

# 脳外傷後の高齢者における長期集学的リハビリテーションの効果 ～Functional Independence Measureによる評価～

かがわ総合リハビリテーション病院 診療部 脳神経外科医師 河井 信行

キーワード： 脳外傷後遺症、集学的リハビリテーション、高齢者、FIM

## 要 旨

目的：脳外傷における高齢者の割合は徐々に増加している。この研究では、脳外傷後の入院による長期集学的リハビリテーション（注1）の効果における加齢の影響を検討した。

対象と方法：脳外傷後に身体および認知機能障害を呈した63名を対象とした。患者を4つの年齢群（24歳以下、25～44歳、45～64歳、65歳以上）に分け、それぞれの群における臨床的特徴とリハビリテーションの効果と比較した。機能障害の状態は運動および認知Functional Independence Measure（以下FIMと略す、注2）を用いて評価した。リハビリテーションの効果は入院中のFIM利得（注3）を用いて評価し4つの年齢群で比較した。

結果：4つの年齢群で運動および認知FIMの利得に統計学的な有意差を認めなかった。65歳以上の一部では認知FIMの利得が限られていたが、入院時の認知機能検査では認知FIMの改善を予測することは困難であった。

考察とまとめ：これらの結果から高齢者脳外傷患者において、生物学的年齢はリハビリテーションの効果予測するには不十分で、高齢者脳外傷患者も集学的リハビリテーションプログラムの対象者とすべきである。更なるデータの蓄積によるリハビリテーションの効果の正確な予測は、高齢者脳外傷患者に対するリハビリテーション資源の有効的活用にとって重要である。

## 1. はじめに

全世界的に高齢者の人口に占める割合が増加しており、特に日本ではその傾向が顕著である。近年の人口統計によれば、2017年度に65歳上の高齢者が総人口に占める割合は28%であり、2030年にはその割合がおよそ32%となると推測されている。人口の高齢化に伴い、脳外傷における高齢者の割合が増加しつつある。一般的に、高齢者の脳外傷患者は高い死亡率や合併症率、若年者と比較して回復が遅延し、機能面、認知面、運動面での機能予後が不良である。

脳外傷に対するリハビリテーションは、臨床面でも研究面でも急速に注目されている分野である。脳外傷後の患者において年齢はリハビリテーションの効果に負の影響を与える。入院によるリハビリテーションを受ける患者の研究においてFunctional Independence Measure（FIM）は、患者の身体的、認知的障害度を評価する測定法として頻繁に用いられている。高齢者の脳外傷患者は若年者と比較して、リハビリテーション施設への入院時および退院時FIM、さらに入院中のFIMスコアの変化（FIM利得）が有

意に低値である。米国においては入院リハビリテーションの期間は短く、一般的に30日以内である。それに加え、欧米では高齢者脳外傷患者が集学的リハビリテーションを受けることは若年者に比べて少なく、入院によるリハビリテーションによる機能獲得も限られている。また高齢者脳外傷患者が、急性期病院やリハビリテーション病院から自宅に帰る割合も低い。そのため、これまでの欧米からの報告は、現在の日本における脳外傷患者のリハビリテーションの状況を的確に反映しておらず、特に高齢者脳外傷患者における機能予後改善に対する長期リハビリテーションの効果の評価するために用いることはできない。

この研究において、我々は長期集学的リハビリテーションが脳外傷後の身体および機能障害に及ぼす効果を異なる年齢群において比較することで、加齢の影響を明らかにした。また、高齢者脳外傷患者における入院時の認知機能検査によりリハビリテーションの効果が予測できるか否かを検討した。この研究から得られる情報は、高齢者脳外傷患者における入院による長期

集学的リハビリテーションプログラムの効果を予測し、リハビリテーション資源の有効的活用には有用と思われる。

## 2. 対象と方法

### 【対象及び倫理的配慮】

2013年4月から2020年3月までの期間に脳外傷後の身体、認知機能障害を主症状としてかがわ総合リハビリテーション病院に入院した患者を対象とした。患者は、7カ所の脳神経外科病院より紹介され、脳外傷あるいは脳神経外科的手術より2カ月以内に入院となった。1) リハビリテーションの期間が30日以内の症例、2) 既存の神経筋疾患や中枢神経疾患を有した症例、3) 入院期間中、終始重度の身体障害（ほぼ寝たきり）を有していた症例は、今回の対象から除外した。本後ろ向き研究にあたって患者データを用いることは、かがわ総合リハビリテーション病院の倫理委員会により承認を得て（承認番号20004）、個々の患者から承諾書を得ることは免除された。

### 【研究デザイン】

患者背景は、紹介状や添付された画像所見、さらに必要に応じて電話照会により得た。受傷から入院までの期間、リハビリテーションの期間、Mini-Mental State Examination (MMSE) を用いた入院時の認知機能検査、入院時と退院時のFIM、退院時の向精神薬の使用の有無、退院先（自宅あるいはその他の施設）に関する情報は、入院診療録、リハビリテーション記録、退院時サマリーなどから得た。

患者は、4つの年齢群（24歳以下、25～44歳、45～64歳、65歳以上）に分け、それぞれの群における臨床的特徴とリハビリテーションの効果を比較検討した。

### 【入院リハビリテーションプログラム】

リハビリテーションプログラムは、World Health Organization（世界保健機構）のInternational Classification of Functioning, Disability and Health (ICF、国際生活機能分類、注4) の枠組みに沿って開発されたチームアプローチを基に構成された集学的入院プログラムとして施行した。脳外傷患者に対しては以下の特別な治療目的が設定された。歩行・バランス訓練、全身の筋力向上、装具や歩行補助具への習熟、上肢の巧緻性訓練、安全な嚥下、機能的な発声と発声技術の向上、日常生活活動の自立、認知行動介入である。必要に応じて性格の変化と問題行動をコントロールする薬剤が試みられた。

### 【Functional Independence Measure : FIM】

機能障害はFIMを用いて測定した。FIMは、6つのドメイン（領域）を評価し、運動と認知の2

つの下位尺度に分類される18のアイテムで構成されている。運動の下位尺度は、13のアイテムと4つの運動ドメインで構成されている。セルフケア（食事、整容、上衣、下衣）、排せつ管理（トイレ動作、排尿管理、排便管理）、移乗（ベッド/椅子/車椅子、トイレ、入浴/シャワー）、運動（歩行/車椅子、階段）である。認知の下位尺度は、5つのアイテムと2つの認知ドメインで構成されている。コミュニケーション（理解、表出）、認知（社会的交流、問題解決、記憶）である。運動、認知アイテムは、それぞれの自立度に従い1～7に点数を付けられ、合計FIMは18点（完全介助）から126点（完全自立）となる。FIMスコアは、入院リハビリテーション中は毎月評価された。退院時FIMと入院時FIMの差がFIM利得として表される。

### 【統計解析】

すべての統計解析は、自治医科大学埼玉医療センターにより提供されるEZR version 1.40を使用して行った。定量値は、平均±標準偏差により表し、定性値は数と個々のカテゴリーの割合で表した。初期のGlasgow Coma Scale (GCS)、MMSEを用いた入院時の認知機能、入院期間、FIMスコアなどの定量値は、ほぼ正規分布を示しており、4つ年齢群間の比較は1元配置分散分析 (one-way ANOVA) を行い、多群間の比較はチューキー (Tukey) 検定した。入院時のMMSEとFIMの相関関係は、線形回帰分析により検討した。入院時の認知FIMとMMSEが入院中のFIM利得を予測できるか否か見当は、Receiver Operating Characteristic (ROC) 解析を用いて行った。退院先（自宅、他の施設）、向精神薬の使用の有無などの定性値は、カイ2乗検定を用いて比較した。

## 3. 結果

データ収集期間に脳外傷後に身体および認知機能障害を呈し、リハビリテーション目的にて当院に入院した患者は70名あった。そのうち、入院期間が短い3例、入院中寝たきり状態が続いた2例、既存の神経筋疾患や中枢神経疾患を有していた2例（筋緊張性ジストロフィー、歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症）の計7名は対象から除外した。入院期間が短かった3例のうち1例は高度の精神症状、1例はリハビリテーションを拒否、1例は入院後急速に改善したことがその理由であった。最終的に63名がこの研究対象になった。彼らは全例、受傷前は自宅において自立した生活を送っていた。

患者の背景と臨床的特徴を表1に示す。全体として、平均年齢は47.1 ± 22.7 (9～87歳)、55例 (87.3%) が男性であった。14例が24歳以下群

(平均年齢：16.6 ± 3.7)、15例が25-44歳群(平均年齢：34.5 ± 7.0歳)、15例が45-64歳群(平均年齢：54.9 ± 6.6歳)、19例が65歳以上群(平均年齢：73.3 ± 7.4歳)に分類された。65歳

以上のうち14例(73.7%)は、高血圧や糖尿病などの既往症を有していた。受傷原因は、35例(55.6%)が交通事故、28例(44.4%)が転倒・転落事故であった。24歳以下群では全例交通事故が原因であり、65歳以上では転倒・転落の占める割合が多かった(63.2%)。

表1

Table 1. Demographic data and clinical characteristics in the 4 age groups.

	overall (n=63)	age ≤24 (n=14)	age 25-44 (n=15)	age 45-64 (n=15)	age ≥65 (n=19)
Age	47.1 ± 22.7	16.6 ± 3.7	34.5 ± 7.0	54.9 ± 6.6	73.3 ± 7.4
Males	55 (87.3%)	13	13	14	15
Medical comorbidities	22 (34.9%)	1	0	7	14
Motor vehicle accident	35 (55.6%)	14	7	6	6
Glasgow Coma Scale	8.9 ± 3.1	7.9 ± 2.7 <sup>a</sup>	7.8 ± 2.9 <sup>a</sup>	9.0 ± 3.5 <sup>a</sup>	12.4 ± 2.2 <sup>*</sup>
TBI severity					
severe (GCS 3-8)	27 (42.9%)	8	10	7	2
moderate (GCS 9-12)	22 (34.9%)	6	5	5	6
mild (GCS 13-15)	14 (22.2%)	0	0	3	11
TCDB classification (only severe TBI patients)					
diffuse injury	13	4	5	2	2
focal injury	14	4	5	5	0
Hematoma removal	23 (36.5%)	6	6	7	4
TTM	10 (15.9%)	2	5	3	0
ICP monitoring	10 (15.9%)	4	4	2	0
Admission delay (days)	43.1 ± 12.6	45.6 ± 11.7	47.7 ± 10.1	41.3 ± 11.7	38.9 ± 14.8
Rehabilitation days	109.9 ± 46.4	105.0 ± 36.7	115.0 ± 47.4	119.6 ± 47.1	101.8 ± 52.7
Antipsychotic drugs	18 (28.6%)	3 (21.4%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)	6 (31.6%)
Home discharge	40 (82.5%)	14 (100%)	13 (86.7%)	12 (80%)	13 (68.4%)

TCDB: Traumatic Coma Data Bank, TTM: targeted temperature management, ICP: intracranial pressure

\* The initial GCS score in the age ≥65 group was significantly higher compared with those in the younger groups (<sup>a</sup> P<0.001).

【急性期治療】

急性期治療に関する情報を表1に示す。初期GCSは、24歳以下群では7.9 ± 2.7、25-44歳群では7.8 ± 2.9、45-64歳群では9.0 ± 3.5、65歳以上群では12.4 ± 2.2であった。65歳以上群の初期GCSは、他の非高齢者群に比較して有意に高かった (P<0.001)。

【入院リハビリテーション】

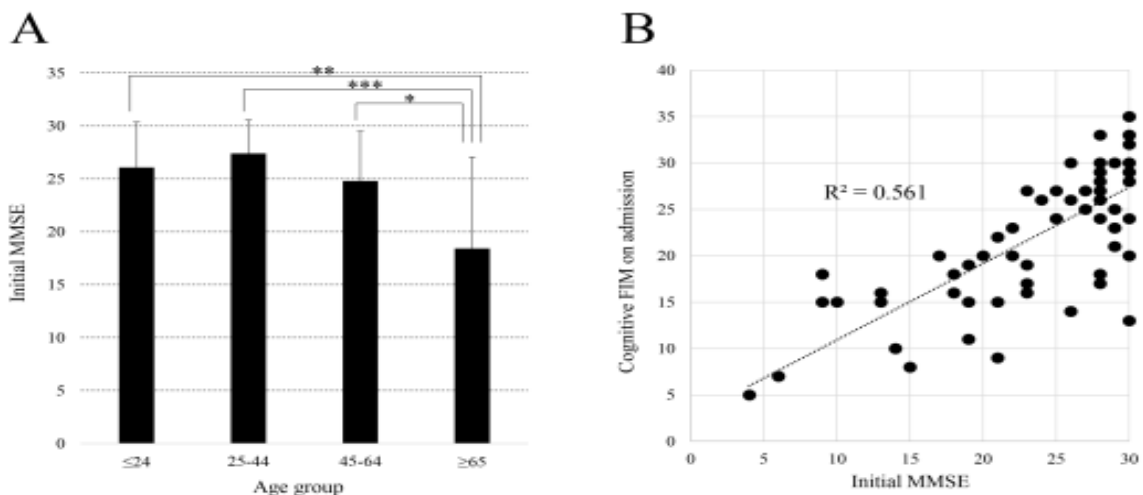
入院リハビリテーションに関する情報を表1に示す。受傷から入院までの期間や入院リハビリ

テーションの期間は、4群間に有意差を認めなかった。

【入院時認知機能検査】

MMSEは入院初期に全例において施行された。入院時MMSEは、24歳以下群では26.1 ± 4.3、25-44歳群では27.4 ± 3.2、45-64歳群では24.8 ± 4.7、65歳以上群では18.4 ± 8.6であった。65歳以上群の入院時MMSEは、他の群に比較して有意に低かった (図1A)。また入院時MMSEは、入院時の認知FIMスコアと有意な相関関係を認めた (図1B、R<sup>2</sup>=0.56、P<0.001)。

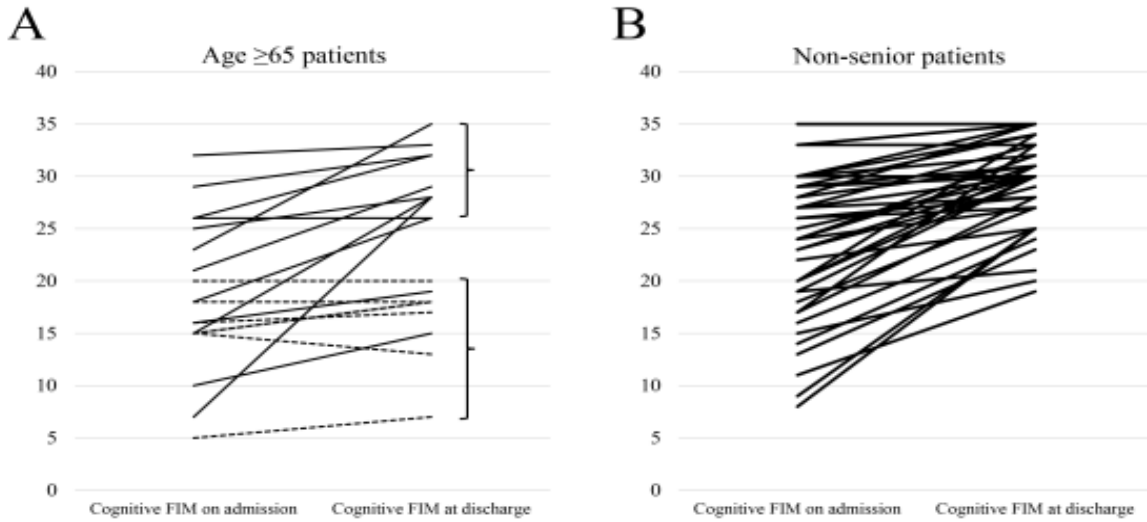
図1



**【認知FIMスコアの変化】**

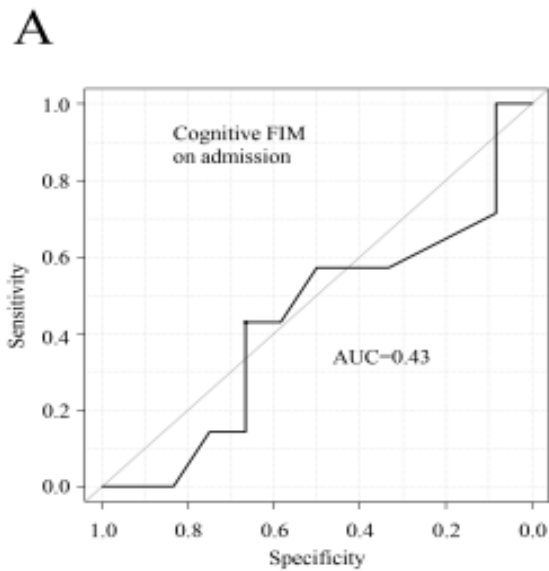
表2に4群における入院時、退院時認知FIMスコアとリハビリテーションによる認知FIM利得を示す。リハビリテーションによる認知FIM利得は、24歳以下群では $5.6 \pm 5.3$ 、25-44歳群では $5.7 \pm 4.4$ 、45-64歳群では $6.2 \pm 4.9$ 、65歳以上群では $4.7 \pm 5.6$ であった。認知FIM利得は、4群間において有意差を認めなかった。

図2



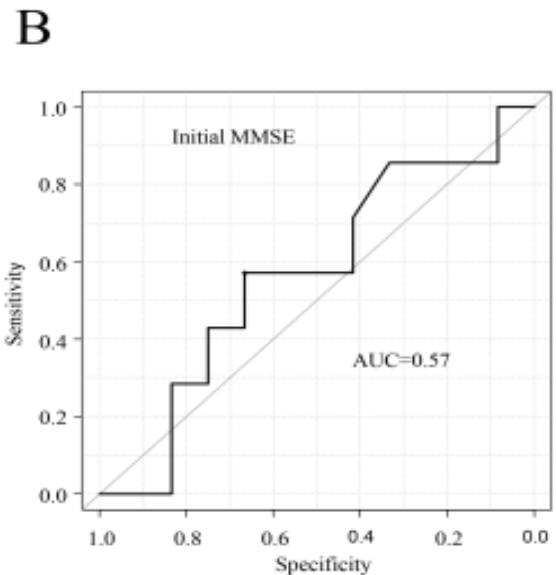
65歳上群においてリハビリテーションによる認知FIM利得が5以上の症例を良好群とすると7例が良好群、12例が非良好群であった。ROC解析では入院時認知FIMスコアから良好群と非良

図3



個々の患者における認知FIM利得を調べたところ65歳以上の19例中9例において改善が無かつたかわずかな改善であったが、その他10例においては有意な改善が得られたか入院時より高い認知FIMスコアであった(図2A)。一方、非高齢者群においては、ほぼ全例に有意な改善が得られたか入院時より高い認知FIMスコアであった(図2B)。

好群を予測することは困難であった (area under the curve 0.43、図3A)。同様に入院時MMSEスコアから良好群と非良好群を予測することは困難であった (area under the curve 0.57、図3B)。



### 【運動FIMスコアの変化】

表2に4群における入院時、退院時運動FIMスコアとリハビリテーションによる運動FIM利得を示す。リハビリテーションによる運動FIM利得は、24歳以下群では17.1 ± 21.0、25-44歳群で表2

は21.6 ± 15.1、45-64歳群では13.5 ± 10.4、65歳以上群では20.7 ± 13.4であった。運動FIM利得は、4群間において有意差を認めなかった。

**Table 2.** Cognitive and motor FIM scores on admission, at discharge, and gain during rehabilitation in the 4 age groups.

	age ≤24 (n=14)	age 25-44 (n=15)	age 45-64 (n=15)	age ≥65 (n=19)
<b>Cognitive FIM score</b>				
on admission	23.6 ± 8.3	24.9 ± 7.2	23.3 ± 6.0	18.5 ± 7.2
at discharge	29.1 ± 5.0 <sup>a</sup>	30.6 ± 4.8 <sup>b</sup>	29.3 ± 3.0 <sup>a</sup>	23.3 ± 7.9 <sup>*</sup>
gain	5.6 ± 5.3	5.7 ± 4.4	6.2 ± 4.9	4.7 ± 5.6
<b>Motor FIM score</b>				
on admission	69.5 ± 25.3 <sup>c</sup>	66.9 ± 18.9 <sup>b</sup>	71.8 ± 15.6 <sup>c</sup>	39.2 ± 20.6 <sup>**</sup>
at discharge	86.8 ± 6.9 <sup>c</sup>	88.5 ± 5.4 <sup>c</sup>	85.3 ± 10.6 <sup>c</sup>	60.7 ± 25.7 <sup>***</sup>
gain	17.1 ± 21.0	21.6 ± 15.1	13.5 ± 10.4	20.4 ± 13.4

\* The cognitive FIM score at discharge in the age ≥65 group was significantly lower compared with those in the other groups. (<sup>a</sup>  $P < 0.05$ , <sup>b</sup>  $P < 0.01$ )

\*\* The motor FIM score on admission in the age ≥65 group was significantly lower compared with those in the other groups. (<sup>b</sup>  $P < 0.01$ , <sup>c</sup>  $P < 0.001$ )

\*\*\* The motor FIM score at discharge in the age ≥65 group was significantly lower compared with those in the other groups. (<sup>c</sup>  $P < 0.001$ )

### 【退院先と退院時の向精神薬服用】

24歳以下群の全例、25-44歳群の15例中13例(86.7%)、44-64歳群の15例中12例(80%)、65歳以上群の19例中13例(68.4%)が自宅に退院した(表1)。自宅退院に至らなかった症例は、療養病院、介護施設、老人保健施設などに退院となった。65歳以上群は、非高齢者群と比較して自宅外に退院となることが多かったが、有意差は無かった( $P=0.12$ 、カイ2乗検定)。

24歳以下群の14例中3例、25-44歳群の15例中5例、44-64歳群の15例中4例、65歳以上群の19例中6例において興奮や異常行動をコントロールする目的で向精神薬(主にリスペリドン、クエチアピン)が退院時に投与されていた(全体では63例中18例、28.6%、表1)。65歳以上群と非高齢者群と比較して退院時の向精神薬の投与の有無に関して有意差を認めなかった( $P=0.89$ 、カイ2乗検定)。興味深いことに65歳以上群で退院時に向精神薬が投与されていた6例全例においてリハビリテーションによる認知FIM利得が5以下の非良好群であった(図2B、点線)。

## 4. 考察

この研究は、脳外傷後遺症に対する入院による長期集学的リハビリテーションの身体および認知機能改善に対する年齢の影響を明らかにするために行われた。我々は、この研究において

リハビリテーションの効果をFIMにて評価した。FIMは、リハビリテーションの分野では広く用いられており、いくつかの機能ドメイン(領域)を包括し、合計スコアや運動および認知項目に分けたスコアにて評価される。従来までの研究では、機能的自立度を評価するために合計スコアを用いることに疑問が呈されているが、リハビリテーションプログラムの目標設定や日常生活における介助度の客観的評価、リハビリテーションにおける改善度の追跡に有用とされている。認知機能障害は、脳外傷後には一般的にみられ入院リハビリテーションの效果に悪影響を与えるものであり、認知能力を早期に評価することはリハビリテーションにおける標準的な評価の一部として必須のことである。脳外傷患者において認知面を早期に評価することは、実臨床においてリハビリテーションに対する患者の潜在能力を同定し、治療の現実的なプランの作成に必要である。我々は、この研究では入院時認知機能評価としてMMSEを用いたが、この検査法は簡便で、重度の認知機能障害患者においても測定可能である。入院時の認知FIMとMMSEの相関係数は0.56であり、両者は概ね類似性があり構成概念妥当性があると考えられる。

いくつかの研究により、年齢は脳外傷後の長期の後遺症やリハビリテーションの效果に負の影響を与えることが知られている。ある研究では、高齢患者(55歳以上)はFIMの改善率が低いことが示されている。また1,419人の多施設研

究において、65歳上の高齢者は脳外傷の程度がより軽症で、急性期病院での入院期間がより短く、入院リハビリテーションを受ける時間が短く、機能改善が不良であることが報告されている。さらにGrahamらは大規模な前向き研究において、高齢者（65-95歳）は入院期間がより短く、退院時のFIMスコアが低く、在宅医療サービスが多く必要であることを示した。それらの研究から、高齢者は若年者に比較してより少ない集中リハビリテーションを受け、そのため機能改善が不良であることが危惧される。一方で、年齢がリハビリテーションに及ぼす影響に関して逆のエビデンスも示されている。つまり、最近の研究によれば脳外傷を含めた後天的脳損傷を受けた高齢者においても入院リハビリテーションは一般的に有益であるとするものである。若年者に比較して高齢者の機能改善はしばしばゆっくりで、長期間要するものではあるが、脳外傷の重症度を補正すると、若年者と高齢者において全体的な機能改善には有意差が無かったとの報告もみられる。今回の我々の研究結果は、これらの報告と概ね合致するものであり、高齢者脳外傷患者においても若年者と同程度に意味のある身体および認知機能の改善が示された。

今回の研究では、高齢脳外傷患者（65歳以上）は急性期病院に入院時のGCSが若年者に比較してより高値であり、脳外傷そのものはより軽症であった。これは、高齢者における脳外傷が主に非高エネルギー損傷の転倒（63.2%）が原因であったためと考えられる。このことは、近年高齢者において転倒が最も一般的な原因としてその数が増加している報告と合致している。65歳以上の高齢者においては脳外傷の重症度がより軽症であるにも関わらず、受傷から入院までの入院までの期間には高齢者と若年者の間に有意な差を認めなかった。脳外傷患者において早期のリハビリテーションがより安価で良好な回復を示し、入院期間が短いことが知られている。しかし、高齢者においては、既存疾患や急性期治療における合併症の発生率が高いことが入院までの期間に差がなかった理由と考えられる。高齢者におけるこれらの問題により脳外傷そのものはより軽症であったにも関わらず、入院リハビリテーションを開始するまでにより長い時間を要したものと思われる。

この研究において、高齢者の脳外傷患者は入院時MMSEで評価した認知機能が有意に低かったが、認知FIMの利得には年齢による有意差は認められず、高齢者においても入院リハビリテーションにより意味のある認知機能が獲得できることが示された。しかし、認知FIMの改善は高齢者の脳外傷患者の一部では限られていた。しかし入院時の認知FIMやMMSEは入院による

FIM利得の指標とはならなかった。65歳上の高齢者の19人中14人（73.7%）において高血圧や糖尿病などの既存疾患を有しており、脳外傷時の既存疾患の重症度がリハビリテーション病院入院時および退院時の機能的自立度と関連することが知られている。さらに、65歳以上で認知機能改善が不良であった9人中6人において精神症状に対する向精神薬が投与されていた。以前の研究で、入院リハビリテーション中に脳外傷患者の約25%が何らかの向精神薬が投与され、それらの薬剤は覚醒度を下げ、特に高齢者においては改善に負の影響を与える可能性がある。

今回の研究には、いくつかの問題点が存在する。一つ目は、従来までの多施設前向き研究に比較して症例の少なさである（63症例）が、我々の症例は急性期病院から脳外傷のタイプやどの様な急性期治療が行われたかなど詳細な医療情報が得られており、彼らは単一施設においてかなりの期間、一定に設定された入院リハビリテーションを受けている。さらに今回の結果は以前に報告された脳外傷患者に対する大規模な研究結果と概ね合致している。二つ目は、脳外傷研究の主要評価項目としてFIMを用いても脳外傷における複雑で多元的かつ変化する性質を的確に捉えられないとの認識が高まっていることである。さらに、認知FIMスコアの満点を取るために患者に要求されることは、分かりやすく流暢に会話でき、日々の問題を手助けなく解決でき、日課を覚えていることのみである。そのため、この評価法は容易に天井効果を示し、特に若年の脳外傷患者ではそうであり、若年者の優越性を示しがたいとされている。事実、今回の研究では、退院時において24歳以下群では14例中9例、25-44歳群では15例中10例において運動FIMスコアが満点（91点）であった。三つ目は、65歳以上群において我々のリハビリテーション病院に紹介される患者さんの中で受傷時のGCSが低い症例に限られており、選択バイアスがかかっていた可能性がある。この選択バイアスは、急性期病院の主治医が重症で低いGCSの高齢者をリハビリテーションの適応外と判断したためと考えられる。

## 5. 結論

結論として、高齢者の脳外傷患者においても若年者と同程度に意味のある身体および認知機能の改善が得られることが示され、生物学的な年齢のみでリハビリテーションの効果を正確に予測することは困難である。高齢脳外傷患者の一部では認知FIMの利得は限られているが、入院時の認知機能検査では認知FIMの改善を予測することはできなかった。既往疾患や精神症状は脳外傷患者の改善の有意な阻害因子であり、

それらをコントロールすることは必須である。人口における高齢者の割合は急速に増えつつあり、今回の結果から高齢者においても入院により集中リハビリテーションの適応と考えるべきである。さらなる症例の蓄積により、リハビリテーションの効果を正確に予測することは、予後不良が避けられない症例における非効率的な治療を避けるのみならず、意味のある回復が期待できる高齢脳外傷患者をリハビリテーションの適応外として不適切に除外することを避けるためにも重要である。

6. 文献：省略（必要な時は下記出典先を見てください）

【出典先】

Harada A, Kawai N, Ogawa T, et al. Long-term Multidisciplinary Rehabilitation Efficacy in Older Patients After Traumatic Brain Injury: Assessed by the Functional Independence Measure. *Acta Med. Okayama*, 2021 Vol.75 No.4, pp.479-486

【注釈】

注1) 集学的リハビリテーション

多職種の専門家がチームとして治療に携わり、認知行動療法と運動療法を基盤とし、各領域の見解や意見を統合した上で、多角的かつ包括的に診断し、治療方針を立てて集学的治療を実践するリハビリテーションのことをいう。

注2) Functional Independence Measure (FIM)

日本語では「機能的自立度評価表」といい、運動項目と認知項目の計18項目で、各項目を1点～7点の7段階で評価する。運動機能のみならず、コミュニケーションや社会的認知などの認知項目を含むため、実際に日常生活で行っている動作を評価することができ、リハビリテーションによる変化を確認するのに最適な評価方法である。

注3) FIM利得

入院中のFIMの変化（退院時FIM－入院時FIM）

注4) International Classification of

Functioning, Disability and Health (ICF)

人間の生活機能と障害の分類法として、2001年5月、世界保健機関（WHO）総会において採択された。この特徴は、これまでのWHO国際障害分類（ICIDH）がマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFは、生活機能というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことである。日本語では「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」である。