

「地域包括ケアシステムにおいて活用可能な国際生活機能分類(ICF)による
多領域にまたがる評価手法の確立に資する研究」

令和2年度 分担研究報告書

障害福祉事業所における WHO-DAS2.0 評価マニュアルの開発および活用方法の検討

研究分担者 筒井 孝子(兵庫県立大学大学院経営研究科)

研究協力者 木下 隆志(兵庫県立大学大学院経営研究科)

研究協力者 松本 将八(兵庫県立大学大学院経営研究科)

研究要旨

研究目的：本研究では、障害福祉サービスの提供を担う実務者のヒアリング調査結果等をもとに、わが国の地域包括ケアシステム化で利活用を可能とするための WHO-DAS2.0 のアセスメントに関するマニュアルを開発する。

次に、このアセスメントの活用方法の検討として、アセスメント実施後に、個別支援計画の作成にあたり、より臨床現場での利便性を高めることを目的として、利用者の状態についてのアセスメント結果を「見える化」し、利活用する方法を検討する。

研究方法：WHO-DAS 評価を定期的実施している 3 か所の障害福祉事業所に勤務する職員を対象にアセスメントに関して、構造化面接法を用いた調査を実施し、アセスメント時の基本的考え方や採点基準をまとめた評価マニュアル（試案）を作成する。また、アセスメント結果を「見える化」する方法について、専門委員会を設置し、検討する。

結果及び考察：障害者の特性（健康状態）を踏まえた日本の臨床現場を踏まえた WHO-DAS2.0 の考え方を明らかにし、マニュアル（試案）を開発し、臨床現場でアセスメントを実施した。しかし、本研究で採用された、レーダーチャートは、当該障害者における生活上の課題がわかるよう可視化され、スコアの高さや幅によって、いかなる生活機能に課題があるかを定量的に表すことができるため、職員の経験や力量に大きくは左右されないことがわかった。

今回、実際に開発されたマニュアルを用いての計画作成に際しては、課題はあるものの、これまでよりも障害福祉サービス利用者のニーズ把握がしやすいとの評価が得られた。

結論：開発された WHO-DAS2.0 のアセスメントマニュアルは、臨床場面で活用できる可能性が示唆された。また、このアセスメント結果を障害福祉サービスの生活介護事業所や就労継続支援 B 型で利用するための「見える化」への工夫は、このアセスメント方式の実効性は高いことがわかった。

今後は、開発した障害福祉事業所用の評価マニュアルを活用し、障害種別の特性を明らかにするため、フィールドテストを実施し、WHO-DAS2.0 の評価結果と支援の関係性を分析する予定である。

A. 研究目的

福祉サービスの基本法である社会福祉法は、平成 12 年の介護保険制度発足時に大きな改正がなされ、これまでも 20 年以上にわたって、概ね 3 年毎に改正され続けている。

一方、地域包括ケアシステムの構築は、自民党の福田内閣から、民主党政権時代を経て取り組まれてきた「社会保障と税の一体改革」の報告書「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成 25 年）において、介護保険制度上の政策から社会保障のサービスの側面の推進のためのナショナルポリシーとして位置づけられた。

この報告書では、1970 年モデルから、2025 年モデルへの移行、すなわち、前者の「男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とし、年金、医療、介護を中心としたモデル」から、後者の「子供子育て支援、経済政策、雇用政策、地域政策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用安定・処遇改善をはじめとするすべての世代を支援の対象として、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障としてのモデル」へと転換をはかることが前提とされた。そして、「QOL の向上という観点から様々な生活上の困難があっても、地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である」と述べられ、地域包括ケアシステムの構築が、わが国の社会保障再編の鍵概念となるとされたのである。

これを背景に、令和 3 年には、社会福祉法は社会福祉に関わるサービスを現行の医療や介護サービスと同様に、地域包括ケアシステムに位置づけ、integrated-care や community-based care、managed care をコンセプトとに、他の医療や介護等の社会保障制度体系との連携、調和を目指した、かなり大幅な改正がなされる。

本研究で対象とする障害福祉サービスは、社会福祉サービスの中核とされ、18 歳以上の内容には、介護給付と訓練等給付からなる合計 28 種類ものサービスが存在する。

このうち介護給付には、居宅介護や生活介護をはじめ 9 つのサービスがある。他方、訓練等給付には、就労移行支援や就労継続支援 A・B 型や共同生活援助を含め 8 つのサービスがある。

この他に障害児への支援に係る給付として、放課後等デイサービスや児童発達支援をはじめとした 7 サービスがあり、相談支援に係る給付としても計画相談支援等の 4 サービスがある。

さらに、医療費の負担を軽減する自立支援医療や自治体が独自で行う地域生活支援事業がある。

今後、これらの障害福祉サービスが地域包括ケアシステム下で適正に提供されることが求められるが、現在、このサービスにおける計画相談支援事業には、国で定めたアセスメント様式はあるものの、介護保険制度によるものよりは厳格な運用はなされていない。また、アセスメントに基づいた計画作成方式の標準化はなされておらず、自治体別、実態としては事業者別に異なっているとされる。したがって、その適正化への道筋は、これまでの所得制限が基礎となった措置制度の影響もあり、容易ではないといえる。

この結果、たとえ障害が同レベルであっても地域によって、事業所によって、あるいは、計画を作成する職員の能力によってもサービスの提供量や、その質も異なることといった問題があると指摘されている（松本将八 2017）。

しかし、障害福祉サービスの提供にあたっては、個別支援計画書の作成が義務付けられ、この計画書に基づいてサービス提供がなされることから、課題を解決し、適正な提供を実施するためには、まずは計画作成にあたってのアセスメント方法やその様式の標準化が求められるものと考えられる。

このため世界保健機構（以下、WHO）が開発した WHO-DAS2.0 の障害評価シートを活用する試みも始められている（松本 2017、松本 2018）。だが、この 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ができるアセスメントツールではあるものの（Üstün et al,2004）、その概

念理解の難しさや、欧米諸国の文化的な背景を基盤とした生活習慣が背景とされるようなアセスメント項目もあり、障害福祉の臨床場面での利用には未だ多くの課題があると報告(筒井,2014)されている。そこで、本研究では、障害福祉サービスの提供を担う実務者のヒアリング調査結果等をもとに、わが国の地域包括ケアシステム化で利活用を可能とするためのWHO-DAS2.0のアセスメントに関するマニュアルを開発する。

次に、このアセスメントの活用方法の検討として、アセスメント実施後に、個別支援計画の作成にあたり、より臨床現場での利便性を高めることを目的として、利用者の状態についてのアセスメント結果を「見える化」し、利活用する方法を検討する。

B. 研究方法

1) WHO-DAS2.0のアセスメントに関する職員へのヒアリング調査

WHO-DAS 評価を定期的実施している 3 か所の障害福祉事業所に勤務する職員を対象に WHO-DAS2.0 によるアセスメントに関して、構造化面接法を用いた調査を実施した。

2) WHO-DAS2.0 によるアセスメントに際してのマニュアルの開発

1) で得られた調査結果から、障害者の健康状態の WHO-DAS のスコアおよび領域別スコアを状態の良い場合、悪い場合別のデータを収集することとし、これら 2 つの状態のアセスメント結果の差異を一元配置分散分析及び T 検定によって検証した。

以上の結果から、障害福祉事業所の利用者の特性を鑑みた、アセスメント時の基本的考え方や採点基準をまとめた日本版評価マニュアル(試案)を作成した。

3) WHO-DAS2.0 のアセスメント結果を「見える化」するための方法の検討

障害福祉サービス事業者、職員が開発されたマニュアルを用いて、アセスメントした後、計画を作成する際に利用者の障害者特性をわかりやすく示し、計画作成の標準化を図るための方法を検討した。

4) アセスメントマニュアルの開発及び「見える化」を実現するための専門委員会の設置と検討

マニュアルの作成及び「見える化」への工夫、調査結果の分析は、障害福祉サービスを提供している実務家に加え、障害福祉サービス、地域包括ケアシステムに関する学識を有する研究者らで構成される専門家委員会を設置し、検討を行った。

C. 研究結果

1) 障害者の特性(健康状態)を踏まえた日本版 WHO-DAS 評価の考え方

WHO が作成した WHO-DAS のルールでは、30 日以内の健康状態の平均的な評価をするとされ、利用者の健康状態を平均点として、評価するとされていた。

だが、ヒアリング調査の結果、臨床場面において、障害を持った方々の平均的な状態を評価するという考え方に基づくアセスメントは極めて難しいということであった。

それは、障害者の方々の健康状態は日によつての変動がかなり大きいためである。このため、職員の方々は、支援計画作成に際しては、良い状態と悪い状態の 2 種類が必要と考えていた。

以上のことから、アセスメントを実施してきた事業所で任意の利用者群に対して、良い健康状態と悪い健康状態の両方のアセスメントデータを収集し、これらの値を T 検定あるいは、一元配置分散分析によって検討した。

この結果、健康状態が良い場合と悪い時では、障害の種類によっては、19 項目にもわたって、有意差があることが確認された。とくに精神的な障害を抱えている方々の 2 場面の差は顕著であり、健康状態が良い(調子の良い)日と悪い日の差が激しいことがわかった。

このため、評価マニュアルには、以下のような説明文を追加し、30 日間ルールは用いず、職員の判断により、利用者によって、良い状態と悪い状態の 2 種類のアセスメントを実施した。

図表 1 アセスメントに際しての評価(状

態の変化に対する留意点)

アセスメントは、利用者の状態をよくみて実施するが、利用者の状態に日内変動が大きいと判断した場合や、給料日前後が不安定など特定の日による変動がある。

あるいは、曜日による変動(月曜日に多いなど)、季節的な変動があると判断した場合には、アセスメントは随時、実施し、その内容を記録し、どういう理由でアセスメントを追加したかを記録する。


また、アセスメント時の当該障害者の状態は、評価者が良いと判断した日であったのか、あるいは状態が悪いと判断した日であったかを必ず記録すること。

さらに、状態が良いと判断した場合には、「なぜ、状態が良かった」理由を記述し、その際の「支援者や家族などが実施した支援内容、言葉かけ」等を記録する。

同様に、当該障害者の状態が悪かった場合も記録を残すこと。

マニュアルに関しては、図表2に示したような設問には、項目別にイラストを付与し、どのような内容について、評価をする項目の内容を直感的に理解できるように工夫した。また評価基準には、順序性があることを表示し、職員が評価基準を視覚的に把握しやすいようにした。

図表2 評価マニュアルに示された評価基準の例

・意思疎通の領域(手話通訳や触手話・音声機などによる意思疎通が可能な場合は利用を含めて評価する)
 10分間何かを行うことに集中する
 必要条件是10分であり、例えば9分だったら出来ていないとして5点の評価とする。スコアの1~5点の基準は10分間の量を評価する。10分間以上何かを行うことに集中している人は1点。10分の集中ができてい
 時とできない時が半分以上なら3点とする。(どんなことに集中しているのか備考欄に書く。仕事・学習・
 絵・読書・その他)

10分間の集中の頻度(何に集中できているか、備考欄に記入する)

1点	2点	3点	4点	5点
10分間、いつも集中できる	10分間、おおむね集中できる	10分間の集中は、できる時とできない時が半分以上	たまに10分間集中できる	10分間の集中がほとんど出来ない

D1.2

重要事項を行うことを覚えておく

下記の例が覚えて行うことができたかを評価する。行う活動内容は評価しない。携帯電話のアラームやメモ書きを覚えていたら出来ていると評価する。

1点	2点	3点	4点	5点
常に覚えて行うことができる	おおむねできる	出来る時とできない時が半分以上	たまにできる	ほとんど出来ない

例)

就労系…その人の仕事や役割・時間・ルールを覚えておく事ができる。

生活介護…昼食の時間や活動の時間を覚えている(チャイム等の認識も可)。

事業所の自分の持ち物の場所や掃除道具の場所などを覚えている。

GH…時間や服装、GHのルールなど覚えている。

2) 個別支援計画作成時に用いる「見える化」への工夫

アセスメント後の計画作成に際しては、利用者の障害特性をわかりやすく示し、その能力の種類別の得点の多寡が直感的に理解できる方法を検討した。

WHO-DAS2.0は、項目別に1~5点の配点がなされ、基本的に、スコアは高いほど、障害に関する支援が必要とされる構造となる。基本的には最高点が180点で、この得点が算定された者が最も支援が必要と考えられる。

しかし、せっかく領域別に得点が算出でき、障害特性を定量的に把握できるにも関わらず、領域別の総合点が異なっていたため、どの領域(能力)の得点が高い、あるいは低いといった特性を職員が容易には理解できなっていた。

そこで、領域別の総得点を100点に基準化するために、以下の基準化の計算式を用いた。すなわち、「領域のスコア×(100/(領域の項目数×5点))」で表し、領域ごと算出した得点が100点満点となるようにした。

この結果、職員は、図表3の例で示されたようにレーダーチャートにしたことで、領域別の状態を容易に比較でき、しかも、例えば、過去のスコアとの差も簡単に示すことができるようになった。

また、ヒアリング調査の際に懸案事項として示されていた健康状態が良い場合と、悪い場合の差も明確化された。ケーススタディの際にもサービス提供時の良い状態、悪い状態を比較しながら、より具体的な議論ができるようになった。

例えば、状態別の支援内容がわかるため、提供サービス内容についての課題も明らかにできるようになった。

図表3は、軽度の知的障がいのある女性のケーススタディ時の記録であるが、この事例では、例えば、意思疎通の領域のスコアは、健康状態の良い時の2019年のスコアが27点で、2020年のスコアが27点であった。このことから、この事例においては、意思疎通に関しては、良い健康状態では、経年的な変化はなかったが、健康状態の悪い時の得点は、2019年が43点で、2020年が27点であり、健康状態が悪い

マニュアルを開発することを目的とした。国際的なスタンダードとして、WHO が推奨してきた ICF（国際生活機能分類）のアセスメント（筒井 2014）は、日本でも医療、介護、障害、児童福祉領域に、その存在を知られ、先行研究も多かった。

一方、ICF の活動と参加の領域から障害評価シートとして WHO が開発した WHO-DAS は、障害のある人を評価する様式にもかかわらず、障害福祉分野での先行研究は国内外共に少ない状況となっている。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し、6 領域「1.認知機能」「2.可動性」「3.セルフケア」「4.他者との交流」「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。つまり、評価対象者（サービス利用者）の反応をもとに ICF の構成概念のうち活動と参加の側面を評価するツールとなっている。障害福祉サービスを提供する際に必要なアセスメントとしては、これだけ多様な情報を得られることは、有用と考えられた。

ただし、日本の臨床現場で評価者となる職員からは、WHO-DAS2.0 の評価基準となるルールには、強い違和感が示された。このルールは、いずれの評価についても 30 日間の状態をみて、平均点、すなわち、利用者の平均的な 30 日間の状態を基準から選択して評価することというものである。

だが、障害を持った方々の状態は、その日の精神状況に大きく左右され、全く異なった状態を呈することが少なくない。

このため、両日のアセスメント結果を分析した結果からも、両方の状態を評価し、日々の状態をみて、どちらかのアセスメントに基づいた支援計画を実施するかを判断する方が現実的な対応ができると考えられた。

以上のことから、日本版のマニュアルには、状態の変動が激しい利用者に関しては、2 回のアセスメントを実施し、より利用者の状態を把握すべきとの文章を追加することとした。

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。

日本版のマニュアルについては、利用者の状態像に合致した情報を得るために、2 回のアセスメントを実施することとしたが、これは、適正なサービス提供に有益と考えられた。

2) アセスメントの利活用に際しての「見える化」の検討

障害者に関するサービス提供にあたっては、利用者の障害の種類を十分に把握しておくことが重要である。

特に、知的障害や精神障害のある人々に関しては、いわゆる目視では、明らかにできないような障害の内容を把握し、適正なサービスを提供するための個別支援計画の作成が求められる。

一般的に個別支援計画書には、本人や家族の要望、長期目標と短期目標、ニーズや支援目標、具体的な支援内容等が記載される（小野澤昇 2017）が、この根拠の記述には不十分なものが少なくない。

本研究で採用された、レーダーチャートは、当該障害者における生活上の課題がわかるよう可視化され、スコアの高さや幅によって、いかなる生活機能に課題があるかを定量的に表すことができる。これにより、職員の経験や力量に大きくは左右されないことがわかった。

しかし、今回、実際に開発されたマニュアルを用いての計画作成に際しては、課題はあるものの、これまでよりも障害福祉サービス利用者のニーズ把握がしやすいとの評価が得られた。

指摘されてきた個別支援計画書の課題である、同じ支援目標・計画の繰り返しや、ニーズという言葉の理解の不十分さ、支援計画書記載の観点、職員への周知の困難さ（津田 2010）等を解決できるのではないかと考えられる。

すでに WHO-DAS を用いて自治体における障害福祉サービス利用者のニーズ把握のための自己記入版調査や就労継続支援サービス利用者の支援の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り、WHODAS は可能性

のある一つの評価ツールとして期待される（大野賀 2018）との研究成果もあることから、地域包括ケアシステム下のサービス提供に用いることは、他のサービスとの連携に際しても有効である。

ただし、今年度の研究結果からは、アセスメントにあたっての障害種類別の違いも明らかにされ、この違いが、個別支援計画作成にあたって、どのような影響を与えているかについてもさらなる分析が必要との示唆が得られた。

E. 結論

本研究の結果、開発された WHO-DAS2.0 のアセスメントマニュアルは、臨床場面で活用できる可能性が示唆された。

また、このアセスメント結果を障害福祉サービスの生活介護事業所や就労継続支援 B 型で利用するための「見える化」への工夫は、このアセスメント方式の実効性を高めるうえで実効性が高いことがわか

った。

今後は、開発した障害福祉事業所用の評価マニュアルを活用し、障害種別の特性を明らかにするため、フィールドテストを実施し、WHO-DAS2.0 の評価結果と支援の関係性を分析する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

松本将八、木下隆志、筒井孝子.
WHO-DAS2.0 を用いた障がい福祉サービスにおける適正なサービスのための職員育成—就労継続支援 B 型への適用—. 第 9 回 ICF シンポジウム.
2021.2.20

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし