

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と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。

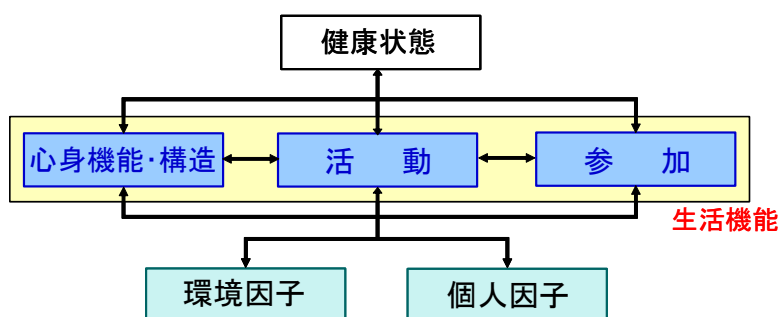
2. 「生きることの全体像」(1)：相互作用においてとらえる

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をみるだけでなく、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。

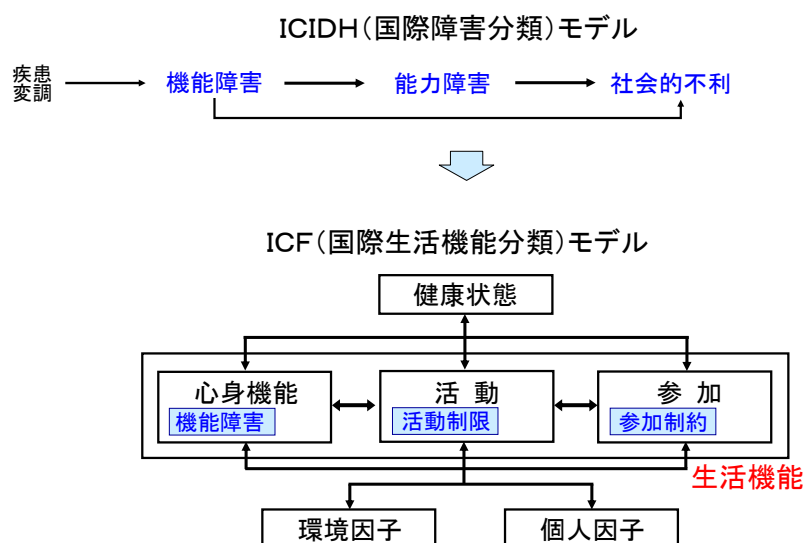
- ・「機能障害（構造障害を含む）」（Impairment）：「心身機能・構造」に問題が生じた状態
- ・「活動制限」（Activity Limitation）：「活動」に問題が生じた状態
- ・「参加制約」（Participation Restriction）：「参加」に問題が生じた状態

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」、「能力障害」と「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、全体を見落とさなくとらえる”ことである。

これは当然のことのように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、大事なものは、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。

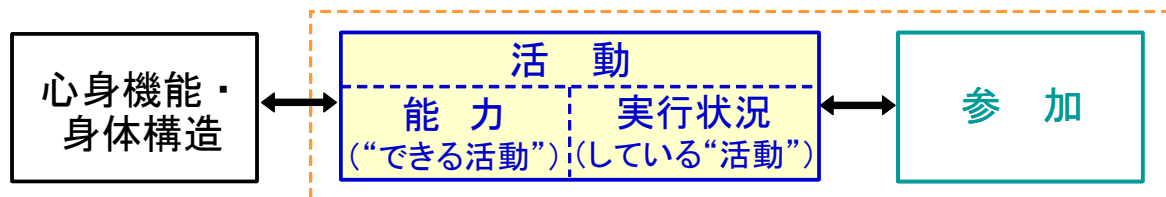
「実行状況」と「能力」とは通常異なっており、どちらか一方だけでなく、両者を捉えることが必要である。

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 <「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。

潜在的な生活機能

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。