

Title	改訂国際障害分類 ICIDH-2 への歴史的展開過程
Author(s)	増田, 公香
Citation	聖学院大学論叢, 14(1): 79-99
URL	http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/repos/modules/xoonips/detail.php?item_id=481
Rights	

聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository for academic archiVE

改訂国際障害分類 ICIDH-2への歴史的展開過程

増 田 公 香

The History of ICIDH and ICIDH-2

Kimika MASUDA

In 1980 WHO adopted the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), providing the first common concepts of disabilities. Some twenty years have passed since then, and WHO is moving toward the adoption this year of ICIDH-2, which is the new version of ICIDH. ICIDH-2 will have a significant impact on the world of people with disabilities in the 21st Century. In this paper, first I reflect on how the ICIDH was developed and shaped. Secondly, I study the reason why the ICIDH is being revised. And finally, I examine the impact of ICIDH-2 on people with disabilities, and future issues of concern.

はじめに

1980年にWHOは国際障害分類試案を提示し障害概念として、機能障害 (impairment)・能力障害 (disability)・社会的不利 (handicap) の3つの概念を提示した。その後20年以上を経た2001年5月現在、WHOは新たな国際障害概念としてのICIDH-2の発表に向けての最終段階に至っている。この20年間には1981年の国際障害者年を皮切りに、1990年のADA法 (Americans with Disabilities Act) の制定という障害者の雇用に対する極めてエポックメイキングな法的整備等、障害を持つ人々を取り巻く環境は大きく変化してきたといえる。そのような変遷の中、新たな国際障害分類であるICIDH-2の発表は今後の障害者福祉の動向において極めて大きな分岐点と成り得ると考えられる。本論文では、まず、人類初の国際障害分類であったICIDH (1980年) に至るまでの歴史的変遷を踏まえた上で、その社会的意義について整理する。その上で、何故今回のICIDH-2への修正への運びへとなったのかについて、批判及び修正動向に基づいてこの20年間の歴史的過程について整理してみたい。そして、2001年5月に最終決定案として出されるICIDH-2の最終案として2000年12月に出

Key words; International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), ICIDH-2, ICD (International Classification of Disease), ICIDH-2, WHO (World Health Organization)

されたPre-Final versionの内容についての考察を行い、5月中に発表予定のICIDH-2の意義及び今後に向けての課題について考えてみる。*注①

1. WHO国際障害分類試案（1980年）に至る歴史的展開過程

(1) “障害” 概念定義の変遷

WHOが1980年に国際障害分類として障害概念を3つのレベルで提示したことは、障害構造を明確化するという点で歴史的意義はきわめて大きかったといえる。

それでは、そこに至るまでに“障害”という概念の定義に対してどのような展開が繰り返されたのであろうか。この点についてさまざまな専門家の視点及び法的定義における位置付けから整理してみたい。

図1 “障害”の2つのレベルに対する主な定義

発表年	氏名	国	医学的障害	生活上の障害
1919	Upham	アメリカ	身体の状態	ハンディキャップ
1951	Clark	イギリス	身体的・情緒的または知的な制限 (=ハンディキャップ)	社会的・環境的制限
発表年	氏名	国	ディサビリティ	ハンディキャップ
1950	Hamilton	アメリカ	医学的問題	ディサビリティの結果 = obstacles
1960	Wright	アメリカ	身体的問題	ディサビリティがその人の社会関係に作用して生じる
1973	Gellman	アメリカ	その人の内部に存在するもの	社会のゆがみの副産物
			インペアメント	ディサビリティ
1965	Morris	アメリカ	病気 (disease) の産物であり、ストレスへの対処の失敗による身体の構造や機能の損傷 (disturbance)	通常の活動を行う際の機能制限 (functional limitation)
1974	Garrad	イギリス	解剖学的・病理学的・心理学的異常⇒運動障害・感覚障害・内科障害・その他 (心理的障害等) の4つに区分	移動・交通、身辺処理、家事、雇用の4つの主要活動領域に1つ以上で活動の制限があり他人への依存を要する状態
1976	Blaxter	イギリス		家事、社会生活、外出、職業、家族関係などの毎日の活動で何らかの調整 (adjustment) を必要とする事態のこと
1976	UPIAS	イギリス	手足の一部または全部の欠損、身体に欠陥のある手足、器官または機構を持っていること	身体的なインペアメントを持つ人のことをまったくまたはほとんど考慮せず、したがって社会活動の主流から彼らを排除している今日の社会組織によって生み出された不利益または活動の制約

図1は、佐藤久夫著、『障害構造論 入門』、青木書店、1992. pp22に、掲載されている表をもとに著者が作成したものである。

改訂国際障害分類ICIDH-2への歴史的展開過程

まず、福祉の分野から歴史を紐解いてみると、古くは19世紀の終わりに実施されたラウントリーの貧困調査にその淵源をみることができるようである。つまり、1899年にラウントリーがイギリスのヨーク市で実施した貧困調査において、貧困の大きな原因の一つに身体障害を指摘しているのである。医学的障害（身体障害）と生活上の障害（貧困）とを区別しつつ関連づけて認識することはなされていた。つまり初期の時代は最も明白な事実である医学的障害と生活上の障害を区分するという2つのレベルから障害の概念定義が行われていったようである。障害の2つのレベルから見た場合、大きく分けて世界各国の専門家による分類と各法的レベルからその定義の変遷を捉えることができる。まず各専門家による障害の2つのレベルに分類について見てみたい。その場合、図1からわかるように医学的障害をディサビリティ・生活上の障害をハンディキャップとして捉えた見方と医学的障害をインペアメント・生活上の障害をディサビリティとして捉えた見解とが存在したといえる。（図1参照）歴史的にみると、主に前者の見解が先立ち後者の見解がその後に続いたとみることができる。しかしながら、いずれにしても、言葉の相違はあるもののいわゆる「医学的障害」として捉えられた障害概念の二次的な副産物として「生活上の障害」が生じると理解されている点には大方の相違はないといえる。また、法的レベルにおいて障害の定義をみてみると、図2からもわかるようにやはり障害を医学的レベルでの障害およびその結果として生じる不利益を範疇にしていることが共通事項としてみることができる。

図2 法的レベルに見る障害概念の定義

法 律 名	発表年	国	内 容
障害者雇用法	1944	イギリス	ディサビリティを持つ人（disabled person, 障害者）という表現は、けが、病気または先天的な奇形のために、そのけが、病気または奇形がない場合に、その人の年齢、経験、資格などにふさわしい雇用や自営業に就いたりその職を維持したりするうえで、相当にハンディキャップをもつ(handicapped)人のことを意味する
ILO99号勧告 「障害者の職業リハビリテーションに関する勧告」	1955	ILO	身体障害または精神的インペアメントの結果として、適切な雇用を確保しそれを維持する見込みが相当程度に減少している個人
リハビリテーション法	1973	アメリカ	障害者(handicapped individual)とは、「雇用にとって実質的なハンディキャップとなる心身のディサビリティをもち、かつ、本法の第I章および第三章による職業リハビリテーションサービスによって雇用の可能性がかなりの程度に期待されるすべての個人主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する心身のインペアメントを持つ人、あるいはそのようなインペアメントの経歴のある人、もしくはそのようなインペアメントがあるとみなされている人」
障害者権利宣言	1975	国際連合	障害者とは、「先天的か否かにかかわらず、身体的または制せ陰的能力の不全さ(deficiency)のために、通常の個人的または社会的生活に必要とされることのすべてまたは一部を、自分自身では確保できない人」

改訂国際障害分類ICIDH-2への歴史的展開過程

その後障害を2つのレベルから3つのレベルで定義する傾向が出てきた。それでは何故このように2つのレベルから3つのレベルへと障害概念の定義が細分化されたのであろうか。これは主たる理由としてはリハビリテーション活動が普及し専門性が高まったといわれている。またそれと同時にブラクスターが指摘するように政策的な要因も影響しているといわれている。「ブラクスターによれば、盲、戦傷などに限定されていた対策の対象がしだいに拡大されてすべての障害者（the disabled）や慢性病者（the chronically sick）が対象とされ、また金銭給付を含む各種のサービスが実施されるようになってきた。これにともない、種類のちがうインペアメントをもつ人々の間でのハンディキャップの程度を比較する必要が生まれた。稼得状況（収入額）というもののさしだけに頼るのではなく、ディサビリティの機能的評価（functional assessments of disability）の方法が考案され、運動能力、身辺処理能力、日常生活動作などが測定されるようになった。サービス受給者を公平に決定するということはほとんど不可能な役割がディサビリティに（そして専門家に）課せられたとブラクスターはいつている。」⁽¹⁾

図3 “障害”の3つのレベルに対する主な定義

氏 名	発表年	国	障 害 の 定 義 内 容		
Haber LD	1967	アメリカ	インペアメント 病気やけがの後遺症としての身体または精神の構造や機能の異常(abnormality)	機能制限 (functional limitation)活動(ac-tivity)の喪失や制約(restriction)	ディサビリティ インペアメントや機能制限の結果として、期待される行動が(behavior)ができなくなった状態
Spencer WA et.	1971	アメリカ	ハンディキャップ 身体の状態や機能の損傷(impairment)	ディサビリティ 活動への制約として作用する環境	ディサビリティ 個人の適応・対処機能の減退
Seethamma HN	1979	アメリカ	インペアメント 疾病による個人の能力の欠損	ディサビリティ	ハンディキャップ 一連の妨害物 (obstacle)あるいは状態
Wright GN	1980	アメリカ	ディサビリティ 精神または身体の病気・遺伝又は先天性の欠陥・外傷・その他の損傷(insult)の結果であって、医学的に診断された生理学的解剖学的、精神的または情緒的な長期・慢性のインペアメント(損傷)のこと	機能制限 (functional limitation) 精神的、情緒的または身体的ディサビリティが生み出す課題や活動の遂行に対しての障害(hinderance)または否定的作用のこと。あるいはディサビリティのその他のマイナスではっきりした表現のこと	ハンディキャップ 社会・家庭などの面での人生の望ましい役割の遂行に際しての不利益(disadvantage)・干渉(interference)または障害(barrier)のこと。機能制限・ディサビリティその他の個人的特性あるいは環境によってうまれる。
Jefferys M et.	1969	イギリス	イペアメント (impairment) 四肢の一部または全部の欠損、または欠陥のある(defective)四肢、器官または身体機構	ディサブルメント (disablement) 機能的能力(functional ability)の喪失または減退	ハンディキャップ (handicap) ディサブルメントによって生じた不利益(disadvantage)または活動の制約(restriction of activity)
Susser MW	1971	イギリス	インペアメント 器質的要素=病気のプロセスの安定した状態	ディサビリティ 機能的要素=インペアメントとそれへの個人の心理的反応によって生まれる機能の制限(limitation of function)	ハンディキャップ 社会的要素=インペアメントやディサビリティにより生まれた社会的役割や他者との関係の面での制限
Court SDM (イギリス 児童局の作業グループ)	1976	イギリス	欠陥(defect) 身体、知性またはパーソナリティの何らかの不完全さまたは変調	ディサビリティ 必ずしも正常な生活を不可能にしているが、何らかの機能の	障害(malfunctioning)を生み出す欠陥(defect)

このような背景をもとに、図3にみるように障害を3つのレベルで定義するさまざまな見解が出てきた。その中にはイギリスのJefferys M.等、1980年にWHOが定義した「国際障害分類試案」に極めて近い考え方もあげられた。さらに、バンやシーサンマ等はそれら3つのレベルが直線的な関係で存在するのではなく、相互作用的な構造の元で存在するとしその関係性を図式化している。

(2) WHO「国際障害分類試案」(1980)成立の歴史的背景

その後、周知のとおりWHOは1980年に障害の概念分類として「国際障害分類試案」を定義した。それでは一体何故またどのような歴史的背景の下この「国際障害分類試案」が誕生する運びとなったのか、ここではその歴史的展開過程について見てみたい。

「国際障害分類試案」の歴史的展開過程を振り返るには、まずその淵源となる「国際傷病・死因分類」(ICD: International Classification of Disease, Injuries, and Causes of Death, 以下ICD)に目配りしてみたい。ICDの発端は1900年の国際統計協会による第1回修正分類(ICD-1)に始まるが、実質的には統計学者W.ファー(William Farr)が指導した国際統計会議(1855年)まで遡ることができる。この会議で139項目の「死亡原因」リストが作成された。さらに、この翌年(1856年)W.ファー(William Farr)は、「死に至るほど重くはないが、人々にディサビリティをもたらす病気をこのリストに加えるべきだ」と提案していた。だが、これはすぐには実現しなかった。そして「1948年のICDの第6次修正すなわちICD-6において「機能障害、盲、ろう」が補足分類としてICDの内部に設けられたのである。その後、この「機能障害、盲、ろう」はそのまま1955年の第7次修正に引き継がれ、1965年の第8次修正においてはこの補足分類を使用する国が増えているためより洗練されたものにしようという方向性であった。しかしながら、歴史は予想不可能な事実を展開する。信じられないようなことだが、第8次修正版(1965)では“不注意”によってこの機能障害の分類が欠落してしまった、のである。その結果、第9次修正(1975)に向けてより適切な分類を示してほしいという声がいっそう高まったのである。(Wood PHN 1989)」⁽²⁾

このようなICDとの関係性のほかに、「国際障害分類」(1980)が誕生した社会的背景として次のような動向が影響したといえる。まず第1に、慢性疾患や外傷後遺症が増加したことともなっており、これらの疾病のもたらす影響(心身の機能や社会生活への影響)を分類・測定する必要が高まってきたことがあげられる。第2に、カナダ協会及びケベック委員会(ICIDH&QCICIDH 1991B)が、要介護老人、身体・感覚・知能・精神などの障害者、労災や交通事故などによる障害者など、さまざまなタイプの人々が不自然で断片的な制度下で分断されている現状を改め、統合的援助制度を確立すべきだという要望が強く打ち出されたようだ。

以上のような社会的動向をもとに、WHOは障害分類の検討に本格的に取り組まざるを得ない状況になっていったといえる。「WHOでの正式な検討は、1972年にキャハナ(Esther Cahana)の案がイスラエルから提出されたことをきっかけにして開始されたという。その案に基づき、数ヵ月後には

パリのWHO疾病分類センターからより包括的な案（パリ案）が出された。その後、特別コンサルタントとしてイギリスのウッド（Philip Wood）が任命され、本格的な検討が進められた。パリ案では機能障害（impairment）とその機能的・社会的帰結（functional and social consequences）とは異った軸で分類されなければならないとされていた。それを受け、ウッドは1974年には機能障害の分類と社会的不利（handicap）の分類とを独立させることになり、それが1975年の第9次修正ICDの会議に出された（また、ここでは能力障害（disability）は機能障害を補足するものとされた）。この1975年10月の国際疾病分類（ICD）第9版の国際会議に検討課題として提出された。」⁽³⁾

この国際疾病分類（ICD）第9版の国際会議提出に関して、ウッズにより表面化されていない事実が述べられている。

「WHOが当初私に依頼したのは機能障害の分類であった。しかしやがて病気の結果生じる不利益の検討が必要だということになった。機能障害のコード（分類）と社会的不利のコード（分類）との案がWHO加盟各国に送られるや、多くの政治的妨害が起こった。ある国は、わが国には不利益を受けている障害者はいないとし、社会的不利の分類に反対した。こうして1975年の国際会議に障害分類を提案したものの、私は大して期待はしていなかった。この提案文書（Wood PHN 1975）はまったく異例なことに、個人名で提出された。私のひがみかもしれないが、これはWHO当局がゴタゴタに巻き込まれたくなかったためだと思う。会議では、保健の会議で経済学を論じているなどと批判された。WHO事務局内部でこの文書を知的マスターベンションだなどと批判する者もいた。しかしこの会議で参加者から最も多くの部数が求められたのはこの文書だった。多くの人々の関心を集めたのはまちがいない。国際会議以降もたくさん問題が生じた。イギリスやWHOの精神医学関係者から喚問され、詰問された。精神医学と言語療法の関係者の間の調停というまったく専門外の仕事もさせられた（Wood PHN 1980）（要旨）」⁽⁴⁾

この文書よりWHO自身が国際政治的レベルで批判されることを逃避したと見るができるのではない。また、WHOは主として医者を集まりであるという。「国際障害分類」（1980）制定後、社会的不利（handicap）に関してはさまざまな批判が浴びられるが、そのような状況の中、当時としてはこの社会的不利という概念を提案することだけでも多大なエネルギーを要しその時代としては極めて画期的なことだったといえるのではないだろうか。

そして翌1976年5月の第29回世界保健会議（WHO）の総会がこの勧告を取り上げ、決議WHA29.35を採択した。この決議では、試用の目的で、国際疾病分類の補足であって、その一部ではないものとした。そして機能障害と社会的不利の補足的分類の出版が承認された。1980年に正式の出版に至るまで内容もかなり変化した。例えば、1975年の案では能力障害の一部とされていた機能制限（functional limitation）を機能障害（impairment）に移行させ、両者の間の区別がより明確になったとしている。そしてやっと1980年に「インペアメント、ディサビリティ、及びハンディキャップの国際分類（International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps）」というタイトルで

「WHO国際障害分類試案」が出版された。

2. 「国際障害分類試案」(1980年)の意義と活用状況

(1) 「国際障害分類試案」(1980年)の意義

前述したように複雑な経過の結果、1980年に「国際障害分類試案」が出版された。これは英文で207ページにも上る膨大な文書であった。この指針は、あくまでも「試行」のためである。各国各分野の専門家がさまざまな場面に試験的に使ってみてメリット・デメリットをWHOに知らせ、将来の完全版に役立てようとしたのである。一般的に、1980年に出されたこの「国際障害分類試案」いわゆるICIDHは、国際共通の障害“定義”として認識されている傾向が強いと考える。しかしながら、この1980年に出された「国際障害分類試案」は、あくまでも試案に留まり完全なものではないということが前提であったのである。そしてその後1993年に前書きが追加され新たに「国際障害分類」が再版された。その際、初めて「試案」がはずされたのである。(その理由、背景等については後に述べる。) 1980年の「国際障害分類試案」目的としては、共通概念によるコミュニケーションの促進や臨床的実践面への有効性をあげているが、その主たる目的は統計を作成して行政的に役立てることが主眼であったと、いわれている。

それでは、歴史的に振り返ったときこの「国際障害分類試案」(1980年)の社会的意義とは一体どのようなものであったのか。この点について、佐藤久夫氏は、次の3点を主なものとしてあげている。「第1点として、「試案」の最大の意義は、病気そのものではなく病気に引き続くもの(the consequences of disease)に認識の焦点を当て、インペアメント、ディサビリティ、ハンディキャップという次元・質の違いを大胆に打ち出したということであろう。」「試案」の第2の意義・特徴として次の点があげられる。「試案」の概念モデルと分類リストは、例えばインペアメントのレベルについてだけ見てもいろいろな活用が可能である。…中略… このようにかなり異なる立場の人々が、かなり異なる制度の評価を行っているが、これらの評価が同じ枠組みの中で行われ、かつ概念的な明確さが損なわれない。これは「試案」の大きな力といえる。第3に、とりあげられる「障害」(インペアメント)の包括性である。精神の障害、身体障害そして固定的障害と慢性疾患などともなう障害とが、1つの体系の中で、包括的に認識される。縦割りでかつ障害種別の障害者対策が行われているわが国などでは特にその意義が大きいのではないと思われる。」注⑤としている。「国際障害分類」(1980年)に関しては、あくまでも医学モデルに留まり環境の視点を取り入れていない、という強い批判がその後生じる。しかしながら、人類始まって以来はじめて障害を医学と異なるレベルで概念化したという点では歴史上大きな分岐点となったのではないかと考えられる。また、その後の論議を活発化する上でのたたき台としても非常に大きな役割を果たしたといえよう。日本においては1978年に小島蓉子氏が『社会リハビリテーション』という著作を出版して

いる。現時点においては、心理等のソフトの側面のみならずバリアフリー等社会のハードの側面をも含めて社会全体でリハビリテーションを行うという考えは至極当然のこととして受け入れられている。しかしながら、わずか20年前までは、そのこと自体が画期的なできごとであったようだ。そのような時代的背景を鑑みた時、この「国際障害分類試案」（1980年）の社会的意義は極めて大きいものといえる。

(2) 「国際障害分類試案」（1980年）の活用状況

1980年に発表された「国際障害分類試案」は、その後1990年までに11ヶ国語（イギリス、フランス、ドイツ、イタリア、ロシア、日本、クロアチア、スペイン、中国、デココ、ポルトガル）で翻訳され出版された。日本では、1984年に翻訳版が厚生省より出版された。それでは、世界各国で翻訳された「国際障害分類試案」（1980年）はその後どのように活用されていったのか、実践援助領域・統計調査領域・政策行政領域別にその活用状況を見てみたい。

(a) 実践援助領域での活用

まず、実践援助領域においては、医学リハビリテーションの分野でフィンランドのアラランタ等が腰椎ヘルニアの術後1年目の212人に対して能力障害と作業上の社会的不利との関係性について分析した。

オーストラリアのナーシングホームでは、8分類の疾病（ICD使用）、6分類の機能障害、30分類の能力障害、6分類の社会的不利を用いて一度評価やサービス効果測定を経験のある看護婦により1ケース30分で記入できる評価表が作成された。ただし社会的不利コードは有効性に疑問があるとされて使われていない。

フランスのカーペンターは、950人の下肢障害者に対して「試案」の分類リストを用いてリハビリテーションの効果を評価した。また、精神障害者の領域では、「試案」を基礎にしたCIPi（知的及びその他の心理学的機能障害分類）とSDS（社会的ディサビリティ評価表）とがオランダで開発された。

職業リハビリテーションの分野では、ドイツのジョクハイムやスコットランドのワトソンらが本人の能力と特定の職種が必要とする能力とを記入するプロフィール表を作成した。

(b) 統計調査領域における活用

次に統計調査領域における「試案」の活用状況について見てみたい。

イギリスでは、1985～88年に1969年以来の大規模な障害者実態調査がOPCS（国勢調査局）によって実施された。この調査は全年齢層の障害者を又在宅と施設の双方の障害者を対象としたものであった。在宅・成人部門についてはまず全国の10万人に対して日常生活活動の問題の有無が聞かれ、二次調査で能力障害の種類と程度、原因としての機能障害や病気の種類、能力障害の結果としての社会的不利（経済や就労状況など）が質問された。イギリスでは各種所得保障制度は能力障害によっ

て受給資格を定めており、このため調査票ではどんな行為をしているかではなく、どんな行為ができるかに特に注意が向けられたという。

オーストラリア統計局は1988年に前年例の在宅・施設の障害者・高齢者実態調査を行い、人口の16%である254万人が能力障害を持つ人、13%の212万人が社会的不利を持つ人と推計した。カナダでは1986年の国勢調査で、「活動（activity）の制約があるかどうか」、「長期の能力障害や社会的不利があるか」という設問が用意され、「ある」と答えたものを対象に障害者実態調査が行われ、全人口の13.7%が動作や活動の制約を持つと報告された。

スペインの国立統計研究所は、1986年「試案」の分類を若干修正した調査票により全国調査を行った。抽出された対象は27万人におよんだ。人口の15%が能力障害をもつと推計された。

パキスタンでもある農村地域と年スラム地区の住民調査（合計人口約7,000人）が行われ、眼と骨格系を中心にしてスラムで14%、農村で11%の機能障害の出現率を見た。社会的不利の出現率はそれぞれ6.0%と4.5%で特に移動性、作業場、社会統合の社会的不利が多かったという。

また、国連統計局では1990年版の人口年次レポート作成のために各国に調査票を送ったが、そこでは「試案」の定義と分類が使われている。さらに「試案」の枠組みを使って日本を含む55ヶ国の障害者統計を整理した国際障害統計データベース（DISTAT）をつくった。

その他に、アルジェリアでは827世帯5,670人への調査が実施された。イタリアでは障害生徒の全国調査が「試案」を用いて実施された。フィジーでも「試案」を用いた調査が実施された。さらにバブアニューギニアでも12,300人への面接調査が実施された。

(c) 政策・行政領域での活用

それでは最後に政策・行政領域において「試案」はどのように活用されたのであろうか。

まず、カナダのケベック州が挙げられる。カナダのケベック州では、「障害者権利確保法」（1978年）に基づきOPHQ（ケベック障害者局）が創設され「対等：障害者の社会統合」という政策指針が発表された。この政策指針では、障害者の社会統合にとって最大の問題は社会的不利であり何故社会的不利が発生するのかを理解するためにはWHOの「試案」に基づく4つの相互に関連する要素、つまり「原因（cause）」、機能障害、能力障害、社会的不利を区別しなければならない、としている。「試案」で用いられている「疾病」の代わりにここでは「原因」が用いられているが、他の3つの要素に関しては「試案」で用いられている定義が用いられている。そして社会的不利の妨害物を除去すべき領域として12項目をあげた。

スウェーデンでは「試案」は医学モデルなので障害者に関する政策には使えないという意見もあったようである。しかしながら、スウェーデン研究所によるといくつかの法律や政府関連の文書に用いられている社会的不利に関する概念定義に関しては、「試案」のものと大変近いとされている。

フランス保健省と教育省が行政統計で用いる障害分類を発表したが、これは「試案」の機能障害、能力障害、社会的不利の分類リストを一部修正したものである。

さらに、イタリアでは1988年の政令で、保健省が新しい障害分類リストを發布することが定められた。その分類リストに関しては「試案」を基に作成された。

以上のように、「試案」（1980年）に関しては後述するように医学モデルという批判が当初からなされていたにもかかわらず、さまざまな側面で活用された実態が明らかである。

「試案」は発表直後から厳しい批判を浴びることとなるが、障害という従来疾病の一部であった概念を新たな概念として具現化したものであり、それは歴史的に見るならば大きなエポックメイキングであったといえる。

3. IDH-2に向けての展開過程～ICIDH-2 Pre-Final Version（2000年12月） までの展開過程

1980年の「国際障害分類試案」は、「試案」として発表された。そこではあくまでも完全な概念定義ではなく修正を行っていくということが前提として存在した。それではどのような経過を経てその修正動向が行われてきたのか。ここでは、2001年5月にWHOがICIDH-2の最終決定を発表（予定）するにあたり最終案として2000年12月に発表されたPre-Final Versionに至るまでの20年間の動向を整理してみたい。^{※注①}

(1) 「国際障害分類試案」（1980年）に対する批判

それでは、まずこの1980年に発表された「試案」が修正への運びとなった背景についてみてみたい。つまり、何故この1980年に発表された「試案」は修正し新たな障害概念としてのICIDH-2（発表予定）への歴史をたどったのか。その要因としては、「試案」に対する批判が原動力となったといえよう。「試案」に対するさまざまな批判が発表直後から存在した。それでは一体どのような批判がなされたのか。ここでは「試案」に対する数多くの批判の中で主な批判について整理してみたい。

(a) 全体の構成モデルへの批判

まず、「試案」の全体の構成についての主な批判について見てみたい。

「試案」を「医学モデル」だと強烈に批判したのは、障害者インターナショナル（DPI）という障害者団体であった。DPIの見解は、障害、特にハンディキャップ（社会的不利）は個人と環境との間に生じるものであるにもかかわらず、「試案」には全く環境という要素が含まれていない。よって、あくまでも「医学モデル」である、と強く批判したのである。このDPIの批判が与えた影響に関しては後述するが、その後の「試案」の修正動向の展開過程において最も大きな原動力となったと考える。

また、スウェーデンのセダーも同様に「試案」を「医学モデル」であると批判している。スウェーデンでは1970年代よりハンディキャップは個人と環境との相互作用の側面上に発生しハン

ディキャップは社会プロセスと見る見解が強かった。しかしながら、この「試案」には環境という要素が全く含まれていないため医学モデルであるという批判がなされた。

カナダのフォウゲロラス等は「試案」の問題点として3レベルの各々の概念内容の重複を指摘し、さらに前の2者と同様に「環境因子」の欠落を強く批判している。その上で、今後の修正においては障害者自身の参加も強調している。

(b) 3つの概念に関する批判

次に「試案」の3つの概念に関するさまざまな批判について触れてみたい。

ノルデンフェルトは、「試案」のインペアメントのいくつかの項目が国際疾病分類（ICD-9）と重複していることを指摘した上で、インペアメントと疾病との相違が明確ではないと批判している。同様のことを佐藤久夫氏も指摘している。また、佐藤氏は「妊娠中」という項目が「試案」のインペアメントのリストに挙げられていることを指摘した上で、インペアメントが疾病の2次的結果として生じるものであるならば「妊娠中」という概念がインペアメントに含まれるのは矛盾が生じるとし、インペアメントの分類の矛盾を指摘している。

また、国連統計局のチャーミーは、ディサビリティを機能制限と活動制限とに区別するものであると指摘している。また、ディサビリティの分類に関しても「残存する能力」に焦点を当てて考えていく必要があるとし、できないことに焦点を当てるのではなく「できること」に焦点を当てるべきであるとしている。この考えは、後にICIDH-2においてディサビリティがアクティビティ（活動）へとその表現が変わっていくのに影響を与えたのではないかと考えられる。また、「試案」は医学モデルに基づいていると強く批判されているが、それをソーシャルワークに照らし合わせてみた場合、医学モデルとは「何が問題か」といういわゆる欠損モデルである。しかしながらその後に展開される生活モデルやシステムモデルさらにはストレングスモデルにおいては、何が問題かあるいは何ができないかということに焦点を置くのではなく、「何ができるか」という点に焦点をおくアプローチに転換されていく。このチャーミーの見解がソーシャルワークの影響を受けたのか否かは現時点においては把握し得えていないが、障害の概念のみに留まらずまさにヒューマンサイエンスのあらゆる領域におけるアプローチ転換が図られた時代を象徴するものと考えられよう。さらに、北欧のWHO協力センターからは「試案」のハンディキャップは成人を対象に作成されているという批判が挙げられ、児童へも適用できるものへの修正を求められている。

以上、「国際障害分類試案」（1980年）に対する主な批判についてみてみた。この他にもこの「試案」に対してはさまざまな批判が投げられた。このような批判は、その後のICIDH-2の修正過程に様々な形で影響していったといえよう。

(2) ICIDH-2へ向けての修正動向

1980年に出された「試案」が前述したようにその後様々な批判を浴び、2001年5月のICIDH-2正

式発表（予定）へ向けての展開が図られた。ここではその20年間にどのような修正動向が行われたのかについてみてみたい。20年間の修正過程においてはいくつかの歴史的分岐点となる事実があると考え。そこで筆者は、収集した情報に基づきこの修正展開過程を大きく4つの時期に分類しその動向を整理する。

(a) 修正動向の発生期（1981年～1989年）

「試案」が出された1980年の翌1981年には前述したように障害者団体である障害者インターナショナル（DPI）が痛烈な批判を行っている。つまり、1981年のシンガポールでのDPI設立総会でDPIは「試案」は医学モデルであると指摘し、ハンディキャップは個人と環境の関係で生じるものであるというDPIの定義を採用するようにWHOや国連に強く訴えた。それを受け、翌年の1982年の国連総会では、「WHOに対して、障害者の組織その他の適切な団体と協議のうえ、国際障害者年の経験に照らし、インベアメント、ディサビリティ、ハンディキャップのこれまでの定義を再検討するよう要請する」（第37回国連総会決議37/53、「障害者に関する世界行動計画の実施」）を採択している。つまり「試案」の発表わずか2年後には修正に向けての決議が国連で採択されているのである。1980年の「国際障害分類試案」があくまでも「試案」であることを鑑みるとそれは当然のことといえるかもしれない。いずれにしてもこの1982年の国連が採択した「障害者に関する世界行動計画の実施」が「試案」の修正動向の原点であるといえよう。

その後、1983年と1985年にオランダ協力センターを中心に「試案」の評価を目的とした専門家会議が開催された。そしてWHOの疫学・保健統計開発部が「国際障害分類の現状と展開」というタイトルの現状報告レポートを1989年の国際疾病分類第10次（ICD-10）修正会議に出された。このレポートでは、「試案」が多くの国々に翻訳され活用されている意義を認めながらも、同時に多くの批判がなされているため修正の必要性を報告している。このレポートの中で修正点としてWHOは次の点をあげている。「試案」とICDとの関係の整理、ハンディキャップと環境との関係の明確化、精神保健領域への適用、発展途上国への活用等が挙げられている。この1989年の国際疾病分類第10次（ICD-10）修正会議に「国際障害分類試案」の修正案は出されなかった。しかしながら前述のレポートの提出が契機となり、WHOはこの1989年から本格的に「試案」の準備に取り組むこととなる。

(b) 修正動向の初期（1990年～1992年）

1990年よりWHOは本格的に「試案」の修正への向けて具体的展開を繰り広げることとなる。これに先立ち1987年にフランスとオランダに「国際障害分類に関するWHO協力センター」が設立されていたが、このフランスとオランダの協力センターの協力により改正に向けての会議の実現が図られた。

ここで、これ以降毎年のように開催されるようになった改訂に向けての改訂会議の位置付けについて触れておく。「国際障害分類」の改訂を行うには国際疾病分類（ICD）と同様WHOの総会の議決が得られなければならない。その場合、その総会に提出するための素案が必要となるがその素案作

りを各国の協力センターの関係者や専門家の協力を得て作成していこうというのがこの改訂に向けての改訂会議である。つまり、WHO主催で開催されるが、正式な議決機関の会議ではなくあくまでも「専門家会議」という性格のものである。

1990年11月にフランスのストラスブルグで第1回の改訂に向けての会議が開催された。(しかしながらこの会議は公式の文書等では第1回と記載されておらず、次の1992年3月のオランダの会議が第1回と位置付けられている。よって、公式には予備的会議として位置付けられている。) この会議では、改訂において環境因子の重要性が強調された。しかしながら、「試案」は世界各国に普及しつつあるため3つのレベルの内容に関して基本的なことは変更しないという決定がなされた。

1992年3月にはオランダのゾートメアで第2回の改訂のための会議が行われた。この会議においては、次の点が決められた。まず、「国際障害分類試案」の実績を正式にWHOの理事会・総会に報告すること、「試案」の次回の増刷時(具体的には1993年)には環境の役割等を説明した序文をつけること、児童や精神保健領域での「国際障害分類」の活用を促進する必要があること、ICD-10(国際疾病分類)との整合性を図ること等、今後の修正に向けての具体的ポイントが明確化された。

(c) 修正動向の展開期Ⅰ(1993年～1995年)

1993年は「試案」に関して大きな転換の年となったと考える。まず、1992年のオランダの会議で決定された「試案」に序文をつけることが行われた。この序文がつけられた背景としては主に2つのことがあげられている。第一に「試案」発表以後医学モデルであるとの批判に対し「WHOは環境も重視しているし来るべき改訂版ではそのこともはっきりさせたい」などの釈明の必要性が認められたためである。第二の理由としては、1993年の増刷(重版)のタイトルから「試案」という言葉が消えたのである。つまり、ここにきて初めてWHOの公式の国際障害分類として位置付けたのである。それは、それ以降の改定を前提とした上で1980年の「国際障害分類」を公的なものとして固定化し、改定を行っていく上での基準設定としたと考えられるのではないかと。また、1993年12月には、アメリカワシントンDCの国立保健統計センターでWHO主催の改訂会議が行われた。(前述したように公式文書ではオランダの会議が第1回と記載されているため、このアメリカの会議は第2回改訂会議として位置付けられている。)この会議以前は改訂に関しては主にオランダとフランスの協力センターが中心になって行っていたが、この会議からアメリカとカナダが改訂の中心となり展開されるようになる。また、アメリカの国立保健統計センターは疾病保健関連統計に関する北米のWHO協力センターとして認可されていたが、1993年からは国際障害分類に関する北米協力センターとして認可された。また、北欧の組織としてスウェーデンのウプサラに北欧協力センターも設置され改訂作業に参加することとなり、4つの協力センターの役割分担が決められた。改訂に向けての組織体制が東洋をのぞく西洋社会を中心とした世界レベルで強化された。その他に、この会議でのポイントとしては改訂出版時期の目標が1999年と設定され、それに向けて毎年会議を開催することが決定された。また、各会議においては、毎年継続的に審議を行っていく継続的テーマと各回の特別テ

改訂国際障害分類ICIDH-2への歴史的展開過程

マの設定が行われた。このように、1993年は「国際障害分類」の改訂に向けて大きな転換期となり又これ以降の具体的な改定作業を展開する上での体制を構築したといえよう。

その翌年の1994年11月にはオランダのフォールブルグで第3回改訂会議が開催された。この会議には日本からはじめて佐藤久夫氏が参加している。この会議では根本的論議が1993年に引き続き行われたという。しかしながら、肯定的表現の使用等かなり複雑な意見が提示され混乱を呈したようである。

1995年11月にはフランスのパリで第4回改訂会議が開催され、そこでは政策問題を特別テーマとして議論が交わされた。

(d) 正動向の展開期Ⅱ（1996年～2000年12月）

1996年よりいよいよ具体的な改訂版作成へ向けて本格的に稼働し始めた。まず、1996年5月にジュネーブのWHO本部で開催された協力センター会議でその大きな進展が見られた。ここで、まず従来の関係者により作成された草案であるアルファ案が作成された。そしてそのアルファ案のパイロットテストであるアルファテストが1996年から1996年末まで実施された。このアルファテストの結果に基づき、1997年4月にジュネーブのWHO本部で開催された第5回改訂会議にてベータ1案が作成された。そしてこのベータ1案を実際の利用者(ユーザー)に市場でのテストいわゆるベータ1案フィールドトライアルが1997年から1998年12月まで実施された。この結果を踏まえ、1999年1月から4月の間にベータ2案が作成された。そして1999年4月にイギリスのロンドンで開催された第7回改訂会議にてこのベータ2案が提示された。この会議においてはベータ2案に関して活発な論議が交わされ、それを基に1999年7月より2000年10月までベータ2案のフィールドトライアルが実施されることとなった。

ここで時系列的に前後するが、日本でのフィールドテストへの取り組み及び東京で開催された第6回改訂会議の意義について触れておく。

ベータ1案の作成に伴い、WHOはできるだけ数多くの国々におけるベータ1案フィールドトライアルの実施を望んだ。これに対応し、1997年9月に帝京平成大学(当時)の上田敏氏を委員長に佐藤久夫氏を事務局長とした7人の委員から構成されるICIDH-2フィールドテスト企画委員会が1997年から結成された。また、同時期ICIDH協力センターも日本において組織化されている。この協力センターは前述したようにオランダやフランスを発端に北米や北欧の主要各国に設立されている。

1997年4月にジュネーブで開催された第5回改訂会議と1999年4月にロンドンで開催された第7回改訂会議との間に1998年3月に東京の戸山サンライズにおいて第6回改訂会議が開催された。この会議はICIDH-2に向けての改訂会議の中で、東洋社会ではじめて開催された会議であった。全世界の障害者の約60%がアジア諸国に存在するという事実を踏まえると、これまでの改訂会議がいかに西洋社会中心に進められ東洋社会の存在を無視していたかという事実は否定できないと考えられ

る。この会議では従来の中心となって参加してきた欧米の国々に加え、日本以外に中国・香港・インドネシア・イラン・韓国・マレーシア・タイ・ベトナム・フィリピンといったアジアの9カ国が参加した。このようにこの東京会議は、東洋社会ではじめて開催されたこと又日本以外のアジアの国々からの参加がはじめて得られたことそれに伴い従来の参加国の数が倍になったこと、といった点では大きな意義があったと考えられる。しかしながら、ICIDH-2に関してはベータ1案のフィールドトライアルの中間報告に留まり活発な論議が交わされなかった事実は否めないようである。

1999年7月より2000年秋までにベータ2案のフィールドトライアル実施され、その後予定通り2000年11月にスペインのマドリードで第8回改訂会議が開催された。

それを踏まえ2000年12月に最終案としてのICIDH-2 Pre-Final VersionがWHOより発表された。ここでは、ベータ2案からの大きな変更点として、活動と参加とが1つの範疇の中に組み込まれた点である。つまり、活動と参加との明確な相違が消失した点である。そして2001年5月にはICIDH-2がWHOの総会において決議されるはずである。(本稿執筆時はまだ新たな決議結果を入手し得ていない。) ※注①

(3) ICIDH-2 Pre-Final Versionの内容

最後に、2001年5月にWHOの総会で決議されるであろうはずのICIDH-2の最終案 ICIDH-2 Pre-Final Versionの内容について見てみたい。これは、1980年に出された「国際障害分類」、ベータ1案(1997年)、ベータ2案(1999年)との比較を通してその位置付けを明確にしたいと考える。

まず、ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) の改訂版としてのICIDH-2という表現について触れてみたい。ICIDHの改訂版の具体案としてはじめて提示されたのがいわゆるベータ1案である。そのタイトルは、「International Classification of Impairments, Activities, and Participation」として発表された。このタイトルを従来どおり頭文字をとって略称するならばICIAPとなる。しかしながら、ことに英語圏では略称としてのICIDHが普及していたため又80年版との連続性を示すため、ICIDH-2という略称がとられた。

それでは次にこのICIDH-2がICIDH (1980年) と大きく変わった点をあげてみたい。

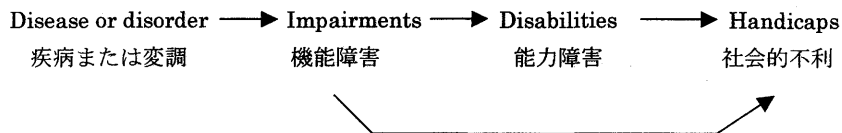
第一に、handicaps(社会的不利)という用語が完全に取り除かれたことである。これは「handicaps」という表現が英語圏では極めて軽蔑的な意味合いを持つことから早い段階で完全に取り除かれることが決められていたようである。

第二に、ICIDH-2のベータ1案から、その各構成要素の表現が否定的なものから中立・あるいは肯定的なものへと変化したことである。つまり、ICIDH (1980年) では、impairments (機能障害)、disabilities (能力障害)、handicaps (社会的不利) で構成されていた3つの要素が、ベータ1案では Impairments (機能障害)、Activities (活動) Participations (参加) へと中立あるいは肯定的な表現へと変化している。さらに、ベータ2案ではImpairments(機能障害)がBody function & Structure

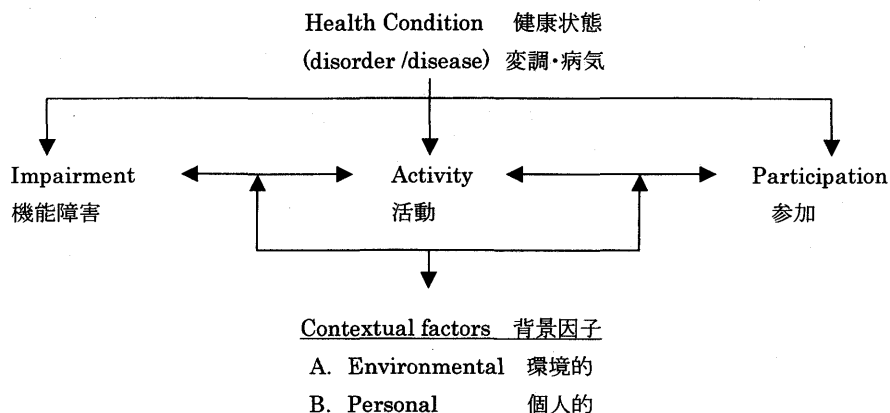
改訂国際障害分類ICIDH-2への歴史的展開過程

(心身機能・構造)へと変化し従来の否定的な表現が完全になくなっている。この点に関しては、当初、意味内容が明確ではない、といった批判的な表現も多々存在したようである。しかしながら、ICIDHが否定的表現が用いられていた背景には、やはり医学的視点からの脱却はでき得ておらず、それはあくまでも「何ができないか」といったいわゆる医学モデルあるいは欠損モデルのレベルに留まっていたと考えられる。医学モデルではなく、「何ができるか」といったいわゆるポジティブ志向のストレングスモデルの視点を取り入れていく上でこの中立・肯定的表現への変化は大変意味のあることであると考ええる。

ICIDH 1980年版



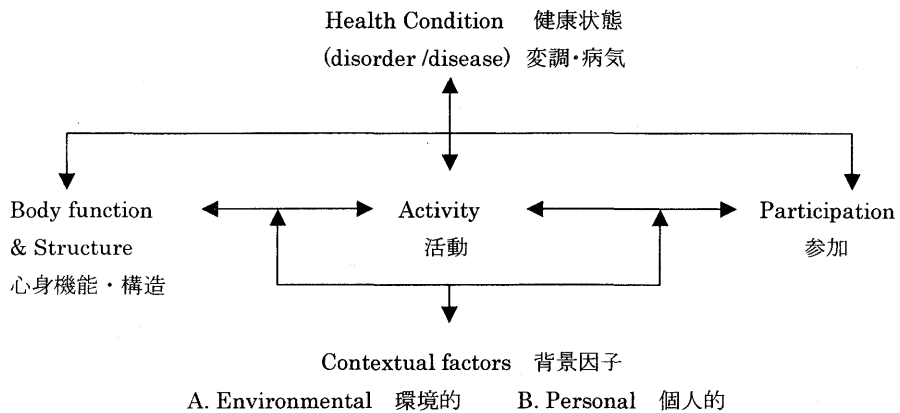
ICIDH-2 ベータ1 案図



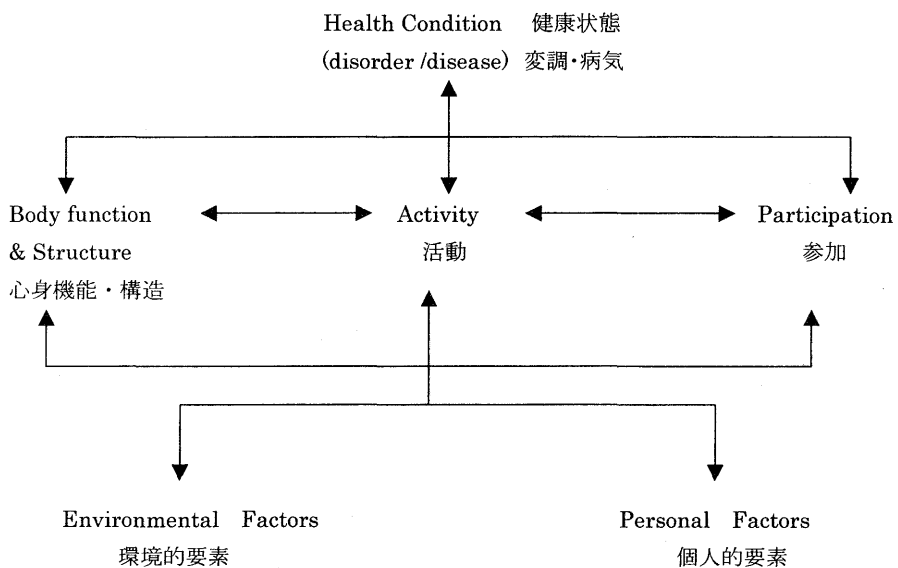
第三に、ベータ1案から構成要素の中に新たにHealth condition (健康状態)とContextual Factors (背景因子)として A. Environmental (環境的) B. Personal (個人的) が加わったことである。つまり、環境との関係性が欠落していたと批判されたICIDHに対する大きな反省点として環境の要素とさらに健康状態も加えられることとなった。また、このHealth condition (健康状態)の中には、加齢や妊娠といった通常の人間が発達段階の中で経験する肉体的状況を疾病としてではなく位置付けている。つまり、ICIDHがあくまでも障害をもつ人々のみを対象としていたのに対し、ICIDH-2は障害をもつ人々を一人間の状況として捉え、さらに障害をもたない人にも適用できることを前提

改訂国際障害分類ICIDH-2への歴史的展開過程

ICIDH-2 ベータ 2 案図



ICIDH-2 Pre-Final Version



としたいわゆる対象拡大を行ったといえよう。

第四に、各構成要素の関係性が線形で単純な線形ではなく、立体的に位置付けられたことである。つまり、ICIDHでは各構成要素の関係性が一方向で単純に位置付けられていたのに対し、ICIDH-2のベータ1案からは（その後ベータ2案から若干の改正は行われるが）その関係性が両方の矢印で記述されいわゆる相互作用が強調されていると理解できる。そして、これらの諸次元は積み木のようなものであり、利用者（user）が自由にこれらを並べて自分なりのモデル、自分なりの関連付けを

作ればよい、としている。

第五点目として、ベータ1案よりDisabilities（能力障害）が包括的な概念として位置付けられたことである。つまり、ICIDHにおいてはImpairments（機能障害）に引き続き生じる第二の概念としてDisabilities（能力障害）が位置付けられていた。しかしながら、ICIDH-2のベータ1案より包括的な概念として位置付けられている。この点に関しては、日本の上田敏氏がロンドン会議（1999年4月）で「20年間使われてきたdisabilityをいきなり包括用語とするのでは混乱する」と批判したが、ベータ1案のフィールドトライアルを通してDisablementという言葉はもはや用いることは難しいという論議が交わされたようである。確かに、1980年代後半から英語圏においてはpeople with disabilities（障害をもつ人々）という表現が普及している事実を鑑みるならば、“disability”という用語が障害を包括的に表現するものとして位置付けられて何の抵抗もないと考えられる。

以上が、ICIDHがICIDH-2のベータ1案、ベータ2案、Pre-Final Versionへと変化した内容である。

さて最後に2000年12月に出されたPre-Final Versionがベータ2案から大きく変化した点に着目したい。第一に、活動（activity）と参加（participation）とを区別する枠組みが取り外されたことである。つまり、言い換えるならば活動（activity）と参加（participation）とはベータ2案までは各々の概念として定義が行われていたが、Pre-Final Versionでは活動（activity）と参加（participation）が1つのカテゴリーとして9項目が列挙されることとなった。そして運用に関しては、利用者（user）が9項目のうちの活動（activity）と参加（participation）の範囲を定義づけし運用できるとしている。つまり、利用者（user）の判断でもって活動（activity）と参加（participation）の範囲を定義づけしてよいとしているのである。

第二に、ベータ2案まではContextual factors（背景因子）としてA. Environmental（環境的） B. Personal（個人的）が位置付けられていたが、この2つの要素がEnvironmental Factors とPersonal Factorsとして独立したことである。さらに第三点目としては、矢印の追加である。ベータ2案までは背景因子がBody function & Structure（心身機能・構造）やActivities（活動）やParticipation（参加）の3要素を結ぶ線上に2直線が位置付けられたが、Pre-Final Versionでは各3要素に直接結び付けられた。この3点がベータ2案からPre-Final Versionへの主な変更点として挙げられる。特に第1点目の件に関しては後述するが今後に向けての大きな課題を含む形となったと考える。

4. まとめ

「国際障害分類試案（ICIDH）」（1980年）の発表に至るまでの経緯、又その後新たな国際障害分類試案としてのICIDH-2決定（2001年5月予定）に向けて最終段階に至るまでの20年間の経緯についてまとめてみた。

ICIDH-2の決定に向けての最終版として2000年12月に発表されたPre-Final Versionにおいてはいくつかのポジティブな変更が行われている。

第一に、「環境」という要素が加えられたことである。前述したように、ICIDH（1980年）では時代的限界性を鑑みると、疾病分類と区別した新たな障害概念を提示するだけでもかなりのエネルギーが必要であったと考えられる。だがそこでは「環境」という要素が全く加味されておらず、「医学モデル」に留まっているという批判を浴びる結果となった。その結果を受け、ICIDH-2は当初より障害は環境との相互関係により2次的に生じるものであるという立場をとり、「環境」という要素を加えた。さらにPre-Final Versionでは環境的要素と個人的要素とを明確に区別して位置付けたことも評価できる。

第二に、「相互作用」という概念を加えたことである。ICIDHでは一方向の線形による関係性しか提示されなかった。しかしながらICIDH-2ではベータ1案より双方の矢印による立体構造をなす関係図が提示された。つまり障害という状況はそれらを構成する要素が相互に影響しあって発生するという立場をとっている。

第三に、表現が中立・肯定的になったことである。つまり、前述したようにImpairments（機能障害）がBody function & Structures（心身機能・構造）へ、Disabilities（能力障害）がActivities（活動）へ、さらにHandicaps（社会的不利）がParticipations（参加）へと変更された。この表現の変更に関して一部では表現が抽象的になり意味が曖昧化した、という批判もなされた。しかしながら、例えばADA（Americans with Disabilities Act）に見るように社会が環境を変えることにより障害をもつ人々をサービス受給者から税金納税者（tax payer）へと社会的位置付けを変換する、つまり「できないこと」に焦点を当てるいわゆる医学モデルから「何ができるか」というストレングスモデルへとポジティブ志向（positive thinking）への変化が実現してきている現在、21世紀の新たな障害概念としてこの中立・肯定的表現の導入は評価できるものと考えられる。

第四に、Health condition（健康状態）という要素が導入されたことである。このHealth condition（健康状態）には、妊娠や加齢という内容が含まれている。この点に関しては2つの側面から評価できると考える。一つには障害をもつ人々も健常者と同様に妊娠や加齢といういわゆる人間の通常の発達を経験するということが前提として位置付けられたことである。人権擁護が強調されている現在ではほとんど考えられないことであるが、約30年前までは日本においては障害をもつ女性が療護施設等に入所する際は子宮摘出が多くの場合なされていたという。そこでは人間として又一女性として妊娠・出産という至極当然の行為は全く視野に入れられていなかった。また、従来障害をもつ人々は短命とされていたため、健常者に関しての高齢化問題が強調される一方、障害を持つ人々の高齢化という問題はあまり重要視されてこなかったといえる。このような過去の事実を鑑みると、この妊娠や加齢が含まれたHealth condition（健康状態）という要素がICIDH-2において組み込まれたということは、障害をもつ人々が健常者と同様に一人間としての発達段階を経験するということ

が位置付けられ、それは遅らせながら大変画期的な出来事として受け止められる。第二の側面は、ICIDH-2を障害を持つ人々のみ留まらず、障害のない健常者への適用も踏まえていると把握することができる。つまり、先天的障害者あるいは中途障害者のみをICIDH-2の対象者としているのではなく、加齢による機能の変化といういわゆる高齢に伴い生じてくる諸問題にも適用できるように作成されていると理解でき得ると考える。

以上、ICIDH-2においてポジティブな変更点を挙げた。

最後にICIDH-2のPre-Final Versionの今後の課題について挙げてみたい。

ICIDH-2のベータ2案からICIDH-2 Pre-Final Versionへの大きな変化点として挙げられるのが、Activities（活動）と Participations（参加）が1つのカテゴリーにくくられたことである。つまり、Activities（活動）と Participations（参加）の定義の区別がなくなったことである。Disabilities（能力障害）がActivities（活動）へ、さらにHandicaps（社会的不利）がParticipations（参加）へと変化した背景を踏まえるならば、Activities（活動）と Participations（参加）は定義の上で明確な相違が行われて当然である。つまり、Activities（活動）が機能的なレベルでの内容を重視するならば、Participations（参加）が社会との関係性を重視した内容になるべきである。しかしながら、2000年12月に発表されたICIDH-2 Pre-Final Versionではこの両者の定義は利用者（user）の判断に任せるとされている。両者の明確な定義づけが公式の国際定義としてのICIDH-2で行われなければ、今後の障害定義の全世界共通基準としてのICIDH-2の機能・役割の限界性は明らかといえよう。つまり、利用者（user）によってこのActivities（活動）と Participations（参加）の定義内容が異なれば、その用語に対する同一内容を前提とすることは不可能である。ICIDH-2が全世界共通の国際障害概念として用いられることにおいては限界性が生じると考える。言い換えるならば、新たな障害概念として20年間かけて改訂の運びを歩んだ結果誕生したICIDH-2は下手をすると21世紀の障害者福祉において混乱を招く危険性も含むといっても過言ではないと考える。

今後の課題としては、ICIDH-2が正式にWHOからの発表が行われた暁には、ICIDH-2を利用するにあたりActivities（活動）と Participations（参加）の利用方法及びその問題点を明確化することが緊急を要する課題であると考ええる。¹

注① ICIDH-2の最終決定は大幅に遅れ、2001年9月10日時点においても最終決定は発表されていない。

謝 辞

本論文を作成するにあたり丁寧に指導を頂いた淑徳大学大学院多々良紀夫教授、ならびに英文のオリジナル資料を惜しみなく提供して下さった社会事業大学佐藤久夫教授に深く感謝の意を表する次第である。

引用文献

- (1) Blaxter M, The Meaning of Disability - A Sociological Study of Impairment, Heinemann, London, 1976
- (2) Wood PHN, Measuring the consequences of illness, World Health Statistics Quarterly, Vol.42, No.3, pp115-121
- (3) 佐藤久夫氏,『障害構造論』, 青木書店, 1992年, pp45
- (4) Wood PHN, The language of disablement: a glossary relating to disease and its consequences, International Rehabilitation Med. Vol2.pp86-92
- (5) 佐藤久夫氏,『障害構造論』, 青木書店, 1992年, pp65～67

参考文献

- (1) 佐藤久夫,「WHO国際障害分類試案にいたる道」,『リハ研究No.70』, 1992年1月
- (2) 佐藤久夫,「WHO国際障害分類試案の内容」,『リハ研究No.71』, 1992年4月
- (3) 佐藤久夫,「各国におけるWHO国際障害分類試案の活用」,『リハ研究No.72』, 1992年7月
- (4) 佐藤久夫,「WHO国際障害分類試案への批判と修正動向」,『リハ研究No.73』, 1992年10月
- (5) 佐藤久夫,「わが国における活用と研究」,『リハ研究No.74』, 1993年1月
- (6) 佐藤久夫,「ICIDH改正東京会議」,『リハ研究No.95』, 1998年7月
- (7) Patrick Fougeyrollas,「国際障害分類におけるハンディキャップの改定作業について」,『リハ研究No.92』, 1997年8月
- (8) 佐藤久夫,「国際障害分類改正の動向」,『視覚障害リハビリテーション協会紀要』No.5, pp1～15, 1998
- (9) 佐藤久夫,「障害概念の現状と展望」『日本神経学雑誌第102巻第8号』, 2000年8月25日
- (10) WHO国際障害分類日本協力センター訳,『ICIDH-2 生活機能と障害の国際分類 ベータ2案完全版』, 2000年12月25日