

生活のしづらさなどに関する調査の詳細統計の作成準備
～国民生活基礎調査との比較について～

研究分担者 高橋 競 国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究分担者 北村弥生 国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究代表者 岩谷 力 国立障害者リハビリテーションセンター
研究協力者 熊本圭吾 四徳学園

研究要旨

厚生労働省による「平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（以下、生活のしづらさ調査）に設けられた国民生活基礎調査と類似の調査項目（問 10）について、国民生活基礎調査との比較が可能か否かを検討した。その結果、国民生活基礎調査は過去数日（あるいは現在）の急性疾患の有無を質問したのに対し、「生活のしづらさ調査」は過去 6 か月間の身体と精神の不具合の有無を質問したことから、単純な比較はできないことが明らかになった。また、問 10 は障害を含めた「生活のしづらさ」を、医学的な診断とは別の方法で抽出すると期待され、障害者手帳所持者は障害の原因疾患（疾患名でなく眼の病気、腎臓の病気等）や症状（ものが見えにくい・見えない等）を選択すると予想されたが、多くても 4 割程度しか選択しなかった。これらの結果から、第一に、「生活のしづらさ調査」の問 10 は国民生活基礎調査の結果と比較することは適切ではないと考えられた。国民生活基礎調査の結果との比較を可能にするためには、2 つの方法が考えられる。一つ目は、全国障害者実態調査等において、国民生活基礎調査と同じ調査項目により、障害者手帳所持者における急性疾患罹患率を明らかにし、国民生活基礎調査の結果と比較することである。二つ目は、国民生活基礎調査において「障害がある者」を抽出する調査項目を設定することである。第二に、医学的あるいは制度的な指標と整合性のある「生活のしづらさ」を抽出するための障害統計の尺度の検討を継続する必要があると示唆された。

A. 目的

厚生労働省による「平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（以下、生活のしづらさ調査）では、国民生活基礎調査と類似の調査項目（問 10）をもうけ、国民生活基礎調査との比較を意図したことが報告されているが[4]、その比較結果は示されていなかった。

そこで、本研究では、「生活のしづらさ調査」の問 10 の詳細統計を作成し、この設問への結果は国民生活基礎調査との比較が可能か、および、医学的あるいは制度的な指標と整合性があるかを明らかにすることを目的とする。初年度には、データへのラベル付けを行い、詳細統計に関わる全体把握を行った。

B. 方法

厚生労働省障害保健福祉部企画課より「生活のしづらさ調査」の有効回答 14,249 件の入力データを表計算ソフトエクセル (Microsoft 社) のデータ形式で提供を受けた。

東日本大震災の影響を考慮して、被害が甚大であった岩手県、宮城県、福島県、盛岡市、仙台市、郡山市、いわき市では調査は実施されなかった。また、調査票の配布方法が他と異なった大阪市のデータは集計されておらず、調査票の配布と回収に関するデータもなかった。

3 年間の初年度として、統計解析ソフト SPSS (IBM 社) のデータ形式に変換し、データへのラベル付けを行い、国民生活基礎調査を参考に作成した調査項目問 10-(1) 及び問 10-(2) について、身体障害と精神障害に相当する選択肢とそれぞれの障害認定者との対応を計数した。

(倫理的配慮)

本研究は、国立障害者リハビリテーションセンター研究倫理審査委員会に申請し (平成 26 年 8 月) 「非該当」と判断された。本研究で提供を受けたデータには、個人の氏名、住所は含まれておらず、個人の特定はできないためである。しかし、調査実施時に対象者には、調査の目的を「統計の作成」と説明しているため、本研究は詳細統計の作成に範囲をとどめ、二次解析を行うものではないことが確認された。

C. 結果

表 1～5 に、身体障害者手帳所持者と手帳非所持者の障害種別と問 10-(1) における対応する症状の対応関係を示した。また、表 6～16 に、身体障害者手帳所持者および精神障害者保健福祉手帳所持者の障害種別と問 10-(2) における対応する疾患の対応関係を示した。

問 10 では「おおよそ 6 ヶ月以内に、身体と精神に具合の悪いところはあったか。(一時的な風邪やけがによるものは除く)」を尋ね、(1) はその症状を、(2) はその原因疾患を選択肢から選ぶことを依頼した。

手帳所持者に想定される症状では、呼吸器機能障害で「息切れ」を選択した者 38.6%、聴覚障害の身体障害者手帳所持者で「聞こえにくい・聞こえない」36.8%が最高で、肢体不自由では「関節の動きが悪い」19.9%が最高であった。精神障害から主として想定される症状は特定できなかった。

手帳所持者に想定される原因疾患では、呼吸器機能障害者で「肺・気管支関係の病気」59.0%、腎臓昨日障害者で「腎臓の病気」53.6%が最高で、肢体不自由の中では「脳卒中」32.4%が最も高かった。精神障害者保健福祉手帳所持者のうち 48.3%は、「その他の精神疾患」も含めた 8 つの精神疾患を選択しなかった。

表 17～32 には障害等級による選択率を示し、障害等級が高い (等級の数値が小さい) 場合に症状と原因疾患の記入が多いわけではないことを示した。

手帳非所持者については、症状では「手足の関節の動きが悪い・痛い」9.8%が最高で、原因疾患では「脳卒中」6.6%が最高であった。

D. 考察

(1) 国民生活基礎調査との比較可能性について

「生活のしづらさ調査」の問 10 は、国民生活基礎調査と類似の調査項目であったが、条件とする状態が異なった。すなわち、国民生活基礎調査健康票では「ここ数日、病気やけがなどで体の具合の悪いところはありますか」「現在、傷病で病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っていますか」と質問し、急性疾患を抽出しているのに対して、「生活のしづらさ調査」では、「おお

むね6ヶ月以内に、身体的又は精神的に具合が悪いところがありましたか」「その症状」「どのような病気で体の具合が悪い状態が生じていますか」と慢性疾患を抽出しており、2つの調査での抽出対象には、健康状態を害する期間、症状および原因の関連付けに差があった。

従って、「生活のしづらさ調査」の問10の結果を国民生活基礎調査の結果と比較することは適切ではないと考えられた。生活のしづらさのある者の急性疾患率を国民全体と比較するためには、全国障害者実態調査等において、国民生活基礎調査と同じ調査項目により、障害者手帳所持者における急性疾患罹患率を明らかにし、国民生活基礎調査の結果と比較することが適切と考える。あるいは、国民生活基礎調査において「障害者手帳所持者」あるいは「障害および慢性疾患患者」を抽出する調査項目を設定することが有効と考える。

(2)「過去6か月の症状」「障害」「生活のしづらさ」の関係

「生活のしづらさ」は、公的サービス対象の枠の一つである「障害認定区分」「障害者手帳所持」あるいは「公費負担医療」よりも広い概念と想定され、「サービスの谷間にある者の現状とニーズを知ること」が「生活のしづらさ調査」のひとつの目的とされた[1]。しかし、問10では、65才未満では59.2%、65才以上では68.5%しか、「症状がある」と回答しなかった。このことから、この設問による「症状がある」ことは「生活のしづらさ」の一部でしかなかったと考えられる。

また、問10では、障害者手帳所持者の4割程度しか「症状がある」と回答しなかった。その理由として推測されるのは、障害は過去6か月に限った症状でないと判断されたことである。例えば、

視覚障害者は、「ものが見えづらい・見えない」ことは6か月よりも長く続くために、「過去6か月の身体的又は精神的に具合が悪いところではない」と回答しても不思議はない。一方、視覚障害者の35%が「ものが見えづらい・見えない」を選択した理由には、「障害」を回答した場合と、障害認定を受けた目の症状に加えて、過去6か月間に、新たに眼疾患が発生したり、進行したことを回答した場合が考えられる。

F. 研究発表

なし

G 引用文献

1) 平野方詔. 厚生労働科学研究「障害者の生活実態及びニーズ等を把握するための調査手法開発に関する研究」報告書(概要)(抄). 2011.