

令和7年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（統計情報総合研究））
研究報告書抄録

研究課題名：ICFの多様な現場での実用化と統計への応用に向けた研究

研究代表者：向野 雅彦（北海道大学病院リハビリテーション科 教授）

研究分担者：山田 深（杏林大学医学部リハビリテーション医学講座 教授）

研究分担者：小松 雅代（京都大学大学院医学研究科 予防医療学分野 特定助教）

研究分担者：古元 重和（北海道大学大学院医学研究院 社会医学分野 医療政策評価学教室 教授）

研究分担者：諏訪 さゆり（千葉大学大学院看護学研究院 生活創成看護学研究部門 地域創成看護学講座 教授）

研究分担者：三上 幸夫（広島大学病院リハビリテーション科 教授）

研究分担者：木下 翔司（東京慈恵会医科大学医学部リハビリテーション医学講座 講師）

研究分担者：大工谷 新一（北陸大学医療保健学部理学療法学科 教授）

研究分担者：泉 良太（聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部作業療法学科 教授）

研究分担者：稲本 陽子（藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科 教授）

研究協力者：塩田 繁人（広島大学病院診療支援部リハビリテーション部門 作業療法士）

研究協力者：石本 立（北海道大学病院リハビリテーション科 講師）

研究要旨：国際生活機能分類（ICF）は、人の健康の基盤となる生活機能を包括的に分類する枠組みとして、国際疾病分類（ICD）とともにWHOにおける中心的な分類に位置づけられている。ICFは生活機能の表現を通じて、疾病や災害等が社会に与えるインパクトを生活への影響という側面から記述するのに適しており、疾病統計の充実に寄与することが期待されている。しかし、1,600を超える膨大な項目数や分類定義の難解さから、実用面における課題は多い。これまでの研究により概念の普及や活用例の検討は進んだものの、国レベルでの標準的な評価手法の確立や統計への活用には至っていないのが現状である。そこで本研究事業では、ICFの円滑な実用化と疾病統計への応用を目指し、普及用マニュアルの作成や既存スケールとの互換機能の構築など、臨床現場での活用を支援するツールの開発に取り組む。

本年度は、採点マニュアルの改訂を行うとともに、これまで評価基準の検討が不十分であった環境因子について、具体的な活用ツールの作成に向けたプロトコルの作成と検討の基礎となる資料の作成を行った。また、心身機能および活動・参加の領域における既存の臨床スケールをICF項目へと対応付け、既存スケールからICFへの点数換算ライブラリの拡充を実施した。さらに、既存スケールのICFへのマッピングを通じて、臨床で評価対象となっている生活機能の範囲についても精査・検討を行った。これらの取り組みは、疾患を横断してICFを活用できる仕組みを整え、臨床家のフィードバックを反映した採点基準やマニュアルの改訂を行うことで、現場での実用性を向上させることを目的としている。次年度にはマニュアルおよび点数換算ライブラリの公表版の完成を予定している。

A. 研究目的

国際生活機能分類（ICF）は、世界保健機関（WHO）が策定した健康情報の記述体系であり、疾病そのものを分類する「国際疾病分類（ICD）」に対し、人間の心身の機能、活動、参加といった広範な生活機能を分類する枠組みとして、WHOの中心分類に位置づけられている。ICFの最大の特長は、疾病や災害が個人や社会に及ぼすインパクトを生活への影響という観点から多角的に表現できる点にある。したがって、ICDとICFを相補的に活用することは、健康状態の全容解明と疾病統計のさらなる充実に不可欠であると期待されている。

しかし、ICFの臨床における普及には依然として多くの課題が残されている。これまでの取り組みによって概念自体の普及や、特定の領域における活用例の検討は進んできたものの、国レベルでの標準的な評価手法の確立や、大規模な統計活用を実現するには至っていない。その主な要因として、1,600を超える膨大な項目数の多さや、各項目の定義や記述の難解さが挙げられる。

こうした課題に対し、厚生労働省の社会保障審議会生活機能分類専門委員会、および生活機能分類普及推進検討ワーキンググループにおいては、ICFのダイジェスト版とも称されるICD-11 V章（生活機能評価のための補助セクション）に着目し、実用性を重視した採点リファレンスガイド等の支援ツールが作成・検証されてきた。本研究事業は、それらの取り組みを基礎として、以下の課題に取り組んだ。

1. ICFの普及に向けた基盤の整備: 前年度までに厚生労働科学研究「多様な現場での国際生活機能分類（ICF）の円滑な実用化及び統計への応用に向けた研究」（研究代表者：向野雅彦）において作成されてきた評価基準とマニュアル案をベースに、多職種が共通して利用できる標準的な評価基準とマニュアルを整備し、国内の医療・介護現場での活用普及に向けた実用上の課題を解決する。

2. 統計応用に向けた”リファレンスシステム”としてのICFのツールの整備: 既存の臨床スケールからICFへの点数換算を可能にする仕組みを拡充し、臨床で記録されている生活機能情報をICFに集約し、疾病統計の拡充に応用可能な仕

組みを確立する。

3. 国際動向の把握と発信: WHO（世界保健機関）や国際学会と連携し、ICF全般に関する最新動向の収集を行うとともに、わが国の開発成果を国際社会へ発信する。

本年度の具体的な成果としては、まずこれまでに作成されてきた採点マニュアルの改訂を遂行するとともに、これまで評価基準の策定が不十分であった「環境因子」の領域において、具体的な活用事例を包含した支援ツールの作成を行った。また、心身機能、および活動・参加の主要領域において、現場で多用されている既存の臨床スケールをICF項目へと紐付け、点数換算を自動化するライブラリの拡充を実施した。さらに、文献の調査およびWHO協力センターネットワーク会議および国際リハビリテーション医学会において最新動向の収集を行うとともに、本研究事業の成果についても積極的に発信を行った。

B. 研究方法

1. ICFの普及に向けた基盤の整備：ICFの評価基準作成と採点マニュアルドラフト案の作成

昨年度までに厚生労働科学研究「多様な現場での国際生活機能分類（ICF）の円滑な実用化及び統計への応用に向けた研究」（研究代表者：向野雅彦）では、ICD11V/ICF 評価点マニュアルの暫定版が作成されている。本研究では、暫定版をベースとしたドラフト案の作成と、多職種の参加するデルファイ法による最終版の完成を予定している。今年度は、採点マニュアルへのa) 採点補助のための具体例の追加、b) 環境因子の評価点基準作成に向けたプロトコルおよび基礎資料の作成、c) ICFの最新動向の反映、を実施した。

1-a. 採点補助のための具体例の追加

本研究では、以前の検者間信頼性検証用に作成された5300例の短文の模擬症例（以下、短文症例）を使用し、医療従事者6名（看護師6名）が評価を実施、過半数（4名以上）の評価点が一致した短文症例（1~4点）を具体例リストとしてまとめた（0点は”問題なし”を示すものである

ため具体例としては作成せず)。その上で、具体例作成パネル（リハビリテーション医 2 名、理学療法士 2 名、作業療法士 2 名）によって、ICF の各項目の 1~4 点それぞれに該当する短文症例（例えば、d450 歩行の 1 点の症例）があるかを検討し、4 名以上で評価が一致する短文症例が 1 例もない場合には、パネルの合議によって新たに短文症例を作成した。

1-b. 環境因子の評価点基準作成に向けたプロトコルおよび基礎資料の作成

本研究では、これまでに暫定版のマニュアルでは作成されていなかった環境因子の評価点基準の作成に取り組んだ。作成にあたり、専門家パネル（医師 2 名、作業療法士 2 名）において、評価点基準の作成プロトコルを議論、定義された。

1-c. ICF の最新動向の反映

ICF は、2024 年より WHO のオンラインプラットフォーム上に掲載され、Linearization と Foundation からなる新しい分類構造に移行しているため、WHO の資料に基づいて説明の追加を行った。

2. 統計応用に向けた”リファレンスシステム”としての ICF のツールの整備: 既存の評価スケールと ICF の項目対応表および点数換算表の作成

本研究では、既存の生活機能情報を”リファレンスシステム”としての ICF に集約し、統計への活用を可能にするための既存の評価スケールと ICF との項目対応表と点数換算表の拡充に取り組んだ。

2-a. 既存の評価スケールと ICF の項目対応表の作成

Mini-Mental State Examination (MMSE), Functional Balance Scale (FBS), Timed Up and Go Test (TUG), ASIA impairment scale, 改訂長谷川式簡易知能評価 (HDS-R), 反復唾液嚥下テスト (RSST) を対象として項目対応表を作成した。作成にあたっては、医師 2 名、理学療法士 1 名、作業療法士 1 名のリハビリテーション専門職

4 名が参加し、先行研究 (Weigl, 2003) を参考として厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類普及推進検討ワーキンググループで策定された項目対応表作成ルールに則って作業を進めた。

具体的な手順として、まず 2 名の研究者が独立して対応する ICF（または ICD-11 「V 章」）の項目を検討し、協議によって項目を決定した。同意が得られない場合には別の研究者 1 名が参加し、協議の内容を確認した上で最終的な判断を実施した。対応レベルは第二レベルを基本とし、評価尺度の 1 項目につき ICF 等の 1 項目を同定することを原則としたが、内容が複数項目に及ぶと判断された場合は 2 つ以上の対応も認めることとした。さらに、WHO の ICF コーディングツールが第三レベルを基本としている背景から、第三レベルのコードについても同様にリストを作成した。最終的なリストは、ICF 専門家 2 名によるレビューを経て決定された。

2-b. 既存の評価スケールと ICF の点数換算表の作成

これまでに作成されている Barthel Index、Functional Independence Measure、IADL 尺度、NYHA 心機能分類、修正 MRS 息切れスケール、Hugh Jones 分類、股関節 JOA スコア、EQ5D-3L の点数換算表に加え、今回項目対応表を作成した MMSE、FBS、HDS-R について点数換算表の作成に取り組んだ。点数換算表の作成は、リハビリテーション専門職に対するアンケートをベースに実施した。プロセスは以下の通りである。

1) リハビリテーション専門職を対象に、既存のスケールの点数それぞれが、ICF の評価点において何点に相当するか、アンケートを実施する。2) アンケートの結果から、例えば当該スケールの 1 点と等しいとされた ICF の評価点の中央値および平均値を算出し、代表値とする。

3. ICF を用いた臨床活用モデルに関する国際動向の把握

3-a. ICF を用いた臨床活用モデルの調査

検索対象期間は 2001 年から 2025 年とし、MEDLINE および Google Scholar を用いて文献検索を実施した。検索式は ("ICF" OR "International Classification of

Functioning, Disability and Health") AND ("clinical implementation" OR "clinical model" OR "practical model") とした。また、WHO（世界保健機関）の公式ウェブサイト、WHO-FIC（国際分類ファミリー）協力センター、ならびに ISPRM（国際リハビリテーション医学会）、World Physiotherapy（世界理学療法の国際組織）、WFOT（国際作業療法士連盟）が公開している関連ドキュメントを網羅的に確認した。

その上で、以下のいずれかに該当する ICF を用いた評価セットまたは評価ツールを抽出対象とした。

- WHO もしくは WHO-FIC 関連組織が開発・公表している、あるいは公式に承認・推奨しているもの。
- 国際的な学術組織が主導し、多施設・多国籍での合意形成または検証プロセスを経て開発されたもの。

3-b. 国際会議における最新の動向の把握と成果の発信

WHO 協力センターネットワーク会議および ICF を用いた国際発信を強化している国際リハビリテーション医学会に出席し、ICF の活用についての国際動向について情報収集を行った。我が国における取り組みについて発表を行い、国際的な専門家との意見交換を行った。

C: 研究結果

1. ICF の評価基準作成と採点マニュアルドラフト案の作成

1-a. 採点補助のための具体例の追加

ICF の心身機能、身体構造、活動と参加の各セクションの計 212 項目の第二レベルの項目のそれぞれに対し、1~4 点にそれぞれ短文症例を記載したリストを作成した（資料 1）。短文症例は計 3670 例となった。リストはドラフト案に追加した。

1-b. 環境因子の評価点基準作成に向けたプロトコルおよび基礎資料の作成

本研究では、これまでに暫定版のマニュアルでは作成されていなかった環境因子の評価点基準の作成に取り組んだ。評価点基準の作成には、環境因子以外の評価点基準作成プロセスに倣い、以下のように定義した。

1) Prodinge らによる環境因子のミニマムセット (Prodinge, 2016) 12 項目を対象に環境因子についての詳細を記載した模擬症例を作成する。模擬症例は、以下のプロンプトを用いて Gemini3.0 にて作成した。

"以下の ICF の環境因子の項目の情報について、採点の練習をしたいと思います。以下の項目の情報を全て含む模擬的な症例の環境についての 2000 文字程度の文章を作成してください。

e110 Products or substances for personal consumption

e115 Products and technology for personal use in daily living

e120 Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation

e135 Products and technology for employment

e150 Design, construction and building products and technology of buildings for public use

e155 Design, construction and building products and technology of buildings for private use

e225 Climate

e310 Immediate family

e320 Friends

e355 Health professionals

e450 Individual attitudes of health professionals

e580 Health services, systems and policies"

作成した模擬症例は、さらに 2 名のリハビリテーション医のレビューを経て明らかな内容の矛盾等について確認を行った。

2) 作成した模擬症例を 6 名の採点者（リハビリテーション医 2 名、理学療法士 2 名、作業療法士 2 名）がミニマムセット 12 項目に対して採点を実施する。

3) 採点者に以下の質問で認知インタビューを実施する。

- 採点時に何に着目したか

- なぜその点数をつけたか

- なぜ隣接する点数（つけたのが 2 点であれば 1 点や 3 点）をつけなかったのか

- 4) 3)の結果に基づき、採点者およびファシリテーター1名が参加するディスカッションを実施し、基準案を作成する。
- 5) ICF 専門家2名のレビューにより、ICFの原則および全体の整合性を確認し、必要に応じて修正を行う。

さらに急性期、回復期、生活期それぞれ5症例ずつ、計15の模擬症例が作成された。作成された模擬症例の例を資料2に示す。作成した模擬症例に対し、6名の医療専門職がミニマムセット12項目の採点を行う採点セッションおよび認知インタビュー（採点時に着目した要素、点数をつけた理由と隣接する点数の不採用の理由についてのインタビュー）についての基礎資料を作成、それらに基づくディスカッションを経て採点基準を次年度内に作成予定である。

1-c. ICFの最新動向の反映

2024年から開始されているICFの現代化（オンライン化）について、昨年までに作成されたマニュアルにWHOの資料に基づいて説明の追加を行った。

2. 既存の評価スケールとICFの項目対応表の作成と点数換算の試行

2-a. 既存の評価スケールとICFの項目対応表の作成

対応表作成ルールに基づき、MMSE, FBS, TUG, AIS, HDS-R, RSSTの項目対応表を作成した。ICD11-V, ICF第2レベル項目、ICF第3レベル以上の詳細分類で該当する項目をそれぞれ示した。作成した対応表ライブラリを資料3に示す。

2-b. 既存の評価スケールとICFの点数換算表の作成

MMSE, FBS, HDS-Rの各項目の点数と、それに相当するICFの評価点についてリハビリテーション専門職を対象とした予備調査を実施した。次年度には、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会の協力のもと、全国調査を実施予定である。

3. 国際動向の把握と発信

3-a. ICFを用いた臨床活用モデルの調査

1) WHO主導による標準的評価ツール・セット
WHOが公式に開発・提供しているツールは、以下の3点であった。

a) WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)

ICFの活動と参加の領域を直接測定するために開発された評価尺度であり、6領域（理解、移動、セルフケア、対人関係、生活活動、参加）で構成され、36項目版と12項目版が存在する。

b) ICFチェックリスト

1,600項目以上に及ぶICFの全分類から、臨床実務で重要度の高い主要カテゴリ（169項目）を抽出したチェックリストである。個人の生活機能と障害の全体像を網羅的に記述・記録するためのフォーマットとして、臨床活用が想定されている。

c) Model Disability Survey (MDS)

WHOと世界銀行が共同開発した調査ツールであり、人口集団レベルでの障害状況、環境障壁、ニーズを把握し、政策立案やモニタリングに寄与することを目的として作成されている。

2) 国際学会・研究組織主導による項目セット
国際的な組織が主導して実施しているものとしては以下の取り組みが挙げられた。

a) ICFコアセット

WHOFICドイツ協力センターが主導し、特定の疾患（脳卒中、脊髄損傷等）や状況において評価すべき最小限の項目リストとして開発されている。網羅的な包括版と、臨床報告の最小標準としての短縮版の二段構えで設計されている。現在、神経系、筋骨格系、精神科領域などこれまでに30以上の疾患別セットが整備されており、共通言語としての基盤となっている。

b) ICF Generic-7 Set（7項目）およびICF Generic-30 Set（30項目）

ICF Generic-7 Setは疾患を問わず評価すべき最低限の項目を抽出した項目セットである。ICF Generic-30 Set（30項目）は特にリハビリテーション医療における使用を想定した拡張版である。

c) ClinFIT (Clinical Functioning Information Tool)

国際リハビリテーション医学会ISPRMが開発した臨床評価ツールで、基本のセットはICF

Generic-30 Setをベースにしている。各カテゴリを0~4もしくは0~10のスコアで定量化する。さらに疾患による拡張版も開発されており、これまでに新型コロナウイルス感染症および筋骨格系疾患用のClinFITが発表されている。

d) Washington Group Questions / Washington Group Short Set on Functioning
Washington Group on Disability Statisticsが開発した、国勢調査や人口調査で活用可能な障害統計のための質問セットである。Short Setは、見る、聞く、歩く、記憶・集中、セルフケア、コミュニケーションの6領域から構成され、ICFを概念的枠組みとして、日常生活における基本的な機能困難を把握することを目的としている。人口集団レベルで障害のある人を同定し、統計・政策立案に用いるための簡便な質問セットとして位置づけられている。

3-b.国際会議における最新の動向の把握と成果の発信

WHO 協力センターネットワーク会議において、生活機能・障害リファレンスグループ（FDRG）を中心に情報収集、意見交換を行った。生活機能・障害リファレンスグループにおいては、普及・活用を広げていくための語句リストの作成、ICF リファレンスガイドの作成の他、AI の活用についてもトピックとして上がり、実際の使用事例に基づいた普及推進を進める方針が確認された。

また、国際リハビリテーション医学会は近年ICFをベースとした臨床評価ツールとして ClinFITを作成し、普及を強化しており、本年度においてもワークショップを開催するとともに、最初の国際的なデータ収集プロジェクトであるClinFIT-COVID-19 の成果の発表、今後のClinFIT（基本セット）を用いた国際的なデータ収集が計画されていることが発表された。

我が国の取り組みとして、WHO 協力センターネットワーク会議において 2 件のポスター発表、国際リハビリテーション医学会において 1 件の口述発表を行い、各国の専門家および WHO 担当官と意見交換を行った。

D: 考察

本研究事業では、多様な現場における ICF の実用化および統計への応用を促進することを目指し、実用性に重きを置いた活用モデルの作成に取り組んでいる。特に、ICF の臨床活用における最大の障壁であった項目の膨大さと評価基準の曖昧さを解消し、医療・介護・福祉の現場で汎用可能な包括的な活用支援パッケージの構築を試みている。

本年度の成果は、活用普及の方策の提案および疾病統計への応用に向けた第一段階として位置づけられる。

1. 普及への方策について: 今年度は普及の基盤となるマニュアルの充実に取り組み、心身機能、身体構造、活動・参加の 212 項目にわたる第二レベル項目に対し、3,670 例の短文症例から構成される症例リストを作成した。ICF の評価点の基準については、マニュアルのレビューにおいても既存のスケールと比較して具体性に欠けることが課題として指摘されていたが、具体例を追加することによって、検者間の評価バイアスを抑えることに貢献する可能性がある。また、これまで作成されてきた暫定版の評価マニュアルにおいては、環境因子の評価基準のみが作成されていなかったが、その一つに実際に臨床現場において多様な環境因子の問題が重複するような症例が限られており、実際の採点セッションに基づく基準作成が難しいという問題があった。そのため、そのため、本研究では、生成 AI（Gemini 3.0）を活用して幅広い環境因子の問題を含む模擬症例を作成し、採点セッションおよび認知インタビューを実施するための基礎資料を整備した。次年度には、これらの資料を用いた採点セッション、認知インタビューおよびディスカッションを通じて、環境因子の採点基準案を作成する予定である。また、本年度作成したマニュアルのドラフトの多職種によるデルファイ法を用いた検証を行い、最終版の作成に進めるとともに、実効性の高い普及方策の提案に進める予定である。

2. 疾病統計への応用について: 今年度、MMSE や FBS といった既存の臨床スケールと ICF 項目の紐付けおよび点数換算ライブラリの拡充に向けて取り組んだ。このようなアプローチの利点としては、現場の ICF に基づく情報収集をより容易することに加え、異なる疾患や異なるケア段階にある対象者を共通の尺度で評価し、相互比

較を可能にする点が挙げられる。将来的にはよりライブラリを拡充し、臨床の生活機能情報を一元的に管理する統計的な基盤として機能することが期待される。令和 8 年度には、これまでに作成したマニュアルと換算ライブラリの最終化に取り組み、ICD と ICF を用いたフィールドテストの実施へと繋げる計画である。

3. 国際動向の把握と発信: WHO 協力センターネットワーク会議等において、情報収集および発信を行った。また、文献のレビューを通じ、これまでの ICF に関わる活用方法の国際的な評価モデルの多くは、評価すべき項目の選定には有用であるものの、各カテゴリをどのように採点するかについては十分に標準化されていない。したがって、本研究事業で進めている評価基準および採点マニュアルの整備は、国際的な評価モデルを国内の医療・介護現場で実装するための重要な補完的取り組みとして位置づけられる。

E: 結論

次年度には、環境因子採点基準案の作成と多職種デルファイ法による検証、既存評価スケールと ICF 評価点との対応に関する全国調査、ならびにフィールドテストを実施し、資料の完成と社会実装の推進に向けた取り組みを進める予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

Masahiko Mukaino, Shin Yamada, Masayo Komatsu, Development of Practical Criteria for the Clinical Application of the ICF Qualifiers WHO-FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION NETWORK ANNUAL MEETING 2025, Geneva, Switzerland, 2025-10-13/18.

Masahiko Mukaino, Masayo Komatsu, Shin Yamada, Integrating Clinical Assessment Scales into the ICF Framework: Development of Linking Tables and Scoring Conversions in Japan, WHO-FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION NETWORK ANNUAL MEETING 2025, Geneva, Switzerland, 2025-10-14/18.

Masahiko Mukaino. ClinFIT - ISPRM's ICF-based clinical tool, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine Annual Meeting 2025, Marrakech, Morocco, 2025-11-3/7.

資料 1. 作成した短文症例の例（一部）

コード	評価点	
b620 排尿機能	1	頻尿だが、日常生活に支障なし 夜間頻尿があるが、1回程度で生活に支障なし くしゃみをした際に、ごくまれに尿漏れがある 排尿後の残尿感があるが、日常生活に支障なし 軽い尿意切迫感があるが、失禁はない
	2	尿意切迫感があり、トイレに間に合わないことがある 排尿困難があり、排尿に時間がかかる トイレに行く回数が多く、1時間に1回以上行くことがある 尿意を感じにくく、時々意図せず尿を出してしまう
	3	尿漏れが頻繁で、日常生活に大きな支障をきたす 頻回の尿意と失禁があり、外出が困難
	4	神経因性膀胱により、全く排尿機能がない 尿道カテーテルを恒常的に使用しなければならない
コード	評価点	
d420 乗り移り（移乗）	1	移乗は自力でできるが、手すりや杖を使わないとバランスが崩れやすく不安がある。 浴槽など高さのある移乗では補助具が必要だが、自力で安全に行えている。 足元や手元に注意を払いながら時間をかけて移乗しているが、補助具を使えば自立可能である。 動作開始時にふらつきがあるが、ゆっくりと行えば自立して移乗できる。 狭い場所や高さの違う場所では慎重な動作が必要だが、自力で対応できている。
	2	移乗時にふらつくことがあり、支援者の見守りや一部介助を必要とする場面がある。 浴槽などの移乗では動作が不安定になりやすく、他者の支えを部分的に必要とする。 足がもつれることがあり、椅子の高さ調整や手すりの使用に加え、部分的な介助を要する。 移乗動作の途中でバランスを崩しやすく、手引きなど部分的介助が必要になる。 段差や移動距離がある場面では移乗が不安定になり、一部介助を要する。
	3	ベッドから車椅子などへの移乗に毎回介助が必要で、ほとんどの動作に支えが必要である。 浴槽への移乗などは自力では困難で、常に介助者の手引きが必要である。 片足に力が入らず、ベッドや車椅子からの移乗で大部分の体重を支えてもらう必要がある。 バランスやタイミングの取り方が不安定で、ほとんどの移乗で他者の支援が不可欠である。 移乗を毎回自力で行うことができず、介助者による大部分の支えを必要とする。
	4	すべての移乗動作に対して他者の全面的な介助が必要であり、自力では一切行えない。 入浴・トイレ・ベッド間すべての移乗を介助者に任せており、本人の参加が見られない。 下肢の筋力が乏しく、移乗を全く自力で行えず、他者の完全介助が必要である。 移乗動作に対する理解や実行が難しく、常時全介助でなければ移乗ができない。 座位保持が難しく、移乗動作を一切自分で行えず、他者の全面的な介助が必要である。

資料 2. 作成した模擬症例の例

【基本情報】 氏名：田中 健一（仮名）、54 歳男性。職業：一級建築士（設計事務所経営）。診断名：頸髄損傷（中心性脊髄損傷 C4/5 レベル）、不全麻痺。現病歴：1 年前、建築現場の視察中に足場から転落し受傷。急性期治療を経て回復期リハビリテーション病棟に入棟し、3 ヶ月前に自宅退院となった。現在は週 2 回の訪問リハビリと通所リハビリを利用しながら、経営する事務所への完全復帰を目指している。

【身体機能・構造と医学的管理】 受傷による運動麻痺は上肢に重く、下肢に軽い（中心性脊髄損傷特有の症状）。手指の巧緻運動障害が著明であり、痙性も強い。医学的管理として、痙性をコントロールするための筋弛緩薬（バクロフェン）と、神経障害性疼痛を緩和するプレガバリンを定期的に服用している。また、嚥下機能は概ね保たれているが、水分でむせることがあるため、市販のとりみ調整食品をコーヒーや味噌汁に使用して誤嚥を防いでいる。

【日常生活における個人的支援技術】 手指の麻痺により箸の操作は困難である。そのため、食事の際は柄が太く角度調整が可能なユニバーサルデザインのスプーンと、皿の縁が高くなっている自助食器を使用している。整容動作では、電動歯ブラシと電動シェーバーを使用するが、スイッチの ON/OFF 操作が難しいため、作業療法士が作成したシリコン樹脂製の滑り止めアタッチメントを装着して使用している。排泄に関しては、自力での排尿コントロールが不十分であり、清潔間欠自己導尿が必要である。しかし、手指の麻痺により通常のカテーテル操作が難しいため、把持しやすい補助具が付いた特殊な自己導尿セット（再利用可能なタイプ）を使用している。

【移動】 屋内移動は、手すり伝いまたはピックアップ型歩行器を使用して短距離の移動が可能である。しかし、易疲労性が強く転倒リスクが高いため、自宅外や長距離の移動には、ジョイスティック操作で走行可能な簡易型電動車椅子を使用している。以前はスポーツカーを愛好していたが、現在は運転ができない。地方都市在住であり公共交通機関が乏しいため、移動には家族が運転する福祉車両（リフト付きワゴン車）に依存している。自身で運転再開を目指し、手動運転装置（ハンドコントロール）の導入を検討中であるが、現状では自身の所有する移動手段として機能していない。

【住環境と建築技術】 自宅は受傷前に自身が設計した戸建て住宅である。退院に際し、自身の設計知識を活かして大規模な改修を行った。玄関には緩やかなスロープを設置し、屋内はすべての開き戸を引き戸に変更、廊下幅を拡張して車椅子での回遊性を確保した。浴室にはバスボードと天井走行リフトを設置し、妻の介助量が最小限で済むように設計されている。一方、彼が経営する設計事務所が入居している雑居ビルは築年数が古く、エントランスには 3 段の階段があり、エレベーターも狭く車椅子での回転が困難である。また、クライアントとの打ち合わせで利用する近隣のカフェや公共施設も、多目的トイレが未設置であったり、自動ドアでなかったりする場所が多く、外出時の行動範囲を著しく制限している。

【就労】 建築士としての業務において、CAD（設計支援ソフト）の操作は必須である。しかし、従来のマウスとキーボード操作は困難であるため、視線入力装置とフットスイッチを組み合わせた特殊な入力インターフェースを導入した。また、音声認識ソフトを活用してメール作成や指示出しを行っており、これにより図面チェックや基本的な設計業務が可能となっている。

【自然環境の影響】 田中氏は寒冷地に居住しており、冬季の気候は生活に大きな影響を与える。気温が低下すると筋肉の痙縮（つっぱり）が著しく増強し、動作が緩慢になるだけでなく痛みも増す。また、積雪により電動車椅子での外出が物理的に不可能になるため、冬期間はほぼ自宅に引きこもる生活を余儀なくされる。

【人的環境とサポート】 同居する妻は、日々の入浴介助や車での送迎、着替えの手伝いなどを献身的に行っている。彼女の明るい性格は田中氏の精神的な支えとなっているが、時折疲労の色が見えることがあり、田中氏はそれを心苦しく感じている。別居している長男は月に一度帰省し、力のいる庭の手入れや PC 機器のメンテナンスを手伝ってくれる。友人関係においては、受傷前によく集まっていたゴルフ仲間たちは、田中氏がプレーできなくなってからは連絡が途絶えがちになり、疎外感を感じ

ている。一方で、入院中に知り合った同じ脊髄損傷を持つ患者会のメンバーとは SNS を通じて頻繁に交流し、情報交換や励まし合いを行っており、新たな精神的支えとなっている。

【専門職との関わり】 現在担当しているケアマネジャーは非常に知識が豊富で、田中氏の「建築士として復帰したい」というニーズを深く理解し、適切なサービス調整を行ってくれている。また、訪問リハビリの理学療法士・作業療法士は、身体機能の維持だけでなく、仕事で使うツールの工夫についても熱心に相談に乗ってくれる信頼できる存在である。しかし、復職相談のために訪れた公的な就労支援センターの相談員は、田中氏の障害の重さを見て「以前のような設計業務は無理でしょう。軽作業への転換を考えませんか」と、本人の専門性や工夫を考慮しない否定的な発言をした。この相談員の個人的な態度は田中氏の自尊心を深く傷つけ、復職への意欲を一時期減退させる要因となった。

【制度・社会システム】 田中氏は身体障害者手帳を所持しており、医療費助成制度のおかげで、定期的な通院や投薬にかかる費用の自己負担は大幅に軽減されている。また、障害者総合支援法に基づく補装具費支給制度を利用して電動車椅子を購入した。これらの社会保障制度は、経済的な基盤を支えている。

資料3 既存の評価スケールと ICF/ICD-11V 章の項目対応表

MMSE	ICD-11 V	ICF 第二レベル項目	ICF 第三レベル項目以下
時間の見当識	VV0Y その他の特定の精神機能	b114 見当識機能	b1140 時間に関する見当識
場所の見当識	VV0Y その他の特定の精神機能	b114 見当識機能	b1141 場所に関する見当識
即時想起	VV03 記憶機能	b144 記憶機能	b1448 その他の特定の記憶機能
計算	VV0Y その他の特定の精神機能	b172 計算機能	b1720 単純な算術計算
遅延再生	VV03 記憶機能	b144 記憶機能	b1440 短期記憶
物品呼称	VV0Y その他の特定の精神機能	b167 言語に関する精神機能	b16710 話し言葉の表出
文の復唱	VV0Y その他の特定の精神機能	b167 言語に関する精神機能	b16710 話し言葉の表出
口頭指示	VV0Y その他の特定の精神機能	b167 言語に関する精神機能	b16700 話し言葉の受容
書字指示	VV0Y その他の特定の精神機能	b167 言語に関する精神機能	b16701 書き言葉の受容
自発書字	VV0Y その他の特定の精神機能	b167 言語に関する精神機能	b16711 書き言葉の表出
図形模写	VV0Y その他の特定の精神機能	b156 知覚機能	b1565 視空間知覚
FBS	ICD-11 V	ICF 第二レベル項目	ICF 第三レベル項目以下
椅座位からの立ち上がり	VW1Y その他の特定の運動・移動	d410 基本的な姿勢の変換	d4104 立つこと
立位保持	VW10 立位の保持	d415 姿勢の保持	d4154 立位の保持
座位保持	VW1Y その他の特定の運動・移動	d415 姿勢の保持	d4153 座位の保持
着座	VW1Y その他の特定の運動・移動	d410 基本的な姿勢の変換	d4103 座ること
移乗	VW11 乗り移り（移乗）	d420 乗り移り（移乗）	d4200 座位での乗り移り
閉眼立位保持	VW10 立位の保持	d415 姿勢の保持	d4154 立位の保持
閉脚立位保持	VW10 立位の保持	d415 姿勢の保持	d4154 立位の保持
上肢の前方リーチ	VW1Y その他の特定の運動・移動	d410 基本的な姿勢の変換	d4106 体の重心を変えること
床から物を拾う	VW1Y その他の特定の運動・移動	d410 基本的な姿勢の変換	d4101 しゃがむこと / d4105 体をまげること
左右の肩越しに後ろを振り向く	VW1Y その他の特定の運動・移動	d410 基本的な姿勢の変換	d4106 体の重心を変えること
360°回転	VW1Y その他の特定の運動・移動	d410 基本的な姿勢の変換	d4106 体の重心を変えること
段差踏みかえ	VW1Y その他の特定の運動・移動	d410 基本的な姿勢の変換	d4108 その他の特定の、基本的な姿勢の変換
継ぎ足位での立位保持	VW10 立位の保持	d415 姿勢の保持	d4154 立位の保持
片脚立位保持	VW10 立位の保持	d415 姿勢の保持	d4154 立位の保持
TUG	ICD-11 V	ICF 第二レベル項目	ICF 第三レベル項目以下
	VW13 歩行	d450 歩行	d4500 短距離歩行
ASIA impairment scale	ICD-11 V	ICF 第二レベル項目	ICF 第三レベル項目以下

VV61 筋力の機能 /VV1Y その他の特定の
 感覚機能及び痛み

b730 筋力の機能 /b265 触覚機
 能 /
 b270 温度やその他の刺激に関
 連した感覚機能

HDS-R	ICD-11 V	ICF 第二レベル項目	ICF 第三レベル項目以下
年齢	VV0Y その他の特定の精神機能	b114 見当識機能	b1140 時間に関する見当識
日時の見当識	VV0Y その他の特定の精神機能	b114 見当識機能	b1140 時間に関する見当識
場所の見当識	VV0Y その他の特定の精神機能	b114 見当識機能	b1141 場所に関する見当識
3つの言葉の記銘	VV03 記憶機能	b144 記憶機能	b1448 その他の特定の記憶機能
計算	VV0Y その他の特定の精神機能	b172 計算機能	b1720 単純な算術計算
数字の逆唱	VV03 記憶機能	b144 記憶機能	b1448 その他の特定の記憶機能
3つの言葉の想起	VV03 記憶機能	b144 記憶機能	b1440 短期記憶
5つの物品記銘	VV03 記憶機能	b144 記憶機能	b1440 短期記憶
言葉の流暢さ	VV03 記憶機能	b144 記憶機能	b1442 記憶の再生
RSST	ICD-11 V	ICF 第二レベル項目	ICF 第三レベル項目以下
	VW24 食べること	b510 摂食機能	b5105 嚥下