

(別添 5)

## 国連国際障害統計に関するワシントン・グループ会議

### 第 16 回会議までの成果

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 江藤文夫 (国立障害者リハビリテーションセンター)

本稿では、障害者に関する統計について、第 16 回会議 (平成 28 年 12 月) までの国際連合 (以下、国連) のワシントン・グループについて、沿革、組織、目的、短い質問セット、拡張質問セット、精神障害領域の設問、子ども用モジュール、環境因子・参加因子の設問設計の方向性、持続可能な開発目標における障害に関する指標作成ネットワークの各項目の情報を記載した。

#### 1. 国連の国際障害統計に関する活動の沿革

「知的障害者の権利宣言」(1971)、国連の「障害者の権利宣言」(1975 年)には、「障害者に関する統計」および「データ」の記載はない。しかし、国際障害者年の開始に合わせた国連総会の決議 (決議番号 36/77, 1981) では、世界中の障害者数を 5 億人、そのうち 4 億人が低所得諸国で生活していることを指摘した。「障害者に関する世界行動計画」(1982)でも、世界の障害者数は 5 億人以上であり増加していること、ほとんどの国で 10 人に 1 人はなんらかの障害を持っていることが記載された。また、国連統計部 (United Nations Statistical Division) に対して、「他の専門機関や地域委員会等と共に、開発途上国と協力し、さまざまな障害に関して、全数調査もしくは標本抽出調査によるデータ収集の現実的・

实际的システムの開発、統計資料利用のための技術的マニュアルの作成」が要請された。

そこで、国連統計部は、「障害者統計に関する専門家会議」の開催(1984)、「障害者統計の開発：事例研究 (Development of Statistics of Disabled Persons : Case Studies)」の刊行(1986)、国連障害者統計データベース (United Nations Disability Statistics Data Base: DISTAT) の公開 (1988)を行った[1]。DISTAT には 75 カ国の国勢調査または全国調査における障害者数 (性・年齢階層別人数) と障害を識別する質問文が掲載され、一部の国のデータは 1995 年版まで更新された。

このデータを元にして、国連統計部は、「国連・障害者の 10 年」の最終年度(1992)に向けて、障害者統計便覧 (Disability Statistics Compendium) を出版し(1990)、

55 か国の障害者統計を比較した。その結果、障害者の人口に対する比率は、最大で 20.9%（オーストラリア）、最小で 0.2%（チリ）と差が大きく、国際的に比較可能な障害の基準作りの必要性が明らかになった。そこで、2001 年に、国勢調査で使う比較的簡単な共通因子の測定のための尺度の開発を目標として、国連のシティ・グループ（インフォーマルな組織）としてワシントン・グループは立ち上げられた。

2006 年には、障害者権利条約が国連総会で採択され、わが国は 2007 年 9 月に署名し、2014 年 1 月に批准書を寄託した。障害者権利条約第 31 条「統計および資料の収集」には、「締結国は、この条約を実現するための政策を立案し、および実施することを可能にするための適当な情報（統計資料及び研究資料を含む）を収集することを約束する。」と記載され、国際比較可能な障害の計測方法と障害者の存在率（以下、障害者率）への注目は、さらに高まった。国際比較可能な障害の計測方法と障害者率は、それぞれの締結国がもつ歴史的あるいはサービス提供のための独自の障害の定義とその定義に基づいた調査とは別に必要とされている。

## 2. ワシントン・グループの組織

国連のシティグループの名前は、最初の会合が持たれた都市の名前を冠する<sup>1)</sup>。ワシントン・グループ（以下、WG）では、米国国立疾病対策予防センター内の国立衛

生統計センターが事務局を務める。グループのメンバーは政府統計局と国際的な障害者に関する組織（世界保健機構、国際障害者同盟など）であるが、ワーキンググループに国際組織（ユニセフなど）が参加することもある。近年は、統計局だけでなく厚生労働系、社会開発系の省庁からの参加もある。年に 1 度の会議には 80 名程度が参加し、事務局とワーキンググループが行っている尺度の開発状況が報告され、今後の方針への意見を参加国に求める。当初は、世界銀行が活動資金を出資していたが、近年は、オーストラリア政府外務省の事業費などを活用し、尺度の開発のために行う調査、調査国での調査員研修、低所得国の会合参加支援などに充てられている。

会議開催国は毎回異なり、障害者に関する統計に関する取り組みが熱心な国で行われる場合が多い。第 16 回会議の開催国であった南アフリカは、2000 年に初めて黒人が統計局長になり、片手切断の開発省事務次官代理も参加した。会議開催国を毎回変えるのは、多様な国の状況を参加者が体感することや、開催国周辺の国が参加しやすいことから有効であると考えられる。第 16 回会議では、会議前日に初回参加者のためのオリエンテーションが開かれ、南アフリカ統計局職員の参加が目立った。

年次大会後には、会議での発表スライドの他に要約がホームページから公開される他、国連統計部に報告書を提出する[2]。2016 年には、事務局が作成するホームペー

ジに加えて[3]、過去の発表スライドを検索できるようにした新しいホームページもイギリスの研究グループにより作成された[4]。

これまでのWGの活動は2冊の書籍にもまとめられた[5],[6]。年次大会の前後を中心に、事務局、運営委員、ワーキンググループ代表、会議主催国ら約15名による電話会議を年に数回行う。日本からは平成28年度までの16回中10回に厚労省障害保健福祉部の依頼で国立障害者リハビリテーションセンターが参加し、平成27年から3年間は第一著者がアジア代表の運営委員を務める[7]。

### 3. 目的

WGの第一の目的は、国勢調査や全国調査に適し、国際比較が可能な障害計測法を国際的な協力の基に作成することである。この目的は、2006年に「短い質問セット short set」が承認されたことで達成された(表1)。WGの第二の目的は、人口調査や障害者に対する調査に使う複数の「拡張質問セット extended set」を作成することであり、2009年に一つが承認された。二つの目的に共通して、国際障害機能分類(ICF)が基本枠組みとして用いられ、全体構成を示すマトリックスが作成された(附表1)。ICFに準拠することを旨とした厚生労働省の統計は、なかったが、2016年に行われたG7神戸保健大臣会合の共同宣言「神戸コミュケ」[8]には、「妥当性及び信頼性があるデータの

必要性」と「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD)や国際生活機能分類(ICF)」といった国際統計分類を活用すること」と書き込まれた。

### 4. 短い質問セット

WGの活動以前の調査では、障害の識別には「あなたは障害がありますか?」という質問が最も多く使われていたが、障害に対する偏見から「障害がある」と回答しない場合が多かった。次に多かったのは、診断名や医学的な症状のリストに合致するかを尋ねることであった。しかし、この方法の欠点は、症状のリストには漏れが出ること、医学的診断を受けることができない人が漏れること、同じ診断名であっても状態は異なることであった。

そこで、WGの短い質問セットでは、「視覚」「聴覚」「移動」「認知」「セルフケア」「コミュニケーション」に機能制限があるかを尋ねる。短い質問セット6つを使うことが困難な場合は、最初の4つを使用することが勧められた。

また、従来の調査では、「障害」を「何もできない状態」と捉える場合が多く、きわめて重度の障害しか検出されなかった。差別や偏見も検出を困難にした。文献および事前調査の結果から、2段階ではなく4段階の選択肢を示し(「全くできない」「とても苦勞する」「少し苦勞する」「苦勞はない」)、「全くできない」と「とても苦勞する」を「障害がある」と分類すること

をWGは勧める。この方法によると、認知症は障害かどうかを悩む必要はなく、認知機能等について「とても苦労する」のであれば「障害」と分類される。選択肢の表現については、「少し」を「軽度」、「とても」を「重度」とすると、「重度」の回答者が減ることも指摘された。

「視覚」と「聴覚」では、「眼鏡を使用しても、見るのに苦労しますか?」「補聴器を使用しても、聴くのに苦労しますか?」と支援機器を使用した状態での苦労が質問されるが、それ以外の生活機能では、支援機器の使用は問われない。眼鏡や補聴器が普及していない国では「補聴器を使用しても」は外して使う。しかし、「コミュニケーション」で「日常的な言語」には手話を含めた公用語以外も含むことから、「補聴器を使用すること」で得られる機能を「障害」の判断基準にしているわけではない。

「セルフケア」は生活機能ではないが、セルフケアに関するサービスを提供するために把握の必要がある国は多いことと、「上肢」「認知」などの他の多くの生活機能と関連するカテゴリーであることから採用されたという。「上肢」は拡張質問セットに含まれる。このように、サービスの有無は意識されているが、識別された「国際比較のための障害者」と「各国のサービス受給者」は一致しないことは注意を要する。

質問項目の翻訳のための解説によれば、「セルフケア」では、単に体を洗ったり、衣服を着脱する行為だけでなく、せっけん

やシャンプーの補充、衣類の片付けなども含まれている。

WGの短い質問セットを国勢調査に使用する勧告は国連統計部から[9]、仁川戦略の指標に使用する勧告は国連 ESCAP から出された。6つの質問と4つの選択肢を採用しているとは限らないが、第16回会議では、これまでに短い質問セットを使用した国勢調査または全国調査は69カ国で実施されたと報告された。日本も、平成23年「生活のしづらさなどに関する調査(厚生労働省)」では、WGの短い質問セットと拡張質問セットの一部の合計13項目を対象者の例示として調査票の表紙に示し、平成28年同調査では設問に加えたことから、全国調査で使用していると登録した。平成28年度調査においても質問用紙のスペースの制約から選択肢は「はい・いいえ」であり、今後の改善が期待される。

短い質問セットを使用して得られた障害者率が従来の計測方法による障害者率とどのように異なるかの比較は、第16回会議でいくつかの国から報告された。例えば、オーストラリアの障害・高齢・介護者に関する全国調査(Survey on Disability, Aging, and Carers)は、調査名通り、障害だけでなく高齢者も調査対象としており、本人用の調査票の別に介護者用の調査票もある。この調査において150の質問から得られた障害者率は18%と国際的に最も高い値を示すが、同国で短い質問セットを使った障害者率は6.7%、85歳以上群では43%、州都で

は5.3%、それ以外の都市では9.5%であったことが報告された(6,213世帯、13,837人の成人を対象とした)。また、「記憶と集中」ドメインについては「問題ない」と回答されやすいことなどが指摘された。

各国の統計局以外では、国際NGOであるハンディキャップ・インターナショナルがシリア難民に対して短い質問セットを使用し、障害と識別された対象者に特別な配慮を提供して効果をあげたことは好事例として紹介された[5]。

表1 ワシントングループの短い質問セット

番号	質問文
1	眼鏡を使用しても、見えにくいですか？
2	補聴器を使用しても、聴ききとりにくいですか？
3	歩行や階段の上り下りがしにくいですか？
4	通常の言語をつかっでのコミュニケーションが難しいですか？ たとえば、人の話を理解したり、人に話を理解されることが難しいですか？
5	思い出したり集中したりするのが難しいですか？
6	入浴や衣服の着脱のような身の回りのことをするのが難しいですか？

選択肢：「全くできない」「とても苦勞する」「少し苦勞する」「苦勞はない」

## 5. 拡張質問セット

詳細な状態を知るために拡張質問セットは作られた。例えば、「補聴器を着用しても、聞くことに苦勞する」といっても、静かな部屋かうるさい部屋かにより苦勞は違うからである。ここでは、短い質問セットに「学習」「理解」「情動(不安、憂鬱)」「痛み」「疲勞」が基本活動ドメインとして追加された。さらに、複合活動ドメインには、「ADL/ IADL」「対人関係」「生活活動」「社会参加」が選択されたが、まだ、複合ドメインの質問文は完成されていない(附表2)。

拡張質問セットは使用する国や調査により微修正が行われ、これまでに、グラナダ・グループ、ESCAP、南米が数十件のコグニテ

ィブ・テストと1000件程度のフィールドテストを行った。また、5カ国(ドミニカ共和国、フィンランド、コソボ、サモア、米国)が使用したと報告された。

米国の全国健康面接調査(National Health Interview Survey)では、2010年と2013年の世帯調査に拡張質問セットが使用され、それぞれの年で、障害のある世帯とない世帯からあわせて約17,000人のデータを収集し、解析を継続している。しかし、米国のデータでは、上に示した基本活動ドメインすべての質問について「とても苦勞する」以上を「障害」と分類すると、対象者の半数程度が「障害者」となってしまうことがわかった。そこで、米国の事務局は、WHOが指摘する人口の15%程度を目安に、第

16 回会議では操作的定義方法を提案した。第一に、短い質問セットと「上肢」「不安」「憂鬱」の基本活動ドメインに限定する。第二に、選択された基本活動ドメインから 2 つの質問が選ばれ、そのクロス表から障害の「レベル」を 4 段階に分別する(表 2)。短い質問セットの 6 つの質問に「まったくできない」「とても苦勞する」と回答した

者に「上肢」「不安」「憂鬱」の 3 基本活動ドメインで困難レベル 3 と 4 と判定された者を加えて「障害」を操作的に定義した。この場合に、障害者率は 11.9%となること(表 3)、この「障害」の定義により障害の有無による就労率を比較した例が紹介された(表 4)。

表 2 - 1 米国 NHIS の結果による障害程度の区分案(上肢) (Michel Loeb, 第 16 回 WG 会議報告資料より)

		腕の動き				
手指の動き		問題ない	少し困難	かなり困難	できない	合計
問題ない		14786 レベル 1	309 レベル 2	58 レベル 3	44 レベル 1	15197
少し困難		782 レベル 2	355 レベル 2	51 レベル 3	40 レベル 4	1228
かなり困難		98 レベル 3	73 レベル 3	51 レベル 3	33 レベル 4	255
できない		9 レベル 4	5 レベル 4	7 レベル 4	49 レベル 4	70

表 2 - 2 米国 NHIS の結果による障害程度の区分案(不安の頻度と強度)  
(Michel Loeb, 第 16 回 WG 会議報告資料より)

		頻度					
最新の発生について	強度	毎日	毎週	毎月	1年に数回	ない	合計
非該当		0	0	0	0	6638	6638
少し		489 レベル 2	887 レベル 2	897 レベル 2	3417 レベル 1	44 レベル 1	5734
中間		589 レベル 3	725 レベル 2	535 レベル 2	1221 レベル 1	16 レベル 1	3086
かなり		148 レベル 4	256 レベル 3	123 レベル 2	248 レベル 1	13 レベル 1	1188

表3 米国 NHIS の結果による質問領域と障害発生比率（18歳以上）（％）

	質問数	比率 %
短い質問セット	6	9.5
短い質問セット+聴覚+移動+認知	14	12.7
短い質問セット+聴覚+移動+認知+上肢	16	13.2
短い質問セット+聴覚+移動+認知+上肢+不安+憂鬱(4)	20	14.8
短い質問セット+聴覚+移動+認知+上肢+不安+憂鬱(4)+痛み+疲労(4)	25	17.2
短い質問セット+上肢+不安+憂鬱	12	11.9
短い質問セット+上肢+不安+憂鬱+痛み+疲労	17	14.7

注) (4)はレベル4のみを採用した場合を示す

表4 米国 NHIS の結果による就労率と障害の有無（18～64歳）（％）

	障害者率	障害 なし	障害 あり
短い質問セット	6.6	73.5	30.8
短い質問セット+上肢+不安、憂鬱	9.3	74.3	36.0

## 6. 精神障害領域の設問

精神障害関係の設問としては「情動（不安、憂鬱）」が提案されているが、十分ではないことは、すでに、指摘されている。例えば、「depression」を「憂鬱」と翻訳すると、「ちょっと怒られて落ち込んでいる」場合も、「結婚式の前で緊張している」場合も入ってしまうことが複数の翻訳で指摘された。WGの質問群は英語で作成されているため、翻訳は精神障害分野に限らず課題が指摘されており、翻訳方法の基本と翻訳のための質問の解説は作成中である。

第16回会議では、著者が参加した5回の会議中ではじめて精神障害領域に関するワーキンググループからのまとまった報告があった。すなわち、83英語文献（総説23、ただし、知的障害、アルコール依存症、認知症を除く）について、対象障害（診断）、対象国、対象地域（都市、地方）、関連する機能を分類し、(1)生活機能として、「記憶」「思考」「家庭管理」「移動」「セルフケア」「言語機能」「余暇活動」「睡眠

障害」などが抽出されたこと、(2)環境因子として、「態度」「支援」「貧困」「薬」「個別因子（自己理解、薬の副作用）」が抽出されたことが報告された。今後、非英語文献の調査が継続されるという。また、カメルーン、カナダ、インド、米国でのフィールドテストでは、拡張質問セットの「不安」「憂鬱」とK6、PHQ-9を調査し比較した結果が報告された。

## 7. 子ども用のモジュール

WGの質問セットは発達段階にある子どもについては健常でも障害と分類してしまう欠点があった。そこで、WGは2009年にワーキンググループを立ち上げ、UNICEF（国際児童基金）と協力して、国際生活機能分類児童版（ICF-CY；WHO，2007）を使い、子ども用のモジュールを開発した。16回会議では、カメルーン、インド、サモアでのフィールドテストで使用された結果が第報告され、尺度の決定が確認された。2歳未満

は障害があるかどうかははっきりしない場合が多いために対象外とされた。

2歳から4歳用のモジュールは16の質問文からなり、「視覚」「聴覚」「歩行」「微細運動」「コミュニケーション」「学習」「遊び」「行動の制御」を尋ねる。移動に苦勞がある場合には、運動機能によるのか意思によるのかを尋ね、さらに親がそれを気にしているかを尋ねる(附表3-1)。「学習」「行動の制御」については、同年代の他の子供との比較と親の心配を尋ねる

5歳から17歳用の試作版モジュールは24の質問文からなり、「視覚」「聴覚」「歩行」「微細運動」「セルフケア(食事、衣服の着脱)」「家庭内外でのコミュニケーション」「学習」「記憶」「注意」「変化への対処」「友人関係」「行動の制御」「感情」が含まれる(附表3-2)。

## 8. 環境因子・参加因子に関する設問設計の方向性

ICFの環境因子・参加因子に関する設問の開発は遅れていたが、UNICEFとの子ども用モジュール作成に関する共同作業は、オーストラリア政府の経済的助成を得て、「インクルーシブ教育」のための環境モジュールの開発に発展した。第16回会議では、(1)「態度」「アクセシビリティ」「費用負担」を、このモジュールの基本ドメインとすること、「アクセシビリティ」と「費用負担」は母親または主たる養育者を回答者とすることが提案され承認された。米国では35人、

インドでは40人(障害児10人、健常児30人うち非就学時20人)、ジャマイカでは40人の母親に事前調査が行われ、2018年にはモジュール完成を目指すことがワーキンググループから報告された。

同様に国際労働機関ILOも、障害者の労働力に関する118ヶ国の統計を調査した際に6)、障害の定義の統一が必要であることを意識し、WGの質問セットの利用を勧めると共に、労働環境の評価尺度をWGと共同作成する意識づけがなされた。第16回会議では、障壁、配慮、態度、社会保護 Social Protectionの4ドメインが提案され、米国立衛生統計センターで予備的調査が進行中で、インドでもプレテストが開始される見込みである。

他にはアクセシビリティに関するワーキング・グループが立ち上がり、国連国際電気通信連合 International Telecommunication Union 統計部と会合をもち、連携した活動の模索が開始されたことが第16回会議では報告された。新たなワーキンググループとしては、「行政データ」と「解析」が開始された。

## 9. 持続可能な開発目標における障害に関する指標作成ネットワーク Global Action on Disability Network

国連のミレニアム開発目標(MDGs)が2015年に達成期限を迎えた後の開発目標として、持続可能な開発目標 Sustainable Development Goals: SDGs 2015-2030 が2015



年に採択された。SDGs の開発目標 17 のうち 7 項目は障害に関係し、4 項目は高齢者、女性、子どもなどの弱者に関係する。また、9 項目は全人口を対象とするが障害の有無に関する統計に意義が見いだされるという。そこで、SDGs2015-2030 に関する指標について障害の有無の比較を行うことを動機としたネットワークが 2015 年に発足し、第 15 回 WG 会議で、各国の統計局および関係者に対してネットワークへの参加が打診された。2016 年 4 月には、同ネットワークは WG 会メンバーを対象に、SDGs の開発目標 17 に対応する 230 指標について国内統計があるか、性別・障害有無による比較ができるかを調査した。39 か国の回収結果から、10 か国以上に統計がある指標は 5、5 から 10 か国に統計がある指標は 10 に留まり、障害の有無と性別による比較ができる指標は極めて少数であることが明らかになった。そこで、同ネットワークメンバー組織は SDGs 事務局に対して「障害の有無や性別などによる比較が可能な統計の充実が必要なこと」を示し、障害の有無による比較では WG 会議の質問セットを使用することが提案された。

#### 引用文献

- 1 江藤文夫. ワシントングループの動向. 厚生労働科学研究「障害認定のあり方に関する研究」報告書. 2012.

2. 国連.  
<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm>
3. ワシントン・グループ.  
[https://www.cdc.gov/nchs/washington\\_group/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/washington_group/index.htm))
4. ロンドン大学. ワシントン・グループ.  
<http://www.washingtongroup-disability.com>
5. Altman, B. International Measurement of Disability Purpose. Method and Application. Springer. 2016.
6. Altman, B. International Views on Disability Measures: Moving Toward Comparative Measurement. JAI Press. 2006.
7. 国立障害者リハビリテーションセンター. 国際会議参加情報.  
<http://www.rehab.go.jp/whoclbc/japanese/conference.html>
8. 厚生労働省. 神戸コミュニケ (仮訳). G7 神戸保健大臣会合 2016 年 9 月 11 日 -12 日.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/Kobe\\_Communique\\_ja.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/Kobe_Communique_ja.pdf)
9. United Nations Statistics Division . The United Nations Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Results of the Survey on Proposed Changes for the 2020 Census Round1. 2003.

## 参考文献

1. 北村弥生. 国連の障害統計に関するワシントン・グループの取り組み. ノーマライゼーション. 11月号:15-17, 2016.
2. 北村弥生. 講座 障害統計:第1回 障害統計の国際動向:国際連合と世界保健機構. リハビリテーション研究. 12月号. 2016.
3. 北村弥生. 講座 障害統計:第2回障害統計の国際動向:国連国際障害統計に関するワシントン・グループ会議. リハビリテーション研究. 2月号. 2017.