

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、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		
未満	13	100.0
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

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

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.

学会発表

なし

