

- 区分 6 4,428,847 円、区分 5 3,202,113 円、区分 4 1,645,716 円、区分 3 1,349,049 円、区分 2 920,462 円、区分 1 906,591 円、区分なし 1,338,838 円、
- ・身体障害者については、全体平均が 1,819,313 円であり、区分別に見ると、
区分 6 3,581,095 円、区分 5 1,620,887 円、区分 4 765,008 円、区分 3 1,298,794 円、区分 2 695,698 円、区分 1 84,377 円、区分なし 1,145,312 円
- ⑤ 自立支援給付のサービス内訳（利用度数（月単位）ベース）では、
- ・身体障害者については、
居宅介護(40.8%)、生活介護（18.7%）、就労移行支援（11.1%）、施設入所支援（10.8%）、短期入所（6.8%）、旧身体入所・通所授産（5.0%）の順であった。
 - ・知的障害者については、
就労移行支援（36.0%）、生活介護（18.7%）、施設入所支援(11.6%)、行動援護（7.0%）、ケアホーム(6.5%)、旧知的入所・通所更生授産(5.6%)、居宅介護(5.5%)、児童デイサービス(5.1%)の順であった。
 - ・精神障害者については、
居宅介護(54.3%)、就労移行支援（40.6%）、自立訓練（生活訓練）(5.1%)の順であった。

3. B市に係る障害者サービス等の状況

(1) 社会環境について

B市は、関東地方に所在する人口 20 万人規模の都市である。東京等への通勤者も多く、近年人口の増加が見られるものの、高齢化率はすでに 20%を上回っている。

(2) データについて

今回 B市からは、A市と同様に、障害者に係る情報（障害等級・種別等に係る情報）と障害者への給付に係る情報（自立支援給付サービス情報、費用請求・徴収情報等）の二種類の提供を受けた。しかしながら、同市の障害福祉担当部局で管理する情報システムは障害者個人に係る情報と紐付けされておらず、異なるシステム間での情報の相互活用は困難となっている。したがって、これら二種類の情報を相互活用することは不可能であり、A市のデータで行ったクロス集計を実施することはできなかった。また、同市からいただいたデータは平成 22 年 12 月サービス提供分である（費用請求に関しても当月に提供したサービスに係るもの）。

(3) 障害者サービスの状況について

提供を受けたデータを基に当研究班で処理を行った結果、把握することができた B市の障害者に係るデータは次のとおりである。参考資料 2 を参照されたい。

- ① 障害者全体（身体障害者、知的障害者、精神障害者）のうち、自立支援給付を利用する者は 2,541 名であった。その内訳として、

- ・障害別については、
身体障害者 645 名（25.4%）、知的障害者 1,617 名（63.6%）、精神障害者 279 名

(11.0%)

- ・障害程度区分別（全体）については、
区分6 410名（16.1%）、区分5 409名（16.1%）、区分4 351名（13.8%）、
区分3 393名（15.5%）、区分2 219名（8.6%）、区分1 59名（2.3%）、区分
なし 700名（27.5%）
- ・障害別に障害程度区分の状況を見ると、
ア）身体障害者については、645名中、
区分6 233名（36.1%）、区分5 69名（10.7%）、区分4 37名（5.7%）、区分
3 139名（21.6%）、区分2 73名（11.3%）、区分1 25名（3.9%）、区分なし
69名（10.7%）
イ）知的障害者については、1,617名中、
区分6 174名（10.8%）、区分5 340名（21.1%）、区分4 281名（17.4%）、
区分3 149名（9.2%）、区分2 80名（4.9%）、区分1 23名（1.4%）、区分なし
570名（35.3%）
ウ）精神障害者については、279名中、
区分6 3名（1.1%）、区分4 33名（11.8%）、区分3 105名（37.6%）、区分
2 66名（23.7%）、区分1 11名（3.9%）、区分なし 61名（21.9%）

② 利用者一人当たり自立支援給付に係る費用（障害程度区分別）は、

- ・障害者全体については、全体平均が164,969円であり、区分別に見ると、
区分6 330,908円、区分5 254,289円、区分4 155,357円、区分3 106,047円、
区分2 75,891円、区分1 51,937円、区分なし 90,883円
- ・身体障害者については、全体平均が197,729円であり、区分別に見ると、
区分6 307,529円、区分5 305,517円、区分4 156,204円、区分3 119,758
円、区分2 55,903円、区分1 23,824円、区分なし 111,561円
- ・知的障害者については、全体平均が166,282円であり、区分別に見ると、
区分6 356,790円、区分5 243,893円、区分4 150,855円、区分3 128,114
円、区分2 112,263円、区分1 98,248円、区分なし 89,741円
- ・精神障害者については、全体平均が81,623円であり、区分別に見ると、
区分6 645,510円、区分4 192,736円、区分3 56,582円、区分2 53,910円、
区分1 18,995円、区分なし 78,162円

③ 自立支援給付のサービス内訳（利用度数（月単位）ベース）では、

- ・身体障害者については、
居宅介護（43.6%）、生活介護（20.4%）、短期入所（12.5%）、施設入所支援（8.8%）、
就労移行支援（6.6%）の順であった。
- ・知的障害者については、
生活介護（22.6%）、短期入所（22.4%）、児童デイサービス（15.0%）、就労移行支

援(12.5%)、居宅介護(8.2%)、旧知的入所・通所更生(6.8%)、施設入所支援(6.4%)の順であった。

・精神障害者については、

居宅介護(49.5%)、就労移行支援(19.6%)、自立訓練(生活訓練)(8.5%)、生活介護(8.5%)、短期入所(7.5%)、共同生活援助(5.3%)の順であった。

D. 考察

1. A市に係る分析

身体障害者数や障害種別・障害等級ごとの人数に係る先行調査としては厚生労働省が実施する身体障害児・者実態調査が有名であり、直近では、平成18年7月1日現在の状況について全国規模で調査が行われ集計されている。また、障害者自立支援給付に関する研究としては、すでに日本福祉大学福祉政策評価センターが行った障害者自立支援給付分析報告書が存在する。同報告書は平成20年6月の利用に係るデータについて215市町村を対象に行ったものであり、当研究よりも調査対象の母数が大きく、当研究の結果との比較には最適であると考えられる。したがって、以下の分析に際してはこれらの調査・報告(以下、「先行調査」又は「先行報告」とする。)について適宜参考にするものとする。

まず、身体障害者に係る障害種別・障害等級ごとの割合であるが、障害種別については、聴覚・言語障害(聴覚・平衡機能障害+音声・言語・そしゃく機能障害)の比率が先行調査よりもかなり小さく、他の障害種別の比率が一様に大きくなっている。A市が全国平均より高齢化率が低いことも理由の一つであると考えられるが、それだけでは説明が困難であると思われるほど先行調査との乖離が大きい。また、障害等級別では、先行調査と若干の違いはあるものの、ほぼ同様の傾向がうかがえた。

自立支援給付利用者における身体障害者の割合であるが、障害程度区分については、先行報告よりも未判定(区分なし)の割合が低いという特徴があるが、他の区分については、ほぼ先行報告と同様の傾向がある。未判定(区分なし)の比率の相違については、先行研究の方が障害者自立支援法の施行期間が短く、判定を受ける者が少なかったことが主たる理由と考えられる。残りの障害種別、障害等級別については、いずれも先行報告では調査対象とはなっておらず、当研究において独自に集計を行ったものである。障害種別については、自立支援給付未利用者を含めた身体障害者全体の比率との関係では、肢体不自由者の比率が高く、内部障害の比率が低いという特徴が見られる。障害等級別については、1級や2級という重度の者ほど利用者数が多く見られた。この点は、上記(2)③のとおり、障害者全体について調査を行ったところ同様の結果が得られている。なお、障害程度区分別と障害等級別のクロス集計を今回行ったところ、区分6については、1級及び2級の比率が高く見られたものの、区分5以下の区分では障害等級との相関は明確には見られなかった。身体障害者手帳制度と障害者自立支援給付制度の趣旨、目的の相

違から、障害程度区分と障害等級に明確な関係が見られないことも不自然とまではいえないが、障害等級単独の場合とやや異なる結果が出たことには注目すべきである。今後の調査を通じてこの点はさらに検討を進める必要がある。

利用者一人当たりの自立支援給付に係る費用については、障害者全体の平均が身体障害者の平均を若干上回る結果となった。さらに厳密に言えば、身体障害者の平均が1,819,313円（母数85名）であるのに対して、知的障害者平均が2,622,303円（母数143名）、精神障害者平均が419,980円（母数31名）となっている。先行報告では、身体障害者と知的障害者の給付額がほぼ同様であるのに対して、若干傾向が異なっている。なお、障害ごとの受給者数の割合は先行報告とほぼ同様である。また、身体障害者の平均額も先行報告とほぼ同様である。このような傾向、特に先行報告との乖離の理由については、実施時期の違いなども考えられるが、正確に判断することは難しい。地域格差の有無を含めて、他の地域の都市についても調査を進める必要がある。他方、障害程度区分別の平均費用額は当研究において独自に集計を行ったものであり、その結果、障害者全体については、区分が上になる（要援護度が高い）ほど金額も高いことが分かった。一方、身体障害者については、区分3と区分4で逆転が生じているがその理由は不明である。それぞれの母数が10名しかなく、その影響が出ている可能性もあるが、今後さらに検討を進める必要がある。

2. B市に係る分析

B市に関しては、個人データが紐付けされていないという制約上、障害等級に関するデータはそれ自体存在するものの、自立支援給付等のデータと結びつけることができず、精細な分析を行うことには限界があった。今回はこのような制約の中で、辛うじて自立支援給付に係るデータについてのみ分析対象としたものである。以下、分析に当たっては、A市と同様に先行報告を適宜参考にするものである。

自立支援給付利用者における身体障害者の割合であるが、先行報告に比較すると若干低い割合ではあるものの、大きく乖離するわけではない。また、障害全体の割合についても、知的障害者の比率が高いものの、大きく乖離してはいない。身体障害者に係る各区分の割合では、区分3から区分6まではほぼフラットであり、先行報告と比較すると、特に区分6の割合が低く、区分4及び区分5の割合が高くなっている。また、区分なし（未判定）の割合は先行研究よりも低くなっており、調査時期の相違が結果に影響した可能性がある。

利用者一人当たりの自立支援給付に係る費用については、障害別に見ると、身体障害者が知的障害者よりも少し高く、精神障害者については両障害よりもかなり低くなっている。ただし、先行報告との関係では、精神障害者に係る一人当たり費用が2割弱高くなっており、身体障害者が1割強高く、知的障害者が6%程度低いのと比べて一つの特徴が見られる。また、いずれの障害においても、区分が小さくなるほど一人当たり費用も小さくなっているが、身体障害者に比べて、知的障害者や精神障害者では区分ごとの格

差が大きくなっていた。なお、区分なしについては、身体障害者及び精神障害者がある程度高い水準にあるのに比べて、知的障害者は他のすべての区分よりも低くなっていた。

3. 今後の研究課題

今回の調査では、関東近県の中規模の都市（人口規模 10 万人程度～20 万人程度）を対象に行ったものであるが、社会環境等が比較的近似している割に、異なる部分もあった。そもそも福祉行政は、住民に身近な基礎自治体において実施されているものではあるが、とりわけ障害福祉分野については、近年の制度改正を通じて、これら実施主体の責務が高まるとともに障害者個人の権利も強化されてきており、今後とも市町村の取組が重要な鍵を握っている。そのような意味で、自立支援給付の傾向等について、サービスの実施主体である市町村自身が把握しておくことは重要である。

したがって、今後は、市町村の多様なニーズに応えることができるよう調査対象となる自治体の数、地域性についてさらに多様な条件を設定しつつ、今後とも対象地域を拡大して調査を継続する必要がある。また、このような継続的な調査を通じて、今回の調査では対応できなかった課題についても解決することが期待されるものである。

E. 健康危険情報

特になし。

文献：(c)日本福祉大学福祉政策評価センター．障害者自立支援給付分析報告書,2008
厚生労働省．平成 18 年身体障害児・者実態調査報告,2008

参考資料1

A市

表1 身体障害者数(障害等級別)

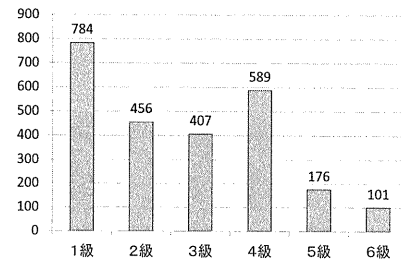


表2 身体障害者の障害種別の割合

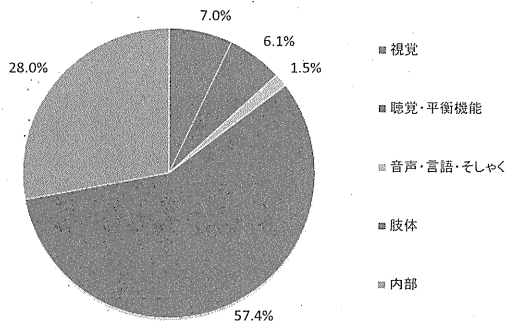


表3 身体障害者自立支援給付利用者数(障害種別)

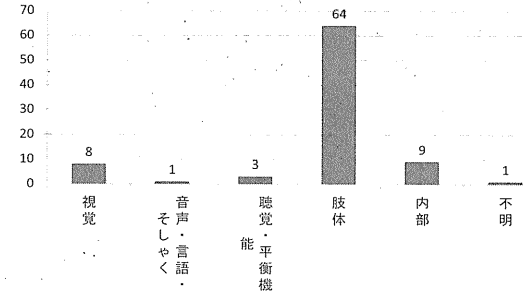


表4 身体障害者自立支援給付利用者数(障害等級別)

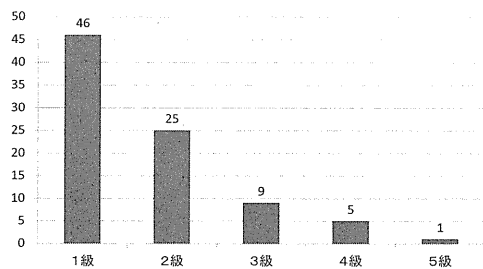


表5 身体障害者自立支援給付決定者数(障害程度区分・障害等級別)

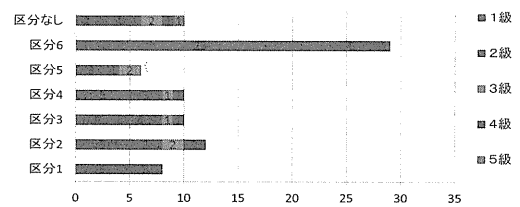


表6 障害者自立支援給付利用者数
(障害程度区分・障害別)

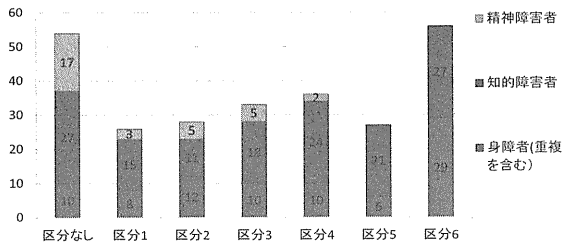


表7

障害者利用者一人当たり自立
支援給付費(障害程度区分別)

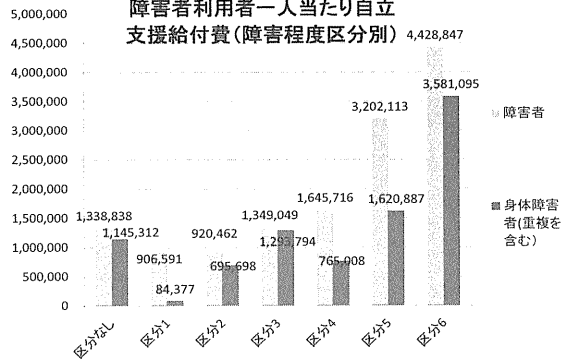


表8

自立支援給付のサービス内訳
(身体障害者)

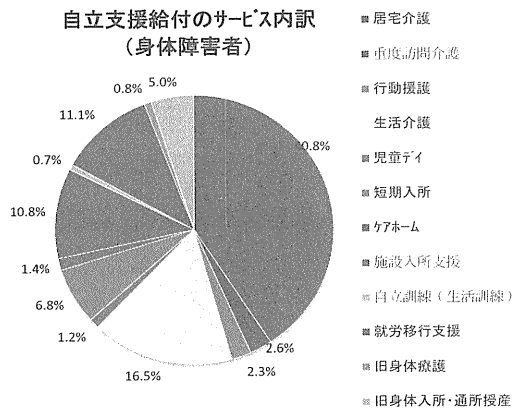


表9

自立支援給付のサービス内訳
(知的障害者)

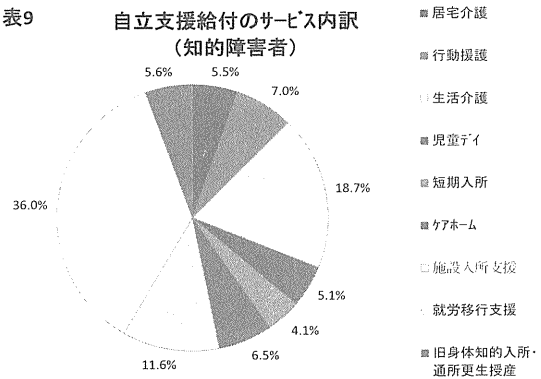
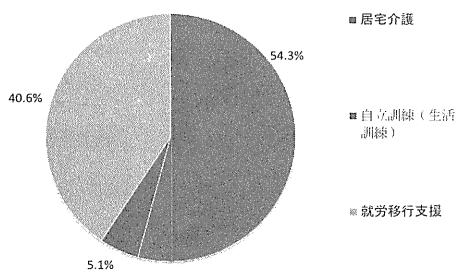


表10

自立支援給付のサービス内訳
(精神障害者)



B市

表1

障害種別人数

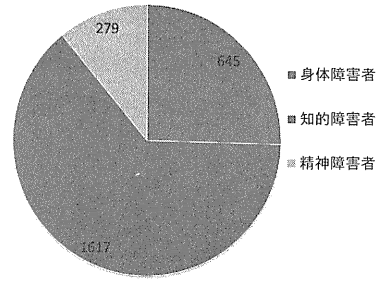


表2

障害者自立支援給付利用者数
(障害程度区分・障害別)

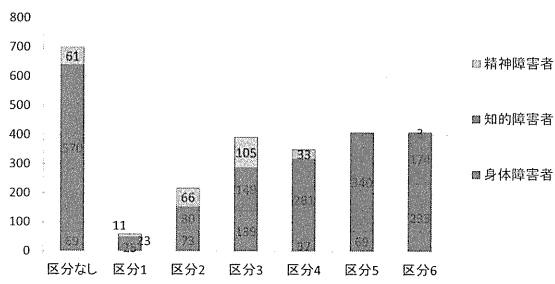


表3

障害者利用者1件当たり自立支援給付費
(障害程度区・障害別)

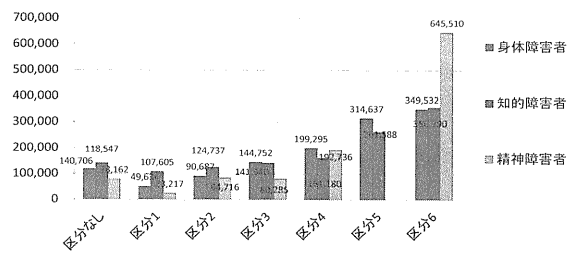


表4

障害者自立支援給付のサービス内訳
(障害別)

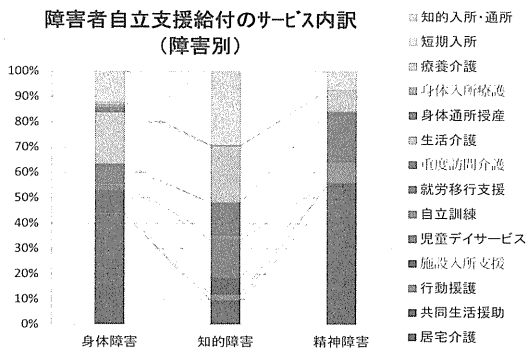


表5

自立支援給付のサービス内訳
(障害者全体)

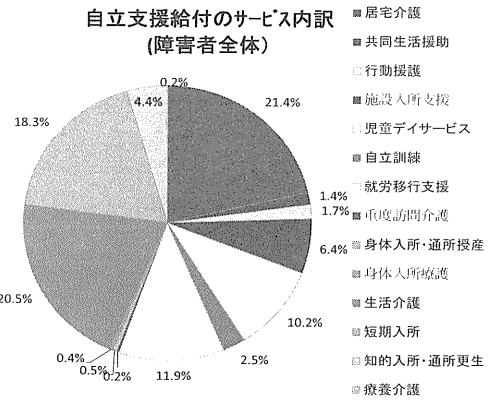


表6

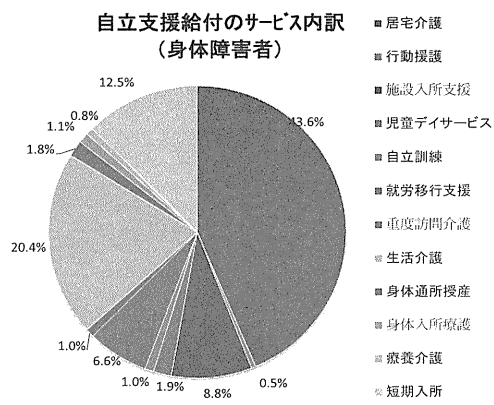


表7

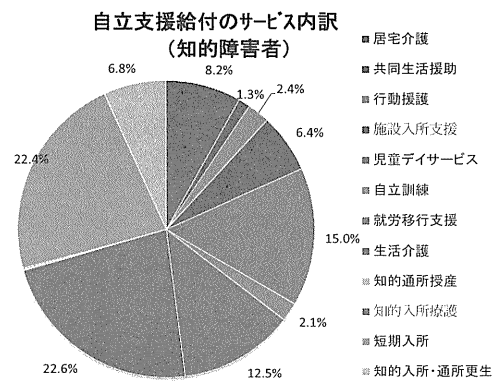
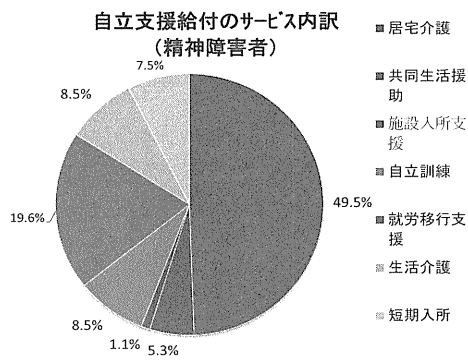


表8



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

障害統計のツール開発の国際動向
—国連ワシントン・グループの活動状況を中心に—

研究代表者 江藤文夫（国立障害者リハビリテーションセンター総長）

研究要旨

WHO による「国際生活機能分類（ICF）」の刊行(2001 年)、国連における「障害者の権利条約（CRPD）」の採択を機に、国際比較に耐える障害統計のツール開発のニーズが切実となり、その目的で国連に設置された障害統計に関するワシントン・グループ（WG: Washington Group on Disability Statistics）が活動し、障害についての一般的な計測法としての短い質問セットを開発し、障害に伴う多数の概念に対応した複数の拡張質問セットを開発中である。

障害者の比率に関する調査結果は、調査方法だけでなく、調査目的等によっても異なり、各国のデータを単純に比較することはできない。国際的に比較可能な障害統計のツール開発は重要であり、障害統計ツールの開発に関する国際動向は、障害認定やこれに関する障害者の範囲をめぐる議論とも関連する問題である。そこで、国際動向も視野に置きながら、わが国の社会経済の状況に適した「障害認定の在り方」を検証する必要がある。

WG では、認知機能を含めた広範囲の領域での障害を検出する目的で拡張セットを開発中であるが、関連して、直近の会議では小児青少年用の質問セットと障害に関わる環境因子の計測目的での質問セットの開発についての作業チームが編成された。WHO における環境因子の分類は ICF の策定で初めて取り上げられたが、環境の計測に関する方法についてはいまだ確立されていない。

今年度は、障害統計に関わる国連 WG の最近の活動について紹介し、特に障害における環境の影響を計測するための質問手法の開発状況について考察した。

1 研究目的

国際的な障害の分類作業の歴史は浅く、国連が関与した障害（disability）の頻度に関する国際調査は 33 カ国による 1950 年代にさかのぼるとされ、その時点では標準化された統計的定義も概念も分類様式もなかった¹⁾。

WHO による「国際生活機能分類（ICF）」の刊行(2001 年)に続き、国連における「障害者の権利に関する条約（CRPD: Convention on Rights of Disabled People）」の採択を機に、この権利条約の第 31 条で障害統計の必要について言及していることから、国際比較に耐

える障害統計のツール開発のニーズが切実となっている。そのために最も注目される活動が、国連のワシントン・グループ (WG: Washington Group on Disability Statistics) である。

障害者の比率に関する調査結果は、調査方法だけでなく、調査目的等によっても異なり、各国のデータを単純に比較することはできない。国際的に比較可能な障害統計のツール開発は重要であり、こうした国際動向も視野に置きながら、わが国の社会経済の状況に適した「障害認定の在り方」を検証する必要がある。

また、こうした障害統計ツールの開発に関する国際動向は、本研究の目的である障害認定やこれに関する障害者の範囲をめぐる議論とも関連する問題であり、国連 WG の活動の現況について、情報を収集し、考察する。

2 ワシントン・グループの概要

WHO による国際生活機能分類 (ICF: International Classification of Functioning, Disability, and Health) が刊行された 2001 年に、国連では 6 月に、障害計測に関する国際セミナーを開催し、個々の国での使用と国際的に比較可能な人口統計基盤での障害計測ツール開発の必要性が認識された。セミナーでは、障害に関するデータの乏しさとデータの質の貧弱さが特に発展途上国で認められ、さらに先進国においてさえ国際比較可能な計測法が欠如していることが明らかにされた。そこで、この課題に対処するため ICF の枠組みで障害を捉え、障害統計のためのツールを開発するための委員会 (シティ・グループ) が設立されることとなり、第 1 回の会議が 2002 年 2 月ワシントン DC で開催された。運営委員会 (steering committee) のメンバーとしてはカナダ、EU、米国、ブラジル、フィリピン、エジプトが選ばれた。また、事務局は米国の国立衛生統計センター(NCHS)に置かれた。この委員会は、第 1 回開催地にちなんでワシントン (グループ) 会議と称されている。

ワシントン・グループ (WG) の主な目的は、国勢調査や全国調査に適合した障害計測法を国際的な協力の下に開発することである。そのために、障害についての一般的で簡易な計測方法 (短い質問セット) を開発すること、障害に伴う多数の概念に対応した複数の拡張質問セットの開発を支援し、調査項目や調査のデザインの原理を各国に推奨すること、文化的にも可能な限り比較可能な計測法を開発すること、併せて障害の計測に際しての方法論的な問題を検討すること、などが WG の活動としてあげられた。

これまでに WG の公式会議は 11 回開催されている: 米国のワシントン DC (2002)、カナダのオタワ (2003)、ベルギーのブリュッセル(2004)、タイのバンコク(2004)、ブラジルのリオデジャネイロ(2005)、ウガンダのカンパラ(2006)、アイルランドのダブリン(2007)、フィリピンのマニラ (2008)、タンザニアのダル・エス・サラーム (2009)、ルクセンブルク (2010)、そして直近はバーミューダのサザンプトン (2011)。WG の組織、経緯、参加国等のリスト、過去の会議記録 (提示資料を含めて)、成果物、国連統計委員会への報告書、次回会議情報は WG のインターネットサイト*からアクセス可能である。

* WG のサイト : http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm

UN のシティ・グループのサイト :

<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/index.htm>

UN の WG のサイト : <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm>

3 ワシントン・グループの最近の活動状況

A 第 10 回会議から 11 回会議まで

第 10 回会議はルクセンブルクで 2010 年 11 月に開催された。この会議とそれ以降の活動と成果としては以下のように整理される。

(1) 質問セットの開発

生活機能の追加ドメインに関する拡張質問セットの最終版の開発に向けた作業が集約されつつある。ユーロスタット (Eurostat) により定期的に施行されてきたヨーロッパ健康面接調査 (EHIS: European Health Interview Survey) に含めるため質問セットの提案がユーロスタットに提示された。

グラナダ・グループは、拡張セット質問の認知テストを合衆国とヨーロッパ 6 カ国 (フランス、ドイツ、イタリア、ポルトガル、スペイン、スイス) で実施してきた。グループの名称は最初の会議の開催地 (グラナダ) に由来し、WG の拡張セット質問から 7 つのドメイン (情動、すなわち不安と抑うつ、痛み、疲労、認知、コミュニケーション、上半身、学習) に焦点を当てている。また、2011 年 3 月に開催された会議で、質問評価法での実務書を作成することへの合意が得られた。

(2) 調査に関する方法論的課題について

第 10 回会議で採択された活動計画に従って、方法論的課題として議論されてきた小児/青少年での障害計測と障害における環境因子の計測に関する 2 つの作業グループが編成され、座長が割り振られた。それぞれ小児/青少年での障害計測のための拡張セットの開発、および生活機能障害と関連する環境の計測に関する質問セットの開発について作業を進めてきた。

ICF に関連して WHO では、2006 年に国際生活機能分類—小児青少年版 (ICF-CY) を承認し、2007 年に発表し、刊行物として配布した。これに合わせて、WG でも小児/青少年への対応が求められた。小児と青少年での障害計測に関する作業グループは、イタリアの国立統計研究所のメンバーが座長を務め、概念的枠組みとそれを操作的に実施する方法の例を含めて、小児用拡張セットの開発のために一般的に受け入れられる提案を、第 11 回会議において行った。UNICEF (国連児童基金) からの代表が、この会議に出席して、多指標クラスター調査 (MICS: Multiple Indicator Cluster Survey) で使用される調査項目に関する情報を発表した。そこで、小児の障害に関する質問の拡張セットを開発する作業のために、WG と UNICEF との間で正式の協力体制が整備された。

環境因子を調査研究する作業グループは、米国の保健統計のための国立センターが座長を務め、環境因子計測のための概念的枠組みと関連する質問セットの文献的考察（後述）と、質問セットのサンプルを提示した。

（3）障害統計のための WG 質問セットの普及

第 10 回会議では、中東諸国と新たに接触し、WG への参加を呼びかけることが採択された。その関連で、2010 年から 2011 年にかけて WG 事務局からの代表が中東地域でのいくつかの研修ワークショップに参加した。そこでは最新の研修活動が提供された。

質問の評価と認知面接の方法に関する研修ワークショップが 2010 年 10 月にオマーンのマスカットで開催された。目的は、WG 質問の拡張セットに関して現在の認知面接のやり方と質問の評価手法について研究者に情報提供し、研修することであり、9 つのアラブ諸国（シリア、ヨルダン、チュニス、スーダン、オマーン、パレスチナ、エジプト、イエメン、モロッコ）の国立統計事務所（NSO s）から 15 名が出席した。

2010 年 12 月には、シリアのダマスカスでの障害セミナーがアラブ統計研修研究所（AITRS: Arab Institute for Training and Research in Statistics）のスポンサーで開催された。障害の定義と計測についてアラブ諸国の国立統計事務所（NSO s）からの代表に知識移転することが主目的であり、12 カ国（前述諸国に加えて、バーレーン、イラク、リビア）の NSO s から 22 名が出席した。類似の企画は 2011 年 5 月にも UAE のシャラーで AITRS のスポンサーにより開催され、15 のアラブ諸国から NSO s の代表 35 名が出席した。

以上のように、第 10 回会議で活動計画に採用された中東地域への参加呼びかけは順調に展開したようである。中東地域における認知テストの拡張と質問の拡大セットのフィールドテストの現状が第 11 回 WG 会議で報告された。

（4）第 11 回会議

第 11 回会議は、2011 年 11 月 14-16 日、バーミューダ政府統計部の主催により、バーミューダのサウサンプトンで開催され、17 カ国の統計部門と国際機関からの代表を含めた 40 名が出席した。わが国からは国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部の筒井澄栄室長が出席した。

第 11 回会議の主要目的は、拡張セットに関する追加作業の報告（認知フィールド試験成績のさらなる分析結果、その他の地域への質問の拡張セットの認知フィールド試験の拡大に関する最新情報、拡張セット改訂に関する最新情報）、小児の障害と環境因子の計測に関する作業グループからの現状報告、戦略的課題の考察、ということであった。

他の機関との協力関係については、UNESCAP で引き続き実行プロジェクトについて討論がなされた。障害計測法開発を継続することで、引き続き世界銀行の支援を求めるとした。国連社会経済業務部門とは、障害者権利条約をモニターする目的で WG 質問集を利用することで協力することとなった。

(5) 報告文書等について

各種報告書に関して、これまでの会議記録や国連統計委員会への報告とは別に、以下の文書が WG のインターネットサイト（米国 CDC）からダウンロード可能となっている。

- ① Washington Group Report to Disabled Person's Organizations (DPOs): Disability Information from Censuses
(国際障害者団体のために、国勢調査からの障害情報について解説)
- ② Washington Group Report to National Statistics Offices (NSOs): Development of an Internationally Comparable Disability Measure for Censuses
(各国の統計事務局のために、国勢調査用に国際比較を可能にする障害計測の開発について解説)
- ③ Monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disability
(国連障害者権利条約のモニターのための質問セットの使用法などを解説)
- ④ Understanding and Interpreting Disability as Measured using the WG Short Set of Questions
(短い質問セットを使用して計測された障害の理解と解釈に関する解説)
- ⑤ The Measurement of Disability Recommendations for the 2010 Round of Censuses
(障害の計測：2010 年前後の国勢調査への提言文書)
- ⑥ Washington Group Position Paper
(ワシントン・グループの目的について解説)
- ⑦ The Matrix
(ワシントン・グループ及び関連グループの活動と作業計画、質問のドメインと ICF 参照について表示)

B 障害に関する世界報告書について

第 10 回会議以降のその他の関連事項として、世界保健機関（WHO）と世界銀行（WB）による「障害に関する世界報告書」が刊行され、国際発刊式が 2011 年 6 月 9 日にニューヨークの国連本部で開催され、同月 27 日にはジュネーブの WHO 本部においても開催された。この世界報告書では、障害に関するデータの入手しやすさ、比較の可能性、データの質を強化するために、WG の活動に言及し、その作業に直接影響するいくつかの提言を提案している 2)。

世界報告書の WG に関連した提言としては、

- ・ 障害データに関する日常的なルーチンの収集を通じて、改善された国の障害統計を国家統計プログラムに組み込まれるようにすること。
- ・ 障害に関するデータ収集を改善し拡大するために適切なツール（質的、量的方法）

を開発すること。

- ・ 障害統計に関するワシントン・グループと国連統計委員会からの提言に従った国勢調査データの収集をすること。
- ・ WG と BI (ブダペスト・イニシアチブ) で開発された質問集が、国のニーズを満たすために拡張することができるコアセットを提供するために利用されること。
- ・ WG と BI で開始されたように、障害調査の中核として、人口調査で使用するための障害に関する拡張計測法を開発し検証すること。
- ・ NSO (各国の統計事務局) は、データの品質、比較可能性、および利便性を改善する手段として、積極的に WG に参加するよう奨励されている。

さらに、世界報告書の提言 7 では、「障害のデータ収集を改善すること」を取り上げ、以下のように述べている。

障害のある人々についてのデータ収集のための方法論を国際的に開発して、異文化間で試験して、確実に実施することが必要とされる。データは、標準化され、基準に従って国際的に比較可能なものである必要があり、国内外での障害政策や国連障害者権利条約の実施についてモニタリングする必要がある。全国的に、障害がデータ収集に含まれるべきである。国際生活機能分類に基づく統一された障害の定義によって国際的にデータの比較が可能となる。第一ステップとしては、国連の障害に関するワシントン・グループ (*United Nations Washington Group on Disability*) と国連統計委員会 (*United Nations Statistical Commission*) の提言にそって、国勢調査のデータを収集することが可能である。費用対効果が高く、効率のよいアプローチは、既存の標本調査に障害の質問、あるいは障害モジュールを含めることである。またデータは、人口特性ごとに分けて、障害のある人々の下位集団についてパターンや傾向や情報を明らかにすることも必要である。また障害に特化した調査でも、障害比率、障害に伴う健康状態、サービスの利用および必要性、QOL、機会やリハビリテーションのニーズなどの障害の特徴について、より総合的な情報を得ることが可能である。

C WG の短いセットと拡張セット

(1) WG 短いセット (WG short set of questions) について

WG は 2010 年ごろの国勢調査における短いセットの使用状況の把握に努めている。使用された質問とその結果としての障害の推定値に関する情報の提供を WG より各国に要請し、各国からの結果の予備分析が第 11 回会議で発表された。

ここで特に興味を持たれたことは、ある国々で作成された質問セットに対する改変版の影響である。各国での障害情報の収集と質問の言い回し (対応翻訳) の潜在的影響について、これらの知見を上手に情報提供するために利用するにはどうしたらよいか議論が集中した。国家間での言語ニュアンスの差異だけでなく、多民族、多部族の国家や移民人口を含む国、さらには教育水準の低さも質問の理解に差を生じる。翻訳の過程についても課

題があり、逆翻訳もブラックボックスであり、文章が往来することは分かって、その翻訳版が適切であるかは分からない。この会議で得られた最新情報に関する要約と、質問の言い回しの影響に関する分析は各国にとって有用であることが出席者により合意され、このプロジェクトは 2012 年の作業計画の一部として採用された。

(2) WG 質問紙の使用に関する各国の状況

WG では会議に先立って、各国の障害統計に関する現況報告を求めてきた。第 11 回会議での各国報告に関して、回答を寄せた国は 38 カ国で、その地域別内訳は以下のとおりである。

- ・アフリカ/中東：エジプト、イスラエル、ヨルダン、レバノン、マラウイ、モーリシャス、モロッコ、オマーン、パレスチナ、南アフリカ
- ・アジア/大洋州：オーストラリア、バングラディシュ、中国（香港）、中国（マカオ）、モルジブ、モンゴル、ニュージーランド、フィリピン、シンガポール
- ・ヨーロッパ：アルメニア、デンマーク、エストニア、フランス、ドイツ、イタリア、ラトビア、リトアニア、ポーランド、スペイン、スウェーデン、英国
- ・北米/南米：アルゼンチン、アルバ、バーミューダ、カナダ、コスタリカ、メキシコ、米国

これらの諸国で、最新の国勢調査で WG 質問の短いセットを使用したのは 26.3%（10 カ国）であった。最近の会議報告（2009～2011 年）で、国勢調査において WG 質問の短いセットまたは、それを改編して使用している国は 31 カ国に達する。WG 質問の短いセットをこれまでに、国勢調査、全国調査、障害モジュール、或いは全国調査の予備試験として使用したことのある国は 18 カ国（アルゼンチン、アルメニア、アルバ、バングラディシュ、バーミューダ、カナダ、中国（香港 SAR）、コスタリカ、フランス、ラトビア、モルジブ、メキシコ、モンゴル、オマーン、パレスチナ、フィリピン、南アフリカ、米国）に達する。

WG 簡易質問セットを国内の調査に含めない理由としては以下のことがあげられていた。

- ・前回の国勢調査又はデータ収集時に WG 質問セットの最終版ができていなかった。
- ・前回調査時に使用されたのと同じ質問の使用が求められた。
- ・前回のデータ収集時には WG 質問セットについて知らなかった。
- ・人口国勢調査では障害の質問は問わない。
- ・障害は別の情報源で規定されている—行政記録、確立された調査、法律
- ・パイロット調査時に、回答者は質問の理解が困難だった。
- ・国勢調査に新たな質問を追加するには費用がかかりすぎる。
- ・質問が多すぎる。
- ・WG 簡易セットに類似した質問が使用されてきたが、将来は使用する予定。
- ・WG 簡易セットを将来のデータ収集で含める可能性は大きい。

また、調査実施時に使用される言葉については、自国語または地域言語が 16 カ国、英語

(翻訳含め)が12カ国、アラビア語が7カ国、スペイン語が5カ国、ロシア語が3カ国、フランス語が3カ国、ドイツ語が2カ国だった。この中で複数の言語が提供されるのは、アルバ(自国語、英語、スペイン語)、中国(自国語、英語)、コスタリカ(自国語、英語、スペイン語)、エストニア(自国語、ロシア語)、ラトビア(自国語、英語、ロシア語)、モーリシャス(自国語、英語)、カナダ(英語、フランス語)、スペイン(スペイン語、地域語)、米国(英語、スペイン語)であった。

(3) WG 拡張セット (WG extended set of questions) について

WGは生活機能に関する障害質問の拡張セット (WG ES-F: Washington Group - Extended Question Set on Functioning) に関する作業を継続している。第11回会議ではその第9版が資料として提出された。この質問セットは米国で実施された全国健康面接調査 (NHIS: National Health Interview Survey) に加えられ、分析が入手可能であり、非公式な予備的知見がこの会議で発表された。WGの質問セットをよりよく理解し、分析のための指針を提供するために、このデータをいかに役立てるかについて議論された。このようなWGメンバーの関心に従って、米国の保健統計国立センターはNHISの成績の分析を継続する予定であり、それを論文として出版することも合意された。

4 環境因子の計測手法について

障害に関する世界報告書の第1章「障害の理解」において、人の環境が障害の体験や大きさに巨大な影響を与え、アクセスできない環境が参加とインクルージョンへのバリアを形成することで障害を作り出すと述べている。環境の否定的影響の例として、手話通訳なしのろう者、利用可能な洗面所やエレベータのない建物での車いす使用者、スクリーン・リーダーのソフトなしでコンピュータを使用する盲人を挙げている。

近年の議論では医学モデルと社会モデルの二分法が提示されるが、障害は純粋に医学的あるいは社会的だけで理解できるものではない。障害のある人は健康状態すなわち疾病から生じる問題を経験することがしばしばある。そこで、障害の異なる側面に立脚した適切でバランスの良いアプローチが必要とされる。その中で、ICF(生活機能、障害、健康の国際分類、すなわち国際生活機能分類)は、障害に関する世界報告書においても概念的枠組みとして採用され、生活機能と障害を、健康状態やヒトの因子と環境因子との両者の背景因子の間でのダイナミックな相互作用として理解する。ICFの枠組みについては、「環境因子への新たな強調」として障害に関する世界報告書の最初のカラムで紹介されている。

ICFは、障害を生み出すことに関して環境因子を強調していて、このことが新しい分類と以前の機能形態障害、能力障害、及び社会的不利の国際分類(ICIDH)との大きな違いである。ICFでは、機能の異なるレベルを持つ人々が生活し行動しなければならない世界を記述するために環境因子の分類を含めている。これらの要因は、ときに促進要因でもあり、バリアの要因にもなりうる。環境因子に含まれるものは建物環境だけでなく、工業製

品や技術、自然環境と作られた環境、支援と相互関係、人々の態度、コミュニティでのサービスや社会体制や政策、などである。

したがって、国際比較に有効な障害計測法の開発に関わるワシントングループ (WG) が、環境因子計測のためのツールを開発する作業に着手したことは大いに注目されるところである。本研究班では、昨年度の国際動向調査において寺島委員が英国の生活機会調査 (LOS) の中間報告書について紹介したが、第 11 回の WG 会議では環境因子計測のための質問手法の例として、LOS で使用された質問手法である **Life Opportunities Module** についても言及された。そこで、ICF モデルにおける環境因子計測のための開発状況を、環境因子の計測に関する **Barbara M Altman** のプレゼンテーション資料 (環境計測へのアプローチ) 等を中心に紹介する。

A 環境計測における様々な課題

第 10 回会議で編成された環境因子計測に関する作業グループにより草稿 (質問のサンプルセット) が作成された。この提案に関して、基本的な疑問として生じた意見は、環境の計測は、異なる文化間で比較可能であるようなツールとして検討されるべきということである。

環境計測の目的としては、第 1 に簡単な短いセットを開発するための指針として、機会均等化が挙げられた。そのアプローチでは、それぞれの文化背景での参加に関して、均等な機会よりも乏しい機会のリスク (危険) があると思われる人を識別するために適用された。しかし、差別や不利益のリスクにある人を識別することは機会均等化への解決策の一部でしかない。環境の本質は多面的であり、すなわち環境は参加の促進因子として作用することもありうることから、リスクに環境を加減して、平等な参加を達成するという式 (リスク±環境=平等参加) が導入される。したがって、環境計測の目的は参加を支援したり、あるいは妨げたりする促進因子または阻害因子 (バリア) を識別することである。

環境のレベルは、社会レベルと個人レベルに分けられる。社会レベルは、避難所、食物、保護、交通輸送などをすべての人々のために提供するコミュニティでの様々なシステムの構造と組織を反映する。個人レベルは、個人が接触する大規模な環境の側面を反映する。

環境と障害との関連として、生活機能に困難をもつ人が自分の家庭やコミュニティで活動しようとするとき、環境が障害を生み出す重要な役割をもつことである。人が活動しようとするものについては、WG でも多く (短いセットや拡張セット) を開発してきているが、活動に影響する阻害因子 (バリア) や促進因子としての環境に関する情報は乏しい。

環境と参加については、環境はすべての活動がなされる背景としての物理的、組織的、および態度の問題であり、参加 (あるいは非参加) は、個人と環境間での干渉の結果である。特別な活動に関わろうとする個人の選択により影響されるだけでなく、環境の本態 (存在するバリアや促進因子) によっても影響される。

B 環境計測の主要アプローチ

障害の構造において環境の影響を強調した初期の文献として米国科学アカデミーの医学研究所 (IOM: Institute of Medicine) のモデルがあげられる。IOM モデルは 1991 年に提唱され³⁾、1997 年に修正され⁴⁾、障害を個人 (ヒト) と環境の相互作用によるものとしてとらえている。障害の移行要因として、「生物学(Biology)」、「環境 (物理学的、社会的、心理的) (Environment)」、および「生活様式と行動(Lifestyle and Behavior)」の 3 者を挙げ、「障害のない状態(No Disabling Condition)」「病理(Pathology)」「機能障害(Impairment)」「機能的制限(Functional Limitation)」の 4 者を双方向性の過程として配列し、それぞれに移行要因が関与する (図 1)。ヒト/環境の相互作用に基づく障害のレベルは環境マツトの変異 (沈み込み) として定義され、そのマツトにおける変異 (沈み込み) の量によって個人が経験する障害の大きさを表す (図 2)。

最近の約 20 年間に、障害のある人々のアセスメントのために環境の背景に関連した様々な分類が生まれ、建築物の構造、天候の状態、交通機関の様式、他者の態度などを含めて障害のある人々の妨げになったり支援となったりする多数の概念的カテゴリーが区別されるようになった。その中で、環境評価のために開発されてきた代表的なツールは参加に関するただ一つか二つの側面のみ集中するものが多かった。それらは重要で計測可能と考えられてきたものである。たとえば建物環境は上手に計測できる領域と思われたようで、しばしば高齢者集団の状況を検証するために使用される。しかし、建物環境は参加の可能性に関する非常に広い領域をカバーするひとつであり、直近の環境は自宅であり、職場環境であり、公園広場、病院や診療所、介護サービスの事務所までの様々な公共スペースも環境である。したがって、計測法の開発では、アプローチのレベル(個人的、社会的)に関して決定されるべきであり、参加活動の範囲に関連した環境が含まれるべきで、参加領域内の環境要素にも対応されるべきである。しかし、こうした非常に詳細で完全な環境のコンテキストを包含することはできないので、計測の焦点をいずれに置くかは慎重に考慮する必要がある。

WG の作業チームは、環境計測の最初の試みとしては、3 つの基本的な領域として日常活動に関連した家庭環境の利用のしやすさ、重要なコミュニティの環境と差別、交通輸送システムに力点を置くことを提案している。

この作業チームをとりまとめている Altman 女史は、これまでの文献的考察に基づき、環境計測への主要なアプローチを、「障害レベルのアプローチ」「社会の構造的/説明的 (記述的) なアプローチ」「参加のアプローチ」の 3 型に分類できるとしている。

(1) 障害レベルのアプローチ

障害レベルのアプローチに関する資料は、環境因子に関する Craig 病院調査票を始めとして、数多くのリハビリテーション団体によって生み出されてきた。少なくともこれらの

アプローチのひとつは環境で経験されるバリアと促進因子の両者を捉えることをめざしている。

環境因子に関するクライグ病院調査票（CHIEF：Craig Hospital Inventory of Environmental Factors）の開発は、1997年に開始された。CHIEFは障害者が希望し、必要があることを実行することを妨げる主観的な環境要因（物理的な、態度の、政策のバリア）の頻度と強度の評価を目指して考案された。環境因子に関する5つのドメイン（政策面；物理的構造的；職場や学校；態度や支援；サービスや補助）で経験されるバリアを定量化することに焦点を当てている。

障害レベルのアプローチにおける第1のタイプとして、CHIEFの質問は、次のとおりである5）。

Q 過去12ヶ月間で、あなたにとって交通利用の可否に関して問題となったのはどのくらいの頻度ですか？

毎日

毎週

毎月

月により（毎月ほどではない）

なし

該当しない

Q この問題を生じるときは大問題ですか、小さい問題ですか？

大問題

ほとんど問題でない

すなわち、交通環境との相互作用でその人が経験する問題について、頻度と強度の組み合わせられたデータを提供する。実際に、得られたスコアは、IOMモデルで、環境マットの変位（沈み込み）として定義されたようなヒト/環境の相互作用に基づく障害のレベルの計測である（図1、図2）。そのマットにおける変位の量によって個人が経験する障害の量を表すが、この質問の組み合わせはその構造の近似値を提供すると考えられる。

同様の回答様式で25項目の設問があり、5つのグループに分けられる。サービス/補助項目（交通、医療ケア、ホームヘルプ、情報、教育・研修、コミュニティでの使用と個人的使用での器具類）、政策項目（ビジネス、行政、雇用、コミュニティでの教育とサービス）、職場と学校の項目（態度、手助け、支援）、物理的・構造的項目（周囲、自然環境、家屋やコミュニティの設計、職場・学校のデザイン、支援技術）、態度と支援項目（家庭、差別、コミュニティの支援、家庭の支援）からなる。

検証は16歳から95歳までの成人で行われ、小児に関するデータを欠く。25の設問からなり、自記式と面接式（対面または電話）で実施される。次いで短縮版が開発され、12項目が選択されている。