

総説：秋田大学保健学専攻紀要22(1)：67 - 76, 2014

リハビリテーションのための修正 ICF（国際生活機能分類）モデルの検討

進 藤 伸 一

要 旨

リハビリテーションにおいては、障害概念の検討は最大の関心事の一つである。WHO は2001年に、国際生活機能分類（ICF）を採択し、新しい障害概念を提起した。本稿では、この ICF モデルに主観的次元を加えた上田の修正 ICF モデルを、より普遍的でわかりやすい形に発展させた障害概念と修正 ICF モデルを提示する。その特徴は、第 1 に、上田の修正 ICF モデルの主観的次元の構成要素である「主観的体験」に替えて、緩和ケアを参考に「スピリチュアリティ」の用語と定義を採用した点である。第 2 は、「スピリチュアリティ」の否定的側面を「スピリチュアリティ低下」として、「スピリチュアリティ」に対応させた点である。第 3 は、「スピリチュアリティ」を ICF モデルのすべての構成要素と双方向で直接結びつけた点である。この修正 ICF モデルを用いることで、患者や障害者の精神的自立（自律）をめざすリハビリテーションにより貢献できると考えられる。

はじめに

リハビリテーション医学が他の臨床医学と最も異なる点は、疾患だけではなく障害を主要な対象とする「障害の医学」だということである。医学だけでなく、職業的、教育的、社会的リハビリテーションにおいても、「障害」の総合的把握（診断・評価）はリハビリテーション介入の大前提であり、障害概念の検討は最大の関心事の一つとなっている¹⁾。

科学的で総合的な障害概念が最初に提起されたのは、1980年に世界保健機関（WHO）が採択した国際障害分類試案（以下 ICIDH^{2,3)}の障害モデルであった。WHO は1990年代からこの試案の改定作業に入り、2001年に国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability, and Health, 以下、ICF⁴⁾）を採択し、国際疾病分類（ICD）と同格の国際分類ファミリーの中心分類に位置づけた。ICF は正式には「生活機能・障害・健康の国際分類」であり、障害のみの分類ではなくなったが、その障害概念は ICIDH から大きく発展したものとなっている。また

国際連合は、2006年に障害者権利条約を採択したが、この条約にも新しい障害概念が含まれている⁵⁾。

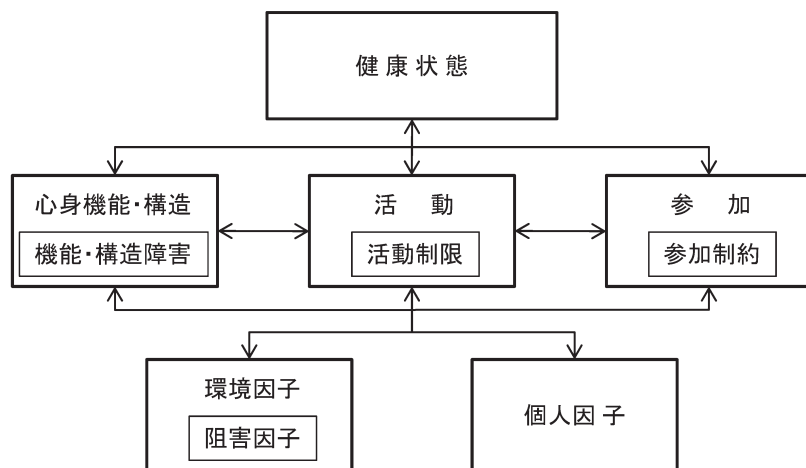
本稿では、これらの障害概念を紹介したあと、リハビリテーションの実践的な視点から、ICF の構成要素に実存的次元を加えた、より普遍的な障害概念を検討するとともに、修正 ICF モデルを提示する。

ICF と障害者権利条約の障害概念

1. ICIDH の意義とそれに対する批判

ICF の障害概念を理解する上で、ICIDH の意義とそれに対する批判を知っておくことは有益と思われるので、最初に ICIDH について簡単に紹介したい。

ICIDH の最大の貢献は、疾患と障害を区別したうえで、障害の階層構造（3つのレベル）を明らかにしたことであった。つまり、障害には人の生物（生命）レベルの障害としての「機能・形態障害」、個人（生活）レベルの障害としての「能力障害」、そして社会（人生）レベルの障害としての「社会的不利」があり、その全体が「障害」であるとした点である¹⁾。これに



注：文献2)より引用

図1 ICFモデル

表1 ICFの構成要素の定義

健康との関連において

心身機能 (body functions) とは、身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。

身体構造 (body structures) とは、器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分である。

機能障害（**構造障害を含む**）(impairments) とは、著しい変異や喪失などといった、心身機能身体構造上の問題である。

活動 (activity) とは、課題や行為の個人による遂行のことである。

活動制限 (activity limitations) とは、個人が活動を行うときに生じる難しさのことである。

参加 (participation) とは、生活・人生場面 (life situation) への関わりのことである。

参加制約 (participation restrictions) とは、個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさのことである。

環境因子 (environmental factors) とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。

注：文献4)より引用

よって「障害」の把握が構造的にできるようになり、各障害レベルに対するリハビリテーション・アプローチが体系化されて、無駄の少ない総合的なリハビリテーション介入が可能となった。

一方、ICIDHへの批判も多方面からなされた。障害の「社会モデル」の立場からファイファーは、ICIDHの「基本的パラダイムは、障害者にパーソンの“病人役割”を割り当てるものであり、その意味で“障害の医療化”を推進し、個人の生活の質について医療専門職が判定する権限を持つことによって、優生思想へと結びつく危険性を孕んでいる」として廃止論を主張した⁶⁾。また、修正論の立場からは、障害を表す用語がすべて否定的な意味をもつ用語である、

各障害レベルの因果関係が一方向だが、下位の障害によって上位の障害は運命的に決まるのか、個人の障害に大きく影響する環境の要因が考慮されていない、社会的不利の分類が不備である、作成過程に障害

当事者が参加していない、など個別具体的な批判があった²⁾。

ICFは、障害を階層構造として把握するというICIDHの優れた点を引き継ぎながら、こうした批判の多くを受け入れ、「医学モデル」と「社会モデル」という対立するモデルを1つに統合し、それによって健康に関する生物学的、個人的、社会的観点における首尾一貫した見方を提供したのである⁴⁾。

2. ICFの障害概念

ICFの障害概念を表すICFモデルを図1に²⁾、その構成要素の定義を表1に示す⁴⁾。以下、ICFの障害概念の特徴について簡単に紹介する。

1) 「生活機能」の低下が障害

ICFの障害概念でもっとも特徴的なことは、人が生きることの全体像を「生活機能」としてとら

えた上で、その「生活機能」が低下した状態を「障害」とした点である^{2,7)}。これは、「障害」を障害の実態から定義した ICIDH の障害概念とは根本的に異なっている。

図1の中央列の「心身機能・構造」、「活動」、「参加」の包括概念が「生活機能」であり、人が生きる3つのレベル、つまり生物(生命)レベル、個人(生活)レベル、そして社会(人生)レベルにそれぞれ対応する。この「生活機能」は英語の functioning の訳であり、「生活」と「機能」を結合した日本語の意味とは異なる。「生活機能」の3つのレベルの内枠に示した「機能・構造障害」、「活動制限」、「参加制約」は、それぞれの「生活機能」が低下した状態のことであり、これらの包括概念が「障害」である。英語の disability の訳である。

こうした障害概念の転換は、「障害」の軽減を主要な目標としてきたこれまでのリハビリテーション・アプローチから、患者の持っている潜在的な「生活機能」に積極的に働きかけて QOL の向上をめざすという、本来のアプローチへの回帰を促すものである。

2) 障害の相互作用モデル

ICIDH では、下位の障害が上位の障害を規定するという因果関係の矢印が一方向であったが、ICF ではすべての構成要素が双方向の矢印で結びつけられ、これらが相互に影響しあっていることを示している。図1には示されていないが、この相互作用は「機能・構造障害」、「活動制限」、「参加制約」という障害の3つのレベル間でも、また各レベル内の「活動」と「活動制限」などの間でも、さらに異なるレベル間の「心身機能・構造」と「活動制限」などの間でもみられる。

このなかで、上位の障害から下位の障害に向けた矢印の因果関係を理解することは、臨床的に有益である。例を挙げると、下肢に軽い麻痺があって長時間の歩行が困難なため、たまにしか買い物に行かないという「参加制約」がある場合、それが屋外歩行能力の低下という「活動制限」の原因になり、その「活動制限」が下肢の筋力低下という「機能障害」を引き起こすことは、臨床ではよくみられることである。こうした相互作用を理解せず、結果として起こった筋力低下に対して筋力トレーニングを行っても、あまり効果が期待できないのは当然である。

3) 健康状態と背景因子

ICF では、「生活機能」に影響を与える要因として「健康状態」を挙げているが、これには疾患・外傷といった「異常」のみでなく、妊娠や加齢のような「正常」な健康状態も含まれている。妊娠によって生ずる起居移動動作の不自由さなども、「障害」としてみていくということである。

また、生活機能に影響を与える背景因子として、「環境因子」と「個人因子」を挙げている。「環境因子」には物的環境(建物、交通機関、自然環境など)、人的環境(家族・同僚など、また社会が障害者をどう見るかなどの社会意識・態度など)、社会的環境(医療、福祉、教育などのサービス・制度・政策)がある。そして、この「環境因子」は「生活機能」を改善する促進因子にも、制限する阻害因子にもなりうるとしている。ICF は、「環境因子」を構成要素に加えることで、これまでのリハビリテーションで必ずしも十分ではなかった、環境改善へのアプローチを促進するものになっている。

「個人因子」は年齢、性別、社会的状況など個人に関係した背景因子だが、社会的・文化的に大きな相違があるため、今回の ICF では分類されていない。

以上が ICF の障害概念のおもな特徴である。

3. 障害者権利条約の障害概念

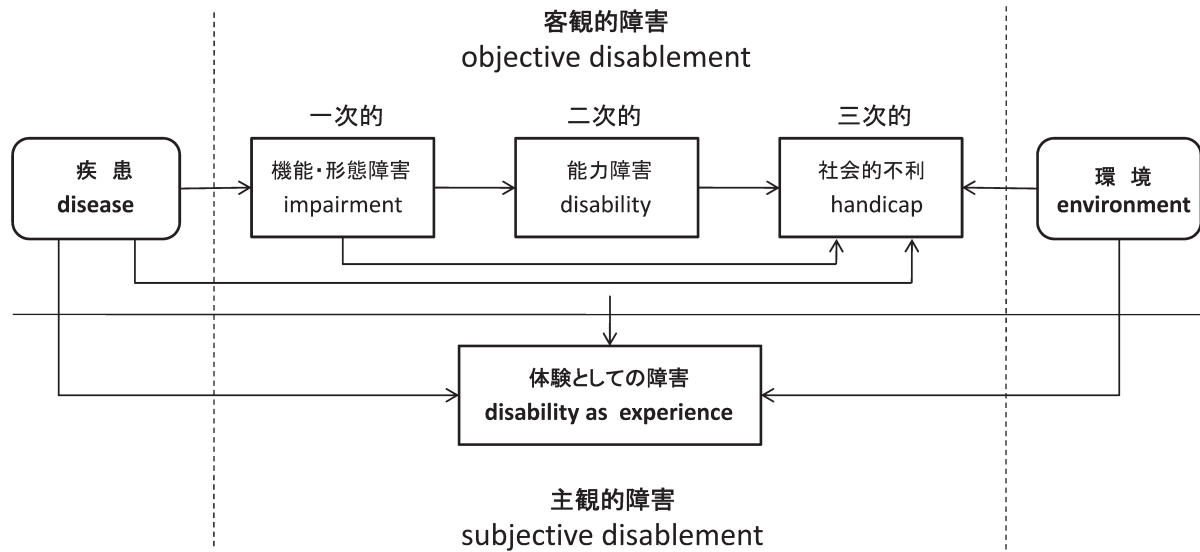
つぎに、障害者権利条約の障害概念について述べる。条約では、前文(e)で障害の概念を以下のように述べている⁵⁾。

「障害が、機能障害を有する者とこれらの者に対する態度及び環境による障壁との間の相互作用であって、これらの者が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものによって生ずることを認め、(略)」

ここでは、他の者と平等に社会に「参加」することが妨げられている状態を「障害」だとして、「機能障害」を「障害」に含めていない。しかし、第26条リハビリテーション及びリハビリテーションでは、次のように述べている⁵⁾。

「締約国は、障害者が、最大限の自立並びに十分な身体的、精神的、社会的及び職業的な能力を達成し、及び維持し、並びに生活のあらゆる側面に完全に包容され、及び参加することを達成し、及び維持することを可能とするための効果的かつ適当な措置(障害者相互による支援を通じたものを含む)をとる。」

ここでは、「十分な身体的、精神的(略)能力を達



注：矢印は因果関係の主な方向を示し、逆方向の影響もある。
文献9)より引用

図2 修正 ICIDH モデル (上田)

成し」と「機能障害」を前提とした目標を挙げている。そして、第26条を詳細に読めば、「十分な身体的・精神的能力」は心身機能・構造レベル、「最大限の自立、社会的・職業的能力」は活動レベル、そして「生活のあらゆる側面に完全に包容（インクルージョン）及び参加」は参加レベルという、ICFモデルの3つのレベルに対応した目標を挙げていることがわかる⁹⁾。

以上から、ICFと障害者権利条約の障害概念をまとめると、障害には「機能・形態障害」、「活動制限」、「参加制約」の3つのレベルがあるが、この中で「参加制約」が最も重要な障害であり、リハビリテーションの最終目標は、「生活のあらゆる側面に完全に包容（インクルージョン）及び参加」の達成なのだということである。

ICFに主観的次元を加えた障害概念

ICFと障害者権利条約の障害概念は、ICIDHに対する批判に答えただけでなく、内容的にもICIDHから大きく前進したものになっている。しかし、課題についても指摘されている。

1. 主観的次元の必要性

課題として最も注目されるのは、ICFモデルに主観的次元を加えることの必要性についてである。ICIDHの改定作業の過程で、主観的次元が一時は部分的に導入される可能性があったというのである⁹⁾。

主観的次元の導入に積極的な上田は、1981年に

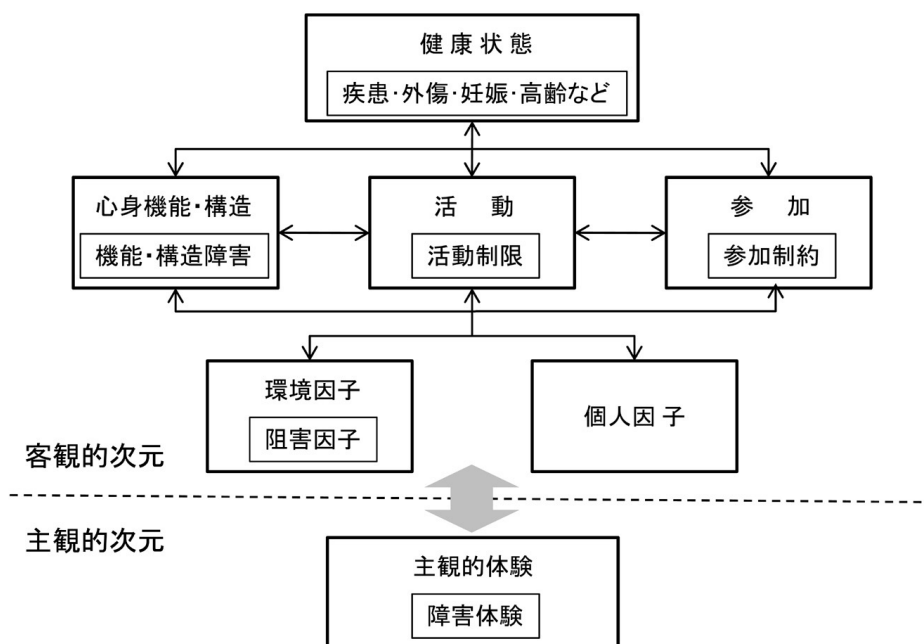
ICIDHを日本に紹介した当時からその必要性を指摘し、ICIDHに「体験としての障害」を加えた修正ICIDHモデルを作成してきた。その最終版を図2に示す⁹⁾。図にある「体験としての障害」は重要な概念なので、少し長くなるが上田の説明を引用する¹⁾。

「これはいわば『実存の次元においてとらえられた障害』といってもよく、(略)障害をもったという『危機』の状況において、彼がそれをどう受けとめ、自分の病気・障害という現実においてどう主体的意味を付するかはリハビリテーションの究極の成否にもかかわる大きな問題である。過去の自分に比べての単なる喪失、価値の低下とのみ現状を意味づけ、幻想か否認の世界に退行していくのか、苦しみを通して価値観(感)の転換・拡大を達成して『障害の存在が自分の全体としての人間的価値を損なうものではない』という認識(略)に達し、ときには障害者であることに新たな人生の意義さえ見出して、『人間として新しく生まれ変わる』のか、そこには(仮に障害の客観的な姿はまったく不変だった場合でも)天地雲泥の差が生じてくるはずである。」

このように、リハビリテーションの重要なテーマである「障害の受容」との関連で、「体験としての障害」はきわめて重要な概念なのである。

2. 上田の修正ICFモデル

ICFの採択を受けて、上田は主観的次元の概念を加えた修正ICFモデルを提唱した。そのモデルを図3に示す²⁾。この修正ICFモデルは、ICFに主観的次元



注：文献2)より引用

図3 修正 ICF モデル (上田)

表2 生活機能と障害の主観的次元の定義 (上田)

生活機能と障害の主観的次元 (主観的体験) とは、健康状態、3つの客観的障害及び不適切な環境因子の全ての主観への反映 (障害体験、マイナス面) と、それを克服しようとする心理的コーピングスキル (心理的対応策、プラス面) の開発の両面を含む、認知的・情動的・動機付的な心理状態である。

これは実存のレベルで捉えた生活機能と障害であり、受動的なものではなく、その人の人格特性、障害に関する価値観、自己像、理想、信念、目的、従来のコーピング体験等に基づいた能動的な反応である。

注：文献2)より引用

を加えた、おそらく唯一のものである。これによれば、ICFモデル全体を客観的次元とし、その下に新たに主観的次元を設け、新たな構成要素として主観的体験を加えている。中立的 (肯定的) 用語を採用した ICF に合わせ、修正 ICIDH モデルにあった「体験としての障害」を「主観的体験」に、その否定的側面を「障害体験」にしている。

上田の主観的次元の定義を表2に示す²⁾。この定義では、主観的次元とは実存レベルのことであるとして「体験としての障害」の概念を引き継ぎながら、肯定的側面 (プラス面) と否定的側面 (マイナス面) についてそれぞれ定義を与えている。また、主観的体験の大分類 (試案) を提案しており、その内容を表3に示す²⁾。第1章から第5章までは健康状態、心身機能・

表3 主観的体験の大分類 (上田)

- 1章 健康状態に対する満足度
- 2章 心身機能・身体構造に対する満足度
- 3章 活動に対する満足度
- 4章 参加に対する満足度
- 5章 環境因子に対する満足度
- 6章 人生と自己の価値・意味・目標
- 7章 身近な人との関係 (愛情・信頼、等)
- 8章 集団への帰属感・疎外感
- 9章 基本的な生活態度

注：文献2)より引用

構造、活動、参加、環境因子に対する満足度、第6章から第9章まではより総合的・包括的な主観的体験として、人生と自己の価値・意味・目標、身近な人との関係などを挙げている。試案の段階であるが、上田がどのようなことを主観的体験として構想しているか理解できる。しかし、上田の修正 ICF モデルにも問題があるように思われる。

3. 上田の修正 ICF モデルへの疑問

上田の修正 ICF モデルの最大の問題は、主観的次元の定義 (表2) の難解さであろう。ICF の構成要素の定義 (表1) と比べると、その違いは歴然である。この難解さは、用語と概念構成の曖昧さからきていると思われる。

1) 用語に関する疑問

まず「主観的次元」についてだが、上田は定義(表2)で、これは実存レベル(実存的次元)であると述べている。この「実存的次元」は、笠原の人間の精神活動のピラミッド型階層論によって¹⁰⁾。それは、人間の精神活動の底辺は「生物学的次元」、それより上の中間には「心理・社会的次元」、そして一番上にあるのが「実存的次元」であり、障害をもつことで起こる心理的問題の中核は、生きることの意味や人生の価値に関わるこの次元の問題であることから、不安や恐れといった心理レベルの問題と区別するために「実存のレベルにおける障害」と呼んでいるという⁹⁾。だとするならば、一般に心理レベルの内容を含む「主観的次元」という用語を、「実存的次元」に限定して用いるには無理があるように思われる。

また、ICFモデルの構成要素を「客観的次元」としているが、ICFの「心身機能」の第1章精神機能には、「情動機能」や「高次認知機能」などが含まれており、これらの機能まで「客観的次元」とするのは適切とは思えない。

つぎに、「主観的体験」と「障害体験」についてである。「体験」とは、広辞苑によれば「自分が身をもって経験すること」、さらに「経験」とは「人間が外界との相互作用の過程を意識化し自分のものとする事」であるという。しかし、定義(表2)では「(主観的体験)とは、(略)主観への反映と、それを克服しようとする心理的コーピングスキルの開発の両面を含む(略)心理状態である」と述べており、定義と一般的な「体験」の意味には隔たりがある。これらの用語についても検討が必要と思われる。

2) 概念構成への疑問

ICFの基本的な枠組は、「生活機能」が低下した状態を「障害」と位置づけている。しかし定義(表2)では、プラス面の「心理的対応策(それ(=障害体験)を克服しようとする心理的コーピングスキル)」とマイナス面の「障害体験(健康状態、3つの客観的障害及び不適切な環境因子の全ての主観への反映)」は、概念として対応していない。

また定義のタイトル(表2)では、「生活機能と障害の主観的次元」としているが、定義の説明ではこれに加え「健康状態」と「環境因子」も含まれたものとなっており、主観的次元の対象範囲が曖昧である。

以上から、上田の修正 ICF モデルへの疑問をまとめると、主観的次元(=実存的次元)を表す用語とその定義をより普遍的でわかりやすいものに改め、実存的次元の内容には肯定的側面と否定的側面の対応性をもたせ、ICFの構成要素との関連をもっと整理する必要があるのではないかと、ということである。

新しい障害概念の構想

ここでは、上田の修正 ICF モデルへの疑問にも答えられるよう、上田のモデルを修正・発展させた、より普遍的な障害概念と新しい修正 ICF モデルについて検討したい。

1. 主観的次元の用語と定義

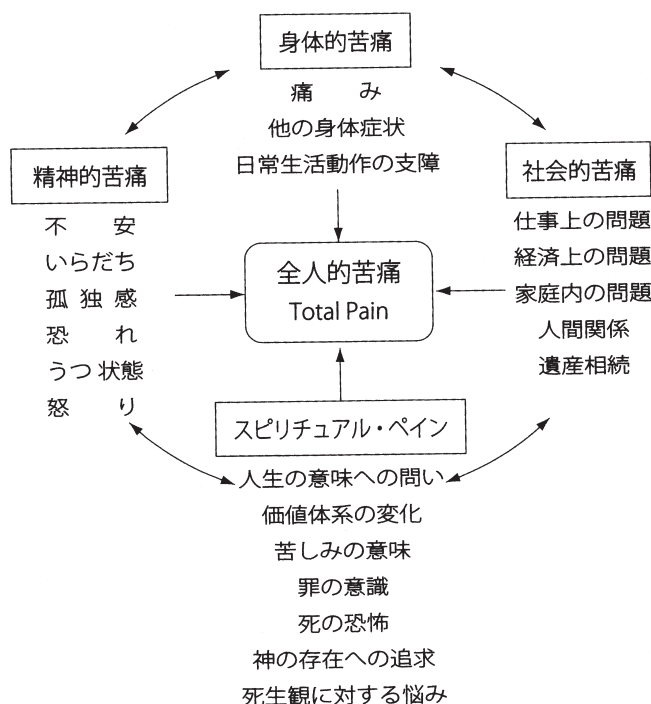
上田は、主観的次元(=実存的次元)の「主観的体験」と「障害体験」に独自の定義(表2)を与えている。しかし、実存的次元の肯定的側面(健康)についてはWHOで、否定的側面(苦痛)については緩和ケアの分野で、以下のような用語と定義がすでに与えられており、世界的に一定のコンセンサスが得られているのである。新しい障害概念では、上田の「主観的体験」と「障害体験」に替えて、これらの用語と定義を採用しようという提案である。

1) スピリチュアリティ

WHOはその憲章前文で健康を定義しているが、1998年の執行理事会では新しい健康の定義が提案された。それは、「健康とは、疾病又は病弱がないばかりでなく、肉体的、精神的、スピリチュアル及び社会的にも全てが満たされた動的な状態にあることである」というものである¹¹⁾。従来の定義にスピリチュアルな健康を加え、健康は動的な状態であるとしたのである。理事会では賛成多数で採択されたが、他の案件に比べ緊急性が低いとして総会での審議に入らないまま今日にいたっている。

WHOの報告書¹²⁾では「スピリチュアルとは、人間として生きることに関連した経験的な一側面であり、(略)生きていく意味や目的についての関心と懸念と関わっていることが多い」と述べている。

また、スピリチュアルの名詞形であるスピリチュアリティについて、窪寺は、「スピリチュアリティとは、人生の危機に直面して、生きる拠り所が揺れ動き、あるいは見失われてしまったとき、(略)



注：文献15)より引用

図4 全人的苦痛の理解 (シシリー・ソングース)

生きる意味や目的を、自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能のことである」と述べている¹³⁾。

上田が「体験としての障害」を重視したのは、障害という「苦しみを通して価値観(感)の転換・拡大を達成して『障害の存在が自分の全体としての人間の価値を損なうものではない』という認識(略)に達し、ときには障害者であることに新たな人生の意義さえ見出して、『人間として新しく生まれ変わる』¹⁾ことを支援するためであった。これはまさに、「生きている意味や目的についての関心と懸念」、そして「生きる意味や目的を、自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能」という、スピリチュアルな次元のことではないのか。

2) スピリチュアル・ペイン

一方、健康の実存的次元の否定的側面について、緩和ケアの分野ではスピリチュアル・ペインとして捉えている。スピリチュアル・ペインにはいくつかの訳語があるが、恒藤は実存的苦痛と表現した方が理解しやすいと述べている¹⁴⁾。

図4に示すように、緩和ケアでは全人的苦痛の1つとしてスピリチュアル・ペインを位置づけている¹⁵⁾。これによれば、スピリチュアル・ペインとは、人が病気や死など人生の危機に直面したとき発生する苦痛であり、具体的には人生の意味への問い、価値体系の変化、苦しみの意味などであ

る。同じ主観的次元の苦痛でも、図4の「精神的苦痛」とは別に扱っていることに注目したい。人が直面する主要な危機が、緩和ケアでは「死」、リハビリテーションでは「障害」と異なるが、上田が「体験としての障害」で捉えてようとしている苦しきは、スピリチュアル・ペインとして捉えることも可能なのである。

日本では、緩和ケアはがん患者の終末期のケアと考えられているが、本来はがんに限らず神経疾患なども含む患者と家族の苦痛を取り除いてQOLを改善するためのケアであり、欧米では実際にがん以外患者に対しても緩和ケアが提供されている¹⁶⁾。緩和ケアの対象者は、終末期にはすべて日常生活活動(ADL)介助という障害(活動制限)の時期を経て亡くなることから、障害概念が適用される対象者でもあるのである。

2. 新しい修正 ICF モデル

筆者の考える新しい修正 ICF モデルを図5に示す。また新しい構成要素の定義を表4に示す。このモデルは、上田の修正 ICIDH モデルと修正 ICF モデルを再構成して発展させ、実存的次元をより普遍的でわかりやすい形で ICF に取り込もうとしたものである。その特徴を要約すれば、以下ようになるであろう。

第1は、上田の修正 ICF モデルの「主観的体験」を「スピリチュアリティ」としたことである。今日、

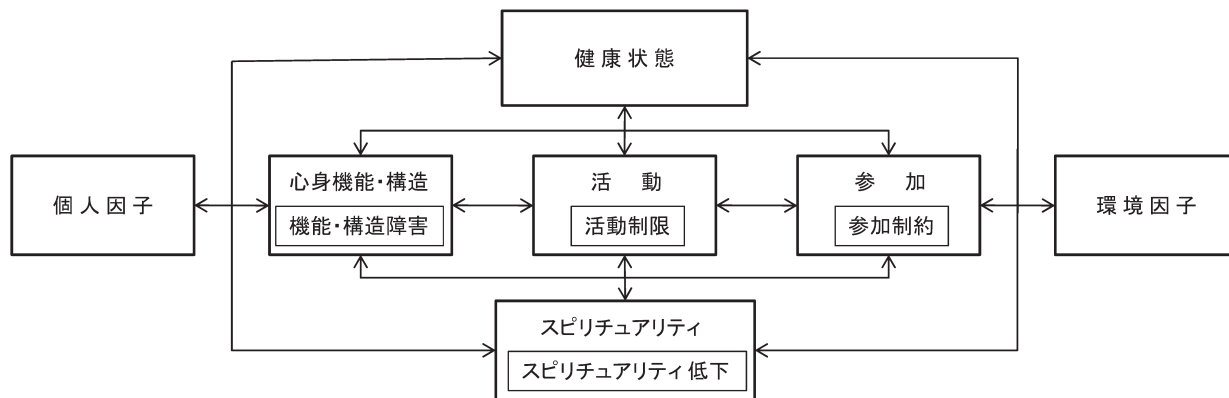


図5 修正 ICF モデル (進藤)

表4 実在的次元の定義 (進藤)

健康との関連において
スピリチュアリティ (spirituality) とは、個人が生きる意味や目的を探求することである。
スピリチュアリティ低下 (spirituality-associated limitations) とは、個人が生きる意味や目的を探求するときに生ずる難しさである。

リハビリテーションにおいても緩和ケアにおいても、患者や障害者の実在的次元の苦痛や苦悩をケアする課題は必須となっており、これを捉える概念としては、世界的にも一定のコンセンサスが得られている「スピリチュアリティ」がふさわしいと考えたからである。筆者は他の論文¹⁷⁾で、障害者の実在の次元について、「個人的実存」にとどまることなく、差別を含む厳しい社会の現実に積極的に関わり、これを変革していく主体としての「歴史の実存」¹⁸⁾の重要性を述べたが、この視点は「スピリチュアリティ」においても変わりはない。

第2は、「スピリチュアリティ」にも肯定的側面と否定的側面の対応関係を持たせたことである。「スピリチュアリティ」の否定的側面は、「スピリチュアル・ペイン」ではなく「スピリチュアリティ低下」とした。窪寺は「スピリチュアリティ」を、生きる意味や目的を見つけ出そうとする「機能」と捉えているが¹³⁾、この「機能」が低下した状態を「スピリチュアリティ低下」としたのである。また、リハビリテーション対象者の健康状況は、緩和ケアの場合よりも多様であると予想されることから、「スピリチュアル・ペイン」という限定的用語を避けたのである。「スピリチュアリティ低下」には、もちろん「ペイン」も含まれる。

第3は、上田の修正 ICF モデルでは、「主観的体験」と ICF の他の構成要素は点線を挟んで間接的に関係づけられているが、このモデルでは「スピリチュアリ

ティ」を ICF のすべての構成要素と双方向で直接結び、関係づけている。これによって、患者や障害者の実在的次元（精神的な苦痛・苦悩、それを乗り越えようとする人間精神の健康な機能）をより強調することができたのではないかと考えている。リハビリテーションにおいては、社会的な「参加」とともに、精神的自立（自律）もまた達成すべきゴールだからである。

この新しい修正 ICF モデルの3つの特徴は、上田の修正 ICF モデルへの3つの疑問にそれぞれ答えたものである。とくに、上田のモデルの「主観的体験」の難解な定義に替えて、世界的に一定のコンセンサスが得られているスピリチュアリティという用語と定義を採用したことで、より普遍的な障害概念と修正 ICF モデルになったのではないかと考えている。

おわりに

以上、ICF と障害者権利条約の障害概念をふまえ、上田の主観的次元を加えた修正 ICF モデルを紹介してその内容を検討し、上田の修正 ICIDH モデルと修正 ICF モデルを再構成して発展させた、新しい修正 ICF モデルを提示した。

この修正 ICF モデルでは、上田の「主観的次元」の難解な定義（表2）に替えて、すでに世界的に一定のコンセンサスが得られている「スピリチュアリティ」という概念を導入したことで、生活機能と障害の「実在的次元」をより普遍的でわかりやすい形で取り込むことができたのではないかと考えている。また、緩和ケアや将来の健康定義にも対応できる、より普遍性の高い ICF モデルになったのではないかと考えている。

障害概念の研究は、リハビリテーションの各分野、障害の予防や対策を計画する行政などの実際的な必要から行われるべきで、単なる概念遊戯であってはならないのは当然である¹⁹⁾。今回、具体的に示せなかった

「スピリチュアリティ」の分類，また修正 ICF モデルの有効性の検証などについては，引き続き検討していきたいと考えている。

文 献

- 1) 上田敏：リハビリテーションを考える．青木書店，東京，1983，pp87-90, 92-97
- 2) 上田敏：ICF（国際生活分類）の理解と活用．萌文社，東京，2005，pp9, 11-14, 36, 60-68
- 3) 中村隆一編：入門リハビリテーション概論第6版．医歯薬出版，東京，2006，pp359-368
- 4) 世界保健機関（WHO）：ICF 国際生活分類 国際障害分類改訂版．中央法規出版，東京，2003，pp18
- 5) 松井亮輔，川島聡編：概説障害者権利条約．法律文化社，京都，2010，pp345-363
- 6) 杉野昭博：障害学 理論形成と射程．東大出版会，東京，2007，pp47-75
- 7) 大川弥生：生活機能とは何か．東大出版会，東京，2007
- 8) 上田敏：科学としてのリハビリテーション医学．医学書院，東京，2001，pp68-69
- 9) 上田敏：リハビリテーションの思想（第2版）．医学書院，東京，2001，pp93, 125-129
- 10) 笠原嘉：不安の病理．岩波新書，東京，1981，pp9-13
- 11) 日本 WHO 協会：健康の定義について．日本 WHO 協会．（オンライン），入手先 <<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>>（参照2014. 1. 16）
- 12) WHO 編，武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリエイティブ・ケア．金原出版，東京，1993，pp48-49
- 13) 窪寺俊之：スピリチュアルケア入門．三輪書店，東京，2000，pp13
- 14) 恒藤暁：最新緩和医療学．最新医学社，大阪，1999，pp6-7
- 15) 山崎章郎：ホスピスケアはなぜ必要なのか．19歳のきみへ 人が生き，死ぬということ．日野原重明編著，春秋社，東京，2008，pp3-34
- 16) 進藤伸一：英国における緩和ケアサービスの現状 その構造，過程，帰結．秋田大学保健学専攻紀要18(1)：40-47, 2010
- 17) 進藤伸一：障害概念の再検討．秋田大学医短紀要 1：161-166, 1993
- 18) 務台理作：現代のヒューマニズム．岩波新書，東京，1961
- 19) 上田敏：リハビリテーション医学の世界．三輪書店，東京，1992，pp133

Development of a modified ICF model for rehabilitation

Shinichi SHINDO

Graduate School of Health Sciences, Akita University

Research on the concept of "disability" is one of the most interesting themes in the field of rehabilitation. The World Health Organization adopted the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) which provides new definitions of "disability" and its conceptual model in 2001. The ICF model has many advantages compared to the previous model. However, Dr. Ueda has maintained that the subjective dimension of the model is still necessary, and has proposed a modified ICF model including "subjective experience."

The purpose of this study was to examine the modified ICF model, to generalize the model by adopting the most popular concepts of the subjective dimension, and to develop a new modified ICF model for rehabilitation. The new modified ICF model has three distinct features compared to Dr. Ueda's model : 1) The conversion from Ueda's "subjective experience" to "spirituality" as a new term and definition of the subjective dimension in the model. The idea of "spirituality" comes from palliative care. 2) The adoption of "spirituality-associated limitations" as a negative side of "spirituality." 3) The connection between "spirituality" and all six factors in the original ICF model with two-way arrows between them. The new modified ICF model will make medical and care workers more aware of the patients' spiritual concern, and will facilitate the patients' mental independence for rehabilitation.