

新たな国際障害分類へ向けて

— WHO・ICIDH-2の改訂の動き—

国際障害分類（ICIDH）に関する セミナー報告書

日 時：98年3月27日（金）・28日（土）

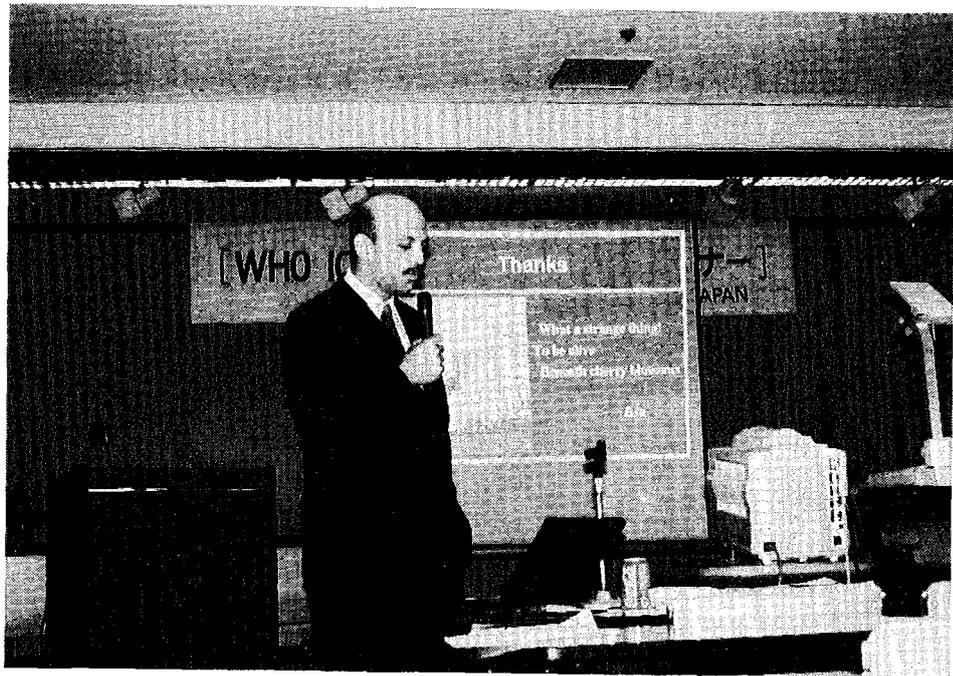
場 所：戸山サンライズ

共 催：安田火災記念財団

日本障害者リハビリテーション協会

後 援：日本障害者協議会、全国社会福祉協議会、
日本身体障害者団体連合会

財団法人安田火災記念財団



講演中のベディラン・ユーストン博士

目次

はじめに	2
開会の挨拶	4
1. I C I D H改正にみるパラダイム変換と東京会議の成果	5
ベディラン・ユーストン、WHO精神保健薬物依存予防部主任	
2. I C I D H-2 とリハ情報基準：カナダの試行プロジェクト	32
ジャニス・ミラー、カナダ保健情報院	
3. 消費者の視点で見た障害の定義：機能障害、活動、参加	48
ヘンリー・エンズ、障害研究カナダセンター所長	
4. 障害者政策と I C I D H：スエーデンの経験	59
ソーニャ・ストッコム、スエーデン・ウプサラ大学	
5. 障害の構造とQOLの構造：その実践的意義	70
上田敏、帝京平成大学教授	
6. 作業療法、理学療法などの専門職での活用とその有効性	88
マライカ・デフランクリーカー、オランダ I C I D H協力センター	
7. シンポジウム：精神障害者リハビリテーションと障害モデル	98
ソムナス・チャテジ、WHO精神保健薬物依存予防部コンサルタント	
伊勢田堯、東京都立多摩総合精神保健福祉センター	
シール・ケネデイ、米国精神保健研究所障害研究部副主任	
ニコラス・グロージー、英国精神保健研究所	

はじめに

1980年のWHO国際障害分類(ICIDH)は、1990年頃から改正への取り組みがはじまり、2000年のICIDH-2(第2版)の決定にむけて現在急ピッチで検討が進められています。

ICIDHはWHOが「病気」とは違うものとして「障害」をはじめて分類したものです。生物学的なレベルの機能障害: Impairment、その人の動作・行為・活動のレベルの能力障害: Disability、そして社会的レベルの不利: Handicap の3つにまず分類し、それぞれをさらに詳しく分類しています。これまで漠然と「障害」、「重い障害」など行って来た私たちにとって概念的な明確さをもたらし、それぞれのレベルの間の「相対的独立性」(上田敏氏。例えば社会的不利は能力障害によって100%決められてしまうものではないこと、この場合には環境改革などにより能力障害を持つ人の社会的不利を軽減・克服することもできること)という実践的意義を示してくれました。また1000項目を越える機能障害の分類は精神障害や難病を含む「障害」の包括性を印象づけました。

国際的にも各方面で活用され、その中から批判もでてきました。精神障害分野で使いにくい、環境因子が軽視されている、児童分野で使いにくい、など。こうしてはじまった改正作業はWHOが中心となり、ほぼ毎年開かれる国際障害分類改正会議を軸に進められていますが、今年は3月23-26日に東京で開かれました。

参加者は、オーストラリア、カナダ、フランス、日本、オランダ、スウェーデン、イギリス、アメリカ、中国、香港、インドネシア、イラン、韓国、マレーシア、タイ、ベトナム、フィリピン、スイスの18カ国、精神保健と子どもの2作業グループ、主催のWHOの他国連統計部、RI、DPI、アジア太平洋統計研修所、ユーナム(保険会社)の5機関から約70人でした。各国の参加者は政府職員、研究者、障害者団体役員などでした。この会議ははじめてアジアで開かれた改正会議であり、日本以外に9つのアジアの国からの参加がはじめて得られたことが特筆されます。従来の参加国の倍の数となったばかりでなく、すべて西洋社会で開催されてきた会議が東洋で行われ、世界の障害者の6割を占めるアジア諸国の参加がおそまきながら実現したわけです。

内容面では、ICIDH-2の草案の国際的なフィールドテスト(97.7-98.12)の中間報告会的な性格であったために、新たな改正案が決定されるということはありませんでした。日本などいくつかの国からのフィールドテストの中間結果が報告され、細部について

はいろいろな問題点の指摘もなされましたが、全体的には草案が支持されているという印象でした。

このセミナーは、東京会議の結果を学ぶとともに、ICIDHの各分野での活用状況を学ぶことを目的に開催されました。世界のICIDHの専門家が集まっている機会を最大限に活用しようとしたわけです。安田火災記念財団と日本障害者リハビリテーション協会の共催によりこの企画が実現しました。

なお、飛行機の都合でミラー氏の報告が最初に行われましたが、この報告書では当初の予定通り、WHOのユーストン氏による東京会議の報告を最初に掲げてありますことをお断りいたします。

なお、関連情報が以下を通じて入手できます。

ICIDH-2 ベータ1草案日本語仮訳：

<http://www.dinf.ne.jp> または <http://plaza6.mbn.or.jp/~jlmr/>

ICIDHとその改正動向についてのWHOのサイト：

<http://www.who.ch/icidh>

日本のICIDH-2フィールドテストの実施状況等：

日本社会事業大学佐藤久夫

Fax:0424-92-6816, E-mail:ghh13033@niftyserve.or.jp

1998年4月28日

日本社会事業大学 佐藤 久夫

開会の挨拶

○佐藤（司会） 時間になりましたので、セミナーを始めたいと思います。初めに主催者の一人である安田火災記念財団の専務理事の堀内生太郎さんにご挨拶をお願いいたします。

○堀内 本日のセミナーの開会に先立ちまして、主催者の一人として簡単にご挨拶申し上げます。安田火災記念財団は、安田火災保険株式会社の寄付によりまして、20年前に設立された財団でございます。主な活動としては障害者福祉団体に対する助成、それからこのような福祉関係の研究に対する支援、講演会やセミナーの開催を行っております。このたび日本でWHOの国際障害分類に関する専門家会議が開催され、世界各国からこの問題に関する専門家が来日されております。この会議にご出席の専門家の方々においでいただき、日本障害者リハビリテーション協会と共催で、このようなセミナーを開催することは、私どもとしては大変光栄に思っております。

障害者に関する国際的な連携が強まる中で、障害の定義や等級が国際的に統一されていないというのは非常に不便であり、問題が多いのではないかと思います。1日も早く国際障害分類が各国からの利害を乗り越えて統一され、広く一般に利用されることを切に望む次第でございます。最後にこのセミナーを開催するに当たりまして、ご尽力いただきましたWHOのドクター・ユーストン、日社大の佐藤教授をはじめ、関係者の方々に深く御礼申し上げます。この2日間のセミナーが我が国、ひいては世界の障害者福祉にとりまして、有益なものとなることを期待して私のご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

○佐藤 堀内さん、どうもありがとうございました。

それでは、WHOのベディラン・ユーストンさんのお話を伺います。ユーストンさんは国際障害分類の改正作業をWHOの責任者として進めております。今日の話のトピックは「ICIDH改訂によるパラダイム変換と東京会議の成果」ということです。よろしくお願ひします。



ICIDH改正にみるパラダイム変換と 東京会議の成果

WHO精神保健薬物依存予防部主任
ベディラン・ユーストン

佐藤先生、ありがとうございます。私は日本に参るのが5回目ですが、こちらへ参りましたことは非常に嬉しく思っています。今回こちらにお呼びいただきまして、協力いただきました日本障害者リハビリテーション協会の山下様、丸山様、そして安田火災財団の堀内様に感謝の気持ちを述べさせていただきます。

私は日本の文化、また日本の方々の暮らし方というのも非常に気に入っています。私は日本の障害者リハビリテーション協会から2年前にICIDHについて話す機会がありまして、それ以来、日本でのICIDHの改正に向けての働きを嬉しく見守ってまいりました。今回、佐藤先生と共に改正会議をご一緒することができて嬉しく思っています。この会議により、改正のプロセスに春がやって来たというふうに感じています。私は日本の命のサイクルというものでしょうか、こういったものに非常に親しみを感じています。

この気持ちを日本の詩である俳句に表してみたいと思います。これは有名な一茶の俳句ですが「よるとしや 桜の桜咲きにけり」。

これはICIDHの改正プロセスに非常に関係があるものだと思っています。オリジナルのバージョンが赤い色であったというだけではなくて、命というものは循環のプロセスなのだと思います。ですから、このICIDHの改正というのは、1つのライフサイクルの循環だと私は捉えています。

まず私は、改正プロセスでおきた「パラダイムの変換」について、お話をさせていただきたいと思います。新しいICIDHに向けてのベースになっている考え方についてお話をさせていただきます。

これはWHOで持っている国際的な分類のファミリーを表したものです(スライド1)。まず上にある赤いものがICD、国際疾病分類です。その下にあるのがICIDH、国際障害分類です。これはそれぞれ適応が左側に表してありますが、プライマリーケアの部分、

そして手順、受信・接触理由の部分があります。そして右側にあるのが専門ベースの適応を表しています。

なぜこういった様々な分類があるかといいますと、1つの分類では全部を把握することが不十分だからです。健康の状態、保健の状態を評価するには、まず診断というものが必要になるでしょう。疾病があり、緊張があり、また怪我などがあります。これらを含んだものがICDです。

しかし診断ですべてのものに説明がくだせるわけではありません。診断だけでは不十分です。例えばその患者のニーズ、保健サービス、リハビリテーションのサービスの活用に対しては答えを出してくれません。またコストや結果といったものに対しても、診断は答えを出してくれません。

診断の他にその個人の身体の機能がどういったものであるかといった情報も必要になってきます。それから日常生活がどんなものであるか、そして社会参加がどういうふうに行っているかといった部分を含む必要が出てきます。

ですから、診断というのはそれなりに有効なものですが、実際にそれを経験している人々にとって、もっと注目していかなければいけないというのは、働きというものです。診断というのは、1回くたされれば終わりですが、その病状が変化しなければそのままです。それが果たしてその個人の生活にどのような影響があるのか、そういった部分にいま注目が集められているわけです。

ICDというのは、150年前に国際的な協力を得て作られたものです。これがどういう目的で作られたかといいますと、死因は何であるか、世界的にどういった死因で人々は死んでいるのか、そういった統一した基準を設けるために作られました。ですから、そのために診断、病名といったものの取り組みが図られたわけです。ですからこれは生物学的、医学的なアプローチであったと言えます。しかし本来こういったアプローチの仕方では十分ではないわけです。個人の健康状態というものを測るには死因が何であるか、何で死んだかといった統計では不十分なのです。ですから、生きていく人間のための分類という意味でICIDHが作られました(2)。

ICIDHは3つのレベルから捉える分類です。まず1つ目は身体の機能というものに焦点を当てるものです。そして身体の構造にも焦点を当てます。機能と構造というのは、非常に深い密接な関係があるからです。次のレベルは、個人のレベルです。その個人がどういう日常生活の活動をしているのか、できるのかといったところに焦点を当てます。そ

して3つ目のレベルは、社会に焦点を当てます。社会への参加がどんなものであるか、その個人のかかわり方、社会への統合、社会との相互対応といったものを見ていくのが3つ目のレベルです(3)。

ICIDHというのは日本語にも翻訳がなされていますので、皆様方にご自分の言語で十分これを調べていただきたいと思います。私はここでは簡単にご紹介させていただきたいと思います。ICIDHというのは、肯定的なアプローチを取っています。まず身体については、身体の機能と構造、そして個人のレベルにおいては活動、社会のレベルにおいては参加といった肯定的なアプローチを取っております。ネガティブの見方をしますと、例えば身体の部分でしたら機能障害、活動の部分では活動の制約、そして社会の部分では社会への参加の制限といった見方ができます。

改正作業に見られるパラダイムシフトというのは、ひとつは否定的な見方からパラダイムをシフトして、今回の分類では働きというものを捉えた分類になっているということです。

日本は漢字を使う社会ですので、文字には非常に馴染みがあると思いますが、そのシンボルが表すものというのは、人が車椅子が乗っているところで活動に制限がある、何らかの障害を持っているというものを表している文字です。活動の制限はどういうことを表すかといいますと、働いているか、職場に自分で行けるか、日常活動でどんなことができるか、遊べるか、そういうようなことを意味します。そして機能障害というのは自分の身体のレベルの話です。例えば脊髄の損傷があるとか、その他、さまざまな障害を持っているかを表す分類になっています。そして参加は、私たちの社会が障害を持った人々を統合することを許しているか、果たして障害を持つ人がいろんなクラブのメンバーになることが可能か、仕事を求めることが可能か、運転免許証が取れるか、こういったものを表すのが3つ目の段階の参加ということになります。

ですから簡単な言葉でICIDHを表しますと、「あなたの身体がきちんと機能しない」その次が「あなたの活動の中で制約がある」、3つ目のレベルとして「社会において障壁に直面している」ということになります。この前提に基づいて、ICIDHの分類がなされているわけです(4)。

このICIDHの目的として、まず1つ目は、健康状態の諸帰結についての科学的な基礎を提供するというものです(5)。

2つ目の目的は、コミュニケーションを改善するために、共通の言語を確立するという

ものです。この共通の言語というのは、例えば医療の専門家、障害を持つ人々が両方とも使えるもの。例えば福祉の分野、保健医療の分野、労働の分野といったさまざまな分野で共通言語が使えるようにするためのものです。

もちろんこういった I C I D H というのは、役に立たなければ意味がありません。そういった意味で、その目的の1つとしてもう一つ挙げられるのは、障害のある人の社会参加を高めるために、よりよいケアとサービスを活性化させるというものがあります。こういうような共通の枠組みができましたら、国同士、例えば日本とカナダの間で、また保健ケアの専門分野間、サービスや時間などを超えて情報を達することが可能になります。

また統計や健康情報システムの体系的な高度化を実現するものでもあります。もちろん I C I D H というのは、統計上の分類の目的だけのものではありませんが、この面におきましても役立つ道具です。

そして健康上の諸帰結に関する研究をまた鼓舞するものです。例えば健康状態に影響を与える因子であるとか、活動制約の因子、また社会参加に影響をもたらす因子といったものの研究です。そしてさらに障害を持つ人の社会参加に影響する促進因子と障壁因子に関するデータを収集するものです。こういったデータを収集して初めて障壁因子を取り除き、促進因子をさらに強めていくことができます。

これでおわかりいただきましたように、共通の枠組みを持つということには、さまざまな目的があり、使い道があり、ニーズがあるということです。そして意見の一致を得るためには、さまざまな当事者が関与していかなければいけませんし、さまざまな国でコンセンサスを作っていかなければいけないのです。

それではどうやって I C I D H の改正作業を進めていくか、そのプロセスについてお話させていただきたいと思います。1980年に I C I D H が最初に作られました。それ以来、さまざまな所で使われていき、そしていろいろな批判を受けてまいりました。こういった概念や批判の見直し、レビューというものから始めなければなりません(6)。

しかしながら、我々をガイドしてくれるものとしてデータの見直しをやりたかったのですが、データの量は残念ながらあまりなかったと認めざるを得ません。そしてこういったものを基に、分類の素案作りを行ってまいりました。その中で行ったことは定義と、分類学上のルールというものを考えなければなりません。また同時に、概念の操作化、つまり使う上でもっとよい方法を探していかなければなりません。重症度、持続期間、他のものとの関連性といったものも含んでいかなければなりません。

分類ということをする際には、いろいろな人が、いろいろなアイデアを出してくるわけです。例えばこの部屋の中には机がこのような形で並べられていますが、違った形に並べたほうがいいのではないかというアイデアを持っている方も当然いると思います。ですから、そういうようないろいろなオプションを取り込もう、そのスペースを作ろうと努力していきます。

今度は国際的なフィールドテストというものを行ってきて、この分類で出てきたさまざまな質問に対しての答えを見い出そうという動きがあります。そして実施テストを行うわけですが、これは世界中にございますさまざまなセンターを中心に行われます。日本にもそういったコーディネイトを行うセンターがあります。またアジアのさまざまな国にもあります。そしてNGOも参加します。NGOというのは、障害を持った人々や、その他の団体を代表するNGOや科学者、実践・臨床家、障害を持つ人々そのもの、そしてその組織といったものにも、この実施テストに参加してもらいます。

そしてその次によやくまとめ、完成の段階に入ります。それが完成いたしましたら、WHOの承認を受けることになるわけです。そこで終わりということではありません。この新しいICIDHができましたら、さらなる活用を我々は考えていきます。

まず1つ目として、用語集付きの本巻が2000年に承認される予定で、我々は作業を進めているわけです。その次は臨床実践の記述と評価のガイドラインといったものが作られます。そして、さまざまな特別なグループへの適応というものが行われます(7)。

そして研究のための評価基準があります。これはもっと精度の高い基準を必要とする人々の特別なグループのために作るわけですが、データを相互に比較する目的で、こういったクライテリアというのが作られます。

そしてさらに評価のための道具というのを作っていく、これが最終の作業となるわけです。例えば記憶というのはどうやって評価するのでしょうか。学習の能力もどういうふうに評価していくのでしょうか。身の回りのケアにしても、それがどれほど困難を伴うのか、どれほどの制約があるのか、どれほどの制限があるのか、こういったものを評価するための道具を開発するよていです。

このICIDH-2の新しいテーマはどんなことか。これは先ほど申し上げましたが、第1点目は肯定的な部分、否定的な側面、両方を含んでいるというのが新しいことです(8)。

そして2つ目の点は、社会モデル志向であるということです。いままでモデルが2つ出

されております。1つ目は左側にあるモデルで「医学モデル」と呼ばれるもので、2つ目は右側の「社会モデル」と呼ばれるものです(9)。

この医学モデルというのはどういったものか。それを考えてみたら、問題を個人的な問題と捉えるもので、専門家による医療ケアを必要とする個人の問題であると捉えるものです。そして個人が適合を必要とし、個人レベルのどんな行動であるとか、どんなケアが適当であるか、そういった見方をするモデルです。

そして一方の社会モデルは、この問題を社会的な問題として捉えます。社会的な統合のためにどんなことが必要か。そのためには社会におけるアクションを取ることが必要であるという見方をするわけです。ですから、そのためには個人と社会が両方かかわっていかねばなりません。環境の適合、そしてこれは人権の問題であり、政治の問題であり、社会の変化を必要とするものであるという捉え方をします。

これは実はスイスの新聞広告ですが、スイスの国民というのは何でも公表する国民でして、何か議論があると、例えば木を切るべきだろうか、こういったものにおいても投票にかける国民性を持っています。最近、いわゆる人間のクローンということが持ち上がりまして、こういった遺伝子操作、遺伝子の介入を許すべきかということに対しての投票がやはりあったわけなのです。これはそういった遺伝子の介入に反対を呼びかける方向なのですが、つまり多発性硬化症というのはもう諦めて、非常に絶望感に浸るか、もしくは遺伝子の介入をするか、医学モデルではこの2つに1つという見方しかできないことを批判しています。いちばん大事なのは、もっと環境の適合を図って、例えば身体が不自由で、車椅子に乗らなければエレベーターを使えばいいとか、階段の代わりになだらかな坂にすればいいとか、そういうような環境の適合を見ていくべきだと訴えています(10)。

私どものICIDH-2の中では、この2つを対立するものとして見るのではなくて、この2つを橋渡しする考え方を今回表したわけです。これは医学モデルと社会モデルの橋渡しを行った表なのです(11)。

そしてICIDH-2の3つ目の新しい点は、運用上の定義、操作上の定義というものを作り出したということです。そしてさらに用語の定義も行っているということです。この操作上の定義はどういったものかといいますと、例えば機能障害というのはどういったものを表すのか、行動というのはどういったものを表して、どれがこれに含まれないのか。こういったものを表示したものが操作上の定義と言われるものです。一方の用語の定義というのは、例えばヘルスケア、身の回りのケアは何を表しているのか、洋服を着るとい

ことは何を表しているのか、そういった用語の定義が行われています。

そして用語は中立的なものを使うようにいたしました。例えば「機能障害」ではなくて「機能」と「構造」に分けています。それから次の部分は「活動の制限」ではなくて「活動」、こういったことができる技術を持っているのかではなくて、実際にこういった活動ができるのかといったところを捉えています。

そしていちばん重要な変化があったのは、3つ目のレベルの「参加」の部分です。「社会的不利」という言葉をやめ、「参加」を使っています。これは単なる言葉の遊びではなくて、考え方というのをまったく新しく改めました。社会的不利というものは、さまざまな次元において捉えられていましたが、今回は特定の分野において、例えばどのような参加が可能であるか、その参加を促進するような要素は何か。障壁とする要素は何であるか、そういったところを捉えるように変わってきています。

こちらを見ていただきたいのですが、これもやはり新聞広告です。「人生においていちばん大きな損失というのは、競争もできないことである」と書いてあるのです。この「競争」という言葉にこだわる必要はなくて、これを「参加」に置き換えてみるわけです。まったく参加させてもらえないこと自体がいちばん大きな損失であると言っているわけです。この「参加」というのは非常に前向きで肯定的な言葉で、我々の努力の最終的な目標というのが、参加を図るということにほかなりません。それで我々は「社会的不利」という言葉を取り除きまして、「参加」ということに焦点を置く方向に置き換えているわけです(12)。

そしてまた新しい点のもう1つは、環境因子というものを取り込むようになったということです。この背景因子というのは、環境因子と個人因子を足したものが背景因子になると。この環境因子というのは非常に重要な部分を占めるということを捉えています。これは非常に実践的なやり方で、我々の環境の中で何が障壁であり、何が促進因子であるのかというのをはっきり特定することを可能としているわけです。

この障壁というのは、物理的、そして社会的の両方の障壁を捉えています。例えばこの物理的な障壁は、段差というのが物理的な障壁になります。それで促進因子として取り入れられるのはスロープとか、エレベーターを使うことによって、この障壁を乗り越えることが可能になります。一方、社会的な障壁というのはこういったものがあるかということ、差別とか、蔑視、いわゆるスティグマと言われる社会的な態度が障壁となります。こういうような社会的障壁というのは、我々の態度、社会的な考え方、そういったものに表され

てくるのです。

これはベネトンのポスターです。これは白い肌のアフリカ系の女性が、黒人の間にいて、なかなか馴染めない、溶け込めないようなところを捉えた写真です。西側においては、白人の社会の中に黒人がいて、仲間に入れられないというような状態をよく目にするのですが、これはまったく逆さで、黒人の中に白い肌の人がいるということで、これが非常に人の目を引くポスターになっているわけです。この女性は周りの方々と一緒に、いっぱいいろいろな活動をしたいのでしょうけど、残念ながらいろいろな要素からそれが阻まれていることが多いのではないかと思います。このように人々の差別というような感覚からさまざまな困難が生まれてくるのがわかります（13）。

このように人と環境の間の相互関係という考え方が、我々のICIDH改正への取り組みに影響をもたらしていると思います。そもそも、もともとのICIDHの考え方としては、どちらかというとりニアな、直線的な帰結というものがあつた。最初にインペアメント、機能障害があり、そこから次には能力障害が発生し、そしてハンディキャップ、社会的不利が発生すると。健康状態に基づくそのような帰結という理解でした（14）。

しかし、今回の考え方はもっと複雑な様相を呈しております。ただ、そもそも人生というのはもっと複雑でありますので、これも仕方がないことではないかと思います。一方では、健康状態のゆえにいろいろな相関関係が出てくる。それにプラスして環境因子ですとか、個人の要素といったものもその中には入ってくるということでもあります。こういった相互作用があつて最終的な帰結が出てくる。そして、それらがいろいろな機能という形を取ることです（15）。

いま、お見せしていますこの図、これは1つの概念図と捉えていただいてもいいと思います。皆さんの理解を深めるために表したものでして、1つの絵という捉え方ですが、本来の構造はもっと複雑です。わかりやすくするために、この種の相互関係があるということを表したものです。

ただ下の部分に出てくる環境因子と個人因子は上下に列挙されていますが、やはりもっと両者をはっきりと区別する必要がある、ということが今回の東京会議で出てきました。そこでこれらを2つの箱に区分したものが、今日の最新版ということになります（16）。

ここに書いてある右側が環境因子で、商品、製品があり、身近な環境ということで例えば住宅や学校、それからいろいろな制度があり、社会規範、文化、作られた環境もあります。また政治的な要素もあり、自然そのものも含まれます（17）。

左側の個人因子は、今回のICIDH-2の改正案においては「イントロダクション」という、最初の部分だけに出てくるわけで、詳しい分類リストは用意していません。もしICIDH-3を作る場合に役に立てば、ということになりますが、この分類をもっと具体的に列挙する可能性もあるかと思えます。フィールド・トライアルでは理解を深める上で、やはりそういったものがほしいという要望が出ています。

私どもとしては人を強調したいとはあまり考えていません。どのようにすればもっと参加の促進要因になり得るのか、もっと機能を高めることができるのか。またリハの帰結、結果をより良いものにすることができるのかという観点で捉えています。また、どういったバリアを取り除くかということによって、より機能が良くなっていくかということについて考えているわけです。そのバリアというのも、いまここに書いてありますように例えば性別、年齢、またその他の健康状態、物事に対応するスタイルとか社会的背景、これらについていろいろなバリアがあるわけですが、それをいかに取り除けるかという視点で書いてあります。ただ、日本のフィールド・トライアルの場合、上田先生からお聞きしているのですが、やはり参加者にとってはこの種のリストといいますか、こういった書き方がプロセスを理解する上ではとても重要であるという感想を伺っています。

あと2つ、ICIDHに関して、とても重要な新しい要素が出てきています。1つには言葉の問題があります。いま現在、素案の中では英語を使っています。それが皆さんにいちばん理解できる言語であるということで、共通言語として英語を使用しています。ただし、作っていく中で多言語化していきたいと考えています。ですから、いろいろなプロセスの中で、皆さんにより良くこれを理解していただくためには、やはりいろいろな言語で翻訳をするということが発生してくるかと思えます。それによって、文化の違いを超えた分類という位置づけになるかと思えますし、同じような形で機能に対する考え方、概念を捉えてくださるようになれば、もっと意味ある分類ということになるかと思えます。私ども、文化を超えた分類を多言語化で実現したいと思っています。

ここに書いてあるものは、何語に訳しているかという言語を全部リストアップしたものです。ご覧のとおり、当然、日本語も含まれています。この言語を全部足すと23になります。私どもが目指しているのは多言語のプラットフォームを作ることなので、ご関心のある方はWEBサイトにアクセスしていただければ詳しいことがわかるのですが、「フリオ・ビューズ&マルティー・ターン」と呼ばれるものを開発しています。これによって、たとえ文化的な違いがあつたとしても、同じ意味で捉えることができるように図っていま

す。そのときも、ほかの商品も同じなのですが、ICIDHのハーモナイゼーション調和のプロセスを進めていきたいと思っております。また、CD-ROMという形で、どんな言語であれICIDHの情報アクセスができるように考えています(18、19)。

ICIDHというのは非常に複雑なものですので、いま現在の英語をもっと平易なものに変えていきたいと。話し言葉で書ければ、と考えています。それからもう1つが点字、また手話という形での翻訳もしていきたいと思えます。

私どもはこのフィールド・トライアルを前面的に押し出して、これを中心にやっていきたいと考えています。ここにあります写真は、カンボジアの地雷の被害者の写真なのですが、こういった方たちもフィールド・トライアルに参加してございまして、分類方法、私どもICIDHの概念を見ていただいた上でいろいろなコメントをしていただいています。

ここで一旦休憩、昼食にします。

○佐藤 それではユーストンさんのお話しを続けます。

○ユーストン 午前中からの話を続ける前に、日本の皆様方の中でフィールド・テストに参加してございましての方々にお礼申し上げたいと思えます。いま現在も進行中でして、来年まで引続き続けますので、皆さんからのいろいろなご意見、インプットをお待ちしております。

午前中からの話として、私どもには理解の移行というものがあります。英語の表現を使えば、「パラダイム・シフト」という言葉を使っています。ただ、片仮名で訳されているということからして、どうもあまりぴったり来る訳がないのではないかと思います。これは何かといいますと、ある1つの概念を理解する。それを説明するためのいくつかの因子、要素の集団というのがパラダイムであります。

まず、1つ重要な点はICIDHが普遍的なモデルだということです。そもそも、私たちが問題にしているのは障害を持った人たちだけでなく、もっと普遍性を持った考え方があります。皆さんはお気づきかもしれませんが、私は着座しております。それというのも腰を痛めてございまして、治療を受けています。そういった意味で、私には長時間立てないという機能上の制約があります。

こちらに書いてありますスライドのものがユニバーサル・モデルです。細かい点につい

ては時間がないので触れませんが、基本的には健康、保健が基本的な人権であるという概念です。ご存じのとおり、国連の「人権宣言」においては、「人間は性別、宗教、人種、またその他の属性に基づいて差別を受けてはならない」という規定があります。それと同様に、やはりその人の健康状態、機能に基づいた差別があってはなりません。実際、ほとんどの方は、何らかの形で障害を持っているのではないかと思います。私自身もヘルニアを患っていますし、中には関節炎とか糖尿病、いろいろな疾患等を患っている方がいらっしゃるかと思います。そういった方が機能面において、何らかの障害を持っているということになります（20）。

我々の理解というのは、「ディスアビリティ」とか「ディスエイブルド」といった「障害」という捉え方は、人生のうちの一部、もう混成している要素であると。とりたてて少数派のグループ、別のグループであるという捉え方はしていませんで、誰しも、何らかの形で障害を持っているという前提に立っています。例えばある面においては、もしかしたら機能面において何らかの障害を持っている。例えば、身の回りのケアをするとか運動をするといった面では問題がある。しかしながら、ほかの生活の側面に関しては全く普通で、何も問題がないということが十分あり得ます。したがって、機能ということに関してはその人個人、ないしは社会が何らかの措置を取ることによって機能を持たせることもできるということでもあります。そういった意味では個人、ないしは社会で何らかの解決策を見出す可能性もあります。

皆さんの中には、「ユニバーサル・デザイン・パラダイム」という名称をお聞きになった方もいらっしゃるかと思います。これは実際に障害を持った人々も、そうでない人々も、すべての人が同じように使える商品をとという考え方であります。その名前にちなんで、この「ユニバーサル・モデル」が付けられたと書いていいかと思います。この根底に流れている1つの考え方として平等、ないしは対等という概念があります。例えば肢体の損失があった場合、例えば足がないと。その原因が地雷であれ、糖尿病であれ、サリドマイドであれ、いろいろな原因が考えられるわけです。そういった場合にはその体の構造部分、ある1つの部位がない。そして、その分の機能がないということになります（21）。

もう1つ、活動の制限ということに関して言いますと、例えば通常の活動、普段やっていることが何日間かできなかつた。学校に行けなかつた、仕事に行けなかつた、家事ができなかつた。原因はインフルエンザであるかもしれませんが、うつ状態に陥つた。ないしは子供が病気になって、その看護に追われた。いろいろな状況が考えられます。

3番目のレベルとしてはスティグマという、いわゆる差別ですとか隔離ということがあり得ます。例えばハンセン氏病ですとか分裂症、てんかん、HIVのエイズというようなことで差別を受け、隔離をされるということも考えられます。いま申し上げたのがICIDHの大前提でして、原因、条件は何であれ、我々が見るのはあくまでも制限されている部分、ないしは機能の部分に焦点を当てるということです。

このポスターのマリー・エバンス・マックリーン、この方はアカデミー賞を受賞した最初の聴覚障害を持った女優です。今週はアカデミー賞の受賞式が開催されたということで、皆様の記憶にも新しいかもしれません。彼女が受賞した作品ですが、「チルドレン・オブ・ザ・レッサー・ゴッド」で主演女優賞を受賞しています。このタイトルからして差別的な言葉が出てきているように思うのですが、ICIDHの場合、我々はパラダイム・シフトを実現しているということでありまして、政府が活用している分類、いわゆる障害を持っている、持っていないという分類は使っておりません。いくつかの国では、パーセンテージを使ってそういった分類をしている所があります。障害の度合いが60%、70%というような言い方をしていますが、それも使っておりません(22)。

私たちは多次的なアプローチで、生活のいろいろなレベルにおいてどうなのかということをつまえます。先ほど申し上げたとおり、我々はユニバーサルということで、ここにはすべての人たちが含まれます。こういった人たちは決してマイノリティー、少数派ではないという考え方を持っています。また、非常に中立的、かつ客観性を持った捉え方ということで、決してこれを否定的に捉えるのではなく、否定的な側面もあるけれども、肯定的なものも認めるということなのです。

また、障害につながるいろいろな状況についての平等性というものも考えています。午前中やっていましたが社会的なモデル、それから生物学的なモデル、これをいわゆる生物心理学的な関連で社会の統合化、1つにまとめようとしています。また、使い勝手を良くするために、運用可能な定義を使っています。さらに、ICIDHを使う方々というのは、多くの方々は直接、例えばリハ、保健、医学、医療に携わっている人たちに限らず、例えば社会保障、社会政策、さまざまな社会活動に関係している人たちが含まれることを理解しています。

さらに、1つの道具として我々はICIDH-2を出すわけですが、それを誤って使用することを避けるために、つまりこれで逆に差別をする、ないしは、人にラベルを付けるというようなことをしてほしくないということで、倫理的なガイドライン、こういった差

別は回避すべきであるということを警告するためのガイドラインを作成します。まとめますと、この女優は、もちろんコミュニケーションを図るという上では確かに困難を経験しています。しかし、ほかの面では全く問題がありません。

今後どうなっていくのか、何が作業として残っているかということで、ベータテストの今後の段階について簡単にお話します。現在、ベータ1のフィールド・テストを間もなく終えようとしております。そしてまた、来年には実現可能性を評価するということが、また信頼性の評価を行うことが予定されています。ですから、実際にフィールドの中で、これがいかに機能するのかを検証していきたいと思っています（23）。

そのほか現在進行中の作業というのは、皆さんはほとんどご存じだと思うのですが、例えば政策面における見直しをやっていきますし、言葉のレビューを行ってまいります。また、倫理面における見直し等も行っていますし、できるだけほかの国々も関与するようと呼びかけてまいります。ほかの国際機関についても連携を図るようにしてまいりますし、障害を持った人々との連携も大事にしていきたいと思っています。毎年、「レビュー・ミーティング」という会合も開いています（24）。

WHOのICIDHのWEBサイトで、インターネット上で皆様方もアップデートした情報を得られます。ここで日本語版も、この数カ月のうちに紹介できればと思っていますけれども、その間は英語ではありますが、ホームページで見ることができます。例えば、「Tokyo Meeting」と書いてありますから東京会議の内容について見ることもできますし、「Beginners Guide」と書いた初心者向けのガイドのようなものもあります。ですから、英語ではありますが、お読みいただければ十分理解いただけるかと思っておりますし、近い将来、これと同じものを日本語版で、最新版ができれば用意させていただけるかと思っております（25）。

日本のこのミーティングを終えたあとの今後の計画ですが、まずインターネット、ないしはセンターからいろいろなデータを受け取ります。そして、結果を分析します。さらにもう1度、コンサルタント、そしてまたセンター、タスクフォースのトップの方々との会合を開きます。また、私どもが日ごろから連絡を取り合っているいろいろな支援機関、ないしは諮問機関といったような所と協議に入ります。さらに、データツール・ドラフト作成しますし、データ・トライアル、プロトコルも素案にします。特にこの場合、実現可能性と信頼性を中心に考えていきたいと思っています。そして、再びフィールド・テストを行います。皆様のご参加を募りたいと思っています（26、27）。

我々は最終商品を得る上で、現在どの状況にあるのか。まず首尾一貫性という意味で、1つにまとまるのか。そしてロジックの一貫性、また文化を超えて、いろいろな文化においてこれが適応できるのかどうかといった疑問があります。2番目の疑問としては、これは本当に役に立つのか。実用面から見て役に立つのか。また、皆さんのやっつけらっしゃる事にとって意味があるのかということです。さらに言葉の問題、これは本当に正しいのか。また、間違えずに使うことができるのか。最後に「連続性」と書いてあります。例えば、ICIDH-1に親しんでいらっしゃる方は、1から2に移行される際にどうなっているのか、本当に連続性があるのか。クロスウオークと書いてありますが、これは1と2の間の対照表の作成です。また概念として、本当に連続性があるのかどうかの検討です(28)。

我々はいま、何をやろうとしているのか。それはICIDH-2によって、障害に関する共通の基盤を持つことです。実用性ある道具がほしいということです。健康、障害はもう人生の一部であると捉えています。さらに、我々は差別を回避したい。これはプラス、マイナス、いずれの理由においても差別、区別をなくしたいということで、この中にはチャリティーも含まれています。また、物理的、イデオロギー上の、また政治的、法的な障壁を除きたい。ですから、その人を下手に同情したり、また見下したりということも避けたいし、その個人に対し責任を負わせることも避けたいわけです(29)。

さらに、社会の中に参加を促すような要因を組み込みたいと思っています。そしてまた、引続き多次元的な概念としての「機能」を考えてゆきたい。機能の中のプラスの側面、これを検討していきたいと思っています。すべての人たちにとって助けとなるような、ユニバーサル・デザインを考えていきたいと思っています。

以上、いろいろなテーマについてお話したわけです。我々は医学的なモデルではなくて、むしろ社会的なモデルに近いものでありまして、それによって社会における統合を図りたいわけです。また、我々はそういったユニバーサルなモデル、そしてまた中立的であり、かつ多次元的、そして平等なモデルを作成しています(30)。

最後に芭蕉の句を引用しているのですが、あいにく該当する日本語が見つかりません。ICIDH-2というのは、まだいま現在サナギの段階である。ただ、いずれは美しい蝶としてはばたいてほしいという願いが込められたコメントであります(31)。以上、ご清聴ありがとうございました。

質 疑 応 答

○佐藤 ありがとうございます。何でも結構ですので、質問していただきたいと思います。

○山口 大変明快な、わかりやすい話をありがとうございました。私の質問は日本語の用語に関係がありますので、日本語のわからない方にお伝えするのはちょっと難しいかと思いますので、日本人の参加者の方にも教えていただきたいと思います。

「インペアメント」「ディスアビリティ」「ハンディキャップ」は、英語でも必ずしも明快に使い分けができていない場合があると思えます。これをはっきり区別しろと言われてはいるわけですが、日本語ではこれが全部「障害」と扱われています。信じていただけないかも知れませんが、「インペアメント」「ディスアビリティ」「ハンディキャップ」だけではなくて、医学の分野でよく使われます「ディスオーダー」も「障害」です。「バリア」も「障害」です。あるいは「インペアメント」、これはゴルフ用語でもありますが、これも「障害」という同じ訳です。最後に芭蕉の俳句を引用されましたが、日本語というのは音楽的には大変豊かな言語かと思っておりましたが、この分野に関する限り、日本語の表現は非常に貧困であることを痛感しております。

そこでお尋ねしたいのは、今度ICIDH-2でディスアビリティとハンディキャップを活動と参加に置き換えるパラダイム変換を行おうとしている。これは私は大変結構だと思いますが、残っておりますインペアメント、従来日本語では「機能障害」と訳してきているようですが、私はこの訳はどうも不十分だと思っておりました。今日、お話を聞いていますと、ファンクションとストラクチャーの両面でインペアメントを捉えていくようなお話だったと思えます。そうなりますと、これを日本語で「機能障害」とだけ訳してしまうのはやはり狭いのではないだろうか。もう少し、ストラクチャーの面も含んだ訳をすべきではないかと考えておりますが、いかがでしょうか。

○ユーストン 非常に本質的なご質問、ありがとうございます。ただ、私は日本語の知識が不十分ですので、いまのご質問に適切にお答えすることはできません。しかしながら、私は言語に関する分析には非常に注目しておりまして、日本語に関する分析もここに来る前に一応勉強してまいりました。そして、こういった問題が生じているということは、佐藤先生や上田先生などのフィールド・テストの参加者からもお話を伺っていますので、こ

ういったことは存じ上げておりました。

この問題というのは日本語だけに限ったものではなくて、すべての言語にこういった問題が生じております。この3つのコンセプトを共通の用語で、それもわかりやすい、日常生活でみんなが使っている、よく知られた言葉で表そうとしていまして、こういった問題は当然生じるわけです。

全般的に言いますと、我々は言語上、同義語を探しているわけではないわけです。ほかの言語において、言語上で全く同じ言葉を探しているのではなくて、あくまでも同じコンセプトを捉える言葉をほかの言語でも探しているということです。簡単に申し上げますと、身体レベルでしたら身体と機能、個人レベルでしたら個人の活動、社会レベルでしたら社会における障害、もしくは促進要因、こういった捉え方をしようと試みています。当然、日常的に使われる言葉はどういったものであるかということも差があるわけですから、ICIDHの中でも特に使う用語に関しましては、運用上の1つの共通の定義を押さえようとしているわけです。その言葉が、一体何を表すものであるか。そういった定義を行うことによって、だんだんより明確になってきている状況です。

幸運なことに、日本語におきましては「障害」という便利な言葉があつて、これをすべて包括的な言葉として使うことができるわけです。でも、ほかの言語ではいわゆるアンブレラ用語、包括的な用語が存在しない言語もあるわけです。例えば英語の場合、「ディスエイブルメント」という言葉が使われています。これをアメリカ人やイギリス人が聞くと、やはりちょっとおかしいなと。それよりはディスアビリティのほうが親しみがあるというか、わかりやすくいいのではないかという意見も出されております。

言葉で表すのが難しいのであれば、こういうような絵文字を使うことも考えられます。言葉をいろいろ考えるというのではなくて、あくまでも概念を伝えるのが目的なのです。残念ながら、私の日本語の知識はここまでですので、これ以上のことにつきましては佐藤先生、上田先生からコメントしていただきたいと思っております。

○佐藤 どうも、ありがとうございました。

「障害が重い」というような言い方をすることがよくあります。そのときに、インペアメントが重い場合とディスアビリティが重い場合、ハンディキャップが重い場合とがあつて、そういう点では混乱する面があるわけです。だけど、障害の3つのコンセプト、概念の違いを我々が理解していることによって、その混乱を最小限にすることもできるわけです。当面、しばらくは「障害が重い」という用語が使われ続けるのだろうけど、その混

乱を最小限にする上でも非常に有効かなと思っています。

(山口先生のご指摘については、「機能・形態障害」や「機能障害(形態異常も含む)」と訳される場合もありますが、つい簡単に「機能障害」としてしまうことが多く、気づかないうちに誤解を生んでいるかもしれないとの大事なご指摘でしたー佐藤・編集時追加)

○殿岡 私は現在、障害者のための雑誌を作り、自立生活センター、CILで職員として働いています。今日は特に、アクティビティーの問題について触れさせていただきたいと思います。

80年にできたときから感じていたのですが、ディスアビリティがある人が自分の目標の実現を社会的に妨げられていることの総称がハンディキャップと教えていただきました。そうである場合、もしはっきりとした自分の意思、何を自分でしたいかということが明確であれば、ディスアビリティを自ら認識することが非常に容易になると思います。社会によって負わされているハンディキャップが自分の中で区別できないことで、非常に悩んでいる人を多く知っています。こういった国際障害分類が、その根底の底流の部分で心の持ち方、認識の有り様に対して、何か貢献できることはないのか、コメントをいただければ幸いに思います。

○ユーストン 私自身も国際機関、特に障害を持つ人々、障害を持つ方々自身は「障害者」とご自分で呼んでいらっしゃるケースも多いかと思いますが、こういった方々とお話する機会が大変多くありまして、そういった方々のニーズ、抱えていらっしゃるいろいろな要望についてはかなり注意を払っているつもりであります。こういった方々というのはいかに自分を表現すべきか、いろいろ悩んでいらっしゃることは理解しています。

今回、私どもはこの新しい分類を検討するにあたって、いろいろな協議を重ねてまいりました。例えば「ディスアビリティ」という言葉自身、本来であればこれは非常に中心的な言葉であるはずですが、去年、分類上、この言葉は使わない。やめるということになりました。しかしながら、言葉が中心的な問題ではないと思います。そうではなくて、私は皆さんの生活そのものがもっと重要であると。そして、現実にはある、生活における障壁をどのようにして取払い、生活におけるいわゆる促進要因、促進因子をどのようにして増やしていけるかというほうが大事であると思います。その結果、障害を持つ方々のみならず、すべての人たちにとって人生がより住みやすい、送りやすい状況になればというふうに、生活をしやすくしていくことを目指すべきではないかと思っています。

日本の場合、道路を歩いていますと、特に視覚障害を持った方々のためのいろいろな工夫、サイン等もあります。また、このビルの中でもアクセス性を高めるための措置がいろいろ図られている。私としてはこれをもっと広い範囲で、社会のすべての面においてそれが当然という日が来ることを待ち望んでいるわけで、それがユニバーサル・デザインにつながるのではないかと思います。

あと2つほど、文章でお答えしたいと思います。私もこういった団体の多くのスポークスマンの方々とお話をしますが、やはりいま指摘されたような悩みが多く聞かれます。私自身もそういった障害を持った方々の権利運動、エンパワーメントに関しては大変関心を持っておりまして、私自身そうすべきだと思っています。また、政治的な課題の中でも、これは最優先されるべき課題であると考えております。今回のICIDHにおけるユニバーサル・モデルというもの、これはこの方向に向けてのまたさらなる一歩、前進であると私は理解しています。もちろん、障害を持った方々がご自身たちを少数派として捉え、アイデンティティーを追求し、それによってグループを作るということ。これは一方ではあるのですが、しかしそういったグループ化、マイノリティーとしての集団化が進めば進むほど、逆にそれによって差別が助長されるという危険性もあるわけです。ですから、そのジレンマをどうすべきか。そのジレンマの解決策は、たとえばやはりユニバーサリティー、すべての人たちが同じであるという概念が必要ではないかと思います。

○佐藤 ヘンリー・エンズさん、コメントをお願いします。ICIDH、ないしはICIDH-2で障害を持った方々自身がいろいろな経験をされると思うのですが、そういった経験について障害を持った人たち自身がより良い理解を持てる役に立つのでしょうか。

○エンズ プレゼンテーションの中で、このあとすぐにお話することになりますが、簡単に言えば答はイエスでもありノーでもあります。それに関して、もともとディスアビリティというものに関していろいろ次元がある、ということをもっと明白にすることに関してはある程度前進を見たと思います。ただ、問題は、それにまつわる一連の環境因子がある。その環境因子が非常に重要なウエイトを占めているという、そこを特定しきれなかった部分に非常に問題があったように思います。いま現在、先ほど言った新しい分類法のもと、本来あるべき姿に近付いていると思いますけれども、まだまだすべてが完璧ということではありませんので、これについてはこのあとプレゼンテーションの中でお話したいと思います。ですから、サナギはまだ冬の時代を通過しなくてはいけないようであります。

○高橋 言葉の問題で2つほど、今日のテーマから言うと本質的ではないかもしれませんが。

「インペアメント」という言葉が新しい分類で残っているのですが、全体がネガティブなものからポジティブな方向へというパラダイム・シフトがあったとすれば、インペアメントというのはやはりまだネガティブなニュアンスを持った言葉なのではないかと思います。これも変えよう、という議論はなかったのかどうか。例えば、私は英語のことはあまり知りませんが、全体としたらオーガニズムのような形で、よりポジティブな面を強調したらどうかということが1つです。

それから、最初のお話の中で、「診断（ディアグノーシス）」をバイオメディカルな意味に限ってお使いになったと思います。しかし、私どもの臨床の経験からいうと、診断（ディアグノーシス）というのは既に社会的な背景まで含めて、あるいはその後どういう援助なりトリートメントをしたらいいか、という計画を含めたものが本来の診断だと我々は考えています。WHOでディアグノーシスをそういうふうに限定的に使うとしたら、ファンクショニングとディスエイブルメント、その人のいろいろな問題を総合的に判断する働きを何という名前と呼ぼうとなさるのか。我々の立場で言うと、ディアグノーシスというのは単にバイオメディカルなものに限定されるものではないと思うので、その辺にお伺いします。

○ユーストン まず1つ目の質問ですが、英語には「ペアメント」という言葉がありませんので、「インペアメント」の「イン」だけを取り除くことができませんでした。でも、そのかわりに「ファンクション」と「ストラクチャー」という、この2つの要素を用いてインペアメントを表そうとしているのですが、「ボディー・ファンクション・アンド・ボディー・ストラクチャー」という言葉が長過ぎると。去年の見直しでもほかに良い候補が見つからなかったということで、このインペアメントという言葉が残ってしまったのが現状です。ただ、一貫性がないということもみんなが指摘していますので、1年目にはハンディキャップという言葉が落とされて、2年目にはディスアビリティという言葉が落とされましたので、3年目はこのインペアメントという言葉が落とされることになるのではないかと考えております。

次に診断（ディアグノーシス）という言葉なのですが、これは私の説明が悪かったのか、通訳が間違ったのかわかりませんが、私の意図したところとしてはその人個人のコンディションを判断するための診断（ディアグノーシス）という意味で使いました。これにはもちろん医学的、生物学的な側面もあれば、その人個人にどれくらいの機能があるのか、と

いうことを判断するためのディアグノーシスでもある意味で使わせていただきました。例えば糖尿病だった場合、例えば膵臓にウイルスがあるのか、どういった病気が原因なのか。こういった両側面を捉える意味で、ディアグノーシス（診断）という言葉を使っておりました。

理想からいえば、診断（ディアグノーシス）には軸が4つあっていいと私は思います。まず1つ目が生物学的、病気の側面です。2つ目が機能の側面。3つ目が生活の質の側面、どれくらい満足した、快適な暮らしができるのか。4つ目が背景因子、環境因子の側面です。

○服部 オペレーショナル・デフィニションは科学的な用語であって日本語で「操作的定義」と訳す必要があります。誤解を生まないように。

○佐藤 「操作的定義」と訳すとあまりにも専門用語なので、「使いやすい、実際に使える定義」というふうに訳しておいたほうがいいのではないかと、私のほうでまえもって通訳の方に間違ったサジェッションをしてしまいました。どうも、失礼しました。

休憩に入る前に、過去4日間の東京会議について簡単に解説だけしておきたいと思いません。ICIDH-2のベータ1ドラフトというのが去年の4月、過去10年間のこうした改正会議に基づいてできました。去年の12月まで各国でテストをして、これでいいかどうかということを検討して、今年の3月東京の会議で決定をするということが予定されていきました。ただ、日本をはじめ、フランス、スウェーデンなどで翻訳に時間がかかって、とてもテストまで行かない。それから、アジアの国々が参加しつつあるということで、このテストを1年延ばして今年の12月まで続けようということになりました。したがって、東京会議で、何か大きな事を決めてしまうということはむしろできない。しないほうがいいということで、途中の経過報告、それから今後のタイムテーブルなどの議論、テストすべき新たな項目などについてたくさん議論をいたしました。

したがって、結着をつけたことよりも、むしろいろいろな検討課題を広げたという印象の会議だったと思います。また中国などを含めて、アジアの9カ国が初めてこの改正会議に参加して、欧米だけではなくて、アジアもかなり参加するようになったことが非常に画期的だと、個人的には思っています。この会議のために、WHOからユーストン主任をはじめ、4人のコンサルタント、職員の方が参加してくださいました。大変感謝しています。どうも、ありがとうございました。

それではカナダ保健情報院のジャニス・ミラーさんのお話を伺いたと思います。彼女のテーマは「ICIDH-2とリハ情報基準：カナダの試行プロジェクト」というテーマです。ジャニスさんはICIDH-2に向けて、改正作業の主要人物の一人として活躍されている方です。

JRSD Meeting
Japan, 27-8 March 1998

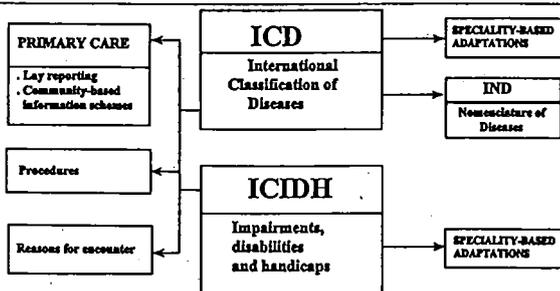
**Classification of
Functioning & Disabilities:
REVISING ICDH**

Dr. T. Bedirhan Ustun
Chief, EAC/MSA
WHO

**Key Concepts of
Functioning & Disablement**

IMPAIRMENTS	ACTIVITIES	PARTICIPATION
BODY Function/ Structure severity, localization duration	PERSON Activities (limitation) difficulty, duration assistance needed	SOCIETY Participation (restriction) extent, facilitators barriers in environment

WHO Family of International Classifications



ICIDH in simple terms

- **Your *body* doesn't *function* properly**
- **You are limited in your *activities***
- **You face *barriers* in society**

Assessment of Health Status

- **Diagnosis of Health Condition**
(Disease, Disorder, Injury etc)
 - Disease process & etiology (Signs, symptoms & findings)
 - Traits (habits, personality characteristics)
- **Functioning & Disablement**
 - Body functions (independent of disease)
 - Personal activities
 - Participation in the society life

Aims of the ICIDH-2

- to provide a *scientific basis* for consequences of health conditions
- to establish a *common language* to improve communications
- to stimulate *better care and services* to improve the participation in society of people with disabilities
- to permit *comparison of data* across countries, health care disciplines, services and time
- to provide a *systematic coding scheme* for health information systems;
- to *stimulate research* on the consequences of health conditions
- to collect data on *facilitators and barriers* in society that affect the *participation of people with disabilities*.

ICIDH-Process of Revision

- Review Concepts & Data
- Drafting Classification
 - Definitions & Taxonomic rules
 - Operationalizations
- DRAFT ICIDH- Options
- International FIELD TESTING & Comments
 - centres, NGO's, IGO's, Scientists, Clinicians, PWD
- FINALIZATION: WHO Approval
- Applications ...

Models of Disablement Medical *versus* Social Models

■ PERSONAL problem	vs.	SOCIAL problem
■ medical care	vs.	biopsychosocial integration
■ Individual treatment	vs.	social action
■ professional help	vs.	individual & collective responsibility
■ personal adjustment	vs.	environmental manipulation
■ behavior	vs.	attitude
■ care	vs.	human rights
■ health care policy	vs.	politics
■ Individual adaptation	vs.	social change

ICIDH-2

International Classification of Impairments, Activities, and Participation

A Manual of International Classification of Impairments, Activities, and Participation

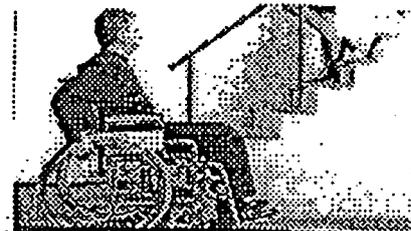
WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
2000

ICIDH- 2

1. Main volume with glossary
2. Clinical Descriptions & Assessment Guidelines
3. Assessment Criteria for Research
4. Dedicated Assessment Tools

MS: The choice is despair or genetic intervention

ignores a ramp, an elevator, environmental modification



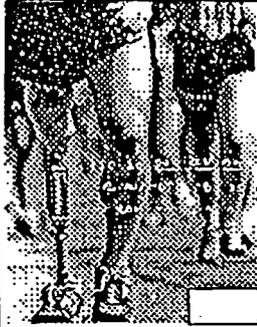
What is NEW ?

- both positive & negative dimensions: *Functioning & Disablement*
- Social Model orientation: bio-psycho-social integration
- Operational Definitions & glossary definitions
- neutral terminology
 - FUNCTION/STRUCTURE vs. IMPAIRMENT
 - ACTIVITY vs. ACTIVITY LIMITATION
 - PARTICIPATION vs. PARTICIPATION RESTRICTION
- clarification of structural and functional impairments
- "Activity" instead of "Disability": *actual performance*
- "Participation" instead of "Handicap": *reformulation*
- Inclusion of Environmental Factors
 - Contextual Factors = Environmental Factors + Personal Factors
 - Identification of Barriers and Facilitators
- Multilingual Development - Transcultural applicability
- Field tests up-front

The "Bridged" Model of Disablement Medical AND Social Models

■ PERSONAL problem	AND	SOCIAL problem
■ medical care	AND	biopsychosocial integration
■ individual treatment	AND	social action
■ professional help	AND	individual & collective responsibility
■ personal adjustment	AND	environmental manipulation
■ behavior	AND	attitude
■ care	AND	human rights
■ health care policy	AND	politics
■ individual adaptation	AND	social change

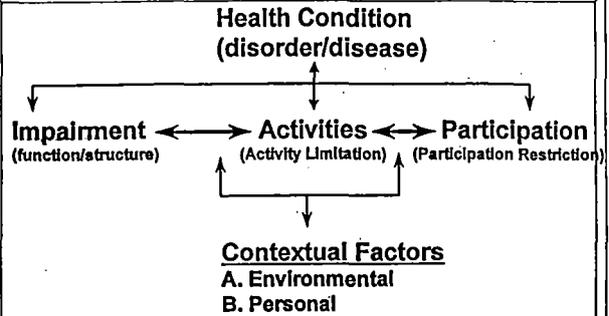
Participation or Handicap



Life is believing
the worst loss is
not competing at all

- Handicap - Hand in cap?
- Participation is positive

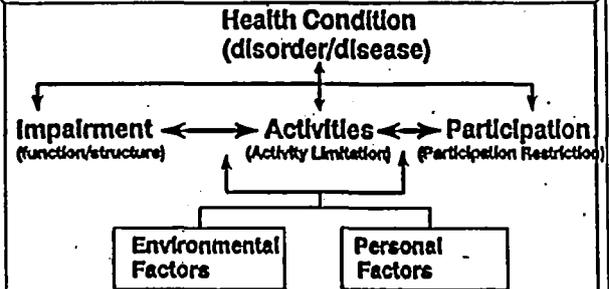
Interaction of Concepts 1997



United Colors?



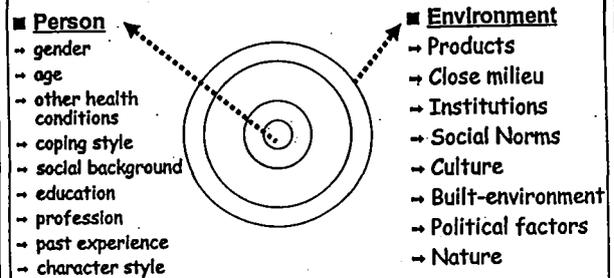
Interaction of Concepts 1998



Interaction of Concepts 1980

Impairment → Disability → Handicap

Personal & Environmental Factors



Translations

- French
- Dutch
- German
- Spanish
- Japanese
- Russian
- Chinese
- Swedish
- Arabic
- Hindi
- Tamil
- Kannada
- Danish
- Hebrew
- Greek
- Turkish
- Italian
- Romanian
- Yoruba
- Portuguese
- Norwegian
- Czech
- Polish
- ...

Equity / Parity

- **Loss of limb**
landmines = diabetes = thalidomide
- **Missed days at usual activities**
flu = depression = sick child
- **Stigma**
leprosy = schizophrenia = epilepsy = HIV

Translations & Multi-lingual coordination

- French
 - Dutch
 - German
 - Spanish
 - Japanese
 - Russian
 - Chinese
 - Arabic
 - Hindi
 - Tamil
 - Kannada
 - Romanian
 - Danish
 - ...
- ⇒ Multi-linguistic platform:
Folioviews & Multiterm
- ⇒ Linguistic Analyses
- ⇒ ISO harmonization process
- ⇒ Establishing a CD- ROM ...
- ⇒ OTHER:
- Plain English
 - Braille
 - Sign Language

New Understanding of ICIDH-2



- Non-categorical
- Not a percentage
- Multi-dimensional
- Universal - Not a minority model
- Neutral & objective: not negative but also positive
- Parity / equity across disabling conditions
- Synthesis of Social and Biological Models
- Interaction of person and environment
- Operational definitions
- Multi-level use
- Ethical Guidelines & caveats against misuse

Universal Model

- Health is a basic human right
- No one should be discriminated against on the basis of their health status & functioning
- Most people have some "disablement"
- Disability is a fact/part of life
- Functioning could be altered at
body - person - society levels - solutions could be found at these levels

BETA Phase: Apr 97 - Dec 99

- TRANSLATION & Linguistic Analysis
- Feedback Form
- Basic Questions & Consensus Panels
- Item Evaluation
- Options Testing
- Additional Voluntary Studies
 - Focus Groups
 - Key Informants
 - Other
- Feasibility of assessment (year 2)
- Reliability of assessment (year 2)

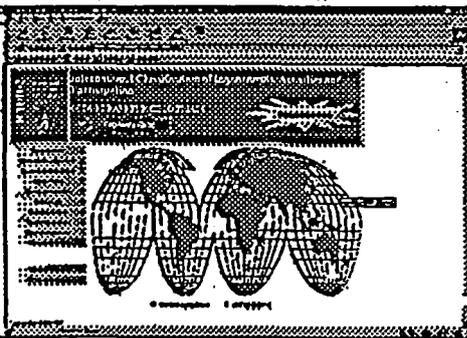
Other Work in Progress

- Legislation & Policy Review
- Terminology - ISO Harmonization
- Ethical Review
- Engagement of other countries
- Other International Organizations
- Links with People with Disabilities
- Annual REVIEW MEETING

Plans to assemble results after Japan Meeting

- receipt of data: INTERNET & Center Network
- analyzing results
- meeting of consultants
- specific consultations
- drafting Beta-2
- drafting Field Trial Protocols
 - new basic questions
 - case evaluation protocols
 - feasibility
 - reliability
- Beta-2 Field Tests

www.who.ch/icidh



Where are we?

- ICIDH-2: *How does it hold together?*
 - coherence
 - logic & consistency
 - universal /cross-cultural applicability
- ICIDH-2: *How useful is it?*
 - practically
 - relevance
- ICIDH-2: *How correct is it?*
 - Language
 - Usage
- ICIDH-2: *How continuous is it?*
 - cross-walks
 - concepts

What is news@WHO ?

- Renewed timetable
- Centers - translation and field testing
- Children's Task Force
- MHBCD Meeting - Network activities
- WHO Meetings on Disability Policy
- WHO-ICIDH-2 Checklist & WHO- DAS version 2.0
- DALY exploration/validation research
- Educational Package development
- Legislative review
- Fund-raising meeting: FALL 98

Towards a common ground on Disability

- Health is a basic human right
- Disability is a "part" of human life - everyone becomes disabled
- Avoid discrimination, - / + Including charity
- Remove barriers - physical, ideological, political, legal
 - avoid pity, ridicule
 - avoid putting the blame on the individual
- Build-in "enabling factors"
- Consider functioning as a "multidimensional"
- Consider "positive aspects" of functioning
- Consider "universal design" that can help everyone

Conception of Disability

- Medical Model vs. Social Model
- Minority Model vs. Universal Model
- Negative view vs. Neutral Approach
- Categorization vs. Multidimensional
- Patronization vs. Equalization
- Dehumanization vs. Humanization

ICIDH-2



A caterpillar,
This deep in fall-
Still not a butterfly

Basho





ICIDH-2 とリハ情報基準：

カナダの試行プロジェクト

カナダ保健情報院
ジャニス・ミラー

ご紹介ありがとうございました。ご参集の皆様方、海外から出席された大勢の方々、佐藤先生、ならびに日本障害者リハビリテーション協会、安田火災記念財団、そして皆様方にお礼を申し上げたいと思います。

佐藤先生のほうから私のほうへの依頼というのは、まずカナダにおける保健、ならびに障害調査に関する情報を提供すること、具体的には私が所属しているカナダ保健情報院で行っているリハ情報基準に関する試行プロジェクトについてご紹介するよということ
です（1）。

その試行プロジェクトは、ICIDH-2 の概念が反映されている内容となっています。またさらに、このプロジェクトの中で使っているリハのデータセットも説明させていただいた上で、いかに我々がICIDH-2 をその中に取り入れているかということについてご紹介し、最後に今後の課題にふれたいと思います（2）。

カナダの人口は約3,000万人、それに加えてかなりの氷と雪があるということでも知られています。私どものヘルスケア制度は、すべての人々を対象とした高いアクセス性を持ち、そして継続給付が可能です。例えば他の州に引越をした際にも引続き給付が受けられるということです。そしてまた公的に管理され、包括的です。私どもの保健関連支出は多少鈍化しています。そしてまたその焦点になっている部分も変わりつつありますが、97年現在、保健関連支出は766億ドルということで、国内総生産の9.2%に相当します（3）。

さて、我々はカナダにおける保健関連の情報システムのコーディネーションを図り、管理をし開発していくという任務を負っています。これはその情報がタイムリーに、しかも正確に提供できるよう、それを確実的なものにするための制度で、これに基づいて保健関連の政策立案が出されるということです。また、さらにこれによって効果的に保健制度そのものが管理できるようにするという働きがあります。私どもの組織は略して「CIHI」

と呼んでいますが、これは全国的な組織で非営利のNGO、非政府団体です。それから私どもはカナダ全体からのメンバーが理事会に参画していますし、連邦政府とも強い絆を持っています。特にカナダの保健局、統計局とつながりを持っていますし、地方自治体、州政府との強い絆を持っています（4）。

私どもの中核的な事業としては、まずデータを持つということで、いろいろ登録されたデータ、ならびにデータベースそのものを持っています。それからまたデータの分析を行うということですし、また基準を開発し維持するということです。ただ今回のこのプレゼンテーションにおいては、さまざまな活動の中でリハ情報基準、そして開発という領域に焦点を当ててお話をしたいと思います（5）。

そのまえにまず、2つの全国調査についてご紹介したいと思います。障害に関する情報収集という面で、2つの大きな調査が行われています。1つが、私どもで略して「NPHS」と呼んでいます「全国人口保健統計調査」です。これはカナダの統計局が94年以降、2年に1度行っているものです。この調査は抜き取り調査という形でサンプル集団をいろいろな労働力状態のグループの中から選び取り、そのセクター化、縦割という形でデータを収集しています。これそのものは障害に関する調査ということにはなりません、この調査で使っている3つの質問は、障害に関連するものです。例えば運動における困難、聴覚、視覚における困難といったことに言及している質問や介助、在宅支援等の必要性があるかどうかに関する質問もあります（6）。

もう1つの調査はHALSと略していますが、「健康及び活動制限調査」です。これはもう少し具体的に個人が抱えているいろいろな制限、そして障害に関するものを焦点としたもので、国勢調査の間の期間に行っています。これはすでに86年と91年の2回行っていまして、次回は2001年です。ただしこれは予算が取ればということで、予算が取れるかどうかは98年12月に決まる予定です。この調査で使われている用語の定義は「ディスアビリティ・ハンディキャップ」、「能力障害」ならびに「社会的不利」というもので、この86年、91年の調査は、80年のICIDHそのものを使っています。今後この調査を行っている人たちと一緒にあって緊密に働きかけることによって、次回の調査においてはICIDH-2の内容を盛り込めればと思っています。

さて残りのプレゼンテーションは、リハ情報基準の開発についてとりあげます。カナダのみならず、皆さんも同じような経験をしていらっしゃると思いますが、保健制度に関していろいろな圧力があります。そして変化を強いられる時期に差しかかっていると思

ます。その理由はいろいろあるわけですが、どうしても患者中心、ないしはサービスを受けている人たち中心の成果を上げるというニーズがありますし、また証拠に基づいて意思決定をするといった要件があります。また情報システムといっても、いろいろな環境、状況設定において統合化を図るという必要性があります。具体的にいいますと、病院の外来患者に関する情報と地域に根ざした在宅ケアとか、学校、職場等におけるすべての情報を統合化するという必要性があります（7）。

もう1つは、これはカナダ、北米全体、そして他の地域でも同じようなことが言えると思いますが、ヘルスケアといったところで、やはりその地域格差等が非常にあるということです。さらにそういった保健医療サービスを提供していく機関によっても格差があるということで、それをいかに縮めるかという問題があります。またいろいろな州とか、機関同士の情報を比較できるようにしなければいけないということがありますし、またさらにサービス、コストに対する責任を追究されるという向きが非常に強くなっていると思います。

ここに書いてある「最小データセット」とそのグルーピングの方法論に対して、2番目は「カナダにおけるICIDH-2フィールドトライアルセンター」、これはICIDH-2のいろいろな試行ということになるわけですが、これについてはこの後に具体的にお話したいと思います。それ以外には私どもC I H Iで行っているリハビリテーション関連で非常に重要なプロジェクトがいくつかありますので、ご紹介だけしておきたいと思えます（8）。

1つは救急医療に関する報告制度をもっと確立するということ。そして我々のカナダにおいては全国的にICD-10に移行しつつあるということで、これをいかに導入するか、そして実施に移すかということです。もう一つは、カナダの保健医療に関する分類を開発していくということです。最後に原価計算、コストの計算、方法論を確立するという作業をやっています。

こちらのスライドは、具体的に我々は基準づくりをする際、どういったアプローチを取るかということを表した図です。具体的には3つの円からなっていますが、中心にあるのはあくまでも個人、人です。そしてこれを見ていただければわかると思いますが、いろいろな種類の人の介入、ならびにそのサービスを提供する設定等があります。それがここに表されています。こういったICIDHの概念モデルを使うことによって、この問題はいろいろな形で表現、記述することができます。例えば診断ということであればICDがあり

ますし、またICIDH-2に含まれている機能障害、能力障害、参加といったことで表すことができます。ですから、いろいろな違いがありますが、言語的、また用語的に一貫性を持たせるということが可能になっています(9)。

こちらは皆さんよくご存じのWHOのアプローチと似たような形で、この基準表を開発しています。我々はこういったものを使いながらスケジュールとか、プロジェクトの企画等をやっている、かなりの時間をコンセンサス作りに費やしています。具体的にどういった流れになっているかがここに表されていますが、まず最初にカナダのリハに関してどういったニーズがあるのか、これを特定します。それを受けて、今度はどのぐらいの規模のプロジェクトにするのか、あらゆる設定、例えば在宅、病院等、全部を統括するのか、それとも1つか2つに限定するかをまず決めていかなければいけません。次にコンセンサス作りに移るわけですが、その利害関係者のどのぐらいの範囲の人たちを取り込むのか。つまり、一方では本格的にしたい、インプットもできるだけいろいろな所から入れたいと思うわけですが、それと同時に実現可能かどうかということを考えなければいけないといった観点で決めていきます(10)。

一旦、利害関係者が決まると、他にどういったものがあるのか、データセットとか、我々が対応しようとしている問題に関連するもの、もしすでにあるデータセットが存在するのであれば、我々はわざわざ新しいものはつくりたくないという観点から、既存のものを探します。その結果、実際これでパイロットテストをやると決まった段階で、情報をフィールドで集めてまいります。その後は分析をし、そしてそれを利害関係者にプレゼンテーションし、承認を得た上で標準化し、使えるようにするということです。そして一旦出来たものでも定期的にレビューし、陳腐化したものは改訂するということになります。

次は私どもがコンセンサスを作るというときに、協議制を取っているということが言えると思います。これもWHOのやり方とまったく同じだと思います。その中で協議の中に利害関係者の誰を取り込むかといった問題が出てきます。例えばクライアント、その人の家族、サービスを提供する側、研究者というところまで含まれますし、また資金を出す人たち、保健政策、ならびにプログラムを立案する企画の人たち、また我々と同様、基準を開発している団体などを当たっていくことになります。例えばカナダには保健サービスの質を評価する協議会といった所もありますし、また証拠に基づいた意思決定ということに取り組んでいる団体もあります(11)。

こちらのスライドでは、このプロジェクトは94年にスタートしたのですが、その時

系列的な流れというものを表したものです。まずフェーズ1においては、全国的な臨床データセットを集めて評価し、新しいデータセットの提案を作る段階です。97年に次の段階に入りまして、この提案に基づいてデータの収集に当たるということになります。第3段階は、98年、いま現在ということになりますが、すでに集まっているデータの分析、処理を行っています。これが終わったら今度はデータセットのレビューを行いまして、この見直しを行うのは私どもカナダの専門家、諮問グループがありますので、その諮問団体に委託するという形になります(12)。

データの分析によりまして、いろいろな方法論、こういった形できちんとデータを管理できるか、そしてデータのグルーピングを行います。そしてそういった形で正確に必要なサービスがどのくらいあるのか、これを記述できるような体制を作るということですし、いま我々が経験している問題においてこういったサービスの比重が高いのか、低いのかというウエイトもはっきりさせるということを目指しています。

最後にまとめますと、このプロジェクトの1番の目的は、以下のことを達成するためにリハデータセットの最低限のものを得るということです。最初に、保健医療で使われるいろいろな資源がどのくらい必要かを予測するということです。この中にはいろいろな場面設定が考えられます。在宅もあるでしょうし、また職場、学校、そして外来、病院といったように、すべてにおけるリソースの活用を予測するということです。もう一つは、その結果を評価する、いかにサービス等が効果的であったかを評価するための指標を達成していかなければいけないということです。3番目には、いいデータを集めることです。そして全国的に比較ができるようなデータを集めるということが必要です(13)。

いま現在は理想と現実とのギャップが大きくて、信頼性が高い、使えるデータというのがありません。しかもいま現在唯一データのグルーピングとして有効なのは、その診断に基づくものということで、私どもは「ケースミックスグループ」と呼んでいます。こういったものしかないということです。これがまたリソースの活用とか、そういった成果を図る上では、決していいデータセットとは言えません。したがって、いま現在もっと新しい情報ツールが必要だと、新しい方法を見い出さないことには、クライアントが抱えているいろいろな問題、そして障壁を取り払うことができないということで改善しようと努力しているわけです。

私どもはここで全国的なデータということでやっているわけですが、これは我々としては累積的な、グループ化されたデータが欲しいということでやっているわけです。特に中

間レベルからトップのレベルにかけてということで、これはグループとして捉えようという観点でやっています。ですから、決してその個人、一人ひとり进行评估するとか、アセスメントするということではありません。ですから、我々はいまでも中間から上の層の集団に関する情報が欲しいと、それに基づいていろいろな戦略づくりをし、また企画、評価をしたいというのが趣旨です（14）。

これは私どもの地図ですが、ここに記された場所においてデータを収集しています。これに加えて4か所においてICIDH-2の改訂のためのデータ収集を行っています。場所的に見ますと、オンタリオ州にかなり集中していますが、人口の大半がここに集中しており、保健医療サービスを提供している場所としてもここがいちばん大きいということで、そういった形になっています。しかし、そうは言いますが、西海岸のブリティッシュ・コロンビアから6つの州にわたって、東はケベックに至るまで、すべてにおいてこういったデータ収集がなされています。ただ、いま現在その他の地域ではデータ収集ということはやっていません（15）。

ここに書いてある内訳は、実際にこれを全部合わせますと、37カ所でデータ収集を行っているわけですが、そのパイロットサイトの内訳を示したものです。3つの種類に分けると、在宅サービスが15%、総合病院が41%、専門のリハビリテーションセンターが44%を占めています。このリハビリテーションセンターには、ある特定のものや、総合的に何でもカバーするところもあります。例えば脊椎損傷とか脳卒中の患者さんのリハビリテーションを専門とするような所がイメージとしてあるかと思います（16）。

これはこのプロジェクトの対象にどういう人たちが入っているかを具体的に示したもので、いろいろな人たちが含まれています。神経系のいろいろな問題を抱えている人たち、脳卒中、関節炎等を除いた疾患、さらにはろうの老人、高齢者のリハビリテーションというように、サービスを受けている方々、他に衰弱状態等の人たちが含まれています（17）。

こちらはデータセットにはどういったものが含まれているかということを示した表です。まず1つは、どういった患者、どういった問題があるかを特定するいわゆる「アイデンティファイアデータ」と呼ばれるものがあります。また社会、人口動態的なデータ、また管理データ、その次に抱えている保健、医療特性です。私どもは例えばICIDHの概念を取り込もうと、またその診断においてICDといった概念を取り込もうとということをやっているわけです。ちなみにこの黄色で示されているところが、特にICIDHという概

念を取り込もうということでは、いま努力をしている領域です。この特性の中には、最初の2桁でどういったインペアメントがその対象になっているか、問題になっているかということを示すようなシステムになっています（18）。

その次に抱えている活動、ならびに参加というところでは、皆さんもご存じのように、FIM（ファンクショナル・インディペンデント・メジャー）を取り込んでいます。具体的には18の項目で、スタンダードのツール、ADLを実現するためのツールを使っています。それに加えて私どもの情報院で独自に開発したコミュニケーション、さらに進んだADLを促進するためのツールも取り込んでいます。いずれにしても、これは参加型のアプローチを取っています。ただこれはなかなか難しいのですが、できるだけ環境的な要素とか、そういったバリアといったものを整えようということで、こういったアプローチを取っています。

もう一つはどんな介入があるのかということです。このデータセットでもう1つだけここに加えておきたいのが、それは労働力を時間に置き換えた場合、どのぐらいの時間をかけているかを計ろうということをやっています。ただこれはパイロットをやっている人に言わせれば、自分がサービスを提供するのに何時間かけたか計算するのは難しいという問題が指摘されていますが、やはりリソースの活用ということを考えた場合は、そのサービスに要した時間というものを把握する必要があると思っています。

このデータの分析については、今後数カ月かけて分析と評価をいろいろな形でやりたいと思っています。まだデータ収集は全部は終わっていないという段階ですので、これが一旦全部収集された段階で、私どもの全国諮問委員会に評価を委ねることになります。そこでカナダのデータセットとして何を取り込むかの承認を得ることになります。左手上のほうに、パイロットサイト31カ所と、ベータサイトから情報が収集されるということを示しています。それを見た上で、それが本当に実現可能かどうか、そして収集にどのぐらいの時間を要したかということをも把握していきます（19）。

もう一つは、信頼性です。これは評価する人たちの間でいろいろな比較をした上で、それぞれの評価、データ、どれぐらいの信頼性があるかというやり方を取ります。それから有効性に関しても、いろいろな観点で評価することになります。いま現在進めているのは、そのフィールドでのレビューということで、利害関係者すべての人たちを関与させるような形で進めている最中です。

最後にまとめとして、今後どうするかということに関してですが、データ収集がほぼ終

わっているということですので、この先は分析段階に入っていきます。それを受けて、いろいろな勧告、答申が出されます。おそらくデータセットの決定というのは、この夏になると思います。その決定がなされますと、実施のためのプラン作りということになりまして、今度はいろいろなサービスセンターの人たちに対する教育、データセットに関する啓蒙活動を行います。そしてその後、やっていくうちに比較レポートといったものを作成しまして、各センターが自分たちが提出したレポート、データがどのような評価を得たか等をフィードバックを受けられるような体制を作っていきたいと思っています（20）。

最後になりましたが、私が住んでいるオタワの写真をご紹介したいと思います。ここでカナダが誇る国宝とも言うべき運河をご紹介したいということでお見せしています。冬には凍りましてスケートをする、同時にこれが私どもの通勤手段になることもよくあります。これをお見せしているのはもちろんそういったこともありますし、我々が仕事において、いま前進を見ているのだということをお示ししたいということです（21）

新しいICIDHをはじめ、私どものいろいろな基準に基づいて、よりクライアントのニーズに合った形のサービスを提供できるように願っている次第です。ご清聴ありがとうございました。

質 疑 応 答

○佐藤 どうもありがとうございました。カナダの全国のリハビリテーション関係者が共通して使うミニマムデータセットというものを開発しつつあるという、大変興味深い話でした。私は大変驚いたのは、いまICIDH-2に向けて検討している環境因子、その中でも参加を妨げる因子、参加を促進する因子、バリア等も含めて、データセットの中に入れようとしているという、大変参考になるお話だったと思います。どうもありがとうございました。

○服部 いまデータ分析ということでおっしゃったわけですが、統計的なデータ分析に関して私は非常に懐疑的で、そこでどんな方法を取るのかということについては是非お聞きしたいと思います。というのは、単に簡単な形で統計的な方法で分析することになりますと、非常に困難を来すという危険性があると、私の経験からいってもデータのアウトライヤーがかなり入ってしまうということで、その辺の方法論についてもう少しご説明ください。

○ミラー データ分析のアプローチについて、具体的にご説明する機会がなかったのですが、私たちとしてはリサーチに関してはアドバイザーとか、その方法論に詳しい人たちを取り込んで、私どものデータセットを見てもらうということになっています。先ほどデータの評価を行う人たち同士の評価、データを比較して信頼性を確保し得るということをご説明したわけですが、それと同時に、いろいろな要素、因子の分析も行いますし、またかなり細かいところにわたってこのデータセットのレビューを行います。データセットもそうですし、データセットの構造もレビューするということになります。そしてまた他のものとも、例えば先ほどご説明したFIMのものともこれを比較します。また新しい項目についても見ていくということがありますし、内容についても、いろいろなフィールドレビューとか、テストサイトにおいて分析するということになります。それからアウトライヤー、いわゆる外層という問題、外れてしまうものに関しては、データ分析をする際、過去においてそういった経験を持った個人を雇って見てもらうということになっていましたので、リハに関してはこれで十分対応できると自信を持っています。

○服部 特に統計値を扱う場合というのは、リハビリテーションの領域ではアウトライン、極外値、外測値というものが非常に入り込んでくる。特に多変量解析をやった場合、外測値の影響がものすごく大きくなるという性質があるのです。それによって全体を歪めてしまうので、例えば分析する場合、探索的データ解析でやれるような手法でもって、もう少しリハビリテーションでの経験を積んだ方の知識とか、経験を入れてほしいという願いをしました。

○佐藤 予算のゆとりがあれば、ドクター服部をスペシャルコンサルタントとして雇ったらいかがでしょうか。

○キャロン・ブラッドフォード 今回、このプレゼンテーションは素晴らしかったと思いますし、大変感謝しています。本当に素晴らしいアイデアが盛りだくさんだったと思います。私はキャロン・ブラッドフォードと申しまして、トロントの北400キロに位置しているオンタリオから参りましたカナダの人間です。具体的な質問をできるだけ手短かに聞きしたいと思います。

「まずこういったリハのデータセットの問題を見ると、特にこういったことを試みた場合、非常に進んだ活動とか、コミュニケーションを取り込もうとするという傾向があります。

まず最初の質問ですが、今回の試みの中で親であり、かつ障害を持った人の責任とか、コミュニケーション、社会生活といったものをきちんと取り込んでいるかどうかということなのです。2番目の質問として、先ほどステイクホルダー、パートナーというところで、サービスを提供する側、そしてリサーチ、研究する人たちと書いてありますが、それにプラスして教育者という項目を付け加えてはどうかと思います。この教育者という集団は、やはり後の2つのグループに非常に大きな影響を与える人たちだと思います。最後の質問は、先ほど北部のほうの州がパイロットテスト地に選ばれていないということで、これはとても残念に思っていますので、その辺はどう思われているかお聞きできればと思います。以上、3つです。

○ミラー 最後の質問から最初にお答えします。なぜなら最後のほうがよく覚えているからなのですが、まずパイロットサイトの参加に関してですが、これは皆さん立候補と申しますか、自主的に参加して下さるということで、申入れがあったところがパイロットサイトになっているということです。私どもはできるだけカナダ全域をカバーするような形で「どうか、パイロットサイトになってください」という依頼を出しました。そこで手を挙げてくださった所が、リソース的にも、他の条件的にもそれができる所が手を挙げてくださったということです。

ただ、非常によかったのは、例えばアルバータとかマニトバとか、そういった比較的人口の少ない所になりますと、いわゆる地域のリバセンターといったような所があるのです。こういった所はそこにセンターが位置している場所だけではなく、例えばウィニペグのセンターは、ここよりかなり北にあるチャーチルという所までセラピストを派遣しているということで、位置的にはたしかにウィニペグですが、そういった遠い所の患者さんから、他の地域の情報を得るということも可能になっています。また地図をご覧になってもおわかりにならなかったかもしれませんが、ファンダベイといった所も含まれているということで、西部、北部をかなり網羅しています。

2番目の質問ですが、教育者をレビューの中に入れてはという話ですが、これに関しては、いまお話しているデータセットのプロジェクトについて、あくまでも大人を対象にしたものです。ということで、いわゆる学童と児童を教えている教育者はこの中に含んではいません。子供を対象にしたデータセットを作るということになりますと、子供特有のニーズが出てきますので、もっと複雑性、時間がかかるということで、まずは大人からということですので、子供ということになると両親が大きな役割を果たす、参加するようになっ

てくるかと思えます。ただ、教育者はベータサイトのレビューにおいては非常に大きな貢献をしてくださっています。特に専門的なセンター、例えば神経科を専門とするセンターがマクマスターという所にあるのですが、こういった所はICIDHのレビューにおいて非常に大きく関与しているということで、ICIDHのレビューに関しても、教育者は大きな貢献をしています。またベータサイトのコーディネーションは、大学をベースにした機関が加わっているということで、大学レベルでの教育者というものが参加しています。

最後に、いわゆる日常的な生活の要素としてコミュニケーションを取り込んでいるかということに関しては、私どもはやはりそれはとても重要な部分であると促えています。例えば家事をするとか、家計を守るとか、また薬を投与するとか、家の掃除をする、また家族の介護をする、面倒を見るというようなことも全部含んで考えています。またICIDHの3つの項目の「参加」という部分においても、例えば人間関係を維持するといったようなことを含めていますので、日常的な要素もかなり重要視しているということです。

もう一つのコミュニケーションに関しては、我々が言うコミュニケーションというのは、書いたものと口頭でのコミュニケーションと両方を使い分けています。これはスタンダードツールであるFIMの中には使い分けがなされていないということですので、私たちとしてはそれを取り込むような形でもっと拡充しています。

○佐藤 どうもありがとうございました。

(休 憩)

○丸山(司会) それでは、次のセッションを開始したいと思います。私は日本障害者リハビリテーション協会、国際部長の丸山です。佐藤先生がこれからまたスポンサー筋のほうに行かれますので、代わりまして司会をいたします。

これから2つのスピーチを聞かせていただきます。最初はヘンリー・エンズさんです。ヘンリー・エンズさんは大変有名な方ですのでご存じの方も多いわけですが、ロシアに1943年にお生まれになりました。そののち、難民としてドイツやサウスアメリカなどに行かれまして、カナダに落ち着きになりました。私どもがヘンリー・エンズさんのお名前を聞いたのは、1980年のDPIの創設者としてが最初でございます。以後15年、DPI、ディスエイブルド・ピープルズ・インターナショナルのチェアパーソンとして、またその事務局長、エグゼクティブ・ディレクターとして大活躍されてきています。現在で

も、カナダの国連代表へのアドバイザーとか、ILOのコンサルタントなどをされています。現在はマニトバ大学で教えていらっしゃるようで、特にこのICIDHのフィールド・テストをされています。今日は、ICIDHを障害を持つ者としての視点からお話いただきます。

ICIDH-2 & REHABILITATION INFORMATION STANDARDS: A CANADIAN PILOT PROJECT

Janice Miller B.ScPT, MBA
Canadian Institute for Health Information
Ottawa, Canada

CIHI

- National, not-for-profit, non-govt.
- Canada-wide Board
- Federal and provincial links
- Mandate--Health information
 - Coordinate, develop, maintain
 - Accurate and timely
 - Set policy, manage effectively

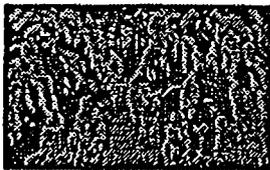
OUTLINE

- Health information in Canada
- National surveys & standards
- Pilot project overview
- Role of ICIDH
- Next steps

CIHI--PRODUCTS & SERVICES

- Standards
- Data
- Analysis

THE CANADIAN PICTURE



Lowell B. Hinkle
Barricade, c. 1917

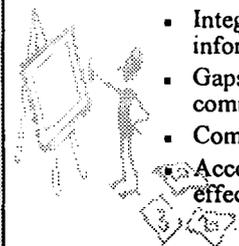
- 30 million people
- Universal healthcare
- \$76.6 billion health expenditure (97)
- 9.2% GDP spent on health
- Health spending slowing, changing

NATIONAL SURVEYS & STANDARDS

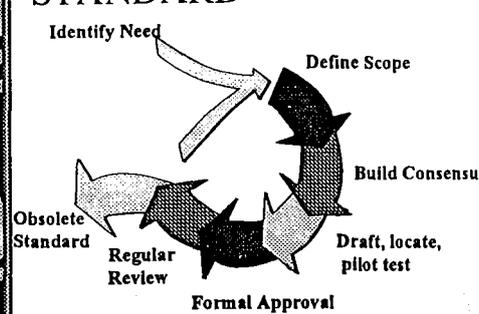
- National Population Health Survey (NPHS)
- Health & Activity Limitation Survey (HALS)
- CIHI standards beyond acute care:
 - Rehabilitation
 - Long term care
 - Mental health

HEALTH SYSTEM REDESIGN

- Client-centred outcomes
- Evidence-based
- Integrate health information
- Gaps in rehab, community
- Comparability
- Accountability, cost-effective



LIFE CYCLE OF A NEW STANDARD



STANDARDS DEVELOPMENT: REHABILITATION

- Minimum data set & grouping methodology
- Canadian Field Trial Centre for ICIDH-2
- Ambulatory care reporting system
- Moving to ICD-10
- Canadian Classification of Health Interventions
- Costing methodologies

STAKEHOLDERS & PARTNERS



- Clients/family
- Service providers, researchers
- Payors
- Health policy & program planners
- Standards developers

HEALTH AND HEALTH SERVICES



PILOT PROJECT PLAN

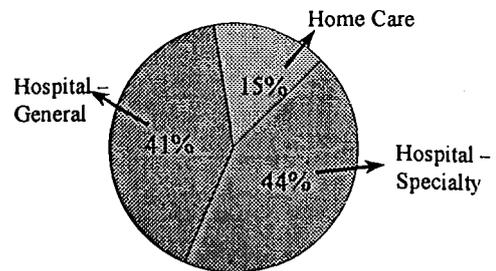


- Phase 1 Development & evaluation of national clinical data sets (94/97)
- Phase 2 Data collection (97/98)
- Phase 3 Analysis & revision of data set (98)
- Phase 4 Development of prototype grouping methodology (98/99)

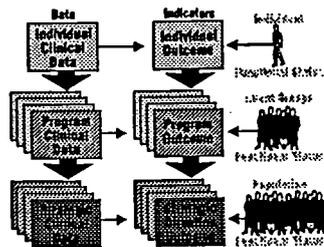
PILOT TEST OBJECTIVES

- Predict resource utilization across the continuum (hospital, home, community)
- Client outcomes & effectiveness indicators
- National comparative reporting

PILOT SITE TYPES



DATA AGGREGATION



REHAB GROUPS/PROGRAMS – ADULT

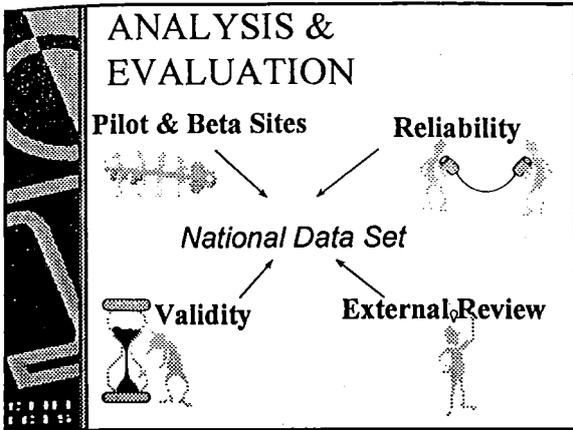
- Neurological conditions, general
- Stroke
- Acquired brain injury
- Joint replacement
- Amputation
- Respiratory
- Arthritic and connective tissue
- Geriatric rehabilitation
- Debilitating conditions

CANADIAN PILOT SITES - 31 ICIDH-2 Beta Sites - 4

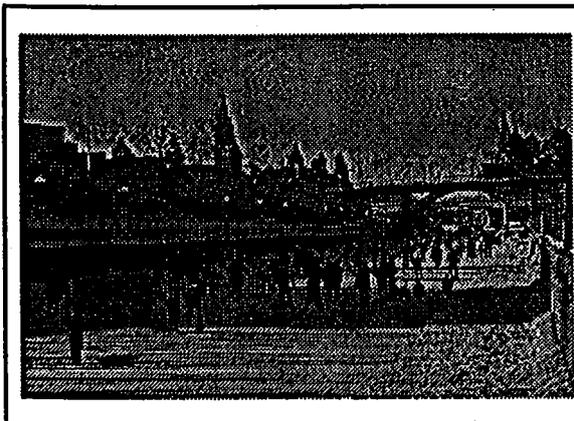


REHABILITATION DATA SET

- Identifier data
- Socio-demographic data
- Administrative data
- Health characteristics (ICD, ICIDH-2 Impairments)
- Activities and participation (CIHI, FIM, ICIDH-2)
- Interventions (CIHI)



- ### NEXT STEPS
-
- Complete data collection
 - Data analysis
 - Recommend minimum data set
 - Implementation plan
 - Develop comparative reports





「消費者の視点で見た障害の定義：

機能障害、活動、参加」

障害研究カナダセンター所長

ヘンリー・エンズ

私が日本にまいりますのは、今回で4回目となります。来るたびに、東京を楽しんでいます。東京でも、日本でもいろいろ変化が起きていることを感じています。例えば、障害者の運動が進んできています。それから自立生活運動、リハビリの分野におきましてもどんどん発展、開発が進んでいます。ですから、このICIDHというサナギが蝶にかえる動きが着々と進められていることを物語ろうとしています。日本でそういった活動を通して知り合った方々は、非常に良い友人となっています。八代さんやアサギさん、アジア・太平洋のみならず、世界においてこの活動で非常に影響力を持っていらっしゃる方々がいらっしゃいます。

私の今日の話の内容ですが、「消費者の視点で見た障害の定義」という題になっています。いま、全世界には5億人ほど障害を持った人々がいます。それほど多いわけですから、私が障害者の代表、障害者の典型というわけでは決してありません。ほかにもいろいろ限定させていただきたい内容もありますが、まずこれを申し上げておきたいと思います。

私の紹介の中で、日本語だったので何をおっしゃられたのかよくわからなかったのですが、多分これは触れられていないのではないのでしょうか。私は以前、リハビリ病院に10年ほどいたことがあります。そのときの専門家から、私はいわゆる養護施設ですと暮らさなければいけないと何度も言われました。ですので、これが忠告となるのではないのでしょうか。つまり障害を持つ人々、そして専門家の方々の見方には違いがあるということです。

現在、進歩しているプロセスの中にあります。特に、プロフェッショナルと呼ばれる人々の中で、こういったプロセスが特に起きていると呼べるのではないのでしょうか。私は現在リサーチセンター、研究所のチーフを務めておまして、いわゆる障害に関する修士課程の教育研究を進めているところです。こういったところでも、いろいろな考え方がどんどん進歩して、前に進んでいると言えます。

ここで、ある聖職者の喩え話をしたいと思います。素晴らしい理論、アイデアを持った牧師さんがいました。自分の教会の中で変化をもたらしたいと思いました。この牧師さんは、それでは教会の中にシャンデリアを付けようと言い出したわけです。教会の人々が2時間ほど議論をしたら、後ろにいた人が「シャンデリアなど要らない。お金がかかり過ぎるシャンデリアなど、遊べるものでもない。必要なのは、もっと照明を明るくすることだ」と言いました。

前置きはこのくらいにして、私のプレゼンテーションの本質に入りたいと思います。まず、どうして改正を進めることになったのか。その背景についてお話しします。それから、障害者の運動が非常に進んでおり、いろいろな変革をももたらしていることについて話します。そして、障害者というのは権利を持った市民であるという考え方、この考え方をもとに社会モデルが生まれ、この社会モデルがパラダイムのシフトを引き起こしてきているということについて話したいと思います。また、ベータ・テストにおきまして、障害者の見方がいろいろ反映されてきていること、これがICIDHの改正にどのような影響を与えてくるのか。そういった事についてもとりあげます。

私は障害者の運動が始まった1980年当時、カナダのウィニペグにおりまして、これにかかわる事ができたのは非常に幸運だったと思っています。この組織が成立され、今度は国連にカナダの代表として、「アクション・プラン・インターナショナル」の作成にかかわることができました。これは「障害者に関する世界行動計画」というガイドラインとなり、83年から92年までの「国連・障害者の10年」の基本となったわけです。

国連のさまざまなドキュメントにつきましては、のちほどまた詳しくお話しします。私は3つの会議に参加していたわけですが、この「障害者に関する世界行動計画」の草案にあたって、その定義を探る活動を行っておりました。アドバイザー・コミッティーという委員会です。国連がWHOの定義を取り入れることになったわけなのですが、そのときに条件がありました。その条件というのは国連の総会決議にも取り入れられています。つまり、障害者が直面している新しい現実を反映するように、WHOにその定義を改正しろと言ってきたわけです。

いま、改正の作業にあたっている最中にあるわけですが、ここでやはり我々は一步下がって見て、一体どういった新しい現実が障害者の前にあるのか。障害者はどのような経験をしているのか。そして、そういった新しい現実が、我々が定義を見直すにあたってどのような意味を持ってくるのかを常に考えなければならないと思います。ユースト

ン博士がもう既に、プレゼンテーションの中で社会モデルであるとか、新しい現実といったことについては触れられました。ここで、それに少し加えるとすれば、私の見方というのは障害を持つ人の見方であり、障害者の権利の運動にかかわってきた者の見方であり、また障害者の自立を高めるための運動にかかわってきた人間の視点を加えさせていただきたいと思います。

70年代後半から80年代初めまで、障害者の運動というのは世界で高まりを見せ、世界の人々の障害者に対する見方というのが少しずつ変わってきたわけです。70年代後半から80年代初めまで、障害者の運動が高まってきたのですが、DPIが80年の6月にウィニペグで創設されました。最初の国際会議はシンガポールで、1981年の12月に開かれました。そして、「国際障害者年」を作るための作業が始められたわけです。この新しい、画期的な運動の結果、テーマが同情とか哀れみといったものから、完全参加と平等という考え方に変わってきました。

この組織、設立当初のメンバーの数は非常に少なかったわけです。しかし、今日は100カ国以上がメンバーになっていまして、DPIジャパンも非常に活発な活動を行っています。また、その他のさまざまな国際団体とも緊密な協力関係にあります。例えばハビリテーション・インターナショナルだとか、耳の不自由な、もしくは目の不自由な人たちの協会、団体、それから精神障害を持つ人たちの連盟です。

DPIというのはさまざまな国の政府と協力して、新しい政策を作るための努力をしまいりました。その成果として1例を挙げますと、アメリカの場合ですと「障害を持ったアメリカ人法」、カナダの場合ですと「カナダの権利憲章（障害者を含む）」といったことがなされてまいりました。既に、障害者の権利が憲法に盛り込まれている国の数が増えてきております。

それでは、国連に与えたこの運動の影響について見ていきたいと思います。まず1つ、「障害者に関する世界行動計画」、これは先ほどもふれましたが、これをもって初めて、障害者も権利を持った、人権を持った市民であるということがはっきりしたわけです。つまり、政府には障害者の権利を守る責任があるという考え方が示されました。

1983年、我々は国連人権委員会に、世界的に障害者の権利が侵害されている状況についての調査、研究を始めるように働きかけました。84年、ILOは障害者の雇用とりハビリに関する条約を批准いたしました。これは非常に画期的なことでした。ILOがこういった条約を批准したのは2度目のこととして、これにはやはり障害者の運動のうねり

が大きな原動力となったのではないかと考えています。

その次は、障害者の機会均等化に関する基準規則が90年に作られました。「障害者に関する世界行動計画」の実行、実施を図るためのガイドラインを提示したわけです。私も現在、定義の改正作業にあたっているわけですが、例えば障害者の運動であるとか法改正などを通じて蓄積された知識や経験を有効に活かすことが重要ではないかと考えています。幸いにも、私はいま述べましたこれらのドキュメントの策定過程にそれぞれかかわってきています。いずれの場合も、やはりそのコンセプトで非常に激しい議論がありました。

ちょっと前にもご質問がありましたが、こういった定義が障害者の権利運動や自立的生活のための運動にとってどれほど重要なのかという質問は非常に重要だと思います。この定義というのは、障害者の権利運動を促進することもできれば逆行させることもできるということです。特に国連のシステムを通してこういったことがなされる場合は、両方の可能性があると思います。過去15年間、正しい定義を探す努力をしてまいりまして、その間、何度も挫折感を感じるようなこともありました。しかし、このような作業をするときに、障害を持つ人がその作業に加わっていくということが非常に重要だと痛感しています。

それでは、簡単にパラダイム・シフトについてお話していきたいと思います。障害者の権利運動、自立的生活に向けての運動につながっていったパラダイム・シフトについてお話しします。この定義のコンセプトとなるのはパワー（力）です。誰が問題を提起するのか、というのが非常に重要になってくるわけです。障害を持つ人々は、自分たちがそれをすべきだと言っています。

異なる意見を排除しない。すべての答えを用意したのだ、というような考えも持たない。こういった考え方で定義を役立てることが重要になります。誰がその定義をするかによって変わってくるわけです。昔のパラダイムであった場合は、問題というのは個人にあると考えられました。しかし、新しいパラダイムのもとでは、問題は環境にあるのだという見方になってくる。

解決策ですが、昔のパラダイムでしたら、その解決策を提示するのがプロフェッショナル、専門家たちにあるということになっていたわけですが、新しいパラダイムのもとでは仲間同士によるカウンセリング、権利擁護、消費者コントロール、そういうふうに変ってきております。

社会的役割に関しては、古いパラダイムに基づけば、社会的役割というのは患者であり、クライアントであるという位置付けになりますが、新しいパラダイムのもとでは、市民として、消費者としての位置付けにもなる。それから誰がコントロール権を持っているのか、これに関しては、古いパラダイムはプロフェッショナルであったわけですが、新しいパラダイムは消費者である障害者となります。

望ましい結果ですが、古いパラダイムでしたら、日常生活でしたらADLが、なるべく最高になることとして考えられていました。それから、なるべく雇用が増える、これが昔のパラダイムで望ましい結果と考えられておりましたが、新しいパラダイムのもとでは、完全な権利を持つということ、そういうふうになってきています。

現実を見てみれば、もうすでに社会は、いろいろな世界の各地で過去10年間、15年間起きてきた現実の変化、これにやっとならなうキャッチアップしようと、いま追いつこうと一生懸命努力しているのだということがわかります。ですから、我々は、非常に謙虚な気持ちで新しいところに足を踏み入れようとしているのだ、という考え方を持っていなければなりません。

しかし、前進していることをここで付け加えさせていただきます。WHOのユーストンさんがしていることは非常に有難いことで、改正プロセスにも、新しいこの現実を含む、その可能性を持っているのだと考えております。

次は改正のプロセスについてお話を進めていきたいと思ひます。ウィンペグというのは、私は誇りをもって障害者権利運動の中心地だというふうに申し上げたいのですが、ベータテストサイトの1つとして選ばれた場所でもあります。ここには地域の、そして全国レベル、国際レベルの障害者の団体の代表者が集まって来ています。私どもは基本的な質問事項がありコンセンサス・フォーラムを開きました。先ほどユーストンさんが紹介したほとんどのテストは行っています。

ここにリストにして出してありますのは参加者からのコメントをまとめたものです。これは全く編集していませんので人々からコメントを寄せられたそのままの文書で出しています。そこに参加された90%は、障害を持つ人たちであったということを付け加えます。挙げられた懸念の1つ目は、現行のICIDH、そして、改正されるプロセスが非常に気をつけなければならないことというのは、これが障害者を差別するために用いられることがあってはならないということです。特に適用において、そういったことがあってはならないということ、最終的な目的というのは、完全参加、障害を持つ人の完全参加であると

ということの確認が行われました。

2つ目の懸念事項は、参加というカテゴリーですけど、参加というのはアクティビティ、活動の延長線上に捉えられていて、環境にある障壁、バリアというものが十分には認識されていないのではないかと思うということです。

もう1つ出された懸念としては、この分類システムは、やはり障害を持つ人たちにレッテルを貼るという作業をいつまでも続けることにつながるのではないか、ということです。誰が一体このシステムを使うのか、何の目的に使うのか、それがはっきりしていないという点で危険性を伴うものだということです。

そして次の懸念事項として出されたのは、この分類というのは、人々のグループを分類する目的で使われるべきであって、個人を対象にしてはならないということです。これはどういうことを意味するかというと、これをシステムに取り入れることによって個人がサービスを受けることが阻害されるようなことがあってはならない、そういったサービスの受給資格につながってはならないということです。もう1つ混乱がありましたのは、この分類システムというのはモデルなのか、それとも測定のためのツールなのか、評価のためのツールなのか、こういった混乱という問題が挙げられました。

また、言葉の問題も懸念事項として挙げられています。例えば、言葉遣いがエリート主義であるとか、文法的に不正確だとか、障害を持つ人のほとんどの方が理解できない言葉になっているとか、専門用語が多過ぎる、階層の差別というものを永続させるような傾向にあるのではないかと、つまり、この分類を理解できる人と理解できない人との差別につながるのではないかと懸念が出されています。また、私が話をしたほかの障害を持つ人々も同じことを唱えています。つまり、もっと言葉をシンプルに、分かりやすくしなければ障害を持つ人々が本当にそれを理解して発表することができないという声が出されています。こういった懸念が今のプロセスの上でどのような意味を持つてくるのかが重要です。

ここで強く、とにかく強調されたことですが、3つコンセプトがあるわけですが、人々が指摘した危険性というのは、この3つのコンセプトが別々に使われた場合です。もしも別々に使われるようなことになれば、例えば、ある人たちはインペアメントの部分だけを使う、もう1つのグループの人たちはアクティビティの部分だけを取り上げて使う、そしてパーティシペーションだけ取り上げる。こういうふうに真っ二つにわかれてしまい、医学モデルが温存されます。全部をセットでという捉え方をしなければ、そういうような危

険が生じてしまうということが挙げられました。

現在、改正の過程において問題となっているのは環境因子が十分反映されていないという点です。これは今週の東京会議の中でも出てきましたが、果たしてこれを、もう1つの新しいカテゴリーとして取扱うのか、それともパーティシペーションという中で新しく組み替えていくのか、こういった点についてもっと結果証明が必要になってくると思うのです。現在のICIDHの改正の過程の中で、やはり強く出された声は、環境という因子が十分反映されていないということです。これはすでに政府の法律とか、国連のドキュメントの中でも反映されているのに、です。

次は4番目として倫理面の懸念についてお話をしたいと思います。私はさまざまなテープ等の作業を行ってきまして何度も何度も耳にしたことなんですが、やはり人々は具体的なコンクリートな形を求めています。ロシアにおきましては、その障害の度合いによって障害者の定義を4つのカテゴリーで定義しています。ロシアを例にとりましたのは、私、3年前に結婚したのですが、私の妻がロシアをよく知っているからここで例を出したのですけれども、つまり、定義というのが障害者の生活に大きな影響を与えるのだということ、ここでちょっと表したかったのがこの例をとりました。例えば、ロシアにおいて最も重症度の高い障害を持っているという判定を新たに受けたならば、あなたは働くことができません。働くことが非合法化されているのです。重度の障害を持っていて、そういう人が働きたいと思って働いたら、あなたは法を犯したことになるのです。

カナダにおきましては3つの州において障害の定義の改正が行われています。その改正作業の目的は、サービスから人々を排除するためであって取り込むためではないのです。ここで申し上げたいのは、もしもその使い道が明確化されていない形で分類を行えば、多くの国では、それは差別のために用いられてしまうのです。参加を促すためではなく差別をするために用いられてしまう危険があるのです。倫理面でのガイドラインというのは、非常に明確でなければ駄目で、これはやってもいい、これはやってはならない、これをこの方法で、こういう目的に使ってはならないということをはっきりと謳わなければ、明確化しなければならないと思います。

もう1つの有用なメカニズムとしては、モニターのメカニズムというものがあると思います。どのような使われ方をしていたか、定義がどのような使われ方をしているかをモニターして、その報告を国連やWHOなどに対して、人権の状況においてレポートがなされているのと同じような形で報告が必要になると思います。これはあくまでも最初の、

当面の私のいろいろなアイデアですが、これからもっともっといろいろ考慮していったら、ディスカッションが必要となると思います。こういうような点があるということ、その改正のプロセスで上げていく必要があると思います。

この資料の中には出していませんが、もう1点懸念事項があります。それは包括用語の場合なんです、ディスエイブルメントという言葉に対しては人々の抵抗がある。どちらかというと、やはりディスアビリティのほうが親しみがあり、ディスエイブルメントという言葉に対しては抵抗があったということ、を申し上げておきたいと思います。ただ、この点についてはまだコンセンサスは生まれてきていません。

そして、包括的なアンブレラ用語というのは、果たして必要なかどうかというような質問があって、非常にラジカルな意見が出てきております。そういう包括的な言葉を使う代わりに、ただ単に器官、活動、参加、環境、(オーガン、アクティビティ、パーティシペーション、エンバイロメント)の分類というだけでは不十分なのか、というような意見も出てきております。まず議論が一步踏み出したところだというふうに感じております。ただ、その一步が果たして成功であるかどうかというような評価は、ここで私は下すつもりはありません。

まだまだこれから道のりは長いと思っております。ただ必要なことは、これからもディスカッションを続けていくこと、そして、その定義を探すための困難な道を一步一步、歩んでいくことが必要だと思っております。そういうことによって障害者の権利運動や自立的生活運動へ向けての現実、さまざまな法整備が現実を反映していくことが必要だと思っております。何よりも重要なのは、やはり障害を持つ人々が直接この作業にかかわって、実際に自分たちをどういうふうに権利化したいかということに自分たちの声を反映させることが重要だと思っております。

長い間ありがとうございました。良い天気の中で本当でしたら皆さん外へお出掛けになりたいところなのに、聞いていただきましてありがとうございました。

質 疑 応 答

○丸山 ありがとうございました。それではヘンリー・エンズさんに質問をしてください。

○関 個人を取り巻く環境的な状況というのは非常によく分かるのですが、今のお話にもあったように、例えばスティグマがあるというようなお話があったのですが、スティグマ

を受ける主体の話がどうも不足しているのではないのでしょうか。障害のある人たちの問題、あるいは自己決定のときの主体の問題というのは、午前中のお話の中のどこに位置付けられるのかなと思いながら聞いていて、少し分かったな、というふうにいま思いますけど、やっぱり午前中の定義の中との関連付けの中で、どういうふうに個人の主体というのが位置付けられているのかということ、今の方と、午前中の方にお伺いし、理解しておきたい。

私は、結果的にパフォーマンスみたいなものがあって、それは個人のインペアメントと環境との、いわゆる相関みみたいなもので決定されるのだ、というふうな言い方のほうがもっと単純でいいのだと思ってしまいます。

○エンズ 確かに明確性というものが相互作用、インターラクションという説明には足りないのではないかという気はしております。当然ながら、それぞれの言葉、ターミノロジーがもっともっとクリアになっていく必要があります。特に個人と社会との関係を結ぶに当たって、そのことが重要だと思います。

環境因子は確かにクリアになったと言われましても、それぞれの権利を見ても十分クリアになったとは言えないと思うのです。例えば差別の問題、コミュニケーションの場にあるが、建設上のバリアなど、これが十分にパーティシペーションというものの中に反映されていないという問題があります。やはり環境因子というものをもうちょっと明確化していく必要性を感じます。

もし我々が全く定義を持っていないとして、まず障壁というものからスタートして反対にどんどん進んでいったとすれば、全く違う定義をきって作っていたのではないかと思うのです。カナダで1980年に議会の委員会に託されまして、カナダの社会にどのような変化をもたらすべきかということ審議したのです。それで100もの提言を与えたのです。例えば、いろんな設備のアクセスを高めるためにどうしたらいいのかとか、輸送手段とか、コミュニケーション手段とか、目の見えない方に対してもほかの面でのメディアがあるのではないかとか、そういうような提言がたくさん出されました。これで分かるように、こういったアプローチの仕方では障害を持つ人々が大きな影響を受けるように、つまり、まず社会が変わらなくてはいけない、というところからスタートしなければいけない。これが全く新しい違ったプロセスだと思うのです。

カナダにおきまして障害を持つ人々の定義というのは、ボケーション・リハビリテーションアクトと呼びまして、職業リハビリテーション法というのがあります。この定義の

対象となりますのは、障害を持つ人々の人口の10%以下です。まず環境の障壁因子が何であるか、そこからスタートして反対側に進んでいくということ、こういったスタートの仕方、全く今までの、いわゆるアクティビティ、カテゴリーに閉じ込められていた障害者の人権を大きく変えていくことになるのではないかと考えております。焦点は環境因子に当てられるべきです。カナダでは活動、アクティビティに焦点を置かれてきてしまったわけですが、これをみんなに当てはめていく。すべての場合に、このアクティビティというものに焦点を当ててしまいますと、対象となる人々の数は非常に制限されてくるという問題があるということを目指したいと思っております。

例えば、前回のスライドでアクティビティというものが出されておりましたが、果たして我々の中で完璧な肉体を持った人なんていうのはいるのでしょうか。完璧な肉体を持った人間はいないと思うのです。ですから、今の現実の分類の仕方、カテゴリーの仕方ですと、やはり障害というものに焦点を当てられてしまうと思うのです。これからは我々すべてにかかわってくる問題だという捉え方をしなければならないということです。

○ユーストン 非常に有効なプレゼンテーションありがとうございました。私は、意見の一致する点のほうが一致しない点よりもずっと多いということをご申上げたいわけなんです、まだまだ道のりは長いわけです。これからも共通のフレームワークを作っていかなければいけないわけなんです、このカテゴリー化ということについて障害を持たない人も取り込むという意味で、そういった意味で先ほどのユニバーサルモデルを提案しているわけです。カテゴリーというのを取っ払って、みんながディテールを持っているのだと、みんなが機能の制限、障害、こういったものをすべての人が持っているのだというところに行きつくのが我々の最終的なゴールなんで、これは決して障害を持つ人々の権利運動での脅威となるものでは決してありません。

我々は、あくまでも環境の中の障壁を取り除くための道具としてこれを捉えていく。もちろん理想としているのはユートピアのような社会でありまして、これはもちろん、道のりは長いわけで一遍にはそこまで行くまでにはいかないわけですが、チョウチョウはハチの巣は作りませんが、チョウチョウの次にハチになって、ハチになればハチの巣が出来る、ハチの巣が出来れば、すべての市民が同じスペースの社会の中で分け合っていくことができると思っております。

○エンズ ユーストンさんのおっしゃるとおり、それこそが我々の行動の目的でありまし

て、そのゴールを目指して人権をしているわけです。これから環境因子については真剣なディスカッションをしていかなければいけないと思います。前進はしています。先ほどの私どもウィニペグのベータサイドで挙げられた焦点、それから今日出された質問、こういった焦点も出されておりますけれども、これから環境因子というものをどういうふうに捉えていくか、ディスカッションをしていただくためです。

○丸山 「コンシューマーとしての視点から」ということで、核心になった議論をしていただき大変ありがとうございました。

(休憩)

○丸山 今日最後のプレゼンテーションは、スウェーデンの障害者政策におけるICIDHの活用の動きについてソーニャ・ストッコム博士にさせていただきます。ソーニャ・ストッコム博士をご紹介しますと、スウェーデンのモトフリー大学と言われますウプサラ大学で社会学の教授をされておりました、昨年引退されております。それ以外にリハビリテーション・インターナショナルのさまざまな委員会でも活躍をされておりました、ECのほうでのさまざまな著作活動にも参加されてまいりました。日本には5回目の来日であります。それではソーニャ・ストッコムさんをお願いしたいと思います。



障害者政策とICIDH：

スウェーデンの経験

ウプサラ大学障害研究センター所長

ソーニャ・ストッコム博士

今回お招きいただき、そして、このように皆さんにお話できる機会を賜りまして大変感謝しています。私は障害者政策という観点から、ほかの方とはちょっと違った視点でICIDHの活用方法、いかに役立つかについてご紹介したいと思います。私は利用と役立つことの2つをまとめて申し上げていますが、改正のプロセスにおいては実際の利用というよりはいかに役立つかということに注目をするこのほうが重要ではないかと思っています。

スウェーデンの場合、障害者政策というのは、世界政策においては、むしろ60年代の後半になって重要な部分として認識されるようになった、そこから発展を遂げてきたというふうに思っています。1969年から76年にかけて、国会の障害者委員会が何回かにわたって報告書を出しています。その中でいろんな種類の政策プログラムを打ち出し、障害を持った人に対する基本的なサービスが提供されるようになりました。

具体的なサービス内容としては、在宅サービス、移送サービス、また、より良い経済給付といったようなもの、それから福祉用具などです。

この背景には2つほど重要な点があります。まず1つは、いま申し上げた議会の委員会とは別の政府の低所得者問題の委員会が、「生活水準の調査」を行なえという命令を出しました。それを受けまして、特に医療保険、ヘルスケアといったような分野における調査をしなくてはならないということになったわけであります。

もう1つは、ハンディキャップという概念の定義が問題であったということです。当時は比較的新しい問題提起でして、当時使っていた「ハンディキャップ」ないしは「ハンディキャップ等」という言葉の定義は、肉体的ないし精神的、心理的な理由によって日常生活において、より多くの困難を経験している人、というような言い方をしておりました。ここではハンディキャップというのは、個人の生活条件ないしは地域の環境によって影響を受けるものである、ということが示唆されています。環境的側面がかなり強調されてい

るわけです。

これはなぜかと言いますと、社会としては、環境はよりアクセス性の高いもの出来る限りしなければいけない、そういった重要な任務が社会にあるのだとの認識から環境というのが強調されています。当時は、具体的には1970年代ということになりますが、ハンディキャップを環境との関係において相対的に見るということが、特に障害を持った人たちの団体によって求められたということでもあります。また、そういう方々のみならず、一般の人さえも、そのような視点が受けられるようになってまいりました。

80年代になりますとICIDHがでてきましたが、ICIDHにおけるハンディキャップ、社会的不利という概念もまた、相対的な解釈を受け入れるという内容になってはいます。ハンディキャップという言葉の定義は、インペアメントとディスアビリティの結果、帰結として出てくるものであり、そして通常の社会的役割を満たす上での困難である、という定義がなされているわけです。ただWHOのハンディキャップの概念というのは、スウェーデンの場合とは多少食い違っている部分が見受けられます。

その違いですが、何が強調されているのか、個人か環境か、どちらに欠点があるのかという、その捉え方の違いではないかと思うのです。まずICIDHの場合、個人に問題がある、個人に何か欠点があるということ、そして、そのために通常の社会的役割を達成する上で、それが障害になっている、障壁になっているという捉え方があります。

一方スウェーデンでいうハンディキャップは、公式に使われている概念の場合で言いますと、むしろそうではなくて、環境に何らかの欠陥がある、ないしは欠点があるところを強調しています。つまり、環境にこそハンディキャップのもともとの原因があるんだ、ということを強調しています。実際この結果、考え方の違いがありますので当然そこから出てくる措置、対策というものの方向性が決まってくるわけであります。

また、環境に対する見方、これも大きな、重要な違いが両者の間にあります。特に環境を社会的な役割という観点から捉えた場合には、環境は変化しにくいものとみなされます。スウェーデンの場合には物理的環境がより強調され、環境は変えられるものとみなされます。

スウェーデンにこのICIDHが導入された当時は、我々は一時期新しい障害者政策、措置をしようということで、できるだけ完全参加、平等を実現するための損なっている障壁を取り除こうというような障壁指向型の取り組み方をしておりました。ですから、ICIDHで言われているようなインペアメント、ディスアビリティをテストして、評価してそれを記述する以上に、バリアを中心に考えていました。

完全参加と平等が国際障害者年のスローガンでありました。このスローガンが我々が言うハンディキャップにおける相対性、相対的な概念というものを支援している、支持しているものであると考えておりました。しかし同時にまた、3次元的な分類、つまりICIDHにおける3つの分類を通じて人々は、器官レベルにおけるインペアメント、個人レベルの活動の制限であるディスアビリティ、社会的なレベルにおけるハンディキャップの区別ということをかかなり認識するようになってまいりました。

障害を持った人々に関係するさまざまな分野がありますが、その中でICIDHを使って、もっと細かくインペアメントですとか、ディスアビリティの現象、これを記述しよう、表現しようという、そういった取組みがなされました。しかし、それをやった所というのは主に医学ですとか、パラメディカル分野に限られたということであります。場合によってはハンディキャップという、こちらのほうを使って、例えばいろいろなケア、サービス、その他いろんな措置があるわけですが、それがどの程度効果を上げているのか、それをフォローアップするための手段としてハンディキャップを使うというケースもありました。ICIDHを使うことによって、徐々に、もっとはっきりといろんなメディカル、パラメディカルな専門家が関与している、例えばリハビリテーションといったような分野における活動、これがどんなものであるのかをより明確に、共通の基準として見るができるようになったと、そういう機会が開かれたと言えるかと思えます。

これらはいいい点なのですが、しかしながら一方でICIDHというのは、例えば環境因子に対して、より知識を深めるといったような、そういった機会もたらされなかったということであります。そしてICIDHのハンディキャップという部分は、スウェーデンで言うハンディキャップの意味、スウェーデンで言うのは日常生活の活動における困難ということなのですが、これをうまく表現し切れていない、記述としては不十分であるというような受け止め方がなされるようになってしまいました。

私どもは定期的に生活水準の調査を実施しています。これを行うのはスウェーデンの統計局でありまして、1968年以降定期的に行っています。特に1980年以降であれば、特に保健医療に関するものであればICIDHをベースに、調査をすることは十分可能だったわけです。現在はどうなっているかと言いますと、こういった調査、これをもっと国境を越えて国間における比較ができるようにしたいということ、これが今いちばん関心が寄せられている部分であります。それをするためには、例えば国連の統計局等から世界各国に受け入れられるような勧告を出してもらわないことには国間の比較はなかなか難しい

と思います。ICIDH-2が採択された暁には、これも実現可能になるかもしれません。

次にケベックの問題についてお話をしたいと思います。スウェーデンにおいてはICIDHに関する限り、ケベックのモデルをそのまま採用したと言っても差し支えないと思います。ICIDHの改正によってケベックのモデルがいちばん有望なものの1つであります。ケベックにおいてはICIDHの基本的な要素を意識的に、そして非常に明確に政策に取り込んでいます。

ケベックの場合は、ディスエイブルメントという言葉を使っていいかどうか分かりませんが、ディスエイブルメントの各要素に応じて、異なった措置を取ったというやり方でありました。つまり原因に対しては予防的対応、インペアメントに対しては診断と治療、ディスアビリティに対しては適応とリハビリテーション、ハンディキャップに対しては社会参加への障壁の除去です(1)。1983年にスウェーデンで開かれたシンポジウムで、ICIDHの作成者ウッドはICIDHのこのような活用方法には賛成できないと述べていましたが、いずれにせよケベック州は一つの実験を始めたわけです。

そのモデルは次のような、ハンディキャップ創出過程とよばれるもので、関心の焦点はハンディキャップにあり、それが環境との関連のもとに描かれています(2)。ハンディキャップはある生活領域でのインペアメントやディスアビリティと環境とのかかわりの帰結であるとしめます。したがって環境も分類が必要であり、ケベックではそれを用意しました。このようにICIDHに対してハンディキャップを大きく変えているものですが、同時にインペアメントやディスアビリティについても少し変えています。

ハンディキャップはハンディキャップ状況と呼ばれ次のように定義されます。「ハンディキャップ状況とは、その人の年齢、性別、社会的個人的特性を考慮したその人のライフハビット(生活・社会活動)の混乱・中断であり、これは一方ではインペアメントとディスアビリティから生まれ、他方では環境因子を原因とする障害物から生まれる。」そしてライフハビット(生活・社会活動)は「その人の人生を通じて、社会の中で生存と発達を保障する活動。それはその人の年齢、性別、社会的・個人的特性に応じた社会的文化的文脈の中で認められている、日常活動や家庭内活動及び社会的役割のことである」と定義されます。ライフハビットの主要カテゴリーは、栄養、健康、身辺処理、コミュニケーション、居住、移動、責任、家族関係、対人関係、地域社会、教育、雇用、レクリエーション等の活動、とされています。

スウェーデンではこのハンディキャップ状況やライフハビットの定義が採用され、その分

類が使われています。環境分類の方はさらに検討せねばならないものと考えています。

1989年には個別サービスプログラム（ISP）のためのプロジェクトが発足しました。ここではケベックモデルに似たものが使われていますが、このISPモデルでは「参加と平等」という目標がはっきりと掲げられています。それは三角形で3つの部分の相互作用が描かれます。まずインペアメントやディスアビリティあるいはアビリティをもった個人であり、つぎに環境因子や環境の場などからなる環境、そしてその人の年齢に応じた生活・社会活動の面での参加の程度を示すハンディキャップ状況です。ハンディキャップ状況は個人と環境の両者の結果であることが明確に示されています（3）。

ICIDHの印象として、まずICDをつかって病気の診断をし、それを補うものとしてICIDHによってインペアメント、ディスアビリティ、ハンディキャップの評価をするのだという風にみなされますが、政策面を論ずる場合に重要なのは、参加に関するハンディキャップ状況から出発することです。こうした理解によって、障害者を含めた多くの専門家が協力することができます。

1991年から92年にかけて、国会の障害者委員会が3つの主要レポートを発行しました。1つは施策を確立するための障害者実態調査を行えというもので、そのためにもICIDHの改正版がベースとなり得るのではないかと期待しています。

2つめは、社会への完全参加を実現するための、個別施策に関する議論を載せています。とくに3種類の特定の障害をもつ人々へのサポートとサービスを提供する法律の提案がなされ、1993年5月に国会はLSS、サポート・サービス法を採択し、これは1994年1月1日に施行されました。対象は、知的機能障害、自閉症、および類似状態を持つ人々、成人期の怪我や病気による脳の損傷のため相当程度の永続的な知的機能障害を持つ人、通常の老化とは別の要因により永続的な身体障害を持ち、そのため相当程度の日常生活動作の困難があり相当程度のサポートやサービスを必要とする人、です。ここでは法の対象となる人かどうかの評価・査定が問題となります。上記のインペアメントやディスアビリティは単なる背景的な前提であるとされます。日常生活での困難が重視されます。

3つめは、すべての人のための1つの社会、というタイトルのレポートで、総合的に、法制、物理的環境、交通システム、情報などのあり方を取り上げています。参加の程度を評価する方法の必要性が強調されています。

これら報告で提言された方策の一部しかまだ実行されていません。よりよい政策のためにも、環境、個人因子、および個人の機能的な制限の間の関連についての研究・検討をさ

らに強めなければなりません。

ご静聴ありがとうございました。

(テープ録音が不良のため、後半部分は発表原稿に基づいて編集しました。)

(1)

ストックコム博士 OHP

AN INTERVENTION MODEL ON THE HANDICAP
PRODUCTION PROCESS

TO ACT ON

WHAT TO ACT ON

1. CAUSES
2. IMPAIRMENTS
3. DISABILITIES
4. HANDICAPS

ACTION TO TAKE

- PREVENTION
- DIAGNOSIS&TREATMENT
- ADAPTION&REHABILITATION
- ELIMINATION OF
OBSTACLES TO
SOCIAL INTEGRATION

THE HANDICAPS CREATION PROCESS according to th CSICIDH 1991

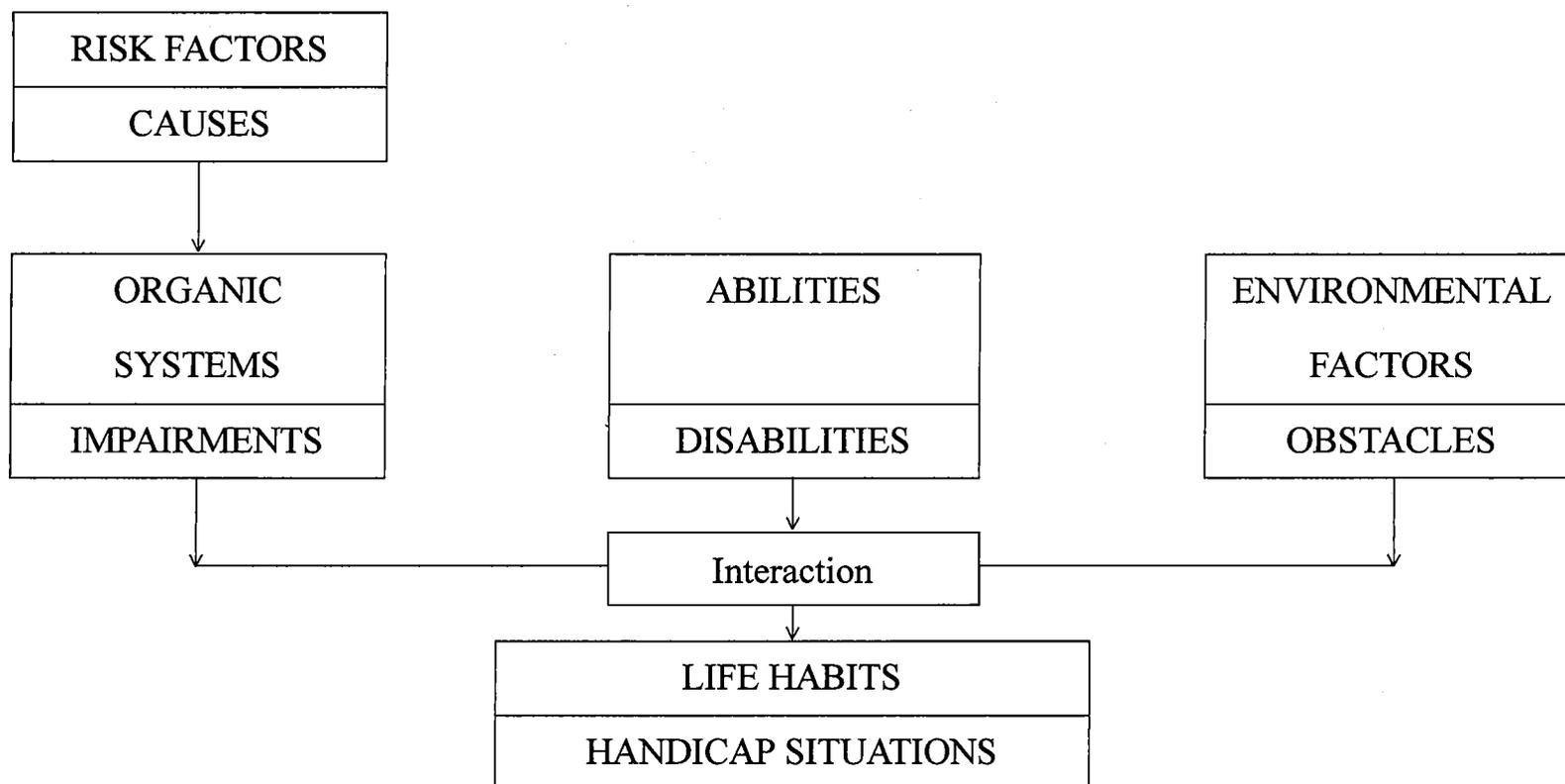
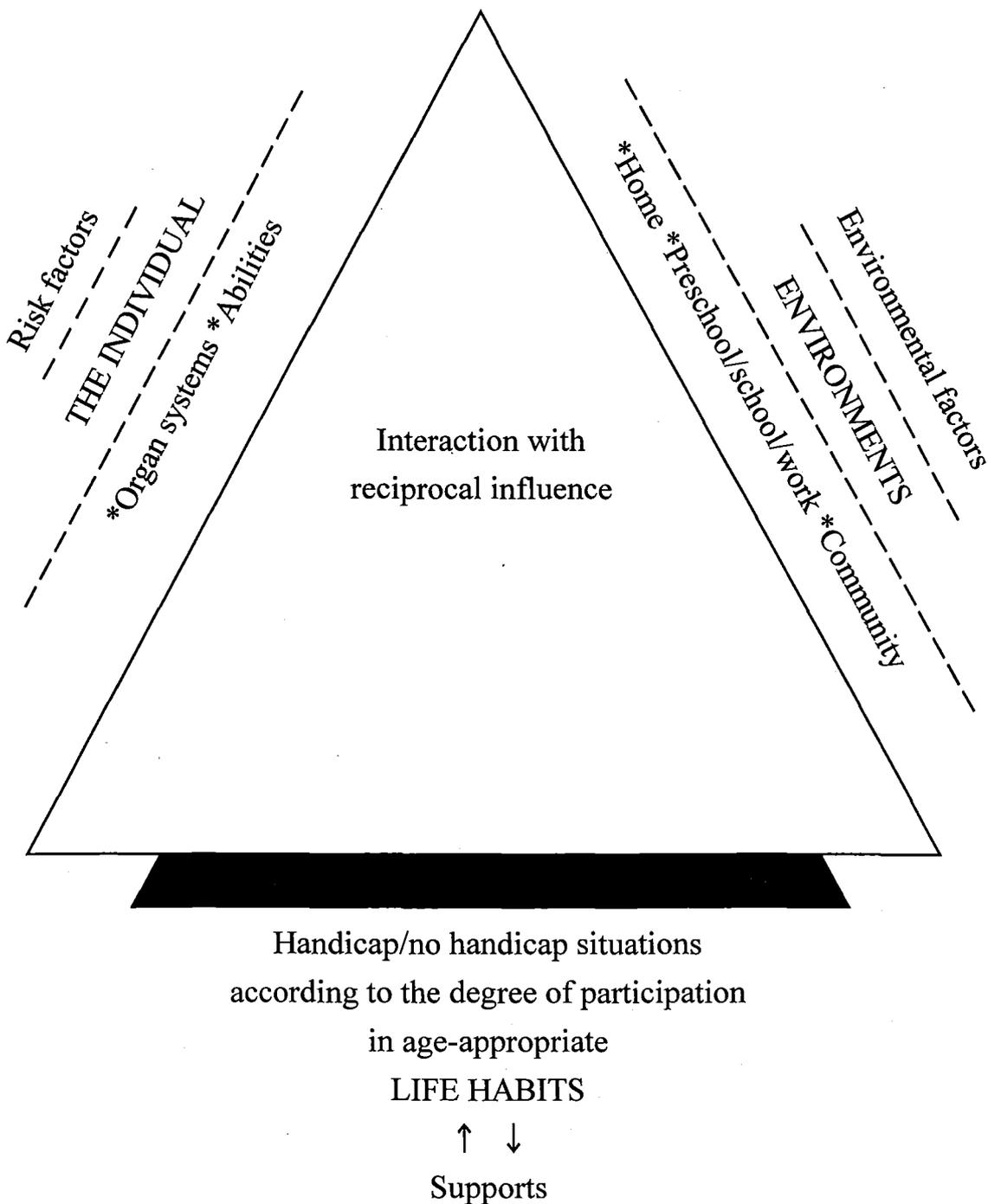


Figure . General Structure of the ISP-model



LIFE HABITS

生活の基本的部分 (条件)

NUTRITION

栄養

FITNESS

フィットネス (健康)

PERSONAL CARE

個人的ケア

COMMUNICATION

コミュニケーション

RESIDENCE

住居

MOBILITY

可動性

RESPONSIBILITY

責任

FAMILY RELATIONS

家族内の関係

INTERPERSONAL
RELATIONS

対人関係

COMMUNITY

コミュニティ

EDUCATION

教育

EMPLOYMENT

雇用

RECREATIONAL AND OTHER HABITS

レクリエーションや他の条件

セミナー 第2日目

○佐藤(司会) 2日目の今日は、国際障害分類の実践面への活用ということに焦点を当ててお話をいただくことになっております。昨日は、どちらかというとマクロな政策とか、障害者運動、統計や情報というようなところに焦点を当てて話をいたしました。今日は、個別の障害を持った人に対するの援助、かかわり、日常の各種のリハビリテーションの仕事を中心にしたいと思っております。

最初のスピーカーは、日本の上田敏先生です。上田先生は、帝京平成大学の教授であり、日本障害者リハビリテーション協会の副会長であります。しかも、国際リハビリテーション医学会の会長でもあります。

上田先生は英語と日本語の両方でお話しいただけるそうです。では、よろしくお願いいたします。



障害の概念と構造：その実践的意義

帝京平成大学教授

上田 敏

はじめに

ICIDHは障害に関する最初の国際分類であり、1980年に発表されたものですが、それには非常に大きな意義がありました。まず第1に障害の構造というものが最初に大きな国連関連組織によって正式に認められたということです。これはリハビリテーション医学をはじめ、障害者運動、その他いろいろな分野に非常に大きな影響を与えました。第2は、障害分類の最初の試みをしたことです。これも大きな意義がありました。しかし、この両方とも非常に大きな議論を巻き起こしたことも事実です。

日本においては、障害の構造は非常に広く理解され、また、非常に大きな影響を与えたと思いますが、分類そのものはほとんど受け入れず使われなかったと言ってもいいと思います。最初のICIDHモデル（1980年）は比較的簡単なもので、病気から機能形態障害が起こり、それが能力障害を起し、それが社会的不利になるというものでした。その他に機能形態障害から能力障害を介さないで直接社会的不利に至る経路もありました。

主観的障害（体験としての障害）の重要さ

しかし、私は長い間のリハビリテーションの経験からして、このモデルは非常に意義があるけれども、これだけでは不十分だと考えました。それで1981年に図1の構造図のように体験としての障害を加えなければいけないと考えました。上の流れ、これはICIDHと同じですが、それが客観的な世界に属するものであるのに対して、主観的障害とは障害者自身の心の中にあるものであって、これも本当の障害であり非常に重要なものであります。

体験としての障害の、これはICIDH-IIのようにマイナス面だけでなくプラスの面をも見るという立場からは人間の体験全体を含むものと考えらるべきものでありますが、それにはどういうものがあるかと言いますと、表1に例として示したようなものがあり

ます。まずプライドに対する恥、自尊心に対する劣等感があります。それから自己の価値観に対する価値の喪失感というものがあります。これは非常に重要なものでありまして、自分が生きるに値するという感じです。そして、障害を持ったことによって、自分は生きる価値のない人間であるという価値の喪失感に悩まされる、ということがしばしば起こります。次に満足であるか不満であるか、これは何についての満足感であるかということであって、非常に多くのことについての満足感ということになりますが、それを客観的障害の分類に当てはめると、健康状態について、機能形態障害について、能力障害について、社会的不利について、というふうに少なくとも4つに大別されますし、また、それを細かく分けることもできます。

次に愛情を受けているか欠けているかという、これはあくまでも主観的なことですから、そういうふうを感じるということです。それから独立しているか依存しているかということ、つまり自分は人の影響を受けずに独立して生きているというふうに感じているか、人に依存しているというふうに感じているかということです。それから自殺念慮、これは非常に大きなファクターであります、過去に自殺を考えたことがあるかないか、現在それを考えるということがあるかどうかということ。そのほかにもいろいろたくさんの事があるわけです。

体験としての障害というものを定義いたしますと表2のようになります。これは疾患および3つの客観的な障害のすべてから影響を受けます。また、環境が不適切であるということによっても影響を受けます。これらによって障害のある人の心の中に引き起こされる生きることの困難ということに関する体験であります。これは、広く言えば客観的世界が主観に反映されたものでありますが、しかし、これは決して受動的なものではなくて、その人の人格特徴、価値体系とか、自己像その他いろいろのものに基づいた能動的な反応であって、実存としての人間のレベルで捉えた障害というものです。

この中で最も重要なのは障害に関する価値体系です。現代社会には、残念なことに障害というものは価値の低いものであるという、障害に対する否定的な態度が非常に広まっております。それが本人自身の心の中にも、やはり浸透してまいりまして、それが自分自身は価値の低いものというふうに考えさせる原因となっているわけです。しかし、これは克服することは不可能なものではありません。障害の受容、これは誤解を招きやすい言葉で、むしろ障害の心理的な克服といった方がよいものものですが、それによって価値観の転換、価値体系の転換を実現することによって克服できるものであります。

障害の概念と障害者の概念の違いープラスを見ることの重要さ

次に非常に大事なことは、障害の概念ということと障害者の概念というものをはっきりと区別することにあります。私がそういう考えに到達したのが1987年で、その時に発表しております。つまり、障害者、あるいは障害のある人というふうに言いますと、しばしば障害をもってその人の全存在を代表させてしまうことになりがちです。つまりその人は障害しか持っていない人だ、という誤解です。しかし実際には、図2の左側の大きな4角形が障害を持つ人の全体を示すといえますと、その中で障害というマイナスが占めている部分というのは一部である。決してこれが全部を覆い尽くしているということではない。むしろさまざまなプラスの面、つまり健全な機能や能力であるとか、さまざまな人格特徴であるとかいうものの方がむしろ多い。この両方を見なければ障害者というものを正しく理解できない。したがって、障害だけを研究すべきではなくて、この健全な機能や能力をも含めて、両方を捉えなければいけないわけです。

私がこういう考え方に到達しましたのはリハビリテーションの実際の経験を通じてであります。図2の真中に示すように、リハビリテーションというものは、つい医学的なモデルに捉われまして、障害の軽減、つまりマイナスを減らすことだと考えられがちですが、実は、自分がやってきたことをふりかえってみますと、むしろ潜在能力を開発してプラスを増大させることの方が多かった、ということに気が付いたわけです。マイナスを減らすこととプラスを増やすこと、この両方を合わせ行うことによって最高のQOL（「人生の質」）を実現するというのがリハビリテーションの最終目的ではないか、ということがはっきりと自覚できたのがこの頃であります。これはやはり障害論を考えるということが1つの大きなきっかけになったと思います。

カナダモデルとICIDH-2モデル

私がこういう考え方をしている時に、1991年にカナダモデルが出されまして国際的に非常に大きな影響を与えました（図3）。これがICIDHの最初のモデルに対するいちばん大きな批判となりました。その考え方の中に、能力障害というものは、より大きな能力の中の一部のものである、機能障害というものも、身体機能の大きな枠の中の一部である。という考え方がありました。これは私が言っていた障害は障害者全体の中の一部であるという考え方と同じ考え方です。またハンディキャップについても、ハンディキャップとは言わずにハンディキャップ状況というふうに言っていますが、これにはたまたま人

が置かれる状況であって、固定的あるいは永続的なものではないという考え方が基本にあるわけです。しかもそれがライフハビッツと言われる、ちょっと訳しにくい言葉ですが「生活・社会日常活動」というものの一部であるという点も特徴的です。この点も障害は障害を持った人のごく一部であるという私の考え方と、非常によく共通しています。

カナダモデルのもう1つの特徴は、環境因子というものが社会的不利を作る上で非常に大きく影響するものと捉えている点です。それが機能障害や能力障害と相互作用することによってハンディキャップ状況がつけられるというわけです。これはハンディキャップから出発して、それがどうしてつけられるのか、という問題意識から出発してこのような諸要素を発見してきたという考え方で、この点で非常に大きな意味をもったものです。

私も環境という考え方は最初から考えてはいたわけですが、私は1995年、比較的最近ですけども、少し私のモデルを変えまして「環境」というものを入れました(図4)。環境が社会的不利と体験としての障害の両方に影響する。もちろんこれは相互作用であります。

そうこうしているうちに、1997年にICIDH-2というモデル、これはカナダのモデルとか、そのほかのいろんな批判をよく受けとめて、ICIDH-1とは根本的に考え方の違うものが出てまいりました(図5)。特に、非常に重要なのはディスアビリティに代えてアクティビティ(活動)という考え方、そしてハンディキャップに代えてパーティシペーション(参加)という考え方をとったことです。要するにプラスの面を主に見るということです。今までマイナスの面ばかりを見ていたのに対して、プラスとマイナスの両方の面を見ようという点はカナダモデルとも私の障害者のとらえ方とも一致する重要な考え方の転換だと思えます。

もう1つは、これも前から議論されていたのですが、疾患だけではなくヘルスコンディションというかたちで、障害の原因となる健康上の問題を広く捉えて、高齢であるとか、妊娠であるとか、暴力であるとか、そういうものまで障害を起こす原因として考えていこうという点です。

もう1つ大事なのは、背景因子として個人因子というものを提唱したことであります。背景因子には環境因子もありますが、これはもう既に分類案が出ております(表3)。これに関しては、細かいところは別としまして、大きなカテゴリーとしては、大体この線でよく、さらにもう少し細かく決めていけばいいだろうと私は考えております。

しかし、個人因子というものに対しては提案が仮提案でありまして、このようなものが

挙げられております（表4）。これについてはまだまだ議論の余地があります。もちろん個人因子というものを含めるかどうかということに関しては、絶対含めるべきであると思います。ただ、これはまだ十分にディスカッションされていないのです。例えば個人的な美点と特徴という項目と、全体的行動のパターン、性格という項目とがありますが、これはとてもよく似ていてどこで区分するのか難しいところです。またコーピング様式というのがありますが、コーピングは非常に大事な概念でありますから入れるのは非常にいいのですが、コーピング様式というものも全体的行動パターンや性格と非常に関係が深いものなので、その辺、似たようなものがあちこちに出てくるのが、かなり問題があります。

ここにあげられているもののほかにも、例えば職業歴はどうなのかとか、生活歴として例えば結婚歴。結婚をしているかしていないか、何回したとか、離婚したとか、そういうことは非常に大きな影響を持ちます。それに関連して家族であるとか、そういう大事な要素が抜けています。それから趣味とかスポーツとかはどうかと。ライフスタイルの中に入る可能性はありますが、そういう問題があります。

障害構造論の実践的意義

ここでこのような障害の概念や構造についての議論には一体どういう意味があるのかという、根本的な問題に戻って考えてみたいと思います。それが必要なのは、このように細かくいろいろなカテゴリーを分けたり、私がどうしても主観的な障害を含めるべきだと言っていたりすることが、単なる議論のための議論であって、実際とは関係のないことだと見ている方もまだかなりいらっしゃるからです。今日は略しましたが、非常に細かい色々な議論があります。たとえばインペアメントの定義はどうあるべきか、また疾患の症状とインペアメントとはどう違うか、というような細かい議論を私は詳細に行ってきておりますが、それを単なる議論のための議論と見る方もおられます。しかし決してそうではありません。すべて実践に非常に関係が深い。このような議論を曖昧にしておくとお実践の上で大きな誤りを起こすものですから、そのためにつめた議論をしているわけです。

そこで実践的な意義を整理してみますと表5のようになります。第1は障害やニーズというものは非常に複雑なものであって、非常にさまざまな面を持っている。しかし多くの人はそのうちのある面だけを捉えて論じがちなんです。医学関係者も障害者運動の関係者も、自分に身近な視点だけを捉えて議論する傾向があります。しかしそうではなくて、理論に基づいて総合的に把握をする必要があります。初めから一挙に総合的な把握ができる、

いわば直感的にできると考えるのは間違いであって、やはり、まず分析しなければなりません。しかしまた分析したらそれでおしまいというのではいけません。全部関連し合っているわけですから分析に基づいてそれら相互の関連性をもよく捉えて総合的に把握するということが大事です。

そうしないと、よく「ニーズに応じて」というようなことを言いますが、そのニーズというものも、実は障害のすべての面を把握しなければ本当のニーズは捉えられないはずのものです。ニーズのうちのある一面だけを捉えてそれに応えるということは非常な危険をはらんでいます。その面にはよくてもほかの面に対して非常なマイナスになることがあります。

次に基底還元論から脱却することが非常に大事でそれに障害論が役立ちます。

基底還元論というのはどういうものかと言うと、これは医学でいちばん強いのですが、ある病気なら病気を持っている人がいますと、その病気の表面に対する治療をすることは本当の治療ではない。その原因をはっきりさせて、原因の治療をすることが大事だという考え方です。例えば、ある病気で熱を出したとします。その熱に対して熱を下げる薬をやれば熱には有効ですが、しかし、その薬がしばらくすると効かなくなってまた熱が出る。だからいろんな検査をして、この病気はどういう原因からきているのかということをつきとめて、その原因を治療するのがいちばんいいという考え方です。特にこのような考え方は、今いったような例では十分成り立ちます。しかし、やはりそれが通用するのはある限られた範囲内であって、それをすべての場合に通用するとするのは間違いです。

リハビリテーションや障害者運動では、このような基底還元論から脱却することが非常に重要です。なぜなら、次にあげたように障害の各レベルには、直接対応するアプローチがある。機能障害がよくなる以外に能力障害が改善する方法がないわけではない、能力障害が改善しなければ社会的不利を解決できないわけではない。それぞれのレベルに直接対応することができるということです。そのようなアプローチを表6に示しました。

もう1つは、コミュニケーションの問題です。リハビリテーションでも福祉でも介護でも、チームワークが重要になってきていますが、チームメンバー同士の間の共通言語として、障害の構造の理解に立った用語が使わないと混乱が生じるということです。

おわりに

以上、障害論、つまり障害の概念と障害の構造に関する議論とあゆみと、その実践的意

義についてお話ししました。これはQOLの概念を構造、また介護の構造といったように
広い応用範囲をもったものでもあります。それらについても論じたいとは思いますが、時
間の関係で他の議会にゆずりたいと思います。御静聴ありがとうございました。

図1 障害構造モデル：上田(1981)

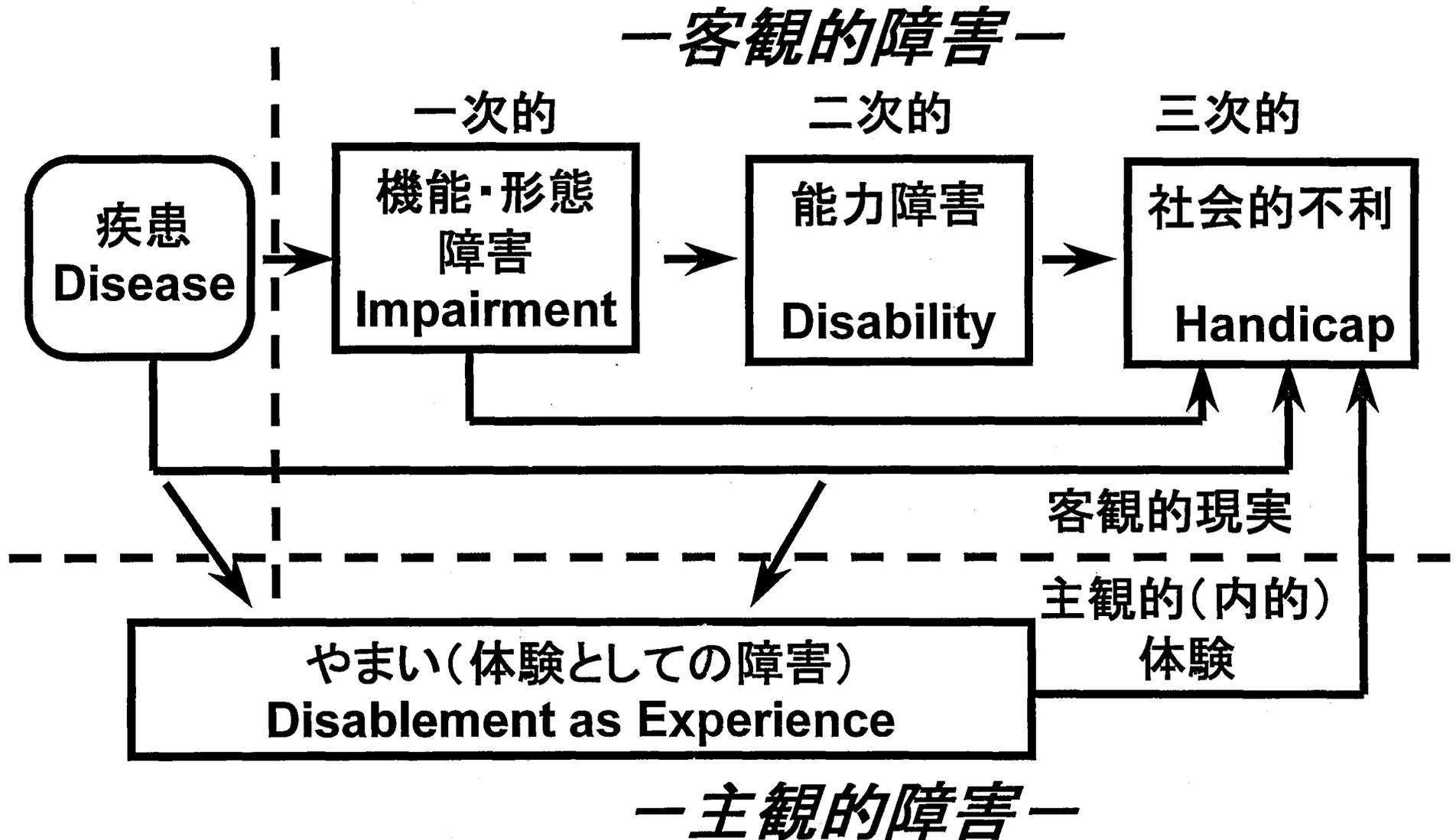
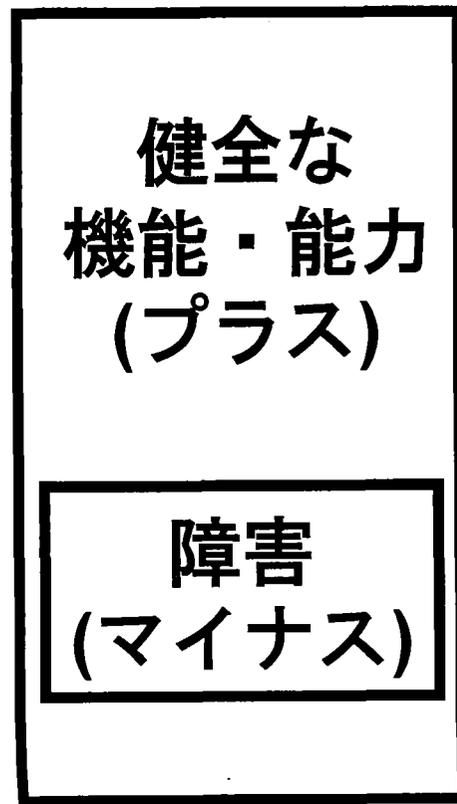
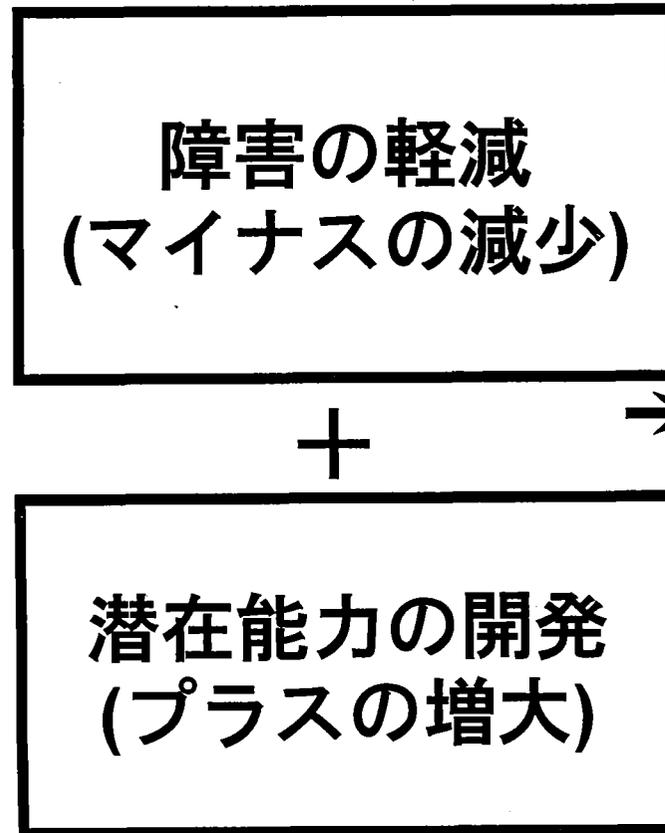


図2 リハビリテーションのめざすもの (上田、1987)

障害のある人



リハビリテーション過程



最終目的



図3 障害構造モデル：カナダモデル(1991)

MODELS OF DISABLEMENT: Canadian Model (1991)

ハンディキャップ創成過程
Handicap Creating Process
(CSICIDH & QCICIDH, 1991)

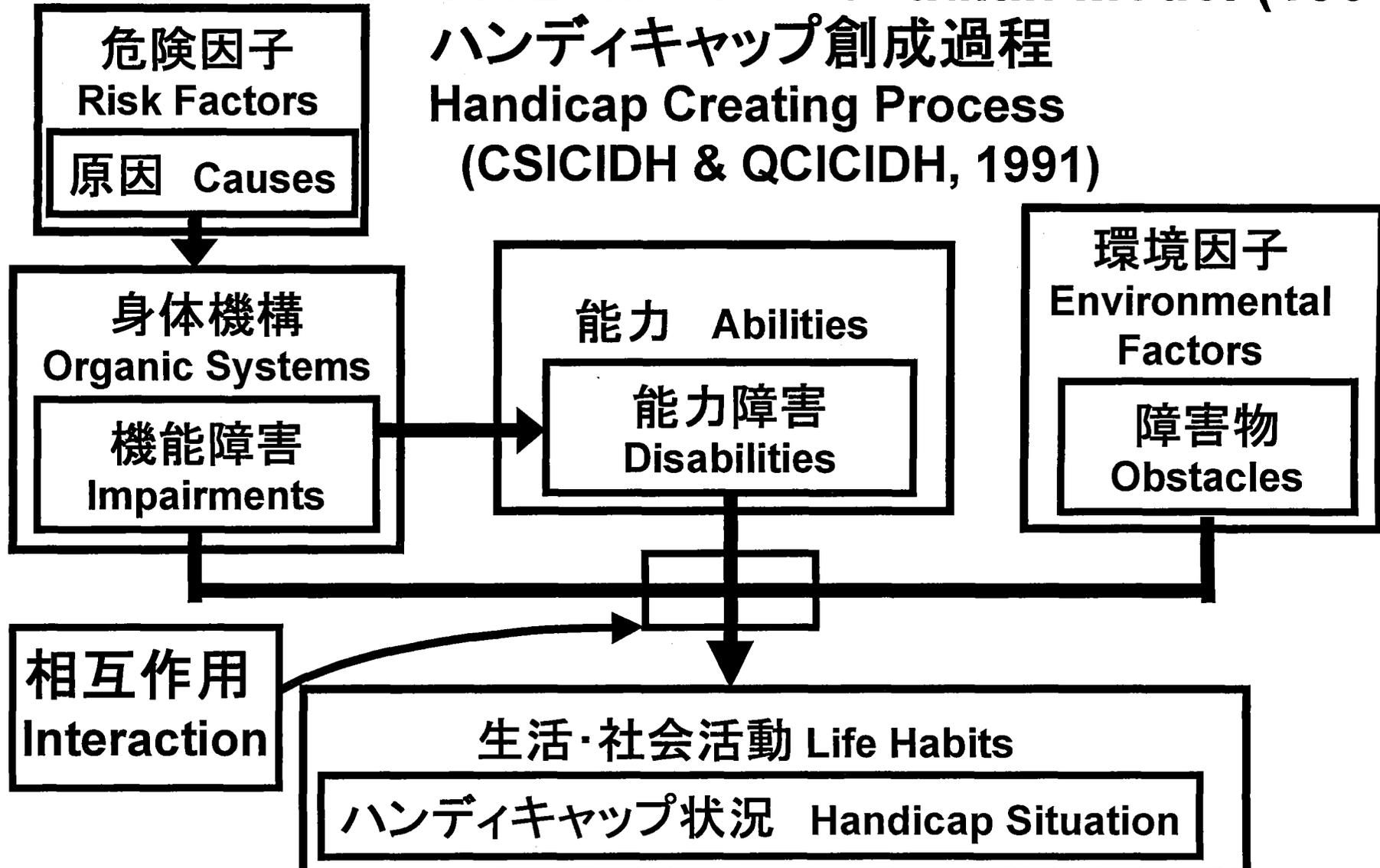


図4 障害構造モデル：上田(1995)

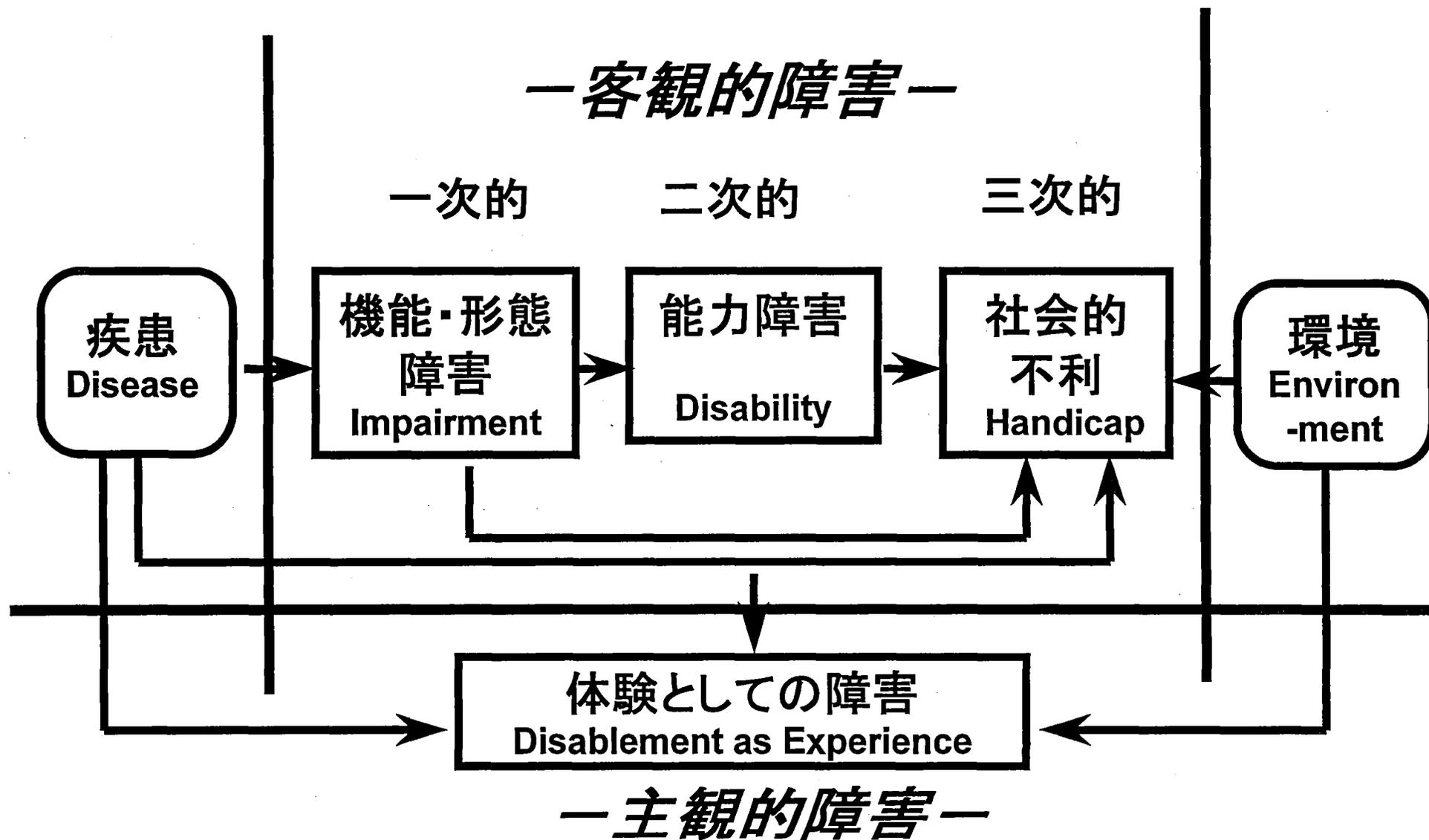


図5 障害構造モデル：ICIDH-2(1997)

MODELS OF DISABLEMENT : ICIDH-2

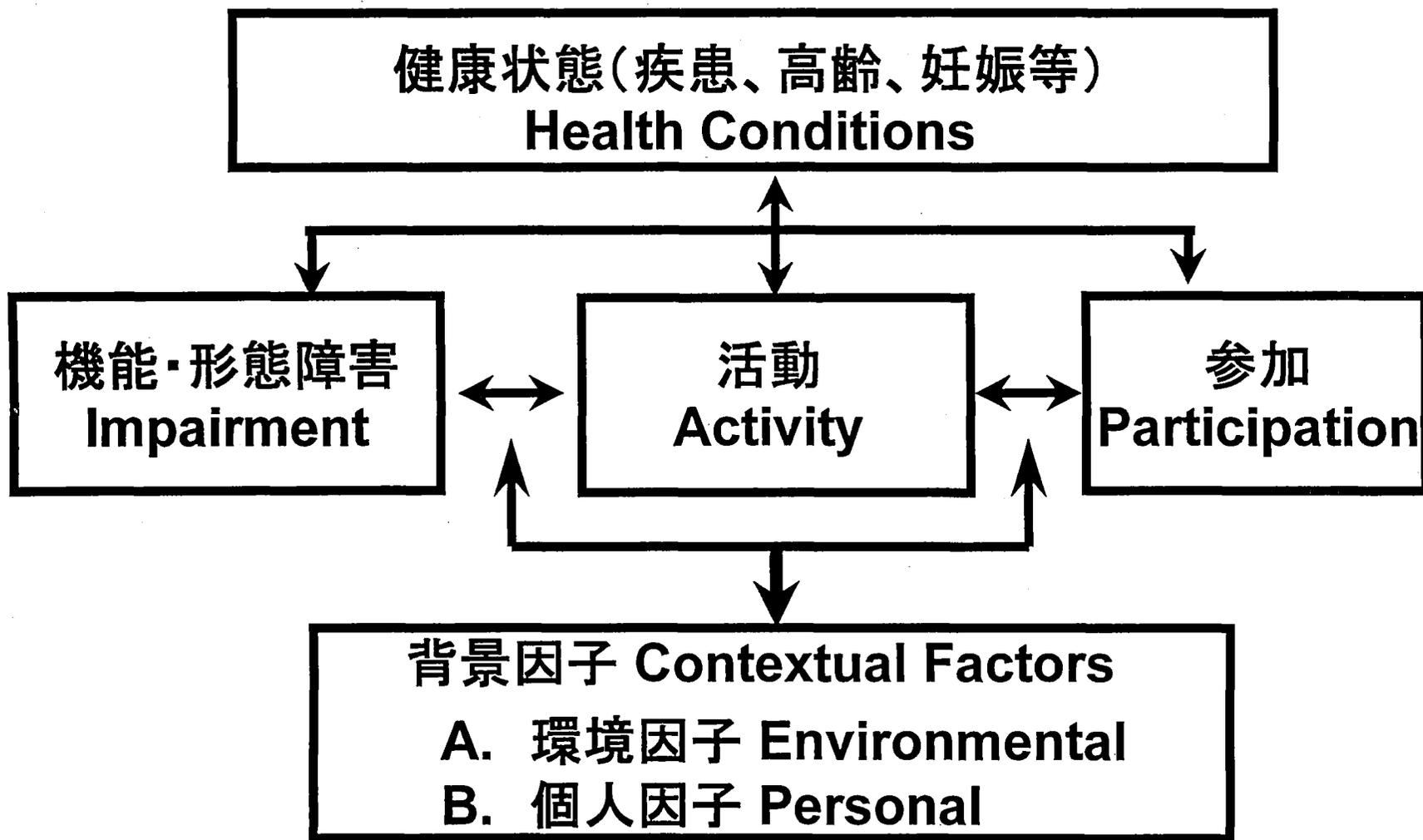


表1

体験としての障害／体験の例

プライド	—	恥
自尊心	—	劣等感
自己の価値観	—	価値喪失感
満足感	—	不満感
1) 健康状態について		
2) 機能・形態障害について		
3) 能力障害について		
4) 社会的不利レベルについて		
愛情を受けている	—	欠けている
独立している	—	依存している
自殺念慮		
1) 過去に:	なし—	あり
2) 現在:	なし—	あり

等々.

(上田: 1998年、暫定案につき引用不可)

表2

体験としての障害

「体験としての障害」とは障害の主観的レベルであり、疾患、3つの客観的障害（機能・形態障害、能力障害、社会的不利）および不適切な環境のすべてによって障害のある人の心（主観）の中に引き起こされる困難性の体験（客観的世界の主観への反映）であり、これらの問題に対する個人の認知的・情動的・動機付け的な反応として生じてくる。これらは受動的なものではなく、その人の人格特徴、価値体系、自己像、理想、信念、人生の目的等に基づいた能動的な反応であり、実存としての人間のレベルでとらえられた障害である。

この中でもっとも重要なのは価値体系であり、現代社会になお残存する障害に対する否定的な態度が、本人をして自分自身を価値の低いものと感じさせる原因となっている。これは「障害の受容」によって価値観の転換を実現することによって克服される。

（上田敏、1981、1995年）

表3

背景因子(1)：環境因子

Contextual Factors(1) : *Environmental*

1. 物品、道具、消耗品

1. Products, tools & consumables

2. 人的支持·補助

2. Personal support & assistance

3. 社会、經濟、政治制度

3. Social, economic & political institutions

**4. 社会文化的構造、
基準、規則**

4. Socio-cultural structures, norms & rules

5. 人工的環境

5. Human-made physical environment

6. 自然環境

6. Natural environment

表4 背景因子(2) : 個人因子(仮提案)

Contextual Factors(2) : *Personal Factors* (Tentative)

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. 年齢 | 1. Age |
| 2. 性 | 2. Sex |
| 3. 教育 | 3. Education |
| 4. 個人的長所・特徴 | 4. Personal assets & traits |
| 5. 遺伝的リスク、体質 | 5. Genetic risks/
predisposition |
| 6. ライフスタイル | 6. Life-style |
| 7. コーピング様式 | 7. Coping style |
| 8. 成育過程、過去の
出来事、現在の出来事 | 8. Upbringing, past life
events, current events |
| 9. 全体的行動のパターン
・性格傾向 | 9. Overall behavior pattern
and character style |

表5

リハビリテーションおよび障害関連 事業における障害論の実践的意義

1. 分析にもとづく障害とニーズの総合的把握
2. 基底還元論からの脱却
3. 障害の各レベルに直接対応する異なったアプローチの必要性の認識
4. 異なった職種、立場間の共通言語、共通認識による相互理解

表6

障害構造に対応した4つの 基本的リハビリテーション・アプローチ

1. 直接機能・形態障害レベルに対する「治療」的アプローチ
2. 直接能力障害レベルに対する「代償」(コーピング)的アプローチ
3. 直接社会的不利レベルに対する「環境改善」的アプローチ
4. 直接体験としての障害のレベルに対する「心理的コーピング」アプローチ



作業療法、理学療法などの専門職での 活用とその有効性

オランダ I C I D H 協力センター長
マライカ・デフランクリーカー

今日はこの場に上がらせていただきまして、お話をさせていただきますことを嬉しく思っております。今日のプログラムですけれども、私の話は、作業療法や理学療法での専門職としての I C I D H の有効性についてお話しします。

この話の中で保健関係専門職という言葉を使います。この中には、作業療法、理学療法、そして言語療法などの専門職が含まれる、全部含む言葉として保健関係専門職という言葉を使います。

今日の私のお話は、オランダの経験についてです。オランダの保健関係専門職による I C I D H の活用についてお話しします。別に、ヨーロッパの国々においての I C I D H の活用のされ方についてレポートを1部持っておりますので、これを佐藤先生にお預けして帰りますので、皆様方、できればご覧になってください。この中には文献のリストも載っております。それからこのテーマでの文献リストを皆様方にお渡しするために入口の所に置かせていただいたのですが、これも保健関係専門職の人たちが、I C I D H をどのように使っているかというような、そういった情報を集めたものでございます。これには最新の情報は含まれておりませんので、皆様のお手元にありますのは最新のものではありません。最新のものが手に入りましたら早速こちらのほうにお届けさせていただきますので、ご興味のある方々は私のほうにお話しください。

まず1つ目は、ケースレコードのシステム、病院の記録のシステムについて紹介します。私ども保健関係専門職でのケースレコードには、どういったものが含まれるかといいますと、患者の訴えを聞く、そして療法士による所見、治療の目的、そして治療の結果、これらにおきましてはすべて I C I D H の3つの次元と、それから幾つかの分類を全部まとめてあります。患者の訴えは3つ含みます。まず、機能障害のレベルでは痛み、そして活動の部分では、例えば立ち上がったたり座ったり、そして参加の部分では、外出です。移動に

関しての問題です。そして次は、療法士による所見においては、機能障害のレベルですと運動機能です。そして関節の安定性や、動き出すことができるかという点です。活動のレベルですと、膝痛になります。座ったり、障害物を乗り越えて歩けるか、坂道を登れるか、そういった点です。

次は治療の目的です。まず機能障害のレベルですと、痛みの緩和、筋肉のトレーニング、筋肉運動の協調、そして安定性のトレーニングを含みます。活動のレベルですと、例えばひざまづくなど、そういうような活動をより快適にと。参加のレベルですと、家庭での適応においてもアドバイスを与えることとなっています。

治療の結果については、まず機能障害のレベルですと、痛みの度合いの改善、活動のレベルですと、活動の内容の改善。例えば、非常に困難を要していたものが、その困難が緩和されるといいう形になっています。

次は第2の点です。コミュニケーション、言語の標準化という点です。ICIDHというのは口頭、そして筆記のコミュニケーションの意味でも関連保健専門職の方々に使われています。例えば同業同士のコミュニケーションに用いられています。例えば仕様の質についてのコミュニケーションに用いられています。それからまたほかの医師にほかの医師を紹介する際に、やはりそのコミュニケーションの方法として、これが使われています。それからほかの学科ともコミュニケーションを図るためにも、ICIDHは用いられています。またICIDHの用語ですが、これは患者やその組織とのコミュニケーションを図る際にも使われています。例えばカルテとか、小冊子のようなもの、その中でこの用語が用いられています。

疫学研究においてですが、保健関係専門職の研究所においては、質問表や登録用紙が用いられています。その中では患者の問題がICDを主にして記述がされています。これは医学的診断に関しては、ICDを用いてその記述がなされ、そして患者自身の訴えや、療法士の所見、そして治療の目標やその結果に関しては、ICIDHの言葉が用いられています。研究ですが、やはりこの保健関係専門職において、健康に関する問題というのは、ICDとICIDHと両方が記述に使われています。しかし、治療の目標やその結果については、ICIDHを基にして判断されています。

次に測定 of 道具、もしくは評価の道具というのは、3つ大きく分けてあります。まず1つ目は質問表、そしてその次がテスト、そして3つ目が観察のさまざまな道具です。これらすべてはターゲット・グループの記述、そしてまたターゲットになるその問題の記述、

そして治療の成果の記述に対して、ICIDHを用いています。保健専門職の意見としては、ICIDHを全く無視しているそういう道具、もしくはICIDHとは関係ない測定の道具というのは、用いないほうが良いというのが一致した意見です。

次は専門家のプロフィールということです。オランダにおいては、いわゆる専門家のプロフィールというものを作っていて、その中での記述はどういったことかということ、その専門職の仕事、そしてその目標です。これはやはりできるかぎりICIDHに関連づけられるものに関しては、それを基にして記述しています。次は専門職の教育システムです。オランダにおいては、その専門家の教育においても、ICIDHを用いてその教育が行われています。例えばまず初等教育において、また大学院の教育プログラムにおいても、ICIDHが用いられています。なぜこういうふうになっているかと言うと、現在教育センターや学校と、それからオランダの全国関連保健専門職の研究所とは、非常に密接な関係があり、特にこの研究所は、我々のICIDH協力センターの活動に、非常に積極的に参加してくれています。さまざまな情報と提言を提供してくれています。こういった背景があります。

次は文書に関してです。先ほど申し上げたこの全国研究所ですが、こちらは非常にたくさんさんの文書を抱えています。大きな文書システムというものを持っていて、本ですとか、ペーパーですとか、記事といったものがあります。そしてそれらで使っているキーワードとなるものがICIDHの用語なのです。

そしてまたオランダにおけるこの関連専門職の団体が出している雑誌ですが、これもやはりICIDHの用語をなるべく中の内容においても使うようにすでに進めています。そういうことによって、多くの人たちにICIDHの言葉に触れてもらおうという意図があります。

次の点ですが、保健の政策と管理に対して、この関連専門職の研究により、その成果として政策のレベルで、そして政府のレベルで、いろいろ議論が始まっています。まずパラメディックによる診断というのも、患者に関する健康上の問題というのも、やはりICIDHの言葉を使って行われるようになっていきます。またそれは治療の配分というものにも、ICIDHというものを基にして、患者の健康問題というのを捉えていく。それからまた例えば理学療法などの必要性が生じた場合に、これもやはりいわゆる医学の診断というよりは、それをICIDHの中での健康上の問題として捉えるほうが良いということがわかってきています。

また訓練学科によるこのICIDHの活用。いままでは私はICIDHの関連保健専門職による活用について述べてきましたが、やはりコミュニケーションをほかの学科とも取れるというのは非常に重要です。そしてほかの例えばリハビリの環境の中で、そしてプライマリーケアの中で、そしてまた医師によってどんどんこのICIDHの用語が用いられてきているということを非常にうれしく思っています。それは例えば診断の技術であるとか、治療への導入についてだとか、予後、結果などについてもICIDHの言葉が用いられるようになってきています。それはやはりICDの言葉というのが十分ではない、不十分であると考えられるからで、ICIDHの言葉のほうがより適切であるという判断ができます。

それからまたICIDHの用語やその概念というのは、いまどんどん広く受け入れられるようになって、使われるようになってきています。患者団体ですとか、消費者団体とか、こういった所がどんどん使うようになってきています。これは非常に良いことだと思います。と言うのもこういうことによって、初めていわゆるコミュニケーションの輪が出来るからです。

この資源・資金・サービスの配分に関してのICIDHの活用のされ方ですが、オランダにおいては現在ケアの配分や、補助器具の配分、それから自宅でのケア、そしてさらに時にはお金の配分にまでこのICIDHはどんどん使われるようになってきています。

それはどういうことを意味するかと言うと、つまり患者のニーズがICIDHによって表現されている。つまり病気の原因とか、その診断とか、こういったものは我々にとってはあまり関係のあるものだと捉えておりません。ですから、この動きというのは、我々は非常に大きな改善だと思って喜んでいます。

次は結果の測定です。ヘルスケアにおいて、治療の目標やその結果というのは、あらゆるパートに関係してくるものです。ということは、測定のための道具というのも、やはりあらゆる次元、そしてさまざまなレベルにおいて、そういった道具というのが提供されていなければならないと考えます。現在、すでに存在しているそういった道具というのは、1つの次元の中の違うクラスを一緒に混ぜこぜにしまったり、もしくは違う次元における違うクラスを混乱してしまったり、こういった現象が見られています。例えばADLの訓練においても、さまざまな尺度というものが存在します。ですので、ある種の規格の統一というのは望ましいと考えています。そしてもしもすでにある道具を使っているとすれば、少なくともその道具をICIDHと関連づけて記述してもらいたい。少なくとも

それだけはしてもらいたいと思います。

その規格統一の方法の1つとしては、ICIDHに基づいた道具というものを、新しく作るということです。これはもちろん素晴らしいメリットがあるわけですが、人々はずでに使っている道具を明日から破棄するということはなかなかしたがないという側面があるので、私どもとしては、少なくとも違う道具を用いて集められたさまざまなデータを比べることのできる、統計上の手法というのを考えていけばどうかと思っています。そしてこういった考え方というのは、皆様にお配りしたペーパーにも書いてあるし、佐藤先生にお渡しした報告書の中にも記述がありますので、お読みいただければと思います。

最後ですが、残された問題に関してここで申し上げたいと思います。オランダにおける関連の専門職というのは、現在ICIDH-2のテストを行っている段階です。この専門職の方々の意見としては、ICIDH-1（1980年）は不十分であったという意見があるようです。しかしながら、それは不十分ではあっても、良い展開がそのお蔭でいろいろあったという意味では評価がなされています。そしてまたICIDH-2の素案のほうも、さまざまな改善がなされています。しかしまだそれでも十分ではないというのが現状です。

例えばどういった点で不十分だという意見が出ているかという、まず1つ目は口腔衛生士ですが、その分野において項目が漏れている、もっとほしいという意見がある。それからOTとPTに関しては、もっと細かいレベル分けがほしいという意見が出されています。言語療法士としては、言語の機能障害の章、それからコミュニケーション活動の章は入替え、リアレンジメントが必要だという意見が出されています。また子供たちの治療に当たっている理学療法士の意見としては、機能障害の実態には反論があるという意見が出されています。その他のさまざまな療法士も、さまざまなほかのコメントを載せています。

これから、こういった専門職の方々は、これらのコメントや提案をもっと突っ込んだ報告書にまとめて提出したいと考えています。そういうことによって、この会議でプロセスに貢献したいと考えている次第です。ありがとうございました。

質 疑 応 答

○佐藤 25分ぐらいの討論の時間を残してくださいまして、大変ありがとうございました。いま話を聞いて、なぜオランダが改正過程に非常にアクティブなのか、よく分かっ

たような感じがします。かなりいろいろ使ってみて、もっと良くするために意見がたくさんあったということがよく分かりました。それでは質問、ご意見があればどうぞ。

○小西 新潟の病院に勤務する理学療法士です。先ほどICIDHのアロケーション・サービス提供への活用ということがありましたが、日本の場合は、身体障害者手帳の制度がありまして、これがいまだに身体機能の障害を基準にしているのですが、オランダの場合、ICIDHを使われる前にも、違う基準があったと思うのですが、ICIDHの導入によって政府の政策的な面、あるいは経済的な面で、例えばどう変わったかということをお聞きしたいのですが。

○デフランクリーカー まず大きな変化というのは、やはり何と言っても医学的診断、つまりICDの項目に基づいた診断が以前はなされていたわけですが、いまはICIDHの導入ということに伴い、もっと広い認識ができるようになったわけです。これは非常に良いことだと思っていますが、この基準を用いて、もっと正しい評価が下せるようになってきた。もっときちんとした受給、例えばいろいろなアロケーションの資格が与えられるようになってきたと考えています。

お金の面についてですが、いまはそのお金の配分が正しい所に当てられていると考えています。以前は、お年寄りである行為ができないお年寄りでも、十分なサービスを受けることができなかった。ほかにもいろいろ障害を持っていても、十分なそういったアロケーションを受けることができなかった。それはやはり医学的な診断を基にして、それがなければ受けられないという状況がありました。いまはあるアクティビティができなければ、それを補うためのサポートが得られるというふうに転換があったという意味で、これが大きなチェンジだと思っています。サービス予算の増減の問題ではなく、適切どころにサービスが向けられるようになったということが一番重要です。

○熊谷 いま国際化が世の中のあらゆる分野で進んでおり、外国の人が日本に來たりする機会も多くなってきました。しかし外国の障害者が日本に來ても、日本でいろいろな制度をなかなか使うことができなくて困っています。国境・国籍を越えた障害者施策・制度の確立が求められていると思うのですが、そのことに関連した経験などがあれば教えてください。

○デフランクリーカー この問題に関しては、やはり国連で取り上げるべき問題だと思います。これは人権にかかわる問題ですから。しかし、もっともっと人々の考えが変わって

きて、ヘルプとか、お金とかを受け取る権利があるのだという考え方に変わってくれば、そうすればこういうギャップというのは埋められるのではないか、と思います。

ですから、例えばある病気のせいでこれが起きたのであろうと、戦争のせいでそういう障害が起きたのであろうと、それが何の理由であらうと、何かをやりたくてそのニーズがあるのであれば、そのためのヘルプ、もしくはお金が得られるはずであるという考え方に変わっていくのが望ましいわけです。このICIDHがもっともっとたくさんの国に導入されるようになれば、少しずつでもこのギャップというのは縮まっていくのではないかと思います。やはり最終的にこれは国連が考えるだと思えます。

○___ ICIDHの導入に関して、オランダのガバメントは強制的に教育の中に位置づけてスタートしたものなのか、あるいは教育関係者が、自発的にそういう問題の情報をいろいろ入手したりして、それを政府が受け入れたのか、どちらでしょうか。

○デフランクリーカー 答えはイエスでもあり、ノーでもあります。まずノーという意味では、直接的に義務づけられたわけではないからです。しかし、イエスという意味では、先ほど申し上げましたが、この関連保健専門職の研究所を国が設立しました。これは国立研究所なのですが、最初は理学療法のための研究所だったのですが、今はもっともっと幅が広がってきています。そして政府はこの研究所にお金をたくさん投じて、知識が一般に広く伝わるように、そういった活動の促進をしています。この研究所は政府の研究所ですが、ICIDHの改定プロセスに非常に深くかかわっています。そういった意味で、この研究所はたくさんの書類、文書というもののドキュメンテーションセンターというものを持っているし、さまざまな教育のプログラムを用意しているし、情報誌なども出しています。ですので、義務的に押しつけたわけではないけれども、これは人々に、自分の列車に乗ってもらうために呼びかけるためには、非常に効果的なやり方を取っていると思います。

それからもう1つですが、この研究所はそれぞれの関連保健専門職に関して、少し手を加えた、調整した分類というものを用意しました。まず最初には理学療法士のために、それから言語療法士のために、それぞれの専門職に関して、ICIDHを基にした分類に少しアイテムを加えたり引いたりして、それなりにアダプトされた分類というものを用意しています。

○佐藤 関連してですが、日本でも保健福祉関係の専門職のICIDHというのは、かな

り関係があるというか、例えば社会福祉士の国家試験に、ときどき関連問題が出題されたり、職業リハビリテーション・カウンセラー、障害者職業カウンセラーの試験中でも出題されているし、そのためのテキストなどにもかなり使われているので、直接政府がやっているのではないのですが、日本の政府もそういう理解を促す形でかかわっているのかなと思いました。OT、PTだけはどうか、国家試験に出題されているのかわかりませんが。ただしそこで使われているのは細かい分類ではなくて、障害の3つのレベルの区分とその意味など、概念モデルとしてのICIDHというレベルです。

○___ 上田先生は国家試験の委員でありますので詳しい情報をお持ちだと思います。PTの具体的な教育の中で、特にプラクティカルな臨床実習というのがありまして、教育の中でかなり半分ぐらい時間を占めています。その中で実際に臨床に出て、患者さんの評価に際して3つのレベルで見るという習慣は、かなり浸透してきている。しかしICIDHの詳しい分類というふうなところにまで発展して、というところでは一步踏みとどまっていると思っています。

○杉山 名古屋にある大学の社会福祉学部の杉山と申します。ちょっと教えていただきたいのですが。いろいろな関連措置や専門家の間でのコミュニケーションのツールであったりとか、アウトカムの部分で使われていたりとかということを見ると、障害を持っている人たちに対するサービスに対して、統一的なアプローチが可能になってくると思うわけです。日本の場合、高齢者に対してのそういう方向でということ、いろいろな状況があって、介護保険によって2000年からそういう方向でということが言われているのですが、オランダの場合ですと、障害を持った人たちに対してのそういうサービスの統一的な、包括的な試みやアプローチというのは行われているのでしょうか。もしも行われているとしたら、その評価をいま現在どうされているのか。そういうものを導入されているのであれば、そういうこと自体に対して、どういうふうに判断するのかなということをお聞きしたいのですが。

○デフランクリーカー 私どもの国で行われたこの変化というのは、以前は医学的な診断を基にしていたのが、いまはICIDHの診断、診断ということですが、これに変わってきたということで、これは治療だけではなくて、サービスの面でもこういったものを基にするようになってきたということです。ですから、どういうことかと言うと、お年寄りに対して介護ですとか、補助器具が必要であれば、ディスアビリティを持っていれば、障害者でなくてもお年寄りでもそのサービスを受けられるというふうになってきた。以前はそ

れは可能ではなかったのです。

○佐藤 杉山さんの質問は、ICIDHとか介護保険とか、標準的な基準を使うことによって、個別のニーズが見落とされるようなことがあるのではないかと、という意見がオランダの中で議論として起こっていないのかどうか、ということでしょうか。

○デフランクリーカー 私どもは、そういったニーズを決して見落としてはならない、見逃してはならないといった立場に立っています。以前は、医学的な診断を基にして治療とか、サービスが提供されていたわけですが、今はそうではなくて、今はアクティビティ、活動を基にして、これをベースにして治療やサービスがなされるようになってきた。そういうことですので、こういうニーズが決して見落とされることのないように、というのが狙いです。

○寺山 東京都立医療技術短大の寺山と申します。作業療法士です。先ほどの国家試験のお話ですが、作業療法士、理学療法士の国家試験にも、ICIDHの問題は最近特に出てきました。それからもう1つですが、学生の臨床教育の場面で、ケースレポートを提出させますが、そういう時にインペアメント、ディスアビリティ、ハンディキャップのレベルで評価をし、治療結果をみるというようなことは、作業療法の世界でも最近は特に便利なものですから、大変普及しています。

それで質問ですが、2つあります。1つはこのICIDHを使つてのリハということできずっと感じていたことですが、どうしてもマイナスの面の評価、つまり問題点の評価というのが非常によく書けていますが、プラス面の評価というのは、どうしてもなかなか難しい。先生のオランダでは、リハビリテーション職の経験で、インペアメントと、アクティビティとパティシペーションのバランスの評価というものを、つまりプラスとマイナスの全体的な評価というものを専門家の側からどのようになさっているか、というのが第一の質問です。

第2の質問は、日本でも在宅地域ケアの時代になりまして、保健、医療、福祉、教育それぞれの連携ということが非常に言われています。このICIDHはその共通の言語ということで、各領域で非常にわかりやすいとお聞きしました。ただし私が見るところでは、日本では医師とか看護の方たちへのかかわり方というのは、いまひとつということがあります。この点でオランダではどうなのでしょう。以上、コメントと質問を2つお願いします。

○デフランクリーカー まず最後の質問ですが、オランダでも同じです。やはり関連専門職の人たちのほうが、自分たちの専門職にかかわってくるものとして、これをよく使う傾向にありまして、非常に便利だと、そして有利なものである、アドバンテージであると感じています。一方、医師のほうですが、たしかに医師のほうはそれほど使っていないという側面はありますが、今はだんだんこれも非常に便利だという見方になってきて、使い始めています。ですから、このICIDHは関連した学科にも普及して、使われるようになってきていると先ほど申し上げましたが、それはこういった意味です。ただ、医師のほうはまだまだ使い方は遅れていて、そういった意味では、いつもは何でも医師のほうが進んでいるのですが、今回は遅れていて、ちょっと面白いなと思います。

ICIDH-1のほうがマイナスのモデルではないかということですが、ICIDH-1は、たしかにマイナスのモデルを基にした分類です。しかし我々オランダに行くと、リハビリテーションの専門職の人々によれば、ICIDH-1を取扱う際にマイナスだけではなくて、いわゆるニュートラルな、中立な見方で捉えるようにしています。アビリティとか、アクティビティとか、そういう意味で両方の側面から捉えているので、1と2では実際にはさほど変わりません。

○佐藤 マライカ・デフランクリーカーさん、どうもありがとうございました。

【シンポジウム】

精神障害者リハビリテーションと障害モデル

○野中（司会） 埼玉県立総合精神保健福祉センターの野中と申します。障害の1つの代表として、今回は精神障害というものを取り上げますが、基本的には、ほかの障害と同じように考えていただいてよろしいかと思えます。我が国の精神障害領域ですと、1981年に蜂谷先生が障害構造論の論文をお書きになりました。ちょうど国際障害者年と同じ年です。その後、やはり精神にも障害というものがあるのだということが法律で裏付けられることになったわけですが、精神障害者リハビリテーション学会で、その後この精神障害に関する構造論を、長年議論してきたわけです。

そんな流れの中で、今回精神障害に注目をしたICIDHの応用ということでディスカッションできるということで、大変楽しみにしています。

それでは早速第一席ですが、ソムナス・チャテジさんをお迎えいたします。ソムナスさんは、WHOの精神保健薬物依存予防部コンサルタントという役職に就いております。ソムナスさん、よろしくお願いいたします。

○チャテジ まずこの場をお借りいたしまして、今回1週間の滞在の間、ホスト役をしてくださいました佐藤先生にお礼申し上げます。WHOからの参加者、そしてそのほか話し合いに参加するみんなを代表して、この場をお借りしてお礼を申し上げます（1）。

ここ数日間の話し合いにおいて、私たちは国際障害分類、ICIDHとその改正について話し合ってきたわけですが、これは初めて出版されたのが1980年、WHOによって行われたものです。これは従来、診断の面に重きを置いていたことから、今度は健康状態の諸帰結のほうに重点を置くようにするべきだ、と認識がされるようになったことの結果でした。この20年間、ICIDHを使用してはつきりしてきたことは、この分類に改定を加える必要がある、新たな健康の理解の仕方、そして障害のモデル、ファンクションのモデル、新しいモデルの観点から改善が必要であるということがわかってきました。

現在そのICIDHの概念は改定中ですが、ベータ草案というものがつくられました。これは現在、国際的にテストされている状況にあります。そしてこの改定において、非常に重要な点が4つあります。まず最初は医学的なモデルから、生物・心理・社会モデルへ移行すること、2つ目に少数派モデルから、普遍的なモデルへ進歩すること、3つ目に環

境のおよび個人的な要素が障害の全体プロセスにおいて認知されること、そして最後に中立的な用語を使うということです（2）。

さてICIDH-2の概念ですが、これはまず障害というものは、その原因となる病気の種類にはよらない、それに左右されないということがあります。2つ目にこの分類を作るのは、より合理的な介入の方法を考えるためだということです。それは機能障害、また活動の制限、あるいは参加の制約など、さらに環境的な変化も含めてです。またICIDHの枠組みというものは、文化や言語、国際間にまたがるものです。またこの障害の分類というのは、個人的なレベルについて体系的に見るためのものです。さらに最後ですが、障害というのは公民権問題でもあります。ですから、この枠組みを使うことによって、政策や法律などに影響を及ぼしていくことができると思います（3）。

こういったものはすべて精神保健にとって非常に重要な意味がありますし、また障害を持つもののケアについても重要であるとともに、これは精神的な健康状態に関連するものです。

生物、心理、社会的なモデルへシフトしてきたということですが、これの意味するところは、精神的な健康状態というものは、全体として見なければならない。そのインパクト、大きさを考えるに当たっては、全体として見なければならないということです。ただ単に病いの症状や兆候という面だけではなくて、それとともにその個人にとって、どのような活動の制限を受けたのか、さまざまな日々の活動において、どのような活動の制限を受けたのかという諸帰結、またどういう参加の制約を受けてきたか、どのようなバリアーや障害があったかという点からも、考えなければなりません（4）。

また少数派モデルから普遍的なモデルへ変化したということの意味ですが、少数派モデルというのは、あるグループの人たちが、別のグループから違っているという点を強調するモデルでした。一方、普遍的なモデルというのは、誰もが何らかの形での障害を経験する可能性がある、あるいは実際に経験しているという認識に立つものです。このシフトによって、精神的な障害を持っている人に対する烙印を押すような考え方から遠ざかって行くために、非常に重要です。これによって、精神的な障害を負っている人も、ほかに身体的な障害を負っている人だけではなく、ほかの人たちと全く同じように扱っていくというモデルになるからです（5）。

さて、個人的、感情的な要因が、障害を理解するに当たって重要であることを認識するというのは、例えば個人的な要素、年齢、性別、価値観などですが、これが個人的な要素

です。また感情的な要素としては、家庭や家族の住む環境、周りの人々の態度や法制度などですが、これが非常に重要な意味を持つということです。そしてこれだけではなくて、また生物的な、あるいは神経科学的な基礎に基づく精神保健の状態を理解しなければなりません。これによって精神的な健康状態のモデルを作り上げていき、それによってどういう形でこういったさまざまな要素が貢献していくのかを見ていきます。このアプローチにより、個人そのものに何らかの原因や責任があつて、こういう精神的な健康問題を持つようになったと見る考え方から、もう少し多面的なものがプロセスにかかわっているのだということを理解することになります（6）。

中立的な用語を使うということにより、ただネガティブな、マイナスの諸帰結だけをみるのではなくて、その個人は何ができるのか、という面に目を向けることができます。つまりはどのような考え方をするのか、認識、あるいは感じ方、情緒などの問題点を見るだけではなく、実際にその個人が何が日々の生活の中でできるのか、という面に目を向けていきます。この焦点のシフトにより、その個人の持つ資質、あるいは環境の持つ資源、それによってより良い結果を促進することができるという点に生かされます。また、個人の力というか、長所を見ることにより、それに気づくことにより、また環境的な促進因子を見ることにより、その中から革新的なケアのあり方を学んでいくということもできるのです。これも非常に文化的、国際的なやり方で行っていくことができます（7）。

健康状態の諸帰結というのは、健康状態だけから理解されるものではありません。というのは、活動の制限、あるいは参加の制約といったものが発展しますが、これは身体的な健康状態であるか精神的な健康状態であるかに関係なく記述されます。たとえば外に出掛けるという活動においては、身体が麻痺しているからという状態で出来ないのか、あるいは恐怖症に陥っているために家から出られないのか、両方の可能性があります。公共の交通網へのアクセスが制限されているという場合においても同様です。これが精神的な健康状態によるものなのか、あるいは身体的な状態によるものなのかにかかわらず、結果的には共通に交通網にはアクセスできないという状態になってくるわけです。ですから、病因から中立的であるというパラダイムにより、精神的な状態と身体的な状態は同格である、という点が強調されるわけです（8）。

さて、ICIDH-2の方法は、健康状態の諸帰結が身体的、そして個人、社会的なレベルにおいて、どのような諸帰結をもたらすかをシステムティックに研究するという方法になっています。例えばどのような介入を行うかという決断が、まず1つにはどのような

投薬の治療を行うかということを考える、あるいはどのように自分で身を処していくか、幻覚症状を訴える人間に、どのように対処していくかということを書いていくという点はとても良いですし、あるいはそういった幻覚から気を紛らわせるための仕事のルーティンを作り上げてみる。あるいは家族の人たちにそういう幻覚があったとしても、幻覚による行動は無視するようにと指導していくなどの方法から、決断をしていくことができます。ですから、こういったアプローチを取ることで、より焦点を持った、そして特定のもののために作られる、目的指向的な介入を作っていくことができます。また、こういった介入のプログラムと、障害の側面、障害のプロフィールの調和を行っていくこともできます。したがって、それから生じることとしては、より合理的なリソースの分配を計画するためのコスト効率の研究を行うことができます（9）。

ICIDHが現在改定されていますが、これは国際的な、また文化間をまたがる取り組みとして行われていますが、これによって言語的にはっきりとしたものを使う。それによって健康関連の専門家、リハビリテーションの専門家も含めてですが、共通の言語を使ってコミュニケーションを取るとというのが理に適ってくるようになります。それにより、この分野にかかわっているもの同士だけではなくて、消費者の方々にも実際に話し合いに加わってもらい、最終的な決断を下していく過程にかかわってもらって仲間として同等のパートナーとなってもらうことができます（10）。

ICIDH-2は、個人レベルにおいての健康に関連する分類ではありますが、そういったデータを総括することによりまして、これを地域的な、あるいは国レベルでの、そしてグローバルな、世界的なレベルでのデータを取り上げていくこともできます。これによって障害を持った人と、そして環境との間の相互作用を見ていくことができますし、そういったデータを国際的なレベルで比較検討することにより、包括的なデータベースを設けることができます。また、障害に関連するプログラムにつきましても、国レベル、そして国際レベルで判断し、評価していくこともできるようになります。そして個人レベルで経験された精神的な健康状態という障害についての情報も、最終的には汲み上げた情報として、大きな相互作用を持つインタラクティブなシステムとして、利用していくことができるようになります（11）。

最後ですが、ICIDH-2の分類は、ただ単に障害の性質そのものの評価だけではなくて、その基になっているモデルと、それからの原則によりまして、社会的な検索を作り上げ、また法律を作るうえでも役立てていく基礎となるでしょう。それによりまして、す

べての人、精神的な状態による障害、あるいはどのような障害であっても、それを持つ人々の均等な機会を保証するものであり、またそういった人たちに対する公民権を広めていく、有力なツールにもなるでしょう（12）。どうもありがとうございました。

○野中 ソムナスさん、ありがとうございました。ここでソムナスさんだけに関して、Q & Aを取りたいと思います。どなたかご質問なりございますか。

○岩崎 法政大学の岩崎と言います。ユニバーサル・ツールとして使えるということは、すごくよく分かったのですが、例えばその外出できないというたしかにパーティシペーションのレベルでは、そうだと思いますが、その原因として考えられるインペアメント、アクティビティのレベルでは、やはり身体障害と精神的な障害とでは違うと思うのです。

その辺を評価するツールということでお伺いしたいのです。1つは午前中に出たかと思うのですが、DASのバージョン2が開発されると聞いています。それはこのICIDH-2の改定とどのようにリンクしているのかというのが第1点です。あとインペアメントレベルの評価のツールというのは、特に精神科領域においてどういうものを考えているのか。かなりたくさんツールが出ていると思うのですが、それらと具体的にどう違うようになるのか、という点についてお伺いしたい。

○チャテジ 先ほども申し上げましたように、ICIDH-2の中では、病因というものから離れる傾向、あるいは離れるように努力しています。ですから、病因からは中立的な立場を取ったアプローチになっています。ですから、身体的な原因によるものであれ、精神的な原因によるものであれ、外出できないということだけを取り上げるということになっています。

我々も評価をするツールが必要であるという点には、ICIDH関連のほうでも気づいています。DASのこともおっしゃっていただきましたが、これはどのような活動の制限があるのかということを知るツールとして、非常に鍵となるものとなっています。一旦それを測ったあとで、実際にどういう障害がその陰にあるのか、あるいはそれがどのように参加という面にかかわっているか、あるいは環境の障壁や促進因子とどのようなかかわりがあるのかを検討していくということになっています。現在、国際的なレベルでこれがテストされたりしているわけですが、第1フェーズの改良とテストも行われていて、年末にはその結果も出てくると考えられています。

それから精神的な機能障害の評価についてですが、これはどのような条件下にあるのか

で特徴づけられる、特定されるものだと思います。もちろん健康状態とオーバーラップするものもあるでしょうが、それぞれの条件によって特定されているものです。さまざまなツールというものがありますが、例えば「CD」と言われているもの、あるいは「CITI」などのインスツルメントが使われています。そしてその他の分野においても、さまざまな個別の分野におけるツールがあると聞いています。

○加藤 北海道女子大学から来ました。このICIDH-2の中で、コンシューマーのディジション・メイキングも、当然包括するのだという形で提示されているわけですが、そういうコンシューマーの決定を包括していく際に、例えばICIDHのファーストバージョンでは、日本では上田モデルによって、体験としての障害というのが付け加えられた。この体験としての障害が付け加えられたことによって、実態概念としての本人自身の主観的なあり方というのが、モデルの中にセットされたわけです。ICIDHのファーストバージョンというのは、言ってみればニアモデルであって、その部分が現実的には入って来ないという幾分の欠陥を持っていたと考えるわけなのです。その概念が付け加えられたことによって、コンシューマーの現実が反映してくるようになった。

しかし、今度のICIDH-2でも、こういう主観的な枠組みを反映していく形にはやはりなっていないわけです。特に今ここが精神保健のセッションということもあるので、そういう局面というのがかなり重要なのではないかと私自身は思っているのですが、いかがでしょうか。

○チャテジ ICIDH-2というのは、健康状態の諸帰結をドキュメント化する枠組みというものになっています。例えば私に何らかの健康的な条件があったがために、何らかの機能障害あるいは活動の制限、参加の制約が環境的な障壁やあるいは促進因子によってもたらされるかもしれない。それとはまた別に、病いの経験という面があります。つまりこれは主観的なもので、何をどのように感じるか、というものになります。ですから、いわばコインの裏と表のようなもので、裏側にQOLがあると考えてもいいでしょう。ですから、健康状態、これが病いであれ何であれ、病気と呼ぶにしても、1つに健康の状態があり、そしてICIDHがその諸帰結ですが、それがあり、そしてさらにQOLが加わって初めて全体像が見えるのだと思います。

○野中 どうもありがとうございました。時間ですので、残念ながらソムナスさんはいらっしやらないのですが、後ほどまたディスカッションの中でしたいと思います。ソムナス

さん、どうもありがとうございました。

○佐藤 フライトの都合で、WHOのみなさんがいまから会場を離れます。日曜日に日本に來られて、月から木まで東京会議、金土とこのセミナーですので大変お疲れと思います。お名前を紹介してお礼に代えさせていただきたいと思います。ベディラン・ユーストンさん、ソムナス・チャテジさん、ジェローム・ビッケンバッハさん、ロバート・トロッターさんです。もうひとりエリザベス・バドレーさんは昨日発たれました。本当にご苦労さまでした。

○ユーストン 私どもからもお礼を申し上げます。佐藤先生、日本障害者リハビリテーション協会の皆様方、そして日本に対してお礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

**Seminar on ICIDH -2:
Implications for Care
Tokyo, 27-28 March 1998**

(1)



Concepts in the ICDH-2

- **shift from medical model to
biopsychosocial model**
- **shift from minority model to
universal model**
- **recognition of environmental &
personal factors**
- **neutral terminology**

Concepts in the ICDH-2

- **etiology-neutral framework**
- **development of more rational interventions**
- **cross cultural, multilinguistic exercise**
- **use at individual level and allowing systemic analysis**
- **disablement is a civil rights issue**

Biopsychosocial model

- **Gives a “full picture” of mental health conditions**

- **Consequences in terms of**
 - **activity limitations**
 - **participation restrictions**

Universal model

- **minority model: disability is an identifying characteristic of a group**
- **universal model: everyone experiences some degree of disablement**
- **reduces stigma towards mental health conditions**
- **people with mental health conditions = people physical health conditions = all people.**

Personal and Environmental factors (6)

- Individual factors: age, sex, values, etc.

- Environmental factors: home and family environment, attitudes of people, legal systems, etc.
- move away from blame

- Both are necessary to examine the multi-factorial nature of process

Neutral terminology

- not just the negative consequences of the mental health condition
- also what a person can do
- recognition of resources in the individual and the environment to facilitate better outcome
- provide important lessons for innovations in care

Etiology-neutrality **Parity**

■ I, AL, PR irrespective of physical or mental health condition

■ stress on PARITY between physical and mental health conditions.



Body, Person or Society level



- **Different interventions**
- **Focussed and specifically designed target-oriented interventions**
- **Matching of intervention programs to profiles of disablement**
- **Cost effectiveness studies for planning rational resource allocation**

Clarity in language

- enable all mental health professionals to communicate using a 'common language'
- enable meaningful dialogue with consumers
- involve consumers in decision making
- make consumers equal partners in care

Individual - Systemic Analysis



(11)

- a classification at the individual level
- possible use at environment level
- aggregation of data at regional, national and global levels
- systemic analysis of the interaction of the PWD with the Environment
- international database
- comparisons of disability programs at national & international levels

Policy and Advocacy tool

- **basis for developing social policies and legislation that ensures equal opportunity**
- **advocacy tool for civil rights**

○野中 それでは2人目のスピーカーとして日本からお願いします。東京都立多摩総合精神保健福祉センターの伊勢田堯先生をお願いします。

○伊勢田 ご紹介いただきました、多摩の総合精神保健福祉センターの伊勢田です。いまWHOの方がお帰りになりましたが、このICIDH-2の改定作業の一環として、アジアで最初の改定会議が開かれるそうですが、その関連で催される、国際シンポジウムに発表する貴重な機会を与えてくださいました佐藤教授、そして司会、事務局の方にお礼を申し上げたいと思います。そしてケネディさん、お帰りになりましたチャテジさん、それからイギリスのグロジーさんという、国際的に第一線で活躍しておられる方々と意見交換できることは、私にとってこのうえない光栄であります。

さて、本論に入る前に、私の簡単な背景を説明させていただきます。私は精神科医になってほぼ30年近くになりますが、その大半は群馬大学で過ごしました。

最近の6年間は、東京都の精神保健福祉センターで仕事をしています。群馬大学では、1958年から取り組まれた、精神分裂病への生活臨床グループに所属しました。「生活臨床」の英訳も難しいところですが、臺は「クリニカル・ガイダンス・イン・ウエイ・オブ・ライフ」と訳し、宮内は「トリートメント・アコーディング・トゥー・ライフ・パターン・オブサーブド」と訳しています。昨年来日したスイスのプロフェッサー・チョンピは、フィンランドのアラーネンのニード・アダプテッド・トリートメントに似ている、というコメントをくれました(1)。

生活臨床は、OHPにあるように、病棟の全開放化、外来の強化、地域活動へと発展する中で創り出された診断と治療の体系で、その特徴を端的に説明すると、伝統的精神医学の手法のほかに、診断と治療の手段を、生活場面に求めたことにあります。すなわちその人の生活の仕方の固有のパターンを知り、それに基づく生活支援や、心理教育的アプローチをすることにより、予後を改善しようとするところにあります。私は当時からメディカルモデルを克服した生物、心理、社会モデルの先駆的实践例ではなかったかと評価しています。

私が生活臨床で学んだことは、精神分裂病患者を、生活者として見るアプローチでした。家庭、学校、職場、地域での障害者を見ることによって、内因性と言われる病気でも、環境の要因を強く受けていることを学びました。このような経験から、臨床精神医学自身が、生物学を基礎にしながらも、心理社会的要因を重視したものに発展しなければならないと

考えるようになりました。

さて、近年のリハビリテーションの発展の下で、精神症状や精神障害者への見方は大きく変化しています。理論的には医学モデルから、生物、心理、社会モデルへと発展して、心理社会的要因を生物学的要因と同等に重視するようになったことです。そして精神症状だけでなく、生活それ自体も重視するようになりました。

精神障害を持つ人たちに対する見方も、大きく変化しています。シェパードは精神障害者を二流の人間と見る傾向に注意を促し、本人や家族などの意向を基礎にすること、さらに彼らが治療の受け手としてだけでなく、積極的な治療パートナーとして、参加させる方向にあることを指摘しています。そして従来「分裂病者」という一括した見方から、「分裂病をマネージメントしようとしている人」という見方に変化しています。マネージメントも訳しにくい言葉の1つですが、私は「分裂病を乗り越えようとしている人」と訳しました。こうすることによって、身体障害者と同等の感情的共感を受けることができるようになると考えたからです。

先に行われた長野オリンピックで、地雷で身体障害者になったイギリスの平和活動家が、聖火ランナーとして走り、世界の人たちに感動を与えました。精神に障害を持つ人たちにも、同等の評価が与えられるような見方が必要と考えます。リハビリテーションは単なる技術論ではなく、哲学であるという事情の背景には、こうした人間そのものをどう見るかにかかわっているからではないかと思います。以上の私の背景から、ICIDH-2へのコメントを申し上げたいと思います。

ICIDH-2では、線形モデルから循環モデルへ転換したことと、中立的表現を大幅に取り入れたことが、大きな変化だろうと私は思っています。多くの人たちが指摘しているように、1980年のICIDHの線形モデルには異論がありました。治療とリハビリテーションに携わるものであれば、逆方向の現象を経験し、またそれが重要であることを知っています。障害分類が、治療やリハビリテーションを進展させ、障害者のためになることを重視するなら、この逆方向の関連性を明確にしなければならないと思っています。この逆方向があるという特徴は、精神障害者にとっては、希望の持てる有利な面であると考えるので、一層強調する必要があると思います。したがって、このICIDH-2の変更は、積極的な意味を持つものと考えます。中立的な表現に関しては、障害部分だけを強調することによって、障害を持つ人たちへの偏見をもたらす可能性があり、ユーザーからクレームがついたのは当然と言えましょう。

次に精神科の機能障害についてコメントします。精神科の機能障害については、病気あるいはその表現である症状と、機能障害の区別が困難なことが、最大の問題だと思います。この主な原因は、いまだに病気の原因がわかっていないことからきていますが、生物学的研究の発展が求められるところだと思います。私は精神科の機能障害は、精神症状に含まれるか、ほぼ等しいものとする見解に立っていましたが、この問題を曖昧にせずに取り組まなければならないと考えるようになりました。

午前中の上田先生の話でも、幻聴や妄想は、インペアメントに属するのではないかという見解があるし、臺は精神科のインペアメントは、心理学的、生理学的な用語で表現されることが望ましいと言っています。したがって、より深い検討が必要と考えます。活動に関しても違います。私はこの活動の分野を、参加の分野とともに力を入れて取り組んでいます。症状や機能障害は、生活場面に表現され、生活の仕方のまずさが、社会適応の障害になっているように見えるからです。この活動の制約も精神障害の場合には、身体的、物理的に制限されているものでもなく、したがって固定的でもなく、状況によっては全く異なる様相を呈する場合もあります。

リハビリテーションの実践場面では、制限されている日常生活能力については、その向上を目指す訓練的援助と、制限されていても生活できるようにする、生活支援的援助がありますが、一方で、残されている能力を十分に発揮させる援助も忘れてはならないところです。その場合も、本人の希望に沿ったものでなければなりません。私の失敗例として、生活支援が、生活能力の低下をもたらした男性分裂病の例を紹介します。

被害妄想も根強く、閉じこもりがちな生活で、活動は著しく制限されていました。経済的不安を訴えていたので、担当保健婦と私は、家族とも相談したうえで、多少抵抗した本人を説得して、障害者福祉年金の手続をしました。しかし、受給するようになってから、被害妄想に苛まれながら、何とかやっていた牛の世話をしなくなったのです。「先生、障害者になってしまって、働く気がなくなりましたよ」とこぼされてしまいました。ニーズはその人によって異なるもので、常にその人の真のニーズとは何かを考えたい提示をしなければならないと痛感したところです。

次に社会に関する問題です。社会的不利から、参加に変更し、背景因子としての環境因子に障壁だけでなく、促進的要因を加えています。この変更の主な動機は、ハンデキャップスの与える、否定的印象を払拭するためであったようですが、ここではリハビリテーションの臨床では、社会の肯定的側面を重視することの必要性について、私の意見を述べた

いと思います。

たしかに社会は洋の東西を問わず、障害者に対する偏見は根強く、社会から排除してきたことは事実のようです。しかし、社会は敵ではありませんし、味方にしなければならないものです。精神障害者に対する村人の対応を調査した、中沢の報告では、狭い農村地域であっても、挨拶とある役割が取れば、特別な偏見がなくなることが証明されています。厳しい経済状況下でも、採算を度外視して、重症の精神障害者を抱えている零細企業家も決して少なくありません。

社会は社会的不利をつくるもの、という側面が出すぎる印象を与える従来のICIDHの線形モデルは、リハビリテーションの一層の発展を期す変革の立場からすると、前向きなものではないと考えます。「障害論は、障害とともに生きる人の現状を解釈するためなく、それをより良い方向に変えるためにある」とする上田の見解をここでも想起し、この態度は社会に対しても適用する必要があるかと思えます。

次に背景因子に移ります。環境因子とともに挙げてある個人因子は、精神障害の場合は、機能障害や活動との共通部分との区別が問題になります。生活臨床の診断では、午前中に上田先生のバリューシステムに相当しますが、生活特徴は個人の行動特徴と価値観、生活の仕方としての生活類型、こういうものは機能障害と見るよりは、この個人因子と見るほうが理解しやすく、背景因子の項は、生活臨床の実践からは便利な項だというふうに思えます。

障害論についての私の見解を述べますが、特に機能障害、活動、参加の三者の関連性について意見を述べたいと思えます。

この三者の関連性については、それぞれ相対的に独立した関係にはありますが、リハビリテーションの経験からすると、相互に影響し合う要素ないし部分があるように見えます。生活臨床の経験では、精神症状と生活能力のある部分は、互いに影響し合っているように見えます。治療不能で、ある程度固定した症状や、リハビリテーションが困難な生活障害があることは否定できませんが、これも全く固定して動かないものでもないようです。

これらの影響の仕方とされ方に、2つの種類があると思えます。一般的には、症状の悪化が生活能力の低下につながり、生活能力の低下が精神症状の悪化につながるという悪循環です。その一方で、生活能力の向上が、精神症状の改善につながり、この精神症状の改善がさらに生活能力の改善を呼ぶという良循環があります。精神科の治療とリハビリテー

ションとにとって、有力な手法となっていると考えます。言葉の問題ですが、悪循環の反対語は、私の調べた範囲では、日本語でも英語でも見つかりませんでした。いかに私どもがネガティブな面だけでしか見てないのかという1つの証拠かもしれません。英語でピナイン・サイクルというふうに、私も英語の言葉を作りましたが、これが正確かどうか、また別の良い言葉があれば、是非教えていただきたいと思います(2)。

次に、精神症状と活動の制約との関連性を述べます。これもさっきの例と同じように、良循環と悪循環があることは同様であります。良循環が生まれる場合のリハビリテーションの実際ですが、生活臨床で言えば、その人の真に希望する生活目標が実現する援助が、進展ないし成功している時によく見られます。

40歳すぎの精神分裂病の女性の例を紹介します。周りの人が自分の悪口を言うに気がし、しかめ顔と冷たい表情は、人格変化を伴った慢性分裂病の典型のように見えました。作業所への通所の援助など、生活能力の改善を図りましたが、そのあらゆる努力も効果がありませんでした。そこで、担当保健婦と私は、本人の希望していた結婚を実現するための援助をし、幸い縁があって結婚することができました。

そうしたところ、家事も出来るようになり、結婚後、報告に来た彼女の表情はにこやかで、冗談も出るし、さしもの陰性症状、ネガティブ・シンドロームも、シンプトンも吹っ飛んでしまったように見えました。結局は、2人とも初婚のせい、性生活がうまくいかず、1年ほどで離婚となったのですが、症状と生活能力は以前の水準にまで落ちることはありませんでした。

この例は、参加の制限の改善が活動の制約の改善につながり、さらに機能障害の改善になった例だと思います。真に社会的アプローチが、単にリハビリテーションの効果を上げるだけでなく、治療的效果をもたらす側面を持っており、精神障害論では、この治療可能性を表現するのを躊躇すべきではないと考えます。昨日のドクター・ユーストンの報告によりますと、このことがICIDH-2に入れられておりますので、私が強調することなくなりました。

次に、活動の制約と参加の制限との関連ですが、同様のことが言えます。

参加の制限と精神症状との関連にも挑戦したいと思います。参加の制限が、精神症状の悪化をもたらしたりする悪循環は同様ですが、ちょっとした社会的な成功が、症状の改善につながることも、生活臨床の対象例が示しています。

妄想型の分裂病患者で、誇りが高いのですが仕事はほとんど出来ず、家庭で経営してい

る洋品店では邪魔もの扱いでした。治療者と家族で話し合っ、名前だけでしたが取締役にしたところ、精神症状が安定し、それによって職場や家庭での受入れも改善される結果になりました。

機能障害、活動、参加の三者の関係は、円環的關係にあると考えます。これはICIDH-2の三者の關係に焦点を絞ってスライドにしたものです。これによると、円環的ではないように見えます。私は、この円環關係をより徹底させるために、立体的な表現を試みました(3)。

以上の障害の相互關係を重視し、そして社会適應度を中心にした關係をスライドに示しました。社会適應度を社会参加度としても良いし、社会参加狀況としても良いかと思いません(4、5)。

時間がオーバーしたような気がしますが、これで私のプレゼンテーションを終わらせていただきます。

終わるにあたって、貴重な助言を与えてくださった群馬大学の小川一夫、長谷川憲一両先生と、いろいろな示唆をいただいた村田信男多摩総合精神保健福祉センター所長をはじめ、精神保健福祉センターの皆さんに感謝します。ご清聴ありがとうございました。

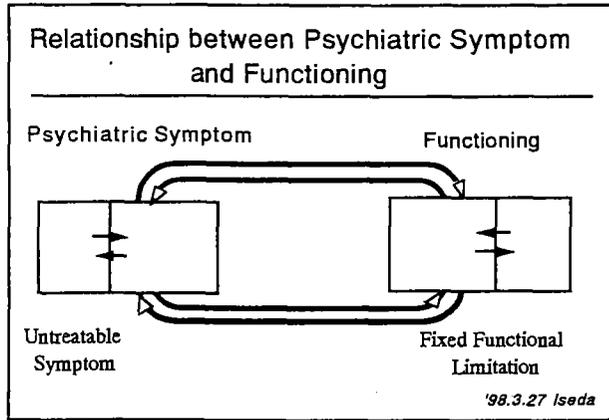
ICIDH-2 and Psychiatric Disabilities
 - Comments on the basis of Recent Developments in Psychiatric
 Rehabilitation Services
 Takashi Iseida, MD

Early Developments in the Approach to Schizophrenics at the Ward of Neuropsychiatry of Gunma University
 School of Medicine(1958-1966)

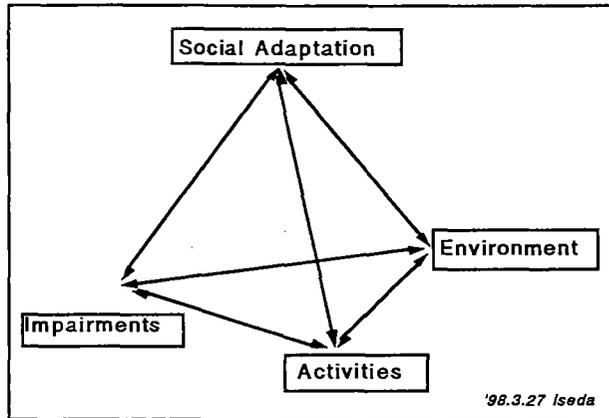
(1)

Date	Ward	Outpatient Clinic	Community
1958 Apr.	Free entrance to nurse station, partial open door system		
Sept.	Abolition of toilets in padded cells, introduction of the graded limits of patients' activity according to their severity		
1959 Jun.	Inauguration of patient meeting (Wednesday meeting)		
Sept.	Unlocking of the door, beginning of patients' attendance at school and office		
1960 Feb.	Setting-up of dining room and lounge, abolition of padded cells	Relapse-prevention class, charge of individual patient	
Sept.	Publication of the magazine edited by patients		
1961 Feb.	Removal of iron lattice, full open door system	Aftercare card	Visit to patients' home, visit to place of work
Jul.	Consultation over aftercare		Inauguration of therapeutic social club
Oct.	100th. anniversary of the patient meeting		(advancement club)
Dec.	Admission for a rest, weekend admission system		
1962 Feb.	Reinforcement of family guidance	Principle of introduction of continuity of medical care	Interim report of "the prognosis improvement plan for schizophrenics"
Jul.	Visitor's card		
1963		Adaptation of punched card to carry important details for each patient	Reinforcement of connection with public health nurse, beginning of case conference at public health center
1964	300th anniversary of the patient meeting		
1965		Follow-up study	Beginning of training of public health nurses at Gunma University Hospital, beginning of counselling in Sakai town
1966	Contract with workshops in community, opening of day hospital		Roundup visiting inquiry of every house in Azuma village, organization of family association in Azuma village

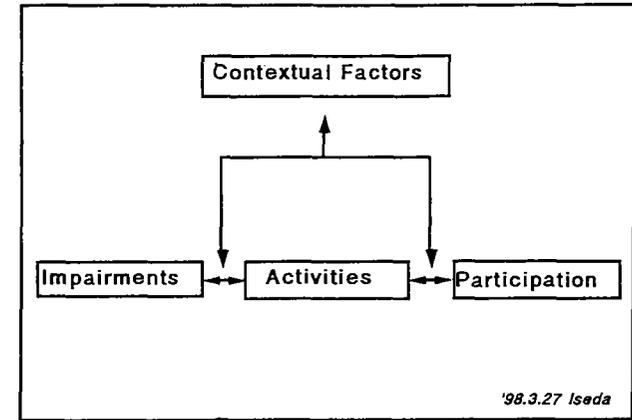
(2)



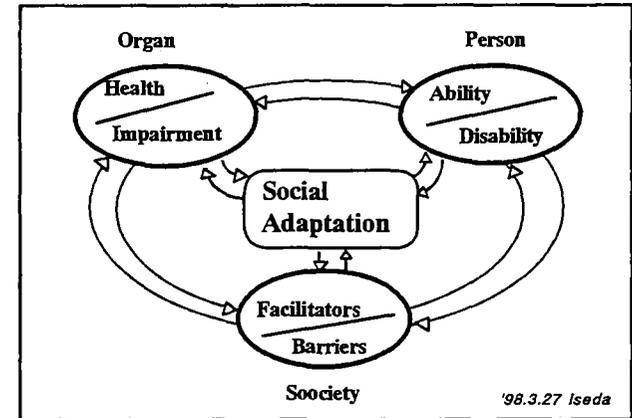
(3)



(4)



(5)



○ケネディ 今日のお話ですが、ICIDH-2が現在のリハビリテーションにおける精神保健研究にいかにか当てはまるかを示したいと思っています。そして、いま現在研究対象として、リハビリテーションの側面に焦点を当てること、その作業、またリハビリテーション実践の状況についてお話をしたいと思っています(1)。

ここにいらっしゃっている皆さんのほとんどが、リハビリテーションにかかわっている方だと考えておりますが、私自身はアメリカの研究機関からまいっております。そこでの研究のアプローチは、実用性があるべきで、そういうアプローチをとっております。

だんだん長生きの世の中になってきましたが、その中で障害を持って生活する人も増えております。ですから、リハビリテーションの必要性は増大すると思えます。ICIDH-2の改定は、性別、心理、社会的な見地から行われておりますが、この見地からICIDH-2はリハビリテーションのプログラムの紹介、また活動のさまざまな分野、また社会参加など、リハビリテーションの実践にあたって検討すべき面に洞察を加えるのに役立つものとなります。

いまの研究やプログラムをICIDH-2の枠組みに当てはめると、将来的にどのような発展、開発が必要なのか、また何に優先順位を置くべきかが、はっきりしてまいりません。

一般の診療では、精神的な障害によって障害者になった人々のリハビリテーションにおいては、既存のスキルの改善、また不十分な能力の改善が中心になっております。例えば、自分自身のケア、あるいは家事などを中心にかかわります。リハビリテーションはまた、喪失したスキルを補うという面もあります。例えばアルツハイマーの高齢者の方が、覚えておくべきことのリストを作る、というような形をとっております(2)。

また、リハビリテーションのプログラムは、習得できなかった新しいスキルを身につけるようにも作られています。例えば、精神的な障害を持っているがために、仲間同士の付き合いを学ぶ時期に影響が出てしまった。それによって学ぶことが阻まれ、こういった分野で能力障害を起こすことになるケースがあります。社会的な訓練で、こうした能力の発達を目指すことになっております。

身体的な状態によって障害者となった人のリハビリテーションとは違って、精神的な状況によって障害者となった人のリハビリテーションでは、精神機能の障害のリハビリテーションとして、環境の変化にあまり重点が置かれないうちにありました。アメリカでは、精神機能のリハビリテーションがようやく注目され始めています。ただ、環境面はまだ進

んでいません。精神的な障害者にとって障壁となる環境は、物理的なものではなくて、どちらかというとなんかの態度によるものです。精神的な障害を持つ人は、おそらく障害者の中にあっても、いちばん汚名を着せられたといえますか、ひどい状況にあると考えられます。障害者の中でも、精神的な障害を持っているという場合は、受け入れられない可能性が高いのです（3）。

是非これは頭の片隅にとどめておいてください。非常に重要なものですから、ICIDH-2のモデルとしてとどめておいていただきたいと思います（4、5）。

次に、3つの精神保健の研究についてお話をしたいと思います。これらは、精神保健研究所のほうで資金を出して行われている研究です。この3つは、精神障害にかかわる従来のリハビリテーションの研究の範囲を広げるものです。

最初の研究は、ソーシャルワーカーが行っているものでして、精神分裂病の臨床試験から発生したものです。これは視覚的な処理や注意、記憶と、社会的な機能の関係についての以前の研究に基礎を置くものです。職業的な訓練の結果は、概念の形成や手続の習得に関連するということが分かりました（6）。

この研究の研究対象となった人たちは、精神分裂病という診断を受けた人たちで、2つの心理社会リハビリテーションプログラムへ入るにあたって、そういう診断を下された人たちです。実際のリハビリテーションの介入に、臨床試験の結果を当てはめるものになっています。この研究の目的ですが、心理社会的な能力の面でのリハ効果を予測させるような、分裂病の認知的、精神生理学的な状態はどういうものかを理解することです。

この表の中で、左側の要素は、ICIDH-2の機能障害になっています。結果、つまりこれは心理社会機能ですが、右側にございます。これがICIDH-2の活動で、括弧書になっているのはICIDH-2のコードです。

2つ目の研究ですが、これは精神科の病院を退院した後、定期的な通院の治療に移った後、機能障害や能力障害などの自然な経緯を見えています。定期的な通院と申し上げましたが、この中にはリハビリテーションが含まれている場合もあります。この場合の研究対象も、分裂病と診断された人たちですが、分裂病は精神病の中でも、最も能力的な障害を伴うものです（7）。

精神的な機能障害ですが、注意、記憶、実行機能、これらはスライドの左側にリストになっていますが、ここにもICIDH-2のコードを挙げております。実行能力の中には、計画を立てる、組織立てる、そのほかの高次元の精神的な機能が含まれています。この研

究の中では、機能障害と能力障害のかかわり、また自然な変動を辿って、18カ月間の間に社会の役割に適應するのにどのようなかかわりがあるか、ということを見ています。

この研究対象となった人たちが、能力障害が見られるかもしれない活動が右側に書いてあるのですが、職場、仕事、学校、あるいは家事の活動で、これらもやはりICIDH-2に含まれています。こういった活動というのは、大人の生活にとっては中心的なものになっています。

このリハビリテーションの研究で重要なのは、機能障害と能力障害の関係で、その性質を理解して、通常の状態設定の中で、また時間の流れに沿ってそれを理解するということです。これは、リハビリテーションの介入の直接的な結果のみにとらわれるわけではありません。むしろ、深刻な精神機能の障害の長期的な影響の理解に努めており、しかも日常生活の重要な分野において、そういった理解をしようと努めております。この研究をするにあたりまして、研究者はやがて障害がどのように現れてくるか、それに環境がどう影響しているかということにも関心を持つようになり、そういったことも調べるようになりました。まだこの分野は、精神障害にかかわるリハビリテーションの分野では、十分な検討や調査は行われておりません。

3つ目の研究ですが、これはリハビリテーションを実際に行っている人にとっては、非常に大きな懸念となっている問題を取り上げております。ある状況の中で教えられたスキルを、直ぐに別な状況には当てはめられないという問題です。訓練を受けた、リハビリテーションの環境でうまくいったというだけでは不十分なのです。多くの場合、習得したスキルや活動を、別の状況に当てはめることが出来ないということが起こります。この研究では、高度に構成された社会生活スキルを教えるプログラムの評価が目的で、学習したスキルを新しい状況に当てはめていくことをサポートするものになっています(8)。

このプログラムの中で教えられているスキルというのは、別の状況でもまた当てはめられなければならないということなのですが、それは患者さん個人の投薬の仕方、あるいは症状の変化にどう対応するかというスキルです。レジャー活動や社交の場で、こうしたスキルの効果を2年間にわたって評価しています。生活のこの2つの分野というのは、まだ十分理解されていないわけですが、そうではありながら、生活の重要な部分を形づくっています。また、それが人生に楽しみや豊かさを加えるもので、誰もが望むものです。

時間の関係で、次のスライドはお見せするだけにいたします。

ICIDH-2のスキルと現在の精神障害の人のためのリハビリテーションの研究は、

リハビリテーションの実践の場での使用が目的となっています。ICIDH-2は全体モデルを、分野を特定した上で作っているわけですが、これが現在の、そして今後のリハビリテーションの在り方の指針ともなります。そして、いま現在進んでいる研究で、いま分かっている研究の裏付けを得るような形になっています。

現在、リハビリテーションの実践、精神的な障害を持つ人々にとってのリハビリテーションというものは、能力障害に相互作用をする精神的な機能障害に、さらなる注意を払っていく必要があるということが分かっています。このさらなる焦点を当てることの必要という分野ですが、これは注意や記憶、そして実行能力、この中には組織立てる、計画を立てるなどが入ります。また生活の中で新たな役割を担うにつれて、ストレスや期待もどんどん患者のほうに加わっていく、ということも分かっています。ですから、変化に合わせてリハビリテーションのフォローアップをすることも必要です。そして、新しく習得したスキルを再認識してもらおう。そして、新しい状況に溶け込んでいくことも必要です(9)。

リハビリテーションを行っている者は、常に患者が直面する環境を意識していなければなりません。こういった環境は、障壁にも促進にもなり得ます。リハビリテーションを行うことで、環境が要求するものに適応していくことを手伝うわけです。中には、ただ個人が変化するだけでは対応が不可能なものもございますが、多くの方々の努力によって、積極的な変化を起こした例もあります(10)。

最後に、このスライドをお見せしてまとめたいと思います。これは、個人と環境の関係をうまく表していると思います。機能障害、活動、参加は、常に個人と環境の2つの間にあります。そしてリハビリテーションにとっては、機能障害への焦点が、主に個人のレベルで行われているので、ご覧いただきますように、黒いセクションが機能障害のところでは白よりも大きくとられています(11)。

活動にとっては、リハビリテーションの中では個人と環境を同じように検討しなければなりません。ですから活動では、常にこの2つのコンテキストの中で行われます。参加はより広い環境の中で起こるものですので、先ほどのスライドの中では、白い部分のほうが黒い部分よりも大きかったのです。個人の社会参加の能力の主な要素は環境です。リハビリテーションを行う者は、常に患者にとってより良い形で、環境の資質を使うということを意識していなければなりません。また、環境の障壁も常に意識し、そういった環境的な制約を乗り越えるために、患者に対して協力、そして支援を行っていかなければなりません。それが、それと同時に、そういった障壁を取り除く方向での努力も必要です(12)。

○野中 大変よく整理されて、こういう形でいくと精神障害を持つ人の機能と活動が、どういふ部分が我々のこれからの課題になるのか、ということがよく分かるように思います。

(1)

Uses of ICDH-2 in Rehabilitation

- Organize current research in rehabilitation
- Guide rehabilitation practice
- Identify future development

(4)

Key Concepts of Functioning & Disablement

BODY	PERSON	SOCIETY
Function/Structure severity, localization duration	Activities (limitation) difficulty, duration assistance needed	Participation (restriction) extent, facilitators barriers in environment

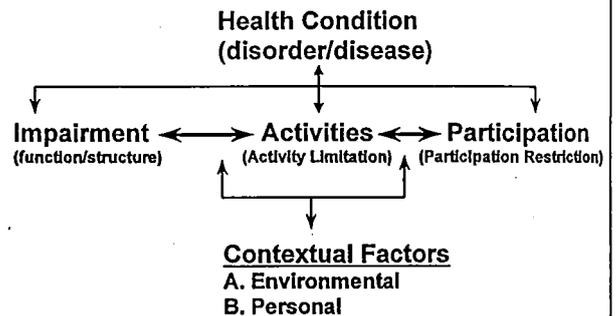
(2)

ICIDH-2 and Rehabilitation: Rehabilitation Focus for Mental Conditions

- Improve existing skills and abilities
- Compensate for lost skills and abilities
- Learn new skills and abilities

(5)

Interaction of Concepts 1997



(3)

ICIDH-2 and Rehabilitation: Additional Focus for Physical Conditions

- Body functions and structure
- Physical environment

(6)

Rehabilitation Research from the ICDH-2 Perspective: Application from Clinical Trials

- Psychological
 - Attention (i00900)
 - Memory (i01000)
 - Concept formation (i01510)
 - Procedural learning
- Physiological
 - Arousal (i00200)
 - Heart rate (i40110)
- Psychosocial functioning
 - Work (a80400-804590)
 - Social functioning (a70100-70400)
 - Independent living (a60300-60590)

(7)

Rehabilitation Research from the ICDH-2 Perspective: Natural Course

- **Attention** (i00900)
- **Memory** (i01000)
- **Executive functioning** (i01520)
- **Work** (a80430)
- **School** (a80451)
- **Domestic activities** (a60300-60599)

(10)

ICIDH-2 and Rehabilitation: Implications for Rehabilitation Practice

- **Increase focus on rehabilitation of mental impairments - their impact on activities**
- **Awareness of changes in impairments and disabilities over time - need for follow-up rehabilitation**
- **Attention to impact of environment - its barriers and facilitating aspects**

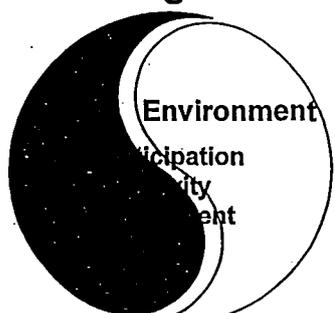
(8)

Rehabilitation Research from the ICDH-2 Perspective: Changing Environments

- **Self-management of medications** (a50640)
- **Coping with symptoms** (a10300)
- **Leisure activities** (a80600-80690)
- **Social relations** (a70400-70490)

(11)

ICIDH-2 and Rehabilitation: Functioning & Context



(9)

ICIDH-2 and Rehabilitation: Current Frontiers

- **The relationships between impairments and activities associated with mental disorders**
- **The natural course of impairments and disabilities over time**
- **The effect of the environment on rehabilitation interventions**

(12)

ありがとうございました

Thank you

多くのご意見があるかと思いますが、それは後のディスカッションに残しまして、最後のスピーカーのニコラス・グロジーさんのほうにお願いしたいと思います。ニコラス・グロジーさんは、英国精神保健研究所の精神科医でいらっしゃいます。よろしく申し上げます。

○グロジー まず、佐藤先生にお礼の言葉を申し上げたいと思います。WHOにも感謝の意を表したいと思います。

WHOのICIDHの1980年版ですが、それはイギリスのフィリップ・ウッドとそのチームによる仕事を基にして作られたものです。この基本となっている考え方、つまり障害・ディスエイブルメントというものを3つの領域に分けるという考え方、これは非常に多くの方が今、取り入れている考え方で、特に医療や看護の関連の専門職に携わっている方は、これをうけいれています。しかし、実践での適用は、ともするとまだ十分取り入れられてないという側面があるかと考えます。

概念、用語、そしてまたそこに流れるイデオロギーなどの問題から、精神保健の分野においてこの分類が広く使われることが阻まれてきました。時間があまりないので簡単に、影響があった分野についてまず話したいと思います。教育、成果を計る道具、および疫学の分野です。

最初に、ロンドン・ハンディキャップ・スケールについてお話します。これは数年前、1995年にハーウッドとエブラシンがやったものです。これが開発された目的は、慢性的な、そして複数の進行性の病気を持つ人々のグループの健康状態を測定するために作られました。これは、主に違う種類の介入を比べるために、それはランダム・コントロール試験といわれるものですが、そのために作られたものです。

用いられたハンディキャップの領域は、ICIDHのハンディキャップの領域で、これによってこの作者たちは、さまざまなレベルでの介入を比べるための共通の通貨を作り、使うことになったわけです。さまざまなレベルの患者、例えばさまざまな問題を抱えている者を比べるわけです。例えば病気の治癒ですとか、機能障害の緩和、能力障害の減少などの状況と比較します。

ここで用いられたのは、6つの生存のための役割というものですが、これはハンディキャップの領域からとったものです。それぞれの領域について6つのレベルに分けてハンディキャップの重さの質問表が作られました。そして、それぞれのハンディキャップの状態

というのは加重がなされたわけです。重度によって加重がなされたわけですが、それを行ったのが、その地域の住民や学生や保健の専門家たちが、さまざまな仮定のシナリオを基にして、そういった加重を行いました。そして、その結果は、統計分析を受けたわけです。

最終的に出来上がったこのスケールは、計量心理学的な評価がなされ、さまざまな患者のグループに対して応用がなされたわけです。非常に有効性の高いものだと、そして一貫性のあるものだということが、これで判明しました。1つの要因子がハンディキャップの次元の分布の底に流れていることが予測されました。

これは、また違うレベルの介入に対しても、非常に基本的なものでございまして、例えば機能障害のレベルですと、腰の手術ですとか、お年寄りのための老年精神科のリハビリと評価を区別するというように、非常に違うレベルの介入に対しても、差を生み出していました。

このスケールは、いろいろな場で現在使われています。例えば、精神科のさまざまな場、例えばデイホスピタル等や脳卒中のリハビリテーションとか、そういう場で使われております。またハンディキャップという概念は、お年寄りのうつ状態の研究のためにも使われております。うつ状態になるそのリスクファクターとしては、機能障害や能力障害よりも、また従来からいわれてきた社会的・環境的要因よりも、ハンディキャップが大きな要因であるということが分かってきました。これはやはり先ほど上田先生がお話されたように、違うレベルの統合というのが必要である、というお話を裏付けるものでもあります。興味深いことに、このハンディキャップスケールの作者は、ICIDH-2草案で提案されている参加分類の方が使いにくいといっています。

時間が足りなくなってきましたので、精神保健のケアを評価するにあたりまして、ICIDH-2をどのように使っていくか、ということについてお話ししたいと思います。

精神医学の成果の評価ですが、これはルゲリーとタンセラーが1995年に著書の中で非常に上手に表しています。彼らは、いわゆるエフィカシー（効力、実験的条件の下での治療の可能性）というものとエフェクティブネス（効果、日常の治療活動での結果）という、この2つを区別するという、いままでの区別の仕方に注目をしました。そして、これが精神医学の中で、いかにその区別がはっきりなされていないかということに注目をしております。

証拠を基にした医学といいますが、イギリスでは今、この動きというものが非常に高まりを見せておりまして、コクレインの協力によってもこの動きが認められております。現

在、介入の効力の評価というのが、さまざまな方法でなされています。ランダム・コントロール・トライアルも、そのうちの1つです。

イギリスの国民保健サービスではここ数年かけて、介入の成果を計る指標というものを見てまいりました。そこでは作業上の定義として、「介入又は介入をしないことが以前の健康状態をどう変化させたか」を使っています。介入を4つのレベルで見、その測定の方法に興味を示しています。

まず1つ目の予防的介入。これは、リスクを避けるために行われるものです。

反応的な介入。これは、リスクを軽減するためのものです。

時宜を得た介入。これは、病気を検知し、それを治療するためのものです。

遅い時期にある介入。これは、諸帰結を最小化するものです。

過去においては、精神科における介入を評価するための情報というのは、死亡率や罹患率といったものが使われていました。しかし、これでは不十分だという不満が高まり、そのためにサービスレベルのデータというのを使うようになってきました。そして、これが今、広く使われています。どういったものがあるかという、ベッドの利用率とか、再入院の割合とか、サービスの提供の度合い、こういったものを今、使うようになってきました。そして、その成果とサービスの使われ方というのは、典型的に相関関係にあるものではないというのが、どんどんはっきりしてきたわけです。その中には、さまざまな変数がある。その変数の中には、例えば患者の人口統計学的特徴や、それぞれの地域のリソース、国家的な政策、こういったものが相関関係の内容に影響を与えているのだ、ということがはっきりしてきました。

患者のレベルのデータというのも、いま検討されていますが、そのデータの量は非常に少ないという状態です。現在、このデータを作るための研究がなされていますが、それは複数の軸で行わなければならないと思います。介入に関するさまざまな見方も検討に入れる。また、すべてのパラメーターを考えるだけの非常に包括的なものでなければならない。そしてまた、その当事者の状況を見て、介入というのが効果が上がっているのかどうか、きっちり判断するための特定のものでなければいけない、といった条件もあります。

臨床的な、そして社会的な変数、QOL、そして満足度やケアする人の負担、こういったものがすべて、結果として複雑なものの中に組み込まれてなければいけません。そこで私は、ICIDH-2のバージョン、これが新しいフレームワークを提供してくれて、最終的にはこういった問題を見ていくための道具を提供してくれることを望んでいます。

ロンドンのディビット・ベルスターが行いました研究は、精神分裂病の患者で、病院から退院した患者の1年後を調べた研究です。この研究で用いたのは、臨床の情報、ICIDH-80を基にしたWHOのDASによる機能状態に関する情報、そして社会的環境に関する情報、こういったものを取り入れて、果たして1年後、どういう結果になっているか、というのを見たものです。

結果は、約半数がまだ精神病を病んでいたということ、そしてまた半数が、社会的にもまだ障害があると考えられているということ。これは、びっくりするに当たりません。しかしながら、この関係は1対1ではありませんでした。こういった結果が得られるということは、普通、それは予測できることでありまして、その人の精神病理状態と社会的な働きの状態の複雑な相関関係を考えれば、これは当たり前の結果と言えるでしょう。

家族とのコンタクト、雇用、法的な問題というのが、こういった人たちの中にたくさん見られました。雇用などは、あまりなされていない状況にありました。非常に社会適応がうまくいっていないグループ、そのために地域からネグレクトされ、忘れ去られた存在となってしまう、専門の施設に入ってもいないし、デイホスピタルにも通っていない。通院も行っていないというのが、結果として現れています。

この研究で分かったことは、サービスのプロセス上の問題がある。つまり、ケアと成果があまりにも平等でないということが分かったのです。それぞれのサービスの分野が、それぞれ独立した形で仕事を行っている。独自の評価を行っている。優先順位も違う。本当にどの人がどういったケアを必要としているのか、臨床の記録を基にして、それをはっきり計ることも出来ていない、ということが分かったのです。

イギリスにおいては、必要な人にケアを与えるというのが、非常に重要になっています。それは、当然そうならなければいけないのですが、特に予算が足りない中では、そういった人たち、どの人たちが必要としているのかということを見ていくことが、本当に必要なのです。

こうした問題の解決にとってICIDH-2が有効かどうか問われています。いろいろな種類の精神障害を持つ人々の機能状態の測定ができ、その変化もとらえることができ、介入の効果も測定できる道具が必要です。こういったことを通して初めて、サービスをきっちり、個人のレベルでも、地域のレベルでも提供していくことが出来るのだと思います。そして、これがもしも違う専門分野の人々たちによっても、共通の言語としてICIDHを用いることが出来るようになれば、仕事の協調がもっともつと図れる、コミュニケーション

ョンが図れると考えています。ありがとうございました。

○野中 新しい評価表があるようで、その辺りの詳しい話は、またディスカッションをしたいと思います。どうもありがとうございました。

○加藤 北海道女子大学の加藤と申します。スピーカーの方々に1つずつ質問がございませぬ。まず伊勢田先生には、最終的に伊勢田先生のスキームといいますか、あまり言葉にこだわりすぎるのも何かと思うのですが、アダプテーションという言葉をお使いになって、さらにその上でパーティシペーションでも一向にかまわないということをおっしゃったのですが、やはりアダプテーションという現実といいますか、適応研究というのは、非常に歴史的に長かったということもありまして、相応のものを生んでいる。ここでアダプテーションという言葉を使うことに対する伊勢田先生のお考えといいますか、そこら辺をお伺いしたいと思います。

ケネディ先生にお伺いしたいのは、先ほど私が質問いたしましたことと非常に関連があるのですが、やはり当事者のといいますか、ご本人自身のICIDHに関与できる可能性とでもいいますか、そういうことが本当に開かれているのか。先ほどのお話は、非常にクリアカットなお話で、ICIDH-2自体がどのように機能するのか、というのが実によく分かったわけですが、そののところに当事者、コンシューマーの側がどうアクセスしていけるのか、ICIDH-2の基本枠組みの中に、本当にそのコンシューマーの側からの実態概念が、どの程度入ってくるのか。要するに主観的な概念のほうですが、そのことが非常に気になっているわけです。それが2つ目です。

そのことに非常に深くかかわるわけですが、結局、先ほどニコラス先生のほうからは、ICIDHは将来的に非常に個別のインターベーションにおいても適合するようなセンシブルなツールということの結果的には目指されるのだというお話でした。しかし、結局はそのセンシブルなツール、あるいはコンシューマーからのアクセスを可能にするようなツールにするためには、サブスケールのようなものが非常に多く必要になって、ICIDH-2自体はそんなにセンシブルなツールにはならないのではないか、というふうにお話を伺っていて思うわけです。そこら辺を伺いたいというのが私の質問です。

○伊勢田 最初に敗北するのもあれですが、いちばん厳しい質問で、生活臨床の1つの弱点といいますか、3つの障害の中でパーティシペーションの分野がいちばん私どもとしては遅れた取組みではなかったか、というふうに今では反省しているのですが、パーティシ

パーシジョンの在り様は、私は2つあると思います。1つは、やはりケネディさんたちが、WHOの方皆さんがご指摘なさいますように、社会のバリアを除く、こういうソーシャル・システムを作るという点で、生活臨床もやってこなかったわけではないのですが、いろいろな制約がありまして、なかなか出来なかったところであります。

もう1つのパーティシペーションの在り方として、個別援助を通しての参加の促進という要素があります。そういう個別援助の仕方の時に、社会に対するポジティブな見方、そういうポジティブな見方というものが、実際のリハビリテーションの場面では必要ではないかという、その辺を強調したわけです。ここまでが弁解ですが、これからは私の訴えたいところであります。

午前中の議論でも出てきましたが、こういう障害のグルーピングをきれいにされますと、個人のニーズがどうなっていくのかという、個人の大事さというものが薄められるのではないか、という午前中の心配があります。私も同様に感じました。そして、ICIDHのダイアグラムの要素として、上に挙げたのはコンテクスチュアル・ファクターズです。これを中心に、ダイアグラムを引っくり返してみますと、私が先ほどお示したスライドになるわけですが、これはコンテクスチュアル・ファクターズというものが中心になっているように見えます。

私がお示した中心になるのは、ソーシャル・アダプテーションです。これの趣旨は、その人が、障害を持っている人が中心である。それがどうなっているかというのが中心である、ということをお示したかったので、これを中心にします。

これはまだ名前がつけられませんので、とりあえず伊勢田モデルというふうにしておきますが、この中では、やはり個人が中心である、ということをお示したくて、変換の中の各障害部分、あるいは変更部分の関連は、すべてその個人にかかわってくる、その個人を大事にするという意味で、中央にソーシャル・アダプテーションを持ってきたということになります。

したがって、このオルガン・パーソン・ソサエティの状況にアダプテーション、個人の参加状況があるというふうにお示しました。私のオリジナルな命名は、「波間に浮かぶVモデル」というふうにお示しました。

私の仲間の批判によりますと、大事なりハビリテーションを波間に浮かべるのはけしからんというのです。そういうことで、ネーミングは成功しておりませんが、新しい良い名前があったら教えていただきたいと思っております。趣旨としては、その個人を中心にして、オ

ルガン・パーソン・ソサエティの関連を見るということを訴えたかったのです。

○ケネディ ベニスも波間に浮かんでおります。ベニスは素晴らしい都市でございますので、それを考えれば良い名前ではないかと思えます。ICIDH-2の開発に当たって、コンシューマーの方の参加ということで質問をいただきましたが、本当に嬉しく思います。私たちとしても、障害を持つ方々に、意識的に関与していただくように努めてまいりました。最初に参加して下さった障害者の方は、ほとんど身体的な障害を持っている方、主に車椅子に乗っている方々でした。

私は、ICIDH改正のための国際的な特別なチームなのですが、これは精神保健と依存症や行動認知発達にかかわる特別なチームの、議長を務めております。95年に国際的な会議をタスクフォースで行ったのですが、その時に特に精神障害を持つ人からの意見も取り入れようということで、参加を呼びかけました。いま現在、その改定のプロセスは、我々はベーター草案と呼ぶもので、フィールド・テストの段階にあります。5つの義務づけられているフィールド・トライアルの分野があるのですが、その中で最低限、これだけの人間が参加しなければならないという、こういうタイプの人には最低限これこれの人数参加してもらおう、という取り決めがあります。

どういう人たちかといいますと、まず身体的な状態によって障害者となった方、または精神的な状態によって障害者となった方々同等数、同じ数だけ入ることになっていきます。これは、世界的に使われているフィールド・トライアルの場所、すべてにおいて同じ条件です。

○グロジャー しばらく時間が経ってしまったので、質問を覚えているかどうか不安なのですが、果たしてこの道具が非常にポジティブなものであるか、ネガティブなものであるかということについてなのですが、先ほどケネディ先生がおっしゃったように、いまICIDHは、テストの段階でありまして、このICIDHというのは、あくまでも分類のための道具でありまして、評価の道具ではありません。

この分類をいま作り上げているわけですが、その分類の開発とはまた別に、同時進行の形で評価のための道具を、このICIDHの枠組みを基にした評価の道具を作ろうという試みが、いま行われています。こちらのほうも当然ながら、現在、試験段階であります。しかし、精神測定、特性などを見て、果たしてそれがリスポンシブなものなのかどうか、というのをいま計っている段階でありまして、ほかにもすでに使われているツール、HF-36などというのがありますので、そういったものとの比較も行われています。

確かにご質問をしていただいた方と同意見です。1つの測定道具を用いて、あらゆる学科を全部網羅しようとするのは、それは無理かもしれません。それぞれ特別なメジャー、測定の道具が必要ですし、また評価のための道具というのが、特別なものが作られる必要はあるかと思います。その作業をお手伝いしていただけるのでしたら、喜んでお伺いしたいと思っております。

○野中 どうも丁寧にお答えいただきましてありがとうございます。ICIDHの基本枠組みのお話を伺っている中で、ICIDH-2を作る作業のデータセットから、今度は相手のセットに移行していくという、この膨大な作業を伺っている中で、やはり個々の現実の問題、特異性とかそういうものが、かなり捨てられてしまうのではないかと。日本におけるICIDH-1の使われ方も、それが分類のためのツールではなくて、あたかも評価のためのツールになり代わって使われる、という現実も今回あったわけです。それがこの種のツールの持っている一方での危険性だろうと思っております。ICIDHの作業がだんだん膨大なものになってくるにしたがって、ICIDHさえあれば、というような発想がポピュラーな発想として入ってくるということになると、やはりそれは違うのではないかと思うのです。

ただ、この間のサブスケールの開発というのも、日本でも行われておりますが、非常に数が多いので、本当に目の前がチラチラするようなサブスケールの開発の現実でございます。その中で、どれが個々の国の現実ですとか、そういうものに見合った形でのリハビリテーションのゴールの設定に役立つものになっていくかということでは、やはり不安を感じながら作業をしている者としての質問だったわけです。大変丁寧なご回答をいただきまして、どうもありがとうございました。

ちょっと話題を広げましょうか。

○佐藤 ケネディさんにお伺いしたいのですが、環境の与える影響ということで、サービスを含む環境が、ハンディキャップを持つ人の社会参加に大きな影響を与えるということは、分かりやすいところだと思うのですが、ケネディさんの報告の中で、環響が与えるディスアビリティへの影響を調べる調査が行われているようですが、どんな環響がどんなディスアビリティを生んだり減らしたりするのか、分かったことがあったら教えてください。

○ケネディ ご質問ありがとうございました。ディスアビリティは、見掛け上のものとい

いますか、ラベルを貼られたといえますか、そういうものである場合もあるのです。というのは、ある社会の中で、一定の機能は出来る。日常生活においては、ある一定の機能は出来るという形で障害を負っている人がいたとしましょう。ある特定の社会の中では、例えばその人がどう見えるか。あるいはその国の経済状態のために、仕事にはその人は就けないかもしれません。ですから、この仕事に就けないという形でのディスアビリティをその人は負うことになって、最終的には社会保障の受給者という形をとるかもしれません。しかし、全く同じ障害、あるいは症状を持っていても、別の社会においては仕事を持つことが出来るかもしれません。というのは、その国の市場がそれを受容するから、仕事に就くことが出来る、という状況もあります。

ですから、ある社会ではディスアビリティを持つ人が、別の社会ではディスアビリティを持たないということもあるわけです。同じ障害を持つ、あるいは同じ程度の活動レベルであっても、そういう状況が起こり得ます。言うならば、その環境がその人のディスアビリティを決めるといえますか、その人がどういうディスアビリティを持っているかという、名称をつける役割を果たしています。

あるいは、何が出来るかという面も、環境は特定しているとも言えるでしょう。というのは、ある社会ではディスアビリティがあるという名目の下に、仕事に就けない。また別の社会では、そこでは必要とされているから仕事に実際に就いて、ディスアビリティはないというふうに理論づけされる。

○佐藤 いまの説明は、環境が参加に影響を与えるという例ではないでしょうか。

○ケネディ いま言った例の中での違いというのは、何をその人がやるかという活動にかかわっているということです。その社会の違いによって、ある所では仕事に就け、ある所では仕事に就けないという状況にあります。参加体系、活動という面ですが、ある一定の機能を持っている人間が、例えば1つの仕事に就くことは出来るけれども、ただ実際には雇われない。あるいは雇われたけれど昇給がない、昇進が出来ない。あるいはその仕事を最終的に失ってしまうという状況があれば、これはどちらかという雇用されるかされないか、という面での問題になってくると思います。いずれにしましても、これは参加と活動の間の境界線という、非常に微妙な問題だと思います。

○佐藤 誤解というか、コミュニケーションのちょっとした齟齬があるかと思いますが。私が聞いたかったのは、ある環境、あるサービスによっては、精神障害を持った人が他人と

話をすることが出来なくなったり、ご飯が食べられなくなったり、その本人の活動能力が影響される、そういうような場があるのかどうか。そういうことに関する評価があるかどうかをお聞きしたかったのです。環境がディスアビリティをもつ人に作用して、参加に影響を与えるということは、分かりやすい事実だと思うのですが、そのことを私は、環境が参加に影響を与える、というふうに理解してもいいのではないかと思うのです。同じことをケネディさんは、環境がディスアビリティに影響を与えると。ディスアビリティに作用して、結果としては参加に影響を与えると、同じことを言っていると思うのですが。

○ケネディ 私自身が挙げた例があまり良くなかったかもしれません。最後に私がプレゼンテーションで挙げた研究というのは、いまUCLAのワラック博士がやっているもので、リーバーマン博士と協力して行っているもので、いかにして新しい環境に習得したスキルを移し替えていくか、ということに対する研究です。リハビリテーションを受けた人、例えば人と話をしても、その会話を終わらせるという面でのリハビリテーションを受けた人は、トレーニングセンターの中では、それをすることが出来ます。ただ、場合によっては、外に出てパーティに参加した場合、あるいは仕事を持つために面接を受けた時に、それが出来ないということがあるわけです。ですから、使われているスキルそのものは同じでも、別の環境に移し替えた場合、それが出来なくなってしまうということがあります。

○カメイ 京都にあります知的障害者と身体障害者の授産施設に勤めています。ケネディさんとグロージーさんにお聞きしたいのですが。今回、障害とは何かということで、その定義をする上で、今回のICIDHの改正というのは、非常に国際的な有効性のあるものだろうと思います。ただ、日本においては、障害については病気とか、疾病の名残り、あるいは残遺症ということでの考えが非常に強いということがありますし、さらに何よりも、家族という問題が非常に大きなものとしてあるのではないかと思います。これは午前中にも出たと思うのですが、日本では子供が発達とか、学習に障害があるということが分かった時、最初に親が考えることは、一緒に死ぬか、あるいは死ぬまで一緒にいるか、という状況があるかだと思います。非常にこれは日本の状況なのか。諸外国においても、家族が障害を克服するというよりは、参加することの制約の最たるもの、隠したり一緒に死んだりするという状況を家族が作り出してしまうというようなことがあるのかどうか、現状はどうでしょうか。

それに続きまして、先ほど中国でいう、いわゆる陰陽道というような、個人の環境をあ

あいう形で、トモエの形で表わされていましたが、例えば家族という概念は、家族という機能、それは個人と環境でいきますと、どの間に入るものなのか。これはまた全然別に考えたらいいのか、その点を併せてお聞きしたいと思います。

○ケネディ 質問の内容について、もし忘れてしまった点があったら是非また質問をしていただきたいのですが、最初に申し上げたいのは、日本でも多くの素晴らしい方々が、多くの時間や努力を割いて改定の作業に当たっています。そして、その中にはICIDHが日本の文化全体を網羅するように努めております。もちろん一方では、家族が妨げになってしまっているケースがありますが、一方では驚くべき努力の下で、家族こそが促進をするという役割を果たして、障害を持っている子供の社会参加を促している、というケースもあります。ですから、こういった幅広い側面を今回の改定には反映させていくと思います。つまりは、日本で行われているフィールド・トライアルを通して、そういった面が反映されるようになっていくと思います。

私は、世界各国について知っているわけではありませんが、トルコやナイジェリア、そしてロシアでも、同じように幅広い形での家族との関係というのが、ある点では支援をする側、ある点ではマイナスの形で家族の関係がかかわってきているというふうに理解しています。それも、やはりここでの改定作業の中に反映されてきています。これは、子供が障害を持っている場合だけでなく、例えば配偶者が障害を持っている場合、あるいは親が持っている場合にも、同じようにサポートする要素、あるいはマイナスの要素になってしまうことが見られます。

最後に挙げた図のことでご質問をいただきました。あの陰と陽の中で、家族はどこに入るのかということですが、環境というのは、物理的な環境だけではなくて、感情の面もあると思います。そして家族というのは、障害を持っている人にとって、感情面での環境になっています。ここでも、やはり一面ではマイナスの要素、一面ではプラスの要素になっています。

○グロジャー 家族の問題というのは、やはり賛否両論いろいろ出てきていると思います。そして、資源の中でもこれは取り上げられています。ですから、プラスの面の働きもあれば、マイナスの面の働きもあると思います。そして、このような影境力を持っているということは確かです。

○___ 家族を援助するということ、また家族の感情を重視すること、など大事だと思います。私の経験から言えば、やはりある介入とか援助を行えば、家族は重要な社会的資源

になるというふうに考えられますので、そういう辺りが I C I D H のツールのほうに取り込まれていけばと思います。

○____ お聞きしたいのですが、先進諸国での痴呆の問題、高齢者の問題が重視されています。その対策として施設の中に移行して、という方向が見えます。そういうシステムが、いま言われているようなパーティシペーションの考え方と逆行するのではないか。どうしたらいいのかということなのですが。

○伊勢田 老人の問題は、私は専門ではないのですが、財政的な問題からいっても、在宅の介護を重視していこうということで、基本的にはこの I C I D H が、精神的リハビリテーションの考え方と同じで良いのではないかという気がしています。考え方としては、本当にこのところの議論が出ていますが、ポジティブなところの傾向は、ごく普通の人と同じようにやっていこう、というふうな流れにあると思うのです。老人でも同じですし、精神障害者もそうですし、もちろん一般の人たちも同様な介護が必要ではないか。私も管理者の 1 人ですが、東京都の管理職の研修で教わったことは、精神障害者の接し方と同じことをやれというふうに言っていました。東京都の職員を精神障害者と同じように扱わなければいけないかな、という疑問は残りますが、それこそ同じ人間なんだなというふうな、そういう印象を持っております。

○____ 身体障害の方は、いわゆる収容施設から地域で、一般社会の中でくらすといわれる。お年寄りの場合には、何で老人ホームなのか。地域の中に、生活が築けないのかとおもう。いまの I C I D H - 2 の中で、ノーマライゼーションの理念をベースにしよう、障害者だけでなく高齢者もすべての人を含むグローバルモデルでいこう、ダイナミックにこれを展開していこうというのであれば、そこのあたりもきちっと考えないと……。

○伊勢田 フィロソフィとしては賛成です。ノーマライゼーションという考え方で、私も先生の考えに賛成です。いろいろな老人がいるし、いろいろな人たちがいる。生活しているわけで、ノーマライゼーションという考え方で一致していると思うのですが、現状認識は、私は専門家ではないので不十分で申しわけありません。

○ケネデイ 最初のご質問は、痴呆の問題だったと思うのですが、これは I C D の中で 1 つの診断として位置づけられています。ただ、その精神的な面があります。脳の機能の一部としましたら、これは I C I D H の範疇の中に入っていきます。私たちとしても、これを全く無視していたというわけではないのですが、まだ十分にこの面に検討を進めるには

至っていないと思いますので、どんなご意見でも、この点についていただければ非常に助かります。

○____ そういう老人の生活の場のあり方をめぐっての議論でした。そういう点では、内心、じくじたる思いがあるのですが、お2人の先生がおっしゃったのは誠にその通りだと私自身も内心思っています。

これはコミュニティ・リソースの問題と、イントレランスの問題という気がしています。京都で作業所を作っていた時、西陣の昔の路地のどん突きの作業所だったのですが、この作業所には、まさにイントレランスの現実の中で、「糸繰りひとつ出来ないで」という言われ方をして、作業所にしか行けないのかと言われる分裂病の人々の場があるわけです。その作業所を取り巻いて、月に1回酒盛りをする人々がいます。作業所の周辺のお年寄り、西陣の織工で、伝統工芸師の免許を持っているおじいちゃん、おばあちゃんと、月に1回酒盛りをするわけです。そこに痴呆のお年寄りが出ましても、その路地では、テンキに至るまでその路地で暮らすことが出来るわけです。そういうお葬式に作業所の同僚たちは当然参加します。

そういうような一方で精神分裂病の同僚に対するイントレランスというのは非常に激しいものがあるのですが、1つのコミュニティのリソースとして、作業所が位置づいた場合に、別の形で、本当に大きな包容力のある現実がそこにはある。だけど、一方ではそういうコミュニティの集約性、集積性というのは、多くの地域では壊れていく。そして、施設のほうに年寄りが集積していつているという現実を見ました。そういう日本的な状況という現実をどう取り込んでいくかということがあると思います。これは意見です。

○野中 時間がオーバーして申しわけございません。まだまだ議論はいっぱいあると思います。引続き同様なディスカッションの場を、日本の中でも作っていきたいと思います。

○伊勢田 良循環の英語の適訳はないものでしょうか。

○ケネデイ 先ほどの悪循環と良循環、果たしてビナイン・サイクルという英語のニュアンスというのは、これは「悪くない」という意味であって、必ずしもポジティブな側面を強調した言葉ではありません。ただ単にサイクルという意味と同じになりますので、もしも良いという面を強調したいのであれば、ほかの言葉を使ったほうがいいかもしれません。

○グロジー ポジティブ・リ・エンフォースメントはどうでしょうか。

○ケネデイ 適切な英語だと思います。

○野中 興味があるお話で、またそのお話をしたくなるのですが、ぐっと抑えて終わりたいと思います。本当に長時間、どうもありがとうございました。みなさん、もう一度シンポジストのみなさんに拍手をお願いいたします。

[安田火災記念財団叢書No.53]

国際障害分類(ICIDH)に関する

セミナー報告書

発行日 平成10年6月1日

発行者 財団法人 安田火災記念財団

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

☎ : 03-3349-3130 FAX : 03-3349-3133