

ICF:国際生活機能分類と21世紀のリハビリテーション

上田 敏

キーワード (Key words) : 1. 障害論 2. ICF (国際生活機能分類)
3. リハビリテーション

はじめに

1980年にWHOによって制定された「国際障害分類 (機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類) (ICIDH) は、10年近い改定作業をへて2001年5月に「生活機能・障害・健康の国際分類」と名前を変え、内容的にも大幅に変化して世界保健会議 (WHO総会) において採択された。略称は本来ICFDHとなるべきところをICFとのみ称することが決まり、厚生労働省委員会による公式日本語訳の略称も「国際生活機能分類」とすることが決まった。「生活機能」とは聞きなれない言葉であるが、今回の改定でdisability (従来は「能力障害」という障害の1レベルを指していた) を、「障害」を示す包括用語として用いることが決まったのを受けて、人が「生きる」ことのプラスの面の包括用語として作られたfunctioningの訳である。これは病者・障害者のマイナスの面のみに注目するのではなく、むしろプラスの面を中心にみるべきだとする、全く新しい考え方に立ったものであり、新世紀にふさわしい考え方の画期的な転換といえるものである。今回の講演ではそのような新しい立場を紹介するとともに、その立場にたって21世紀のリハビリテーション医学のあるべき姿を考えることにしたい。

WHO国際障害分類初版 (ICIDH) の意義

WHO国際障害分類 (1980) は図1に示すような障害モデルを提示したことで大きな注目をあびた。時あたかも1981年の「国連障害者の十年」の前年であり、世界的に障害者問題に対する関心が高まっていた時で、その「世界行動計画」にも基本概念が取り入れられる等、各方面に大きな影響を与えた。

1. 初版の障害構造モデル

図1に示すように国際障害分類初版のモデルは、疾患・変調が原因となって機能・形態障害 (機能障害と形態障害の総称で、前後関係で誤解のおそれがないときは



図1 WHO国際障害分類初版 (ICIDH) 障害構造モデル (1980)

機能障害あるいは形態障害でよい) が起こり、それから能力障害が生じ、それが社会的不利を起こすというものである。一種の「バイパス」として直接機能・形態障害から社会的不利が生じる経路が示されているが、これは例えば顔面のあざやひきつれのような形態障害が、それ自体はなんらの能力障害を生じないが、社会的不利を起こしうるといった場合とされている。

これは従来あいまいに1つのものであるかのように捉えられてきた障害を3層の階層性をもつものとして捉えなおしたところにもっとも重要な意義がある。

この階層性ということが実は一番重要であり、これを理解しないと、障害論を非常に間違った方向に誤解してしまう危険があるのでやや詳しく述べたい。

2. 障害の階層性 - 相互依存性と相対的独立性

階層性とは、ものごとを単純から複雑へのさまざまな階層の積み重ね構造として理解するということである。実はわれわれの生きている世界はすべてそのような階層構造をもっている。例としてごく大まかな階層を挙げただけでも、クォーク - 素粒子 - 原子 - 分子 (無機 - 有機) - 生命・生物 (単細胞 - 多細胞, また植物 - 動物) - 人間 (言語・意識・思考) - 社会 (政治・経済) という階層を挙げることができる。

そして階層論で重要なのは、それぞれの階層の間には「相互依存性」と「相対的独立性」とがあるということである。相互依存性とは相互作用と言ってもよく、ある階層のものが別な階層のものに影響し規定することである。これは隣接する階層の間だけとは限らず、上に述べた機能・形態障害から社会的不利への直接的影響のよう

・ 日本障害者リハビリテーション協会副会長
・ WHO国際生活機能分類日本協力センター代表
・ 広島大学保健学ジャーナル Vol. 2(1) : 6-11, 2002

に、離れた階層の間でも起りうる。それに対し「相対的独立性」とは、それにもかかわらずある階層の法則は他の階層の法則によって規定し尽くされる(100パーセント規定され説明されてしまう)ことはなく、必ずその階層独自の法則をもっているということである。逆にいえばそのような独自の法則をもたないならば独立した階層として扱うことはできないのである。

より高い、より複雑な階層の現象をより低い、より単純な階層の法則で説明し尽くせる(その法則に還元できる)と考えることを「基底還元論」といい、一般に人が陥りやすい誤りである。近代科学は還元によって成果を挙げてきており、医学においても例えば、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端的な成果をあげた例もある。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である。

しかし例えば原子としての酸素と水素の性質をいかに詳しく研究したからといって、それらが結合してできた水の分子の性質がすべて説明できるわけではないように、物理や化学の世界においてすら基底還元論は完全には成り立たない。ましてリハビリテーション医学のように、人間を単なる生物としてではなく、生活し社会生活を営む具体的な個人という、きわめて複雑なものとして捉えなければならぬ場合には、基底還元論は極端な単純化であり、大きな誤りをおかすことになりやすい。

3. リハビリテーション医学における相対的独立性の重要性

障害の場合がまさにそうである。例えば脳卒中の例をあげると、脳卒中によって右半身の麻痺がおこり、歩行も右手での書字も不可能になったとする。普通の人の考え方は、麻痺を治すことが先決で、麻痺が改善しないかぎり歩行や書字の能力の回復はありえないということになりやすい。しかしリハビリテーション医学の考え方はそうではなく、麻痺の回復にも当然努力するが、それしか方法がないとは考えない。下肢では装具と杖によって歩行を可能にし、左手での書字を訓練して(ふつう約3か月で十分実用的な書字が可能になる)、それによって復職をはかるといふ考え方をする。実際このようなかたちで事務職や教師として復職した人や、片手でほとんどすべての家事が可能になって主婦として復帰した人は数え切れないほどである。

このような装具・杖あるいは義足などの補助具、また左手で字を書く・片手で家事をするなどの新しい技能の修得によって歩行・書字・仕事・家事などの能力を直接向上させる(能力障害を直接解決する)ことができるのは、「能力障害」レベル(階層)の法則の相対的独立性を利用することである。リハビリテーション医学はこの

ような技術・手法のレパートリーを豊富に有しており、それによって、たとえ機能回復に限界があっても真のリハビリテーション(「人間らしく生きる権利の回復」, 「全人間的復権」)を実現することができる。

このように国際障害分類初版によって提起された障害構造論は障害やそれに対するリハビリテーション・福祉その他の対策・施策を考えていく場合の重要な理論的枠組を提供したのであり、その点はICFにも受け継がれ、更に発展させられている。

WHO国際障害分類初版(1980)への建設的批判と誤解

このように重要な意義をもった国際障害分類初版であったが、その意義を認めつつも色々な建設的な批判がなされることもまた避けがたかった。主なものをあげると次のようである。

1. 主観的障害の重要性(上田, 1981)

筆者は国際障害分類初版の発表のはるか以前から障害論をめぐる国際的な動向に興味をいだき、1975年には障害の3階層の考え方を紹介し¹⁾、その後の動きをも紹介して来た²⁾。国際障害分類初版もすぐに入手し、紹介を行うとともに、1981に図のような改正モデルを提起した^{3, 4)}。その要点は、疾患から直接社会的不利にいたる経路(バイパス)の追加(ハンセン病、エイズなどの疾患がたとえ何らの機能・形態障害や能力障害がなくとも著しい社会的不利を起こす、等)、障害の主観的側面の追加、であった。このうち重要ではあるが部分的なもので、がはるかに重要なものである。

筆者の基本的な考え方は、国際障害分類初版の障害構造モデルは障害の階層性を明確に示したという点で重要であるが、結局は客観的な障害しか扱っていないものであり、それと同等に重要な「主観的な障害」(体験としての障害)、すなわち障害のある人の心の中に存在する悩み・苦しみ・絶望感を付け加える必要があるというものであった。この「体験としての障害」は疾患からも起こってくるし、機能障害・能力障害・社会的不利などの

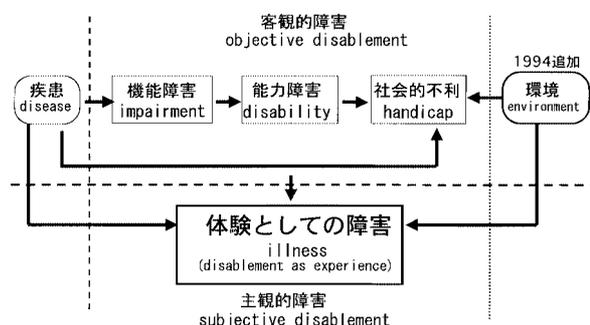


図2 障害構造における主観的障害の意義(上田 敏, 1981)

客観的な障害，特に社会的不利からの影響を強く受けて起こってくる。

これはそれまでにすでに20年に及んでいたリハビリテーション医としての筆者の臨床経験，すなわち多くの障害のある人々の「人間としての立ち直り」を援助してきた経験から生れた考え方であった。すなわち，障害のある人は手足が動かない（機能障害），歩く・字を書くななどのさまざまな日常生活の行為ができない（能力障害），職を失う（社会的不利）などの現実世界の困難・不自由・不利益に悩んでいるだけでなく，同時に心のなかでひそかに「自分は無用な人間になってしまった」，「社会の厄介ものであり，家族のお荷物である」，「生きている価値のない，死んだほうがいい存在になってしまった」（あるいはそうになってしまうのではないか）という気持ちに悩まされており，心的エネルギーはもっぱらそれに向けられて，現実的に客観的な障害の克服のための工夫や努力に向けることが困難になっている場合が多いということである。リハビリテーション医療の場面ではそういう状態を「意欲がない」と決め付けて，あたかも怠けているかのように非難する場合が少なくないが，実は本人にとっては心の中で「死ぬより辛い」苦しみに耐えている場合が多いのである。したがってこのような主観的な世界における障害を無視した客観世界だけの障害の捉え方は一面的で，問題の半分しか見ていないものといわざるを得ないのである。

2. プラスを見ることの重要性（上田，1987，等）

一方，障害というマイナス面だけしかみないのではなく，むしろ障害のある人のもつプラスの面にこそ注目すべきだという意見が多くの人によって述べられた。筆者も自己のリハビリテーション医療について振り返る中で独立にそのような考えに達し，1987年に図3を発表し，次のように述べた⁵⁾。

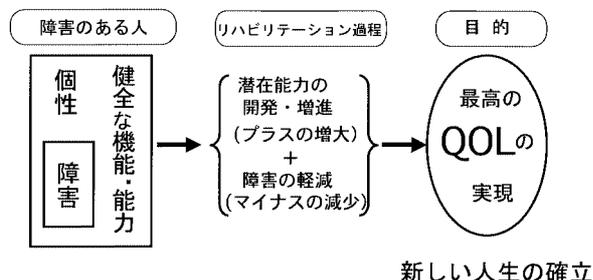


図3 障害の概念と障害者の概念との異同
- リハビリテーションのめざすもの

障害のある人に対してリハビリテーションを行なう時の目的は，かつての人生への復帰ではなく，障害をもったという条件下での，新しい，QOL（人生の質）の高

い人生・生活の創造・確立である。それを目指して行なうリハビリテーションのプロセスは従来考えられてきたように障害を軽減する（マイナスを減らす）ことが主ではなく，むしろプラスを増大させることの方が重要である。大事なことは，このプラスとは今現在目の前にある「残存機能」ではなく，むしろ今は目には見えないが，適切な働きかけをすれば引き出すことのできる潜在的な機能・能力であるということである（前記の杖・装具による歩行，左手での書字など）。あまり知られていないが，リハビリテーション医学にはこのような潜在的な能力を引き出す技術やノウハウが豊富に存在しており，それによってプラスを増やし，それによってQOLの高い新しい人生の建設を援けることができるのである。その意味でリハビリテーション医学はまさに「プラスの医学」ということができる。

それは当然障害のある人をどうみるかという点での大きな変化を要求する。つまり人を障害者と呼ぶと（障害のある人と呼ぶと多少よいが，それでもなお），その人のすべてが障害に覆い尽くされているという誤解を与えやすい。しかし現実には図3の左の大きな四角が障害のある人の心と体の全体を示すとすると，その中で障害（というマイナス）の占める範囲は一部であり，残りの健全な機能・能力の方が（潜在的なものを考えれば）はるかに大きいのである。さらに忘れてならないのは，障害のある人は以上に加えて個性という，万人がもっているが，万人一人一人が異なっているものをも当然もった存在だということである。図には示していないが，さらにこの人はその人特有の環境（物的・人的・制度的な）の中に生活しているということも重要である。これを忘れると，個性や環境（家屋，家族，仕事など）を無視した没個性的で画一的な目標やリハビリテーション・プログラムをおしつけることになりやすい。

3. 環境の重要性（カナダ，障害者運動）

カナダのケベックのグループは，社会的不利を固定的なものとしてとらえるのではなく，「社会的不利状況」という名称で流動的な状況として捉えるべきことを提唱した。そして，それがなぜ起こるのかということについて，「環境因子」が重要であるとし，なかでもマイナスに働く「障害物」と機能障害・能力障害との相互作用によって社会的不利状況がおこる，という「カナダモデル」を提唱した。そしてその立場から国際障害分類初版のモデルにこのような環境因子が含まれていないことを批判した。このような環境重視の説はひろく諸外国の障害者運動の共感を得た。

4. その他の批判

以上のほかに，「社会的不利の分類が不十分である」

という批判もあったが、実際に社会的不利の分類項目は僅か7項目しかなく、他の分類に比べて著しく少なく、この批判は当たっていた。また「欧米中心で、他の文化を考慮していない」、「障害者の意見を聞かず専門家だけで作ったものである」などの批判もそれなりに当たっていたといえよう。

5. 誤解

以上のような建設的な批判に対し、明らかに誤解にもとづく批判も存在した。そのうち意外に大きな影響をもったのは、初版の一方向的な矢印によるモデルは「機能・形態障害が不可避的・運命的に能力障害を引き起こし、それが運命的に社会的不利を引き起こす」という運命論であり決定論である」という批判であった。これは階層論を理解しない誤解であって、国際障害分類初版の序論を読めば起こりえないものであり、障害構造モデル図だけを見ての感情的な反発であった。

国際障害分類改定の経過と内容

1. 改定のあゆみ

以上のような批判を受けて、WHOは1990年に予備会議を召集し、改定の動きを開始した。そして1992年から国際的な改定会議が毎年開かれ、アルファ案に対する意見聴取(1996-1997)、ベータ1案についてのフィールドトライアル(1997-1998)、ベータ2案準備(1998-1999)という順で進められ、1999年8月に最終的なベータ2案が発表された。そして2000年秋までの約1年をかけてベータ2案のフィールドトライアルがおこなわれ、その結果を2000年11月スペインにおける最終的な年次会議に結集し、そこで最終案が成立した。そして2001年1月のWHO執行理事会での検討を経て、2001年5月22日の世界保健会議における正式決定に到ったわけである。

初版への批判を受けて今回の改定プロセスは多くの国、多くの団体が参加して行なわれ、専門家だけでなく、障害当事者の参加が重要視された。われわれWHO国際障害分類日本協力センターも、研究者10人、専門職団体代表10人、障害当事者団体代表10人からなるフィールドトライアル委員会を設置して積極的に参加し、1998年春には東京で第6回改定会議を開催しアジア地域の関係者を招くなどの貢献を行なった。

2. 国際障害分類の目的

改定の過程で国際障害分類の目的が、単に初版の場合に想定された(国際疾患分類:ICDと同様の)衛生統計のツール(道具)としてのものにとどまらず、初版発表以来の障害問題をめぐる状況の時代的变化や初版そのものの引き起こした思想的な影響等によって大きく変化し

たことが確認された。それを列挙すれば次のようであり、特に第1の共通言語が重視されている。

- 1) 障害分野における「共通言語」の確立(異なる専門の専門家同士の間、専門家と障害当事者の間、専門家や障害当事者と行政との間、等々の理解・協力の促進のための共通言語)
- 2) 保健・医療・福祉・介護・教育・職業等の場における、障害の総合評価、サービス計画、結果評価等のための臨床的ツール
- 3) 障害分野の諸問題に関する調査・統計、特にその国際的な比較のための標準的な枠組み、
- 4) 研究手段
- 5) 障害に関する各種制度・政策の基礎付け
- 6) その他、教育・啓発、など多くの分野での活用

3. ICF: 国際生活機能分類の特徴

1) プラス面を示す名称の採用

改定版においても、障害を3つのレベル(階層)で把握しようとする点は初版となんら変わらないが、従来のものが障害というマイナスのみを対象としていた点を変更して、プラス面を示す用語を用いることとなった。すなわち機能障害の代わりに心身機能・構造(body functions and structure)、能力障害の代わりに活動(activity)、社会的不利の代わりに参加(participation)を用いる。これらが障害された状態は心身機能・構造については初版と同じimpairment(機能・構造障害)、活動については活動制限(activity limitation)、参加については参加制約(participation restriction)である。

2) 包括的名称としての「生活機能」と「障害」

これに伴いプラス面の包括用語として「生活機能」(functioning)、マイナス面の包括用語として「障害」(disability)が採用された。ここで「生活機能」とは人間生活のプラスの3階層をなす心身機能・構造、活動、参加の3者のすべてを含む概念であり、「障害」とは機能・構造障害、活動制限、参加制約の3者の包括概念である。

3) 疾患から健康状態へ

以上と同じプラス面重視の考え方から、初版の「疾患/変調」はICFでは「健康状態health condition」という中立的な用語で表されるようになった。これは単なる言い換えではなく、疾患だけでなく、妊娠、高齢、ストレス状態、先天的異常、遺伝的素因などを含むひろい範囲のものを指すようになっている。

4) 相互作用モデル

図4に示すようにICFの生活機能構造モデルはすべて両方向の矢印でつないだ2次元的で相互作用的なモデルとなった。

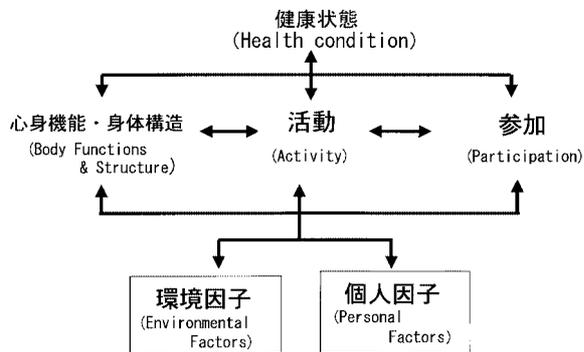


図4 ICF(国際生活機能分類、2001)の生活機能構造モデル

5) 環境因子

また重要な変化として、環境因子と個人因子を「背景因子」として、障害の発生や経過に影響する因子としてとりあげ、新たに詳しい「環境因子」分類が加えられた。ここでは物的環境だけでなく、人的環境、制度的環境、社会意識面の環境等、非常に広いものが含まれていることは重要である。もう1つの背景因子である「個人因子」は分類作成にまではいたらなかったが、性・年齢・人種・ライフスタイルなどを含むものである。

6) 活動と参加との共通リスト

今回の改定の過程でベータ2案6)までは「活動」と「参加」の分類は別々であったが、その両者間の「線引き」についての長期にわたる議論が最後まで決着がつかず、2000年11月の最終案(それがそのままICFとして公認された)では両者を一緒にした「共通リスト」とし、その中での「線引き」(活動の項目と参加の項目との別、この場合両者に用いられる項目があってもよい)については各国の自由にまかされ、時間をかけて世界共通の基準を作っていくこととなった。これは「心身機能・構造」、「活動」、「参加」などの階層の差が一応「生物レベル」、「個人レベル」、「社会レベル」と定義されているものの、具体的な議論になると微妙な理解の差が顕在化し、議論がまとまらなかったためである。

7) 活動の評価における「能力」と「実行状況」

同じく最終案の段階での重要な変化として、活動・活動制限の評価において、能力(capacity)と実行状況(performance)の両者を評価することになったことが注目される。改定過程ではこのどちらを見るべきかについての議論が長く続いたが、最終的に両者を見る(その違いが重要である)ということが決着がついたものである。これはこれまでわれわれが強調してきたADL(日常生活行為)における「できるADL」と「しているADL」との区別と連関の考え方が国際的にも支持されたものということができよう。なお参加については当然のことながら実行状況の評価のみである。

ICFの生活機能概念からみた 21世紀のリハビリテーション医学の 課題

ICFにおけるマイナスからプラスへの視点の転換は21世紀の医療と福祉の人間観に根本的な転換を迫るものであり、大きくいえばICFが21世紀最初の年に成立したことが暗示するように20世紀医学から21世紀医学への思想的転換を示すものということもできよう。この変化は広範で深いものと考えられるが、ここではリハビリテーション医学に限り、やや箇条書的に21世紀の課題を述べることにしたい。

1. 包括的医学

これは2つの面における包括性を含む。

- 1) 目的における包括性：個々の患者のリハビリテーション(「全人間的復権」)において最高の社会的QOL(参加のレベル)と主観的QOL(生活機能の主観的レベル：生活体験)の達成を目指す。
- 2) 対象における包括性：単に障害だけ、それもその1面だけ(たとえば機能障害のみ)を対象とするのではなく、生活機能と障害のすべてのレベル(ICFで規定されたものに主観的レベルおよび第三者の障害をも含めて)をリハビリテーションの対象とする。

2. プラスの医学

障害(マイナス)の減少よりも生活機能(プラス)の増大(潜在的なプラス面の発見・開発・増強を含む)に重点をおく。

3. 創造の医学

過去の生活への復帰ではなく、新しい人生・生活の創造を目指す。そのためには「どのような人生・生活を創るのか」についてリハビリテーション・チーム内とチームと患者・家族間との目標の共有が重要である。これが「目標指向的アプローチ」である。

4. 階層構造論的思考の徹底

基底還元論から脱却し、生活機能・障害構造論に立つて相対的独立性を大いに利用する。特に「活動」レベルでの能力開発・増進を重視する。

5. 障害論・障害分類の活用

障害論・障害分類を分析のツールとしてだけでなく、総合の武器として活用し、目標設定、プログラム設定をはじめ診療活動のすべてに生かす。

6. 分立的分業から協業へ

自分の守備範囲(「なわばり」)を守るのではなく、患者本位のチームワークの中で共通の(職種別でない)目標と方針に立って、分立的分業ではなく「協業」の中で専門性を発揮する。

7. インフォームド・コオペレーション

患者・家族との情報の共有、共同決定を通じて持続的な協力関係を築いていく。これこそが患者・障害当事者の自己決定権の尊重とリハビリテーション専門家の専門性の発揮との両立の道である。

8. まとめ

以上をまとめると、「科学性と倫理性の両立」ということができよう。

1) 科学性とは、他科の模倣でない、また外国の模倣でない、自立した独自の学問としてのリハビリテーション医学を建設すること、そしてそれにより医学全体にも、国際的にも独自の貢献をすること。

2) 倫理性とは、クライアント(患者、障害当事者、家族)の「最高の利益の実現」が専門職の任務であることを自覚し、しかもそれをパターナリズムに立ってではなく、クライアントとの情報共有と協力(インフォームド・コオペレーション)に立って行なうこと。

おわりに

以上ICF国際生活機能分類(2001)の紹介と21世紀のリハビリテーション医学の課題について述べた。なお十周年記念講演会の講演ではこの他に残された課題としての「生活機能と障害の主観的次元(「生活体験」と「障害体験」)、また生活機能・障害構造論の実践的意義についても論じたが本論文では紙幅の関係で割愛した。

文 献

1. 上田 敏：日常生活動作を考える，理学療法と作業療法，9(4)：170-172, 1975.
2. 上田 敏：第9回修正国際疾病分類の障害分類(案)，総合リハ，5(8)：616-619, 1977.
3. 上田 敏：リハビリテーション医学の位置づけ，医学のあゆみ，116(5)：241-253, 1981.
4. Satoshi Ueda: The concept of impairment, disability and handicap, The Proceedings of REHAB Seminar Tokyo October 15-12, 1981, pp. 61-67.
5. 上田 敏：第1回総合リハビリテーション研究大会基調講演，1987，東京。
6. WHO国際障害分類第2版「生活機能と障害の国際分類」ベータ2案完全版，WHO国際障害分類日本協力センター訳・発行，2000。