

厚生労働科学研究費補助金（統計総合研究事業）

平成 30 年度 総合 研究報告書「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学大学院）

研究目的：本研究では、第一に、日本の臨床現場で、すでに標準化され、実施されているアセスメントの評価に際して、これらを ICF による分類コードでの代替が可能であるかを検討した。第二として、日本の介護技術の評価制度として、新たに確立しつつある「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」において、介護技術を提供された利用者のアセスメント情報が ICF で表現できるかを検討し、介護分野の「技能実習制度」において、日本の介護現場で働く外国人技能実習生が、技術を習得する際に障壁となる問題を ICF で表現するとともに、これを数量化できるか検討することを目的とした。

研究方法：29 年度は、①既存研究成果をもとに、統計法の規定に基づく基幹統計における ICF の活用可能性を検討、②既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点からの整理、③介護キャリア段位のテキストデータ分析による介護内容の ICF での表現可能性の検討、④介護技能実習における介護技術習得過程を ICF で評価するためのコアセット（案）の開発をおこなった。30 年度は、⑤介護技能実習における介護技術習得過程を ICF で評価するためのコアセット（案）を開発し、フィールド調査を得て、この妥当性の検証をおこなった。⑥昨年度実施した既存研究成果をもとに、統計における ICF の活用可能性の検討を踏まえ WHO-DAS2.0 自己記入版の適用可能性について検討を行った。

結果及び考察：平成 29 年度：統計調査や医療・リハビリテーション分野における既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点から整理を行い、ICF との対応関係についてまとめた。また、介護技能評価の記録のテキスト分析を実施し、ICF の評価を説明する重要な「介護の内容」を抽出した。これらの成果を踏まえ、介護技能実習における技術習得過程を ICF で評価するためのコアセット（案）を開発した。

平成 30 年度：介護技能実習における介護技能を ICF で評価するためのコアセットについては、まず調査票原案を開発した。プレ調査の実施によって、項目の縮減し、文言を修正した。その後、介護技能実習制度の試験評価者講習修了者 410 名を対象に調査を実施し、30 票が回収された（回収率 7.3%）。この調査データの分析によって、評価項目のさらなる絞り込み、評価具体例の提示など採点の信頼性を上げる工夫の必要性が示唆された。

②WHO-DAS2.0 自己記入版については、A 県 B 市の障害手帳を保持しているものを対象として実施された 1,056 名のデータセットを用いて、日本サンプルにおける WHO-DAS2.0 36 項目自己記入版の妥当性を検証した。また、WHO-DAS2.0 12 項目版をベースに、日本の高齢者・障害者などを想定した場合に欠損が出にくい日本版 WHO-DAS10 項目自己記入版を提案した。

結論：本研究の成果として、既存統計調査における ICF 活用として、WHO-DAS2.0 自己記入版の妥当性を検証し、既存統計調査へ挿入可能な WHO-DAS2.0 10 項目版を開発した。また、外国人介護技能実習制度における介護技術習得過程を ICF で評価するコアセットを開発し、フィールドテストによって妥当性を検証した。これらの成果は、ICF の活用を目指す WHO においても重要であり、国際的なインパクトは非常に高いものと考えられた。

A. 研究目的

2001年5月にジュネーブで開かれた第54回世界保健機関（以下「WHO」と略す）総会で国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：以下「ICF」と略す）が採択され、約16年が経過した。ICFの原点は、1893年死因分類を目的に、国際統計協会により作成された国際疾病分類

（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：以下「ICD」と略す）である。これは10年おきに修正が加わり、1948年の第6回修正よりWHOの事業となり内容も充実してきたとされる。すでに、現在はICD-10が使用されており、疾患統計や死亡統計の国際比較が可能となるとともに、各種の補助分類「WHOの国際分類ファミリー」が開発されてきた。

一方、20世紀後半に起こったとされる①医療の著しい進歩と公衆衛生的な環境の改善による急性感染性疾患の激減、②寿命の延長と慢性疾患の増加、③寿命の延長に伴う高齢者の増加、④医療の進歩による障害者の増加等、疾病構造の著しい変化に伴い、先の疾病の分類だけでは、不十分であるという意識と、それと共に障害者や、障害そのものに対する社会の意識にも変化が生じてきた。

このため1972年からは、WHO内でも議論がなされ、1980年にはICDの補助分類として、国際障害分類の初版にあたる「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」（International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: 以下「ICIDH」と略す）が刊行された。

しかし、このICIDHに対しても様々な意

見がだされたことから、1990年から、WHOが多方面からの意見聴取やフィールドテストを繰り返すことで、ようやく2000年11月に最終案が成立し、2001年WHO総会にてICFが正式に採択された。この採択されたICFは、それまでのICIDHで用いられてきた、impairment-disability-handicapという、障害の連続的な展開に基づいた分類の考え方を放棄し、これにより、健康と障害の理解と測定の方法におけるパラダイム・シフトがなされたと解釈されている。なぜなら、ICFは従来の「健康（health）」の概念である、死や病気の対極にあるという考えを大きく変革したからである。

ICF以前の健康の指標は主に死亡率と罹患率に着目してきたが、「障害(disability)」は、盲目や難聴などの身体障害上での問題であるとされ、この障害を持った個人が日常生活の活動への参加できないという制限（handicap）との明確な関係性についての議論は十分ではないとされてきた。

一方、ICFは人間の機能は生物・心理・社会・環境などの多面的領域の複合物であるとの基底概念の下で、健康と障害は表裏一体のものであるとした。それまで健康と障害は別々に存在し、時には両極に置かれるべき概念であったのだが、ICFの解釈に基づけば、障害があっても健康であるということは何ら矛盾しないとしたのである。

リハビリテーションや医療、精神療法、理学療法、作業療法、言語療法、介護、看護など多くの領域においては、この考え方自体は、それほど目新しいことではなく、受け入れやすい概念であった。それは、この考え方は、人間が持つ機能を生物学的に、あるいは心理学的に、または社会学的に生きることができる、というように、人間を多面的に理解することで成立しうるもので

あったからである。

それでは、ICFの何が新しいのかといえ
ば、ICFは、実は膨大なコードから成立し
ており、人間の機能のあらゆる状態情報を
記録し、コード化したものとされたからで
あろう。しかも、これらのコードは国際的
に合意が得られたとされる概念的枠組みに
よる共通言語として成立したとされた。

また、ICFがICIDHと異なる点は、個人
の機能と障害を健康状態と個人／環境の状
況的要因との間の動的な相互作用による循
環型相互作用モデルとして捉えたことと説
明された。つまり、この新たな生物心理社
会学的モデルとは、医療的な側面からだけ
でない、いわゆる広義の健康の概念を基軸
に社会的側面をも含めた広い視野からのモ
デルを提示したとされたのであった。

このような前提からICFを考えてみると、
評価に活用するために用意された総コード
数が膨大であることや、しかも評価基準が
曖昧であるという、極めて大きな問題があ
り、実用に耐えないという、コードとして
は致命的な欠点が指摘されてきた。こうい
ったことにも関わらず、諸外国では、この
ICFを用いて、多くの社会実験や臨床適応
のための研究がなされ、例えば、

ICF-core-setやWHO-DASといったICF
の概念や分類を用いたアセスメントツール
の開発がなされ、国際的なスタンダードと
なるための過程を経つつある。

翻って、わが国の状況であるが、このICF
は様々に解釈され、職域レベルばかりでな
く、個人レベルでもその取扱い方も様々で
あり、共通化には課題がある。

国際生活機能分類（以下、ICF）は、「あ
る健康状態にある人に関連する、さまざま
に異なる領域を系統的に分類するものであ
る」と定義されている（WHO 2001）が国
内外において、これを用いた実用的なシス

テムは存在せず、その臨床への適用が期待
されている（筒井 2014）。

国際生活機能分類（以下、ICF）はWHO
の国際疾病分類（ICD: International
Classification of Diseases）と対をなす障害
分類の枠組みとして、2001年にWHO総会
において採択された。

このICFは健康にかかわる障害と生活機
能にかかわる多岐にわたる評価項目により
構成され、生活機能にかかわる領域を網羅
的にカバーしている。

ICFの評価対象となる項目は、「心身機
能」、「身体構造」、「活動と参加」、「環境因
子」の4つのセクションから構成される。

WHOによると、ICFには5つの活用に
向けた用途があるとされている。

具体的には、①データ収集や記録のため
の統計ツール、②結果の測定、QOLや環境
因子の測定のための研究ツール。③支援を
必要とする人のニーズ評価、特定の健康状
態と治療とその対応関係を明らかにする
ための臨床ツール。④政策や行政計画の立
案と実施のための社会政策ツール。⑤教育
カリキュラムの立案、市民啓発やソーシャ
ルアクションのための教育ツール、とされ
ている。

また、ICFは、「ある健康状態にある人
に関連する、さまざまに異なる領域を系統
的に分類するものである」と定義されてい
る（WHO 2001）が国内外において、これ
を用いた実用的なシステムは存在せず、そ
の臨床への適用が期待されている（筒井
2014）。

そこで本研究では、第一に、日本の臨床
現場で、すでに標準化され、実施されてい
るアセスメントの評価に際して、これら
をICFによる分類コードでの代替が可能で
あるかを検討する。第二として、日本の介
護技術の評価制度として、新たに確立しつ

ある「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」において、介護技術を提供された利用者のアセスメント情報が ICF で表現できるかを検討する。第三として、介護分野の「技能実習制度」において、日本の介護現場で働く外国人技能実習生が技術を習得する際に障壁となる問題を ICF で表現するとともに、これを数量化できるか検討することを目的とした。

B. 研究方法

平成 29 年度

1) 統計法の規定に基づく基幹統計調査における ICF の活用可能性の検討

統計法の規定に基づく基幹統計である国民生活基礎調査、そして、中高年縦断調査、生活のしづらさに関する調査の 3 つの調査に着目し、これらに示されている調査項目から、ICF に置き換え可能な項目を探索するとともに、ICF に置き換えるの意義と可能性について検討を行なった。

2) 既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点からの整理

医療・リハビリテーション分野における既存アセスメントツールのうち、FIM と看護必要度をとりあげ、ICF との対応関係について整理を行った。

3) 介護キャリア段位のテキストデータ分析による介護内容の ICF での表現可能性の検討

利用者と介護の内容の関連についての根拠が示された介護キャリア段位制度で収集されている評価票 (1,761 件) を活用し、ICF 項目の「d550 食べること」に対応する「食事介助ができる」を取り上げ、テキストマイニング分析を行うことで ICF での表現可能性の検討を行なった。

4) 介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット (案) の開発

公益社団法人日本介護福祉士会「介護職種の技能実習指導員講習テキスト」(平成 29 年 10 月) の技能実習項目を研究委員会で検討し、ICF 項目への読み替えを行なった。

平成 30 年度

5) 介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット (案) の開発

①調査票原案の開発

介護分野の技能実習生用テキストを用いた専門家による技能を抽出し、外国人介護職員 (候補) 3 名と指導者 2 名へのインタビュー調査を経て、介護技能評価 70 項目、環境評価 12 項目から構成される調査原案を開発した。

②プレ調査による調査票の修正

プレ調査の実施によって、項目の縮減 (82→38)、文言の修正が実施された。

③フィールド調査による介護技術習得評価のためのコアセットの妥当性の検証

介護技能実習制度の試験評価者講習修了者 410 名を対象に調査票を配布し、30 票が回収された (回収率 7.3%)。この調査データの分析によって、コアセットの妥当性を検証した。

6) 統計調査における ICF の活用に向けた WHO-DAS2.0 日本語版の妥当性の検証

昨年度実施した既存研究成果をもとに、統計における ICF の活用として、WHO-DAS2.0 自己記入版の日本サンプル

の適用可能性について検討を行った。

A 県 B 市の障害手帳を保持しているものを対象として実施された 1,056 名のデータセットを用いて、日本サンプルにおける WHO-DAS2.0 36 項目自己記入版の妥当性を検証するとともに、日本の統計調査に活用可能な WHO-DAS 短縮版調査項目セットの開発を行った。

C. 研究結果

平成 29 年度

1) 統計法の規定に基づく基幹統計調査における ICF の活用可能性の検討

今年度は、三つの既存統計調査を取り上げ、ICF 項目を導入可能性があるかについて、検討した (表 1-1)。

その結果をもとに、国民生活基礎調査への WHO-DAS 項目の追加を担当部局を通して提案した。

表 1-1 既存統計調査の検討まとめ

	①国民生活基礎調査	②中高年齢者縦断調査	③生活のしづかさに関する調査 (全国在宅障害児・者等実態調査)
実施頻度	簡易調査は毎年実施。(大規模調査は3年に1度)	毎年実施	5年に1度実施
実施機関	統計法に基づく基幹統計調査	統計法に基づく一般統計調査	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が実施する調査
調査項目変更の可能性	基幹統計のための調査項目の変更が容易でない。	縦断調査であるため調査項目の変更が難しい。	検討の余地はあるが、次回調査は、平成33年となっている。
活動と参加の制約に該当する項目	健康票で健康を損なう領域(日常生活、外出、仕事・家事・学業、運動、その他)を問いている。	社会仕事や参加について問いているが、健康による制約という視点は無い。	生活のしづかさや日中の過ごしかたを直接問っているもののどのような活動や参加の制約があるかは具体的に問いていない。
ICF項目の導入可能性	ICFに基づく参加と活動の制約の程度を具体的に把握することに、3調査とも一定の意味はあるが、WHO-DASのような標準化されたツールが必要であり、その導入には最も少ない12項目でも多く、日本文化への適応や自己記入による信頼性の検証も、さらに必要と考えられた。		

2) 既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点からの整理

FIM と看護必要度と ICF の項目に一定の対応関係はあることが整理された (表 1-2)。

しかしながら評点の付け方が異なるため、その読み替えには、今後は複数のアセスメントを同一患者に実施した調査データを基に Rasch 分析等を行い、それぞれの得点間の linking rule を作る必要があることが明らかになった。

表 1-2 FIM/看護必要度と ICF の対応関係

FIM	ICF	看護必要度 (B 項目)
①問題解決：日常生活上での問題解決、適切な判断能力	d175 問題解決	
②記憶：日常生活に必要となる情報の記憶	d210 日課の遂行	
③理解：聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解	d320 その他の特定の、および詳細不明の、コミュニケーションの理解	診察・検査上の指示が通じる
④意思：意思決定または非意思決定	d340 その他の特定の、および詳細不明の、コミュニケーションの意思	他人への意思の伝達
⑤ベッド・椅子・車椅子、それぞれからの移動、転位動作を含む	d420 乗り降り (移乗)	起き上がり 移乗
⑥トイレ・浴槽 (か) の移動		
⑦着脱：シャツ・浴巾、シャツ・座へ (か) の着脱		
⑧歩行：車椅子・屋内での歩行、または車椅子移動	d450 歩行	移動方法
⑨階段：12~14 段の階段昇降	d460 さまざまな階段での階段	
⑩着脱：履物、シャツなど下着から下を脱ぐ	d510 浴槽の移動を含むこと	
⑪着脱：口拭き、髪、手洗い、洗顔等	d520 身体各部の手入れ	口腔ケア
⑫排泄管理：排泄管理、器具や薬剤の使用を含む	d530 排泄	
⑬移動管理：移動管理、器具や薬剤の使用を含む		
⑭着脱：履物、シャツなど下着から下を脱ぐ	d540 履物	
⑮着脱：下着、履物、履物下の脱ぎおき	d540 更衣	衣服の着脱
⑯トイレ動作：衣服の着脱、排泄後の清潔、整理器具の使用		
⑰食事：咀嚼、嚥下を含めた食事動作	d550 食べること	食事摂取
⑱社会的交流、輸送、スタッフなどとの交流社会的状況への関与	d710 職業的対人関係	

3) 介護キャリア段位のテキストデータ分析による介護内容の ICF での表現可能性の検討

ICF コードで定義されているのは、「d550 食べること」だけである。

しかし、日本の介護現場の「食事」に関わる介助には、「目線確認」、「嚥下確認」、「自力確認」など、当事者の能力から必要とされる多様な介護内容が含まれていた。

ICF による評価を考えるにあたっては、こうした内容を含めた評点を考える必要があると考えられた。

4) 介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット (案) の開発

今年度の研究の結果、表 1-3 のような介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット (案) を開発した。

図3 修正版・介護技術評価の調査票(例)

ICFコード記入欄

記入欄(0-4) 経過の問題 2 中程度の問題 3 重症の問題 4 安全の問題 5 評価不明

評価点: 0-4% 5-24% 25-49% 50-74% 75-100%

注: 実習生は必須実習(実習時)に対する身体介護業務について、「程度(大きさ)」の評価値0-4/5を記入してください。なお、評価値は100%スケールであることに留意し、評価を行ってください。

自由記述欄には、評価の改善点や気づいた点を記入してください。

※: 「記入し、空欄については、実習時に行っていない評価を行っている」と記入してください。

身体介護	評価項目	ICFコード	評価	自由記述
1) 体位の変更	介護する前に、これからの介護をするために褥瘡を予防して、介護を始めることによる褥瘡を発生させない、褥瘡を予防して、褥瘡の状態を確認する。			
身体介護	評価項目	ICFコード	評価	自由記述
1) 食事の介助	1. 嚥下(摂食)			
2) 嚥下の介助	1. 嚥下(嚥下)			
3) 嚥下の介助	2. 嚥下の介助			
4) 嚥下の介助	3. 嚥下の介助			
5) 嚥下の介助	4. 嚥下の介助			
6) 嚥下の介助	5. 嚥下の介助			
7) 嚥下の介助	6. 嚥下の介助			
8) 嚥下の介助	7. 嚥下の介助			
9) 嚥下の介助	8. 嚥下の介助			
10) 嚥下の介助	9. 嚥下の介助			
11) 嚥下の介助	10. 嚥下の介助			
12) 嚥下の介助	11. 嚥下の介助			
13) 嚥下の介助	12. 嚥下の介助			
14) 嚥下の介助	13. 嚥下の介助			
15) 嚥下の介助	14. 嚥下の介助			
16) 嚥下の介助	15. 嚥下の介助			
17) 嚥下の介助	16. 嚥下の介助			
18) 嚥下の介助	17. 嚥下の介助			
19) 嚥下の介助	18. 嚥下の介助			
20) 嚥下の介助	19. 嚥下の介助			
21) 嚥下の介助	20. 嚥下の介助			
22) 嚥下の介助	21. 嚥下の介助			
23) 嚥下の介助	22. 嚥下の介助			
24) 嚥下の介助	23. 嚥下の介助			
25) 嚥下の介助	24. 嚥下の介助			
26) 嚥下の介助	25. 嚥下の介助			
27) 嚥下の介助	26. 嚥下の介助			
28) 嚥下の介助	27. 嚥下の介助			
29) 嚥下の介助	28. 嚥下の介助			
30) 嚥下の介助	29. 嚥下の介助			
31) 嚥下の介助	30. 嚥下の介助			
32) 嚥下の介助	31. 嚥下の介助			
33) 嚥下の介助	32. 嚥下の介助			
34) 嚥下の介助	33. 嚥下の介助			
35) 嚥下の介助	34. 嚥下の介助			
36) 嚥下の介助	35. 嚥下の介助			
37) 嚥下の介助	36. 嚥下の介助			
38) 嚥下の介助	37. 嚥下の介助			
39) 嚥下の介助	38. 嚥下の介助			
40) 嚥下の介助	39. 嚥下の介助			
41) 嚥下の介助	40. 嚥下の介助			
42) 嚥下の介助	41. 嚥下の介助			
43) 嚥下の介助	42. 嚥下の介助			
44) 嚥下の介助	43. 嚥下の介助			
45) 嚥下の介助	44. 嚥下の介助			
46) 嚥下の介助	45. 嚥下の介助			
47) 嚥下の介助	46. 嚥下の介助			
48) 嚥下の介助	47. 嚥下の介助			
49) 嚥下の介助	48. 嚥下の介助			
50) 嚥下の介助	49. 嚥下の介助			
51) 嚥下の介助	50. 嚥下の介助			
52) 嚥下の介助	51. 嚥下の介助			
53) 嚥下の介助	52. 嚥下の介助			
54) 嚥下の介助	53. 嚥下の介助			
55) 嚥下の介助	54. 嚥下の介助			
56) 嚥下の介助	55. 嚥下の介助			
57) 嚥下の介助	56. 嚥下の介助			
58) 嚥下の介助	57. 嚥下の介助			
59) 嚥下の介助	58. 嚥下の介助			
60) 嚥下の介助	59. 嚥下の介助			
61) 嚥下の介助	60. 嚥下の介助			
62) 嚥下の介助	61. 嚥下の介助			
63) 嚥下の介助	62. 嚥下の介助			
64) 嚥下の介助	63. 嚥下の介助			
65) 嚥下の介助	64. 嚥下の介助			
66) 嚥下の介助	65. 嚥下の介助			
67) 嚥下の介助	66. 嚥下の介助			
68) 嚥下の介助	67. 嚥下の介助			
69) 嚥下の介助	68. 嚥下の介助			
70) 嚥下の介助	69. 嚥下の介助			
71) 嚥下の介助	70. 嚥下の介助			
72) 嚥下の介助	71. 嚥下の介助			
73) 嚥下の介助	72. 嚥下の介助			
74) 嚥下の介助	73. 嚥下の介助			
75) 嚥下の介助	74. 嚥下の介助			
76) 嚥下の介助	75. 嚥下の介助			
77) 嚥下の介助	76. 嚥下の介助			
78) 嚥下の介助	77. 嚥下の介助			
79) 嚥下の介助	78. 嚥下の介助			
80) 嚥下の介助	79. 嚥下の介助			
81) 嚥下の介助	80. 嚥下の介助			
82) 嚥下の介助	81. 嚥下の介助			
83) 嚥下の介助	82. 嚥下の介助			
84) 嚥下の介助	83. 嚥下の介助			
85) 嚥下の介助	84. 嚥下の介助			
86) 嚥下の介助	85. 嚥下の介助			
87) 嚥下の介助	86. 嚥下の介助			
88) 嚥下の介助	87. 嚥下の介助			
89) 嚥下の介助	88. 嚥下の介助			
90) 嚥下の介助	89. 嚥下の介助			
91) 嚥下の介助	90. 嚥下の介助			
92) 嚥下の介助	91. 嚥下の介助			
93) 嚥下の介助	92. 嚥下の介助			
94) 嚥下の介助	93. 嚥下の介助			
95) 嚥下の介助	94. 嚥下の介助			
96) 嚥下の介助	95. 嚥下の介助			
97) 嚥下の介助	96. 嚥下の介助			
98) 嚥下の介助	97. 嚥下の介助			
99) 嚥下の介助	98. 嚥下の介助			
100) 嚥下の介助	99. 嚥下の介助			
101) 嚥下の介助	100. 嚥下の介助			
102) 嚥下の介助	101. 嚥下の介助			
103) 嚥下の介助	102. 嚥下の介助			
104) 嚥下の介助	103. 嚥下の介助			
105) 嚥下の介助	104. 嚥下の介助			
106) 嚥下の介助	105. 嚥下の介助			
107) 嚥下の介助	106. 嚥下の介助			
108) 嚥下の介助	107. 嚥下の介助			
109) 嚥下の介助	108. 嚥下の介助			
110) 嚥下の介助	109. 嚥下の介助			
111) 嚥下の介助	110. 嚥下の介助			
112) 嚥下の介助	111. 嚥下の介助			
113) 嚥下の介助	112. 嚥下の介助			
114) 嚥下の介助	113. 嚥下の介助			
115) 嚥下の介助	114. 嚥下の介助			
116) 嚥下の介助	115. 嚥下の介助			
117) 嚥下の介助	116. 嚥下の介助			
118) 嚥下の介助	117. 嚥下の介助			
119) 嚥下の介助	118. 嚥下の介助			
120) 嚥下の介助	119. 嚥下の介助			
121) 嚥下の介助	120. 嚥下の介助			
122) 嚥下の介助	121. 嚥下の介助			
123) 嚥下の介助	122. 嚥下の介助			
124) 嚥下の介助	123. 嚥下の介助			
125) 嚥下の介助	124. 嚥下の介助			
126) 嚥下の介助	125. 嚥下の介助			
127) 嚥下の介助	126. 嚥下の介助			
128) 嚥下の介助	127. 嚥下の介助			
129) 嚥下の介助	128. 嚥下の介助			
130) 嚥下の介助	129. 嚥下の介助			
131) 嚥下の介助	130. 嚥下の介助			
132) 嚥下の介助	131. 嚥下の介助			
133) 嚥下の介助	132. 嚥下の介助			
134) 嚥下の介助	133. 嚥下の介助			
135) 嚥下の介助	134. 嚥下の介助			
136) 嚥下の介助	135. 嚥下の介助			
137) 嚥下の介助	136. 嚥下の介助			
138) 嚥下の介助	137. 嚥下の介助			
139) 嚥下の介助	138. 嚥下の介助			
140) 嚥下の介助	139. 嚥下の介助			
141) 嚥下の介助	140. 嚥下の介助			
142) 嚥下の介助	141. 嚥下の介助			
143) 嚥下の介助	142. 嚥下の介助			
144) 嚥下の介助	143. 嚥下の介助			
145) 嚥下の介助	144. 嚥下の介助			
146) 嚥下の介助	145. 嚥下の介助			
147) 嚥下の介助	146. 嚥下の介助			
148) 嚥下の介助	147. 嚥下の介助			
149) 嚥下の介助	148. 嚥下の介助			
150) 嚥下の介助	149. 嚥下の介助			
151) 嚥下の介助	150. 嚥下の介助			
152) 嚥下の介助	151. 嚥下の介助			
153) 嚥下の介助	152. 嚥下の介助			
154) 嚥下の介助	153. 嚥下の介助			
155) 嚥下の介助	154. 嚥下の介助			
156) 嚥下の介助	155. 嚥下の介助			
157) 嚥下の介助	156. 嚥下の介助			
158) 嚥下の介助	157. 嚥下の介助			
159) 嚥下の介助	158. 嚥下の介助			
160) 嚥下の介助	159. 嚥下の介助			
161) 嚥下の介助	160. 嚥下の介助			
162) 嚥下の介助	161. 嚥下の介助			
163) 嚥下の介助	162. 嚥下の介助			
164) 嚥下の介助	163. 嚥下の介助			
165) 嚥下の介助	164. 嚥下の介助			
166) 嚥下の介助	165. 嚥下の介助			
167) 嚥下の介助	166. 嚥下の介助			
168) 嚥下の介助	167. 嚥下の介助			
169) 嚥下の介助	168. 嚥下の介助			
170) 嚥下の介助	169. 嚥下の介助			
171) 嚥下の介助	170. 嚥下の介助			
172) 嚥下の介助	171. 嚥下の介助			
173) 嚥下の介助	172. 嚥下の介助			
174) 嚥下の介助	173. 嚥下の介助			
175) 嚥下の介助	174. 嚥下の介助			
176) 嚥下の介助	175. 嚥下の介助			
177) 嚥下の介助	176. 嚥下の介助			
178) 嚥下の介助	177. 嚥下の介助			
179) 嚥下の介助	178. 嚥下の介助			
180) 嚥下の介助	179. 嚥下の介助			
181) 嚥下の介助	180. 嚥下の介助			
182) 嚥下の介助	181. 嚥下の介助			
183) 嚥下の介助	182. 嚥下の介助			
184) 嚥下の介助	183. 嚥下の介助			
185) 嚥下の介助	184. 嚥下の介助			
186) 嚥下の介助	185. 嚥下の介助			
187) 嚥下の介助	186. 嚥下の介助			
188) 嚥下の介助	187. 嚥下の介助			
189) 嚥下の介助	188. 嚥下の介助			
190) 嚥下の介助	189. 嚥下の介助			
191) 嚥下の介助	190. 嚥下の介助			
192) 嚥下の介助	191. 嚥下の介助			
193) 嚥下の介助	192. 嚥下の介助			
194) 嚥下の介助	193. 嚥下の介助			
195) 嚥下の介助	194. 嚥下の介助			
196) 嚥下の介助	195. 嚥下の介助			
197) 嚥下の介助	196. 嚥下の介助			
198) 嚥下の介助	197. 嚥下の介助			
199) 嚥下の介助	198. 嚥下の介助			
200) 嚥下の介助	199. 嚥下の介助			
201) 嚥下の介助	200. 嚥下の介助			
202) 嚥下の介助	201. 嚥下の介助			
203) 嚥下の介助	202. 嚥下の介助			
204) 嚥下の介助	203. 嚥下の介助			
205) 嚥下の介助	204. 嚥下の介助			
206) 嚥下の介助	205. 嚥下の介助			
207) 嚥下の介助	206. 嚥下の介助			
208) 嚥下の介助	207. 嚥下の介助			
209) 嚥下の介助	208. 嚥下の介助			
210) 嚥下の介助	209. 嚥下の介助			
211) 嚥下の介助	210. 嚥下の介助			
212) 嚥下の介助	211. 嚥下の介助			
213) 嚥下の介助	212. 嚥下の介助			
214) 嚥下の介助	213. 嚥下の介助			
215) 嚥下の介助	214. 嚥下の介助			
216) 嚥下の介助	215. 嚥下の介助			
217) 嚥下の介助	216. 嚥下の介助			
218) 嚥下の介助	217. 嚥下の介助			
219) 嚥下の介助	218. 嚥下の介助			
220) 嚥下の介助	219. 嚥下の介助			
221) 嚥下の介助	220. 嚥下の介助			
222) 嚥下の介助	221. 嚥下の介助			
223) 嚥下の介助	222. 嚥下の介助			
224) 嚥下の介助	223. 嚥下の介助			

活動に参加する」であり、平均値が 2.94、標準偏差が 1.611 であった。

また、統計調査などへの活用を考えた場合の短縮版 WHO-DAS 調査セットについて WHO-DAS12 項目版から、定義が難しいとされた「1 km 程度の長い距離を歩ける」、「健康状態が感情に与えた影響」、そして、回答率が低かった「仕事または学校で日々の活動を行う」について、「1 km 程度の長い距離を歩ける」については「家の外に出られる」と入れ替え、そのほかについては同じカテゴリの項目があるため削除とした 10 項目版を作成した（表 7）。

WHO-DAS36 項目とのスコアの相関をとったところ 0.949 (N=933) と高い相関が示された。

表 6 A 県 B 市の障害手帳保持者における WHO-DAS2.0 36 項目の回答状況

No	カテゴリ	質問の内容	平均値	標準偏差	N	回答率
1	認知	10分間何かをすることに集中する	1.71	1.216	1,006	95.3
2	認知	日常生活を送る上で、しなければならない大切なことを覚えておく	1.77	1.23	1,006	95.3
3	認知	日常生活の中で、必要に応じて問題を分析し、解決方法を考えられる	2.06	1.412	988	93.6
4	認知	新しいことを学ぶ	2.30	1.445	991	93.8
5	認知	人々が言っていることを問題なく理解する	1.85	1.19	1,001	94.8
6	認知	会話を継続できる	1.83	1.253	1,002	94.9
7	2可動性	30分間程度の長い時間を立ていられる	2.34	1.536	1,012	95.8
8	2可動性	座かけた状態から立ち上がる	1.77	1.257	1,014	96.0
9	2可動性	家の中で移動する	1.56	1.119	1,008	95.5
10	2可動性	家の外に出る	1.89	1.389	1,009	95.5
11	2可動性	1km程度の長い距離を歩ける	2.25	1.583	1,010	95.6
12	3セルフケア	全身を洗う	1.87	1.403	1,017	96.3
13	3セルフケア	自分で服を着る	1.58	1.17	1,016	96.2
14	3セルフケア	食事をする	1.34	0.905	1,016	96.2
15	3セルフケア	毎日一人で過ごす	2.31	1.686	1,009	95.5
16	4他者との交流	知らない人とやりとりをする	2.16	1.436	1,007	95.4
17	4他者との交流	友人関係を維持する	1.97	1.381	1,001	94.8
18	4他者との交流	新しい人々と交流する	1.90	1.362	993	94.0
19	4他者との交流	新しい友人を作る	2.45	1.439	991	93.8
20	4他者との交流	幅広いスキニッパができる	1.97	1.4	979	92.7
21	5日常生活	家の中で与えられている役割を行う	2.19	1.509	992	93.9
22	5日常生活	家の中で与えられている最も重要な役割をうまくできる	2.22	1.522	988	93.6
23	5日常生活	家の中で与えられている役割を全て習得させる	2.17	1.489	984	93.2
24	5日常生活	必要に応じてできるだけ家で与えられている役割を済ませる	2.26	1.478	983	93.1
25	5日常生活	仕事または学校で日々の活動を行う	1.66	1.187	363	34.4
26	5日常生活	最も重要な仕事または学校の課題をうまく行える	1.83	1.232	361	34.2
27	5日常生活	必要のある仕事または学校の課題を全て終わらせる	1.83	1.256	359	34.0
28	5日常生活	必要に応じて、行うべき仕事、学校の課題をできるだけ早く済ませる	1.95	1.304	357	33.8
29	6社会への参加	他の人と同じに地域活動に参加する	2.94	1.611	1,004	95.1
30	6社会への参加	身の回りに生じた障害や妨げによって、抱えた問題の程度	2.88	1.494	960	90.9
31	6社会への参加	他人の意見を聞き取り、準備が整ったこと	2.15	1.268	988	93.8
32	6社会への参加	健康維持またはその改善のために費やした時間	2.72	1.345	964	91.3
33	6社会への参加	健康状態が感情に与えた影響	2.69	1.365	974	92.2
34	6社会への参加	健康状態によって経済的な損失の程度	2.66	1.418	982	93.0
35	6社会への参加	健康状態によって家族が抱えた問題の程度	2.77	1.417	982	93.0
36	6社会への参加	リラックスや楽しみしようとしたときに、あった問題の程度	2.20	1.327	936	88.6

表 7 短縮版 WHO-DAS 調査セット 10 項目

No	カテゴリ	質問の内容
1	1 認知	10分間何かをすることに集中する
2	1 認知	新しいことを学ぶ
3	2 可動性	30分間程度の長い時間を立ていられる
4	2 可動性	家の外に出る
5	3 セルフケア	全身を洗う
6	3 セルフケア	自分で服を着る
7	4 人付き合い	知らない人とやりとりをする
8	4 人付き合い	友人関係を維持する
9	5 日常生活	家の中で与えられている役割を行う
10	6 社会への参加	他の人と同じに地域活動に参加する

D. 考察

1) 介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット (案) の開発

国際社会において、ICF を政策的に活用する方策が試行されつつあるが、その利用がすすまない理由の第一は、ICF の考え方に適した実用的なシステムが存在しないことにある。

そして、この前提となる当該システムを使う側の「人」において、この ICF の革新性を理解しうる「人」が少なすぎるということもある。使う側の「人」が ICF を理解するためには、十分に検討された系統的な研修が必要であるとされる。

この結果、実態としては、ICF 項目を使った評価を臨床活用した成果は、国内外においてほとんど存在していないということが本研究の研究からも明らかになった。

それでも ICF は、WHO により定められた世界標準（グローバルスタンダード）であり、わが国が国際的場面での発言力や情報発信力を高めるためには、ICF の概念やルールに準拠する基礎研究や各種統計の整備・充実を積極推進する意義は少なくないと考えられる。

こういった状況において、わが国で実用化の可能性を探るとすれば、介護キャリア段位や介護技術実習制度における臨床実践のレベルでの個別事例の記述をコードとして代替するというツールとしての活用には可能性がある。なぜなら外国人実習生にとって日本語の取得が不完全であっても、ICF コードを用いた記録であれば、相互理解が得られるからである。

介護技術実習制度の性格上、海外における事前学習が重要であり、今後は介護技能や環境適応を含めた事前学習を介護技術実習の送り出し機関で実施することが求めら

れる。

その意味でも現行の制度上整備されていないOJTのための定量的な技術評価を可能とするツールを開発したことは、介護人材養成においてもICFの国際的普及においてもインパクトがとても大きいものと考えられた。

ICFの評価ルールを用いた今回の調査票は、評価項目の難しさ、評価基準の曖昧さが指摘され、現在の調査法のままで、臨床現場に導入するとデータの信頼性の低さが危惧された。

このため、この評価ツールを現場で運用していくためには、評価項目のさらなる絞り込み、評価具体例の提示など採点の信頼性を上げる工夫の必要性が示唆された。

2) 統計調査におけるICFの活用に向けたWHO-DAS2.0日本語版の妥当性の検証

平成29年度の研究でも明らかになったように、ICFはコードであるために、評点がつく評価尺度としては、ほとんど活用がなされていない状況にある。この点に関しては、この解決に資するものとして、WHOが開発した評価ツールであるWHO-DAS2.0をさらに妥当性と信頼性を検証し、日本版の評価セットとして開発していくことが有効と考えられた。

WHO-DAS2.0は、ICFの生物心理社会学的モデルを適用しながらも、これらのICFコードを用いた計測ツールとは異なる視点からの障害の評価を行うために開発された。

これまで、ICF項目を用いた評価ツールとしては、簡易アセスメント手法としてICFチェックリストや後述するICFコアセットなどが開発されてきたが、これらのツールは、臨床家による評価をもとに患者の心身状態にかかわる情報を記録し、これを共有するための実用的ツールとして開発さ

れた。

これに対しWHO-DAS2.0は評価対象者の反応をもとにICFの構成概念のうち活動と参加の側面に対し、評価するツールとなっている。したがって、ICFチェックリストやICFコアセットは、障害についての外的（客観的）な視点を提示しており、WHO-DAS2.0は内的（主観的）な視点を提示していることに特徴がある。

WHO-DAS2.0は、評価対象者が感じる活動の制限や参加の制約を、医療的診断とは独立した形で評価する。特にこのツールは、以下の6つの領域「1.認知機能」「2.可動性」「3.セルフケア」「4.他社との交流」「5.日常活動」「6.社会への参加」における個人の機能を評価するためにデザインされている。

WHO-DAS2.0にはいくつかの異なる形式がある。12項目、24項目、12+24項目、そして36項目といった項目数の調査票や、自己記入か面接記入か、身近な親族・支援者といった代理人が記入するかといった3つの調査方法が示されている。

統計への活用を検討するには、自己記入版が重要であり、本研究で自己記入版、そして日本サンプルにおける妥当性・信頼性が検証されたことは、ICF概念を持つ定量化可能な評価ツールの今後の活用にも意義が大きいものと考えられる。

E. 結論

平成29年度に行った研究では、アセスメントツールをICFのフレームワークの観点からの整理については、看護必要度項目、FIMといった医療・リハビリテーション分野における既存アセスメントツールをICFのフレームワークの観点から整理を行い、ICFとの対応関係について、とりまとめた。

また「食事介助ができる」を取り上げ、

介護キャリア段位制度における記録のテキスト分析を実施し、介護技能のうちより重要な「介護の内容」について抽出をおこなった。

さらに、介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット（案）の開発を作成した。

平成 30 年度の研究では、前年度の研究を受け、外国人の介護技能実習制度における介護技術習得過程を ICF で評価するためのコアセットを開発し、フィールドテストによってその妥当性を検証した。ICF を活用した評価票を開発したことは ICF の活用を目指す WHO においても重要であり、国際的なインパクトは非常に高い。

これを契機として、ICF を用いた OJT のツールがより普及されれば、介護領域におけるチームケアを推進する一助となるものと考えられた。

また、既存統計調査における ICF 活用として、WHO-DAS2.0 自己記入版の妥当性を検証するとともに、既存統計調査へ挿入可能な WHO-DAS2.0 10 項目版の開発を行った。

WHO-DAS2.0 については、ICD-11 の V チャプターにも導入されたことから、定量化できる ICF 評価ツールとして統計にもさらなる活用が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文

・筒井孝子. ICF（国際生活機能分類）の考え方とフレイル. *Pharma Medica* 2017 : 35 (10) , 47 - 52

・大冢賀政昭. 国際生活機能分類（ICF）をめぐる状況と活用に向けた展望. 保健医療

科学 2018 ; 67 (5) : 480-490.

学会発表

・大冢賀政昭, 木下隆志, 松本将八, 筒井孝子. WHO-DAS2.0 による生活機能障害の把握とその活用可能性の検討—日本国内におけるこれまでの試行評価結果をもとに—. 第 7 回 厚生労働省 ICF シンポジウム ; 東京 ; 2018.1.20

・大冢賀政昭. 臨床現場における ICF の活用可能性と課題～高齢者・障害者福祉領域における研究をもとに～. 第 7 回 厚生労働省 ICF シンポジウム ; 東京 ; 2018.1.20

・木下隆志, 大冢賀政昭, 東野定律, 筒井孝子. 認知症要介護高齢者の BPSD と介護職員の対応に関する研究. 第 76 回日本公衆衛生学会総会抄録集 ; 2017.10.31-11.2 ; 鹿児島 ; P679.

・Otaga M, The applicability of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS 2.0) in Japan. WHO-FIC Annual Meeting 2018 ; 2018.10.22-27 ; Korea

・松本将八, 木下隆志, 大冢賀政昭. WHO-DAS2.0 による就労継続支援サービス利用者の社会的状況等の検討. 第 77 回日本公衆衛生学会総会抄録集 ; 2018.10.25 ; 郡山 ; P591

・筒井孝子, 大冢賀政昭, 東野定律, 原口恭彦. 介護分野における外国人技能実習における ICF（国際生活機能分類）を基盤とした評価ツールの開発. 第 72 回 国立病院総合医学会 ; 2018.11.10 ; 神戸 ; P198

・筒井孝子, 大冢賀政昭, 東野定律, 中川原譲二, 筒井澄栄. ICF 概念に基づく介護技能評価アセスメントの開発と妥当性の検証. 日・WHO フォーラム 2018 ; 2018.11.30 ; 東京

・大冢賀政昭, 木下隆志, 松本将八, 筒井

孝子. WHO-DAS2.0 による生活機能障害の把握とその活用可能性の検討ー日本国内におけるこれまでの試行評価結果をもとにー. 日・WHO フォーラム 2018 ; 2018.11.30 ; 東京

・太刀賀政昭. ICD と ICF の一体としての統計への導入の可能性. 日・WHO フォーラム 2018 ; 2018.11.30 ; 東京

・本間健史, 太刀賀政昭. 神奈川県を進め

る未病指標と ICF. 日・WHO フォーラム 2018 ; 2018.11.30 ; 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし