

從疾病分類到身心障礙分類?從ICD到ICF

台北護理學院長期照護所所長 李世代

長久以來，『何為健康問題?』、『何為照護問題?』，甚至進一步言及對此健康照護問題之種種描述，『何為一個健康照護問題?』、『總共有多少的健康照護問題?』包括數目多寡、高低、大小、輕重等健康照護問題之程度，我們始終能適切描述與掌握。前述之問題本從生活領域中之方便隨意描述以利溝通與傳達，然而可能人言人殊，故當然須發展成客觀、專業、固定而依問題之本質、部位、成因及對生活功能活動及社會角色扮演衝擊或剝奪等因加以具體歸類而描述成系統化之內容者，即成為西方社會『分類系統』之濫觴，其適用於所有須描述、定位、歸類等領域。有了建構完備的『分類系統』，方始能進一步有作延伸性之論述。

近三百年隨著對『健康問題』之日漸了解而經驗日見累積，歐美各國亦進一步透過公體系規範傳承健康死亡之登錄，以圖了解、掌握，並嘗試解決這些健康照護問題。進入二十世紀，將過去二百多年經驗之累積傳承而形塑了近代之『疾病及相關健康問題統計分類系統』。

從整個現代正統疾病分類的發展來看，正式之疾病及相關健康問題國際統計分類系統 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)，最早可溯自西元 1893 年之芝加哥國際統計學會議，採納了國際統計學院於 1891 年委託法國巴黎統計局長傑克斯·伯特隆 (Jacques Bertillon) 所主編的國際死因分類彙編或伯特隆分類表 (International List of Causes of Death or the Bertillon Classification)。伯特隆所彙編的國際死因分類表普遍受世界各國接納採用。

1900 年在巴黎召開第一次國際死因分類修訂會議，斯時起決定國際死因分類每十年修訂一次，分別於 1909 年 (ICD-2)，1920 年 (ICD-3)，1929 年 (ICD-4)，1938 年 (ICD-5)，1948 年 (ICD-6)，1955 年 (ICD-7)，1965 年 (ICD-8)，1975 年 (ICD-9) 及 1990 年 (ICD-10) 等，進行了數次之修訂 (或更新)，內容也逐漸擴大，詳如附表。直到 1948 年，開始作第六版 (ICD-6) 之修訂時，方為甫成立不久之世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 全權接手，負責接續往後的修訂事宜。

ICD、ICIDH、ICF 發展重要年代表

1900 年	法國政府在巴黎召開第一次國際死因分類修訂會議，頒佈初步疾病死因或包含相關問題之分類系統，屬第一版 國際疾病與相關健康問題統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-1)
1909 年	ICD-2
1920 年	ICD-3
1929 年	ICD-4
1938 年	ICD-5
1948 年	WHO 全權接手負責 ICD-6 接續往後的修訂事宜 ICD-6 增加了罹病及死亡彙編，將分類標準統一，定出死亡 (因) 診斷書之標準格式及多重死因之認定原則
1955 年	ICD-7 引進了疾病傷害之外因分類
1965 年	ICD-8
1975 年	ICD-9 加入社會、經濟、文化及環境影響健康因子，以及精神疾病及周產期死亡分類及雙重分類系統 (dual classification)
1980 年	制訂公布 國際身心功能損傷不全、失能及殘障 (廢) 分類系統 (International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH)
1993 年	ICD-10
1996 年	制訂完成 國際損傷不全、活動和參與分類系統 (Inter national Classification of Impairment, Activity and Participation) ，為了保持與 國際身心功能損傷不全、失能及殘障 (廢) 分類系統 的連續性，將其簡稱? ICIDH-2)
2001 年 5 月	公佈 國際健康功能與身心障礙分類系統 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)
2002 年	ICF 公佈及開始推動
2006 年	全球化推廣 ICF

ICD 疾病分類 系統可將疾病與相關健康問題資料作敘述與歸類，並給予一專一性之代碼 (specific code)，以便於將之匯整 (compiling/summing)、存檔 (storing)、表列 (listing)、蒐尋 (searching) 及分析統計 (statistic analysis) 之用。欲將疾病與相關健康問題分門別類，首先須確立其之兩種性質，即 概括性 (generalized) 與 摘要性 (summarized)，不能過於瑣碎。疾病分類須依數個分類主軸 (axis) 來加以描述，如依疾病本質、解剖部位、生理衝擊及功能剝奪、病因等，其中疾病本質更可深入到疾病過程、致病機轉、症狀及徵候、治療的方式及反應等。ICD 描述了健康問題之本質、部位，還有部份之病因，但卻未及於健康問題導致或造成之結果 (consequences)，如生活 活動功能及社會參與是否受限制或侷限等 『身心障礙』問題仍無以處理。因此，從七〇年代起即有所醞釀 ICD 須改造或附加內容。

『身心障礙』乃屬一大類跳脫於疾病與診斷之獨特健康狀況，其為健康相關之成份 (health components) 加上多種主客觀環境因素所致之結果，其背後隱含疾病狀況 (morbid condition)、衰退老化 (aging decay)、廢用性 (disuse) 及醫療處置後 (post-procedure) 之醫源性結果 (iatrogenesis) 等之綜合體，更影響及健康照護之需求育安排。『身心障礙』離健康有一段相當之距離，『身心障礙者』亦難被認定為健康完好者，只是其『身心障礙』與健康距離之大小、多少或多寡應有完整之界定或描述，甚至量化，裨能及於因應相關人事物資源之耗用 (resource consumption)，以讓相關之社會資源能依此作有效地分配與運用。

早在 1965 年起，復健先驅 Nagi 率先提出了失能模型 (Nagi 's model of disablement)，開始將身心障礙者之重心放於功能展現之限制或瓶頸 (performance limitation) 與失能 (disability)；Wood 依此基礎再於 1975 年重新強調此模型，Nagi 率先於 1976 年又再補強之，渠等將身心社會面向等量齊觀，同時提出了疾病、損傷或不全 (impairment)、功能限制或瓶頸 (functional limitation)、活動受限 (activity restriction) 與殘障 (廢)(handicaps) 之觀念、發展方向與階段性區隔。透過 Nagi & Wood 兩者之貢獻，嘗試將疾病、損傷或不全、功能限制、活動受限、失能及殘障 (廢) 之健康功能狀況以單向順序發展成失能之過程模型 (Model of Disablement Process)。因此，透過 Wood 之推動而催生了後來世界衛生組織 (WHO) 於 1980 年接續提出之國際身心功能損傷不全、失能及殘障 (廢) 分類系統 (International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICDH) 系統，再進一步衍伸發展成 2001 年公佈之國際健康功能與身心障礙分類系統 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)。即後來再進一步衍伸發展成第二版之 ICDH -2，於 1999 年定稿，2001 年批准，2002 年公佈之國際健康功能與身心障礙分類系統 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)。此失能過程模型對物理治療、職能治療、以老人或身心障礙者之慢性長期照護發展有相當明顯的影響。

在世界衛生組織 2001 年所發行的 ICF 指導手冊中，除了有詳盡說明 ICF 的完整編碼系統 (coding system)，也說明 ICF 為一個多目的性之分類系統，能在不同方面上被廣泛使用，特別是在健康和健康相關領域的分類，能有助於描述身體功能和構造的改變、處於健康狀態的人在標準環境下能作什麼 (能力程度，capacity qualifier) 以及他們在一般環境下實際上作什麼 (表現程度，performance qualifier)。

ICF 的編碼系統共分四層，共有 1,424 個編碼。在 ICF 手冊中的編碼指引說明，在實際應用上，以兩層次 (三位數) 的一組 3 到 18 個代碼來描述一個個案通常是足夠的，也可以用於統計調查和評估健康結果；而最詳細的四層版本是用於專業服務 (如復健結果、老人病學、或心智健康)。即使是以兩層次 (三位數) 來評估健康結果，一份評估報告書包含 362 個編碼選項仍是太多，因此世界衛生組織在 2003 年發表一份臨床實務工作人員可以使用之 ICF 篩檢表 (checklist, 2003)，提出一個僅包含 128 個評估項目的評估表。

結語

人類對健康問題與所造成之結果建立了 ICD 與 ICF 之主體架構，以描述、界定、歸類。國內一向對疾病或健康之描述、界定、歸類未系統化建置，亦無此醫衛專業教育培訓機制，法制化與資源分配當然亦不可得，適值此際重新思索健康問題及影響衝擊乃至結果等之價值取向、體制、法政社會框架，最後方能及於個案之照顧、支持及保護之施行與安排。