

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川医科大学研究フォーラム (2003.12) 4巻1号:63-66.

“ICF:WHO国際生活機能分類の理解と活用”講演から看護への応用を考える

大西奈美子, 山内まゆみ

依頼稿 (報告)

“ICF：WHO 国際生活機能分類の理解と活用” 講演から 看護への応用を考える

大西 奈美子* 山内 まゆみ*

はじめに

2001年5月22日に世界保健機構 (WHO) 総会で、1980年のWHO国際障害分類 (以下ICIDHとする) の改定版である「国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health、以下ICFとする)」が正式に採択された。この改定をうけ平成14年7月に上田らによりICF日本語版が完成された。

われわれは、平成15年3月に開催された上田、大川による「ICFの理解と活用」に関する講演会¹⁾に参加した。本稿では、その講演会の概要と看護者に求められている視点を紹介するとともに、あわせて、看護に求められているICFの活用について展望する。

ICIDH から ICF への改定の経過

従来のICIDHは国連の国際障害者世界行動計画 (1981)²⁾にその基本概念が採用され、以降、障害関連の事業に大きな影響を与えてきた。特に障害の階層構造 (3レベル：機能障害、能力障害、社会的不利) を明確にした点で画期的であった。このモデルは図1に示すように、疾患・変調が原因となって機能・形態

障害がおこり、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、従来あいまいに捉えられてきた障害を3層の階層構造にして捉えなおしたところに最も重要な意義があった。そしてこの障害構造論は、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みを提供してきた³⁾。

このような意義をもったICIDHであったが、時代とともに障害をめぐる状況、考え方の変化を受け、国際的には、①疾患から直接社会的不利にいたる経路の追加 (ハンセン病、エイズなどの疾患が何らかの機能・形態障害や能力障害がなくとも著しい社会不利を起こすことなど)、②障害の主観的側面の追加の必要性が求められた。また、③社会的不利を固定的なものとして捉えるのではなく、流動的な「社会的不利状況」と捉え、社会的不利状況を起こす環境因子が含まれていないなどの建設的な批判をうけた。日本では、上田⁴⁾により、これまでの障害構造モデルは「客観的な障害」しか扱っておらず、障害をもつ人の「主観的な世界における障害」を無視してきた点は、問題の半分しかみていないという指摘があった。このような批判を受け、ICFへの改定に至ったと紹介されている。

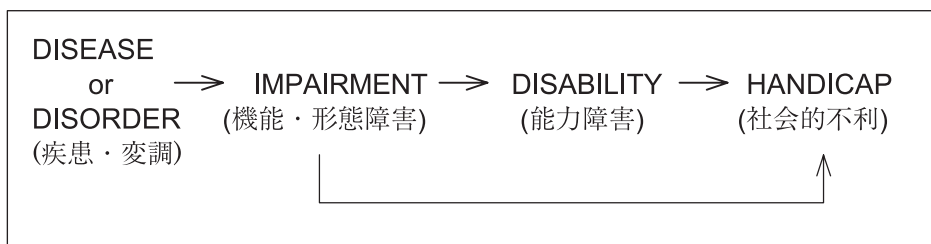


図1. WHO 国際障害分類初版 (ICIDH) の障害構造モデル

*旭川医科大学看護学講座

ICF の特徴・使い方

ICF の特徴を簡潔に紹介すると以下のようである。

- 1) 「生活機能」とは、人が生きることの3つのレベル（生命、生活、人生）の全てを含む「包括用語」で、プラス面を示す用語として新しく作られた。
- 2) 生活機能を機能障害・能力障害・社会的不利の3つの階層で把握する点は同様だが、「障害」というマイナス面の用語を廃止し、中立的な用語を用いることになった。すなわち、「機能障害」は「心身機能・身体構造」に、「能力障害」は「活動」に、「社会的不利」は「参加」と改められた。これらが障害された状態は、それぞれ、「機能・構造障害」「活動制限」「参加制約」となる。
- 3) ICFの画期的な点として「生活機能というプラスの中に障害というマイナスがある」という捉え方になった。障害や病気のある人の中で障害や病気の占める部分は小さく、それらのマイナスよりも健全な機能・能力、残存機能や潜在能力というプラスは無限というほどに大きいという考えに基づいている。
- 4) 障害の背景因子を環境因子、個人因子とし、新たに「環境因子 (Environmental Factor)」分類が加えられた。障害の発生には個人のもつ心身の特徴だけでなく環境の影響が大きいことの認識による。これは支援機器から家族・介護者などの人的環境や法制

度、各種のサービスを含む広いものである。

- 5) 図2で示すように、ICFは相互作用的なモデルである。ICIDHで疾患/変調であったものは、健康状態という用語であらわされ、これは疾患だけでなく、妊娠、高齢、ストレス状態、先天異常、遺伝素因など広い範囲のものを含むこととなった。
- 6) 活動の評価は「実行状況」だけでなく「能力（可能性）」という面から行うことになった。つまり、「している活動」と「できる活動」の両面からの評価が必要ということになった。

なお、ICFは、大分類・中分類・小分類の各項目から構成されている。使い方は、項目をコード化し（ローマ字1字と数字5字との組み合わせ）一定の内容を示す。コードは、数字の後に点をつけて問題の程度を示す評価点（Qualifier）をつけることで意味をもつ。

ICF を臨床場面でどう活かすのか

これまで述べてきた経緯により、ICFが作成されたが、これは理論ではなく病気・障害をもつ人を支援するための実践的ツールである。ICF分類のリストはマイナス面およびプラス面ともに見落としを避け、客観的に真の患者のニーズに基づき対応するために役立つものとなっている。

大川⁵⁾によると、ICFの最大のメリットを活かすには、生活機能構造の意義を十分に理解し、ICFの各項目を評価してバラバラに見るのではなく、その相互作用

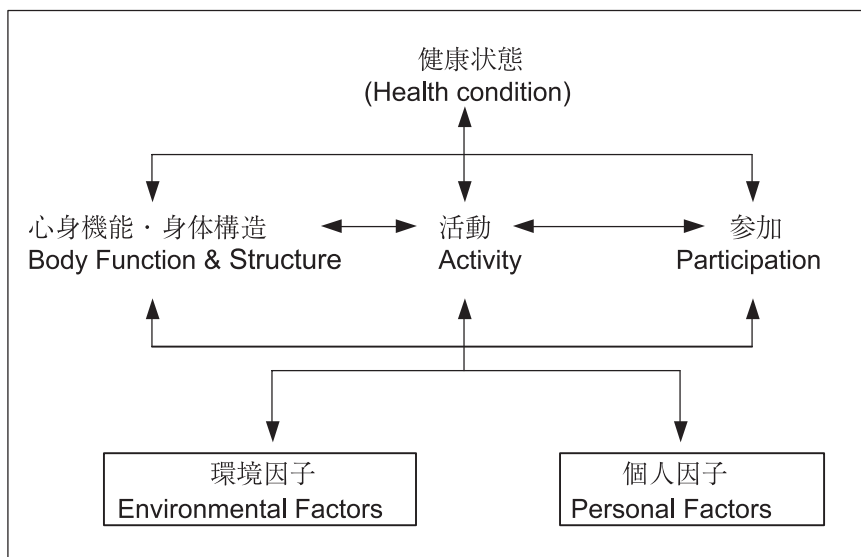


図2. ICF (国際障害分類改定版) の生活機能・障害モデル

用をみて全体像をつかむことが大切であると述べている。ICF 分類の臨床実践における意義についても、①全てのレベルについての分析的把握、②参加を出発点とした相互関連性の整理、③共通認識形成、④専門家と当事者との間での共通認識形成であるとし、①~④を時間的順序ではなく、並行し相互に関連し合うもので、それらの分析と統合をリハビリテーションプロセスの全過程で行っていく必要があると述べている。

このプロセスを実践するためには目標指向的アプローチが有効となる。このアプローチは障害の分析の上にならって統合を行うことから出発し、医療チーム全体としての共通の目標とプログラムをたたき上げて役割を分担していく、「協業」という考えから発生している。「どのような個別的・個性的な新しい人生を創るか」という問題意識に立って、社会的存在としての人間のあり方である参加レベルの「新しい人生」の目標（主目標）を決め、同時にその具体的生活像である活動レベルの問題を決めていくものである。これまでの段階論的アプローチ（機能障害の回復に全力を尽くしそれが頭打ちになってから活動制限に直接対応し、それによる改善の限界が見えてから退院時期と退院先などの参加制約への対応を考えるもの）や同時並行的アプローチ（生活機能の各レベルに働きかけるが全体を統一した目標がなく各職種間の目標・方針の連携がとれていないもの）に比べると、真に患者本位という視点であることがわかる。またそのために生活機能構造・分類は必要なツールであるといえる。

看護への応用～障害者が“持てる力”を 発揮する支援改革

ICF について紹介したが、ICIDH から ICF への改定の根底にある、障害に対する視点の変換は、医療の領域のみでなく社会全体にも求められてきたものといえる。精神看護の領域からこの点について考えてみると、斎藤⁶⁾は『悩む力』のなかで、ある当事者が「なぜ精神障害者だけが自立といわれるんだらう」、「自立や社会復帰は健常者が唱え、常に健常者を基準にしており、少しでも健常者に近づくこと、病気を治すこと、幻覚や妄想を取り去ること、立派な人間になって一人前に働くこと、がイメージされている。けれど世間一般の唱える社会復帰、社会参加はどこかおかしいのではないか。」と語ったことを紹介している。社会は、精神

障害者に対し「障害」というマイナスイメージを抱いており、彼らに「自立」や「社会復帰」という目標を与え、訓練に精を出すという役割を課していると述べている。つまり、支援する側が主役となり、その視点から考える『リハビリテーション』が行われており、本来主役であるはずの当事者が、提供された支援を遂行するだけの脇役のようになっていることを表している。

このような当事者の言葉からも、社会での障害の捉え方はどこか、病気→障害→社会的不利というような一方的な概念を当事者に与えてきたことがわかる。そして、これまで社会で使われてきた障害という言葉は、より中立な言葉として用いられるよう改革される必要があったと考えられる。

看護の場では、個人の心身の機能に焦点を当てるリハビリテーションの考えに基づいてケアを行ってきた⁷⁾が、それのみでは「できない側面」が強調されていたところがある。例えば、高齢者へのリハビリテーション看護においては、患者はなにかができない人とみなされ、その結果、現状の機能を維持する看護が行われる。ここで看護者が誤って患者の最低レベルの能力を看護目標のレベルとみなしてしまうと、Excess disability（本来のレベル以下に機能が低下している状態）が生じる⁸⁾。特に高齢者にみられる痴呆や加齢は、認知機能や身体機能の低下というマイナスイメージを印象づける現象となりやすい。しかし看護者は対象者の“できること”を査定し、“していること”を“できること”に近づけていくようにケアを行うことが重要である。ICF の活用は、看護者がまさにその対象者の“持てる力”を引き出すためには欠かせないツールとなり、熟練者にも初心者にも、一定水準の質の高いケアを提供するために有用である。

ICF で強調されている視点を紹介したが、看護者は、対象者を全人的にとらえ、その対象者が「持てる力」を最大限に発揮できるためのケアを提供してきた。しかし、現在のケアサービスでは、大川⁴⁾が指摘しているように医療者ひとりひとりの力量もあることから、結果として対象者に提供されているサービスには差が生じている。今回の改定は、これまでの「障害」に対する視点の変容とともに、ICF の意義である「協業」という立場で、各医療職種の全員が対象者の真のニーズに沿って考え、ケアサービスを提供することの重要

性が強調されている。この機会に、われわれ看護師は、これまで行ってきたケアについて再考し、より質の高いケアを提供するための意識づくりをしていくことができる。また、「障害」に対する概念を、看護実践におけるひとつの軸にすえることで、対象者の求めるニーズを的確にアセスメントし、対象者を中心としたリハビリテーションの展開に活用できる。

引用文献

- 1) 上田敏、大川弥生：ICF：WHO国際生活機能分類の理解と活用：厚生労働科学省研究成果等普及啓発事業講演会資料、国立長寿医療研究センター・老人ケア研究部リハビリテーション研究室、2002
- 2) 上田敏：リハビリテーション医学の位置付け、医学のあゆみ、116、214-253、1981
- 3) 上田敏：WHO国際疾病分類改定の経過と今後の課題、PTジャーナル、36（1）、5-11、2002
- 4) 上田敏：リハビリテーション医学の位置付け、医学のあゆみ、116、214-253、1981
- 5) 大川弥生：ICFを病気・障害のある人への支援にどう生かすか、ICF：WHO国際生活機能分類の理解：厚生労働科学省研究成果等普及啓発事業講演会資料、国立長寿医療研究センター・老人ケア研究部リハビリテーション研究室、11-17、2002
- 6) 斎藤道雄：悩む力-べてるの家の人々、みすず書房、2002
- 7) 泉キヨ子：人間の持てる力を引き出すリハビリテーション看護学の追求、日本看護研究会雑誌、25(1)、11-19、2002
- 8) Dawson. P. Wells. D & Kline. K: Enhancing the Abilities of Persons with Alzheimer's and Related Dementias、山下美根子監訳、痴呆性高齢者の残存能力を高めるケア、医学書院、11-28、2002

参考文献

World Health Organization: International classification of functioning, disability and health、障害者福祉研究会編集、国際生活機能分類-国際障害分類改訂版、中央法規出版、2002