

参考資料 6. 国際生活機能分類(ICF)解説

- (1) 介護に生かす障害構造と、国際障害分類第二版 (ICF：生活機能・障害・健康の国際分類) ①～⑤
- (2) WHO 国際障害分類を障害者のための臨床現場にどうかすか
 - 1) 身体障害者リハビリテーションの立場から

介護に生かす障害構造と、国際障害分類第二版 (ICF:生活機能・障害・健康の国際分類) ①

—WHO「国際障害分類」から「生活機能・障害・健康の国際分類」への改定にあたって

WHO国際障害分類改定について

本誌の連載や特集の中でも紹介させていたと思いますが、1990年以来作業中であった「WHO国際障害分類」の改定が2001年5月22日の世界保健会議で正式に決定されました。

そこで、これを機会に、障害構造・分類の、介護への臨床応用についてもう一度お考えいただくことということで、今回の改定内容の紹介も兼ねて緊急企画を組むことになりました。

介護における障害構造

介護福祉士の国家試験においても、障害構造に関する試験問題は頻回に出題されています。それにもかかわらず、残念なことに実際の介護の現場をみると、「十分に活用されていないのでは？」という声が介護職の方々ご自身から

さえ聞かれます。また、「介護の現場に具体的にどう生かしたら良いのか？」という質問も数多くいただきます。

これに関して、教育の場で実際の臨床にどう用いるのかという教育をもっと充実してほしいとの声も少なからずあります。この場合の教育とは学校教育だけではなく、現場教育や研修会等も含むものと思います。

「障害」に対応する専門職としての介護職への期待

障害構造・分類は、単なる理論のための理論ではありません。実際の介護を真に要介護者本位におこなうための非常に有効なツール(道具)です。だからこそ、頻回に国家試験にも出題されているのです。

また、WHO国際障害分類は、障害に関するさまざまな専門職や

障害をもつ当事者の間の「共通言語」と位置づけられています。障害、すなわち「生活上の不自由」

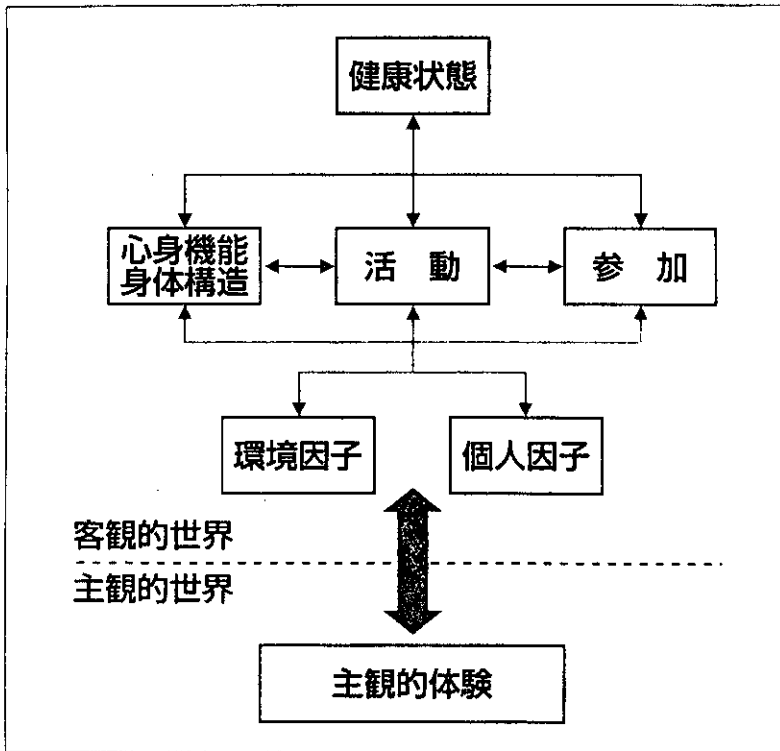
に対応する専門職のひとつである介護職が障害についての「共通言語」に精通しておくことは、今後障害に対する専門職としてその地位・役割を確たるものに位置づけるためにも不可欠だと思います。

そうではなく、介護職は障害のごく一部分である身の回り行為、すなわち「活動」のごく一部にしか対応しない職種であると考ええる立場から、障害全般を知る必要はないというご意見もあるかもしれません。

しかし、たとえ一部分の障害であれ、それはほかの全ての障害との関係の上でみなければ最良の介護はできないと、私は考えており、これは目標指向的介護の基本となる考え方です。介護としての十分

図1 ICF:生活機能・障害・健康の国際分類モデル
および主観的次元の導入

(上田,2000)



な力を発揮すれば本来障害の全てのレベルに対しての専門的な効果を発揮できるのです。もし介護の専門領域を障害の一部分に限るとすれば、介護職自体にとっても、また何よりも介護を受ける方々にとって非常に残念なことです。ぜひこの機会に、より良い介護のために障害構造・障害分類をどう生かすかという原点を一緒に考えていきたいと思います。

「目標指向的介護」と障害構造

私自身、今回の改定作業にもWHO国際障害分類日本協力センターの副事務局長として関与してきましたが、この改定作業とは全く別でも、障害構造に則った臨床実践と研究をおこなってきました(というより、そのような臨床と研究をおこなってきたので、今回の改定作業のお手伝いをさせていただいていると思います)。

障害構造は、私のリハビリテーション医として、またケアを考えるにあたっての最も骨格となるものです。先月の特集も含め、これまで本誌で連載してきた「目標指向的介護」、そしてその基本となっている「目標指向的アプローチ」は障害構造を大きな軸としています。そしてそれは、現時点のみでなく今後の一生にわたる時間軸に沿って考えるものです。そこで「事例から考える目標指向的介護」の緊急企画として今回の企画となったのです。

生活機能・障害・健康の国際分類

では、まず最もホットな話題として、2001年5月22日に世界

保健会議で決定された改定内容を紹介しましょう。名称はこれまでの「国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICDH)」から「生活機能・障害・健康の国際分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)」へと変更になりました。正式略称ならICFDHとなつてしかるべきところですが、長過ぎるのと、国際疾病分類(ICD)と肩を並べるという意味で「ICF」という短い略称になったものです。

また、障害構造のモデルは初版のモデルに代わり、図1(の点線)に示すモデルとなりました。各次元の定義は、表1に示しています。

図1の点線の下方は、WHO国際障害分類日本協力センター代表の上田敏先生やそのほかの国々からその重要性が指摘されてきましたが、今回の改定では今後の検討事項となった「主観的障害」を含めて表したものです。点線の上下をまたぐ矢印は客観的障害と主観的障害との相互作用を示したものです。実際の介護の現場では主観

表1 生活機能の諸次元の定義

<p>健康状態との関連において</p> <p>心身機能 (body function)とは、身体系の生理的または心理的機能である。</p> <p>身体構造 (body structure)とは、器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分である。</p> <p>■機能障害 (impairment: 構造障害を含む)とは、著しい変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である。</p> <p>活動 (activity)とは、個人による課題または行動の遂行のことである。</p> <p>■活動制限 (activity limitation)とは、活動の遂行において個人がもつ困難のことである。</p> <p>参加 (participation)とは、健康状態、心身機能・構造、活動、および背景因子に関連した生活 (人生) 状況 (life situation) への個人の関与のことである。</p> <p>■参加制約 (participation restriction)とは、生活 (人生) 状況への関与の仕方または程度において、個人がもつ問題のことである。</p>
--

WHO発行・WHO国際障害分類日本協力センター訳:「ICIDH-2:生活機能と障害の国際分類 ベータ2案」、WHO国際障害分類日本協力センター発行、2000

的障害まで含めてみることで大事なので、この主観的障害まで含めた図を挙げました。

「心身機能・障害・健康の国際分類」

具体的改定内容についての特徴は次のようになります。

1. マイナス面の分類から中立的分類へ

今日の改定にあたっては、障害を「身体レベル—個人レベル—社会レベル」という3つの次元の階層構造で把握しようとする基本線は1980年の初版と何ら変わりありません。

しかし、従来のものが「障害」

というマイナスの面のみを対象としていた点を変更して、プラスあるいは中立的な用語を用いることとなりました。すなわち、名称は大幅に変化して、これまでは「機能障害—能力障害—社会的不利」というマイナス面を示す否定的な名称であったのに対して、「心身機能・構造—活動—参加」という中立的・肯定的な名称を用いることとなりました。

具体的には、「機能障害 (impairment)」の代わりに「心身機能・構造 (body function and structure)」、「能力障害 (disability)」の代わりに「活動 (activity)」、「社会的不利 (handicap)」の代わりに「参加 (participation)」を用いることとなりました。なお、これらが障害された状態は、それぞれ「機能障害 (impairment)」、「活動制限 (activity limitation)」、「参加制約 (participation restriction)」です。

これにともなう、分類全体の名称も前述したように「国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICIDH)」から「生活機能・障害・健康の国際分類 (International Classification of

Functioning, Disability and Health: ICF)」と改題し、人間の生活にかかわることの全てを対象とするものとなりました。

ここで言う「Disability (障害)」とは以前の「能力障害」というひとつの階層を示すものではなく、日本語の「障害」と同じ障害全体を示す包括用語 (機能障害、活動制限、参加制約のすべてを含む) に変わったことに注意してください。

そして、「Functioning (生活機能)」とは、この意味の「Disability」という否定的用語に対応する中立的・肯定的な包括用語 (心身機能・構造、活動、参加の全てを含む) として新しく導入された新語です。これは、いわば人間のlife (生命、生活、人生) の在り方の中立的・肯定的な側面を表す言葉であり、従来はなかった概念であるため、「生活機能」という日本語を新しく作らざるを得なかったものです。

2. 環境因子分類、個人因子の追加

ICFがより本質的な面で初版から変わったのは、障害の発生・変化に影響する背景因子として「環境因子 (environmental

factors)」と「個人因子(personal factors)」とがあることを、新たに認めたことです。そして、そのうちの環境因子については詳しい分類を提供したことです。これは、主として障害者運動からの批判に応えたものです。障害発生は健康状態だけでなく、環境因子との相互作用によって起こるという考え方に立ったものです。この「健康状態」も、初版では「疾患」でしたが、今回の改定でこれも中立用語を用いることとなって「健康状態(health condition)」と呼ばれるようになりました。

3. 一方向の流れから相互作用モデルへ

もうひとつの特徴は、初版が機能障害・能力障害・社会的不利の各次元間の関係を一方向の流れとして示していたのに対して、第二版では図1に示すように各次元や要素が相互に関係していることを表すために、全て双方向の矢印で結ばれている相互作用モデルに変わったことです。

このように、矢印が一方から両方向へと変化したのは、初版のモデルに対して出た誤解を、今回は生じにくくするためです。

この初版に対する誤解とは、「一方向の矢印は、ある機能障害があれば必ずある能力障害が生じ、ある能力障害があれば必ずある社会的不利を生じる」という「運命論的モデル」である」という批判や、「矢印の方向とは逆方向の影響も少なからずみられる」との批判です。実はこれらはすべて誤解であり、初版の序論には種々の例を挙げ、各階層の間に食い違いがしばしばみられること、また逆方向の影響も少なからずみられることが述べられていました。

「機能障害→能力障害→社会不利」と示された矢印の方向は障害の3つの次元を階層的に捉えており、初版の障害モデルの最も大きな意義を示すところだったので、その図だけをみた初心者にはその深い意味が理解されなかったのは残念なことでした。

今回のモデルでは、そのような誤解の余地をなくするために双方向の矢印をつけて、ある次元と別の次元との間に相互的な影響・制約関係があるという相互作用を明確に示したものです。

ただし、ここで気をつけていただきたいことが二つあります。ま

ず、ひとつにはこの相方向の矢印がついたことで、相互作用が非常に強いものだというように誤解しないでいただきたいということです。各レベル(階層)の独立性はかなり強いものなのです。

もうひとつは、障害の階層性を十分に認識していただきたいということです。各次元は本来「参加」を最も上位に置いた階層性をもつものですが、横に並べて書かれているため各次元の上下関係が不明確になり、あたかも同等な関係であるかのような誤解が起こる危険があります。一人ひとりがある種の障害のうち、最も上位の次元が「参加」なのです。たとえば「身体機能」のまひの程度と、「活動」のADLの自立度と、「参加」のどのような社会生活を送るのかのうち、その人にとって最も大事なことは「参加レベル」なのです。

このような階層的な理解について、矢印の全てが両方向になったことであいまいしかなえないという難点もあるように思われます。

介護をおこなうにあたって、この階層性にはぜひ十分に留意してください。この階層性については、次回以降に説明いたします。

介護に生かす障害構造と、国際障害分類第二版 (ICF:生活機能・障害・健康の国際分類) ②

—障害(生活上の不自由)についての「共通言語」としての実践的ツール—

介護を要する人は、全て障害(生活上の不自由)をもっている人たちです。障害を正しく理解し、障害に対してどのように対応するかを介護の原点としていただきたいと思っています。障害を総合的にみることなしに、被介護者の目の前にある不自由な行為を手助けするだけであれば、せっかくもっている介護の力を十分に発揮していることにはならず、非常に残念なことだと思います。

今回の「国際障害分類」(ICIDH)S、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health、生活機能・障害・健康の国際分類)への改定が、障害について考えていただく機会になることを期待しています。

なお、目標指向的介護は障害の全ての面をみることを大前提とし

ており、その具体的プログラム作りも「障害構造」を大きな軸としています。そのため、本連載の緊急企画となったというわけです。

介護やリハビリテーションだけではなく、障害者(障害児を含む)のQOL(人生の質)向上をめざして、障害分野の諸問題にいかに対処するかは現代社会全体における大きな課題です。これは、特に少子高齢化社会を迎え、「健康で活力ある長寿社会」を建設する努力の中ですます大きな問題となっているのです。今回の「WHO国際障害分類」の改定にもこれを反映して、我が国の非常に多くの分野からご協力いただき、関心の深さをうかがうことができました。

特に、障害当事者の方々は熱心で、専門家への非常に辛口のご希望をいただいています。今回のICFは専門家だけでなく、当事者

(本人および家族)に活用いただくことも大きな目的です。介護職も十分にICFについて知識をもつことが迫られていると言えます。

今回は「国際障害分類」改定の経緯を紹介しながらICFの目的を述べたいと思います。

WHO国際障害分類改定の経緯

WHO生活機能・障害・健康の国際分類は、WHO国際分類ファミリーのひとつです。ちなみに、健康状態(病気・変調・外傷・妊娠・高齢など)は、主にICD-10(国際疾病分類第10版)で病因論的枠組みに従って、分類されています。

WHO国際障害分類(ICIDH)の検討は1972年から始まりましたが、1980年に、1981年の国際障害者年を迎えるにあたって障害分野の問題への

正しい理解を普及する目的もあって発表されたものと言えます。その基本的な考え方が国連の「国際障害者年行動計画」に取り入れられたということもあって、理論面でも実際面でも非常に大きな影響を与えました。特に、障害を機能・形態障害 (impairment)、能力障害 (disability)、社会的不利 (handicap) の3つのレベルに分けて総合的に捉えるという基本的な枠組みは、障害に関する正しい理解を促進し、学術研究の上でも障害分野における総合的な施策の推進の上でも画期的な意義をもたらしました。

しかし、他方では種々の批判もありました。これらの批判に 대응して第2版 (ICIDH-2) への改定作業が始まったのは1990年、本格化したのは1992年からです。この年以降、毎年年度国際改定会議が開催され、日本のWHO国際障害分類日本協力センターも1994年から毎年参加し、1998年には第6回改定会議を欧米以外では初めて、東京で開催しました。そして、1996年のアルファ案、1997年のベータ1案、1999年のベータ2案の

順に、各国での検討やフィードバックに、実際に使ってみた上で意見集約) を踏まえて改善への努力が重ねられました。

そして、2000年11月のマドリッドでの最終の国際改定会議でPre-final版が提示され、2001年5月22日の世界保健会議で正式決定されたわけです。

この改定手順に関するWHOの基本的姿勢は、第1は分類の最大の対象者である障害当事者等 (障害者自身、その家族・介護者、及びその代弁者 (advocate)) が最大限に参加しなければならぬということでした。具体的には、フィールドトリアル委員会をはじめあらゆるレベルで、研究者3分の1、臨床実務者 (専門職者) 3分の1、障害当事者等3分の1の比率を守ることとされました。

第2の重要な原則は、欧米のみでなく世界の各地域・各種文化に通用する、文化の違いを超えた性格のものであるべきだということでした。

WHO国際障害分類日本協力センターは、国際障害分類改訂年次会議に早期から参加し、討議に加わるとともに、国際的な改定の動

向の日本国内への紹介、ベータ1案によるフィールドトリアル (1997～1998年) の実行、第6回年次改定会議 (東京、1998年) の開催などをおこなってきました。

最終のフィールドトリアルとなったベータ2案のフィールドトリアルでは、研究者10名、専門職団体から推薦を受けた専門職者10名、障害者団体等から推薦を受けた障害当事者等10名から成るフィールドトリアル委員会を組織して、その計画下に多数の学会、専門職団体、障害当事者団体の協力を得て検討を進めました。

ICFの目的

生活機能・障害・健康の国際分類は、さまざまな専門分野で用いられることが期待されており、その目的として次のものが挙げられています。

●健康と健康関連状態とを表現するための共通言語を確立し、異なる利用者 (例：保健医療従事者・調査者・政策担当者・公衆・障害のある人々を含む) 間のコミュニケーションを改善すること。

●健康状態・健康関連状態・結果・決定因子を理解し、研究するための科学的基盤の提供。

●国際内データ比較、保健ケアの専門分野・各種サービス間のデータ比較、異なった期間内のデータ比較。

●健康情報システムに用いられる体系的コーディング（符号化）用分類リストの提供。

ICF・障害構造論は分類が目的ではなく臨床のための実践的ツール

ICFとその根底にある障害構造論は、障害をもつ人への対応を、真に、その当事者本位におこなうための非常に有効なツールです。

ICFは、単に障害を分類・記載するためのものではなく、ましては障害者を分類しようとするものではありません。

また、障害構造論は理論のための理論ではありません。

障害を構造的、階層的に捉えることが実践的に大きな意味をもつのです。

共通言語としてのICF、そして障害構造論

ICFとその基礎をなす障害構造論の実践的ツールとして、第一

に挙げるべき意義は、障害当事者（本人だけでなく、家族・介護者・代弁者を含む）およびさまざまな関係職種間の「共通言語」としての役割です。

1. 専門職間の「共通言語」

この場合、関係職種としては患者・障害者（疾患・障害のある人）に対するサービスに従事する全ての人々が含まれます。介護、リハビリテーション医療に従事する専門職だけでなく、職業リハビリテーション、教育的リハビリテーション、社会福祉、心理、一般医療従事者などです。

これらの職種は歴史・教育システム・仕事の場・制度的背景などが異なるだけでなく、障害の多くの側面のうちどれを重視するかに端的に表れるような、物の見方・価値観、大きく言えば基本的な哲学までを異にしています。そしてそれが、同じ一人の患者・障害者を見る場合でも、しばしば職種によりニーズの捉え方に大きな差を生ずる原因となっています。ここに「共通言語」、すなわち共通の思考・論理の枠組みが必要となる理由があります。

2. 当事者と専門家の「共通言語」

さらに重要なのは、これらの専門家たちと障害当事者（広義）との間の「共通言語」です。

すなわち現在、従来の医療は、パターナリズム（家長主義・温情的干渉主義）であり、「依らしむべし、知らしむべからず」であったと強く批判されており、インフォームド・コンセントの必要性が叫ばれています。医療以外の教育・福祉・介護等の分野も程度・性質の差はあるものの、このような批判の外にあるものではありません。

ここに、当事者と専門家との間の「共通言語」、「共通のもの」の考え方が、専門家同士の間にも必要となってくる理由があります。

既に我が国では、2000年4月に新設された「回復期リハビリテーション病棟」で必ずおこなうことが義務づけられている「リハビリテーション総合実施計画書」が障害構造論を全面的に採用し、これに基づいて本人・家族への説明をおこない、本人・家族と一緒に目標設定をおこなうよう既定さ

表1 身体機能・構造、活動・参加・環境因子の分類の大項目

生活機能・障害・健康の国際分類(ICF)[国際障害分類改訂版] 第1レベル分類(仮訳)	
心身機能	
1章	精神機能
2章	感覚機能と痛み
3章	音声と発話の機能
4章	心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
5章	消化器系・代謝系・内分泌系の機能
6章	尿路・性・生殖の機能
7章	神経筋骨格と運動に関連する機能
8章	皮膚および関連する構造の機能
身体構造	
1章	神経系の構造
2章	目・耳および関連部位の構造
3章	音声と発話に関わる構造
4章	心血管系・免疫系・呼吸器系の構造
5章	消化器系・代謝系・内分泌系の構造
6章	尿路性器系および生殖器系に関連した構造
7章	運動に関連した構造
8章	皮膚および関連部位の構造
活動と参加	
1章	学習と知識の応用
2章	一般的な課題と要求
3章	コミュニケーション
4章	運動・移動
5章	セルフケア
6章	家庭生活
7章	対人的相互作用と対人関係
8章	主要な生活領域
9章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活
環境因子	
1章	生産物と機器
2章	自然環境と、環境に対して人間がもたらした変化
3章	支持と関係
4章	態度
5章	サービス・制度・政策

ICFの内容
表1に、身体機能・構造、活動・参加・環境因子の分類の大項目(章立て)を示しました。この大項目の下に、それぞれ多数の中項目、小項目があるわけですが、大分類だけからもこれらの分類が

いかに包括的で関連するもの全てを扱おうとしているかをうかがい知ることができるでしょう。
ただ、このように項目が多いと、とてもそんなに膨大なものを臨床の現場では扱えないとか、覚えられないとか思われるかも知れませんが、しかし、実際皆さんが対応なさっている方々は非常に多くの障

害に関する問題をもっていらっしやいます。それらの障害について自分が気づいたことだけ、また気になるところだけに対応しては本当が良い介護はできないのです。これらの方々のもっている問題の全てを把握する上で、このICFは非常に大きな助けとなるのです。

介護に生かす障害構造論と、国際障害分類改訂版

(ICF:生活機能・障害・健康の国際分類)③

—障害構造論は私がリハビリテーション医になるのにどう役立ったか—

障害構造論・障害分類は、現実の介護を真に被介護者本位におこなうための実践的ツールです。障害構造論・障害分類を本当に生かして被介護者に対応するか否かは、介護職が単に被介護者が現在不自由で困っておられること(種々の生活行為)を手伝ってあげるだけの職種なのか、それとも障害に関する専門職として障害の軽減や悪化の予防に貢献できるのかの大きな分岐点になることだと思います。私は、介護職は障害に関する専門職たり得る可能性を十分にもっていると思っています。

ぜひ障害構造論・障害分類を十分に活用して障害の専門職としての位置づけを確固たるものとしていただきたいと期待しています。

これは、介護職にとつて専門的技術として、また学問として確立され認知されるために大事だとい

うだけでなく、言うまでもないことながら、そのような観点からの介護が被介護者にとつて非常に重要だということなのです。

私自身にとつての
障害構造論の意義

しかし残念なことに、今はまだ障害構造論・障害分類について介護職の方々から、「学校では習ったし、試験にはよく出るけれど、実際の現場でどう生かすのかわからない」、だから「理論のための理論ではないのか?」という声を聞くことが少なからずあります。そこで、ご参考のために、私自身が障害の専門家であるリハビリテーション医としての能力を高めていく上で、この障害構造論・障害分類がどのように役立ったかをご紹介します。

結論から言えば、もし障害構造論という理論に巡り会うことがな

かったら、おそらく私は、リハビリテーションとは混沌としたものだと思い、リハビリテーションの目的である「全人的復権」をめざすとはどういうものがわからなまま、リハビリテーション医としてのやりがいを見つけれず、にリハビリテーションの世界から離れていったらと思うと思います。

すなわち、障害構造論・障害分類という道具、ツール(というよりももっと積極的に「武器」と言いたいのですが)を手に入れ、そしてそれを使つての闘い方に熟練していくことがなかったら、「目標指向的介護」に到達しなかったことは確実だと言えます。

「武器」とか「闘い」という強い表現を用いていますが、実は今から思えば、私にとつてこれはとても楽しい過程でした。なぜなら障害構造論・障害分類が「障害をみ

「という非常に難しいことを非常に明快に、わかりやすくしてくれたからです。またその一方で、「障害をみる」ということは専門家でなくても誰にでもできることではないかと考えられがちなのが、そうではなくまさに専門的なことであり、専門家としてのやりがいのある仕事なのだということも明らかにしてくれたからです。何よりも「目標指向的介護」の基本となる「目標指向的アプローチ」や「目標指向的『活動』向上訓練」は、このような障害構造論・障害分類をもとにはじめて体系化づけることができたものなのです。多次元の多種多様な問題点・目標・対応などの中から、いかにひとつのプログラムをみつけるか——目標指向的アプローチに到達するまで——

私自身は、学生時代から問題指向的システム（POS）に基づいた教育を受けました。これは、患者さんのもつ全ての問題に対応し、それを医療に携わるチームメンバー全体に徹底するように明文化して書き示そうとする医療上の基本的アプローチで、内科研修医兼大学院生として過ごした4年間にもPOSに基づいて診療をして

いました。

しかしその後、リハビリテーション医学の研修を始めたとき、非常に大きなとまどいがあり、大パニックになったと言っても決して過言ではありません。それは、内科医として患者をみる場合に比べ、あまりにも多くの問題点が対象となり、同時にそれらの問題に対する対応策についてもあまりにも多くの対応の方法があることに基づくりしてしまったからです。

特にリハビリテーション医学での経験を積み重ねれば積む程、能力障害・disability（ICFでは「活動・Activity」）や社会的不利・handicap（ICFでは「参加・participation」）という、今までは常識的にわかったつもりになっていた領域での問題点とそれに対する対応方法が、非常に多種多様であることがわかってきたことは、私にとって大きな課題の出現でした。さらに、それらの各障害のレベルが相互に密接に関係していることがわかっていき、そのように複雑な関係をどうとらえれば良いのが難しく、ますます混乱していったのです。

その上、実際の臨床の現場では、

限られた治療者側の時間で、そして限られた患者・被介護者の1日の時間や体力の中で、全ての問題に同時に同等に対応することはできず、どうしても優先順位をつけることが迫られます。ですから、多くの問題点と対応策の中からどのように優先順位をつけていけば良いのかについて、正直言って大いにとまどってしまいました。

一時期は整理がついたような気になったこともありましたが、自身の知識が増え、実際に対処できる技術の範囲が増えていくことで、混乱はかえって再び著しくなりました。それは、能力障害や社会的不利のレベルの問題が非常に専門的なものであることがますますわかり始めたため、そして臨床と同時に研究を深めていけばいくほど技術やプログラムの違いによって効果の差が大きいことがますますはつきりしてきたからです。

たとえば、食事が不自由な人への対応の仕方について、内科研修中やリハビリテーション医となった初めの頃は、お恥ずかしながら、あまり迷っていませんでした。しかし、次第にその人のもつ問題点をトータルに捉え、真のリハビリ

テーション（人間らしく生きる権利の回復、全人的復権）を達成するためにどうするべきかを深く考えるようになり、そうなればなるほど、食事の仕方ひとつとっても非常に多くのことを考えなければならぬことがわかってきて、迷いは大きくなりました。

食事が不自由な人への対応とは、単に全介助して食事をさせてあげれば良いというものではありません。まず食事の仕方にも非常にたくさんやり方があります。スプーン・お箸・フォークなどのひとつひとつの用具をとってもさまざまな種類があり、その中でどれを選ぶのが良いのか、その使い方はどのような方法を選ぶのか、どのような姿勢が良いのか、その姿勢をとるときの動作とその介助法はどうあるべきか、食器はどういう種類のものを使い、どう置くのか、食事の種類・内容は、食事をする時間帯は等々、さまざまなくとを多くの選択肢の中から最も適したものを選択していかなければならぬのです。

また、この食事の仕方と、ほかのADL項目の仕方とは別々ではなく互いに関連しています。また、

家事をはじめとするASL (Activities of social life：社会生活行為)とも関係が深く、このように同じ「活動」レベルの中でのほかの多くの項目への影響をも考えていかなければならないのです。また、食事の仕方（介護の仕方を含む）が社会的不利（「参加」）に与える影響もあります。さらには、被介護者本人だけでなく、家族・介護者に対する「第三者の不利」への影響も（特に食事は通常毎日3回おこなうので）大きいものです。

その一方、能力障害よりも下位にある機能障害（ICFでは心身機能・構造）レベルとしてどう対応するかにも、食事という能力障害への対応の仕方は大きく関係します。たとえば、機能障害としての姿勢にどう対応するのは、食事の姿勢との関連ではどうすべきなのかを考えていかねばなりません。しかし、同時にほかのADLやASLへの影響を考慮することも大事で、食事との関連だけで考えれば必要だと考えられる対応（訓練）内容が実はほかの整容や家事などを考えると必ずしも必要でなかったり、かえってマイナス

になったりすることもあります。

幸いなことに、私はリハビリテーション医学研修の開始時から、障害構造論に基づいて問題点を整理する指導をしていたいており、また国際障害分類初版のフィードバックも手伝わせたいたただく機会もありました。しかし、当初は多くの項目についてそれがどのレベルに該当するか（たとえば能力障害か社会的不利か）に迷うところから出発し、分類の域を出ていませんでした。その分類についても、たとえば歩行ひとつとってもそれが機能障害なのか能力障害なのかと迷って先輩の医師に尋ねたり、同輩の医師など皆でいろいろと議論をしたものです（歩行についてもさまざまな障害のレベルでみることは拙著「目標指向的介護の理論と実際」中央法規刊、P.46、47コラム6参照）。

その後、障害構造論は、実際の一人ひとりの患者さんのリハビリテーションにおける具体的な対応を決めていくときにこそ真価が発揮されること、すなわち障害の構造に則って問題点を整理していく上でこそ役に立つということが体験できるようになりました。そして

てようやく、多種多様な問題点と対応策の「海（むしろ混沌としたカオス）」の中で溺れそうになっていたところから救出されかけた思いがしたものでした。

その後、溺れないための手段として、一貫してこの障害構造論に沿って、問題点と対応方法を考えていくことを心懸けていきました。その結果到達したのが「目標指向的リハビリテーションプログラム」とその根底となる「目標指向的アプローチ」です。

障害構造論・障害分類はどっちが点で役立つか

以上のような経過の中で明らかとなったのは、障害構造論・障害分類とは以下の点で極めて有効なツール（道具）であり武器であるということでした。

1 治療者が独善的にならず、真に患者本位という視点でリハビリテーションをおこなうためのツール

2 抜けや見落としがないように問題点を見つけ出すツール

3 多種多様な問題や対応策を整理するためのツール

4 多種多様な対応の中から優先順位を明確にするためのツール

5 「協業」としてのチームワークが真に機能するためのツール
以上については、今後詳しく述べていくことにします。

介護は「不自由なことを手伝う」のか
「障害のある人に対応する」のか？
両者は異なるのか？

このように、障害構造論・障害分類を生かしていく中で「目標指向的介護」を体系つけてきました。その中の障害構造論・障害分類の生かし方については今後述べていきますが、今の時点でまず次のことについて考えてみてください。

目標指向的介護における具体的介護技術の位置づけの基本的考え方は、「不自由なこと（行為）を手伝う」ということではなく、「障害（生活上の不自由）のある人に介護技術を提供する」ということです。この2つの考え方は一見似ていますが、実は非常に大きく異なるものです。どちらの考え方をとるかで、全く同じ状態の被介護者に全く異なる介護技術を提供する（介護をする）ことになるのです。

皆さんが日々の介護現場の中でどう考えながら介護をしているのかという、自分自身の介護の内容を思い出しながら2つの考え方を

比べてみてください。もし前述した2つの考え方は同じではないかと思われたとしたら、障害構造論・障害分類に沿って再整理してみてください。

不自由なこと（行為）とは活動制限
「これのみをみるのか」

両者についての最大の違いは、前者での「不自由なこと（行為）」とは、障害構造論という活動制限・activity limitationだけを言うということですが、その立場では介護技術も活動制限についてだけ問題点・課題を考え、対応することになります。一方、後者の「障害のある人」という見方をすれば、障害（生活上の不自由）というマイナスと「生活機能（Functioning）」というプラスの両面について、全ての側面（心身機能・構造、活動、参加）においてその両者を併せもつ人としてとらえることです。

次号はこの視点から介護について考えてみたいと思います。皆さんも原点に戻って日々の介護の一つひとつの介護技術の選択に障害構造・分類をどう生かすかを考えてみてください。

介護に生かす障害構造論と、国際障害分類改訂版

(ICF:生活機能・障害・健康の国際分類)④

——「目標指向的介護」の対象は不自由な行為ではなく、「障害のある人」——

介護の対象は「障害のある人」

介護を要する人は、全て「障害」をもっている人(障害のある人:「障害者」)です。そのため、「介護」の原点として、「障害」および「障害のある人」の正しい理解が不可欠です。特に「目標指向的介護」では、介護の対象を、不自由な行為や障害そのものではなく、「障害のある人」と位置づけることからして(この点については後で述べます)、「障害」の概念と「障害のある人」の概念の違いを正しく理解することは、介護の基本的考え方の大きな根幹を理解するために大事です。

障害とは

ここでは、まず「障害」について整理しておきたいと思います。

しばしば、障害とは疾患が固定したもの、つまり病気が固まったものと考えられがちですが、そうではなく、障害とは疾患によってもたらされた「生活上の困難・不自由・不利益」です。このように、疾患それ自体ではなく、それが「生活」に与える悪影響だと言えることが重要なのです。

したがって、疾患がなくなっても障害が残る場合だけでなく、障害の原因となった疾患と障害が共存している場合も少なくありません。この例として、慢性関節リウマチ、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、アルツハイマー病のような神経疾患などがあります。すなわち、疾患が治った後に残った後遺症だけが障害ではないのです。

また障害とは、これまで述べてきたように、疾患による一次的障

害である生物学的レベルの機能障害(impairment(まひ、筋力低下等)だけでなく、ADL障害などの個人レベルの活動制限 Activity limitations(旧国際障害分類では、能力障害: disability)、社会的レベルの参加制約 Participation restrictions(旧、社会的不利: handicap)の3つの「階層(レベル)」でとらえることが重要です。さらには、これら客観的障害だけでなく、主観的障害を重視すべきです。

不自由な行為(活動制限: activity limitation)は介護職の具体的な対応の出発点となることが多いのですが、このように活動レベルの問題のある人は必ずほかの全てのレベルに何らかの問題があるのです。このような視点で被介護者に対応してください。

※疾患レベルの異常を「障害」と呼ぶこともあります (disorder, disturbance)。たとえば、「脳血管障害」という言い方ですが、最近では「脳血管疾患」と叫ばれることが多くなってきました。また「精神障害」といった場合は、本来の障害の意味で使われることもあります。精神病(精神疾患)の美称として、「疾患」の意味で使われる場合も少なくありません。

障害と障害者(障害のある人)

さて、「障害者」「障害のある人」というと、その人の全てが障害で覆い尽くされているかのような誤解を招きやすいものです。しかしながら、その人(「障害のある人」)の中で障害が占めている部分は一部であり、それ以外に正常な(プラスの面の)機能や能力が多くあると考えるべきです。

「障害のある人」たちは、障害というマイナスの面だけでは共通性がありますが、そのほかの面では一人ひとり異なっています。それらの人々を「障害者」として一括にして扱うことには、制度上など必要な場合もありますが、誤った偏見を助長する危険すらあります。

す。それは、我々自身が個々の個性やさまざまな能力(プラス)が無視されて、「頭の毛の薄い人」だとか、「肥った人」だとか、「背の低い人」だとか、逆に「背の高い人」だとかいった(マイナスを指標とした)グループに分類されて、もっぱらそういう特徴だけで扱われる場合を想像してみればわかっていただけるでしょう。

なお、最近では日本語でも英語でも、「障害者 (the disabled)」と言うと、その人全体が障害に覆い尽くされているという印象を与えやすいので、「障害のある人 (person with disability)」と、普通の人が一部に障害をもっているというだけの状態を示す言葉で呼ぼうということが普通になっています。

「障害のある人」の人間としての全体からすれば、「障害」というマイナス)は、あくまでその一部に過ぎず、健全な機能や能力(というプラス)や、個性という万人が等しく備えている(しかし、万人が互いに異なっている)ものはるかに大きな部分を占めている存在なのだ」という認識が大事なのです。

「障害のある人」とは
プラス面をもつ人

このように、「障害のある人」として対応する場合には障害(新分類における disability)というマイナス面だけではなく、プラスの面をもつ人としてみるのが重要なことです。これによって、障害というマイナスの見方も違ってきます。

このプラス面としては、まずその時点で調べればわかる「残存機能・能力」があります。しかしそれだけではなく、本人・家族ですら気づいていない「潜在機能・能力」としてのプラスの面が実は非常に大きく、これを引き出すことが専門家の重要な役割です。

また、プラスの面も障害と同様に、心身機能・活動・参加という3つの階層(レベル)をもっています。主観的な障害と対応する「立ち直る心の力」ともいうべきプラスの面もあります(これらの全体が「生活機能」です)。この全てのプラスの面を引き出すのが「目標指向的介護」の大きな特徴です。

さらに、マイナスの延長(治つたもの、正常に近い状態)だけが

プラスなのではありません。マイナスとは全く別な面でのプラスが大きな意味をもつこともあるのです。

プラス面をもつというのは正常な機能だけでなく、さまざまな個性や特徴をもつことでもあります。つまり、「障害のある人」はたまたまある種の障害（マイナス面）をもっているというほかには、「普通の人」と同様に、それぞれの個性や特徴をもった人なのです。

このように、「障害のある人」として、障害とプラス面とをみる場合に気をつけるべきことは、障害とプラス面のそれぞれが単純に足し合わさって（並存して）いるのではなく、各階層（それぞれ障害とプラス面とを含む）が互いに掛け合わされた状態にある（相互に緊密に影響し合っている）ということを十分に認識することです。

以上のような視点でみるか否かが、単に特定の障害レベルの問題・課題に対応するだけの介護なのか、目標指向的介護として「障害のある人」全体への働きかけとしての介護になるのかの差となるのです。

「プラス面をみることで過度に愛護的な介護から自立を尊重した介護へ」

「障害のある人」のプラス面である個性や特徴とは、むしろ普通の人以上に非常に優れた場合も少なくないのです。しかしながら、マイナス面は他者からみてもわかりやすいものですが、むしろ優れたプラス面は通常の日常生活を送っていると、わかりにくい場合が多いものです。特に、病院や施設のように入院・入所者が画一的な生活を送りがちな生活環境においては、積極的にみようとしない限り、わかりにくいと言えるでしょう。すなわち、プラス面、特に潜在能力を見出すことはむしろ専門的な技術を要することなのです。また、見出す（発見する）だけでなく、新たに開発することも専門家の重要な役割です。

マイナス面のほかに、それぞれ個性や特徴としてのプラス面をもっていることは当然と思われるでしょう。ですが「障害のある人」に対応する際に、実はこの視点は不十分になりがちです。たとえば、介護をする際について過度に愛護的になってしまったりしがちですが、

これはマイナス面しかみていなかったり、またマイナスの面をプラス面よりも重視しているために陥ることが多いのです。

一方で、プラス面を見つけないとができれば、自分よりも優れたプラス面をもつ人としてむしろ尊敬の心をもって対応することができるとは思いませんか。目標指向的介護は自立に向けた介護で、その場合の自立とは「自己決定権を正しく行使できている状態であること」ですが、この自己決定権を尊重できることの前提として、対象者のプラス面を認めることが重要だと思えます。

「活動制限への対応」ではなく「障害のある人への対応」としての介護

目標指向的介護の基本的考え方は、「不自由なこと（活動制限… activity limitation）を手伝う」ということではなく、「障害のある人（生活機能（functioning）の全側面（心身機能・構造、活動、参加）において、障害というマイナス面だけでなく対応するプラスを併せもつ人）に介護技術を提供する」ということです。

この2つの考え方は一見似てい

るように思われるかもしれませんが、実は非常に大きく異なるものであることがご理解いただけてきたかと思えます。どちらの考え方をとるかで、全く同じ状態の被介護者にも全く異なる介護技術を提示する（介護をする）ことになり得るのです。

「障害のある人」としての見方のポイント

では、介護の対象が「障害のある人」ではなく、単に不自由なこと（活動制限）というような考えにならない（つい陥ってしまわない）ためには、次のような視点から「障害のある人」の介護の課題を整理していくことが効果的です。

- 1 全てのレベル（身体機能・構造、活動、参加、主観的側面、そして環境因子と個人因子、健康状態）についてみる。
- 2 マイナス面のみではなくプラスの面もみる。

本来は第1の点に含まれることですが、現時点ではこの視点はまだ不十分と思われまますので、別項目として挙げました。

- 3 潜在的なプラス面を発見・開発する。

これは本来2に含まれることですが、この視点も現在まだ不十分だと思われまますので、別項目として挙げました。

プラス面をみるということは、健康能力や残存機能・能力というだけではなく、潜在的なプラス面を見つめることです。

潜在的なプラスの面をみる（発見する）ということは、実はマイナスの面を発見することよりも専門的技術としては難しいもので、高い技術が必要とされます。

そして、この場合のプラス面とは、主観的側面まで含めての全てのレベルについてのプラス面です。残存機能・能力という場合も、心身機能と「活動」のレベルのみを指すことが多いようですが、それよりも対象とするレベルも広いのです。特に参加レベルまで含めるか否かは参加レベルを重視する「目標指向的介護」ととって大事な点です。

「リハビリテーション医学はプラスの医学」だと、私どもはこれまで強調してきました。おかげでプラス面をみるのが大事だとは言われるようになってきたようですが、単にスローガンの（情緒的に）

ではなく、具体的技術としてプラスをみる専門的技術がリハビリテーションのみならず「目標指向的介護」としても重要なのです。

- 4 各レベル内のあらゆる面をみる。

各側面について自分が得意なこと、重要と思うことだけや発見できることだけではなく、障害のある人のマイナス面・プラス面のあらゆる点について、見落としや対応の抜けがないようにしなければなりません。そのために、ICFの具体的障害分類の項目は障害を包括的に扱っているため、これを活用することは視点が偏らないようにするために役立つのです。

※大項目については本誌2001年9月号59頁掲載の「第22回・表1」参照。

- 5 各側面間の関連性の重視

マイナス及びプラスの側面は相互に大きく関連し合っています。このことを前提とすることは、たとえ同じ不自由なこと（活動制約）に対応するにしても、「障害のある人」として対応する際に大きな差を生じる重要な視点です。

そこで、今回はこの点を中心に述べることにします。

介護に生かす障害構造論と、国際障害分類改訂版 (ICF・生活機能・障害・健康の国際分類)⑤

障害構造における階層構造

障害構造の最大の貢献は
障害の階層構造を明確にしたこと

WHOの国際障害分類 (ICIDH) は1981年の国連主催による国際障害者年行動計画にそのれ、国際障害者年行動計画にその基本概念が取り入れられたこともあって、まことにタイミング良く受け止められ、リハビリテーション分野はもちろんとして、障害者(障害のある人)にかかわる医療・福祉分野、また障害者運動、行政などに非常に大きな影響を与えました。

その中で介護やリハビリテーションなどの臨床の現場での実践に大きく貢献したのは、障害の階層構造を明確にしたことです。

それまで日本で「障害」と一語で呼ばれていたものの具体的内容は、人により立場によってそのとらえ方

(定義)がまちまちでした。一方英米では、「障害」にあたる包括的な用語がないためにimpairment・disability・handicapなどの用語が、はつきりした定義がないままに単なるニュアンスの違い程度として、混乱して使われていました。

このように漠然と一つのものとして考えられがちであった「障害」の概念を、impairment(機能障害)、disability(能力障害)、handicap(社会的不利)と3つの階層から成るものとして分類し、そしてそれらが「階層構造」あるいは「階層性」を成すものとして明確に整理したことが、ICIDHが臨床の現場に与えた最大の功績とも言えるのです。今回の改定後のICFでも、心身機能・構造(Body function & structure)、活動(activity)、参加(participation)

の三層構造は継続されています。

この「階層構造」についての理解が非常に重要で、これなしに障害として機能・形態障害、能力障害、社会的不利の3つをあたかも同列のものであるかのように受け取ると、その本当の意味を見失いやすいものです。

階層構造とは

階層構造とは、ある複雑なものをいくつかの、基本的・基礎的な階層(レベル)から複雑な階層に到るまでのさまざまな階層の積み重ねによって成り立つ立体的な構造としてとらえるものです。

考えてみれば我々の生きている世界は、すべてそのような階層構造を成しています。この世界の構成要素の中で、一番単純で最も最少ないのは素粒子のそのまた構

成要素であるわずか5個のクォーク(基本粒子)です。そのクォークが種々の組み合わせを作って、電子―陽子―中性子、その他の素粒子(ハドロン)を形成します。素粒子が独特の組み合わせを成したものが107個の原子(元素)です。この原子が組み合わさってつくる分子となると、それはほとんど無限に近いほどの種類が可能です。このように、クォーク―素粒子―原子―分子というのが自然の基礎にある階層構造であり、それぞれの階層はその段階に独特の法則性をもっているのです。

さらには、分子(無機―有機)―生命・生物(単細胞―多細胞、または植物―動物)―人間(言語・意識・思考)―社会(政治・経済)という階層構造があります。これはごく大まかにみただけですが、今挙げたもの間にも、もっと細かい階層性があります。障害の階層性などもそれに属するものです。

階層間の相互依存性と相対的独立性

階層構造として重要なことは、階層間には「相互依存性」と「相対的独立性」があるということです。

す。

相互依存性とは、各階層の間(必ずしも隣り合ったものどうしの間だけでなく、離れたものの間でも)に影響し合い規定し合う関係があるということです。

それに対して相対的独立性とは、各階層にはそれ独自の法則性があつて、他の階層によつて100パーセント規定されてしま(100パーセント説明されてしま)う、それに還元されてしま)ことはないとのことなのです。

逆に言えば、そのような独自の法則をもたないのならば、独立した階層として扱ふことはできないのです。

基底還元論

以上に述べてきた階層構造が、なぜ重要なのでしょうか。実は介護やリハビリテーションにおいて、この階層構造を認識してこそはじめて、障害構造・障害分類を臨床の現場における一人ひとりの障害者・被介護者に十分に生かすことができるのです。この点は今後事例を通じて詳しく述べていくことにしますが、関連する一つの例として「基底還元論的介護」があり

ます。

これまで、介護が「基底還元論的介護」(コラム参照)に陥らないように留意いただきたいことを、本誌や拙著(「目標指向的介護の理論と実際―本当のリハビリテーションとともに築く介護」中央法規、2000年)で述べてきました。基底還元論に陥りやすいのも、この階層構造を十分に理解していないことが原因なのです。

下の(より単純な)階層の法則で、上の(より複雑な)階層の現象を説明し尽くせる(その法則に還元できる)と考えるのが「基底還元論(reductionism)」「還元主義ともいう)です。これは一見、科学的な理論に聞こえますが、実は誤りです。

たとえば酸素原子と水素原子の性質をいかに詳しく研究したからと言って、それが独特な組み合わせをもつてつくった水(H₂O)の分子のもつ性質のすべて、たとえば水は1気圧のもとでは100度で気体となり、0度で固体となるということを説明し尽くせるものはありません。水の分子そのものを研究するほかはないのです。「基底還元論」は、一般に人が

陥りやすい誤りです。近代科学は還元によって成果を挙げてきており、医学においても、たとえば、ある遺伝的疾患の原因を、あるDNAにまで還元することによって遺伝子治療を可能にする、というような形で先駆的な成果を挙げた例が目立ちます。そのため、とすれば基底への還元が唯一の科学的な方法論であるかのような意識に陥りがちなのです。

しかし、例にあげた水の分子の性質のように、物理や化学の世界においてすら基底還元論は成り立たないのです。まして人間という、単なる生物ではなく、思考し社会生活を営むきわめて複雑なものが対象となる場合には、基底還元論は大きな誤りをおかすことになりやすいのです。

障害における階層構造

これまで述べてきた階層構造に關することを、障害構造論にあてはめると、次のようになります。

まず、疾患と（全体としての）障害とが異なる階層に属することは、当然としてご理解いただけるでしょう。そして障害の内部にも、機能障害を基礎的な階層として、

より上位の（より複雑な）活動制限、それよりもさらに上位の参加制約という3つの階層が区別され、これらの間に相互依存性と相対的独立性があるということになります。

①相互依存性

これは階層間の因果関係といつてよいもので、極めてわかりやすいものです。たとえば脳卒中で脳の中に起こった脳組織の破壊範囲（疾患レベル）が大きいほど、半身のまひの程度（機能障害レベル）も強く、歩行やADLの障害（活動制限）も強く、復職や自宅復帰も一層困難になる（参加制約）といった具合です。この相互依存性は、機能障害と活動制限という、隣接するレベル（階層）の間だけでは限らず、機能障害と参加制約のような、離れた階層の間でも起こり得ます。

この相互依存性は、言わば常識論的に理解しやすいことで、患者・家族を含めた多くの人々はこのように考え方に傾きがちです。そしてまたしばしば、運命論的思考にもなりやすいものです。

介護に關連する考え方としては、「まひ（機能障害）の回復は

しないから、ADLはこれ以上良くならない（活動制限）」、「年をとると筋力は低下しても仕方ない（当然だ）」という誤解に結びつきやすいのです。

②相対的独立性

それに対し、それぞれの階層は、必ずその階層独自の法則をもっているものです。

脳卒中で左脳梗塞（健康状態上の問題）によって右半身のまひ（機能障害）が起こり、歩行も右手での家事も不可能（活動制限）になったとします。機能障害と活動制限との相互依存性だけで考えると、まひが治らない限り歩行や家事の能力の回復はあり得ない、そのため、まひを治すことが大事ということになります。しかし、リハビリテーション医学では、下肢では装具と杖によって歩行を可能にし、左手での家事を訓練して片手でほとんどすべての家事を可能にすることができます。これは機能障害に対して、「活動」のレベル（階層）の相対的独立性を活用したことで、歩行や家事が可能になったものです。

もちろん、まひが治ると歩行能力は向上しますが（これは相互依