

(案)が本研究班案と同じであり、それがICF-CYにも適用できるので問題はない。「発達」に関する評価点の開発が今後の課題である。

### 3. コスタリカにおける生活機能調査

平成18年度・19年度を通して、異なった地域でありながら活動・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、一部(宗教行事への参加、等)を除き基本的に我が国同様の結果が得られた。

具体的内容として、特に「中核的評価指標」「拡大中核的評価指標」の評価点に関して文化的に異なる国でも以下の点が確認されたことは大きいと考える。

#### 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、障害、疾患その他の原因で「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みられている。

これによって普遍的自立と限定的自立とを区別せずに単に「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。特に現在使われている日常生活行為(Activities of daily living、ADL)のほとんどは「自立」一般とだけしかとらえていないため、この点を強調する必要がある。

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。

すなわち加齢、障害、その他による「活発な参加」の低下をあたかも「部分的な参加」の増加が補い、全体としての参加はそれほど目立って低下しないという現象が多く項目でみられ、これも比較的軽度な参加制約を早期に検知する上で大きな実践的な意義をもつものである。

### 4. 生活機能調査結果に基づく身体障害等級規定の検討

#### 1) 各種障害毎の等級別比較

障害等級と屋外歩行の自立度との関連をみると、肢体不自由では、非要介護認定者でも要介護認定者でも著明であった。自宅内歩行でも非要介護認定者では同様の傾向、要介護認定者では僅かな同方向の傾向を示した。セルフケアでも同様に障害等級との関連が明らかであった。

屋外歩行の成績からは1-2級、3-4級、5-6級が類似した性格をもち、6段階でなく、3段階にまとめることもできることが示唆された。ただ、自宅内歩行、セルフケ

アでは3-4級、5-6級は類似していたが、1級と2級の間には差があった。

次に視覚障害者においては、要介護認定者において屋外歩行についてかなり密接な関係がみられたが、非要介護認定者では1級が著しく低下しているのみで、2-6級の間の差は少なかった。自宅内歩行については非要介護認定者で僅かな関連がみられただけであった。セルフケアでは非要介護認定者で1級で自立度の低いものが多かった。

肢体不自由、視覚障害以外の障害種別については、心臓機能障害の自宅内歩行において非要介護認定者、要介護認定者ともに軽度の関連性があったが、その他には3種の活動を通じ明らかな関連はないか微弱であった。

## 2) 同一等級についての各種障害間の比較

1級では屋外歩行の非要介護認定者において、肢体不自由の自立度がもっとも低く、視覚障害、内部障害（呼吸機能障害、心臓機能障害、腎臓機能障害）。3者の中ではこの順）の順にあきらかに自立度が高かった。セルフケアでは肢体不自由、視覚障害、内部障害（腎臓機能障害、心臓機能障害、呼吸機能障害）。3者の中ではこの順）の順であった。

この傾向は要介護認定者の屋外歩行でも、自宅内歩行の非要介護認定者でも要介護認定者でも程度は少くなるものの一貫してみられた。

2級でもこの傾向はみられ、屋外歩行、自宅内歩行、セルフケア全てで非要介護認定者に明らかであり、屋外歩行、自宅内歩行では要介護認定者の方がこの傾向が多少

目立っていた。

3級以下でも例数が少ない場合を除き同様の傾向がみられた。

## 3) 障害間の「活動」面での差

1)、2)の結果について考察を加えると、今回の結果でもっとも著明なものは、同一の障害等級の認定者の間で、歩行自立度（特に屋外歩行）においても、セルフケアにおいても自立度の低いところから高い順に、ほぼ肢体不自由-視覚障害-聴覚障害-内部障害（呼吸機能障害、腎臓機能障害、心臓機能障害）という、順位が存在が確認されたことである。

今回比較した「活動」の種類は僅か3種であるが、歩行という極めて基本的で他の「活動」にも大きな影響を与えるものを取りあげ、その中でも「屋外歩行」という社会活動につながるの深いものと、「自宅内歩行」という極めて基礎的でいわば最低限に要求される歩行といえるものの両面からみたこと、更に大きいことには「セルフケア」という、より総合的な行為（群）を加えたことで、かなりの程度の「活動」全般を代表する所見を得ることができたと考えられる。

そのため同じ等級でありながら、各障害の間に「活動」の面では大きな差があることが確認されたことの意義は重要である。もちろんこれだけで現在の等級規定が不公平であると即断することはできない。というのは今回指標として用いた歩行とセルフケアが、運動機能の障害を中心とする肢体不自由と関係が深いのは当然という議論がありうるからである。

しかし、このような議論は必ずしも正しくない。例えば「屋外歩行」は屋外という、日常的にもっとも馴れた自宅環境とは異なる環境における歩行という特徴をもち、運動機能障害だけでなく、視覚障害はもちろんとして、聴覚障害者にとっても「後ろからくる自動車の音に気付かないでこわい思いをすることが多く、そのため屋外は歩きにくい」という形で障害が起こりやすく、また心臓機能障害や腎臓機能障害や呼吸機能障害でも全身的な耐久性が低下しやすいため、屋外歩行そのものは可能であっても遠距離の屋外歩行は困難であり、「遠くへも一人で」という状態には達しえないことが十分考えられる。また自宅内歩行についても、朝から晩まで必要に応じて頻回に行う行為であるため、内部障害による耐久性低下が大きな影響を及ぼすことが考えられる。

特にセルフケアにおいては特定の場所で特定の道具を用いて行う活動が多数含まれており、特に今回の我々の用いた最高度の自立度である「外出時や旅行のときにも不自由はない」という状態には、慣れない場所で慣れない道具を用いる必要が含まれているので、運動機能だけでなく、視覚、聴覚などが大きな影響を与える可能性があり、日中頻回に行うものであるため耐久性低下も大きく影響すると考えられる。現実に今回のデータでも、肢体不自由以外の障害でもこれら3種の活動の自立度低下のある例は決して少なくない。

同一等級の障害の間での差の理由として、ここで考えなければならないのは、むしろ現在の等級規定が数十年以前の、医療技術、

特に慢性疾患の管理やリハビリテーション等の技術が未発達であった時代につくられたものが多いこと、また障害（ICFでいう「生活機能の低下」であり、機能障害<構造障害を含む>、活動制限、参加制約の3者の包括概念）全体ではなく、ほとんど心身機能・身体構造レベルだけによる規定であり、時には疾患レベル（検査所見など）を大きく考慮に入れていることによる問題である。

例えば内部障害では慢性疾患の管理（心ペースメーカー、在宅酸素療法、腎透析など）により、機能障害そのものが相当程度に代償され、活動に対する影響が大きく緩和されることはよく知られている。肢体不自由における人工骨頭置換術なども同様である。もちろん制度全体としての公平さを論じる場合には、このようなメリットに伴うデメリット、例えば腎透析による時間的制約や疲労、在宅酸素療法の経済的負担、ペースメーカーの誤動作の危険なども考慮されなければならない。これらについては、今後にまつところが大きい。

以上に加えて、視覚障害、聴覚障害などでは生活自立訓練や熟練による動作能力の向上の可能性が大きく、そのため等級で示される機能障害の程度と実際生活における各種活動の自立度にはかなりの喰い違いが起りうることも重要な点である。

今回の結果はそのようなことの結果として「活動」レベルでみた場合に同一等級の各種の障害の間にはかなりの格差が生じていることを強く示唆するものであり、今後の研究によってこの点をより詳細に検討する必要があると考えられる。

#### 4) 個々の障害種別における等級基準の適切さ

今回の検討によって肢体不自由においては障害等級と3種の活動の自立度との関連性は明らかであった。その他の障害種別では視覚障害である程度の関連性がみられたが、その他では関連性はないか、あっても極めて弱かった。

これにも先に述べた各種の手段による代償、あるいは訓練や熟練の効果などの因子が関係しているものと考えられ、今後より詳細な検討が必要である。しかしいずれにせよ今回の結果は障害等級の妥当性にかなりの疑問をなげかけるものといえよう。

また肢体不自由においては現行の6段階(1級—6級)の基準よりも3段階(現行の1級と2級、3級と4級、5級と6級を合併)の方が実状に適しているのではないかという示唆が得られたことも、今後の重要な検討事項として留意されてよいであろう。

#### 5) 要介護認定の影響

今回の結果からは概して非要介護認定者において障害等級と活動自立度との関連性が強く、要介護認定者では一部の例外(時には非要介護認定者よりも関連性が強い場合もあるが)を除き、関連が明らかでない場合が多かった。

この理由について考えると、2つのことが考えられる。

第1には要介護認定を受ける場合、以前からあった障害が悪化したためとは限らず、新たな障害が加わったことの結果、例えば視覚障害者がなんらかの運動障害を合併し

たために介護を必要とするに到ったような場合が十分考えられる。そのような場合に新たな障害についての認定を受けるとは限らない。特に実生活上の活動制限はあっても、介護保険サービスによってそれが十分カバーされるような場合に強いて新たな障害認定を受けるメリットはないといつてよい。その結果要介護認定者においては、調査上では不明の偏りが生じうるわけである。

第2は、以前と同じ障害の悪化が原因で要介護認定の状態になったり、本来ならば等級変更の手続きをとるべき場合に、新たに加わった障害に対する対応は介護保険サービスによって十分カバーされているため、等級変更のメリットはなく、変更しないような場合も考えられることである。これも調査だけでは把握できない、不明の偏りの原因となる。

以上の理由から要介護認定者では非要介護認定者の場合よりも等級と活動自立度との関連性が低くなることが多くなりうるものと考えられ、非要介護認定者を中心としてみていくことでよいと思われる。

#### D. 結論

「中核的評価指標」および「拡大中核的評価指標」について、「国際生活機能分類・児童版(仮称)」(ICF-CY)との整合性の検討、臨床記録および実際の症例に基づく指標の項目および評価点の妥当性の検討、国際的比較による評価点の普遍妥当性の検討に立って最終案を作製し、また評価点基準を確定した。

なお、本研究班スタート後、新たに大きな課題となったICF-CY(国際生活機

能分類・児童版)については翻訳(案)を完成し、活用法を検討した。その結果、ICF-CYはICF本体と密接な関係を持つものであり、それとの整合性をもって活用されるものであること、また「中核的評価指標」の中に問題なく取り入れることができることが確認された。これは今後のICFの活用において大きな意義を持つものと考えられる。

#### E. 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。

資料3に参考として委員会提出の資料を付する。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・上田敏：国際生活機能分類 ICF の理解と活用。きょうされん。2005年
- ・大川弥生、中井定：ICF(国際生活機能分類)の理念。日本医事新報。4257：105-106。2005
- ・Okawa Y, Ueda S : Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in national legislation and policy in Japan. Int J Rehabil Res 31(1):73-77, 2008

- ・Okawa Y, Ueda S, Shuto K, Mizoguchi T : Development of criteria for the qualifiers of activity and participation in the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' based on the accumulated data of population surveys. Int J Rehabil Res 31(1):97-100, 2008
- ・上田敏：日本のリハビリテーション；この30年を振り返り、今後の方向を考える。リハビリテーション研究。134:2-5, 2008

##### 2. 学会発表

- ・Ueda S, Okawa Y: A project named "Comprehensive Collaborative Functioning-Promoting Initiative" and ICF-based population survey in a city near Tokyo—with a special emphasis on the "Universal Independence" as the highest scale of the activity qualifier, 11th Annual North American Collaborating Center Conference on ICF: Mapping the Clinical world to ICF, 2005
- ・Okawa Y, Ueda S, Shuto K: The Utilization of ICF in National Legislation and Policies in Japan. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- ・Ueda S, Okawa Y, Shuto K: Clinical Application of ICF to National Medical Insurance and Personal care Insurance. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- ・Ueda S, Okawa Y: Activity / Participation Distinction - An empirical

approach. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan

- Ueda S, Okawa Y: The "Universal Independence" - the highest scale of the activity qualifier ? WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- Niwa S, Yamamoto Y: ICF in Treatment and Rehabilitation for Schizophrenia. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- Arima M: Use of ICF in Service Assessment for Persons with Severe Developmental Disabilities. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- Ohashi K: Care Management Utilizing ICF and Social Work Practice. WHO-FIC Network Meeting, 2005 Tokyo, Japan
- 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
- Ueda S, Okawa Y, Shuto K, Mizoguchi T : Adoption by Governmental Committee of Provisional Criteria for the Qualifiers of Activity and Participation based on Population Surveys: Part 1: The adoption of Provisional Criteria. Part 2: The accumulated data of population surveys as the supporting evidence. WHO-FIC Network Meeting, 31 October, 2007 Trieste, Italy
- Okawa Y, Ueda S, Shuto K, Kudo M :

Impacts of Health Condition and Disability on the Functioning of older Population: Another Evidence in Support of Japanese Provisional Criteria. WHO-FIC Network Meeting, 30 October, 2007 Trieste, Italy

- Ueda S, Barbara Holst, Okawa Y, Nakamura S : An ICF-based Japanese and Costa-Rican Joint Study on the Functioning of the Adult Population in a Suburban Municipality near the Capital of Costa Rica. WHO-FIC Network Meeting, 30 October, 2007 Trieste, Italy
- Okawa Y, Ueda S, Kurachi M: Introduction of ICF to the Health Policy at the Time of Disasters: "Limited Independence" as an important Risk Factor for Decline of Functioning after a Heavy Snow. WHO-FIC Network Meeting, 30 October, 2007 Trieste, Italy

# 資 料

## ICF-CY 日本語訳（案）：ICF 本体への追加・変更分－I

[ICF-CY]

[ICF-CY 日本語訳（案）]

ICF-CY Preface	v	⇒	ICF-CY はじめに	p 1-1~
ICF-CY Introduction	ix	⇒	ICF-CY 序論	p 1-4~

## はじめに

人生の最初の約 20 年間の大きな特徴は、児童の急速な成長、また身体的・社会的・心理的発達にみられる著明な変化である。これと並行して、子どもをめぐる環境の特徴と複雑さも乳児期、幼児期、少年期と進むにつれて変化していく（訳注 1）。これらの変化は全て子どもの基礎能力や社会参加、自立性の向上と関連するものである。

国際生活機能分類児童版（International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth, ICF-CY）は、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, WHO, 2001）から派生したものであり、発達途上にある子どもと、それに対する環境の影響との特徴を記録するために作られたものである（訳注 1）。

ICF-CY はサービス等の提供者や消費者、また児童の健康、教育、安寧（well-being）にかかわる全ての人が用いるものである。それは臨床、公衆衛生、研究のための共通の普遍的言語を提供し、それによって児童の健康・障害の記録・測定を容易にする。

この分類は ICF の概念枠組に立っており、乳幼児期と少年期にみられる心身機能・身体構造上の問題、活動制限や参加制約、さらにそれらに関係する環境因子を記録するために共通言語と共通用語を用いるものである。

ICF-CY は、健康の様々な側面に関して WHO が開発した「国際分類ファミリー」に属している。WHO 国際分類ファミリー（WHO Family of international classifications, WHO-FIC）は、健康に関する幅広い情報（例：診断、生活機能と障害、保健サービスの受診理由）をコード化するための枠組みを提供し、また健康と保健ケアに関する諸専門分野および諸科学分野にまたがる国際的な情報交換を可能とする標準的な言語を提供するものである。WHO の国際分類では、健康状態（病気、変調、傷害など）は主に ICD-10（国際疾病分類第 10 版）によって分類され、それは病因論的な枠組みを提供している。健康状態に関連する生活機能と障害は ICF によって分類される。したがって、これらの 2 つの分類は相互補完的であり、この 2 つを一緒に利用することを奨めたい。ICF-CY は医療関係者や教育関係者、研究者、病院・施設・団体等の管理者、政策決定者、また親たちが、成長・健康・発達の促進の上で重要な意味を持つ、児童の様々な特徴を記録するのに役立つ。

ICF-CY は、保健、教育、社会の分野で児童のために普遍的に使えるような ICF のバージョンが必要とされたことに応じて開発された。児童の障害や健康状態の出現の仕方は成人の場合とは性質や程度、影響が異なる。このような違いを考えに入れて、分類の内容を発達に伴う変化に敏感なものにし、異なった年齢層や異なる環境の様々な特徴を含むものにする必要がある。

2002 年から 2005 年までの間に、WHO の ICF-CY 作業グループ（原注 1）は一連の会議（原注 2）とフィールドトライアルを行い、既存の ICF コードを再検討し、児童の特徴を記載する新しいコードを特定した。本書はこのプロセス（原注 3）の結果であり、児童の心身機能・身体構造や活動、参加、また様々な発達段階にわたる彼らの環境を記録するための次元や等級やコードを含んでいる。ICF の付録 8 のガイドラインに準拠しつつ、この児童版は ICF 本体の組織や構造との間に整合性をもつものである。

開発作業は次のようなかたちを取った：

- (a) 記述の修正や拡充
- (b) 未使用コードへの新しい内容の割り当て
- (c) 「含まれるもの」と「除かれるもの」の基準の修正
- (d) 発達面を含めるための評価点の拡充

このように、この児童のための ICF 派生版は、乳児、幼児、少年に特有の心身機能と身体構造、活動、参加、環境をよりよく包含するために、特定の内容を加え、より詳細にすることによって、ICF 本体の適用範囲を拡大するものである（原注 4）。

ICF-CY は生活機能を強調することで、共通言語として専門分野の違いや国や地域を越えて、児童のためのサービス、政策、研究を前進させることができる。

---

原注 1. 作業グループの中心メンバーはスウェーデンの Eva Bjorck-Akesson, Judith Hollenweger (スイス), Don Lollar (アメリカ), Andrea Martinuzzi (イタリア), Huib Ten Napel (オランダ) であり, Matilde Leonardi (イタリア) が副委員長, Rune J. Simeonsson (アメリカ) が委員長をつとめた。WHO では Nenad Kostanjsek が T. Bedirhan Üstün の指導の下に ICF-CY 作業グループの努力を管理・調整した。作業グループの活動資金は主として米国疾病対策予防センター (CDC) の国立出生異常・発達障害センターによって提供された。それに加えてイタリア、スウェーデンの省、ユネスコ、WHO、さらに作業グループの各メンバーが所属する大学からも支援を受けた。

原注 2. 最初の会議は、WHO による世界各国の保健関係大臣への ICF の公式紹介会議（イタリア・トリエステ、2002 年春）の際に行われた。それに引き続き、2002 年から 2005 年までの間に様々な国での作業会議が、現地の消費者・サービス提供者・政策形成者・研究者も加わって行われた。

原注 3. ICF-CY の第一次案は 2003 年に作られ、2004 年にフィールドテストが行われた。つづいて ICF-CY のベータ案がつくられ、2005 年にフィールドテストが行われた。ICF 最終前版は WHO に 2005 年末に提出され、専門家の検討を受けた。この検討プロセスからの勧告が最終版に組み入れられ、2006 年秋のジュネズ WHO-FIC 協力センター会議に提出された。ICF-CY は ICF の最初の派生分類として、2006 年 11 月に公式に発刊が承認された。

原注 4. ICF-CY の新コードの付加や既存コードの修正は、児童のために特になされたものであるが、なかには ICF 本体に関係するものもある。このため ICF-CY の新コードや修正コードは、ICF の部分改訂プロセスに組み入れられている。

訳注 1. ICF-CY の対象年齢が児童福祉法と一致するため、children and youth を「児童」と訳し、年齢層の名称も同法に従って「乳児」「幼児」「少年」とした（下記参照）。なお、children のみの場合は「子ども」、また youth、adolescent は「青年」と訳した。ただし、条約等で定訳のある場合はこの限りでない。

<児童福祉法>

第 1 章第 1 節 定義 第 4 条 この法律で、児童とは、満 18 歳に満たない者をいい、児童を左のように分ける。

1. 乳児

満 1 歳に満たない者

2. 幼児

満1歳から、小学校就学の始期に達するまでのもの

3. 少年

小学校就学の始期から、満18歳に達するまでの者

## 序論

### 1. 背景

この本には国際生活機能分類児童版 (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth, ICF-CY) をおさめている。ICF-CY は国際生活機能分類 (International Classification of Functioning Disability, and Health, ICF: WHO 2001) から派生し、それと整合性をもつものである。したがって、18歳未満の児童の特徴の記録へのICFの適用について、ICF-CYは一層詳細な情報を含んでいる。なお本書にはICF本体の序論と付録を掲載している。

ICF-CY は派生分類として、「中心分類の構成とカテゴリーを用い、中心分類よりもさらに詳細な内容を提供する」(WHO-FIC, 2004, p. 5.) という方針で作成された。ICF-CY は、ICF 付録 8 のガイドラインに基づいて、ICF 本体の構成と構造に整合性をもつよう設計されている。

開発作業は次のかたちを取った：

- (a) 記述の修正や拡充
- (b) 未使用コードへの新しい内容の割り当て
- (c) 「含まれるもの」と「除かれるもの」の基準の修正
- (d) 発達面を含めるための評価点の拡充 (原注 5)

このように、ICF-CY は、乳児、幼児、少年に特有の心身機能と身体構造、活動、参加、環境を包含するために、内容を加え、より詳細にすることによって、ICF 本体の適用範囲を拡大するものである。

ICF-CY が扱う年齢幅は、他の国連条約 (たとえば、1989 年の国連・児童の権利に関する条約) の年齢範囲と同様、出生から 18 歳に達するまでとする。ICF-CY は WHO 国際分類ファミリー (WHO Family of International Classifications, WHO-FIC) の一員として、児童の健康状況と健康関連状況を記録するための概念的枠組みと標準的な言語を提供し、それによって ICD-10 (国際疾病分類第 10 版) および他の派生分類および関連分類を補完している。

---

原注 5. ICF-CY の新コードの付加や既存コードの修正は、特に児童に関して行われたが、なかには ICF 本体に関係するものもある。このため ICF-CY の新コードや修正コードは、ICF の部分改訂プロセスに組み入れられている。

## 2. ICF-CY の目的

ICF-CY は医療関係者、教育関係者、政策立案者、家族、消費者、研究者が児童の健康と生活機能の特徴を記録するために利用することを意図したものである。ICF-CY は乳児期、幼児期、少年期に現れた諸問題、すなわち心身機能と身体構造上の問題、活動制限、参加制約、また児童にとって重要な環境因子を記録するための概念的枠組みと共通言語・共通用語を提供する。生活機能に重点を置いているため、ICF-CY は学問分野や担当省庁の違いや国や地域を越えて、児童の健康、生活機能、発達の定義や記録に使用することができるものとなった。

### 3. ICF-CY の開発

ICF-CY の開発について、以下次の 2 点にまとめて述べる。

- (a) 綿密化のための実際的根拠と理論的根拠
- (b) 開発過程における主要な論点

開発作業の簡単な経緯は「はじめに」に記した通りである。

#### 3. 1 ICF-CY の根拠

ICF-CY の開発のための根拠は、実際的、理論的、分類学的、公衆衛生的考察に基づくものであった。

##### A. 実際的根拠

実際的な見地からは、様々なサービスシステムの違いをこえて使用できるような、子どもの障害の総合的  
分類の必要性が以前から認識されてきたが、実現には至らなかった。また、保健、教育、社会福祉や療育  
(habilitation) のサービスを受ける子どもの権利を実現するために、児童に特有の身体的、社会的、心理  
的特性に敏感な分類法が必要であった。このため、児童の生活機能の領域を把握するために ICF-CY が開発さ  
れた。児童期における生活機能、障害、健康状態の現れ方は、成人とは性格、程度、影響が異なる。そのた  
めこのような違いを考慮に入れて、ICF-CY は成長と発達に伴う変化に敏感なものとなるように開発された。

##### B. 理論的根拠

理論的観点から言えば、児童期の健康と生活機能を規定する分類には、「国連障害者の権利条約（仮訳）」  
(国連, 2006) (訳注 2) に定められた基本的人権の思想を組み入れることが必須であった。ICF-CY は、ICF  
から派生した分類法として、成熟した生活機能に到る前の生活機能と健康の様々な状態を、よりきめの細か  
いコードで記載するものである。公衆衛生的な枠組みの理論的根拠は、児童期の障害予防のためのポピュレー  
ション・アプローチへの期待に基づいていた (訳注 3)。ICF-CY の全ての内容は、児童の権利に関する条約  
や宣言類に準拠している。したがって ICF-CY のカテゴリーとコードの文書化は、児童期の権利保障の証拠と  
なりうるものである。

これらの条約や宣言の主要な論旨を以下に要約する。これは障害のある児童という、もっとも弱い立場に  
ある児童に重点を置いたものである。

#### 1989 年の国連・児童の権利に関する条約、特に第 23 条

「精神的又は身体的な障害を有する児童が、その尊厳を確保し、自立を促進し及び社会への積極的な参加  
を容易にする条件の下で十分なかつ相応な生活を享受すべきであることを認める」(第 23 条(1))。

この条約の同条項は、障害のある子どもは特別のケアを受ける権利があり、子どもと養育者には、その子  
どもの条件に適した支援が与えられるべきであると明記している。支援は無償で提供され、子どもの社会へ  
の統合 (インテグレーション) と個人の発達を促進するために、教育、訓練、保健、リハビリテーション・  
サービスが効果的に利用できるようなものでなければならない。

#### 機会均等化に関する標準規則 (1993) (訳注 4)

規則 6 は、障害のある児童と成人の、統合された環境での初等、中等、高等教育の機会均等の原則を定め  
ている。また、障害のある乳幼児への、早期の介入と特別な配慮の重要性を強調している。

#### 万人のための教育：ダカール世界教育フォーラム (2000)

同フォーラムは幼児期の早期のケアと教育の拡大と、万人のための無償の義務教育の提供を提唱した。そ  
の他の目標には、青少年と成人の知識と技能の向上、成人の識字率の上昇、男女同権と男女平等の実現、教  
育の質の向上がある。

## 教育を受ける権利に関するサラマンカ宣言（1994）（訳注5）

サラマンカ宣言は、すべての子どもは教育を受ける基本的権利を有し、障害や学習困難のある子どもたちは特別な教育的ニーズをもっていると宣言している。またすべての子どもは、子どもを中心とした教育を享受するべきであるとも主張する。さらに、障害のある子どもが包括的な方向性（インクルーシブ・オリエンテーション）に立って通常の学校教育を受けること、発達と就学準備を促進するための早期教育の重要性を強調している。

## 国連障害者の権利条約（2006）

「……障害のある児童が、他の児童と平等にすべての人権及び基本的自由を完全に享有すべきであることを認め、また、このため、児童の権利に関する条約の締約国が負う義務を想起し、……」（前文）

1. 締約国は、障害のある児童が他の児童と平等にすべての人権及び基本的自由を完全に享有することを確保するためのすべての必要な措置をとる。
2. 障害のある児童に関するすべての措置をとるに当たっては、児童の最善の利益が主として考慮されるものとする。
3. 締約国は、障害のある児童が、自己に影響を及ぼすすべての事項について自由に自己の意見を表明する権利並びにこの権利を実現するための障害及び年齢に適した支援を提供される権利を有することを確保する。この場合において、障害のある児童の意見は、他の児童と平等に、その児童の年齢及び成熟度に従って相応に考慮されるものとする。」（第7条）

同条約の第30条は、他の者と平等な参加に焦点を合わせ、障害のある子どもが遊び、スポーツ活動や文化的な生活に参加することの重要性を強調している。「文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加：1. 締約国は、障害者が他の者と平等に文化的な生活に参加する権利を認めるものとし、……自己の利益のためのみでなく、社会を豊かにするためにも、創造的、芸術的及び知的な潜在能力を開発し、及び活用する機会を有することを可能とするための適当な措置をとる……知的財産権を保護する法律が、障害者が文化的な作品を享受する機会を妨げる不当な又は差別的な障壁とならないことを確保するためのすべての適当な措置をとる……障害者は、その独自の文化的及び言語的な同一性（手話及び聴覚障害者の文化を含む。）の承認及び支持を受ける権利を有する……締約国は、障害者が他の者と平等にレクリエーション、余暇及びスポーツの活動に参加することを可能とすることを目的として、次のことのための適当な措置をとる……障害のある児童が遊び、レクリエーション、余暇及びスポーツ活動（学校制度におけるこれらの活動を含む。）への参加について均等な機会を享受することを確保すること……」（第30条）

### 3. 2 ICF-CYにおける、児童に関連する諸論点

子どもの成長と発達は、ICF-CYの内容を定め、調整する上での中心的なテーマである。発達途上にある子どもの認知、言語、遊び、素質、行動の特徴を含め、多くの論点が内容の追加や拡充のために必要な情報を与えた。ICF-CYを派生させる上で、次の4つの主要な論点に特に注意を払った。

#### 家庭関係における子ども

発達は、子どもが、あらゆる活動を他人に依存している乳児期から、身体的、社会的、心理的に成熟し自立する青年期まで、連続的に進む動的な過程である。この動的な過程では、子どもの生活機能は家族その他の養育者との、身近な社会環境における継続的な相互作用から大きな影響を受ける。したがって、子どもの生活機能は孤立したものとしてではなく、家族システムを背景とした子どもという観点から見なければならない。このことは、生活・人生場面における子どもの生活機能を判断する際に考慮すべき重要な点である。

発達のこの時期に家族との相互作用が子どもの生活機能に与える影響は、その後の人生のどの時期よりも大きい。さらに、このような相互作用が人生の最初の約20年間のさまざまな技能の獲得の枠組みをつくるので、物的および社会的な環境の果たす役割は非常に重要である。

## 発達の遅れ

成長と発達には個人差があるので、児童の場合、心身機能や身体構造の発現および技能の習得の時期はさまざまである。機能・構造・能力の出現の遅れは恒久的なものではなく、発達の遅れであるのかもしれない。これらの遅れは個々の領域（たとえば、認知機能、発語機能、運動・移動、コミュニケーション）に現れ、年齢特異性があり、環境の物理的・心理的要因の影響を受ける。

心身機能や身体構造の発現や、期待される発達技能の実行状況におけるこのような差異は、「発達の遅れ」という概念の定義として用いることができる。またこれは、しばしば、障害のリスクの大きい子どもを特定するのに役立つ。ICF-CY の開発における重要な考慮点のひとつは、「心身機能、身体構造、活動、参加」における問題の程度や大きさの記録に使う評価点 (qualifier) の性格に関するものであった。ICF 本体では全ての領域に共通の評価点があり、「(0) 機能障害、困難、阻害因子なし」、から「(4) 完全な機能障害、困難、阻害因子」までの5つのレベルを含んでいる。子どもの場合、問題の程度を示す評価点をつける際には、心身機能・構造、活動、参加の、発現の遅れという概念を考慮することが重要である。したがって、ICF-CY では心身機能・身体構造、活動と参加に対する共通評価点を定義するのに、「遅れ」の用語と概念を含めている。これによって、子どもの心身機能・構造、活動と参加の、能力および実行状況の発現の遅れの程度や大きさを記録することが可能となる。なお、この際評価点の符号（上記の0～4）の規定は時とともに変化する可能性があることを認識していることが必要である。

## 参加

参加は人の「生活・人生場面 (life situation) への関わり」と定義され、生活機能の社会的側面を表す。児童の生活・人生場面の特徴と環境は成人とは非常に異なるので、ICF-CY では参加に特別の注意を払っている。発達にともなって、生活・人生場面は、幼児期初期の子どもの主たる養育者との関係やひとり遊びから、年長の子どものたちの社会的遊び、仲間関係、学校教育に至るまで、その数と複雑さが劇的に変化する。年少であればあるほど、参加の機会は親や養育者、サービス提供者によって規定される場合が多くなる。家族環境と身近な環境における他者の役割が参加の理解には不可欠であり、特に幼児期初期においてそうである。

社会的に関与し交流する能力は、幼い子どもと、親やきょうだいや仲間など身近な環境の他者との緊密な関係のなかで養われる。社会環境は発達期の全体を通じて重要な因子であるが、環境の特徴と複雑さは幼児期から青年期にかけて変化していく。

## 環境

環境因子は「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」と定義されている。障害の医学モデルから、より広範な生物・心理・社会的モデルへのパラダイム・シフトに含まれる、人と環境の相互作用は、児童に関して環境因子に特別の注意を払うことを求めている。中心的な論点のひとつは、子どもの環境の特徴と複雑さが、乳児期、幼児期、少年期の各段階の移行とともに劇的に変化する点である。児童の環境の変化は、彼らの能力と自立性の向上に関連している。

児童の環境は、彼らを取り巻く一連の連続したシステムという観点から見るることができる。それは最も身近な環境から最も遠い環境までを含み、それぞれ、子どもの年齢や発達段階と関連して影響力が異なってくる。乳幼児にとっての制約的な環境は、彼らの運動・移動が限られており、安全と保護を確保する必要性があることのあらわれである。幼児は身近な環境にいる人々に大きく依存している。個人が使用するための製品は、子どもの発達レベルに合ったものでなければならない。たとえば遊びのための道具や仲間へのアクセ

スは、幼児の主要な生活・人生場面の必要不可欠な要素である。より年長の子どもにとっては、日常生活の環境は家庭と学校と密接につながっており、さらに青年の場合にはしだいに多様化して、コミュニティと社会という、より大きな背景の中での環境になっていく。

発達途上にある子どもの依存性を考えると、環境の物的・社会的要素は子どもの生活機能に大きな影響を与える。阻害的な環境因子は成人よりも子どもに強い影響を与える場合が多い。たとえば、栄養のある食物、清潔な水へのアクセス、安全で衛生的な環境が子どもに欠けていると、病気になったり健康を損なうだけでなく、子どもの生活機能と学習能力も損なわれる。このため、子どもの健康と安寧（well-being）を促進するための介入と予防の努力の焦点は、物的、社会的あるいは心理的環境の修正や強化におかれる。

子どもの身近な物的環境を変える努力には、食物、住まい、安全の提供が含まれる。支援的な器具や機器の提供は、重度の身体的機能障害のある子どもの生活機能を促進する環境改変の例である。

子どもの身近な環境の社会的・心理的要素の改変には、家族への社会的支援や、養育者の教育が含まれる。

環境面での支援の種類と範囲は子どもの年齢によって異なり、幼児のニーズは乳児や青年のニーズとは違っている。必ずしも身近でない環境の改変の例としては、子どもの保健、社会福祉サービス、教育へのアクセスを確保するための法律や政策などがあげられる。

---

訳注 2. 原文には 2007 とあるが、2006 が正しい。なお、条約名及び以下の条文は全て政府仮訳による。

訳注 3. ポピュレーション・アプローチとは健康増進や疾病予防の上でハイリスク・アプローチに対立するもので、一部の危険度の高い人々のみを対象とするのではなく、集団全体を対象とするところをいう。

訳注 4. 原文には 1994 とあるが、1993 が正しい。

訳注 5. 原文には 2001 とあるが、1994 が正しい。

## 4. ICF-CY 使用者のための情報

### 4. 1 ICF-CY の使用

ICF-CY は安寧 (well-being) のうちの、健康領域の構成要素と健康関連領域の構成要素との両方を含んでいる。児童の場合、これらの構成要素には注意、記憶、認知などの精神機能と、遊び、学習、家庭生活、教育を含むさまざまな領域の活動が含まれる。ICF-CY の領域は 2 つの包括的用語によって規定される。「生活機能」は、心身機能・身体構造、活動、参加の包括用語である。「障害」は、機能障害 (構造障害を含む)、活動制限、参加制約の包括用語である。環境因子は生活機能に対する阻害因子あるいは促進因子である。

ICF-CY はアルファベット文字と数字を用いるコード化システムを用いている。「b」という文字は「心身機能」(Body Function) を、「s」は「身体構造」(Body Structures) を、「d」は「活動/参加」(Activities/Participation) を (訳注 5)、「e」は「環境因子」(Environmental Factors) を表し、その後に数字コードが続く。数字コードは章番号 (数字 1 字) から始まり、第 2 レベルの番号 (数字 2 字)、第 3 レベルの番号 (数字 1 字)、第 4 レベルの番号 (数字 1 字) の順に続く。小数点の後に、「0 = 問題なし」から「4 = 完全な問題」までの数字で示す共通評価点を記して、心身機能や活動が、期待される状態や典型的な状態とどの程度違うかを特定する。環境の否定的な側面は阻害因子として評価され、環境の促進的な役割を示すには、プラス値 (訳注 6) の共通評価点が用いられる。(原注 6)

ICF-CY によって提供される情報は、臨床、行政、監視 (サーベイランス)、政策、研究を含む、様々な用途に利用できる。どの用途でも、ICF-CY は子どもの健康や生活機能上の困難を規定する単一の問題あるいはプロフィールの記録に利用できる。

臨床的用途では、ICF-CY を用いて評価所見をまとめることによって診断情報を明確にしたり、介入計画の基礎とすることができる。

行政面では、資格、サービス提供、補償、フォローアップに関連する情報を ICF-CY コードで記録できる。監視用途では一定の ICF-CY 項目を選択して種々のツールや時期の違いを超えてデータ収集方法を標準化することにより、それらの状態の頻度を記録し、サービスの必要性 (ニーズ) やサービス利用パターンを予測することができる。

政策に適用する場合は、たとえば子どもの教育を受ける権利などの、特定の政策的焦点を形成するのに ICF-CY の概念的枠組みを利用できる。

研究では、被験者の特徴、評価手段の選択および研究結果の定義を標準化するのに一定の ICF-CY 項目が利用できる。

ICF-CY をどのように利用する場合でも、親、児童を可能なかぎり含めるべきである。

### 4. 2 ICF-CY の使用の手順

児童の障害の様々な側面の分類とコード化は複雑な作業であり、身体的・社会的・心理的発達における心身機能・身体構造、活動、参加の大きな制限を考慮しつつ行うべきものである。一般的なコード化のガイドラインは本書の付録 2 に示してあり、健康状態と健康関連状態におけるコード化のプロセスについて述べている。利用者は分類作業を始める前にこのガイドラインをよく読み、ICF-CY の使用について研修を受けることを強く推奨する。児童の障害を正しくコード化するためには、成長と発達に伴う生活機能の変化に関する理解と、正常な範囲内の発達の変化と非典型的な変化とを区別できる能力が必要である。生活機能の変化は子どもの「典型的な生活機能」の一部である。したがって、「正常」とは年齢によって異なるものであり、あ

る一定の時期における「正常な生活機能」という意味をもつものであること、またそれ（「正常な生活機能」）が児童の環境に対して媒介的な役割を果たしていることの認識が重要である（訳注7）。

ICF-CY の分類単位は、子どもについての診断ではなく、子どもの生活機能のプロフィールである。ICF-CY の目的は子どもの生活機能の制限の性質と程度を記載し、そのような生活機能に影響する環境因子を特定することである。コード化はさまざまな目的で（付録6：ICFの使用に関する倫理的ガイドラインに従って）行うことができるが、信頼性・妥当性の高いデータを得るためには、一貫した方法をとらなければならない。ICF-CY を使用する際には、直接的測定、観察、直接面接、もしくは専門家の判断、またこれらを組み合わせた形の一次情報をもとにコード化することが必須である。ICF-CY を用いるということはどの程度の詳しさをコード化するかを決めることであり、よく知られているようにその程度は臨床で用いるのか調査に用いるのかで違ってくる。以下に述べる手順は、児童の問題に関連して ICF-CY のコード化を行う時に、利用者の指針となることを目指したものである。

- (1) コード化に利用できる情報を明確にし、それが心身機能、身体構造、活動、参加、環境因子のいずれの領域に関連するかを見極める。
- (2) コード化する情報にもっともあてはまる適切な領域内の章と4字コード（中分類）を見つける。（訳注8）
- (3) その4字コードの記述を読み、その記述に関連する注釈があればそれに注意する。
- (4) そのコードに、「含まれるもの」と「除かれるもの」があればそれを検討し、それに従って作業を進める。
- (5) コード化する情報が4字コードのレベルと合致するか、あるいはより詳細な5字コードまたは6字コードで記載すべきかを決める。
- (6) コード化する情報に最も近いコードのレベルへ進む（訳注9参照）。そのコードに「含まれるもの」と「除かれるもの」があればそれを検討する。
- (7) コードを選んだら、利用できる情報を検討して、心身機能・身体構造の機能障害（構造障害を含む）、活動制限、参加制約の程度を示す共通評価点（0＝障害／困難なしから、4＝完全な障害／困難まで）、また環境因子の阻害因子（0＝阻害因子なしから、4＝完全な阻害因子まで）もしくは促進因子（0＝促進因子なしから、+4＝完全な促進因子まで）の程度を示す共通評価点を定める。
- (8) 第2、第3、第4の項目レベルのコードに評価点をつける（訳注10参照）。たとえば、d115.2（注意して聞くことの中程度の制限）など。
- (9) コード化する対象の生活機能あるいは障害のそれぞれの項目について、利用できる情報をもとに、上記の（1）から（8）までのステップをくり返す。
- (10) 親や消費者は年齢に応じた調査表（アンケート、チェックリスト等）に記入し、特定の分野の生活機能上の心配事又は問題点をチェックすることによってこのプロセスに参加できるが、それは複数の専門家または専門家チームが詳細な評価とコード化をする前に行うべきである。

#### 4. 3 使用法

この分類の主な使用法（convention）は、この ICF-CY 序論に引き続く ICF 序論と付録に述べたとおりである。ICF-CY を使う前にこれらをよく読むことをすすめる。これらの使用法には、注釈、「除かれるもの」の条件、「含まれるもの」の条件、「その他の特定の」と「詳細不明の」のコードの定義などがある。この他に ICF-CY では、次のような使用法が新たに追加されている。

1. 「心身機能」、「身体構造」、「活動／参加」の否定的側面の定義を参考に、これらの領域のいずれにおいても、問題には発達の遅れが影響したものもあるという事実を示すために「遅れ」という用語を加えたこと。