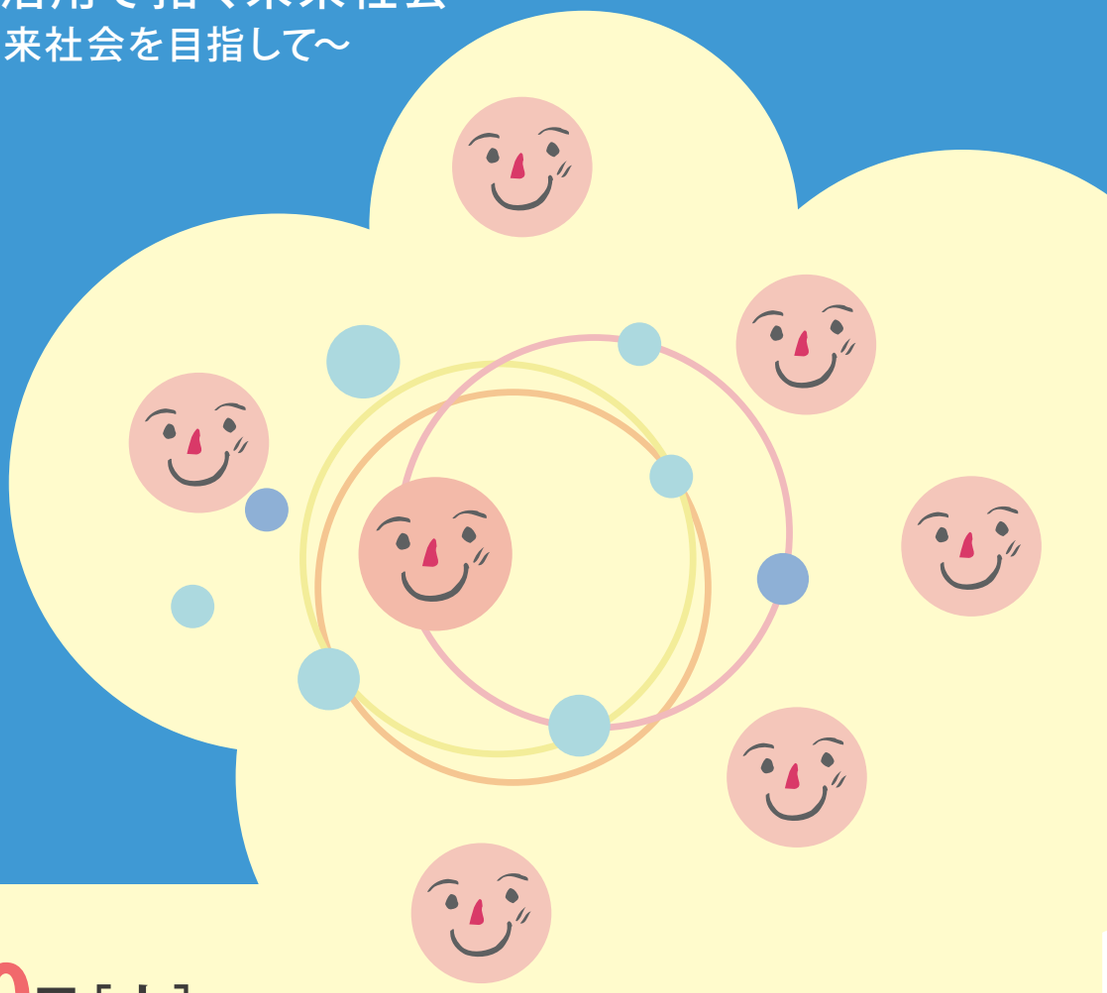
ＩＣＦ＝国際生活機能分類
International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)
ICF は、WHO-FIC（世界保健機関国際統計分類）における中心分類の一つです

第7回 厚生労働省 ICFシンポジウム

国際生活機能分類活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

● 講演資料



2018年1月20日［土］

13:00～16:45（12:00開場）
会場：東京・霞ヶ関 イイノホール（東京都千代田区内幸町2-1-1）

■主催　厚生労働省
■協賛　一般財団法人 厚生労働統計協会　■後援　神奈川県

目　次

●基調講演『なぜ WHO は ICF を重視するのか -Why WHO's Focus on ICF？-』
アラルコス・シエザ（WHO）
非感染性疾患、障害、暴力及び傷害予防部
BDD（視覚・聴覚障害予防・障害及びハビリテーション）コーディネーター …… 1

●事例紹介①
『科学的裏付けに基づく介護に係る検討会について～ICF・改善をどのように評価するか～』
西嶋 康浩（厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室） …… 6

●事例紹介②
『神奈川県におけるヘルスケア・ニューフロンティア政策と未病指標について』
首藤 健治（神奈川県副知事） …… 14

●事例紹介③
『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～』
大夛賀 政昭（国立保健医療科学院主任研究官）…… 21

●事例紹介④
『ICF に基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築』
向野 雅彦（藤田保健衛生大学医学部講師）…… 32

●事例紹介⑤
『ICF ステージングを使っての質の評価～状態像の推移を追う～』
折茂 賢一郎（公益社団法人 全国老人保健施設協会副会長）…… 38

基調講演にあたっての基本文献(和訳版別紙)

REHABILITATION 2030
a call for action

Health information systems and rehabilitation

Key messages

- Health information systems (HIS) underpin decision-making in health policy, management and clinical care through the collection, standardization, coding and management of information relevant to indicators of health status, determinants of health, and health systems.
- Improving the capacity of national HIS to collect reliable and comprehensive information is crucial for health systems strengthening, both nationally and internationally.
- WHO has developed a framework and standards for national HIS and a global reference list of 100 core health indicators to support countries to strengthen their HIS. There are opportunities to further expand this framework to capture the information needs of rehabilitation.
- Including information on functioning in HIS is essential for strengthening rehabilitation in the health system. "Functioning", as introduced in WHO's *International classification of functioning, disability and health* (ICF), refers to the impact of health conditions (injuries, diseases, ageing) on a person's experience in every aspect of his/her life.
- As well as information on functioning, systems level information about all aspects of the delivery and financing of rehabilitation services is necessary. This includes inputs (e.g. policy, financing, human resources and infrastructure) to, and outputs (e.g. service availability and quality) and outcomes (e.g. service coverage and utilization) of, rehabilitation.
- The WHO meeting on Rehabilitation 2030: A call for action calls for stakeholders to enhance HIS by including system level rehabilitation data and information on functioning, utilizing the ICF.

Health information systems (HIS)

HIS are used to collect, standardize, code and manage information relevant to indicators of health status, determinants of health, and health systems. This sort of information is needed by: policy-makers to identify and respond to problems with evidence-based solutions, and to allocate resources effectively; planners to design more effective services, and managers to monitor and evaluate these services; and clinicians to provide high quality and evidence-based care.*(1)* Thus HIS underpin health and health-related decision-making in health policy, management and clinical care.

World Health Organization

WHO/NMH/NVI/17.2

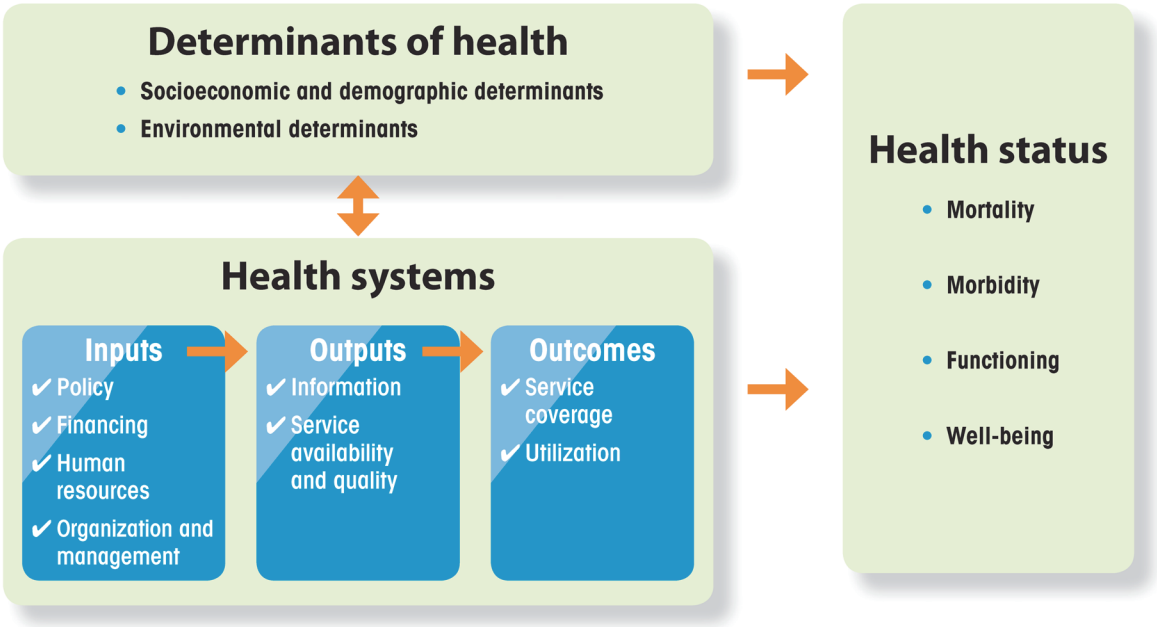
© WHO 2017. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.

Many low- and middle-income countries lack robust and effective HIS and often cannot afford to invest in data collection and analysis.*(2)* Even in developed HIS, data that are out of date or incomplete may be used. As a consequence, decision-makers at all levels of the health system may lack the information they need to identify problems and needs, to allocate resources optimally or to provide evidence-based services. This can result in a significant gap between what policy-makers, health professionals and researchers know and what they need to know to improve the health of the population.*(3)* Furthermore, weak national HIS and associated paucity of relevant data are major challenges for monitoring progress in achieving Sustainable Development Goal 3 (SDG3): ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.*(4)*

Health information and data sources

To support countries in strengthening their HIS, WHO has developed a framework and standards for national health information systems,*(1)* and a global reference list of 100 core health indicators in line with this framework.*(5)* In the framework, three domains of measurement for HIS are recognized: health status, health system and determinants of health (Figure 1).

Figure 1: Domains of measurement of health information systems based on Figure 3 presented in *Framework and standards for country health information systems*, second edition. Geneva: World Health Organization, 2012



Relevant data to cover these domains are generated from **population sources** (censuses, civil registries, household and other population surveys) and from health or other institutional sources (individual clinical records, service records, resource records). Health research is also an essential source of information for decision-making.

Not all of this information is collected within the health system however, and it is important that a national HIS is able to link with, and collect comparable data from, other governmental agency statistical offices (e.g. for vital statistics), and from ministries of social affairs, labour and education (for socioeconomic information).

Rehabilitation-relevant information

Health status information in national HIS is typically focused on three indicators: mortality, the indicator of a population's length of life and the survival of individuals with health conditions; morbidity, the indicator of the distribution of health conditions in the population, and the use of health services. Recently, because of demographic shifts such as population ageing and the epidemiological trend towards increased prevalence of noncommunicable diseases, there have been calls to expand the range of health status indicators to include those related to functioning.*(6,7,8)* "Functioning" is the term introduced in WHO's *International classification of functioning, disability and health* (ICF) *(9)* to identify all dimensions of the impact of health conditions (injuries, diseases, and ageing) on an individual's experience in the context of his/her life. The ICF provides a complete internationally standardized language and coding system for data comparability. Information on functioning according to the ICF includes information about body functions and structures, as well as information on activities and participation. The ICF also includes the environmental factors that may have an impact on functioning.

Information on functioning is essential to decision-making in rehabilitation at all levels of the health system since the goal of rehabilitation is to optimize functioning in light of impairments, injuries, and acute or chronic diseases:

- **At user level**, information on functioning guides goal setting and outcome evaluation across the continuum of rehabilitation care (at service provision level (primary, secondary and tertiary) and in the treatment phases (acute care, post-acute care and long-term care)).
- **At facility or programme level**, information on functioning from users can be aggregated to help monitor clinical outcomes and improve service planning and quality assurance.
- **At policy level**, aggregated clinical information on functioning gives policy-makers a source of evidence for planning health and rehabilitation services and monitoring their impact.

Although functioning is of vital importance as an impact indicator to the success of rehabilitation within the health system, it is not the only information that needs to be collected by national HIS for rehabilitation decision-making. Information about service delivery and financing is needed for clinical, managerial and policy decisions concerning rehabilitation; this information can be classified as:

- inputs (e.g. total current expenditure on rehabilitation, out-of-pocket payment, density and distribution of rehabilitation professionals);
- outputs (e.g. utilization of rehabilitation services, availability of essential assistive products);
- outcomes (e.g. coverage of rehabilitation services for persons with specific health conditions such as spinal cord or traumatic brain injury, coverage of essential assistive products).

In addition, to fully capture the rehabilitation needs at population level and the range of relevant rehabilitation interventions required, with details on their efficacy, information about the socioeconomic, demographic, genetic, and behavioural determinants of declines in functioning must also be systematically collected.

Looking forward

Too often, national HIS do not adequately integrate rehabilitation-related information. This hampers decision-making at all levels and is one of the obstacles to strengthening rehabilitation services around the world. A key action to strengthen rehabilitation, called for during the WHO Rehabilitation 2030: A call for action meeting, is to collect information relevant to rehabilitation to enhance health information systems, including system level rehabilitation data and information on functioning, utilizing the ICF. Although there is much work to be done to address this call for action, we can look to the future with optimism as many of the existing data sources that national HIS traditionally draw upon can easily be modified or expanded to meet the informational needs of rehabilitation.

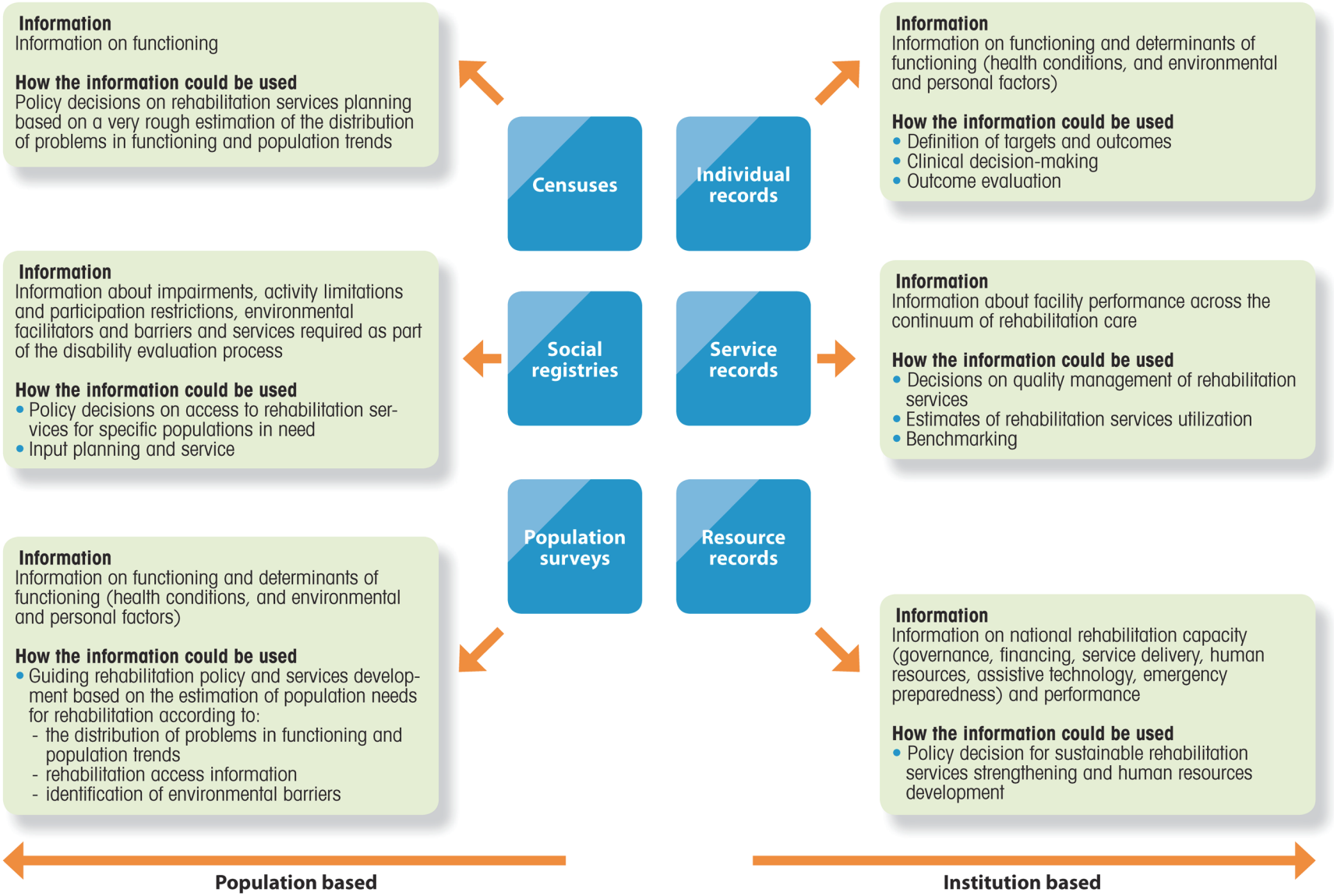
Figure 2 suggests the kinds of information relevant to rehabilitation that could plausibly be collected by the six traditional HIS data sources, as well as how this information might be used to strengthen rehabilitation and improve decision-making at all levels. In some instances, the described modifications or enhancements have already been implemented, although often these data are not fully utilized. Other ways to modify or enhance existing data collection sources are certainly possible and need to be explored and tested. The ultimate goal is to create concrete guidance for countries on how to enrich their HIS with rehabilitation-related information, to strengthen the health system in general and rehabilitation services in particular.

References

1. Framework and standards for country health information systems. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Upadhaya N, Jordans MJ, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Hanlon C et al. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis. Intern J Mental Health Sys. 2016;10:60.
3. Heeks R. Health information systems: Failure, success and improvisation. Intern J Med Informatics. 2006;75(2):125–37.
4. World Health Statistics 2016. Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016.
5. 2015 Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.
6. Bradley SM, Rumsfeld JS, Ho PM. Incorporating health status in routine care to improve health care value: the VA patient reported health status assessment (PROST) system. JAMA. 2016;316(5):487–8.
7. World Health Organization. The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020 (http://who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1, accessed 15 January 2017).
8. Stucki G, Bickenbach J, Melvin J. Strengthening rehabilitation in health systems worldwide by integrating information on functioning in national health information systems. Am J Phy Med & Rehabil. 2016,Dec 15.

This background paper was prepared by WHO for the meeting on Rehabilitation 2030: A Call for Action.

Figure 2. Data sources and information for decision-making and strengthening rehabilitation



WHO/NMH/NVI/17.2

第7回厚生労働省ICF シンポジウム

ICF（国際生活機能分類）活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～
平成30 年1 月20 日　イイノホール(千代田区)

事例紹介①
科学的裏付けに基づく介護に係る検討会について
–ICF・改善をどのように評価するか–

厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室
西嶋 康浩
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
近藤和泉

1

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会とは？

- 自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を推進する目的で、
- 介護分野におけるサービス等の効果のエビデンスを把握する必要性がある
- 現時点で得られているエビデンスを収集・整理・評価するために当該検討会が設立
- エビデンスに基づく介護が提供されている仕組みを構築する上で、必要な物事についても同時に検討する

2

これまでの検討内容（概要）

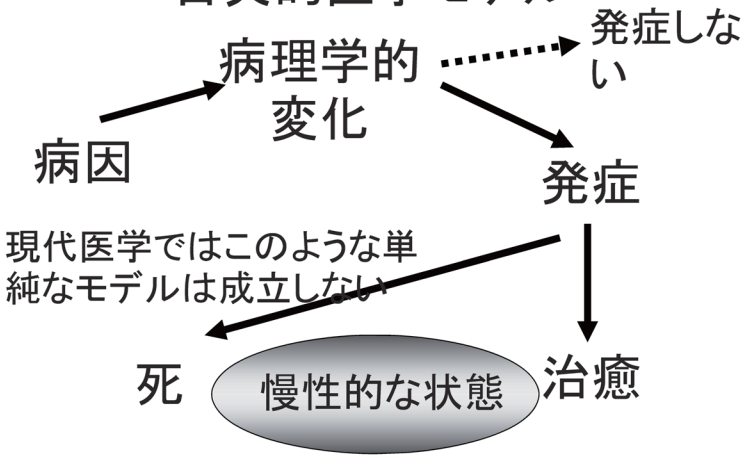
- 第一回：「自立に資する介護に関する調査研究事業」における調査状況等
  - 介護保険総合データベース、VISIT、CHASE
- 第二回：栄養について
  - CHASEで収集すべきデータの内容について
- 第三回：リハビリテーション
  - 承前：CHASEで収集すべき内容
- 第四回：認知症
  - CHASEで収集すべき内容、満足度、リハビリテーション以外の介入

3

CHASE(Care and Health Status database)
リハビリテーションからの提案事項

	状態	介入	イベント
心身機能・身体構造	筋量、筋力、バランス保持能力、歩行能力、手指の巧緻性、etc.	筋力増強訓練、バランス訓練、起居動作訓練、歩行訓練、嚥下訓練	転倒回数、外傷受傷回数、失禁の回数
活動	ADL、介護度、IADL活動量/範囲	ADL訓練、IADL訓練、スポーツ	居室からの移動回数、居室以外の場所での滞在時間
参加	行事参加への積極性		行事への参加回数・時間、外出回数
環境調整		食べやすい食具の使用、客観的評価に基づいた嚥下能力に見合った食事の提供、転倒予防のために環境整備	

古典的医学モデル



慢性的な状態→何がもたらされる?

- 治癒しないので，長期にわたる医療的アプローチが必要
- 急性疾患では，短期間で終わる生活上の制限も半永久的に続く
- 感染症を中心とした古典的医療モデルでは対応できない

ICIDHの登場

ICIDH

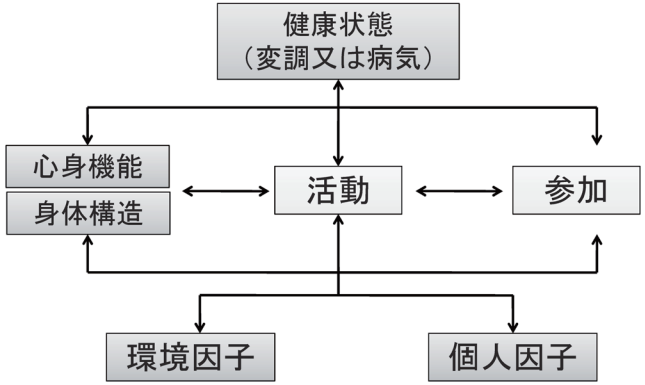
International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

- ICD(International Classification of Disease)では捉えることができない状況を分類，表現するために
- 1980にWHOで考案
- リハビリテーション医療の，基本的な概念モデルを形作る上で非常に貢献

ICIDHからICFへ

- 同じレベルの機能障害があったとしても、段差のない道路や、駅のエレベータが整備されているバリアフリーの環境で生活すれば、格段に活動や参加のレベルが向上する
- ICIDHはその出版当初より、試行的・研究的な意味合いが強かったため、上記のような環境的な側面を取り入れた改訂作業が行われ、1997年にベータ案が作られた
- ベータ案の試用・修正後、2001年5月にWHO総会でICIDHの改訂版として正式にICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)が採択された

ICFの構成要素間の相互作用の図



9

ICFの構成要素の概略

	第1部：生活機能と障害		第2部：背景因子	
構成要素	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
	生活機能			
否定的側面	機能障害 （構造障害を含む）	活動制限 参加制約	阻害因子	非該当
	障害			

10

各分類項目の内容（心身機能・身体構造）

心身機能　body functions
第1章 精神機能
第2章 感覚機能と痛み
第3章 音声と発話の機能
第4章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
第5章 消化器系・代謝系・内分泌系の機能
第6章 尿路・性・生殖の機能
第7章 神経筋骨格と運動に関連する機能
第8章 皮膚および関連する構造の機能

身体構造　body structure
第1章 神経系の構造
第2章 目・耳および関連部位の構造
第3章 音声と発話に関わる構造
第4章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の構造
第5章 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造
第6章 尿路性器系および・生殖系に関連した構造
第7章 運動に関連した構造
第8章 皮膚および関連部位の構造

11

各分類項目の内容（活動と参加、環境因子）

活動と参加　activities and participation
第1章 学習と知識の応用
第2章 一般的な課題と要求
第3章 コミュニケーション
第4章 運動・移動
第5章 セルフケア
第6章 家庭生活
第7章 対人関係
第8章 主要な生活領域
第9章 コミュニティライフ・社会生活・市民生活

自分の身体を洗うこと
身体各部の手入れ
排泄
更衣
食べること
飲むこと
健康に注意すること
その他の特定のセルフケア
詳細不明のセルフケア

環境因子　environmental factors
第1章 生産品と用具
第2章 自然環境と人間がもたらした環境変化
第3章 支援と関係
第4章 態度
第5章 サービス・制度・政策

12

ICFのコーディング

b:心身機能(bodyの略)
s:身体構造(structureの略)
d:活動と参加(domain(生活領域)の略)
e:環境因子(environmentの略)

d5	セルフケア	（第1レベル）
d530	排泄	（第2レベル）
d5300	排尿の管理	（第3レベル）
	定義なし	（第4レベル）

13

状態を表す評価点(Qualifier)

xxx. 0	困難なし（なし、存在しない、無視できる・・・）	0-4%
xxx. 1	軽度の困難（わずかな、低度の困難・・・）	5-24%
xxx. 2	中等度の困難（中等度の、かなり困難・・・）	25-49%
xxx. 3	重度の困難（高度の、極度の困難・・・）	50-95%
xxx. 4	完全な困難（全くの困難・・・）	96-100%
xxx. 8	詳細不明	
xxx. 9	非該当	

小数点第1位→実行状況、小数点第2位→能力

尿意を訴えることができ、トイレまで連れて行ってもらえば、失禁なしに排尿でき、手すりがあれば、ズボンの上げ下げと陰部清拭ができる

d5300.13
e1150.+3

「トイレまで連れて行ってもらえば」を3（高度の困難）としたが・・・

- 介助が無い、すなわちトイレまで連れて行ってもらえない場合は、どうなるか？
- 部屋の中に設置された手すり等を使って、なんとかトイレに行けるのか？
  - 中等度の困難→2
- 転倒の危険が非常に高いために、必ず介助が必要なのか？
  - 完全な困難→4

15

Qualifierに明確なルールがない

- これが計量心理学的な信頼性の低下につながっており
- 臨床的な使用における価値を低くしている

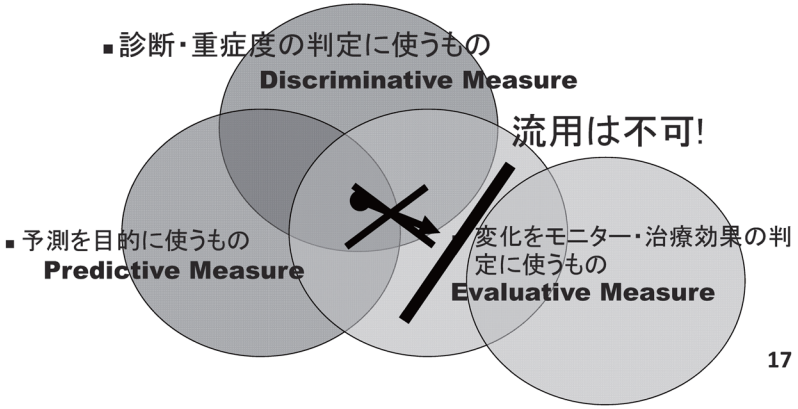
↓

他の評価尺度では、どのような対応がなされているか？

16

機能評価尺度の枠組み

1985年にKirshnerらにより提案



17

機能評価尺度の性質と使い分け

Kirshner & Guyatt 1985

■判別的尺度

診断・重症度の決定に使用

例：悪性腫瘍浸潤度・TMN分類

➡ 時間的安定性

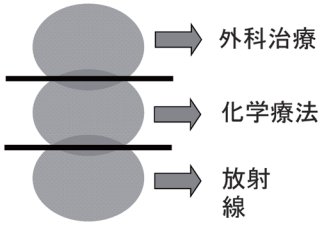
■評価的尺度

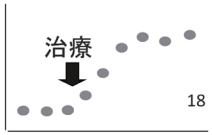
変化をモニター・治療効果の判定

➡ 反応性

相反する性質

重症度により治療方針が決まる





18

求められる性質と構造

■判別的尺度

- ■診断・重症度の決定し，治療方針が設定される
- ■時間的安定性が求められる

➡ カテゴリーにあてはまるかどうか? Yes or No

■評価的尺度

- ■臨床的に重要な変化で点数が増減
- ■反応性が必要

➡ ?

19

反応性を確保するための工夫 (1)

- Likert scale
  - 項目内の段階数を多くした評定尺度
  - 小さな変化にも反応して点数が変化する

例：WeeFIM(トイレ動作)

7:完全自立	排尿、排便後に清潔にする。トイレ使用の前後に衣服を整える
6:修正自立	特殊な器具（装具または義肢を含む）が必要、または通常以上の時間がかかる、あるいは安全面の問題がある
5:監視or準備	監視(例えば待機、指示または促し)、あるいは準備（補助具の装着）が必要
4:最小介助	こどもはトイレ動作のほとんど(75%以上)を行う.
3:中等度介助	こどもはトイレ動作の半分以上(50%から74%)を行う
2:最大介助	こどもはトイレ動作の半分未満(25%から49%)を行い、かつ排尿および排便行為を自覚しているが失禁がある
1:全介助	こどもはトイレ動作をほとんど行わない(25%未満)。または排尿および排便行為を自覚していない

20

Likert scaleの問題点

- 順序尺度であり、各評定段階の難易度の差が均等では無い
- 各評定段階に明確な定義が必要
  - 定義があっても、しばしば判断に迷うため、さらに解説、スコアリングのためのマニュアル等必要
  - ICFの各コードのQualifierに個別の定義を設定しようとすれば、膨大な作業が必要

21

反応性を確保するための工夫 (2)

- 評定領域を細分・要素化し、各要素への採点を「できる」か「できないか」の二分割化
  - 定義は必要ないか、Likert scaleに比べると単純なものにできる
  - 評価尺度の対象となる集団に適用し、その結果をRasch分析にかけると、各要素の難易度を明らかにすることができる（間隔尺度化できる）

22

細分・要素化する手法の例
PEDI

PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY

- 1992年にボストン大学で考案
- 2002年に里宇・近藤らによって導入されて，日本で使われるようになった
  - 里宇明元，近藤和泉ら監訳．PEDI リハビリテーションのための子どもの能力低下評価表．医歯薬出版．
- こどもの発達過程で獲得される細かいスキル（機能的スキル）の難易度がRasch分析で算出されている

23

PEDIの機能的スキル

- 一つの活動の達成するためには，それを下支えするいくつかのスキルが必要であり、それを機能的スキルと呼ぶ
- 発達的or要素的な構成を取る

発達的な構成

PEDI_A. 食物形態の種類
1 裏ごしした(乳児食，ヨーグルト)を食べる
2 小さな塊の食べ物(炒り卵など)を食べる
3 刻んだ・さいの目の食べ物（きざみ野菜，肉の小片）
4 スープや大人が食べるサイズの挽いていない肉を食べる

要素的な構成

PEDI_G.手を洗うこと
29.手を洗ってもらおうと差し出す
30.きれいにしようと両手をこする
31.水を出したり止めたりして，石けんを手にとる
32.手を完全に洗う
33.手を完全にふく

24

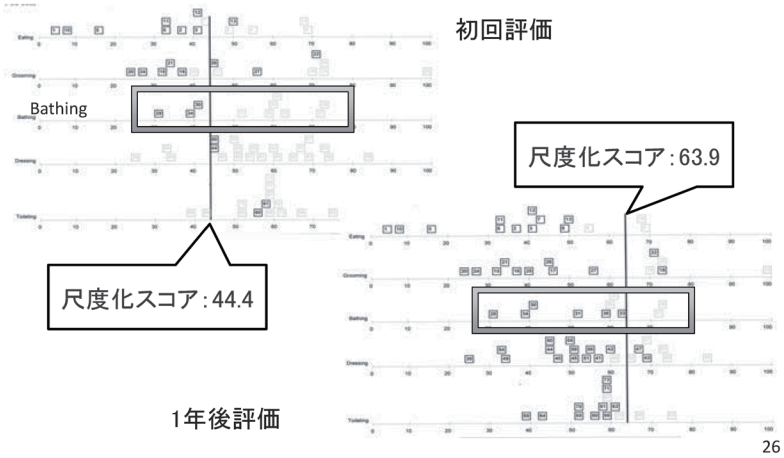
PEDIのBathingの項目（機能的スキル）

G.手を洗うこと
29.手を洗ってもらおうと差し出す
30.きれいにしようと両手をこする
31.水を出したり止めたりして，石けんを手にとる
32.手を完全に洗う
33.手を完全にふく

H.身体と顔を洗うこと
34.身体の一部を洗おうとする
35.身体を完全に洗う，顔は含まない
36.石けんを手に持っていられる
37.身体を完全にふく
38.顔を完全に洗い，ふく

25

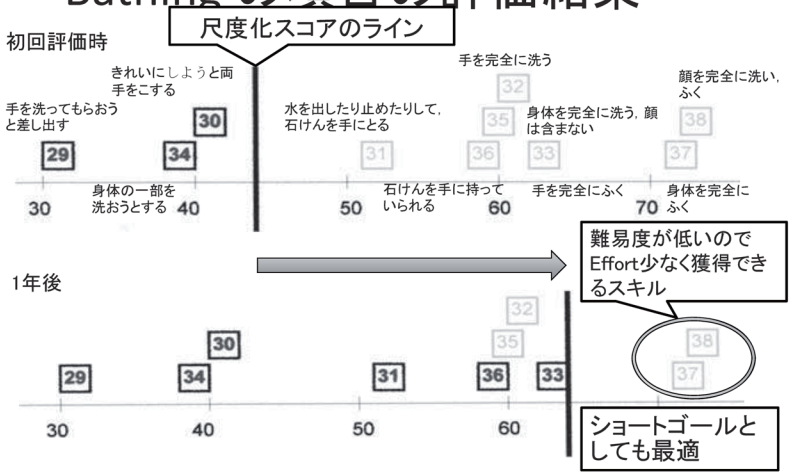
PEDI評価の結果（難易度マップ_セルフケア）
先天性サイトメガロウィルス感染症，2歳9か月



26

26

Bathing の項目の評価結果



27

ICF: d5300、排尿の管理の記載

- 排尿を調整し適切に行うこと。例えば、尿意を表出すること。排尿に適した姿勢を取ること。排尿に適した場所を選び、そこに行くこと。排尿前後に衣服を着脱すること。排尿後に身体をきれいにすること。

28

「d5300、排尿の管理」の細分・要素化

1. 排尿に適した姿勢を取ること
2. 尿意を表出すること
3. 排尿に適した場所を選び、そこに行くこと
4. 排尿前後に衣服を着脱すること
5. 排尿後に身体をきれいにすること。

29

R4システム:排尿の動作

- 尿閉（膀胱瘻を含む）や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテル等を使用している→2
- 洋式トイレの移乗が自分ではできないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている→1
- ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている→3
- 排泄の後始末は行っていないが、ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている→4
- 排尿の後始末を行っている→5

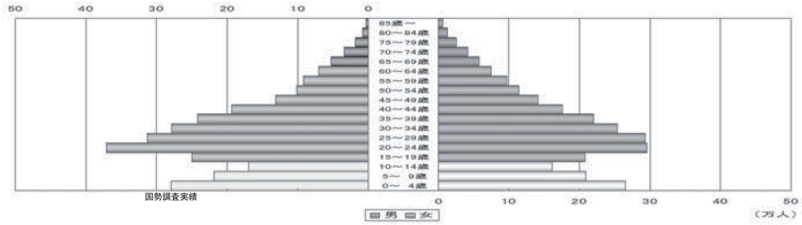
30

Take home message

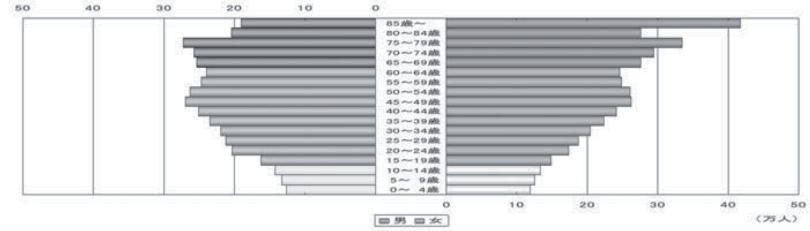
- 科学的裏付けに基づく介護には、ICFが応用できる可能性があります
- ただし、Qualifierの問題があるため、そのままの形でICFを適用することは困難です
- そこで、コードの細分・要素化を行い、さらにRasch分析を行えば、有用性を確保できる可能性があります
- Rasch分析は、その尺度を使用する対象に対して行う必要があり、ICFの今後の適用に関しては、さらなるデータ収集が必要です

超高齢社会の到来

（１９７０年）



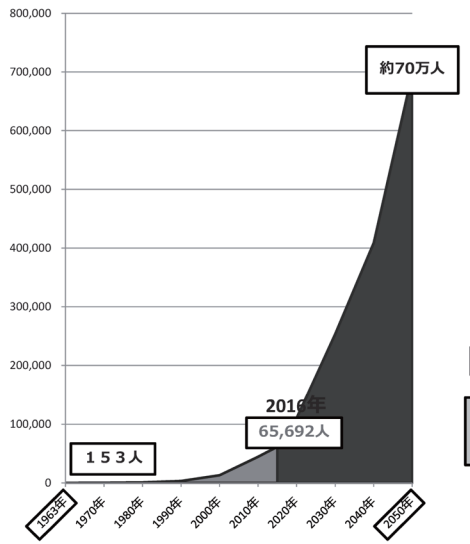
（２０５０年）



1

人生100歳時代の設計図

100歳以上の人口の推移・推計



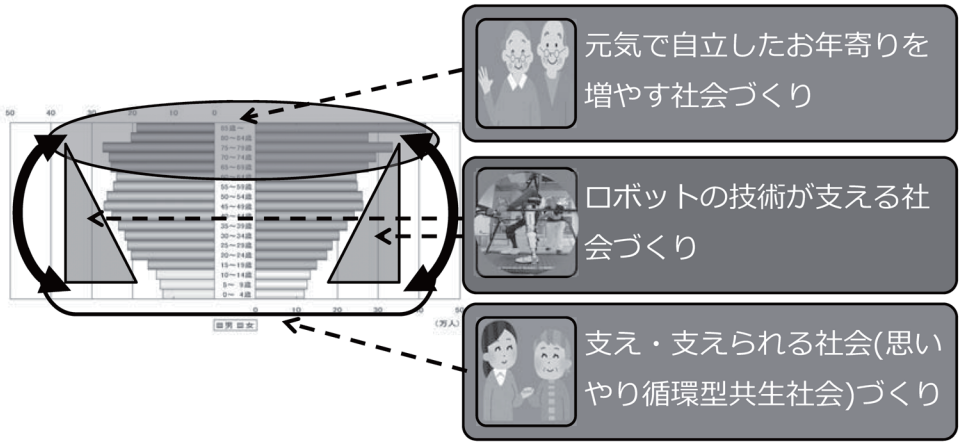
2050年には、142人に１人が100歳以上！

「未病を改善する」その先に

人生100歳時代の設計図

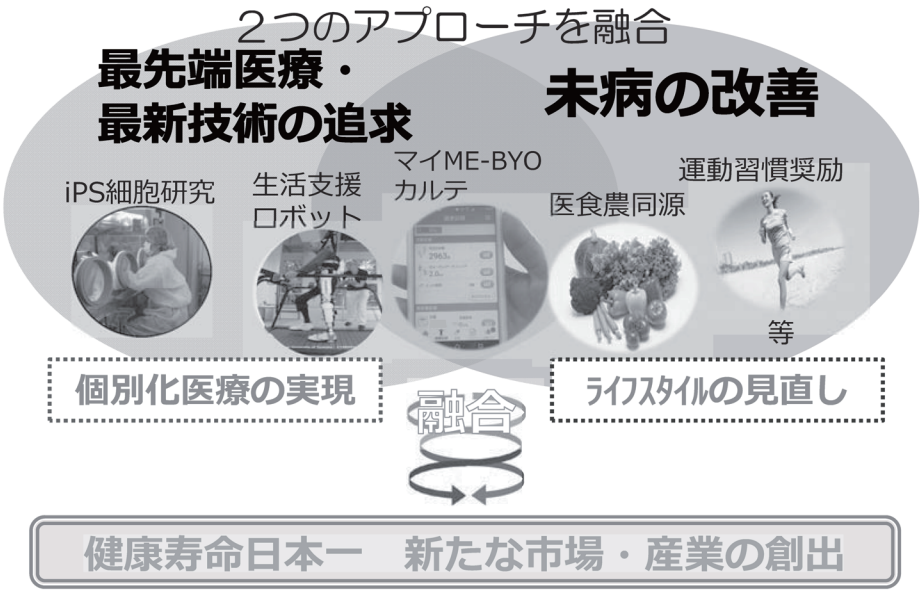
2

超高齢社会への対応（ﾍﾙｽｹｱ・ﾆｭｰﾌﾛﾝﾃｨｱ）



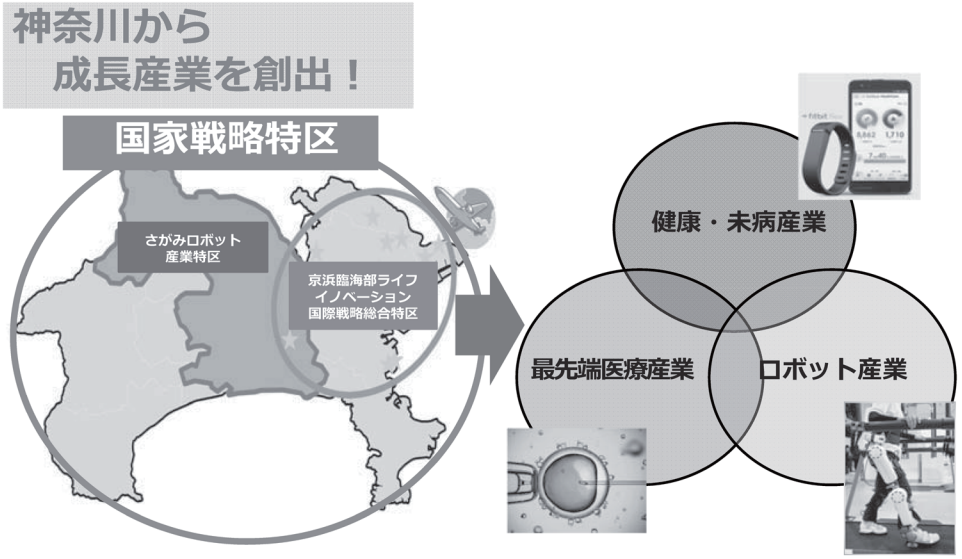
3

ヘルスケア・ニューフロンティア



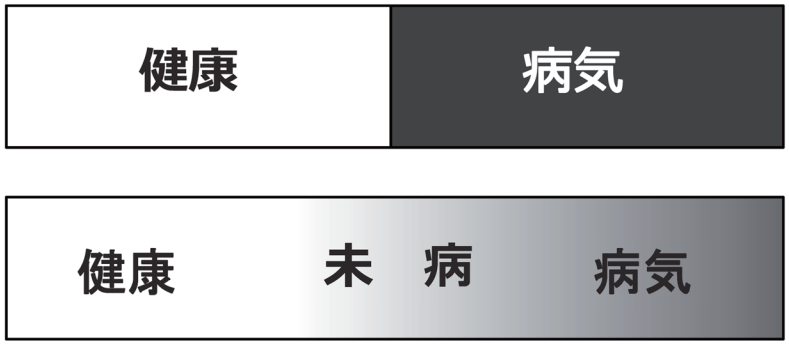
4

ヘルスケア・ニューフロンティアの推進



5

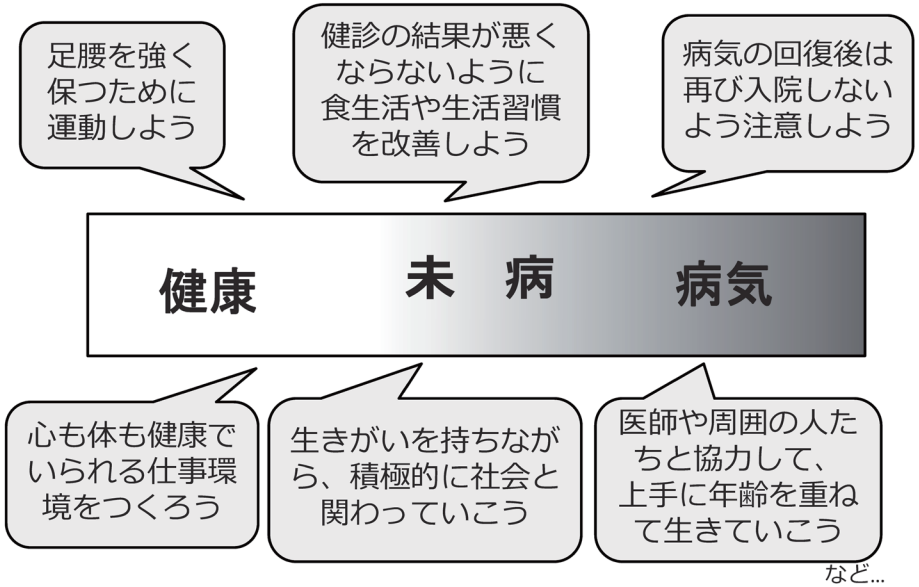
未病とは



未病　・・・健康と病気を２つの明確に分けられる概念として捉えるのではなく、心身の状態は健康と病気の間を連続的に変化するものと捉え、このすべての変化の過程を表す概念

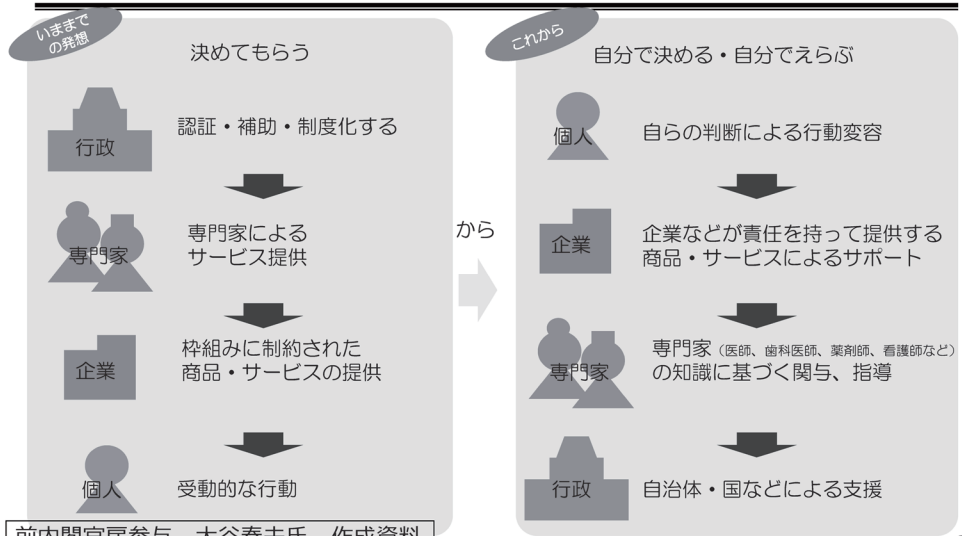
6

「未病」の考え方が拡げる様々なイメージ



7

「未病」の広がり方



前内閣官房参与　大谷泰夫氏　作成資料

8

【未病の広がり】健康・医療戦略への位置づけ

「健康・医療戦略」（抜粋）（平成29年2月17日　閣議決定）

「こうしたデータを元に保健医療の専門職が適切な段階で適切な予防策を講じることができるようになれば、健康寿命は更に延伸する。

PHRの実現、すなわち健康・医療・介護に分散している情報を個人単位として統合する際には、**健康か病気かという二分論ではなく健康と病気を連続的に捉える「未病」の考え方などが重要になると予想される。**

その際には、健康・医療関連の社会制度も変革が求められ、その流れの中で、新しいヘルスケア産業が創出されるなどの動きも期待される。

（中略）

（注２）**未病とは、健康と病気を「二分論」の概念で捉えるのではなく、心身の状態は健康と病気の間を連続的に変化するものとして捉え、この全ての変化の過程を表す概念である。**」

9

未来コンセプトの広がり

未来貢献プロジェクト未病シンポジウム
（読売新聞社主催）

平成27年7月8日
テーマ:　未病を一緒に考えよう

平成28年10月17日
テーマ:　「どう生きていくか」を考える時代の新しい健康

平成２９年10月12日
テーマ:　楽しみながら健康と向き合うために

10

未病エビデンスの重要な要素

○パーソナルエビデンス

⇒各個人の状況に合わせたエビデンス

・RCTを中心とするマスエビデンスからパーソナルエビデンスへの転換
・統計的解析（ビッグデータ、AI を活用）と生命科学的解析（iPS細胞等を活用）

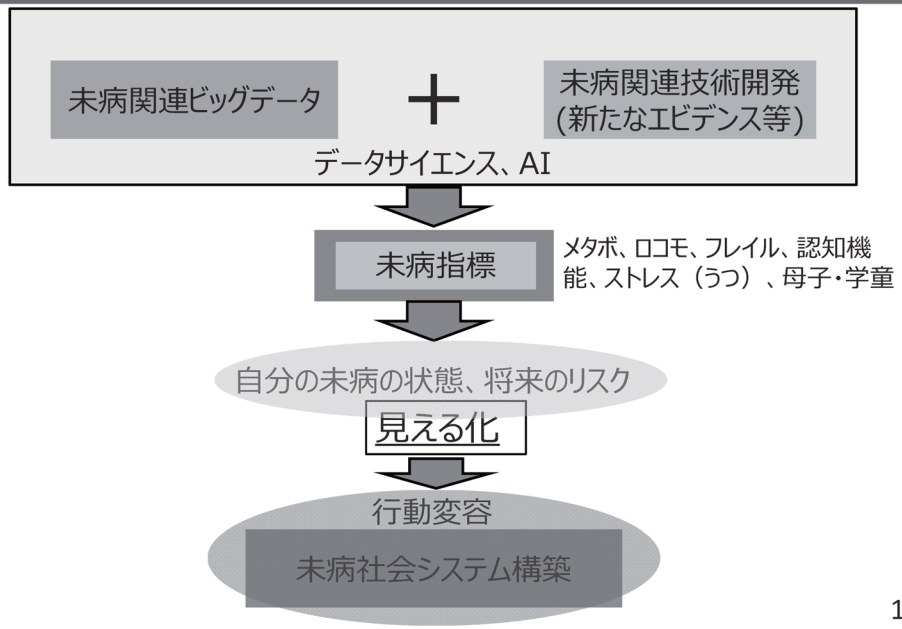
○未来予測

⇒パーソナルエビデンスより、個人の将来の健康状態を予測

・長い時間軸での予測（⇔医療は短期間での予測）
・データの細かさ（粒度）と確からしさ（確度）が重要

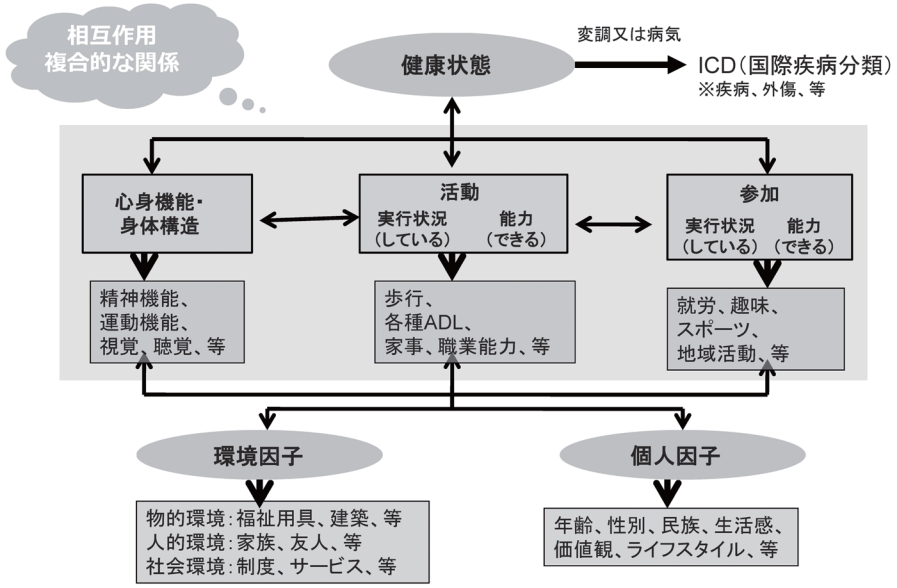
11

未病の改善を促進するために



12

ICFの概念図 （厚生労働省作成資料）



13

ICFの目的 （厚生労働省作成資料）

- 当人やその家族、保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、生活機能や疾病の状態についての共通理解を持つことができる
  →共通言語として、利用者間のコミュニーケーションを改善
- 生活機能や疾病等に関するサービスを提供する施設や機関などで行われるサービスの計画や評価、記録などのための実際的な手段を提供
  →標準的なツールとして、現場のシステムを改善
- 調査や統計について比較検討する標準的な枠組みの提供
  →各国、各専門分野、各種サービス、時期の違いを超えたデータの比較
  研究、施策立案にかかる科学的情報基盤の提供

14

WHOとの連携

「WHO健康な高齢化に関するクリニカルコンソーシアム

ワークストリームミーティング」（平成29年10月19日　横浜）

【議論内容】

・WHOの「健康な高齢化」と神奈川県の未病コンセプトについて

・内在的能力と未病の評価について

15

WHOが提案する「内在的能力」
Intrinsic Capacity

- 運動能力　Locomotor capacity
- 認知能力　Cognitive capacity
- 感覚器能力　Sensory capacity
- 心理社会的能力　Psychological capacity
- 活力　Vitality

出典：世界保健機関 高齢化部門

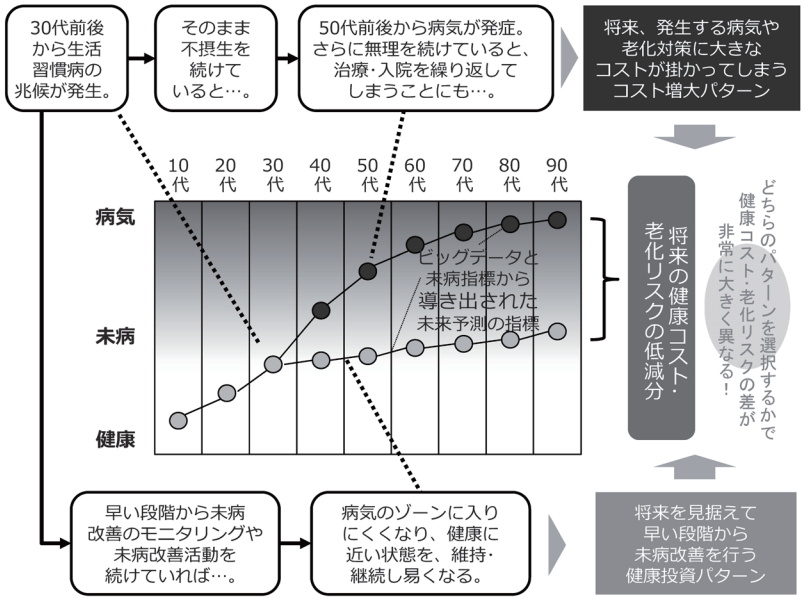
16

6 Actions for managing declines in intrinsic capacity in older people　高齢者の内在的能力低下を防ぐ6つのアク

- Improve musculoskeletal function, mobility and vitality　筋骨格をきたえ、よく動き、活力を高める
- Maintain sensory capacity　視力、聴力をケアし、維持する
- Prevent severe cognitive impairment and promote psychological well-being　認知力低下を防ぎ、心の健康をめざす
- Manage age-associated conditions such as urinary incontinence　排尿障害のような加齢に伴う症状にとりくむ
- Prevent falls　転倒を予防する
- Support caregivers　介護者を支援する

17

未病指標の活用に向けて

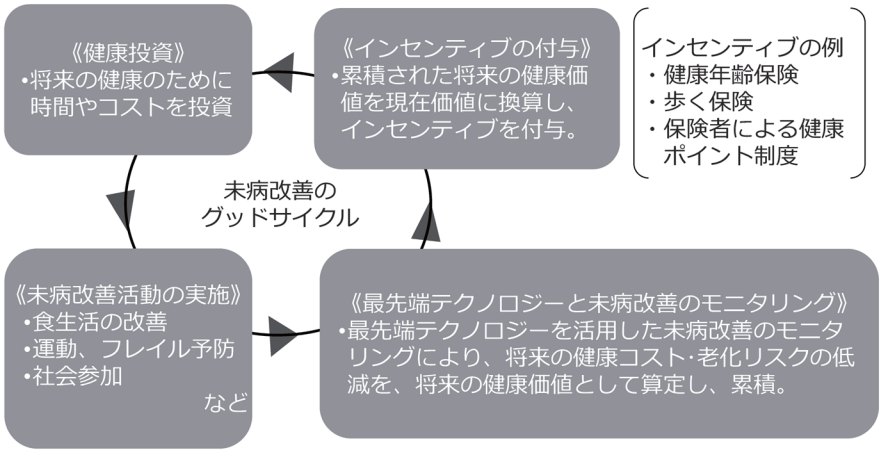


18

未病指標の活用に向けて

【未病改善モデルの現状イメージ】

将来の健康コスト・老化リスクの低減分を将来の健康価値として算定し、インセンティブを付与！



19

神奈川県における具体的取組み

① マイME-BYOカルテ

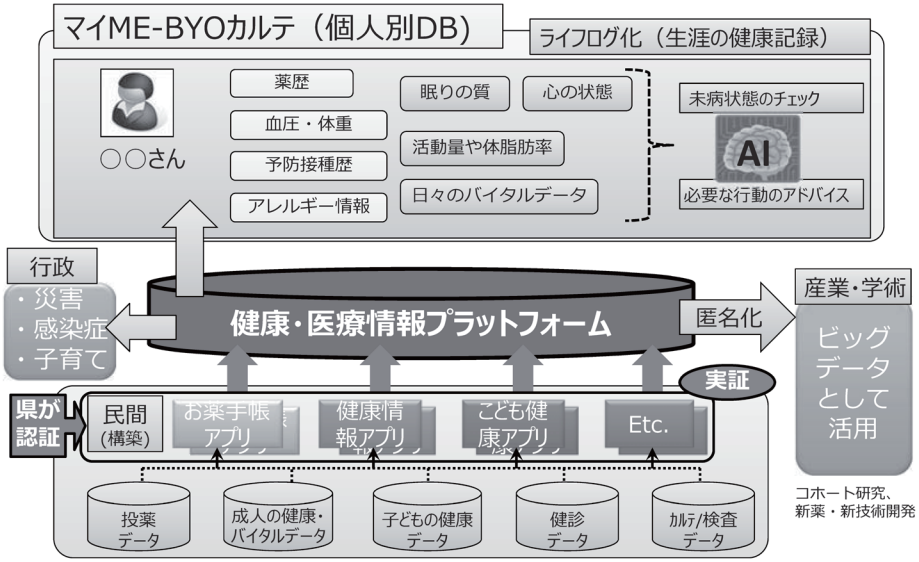
② 未病指標の社会システム化に向けた研究会

③ 神奈川ME-BYOリビングラボ

④ 未病産業研究会

20

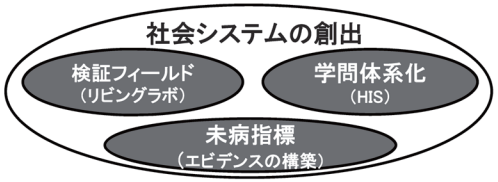
① マイME-BYOカルテ



21

② 未病指標の社会システム化に向けた研究会(H29.9.29設立)

＜趣旨＞
未病状態を評価する仕組み（未病指標・検証フィールド・学問体系）を構築するとともに、産業への展開を図ることで、個人が主体的に未病を改善することができる**社会システムの創出**を目指す。



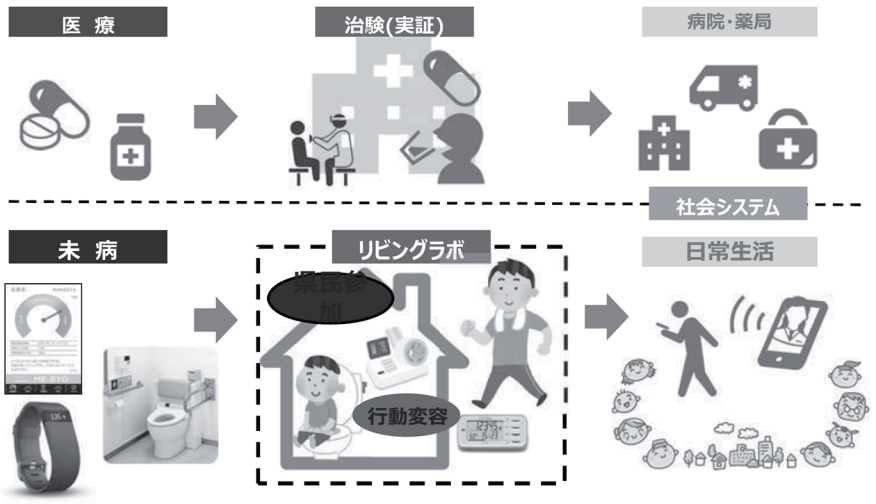
＜検討内容＞
・社会実装を見据えた未病指標の戦略的展開を検討
・未病（指標）の学問体系化に関する検討
・HIS、ME-BYOリビングラボとの連携　等
＜メンバー＞　アカデミア、企業、保険者、国、市、県等
＜重点領域＞　メタボ、ロコモ、フレイル、認知機能、ストレス等

＜検討スケジュール（予定）＞
2017年　研究会の設立(9/29)、メタボリスク指標の社会実装等検討
2018年　ロコモ・フレイル等の指標についての検討
2019年　データに基づく国への提案（保険者努力支援制度の評価指標）
2020年　未病指標の社会システム化に向けた本格展開

22

③ 神奈川ＭＥ-ＢＹＯリビングラボ

未病を改善する技術・サービス等を、社会システムに実装するための「実証フィールド」



23

④ 未病産業研究会

会員数511　（2017年12月1日現在）

活動内容：
・セミナー、勉強会、事例発表会の実施
・ビジネスマッチング
・未病産業の創出に向けたモデル事業の実施
・ME-BYO®ブランドの構築

24

ＭＥ－ＢＹＯサミット神奈川２０１７

国際シンポジウム「ME-BYOサミット神奈川2017in箱根」

【日程】平成29年10月20日(金)～21日(土)
【会場】湯本富士屋ホテル
【参加者】招聘者（WHO、ﾊｰﾊﾞｰﾄﾞ大、厚生労働省、総務省、行政、ｱｶﾃﾞﾐｱ、企業等）
協賛企業（43社）、アカデミア・関係団体、行政、県民等　延べ520名

個人、企業、ｱｶﾃﾞﾐｱ、行政等のﾌﾟﾚｰﾔｰの役割と行動目標を定めた戦略ビジョンを採択

ME-BYO 未来 戦略ビジョン
～「スマイル100歳社会」の実現に向けた総力の結集～

25

神奈川が展開するグローバル戦略

●ＭＯＵ締結機関

欧州
●イギリス
●フランス
●フィンランド
●ドイツ
・WHO（世界保健機関）
県から職員をWHOの高齢化・ライフコース部門に派遣
（平成28年12月～）

神奈川県

アジア
●シンガポール

米国
●マサチューセッツ州
●メリーランド州
●大学・研究所等（５機関）

26

ヘルスイノベーションスクールの概要

【目的】
保健医療分野におけるイノベーション人材の育成
【設置形態】
神奈川県が、2019（平成31）年、県立保健福祉大学大学院に新研究科（公衆衛生学専攻）を設置予定
【修業年数】
２年
【設置場所】
川崎市殿町地区
【学位】
修士（公衆衛生学）Master of Public Health
【人数】
１学年10～15名程度
うち、留学生1～2名程度
（ASEAN地域からの学生を想定）
【使用言語】
日本語、英語による授業

※上記の内容は予定であり、今後変更となる場合があります。

ヘルスイノベーションスクール入居予定

27

第7回厚生労働省ICFシンポジウム
ICF活用で拓く未来社会
～ひとりひとりが輝く未来社会を目指して～

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～

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大夛賀政昭

お話しする内容

1．高齢者・障害者福祉領域をめぐる状況と臨床現場の課題

2．ICFをめぐる課題とWHO-DAS2.0

3．WHO-DAS2.0を活用した調査研究

4．今後の展望

2

1．高齢者・障害者福祉領域をめぐる状況と臨床現場の課題

3

これから迎える社会の姿と求められる支援

- 急激な高齢化をともなう人口減少
- 高齢者の一人暮らし・夫婦のみ世帯割合の増加
- 孤独死を身近なものに感じる社会
- 認知症の人が身近にいる社会
- 日本の高齢者一人に対する支え手層の減少

↓

要援護者のできることや地域の支えあいを活用しつつ、医療や介護のみならず生活支援を含めたケアの調整を多職種で共有しながら、支援する必要がある。

4

ケアマネジメントプロセスと現状の課題と求められる視点

これまでの視点：フォーマルケアの調整

アセスメント → プランニング → モニタリング → 計画変更

- アセスメント：・情報収集
- プランニング：・原案の作成 ・サービス担当者会議の開催

課題１・フォーマルサービスの利用調整だけになっていないか？

もとめられる視点：本人の活動と参加に着目したインフォーマルケアの調整

課題２・本人の主観的評価を含むQOLは、サービス調整に含まれているか？

求められる視点：本人の主観的評価の視点を加味したケアマネジメント

生活支援が必要な人（世帯）が増える中で、本人の活動と参加に着目したインフォーマルケアの活用と本人の主観的評価を含むQOL に配慮したケアマネジメント手法を確立していく必要がある。

5

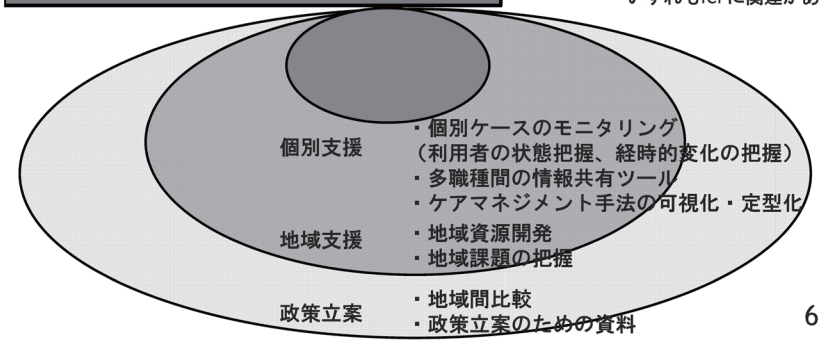
臨床場面におけるケアの評価（アセスメント）情報の活用とICF

ケアの評価のこれまでと今後

これまで		今　後
◆ストラクチャー、プロセス、アウトプット	＞	アウトカム
◆疾患・身体機能	＞	社会関係・生活
◆専門職・介入側の視点・判断	＞	本人・介護者の視点・経験・感じ方

いずれもICFに関連がある

ケアの評価のレベル



6

２．ICFをめぐる課題とWHO-DAS2.0

7

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。

世界保健機関、『ICF国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-』、p.3,6,8

8

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、さまざまな用途に用いられてきた。

統計ツール
- 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、特定の健康状態における治療法とその対応、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。

世界保健機関、『ICF国際生活機能分類–国際障害分類改訂版–』、p.6

9

国内におけるICFの活用の現状

ICFについては、教育分野の特別支援教育における個別支援計画や介護分野においては、介護過程を展開するためのケア計画シート、障害福祉分野の個別支援計画立案時のニーズ整理等に用いられている。

しかし、評価点については、ほとんど活用されていない。

分類としてのICFは、臨床・教育に一部活用されているが、ニーズの評価ツールとしてはほとんど活用されていない。

理由：ICFの評価ルールが煩雑、ほかに評価ツールが多くある。日本のケア提供システムでICFの有用性が求められる領域が特定されていない、など。

10

ICF項目を使った評価を巡る課題

ICFとICDは、総合補完的であり、重複している。

ICFは、健康や状態を示す共通言語等に活用できる可能性を秘めているが、この適用には有意義で実用的なシステムの構築が不可欠。

コードのレベルが第４レベルまであり、第３と第４レベルに1424項目がある。

ICFのコーディングの方法は、領域ごとに異なる。

- 例えば「（d）ACTIVITY AND PATICIPATION」の領域では、困難(difficulties)の度合いを5件法で評価する点は同様だが、CAPACITY（能力）とPAFORMANCE（実行状況）で評価することになる。

ICFのコーディングのカテゴリ基準は日本の感覚（間隔）となじむのか。

- 評価点の基準があいまい。数直線上に示される困難の程度は、日本になじまない可能性がある。

11

ICFの構造

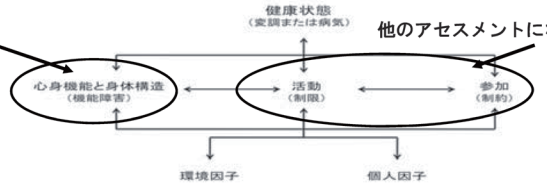
- ICFには２つの部門があり、それぞれは2つの構成要素からなる。
- 以下の図はその構成要素の間の相互作用を示す。

第１部：生活機能と障害
- 心身機能（body functions）と心身構造（Body structures）
- 活動と参加（Activity and Participation）

第２部：背景因子
- 環境因子（environmental Factors）
- 個人因子（personal factors）」

ICDと一部重複。
ICD＝「疾病過程」
ICF＝「健康状態に関連した心身機能の問題」

他のアセスメントにない視点



世界保健機関、『ICF国際生活機能分類–国際障害分類改訂版–』、p.9

12

ICF概念に基づく評価ツールとしてのWHO-DAS2.0

ICFの考え方である生物心理社会的モデルの国際レベルでの利用の拡大によって近年、新たな評価ツールであるWHO-DAS2.0の使用が増加している。

WHO-DAS2.0とは・・・・

- WHODAS 2.0は国際生活機能分類(ICF)の包括的構成要素から開発健康と障害の測定が行えるWHOが開発した包括的評価ツール。
- 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。

13

Federici, S., Meloni, F., & Presti, A. L. (2009). International Literature Review on WHODAS II. *Life Span and Disability/XI*, *1*, 83-110.

ICFの構成概念とWHO-DAS2.0の評価項目

	第1部:生活機能と障害		第2部:背景因子	
構成要素	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
	生活機能			
否定的側面	機能障害（構造障害を含む）	活動制限 参加制約	阻害因子	非該当
	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

対応している

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

14

WHO-DAS 2.0のバージョン

- WHODAS 2.0には、調査項目の数、調査方法によって、7つのバージョンがある。

・12+24項目 -面接者記入	・36項目 -面接者記入	・36項目 -自己記入
・36項目 -代理人記入	・12項目 -面接者記入	・12項目 -自己記入
	・12項目 -代理人記入	

15

WHO-DAS 2.0のフラッシュカード

フラッシュカード1

健康状態とは:
- ・疾病・病い、または他の健康問題がある
- ・けがをしている
- ・精神的または情緒的問題がある
- ・アルコール問題がある
- ・薬物問題がある

活動するのに困難がある、の意味は:
- ・普段よりもさらなる努力を要すること
- ・不快感または苦痛を感じること
- ・時間がかかること
- ・普通と違う方法をしなくてはいけないこと

過去30日以内についてだけ考えて下さい。

フラッシュカード2

1	2	3	4	5
難しくない(なし)	少し	中程度（普通）	かなり	ものすごくまたはできない
0～4%	5～24%	25～50%	50～95%	95～100%

16

厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（統計情報総合研究事業）
「ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしてのWHO-DASの活用可能性に関する研究（H25-統計-一般-001）」研究代表者：筒井孝子

WHO-DAS 2.0　36項目版

領域1. 理解と意思の疎通
D1.1. 10分間何か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見見する
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こと。）
D1.5. 人々が言っていることが何かを普通に理解する
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分間程度の長い時間立っていられますか
D2.2. 腰掛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しますか
D2.4. 家の外に出る
D2.5. 1キロメートル位[またはこれ相当]の長い距離を歩きますか
領域3. 自己管理
D3.1. 全身を洗う
D3.2. 自分で服を着る
D3.3. 食事をする
D3.4. 部日間一人で過ごす
領域4. 人付き合い
D4.1. 知らない人とのやりとり
D4.2. 友人関係を維持する
D4.3. 親しい人々と交流する
D4.4. 新しい友人を作る
D4.5. 親密なスキンシップ
領域5. 日常の活動
D5.1. 自分の受け持つ家事を行う
D5.2. 今、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すませましたか
D5.4. 必要に応じてできる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日々の活動を行う
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手早く済ましたか
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に、どれだけ問題がありましたか
D6.2. あなたの身の回りに生じた障害、さまたげによって、どれだけ問題を抱えましたか
D6.3. 他人の態度と行為によって、あなたの尊厳が傷つけられたことが、どれだけありましたか
D6.4. 健康状態またはその改善のために、どれだけの時間を費やしましたか
D6.5. あなたの健康状態によって、どのくらい感情に影響を受けましたか
D6.6. あなたの健康状態は、あなたやあなたの家族にどれくらいの経済的な損失をもたらしましたか
D6.7. あなたの健康上の問題によって、家族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、どれだけ問題がありましたか

厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（統計情報総合研究事業）
「ICF(国際生活機能分類)の普及を促進するためのツールとしてのWHO-DASの活用可能性に関する研究（H25-統計-一般-001）」研究代表者：筒井孝子

17

ICFの一般セットのための１３候補項目とWHODAS2.0の12項目版の間の重複

ICFの構成要素	ICFの一般セットのための候補項目	ICFの一般セット	WHODAS IIの12項目版
心身機能	b130 活力と欲動の機能	b130 活力と欲動の機能	現在は心身機能が含まれていない。しかしながら、現在は心身機能に関するモジュールの開発が検討されている。
	b152 情動機能	b152 情動機能	
	b230 聴覚機能		
	b280 痛みの感覚	b280 痛みの感覚	
	b730 筋力の機能		
参加と活動			D1.2 すべき重要事項を覚えておく
		d230 日課の遂行	D1.3 日常生活上の問題を考えて解決する
	d450 歩行	d450 歩行	D1.1 何かをするのに10分間集中する
			D1.4 新しく何かを覚える。例えば、新しい場所への行き方を覚える
			D2.1 長時間、例えば、30分立っている
			D2.5 1キロメートル位[またはこれ相当]の長距離を歩く
			D3.1 全身を洗う
			D3.2 自分で服を着る
			D4.1 知らない人とのやりとり
			D4.2 友人関係を維持する
		d455 移動	D2移動
			D2.1 長時間、例えば30分間立っている
			D2.2 腰掛けた状態から立ち上がる
			D2.3 家の中で移動する
			D2.4 家の外に出る
			D2.5 1キロメートル位[またはこれ相当]の長距離を歩く
	d620 物品とサービスの入手		
	d640 調理以外の家事		D5.1 家で行うべき仕事を責任をもって行う
	d660 他者への援助		
	d850 報酬を伴う仕事	d850 報酬を伴う仕事	D5.5 仕事 / 学校での活動
	d920 レクリエーションとレジャー		D6.1 他の人と同じ方法での地域の活動に参加するのに、どれだけ問題がありましたか（例えば、祝祭行事、宗教等）
			D6.5 健康上の問題が、あなたの感情にどれだけ影響しましたか
環境因子	e450 保健の専門職の態度		現在、「d450 歩行」に当てはまるWHODAS 36項目版は、環境因子に関して1つの質問を含む。しかしながら、現在は環境因子に関するモジュールの開発が検討されている。
	e480 保健サービス・制度・政策		

Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün BT, Stucki G.Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. BMC Med Res Methodol. 2006 Jul 27;6:36.　筆者一部改変

18

３．WHO-DAS2.0を活用した調査研究

19

独居高齢者に対するWHO-DAS調査

大夛賀政昭，筒井孝子，東野定律，木下隆志．WHO-DAS2.0日本語版による独居要介護高齢者の日常生活や社会参加に関わる障害の把握．第73回日本公衆衛生学会；2014年11月；栃木．第73回日本公衆衛生学会抄録集

20

独居高齢者に対するWHO-DAS調査の結果

調査対象の属性

（N=13）

	平均	標準偏差
年齢	81.2	9.6
	N	%
性別		
男性	5	38.5
女性	8	61.5
要介護度		
非該当	1	7.7
要支援２	2	15.4
要介護１	1	7.7
要介護２	7	53.8
要介護３	2	15.4
障害高齢者の日常生活自立度		
B未満	11	84.6
B以上	2	15.4
認知症高齢者の日常生活自立度		
Ⅱ未満	13	100.0
Ⅱ以上	0	.0

平成24年度に実施された在宅障碍者（N=23）の調査結果とを比較した結果、今年度の独居高齢者のほうが全領域でスコアが高かった。

ADLの自立度別に、領域別のスコアの比較を行うと、領域（2）～（5）については、寝たきり群のほうがスコアが高かった。

領域別スコア

	調査対象全体（N=13）		ADLの状況別 身体自立（B未満）群（N=11）		寝たきり（B以上）群（N=2）		P値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
領域（1）理解と意思の疎通	52.6	17.8	51.8	19.1	56.7	9.4	
領域（2）運動能力	71.7	15.6	67.3	12.2	96.0	5.7	**
領域（3）自己管理	52.7	22.6	46.8	18.6	85.0	14.1	**
領域（4）人付き合い	42.5	21.1	37.5	18.9	70.0	2.8	**
領域（5）日常の生活	70.4	23.0	65.0	20.6	100.0	0.0	**
領域（6）社会参加	52.1	19.1	51.6	17.6	55.0	35.4	

※スコアはWHO-DAS2.0のマニュアルに従い領域ごとに100点に基準化を行った。 ** P<0.01 *P<0.05

21

在宅要介護高齢者に対するWHO-DAS調査に対する意見

【調査の実施に関連する内容】

- ①質問自体が抽象的であるため質問者が考えながら具体的な答えを引き出すための工夫が必要であった。
- ②事例を盛り込んだ調査ガイドラインの整備が必要。
- ③判断能力が低下している高齢者の場合、調査時には、前提を設定（本人がやっていること、家族がやっていること、介護サービス職員がやっていること）しないと調査不能。
- ④「健康」を理由とした「できない」との回答と「高齢」を理由とした「できない」の回答の区別の判断やコーディングが難しい。

【調査項目について】

- ①質問に高齢者に相応しくない内容（仕事・学校に関するD5.5～D5.8、D4.5親密なスキンシップ）があった。

【調査の内容について】

- ①都市部と郡部では、生活環境、スタイル、社会資源に違いがみられるため、同一の質問内容でよいかは再考すべき。
- ②施設と在宅で大きく環境が異なるように、WHO-DASによる調査を実施する場合は、居住環境による影響も考慮すべき

22

地域の障害者に対するWHO-DAS調査

大夛賀政昭，筒井孝子，東野定律，木下隆志．WHO-DAS2.0日本語版による障害者の生活機能障害の把握－障害種類別の比較－．第74回日本公衆衛生学会；2015年11月；長崎．

23

調査対象者の属性

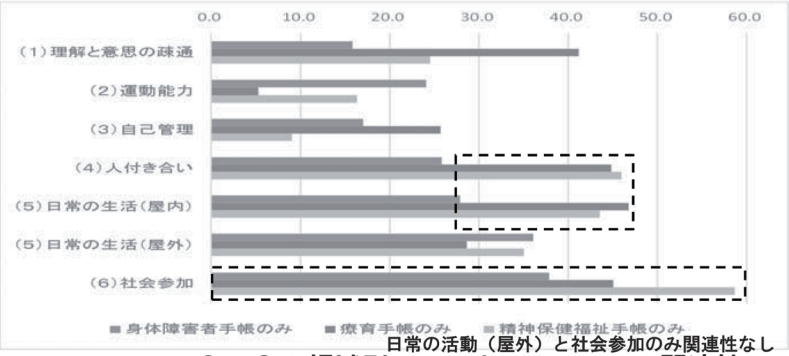
A県B市の障害者（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳所持あるいは、難病患者入院見舞金の申請者）500人を対象に平成２６年８月に郵送にて調査が実施され、347件が回収された（69.4%）。

	N	%
年齢		
18歳未満	26	7.5
18歳以上40歳未満	41	11.8
40歳以上64歳未満	90	25.9
65歳以上	190	54.6
手帳の所持パターン		
身体障害者手帳のみ	168	48.4
療育手帳のみ	27	7.8
精神保健福祉手帳のみ	31	8.9
二つ以上の手帳を所持	4	1.2
手帳を所持していない	17	4.9
未回答	100	28.8
身体障害者手帳		
1級	81	23.3
2級	32	9.2
3級	41	11.8
4級	59	17
5級	14	4
6級	10	2.9
なし	77	22.2
未回答	33	9.5
療育手帳		
OA	5	1.4
A	11	3.2
B	14	4
C	11	3.2
なし	224	64.6
未回答	82	23.6
精神障害者福祉手帳		
1級	2	0.6
2級	30	8.6
3級	19	5.5
なし	221	63.7
未回答	75	21.6

	N	%
同居人パターン		
配偶者のみ	85	24.5
同居なし	72	20.7
父・母・兄弟	25	7.2
父・母のみ	23	6.6
配偶者(夫・妻)と息子	23	6.6
同居		
一人暮らし	47	13.5
家族などと同居(二世帯住宅を含む)	257	74.1
その他(施設・グループホーム入居など)	11	3.2
未回答	32	9.2
介護給付		
区分1	5	1.4
区分2	6	1.7
区分3	1	0.3
区分4	2	0.6
区分6	1	0.3
あり(再掲)	15	0
なし	212	61.1
未回答	120	34.6
訓練等給付		
あり	10	2.9
なし	252	72.6
未回答	85	24.5
要介護認定		
要支援1	8	2.3
要支援2	7	2
要介護1	15	4.3
要介護2	7	2
要介護3	11	3.2
要介護4	4	1.2
要介護5	4	1.2
認定あり(再掲)	56	16.2
未認定	165	47.6
未回答	126	36.3

24

障害種類別WHO-DAS２．０の領域別スコア



日常の活動（屋外）と社会参加のみ関連性なし

WHO-DAS２．０の領域別スコアとADL・IADLの関連性

	ADLスコア		IADLスコア	
	β	P値	β	P値
(定数)		0.00 **		0.00 **
（1）理解と意思の疎通	-0.19	0.00 **	-0.34	0.00 **
（2）運動能力	-0.33	0.00 **	0.10	0.05
（3）自己管理	-0.54	0.00 **	-0.31	0.00 **
（4）人付き合い	0.12	0.02 *	-0.15	0.01 **
（5）日常の生活（屋内）	0.06	0.28	-0.23	0.00 **
（5）日常の生活（屋外）	-0.02	0.51	0.05	0.18
（6）社会参加	0.03	0.49	0.02	0.57
	R2=0.67, P<0.01		R2=0.66, P<0.01	

25

WHO-DAS２．０の項目別回答状況（全体と精神障害者）

26

就労支援事業所を利用する障害者に対する WHO-DAS調査

松本将八. WHO-DAS2.0 を利用した就労継続支援Ｂ型のサービスマネジメント.
兵庫県立大学大学院経営研究科　経営専門職課程　提出論文（2018）

27

評価対象となった就労支援事業所利用者の事例概要

＜事例の概要＞
性別 男　年齢 53 歳　障害種別 精神　障害等級 2級
障害支援区分 該当なし　世帯 親　婚姻 経験なし
（主な職歴や学歴、活動内容、その他利用サービス、当事業所での経験年数、家庭状況等）
小学校、中学校は地元の学校へ通い、公立の高校へと進学する。卒業後、４年制の大学へ進学するが、３年生の時に中退してしまう。父親の仕事の関係で、関東の方へ行き数年過ごし、阪神淡路大震災後神戸に戻り、在住している。学生時分は、父親が厳しく、親に対しての嫌悪感が強く反抗していた。高校の時にいじめはないが、クラスで浮いてしまっていた経験がある。大学生の時にバンドを始め、お酒を飲む機会が増えていった。女性と付き合うこともあったが、別れる度に死んでしまいたいとの衝撃が強くなったり、辛くなるとお酒に頼るようになったりした。それで、アルコール依存症となり、精神病棟での入院もあり、その後統合失調症と診断される。また、Ⅰ型の糖尿病も発症している。
現在は、症状も落ち着き、当法人に通われて３年目になり、作業に精一杯取り組んでいる。通所された当初は、障がいに対して理解が乏しく、同じ利用者に対して軽視する一面もありましたが、徐々に理解を示し、受け入れられるようになってきている。

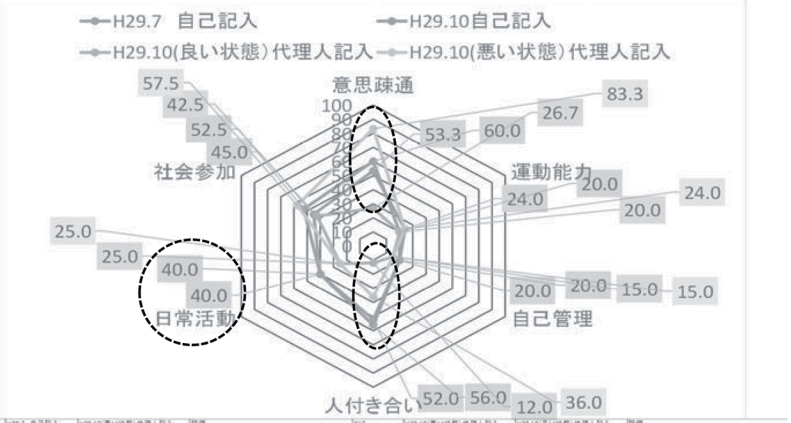
＜個別支援計画＞
総合的支援内容
作業所での仕事を無理なくこなし、現状維持で通所していけるようにする。
長期目標
事業所運営の飲食店の仕事を継続していく
短期目標
細かい作業を、より丁寧に、また少しずつ精度を上げていきたい

＜支援の内容＞
支援予定
当番の仕事を休み、日にちが空くと仕事の流れを忘れてしまうことがあり、支援の滞りが生じる可能性があるので、体調管理を促し、やりがいを持ち、充実した作業が行えるように支援していく。また、内職的な作業に苦手意識があり、集中が出来なかったりするので、ゆっくり落ち着いて作業出来る環境を提供していく。
支援の実施
仕事の面でやりにくさが、あったか面談を行い、聞き取りをしていった。そして必要に応じて、他の利用者さんの特性を伝えていき、協力して行うことを伝えていった。

＜支援の結果と評価＞
自身の糖尿病のこともあり、健康管理には気を付けているが、精神面の症状の変化には、自分自身で気付いていない様子である。しんどそうな顔をしており、しんどくないですかと尋ねると、しんどくない色んな職員さんに言われるが、何故だか分からないので、大丈夫だと答えられることが多い。しかし、目つきが普段と違い鋭くなり、音に敏感に反応し、声を荒げることもある。自分が好意に思っている人とは大丈夫だが、苦手と感じている人にはきつくあたり、受け入れられなくなる。その時には面談を行い、不満を聞いていき、仕事や人間関係に支障が出ないように、引き続き支援が必要である。

28

評価対象となった就労支援事業所利用者のWHO-DAS2.0領域別スコア



X13	H29.7 自己記入	H29.10(悪い状態)代理人記入	評価
意思疎通	53.3	83.3	悪い状態になると、意思疎通の領域に影響を与えている。自己記入においても、一番点数の高い領域となっている。
運動能力	24.0	24.0	
自己管理	20.0	15.0	
人付き合い	52.0	36.0	
日常活動	40.0	25.0	
社会参加	30.0	57.5	
基準化 合計	37.2	42.2	

X13	H29.10(悪い状態)代理人記入	H29.10(良い状態)代理人記入	評価
意思疎通	83.3	26.7	意思疎通の領域の差が顕著に表れている。次いで、人付き合い・社会参加の領域にも大きな差が見られることから、コミュニケーションの苦で課題や悪い状態の時に早期に改善できることが難しい状態であることが分かった。
運動能力	24.0	20.0	
自己管理	15.0	15.0	
人付き合い	36.0	12.0	
日常活動	25.0	25.0	
社会参加	57.5	42.5	
基準化 合計	42.2	25.6	

X13	H29.7 自己記入	H29.10(良い状態)代理人記入	評価
意思疎通	53.3	26.7	良い状態では、自己記入よりもほとんどの領域において、スコアが低い。ただ、社会参加の領域は、良い状態でも悪い点数となっているので、今後の課題として挙げられる。
運動能力	24.0	20.0	
自己管理	20.0	15.0	
人付き合い	52.0	12.0	
日常活動	40.0	25.0	
社会参加	30.0	42.5	
基準化 合計	37.2	25.6	

X13	H29.7 自己記入	H29.10 自己記入	評価
意思疎通	53.3	60.0	意思疎通・人付き合い・社会参加の領域のスコアが高い。また、その領域は比較より高くなっている。運動能力に関しては、改善されている。
運動能力	24.0	20.0	
自己管理	20.0	20.0	
人付き合い	52.0	56.0	
日常活動	40.0	40.0	
社会参加	30.0	52.5	
基準化 合計	37.2	43.3	

29

・WHO-DAS

基本属性

X 13

年齢 33歳 性別 男 教育年数 高校卒 障害種別 精神

障害等級 2級 障害支援区分 非該当 世帯 親

現病的況 経験したことがない

今回の自己記入のスコアと、代理人記入による悪い状態の神とスコアが近くなっている。WHO－DASのスコアを取っていくことで、さらにD6.8（自分でリラックスや楽しみをしようとしたときにどれだけ問題がありましたか）の項目が改善されていないことが、精神状態の悪化を防ぐことや改善することの阻害要因が残ったままとなっていることが分かった。

	1. 自己（1回目）	2. 自己（2回目）	3. 代理人 良い状態	4. 代理人 悪い状態
領域1 理解と意思の疎通	16	16	9	20
D1.1 10分間何かを行うことに集中する	2	3	1	4
D1.2 重要事項を行うことを覚えておく	3	4	1	4
D1.3 日常生活上において問題の解決方法を発見する	3	3	3	5
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）	3	3	1	4
D1.5 人々が言っていることが何かを普通に理解する	2	2	1	4
D1.6 会話をはじめて、継続できますか	3	3	1	4
領域2 運動能力	6	5	5	6
D2.1 30分程度の長い時間たっているためますか	2	1	1	2
D2.2 腰掛けた状態から立ちあがりますか	1	1	1	1
D2.3 あなたの家の中で移動しますか	1	1	1	1
D2.4 家の外に出る	1	1	1	1
D2.5 1キロメートル（「または」これ相当）の距離を歩きますか	1	1	1	1
領域3 自己管理	4	4	3	3
D3.1 全身を洗う	1	1	1	1
D3.2 自分で服を着る	1	1	1	1
D3.3 食事をする	1	1	1	1
D3.4 数日間1人で過ごす	1	1	0	0
領域4 人付き合い	13	14	9	9
D4.1 知らない人との やり取り	2	3	1	3
D4.2 友人関係を維持する	2	2	1	3
D4.3 親しい人々と交流する	3	2	1	3
D4.4 新しい友人を作る	3	3	0	0
D4.5 親密なスキンシップ	3	4	0	0
領域5 日常の活動	16	16	10	10
D5.1 自分の受け持つ家事を行う	1	1	1	1
D5.2 今、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	2	2	1	1
D5.3 あなたに必要なすべての家事を済ませることは出来ますか	1	2	2	2
D5.4 必要に応じて出来るだけ手早く家事を済ませることが出来ますか	2	2	1	1
D5.5 仕事または学校での日々の活動を行う	2	2	1	1
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済ませましたか	3	3	1	1
D5.7 あなたが必要な仕事または学校でのすべての仕事を済ませましたか	3	2	2	2
D5.8 必要に応じて、行うべき仕事を出来るだけ手早く済ませましたか	2	2	1	1
領域6 社会参加	12	21	17	23
D6.1 他の人と同じ方法で地域の活動に参加するのに、どれだけ問題がありましたか	2	3	2	3
D6.2 あなたの身の周りに生じた障害（バリア）、助けによって、どれだけ問題を抱えましたか	2	3	2	3
D6.3 他人の態度と行為によって、あなたの尊厳が傷つけられたことが、どれだけありましたか	0	0	0	0
D6.4 健康状態またはその改善のために、どれだけの時間を費やしましたか	2	5	2	2
D6.5 あなたの健康状態によって、どのくらい感情に影響を受けましたか	0	2	3	5
D6.6 あなたの健康状態は、あなたやあなたの家族にどれくらいの経済的な損失をもたらしましたか	2	2	2	2
D6.7 あなたの健康上の問題によって、何日分の仕事に問題が生じましたか	0	1	1	1
D6.8 自分でリラックスや楽しみをしようとしたとき、どれだけ問題がありましたか	4	1	1	1
合計	67	76	46	76

30

評価対象となった就労支援事業所利用者の WHO-DAS2.0の結果に基づく個別支援計画

＜個別支援計画＞

総合的支援内容

WHO-DAS の 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）の項目が、悪い状態だと 3」点、良い状態でも 3 点と高めの点数である。同様に D1.3（日常生活上において問題の解決方法を発見する）も悪い状態だと 5 点、良い状態でも 3 点であり、生活の中でのストレスの緩和が難しく、また問題の解決策が見つけられていない状態である。リラックスや楽しみがあるか確認を面談で行い、その阻害要因を見つけ出し課題を整理し、事業所内での活動で改善していくことが必要である。その中で、事業所での親しい人との交流を深めていけるように、対人面でのコミュニケーションを改善出来るように、面談や座学（SST）を通して支援していく。利用者の長期目標は「事業所が運営している飲食店のお店を継続していく」で、短期目標が「細かい作業をより丁寧に、また少しずつ制度をあげていく」である。

長期目標

①D6.8（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）の項目を、自己記入の 3 点を 1 点にする。

目標の状態は、毎日のリラックスや楽しみを行えている状態である。

短期目標

②D1.3（日常生活上において問題の解決方法を発見する）の項目の、代理人記入の悪い状態の 5 点を 4 点にする。目標の状態は、日常生活の問題があった時に、相談を出来るようになっている状態である。

③D4.3（親しい人々と交流する）の項目の自己記入を 2 点から 1 点にする。目標の状態は、親しい人との交流が、利用者自身が満足に行えている状態である。

31

評価対象となった就労支援事業所利用者の WHO-DAS2.0の結果に基づく個別支援計画における短期目標と支援

＜短期目標の支援の予定＞

②D1.3（日常生活上において問題の解決方法を発見する）の項目の、代理人記入の悪い状態の 5 点を 4 点にする。

	10月			11月			12月		
	D1.3(日常生活上において問題の解決方法を発見する）の項目の、代理人記入の悪い状態の5点を4点にする。								
	担当職員	D1.3(5→5)	レ点	D1.3(5→4)	レ点		D1.3(5→4)	レ点	
短期目標	B職員	日常生活において問題とされる悩みや不安を整理していく。	□	課題を振り返り、利用者と一緒に優先順位をつける。また優先順位の高い解決策を一緒に考える。	□		優先順位の高い課題の解決策を決める。	□	
	M職員	仕事や活動を通して、悩みや不安を抱えていそうな場面があれば、適宜面談を行い、その内容を確認する。	□	仕事や活動の中、問題が生じた場合に、帰宅前に職員と話し合いその日で課題を整理する。	□		仕事や活動内での問題を振り返り、利用者の気持ちに変化があったか確認する。また良かった点は自信につなげられるようにする。	□	
	H職員	同じ精神疾患を抱えた人同士でピアカウンセリングを開く機会を設けて、日頃の悩みを話し合う環境をつくる。	□	ピアカウンセリングの感想を聞き、他者の意見に参考になった部分を確認する。	□		再びピアカウンセリングの場を設定し、同じ境遇の悩みを話したり、聞いたりしながら、精神的な不安をやわらげ、必要時には助言を行う。	□	

③D4.3（親しい人々と交流する）の項目の自己記入を 2 点から 1 点にする。

	10月			11月			12月		
	D4.3(親しい人々と交流する）の項目の自己記入を2点から1点にする。								
	担当職員	D4. 3(2→2)	レ点	D4. 3(2→2)	レ点		D4. 3(2→1)	レ点	
短期目標	B職員	親しい人を職員と確認し、スコアの2点の状態を確認し、1点の状態を職員と一緒に考える。	□	スコアの1点の状態を振り返り、そのための課題を整理する。またその内容を職員間で共有する。	□		3か月を振り返り、目標のスコアが1点の状態になっているかを評価を行う。	□	
	M職員	仕事や活動を通して、親しい人との交流が作りやすいように、環境をつくる。	□	スコアが1点の状態になれるように、目標の細分化を行い、利用者と共に確認をする。	□		細分化された目標の振り返りを行い、評価する。	□	
	H職員	グループワークを行い、共同で仕事や活動を行い、チームと手の達成感を感じられるような場面を設定する。	□	継続して、グループワークを行い、共同で仕事や活動を行い、チームと手の達成感を感じられるような場面を設定する。	□		グループワークでの感想を聞きながら、職員の視点からも良かった点を伝えたり、次の課題について一緒に検討する。	□	

32

４．今後の展望

33

評価ツールとしてのICFの可能性

- ICF概念に基づく評価ツールは、支援者主導になりがちなケアマネジメントにおいて、本人の視点（本人の意欲やできることに着目する）を導入する契機となり、現在国内で活用されている評価ツールにない領域を含むものとして、その活用が期待できる。
- 主観的な側面を含むがゆえに、その特性を理解する必要があり、客観的な厳密性が求められるデータとして活用するためには、評価項目の継続的な精査や操作的定義の洗練、評価ガイドラインの整備が必要と考えられた。
- 評価情報を活用する領域としては、個別支援レベル（ミクロ）、地域支援レベル（メゾ）、政策レベル（マクロ）とさまざま考えられるが、地域包括ケアシステムや地域共生社会の実現にむけて、臨床レベルでの活用事例を積み重ねていくことが求められると考えられた。

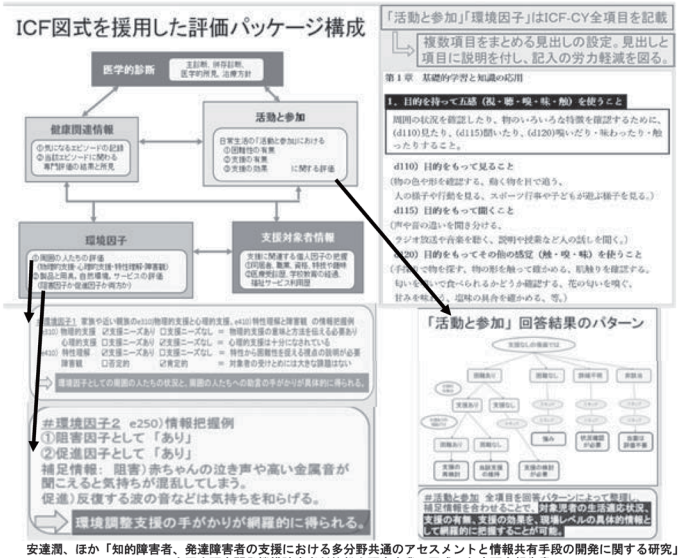
34

ICFの導入・普及法

- ICFの導入・普及法としては、参加と活動への視点が求められる就労支援領域や医療介護福祉といった領域を横断する支援におけるケアマネジメントへの活用が考えられる。
- ＩＣＦ概念やこの概念に基づく評価ツールを用いて共通化された記録様式は、今後の医療介護福祉領域における多職種協働によるチームケアやセルフマネジメントを推進するものとなると考えられる。

35

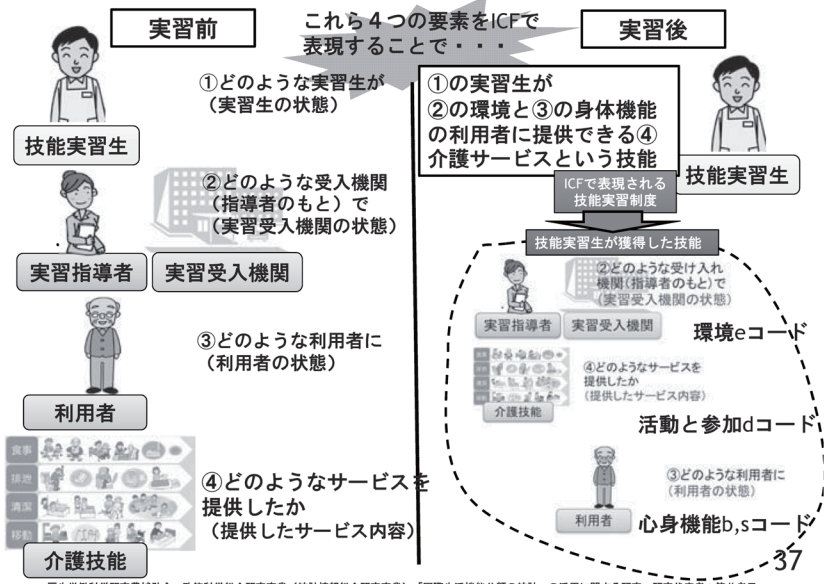
ICFの活用事例①：知的障害者、発達障害者の支援における
多分野共通のアセスメントによる情報共有



安達潤、ほか「知的障害者、発達障害者の支援における多分野共通のアセスメントと情報共有手段の開発に関する研究」
日本医療研究開発機構障害者対策総合研究事業　平成28年度研究報告書

36

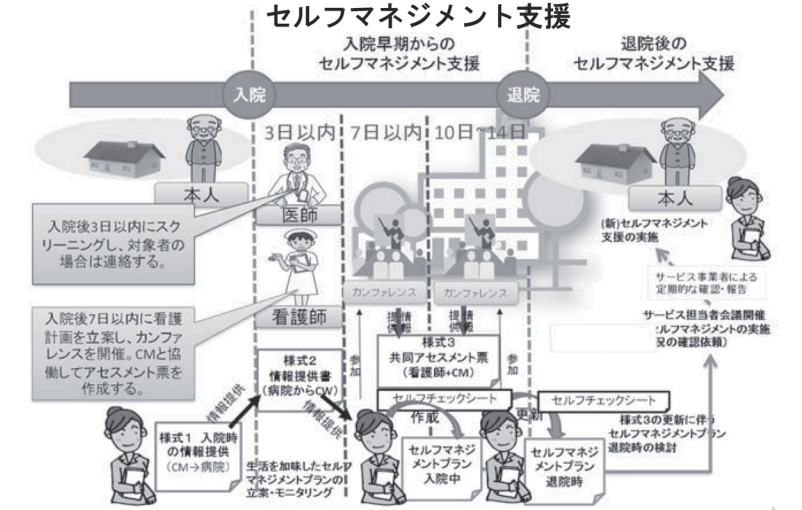
ICFの活用事例②：技能実習制度（介護分野）における技能獲得過程の評価



厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（統計情報総合研究事業）「国際生活機能分類の統計への活用に関する研究」研究代表者：簡井孝子

37

ICFの活用事例③：医療・介護の切れ目ない情報共有による セルフマネジメント支援

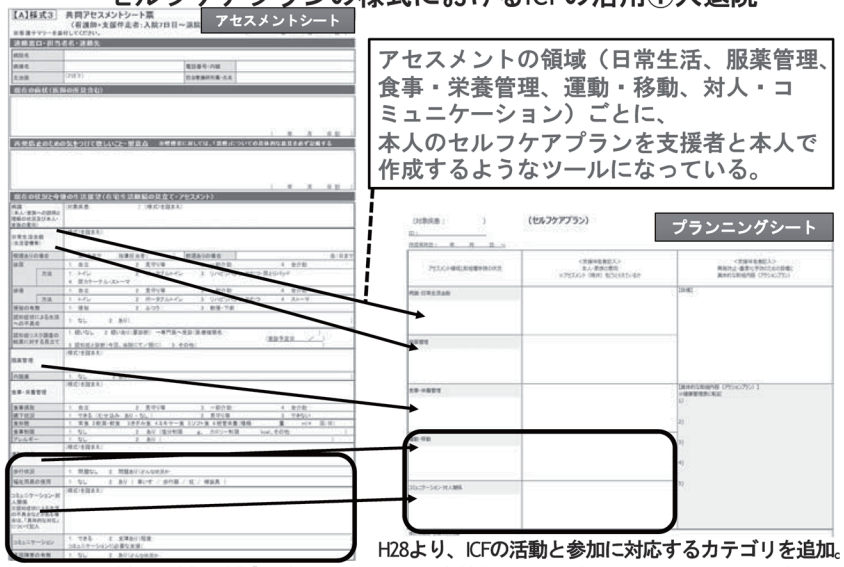


入退院イベントに係わらず、本人の活動・参加に係わる情報を専門職が一定期間保持

38

平成28年度老人保健健康増進等事業「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業（株式会社日本能率協会総合研究所）」，2017 https://www.jmar.co.jp/job/welfare/dat/h28-selfman_part1.pdf

セルフケアプランの様式におけるICFの活用①入退院



アセスメントの領域（日常生活、服薬管理、食事・栄養管理、運動・移動、対人・コミュニケーション）ごとに、本人のセルフケアプランを支援者と本人で作成するようなツールになっている。

H28より、ICFの活動と参加に対応するカテゴリを追加。

平成28年度老人保健健康増進等事業「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業（株式会社日本能率協会総合研究所）」，2017 https://www.jmar.co.jp/job/welfare/dat/h28-selfman_part1.pdf

39

セルフケアプランの様式におけるICFの活用①入退院

	CMからの入院前に関する情報	入院3日目の情報	病院看護師からCMへの情報提供（例）
服薬管理	自己管理されていたが飲み忘れがある。	医療者の指示に従い服薬は行っている。利き手に麻痺があり、服用の細かな動きに介助が必要。	
食事・栄養	主治医から塩分・カロリー制限をするように説明はあったが、具体的な方法が分からず、とくに制限はしていなかった。妻にも塩分・カロリー制限に関して相談したことはなかった。妻には塩分・カロリー制限の知	現在、軟菜食から開始となっている。ムセがあり水分はトロミ付けが必要。嗜好の片寄りはない。	・本人と妻に食事指導を受けていただき、カロリー・糖質・塩分・アルコール制限の必要性を伝える ・水分摂取についての情報提供を行う ・体重コントロールの必要性を説明 ・嚥下機能の評価を行うが、場合によっては食事形態の変更が必要である
運動・移動	日常の行動範囲は大の散歩とたばこを買いに行く程度。趣味は犬の散歩と野球中継を観戦しながらの晩酌。遠方へ出かけるときは妻が同伴しており、困ることはなかった。	不随意運動（　　） 筋硬直（　　） 麻痺（　　） MMT（右上肢2/下肢4左上下肢5）	室内移動は自力で可能であるが、屋外は支援が必要になるにろう。 自宅の構造、特に日常生活を送る部屋からトイレまでの距離によってはポータブルトイレや尿器の使用が必要になるかも知れない。 ・自力での移動が可能であるが、ベッドや椅子の上で生活する時間が長くなりがちになる。余暇の目的と運動を結び付けることが必要。
コミュニケーション・対人関係	68歳まで自営で印刷業を行っていたが、経営不振もあり廃業。しばらくは同業者との付き合いもあったが、今は遠のいている。 妻はこれまでも「私の意見は聞いてくれない」と地域包括の担当者に漏いていた。	構音障害（呂律障害）があり、発話が聞き取りにくい。入院2日目よりSTの介入を受けている。明瞭度＝2～3、退院後も外来リハに通う必要がある。 他者に意業が伝わりにくい。「えー!?、何て言ったの?」などと不様に聞き返されることに強い不快感を示し、人と会うことを避けるようになっている。	本人のキャラクターを加味すると構音障害（呂律障害）により会話がうまく図られらないことで、対人関係が疎遠になる可能性が高い。 引きこもりになる、外来リハにこれない、地域コミュニティと疎遠になるなどの可能性がある。また、家庭内コミュニケーションに障害をきたす可能性もある。 対応のポイントとして、 静かな場所で聞くと聞き取りやすい。焦ら難いてゆっくりと話しを聞くことが大切。不様な聞き返し方は、自尊心を損なう。相手の話したい内容を推測し、注意深く聞くことが重要。

入院中

入院中から、活動と参加について医療・介護関連職種が情報共有

退院後の継続的支援へ

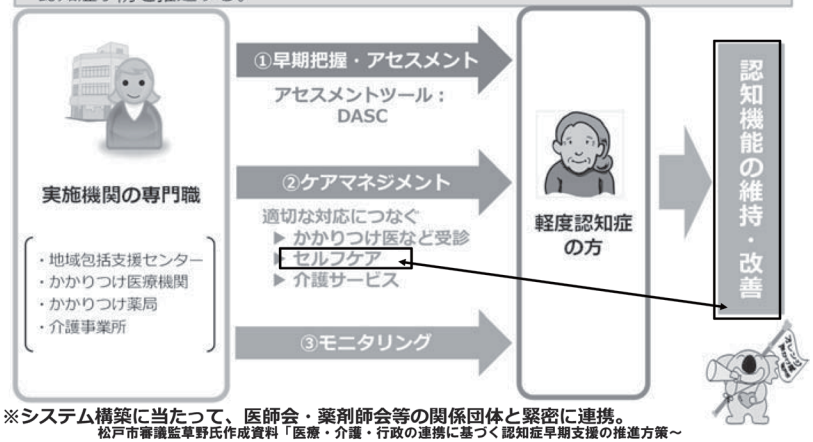
コミュニケーション・対人関係 自営業をリタイヤし、周囲との関係が疎遠になりつつあった。今回失語もあり、ますます疎遠となる可能性がある。また再発予防に対し、前向きに取り組めるような周囲や地域との関係づくりが重要。	自宅にこもりがちの生活となる可能性がある。自宅にこもりがちにならない、妻の負担感が増加しない周囲との対人関係が必要。通所リハの導入を検討する	退院後

大夛賀政昭，セルフマネジメント支援の導入による入退院支援の推進，
診療・介護報酬同時改定を見据えた看護必要度ステップアップ研修　資料（平成２９年１１月５日）

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防
まつど認知症予防モデル事業の基本コンセプト

○ 認知症の早期支援に関しては、軽度認知症の把握ができていない、医療機関に受診できていない、セルフケアができていないなどの課題がある。

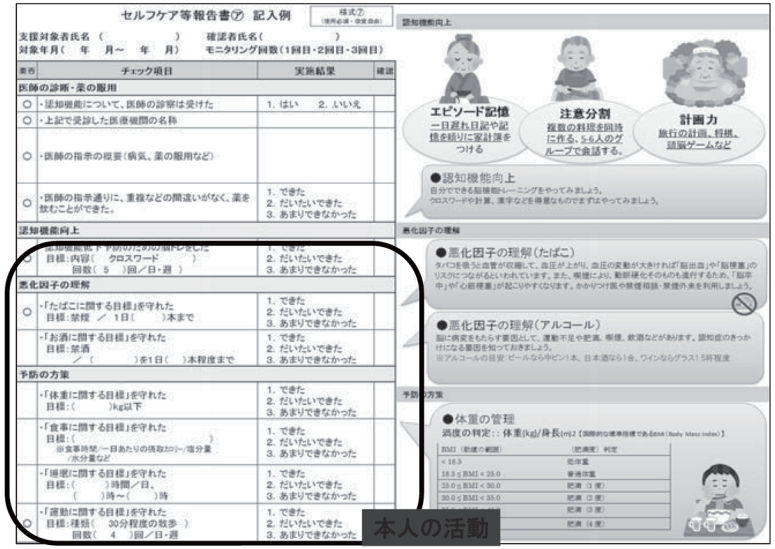
○ 「まつど認知症予防プロジェクト」モデル事業を通じて、これらの課題を解決し、認知症予防を推進する。



※システム構築に当たって、医師会・薬剤師会等の関係団体と緊密に連携。

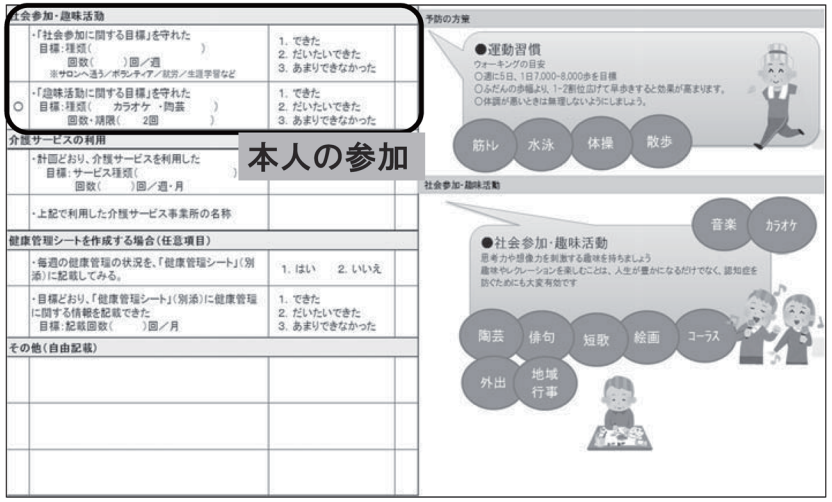
松戸市審議監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まつど認知症予防プロジェクトを例に ～」 （平成29年2月28日）一部改変

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防



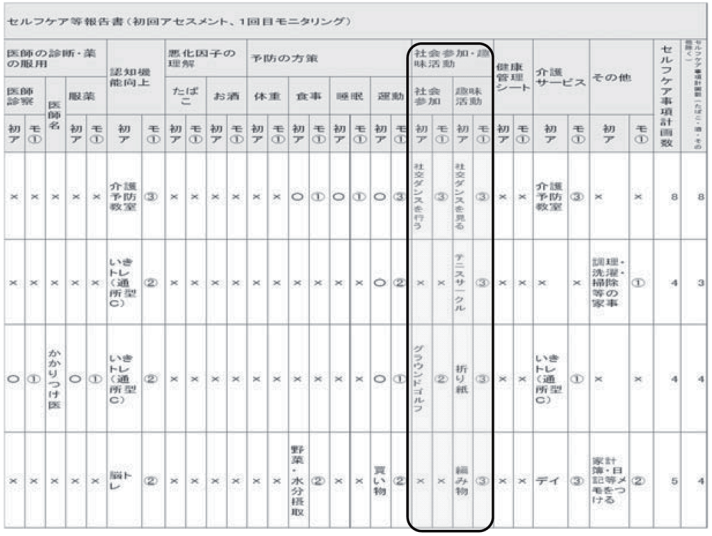
松戸市審議監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まつど認知症予防プロジェクトを例に ～」 （平成29年2月28日）一部改変

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防



松戸市審議監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まつど認知症予防プロジェクトを例に ～」 （平成29年2月28日）一部改変

セルフケアプランの様式におけるICFの活用②地域の認知症予防



松戸市審議監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～まつど認知症予防プロジェクトを例に ～」 （平成29年2月28日）一部改変

ICFに基づく包括的かつ実用的な生活機能評価システムの構築

向野　雅彦
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座

分類としてのICF

- 障害に関わる項目が全部で1454項目
- 心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子の各パートからなる

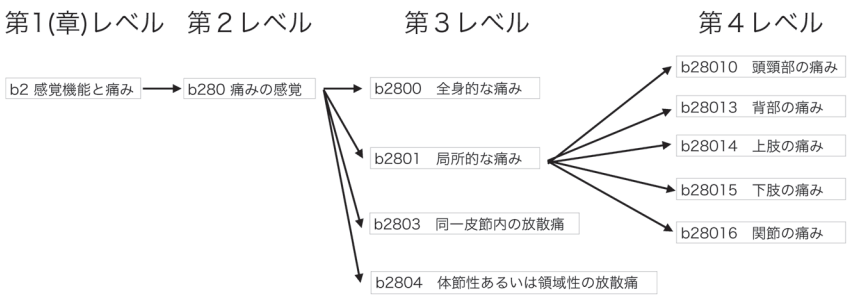
ICFを臨床で用いるメリット

- 従来のADL評価以上に広い範囲を対象として生活機能の評価が可能である
- WHOによる国際分類であり、国際比較への使用や、国際共同研究との連携がしやすい
- 標準化した評価により、ベンチマーク形成、さらには治療のクオリティ・マネジメントへの応用が可能となる

ICFを臨床で用いる上での問題点

- 分類の多さ
- 項目と定義の複雑さ
- 検者間信頼性

問題点：分類の多さ



全部で1400項目以上あり、全てをつけるのは不可能

→ ICFコアセットの利用

ICFコアセット

これまでに30以上のコアセットが発表されている

脳卒中コアセット
脊髄損傷コアセット
COPDコアセット
糖尿病コアセット
関節症コアセット
関節リウマチコアセット
・
・
・

リハビリテーションセット　(Rehabilitation set)

- b130 活力と欲動の機能 *
- b134 睡眠機能
- b152 情動機能 *
- b280 痛みの感覚 *
- b455 運動耐容能
- b620排尿機能
- b640 性機能
- b710 関節の可動性の機能
- b730 筋力の機能
- d230 日課の遂行 *
- d240 ストレスとその他の心理的要求への対処
- d410 基本的な姿勢の変換
- d415 姿勢の保持
- d420 移乗
- d450 歩行 *
- d455 移動 *
- d465 用具を用いての移動
- d470 交通機関や手段の利用
- d510 自分の体を洗うこと
- d520 身体各部の手入れ
- d530 排泄
- d540 更衣
- d550 食べること
- d570 健康に注意すること
- d640 調理以外の家事
- d660 他者への援助
- d710 基本的な対人関係
- d770 親密な関係
- d850 報酬を伴う仕事 *
- d920レクリエーションとレジャー

Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy

Birgit Prodinger, PhD,[a,b,c] Alarcos Cieza, PhD,[c,d,e] Cornelia Oberhauser, PhD,[e] Jerome Bickenbach, PhD,[a,b,c] Tevfik Bedirhan Üstün, MD,[f] Somnath Chatterji, MD,[g] Gerold Stucki, MD[a,b,c]

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2016;97:875-84

Table 4　Overview of all ICF categories contained in the newly developed ICF Rehabilitation Set and the minimal set of EFs

ICF Category		Regression Methods	Expert Consultation
ICF Rehabilitation Set (cutoff: 50%)			
b130	Energy and drive functions (G)	✓	
b134	Sleep functions	✓	
b152	Emotional functions (G)	✓	
b280	Sensation of pain (G)	✓	
b455	Exercise tolerance functions	✓	✓
b620	Urination functions		✓
b640	Sexual functions	✓	
b710	Mobility of joint functions	✓	
b730	Muscle power functions	✓	
d230	Carrying out daily routine (g)	✓	
d240	Handling stress and other psychological demands	✓	✓
d410	Changing basic body position		✓
d415	Maintaining a body position		✓
d420	Transferring oneself		✓
d450	Walking (G)	✓	
d470	Using transportation	✓	
d455	Moving around (G)	✓	
d465	Moving around using equipment		✓
d510	Washing oneself	✓	✓
d520	Caring for body parts		✓
d530	Toileting		✓
d540	Dressing	✓	✓
d550	Eating		✓
d570	Looking after one's health	✓	
d640	Doing housework	✓	
d660	Assisting others	✓	
d710	Basic interpersonal interactions	✓	
d770	Intimate relationships	✓	
d850	Remunerative employment (G)		✓
d920	Recreation and leisure	✓	

・一般セット(*)は全て含まれている。

問題点：項目と定義の複雑さ

項目によっては項目の名称や説明が臨床家に馴染みがないものがある

例：活力と欲動の機能
・・・個別的なニーズと全体的な目標を首尾一貫して達成させるような、生理的および心理的機序としての全般的精神機能

→ 簡潔で直感的な説明文の作成

簡潔で直感的な説明文の作成

- わかりにくいICFの定義に、臨床家にわかりやすい説明文をつけるプロジェクト
- 例：b134 情動機能

定義「こころの過程における感情的要素に関連する個別的精神機能

説明文「適切に感情をコントロールする機能」

中国（2014）

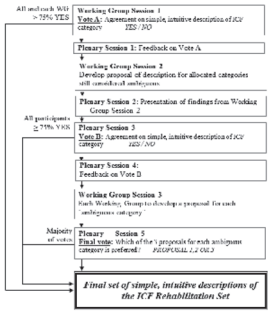
Prodinger et al. 2016

イタリア（2015）

Selb et al. 2016

日本（2016）

……



問題点：検者間信頼性

評点ガイドライン　(国際生活機能分類、付録2より)

0点	問題なし	(0-4%)
1点	軽度の問題	(5-24%)
2点	中等度の問題	(25-49%)
3点	重度の問題	(50-95%)
4点	完全な問題	(96-100%)
8点	詳細不明	
9点	非該当	

- %が何を表すのか、詳細な記載はない
- シンプルでわかりやすい一方、低い検者間信頼性が報告されている（Starrost et al. 2008, Uhlig et al. 2007, Hilfiger et al, 2009）
- 臨床スケールは医療者間の情報伝達に使われるため、このまま臨床評価として導入するのは容易ではない

→二つのアプローチを準備

Approach 1
採点・情報共有しやすい採点の仕組みの作成（補助ツールの作成）

- 採点用リファレンスガイドの作成
- 環境因子の情報の付加

採点用リファレンスガイドの作成

- これまでにも評点の基準を作成する取り組みは数多くある
- ただし、恣意的な基準の作成は元々のガイドラインと矛盾を生じる
- 客観性を保持できるよう、認知デブリーフィングを用いた基準作成のプロセスを用意

作成プロセス

多職種の医療者による採点（共通の患者）

↓

認知インタビュー

↓

採点者によるディスカッション

↓

ICF専門家によるレビュー

リファレンスガイド

検者間信頼性の検討中

weighted kappa 0.48~0.89

環境因子の情報の追加

- 臨床的には、環境因子として何が必要か、という情報が重要
- ツールとして環境因子の情報を追加して情報共有できる仕組みを準備

d450 歩行

装具装着下での歩行 → 1: 軽度の問題?

見守り下での歩行 → 1: 軽度の問題?

環境因子の情報の追加:

M (薬剤、食物) … e110

D (装具等物品・装置の使用) … e115/e120

B (建物構造) … e155

H (人的介助) … e3

装具装着下での歩行 → **1D**

見守り下での歩行 → **1H**

装具、見守り下での歩行 → **1DH**

コンピューターアプリケーションの作成

Approach 1
採点しやすい仕組みの作成
（補助ツールの作成）

課題

- 評価範囲が既存のスケール（FIM等）と重複しており、普及には工夫が必要
- これをもって評点として良いかどうかについては議論が必要

Approach 2
既存のスケールを使った情報収集

- 臨床で用いられている既存のスケールを、ICFの項目に紐付けする
- 集めたデータを分布に基づいて標準化スケールにする

Linking rule

- 既存の評価スケール等をICFの項目にリンクするためのルール
- 最初に2002年(Cieza et al, J Rehabil Med)に発表され、2005年 (Cieza et al, J Rehabil Med)および2016年(Cieza et al, Disabil Rehabil)にアップデートされた。
- このルールに基づき、これまでに100以上の論文で項目のリンクについての報告がなされている。

Number	Rule	Example
1.	Before one links meaningful concepts to the ICF categories, one should have acquired good knowledge of the conceptual and taxonomical fundaments of the ICF, as well as of the chapters, domains, and categories of the detailed classification, including definitions.	
2.	Each meaningful concept is linked to the most precise ICF category.	Item 6A of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory: "Play cards and other games". This item is linked to the 3rd level category d9200 "Play" and not to the 2nd level category d920 "Recreation and Leisure".
3.	Do not use the so-called "other specified" ICF categories, which are uniquely identified by the final code 8. If the content of a meaningful concept is not explicitly named in the corresponding ICF category, the additional information not explicitly named in the ICF is documented.	Item 17 of the State-Trait Anxiety Inventory: "I am worried". This item is linked to b152 "Emotional functions" and the additional information "worried", which is not explicitly named in the ICF, is documented. Item 5.1 of the Aberdeen Low Back Pain Scale: "In your right leg, do you have pain in the foot/ankle?". The meaningful concept "pain in right foot/ankle" identified in this item is linked to b28015 "Pain in a lower limb" and the additional information "right foot/ankle" not contained in that category is documented.
4.	Do not use the so-called "unspecified" ICF categories, which are uniquely identified by the final code 9 for the lower level category.	Item 14 of the Dallas Pain Questionnaire: "How much do you think your pain has changed your relationship with others". The meaningful concept "your relationship with others" is linked to d7 "Interpersonal interactions and relationships" and not to d799 "Interpersonal interactions and relationships, unspecified".
5.	If the information provided by the meaningful concept is not sufficient for making a decision about the most precise ICF category it should be linked to, the meaningful concept is assigned nd (not definable). Special cases of this rule: a. Meaningful concepts referring to health, physical health or mental (emotional) health in general, are assigned nd-gh, nd-ph or nd-mh (not definable-general health, not definable-physical health, not definable-mental health), respectively. Meaningful concepts referring to quality of life in general are assigned nd-qol (not definable-quality of life).	Item of section 5 of the St. George's Hospital Respiratory Questionnaire: "I have unpleasant side effects from my medication". The meaningful concept "side effects" is assigned "nd". Item 1 of the SF-36: "In general, would you say your health is …?". The meaningful concept "health" is assigned "nd-gh". Item 1 of the WHOQoL-Brief: "How would you rate your quality of life?". The meaningful concept "quality of life" is assigned nd-qol.
6.	If the meaningful concept is not contained in the ICF, but it is clearly a personal factor as defined in the ICF, the meaningful concept will be assigned pf (personal factor). Personal factors are defined in the ICF as follows: "The particular background of an individual's life and living, and comprise features of the individual that are not part of a health condition or health status. These factors may include gender, race, age, other health conditions, fitness, lifestyle, habits, upbringing, coping styles, social background, education, profession, past and current experience (past life events and concurrent events), overall behaviour pattern and character style, individual psychological assets and other characteristics, all or any of which may play a role in disability at any level".	Item 29 of the Quality of Life Index - cardiac version IV: "… Your faith in God?". The meaningful concept "faith in God" is assigned pf.
7.	If the meaningful concept is not contained in the ICF and it is clearly not a personal factor, this meaningful concept is assigned ne (not covered by ICF).	Item 3 of the Hamilton Rating Scale for Depression: "… attempts at suicides". This meaningful concept is assigned ne.
8.	If the meaningful concept refer to a diagnosis or a health condition, the meaningful concept will be assigned he (health condition)	Item 8 of the Asthma Quality of Life Questionnaire: "How often during the past two weeks did you feel short of breath as a result of your asthma?". The meaningful concept "asthma" is assigned he.

既存の評価スケールを用いた情報収集

例：FIM (Functional Independence Measure)

更衣（上）
更衣（下）
→ d540 更衣

入浴 → d510 自分の身体を洗うこと

FIM
MoCA
SIAS
… → ICF コアセット
日本版評価セット

数値化の方法

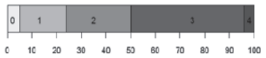
例：d4 運動・移動　の項目群

FIM
トイレ移乗
ベッド移乗
浴槽移乗
歩行

ABMS
起き上がり
座位保持
立ち上がり
立位保持
・・・

d4 スコア
計 45点/ 80点

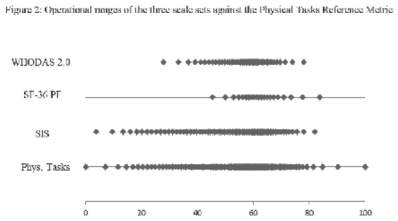
Rasch分析 → 0-100の標準指標化



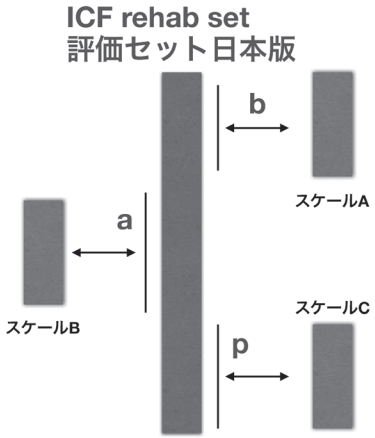
Prodinger et al, 2016

データの互換性

- Rasch分析を使用することにより、他のスケールやICFの取り組みと相互比較の仕組みを作ることができる



Prodinger et al, 2017



Approach 2
既存のスケールを使った情報収集

課題

- ICFリハビリテーションセットの30項目を埋めるだけでも多くのスケールの情報を必要とする
- 既存のスケールでカバーできない項目が多々ある（質問紙が適用できる症例は一部）
- 小項目ごとの比較が難しい

二つのアプローチの組み合わせによるデータベースの構造

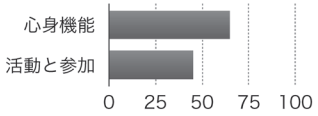
簡易なデータセットによるスクリーニング

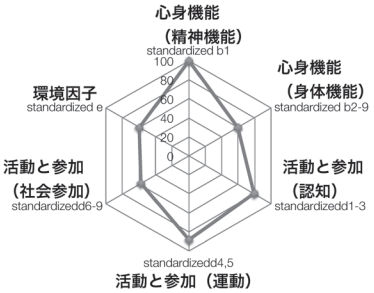
既存のスケールを加えた拡張版データセットによる詳細な評価

項目ごとの評価

	Score	M	D	B	H
b130	2	✓			
b134	2	✓			
⋮					
d230	1				✓
d240	2				✓
d410	1		✓	✓	
d415	3		✓	✓	
⋮					

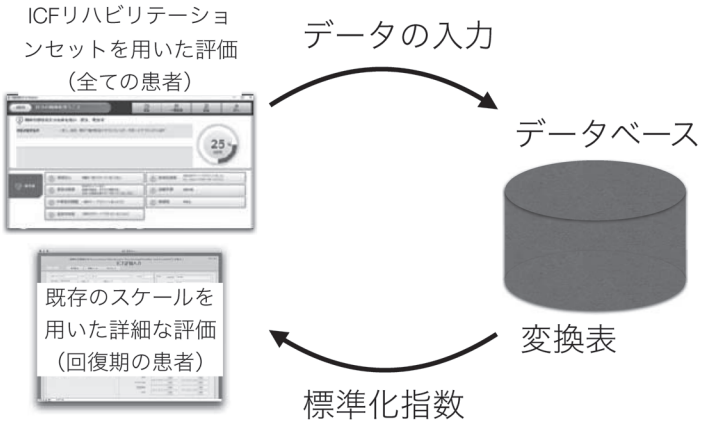
標準指標化





構築を目標としているシステム：

ICFを用いた結果のフィードバックの仕組み



(ソフトウェアから自動的にフィードバック：
同様の患者と比較してどのくらいなのか?)

第7回　厚生労働省　ICFシンポジウム

事例紹介⑤
ＩＣＦステージングを使っての質の評価
～状態像の推移を追う～

平成30年1月20日（土）
15：25～15：40
折茂賢一郎

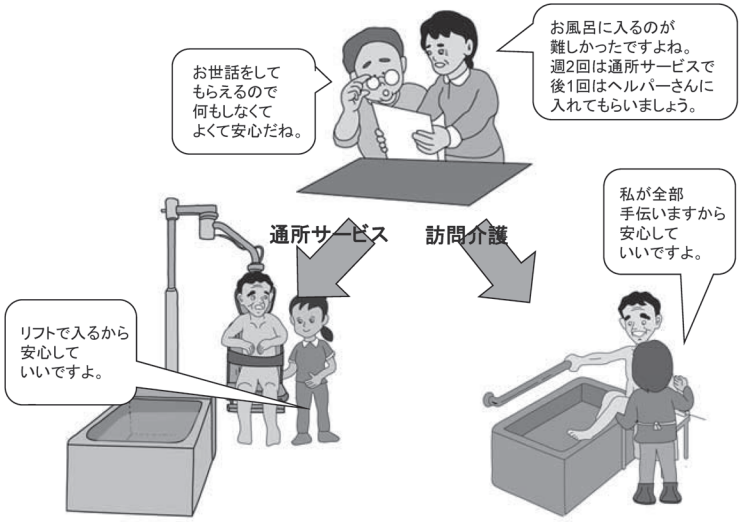
公益社団法人　全国老人保健施設協会　副会長
公益社団法人　群馬県老人保健施設協会　顧問
千葉県　介護老人保健施設「市川ゆうゆう」　施設長
群馬県　六合温泉医療センター　センター長
（介護老人保健施設　六合つつじ荘）
群馬県　西吾妻福祉病院　名誉病院長

「保護型介護」＝「障害穴埋め型介護」

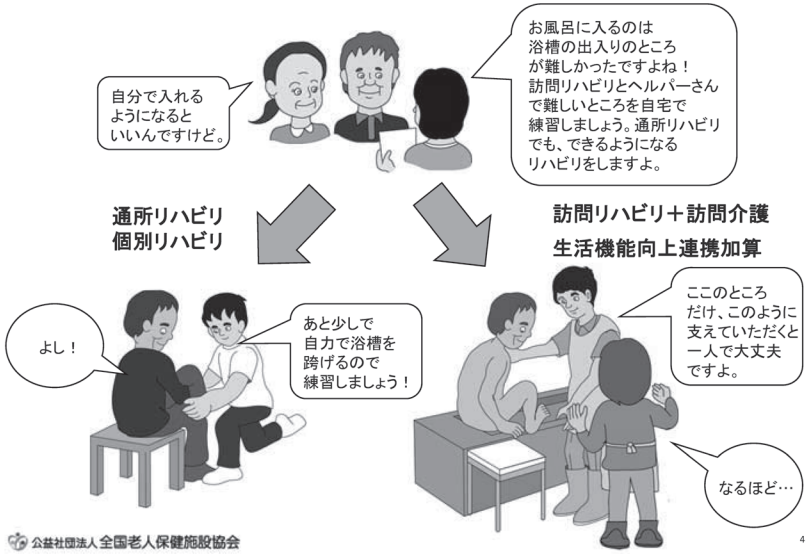
↓

「自立支援型介護」＝「能力サポート型介護」

保護(給付管理)型 ＝ 障害穴埋め型



自立支援型 ＝ 能力サポート型

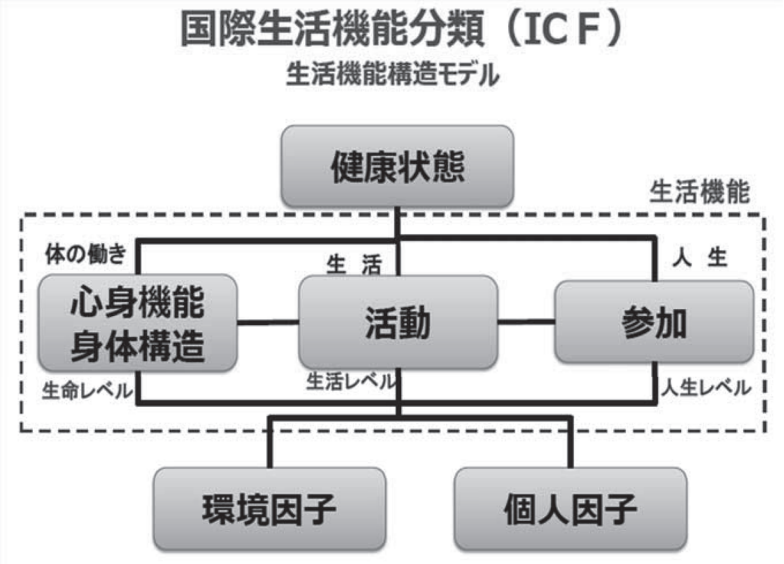


全国老人保健施設協会が開発した
全く新しい評価手法モデル

ＩＣＦステージング
ICF Staging

公益社団法人全国老人保健施設協会

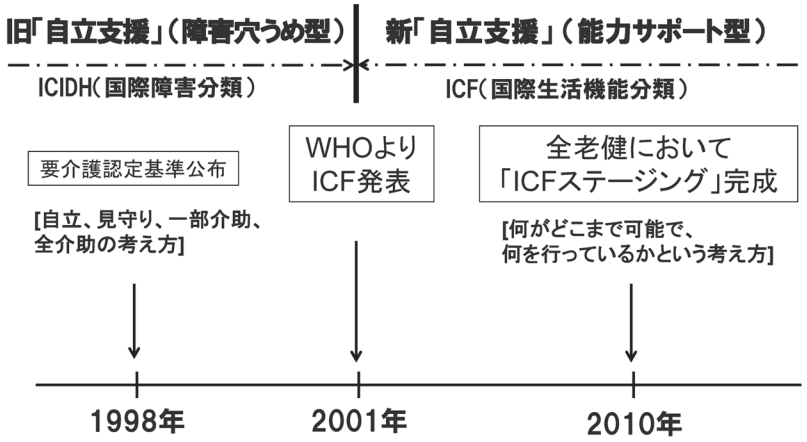
5



約1500項目に分類されている

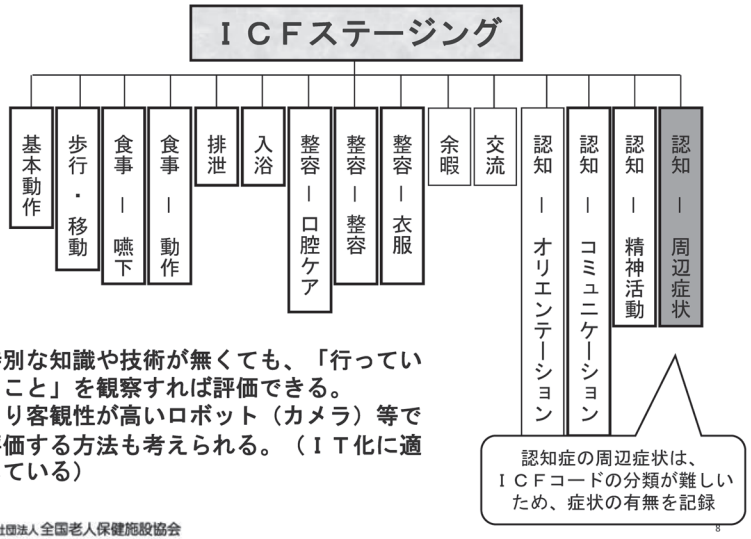
6

分かりやすく、使いやすい介護の“ものさし”
ＩＣＦステージング



公益社団法人全国老人保健施設協会

「できるか？」ではなく **「行っている事実」を記録する**



- 特別な知識や技術が無くても、「行っていること」を観察すれば評価できる。
- より客観性が高いロボット（カメラ）等で評価する方法も考えられる。（ＩＴ化に適している）

公益社団法人全国老人保健施設協会

8

従来のアセスメントと ICFステージング との比較

要介護認定
介護の手間を評価
「見守り・一部介助」の主観評価
（介護される側に規定されやすい）

日常生活自立度
認知症の日常生活自立度
専門家でも評価が容易ではない

ＩＣＦステージング
利用者を直接評価
普段行っていることを客観評価
（本人の機能に規定される）

一般の方や家族でも評価できる

大きな変化しか追えない

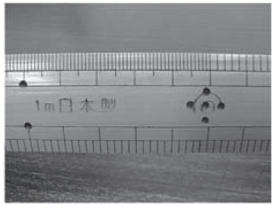
小さな変化も追える

公益社団法人全国老人保健施設協会 9

過去の介護現場の測定

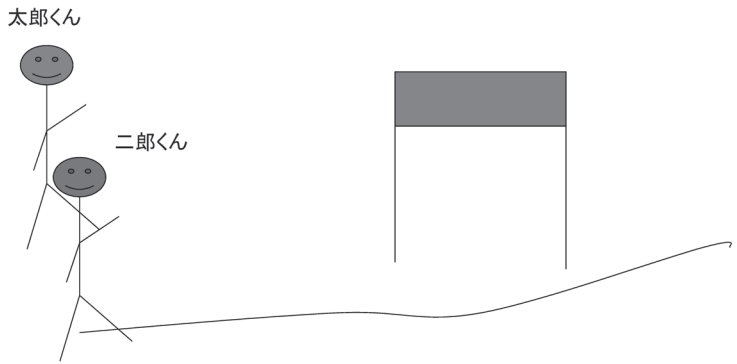
- 移乗
  - 自立ー見守りー　部分介助ー全介助

利用者の状態　利用者の観察に基づく判断　介助量に基づく判断



公益社団法人全国老人保健施設協会

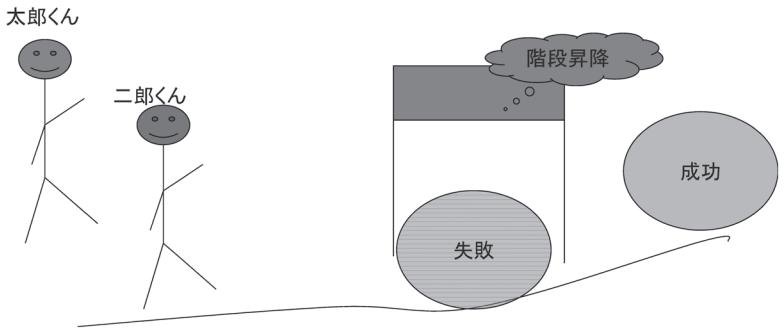
アセスメントからケアプランまでの考え方



二人がハードルを飛び越えるというテストを受ける
（二人がある設問に答える）

公益社団法人全国老人保健施設協会

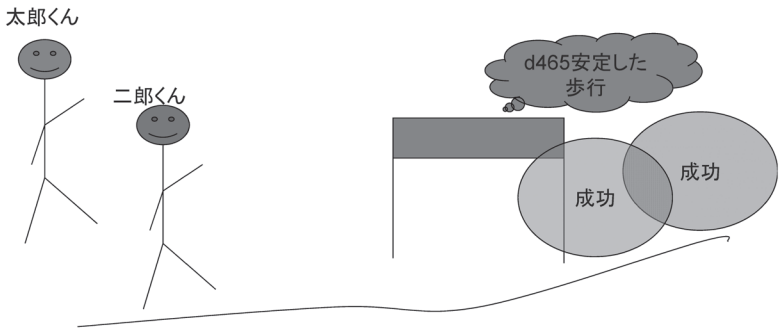
これをアセスメントにおきかえる



二人が「ICFd4551階段昇降」という設問に解答する

公益社団法人全国老人保健施設協会

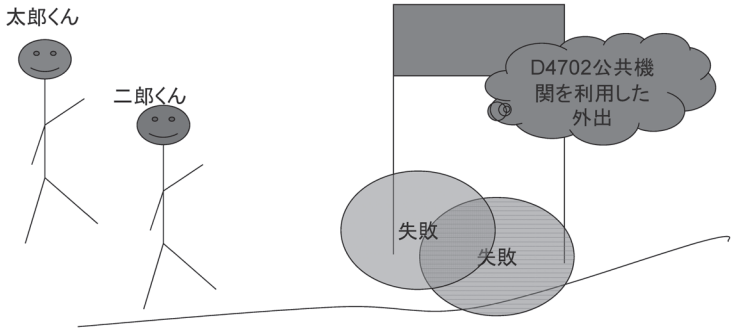
より簡単な質問だと二人とも成功する



二人が「ICFd465安定した歩行」という設問に解答する

公益社団法人全国老人保健施設協会

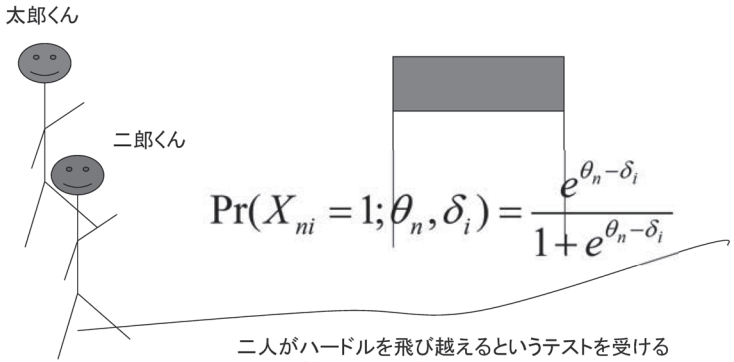
より難しい質問だと二人とも失敗する



二人が「ICFd4702公共機関を利用した外出」という設問に解答する

公益社団法人全国老人保健施設協会

Ｒａｓｃｈ法の導出について



$$\Pr(X_{ni}=1;\theta_n,\delta_i)=\frac{e^{\theta_n-\delta_i}}{1+e^{\theta_n-\delta_i}}$$

二人がハードルを飛び越えるというテストを受ける
（二人がある設問に答える）

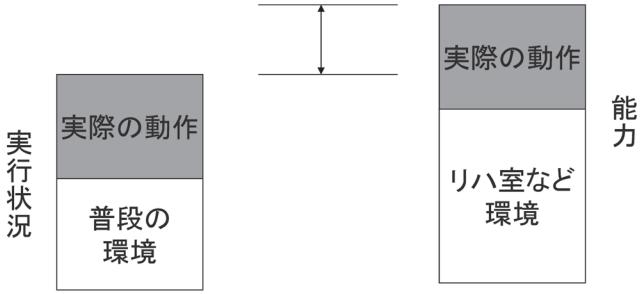
Θ: 能力値 ＞ δ: 困難度（ハードルの高さ）

公益社団法人全国老人保健施設協会

「行っていること」と「出来ること」

行っていること（Performance）　　出来ること（Capacity）

普段おこなっていること　　リハ室や、ケアスタッフの指導などのより恵まれた環境でできること



•「行っていること」と「できること」の違いは、「普段行っていること」か、特殊な環境、例えば「リハ室や、ケアスタッフの指導などのより恵まれた環境」でのみできるかの違い

公益社団法人全国老人保健施設協会

スケール作成の流れ

ICFコードを構成概念的妥当性・内容的妥当性に基づいてグループ化

↓

項目ごとのRasch適合度の検討： 統計的にグループ化

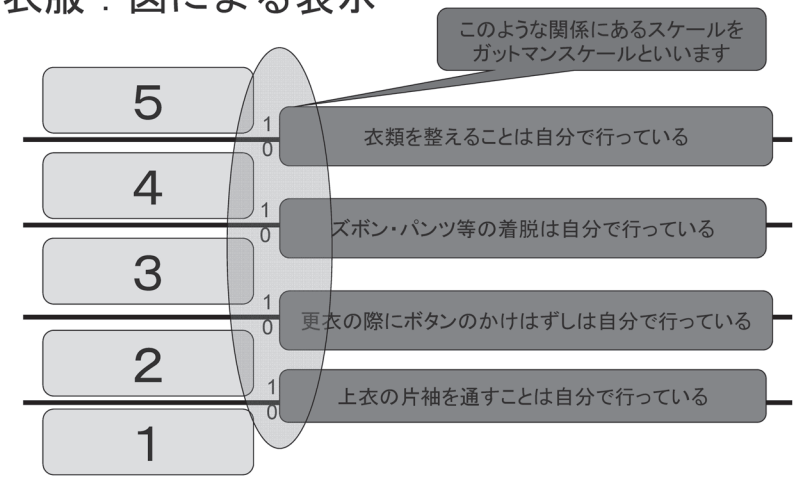
↓

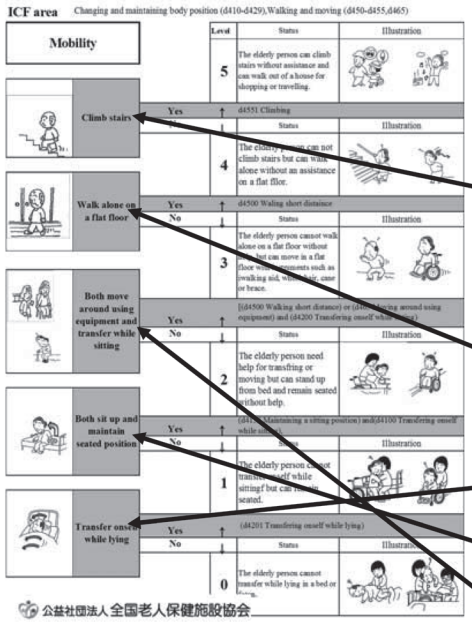
項目間距離の検討： 難易度の分析

↓

ガットマンスケールの作成： 簡易スケールの開発

衣服：図による表示





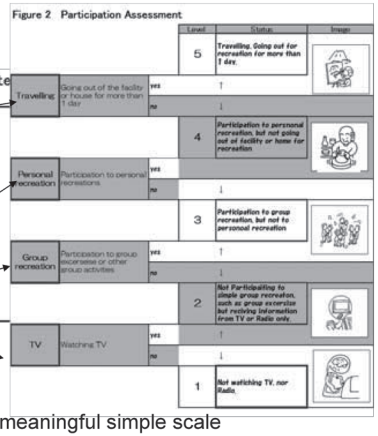
Seq	Code	Statement	Location
21	d4552	Running	3.783
17	d4502	Walking on different surfaces	3.763
22	d4553	Jumping	3.473
16	d4501	Walking long distances	3.026
18	d4503	Walking around obstacles	2.785
9	d4151	Maintaining a squatting position	2.504
10	d4152	Maintaining a kneeling position	1.473
3	d4102	Kneeling	1.441
2	d4101	Squatting	1.429
25	d4602	Moving around outside the home	1.367
20	d4551	Climbing	1.273
4	d4103	Sitting	0.963
32	b740	Muscle endurance functions	0.770
30	b730	Muscle power functions	0.570
5	d4104	Standing	0.212
19	d4550	Crawling	0.065
26	d4701	Using private motorized transporta	−0.040
12	d4154	Maintaining a standing position	−0.074
6	d4105	Bending	−0.175
37	b770	Gait pattern functions	−0.257
15	d4500	Walking short distances	−0.519
29	b720	Mobility of bone functions	−0.611
7	d4106	Shifting the body's centre of	−0.634
24	d4601	Moving around within buildings	−0.653
27	b710	Mobility of joint functions	−0.701
35	b760	Control of voluntary movement	−0.825
1	d4100	Lying down	−1.542
23	d4600	Moving around within the home	−1.604
14	d4201	Transferring oneself while lying	−1.689
33	b750	Motor reflex functions	−1.950
31	b735	Muscle tone functions	−2.062
8	d4150	Maintaining a lying position	−2.196
11	d4153	Maintaining a sitting position	−2.215
28	b715	Stability of joint functions	−2.285
34	b755	Involuntary movement reaction	−2.436
13	d4200	Transferring oneself while sitting	−2.446
36	b765	Involuntary movement functions	−3.980

Result 2
Re-construction to Guttmann type scale

Leisure Activities

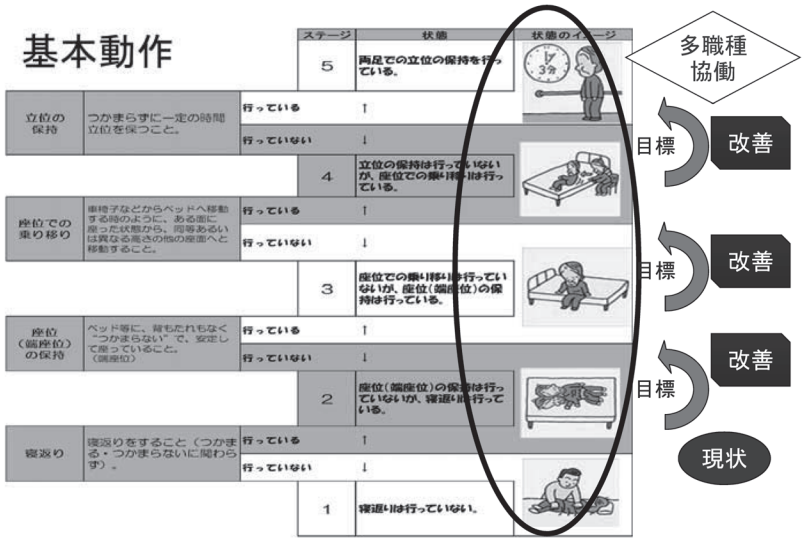
Table 1 location and item fit of the leisure activity related ite

ICF code	items
d9209	Travelling
d860	Shopping locally (not in the institution)
d9208	Watching movie not in care service facility
d860	Shopping within institution
d9208	Going out to park or field
d9208	Lisning to radio
d9208	Other personal leisure
d9201	Participation to personal excersise
d9208	Watching movie in care service facility
d9201	Participation to group excersise
d9208	Watching TV



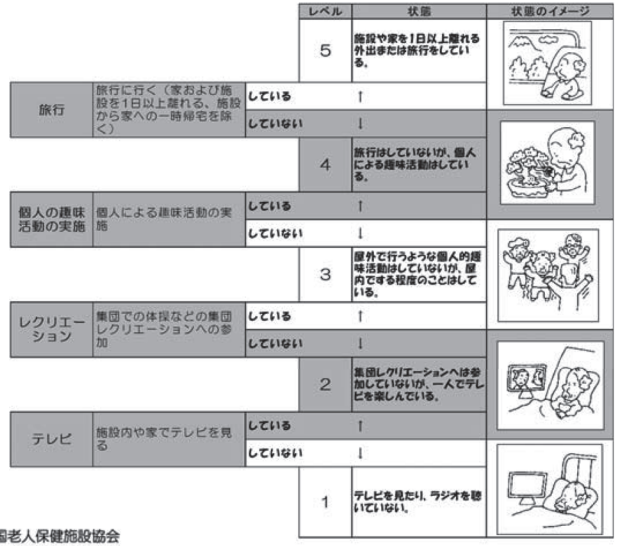
We regrouped the result to make meaningful simple scale

基本動作



「行っていること」のステージを選び、その番号を記録

社会参加～余暇の指標



認知機能のアセスメント

- 見当識および精神活動は「できるかどうか」、コミュニケーションは普段から「行っているかどうか」で判断
  - ※ これは、見当識と精神活動は、普段日常ではあまり明らかでない活動内容を調査しているため
- 一方コミュニケーションは、普段の周囲の人との対応や、言語活動の状態などで判断。
- せん妄などにより、時間によって意識障害が変動するような場合は、意識状態が良好な時間に基づいて判断
  - ※ 特記事項に意識状態の変化を記入
- 聴覚障害や、運動失語症などで、言葉は理解するが、表現できない場合は、言葉以外の表出によって判断。
  - ※ 感覚失語などで、言葉を理解していない場合は、わからないと判断する。

認知機能～オリエンテーション

ステージ5の判断：年月日が＋／－1日の誤差でわかっているかどうか、確認する。日によって、わかったりわからなかったりする場合は、わかると判断してかまわない。

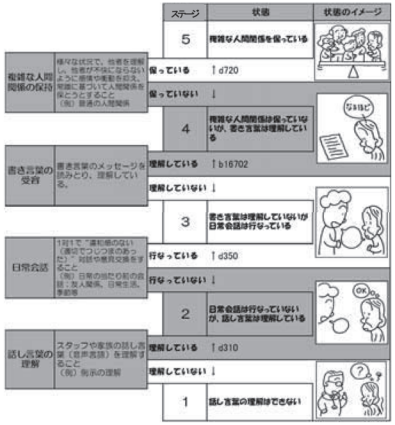
ステージ4の判断： 年月日がわからない場合、現在いる場所の種類がわかるかどうかで判断する。例：自宅か、老人施設か、病院かの3つの選択肢で判断する

ステージ3の判断：場所の種類がわからない場合、目の前でこの調査をおこなったり、世話をしている人が、家族か、施設の職員か、あるいは友人か、がわかるかどうかである。

ステージ2の判断：目の前の人がだれかわからない場合、自分の名前がいえるかどうかを判断する。

ステージ1の判断：自分の名前が言えない場合が該当する。

認知機能～コミュニケーション



ステージ5の判断：施設内で、他の利用者や、介護職員、医師などと、それぞれの役割を理解し、感情や衝動を抑え、トラブルを起こさず生活できている場合

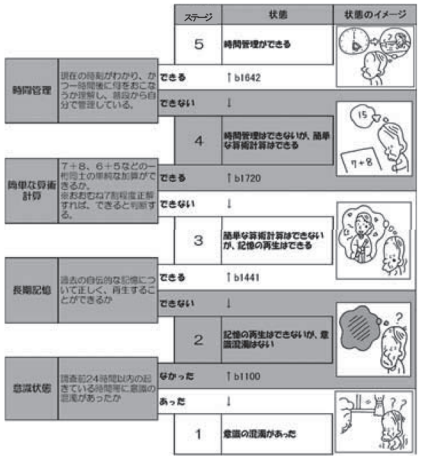
ステージ4の判断：新聞や本などはもちろん、壁に張り出してあるスケジュールや、各種の案内等を理解しているかどうかで判断

ステージ3の判断：普段から、簡単な日常会話を、職員あるいは他の利用者と行っているかどうかに基づいて判断する。話を聞くだけではなく、自らも話をしている場合がレベル3

ステージ2の判断：普段会話は成立しないが、職員は他の利用者の話は理解している場合はレベル2と判断する。

ステージ1の判断：話し言葉の理解ができない場合が該当する。感覚失語等で言語が理解できない場合はこのレベルになる。

認知機能～精神活動



ステージ5の判断：普段から時間を理解して、たとえば入浴や食事、リハビリの時刻になると、自らその準備をするなど、普段から時間の管理ができているかどうかで判断

ステージ4の判断：　時間管理ができない場合に、単純な加算ができるかどうか、概ね7割程度正解できればできるとする。

ステージ3の判断：簡単な算術計算ができない場合、長期記憶について聞き取りを行う。たとえば、最終学歴や、結婚など数十年前におきたと考えられることについてスムースに記憶を再生することができればレベル3

ステージ2の判断：過去の記憶再生ができない場合、意識混濁があるかどうかに基づいて判断。せん妄等で一時的な意識混濁のときではなく、通常の利用者の状態で判断

ステージ1の判断：せん妄や重度の認知症のため、意識混濁がある場合を含む。

ICFステージング の有用性

1. 良くなったか悪くなったか、小さな変化もキャッチできる。
   →ケアの質の向上につながる。
2. 医療と介護の両方の場で使える共通言語になる。
3. 数字とイラストで表現しているので、在宅でも使えるし、外国でも使える。
4. 公益社団法人の知的財産として学術論文[1)2)]があり、裏付けがしっかりしている。

1）大河内二郎、高椋清、東憲太郎、折茂賢一郎、本間達也、西脇恵子、安藤繁：要介護高齢者における余暇および社会交流ステージ分類の開発，日本老健医学会雑誌　第51巻第6号，2014.11
2）Okochi et.al.: Staging of mobility, transfer and walking functions of elderly persons based on the codes of the International Classification of Functioning, Disability and Health, BMC Geriatrics 2013, 13:16

では、ICFステージングを使って、老健施設の事例をご覧ください。

Google

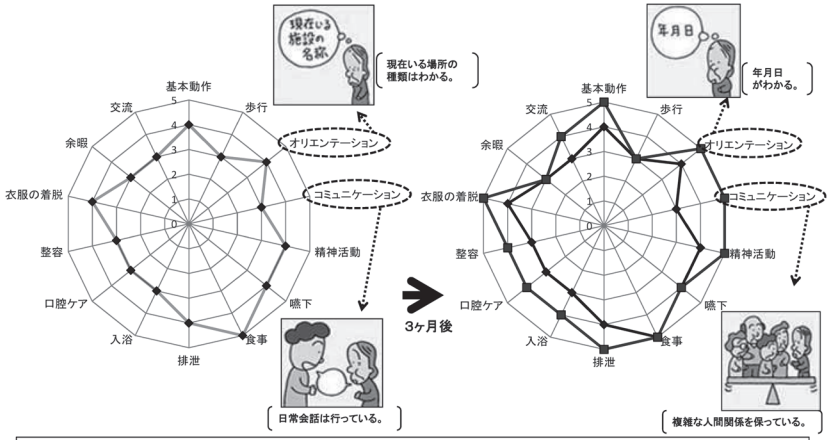
詳しくは ＩＣＦステージング で検索！

【URL】：http://www.roken.or.jp/r4/free/r4_v203/ICF_staging_manual_201505.pdf

【79歳／男性】

主な病歴：脳梗塞
パーキンソン症候群
乳癌の術後

要介護度2
障害自立度：B1
認知症自立度：Ⅱb

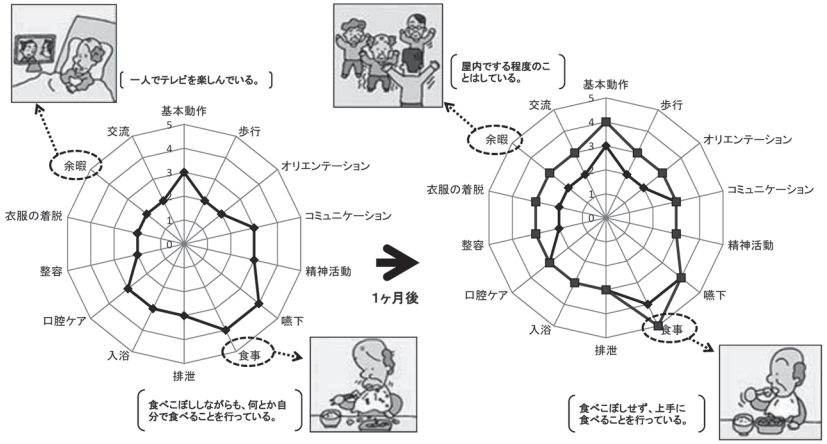


認知症短期集中リハビリテーション等の実施により
認知機能（コミュニケーション等）が改善　⇒　在宅復帰

【87歳／女性】

主な病歴：慢性心不全
左大腿骨頚部骨折
認知症／大動脈解離・脳動脈瘤

要介護度3
障害自立度：B1
認知症自立度：Ⅲb

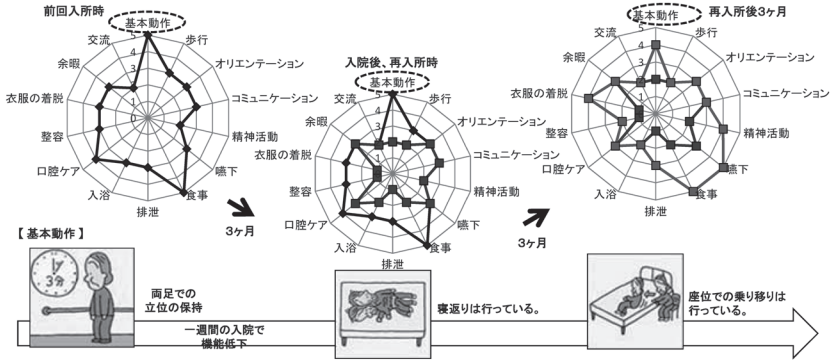


短期集中リハビリの実施により
短期間で身体機能が改善、意欲も向上　⇒　在宅復帰

【66歳／女性】

主な病歴：認知症／糖尿病

要介護度3
障害自立度：B1
認知症自立度：Ⅲb

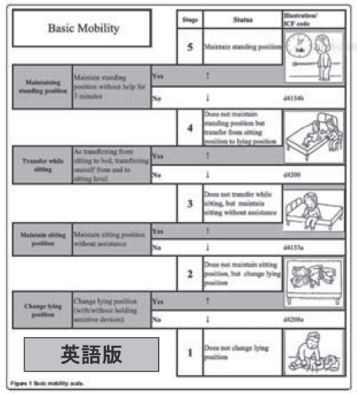


【ケア内容】
（医師）　：投薬コントロール等の医学管理
（リハビリ専門職）　：安全に配慮しつつ、歩行訓練の実施
（看護・介護）　：昼夜のメリハリをつけ、夜間睡眠を習慣付ける
（栄養士）　：口から食事が取れるよう、食事形態を検討し心身機能を回復

一週間の入院により機能が低下
⇒　老健施設に再入所、多職種協働によるリハとケアで改善、在宅復帰を目指す

今　後　の　展　開

- ●多言語への翻訳
  シンプルで多言語化が容易



- ●効果が期待できる介入パターンの抽出

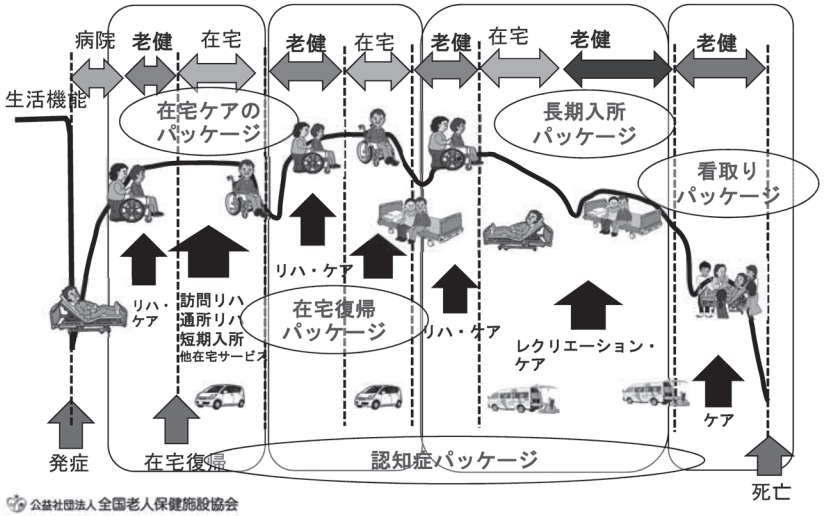
↓

介護ケア・パッケージ化
- 事例の収集・解析
- 有効性の高い介入パターンの抽出・検証

公益社団法人全国老人保健施設協会

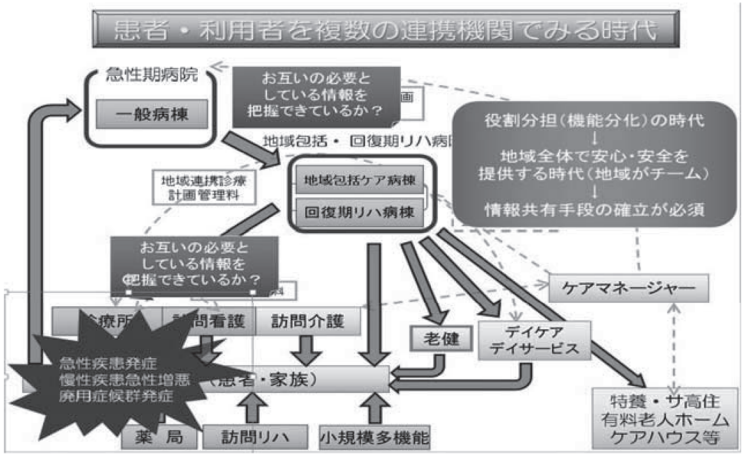
32

様々な介護ケア・パッケージを準備し、ケアの質の向上を目指したい。



公益社団法人全国老人保健施設協会

地域包括ケアシステムにおける医療・介護連携で、ICFステージングが活用されている事例をご紹介します



34

医療サービスと介護サービスの連携

主な医療と介護の連携の場面

- 医療と介護の連携
  - 入退院時の連携：入院医療機関の医師・退院支援職員と居宅介護支援事業所・地域包括支援センターの介護支援専門員との連携
  - 生活の場での連携：療養生活を支える医療職と介護職の連携
    - 在宅における連携
      - ・多職種連携：在宅医療に携わる医師等医療職と在宅介護に携わる介護支援専門員等介護職との連携
      - ・通所系と訪問系の連携：通所リハと訪問リハの連携等
    - 施設における連携：特養・老健の医師・介護支援専門員と医療機関の医師・看護師等との連携

主な施策

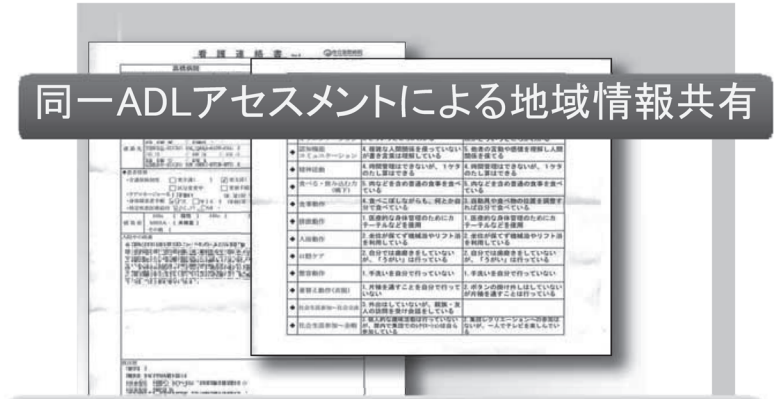
- 介護保険事業（支援）計画
- 医療計画
- 地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業（市町村事業）
- 介護報酬改定
- 診療報酬改定

35

ADLアセスメント点数変化追跡（法人内）2011.7～2016.8　27,000件　実人数 2,229名

36

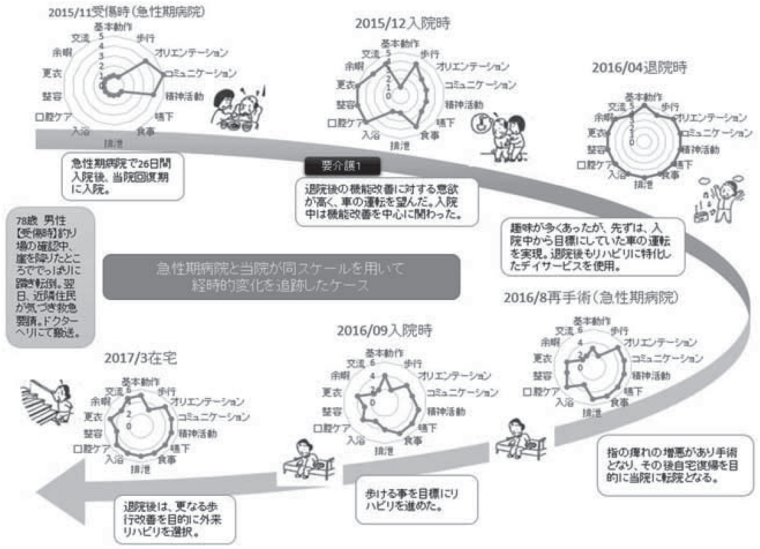
つながるADL（市立函館病院⇒本院）



同一ADLアセスメントによる地域情報共有

2015年8月から市内３次救急病院も看護連絡所様式（ＡＤＬアセスメント）を開始。急性期時点からＡＤＬ変化の追跡が可能となった。

37



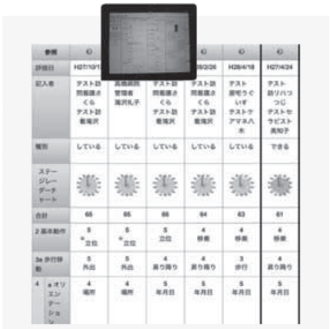
38

連携ツールによるADL情報の変化

導入前

事業所ごとにアセスメントツールが異なり、紙ベースでの管理であった為、自事業所のみでの情報に留まっていた

導入後



関係事業所間でアセスメントツールが統一された。異なる事業所から入力された情報が時系列で一覧表示さ れるため、経時的変化を捉えられる

39

生活の質 ：Quality of Life（QOL）
地域の質：Quality of Community（QOC）

地域をつなげるICFステージング
↓
老人保健施設の役割は大きい

ADLアセスメント（日常生活活動度：70点満点）

	4/25～5/1	5/2～5/8	5/9～5/15	5/16～5/22	5/23～5/29	5/30～6/5	6/6～6/12
急性期病院	35	45					受診
リハ病院		45	62				
C医院			62	50			
訪 看				50	54		
老 健					54	60	
訪問リハ						60	64

40

■協力
日本医学会
公益社団法人 日本医師会
一般社団法人 日本内科学会
一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会
公益社団法人 日本看護協会
公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
公益社団法人 日本理学療法士協会
一般社団法人 日本作業療法士協会
一般社団法人 日本言語聴覚士協会
日本脊髄障害医学会
ソーシャルケアサービス従事者研究協議会
公益財団法人 テクノエイド協会
公益社団法人 日本医療社会福祉協会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
公益社団法人 日本介護福祉士会
公益社団法人 日本社会福祉士会
公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟
日本保健医療福祉連携教育学会
公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会
一般社団法人 日本精神科看護協会
特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
特定非営利活動法人 日本ソーシャルワーカー協会
一般社団法人 日本在宅医学会
日本在宅ケア学会
一般社団法人 日本老年医学会
公益社団法人 全国老人保健施設協会　（順不同）

厚生労働省
政策統括官付参事官付
国際分類情報管理室
〒100-8916　東京都千代田区霞が関 1-2-2
TEL 03-5253-1111（内線 7493）

シンポジウム事務局（オスカー・ジャパン(株)内）平日10:00～12:00、13:00～16:00
〒181-0013　東京都三鷹市下連雀3-35-1　ネオ・シティ三鷹
TEL 0422-24-6817　FAX 0422-24-6812