

厚生労働科学研究費補助金

(政策科学総合研究事業 (統計総合研究事業))

国際生活機能分類の統計への活用に関する研究

(H29-統計-一般-005)

平成 29 年度～平成 30 年度 総合研究報告書

平成 31 年 3 月

研究代表者 筒井孝子
(兵庫県立大学)

目次

総合研究報告書

「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」……………P4-14

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

平成29年度

「統計法の規定に基づく基幹統計におけるICFの活用可能性の検討」……………P15-20

研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

研究協力者：高橋 秀人（国立保健医療科学院）

研究協力者：林 玲子（国立社会保障人口問題研究所）

「既存アセスメントツールをICFのフレームワークの観点からの整理」……………P21-23

研究分担者：中川原讓二（国立循環器病センター脳卒中統合イメージングセンター）

研究分担者：筒井 澄栄（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

「介護キャリア段位のテキストデータ分析による

介護内容のICFでの表現可能性の検討」……………P24-27

研究分担者：東野 定律（静岡県立大学）

研究分担者：筒井 澄栄（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

研究協力者：木下 隆史（芦屋短期大学）

「介護技術実習における技能習得過程をICFで

評価するためのコアセット（案）の開発」……………P28-31

研究分担者：筒井 澄栄（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）

平成30年度

分担研究報告書

「介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット（案）の開発および妥当性の検証」……………P32-36

研究代表者：筒井孝子（兵庫県立大学）
研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）
研究分担者：筒井澄栄（創価大学）
研究分担者：中川原譲二（一般財団法人 脳神経疾患研究所）
研究分担者：東野定律（静岡県立大学）

「社会統計用短縮版WHO-DAS評価セットの開発」……………P37-41

研究分担者：東野定律（静岡県立大学）
研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）
研究代表者：筒井孝子（兵庫県立大学）
研究協力者：木下隆志（芦屋学園短期大学）
研究協力者：松本将八（NPO 法人こぐまくらぶ）

研究成果の刊行に関する一覧表……………P42, 43

厚生労働科学研究費補助金（統計総合研究事業）

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

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学大学院）

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

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

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

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

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

しかし、このICIDHに対しても様々な意

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

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

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

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

あったからである。

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

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

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

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

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

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

テムは存在せず、その臨床への適用が期待
されている（筒井 2014）。

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

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

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

WHOによると、ICFには5つの活用に
向けた用途があるとされている。

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

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

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

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

B. 研究方法

平成 29 年度

1) 統計法の規定に基づく基幹統計調査における ICF の活用可能性の検討

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

2) 既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点からの整理

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

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

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

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

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

平成 30 年度

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

①調査票原案の開発

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

②プレ調査による調査票の修正

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

③フィールド調査による介護技術習得評価のためのコアセットの妥当性の検証

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

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

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

の適用可能性について検討を行った。

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

C. 研究結果

平成 29 年度

1) 統計法の規定に基づく基幹統計調査における ICF の活用可能性の検討

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

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

表 1-1 既存統計調査の検討まとめ

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

2) 既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点からの整理

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

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

表 1-2 FIM/看護必要度と ICF の対応関係

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

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

ICF コードで定義されているのは、「d550 食べること」だけである。

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

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

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

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

図3 修正版・介護技術評価の調査票(例)

ICFコード記入欄

0: 関与なし 1: 軽度の関与 2: 中程度の関与 3: 重度の関与 4: 完全な関与 5: 評価不能

評価点: 0-4% 5-24% 25-49% 50-59% 60-100%

注: 評価点の必須項目(有資格)に対する身体介護項目については、「程度(大きさ)の評価値0~4/5を記入してください。なお、評価点100%スケールであることに留意し、評価を行ってください。自由記述欄には、評価の支障のあった項目を記入してください。記入し、記入しない項目については、関与状況に応じて評価を行ってはいない(あるいは、0を記入してください)。

介護技術	評価項目	ICFコード	評価点
① 体位の変更	1) 体位の変更		
	2) 体位の変更		
	3) 体位の変更		
② 衣服の脱着	1) 衣服の脱着		
	2) 衣服の脱着		
	3) 衣服の脱着		
③ 身体介護	1) 身体介護		
	2) 身体介護		
	3) 身体介護		

③フィールド調査による介護技術習得評価のためのコアセットの妥当性の検証

介護技能実習制度の試験評価者講習修了者410名を対象に調査票を配布し、30票が回収された(回収率7.3%)。

被評価者の属性は表3のようになった。

被評価者のうち、外国籍職員員の介護技能の評価習熟の程度を分析すると表4のように示された。また、日本人職員との技能の習熟程度に差がある項目を分析すると、38項目中13項目に有意差が示され、具体的には、表5のようになった。

表3 被評価者の属性

		平均	標準偏差
年齢(N=28)		36.6	12.2
		N	%
性別(N=30)	男性	5	16.7%
	女性	24	80.0%
	無回答	1	3.3%
国籍(N=30)	ベトナム	5	16.7%
	中国	2	6.7%
	ネパール	1	3.3%
	フィリピン	7	23.3%
	スリランカ	1	3.3%
	カンボジア	2	6.7%
	(外国籍計)	(18)	(60.0%)
	日本	11	36.7%
	無回答	1	3.3%

表4 外国籍職員(N=18)の評価結果・平均値昇順

項目	平均値	標準偏差	順位
1) 介護業務の計画、実施、評価の計画立案(ユニットで利用者ごとに行うこと)	8.1	2.1	11
2) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
3) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
4) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
5) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
6) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
7) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
8) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
9) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
10) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
11) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
12) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
13) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
14) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
15) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
16) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
17) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
18) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
19) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
20) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
21) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
22) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
23) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
24) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
25) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
26) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
27) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
28) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
29) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
30) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
31) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
32) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
33) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
34) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
35) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
36) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
37) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11
38) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8.1	1.1	11

表5 外国籍職員と日本国籍職員で差異が出た評価項目

項目	日本国籍		外国籍		P値	差
	N	平均値	N	平均値		
1) 介護業務の計画、実施、評価の計画立案(ユニットで利用者ごとに行うこと)	10	1.40	10	1.07	0.01*	-0.29
2) 安全衛生業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	9	1.00	15	2.27	0.02*	-1.27
3) 介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	11	0.55	15	1.50	0.01*	-1.25
4) 介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	10	0.40	17	1.55	0.00**	-1.25
5) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	6	0.17	10	1.40	0.02*	-1.23
6) 安全衛生業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	9	1.11	15	2.33	0.01*	-1.22
7) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	10	0.40	14	1.50	0.01**	-1.10
8) 介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	10	1.30	15	2.33	0.01*	-1.03
9) 安全衛生業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	10	1.20	16	2.19	0.05*	-0.99
10) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	9	0.11	10	1.00	0.02*	-0.89
11) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	10	0.40	15	1.27	0.03*	-0.87
12) 介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	11	0.27	17	1.06	0.00**	-0.79
13) 身体介護業務の計画、実施、評価の計画立案(利用者ごとに行うこと)	8	0.13	10	0.70	0.03*	-0.57

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

A 県 B 市の障害手帳保持者におけるWHO-DAS2.0 36項目の回答状況は、表6のようになった。

回答率については、「仕事または学校で日々の活動を行う」、「最も重要な仕事または学校の課題をうまく行える」、「必要のある仕事または学校での課題を全て終わらせる」、「必要に応じて、行うべき仕事・学校の課題をできるだけ早く済ませる」の4項目については、仕事や学校の機会がないものが多く回答率が30%台であった。そのほか「リラックスや楽しみをしようとしたときに、あった問題の程度」88.6%を除き、90%以上の回答が得られていた。

平均値がもっとも低かったのは、「食事をする」で1.34、標準偏差は0.905であった。

最も高かったのは、「他の人と同じに地域

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

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

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

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

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

表 7 短縮版 WHO-DAS 調査セット 10 項目

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

れる。

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

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

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

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

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

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

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

れた。

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

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

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

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

E. 結論

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

また「食事介助ができる」を取り上げ、

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

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

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

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

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

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文

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

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

科学 2018 ; 67 (5) : 480-490.

学会発表

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

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

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

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

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

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

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

・大冢賀政昭, 木下隆志, 松本将八, 筒井

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

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

・本間健史, 大冢賀政昭. 神奈川県を進め

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

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

厚生労働科学研究費補助金（統計総合研究事業）
「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」
平成 29 年度 分担研究報告書

統計法の規定に基づく基幹統計における ICF の活用可能性の検討

研究分担者：大野賀政昭（国立保健医療科学院）
研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）
研究協力者：高橋 秀人（国立保健医療科学院）
研究協力者：林 玲子（国立社会保障人口問題研究所）

研究目的：ICF は 2001 年に世界保健機関（WHO）により採択され、以降世界各国においてさまざまな形で臨床への導入に関する検討が進められてきた。しかし、実際の臨床における使用に際してさまざまなハードルがあり、現在でも普及に課題があるのも事実である。そのような状況にあって、現在は実用面を重視した取り組みが多く行われている。ICF の分類を臨床家にわかりやすく整理する取り組み、あるいは既存の評価表から ICF に変換、標準化するための研究など、国際的な枠組みで普及に向けた新しい取り組みが進められており、評価の共通化・標準化、さらにはそれらの取り組みを通じたリハビリテーションの質の向上への貢献が期待されている（向野、才藤 2016）。本研究は、WHO の活用方法として期待される社会政策ツール（社会保障計画、補償制度、政策の立案と実施）を推進するために既存統計調査への活用（WHO(2001)）の可能性を検討するべく、日本における 3 つの調査をとりあげ、リンキングルールを踏まえて、ICF の活用可能性について検討を行った。

研究方法：まず、統計法の規定に基づく基幹統計における ICF の活用可能性を検討するにあたり、ICF の分類を臨床家にわかりやすく整理する取り組み、あるいは既存の評価表から ICF に変換、標準化するための研究として、Cieza（2005）の研究をとりあげ、ICF で関連付ける際の関連付けルールについて確認した。そのうえで、統計法の規定に基づく基幹統計である国民生活基礎調査、そして、中高年縦断調査、生活のしづらさに関する調査の 3 つの調査に着目し、これらに示されている調査項目から、ICF に置き換え可能な項目を探索するとともに、ICF に置き換えの意義と可能性について検討を行なった。

結果及び考察：国民生活基礎調査、中高年縦断調査、生活のしづらさ調査における ICF 項目の導入可能性について検討を行なったところ、それぞれの設問において ICF の要素は入っているものの、健康という概念に関連する生活機能障害という ICF が持つ本来の概念についてはいっているのは、国民生活基礎調査の健康票のみであることが明らかとなった。

結論：今年度は、関連付けルールに基づき、3 つの既存統計調査における ICF 関連付けの検討を行った。次年度は、さらに関連付けについて検討を行うと共に、自己記入版の日本版 WHO-DAS2.0 の項目の選定やその妥当性の検証を進め、既存統計調査へ挿入可能な ICF 評価項目セットの検討を行なう予定である。

A. 研究目的

ICF は 2001 年に世界保健機関 (WHO) により採択され、以降世界各国においてさまざまな形で臨床への導入に関する検討が進められてきた。しかし、実際の臨床における使用に際してさまざまなハードルがあることが示されており¹、現在でも普及に課題がある。そのような状況にあって、現在は実用面を重視した取り組みが多く行われている。ICF の分類を臨床家にわかりやすく整理する取り組み、あるいは既存の評価表から ICF に変換、標準化するための研究など、国際的な枠組みで普及に向けた新しい取り組みが進められており、評価の共通化・標準化、さらにはそれらの取り組みを通じたサービスの質の向上への貢献が期待されている²。

本研究は、WHO の活用方法として期待される社会政策ツール (社会保障計画、補償制度、政策の立案と実施) を推進するために既存統計調査への活用³の可能性を検討するべく、日本における 3 つの調査をとりあげ、リンキングルールを踏まえて、ICF の活用可能性について検討を行った。

B. 研究方法

まず、統計法の規定に基づく基幹統計における ICF の活用可能性を検討するにあたり、ICF の分類を臨床家にわかりやすく整

理する取り組み、あるいは既存の評価表から ICF に変換、標準化するための研究として、Cieza (2005) の研究をとりあげ、ICF で関連付ける際のリンキングルールについて確認した⁴。

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

C. 研究結果

1) ICF に変換、標準化するための研究のまとめ

Cieza ら (2005) の研究では、全ての異なるアウトカム測定 (健康関連測定、技術的・臨床的測定) と介入で用いるため、合計で 8 つの関連付けルールを示している (表 2-1)。

これら全てのルールは、ICF コアセット開発のための WHO 共同企画における元々の関連付け規則を用いた何百もの健康関連測定と臨床測定と数十の介入で収集した経験に基づいて開発されている⁵。

これらの関連付けルールに基づいて考慮されていないさらなる情報は、項目や健康状態測定が、機能の生物心理社会的な視点をどの程度決定するのか、つまり項目や、

¹ 筒井 孝子. ICF コアセットの活用可能性と課題. *The Japanese journal of rehabilitation medicine* 53(9), 694-700, 2016

² 向野雅彦, 才藤栄一. ICF の活用と研究に関する国際動向と展望. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 53(9), 690-693, 2016

³ WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.

⁴ Cieza A (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil med*, 37(37), 212-8.

⁵ Cieza A, Ewert T, Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004; (suppl 44): 9-11.

その結果として健康状態測定は、環境や個人的要因と機能との関係にどの程度関与するのかということとされている。その具体例として、活動と参加の構成要素に関する意味ある概念を含む項目では、活動と参加の区別はこれら規則によってつけられるのではないとしている。ある項目がどの程度活動または参加、あるいは両方を意味するのか、また項目が活動または参加を表すときに、能力という視点から関わるのか、あるいは実践という視点なのかという情報も、これら関連付け規則では対処していない。これら全ては項目に含まれる意味ある概念を越えた概念的関連付け規則の開発の必要性を強調しているとしている。

ICF の関連付けは、健康状態測定、技術的、臨床的測定、そして介入のために新し

く更新された関連付けルールによって、研究者はそれらに含まれる意味ある概念を系統立てて関連づけ、比較することが可能になるとしており、わが国における社会統計の構成要素を ICF で表現することができれば、社会政策ツールとして ICF が有用であることが改めて確認された。

2) 統計法の規定に基づく3つの基幹統計調査における ICF の活用可能性の検討

今年度は、三つの既存統計調査を取り上げ、ICF 項目を導入可能性があるかについて、検討したところ、表 2-2 のようにまとめられた。

なお、当該結果をもとに、国民生活基礎調査への WHO-DAS2.0 の調査項目セットおよび概念を適用した項目の追加を提案した。

表 2-1 ICF と健康状態の測定、臨床測定、介入方法の関連付けのための特定の 8 つのルール

ルール	例
ある人が意味のある概念を ICF 分類に関連付ける前に、その人は ICF の各章、領域、定義などの細かい分類のカテゴリーのみならず概念的、分類的基礎についての知識をよく把握していなければならない。	
それぞれの意味のある概念は、最も正確な ICF 分類に関連付けられなければならない。	West Heaven-Yale Multidimensional Pain Inventory の項目 C4 : 「カードゲームや他のゲームをする (Play cards and other games)」この項目は第 3 レベルのカテゴリ d9200「ゲームをする (play)」に関連付けられ、第 2 レベルのカテゴリ d920「レクリエーションと娯楽 (Recreation and Leisure)」ではない
最終コード 8 で固有に特定される、いわゆる「その他 (other specified)」の ICF 分類を使ってはいけない。意味ある概念の内容が対応する ICF 分類で明確に示されていなかったら、ICF で明確に示されていなかったと追加的情報を記述すること。	Saint-Trait Anxiety Inventory の項目 17 : 「私は心配している (I am worried)」この項目は b152 の「感情の機能」に関連付けられ、追加的情報として「心配している (worried)」は ICF で明確に示されていなかったと記述されている。

	<p>Aberdeen Low Back Pain Scale の項目 5.1: 「右足の足や足首に痛みがあるか? (In your right leg, do you have pain in the foot/ankle?)」</p> <p>意味ある概念「足や足首に痛みがある」は b28015「手足の下部の痛み(Pain in a lower limb)」に関連付けられ、「右の足と足首(right foot/ankle)」は分類に含まれていないという追加的情報が記述されている。</p>
<p>最終コード 9 で固有に特定される、いわゆる「不特定 (unspecified)」を使ってはいけませんが、それより下のレベルのカテゴリーはよい</p>	<p>Dallas Pain Questionnaire の項目 14 : 「痛みによって、あなたの他の人々との関わりをどの程度変わったと思うか (How much do you think your pain has changed your relationship with others)」</p> <p>意味ある概念は「あなたの他の人々との関わり (your relationship with others)」は d7 の「対人的相互反応と関係 (interpersonal interaction and relationship)」に関連付けられ、d799 の「対人的相互反応と関係、不特定」ではない。</p>
<p>意味ある概念によって提供された情報が、それが関連付けられるべき最も確かな ICF を決定するのに十分でない場合、その意味ある概念は nd (定義不可能) とされる。</p> <p>この規則の特別なケース :</p> <p>一般的に健康、身体的健康、精神的 (感情的) 健康を意味している意味ある概念は、それぞれ nd-gh, nd-ph, nd-mh (定義不可能-一般的な健康、定義不可能-身体的健康、定義不可能-精神的健康)</p> <p>一般的に生活の質を示す意味ある概念は nd-qol と表される (定義不可能-生活の質)</p>	<p>St. George' s Hospital Respiratory Questionnaire のセクション 5 の項目: 「私は医療行為から不快な副作用を受けている (I have unpleasant side effects from my medication) 」</p> <p>意味ある概念は「副作用 (side effects) 」で、これは「nd」と表される</p> <p>SF-36 の項目 1 : 「全体的にあなたは自分の健康を何と言うか? (In general, would you say your health is ...?) 」</p> <p>意味ある概念「健康 (health) 」は「nd-gh」と表される。</p> <p>WHOQoL-Breff の項目 1:「あなたは自分の生活の質に何点つけるか? (How would you rate your quality of life?) 」</p> <p>意味ある概念は「生活の質 (quality of life) 」は nd-qol と表される。</p>
<p>もし意味ある概念が ICF に含まれていないが、それが明確に ICF で定義する個人的要因</p>	<p>Quality of Life Index-心臓病バージョン IV の項目 29 :</p>

<p>である場合に、その意味ある概念は pf (personal factor=個人的要因) で表される。個人的要因は ICF では以下のように定義づけられている：</p> <p>「その人の人生や生活に特有の背景と、健康条件や健康状態の一部ではないその人の特徴からなる。これらの要因は性別、人種、年齢、その他の健康条件、体の調子、生活様式、習慣、育ち方、対処方法、社会的背景、教育、職業、過去と現在の経験(過去の人生の出来事と現在の出来事)、全体的な行動パターン、特徴的なスタイル、個人の心理的資質、その他の性質、これら全てまたはいくつかは、何らかのレベルで障害として働くかもしれない」</p>	<p>「あなたは神を信じるか? (... Your faith in God?)」</p> <p>意味ある概念は「神を信じる」で、これは pf と表される。</p>
<p>意味ある概念が ICF に含まれていなく、明らかに個人的要因ではない場合、この意味ある概念は nc (not covered by ICF) と表される。</p>	<p>Hamilton Rating Scale for Depression の項目 3「自殺の試み (... attempts at suicides)」</p> <p>この意味ある概念は nc で表される。</p>
<p>もし意味ある概念が診断や健康状態を示す場合、意味ある概念は hc (health condition) と表される。</p>	<p>Asthma Quality of Life Questionnaire の項目 8：「過去 2 週間でどのくらい頻繁に喘息の結果としての息切れを感じたか? (How often during the past two weeks did you feel short of breath as a result of your asthma?)」</p> <p>意味ある概念は「喘息 (asthma)」で hc と表されている。</p>

表 2-2 既存統計調査の検討まとめ

	①国民生活基礎調査	②中高年者縦断調査	③生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)
実施頻度	簡易調査は毎年実施。(大規模調査は3年に1度)	毎年実施	5年に1度実施
実施根拠	統計法に基づく基幹統計調査	統計法に基づく一般統計調査	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 が実施する調査
調査項目変更の可能性	基幹統計のため調査項目の変更が容易でない。	縦断調査であるため調査項目の変更が難しい。	検討の余地はあるが、次回調査は、平成33年となっている。
活動と参加の制約に該当する項目	健康票で健康を損なう領域(日常生活、外出、仕事・家事・学業、運動、その他)を聞いている。	社会仕事や参加について聞いているが、健康による制約という視点はない。	生活のしづらさや日中の過ごし方を直接問うているもののどのような活動や参加の制約があるかは具体的に聞いていない。

D. 考察

わが国における社会統計の構成要素を ICF で表現することができれば、社会政策ツールとして ICF が有用であることが改めて確認された一方で、現時点の統計調査には、ICF に基づく、参加と活動の制約の具体的な場面、(ICF における意味ある場面) が含まれていることは確認したが、健康に対する生活機能障害を定量的に把握できるようにはなっていない点が課題である。

ICF の参加と活動の制約の構成概念を網羅し、数量化できるという意味においては、WHO-DAS のような標準化された尺度や新しく日本の社会統計調査用に開発された ICF コアセットを開発する必要があるものと考えられた。

E. 結論

今年度実施した既存統計 3 調査における ICF 活用の検討については、活動や参加の領域において一部 ICF 概念による整理を行なうことができることが明らかになった。

一方で、具体的な評価を行なうためには WHO-DAS2.0 等の ICF 概念に基づくアセスメントの活用が求められることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

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

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

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（統計総合研究事業）

「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」

平成 29 年度 分担研究報告書

既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点からの整理

研究分担者：中川原讓二（国立循環器病センター脳卒中統合イメージングセンター）

研究分担者：筒井 澄栄（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

研究目的：アウトカム研究はヘルスサービスの最終結果の理解を目指している。近年、健康状態が決定した患者についての研究で、どのアウトカムをその対処や測定に用いるかを推薦する多くの国際的なイニシアティブが紹介された。しかし、アウトカム研究においてより統一したアプローチに関して未だ数多くの課題がある。例えば、健康状態、機能的状態、well-being、生活の質、健康関連の生活の質の概念は、しばしば論文やアウトカム研究において互いに区別がないような使われ方をしており、これによって理解や解釈、結果の皮革などが難しくなっている。国際生活機能分類（ICF）においては、患者志向のアウトカム測定についての共通の概念的理解が現在生まれつつある。ICF に基づいた機能の概念も、将来的には生活の質や健康の好みと区別が可能になるとされている。

そこで本研究では、こうした認識を踏まえて日本の臨床現場アウトカム研究に用いられているアセスメントとして FIM と看護必要度とを取り上げ、これらを ICF による分類コードでの代替が可能であるかを検討することを目的とした。

研究方法：医療・リハビリテーション分野における既存アセスメントツールのうち、FIM と看護必要度をとりあげ、ICF Core Set Rehabilitation との対応関係について整理を行った。対応関係の整理に際しては、Cieza(2005)の 8 つの関連付けルールに則って行った。

結果及び考察：看護必要度項目、FIM といった医療・リハビリテーション分野における既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点から整理を行い、ICF との対応関係の表ができたが、それぞれの置換には Rasch 分析等を行い、それぞれの得点間の linking rule を作る必要があることが明らかになった。

結論：今年度の研究の結果、FIM、看護必要度 B 項目と ICF の対応表が開発された。この表にある ICF 項目の調査を日本の FIM、看護必要度 B 項目のデータを持つ患者に実施すれば、ICF における評点を作成ができるものと考えら、ICF の普及推進の観点からは、そのような研究が必要になるものと考えられた。

A. 研究目的

アウトカム研究はヘルスサービスの最終結果の理解を目指している。患者や消費者は、ここに非常に重要な役割があると認識している^{6,7}。研究者は、技術的・臨床的・患者志向などの幅広いアウトカム測定法を用いている。

技術的な測定とは、例えば研究室での画像化や電子生理学的な実験である。臨床的測定は、身体的・認知的な障害の検査と、歩行などの活動の評価などから構成されている。患者志向の測定とは、患者とその代理人の健康状態、生活の質、健康の好み (health preference) などに関する自己申告などである。

近年、健康状態が決定した患者についての研究で、どのアウトカムをその対処や測定に用いるかを推薦する多くの国際的なイニシアティブが紹介された。しかし、アウトカム研究においてより統一したアプローチに関して未だ数多くの課題がある。

例えば、健康状態、機能的状態、well-being、生活の質、健康関連の生活の質の概念は、しばしば論文やアウトカム研究において互いに区別がないような使われ方をしており⁷、これによって理解や解釈、結果の皮革などが難しくなっている。

国際生活機能分類 (ICF)⁸においては、患者志向のアウトカム測定についての共通

の概念的理解が現在生まれつつある。

ICF に基づいた機能の概念も、将来的には生活の質や健康の好みと区別が可能になるとされている。

そこで本研究では、こうした認識を踏まえて日本の臨床現場アウトカム研究に用いられているアセスメントとして FIM と看護必要度とを取り上げ、これらを ICF による分類コードでの代替が可能であるかを検討することを目的とした。

B. 研究方法

医療・リハビリテーション分野における既存アセスメントツールのうち、FIM と看護必要度をとりあげ、ICF Core Set Rehabilitation⁹との対応関係について整理を行った。

対応関係の整理に際しては、Cieza¹⁰の8つの関連付けルールに則って行った。

C. 研究結果

研究の結果、FIM と看護必要度と ICF の項目に一定の対応関係はあることが整理された (表 3-1)。しかしながら評点の付け方が異なるため、その読み替えには、今後は複数のアセスメントを同一患者に実施した調査データを基に Rasch 分析等を行い、それぞれの得点間の linking rule を作る必要があることが明らかになった。

⁶ Clancy CM, Eisenberg JM. Outcomes research: measuring the endresults of health care. *Science* 1998; 282: 245-246.

⁷ Patrick DL, Chiang YP. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Med Care* 2000; 38 (suppl II): 14-25.

⁸ WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.

⁹ Prodinger B, Cieza A, Oberhauser C, et al. Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy. *Arch Phys Med Rehabil* 2016;97:875-84.

¹⁰ Cieza A (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J rehabil med*, 37(37), 212-8

表 3-1 FIM/看護必要度と ICF の対応関係

FIM	ICF	看護必要度 (B項目)
⑩問題解決：日常生活上での問題解決、適切な判断能力	d175 問題解決	
⑩記憶：日常生活に必要な情報の記憶	d230 日課の遂行	
⑭理解：聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解	d329 その他の特定の、および詳細不明の、コミュニケーションの理解	診療・療養上の指示が通じる
⑮表出：言語的または非言語的表現	d349 その他の特定の、および詳細不明の、コミュニケーションの表出	他者への意思の伝達
⑨ベッド・椅子・車椅子：それぞれの間の移乗、起立動作を含む	d420 乗り移り（移乗）	起き上がり 移乗
⑩トイレ：便器へ（から）の移乗		
⑪浴室・シャワー：浴槽、シャワー室へ（から）の移乗		
⑩歩行・車椅子：屋内での移動、または車椅子移動	d450 歩行	移動方法
⑬階段：12～14段の階段昇降	d460 さまざまな場所での移動	
⑬清拭：風呂、シャワーなどで首から下を洗う	d510 自分の身体を洗うこと	
②整容：口腔ケア、整容、手洗い、洗顔等	d520 身体各部の手入れ	口腔清潔
⑦排尿管理：排尿管理、器具や薬剤の使用を含む	d530 排泄	
⑧排便管理：排便管理、器具や薬剤の使用を含む		
④更衣：上半身：腰より上の更衣および義肢装具の装着		
⑤更衣：下半身：腰より下の更衣および義肢装具の装着	d540 更衣	衣服の着脱
⑥トイレ動作：衣服の着脱、排泄後の清潔、整理用具の使用		
①食事：咀嚼、嚥下を含めた食事動作	d550 食べること	食事摂取
⑯社会的交流：他患者、スタッフなどとの交流社会的状況への順応	d710 基本的な対人関係	

D. 考察

看護必要度項目、FIM といった医療・リハビリテーション分野における既存アセスメントツールを ICF のフレームワークの観点から整理を行い、ICF との対応関係の表

E. 結論

今年度の研究の結果、FIM、看護必要度 B 項目と ICF の対応表が開発された。この表にある ICF 項目の調査を日本の FIM、看護

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

ができたが、それぞれの置換には Rasch 分析等を行い、それぞれの得点間の linking rule を作る必要があることが明らかになった。

必要度 B 項目のデータを持つ患者に実施すれば、ICF における評点を作成ができるものと考えら、ICF の普及推進の観点からは、そのような研究が必要になるものと考えられた。
なし

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（統計総合研究事業）
「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」
平成 29 年度 分担研究報告書

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

研究分担者：東野 定律（静岡県立大学）

研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）

研究分担者：筒井 澄栄（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

研究協力者：木下 隆史（芦屋短期大学）

研究目的：ICF は、生活機能の分類であり、これを活用することで、その人にとって、何ができて何ができないのかを「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」という構成から捉えることができる。要介護高齢者の介護の事例からは、一連の介護行為を想定した場合、その内容を記述した上で、改めて「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」からとらえ直す、つまりリコードするというプロセスが重要となる。そこで本研究では、日本の介護技術の評価制度として、新たに確立しつつある「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」において、介護技術を提供された利用者への介護行為が、ICF で表現できるかを検討する。

研究方法：平成 25 年 6 月から平成 28 年 3 月までに「介護キャリア段位制度」において段位認定を受けた 1,731 名の介護職員が実際に提供していた介護技術とそれが提供された認知症高齢者の属性や身体的、精神的状態像のデータを入手した。このデータセットを活用し、ICF 項目の「d550 食べること」に対応する「食事介助ができる」を取り上げ、テキストマイニング分析を行うことで ICF での表現可能性の検討を行なった。

結果及び考察：ICF コードで定義されているのは、「d550 食べること」だけである。「食事介助ができる」を取り上げ、テキストマイニング分析を行った結果、表 1、図 1 のような結果が示された。日本の介護現場の「食事」に関わる介助の構成要素としては、「目線確認」、「嚥下確認」、「自力確認」など、当事者の能力から必要とされる多様な介護内容が含まれていた。ICF による評価を考えるにあたっては、すでに標準化されている介護キャリア段位制度のチェック項目の判断基準などを参考に、こうした内容を評価する判断基準を考え、評点に反省する必要があると考えられた。

結論：介護技能のうちより重要な「食事介助ができる」の介護の内容について抽出をおこなったが、「排泄」や「清拭」といった他の基本介護技術についても分析を行うと共に、介護技術評価の ICF コアセットを検討する中で、今回でたような介護行為を構成する要素をどのように扱うかに（例えば、介護を提供されるサービス利用者の状態像の評価に反映するなど）ついて、引き続きの検討が必要と考えられた。

A. 研究目的

ICFは、生活機能の分類であり、これを活用することで、その人にとって、何ができて何ができないのかを「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」という構成から捉えることができる。

たとえば、要介護高齢者を想定すると、歯の欠損や筋力低下、嚥下が適切にできない、という解剖生理的問題は、「心身機能・身体構造」の障害として分類される。ムセのため食べられない、硬いものが食べられない、など食べることの制限は「活動」の障害となる。外食が困難、食事のある集会や団らんを欠席するなど社会生活の制約は「参加」に分類されることになる。

その人における摂食嚥下障害の意味、質を考える場合、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」のすべてを捉えることが重要となる。偏った観点、たとえばムセの有無、食事の可否だけを判断することは、一部のレベル評価にすぎない。また、何が「できない」だけでなく、摂食嚥下以外も含め、何が「できるか」に着目することが重要となる。

つまり、このような要介護高齢者の介護の事例からは、一連の介護行為を想定した場合、その内容を記述した上で、改めて「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」からとらえ直す、つまりリコードするというプロセスが重要となる。

そこで本研究では、日本の介護技術の評価制度として、新たに確立しつつある「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」において、介護技術を提供された利用者への介護行為が、ICFで表現できるかを検討

する。

B. 研究方法

平成25年6月から平成28年3月までに「介護キャリア段位制度」において段位認定を受けた1,731名の介護職員が実際に提供していた介護技術とそれが提供された認知症高齢者の属性や身体的、精神的状態像のデータを入手した。

このデータセットを活用し、ICF項目の「d550 食べること」に対応する「食事介助ができる」を取り上げ、テキストマイニング分析を行うことでICFでの表現可能性の検討を行なった。

分析にはKH-coderを用い、語句の頻度を算出すると共に、共起ネットワーク図を生成し、語句間の関連性を検討した。

C. 研究結果

ICFコードで定義されているのは、「d550 食べること」だけである。「食事介助ができる」を取り上げ、テキストマイニング分析を行った結果、表4-1、図4-1のような結果が示された。

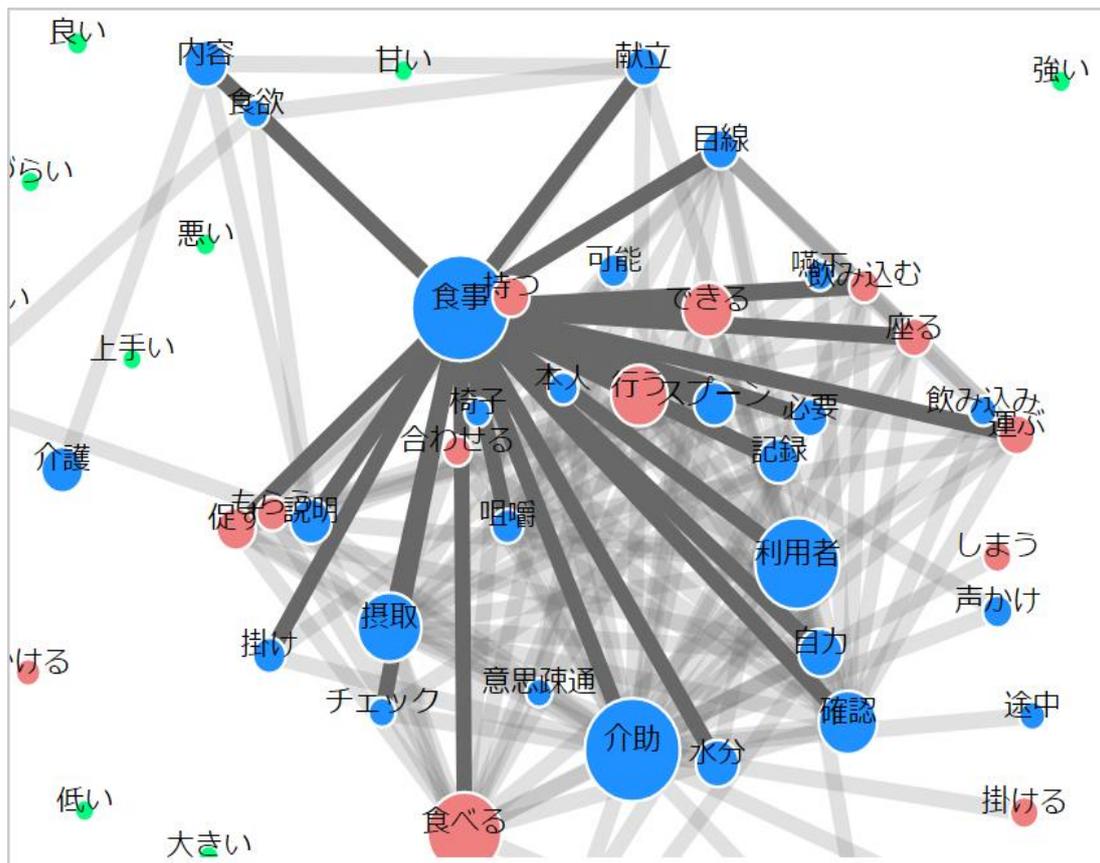
日本の介護現場の「食事」に関わる介助の構成要素としては、「目線確認」、「嚥下確認」、「自力確認」など、当事者の能力から必要とされる多様な介護内容が含まれていた。

ICFによる評価を考えるにあたっては、すでに標準化されている介護キャリア段位制度のチェック項目の判断基準などを参考に、こうした内容を評価する判断基準を考え、評点に反省する必要があると考えられた。

表 4-1 食事介助における語句の頻度

名詞	スコア	出現頻度	動詞	スコア	出現頻度
食事	51456.92	7417	食べる	10577.37	4174
介助	75512.75	7197	行う	9383.85	2815
利用者	4314.10	6163	できる	3209.14	2375
摂取	34002.56	4224	促す	11337.63	1500
確認	16687.65	3706	持つ	2567.64	1337
自力	17890.84	2348	運ぶ	7180.28	1310
水分	16702.05	2272	座る	4384.53	1192
状態	8978.48	2261	聞く	1898.34	1191
内容	9233.19	2238	出来る	1941.81	1144
介護	14080.81	2179	止まる	3005.08	928
説明	9187.95	2089	もらう	1770.87	927
記録	11645.01	2072	飲み込む	5954.04	857
スプーン	16355.75	2003	しまう	674.48	740

図 4-1 食事介助の共起ネットワーク



D. 考察

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

その結果、介護行為を活動として評価する際の具体的な関連行為が抽出された。

これらを「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」でリコードを行うか、あるいは「d550 食べること」の具体的な評点として検討を行うかについては引き続きの検討が必要と考えられた。

E. 結論

介護技能のうちより重要な「食事介助ができる」の介護の内容について抽出をおこなったが、「排泄」や「清拭」といった他の基本介護技術についても分析を行うと共に、
況
なし

介護技術評価の ICF コアセットを検討する中で、今回でたような介護行為を構成する要素をどのように扱うかに（例えば、介護を提供されるサービス利用者の状態像の評価に反映するなど）ついて、引き続きの検討が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状

厚生労働科学研究費補助金（統計総合研究事業）
「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」
平成 29 年度 分担研究報告書

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

研究分担者：筒井 澄栄（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究代表者：筒井 孝子（兵庫県立大学）

研究分担者：大塚賀政昭（国立保健医療科学院）

研究目的：国内では人材不足が深刻化しており、介護業界では外国人材の活用に期待が高まっている。しかし、介護現場での外国人受け入れはこれまで経済連携協定（EPA）の枠組みに基づく制度のみで、対象国もインドネシアとフィリピン、ベトナムの3カ国に限られてきた。専門用語の習得など日本語の要求水準の高さも壁となり、受け入れ人数は過去9年弱の累計で2777人（昨年10月時点）にとどまっている。日本政府は技能実習制度の活用で当面の人手不足を解消すべく、「技能実習制度」の介護分野を新たに創設した。平成29年度から受け入れが始まっているが、日本の介護現場で働く外国人技能実習生が技術を習得する際に障壁となる問題可視化することが求められている。そこで本研究では、技能実習制度の介護分野で習得する技能をICFで表現するとともに、これを数量化できるか検討することとした。

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

結果及び考察：今年度の研究の結果、表のような介護技術実習における技能習得過程をICFで評価するためのコアセット（案）を開発した。わが国で実用化の可能性を探るとすれば、介護キャリア段位や介護技能実習制度における臨床実践のレベルでの個別事例の記述をコードとして代替するというツールとしての活用には可能性がある。

なぜなら外国人実習生にとって日本語の取得が不完全であっても、ICFコードを用いた記録であれば、相互理解が得られるからである。また、今年度の研究でも明らかになったように、ICFはコードであるために、評点がつく評価尺度としては、ほとんど活用がなされていない状況にある。この点に関しては、この解決に資するものとして、WHOが開発した評価ツールであるWHO-DAS2.0をさらに妥当性と信頼性を検証し、日本版の評価セットとして開発していくことが有効と考えられた。

結論：次年度は、これらの研究成果を踏まえ、調査用の介護技能実習における技術習得過程をICFで評価するためのコアセット（案）、これを用いた「技能実習制度」の試行評価を実施する予定である。

A. 研究目的

国内では人材不足が深刻化しており、4月の有効求人倍率はバブル経済期を超える高さとなった。政府が5月にまとめた「首都圏白書」は、25年度に介護人材が東京都だけでも3万5800人、全国では37万人足りなくなると推計されている。

そのような中、介護業界では外国人材の活用に期待が高まっている。しかし、介護現場での外国人受け入れはこれまで経済連携協定（EPA）の枠組みに基づく制度のみで、対象国もインドネシアとフィリピン、ベトナムの3カ国に限られてきた。専門用語の習得など日本語の要求水準の高さも壁となり、受け入れ人数は過去9年弱の累計で2777人（昨年10月時点）にとどまっている。

日本政府は技能実習制度の活用で当面の人手不足を解消すべく、「技能実習制度」の介護分野を新たに創設した。平成29年度から受け入れが始まっているが、日本の介護現場で働く外国人技能実習生が技術を習得

する際に障壁となる問題可視化することが求められている。

そこで本研究では、技能実習制度の介護分野で習得する技能をICFで表現するとともに、これを数量化できるか検討することとした。

B. 研究方法

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

C. 研究結果

今年度の研究の結果、表5-1のような介護技術実習における技能習得過程をICFで評価するためのコアセット（案）を開発した。

表 5-1 介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット (案)

業務類型	技能実習の業務の定義	対応するICFコード	
必須業務 (移行対象職種・作業で必ず行う業務)	(1)身体介護業務		
	①身じたくの介護(1)の3については、状況に応じて実施)		
	1)整容の介助	d520	各部分の手入れ
	1 整容(洗面、整髪等)		
	2 顔の清拭		
	3 口腔ケア		
	2)衣服着脱の介助	d540	更衣
	1 衣服の着脱の介助(座位・臥位)		
	②移動の介護		
	1)体位変換		
	1 体位変換	d410	基本的な姿勢の変換
	2 起居の介助	d415	姿勢の保持
	3 立位の介助	d410	基本的な姿勢の変換
	2)移動的介助(2については、状況に応じて実施)		
	1 歩行の介助	d450	歩行
	2 車いすへの移乗の介助	d420	乗り移り
		d455	移動
	3 車いす移動の介助	d465	用具を用いての移動
	③食事の介護		
	1)食事の介助	d550	食べること
	d560	飲むこと	
④入浴・清潔保持の介護(3)については、状況に応じて実施)			
1)部分浴の介助	d510	自分の体を洗うこと	
1 手浴の介助			
2 足浴の介助			
2)入浴の介助			
3)全身清拭			
⑤排泄の介護(3)については、状況に応じて実施)	d530	排泄	
1 トイレ・ポータブルトイレでの排泄介助			
2 おむつ交換			
3 尿器・便器を用いた介助			
②安全衛生業務			
①雇入れ時等の安全衛生教育	d570	健康に注意すること	
②介護職種における疾病・腰痛予防			
③福祉用具の使用方法及び点検業務	d650	家庭用品の管理	
④介護職種における事故防止のための教育			
⑤緊急時・事故発見時の対応			
業務類型	技能実習の業務の定義	対応するICFコード	
関連業務、周辺業務(上記必須業務に関連する技能等の修得に係る業務等で該当するものを選択すること)	(1)関連業務		
	①掃除、洗濯、調理業務	d630	調理
		d640	調理以外の家事
	1 利用者の居室やトイレ、事務所内の環境整備		
	2 利用者の衣類等の洗濯		
	3 利用者の食事にかかる配下膳等		
	4 調理業務(ユニット等で利用者と共にすること)		
	5 利用者の居室のベッドメイキングやシーツ交換		
	②機能訓練の補助やレクリエーション業務	d920	レクリエーションとレジャー
	1 機能訓練の際の補助や見守り		
	2 レクリエーションの実態や見守り		
	③記録・申し送り	d310	話し言葉の理解
	1 食事や排泄等チェックリスト等による記録・報告	d315	非言語的メッセージの理解
	2 指示を受けた内容に対する報告	d325	書き言葉によるメッセージの理解
	3 日誌やケアプラン等の記録及び確認(必要に応じて)	d330	話し言葉の理解
	4 申し送りによる情報共有	d335	非言語的メッセージの理解
	②周辺業務	d345	書き言葉によるメッセージの理解
1 お知らせなどの提示物の管理	d350	会話	
2 車いすや歩行器等福祉用具の点検・管理	d355	ディスカッション	
3 物品の補充や管理	d360	コミュニケーション用具および技法の利用	
③安全衛生業務(関連業務、周辺業務を行う場合は必ず実施する業務)	d710	基本的な対人関係	
上記※に同じ	d720	複雑な対人関係	

D. 考察

わが国で実用化の可能性を探るとすれば、介護キャリア段位や介護技能実習制度における臨床実践のレベルでの個別事例の記述をコードとして代替するというツールとしての活用には可能性がある。

なぜなら外国人実習生にとって日本語の取得が不完全であっても、ICF コードを用いた記録であれば、相互理解が得られるからである。

また、今年度の研究でも明らかになったように、ICF はコードであるために、評点がつく評価尺度としては、ほとんど活用が

なされていない状況にある。

この点に関しては、この解決に資するものとして、WHO が開発した評価ツールである WHO-DAS2.0 をさらに妥当性と信頼性を検証し、日本版の評価セットとして開発していくことが有効と考えられた。

E. 結論

今年度は、調査用の介護技能実習における技術習得過程を ICF で評価するためのコアセット（案）の開発を開発した。次年度は、これを用いた「技能実習制度」の試行評価を実施する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

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（統計総合研究事業）
「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」
平成 30 年度 分担研究報告書

介護技術実習における技能習得過程を ICF で評価するためのコアセット（案）の開発および妥当性の検証

研究代表者：筒井孝子（兵庫県立大学）
研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）
研究分担者：筒井澄栄（創価大学）
研究分担者：中川原譲二（一般財団法人 脳神経疾患研究所）
研究分担者：東野定律（静岡県立大学）

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

研究方法：1) 調査票原案の開発：介護分野の技能実習生用テキストを用いた専門家による技能を抽出し、外国人介護職員（候補）3名と指導者2名へのインタビュー調査を経て、介護技能評価70項目、環境評価12項目から構成される調査原案を開発した。

2) プレ調査による調査票の修正：プレ調査の実施によって、項目の縮減（82→38）、文言の修正が実施された。3) フィールド調査による介護技術習得評価のためのコアセットの妥当性の検証：介護技能実習制度の試験評価者講習修了者410名を対象に調査票を配布し、30票が回収された（回収率7.3%）。この調査データの分析によって、コアセットの妥当性を検証した。

結果及び考察：介護技能実習制度の性格上、海外における事前学習が重要であり、今後は介護技能や環境適応を含めた事前学習を介護技能実習の送り出し機関で実施することが求められる。その意味でも現行の制度上整備されていないOJTのための定量的な技術評価を可能とするツールを開発したことは、介護人材養成においてもICFの国際的普及においてもインパクトがとても大きいものと考えられた。ICFの評価ルールを用いた今回の調査票は、評価項目の難しさ、評価基準の曖昧さが指摘され、現在の調査法のままで、臨床現場に導入するとデータの信頼性の低さが危惧された。今後は、評価項目のさらなる絞り込み、評価具体例の提示など採点の信頼性を上げる工夫の必要性が示唆された。

結論：外国人の介護技能実習制度における介護技術習得過程をICFで評価するためのコアセットを開発し、フィールドテストによってその妥当性を検証した。ICFを活用した評価票を開発したことはICFの活用を目指すWHOにおいても重要であり、国際的なインパクトは非常に高い。これを契機として、ICFを用いたOJTのツールがより普及されれば、介護領域におけるチームケアを推進する一助となるものと考えられた。

A. 研究目的

日本政府は技能実習制度の活用で当面の人手不足を解消すべく、「技能実習制度」の介護分野を新たに創設した。平成 29 年度から受け入れが始まっているが、日本の介護現場で働く外国人技能実習生が技術を習得する際に障壁となる問題可視化することが求められている。

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

B. 研究方法

1) 調査票原案の開発

介護分野の技能実習生用テキストを用いた専門家による技能を抽出し、外国人介護職員（候補）3 名と指導者 2 名へのインタビュー調査を実施し、調査票原案を開発した。

2) プレ調査による調査票の修正

調査票原案を用いて、研究協力が得られた外国人実習生を受け入れる介護保険施設 2 施設を対象としてプレ調査を実施し、結果を踏まえて項目を縮減した。

3) フィールド調査による介護技術習得評価のためのコアセットの妥当性の検証

介護技能実習制度の試験評価者講習修了者 410 名を対象に修正版調査票を配布し、30 票が回収された（回収率 7.3%）。この調

査データの分析によって、コアセットの妥当性を検証した。

C. 研究結果

1) 調査票原案の開発

介護分野の技能実習生用テキストを用いた専門家による技能の抽出、外国人介護職員（候補）3 名と指導者 2 名へのインタビュー調査を経て、介護技能評価 70 項目、環境評価 12 項目から構成される調査票原案を開発した（図 1， 2）。

図1 介護技術評価の調査票(例)

記入者コード	記入者氏名	記入日								
<p>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 5:詳細不明 6:非該当 7:非該当 8:非該当 9:非該当</p> <p>実施要項: 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 5:詳細不明 6:非該当 7:非該当 8:非該当 9:非該当</p>										
<p>技術実習生の必須項目(利用者に対する身体介護業務)について、「程度・大きさ」の評価値0-4/8,9を記入 また、自由記述欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入 ※1、※2、※3、※4については、状況に応じて実施</p>										
必須項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	
1) 体調の確認等	4810 体調の確認等	4811 注意して聞くこと	4812 注意して聞くこと	4813 話し言葉の理解	4814 ジェスチャーの理解	4820 対人関係の形成				
	介護する前に、これからどんな介護をするか利用者(利用者)に説明して、介護を始めることに同意を得ることに声をかけて、利用者の状態を確認すること。	視覚刺激を軽減するために、意識的に声量を用いること。例えば、スポーツ行事や子どもが遊んでいるのを注意すること。	聴覚刺激を軽減するために、意識的に声量を用いること。例えば、ラジオ、音楽、講義を注意して聞くこと。	話し言葉(音声刺激)のメッセージに関して、字句の意味や文脈の意味を理解すること。例えば、音声が聞き取れない場合、慣用表現も理解すること。	表情、手の動きやサイン、姿勢、その他のボディラングージによって伝えられる意味を理解すること。	利用に合わせた社会的に適切な方法で、他の人々との対人関係を構築する(長期、開始、開始、開始)すること。例えば、自己紹介、友人関係や職場上の関係の発見や確立。				
2) 身体介護業務	4810 身体の一部を洗うこと	4811 身体の一部を洗うこと	4812 身体を拭き乾かすこと	4820 皮膚の手入れ	4821 髪の手入れ	4822 顔と髪の手入れ	4823 手の爪の手入れ	4824 足の爪の手入れ		
	清潔にする目的で、顔に対して、水や石鹸、その他のものを用いること。	清潔にする目的で、顔に対して、水や石鹸、その他のものを用いること。	洗った後などに、顔をかき拭くために、タオルやその他の手段を用いること。	皮膚の手入れ。例えば、髪を洗ったり整えること、髪を乾かしたり整えること。	髪の手入れ。例えば、髪を洗ったり整えること、髪を乾かしたり整えること。	顔と髪の手入れ。例えば、髪を洗ったり整えること、髪を乾かしたり整えること。	手の爪の手入れ。切り、磨くこと。	足の爪の手入れ。切り、磨くこと。		
3) ケア ※1	4820 身体各部の手入れ ※1									
	身体各部の手入れ。例えば、歯磨き、歯間清掃、義歯や歯科矯正具の手入れ。									

図2 環境の調査票(例)

技術実習生コード	記入者コード	記入日								
<p>完全 100-100% 100-100% 95-100% 95-100% 90-100% 90-100% 85-100% 85-100% 80-100% 80-100% 75-100% 75-100% 70-100% 70-100% 65-100% 65-100% 60-100% 60-100% 55-100% 55-100% 50-100% 50-100% 45-100% 45-100% 40-100% 40-100% 35-100% 35-100% 30-100% 30-100% 25-100% 25-100% 20-100% 20-100% 15-100% 15-100% 10-100% 10-100% 5-100% 5-100% 0-100% 0-100%</p>										
<p>技術実習生の受入施設について、「程度・大きさ」の評価値-4を記入 技術実習生がどの程度左右されるか、記入者は本人の視点によって評価する また、特記事項欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入</p>										
必須項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	
総合的相関窓口の設置	実習指導者の後、業務に関する問い合わせなどを総合的に行うことができる窓口の設置しているか。	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
乗車時の相関・サポート体制の整備	乗車以外の窓口などを乗車場内につける相関窓口や技術実習生のサポート体制の整備しているか。	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
受入施設の対応、社会保険サービス(医療費控除等)への対応	技術実習生が社会保険サービス(医療費控除等)を受けるにあたってのサポートを行っているか。	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
乗客(文化)的愚考・行動に対する配慮	技術実習生が乗客(文化)的愚考・行動に対する配慮をできているか。(乗客的行動を行うことができる環境的整備や乗客体制の考慮など)	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
(特記事項)										
自習型の環境・協力(職員)	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	
職員の協力・理解	技術実習生を受け入れるにあたっての職員の協力・理解はあるか(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
利用者・家族の理解	技術実習生を受け入れるにあたっての利用者・家族の理解はあるか(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
地域の協力・理解	技術実習生を受け入れるにあたっての施設がある地域の協力・理解(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
社会の協力・理解	技術実習生を受け入れるにあたっての施設がある地域以外の社会の協力・理解(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
(特記事項)										
OJT(支援との関係)・道具	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	
用具	仕事上の活動を容易にするために用いる福祉用具・IT機器などは充実しているか。	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
OJT(支援との関係)	技術実習生に対するOJTは十分に実施されているか。	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
(特記事項)										
日本語習得の状況	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目	
充分な日本語学習時間の確保と効果的学習の工夫	技術実習生が日本語学習する充分な学習時間の確保と効果的学習の工夫を確保しているか	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
日本語習得教材の充実(国・民性・文化等の理解)	技術実習生が日本語学習する教材・プログラムを準備しているか(国・民性・文化等だけでなく、履修学校等との連携などを十分にしているか)	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
(特記事項)										

②プレ調査による調査票の修正

プレ調査の実施によって、項目の縮減(82→38)、文言の修正(ICFコードから介護の内容を記載へ)、調査票の簡略化(P/C評価を省略)がなされた。

図3 修正版・介護技術評価の調査票(例)

ICFコード記入欄

記入者コード 記入者氏名 記入日

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 5:詳細不明 6:非該当 7:非該当 8:非該当 9:非該当

実施要項: 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 5:詳細不明 6:非該当 7:非該当 8:非該当 9:非該当

技術実習生の必須項目(利用者に対する身体介護業務)について、「程度・大きさ」の評価値0-4/8,9を記入していただき、評価値は100%スケールであることにご留意ください。また、自由記述欄に、評価項目の問題点や気付いた点を記入していただき、※1、※2、※3については、状況に応じて実施してください。

必須項目	評価項目	評価項目	評価項目	評価項目
1) 体調の確認等	介護する前に、これからどんな介護をするか利用者(利用者)に説明して、介護を始めることに同意を得ることに声をかけて、利用者の状態を確認すること。			
2) 身体介護業務	清潔にする目的で、顔に対して、水や石鹸、その他のものを用いること。			
3) ケア ※1	身体各部の手入れ。例えば、歯磨き、歯間清掃、義歯や歯科矯正具の手入れ。			
4) 乗客(文化)的愚考・行動に対する配慮	技術実習生が乗客(文化)的愚考・行動に対する配慮をできているか。(乗客的行動を行うことができる環境的整備や乗客体制の考慮など)			
5) 自習型の環境・協力(職員)	技術実習生を受け入れるにあたっての職員の協力・理解はあるか(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)			
6) 利用者・家族の理解	技術実習生を受け入れるにあたっての利用者・家族の理解はあるか(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)			
7) 地域の協力・理解	技術実習生を受け入れるにあたっての施設がある地域の協力・理解(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)			
8) 社会の協力・理解	技術実習生を受け入れるにあたっての施設がある地域以外の社会の協力・理解(協力・理解を引き出すための具体的なサポートの有無)			
9) OJT(支援との関係)・道具	仕事上の活動を容易にするために用いる福祉用具・IT機器などは充実しているか。			
10) OJT(支援との関係)	技術実習生に対するOJTは十分に実施されているか。			
11) 日本語習得の状況	技術実習生が日本語学習する充分な学習時間の確保と効果的学習の工夫を確保しているか			
12) 日本語習得教材の充実(国・民性・文化等の理解)	技術実習生が日本語学習する教材・プログラムを準備しているか(国・民性・文化等だけでなく、履修学校等との連携などを十分にしているか)			
(特記事項)				

③フィールド調査による介護技術習得評価のためのコアセットの妥当性の検証

介護技能実習制度の試験評価者講習修了者 410 名を対象に調査票を配布し、30 票が回収された（回収率 7.3%）。

被評価者の属性は表 1 のようになった。被評価者のうち、外国籍職員の介護技能の評価習熟の程度を分析すると表 2 のように示された。また、日本人職員との技能の習熟程度に差がある項目を分析すると、38 項目中 13 項目に有意差が示され、具体的には、表 3 のようになった。

表 1 被評価者の属性

年齢(N=28)	平均		標準偏差	
	N	%	N	%
性別(N=30)				
男性	5	16.7%		
女性	24	80.0%		
無回答	1	3.3%		
国籍(N=30)				
ベトナム	5	16.7%		
中国	2	6.7%		
ネパール	1	3.3%		
フィリピン	7	23.3%		
スリランカ	1	3.3%		
カンボジア	2	6.7%		
(外国籍計)	(18)	(60.0%)		
日本	11	36.7%		
無回答	1	3.3%		

表 2 外国籍職員 (N=18) の評価結果・平均値昇順

D. 考察

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

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

ICF の評価ルールを用いた今回の調査票は、評価項目の難しさ、評価基準の曖昧さが指摘され、現在の調査法のままで、臨床

項目	評価結果										平均値	標準偏差	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
1(1) 看護業務の開始、洗濯、調理業務の開始業務(ユニット等で利用者と共に行うこと)	3	1	2								11	0.37	06.75
2(1) 身体介護業務の開始の介護(入浴・更衣)を行った介護	3	1	1								11	0.40	06.75
3(1) 身体介護業務の開始の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	4	5	1								15	0.57	04.45
4(2) 看護業務(おむつ)の開始業務の介護	2	1	1								11	0.89	06.75
5(1) 身体介護業務の開始の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	3	5	1								11	0.87	04.45
6(1) 看護業務の開始、洗濯、調理業務の利用者の定着等の促進	7	4	1								4	0.79	22.25
7(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(1) 尿害の介護(1) 尿害(尿害)	7	4	3								3	0.80	22.25
8(1) 身体介護業務の開始の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	6	3	4								4	0.80	22.25
9(1) 身体介護業務(入浴・更衣)業務の介護(入浴)の介護	3	3	3								7	0.80	04.45
10(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(1) 尿害の介護(1) 尿害(尿害)	7	4	2								3	0.89	22.25
11(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(1) 尿害の介護(1) 尿害(尿害)	9	5	1								1	0.87	11.15
12(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	11	4	1								1	0.87	5.85
13(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)	7	0	2								2	0.80	16.75
14(1) 看護業務(おむつ)の介護、洗濯、調理業務の利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換	1	4	2								7	0.80	50.05
15(1) 看護業務(おむつ)の介護、洗濯、調理業務の利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換	11	3	1								2	0.89	5.85
16(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	10	4	2								1	0.87	5.85
17(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(1) 尿害の介護(1) 尿害(尿害)	6	8	2								1	1.08	11.15
18(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	8	5	3								1	1.08	5.85
19(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	7	2	3								2	1.07	16.75
20(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	4	3	2								4	1.07	22.25
21(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	4	4	2								2	1.19	16.75
22(0) 看護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	6	6	1								1	1.17	5.85
23(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	5	6	3								1	1.17	11.15
24(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	2	6	3								3	1.17	22.25
25(2) 看護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	4	6	1								1	1.17	11.15
26(1) 看護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	1	4	3								4	1.20	22.25
27(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	6	0	1								2	1.23	11.15
28(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	2	6	2								2	1.23	16.75
29(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	8	3	2								1	1.30	5.85
30(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	4	6	2								2	1.40	11.15
31(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	3	0	1								1	1.30	5.85
32(1) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	3	3	2								2	1.80	16.75
33(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	5	1	3								2	1.80	16.75
34(2) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	6	2	3								1	1.87	16.75
35(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	6	2	2								1	1.70	5.85
36(2) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	1	4	3								2	1.80	16.75
37(1) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	3	4	5								2	1.87	16.75
38(2) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	2	2	0								3	2.00	11.15

表 3 外国籍職員と日本国籍職員で差異が出た評価項目

項目	日本国籍		外国籍		P値	差
	N	平均値	N	平均値		
1(1) 看護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	10	1.40	13	2.89	1.036	0.01*
2(2) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	9	1.00	15	2.27	1.229	0.02*
3(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	11	0.55	15	1.90	1.521	0.01*
4(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	10	0.40	17	1.65	1.367	0.000**
5(1) 身体介護業務(入浴・更衣)業務の介護(入浴)の介護	6	0.17	10	1.40	1.265	0.02*
6(2) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	9	1.11	15	2.33	1.397	0.03*
7(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	10	0.40	14	1.50	1.019	0.01**
8(1) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	10	1.30	14	2.33	1.175	0.03*
9(2) 安全衛生業務(感染予防)の介護(手洗)の介護	10	1.20	16	2.19	1.276	0.05*
10(1) 身体介護業務(入浴・更衣)業務の介護(入浴)の介護	9	0.11	10	1.00	0.942	0.02*
11(1) 身体介護業務(おむつ)の介護(排泄物の介護)の開始の介護(手洗)の介護	10	0.40	15	1.27	1.033	0.03*
12(0) 看護業務(おむつ)の介護、調理業務(利用者の居室のベグメイキングやトイレ交換)	11	0.27	17	1.06	0.966	0.01**
13(1) 身体介護業務(入浴・更衣)業務の介護(入浴)の介護	8	0.13	10	0.70	0.675	0.06*

現場に導入するとデータの信頼性の低さが危惧された。

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

E. 結論

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

て、ICFを用いたOJTのツールがより普及
されれば、介護領域におけるチームケアを

推進する一助となるものと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

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

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

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（統計総合研究事業）
「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」
平成 30 年度 分担研究報告書

社会統計用短縮版 WHO-DAS 評価セットの開発

研究分担者：東野定律（静岡県立大学）
研究分担者：大冢賀政昭（国立保健医療科学院）
研究代表者：筒井孝子（兵庫県立大学）
研究協力者：木下隆志（芦屋学園短期大学）
研究協力者：松本将八（NPO 法人こぐまくらぶ）

研究目的： WHO-DAS2.0 は、ICF の概念で示される生物心理社会的モデルに応じた障害の評価を行うことを目的として WHO で開発されたアセスメントツールである (Üstün et al,2004)。WHO-DAS2.0 は、日本語化がなされているものの、臨床での利用には多くの課題があることが報告されている (筒井,2014)。しかし、主観的な日常生活機能や社会参加を評価するアセスメントツールは少ないことから、この WHO-DAS 評価が一般化していけば、福祉領域の臨床や政策立案の基盤となる基礎統計に広く活用することが可能となるが統計への活用には少ない項目での評価が求められる。そこで本研究では、統計における ICF の活用可能性の検討を踏まえ、WHO-DAS2.0 自己記入版 36 項目版の日本人サンプルのデータを分析し、社会統計用短縮版 WHO-DAS 評価セットの開発を行った。

研究方法： まず、臨床家によって構成される研究委員会を組織し、WHO-DAS2.0 の 12 項目で自己記入可能かどうかについて検討を行った。その後、抽出された 10 項目について A 県 B 市の障害手帳保持者における WHO-DAS2.0 36 項目のデータ (N=1,056) を用いて、共分散構造解析によって確証的因子分析を行った。

結果及び考察： 統計調査などへの活用を考えた場合の短縮版 WHO-DAS 調査セットについて WHO-DAS12 項目版から、定義が難しいとされた項目を入れ替え、そのほかについては同じカテゴリの項目があるため削除とした 10 項目版を作成した。短縮版 WHO-DAS 調査セット 10 項目の確証的因子分析を行ったところ、1 因子のモデルが成り立つことが確認された。さらに、WHO-DAS36 項目と短縮版 WHO-DAS 調査セット 10 項目のスコアの相関をとったところ 0.949 (N=933) と高い相関が示された。ICF 概念を持つ定量化可能な評価ツールの今後の活用にも意義が大きいものと考えられた。

結論： 本研究において、既存統計調査における ICF 活用として、WHO-DAS2.0 自己記入版の妥当性を検証するとともに、既存統計調査へ挿入可能な WHO-DAS2.0 10 項目版の開発を行った。WHO-DAS2.0 については、日本における活用が就労継続支援サービス利用者の支援見直しにむけた代理人調査 など、臨床活用にむけた研究が実施されつつある。さらに、ICD-11 の V チャプターにも導入されたことから、定量化できる ICF 評価ツールとして統計にもさらなる活用が期待される。

A. 研究目的

WHO-DAS2.0 は、ICF の概念で示される生物心理社会的モデルに応じた障害の評価を行うことを目的として WHO で開発されたアセスメントツールである (Üstün et al,2004)。WHO-DAS2.0 は、日本語化がなされているものの、臨床での利用には多くの課題があることが報告されている (筒井,2014)。

しかし、主観的な日常生活機能や社会参加を評価するアセスメントツールは少ないことから、この WHO-DAS 評価が一般化していけば、福祉領域の臨床や政策立案の基盤となる基礎統計に広く活用することが可能となるが、統計への活用にはむけては少ない項目での評価が求められる。

そこで本研究では、昨年度実施した既存研究成果をもとに、統計における ICF の活用可能性の検討を踏まえ、WHO-DAS2.0 自己記入版 36 項目版の日本人サンプルのデータを分析し、社会統計用短縮版 WHO-DAS 評価セットの開発を行った。

B. 研究方法

まず、臨床家によって構成される研究委員会を組織し、WHO-DAS2.0 の 12 項目で自己記入可能かどうかについて検討を行った。

その後、抽出された 10 項目について A 県 B 市の障害手帳保持者における WHO-DAS2.0 36 項目のデータ (N=1,056) を用いて、共分散構造解析によって確証的因子分析を行った。

C. 研究結果

統計調査などへの活用を考えた場合の短縮版 WHO-DAS 調査セットについて WHO-DAS12 項目版から、定義が難しいと

された「1 km 程度の長い距離を歩ける」、「健康状態が感情に与えた影響」、そして、回答率が低かった「仕事または学校で日々の活動を行う」について、「1 km 程度の長い距離を歩ける」については「家の外に出られる」と入れ替え、そのほかについては同じカテゴリの項目があるため削除とした 10 項目版を作成した (表 2)。

A 県 B 市の障害手帳保持者における WHO-DAS2.0 36 項目の回答状況は、表 2 のようになった。

回答率については、「仕事または学校で日々の活動を行う」、「最も重要な仕事または学校の課題をうまく行える」、「必要のある仕事または学校での課題を全て終わらせる」、「必要に応じて、行うべき仕事・学校の課題をできるだけ早く済ませる」の 4 項目については、仕事や学校の機会がないものが多く回答率が 30% 台であった。そのほかは「リラックスや楽しみをしようとしたときに、あった問題の程度」88.6% を除き、90% 以上の回答が得られていた。

平均値がもっとも低かったのは、「食事をする」で 1.34、標準偏差は 0.905 であった。

最も高かったのは、「他の人と同じに地域活動に参加する」であり、平均値が 2.94、標準偏差が 1.611 であった。

短縮版 WHO-DAS 調査セット 10 項目の共分散構造解析によって確証的因子分析を行ったところ、GFI=.943 AGFI=.870 RMSEA=.099 と 1 因子のモデルが成り立つことが確認された (図 1)。

さらに、WHO-DAS36 項目と短縮版 WHO-DAS 調査セット 10 項目のスコアの相関をとったところ 0.949 (N=933) と高い相関が示された (図 2)。

表1 研究委員会における WHO-DAS2.0 の12項目の検討

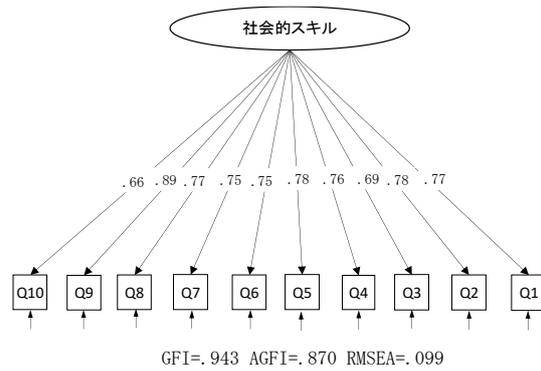
WHO-DAS12項目		質問の内容	
No	カテゴリ		
1	1 認知	10分間何かをすることに集中する	
2	1 認知	新しいことを学ぶ	
3	2 可動性	30分間程度の長い時間を立ていられる	
4	2 可動性	1km程度の長い距離を歩ける	評価が難しい→置き換え
5	3 セルフケア	全身を洗う	
6	3 セルフケア	自分で服を着る	
7	4 人付き合い	知らない人とやりとりをする	
8	4 人付き合い	友人関係を維持する	
9	5 日常活動	家の中で与えられている役割を行う	
10	5 日常活動	仕事または学校で日々の活動を行う	回答率が低い→削除
11	6 社会への参加	他の人と同じに地域活動に参加する	
12	6 社会への参加	健康状態が感情に与えた影響	評価が難しい→削除

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

表2 A県B市の障害手帳保持者における WHO-DAS2.0 36項目の回答状況

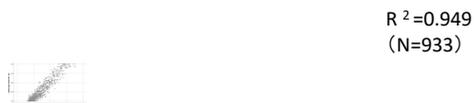
No	カテゴリ	質問の内容	平均値	標準偏差	N	回答率
1	1 認知	10分間何かをすることに集中する	1.71	1.216	1,006	95.3
2	1 認知	日常生活を送る上で、しなければならない大切なことを覚えておく	1.77	1.23	1,006	95.3
3	1 認知	日常生活の中で、必要に応じて問題を分析し、解決方法を考えられる	2.06	1.412	988	93.6
4	1 認知	新しいことを学ぶ	2.30	1.445	991	93.8
5	1 認知	人々が言っていることを問題なく理解する	1.85	1.19	1,001	94.8
6	1 認知	会話を継続できる	1.83	1.253	1,002	94.9
7	2 可動性	30分間程度の長い時間を立ていられる	2.34	1.536	1,012	95.8
8	2 可動性	離れた状態から立ち上がれる	1.77	1.257	1,014	96.0
9	2 可動性	家の中で移動する	1.56	1.119	1,008	95.5
10	2 可動性	家の外に出る	1.89	1.389	1,009	95.5
11	2 可動性	1km程度の長い距離を歩ける	2.25	1.583	1,010	95.6
12	3 セルフケア	全身を洗う	1.87	1.403	1,017	96.3
13	3 セルフケア	自分で服を着る	1.58	1.17	1,016	96.2
14	3 セルフケア	髪を洗う	1.34	0.905	1,016	96.2
15	3 セルフケア	飯日一人でご飯を炊く	2.31	1.686	1,009	95.5
16	4 他者との交流	知らない人とやりとりをする	2.16	1.436	1,007	95.4
17	4 他者との交流	友人関係を維持する	1.97	1.381	1,001	94.8
18	4 他者との交流	新しい人々と交流する	1.90	1.362	993	94.0
19	4 他者との交流	新しい友人を作る	2.45	1.439	991	93.8
20	4 他者との交流	新しい友達やグループができる	1.97	1.4	979	92.7
21	5 日常活動	家の中で与えられている役割をうまくできる	2.19	1.599	992	93.9
22	5 日常活動	家の中で与えられている最も重要な役割をうまくできる	2.22	1.522	988	93.6
23	5 日常活動	家の中で与えられている役割を全て終わらせる	2.17	1.489	984	93.2
24	5 日常活動	必要に応じてできるだけ早く家で与えられている役割を済ませる	2.26	1.478	983	93.1
25	5 日常活動	仕事または学校で日々の活動を行う	1.66	1.187	363	34.4
26	5 日常活動	最も重要な仕事または学校の課題をうまく行える	1.83	1.232	361	34.2
27	5 日常活動	必要のある仕事または学校の課題を全て終わらせる	1.83	1.256	359	34.0
28	5 日常活動	必要に応じて、行うべき仕事・学校の課題をできるだけ早く済ませる	1.95	1.304	357	33.8
29	6 社会への参加	他の人と同じに地域活動に参加する	2.94	1.611	1,004	95.1
30	6 社会への参加	身の回りに生じた障害や妨げによって、抱えた問題の程度	2.68	1.494	960	90.9
31	6 社会への参加	他人の態度と行いによって、尊厳が傷つけられたこと	2.15	1.269	980	92.8
32	6 社会への参加	健康維持またはその改善のために費やした時間	2.72	1.346	964	91.3
33	6 社会への参加	健康状態が感情に与えた影響	2.69	1.365	974	92.2
34	6 社会への参加	健康状態によって経済的な損失の程度	2.66	1.418	982	93.0
35	6 社会への参加	健康状態によって家族が抱えた問題の程度	2.77	1.417	982	93.0
36	6 社会への参加	リラクセスや楽しみをしようとしたときに、あった問題の程度	2.20	1.327	936	88.6

図1 短縮版 WHO-DAS 調査セット 10項目の確証的因子分析の結果



- Q1 10分間何かをすることに集中する
- Q2 新しいことを学ぶ
- Q3 30分間程度の長い時間を立ていられる
- Q4 家の外に出る
- Q5 全身を洗う
- Q6 自分で服を着る
- Q7 知らない人とやりとりをする
- Q8 友人関係を維持する
- Q9 家の中で与えられている役割を行う
- Q10 他の人と同じに地域活動に参加する

図2 WHO-DAS36項目と短縮版 WHO-DAS 調査セット 10項目のスコアの散布図



D. 考察

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

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

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

WHO-DAS2.0 は、評価対象者が感じる活動の制限や参加の制約を、医療的診断とは独立した形で評価する。特にこのツールは、以下の 6 つの領域「1.認知機能」「2.可動性」「3.セルフケア」「4.他社との交流」「5.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文

・大冢賀政昭, 国際生活機能分類 (ICF) をめぐる状況と活用にもつれた展望. 保健医療科学 2018 ; 67 (5) : 480-490.

学会発表

・Otaga M, The applicability of the World

日常活動」 「6.社会への参加」における個人の機能を評価するためにデザインされている。

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

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

E. 結論

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

ICD-11 の V チャプターにも導入されたことから、WHO-DAS2.0 は定量化できる ICF 評価ツールとして、今後、国の基幹統計や自治体で政策立案を実施するために実施する各種調査等にも活用が期待される。

Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS 2.0) in Japan. WHO-FIC Annual Meeting 2018 ; 2018.10.22-27 ; Korea

・松本将八, 木下隆志, 大冢賀政昭. WHO-DAS2.0 による就労継続支援サービス利用者の社会的状況等の検討. 第 77 回日

本公衆衛生学会総会抄録集；2018.10.25；
郡山；P591

・大冢賀政昭，木下隆志，松本将八，筒井
孝子．WHO-DAS2.0 による生活機能障害
の把握とその活用可能性の検討－日本国内
におけるこれまでの試行評価結果をもとに
－．日・WHO フォーラム 2018；

2018.11.30；東京

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

・本間健史，大冢賀政昭．神奈川県を進め
る未病指標と I C F．日・WHO フォーラ
ム 2018；2018.11.30；東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

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	ICF（国際生活機能分類）の考え方とフレイル	Pharma Medica	Volume 35、 Issue 10	47 - 52	(2017)
大冢賀政昭	国際生活機能分類（ICF）をめぐる状況と活用に向けた展望.	保健医療科学	67（5）	480-490.	2018

学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	開催場所	開催日
大冢賀政昭、木下隆志、松本将八、筒井孝子.	WHO-DAS2.0 による生活機能障害の把握とその活用可能性の検討－日本国内におけるこれまでの試行評価結果をもとに－.	第7回 厚生労働省ICFシンポジウム	東京	2018.1.20
大冢賀政昭.	臨床現場におけるICFの活用可能性と課題～高齢者・障害者福祉領域における研究をもとに～.	第7回 厚生労働省ICFシンポジウム	東京	2018.1.20
・木下隆志、大冢賀政昭、東野定律、筒井孝子.	認知症要介護高齢者のBPSDと介護職員の対応に関する研究.	第76回 日本公衆衛生学会総会抄録集	鹿児島	2017.11.1
筒井孝子、大冢賀政昭、東野定律、原口恭彦、	介護分野における外国人技能実習におけるICF（国際生活機能分類）を基盤とした評価ツールの開発.	第72回 国立病院総合医学会	神戸；	2018.11.10
筒井孝子、大冢賀政昭、東野定律、中川原譲二、筒井澄栄.	ICF概念に基づく介護技能評価アセスメントの開発と妥当性の検証.	日・WHOフォーラム2018	東京	2018.11.30
Otaga M,	The applicability of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS 2.0) in Japan.	WHO-FIC Annual Meeting 2018	Korea	2018.10.22-27
松本将八、木下隆志、大冢賀政昭	WHO-DAS2.0による就労継続支援サービス利用者の社会的状況等の検討	第77回 日本公衆衛生学会	郡山	2018.10.25

大冢賀政昭, 木下隆志, 松本将八, 筒井孝子.	WHO-DAS2.0 による生活機能障害の把握とその活用可能性の検討	日・WHOフォーラム2018	東京	2018.11.30
大冢賀政昭	ICDとICFの一体としての統計への導入の可能性	日・WHOフォーラム2018	東京	2018.11.30
本間健史, 大冢賀政昭.	神奈川県を進める未病指標とICF.	日・WHOフォーラム2018	東京	2018.11.30