

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：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、WHO-DAS2.0 の日本語版の作成を行うと共に、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（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、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、項目の内容及がわかりにくい、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、その意義に関する意見もあり、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、WHO-DAS2.0 の日本語版の作成を行うこと、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。

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)

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、

評価方法 (ICF および WHO-DAS)

ICF 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とい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、大きなプ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 による WHO-DAS に関する研究のシステムティックレビュー (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 WHOQOL-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である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ないことを示しており、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、WHO-DAS2.0 や ICF にもとづく評価ツールについては、わ

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

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

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．厚生の指標 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, 2014；26(2)：1-15.

学会発表

なし

