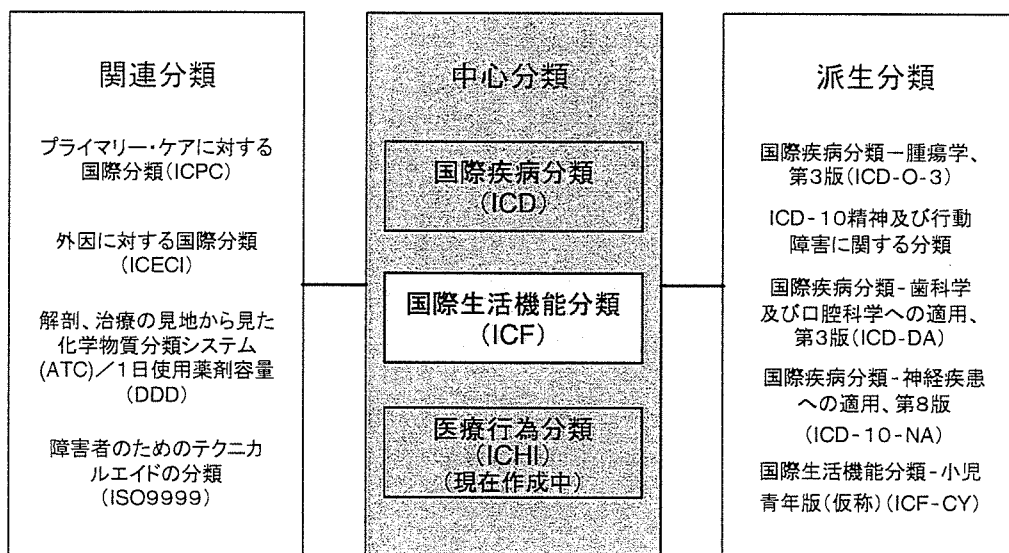


1. WHO－FICの構成

WHO－FIC（WHO 国際分類ファミリー）は図1のような構成になっている。
ここにみるように、大きく3つのグループからなり、中央に「中心分類」、その両脇に「関連分類」と「派生分類」がある。

図1. WHO国際分類ファミリー(WHO－FIC)の構成内容



出典:WHO

1) 中心分類 (Reference Classifications)

単に中心にあるというだけでなく、英文名が示すように、他のすべての分類がここに refer する（参照する、関係づける）という、中心的な役割をもっている。

中心分類として現在確立されているのは ICD-10（国際疾病分類、改訂第10版）と ICF であり、それに加えて「医療行為の分類 (ICHI) が現在検討中である。

2) 派生分類 (Derived Classifications)

中心分類にもとづき、それぞれの目的に応じて、その一部を拡大したり、改変したり、追加したりした分類。

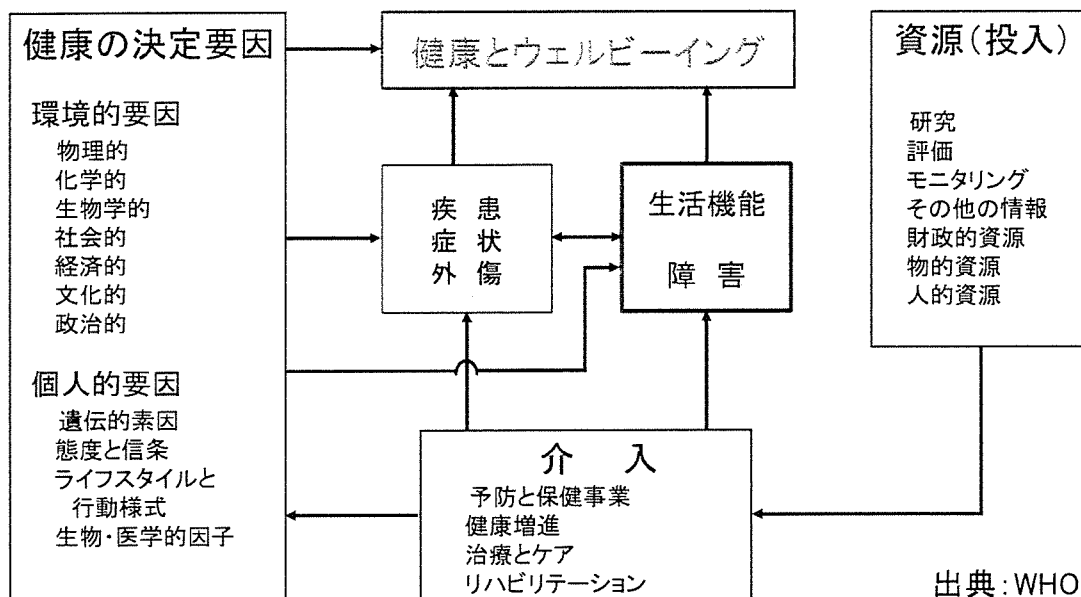
3) 関連分類 (Related Classifications)

中心分類を部分的に取り入れたり、分類構造の一部が関連をもっているような分類で、今後の改訂の中で緊密な関連性をもつようになることが期待されているもの。

2. WHO-FICの意義：健康の概念枠組み

ICF を含め WHO-FIC 全体の意義をよりよく理解するには健康（と保健サービス）の総合的理解に関する概念枠組み（図2）が役立つ。

図2. 健康に関する概念枠組み



出典：WHO

健康に関していえば、中央上の「健康とウェルビーイング」でいう「健康」は狭義のものであり、両者を合わせたものが広義の「健康」である。その具体的な内容がその下の「疾患・症状・外傷」と「生活機能・障害」であり、前者はICD、後者はICFによって分類される。

これらに大きな影響を与える「健康の決定要因」が、左側の「環境的要因」と「個人的要因」である。この2つの要因はICFで導入されたもので、生活機能に対してだけでなく、疾患・症状・外傷にも大きく影響する。

「健康とウェルビーイング」の具体像である「疾病・症状・外傷」と「生活機能・障害」に問題が生じたか、生じる可能性がある場合に必要となるのが、健康増進・疾病予防・治療・リハビリテーション・ケアなどの「介入」であり、中央下に示されている。

そしてその「介入」が適切に効果的に行われるために投入される「資源」が、右上に示されている、研究・評価・モニタリング等々から得られる情報、そして財政的・物的・人的な資源である。

3. 「健康」に関するWHO－FICの適用分野：ICFの重要性

図2に示した「健康に関する概念枠組み」を横軸にとり、それらについてWHO－FICを用いる場合の「適用分野」（目的や対象や場）を縦軸にとって、その適用のあり方を示したのが図3である。

死亡率（因子）統計を除くすべての分野でICFが必要とされていることが注目される点である。

図3. WHO国際分類ファミリー(WHO－FIC)の適用

適用分野	健康とウェルビーイングに影響する因子 ¹		健康とウェルビーイング		介入・サービス	資源
	環境因子	個人因子	健康状態 疾患 問題点	生活機能と 障害	予防 ³ 測定・診断 治療 維持 ⁴	研究、評価 モニタリング 他の情報 財政的資源 物的・人的資源
死亡率 (死因)	ICD-10	国連はこの面に関する各種の分類(産業・職種面を含む)を有している。 これらの標準的分類あるいはそれらと整合的な分類は健康関連のデータ収集に用いるべきである。 個人因子の中には定義や分類されていないもの(たとえば遺伝的プロフィールやコーピングスタイル<問題解決様式>)がある。	ICD-10			国連はこの面に関する各種の分類(産業・職種面を含む)を有している。 これらの標準的分類あるいはそれらと整合的な分類は健康関連のデータ収集に用いるべきである。
自己申告 例: 集団保健調査 保健サービスへの 接触理由	ICF			ICF		
集団保健 環境保健	ICF		ICD-10	ICF	<u>・ISO9999</u>	
プライマリ・ケア ⁵ ・一般医療 ・救急医療 ・その他	ICF <u>ICECI</u>		<u>ICPC-2</u>	ICF	<u>・ICPC-2</u>	
急性期病院入院	ICD-10 (20章)		ICD-10	ICF	<u>ICHI</u> <u>ATC/DDD</u> <u>ISO9999</u>	
特殊なケア ² (在宅ケア、又は非在宅ケア)	ICF		<u>ICD-0-3</u> <u>ICD-DA</u> <u>ICD-NA</u> <u>ICD 精神保健</u>	ICF	<u>ATC/DDD</u> <u>ISO9999</u>	

太字：中心分類，太字・イタリック：現在作成中の中心分類，下線：関連分類，イタリック：派生分類
出典：WHO

- 健康とウェルビーイングに影響する因子とは、リスクファクター、決定要因、外因を含む。ただし保健サービスと介入は含まない。
- 特殊なケアとは、診察室でのケア、緩和ケア、リハビリテーション、高齢者へのサービス、障害関連サービス、その他の非急性期ケアを含む
- 予防とは、特定の健康関連事象が起る前に行う介入をいう。予防は新しい症例の発生を減らし、危険性を低下させ、また保護的要因（病気の発症を遅らせ、初期症状の持続期間を短くし、悪化を停止または遅らせる要因）を強化するものである。
- 維持的介入とは、支持的・教育的・薬剤投与などによる介入であり、機能障害のある人に長期的に提供される。維持的介入は、患者への支持やアフターケア・サービスの提供を含む。
- プライマリ・ケアとは、保健サービスとの最初の接触点で提供されるケアであり、ケアの供給者のことではなく、サービス機能のことをいう。

ICF（国際生活機能分類）

－「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

1. ICF は「健康の構成要素に関する分類」

ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類）は、2001年5月にWHO総会で採択された。

ICFの前身であるICIDH（国際障害分類、1980）が「疾病の帰結（結果）に関する分類」であったのに対し、ICFは「健康の構成要素に関する分類」であり、新しい健康観を提起するものとなった。

生活機能上の問題は誰にでも起りうるものなので、ICFは特定の人々のためのものではなく、「全ての人に関する分類」である。

ICFの目的：「生きることの全体像」についての「共通言語」

ICFの目的を一言でいえば、「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」である。生きることの全体像を示す「生活機能モデル」を共通の考え方として、さまざまな専門分野や異なった立場の人々の間の共通理解に役立つことを目指している。

具体的には、次のような目的に用いられる。これらは相互に関連している。

- ・健康に関する状況、健康に影響する因子を深く理解するため
- ・健康に関する共通言語の確立で、様々な関係者間のコミュニケーションを改善
- ・国、専門分野、サービス分野、立場、時期などの違いを超えたデータの比較

ICFの適用：多様な分野での個人へのサービスとシステム構築に

ICFは本来は健康に関する分類であったが、健康分野以外にも、また分類として以外にも、保険、社会保障、労働、教育、経済、社会政策、立法、環境整備のような様々な領域でも用いられるようになっている。

- ・個々人の生活機能向上をはかるためのサービス提供の上での活用：ICFは個々の人の問題・課題・目標を、個別性・個性を尊重して構造的に把握することを助ける。既に様々な実際のサービス分野で活用されている。
- ・システム構築の上での活用：ICFは、様々なサービス分野、また社会的参加促進や、社会的支援などのシステムの構築にも用いられている。

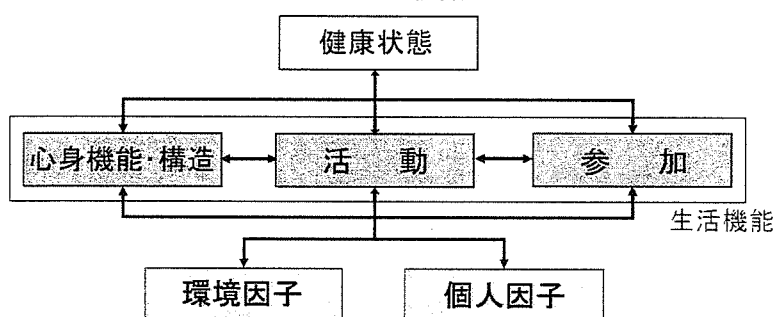
2. 「生きることの全体像」(1)：相互作用においてとらえる

ICF は、「生活機能」の分類と、それに影響する「背景因子」(「環境因子」、「個人因子」)の分類で構成される。

そして生活機能に影響するもう一つのものとして「健康状態」(ICD で分類)を加えたのが「生活機能モデル」(下図)である。

このような生活機能モデルとしてとらえることなしに、単なる分類として各項目をバラバラにみるだけでは ICF としての意味はない。

図 ICFの生活機能モデル



○相互作用モデル：モデル図の矢印が大事

生活機能の3レベル(「心身機能・構造」：心身の働き、「活動」：生活行為、「参加」：家庭・社会への関与・役割)はそれぞれが単独に存在するのではなく、相互に影響を与え合い、また「健康状態」・「環境因子」「個人因子」からも影響を受ける。これを示すためにICFのモデル図では、ほとんどすべての要素が双方向の矢印で結ばれている。これが「すべてがすべてと影響しあう」相互作用モデルである。

なお矢印の上下や左右という位置や向きには特に意味はない。

影響の仕方にはマイナスの影響もあればプラスの影響もある。たとえば、環境因子の例として、点字ブロックは目の不自由な人にとってはプラスの効果があっても、歩行困難のある人にはマイナスになることもある。

この影響の与え合いの内容・程度は一人ひとりの例で皆違うのであり、どの要素がどの要素にどう影響しているのかを具体的に捉えることが重要である。

以上は言い換えれば、モデルの「矢印が大事だ」ということである。

ただし、他の要素からの影響で全てが決まってしまうのではなく、各レベルには「相対的独立性」(参照：p3-8)があることも忘れてはならない。

3. 「生きることの全体像」(2): 人間全体を個別性においてとらえる

「生きることの全体像」をみるとは、生活機能モデルに立って、

- ① 生活機能の3つのレベル(「心身機能」・「活動」・「参加」)のどれかに片寄らず、常に生活機能の全体像をみること、その際
- ② 3レベル間の相互作用を重視すること、
- ③ 「健康状態」・「環境因子」・「個人因子」の影響を重視すること、である。

人間全体をみる

生活機能という生きることの3つのレベル全体をみことは、「人間全体をみる」ということである。

様々な分野の専門家は、自分の専門領域を中心として(すなわちICFモデルのある部分に重点をおいて)考えがちである。これでは人間全体をみているとはいえない。

また介入をする際重要なのは利用者の生活(「活動」)・人生(「参加」)の向上であり、ある部分だけをみて働きかけたのでは、成果が乏しかったり、時にはマイナスを生むことさえある。

個別性をとらえる

人間全体をみことは同時に個々の人の個別性を尊重することでもある。なぜなら疾患や、生活機能の中でも「心身機能・構造」には共通性が強いが、「活動」や「参加」には個別性が非常に大きいからである。たとえば職業や地域組織への「参加」のあり方、家庭内での役割、そしてそれらの具体像である「活動」の状況(職業上の技能や家事の技能など)のバラエティは人により非常に大きい。

また「環境因子」も物的環境(家屋や居住地域の環境)や人的環境(家族など)は人によりかなり異なっている。「個人因子」(個性に近い)が一人ひとり異なるのはいうまでもない。

これらをみること、たとえ同じ病気や機能障害であっても、「活動」・「参加」の面では異なっている個別性をもった存在としてとらえることができる。支援・介入のあり方も個別的・個性的なものとなり、高い効果を上げ、本人の満足度も高い。

サービスの効果も全体的にとらえる

サービス・介入(医療、介護、教育など)の効果を考える際には、働きかける要素への直接的効果のみをみただけでなく、相互作用による他要素への影響を含めてみる必要がある。そして、サービス・介入の効果は利用者の生活機能全体への効果として評価すべきである。

4. 「生活機能」とはICFの中心概念：「心身機能」「活動」「参加」の包括概念

生活機能とは、ICFの中心概念であり、人が「生きる」ことの3つのレベル（階層）である、

- ① 心身機能・身体構造（Body Functions and Structure）、
- ② 活動（Activity）、
- ③ 参加（Participation）の3者を包括した概念である。

これは、生物（生命）・個人（生活）・社会（人生）の3つのレベルに相応する。

生活機能とは、英語の Functioning の訳であるが、この英語の単語も、新しい内容を示すように再定義されたものである。

3つのレベルの内容は次の通りである。

（1）心身機能・身体構造（生物レベル、生命レベル）

生命の維持に直接関係する、身体・精神の機能や構造で、これは心身機能と身体構造とを合わせたものである。

心身機能とは、たとえば手足の動き、精神の働き、視覚・聴覚、内臓の働きなど。

身体構造とは、手足の一部、心臓の一部（弁など）などの、体の部分のこと。

（2）活動（個人レベル、生活レベル）

生活行為、すなわち生活上の目的をもち、一連の動作からなる、具体的な行為のこと。

これはあらゆる生活行為を含むものであり、実用歩行やその他のADL（日常生活行為）だけでなく、調理・掃除などの家事行為・職業上の行為・余暇活動（趣味やスポーツなど）に必要な行為・趣味・社会生活上必要な行為がすべてはいる。

またICFでは「活動」を「できる活動」（「能力」と「している活動」（「実行状況」）との2つの面に分けて捉える（参照：p3-9）。

（3）参加（社会レベル、人生レベル）

家庭や社会に関与し、そこで役割を果たすことである。

社会参加だけではなく、主婦として、あるいは親としての家庭内役割であるとか、働くこと、職場での役割、あるいは趣味にしても趣味の会に参加する、スポーツに参加する、地域組織のなかで役割を果たす、文化的・政治的・宗教的などの集まりに参加する、などの広い範囲のものが含まれる。

5. 生活機能に影響する因子：健康状態と背景因子（環境因子と個人因子）

疾患から健康状態へ

生活機能低下を起こす原因のひとつとして「健康状態」があるが、これは ICIDH では疾患・外傷に限られていたのと異なり、ICF ではそれらに加えて妊娠・加齢・ストレス状態その他いろいろなものを含む広い概念となった。

妊娠や加齢は「異常」ではなく、妊娠はむしろ喜ばしいことであるが、これらは「生活機能」にいろいろな問題を起こしうるものだからである。

このことから ICF が障害のある人などの特定の人々にものみ関係する分類ではなく、「すべての人に関する分類」になったことがよくわかる。

背景因子（Contextual Factors）

ICIDH から ICF への発展のもう一つの大きな特徴は、「背景因子」が導入されたことである。これ自体は生活機能ではないが、生活機能に大きな影響を与え、しばしばその低下の原因となる。「背景因子」は「環境因子」と「個人因子」の2つからなる。

（1）環境因子（Environmental Factors）

「環境因子」というと、建物・道路・交通機関・自然環境のような物的な環境のみを考えがちであるが、ICF はそれだけでなく、人的な環境（家族、友人、仕事上の仲間など）、態度や社会意識としての環境（社会が生活機能の低下のある人をどうみるか、どう扱うか、など）、そして制度的な環境（医療、保健、福祉、介護、教育などのサービス・制度・政策）と、ひろく環境を捉える。

※「促進因子」と「阻害因子」

「環境因子」が「生活機能」に対してプラスの影響をしている時は「促進因子」(Facilitator) と呼び、マイナスの影響を与えている時は「阻害因子」(Barrier) と呼ぶ。

（2）個人因子（Personal Factors）—個性の尊重

その人固有の特徴をいう。

これは非常に多様であり、分類は将来の課題とされて、年齢、性別、民族、生活歴（職業歴、学歴、家族歴、等々）、価値観、ライフスタイル、コーピング・ストラテジー（困難に対処し解決する方法）、等々の例が挙げられている。

この「個人因子」は「個性」というものに非常に近いものであり、医療でも福祉でも、職業、教育、その他でも、患者、利用者、生徒などの個性を尊重しなければいけないということが強調されている現在、重要なものである。

6. プラスを重視；マイナスはプラス（生活機能）の中に位置づけて

ICFは「生活機能」というプラスを中心としてみている。ICFの前身であるICIDHが「障害」というマイナス面だけに注目していたことに対して、180度の転換である。

これはもちろんマイナスを無視するものではない。ICFでのマイナス面は以下の通りである。

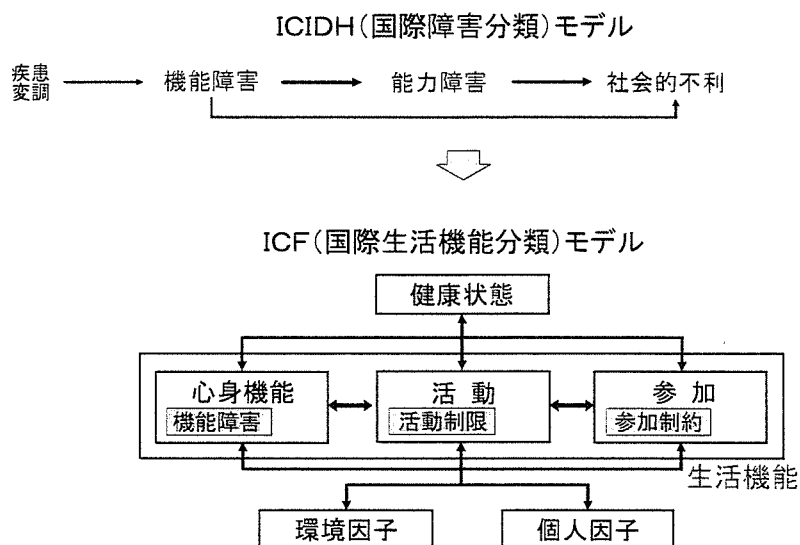
- ・「機能障害（構造障害を含む）」（Impairment）：「心身機能・構造」に問題が生じた状態
- ・「活動制限」（Activity Limitation）：「活動」に問題が生じた状態
- ・「参加制約」（Participation Restriction）：「参加」に問題が生じた状態

ICF とICIDHとのマイナスの見方の違い

ICFは各レベルで、プラスを前提として、そこに問題が生じた状態（マイナス）をみるのであり、「マイナスをプラスの中に位置づけてみる」ことである。

これは下図にICIDHとICFを対比して示すように、根本的に異なる点である。

- (1) ICIDHはマイナスの3つのレベルの関係だけを見る。
- (2) ICFは3つのレベルのそれぞれにおいてプラスとマイナスの両方をとらえ、同一レベルの中でのそれらの相互関係を見る。また異なったレベルの間のプラス同士、マイナス同士、またプラスとマイナスとの間の複雑な関係を見る。



* ICIDHの「機能・形態障害」とICFの「機能障害」、「活動制限」、「社会的不利」と「参加制約」は同じ内容を示す。

7. 「統合モデル」としてのICF ; 「医学モデル」と「社会モデル」の統合

ICFモデルの基本的な性格は、一言でいえば“ICFモデルは「医学モデル」と「社会モデル」とを総合した「統合モデル」である”ということである。

ICFの基本である「生活機能を全体としてとらえる」ということは“「心身機能」「活動」「参加」の3つのレベルのどれにも偏らず、全体を見落としなくとらえる”ことである。

これは当然のことのよう聞こえるかもしれないが、実はこういう見方に到達するまでに、世界的にもかなりの年月を要した。それ以前に種々の考え方があり、大きくは次の2つのモデルに分けられる。

(1) 医学モデル :

障害を個人の問題としてとらえ、健康状態（病気、等）から直接的に生じるものであり、障害への対処は、治癒（一般医療）あるいは個人のよりよい適応と行動変容（リハビリテーション、等）を目標になされる。

「心身機能」（および「健康状態（病気など）」）を過大視し、それによって「活動」も「参加」も決まってしまうかのように考え、また環境の影響も一部しか考えない見方である。

(2) 社会モデル :

障害を個人の特性ではなく、主として社会によって作られた問題とみなす。社会的な「参加」と「環境因子」を過大視する傾向がある。

統合モデル

ICFはこれら両極端を総合し、それによって生物学的、個人的、社会的観点を総合した首尾一貫した見方を提供する。次の3点が大きな特徴である。

①すべてのレベルを重視 :

特定のレベルや要素（健康状態、環境因子など）を過大視せず、全体を見、全体的にとらえる。

②相互作用を重視 :

生活機能の3レベルが互いに影響を与え合い、さらに一方では「健康状態」、他方では「環境因子」と「個人因子」がそれらと影響を与えあうという相互作用を重視する。但し「相対的独立性」をも忘れない（参照：p3-8）

③「プラス面」から出発 :

プラス面を重視し、マイナス面をもプラス面の中に位置づけてとらえる。

8. 階層性の意義－相互依存性と相対的独立性

「生活機能」には3つのレベル（階層）があるが、大事なのは、各階層の間には、「相互依存性」と「相対的独立性」とがあることである。

相互依存性

「相互依存性」とは、生活機能モデルの各要素が互いに影響を与え合うということである。これは生活機能モデル図では矢印で示されている（参照：p3-2）。

相対的独立性

一方「相対的独立性」を忘れてならない。これは、互いに影響は与えあうけれども、それぞれのレベルには独自性があり、他からの影響で全部決まってしまうことはないことである。

もし他のレベルで全部決まってしまう、たとえば典型的な「医学モデル」の考え方であるが、「心身機能・構造」レベルが決まれば、それで「活動」レベルも「参加」レベルもすべて決まってしまうのであれば、そもそも3つのレベルを分ける必要はない。そうではなく、それぞれのレベルにかなりの独自性があるからこそ、3つに分けて別々にみる必要があるのである。

【具体例：生活機能が低下する因果関係と解決のキーポイントは別】

例えば脳卒中（健康状態）で右片麻痺（「心身機能」の低下：機能障害）があり、それによって歩行困難や仕事上の行為の困難（活動制限）が生じて復職が困難（参加制約）となる可能性があるとする。

しかし問題解決策として、麻痺の回復が不十分でも、実際の生活の場や通勤ルートでの歩行訓練、仕事上の行為の訓練などの「活動」への働きかけや、その際の杖・装具の活用（環境因子）によって、短期間でそれらが可能となり（活動向上）、復職が可能となる（参加向上）ことは十分可能であり、そのような例は多い。

この例でいえるのは、歩行やその他の行為が困難になった直接の理由は麻痺など（「心身機能」の低下）であるが、それを直接治さなくても、「歩く」という「活動」そのものへの働きかけ（歩く練習など）、そして杖・装具という「環境因子」の活用による「活動」向上への働きかけが効果的であるということである。これは「活動」レベルの相対的独立性の活用である。

この例からいえるのは、「生活機能が低下する因果関係と解決のキーポイントは別だ」ということである。すべてではないが、そういうことが多いのである。

9. 「活動」の実行状況（「している“活動”」）と能力（「できる“活動”」）

ICF の大きな特徴は「活動」において「実行状況」（Performance）と、「能力」（Capacity）の両者を明確に区別していることである。

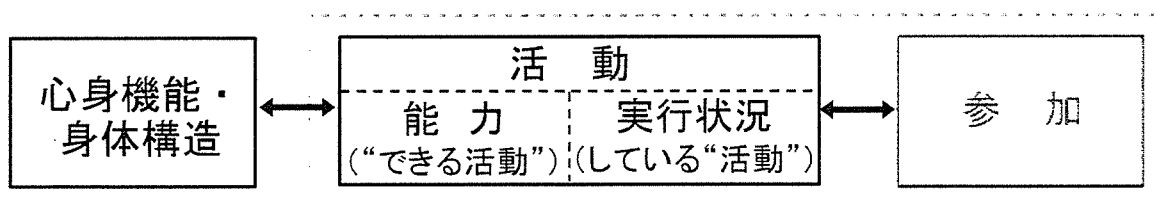
「実行状況」と「能力」とは通常異なっており、どちらか一方だけでなく、両者を捉えることが必要である。

そしてこの両者の差を生じる原因を明らかにすることで活動向上に向けての重要なヒントを得ることができる。

下図は「活動」を「能力」と「実行状況」とに分けてみることの重要性を示している。

また「活動」と「参加」が点線で囲まれているのは、この2つが表裏一体の関係で、「参加」の具体像が「活動」（の実行状況）にあることを示している。

ただしこれらは1対1の関係ではなく、1つの「参加」は多数の「活動」から成り立っている。



実行状況（している活動）

毎日の実生活のなかで実行している状況である。

これは自宅生活だけでなく、入院・入所中であれば病棟・居室棟での生活の状況である。うながし、見守り、介助などの介護を受けつつ実行している場合を含む。

能力（できる活動）

訓練や評価などの場面で発揮することができる活動の状況である。

これは“本人ががんばればできる”という状態だけでなく、専門家から安全で実用性の高いやり方の指導や、福祉用具の使用法などの支援を受けた場合も含む。

潜在的生活機能

能力の評価とはこのように潜在能力を引き出すことであり、それがどれだけ有効に行えるかが生活機能向上や特別支援教育などの効果に大きく影響する。

また、それが「している“活動”」の向上の前提でもある。

10. ICIDH（国際障害分類）からICF（国際生活機能分類）へ －「疾病の帰結（結果）」から「健康の構成要素」の分類へ

1) ICIDHの意義

ICF は WHO 国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps、1980）の改定版として、1993 年から当事者も加わっての全世界的な改定作業をもとに作られた。根本的な点で大きな変化があるので、全く新しい分類と位置づけられている。

○3つのレベルからなる「階層構造」を提起

ICIDH の画期的なことは、疾患だけでなく、生活・人生の問題を含めた「障害」をとりあげたことである。

そして障害が、「機能・形態障害」（Impairment：ICF の機能障害）、「能力障害」（Disability：ICF の活動制限）、「社会的不利」（Handicap：ICF の参加制約）の3つのレベル（階層）からなる階層構造をなしていることを打ち出したことである。

このように3つのレベルに分けることによって、「機能・形態障害があっても能力障害を解決することができるし、仮に能力障害が残っても社会的不利を解決することができる」という柔軟な考え方（参照：相対的独立性、p3-8）が可能になり、それが大きな影響を与えた。

この階層性の考え方は、更に進んだかたちでICFに受けつがれている。

2) ICIDHの問題点

しかしICIDHには次のような問題点もあり、これらはICFでは解決された。

・疾患の帰結（結果）に関する分類

生活・人生の問題点を取り上げたのはよかったが、それを疾患（病気）の結果としてしかみななかった。（参照：健康の構成要素、p3-1）

・マイナス中心

ICIDHはマイナス面だけを見ていた（参照：プラスを重視：p3-6）。

・環境が考慮されていない

障害の発生には、病気だけでなく、環境的な因子が大きく影響するが、それを考慮していなかった（参照：背景因子、p3-5）。

・社会的不利の分類が不備

社会的不利の実際の分類項目は僅か7項目（他の機能・形態障害、能力障害の分類はいずれも200以上）と、非常に不備であった。

11. 「共通言語」：共通のものの考え方・捉え方：当事者自身の活用を

「共通言語」とは、ICFモデルに沿って「人が生きる」ことの全体像をとらえる“見方・考え方を、関係者すべてが共通にもつこと”の意味である。

また、正確な情報伝達のために分類そのものを活用することも含まれる。

これは、①専門家チームと利用者・患者・家族との間での共通認識の確立、それにもとづく自己決定権の尊重に立った共働作業の遂行のためと、

②専門家チーム内の各専門職種間の、共通の課題や目標把握に立った真のチームワークのために役立つ。

当事者は生活機能の専門家：当事者自身の活用を

現在は専門家と患者・家族の間に「共通言語」が欠けているために、「話が通じない」ことになりがちで、そのための誤解や不信が起こりがちである。

これは本人・家族の関心は生命に直接関係する面だけでなく、生活・人生に対する影響にも大きく向けられているのに、専門家は狭い範囲にしか考えないためのことが多い。そしてそれは専門家チームが十分な力を発揮できないことにつながる。

しかし当事者は、自分の生活・人生（「活動」「参加」）については、そして「個人因子」はもとより「環境因子」（の身近な部分）の影響についても誰よりもよく知っている。その意味で本人、家族は自分の生活・人生の専門家なのであり、当事者がICFを知り、活用することでより積極的にサービスの質の向上に関与できる。

専門家は生活・人生（「活動」「参加」）を正しく知るためには本人・家族の言うことを傾聴しなければならないし、本人・家族は発言することを期待されているのである。

これは本人が自己決定権を正しく行使するための、また専門家が専門的な立場からそれを支援するための重要な前提条件といえよう。

各種のサービスの間の「共通言語」

ICFとICDを活用して、疾病と生活機能を互いに関連させて総合的に把握することにより、豊富で総合的な情報がもれなく医療・保健・介護・福祉・労働・教育等の異なったサービス分野の間で（また同じ分野の中でも）共有され、「共通言語」として正確に、また効率的に伝達されることが可能となる。

たとえば病院間の転院、あるいは退院して介護保険その他の福祉サービスに移る場合、また特別支援教育システムから就労に移行する場合などで、情報伝達のツールとして活用が望まれる。

Ⅱ. 分担研究報告書

ICF-CY（国際生活機能分類、児童・青年版〈仮称〉） に関する研究

分担研究者 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
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
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
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）についての検討をおこない、我が国の意見（案）として次の5点をまとめた：（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。これらの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。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。

以上から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（次年度の研究により完成を予定）。

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、乳幼児から思春期までの発達過程にある人の生活機能に関する「関連分類」である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ての検討が必要である。そのため本年度においてはまず、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

B. 研究方法

1. ICF-CY（2006年4月案）に関する検討

ICF-CY（案）がWHO-FIC2006年会議に先立ってWHOより同年4月に各国に提出され、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。

小児事例の内訳はデュシェンヌ型筋ジストロフィー：5例、福山型筋ジストロフィー：5例、脳性麻痺：4例、ダウン症：4例、脳血管障害：2例、手術後廃用症候群：2例、悪性新生物：2例、ウェルドニッヒホフマン病：2例である。いずれも経時記録であり、その期間は3～16年におよぶ。

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）の作製

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

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

ICF-CY（案）を用いて、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）の脳卒中患者 20 例、廃用症候群 14 例、悪性新生物 10 例、神経疾患 10 例について臨床記録に基づいて ICF-CY（決定版）と ICF を用いて評価した。評価点は本研究班案を使用した。

（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

1. ICF-CY の特徴、等

結果を正しく理解するには ICF-CY の特徴・目的・基本的な考え方等についての知識が必要である。そのためには ICF-CY の前書き (Preface) 及び序文 (Foreword) が最も適切なもので、それらの要約を表 1 にあげる。

表 1. ICF-CY の特徴・目的・基本的な考え方、等

ICF-CY は 2006 年 11 月 WHO-FIC (WHO 国際分類ファミリー) ネットワーク会議 (チュニジア) で採択された。以下はその「前書き」及び「序文」の要約である。

1. はじめに

- ICF-CY は ICF の派生分類であり、17 歳以下の新生児・乳幼児・児童・青年を対象とする。
- ICF 本体との関係：派生分類として ICF 本体から由来し、それと完全な整合性を持ち、分類構造、カテゴリーを同じにする。本体にある項目で CY で除かれたものはない。

ICF 本体は本来総合的なものであったが、成長・発達期の特徴を記録する上での細部の詳しさに不十分な点もあったので、それを補うものである。

- ICF-CY は WHO-FIC の一員であり、児童・青年期の保健領域及び保健関連領域の情報について ICD-10 と他の派生分類・関連分類と共に用いるべきものである。
- ICF-CY と ICF 本体との違いは次の 4 点である。

(a) 記述内容の修正と拡張、(b) 新しい項目を未使用コード番号に割り振る、(c) 「含まれるもの」「除かれるもの」の規定の修正、(d) 評価点を拡張して発達の側面を含める

2. 目的

- ICF-CY は、臨床家・教育者・政策決定者・家族・本人・研究者が、児童・青年の健康と生活機能の特徴を記録するために用いることを目的とする。
- これは児童・青年の生活機能（心身機能・活動・参加）の上での問題、また児童・青年に関係深い環境因子についての思考の枠組みと共通の用語を提供する。
- ICF-CY は児童・青年の健康・生活機能・発達に関する、専門・政府部門・国境を越えた「共通言語」である。

3. 開発過程と基本的な考え方

- WHO からの要請にこたえて 2002 年春に作業グループが発足した。メンバーは R. J. Simeonsson (座長：アメリカ)、M. Leonardi (副座長：イタリア)、E. Bjorck-Akesson (スウェーデン)、J. Hollenweger (スイス)、D. Lollar (アメリカ)、A. Martinuzzi (イタリア)、H. TenNapel (オランダ) であった。

グループは 2002-2005 年に開発、フィールドトライアル、改定の作業を行い、2006 年 4 月時点の草案について各国の意見を聞き、一部修正の上 2006 年秋に最終案を WHO に提出した。

- 開発に当たっての基本的な考え方は以下の通りであった。

1) 理論的根拠

- (1) 実践的見地：医療・教育・福祉・ハビリテーションへのアクセス権の確保のための分類システムの必要性
- (2) 哲学見地：基本的人権を含む必要
- (3) 分類学的見地：ICF の派生分類としてより細かくみることで、より成熟した生活機能の前駆形態をとらえる。
- (4) 公衆衛生的枠組み：生活機能低下と障害を予防するための人口集団に基盤をおいたアプローチにとっての共通言語の必要性。

2) 児童・青年を対象とする際の諸問題

- (1) 家族システムにおける児童：児童は連続的に依存から成熟・自立への道をたどる。その背景としての家族の影響は生涯の中でこの時期に最も大きい。
- (2) 発達の遅れ：心身機能・身体構造の発現や技能の獲得には個人差が大きいですが、それらは永続的なものではなく、発達の遅れと関連している。
- (3) 参加：発達に伴い生活・人生場面は劇的に変化する。幼いほど参加の機会は親・養育者などの影響を受けやすい。
- (4) 児童の環境：発達段階によって児童の能力と自立性は向上し、それに伴って環境のもつ意味は異なってくる。児童の環境はごく近接したものからより遠い環境へと徐々に広がっていくことに注意が必要である。

4. ICF-CY ユーザーへの情報

1) ICF-CY の使用

(きわめて基本的な事項の説明のみで ICF と変わらないので項目のみをあげる)

- (1) 生活機能と障害、(2) コードと評価点、(3) 臨床・管理、サーベイランス、政策、研究への使用

2) ICF-CY 使用のステップ

(上記同様)

3) 各種の約束事

ICF-CY でも ICF 本体の序論と付録 2 : ICF のコード化に関するガイドラインに述べられている各種の約束事を守る。しかし、一部次のような ICF-CY 特有の約束事がある。

- (1) 心身機能・構造、活動、参加のマイナスの側面の定義の中心に「遅れ」が加えられること
- (2) 同様に評価点においても、0 (=遅れなし) から 4 (=完全な遅れ) に至る評価法が可能なこと
- (3) 児童には不適切な項目は四角でかこみ、別のコードを用いるべき場合にはアスタリスク (*) をつけて示す

4) コーディングの根拠

コーディングは推論ではなく明白な情報によってなされるべきこと。評価点の判断は統計情報にもとづくことが望ましいが、専門家の判断に任せられる場合も多い。本人の報告をもとにすべきだがやむをえない場合は養育者による代理回答でもよい。

5. コーディング練習用事例

付録 4 にコーディング練習用事例を示す。その使い方は (1)、(2)、(3)、(4) (5) である (と書いてあるが肝心の事例は示されていない)。

6. 謝辞

略 (日本の協力センターへの謝辞が含まれている)

2. ICF-CY (案) に関する検討

1) 意見 (案) の作製

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 (表 2)。

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。

2) 最終案への反映

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 (表 2 <英文> の中に日本語 <イタリック体> として反映状況を追記した)。