

られていなかったもので、今後現状評価においても目標設定においても特に強調していく必要がある。

3. 「参加」の評価について

「参加」で評価された項目は現在・発症前ともに極めて限定されていた。発症前では理学療法士・作業療法士ではp 850 報酬を伴う仕事、p 630 調理以外はほとんどみていなかった。ソーシャルワーカーではこれよりは広いが、それでもICF項目（5～9章）の5～10分の1程度にとどまっていた。その理由は次のように考えられる。

1) 「参加」自体について、ICFのように網羅的に多くの項目について評価することは、今回対象とした病院、また多くのリハビリテーション医療の臨床において従来ほとんどなされていなかった。ネガティブサインとして「問題がない」という視点からもチェックされることがなかった。すなわち、なんらの項目リストなしに、特定の領域の項目リストのみを用いて単に「何か問題がないか？」と考えたり、職業や家事のみをチェックしたり、元の状態に戻る（復職など）可能性を考えることのみ重点がおかれていたといえよう。

また第5章セルフケアが低い評価点であった場合には、「参加」は無理と考えて、7章以降の参加項目は評価していない場合が多かった。これは、介護を受けつつ「参加」を実現するという観点（「よりよい参加実現を支える介護」）に立つ姿勢が乏しいためということができよう。

2) まして、「参加」について評価点で評価すること自体に戸惑いが大きかった。

以上から今後は、少なくとも暫定案で提示した観点で参加の全領域をみるという姿勢が確立されることが必要と考えられる。

4. 「参加」の具体像としての「活動」

「参加」と「活動」とは一対一に対応すると考えられやすいが、そうではなく、1種類の「参加」は多数の「活動」によって支えられているのであり、それらの「活動」がその「参加」の「具体像」をなしている。しかしそのようなとらえ方は十分普及しておらず、ICFで「活動」と「参加」が共通リストであることも災いして、どちらかを単独に（2つのレベルを関係づけずに）評価すればよいという考え方になりがちである。その場合次のような職種による偏りがみられる。

1) ソーシャルワーカーの問題点

ソーシャルワーカーは「参加」を評価していても、その具体像となる「活動」についてはblank（評価非実施）の場合が多かった。実際は具体像である「活動」を評価（聴取）しているにもかかわらず記載しない場合もあり、評価自体をしていない場合もあった。

「参加」の具体像である「活動」をきちんと評価することで「参加」の評価の正確さも裏づけされるのであり、この観点からのソーシャルワーカーによる活動の評価の重要性の認識を深めることが必要である。

以上のような背景には、「活動」は自分の専門領域ではないとの遠慮があるようである。生活機能は一つのレベルのみが単独に存在し、それのみの評価で十分ということはあるにないものであり、全体像を把握しよ

うという観点の普及が必要と考えられる。

2) リハビリテーション専門職の問題

これと逆方向に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士においては「参加」についての評価が乏しい傾向が著明であった。

「活動」が「参加」の具体像であり、特に介入においては本来「参加」を向上するための具体的な「活動」は何であり、どのようなやり方が必要なかをプログラム作成上考える必要があるにもかかわらず、このような態度が残っていることは問題である。

3) 連携の上での問題点

連携においては、①複数の機関、職種の同時期の連携（「横の連携」）と、②あるチームから別のチームへの移行（「縦の連携」、例：病院から介護保険サービスへ）とがあり、「連携のツール」はこの両方でよりより連携のための情報共有に役立つものでなければならない。その場合、両者共に単なる現状の評価ではなく、むしろどのように介入すべきかの観点からの連携が必要であり、その際に共通の「目標」を明確にすることが重要である。またその目標自体も一面的なものではなく、生活機能のすべての側面をとらえた総合的なものである必要がある。

その際において、「参加」の具体像としての「活動」は中核をなすものであり、それを考えていないことは大きな問題である。なお、このようなことが起る背景としては、連携のもととなるチームワークそのものが現在分立分業的に行われていること、またそれに疑問をもたない考え方が影響している可能性があり、そのような考え方自体を改めていく必要があるだろう。

5. 評価者に戸惑いがある内容。

評価者のうち次の項目には戸惑いをもつ者が多かった。この点、今後評価法の明確化の必要があると考えられる。

1) 「a570 健康に注意する」

従来、特にリハビリテーション関係ではこのような内容を評価していなかったため、どのような観点でみるのかに戸惑いがあった（前記1-6参照）。特に評価者自身が対象者に「健康に注意すること」を指導しているにも関わらず、それに関係する内容を評価をしていないことが少なくなかった。例えば、廃用症候群（生活不活発病）を防ぐために生活を活発にすることや、病棟で自己訓練として指導した内容を守ること、褥瘡予防のための体位変換などである。一方、水分摂取量や食事内容など、評価者自身が直接関与する行為そのものではないが、それに関連深い「健康に注意する」として指導されている内容があるにも関わらず、それを対象者のそれに関する「活動」として把握していない場合が少なくなかった。

「健康に注意する」という項目を注意深く評価することで、「健康状態」と「活動」「参加」との関係を、より詳しくみる連携が向上すると考えられる。

2) 7章：対人関係と3章：コミュニケーションの関係

「7章：対人関係」と「3章：コミュニケーション」との区別が明確でないことがあった。これは通常「対人関係のよい・悪い」を「コミュニケーションがよい・悪い」と比喩的に表現していることが多いため、言語聴覚士以外の職種では混同されがちな

のだと思われる。これは医療以外の領域の専門家や当事者の間でも少なからずみられることである。

この点、3章のコミュニケーションの内容、すなわち基本的には言語（手話を含む）を介して情報伝達や意思疎通をすることであることを十分に理解する必要がある。

また、7章の対人関係の内容についても十分な理解が必要である。特に7章は前半のブロック（一般的な対人関係）と後半のブロック（特別な対人関係）との間で「要素的活動」対「複合的活動」の階層構造があることの認識が重要である。

これに関連して、7章では前半の要素的活動のみが評価され、後半の複合的活動は評価非実施とされた場合が多かった。複合的活動なしに要素的活動のみが単独で存在することはないはずであるが、このような「要素主義的」な思考の習慣が、特に医療職に強いことの表れであり、今後の啓発が必要と思われる。

今後の検討課題としては、「3章 コミュニケーション」の内容は要素的なものであるが、これが5～9章の複合的な諸活動にどのような形で関与するかということの分析的な見方がまだ不十分であることがあげられる。

これは例えば言語聴覚士においては3章のみを評価して他の5～9章は評価非実施になる場合が多いが、実は本来は5～9章の具体像としてのコミュニケーションを評価しなければならないはずだということを意味している。

逆に失語症のある患者について、理学療法士・作業療法士は5～9章は評価をしても、3章が非実施であったりすること

もある。

3) a 240: ストレスとその他の心理的欲求

「a 240 ストレスとその他の心理的欲求への対処」は生活機能低下者においては重要な観点である。しかしこの観点からの評価は現実にはほとんどなされておらず、今回は1例も評価されていなかった。

従来実はここに問題があって、行動全体に悪影響が及んでいるのに、単純に「意欲が低い」ときめつけて本人のせいにして、「問題患者」とレッテル貼りをしたりしていることがないでもなかった。今後この項目の評価の仕方が向上すれば、実態を分析的に把握することに役立つと考えられる。

但し、この項目は個別の評価者のみでは判断が難しく、真のチームワークで衆知を集めることが必要となろう。

4) 教育・仕事

「8章 主要な生活領域」のうちの教育に関しては成人一般、また仕事に関しては高齢者について「必要ない」と判断しがちである。しかし、高齢者が新たに特別な内容を学びたいという要求（生涯学習等）や、d855 無報酬の仕事（ボランティア等）などは、生活機能低下を生じている人でも、いやむしろ特にそういう人について可能性を探るべき課題と考えられる。実際これまでの我々の研究では、要介護認定を受けていても仕事につきたいと希望している人は少なからずみられるのである。

5) 9章: コミュニティライフ・社会生活・市民生活

従来、a 920 レクリエーションとレジャーが時に評価される以外には、この章の項目ほとんど評価されていなかったため戸惑い

があった。しかしこれも高齢者や生活機能低下者でむしろ重要になる「参加」課題であり、その重要性についての認識の向上が必要である。特に人権は生活機能低下者においては重要視する必要がある。また宗教についても日常の生活の中で毎朝仏壇に手を合わせる事、墓参りなど身近なことが少なくないが、この点への留意は十分ではない。

6. 項目として不足しているもの—睡眠をとること

「ベッドや布団に入り、安楽な姿勢をとり、眠ること」が必要と考えられる。これは全ての人にとって重要な項目である。心身機能としての睡眠の状態や睡眠時無呼吸症候群のような健康状態のことでなく、安楽に睡眠をとるという複合的な「活動」であり、様々な要素的な「活動」が関係している。例えば、自分で布団をかけたり、はずしたりという動作、温度や照明を調整すること、睡眠中尿意を感じたときのこと、褥瘡をおこさぬよう体位変換することなどが含まれている。

これも「活動」の領域（次元）の中での階層性の例である。そのためこれをみることによって、a 410 基本的な姿勢の変換、a 415 姿勢の保持、a 420 乗り移り（移乗）など様々な要素的活動をも同時に評価できるが、「睡眠をとること」の項目がない現状では、これらは別個に評価しなければならない。

日常の姿勢を含む「4章運動・移動」のほとんどは、要素的な活動であり、第5～9章の複合的な活動、特にセルフケアをみることによって判断できるが、a 410 基本

的な姿勢の変換のうち、特にa 4100 横たわること、a 4101 しゃがむこと、a 4104 立ちあがること（この場合臥位から立つこと）やa 415 臥位の保持は評価できない場合が多い。但し、「睡眠をとること」のうち、畳の上に布団を敷いて寝るのであればこれらの要素的な「活動」が含まれ、同時に評価することができよう。

なお、新しい項目として入れるとすれば5章セルフケアの中が適すると考える。

7. 連携ツールの項目決定時の考え方

これまではICFに内在する論理に則して、生活機能評価の課題について種々の角度から検討してきたが、最後に本研究の最終目的である「連携ツール」又は「厚生統計のツール」としてICFを活用する場合の実践的・現実的な問題点を検討しておきたい。

ICFには様々な活用法があるが、医療（リハビリテーションを含む）、介護、福祉などの場合での生活機能向上のための介入の目標・プログラムの確立に使う場合には、最も包括的で詳細に、ICFモデルとして全体像をとらえることが必要となる。これまでの検討と考察によってこのようなアプローチにとって不可欠な様々なポイントが明らかになった。

しかし一方で連携ツールとして、また厚生統計上のツールとして用いる場合は、代表的な比較的少数の項目を決める必要がある。また各項目での明確な定義を決める必要があると考えられる。

例えば、a 450～469 歩行と移動、中でもa 4600 自宅内の移動は、それ自体重要な

基本的な「活動」であり、またセルフケア、家事をはじめとする他の複合的な活動の重要な要素をなしている。すなわち、目的行為によって様々な移動があり、トイレまでの移動、食堂までの移動、洗面所までの移動は異なり、また昼間と夜間の差も大きい。生活機能改善のための介入を目的とした評価として行う場合は、この自宅内の移動の様々なバラエティを細かく評価・記載すべきである。

しかし連携のツール、厚生統計上のツールとして用いる場合には、これらすべてを評価しようとするのは現実的でない。しかしだからといってこれらの差を捨象して、あいまいに「自宅内歩行」と、まとめてしまうのではなく、上記の様々なバラエティの中の一つを特定する必要がある。例えば「昼間の、トイレまでの歩行」というふうに、特定の行為で代表させる方が正確であり、適切と考えられる。但しその場合でも、それが最低限の内容であることは認識している必要があり、連携ツールとして用いる場合にも他の項目を随時追加することはむしろ歓迎すべきことである。この点は更に検討をすすめる予定である。

D. 結論

58名の新入院患者につき、担当のリハビリテーション専門職が詳細な生活機能評価を個別に行い、それをつき合わせて差異がある場合には個々の判断根拠をも記載した。その全記録の分析に立ってICFの階層構造を考慮しつつ、生活機能のコード化のための基礎的・理論的検討、また実際の

に必要な配慮、今後の課題について検討した。その結果、連携ツールとして用いる際の評価法の研修やマニュアル作成において生かすべき貴重な内容が明らかとなった。

E. 健康危険情報

特になし

国際生活機能分類における個人因子の意義および分類に関する研究

主任研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会、顧問

研究要旨 本研究班の最終目標は、「生活機能」のコード化を、1) 連携システムの中での連携のツール（特に「連携シート（仮称）」とそのガイドラインの作成）と、2) 厚生統計的把握のためのツールの、2点につき明確にすることであり、それを国際生活機能分類（ICF）にもとづいて行うことである。しかしその場合、ICFにおいて個人因子がまだ決定していないことが大きな問題となる。すなわちICFは「相互作用モデル」に立って生活機能に対し、一方では健康状態が影響を与え、他方では環境因子と個人因子からなる背景因子が影響を与えるとしている。特に健康状態が生活機能に影響する場合に背景因子がそれに関与し、修飾することが重要である。このように生活機能と障害の理解のうえで重要な意味を持つ背景因子であるが、そのうちの環境因子には詳細な分類が作られているのに対し、個人因子には分類がなく、若干の例が挙げられているにすぎない。これは現在のICFの重大な欠陥と考えられるようになり、最近個人因子の検討のための国際研究グループが発足した。

本研究は「生活機能のコード化」の前提として個人因子の問題の解決を目的とし、理論的検討、事例、症例にもとづく検討を行い、それに立って「個人因子の暫定的定義」と「個人因子分類第1次試案」とを作製した。今後これを国際研究グループに提示し、国際的議論を通じてより完成されたものとすることを目指すものである。

A. 研究目的

本研究班の最終目標は、「生活機能」のコード化を、1) 連携システムの中での連携のツールと、2) 厚生統計的把握のためのツールの、2点につき明確にすることであり、その際1) については「連携シート（仮称）」とそのガイドラインを作成することである。その場合、「生活機能」の国際的指標であるICF（International

Classification of Functioning, Disability and Health、国際生活機能分類、WHO、2001）を用い、担当部局である統計情報部及びWHO等と連携して行うものである。しかし、このように生活機能のコード化をするにあたって、ICFにおいて個人因子がまだ決定していないことが大きな問題である。すなわち国際生活機能分類（ICF）は「相互作用モデル」に立っており、

図1のICFモデルに示すように生活機能（心身機能・構造、活動、参加の3つからなる包括概念であり、この3レベルの間にも相互作用がある）に対し、一方では健康状態（疾患、外傷に加えて妊娠、高齢等を含む）が影響を与え、他方では環境因子と個人因子からなる背景因子（contextual factors）が影響を与えるとしている。この図には（あまり複雑になるためか）直接図示されていないが、健康状態が生活機能に影響する場合に背景因子がそれに関与し、修飾する（健康状態と背景因子との間に相互作用、干渉作用がある）ことが想定されている。

このように生活機能と障害（機能障害＜構造障害を含む＞、活動制限、参加制約の3者の包括概念）の理解のうえで重要な意味を持つ背景因子であるが、そのうちの環境因子には詳細な分類が作られているのに対し、個人因子には分類がなく、若干の例が挙げられているにすぎない。

しかし個人因子は極めて重要なものである。それは一つには個人因子は背景因子の一つとして、生活機能の各レベルに直接影響を与えるからであり、また健康状態から生活機能への影響を環境因子が修飾する場合にそれを更に修飾する第3の因子として働くからである。更にいえば個人因子の多くは総合されてその個人に特有のユニークな「個性」を形成するものであり、保健・介護・福祉のサービスにおいて「個性尊重」がさげばれている現在、それ自体として重視されなければならないものでもある。

このように重要な個人因子の分類が与えられていないことは現在のICFの重大な

欠陥である。これは2001年の発表後7年をへて、ようやく各種の分野でICFが実用されはじめたことによってますます明らかになってきている。

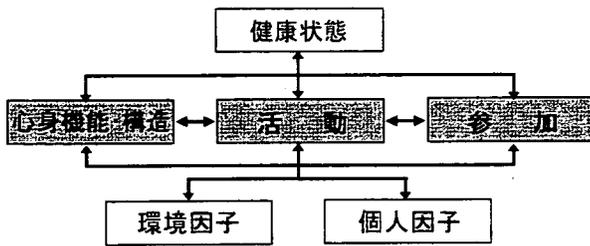
以上のような認識はICFの国際的な関係者の間でも分かちもたれており、2007年10月のWHO-FIC（国際分類ファミリー）ネットワーク会議（イタリア、トリエステ）の機会に関心を持つ人々により「個人因子に関するワーキンググループ」が結成され、本主任研究者もその一員となった。その後インターネット、ファックス等を通じて意見交換が行われており、本質的な問題から具体的な問題に徐々に入りつつある。特に本主任研究者には以前から主張してきた「生活機能の主観的側面」の立場からこの問題に対し独自のアプローチをすることが期待されている。

本研究は「生活機能のコード化」の前提となるICF自体の大問題である個人因子の問題の解決のために、将来的にはICFにおける個人因子の位置づけと分類を完成することをめざして、当面必要な理論的検討を行い、討議の出発点としての暫定分類案を提示することを目的とする。

なお、その際2007年11月に最終版が発表されたICFからの最初の派生分類である「国際生活機能分類・児童版（仮題）」

（International Classification of Functioning, Disability and Health, Version for Children and Youth, ICF-CY）の趣旨にかんがみ、児童（18歳未満）における個人因子についても注意を払うこととした。

図1. ICF：生活機能モデル
(ICF：WHO、2001)



B. 研究方法

1. 理論的検討

「個人因子に関するワーキンググループ」において表明された種々の意見に対し、主任研究者とICF、ICF-CYに詳しく、ICFを医療・介護等の実地臨床に活用した経験豊富な研究協力者1人とが個別に検討を加え、その結果を持ちよって更に検討を深めた。

2. 事例検討

1) ICF関連事例の分析

ICF、ICF-CY、またICIDHからICFへの改定過程でのフィールド・トライアル・マニュアルに記載された生活機能分析のための事例を用いて生活機能の各レベルに対してどのような個人因子が直接に、あるいは健康状態、環境因子との相互作用（相互干渉）を通じて、どのような影響を与えているかを前記の2人が分析し、議論した。

2) 臨床記録による分析

5年以上にわたり主にリハビリテーションの場で臨床的な経過を観察し、記録した事例23名（8～74歳）について上記同様に分析を行った。その内訳は脳血管障害12

名、パーキンソン病2名、脊髄小脳失調症2名、デュシェンヌ型筋ジストロフィー4名、肢帯型筋ジストロフィー1名、シャルコー・マリー・トゥース病2名であった。

3. 個人因子分類第1次試案の作製

上記の理論的検討および事例検討に立って個人因子の分類についての第1次試案を作製した。

C. 結果ならびに考察

1. 理論的検討

「個人因子に関するワーキンググループ」において提起された問題は次のようなものであった。なおかぎ括弧（「」）の中は問題提起、それに続くコメントはそれに対する我々の考え方である。

1) 個人因子の定義

「ICFには個人因子の定義はなく、『個人因子とは、個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状況以外のその人の特徴からなる。これには性別、人種、年齢、その他の健康状態、体力、ライフスタイル、習慣、生育歴、困難への対処方法、社会的背景、教育歴、職業、過去および現在の経験（過去や現在の人生の出来事）、全体的な行動様式、性格、個人の心理的資質、その他の特質などが含まれるであろうし、これらの全部または一部が、どのレベルの障害においても一定の役割を持ちうる。個人因子はICFには分類として含まれていないが、その関与を示すためにモデル図には含まれている。この因子の関与は、さまざまな介入の結果にも影響しうる。』と述べられているだけである。（日本語訳、序論

16 ページ)。

この定義は極めて広範にわたり、多数の異なった因子を含んでいるので、個人因子に含まれるべきもの、含めるべきでないものを特定しておらず、また他の領域との区別も十分でない。従ってまずなすべきことは、ICFに欠けているものは何かを同定し、個人因子として追加されるべき内容を定義することである。」

コメント:「まず定義をはっきりさせるべき」というのは正論であり、ヨーロッパ大陸系の文化の好む「理念から現実に向かう」とう演繹型(トップダウン)思考の得意とするところである。またこの文章の、ICF序論の暫定的な定義(むしろ例示)の問題点の指摘も的確である。

しかし演繹型とは逆方向の帰納型(ボトムアップ)の思考の流れが英米系の文化にはあり、わが国の文化もそのほうに親近性が高い。ここでもまず以下の、より具体的な問題点を検討し、最終的に定義の問題に立ちかえることにしたい。

2) 個人因子と既存の領域との異同

「性、人種、年齢を除けば、ICF序論(日本語訳、序論16ページ)で述べている項目はICFに既に存在する項目と同じあるいは類似のものである。(たとえば「その他の健康状態」は健康状態そのものであるし、「困難への対処方法」(coping styles、コーピング・スタイル)は心身機能の中の精神機能である。また「全体的な行動様式」は活動と参加に含まれ、「教育歴」は活動、参加、環境因子に含まれる。現在「含まれるもの」「除かれるもの」の規定がなく、上

記のような既存のものとの重複が多いので、個人因子の独自性や必要性は明らかでない。コメント:たしかに序論の仮の定義(というより例示)は極めて雑然としており、ここで批判されているように、明らかに他の領域(生活機能の3レベルの健康状態、環境因子)に属するものを多数含んでいる。

しかしここで考えなければならないのは、仮に項目(コード)名が同じであっても、領域(次元)が違えば、実は違った内容を示していることが十分ありうることである。その最も良い例は「活動」と「参加」である。ICFでは「活動」と「参加」は共通リストをなし、項目名は全く同じである。しかし「活動」と「参加」とのレベル(階層)の差は歴然としており、項目名は同じでも具体的な内容は明らかに異なる。

その意味でいえば、例えば「教育歴」は過去の経験がその人の重要な特性に転化して現在・未来の生活機能に種々の影響を与えるものであり、他の領域に類似の名称をもつもの(教育、教育システム等)があっても、次元が全く異なるものであり、同一視することはできない。職業歴、生活歴なども同様である。

このように考えるとICF序論に例示されているもののうち、次のものは真に個人因子に属すると考えることができよう。

性別、人種、年齢、ライフスタイル、習慣、成育歴、困難への対処方法(コーピング・ストラテジー)、教育歴、職業(歴)、過去の経験(のうちの重要で、現在・未来の生活機能に影響を与えるもの)、全体的な行動様式、性格。

3) 個人因子を背景因子に含める論理は何か？

ICFは『人の健康のすべての側面と、安寧 (well-being) のうち健康に関連する構成要素のいくつかを扱うものであり、それらを健康領域および健康関連領域として記述する』(日本語訳、序論6ページ)のものであり、更に『人の生活機能と障害は、健康状態(病気(疾病)、変調、傷害、ケガなど)と背景因子とのダイナミックな相互作用と考えられる。』ものである(同8ページ)。このような関係はモデル図(同17ページ)に示されている。

「しかし個人因子を背景因子(contextual factor)の一つとすることには論理的な問題がある。「個人因子」を他の領域(心身機能・構造、活動、参加)における「個人的な因子」に対する「背景」(context、文脈)とすることは問題である。通常の方法では英語辞典やシソーラス(同義語辞典)でみる限りは“context”とは“setting”, “situation”, “circumstance”、(背景、状況、環境)という意味であり、ある個人の特徴を同じ人のその他の特徴の「背景(文脈)」とみなすことは論理的でない。

コメント：これは一見妥当な正論のように聞こえるが、厳密に論理的に考えていくと実はそうではない。ICFモデルにおいて中心的なのは、ある「個人」そのものではなく、その個人がある時点(現在・過去・未来)で示している「生活機能」である。個人因子が(環境因子もそうであるが)影響を与えるのも(背景<文脈>をなすのも)

「生活機能」であって、「個人」そのものではない。特に個人因子はその個人の多少と

も安定した特徴を示すものであり、本来ダイナミックに変動するものである生活機能(例えば重症な病気の発病から回復までの変化やリハビリテーション過程にともなう変化を参照)に対する比較的安定した背景をなすことは十分に論理的である。

4) 分類学的な問題

分類学の見地から3つの問題がある。

- a. 個人因子の定義(現行または将来の)は健康領域及び健康関連領域の分類において相互排他的なカテゴリーをなしうるか？
- b. 個人因子の中のどの要素が既存の領域に属するか？または代用できるか？
- c. 個人因子はICFの分類学的構造に対し積極的な貢献をなしうるか？それとも問題を起こすだけか？

コメント：これは1)～3)の検討とほとんど重複する。

- a. に対しては「他の領域(構成要素)と相互排他的なカテゴリーをなすように個人因子を定義することは十分可能と考えられる」と答えることができる。b. に対しては「上のaに対する答えのように相互排他的なカテゴリーを確立できれば、『既存の領域に属する』ものは原理的にありえない。混同され易い場合には項目の定義(説明)、含まれるもの、除かれるものの充実で解決できる」と答える。また、c. に対しては「正しい定義ができれば積極的な貢献をなしうることは間違いない」と答えることができよう。

5) 個人因子はモデル図と矛盾する

「ICFのモデル図の『全ての構成要素

が他のすべての構成要素と関係する』とする図示は I C I D H（国際障害分類）の直線的な見方と対照的な全体論的な見方を提示し、「発見的」(heuristic) な価値の高いものであった。しかしこの図は概念上の記述と一致せず不適切である。概念としては『人の生活機能と障害は、健康状態（病気（疾病）、変調、傷害、ケガなど）と背景因子とのダイナミックな相互作用と考えられる。』（日本語訳、序論 8 ページ）であり、モデル図は『さまざまな構成要素間の相互作用についての現在の理解を視覚化するために』（同 16 ページ）作られている。個人因子を含めることは個人と環境との交互作用という意味でも I C F の構成要素の間の交互作用という点でも適切でない。「個人因子を I C F モデル図の背景因子から除き、同時に文章においても他の領域との関係を再定義すべきである」

コメント：この文章自体の論理が必ずしも明確ではないが、I C F 序論の表現の不備をついていることは間違いない。すなわち「生活機能と障害は、健康状態と背景因子とのダイナミックな相互作用」であるとするのは、言葉足らずであって、あたかも個人（とその生活機能）を抜きにして直接健康状態と背景因子とが相互作用するかのような誤解を招きかねない。現実にはまず個人があって、いわばその個人を舞台として、一方ではその個人の持つ健康状態が、その個人が実行している（あるいは能力として持っている）生活機能に影響し、他方ではその個人のおかれている環境因子やその個人に内在する個人因子が生活機能に直接影響し、また健康状態の生活機能への影響を

修飾するのである。従って現在のモデル図が、生活機能の 3 レベルに対し上から健康状態の矢印がき、下から環境因子と個人因子の影響が（しかもこの 2 つが一度合体してから 3 つに分かれることで、その 2 者の間に相互作用があることが示されている）くる、という構造をもっていることは基本的に妥当なものといえることができよう。望むらくは、上からの矢印と下からの矢印の間に相互作用があることが何らかの形で示されればより妥当性の高いものとなるだろう。ただそれは 3 次元に近い煩雑な図となるおそれがあるため、当面は適切な説明をつけることでこのモデル図を用いることが妥当と考えられる。

6) 個人因子を開発する理論的根拠は何か？

「個人因子」が I C F に含まれなかった理由は序論で『個人因子も背景因子の構成要素である。しかし、社会的・文化的に大きな相違があるために、I C F では分類されていない。』と述べられている（日本語訳、序論 7 ページ）。では果たしてこのような「社会的・文化的な大きな相違」はなくなったのであろうか？この点で大きな変化があったのなら、個人因子開発の理論的根拠として明確に示されるべきである。

コメント：これは多少「いいがかり」の気味がある議論である。I C I D H から I C F への改定過程は I C F の付録 7（日本語訳、236 ページ）によれば 1993 年にはじまっているが、7 年たった 2000 年の年末に到っても「活動」と「参加」の別々のリストをめぐって異論百出の状態で、2 転 3 転して、

結局別々のリストをあきらめて共通リストにすることで決着したのはすでに2001年に入り、WHO総会（5月）も迫ってからであった。これと並行して進められていた環境因子の分類も前例のない事業なので難航し、ようやく直前に完成した。このような状況の中で要するに「そこまで手が廻らなかった」こと、また当時は個人因子は環境因子に比べてその重要性が十分認識されていなかったというのが正直なところであろう。最近ようやく考える余裕ができ、またその必要性が痛感されるようになったということであろう。

7) まず文献収集を

「環境が健康や生活機能に与える影響を媒介したり調節したりする因子に関する文献は多数にのぼるので、まずこれらを系統的にレビューすることからはじめるべきである」

コメント：これはこれまでのような概念議論とは違って、事実を基にした経験論的・帰納法的なアプローチであり、妥当な議論という感を与える。しかし現実には、このような文献はほとんど無限に存在するので、何らかの指針やガイドラインなしにデータを集積するだけでは、收拾がつかなくなるおそれ大きい。やはり一方では理論的な検討、その具体例としての以下に我々が行ったような事例検討、また従来のような個人的特徴についての考え方の収集を行い、他方では文献レビューを行ってこの両方をつき合わせていくという、複眼的な研究方略が最も正しく効率的なものと考えられる。

2. 事例検討

1) ICF関連事例の分析

(1) ICFの事例から

ICFの付録4には「利用者が基本的な分類上の概念と構成概念の意図と適用を理解するのに役立つこと」を願って事例集が収められており、14の事例が挙げられている。

それを、個人因子との関連でみていくと次のとおりである。以下かぎカッコ（「」）内は本文の引用、コメントは検討結果である。なお、表現は適宜変更・簡略化した。

事例1：活動制限も参加制約も伴わない構造障害の事例

「手指の爪を欠く子どもが産まれた。これは構造障害であるが、手の機能にも手を使う活動にも影響を及ぼさない。したがって子どもの活動に制限はない。同様に、このために他の子どもたちから、からかわれたり、遊びの仲間はずれにされたりするといった具合に、参加の問題もない。そのため、この子どもには活動制限も参加制約もない。」

コメント：この場合、現在の人的環境では「他の子どもたちから、からかわれたり、遊びの仲間はずれにされたりする」ことはないとしても、将来他の環境に入った場合（入学、転校、進学、転居など）にはそういうことが起る可能性は十分ある。その場合にそのような「いじめ」に対して本人がどのような態度をとるか（強く立ち向かって大した問題ではないことを認めさせるか、逆に泣いたり逃げ回ったりして「いじめ」をますます助長させるか、等）は非常に大

大きく状況を左右する。このような本人の態度は、①本人の本来の素質、②「いじめ」の内容、③親等のこれまでの養育法、④問題が起きたときの親・教師等の対応、などの相互作用の結果と考えられる。この中で②～④は環境因子で①が個人因子であると考えられるが、同時にこのような体験を通じて本人が発達（プラスの〈望ましい〉方向でも、マイナス〈望ましくない〉方向でもありうる）し、⑤性格が形成され、また⑥「コーピング・ストラテジー」（問題解決方略）を発達させ、身につけていく面があることも重要である。これらの①、⑤、⑥が個人因子と考えられる。この場合、⑥のコーピング・ストラテジーはICFですでに個人因子に含まれており、問題ないが、①素質と⑤の性格とを個人因子と考えた場合にICFでb126:気質と人格の機能として分類されているもの、またICF-CYでb125:素質と個人特質の機能として追加されたもの（共に心身機能レベル）との間の異同が問題となる。

事例2：活動制限はないが参加制約を伴っている機能障害の事例

「糖尿病の子どもは機能障害（膵臓がインスリンを適切に産生しない）をもっている。身体機能（インスリンのレベル）が制御されていれば、機能障害に伴う活動制限はない。しかし糖尿病を持つ子どもは、砂糖の摂取に制限があるために、友人や仲間との会食に参加できないというかたちで、参加制約を経験する。この子は適切な食べ物が用意されなければ、活動制限がないに

もかわらず現実の環境での社会交流における関与を欠いてしまう。」

コメント:「友人や仲間との会食に参加できない」ということは確かに客観的にみた参加制約である。しかしそれが本人にとってもつ意味（非常に大きな問題であるか、大した問題ではないか、等）は本人の性格・性向・好み・価値観などによって大きく異なる（交友を好んだり、それに価値をおいたりするか、むしろ孤独を愛するか）。これは「友人や仲間との会食に参加できない」という客観的事実に対する主観的意味づけ、あるいは満足感を測定しなければ、「客観的な参加制約の本人にとっての意味」という、より高次の現実をとらえることはできないということの意味している。このような性格・性向・好み・価値観などは正に個人因子に属するものと考えられる。

事例3：活動制限を伴わない構造障害が参加制約を起こしうる事例

「顔に白斑があるが、その他の身体的な問題はない人がいる。この容貌上の問題では活動制限は生じない。しかしその人が、白斑がハンセン氏病で、伝染性だと誤解されやすい環境で生活しているとする。この場合、その人の現実の環境では、人々のこのような否定的な態度は対人関係での参加に著しい問題を生じる環境上の障壁となる。」

コメント:これは事例1とほぼ同じ状況であるが、特定の友人グループとの関係にとどまらず、広く社会一般に存在する偏見や差別が対象なのでより深刻である。しかし同様に本人の態度、すなわち、例えば偏見

や差別に負けずに積極的に誤解を解くように振舞うか、偏見・差別に負けて消極的な生き方を選ぶか等はその人の生活機能全体に非常に違った結果をもたらす。従って事例1の場合と同様、あるいはそれ以上に個人因子の役割は重要である。

事例4、5：活動能力の制限を伴うが、状況により参加制約を伴ったり伴わなかったりする機能障害の事例

「知的発達上の顕著な問題（精神的機能障害）があった場合、様々な能力の制限を生じる。しかし環境因子が、さまざまな生活領域でその人の参加の程度に大きく影響する。たとえば、精神的な機能障害をもつ子どもでも、一般人口全体についても知的活動への期待が大きくないような環境で、しかも簡単で繰り返し行なうものだが必要性の高い作業がいろいろとあるような環境では、参加制約をほとんど経験しないですむ。それに反して、同じような子どもが、競争的で学力的に高い期待をうけるような環境で育った場合には、最初の例と比べて、いろいろな生活場面で参加制約を経験する可能性が高い。」

コメント：ICF原本のいうようにこの事例には2つの問題点がある。第1は一般人口の状態である。第2はある環境因子の有無が生活機能に対して促進的に作用したり、阻害的に作用したりするということである。

具体的には知的能力に関する社会の一般水準が個人への要求（期待）水準を決めるという社会的態度（e460）の問題と、単純作業への需要が大きいかどうかどうかとい

う産業の状況（e510？e565？）とが参加制約に大きく影響することである。ここでの参加制約は就職その他基本的生存に直接関係するものである可能性が大きいのが、実はその場合でもそれをどのように受け取るかという個人因子上の問題（満足度、意味づけ、等）を無視することができないと考えられる。

事例6：以前の機能障害が、活動制限は伴わないものの今なお参加制約を生み出している事例

「急性の精神疾患から回復したものの、「精神病患者」であったことが知られている人は、周りの人々の否定的な態度のために就職と対人関係の領域において実行状況上の問題を経験する可能性がある。」

コメント：これも社会一般の偏見と差別（環境因子e460）によって、現在は機能障害も活動制限もないにもかかわらず参加制約が引き起こされる例である。これに関しても以上に述べたと同じく、そのような偏見や差別に本人がどのように主体的に立ち向かうのかが大きな差を生み出すはずであり、それに関連する個人因子が重要と考えられる。

事例7～10：異なった種類の機能障害や活動能力の制限が、類似した参加制約を引き起こしている事例

「ある人が機能障害（たとえば四肢麻痺）によって、職業上必要なこと（たとえば、手動のキーボードでコンピュータを扱うこと）の活動が制限されるため、雇用されない場合がある。この職場にはこのような職

業上の必要を満たす必要な用具(たとえば、手動のキーボードに代わる音声認識のソフトウェア)はない。」

「別の人は、より軽い四肢麻痺で必要な職業課題を行なう能力があるが、障害者雇用の割当てが満たされているという理由で、雇用されない。」

「3番目の人は、必要とされる職業課題を実行できる人で、その活動制限は車椅子の使用によって軽減されるが、職場は車椅子で入れないために、雇用されない。」

最後に、「車椅子を使っている人が雇用され、職業課題を行なうことができている、車椅子では職場内の休息場所が利用できないため、同僚との対人関係の領域において参加制約を生じる可能性がある。このような、雇用の場での社交的交流上の問題は、職業面での昇進の機会へのアクセスを阻害するかもしれない。」

「これら4人は皆、それぞれの健康状態や機能障害に関係するいろいろな環境因子のために雇用の領域において参加に関する種々の問題を経験している。最初の人にとっては、環境的な障壁は職場での対応の欠如と、おそらく否定的な態度とを含んでいる。2番目の人は障害を持っている人の雇用に対する否定的な態度に直面している。3番目の人は、建築環境の利用のしやすさ(アクセシビリティ)の欠如に直面し、最後の人は、概して障害に対する否定的な態度に直面している。」

コメント：この4事例は、いずれも機能障害(例えば四肢麻痺)と様々な環境因子との相互作用によって「雇用されない」あるいは雇用されても「対人関係の制約が生じ

る」例である。事例7～9の「雇用されない」場合には、前記同様にそれを主体的にどのように受け止めるかという態度の問題として個人因子が重要になる。また事例10の場合には、たとえ休息場所が利用できなくても、それ以外のアクセス可能な場所(職場など)で、同僚とのスムーズな対人関係を発展させる可能性は残されており、それをいかに利用するかは、個人因子である、「コーピング・ストラテジー」にかかっていると大であり、ここでは、問題解決のために個人因子が非常に大きな役割を演じる可能性がある。

事例11：活動能力の制限はないが、機能障害が明白な参加制約につながる疑いのある事例

「エイズ患者と共に働いてきた人がいる。この人は他の点では健康だが、HIVの定期的検査を受けねばならない。彼には活動能力の障害はない。しかしこの人を知る人は、この人がウイルス感染を受けた恐れがあると疑い、彼を避けている。これは社会的対人関係、地域、社会、市民生活の領域において参加の上で重大な問題を生じる。彼の参加は彼のおかれている環境にいる人々の否定的な態度のために制約を受ける。」

コメント：これも事例3、6と類似した、社会の偏見・差別によって起る参加制約の例である。このような状況は運命的で解決不可能なもののように考えられ易いが、実は本人の主体的な態度によって打破できる問題であり、ここでは個人因子が大きな役割を演ずると考えられる。

事例 12：参加制約につながる、ICFでは 現在分類されていない機能障害 の事例

「乳癌で死亡した母をもつ人。彼女は45歳で、最近自主的に検査したところ乳癌にかかりやすい遺伝的特徴をもつことがわかった。彼女は心身機能や身体構造に問題なく、活動能力の制限もないが、乳癌の危険性が高いということで、保険会社から健康保険への加入を拒否された。彼女の健康に注意する領域の関与は保険会社の方針のために制約されている。」

コメント：「乳癌にかかりやすい遺伝的特徴」は健康状態に属するものと考えられ、必ずしも「ICFでは現在分類されていない機能障害」とはいえない。この事例はある種の健康状態と保険会社の方針という環境因子（e 565?）との相互作用によって「健康保険への加入が拒否された」という参加制約が生じるという例である。

事例 13：吃音によって参加制約が生じる事例

「10歳の少年が、吃音の診断で言語聴覚士にかかった。検査によって、言語のとぎれ、音節間および音節内で発語が速くなること、発語運動のタイミングの問題および、不適切な発語のリズムにおいて問題が見出された（機能障害）。学校においては、音読と会話を始めることに問題がある（活動制限）。グループ討論において、議論に自発的に参加することがなかった（「多くの人と会話する」領域の参加制約）。この少年の会話への参加は、グループの中にいるときだけ制約される。それは会話を整然と進行させ

る事に関する社会的な規範や慣習のためである。」

コメント：この事例での参加制約は現在の問題点だけをみる限りはこの文章の通りであるが、この状況をどのようにして打破するかという実践的な視点からみる場合には個人因子である基本態度が大きく関係してくる。

事例 14：むち打ち症による参加制約の事例

「4カ月前にむち打ち症となった40歳の女性が、首の痛みや激しい頭痛、めまい、筋力低下および不安を訴えている（機能障害）。彼女は歩行、料理、洗濯、コンピュータ操作、自動車運転の能力に制限がある（活動制限）。主治医に相談した結果、それらの問題が減少するまでは、フルタイムで就業時間が固定している昔の仕事に戻るのは待つこととなった（雇用の領域における参加制約）。もし彼女の現在環境で、職場の方針が、フレックスタイムでの労働を認めるのであれば、症状が特に悪化した場合に早退したり、在宅での仕事が許され、雇用の領域における関与は改善されるであろう。」

コメント：これは職場の環境条件（フレックスタイムを認めるか否か）が参加制約に大きく影響する例である。現実問題としてこのような場合は多いと考えられるが、この場合も現状だけでなく、このような問題点をいかに解決するかという実践的な課題として考えることが必要で、そうすれば本人の能動的な、環境（会社の方針）への働きかけを規制する要因として個人因子（問題解決への積極性、等）が重要になると考えられる。

(2) ICF-CYの事例から

事例1：聴覚に機能障害のある3歳の女児

「Cは3歳の女の子で、先天性の心疾患に対し2回の矯正手術を受けている。頻繁な上気道や耳の感染症を起こしており、それが聴覚に影響している。

Cはほとんどはひとりで、ものを使って単純な遊びをして過ごし、ほかの子どもたちとはあまり遊ばない。3カ月前にようやく歩き始めたばかりで、誰かに手をつないでもらわないと階段を登れない。語彙は意味がわかるものが、「わたしの」、「もっと」、「ブロック」、「ジュース」などの20語ほどで、意味の判明しない語彙がもっとたくさんある。自分の名前を呼ばれても反応しない、自分の周囲で話している人たちに気づかない、などがしばしばある。月齢24カ月時に行われた評価で、発達レベルは17カ月に相当することがわかった。言語の理解と表出で特に遅れが目立った。聴覚検査で、軽度の両耳の難聴があることが明らかになった。」

コメント：この例は聴覚障害（機能障害）による言語面での活動制限がある例である。個人因子に関する情報は性、年齢以外にはほとんどなく、「ほとんどはひとりで、ものを使って単純な遊びをして過ごし、ほかの子どもたちとはあまり遊ばない。」というのも、聴覚障害のためだけか素質的な特徴（個人因子）が関係しているのかは明らかでない。

事例2：多動・注意障害のある10歳の男児

「Tは10歳の男の子で、過去2年間、学校での全般的な学習上の困難を経験してい

る。勉強に集中することが非常に困難で、すぐに気が散る。家庭でも学校でも少しの間もじっとしていることができない。このため、すべての教科で及第点を取れずにおり、読み、書きの成績は2年生レベルである。また、ほかの子どもたちが関わる社会的状況への適応にも困難を示している。ゲームやスポーツで自分の番がくるのを待てないし、自転車に乗っていて、まわりを見ないで交通の頻繁な通りに出ていったりする。最近Tは小児科医の診察を受け、高レベルの活動に対して覚醒作用のある治療薬が処方された。薬物療法の試みと併せて、学校は教室でのTを支援する総合的な計画を立てている。」

コメント：事例1の場合と同様に個人因子に関する情報は性、年齢の他にはほとんどない。注意障害、多動などは機能障害であって薬物療法によって改善される可能性があり、素質、性格などの個人因子ではないと考えられる。

事例3：喘息のある14歳の少女

「Jは14歳の少女で、とても幼い時に見つかった重症な喘息がある。特定のアレルギーに対して強い反応が起こるほか、運動、冷氣、不安によっても喘息の発作が起こる。このような発作は週に数回起こる。現在、気管支拡張薬を処方されており、予防的にネブライザーを使っている。だが昨年、服薬が不規則になり、その結果、発作がより頻繁に起こるようになった。幼稚園から現在の学校に至るまで、Jの出席率は悪く、欠席が頻繁である。結果としてJの成績レベルは常に低く、同級生たちからどんどん

遅れている。現在、Jは中学2年生である。運動は急性症状の発現の引き金となるので、学校の体育の授業に参加せず、運動をしていない。頻繁に学校を休み、家にいてテレビを見ながら間食をしている。昨年中にかなり体重が増えた。頻繁に休むので学校で特定の友だちのグループはいない。自分がほかの人たちと違い、仲間達から孤立していると感じるとJは言っている。両親は彼女の身体的、情緒的健康を非常に心配するようになって、医師に相談している。」

コメント：「服薬が不規則になった」ことの原因の詳細が明らかでなく、環境因子（両親、教師などのこの子への指導、その前提となる医師の指導、またもし学校で友達の見ている前でネブライザーを使うことに抵抗があるのなら教師によるクラスメイトへの指導など）の影響も考えられるが、個人因子（他の子と違ったことをすることへの恥ずかしさ、規律正しさの上での問題、忘れ易さ、など）も関係している可能性が高い。また家で間食が多く、体重が増えていることについても親の注意・指導などの環境因子とともに性格傾向などの個人因子が関与している可能性が高い。また注目すべきこととして「仲間から孤立していると感じる」という「孤立感」は重要な主観的個人因子と考えられ、現行のICF-CYにはこれを記述する項目がないことが問題である。

(3) I C I D H - 2 ベータ 2 版フィールド
ドトライアル標準ケースサマリーから
国際障害分類 (I C I D H) から I C F
への改定過程で行われた「国際障害分類ベ

ータ 2 版フィールドトライアル (I C I D H - 2 Beta - 2 Field Trials)」の検討資料としてWHOから発表された標準ケースサマリー集 (1999年8月)には25の事例が含まれ、それぞれかなり長いので、特に重要なものに限って検討する。

第2例：顔に斑点のある15歳の少女

「エリザベスは15歳の少女で、カリフォルニアに共働きの両親、二人の妹、ペットの犬のルーファスと住んでいる高校生である。生まれたときから額の半分を覆う黒い大きな斑点があった。しかし両親は彼女の自信を強めるように育て、彼女は明るく、歌やダンスや読書を好み、何の悩みもなく成長してきた。

しかし12、3歳になって事態は一変した。もともとあまり多くはなかった友達が男の子とのデートに熱をあげるようになり、エリザベスは「男の子をこわがらせるから」と仲間に入れてもらえなくなった。一緒に色々な経験をすることがないため学校でもおしゃべりにも加われなくなった。友達はお化粧品にも夢中になり、鏡の前で何時間もつやすようになった。エリザベスは非常に孤独を感じるようになった。

エリザベスは合唱団のメンバーで公演にもよく出ていた。しかしある日他のメンバーたちが「あの子があんまり醜いので、お客さんはあの子ばかり見ているので合唱を本気で聞かないのよね」というのを聞いてしまってから悲しくなり、あまり行かなくなった。

両親は彼女が家にとじこもってばかりで悲しい顔をしているのに気づき、慰めようとした。しかし彼女は「誰も私のことなん

かわかってくれない」と思い、誰ともそのことを話したいとは思わない。唯一の慰めは犬のルーファスである。勉強にも身が入らなくなり、よかった成績も下り気味である。

コメント：これは個人因子、特にその主観的な側面の重要さを如実に示す事例である。この少女の生活機能上の問題のうち、既存のICFコードでとらえることが可能なのは、①顔の斑点（s 8100）、②交友の制約（p 7500）、③合唱団への参加の制約（d 9100、d 9202）という客観的な点だけであり、影響している環境因子はマイナス方向としては①友人の態度（e 420）、②合唱団員の態度（e 426）、プラス方向としては③家族の態度（e 410）、④ペットの犬（e 2201）、などである。

しかしこれだけではこのエリザベスという少女のもつ深刻な問題のごく表層をなでたにすぎない。真の問題である①「孤独感」、②「悲しみ」、③「誰にもわかってもらえない」という「絶望感」、また合唱団の人たちの陰口を聞いたときに感じたに違いない④「屈辱感」、またそれらの結果としての、学校生活や合唱団への参加に対しての⑤「意欲の低下」などは現在のICFには含まれていない（b 1301 動機づけは、b 1300 活力レベル、b 1302 食欲などと並べられていることからわかるように非常に要素的なレベルのものであり、これをこの例のような、より精神的・実存的な意味をもつ「意欲」に用いるのは適切でない）。これらの因子は、①～④が原因となって⑤を生じ、それが前記の客観的な生活機能の低下（交友の制約、合唱団への参加の制約、成績の低

下）を引き起こしているのであり、まさに生活機能の各レベルと環境因子、個人因子のダイナミックな相互関係を示している。現行のICFのままでは個人因子、特に主観的因子が欠けていることによってこのような複雑な相互作用の把握が不十分にならざるをえないのであり、その緊急な是正の必要を示すものといえよう。

第11例：脳卒中になった57歳の男性労働者

「オヴェはオスロで妻と成人した子供と共にアパートに住む57才の男性である。彼は倉庫会社の班長として何年も働いてきた。

彼は最近脳卒中を起こし、現在ナーシングホームで回復期を過ごしている。自宅に帰れないのは、アパートの改造が必要だからである。オヴェは身体の右側が部分的に麻痺しており、移動能力は非常に制限されている。施設では車椅子を用いているが、杖を用いて数分間ならゆっくり歩くことができる。彼は服を着て靴を履き、靴ひもを結ぶのに助けを必要とする。ひげそりと歯磨きは自分でできる。食べ物をこぼすので食べさせてもらっている。

オヴェは自分の思うことを表現することが困難で、身ぶりをういてコミュニケーションを取っている。書くこともできないが、実際的なこと、例えば経済的なことがらなどに関しては妻が彼をよく助けている。

彼は以前のようにものを持ち上げたりすることができないため、仕事に戻ることはできない。彼の年齢で仕事を見つけるのは困難であろう。オヴェの給料なしでやって

いくのは大変で、オヴェも妻もこの問題をどう解決したらよいかわからないでいる。」
コメント：右不全片麻痺と失語症の症例であり、これらの機能障害が復職・転職不能という大きな参加制約に直結すると考えられやすい例である。しかしここでは実は「職業歴」という個人因子が大きく影響している。この例では倉庫会社の現場の労働者であったと言う職業歴が（機能障害との相互作用の中で）参加制約を生み出しているのであり、仮にこのような機能障害があっても可能な職業についていたら参加制約は大きく軽減される可能性がある。例えば画家か装飾画の職人であったとしたら訓練や努力は必要だが、左手を使って仕事ができる可能性があるなどである。もちろんこの場合に最も重要なのは訓練や努力の結果再獲得された技能であり、それは現行のICFでもa 850（報酬を伴う仕事）、a 9202（芸術と文化）を拡大解釈すればコーディングすることは不可能ではない。ただ過去の作品の評価や「職業歴」に伴う信用などは現行のICFにはなく、個人因子としての重要な項目と考えられる。

第13例：脊髄損傷のある12歳の少年

「シモンは12才の男児で、テルアビブ近郊で両親と姉と弟と暮らしている。脊髄に損傷を受けたため、両下肢が麻痺しており、車椅子で動き回っている。両親は、シモンが家の中を好きに動き回れるように、家を建て替え、小さなエレベーターを取り付けた。そのため2階にも行けるようになった。問題は、シモンが家の外に出たい時である。道路も建物も障害者用に作られていないた

め、出かけるのが困難であり、公共交通機関を利用するには人的な援助が必要である。

シモンは入浴とパンツやズボンを穿くことに援助を必要とする。また、尿便の失禁があるため、おむつをしていなければならない。これはシモンにとっては大問題で、彼は、おむつは実に不愉快なもので、いやな臭いがするものだと考えている。彼は自分でおむつを代えたり、自分でトイレに行ったりすることができるが、自分は普通でないと考えており、このため友人と共に時を過ごすことはない。彼は同年代の人から孤立している。

彼はあまり外出しないで、ほとんどの時間を自宅で過ごし、インターネット・サーフィンが好きである。身体を動かすような活動を一切せず、キャンディーやアイスクリームを食べることが好きなので肥満になってしまった。足部と臀部には褥瘡ができてはじめている。

学校の成績は落ちてきている。誰とも一緒に遊ばず、ほとんどひとりぼっちである。彼は腕の運動をしており、腕は強くなってきたため、いくつかのゲームやスポーツには参加できるのだが、彼が車椅子のため、クラスメイトは彼を仲間に入れたがらない。」

コメント：先の第1例と同様に主観的な個人因子の重要性を如実に示す事例である。オムツを「実に不愉快なもの」「いやな臭いのするもの」と感じ、現実には自分でオムツを替えたり、トイレに行ったりでき、いやな臭いのするようなことは防げていると思われるのに、「自分は普通でない」と感じ、交友を避ける結果となっている。これは「おむつ」（という環境因子）自体の問題ではな