

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

**疾病及び生活機能に基づく保健・医療・介護・福祉等制度
の包括的評価手法の開発を目的とした研究**

（H25-政策-一般-003）

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：疾病及び生活機能に基づく保健・医療・介護・福祉等制度の包括的評価手法の開発を目的とした研究（H25-政策-一般-003）

総括研究報告 5

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

ICF 概念を用いた評価ツールを巡る研究動向とその臨床適応に向けた課題 24

研究代表者 筒井孝子 （国立保健医療科学院）

分担研究者 園田茂 （藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）

分担研究者中川原譲二 （国立循環器病研究センター
脳卒中統合イメージングセンター）

分担研究者 東野定律 （静岡県立大学経営情報学部）

研究協力者 高橋勇二 （社会福祉法人聖隷福祉事業団
浜松市リハビリテーション病院）

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）

脳卒中急性期患者を対象とした退院時の ICF コーディング試行評価 40

分担研究者 中川原譲二 （国立循環器病研究センター
脳卒中統合イメージングセンター）

研究代表者 筒井孝子 （国立保健医療科学院）

分担研究者 園田茂 （藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）

分担研究者 東野定律 （静岡県立大学経営情報学部）

研究協力者 高橋勇二 （社会福祉法人聖隷福祉事業団
浜松市リハビリテーション病院）

ICF generic set を回復期リハビリ病棟入院患者に適用した場合の信頼性 57

分担研究者 園田茂 （藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）

研究代表者 筒井孝子 （国立保健医療科学院）

分担研究者 中川原譲二 （国立循環器病研究センター
脳卒中統合イメージングセンター）

分担研究者 東野定律 （静岡県立大学経営情報学部）

研究協力者 高橋勇二 （社会福祉法人聖隷福祉事業団
浜松市リハビリテーション病院）

回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折患者を対象とした
多職種による ICF コーディングの試行研究70

代表研究者 筒井孝子 (国立保健医療科学院)
研究協力者 高橋勇二 (社会福祉法人聖隷福祉事業団
浜松市リハビリテーション病院)
分担研究者 園田茂 (藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム)
分担研究者 中川原譲二 (国立循環器病研究センター
脳卒中統合イメージングセンター)
分担研究者 東野定律 (静岡県立大学経営情報学部)

ICF コーディングの評価結果と看護必要度、FIM との関連の検討87

分担研究者 東野定律 (静岡県立大学 経営情報学部)
代表研究者 筒井孝子 (国立保健医療科学院)
分担研究者 園田茂 (藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム)
分担研究者 中川原譲二 (国立循環器病研究センター
脳卒中統合イメージングセンター)
研究協力者 高橋勇二 (社会福祉法人聖隷福祉事業団
浜松市リハビリテーション病院)
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)

疾病及び生活機能に基づく保健・医療・介護・福祉等制度の包括的評価手法の開発を目的とした
研究（H25-政策-一般-003）

研究代表者 筒井孝子（国立保健医療科学院）
分担研究者 園田茂（藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
分担研究者 中川原譲二（国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）
分担研究者 東野定律（静岡県立大学経営情報学部）
研究協力者 高橋勇二（社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）
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

A. 研究目的 本研究は、日々、専門化・複雑化している保健、医療、介護、福祉分野等に対して、個々の分野で共通して用いることが可能とされている WHO 国際生活機能分類（以下、「ICF」という。）を用いて、他分野間で横断的な評価を可能とする手法の開発を行い、分野間における関連性を明らかにし、分野間連携の対応方法を構築するための基礎資料を提供することにある。

B. 研究方法 (1) ICF に関する研究文献のレビューを行い、日本の臨床現場に適用可能な評価方法を確立するために文献レビューの結果、すべての ICF コードを網羅的に検討するのではなく、より利便性が高く、実用性があると示された ICF core set の generic set を取り上げた。これらの set 及び、このマニュアルを日本語に翻訳し、調査時に提供した。(2) 3 病院の協力により、入院患者を対象に ICF コードを用いた試行評価、並びに既存アセスメントツールによる評価結果データの記録・収集及び評価基準の共通の理解を図るために説明会を実施した。(3) 説明会の後、ICF コードの評価に際しての調査をした結果を収集し、そのデータの信頼性、妥当性等の評価を統一的に分析した。具体的には、調査対象となった 3 病院におけるデータを統合した 285 件の延べデータのファイルを作成し、統合分析ファイルとした。このファイルを用いて、ICF 評価結果の信頼性検証を行うとともに、項目間の Pearson 相関係数を算出し、項目間の評価結果の関連性を検討した。その後、ICF コードにおける困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性を検討するために、ICF の評価結果として困難がないと回答した、「0=なし」を「なし」、困難が「1=軽度、2=中等度、3=重度、4=完全」と回答した者を「あり」として、2 群とした。これらの 2 群間で FIM および看護必要度の得点を比較した。その際、平均値の差の検定については、対応のない T 検定を実施した。さらに、入院時の患者データを、日本の臨床現場で利用されてきた、他のアセスメント (FIM、看護必要度) との評価結果と比較し、1 入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用可能かを検討した。これらの同一サンプルの差については、Wilcoxon の検定を実施した。(4) 患者 1 名に対し、5 職種の評価者が互いに盲検せず採点 (職種別票を記入) した。(5) 同時に、当該患者のアセスメント評価データ (FIM、看護必要度等) を収集した。(6) 終了時には、評価者アンケート及びヒアリング調査を実施し、ICF 活用上の課題、問題点を把握した。(7) これらの結果について、臨床現場に精通する医師、学識者からなる委員

会で今回の調査結果についての分析、及び検討を行った。

C. 研究結果 ICFに関する研究文献のレビューの結果からは、ICFベースの評価ツールの開発は国際的にも、いまだに課題とされており、ICFを基盤とする研究が必要とされている状況にあることがわかった。このため、現状のままでの利用には、日本だけでなく、各国の研究者からの懸念や、その遂行について多くの困難が表明されており、エビデンスを蓄積したうえでの慎重な対応が必要とされていることがわかった。

ICFコーディング試行評価の結果から、「報酬を伴う仕事_実行状況」では非該当が180名(81.1%)ともっとも多く、「報酬を伴う仕事_能力」でも非該当が169名(77.2%)とほとんどが「非該当」であった。また、4職種の評価者による評価パターン(1.完全一致~4.完全不一致の4種類の平均は、評価11項目で1.5~2.1通り、平均は1.9通りで、その一致率は19.3%~63.2%とばらつきがあり、その平均は31.4%であった。ICF core setのgeneric setにおける多職種間における検査者の信頼性を分析した結果の一致係数 κ は0.10~0.56と低かった。一方、他アセスメントツールとの関連性については、ICFの障害の有無別のFIMや看護必要度B得点には、「d850 報酬を伴う仕事」以外は、すべて関連性が示され、概ね、代替可能との結果が示された。一入院の分析からは、FIMや看護必要度得点と同様に、ICFの評価項目の「d850 報酬を伴う仕事」以外は、退院時に有意に得点が増加していることを検出できる尺度となっていた。

D. 考察 アンケートの結果、臨床現場の専門職からは、ICFコードによる多職種間の評価の一致率が極めて低かった理由として「ICFコードの定義が難解で理解できない」、「評価基準が曖昧」、「判断が揺れる」といった意見が示され、日本の文化背景に合致した評価ガイドラインの開発が必要であり、WHOが示すガイドライン及びマニュアルの利用では、十分にICFコードを理解するには、至らないことがわかった。

さらに、多職種間の評価基準が一致したとしても、利用に際しては、下位項目の重みづけがされておらず、採点に手間がかかることがわかった。これを多職種間に共通するアセスメントツールとするためには、評価項目の絞り込みと簡素化、操作的な定義を十分に考えて、追加していく必要があると考えられた。

ICFのcore setのgeneric setにおける、ICFコードによる評価は、「d850 報酬を伴う仕事」以外は、現在、日本で利用されているアセスメントツールと同様に障害の程度や改善の状況を把握できるツールであることが示された。しかし、調査を実施した保健医療福祉看護介護の専門職からのヒアリング調査の結果からは、ICFの評価基準は患者(利用者)の主観的評価が基本となっており、わが国には馴染みにくい尺度であるとの意見があった。このため、医療・介護従事者が共通して活用可能な項目に絞る。評価項目ごとに、評価期間・評価するタイミングを設定する。評価の信頼性を高めるための評価ガイドラインを多職種間からなる委員会を設置したうえで整備するといったことが必要と考えられた。したがって、これの臨床現場での利用に際しては、さらに研修制度の導入等、慎重な工程を計画する必要がある。また、非該当が7割以上を占めた「d850 報酬を伴う仕事」は、代替となるICFコードの利用を含め、日本の状況や使用目的に応じた新たなcore setの検討が今後の課題と考えられた。

E. 結論 今回の研究結果からは、generic Setから「d850 報酬を伴う仕事能力」を除外した6項目(評点は9項目)を「日本版ICFコアセット」の雛型として提案することとした。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・ルールに準拠する基礎研究や各種データの整備・充実を積極推進する意義は大きいと思われる。しかし、現行のまま日本国内での実用化を進めることは、困難であり、これの臨床現場での利用に際しては、ICFの評価に係る研修制度の導入等、慎重な工程を計画する必要がある。

A. 研究目的

本研究は、保健、医療、介護、看護、福祉分野等で共通して用いることが可能とされている WHO 国際生活機能分類（以下、「ICF」という。）による評価を可能とする手法の開発を行い、分野間における相互の影響を明らかに、これらの各分野が連携できる方法を構築するための基礎資料を提供することを目的とした。

B. 研究対象と方法

1) 研究方法

以下の研究を実施した。(1) ICF に関する研究文献のレビューを行った。さらに、日本における ICF のコードによる評価のための ICF コードの選択に際しては、文献レビューの結果、ICF core set の generic set を採用した。

この ICF core set は、WHO の ICF 開発の際の主要メンバーの一部が開発した¹⁾のものであり、この ICF core set には、マニュアルが整備されていたことから、これを日本語に翻訳した。

(2) 日本語版の ICF core set の generic set とそのマニュアルを用いて調査説明会を開催し、調査を依頼した医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士等には、これらの内容をさらに簡易に説明した資料を配布した。調査病院では、これを一定期間、各病院で学習をした後、調査が実施された。

(3) 3 病院の協力により、入院患者を対象に ICF コードを用いた試行評価、並びに既存アセスメントツールによる評価結果データの

記録・収集が行われた。

この結果、調査対象となった 3 病院からは、5 職種別のデータが収集された。これらを統合し、285 件の延べデータのファイルを作成し、統合分析ファイルとした。

この分析用ファイルを用いて、ICF 評価結果の記述統計を行うとともに、項目間の Pearson 相関係数を算出し、項目間の評価結果の関連性を検討した。

その後、ICF コードにおける困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性を検討するために、ICF の評価結果として困難がないと回答した、「0=なし」を「なし」、困難が「1=軽度、2=中等度、3=重度、4=完全」と回答した者を「あり」として、2 群とした。

これらの 2 群間で FIM および看護必要度の得点を比較した。その際、平均値の差の検定については、対応のない T 検定を実施した。

さらに、入退院時の患者データを、日本の臨床現場で利用されてきた、他のアセスメント（FIM、看護必要度）との評価結果と比較し、1 入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用可能かを検討した。

なお、この一入院データの分析に用いたのは、調査対象となった病院のうち、入退院時で 2 回評価を行った浜松市リハビリテーション病院で収集された評価結果（21 名分）である。これらの 21 名分のデータを分析対象とし、入退院時における ICF コードの評価結果の変化や FIM、看護必要度の得点の変化を分析した。これらの同一サンプルの差については、Wilcoxon の検定を実施した。

(4) 患者 1 名に対し、5 職種の評価者が互いに相談せずに採点(職種別票を記入)した。

(5) 同時に、当該患者のアセスメント評価データ（FIM、看護必要度等）を収集した。

¹ Cieza A, Ewert T, Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G: Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med 2004,36(Suppl. 44):9-11.

(6) 終了時には、評価者アンケート及びヒアリング調査を実施し、ICF 活用上の課題・問題点等を把握した。

(7) これらの結果について、臨床現場に精通する医師、学識者からなる委員会で今回の調査結果を分析し、検討を行った。

2) 研究対象

ICF コーディング試行評価の対象となった患者は、3 病院（急性期 1 病棟及び回復期リハビリ 2 病棟）の入院患者 36 名で、内訳は男性 13 名、女性 23 名、平均年齢 78.2 歳、疾患は、大腿骨近位部骨折 21 名、脳卒中 14

名、脳外傷 1 名で、退院時の平均評価は、FIM 運動項目 66.2、FIM 認知項目 28.5、看護必要度 A 項目 0.0 点、看護必要度 B 項目 3.1 点であった。

一方、評価者は、病院勤務の医師 14 名、看護師 27 名、理学療法士 27 名、作業療法士 19 名、社会福祉士 1 名の 5 職種、計 88 名で職種経験年数の平均は 9.8 年であった。

また評価者が普段利用するアセスメント手法は、FIM 約 83%、NIHSS 約 26%、Barthel Index 約 21%、日常生活機能評価約 5%であった。

表 1-1 対象者・評価者と評価件数

協力病院	対象患者	評価者	ICF 試行評価	評価者アンケート	備考
急性期 A (脳疾患)	10 名	31 名	440 件	29 票	総合票作成
回復期 B (脳疾患)	5 名	4 名	220 件	4 票	
回復期 C (大腿骨近位部骨折)	21 名	53 名	1848 件	52 票	総合票作成 入院退院 2 回
計	36 名	88 名	2508 件	85 票	

試行評価（採点）には、全症例に共通して使用可能な「ICF generic set（一般セット）」を用いた。generic set は、「b130 活力と欲動の機能、b152 情動機能、b280 痛みの感覚、d230 日課の遂行、d450 歩行、d455 移動、d850 報酬を伴う仕事」の 7 項目(d コードには実行状況と能力の 2 種類の採点が必要な為、それを合わせると合計 11 項目)の評価となる。

なお、2 病院では、評価者が採点しやすいように、ICF generic set の 7 項目（第 2 レベルの 3 桁コード）の下位項目（第 3 レベルの 4 桁コード、もしくは第 4 レベルの 5 桁コード）を採点基準として指定（表 1-2）したうえで、同一患者の担当評価者 4 名分（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士のうち、4 名）の評価票を作成した。

表 1-2 2 病院採用の採点基準(下位項目指定)

評価項目 (第2レベル)	指定した下位の評価項目 (第3/第4レベル)
b130 活力と欲動の機能	b1302 食欲
b152 情動機能	b1522 情動の範囲
b280 痛みの感覚	b28014 上肢の痛み b28015 下肢の痛み
d230 日課の遂行	d2303 自分の活動レベルの管理
d450 歩行	d4500 短距離歩行
d455 移動	d4551 登り降りすること

C. 研究結果

(1)ICF に関する研究文献のレビュー

PubMed 掲載の公開文献のレビュー結果、2001～2012年の期間にICFに関して公開された文献は500以上あった。2009年にJelsma (J Rehabil Med. 2009 Jan;41(1):1-12.) が実施したICFに関する研究のシステムティックレビューによると、ICFの課題については、すでに、以下のようにまとめられていた。

7つの論文で10の項目が重複していると指摘され、その重複しているうちどちらを使用するか、または、両方を使用すべきかという疑問が示されている。

9つの論文は、いくつかの項目の特定化(詳細化)の不足がみられる反面、単体でのICF項目を他の関連するツールのいくつかの項目と関連付ける必要性がある。

個人的因子に関する項目の不足、または、一般的な健康状態や自分の健康を認識し、これを項目とし、評価することの難しさがある。

主観的な感情を項目化することは不可能である。

以上の点から、この論文では、ICFを用い

た評価票を評価尺度として利用することの不適切性が述べられていた。

また、Cerniauskaite(Disability and Rehabilitation. 11/2010; 33(4):281-309.)の2009年に実施したシステムティックレビューでは、MBASE、MEDLINE、PsychInfoといった電子的なデータベースを用いて、ICFが発表された2001年から2009年12月までの文献を検索した結果、5000以上もの研究があるとされたが、ICFベースの評価ツールの開発は、いまだに課題とされているとしていた。

この結果からは、ICFを基盤とする研究は、さらに計画し続けるべきであり、現状のままでの利用には、国際的に未だ懸念が示されている状況にあることがわかった。

(2)ICF コーディング試行評価の結果

多職種間の評価の一致度

全試行2,508件(36患者×11項目×4評価者、うち21患者には入退院時の2回実施)において、「9.非該当」の採点は計14.6%と1割超(表3)を占め、その多くは評価項目「d850 報酬を伴う仕事」であった。

表 1-3 ICF 評価点数と採点結果

評価 点数	点数の意味	基準	採点 件数	構成比	
0	問題なし(困難無し)	0-4%	524	20.9%	
1	軽度の問題(困難)	5-24%	537	21.4%	
2	中等度の問題(困難)	25-49%	367	14.6%	
3	重度の問題(困難)	50-95%	315	12.6%	
4	完全な問題(困難)	96-100%	337	13.4%	
8	詳細不明	-	19	0.8%	
9	非該当	-	365	14.6%	
			無回答	44	1.8%
			合計	2,508	100.0%

また、4 職種の評価者による評点パターン(1. 完全一致～4.完全不一致の 4 種類)の平均は、評価 11 項目で 1.5～2.1 通り、平均は 1.9 通りで、その一致率は 19.3%～63.2%とばらつき、平均は 31.4%であった。

一致率が低かったのは「d230 日課の遂行(実行状況)」と「d455 移動(能力)」(ともに 19.3%)との 2 項目で、一致率が高かったのは「d850 報酬を伴う仕事(実行状況と能力)」(ともに 63.2%)であった(表 1-4)。

表 1-4 患者 36 名の評価データ

評価 項目	評価点	採点件 数 1	点数平 均 2	種類平 均 3	一致率 4
b130	程度	57	0.36	1.7	43.9%
b152	程度	57	0.69	2.1	21.1%
b280	程度	57	1.21	2.0	22.8%
d230	実行状況	57	1.65	2.1	19.3%
	能力	57	1.73	2.0	24.6%
d450	実行状況	57	2.07	2.1	21.1%
	能力	57	2.16	2.1	24.6%
d455	実行状況	57	3.20	2.1	22.8%
	能力	57	2.85	2.1	19.3%
d850	実行状況	57	7.88	1.5	63.2%
	能力	57	7.67	1.5	63.2%
全項目		627	2.86	1.9	31.4%

(1) 患者36名のうち、21名が入退院時2回の評価を実施しているため、採点件数は57件となる。

(2) 無回答を除外した採点(1～4, 8, 9)の平均値

(3) 完全一致(1種類)～完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値

(4) 採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。無回答は除外。

各病院での 2 職種の評価者間の一致係数 κ (偶然によらない一致率)を求めたところ、0.10～0.56 と、「低い一致」もしくは「中等度の一致」の判定となり、十分な信頼性を担保

できない結果となった(表 1-5)。

なお、今回の信頼性結果は、Kohler ら(J Rehabil Med 45: 881-887, 2013)の κ 値(0.21 から 0.81)より、かなり低い結果が示された。

これは、Kohlerらは、ADL 評価の FIM との 比較を研究目的とし、ADL 関連項目を中心に 調査したことに起因するためと推察される。

表 1-5 2 職種の評価者間の 係数
急性期 A 病院

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=98	0.326	低い一致
Dr-PT	n=101	0.476	中等度の一致
Dr-OT	n=106	0.407	中等度の一致
Ns-PT	n=95	0.283	低い一致
Ns-OT	n=98	0.388	低い一致
PT-OT	n=105	0.296	低い一致

回復期 B 病院

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=55	0.149	低い一致
Dr-PT	n=55	0.184	低い一致
Dr-SW	n=55	0.219	低い一致
Ns-PT	n=55	0.220	低い一致
Ns-SW	n=55	0.104	低い一致
PT-SW	n=55	0.158	低い一致

回復期 C 病院

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=461	0.499	中等度の一致
Dr-PT	n=461	0.514	中等度の一致
Dr-OT	n=445	0.441	中等度の一致
Ns-PT	n=1333	0.468	中等度の一致
Ns-OT	n=1276	0.451	中等度の一致
PT-OT	n=1282	0.561	中等度の一致

係数 0.6であれば評価者間の一致度は十分高い

総合票を作成した 2 病院において、多職種による相談後の採点評価の変動について、特に「2：中等度の問題」と「3：重度の問題」の境界に着目すると、全相談 572 件のうち 192 件の完全一致を除いた 380 件について、(A) 採点 3 以上重度の評価者がいるにも関わらず、相談結果は 2 以下の軽度・中等度以下と判定した場合が 59 件であった。

逆に、(B)採点 2 以下の軽度・中等度の評価

者がいるにも関わらず、相談結果は 3 以上の重度と判定した場合は 67 件と、全体の約 15～18%を占めた。

また、(C)採点 1～4 の評価者がいるにも関わらず総合票で 8 or 9 と判定した場合は 22 件で、3 者の合計は 148 件となった。評価項目でみると、「d450 歩行(実行状況と能力)」、「d230 日課の遂行(実行状況と能力)」、「d455 移動(実行状況と能力)」で多かった(表 1-6)。

表 1-6 多職種相談後の採点結果の変動(2病院)

評価項目	評価点	A	B	C	計
b130	程度	3件	1件	0件	4件
b152	程度	4件	1件	0件	5件
b280	程度	3件	5件	0件	8件
d230	実行状況	10件	9件	0件	19件
	能力	7件	9件	0件	16件
d450	実行状況	8件	12件	0件	20件
	能力	7件	11件	0件	18件
d455	実行状況	8件	6件	2件	16件
	能力	9件	9件	0件	18件
d850	実行状況	0件	2件	10件	12件
	能力	0件	2件	10件	12件
	合計	59件	67件	22件	148件

評価者アンケートでは、「患者の状態変化の把握」と「多職種による患者状況の共通理解」の役立ち度を、「非常に役立つ」から「全く役立たない」までの7段階評価で、「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」の難易度を、「非常に易しい」から「非常に難しい」までの7段階評価で、それぞれ評価した。

「患者の状態変化の把握」では、否定評価（役に立たない）が40%と、肯定評価（役に立つ）の約26%を約14ポイント上回る結果となった。

一方、「多職種による患者状況の共通理解」では、肯定評価（役に立つ）が40%で、否定評価（役に立たない）の約31%を約9ポイント上回った。

「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」については、否定評価（難しい）がそれぞれ約68%、約62%と、全体の約6割を超える結果となった（図1-1）。

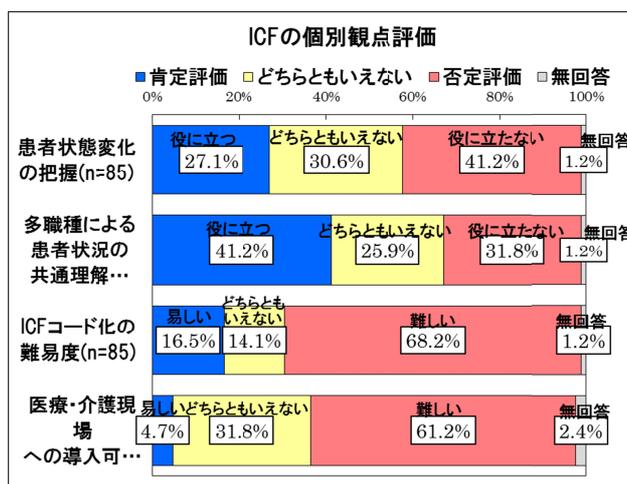


図 1-1 ICF の評価

また、アンケートの自由記述回答では、「ICF コードが役立つ理由」として、医療従事者間の共通評価項目としての有効性や、患者全体像の多面的な把握の可能性、多職種間・介護施設と家族間の情報共有化ツールとして可能性などが挙げられた。

「ICF コード化作業の難しい点」としては、評価項目の定義表現の難しさ・分かりにくさ、評価基準の曖昧さ・判断のしにくさ、下位項目の不統一、採点の手間などが指摘され、「ICF コードの現場導入のための改善案」としては、評価項目・定義の表現の簡略化・簡潔化、評価項目の絞り込み、評価具体例の提示などの改善案が挙げられた。

ICF4 桁コードの採点のための定義は曖昧であり、その下位項目をどう扱うべきかの具体的な指針がないため、評価者が判断を迷う要因となっている。例えば、「d450 歩行」の下位項目 d4500 短距離歩行（1 キロメートル未満の歩行）では、10メートルと900メートルの歩行可能距離を同一評価として扱って良いのか疑問を感じるといった点が示された。

「d455 移動」の5つの下位項目（這う、登り降り、走る、跳ぶ、水泳）では、どれかが出来て、どれかが出来ない場合に、どう採点すべきか判断としない。といった意見も示されていた。

2) 延べデータにおける調査対象患者、評価者の属性

ICF コーディング試行評価の対象者は、3 病院（急性期 1 病棟及び回復期リハビリ 2 病棟）の入院患者 36 名で、内訳は男性 13 名、女性 23 名、平均年齢 78.2 歳、疾患は、大腿骨近位部骨折 21 名、脳卒中 14 名、脳外傷 1 名であった。

退院時における平均評価得点は、FIM 運動

項目 66.2、FIM 認知項目 28.5、看護必要度 A 項目 0.0 点、看護必要度 B 項目 3.1 点であった。

一方、評価者は、病院勤務の医師 14 名、看護師 28 名、理学療法士 27 名、作業療法士 23 名、社会福祉士 1 名の 5 職種の計 93 名であった。

これらの職種経験年数の平均は 9.7 年であり、評価者が普段利用しているアセスメント手法は、FIM 約 83%、NIHSS 約 28%、Barthel Index 20%、日常生活機能評価が約 4%であった。

延べデータにおける評価結果の概要

ICF コード「活力と欲動の機能_程度」では、なしが 165 名（73.0%）ともっとも多く、続いて、軽度 48 名（21.2%）、中等度 8 名（3.5%）であった。「情動機能_程度」では、なしが 127 名（56.2%）ともっとも多く、続いて、軽度 55 名（24.3%）、中等度 37（16.4%）であった。「痛みの感覚_程度」は、軽度が 95 名（42.4%）ともっとも多く、続いて、中等度 63 名（28.1%）、なし 50 名（22.3%）であった。「日課の遂行_実行状況」では、軽度が 64 名（28.3%）ともっとも多く、続いて、なし 57 名（25.2%）、中等度 39 名（17.3%）であった。「日課の遂行_能力」では、なしと軽度が共に 58 名（26.0%）ともっとも多く、続いて、中等度と重度が共に 39 名（17.5%）、完全 25 名（11.1%）であった。「歩行_実行状況」では、軽度が 70 名（31.0%）ともっとも多く、続いて、重度 45 名（19.9%）、中等度 43 名（19.0%）であった。「歩行_能力」では、軽度が 76 名（34.1%）ともっとも多く、続いて、重度 53 名（23.8%）、中等度 38 名（17.0%）であった。

「移動_実行状況」では、完全が 91 名 (40.3%) と最も多く、続いて、重度 40 名 (17.7%)、中等度 39 名 (17.3%) であった。「移動_能力」では、完全が 84 名 (37.7%) と最も多く、続いて、重度 48 名 (21.5%)、中等度 43 名 (19.3%) であった。

「報酬を伴う仕事_実行状況」では、非該当

が 180 名 (81.1%) と最も多く、続いて、完全 15 名 (6.8%)、重度 13 名 (5.9%) であった。

「報酬を伴う仕事_能力」では、非該当が 169 名 (77.2%) と最も多く、続いて、重度 16 名 (7.3%)、完全 15 名 (6.8%) であった(表 1-7、図 1-2)。

表 1-7 延べデータにおける ICF 試行評価結果の概要

	活力と欲動の機能 程度			情動機能 程度			痛みの感覚 程度		
	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%
なし	165	57.9	73.0	127	44.6	56.2	50	17.5	22.3
軽度	48	16.8	21.2	55	19.3	24.3	95	33.3	42.4
中等度	8	2.8	3.5	37	13.0	16.4	63	22.1	28.1
重度	3	1.1	1.3	6	2.1	2.7	14	4.9	6.3
完全	2	.7	.9	1	.4	.4	2	.7	.9
詳細不明									
非該当									
有効計	226	79.3	100.0	226	79.3	100.0	224	78.6	100.0
欠損値	59	20.7		59	20.7		61	21.4	
合計	285	100.0		285	100.0		285	100.0	

	日課の遂行 実行状況			日課の遂行 能力			歩行 実行状況			歩行 能力		
	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%
なし	57	20.0	25.2	58	20.4	26.0	25	8.8	11.1	18	6.3	8.1
軽度	64	22.5	28.3	58	20.4	26.0	70	24.6	31.0	76	26.7	34.1
中等度	39	13.7	17.3	39	13.7	17.5	43	15.1	19.0	38	13.3	17.0
重度	38	13.3	16.8	39	13.7	17.5	45	15.8	19.9	53	18.6	23.8
完全	27	9.5	11.9	25	8.8	11.2	42	14.7	18.6	34	11.9	15.2
詳細不明	1	.4	.4	4	1.4	1.8				2	.7	.9
非該当							1	.4	.4	2	.7	.9
有効計	226	79.3	100.0	223	78.2	100.0	226	79.3	100.0	223	78.2	100.0
欠損値	59	20.7		62	21.8		59	20.7		62	21.8	
合計	285	100.0		285	100.0		285	100.0		285	100.0	

	移動 実行状況			移動 能力			報酬を伴う仕事 実行状況			報酬を伴う仕事 能力		
	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%
なし	10	3.5	4.4	8	2.8	3.6	4	1.4	1.8	2	.7	.9
軽度	31	10.9	13.7	36	12.6	16.1	2	.7	.9	2	.7	.9
中等度	39	13.7	17.3	43	15.1	19.3	6	2.1	2.7	12	4.2	5.5
重度	40	14.0	17.7	48	16.8	21.5	13	4.6	5.9	16	5.6	7.3
完全	91	31.9	40.3	84	29.5	37.7	15	5.3	6.8	15	5.3	6.8
詳細不明	4	1.4	1.8	2	.7	.9	2	.7	.9	3	1.1	1.4
非該当	11	3.9	4.9	2	.7	.9	180	63.2	81.1	169	59.3	77.2
有効計	226	79.3	100.0	223	78.2	100.0	222	77.9	100.0	219	76.8	100.0
欠損値	59	20.7		62	21.8		63	22.1		66	23.2	
合計	285	100.0		285	100.0		285	100.0		285	100.0	

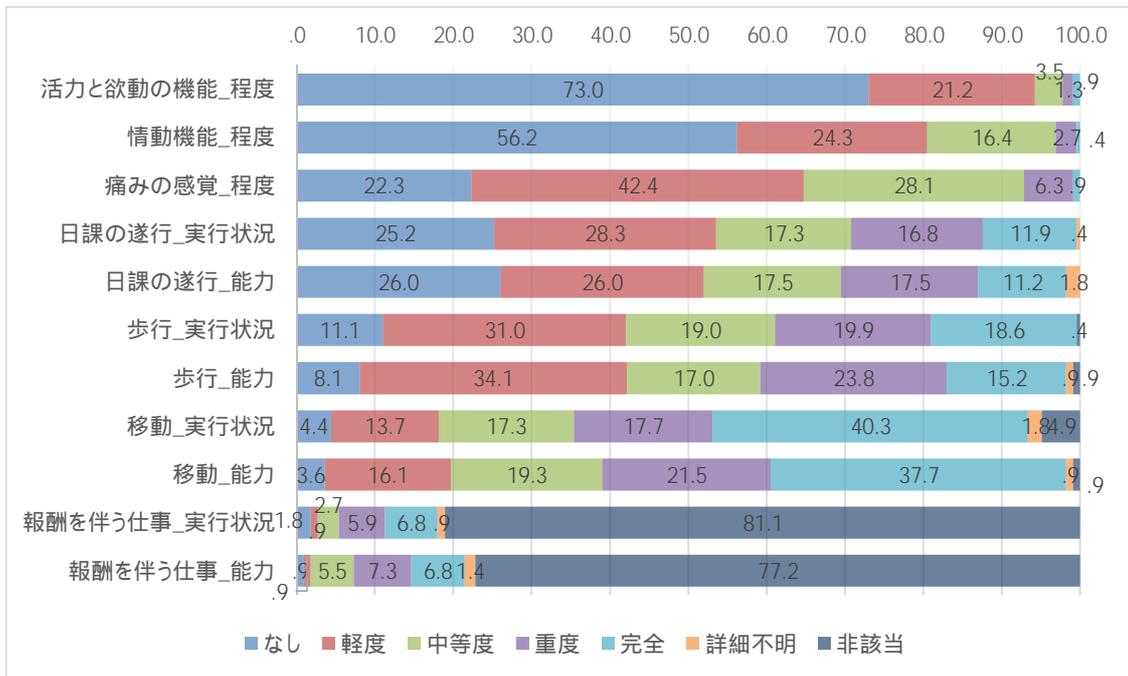


図 1-2 延べデータにおける評価結果の概要（有効%）

ICF 項目間の評価結果の関連性の検討

ICF コードの評価において、相関係数が 0.9 以上と最も高かったのが、「報酬を伴う仕事_実行状況」と「報酬を伴う仕事_能力」との相関で 0.98 であった。

0.8 以上と次いで高かったのが、「移動_実行状況」と「移動_能力」0.88、「歩行_実行状況」と「歩行_能力」0.86 であった。

0.7 以上であったのは、「歩行_能力」と「移

動_能力」0.79、「移動_実行状況」と「報酬を伴う仕事_実行状況」、「移動_実行状況」と「報酬を伴う仕事_能力」で 0.75、「歩行_能力」と「移動_実行状況」0.72、「歩行_実行状況」と「移動_能力」であった。

0.6 以上は、「移動_能力」と「報酬を伴う仕事_能力」0.67、「移動_能力」と「報酬を伴う仕事_実行状況」で 0.64 であった（表 8）。

表 1-8 ICF 評価の項目間の相関（延べデータ）

		活力と欲動 の機能_程度	情動機能_程 度	痛みの感覚 程度	日課の遂行_ 実行状況	日課の遂行_ 能力	歩行_実行状 況	歩行_能力	移動_実行状 況	移動_能力	報酬を伴う 仕事_実行状 況	報酬を伴う 仕事_能力
活力と欲動の機能_程度	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	1										
情動機能_程度	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.50 **	1									
痛みの感覚_程度	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.37 **	0.33 **	1								
日課の遂行_実行 状況	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.46 **	0.58 **	0.42 **	1							
日課の遂行_能力	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.43 **	0.58 **	0.38 **	0.93 **	1						
歩行_実行状況	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.33 **	0.40 **	0.54 **	0.55 **	0.50 **	1					
歩行_能力	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.37 **	0.42 **	0.48 **	0.49 **	0.52 **	0.86 **	1				
移動_実行状況	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.27 **	0.31 **	0.47 **	0.50 **	0.48 **	0.71 **	0.72 **	1			
移動_能力	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.31 **	0.34 **	0.45 **	0.45 **	0.48 **	0.66 **	0.79 **	0.88 **	1		
報酬を伴う仕事_ 実行状況	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.31 **	0.30 **	0.50 **	0.54 **	0.41 **	0.52 **	0.51 **	0.75 **	0.64 **	1	
報酬を伴う仕事_ 能力	Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.34 *	0.36 *	0.47 **	0.57 **	0.55 **	0.50 **	0.58 **	0.75 **	0.67 **	0.98 **	1

**P<0.01, *P<0.05

ICF における困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性を検討

ICF コードによる試行評価による障害・困難の有無別に、FIM 運動得点の平均値の差の検定をした結果、有意差は、「報酬を伴う仕事_能力」以外のすべてに示された。FIM 認知機能得点については、有意差は、「痛みの感覚_程度」以外のすべてに示された。

また、看護必要度 A 得点の平均値の差をみたところ、「活力と欲動の機能_程度」と「歩行_実行状況」のみ、有意差が示された。

B 得点については、「報酬を伴う仕事_実行状況」、「報酬を伴う仕事_能力」以外すべてに有意差が示された。

入退院時における FIM および看護必要度得点、ICF 評価結果の変化

入退院時における FIM および看護必要度得点の変化をみたところ、看護必要度 A 得点以外では、入退院の得点に有意差が示されていた。

また、ICF 評価の変化についても、「報酬を伴う仕事_実行状況」以外は、入退院の評価に有意差が示されていた。

D. 考察

本研究では、ICF の core set の generic set を取り上げ、これが、医療現場において評価可能なツールとして有用であるかを検討した。

まず、ICF コードによる評価結果から、「d850 報酬を伴う仕事」については、能力においても実行状況においても 7 割から、8 割の非該当が示され、この評価項目は、むしろ「d855 報酬を伴わない仕事」や「家庭生活 (d600 台)」への代替を検討したほうがよいのではないとの意見が出された。

一方で、日本の医療現場の現状から言えば、

患者が退院してからの生活については、医療者は、全く関与しておらず、その情報もないため、こういった社会生活に関する評価は不可能である。この実態に問題があるとの意見もあった。

平成 26 年度診療報酬改定の重点課題は地域包括ケアシステムの構築に医療機関が積極的に関与することが求められており、こういった観点からは、患者の予後に係る情報を集めることや、地域の医療機関や介護機関との連携をすすめることによって、「d850 報酬を伴う仕事」という項目が非該当とならない、社会環境を創ることを目指すべきという考え方もありうる。

また、generic set における ICF コードによる評価項目間の Pearson 相関係数を算出した結果、強い関連性を示したのは、能力、実行状況共に非該当が回答者のほとんどを占めた「d850 報酬を伴う仕事」であった。この d850 の相関が高い ICF コードは、多く、移動や歩行の能力、あるいは実行状況との相関も高かった。

このことは、移動能力が低下することと、報酬を得る仕事との関連性が高いことを示しており、いわゆる歩行能力の低下、そして歩行が困難へ、そして、これは移動能力の低下とほぼ同じ状態を示し、実行状況としても移動の困難へとつながるという一連の障害の連鎖を現していた。

これらの結果は、日本においては、歩行に困難を生じることが、移動に影響を及ぼし、これによって、報酬を得ることへの困難さにつながっていることを示しており、アクセシビリティを高める居住環境や、都市環境の整備が求められていることも示唆していた。

このようなことを調査結果から示すことができる評価尺度は、他にはないことから、社会環境を評価するといった視点での利用方法は、さらに検討すべきといえる。

また、ICF コードにおける困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性を検討するために、ICF の評価結果として困難がないと回答した、「0=なし」を「なし」、困難が「1=軽度、2=中等度、3=重度、4=完全」と回答した者を「あり」として、2群とし、これらの2群間で FIM および看護必要度の得点を比較した結果からは、ICF コードの評価結果と FIM や看護必要度の評価結果との間には大きな違いがないことを示しており、ICF コードによる評価が大きく異なっていないことを示していた。

この結果には、二つの意味があり、第一に、ICF で概ね、患者の全体的な評価は可能であることを示したのとは言えるものの、同様の評価であるならば、あえて ICF を用いる必然性がないということともいえる。

また、入退院時の患者データを、日本の臨床現場で利用されてきた、他のアセスメント（FIM、看護必要度）との評価結果と比較し、1入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用可能かを検討した結果からも、FIM や看護必要度で算定された得点と同様に、ICF コードの評価項目のうち、「d850 報酬を伴う仕事」以外の項目においては、状態の改善を捉えることができる指標となっていた。

この結果からは、前述したことと同様に、他のアセスメントと同等の変化を検出できるが、あえて ICF コードによる評価をすべき利点があるかという疑問への回答は示されなかったといえる。

本年度の他の研究成果からは、多職種間での検者間信頼性の低さは問題となり、このツールを臨床で利用するにあたっては、ICF の臨床適

応を進める他国の状況²⁾⁻⁵⁾と同様に、評価者の養成・訓練は必須である。

また ICF を多職種間に共通するアセスメントツールとするためには、評価項目の絞り込みと簡潔化、操作的定義の追加などにより、採点の信頼性を上げる工夫が必要である。しかしながら、最も重要な点として ICF の評価基準は患者や利用者における主観的評価が基本となっており、わが国には馴染みにくい尺度であることは、今回の結果から改めて明らかになった。

これらの問題を解決するためには、

「医療・介護従事者が共通に活用可能な項目に絞る。

評価項目ごとに、評価期間・評価するタイミングを設定する。

評価の信頼性を高めるための評価ガイドラインを多職種からなる委員会を設置したうえで整備する。

といったことと、前述したように、これらの考え方にそった評価者養成・訓練が行われなければならないと考えられた。

2) Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., & De Souza, L. (2012). To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and rehabilitation*, 34(20), 1686-1694.

3) Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther* 2007;74 Spec No.:221-232.

4) Heinen MM, van Achterberg T, Roodbol G, Frederiks CM. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Int Nurs Rev* 2005;52:304-312.

5) Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Eight years of ICF in Italy: principles, results and future perspectives. *Disabil Rehabil* 2009;31 Suppl 1:S4-S7.

今回の研究結果からは、generic Set から「d850 報酬を伴う仕事能力」を除外した 6 項目（評点は 9 項目）を「日本版 ICF コアセット」の雛型として提案するが、その他の選択肢として、代わる ICF コードの利用を含め、日本の状況や、使用目的に応じた、新たな core set の検討も今後の課題である。

E. 結論

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・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大きいと思われる。しかし、現行のまま、日本国内での実用化を進めることは、困難であるとの結論が得られた。

本研究でも明らかになったように、ICF 導入・普及に当たっては、先ず、評価項目の精選、操作的定義や評価例の追加提示などが求められる。おそらく、その結果として、採点の信頼性は向上するだろう。

これは、国外に向けては「日本版 ICF コアセット」（より妥当性・信頼性が高く、容易に評価可能なアセスメントツール）を提案することであり、今後、「日本版 ICF コアセット」を完成できれば、日本の臨床現場に ICF の概念を普及・定着させる契機となるはずである。

また、それは、保健・医療・介護・福祉分野を横断する記録様式となり、チーム医療・チームケアを推進する一助となるだろう。社会保障を支えるサービス提供基盤の効率化・重点化といった見直しが進む中で、保健、医療、看護、介護、福祉の多領域に共通する評価手法の面に着目した ICF の実用化のための継続研究は、厚生労働行政にも有益な研究となると考える。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 原著論文

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 61(2),36-47,2014

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

中川原譲二：循環型地域連携クリティカパスとその意義．リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア，診断と治療社，東京，pp45-49, 2013

2. 学会発表

中川原 譲二:チーム医療の質を検証するための診療情報管理.(シンポジウム)第 39 回 日本診療情報管理学会 2013.9.4

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

参考資料(総括)

図表1 サンプル数

協力病院		採点対象 (入院患者)	患者1名の 評価項目	その他の 評価方法	評価者(病院 勤務専門職)	回収ICFコード 票(職種別)	回収評価者 アンケート
急性期A (脳疾患)	国循	10名	同上	総合票作成	31名	50票 (うち総合10票)	29票
回復期B (脳疾患)	七栗	5名	同上		4名	20票	4票
回復期C (大腿骨近位部 骨折)	浜松 リハ	21名	7項目 (11評価)	総合票作成 入退院2回	53名	208票 (うち総合28票)	52票
計		36名	同上		88名	226票 (うち総合38票)	85票

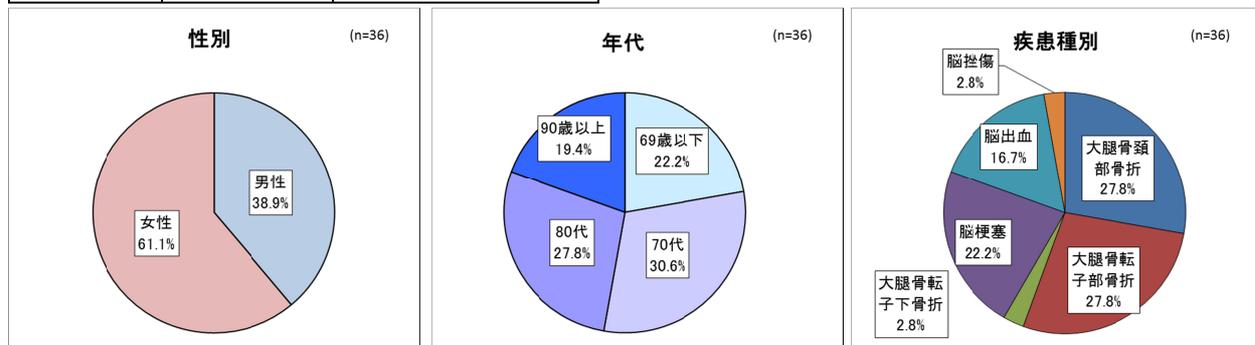
図表2 配布物

	入院患者向け	評価者向け	協力施設事務局向け
1	ICF 試行評価の説明書	調査実施マニュアル	ICF 試行評価実施計画書
2	同意文書	ICF コード記入票(図表 11)	患者基本情報一覧表(図表 13)
3	同意撤回書	評価者アンケート(図表 12)	FIM 評価票
4			看護必要度評価票
5			その他(MRS、日常生活機能評価票)

印:調査終了時の回収対象

図表3 採点対象者(入院患者)の基本属性

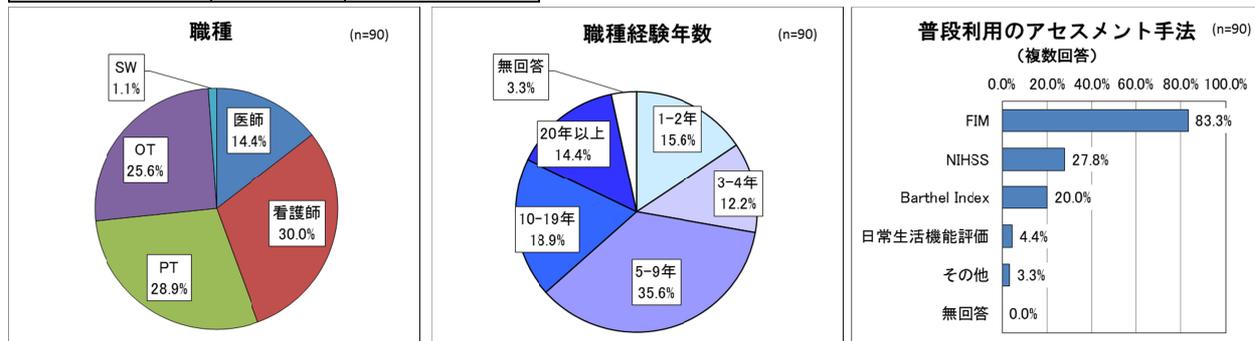
性別	年齢	疾患種別
男性 13名 女性 23名	58 ~ 99歳 (平均78.2歳)	大腿骨近位部骨折21名 脳卒中14名 脳外傷1名



評価時期	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計	看護必要度A	看護必要度B	看護必要度 A+B
退院時	19 ~ 91 (平均66.2)	14 ~ 70 (平均28.5)	40 ~ 126 (平均94.7)	0 ~ 1 (平均0.0)	0 ~ 12 (平均3.1)	0 ~ 12 (平均3.2)

図表4 評価者(病院勤務専門職)の基本属性

職種	人数	平均経験年数
医師Dr	14名	23.0年
看護師Ns	28名	15.2年
理学療法士PT	27名	5.3年
作業療法士OT	23名	5.0年
介護福祉士	1名	7.0年
合計	93名	9.7年



図表5 ICF 評価点(基準)と採点結果



採点 点数	点数の意味	基準	採点 件数	構成比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	524	20.9%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	537	21.4%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	367	14.6%
3	重度の問題(困難)	50-95%	315	12.6%
4	完全な問題(困難)	96-100%	337	13.4%
8	詳細不明	-	19	0.8%
9	非該当	-	365	14.6%
		無回答	44	1.8%
		合計	2,508	100.0%

図表6 Generic Setの評価項目と採点結果

【患者21名×4職種×2回入退院時の採点結果(評価項目別の点数構成比)】

評価項目	評価点	採点 件数	点数 「0」	点数 「1」	点数 「2」	点数 「3」	点数 「4」	点数 「8」	点数 「9」	無回 答
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	226	73.0%	21.2%	3.5%	1.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	226	56.2%	24.3%	16.4%	2.7%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	226	22.1%	42.0%	27.9%	6.2%	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%
d230 日課の遂行	実行状況	226	25.2%	28.3%	17.3%	16.8%	11.9%	0.4%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	226	25.7%	25.7%	17.3%	17.3%	11.1%	1.8%	0.0%	1.3%
d450 歩行	実行状況	226	11.1%	31.0%	19.0%	19.9%	18.6%	0.0%	0.4%	0.0%
	能力(支援なし)	226	8.0%	33.6%	16.8%	23.5%	15.0%	0.9%	0.9%	1.3%
d455 移動	実行状況	226	4.4%	13.7%	17.3%	17.7%	40.3%	1.8%	4.9%	0.0%
	能力(支援なし)	226	3.5%	15.9%	19.0%	21.2%	37.2%	0.9%	0.9%	1.3%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	226	1.8%	0.9%	2.7%	5.8%	6.6%	0.9%	79.6%	1.8%
	能力(支援なし)	226	0.9%	0.9%	5.3%	7.1%	6.6%	1.3%	74.8%	3.1%
	全項目	2,486	21.1%	21.6%	14.8%	12.7%	13.6%	0.8%	14.7%	0.9%

【患者21名×2回入退院時の全評価データ】

評価項目	評価点	採点件 数 1	点数平均 2	種類平均 3	一致率 4
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	57	0.36	1.7	43.9%
b152 情動機能	程度・大きさ	57	0.69	2.1	21.1%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	57	1.21	2.0	22.8%
d230 日課の遂行	実行状況	57	1.65	2.1	19.3%
	能力(支援なし)	57	1.73	2.0	24.6%
d450 歩行	実行状況	57	2.07	2.1	21.1%
	能力(支援なし)	57	2.16	2.1	24.6%
d455 移動	実行状況	57	3.20	2.1	22.8%
	能力(支援なし)	57	2.85	2.1	19.3%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	57	7.88	1.5	63.2%
	能力(支援なし)	57	7.67	1.5	63.2%
	全項目	627	2.86	1.9	31.4%

- (1) 患者36名のうち、21名が入退院時2回の評価を実施しているため、採点件数は57件となる。
- (2) 点数平均:無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値
- (3) 種類平均:完全一致(1種類)～完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値
- (4) 一致率:採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。但し、無回答は除外。

図表7 評価者（職種）間の 係数（偶然によらない一致率）

【 係数（kappa coefficient）の算出結果】

急性期 A 病院（国循）

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=98	0.326	低い一致
Dr-PT	n=101	0.476	中等度の一致
Dr-OT	n=106	0.407	中等度の一致
Ns-PT	n=95	0.283	低い一致
Ns-OT	n=98	0.388	低い一致
PT-OT	n=105	0.296	低い一致

回復期 B 病院（七栗）

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=55	0.149	低い一致
Dr-PT	n=55	0.184	低い一致
Dr-SW	n=55	0.219	低い一致
Ns-PT	n=55	0.220	低い一致
Ns-SW	n=55	0.104	低い一致
PT-SW	n=55	0.158	低い一致

回復期 C 病院（浜松リハ）

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=461	0.499	中等度の一致
Dr-PT	n=461	0.514	中等度の一致
Dr-OT	n=445	0.441	中等度の一致
Ns-PT	n=1333	0.468	中等度の一致
Ns-OT	n=1276	0.451	中等度の一致
PT-OT	n=1282	0.561	中等度の一致

【 係数の判定基準】

係数 0.6であれば評価者間の一貫度は十分高い

係数	判定
0 ~ 0.40	低い一致 (poor agreement)
0.41 ~ 0.60	中等度の一致 (moderate)
0.61 ~ 0.80	かなりの一致 (good to fair)
0.81 ~	高い一致 (excellent)

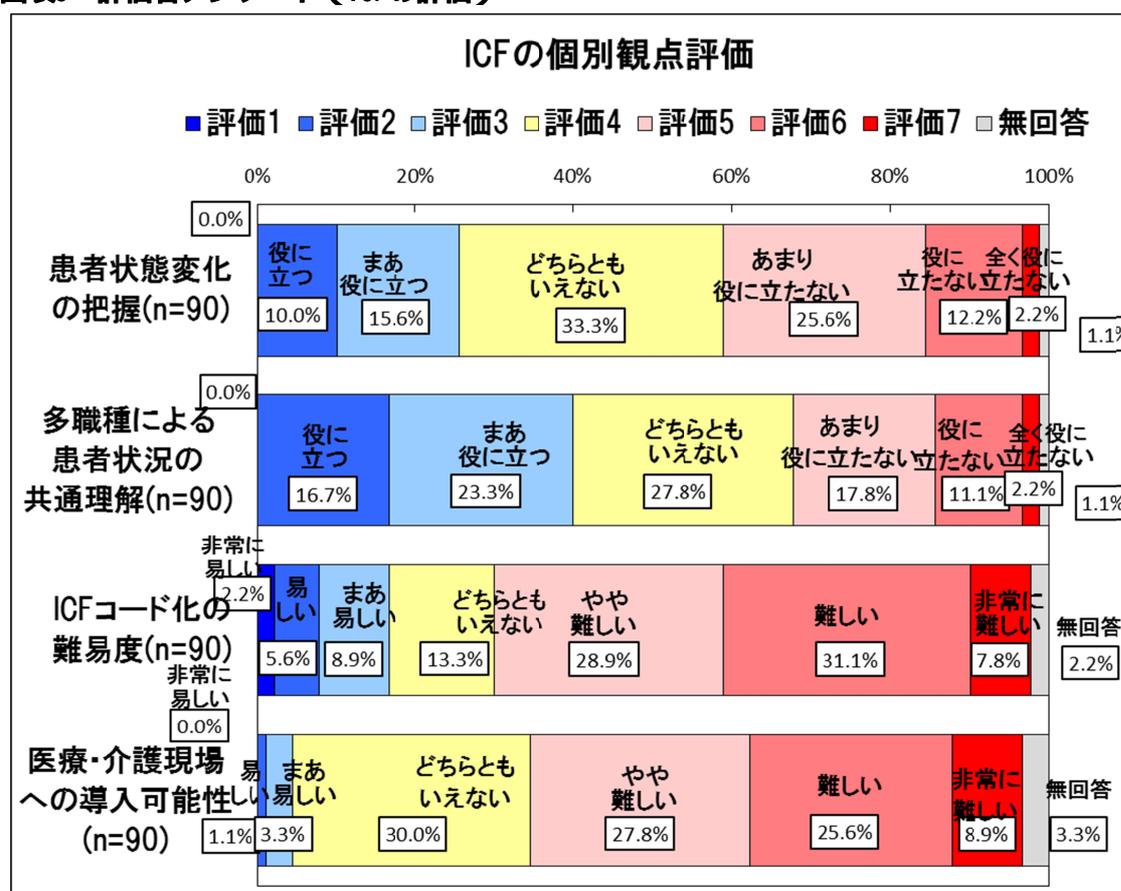
算出式

$$\text{係数 (偶然によらない一致率)} = \frac{\text{見かけ上の一致率のうち、偶然によらない一致率}}{\text{全体一致率のうち、偶然によらない一致率}}$$

図表8 多職種相談後の採点結果の変動(2病院)

評価項目	評価点	採点3以上がある中で、総合票は2以下と判定	採点2以下がある中で、総合票は3以上と判定	採点1-4がある中で、総合票は8 or 9と判定	計
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	3件	1件	0件	4件
b152 情動機能	程度・大きさ	4件	1件	0件	5件
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	3件	5件	0件	8件
d230 日課の遂行	実行状況	10件	9件	0件	19件
	能力(支援なし)	7件	9件	0件	16件
d450 歩行	実行状況	8件	12件	0件	20件
	能力(支援なし)	7件	11件	0件	18件
d455 移動	実行状況	8件	6件	2件	16件
	能力(支援なし)	9件	9件	0件	18件
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	0件	2件	10件	12件
	能力(支援なし)	0件	2件	10件	12件
	合計	59件	67件	22件	148件

図表9 評価者アンケート(ICFの評価)



厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
平成 25 年度 分担研究報告書

ICF 概念を用いた評価ツール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）
分担研究者 園田茂（藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
分担研究者 中川原譲二（国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）
分担研究者 東野定律（静岡県立大学経営情報学部）
研究協力者 高橋勇二（社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）
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

WHO は、2001 年に ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)を開発した。ICF は、それまでの ICIDH (国際障害分類)(WHO : 1980) 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から、個人の機能と障害は、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ものとする循環型相互作用モデルを導入したものであった。さらに、ICF は、共通の「基準」言語が定められており、これによって異なる専門領域に属する作業者の理解と使用を可能にするだけでなく、明らかに異なる環境状況に簡単に応用できることを意図して構成されている。

国際的なスタンダードとされた ICF は、すでに諸外国で多くの社会実験や臨床適応のための研究がなされてきた。だが、この ICF で示された言語を評価に応用した場合、その総コード数は膨大であること(1424 コード)、分類する際の評価基準の曖昧さには、実用化に際して、多くの問題があるとの指摘もされてきた。日本では、ICF は、その概念や名称は知っていても、これをどのように利用するのか、あるいは、利用すべきかについての議論や検討は、ほとんど行われてこなかった。

本報告では、以上の状況を踏まえ、日本で政策に活用する方法や、臨床における利用方法を検討するために、ICF に係わる国際的な研究動向をレビューした。

この結果からは、ICF の利用に際しては、障害特性に応じた評価ガイドライン作成が必須であることや、ICF を用いた評価ツールにおいては、いずれのツールにおいても、現時点では、そのツールそれぞれの信頼性、安定性、内の一貫性、収束的妥当性、因子構造等のさらなる検証が必要と指摘されていることがわかった。

したがって、ICF を日本で積極的に利用し、統計データとして国際的に提供するためには、日本で独自に発展してきた障害の評価の在り方を抜本的に変革せねばならない。このため、これを政府として取り組むためには、ICF で提唱されている、当事者の主観的評価を前提とした評価こそが、公正で公平な評価となるという、これまでの評価に関する大き

な転換を、すべての国民に理解してもらい、それを受容してもらうことが必須であることがわかった。ICF の導入は、従来の日本における保健医療福祉、教育における政策の基底となる部分を変革することと同義となるため、もし、これを進めるのであれば、事前にリスク管理についての検討を入念に行う必要があるだろう。

A. 研究目的

WHO は、2001 年に ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)を開発した。この ICF とは、それまでの ICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)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、新たな考えとするという、革命的な変革から始まったといえる。

これは、健康と障害の理解と測定の方法におけるパラダイム・シフトとされている。なぜなら、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えることになるからである。

すなわち、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。

一方で、「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、この障害によって、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との間には関係がないと見なされてきた。

しかし、ICF は、こうした考え方の基底となる概念として、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いう考え方に変更しようとするものであった。

ICF の概念に基づけば、健康と障害は別々に考えられ、時には両極に置かれてい

たが、健康と障害は表裏一体のものとして考えということを示している。

生物・心理・社会的視点から多面的に人間の機能を構成することは、リハビリ医療、精神医療、理学・作業・言語療法、介護施設、在宅ケアなど多くの医療領域においては新しいことではない。

それでは、何が新しいかといえば、この ICF の適応は、機能状態の情報を記録しコード化するために世界中で合意された概念的枠組みと共通言語であるという点であった。

そして、この ICF は、ICIDH と異なり、個人の機能と障害は、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によって成立していた。

この新たな生物心理社会学的モデルは、医療的側面からだけでなく、いわゆる広義の健康の概念を基軸にした社会的側面を含めた広い視野からのモデルを提示したといわれている。

WHO は、この ICF の考え方について、「同じ病気を持つ 2 人の人が、全く異なる機能レベルを持つこともあるし、また同じ機能レベルの 2 人の人が必ずしも同じ健康状態ではない」と示した¹⁾。

つまり、異なる環境は、同一の人間であ

¹⁾ World Health Organization (WHO). ICF: International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva: WHO, 2001.

ったとしても、大きく異なった影響を与え
るとしたのである。

これは、いわゆる障害とは、能力、社会
参加、様々な背景、個人、心理的領域にお
ける生物的・構造的・機能的因子などが相
互に関連しているの、単に生理病理学、
解剖学、神経学的レベルにだけ着目して原
因を論じることはできないという考え方が
基礎にある。

さらに、ICIDH と比較した場合の ICF
の特長は、共通の「基準」言語が定められ
ており、これによって異なる専門領域に属
する作業者の理解と使用を可能にするだけ
でなく、明らかに異なる環境状況に簡単に
応用するといったことが意図されていた。

だが、この ICF で示された言語を評価に
応用した場合、その総コード数は膨大であ
ること、分類する際の評価の基準の曖昧さ
は、実際に、これを使って、評価や分類す
る際には多くの問題があると指摘されてき
た。

しかし、それでも諸外国では、すでに ICF
を用いた多くの社会実験や臨床適応のため
の研究がなされ、国際的なスタンダードと
されつつあると報告されている。

そこで、本稿では、ICF に係わる国内外
の研究動向をレビューし、今後、日本の保
健医療福祉分野の政策あるいは、臨床で
ICF を活用するための方策を考察すること
を目的とした。

B. 研究方法

1) ICF に関する国内外の文献レビュー

国内における ICF 文献の調査としては、
医中誌 WEB Ver.4(2008 年 9 月時点) を用
いて、榎部らが報告した文献がある²⁾、これ
によると、ICF に関する文献投稿が集中し

²⁾ 榎部公一, & 岡田美保子. ICF に関する研究論
文の動向について. 川崎医療福祉学会誌, 2010;
19(2), 397-403.

ていた 2001 年から 2007 年の医中誌文献
2,183,149 からキーワード「国際生活機能分
類」により抽出された文献 557 件 (0.026%)
を「ICF 文献」とし、年次別による ICF 文
献数や論文種類別割合が調査されている。
本稿では、この内容を基本として、国内の
文献について分析した。

国外の研究については、世界的に広く利
用されている MEDLINE を用い調査対象
文献データの抽出にあたり、PubMed(2012
年 12 月時点)の検索画面上において、検索
条件に Publication Date (収載誌発行年)
「2001 年から 2012 年」Publication Type
(論文種類)「journal article (原著論文)」
と「review (総説論文)」を設定して検索を
行った。

結果として得られた、2001 年から 2012
年の MEDLINE 全体の文献 4,126,503 件を
「医学文献」と定義した。医学文献のうち、
キーワード「International Classification
of Functioning, Disability and Health」に
より抽出された文献から、目視により ICF
に関する内容かどうかの判断を行い、さら
にシステマティックレビューを中心に国外
の研究動向を検討した。

そして、2009 年の Jennifer Jelsma のシ
ステマティックレビューおよび、ICF が発
表された 2001 年から 2009 年に渡って、
様々な場所での ICF の最先端の使用・実
施・運用に関する系統的な文献レビューを
行った Cerniauskaite の研究³⁾を取り上げ、
ICF を巡る研究動向を概括した。

この調査研究は EMBASE、MEDLINE、
PsychInfo といった電子的なデータベース
を用いて、ICF が発表された 2001 年から

³⁾ Cerniauskaite, M., Quintas, R. U. I., Boldt, C.,
Raggi, A., Cieza, A., Bickenbach, J. E., &
Leonardi, M. (2011). Systematic literature
review on ICF from 2001 to 2009: its use,
implementation and operationalisation.
Disability and Rehabilitation, 33(4), 281-309.

2009年12月までを対象に行われた。検索にヒットした文献は5,086にも及びそのうち670がこの分析に組み入れられた。これらは34ヶ国の211の異なるジャーナルからの文献である。

2) 先行研究で触れられるICFの臨床的応用に関する先行研究の分析

上記の文献レビュー論文の分析を通して得られたICFの臨床的応用をトピックとして取り上げ、ここで多く指摘される内容について、2001年から2013年までの研究を対象として研究レビューを実施し、検討した。

(倫理面への配慮)

特に問題なし。

C. 研究結果

1) 国際的なICFの活用状況

ICFモデルによれば、障害と機能は、健康状態(病気・障害・怪我など)と背景因子の間の相互関係のアウトカムとされている。ICFに内在するこの「生物・心理・社会モデル」は障害の認識を拡大し、医療・個人・社会・環境がという、いわば、人が生活している社会システムが個人の機能や障害に影響を与えることが前提とされている。

そして、特に障害(あるいは、ある程度の機能の低下)は特定の少数派の特徴ではなく、それは、すべての人間が持つ特徴であり、人生という期間からみれば、障害を持つことは、すべての人にあてはなる普遍的な現象ということを高らかに謳った概念と言える。

加えて、ICFは、パリティの原則が基底にある。つまり、機能状態とは、なんらかの原因によって、一義的に決定されるもの

ではなく、特に、その人が「精神的」健康状態よりむしろ、ある種の「身体的」健康状態を持っているかどうかによって決定するものではないとするのである。

さて、こういったICFモデルと、それを支える原理は、その前段階である国際障害分類(ICIDH)から発展したものであると強調されている。

ICIDHでは、障害(disability)とは機能障害(impairment)の結果として、個人の活動が制限されることとして理解されてきた。障害と社会的不利(handicap)のどちらも重症度という観点から評価されなかった。

もちろん、環境因子は認識されてはいたが、この因子の分類はされておらず、障害と健康状態の測定とを関連付けていなかった。こうした欠点によって、ICIDHは一般的に欠陥があると見なされ、障害のデータを扱う人々や、特に障害の社会的モデル(とりわけ障害者を代表する組織)を擁護する人々からは無視されてきた。

こうした批判に対応するために、ICFは7年の期間をかけて、国際的な協力プロセスの中で開発され、2001年にWHO全加盟国によって承認される前に70ヶ国以上の国々で現場試験が行われて妥当性が確認されたものと言われている。

さて、2001年の世界保健総会で採用されてから、様々な国でICFは様々な方法やレベルで、その利用が推進されてきた。以下で示す事例は、この分類法がどこでどのように使用されているかという概要を提示している。

人口レベルでの適応

a. 一般的あるいは特定の人口調査における健康と障害のデータ収集: ICFはMulti-Country Studies(つまり高齢化につ

いての世界的研究-SAGE⁴⁾、the World Mental Health Survey (WMHS)⁵⁾、the World Health survey (WHS)⁶⁾、The WHO Multi Country Survey Study (MCSS)⁷⁾、そして国家的調査(アイルランド⁸⁾、チリ⁹⁾、メキシコ¹⁰⁾)のための概念的枠組みを提供している。

b.データ編集と分析:「ヨーロッパの健康と障害の測定(Measurement of Health and Disability in Europe; MHADIE)」¹¹⁾のようなプロジェクトで、ICFを人口の健康と障害のデータ分析のために利用している。

国レベルでは、ICFはデータセットを調

整し、比較可能にするために使用されている(Australian Health data Dictionary)¹²⁾。

c.障害の調査モジュールと質問群の開発:ICFの枠組みと分類法は、WHOの健康と障害の調査モジュール、「障害と社会の統合」¹³⁾に関するEUROSTAT調査モジュール、障害統計に関するワシントン・グループ¹⁴⁾などの国際的・地域的なプロジェクトに対し障害に関する質問群を提供していた。

d.政策開発とモニタリング:ミレニアム開発目標(MDGs)や国連の障害者権利条約(CRPD)¹⁵⁾などの国際条約や活動、また国家の健康と社会の政策が対象や指標を設定し始めている。政策の開発やモニタリングを導くためには、その実施は元となるデータと一致している必要がある。政策の対象や指標を各データ源と関連付けて政策実施のモニタリングを行う上でのICF枠組みやコードシステムの使用に関して、現在、試験的プロジェクトが試行されている^{16),17)}。

健康と社会的サービスレベルでの適応

a.国の行政として

4) World Health Organization: WHO Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). Wave 1 Individual Questionnaire - Set A. 2009 [http://www.who.int/healthinfo/systems/sage].

5) Kessler RC, Üstün TB: The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press; 2008.

6) Üstün TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL, WHS-Collaborating Group: The World Health Surveys. In Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization;

Murray CJL, Evans DB 2003:

7) Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Celik C, Sadana R, Valentine N, Ortiz J, Tandon A, Saloman J, Cao Y, Xie-Wan J, Ozaltin E, Mathers CD, Murray CJL: WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. In Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva: World Health Organization; Murray CJL, Evans DB 2003:761-796.

8) Central Statistics Office Ireland. In National Disability Survey 2006. Volume 2. Dublin; 2010.

9) National Fund for Disability (FONADIS). First National Study of Disability in Chile Santiago; 2005.

10) Secretaria de Salud: Encuesta nacional de evaluación del desempeño 2003 [National performance evaluation survey, 2003]. Programa nacional de salud 2007-2012 [National health programme, 2007-2012]. Mexico City; 2007.

11) Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development. [http://www.mhadie.it].

12) National Health Data Committee: National Health Data Dictionary, Version 12. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 20032.

13) Meltzer H: Report on the Development of a survey module on disability and social integration. Leicester: University of Leicester; 2008.

14) Washington Group on Disability Statistics. [http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.html].

15) United Nations: Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. [http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf].

16) Bickenbach JE: Disability, culture and the UN convention. Disabil Rehabil 2009, 31(14):1111-1124.

17) Griffo G, Leonardi M, Martinuzzi A, Francescutti C, Raggi A, Kosic V, Barbieri PV: Moving towards ICF use for monitoring the UN Convention on the rights of persons with disabilities: the Italian experience. Disabil Rehabil 2009, 31(Suppl 1):S74-S77.

ICF モデルと障害の定義は、健康と障害に関する行政施策における基準として用いられている。

例えばドイツでは、第9基本社会法 (Basic Social Law) (SGB IX¹⁸) が、慢性疾患や障害のある人々の障害認定やサービス提供を統制するための参考としてICFを用いている。

b. サービス提供の際の記録ツールとして

ICF は、患者のニーズ評価、健康と社会ケアの計画、心身機能・個人的活動・社会参加・環境因子などの多面的介入によって引き起こされた変化の測定のために、機能状態の情報を記録したり、コード化するために使用されている。

ICF とICF 関連のツールを採用する傾向は、特に医療、社会的、職業的なりハビリの領域において強く見られる¹⁹⁾⁻²¹⁾。

より最近では、ICF や WHO の能力障害評価面接基準 (WHODAS 2.0) といったICF 関連ツールが、様々な疾患やヘルスケアの現場における健康のニーズや介入のアウトカムを測定するために用いられている²²⁾⁻²⁴⁾。

¹⁸⁾ Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 2001.

¹⁹⁾ Rentsch HP, Bucher PO: ICF in der Rehabilitation. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag; 2005.

²⁰⁾ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF Praxisleitfaden - Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a.M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); 2006.

²¹⁾ Netz J: Konstruktion und Praxiserprobung einer ICF-orientierten Therapiezielliste und Outcome-Messung in der ambulanten Neurorehabilitation. Neurologie & Rehabilitation 2005, 11(4):227-235.

²²⁾ Sousa RM, Dewey ME, Acosta D, Jotheeswaran AT, Castro-Costa E, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Pichardo JG, Ramirez NG, Rodriguez JL, Rodriguez MC, Salas A, Sosa AL, Williams J, Prince MJ:

c. 障害認定のツールとして

多くの国々には、国民の健康・社会・教育サービス等の受給資格を特定するための障害の評価においてICFを用いるというプロジェクトがある、あるいは、現在、行っている^{25),26)}。

ICF を用いるという動き、障害とは個人とその人の環境との複雑な相互作用の結果として存在し、その人に備わった特性ではないという認識が幅広く、享受されていることによるものといえる。

その結果として、(障害の)認定も、その人の環境における機能を考慮し、一元的で欠陥に着目した診断や身体障害というラベルのみを扱う状態を越えていくことが予測されている。

こういったICFの導入を支えるために、

Measuring disability across cultures—the psychometric properties of the WHODAS II in older people from seven low- and middle-income countries. The 10/66 Dementia Research Group population-based survey. Int J Methods Psychiatr Res 2010, 19(1):1-17.

²³⁾ O'Donovan M-A, Doyle A: Measuring Activity and Participation of people with disabilities - An overview. Dublin: Health Research Board; 2006, 1, MAP Bulletin.

²⁴⁾ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF Praxisleitfaden 3 - Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der ICF für das Krankenteam. Frankfurt a.M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2010.

²⁵⁾ Francescutti C, Frattura L, Troiano R, Gongolo F, Martinuzzi A, Sala M, Meucci P, Raggi A, Russo E, Buffoni M, Gorini G, Conclave M, Pietrangeli A, Solipaca A, Leonardi M: Towards a common disability assessment framework: theoretical and methodological issues for providing public services and benefits using ICF. Disabil Rehabil 2009, 31(Suppl 1):S8-15.

²⁶⁾ Leonardi M, Bickenbach J, Raggi A, Sala M, Guzzon P, Valsecchi MR, Fusaro G, Russo E, Francescutti C, Nocentini U, Martinuzzi A: Training on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): the ICF-DIN Basic and the ICF-DIN Advanced Course developed by the Disability Italian Network. J Headache Pain 2005, 6(3):159-164.

これまで幅広い適応ツールや訓練教材が開発されてきた。健康状態を文化に関係なく標準的に評価するために、WHO は、WHODAS 2.0²⁷⁾の新しいバージョンを開発した。

これはICFで分類された主な生活領域を反映した機能と障害の全体的な測定法である。

他のツールとしてはICFチェックリストがあり^{28),29)}、これは臨床現場のためにICFを実践的に翻訳したものである。分類の中の項目は専門家が最もよく用いられる領域を選別してリスト化し、その後その選別の妥当性を確かめるために現場試験を行い、足りない項目を追加した。

ICFチェックリストは、心身機能・身体構造・活動と参加・環境因子という観点から個人の主要な機能に関する大まかな概要を提示している。

また、ICFチェックリストには診断に関する情報も含まれており、これによって利用者はある健康状態と関連する機能問題との関係を調査することができるようになる。

この両方のツールは、データの比較可能化を目指し、幅広いアプリケーションで多様な状態や介入方法について使用できる一般的な評価ツールとしてデザインされたことは明らかである。こうした特徴は、この二つのツールの継続的な第一の長所であり美德である。

ICFを特別な場で使う場合は、ICFコードの特定の領域とその細かさに関して注意する必要があるだろう。

例えば、鬱病の患者を扱う臨床医は、精神的機能や対人関係、相互関係などの領域を特定するために、より幅広いカテゴリーが必要になるとされている。

その一方で、言語療法士は言語や声などに関連する機能についての詳細の説明が必要になる。

特別な臨床現場で情報が必要とされることに対応して、ICFコアセット³⁰⁾が開発された。

ICFチェックリストの使用をスタート地点として、ICFコアセットは、一連の健康状態に最も関連のあるICF領域を特定する。既存の臨床的測定法を使用しつつ、それをICFの枠組みの中に配置しようとする臨床医のために、位置づけ(マッピング)の規則や手続きに則って意味の図(マップ)が開発された。

社会サービスや教育機関の関係者を感化し、教育することは、こうした分野でICFの実施を促進する上での重要な要素であることが証明された。

これまでに多くのICFの訓練ツールや、ICFについての意識向上や教育活動が行われてきた^{31),32)}。現在、ウェブ上でICFの電子的学習ツールが開発されていて、現場試験が行われている。

²⁷⁾ Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von-Korff M, Pull C, collaboration with WHO/NIH Joint Project: Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ 2010, 88:815-823.

²⁸⁾ World Health Organization: ICF Checklist. Geneva: World Health Organization; 2001.

²⁹⁾ Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G: Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. J Rehabil Med 2004, 36(Suppl.44):22-29.

³⁰⁾ Cieza A, Ewert T, Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G: Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med 2004,36(Suppl. 44):9-11.

³¹⁾ Francescutti C, Fusaro G, Leonardi M, Martinuzzi A, Sala M, Russo E, Frare M, Pradal M, Zampogna D, Cosentino A, Raggi A: Italian ICF training programs: describing and promoting human functioning and research. Disabil Rehabil 2009, 31(Suppl 1):S46-S49.

³²⁾ Schuntermann MF: Einführung in die ICF: Grundkurs - Übungen - offene Fragen / M. F. Schuntermann. Heidelberg: ecomed Medizin; 2009.

2) ICFに関する研究動向

現時点でも、ICF を臨床・教育・統計・政策開発・政策支援などのいくつかの分野で実施・使用することに関する多くの研究がある。

例えば、2009年に Jennifer Jelsma が ICF の使用についての文献調査を行った³³結果からは、ICF は障害に関するデータの概念化・収集・処理の方法において既に大きな影響を与えていることが報告されている。

また、ICF による分類方法は、学問分野や健康状態の評価、施設での利用といった枠にこだわらず、幅広く使われている。とくに、発展途上国での ICF 使用は、強く奨励されている。

しかし、Jennifer Jelsma の論文で分析されていた論文は、便宜的サンプルともいえ、ICF の登場から、文献調査実施までの期間に発表された、全ての文献を分析しているわけではない。

そこで、ICF が発表された 2001 年から 2009 年に渡っての ICF の最先端の使用・実施・運用に関する系統的な文献レビューを行った Cerniauskaite の研究³⁴を基礎的文献として、各国の ICF の動向を考察する。

この Cerniauskaite による調査研究は、EMBASE、MEDLINE、PsychInfo による検索によって、ヒットした文献は 5,086 が対象となっている。このうち 670 が、この分析に組み入れられ、34ヶ国の 211 の異なるジャーナルを対象に分析がなされている。

³³) Jelsma, J. (2009). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(1), 1-12.

³⁴) Cerniauskaite, M., Quintas, R. U. I., Boldt, C., Raggi, A., Cieza, A., Bickenbach, J. E., & Leonardi, M. (2011). Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation*, 33(4), 281-309.

抽出された論文の発行年の頻度とカテゴリーの分布情報は、表 1 に示した通りで、これらは、ICF 概念を扱った論文 (30.8%) と、臨床/リハビリテーションへの ICF の応用 (25.9%) を報告した文献とに分類されている。

まず、ICF の概念に関する論文は 206 編あり、このうち 171 編の論文は ICF 分類における概念を説明していた。

ここでは、ICF によって提示された障害と機能の「生物・心理・社会モデル」や、ICF の構成要素である心身機能・身体構造・活動と参加・環境因子・阻害因子・促進因子・能力・パフォーマンス・評価点を説明したものであったとされている。

ICF と、その関連ツールの開発に関する論文としては、103 編の論文があるとされていた。また、関連ツールとしては、例えば、ICF コアセット、ICF に基づいたツール、ICF チェックリストがあるとされていた。さらに、この 103 編のうち、54 の論文は、疾患別 ICF コアセットの開発と妥当性について記述されていた。

いくつかの研究では、臨床におけるコアセットの理論的応用に言及していたが、これらは、ICF 関連ツールの運用との関連性を示した研究であった。

疾患や健康状態別のコアセットの開発に関するいくつかの論文は、急性期や亜急性期などの状態にある患者に関連する ICF 分類のリストを示していた。

これらの論文の大部分は、2004 年から 2005 年に発行されており、近年は、こういった論文は減少傾向にある。

103 編のうちの 45 の論文では、ICF を基盤としたアセスメントツールの開発に関する論文である。すなわち、WHO-DASII など、既存の ICF を基盤とした評価ツールの妥当性を検証した論文となっている。こう

したツールで対象となっている疾患のほとんどは、神経や筋骨格の疾患のためのものであった。

ICF を基盤としたアセスメントツールの開発は、2007 年以降に、研究者の注目を集めている新たな発展分野である。ICF 分類による測定法の開発や、この測定法に関しての妥当性の検証は、リハビリや臨床領域での評価という部分とも共通するところである。

先行文献のレビューの結果から、ICF の利用、運用、実施についての発表された研究論文のほとんどが、北米やヨーロッパ諸国で書かれた論文であることがわかった。アメリカが最も多いが、ヨーロッパ諸国からの発表も半分以上となっていた。

主に、北米では、ICF についての理論的な検討を行った文献が多く、ヨーロッパ諸国から示されていた文献は、ICF を臨床で利用するための応用方法についての研究が多いという特徴があった。

これは、ヨーロッパの政府や研究機関、また何より重要なことは、これらの研究が EC によって、協働されていたからと考えられる。

ICF のような分類法は、人の機能や、健康や障害の状態を表す革新的アプローチともいえるものであるために、健康や教育や雇用領域で、導入が期待されるという性質のものではなく、各国における保健医療福祉政策の決定や、その国の文化にも影響を与えることになると考えられる。

ICF の臨床的な応用を目的とした研究が、多くの国では行われていたが、それだけ、臨床に、この ICF 分類を導入することは困難であることを示しているともいえる。

つまり、患者の機能や障害を説明することを、ICF を基盤としたツールによって行うためには、患者の状態を評価するツール

と、ICF との関連性を明らかにする必要がある。

多くの文献の目的は、この点に集約されており、網羅的に収集された ICF に関する論文のほぼ 52% が、ICF を基盤とした評価ツールの開発という内容であり、これが、昨今、国際的に最も重要なテーマとなっていることが読み取れた。

表 2-1 選ばれた文献の発行年とカテゴリーの分布

論文のカテゴリ	発行年									計 (件)
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
概念を用いた論文		11	21	22	36	42	24	21	29	206 (30.0)
ICF の発展的な応用ツール	1	1	16	19	12	16	13	25	104 (15.3)	
臨床/リハビリテーションへの応用	1	2	9	17	28	20	36	14	46 (7.3)	
臨床への応用以外	1	9	3	7	7	10	10	15	62 (9.2)	
関連した論文	1	2	8	8	15	15	6	18	73 (10.9)	
ICF のものについて言及したもの	1	3	8	4	7	5	9	5	53 (7.9)	
計 (%)	2 (0.3)	19 (2.8)	50 (7.4)	70 (10.4)	105 (15.8)	101 (15.2)	110 (16.4)	89 (13.3)	144 (21.4)	670 (100.0)

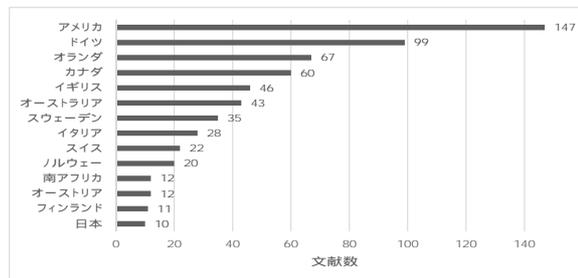


図 2-1 2001 ~ 2009 年の最も頻繁に論文を作成する国ごとの研究数

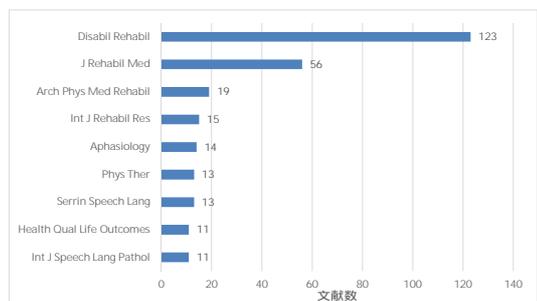


図 2-2 2001 ~ 2009 年の最も頻繁に論文が発表されるジャーナルごとの研究数

3) 先行研究で触れられる ICF の臨床的応用に関する先行研究の分析

ICF の構成概念に関する批判的検討 - 活

動と参加の区別 -

Simeonsson らは、ICF 開発の主な目的の一つとして、その人の身体、社会、心理的環境などの複雑な相互作用の結果としての健康状態を記述的に示すこと、さらに、これを分類する方法を作り出すことであると述べている³⁵⁾。

さらに、この分類の過程では、身体システム、個人、社会の視点による説明が加えられるとされた。

健康の文脈において、ICF の「心身機能と身体構造 (Body functions and Structure)」は、身体システムの心理学的機能、あるいは臓器、四肢、それらの構成要因などの解剖学的要素となると定義された。

一方、ICF における「活動」は、個人による特定のタスクや行動の遂行と示す分類コードであり、「参加」は、生活状態における包括的な取り込みを示すコードとなるとされた。

表明されている ICF の意図の一つは、「健康と健康関連の状態、アウトカムと決定についての理解と研究の科学的基盤を提供すること」である³⁶⁾とされた。

しかし、科学的な調査にとって、いかなる概念的枠組みに対しても決定的側面となるのは、その内的一貫性と枠組みにおける複数の概念と分類の中で、それを弁別する能力である³⁷⁾。

経験的にも、これらが弁別されないと、調査できないし、分類自体の妥当性も認められなくなる。

ICF の前に示されていた国際障害分類 (ICIDH) に対する、よくある批判の一つは、基本的な概念間の境界を特定することが難しく、経験的にも、その区別ができなかったことであった^{35)、38)-41)}。

したがって、ICF を、研究のための枠組みとして役立つようにするためには、分類された現象のそれぞれを明確にでき、その領域の定義の区別が可能で、計測が可能であることが必須とされた。

これは、区別が可能で、計測も可能な分類でなければ、ICF を用いた仮説の発展や、研究デザイン、計測法の構築において研究者が問題を抱えることになるからである。

WHO は、「『活動』と『参加』の構成要素において『活動』と『参加』の基本的領域を区別することは難しい」と述べている⁴²⁾が、ICF が個人や組織、協会などに国際的な人間の機能と障害の分類法として受け入れられるためには、そうした区別ができることは、必要不可欠な条件となると指摘されている⁴³⁾。

³⁵⁾ Simeonsson RJ, Lollar D, Hollowell J, Adams M. Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: developmental issues. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 113-124.

³⁶⁾ World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO; 2001, p. 5.

³⁷⁾ Kaplan A. *The conduct of inquiry*. San Francisco: Chandler Publishing; 1964.

³⁸⁾ Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: Testing the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) Model. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1261-1273.

³⁹⁾ Gray D, Hendershot G. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81 (suppl 2): 510-514.

⁴⁰⁾ Dijkers M, Whiteneck G, El-Jaroudi R. Measures of social outcomes in disability research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81 (suppl 2): 563-580.

⁴¹⁾ Grimby G, Finnstam J, Jette A. On the application of the WHO handicap classification in rehabilitation. *Scand J Rehabil Med* 1988; 20: 93-98.

⁴²⁾ World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO; 2001

⁴³⁾ Jette, A. M., Haley, S. M., & Kooyoomjian, J. T. (2003). Are the ICF activity and

Johnston&Pollard 38)らの研究者は、ICIDHの区別を検証したが、ICFの「活動」と「参加」領域の境界の区別を検証しようとした臨床的な研究は、これまで存在していない。ただし、身体機能に関する48の項目に関連する調査を実施し、探索的因子分析を行った結果から、ICFが提示した「活動」と「参加」の概念と、一致する区別可能な領域を特定できるという仮説の検証がなされている⁴³⁾。

このような研究は、ICFモデルの将来の臨床的妥当性と、今後に見つかるかもしれない欠陥に対処するためのICFの改定を提案する場合には、とくに重要である。

だが、ICFの構成概念に関する批判は多く、とりわけ、「活動」と「参加」の評価について、「明確な区別がなされていないこと」によって、臨床への応用に支障をきたす⁴⁴⁾という結果を示した論文は多かった。

例えば、日本には要介護認定という、すでに全国に普及したアセスメントツールがあるが、このツールでは、日常生活機能と社会参加に係わる項目は分かれており、その定義も厳格である。

この方式に日本の評価者は慣れていないため、ICFによる評価には違和感がある。このため、ICFを臨床に応用するためには、まずは、この「参加」と「活動」の評価のルールをある程度は決めることが必要であろう。

また、ICFの項目については、項目の示す定義の多くが、既存アセスメントツールと類似しており、ICFをあえて利用する必要性がないということも導入がすまない原因である。

この点については、利用目的に合わせて、使用する分類コードを限定することも必要

となると考えられる。

ICFの臨床への適応について

ICFを臨床への応用する方法を検討するには、脳卒中病棟において多職種連携チームでICF評価を行い、それを利用するという試みをし、この導入にあたっての経過を詳細に検討したTempestらによる研究⁴⁴⁾が参考になる。

この研究の最初の段階では、参加者が、ICFに精通していなかったと報告されている。この経験からは、ICFの導入するための最初の課題は、臨床医が、ICFの枠組みと分類に慣れること^{45),46)}であったとの指摘がされている。

例えば、イタリアなどでは、ICFの訓練プログラムは国家レベルで、150イベントを通して7000人以上の参加者に実施された⁴⁷⁾と報告されている。しかし、その訓練が、結果として、臨床現場におけるICFの利用に及ぼした影響に関しては情報がほとんどない。

ただし、このイタリアの取り組みを報告した論文には、参加者は実践を通して、ICFに関する自分の理解を深めたという結果から、ICFに対する関心と知識を高めながら、

participation dimensions distinct?. Journal of Rehabilitation Medicine, 35(3), 145-149.

44) Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., & De Souza, L. (2012). To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and rehabilitation*, 34(20), 1686-1694.

45) Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther* 2007;74 Spec No.:221-232.

46) Heinen MM, van Achterberg T, Roodbol G, Frederiks CM. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Int Nurs Rev* 2005;52:304-312.

47) Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Eight years of ICF in Italy: principles, results and future perspectives. *Disabil Rehabil* 2009;31 Suppl 1:S4-S7.

ICFを導入することが可能となったことが示唆されている。

例えば、具体的な問題が発生すると、参加型の実践的研究プロセスを通して、参加者が新しい知識を得たことや、他の研究では、ICFの枠組みと分類に対して疑問も指摘はされている⁴⁵⁾が、実践的研究のアプローチは、それに関する臨床医の理解を深めるために効率的な方法であったとの報告もされている。

また、ICFの臨床への導入方法としては、複数の方法が示唆されている。例えば、リハビリテーションの段階を区別し⁴⁸⁾、理学療法のサービスの範囲を記述する際にICFを利用し⁴⁹⁾、ICFを共通の言語として使い⁵⁰⁾、学際的なチームを特定し、保護するための文化的要素を構造化した⁵¹⁾という事例が示されている。

この研究の参加者は、患者に関する報告をICFで記述できることで、患者が、転院したり、病棟を移動する際の情報共有が容易になるためのツールとしてのICFの役割⁴⁸⁾が示され、ICFを共通の言語として⁵²⁾、ま

たは、いわば、異なった文化的背景があったとしても、その構造から、患者の状態を説明できるツールとして⁵¹⁾、ICFを使うことができたとの報告がされている。

他の先行研究でも、専門のチームの役割を伝えるために、ICFの使用が有用であるとの指摘がされている⁴⁹⁾。

一方で、患者の転院に関して、脳卒中患者のための急性期の医療サービスをICFを用いて記述し、その特性を強調して記述できると同時に、次のリハビリテーション段階で必要とされる医療内容をICFの領域を特定し、記述することで役立てることができたという結果も示されている。

この事例からは、ICFを利用した急性期から、リハビリテーションの段階への記述⁴⁸⁾が可能であることも指摘されている。これについては、すでにICFを枠組みやサブテキストとして使うことは、多職種協働の推進においては、効率的であるとの指摘がなされている⁵³⁾。

WHOはICFの導入を促すために、ガイドラインと教材を開発している⁵⁴⁾。ただし、この教材を利用したとしても、これまでの医療における多様な過程をコントロールするは、難しいことも指摘されている⁵⁵⁾。

Tempestらによる研究からも、ICFでの評価には、多くの訓練時間が必要とされることや、そして、患者の状態像に関する情

48) Martinuzzi A, Frare M, Pradal M, Mion M, Dugone S, Durante M, Corò A, et al. Disseminating the WHO International Classification of Functioning Health and Disability (ICF) in the Veneto region of Italy. *Disabil Rehabil* 2008;30:71–80.

49) Mitchell L. Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provide high-level descriptions of Scottish physiotherapy cases? *Adv Physiother* 2008;10:119–126.

50) Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guidelines for Stroke. 3rd ed. London: Royal College of Physicians; 2008.

51) Parkin P. Approaches to change. In: Parkin P, editor. *Managing change in healthcare using action research*. London: SAGE Publications; 2009. p 106.

52) Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guidelines for Stroke. 3rd ed. London: Royal College of Physicians;

2008.

53) Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., & De Souza, L. (2012). To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and rehabilitation*, 34(20), 1686-1694.

54) World Health Organisation Family of International Classifications Network. Annual Meeting 2008 Summary Report. Available at: <http://www.who.int/classifications/network/meeting2008/en/index.html>

55) Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernisation: a “danse macabre”? *BMJ* 2003;326:649–652.

報を客観的に示すツールよりも、多職種連携における情報共有のためのプロセスに活用することの可能性が示唆されていた。

アウトカム項目として ICF の評価法の信頼性について

さて、WHO と世界銀行が共同で発表した障害に関する報告⁵⁶では、発展途上国が経済的な負担なしに利用できるという点からも、ICF に基づいたアウトカム測定ツールは、さらに発展していくべきだと提案されている。

最近では、ICF 分類に基づいたアウトカム測定ができるとの提案がされるようになってきた⁵⁷⁻⁵⁹。

また、ICF の評価法についても4つの文献が発表されている。このうちの1つの文献では、再テストによる信頼性⁶⁰を、2つ目の文献では、評価者間・評価者内信頼性⁶¹が、その他の2つの論文では、評価者間の

信頼性のみ^{62,63}のレビューが行われている。そして、全ての研究で信頼性は、かなり低いという結果が出ている。

これら4つの先行研究では、ICF で発表されている評価法に変更を加えずに用いると、評価者間・評価者内の信頼性は低いという結果が出ている。これは、英語を母国語としない国々では、委員会が提唱している専門用語を的確な用語に翻訳することの難しさが原因と説明されている。

これまで、FIM と ICF の ADL 分類における評価者間・評価者内の信頼性と一致度を比較した研究⁶⁴からは、ICF の信頼性と一致度は対応する FIM 項目と同等、あるいはそれより良いものだったとされている。

この研究結果は、ICF 分類はリハビリテーションのアウトカム測定の要素としては、使用が可能であるという示唆を与えている。

これは、ICF は、広範囲に渡る分類法であるので、その基盤となる性質を利用すれば、我々が現在、使用しているよりも、包括的なアウトカム測定法を開発できる可能性が高まることを意味している。

こういった結果は、日本ですでに日常生

⁵⁶) World Health Organisation. 2011. World report on disability. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/.

⁵⁷) Grill E, Stucki G. Scales could be developed based on simple clinical ratings of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set categories. *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 891–898.

⁵⁸) Huber EO, Tobler A, Gloor-Juzi T, Grill E, Gubler-Gut B. The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital. *J Rehabil Med* 2011; 43: 174–177.

⁵⁹) Kohler F, Xu J, Siva-Withmory C, Arockiam J. Feasibility of using a checklist based on the ICF as an outcome measure in individuals following lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int* 2011; 35: 294–301.

⁶⁰) Okochi J, Utsunomiya S, Takahashi T. Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 46.

⁶¹) Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, Stamm T, Cieza A, Boonen A, et al. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1078–1084.

⁶²) Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann A, Prosiogel, M, et al. Interrater reliability of the extended ICF Core Set for stroke applied by physiotherapists. *Phys Ther* 2008; 88: 841–851.

⁶³) Hilfiker R, Orbist S, Christen G, Lorenz T, Cieza A. The use of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for low back pain in clinical practice: a reliability study. *Physiother Res Int* 2009; 14: 147–166.

⁶⁴) Kohler, F., Connolly, C., Sakaria, A., Stendara, K., Buhagiar, M., & Mojaddidi, M. (2013). Can the ICF be used as a Rehabilitation Outcome Measure? A Study Looking at the Inter- and Intra-rater Reliability of ICF Categories Derived from an ADL Assessment Tool. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(9), 881–887.

活機能評価や FIM などがリハビリテーション医療の現場で活用されていることを鑑みると、これらアセスメントツールにない視点を補うものとしての ICF の活用が可能であることを示唆するといえよう。

発展途上国での ICF の利用の利点

ICF の著作権は WHO が所有しているため、ICF は世界中の国々が無料で自由に使用することができる。ICF に基づいた、いかなる ADL 評価法も無料である。

これは非工業国や発展途上国にとっては重要な点である。つまり、こうした健康関連の予算や資源が乏しい国にとって、ツール利用に経済的な負担が生じないことは、これに生じるはずであった予算を現場のヘルスケアスタッフへ使うことができることを意味しており、極めて重要な利点となっている。

D. 考察

国際的には、ICF を政策的に活用する方が試行されつつある。このうち、わが国で実用の可能性があるとするれば、臨床実践のレベルで個別事例の評価ツールとして活用するというものであろう。

これまで多くの先行研究で指摘されてきたように、ICF を分類コードとして実用化していく際の大きな問題は、コードが多すぎるということである。

これについては、前述したように、特定の疾患に焦点をあてた ICF CORE SET や、あるいは ICF の活動と参加に着目した評価を行う WHO-DAS の活用が有効であろう。

ただし、これを行うにあたっての大きな問題は、ICF を用いた評価方法の未成熟さである。ICF を臨床に適応するにあたっては、医師あるいはリハビリテーションに成熟した専門職が評価を行うこと、さらに、

彼らに対しての系統的な訓練が必要とされる。

日本で、今後、ICF の評価を普及することを考えた場合、まず、課題となるのは、評価者の養成であろう。

これを計画するためには、評価する領域を限定する必要がある。すなわち、この ICF による分類をわが国の保健医療福祉、教育施策のいずれとリンクさせるかについて、政策判断が必要となる。そして、このことは、第三の課題と密接に関係する。

第三の問題は、すでに政策的に活用される既存アセスメントツールとの併存可能性である。例えば、日本では、すでに多くの国民が知っているアセスメントツールとして、高齢者が介護サービスを受ける際に要介護認定を受けなければならない。

この調査方法は ICF の基本となっている主観的評価と対極にある、客観性を前提とした方法を採用している。これは、大きな違いといえる。

要介護認定では、例えば、「歩行」の評価は、「歩けるか、歩けないか」という2つの分類があり、歩ける場合には、どのくらい支援が必要かという判断となる。

だが、ICF では、歩くとした場合に、本人にとっては、どのような難しさがあるかということ問うという評価なのである。

つまり、これは、評価を受ける要介護高齢者本人が、「自分の能力では、中程度の難しさがある」とか、「たいへんな難しさがある」といった意思を表明しなければならない。

これは、要介護高齢者の主観的な評価となり、わかりやすく言えば、他者からみれば、自立して歩き、何も問題なく歩いているようにみえたとしても、本人が歩くのに「かなりの困難がある」と感じていれば、その評価となるということである

逆に、観察者から見れば、歩行できるとは、到底いえない状況であったとしても、本人が「歩行には全く問題がない」と回答すれば、その回答が評価となる。

このような主観に基づく評価は、現存している要介護認定の評価の考え方とは大きく異なったスキームの上で成立している。

なぜなら、要介護認定の評価は、専門的な要介護認定調査員が実施し、公平に行うことが前提とされており、要介護高齢者の主観を反映させて回答せよというスキームは採用されていないからである。

したがって、現時点で、日本で利用されている ICF 評価というと、例えば、「歩行」であれば、医師や理学療法士や介護福祉士と呼ばれる、この領域の専門家が、「歩行できる」ではなく、「歩行している」という実行上の評価か、あるいは、「能力があっても歩行しないか」あるいは、「能力があるので、歩行できるようになる」という判断をすることが、ICF の基本的な考え方とされている。

つまり、日本では、専門家がどういうふうに ICF を使いたいかという視点で ICF が使われていることになる。これは、ICF の本来の使われ方はしていないといわざるをえない。

よって、もし、ICF を国際的な比較に活用するのであれば、この主観的な困難さを評価することこそが、公正で公平な評価であるという、評価に関する大きな転換しなければならぬ。

そして、この評価こそ、国際的に浸透しているので、正しいのであるということ国民全体に理解を求めるしかない。

しかし、このような評価に関する大きな転換をわが国においてできるかどうか、また、これを行う利点があるという説得力のある資料は、現段階では、国内には存在し

ていない。

E. 結論

本報告では、ICF や WHO-DAS に係わる国際的な研究動向をレビューすることによって、ICF 政策的活用の状況や臨床における活用方策に関する情報を得るとともに、諸外国において指摘される課題を抽出し、今後の日本における ICF の活用について検討をしてきた。

国外の研究においては、ICF をすでに利用している人々においては、ICF の具体的かつ有意的な使い方に関するエビデンスを提供しなければならないことが強調されている⁴⁵⁾。

つまり、ICF を実践に導入する効率的な方法を検討するためには、ICF の導入に着目する研究が必要なのである⁶⁵⁾。これは、大きな政策的判断を要することであり、日本における保健医療福祉政策においては、おそらく、ほとんどの給付のありかたを見直すことにつながることになるだろう。

このような変更につながる、詳細な議論は今後の課題であるが、ICF を導入する際にあらかじめこういった変更に関してのリスクを管理し、考慮しておくことは最重要課題であると認識されている⁶⁶⁾。

つまり、いずれも国においても ICF の活用は、政策においても、臨床現場に、変更ではなく、変革を要することになっている。

したがって、日本においても、これだけの変革を伴う ICF の導入を行うのであれば、

⁶⁵⁾ Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations. *Disabil Rehabil* 2008;30:1146-1152.

⁶⁶⁾ Appleby A, Tempest S. Using change management theory to implement the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Brit J Occup Ther* 2006;69:477-480.

臨床へどのように適応していくか、このような変更は臨床が耐えられるように慎重な配慮をすべきと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

平成 25 年度 分担研究報告書

脳卒中急性期患者を対象とした退院時の ICF コーディング試行評価

分担研究者 中川原讓二（国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）

研究代表者 筒井孝子（国立保健医療科学院）

分担研究者 園田茂（藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）

分担研究者 東野定律（静岡県立大学経営情報学部）

研究協力者 高橋勇二（社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）

研究要旨 脳卒中 10 症例を対象として、WHO 国際生活機能分類「ICF generic set(一般セット)」を用いて、急性期病院における退院時の生活機能を 4 職種（医師、看護師、理学療法士、作業療法士）により採点した。その結果、評価者間での採点一致率が極めて低く、ICF を直ちに臨床使用することについては十分な信頼性を得るには至らなかった。その背景として、医療現場においては、障害を生活機能の観点から捉える ICF の概念が十分に浸透していないことが上げられる。今後は、評価項目の見直しと、評価基準についての多職種間のコンセンサス作りが必要である。

A. 研究目的

本研究は、患者のニーズに併せて日々専門化・複雑化する保健、医療、介護、福祉分野等に対して、個々の分野で共通して用いることが可能である WHO 国際生活機能分類（以下、「ICF」という。）に基づき、他の分野との間を横断的な評価を可能とする手法の開発を行い、分野間における相互の影響を明らかにするとともに、適切な分野間連携の対応方法を構築するための基礎を確立することにある。

B. 研究対象と方法

ICF コーディング試行評価の対象者は、急性期病棟の入院患者 10 名で、内訳は男性 6 名、女性 4 名、平均年齢 72.7 歳、疾患は、脳出血 6 名、脳梗塞 4 名であった。退院時における対象者の平均評価は、モデファイドランキンスケール 3.1、FIM 運動項目 51.1、FIM

認知項目 27.1、看護必要度 A 項目 0.1 点、看護必要度 B 項目 4.7 点であった。なお、予め、採点評価において「9.非該当」が少なくなるよう、退院間近の患者のうちモデファイドランキンスケール 4 以下とし、寝たきり、もしくはコミュニケーションが取れない方は候補から除外した。

一方、評価者は、病院勤務の医師、看護師、理学療法士、作業療法士の 4 職種、計 31 名で、職種経験年数の平均は 8.9 年。評価者が普段利用するアセスメント手法は、NIHSS 約 76%、FIM 約 72%、Barthel Index 約 14%、日常生活機能評価約 3%であった。

試行評価（採点）は、全症例に共通して使用可能な「ICF generic set(一般セット)」を活用した。generic set は、「b130 活力と欲動の機能、b152 情動機能、b280 痛みの感覚、d230 日課の遂行、d450 歩行、d455 移動、

d850 報酬を伴う仕事」の7項目(dコードには実行状況と能力の2種類の採点が必要な為、それを合わせると合計11項目)の評価となる。

また、採点し易いように、この7項目(第2レベルの3桁コード)の下位項目(第3レベルの4桁コード、もしくは第4レベルの5桁コード)を採点基準として指定した(表3-1)。

表3-1 指定した採点基準(下位評価項目)

評価項目 (第2レベル)	指定した下位の評価項目 (第3/第4レベル)
b130 活力と欲動の機能	b1302 食欲
b152 情動機能	b1522 情動の範囲
b280 痛みの感覚	b28014 上肢の痛み b28015 下肢の痛み
d230 日課の遂行	d2303 自分の活動レベルの管理
d450 歩行	d4500 短距離歩行
d455 移動	d4551 登り降りすること

退院時の患者1名に対し、4職種の評価者が互いに相談せずに採点(4票の職種別票を記入)し、その後、同一患者の担当評価者4名で相談し1患者に1票の総合票を作成した。同時に、当該患者のアセスメント評価データ(モデファイランキングスケール、FIM、看護必要度)も収集した。また、終了時に評価者アンケートを実施し、ICF活用上の課題・問題点等を聞いた。

C. 研究結果

全試行(10患者×11項目×4評価者=440件)において、「9.非該当」の採点は計12.3%と1割超(表3-2)を占め、その多くは評価項目「d850 報酬を伴う仕事」に集中した。

また、4職種の評価者による評点パターン(1.完全一致~4.完全不一致の4種類)の平均は、評価11項目で1.6~2.6通り、平均は2.1通りで、その一致率は0.0%~60.0%とばらつき、平均は21.8%であった。完全不一致(一致率

0.0%)は「b152 情動機能」、「d230 日課の遂行」(実行状況)の2項目であった。一方、一致率が高かったのは、「b130 活力と欲動の機能」(能力60.0%)であった(表3-3)。

なお、2職種の評価者間(職種間)の一致係数(偶然によらない一致率)を求めたところ、0.28~0.48と「低い一致」が4項目、「中等度の一致」が2項目の判定になり、十分な信頼性を担保できない結果となった(表3-4)。

表3-2 ICF 評価点数と採点結果

評価点数	点数の意味	基準	採点件数	構成比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	82	18.6%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	81	18.4%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	57	13.0%
3	重度の問題(困難)	50-95%	59	13.4%
4	完全な問題(困難)	96-100%	80	18.2%
8	詳細不明	-	6	1.4%
9	非該当	-	54	12.3%
		無回答	21	4.8%
		合計	440	100.0%

表3-3 患者10名の評価データ

評価項目	評価点	採点件数	点数平均 1	種類平均 2	一致率 3
b130	程度	10	0.53	1.6	60.0%
b152	程度	10	0.73	2.4	0.0%
b280	程度	10	1.21	2.4	20.0%
d230	実行状況	10	2.03	2.6	0.0%
	能力	10	1.89	2.2	10.0%
d450	実行状況	10	2.38	1.9	30.0%
	能力	10	3.22	1.9	20.0%
d455	実行状況	10	4.15	2.3	10.0%
	能力	10	3.22	1.9	30.0%
d850	実行状況	10	7.36	1.9	30.0%
	能力	10	7.36	1.9	30.0%
	全項目	110	3.02	2.1	21.8%

- (1) 無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値
- (2) 完全一致(1種類)~完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値
- (3) 採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。無回答は除外。

表3-4 2職種の評価者間の係数

職種間	データ個数	係数	判定
Dr-Ns	n=98	0.326	低い一致

Dr-PT	n=101	0.476	中等度の一致
Dr-OT	n=106	0.407	中等度の一致
Ns-PT	n=95	0.283	低い一致
Ns-OT	n=98	0.388	低い一致
PT-OT	n=105	0.296	低い一致

係数 0.6であれば評価者間の一致度は十分高い

多職種による相談後の採点評価の変動は様々なパターンが確認されたが、特に「2：中等度の問題」と「3：重度の問題」の境界に着目すると、全相談件数(10患者×11項目=110件)のうち24件の完全一致を除いた86件について、(A)採点3以上重度の評価者がいるにも関わらず、相談結果は2以下の軽度・中等度以下と判定した場合は13件、逆に(B)採点2以下の軽度・中等度の評価者がいるにも関わらず、相談結果は3以上の重度と判定した場合は15件と、全体の15～17%を占めた。また、(C)採点1～4の評価者がいるにも関わらず総合票で8 or 9と判定した場合は12件で、3者の合計は40件となった。評価項目でみると、「d850 報酬を伴う仕事」、「d230 日課の遂行」で多かった(表3-5)。

表3-5 多職種相談後の採点結果の変動

評価項目	評価点	A	B	C	計
b130	程度	1件	1件	0件	2件
b152	程度	1件	0件	0件	1件
b280	程度	2件	1件	0件	3件
d230	実行状況	6件	0件	0件	6件
	能力	2件	3件	0件	5件
d450	実行状況	0件	2件	0件	2件
	能力	1件	2件	0件	3件
d455	実行状況	0件	1件	2件	3件
	能力	0件	3件	0件	3件
d850	実行状況	0件	1件	5件	6件
	能力	0件	1件	5件	6件
	合計	13件	15件	12件	40件

評価者アンケートでは、「患者の状態変化の把握」と「多職種による患者状況の共通理解」の役立ち度を、「非常に役立つ」から「全く役

立たない」までの7段階評価で、「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」の難易度を、「非常に易しい」から「非常に難しい」までの7段階評価で、それぞれ評価した。

「患者の状態変化の把握」では、否定評価(役に立たない)が約32%と、肯定評価(役に立つ)の約24%を約9ポイント上回る結果となった。一方、「多職種による患者状況の共通理解」では、肯定評価(役に立つ)が約35%で、否定評価(役に立たない)の約29%を約6ポイント上回った。

「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」については、否定評価(難しい)がそれぞれ約77%、約71%と、全体の7割を超える結果となった(図3-1)。

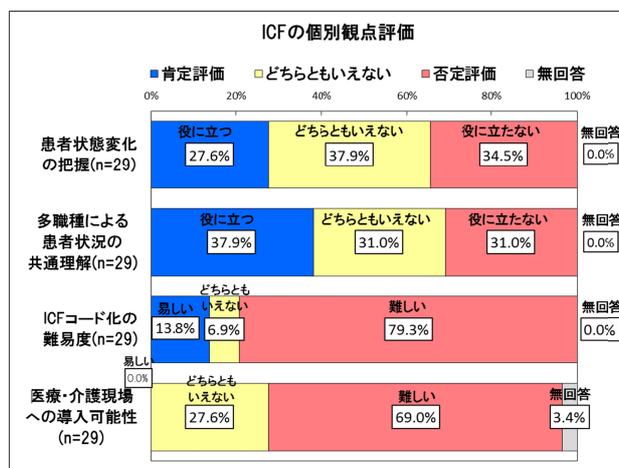


図3-1 ICFの評価

アンケートの自由記述回答では、「ICFコードが役立つ理由」として、医療従事者間の共通評価項目としての有効性や、多職種間・介護施設と家族間の情報共有化ツールとして可能性などが挙げられた。また、「ICFコード化作業の難しい点」としては、評価項目定義の表現の難しさや評価基準の曖昧さなどが指摘され、「ICFコードの現場導入のための改善案」

としては、評価項目・定義の表現の簡略化・簡潔化、評価具体例の提示などの改善案が挙げられた。

D. 考察

世界保健機構 (WHO) は、疾病や障害に関する各種の国際分類を制定しているが、これらは World Health Organization Family of International Classification (WHO-FIC) と呼ばれ、その中心分類として、ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : 国際疾病分類) や ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health : 国際生活機能分類) が位置づけられている。WHO は、障害に関する国際分類として 1980 年に ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps 国際障害分類) を制定したが、その後 2001 年にその改訂版として ICF を制定した。ICIDH では、疾病 機能障害 能力障害 社会的不利というように、疾病による『社会的不利 (生活しにくさなど) の視点』から、本人に疾病 (障害など) があることが原因で発生するという一方向のものとして分類されてきたが、ICF では、健康状態はそれに関連する様々な因子 (心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子、個人因子など) が複雑に絡み合って相互作用しているという観点から、これらの因子が『生活機能の視点』から系統的に分類された (1424 項目からなる)。したがって、ICF では、あらゆる健康状態と健康関連状況を分類することが可能となり、その対象は、障害のある人に限らず、健康な人をも含むすべての人に及ぶ包括的な分類となっている。少子高齢化が急速に進むわが国

では、疾病を抱えて社会生活を営む高齢者の増大が見込まれることから、保健、医療、介護、福祉分野の連携が強く求められ、各分野で共通して用いることのできる評価手法の開発が待望されている。今回の検討では、ICF の分類手法を用いて、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる包括的評価手法の開発が可能かどうかを見極めることを目的とした。

脳卒中 10 症例を対象として、急性期病院における退院時の生活機能を「ICF generic set (一般セット)」を用いて、4 職種による評価を行ったが、いくつかの問題点が明らかとなった。第 1 に、項目評価における「9.非該当」が、評価項目「d850 報酬を伴う仕事」に集中したことから、この項目については急性期での評価から除外し、報酬に値する仕事かどの程度出来るかを問う項目への変更が相応しいと考えられた。第 2 に、4 職種の評価者による採点の一致率では、0.0% ~ 60.0% とばらつき、全項目平均は 21.8% と低率であり、2 職種の評価者間一致率も低い結果となったことから、現時点で「ICF generic set (一般セット)」を急性期病院退院時の生活機能の評価項目として用いることには限界があると考えられた。評価の一致率が低かった原因として、

評価者がこの評価項目に慣れていない、評価基準に対する理解の不足がある (標準化されていない)、評価者により障害の程度の判定に『生活機能の視点』が取り入れられていない、職種によって、障害や生活能力そのものの見方が異なる、などが上げられる。また、多職種による相談後の採点評価の変動については、「2 : 中等度の問題」と「3 : 重度の問題」の境界で、評価の変動が全体の 15 ~ 17% で生じる結果となり、評価者による評価

基準に対する理解不足が明瞭となった。

一方、評価者アンケート結果からは、本評価法の位置づけについて、評価者の間に十分なコンセンサスが得られていないことが判明した。「患者の状態変化の把握」では、役立つとの答えが24%、役立つしないとの答えが32%、「多職種による患者状況の共通理解」では、役立つとの答えが35%、役立つしないとの答えが29%であり、「ICFコード化の難易度」や「医療・介護現場への導入可能性」については、難しいとの判断がいずれも7割を超える結果となった。しかしながら、アンケートの自由記述回答で、『医療従事者間の共通評価項目としての有効性』や、『多職種間・介護施設と家族間の情報共有化ツールとして可能性』などが挙げられことは、現状においてこれらを満たす評価手法が欠如していること、新たな評価手法の開発が必要であることなどの要望があることを反映していると考えられた。

今回の検討から、わが国の現状において急性期病院における脳卒中患者の退院時の生活機能を「ICF generic set(一般セット)」を用いて評価することについては、評価者間の評価にばらつきが大きく、普及には限界があることが想定された。ICFに基づく評価手法を、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる評価手法として開発するためには、評価項目の見直しに止まらず、ICFの概念に関する教育と評価基準に関する専門職種間のコンセンサス作りが前提となる。WHOが2001年に、ICIDH(国際障害分類)からICF(国際生活機能分類)に改定した背景には、疾病による障害を『社会的不利の視点』から捉えるよりも、疾病の有無に関わらず健康状態を『生活機能の観点』から包括的に捉えることが重要であることを認識したか

らであると考えられる。しかしながら、わが国における障害者に対する社会基盤の整備は、WHOが制定したICIDH(国際障害分類)を根拠とした社会的不利の改善(障害者に対するバリアフリー社会の構築)としての対策に止まっている。また、医療現場においては、患者一人一人の障害に必要な支援を、社会における生活機能の改善を目指す取り組みとして位置づける視点が十分ではない。そのことは、今回の検討における評価者アンケート結果からも見て取れる。

わが国において、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる包括的評価手法の開発は、必要不可欠と考えられるが、ICFに基づく評価手法の開発に当たっては、各分野におけるICF教育の徹底とICFの評価項目の見直しと評価基準についての多職種間のコンセンサス作りが必要不可欠である。

E. 結論

「ICF generic set(一般セット)」を用いて、急性期病院における脳卒中患者の退院時の生活機能を多職種で評価したところ、評価者間での採点一致率が極めて低く、現状において直ちに臨床使用することについては十分な信頼性を得るには至らなかった。その背景因子として、わが国の医療現場においては、障害を生活機能の観点から捉えるICFの概念が十分に浸透していないことが考えられた。

わが国において、ICFに基づいて、保健、医療、介護、福祉の各分野で共通して用いることのできる包括的評価手法を開発するためには、各分野におけるICF教育が前提となる。また、ICFの評価項目の見直しと評価基準についての多職種間のコンセンサス作りを早急

に行うべきである。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 原著論文

中川原 譲二：循環型地域連携クリティカパスとその意義．リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア，診断と治療社，東京，pp45-49, 2013

2. 学会発表

中川原 譲二：チーム医療の質を検証するための診療情報管理．（シンポジウム）第 39 回日本診療情報管理学会 2013.9.4

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

参考資料(国立循環器病研究センター)

図表1 サンプル数

採点対象 (入院患者)	患者1名の 評価項目	評価者 (病院勤務専門職)	回収 ICFコード票	回収 評価者アンケート
10名	7項目 (11評価)	31名	50票 (うち総合票10票)	29票

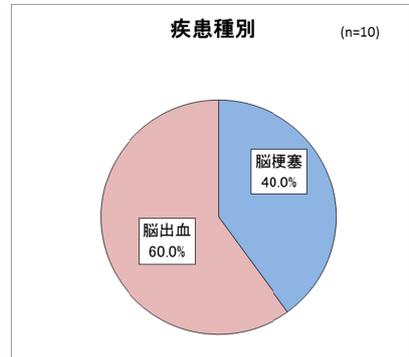
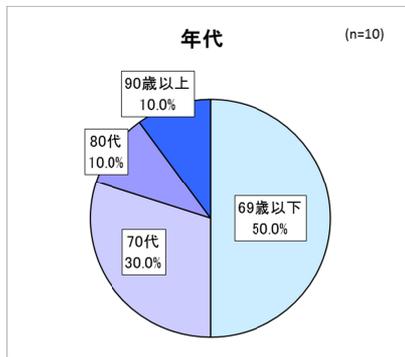
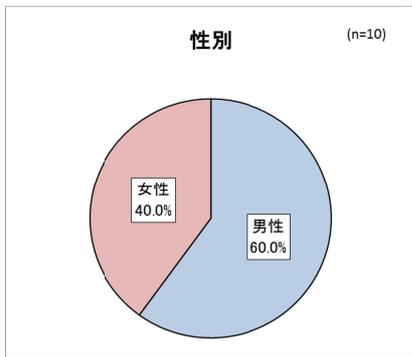
図表2 配布物

	入院患者向け	評価者向け	協力施設事務局向け
1	ICF 試行評価の説明書	調査実施マニュアル	ICF 試行評価実施計画書
2	同意文書	ICF コード記入票(図表 11)	患者基本情報一覧表(図表 13)
3	同意撤回書	評価者アンケート(図表 12)	FIM 評価票
4			看護必要度評価票
5			モデファイランキングスケール

印:調査終了時の回収対象

図表3 採点対象者(入院患者)の基本属性

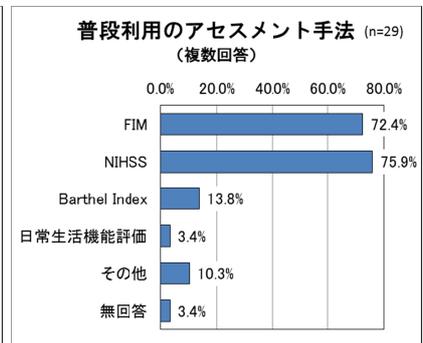
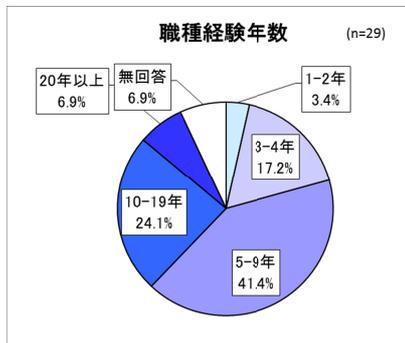
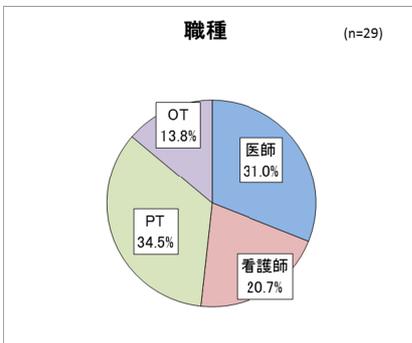
性別	年齢	疾患種別
男性 6名	63~90歳	脳出血6名
女性 4名	(平均72.7歳)	脳梗塞4名



評価時期	MRS評価	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計	看護 必要度A	看護 必要度B	看護必要度 A+B
退院時	0~11 (平均2.5)	19~91 (平均51.1)	14~35 (平均27.1)	40~125 (平均78.2)	0~1 (平均0.1)	0~11 (平均4.7)	0~11 (平均4.8)

図表4 評価者(病院勤務専門職)の基本属性

職種	人数	平均経験年数
医師Dr	9名	6.8年
看護師Ns	6名	13.0年
理学療法士PT	10名	9.2年
作業療法士OT	4名	6.0年
合計	29名	8.9年



図表5 ICF 評価点(基準)と採点結果



採点 点数	点数の意味	基準	採点 件数	構成 比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	82	18.6%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	81	18.4%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	57	13.0%
3	重度の問題(困難)	50-95%	59	13.4%
4	完全な問題(困難)	96-100%	80	18.2%
8	詳細不明	-	6	1.4%
9	非該当	-	54	12.3%
		無回答	21	4.8%
		合計	440	100.0%

図表6 Generic Setの評価項目と採点結果

【患者10名×4職種の採点結果(評価項目別の点数構成比)】

評価項目	評価点	採点 件数	点数 「0」	点数 「1」	点数 「2」	点数 「3」	点数 「4」	点数 「8」	点数 「9」	無回 答
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	40	70.0%	17.5%	5.0%	5.0%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	40	45.0%	40.0%	12.5%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	40	30.0%	30.0%	27.5%	7.5%	2.5%	0.0%	0.0%	2.5%
d230 日課の遂行	実行状況	40	12.5%	25.0%	22.5%	27.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	40	17.5%	25.0%	17.5%	15.0%	17.5%	0.0%	0.0%	7.5%
d450 歩行	実行状況	40	10.0%	25.0%	12.5%	22.5%	30.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	40	5.0%	25.0%	15.0%	20.0%	27.5%	0.0%	0.0%	7.5%
d455 移動	実行状況	40	7.5%	5.0%	7.5%	17.5%	42.5%	7.5%	12.5%	0.0%
	能力(支援なし)	40	2.5%	7.5%	17.5%	15.0%	47.5%	2.5%	0.0%	7.5%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	40	5.0%	0.0%	2.5%	7.5%	7.5%	2.5%	65.0%	10.0%
	能力(支援なし)	40	0.0%	2.5%	2.5%	7.5%	10.0%	2.5%	57.5%	17.5%
	全項目	440	18.6%	18.4%	13.0%	13.4%	18.2%	1.4%	12.3%	4.8%

【患者10名の全評価データ】

評価項目	評価点	採点 件数	点数平均 1	種類平均 2	一致率 3
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	10	0.53	1.6	60.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	10	0.73	2.4	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	10	1.21	2.4	20.0%
d230 日課の遂行	実行状況	10	2.03	2.6	0.0%
	能力(支援なし)	10	1.89	2.2	10.0%
d450 歩行	実行状況	10	2.38	1.9	30.0%
	能力(支援なし)	10	3.22	1.9	20.0%
d455 移動	実行状況	10	4.15	2.3	10.0%
	能力(支援なし)	10	3.22	1.9	30.0%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	10	7.36	1.9	30.0%
	能力(支援なし)	10	7.36	1.9	30.0%
	全項目	110	3.02	2.1	21.8%

- (1) 点数平均: 無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値
- (2) 種類平均: 完全一致(1種類) ~ 完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値
- (3) 一致率: 採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。但し、無回答は除外。

図表7 評価者（職種）間の 係数（偶然によらない一致率）

【 係数（kappa coefficient）の算出結果】

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=98	0.326	低い一致
Dr-PT	n=101	0.476	中等度の一致
Dr-OT	n=106	0.407	中等度の一致
Ns-PT	n=95	0.283	低い一致
Ns-OT	n=98	0.388	低い一致
PT-OT	n=105	0.296	低い一致

【 係数の判定基準】

係数 0.6であれば評価者間の一致度は十分高い

係数	判定
0～0.40	低い一致 (poor agreement)
0.41～0.60	中等度の一致 (moderate)
0.61～0.80	かなりの一致 (good to fair)
0.81～	高い一致 (excellent)

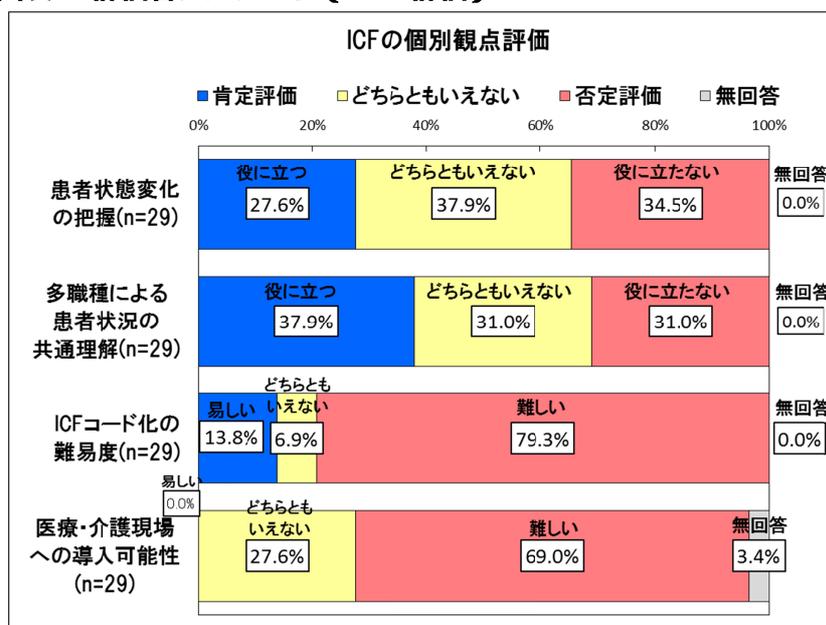
算出式

$$\text{係数 (偶然によらない一致率)} = \frac{\text{見かけ上の一致率のうち、偶然によらない一致率}}{\text{全体一致率のうち、偶然によらない一致率}}$$

図表8 多職種相談後の採点結果の変動

評価項目	評価点	採点3以上がある 中で、総合票は 2以下と判定	採点2以下がある 中で、総合票は 3以上と判定	採点1-4がある中 で、総合票は 8 or 9と判定	計
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	1件	1件	0件	2件
b152 情動機能	程度・大きさ	1件	0件	0件	1件
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	2件	1件	0件	3件
d230 日課の遂行	実行状況	6件	0件	0件	6件
	能力(支援なし)	2件	3件	0件	5件
d450 歩行	実行状況	0件	2件	0件	2件
	能力(支援なし)	1件	2件	0件	3件
d455 移動	実行状況	0件	1件	2件	3件
	能力(支援なし)	0件	3件	0件	3件
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	0件	1件	5件	6件
	能力(支援なし)	0件	1件	5件	6件
合計		13件	15件	12件	40件

図表9 評価者アンケート（ICFの評価）



図表10 評価者アンケート(自由記述)

【ICFコード化作業の難しい点/易しい点】

職種	コード化難易度	ICFコード化作業の難しい点/易しい点
Ns	非常に難しい	言葉が難しくなかなか想像がつきにくく評価が難しい。
Dr	難しい	難解な日本語であり患者の状態などに照らし合わせにくい。また、複数の評価項目(実行可能なレベルが異なると考えられる)が一項目内に入り、点数化しにくい。評価点を%で示すと範囲が広すぎて判断しにくい。すべての評価が主観にもとづき客観性に乏しい。
Dr	難しい	評価の基準があいまいであったことが困難であった。
Dr	難しい	文章の解釈の仕方によって評価が変わる点が難しいと思います。
Ns	難しい	定義を日々のPtの状態や言動、行動をどう当てはめたら良いのか難しかった。
Ns	難しい	評価点の2,3で迷ってしまう。
Ns	難しい	評価の言葉の意味が難しい。
Ns	難しい	文章の内容が難しかった。理解できない文もあった。評価点は選択しやすかった。
PT	難しい	判断基準が広く、明確でない点で難しいと感じた。
PT	難しい	具体例などがなく、点数が付けにくい。定義の文章が難解。
PT	難しい	グレーディングがシンプルなのは良かった(容易)のですが、項目の内容自体が理解しにくかったです。
PT	難しい	「活力と欲動の機能」「情動機能」の評価
OT	難しい	文章表現が分かりにくかったです。評価点の2(中等度)~3(重度)の幅が広く、点数をつけるのが難しかったです。
OT	難しい	軽度や中等度を判定することが難しかった。
OT	難しい	食欲や情動の範囲について、問題の程度を評価するのが難しかった。歩行や移動は比較的評価しやすかった。
OT	難しい	判断に迷う。基準の文言が読み取りにくい。
Dr	やや難しい	抽象的な質問が多い点が難しい。
Dr	やや難しい	感覚障害の評価は重症度が判断しづらい。
Dr	やや難しい	項目が分かりにくく、数が多い。
Ns	やや難しい	内容が抽象すぎてわかりにくい
Ns	やや難しい	看護師だけの判断なのか、食欲や不愉快な感覚など患者の意見も含めてのことなのか、判断つかない。
PT	やや難しい	情動機能、情動の範囲が難しかった。重度の問題 50-95%幅が広い。
PT	やや難しい	考えれば考えるほど評価が難しくなる。軽・中・重の判断基準をもう少し詳しく示されていれば、評価の時間を短縮できるかもしれない。
PT	やや難しい	コードの文章の解釈が難しかった。
OT	やや難しい	運動ptや失語で訴えができない方は、日課の進行や達成が制限されることが多いですが、これらの評価点の付け方が難しかったです。
OT	やや難しい	高次脳機能障害や認知機能低下がある場合の「日課の遂行」「情動機能」の項目の評価が難しかったです。歩行の評価基準が「1キロメートル」では幅が広く、評価が難しかったです。また、支持なしでは、困難度が分かりにくいと思いました。
PT	どちらともいえない	出来ることと実際に行っていることの差異の解釈。
OT	どちらともいえない	リハビリ現場で評価できる場所は容易であった。
OT	まあ易しい	定義が複雑。これでは評価者のバイアスは大きくなる。
PT	易しい	評価の判定は易しく、項目も少ない。BI、FIMの1/3ほどの時間である。
PT	易しい	厳密な評価でなく、5段階に分かれているため大体で評価することが可能であり、容易であった。
Dr	非常に易しい	患者の後遺症がなく評価が容易だった。

【ICFコードが役立つ理由/役に立たない理由】

職種	患者状態変化の把握	多職種による患者状況の共通理解	ICFコードが役に立つ理由/役に立たない理由
Dr	役に立つ	役に立つ	医療従事者間で共通の評価項目がなかったため、その点で有用かと思われた。
Dr	役に立つ	役に立つ	共通理解が得られれば次の病院や介護職、家族に情報として伝えやすくなる可能性がある。
Dr	役に立つ	役に立つ	転院時にある程度の指標となると思うから。
PT	役に立つ	役に立つ	各項目毎に把握できる。ただし慣れが必要。
OT	役に立つ	役に立つ	チームで患者の状態を共通に共有できるため。
Dr	まあ役に立つ	まあ役に立つ	ベッドサイドの診察だけではわからない情報が得られる。
Dr	まあ役に立つ	まあ役に立つ	主観的な評価ではありますが、多職種の視点からの評価を共有できる点は有用と考えます。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	食欲や感情といった類の情報が得られる。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	患者の能力の把握
OT	どちらともいえない	まあ役に立つ	大まかな動作能力やADLの活動性は把握できると思いました。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	言葉の定義、捉え方が人によって違うため統一した評価なのか難しい。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	どのように役立っていくか分からない。もっと日常生活動作を何段階かで評価した方が分かりやすいのではないかと。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	全て関わっている人が共通認識できていれば、有効かもしれない。重度・軽度の違いなど、もっとわかりやすければ評価しやすい。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	ptに合ったものであったり、理解、熟知した人が記入すると役に立つと思われる。しかし、他職種との話し合う場を設け、共通認識ができることは有用と思われる。
Ns	どちらともいえない	どちらともいえない	内容がptに合っているものであれば問題ない。FIMの方が情報が取りやすい。
PT	どちらともいえない	どちらともいえない	おおまかな状態を把握することは可能と思われるが、意識障害や高次脳機能、介助量は伝わりにくいかもれない。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	リハビリの場面のみではわからない。病棟での患者の過ごし方等の情報を共有できる。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	実際の能力と実行状況を話し合う項目としては使えるかもしれませんが、評価項目の定義の内容が分かりにくく、幅が広い。さらに細かい評価項目リストと評価点の付け方のガイドが必要。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	病棟の看護師さんは実際の実行状況を評価しやすく、医師、リハビリは実際の能力が評価しやすいため、この評価表を基にカンファレンスすると全体像は捉えやすいと思いました。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	状態変化を把握するには範囲が広く、少なくとも急性期での変化を追うのは難しいと思いました。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	統一した評価ができれば役に立つと思われるが、評価者によるばらつきが大きそうであり、実際に使用するのが難しそう。
Ns	あまり役に立たない	どちらともいえない	文章が抽象的なので患者像がイメージできない。また、評価の幅も広いので、患者の状況を共通して理解できるのかわからない。
Dr	あまり役に立たない	あまり役に立たない	一項目ずつの評価であり、総合評価がないことから患者の全体像を把握しにくい。これだけ多くの項目についてバラバラに評価するのであれば、現場では言葉でコミュニケーションを取る方がより正確であると考え。点数化することに意味を感じられない。
Ns	あまり役に立たない	あまり役に立たない	定義が難しいから。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	各項目の意味が理解しがたくイメージがわからない。細かい変化を拾えない。例えば、歩行の項目で短距離1キロメートル未満とあるが、5mでも500mでも1キロメートル未満だが、2つは大きな差であると思う。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	項目の内容が観念的で、共通理解する上で幅が広くなり過ぎる印象を受けました。この項目で大まかな評価をしても情報として活用しにくいのでは、と思いました。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	医療、特に急性期での評価は役立ちにくい。病院管理下にある患者の場合は、判定結果が患者像とは合致しない。介護現場の方が活用しやすい項目ではないかと考える。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	漠然とした評価項目が多く、評価表から患者像がわかりにくい。

職種	患者状態変化の把握	多職種による患者状況の共通理解	ICFコードが役に立つ理由/役に立たない理由
OT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	評価内容が難しすぎて一般的でない。臨床の現場ではもっと簡便であるべき。
OT	あまり役に立たない	役に立たない	複雑な定義は現場の介護士にはまず伝わらない。国の方針としてやっているだけのものになり、実用性はあまりない。
Dr	役に立たない	あまり役に立たない	職種間での評価点数に大きな差があると思われます。

【ICFコードの現場導入のための改善案】

職種	医療・介護現場への導入可能性	ICFコードの現場導入のための改善案
Dr	非常に難しい	文章の簡略化、項目の選定。より客観的な評価になるよう具体例を挙げる、もしくは判断すべき一動作(項目)を決める(「～ができれば 点」など)。
PT	非常に難しい	ようやくFIMが根付いてきた時点であるので、共通ツールを増やす必要性を感じない。
PT	非常に難しい	評価項目をもっとシンプルにする必要がある。
Dr	難しい	中等度の基準をより具体的なものにするという工夫が必要と考えます。
Dr	難しい	より簡便にする。項目を減らす。診療報酬に加算されるなどのメリット(病院の)があれば義務的になる？
Ns	難しい	もっと簡素な表現にする。
Ns	難しい	実際の行動が文章として表れていないので、評価しやすい内容がよい。
PT	難しい	評価項目をもっと具体的に示す。
OT	難しい	多職種が見て判断にできるだけ迷わないような基準づくり。
OT	難しい	各項目の評価内容をさらに詳しく、明確にすると評価ごとのずれは少なくなると思いました。
OT	難しい	項目の絞り込みと評価基準を具体的に示す必要があると思います。
Ns	やや難しい	日常のADLについて書かれていた方がよいのではないかと思った。
PT	やや難しい	採点基準の統一。同一評価点内のどの位置にあるかを、目で見て分かるような工夫。
PT	やや難しい	わかりやすい文章への変更(多職種にも理解しやすい)
OT	やや難しい	脳卒中では、高次脳機能障害や認知機能がある場合の各困難度に応じた評価の定義づけがあれば、分かりやすいと思いました。また、歩行や移動の短距離の評価基準が1キロメートルでは、詳細評価がしづらいこと、さらに「支援なし」では限定されてしまうため、「支援あり」か「なし」かを選択した上で、具体的な距離を基準にしたほうが分かりやすいと思いました。
OT	やや難しい	項目の絞り込み、簡略化が必要だと思います。
Dr	やや難しい	業務に負担とならないようにする
Ns	やや難しい	学習後からだとも可能である。急性期HPに合ったものがないと思う。
Ns	やや難しい	具体例をつけてほしい。急性期のHPに合わせた内容で。
PT	やや難しい	評価項目を少なくし、もっと簡便にできるような改善が必要。評価項目の内容もわかりづらく、評価者によって解釈の仕方が異なる可能性がある。
OT	やや難しい	さらに詳細な評価項目と評価点の付け方の例が具体的なものがあれば、一貫性のあるものになるのではないかと思います。
OT	やや難しい	全職種の共通の知識が必要。
OT	やや難しい	出来なくはないが、時間がかかる。十人十色だと評価法としては適切でない。
Dr	どちらともいえない	急性期の臨床の場でこの評価がどのように活用されていくのかが分からない。
Dr	どちらともいえない	評価基準があいまい
Dr	どちらともいえない	項目の選択は改善の余地があると思います。
Ns	どちらともいえない	言葉を分かりやすく統一し、理解を出来るようになったらいい。
PT	どちらともいえない	わかりやすい評価尺度
PT	どちらともいえない	各項目についてFIMのように細かい基準を設け、それを周知させるための講習会などが必要。
PT	どちらともいえない	FIMの4点、5点のように監視がいるかいないか、介助がいるかいないかが分かりやすければ良いのではないかと。
Ns	無回答	各目ICFについて、自己学習を行い理解を深めた上で関わると評価点をつけるとき迷わず済むと思う。

図表11 ICFコード記入票

赤枠内への記入をお願い致します。

ICF コード記入票 (国立循環器病研究センター)

患者コード	記入者コード	コード番号はアンケートと同じものをご記入下さい。多職種で相談した際は、全ての相談者分をご記入下さい。	記入日 /
-------	--------	--	----------



問1. 各項目に「程度・大きさ」の評価点0-9を記入(下位項目、特に黄色項目の評価を踏まえて回答)
また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

評価項目	定義	第1評価点
b130 活力と欲動の機能	個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的精神機能。 除かれるもの 意識機能、気質と人格の機能、睡眠機能、精神運動機能、情動機能	程度・大きさ
b1300 活力レベル	活力と精力を生む精神機能。	
b1301 動機付け	行為の誘発、すなわち意識的または無意識的な行為への推進力を生む精神機能。	
b1302 食欲	自然な切望、欲望、特に飲食物への自然かつ反復的な欲望を生む精神機能。	
b1303 渴望	物質(乱用の可能性のあるものを含む)の使用へとかりたてる精神機能。	
b1304 衝動の制御	突如何かをしたという強い衝動を制御し、それに抵抗する精神機能。	
b1308 その他の特定の、活力と欲動の機能		
b1309 詳細不明の、活力と欲動の機能		
b152 情動機能	こころの過程における感情的要素に関連する個別的精神機能。 除かれるもの 気質と人格の機能、活力と欲動の機能	程度・大きさ
b1520 情動の適切性	状況に見合った感情を生む精神機能。例えば、よい知らせを聞いたときの幸福感。	
b1521 情動の制御	感情の経験と表出を制御する精神機能。	
b1522 情動の範囲	愛情、憎しみ、不安、悲しみ、喜び、恐れ、怒りなどといった感情を喚起される経験の幅(スペクトラム)に関する精神機能。	
b1528 その他の特定の情動機能		
b1529 詳細不明の情動機能		
b280 痛みの感覚	身体部位の損傷やその可能性を示す、不愉快な感覚。	程度・大きさ
b2800 全身的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、全身の不愉快な感覚。	
b2801 身体の局所的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、特定の部位やいくつかの身体部位の不愉快な感覚。	
b28010 頭頸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、頭部や頸部の不愉快な感覚。	
b28011 胸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、胸部の不愉快な感覚。	
b28012 腹部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、腹部の不愉快な感覚。 含まれるもの 骨盤部の痛み。	
b28013 背部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、背部の不愉快な感覚。 含まれるもの 大幹の痛み、腰痛。	
b28014 上肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、上肢(手を含む)の不愉快な感覚。	
b28015 下肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、下肢の不愉快な感覚。	
b28016 関節の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、小関節や大関節を含む関節の不愉快な感覚。 含まれるもの 股関節の痛み、肩関節の痛み。	
b28018 その他の特定の局所的な痛み		
b28019 詳細不明の局所的な痛み		
b2802 身体の複数部位の痛み	複数の身体部位の損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	
b2803 同一皮節内の放散痛	同じ神経根に支配された皮節内にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	
b2804 体節性あるいは領域性の放散痛	同じ神経根には支配されない、異なる皮節にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	

「実行状況」及び
「能力(支援なし)」の評価点
0~4、8、9



問2. 各項目に「実行状況」と「能力(支援なし)」の評価点0-9を記入(下位項目、特に黄色項目の評価を踏まえて回答)

また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

【実行状況】 【能力(支援なし)】

評価項目	定義	実行状況	能力(支援なし)
d230 日課の遂行	日々の手続きや義務に必要なことを、計画、管理、達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。例えば、1日を通してのさまざまな活動の時間を配分し、計画を立てること。		
d2301 日課の管理	日々の手続きや義務に必要なことを計画し、管理するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。		
d2302 日課の達成	日々の手続きや義務に必要なことを達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。		
d2303 自分の活動レベルの管理	日々の手続きや義務に必要なエネルギーや時間を調整するための、行為や行動を遂行すること。		
d2308 その他の特定の、日課の遂行			
d2309 詳細不明の、日課の遂行			
d450 歩行	常に片方の足が地面についた状態で、一步一步、足を動かすこと。例えば、散歩、ぶらぶら歩き、前後左右への歩行、除かれるもの 乗り移り(移乗)、移動		
d4500 短距離歩行	1キロメートル未満の歩行。例えば、部屋や廊下、建物の中、屋外の短距離の歩行。		
d4501 長距離歩行	1キロメートル以上の歩行。例えば、村内あるいは町内の歩行、村から村への歩行、広々とした土地での歩行。		
d4502 さまざまな地面や床面上の歩行	傾斜したり、凹凸があったり、あるいは動く床面での歩行。例えば、草の上、砂利、氷、雪の上での歩行。船、電車、その他の乗り物の上または中での歩行。		
d4503 障害物を避けての歩行	動いていたり静止している物、人、動物、乗り物などを避けるために必要な歩行。例えば、市場あるいは店の中での歩行。交通渋滞やその他の混雑した場所での歩行。		
d4508 その他の特定の歩行			
d4509 詳細不明の歩行			
d455 移動	歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、障害物の周囲を走り回る、除かれるもの 乗り移り(移乗)、歩行		
d4550 這うこと	手や腕、それと膝を使って、うつぶせのまま身体全体をある場所から別の場所へと移動させること。		
d4551 登り降りすること	段、岩、梯子、階段、舗道の縁石などの床面やその他の物の上で、身体全体を上方あるいは下方へと移動させること。		
d4552 走ること	両方の足が同時に地面から離れている時がある素早い足取りで移動すること。		
d4553 跳ぶこと	両足を曲げて伸ばすことによって地面から離れ、上方に動くこと。例えば、片足でのジャンプ、ホップ、スキップ、水中へのジャンプや飛び込み。		
d4554 水泳	身体を水底につけない状態で、手足や全身の動きにより、水中を進めること。		
d4558 その他の特定の移動			
d4559 詳細不明の移動			
d850 報酬を伴う仕事	賃金を得て、被雇用者(常勤・非常勤を問わず)や自営業者として、職業、一般職、専門職、その他の雇用形態での労働に従事すること。例えば、職探し、就職、工作上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループで必要な仕事の遂行。		
d8500 自営業	個人が見つけたしたり創出したり、あるいは公式の雇用関係なしで他人から請け負った、報酬を伴う仕事に従事すること。例えば、季節農業労働、自由契約の作家やコンサルタントとしての仕事、短期契約の仕事、芸術家や工芸家としての仕事、店やその他のビジネスの所有や経営。		
d8501 非常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、非常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、工作上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループで必要な仕事の遂行。		
d8502 常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、工作上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループで必要な仕事の遂行。		
d8508 その他の特定の、報酬を伴う仕事			
d8509 詳細不明の、報酬を伴う仕事			

図表12 評価者アンケート票

ICF 試行評価 評価者(ICF コード記入者)アンケート

評価者コード	
--------	--

ICF 試行評価に参加・体験してのご意見・感想について

問1. 「ICF コード化作業」の難易度について、あなたのご意見・感想は？(1つ: 〃に)

非常に易しい	易しい	まあ易しい	どちらともいえない
やや難しい	難しい	非常に難しい	

問2. とりわけ、どのようなところが難しかったですか、あるいは、評価が容易でしたか？

問3. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、患者の状態変化を把握するための情報として役に立ちますか？(1つ: 〃に)

非常に役に立つ	役に立つ	まあ役に立つ	どちらともいえない
あまり役立たない	役立たない	全く役立たない	

問4. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、多職種が患者の状況を共通して理解するための情報として役に立ちますか？(1つ: 〃に)

非常に役に立つ	役に立つ	まあ役に立つ	どちらともいえない
あまり役立たない	役立たない	全く役立たない	

問5. 問3と問4について具体的にどのような役に立ちますか、あるいは役に立たないとしたらどのような理由からですか？

図表13 患者基本情報一覧票

ICF 試行評価 患者基本情報一覧					
	患者コード	性別	年齢	疾患名	DPCコード
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
平成 25 年度 分担研究報告書

ICF generic set を回復期リハビリ病棟入院患者に適用した場合の信頼性

分担研究者 園田茂 （藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
研究代表者 筒井孝子 （国立保健医療科学院）
分担研究者 中川原譲二 （国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）
分担研究者 東野定律 （静岡県立大学経営情報学部）
研究協力者 高橋勇二 （社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）

研究要旨 項目数が多くて実用が危惧される WHO の ICF において、最も項目数を減らした組合せである generic set 7 項目の信頼性を検討した。回復期リハビリ病棟入院患者 5 名を医師、看護師、療法士、社会福祉士が別個に採点した一致係数 κ は 0.10~0.22 と非常に低い一致であった。4 検者からのアンケートでは「やや難しい/あまり役に立たない」以上の評価が 75%と、現場への導入は難しい/状態把握に役に立たないとの認識が強かった。ICF 項目の操作的定義の追加などの方策が必要であろう。

A. 研究目的

WHO の ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) の枠組み(概念)で障害・生活を捉えることは重要であるものの、実際のデータ収集ツールとしての ICF の実力も認識しておかなければならない。ICF の多数の項目から抽出された core set がいろいろ考案されており、その中の最小項目数と思われる generic set の信頼性を検討した。

B. 研究対象と方法

ICF の generic set は b130 活力と欲動の機能、b152 情動機能、b280 痛みの感覚、d230 日課の遂行、d450 歩行、d455 移動、d850 報酬を伴う仕事の 7 項目(d コードには実行、能力の 2 種類の採点が必要なので、それを合わせると合計 11 項目)からなる評価である。この generic set の項目定義をリハビリ専門職 4 名(医師、看護師、理学療法士、社会福祉士、経験年数 7 年から 28

年)に読ませた。

採点対象は回復期リハビリ病棟入院中の 5 名の患者とした。男性 3 名、女性 2 名、平均年齢 69.4 歳、脳梗塞 4 名、脳挫傷 1 名、FIM 運動項目の平均が 75.8、FIM 認知項目の平均が 28.4、日常生活機能評価が平均 2.2 点、看護必要度 A 項目が 0 点、発症から調査までが平均 58 日であった。

評価者 4 名がお互いに相談せずに患者 5 名の generic set を採点し、さらに採点へのコメントを記録した。その後(a)ICF コード化作業の難易度、(b)患者の状態変化を把握するための情報として役に立つか、(c)多職種が患者の状況を共通して理解するための情報として役に立つか、(d)現場への導入可能性、に関するアンケートを行った。アンケートは(a)(d)では 1 非常に易しい 2 易しい 3 まあ易しい 4 どちらともいえない 5 やや難しい 6 難しい 7 非常に難しい、(b)(c)では、1 非常に役に立つ 2 役に立つ 3 まあ役

に立つ 4 どちらともいえない 5 あまり役立たない 6 役立たない 7 全く役立たない、とした。

C. 研究結果

全試行(11 項目×5 患者)の 2 評価者間の一致係数 κ は、評価者の組合せにより 0.10~0.22 であり、非常に低い一致であった(表 4-1)。また、「詳細不明」と「非該当」の選択は 14.5%にもなった(表 4-2)。

表 4-1 2 評価者間の 係数

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=55	0.149	低い一致
Dr-PT	n=55	0.184	低い一致
Dr-SW	n=55	0.219	低い一致
Ns-PT	n=55	0.220	低い一致
Ns-SW	n=55	0.104	低い一致
PT-SW	n=55	0.158	低い一致

係数 0.6 であれば評価者間の一致度は十分高い

表 4-2 ICF 評価点数と採点結果

評価 点数	点数の意味	基準	採点 件数	構成比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	77	35.0%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	48	21.8%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	18	8.2%
3	重度の問題(困難)	50-95%	26	11.8%
4	完全な問題(困難)	96-100%	19	8.6%
8	詳細不明	-	12	5.5%
9	非該当	-	20	9.1%
		合計	220	100.0%

4 人の評点が何通りに分かれたか(1 が完全一致、4 が完全不一致)は 11 項目で 1.8-3.0 通りに分布し、その平均は 2.5 通りであった(表 4-3)。

表 4-3 4 人の評点が何通りに分かれたか

	平均値
b130 活力と欲動の機能	2
b152 情動機能	2
b280 痛みの感覚	2
d230 日課の遂行実行	2.2
d230 日課の遂行能力	3
d450 歩行実行	1.8
d450 歩行能力	3
d455 移動実行	3.2
d455 移動能力	2.8
d850 報酬を伴う仕事実行	2.8
d850 報酬を伴う仕事能力	3
全項目	2.5

評価者アンケートのコメントからは、定義の曖昧さ、下位項目の不統一、採点の手間などが伺えた。4 検者からのアンケートでは、「やや難しい/あまり役に立たない」以上の評価が 75%であり、コード化は難しい、患者の状態把握や共通理解に役立たない、現場への導入は難しい、が共通認識であった(図 4-1)。

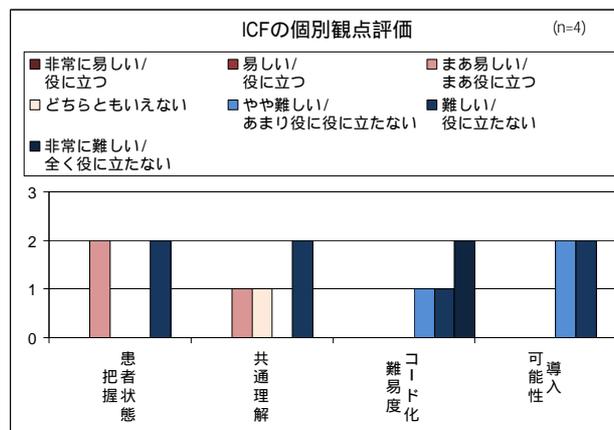


図 4-1 ICF 評価

D. 考察

我々の信頼性結果は Kohler ら(J Rehabil Med 45: 881-887, 2013)の κ 値(0.21 から 0.81)より低い。これは Kohler らは ADL 評価の FIM との比較を研究目的としていて、ADL に関連した項目を中心に調べていたことに起因する可能性がある。

ICF の 4 桁コードの採点の定義は曖昧で、その下位項目をどう扱って良いのか決められておらず、例えば移動の下位項目(這う、登り降り、

走る、跳ぶ、水泳)のどれかが出来てどれかが出来ない場合にどのように採点するのか判然としない。

このような現在の定義のまま臨床現場に導入すると、今回の研究のような困惑が現場に生じ、データが得られたとしても信頼性の非常に低いものとなろう。

E. 結論

ICF の core set のなかの generic set の信頼性を検討した。一致係数 κ が 0.10-0.22 と低く、評価者からは定義の曖昧さ、下位項目の不統一、採点の手間などのコメントを得た。ICF をコード化の手段として用いていくためには、操作的定義の追加などにより、採点の信頼性を上げる工夫が必要であろう。

ICF は WHO により定められた国際的な概念であり、これを活用してデータを蓄積する意義もあろう。その際には、項目の精選、操作的定義の追加などにより、採点の信頼性を上げる工夫が必要であろう。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 原著論文

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

参考資料(藤田保健衛生大学七栗サナトリウム)

図表1 サンプル数

採点対象 (入院患者)	患者1名の 評価項目	評価者 (病院勤務専門職)	回収 ICFコード票	回収 評価者アンケート
5名	7項目 (11評価)	4名	55票 (うち総合票0票)	4票 (4設問限定)

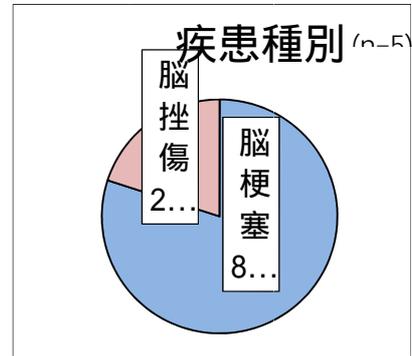
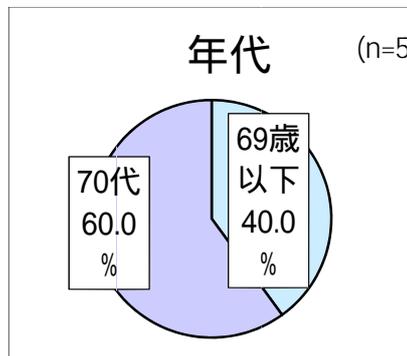
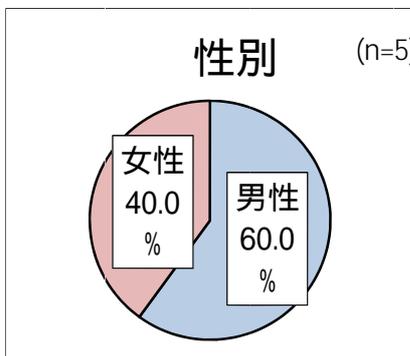
図表2 配布物

	入院患者向け	評価者向け	協力施設事務局向け
1	ICF 試行評価の説明書	調査実施マニュアル	ICF 試行評価実施計画書
2	同意文書	ICF コード記入票(図表 11)	患者基本情報一覧表(図表 13)
3	同意撤回書	評価者アンケート(図表 12)	FIM 評価票
4			看護必要度評価票
5			日常生活機能評価

印:調査終了時の回収対象

図表3 採点対象者(入院患者)の基本属性

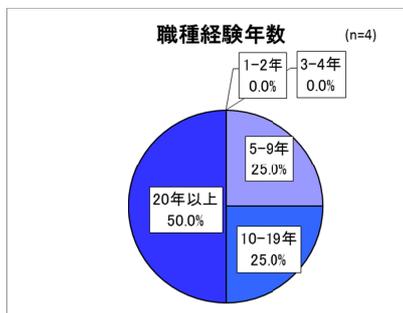
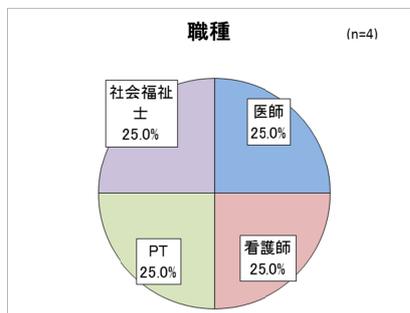
性別	年齢	疾患種別
男性 3名	58~79歳 (平均69.4歳)	脳梗塞4名 脳挫傷1名
女性 2名		



評価時期	日常生活機能評価	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計	看護必要度A	看護必要度B	看護必要度A+B
退院時	(平均2.2)	69~86 (平均78.5)	18~35 (平均28.4)	93~121 (平均104.2)	0 (平均0.0)	0~6 (平均2.2)	0~6 (平均2.2)

図表4 評価者(病院勤務専門職)の基本属性

職種	人数	経験年数
医師Dr	1名	28年
看護師Ns	1名	25年
理学療法士PT	1名	17年
介護福祉士	1名	7年
合計	4名	19.3年



図表5 ICF 評価点(基準)と採点結果



採点 点数	点数の意味	基準	採点 件数	構成 比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	77	35.0%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	48	21.8%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	18	8.2%
3	重度の問題(困難)	50-95%	26	11.8%
4	完全な問題(困難)	96-100%	19	8.6%
8	詳細不明	-	12	5.5%
9	非該当	-	20	9.1%
合計			220	100.0%

図表6 Generic Setの評価項目と採点結果

【患者5名×4職種の採点結果(評価項目別の点数構成比)】

評価項目	評価点	採点 件数	点数 「0」	点数 「1」	点数 「2」	点数 「3」	点数 「4」	点数 「8」	点数 「9」	無回 答
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	20	55.0%	45.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	20	70.0%	30.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	20	60.0%	30.0%	5.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
d230 日課の遂行	実行状況	20	60.0%	30.0%	5.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	20	50.0%	10.0%	10.0%	10.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%
d450 歩行	実行状況	20	35.0%	50.0%	5.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	20	10.0%	30.0%	20.0%	15.0%	15.0%	10.0%	0.0%	0.0%
d455 移動	実行状況	20	15.0%	5.0%	15.0%	20.0%	15.0%	5.0%	25.0%	0.0%
	能力(支援なし)	20	10.0%	5.0%	10.0%	25.0%	40.0%	5.0%	5.0%	0.0%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	20	10.0%	5.0%	5.0%	25.0%	15.0%	5.0%	35.0%	0.0%
	能力(支援なし)	20	10.0%	0.0%	15.0%	20.0%	10.0%	10.0%	35.0%	0.0%
全項目		220	35.0%	21.8%	8.2%	11.8%	8.6%	5.5%	9.1%	0.0%

【患者5名の全評価データ】

評価項目	評価点	採点 件数	点数平均 1	種類平均 2	一致率 3
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	5	0.45	2.0	0.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	5	0.30	2.0	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	5	0.55	1.8	40.0%
d230 日課の遂行	実行状況	5	0.80	2.2	20.0%
	能力(支援なし)	5	2.20	3.0	0.0%
d450 歩行	実行状況	5	0.90	1.8	40.0%
	能力(支援なし)	5	2.55	3.0	0.0%
d455 移動	実行状況	5	4.20	3.2	0.0%
	能力(支援なし)	5	3.45	2.8	0.0%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	5	5.05	2.8	0.0%
	能力(支援なし)	5	5.25	3.0	0.0%
全項目		55	2.34	2.5	9.1%

- (1) 点数平均: 無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値
- (2) 種類平均: 完全一致(1種類) ~ 完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値
- (3) 一致率: 採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。

図表7 評価者（職種）間の 係数（偶然によらない一致率）

【 係数（kappa coefficient）の算出結果】

職種間	データ 個数	係数	判定
Dr-Ns	n=55	0.149	低い一致
Dr-PT	n=55	0.184	低い一致
Dr-SW	n=55	0.219	低い一致
Ns-PT	n=55	0.220	低い一致
Ns-SW	n=55	0.104	低い一致
PT-SW	n=55	0.158	低い一致

【 係数の判定基準】

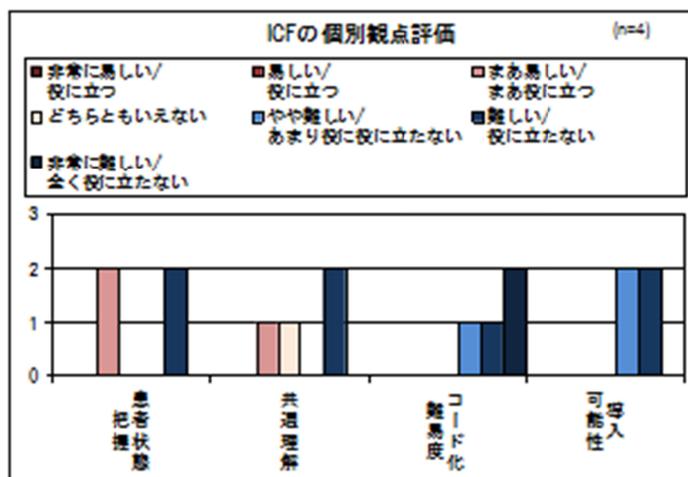
係数 0.6であれば評価者間の一致度は十分高い

係数	判定
0 ~ 0.40	低い一致 (poor agreement)
0.41 ~ 0.60	中等度の一致 (moderate)
0.61 ~ 0.80	かなりの一致 (good to fair)
0.81 ~	高い一致 (excellent)

算出式

$$\text{係数 (偶然によらない一致率)} = \frac{\text{見かけ上の一致率のうち、偶然によらない一致率}}{\text{全体一致率のうち、偶然によらない一致率}}$$

図表9 評価者アンケート（ICFの評価）



図表11 ICFコード記入票

ICF コード記入票（七栗サナトリウム）

患者コード	記入者コード		記入日
「程度・大きさ」の評価点 0-4、8、9			
<p>問1. 各項目に「程度・大きさ」の評価点0-9を記入(下位項目の評価を踏まえて回答) また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入</p>			
評価項目	定義	第1評価点	
b130 活力と欲動の機能	個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的精神機能。 除かれるもの 意識機能、気質と人格の機能、睡眠機能、精神運動機能、情動機能	程度・大きさ	
b1300 活力レベル	活力と精力を生む精神機能。		
b1301 動機付け	行為の誘発、すなわち意識的または無意識的な行為への推進力を生む精神機能。		
b1302 食欲	自然な切望、欲望、特に飲食物への自然かつ反復的な欲望を生む精神機能。		
b1303 渴望	物質(乱用の可能性のあるものを含む)の使用へとかりたてる精神機能。		
b1304 衝動の制御	突如何かをしたという強い衝動を制御し、それに抵抗する精神機能。		
b1308 その他の特定の、活力と欲動の機能			
b1309 詳細不明の、活力と欲動の機能			
b152 情動機能	こころの過程における感情的要素に関連する個別的精神機能。 除かれるもの 気質と人格の機能、活力と欲動の機能	程度・大きさ	
b1520 情動の適切性	状況に見合った感情を生む精神機能。例えば、よい知らせを聞いたときの幸福感。		
b1521 情動の制御	感情の経験と表出を制御する精神機能。		
b1522 情動の範囲	愛情、憎しみ、不安、悲しみ、喜び、恐れ、怒りなどといった感情を喚起される経験の幅(スペクトラム)に関する精神機能。		
b1528 その他の特定の情動機能			
b1529 詳細不明の情動機能			



問1. 各項目に「程度・大きさ」の評価点0-9を記入(下位項目の評価を踏まえて回答)
また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

評価項目	定義	第1評価点 程度・大きさ
b280 痛みの感覚	身体部位の損傷やその可能性を示す、不愉快な感覚。	
b2800 全身的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、全身の不愉快な感覚。	
b2801 身体の局所的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、特定の部位やいくつかの身体部位の不愉快な感覚。	
b28010 頭頸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、頭部や頸部の不愉快な感覚。	
b28011 胸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、胸部の不愉快な感覚。	
b28012 腹部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、腹部の不愉快な感覚。 含まれるもの 骨盤部の痛み。	
b28013 背部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、背部の不愉快な感覚。 含まれるもの 大幹の痛み、腰痛。	
b28014 上肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、上肢(手を含む)の不愉快な感覚。	
b28015 下肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、下肢の不愉快な感覚。	
b28016 関節の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、小関節や大関節を含む関節の不愉快な感覚。 含まれるもの 股関節の痛み、肩関節の痛み。	
b28018 その他の特定の局所的な痛み		
b28019 詳細不明の局所的な痛み		
b2802 身体の複数部位の痛み	複数の身体部位の損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	
b2803 同一皮節内の放散痛	同じ神経根に支配された皮節内にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	
b2804 体節性あるいは領域性の放散痛	同じ神経根には支配されない、異なる皮節にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。	

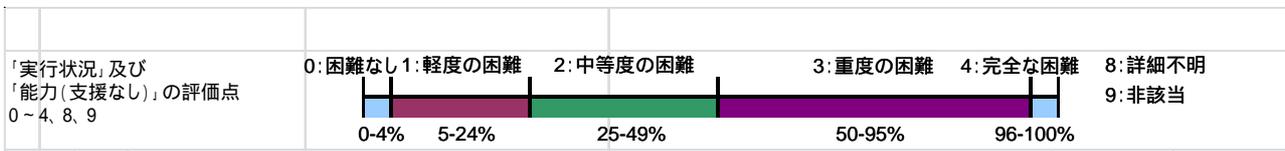
「実行状況」及び
「能力(支援なし)」の評価点
0~4、8、9



問2. 各項目に「実行状況」と「能力(支援なし)」の評価点0-9を記入(下位項目の状態を踏まえて回答)

また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

評価項目	定義	第1評価点	第2評価点
d230 日課の遂行	日々の手続きや義務に必要なことを、計画、管理、達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。例えば、1日を通してのさまざまな活動の時間を配分し、計画を立てること。	実行状況	能力(支援なし)
d2301 日課の管理	日々の手続きや義務に必要なことを計画し、管理するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。		
d2302 日課の達成	日々の手続きや義務に必要なことを達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。		
d2303 自分の活動レベルの管理	日々の手続きや義務に必要なエネルギーや時間を調整するための、行為や行動を遂行すること。		
d2308 その他の特定の、日課の遂行			
d2309 詳細不明の、日課の遂行			
d450 歩行	常に片方の足が地面についた状態で、一歩一歩、足を動かすこと。例えば、散歩、ぶらぶら歩き、前後左右への歩行、除かれるもの 乗り移り(移乗)、移動	実行状況	能力(支援なし)
d4500 短距離歩行	1キロメートル未満の歩行。例えば、部屋や廊下、建物の中、屋外の短距離の歩行。		
d4501 長距離歩行	1キロメートル以上の歩行。例えば、村内あるいは町内の歩行、村から村への歩行、広々とした土地での歩行。		
d4502 さまざまな地面や床面上の歩行	傾斜したり、凹凸があったり、あるいは動く床面での歩行。例えば、草の上、砂利、氷、雪の上での歩行。船、電車、その他の乗り物の上または中での歩行。		
d4503 障害物を避けての歩行	動いていたり静止している物、人、動物、乗り物などを避けるために必要な歩行。例えば、市場あるいは店の中での歩行。交通渋滞やその他の混雑した場所での歩行。		
d4508 その他の特定の歩行			
d4509 詳細不明の歩行			



問2. 各項目に「実行状況」と「能力(支援なし)」の評価点0-9を記入(下位項目の状態を踏まえて回答)

また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

評価項目	定義	第1評価点	第2評価点
d455 移動	歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、障害物の周囲を走り回る。除かれるもの 乗り移り(移乗)、歩行	実行状況	能力(支援なし)

d4550 這うこと	手や腕、それと膝を使って、うつぶせのまま身体全体をある場所から別の場所へと移動させること。
d4551 登り降りすること	段、岩、梯子、階段、舗道の縁石などの床面やその他の物の上で、身体全体を上方あるいは下方へと移動させること。
d4552 走ること	両方の足が同時に地面から離れている時がある素早い足取りで移動すること。
d4553 跳ぶこと	両足を曲げて伸ばすことによって地面から離れ、上方に動くこと。例えば、片足でのジャンプ、ホップ、スキップ、水中へのジャンプや飛び込み。
d4554 水泳	身体を水底につけない状態で、手足や全身の動きにより、水中を進めること。
d4558 その他の特定の移動	
d4559 詳細不明の移動	

d850 報酬を伴う仕事	賃金を得て、被雇用者(常勤・非常勤を問わず)や自営業者として、職業、一般職、専門職、その他の雇用形態での労働に従事すること。例えば、職探し、就職、仕事上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループで必要な仕事の遂行。	実行状況	能力(支援なし)
--------------	--	------	----------

d8500 自営業	個人が見つけたしたり創出したり、あるいは公式の雇用関係なしで他人から請け負った、報酬を伴う仕事に従事すること。例えば、季節農業労働、自由契約の作家やコンサルタントとしての仕事、短期契約の仕事、芸術家や工芸家としての仕事、店やその他のビジネスの所有や経営。
d8501 非常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、非常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、仕事上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループでの必要な仕事の遂行。
d8502 常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、仕事上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループでの必要な仕事の遂行。
d8508 その他の特定の、報酬を伴う仕事	
d8508 その他の特定の、報酬を伴う仕事	

図表12 評価者アンケート票

ICF 試行評価 評価者(ICF コード記入者)アンケート

評価者コード	
--------	--

ICF 試行評価に参加・体験してのご意見・感想について

問1. 「ICF コード化作業」の難易度について、あなたのご意見・感想は？(1つ: 〃に)

非常に易しい	易しい	まあ易しい	どちらともいえない
やや難しい	難しい	非常に難しい	

問2. とりわけ、どのようなところが難しかったですか、あるいは、評価が容易でしたか？

--

問3. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、患者の状態変化を把握するための情報として役に立ちますか？(1つ: 〃に)

非常に役に立つ	役に立つ	まあ役に立つ	どちらともいえない
あまり役立たない	役立たない	全く役立たない	

問4. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、多職種が患者の状況を共通して理解するための情報として役に立ちますか？(1つ: 〃に)

非常に役に立つ	役に立つ	まあ役に立つ	どちらともいえない
あまり役立たない	役立たない	全く役立たない	

問5. 問3と問4について具体的にどのような役に立ちますか、あるいは役に立たないとしたらどのような理由からですか？

--

図表13 患者基本情報一覧票

ICF 試行評価 患者基本情報一覧					
	患者コード	性別	年齢	疾患名	DPCコード
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
平成 25 年度 分担研究報告書

回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折患者を対象とした
多職種による ICF コーディングの試行研究

代表研究者 筒井孝子 （国立保健医療科学院）
研究協力者 高橋勇二 （社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）
分担研究者 園田茂 （藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
分担研究者 中川原譲二 （国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）
分担研究者 東野定律 （静岡県立大学経営情報学部）

研究要旨 A. **研究目的**: 保健・医療・介護・福祉等各分野の包括的評価手法の一候補として、従来から国際生活機能分類「ICF」が挙げられているが、具体的に ICF のコーディングを現場で試みた報告はみられない。今回、実際の医療現場で多職種による ICF のコーディングを試行し、その具体的な問題点を検証する。B. **研究対象と方法**: 対象は、大腿骨近位部骨折で回復期リハビリ病院に入院した 21 名、内訳は男性 5 名、女性 16 名、平均年齢 83.0 歳である。一方評価者は、病院勤務の医師・看護師・理学療法士・作業療法士の 4 職種、計 53 名である。試行評価（採点）は、全症例に共通して使用可能な「ICF generic set（一般セット）」を活用した。患者 1 名に対し、入院時と退院時の 2 回、4 職種の評価者が互いに相談せずに採点（4 票の職種別票を記入）し、その後、同一患者の担当評価者 4 名で相談し 1 患者に 1 票の総合票を作成した。また、終了時に評価者アンケートを実施し、ICF 活用上の課題・問題点等を聞いた。C. **研究結果**: 全試行（21 患者×11 項目×4 評価者×入退院時 2 回評価=1,848 件）において、「9. 非該当」の採点は 15.7%と 1 割超を占め、その多くは評価項目「d850 報酬を伴う仕事」に集中した。また、4 評価者による評点パターン（1.完全一致～4.完全不一致の 4 種類）の平均は、評価 11 項目で 1.7～2.2 通り、平均は 1.8 通りで、その一致率は 16.7%～78.6%と大きくばらつき、平均は 36.4%であった。2 評価者間（職種間）の一致係数（偶然によらない一致率）を求めたところ、0.44～0.56 と、全てが「中等度の一致」の判定になり、十分な信頼性を担保できない結果となった。D. **考察および E. 結論**: 各職種間あるいは各評価者間で評価の一致率は高くなく、信頼性のあるコーディングデータを得るためには、さらなる工夫が必要であると考えられた。ICF コード化作業の問題点としては、評価項目の定義の分かりにくさ、表現の難しさ、曖昧さ、判断のしにくさなどが指摘されたことから、各評価項目の定義をできるだけ分かりやすい表現に改善すること、そしてより相応しいコアセットの開発等が必要であると考えられた。

なお、本分担研究報告の執筆については、研究協力者 高橋勇二（社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）が行った。

A. 研究目的

保健・医療・介護・福祉等の各分野を結ぶ共通言語、すなわち包括的評価手法の一つの候補として、従来から国際生活機能分類（以下「ICF」と記す）が挙げられている。しかし、具体的にICFのコーディングを現場で試みた報告はみられない。今回、実際の医療現場で多職種によるICFのコーディングを試行し、その具体的な問題点を検証することが、本研究の目的である。

B. 研究対象と方法

対象は、当地域の大腿骨近位部骨折地域連携クリニカルパスにより、急性期病院から回復期リハビリテーション病院へ転院してきた入院患者 21 名である。内訳は男性 5 名、女性 16 名、年齢は 70～99、平均 83.0 歳、疾患は、大腿骨頸部骨折 10 名、大腿骨転子部骨折 10 名、大腿骨転子下骨折 1 名であった。対象者の日常生活機能評価の平均は入院時 5.4 点、退院時 2.5 点、FIM 運動項目の平均は入院時 58.3、退院時 71.1、FIM 認知項目の平均は入院時 25.2、退院時 29.1、看護必要度 A 項目の平均は入院時 0.0 点、退院時 0.0 点、看護必要度 B 項目の平均は入院時 5.3 点、退院時 2.6 点であった。対象患者に軽度・中程度の認知症者が含まれ、入院期間は 16～74、平均 44.9 日であった。

一方、評価者は、病院勤務の医師、看護師、理学療法士、作業療法士の 4 職種、計 53 名で、職種経験年数の平均は 9.5 年である。評価者が普段利用するアセスメント手法は、FIM 約 94%、Barthel Index 約 27%、日常生活機能評価約 6%であった。

試行評価（採点）は、全症例に共通して使用可能な「ICF generic set（一般セット）」を活用した。generic set は、「b130 活力と欲動の機能、b152 情動機能、b280 痛みの感覚、d230 日課の遂行、d450 歩行、d455 移動、d850 報酬を伴う

仕事」の 7 項目(d コードには実行状況と能力の 2 種類の採点が必要な為、それを合わせると合計 11 項目)の評価となる。

また、採点し易いように、この 7 項目（第 2 レベルの 3 桁コード）の下位項目（第 3 レベルの 4 桁コード、もしくは第 4 レベルの 5 桁コード）を採点基準として指定した（表 5-1）。

表 5-1 指定した採点基準(下位評価項目)

評価項目 (第 2 レベル)	指定した下位の評価項目 (第 3/第 4 レベル)
b130 活力と欲動の機能	b1302 食欲
b152 情動機能	b1522 情動の範囲
b280 痛みの感覚	b28014 上肢の痛み b28015 下肢の痛み
d230 日課の遂行	d2303 自分の活動レベルの管理
d450 歩行	d4500 短距離歩行
d455 移動	d4551 登り降りすること

患者 1 名に対し、入院時と退院時の 2 回、4 職種の評価者が互いに相談せずに採点（4 票の職種別票を記入）し、その後、同一患者の担当評価者 4 名で相談し 1 患者に 1 票の総合票を作成した。同時に、当該患者のアセスメント評価データ（日常生活機能評価、FIM、看護必要度）も収集した。また、終了時に評価者アンケートを実施し、ICF 活用上の課題・問題点等を聞いた。

C. 研究結果

全試行(21 患者×11 項目×4 評価者×入退院時 2 回評価=1,848 件)において、「9.非該当」の採点は 15.7%と 1 割超（表 5-2）を占め、その多くは評価項目「d850 報酬を伴う仕事」に集中した。

表 5-2 ICF 評価点数と採点結果

評価点数	点数の意味	基準	採点件数	構成比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	365	19.8%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	408	22.1%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	292	15.8%

3	重度の問題(困難)	50-95%	230	12.4%
4	完全な問題(困難)	96-100%	238	12.9%
8	詳細不明	-	1	0.1%
9	非該当	-	291	15.7%
		無回答	23	1.2%
		合計	1,848	100.0%

また、4 評価者による評点パターン(1.完全一致～4.完全不一致の4種類)の平均は、評価11項目で1.7～2.2通り、平均は1.8通りで、その一致率は16.7%～78.6%と大きくばらつき、平均は36.4%であった。一致率が高かったのは、「d850 報酬を伴う仕事」(実行状況・能力ともに78.6%)、「b130 活力と欲動の機能」(45.2%)などで、一致率が低かったのは「d450 歩行」(実行状況16.7%)、「d455 移動」(能力19.0%)であった(表5-3)。

表5-3 患者21名(入退院時2回)の評価データ

評価項目	評価点	採点件数	点数平均		一致率
			1	2	
b130	程度	42	0.31	1.7	45.2%
b152	程度	42	0.72	2.0	28.6%
b280	程度	42	1.29	1.9	21.4%
d230	実行状況	42	1.66	2.0	23.8%
	能力	42	1.63	1.9	31.0%
d450	実行状況	42	2.14	2.2	16.7%
	能力	42	2.05	2.0	28.6%
d455	実行状況	42	2.86	2.0	28.6%
	能力	42	2.70	2.0	19.0%
d850	実行状況	42	8.33	1.2	78.6%
	能力	42	8.02	1.2	78.6%
	全項目	462	2.88	1.8	36.4%

- (1) 無回答を除外した採点(1～4, 8, 9)の平均値
(2) 完全一致(1種類)～完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値
(3) 採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。無回答は除外。

なお、2 評価者間(職種間)の一致係数 κ (偶然によらない一致率)を求めたところ、0.44～0.56と、全てが「中等度の一致」の判定になり、十分な信頼性を担保できない結果となった(表5-4)。

表5-4 2評価者間の係数

職種間	データ個数	係数	判定
Dr-Ns	n=461	0.499	中等度の一致
Dr-PT	n=461	0.514	中等度の一致
Dr-OT	n=445	0.441	中等度の一致
Ns-PT	n=1333	0.468	中等度の一致
Ns-OT	n=1276	0.451	中等度の一致
PT-OT	n=1282	0.561	中等度の一致

係数 0.6であれば評価者間の一致度は十分高い

多職種による相談後の採点評価の変動は様々なパターンが確認されたが、特に「2: 中等度の問題」と「3: 重度の問題」の境界に着目すると、全相談件数(21患者×11項目×入退院時2回評価=462件)のうち168件の完全一致を除いた294件について、(A)採点3以上重度の評価者がいるにも関わらず、相談結果は2以下の軽度・中等度以下と判定した場合は46件、逆に(B)採点2以下の軽度・中等度の評価者がいるにも関わらず、相談結果は3以上の重度と判定した場合は52件と、全体の16～18%を占めた。また、(C)採点1～4の評価者がいるにも関わらず総合票で8 or 9と判定した場合は10件で、3者の合計は108件となった。評価項目でみると、「d450 歩行」、「d455 移動」、「d230 日課の遂行」が多かった(表5-5)。

表5-5 多職種相談後の採点結果の変動

評価項目	評価点	A	B	C	計
b130	程度	2件	0件	0件	2件
b152	程度	3件	1件	0件	4件
b280	程度	1件	4件	0件	5件
d230	実行状況	4件	9件	0件	13件
	能力	5件	6件	0件	11件
d450	実行状況	8件	10件	0件	18件
	能力	6件	9件	0件	15件
d455	実行状況	8件	5件	0件	13件
	能力	9件	6件	0件	15件
d850	実行状況	0件	1件	5件	6件
	能力	0件	1件	5件	6件
	合計	46件	52件	10件	108件

評価者アンケートでは、「患者の状態変化の把握」と「多職種による患者状況の共通理解」の役立ち度を、「非常に役立つ」から「全く役立たない」までの7段階評価で、「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」の難易度を、「非常に易しい」から「非常に難しい」までの7段階評価で、それぞれ評価した。

「患者の状態変化の把握」では、否定評価（役に立たない）が約44%と、肯定評価（役に立つ）の25%を約20ポイントも上回る結果となった。一方、「多職種による患者状況の共通理解」では、肯定評価（役に立つ）が約44%で、否定評価（役に立たない）の約31%を約14ポイント上回った。

「ICFコード化の難易度」と「医療・介護現場への導入可能性」については、否定評価（難しい）がそれぞれ約60%、約54%と、全体の半数を超える結果となった（図5-1）。

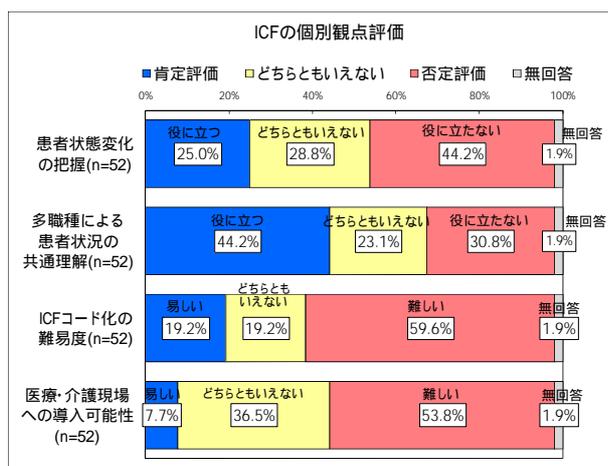


図5-1 ICFの評価

また、アンケートの自由記述回答では、「ICFコードが役立つ理由」として、多職種間の情報共有化のための有効ツール、患者全体像の多面的な把握の可能性などが挙げられた。また、「ICFコード化作業の難しい点」としては、評価項目の定義の分かりにくさ、表現の難しさ、曖昧さ、判断

のしにくさなどが指摘され、「ICFコードの現場導入のための改善案」としては、評価項目・定義の表現の簡易化・簡潔化、評価具体例の提示などの改善案が挙げられた。

D. 考察

全試行評価において、「9.非該当」が「d850 報酬を伴う仕事」に集中したのは、今回の疾患群の年齢層ではほとんどが退職後の高齢者であったためであり、d850 を本疾患群の評価項目に入れる意義は少ないものと考えられた。

次に、4 評価者による評点パターンの一致率が大きくばらついたのは、評価者アンケートの自由記述回答にもあるように、評価項目の定義のわかりにくさ、表現の難しさ、曖昧さの表れと考えられる。d850 以外に「b130 活力と欲動の機能」の一致率が高かったのは、「食欲」を下位評価項目として指定したため、本疾患群においてはマイナスの影響が少なかったことが予想される。一方、「d450 歩行」と「d455 移動」で一致率が低かったのはリハビリテーション病院のスタッフとしては意外な結果となった。その原因として、短距離歩行の定義として1キロメートル未満の歩行とあるが、10メートルと900メートルの歩行では大きな差があることに加え、活動制限の度合いの強さに客観性がなく、評価者の個人差が大きいことなどが挙げられよう。

2 評価者間（職種間）の一致係数から信頼性を担保できない結果となったこと、そして、多職種による相談後の採点評価の様々な変動については、前述の評価項目の定義の曖昧さに加え、同一病院内においても、医師・看護師・理学療法士・作業療法士等の職種によって、患者を観察・評価する場所、時間、方法、視点、さらに患者の対応する態度等に大きな開きがあるためとも考えられた。これは、一致係数が低かった反面、評価者アンケートにおいて、「多職種による患者状況の

共通理解」で肯定評価となったことにも繋がる。

以上のことから、今回の研究では、多職種による ICF コーディングを臨床現場で試みた結果、各職種間あるいは各評価者間で評価の一致率は高くなく、信頼性のあるコーディングデータを得るためには、さらなる工夫が必要であると考えられた。

まずは、各評価項目の定義をできるだけ分かりやすい表現に改善すること。次に、generic set 以外の core set を用いるかあるいは併用して試みること、さらには新しい core set を開発すること等が考えられる。また、今回の研究対照群において、ICF コーディングの入院時と退院時との変化、及び他のアセスメント評価データ（日常生活機能評価、FIM、看護必要度）との関連についても、今後検討が必要である。

E. 結論

ICF generic set（一般セット）を用いて、回復期リハビリテーション病院の大腿骨近位部骨折の入院患者を対象に、医師・看護師・リハビリテーション療法士の多職種によるコーディング評価を試みた。その結果、各職種間あるいは各評価者間で評価の一致率は中等度の一致となり、信頼性を担保できない結果となった。ICF コード化作業の問題点としては、評価項目の定義の分かりにくさ、表現の難しさ、曖昧さ、判断のしにくさなどが指摘された。各評価項目の定義をできるだけ分かりやすい表現に改善すること、そしてより相応しいコアセットの開発等が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 原著論文

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

参考資料(浜松市リハビリテーション病院)

図表1 サンプル数

採点対象 (入院患者)	患者1名の 評価項目	評価者 (病院勤務専門職)	回収 ICFコード票	回収 評価者アンケート
21名	7項目 (11評価)	53名	208票 (うち総合票28票)	52票

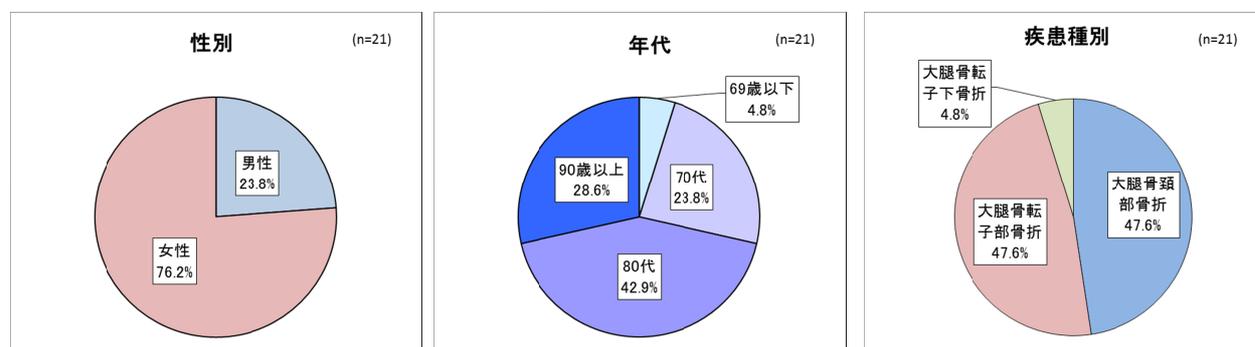
図表2 配布物

	入院患者向け	評価者向け	協力施設事務局向け
1	ICF 試行評価の説明書	調査実施マニュアル	ICF 試行評価実施計画書
2	同意文書	ICF コード記入票(図表 11)	患者基本情報一覧表(図表 13)
3	同意撤回書	評価者アンケート(図表 12)	FIM 評価票
4			看護必要度評価票
5			日常生活機能評価

印: 調査終了時の回収対象

図表3 採点対象者(入院患者)の基本属性

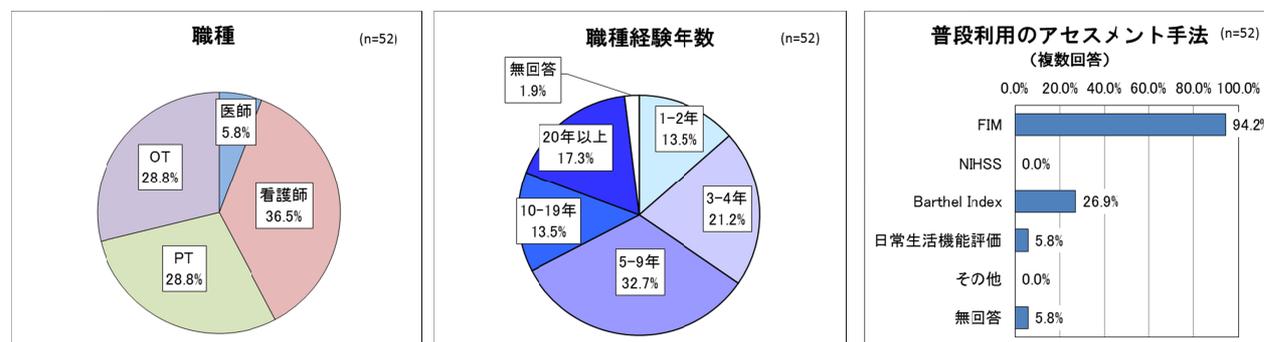
性別	年齢	疾患種別
男性 5名 女性 16名	69～99歳 (平均83.0歳)	大腿骨頸部骨折10名 大腿骨転子部骨折10名 大腿骨転子下骨折1名



評価時期	日常生活機能評価	FIM 運動	FIM 認知	FIM 合計	看護必要度A	看護必要度B	看護必要度A+B
入院時	0～12 (平均5.43)	29～86 (平均58.3)	8～35 (平均25.2)	42～119 (平均83.5)	0～1 (平均0.0)	0～12 (平均5.3)	0～12 (平均5.4)
退院時	0～11 (平均2.5)	38～91 (平均71.1)	15～70 (平均29.1)	53～126 (平均100.3)	0～0 (平均0.0)	0～12 (平均2.6)	0～12 (平均2.6)

図表4 評価者(病院勤務専門職)の基本属性

職種	人数	平均経験年数
医師Dr	3名	23.0年
看護師Ns	19名	15.2年
理学療法士PT	16名	5.3年
作業療法士OT	15名	5.0年
合計	53名	9.5年



図表5 ICF 評価点(基準)と採点結果



採点 点数	点数の意味	基準	採点 件数	構成比
0	問題なし(困難無し)	0-4%	365	19.8%
1	軽度の問題(困難)	5-24%	408	22.1%
2	中等度の問題(困難)	25-49%	292	15.8%
3	重度の問題(困難)	50-95%	230	12.4%
4	完全な問題(困難)	96-100%	238	12.9%
8	詳細不明	-	1	0.1%
9	非該当	-	291	15.7%
		無回答	23	1.2%
		合計	1,848	100.0%

図表6 Generic Setの評価項目と採点結果

【患者21名×4職種×2回入退院時の採点結果(評価項目別の点数構成比)】

評価項目	評価点	採点 件数	点数 「0」	点数 「1」	点数 「2」	点数 「3」	点数 「4」	点数 「8」	点数 「9」	無回 答
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	166	75.9%	19.3%	3.6%	0.6%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%
b152 情動機能	程度・大きさ	166	57.2%	19.9%	19.3%	3.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	166	15.7%	46.4%	30.7%	6.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.6%
d230 日課の遂行	実行状況	166	24.1%	28.9%	17.5%	16.3%	13.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	能力(支援なし)	166	24.7%	27.7%	18.1%	18.7%	10.8%	0.0%	0.0%	0.0%
d450 歩行	実行状況	166	8.4%	30.1%	22.3%	20.5%	18.1%	0.0%	0.6%	0.0%
	能力(支援なし)	166	8.4%	36.1%	16.9%	25.3%	12.0%	0.0%	1.2%	0.0%
d455 移動	実行状況	166	2.4%	16.9%	19.9%	17.5%	42.8%	0.0%	0.6%	0.0%
	能力(支援なし)	166	3.0%	19.3%	20.5%	22.3%	34.3%	0.0%	0.6%	0.0%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	166	0.0%	0.6%	2.4%	3.0%	5.4%	0.0%	88.6%	0.0%
	能力(支援なし)	166	0.0%	0.6%	4.8%	5.4%	5.4%	0.0%	83.7%	0.0%
	全項目	1,826	20.0%	22.3%	16.0%	12.6%	13.0%	0.1%	15.9%	0.1%

【患者21名×2回入退院時の全評価データ】

評価項目	評価点	採点 件数	点数平均 1	種類平均 2	一致率 3
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	42	0.31	1.7	45.2%
b152 情動機能	程度・大きさ	42	0.72	2.0	28.6%
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	42	1.29	1.9	21.4%
d230 日課の遂行	実行状況	42	1.66	2.0	23.8%
	能力(支援なし)	42	1.63	1.9	31.0%
d450 歩行	実行状況	42	2.14	2.2	16.7%
	能力(支援なし)	42	2.05	2.0	28.6%
d455 移動	実行状況	42	2.86	2.0	28.6%
	能力(支援なし)	42	2.70	2.0	19.0%
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	42	8.33	1.2	78.6%
	能力(支援なし)	42	8.02	1.2	78.6%
	全項目	462	2.88	1.8	36.4%

- (1) 点数平均: 無回答を除外した採点(1-4, 8, 9)の平均値
- (2) 種類平均: 完全一致(1種類)～完全不一致(4種類)までの回答種類数(評価パターン)の平均値
- (3) 一致率: 採点件数に占める完全一致(1種類)の割合。全て完全一致であれば100.0%となる。但し、無回答は除外。

図表7 評価者（職種）間の 係数（偶然によらない一致率）

【 係数（kappa coefficient）の算出結果】

職種間	データ個数	係数	判定
Dr-Ns	n=461	0.499	中等度の一致(moderate)
Dr-PT	n=461	0.514	中等度の一致(moderate)
Dr-OT	n=445	0.441	中等度の一致(moderate)
Ns-PT	n=1333	0.468	中等度の一致(moderate)
Ns-OT	n=1276	0.451	中等度の一致(moderate)
PT-OT	n=1282	0.561	中等度の一致(moderate)

【 係数の判定基準】

係数 0.6であれば評価者間の一致度は十分高い

係数	判定
0～0.40	低い一致 (poor agreement)
0.41～0.60	中等度の一致(moderate)
0.61～0.80	かなりの一致(good to fair)
0.81～	高い一致(excellent)

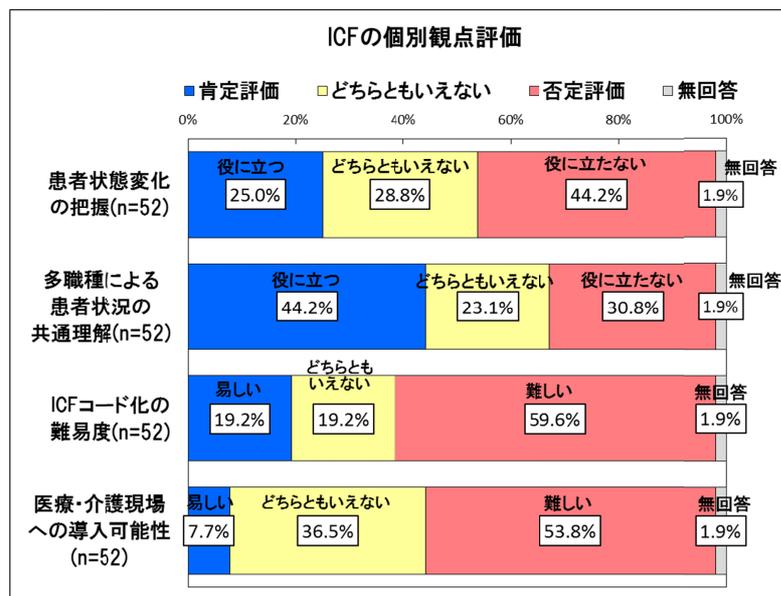
算出式

$$\text{係数(偶然によらない一致率)} = \frac{\text{見かけ上の一致率のうち、偶然によらない一致率}}{\text{全体一致率のうち、偶然によらない一致率}}$$

図表8 多職種相談後の採点結果の変動（入退院時の合計）

評価項目	評価点	採点3以上がある中で、総合票は2以下と判定	採点2以下がある中で、総合票は3以上と判定	採点1-4がある中で、総合票は8 or 9と判定	計
b130 活力と欲動の機能	程度・大きさ	2件	0件	0件	2件
b152 情動機能	程度・大きさ	3件	1件	0件	4件
b280 痛みの感覚	程度・大きさ	1件	4件	0件	5件
d230 日課の遂行	実行状況	4件	9件	0件	13件
	能力(支援なし)	5件	6件	0件	11件
d450 歩行	実行状況	8件	10件	0件	18件
	能力(支援なし)	6件	9件	0件	15件
d455 移動	実行状況	8件	5件	0件	13件
	能力(支援なし)	9件	6件	0件	15件
d850 報酬を伴う仕事	実行状況	0件	1件	5件	6件
	能力(支援なし)	0件	1件	5件	6件
合計		46件	52件	10件	108件

図表9 評価者アンケート（ICFの評価）



図表10 評価者アンケート(自由記述)

【ICFコード化作業の難しい点/易しい点】

職種	コード化難易度	ICFコード化作業の難しい点/易しい点
Ns	非常に難しい	%の示し方の基準がわからなかった
Ns	非常に難しい	定義がわかりにくい
Ns	非常に難しい	文章表現が難しく、イメージしにくい。
Dr	難しい	評価基準の文があいまい。範囲が広すぎる。
Ns	難しい	評価項目内容の文章が難しく感じた
Ns	難しい	食欲や情動などしにくかった
Ns	難しい	質問の内容がわかりにくい(表現が日常使用するような言葉でなく、何を聞こうとしているのか、よくわからない。)
Ns	難しい	経済的な面の評価など
PT	難しい	評価項目での内容が曖昧である点で評価が難しかった。評価するスタッフによって点数が違う。
OT	難しい	表現のあいまいさ、抽象的でわかりにくい。主観的なため、評価にバラツキがでる。重度障害が50%以上と幅がひろい。
OT	難しい	定義がよく分かりませんでした。
OT	難しい	コードの表現が難しい
OT	難しい	情動面の評価が具体的にわからず、評価に悩む。
PT	難しい	言葉の受け取り方や解釈の仕方が難しい。
Dr	やや難しい	情動や感情の評価は、認知症があると評価しづらい。
Dr	やや難しい	日本での生活を想定されていない部分がある 評価の尺度があいまい
Ns	やや難しい	自分が感じたコードと他職種がつけたコードがあまり合わなかったため
Ns	やや難しい	内容がよく理解できなかった
Ns	やや難しい	評価者の日程合わせ
PT	やや難しい	手間はかからないが、評価項目によっては定義が難しく、何を基準に評価したら良いかわからず、難しかった。
PT	やや難しい	多職種と意見が合わない場合1つにまとめるのが難しかったです。
PT	やや難しい	評価内容の表現が漠然・抽象的であり、判断しにくい
PT	やや難しい	記載されている項目では判断をつけにくいことが多々あった。選択式の為、評価は行いやすい。
PT	やや難しい	b130やb152の定義が若干わかり難い事や、入院時の短い期間では判断がし難い点が挙げられた
PT	やや難しい	表現内容が抽象的のため、判断しにくかった。
OT	やや難しい	「情動」と「活用レベルの管理」の項目で、中等度が軽度障害されるか判断が付けにくかった。
OT	やや難しい	活力と欲望の機能や情動機能などの内容が少しわかりにくかった。
OT	やや難しい	定義の内容がわかりにくく、また曖昧な為、判断が難しいと感じました。
OT	やや難しい	質問をどうとらえるか、ニュアンスがわかりにくい。
Ns	どちらともいえない	評価で日程調整が大変
Ns	どちらともいえない	区別採点の基準が大きくて全体的にむずかしいと思いました。
Ns	どちらともいえない	定義がわかりにくい
PT	どちらともいえない	評価がざっくりしていて判断に困った。
OT	どちらともいえない	情動機能が活力と欲動の機能の評価が初期では評価が難しかった。痛みの評価は分かりやすかった。
OT	どちらともいえない	質問の受け取り方が少し伝わりにくかった
OT	どちらともいえない	岩をのぼる、屋内1Kmの歩行など院内では再現できにくい項目の評価
PT	どちらともいえない	評価項目の定義が患者によって内容が当てはまらない場合、何を基準に評価すればよいか判断しにくい。
Ns	まあ易しい	主観で良いので、自分の評価をそのまま記入出来、短時間の記入で済んだ
OT	まあ易しい	日程を担当者と合せるところが時間を要するところがありました。段差昇降(上下移動)はPTしか行っていない時があり、正しく評価できたのか不安がありました。
OT	まあ易しい	ICFの方は1人だけだったので、最初はよくわかりませんでした。担当者で話し合ううちにわかるようになりました。
PT	まあ易しい	判断が曖昧で判定が難しかった。軽・中・重度が悩みました。
PT	まあ易しい	評価の内容が具体的にあげられているため、判断しやすい。
PT	まあ易しい	今回は、項目の的をしぼってくれてあったため、何を評価すれば良いかが分かり易かった。
PT	易しい	チェック項目の評価数が少なく、担当者間で話す事も負担にはならなかった。しかし、若干評価の意味、基準があいまいな文面があり評価するの悩んだ。

職種	コード化難易度	ICFコード化作業の難しい点/易しい点
OT	易しい	評価内容が抽象的、対象外となる項目がある(仕事など)。部門間での誤差が少ない。時間がかからない。
OT	非常に易しい	時間がかからない。ただし、記載してある表現に理解しにくい箇所があった。
PT	無回答	d230、d850の判断について評価者による個人差が出やすい印象

【ICFコードが役立つ理由/役に立たない理由】

職種	患者状態変化の把握	多職種による患者状況の共通理解	ICFコードが役に立つ理由/役に立たない理由
PT	役に立つ	役に立つ	実際のADLと、リハ中のADLや動作では違うこともあるので患者様の障害像をしっかりと共有出来ると思いました。
OT	役に立つ	役に立つ	多職種が意見交換をする場の1つとなったので役に立ちました。
OT	役に立つ	役に立つ	患者の全体像がわかりやすい。細かい情報は得づらい。
OT	役に立つ	役に立つ	統一された書類であるため、同じ視点で評価し、状態把握ができる。
Dr	まあ役に立つ	まあ役に立つ	ADL、QOLの評価
Ns	まあ役に立つ	まあ役に立つ	ある程度の目安になりそう
PT	まあ役に立つ	役に立つ	人によって介助量の考え方が違うため、話し合う良い機会になると思う。
PT	まあ役に立つ	まあ役に立つ	他職種と情報をすり合わせた際、リハビリ側と病棟側で評価が全く異なる場合もあり、他職種が患者の状態をどうとらえているかわかった。多職種で話し合う機会が持てた。
PT	まあ役に立つ	まあ役に立つ	共通のツールを用いて評価するため、一緒に評価する事で、問題点や目標を共有する事が出来た。
PT	まあ役に立つ	どちらともいえない	PT、OT中の場面と、病棟での生活との間に差があり、セラピストとNsで、評価点のばらつきがあったため、共通理解は難しいと思った。
OT	まあ役に立つ	まあ役に立つ	身体機能や情動面など、様々な方面から見る事が出来る。
OT	まあ役に立つ	まあ役に立つ	客観的にどの職種からみても点数化されていて分かりやすいと思う反面、受け取り方が人それぞれのように感じる
OT	まあ役に立つ	無回答	実行状況、能力などの定義があいまいであると評価しにくく、再現性が低いように思います。評価者全員が共通の認識をもてれば役に立つと思います。
Dr	どちらともいえない	役に立つ	役に立つ:共通の尺度でdiscussionができる。役に立たない:評価に適合でない項目がある(報酬を伴う仕事など)。大腿骨骨折用のCore setがあれば、使えるかも。
Ns	どちらともいえない	役に立つ	他職種と話し合う時間ができ、そこで方向性を決めたり、現在の情報交換ができたのは役に立った。
Ns	どちらともいえない	あまり役に立たない	程度、大きさの評価具合が具体的でなく、どのくらいでどこが問題なのか詳細がわからない
PT	どちらともいえない	役に立つ	各職種での状態や情報の統一ができて良いと思います。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	FIMに比べると定義が具体的なので、理解の内容をより詳細に得やすい
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	1つの紙で患者の簡単な状態がわかるから。
PT	どちらともいえない	まあ役に立つ	患者の評価としては、FIM認知、運動項目の方が分かり易く容易でICFは分かりにくい印象をうけた。またレベルが低い人が多いことも、1つの理由です。患者情報の共通としては、このツールを通じて、少しできたと思います。
PT	どちらともいえない	どちらともいえない	問3(患者状態変化の把握)に対し、選択の幅が広く把握できるかは判断が難しい。問4(多職種による患者状況の共通理解)に対しても同様と考えます。
PT	どちらともいえない	どちらともいえない	ICF以外の評価表でも変化を追う事が可能な為、「どちらともいえない」を選択しました。
OT	どちらともいえない	まあ役に立つ	記号表記と数字のみではイメージが付きにくく、実際患者さんを見た方が情報が入りやすい。数字の幅が大きい。
OT	どちらともいえない	まあ役に立つ	多職種で集まることにより情報を共有しやすかった事がよかった。担当した患者様が高齢で元々介助を要していた方であり、今回の評価では変化はあまり捉えることが出来なかった。
OT	どちらともいえない	どちらともいえない	「している」「できる」のADLの差がわかる。

職種	患者状態変化の把握	多職種による患者状況の共通理解	ICFコードが役に立つ理由/役に立たない理由
Ns	あまり役に立たない	まあ役に立つ	多職種同士で1つのコードを作るので、共通して理解する機会がある。
Ns	あまり役に立たない	どちらともいえない	他職種とすり合わせをする作業は患者を把握する上で役だつと感じたが、内容がわかりにくく点数をつけるのにこまる場面があった。
Ns	あまり役に立たない	どちらともいえない	話しあう機会が増える点では、役に立つ。それ以外では役立つとは思えない。また、皆がそろって話合うことは時間的に難しい。
Ns	あまり役に立たない	あまり役に立たない	慣れないこともあり内容が十分理解できていない。
PT	あまり役に立たない	役に立つ	今回のように多職種が集まって一人の患者さんの情報共有を出す時間を作ることが出来ない為、共通の評価用紙を使用することで情報共有ができた。
PT	あまり役に立たない	まあ役に立つ	問3(患者状態変化の把握):4段階では評価が大まかすぎて変化を捉えにくい。問4(多職種による患者状況の共通理解):総合評価として全員で集まって意見交換する点では共通理解は得られると思う。
OT	あまり役に立たない	まあ役に立つ	評価の言葉の意味?が難しく、慣染みのないものなので、使い慣れるまでは共通の理解は難しいのではないかと思います。
OT	あまり役に立たない	どちらともいえない	チェックの採点に個人差が生じやすい印象があるが、慣れていないこともあるのでどちらともいえない。
OT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	現状では他の評価が一般的には使われており、その代替えとしては難しいという印象があるため
OT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	主観的なところが多くなってしまうため、評価する人によって結果が異なる。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	ICFコードの内容だけでは大まかすぎて患者の状態がわかりづらい。
PT	あまり役に立たない	あまり役に立たない	具体的に患者の状況が反映されていない。表をみてもイメージできない。
Dr	役に立たない	役に立たない	患者の状況が全くとらえられない
Ns	役に立たない	役に立たない	入院中の高齢者には、あてはまらない項目がある
Ns	役に立たない	役に立たない	項目(疼痛以外のもの)に、評価はしていてもP1がみえるものでしてなかった。疼痛も、日常的にみているので、特にICFで評価したから上がったということはなかったように思いました
Ns	役に立たない	役に立たない	FIMをみているから、必要ない
PT	役に立たない	あまり役に立たない	内容が抽象的であるため、漠然としか分からない
OT	役に立たない	役に立たない	カルテ・サマリーを見た方が本人の状況がわかりやすい。ICFの内容だけ見たところで、その患者がどのような人なのかほとんど想像がつかない。
OT	全く役に立たない	全く役に立たない	%が大まかすぎる。数字が減ったことで患者が良くなったことは分かるが抽象的すぎて内容が分からない。
Ns	無回答	どちらともいえない	結局カンファレンスをするのであれば、ICFコードに注目せずに患者自身の個別的な問題に関心が高まるので、ICFを使ってもそれが、患者の今ある問題につながっていないと感じた。

【ICFコードの現場導入のための改善案】

職種	医療・介護現場への導入可能性	ICFコードの現場導入のための改善案
Ns	非常に難しい	表現が難しいのでわかりやすくする。
Ns	難しい	評価項目の改善が必要だと感じました。
Ns	難しい	定義の言葉をわかりやすいものにしてほしい
Ns	難しい	判断基準をもっと細分化した一定の動作にしてほしい。困難という言葉の意味
Ns	難しい	多職種間での話し合う時間がしっかりとれること
Ns	難しい	質問の内容をわかりやすく簡潔にする 日本語として理解しやすい言葉にする
OT	難しい	全体像がわかるための内容、項目の定義も簡潔にわかりやすく。抽象的な表現はなしに。
OT	難しい	項目をもう少し具体的に。
PT	難しい	患者の状態がもっとわかるような内容。全体像などわかるように。
PT	難しい	評価項目を明確にしてください、誰が評価しても共通したものになるように。
Dr	やや難しい	中身の改良。より日本人の生活とリンクする形に改訂する。
Ns	やや難しい	定義の内容がわかりづらい(情動機能、歩行、移動)
Ns	やや難しい	内容を十分理解する必要がある
Ns	やや難しい	コードをつける上でもっと分かりやすい指標があると良いと思います。まだ導入していないため、戸惑いもあるため1人詳しい人をメンバーに入れると良いと思います。
PT	やや難しい	文面の改善。よりわかりやすいように。
PT	やや難しい	抽象的な表現から、具体的な内容に変更する必要がある。
PT	やや難しい	内容が評価尺度を項目毎に変えたり、もう少し具体的に作る
PT	やや難しい	もう少し患者様のレベル(介護度など)をしぼった方が分かり易いと思いました。
OT	やや難しい	コード1つ1つの具体例があるとわかりやすいです。
OT	やや難しい	質問内容をもっと具体的に作る。採点が%だと、どの部分ができていないのかとらえにくい。評価項目や評価点を詳細にしていく等。評価期間や経時的な変化が捉えやすいような工夫も必要。
Dr	どちらともいえない	今日聞いたCore Setでは、あまり意味がないか！
Ns	どちらともいえない	Drとの時間調整にくく、他職種との評価はNs、セラピストとのすり合わせのみとなった。
PT	どちらともいえない	評価の段階をもっと詳しくしたほうがより明確な評価となりそうです。
PT	どちらともいえない	評価自体は簡単で取り入れやすいですが、何の為に導入するのか目的をはっきりさせないと活用できない。
PT	どちらともいえない	評価項目の定義に関しては内容に改善が必要かと思われる。感情面の評価や歩行・移動の内容はばく然としていてリハビリ側は評価しにくいかと。
PT	どちらともいえない	定義によってはもう少し具体的に作る事や、d850の対象がかなり限定される項目は外して頂く事も必要と思われる
PT	どちらともいえない	定義の解釈をスタッフ間で共通的に理解し、評価基準の統一が必要だと思う。
PT	どちらともいえない	職種間の時間の調整、動作の介助量の判断基準の明確化
OT	どちらともいえない	内容がもう少しわかりやすいと評価しやすいと思う。
OT	どちらともいえない	「岩を登る」など非日常的な項目は削除したほうがよい。
OT	どちらともいえない	表現が難しいので、評価者によって捉え方に差があるかと思いました。“この程度出来れば軽度障害”など例があるとわかりやすいと思いました。
OT	どちらともいえない	Nrs.を含め、担当者の集合予定を合わせることが大変でした。すり合わせを行う時間帯をカンファレンスのように決めてはどうか。また担当者が不在の場合は代理人でもよいか検討。
OT	どちらともいえない	表現をもっとわかりやすく 基準を明確に
OT	どちらともいえない	分かりやすい文章
PT	まあ易しい	変化はわかりやすいので良いと思います。しかし、状況把握に関しては細かい所までは難しいと思います。(どこまで求めるかによりますが)
PT	まあ易しい	評価者の理解の統一。点数に幅が出やすいため、その差を小さくする必要がありそう。
PT	まあ易しい	全体での理解が低かった印象なので、周知が必要なのではないかと思いました。

図表11 ICFコード記入票

第1章 ICFコード記入票（浜松市リハビリテーション病院）

患者コード	記入者コード	記入日 (入院時)	記入日 (退院時)
-------	--------	--------------	--------------

「程度・大きさ」の評価点 0:問題なし 1:軽度の問題 2:中等度の問題 3:重度の問題 4:完全な問題 8:詳細不明 9:非該当

0~4、8、9

問1. 各項目に「程度・大きさ」の評価点0-9を記入(下位項目、特に黄色項目の評価を踏まえて回答)
また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

評価項目	定義	【程度・大きさ】	
		入院時	退院時
b130 活力と欲動の機能	個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的精神機能。除かれるもの 意識機能、気質と人格の機能、睡眠機能、精神運動機能、情動機能		
b1300 活力レベル	活力と精力を生む精神機能。		
b1301 動機付け	行為の誘発、すなわち意識的または無意識的な行為への推進力を生む精神機能。		
b1302 食欲	自然な切望、欲望、特に飲食物への自然かつ反復的な欲望を生む精神機能。		
b1303 渴望	物質(乱用の可能性のあるものを含む)の使用へとかりたてる精神機能。		
b1304 衝動の制御	突如何かをしたという強い衝動を制御し、それに抵抗する精神機能。		
b1308 その他の特定の、活力と欲動の機能			
b1309 詳細不明の、活力と欲動の機能			
b152 情動機能	こころの過程における感情的要素に関連する個別的精神機能。除かれるもの 気質と人格の機能、活力と欲動の機能		
b1520 情動の適切性	状況に見合った感情を生む精神機能。例えば、よい知らせを聞いたときの幸福感。		
b1521 情動の制御	感情の経験と表出を制御する精神機能。		
b1522 情動の範囲	愛情、憎しみ、不安、悲しみ、喜び、恐れ、怒りなどといった感情を喚起される経験の幅(スペクトラム)に関する精神機能。		
b1528 その他の特定の情動機能			
b1529 詳細不明の情動機能			
b280 痛みの感覚	身体部位の損傷やその可能性を示す、不愉快な感覚。		
b2800 全身的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、全身の不愉快な感覚。		
b2801 身体の局所的な痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、特定の部位やいくつかの身体部位の不愉快な感覚。		
b28010 頭頸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、頭部や頸部の不愉快な感覚。		
b28011 胸部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、胸部の不愉快な感覚。		
b28012 腹部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、腹部の不愉快な感覚。 含まれるもの 骨盤部の痛み。		
b28013 背部の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、背部の不愉快な感覚。 含まれるもの 大幹の痛み、腰痛。		
b28014 上肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、上肢(手を含む)の不愉快な感覚。		
b28015 下肢の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、下肢の不愉快な感覚。		
b28016 関節の痛み	身体部位の損傷やその可能性を示す、小関節や大関節を含む関節の不愉快な感覚。 含まれるもの 股関節の痛み、肩関節の痛み。		
b28018 その他の特定の局所的な痛み			
b28019 詳細不明の局所的な痛み			
b2802 身体の複数部位の痛み	複数の身体部位の損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。		
b2803 同一皮節内の放散痛	同じ神経根に支配された皮節内にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。		
b2804 体節性あるいは領域性の放散痛	同じ神経根には支配されない、異なる皮節にある身体部位の、損傷やその可能性を示す不愉快な感覚。		

「実行状況」及び
「能力(支援なし)」の評価点
0~4、8、9



問2. 各項目に「実行状況」と「能力(支援なし)」の評価点0-9を記入(下位項目、特に黄色項目の評価を踏まえて回答)

また、欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入

【実行状況】 【能力(支援なし)】

評価項目	定義	【実行状況】		【能力(支援なし)】	
		第1評価点	第2評価点	第1評価点	第2評価点
d230 日課の遂行	日々の手続きや義務に必要なことを、計画、管理、達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。例えば、1日を通してのさまざまな活動の時間を配分し、計画を立てること。	入院時	退院時	入院時	退院時
d2301 日課の管理	日々の手続きや義務に必要なことを計画し、管理するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。				
d2302 日課の達成	日々の手続きや義務に必要なことを達成するために、単純な行為または複雑で調整された行為を遂行すること。				
d2303 自分の活動レベルの管理	日々の手続きや義務に必要なエネルギーや時間を調整するための、行為や行動を遂行すること。				
d2308 その他の特定の、日課の遂行					
d2309 詳細不明の、日課の遂行					
d450 歩行	常に片方の足が地面についた状態で、一步一步、足を動かすこと。例えば、散歩、ぶらぶら歩き、前後左右への歩行。除かれるもの 乗り移り(移乗)、移動	入院時	退院時	入院時	退院時
d4500 短距離歩行	1キロメートル未満の歩行。例えば、部屋や廊下、建物の中、屋外の短距離の歩行。				
d4501 長距離歩行	1キロメートル以上の歩行。例えば、村内あるいは町内の歩行、村から村への歩行、広々とした土地での歩行。				
d4502 さまざまな地面や床面上の歩行	傾斜したり、凹凸があったり、あるいは動く床面での歩行。例えば、草の上、砂利、氷、雪の上での歩行。船、電車、その他の乗り物の上または中での歩行。				
d4503 障害物を避けての歩行	動いていたり静止している物、人、動物、乗り物などを避けるために必要な歩行。例えば、市場あるいは店の中での歩行。交通渋滞やその他の混雑した場所での歩行。				
d4508 その他の特定の歩行					
d4509 詳細不明の歩行					
d455 移動	歩行以外の方法によって、ある場所から別の場所へと身体全体を移動させること。例えば、岩を登る、通りを駆ける、スキップする、疾走する、跳ぶ、とんぼ返りする、障害物の周囲を走り回る。除かれるもの 乗り移り(移乗)、歩行	入院時	退院時	入院時	退院時
d4550 這うこと	手や腕、それと膝を使って、うつぶせのまま身体全体をある場所から別の場所へと移動させること。				
d4551 登り降りすること	段、岩、梯子、階段、舗道の縁石などの床面やその他の物の上で、身体全体を上方あるいは下方へと移動させること。				
d4552 走ること	両方の足が同時に地面から離れている時がある素早い足取りで移動すること。				
d4553 跳ぶこと	両足を曲げて伸ばすことによって地面から離れ、上方に動くこと。例えば、片足でのジャンプ、ホップ、スキップ、水中へのジャンプや飛び込み。				
d4554 水泳	身体を水底につけない状態で、手足や全身の動きにより、水中を進めること。				
d4558 その他の特定の移動					
d4559 詳細不明の移動					
d850 報酬を伴う仕事	賃金を得て、被雇用者(常勤・非常勤を問わず)や自営業者として、職業、一般職、専門職、その他の雇用形態での労働に従事すること。例えば、職探し、就職、仕事上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループで必要な仕事の遂行。	入院時	退院時	入院時	退院時
d8500 自営業	個人が見つけたたり創出したり、あるいは公式の雇用関係なしで他人から請け負った、報酬を伴う仕事に従事すること。例えば、季節農業労働、自由契約の作家やコンサルタントとしての仕事、短期契約の仕事、芸術家や工芸家としての仕事、店やその他のビジネスの所有や経営。				
d8501 非常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、非常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、仕事上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループでの必要な仕事の遂行。				
d8502 常勤雇用	賃金を得て、被雇用者として、常勤の仕事に従事すること。例えば、職探し、就職、仕事上必要な課題の遂行、要求されている時間通りの仕事への従事、他の労働者を監督すること、監督されること、個人またはグループでの必要な仕事の遂行。				
d8508 その他の特定の、報酬を伴う仕事					
d8509 詳細不明の、報酬を伴う仕事					

図表12 評価者アンケート票

ICF 試行評価 評価者(ICF コード記入者)アンケート

評価者コード	
--------	--

ICF 試行評価に参加・体験してのご意見・感想について

問1. 「ICF コード化作業」の難易度について、あなたのご意見・感想は？(1つ: 〇に)

非常に易しい	易しい	まあ易しい	どちらともいえない
やや難しい	難しい	非常に難しい	

問2. とりわけ、どのようなところが難しかったですか、あるいは、評価が容易でしたか？

--

問3. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、患者の状態変化を把握するための情報として役に立ちますか？(1つ: 〇に)

非常に役に立つ	役に立つ	まあ役に立つ	どちらともいえない
あまり役立たない	役立たない	全く役立たない	

問4. 「ICF コード」は、医療・介護現場において、多職種が患者の状況を共通して理解するための情報として役に立ちますか？(1つ: 〇に)

非常に役に立つ	役に立つ	まあ役に立つ	どちらともいえない
あまり役立たない	役立たない	全く役立たない	

問5. 問3と問4について具体的にどのような役に立ちますか、あるいは役に立たないとしたらどのような理由からですか？

--

図表13 患者基本情報一覧票

ICF 試行評価 患者基本情報一覧					
	患者コード	性別	年齢	疾患名	DPCコード
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

ICF によるコーディングの評価結果と看護必要度、FIM との関連性

分担研究者 東野定律（静岡県立大学経営情報学部）
研究代表者 筒井孝子（国立保健医療科学院）
分担研究者 園田茂（藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム）
分担研究者 中川原譲二（国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター）
研究協力者 高橋勇二（社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院）
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 研究目的 本分担研究においては、今年度、研究班で開発を行った「ICF generic set（一般セット）」を基にしたICF コードを用いた試行評価の有効性を検討するために、調査対象となった3病院におけるデータを統合した延べデータ 285 件の分析を行うとともに、入退院時の患者データを他アセスメントの状況と比較し、1入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用が可能なかの検討を行うことを目的とした。

研究方法 本分担研究では ICF コードを用いた試行評価の有効性を検討するために、今年度、研究班で開発した「ICF generic set（一般セット）」を基にしたICF コードを用いた試行評価の有効性を検討するために、まず、調査対象となった3病院におけるデータを統合した 285 件の延べデータのファイルを作成し、統合分析ファイルとした。このファイルを用いて、ICF 評価結果の記述統計を行うとともに、項目間の Pearson 相関係数を算出し、項目間の評価結果の関連性を検討した。その後、ICF コードにおける困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性を検討するために、ICF の評価結果として困難がないと回答した、「0=なし」を「なし」、困難が「1=軽度、2=中等度、3=重度、4=完全」と回答した者を「あり」として、2群とした。

これらの2群間でFIMおよび看護必要度の得点を比較した。その際、平均値の差の検定については、対応のないt検定を実施した。さらに、入退院時の患者データを、日本の臨床現場で利用されてきた、他のアセスメント（FIM、看護必要度）との評価結果と比較し、1入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用可能なかを検討した。

なお、この1入院データの分析に用いたのは、調査対象となった病院のうち、入退院時で2回評価を行った浜松市リハビリテーション病院で収集された評価結果（21名分）である。これらの21名分のデータを分析対象とし、入退院時におけるICFコードの評価結果の変化やFIM、看護必要度の得点の変化を分析した。これらの同一サンプルの差については、Wilcoxonの検定を実施した。

研究結果 分析の結果、ICFコードの評価の結果からは、「d850 報酬を伴う仕事」については、「報酬を伴う仕事_実行状況」で非該当が180名（81.1%）と最も多く、「報酬を伴う仕事_能力」でも非該当が169名（77.2%）とほとんどが「非該当」であった。また、他アセスメントツールとの関連性については、ICFの障害の有無別のFIMや看護必要度B得点には、「d850 報酬を伴う仕事」以外は、すべて関連性が示され、概ね、代替可能との結果が示された。また、1入院の分析からは、FIMや看護必要度得点と同様に、ICFコードの評価項目についても、「d850 報酬を伴う仕事」以外は、退院時に有意に得点が増加していることを検出できる尺度となっていた。

考察および結論 ICFのcore setのgeneric setにおける、ICFコードによる評価は、「d850 報酬を伴う仕事」以外は、現在、日本で利用されているアセスメントツールと同様に障害の程度や改善の状況を把握できるツールであることが示された。ただし、ICFコードによる困難度や障害の評価においては、多職種間の検者間信頼性が低いことが示されており、

これらの臨床場面での利用に際しては、さらに研修制度の導入等、慎重な工程を計画する必要がある。また、非該当が7割以上を占めた「d850 報酬を伴う仕事」については、代替となるICFコードの利用を含め、日本の状況や、使用目的に応じた、新たなcore setの検討が今後の課題である。

A. 研究目的

本分担研究においては、今年度、研究班で開発を行った「ICF generic set (一般セット)」を基にしたICFコードを用いた試行評価の有効性を検討するために、調査対象となった3病院におけるデータを統合した延べデータ 285件の分析を行うとともに、入退院時の患者データを他アセスメントの状況と比較し、1入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用が可能かの検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1) 調査方法

3病院の入院患者を対象にICFコードを用いた試行的な評価結果、並びに、すでに用いられている既存のアセスメントツールによる評価結果データを収集した。

ICFの試行評価に際しては、全症例に共通して使用可能な「ICF generic set (一般セット)」を活用した。このgeneric setは、「b130 活力と欲動の機能、b152 情動機能、b280 痛みの感覚、d230 日課の遂行、d450 歩行、d455 移動、d850 報酬を伴う仕事」の7項目であるが、dコードには実行状況と能力の2種類の採点が必要な為、それを合わせると合計11項目の評価が必要とされる。

なお、2病院では、採点しやすいように、ICF generic setの7項目(第2レベルの3桁コード)の下位項目(第3レベルの4桁コード、もしくは第4レベルの5桁コード)を採点基準として指定(表2)したうえで、同一患者を担当した、多職種(医師、看護師、理学療法士、作業療法士、MSW(社会福祉士等)別の評価結果が作成された。

表 6-1 2 病院採用の採点基準(下位項目指定)

評価項目 (第2レベル)	指定した下位の評価項目 (第3/第4レベル)
b130 活力と欲動の機能	b1302 食欲
b152 情動機能	b1522 情動の範囲
b280 痛みの感覚	b28014 上肢の痛み b28015 下肢の痛み
d230 日課の遂行	d2303 自分の活動レベルの管理
d450 歩行	d4500 短距離歩行
d455 移動	d4551 登り降りすること

2) 分析方法

本分担研究では、ICFコードを用いた試行評価の有効性を検討するために、延べデータの分析、一入院データの分析を行った。

延べデータの分析

調査対象となった3病院(藤田保健衛生大学七栗サナトリウム、国立循環器研究センター病院、浜松市リハビリテーション病院)での評価結果(36名分、ただしうち21名の浜松分は入退院時で2回の評価があるため、延べ57名分、それぞれに対する5職種による延べ評価結果285件)を統合したデータファイルを作成し、これを用いて分析した。

すなわち、本分担研究においては、今年度、研究班で開発した「ICF generic set (一般セット)」を基にICFコードを用いた試行評価の有効性を検討するために、まず、調査対象となった3病院におけるデータを統合した285件の延べデータのファイルを作成し、統合分析ファイルとした。

この統合ファイルを用いて、ICF評価結果の記述統計を行うとともに、項目間のPearson相関係数を算出し、項目間の評価結果の関連性を検討した。

その後、ICFコードにおける困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性を検討するために、ICFの評価結果として困難がないと回答した、「0=なし」を「なし」、困難が「1=軽度、2=中等度、3=重度、4=完全」と回答した者を「あり」として、2群とした。

これらの2群間でFIMおよび看護必要度の得点を比較した。その際、平均値の差の検定については、対応のないT検定を実施した。

さらに、入退院時の患者データを日本の臨床現場で利用されてきた、他のアセスメント（FIM、看護必要度）の評価結果と比較し、1入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用可能かを検討した。

なお、この一入院データの分析に用いたのは、調査対象となった病院のうち、入退院時で2回評価を行った浜松市リハビリテーション病院で収集された評価（21名分）である。

これらの21名分のデータを分析対象とし、入退院時におけるICFコードの評価結果の変化やFIM、看護必要度の得点の変化を分析した。これらの同一サンプルの差については、Wilcoxonの検定を実施した。

C. 研究結果

1) 延べデータにおける調査対象患者、評価者の属性

ICFコーディング試行評価の対象者は、3病院（急性期1病棟及び回復期リハビリ2病棟）の入院患者36名で、内訳は男性13名、女性23名、平均年齢78.2歳、疾患は、大腿骨近位部骨折21名、脳卒中14名、脳外傷1名であった。退院時における平均評価得点は、FIM運動項目66.2、FIM認知項目28.5、看護必要度A項目0.0点、看護必要度B項目3.1点であった。一方、評価者は、病院勤務の医師14名、看護師28名、理学療法士27名、作業療法士23名、社会福祉士1名の5職種の計93名であった。

これらの職種経験年数の平均は9.7年であ

り、評価者が普段利用しているアセスメント手法は、FIM約83%、NIHSS約28%、Barthel Index20%、日常生活機能評価が約4%だった。

2) 延べデータにおける評価結果の概要

ICFコード「活力と欲動の機能_程度」では、なしが165名（73.0%）ともっとも多く、続いて、軽度48名（21.2%）、中等度8名（3.5%）であった。

「情動機能_程度」では、なしが127名（56.2%）ともっとも多く、続いて、軽度55名（24.3%）、中等度37（16.4%）であった。「痛みの感覚_程度」は、軽度が95名（42.4%）ともっとも多く、続いて、中等度63名（28.1%）、なし50名（22.3%）であった。「日課の遂行_実行状況」では、軽度が64名（28.3%）ともっとも多く、続いて、なし57名（25.2%）、中等度39名（17.3%）であった。「日課の遂行_能力」では、なしと軽度が共に58名（26.0%）ともっとも多く、続いて、中等度と重度が共に39名（17.5%）、完全25名（11.1%）であった。「歩行_実行状況」では、軽度が70名（31.0%）ともっとも多く、続いて、重度45名（19.9%）、中等度43名（19.0%）であった。「歩行_能力」では、軽度が76名（34.1%）ともっとも多く、続いて、重度53名（23.8%）、中等度38名（17.0%）であった。「移動_実行状況」では、完全が91名（40.3%）ともっとも多く、続いて、重度40名（17.7%）、中等度39名（17.3%）であった。「移動_能力」では、完全が84名（37.7%）ともっとも多く、続いて、重度48名（21.5%）、中等度43名（19.3%）であった。

「報酬を伴う仕事_実行状況」では、非該当が180名（81.1%）ともっとも多く、続いて、完全15名（6.8%）、重度13名（5.9%）であった。「報酬を伴う仕事_能力」では、非該当が169名（77.2%）ともっとも多く、続いて、重度16名（7.3%）、完全15名（6.8%）であった。

表 6-2 延ベデータによる ICF 試行評価結果の概要

	活力と欲動の機能 程度			情動機能 程度			痛みの感覚 程度		
	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%
なし	165	57.9	73.0	127	44.6	56.2	50	17.5	22.3
軽度	48	16.8	21.2	55	19.3	24.3	95	33.3	42.4
中等度	8	2.8	3.5	37	13.0	16.4	63	22.1	28.1
重度	3	1.1	1.3	6	2.1	2.7	14	4.9	6.3
完全	2	.7	.9	1	.4	.4	2	.7	.9
詳細不明									
非該当									
有効計	226	79.3	100.0	226	79.3	100.0	224	78.6	100.0
欠損値	59	20.7		59	20.7		61	21.4	
合計	285	100.0		285	100.0		285	100.0	

	日課の遂行 実行状況			日課の遂行 能力			歩行 実行状況			歩行 能力		
	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%
なし	57	20.0	25.2	58	20.4	26.0	25	8.8	11.1	18	6.3	8.1
軽度	64	22.5	28.3	58	20.4	26.0	70	24.6	31.0	76	26.7	34.1
中等度	39	13.7	17.3	39	13.7	17.5	43	15.1	19.0	38	13.3	17.0
重度	38	13.3	16.8	39	13.7	17.5	45	15.8	19.9	53	18.6	23.8
完全	27	9.5	11.9	25	8.8	11.2	42	14.7	18.6	34	11.9	15.2
詳細不明	1	.4	.4	4	1.4	1.8				2	.7	.9
非該当							1	.4	.4	2	.7	.9
有効計	226	79.3	100.0	223	78.2	100.0	226	79.3	100.0	223	78.2	100.0
欠損値	59	20.7		62	21.8		59	20.7		62	21.8	
合計	285	100.0		285	100.0		285	100.0		285	100.0	

	移動 実行状況			移動 能力			報酬を伴う仕事 実行状況			報酬を伴う仕事 能力		
	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%	N	%	有効%
なし	10	3.5	4.4	8	2.8	3.6	4	1.4	1.8	2	.7	.9
軽度	31	10.9	13.7	36	12.6	16.1	2	.7	.9	2	.7	.9
中等度	39	13.7	17.3	43	15.1	19.3	6	2.1	2.7	12	4.2	5.5
重度	40	14.0	17.7	48	16.8	21.5	13	4.6	5.9	16	5.6	7.3
完全	91	31.9	40.3	84	29.5	37.7	15	5.3	6.8	15	5.3	6.8
詳細不明	4	1.4	1.8	2	.7	.9	2	.7	.9	3	1.1	1.4
非該当	11	3.9	4.9	2	.7	.9	180	63.2	81.1	169	59.3	77.2
有効計	226	79.3	100.0	223	78.2	100.0	222	77.9	100.0	219	76.8	100.0
欠損値	59	20.7		62	21.8		63	22.1		66	23.2	
合計	285	100.0		285	100.0		285	100.0		285	100.0	

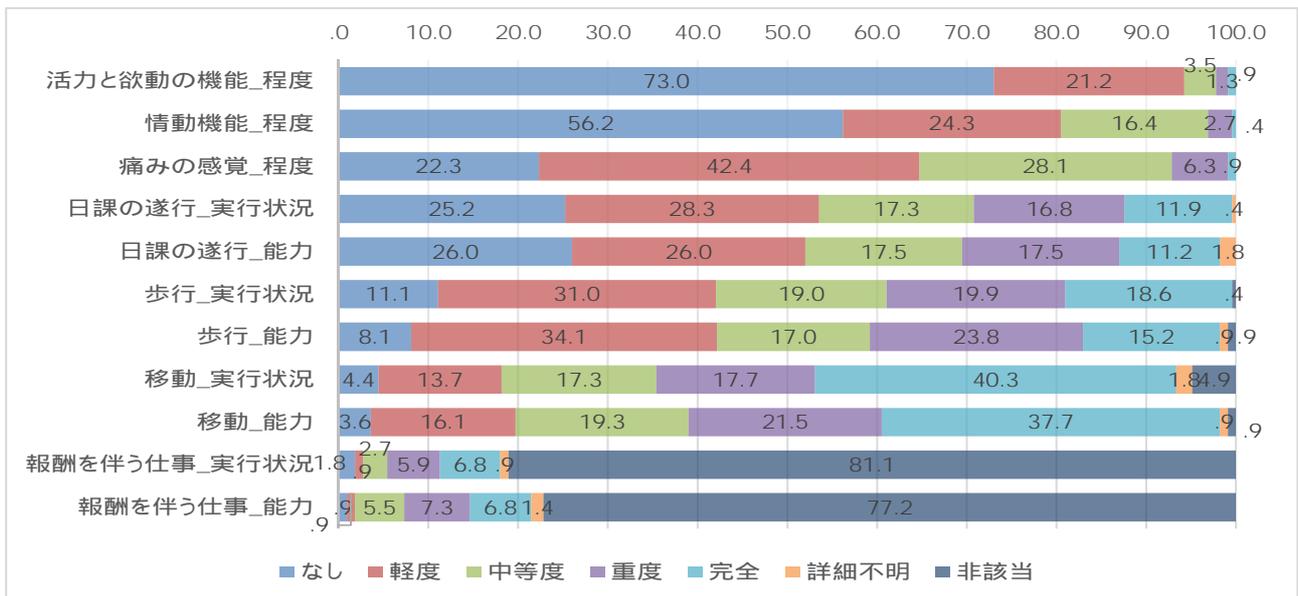


図 6-1 延ベデータにおける評価結果の概要 (有効%)

3) 項目間の評価結果の関連性の検討

ICF コードの評価において、相関係数が 0.9 以上と最も高かったのが、「報酬を伴う仕事_実行状況」と「報酬を伴う仕事_能力」との相関で 0.98 であった。

0.8 以上と次いで高かったのが、「移動_実行状況」と「移動_能力」0.88、「歩行_実行状況」と「歩行_能力」0.86 であった。

0.7 以上であったのは、「歩行_能力」と「移

動_能力」0.79、「移動_実行状況」と「報酬を伴う仕事_実行状況」、「移動_実行状況」と「報酬を伴う仕事_能力」で 0.75、「歩行_能力」と「移動_実行状況」0.72、「歩行_実行状況」と「移動_能力であった。

0.6 以上は、「移動_能力」と「報酬を伴う仕事_能力」0.67、「移動_能力」と「報酬を伴う仕事_実行状況」で 0.64 であった。

表 6-3 ICF 評価の項目間の相関 (延ベデータ)

	活力と欲動の機能_程度	情動機能_程度	痛みの感覚_程度	日課の遂行_実行状況	日課の遂行_能力	歩行_実行状況	歩行_能力	移動_実行状況	移動_能力	報酬を伴う仕事_実行状況	報酬を伴う仕事_能力
活力と欲動の機能_程度 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	1										
情動機能_程度 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.50 **	1									
痛みの感覚_程度 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.37 **	0.33 **	1								
日課の遂行_実行状況 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.46 **	0.58 **	0.42 **	1							
日課の遂行_能力 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.43 **	0.58 **	0.38 **	0.93 **	1						
歩行_実行状況 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.33 **	0.40 **	0.54 **	0.55 **	0.50 **	1					
歩行_能力 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.37 **	0.42 **	0.48 **	0.49 **	0.52 **	0.86 **	1				
移動_実行状況 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.27 **	0.31 **	0.47 **	0.50 **	0.48 **	0.71 **	0.72 **	1			
移動_能力 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.31 **	0.34 **	0.45 **	0.45 **	0.48 **	0.66 **	0.79 **	0.88 **	1		
報酬を伴う仕事_実行状況 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.31 **	0.30 **	0.50 **	0.54 **	0.41 *	0.52 **	0.51 **	0.75 **	0.64 **	1	
報酬を伴う仕事_能力 Pearson の相関係数 有意確率 (両側)	0.34 *	0.36 *	0.47 **	0.57 **	0.55 **	0.50 **	0.58 **	0.75 **	0.67 **	0.98 **	1

**P<0.01, *P<0.05

4) ICF における困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性を検討

ICF コードによる試行評価による障害・困難の有無別に、FIM 運動得点の平均値の差の検定をした結果、有意差は、「報酬を伴う仕事_能力」以外のすべてに示された。FIM 認知機能得点については、有意差は、「痛みの感覚_程度」以外のすべてに示された。また、看護必

要度 A 得点の平均値の差をみたところ、「活力と欲動の機能_程度」と「歩行_実行状況」のみ、有意差が示された。B 得点については、「報酬を伴う仕事_実行状況」、「報酬を伴う仕事_能力」以外すべてに有意差が示された。

表 6-4 ICF 評価による障害・困難の有無別 FIM 運動得点の平均値の差 (延べデータ)

	なし				あり				P値
	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
活力と欲動の機能 程度の有無	165	67.7	16.0	1.2	61	51.2	20.2	2.6	**
情動機能 程度の有無	127	70.1	14.9	1.3	98	54.6	19.6	2.0	**
痛みの感覚 程度の有無	50	74.9	13.3	1.9	174	59.7	18.7	1.4	**
日課の遂行 実行状況の有無	57	78.1	9.4	1.2	168	58.1	18.4	1.4	**
日課の遂行 能力の有無	58	77.0	9.6	1.3	161	57.9	18.5	1.5	**
歩行 実行状況の有無	25	82.9	6.7	1.3	200	60.8	18.3	1.3	**
歩行 能力の有無	18	83.8	6.4	1.5	201	61.2	18.2	1.3	**
移動 実行状況の有無	10	88.9	2.7	0.9	201	61.9	18.0	1.3	**
移動 能力の有無	8	88.1	3.1	1.1	211	62.1	18.3	1.3	**
報酬を伴う仕事 実行状況の有無	4	88.5	2.9	1.4	36	62.5	21.9	3.6	**
報酬を伴う仕事 能力の有無	2	82.0	5.7	4.0	45	65.3	22.4	3.3	**

*P<0.01, *P<0.05

表 6-5 ICF 評価による障害・困難の有無別 FIM 認知機能得点の平均値の差 (延べデータ)

	なし				あり				P値
	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
活力と欲動の機能 程度の有無	165	3.2	3.1	0.2	61	6.1	3.8	0.5	**
情動機能 程度の有無	127	2.7	2.9	0.3	98	5.6	3.7	0.4	**
痛みの感覚 程度の有無	50	2.0	2.1	0.3	174	4.6	3.7	0.3	**
日課の遂行 実行状況の有無	57	1.3	1.7	0.2	168	4.9	3.6	0.3	**
日課の遂行 能力の有無	58	1.5	2.1	0.3	161	4.9	3.6	0.3	**
歩行 実行状況の有無	25	1.3	1.8	0.4	200	4.3	3.6	0.3	**
歩行 能力の有無	18	0.6	1.3	0.3	201	4.3	3.6	0.3	**
移動 実行状況の有無	10	1.2	1.9	0.6	201	4.1	3.6	0.3	**
移動 能力の有無	8	0.5	1.4	0.5	211	4.1	3.6	0.2	**
報酬を伴う仕事 実行状況の有無	4	2.0	2.3	1.2	36	3.9	3.7	0.6	**
報酬を伴う仕事 能力の有無	2	1.5	2.1	1.5	45	3.2	3.7	0.5	**

*P<0.01, *P<0.05

表 6-6 ICF 評価による障害・困難の有無別看護必要度 A 得点の平均値の差 (延べデータ)

	なし				あり				P値
	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
活力と欲動の機能 程度の有無	165	0.05	0.2	0.0	61	0.00	0.0	0.0	**
情動機能 程度の有無	127	0.05	0.2	0.0	98	0.02	0.1	0.0	
痛みの感覚 程度の有無	50	0.08	0.3	0.0	174	0.02	0.2	0.0	
日課の遂行 実行状況の有無	57	0.05	0.2	0.0	168	0.03	0.2	0.0	
日課の遂行 能力の有無	58	0.05	0.2	0.0	161	0.03	0.2	0.0	
歩行 実行状況の有無	25	0.00	0.0	0.0	200	0.04	0.2	0.0	**
歩行 能力の有無	18	0.00	0.0	0.0	201	0.04	0.2	0.0	
移動 実行状況の有無	10	0.00	0.0	0.0	201	0.02	0.2	0.0	
移動 能力の有無	8	0.00	0.0	0.0	211	0.03	0.2	0.0	
報酬を伴う仕事 実行状況の有無	4	0.00	0.0	0.0	36	0.00	0.0	0.0	
報酬を伴う仕事 能力の有無	2	0.00	0.0	0.0	45	0.09	0.3	0.0	

*P<0.01, *P<0.05

表 6-7 ICF 評価による障害・困難の有無別看護必要度 B 得点の平均値の差（延べデータ）

	なし				あり				P値
	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	
活力と欲動の機能_程度の有無	165	3.2	3.1	0.2	61	6.1	3.8	0.5	**
情動機能_程度の有無	127	2.7	2.9	0.3	98	5.6	3.7	0.4	**
痛みの感覚_程度の有無	50	2.0	2.1	0.3	174	4.6	3.7	0.3	**
日課の遂行_実行状況の有無	57	1.3	1.7	0.2	168	4.9	3.6	0.3	**
日課の遂行_能力の有無	58	1.5	2.1	0.3	161	4.9	3.6	0.3	**
歩行_実行状況の有無	25	1.3	1.8	0.4	200	4.3	3.6	0.3	**
歩行_能力の有無	18	0.6	1.3	0.3	201	4.3	3.6	0.3	**
移動_実行状況の有無	10	1.2	1.9	0.6	201	4.1	3.6	0.3	**
移動_能力の有無	8	0.5	1.4	0.5	211	4.1	3.6	0.2	**
報酬を伴う仕事_実行状況の有無	4	2.0	2.3	1.2	36	3.9	3.7	0.6	
報酬を伴う仕事_能力の有無	2	1.5	2.1	1.5	45	3.2	3.7	0.5	

*P<0.01, *P<0.05

5) 入退院時における FIM および看護必要度得点、ICF 評価結果の変化

入退院時における FIM および看護必要度得点の変化をみたところ、看護必要度 A 得点以外では、入退院の得点に有意差が示されていた。

また、ICF 評価の変化についても、「報酬を伴う仕事_実行状況」以外は、入退院の評価に有意差が示されていた。

表 6-8 入退院時における FIM および看護必要度得点の変化

	入院時			退院時			t 値	P値
	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差		
FIM運動	58.3	15.7	1.7	71.0	14.6	1.6	-9.172	**
FIM認知	25.1	7.7	0.8	29.1	11.6	1.3	-3.857	**
FIM(合計)	83.4	21.4	2.3	100.1	20.1	2.2	-11.249	**
看護必要度A	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.038	
看護必要度B	5.4	3.5	0.4	2.7	3.6	0.4	7.684	**
看護必要度A+B	5.4	3.4	0.4	2.7	3.6	0.4	7.906	**
日常生活機能評価	5.5	3.4	0.4	2.5	3.3	0.4	9.175	**

*P<0.01, *P<0.05

表 6-9 入退院時における ICF 評価の変化

入退院時の変化	平均ランク	順位和	Z値	P値
活力と欲動の機能_程度	8.1	114.0	-3.21565	**
	6.0	6.0		
情動機能_程度	11.9	190.0	-2.27021	*
	10.5	63.0		
痛みの感覚_程度	29.0	1653.0	-7.03388	**
	0	0		
日課の遂行_実行状況	19.7	709.5	-4.82618	**
	23.5	70.5		
日課の遂行_能力	21.3	789.0	-5.04062	**
	18.0	72.0		
歩行_実行状況	34.8	2329.5	-7.2043	**
	16.5	16.5		
歩行_能力	33.0	2145.0	-7.13999	**
	0	0		
移動_実行状況	32.9	2070.0	-7.0106	**
	10.0	10.0		
移動_能力	32.0	2016.0	-7.0965	**
	0	0		
報酬を伴う仕事_実行状況	2.0	6.0	-1.63299	
	0	0		
報酬を伴う仕事_能力	4.0	28.0	-2.52982	*
	0	0		

*P<0.01, *P<0.05

D. 考察

本研究では、ICF の core set の generic set を取り上げ、これが、医療現場において評価可能なツールとして有用であるかを検討した。

まず、ICF コードによる評価結果の記述統計を行った。この結果、「d850 報酬を伴う仕事」については、能力においても実行状況においても 7 割から、8 割の非該当が示された。

研究班会議においても、この評価項目は、むしろ「d 8 5 5 報酬を伴わない仕事」や d600 台のコード「家庭生活(Domestic life)」への代替を検討したほうがよいのではないとの意見が出された。

一方で、日本の医療現場の現状から言えば、患者が退院してからの生活については、医療者

は、全く関与しておらず、その情報もないため、こういった社会生活に関する評価は不可能であるといえ、むしろ、この実態こそが問題があるとの意見もあった。

平成 26 年度診療報酬改定の重点課題は地域包括ケアシステムの構築に医療機関が積極的に関与することが求められており、こういった観点からは、患者の予後に係る情報を集めることや、地域の医療機関や介護機関との連携をすすめることによって、「d 850 報酬を伴う仕事」という項目が非該当とならない、社会環境を創ることを目指すべきという考え方もありうる。

また、generic set における ICF コードによる評価項目間の Pearson 相関係数を算出した結果、強い関連性を示したのは、能力、実行状

況共に非該当が回答者のほとんどを占めた「d850 報酬を伴う仕事」であった。このコードとの相関が高いコードは、多く、移動や歩行の能力、あるいは実行状況との相関も高かった。

このことは、移動能力が低下することと、報酬を得る仕事との関連性が高いことを示しており、いわゆる歩行能力の低下、そして歩行が困難へ、そして、これは移動能力の低下とほぼ同じ状態を示し、実行状況としても移動の困難へとつながるという一連の障害の連鎖を現していた。

これらの結果は、日本においては、歩行に困難を生じることが、移動に影響を及ぼし、これによって、報酬を得ることへの困難さにつながっていることを示しており、アクセシビリティを高める居住環境や、都市環境の整備が求められていることも示唆していた。

ICF コードにおける困難および障害の程度と他アセスメントの得点の関連性について

ICF の評価結果として困難がないと回答した、「0=なし」を「なし」、困難が「1=軽度、2=中等度、3=重度、4=完全」と回答した者を「あり」として、2群とし、これらの2群間でFIM および看護必要度の得点を比較した結果からは、ICF コードの評価結果とFIM や看護必要度の評価結果との間には大きな違いがないことを示しており、ICF コードによる評価と大きくは異なっていなかった。

このことは、二つの意味がある。まず、ICF で概ね、患者の全体的な評価は可能であること、つまり、妥当性を示したとは言えるが、同様の評価であるならば、あえてICF を用いる必然性がないということも示したといえる。

さらに、入退院時の患者データを、日本の臨床現場で利用されてきた、他のアセスメント（FIM、看護必要度）との評価結果と比較し、1入院における患者の状態像の変化をとらえる指標として活用可能かを検討した結果からも、FIM や看護必要度で算定された得点と同様に、ICF コードの評価項目のうち、「d850 報

酬を伴う仕事」以外の項目においては、状態の改善を捉えることができる指標となっていた。

この結果は、前述したように妥当性の検証とはいえるが、他のアセスメントと同等の変化を検出できるのであれば、あえてICF コードによる評価をすべき利点があるかへの回答は示されなかったといえる。

ただし、今年度の他の分担研究報告から、明らかにされたように、多職種間での検者間信頼性の低さはこのICF による評価の際の大きな問題である。したがって、このツールを臨床で利用するにあたっては、ICF の臨床適応を進める他国の状況¹⁾⁴⁾と同様に評価者の養成・訓練が必須であると考えられた。

1) Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., & De Souza, L. (2012). To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and rehabilitation*, 34(20), 1686-1694.

2) Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther* 2007;74 Spec No.:221-232.

3) Heinen MM, van Achterberg T, Roodbol G, Frederiks CM. Applying ICF in nursing practice: classifying elements of nursing diagnoses. *Int Nurs Rev* 2005;52:304-312.

4) Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Eight years of ICF in Italy: principles, results and future perspectives. *Disabil Rehabil* 2009;31 Suppl 1:S4-S7.

E. 結論

ICF の core set の generic set における、ICF コードによる評価は、「d850 報酬を伴う仕事」以外は、現在、日本で利用されているアセスメントツールと同様に障害の程度や改善の状況を把握できるツールであることが示された。

ただし、ICF コードによる困難度や障害の評価においては、多職種間の検者間信頼性が低

いことが示されており、これの臨床場面での利用に際しては、さらに研修制度の導入等、慎重な工程を計画する必要がある。

また、「d850 報酬を伴う仕事」に代わる ICF コードの利用を含め、日本の状況や、使用目的に応じた、新たな core set の検討も今後の課題である。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

特になし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

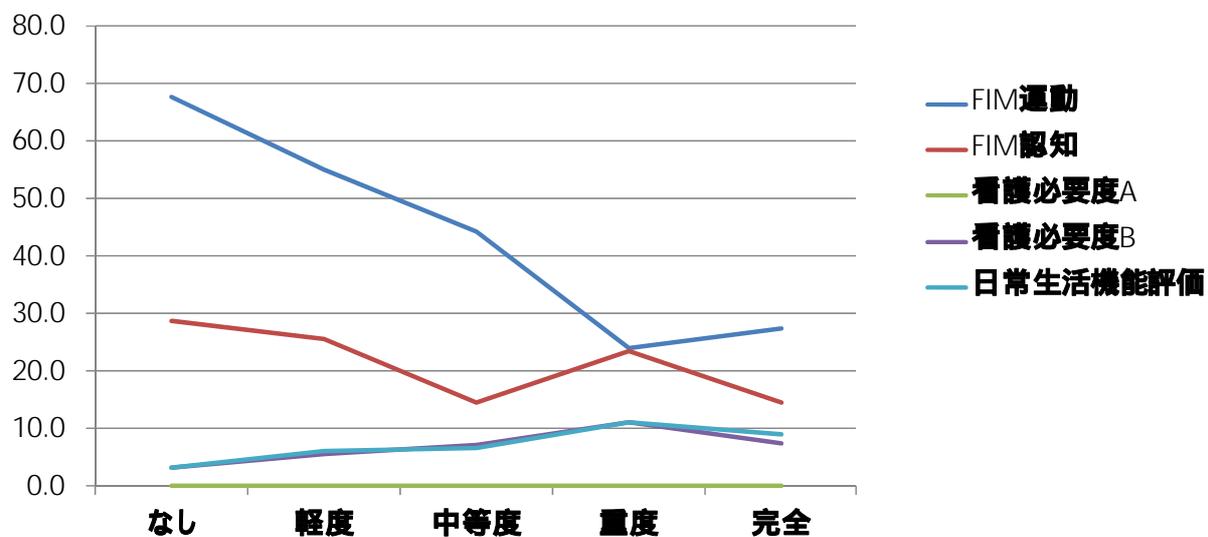
該当なし

参考資料

評価結果別 FIM および看護必要度得点の平均

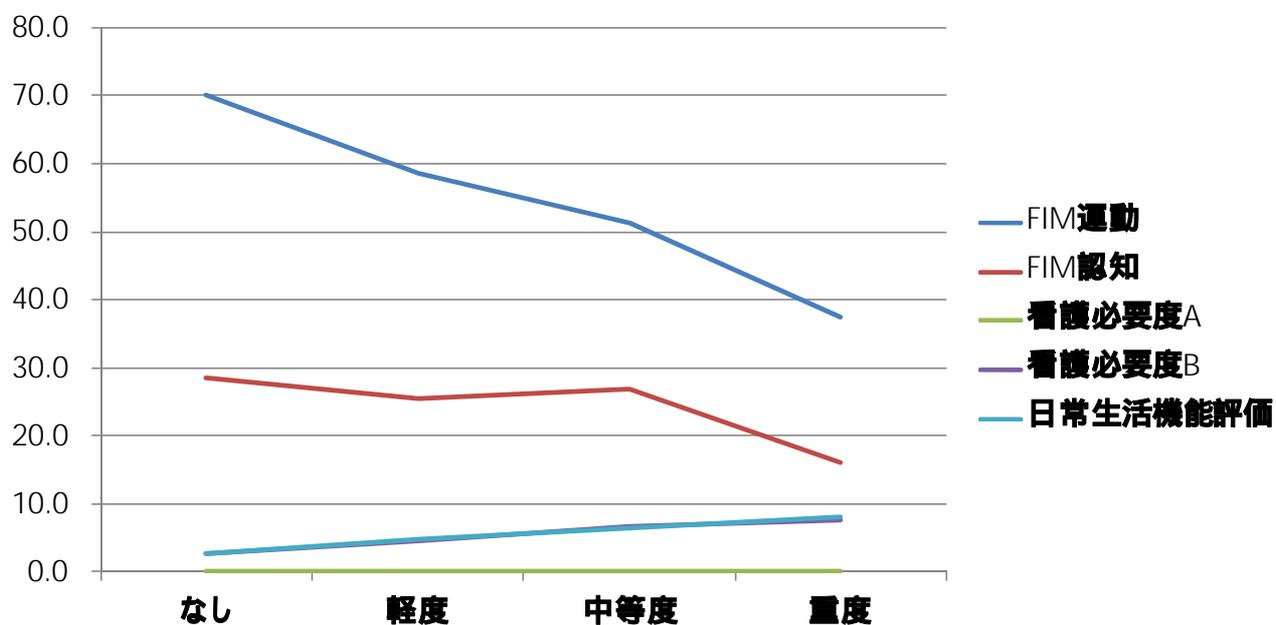
図表 1 活力と欲動の機能_程度

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	67.7	28.6	0.0	3.2	3.2
軽度	55.1	25.5	0.0	5.6	6.1
中等度	44.3	14.4	0.0	7.3	6.7
重度	24.0	23.3	0.0	11.0	11.0
完全	27.5	14.5	0.0	7.5	9.0
合計	63.2	27.2	0.0	4.0	4.0



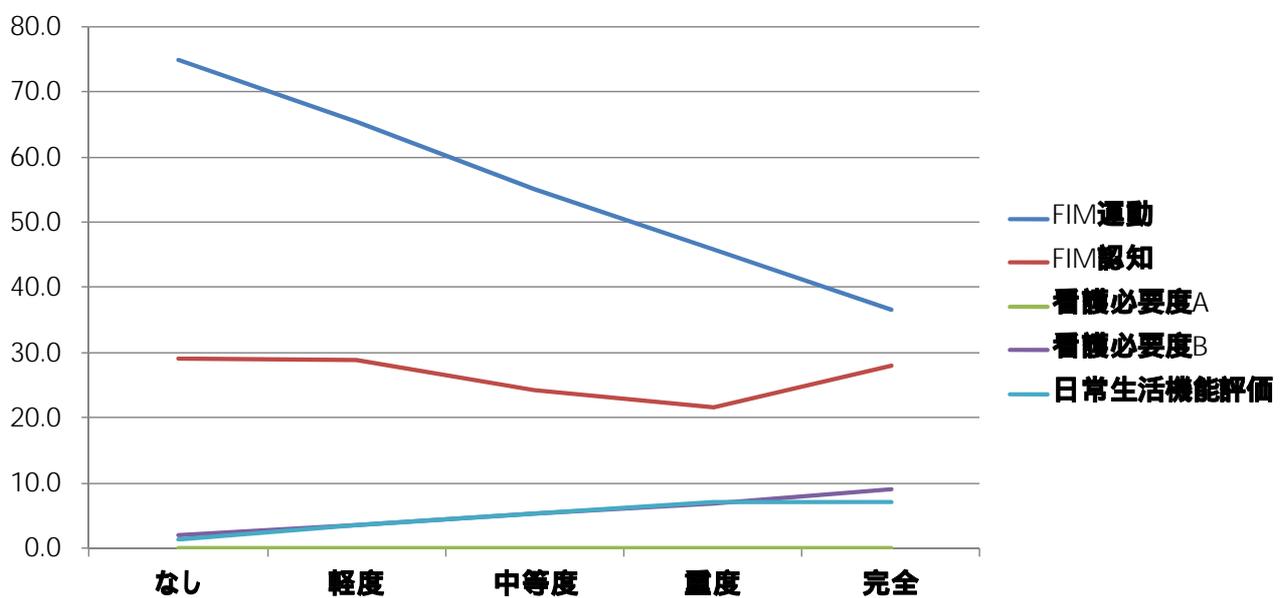
図表2 情動機能_程度

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	70.1	28.6	0.0	2.7	2.6
軽度	58.6	25.5	0.0	4.7	4.9
中等度	51.3	26.9	0.0	6.7	6.4
重度	37.3	16.2	0.0	7.7	8.0
合計	63.3	27.2	0.0	4.0	4.0



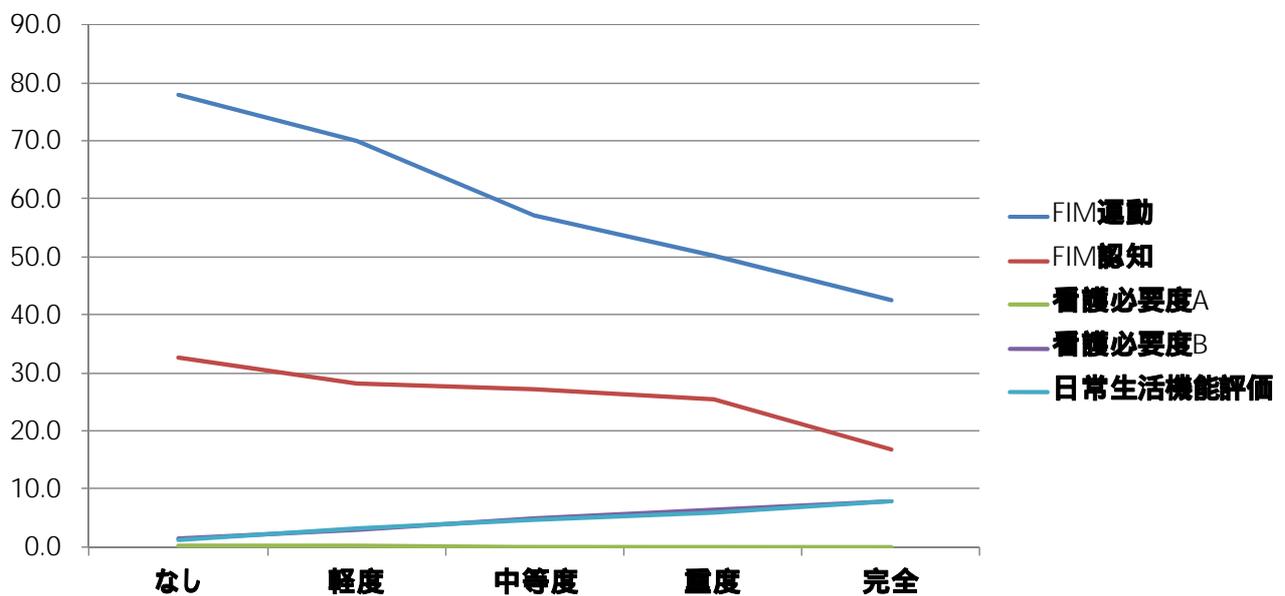
図表3 痛みの感覚_程度

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	74.9	29.1	0.1	2.0	1.4
軽度	65.4	28.8	0.0	3.6	3.5
中等度	55.0	24.3	0.0	5.3	5.4
重度	45.8	21.6	0.0	6.9	7.1
完全	36.5	28.0	0.0	9.0	7.0
合計	63.1	27.2	0.0	4.0	4.0



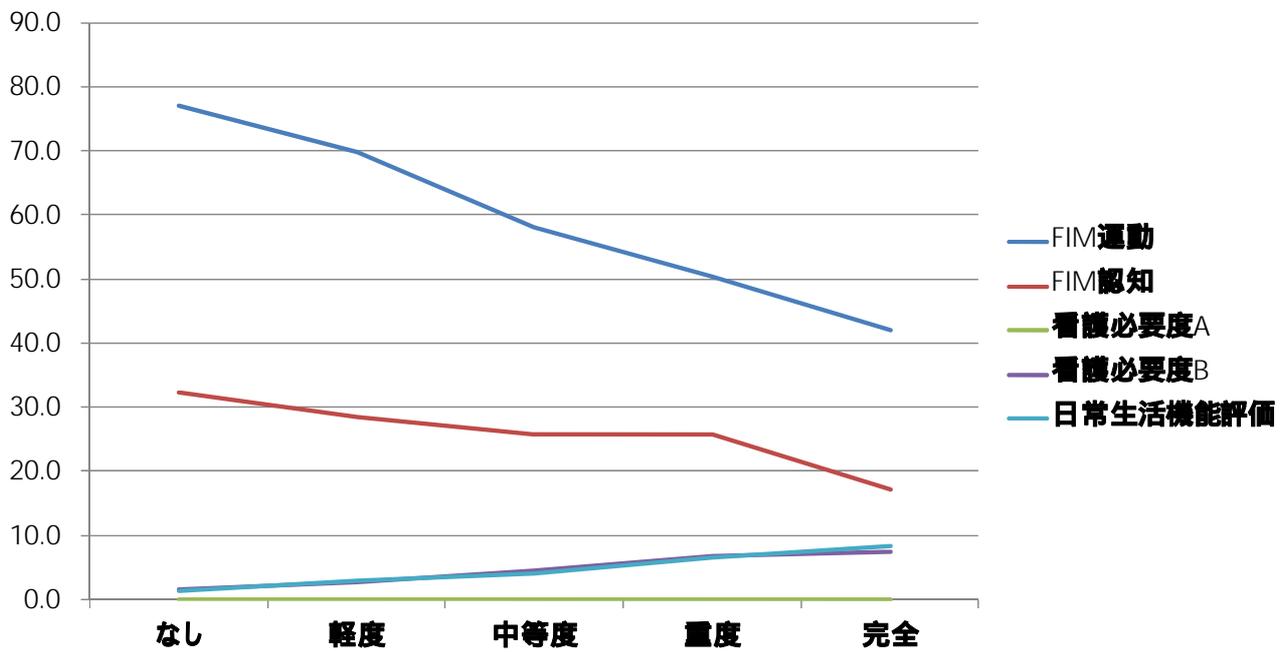
図表 4 日課の遂行_実行状況

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	78.1	32.6	0.1	1.3	1.1
軽度	70.1	28.1	0.0	2.9	3.2
中等度	57.1	27.1	0.0	4.8	4.5
重度	50.2	25.4	0.0	6.3	5.9
完全	42.6	16.9	0.0	7.7	7.9
合計	63.2	27.2	0.0	4.0	4.0



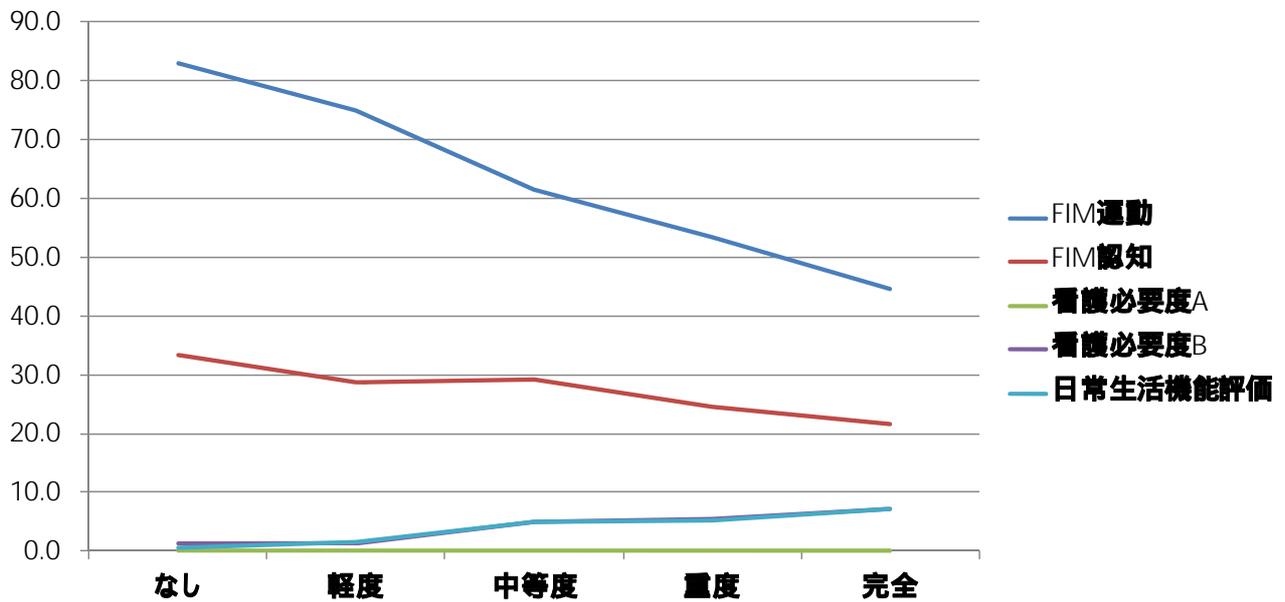
図表 5 日課の遂行_能力

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	77.0	32.2	0.1	1.5	1.2
軽度	69.7	28.5	0.1	2.8	2.9
中等度	58.0	25.8	0.0	4.5	4.1
重度	50.4	25.8	0.0	6.7	6.5
完全	42.1	17.1	0.0	7.5	8.3
合計	63.0	27.2	0.0	4.0	4.0



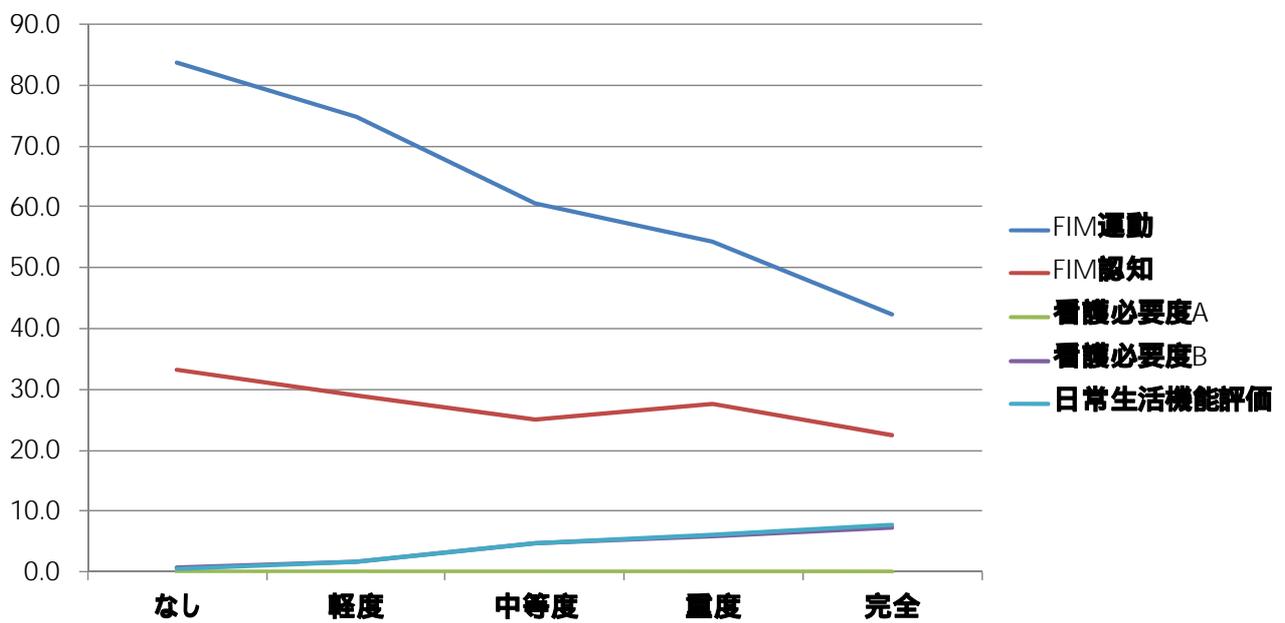
図表 6 歩行_実行状況

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	82.9	33.2	0.0	1.3	0.5
軽度	74.8	28.8	0.1	1.4	1.5
中等度	61.5	29.3	0.1	5.0	4.9
重度	53.5	24.6	0.0	5.4	5.3
完全	44.5	21.6	0.0	7.2	7.1
合計	63.2	27.2	0.0	4.0	4.0



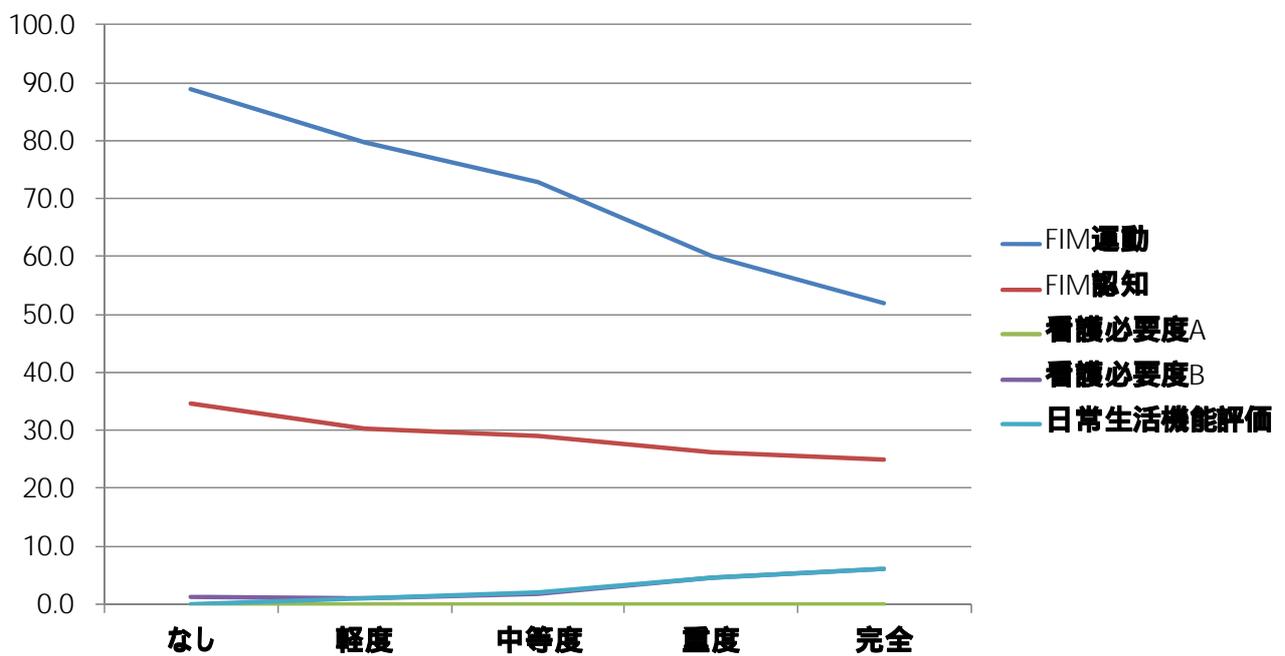
図表7 歩行_能力

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	83.8	33.1	0.0	0.6	0.4
軽度	74.9	29.1	0.1	1.7	1.8
中等度	60.5	25.0	0.0	4.7	4.8
重度	54.3	27.6	0.0	5.8	6.0
完全	42.4	22.4	0.0	7.4	7.8
合計	63.1	27.3	0.0	4.0	4.0



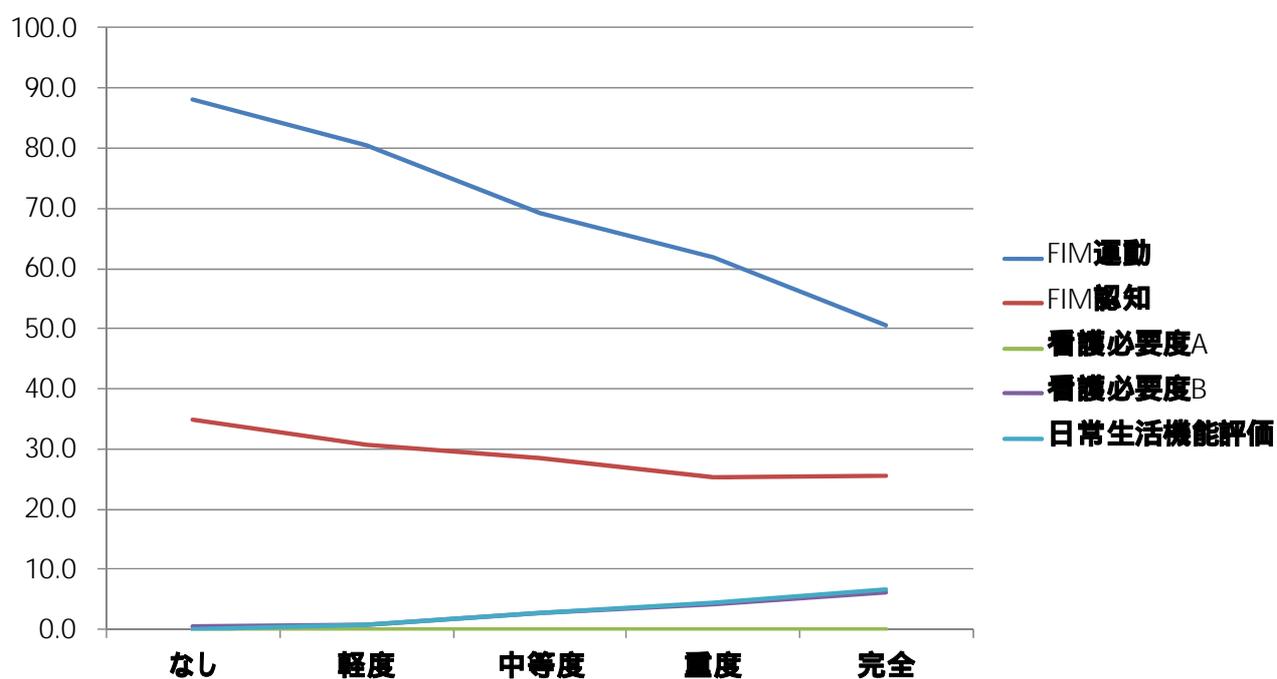
図表 8 移動_実行状況

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	88.9	34.7	0.0	1.2	0.0
軽度	79.8	30.4	0.0	0.9	1.0
中等度	72.9	28.9	0.1	1.8	1.9
重度	60.0	26.3	0.0	4.6	4.6
完全	51.9	25.1	0.0	6.0	6.1
合計	63.2	27.2	0.0	4.0	4.0



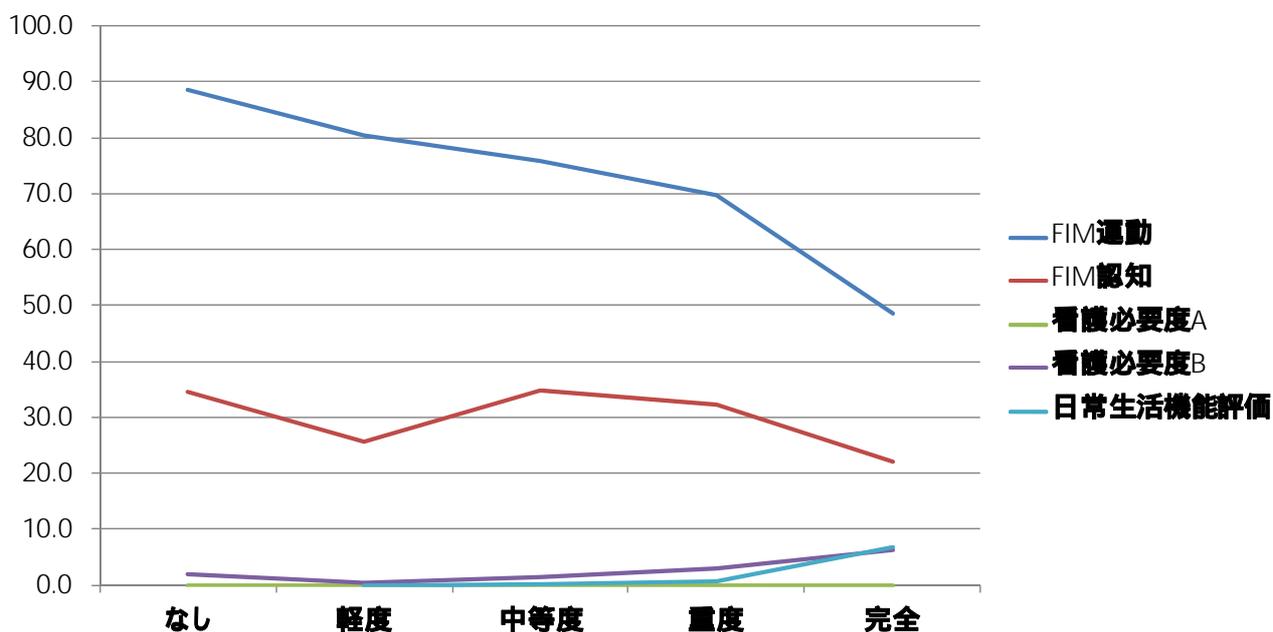
図表9 移動_能力

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	88.1	34.9	0.0	0.5	0.0
軽度	80.6	30.6	0.0	0.9	0.8
中等度	69.3	28.5	0.1	2.6	2.7
重度	61.8	25.3	0.0	4.3	4.5
完全	50.6	25.6	0.0	6.2	6.5
合計	63.0	27.2	0.0	4.0	4.0



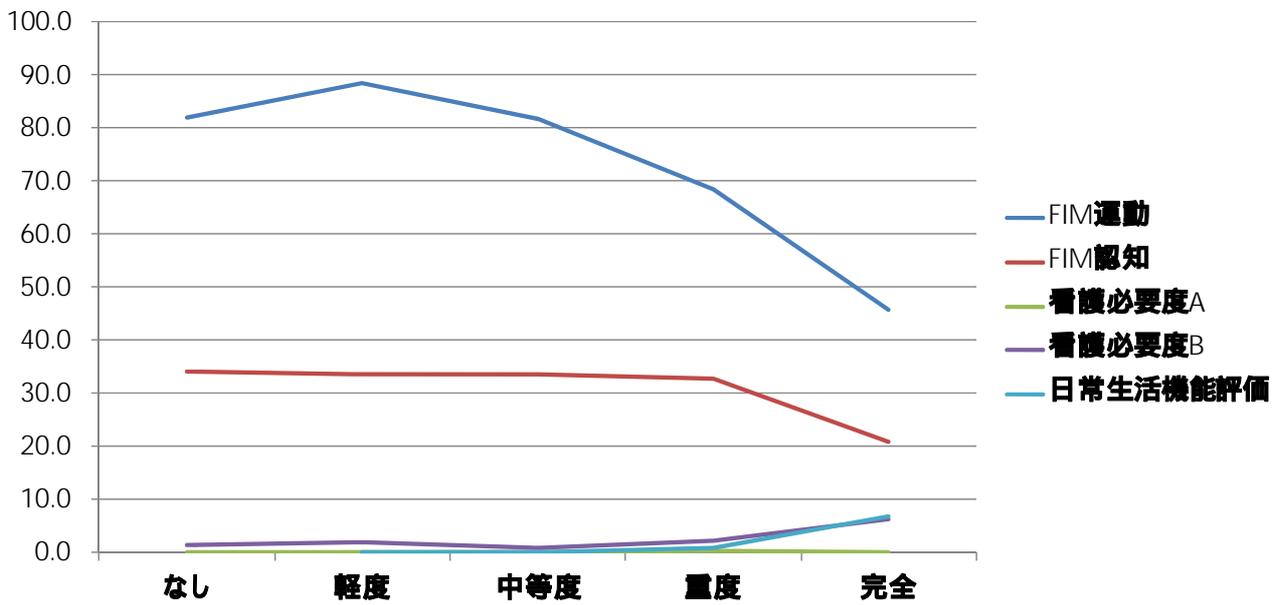
図表 10 報酬を伴う仕事_実行状況

	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	88.5	34.5	0.0	2.0	
軽度	80.5	25.5	0.0	0.5	0.0
中等度	75.8	34.8	0.0	1.3	0.3
重度	69.8	32.2	0.0	2.9	0.6
完全	48.5	22.1	0.0	6.3	6.8
合計	65.1	28.7	0.0	3.8	3.4

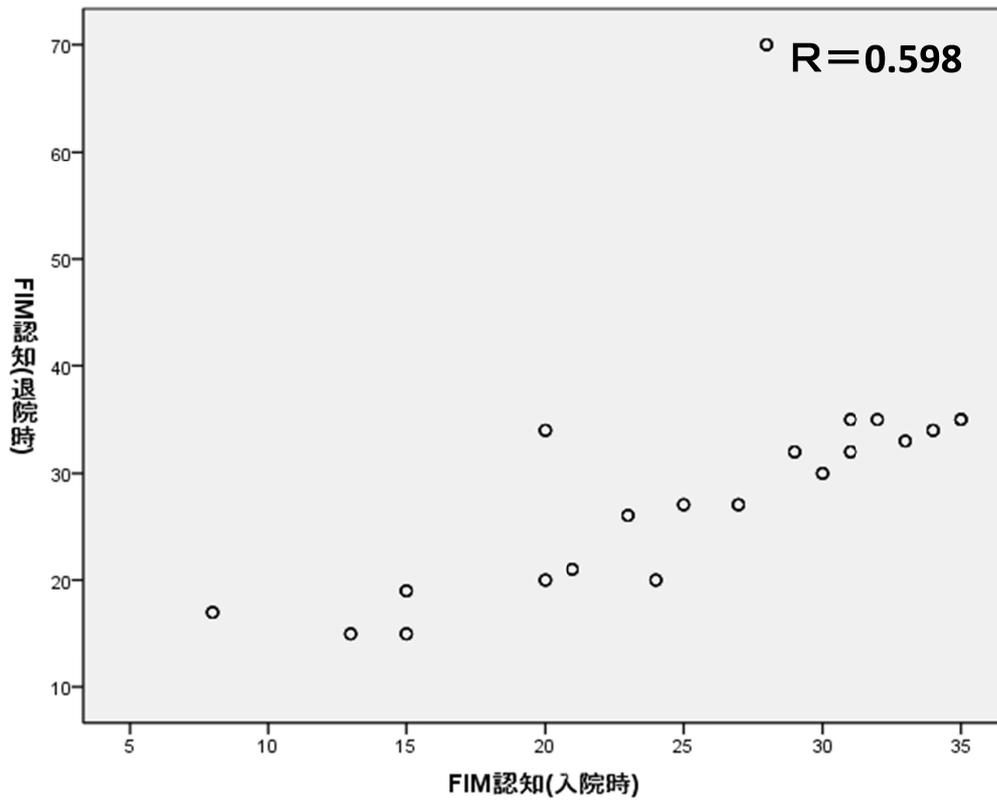
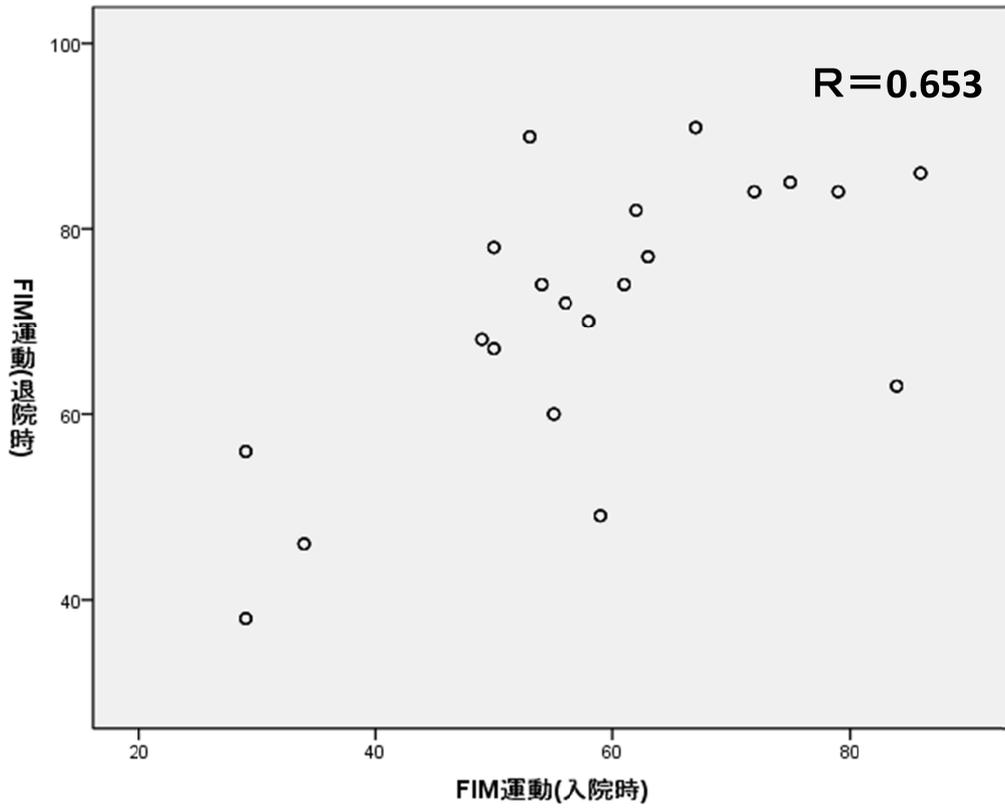


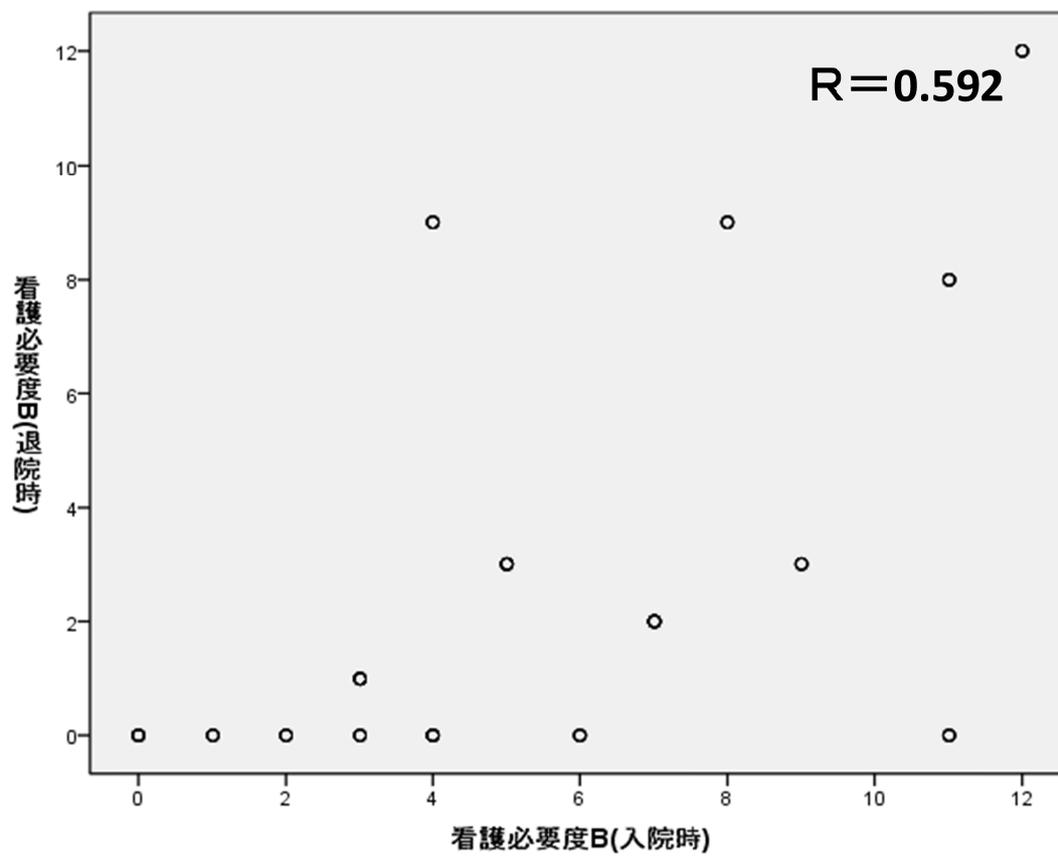
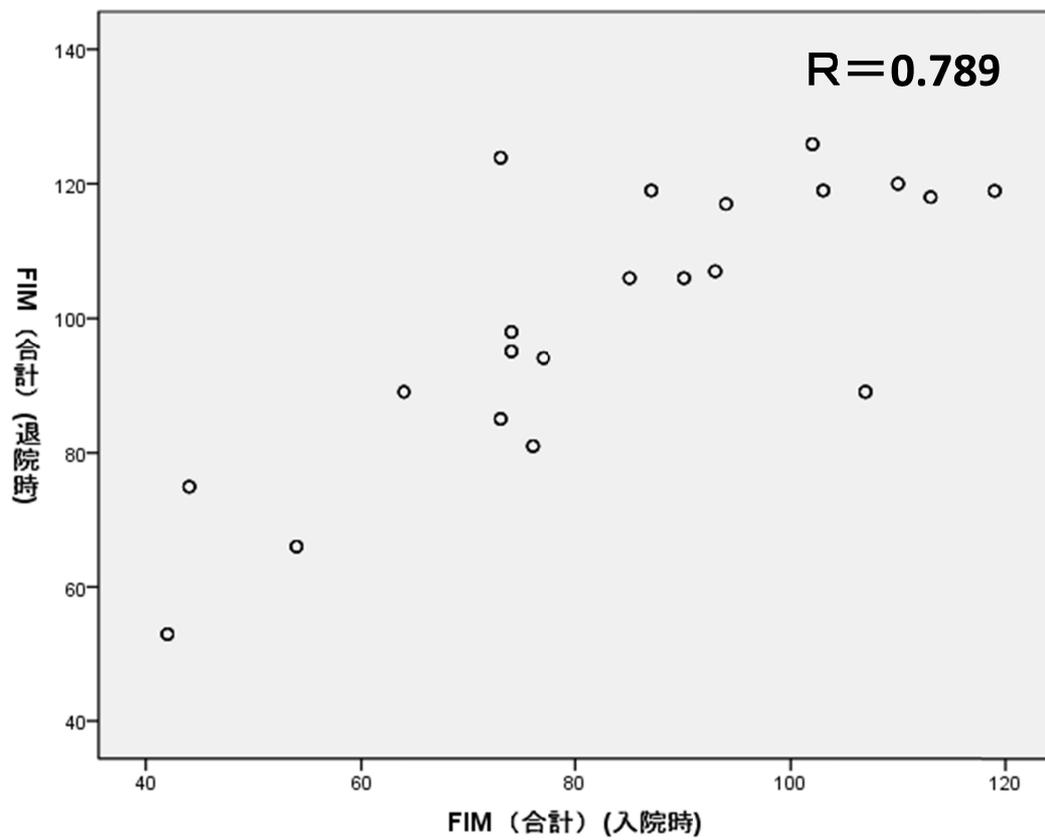
図表 11 報酬を伴う仕事_能力

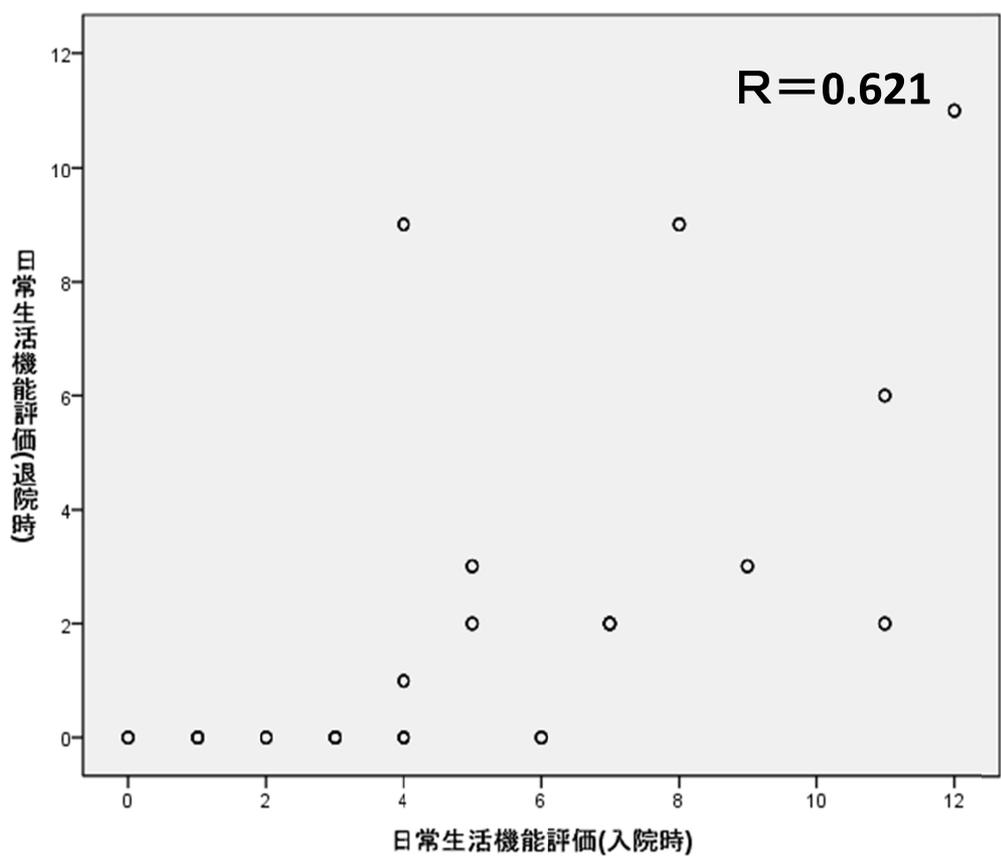
	FIM 運動	FIM 認知	看護必要度 A	看護必要度 B	日常生活機能評価
なし	82.0	34.0	0.0	1.5	
軽度	88.5	33.5	0.0	2.0	0.0
中等度	81.7	33.5	0.0	0.8	0.1
重度	68.6	32.9	0.3	2.2	0.8
完全	45.7	20.8	0.0	6.3	6.8
合計	66.0	29.3	0.1	3.1	2.6



図表 12 FIM および看護必要度得点の入退院時の相関

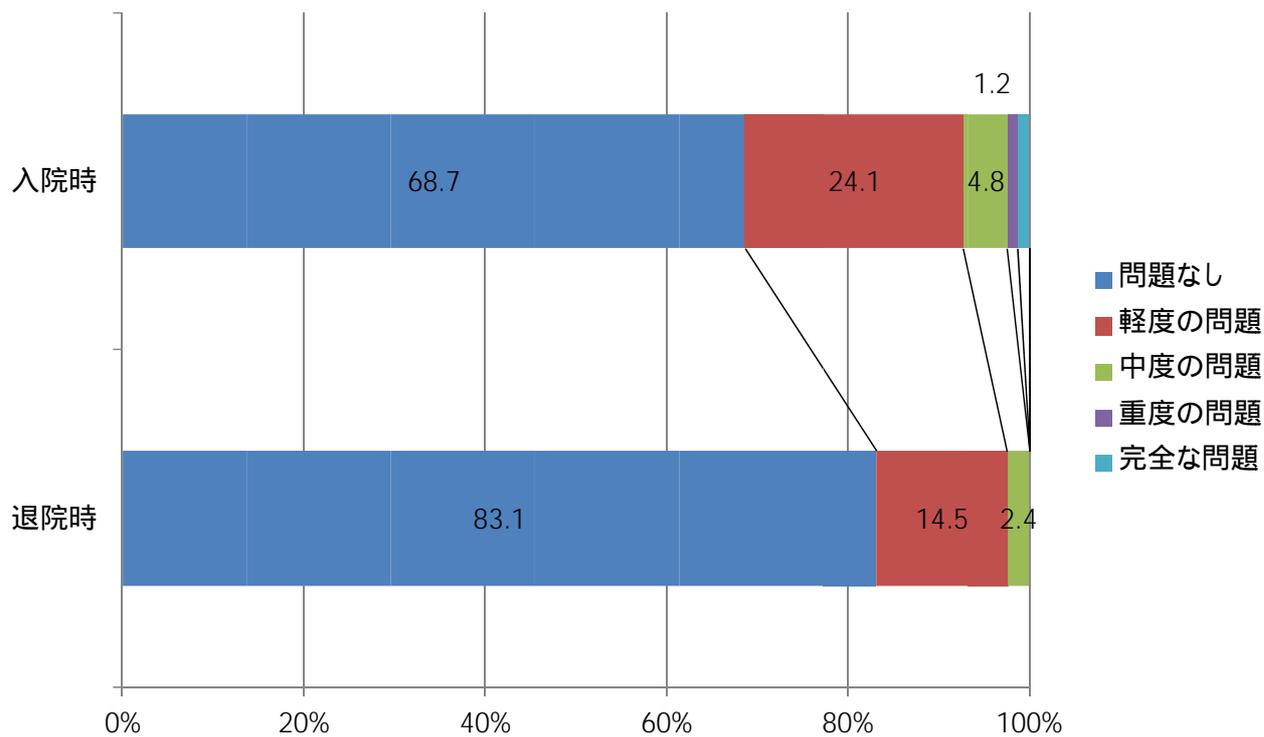




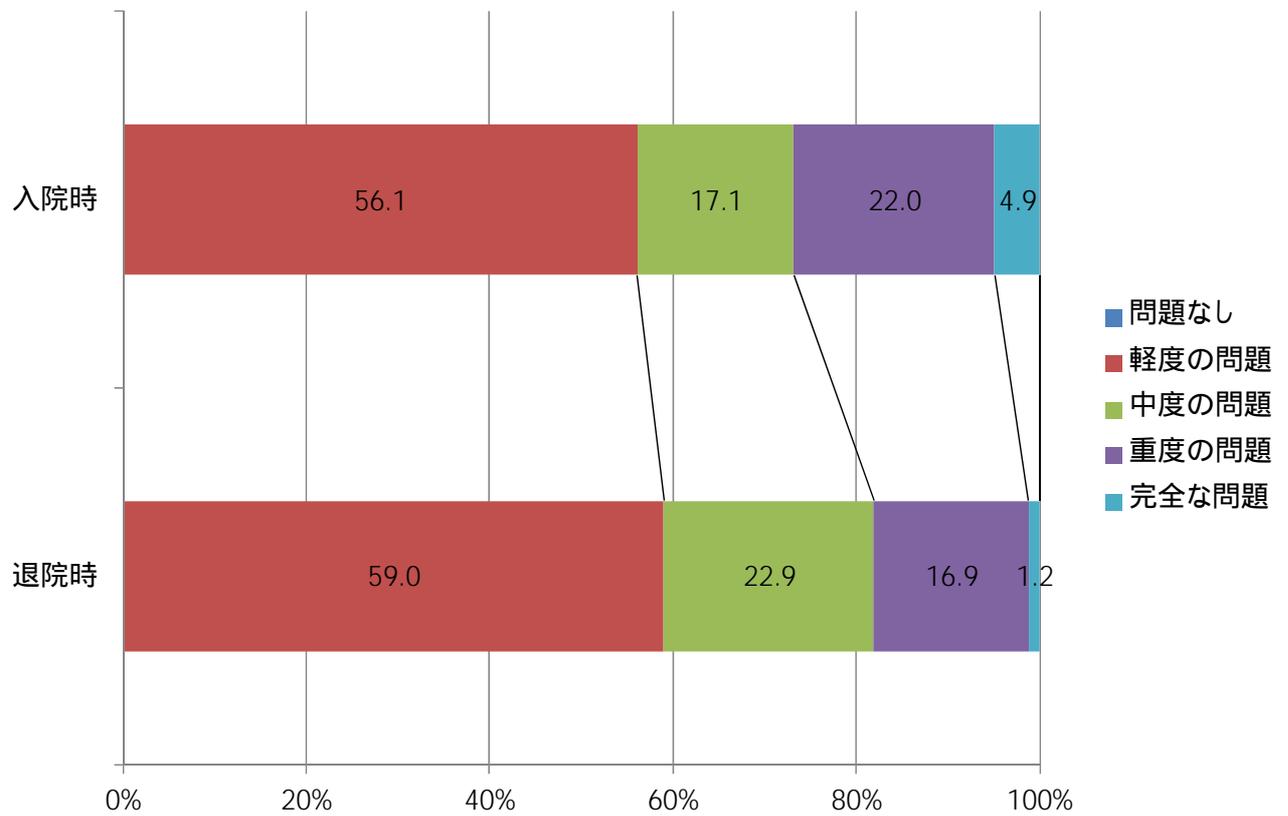


ICF 評価の入退院時の変化

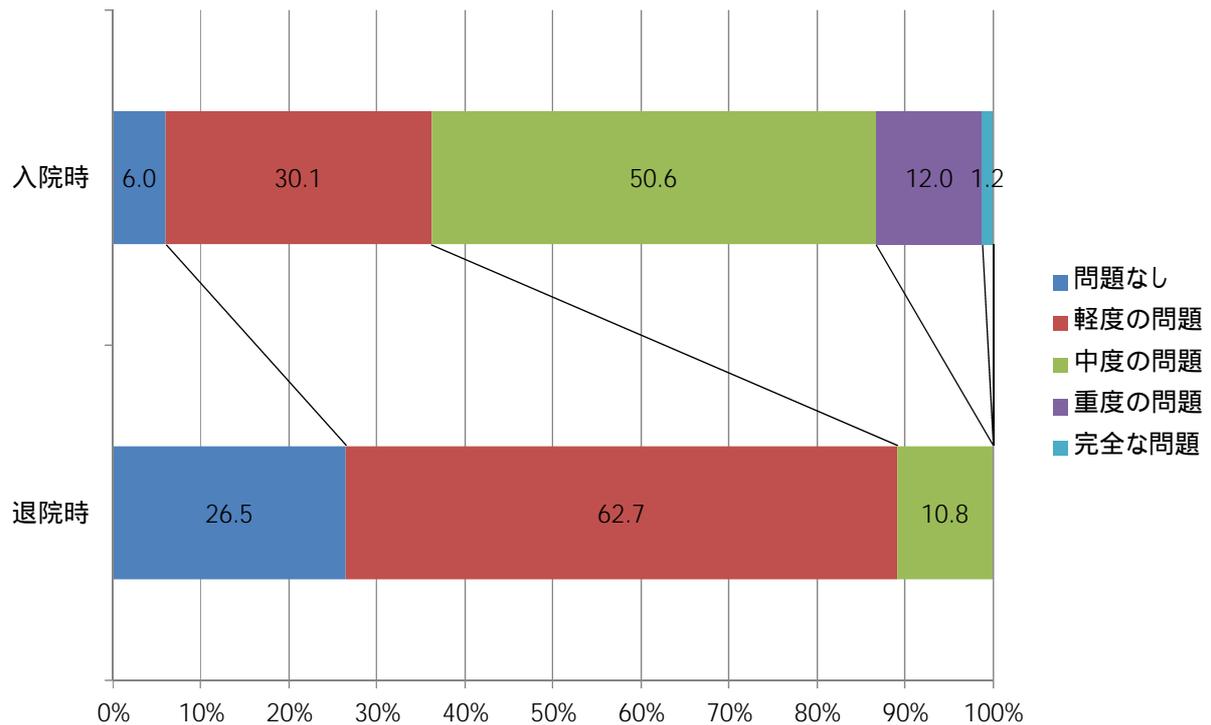
図表 13 活力と欲動の機能_程度(入院時) 活力と欲動の機能_程度(退院時)



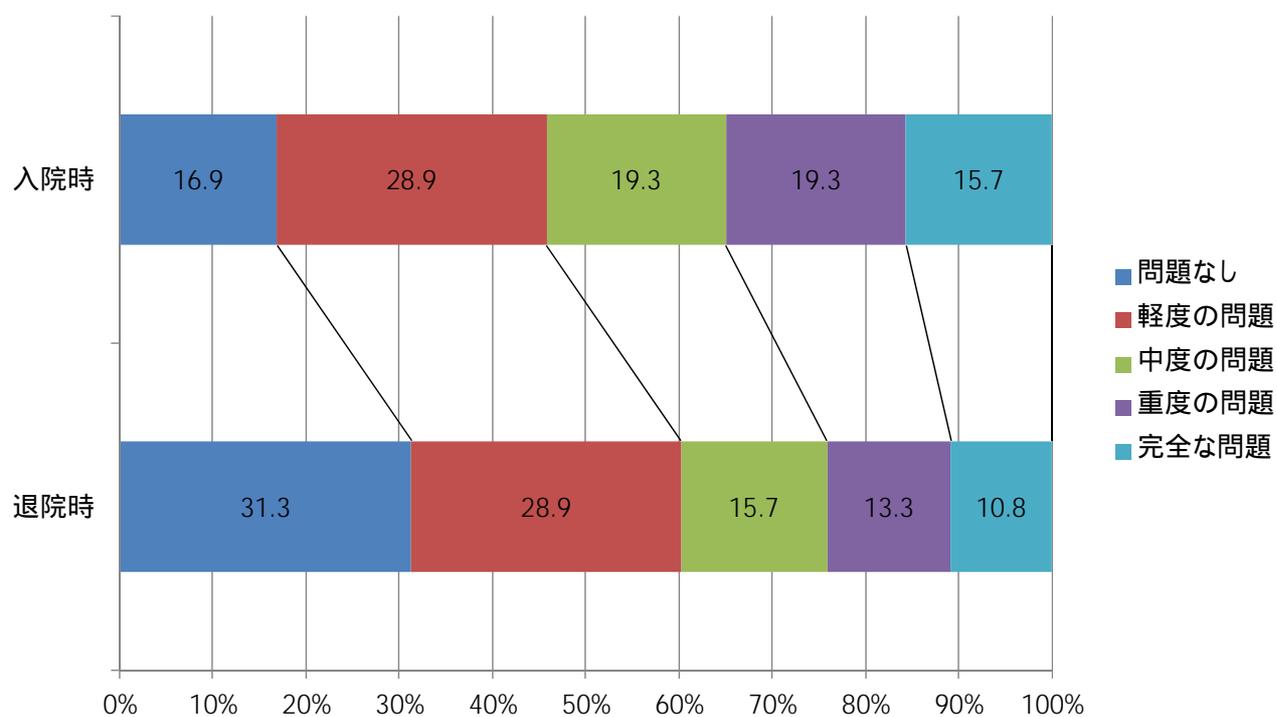
図表 14 情動機能_程度(入院時) 情動機能_程度(退院時)



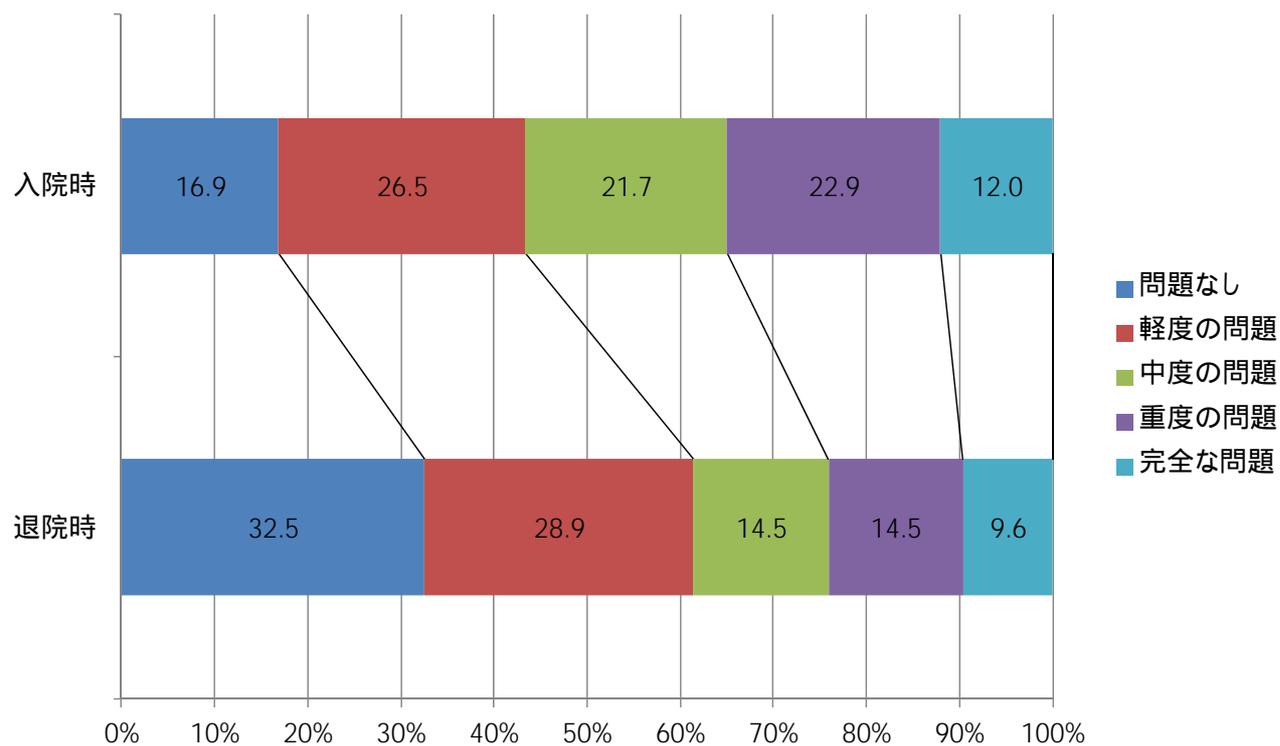
図表 15 痛みの感覚_程度(入院時) 痛みの感覚_程度(退院時)



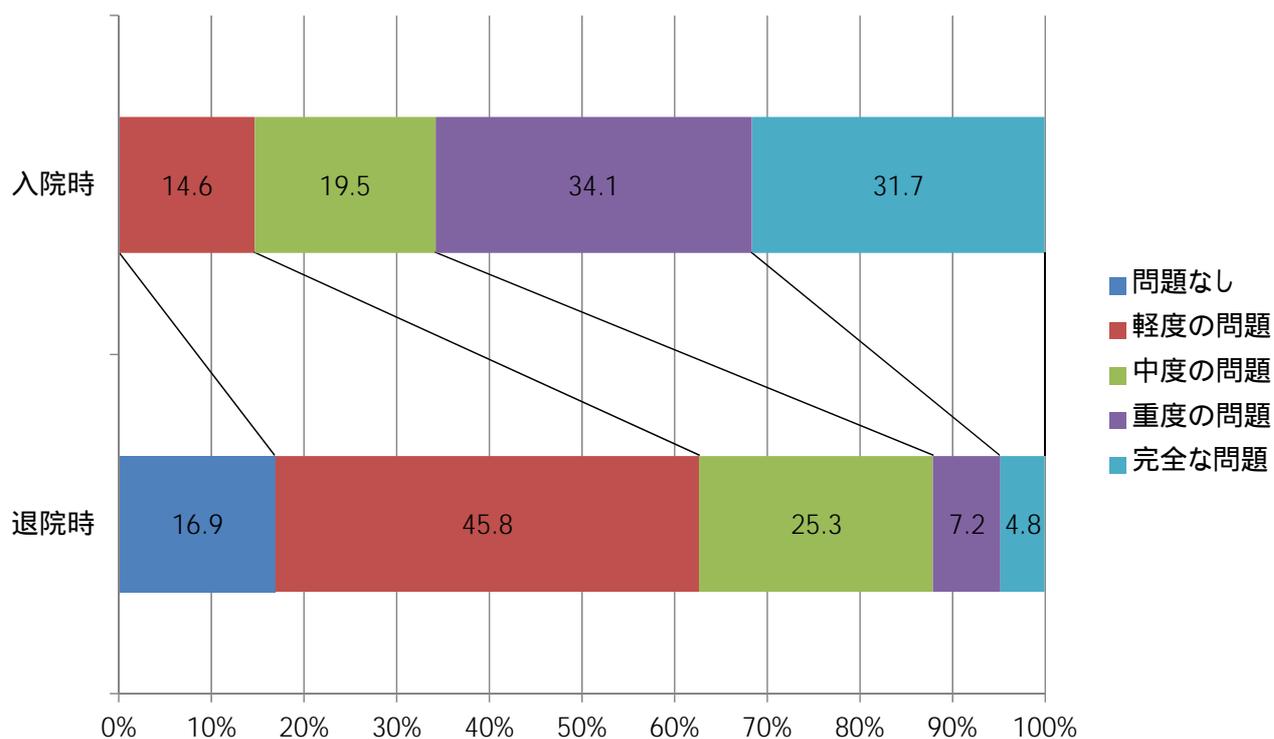
図表 16 日課の遂行_実行状況(入院時) 日課の遂行_実行状況(退院時)



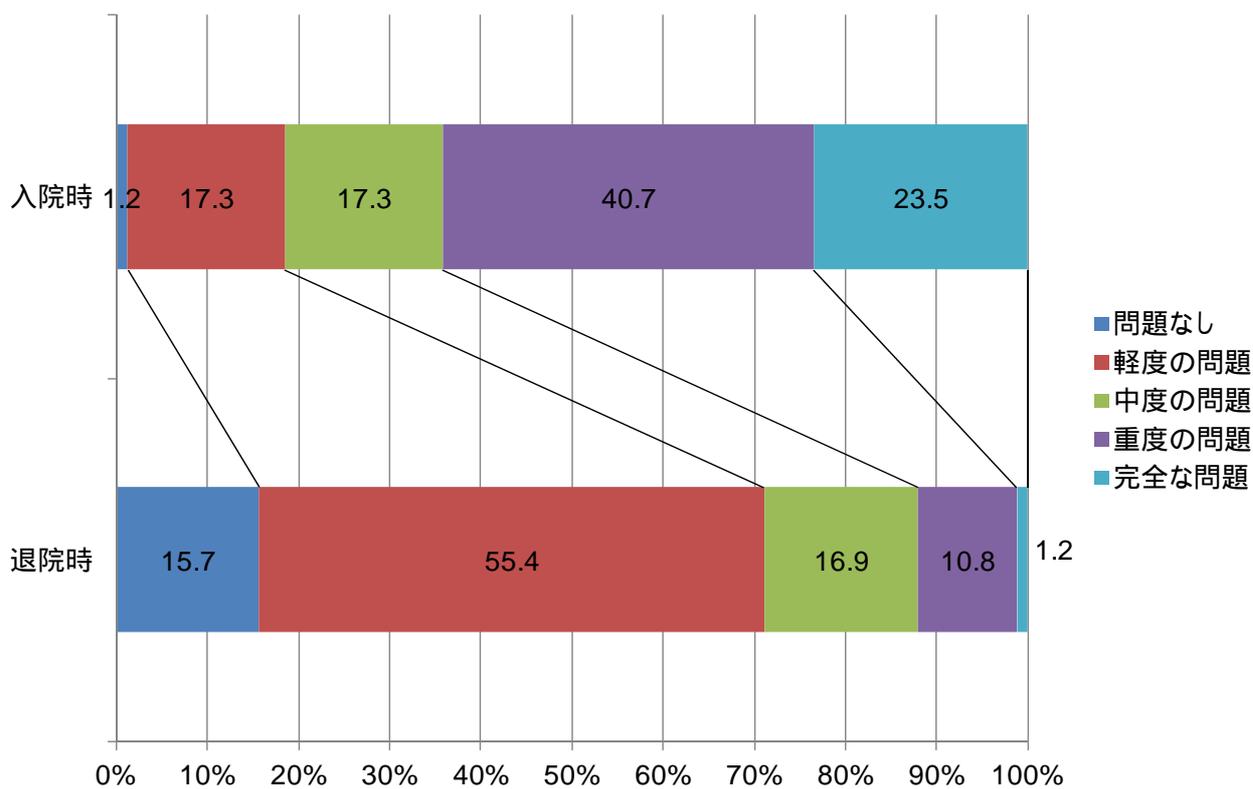
図表 17 日課の遂行_能力(入院時) 日課の遂行_能力(退院時)



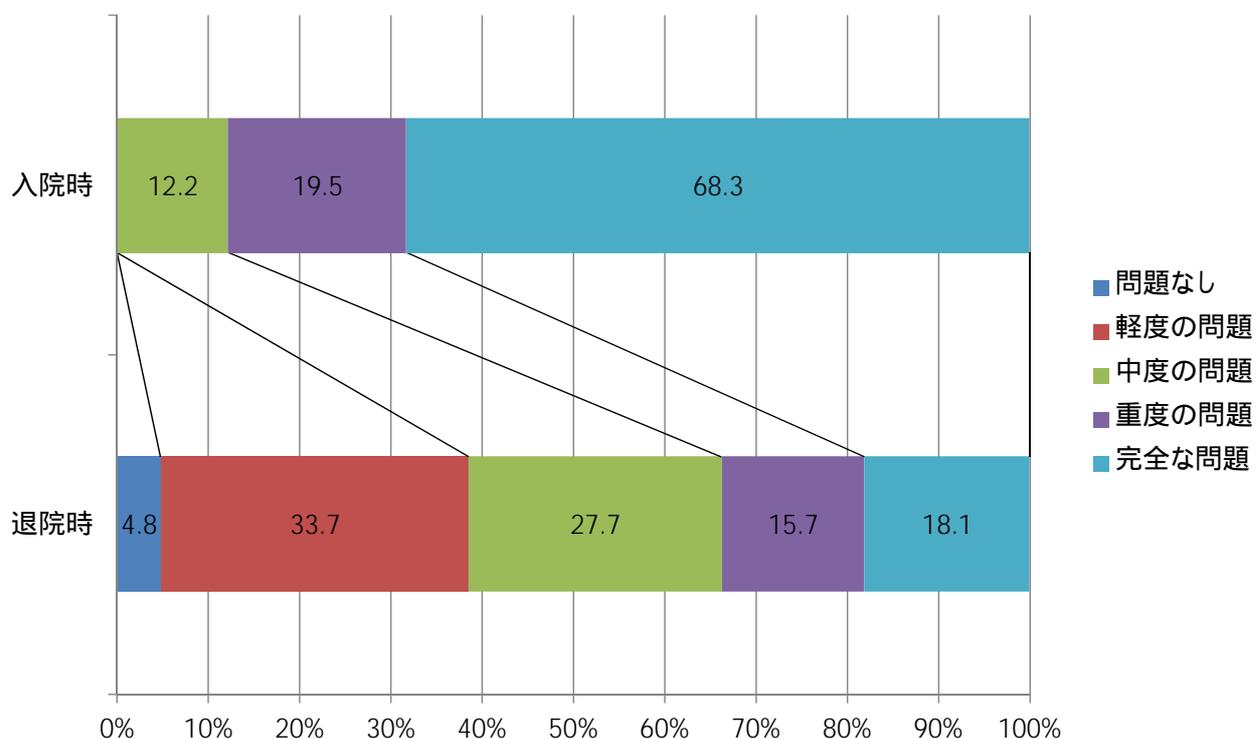
図表 18 歩行_実行状況(入院時) 歩行_実行状況(退院時)



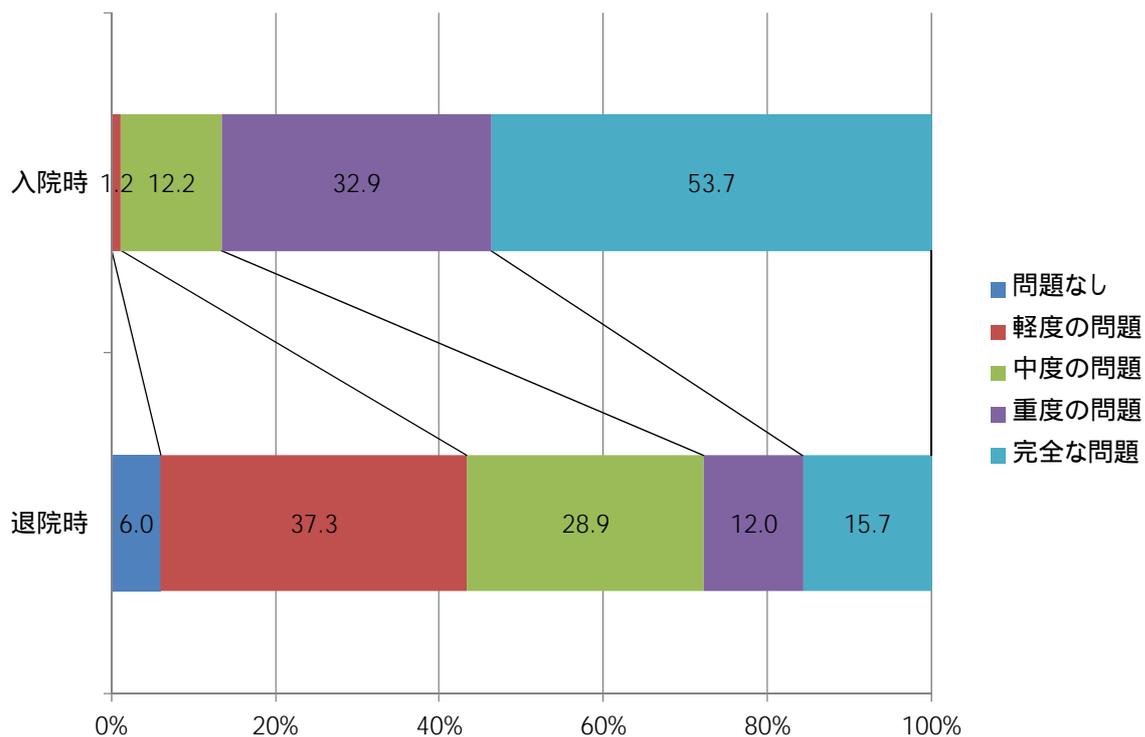
図表 19 歩行_能力(入院時) 歩行_能力(退院時)



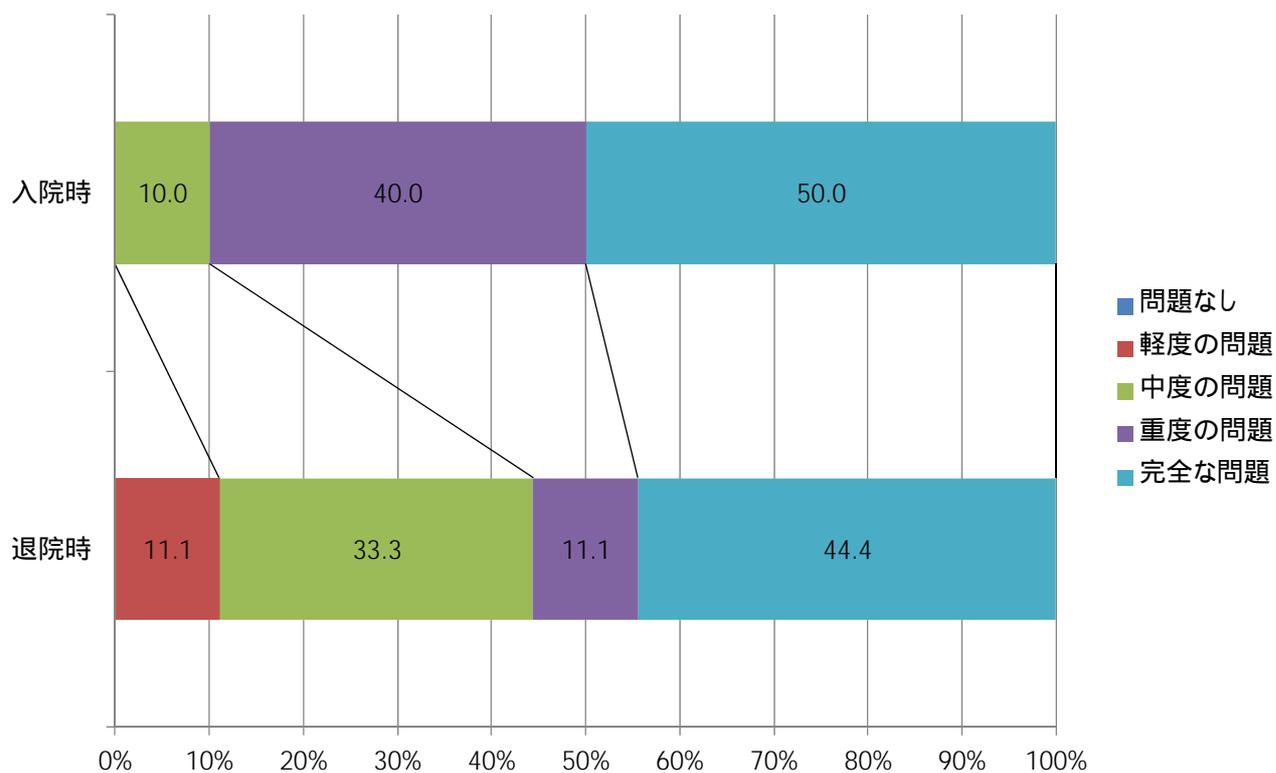
図表 20 移動_実行状況(入院時) 移動_実行状況(退院時)



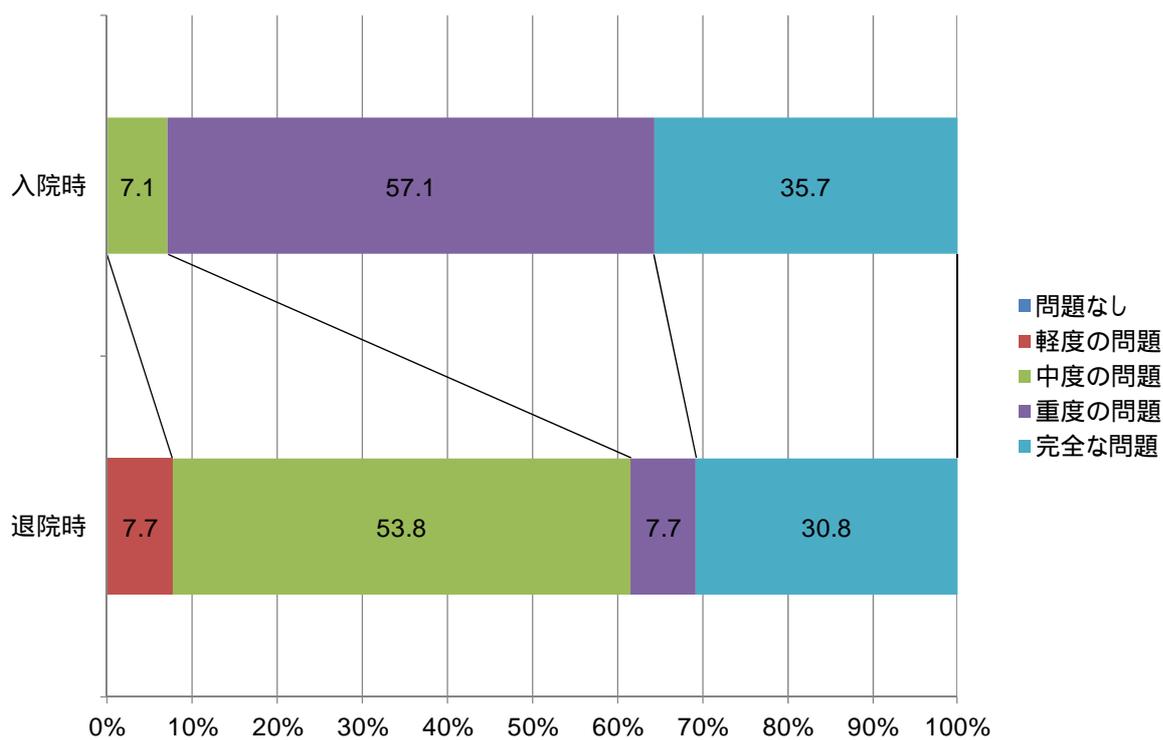
図表 21 移動_能力(入院時) 移動_能力(退院時)



図表 22 報酬を伴う仕事_実行状況(入院時) 報酬を伴う仕事_実行状況(退院時)



図表 23 報酬を伴う仕事_能力(入院時) 報酬を伴う仕事_能力(退院時)



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
中川原譲二	循環型地域連携 クリティカパス とその意義	公益社団法人 日本リハビリ テーション医 学会 監修 日本リハビリ テーション医 学会診療ガイ ドライン委員 会・リハビリテ ーション連携 パス策定委員 会 編集	リハビリテー ションと地域 連携・地域包 括ケア	診断と治 療社	東京	2013	45-49

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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	61(2)	36-47	2014
T Tsutsui, M Otaga, S Higas hino, A Cottene rin.	How to implement I CF-basedassessment tools into clinical p ractice in Japan?	Review of A dministratio n and Infor matics,	26(2)	1-15	2014