このツールの特徴と WHO-DAS2.0 が国際レベルで、また異なる分野において、どの程度、普及しているかを確認し、日本における普及の道筋を検討することを目的とする。

B. 研究方法

ICF の普及については、Federici, S (2009) による、WHO-DAS に関する研究のシステムティックレビューがなされ (1990 年から 2008 年)、54 の研究についてのレビューが実施されている。

この研究では、インデックス付きの国際的な科学的生産の主なデータベース、Cambridge Scientific Abstracts - CSA と PubMed での調査で、「タイトル」と「要約」の箇所に「whodas」と入力して検索した結果、WHO-DAS2.0 の 54 の研究の分析を行っている。

本研究では、これらの研究成果や、Federici, S (2010) で紹介された各国での研究の取り組みを拠り所とし、WHO-DAS2.0 における日本での普及に関する課題を検討した。

(倫理面への配慮)

特になし。

C. 研究結果

1) WHO-DAS2.0 の開発経緯とその特徴

WHODAS2.0 は、医療診断を問うことなく、個人の社会参加に係る行動の制限と限界を評価するために、WHO によって開発されたツールである。このツールは「WHO/NIH Joint Project on Assessment and Classification of Disablements」を背景として、「WHO's Assessment, Classification and Epidemiology Group」によって開発された。

このツールの特徴は、基準となる概念的枠組みが国際生活機能分類 (ICF) (WHO 2001a) であり、191 の国々から個人の健康状態を分類する基準となるシステムとして承認されている (WHO2001b) ことといえる。概念枠組

みとなった ICF は、WHO の国際分類ファミリーに属しており、ICD-10 (疾病及び関連保健問題の国際統計分類) と直接、関連がある (WHO1992)。

このため、WHO-DAS の特徴は、ICF と同様に診断からの独立していることといえる。ICF は、その前身である ICIDH (国際障害分類) (WHO1980) 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の視点から障害をアセスメントするのではなく、いわゆる「生物・心理・社会的なアプローチ」からの視点を持ったアセスメントとできるものであると説明されてきた。

この視点とは、医療の基準に基づいた健康状態の階層的な理解とは異なり、障害が患者の機能に与える影響に着目し、障害の病因・病理学的な点からは中立の立場にあることとされた。すなわち、「これが意味するところは、身体的に病気状態にある人は、精神的に病気状態にある人とは活動の制限や参加の制約という点で同じ経験をすることもかもしれないし、異なる経験をすることもかもしれないので、特定の形の障害がある特定の病気と密接に関連していると推測することは、不確実で予測的ではない(Üstün et al. 2001)」という言葉に象徴されるように、個人の能力の制約と同時に、社会参加への制限と理解される障害は、確かに (大抵、病理学的な意味での) 健康状態に関連しているが、ICIDH の線的モデルのように必ずしも同じ状況によって引き起こされたのではないのだと考えに基づくものである。このように ICF は、健康状態と背景因子の間の相互関係についての動的なモデルとされる生物心理社会モデルに沿った障害の評価を行うとされてきた。

しかし、この生物心理社会モデルに沿った障害評価の在り方については、開発当初から、ICF コードが膨大であることから、その利用は、すすまなかったことから、WHO は ICF チェックリスト (WHO, 2003) を導入した。

これによって全 ICF を形成する数千のコードの中から選ばれた 128 のコードを基に、対象者の機能的情報を説明することができる (第 2 レベルでは既に 362 のコードがあり、それが第 3、第 4 レベルでは 1.424 になる)