

ICFに係るこれまでの経緯について

1. 世界保健総会における承認

1970年代より、世界保健機関（以下「WHO」という。）において障害に関する分類法について検討が始まり、1980年に国際疾病分類（以下「ICD」という。）の第9回改訂に際して、補助分類として、機能障害と社会的不利に関する分類であるWHO国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps：以下「ICIDH」という。）が発表された。

その後、単に心身機能の障害による生活機能の障害を分類するという考え方でなく、生活機能という人間を総合的に捉えた観点からの分類として、活動や社会参加、特に環境因子というところに大きく光を当て、その概念の拡充及び質的変容が図られた国際生活機能分類（以下「ICF」という。）が、ICIDHの改訂版として、2001年5月、ジュネーブで開かれた第54回WHO総会において採択がなされた。ICFは、これまでのICDの補助分類からICDと並ぶ中心分類の一つとなった。

（参考）

国際生活機能分類（ICF）に関する第54回世界保健総会承認決議（WHA54.21）

第54回世界保健総会は、

1. 「国際障害分類」（ICIDH）の第2版を、国際生活機能分類；国際障害分類改訂版（略称ICF）として承認し、
2. 加盟国に対し、ICFを研究、サーベイランスおよび報告の上で、各国の事情を考慮し、特に将来の改定を念頭におきつつ適切な方法で用いることを勧告し、
3. WHO事務総長に対し、加盟国へその要請に応じてICFの活用のための援助を行う

ことを要請する

2. 国際生活機能分類（ICF）を巡る状況の変化

ICFの利活用の推進については、WHOは「分類に関するWHOのビジネ

スプラン(2005年第1.1版)」(資料3-3)において、その目標や方向性が定められている。

その活動を支える機能を担うため、現行のWHO-FICネットワークの中に新たにICFに関する専門的な委員会(生活機能分類グループ(FDRG))を設置する方向で検討を進めており、本年10月の年次会議(WHO-FICチュニジア会議)で正式に発足する予定である。

3. 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会の設置

ICFに係るこのような国際的情勢の変化を踏まえ、我が国の意見を集約し、適切な対応を図り、もって積極的な国際貢献を果たすとともに、国内におけるICFの正しい普及・啓発を図るため、統計の基本事項として社会保障審議会統計分科会において審議する必要があるとされた。

ICFは、広範囲に渡る専門的知識を必要とすることから、社会保障審議会統計分科会において、「生活機能分類」に係る委員会の設置の規定が承認され(平成18年2月13日)、当該規定に基づき、統計分科会長の了解を得て、生活機能分類専門委員会が設置された。

*用語について

- ・FIC (国際分類ファミリー) = Family of International Classifications
- ・ICD (国際疾病分類) = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
- ・ICF (国際生活機能分類) = International Classification of Functioning, Disability and Health

平成 18 年 2 月 13 日

社会保障審議会統計分科会

「生活機能分類」に係る委員会の設置について

1 設置趣旨

「生活機能分類」(ICF)については、「疾病、傷害及び死因の分類」とともに国際連合の指定する統計分類として、位置づけられているものであり、国際的にも重要度の高い統計分類である。本分類の作成に当たっては、世界保健機関(WHO)がICDと同様に改訂作業を進めている状況に鑑み、我が国としても、各分野の実情にあったものとする必要があり、統計分科会において、統計の基本事項として審議を行う。

しかしながら、本分類は広範囲に渡る専門的知識を必要とするため、個別具体的な事項については、委員会を設置し、検討を行う必要がある。

2 審議事項

- (1) 「生活機能分類」の普及を目的とする補助分類の作成
- (2) 「生活機能分類」に係る軽微な変更
- (3) その他「生活機能分類」に係る個別専門的事項

3 当面のスケジュール及び構成

検討の必要が生じた場合に統計分科会長の了解を得て、委員会を設置する。委員会に属する者は、各分野の学識経験者から別途任命された専門委員の中から統計分科会長が指名する。また、統計分科会長は、委員及び臨時委員も指名することができる。

委員会の検討結果は統計分科会に報告するものとする。

社会保障審議会

統計分科会

統計の総合的企画、調査及び研究、統計の改善及び整備並びに統計の知識の普及及び指導に関する事項を調査審議すること

生活機能分類専門委員会

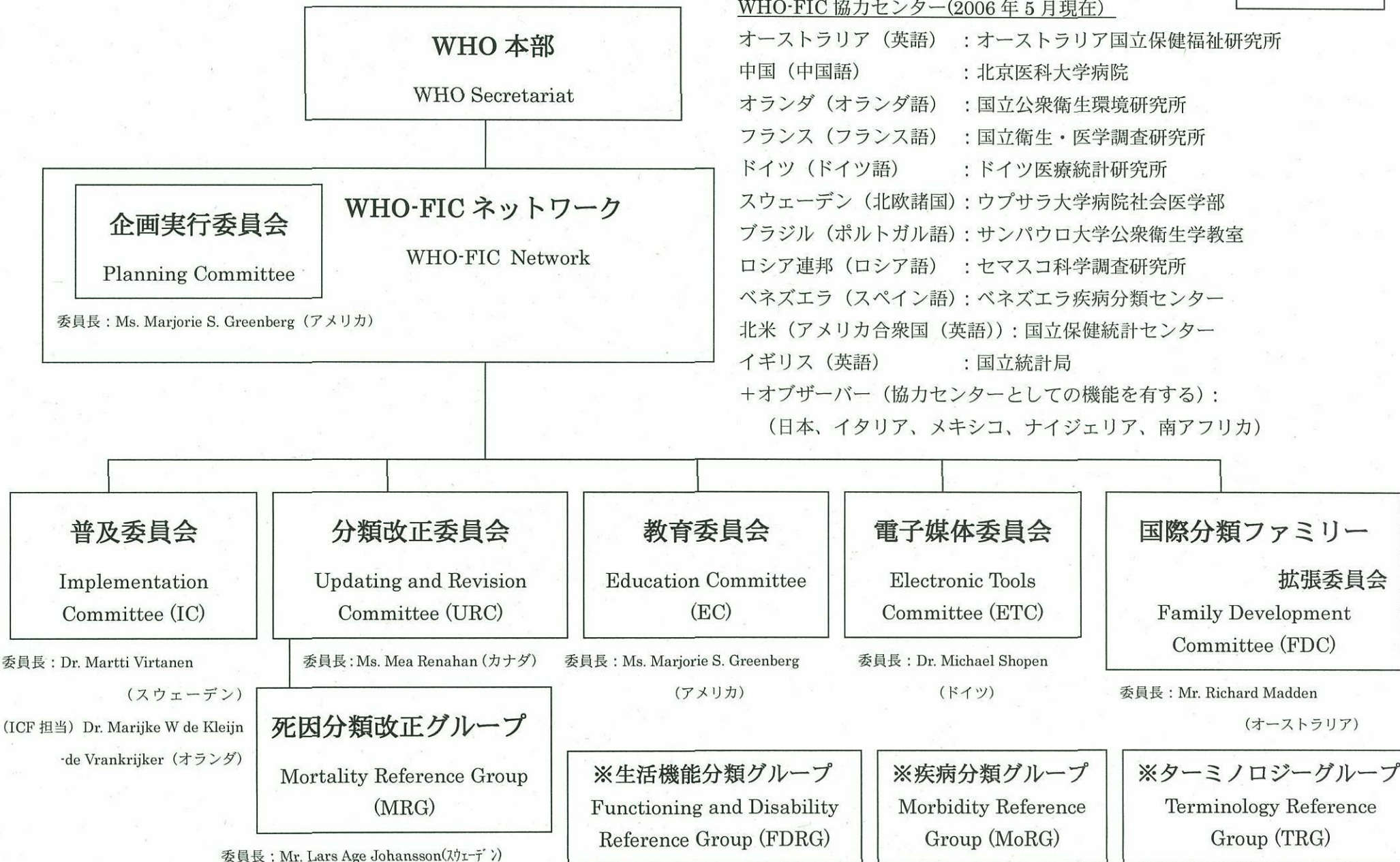
生活機能分類に関する個別具体的な事項の検討

医療分科会・・・医療法(昭和23年法律第205号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

福祉分科会・・・児童福祉法(昭和22年法律第164号)、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)及び昭和22年法律第164号、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)及び社会福祉法(昭和26年法律第45号)第125条の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

介護給付費分科会・・・介護保険法(平成9年法律第123号)及び介護保険法施行法(平成9年法律第124号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

医療保険保険料率分科会・・・健康保険法(大正11年法律第70号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)及び健康保険法等の一部を改正する法律(昭和59年法律第77号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

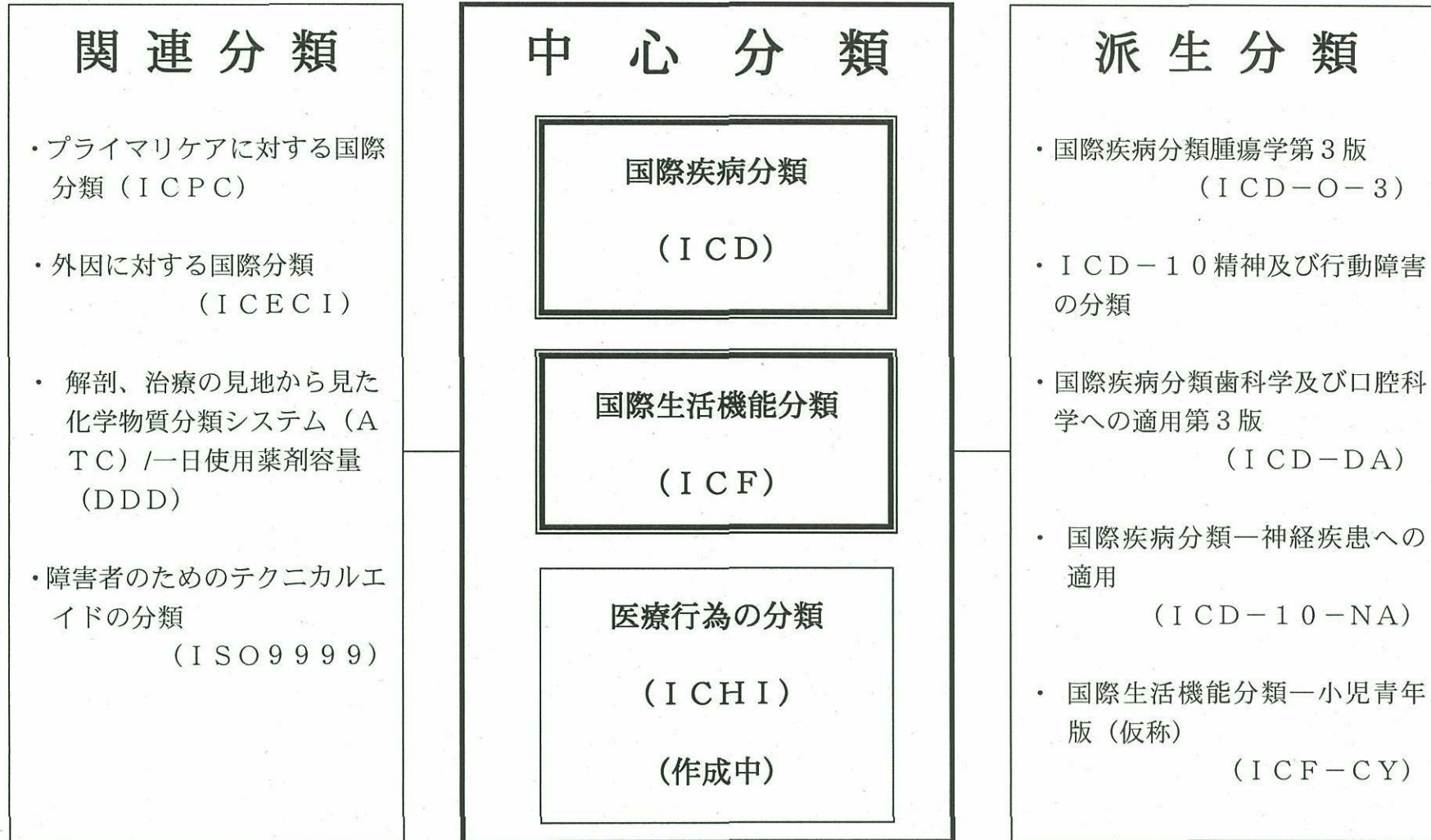


- WHO-FIC 協力センター(2006年5月現在)
- オーストラリア (英語) : オーストラリア国立保健福祉研究所
 - 中国 (中国語) : 北京医科大学病院
 - オランダ (オランダ語) : 国立公衆衛生環境研究所
 - フランス (フランス語) : 国立衛生・医学調査研究所
 - ドイツ (ドイツ語) : ドイツ医療統計研究所
 - スウェーデン (北欧諸国) : ウプサラ大学病院社会医学部
 - ブラジル (ポルトガル語) : サンパウロ大学公衆衛生学教室
 - ロシア連邦 (ロシア語) : セマスコ科学調査研究所
 - ベネズエラ (スペイン語) : ベネズエラ疾病分類センター
 - 北米 (アメリカ合衆国 (英語)) : 国立保健統計センター
 - イギリス (英語) : 国立統計局
 - +オブザーバー (協力センターとしての機能を有する) :
(日本、イタリア、メキシコ、ナイジェリア、南アフリカ)

※ 本年4月のWHO-FICネットワーク企画実行委員会にて年内の設置に向けグループ規約等が提案され、10月のWHO-FICネットワーク会議(チュニジア会議)で発足予定

世界保健機関国際分類ファミリー

World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)



分類に関する WHO のビジネス・プラン（抄）

・・・ 分類は保健情報の基本要素 ・・・

医療行為などの保健システム関連項目を含め、死因、疾病、障害、健康のような、
重要な健康指標を捕捉するための意味のある情報ツールとして、
世界共通で活用するための分類体系

WHO、ジュネーブ 2005 年第 1.1 版

本ビジネス・プランは、2005～2010 年を対象としている。
本ビジネス・プランは、年次進捗状況報告により毎年見直しされ、
たえず更新される。

2.4 保健活動の結果を評価するスイス・アーミー・ナイフ：ICF

現在の保健情報システムは、どのような成果を達成できるかを証明するための評価が求められる段階にある。保健は改善されるのか。保健の結果を評価するには、共通の基準が必要である。たとえば、白内障がなくなれば、視力がよくなり、ヒザを取り替えれば動きがよくなる。さまざまな保健分野とその詳細項目は、ICF（国際生活機能分類）によって分類が行なわれた。

WHOは、10年にわたる一連のフィールド・テストの後、2001年末にICFを刊行した。以前のInternational Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (WHO, 1980)の後、ICFが取って代わった。ICFは、複数の言語で作成され、アラビア語、中国語、英語、フランス語、ロシア語、スペイン語の6つのWHO公式言語で同時に出版された。2001年以降には、他の28言語のバージョンが準備されている。

ICFは、この分野の共通フレームワークの必要性を強調しているが、普及には、概念上のツール以上のものが需要である。ICFの活用分野は幅広く、各種調査、人口調査、統計、保健、社会保障、教育、労務、その他、多数の活動が含まれる。開発作業では、情報の共有、教育資料の作成、評価ツールの調整、フィールドでの使用評価などを確保し、総合的にダイナミックな普及戦略を開発する必要がある。

戦略の方向性

ICF を世界中に効果的に普及し、信頼性の高い意義のある情報を提供して、機能的な成果を達成する。

- ICF を保健成果の主要評価フレームワークとする。
- 世界の医療行為プログラム（3by5、RBM、StopTB、IMCI など）を使用して、効果的な治療の結果を評価するのに適し、使いやすく、ICF リンクがされた手段を開発する。
- 加盟国における保健および障害の ICF コード普及についてレベルと品質を改善し、国内外の保健と障害に関する統計の品質と比較可能性を改善する。

ビジネスの推進要因

● 各政府は結果について情報を望んでいる

政府は、保健システムの管理者として、結果に関するデータを求めている。現在は、生命を奪う疾病ではなく、障害をもたらす疾病が問題となっている。介入の効果をどのように評価するのか。ICF は、一連の治療を監視するためのデータを提供し、さまざまな業務を対象に比較ができる。高齢化による慢性疾患のため、保健状況の変化を監視する必要性が増加している。

● 消費者の権利が認識されている

保健に対する人々の権利について、また特に障害者に対する特別なニーズと障害者の社会参入について関心が高まっている。

● よりよいデータ収集に関する共通フレームワーク

結果データは重要であるが、標準が統一されていないと「バベルの塔」になってしまう。定義と評価方法を改善する必要がある。ICF を適用すると、保健成果を評価するときに共通言語と共通基準を利用できる。

● 主要保健イニシアティブの効果の評価

主要保健イニシアティブは、他のすべての介入と同様に、パフォーマンス評価として成功度合いを評価する必要がある。たとえば、HIV/AIDS、結核、マラリアなどの介入を行った場合に、標準的な保健成果として、どのような成果を達成できたのかを知る必要がある。

リスク便益分析

現在の ICF の普及はまだ初期段階である。ICF は、国際標準として採用されているが、ICF の解釈はユーザーによって異なる。アプリケーション・ツールと専門知識は、現在も開発

中である。優れたアプリケーションに関する情報を潜在的ユーザーに伝えることができなければ、調整の欠如や重複作業はリスクとなる。

専門分野には独特の結果評価がある。共通フレームワークに専門分野を取り入れたり、移行したりすることは時間がかかり、ある程度の抵抗もある。共通の評価を実施することは、そうした評価を使用することで損失が発生することも考えられるので、歓迎されないかもしれない。

関連作業

- 調査、普及、使用、教育資料、各種作業に関する知識情報ネットワークの作成。
- 各種調査、人口調査、臨床環境に関する普及戦略の作成。評価と調整作業の調整。
- 主要保健イニシアティブの効果を監視するため、デモ・プロジェクトを選択し、ICFの実用性を示す。
- ICF系の評価手段およびアプリケーション手段を使用し、保健状況情報の説明値を改善する。例：ケースミックス・グルーピング（CMG）説明力の強化、および診断関連グルーピング（DRG）の展開において、ICFの付加価値を示す。
- SNOMED、その他の共通使用されているマイクロ分類と用語集について、ICFとのリンクを示す（例：国内の治療記録に関する米国の調査や英国の作業など）。
- 疾病管理プログラムと電子保健記録について、機能状況インディケータの組み込み。
- 障害証明書と年金制度をICFのビジネス・プランとして考慮する（通常は、保健省以外で扱われている）。

予想される結果

知識共有メカニズムの立ち上げと運営：ICFインターネット・サイトの調整とリンクにより、ICFの情報や調査結果を共有、促進する。

評価と調整に関する協力。

保健や障害の報告、臨床調査や疫学調査の結果評価、および障害証明などの戦略的に重要な分野で、2008年までにICF利用の実用性と可能性を示す。

2010年までに、ICF population norm、障害有病率などのICFに基づくデータ・セット。

リソース

ICF を効果的に普及し、デモ・プロジェクトを実施するには、健全な財政リソースと人的リソースが必要である。

現在の WHO のリソースは、ICF を普及し、インターネットで情報を普及するための総合的な支援を提供できる。

各国は、普及活動を実施するためのリソースを確認する必要がある。インフラストラクチャーの開発には、アプリケーション・ツールと教育資料（ICF イン・ボックス）やガイドラインの作成に集中する必要がある。資金調達活動では、さまざまな資源から必要な資金と人材を動員することに焦点を当てる。

- 関係ある国立機関および国際機関
- 民間および公共の提携先
- 国際的または各国の主な保健イニシアティブ
- 多国間または二国間の開発プログラム
- WHO-FIC 財の収益

生活機能分類に関する当面の検討課題について

1. 生活機能分類に関する具体的評価方法について
2. 国際生活機能分類—小児青少年版（仮称）について
3. 国内における普及について

ICFの今後の予定について

WHO-FICネットワーク会議 2006 チュニジア会議開催概要
(WHO Family of International Classifications Network
Meeting Tunisia 2006)

開催期間 平成18年10月29日(日)～11月4日(土)
会 場 the Renaissance Tunis Hotel
WHO主催、WHO-FICフランス協力センター、チュニジア政府共催

参加者 WHO、協力センター、オブザーバー等
世界10数ヶ国 参加者数約100名程度

会議主要議題

10月29日(日)

WHO-FICネットワークアジア地域会議
WHO-FICネットワーク計画委員会
WHO代表部及び各国代表者の会議(戦略会議)

10月30日(月)～11月3日(金)

1. WHO代表部及びセンター代表者による会議(戦略会議) 報告
2. 各委員会及びワーキンググループの重点項目討議
 - ・ 教育委員会(EC)
 - ・ 電子媒体委員会(ETC)
 - ・ 国際分類ファミリー拡張委員会(FDC)
 - ・ 普及委員会(IC)
 - ・ 分類改正委員会(URC)
 - ・ 死因分類改正グループ(MRG)
 - ・ 生活機能グループ(FDRG)
 - ・ 疾病分類グループ(MORG)
 - ・ ターミノロジーグループ(TRG)

3. 各委員会合同討議
4. 全体会議
5. ポスター発表
6. インフォメーションパラドックスに関する特別セッション
7. ビジネスプラン及び戦略計画の検討

11月4日（土）

8. 会議報告書草案の採択
9. 会議の評価
10. 2007年会議の場所：イタリア、10月中旬（予定）

大川委員提出資料

参考資料1 ICFの概念枠組み－「生きることの全体像」についての「共通言語」－

参考資料2 WHO－FIC(WHO国際分類ファミリー)とICF(国際生活機能分類)

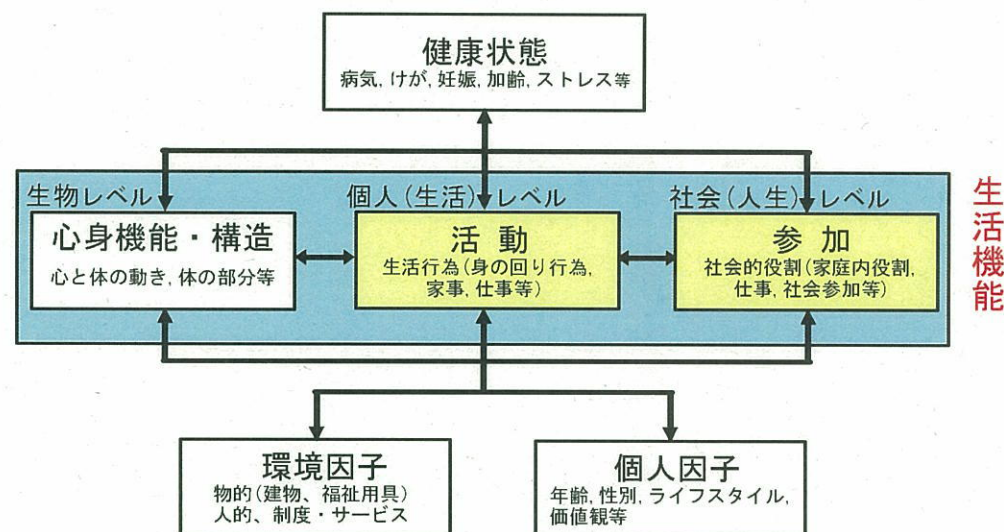
参考資料3 ICF(国際生活機能分類)－「生きることの全体像」についての「共通言語」－

ICFの概念枠組み

「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

生活機能モデル (WHO・ICF、2001)



「医療モデル」「社会モデル」から「統合モデル」へ

「心身機能」の不自由を、
生活上の「活動」で補い、
豊かな人生に「参加」する

「生活機能」向上をめざし

健康とは「病気がないだけでなく」
「生活機能」も高い水準にあること

真の健康向上のために、基本的スタンスの転換を
(保健・医療・介護・福祉 のすべてで)

| | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| 病 気 中 心 | ⇒ | 生 活 機 能 重 視 |
| 身 体 能 力 偏 重 (心身機能) | ⇒ | 生活行為・人生の豊かさ重視 (活動・参加) |
| マ イ ナ ス 中 心 | ⇒ | プ ラ ス を 引 き 出 す |
| で き な い こ と を 補 う | ⇒ | 自 立 性 向 上 |
| メ ニ ュ ー 中 心 | ⇒ | 個 別 性 ・ 個 性 重 視 |
| そ の 時 点 だ け | ⇒ | 一 生 に つ い て 考 え る |
| 専 門 家 ・ 行 政 中 心 | ⇒ | 自 助 ・ 共 助 の 促 進 |
| パ タ ー ナ リ ズ ム | ⇒ | 自 己 決 定 権 の 尊 重 |

生活機能（WHO・ICF：国際生活機能分類）の特徴

- ① ICFは「健康」に関する分類
 - ・ 全ての人の「健康」に関する分類（ICDは病気に関する分類）
- ② 「生きることの全体像」をとらえる「生活機能」
 - ・ 「生活機能」とは、「心身機能・構造」「活動」「参加」のすべてを含む包括用語
 - ・ 人が「生きる」ことの3つのレベル（生物・個人・社会、あるいは生命・生活・人生）に対応
 - ・ 生活機能のマイナス面も「機能障害」「活動制限」「参加制約」の3レベルからなる
これらの包括用語が「障害」（「生活機能低下」）
- ③ 「共通言語」としての生活機能
 - ・ 「共通言語」とは共通のものの見方・捉え方
 - ・ ①専門家と本人・家族、②専門家のチーム内の「共通言語」
 - ・ チームワーク構築と自己決定権尊重のツール
- ④ かたよらない「統合モデル」
 - ・ 従来の、①生物学的な原因を重視する「医学モデル」と、②社会環境を原因として重視する「社会モデル」との対立をこえて、それらを統合した「統合モデル」
- ⑤ プラスの重視：潜在的生活機能を引き出す
 - ・ マイナス面でなく、プラスの面を重視
 - ・ プラスとは残存機能でなく積極的に引き出す「潜在的生活機能」
- ⑥ 生活機能に影響する背景因子
 - ・ これは「環境因子」（人的、物的、制度・サービス）と「個人因子」の2つからなる
- ⑦ 病気よりひろく「健康状態」を
 - ・ 病気やケガだけでなく、妊娠、加齢、ストレス、など広い
- ⑧ 相互作用モデル
 - ・ 「心身機能・構造」「活動」「参加」の各生活機能は相互に影響し合う
 - ・ それらに対し「健康状態」「環境因子」「個人因子」が影響する
- ⑨ 各レベルの相対的独立性
 - ・ 生活機能の各レベルは独自の法則をもち、他に影響されない面をもつ
 - ・ 特に重要なのは「心身機能」が変化しなくても「活動」を向上させうること
- ⑩ 「実行状況」と「能力」
 - ・ 実行状況（「している“活動”」）：
毎日の生活で、特別な努力なしに行っている状況（促し、見守り、介助などの介護を受けている場合を含む）
 - ・ 能力（「できる“活動”」）：
訓練や評価の場面で発揮することができる状態
 - ・ この2つは通常異なる。両者をとらえることが重要
 - ・ 「能力」は潜在的生活機能を引き出すための重要な鍵

生活機能とは：疾病との違い

| | 生活機能 | 疾病 |
|------------------|--|---|
| 基本的視点 | どう生きるか － 社会の中で生きている個人 | 病気や症状がないか － 生き物としての人間 |
| あつかう 問題の複雑さ | 多種多様 | 比較的均一 |
| 良くし方 | 目標とする望ましい状態は個別的・個性的なもの (個人差・個別性が大きい) | 異常を正常に治していく (疾患レベルの正常状態は個人差が少ない) |
| 予防・改善・ 向上の考え方 | 生活機能低下の因果関係と、予防・向上のキーポイントとは別のことが多い。 全体像の把握に立ってキーポイントをおさえる | 原因・病態生理・症候の異常を正常化 |
| マイナスへの 対し方 | プラスを増やすことが大事 (マイナスを減らせばプラスになるとは限らない) | マイナスを減らすか他人の助けで補う |
| 気付き方 | 本人自身でマイナス面に気付きやすい (しかし専門家に相談できる内容との認識は少ない) | 本人自身で気付くとは限らない (症状出現前に健診で発見できることもある) |
| 本人の役割 | 本人・家族が主体で、その積極的関与が必要 I C Fモデルに立って自己決定権を発揮 専門家は支援者 | 専門家中心 本人はよく理解して同意することが主 選択の余地はあるが、大きくない |

「生活機能」向上の方向性

| | |
|----------|---|
| 基本的考え方 | <ul style="list-style-type: none"> ○ すべての人に生活機能の観点からも対応（病気だけでなく） ○ 更なる「向上」の観点（単なる低下予防ではなく）－ 低下面があっても、他に向上可能な面は多い ○ プラスの増大（マイナスの減少よりも） |
| 対象者 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 一貫した生活機能向上の理念のもとに多数の事業(含：民間)が相互協力 <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定のライフステージ・健康状態・生活機能のレベルに限ったものでない |
| 各種制度間の連携 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 様々な行政施策（厚労省のみでない）で生活機能向上の観点は今後ますます重要 ○ 各種制度間の連携を（保健・医療保険・介護保険はもちろん、それだけでなく） <ul style="list-style-type: none"> 例：・ 社会参加拡大、外出促進には道路、交通、建築、施設設備が不可欠 <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者には社会参加のニーズが少ないとするのは問題 ・ 啓発は学校教育から始め生涯教育へ ○ 相互連携が重要で、それがないとマイナスになる危険も <ul style="list-style-type: none"> 例：・ 環境因子には「促進因子」と「阻害因子」の両面あり <ul style="list-style-type: none"> 同一の環境因子が、ある種の生活機能低下者にはプラス（促進因子）になっても、別種の人にはマイナス（阻害因子）になる。（例：点字ブロック、車いす用設備） |
| 自己決定権 | 尊重（望ましい生活機能には個人差が大きく、他人には分からない） |
| 医療 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 「健康状態」に問題のある人は生活機能低下者になりやすい ○ 生活機能向上の観点からの疾患治療・管理を（生活・人生を重視した医療） ○ 生活機能低下の早期発見・早期対策（含：関連専門家、行政サービスへの紹介） |
| 教育 | 一般教育と、医学・福祉・介護等の専門教育とで生活機能の見方やそれに立ったチームワークを学ぶ |
| 一般国民 | 当事者であるとともに「環境因子」でもある（初等・中等教育・一般啓発が大事） |

WHO-FIC (WHO国際分類ファミリー) と ICF (国際生活機能分類)

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

WHOには多くの国際分類があり、それらがたがいに関連したひとまとまりのグループをなし、「ファミリー」と呼ばれている。

このように多数の分類が必要なのは、健康とそれを守るための保健活動そのものが複雑で多面的なものであるからであり、それらが「ファミリー」を形づくるのは、それら全ての分類が結局は「健康を守り増進する」という大目的に向けて統合されたものだからである。

WHOの国際分類ファミリー(WHO-FIC: Family of International Classifications)について説明し、ICD(国際疾病分類)とともにその中心をなすICF(国際生活機能分類)の位置づけを明確にしたい。

1) 健康の定義

WHOによる健康の定義は「完全な肉体的、精神的及び社会的ウェルビーイング*の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」(WHO憲章、1946)である。

2) ICFの意義

その意味で、WHO-FICの中心分類がICDとICFの2つから成ることは大きな意義がある。すなわちICDは疾病を中心として捉えているが、ICFは生活機能(Functioning)という包括的な枠組で、「身体的、精神的、社会的なウェルビーイング」全体を捉えるものであり、真の「健康」を理解するためにはこの両者が不可欠だからである。

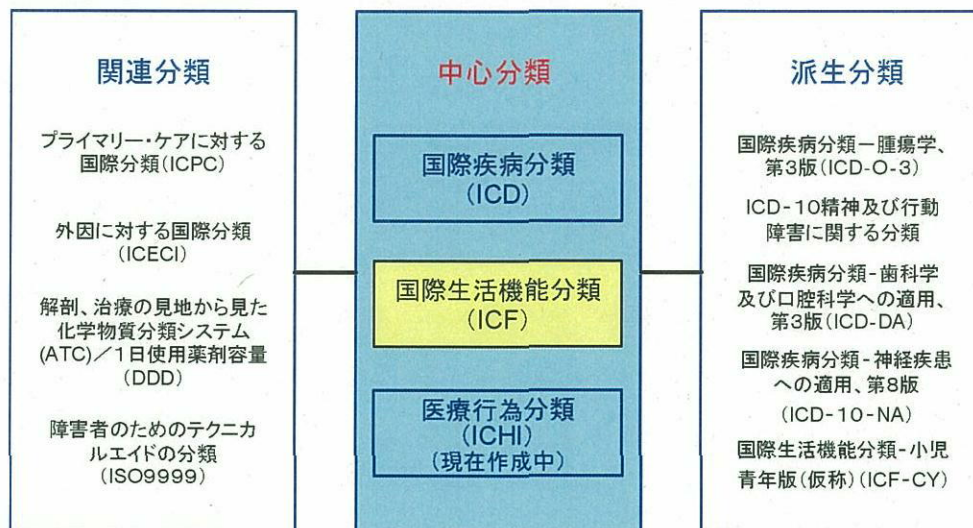
ICDとICFとを車の両輪として活用することで、保健・医療・福祉・教育、労働その他様々な分野で広い意味での健康を増進し、いわば「やまいをいやす」だけでなく「人をいやす」こと(ウェルビーイングの増進)が実現できるのである。

*ここで仮に「ウェルビーイング」と訳した“well-being”は、本来「良好な状態にあること」という意味であり、これまで安寧、福祉、幸福などさまざまに訳されてきたが、いずれも十分意味をつたえず、誤解を招くこともあるので、ここではしいて訳さないで用いた(図2、3でも同様である)。

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そこに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(ICH)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。

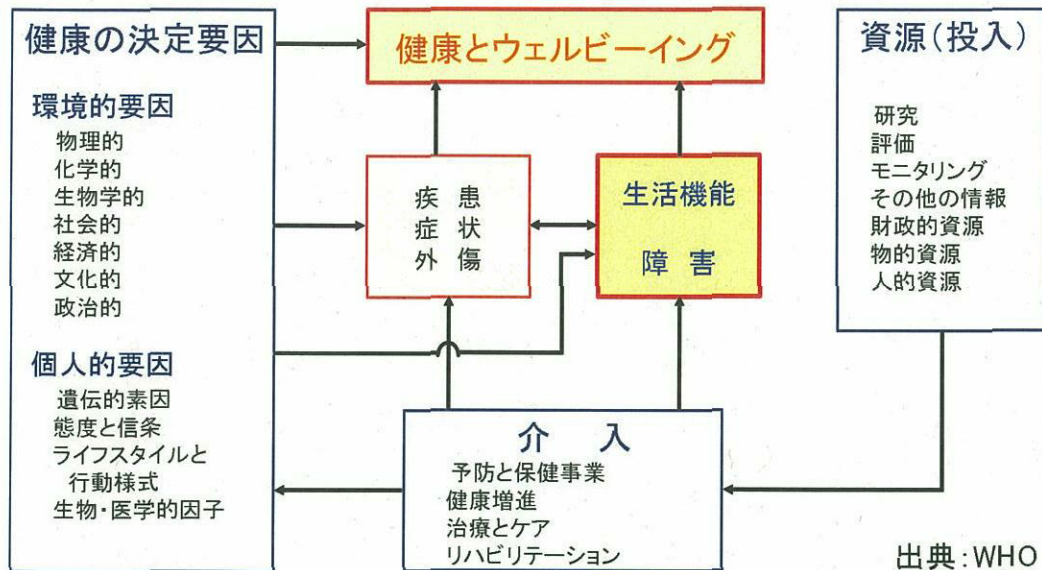
3) 関連分類 (Related Classifications)

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



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 | ・ISO9999 | |
| プライマリ・ケア ⁵ ・一般医療 ・救急医療 ・その他 | ICF | | ICPC-2 | ICF | ・ICPC-2 | |
| 急性期病院入院 | ICD-10 (20章) | | ICD-10 | ICF | ICHI ATC/DDD ISO9999 | |
| 特殊なケア ² (在宅ケア、又は非在宅ケア) | ICF | | ICD-0-3 ICD-DA ICD-NA ICD 精神保健 | ICF | ATC/DDD ISO9999 | |

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は個々人の人の問題・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。

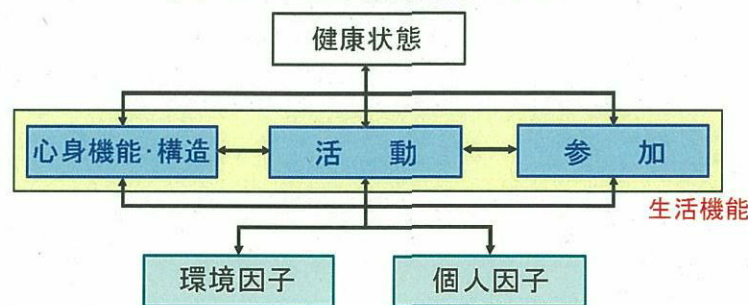
2. 「生きることの全体像」(1)：相互作用においてとらえる

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。

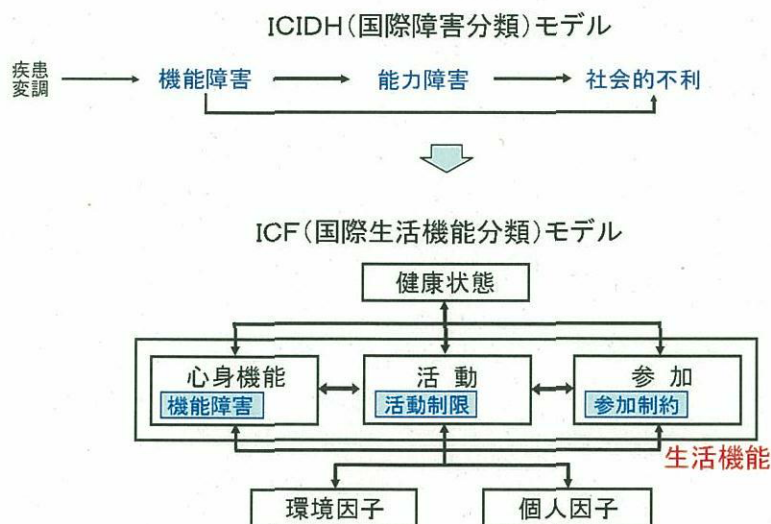
- ・「機能障害（構造障害を含む）」（Impairment）：「心身機能・構造」に問題が生じた状態
- ・「活動制限」（Activity Limitation）：「活動」に問題が生じた状態
- ・「参加制約」（Participation Restriction）：「参加」に問題が生じた状態

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、全体を見落としなくとらえる”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。

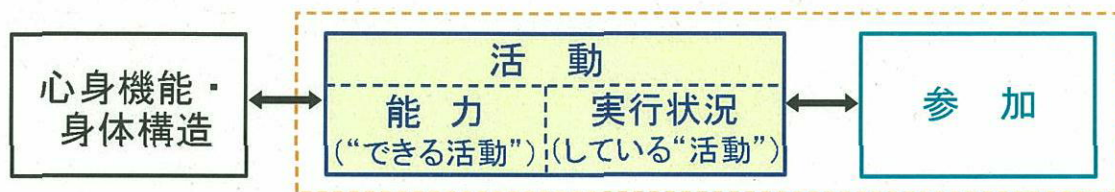
「実行状況」と「能力」とは通常異なっており、どちらか一方だけでなく、両者を捉えることが必要である。

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 －「疾患の帰結（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。