

目間の差を検討すると、参加の回数の多いものから少ないものまで、ほぼ大きく3グループに分けることができる。試みに「週1回以上」と「月1回以上」とを合計した比率で比較すると、多いものはM. (日用品以外の) ショッピング 52.7%、F. 散歩 51.2%、B. 友人との交流 50.7%、N. 外食 49.2%、G. 趣味 47.8%など、ほぼ半数前後のものである。

逆に少ないものは(性質上本来頻度は少ないと考えられる冠婚葬祭、旅行を除いて)、美術館・博物館・展覧会 2.3%、観劇・音楽会 2.4%、政治活動 2.6%、映画 4.7%などほぼ5%以下のものである。

その中間は多い順にE. スポーツ 25.3%、A. 地域との交流 24.6%、Q. 団体活動への参加 23.2%、D. 宗教的な活動 12.5%、P. ボランティア 12.3%、K. 図書館 11.5%、O. 居酒屋・バー 7.8%などである。

本来頻度は高くないと思われるC. 冠婚葬祭については年1~2回以上の参加は計37.0%、H. 旅行は同様に60.6%であった。

またO. 居酒屋・バーについては未成年の14.9%を差し引いて考える必要があるが、それでも年1~2回以上の参加をみても計24.5%にとどまった。

本来ならば、以上の数値を障害(生活機能低下)をもたない「健常」者と比較する必要があるが、同一基準で行われた調査はないといってよいため比較は困難であり、他の機会を待ちたい。

以上の数字を前項の「外出」と比較すると興味深いのが、詳しくはD. 考察で検討することとしたい。

<満足度・希望>

なお、コミュニティーケア・余暇についての参加状況・満足度をみると、表3-20-2で、「もっとしたい」という希望が最も多かったのは、H. 旅行 29.8%であったが、旅行のように実行の頻度が少ないものについてだけでなく、前述した頻度が高いグループに属していたB. 友人との交流 23.1%、G. 趣味 23.0%、I. 映画 21.7%、F. 散歩 20.7%、M. ショッピング 20.4%、N. 外食 19.0%などにおいてさえ、もっとしたいという希望が多かったことは注目に値する。

また「したいががまんしている」がR. 政治的な活動への参加 3.2%~H. 旅行 14.7%、「できないとあきらめている」がN. 外食 3.4%~E. スポーツ 16.0%であったことも注目される。「おっくう」という人は、O. 居酒屋・バー 1.6%~A. 地域との交流 8.6%と少なく、「参加」向上の取り組みが必要性を示しているように思われる。

以上を更に機能障害別に検討することや、参加状況と満足度の関係など、も興味深いのが、多岐にわたるので略す。

4. 教育

<現状>

表4-1に現在の教育・在学状況(a810~a839)をICF中分類(就学前a815、学校教育a820、高等教育a830、等)について機能障害別に示している。既に学校教育を終了した人が全体の85.7%であるが、発達障害では31.1%、知的障害+発達障害62.2%、知的障害79.2%と、他に比べて現在学校教育を受けている人の割合が多かった。但し、絶対数としては肢体不自由も学

校教育を受けている人は同程度いた。

<満足度・希望>

表 4-2 で現在教育をうけている 616 名について、現在受けている教育への満足度・希望をみると、満足 43.2%、どちらともいえない 24.0%、もっと適切な教育を受けたい 11.2%であった。

5. 仕事（作業所なども含む）

<現状>

表 5-1 に現在の仕事の状況（a 840～a 859）を示す。全体で不自由さはなく、活発に仕事をしている 13.8%、不自由さを感じるが活発に仕事をしている 9.6%、計 23.4%であり、限られた範囲の仕事を手助け・促しなしにしている 10.3%、手助けを受けながら仕事をしている 15.8%、促しを受けながら仕事をしている 4.0%であった。一方学生、主婦（夫）、定年後等のものが（重複を含め）23.8%であり、これら以外で「仕事をしていない」が 18.8%であった。この「仕事をしていない」は機能障害別には肢体不自由+精神障害 44.4%、呼吸器障害 44.2%、肢体不自由+内部障害 38.0%、などで多かった。

仕事についても手助けや促しを受けながら行っている人が計 999 名（23.2%）であった。また手助けを受けながら仕事をしているのは 15.8%、促しを受けながら仕事をしている人は 4.0%と、分けて扱う必要が十分あるだけの人数がいた。なお促し・誘いをうけながら仕事をしているものは知的障害、発達障害とその合併の場合で特に多かった。

<満足度・希望>

表 5-2 に仕事についての満足度・希望を

示す。現状で満足が 39.8%、もっと仕事をしたい 28.4%、就労できないが 9.1%であった。

この満足度と現在の仕事の状況との関係を見たのが表 5-4 であるが、現在仕事をしている人でも 28.9%～36.1%がもっと仕事をしたいと考えている。

<退職・転職>

表 5-3 では退職、転職の有無をみた。

6. 家事

表 6-1 に現在の家事の状況（a 630～a 649、a650）を示す。表側の 1 と 2 を加えた「家事をしている」は全体で 20.0%であり、機能障害別にみると膀胱障害・直腸障害・小腸障害 61.1%、聴覚障害 59.0%、色覚障害 52.0%、呼吸器障害 47.5%が多く、逆に知的障害+発達障害 0%、肢体不自由+知的障害 0.8%、発達障害 2.0%、肢体不自由以外身障+知的障害 2.0%などで著しく低い。

家事についても促し・誘いをうけて行っている人（「5：促し、誘いがあれば行っている」を含む人）が 245 名（5.7%）いた。なお、家事については日常的に介助を受けて実行している人は少ないと考え、今回は手助けは選択肢としては設けなかった。また具体的な記入欄にもその旨の記載は 2 名のみであった。

7. 政治参加

ICF の 9 章のうち人権 a 940、政治活動と市民権 a 950 について様々な角度からみた。

<投票>

表 7-1 に投票の現状を示す。機能障害種

別により投票あたっての困難の内容に差がみられる。

<裁判員>

表 7-2 に裁判員に選ばれた場合の不安を示す。

全般的に「不安がある」と「裁判員制度の内容がわからない」をあわせて 49.6%と半数近くに達し、「不安はない」は 9.8%のみであった。

<偏見>

今回は特に、これまであまり検討されていない女性・子どもをめぐる偏見・差別について調べた。「女性の障害者をめぐる特有の偏見・差別」（障害者権利条約 6 条）があると思う人は、表 7-3 に示すように本人で 23.9%、家族で 20.3%であった。また「障害のある子どもをめぐる特有の偏見・差別」（同 7 条）については表 7-4 に示すように、本人 35.5%、家族 42.4%で、本人よりも家族の方に偏見が「あり」とする人が多かった。

子供をめぐる偏見・差別については、発達障害で本人回答 57.9%、家族回答 54.1%と他に比較して多いことが目立った。ただし、自由記載、また団体調査の際の聞き取り等から判断すると発達障害の場合は、この偏見・差別の内容は、他の肢体不自由等の場合の、他から「障害」として見られ、偏見・差別の対象とされるというのとはやや異なって、なまけている、行儀が悪い（しつけられていない、等）などのように（特定の疾患による障害ではなく）、通常の子との比較における差別（低い評価、異なった扱い）という、質的な違いがあるように思われ、今後検討を深める必要がある。

また、「偏見の体験」は、表 7-6 に示すように「時々」と「よく」との合計で、本人自身の回答では 38.2%、家族の回答では 49.8%と差があった。家族が回答した対象者ではコミュニケーション障害が重度であり、他の「活動」においても重度な制限がある場合が多いことがこのような差に影響していることもありうると考えられ、今後の検討が必要である。

偏見・差別は ICF の「環境因子」のうち「4 章：態度」として章立てしているものであり、この実態把握は必要である。なお、今後の課題として生活機能向上の指針を得ることを目的とするためには、そのような偏見・差別を生じる状況、すなわちその際の「活動」・「参加」の状況、他の「環境因子」の状況を知る必要がある。大規模な厚生統計としては制約があるが、なんらかの他の方法で検討すべき課題と考えられる。

8. コミュニケーション（意思疎通・情報獲得・発信）

表 8-1 に意思疎通についての現状を示す。

これは ICF の「活動」の第 3 章「コミュニケーション」全般、特にコミュニケーションの理解（a 310～a 329）、コミュニケーションの表出（a 330～a 349）に関係している。なお、回答の選択肢として、限られた人との間である「限定的自立」と外出先・旅行先でもしている「普遍的自立」とを区別しているが、結果からもそのような区別に十分根拠があることが示されている。

9. 移動・歩行

移動・歩行（a 450～a 469）については、先に外出についての一連の質問の中でも聞いている（表 2-4：外出手段）が、ここでは表 9-1 に歩行の難しさの感じ方について示す。これまでの高齢者（含：障害者・要介護者）の生活機能の実態把握で、歩行については主観的側面も含めることが鋭敏な指標となりうることを確認しているため、今回このような方法を用いたものである。表 2-4 で外出手段が歩行（のみ）の人は 3,345 名であったが、表 9-1 をみると歩行の難しさを全く感じない人は 2,073 名であり、その差の 1,272 名（全体の 29.5%、歩行外出者中の 38.0%）は歩いて外出していても歩行の難しさを感じていることがわかる。これは活動制限の進行予防のために、現在歩いて外出しているが「歩行の難しさを感じている」人をその対象として把握することの必要性（およびそのように対象群を特定することの効果）としても考える意味があるように思われる。

10. 身の回りのこと

表 10-1 に身の回りの不自由なことについて示す。

ICF のセルフケア（a 5 章）においては、個々の項目（中分類）を分けているが、ここではその総和的なものとして選択肢を設定している。ここでも外出時と同様に、自宅でのみ自立の「限定的自立」と、どこでも自立している「普遍的自立」の区別が必要なことが確認された。また手助けと促しの区別の必要性も示された。

11. 日常の活発さ、疲れやすさ、など

従来の障害に関する調査にない項目である、日常の活発さ、疲れやすさについて調べた。

日常の活動性は、日中の様々な「活動」の量的な面であり、総和ともいえるものである。また疲れやすさは ICF では易疲労性（b 4552）および、運動耐容能（b 455）として位置づけられている。

これらは、我々の臨床及びこれまでの生活機能調査において、機能障害として「活動」「参加」に影響しやすいことや、廃用症候群（生活不活発病）の症状やまた「生活機能低下の悪循環」の発生・促進因子として重要なことが確認されていたことから調査項目に含めたものである。また当事者からも難病、精神障害、各種内部障害、免疫疾患等での団体調査で調査項目としてあげる必要性を指摘されている。

具体的には表 11-1 に日中の活動性、表 11-2 に疲れやすさや倦怠感を見ているが、後者では非常に疲れ易いが全体の 9.6%、しばしば疲れを感じる 20.2%であり、一日中起きていても特に疲れないは 27.2%にすぎなかった。この「疲れ」は呼吸器障害、精神障害、難病で顕著であるが、他の障害種別にも少なからずみられた。表 11-3 では横になる必要、表 11-4 では疲労の継続期間をみている。また表 11-5 では、日頃の活動に影響する精神・知的面での不自由さの内容を質問した。これらは精神障害、知的障害、発達障害に多いが、それ以外の機能障害種別でも 3-5 割程度は何らかの不自由を感じていた。

これらの機能障害は、他の機能障害にく

らば変動を生じやすい。そのため表 11-6 に体や精神の働きや疲れやすさの変化・変動と、表 11-7 にその変化・変動に影響している原因を調べた。変動は疲れやすい人に多かったが、他の機能障害種別でもみられた。原因として、病気の影響を挙げている人は難病 52.2%、精神障害 49.8%、呼吸器障害 48.3%、腎臓障害 46.7%、心臓障害 40.8%であった。なおそれに関係して、薬の影響を挙げている人も少なくなく、特に精神障害 33.6%、難病 27.8%、てんかん 26.7%などと多かった。一方で仕事の影響を挙げているのは、聴覚障害 36.6%と多かった。

12. 「健康状態」

「健康状態」に関連して表 12-1 に最近 5 年間の入院をみると、全体では 33.6%であったが、肢体不自由+内部障害 68.0%と多く、その他の内部障害、難病で 4.5~6 割であった。表 12-2 の現在の通院状況では、通院は 73.1%で、色覚障害 32.0%~呼吸器障害 98.3%であった。表 12-3 に活動性の制限について示した。

13. 障害の変化（不自由さの進行）

障害統計としては調査時点の状態だけではなく、表 13-1~4 に示した変動や変化としてとらえることも必要であると考えて調査したが、詳細な検討はD. 考察にゆずる。

14. 環境因子

表 14-1 に生活の場を機能障害別に示した。持ち家、借家、公営アパート、民間の賃貸アパートを合計すると 3,393 名 (78.8%)

で、グループホームが精神障害、知的障害、ケアホームが知的障害や知的障害+発達障害で他の種別よりも多い。

表 14-2 に住まいの不自由さについて示した。特に不自由ない人が 66.2%、少し不自由を感じている人が、改修したい人も含め 811 名 (18.8%) となった。

表 14-3 で示す普段行く公共の建物の利用しやすさについては、全体として「ほとんどの建物は利用しやすい」と「一部は、利用しにくい」の合計で 3,460 名 (80.4%) であり、利用しにくいと感じる人は視覚障害、肢体不自由とそれらが合併した障害種別で各々 1 割以上で認められた。

15. ご自分の気持ち

最後に総合的な主観的側面のまとめとして、自分自身で回答した人について表 15-1 に仕事・交友関係等の「社会との交流」、表 15-2 に家庭内での役割、表 15-3 に身体の働き、表 15-4 に自立心、表 15-5 に自尊心、表 15-6 に現在の幸福感、表 15-7 に自分の人生全体（過去を含め）の結果と示した。その結果の詳細はD. 考察にゆずる。

D. 考察

今回の実態調査において、生活機能低下者（障害者）の生活機能の実態について、これまで障害に関する統計で把握されていなかった様々な貴重な内容が明らかになったが、ここでは本研究の目的である、厚生統計における ICF にもとづく「生活機能」のコード化に関係深い諸点にしばって考察を加える。

1. 「参加」項目の拡大の必要性

本研究の一環として平成20年度に行った「障害者権利条約とICF」の研究によって、本権利条約の目的である「障害者（生活機能低下者）の権利の確保・向上」の達成に役立つためには、ICFの「生活機能モデル」の構成要素のうち、厚生統計において最も重視すべきものは「生活機能」の3つのレベルのうちの「参加」であり、それに次いで「活動」、そしてそれらに影響する「環境因子」を重視すべきことが確認された。

従来の障害・障害者に関する調査をみると、「参加」に関する項目として重視されてきたのは、仕事、家事、教育などであった。しかし、権利条約の観点に立ち、かつICFの「参加」の分類が広い範囲にわたっていることを考え合わせると、これらよりもはるかに広い範囲の「参加」の把握が必要と考えられる。

そのため今回の調査では「参加」のなかで、従来調査が不十分であった項目を多数含めて調査した。

その中心をなすコミュニティライフ・社会生活・市民生活の「参加」18項目についてまず検討する。その結果は、表3-1～3-38にみるように、項目や機能障害種別による差はあるが、概して回数、満足度ともに低かった。

「週1回以上」の実行者が多い項目をみると、散歩で38.1%、趣味34.0%、友人との交流31.9%と一見決して少なくないようにみえないこともない。しかし、これを「外出」の回数（表2-3）と比較すると問題点が明らかになる。すなわち「外出」のうち

「週1回」から「ほぼ毎日」までを合計した「週1回以上の外出」は全体で3,574名（83.0%）であり、これに対しコミュニティライフ・社会生活・市民生活の18項目はいずれも極めて低いのである。

表3の「参加」項目には、趣味等、必ずしも外出を伴うとは限らないものが含まれているが、多くは外出を伴うものであり、週1回以上の外出をしている者が8割以上であるのに、回数の多い「参加」項目でも3～4割にとどまっていることは、これらの参加項目の頻度が外出の頻度と比べて明らかに著しく少ないといえることができる。

これと関係深いこととして、「外出」の項で、「もっと外出ができるようになるための改善点・希望」を聞いた（表2-7）ところ、第1位の答えが「外出の目的が増えること」であったことは非常に示唆的である。

更に、外出についての満足度と外出頻度との関係を見ると（表2-11）、週1回以上外出している人（2,447名）で、現状で満足しているのは1,372名（56.1%）にすぎず、「もっと外出したい」が677名（27.7%）、「したいががまんしている」が184名（7.5%）と、決して満足している人が多くないことが判明したが、その原因にもこれが関係している可能性が推測される。

すなわち現在、「参加」の実現の上で種々の困難があり、それが外出の目的が少ない状況を作り、また現在の外出への満足度が低いことの原因ともなっているということである。

以上から厚生統計のあり方を考えると、行政統計としての性格上、個々の行政目的によって重点がおかれる調査内容が異なっ

て当然であるが、全般的にあって、障害のある人のよりよい生活（ICFでは特に「参加」レベル）の実現を目的として、効果的なサービスを行政が提供し、それに向けて一般国民も理解・協力するためには、厚生統計における多様な「参加」項目の充実が重要と考えられる。

2. ICFの評価点からみた統計調査の選択肢

ICFが厚生統計における「生活機能」のコード化に大きく貢献できる第二の点は、統計調査における「回答の選択肢」の作成に対し、ICFの評価点（問題の程度を示す指標）が大きな示唆を与えることである。

これまでの厚生統計及びその他の行政統計では選択肢のあり方について統一的な基準がなく、そのため同一調査で種々異なる項目間の比較が困難であったり、同一項目についての異なる調査の間での継続的な比較が困難であるなどの問題点がみられていた。

一方ICFでは、コード化において評価点は不可欠なものとされ、非常に重視されてきた。しかしWHOは、評価点基準については概略の指針を与えているだけであり、具体的な基準については各国・各使用者の検討にゆだねられている。我が国では厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会において「活動」と「参加」についての評価点基準（暫定案）（以下、評価点基準と略す）がつけられている（付録1、2）。それをもふまえ、同時にその基準自体を一層充実させて、厚生統計における回答の選択肢の妥当性を高めるという観点

で種々の角度から検討したので、以下その主な結果について述べる。

1) 「活動」における評価点0（「普遍的自立」）と評価点1（「限定的自立」）

これまでの統計では、「活動」の制限についての選択肢は「自立」、「全介助」、「部分介助」と分けられることがほとんどであった。しかしこれは、種々の点で不十分である。

評価点基準では「活動」の「自立」を2つに分け、評価点1の「普遍的自立」、すなわち「生活の場以外での環境（外出時、旅行時などにおける環境）においても自立している」と、評価点2「限定的自立」すなわち「生活の場（当人の状況に応じて自宅、自宅の一部、病院、施設など）およびその近辺の、限られた環境のみで自立している」を明確に区別した。

今回の調査でも「コミュニケーション」（表8-1）、「身の回りのこと」（表10-1）では、前者では「不自由なく（又は不自由はあるが）外出先・旅行先でも手助けなしに行えている」（評価点0に相当）と「限られた人となら十分に行えている」（同1に相当）に分け、後者では「不自由なく（又は不自由はあるが）が、外出や旅行先でも一人で行っている」（同0に相当）と「自宅（入所施設内）では、全て一人で行っている」（同1に相当）を区別した。その結果コミュニケーションでは評価点0に対応するものが「不自由なく」35.7%、「不自由はあるが」12.5%、合計48.3%であり、評価点1に対応するものが14.9%と、各選択肢がそれぞれ相当数についてみられた。また「身の回りのこと」では評価点0に対するものが「不

自由なく」30.8%、「不自由はあるが」12.9%、合計43.7%であり、評価点1に対するものは9.7%であった。このように同じ「一人で行っている」でも「普遍的自立」と「限定的自立」とはそれぞれ相当な数を占めており、はっきりと区別することができ、そのように区別することで実態をよりよくとらえることができることが確認された。

今回生活機能分類専門委員会の評価点基準の「活動」の評価点0を更に「不自由なく」と「不自由はあるが」に分けることを試み、これもそれぞれかなりの数にあてはまることを確認でき、今後これを厚生統計に生かす可能性も生まれてきたが、この点については更に検討を深めたい。

2) 「活動」における評価点3（「全介助」）と評価点4（「非実施」）

従来の統計調査における選択肢では「活動」の制限の最も著しい場合を「全介助：手伝う人がいなければできない」としていることが多かった。しかし評価点基準では評価点3（「全面的な人的介護をうけての実施」）と評価点4（「非実施」）とを明確に区別しており、本調査でも様々な活動について「全介助で実施」と「実行していない（非実施）」を区別している。

全面的な介助を受けても実行しているか、全く実行していないかは、根本的に異なる状態である。例えば外出についてみると、「限られた範囲には手助けあれば外出している」で「いつも手助けを受けている」人は345名（8.0%）で、「外出していない」人は1.8%であった（表2-8）。従来の調査では「活動」についてはセルフケア（AD

L）が中心になることが多く、ADLは生きていくために最低限必要で、「行わない」ということが考えられないため、全介助で行う「全介助で実施している」を制限の最も著しい場合としたことも考えられる。しかし、セルフケア以外の「活動」にも調査の必要のあるものは多いのであり、それらとの整合性・比較の適切さを考えれば、セルフケアについてもこの2つを明確に分けた評価点基準の評価点3、4と同様に区別した選択肢として活用されることが適切であると考えられる。

「参加」においても同基準では評価点3「全面的な人的介護を受けて、時々または部分的な参加を実現している」と評価点4「参加していない」（禁止の場合を含む）を区別している。今後厚生統計において「活動」や「参加」の項目を拡大していく必要があり、その場合には、全面介護をうけての実施と非実施を区別する意義は大きいと考える。

3) 「している活動（実行状況）」と「できる活動（能力）」の区別

ICFでは「活動」と「参加」において「実行状況」と「能力」とを区別していることが大きな特徴である（「能力」は「参加」においては現実的な「実現可能性」を示す）。個別的支援（医学的・職業的リハビリテーション、特別支援教育、介護など）においては両者をみることが必要な場合が少なくないが、現状を把握するための統計調査においては実生活の状況をみるのが重要なので、今回の調査では「活動」・「参加」の両レベルともにこの2者のうち「実行状況」をみることを大原則とした。

従来の種々の行政調査、例えば平成 18 年の「身体障害者実態調査票」では、用語解説が「一人でできる：他人の介助がなくても、普通のはやさで自分だけでできることをいう。」「一部介助が必要：動作の一部について、手伝う人がいなければできないことをいう」としているように、選択肢・解説ともに「できる」という表現を使っており、これでは「能力」についての回答を求めていると受け取られる危険が大きい。そのため今回は「できる」の表現を避け、「〇〇をしている」という表現に統一した。今後の行政統計では明確に「実行状況」を示す表現に統一する必要があると考えられる。

4) 「手助け」と「促し・誘い」との区別の必要

今回はふつう「介護」としてまとめて扱われがちな「手助け」と「促し・誘い」をはっきり別の選択肢に分けて調べ、外出(表 2-1, 2, 5, 8~10, 13)、家事(表 6-1)、身の回りのこと(表 10-1)などで、(この 2 つの両方が必要な場合もあるが)概してはっきりと区別できることが分かった。

これまでの障害に関する厚生統計では「介助」という表現が使われてきたが、これは専門家の認識としても当事者の認識としても通常、「直接に手を出して体全体やその一部の動きを支えたり、助けたりすること」、すなわち本調査でいう「手助け」を意味するものと理解されるものであり、「見守り・促し」の意味はもたないのが普通である。この点、従来の統計調査に選択肢として含まれていた「介助」では見守りや促しは含まれていないことになる。

わが国の ICF の評価点基準では、「活動」について、人的介護を要する場合は、その程度(部分的か全面的か)によって 2 つに分け、評価点 2 (「部分的制約」と、3 (「全面的制約」としているが、この評価点 2 の「部分的な人的介護をうけている」という定義の中で部分的介護には「見守り・促し」等を含むことを明示している。今回の調査でこの点の妥当性が確認されたことは重要であり、今後厚生統計における生活機能のコード化においても「手助け」と「見守り・促し」とを異なった選択肢とする方向で活用されることが望ましい。

そもそも実際の・臨床的には「手助け」と「促し・誘い」とは介護の仕方として、大きく違うものである。本来「促し・誘い」を行うべき(それで「活動」の実行を実現することができる)場合に、不必要な手助けをおこなうことは、過介護あるいは自己決定権の侵害となる場合が少なくなく、不適切である。

このような不適切な手助けがなぜ起きるかを考えると、介護に関して広くみられる本質的な誤解が関係していると考えられる。それは、介護とは「単に不自由なことで、できないことを手助けするもの」ということである。

実は「見守り・促し」の方が時間や安全(危険性)への不安や忍耐の点で介護者の負担が多く、むしろ手助けして(やらせて)しまった方が介護者のペースで進められ、時間的にも短くすることができ、介護者の負担が少ない場合が少なくない。しかし必要以上の「過介護」、あるいは不適切な介護は将来的な生活機能向上のための活動向上

を阻害したり、生活不活発病(廃用症候群)を生むことにもなり、自己決定権を尊重した「本人中心の介護」とはいえない。

逆に「活動」の自立度の向上をはかるために、促しや誘いを効果的に行うことが大事と考え、それを意識的に行っている、現在の制度下ではそれが介護として評価されないことが少なくない。これは専門家の観点からみただけでなく、特に精神障害の本人・家族や知的障害、発達障害の家族から、これまでの調査(の不備な点)についての意見としても多く出された点である。

機能障害種別によって「手助け」と「促し・誘い」の比率には差があり、例えば、「促し・誘い」の頻度は特定の種別(精神障害、知的障害、発達障害、など)に特に高く、他の機能障害種別には比較的少ない。様々な機能障害種別の共通の行政統計をとる際には重要な点である。このように「促し・誘い」は介護の必要性の把握のために重要である。但し、他の機能障害種別で少ないことについては、それを当然の特徴ととらえるのではなく、その理由・背景を検討する必要もあると考えられる。

今後厚生統計としても、また臨床上もこの2種類の介護を名称および概念として明確に区別することが重要と思われる。また例えば、「介護の手間」について論じる際にも、この2つの区別は本質的な課題として考慮すべきと思われる。

5) 「手助け」や「促し・誘い」の程度－「いつも」か「時々」か

本調査では、介護を「手助け」と「促し・誘い」に分けるだけでなく、そのそれぞれについて、介護の程度をみるために、「部分

介助」と「全介助」という区別(動作の一部について手伝うか全てを手伝うか)だけでなく、介護の必要なのは「時々」か「いつも」かの区別をもとりあげた。これは「介護者の必要性」の観点を重視したものである。

その結果、外出(表2-2、表2-8)では「手助けが必要」な者の中で「時々」は14.8%、「いつも」は18.9%、「促し・誘いが必要」な者の中で「時々」は3.6%、「いつも」は3.6%であり、この他に(数字は略すが)これらの種々の組み合わせ、例えば「いつも促し・誘いが必要で、時々手助けが必要」1.5%などであった。

このように今回の結果からも、頻度の角度から分けてみることも意義があると考えられる。

一方「身の回りのこと」(ADL)では「一部手助け」「全部手助け」「一部促し」「全て促し」と「一部」「全部」という区別を試み、そのような区分も有効であると考えられた。これはADLなどの比較的短時間で行う毎回ほとんど同じように行う行為(「活動」)では、動作の一部か全部かで分けることが介護の状態をみる上で役立つことを示すものと考えられる。

ただここで注意しなければならないのは、前述したように、「一部介助」が「全介助」よりも本人の状態としては必ずしも軽度とはいえず、むしろ介護者のペースで不必要な過度の介助が実施された場合にも「全介助」と評価されてしまう危険性があることである。

特に「参加」向上の観点から介護(人的支援)の必要性を考えると、一部か全部か

よりもむしろ、いつも必要か時々必要かの方が現実を反映すると考えられる。

また「いつも必要である」ことは、介護者の立場からいえば介護のための時間がそれだけ必要とされ、いわばそれだけ拘束されることである。本人の状況だけでなく、家族の状況を把握することも厚生統計として必要なことであり、以上のような選択肢はこの観点からも重要と考えられる。

6) 人的介護を受けての活発な参加

今回の調査で支援の状況も含めて把握した項目について、人的支援・物的支援を活用して活発に「活動」や「参加」している人が多いことが注目された。例えば、「外出」に関して表 2-8、9 に示すように、「手助けがあればどこにでも外出している」人が 997 名 (23.2%) であり、そのうち外出の回数で分けると、ほぼ週 4 回以上が 509 名 (51.1%)、週 1 回以上で 836 名 (83.9%) であった (表 2-9)。また手助けの程度は「時々」が 53.1%、「いつも」が 46.9% であった (表 2-8)。すなわち、手助けをうけてどこへでも外出している人は決して少なくないのである。

外出には「活動」と「参加」との両面があるが、「参加」としてみた場合には「どこにでも外出」し、しかも回数がかなり多い (それを週 4 回以上とするか週 2 回以上とするかは今後検討を必要とするが) 場合には、即ち今回の調査協力者の中のかなりの人について、厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会の「参加」の評価の基準 (付録 2) からみて最も高い段階の評価点 0「活発な参加」と評価することができると思われる。それは、この規

定の内容は「常に又はしばしば全面的な参加を実現している」であり、本文中に「人的介護の有無は問わない」と明記してあるからである。これは人的介護の程度 (全面的か部分的か、常にか時々かなど) も問わないということである。更にこの項については、注で「頻度及び人的介護の有無にかかわらず、高い水準での参加は評価点 0 とする」と述べられており、質的に高い「参加」 (例えばリーダーシップが高い、技術が高い、芸術性が高い、など) はたとえ全面的あるいは常時の人的介護を要し、しかも頻度が多くなっても最高の評価である評価点 0 とするというものである。

今回の調査ではこのような質的な水準 (状態) まで問うことができなかったが、今後これを含めて考えれば、たとえ回数は少なくとも評価点 0 に評価されるべき人が更に加わることも考えられる。

なおいうまでもないが、ここで問題にしている「介護」はあくまでも「人的介護」のことであり、我が国の基準は、車椅子、電動車椅子その他の「物的介護」の有無は全く問題としていない。これは次に検討する「活動」の場合も同様である。

「参加」の評価点 0 におけるこのような規定は「自立生活」 (Independent Living, IL) の思想と相通じるものであり、生活機能の中で最も重視すべき「参加」の見方として、活発な、また質的に高い「参加」は人的介護の有無とは関係なく最高水準の「参加」とみようとする考え方である。

ただ「活動」の評価基準 (付録 1) についてみると、人的介護を受けて行っている場合は評価点は 2 又は 3 となる。

ICFは生活機能とそれに影響を与える要因全体を、「人が生きることの全体像」として、分析的（各要素に分けて）かつ総合的に（各要素間の相互関係を詳しく具体的に把握して）捉えようとするものであり、そのような立場からは、例えば「活動は制限されている（人的介護を受けて行っている）」（評価点2又は3）が、「参加は最高水準にある」（評価点0）人が現実には多数いるということは、むしろ現実を直視したことで深くとらえることのできた結果であって、決して矛盾したことではないと考えられる。これは「活動」と「参加」は別のレベルにあることを考えれば当然ともいえることである。

3. 新しい機能障害としての疲れやすさ、疲労

これまで「参加」「活動」の重要性を強調したが、今回の調査では「心身機能」についても新しい重要な知見が得られた。それは「疲れやすさ」を新しい、重要な機能障害として捉え、そしてこれに配慮した対応の必要性である。

「日中の活発さ」の結果（表11-1～4、6）が示すとおり、「疲れる」「だるい」などの機能障害、そしてそのために「日中横になる」などの「活動」の制限がかなり多くの人に見られている。これは特定の機能障害種別（呼吸器障害、精神障害、難病、など）に顕著であり、それらの機能障害のひとつの特徴をなしている。しかし一方では、多かれ少なかれほとんどすべての種別にみられるという「共通性」もある。

これと関連することとして、「外出」の項

で、「もっと外出ができるようになるための改善点・希望」の質問（表2-7）に、第3位（機能障害としては第1位）に「疲れやすさの改善」があげられていることも重要と考えられる。これは、上に述べた「日中の活発さ」での回答結果をほぼ裏付けるものであり、呼吸器障害、難病、腎臓障害、心臓障害ではそれぞれの中での第1位であるし、精神は第1位は「外出の目的が増える」38.3%であるが、「疲れやすさの改善」は2位32.7%とかなり高い値であった。

今後、厚生統計としてもこのような「疲れやすさ」の有無とそれによる「活動制限」や「参加制約」の、そしてそれへの配慮についての実態把握が必要と考えられる。

4. 生活機能の変化・変動

1) 「心身機能」の変動

上記の「疲れやすさ」を含めた種々の心身機能について、かなりの変化・変動がみられることも今回の調査の重要な知見であった。すなわち、表11-6にみるように、体や精神の働きや疲れやすさの変化・変動が「1日の中でもある」が全体で34.9%、「一週間～数ヶ月の間にも変化・変動がある」が15.7%であり、特に呼吸器、精神、難病では著しかった。このような心身機能の変動は「活動」・「参加」に影響し、これらにも変動を生じている可能性が高い。これは臨床的にも少なからず経験されることである。

今回直接調査項目としてあげなかった「活動」・「参加」にも短期変動があることについて、自由記載欄での記載はかなりあり、特に精神障害、ついで腎臓障害、呼吸器障害、難病で少なからずみられた。今後厚生

統計上の調査項目としてもっと重視する必要を示すものといえよう。

2) 活動の長期変化

少し角度を変えて、より長期的な数年単位の変化もみられた。すなわち、「身の回りのこと」(ADL)について、最近5年間の「身の回りの不自由さ」の変化について聞くと、「悪くなっている」人が、「とても悪化」8.6%、「少し悪化」28.5%、合計37.1%と全体の3分の1以上を占め、特に高齢者(65歳以上)に多くみられた(表13-1~2)。また本人もこの原因は病気の進行や新たな病気の合併だけでなく、「老化」によるものとする場合が多い(表13-3~4)。

しかし生活機能低下がある場合には活動の「量」および「質」の低下が生じ易く、それによって生活不活発病(廃用症候群)による機能障害が生じ、それが「活動」・「参加」を悪化させるという、「生活機能低下の悪循環」が起こりやすい。これは全年齢で起こりうるが、特に高齢者では生じ易くまた改善しにくくなる。すなわちこれまで老化と考えていたことが、実は生活不活発病である、少なくともそれを合併している可能性を考える必要があるのである。

廃用症候群は、予防・改善できる障害である。また廃用症候群は病気とは関係なく、「参加」や「活動」の低下から生じることが多い。これは障害者の高齢化において重要な課題といわれているが、今回の調査で障害者でもそれが明らかとなったと考えられ、今後の厚生統計上も重要な観点と考えられる。

5. 健康状態と医療

生活機能に影響する要因として「健康状態」(疾患、外傷、加齢、など)があるが、これをそれに関係する「環境因子」を通してみると、医療機関外来に通院している人が73.1%の多数にのぼることがまず注目される(表12-2)。機能障害別にみると、聴覚障害では37.7%で、その他、知的障害57.5%、発達障害57.3%、知的障害+発達障害54.9%などが比較的少ないが、9割以上が通院中の機能障害種別(呼吸器障害、腎臓障害、心臓障害、精神障害)もある。

また、先に述べた「疲れやすさ」の原因として「病気の影響」をあげている人が27.8%、「薬の影響」が12.7%いるのも注目される(表11-7)。更に表の13-1~2で示した身の回りの不自由さの悪化の原因としても、生活不活発病だけでなく、疾患の影響も大きいと考えられる。このように障害と「健康状態」との関係は密接である。

機能障害悪化の予防・改善のためには、このように健康状態の予防・改善も重要であるが、その場合、直接機能障害の原因となった疾患だけでなく、二次障害として生じてくる疾患、また全く新たに生じる疾患の合併を考える必要があり、特に加齢に従い新たな疾患が多くなる傾向がある。生活機能の向上のためには、健康状態の管理が必要であり、統計においてもそれに関する把握が重要である。

また今回の調査で、「障害の原因以外の病気のために、自分で心がけて体を動かすことを控えている」人が13.2%と、「医師から指導されて控えている」人の4.3%よりはるかに多かったことも注目される(表

12-3)。これが先に述べた生活不活発病(廃用症候群)を起こす可能性も大きく、今後検討を深める必要がある。

6. 主観的な側面の重視

ICF自体は生活機能の客観的側面(次元)をみるものであるが、本来生活機能には客観的側面だけでなく、主観的側面(次元)も存在すること、そして客観的と主観的の両側面は緊密な相互作用をし、全体として真の「生活機能」すなわち「人が生きることの全体像」をなすものであり、その意味で主観的側面は非常に重要である。この点については、ICIDH(国際障害分類)発表の翌年(1981年)から研究代表者が問題提起し、ICIDHからICFへの改訂過程の中でも強調してきたことであり、ICFの付録の中で「残された課題」に挙げられている。また、ICFで唯一コードが決まっていない「個人因子」の検討の中で、主観的要素をもその中に含める案も本研究の初年度研究で提示し、現在国際的にも検討中である。このような考え方もふまえて、今回、主観的側面についてもかなり詳しく調査した。

先に述べた「個人因子」に関する研究の一つの成果として、生活機能の主観的側面には2種類のものがあることが確認されている。その一つは客観的生活機能の各項目に対応する個別的なもの、すなわち「満足度・希望」などである。もう一つはより包括的な主観的特徴(自尊心、幸福感、人生全体への満足感など)である。

本研究ではまず個別的な主観的項目をとりあげ、外出、コミュニティライフ・余暇

(18項目)、教育、仕事、家事について、客観的な実行状況と主観的な満足度・希望を同時にみて、その間の関連性を検討している。そして、最後に包括的な主観的状态を表15-1~15-7で訊いている。

このようにまず個別の項目を聞いた上で、最後に包括的なことを質問することは、それまでの質問で、自分の状態(客観的次元と主観的次元の両方について、その相互の関連性を含めて)を再確認し、考えを整理してもらう段階を経ることで、包括的な主観的状态についての信頼性・再現性が向上することをねらったものである。

まず満足・かなり満足を合計した割合を全体としてみると、身体の働きについて967名(33.8%)と最も低く、ついで自分の人生全体が1,133名(39.6%)、で、他は4~5割であった。機能障害種別にみると、身体の働きでは肢体不自由で18.0%と低かった。

満足をみるには不満足との比較が必要であるため、次にやや角度を変えて、試みに「不満足」プラス「かなり不満足」対「かなり満足」プラス「満足」の比(仮に「不満足度」とする)をみると、最も高いものは表15-3「ご自分の身体の働き」90.7%であり、続いて表15-7「人生全体の満足度」49.6%、表15-1「社会との交流」25.2%、表15-5「自尊心」28.5%、表15-4「自立心」23.2%、表15-2「家庭内での役割」17.9%、そして最も不満足度が低い(満足度が高い)のが表15-6「幸福感」15.6%であった。この解釈のためには客観的次元との関連についての種々の検討を必要とするが、「不満足度」に90%台から10%台までの大きな差が

あることは非常に興味深い。

客観的な状況と、それを本人が主観的にどうとらえているかには、当然個人差があるが、個人差をふまえつつその人の生活機能全体をとらえるためには、客観的側面のみでなく主観的側面をもとらえて、その間の関係をみるのが効果的である。

ここで留意すべきこととして、主観的な側面の評価としては、例えば「非常に満足」「満足」「ふつう」「不満」「とても不満」の5段階、また数字の1～5、1～10のような段階としてとらえることが多く、今回も包括的な主観的状态（表15-1～15-7）については5段階法を用いた。しかし、今回の調査では、当事者から「できないとあきらめている」「したいががまんしている」のような、より質的な内容を明確に反映する必要があるとの意見が出されており、重要な点と思われる。これは臨床上で本人の希望を確認していく際には、少なからず経験することであり、今後このような内容をも含めて主観的状态を把握することが厚生統計の上で必要であろう。

また今後の課題としては、「コミュニティライフ・余暇」の「満足度・希望」の点において「あきらめ・我慢」がかなり多かったことも重視する必要がある。今後どのような条件がこのような「あきらめ・我慢」の原因になっているかの検討を深め、解決の方向を見つける必要がある。この観点から現在個別事例での確認をすすめている。

なお、満足度や希望は「ニーズ」という概念を考える際に重要である。希望とニーズとはほぼイコールと考えられていることが多いが、そう考えるべきではない。本人

が表出した要望（デマンド）と本人の欲求（デザイア）と、専門家が認識する課題・問題（プロブレム）から、総合的に真のニーズ（必要）へとアプローチすることが必要であり、その際インフォームド・コンセントを前提とした専門家の責任ある対応・支援が重要である。この際、ニーズの明確化のためには客観と主観の両側面の把握が必要であることを忘れてはならない。

7. 厚生統計におけるICFに立った「生活機能のコード化」の基本的な考え方

これまでほぼ生活機能モデルの各要素ごとに検討を加えてきたが、ここで、それらに共通した調査項目、評価点について考える前提となるICFの基本的な考え方についてまとめて述べたい。

1) プラス面をみつけるような設問、選択肢を

ICFの大きな特徴は、「障害」というマイナス面を中心としてみるのではなく、「生活機能」というプラス面を重視することである。「現在何が問題か」という、現在のマイナスを生じている原因の分析だけでなく、「生活機能向上をはかるには何が必要か」という、プラスを向上させる観点を重視することである。プラスを向上させるのはマイナスの除去・軽減だけしかないとは考えず、プラスを作り出す、あるいは隠れているプラスを見つけ出し発展させることを重視するのである。

この観点は厚生統計上としても重要であり、現状分析にとどまらず、より向上させるための手段を見つけることを明確な目的意識として、マイナスを「みつけ・補う」

だけでなく、より積極的に「プラスを増やす」ための要因を探るという観点が重要である。

一例をあげれば、例えば今回の「もっと外出ができるようになるための改善点・希望」(表 2-7) への回答で、第 1 位の「外出の目的が増えること」、第 3 位の「疲れやすさが改善」、第 4 位「歩くことが楽になる」、第 5 位「外出先での身の回りのことが楽にできる」は、例えば平成 18 年身体障害者・児実態調査(以下、平成 18 年調査と略す)の「外出する上で困ること」の選択肢としてはあげられていない。

調査対象者の違いによる差の影響も考慮すべき点(本調査対象者は平成 18 年調査より介助を受けて外出している人の割合が多い)だが、順位が違うのではなく、項目自体として含まれていないことは重視すべきである。

これは平成 18 年調査では「現在の外出で困っていること」についての質問であり、今回の調査は「もっと外出できるように変わるとよいこと」としての質問であることによる違い、すなわちマイナス方向の設問とプラス方向の設問との違いが大きいと考える。

また回答の選択肢として上げられているかどうかの影響も大きい。しかし仮に回答の選択肢がなく、自由記載欄があったとしても、「困っていること」を訊かれた場合には、「外出の目的がない」、「疲れやすさが改善する」、「歩くことが楽になる」、「外出先での身の回りのことを楽にできる」などを、たとえ思い浮かべたとしても、「とても改善は無理だろう」と本人も思い込んで「あき

らめ」てしまっており、記載されない可能性が高いと考えられる。

類似した質問のようにみえても、例えば平成 18 年調査の選択肢である、現在「介助者がいない」(ので外出が困っている)と、今回の調査の第 2 位であった「外出のための介助者がえられる(ことによってより外出できるようになる)」とでは方向性が 180 度異なっており、返答も違ってくる可能性が十分あると考えられる。

2) 「活動」からみる

現状の問題点(マイナス面)の把握の観点からみる場合でも、本人の「活動」・「参加」を中心に考えることが、「活動」「参加」自体を向上させる手がかりを見つけるために重要である。今回の表 2-7 の第 4 位「歩くことが楽になる」、第 5 位「外出先の身の回りのことが楽にできる」は、平成 18 年調査でも建物や乗物の設備などの関連で含まれている可能性が高い。しかしそのように、環境因子のみの観点からみることと、まず本人の「活動」・「参加」を中心としてとらえ、その上でそれに対する「環境因子」の影響をみることとは一見似ているようでも全く別であり、「環境因子」をそれ自体を単独としてでなく、「活動」「参加」へ影響する要素として明確に位置づけることが必要なのである。

生活機能を向上させる必要を様々な領域の専門家が認識し、向上にむけて工夫・努力するためにも、本人の「活動」・「参加」の把握が重要である。「歩くことが楽にできること」や、「外出先の身の回りのことが楽にできること」が課題であることが明確にされれば、その解決のための方策を様々な

専門家・行政が考えることが可能となる。例えばリハビリテーション医療や介護領域でも、外出先でのADLやその他の活動向上支援のプログラムや技術の提供をすることが不十分であったことが反省され、対応がなされることになる。福祉面から歩行が難しいから車椅子の提供をする際にも、このような実用歩行支援が十分に行われたのか、その必要性はないのか、を必ず考えることにもつながる。

より根本的には、障害（生活機能低下）については、「活動」（「参加」の具体像）自体を向上させることはできず、「環境因子」で補うことが主であるとの根本的な誤解があることが最大の問題であり、それが厚生統計においてマイナス面中心、「環境因子」による対応中心に傾く基本的な原因となっている可能性がある。そうではなく、

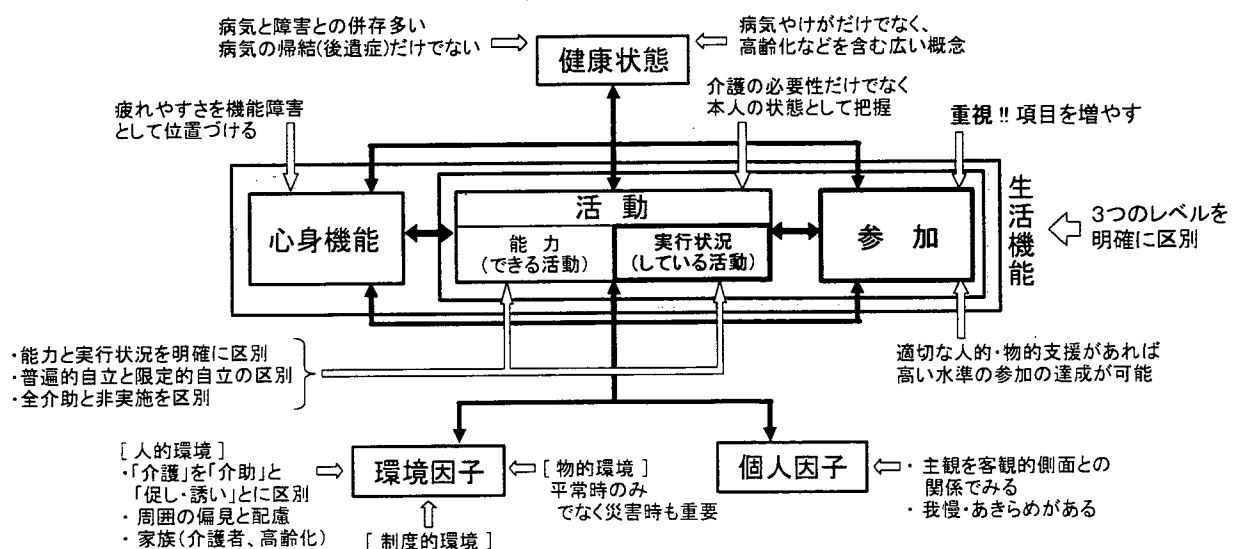
本人の「活動」をプラス面を含めて明確に把握することが必要なのである。

8. 考察のまとめ

本研究の目的は厚生統計においてICFの基本概念（生活機能モデル）に立って「生活機能のコード化」を行うことである。そのため我々は生活機能の3つのレベルを明確に区別して、「参加」レベルに重点をおいて今回の調査を行った。

今後の厚生統計においては「参加」の重視とそれを向上させる要素を発見するための、「活動」や「環境因子」を具体的に把握することが必要となる。そしてこの中心的な調査項目に他の生活機能レベル、健康状態、環境因子などの関与をみていくことが重要である。

図1. 厚生統計に生かすICFの観点



今回の研究結果をもとに、今後の厚生統計における重要なポイントをICFモデルにもとづいて整理した概念図を図1に示した。

ICFのコード化については、ICFの本の多くのページが項目の羅列になっているため、項目に注意がいきがちであるが、実は各要素の相互関係の分析に力点をおいた統計分析が重要である。これは単なる実態調査のための統計ではなく、生活機能向上にむけた方策の発見のための実態把握として不可欠のことである。このような観点を含め今後本調査結果の更なる分析と、今回明らかとなった新たな課題の追求を行う予定である。

E. 結論

国連障害者権利条約の実現状況の把握に重点をおき、あわせて我が国での障害当事者の実態と問題意識の把握を目的として、各種類の障害（生活機能低下）をもつ人々についてのICFにもとづく生活機能実態調査（4,306名）を実施した。その結果に立って従来の障害・障害者の統計について改善の必要な点を明らかにし、従来把握されていなかった特徴、特定の機能障害種別の特徴とされていたものの普遍性などを解明し、障害統計をはじめとする「生活機能低下」に関する厚生統計に必要な項目と評価上留意すべき点を明らかにした。

F. 健康危険情報

特になし

付録1. 活動の評価点基準（暫定案）

○ 実行状況（個人が現在の環境のもとで行っている活動やの状況）の評価基準

評価点	評価	内容
0	普遍的自立	生活の場以外での環境（外出時、旅行時などにおける環境）においても自立している
1	限定的自立	生活の場（当人の状況に応じて自宅、自宅の一部、病院、施設など）およびその近辺の、限られた環境のみで自立している
2	部分的制限	部分的な人的介護（※）を受けて行っている ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制限	全面的な人的介護を受けて行っている
4	行っていない	禁止の場合を含み行っていない

○ 能力（ある課題や行為を遂行する個人の能力）の評価基準

評価点	評価	内容
0	普遍的自立	生活の場以外での環境（外出時、旅行時などにおける環境）においても行うことができる
1	限定的自立	生活の場（自宅、病院、施設など）およびその近辺の、限られた環境のみで行うことができる
2	部分的制限	部分的な人的介護（※）を受ければ行うことができる ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制限	全面的な人的介護を受ければ行うことができる
4	行っていない	禁止の場合を含み行うことができない

付録2. 参加の評価点基準（暫定案）

○ 実行状況（個人が現在の環境のもとで行っている参加の状況）の評価基準

評価点	評価	内容
0	活発な参加	常に又はしばしば、全面的な参加を実現している （人的介護の有無は問わない）（注）
1	部分的な参加	時々又は部分的な参加を実現している （人的介護は受けていない）
2	部分的制約	部分的な人的介護（※）を受けて、時々又は部分的な参加を実現している ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制約	全面的な人的介護を受けて、時々又は部分的な参加を実現している
4	参加していない	禁止の場合を含み参加していない

注：頻度及び人的介護の有無等にかかわらず、高い水準での参加は評価点0とする。

○ 能力（参加の可能性）の評価基準

評価点	評価	内容
0	活発な参加	常に又はしばしば、全面的な参加を実現することができる （人的介護の有無は問わない）（注）
1	部分的な参加	時々又は部分的な参加を実現することができる （人的介護は受けていない）
2	部分的制約	部分的な人的介護（※）を受けて、時々又は部分的な参加を実現することができる ※「部分的な人的介護」は「見守り」「うながし」等を含む
3	全面的制約	全面的な人的介護を受けて、時々又は部分的な参加を実現することができる
4	参加していない	禁止の場合を含み参加することができない

注：頻度及び人的介護の有無等にかかわらず、高い水準での参加は評価点0とする。

1. プロフィール

表1-1-1. 年齢 × 性別 × 機能障害種別(1)

	視覚		聴覚		肢体		心臓		腎臓		呼吸器		膀胱・直腸・小腸		視覚+肢体		肢体+内部		その他身障	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
	回答無	0	回答無	0	回答無	0	回答無	0	回答無	0	回答無	0	回答無	0	回答無	0	回答無	0	回答無	0
0~4歳	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2.1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3.4%	9.5%	0%	2.5%
5~9歳	2	0	2	4	0	15	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1.1%	0%	1.7%	6.2%	0%	2.3%	4.3%	4.2%	1.1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10~14歳	3	2	1	2	0	28	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1
	1.7%	1.7%	0.9%	3.1%	0%	4.3%	0%	0%	0%	3.1%	0%	0%	0%	0%	2.7%	6.9%	3.4%	4.8%	2.6%	2.5%
15~19歳	0	6	4	1	1	24	4	4	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	1
	0%	5.0%	3.4%	1.5%	0%	3.7%	8.5%	4.2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2.7%	6.9%	0%	4.8%	2.6%	2.5%
20~24歳	4	1	3	2	2	24	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	1
	2.3%	8%	2.6%	3.1%	0%	3.7%	4.3%	4.2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2.7%	6.9%	0%	4.8%	2.6%	2.5%
25~29歳	4	4	3	1	1	28	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	2.3%	3.3%	2.6%	1.5%	0%	4.3%	2.1%	0%	1.1%	0%	0%	0%	0%	0%	5.4%	3.4%	0%	0%	0%	0%
30~34歳	9	3	6	4	4	43	3	3	2	0	1	0	1	0	4	4	0	2	0	0
	5.1%	2.5%	5.1%	6.2%	0%	6.6%	6.4%	12.5%	2.3%	0%	2.4%	0%	2.8%	0%	10.8%	3.4%	0%	9.5%	0%	0%
35~39歳	5	4	10	8	8	56	1	0	2	1	4	2	1	0	4	3	0	0	0	0
	2.8%	3.3%	8.5%	12.3%	0%	8.6%	2.1%	0%	2.3%	3.1%	9.5%	2.6%	2.8%	0%	10.8%	10.3%	0%	0%	0%	0%
40~44歳	8	5	7	9	0	54	1	2	5	3	0	2	1	2	4	3	1	0	3	2
	4.5%	4.1%	6.0%	13.8%	0%	8.3%	2.1%	8.3%	5.7%	9.4%	0%	2.6%	2.8%	0%	10.8%	10.3%	3.4%	0%	7.7%	5.0%
45~49歳	17	5	16	4	0	48	3	0	8	5	0	1	1	1	3	1	1	1	4	5
	9.6%	4.1%	13.7%	6.2%	0%	7.3%	6.4%	0%	9.1%	15.6%	0%	1.3%	2.8%	0%	8.1%	3.4%	3.4%	4.8%	10.3%	12.5%
50~54歳	16	12	16	5	5	54	1	1	12	5	0	3	0	0	5	4	4	0	5	5
	9.0%	9.9%	13.7%	7.7%	0%	8.3%	2.1%	4.2%	13.6%	15.6%	0%	3.8%	0%	13.5%	13.8%	13.8%	0%	13.8%	12.8%	12.5%
55~59歳	27	16	15	9	9	56	1	1	10	3	3	4	1	2	5	6	0	0	4	5
	15.3%	13.2%	12.8%	13.8%	0%	8.6%	2.1%	4.2%	11.4%	9.4%	7.1%	5.1%	2.8%	11.1%	13.5%	20.7%	0%	0%	10.3%	12.5%
60~64歳	26	20	17	6	6	59	9	2	14	4	3	7	2	3	2	3	0	0	3	3
	14.7%	16.5%	14.5%	9.2%	0%	9.0%	19.1%	8.3%	15.9%	12.5%	7.1%	9.0%	5.6%	16.7%	5.4%	10.3%	0%	4.8%	7.7%	7.5%
65~69歳	28	22	8	4	4	59	1	3	17	5	1	16	6	4	1	1	4	6	6	2
	15.8%	18.2%	6.8%	6.2%	0%	9.0%	2.1%	12.5%	19.3%	15.6%	2.4%	20.5%	16.7%	16.7%	2.7%	3.4%	13.8%	28.6%	15.4%	5.0%
70~74歳	17	13	3	1	1	51	11	2	9	1	10	13	16	16	3	0	3	2	5	5
	9.6%	10.7%	2.6%	1.5%	100.0%	7.8%	23.4%	8.3%	10.2%	3.1%	23.8%	16.7%	44.4%	5.6%	8.1%	0%	10.3%	9.5%	12.8%	12.5%
75~79歳	6	5	2	2	2	35	4	4	6	2	11	9	5	2	0	0	1	1	2	4
	3.4%	4.1%	1.7%	3.1%	0%	5.4%	8.5%	16.7%	6.8%	6.3%	26.2%	11.5%	13.9%	11.1%	0%	0%	3.4%	4.8%	5.1%	10.0%
80~84歳	1	0	0	1	1	14	2	2	1	0	6	16	2	1	0	1	3	0	4	0
	6%	0%	0%	1.5%	0%	2.1%	4.3%	8.3%	1.1%	0%	14.3%	20.5%	5.6%	5.6%	0%	3.4%	10.3%	0%	10.3%	0%
85~89歳	1	0	1	1	1	3	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	2	1	1	0
	6%	0%	9%	1.5%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	4.8%	3.8%	0%	0%	0%	0%	6.9%	4.8%	0%	0%
90~94歳	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	0%	0%	9%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	2.4%	2.6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
95~100歳	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	0%	0%	0%	0%	0%	4%	4.2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4.8%	0%	0%
年齢不明	3	3	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	1.7%	2.5%	100.0%	1.5%	0%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2.7%	3.4%	0%	0%	0%	0%
合計	177	121	117	65	1	654	47	24	88	32	42	78	36	18	37	29	29	21	39	40
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%