

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

# 「生活機能」低下者の保健福祉施策における 国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究

平成 18 年度 総括研究報告書

主任研究者：仲村 英一

（（財）結核予防会）

平成 19（2007）年 3 月

# 目 次

## I. 総括研究報告書

「生活機能」低下者の保健福祉施策における国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究

## II. 分担研究報告書

1. ICF-CY（国際生活機能分類、児童・青年版＜仮称＞）に関する研究
2. コスタリカにおける生活機能調査

# I. 総括研究報告書

## 「生活機能」低下者の保健福祉施策における国際生活機能分類（ICF）の活用に関する研究

主任研究者 仲村 英一 財団法人結核予防会 理事長

**研究要旨** 「生活機能低下者」（全年齢の各種障害者、要介護者、難病患者、各種福祉サービス対象者、等）に共通する「中核的評価指標」を国際生活機能分類（ICF）に立って開発するために前年度に「中核的評価指標」第1次試案を作製した。しかし、その後WHO-FIC（国際分類ファミリー）2006年会議におけるICF-CY（国際生活機能分類、児童・青年版＜仮称＞）の採択に伴って、ICF本体とICF-CYとの関連性、実地活用における両者の連携のあり方等の根本的な問題にまでさかのぼっての検討が必要となった。

そのため、1）ICF-CY（2006年4月案）についての検討と我が国の意見（案）の作製、2）ICF-CY（決定版）の翻訳（案）の作製、3）ICF-CYの問題点・課題に関する一連の研究を行い、ICF-CYをICF本体と一体的に用いるために「中核的評価指標」およびガイドラインの一部修正又は綿密化の必要性和方向性が明らかとなった。

これと並行して社会的文化的背景を異にする外国において我が国と同じ基準・手順を用いて生活機能調査を行うことでそれら基準・手順の普遍妥当性を検証することを目的として、中米コスタリカを対象とし、首都近郊住宅地（人口約35,000名）において1,502名に「中核的評価指標」を中心とし、ICF全体に及ぶ調査票を用いて住民の生活機能の面接調査を行った。その結果、活動・参加の評価点基準、各項目間の難易度順・頻度順、年齢差等について、基本的に我が国同様の結果が得られた。これによって従来我々が我が国の多数例の調査にもとづいて検討し、確立してきた評価点基準その他の評価法に関する結論の国際的な普遍妥当性が確認された。

上記および前年度の研究成果に立ったICFの実地活用のための評価点その他の基準を含む研究成果を2006年7月に発足した厚生労働省社会保障審議会統計分科会国際生活機能分類専門委員会に資料として提出し、うち「活動」と「参加」の評価点は同委員会暫定案の骨格として採択された。

## 分担研究者

- ・上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会、顧問）
- ・丹羽真一（福島医科大学、教授）
- ・大橋謙策（日本社会事業大学、教授）
- ・大川弥生（国立長寿医療センター、研究所、生活機能賦活研究部、部長）
- ・有馬正高（日本発達障害学会、会長）
- ・楠 正（日本薬剤疫学会、事務局長）

## A. 研究目的

「生活機能低下者」（全年齢の各種障害者、要介護者、難病患者、各種福祉サービス対象者、等）に共通する「中核（コア）的評価指標」を国際生活機能分類（ICF）に立って開発することが本研究班の最終目的であり、それに向けて前年度において多数例における生活機能調査にもとづいて「中核的評価指標」第1次試案を作製した。しかし、その後WHO-FIC（国際分類ファミリー）ネットワーク2006年会議（チュニジア）におけるICF-CY（International Classification of Functioning, Disability and Health, Version for Children and Youth, 国際生活機能分類、児童・青年版〈仮称〉）最終案の採択に伴って調整が必要となった。

すなわち、ICF-CYがWHO-FICの一員として導入されたことによって「中核的評価指標」を真に全年齢を対象とするものとする可能性が生まれたが、それをいかに「中核的評価指標」に反映させるかを決定するためには、ICF本体とICF-CYとの関連性、実地活用における両者の連携のあり方等の根本的な問題にまでさかのぼった検討が必要となった。そのため本年度における第1の

課題として、ICF-CYについての検討をとりあげ、次の2点についての研究を行った。:

- 1) ICF-CY（2006年4月案）についての検討と、我が国の意見（案）の作製。
- 2) ICF-CY（決定版）の日本語訳（案）、内容検討、さらにICF本体との連携法の検討

次に第2の課題として、社会的文化的背景を異にする外国（中米コスタリカ）において我が国と同じ基準・手順を用いて生活機能調査を行うことでそれら基準・手順の国際的な普遍妥当性を検証することを目的に研究を行った。

## B. 研究方法

### 1. ICF-CYに関する研究

#### 1) ICF-CY（2006年4月案）に関する検討

ICF-CY（案）がWHOより2006年4月に各国に示され意見が求められた。そのためその案についての検討を行い、それに基づいて我が国の意見（案）を作製するために次の研究を行った。すなわち、小児事例（0～16歳）26例の臨床記録にもとづいて、ICF-CY（案）に立ったコーディングを実施し、その適・不適、問題点、改善点について班員2名及び共同研究者3名間で議論を行った。あわせて文章表現、評価点基準等についても同様に検討した。

以上の結果をふまえて、後に述べるような我が国の意見（案）を作製した。

#### 2) ICF-CY（決定版）に関する検討

- (1) ICF-CY（決定版）の日本語訳（案）を作製し、あわせてICF本体との比較対照表をも作成した。

(2) ICF-CY (決定版) の内容検討、ならびに ICF 本体との連携法の検討のために、上記の事例 26 例について同様に臨床記録に基づく検討を ICF-CY および ICF の両者について行い比較した。また比較のために ICF-CY の対象範囲外 (18 歳以上) の患者 54 例の臨床記録に基づいて ICF-CY (決定版) と ICF を用いて評価した。

## 2. コスタリカにおける生活機能調査

### 1) 調査対象及び実施機関

首都 (サンホセ市) 近郊エレディア郡ベレン地区 (人口約 35,000 人) の全成人人口 (18 歳以上) から無作為に抽出した 1,502 名を対象とし、調査の実施はコスタリカ国家リハビリテーション・特殊教育審議会に委託した。

### 2) 調査方法・調査用紙

当研究班が作製し、日本で用いたと同じ調査用紙およびマニュアルを用いた訪問・面接法で行った。

調査用紙は次のものを含む。

- (1) 活動 (全章 全中項目あるいはブロック)
- (2) 参加 (6~9 章、全中項目あるいはブロック)
- (3) 心身機能・身体構造 (全大項目)
- (4) 環境因子 (全大項目)
- (5) 主観的側面 (活動・参加・心身機能・身体構造・環境因子への満足度 5 項目と、自尊心その他の総合的主観的状态 5 項目)

なお、このうち活動の 5~9 章、参加の 6~9 章が中核的部分であり、調査票の最初におかれる。

### (倫理面への配慮)

対象となる被検者についてはインフォームド・コンセントの原則に立ち、文書にて同意を得て実施している。

また、データはすべて統計的に処理し、個人データとしては用いない。

## C. 結果ならびに考察

### 1. ICF-CY (案) に関する研究

#### 1) ICF-CY (2006 年 4 月案) に関する検討

ICF-CY (2006 年 4 月時点案) に対する我が国の意見 (案) を作製し ICF-CY を含む WHO-FIC に関する我が国の窓口である厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課 疾病傷害死因分類調査室に提出した。

その主な内容は

- (1) 新コードの提案 2 件
- (2) 重複の指摘 2 件
- (3) 各部門の「序論」への修正意見 4 件
- (4) 全体の序文および前書きへの修正意見 8 件
- (5) 説明不足の指摘 2 件。

である。

これらの提案・指摘・修正意見の半数近くは最終案に反映された。

#### 2) ICF-CY (決定版) に関する検討

ICF-CY (決定版) の翻訳 (案) を終了した。WHO における最終的な語句の調整をまって最終案を完成する。

3) ICF-CY (決定版) が ICF 本体に追加した項目とその問題点は以下の通りである。

##### (1) 新項目の追加の概観

これには ICF で用いなかったコード番号を

用いて全く新しい項目が追加されたものと、既存の項目の細分化とがある。

その他に説明、「含まれるもの」、「除かれるもの」の追加・変更が行われ、また評価点に発達の遅れを示すものを加えてもよいこととする、等の変化が加えられた。

ICF-CYで追加された項目数は表1に示す通りである。

大分類での追加はなく、中・小・細項目の追加のみであり、その数も少ない。

最も多いのが「活動」「参加」であり、中分類でICFでの100項目に13項目が追加され、また小分類で174項目に93項目が追加されている。

このように小分類への追加が一見非常に多いように見えるが、もともとICFでは第1章の小分類は4項目、第8章「教育」は0とい

うように、小分類は全般的に少なかったものである。それに対し、既存の中分類を細分化することで小分類が増えたのが増加項目93項目中の73項目とほとんどを占めている。

この他、心身機能の小分類でICFでの212項目に21項目が追加されていることが、大きな追加といえる。

## (2) 追加項目の全般的検討

追加項目の内容を検討すると、①真に児童・青年期に特有のもの、②児童・青年期に関係が深い、成人・高齢者などにも無関係とはいえないもの、更には③児童・青年期に限らず、成人・高齢者にも同等あるいはそれ以上に関係深いものが混在している。

表1. ICF-CYでICF本体に追加された項目

	<心身機能>	<身体構造>	<活動・参加>	<環境因子>
	[ICF]→追加数	[ICF]→追加数	[ICF]→追加数	[ICF]→追加数
大分類:	[ 8]→ 0	[ 8]→ 0	[ 9]→ 0	[ 5]→ 0
中分類:	[ 98]→ 4	[ 40]→ 0	[100]→ 13	[ 64]→ 0
小分類:	[212]→ 21	[104]→ 6	[174]→ 93	[103]→ 6
細分類:	[ 30]→ 6	[ 58]→ 5	[ 0]→ 10	[ 0]→ 5

このうち①は決して多くなく、むしろ②③が多い。例としては次のようなものがあげられる。

①真に児童・青年期に特有な項目の例：

新しく追加された「d331 喃語を発する」、「s32000 乳歯」、既存の「d815 就学前教育」という中項目を小項目に細分化。

②一見児童・青年期に関係が深い、成人・高齢者などにも無関係とはいえない項目の例：

d4107 ねがえり  
 一乳児の運動発達の段階として重要だが、障害をもった成人・高齢者でも大きな問題となりうる。

d15640 触覚による形の弁別(点字など)  
 一視覚障害者では年齢を問わず重要

d133 言語の習得  
 一成人でも外国語の学習の場合には問題となる。

d9103 インフォーマルな地域社会生活  
 一高齢者でも重要

③児童・青年期に関係が深いとはいえず、単にICFに欠けていた項目を補っただけのものとみることのできる項目の例：

b1144 空間への見当識  
 一成人の脳障害による視空間失認

などは正にこの面の問題である。

d332 歌うこと  
 一成人のよく行う活動であり、職業的な活動にさえなりうる。

e1503 公的な建物の安全性  
 一万人に共通の問題である。

e57502 小児または成人ケアサービスセンター  
 一項目名も示すように小児用に限られるものではない。

以上からICF-CYの中には、児童・青年期に重要な項目の追加という意図と並んで、ICF本体に不足しているものをCYにかこつけて導入しようとする、すなわち実質的なICF本体のupdate(小改訂)、またはその先取りで本体のupdateにつなげようとする意図のものが混在しているとも考えられる。

2. コスタリカにおける生活機能調査

1) 対象者の特性

年齢・性別分布は表2に示すとおりである。性別について大差があり、男性が少ないが、これは調査日時が平日の昼間であったため、そのような時間帯に在宅していたものという制約があったためと考えられる。

表2. Age and sex distribution of the interviewees

Age(yrs)	18~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	total
Male	83 33.9%	81 28.6%	79 25.3%	90 29.3%	47 26.7%	37 35.9%	31 40.8%	448 29.8%
Female	162 66.1%	202 71.4%	233 74.7%	217 70.7%	129 73.3%	66 64.1%	45 59.2%	1054 70.2%
Total	245 100%	283 100%	312 100%	307 100%	176 100%	103 100%	76 100%	1502 100%



## 2) 生活機能の状況

### (1) 中核的生活機能

まず中核的生活機能(「活動」の第5～9章および「参加」の第6～9章)についてみると、セルフケア(活動のみ)の7中項目(a550 食べる と a560 飲む とを併合して6項目)のすべてに共通して、加齢とともに評価点0(普遍的自立)の者が減りはじめるが、それといわば逆比例して評価点1(限定的自立)が増え始め、結果として0+1(「自立」一般)はかなり高い水準に保たれるという結果であった。

代表例として表3に a520 Caring for body parts(整容)のデータをあげる。

これは我が国の調査においてもコンスタン

トにみられる現象であり、「自立」一般ではなく「普遍的自立」(評価点0)と「限定的自立」(評価点1)とを分けてみるという「活動」の評価点基準確立の根拠となったものである。

今回の結果はこれが社会的文化的条件を異にする外国においても普遍妥当性を持つことを示すものといえよう。

第6章家庭生活以降は「活動」と「参加」とを並行してみていくが、第6章の代表的な項目である調理の「参加」についてみると、上記のセルフケアの「活動」の場合と全く同様の関係が評価点0(活発な参加)と同1(部分的な参加)についてみられる。表4に女性の場合のみを示すが、55歳以降年齢が進むに

表3. Caring for body parts (a520)

#### Male

Age(yrs)	18~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	Male total
0	79 95.2%	78 96.3%	79 100%	84 93.3%	45 95.7%	28 75.7%	22 71.0%	415 92.6%
1	2 2.4%	1 1.2%	0 0.0%	1 1.1%	1 2.1%	7 18.9%	5 16.1%	17 3.8%
2	2 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	2 2.2%	0 0.0%	1 2.7%	1 3.2%	6 1.3%
3	0 0.0%	1 1.2%	0 0.0%	3 3.3%	1 2.1%	1 2.7%	3 9.7%	9 2.0%
4	0 0.0%	1 1.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%
総計	83 100%	81 100%	79 100%	90 100%	47 100%	37 100%	31 100%	448 100%

#### Female

Age(yrs)	18~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	Female total
0	160 98.8%	198 98.0%	227 97.4%	212 97.7%	113 87.6%	51 77.3%	32 71.1%	993 94.2%
1	1 0.6%	3 1.5%	3 1.3%	2 0.9%	11 8.5%	13 19.7%	5 11.1%	38 3.6%
2	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.8%	0 0.0%	2 4.4%	4 0.4%
3	1 0.6%	1 0.5%	3 1.3%	2 0.9%	4 3.1%	2 3.0%	6 13.3%	19 1.8%
4	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
総計	162 100%	202 100%	233 100%	217 100%	129 100%	66 100%	45 100%	1054 100%

つれて「0」は少なくなっていくが、その代わりに「1」が増加して、「0+1」はそう大きくは低下しない。興味あることには女性の18～24歳の年齢層でも高齢群と同様に「0」が低く「1」がそれを補うように高くなっている。

これら以外の中核的生活機能に屈する活動・参加において、程度の差はあるが、このような評価点0と同1との間の「相補的」ともいえる関係が普遍的にみられる。このことは、この2つをこのように分けることの普遍妥当性を示すものと考えられる。

### (2) その他の「活動」

中核的生活機能以外の「活動」の代表として歩行をみると、屋外歩行(a4602)においても自宅内歩行(a4600)においても男女とも55～74歳の年齢層で評価点0(普遍的自立)の低下を同1(限定的自立)の増加が補う「相補的」な傾向が著明であり、上記同様にこの2種類の自立を分けることの普遍妥当性が示されている。

### (3) 「心身機能・身体構造」

「心身機能」および「身体構造」はともに全大項目について各8問であるが、本調査では問題あり(評価点1～4)と答えたものは概して多くなかったため、詳細は個別報告書にゆずる。

### (4) 環境因子の状況

環境因子は全大項目5問である。評価点は生活機能の各レベルよりも複雑で、+4～0～-4の9段階からなる。

環境因子の評価法には種々の方法があるが、今回は活動・参加の全体に対して環境因子がどのような影響を与えているかという包括的な質問とした。

その結果、e1(生産品と用具)、e2(自然環境と人間がもたらした環境変化)、e3(支援と関係)、e4(態度)の4項目についての評価点の分布は、各項目間で多少のばらつきはあるもののほぼ同様であり、プラス4の評価が最も高く、評価が低くなるほど比率が少なくなるという傾向が明らかであり、環境因子が高度に促進的に働いているとみる者が多いことを示している。

表4. Preparing meals(p630)

Female

Age(yrs)	18~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	Female total
0	133 82.1%	185 91.6%	223 95.7%	203 93.5%	106 82.2%	51 77.3%	30 66.7%	931 88.3%
1	22 13.6%	10 5.0%	4 1.7%	5 2.3%	10 7.8%	9 13.6%	7 15.6%	67 6.4%
2	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.8%	1 1.5%	0 0.0%	4 0.4%
3	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	3 2.3%	1 1.5%	0 0.0%	5 0.5%
4	7 4.3%	6 3.0%	5 2.1%	8 3.7%	8 6.2%	4 6.1%	8 17.8%	46 4.4%
9	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%
総計	162 100%	202 100%	233 100%	217 100%	129 100%	66 100%	45 100%	1054 100%

\* 評価点9は「非該当」

それにくらべ e5 (サービス・制度・政策) については大きく傾向が異なり、ピークが+3と-1の2ヶ所にあり、後者の方が高い。すなわち e5 に関してのみは中等度に促進的に働いているとみる者と軽度に阻害的に働いているとみる者の2群にわかれ、後者の方が多いという結果となった。

### 3) 生活機能の主観的側面についての検討

我々は従来から生活機能の主観的側面が重要と考えてきた。今回の調査はわが国における場合と同様に次の2種類から成る。

- ①活動・参加・心身機能・身体構造・環境因子 (生活機能とそれに関係する因子の「客観的」側面) への満足度5項目
  - ②自尊心その他の総合的主観的状态5項目
- (1) 客観的側面に対する満足度

全般的な傾向として、評価点1 (満足している) がもっとも多く、同0 (高度に満足している) がそれに次ぎ、評価点2 (満足でも不満でもない) 以降は激減することが共通している。

#### 2) 総合的主観的状态

5項目のうち、自尊心、自信、幸福感、他に対する自分の存在意義については、多少のばらつきはあるもののほぼ同様に、評価点1 (自尊心がある、自信がある、幸福である、意義がある) が半数から6割以上あり、評価点0 (高い自尊心がある、高い自信がある、非常に幸福である、高い意義がある) または同2 (高くも低くもない、幸福でも不幸でもない、等) がそれに次いでいる。この、評価点2が少なくないという点が、先に1) で述べた生活機能の客観的側面に関する満足度と異なる点である。評価点3、4は極めて少ない。

ただし最後の「人生全体についての満足度」

は、上記とまた異なり、評価点1 (満足している) が男女とも6割台であり、同0 (非常に満足している) がそれに次ぎ、同2以降は激減する。これは先に述べた個別の客観的生活機能に関する満足度とよく似た結果である。

## D. 総括的考察

### 1. ICF-CYに関する研究

これまでの検討によってICF-CYについて以下の諸点が明らかとなった。

#### 1) ICF-CYとICFとの関連の密接さ

WHO-FCI全体としてみた場合、ICF-CYは他の派生分類と比較して、中心分類であるICFとの関係が極めて密接である。

すなわちICFの理念・構成や項目には全く手をつけず、ごく一部に新しい項目や、既存の項目を細分化して詳しくした項目が追加されたり、説明が一部変更されただけのものである。

そのため1) 利用・活用にあたってはICF本体に関して確立された利用法・活用法との完璧な整合性をもつ必要があり、2) ICF本体を理解することなしに、ICF-CYを用いることはできない。

#### 2) 追加項目の年齢特異性は疑問—児童・青年期に特有な内容は少ない

ICF-CYで追加あるいは細分化された項目には、真にICF-CYの年齢層に特有なものだけではなく、それ以外の年齢層にも重要なものが(この機会に)追加されたと解釈できるものがほとんどということができる。

#### 3) 評価点の問題点・課題

評価点の基準が不明瞭であるなど、活用上問題が残されている。

#### 4) ICF-CY活用の原則

ICF本体との整合性に立って、ICF-CY

の活用に当っては次のような原則を守る必要がある

### (1) 万人のための分類

ICF本体が高齢者・妊婦なども含む「万人のための分類」と同様に、ICF-CYも障害児のみの分類ではなく、児童・青年期のすべての人に該当することを大前提とする。

### (2) ICDとの併用

健康（広義）に関する分類であり、WHO-FIC全体の中の位置づけに留意すること。特に健康状態を示すICDとの併用が不可欠である。

### 5) 年齢のみで使用ツールを決める必要はない

児童・青年期でもICFを基本とすべきであり、必要に応じICF-CYを使うのが望ましく、機械的に0歳から17歳までの年齢層には必ずICF-CYを使う、というものではない。特に成長・発達に関連してICF-CYを用いたほうがよい場合にのみ用いるので十分と考えられる。

一方、成人・高齢者でもICF-CYで追加となった項目を活用することも必要な場合があり、今後その可能性を、WHOを含めて検討する必要がある。

以上の点にも関連して次年度において、「中核的評価指標」とガイドラインの一部修正又は綿密化を検討する。

## 2. コスタリカにおける生活機能調査

### 1) 活動の評価点について

多数の活動の調査結果の分析から、評価点0（普遍的自立）と同1（限定的自立）とを区別することの重要さが、わが国における研究の場合と全く同様に確認された。

これは、加齢その他の原因で「普遍的自立」の比率が低下した場合に、それをあたかも補うかのように「限定的自立」が増加し「自立」全体としては低下が目立たない現象として随所に見られている。

これによって仮に単に「自立」とした場合には検知できない、比較的軽度な活動の制限を早期に敏感に察知できること、そして早期に対策をたてることが実践的に重要な点である。

### 2. 参加の評価について

活動の場合と同様に、今回の調査結果から、参加についても単に参加の有無ではなく評価点0：「活発な参加」（常にまたはしばしば全面的な参加を実現している＜人的介護の有無は問わない＞。注：頻度および人的介護の有無等にかかわらず、高い水準での参加は評価点0とする。）および評価点1：「部分的な参加」（時々または部分的な参加を実現している＜人的な介護は受けていない＞）を区別することの普遍妥当性が確認された。これも比較的軽度な「参加」の制約を早期に敏感に察知し、早期に対策を講じるという点で実践的に重要な意味をもつ。

## E. 結論

### 1. ICF-CYに関する研究

1) ICF-CY（2006年4月案）に対する我が国の意見（案）をまとめ、うち半数近くは決定版に反映された。

2) ICF-CY（決定版）の翻訳（案）を終了した。

3) ICF-CYの内容の検討から次の問題点・課題が明らかとなった。（1）新項目には真に児童・青年期特有のものは少なく、成人・高齢者にも同等以上に関連するものが多い。

（2）評価点の基準等、活用上問題が残されている。

4) ICF-CYをICF本体と一体的に用いるために「中核的評価指標」およびガイドラインの一部修正又は綿密化の必要性と方向性が明らかとなった（次年度の研究により完成を予定）。

## 2. コスタリカにおける生活機能調査

わが国と社会的文化的背景を異にする外国であるコスタリカにおいて、わが国と同じ基準・手順を用いて生活機能調査を行った結果、わが国で確立された活動・参加の評価基準が国際的にも普遍妥当性を有することが確認され、その他付随的な各種の貴重な情報が得られた。

## F. 付記：国際生活機能分類専門委員会への資料提出

ICFに関して2006年7月に厚生労働省社会保障審議会統計分科会国際生活機能分類専門委員会が発足し、これまでの研究成果を事務局に提出し、うち「活動」と「参加」の評価点は同委員会提出用事務局暫定案として採用され、第2・3回の討議を経て、同委員会暫定案の骨格となった。

以下に参考として委員会提出の資料を付する。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

・ Okawa Y, Ueda S : Implementation of International Classification of Functioning, Disability and Health in national legislation and policies in Japan. International J Reh Research. in press

### 2. 学会発表

- ・ Ueda S, Okawa Y : Impact of a Natural Disaster on the Functioning of Elderly People: A Japanese Experience-The relevance of "limited independence" of activities as a predictive risk factor-. 12th Annual North American Collaborating Center Meeting on ICF: Living in our Environment: The Promise of ICF, Vancouver, June 5, 2006.
- ・ Ueda S, Okawa Y, Shuto K : A Proposal on Qualifiers of Activity based on Population Surveys (1): "Universal Independence" versus "Limited Independence". WHO-FIC Network Meeting, 1 November, 2006 Tunis, Tunisia
- ・ Okawa Y, Ueda S, Kawauchi A : A Proposal on Qualifiers of Activity based on Population Surveys (2): "Limited Independence" as a Predictive Risk Factor for Declines of Functioning after Natural Disasters. WHO-FIC Network Meeting, 1 November, 2006 Tunis, Tunisia
- ・ Okawa Y, Ueda S, Kudo M : Utilization of ICF for Patient Education: Better Identification by Patients of their own Problems following Instruction of ICF Model and Classification. WHO-FIC Network Meeting, 1 November, 2006 Tunis, Tunisia
- ・ Ueda S, Okawa Y : International Educational Activities on ICF by Japan: (1) For Central America and Caribbean Region; and (2) For Trainees from Asia, Africa and Latin America. WHO-FIC

Network Meeting, 1 November, 2006  
Tunis, Tunisia

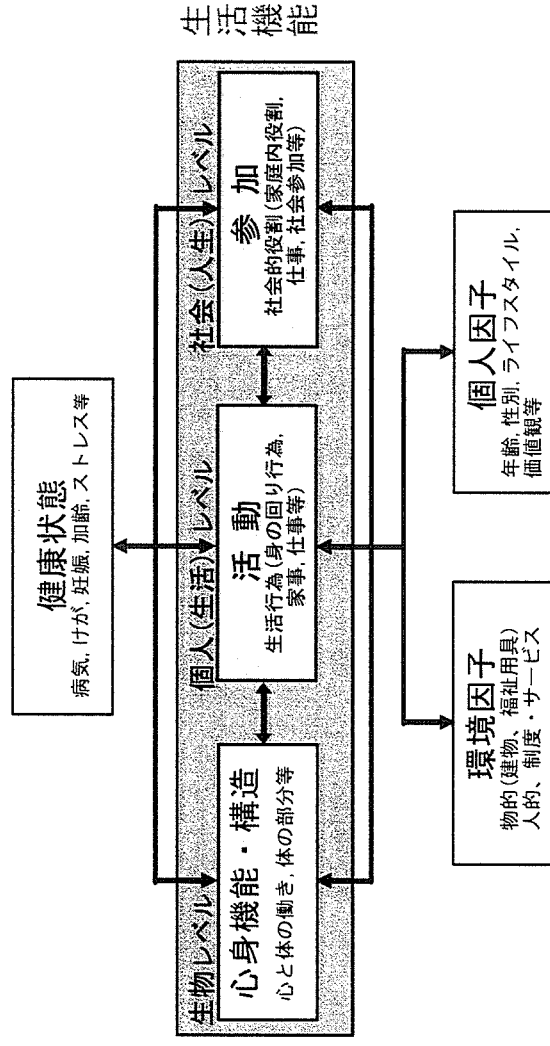
- Ueda S : Progress Report of the Study Group on the Subjective Dimension of Functioning and Disability, WHO-FIC Network Meeting, 1 November, 2006  
Tunis, Tunisia

# ICFの概念枠組み

## 「生きることの全体像」についての「共通言語」

国立長寿医療センター 研究所  
生活機能賦活研究部 大川弥生

### 生活機能モデル (WHO・ICF、2001)



## 「医療モデル」「社会モデル」から「統合モデル」へ

「心身機能」の不自由を、  
生活上の「活動」で補い、  
豊かな人生に「参加」する

# 「生活機能」向上をめざし

健康とは「病気がないだけでなく」  
「生活機能」も高い水準にあること

真の健康向上のために、基本的スタンスの転換を  
(保健・医療・介護・福祉 のすべてで)

病 身 体 能 力 中 心	⇒	生 活 機 能 重 視
(心身機能)	⇒	(活動・参加)
マイナス中心 できないことを補う	⇒	プラスを引き出す 自立性向上
メニユー中心 その時点だけ	⇒	個別性・個性重視 一生について考える
専門家・行政中心 パターナリズム	⇒	自助・共助の促進 自己決定権の尊重



# 生活機能（WHO・ICF：国際生活機能分類）の特徴

- ① ICFは「健康」に関する分類
  - ・全ての人の「健康」に関する分類（ICDは病気に関する分類）
- ② 「生きることの全体像」をとらえる「生活機能」
  - ・「生活機能」とは、「心身機能・構造」「活動」「参加」のすべてを含む包括用語
  - ・人が「生きる」ことの3つのレベル（生物・個人・社会、あるいは生命・生活・人生）に対応
  - ・生活機能のマイナス面も「機能障害」「活動制限」「参加制約」の3レベルからなる
  - これらの包括用語が「障害」（「生活機能低下」）
- ③ 「共通言語」としての生活機能
  - ・「共通言語」とは共通のものの方・捉え方
  - ・①専門家と本人・家族、②専門家のチーム内の「共通言語」
  - ・チームワーク構築と自己決定権尊重のツール
- ④ かたよらない「統合モデル」
  - ・従来の、①生物学的な原因を重視する「医学モデル」と、②社会環境を原因として重視する「社会モデル」との対立をこえて、それらを統合した「統合モデル」
- ⑤ プラスの重視：潜在的生活機能を引き出す
  - ・マイナス面ではなく、プラスの面を重視
  - ・プラスとは残存機能でなく積極的に引き出す「潜在的生活機能」

- ⑥ 生活機能に影響する背景因子
  - ・これは「環境因子」（人的、物的、制度的・サービス）と「個人因子」の2つからなる
- ⑦ 病気よりひろく「健康状態」を
  - ・病気やケガだけでなく、妊娠、加齢、ストレス、など広い
- ⑧ 相互作用モデル
  - ・「心身機能・構造」「活動」「参加」の各生活機能は相互に影響し合う
  - ・それらに対し「健康状態」「環境因子」「個人因子」が影響する
- ⑨ 各レベルの相対的独立性
  - ・生活機能の各レベルは独自の法則をもち、他に影響されない面をもつ
  - ・特に重要なのは「心身機能」が変化しなくても「活動」を向上させうること
- ⑩ 「実行状況」と「能力」
  - ・実行状況（「している“活動”」）：
    - 毎日の生活で、特別な努力なしに行っている状況（促し、見守り、介助などの介護を受けている場合を含む）
  - ・能力（「できる“活動”」）：
    - 訓練や評価の場面で発揮することができる状態
    - ・この2つは通常異なる。両者をとらえることが重要
    - ・「能力」は潜在的生活機能を引き出すための重要な鍵

# 生活機能とは：疾病との違い

	生活機能	疾病
基本的視点	どう生きるか — 社会の中で生きている個人	病気や症状がないか — 生き物としての人間
あつかう 問題の複雑さ	多種多様	比較的均一
良くし方	目標とする望ましい状態は個別的・個性的なもの (個人差・個別性が大きい)	異常を正常に治していく (疾患レベルの正常状態は個人差が少ない)
予防・改善・ 向上の考え方	生活機能低下の因果関係と、予防・向上のキーポイントとは別のことが多い。 全体像の把握に立ってキーポイントをおさえる	原因・病態生理・症候の異常を正常化
マイナスへの 対し方	プラスを増やすことが大事 (マイナスを減らせればプラスになるとは限らない)	マイナスを減らすか他人の助けで補う
気付き方	本人自身でマイナス面に気付きやすい (しかし専門家に相談できる内容との認識は少ない)	本人自身で気付くとは限らない (症状出現前に健診で発見できることもある)
本人の役割	本人・家族が主体で、その積極的関与が必要 ICFモデルに立って自己決定権を発揮 専門家は支援者	専門家中心 本人はよく理解して同意することが主 選択の余地はあるが、大きくない

# 「生活機能」向上の方向性

<p>基本的考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ すべての人に生活機能の観点からも対応（病気だけでなく）</li> <li>○ 更なる「向上」の観点（単なる低下予防ではなく）－ 低下面があっても、他に向上可能な面は多い</li> <li>○ プラスの増大（マイナスの減少よりも）</li> </ul>
<p>対象者</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一貫した生活機能向上の理念のもとに多数の事業（含：民間）が相互協力             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定のライフステージ・健康状態・生活機能のレベルに限ったものでない</li> </ul> </li> </ul>
<p>各種制度間の連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 様々な行政施策（厚労省のみでない）で生活機能向上の観点は今後ますます重要</li> <li>○ 各種制度間の連携を（保健・医療保険・介護保険はもちろん、それだけでなく）             <ul style="list-style-type: none"> <li>例：                 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会参加拡大、外出促進には道路、交通、建築、施設設備が不可欠</li> <li>・ 高齢者には社会参加のニーズが少ないとするのは問題</li> <li>・ 啓発は学校教育から始め生涯教育へ</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ 相互連携が重要で、それがないとマイナスになる危険も             <ul style="list-style-type: none"> <li>例：                 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 環境因子には「促進因子」と「阻害因子」の両面あり</li> <li>・ 同一の環境因子が、ある種の生活機能低下者にはプラス（促進因子）になっても、別種の人にはマイナス（阻害因子）になる。（例：点字ブロック、車いす用設備）</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p>自己決定権</p>	<p>尊重（望ましい生活機能には個人差が大きく、他人には分らない）</p>
<p>医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「健康状態」に問題のある人は生活機能低下者になりやすい</li> <li>○ 生活機能向上の観点からの疾患治療・管理を（生活・人生を重視した医療）</li> <li>○ 生活機能低下の早期発見・早期対策（含：関連専門家、行政サービスへの紹介）</li> </ul>
<p>教育</p>	<p>一般教育と、医学・福祉・介護等の専門教育とで生活機能の見方やそれに基づいたチームワークを学ぶ</p>
<p>一般国民</p>	<p>当事者であるとともに「環境因子」でもある（初等・中等教育・一般啓発が大事）</p>

# WHO-FIC (WHO国際分類ファミリー) と ICF (国際生活機能分類)

国立長寿医療センター 研究所  
生活機能賦活研究部 大川弥生

WHOには多くの国際分類があり、それらがたがいに関連したひとまとまりのグループをなし、「ファミリー」と呼ばれている。

このように多数の分類が必要なのは、健康とそれを守るための保健活動そのものが複雑で多面的なものであるからであり、それらが「ファミリー」を形づくるのは、それら全ての分類が結局は「健康を守り増進する」という大目的に向けて統合されたものだからである。

WHOの国際分類ファミリー(WHO-FIC: Family of International Classifications)について説明し、ICD(国際疾病分類)とともにその中心をなすICF(国際生活機能分類)の位置づけを明確にしたい。

## 1) 健康の定義

WHOによる健康の定義は「完全な肉体的、精神的及び社会的ウェルビーイング\*の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」(WHO憲章、1946)である。

## 2) ICFの意義

その意味で、WHO-FICの中心分類がICDとICFの2つから成ることは大きな意義がある。すなわちICDは疾病を中心として捉えているが、ICFは生活機能(Functioning)という包括的な枠組で、「身体的、精神的、社会的なウェルビーイング」全体を捉えるものであり、真の「健康」を理解するためにはこの両者が不可欠だからである。

ICDとICFとを車の両輪として活用することで、保健・医療・福祉・教育、労働その他様々な分野で広い意味での健康を増進し、いわば「やまいをいやす」だけでなく「人をいやす」こと(ウェルビーイングの増進)が実現できるのである。

---

\*ここで仮に「ウェルビーイング」と訳した“well-being”は、本来「良好な状態にあること」という意味であり、これまで安寧、福祉、幸福などさまざまに訳されてきたが、いずれも十分意味をつたえず、誤解を招くこともあるので、ここではしいて訳さないで用いた(図2、3でも同様である)。