

ICFコンセプトを活用した 既存情報整理の考え方と実際

－ICF-WG・リコード班の活動報告を中心に

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大冢賀政昭



お話しする内容

1. 社会の変化とヘルスケアシステム

2. ICFとはなにか

3. 医療・介護の継続的な支援とICF

4. ICF-WG・リコード班の活動

5. 今後に向けてーさらなるICFの活用

1. 社会の変化とヘルスケアシステム

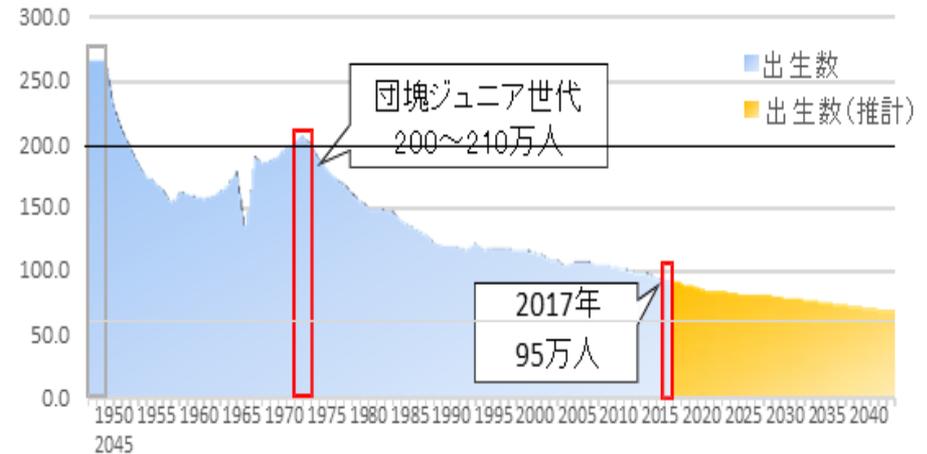
人口縮減時代に求められる視点～自治体戦略2040構想より～

労働力(特に若年労働力)の絶対量が不足



人口縮減時代のパラダイムへの転換が必要

<我が国の出生数の推移>



出典)厚生労働省「人口動態統計」及び国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(H29.4)」から作成

スマート自治体への転換

- AI・ロボティクスの活用による業務省力化
- 標準化された共通基盤を用いた効率的なサービス提供体制

公共私によるくらしの維持

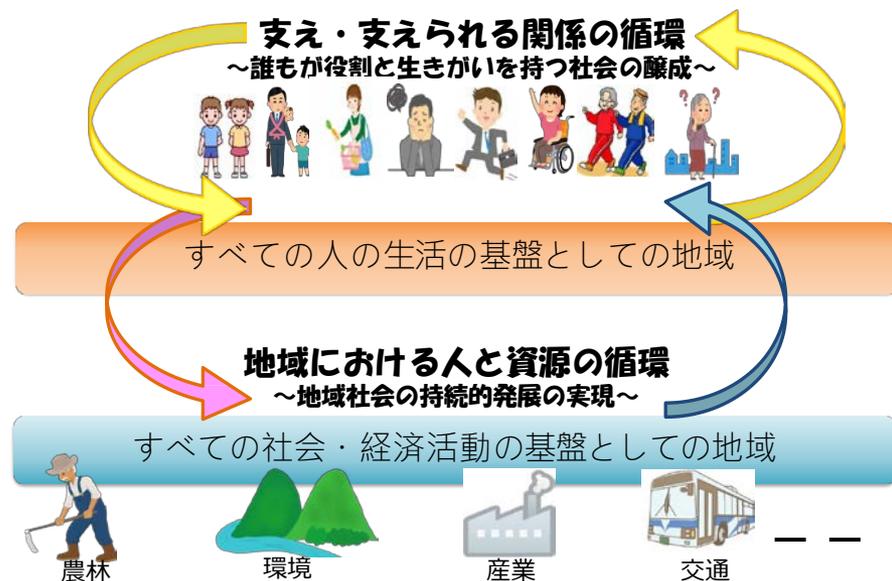
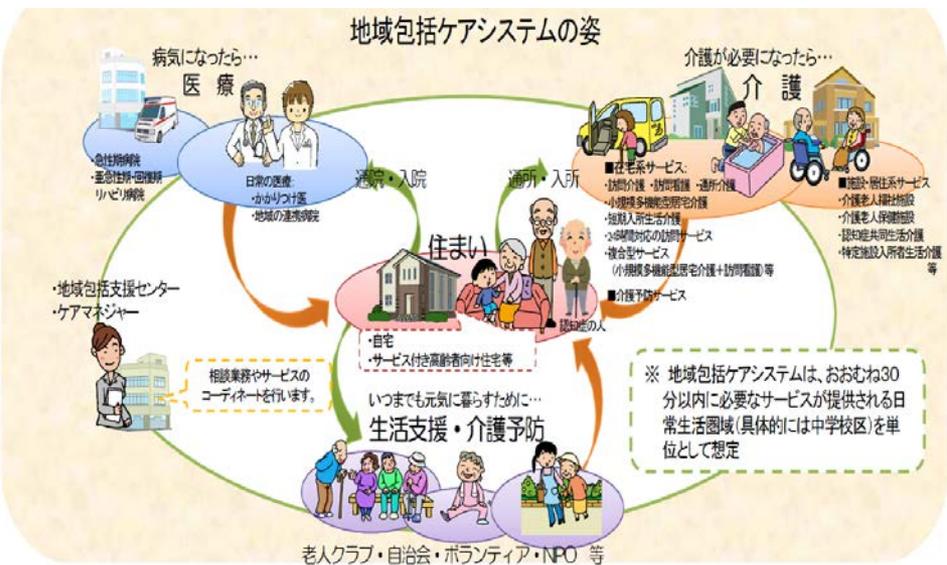
- 新しい公共私相互間の協力関係を構築する「プラットフォームが必要」
- ソーシャルワーカーなど技能を習得したスタッフが随時対応する組織的な仲介機能が求められる。
- 定年退職者や就職氷河期世代の活躍の場を求める人が、人々のくらしを支えるために働ける新たな仕組み

地域包括ケアシステムの深化とICF

住まい・医療・介護・予防・生活支援が
住み慣れた地域で一体的に提供される
地域包括ケアシステム



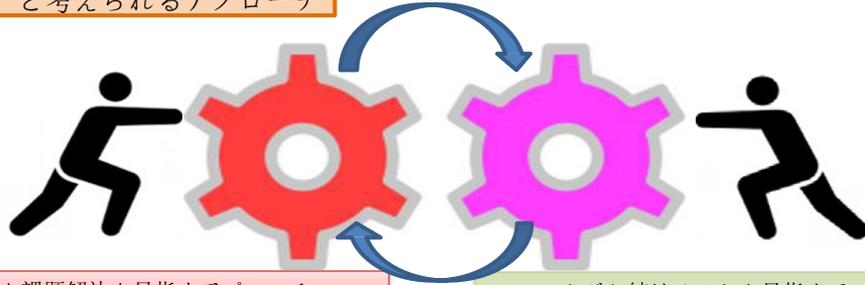
地域住民や地域の多様な主体によって、
住民一人ひとりの暮らしと生きがい、
を創っていく **地域共生社会**



いずれも、地域住民を中心をしながらも、関係者によるケア（サービス）をつないでいくことが求められている。
共通基盤情報としてのICFが今後より重要となると考えられる。

高齢化が進む諸国において求められる本人を中心とした 伴走的な支援

支援の“両輪”と考えられるアプローチ



具体的な課題解決を目指すアプローチ

- 本人が有する特定の課題を解決することを目指す
- それぞれの属性や課題に対応するための支援(現金・現物給付)を重視することが多い
- 本人の抱える課題や必要な対応が明らかな場合には、特に有効

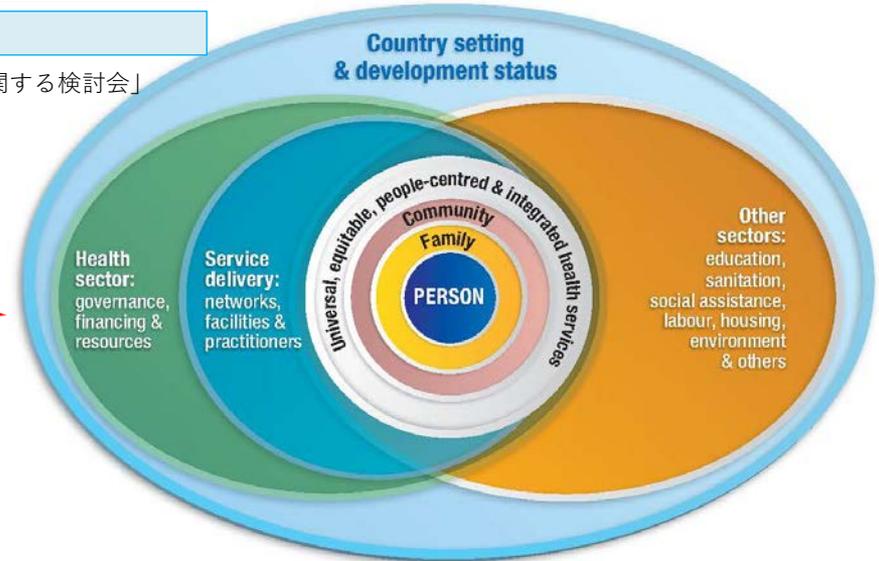
つながり続けることを目指すアプローチ

- 本人と支援者が継続的につながることを目指す
- 暮らし全体と人生の時間軸をとらえ、本人と支援者が継続的につながり関わるための相談支援(手続的給付)を重視
- 生きづらさの背景が明らかでない場合や、8050問題など課題が複合化した場合、ライフステージの変化に応じた柔軟な支援が必要な場合に、特に有効

共通の基盤

本人を中心として、“伴走”する意識

令和元年5月28日「第2回地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」資料(一部抜粋)



People-centred and integrated health services
By WHO Interim Report (2015)

2. ICFとはなにか

ICFとは何か？

- 「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（例：ある病気や障害等がある人が実際にしていること、またできること）を系統的に分類するものである。」
- 「ICFは障害のある人だけに関するものと誤解が広まっているが、ICFは全ての人に関する分類である。」
- 「ICFは健康状況と健康関連状況とを分類する。したがって分類の単位は、健康領域と健康関連領域における各種のカテゴリーである。ICFは人間を分類としていないことに留意することが大切である。」

ICFとICDの違いとは？

- ICDとICFにある重複を認識しておくことも大切である。
- 機能障害（構造障害を含む）は、身体の構造と機能に関するものであり、この構造機能はふつう「疾病過程」の一部をなし、ICDにも使われている。
- 一方、ICFの体系では、機能障害は健康状態に関連した心身機能の問題そのものとして用いられている。
- 同じ疾患をもつ2人の人が、異なった生活機能の水準にあることがありうるし、逆に同じ生活機能レベルにある2人の人が必ずしも同じ健康状態にあるとは限らない。



ICFとICDを組み合わせて使用することによってデータの質が向上する。



V章生活機能評価に関する補助セクションの活用が重要になる

ICFは何に使えるのか？

- ICFは、1980年のICFの前の概念であるICIDHの時代から、さまざまな用途に使用されてきた。

統計ツール（手段）

データ収集・記録（例：人口統計、実態調査、管理情報システム）。

研究ツール

結果の測定
QOLや環境因子の測定。

臨床ツール

ニーズの評価、特定の健康状態と治療法とその対応、職業評価、リハビリテーション上の評価、結果の評価。

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。

教育ツール

カリキュラムの立案、市民啓発
ソーシャルアクション。

3. 医療・介護の継続的な支援とICF

医療機関の機能分化と継続的な支援

◆機能分化時代における退院のプロセスを考える

患者を退院させて院外の間または長期的ケア部門に移行させることは、様々な部門やシステムが関わるプロセスである。



入退院支援をマネジメントする = 地域包括ケアを実現する

地域包括ケアにおける重要な部分は、患者が一つの医療機関から別の機関へ移行する際に連続的な経路を確保することである。
退院マネジメントは、まさにそれを実現しようとするもの。



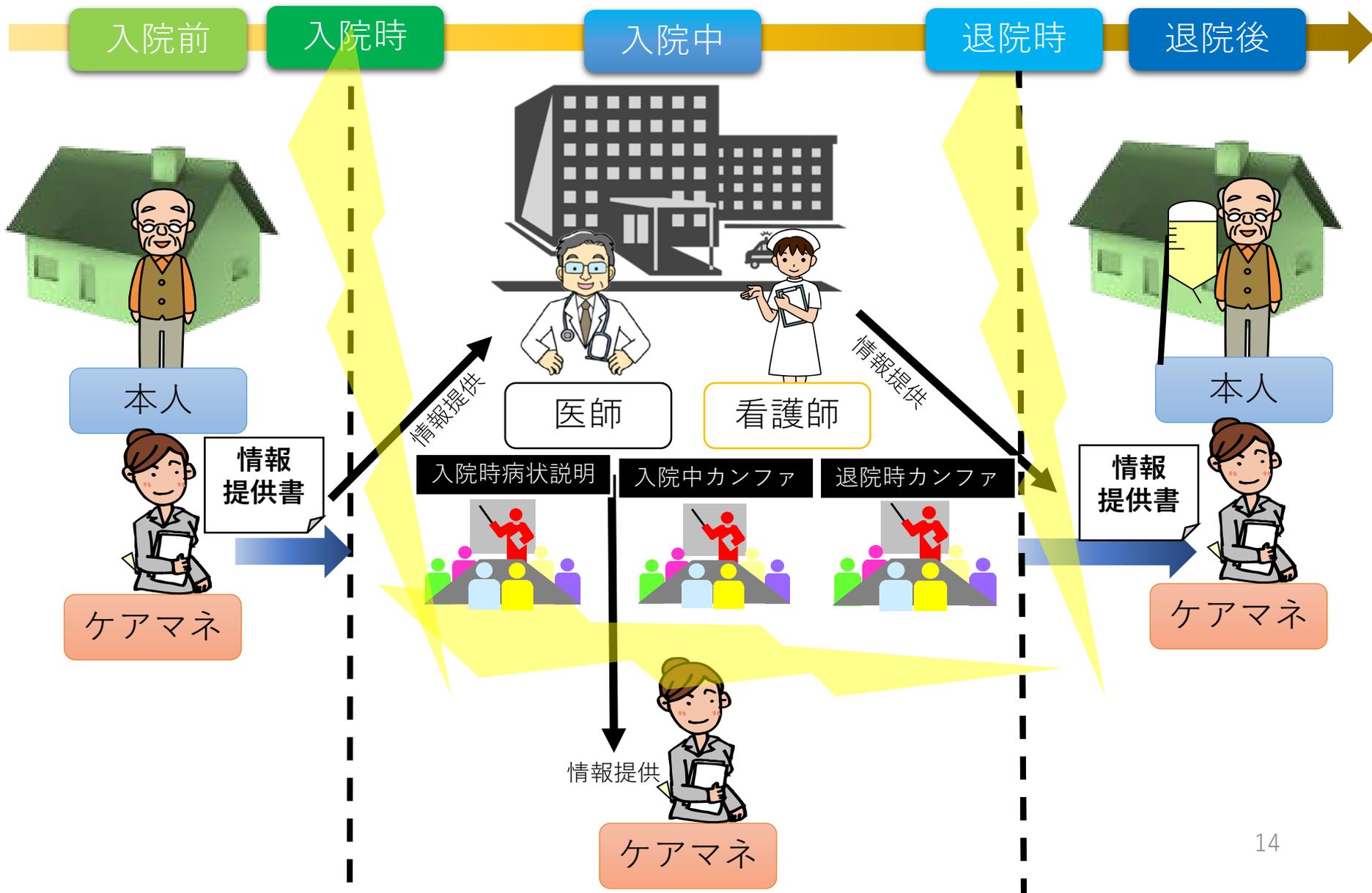
効果的な入退院支援を実現するには

- 収容能力の計画、パフォーマンスの検証、病院の退院方針、ヘルスケア提供者・利害関係者の合意が必要となる。
- 標準化された方針に沿ったルールは、効果的な退院計画の導入のために重要であるという点については、明確なエビデンスとヘルスケア提供者・利害関係者の間で幅広い合意が得られる必要がある。

(Wong et al. 2011, p.9)

⇒標準化された方針・情報が必要！
ICD、ICFの両情報の活用が重要に

医療・介護連携の促進に向けた情報共有における課題



入退院支援における医療・介護の情報提供の流れと目的

入院時

退院時

入院3日まで

入院7日～退院直前

ICFの情報を活用できるか

入院早期からの
連携構築

予後予測に基づく
患者情報の提供

情報提供

多職種（医療、看護、
リハ、薬剤、栄養等）
による情報提供

確定情報に
基づく患者
情報の提供

入院時の情報提供

共同アセスメント

入院早期からの
在宅環境整備

疾患の再発防止
のため本人
による生活管理

退院支援プラン

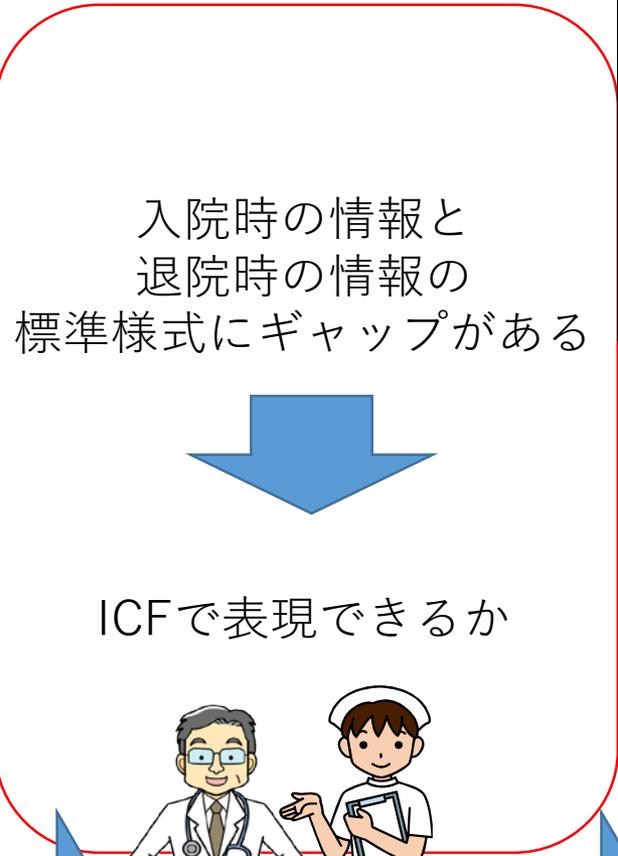
入退院支援が必要な人の継続的な情報共有

退院時の情報提供

入院時・退院時の情報におけるギャップ

入院時情報提供書
住環境
入院時の要介護度
障害高齢者の <input type="checkbox"/> 常生活自立度
認知症高齢者の <input type="checkbox"/> 常生活自立度
介護保険の <input type="checkbox"/> 自己負担割合
年金などの種類
本人の趣味・興味・関心領域等
本人の生活歴
入院前の本人の <input type="checkbox"/> 活に対する意向
入院前の家族の <input type="checkbox"/> 活に対する意向
入院前の介護 <input type="checkbox"/> サービスの利用状況
在宅生活に <input type="checkbox"/> 必要な要件
退院後の世帯状況
世帯に対する配慮
退院後の主介護者
介護力*
家族や同居者等による虐待の疑い*
麻痺の状況
褥瘡の有無
移動
移乗
更衣
整容
入浴
食事
移動(室内)
移動(屋外)
起居動作
食事回数
食事形態
摂取方法
嚥下機能
口腔清潔
排尿
排便
睡眠の状態
喫煙
視力
聴力
言語
意思疎通

退院支援計画書
病名 <input type="checkbox"/> 他に考え得る病名)
退院に関する患者以外の相談者
退院支援計画を <input type="checkbox"/> う者の氏名 <input type="checkbox"/> 下記担当者を除く)
退院困難な要因
退院に係る問題点、 <input type="checkbox"/> 題等
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要
予想される退院先
退院後に利用が予想される福祉サービス等
退院後に利用が予想される福祉サービスの <input type="checkbox"/> 当者



在宅における療養生活
に必要な情報

変換

療養に必要な情報

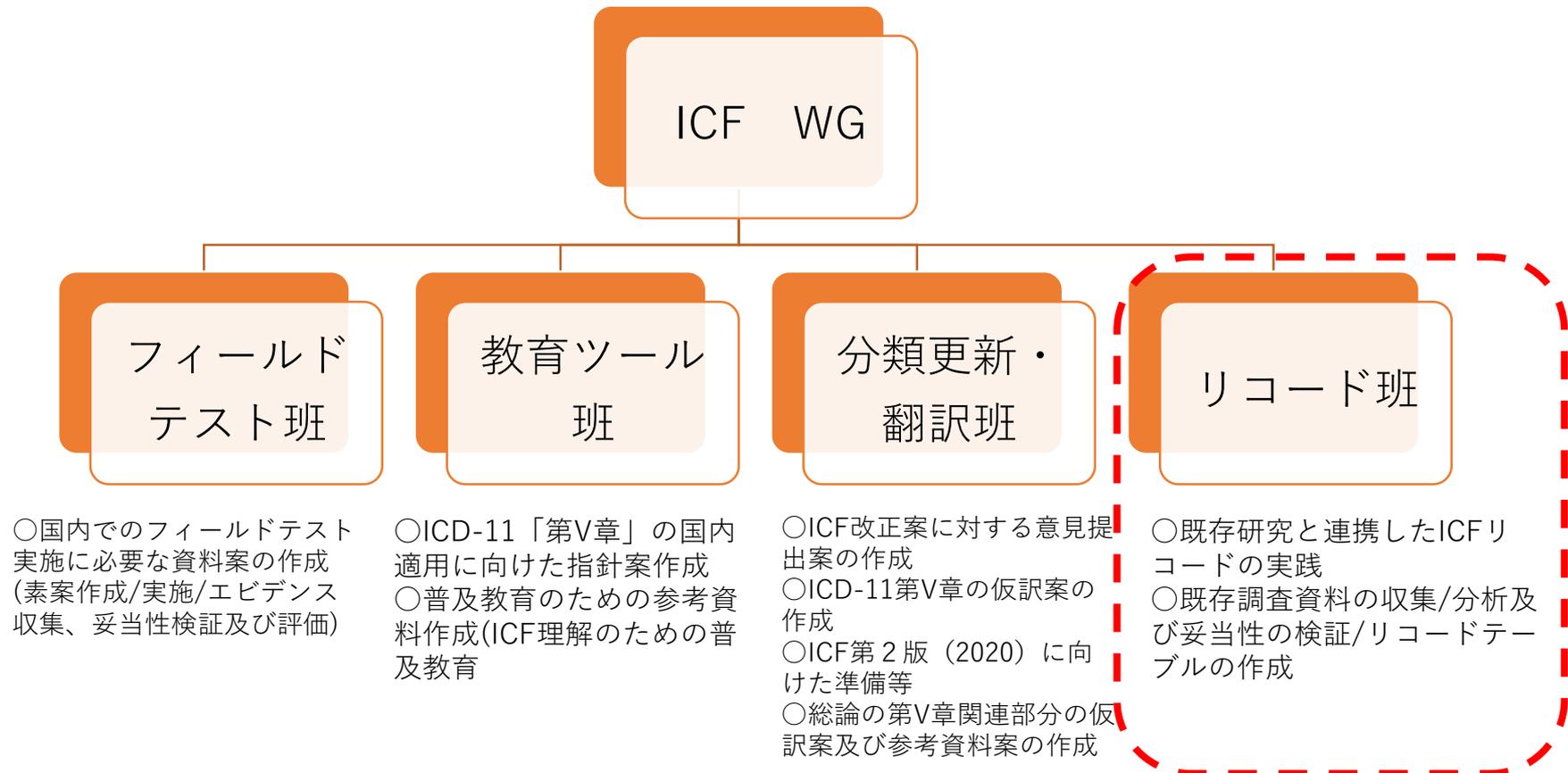
変換

在宅における療養生活
に必要な情報

4. ICF-WG・リコード班の活動

ICF WGについて

ICF WG（社会保障審議会 統計分科会生活機能分類専門委員会生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ）は、2018年6月にICD-11が公表され、新たに、第V章生活機能評価に関する補助セクションが設けられてことをうけ、専門的見地を兼ね備えた実務者レベルでの現場に即した具体的対応がこれまで以上に求められることになることを踏まえて設置された。



ICF WG リコード班の活動について

既存情報を基本ルールを定めてリコード（変換）することで、ICF項目に置き換え、ICFコンセプトを表現していく考え方を整理すること、さまざまな方法を取りあげ紹介していくことを目的とする。

研究レベルにおいて、リコードは様々な方法（あるいは同一の方法でも数値の重みづけが異なる）が考えられるが、WG委員の知見の集約を通して、あるいは、全国レベルのフィールドテストを行うなどして、具体例を示すことを目指す。

・ICFコンセプトを用いた既存情報のリコード（第2レベルまで）：項目対応

- ここでの目的は二つある。①もともとの情報が、ICFコンセプトからみて、どのように表現できるか、必要十分かを確認するツールとして使う、②ICFに変換することで、ICFコンセプトで表現し、ICFが表現する意味を持たせるとともに、共有情報基盤として把握しやすくする。

・既存アセスメント情報のICF項目を使った評価情報への変換：点数化

- ICF項目に0～4の評点を付すことで、項目ごとの詳細な障害程度情報を付加することができ、評価対象者の状況をより詳細に把握することができる。また、既存アセスメント情報をもつ評点をICF項目を使った評価情報への変換することで、ICFコンセプトを数量的に可視化することができる。



専門家による基本ルールの検討



リコード辞書（仮称）の作成

海外研究の紹介：ICFリンキングルール

1) ICFの分類を熟知する必要がある

2) もっとも適切な分類に関連付ける必要がある

3) 8 (other specified) は使わない

4) 9 (unspecified) を使わない

5) 的確な分類への概念付けができない場合、ND (Not Defined) とする

6) ICFに含まれていないが、明確にICFで定義する個人的要因である場合はPF (personal factor) とする

7) ICFに含まれていないが、明らかに個人的要因ではない場合、NC (Not covered by ICF) とする

8) 診断や健康状態を示す場合、HC (Health condition) とする

明確なりコードのルールは国際的に示されていない。
つまり、活用を進めるには、各国々で統一的なルールを定める必要がある。

Cieza A (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned.
J rehabil med, 37(37), 212-8.より筆者作成

海外研究の紹介：ICFの活用に向けた4つのステップ

ステップ	具体的な内容
①ICFのどの領域を評価するか	ICFコアセット/その他のICF項目の組み合わせ など
②評価の視点	生物学的な健康/生活上の健康/制度上の定義としての健康 など
③どのようにしてICFの情報を収集していくか	統計データを収集する/コンセプトモデルを用いる など
④どのようなデータ収集ツールを適用するのか	ICFに基づいてデータ収集する/ <u>既存データにICFを紐づける</u> など

ICFの活用を進めるには、ICFをどのように使うのか？

ということについて、国内における整理を進める必要がある。

現在、枠内の下線に言及しているが、その前に3つ段階がある！

Stuck G, Proding B, Bickenbach J., Four steps to follow when documenting functioning with the International Classification of functioning, disability and health. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 53(1), 144-9, 2017より筆者作成

項目対応作成ルール案

作成プロセス

- 二人の研究者が独立して対象スケールの項目がそれぞれICFのどの項目に対応するか検討して対応表を作成し、ディスカッションを経て草案を作成
- いくつかの代表的なスケールに関しては、ワーキンググループの公式版を作成する。公式版は5名以上の多職種のパネル（今回はWGのリコード班）によるレビューを経て対応表の最終版とする

作成にあたっての基本ルール

- これまでに発表されているLinking rule(Ciezaら、8,9のコードはできるだけ使わないなどの基本的なルール)に基づいて作成する。
- それに加え、基本的にICFは第二レベルの項目を用いることとする。（ただし、第三レベル以降がより適切と考える場合には、今後の再検討の可能性を踏まえて注記として記録を残す。）
- スケールの内容が複数項目の内容を含むと考えられる場合には、一つの項目に関連する複数のICF項目を結びつけることを可とするが、その数は最小限とする。

リコードの例（要介護認定項目とICF）

評価の軸				
1	有無	1-1. 麻痺等の有無	b730	筋力の機能
2	有無	1-2. 拘縮の有無	b710	関節の可動域の機能
3	能力	1-3. 寝返り	d410	基本的な姿勢の変換
4	能力	1-4. 起き上がり	d410	基本的な姿勢の変換
5	能力	1-5. 座位保持	d415	姿勢の保持
6	能力	1-6. 両足での立位	d415	姿勢の保持
7	能力	1-7. 歩行	d450	歩行
8	能力	1-8. 立ち上がり	d410	基本的な姿勢の変換
9	能力	1-9. 片足での立位	d415	姿勢の保持
10	介助の方法	1-10. 洗身	d510	自分の身体を洗うこと
11	介助の方法	1-11. つめ切り	d520	身体各部の手入れ
12	能力	1-12. 視力	b210	視覚機能
13	能力	1-13. 聴力	b230	聴覚機能
14	介助の方法	2-1. 移乗	d420	乗り移り（移乗）
15	介助の方法	2-2. 移動	d460	様々な場所での移動
16	有無	2-3. えん下	b510	摂食機能
17	介助の方法	2-4. 食事摂取	d550	食べること
18	介助の方法	2-5. 排尿	d530	排泄
19	介助の方法	2-6. 排便	d530	排泄
20	介助の方法	2-7. 口腔清潔	d520	身体各部の手入れ
21	介助の方法	2-8. 洗顔	d510	自分の身体を洗うこと
22	介助の方法	2-9. 整髪	d520	身体各部の手入れ
23	介助の方法	2-10. 上衣の着脱	d540	更衣
24	介助の方法	2-11. スポン等の着脱	d540	更衣
25	介助の方法	2-12. 外出頻度		

評価の軸				
26	能力	3-1. 意思の伝達	d3	コミュニケーション
27	能力	3-2. 毎日の日課を理解	d230	日課の遂行
28	能力	3-3. 生年月日を言う	b114	見当識機能
29	能力	3-4. 短期記憶	b144	記憶機能
30	能力	3-5. 自分の名前を言う	b114	見当識機能
31	能力	3-6. 今の季節を理解	b114	見当識機能
32	能力	3-7. 場所の理解	b114	見当識機能
33	有無	3-8. 徘徊	b114	見当識機能
34	有無	3-9. 外出して戻れない	b114	見当識機能
35	有無	4-1. 被害的	b160	思考機能
36	有無	4-2. 作話	b160	思考機能
37	有無	4-3. 感情が不安定	b152	情動機能
38	有無	4-4. 昼夜逆転	b134	睡眠機能
39	有無	4-5. 同じ話をする		
40	有無	4-6. 大声を出す		
41	有無	4-7. 介護に抵抗	b160	思考機能
42	有無	4-8. 落ち着きなし	b126	気質と人格の機能
43	有無	4-9. 一人で出たがる	b130	活力と欲動の機能
44	有無	4-10. 収集癖	b160	思考機能
45	有無	4-11. 物や衣類を壊す	b130	活力と欲動の機能
46	有無	4-12. ひどい物忘れ	b144	記憶機能
47	有無	4-13. 独り言・独り笑い		
48	有無	4-14. 自分勝手に行動する		
49	有無	4-15. 話がまとまらない		
50	介助の方法	5-1. 薬の内服	d570	健康に注意すること
51	介助の方法	5-2. 金銭の管理	d870	経済的自給
52	能力	5-3. 日常の意思決定	b164	高次認知機能
53	有無	5-4. 集団への不適応	d710	基本的な対人関係
54	介助の方法	5-5. 買い物	d620	物品とサービスの入手
55	介助の方法	5-6. 簡単な調理	d630	調理

点数化ルール案

作成プロセス

- 対象となるスケールを決め、そのスケールのそれぞれの項目とICFの対応項目のどの点数に対応するか（例えばFIMであれば、FIM食事の5点がICFの何点に対応するか）について、多職種に参加する調査を行う（50名程度）。
- 対応すると考える点数にそれぞれ投票する（一人当たり3票）
- その結果から、点数分布のヒストグラムを作成する。
- 点数分布に基づき、採点用の参考資料としてそのヒストグラム、最頻値の情報を提供する。

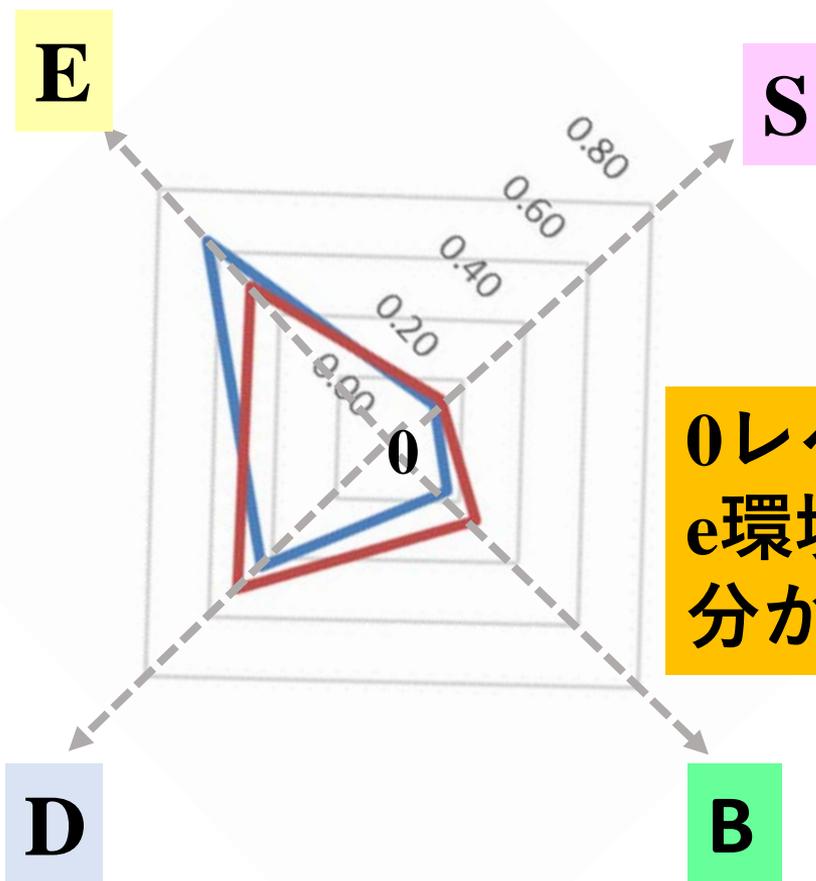
作成にあたっての基本ルール

- ICFの採点は基本的にはICD-11 V章向けのリファレンスガイドを用いて実施し、それと対象スケールの点数との対応を検討する。

生活のしづらさ調査の各質問項目(問1～問39, 計499回答項目)をICF項目でリコード

調査者: **A(青)** **B(赤)**

S	:	0.12	0.18
B	:	0.16	0.26
D	:	0.43	0.51
E	:	0.64	0.49



0レベルにおいては、d活動と参加e環境因子の調査内容が多いことが分かった。

(1) Classification level (L0)

リコード辞書案

作成プロセス

- 5名程度の作業グループを複数設定。
- ICFの第二レベル全項目につき、分担して関連する語句の候補リストを作成。
- リコード班でレビューを行い、公式版とする。
- WGで確認をして辞書として採点用アプリに組み込む

The screenshot shows the ICD-11 Beta Draft web interface. The main content area displays the entry for '2C35 Malignant neoplasms of bronchus or lung'. Annotations include:

- ユニークID (URI)**: A box pointing to the URL 'http://icd.who.int/dev11/2022/2C35'.
- システム**: A box pointing to the 'Change history' link.
- ICD-10コード**: A box pointing to the 'ICD-10: C34' code.
- カテゴリの説明**: A box pointing to the 'Description' field: 'A primary or metastatic malignant neoplasm of bronchus or lung'.
- ポストコーディネーション候補ボックス**: A box pointing to the 'All-index terms' section, which lists related terms like 'Adenocarcinoma of bronchus or lung' and 'Squamous cell carcinoma of bronchus or lung'.
- 包含用語 索引用語**: A box pointing to the search results on the left side of the page.

The URL at the bottom is <https://icd.who.int/dev11/>.

ICD-11にはコーディングのための辞書が存在する。
ICFについても、ICFの第2レベル全項目（362）の作成を目指す

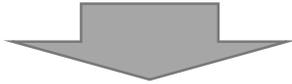
5. 今後にむけて－さらなるICFの活用

個別レベル

ギャップから
考える研修ツールへの活用



スーパーバイズ



本人と支援者のギャップ



支援者の間ギャップ



個別ケース検討

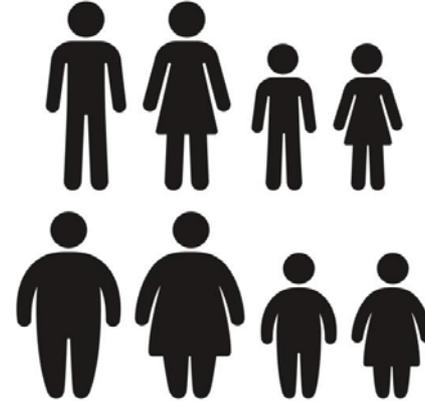


地域・事業所レベル

地域・事業所間のギャップを把握し、
サービスの提供見直し、基盤整備へ活用

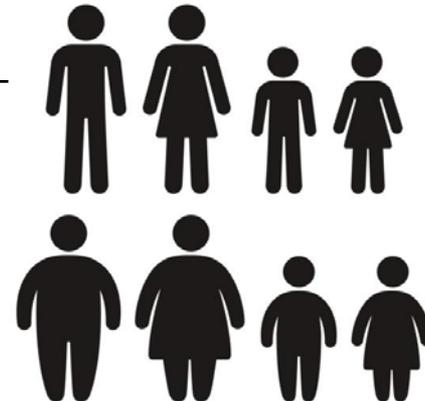
A地域（事業所の利用者）

ACOT
高↑



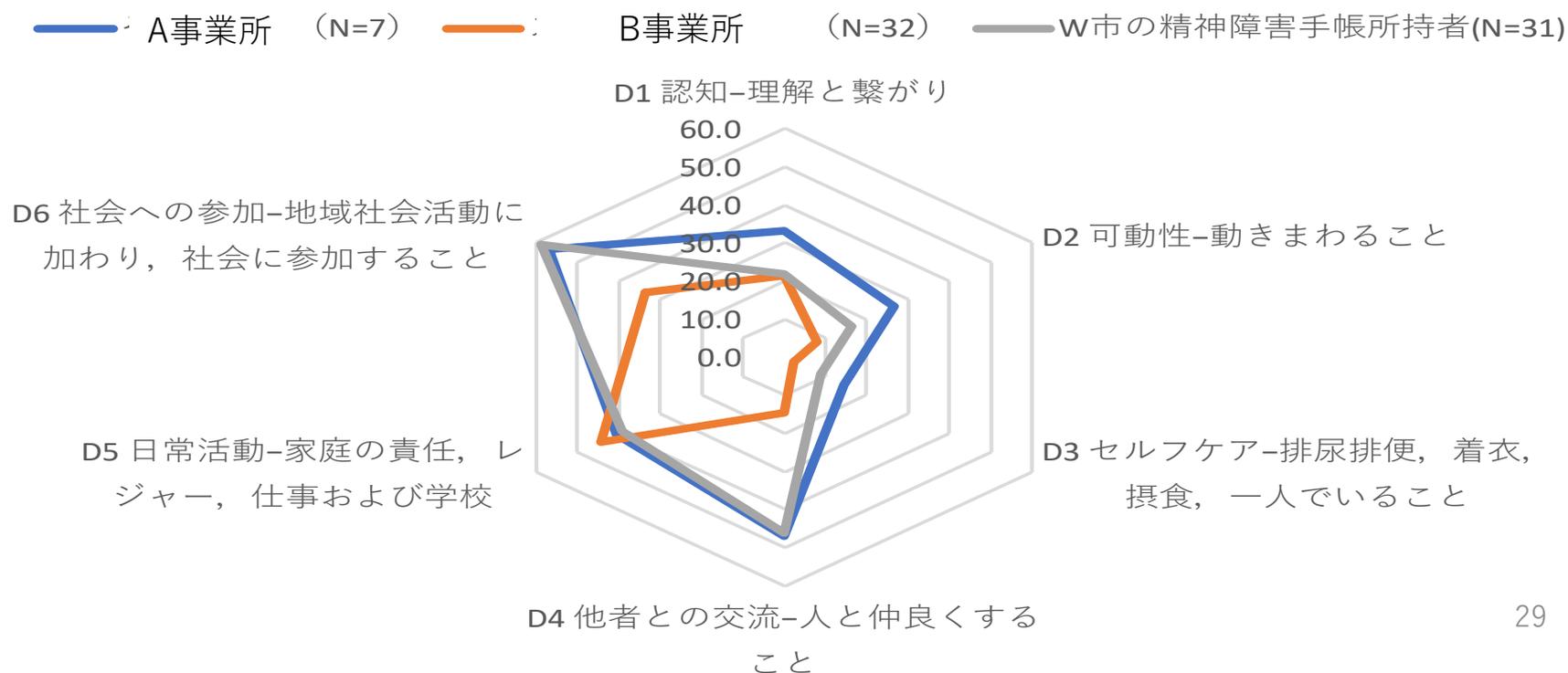
B地域（事業所の利用者）

ACOT
低↓



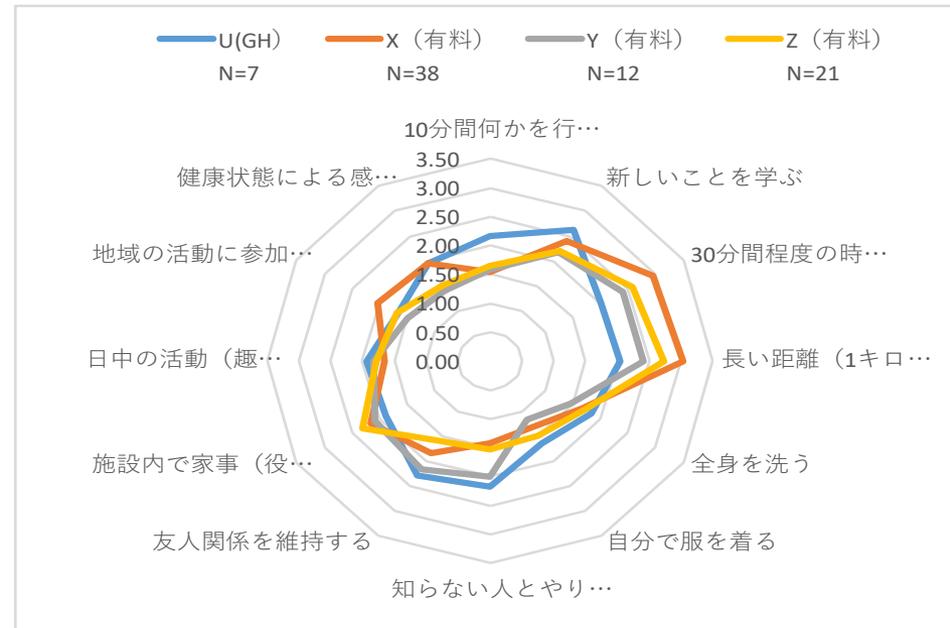
WHO-DAS2.0の試行評価まとめ（2018年実施）

	A事業所 (N=7)	B事業所 (N=32)	W市の精神 障害手帳所 持者(N=31)
WHO-DASスコア	44.9	24.7	30.6
D1 認知－理解と繋がり	33.1	21.4	21.9
D2 可動性－動きまわること	26.4	8.0	16.3
D3 セルフケア－排尿排便，着衣，摂食，一人でいること	14.3	2.5	9.0
D4 他者との交流－人と仲良くすること	47.1	14.7	46.0
D5 日常活動－家庭の責任，レジャー，仕事および学校	40.4	44.2	39.3
D6 社会への参加－地域社会活動に加わり，社会に参加すること	56.9	33.8	58.7

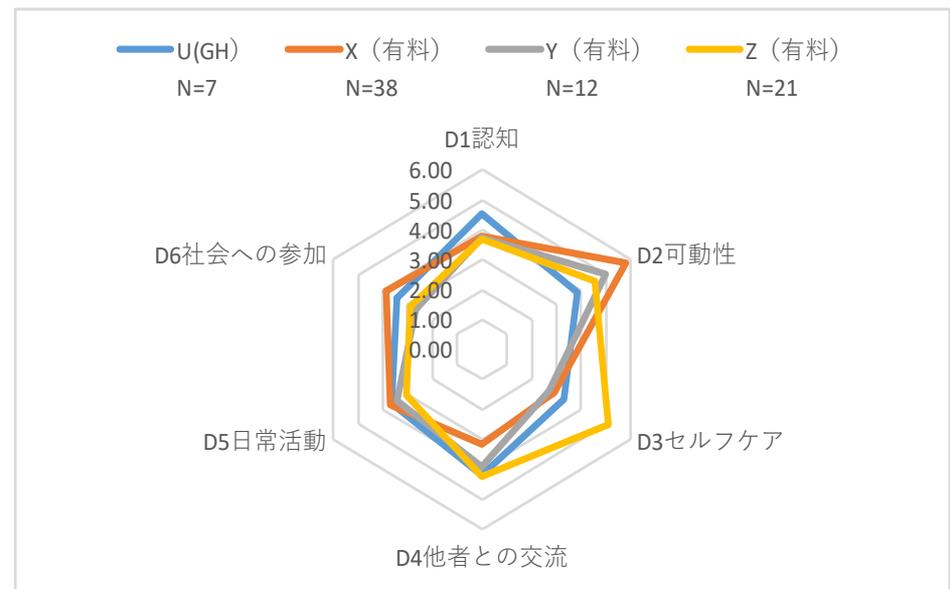


WHO-DAS2.0の試行評価まとめ（2019年実施）

	全体 (N=78)	U(GH) N=7	X (有料) N=38	Y (有料) N=12	Z (有料) N=21
10分間何かを行うことに集中する	1.70	2.17	1.55	1.58	1.65
新しいことを学ぶ	2.38	2.63	2.41	2.17	2.21
30分間程度の時間立つ	2.60	2.00	2.95	2.42	2.58
長い距離（1キロメートル位）を歩く	2.67	2.04	3.03	2.42	2.74
全身を洗う	1.68	1.83	1.66	1.47	1.70
自分で服を着る	1.40	1.63	1.32	1.17	1.50
知らない人とやりとりする	1.68	2.17	1.42	2.00	1.53
友人関係を維持する	1.92	2.28	1.84	2.17	1.60
施設内で家事（役割）を行う	2.13	1.89	2.16	2.09	2.32
日中の活動（趣味・レクリエーション）を行う	1.77	1.94	1.66	1.83	1.79
地域の活動に参加する	1.80	1.67	2.03	1.50	1.68
健康状態による感情への影響	1.77	1.94	1.95	1.42	1.50



	全体 (N=78)	U(GH) N=7	X (有料) N=38	Y (有料) N=12	Z (有料) N=21
D1認知	3.92	4.55	3.79	3.75	3.68
D2可動性	5.00	3.82	5.82	5.00	4.56
D3セルフケア	3.45	3.28	2.90	2.72	5.06
D4他者との交流	3.73	4.21	3.18	3.92	4.23
D5日常活動	3.51	3.63	3.72	3.42	3.05
D6社会への参加	3.39	3.42	3.87	2.67	2.88



参考：WHO-DAS 2.0とは

- WHODAS 2.0は、WHOが開発した国際生活機能分類(ICF)の包括的構成要素から定量的に健康と障害の測定が行える包括的評価ツール。
- WHODAS 2.0の信頼性、妥当性を裏付けるために、組織的な現地調査が行われ、調査を通じ、一般母集団の健康と障害のレベルの評価、および介入による臨床的な効果を測定するのに役立つことが検証されている。
- 日本でも評価マニュアルがすでに翻訳されている (2014年)。

構成要素	第1部:生活機能と障害		第2部:背景因子	
	心身機能・身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子
領域	心身機能 身体構造	生活・人生領域 (課題、行為)	生活機能と障害への 外的影響	生活機能と障害への 内的影響
構成概念	心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)	能力 標準的環境における 課題の遂行 実行状況 現在の環境にお ける課題の遂行	物的環境や社会的 環境、人々の社 会的な態度による 環境の特徴がも つ促進的あるい は阻害的な影響 力	個人的な特徴の 影響力
肯定的側面	機能的・構造的 統合性	活動 参加	促進因子	非該当
否定的側面	生活機能		阻害因子	非該当
	機能障害 (構造障害を含む)	活動制限 参加制約		
	障害			

ICF:活動と参加の分類リスト

1. 学習の知識と応用
2. 一般的な課題と要求
3. コミュニケーション
4. 運動・移動
5. セルフケア
6. 家庭生活
7. 対人生活
8. 主要な生活領域
9. コミュニティライフ・社会生活・市民生活

WHODAS 2.0において評価する生活上の6つの領域

- 領域1：認知 - 理解と意思の疎通
- 領域2：運動能力 - 動き回ること
- 領域3：自己管理 - 排尿排便、着衣、食事、一人で過ごす
- 領域4：人付き合い - 他の人との交流
- 領域5：日常生活 - 家庭での責任、レジャー、仕事・学校
- 領域6：参加 - 地域活動への参加、社会への参加

対応している

調査項目 (36項目版)

領域1 理解と意思の疎通	D1.1. 10分間個々を行うことに集中する D1.2. 重要事項を行うことを覚えておく D1.3. 日常生活上において問題の解決方法を発見する D1.4. 新しい課題を学ぶ (例えば、新しい場所への行き方を学ぶなど) D1.5. 人々が言っていることが何を意味しているかを理解する D1.6. 会話を始めて、継続できますか
領域2 運動能力	D2.1. 30分間程度の長い距離を歩いたり走ったり D2.2. 腰かけた状態から立ち上がれますか D2.3. あなたの家の中で移動できますか D2.4. 家の外に出る D2.5. 1キロメートル(但し長さはこれ相当)の長い距離を歩きますか
領域3 自己管理	D3.1. 食事を煮る D3.2. 服を洗濯する D3.3. 家事をする D3.4. 飲み物一人で済ます
領域4 人付き合い	D4.1. 知らない人とのやり取り D4.2. 友人関係を維持する D4.3. 親しい人々と交際する D4.4. 新しい人を作る D4.5. 親密なスキンシップ
領域5 日常生活	D5.1. 自分の受け持ちの家事を行う D5.2. あなたにとって最も重要な家事をうまくやっていますか D5.3. あなたに必要なすべての家事を済ませましたか D5.4. 必要に応じて必要なだけ手早く家事を済ませることはできますか D5.5. 仕事または学校での自分の活動を行う D5.6. あなたにとって、最も重要な仕事または学校の課題をうまくやっていますか D5.7. あなたが必要な仕事または学校での全ての仕事を済ませましたか D5.8. 必要に応じて、行うべき仕事をできるだけ早く済ませましたか
領域6 社会参加	D6.1. 他の人と同じ方法で地域の活動に参加するのど、どれだけの問題がありましたか D6.2. あなたの身の回りに来た障害、痛みによって、どれだけの問題を抱えましたか D6.3. 他人の態度と行為によって、あなたの参加が妨げられたことが、どれだけの問題がありましたか D6.4. 障害が参加を妨げるのを防ぐために、どれだけの問題を抱えましたか D6.5. あなたの参加が妨げられて、どのくらい参加に影響を及ぼしましたか D6.6. あなたの参加が妨げられて、あなたやあなたの家族にどれだけの経済的困難を及ぼしましたか D6.7. あなたの参加が妨げられて、あなたがどのくらい問題を抱えましたか D6.8. 自分で、リラックスや楽しみをしようとした時に、どれだけの問題がありましたか

臨床場面におけるケアの評価（アセスメント）情報の活用とICF

ケアの評価のこれまでと今後

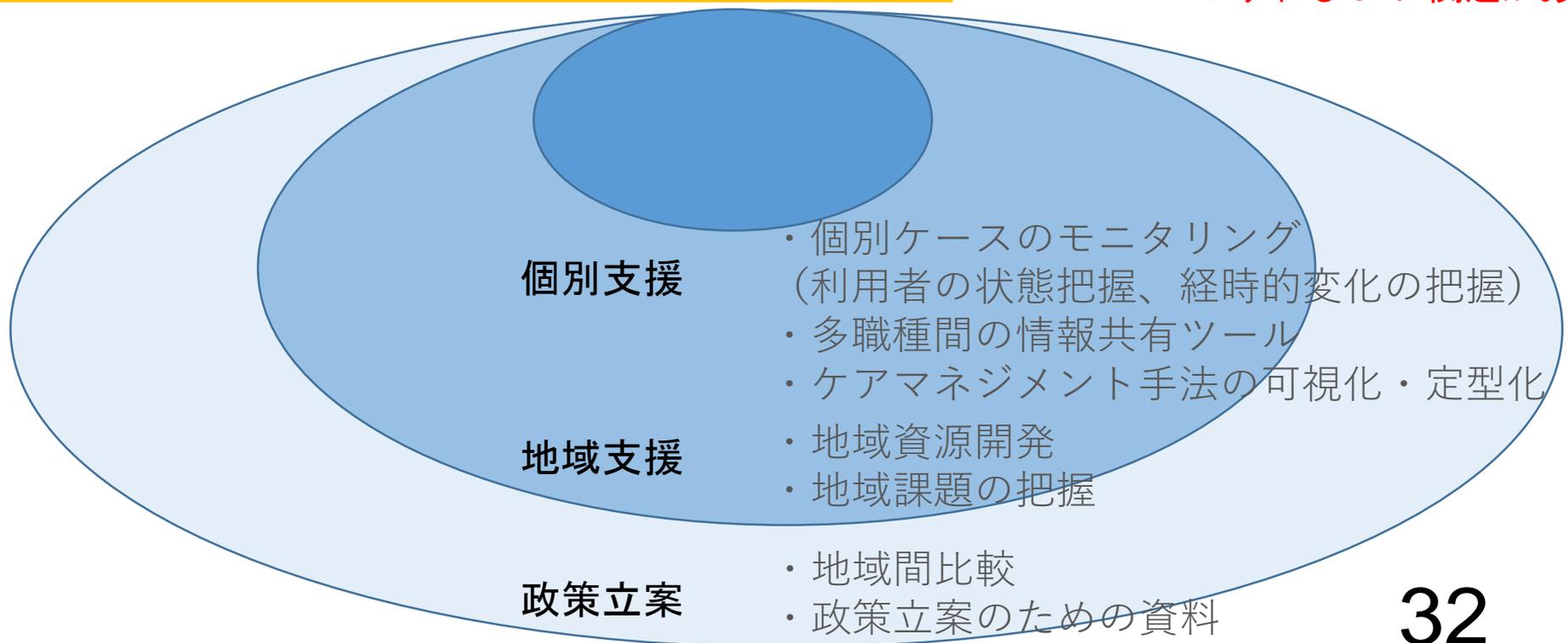
これまで

- ◆ストラクチャー、プロセス、アウトプット
- ◆疾患・身体機能
- ◆専門職・介入側の視点・判断

今 後

- > アウトカム
- > 社会関係・生活
- > 本人・介護者の視点・経験・感じ方

ケアの評価のレベル



ヘルスケアサービスの質

質の局面（プロセスとアウトカム）

- 効果とケアの安全性
(Effectiveness and care safety)
- 患者中心主義と応答性
(Patient centeredness and responsiveness)
- ケアの調整・統合 (Care co-ordination and integration)

質に影響を及ぼす重要な「インプット」

- 労働力・人材

客観的情報としてのICFに加えて、主観的情報としてのICFをどのように活用していくかを検討していく必要がある