

ICFにおける介護の諸概念

増田 樹郎

(愛知教育大学障害児教育講座)

抄録 ICFの導入を契機として大きく変わろうとしている介護の様相を踏まえて、ICFの意義と概念構成を分析し、その意図する内容について考察している。ICDにもとづく医療モデルからすれば、社会モデルに足場をおくICFは介護にとって身近なツールである。しかし、身体介護に集約されがちな介護概念は、自ずとICDへの関心を引きずりながら、ICFの理解に至ろうとしている。この事実気づかぬまま、ICFの諸概念を介護の文脈に取り込んでいるが、これが多くの課題を生み出す結果となっている。介護にとってICFとはどのような考え方であり、どこで整合性をもつのかという点について考察を加えた。

キーワード：ICF, 生活機能, 活動, 参加, 行為, 関係

1. はじめに

20世紀の最後の10年は、〈古い〉〈病〉〈障害〉に関するパラダイムの転換期であったといっても過言ではない。〈障害〉等を囲い込み、封印することで收拾しようとした20世紀の施策があった。その施策（専門的な行為も含めて）が、「人間の尊厳」にとっておよそ理不尽であるということに気がついたのは、そう遠くない過日である。欧米では最後の四半世紀であったし、日本ではこの数年のことである。ノーマライゼーションやインクルージョン、エンパワメントやアドボカシーといった概念が福祉関係者の口の端にのぼり、施策の理念として登場しはじめた。欧米において、「差別禁止法」や「施設（病院）解体」などの施策が具体化されたのは、こうした契機があればこそである。日本もまた、遅ればせながらこれを自らの主題にしようとしている。

周知のように、2001年5月、日本はICF（国際生活機能分類）を採択した。この採択が従来の障害観を大きく捉え直す枠組みとなり得たかどうかは、今後の検証が不可避であるとしても、ICIDHとしての障害観つまり障害に起因する機能や能力に関わる個人因子を重視する課題性には気づくことができた。すなわち、この見解に立てば、何らかの事情で心身のどこかに〈障害〉を帯びるやいなや、ひとは「機能障害」「能力障害」を運命的に抱え込んでいくほかなかった。もしこれを抜け出したいとすれば、〈障害〉を「治す」しかないという還元論に縛られることになる。⁽¹⁾ どのように努力しても元通り（健常）にならないとすれば、〈障害者〉というレッテルを二度と剥がすことはできない。この理不尽な認識が専門職のアプローチを歪にし、〈障害者〉〈高齢者〉をして運命論に向かわせたのである。

本稿の目的は、ICFが〈介護〉においてどのような意義と課題をもつかを明らかにすることにある。ICF

がICD-10（国際疾病分類第10版）の別バージョンとして誕生したことはよく知られている。それゆえにICDの発想つまり因果論的に障害の原因—結果を把握していく医療モデルに強く影響されていることは否定できない。ICDを「疾病（障害）の指標」として捉えれば、ICFは「健康の指標」であり、両者は「身体の構造と機能」のレベルでは表裏の関係にあるといえよう。この位相では、前者も後者も共に医療モデルの域を出ることはない。

少なくともICFをとおして、この位相を超える視点が示し得るかどうか問われている。とりわけ〈介護〉においては、従来の「ネガティブ・コレクト（否定的修正）」の視点を超えて、「ポジティブ・サポート（積極的支援）」に転換し得るかどうか目下の介護現場の関心事でもある。以下、ICFの考察をとおして、この論点を検証してみよう。

2. ICFの位相

昨今の福祉・医療・保健の発想やシステムのなかにICFの影響をみるのはさほど難しいことではない。それほどこの数年で急速に普及された感がある。とりわけ2003年の介護保険制度の改定時、ケアマネジメントが政策的に導入されて以来、とくに「活動」「参加」さらには「できる活動（ICFでは能力）」「している活動（ICFでは実況状況）」という概念がケアプラン上の指針として位置づけられてきたことは記憶に新しい。その結果としてアセスメントは、従前の「～できない」という否定的修正のためではなく、「～できる」という肯定的支援のための指針に転換した。ICFが「健康領域と健康関連領域」の系統的な分類（指標化及びそのグループ化）であることに鑑みれば、こうした指針はあながち唐突ではない。ただし、政策的に導入されたことによってICF本来の構成つまり「多次元・系統的なまとまり」に対して、「肯定的」側面だ

けが強調されて、一人歩きを始める結果となっていることに留意しなければならない。

さて、ICFの基本にある「生活機能」については、次のようにまとめることができる。すなわち、生活とは〈活動〉のまとまりのことであり、多様な資源を所有したり、利用する〈参加〉の拡がりをもつことである。もし何ら「問題がない」状態であれば、心身は一定の健康を保ちつつ、いろいろな目的や課題に応じて〈活動〉し、さまざまな場面や機会に対して〈参加〉していくことが可能である。ところが、誰しも生涯をとおして十全の機能をもって生活をしていくことは不可能だから、生の延長線上のどこかで、老いや病、障害などによってもたらされる機能不全の状態を体験していくことになる。

生活機能とは、この健康状態を総称する概念であり、ICFはこれを3様の位相で説明しようとする。⁽²⁾ ①生命—生活—人生、②身体（生物）—個人—社会、③心身機能・身体構造—活動—参加である。この位相は、ICFでは説明上の視点の違いにほかならず、現状では③が主たる関心事であり、①と②はほとんど取り上げられることはない。しかし、その違いに含まれている意義は、介護の視点からみれば大きい。個人の次元では生命から人生にいたる過程があり、サービスの次元では身体介護から社会的支援への過程として捉えていくからである。

そもそも生きるとは、一つのいのちが与えられ、自己の生き方を選び、そして多様な暮らし向きとして生きる形を整えていることであろう。〈生命〉を初源とし、身体的・生理的な諸条件に拘束されている存在であり、多様な欲求とその充足、多様な役割とその遂行などのように行為や規範に規定された〈生活〉があり、ひとそれぞれの生の形としての〈人生〉がある。人生は持続する時間（意識）に支えられており、過去から現在そして未来に向かって継時的に流れている。あるいは自我同一性の意識に充たされており、主観と客観とが合致して一なる私を形成している。ときとして老いや病がこれを歪にしたり、混乱させることがあるが、通常は安定して一貫した生の経験の全体としてまとまっている。①の3つの階層（レベル）はこうした概念理解を前提にしていると言えよう。

一方、〈身体〉は「生理的な身体」のみならず、視る・聴く・触れる主体としての「体験的な身体」でもある。私の身体をそれとして識ることは、予期するほどに簡単ではない。自己の生理的反応と自我との間には大きな溝があるからである。ICFが想定する身体はICDの生物学的な身体の域を出るものではないようだが、この延長線上に、まずは自律的な価値選択の主体としての〈個人〉、そして多元的な社会関係を想定した〈社会〉がある。個人は行為の主体であり、社会とは関係の表象である。②の位相はあくまでも③の位相

を潜在的に想定した概念に過ぎないが、これを「個体—個別—全体」と言い換えてみれば、この位相が存在論的な意味を含んでいることがわかる。

これに対して、③の位相は、初源から規範的な意味を内包した構成となっている。すなわち、ICFのもっとも特徴的な構成として、まず〈心身機能・身体構造〉は心身の働きと「身体の解剖学的な構造」を総称している。心身は生身であるがゆえにたえず変化するが、一定の「健康状態」にあると想定する。〈活動〉は「行為」、〈参加〉は「関係」を意味しており、総体として「生活機能というプラスの中に障害というマイナスがある」⁽³⁾ という構図を描き、これをカテゴリー化（コード化）していくのである。

3. ICFの枠組

心身に関しては二つの領域に分かれている。つまり心身の〈機能〉と身体の〈構造〉である。前者は心と身体の働きであり、後者は解剖学的な仕組みである。たとえば、「視る」「聞く」という心の動きと、「眼」「聴」という身体の働きとはたえず相関している。その結果として、眼の構造に支障があれば「視えない」という働きとして現れる。聴覚の機能に支障があれば「聴こえない」という事態が起る。だが、両者は深く相関しているとはいえ、構造上の原因がいつも機能上の結果を導き出すとは限らない。眼の機能は正常でも、視えないという事例もあるからである。聴覚の構造は正常でも聴こえないことがあるからである。あるいは各部位の集合が全体の働きを可能にするとは限らないし、その逆もまた然りである。障害や働きとは可塑性に満ちているからであるし、心と身体の関係は密接に繋がりながらも多様にして個別的な状態像を描いているからである。何よりも「生活機能」として捉えるならば、機能障害（たとえば下肢があるが動かない）や構造障害（下肢がない）があるとしても、個々人の生活能力がすべて同一の制限を受けるとは限らないからである。あるいは、生活環境が異なれば、障害による制約も自ずと異なってくるからである。

介護的な関心からすれば、たとえば在宅において深刻な歩行困難（機能障害）が生じたとすれば、まずは入院によるリハビリテーションで機能回復を図ることになる。これが功を奏して歩けるようになる場合もある。逆に長期入院のために生活意欲の衰えを招く場合もある。あるいはオムツ外しの訓練が優先するばかりに、日常活動が低下していく場合もある。廃用性症候群が示す意欲喪失と機能不全との関係は、介護の働きが生み出す両価性をよく表しているといえよう。

さて、こうした〈機能〉や〈構造〉に続いて、前述のようにICFは〈活動〉や〈参加〉の概念を提示している。これが介護や医療の領域でのもっとも大きな

関心事である。〈活動〉とは「課題や行為の個人による遂行」であり、〈参加〉とは「生活・人生場面 life situation への関わり」であると定義されている。「健康との関連において」という前提がなければ、両定義とも、一見すると奇妙な表現であることがわかる。一般的に行為とはすぐれて個人の主体的で有意義な動作やふるまいを意味している。あるいは人生とはすぐれて個人の生き様やはたらきそのものを意味している。とすれば、両者ともに屋上屋を架した感があるのは拭い得ない。しかし、「健康」概念を間に挟むと、健康状態の変化つまり病や障害によって遂行や関わりが妨げられることは容易に想像できる。「健康状態であれば」どのような遂行やかかわりが可能なのかどうかは前提にあるのだ。

他方、ICFはすべての生活・人生領域を網羅するためのコード化を意図している。これについて疑問がないわけではない。「生きる」とはたえず変化する生き生きとした現在つまり現在進行形であるとすれば、コード化はあくまでも静止画でしかない。にもかかわらず、これをコード化する意義があるとすれば、あくまでも「健康」を的確に捉えていくための援助指標なのだという限定付きでなければならない。健康領域における生活機能の水準つまり〈活動〉と〈参加〉の領域を一つひとつ概念化していくことで、〈健康〉を構造的に捉えていくためのツールにはかならないのである。⁽⁴⁾

さらに重要な点は、ICFでは〈活動〉〈参加〉の両概念を「実行状況」と「能力」という二つの「評価点」として捉えていることである。評価点とは「一定の健康レベルの大きさ」（たとえば軽度、中等度といった「問題の大きさ」）を表している。本来、〈活動〉等は主観的で各自的であるから、これ自体は評価に馴染まないはずだが、実行状況と能力を挿入することで評価の対象化が可能となり、コード化の意義も達せられることができる。実行状況は「現在の環境における課題の遂行」であり、能力は「標準的環境における課題の遂行」と定義されている。人生状況においてたえず個人は何らかの課題に向かい合っているわけだが、その遂行の可能性を両概念で捉えていこうという発想である。

たとえば要介護状態にあるとしても、いま彼／彼女は「歩きたい」と思っている（第1評価点「実行状況の評価点」）が、下肢障害があるがゆえにそのままでは歩くことができない（第2評価点：支援なしでの能力の評価点）。補装具等の支援があれば歩くことができる（第3評価点：支援ありでの能力の評価点）。一方、現在の環境において「歩く」という行為を可能とする環境因子（促進因子及び阻害因子）をも含めて、支援がない場合でのニュートラルな実行状況のレベルを把握する（第4評価点：支援なしでの実行状態）こ

とが期待されている。標準化された環境において発揮できる能力と、さまざまな環境因子に囲まれて促進あるいは阻害されていく実行状況を的確にスケール化していこうとするICFの意図を、これらの概念構成をとおして読み取ることができる。⁽⁵⁾

こうした構成がもたらす意義は何か。周知のように、ICIDH（国際障害分類）がもたらした課題は、機能・形態障害から能力障害、そして社会的不利へと一方向的な障害の構造（階層）であった。これにしたがえば、障害を帯びることによる不利益は、機能や能力を失った個人レベルの課題として、これを治療・訓練することによって是正するという医学モデルに拠るほかなかった。

他方、環境因子を重視するカナダ・モデルが象徴するように、機能障害は心身機能・身体構造に規定されるとしても、「活動制限」や「参加制約」という障害の多くは、広範囲の環境因子つまり個人の外部にある因子（家庭や職場などの身近な人的・物的な環境、及び制度や規則、組織や交通などの社会システムとしての環境）がつくり出していると想定する。そうだとすれば、たとえば教育というニーズは、四肢機能マヒという障害に規定されるのではなく、通学のための介護者不在（活動制限）であったり、学校環境の未整備（参加制約）であったりということになる。ICFはこれを社会モデルと呼び、心身機能・身体構造を軸とした医療モデルとの統合型がICFのめざす方向性であると語っている。⁽⁶⁾

4. 〈活動〉〈参加〉の位相

前述のように、〈活動〉と〈参加〉は、「行為（遂行）」と「関係（関わり）」という生活機能を捉えたものである。言うまでもなく、生活とは生命の不断のいとなみであり、継続的に暮らしを立てていく行為にはかならない。より高次には、生きがいや死生観を含む価値観や態度、さらには多様な人間関係や社会的役割もまた含み込んでいる。ICFが示す生活経験の領域は、「セルフケア」「家庭生活」「対人関係」「教育・仕事・経済」「社会生活・市民生活」「コミュニケーション」「運動・移動」「学習と知識の応用」「一般的な課題と要求」までの9つのリスト（大分類）によって表現されている。これを踏まえるならば、個人を囲むあらゆる領域についてコード化し、これをチェックリストとして、ニーズを鮮明化しようとするねらいが内在していると言えよう。

ところで、〈活動〉や〈参加〉という概念が成立当初から一つの目的・価値的な概念（装置）であることを看過してはならないだろう。行為（遂行）であれ、関係（関わり）であれ、健康と生活機能を結びつけることによって、「あるべきすがた」という標準が

初めから想定されているからである。それゆえに、要介護状態としての障害や病はそれからの異化（ズレ）として捉えられる傾向にある。

言うまでもなく、医療や介護においては、サービスという行為が前提にあり、ケアバランスにおいてその意義を見いだしている。「(何かのために) 活動する」や「(何かに) 参加する」と同様に、「治す」「癒す」「支える」「介助する」といった行為は目的であり、価値的である。とくに「支援あり」「支援なし」という評価点がこれを象徴している。

しかし、多様な「行為 (のまとまり)」を「活動」と読み替え、多様な「関係 (のまとまり)」を「参加」と言い換えるならば、この文脈は大きく異なってくる。行為とは、自然的観察をとおして見る「行動」でもなく、経験の連なりとして捉える「出来事」でもない。主体的な心性のはたらき、意図的なふるまい、有意味的な関連であるからだ。他方、関係について言えば、個人という実体のうえに対象間の関わりがあるのではなく、はじめに他者を含む多様な相関関係があり、そのうえで個々の諸行為が成り立っていると捉えるべきである。この理解が的を射ているとすれば、客観的に捉えられた「活動」や、集団や地域への拡がりとして捉えられた「参加」ではなく、むしろ個々人の主意的な「行為」や他者との「関係」それ自体が「活動」や「参加」であると理解すべきであろう。つまり、専門職（サービスを提供する側）のための分類指標でも階層構造でもなく、行為の軸や関係の軸をとおして成り立つ実存のすがたがそこに現れるのである。

ICFが「生活機能と障害」の客観的な指標化をめざしていることはすでに触れた。後者の「障害」とは、心身の機能・構造の障害であり、活動制限・参加制約のことである。これが生ずる背景に環境因子があると指摘した点に、ICFの特徴がある。他方、もう一つの背景因子である個人因子は、「主観的次元」つまり個人の意味的・情緒的な反応のレベルであるがゆえに現時点でも未完成のままである。

上田敏らは、主観的次元に関する実証的研究において、障害者のプラス面（正常機能・能力・社会的役割）や環境の促進因子（プラス面）を重視すべき理由として、この主観的次元の有効性について指摘している。⁽⁷⁾もとより「～したい」とか「～できる」という生活・人生への潜在的な可能性があればこそ、個々人のQOL（人生の質）が浮き彫りになってくるのであり、ADL（日常生活行為）レベルにおいても、障害や病の受容をとおしてこれと向かい合う意思や態度を確認できるのである。

ICFにとって客観的次元における指標化が現下の最優先課題であり、「目標指向的アプローチ」と称される医療・介護の専門的な指向性もまた、この次元があればこそ成り立ってくる。他方、その対象として措定

されている障害や老いの当事者からすれば、主観的な次元はあくまでも満足感や嗜好性でしかないのだろうか。

『対人関係』という大項目を例証してみよう。⁽⁸⁾ 中項目として「基本的な対人関係」「複雑な対人関係」「その他の特定の、および詳細不明の、一般的な対人関係」「よく知らない人との関係」「公的な関係」「非公式な社会的関係」「家族関係」「親密な関係」「その他の特定の、及び詳細不明の、特別な対人関係」「その他の特定の対人関係」「詳細不明の対人関係」という11項目が挙げられている。これにさらに詳細な小項目の分類が用意されており、個々人の対人関係はこのいずれかの指標のうちで捉えられることになる。その一つである「基本的な対人関係」では、「状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と対人関係をもつこと」を前提にして、「対人関係における敬意と思いやり」「対人関係における感謝」「対人関係における寛容さ」など8つの小項目が挙げられている。

「活動」や「参加」は、『対人関係』の文脈に置き換えてみれば、その相互関係において課題の遂行のために必要な「関係のあり方」という指標が与えられている。主観的次元は、あくまでも「敬意」や「思いやり」「感謝」や「寛容さ」に見合った「情緒的な関係」の表現レベルに留まっているというべきなのである。

5. 介護臨床の視点と主観的次元

上田らは、ICFの客観的次元である3階層（心身機能・身体構造⇔活動⇔参加）、さらには客観的次元と主観的次元は、相互依存性があるがゆえに、相対的独立性としてこれを捉えることが重要であるという指摘を行っている。⁽⁹⁾ 標準化していくためには、「別個に独立に評価する」という作業が不可欠である。あくまでも障害（病）というニーズを精査していくためには、相対的独立性を踏まえてニーズが混在したまま理解されることを避けることが重要だというのである。

繰り返しになるが、こうしたICFの指標化・標準化への志向性は、あくまでも専門的アプローチのための理念と組み立てにはほかならない。ICD（国際疾病分類）という医学モデルの認識を補うものとして、社会モデルとしてのICFを重層化させることで、さらに精密なプログラムを可能とする。これがICFの野心である。

介護保険の施行途上で、介護サービスにもICFが政策的に導入されて、アセスメント指標、監査指標などのさまざまな場面に適用されていることは周知のとおりである。伝統的に三大介護（食事・排泄・入浴）に象徴される介護サービスは、医学モデルからすればEBM（Evidence Based Medicine）をもたない、恣意的で情緒的な行為として厳しい批判にさらされて

きた。臨床の検査手法やニーズの検証評価の方法論をもってこなかった領域であればこそ、看護学等の裏付けをもちながらも、介護サービスはあくまでも身体介護を軸とし、プラスアルファとしての生活支援でしかなかったのである。だからこそ、ICFはその根拠Evidenceを与える道具立てなのである。

ICFが導入されたこの数年を顧みれば、〈心身機能・身体構造〉コードに基づく身体介護の指標化、そして〈活動〉や〈参加〉の次元における〈実行状況〉〈能力〉つまり「～したい」「～できる」という意向をくみ取る視点がもっとも身近なICFであった。しかし、主観的次元の指標がないことが、介護の臨床場面において、身体介護は指標化できても、利用者の意向をくみ取ることの難しさに直面することになった。すなわち、重度の認知症や寝たきり状態の場合に、いつでも利用者は主意的・明示的であるとは限らないからである。いたずらに指標化を求めれば、ニーズ分析は自ずと因果論的に因子の寄せ集め（モザイク）にならざるを得ず、利用者の本音から次第に遠ざかることになり、いたずらに身体介護にその専門性を求めることになった。「介護の医療的行為」が看護・医療の領域と次第に摩擦を起こしはじめるのはおよそ不思議なことではない。

そもそも介護とは何を実現しようとしていたのか。たとえば、「食べたい」「食べる」と「食べさせる」との間にある溝は深く、「食べる主体」はいつでも「食べさせる客体」に早変わりするからである。このジレンマに対して、ICFは〈行為〉を〈過程〉に引き戻すことで、「食」の行為が食べる場面にものみ限定されないことを示した。すなわち、食べたいという気持ちに始まり、食材を求め、これを料理し、食べ終えて、後片付けを行うという一流れの過程である。食と介護が生活世界の広域にわたって関わり合っているという基本的な事実気づいたことは、一つの成果であった。

身体介護を相対化し、〈行為〉や〈関係〉に力点を置いた介護論を語るのには容易ではなかった。この時点でも、介護の客観的次元が強調されたからである。利用者の心性（主観的次元）はあくまでも介護関係から吹き出る泡のようなものでしかなかった。老いや病が描く実存は、あくまでも老いや病としての対象化つまりリアリティ（実在性）として実体化されていくことで認識可能であるという先入観が介護の臨床場面を縛っているのである。静止画としての他者へのまなざしが、老いや病をモノ化していると言えよう。

介護関係において、利用者は自己の身体がモノつまり分析的な情報源として現前していくことにおよそ馴染まない。介護関係のもつ相互性とは、介護される者の主観性や体験性に気づき、これを共有することである。そこに老いや病のアクチュアリティ（現実性）が顕わになるはずだからだ。食事（介助）とは、本来

的に利用者との相互行為であり、一方通行的な行為ではない。相互の「あいだ」において生まれてくる間身体的な志向性が「食」を成立させているのであり、栄養を補給して身体機能を保持するための客観的次元ではない。介護の臨床が成り立つ磁場がここにある。

6. おわりに一介護におけるICF一

介護が専門技術化していくにつれて一人歩きを始め、さらに健康や介護予防の概念が政策的に書き直されていくにしたがって、ICFはそのためのツール（道具）として活用されるようになった。客観化されていく身体像は、〈機能〉と〈構造〉に集約されることで、精緻な介護ニーズの分析が可能となった。〈活動〉や〈参加〉は、ベットを居場所とする場面から老いを少なからず解放することになった。ICFが導入されたことで、たとえヴァーチャル・リアリティであっても、老いや病を制度の求心力に載せることが可能となった。相半ばするその功罪は、いま介護の現場を混乱させている。介護の領域において、長く施設や病院において生きづらさや生活しづらさをも身体の中にしまい込んできた利用者は、ICFによってどのように変わっていくのであろうか。

援助の専門性からみれば、老いや病は援助や治療の対象としていつでも目的的で価値的であることは論を俟たない。〈活動〉や〈参加〉の概念をはじめとするICFの諸概念は、まさにそのように構成されているし、誤解を恐れずに言えば医療・介護のイデオロギー装置の一つなのである。

これを相対化するためには、老いや病をニュートラルな位置に戻し、〈行為〉と〈関係〉が切り結ぶ「時間の庭」（フッサール, E.）に共在する必要があるだろう。たえず流れいく生きられた時間において、利用者の行為（の東）と関係（の東）が織りなす絵模様を見つめていくまなざしが、介護関係において可能かどうか問われているからである。少なくとも「生活機能」コードに身体を滑り込ませて、心身の〈障害〉と生活機能の〈困難〉に人生を委ねていく弊害だけは避けねばならない。

紙幅もあり、その考察と展望は次の機会に委ねたい。

註

- 1) 大川弥生『介護保険サービスとリハビリテーションーICFに立った自立支援の理念と技法ー』中央法規, 2004年, 31頁。
- 2) 国立長寿研究センター『ICF: WHO国際生活機能分類の理解と活用（厚生労働科学研究成果等普

及事業)』(講演会資料), 2001年, 3頁。

- 3) 国立長寿研究センター, 同掲書, 2頁。
- 4) 世界保健機構(WHO)『国際生活機能分類－国際障害分類改定版－』中央法規, 2002年, 7～8頁。
本稿の考察の基本的資料は, 上記の文献に拠っている。事例等も含めて, ICFの概念を用いて, 介護の視点から批判的に分析していくことが本旨である。
- 5) 世界保健機構, 同掲書, 220～222頁。
- 6) 世界保健機構, 同掲書, 18頁。
- 7) 上田敏, 大川弥生, T. Bedirhan Ustun「WHO国際障害分類改訂に関する国際共同研究－特に『障害の主観的次元』の導入に関連して－」(平成11年度国際共同研究), 『ヘルス・リサーチ・ニュース29 (HRN-29)』ファイザーヘルスリサーチ振興財団, 2001年, 5頁。
- 8) 世界保健機構, 前掲書, 156～160頁。
- 9) 上田敏, 大川弥生, T. Bedirhan Ustun, 前掲書, 7頁。