ICF

国際生活機能分類

——国際障害分類改定版——

世界保健機関(WHO)

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

1．背景

この本には国際生活機能分類：国際障害分類改定版(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) を収めている[1]。ICF分類の目的を一言でいうと，健康状況と健康関連状況を記述するための，統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することである。ICFには健康の構成要素の定義（説明文）と，安寧（well-being）の構成要素のうちで健康に関連したもの（例えば，教育や労働）の定義とが示されている。したがって，ICFに含まれている領域(domain)には，**健康領域**と**健康関連領域**の2種類があるということができる。これらの領域は身体，個人，社会という3つの視点に立って，2つの基本的なリストに記述されている。すなわち(1)心身機能・身体構造（以下心身機能・構造と略）(body functions and structures) と(2)活動 (activities) と参加 (participation)[2] とに分類して，ICFは，ある健康状態にある人に関連するさまざまに異なる領域(domains)[3](例：ある病気や変調をもつ人が実際にしていること，またはできること）を系統的に分類するものである。ここで**生活機能** (functioning) とは心身機能・構造，活動，参加の全てを含む包括用語である。同様に**障害** (disability) は，機能障害（構造障害を含む），活動制限，参加制約の全てを含む包括用語として用いられている。ICFは更に環境因子のリストを含んでおり，これは以上のすべての構成概念(constructs) と相互作用するものである。このようにICFは，利用者がさまざまな領域における個人の生活機能，障害および健康について記録するのに役立つものである。

ICFは，健康の諸側面に関してWHOが開発した「国際分類ファミリー」に属している。WHO国際分類ファミリーは，健康に関する幅広い情報（例：診断，生活機能と障害，保健サービスの受診理由）をコード化するための枠組みを提供し，健康と保健に関する諸専門分野および諸科学分野にまたがる国際的な情報交換を可能とする標準的な共通言語を提供するものである。

1）これは1980年にWHO（世界保健機関）が試案として発行した国際障害分類，すなわちICIDHの改定版にあたる。これは過去5年間にわたる系統的なフィールドトライアルと国際的な議論をへて開発され，2001年5月22日に第54回世界保健会議(WHO総会)によって承認され(決議WHA 54.21),国際的に用いられることになった。

2）これらの用語は，以前用いられていた「機能障害 (impairment)」,「能力障害 (disability)」,「社会的不利 (handicap)」にとって代わり，分類の視野を拡大して，マイナス面だけでなくプラス面をも記述できるようにしたものである。これらの新しい用語は序論で定義され，更に分類の中で詳細に説明されている。これらの用語は特殊な意味に用いられており，日常生活で用いられる意味とは異なることに注意していただきたい。

3）領域 (domain) とは，生理的機能，解剖的構造，行為，課題，生活・人生のさまざまな分野における，実際的で有意義な組合せをなした複数の項目のまとまりのことである。

WHOの国際分類では，健康状態（病気〈疾病〉，変調，傷害など）は主にICD-10（国際疾病分類第10版）[4]によって分類され，それは病因論的な枠組みに立ったものである。健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類される。したがって，ICD-10とICFとは相互補完的であり[5]，利用者にはこの2つのWHO国際分類ファミリーメンバーを一緒に利用することを奨めたい。ICD-10は，病気，変調やその他の健康状態の「診断」を提供し，それによる情報はICFによる生活機能についての付加情報によってより豊かなものとなる[6]。診断に生活機能を付け加えることによって，人々や集団の健康に関するより広範かつ有意義な像が提供されることになり，これは意思決定のために用いることができる。

WHO国際分類ファミリーは，国際的背景において集団の健康を記述し比較するための価値の高いツール（道具）である。死亡率に関する情報（ICD-10による）と，健康に関連して起こるさまざまな状況についての情報（ICFによる）とを統合することにより，集団の健康の総括的指標を作ることもでき，それは集団の健康状態とその分布をモニターしたり，さまざまな死因や病気がどのようにそれに影響しているのかを評価するのに役立つであろう。

ICFは「疾病の結果（帰結）」の分類（1980年版）から「健康の構成要素」の分類へと移行してきた。「健康の構成要素」とは健康を構成するものを明らかにするものであり，一方「結果（consequences）」は病気やその他の健康状態の結果として起こりうる影響に焦点をあてるものである。このようにICFは原因となる病気については中立的な立場をとっており，調査者は適切な科学的方法を用いて因果関係の推測を行うことができる。同様にこのアプローチは，「健康の決定因子」や「危険因子」を求めるアプローチとも異なるものである。しかしながら，決定因子や危険因子の研究を助けるために，ICFには個人が生活している背景を示す環境因子のリストが含まれている。

4）International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Vols. 1-3. Geneva, World Health Organization, 1992-1994.（日本版，厚生省大臣官房統計情報部編，疾病，傷害および死因統計分類概要 〈ICD-10準拠〉，1－3巻，厚生統計協会，1993-1996）

5）ICD-10とICFにある重複を認識しておくことも大切である。ICFもICD-10もともに身体系からはじまっている。機能障害（構造障害を含む）は身体の構造と機能に関するものであり，この構造・機能はふつう「疾病過程」の一部をなし，ICD-10にも使われている。しかしながら，ICD-10では機能と形態の障害は徴候と症状として「疾病」を形作る集合体の一部として用いられ，時には保健サービスへの受診理由としても用いられる。一方，ICFの体系では，機能障害は健康状態に関連した心身機能の問題そのものとして用いられている。

6）同じ疾患をもつ2人の人が，異なった生活機能の水準にあることがありうるし，逆に同じ生活機能レベルにある2人の人が必ずしも同じ健康状態にあるとは限らない。したがって，組み合わせて使用することによって医療の目的で使う時のデータの質が向上する。この目的の場合には通常の診断手順を省略すべきでない。その他の目的のためには，ICFを単独で使用してよい。

2. ICF の目的

ICF は多くの目的に用いられうる分類であり，さまざまな専門分野や異なった領域で役立つことを目指している。ICF の目的を個別にみると，以下のとおりである。

・健康状況と健康関連状況，結果，決定因子を理解し，研究するための科学的基盤の提供。

・健康状況と健康関連状況とを表現するための共通言語を確立し，それによって，障害のある人々を含む，保健医療従事者，研究者，政策立案者，一般市民などのさまざまな利用者間のコミュニケーションを改善すること。

・各国，各種の専門保健分野，各種サービス，時期の違いを超えたデータの比較。

・健康情報システムに用いられる体系的コード化用分類リストの提供。

上記の目的は相互に関連している。それは，ICF の必要性と使用のためには，異なる文化圏での保健政策，サービスの質の保証，効果評価などに，さまざまな消費者が利用できるような，有意義で実用的なシステムの構築が求められているからである。

2-1. ICF の適用

1980 年の試案の公刊以来，ICIDH はさまざまな用途に使用されてきた。例えば：

・統計ツール（手段）として：データ収集・記録（例：人口統計，実態調査，管理情報システム）。

・研究ツールとして：結果の測定，QOL や環境因子の測定。

・臨床ツールとして：ニーズの評価，特定の健康状態と治療法との対応，職業評価，リハビリテーション上の評価，結果の評価。

・社会政策ツールとして：社会保障計画，補償制度，政策の立案と実施。

・教育ツールとして：カリキュラムの立案，市民啓発，ソーシャルアクション。

ICF は本来，健康分類および健康関連分類であるが，保険，社会保障，労働，教育，経済，社会政策，立法，環境整備のような他の領域でも用いられる。ICF は国連社会分類の 1 つとして認められ，また**障害者の機会均等化に関する標準規則**[7]の中で取りあげられ，それを組み入れている。このように ICF は，国際的な人権に関する諸規則・方針や，各国の法令を実施するための適切な手段を提供する。

ICF は，例えば社会保障や医療の評価，地域・国・国際レベルでの住民実態調査といったさまざまな場面で，幅広く適用するのに有用である。ICF が提供する情報整理の概念的枠組みは，予防と健康増進を含む個人的な保健ケア，および社会的障壁の除去や軽減による参加促進，社会的支援の推進に応用できる。また保健システムの研究においても，評価と政策立案の両面で活用が可能である。

3.　ICF の特性

分類は，何を分類するのかが明確でなければならない。つまり，分類が扱う範囲，その視野，分類の単位，分類の構成，各項目の相互関係などである。ICF の基本的な特徴について，以下に説明する。

3-1.　ICF が扱う範囲

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[8]。ICF は広い意味での健康の範囲にとどまるものであり，社会経済的要因によってもたらされるような，健康とは無関係な状況については扱わない。例えば，人種，性別(ジェンダー)，宗教，その他の社会経済的特徴のために現環境での課題の遂行において制約を受ける場合があるが，これらは ICF で分類される健康関連の参加制約ではない。

ICF は，障害のある人だけに関するものとの誤解が広まっているが，ICF は**全ての人に関する分類**である。あらゆる健康状態に関連した健康状況や健康関連状況は ICF によって記述すること

7）*The standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*：*障害者の機会均等化に関する標準規則*。国連総会 1993 年 12 月 20 日，第 48 回会期で採択〈決議　48/96〉国連公共情報部発行，ニューヨーク：1994 年

8）健康領域の例は見ること，聞くこと，歩行，学習，記憶を含み，一方，健康関連領域の例は交通，教育，社会的相互関係を含む。

が可能である。つまり，ICF の対象範囲は普遍的である[9]。

3-2. ICF の視野

ICF は，人の生活機能と障害に関する状況の記述を可能にし，情報を組織化する枠組みとして役立つ。ICF は情報を，有意義な，相互に関連した，容易に利用しうるものとして構成する。

ICF は情報を 2 つの部門に整理している。第 1 部は生活機能と障害，第 2 部は背景因子を扱い，それぞれ 2 つの構成要素からなる。

1. 生活機能と障害の構成要素

身体の構成要素には 2 つの分類がある。心身機能と身体構造である。両分類の章立ては，身体系に従って構成されている。

活動と参加の構成要素は，個人的視点および社会的観点からみた生活機能のさまざまな側面を示す全領域をカバーしている。

2. 背景因子の構成要素

環境因子のリストは背景因子の第 1 の構成要素をなしている。環境因子は，生活機能と障害の全ての構成要素に影響を及ぼすものであり，個人の最も身近な環境から，全般的な環境へと向かうように構成されている。

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，ICF では分類されていない。

ICF の第 1 部である「生活機能と障害」の構成要素（components）は，2 つの方法で表現される。つまり一方では，問題点（例：機能障害〈構造障害を含む〉，活動制限，参加制約。これらは**障害**〈disability〉という包括用語で要約される）を示すために用いることができる。他方では，健康状況と健康関連状況の問題のない（中立的な）側面，すなわち**生活機能**（functioning）という包括用語のもとに要約される側面を示すこともできる。

生活機能と障害のこれらの構成要素は，独立しているが互いに関連した 4 つの構成概念（constructs）によって評価され，それは具体的には評価点を用いてなされる。心身機能・構造は，生理的システムや解剖学的構造の変化によって評価される。活動と参加については，2 つの構成概

9）Bikenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstun TB.: Models of disablement, universalism and the ICIDH, *Social Science and Medicine, 1999,* 48: 1173-1187.

念（能力と実行状況）によって評価される（4-2参照）。

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[10]と考えられる。前述したように，背景因子には個人因子と環境因子の2つがある。ICFは本分類の基本的構成要素である環境因子の包括的なリストを含んでいる。環境因子は生活機能と障害のあらゆる構成要素と相互に作用しあう。環境因子の基本的な構成概念とは，物的な環境や社会的環境，人々の社会的な態度による環境による，促進的あるいは阻害的な影響力である。

3-3. 分類の単位

ICFは健康状況と健康関連状況とを分類する。したがって分類の単位は，健康領域と健康関連領域における各種のカテゴリーである。ICFは人間を分類単位としていないことに留意することが大切である。すなわち，ICFは人々を分類するものではなく，それぞれの人の状況を，健康領域や健康関連領域の中で整理して記述するものである。さらに，この記述は常に環境因子や個人因子との関連においてなされるのである。

3-4. ICFが提供される形

ICFには，利用者の必要に応じて，2つの版がある。

本書に収められているICFの完全版は，第4レベルまでの詳細にわたる分類を示している。この4つのレベルは，より高次のレベル（第2レベルのすべての領域を含む）に集約することができる。第2レベルまでの体系はICFの短縮版としても提供されている。

10）この相互作用は，利用者によって過程として見ることも，結果として見ることも可能である。

4. ICF 構成要素の概観

> **定義**[11]
>
> 健康との関連において
>
> **心身機能** (body functions) とは，身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。
>
> **身体構造** (body structures) とは，器官・肢体とその構成部分などの，身体の解剖学的部分である。
>
> **機能障害（構造障害を含む）** (impairments) とは，著しい変異や喪失などといった，心身機能または身体構造上の問題である。
>
> **活動** (activity) とは，課題や行為の個人による遂行のことである。
>
> **参加** (participation) とは，生活・人生場面 (life situation) への関わりのことである。
>
> **活動制限** (activity limitations) とは，個人が活動を行うときに生じる難しさのことである。
>
> **参加制約** (participation restrictions) とは，個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさのことである。
>
> **環境因子** (environmental factors) とは，人々が生活し，人生を送っている物的な環境や社会的環境，人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。

これらの概念の概要は表 1 の通りである。更に詳しい説明が 5-1. に具体的な用語で示されている。表 1 に示すように：

・ICF には 2 つの部門があり，それぞれは 2 つの構成要素からなる。

第 1 部：生活機能と障害

(a)心身機能 (Body Functions) と身体構造 (Body Structures)

(b)活動 (Activities) と参加 (Participation)

第 2 部：背景因子

(c)環境因子 (Environmental Factors)

(d)個人因子 (Personal Factors)

・各構成要素は肯定的と否定的の両方の用語から表現可能である。

・各構成要素はさまざまな領域からなり，それぞれの領域はカテゴリーに分かれ，それらが分類

11) 付録 1. 分類法および用語法の問題を参照。

の単位となる。個人の健康状況や健康関連状況は適切なカテゴリーコードを選び，それに評価点 (qualifiers) をつけることによって記載される。評価点とは数字のコードであり，そのカテゴリーにおける生活機能や障害の程度または大きさ，あるいは環境因子が促進因子または阻害因子として作用する程度を明らかにする。

表1　ICF の概観

	第1部：生活機能と障害		第2部：背景因子	
構成要素	心身機能・身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子
領域	心身機能 身体構造	生活・人生領域 (課題，行為)	生活機能と障害への外的影響	生活機能と障害への内的影響
構成概念	心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)	能力 標準的環境における課題の遂行 実行状況 現在の環境における課題の遂行	物的環境や社会的環境，人々の社会的な態度による環境の特徴がもつ促進的あるいは阻害的な影響力	個人的な特徴の影響力
肯定的側面	機能的・構造的統合性	活動 参加	促進因子	非該当
	生活機能			
否定的側面	機能障害 (構造障害を含む)	活動制限 参加制約	阻害因子	非該当
	障害			

4-1．心身機能・身体構造／機能障害（構造障害を含む）

定義：心身機能とは，身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。
身体構造とは，器官・肢体とその構成部分などの，身体の解剖学的部分である。
機能障害（構造障害を含む）とは，著しい変異や喪失などといった，心身機能または身体構造上の問題である。

(1) 心身機能と身体構造は，2つの別々のセクションに分けて分類されている。これら2つの分類は，並列的に使うようにできている。例えば，心身機能に「視覚機能」のような基本的な感覚を含み，それに対応する身体構造として「目および関連部位の構造」がある。

(2) 身体とは人体構造の全てを指し，脳とその機能である心も含まれる。したがって精神的（または心理的）機能は心身機能に含まれる。

(3) 心身機能・身体構造（以下心身機能・構造と略）は，身体系に従って分類されている。よって，身体構造は器官とはみなさない[12]。

(4) 構造面の障害は，奇形・欠陥・欠損，その他の身体構造の著しい変異を含む。機能障害は組織・細胞・細胞内器官・分子レベルの生物学的な知識に合わせて概念化されている。しかし，これらのレベルは実用的な観点からICFには含まれていない[13]。この部分の現在の分類は，機能障害の生物学的な基礎に基づいており，今後，細胞や分子レベルにまで分類を拡大する余地はあろう。医療分野の利用者にとって，機能障害はその基礎をなす病理と同じではなく，その病理が発現したものであるという点を注意することが大切である。

(5) 機能障害は，身体とその機能の医学的・生物学的状態に関する，一般に認められた一般人口の標準からの偏位を表すものである。何を機能障害とするかの定義は，本来，心身機能・構造を判断する資格を有するものによって，それらの標準に従って行われる。

---

12) ICIDH の1980年版では，器官レベルという言葉が使われていたが，「器官」の定義は明瞭ではない。目と耳は伝統的には器官と考えられているが，その境界を定義することは困難であり，同じことが四肢や内臓についても当てはまる。身体の中に独立した部位や単位があるかのような，「器官」別の考え方の代わりに，ICF では「身体構造」の用語を用いる。

13) したがって，ICF の完全版を用いてコード化された機能障害は，他者または本人により直接の観察あるいは観察からの推測により，発見あるいは認めうるものでなくてはならない。

(6) 機能障害には，一時的なもの，恒久的なもの，進行するもの，回復していくもの，不変のもの，さらに断続的（間歇的）なもの，連続的なものがありうる。集団の規範からの逸脱には，軽いものも重いものも，時間とともに変動するものもある。それらの特徴は，主に小数点以下の評価点コードによって，記述され把握される。

(7) 機能障害は，その病因やその発生経過に依存するものではない。例えば，失明や手足の喪失は遺伝的異常によっても外傷によっても起こりうる。機能障害の存在は，必然的になんらかの原因を暗示するが，その原因だけでは，結果としての機能障害を説明するには十分でないこともありうる。また，機能障害がある場合には，心身機能または身体構造の異常があるわけだが，そのような異常はさまざまな病気，変調，その他の生理的状態のどれにでも関連しうるものである。

(8) 機能障害は，ある健康状態の一部であったり，そのひとつの表れであったりする。しかし必ずしも病気が存在しているとか，その人を病人とみなすべきだということを示すものではない。

(9) 機能障害は，変調や病気よりも範囲が広く包括的である。例えば，一下肢の喪失は構造障害であるが，変調や病気ではない。

(10) ある機能障害が原因となって，他の機能障害をもたらすことがある。例えば，筋力低下が運動機能を障害したり，心機能が肺機能の低下に関連したり，知覚障害が思考機能に関連したりすることもある。

(11) 心身機能・構造のカテゴリーとICD-10のカテゴリーのいくつかは，特に症状と徴候に関して重複しているように見える。しかしこの２つの分類は目的が異なる。ICD-10は，有病率とサービス利用を記述するための特定の章の中で症状を分類しており，ICFでは心身機能の一部としてそれらを示して，予防や患者ニーズの把握のために用いることができるようにしている。もっとも重要なことは，ICFでは心身機能・構造の分類が，活動や参加のカテゴリーとともに使うものとして作られていることである。

(12) 機能障害は定義された判定基準を用いて，各カテゴリーに分類される（例：閾値をあてはめてその存在の有無が判断される）。これらの判定基準は，心身機能・構造について共通であり，(a)喪失または欠損，(b)減少，(c)追加または過剰，(d)変異，である。機能障害が存在するとわかれば，ICFの共通評価点を用いてその程度を測ることができる。

(13) 環境因子は心身機能と相互に関連する。例えば，空気の質と呼吸，光と視覚，音と聴覚，気を散らすような刺激と注意力，床面の性状とバランスの保持，外気温と体温調節といっ

た相互作用がある。

4-2. 活動と参加／活動制限と参加制約

定義：活動とは，課題や行為の個人による遂行のことである。
参加とは，生活・人生場面への関わりのことである。
活動制限とは，個人が活動を行うときに生じる難しさのことである。
参加制約とは，個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさのことである。

(1) 活動と参加の領域は，単一のリストとして示されており，それは「注意して視ること」や「基本的学習」から，「対人関係」や「雇用」といったような複雑な領域にまでいたる，全ての生活・人生領域をカバーしている。このリストの構成要素は，(a)「活動」，(p)「参加」，または両方を示すために用いることができる。これらの領域は，実行状況と能力の2つの評価点によって評価される。したがってこのリストから集計された情報は，重複や不要データのない一括表として示される（表2参照）。

表2　活動と参加の一括表

領域		評価点	
		実行状況	能力
d 1	学習と知識の応用		
d 2	一般的な課題と要求		
d 3	コミュニケーション		
d 4	運動・移動		
d 5	セルフケア		
d 6	家庭生活		
d 7	対人関係		
d 8	主要な生活領域		
d 9	コミュニティライフ・社会生活・市民生活		

(2) **実行状況**(performance)の評価点とは，個人が現在の環境のもとで行っている活動／参加を表すものである。現在の環境は社会的状況を含むため，実行状況は，人々の実際生活の背景における「生活・人生場面への関わり」あるいは「生活経験」としても理解することができる[14)]。この背景には，環境因子，すなわち「環境因子」の分類を用いてコード化できる，物的・社会的・態度的などの全ての側面が含まれている。

14) 参加の定義には関与の概念が含まれている。「関与」の定義については，ある生活・人生分野に加わること，含まれること，あるいは参与することであり，また受け入れられること，あるいは必要な資源を利用できることである，などのさまざまな提案がなされている。表2の一括表の中で，参加の唯一可能な指標は，実行状況についてコード化することである。このことは，参加が自動的に実行状況に等しいということを意味しているものではない。関与の概念はまた，関与の主観的な経験（「属している」という意識）とは区別されるべきである。関与を別にコード化したい利用者は，付録2のコード化のガイドラインを参照されたい。

(3) 能力 (capacity) の評価点とは，ある課題や行為を遂行する個人の能力を表すものである。この構成概念は，ある領域についてある時点で達成することができる最高の生活機能レベルを示すことを目的としている。個人の完全な能力を評価するためには，異なる環境が個人の能力に対してもつさまざまな影響を中立化させるような「標準化された」環境をもつことが必要であろう。この「標準化された」環境とは，(a)テスト場面において能力評価のために通常用いられている実際の環境，または(b)それが不可能な場合，画一的な影響を有すると想定することができる仮想的な環境である。この環境は「画一的」(uniform) あるいは「標準的」(standard) 環境とよばれる。したがって，能力は環境により調整された個人の能力を反映する。この調整は，国際的な比較を行うために世界中の全ての国の全ての人について同じでなければならない。この画一的あるいは標準的な環境の特徴は環境因子の分類を用いてコード化することができる。能力と実行状況の間のギャップは現在の環境と画一的な環境の影響の差を反映し，したがって，実行状況を改善するために個人の環境に対して何をなすべきかについての有用な手引きを提供する。

(4) 能力と実行状況の評価点はいずれも，福祉用具や人的支援をともなう場合と，ともなわない場合の両方について用いることができる。福祉用具も人的支援も機能障害を消し去りはしないが，特定の領域の生活機能における諸制限を取り除くことができる。このような様式のコード化は特に個人の生活機能が福祉用具のない場合には，どの程度制限されるかを明らかにするために有用である（付録2のコード化のガイドライン参照)。

(5) これらの領域における困難性や問題は，人がこれらの領域における生活機能を行うやり方の質的または量的な変更が生じたときに起こりうる。制限や制約は一般に認められた一般人口の標準と比較して評価される。ある個人の能力と実行状況を比較すべき標準や規範とは，同様の健康状態（病気，変調，傷害など）にない人の能力や実行状況である。制限や制約は，観察されている実行状況と期待されている実行状況との間の解離を示す。期待されている実行状況とは，その集団における基準であり，特定の健康状態にない人々が経験している状況である。同じ規範が能力の評価点についても用いられており，実行状況を改善するために個人の環境に対して何をなすべきかについて推測することができる。

(6) 実行状況に関して，個人に機能障害がない場合でさえ，社会環境が原因となって問題が生じることがある。例えば，症状がなく発病もしていないHIV陽性者や，ある病気になりやすい遺伝的素因をもつ人が，機能障害がなく，十分な働く能力があっても，サービスの利用を拒否されたり，差別，または偏見のために働くことができないような場合である。

(7) 活動と参加の分類の各領域別に，「活動」と「参加」とを区別することは困難である。同様に，各領域別に「個人」と「社会」の観点を区別しようとすることも，国際的な多様性と，各専門職間，また各理論的枠組み間でのアプローチの相違により可能ではなかった。その

ため，ICF では単一のリストを用意し，利用者が彼ら自身の操作的な方法で活動（A）と参加（P）とを区別して使用できるようにした。これは付録3において更に説明されている。それを行う可能な方法は4つある。

(a)いかなる重複も認めず，ある領域を活動とし，その他を参加とするもの。

(b)(a)と同様だが，部分的な重複を認めるもの。

(c)すべての詳細な領域を活動，大分類のみを参加として用いるもの。

(d)すべての領域を活動と参加の両方として用いるもの。

4-3. 背景因子

背景因子 (contextual factors) は，個人の人生と生活に関する背景全体を表す。それは環境因子と個人因子の2つの構成要素からなり，ある健康状態にある個人やその人の健康状況や健康関連状況に影響を及ぼしうるものである。

環境因子 (environmental factors) とは人々が生活し，人生を送っている物的な環境や社会的環境，人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。この因子は個人の外部にあり，その人の社会の一員としての実行状況，課題や行為の遂行能力，心身機能・構造に対して，肯定的な影響または否定的な影響を及ぼしうる。

(1) 環境因子は，この分類の中では，次の2つの異なるレベルに焦点を当てて整理されている。

(a)**個人的**：家庭や職場，学校などの場面を含む個人にとって身近な環境。人が直接接触するような物的・物質的な環境や，家族，知人，仲間，よく知らない人などの他者との直接的な接触を含む。

(b)**社会的**：コミュニティーや社会における公式または非公式な社会構造，サービス，全般的なアプローチ，または制度であり，個人に影響を与えるもの。これは就労環境，地域活動，政府機関，コミュニケーションと交通のサービス，非公式な社会ネットワーク，更に法律，規定，公式・非公式な規則，人々の態度，イデオロギーなどに関連する組織やサービスを含む。

(2) 環境因子は，心身機能，身体構造，活動，参加といった構成要素と相互作用する。各構成要素について，相互作用の性質と程度は将来の科学的な研究により解明されるべきである。障害は，個人の健康状態と個人因子間の複雑な関係の結果として，またその個人が生活している状況を示す外部因子の結果として特徴づけられる。このような関係のために，異なった環境はある健康状態にある同一の人に対して，非常に異なった影響を及ぼしうる。阻害因子を含んでいたり促進因子のない環境は，個人の実行状況を制限するであろうし，より促進的な環境はその実行状況を向上させるであろう。社会は個人の実行状況を，阻害因子