

【論文】

国際生活機能分類 ICF における 「生活機能」をめぐる課題

中俣 恵美

The problems of “functioning” in the concept related to ICF

Emi Nakamata



2011年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【論文】

国際生活機能分類 ICF における「生活機能」をめぐる課題

中俣 恵美*

The problems of "functioning" in the concept related to ICF

Emi Nakamata

要 旨

今日の保健・医療・福祉において、自立支援は重要な課題となっている。そのような中、利用者の生活機能を包括的にとらえることのできる国際的分類として ICF が採択された。ICF は時代の要請に後押しされ、広く認知されるようになってきた。しかしながら概念として、またツールとしての活用には課題もある。

そこで今回は ICF の「生活機能」に着目し、ICF の課題と功績について考察するものである。

Abstract

The self-sufficiency support becomes the important problem in today's health preservation, medical care, and welfare.

ICF was adopted as the international classification that could capture the life function of the user comprehensively.

ICF was supported by the request of the times, and we recognized ICF widely.

However, it has problems for practical use as the concept and the tool.

Therefore, I paid attention to "functioning" of ICF this time. This study considers problems and achievements of ICF.

● ● ○ **Key words** ICF International Classification of Functioning, Disability and Health / 生活機能 functioning / 障害 disability / ツール tool / 概念 concept

I. はじめに

2001年5月にジュネーブで開かれた第54回世界保健機関 (World Health Organization: 以下「WHO」と略す) 総会にて国際生活機能分類 (International Classification

of Functioning, Disability and Health: 以下「ICF」と略す) が採択され約9年が経過している。その間、保健・医療・福祉分野においては、社会福祉基礎構造改革に伴う障害者自立支援法の成立、診療報酬・介護保険の改定、など「利用者本位」、「自立生活」、「地域生活」を

受付日 2010.9.21 / 受理日 2010.11.10

* 関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科 臨床福祉学専攻 学生

キーワードとした流れの中にあるといえる。そのような背景のもと、利用者の生活機能を包括的にとらえることのできる国際的分類として、ICFは広く認知されるようになってきている。

実際には、介護報酬、診療報酬においてのリハビリテーション関連加算では、「リハビリテーション実施計画書」や「リハビリテーション総合実施計画書」（以下、この両者を併せて「リハビリ（総合）実施計画書」と略す）の作成が要件となっており、これにICF概念が活用されている。また、障害者基本計画において「個々の障害に対応したニーズを的確に把握し、障害の特性に応じた適切な施策を推進する」ために、ICFについて「障害の理解や適切な施策推進等の観点からその活用方策を検討する」としている。そして教育機関においてもICFの生活機能構造モデルを用いて、生徒個人の評価を行い個別の「教育支援計画」の作成に役立てようという試みもなされている。このようにICFは多分野において、概念として、またツールとしての活用がすすめられている。厚生労働省は¹⁾、ICFの活用で期待されることとして、①障害や疾病の状態についての共通理解を持つ、②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、③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、を挙げており共通言語、臨床、調査・統計ツールとしての活用を期待している。

しかし一方では、ICFの分類項目は1424個あり、包括性には優れているが、コード化の煩雑さなどによるコーディングの実用性の低さや各構成要素に設けられた評価点の曖昧さなど、臨床現場でのツールとしての活用などに課題がある。また概念としてもICFは様々な解釈され、職域レベルばかりでなく、個人レベルでもその取扱い方も様々であり、共通化などに課題がある。そのうえ、「ICFではプラス面しかとらえてはいけない」などの誤解を生じていることもある。

そこで、本論ではICFの意義と目的を明確にするとともに、ICFが示す「生活機能」概念を検証することを目的に、WHOが2001年に出版したInternational Classification of Functioning, Disability and Healthの日本語版²⁾（以下「ICF本」と略す）を中心に、①各構成要素について検討すること、②「生活機能」概念について検討することにより、③ICFの功績と課題について考察することとする。

II. ICF への理解

1. ICF 概念採択までの経過

ICFの原点は、1893年死因分類を目的に、国際統計協会により作成された国際疾病分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：以下「ICD」と略す）である。これは10年おきに修正が加わり、1948年の第6回修正よりWHOの事業となり内容も充実した。現在はICD-10が使用されており疾患統計や死亡統計の国際比較が可能となるとともに、各種の補助分類「WHOの国際分類ファミリー」が開発されるようになった。

このような流れの中で20世紀後半になると、①医療の著しい進歩と公衆衛生的な環境の改善による急性感染性疾患の激減、②寿命の延長と慢性疾患の増加、③寿命の延長に伴う高齢者の増加、④医療の進歩による障害者の増加等、疾病構造の著しい変化が急激に起こった。このような変化に伴い疾病の分類だけでは、不十分であるという意識の萌芽がおこった。それとともに障害者に対する社会の意識に変化がおこった。特に1970年代からの障害者運動の進展もあり、障害者の人権の尊重という機運が生まれた。

そこで疾病そのものをみるだけでは不十分で、「疾病の諸帰結」をみる必要が高まり、1972年より、WHO内で議論されるようになった。そして1980年ICDの補助分類として、国際障害分類の初版にあたる「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」（International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: 以下「ICIDH」と略す）が刊行された。これが時あたかも1981年の国際障害者年の前年あたり、この「障害の3つのレベル」の概念は「国際障害者年世界行動計画」の基本理念に取り入れられ、一挙に世界中に知られるようになった。従来あいまいに1つのものであるかのようにとらえてきた障害を3層の階層性をもつものとして、3レベルに分けて階層的かつ総合的にとらえるという点で画期的な意義をもつものであった。

このように重要な意義をもった国際障害分類を改定する必要があった背景を、WHO国際障害分類日本協力センターの代表である上田敏氏は次のように述べている³⁾。①「主観的障害の重要さ」、これはICIDHの障害構造モデルが客観的な障害しか扱っていないものであり、それと同等に重要な主観的障害（体験として

の障害)、すなわち障害のある人の心の中に存在する悩み、苦しみ絶望感などを扱っていないことを指摘するものである。②「環境の重要性」、これはカナダのケベックからのグループにより提唱されたカナダモデルを参考にしたものである。社会的不利を流動的なものとしてとらえ、それがなぜ起こるのかという環境因子との関係を明らかにしていくこと、特にマイナスに働く阻害因子との関係が重要になるというものであり、ICIDHにはこの環境因子が含まれていないという批判を受けたものであるとしている。③「社会的不利の分類が不十分」、これは他の分類に比べ、社会的不利の分類項目が少なく、欧米中心の項目であり、障害者当事者の意見が反映されていないなどの批判を受けたものであるとしている。④「階層論の不十分な理解からくる誤解」、これはICIDHモデルの一方向的な矢印に対し、機能・形態障害が不可避的・運命的に能力障害を引き起こし、それが運命的に社会的不利を引き起こすという運命論であり決定論であるという批判があったことを指摘するものである。

これらの背景の中でICIDHに対する検討が1990年よりWHOにて始められ、多方面からの意見聴取やフィールドトライアウトを繰り返しながら、2000年11月に最終案が成立し、WHO執行理事会での検討を経て、2001年WHO総会にてICFが正式に採択された。

このような経過よりとらえると、ICFはあくまでも国際障害分類(ICIDH)の改定版であり、社会的変化の要請を受けて生まれたものであり、全く新しい概念を提供したものではないといえるだろう。

2. ICF 概念

ICFの正式名称は、International Classification of Functioning, Disability and Healthである。ICIDHの改定版であることを受ければ、本来略称はICFDHとなるべきところであり、生活機能(Functioning)と障害(Disability)と健康(Health)についての分類であって、生活機能だけをターゲットにしているわけではない。しかしながら略称はICFとのみ称することが決まり、厚生労働省委員会による公式日本語訳も国際生活機能分類となった。これは改定版の趣旨として、Functioning(生活機能)にこだわった表れといえるだろう。

ICFで用いられているfunctioning(生活機能)とは、今回の改定の経過の中で新たに生まれたものであり、従来英語にも日本語にもなかった新しい用語である。Functioningとは、functionを動詞として扱い動名詞化(ing)したものである。Functionとは、リーダーズ英和辞書によれば、名詞では機能、作用、職務、役目などと訳され、動詞としては機能する、作用する、職分を果たすなどと訳される。英語では身体や機械の「機能」という意味だけでなく、社会的な「職務を果たす」「役割を果たす」などの意味が強いといわれ、social function(社会的機能、社会的役割の遂行)などと広い意味で使われていた。これを日本語で直訳してしまうと「機能すること」となり、包括的なニュアンスが伝えられないとし、機能に生活をつけることとなったといわれている⁴⁾。ICF本にも『「functioning」は、身体機能のみならず、社会参加や活動をも視野に入れた包括的な用語として用いられているため、その訳としては「生活機能」としている』(まえがき)と記載している。

一方で、改定の過程においてICIDHには、impairment(機能障害)、disability(能力障害)、handicap(社会的不利)という障害の3階層を別々に示す分析的な用語しかなく、すべてを同時に示す包括用語(日本語の「障害」にあたる)がなく、これを決める必要があった。様々な検討がなされた結果、マイナス面を包括する用語としてdisabilityが採用されることになった。これに対応するプラス面を包括する用語が必要となり、functioningが採用されたともいわれている⁵⁾。

生活機能はICFにおいては中心概念であるとされ、「心身機能・構造」「活動」「参加」の3者を統合した包括概念であるといわれている。しかしこのように生活機能が、人間の生きることの全体にわたるプラスの包括概念であるということは、換言すれば、あくまでも障害の3階層構造を前提として、それに対応するプラス面の3階層構造を示す新概念であるととらえることもできよう。

また、ICFは医学モデルと社会モデルを統合したものであるとしている。(序論p18)医学モデルは「障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療というかたちでの医療を必

要とするものとみる」とあり、社会モデルは「障害を主として社会によって作られた問題とみなし、基本的に障害のある人の社会への完全な統合の問題としてみる。障害は個人に帰属するものでなく、諸状態の集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されたものであるとされる」としている。上田は、この2つのモデルはそれぞれ正しい面を含んでいるが、結局両者とも要素還元論にたって問題を単純化していることに限界があると指摘している⁶⁾。そして ICF は2つの要素還元論のどちらからも脱却し、正しい側面を生かしつつ、誤った側面を是正し、新しい重要な要素を追加し、高いレベルでの統合がなされたとしている。つまり、ICF は生活機能のさまざまな観点の統合をはかる上で、「生物・心理・社会的」アプローチを用い、それにより生物学的、個人的、社会的観点における、健康に関する異なる観点の首尾一貫した見方を提供するものといえる。

3. ICF の構造

ICF 分類の目的は、「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である。」(序論 p3) とされている。そしてその枠組みとして ICF の構成は2つの部門と、それぞれが2つの構成要素からなっている。第1部は生活機能と障害、第2部は背景因子であり、第1部は①心身機能と身体構造、②活動と参加、第2部は①環境因子、②個人因子より構成されている。そして各構成要素は肯定的と否定的の両方の用語から表現可能となっている。(序論 p9) それぞれの定義を簡単にまとめると表2のようになる。

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

表1 ICF の概観 (文献2より引用)

このうち心身機能・構造、活動、参加の全てを含む包括用語として生活機能 (functioning)、機能障害 (構造障害を含む)、活動制限、参加制約の全てを含む包括用語として障害 (disability) が用いられている。そしてそれぞれには、コードが設定され、評価点があり、これらの全てをコードで表現できるようになっている。ここでは一応、心身機能・身体構造を「生物レベル」、活動を「個人レベル」、参加を「社会レベル」と位置づけることができるが、個人レベルと社会レベルの境界を明確にすることが困難であること、個人因子を具体的には示すことができず、現段階では ICF における分類は存在しないことなどが指摘できる。

また、「ICF は分類であり、生活機能や障害の過程をモデル化するものではない。」(序論 p16) と断ったうえで、ICF がさまざまな構成概念や領域を位置づける手段を提供することによって、過程の記述のためにも役立つとして「ICF の構成要素間の相互作用」という下記のような図を提供している。

プラス面		マイナス面	
構成要素	定義	構成要素	定義
心身機能	身体系の生理的機能(心理的機能を含む)	機能障害 (構造傷害含む)	著しい変異や喪失などといった、心身機能または構造上の問題
身体構造	器官・肢体とその構成部分などの身体の解剖学的部分		
活動	課題や行為の個人による遂行のこと	活動制限	個人が活動を行うときに生じる難しさのこと
参加	人生場面への関わりのこと	参加制約	個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに体験する難しさのこと
背景因子			
環境因子	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	個人に関連した背景因子である。(年齢、性別、社会的状況、人生体験など) 但し、現在ICFでは分類はない

表2 ICF 各構成要素の定義 (2010年 中俣)

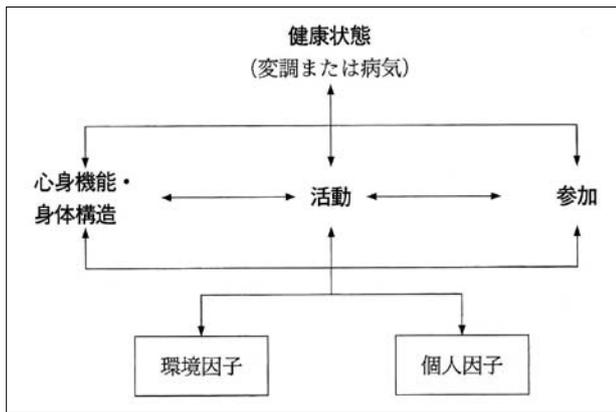


図1 ICFの構成要素間の相互作用(文献2より引用)

この図式は、ある特定の領域における個人の生活機能は健康状態と背景因子（環境因子と個人因子）との間の、相互作用あるいは複合的關係とみなされる。これらの各要素の間にはダイナミックな相互關係が存在するため、1つの要素に介入するとその他の1つまたは複数の要素を変化させる可能性がある。これらの相互關係は特定のものであり、必ずしも常に予測可能な一対一の関係ではなく、相互作用は双方向性であるとしている。(序論 p17)

これらのことより、ICFはあくまでも健康状況と健康関連状況に関する共通言語と枠組みを示す一分類であるが、採択の過程、背景より生活機能と障害をとらえるための過程においての1つのモデルを提供するものでもあるととらえることができよう。そこで次章では、ICFが示す生活機能とは何かを明らかにするため、構成要素の特徴や内容について検討、整理してみる。

Ⅲ. ICFにおける「生活機能」への理解

1. 肯定的用語としての「生活機能」

ICFが採択されてから、ICF概念や用語がケアプラン作成やリハ（総合）実施計画書など多分野の実践現場で導入されるようになってきている。そのような中、「ICFはプラス面しかみないものであり、マイナス要素である障害の分類には適さない」「マイナス表現はできるだけしない」などの論が聞かれる。しかしながらICF本には、そのような表記はほとんど見当たらない。それに近い表記として以下の3つが挙げられる。

①「日本語版作成の基本的考え方」の節の中に、『で

きる限り、負の側面を捉えるのではなく前向きな表現とするという今回の改定の趣旨を尊重し「国際生活機能分類」とされた。』（まえがき）

②「ICFの視野」の節の中に、『ICFの第1部である「生活機能と障害」の構成要素は2つの方法で表現される。つまりは一方では、問題点（例：機能障害〈構造障害を含む〉、活動制限、参加制約。これらは障害という包括用語で要約される）を示すために用いることができる。他方では、健康状況と健康関連状況の問題のない（中立的な）側面、すなわち生活機能という包括用語のもとに要約される側面を示すこともできる。』（序論 p7）（下線は筆者が加筆）

③「ICFのカテゴリ－（項目）の定義」の節の中で、ICFのカテゴリ－の定義作成にあたって、操作的定義の理想的なあり方について念頭に置いたことの一つとして、「できる限り、不当な否定的意味付けのない中立的な用語で表現すること」（付録1 p210）以上①から③の表記があるのみである。

①に関しては、確かにICIDHにおいては障害分類ということもあり、障害を表わす用語が前面にでていいる。しかしこれは一分類の方法と考えれば、全面的に否定されるものでもない。現代の時代背景として身体障害者の権利についての見直しに伴い、自立観の変化が現れ、QOL向上こそ医療、福祉の目的であることが周知されてきたこともあり、「障害者は障害しか持たないのではなく、たくさんの能力を持ち個性をもった個人である。」という思想より、実践方法としてその人をトータル（プラス面もマイナス面も含めて）で把握し支援しようということが成されていることは事実であろう。

②、③に関しては、ICIDHの遺産といわれる3つの階層を表わす用語、もしくは領域を表わす用語として、中立的な用語を採用しようということが本質であり、そのそれぞれのカテゴリ－の中にプラス面とマイナス面があるということではないだろうか。したがって下線部の「問題がない」ということと「中立」ということを並列で用いることは不適當であると考えられる。

これらのことより、ICF本の本文中からは、「プラス面しかみない」や、「マイナス表記はできるだけ避ける」などといった内容を読み取ることはできない。ましてや一部のICF推進者がリハビリテーション医療や介護のあり方において、ICF導入とプラス面重視

の思想や方法が一体のもののように述べている^{7) 8)} ことの論は成り立たないように思われる。ICF では中立的用語を用いてはいるが、中立的とプラス面は決して同一ではない。むしろ中立とは、プラスでもなくマイナスでもないことであり、単にその領域、要素を示す用語であると理解する方が妥当であろう。したがって、ICF は健康状況と健康関連状況について、ある一人の人の状況を把握するための領域として、「心身機能・構造」「活動」「参加」の3領域があり、これを包括して生活機能と称する。そしてそのそれぞれにプラス面として、「心身機能・構造」「活動」「参加」があり、マイナス面として、「機能障害（構造障害を含む）」「活動制限」「参加制約」があると理解できるだろう。生活機能がプラス面を包括する用語とすると、ICF 日本語標題の国際生活機能分類では、プラス面を分類するという意味に解釈される可能性がある。上記のような誤解を招かないよう、領域を示す用語とプラス面を示す用語は同一でない方がよいのかもしれない。

2. 包括用語としての「生活機能」

生活機能のうち「活動と参加の領域は、全ての生活・人生領域をカバーしている」、(序論 p13) との記載がある。また上田氏の論文では⁹⁾、「生活機能とは人が生きることの生命・生活・人生の全てのレベルにわたる全体像を示すものといってよい」と述べている。では ICF は本当に生活や人生の全てを網羅しているのだろうか。

ICF が扱う範囲として、ICF 本には、「人の健康のすべての側面と、安寧 (well-being) のうち健康に関連する構成要素のいくつかを扱うものであり、それらを健康領域および健康関連領域として記述する。ICF は広い意味での健康の範囲にとどまるものであり、社会経済的要因によってもたらされるような、健康とは無関係な状況については扱わない。例えば、人種、性別 (ジェンダー)、宗教、その他の社会的特徴のために現環境での課題の遂行において制約を受ける場合があるが、これらは ICF で分類される健康関連の参加制約ではない。」(序論 p6) と記載している。これを各用語の定義 (付録 p204) を用いて解釈すると次のように考えられる。安寧 (well-being) とは、人間の生活・人生のさまざまな領域の全範囲を包含する一般的な用

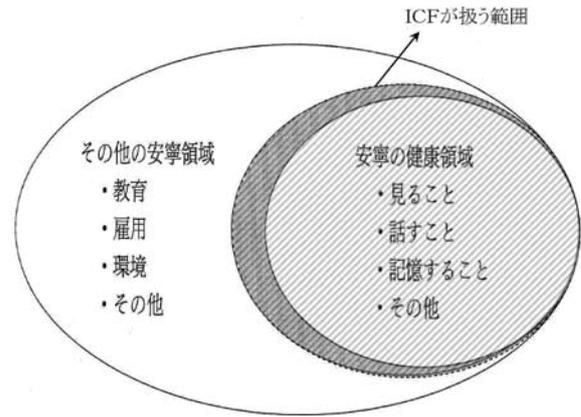


図2 安寧の範囲 (文献2より引用、筆者一部改変)

語である。また、健康状況とは、ICF の一定の健康領域内における生活機能の水準のことである。そして健康領域は健康という概念の範囲内にあると判断される生活・人生の範囲を示すものである。したがって ICF が扱う範囲は人間の生活・人生のうち健康という概念の範囲内にある生活・人生に関係する領域であるといえる。

しかし、ICF の適用範囲としては、「保険、社会保障、労働、教育、経済、社会政策、立法、環境整備のような他の領域でも用いられる。ICF は国連社会分類の1つとして認められ、また障害者の機会均等化に関する標準規則の中で取りあげられ、それを組み入れている。このように ICF は、国際的な人権に関する諸規則・方針や各国の法令を実施するための適切な手段を提供する。」(序論 p6) と記載されており、「ICF が扱う範囲は人間の生活・人生のうち健康という概念の範囲内にある生活・人生に関係する領域である」とする、先の記載とは矛盾するのではないと思われる適用をすすめている。

また、ICF への改定において背景因子が加わったことが、大きな特徴としている。ソーシャルワークにおいては、生活概念とはその人自身と環境とを含んだ生態的で多様なシステムからなる概念であるとしている。そして生活の状況は人間と環境の相互関係のなかで際限なく変化し固有なひろがりを見せるといわれている¹⁰⁾。このような意味において、ICF に背景因子が加わったことは、生活を把握するためには大きな意義があると考えられる。生活とはそもそも個人的、主観的要素の強いものである¹¹⁾。ゆえに背景因子のなかでも個人因子は重要な意味をもつものであると考える。しか

しながら今回のICFでは個人因子は分類されていない。そのような点において、ICFもしくは活動・参加が、その人の生活・人生の全てを包括するものかどうかは疑問である。生活機能は、「心身機能・構造」「活動」「参加」の各領域を包括する用語ではあるが、生活・人生を包括するには不十分であるといえるだろう。

3. 「生活機能」の分類リストと評価点

ICFの構成のうち、第1部にあたるのが生活機能、すなわち「心身機能・構造」「活動」「参加」である。そのそれぞれが、大分類、第1レベル～中分類、第2レベル～小分類、第3レベルに分類され、コード化されている。心身機能はb (body)、身体構造はs (structure)、活動と参加はd (domain)として表現されている。これよりわかるように、心身機能と身体構造は2つの別々のリストとして分類され、活動と参加の領域は単一のリストとして示されている。但しこれは、活動はa (activity)、参加はp (participation)として利用者の判断として表現することができるとしている。これは改定の段階で両者間の線引きについて、「心身機能・構造」「活動」「参加」の階層の差は、一応「生物レベル」「個人レベル」「社会レベル」と定義されたものの具体的な議論になると、理解の差が顕著化し議論に決着がつかなかった経緯があったとされている。そこで線引きは各国の自由にまかされ、時間をかけ研究をすすめ、世界共通の基準を作っていくことになったといわれている¹²⁾。

これらのことより、生活機能の中心的領域である活動と参加に関しては、まだまだ議論する余地があることが伺われる。これは心身機能・構造に関するリストは中項目レベルで170項目あるのに対し、活動・参加では118項目にとどまっており、小項目レベルになると、より項目数に差が出ることからいえるのではないだろうか。そして生活とは、習慣や価値観、行動様式などにより影響され、構成要素は多種多様である。このことは、活動・参加を共通化・標準化することの難しさのひとつの要因であるということができよう。

また、生活機能の構成リストは4つの構成概念によって評価され、それには具体的な評価点が設定されている。心身機能・構造は生理学的システムや解剖学的構造の変化によって評価される。活動と参加に関して

は、能力と実行状況という2つの構成概念によって評価される。(序論p7・8) 実行状況の評価点とは、個人が現在の環境のもとで行っている活動・参加を表わすものである。能力の評価点とは、ある課題や行為を遂行する個人の能力を表わすものである。(序論p13・14) 能力の評価を行う場合は標準化された環境のもと判断する必要があり、この環境のことをICFでは「画一的」あるいは「標準的」環境と呼び世界中の全ての国の全ての人について同じでなければならない(序論p14)としている。これらは「できるADL」「しているADL」概念の流れを受けたものであると考えられるが、大きく違うのは、量的判断の指標を示したところではないだろうか。評価の基準を一般に認められた一般人口の標準とし、何%ぐらい問題があるのかを量的に比較し示すようになっている。(表3・4参照)

客観的データや共通性を求めると、標準を決める必要と量的比較を行う必要があるだろう。しかし人間の生活は個別性や主観的な部分が多い。よって、他者との比較の中で判断することが適しているのか、量的比較が有益なのかは疑問を残すところである。

構成要素	第1評価点	第2評価点
心身機能(b)	否定的スケールによる共通評価点であり、機能障害の程度や大きさを示す。 例：b 167, 3は言語に関する精神機能の重度の機能障害を意味する。	なし
身体構造(s)	否定的スケールによる共通評価点であり、構造障害の程度や大きさを示す。 例：s 730, 3は上肢の重度な構造障害を意味する。	各々の身体構造の変化の性状を示すために用いられる。 0 構造に変化なし 1 全欠損 2 部分的欠損 3 付加的な部分 4 異常な大きさ 5 不連続 6 位置の変異 7 構造上の質的变化(液の貯留を含む) 8 詳細不明 9 非該当 例：s 730, 32は上肢の部分的な欠損を表す。
活動と参加(d)	実行状況 共通評価点 その人の現在の環境における問題。 例：d 5101, 1は、その人の現在の環境において利用可能な補助用具を使用して、全身入浴に軽度の困難があることを意味する。	能力 共通評価点 介助なしでの制限 例：d 5101, 2は、全身入浴に中等度の困難がある。これは福祉用具の使用または人的支援がない場合に中等度の活動制限があることを意味する。
環境因子(e)	共通評価点であり、阻害因子と促進因子とのそれぞれの程度を示す、否定的スケールと肯定的スケールとからなる。 例：e 130, 2は、教育用の生産品と用具が中等度の阻害因子であることを意味する。逆に、e 130+2は教育用の生産品と用具が中等度の促進因子であることを意味する。	なし

表3 評価点(文献2より引用)

xxx.0	問題なし (なし, 存在しない, 無視できる……)	0-4%
xxx.1	軽度の問題 (わずかな, 低い……)	5-24%
xxx.2	中等度の問題 (中程度の, かなりの……)	25-49%
xxx.3	重度の問題 (高度の, 極度の……)	50-95%
xxx.4	完全な問題 (全くの……)	96-100%
xxx.8	詳細不明	
xxx.9	非該当	

表4 評価点(文献2より引用)

IV. ICF の意義と目的

1. ICIDH との関係性からみた ICF の位置づけと意義

厚生労働省は、ICF の特徴を「ICIDH がマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICF は生活機能というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことである。」とし、そのことでバリアフリー等の環境も評価できるように構成されている、と述べている。それとともに、このような考え方は今後、障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆しているともとらえられるとしている¹³⁾。また、ICIDH と ICF の違いについて、上田や大川が述べていること^{14) 15)} をまとめると次のようになる。

① WHO 国際分類ファミリーにおいて、ICIDH は ICD の補助分類であったが、ICF は ICD と並ぶ中心分類である。

② ICIDH は「障害」に関する分類であったが、ICF は「健康」の重要な側面についての分類であり、マイナス面は「生活機能」のプラス面のなかにとらえる。

③ ICIDH は障害と疾患の帰結の因果関係を主にみるが、ICF は疾患と背景因子との複雑な相互作用の結果として全体像を把握するものである。

④ ICIDH は障害の原因を疾患・外傷のみでしか考えないが、ICF は環境因子、個人因子の影響も含めてみる。

⑤ ICIDH は障害・障害のある人にも関係するが、ICF はすべての人についての分類である。

⑥ ICIDH は医学モデルに近いが、ICF は統合モデル

である。

以上のように ICF の特徴をまとめている。しかし前述してきたように、ICF はあくまでも健康状況と健康関連状況に関する共通言語と枠組みを示す一分類であるという立場に立脚するならば、②、⑤に関しては、ICF はマイナス面もプラス面も含めた健康状況と健康関連状況に関する生活全体を包括的にとらえようという枠組みを示すものであるといえるが、プラス面を重視したものではないし、すべての人を対象とするには不十分な部分が多いといえる。また③、④、⑥で述べているように、ICF に背景因子が加わったことは、生活がその人を取り巻く環境(性、年齢、役割、生活歴、価値観等)により多種多様であることを明確化し、その人を支援するには背景因子を考慮する必要があることを強く認識することができたことは、意義深いものである。しかし ICF では未だ分類が不十分であり、関係性を明確にするものには至っていないといえる。

また、ICF 採択に至るまでの経過とリハビリテーション医療において誕生したといわれている ADL 概念の変遷を重ねると、図4のようになる。(図4参照) この表が示すようにリハビリテーション医療の実践においては、ICF 採択以前より早い段階から「人生」を視野に入れた「生活」へのアプローチがなされてきたといえる。つまり ICF の提示により、実践方法が大きく変化するというものではなく、すでに変化していた現実に概念が追いついてきたといえるのではないだろうか。よって、ICF は今まで漠然としていた人生への視野について、生活機能という3階層を中心に、① マイナス面とプラス面の両面をとらえること、②背景

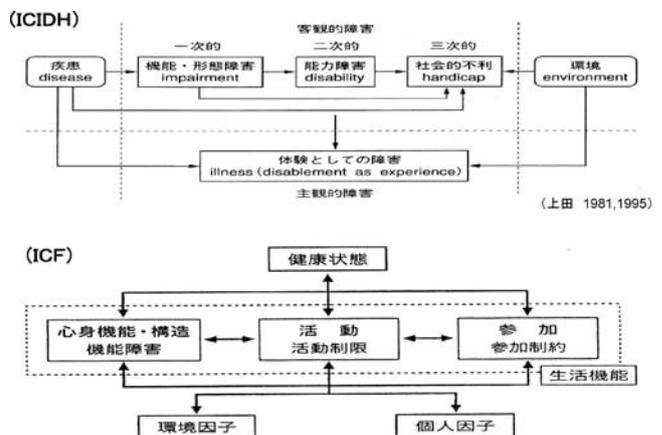


図3 ICIDH と ICF の構成図の比較

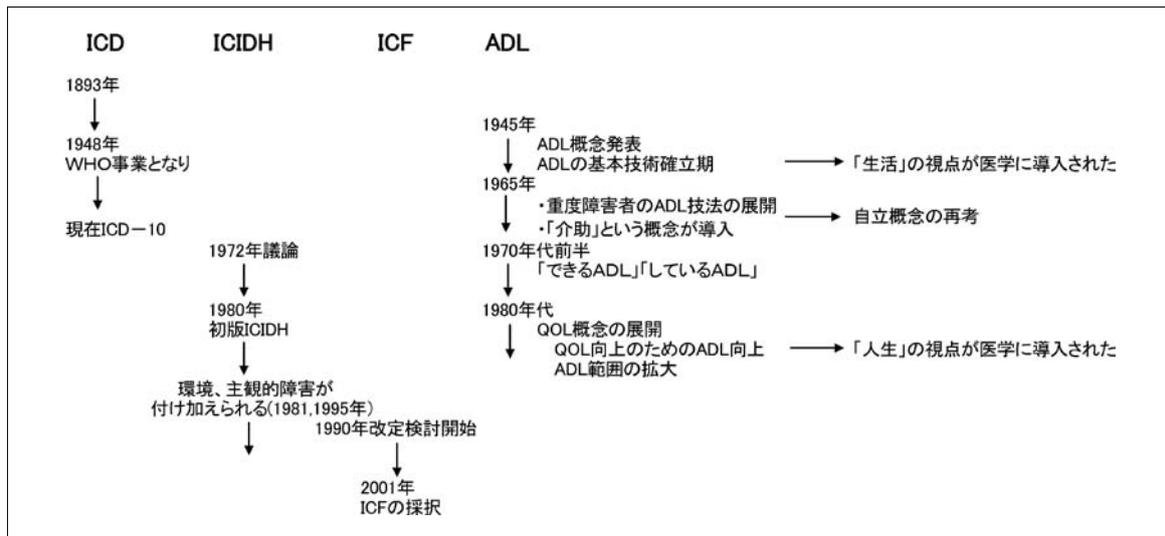


図4 国際分類とADL概念の経緯(2010年 中俣)

因子をあわせて考慮すること、③それぞれの領域の相互作用を解釈すること、の観点を整理し明確化したものといえるだろう。

2. ICFにおけるねらいと現状

ICFの活用によるねらいとして、ICF本のまえがきにおいて以下の3点があげられている。

①「障害や疾病を持った人やその家族、また、そうした人にサービスを提供する保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、これを用いて、傷害や疾病の状態などを表現することによって、共通理解をもつこと。」

自立生活支援という観点においては、保健・医療・福祉の協業は不可欠であり、本人・家族を含め、その人を取り巻く専門職者がその人の全体像について共通言語をもって、共通理解することは、重要なことであり有益なことであろう。実践においてはリハ（総合）実施計画書においては多職種が、一つの計画書を作成する必要があり、介護保険下におけるケアプラン作成にあたっては共通の目標、方向性を示していく必要がある。長野の報告によれば¹⁶⁾、リハビリテーション医療以外の職域におけるICDHとICFに関する論文数の比較では、圧倒的にICFに関するものが多く、ICFに対する関心が高いことが示唆された。このようにICF採択後、新たに、制度にICF概念が取り入れられた分野に関しては、少しずつICFの普及と共通理解

が進んでいると推測できるのではないだろうか。

②「ICFを用いることによって、さまざまな障害者に向けた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。」

ICFにおいては領域ごとに階層的にリストがあげられており、それぞれがコード化でき、評価点も合わせて記載できるシステムになっている。しかしながらその項目数は約1500にのぼり、一人の人の生活機能を記述し、分類する為には時間を要するとの報告もあり¹⁷⁾¹⁸⁾、ツールとしての臨床での使用に関する煩雑さは否めないだろう。また協業のためには、多職種が相談・検討しながら評価・計画書作成を行うという過程が重要であるが、実践においては専門職ごとに記入する欄が決められており、そこを作業的に埋めていくだけのことになっており、診療報酬、介護報酬上の手続きとして、ICF用語のみが使用されている実情も推察される。

③「障害者に関するさまざまな調査や統計について、国内はもとより国際的にも比較検討する標準的な枠組みを提供すること。」

コード化、数値化することにより、統計処理はし易く研究という視点においては有用な部分もあり、昨今のEvidence-based Medicine(EBM)の流れのなかで、経験的にとらえられてきた生活機能の各階層や階層間の関係性などを客観的に示すことの可能性を秘めているともいえよう。しかしながら生活とは、個別的、質的

な性質の高いものである。よって質的評価をどうするのか。それぞれの関係性をどのように処理するのか、などの課題を解決する必要がある。また生活の地域性、国別性、習慣性などによる違いをどのように扱うのかも大きな課題である。そのような意味では、国際分類、国際比較と成りうるのか、またその必要があるのか、も議論する余地があるといえるのではないだろうか。

ICF が本来の目的を達成し、自立支援に向けての有益なツールとなるためには、以上のように解決すべき課題があると考えられる。

3. ICF の功績と課題

ICF は、あくまでも健康状況と健康関連状況に関する生活機能状況を表わすものであることを述べてきた。したがって、一部の ICF 推進者が述べている¹⁹⁾、「ICF が全ての人を対象としている」や「活動・参加のリストをチェックすることが生活をとらえることになる」などは、本来の ICF の目的や機能に必ずしも一致しないといわざるを得ない。ましてや ICF の採択によりリハビリテーション医療や介護においては、プラス面を重視する必要がある、活動向上訓練が一番重要なことになるなどの論は²⁰⁾、ICF とは別のこととして考えるべきであろう。時代背景として自立運動、疾病構造の変化等により、人々の健康観や自立観に変化があり、保健・医療・福祉においては人々の個別性や QOL を重視することが求められていることは事実である。個々の生活をとらえ重視することは、生活を支援する専門職にとって一大テーマである。ICF もその時代の要請に応えるかたちで誕生したものであり、生活をトータル（プラス面もマイナス面も）にとらえる視点と方法の確立、そして身体機能向上偏重主義からの脱却が求められているととらえることができる。このようなことより、ICF のもつ本来の目的、機能を正しく理解したうえで実践に取り入れていく必要があると考える。それがリハビリテーションの目標である利用者に自己実現につながると共に、ICF 推進者が主張する利用者の生活を基盤としたリハビリテーション医療の実践の普及につながると考える。

そこで今回明らかになった ICF の功績と課題についてまとめると、次のようなことが挙げられる。功績としては、①背景因子が加わったことにより、生活は

環境との相互作用のなかで成り立っていることを明確化した、②人生・生活のとらえ方について一定の枠組みを提示した、③マイナス面、プラス面という概念を再確認し、全体像を把握するためにはその両者をとらえる必要があることを明確化した、④多職種による協業に向けて共通言語化、共通理解の重要性を示した、などがある。

また課題としては、①生活機能と生活の関係において、特に活動・参加のリスト内容についての整合性と過不足、②個別性、主観性を反映させることの方法の未確立、③背景因子の不十分さと生活機能との関係性の曖昧さ、④相互作用性、各領域の関係性を明確にするためのシステム的方法の未確立や不明瞭さ、⑤評価点に関する基準概念の再考と評価方法についての検討、などが挙げられる。

以上のようなことより、現時点での ICF の活用は、生活をとらえるための概念レベルであり、生活を構成する枠組みを示すものとして取り扱うことが望ましいのではないだろうか。つまり個人の有する生活状況の実態把握のための視点（地図）として ICF の各領域を活用し、それを手がかりにそれぞれの領域の事実をとらえ、その人の生活を解釈するためのひとつの材料として用いることが望ましいのではないだろうか。そして、解釈や支援の可能性、目標の設定、未介入な領域の検証に必要な協業のためのツールとしての活用が考えられる。ただしツールとして用いる場合、そこで取り扱われている範囲のみを視点とすることになるので、その内容の過不足に関する検証が常に必要であることを念頭に置かなければならないだろう。

今後、ICF が利用者の生活を支援するために有益に機能するためには、概念の共通理解の促進とツールとしての精度の向上という2つの視点が不可欠であると考える。ツールとしての視点では、項目数の多さやコーディングの煩雑さを解決するためのコアセットの開発やガイドラインの作成がすすめられている²¹⁾。また ICF 自体に関する課題については、個人因子に対する検討や評価点に関する新しい基準試案が作成されるなどの報告がされている²²⁾。このように ICF の役割のひとつである分類機能を向上させることは、ICF の適用である統計ツール、研究ツールとして、EBM の流れの中で客観的指標としては有効であろう。そしてそれを活用することが、生活をとらえるための有益

なツールとなり得ることにつながるのではないだろうか。また、ICFが定式化する生活機能が共通言語として有効に働くことにもなるだろう。ただし一方で、生活は個別的であり質的評価を必要とするものであることを忘れてはならない。そしてICFが臨床における実践ツールとなるためには、個別的・質的要素に科学性を持ち込むことが求められるといえる。

ICF導入後「生活機能」という言葉が汎用されるようになった。これはICF概念が共通言語として一定の普及が成されたこととらえることができる。それと同時に保健・医療・福祉において生活が重要なキーワードであり、支援の中心テーマであることの表れとしてとらえることができる。それゆえに、それぞれの専門分野においては、何らかの関わりを持つものであり、すでに確立された生活概念が存在するとも考えられる。そしてそれに基づく「生活機能」の理解が成されている部分があるのではないだろうか。そのことにより、職種間によって「生活機能」が示す範囲や具体的内容の理解に多少の差異が生じていると考えられる。生活支援を行ううえでは、利用者を中心とした協業が必要であり、そのためには共通言語と共通理解は必須である。そのような意味でICFが示す「生活機能」の正確な理解の普及に努めることは大きな意義がある。しかしながら真の意味で、人生・生活を包括、構成する概念としての「生活機能」が有する範囲は広くかつ意味は深い。換言すれば単一の職種、単一の分類で「生活機能」のすべてに関与することは難しいととらえることができる。したがって、ICFが扱う生活機能の限界を見極めるとともに、「人が生きることのすべて」を把握することのできる生活機能とは何かを議論していく必要があるだろう。そして生活機能のいかなる内容に対して関与することができるのか、この点を職種間で明確にしていくことが協業へとつながるひとつの方法になると考える。

V. おわりに

今回はICFの生活機能を中心に考察をすすめてきたが、健康状況に関して健康をどのようにとらえるか。また、生活機能の個々の具体的リストの過不足や整合性についての検証、背景因子等については、十分に考

察できていない。しかしながらICFが生活をとらえるためのツールとなるには、これらを検討する必要がある、今後の研究課題としたい。

【注】

- 1) 「国際生活機能分類－国際障害分類改定版－」（日本語版）<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html> 2009年8月
- 2) 世界保健機関 「ICF 国際生活機能分類」 中央法規 2002年
- 3) 上田敏 「WHO 国際障害分類改定の経過と今後の課題」 理学療法ジャーナル 36巻1号 5～11頁 医学書院 2002年
- 4) 伊藤利之・江藤文夫編著 「日常生活活動」 医歯薬出版 34～36頁 2010年
- 5) 上田敏 「ICFの基本的考え方」 理学療法ジャーナル 36巻4号 271～276頁 医学書院 2002年
- 6) 伊藤利之・江藤文夫編著 4) 前掲書 38～39頁
- 7) 大川弥生 『新しいリハビリテーション－人間「復権」への挑戦』 講談社現代新書 2008年
- 8) 大川弥生 「介護保険サービスとリハビリテーション－ICFに立った自立支援の理念と技法」 中央法規 2004年
- 9) 上田敏 5) 前掲論文 271頁
- 10) 太田義弘 中村佐織 石倉宏和 「ソーシャルワークと生活支援方法のトレーニング」 中央法規 2005年 7～19頁
- 11) 中俣恵美 『「日常生活活動」と「生活」の関係性』 関西福祉科学大学 総合福祉科学研究 創刊号 2010年 167～181頁
- 12) 上田敏 「ICF：国際生活機能分類と21世紀のリハビリテーション」 広島大学保健学ジャーナル 2巻1号 2002年 6～11頁
- 13) 「国際生活機能分類－国際障害分類改定版－」（日本語版）<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html> 2009年8月
- 14) 伊藤利之・江藤文夫編著 4) 前掲書
- 15) 大川弥生 「総合リハビリテーションにおける活用」 総合リハビリテーション 37巻3号 197～204頁 医学書院 2009年
- 16) 長野聖 「ICFの背景と特性、その意義－「障害」の共通理解のために－」 理学療法ジャーナル 39巻9号 799～805頁 医学書院 2005年
- 17) 長野聖 同論文

- 18) 里宇明元 「リハビリテーション（総合）実施計画書を検証する」 リハビリテーション医学 41 巻 9 号
594～599 頁 医学書院 2004 年
- 19) 大川弥生 「ICF の基本的な考え方をリハビリテーションの実際に生かす」 理学療法ジャーナル 36 巻 5 号
361～366 頁 医学書院 2002 年
- 20) 大川弥生 「WHO 国際障害分類を障害者のための臨床現場にどういかすか」 理学療法ジャーナル 36 巻 1 号
21～30 頁 医学書院 2002 年
- 21) 長野聖 16) 前掲論文
- 22) 大川弥生 15) 前掲論文