



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of
Significant Use of ICD-11 and ICF

日・WHOフォーラム2018
ICD-11・ICF大活用時代の扉を開く

開催概要

プログラム

ポスター集

主催 厚生労働省
共催 一般社団法人 日本内科学会
協賛 一般財団法人 厚生労働統計協会



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF

日・WHOフォーラム(WHO-Japan Forum)2018 ～ ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く～

INDEX

開催趣旨・開催概要	2
プログラム	4
講演者プロフィール	6
ICD とは	10
ICD-11 の概要	15
ICF とは	23
ポスター「ICF の活用事例と今後への期待」	27



開催趣旨

世界保健機関 (WHO) は、本年 6 月に、国際疾病分類の第 11 回改訂版 (ICD-11) を公表しました。現行の ICD-10 への改訂 (1990 年) 以来、約 30 年ぶりの改訂となります。

この公表を受け、加盟国は、分類の翻訳など自国での適用へ向けた準備を開始することが期待されており、2019 年 5 月には世界保健総会へ提出される予定です。今後、我が国は適用に向けた検討を進めることとなります。

ICD-11 の開発には多くの日本の医学の専門家・団体が関わり、日本病院会は、長年財政的支援等で貢献いただきました。また、特に内科分野の検討会議には、日本内科学会をはじめとして日本血液学会、日本内分泌学会、日本糖尿病学会、日本消化器病学会、日本循環器学会、日本呼吸器学会、日本腎臓学会、日本リウマチ学会、日本小児科学会等幅広く御協力をいただきました。他の分野におきましても、国内外の専門家と共同しながら、日本の知見を活かすべく多くの御支援をいただきました。

今回公表された ICD-11 には、生活機能評価に関する補助セクションが新設され、これは、2001 年 5 月に WHO 総会で採択された ICF (国際生活機能分類) を基にしており、さらなる活用が期待されています。

こうした中、これまでの経緯をまとめ関係者への感謝を表すとともに、WHO の担当者に開発の意義や期待される目標、活用される事例等を講演していただき、未来像を共有することにより、国際統計分類の一層の活用を促進するため本フォーラムを開催いたします。

開催概要

名 称：日・WHO フォーラム（WHO-Japan Forum）2018

～ ICD-11・ICF 大活用時代の扉を開く～

テーマ：ICD-11 公表記念、改訂の集大成と今後の展望 ICF と一体の導入・普及加速

日 時：2018年11月30日（金）

第一部 10：00～13：00 ICD-11 公表記念シンポジウム

第二部 14：30～16：30 WHO 公開講座「WHO 担当官による ICF 講座」

会 場：UNハウス（国連大学）3階ウ・タント国際会議場（住所：東京都渋谷区神宮前5-53-70）

主 催：厚生労働省

共 催：一般社団法人 日本内科学会

後 援：一般社団法人 日本介護支援専門員協会、一般社団法人 日本血液学会、一般社団法人 日本言語聴覚士協会、一般社団法人 日本呼吸器学会、一般社団法人 日本作業療法士協会、一般社団法人 日本在宅医学会、一般社団法人 日本在宅ケア学会、一般社団法人 日本循環器学会、一般財団法人 日本消化器病学会、一般社団法人 日本腎臓学会、一般社団法人 日本精神科看護協会、一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟、一般社団法人 日本糖尿病学会、一般社団法人 日本内分泌学会、一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、一般社団法人 日本リウマチ学会、一般社団法人 日本老年医学会、公益財団法人 テクノエイド協会、公益社団法人 全国老人保健施設協会、公益社団法人 日本医師会、公益社団法人 日本医療社会福祉協会、公益社団法人 日本介護福祉士会、公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本社会福祉士会、公益社団法人 日本小児科学会、公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、公益社団法人 日本理学療法士協会、公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、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、日本医学会、日本脊髄障害医学会、日本東洋医学サミット会議（JLOM：The Japan Liaison of Oriental Medicine）、日本保健医療福祉連携教育学会（五十音順）

協 賛：一般財団法人 厚生労働統計協会

定 員：300名

参加費：無料

言 語：日英 同時通訳付

企画・運営事務局：オスカー・ジャパン株式会社



プログラム

第一部 ICD-11 公表記念シンポジウム

モデレーター：	奈良県立医科大学公衆衛生学講座教授 (平成 30 年度厚生労働科学研究 ICD-11 国内適用検討会議長) 厚生労働省政策統括官付参事官付国際分類情報管理室長	今村 知明 森 桂
10:00-10:30	開会挨拶 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策、政策評価担当) WHO 国際分類・用語及び標準化部門長 スペシャルメッセージ～ ICD-11 公表を祝し今後の発展に向けて～ 日本病院会 会長 日本医学会 会長 日本内科学会理事長	大西 康之 ロバート・ヤコブ 相澤 孝夫 門田 守人 矢富 裕
10:30-10:50	ICD-11 改訂における内科 TAG の果たした役割 国際医療福祉大学大学院長	三浦 総一郎
10:50-11:05	休憩	
11:05-11:45	ICD-11、改訂プロセスとそのエッセンス	ロバート・ヤコブ
11:45-12:05	ICD-11 V チャプター ～国際生活機能分類とのリンクが拓く地平～ WHO 国際分類・用語及び標準化部門 テクニカル・オフィサー	ネナド・コンスタンチック
12:05-12:25	ICD-11 国内適用の展望	モデレーター
12:25-12:55	質疑応答	
12:55-13:00	閉会挨拶	今村 知明
13:00-14:15	ネットワーキング・ランチbuffet (参加自由。事前登録制)	

第二部 WHO 公開講座 「WHO 担当官による ICF 講座」

モデレーター：	ロバート・ヤコブ、ネナド・コンスタンチェック	
14：30-15：20	ICF 講座 ・われわれは、どこから来たのか？ —ICF そして障害・生活機能分類の歴史と原点 ・われわれはどこにいるのか？ —ICF の現状及び活用について ・われわれは、どこに向かっているのか？ —Well-being に資する共通言語としての ICF 活用の展望	ネナド・コンスタンチェック
15：20-15：50	ICD と ICF の一体としての統計への導入の可能性 藤田医科大学医学部 リハビリテーション医学Ⅰ講座准教授 国立保健医療科学院主任研究官	向野 雅彦 大塚賀 政昭
15：50-16：20	Q&A セッション（フロアと WHO）	
16：20-16：30	閉会挨拶 厚生労働省参事官（企画調整担当）	中井 雅之

※プログラムは仮のため、変更となる可能性がございますことをご了承ください。



講演者プロフィール



ロバート・ヤコブ

WHO 国際分類・用語及び標準化部門長

ロバート・ヤコブ氏は、WHO の国際分類・用語及び標準化部門の部門長で、国際分類と診療情報標準化分野を網羅する責任者として、協力センターや NGO その他のパートナーを含む WHO 国際分類ファミリーネットワークを統率している。また、ICD（疾病、質と安全、伝統医学、ターミノロジーとの連携等）、ICF（生活機能）、ICHI（保健医療介入）及びバーバル・オートプシー（口頭剖検）全般の指揮にもあたっている。

2005 年から ICD 及びその派生分類の担当メディカルオフィサーとして WHO に参加した。現代環境に適合した分類の開発（プロテジェ protégé）やウェブプラットフォーム上の分類の開発に加え、各国において地域医療情報システム 2（DHIS2: District Health Information System 2）を用いた出生死亡登録及び死因の実施プロジェクトに参画し、オープンデータキット（ODK）ベースの WHO 口頭剖検調査票を開発し、多様な環境における WHO 分類の定着について助言した。2001 年から 2005 年には、ドイツ連邦政府機関であり、WHO-FIC 協力センターでもあるドイツ医療資料情報機構（DIMDI）に勤務。ドイツの電子医療カード向けのドイツ緊急データセットその他のデータセットを考案したヘルステレマティクスチームを主導し、さらに医療「電子機器（OID）」登録の整備にあたった。それ以前は、死亡統計における ICD の利用、ICD 腫瘍学、ICF（国際生活機能分類）を担当し、医療行為の分類に関するアドバイスを行った。

ロバート・ヤコブ氏は、5ヶ国語に堪能。1990年から2001年までドイツ・ダッテルンのセント・ヴィンセント病院で外科医として勤務し、病院情報システムの立ち上げ、導入に参画、さらに統計分析及び診療報酬請求用のローカルソフトウェアを開発した。ドイツ医療情報科学、バイオメトリクス及び疫学学会会員。医療の質管理（German Medical Board）及び医療・社会組織管理（カイザースラウテルン大学）の学位取得。認定外科医。エッセン、ボーフム、パヴィアの大学にて医学を学んだ。



ネナド・フリードリッヒ・イヴァン・コンスタンチック

テクニカル・オフィサー

WHO 国際分類・用語及び標準化部門

1999 年よりスイス・ジュネーヴにて現職。

テクニカル・オフィサーとして、国際生活機能分類（ICF）の開発をコーディネートし、国際患者安全分類（ICPS）に従事した。

国際疾病分類第 11 回改訂（ICD-11）関連では、ICD-11 の国際フィールドテスト、ICD-11 の普及準備及び ICD-11 内の伝統医学の章の責任者である。

WHO 奉職前は、ドイツ開発協会のアフリカ支部、ラテンアメリカ支部及びドイツ、ベルリンの本部で、制度化及び保健システム開発を担うプログラム・オフィサー、テクニカル・アドバイザーとして活躍。



今村 知明 (いまむら ともあき)

奈良県立医科大学 公衆衛生学講座教授

1988年関西医科大学卒業、東京大学大学院医学系研究科を修了後1993年厚生省入省。大臣官房統計情報部 ICD室、文部省学校健康教育課、佐世保市保健所長、厚生労働省エイズ結核感染症課課長補佐等を歴任、2003年退職。東京大学医学部助教授 同附属病院企画経営部長を経て2007年より現職。
現在、ICD11改訂研究班長、厚生労働省（医政局）医療計画の見直し等に関する検討会委員、厚生労働省（老健局）社会保障審議会専門委員、内閣府（消費者委員会）食品表示部会委員などを務めている。



森 桂 (もり けい)

厚生労働省 政策統括官（統計・情報政策、政策評価担当）付参事官付
国際分類情報管理室長

2004年九州大学医学部卒業。2006年厚生労働省入省。
健康局結核感染症課、労働基準局労働衛生課、環境省環境保健部環境リスク評価室、保険局医療課、医政局医事課等を経て、2016年より現職。



相澤 孝夫 (あいざわ たかお)

一般社団法人日本病院会 会長

1973年東京慈恵会医科大学卒業。同年、信州大学医学部附属病院入局後、相澤病院副院長に就任。2017年に一般社団法人日本病院会の会長に就任し、全国の国公私立の約2,500病院の会員病院の「医の倫理の確立」と「病院医療の質向上」を目指している。現在、厚労省社会保障審議会医療部会・医療分科会臨時委員、次世代医療ICT基盤協議会構成員、長野県松本日中友好協会会長、相澤病院の理事長・最高経営責任者。



門田 守人 (もんでん もりと)

一般社団法人日本医学会連合・日本医学会 会長

1970年大阪大学医学部卒業。1994年大阪大学医学部教授(外科学第二)、2004年大阪大学医学部附属病院副院長、2007年大阪大学理事・副学長、2012年がん研究会理事、がん研有明病院長、国立がん研究センター理事、2015年日本臓器移植ネットワーク理事長、2016年堺市立病院機構理事長、2017年一般社団法人日本医学会連合・日本医学会会長、その他日本肝移植研究会、日本癌転移学会、日本癌治療学会、日本癌学会、日本外科学会等の会長、厚生労働省がん対策推進協議会会長。



矢富 裕 (やとみ ゆたか)

一般社団法人日本内科学会 理事長
東京大学大学院医学系研究科 内科学専攻病態診断医学講座 臨床病態検査医学分野 教授

1983年 東京大学医学部卒業。東大病院内科、東京日立病院、東大病院第一内科にて、一般内科・血液内科の診療、研究、教育に従事。山梨医科大学医学部臨床検査医学講座(1991-2003年)を経て、2005年4月に、現職・東京大学医学部附属病院検査部 部長(兼任)に就任。2011年より東京大学大学院医学系研究科 / 医学部 副研究科長 / 副学部長(兼務)、2017年より東京大学教育研究評議員(兼務)。専門は血液内科学(血栓止血学)、臨床検査医学。現在、日本内科学会理事長(2018年より)、日本臨床検査医学会理事長(2016年より)。



三浦 総一郎 (みうら そういちろう)

国際医療福祉大学大学院長

1976年慶應義塾大学 医学部卒業、1980年大学院医学研究科博士課程内科学 修了、医学博士。米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学留学、慶應義塾大学医学部 内科学助手、専任講師、助教授を経て、1998年から防衛医科大学校 第二内科教授(後に内科学講座教授)に就任。2012年4月から2017年3月まで防衛医科大学校 学校長を務めた。

2017年4月より防衛医科大学校名誉教授、同年6月より国際医療福祉大学大学院教授、大学院長に就任し現在に至る。

日本消化器病学会理事および日本消化器内視鏡学会理事・監事を歴任、第56回日本消化器病学会大会会長(2014年)。ICD-11改訂においては2009年から内科TAGの消化管ワーキンググループのco-chairを務めた。



向野 雅彦 (むかいの まさひこ)

藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座 准教授
博士 (医学) リハビリテーション専門医

平成 15 年 3 月 九州大学医学部卒業
同年 4 月 慶應義塾大学リハビリテーション医学教室
平成 17 年 4 月 慶應義塾大学医学部医学研究科博士課程 (リハビリテーション医学)
平成 21 年 4 月 市川市リハビリテーション病院
平成 22 年 4 月 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター 助教
平成 23 年 10 月 慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室 特任助教
平成 24 年 4 月 旭川医科大学病院 リハビリテーション科 助教
平成 26 年 4 月 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 講師
平成 30 年 9 月 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 准教授
平成 30 年 10 月 藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座 准教授



大冢賀 政昭 (おおたが まさあき)

国立保健医療科学院主任研究官

2014 年立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程退学。2017 年兵庫県立大学大学院経営研究科修了。コミュニティ福祉学博士、ヘルスケアマネジメント修士。
2011 年から 2013 年まで国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部流動研究員、長寿科学振興財団リサーチレジデントを得て、2014 年より現所属。
高齢者・障害者領域におけるサービス評価やヘルスケアシステムにおいて分断化された領域間のケアを統合する方法論を主な研究テーマとしている。



ICD とは

1 ICD（国際疾病分類）とは

ICDは国際比較をするための統計分類です

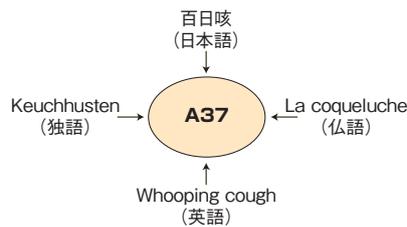
世界保健機関（以下「WHO」という。）は、保健医療福祉分野の統計について国際比較を可能とするため、複数の国際統計分類を作成し、その中心分類として、ICD（国際疾病分類）及びICF（国際生活機能分類）を位置付けています。

※ 世界保健機関憲章の第六十四條において「各加盟国は、保健総会が決定した方法によつて、統計的及び疫学的報告を提出しなければならない。」とされています。

ICD（国際疾病分類）とは、正式な名称を「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」といい、疾病、傷害及び死因の統計を国際比較するためWHO（世界保健機関）から勧告された統計分類です。

ICDはアルファベットと数字を用いたコードで表され、以下の例のように各国語で呼び名が異なっている場合でも、同じコードで表されるので、外国語が分からなくとも世界各国の統計について国際比較が可能となります。

〔例〕



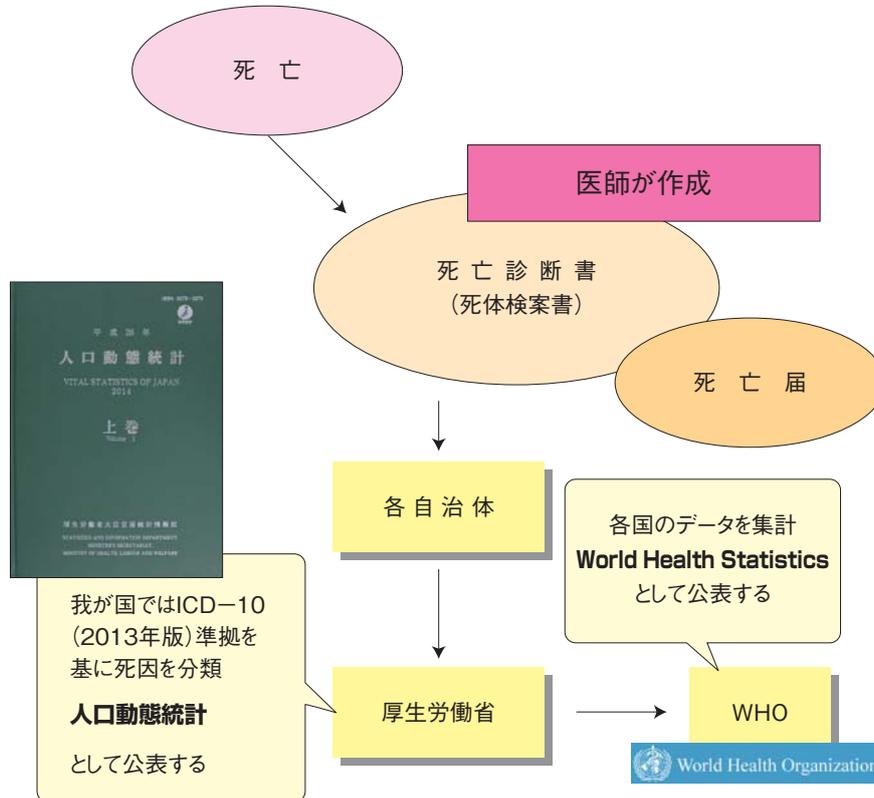
2 我が国におけるICD

ICDの歴史は古く、最初に我が国にICDが導入されたのは1900年（明治33年）です。それ以来、WHOにおいて約10年ごとに改訂（リビジョン）が行われ、我が国もそれを導入してきました。

日本では統計法に基づき「疾病、傷害及び死因の統計分類」と定められており、我が国におけるICD-10は、平成7年に「ICD-10（1990年版）準拠」、平成18年に「ICD-10（2003年版）準拠」、平成28年1月からは「ICD-10（2013年版）準拠」が適用されました（人口動態統計は、平成29年1月分から適用開始）。

2-1 死因分類

我が国では、ICD-10に基づいて分類されたデータをもとに、人口動態統計として死因統計を公表しています。また、WHOが世界各国に対して死因統計の提出を勧告しており、コーディングの結果集計された死因統計はWHOの死因データの基礎資料となります。



死因コーディングは死亡診断書（死体検案書）の記載内容で判断されますので、医師の正確な記入が求められます。直接死因に加え、その原因になった疾患名についても因果関係に基づき正しく記載することが、正確な統計の把握につながります。死亡診断書（死体検案書）の記入については「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル（厚生労働省編）」をご参照ください。

2-2 疾病分類

疾病分類データソースは、多岐にわたりますが、医師の記載によるものが大多数です。特に、入院、外来カルテはその中心にあるものです。それ故、正確な医療情報の記載が求められます。

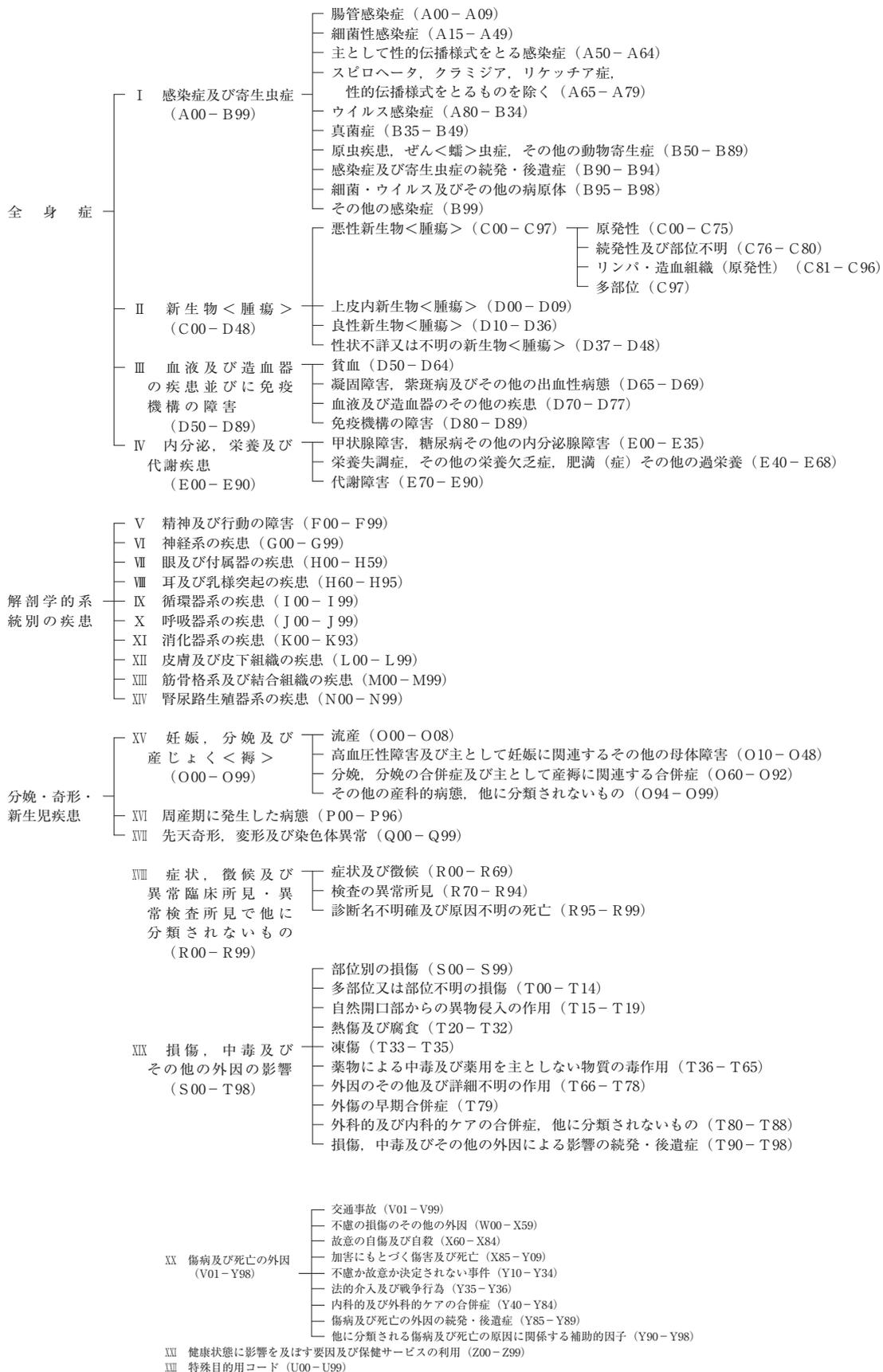
ICDは、1948年に採択された第6回改訂より従来の使用目的である死因統計のためだけでなく、疾病統計にも適用できるよう、分類を改正してきました。

我が国では、3年おきに実施される患者調査や、毎年実施される社会医療診療行為別統計において、ICDが使われています。また、医療保険の各保険者が公表する疾病分類別統計にもICDが使われています。

さらに、平成15年度より、急性期病院を中心に導入されたDPC/PDPS（診断群分類による1日当たり包括支払い方式）にも利用されており、その重要性は増えています。



3 分かりやすいICD-10 (2013年版) 準拠の分類イメージ



注: 第XXI章は人口動態統計には用いない。
 平成28年1月から「ICD-10 (2013年版) 準拠」を適用 (人口動態統計は、平成29年1月から適用開始)。

「ICD-10（2013年版）準拠」は全3巻で構成されており、下記の内容が記載されています。

① **第1巻 Tabular list**（内容例示表）

- ・ 分類コード及び項目の一覧

② **第2巻 Instruction manual**（総論）

- ・ 疾病および死因をコーディング（コード付け）する際のルール
- ・ 第1巻（WHO版Volume 1）及び第3巻（WHO版Volume 3）の使用方法

③ **第3巻 Alphabetical index**（索引表）

- ・ 疾病・傷害、症状、部位などの用語及びそのコード



ICD改訂の歴史

ICD版	分類項目数(細項目)	国内適用期間 (告示改正)
第1 1900年 (明治33年)	179 (-)	明治32年 ~ 明治41年
第2 1909年 (明治42年)	189 (-)	明治42年 ~ 大正11年
第3 1920年 (大正 9年)	205 (-)	大正12年 ~ 昭和 7年
第4 1929年 (昭和 4年)	200 (-)	昭和 8年 ~ 昭和20年
第5 1938年 (昭和13年)	200 (-)	昭和21年 ~ 昭和24年
第6 1948年 (昭和23年)	953 (-)	昭和25年 ~ 昭和32年
第7 1955年 (昭和30年)	953 (-)	昭和33年 ~ 昭和42年
第8 1965年 (昭和40年)	1,040 (3,489)	昭和43年 ~ 昭和53年
第9 1975年 (昭和50年)	1,179 (7,130)	昭和54年 ~ 平成 6年
第10 1990年 (平成 2年)	2,036 (14,195)	平成 7年 ~ 平成17年 (1995年)
2003年 (平成15年)	2,045 (14,258)	平成18年 ~ 平成27年 (2006年)
2013年 (平成25年)	2,053 (14,609)	平成28年 ~ (2016年)
第11 2019年 (平成31年) 予定		

(参考)

□ 世界保健機関憲章

第64条 各加盟国は、保健総会が決定した方法によって、統計的及び疫学的報告を提出しなければならない。

□ 世界保健機関分類規則

第2条 死亡及び疾病作成する各加盟国は、世界保健総会がその都度採択する国際疾病、傷害及び死因統計分類の現行の改訂に基づいて、これを行うものとする。この分類は、引用に際しては、国際疾病分類と称することができる。

第3条 死亡及び疾病統計の作成公表にあたっては、各加盟国は、分類、符号処理、年齢区分、地域区分、その他の関連した定義及び基準について、世界保健総会が作成した勧告に、できる限り従わなければならない。

第6条 各加盟国は、本機関より依頼された場合、憲章第64条の規定に基づき、この規則に従って作成された統計及び憲章第63条の規定により通報されない統計を提出しなければならない。

ICD-11の概要

ICD-11の開発経緯

- 2007年 ICD-11改訂作業開始をプレス発表（東京）
WHOの改訂組織において、専門分野別部会等の共同議長をはじめ多くの日本の医学の専門家・団体が貢献
- 2016年 WHO世界保健総会（WHA）へ経過報告
10月 ICD-11改訂会議（東京）
加盟国レビューの実施
- 2017年 日本医学会、日本歯科医学会、ICD専門委員会、日本WHO国際統計分類協力センター等からの意見を取りまとめ、WHOへ提出
- 2018年 6月 ICD-11 Version for Implementation公表
- 2019年 5月 WHO世界保健総会（WHA）に提出（予定）
- 2022年 ICD-11発効

1

ICD-11の特徴

- 日進月歩の基礎医学・臨床医学・公衆衛生の分野における新しい知見を導入
→ 医学の専門家を中心とした検討
- 複数の使用目的を想定、柔軟なコーディング
→ 疾病・死亡統計、プライマリケア、臨床、研究 等
→ エクステンションコード 等
- 伝統医学を新たに導入 → まずは日中韓の伝統医学（漢方医学）
- 電子環境での活用を前提としたシステム
→ ウェブサイトを介した分類提供、コーディング・ツール等の開発 等
- 病名コードだけでなく、内容（疾患概念）を含めた情報体系へと進化
→ 分類項目にかかる説明、病名（索引用語）を追加
(将来的には内容：症状所見的／解剖学的／組織病理学的／遺伝学的etc.)

2



ICD-11 死亡・疾病統計用分類 (ICD-11 MMS) の構成① (仮訳)

<https://icd.who.int/>

ICD-10

- 第1章 感染症及び寄生虫症
- 第2章 新生物
- 第3章 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- 第4章 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 第5章 精神及び行動の障害
- 第6章 神経系の疾患

- 第7章 眼及び付属器の疾患
- 第8章 耳及び乳様突起の疾患
- 第9章 循環器系の疾患
- 第10章 呼吸器系の疾患
- 第11章 消化器系の疾患
- 第12章 皮膚及び皮下組織の疾患
- 第13章 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 第14章 腎尿路生殖器系の疾患

ICD-11

- 第1章 感染症又は寄生虫症
- 第2章 新生物
- 第3章 血液又は造血器の疾患
- 第4章 免疫系の疾患
- 第5章 内分泌、栄養又は代謝疾患
- 第6章 精神、行動又は神経発達障害
- 第7章 睡眠・覚醒障害
- 第8章 神経系の疾患
- 第9章 視覚系の疾患
- 第10章 耳又は乳様突起の疾患
- 第11章 循環器系の疾患
- 第12章 呼吸器系の疾患
- 第13章 消化器系の疾患
- 第14章 皮膚の疾患
- 第15章 筋骨格系又は結合組織の疾患
- 第16章 腎尿路生殖器系の疾患
- 第17章 性保健健康関連の病態



2018年6月現在

3

ICD-11 死亡・疾病統計用分類 (ICD-11 MMS) の構成② (仮訳)

ICD-10

- 第15章 妊娠、分娩及び産じょく<褥>
- 第16章 周産期に発生した病態
- 第17章 先天奇形、変形及び染色体異常
- 第18章 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 第19章 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 第20章 傷病及び死亡の外因
- 第21章 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用
- 第22章 特殊目的用コード

ICD-11

- 第18章 妊娠、分娩又は産褥
- 第19章 周産期に発生した病態
- 第20章 発達異常
- 第21章 症状、徴候又は臨床所見、他に分類されないもの
- 第22章 損傷、中毒又はその他の外因の影響
- 第23章 傷病又は死亡の外因
- 第24章 健康状態に影響を及ぼす要因又は保健サービスの利用
- 第25章 特殊目的用コード
- 第26章 伝統医学の病態・モジュール I
- 第V章 生活機能評価に関する補助セクション
- 第X章 エクステンションコード



2018年6月現在

コード数
約14,000 → 約18,000*

※1~26章のコードのある分類項目数

※V章、X章のコード数は、約14,000

出典：ICD-11公表版 (6/18付)、Simple Tabulationファイル

※下線は、新しく追加された章

※ICD-11の構成は、歴史的精査に耐えてきた構造として、流行病、全身性の疾患、部位別の疾患、発達性の疾患、損傷という基本的な形を維持。第1~4、18~20、22章は、疫学的にまとめることが適当な病態として「special groups」の章、その他の章は、「body systems」の章とされ、病態の位置づけは一般的には前者優先とされている。

出典：ICD-11 Reference Guide 1.2.2 Chapter Structure

4

ICD-10からICD-11へ (分類の詳細化)

ICD-10	ICD-11
G20 パーキンソン病	8A00 パーキンソン症候群
G21 続発性パーキンソン症候群	8A00.0 パーキンソン病
G21.0 悪性症候群	8A00.00 散在性パーキンソン病
G21.1 その他の薬物誘発性続発性パーキンソン症候群	8A00.01 家族性パーキンソン病
G21.2 その他の外因による続発性パーキンソン症候群	8A00.0Y その他の明示されたパーキンソン病
G21.3 脳炎後パーキンソン症候群	8A00.0Z パーキンソン病, 詳細不明
G21.4 血管性パーキンソン症候群	8A00.1 非定型パーキンソン症候群
G21.8 その他の続発性パーキンソン症候群	8A00.10 進行性核上性麻痺
G21.9 続発性パーキンソン症候群, 詳細不明	8A00.1Y その他の明示された非定型パーキンソン症候群
G22* 他に分類される疾患におけるパーキンソン症候群	8A00.1Z 非定型パーキンソン症候群, 詳細不明
	8A00.2 続発性パーキンソン症候群
	8A00.20 変性遺伝性疾患によるパーキンソン症候群
	8A00.21 片側萎縮片側パーキンソン症候群
	8A00.22 感染・感染後パーキンソン症候群
	8A00.23 血管性パーキンソン症候群
	8A00.24 薬物誘発性パーキンソン症候群
	8A00.25 外傷後パーキンソン症候群
	8A00.26 構造的病変によるパーキンソン症候群
	8A00.2Y その他の明示された続発性パーキンソン症候群
	8A00.2Z 続発性パーキンソン症候群, 詳細不明
	8A00.3 機能的パーキンソン症候群
	8A00.Y その他の明示されたパーキンソン症候群
	8A00.Z パーキンソン症候群, 詳細不明

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

5

ICD-10からICD-11へ (分類軸の変更)

ICD-10	ICD-11
C34 気管支又は肺の悪性新生物	2C25 気管支又は肺の悪性新生物
C34.0 上葉, 気管支又は肺	2C25.0 気管支又は肺の腺癌
C34.1 中葉, 気管支又は肺	2C25.1 気管支又は肺の小細胞癌
C34.2 下葉, 気管支又は肺	2C25.2 気管支又は肺の扁平上皮癌
C34.8 気管支及び肺の境界部病巣	2C25.3 気管支又は肺の大細胞癌
C34.9 気管支又は肺, 部位不明	2C25.4 気管支又は肺のカルチノイドその他の神経内分泌腫瘍
	2C25.5 気管支又は肺の詳細不明の悪性上皮性腫瘍
	2C25.Y その他の明示された気管支又は肺の悪性新生物
	2C25.Z 気管支又は肺の悪性新生物, 詳細不明

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

6



ICD-10からICD-11へ (章の新設：免疫系の疾患)

ICD-10	ICD-11
<p>第3章 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 D70-D77 血液及び造血器のその他の疾患 D70 無顆粒球症、好中球減少症 等 D80-D89 免疫機構の障害 D86 サルコイドーシス 等</p> <p>第13章 筋骨格系及び結合組織の疾患 M30-M36 全身性結合組織障害 M32 全身性エリテマトーデス (SLE) M33 皮膚筋炎 M34 全身性強皮症 M35 その他の全身結合組織疾患 M35.2 ペーチェット病 等</p> <p>第19章 損傷、中毒及びその他の外因の影響 T78 有害作用、他に分類されないもの 食物アレルギー、アナフィラキシーショック 等</p> <p>第20章 傷病及び死亡の外因 X23 ハチとの接触 Y40-Y59 有害作用を引き起こした薬物 等</p> <p>※死亡統計では、アナフィラキシーによる死亡は、原因因は20章でコードし、第19章のコードを付加する。</p>	<p>第4章 免疫系の疾患 原発性免疫不全症 後天性免疫不全症 4A20 臓器非特異的全身性自己免疫疾患 4A40.0 全身性エリテマトーデス 等 自己炎症疾患 4A62 ペーチェット病 等 アレルギー性又は過敏性の病態 4A84 アナフィラキシー 4A8Y アレルギー 等 白血球系統に係る免疫系疾患 4B00.0 好中球減少症 等 免疫系に係る特定の病態 4B20 サルコイドーシス 等 4B40 胸腺の疾患 4B4Y その他の明示された免疫系の疾患 4B4Z 免疫系の疾患、詳細不明</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  <p>アレルギー ヒトの反応の状況をよりよく理解するために免疫系の疾患の下にグルーピング</p> </div>

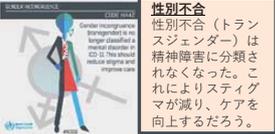
※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

ICD-10からICD-11へ (章の新設：睡眠・覚醒障害)

ICD-10	ICD-11
<p>第4章 内分泌、栄養及び代謝疾患 E66.2 肥満低換気症候群</p> <p>第5章 精神及び行動の障害 F45 身体表現性障害 歯ぎしり 等 F51 非器質性睡眠障害 F51.0 非器質性不眠症 F51.1 非器質性過眠症 F51.2 非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害 F51.3 夢遊症 F51.4 夜驚症 F51.5 悪夢</p> <p>第6章 神経系の疾患 G25.8 その他の異常運動 むずむず脚症候群 G47 睡眠障害 (器質性) G47.0 不眠症 G47.1 過眠症 G47.2 睡眠・覚醒スケジュール障害 G47.3 睡眠時無呼吸 G47.4 ナルコレプシー G47.8 その他の睡眠障害 G47.9 睡眠障害、詳細不明</p>	<p>第7章 睡眠・覚醒障害 不眠症 過眠症 7A20 ナルコレプシー 等 睡眠関連呼吸障害 7A40 中枢性睡眠時無呼吸 7A42.0 肥満低換気症候群 等 概日リズム睡眠・覚醒障害 睡眠関連運動障害 7A80 むずむず脚症候群 7A83 睡眠関連歯ぎしり 等 睡眠時随伴症 ノンレム睡眠からの覚醒障害 7B00.1 睡眠時遊行症 7B00.2 睡眠時驚愕症 等 レム睡眠関連睡眠時随伴症 7B01.0 レム睡眠行動障害 7B01.1 反復性弧発性睡眠麻痺 7B01.2 悪夢障害 等 7B2Y その他の明示された睡眠・覚醒障害 7B2Z 睡眠・覚醒障害、詳細不明</p>

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

ICD-10からICD-11へ（章の新設：性保健健康関連の病態）

ICD-10	ICD-11
<p>第5章 精神及び行動の障害</p> <p>F52 性機能不全，器質性障害又は疾病によらないもの</p> <p>F64 性同一性障害（Gender identity disorder）</p> <p>第14章 腎尿路生殖器系の疾患</p> <p>N94 女性生殖器及び月経周期に関連する疼痛及びその他の病態</p> <p>N94.1性交疼痛</p> 	<p>第17章 性保健健康関連の病態</p> <p>性機能不全（Sexual dysfunctions） 性欲低下症、性的興奮不全、オルガズム不全、射精不全</p> <p>性疼痛障害（Sexual pain disorders） 性疼痛・挿入困難症</p> <p>性機能不全及び性疼痛障害における病因的事項 医学的病態又は損傷等に伴うもの、精神障害に伴うもの、物質使用に伴うもの 等</p> <p>性別不適合（Gender incongruence） 青年期又は成人期の性別不適合、小児期の性別不適合</p> <p>第16章 腎尿路生殖器系の疾患</p> <p>女性生殖器の非炎症性障害 性交疼痛</p>

※「主に性的伝播による感染症（Predominantly sexually transmitted infections）」は、第一次製表では、ICD-10と同じく、第1章に分類されるが、第17章にもダブルペアレントされており、用途に応じて集計することが可能となっている。これには、梅毒、クラミジアやヘルペスウイルスによる性感染症、HIV病等が含まれる。

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

9

ICD-10からICD-11へ（章の新設：伝統医学の病態－モジュールI）

ICD-11
<p>第26章 伝統医学の病態－モジュールI</p> <p>伝統医学疾病（TM1） 証（TM1） 基本となる証（陰陽・虚実・寒熱・表裏）（TM1） 熱証（TM1）、寒証（TM1）、実証（TM1）、虚証（TM1）、 寒熱中間証（TM1）、虚実中間証（TM1）、寒熱錯雑証（TM1）等</p> <p>環境証（TM1） 気血水の証（TM1） 臓腑病証（TM1） 経絡病証（TM1） 正経病証（TM1）、奇経八脈病証（TM1） 六病位（TM1） 三焦証（TM1） 衛気営血証（TM1） 四象体質病証（TM1）</p> 

【デスクリプションより抜粋（抄）】

※本章は、死亡報告（訳注：国際的な死亡データ報告）には使用しない。「TM1」は、伝統医学の病態－モジュールIを意味する。通常の医学的概念と明確に区別できるよう、本章のすべての伝統医学の診断カテゴリーには（TM1）が付されている。

※「伝統医学疾病（TM1）」は、特定の症状、徴候等とともに発現する身体系の機能不全をいう。

※「証（TM1）」は、総体的徴候（訳注：脈診、舌診、腹部診察等による所見）及び患者の体質を含む患者の臨床像全体をいう。

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

10



ICD-10からICD-11へ (章の新設：生活機能評価に関する補助セクション)

ICD-11

第V章 生活機能評価に関する補助セクション

- WHODAS 2.0 36項目版
 - 認知
 - 運動・移動
 - セルフケア (WHODAS関連項目)
 - 他者との交流
 - 日常活動
 - 社会参加及び健康問題の影響
- 簡易版モデル障害調査
 - 視覚及び関連機能
 - 聴覚と前庭の機能
 - 精神機能
 - 感覚機能と痛み
- 基本的機能の領域
 - 音声と発話の機能
 - 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
 - 消化器系・代謝系・内分泌系の機能
 - 尿路・性・生殖の機能
 - 神経筋骨格と運動に関連する機能
 - 皮膚及び関連する構造の機能
 - 一般的な課題と要求
 - 運動・移動
 - セルフケア
 - 家庭生活
 - 対人関係
 - 学習と知識の応用
 - コミュニケーション
 - 主要な生活領域
 - コミュニティライフ・社会生活・市民生活
 - 精神機能
 - 感覚機能と痛み

【デスクリプションより】

※このセクションでは、健康に関連する生活機能のレベルを記述し定量化するのに適した、個人の生活機能の概略（プロファイル）とスコアを作成することができる。生活機能評価に用いられるように、このセクションにはWHOによって開発されたICFに基づく2つのツール（「WHO障害評価面接基準 (WHODAS 2.0 36項目版)」と「モデル障害調査 (MDS)」）の項目を含んでいる。
 ※「基本的機能の領域」は、国際生活機能分類 付録9 “理想のおよび最低限の健康情報システムまたは調査のために提案されたICFデータの要件”より

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

11

ICD-10からICD-11へ (脳卒中の移動)

ICD-10	ICD-11
第9章 循環器系の疾患 I60-I69 脳血管疾患 I60 くも膜下出血 I61 脳内出血 I62 その他の非外傷性頭蓋内出血 I63 脳梗塞 I64 脳卒中、脳出血又は脳梗塞と明示されないもの I65 脳実質外動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I66 脳動脈の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの I67 その他の脳血管疾患 I68* 他に分類される疾患における脳血管障害 I69 脳血管疾患の続発・後遺症	第8章 神経系の疾患 脳血管疾患 頭蓋内出血 脳虚血 8B20 虚血性か出血性か不明な脳卒中 8B21 脳の急性症状を伴わない脳血管疾患 無症候性脳梗塞 等 8B22 特定の明示された脳血管疾患 脳動脈解離、脳静脈血栓症 等 8B24 低酸素生虚血性脳症 8B25 脳血管疾患後遺症 8B26 脳血管疾患における脳の血管性症候群



※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

12

ICD-10からICD-11へ（章の新設：エクステンションコード）

X章 エクステンションコード		主な内容
重症度値	Severity Scale Value	重症度、ステージ
時間軸	Temporality	無症候性～再発性、続発症の別；急性・慢性の別
病因	Aetiology	感染病原菌
局所スケール	Topology Scale Value	左右の別、広汎性・限局性の別
解剖学的詳細	Specific Anatomic Detail	部位
組織病理	Histopathology	新生物におけるより詳細な組織的分類
損傷の状況	Dimensions of injury	火傷や骨折の範囲・種類
外因の状況	Dimensions of external causes	不慮・故意の別、発生場所
意識レベル	Consciousness	グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）によるスコア
物質	Substances	各種化学物質、薬剤
診断の状況	Diagnosis code descriptors	受診又は入院の理由、医療資源病態、入院後に発症
背景状況	Capacity or context	周産期死亡での使用を想定

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

13

ICD-10からICD-11へ（URI（ユニークID）の活用）

- ICD-11では、分類コードだけでなく、URI（Uniform Resource Identifier）を用いてより詳細な情報管理が可能となった。
- 詳細さに応じ、ICDコード、ファウンデーションID、用語IDを使用することができる（但し、用語IDは、現時点ではバックグラウンドのみで使用）。

例（指定難病の把握）：

- ・ 筋萎縮性側索硬化症→疾患概念の範囲が、MMSの分類項目8B60.0と同じなので、ICDコードで疾患の特定可能
- ・ 球脊髄性筋萎縮症→疾患概念が、8B61.4限局性脊髄性筋萎縮症よりも狭いため、ICDコードだけでは、疾患の特定が難しいが、目的に応じて、ファウンデーションID（<http://id.who.int/icd/entity/1604214898>）を用いることにより、より詳細なデータ把握が可能となる。

※仮訳

	指定難病の例	ICD-11	ファウンデーションID
1	球脊髄性筋萎縮症	Bulbospinal muscular atrophy	8B61.4 http://id.who.int/icd/entity/1604214898
2	筋萎縮性側索硬化症	Amyotrophic lateral sclerosis	8B60.0 http://id.who.int/icd/entity/1982355687
3	脊髄性筋萎縮症	Spinal muscular atrophy	8B61.Z http://id.who.int/icd/entity/71074342
4	原発性側索硬化症	Primary lateral sclerosis	8B60.4 http://id.who.int/icd/entity/1686688462
5	進行性核上性麻痺	Progressive supranuclear palsy	8A00.10 http://id.who.int/icd/entity/1493396558
6	パーキンソン病	Parkinson disease	8A00.0Z http://id.who.int/icd/entity/296066191
7	大脳皮質基底核変性症	Corticobasal degeneration	8A00.1Y http://id.who.int/icd/entity/348567584
8	ハンチントン病	Huntington disease	8A01.10 http://id.who.int/icd/entity/2132180242
9	神経有棘赤血球症	Neuroacanthocytosis	3A10.Y http://id.who.int/icd/entity/1012724153
10	シャルコー・マリー・トゥース病	Charcot-Marie-Tooth disease	8C21.Z

※ICD-11 MMS (2018/6/18), 仮訳

14



ICD-10からICD-11へ (分類項目の内容充実)

死亡・疾病統計用分類
(ICD-11 MMS: Mortality and Morbidity Statistics)

15

ICD-11のコード体系

1桁目 章を表す 英数字	2桁目 英字	3桁目 数字	4桁目 英数字	5桁目 英数字	6桁目 英数字	7桁目 英数字
E	D	1	E	.	E	E (E)

例：
 ・脾周囲炎 **3B81.A**
 Perisplenitis
 ・胃潰瘍，詳細不明 **DA60.Z**
 Gastric ulcer, unspecified
 ・慢性腎臓病ステージ3 **GB61.2**
 Chronic kidney disease, stage 3

- ※ 2桁目は必ず英字 (ICD-10コードと混同しないように)
- ※ 英字には、O、I (オーとアイ) は使用されない
- ※ ICD-10の「その他」と「詳細不明」即ち「.8」「.9」は、ICD-11では、「.Y」「.Z」

ICD-11の章 (章・コード番号早見表)

章番号	1桁目	章番号	1桁目
1	1 感染症	15	F 筋骨格
2	2 新生物	16	G 泌尿器
3	3 血液	17	H 性保健
4	4 免疫	18	J 妊娠
5	5 内分泌	19	K 周産期
6	6 精神	20	L 発達障害
7	7 睡眠障害	21	M 症状
8	8 神経	22	N 損傷
9	9 視覚	23	P 外因
10	A 耳	24	Q 保健サービス
11	B 循環器	25	R 特殊
12	C 呼吸器	26	S 伝統医学 ^{TM1}
13	D 消化器	V	V 生活機能
14	E 皮膚	X	X エクステンション

16

WHO-FICにおける中心分類の一つであるICF

- ICFは健康状況と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することを目的とする分類です。
- WHOが総合的に管理運営しているWHO-FIC(世界保健機関国際分類)^(※)の中心分類の一つです。
- 厚生労働省では、社会保障審議会統計分科会の下に、生活機能分類専門委員会を設置し、WHOの動向等を踏まえ、ICFに関する具体的な事項について検討を行っています。

(※)WHO-FIC(世界保健機関国際分類)

WHOは、保健関連の重要課題を効果的に処理するためには、データベースを用いて、問題を識別し、記述する必要があるとしています。具体的には、保健関連の課題について、原因を調査し、その内容を記録したり、実施した介入等について、進捗状況を監視し、評価したりするために、国際比較可能な標準化されたデータベースが重要であるとの認識です。この認識に基づき、WHOは、保健分野に関する分類体系を提示しています。これが国際分類ファミリー(WHO-FIC WHO Family of International Classifications)と呼ばれるものであり、ICFは其中でも、ICD(国際疾病分類)と並び、中心分類の一つとして位置づけられています。

(詳細は<http://www.who.int/classifications/en/> を参照)

ICFの評価を用いるときの基本的考え方

- 分類項目は、それぞれについて、その評価と一体で用いられます。
- 分類項目は、ひとりの方について全人的に把握することが可能な設計となっています。ただし、実際に活用する場合に、全ての項目について調べ把握することを求めているものではありません。
- 評価を行う際に用いる分類項目は、WHOが提示したものを言い、その定義に従ってください。その中で、どの分類項目を用いるかについては、特定のものに限定されるものではなく、目的に応じて変わる可能性があります。
- 健康状態や環境等、様々な要素が生活機能に対して相互に影響を与えうるとされており、そのことがICFでは重要視されていることを理解して活用してください。



ICFにおける構成要素とその相互作用

1. ICFにおける構成要素

- ICFは、人間の生活機能に関する項目を、アルファベットと数字を組み合わせた方式で表す分類です。
 - ・ 第1レベル、第2レベル、詳細分類(第3レベル、第4レベル)があり、どのレベルでの利用も出来ます。

(例)

第1レベルの項目 a4 運動・移動

第2レベルの項目 a450 歩行

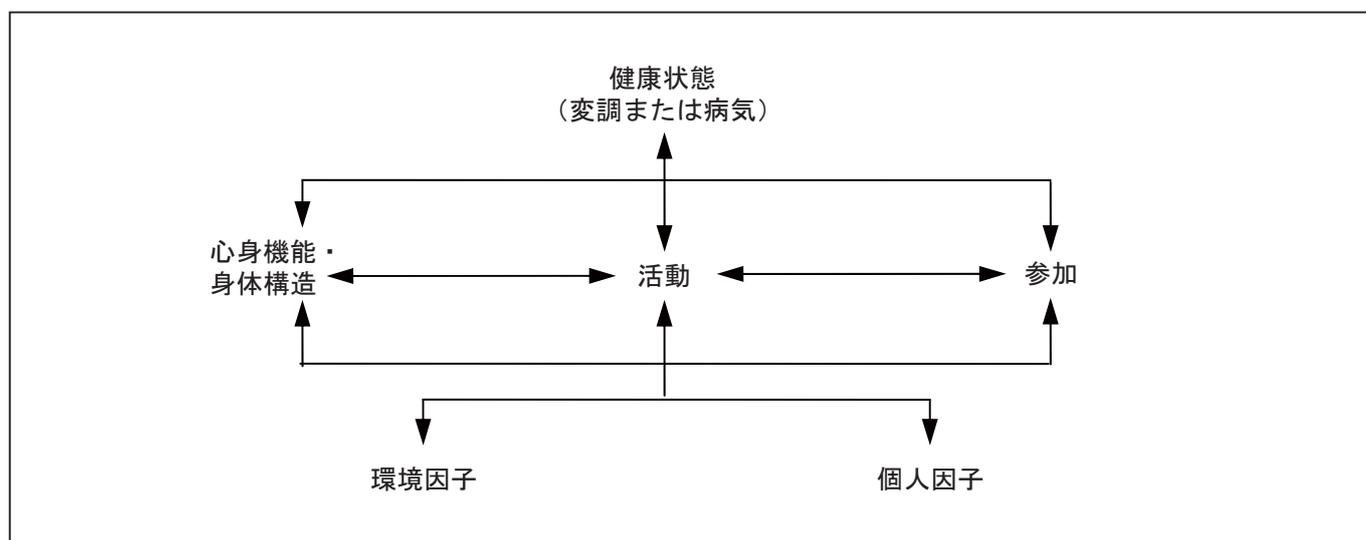
第3レベルの項目 a4501 長距離歩行

- ICFは「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3つの構成要素からなる「生活機能」とまた、それらに影響を及ぼす「環境因子」等の「背景因子」の項目で構成されています。

2. 構成要素間の相互作用について

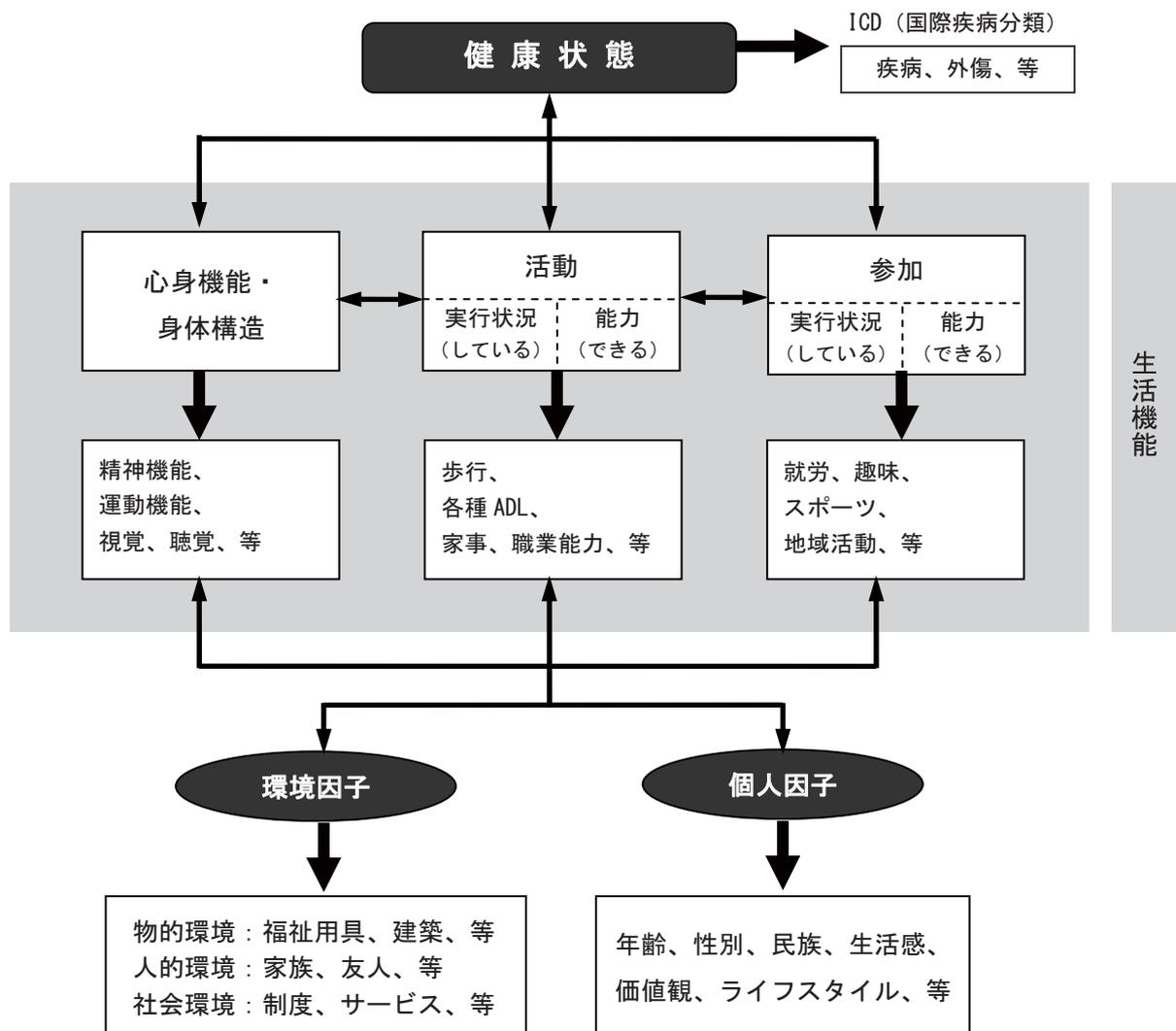
- 個人の生活機能は、健康状態と背景因子との間に相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。また、生活機能を構成する「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の間にも相互作用あるいは複合的な関係があると考えられています。

概念図



この概念図に、具体的な例示を入れたものが次のページです。

●概念図(具体例が入ったもの)



ICF活用で期待される効果

ICFは、その活用により、

- 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、ICFを用いることにより、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。
- 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、記録などのために実際的な手段を提供することができる。
- 調査や統計について比較検討する標準的な枠組みを提供することができる。
などが期待されています。



ICFで使われる用語の定義

◆「生活機能」に関する用語

- 生活機能(functioning):
心身機能、身体構造、活動及び参加の全てを含む包括用語
- 障害(disability):
機能障害、活動制限、参加制約の全てを含む包括用語
- 心身機能(body functions):
身体系の生理的機能(心理的機能を含む)
- 身体構造(body structures):
器官・肢体とその構成分野など、身体の解剖学的部分
- 機能障害(構造障害を含む)(impairments):
著しい差異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題
- 活動(activity):
課題や行為の個人による遂行
- 参加(participation):
生活・人生場面(life situation)への関わり
- 活動制限(activity limitations):
個人が活動を行うときに生じる難しさ
- 参加制約(participation restrictions):
個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさ

◆「背景因子」に関する用語

- 背景因子(contextual factors):
個人の人生と生活に関する背景全体(構成要素は環境因子と個人因子)
- 環境因子(environmental factors):
人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子
- 個人因子(personal factors):
個人の人生や生活の特別な背景

ポスター 「ICF の活用事例と今後への期待」

ポスターリスト

No	タイトル	発表者
1	ICF の視点からみる地域高齢者への誤嚥性肺炎予防の重要性について ～山梨県言語聴覚士会における取り組み～	高橋正和
2	高齢者総合機能評価用コアセット (CGA Core Set) 作成と 高齢者用 ICF コアセット (Geriatric ICF Core Set) との比較検討	富田尚希、大橋由基、尾崎章子、 中尾光之、荒井啓行
3	その人の「活動と参加」を支援する作業療法 ～ ICF の概観と共通する生活行為向上マネジメント～	一般社団法人日本作業療法士協会
4	ICD-11 における V-chapter の構造と既存尺度との関連性： ICF の活用と有効な国際統計としての適用	小松雅代、高井優奈、小川俊夫、 城島哲子、今村知明
5	長期精神科入院患者に対する ICF 利活用の可能性と今後の課題	川口英明、田口真源、櫻木章司、 森隆夫
6	ICF 評価ツールの作成と ICD と連携した評価システム構築の検討	向野雅彦、山田 深、園田 茂、出江紳一、水間正澄、 岡崎英人、河村美穂、米田千賀子、尾関保則、小口和代、 清水康裕、小池知治、戸田英美、近藤和泉、才藤栄一
7	WHO-DAS2.0 による就労継続支援サービス利用者の 個別支援計画の検討	大冨賀政昭、松本将八、木下隆志、 筒井孝子
8	ICF 概念に基づく介護技能評価アセスメントの開発と妥当性の検証	筒井孝子、大冨賀政昭、東野定律、 中川原譲二、筒井澄栄
9	ICF を活用した介護サービス自立支援のアウトカム尺度	佐藤 満、小室貴之、渡辺明子
10	厚生労働省における ICD 及び ICF に関する最近の取り組み	森桂、阿部幸喜、高橋恵介、 及川恵美子
11	神奈川県が進める未病指標と ICF	本間健志、大冨賀政昭
12	福祉用具の分類と用語 ISO9999	井上剛伸、中山剛、石渡利奈



ICFの視点からみる地域高齢者への誤嚥性肺炎予防の重要性について ～山梨県言語聴覚士会における取り組み～

高橋正和（一般社団法人山梨県言語聴覚士会・医療法人石和温泉病院）

背景

高齢期における摂食・嚥下機能の維持・向上は、健全な経口摂食を保つ上で極めて重要である。自立高齢者においても潜在的な摂食・嚥下機能の低下は、誤嚥性肺炎の発症や生活の質の低下に繋がる要因である。しかし、必ずしも高齢者自身にその重要性和予防効果などについての認識が広く浸透しているとは言い難い*1状況である。そこで、山梨県言語聴覚士会（以下、当士会）では、地域の自立高齢者の“誤嚥性肺炎の理解と予防”を目的に活動を行っており、以下に報告する。

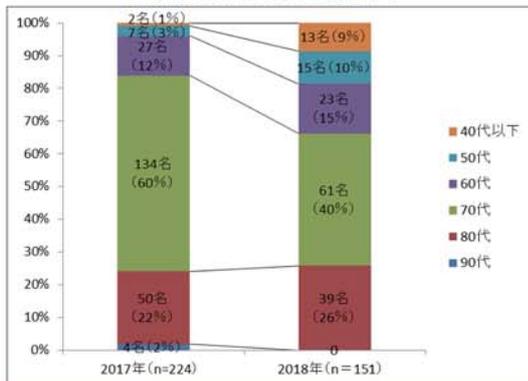
活動概要

「いきいき山梨ねんりんピック」にて2017年、2018年と“誤嚥性肺炎の理解と予防”をテーマにイベントを実施した。
参加者：375名（2017年224名、2018年151名）
内容：①誤嚥性肺炎の説明
②ピークスフローメーターを用いた咳嗽力測定
③「呼吸」・「口腔」・「摂食嚥下」に関する自主練習方法などリーフレットの作成・説明
④自主訓練用の吹戻しの配布

<ICFにおける自立高齢者の摂食・嚥下機能低下の問題点>

健康状態	①摂食・嚥下機能低下、②生活不活発病状態
身体構造・心身機能	①栄養や水分不足による生命維持困難、②誤嚥や窒息による生命危機、③食べる事への喪失感
活動	①虚弱体質となり体力維持ができなくなる、②仕事や余暇活動などの日常生活に支障がでる
参加	①家庭内の団欒や外食などが億劫になり、食べる楽しみの喪失、交流の減少 ②外出時の食事が取れないことで、行動時間や範囲の制限される ③周囲と疎遠となり、ストレス増加、閉じこもりに繋がる

<年代別参加者割合>



まとめ

健全な経口摂取を営むことは日常生活における楽しみであり、食事を味わう楽しみや親しい者との共食の機会を人生の生きがいで捉えている者は多い*2。自立高齢者では誤嚥リスクの増大により摂取できる食品群の制限が生じ、その結果として会食への参加が制限される。この社会参加の制約は、日常生活を円滑に営むための活力やモラルの低下に繋がりが*3、社会参加の制約は生活不活発病に発展する高い危険性を有している。

山梨県には無尽というソーシャルネットワークが習慣として根付いており、昔から住民同士の繋がりが強い風土である。健康長寿の秘密は無尽にありと言われるように、気心の知れた友人との定期的な交流（会食）の場合は、生活の張り合いという高齢者は多い。自立高齢者における誤嚥性肺炎の予防は、生命リスクや能力低下といった問題だけでなく、各個人の生活やライフスタイルといったQOLの担保となる重要な取り組みである。当士会としても継続的な支援・啓発活動を実施していきたい。

<引用文献>

- *1 厚生労働省：『高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のための取組に関する調査』アフターサービス推進室活動報告書Vol.25（平成29年1月24日）、2017、(https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol25.html)
- *2 内閣府：平成21年度高齢者の日常生活に関する意識調査,2010、(http://www8.cao.go.jp/kourei/ishikih21sougouzentaiindex.html)
- *3 三浦宏子、原 修一、森崎直子ほか：地域高齢者における活力度指標と摂食・嚥下関連要因との関連性.日老医誌 2013;50:110-115.

<当日写真>



参加者からは「誤嚥性肺炎の怖さについて学べ、何を気をつけたらいいのかが分かった。さっそく今夜から練習を始めたい」という意見を頂いた。

“誤嚥性肺炎”の関心は高く、咳嗽力測定では順番待ちの行列も出来ました。参加された方は測定結果に一喜一憂し、来年の為に練習してくると意欲的でした。



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



高齢者総合機能評価用コアセット (CGA Core Set) 作成と 高齢者用 ICF コアセット (Geriatric ICF Core Set) との比較検討

富田尚希¹, 大橋由基², 尾崎章子³, 中尾光之⁴, 荒井啓行¹

¹ 東北大学病院加齢・老年病科 (東北大学加齢医学研究所脳科学研究部門老年医学分野), ² 洛和会音羽リハビリテーション病院,
³ 東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野, ⁴ 東北大学大学院情報科学研究科応用情報科学専攻バイオモデリング論分野

1. 背景と研究目的: CGAの特徴を高齢者用ICFコアセットと比較することで明確に示す

「高齢者の健康を包括的に評価するための情報のセット」は複数提唱されている。老年医学の分野では、1930年代より「高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)」が用いられている。

(1) 高齢者総合機能評価 (CGA)¹

生活機能評価を中心に行いながら、症状・疾患の評価を同時に行う評価体系で、通常は「多職種」で分担して評価する。

- ① **スクリーニング用単一指標 (CGA screening)**: KCL (基本チェックリスト)、G8 (栄養評価を中心とした8項目)、VES-13 etc ⇒ **ICF linkage されている**
- ② **評価尺度の組合せ (CGA assessment)**: MMSE (認知機能)、GDS (気分)、Vitality (意欲)、TUG (移動能力)、FIM (ADL) etc の組合せ

② (CGA assessment) は未だICFとリンクされていない ⇒ 本研究でICFとリンク、高齢者用ICFコアセットと比較してCGAの特徴を明らかにする

(2) 高齢者用ICFコアセット (Geriatric ICF Core Set)^{2,3,4,5}

特定の健康状態や特別な医療背景を評価するために、最も関連するICFカテゴリーのリストを提示しているもの。

- ① Comprehensive³: post-acute care (移行期) 用 123項目
- ② Brief³: post-acute care (移行期) 用 (簡易版) 38項目
- ③ Community, nondemented⁴: 地域在住で認知症ではない75歳以上用 29項目

2. 調査概要: 医療専門職と一般高齢者を対象にインターネット調査を2回行い、デルファイ法で回答者の意見を取れんさせる

調査対象	調査方法・期間						
<ul style="list-style-type: none"> ■ 専門家 (医師、看護師、介護福祉士、理学療法士) ……100-120人 ■ 一般高齢者 (調査会社モニター・介護者) ……50-100人 	<p>インターネット調査 (デルファイ法: 1回目調査の集計結果を示して2回目調査を行う)</p> <table border="1"> <tr> <th>1回目</th> <th>2回目</th> </tr> <tr> <td> 2018年3月～4月 回答者数: 327人 (医療専門職 80人、一般高齢者 247人) </td> <td> 2018年4月～5月 回答者数: 182人 (医療専門職 50人、一般高齢者 132人) </td> </tr> <tr> <td> ① 高齢者の健康状態全体を把握するために必要な概念・指標は何か ② 高齢者総合機能評価 (CGA) に含まれるべきICF項目はどれか ③ 効果的・効率的な測定方法はどれか (自記式・面接式・機器測定) </td> <td> ①②③ についての集計結果のお知らせ、集計結果をふまえた上で改めて質問 専門家と一般高齢者の回答傾向の違いを検討 </td> </tr> </table>	1回目	2回目	2018年3月～4月 回答者数: 327人 (医療専門職 80人、一般高齢者 247人)	2018年4月～5月 回答者数: 182人 (医療専門職 50人、一般高齢者 132人)	① 高齢者の健康状態全体を把握するために必要な概念・指標は何か ② 高齢者総合機能評価 (CGA) に含まれるべきICF項目はどれか ③ 効果的・効率的な測定方法はどれか (自記式・面接式・機器測定)	①②③ についての集計結果のお知らせ、集計結果をふまえた上で改めて質問 専門家と一般高齢者の回答傾向の違いを検討
1回目	2回目						
2018年3月～4月 回答者数: 327人 (医療専門職 80人、一般高齢者 247人)	2018年4月～5月 回答者数: 182人 (医療専門職 50人、一般高齢者 132人)						
① 高齢者の健康状態全体を把握するために必要な概念・指標は何か ② 高齢者総合機能評価 (CGA) に含まれるべきICF項目はどれか ③ 効果的・効率的な測定方法はどれか (自記式・面接式・機器測定)	①②③ についての集計結果のお知らせ、集計結果をふまえた上で改めて質問 専門家と一般高齢者の回答傾向の違いを検討						

ICF第2レベル分類で、選択した人数の多い上位20%をコア項目として抽出 (ICFにない項目は複数名が回答した項目を抽出) ⇒ CGAコアセットを構成

3. 調査結果: CGAコアセット案 59項目 (心身機能 b > 活動参加 d > 環境 e > nd/nc > 個人 pf > 身体構造 s)

ICF項目(心身機能): b140, b144, b152, b164, b110, b114, b117, b122, b134, b210, b230, b280, b435, b440, b455, b410, b510, b525, b620, b710, b730

ICF項目(身体構造): s110, s750

ICF項目(活動参加): d350, d330, d310, d470, d450, d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570, d710, d760, d860, d920

ICF項目(環境因子): e110, e115, e120, e125, e165, e230, e310, e325, e355, e410, e575, e580

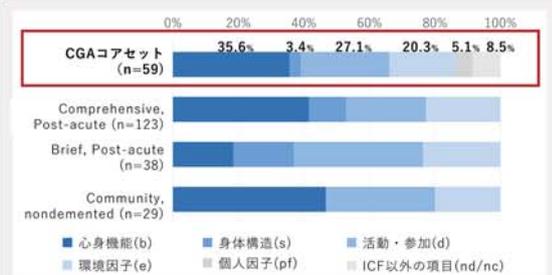
個人因子: 性別、年齢、体力

評価すべき概念 (自由回答で2名以上記載した項目): QOL、生きがい、生活満足度、自己効力感、一人を楽しむ個人的側面

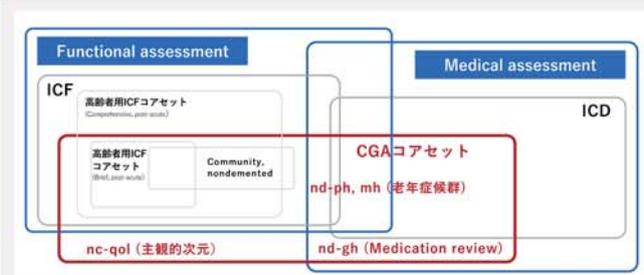
評価すべき概念 (提示した項目の選択頻度順): 社会的サポート > 社会参加 > 社会的ネットワーク > 生活空間 > 社会的役割 > 閉じこもり > 多剤併用 > 社会的孤立 > 薬の不遵守

4. 考察: CGAコアセットは nd/nc (ICF外項目) を含み、主に「ICD項目 nd-gh, ph, mh⁵⁾」「主観的次元 nc-qol⁵⁾」に該当と推測

高齢者ICFコアセットとの比較: 2 for Post-acute, 1 for community



高齢者総合機能評価 (CGA) の構成: ICD, ICF components との関係



参考文献

- 1) Ritch A. History of geriatric medicine: from Hippocrates to Marjory Warren. J R Coll Physicians Edinb 2012; 42(4): 368-74.
- 2) Jerome E. Bickenbach et al. ICF core sets: Manual for Clinical Practice 監訳 日本リハビリテーション医学会 (医歯薬出版株式会社)
- 3) ICF Research Branch (<https://www.icf-research-branch.org/download>)
- 4) Sophie LW et al. The Geriatric ICF core set reflecting health related problems in community living older adults aged 75 years and older without dementia. Disabil Rehabil, 2015; 37(25): 2337-2343
- 5) Alarcos-Cieza, Nora Fayed, Jerome Bickenbach & Birgit Proding (2016): Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.3109/09638288.2016.1145258

資金

この研究はCOI-STREAM (文部科学省、JST) の支援を受けて実施した



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



その人の「活動と参加」を支援する作業療法 ～ ICFの概観と共通する生活行為向上マネジメント ～

筆者・所属：一般社団法人 日本作業療法士協会

日本作業療法士協会の「作業療法の定義」

2018年（平成30年）5月26日

「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。」

【註釈】

- ・作業療法は「人は作業を通して健康や幸福になる」という基本理念と学術的根拠に基づいて行われる。
- ・作業療法の対象となる人々とは、身体、精神、発達、高齢期の障害や、環境への不応により、日々の作業に困難が生じている、またはそれが予測される人や集団を指す。
- ・作業には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為と、それを行うに必要な心身の活動が含まれる。
- ・作業には、人々ができるようになりたいこと、できる必要があること、できることが期待されていることなど、個別的な目的や価値が含まれる。
- ・作業に焦点を当てた実践には、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業の利用と、その作業自体を練習し、できるようにしていくという目的としての作業の利用、およびこれらを達成するための環境への働きかけが含まれる。

生活行為向上マネジメント（MTDLP）の開発

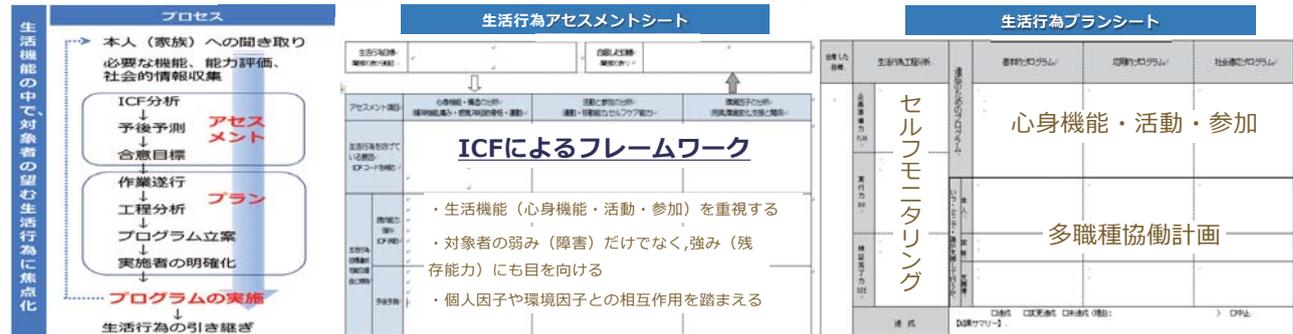
開発の目的

国民にわかりやすい作業療法の姿を示すべく、平成20年度より厚労省・老人保健健康増進等事業を6年間継続受託し「作業をすることで人は健康になれる」サービスのあり方を提案

MTDLPの内容

「MTDLP」は、作業療法の対象者が「したい・する必要がある・することが期待されている生活行為」に焦点を当て、目標達成の阻害要因をICFに基づいたアセスメント（プロセス評価）を行い、「心身機能」「活動」「参加」の要素に介入、目標達成について評価を行う（アウトカム評価）

The concept of Management Tool for Daily Life Performance



MTDLP運用上の展開

ICFとの共通性は、焦点化した生活行為の達成状況の変化のみならず、健康状態を包括的に捉え、課題とする生活機能の第2分類のコードで量的に整理し経過を捉えることであるが、複数シートの運用とデータ抽出に課題がある

- ◀利点▶ ○シートを用いて作業療法を可視化 ○ICFで生活機能を包括的にアセスメント ○アセスメントと計画に基づいた作業の提供
- ◀課題▶ △プロセスに基づいた複数シートの運用 △ICFコードの参照・転記に時間を要する △各シート間のデータ共有化

MTDLP・ICFのデータを収集するための環境整備



★1つのApplicationで各シートを作成・一部の項目は自動的に連結・各種データを回収し、データベース化の展開を図る

今後の展望

ICFの概観や構造的特徴を活用するMTDLPの手法は、ICFの理念である「障害や疾病を持った人々やその家族、保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、障害や疾病の状態について共通の理解を持つ」ことに寄与するものである

★「人は作業を行うことで元気になれる」という作業療法の考え方は普遍的であり、作業療法士は「作業」を保証し、その人の「活動と参加」を支援する

★MTDLPはICFの概念を導入し、第2分類コードの活用であるが、作業療法の対象・評価・介入に関するデータベースの構築を図り、国民の健康に寄与するために、啓発・普及及び効果検証に努めていきたい



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



ICD-11におけるV-chapterの構造と既存尺度との関連性 — ICFの活用と有効な国際統計としての適用 —

小松雅代¹ 高井優奈¹ 小川俊夫² 城島哲子¹ 今村知明¹

1 奈良県立医科大学、2 国際医療福祉大学

背景

ICFは国際統計分類の一つとしてすでに存在しているにもかかわらず、ICD-11に生活機能を評価するV-chapterが導入された。この導入について、WHOが期待する2つの可能性の1つめは、「標準化された患者プロフィールおよび全体的な機能スコアを生成するための構造化評価の可能性」、2つめは「個々のケースまたは条件のコーディングのための機能的なカテゴリーの選択の可能性」である。しかし、この可能性を現実的にするにはICFコードの使用方法等の課題がある。そのため、疾患や外傷（外的要因）による生活機能の統計分析や一般化に至っていないと考えられる。WHOは、V-chapterの位置づけとして生活機能のデータの集約と定量化、包括的な評価の実施を目的としていると考えられ、今回、ICFの視点からICD-11のV-chapterの構造について分析を行い、ICDとICFの相互利用について考察する

方法

- 1 ICD-11-MMS (2018年8月時点) V-chapterの56の項目(+7の下位項目)について、ICFコードとの関連性を把握し、項目の構造について分析を実施した。
- 2 既存尺度とV-chapterのICFのコードとの関連性について分析を実施した。

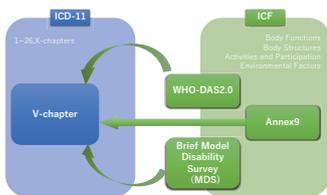


図1 V-chapterとICFの関連性



図2 V-chapter生活機能評価に関する区分

結果

V-chapterの3つのコーディングツールであるWHO-DAS2.0、簡易版モデル障害調査 (MDS)、基本的機能の領域 (Annex9) には、「認知機能、精神機能」「運動・移動」「セルフケア」「他者との交流、対人関係」といった類似した項目が含まれているが、ICFコードを用いてそれぞれの項目を分析すると、異なったICFコードから構成されていた(表1、表2)。

アルツハイマー型認知症を例に分析した結果、既存尺度とV-chapterとの関連性では、GDS (Geriatric Depression Scale: 老年期うつ病評価尺度) やBarthel Index (ADL評価尺度) は高い一致率を示した。一方、認知機能を評価する項目であるMMSE (Mini Mental State Examination) の一致率は低かった(表3、図3)。

結論

3つのベースツールとV-chapterの項目の関連性では、V-chapterのコードは互いに関連した項目は含まれているが、それぞれの項目が独立した生活機能の意味を成し得ている。

また、生活機能分類を統計的処理することができるICFは単に生活機能を評価するだけでなく、既存尺度がどの部分の生活機能を評価しているかを羅針盤的に分析できるツールである。

V-chapterがICD-11に導入されたことで、疾病分類された疾病の生活機能を国際比較し、公衆衛生の視点から科学的に統計分類することができる可能性が十分にある。

しかし、個々のケースまたは条件のコーディングの選択については、個々の症例の分析を重ね、コード化のための分析が必要である。

謝辞

本研究は、平成30年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業 政策科学推進研究事業 H29-政策一般-001)で行われた成果の一部である。関係者すべての方々に感謝申し上げます。

開示すべきCOI関係はありません。

表1 V-chapterコードと既存尺度による下位尺度との比較

ICF Code	V-chapter Code	Functionality of V-chapter by the ICD-11 Manual (ICD-11 Annex 9)	ICF Code						
Cognition									
d430	d430	Attention function	d430						
d431	d431	Memory function	d431						
d432	d432	Executive function	d432						
d433	d433	Learning and memory	d433						
d434	d434	Communication function	d434						
d435	d435	Problem solving	d435						
d436	d436	Emotional and behavioural regulation	d436						
d437	d437	Self-care	d437						
d438	d438	Learning and memory	d438						
d439	d439	Communication function	d439						
d440	d440	Problem solving	d440						
d441	d441	Emotional and behavioural regulation	d441						
d442	d442	Self-care	d442						
d443	d443	Learning and memory	d443						
d444	d444	Communication function	d444						
d445	d445	Problem solving	d445						
d446	d446	Emotional and behavioural regulation	d446						
d447	d447	Self-care	d447						
d448	d448	Learning and memory	d448						
d449	d449	Communication function	d449						
d450	d450	Problem solving	d450						
d451	d451	Emotional and behavioural regulation	d451						
d452	d452	Self-care	d452						
d453	d453	Learning and memory	d453						
d454	d454	Communication function	d454						
d455	d455	Problem solving	d455						
d456	d456	Emotional and behavioural regulation	d456						
d457	d457	Self-care	d457						
d458	d458	Learning and memory	d458						
d459	d459	Communication function	d459						
d460	d460	Problem solving	d460						
d461	d461	Emotional and behavioural regulation	d461						
d462	d462	Self-care	d462						
d463	d463	Learning and memory	d463						
d464	d464	Communication function	d464						
d465	d465	Problem solving	d465						
d466	d466	Emotional and behavioural regulation	d466						
d467	d467	Self-care	d467						
d468	d468	Learning and memory	d468						
d469	d469	Communication function	d469						
d470	d470	Problem solving	d470						
d471	d471	Emotional and behavioural regulation	d471						
d472	d472	Self-care	d472						
d473	d473	Learning and memory	d473						
d474	d474	Communication function	d474						
d475	d475	Problem solving	d475						
d476	d476	Emotional and behavioural regulation	d476						
d477	d477	Self-care	d477						
d478	d478	Learning and memory	d478						
d479	d479	Communication function	d479						
d480	d480	Problem solving	d480						
d481	d481	Emotional and behavioural regulation	d481						
d482	d482	Self-care	d482						
d483	d483	Learning and memory	d483						
d484	d484	Communication function	d484						
d485	d485	Problem solving	d485						
d486	d486	Emotional and behavioural regulation	d486						
d487	d487	Self-care	d487						
d488	d488	Learning and memory	d488						
d489	d489	Communication function	d489						
d490	d490	Problem solving	d490						
d491	d491	Emotional and behavioural regulation	d491						
d492	d492	Self-care	d492						
d493	d493	Learning and memory	d493						
d494	d494	Communication function	d494						
d495	d495	Problem solving	d495						
d496	d496	Emotional and behavioural regulation	d496						
d497	d497	Self-care	d497						
d498	d498	Learning and memory	d498						
d499	d499	Communication function	d499						
d500	d500	Problem solving	d500						
d501	d501	Emotional and behavioural regulation	d501						
d502	d502	Self-care	d502						
d503	d503	Learning and memory	d503						
d504	d504	Communication function	d504						
d505	d505	Problem solving	d505						
d506	d506	Emotional and behavioural regulation	d506						
d507	d507	Self-care	d507						
d508	d508	Learning and memory	d508						
d509	d509	Communication function	d509						
d510	d510	Problem solving	d510						
d511	d511	Emotional and behavioural regulation	d511						
d512	d512	Self-care	d512						
d513	d513	Learning and memory	d513						
d514	d514	Communication function	d514						
d515	d515	Problem solving	d515						
d516	d516	Emotional and behavioural regulation	d516						
d517	d517	Self-care	d517						
d518	d518	Learning and memory	d518						
d519	d519	Communication function	d519						
d520	d520	Problem solving	d520						
d521	d521	Emotional and behavioural regulation	d521						
d522	d522	Self-care	d522						
d523	d523	Learning and memory	d523						
d524	d524	Communication function	d524						
d525	d525	Problem solving	d525						
d526	d526	Emotional and behavioural regulation	d526						
d527	d527	Self-care	d527						
d528	d528	Learning and memory	d528						
d529	d529	Communication function	d529						
d530	d530	Problem solving	d530						
d531	d531	Emotional and behavioural regulation	d531						
d532	d532	Self-care	d532						
d533	d533	Learning and memory	d533						
d534	d534	Communication function	d534						
d535	d535	Problem solving	d535						
d536	d536	Emotional and behavioural regulation	d536	d536	d53				



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



長期精神科入院患者に対するICF利活用の可能性と今後の課題

○川口英明^{1,2} 田口真源¹ 櫻木章司¹ 森隆夫¹

1 日本精神科病院協会 2 東京大学大学院医療情報学分野

欧米諸国に比べ、日本では精神科領域において地域医療へ移行するためのインフラ整備が積極的には取り組まれてきておらず、精神科患者の長期入院が慢性化している。このような現状を受け、日本においても地域移行に向けた取り組みが開始されているが、退院後患者が地域に適應できるかは、患者の生活機能に依存することが知られている。本発表では、機械学習や統計的因果探索といったデータサイエンスの手法をICFデータに適用し、長期精神科入院患者の生活機能に関する知見を紹介するとともに、精神科領域におけるICF利活用の課題と取り組みについても紹介する。

長期精神科入院について

諸外国では精神科入院患者の「脱施設化」が行われてきたが、日本では地域医療へ移行するためのインフラ整備が積極的には取り組まれてきておらず、**1年以上の長期入院患者が20万人以上**いるなど、精神科患者の長期入院が慢性化している。そこで、「重度かつ慢性」暫定基準案など、地域移行に向けた取り組みが開始されている。

重度かつ慢性暫定基準案

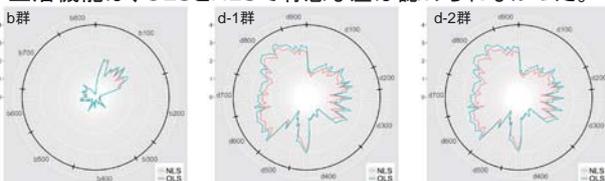
新たな長期入院患者を作らないようにするための基準案。入院後適切な治療を継続したにもかかわらず1年を超えて在院した患者のうち、精神症状が一定以上の重症度を満たし、①行動障害、②生活障害のいずれかがある場合を指す。
→**長期精神科入院では生活障害が着目されている。**

ICFを用いた長期入院患者の生活機能評価

日本精神科病院協会が調査したICFデータを用いて、入院期間1-5年のニューロングステイ(NLS群)と5年以上のオールドロングステイ(OLS群)の二群間で、b群(心身機能)とd群(活動と参加、d-1群が実行状況、d-2群が能力)の項目を比較し、認知機能と生活機能障害を評価した。年齢や精神症状などの共変量については、傾向スコアを適用し、各ICF項目の重みづけ平均をレーダーチャートにした。

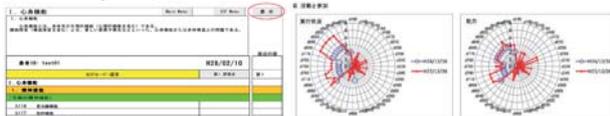
●研究で得られた知見のまとめ

- ・OLSはNLSに比べ、認知機能や多くの社会生活機能が障害されていることが示された。
- ・入院環境で自立性が要求される日常的に行う機会の多い生活機能は、OLSとNLSで有意な差は認められなかった。



Kawaguchi et al. Evaluation of cognitive and social functioning in patients requiring long-term inpatient psychiatric care using the International Classification of Functioning, Disability, and Health: a large-scale, multi-institutional observational study. Disabil Rehabil. 15, pp.1-7, 2017

ICFの課題と日本精神科病院協会(日精協)の取り組み
リハビリテーション分野に比べ、精神科領域では、ICF使用例がほとんどなく、その理由としてデータ採取が困難であることが指摘されている。そこで日精協では**因子分析を用いたICF短縮版を試作した**。Excelベースであり、各項目をクリックすると、その項目に関するICF日本語版の説明が現れる。また、入力したBPRSおよびICFの値を、レーダーチャートを介して可視化することができる。



川口英明 他. 長期精神科入院患者のためのICF短縮版作成に関する研究. 第112回日本精神神経学会学術総会. 2016

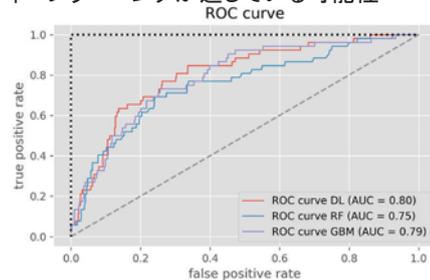
ICF×データサイエンス

1. 機械学習による長期入院患者の退院予測

地域移行の際、やみくもに全ての患者を地域移行の対象とするのは現実的ではなく、まずは退院が比較的容易な患者群を適切に抽出する必要がある。**ICFデータおよび種々の背景因子、患者特性から、その患者が退院できるか否かを予測する機械学習モデルを構築した**。ランダムフォレスト、勾配ブースティングモデル、ディープラーニングを用い、予測精度を比較した。

●研究で得られた知見のまとめ

- ・ICFデータを使えば8割以上の正解率で退院予測可能
- ・退院可能性の高い患者をスクリーニングするという目的には、ディープラーニングが適している可能性



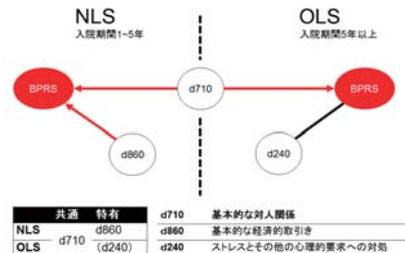
川口英明 他. ICFを用いた長期精神科入院患者の退院予測に関する機械学習的アプローチ. 第113回日本精神神経学会学術総会. 2017

2. 統計的因果探索

生活障害と精神症状の重症度との関連性については明確にされていないが、長期精神科入院患者の生活障害には特定のパターンが認められたことから、精神症状と関連のある項目とない項目が混在している可能性が考えられた。そこで、統計的因果探索手法であるPCアルゴリズムとLINGAMを用いて、**長期精神科入院患者の精神症状と生活機能の関連性について可視化した**。

●研究で得られた知見のまとめ

- ・多くの生活機能は精神障害とは独立であり、精神的治療とは別に生活機能を改善する必要性
- ・一部の生活機能の改善は、精神障害自体をも改善させる可能性



川口英明 他. ICFを用いた長期精神科入院患者の生活機能に関する統計的因果探索アプローチ. 第114回日本精神神経学会学術総会. 2018

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



ICF評価ツールの作成とICDと連携した評価システム構築の検討

向野雅彦¹⁾ 山田 深²⁾ 園田 茂³⁾ 出江紳一⁴⁾ 水間正澄⁵⁾ 岡崎英人⁶⁾ 河村美穂⁷⁾ 米田千賀子⁸⁾ 尾関保則⁹⁾

小口和代¹⁰⁾ 清水康裕¹¹⁾ 小池知治¹²⁾ 戸田英美¹³⁾ 近藤和泉¹⁴⁾ 才藤栄一¹⁾

1) 藤田医科大学医学部リハビリテーション医学講座 6) 藤田保健衛生大学医学部連携リハビリテーション医学講座 11) 輝山会記念病院
 2) 杏林大学医学部リハビリテーション医学講座 7) あさひ病院 12) 三九朗病院
 3) 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学II講座 8) 鶴岡リハビリテーション病院 13) 中京病院
 4) 東北大学大学院工学研究科リハビリテーション工学分野 9) 宇野病院 14) 国立長寿医療研究センター
 5) 医療法人社団輝生会 10) 刈谷豊田総合病院

背景

国際生活機能分類(以下ICF)は2001年に採択されて以降、臨床への普及が進められてきたが、特に医療分野においてはまだ本格的な普及には課題がある。本研究では、ICFの普及を目的として国際共同研究として進められてきたICFコアセットの中で、リハビリテーション患者に横断的に適応可能な日本の医療現場への普及と推進を目的に臨床で使用可能な評価ツールを作成し、さらにICDと連携した評価モデルについての検討を実施した。

* ICFリハビリテーションセット (Proding et al, 2016)

ICFリハビリテーションセットはコアセットの一つとして開発され、「主観的な健康感」と最もよく関連している項目を計量心理学的な手法を用いて選択し、さらに国際的な専門家会議により臨床において重要な項目を追加して作成された、30項目の項目セット。

採点用リファレンスガイドの作成

先行研究で、ICFの評定の信頼性はそのままでは低いことが報告されている。しかし、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ことが問題であった。そのためもともとと基準を尊重し、認知デプリューピングによって臨床家の評点の具体例を例示する形でガイドを作成した。

作成プロセス

多職種医療者による採点 (共通の患者9名)

認知インタビュー
(何に着目して採点したかを詳細にインタビュアーが聴取)

採点者によるディスカッション
(共通の基準となりうるポイントをインタビュアーを交えて一つ一つの基準について議論し、草案を作成)

ICF専門家によるレビュー
(項目間の整合性およびICFの定義に照らした基準の妥当性について議論)

検者間信頼性

作成したリファレンスガイドを用い、検者間信頼性の検討を実施した(n=87, 検者4名)。情動機能、痛みの感覚を除き、重み付けκ係数が0.6以上であり、比較的良好な信頼性が確認された。

	重み付けκ係数	
b130	活力と欲動の機能	0.75
b134	睡眠機能	0.64
b152	情動機能	0.22
b280	痛みの感覚	0.48
b455	運動耐容能	0.62
b620	排尿機能	0.88
b640	性機能	0.81
b710	関節の可動性の機能	0.79
b730	筋力の機能	0.69
d230	日課の遂行	0.73
d240	ストレスとその他の心理的要求への対処	0.70
d410	基本的な姿勢の変換	0.82
d415	姿勢の保持	0.78
d420	乗車	0.80
d450	歩行	0.63/0.72
d455	移動	0.61
d465	用具を用いての移動	0.64
d470	交通機関や手段の利用	0.67
d510	自分の体を洗うこと	0.78
d520	身体各部の手入れ	0.77
d530	排泄	0.73
d540	更衣	0.70
d550	食べる	0.74
d570	健康に注意すること	0.64
d640	調理以外の家事	0.78
d660	他者への援助	0.74
d710	基本的な対人関係	0.70
d770	親密な関係	0.78
d850	報酬を伴う仕事	0.74
d920	レクリエーションとレジャー	0.64

n=87

フィールドテスト

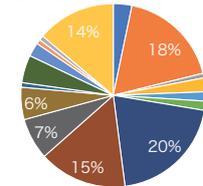
対象) 急性期病院 (藤田医科大学病院、120名) および回復期病院 (藤田医科大学病院、藤田医科大学七葉記念病院、鶴岡リハビリテーション病院、宇野病院、輝山会記念病院、三九朗病院、計180名) に単日入院リハビリテーションを実施していた患者からランダムに選択した計300名

方法) 採点用リファレンスガイドに基づき、理学療法士、作業療法士または看護師がICFリハビリテーションセットの30項目の採点を実施した。また、カルテから後方視的に診断名を抽出し、ICD-11に基づいてコード化し、分類した。また、欠損値が5%以上の項目を除いた21項目のデータを用いてRasch分析を実施し、適合度を検討した。算出された難易度の最小値を0、最大値を100として変換した標準化スケールを作成し、ICD-11の大分類ごとのスコアの分布を検討した。

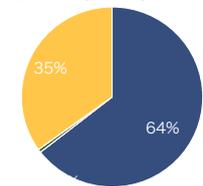
ICD-11の大分類

- 1 感染症または寄生虫
- 2 新生物
- 3 血液又は造血器の疾患
- 4 免疫機構の疾患
- 5 内分泌、栄養または代謝疾患
- 6 精神、行動または神経発達の障害
- 8 神経系の疾患
- B 循環器系の疾患
- C 呼吸器系の疾患
- D 消化器系の疾患
- E 皮膚の疾患
- F 筋骨格系又は結合組織の疾患
- G 泌尿生殖器系の疾患
- L 先天奇形
- M 症状、徴候または臨床所見で他に分類されないもの
- N 損傷、中毒またはその他の外因の影響

急性期の患者内訳 (n=124)



回復期の患者内訳 (n=180)



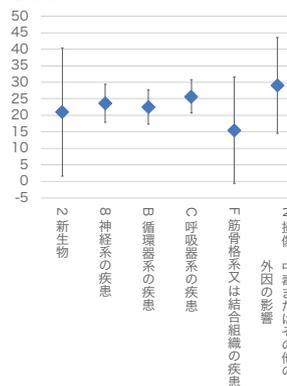
Rasch分析の結果

初回モデルのRasch分析の当てはまりは不良であったが、b項目、d1項目、d4/5項目、d7項目の4つの項目グループに分けたtestlet analysis (Lundgren-Nilsson A, 2011)の手法を用いたところ、良好な適合が確認された。

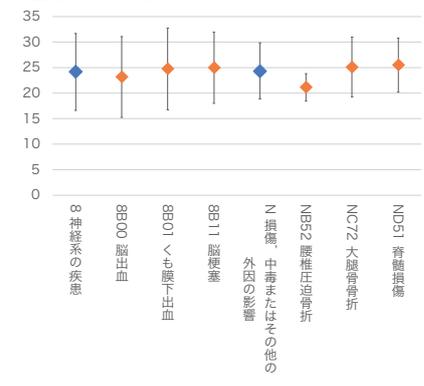
Location Item	Person		Fit Residual Item		Person		Item - Trait Interaction			Reliability Indices					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Value	Df	p-value	Alpha with extms	Alpha No extms	PSI with extms	PSI No extms		
Initial Model	0	0.645	-0.8665	1.475	-0.2593	2.882	-0.2258	1.342	244.57	63	0.000	0.961	0.960	0.941	0.945
4 Testlets	0	0.606	0.6970	1.175	0.046	1.391	-0.3105	0.956	12.063	15	0.674	0.871	0.870	0.928	0.934

難易度マップに基づき、ICFリハビリテーションセットの21項目の合計点から標準化スケールへの換算式を作成し、換算後の数値を解析に用いた。

急性期のスコアの分布



回復期のスコアの分布





WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



WHO-DAS2.0による就労継続支援サービス利用者の個別支援計画の検討

氏名 大野賀政昭¹⁾、松本将八²⁾、木下隆志³⁾、筒井孝子⁴⁾

1)国立保健医療科学院、2)NPO法人こぐまクラブ、3)芦屋学園大学、4)兵庫県立大学、

背景及び目的

障害福祉サービス提供の根拠となる個別支援計画書作成は義務となっているが、利用者のアセスメント方法や、計画様式の選定は事業所の裁量となっている。

しかし、同一利用者であっても事業所が異なると、計画やサービス提供内容も異なるといったことが生じ、利用者が混乱するといった事態も生じており、障害福祉領域での利用者のアセスメント法の統一や、これを基礎とした個別支援計画作成の標準化が求められている。

そこで本研究では、WHOが作成したICFに基づく、WHO-DAS2.0を用いて、就労継続支援サービス利用者の基本属性、意思疎通、自己管理、社会的参加や活動状況等のアセスメントを実施し、事業所の職員が個別支援計画書を作成する際に利用しやすい情報を提供することを目的とした。

研究方法

就労継続支援B型サービスの利用者の状態の経時的変化を明らかにするために、自己記入版WHO-DAS2.0を用いて、6名の利用者に対し、2回（初回と3か月後）調査した。

また、利用者日々の状態をより詳細に把握することを目的として、担当職員による代理人調査（体調が良い時と悪い時を想定）も別途実施し、同一利用者における4種類のWHO-DAS2.0情報を得た。

さらに、職員及び学識経験者による検討会を組織し、これらのアセスメント情報を担当職員らが個別支援計画に反映しやすい様式を開発した。

結果と考察

開発した様式によって、利用者の自己評価と介護職員の評価の乖離という重要な知見を図によって、よりわかりやすくすることができ、その結果個別支援計画を共通のアセスメントをもとに見直すことが可能になった。

今後は、さらに事例を蓄積することで、個別支援計画への反映など、アセスメント結果をサービス提供に利用する具体的な方法の検討をすすめていく必要がある。

図1 WHO-DAS2.0によるサービスマネジメントへの効果（研究仮説）

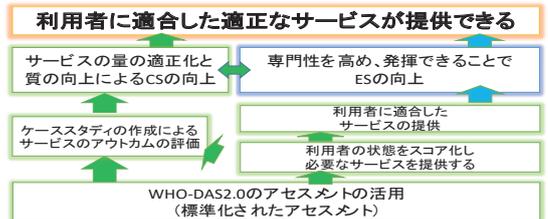


図2 WHO-DAS2.0による4つのレーダーチャートの作成

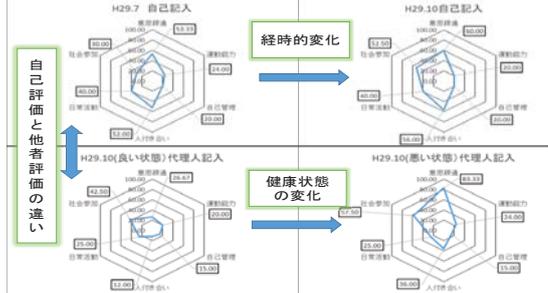


図3 WHO-DAS2.0による4つ値をまとめたレーダーチャートの作成

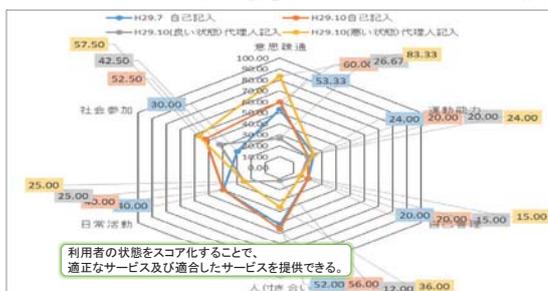


図4 WHO-DAS2.0に基づく個別支援計画の再検討の事例

Figure 4 shows a case study for re-evaluating an individual support plan based on WHO-DAS2.0. It includes a table for '利用者の概要と状態を表す領域別スコアの比較' (Comparison of scores by domain representing user overview and status) and a table for '利用者の希望といつまでに、だが、どのようにサービスを提供するか' (When and how to provide services according to user wishes). The tables contain detailed data and text describing the user's situation and the resulting support plan adjustments.

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



ICF概念に基づく介護技能評価アセスメントの開発と妥当性の検証

氏名 筒井孝子¹⁾、大野賀政昭²⁾、東野定律³⁾、中川原譲二⁴⁾、筒井澄栄⁵⁾

1)兵庫県立大学、2)国立保健医療科学院、3)静岡県立大学、4)一般財団法人脳神経疾患研究所、5)創価大学

背景及び目的

国内外で介護人材不足が社会問題となる中、2017年11月に「技能実習制度」に介護分野が対象に加えられた。

技能実習生用テキストが示され、すでに受け入れは始まっているが、技能移転過程を評価するツールは存在しない状況にある。

本研究では、国際的に活用が期待されるICFに基づいて、現場で働く外国人技能実習生の介護技能の習得状況を評価するアセスメントを開発することを目的とした。

研究方法

- 1 介護分野の技能実習生用テキストにおける科目・内容をICFで表現し、介護技能に関わる評価票を作成した。
- 2 EPAに基づく外国人介護福祉士候補者3名とこの指導者2名を対象にインタビュー調査を実施し、技能実習制度における実習受け入れ機関の環境を評価する評価票を作成した。
- 3 外国人の受け入れを行っている国内の介護事業所2施設において、介護キャリア段位講習会において、試行評価を実施し、臨床的妥当性の観点から、調査票の修正を行った。
- 4 試行評価によって修正されたツールを用いて、介護技能実習制度において試験評価者として研修を修了したものを対象として、調査（フィールドトライアル）を実施し、項目の妥当性を検討した。

結果と考察

本研究で開発したツールを介護技能実習制度の性格上実習の送り出し機関で活用することが求められる。ICFの評価ルールを用いた今回の調査票は、評価項目の難しさ、評価基準の曖昧さが指摘され、現在の調査方法のままでは、データの信頼性の低さが危惧された。このため、この評価ツールを現場で運用していくためには、評価項目のさらなる絞り込み、評価具体例の提示など採点の標準化の必要性が示唆された。

図3 ICFに基づく技術評価票の介護分野のOJTへの活用イメージ



図1 技能実習制度（介護分野）のICFにおける再整理イメージ

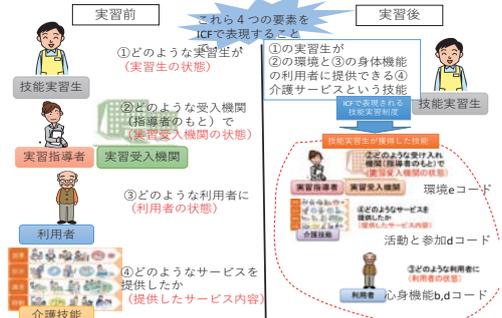


図2 ICFに基づく技術評価票のイメージと修正プロセス

- ①調査票の簡略化（P/C評価を省略）
- ②項目の縮減（82→38）
- ③文言の修正（ICFコードから介護の内容を記載へ）。

修正評価票を用いて、介護技能実習の試験評価者講習修了者に調査を実施（評価対象は外国人職員または日本人実習生）。410名に調査票を配布し、30票が回収された（回収率7.3%）。

表1 開発された介護技能評価項目38項目

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
01 介護福祉士としての役割と責任の理解	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表2 フィールドトライアルの対象となった30名の基本属性

属性	人数	割合 (%)
性別	30	100
男性	5	16.7
女性	24	80.0
国籍	30	100
日本人	14	46.7
外国人	16	53.3
年齢	30	100
18歳未満	2	6.7
18歳以上24歳未満	14	46.7
25歳以上34歳未満	14	46.7
35歳以上	0	0.0
学歴	30	100
小学校	1	3.3
中学校	2	6.7
高等学校	17	56.7
大学	10	33.3



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



ICFを活用した介護サービス自立支援のアウトカム尺度

佐藤 満¹⁾, 小室 貴之²⁾, 渡辺 明子²⁾

1) 昭和大学保健医療学部理学療法学科 2) 株式会社楓の風

概要：ICFの生活機能分類を活用することで、多様な高齢者の活動と参加を網羅的に包含する、これまで測定できなかった社会的自立を支援する介護サービスのアウトカム測定の尺度を開発した。

背景

介護サービスの質評価による事業適正化には、アウトカム評価の重要性が高い。平成28年度厚労白書によると、介護サービスが目指すべき自立支援は「日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによってひとりひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである」とされている。

またWHOが示す長期ケアの目標は「セルフケアが長期に渡り十分にできない個人に対し、自立、自律、参加、自己実現、尊厳を最大限に維持し、可能な限りのQOLの維持を保証する」とされている。

現状の課題

現在、介護サービスのアウトカム評価では、要介護度や日常生活動作(ADL)指標の変化といった身体的な自立支援指標が多用されており、家庭での役割や社会参加の再獲得の側面を測定できるアウトカム尺度はこれまでなかった。身体的自立支援指標だけでは、長期ケアを必要とする慢性の経過をたどる方々や、心身の状態が悪化傾向にある方々のアウトカムは測定が困難で、長期ケア対象者に延々と身体的自立支援を強い方向性に陥りやすい。

目的

介護サービス利用者の役割や参加の獲得を定量化できる尺度を開発する。役割や参加の獲得には利用者自身による自己決定と主体的取り組みが欠かせない。獲得の過程で変化する主体性も定量化する下位尺度も含めた社会的自立支援のアウトカム尺度とする。

開発の手順

アウトカム尺度を構成する下位尺度は「参加」「活動」「主体性」の3つとする(表1)。下位尺度「参加」は「家庭での役割」と「社会参加」から構成する。これらの測定要素は国内で蓄積されている先行研究の精査から一次抽出した。アウトカム尺度として機能するためには、関連要素が一通り網羅されていることが求められることから、各測定要素とICF分類の構成要素との整合性を検討し、「社会参加」18要素(図2)、「家庭での役割」16要素で構成した。下位尺度「活動」は、ICF構成要素「活動と参加」の第1レベルの各ドメイン(d1~d9)がすべて含まれるように項目を選択した(図1)。下位尺度「主体性」は高齢者エンパワメントの先行研究より項目を選択した。

信頼性・妥当性の検討(方法)

通所介護施設利用者142名を対象に本尺度の回答を得た。その結果から本尺度の項目分析(回答偏向分析、上位-下位分析、項目-全体分析)、構成概念的妥当性(確認的因子分析)、判別妥当性、内的整合性、再検査信頼性を分析した。

信頼性・妥当性検討の結果

11項目のうち「運動習慣」が除外相当となったが、この因子モデルでの確認的因子分析のモデル適合度指標は良好な値を得た(図1)。下位尺度「主体性」は介護度による有意な得点差がなかった。内的整合性と再検査信頼性は良好な値を得た(表3)。

結果の解釈

下位尺度「活動」の「運動習慣」は生活機能そのものではなく、生活機能を維持改善させる手段として位置づけられるため、構成概念として異質であったと考えられた。しかしこの項目を含めた尺度全体の因子モデルの構成概念妥当性は良好と判断された。下位尺度「主体性」は介護度による有意な得点差がなく、身体的自立状況に依存しない、すなわち慢性や悪化傾向の対象者もアウトカムを測定可能と考えられた。

結論

社会的自立支援の成果を測定する目的で開発した本尺度は、活動と参加の各項目の測定要素をICFの生活機能分類に整合させたことで、因子構造に高い妥当性を獲得させることができた。

表1 社会的自立支援アウトカム尺度の構成

下位尺度	評価項目	ICF分類第1レベル	配点
参加 Participation	1. 家庭での役割 (Role in the family)	d1, d2, d6, d7, d9	1-10
	2. 社会参加 (Participation in society)	d1, d3, d8, d9	1-10
	3. 移動範囲 (Moving range)	d1, d4	1-5
活動 Activities	4. セルフケア (Self-care)	d1, d2, d5	1-5
	5. 家事 (Household tasks)	d1, d2, d6	1-5
	6. 運動習慣 (Exercise habit)	d1, d2, d4, d5	1-5
	7. 効力感 (Self-efficacy)	-	0-4
主体性 Identity	8. 他者との関わり (Commitment and engagement)	-	0-4
	9. 知識と理解 (Knowledge and understanding)	-	0-4
	10. 主体的意思決定 (Self-decision making)	-	0-4
	11. 自己管理 (Personal control)	-	0-4

表2 「社会参加」の要素とICF第2レベルとの対応

要素	ICF分類第2レベル
1. 報酬を伴う仕事	d850報酬を伴う仕事
2. ボランティア活動	
3. 地域行事への参加	
4. 老人会や老人クラブへの参加	
5. 町内会や自治会、マンション管理組合での活動	d910コミュニティライフ
6. 団体活動 (消費者団体や自然保護団体など)	
7. 結婚式や葬式、入学・卒業式、同窓会への参加	
8. 学習活動 (市民講座や講義、カルチャーセンター等)	
9. 技能研修活動 (シルバー人材、能力開発センター等)	
10. 友人親戚を訪問	
11. 旅行	d920レクリエーションとレジャー
12. スポーツや運動 (外出を伴うもの)	
13. 芸術・文化に関する余暇活動 (外出を伴うもの)	
14. 趣味に関する余暇活動 (外出を伴うもの)	
15. 宗教関係の活動 (神社仏閣参り、教会礼拝など)	d930宗教とスピリチュアリティ
16. 選挙権の行使	d950政治活動と市民権
17. 政治関係団体や会への参加	
18. ネットや手紙等の通信手段で社会と接触する活動	k340コミュニケーション用具や技法の利用

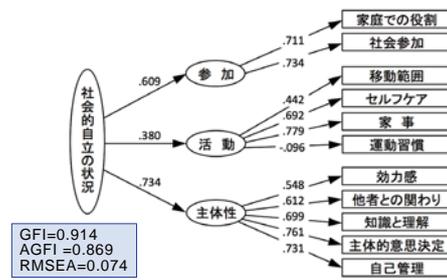


図1 本尺度の確認的因子分析の結果

表3 本尺度の内的整合性と再検査信頼性

	活動	参加	主体性	総得点
内的整合性 (Cronbach α係数)	0.59	0.71	0.81	0.78
再検査信頼性(級内相関係数: n=99)	0.92	0.90	0.76	0.91

まとめ

ICFの生活機能分類を活用することで、多岐にわたる高齢者の活動と参加を網羅的に包含する、これまでになかった社会的自立を支援する介護サービスのアウトカム測定尺度の開発が可能となった。アウトカムスケールの存在は、サービス事業者が何を目標としてサービス計画を立案するかの指標を付与する効果がある。本尺度の利用で身体的自立支援に偏りがちであった介護サービスの自立支援目標を、高齢者本人の意思に基づいた地域社会の様々な活動への参加へ誘導する効果が期待できる。

WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



厚生労働省におけるICD及びICFに関する最近の取り組み

森 桂, 阿部 幸喜, 高橋 恵介, 及川 恵美子

(厚生労働省政策統括官付国際分類情報管理室)

ICDに関する取り組み

厚生労働省は、WHOの2名のICD担当官と海外のICD関係専門家1名を2017年9月1日から2日間にかけて招へいし、アジアでも先駆けて、「WHO担当官来日ICD-11国内適用検討会議」を開催した。

会議の前日には、WHO担当官が政策統括官を表敬訪問し、統括官より、「わが国がこれまでICD-11への改訂に早い段階から積極的に関わってきたこと、2日間の会議には、ICD-11の改訂に高い関心を持つ多くの方が出席し、直接WHO担当官と話ができるこの機会に大変期待していること」が伝えられた。

当日の会議では、国内からは、ICD専門委員会委員を含む関係学会から2日間で60名にも及ぶ専門家達が参加した。

参加者の多くは、これまでICD-11の改訂に積極的に関与しており、熱心にWHO担当官の講演を聞き、ICD-10からの主な変更点やICD-11のコーディングトライアルについて、大変有益な情報を伺うことができたこと好評であった。

また、今後、ユーザーとなる専門家にとっては、ICDの全体像を構造的に理解する必要があるため、会議最終日には、事前に国内関係学会から提出された質問や学会意見について、WHO関係者と、個別面接形式によるディスカッションも行われ、非常に有益な2日間になった。



初日の
「会議風景」

初日の「交流会」
の集合写真



最終日の
「集合写真」

ICFに関する取り組み

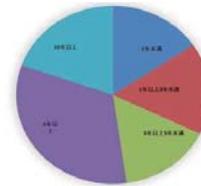
厚生労働省では、ICFの普及及び推進を目的に、公開シンポジウムの開催や国内の専門家からなるICF専門委員会を社会保障審議会統計分科会の下に組織して運営している。また、昨年は、WHOからの調査依頼に基づき、医療現場等でのICFの利活用状況を把握するためのICFサーベイを国内に展開し、以下のとおり回答状況を取りまとめたところである。

・ICFサーベイの結果

昨年7月にWHO-FDRG事務局より、ICFの認知度や活用度を調査するため、メンバー国にICFサーベイが送付された。当室では、一昨年に開催された第6回ICFシンポジウムの参加者を中心に調査用紙を配付し、約200人から回答があった。回答者の大半は医療機関に従事している20~40代のものであり、主な回答の内訳は下記コメントと共にグラフにて表示した。

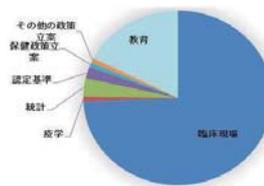
1. ICFの使用期間

ICFを使い始めてからの期間は「5年以上」が全体の3割を超えて最も多く、次いで「10年以上」であった。



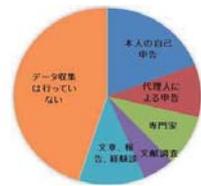
2. ICFの用途

ICFを使用する用途は、「臨床現場」が全体の7割を超えて最も多く、次いで「教育」であった。



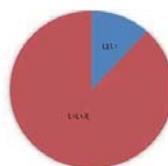
3. ICFデータの収集源

ICFを使ったデータ収集をしている場合のデータ源は、「本人の自己申告」によるものが約2割と最も多いが、全体では、「データ収集は行っていない」が約半数を占めていた。



4. ICF評価点の活用有無

ICFの評価点の活用について、実際に使用しているケースは全体の約2割程度と少数であった。



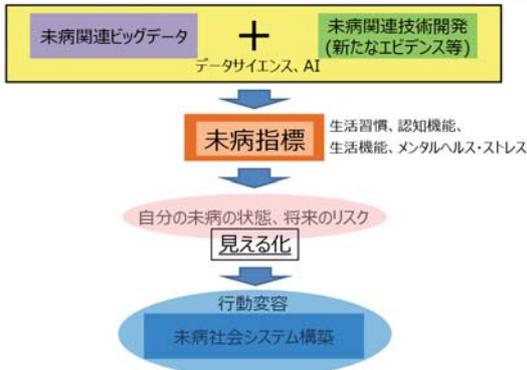
本年の「公開シンポジウム」の風景



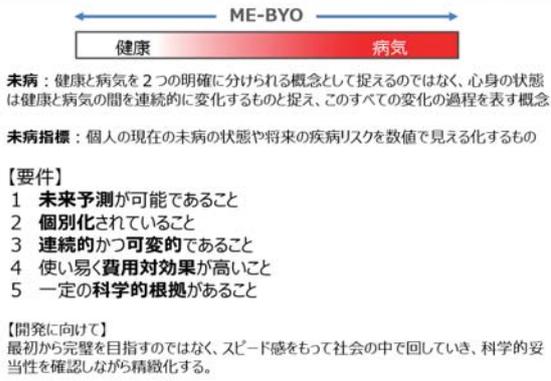
神奈川県が進める未病指標と ICF

(神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室 本間健志、国立保健医療科学院 大野賀政昭)

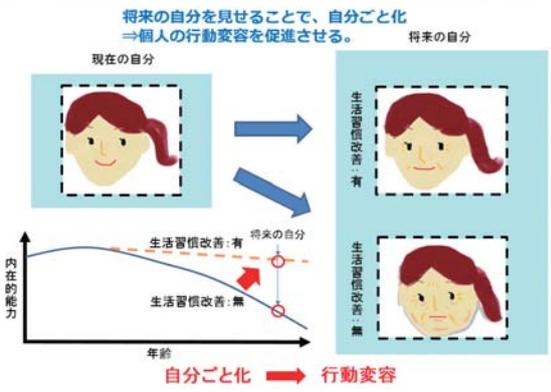
神奈川県が進める未病指標① 未病指標アウトライン



神奈川県が進める未病指標② 未病指標の定義・要件



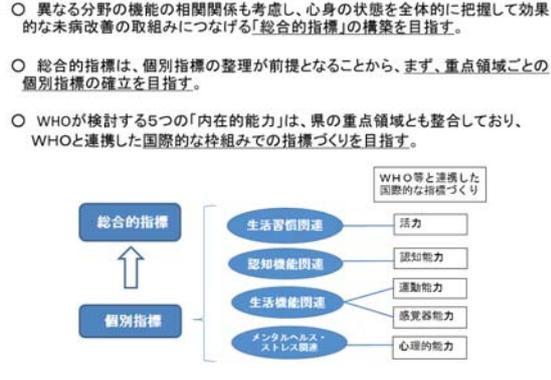
神奈川県が進める未病指標③ 未来予測の必要性



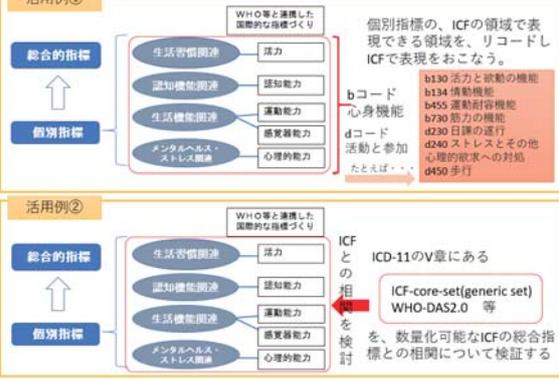
神奈川県が進める未病指標④ WHOが提案する「内在的能力」 Intrinsic Capacity

- ✓ 運動能力 Locomotor capacity
 - ✓ 認知能力 Cognitive capacity
 - ✓ 感覚器能力 Sensory capacity
 - ✓ 心理的能力 Psychological capacity
 - ✓ 活力 Vitality
- WHOと連携して、国際的な枠組みで未病指標を構築

神奈川県が進める未病指標⑤ 未病指標の内容



「未病指標」を活用したICF普及への展望



WHO-Japan Forum 2018

Opening the Door to the Era of Significant Use of ICD-11 and ICF



福祉用具の分類と用語 ISO9999

井上剛伸, 中山剛, 石渡利奈 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所)

福祉用具の分類と用語を表す国際規格ISO9999とWHO国際分類ファミリーの関係を示すとともに、ICFとの整合性を図る取り組みを概説する

WHO国際分類ファミリーにおけるISO9999の位置づけ

ISO9999は国際標準化機構が制定する国際規格であり、福祉用具の分類と用語を表している。一方、WHOの国際分類ファミリーにおいては、図1のように関連分類の一つとなっており、WHOの分類としても位置づけられ、当該分野での重要性が示されている。



(出典: WHOウェブサイトより。国際分類情報管理室で翻訳)

<http://www.who-fic-japan/about.html>より
図1 ISO9999とWHO国際分類ファミリー

ISO9999とICFのハーモナイズ

1) ICF用語をもちいた表現を採用し、用語の整合性を図った。以下に例として福祉用具の定義を示す。

assistive product

any product (including devices, equipment, instruments and software), especially produced or generally available, used by or for persons with disability

- for **participation**;
- to protect, support, train, measure or substitute for **body functions/structures and activities**; or
- to prevent **impairments, activity limitations** or **participation restrictions**

2) ICFの活動・参加の分類との関係を整理し、大分類を改訂した。以下に最新版 (2016)の大分類を示す。

- 04 Assistive products for measuring, supporting, training or replacing **body functions**
- 05 Assistive products for **education** and for **training in skills**
- 06 Assistive products attached to the body for **supporting neuromusculoskeletal or movement related functions** (orthoses) and replacing **anatomical structures** (prostheses)
- 09 Assistive products for **self-care activities** and **participation in self-care**
- 12 Assistive products for activities and participation relating to **personal mobility and transportation**
- 15 Assistive products for **domestic activities** and **participation in domestic life**
- 18 Furnishings, fixtures and other assistive products for **supporting activities** in indoor and outdoor human-made environments
- 22 Assistive products for **communication and information management**
- 24 Assistive products for **controlling, carrying, moving and handling objects and devices**
- 27 Assistive products for **controlling, adapting or measuring elements of physical environments**
- 28 Assistive products for **work activities and participation in employment**
- 30 Assistive products for **recreation and leisure**

3) ISO9999とICF環境因子の関連部分の分類を比較した結果、日常生活で個人が使用する福祉用具 (e1151)に含まれる用具が多いことから、以下のような改訂提案を作成した。

- e 1151 assistive products and technology for personal use in daily living
- e 11511 assistive products and technology for measuring, supporting, training or replacing body functions
- e 11512 assistive products and technology for training in skills
- e 11513 orthoses and prostheses
- e 11514 assistive products for self-care activities and participation in self-care
- e 11515 assistive products for domestic activities and participation in domestic life
- e 11516 furnishing, fixtures and other assistive products for supporting activities in indoor and outdoor human-made environments
- e 11517 assistive products for controlling, carrying, moving and handling objects and devices
- e 11518 assistive products for controlling, adapting or measuring elements of physical environments

後援（五十音順）

一般社団法人 日本介護支援専門員協会、一般社団法人 日本血液学会、
一般社団法人 日本言語聴覚士協会、一般社団法人 日本呼吸器学会、
一般社団法人 日本作業療法士協会、一般社団法人 日本在宅医学会、
一般社団法人 日本在宅ケア学会、一般社団法人 日本循環器学会、
一般財団法人 日本消化器病学会、一般社団法人 日本腎臓学会、
一般社団法人 日本精神科看護協会、
一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟、
一般社団法人 日本糖尿病学会、一般社団法人 日本内分泌学会、
一般社団法人 日本病院会日本診療情報管理学会、
一般社団法人 日本リウマチ学会、一般社団法人 日本老年医学会、
公益財団法人 テクノエイド協会、
公益社団法人 全国老人保健施設協会、公益社団法人 日本医師会、
公益社団法人 日本医療社会福祉協会、公益社団法人 日本介護福祉士会、
公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本社会福祉士会、
公益社団法人 日本小児科学会、
公益社団法人 日本障害者リハビリテーション協会、
公益社団法人 日本精神保健福祉士協会、公益社団法人 日本理学療法士協会、
公益社団法人 日本リハビリテーション医学会、
ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、
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、
日本医学会、日本脊髄障害医学会、日本東洋医学サミット会議、
(JLOM : The Japan Liaison of Oriental Medicine)、
日本保健医療福祉連携教育学会

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）



フォーラム事務局（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