

国際生活機能分類の発展の方向性

花 田 信 弘

Future Directions of International Classification of Functioning, Disability and Health

Nobuhiro Hanada

はじめに

健康問題に関連して世界保健機関（WHO）は1990年に国際疾病分類（International Classification of Diseases ; ICD）を出版した。歯科学及び口腔科学へ適用するマニュアル（ICD-DA）も出版しているので歯科医師にも馴染みのある分類である¹⁾。ICDはICD-1が刊行されてから、ほぼ10年ごとにバージョンアップし現在はICD-10となり、実際の医療現場で使用されている。ICDはカルテの電子化に伴い、わが国の医療に不可欠の分類として活躍している。ICDに基づく電子カルテによる患者情報の共有が進み多くの医療機関では診療情報が急速に電子化されつつある。

歯科の分野では、乳歯齲蝕と永久歯齲蝕の区別をどのようにするのか、小窩・裂溝齲蝕、隣接面齲蝕と平滑面齲蝕の区別をどのようにして行うのかなど未解決の課題はあるが、電子カルテ化は着実に進化していくと思われる。

一方、ICDから80年遅れて1980年に登場した国際障害分類や2001年に登場した国際生活機能分類は今後どのような方向性と展望をもって進化、

発展を遂げるのだろうか？

国際障害分類

ICDが目指したのは死亡の分類であった。しかし、時代とともに疾病だけでなく疾病の帰結としての障害、障害による社会的不利などを考慮する必要が生じてきた。そこでICDにリハビリテーション医学の領域も取り上げられるようになった。

高齢社会ではほぼすべての人々に何らかの疾患があるため、WHOの健康の定義で述べられている「完全な健康」は「絵に描いた餅」であり実現不可能である。高齢社会においては、なにが病気であり、なにが病気でないかの決定は、単なる病理学的診断ではなく臓器＝個人＝社会の3つの次元の総合的判断で下されるものである。高齢社会においては、生活機能の回復を優先させる整形外科やリハビリテーション医学の需要が著しく拡大しているのである。そこで、WHOは1980年にICDの補助として「WHO国際障害分類（ICIDH）、その改訂版として国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF）を発表した²⁾。ICFは、人間の生活機能と障害の分類法として、2001年5月の総会において採択されたものである。この特徴は、これまでのWHO国際障害分類（ICIDH）がマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFは、生活機能というプラス面からみる

【著者連絡先】

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
国立保健医療科学院口腔保健部
部長 花田信弘
TEL : 048-458-6277 FAX : 048-458-6288
E-mail : nhanada@niph.go.jp

ように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことである。

ICIDHはリハビリテーション医学の専門家が実際に使用できるICDの補助分類としての明確な方向性を持っていた。しかし、その後登場したICFの場合、ICDの補助分類という位置づけではなく、ICDからの独立性が高くなっている。ICDから独立を目指したICFの概念は素晴らしいが、その方向性は医療なのか保健、福祉なのか、誰にもわかりにくくなっている。そして最も問題なのは、ICFのコードは細分化されても医療現場で活用されないことである。ICFのコード化は何のために行うのであろうか。

国際生活機能分類

100年を越える歴史を持つICDはこれからも細分化していくものと思われる。新しい疾患の原因が究明されるたびに、再分類が行われ、多くの疾患が登場してくる。ICFもICDと同様に細分化の方向に向かうのだろうか？細分化されれば必然的にICFとICDが重複する部分が増えてくると思われる。高齢社会では疾病の帰結としての様々な障害は避けられない。そこで臓器＝個人＝社会の3つの次元の関連のなかで、健康づくりの阻害因子を抽出し、重点対策化する必要がある。この作業でICFが登場する。ICFは「健康の構成要素」の数を示す役割を果たしている。「健康の構成要素」をどのように組み合わせるかを示し、「健康」を維持するの必要を示し、健康づくりの阻害因子を抽出し、医療支援をする必要がある。医療提供者がICFを具体的に役立てる場は医療支援である。「健康の構成要素」は様々であるから、利用者の創造性に任せるといえるのでは、ICFの発展を期待するのは難しい。確かに「健康の構成要素」は様々であるが、世界的に見ても健康づくりの重点対策は「運動と栄養」である。少なくとも我が国では「健康の構成要素」を「運動と栄養」および休養の3点に絞って国民健康づくり運動を20年間展開してきた経緯がある。ICFでは、ICDの中から、「運動と栄養」を支える医療を抽出しそこに焦点を当てるべ

きであろう。実際、International Classification of Functioning, DisabilityにHealthを追加しているのは、障害を単に分類しただけでなく「健康づくり」を意識したものだと思われる。

もし、これからもICFが健康の構成要素を示すだけに終始するのであれば、無構造な細分化が行われるだけで誰からも見向きもされないものになるだろう。また、実用化を目指して医療に迎合すれば一旦はICDから分離したものの最終的には再びICDの中に飲み込まれてしまうのではないかとと思われる。疾患の帰結としての障害は疾患と表裏一体だからである（図1）。

ICFは拡大するICDに再び飲み込まれる

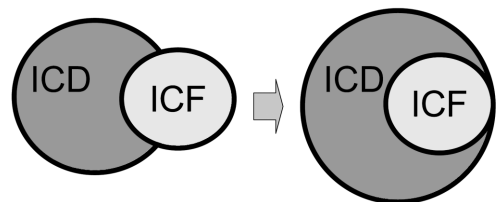


図1 国際疾病分類（ICD）から国際障害分類（ICIDH）や国際生活機能分類（ICF）が生まれた。ICFが機能回復による健康づくりの視点を失うと健康の構成要素の羅列に陥り臨床的な価値を失ってしまう。その結果、図に示すように一旦独立したICFは拡大するICDに飲み込まれることになる。

国際障害分類と国際健康分類への二分化

ICFは臓器＝個人＝社会の3つの次元の健康という視点で構造的に再構成すべきである。具体的にはICFの中から身体構造（Body structure）と環境因子（Environmental factors）を除外し、身体構造と環境因子は国際障害分類に移行させ、ICDの補完物として再機能させるべきであろう。さらにICFは心身機能（Body functions）を活動と参加（Activities and Participation）の観点で構造化し、健康づくりの柱である運動と栄養を軸にして、「運動器」の健康と「栄養器」の健康についてそれぞれの障害を克服する方略に組み込むべきではないだろうか。

「運動器」と「栄養器」

「運動器」とは、運動を支えるために必要な骨格系のことである。国際的には「Bone and Joint」として西暦2000年から2010年までの10年間で「運動器」の健康に関するキャンペーン期間に位置づけている。世界的な高齢化が進む中で運動をしたくても「運動器」に障害があつてできない高齢者は年々増加している。このような人々に対しては、運動機能士による運動指導だけでなく整形外科医による人工骨の医療を含む支援体制が必要である。

同様にバランスの良い栄養を摂取したくても、歯が悪くて栄養が偏ってしまう高齢者がいる。このような人々に対しては歯科医の医療提供が必要である。

運動器と栄養器の機能障害に集約する

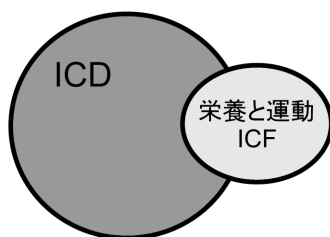


図2 健康づくりに欠かせない随意運動であり生活機能である運動と栄養に関わる機能を維持する視点でICFが構成されると実際の医療で分類コードが使用されるようになる。

口腔は不随意運動をする消化器ではなく、「運動器」と同様に人間の意思で随意運動をする「栄養器」である。どのような栄養素を摂食するかどうかは人間の意思と「栄養器」である歯と口腔の健康状態に依存している。

ICFが謳う活動と参加（Activities and Participation）とは、人間の意志で行動を決定する随意運動の重視に他ならない。ところがICFの中に不随意運動である心血管系、内分泌系、消化器系など医学一般が大きく入り込んできてICDとの区別を曖昧にしたのである。随意運動と不随意運動を切り離すことではじめてICDとICFはその境界を

明確にできる。随意運動の代表格である「運動器」と「栄養器」の健康を医学的に維持することがICFの主要な役割である。そのためにはICDでは顧みられなかった骨と歯の機能障害を回復する必要がある。この点が合意できれば、それぞれの機能障害をICFのコードに表現し、コード番号に基づく電子カルテ化を推進し、地域住民の「運動器」と「栄養器」を生涯にわたって維持することができるのではないだろうか。

疾患を未然に防ぐために

生活習慣病を未然に防ぐために栄養、運動、休養が重要であると言われ続けている。そこで、上述したように栄養器である歯と運動器である骨の健康には特別の医学的配慮が必要である。

歯の病気、骨の病気の発症プロセスが解明された今日では、疾病に至るプロセスに医療費を投入して発症を未然に防ぐことも可能である。医療費を投入するためには、発症前の診断を行う必要がある。発症前の診断のためには検査値の異常（代理エンドポイント）を定義し、検査値異常に疾患名をつけ、検査値が正常に戻るまで治療を続けるのが定番の治療方法である。

このように歯の病気、骨の病気の発症プロセスに介入していくためには、それに対応できる疾患名が必要である。しかし、ICDには、栄養器、運動器の疾病という概念がない。これは、もともとICDが死因の分類であるため死亡との直接の関係が少ない歯の病気、骨の病気、あるいは栄養や運動の障害が重視されないためだと思われる。

おわりに

乳児死亡率が低下した21世紀の健康問題は、高齢者の生活の質を低下させないように健康づくりをいかに推進するかである。ところが、ICDは基本的に死因の分類なので、健康づくりの推進を疾病分類や障害分類で対応することは難しい。健康づくりは、疾病や障害よりもむしろ国際健康分類として対応する課題だと思われる。高齢社会において慢性疾患はすべての高齢者の疾患である。高

齢者は全員患者であるという視点ではなく「障害があっても健康である」という視点に立脚することが大切である。

医療は疾病の医療から健康づくりの医療へと変化していく。この流れに従ってICDとICFがともに互いの境界を認識しながら健全に進化、発展していくことを願っている。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編 国際疾病分類菌科学及び口腔科学への適用 第3版 厚生労働省大臣官房統計情報部 2001年
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課訳, 国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－(日本語版), 2002年

Future Directions of International Classification of Functioning, Disability and Health

Nobuhiro Hanada

(Department of Oral Health, National Institute of Public Health)