

■カレントスピーチ

ICF：国際生活機能分類と高次脳機能障害

上 田 敏^{*,**}

要旨：2001年5月のWHO総会でICF：国際生活機能分類がICIDH：国際障害分類（1980）の改定版として採択された。これは第1には人が「生きる」こと、すなわち生活機能と、それが低下した状態である障害とを総合的に把握する概念枠組みとして、第2には国際的・学際的、また専門家と当事者との間の「共通言語」として作られたものであり、障害というマイナス面よりも生活機能というプラス面に着目し、かつ両者を生命・生活・人生の3レベルで把握するという優れた特徴をもち、今後、医学・医療、介護、福祉、その他、専門職が対象者・利用者にサービスを提供するあらゆる分野に大きな思想的・実質的な影響を与えるものである。本論文では、現在のわが国で医療・福祉・介護の行政の中にすでにICFの基本概念が相当程度にとり入れられていることを紹介し、ついでICFの特徴と分類の概要、コーディングの実際について述べ、高次脳機能障害の臨床への応用について論じた。

(高次脳機能研究 24(3)：244～252, 2004)

Key Words : ICF, 高次脳機能障害, 共通言語, 生活機能, 障害

ICF, higher brain dysfunction, common language, functioning, disability

はじめに

2001年5月の世界保健会議（WHO総会）でICF：国際生活機能分類が、ICIDH：国際障害分類（1980）の改定版として採択された（WHO 2001）。これは第1には人が「生きる」こと（生活機能）と、それが全体的に困難になった「障害」状況とを総合的に理解し把握する概念枠組み（frame of reference）として、また第2には国際的・学際的な、そして専門家と当事者（患者・障害者・家族）との間の「共通言語」として作られたものである。これは今後、医学・医療、介護、福祉、その他、専門職が対象者・利用者（client）にサービスを提供する（そしてそのためには総合的な理解が不可欠な）あらゆる分野に大きな思想的・実質的な影響を与えるものであると考えられる。

以下ICFが高次脳機能障害をもつ患者の理解とマネジメントにどのように役立つか、どう生かすかについて、種々の角度から検討を加えた

い。

I. 医療・福祉・介護における
ICFの今日的意義

現在のわが国では医療・福祉・介護の行政の中にすでにICFの基本概念が相当程度にとり入れられている。以下2, 3の例を示す。

1. 障害者基本計画

2002年12月24日に閣議決定され、2003年度から10年間を対象とする「障害者基本計画」では、障害者施策の基本的方向を定めた第3章「4つの横断的な視点」において、視点の第3として「障害の特性を踏まえた施策の展開」をあげ、その中で「個々の障害に対応したニーズを的確に把握し、障害の特性に応じた適切な施策を推進する」ために、ICF（国際生活機能分類）について「障害の理解や適切な施策推進等の観点からその活用方策を検討する」としている。

2. 介護報酬と診療報酬

2003年の介護報酬改定では、全体的には抑制

*日本障害者リハビリテーション協会 〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1

**国際生活機能分類日本協力センター

受稿日 2004年7月7日

2004 年 9 月 30 日

(245) 45

された中で、リハビリテーション（以下リハと略す）に関しては多数の新しい施策が打ち出されたが、そこでも ICF 概念がひろく取り入れられたことが目立った（介護保険におけるリハビリテーションのあり方検討委員会 2003）。

1) リハビリテーションの定義

たとえば介護療養型医療施設について次のようなりハの定義が与えられた。すなわち「リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるもの」（下線は引用者）であるが、この「生活機能」、「活動」は後述するようにいずれも ICF 用語である。

この定義は、リハが、しばしば誤って理解されているように「心身機能」のみの改善をめざすものではなく、「活動」と「参加」を含めた包括的な「生活機能」全般の向上を目的とするものであり、その中ではとくに実用的な「活動」の向上が中核を占めるという考え方を明確に示しており、画期的な定義というべきである。

2) 「活動」向上訓練（「している“活動”」と、「できる“活動”」の重視）

もう 1 つの大きな特徴は ADL 訓練をはじめとする「活動」向上訓練の重視である。

たとえば介護療養型医療施設の日常生活訓練加算では、「実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、訓練室以外の病棟等（屋外を含む）において、実用歩行訓練・活動向上訓練等が行われた場合に限り算定できる」とされており、さらに「当該訓練により向上させた諸活動の能力については、入院中において、つねに看護師等により入院中および退院後の日常生活における実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である」と定められている（下線は引用者）。

これもきわめて重要な点であり、ICF において「活動」が「実行状況」と「能力」の 2 つの面から評価されることをふまえた規定である。これはわれわれが以前から提唱してきた「している活動」と「できる活動」に対応するものであり、

「活動」向上訓練にはこの両面への働きかけが連携して行われることが不可欠なのである。

3) 診療報酬改定（2002）

実はすでに医療保険でも 2002 年の診療報酬改定において、理学療法・作業療法の早期リハ加算に加えて「病棟等において早期歩行・ADL 等の自立等を目的とした」訓練を行った場合の加算の要件として、上記 2) とほとんど同文の規定が設けられている。すなわちここに見るような ICF の概念の社会保険への導入はすでに前年から医療保険で始まっていたものであり、それが今回介護保険についてより大規模に行われたのである。

4) リハビリテーション（総合）実施計画書

介護報酬の改定で訪問リハ、通所リハの個別リハ加算、介護老人保健施設のリハ機能強化加算について「リハビリテーション実施計画書」が設けられ、また介護療養型医療施設のリハ計画加算における「リハビリテーション総合実施計画書」が改定された（リハビリテーション（総合）実施計画書の書き方検討委員会 2003）（以下この両者をあわせて「リハ（総合）実施計画書」と略す）。

これらはいずれも縦軸は ICF の生活機能構造に立って、上から「参加」、「活動」、「心身機能」（「リハ実施計画書」では前 2 者のみ）となっており、横軸は目標づくりのための評価となっている。なお、横軸にも「活動」については能力：「できる“活動”」と実行状況：「している“活動”」とを区別し、さらに「する“活動”」（活動レベルの目標、すなわち将来の実行状況）の欄が設けられており、ここでも ICF の概念が活用されている。

なお、医療保険でもすでに 2002 年の診療報酬改定において「リハビリテーション実施計画書」が早期リハ加算についての、また「リハビリテーション総合実施計画書」が回復期リハ病棟の、それぞれの要件となっている。これらの計画書は様式は介護保険のものとはやや異なるが、ICF の基本概念に立っていることは同じである。

3. 高齢者リハビリテーション研究会報告

2003 年 7 月に厚生労働省老健局長の私的研究会として発足した高齢者リハビリテーション研究会（座長：上田 敏）は、2004 年 1 月に報告書

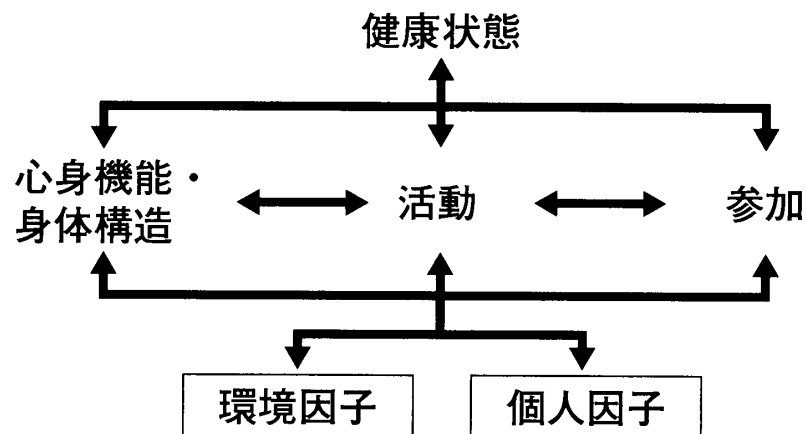


図1 ICF（国際生活機能分類）の生活機能構造モデル

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」をとりまとめた（高齢者リハビリテーション研究会2004）。これは「リハビリテーションは生活機能の向上が目的」としたことをはじめ、ICF概念を骨格としてリハのあるべき姿を描いている。この路線はリハはもちろん、今後の医療・介護（いわゆる「介護予防」やケア・マネジメントを含む）全般に大きな影響を与えるものと思われる（この部分は学会講演後のことであるが、重要なので追加した）。

II. ICFの背景と特徴

1. 国際障害分類（ICIDH）から国際生活機能分類（ICF）へ

ICFのフルネームはInternational Classification of Functioning, Disability and Health, すなわち「生活機能、障害および健康の国際分類」であるが、英語でも日本語訳でも略称（ICF、国際生活機能分類）を用いることとしている。

1980年のICIDHは、国連の国際障害者年世界行動計画（1981）にその基本概念が採用されるなど、障害関連の事業に大きな影響を与えた。とくに障害の階層構造（3レベル）を明らかにした点は画期的であった。

今回の改定は、1980年以來の20余年間の障害（生活上の不自由・不利益）および障害のある人（障害者）をめぐるさまざまな状況や考え方の変化を受けてなされた根本的な改定である。この改定は、障害に関係するすべての人の「共通言語」

をめざして、広く世界各国の協力、専門家と障害当事者との協力によって約10年間の歳月をかけて実現したものであり、われわれも民間の組織として「ICF日本協力センター」をつくり、年次改定会議の東京開催（1998）をはじめ積極的に参加した。

2. ICFの特徴

ICFの生活機能構造モデルを図1に示し、生活機能の3レベルの特徴を表1に示す。

1) 「生活機能」という包括用語

ICFを理解するには、まず「生活機能」を正しく理解しなければならない。「生活機能」とはFunctioningの訳で、ICFの基本概念である「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の3レベル（階層）のすべてを含む「包括用語」である。すなわち人が「生きる」ことのプラス面の3レベル（生物レベル、生活レベル、人生レベル）のすべてを表すものである。

これに対応するのが「障害」（Disability）であって、これも3レベル（「機能障害（構造障害を含む）」、「活動制限」、「参加制約」）からなるマイナス面の包括用語である。

2) プラスを重視

ICIDHでは「機能・形態障害」「能力障害」「社会的不利」というマイナス面の用語であったものが、ICFではすべてプラスの用語に変わった。これは単なる用語の言い換えではなく、障害のある人をみる場合にその障害（マイナス面）だけをみるのではなく、その人のもつプラスの面を重視

表 1 生活機能の各レベルの特徴

心身機能・身体構造 生物レベル (生命レベル)	活 動 個人レベル (生活レベル)	参 加 社会レベル (人生レベル)
* 体の働きや精神の働き、また体の一部の構造のこと。	* 生きていくのに役立つさまざまな生活行為のこと。 目的をもったまとまりのある行為であり、日常生活活動(ADL, コミュニケーションを含む)をはじめ、仕事、家事、交際、趣味、スポーツ、社会参加などに必要な多くの行為を含む。	* 社会的な出来事に関与したり、役割を果たしたりすること。 たとえば仕事での役割、主婦の役割、家族の一員としての役割、趣味・スポーツなどへの関与、地域社会(町内会や交友関係)の中での役割、その他いろいろな社会の中での役割。

すべきだという、この 20 年余の間に世界的に広まった思想を背景にしている。これは考え方の根本的な転換であるが、マイナスを軽視することではなく、逆にプラスに着目することでマイナスのとらえ方そのものを深めることができることを意味している。

これに関連して、ICIDH では「疾患・変調」であったものが「健康状態」と変わった。これも単なる名称変更ではなく、妊娠、高齢、ストレスなど人が生きることに影響するすべてのものを含む非常に広い概念となった。

3) 階層論的認識枠組み

ICF が ICIDH から受け継いだ「遺産」は階層構造としての視点である。これは単純な階層(心身機能)の上により複雑な階層(活動)が乗り、そのまた上にさらに複雑な階層(参加)が乗るという「積み重ね構造」として、人が生きることのプラス面とマイナス面を把握することである。

このように「積み重ね構造」として試みるのが重要なのは、それぞれのレベル(階層)の間の「相互依存性」と「相対的独立性」を把握するためである。

「相互依存性」とは「互いに影響しあう」ということで、たとえば脳卒中(「健康状態」)のために右片麻痺(「機能障害」)が起こると、歩行不能、書字不能をはじめとした、ADL・家事・職業などの「活動」(生活行為の技能)の制限が起こってくる。これは「機能障害」が「活動制限」

を引き起こしたことである。そしてそのような状態では、たとえば職を失うこと(参加制約)も起こりがちである。こういう悪影響は心身機能から参加への方で起こるだけではなく、参加の制約(たとえば退職や転居)で外出しなくなり廃用症候群(生活不活発病)を起こすなど逆方向にも起こりうる。

しかし、階層間の関係がこれだけしかないと考えると、「半身が麻痺すれば職を失うのはやむを得ない」、そして「それを解決するには原因である麻痺を治すしかない」という、「基底還元論」におちいる。

実は大事なことはそれぞれのレベル(階層)には「相対的独立性」があって、他のレベルからの影響によって完全に決定されてしまうことはないということである。たとえば上の例であれば、リハビリ医療では麻痺の改善にも当然努力するが、それ以外に方法がないとはけっして考えない。下肢の麻痺が回復しないうちでも装具(短下肢装具、長下肢装具など)と歩行補助具(T 字杖だけでなく、より安定したウォーカーケインや四脚杖など)を使って実用歩行訓練をすれば数日で歩行自立することもまれではない。そして通念とは逆に、歩くこと自体が麻痺の回復を促進するのである。

またたとえば右手の麻痺の回復が不十分な場合でも左手での書字を訓練すれば十分実用的な書字は可能であり、それによって復職した教員、事務

表2 心身機能 [body function (b)] の大分類

1. 精神機能
2. 感覚機能と痛み
3. 音声と発話の機能
4. 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
5. 消化器系・代謝系・内分泌系の機能
6. 泌尿・性・生殖の機能
7. 神経筋骨格と運動に関連する機能
8. 皮膚および関連する構造の機能

中分類：98，小分類：212

職などは数えきれないことは言語聴覚士・作業療法士などにとっては常識である。その他の ADL も家事も、多くの職業上の活動も適切な指導・訓練を受ければ片手で行えるようになる。そのような「活動」レベルでの向上によって「参加」の向上（復職や主婦としての復帰）も可能である。これが活動レベルにおける相対的な独立性である。

4) 「活動」の評価は「実行状況」と「能力」の両面から

ICF では活動を「実行状況」と「能力」の両面から評価する。これはわれわれが以前から「している活動」と「できる活動」と名づけ、この両者の間には大きな差があり、両者を別個に評価し別個に働きかけることが重要だと提唱してきたものである。これが国際的な動向と一致したものであることができる。

5) 環境因子・個人因子の分類が加わる

ICF のもう 1 つの特徴として背景因子の導入がある。これは環境因子と個人因子からなり、障害（生活機能低下）の発生にもその克服のための働きかけにも大きな影響を与える。とくに環境因子には詳しい分類が作られた。

この環境因子とは普通考えられがちな支援機器、建築物、道路、交通機関などの物的環境にとどまらず、家族・介護者などの人的環境、社会の意識や態度、さらに法制度、行政や各種のサービス（医療、福祉、教育など）という社会的環境を含む非常に広いものである。すなわち ICF では医療・福祉・介護などのサービス自体も環境因子なのである。

個人因子とは、性別、年齢、ライフスタイル、価値観などであるが、今回は詳細な分類は見送ら

表3 身体構造 [structure (s)] の大分類

1. 神経系の構造
2. 目・耳および関連部位の構造
3. 音声と発話に関わる構造
4. 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造
5. 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造
6. 尿路性器系および生殖器系に関連した構造
7. 運動に関連した構造
8. 皮膚および関連部位の構造

中分類：40，小分類：104

れた。しかしこれが環境因子同様に生活機能、とくに活動（生活レベル）、参加（人生レベル）に大きく影響することはいうまでもない。

6) 相互作用モデル

ICIDH では矢印が疾患から機能障害と能力障害をへて社会的不利に向かうという一方向だけのものだったので、「ある病気があれば必ず機能障害や能力障害、そして社会的不利が起こってくるという運命論だ」という誤解を招きがちであった。ICF モデルは以上にあげたすべての要素が他のすべてと関係しあうという相互作用モデルである。しかもその関係のしかたには先に述べた相互依存性だけでなく相対的独立性があることを忘れてはならない。

III. コーディングの実際

ICF でもっとも重要なのは以上に述べた生活機能構造モデル（図1）に立って、対象者（患者・利用者）を総体的にとらえるということであり、分類自体は必要に応じて用いればよい。逆に分類のみを生活機能構造モデルに立たずに用いることは邪道である。モデルあつての分類であり、モデルと切り離れた分類には意味はないのである。

以下に分類を用いる（コーディング）時の要点を示す。

1. コードと評価点

1) コード

ICF ではすべての項目はローマ字 1 字と数字（1～5 字）との組み合わせで一定の内容を示し、これをコードという。ローマ字は心身機能は b (body), 身体構造は s (structure), 活動は a

表 4 活動と参加 [activity and participation (d*)] の大分類

*は domain (領域) の略

1. 学習と知識の応用
2. 一般的な課題と要求
3. コミュニケーション
4. 運動・移動
5. セルフケア
6. 家庭生活
7. 対人関係
8. 主要な生活領域 (教育・職業・経済生活)
9. コミュニティライフ・社会生活・市民生活
中分類: 100, 小分類: 174

表 5 環境因子 [environmental factor (e)] の大分類

1. 生産品と用具
2. 自然環境と人間がもたらした環境変化
3. 支援と関係
4. 態度
5. サービス・制度・政策
中分類: 64, 小分類: 103

(activity), 参加は p (participation), 環境因子は e (environmental factor) である。なお後に述べるように分類表では活動と参加とは共通リストをなし、仮に d (domain, 「領域」の略) をつけているが, d のままで用いることはなく, 必ず a (活動) または p (参加) のどちらかをつけて用いる。

数字は 1 字では章 (大分類, 第 1 レベル), 3 字で中分類 (第 2 レベル), 4 字で小分類 (第 3 レベル) を示す。たとえば,

大分類 a 3 コミュニケーション
 中分類 a 315 非言語的メッセージの理解
 小分類 a 3150 ジェスチャーの理解
 a 3152 絵と写真の理解

などである。

ごくまれには 5 字の細分類があることもある。また数字は不連続である (a 315 の前が a 310, 次が a 320 であるように) が, これは将来必要があれば新しい項目を追加するためである。

表 2, 表 3, 表 4, 表 5 に ICF の分類をいずれも大分類 (章別) まで示した。これだけでも ICF がいかに包括的であるかを見てとることが

できよう。

2) 評価点

ICF ではコードだけでは意味をなさず, 数字の後に点をつけて, その後に問題の程度を示す評価点 (表 6) をつけることではじめて意味をもつ。すなわち .0 はなんら問題がないこと (正常) を示し, .1 から数字が大きくなるほど問題が大きくなり, .4 で最大となる。この表の右に示したパーセントは問題の程度を概念的に示す目安である。

なお, 環境因子のみ評価点に + (プラス), - (マイナス) をつけて, 促進因子であるか阻害因子であることを示すことができる。

3) 活動と参加の共通リスト

ICF では活動と参加の分類が別々ではなく, 「活動と参加」の共通リストとなり, 仮に d の字で始まっているが, これは活動と参加には項目・分野名として共通するものが多く, 別々の分類にすると重複が多いからであり, けっして活動と参加との概念があいまいになったのではない。

4) 活動には「実行状況」と「能力」の 2 つの評価点がある

先に述べたように, ICF では活動の評価点に「実行状況 (performance)」と「能力 (capacity)」の 2 つが設けられた。具体的にはコードの後の少数点以下 1 桁目の評価点が実行状況, 次の 2 桁目が能力を示す。

2. コーディングの手順

もっとも実際的でかつ「見落とし」のないコーディングの方法は, 心身機能から始めるのではな

表6 共通評価点

xxx.0	問題なし（なし，存在しない，無視できる…）	0～4 %
xxx.1	軽度の問題（わずかな，低い…）	5～24 %
xxx.2	中等度の問題（中程度の，かなりの…）	25～49 %
xxx.3	重度の問題（高度の，極度の…）	50～95 %
xxx.4	完全な問題（まったくの…）	96～100 %
xxx.8	詳細不明	
xxx.9	非該当	

注：xxx はコード番号（ローマ字と数字）

表7 活動と参加の大分類チェックリスト（問題のある項目の「」にレを入れる）

<活動>		<参加>
「」a 5	セルフケア	
「」a 6	家庭生活	「」p 6
「」a 7	対人関係	「」p 7
「」a 8	教育・仕事・経済	「」p 8
「」a 9	社会生活・市民生活	「」p 9
「」a 3	コミュニケーション	
「」a 4	運動・移動	
「」a 1	学習と知識の応用	
「」a 2	一般的な課題と要求（教育・仕事・経済）	

く，①活動と参加の共通リストから始め，②大分類→中分類→小分類の順に問題のあるコードを同定していくことである。

その際まず表7のような大分類チェックリストを使って問題のある大項目を同定し，ついで問題のある項目について中分類のチェックリスト（略）を用い，最後に小分類に移るという手順がよいと思われる。

その後に③活動の実行状況と能力との差，活動と参加の差，そしてそれに関与する環境因子を確認し，④最後に以上と心身機能・身体構造との関連を見る，という手順がもっとも実践的である。

IV. ICF を高次脳機能障害の医療とリハビリテーションにどう活かすか

これまで述べた ICF の基本理念は時代の要請であり，すでに一部は医療保険，介護保険に取り入れられ，今後ますます臨床場面に浸透していくものと思われる。ここでは重要な点にしばって述

べたい。

1. 心身機能のみでなく，活動と参加を重視する総合的な把握を

「生命」レベルだけでなく，「生活」レベルと「人生」レベルに注目し，3レベルの間の関連をよく検討して総合的に把握する。その際，相互依存性も重要であるが，とりわけ相対的独立性を重視し活用することが必要である。

2. 個別的・個性的な目標・プログラムを

心身機能のみを重視すれば，生活・人生に関しては画一的なプログラムにおちいる危険が大きい。そのような画一的なプログラムでなく，本来個別的・個性的なものである生活と人生を重視した個別的・個性的な目標（「どのような生活・人生を創るか」という）を立て，その実現に向けて個別的・個性的なプログラムを実施することが重要である。

3. マイナス（障害）でなくプラス（生活機能）を重視

高次脳機能障害のある人を見る場合，そのプラ

2004 年 9 月 30 日

(251) 51

ス面（生活機能）との関連でマイナス面（障害）をとらえることが重要である。しかもその場合、いわゆる「残存機能」だけでなく、むしろ隠れているが適切な働きかけによって引き出すことのできる「潜在能力」を重視する必要がある。

高次脳機能障害の場合にも、たとえば失語では代替的・代償的コミュニケーション手段の活用、人的環境因子としての家族、友人、同僚などへの促進的技術の教育など、本人の基本的コミュニケーション機能を高めること以外にもプラスを増やす可能性はあると考えられる。またわれわれの経験からも左無視の患者のリハにおいて、潜在的な能力を発見し増進することは相当程度に可能である。

4. 「共通言語」によるチームワークと当事者との協力

ICF 概念、すなわち健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子の全体をとらえることが必要であるという理解を医療・福祉・介護などの専門家と患者・利用者・家族とが共通認識としてもつということが「共通言語」ということである。

これによってひとつには多数の専門職からなる医療（リハ医療はその典型である）における異なった専門職（たとえば医師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、ソーシャル・ワーカー、臨床心理士など）の間の共通認識に立った真のチームワークが促進される。

またこれによって患者・利用者の自己決定権の正しい発揮を専門家チームの専門性で支援することが促進される。

とくに医療保険・介護保険のリハではすでに「リハビリテーション（総合）実施計画書」が、

一方では関係する専門職の全員の協力で作成することとされ（チームワークの促進）、他方ではこれを用いて患者・家族に説明し、署名を受け、写しを交付する（十分な説明にもとづいた自己決定の促進）こととされており、上に述べたような役割を果たしつつある。

おわりに

最後に ICF 概念によってリハビリテーションの本質を言いあらわした言葉を紹介して結論に代えたい。

リハビリテーションとは、「心身機能」の
不自由を、生活上の「活動」で補い、
豊かな人生に「参加」すること。

（2003 年 12 月 4 日、第 27 回日本高次脳機能障害学会で発表した原稿に加筆した。）

文 献

- 1) 介護保険におけるリハビリテーションのあり方検討委員会、編著：介護保険におけるリハビリテーション—平成 15 年度介護報酬見直しを中心に—, 2003.
- 2) 高齢者リハビリテーション研究会：高齢者リハビリテーションのあるべき方向, 社会保険研究所, 2004.
- 3) リハビリテーション（総合）実施計画書の書き方検討委員会、編著：リハビリテーション（総合）実施計画書を上手に使いこなす法（含：記入例）, 2003.
- 4) WHO：ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001（障害者福祉研究会、編：ICF：国際生活機能分類—国際障害分類改定版—, 中央法規, 東京, 2002）.

■Abstract

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and higher brain dysfunction

Satoshi Ueda^{*,**}

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) was approved by World Health Assembly in 2001 as the revision of ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, 1980). Its purpose is firstly to provide a frame of reference to understand a person's life comprehensively, and secondly to be utilized as the 'common language' internationally and inter-disciplinarily, and also between professionals and people with disabilities. ICF has the advantage that it focuses onto the positive aspects (functioning) of the people with disabilities rather than their negative aspects (disability) and looks upon them both in three different levels (body functions/structure, activity and participation ; and impairment, activity limitation and participation restriction). This article deals with the introduction of the ICF model to the present National Health Insurance and National Long Term Care Insurance ; the characteristics of ICF ; the construction of its classifications ; coding process ; and finally its application to the clinical practice of higher nervous activity dysfunctions.

*Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities. 1-22-1, Toyama, Shinjuku ku, Tokyo 162-0052, Japan

**Japan ICF Collaborating Center