

この出版物で使用されている名称、および提示されている資料は、国、領域、都市や地域または、それらの当局の法的立場に対し、世界保健機関が意見表明をしているという意味ではありません。また、その国の国境と境界の範囲に対しても世界保健機関が意見表明をしているという意味もありません。よって、地図上の点線は、未だ完全に合意がされていないものとしています。

本書で言及している特定の会社または製造業者の製品を、言及していない類似する他社や他の製品よりも、世界保健機関が保証している、又は推薦しているということはありません。誤字脱字を例外とし、所有権付き製品の名称は頭文字を大文字にして区別しています。

世界保健機関は、本書にある情報の妥当性を保証するため最善の注意を払っています。しかし、出版される資料の表現的、暗示的なものに関する保証は、一切、致しません。よって資料の解釈と使用の責任は読者にあり、いかなる場合も世界保健機関は、本資料の使用により生じる損害に責任を負いません。

本出版物に表明される見解に対する責任は、記載された編集者のみが持つものとします。

マルタにて印刷

技術的編集 : Hilary Cadman, Biotext, Canberra, Australia

序文

世界保健機関の障害評価面接スケール(以下 WHODAS 2.0)は、いかなる文化でも健康と障害の測定が行える標準的メソッドであり、WHO が開発した包括的な評価測定ツールです。

WHODAS 2.0 は、国際生活機能分類(ICF)の包括的構成要素から開発されました。国際生活機能分類(ICF)の包括的構成要素は、特定の介入によって生じる介入前と介入後の差異を測定するため十分な信頼度と感度を持ち合わせています。こうした測定は同じ個人の介入前と介入後を評価することで達成されます。

また、WHODAS 2.0 を保健サービスの研究で使用する上での有用性以外にも、異文化間の適用性、信頼性、妥当性を裏付けるために、一連の組織的な現地調査が行われました。

そして、WHODAS 2.0 は調査を通じ、一般母集団の健康と障害のレベルの評価、および介入による臨床的な効果と生産性の向上を測定するのに役立つことが分かりました。

このマニュアルでは、WHODAS 2.0 を開発するために使われた方法論を要約し、さらに精神障害や神経障害といった一般的保健分野で、WHODAS 2.0 を適用した際に得た調査結果をまとめています。

また、このマニュアルは WHODAS 2.0 を診療に使いたいという研究者や臨床医にとって役立つでしょう。WHODAS 2.0 には7つのバージョンがあり、それぞれバージョンによって、長さや実施方法が異なります。

これは、同時に、一般的な母集団の基準も示しています。つまり基準を使用すれば、特定の母集団の WHODAS 2.0 の値と、一般母集団の WHODAS 2.0 の値を比べることができます。

このマニュアルの対象としては、公的な保健専門家、医師、他の医療従事者(例、リハビリ専門家、理学療法士および作業療法士)、保健施策立案者、社会学者、並びに障害と健康の研究に関わる個人となっています。

さらにマニュアルでは、精神衛生問題と、中毒問題を他の一般的な保健分野と対等に扱っているため、一般医療従事者のみならず、精神科医、心理学者、神経学者および中毒医療従事者にとっても特に興味深いかもしれません。

WHODAS 2.0 の開発は、世界各地の多くの人々の広範な支援なしには不可能でした。多くの人がこのプロジェクトに多大な時間とエネルギーを注ぎ、国際的ネットワークによって提供される資源の管理をしました。ここに我々は主要となっているセンター、組織および個人に感謝します。10年以上に渡るこの大きなプロジェクトをさまざまな面で支援された他の多くの人々にも感謝します。このプロジェクトチームに関する詳しい情報は、

WHODAS 2.0 ホームページで利用できます。

WHODAS 2.0 に協力して頂いた調査員

Gavin Andres (オーストラリア)、Thomas Kugener (オーストラリア)、Kruy Kim Hourn (カンボジア)、Yao Guizhong (中国)、Jesus Saiz (キューバ)、Venos Malvreas (ギリシャ)、R Srinivasan Murty (インド、バンガロール)、R Thara (インド、チェンナイ)、Hemraj Pal (インド、デリー)、Ugo Nocentini と Matilde Leonardi (イタリア)、Miyako Tazaki (日本)、Elia Karam (レバノン)、Charles Pull (ルクセンブルグ)、Hans Wyrirand Hoek (オランダ)、AO Odejide (ナイジェリア)、Jose Luis Segura Garcia (ペルー)、Radu Vrasti (ルーマニア)、Jose Luis Vasquez Barquero (スペイン)、Adel Chaker (チュニジア)、Berna Ulug (トルコ)、Nick Glozier (英国)、Michel von Korff、Katherine MacGonagle と Patrick Doyle (米国)。

評価測定具に関する調査特別委員会

調査特別委員会には、Elizabeth Badley、Cille Kennedy、Ronald Kessler、Michael von Korff、Martin Prince、Karen Ritchie、Ritu Sadana、Gregory Simon、Robert Trotter、Durk Wiersma が関わりました。

障害の評価と分類に関する WHO/国立衛生研究所の共同プロジェクト

障害の評価と分類に関する WHO/国立衛生研究所(NIH)による共同プロジェクトに携わって頂いた方々は次の通りです。(研究所別) Darrel Regier、Chille Kennedy、Grayson Norquist および Kathy Magruder (米国国立精神衛生研究所、NIMH)、Robert Battjes と Bob Fletcher (国立薬物乱用研究所、NIDA)、Bridget Grant (国立アルコール乱用・依存症研究所、NIAAA)。

また、編集者の他、数人の WHO スタッフとコンサルタントが WHO/NIH 共同プロジェクトに参加して頂きました。特に Shekhar Saxena と Joanne Epping-Jordan には重要な役割を務めて頂きました。さらに、Jayne Lux、Cille Kennedy、Sarah Perini、Rueya Kocalevent および Dan Chisholm による編集面の支援、そして Ulrich Frick と Luis Prieto による統計面の支援に心から感謝致します。

TB Ustun、N Kostanjsek、S Chatterji、J Rehm

編集者

略語および頭字語

BAI : 日常生活動作のバーセルインデックス

CAR : 異文化間適用性調査

CIDI : 統合国際診断面接

FIM : 機能的自立性の測定

GP : 一般開業医

ICC : クラス内相関係数

ICF : 国際生活機能分類

ICF-CY : 国際生活機能分類の子供と若年者バージョン

ICIDH : 国際障害分類

LHS : ロンドン・ハンディキャップ・スケール

PCM : 部分採点モデル

SCAN : 神経精神医学臨床評価表

SF-12 : MOS SF-12 健康調査

SF-36 : MOS SF-36 健康調査

WHO : 国際保健機構

WHODAS 2.0 : WHO 障害評価面接スケール

WHOQOL : WHO クオリティ・オブ・ライフ

WHOQOL-BREF : WHO クオリティ・オブ・ライフ短縮版

WHS : 世界健康調査

WMHS : 世界精神保健調査

パート I

背景

はじめに

1.1 障害評価はなぜ重要か

患者の病気を特定するためには、診断において高度な技術と科学を適用することが必要となる。病気を特定することによって治療介入や管理方法を練る上で役に立ち、さらに、ある程度までの（病気の）アウトカム、そして予後の予測をする助けにもなる。

しかし、診断が重要であるのは確かである一方、診断だけでは患者の全貌や患者の闘病生活を理解するには十分でないというのも事実である。「病気はないが、患者はいる」という諺が、これには当てはまる。

診断で疾病を突止めるのも大事だが、その人が自分の家庭、職場、学校、あるいは社会の中で自分の役割が果たしているかを知ることと同様に重要である。

つまり、これは「人が病気にかかると、何ができなくなるか」を知ることである。これは、その人の患う病気にかかわらず、個人によって多種多様である。

こういった患者の機能（即ち、日常生活を送る上での客観的能力）と障害は、臨床サービスの専門家や社会サービスの専門家によって考慮されてきたが、長年に渡って（こうした機能に関する）一貫した定義とツールがないため苦勞してきた。死や病気の定義はそれほど難しくはないが、障害の定義、または障害の測定は難しい。

障害というものは、健康にとって大きな問題といえる。病気による負担に関する総合的評価によれば、早期死亡者が抱えた半数以上の負担というものが障害だという (1)。

一般的に、保健サービスを求める人というのは、病気だからという理由ではなくむしろ、病気のため、かつて、していたことが（即ち、障害が原因で）できなくなってしまったから利用するのである。従って、ヘルスケア提供者は、患者の症状が日常の活動を制限する場合は、その症状が臨床的に重大であると考え、障害に関する情報をその患者の評価とプランニングの基礎として用いる。

公衆衛生の観点から見れば、障害というものは、死亡率と同様に重要である。ヘルスケアの進歩により死亡率は減少し、長寿の人が増えた一方で、それに伴い慢性的疾病も増加した。こうした慢性的疾病は、生涯をかけて治療していかなければならない。そのため、高齢者のケアのための特別なニーズも現れた。

公衆衛生は、もはや死亡率だけでなく障害についても考慮する必要がある。そして優先順位を設定し、アウトカムを測定、さらにヘルスシステムの効果と機能を評価していく。以下のボックス 1.1 には、障害評価の重要性が要約されている。

1.2 障害評価の方法を開発する理由

障害を定義し測定するのは難しい。なぜなら障害は生活のあらゆる面に密着し、本人の周りの環境因子とも関係しているからである。人間の生活機能の評価と分類に関する世界保健機関(WHO)のプロジェクト (The World Health Organization (WHO) Project on Assessment and Classification of Human Functioning, Disability and Health) では、国際的協力に向けて 100 カ国以上の代表者、研究者、消費者を結集、総意のフレームワークとして国際生活機能分類 (ICF) を作成した (2)。

ICF では対象者の身体・個人・社会レベルの 3 つの機能を系統的に分類し、それぞれの機能評価をするための定義も提供している。また、ICF は、障害を「各機能分野の低下」と定義している (2)。しかし、ICF は、日常の活動をする上での障害を評価し測定するのに実用的とはいえなかったため、WHO 障害評価面接基準(WHODAS 2.0)を開発した。WHODAS 2.0 を用いることにより、日常の活動をする上での障害の評価と測定というニーズに取り組み、文化を超えた健康と障害の測定を行う標準的手段を提供することが可能となったのである。

p.4

ボックス 1.1 は、障害測定について学び、使用する理由をまとめている。

ボックス 1.1 障害測定について学び、使用する理由

障害を診断し評価することは重要である。理由は、医療診断 (病名の診断) のみでは、予測できない因子を予測できるからである。

以下にその因子を並べる。

- ・ サービスニーズ - 患者のニーズは何か。
- ・ ケアレベル - 患者はプライマリケア、特殊医療、リハビリテーションを受けるべきかまたは別の環境にいるべきか。
- ・ 病状のアウトカム - 予後はどうか。
- ・ 入院の長さ - 患者は、どのくらい入院するのか。
- ・ 障害者手当の受領 - 患者が年金を受け取ることができるか。
- ・ 職務遂行能力 - 患者が仕事に復帰し、以前と同じく働くことができるか。
- ・ 社会的統合 - 患者が地域社会に復帰し、以前と同じく生活することができるか。

この結果、障害評価を行えば、ヘルスケア、及び政策の決定を行う際に以下の点で役立つ。

- ・ ニーズの判別
- ・ 治療と介入の適合
- ・ アウトカムと有効性の測定
- ・ 優先順位の設定

1.3 WHODAS 2.0 とは

WHODAS 2.0 は、一般的・臨床的診察で使用できる、健康と障害を測定するための実用的・一般的評価測定具である。WHODAS 2.0 を用いて生活上の 6 つの領域における機能レベルの把握を行う (3)。

- ・領域 1：理解と意思の疎通　－　理解と意思の疎通
- ・領域 2：運動能力　－　動き回ること。
- ・領域 3：自己管理　－　排尿・排便、着衣、食事、一人で過ごすこと。
- ・領域 4：人付き合い　－　他の人との交流
- ・領域 5：日常生活　－　家庭での責任、レジャー、仕事・学校
- ・領域 6：社会参加　－　地域活動への参加、社会への参加

この 6 つの領域を選考するにあたって、(第 2 章で詳しく述べるが、) 従来の研究・調査測定ツール、そして、異文化間での適用性の慎重な調査が行われた。

WHODAS 2.0 では、それぞれの領域で、機能と障害に関する指標と (分野に関する) 概要が掲載されている。これらの指標と概要は、異文化の全ての成人人口に適用でき、信頼性のあるものとなっている。

WHODAS 2.0 には、機能性という点で健康状態が及ぼす影響についての共通測定基準がある。また、WHODAS 2.0 は一般的測定方法であるので、特定の病気を対象とはしていないため、あらゆる病気による障害を比較できる。また、WHODAS 2.0 を使用すれば、保健 (又は保健に関する) 介入の影響を調べることも可能で、一般母集団や特定グループ (例えば、様々な精神的・身体的状態を抱えるあらゆる人々) の健康レベルと障害レベルを評価するのに役立つことが証明された。さらに WHODAS 2.0 を使用することで、保健 (又は保健に関する) 介入の影響力の調査は容易になる。

p.5

上記に述べたように、ICF の概念的枠組みを基にして、WHODAS 2.0 は作成された。6 つの領域は、一連の包括的な ICF の構成要素から開発されており、ICF の「活動および参加」という項目に直接結びつけられている (2)。ICF と同様、WHODAS 2.0 は健康と障害を密接した関係あるものとし、障害に関しては、「各機能分野の低下」と定義している。

さらに、これも ICF と同様、WHODAS 2.0 は病因学的に中立の立場をとっている。即ち、過去の病気や以前の健康状態から独立して考えているのである。この特性により、機能

と障害に直接焦点を絞り、機能の評価を病状から離して行うことが出来る。

WHODAS 2.0には、幾つかのバージョンがあり、長さや意図される治療方法によって異なる（詳しくはセクション 2.4 を参照）。

フルバージョンの 36 項目版には 36 の質問があり、ショートバージョン 12 項目版には 12 の質問がある。これらの質問は、回答者が過去 30 日間に日常生活の 6 つの領域で体験した機能的困難さに関係するもので、回答形式も（パート 3 で詳述するが、）面接記入、自己記入、代理人記入（例えば、家族、友人、または介護人）と様々である。

12 項目版は、より詳しい 36 項目のバージョンのうち 81%を取り上げている。双方のバージョンで、一般母集団基準を利用することが出来る。

1.4 WHODAS 2.0 を使用する理由

障害に関する測定方法は、これまでに多く公表されている。これらは健康状態の測定や機能測定として知られている。表 1.1 (pp.6, 7) では、よく使用されている測定のいくつかをまとめた。こうした中で WHODAS 2.0 が特に役に立つと言われている特徴としては、その整然とした理論的基盤、精神測定学的特性、様々な集団と環境で適用可能、そして使いやすさである。ここでは WHODAS 2.0 の主な利点を要約して行く。

国際生活機能分類への直接的対応

WHODAS 2.0 が他の障害測定と区別される特徴として、ICF に直接対応していることが挙げられる (2)。他の健康状態を評価するための包括的測定具も ICF に対応可能ではあるが、症状、障害、主観的評価の違いを明確に区別していない。

一方、WHODAS 2.0 は ICF の分野を完全に網羅し、身体的・精神的障害、さらに、物理的障害等の病気にも適用できるという特徴がある。さらに、一般の評価スケールを超越し、文化的に配慮のある障害評価も行うことが出来る。詳しくは第 2 章で述べる。

表 1.1 一般的健康状態と障害評価の手法

測定法と主要参照元	背景	使用対象	測定される健康的概念 (分野)	項目数	方法	完了時間 (分)
WHODAS 2.0 (3-5)	ICFを基にし、WHOによって開発された。医療診断と切り離し、個人の体験する日常生活上の活動制限や社会参加の制限を評価するために考案された。	臨床の対象 人口、地域的 対象人口、一般母集団 (訳保留)	理解と意思の疎通 運動能力 自己管理 人付き合い 日常生活 社会参加	36	自己記入 面接	5~10分 20分
LHS (6)	ICIDH内でWHOが開発した障害に関する記述式フレームワークを基盤としている。	臨床の対象 人口のみ	運動能力 適応力 仕事 身体的独立 社会的統合 経済的自給	6	自己記入	5分
SF-36 (7-9)	医学的なアウトカム調査のために開発された。サービス提供者の特徴、患者の特徴、保健制度特徴がケアに及ぼす影響を調べる調査。	臨床の対象 人口、地域的 対象人口、一般母集団	身体機能 身体的問題による 役割制限 肉体的苦痛 一般的健康認識 活力 社会的機能 情緒的問題による 役割制限 精神保健 健康転換	36	自己記入 面接	10分 10分
NHP (10、11)	健康と病気に関する疫学調査への使用のために開発された。保健分野の専門的定義というよりは、健康状態に対する素人の認識を反映させるために考案された。	臨床の対象 人口、地域的 対象人口、一般母集団	活力の程度 情緒的反応 身体的運動能力 苦痛 社会的孤立 睡眠	パート1:健康 問題(38項目) パート2:影響 する日常生活 分野(7項目)	自己記入	5~10分
FIM (12)	AAPM&RとACRMが後援する委員会が開発した。基本的生活を行うために障害を	臨床の対象 人口のみ	自己管理 排泄コントロール 移乗	18	面接形式 (内科医、 看護師、療	30分

	抱える人がどれだけの支援を必要としているかを評価するために考案された。		移動 意思の疎通 社会認知		法士が行う)	
BAI (13、14)	1955年、日常生活を行う上での運動能力や自己管理を評価し、監視するために開発された。	臨床的対象 人口のみ	排便 排尿 整容 トイレの使用 ^a 摂食 ^a 移乗 ^a 運動能力 ^a 着衣 階段 ^a 入浴 ^a	5~10	面接(療法士、他の立会人が行う)	2~5分

AAPM&R: 米国物理療法リハビリテーション学会 ACRM: リハビリテーション医療に関する米国議会 BAI: 日常生活の活動のバーセルインデックス FIM: 機能的独立性測定 ICF: 国際生活機能分類 ICIDH: 国際障害分類 LHS: ロンドン・ハンディキャップ・スケール NHP: ノッチング健康プロファイル SF-36: MOS SF-36 健康調査 WHODAS 2.0: WHO 障害評価面接基準 2.0

^aの項目は5項目バージョンに含まれる。

p.8

異文化間比較

WHODAS 2.0 は他の障害測定と異なり、世界 19 カ国に渡る広範囲な異文化間調査に基づいて開発された。WHODAS 2.0 に含まれる項目は、様々な文化圏で健康状態評価の性質と実践を追求し初めて選択された。これは保健に関する用語の言語分析、主要情報提供者との面接、フォーカスグループの他にも、質的手法(例えば、パイルソーティングやコンセプトマッピング²⁾)を用いて達成された(3)。開発後、WHODAS 2.0 は様々な文化環境で、あらゆる健康母集団を対象に実証試験がなされた結果、社会人口学的側面に関係なく

² 「パイルソーティング」とは一種の調査手法で、まずは、個人が決められたテーマに関する問題をリストアップし自由にカテゴライズを行う。そしてカテゴライズされたリストを最終的に関連のあるものどうしグループ化するという手法。

「コンセプトマッピング」とは、知識を探求したり、情報を集めて共有したりするための概念マップ(コンセプトマップ)を作成することである。概念マップは節点やセルで構成されていて、それぞれの節点には、概念、項目、または質問が書かれている。それらの節点は、互いにラベルを付けた矢印によって結びつけられ、そのラベルには節点どうしがどのような関係で結びつけられているかが説明されているのである。

WHODAS 2.0 は（環境等の）変化があっても柔軟に対応できるということが分かった。

精神測定学的特性

WHODAS 2.0 は優れた精神測定学的特性を有している。世界中の国々で行われた 36 項目の実証試験及び再試験調査では信頼性が非常に高いことが証明された。

また、全項目が項目応答理論（即ち、アンケートと試験から収集したデータに数学的モデルを適用したもの）に基づき選択された。

よって WHODAS 2.0 は全体として、様々な文化の多様な患者母集団が対象であっても、不変で一貫した構造を示した（セクション 3.2 参照）。さらに、検証調査においても WHODAS 2.0 は、他の障害測定や健康測定と同様の結果であることを示しており、臨床医や代理人による評価にも十分、妥当となることが示された。（15,16）。

簡易性と可用性

WHODAS 2.0 は、自己記入であれば約 5 分、面接であれば約 20 分で行える。また、採点と解釈も容易である。公によるスケールなので誰もが使用可能で、さらに 30 カ国を超える言語に翻訳されている。

1.5 マニュアルの目的と構造

1.5.1 目的

本マニュアルは、医療従事者（たとえば公衆衛生、リハビリテーション、理学療法、専門的療法といった分野）、保健関連の政策立案者、社会学者、および障害と健康に関する研究に携わる者を対象としている。また、本マニュアルでは、利用者に次のことを提供する。

- ・ ICF の提供する枠組みと分類を考慮した健康・障害に対する評価の新たな理解
- ・ WHODAS 2.0 の開発、主要特性、適用に関する詳細な概要
- ・ WHODAS 2.0 の様々なバージョンを正しく効果的に利用するための包括的手引き。

p.9

1.5.2 構成

このマニュアルは 3 つのパートに分かれている。パート 1 では背景情報、パート 2 では WHODAS2.0 の利用とその採点方法、そして最後のパート 3 では WHODAS 2.0 の様々なバージョンが示されている。

パート 1 の残りは、2-4 章で構成されており、内容は以下の通りである。

- ・ 第 2 章では WHODAS 2.0 の開発に関する説明が述べられている。開発の論理的根拠と概

念的背景、そして開発プロセスの方法と段階についての議論が示されている。

また、WHODAS 2.0 の異なるバージョンと面接基準の方法、情報源および主な調査結果の紹介も行っている。

さらに、この章では障害を健康評価に組み込むための技術的基礎とかかわりについても言及していて、ICF と WHODAS 2.0 の間の対応関係についての詳細も述べている。

- ・第 3 章では、WHODAS 2.0 の精神測定学的特性に焦点を絞った内容となっている。この章では、WHODAS 2.0 の信頼性と一貫性、構造、変化への柔軟性、項目応答特性、妥当性、最後に一般母集団の特性を説明している。

- ・第 4 章では、WHODAS 2.0 の一般的使用から臨床レベルでの使用を概略している。WHODAS 2.0 が母集団調査とその登録においてどのように使用されているか。また、臨床的業務や試験における患者の治療効果のアウトカムを観察するために WHODAS 2.0 をどのように用いるかをみていく。

パート 2 では、実用性に焦点を絞り、6 つの章で構成されている。

- ・第 5 章では、WHODAS 2.0 の様々な方法で使用するための包括的情報とインストラクションが示されている。WHODAS 2.0 を適用するにあたっての一般的ガイドライン、および他言語に翻訳するにあたってのガイドラインが述べられている。

- ・第 6 章は WHODAS 2.0 の採点に関する内容となっている。この章では採点の特徴のサンプル、項目の計算、分野と集計スコア、母集団基準、および欠落した情報への対応に関する情報にも言及している。

- ・第 7-10 章は、6 つ全ての分野に関して質問ごとに詳細を述べている。様々な WHODAS 2.0 のバージョンを使用するための詳細なガイドライン、自己テストのための資料、およびトレーニングカリキュラムのサンプルを提供している。

パート 2 の終わりには、用語集と参考文献のリストがある。

上述の通り、パート 3 では WHODAS 2.0 の 7 つのバージョンを提供している。

p.10

WHODAS 2.0 の開発

この章は WHODAS 2.0 の開発について説明する。内容は、開発の論理的根拠と概念的背景、および開発プロセスの方法と段階である。また、様々な WHODAS 2.0 のバージョンと面接基準の方法、情報源および主な調査結果も紹介する。この章では、組み込むための技術的基礎とかかわりについて、さらに、第 1 章で述べた ICF と WHODAS 2.0 の間の対応関係についての情報にも言及している。

2.1 WHODAS 2.0 の開発の論理的根拠と概念的背景

当初、WHOはWHODAS2.0の原本として障害評価面接基準WHO/DASを1988年に出版した。これは主に、主に精神病入院患者の機能評価を行うため開発された(17-20)。それ以来、障害評価面接基準WHO/DASはオランダのフローニンゲンにある「WHO指定研究協力センター」により、多くの改訂を経て、最終的に「フローニンゲン社会的障害面接スケール」(GSDS)として発行された(21、22)。

WHODAS 2.0はこれまでとは完全に異なった測定ツールである。WHODAS 2.0は、とくにICFを反映するために開発された。

もともとWHOは、健康分類をするため、および障害を完全に理解する(主観的に理解する)ためのモデルとしてICFを開発した。

ICFの障害統計では、障害による負担を評価するための測定スケールが提供されている。ここでの障害は、身体・精神状態など、あらゆる健康状態でも障害であれば原因は問わない。

表 2.1 では、ICF の考え方の基盤としている構造上の 3 つの機能レベルが示されている。また、その横には(機能ではなく)障害という視点にたったレベルも示されている。

表 2.1 国際生活機能分類(ICF)(2)に使われる機能と障害のレベル

機能レベル (ICF)	対応する障害レベル (WHODAS2.0)
心身機能・身体構造	機能障害 (構造障害を含む)
活動	活動制限
参加	参加制約

人間にとっての生活機能が働くということは、健康状態が維持されている状態と理解される。よって誰もが身体レベル、個人レベル、社会レベルの各領域である程度の生活機能を発揮しているということである。

ICFは障害というものを、個人が単に内在的に有する問題ではなく、ある背景があって生じる健康上の経験として概念化した。ICFで扱われている生物心理社会的モデルに従えば、障害と生活機能とは、健康状態(疾病、疾患および負傷)と背景因子の相互作用の結果なのである。また、生物心理社会的モデルは、障害は多次元的なものであり、個人の特性と環境因子(その人が送っている人生の物理的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境)の相互作用の産物だと認識している。

上記の「その人が送っている人生の物理的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境」とは、厚生労働省のICFに関する文献の中では「環境因子」と同じ意味なので便宜上使用した。以下のURLがソースである。(http://www.who.int/classifications/icf)。

こうした認識により、障害認識の視野が広がり、さらに生活機能と障害に関する医学的

影響、個人的影響、社会的影響、環境的影響の調査が可能となった。

本マニュアルの著者は、WHODAS 2.0 を利用する際、ICF の序文と付属資料 (educational material) を読むことを強く推奨する。どちらも WHO ホームページで入手可能である¹。

WHODAS 2.0 は、ICF の主要な特徴の反映を目的としている。よって WHODAS 2.0 は、医療診断に関係せず、個人が抱える活動の制限、そして参加への制約を評価するために考案された。

WHODAS 2.0 は、WHO、及び次の米国の組織の協力により開発された。国立衛生研究所 (NIH)、国立精神衛生研究所 (NIMH)、国立アルコール乱用・依存症研究所 (NIAAA)、国立薬物乱用研究所 (NIDA)。このプロジェクトは「障害の評価と分類に関する WHO/NIH 共同プロジェクト」と称する。

p.12

2.2 WHOQOL との関係

WHO はクオリティ・オブ・ライフ (WHOQOL¹) という測定ツールを開発した。WHOQOL は、生活の様々な分野で感じる主観的満足度を評価する (23)。概念上、QOL と生活機能の構成概念はどちらを使っても変わりはないのだが、WHODAS 2.0 が生活機能 (即ち、ある生活領域での客観的パフォーマンス) を測定している一方で、WHOQOL は主観的満足 (即ち、ある生活領域におけるその人のパフォーマンスに対する満足度) を測定している。

双方の測定ツールは、同じ生活領域で使用されるのが理想である。要するに、WHODAS 2.0 はある領域において人が「する」ことを質問している一方、WHOQOL は、人がその領域で「感じる」ことを質問している。

2.3 WHODAS 2.0 の開発プロセス

WHODAS 2.0 の開発方法には幾つかの特徴があった。以下に、その特徴を並べる。

- ・様々な環境において健康と障害を評価できる 1 つの包括的測定ツールを開発することを目指した国際協力アプローチ (下記に詳述あり) により開発した。
- ・独特の異文化においても適用できる調査方法である。WHODAS 2.0 は多様な文化と環境でも高い機能性を発揮できる測定スケールを設けた。
- ・ICF の改訂版との対応が可能である。これは ICF が改訂した際に直接的に WHODAS 2.0 と結びつけられるようにするためである。

・協力アプローチ

¹ <http://www.who.int/whoqol>

幾つかの多文化にわたる機関が関与し、WHODAS 2.0の6つの分野の概念定義、質問文作成と質問の選択、回答尺度の導出、並びにパイロットテストの実施を行った。その結果、WHODAS 2.0の標準化、異なる実施環境間の対応、翻訳といった問題の解決を、開発プロセスにおける最優先事項として考えるようになった。

また、国際的協力関係における正当性を保証するため、協力を求める機関も、環境、産業レベル、利用可能な保健サービス、他にも健康と障害の測定に関連する指標（例、家族の役割、時間認識、自己認識、勢力の強い宗教など）に基づき選択し、協力を要請した。

WHODAS 2.0の開発に関わった広範囲かつ、強力な国際的研究を以下に挙げる。

- ・生活機能と障害の概念化と測定、及び関連測定ツールの概念化と測定に関する文献の批判的見直し（24、25）
- ・系統的な異文化間の適用性調査（3）
- ・WHODAS 2.0の開発と改良を行うための一連の現場での実証研究

上記のステップを以下で説明する。

・既存の測定ツールの見直し

WHOはWHODAS 2.0の開発に備え、既存の測定ツールの見直しを行うため、国際専門家集団から構成される評価測定ツールに関する調査特別委員会を招集した。

この調査特別委員会が見直しを行うために選択した測定ツールには、（能力）障害、社会的不利（ハンディキャップ）、生活の質、および他の健康状態（具体的には、日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）、一般的／特殊的測定、主観的満足度

（SWB）、および生活の質（QOL）などを測る様々な測定ツールがあった。

約300の測定ツールを見直した結果、理論的枠組み、専門用語、測定される構成概念、評価方法、評価される技術レベル、評価目標、および査定の焦点という点でかなりの多様性が示された。

しかし、こうした膨大な多様性にも関わらず、多様化した「項目」（即ち、生活機能と障害の中核領域）を抽出し、ICFと対応させることを可能にした。その後、見直した測定ツールの情報をデータベースにまとめた。データベースには、項目の共通項、測定ツールの出所、精神測定特性が示されている。

こうして2年間に及び、調査特別委員会がICFを共通の枠組みとして使い、データと様々な項目を見直した結果、評価測定ツールの見直しから得た知識ベースによりWHODAS 2.0の開発を行う上で大きなプラスがもたらされた。しかも、この新しく開発されたWHODAS2.0ICFとの対応性も示された。

調査特別委員会は、注意深い審議、及びパイロットテスト（下記を参照）を行い、見直しで多様化した項目を次の6領域に分類した。

- ・領域1：理解と意思の疎通 – 意思の疎通と思考活動の評価。評価される具体的な分野は、集中力、記憶力、問題解決能力、学習、意思の疎通である。
- ・領域2：運動能力 – 立位、家の中を動き回る、外出、長距離を歩くことを評価する。
- ・領域3：自己管理 – 排尿排便、着衣、食事、一人で過ごすことについて評価する。
- ・領域4：人付き合い – 他の人との交流と、困難についての評価を行う。ここでの困難というのは、健康状態により、この生活領域で感じるであろう困難のことである。また、ここでの「他人」とは、親しい仲や、よく知る仲の人々（例、配偶者、パートナー、家族のメンバー、親しい友人）、及び、よく知らない人々（例、あかの他人）を指す。
- ・領域5：日常の生活 – 日常生活を送る上での困難さを評価する（即ち、家庭での責任、レジャー、仕事・学校などの人々が日常行うこと）。
- ・領域6：社会参加 – 地域社会での活動といった社会性とその他の問題に関する評価。つまり、回答者を取り巻く障壁や妨害、また、個人の尊厳の維持といった面での問題を指す。この領域での質問は、ICFの「参加」項目にある質問をそのまま単に引用したわけではないが、この領域の質問には、回答者の健康状態によって影響される背景的な（個人および環境）因子も含まれている。

異文化間適用性調査

WHODAS 2.0が異文化間でも、有意かつ有効であることを保証するために、系統的研究を開始した。異文化間適用性調査（CAR）では様々な質的手法を用いて、多くの文化に住む人達の健康状態評価の性質の追究と実践の探求を行った（3）。

異文化間適用性調査では、健康関連用語の言語分析、主な情報提供者との面接、フォーカスグループ、パイルソーティングやコンセプトマッピングといった準定量的手法（並行して行われた）を施行。

障害の概念化に関する情報、および日常の生活機能において重要である分野に関する情報が集められた。

異文化間適用性調査では、普遍的に適用可能とされる構成概念、6つの領域の尺度の潜在的アンカーと評価測定ツールの閾値として用いる潜在的要因そして、評価測定ツールに使用するフレーズや単位に対して、深い洞察がなされた。

そして、この調査により、信頼でき有効な測定具の構築のため、さらなる厳密な調査と注意が必要な分野が浮き彫りなり、さらに、処置が必要とされる身体的・精神的状態の2つの対応性に関する問題が明らかにされた。

こうしてこの調査から、WHODAS 2.0 の新しいバージョンを作成することになった。この新バージョンは、全 96 に至る項目を 6 つの領域に分類し、現地調査でも使用できるよう考案された。そのため現地調査では項目数を減らし、信頼性を高めるような設計で実施された。

- ・現地調査の信頼性と有効性

WHODAS 2.0 の精神測定特性は、ボックス 2.1 と 2.2 に概略するように、固有のプロトコルをもつ、マルチセンタードesign法を用いて、2 つの国際的調査を行った。

項目の削減と実行可能性、信頼性と妥当性に関する調査地域は、様々な WHO 地域の中から（文化的、言語的バラツキを考慮し）地理的に適している場所を選考した。

その他にも、多種多様な人口集団を対象に出来るかという適切性と、調査を実施する上での適切性も考慮に入れて選考がなされた。

また、各段階において、一般的な調査設計を行うため、次に示す 4 つの母集団グループから同数の被験者を集めることが必要となった。

- ・一般母集団
- ・身体的障害を持つ母集団
- ・精神的・情緒的障害を持つ母集団
- ・アルコールおよび薬物使用に関する問題を持つ母集団

各調査場所では、男女共に同数の 18 歳以上の被験者を採用。各被験者には調査についての説明がなされ、WHO の倫理的基準に明記している通りのインフォームドコンセントを得た。

p.14

また、領域 5（日常の生活）では、サンプルとして、就業者、自営業者、引退者および無職者等を選んだ。こうして得た結果を大きく 2 つのカテゴリに分類した。職業サンプル（即ち、有給雇用の人々）と全体サンプルなので、領域 5 の WHODAS 2.0 のスコアは、職業サンプルのセクションは別集計されている。

ボックス 2.1 WHODAS 2.0 フィールド調査：項目削減と実行可能性

調査地域

調査は下記の 21 箇所にて実施された。

場所	n	場所	n
オーストリア	50	オランダ (ハーグ)	47
カンボジア (プノンペン)	50	ナイジェリア (イバダン)	50
中国 (北京)	50	ペルー (リマ)	59
キューバ(ハバナ)	50	ルーマニア (ティミショアラ)	50
ギリシャ (アテネ)	48	スペイン (サンタンデル)	54
インド1 (バンガロール)	283	チュニジア (チュニス)	50
インド2 (デリー)	154	トルコ (アンカラ)	49
イタリア (ローマ)	20	英国 (ロンドン)	35
日本	50	米国1 (ミシガン)	152
レバノン	37	米国2 (シアトル)	43
ルクセンブルグ (ルクセンブルグ)	50		

サンプルの特徴

出所：	n	%
一般母集団	262	18.3
身体障害	418	29.3
精神的・情緒的障害	394	27.6
アルコール関連問題	195	13.6
薬物使用関連問題	162	11.3
性別：		
女性	651	45.5
男性	780	54.5
年齢：		
55歳未満	1078	75.3
55歳以上	353	24.7

方法論 1 では、障害の持続期間を究明するための様々な方法を研究した。(合計 n=651)

調査場所

調査は下記に記載する 7 つの場所で開始された。

場所	場所

カンボジア (プノンペン)	100	レバノン (ベイルート)	50
ドイツ (ハンブルグ)	69	ルーマニア (ティミショアラ)	101
インド (バンガロール)	138	チュニジア (チュニス)	100
インド (デリー)	93		

方法論 2 では、比較基準に関する研究を行った (明示的対黙示的)
(合計 n=396)
調査はインドでは 1 箇所で開催された (バンガロール)

p.15

ボックス 2.2 WHOSAS 2.0 フィールド調査：信頼性と有効性			
調査場所			
調査は下記に記載する 16 の場所で開催された：			
場所	n	場所	n
オーストリア (インスブルック)	100	ルクセンブルグ (ルクセンブルグ)	98
カンボジア (プノンペン)	98	オランダ (ハーグ)	50
中国 (北京)	100	ナイジェリア (イバダン)	140
ギリシャ (アテネ)	96	ルーマニア (ティミショアラ)	108
インド 1 (バンガロール)	100	ロシア連邦 (モスクワ)	105
インド 2 (チェンナイ)	100	スペイン (サンタンデル)	99
インド 2 (デリー)	95	チュニジア (チュニス)	123
イタリア (ローマ)	96	米国 (複数)	57
サンプルの特徴			
出所：	n	%	
一般母集団	366	23.4	
身体障害	405	25.9	
精神的・情緒的障害	402	25.7	
アルコール関連問題	225	14.4	
薬物使用関連問題	167	10.7	
性別：			
女性	641	41.0	
男性	924	59.0	
年齢：			
55 歳未満	1304	83.3	
55 歳以上	261	16.7	

第一次調査 (ボックス 2.1 参照) では、WHODAS 2.0 の 96 項目バージョンを用いた。

というのは、経験的なフィードバックを得るために実施されたのである。こうした経験的フィードバックにより、削除できる項目の判断、また、WHODAS 2.0 のショートバージョンの性能、及び評価の尺度と時間枠の適用性を判定することができた。

この調査では以下の 8 つのステップが用いられた。

1. 「困難さ」に対する言語的分析を用いて、測定ツール、及びサポート資料の言語翻訳、逆翻訳を行う。
2. WHODAS 2.0 面接を適用（施行）
3. 面接の実行可能性についての追加的データ収集、及び診断についての追加的データの収集。
4. 認知（したものをどう）報告するかについての調査（以下、認知報告）、及び質的調査（定性的研究）を、被験者、面接者、専門家と行う。
5. WHODAS 2.0 のフォーカスグループ
6. SF-12®（MOS 12-Item Short-Form Health Survey）、SF-36®（MOS 36-Item Short-Form Health Survey）（7、26）、およびロンドン・ハンディキャップ・スケール(LHS)(6)を同時に適用。
7. WHOQOL(23)または WHOQOL 短縮版(WHOQOL-BREF)(27)を同時に適用（27）。
8. ICF チェックリストを任意で使用(28)

第一次調査で行ったデータ分析では、WHODAS 2.0 の項目数を 96 から、さらに合理的な数に減らすこと、WHODAS 2.0 を短縮しつつ、6 つの領域を維持するために、質問の精神測定特性の調査と因子構造の調査に焦点が絞られた。

p.16

WHODAS 2.0 の項目の最終決定をするために用いられた基準を以下に示す。

- ・文化的許容性。これは、現地での実験的調査で行った質的調査（例、専門家の意見、認知（したもの）報告、面接者のフィードバック）と、欠落した値（情報）の定量的分析（たとえばある文化圏で 10%以上値（情報）が欠落している項目）を基に査定した（29）。
 - ・（因子分析における）因子負荷量。各領域で最低 0.6 以上の変数を必要条件とし絞り込んだ。（4）
 - ・項目の最小限異領域間負荷（即ち、複数領域間での負荷がある）
- あらゆる水準で高いとされる側面が（その項目に）あるか。これは項目応答理論（Mokken(30)が行ったようなノンパラメトリックな手法、および Bimbaum モデル(31)のようなパラメトリックな手法）から導出されるモデルを用いて査定した。
- ・削除可能かどうか。即ち「短時間立っている」および「長時間立っている」など、2 つの関連する項目のうち 1 つの除去。