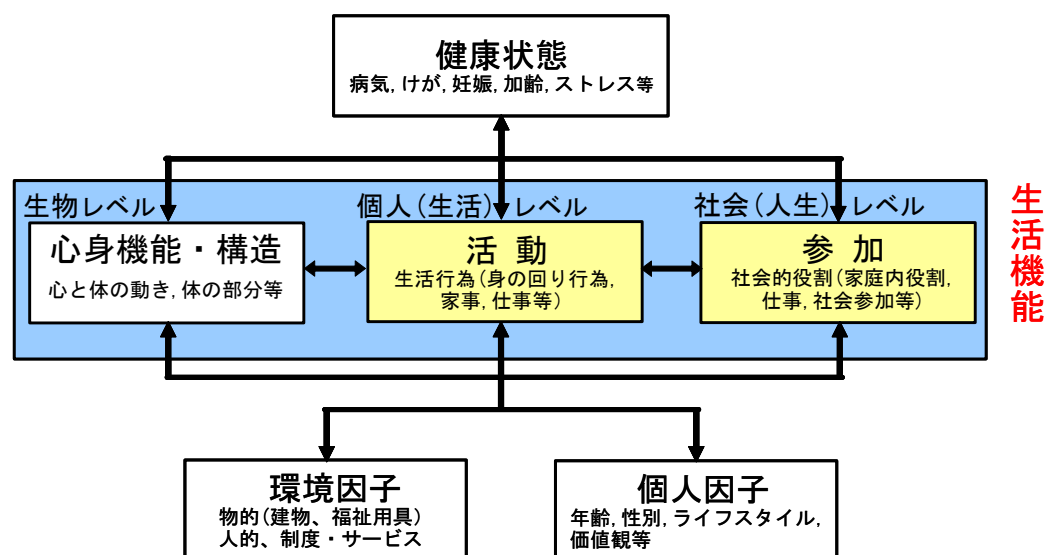


## I C F の概念枠組み

## — 「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"> <li>○ 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）</li> <li>○ 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</li> <li>○ プラスの増大（マイナスの減少よりも）</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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"> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>
各種制度間の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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"> <li>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</li> <li>・ 高齢者には社会参加のニーズが少ないとするのは問題</li> <li>・ 啓発は学校教育から始め生涯教育へ</li> </ul> </li> <li>○ 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"> <li>例：・ 環境因子には「促進因子」と「阻害因子」の両面あり</li> <li>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）</li> </ul> </li> </ul>
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"> <li>○ 「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</li> <li>○ 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）</li> <li>○ 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）</li> </ul>
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）