

平成 29 年度～令和元年度
厚生労働行政推進調査事業費
障害者政策総合研究事業
総合研究報告書

障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究

研究代表者	飛松 好子	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	岩谷 力	長野保健医療大学
研究分担者	伊藤 利之	横浜市総合リハビリテーションセンター
研究分担者	江藤 文夫	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	野々山恵章	防衛医科大学校
研究分担者	森尾 友宏	東京医科歯科大学
研究分担者	上村 鋼平	東京大学大学院
研究分担者	西村 理明	東京慈恵会医科大学
研究分担者	川村 智行	大阪市立大学
研究分担者	小出 顕生	元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
研究分担者	今橋久美子	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	清野 絵	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	高橋 秀人	国立保健医療科学院
研究分担者	北住 映二	心身障害児総合医療療育センター
研究分担者	有賀 道生	横浜市東部地域療育センター
研究分担者	西牧 謙吾	国立障害者リハビリテーションセンター病院
研究分担者	三村 將	慶応大学医学部
研究協力者	寺島 彰	日本障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	竹島 正	川崎市健康福祉局
研究協力者	竹田 幹雄	川崎市健康福祉局
研究協力者	金兼 弘和	東京医科歯科大学小児地域成育医療学講座

研究要旨：本研究では、最新の医学的知見と各種要望等を踏まえた身体障害者認定基準見直しの具体案を提言するとともに、障害福祉データの利活用を推進することを目的とし、「認定分科会」と「データ分科会」から構成される。

「認定分科会」では4つの分担研究を実施した。①原発性免疫不全症候群については、生活機能制限と医学的指標の関係を明らかにするために、平成 30 年度に東京医科歯科大学の患者と担当医師を対象に質問紙法による調査を行ったが、設定した医学的指標では、

生活機能制限の程度を4割しか説明できなかつた。また、調査対象者の年齢、生活機能制限の程度、疾患に偏りがあつた。そこで、令和元年には、生活での困難さを聞く設問を微修正し、医学的指標の設定も変更し5機関で調査する準備を整えた。

② 1型糖尿病については、生活機能制限と医学的指標の関係を明らかにするため2大学病院において成人患者を対象として質問紙法による調査を実施し190名から回答を得た（回収率85%）。その結果、対象者に生活機能制限は示されなかつたが、対象者の6割は病気による経済的損失を回答し、「医療費負担の軽減」という患者団体からの要望と一致すると考えられた。また、4割以上が感情的影響を回答した。

③ 障害認定を受けていないが排泄機能障害をもつ疾患として、子宮がんを中心とした婦人科領域の患者数を推計し、脊髄損傷者の困難を示した。また、それ以外の中枢神経内因性膀胱患者数は極めて少ないことを明らかにした。

④ 肢体不自由をほとんど伴わない成人期（20歳から85歳まで）失語症者の生活機能制限・福祉ニーズ・福祉サービス利用の実態を明らかにするために質問紙法による調査を設計し、調査を実施する8機関のうち1機関で研究倫理審査委員会の承諾を得た。

「データ分科会」では7つの分担研究を実施した。障害者数に関する2研究、障害行政データの活用に関する1研究、「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）」（23年調査、28年調査）に関する4研究であつた。

① 障害者手帳台帳登録数と全国調査による推計値の変遷を比較した結果、障害種別により2つの数値の変化パターンは異なつていた。実態に即した障害者数を知るためには、障害者手帳台帳登録数と動態情報を照合させることが望ましいと考えられた。

② 障害者手帳台帳登録数と動態情報の照合が市区町村で、どの程度行われているかを知ることが目的に、全国の1,741市区町村を対象に、障害者手帳所持者数等の情報管理・運用システムの導入状況や他の制度とのデータ連携に関する調査を行った。その結果、98%は電子媒体で台帳情報を管理し、96%は動態情報と突合していることを明らかにした（回収率83%）。都道府県の状況を知ることは今後の課題である。

③ サービス支給状況を知るために行政データを活用する可能性を明らかにすることを目的に、国民健康保険団体連合会による障害総合支援等実績データを用いて、3モデル市において、年齢階級別・障害種別・障害支援区分別にサービスごとの支給決定人数・時間数・費用額を算出した。また1モデル市については経年変化も明らかにした。

④ 自由記述回答の内容について、23年調査と平成2年精神薄弱児（者）福祉対策基礎調査、23年調査と平成13年身体障害児・者実態調査との比較を行った。また、23年調査の中で、視覚障害1級群、非手帳所持発達群、非手帳所持難病群の回答について群間の比較を行った。その結果を受けて、令和3年の自由記述に関する設問案と集計案を作成した。

⑤ 23年調査と28年調査の調査票の配布・回収に関するデータを自治体別に集計し、回収率の減少、調査不能世帯の増加、調査地区内の障害種別の不均衡を示した。

⑥ 28年調査の詳細統計の作成に着手し、23年調査から調査票を改変した10点のうち7点

では意図通りの改善結果を得たが、支出に関する回答率の向上、高齢療育手帳所持者に関する疑義、将来に関する自由記述の分別は解決しなかったことを明らかにした。また、ワシントングループ会議による設問の選択肢を原型の4段階に戻すことと、障害の原因疾患に関する設問の選択肢の改定は、残された課題である。

- ⑦ 「第4次障害者基本計画」の各項目、および「ICF一般セット7項目」、「UNWG-SS 6項目」、「WHO-DAS2.0 12項目」および「28年生活しづらさなどに関する調査」を、ICF第0レベル分類(分類レベル)を用いてマッピングし、レーダーチャート(ICFのS軸、B軸、D軸、E軸)を用いて図示し、それぞれの特性を明らかにした。

さらに、**障害施策の国際動向調査**として、韓国における障害等級廃止(6等級から2等級への変更とサービス支援総合調査の策定)、国連障害者権利条約締結国会議及び国連障害者権利条約委員会での障害統計に関する議論について調査し、背景と現状を明らかにした。

[1] 研究目的

昭和24年(1949年)に成立した身体障害者福祉法は、身体障害者の更生、すなわちリハビリテーションを基本的な目的とし、障害の認定と等級評価は医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで認定の公平を期した。

制定時には「職業的能力が損傷されている」ことが身体障害者の定義に含まれ、職業復帰が目的とされたが、内部障害が追加された昭和42年改正では法の目的も改められ、職業復帰のみを目的としているのではないことを強調した。その後、法の目的は単なる社会復帰ではなくより広く自立と社会参加を目指すものへと変化した。さらに、現在では障害者の自立支援については障害者総合支援法により、各種サービスの個別支援計画において、個々に日常生活や社会活動に即したアセスメントが実施され、障害程度区分が普及し、障害手帳等級の意義は変化しつつある。

身体障害者福祉法の制定後65年を経て、疾病構造の変化、社会生活環境の変化、著しい医学・医療技術の進歩に応じて、対象障害の追加、認定基準の見直しが必要とされ、21世紀に入ってから身体障害者認定のあり方に関する

研究が断続的になされてきた。

本研究では、最新の医学的知見と各種要望等を踏まえた身体障害者認定基準見直しの根拠と具体案を提言するとともに、障害福祉データの活用を推進することを目的とする。

「認定分科会」では、原発性免疫不全症候群、1型糖尿病、排泄障害、失語症について検討した。「データ分科会」では、「生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児者実態調査)」に関する研究を中心とし、行政データなど既存の各種調査・データの実績と課題を整理した。

さらに、**障害施策の国際動向調査**として韓国における障害等級廃止、国連障害者権利条約の締結国会議及び委員会

における障害統計に関する議論について調査し、背景と現状を明らかにした。

(倫理面への配慮)

1型糖尿病、排泄機能障害については、担当する研究分担者および研究協力者の所属機関において研究倫理審査委員会の承諾を得て調査を実施した。PIDと失語症に関する調査については、一部の調査施設で審査中である。

「生活のしづらさなどに関する調査」および市区町村を対象とした調査については、研究代表者と担当する研究分担者の所属機関において研究倫理審査委員会に申請し、個人情報を対象としないため「非該当」の結果を得た。

[2] 認定分科会

1. 原発性免疫不全症候群

A. 背景と目的

HIVによる免疫不全症候群については平成9年に認定基準が定められ、身体障害者手帳が交付されている。原発性免疫不全症候群（以下、PID）についても、平成9年に、認定基準策定が試みられたが、疾患の発生机序の多様性により医学的な認定基準を設定することができなかつた歴史的経緯がある。

そこで、HIVの認定基準策定から約20年を経て、医学の進歩により、PIDについて明快な医学的指標による認定基準が設定できるか否かを明らかにすることを本分担研究の目的とする。具体的には、国際免疫学会連合が定めるPIDの診断を得ている患者を対象として、患者の生活機能制限と医学的指標が安定した関係を持つか否かを明らかにし、障害認定基準が作成できるか検討する。すでに、患者の生活上の困難については報告があるが、生活上の困難と医学的指標の関係に関する報告はなかつたからである。

難病研究班によりPIDの診断基準が形成されていること、PIDの患者団体が医師の協力を得てPIDの障害認定基準案を作成したことも本分担研究を後押しした。

B. 方法

平成30年度には、東京医科歯科大学において患者80名と担当医師を対象とした調査を行った。令和元年度には、平成30年度に実施した調査票を微修正し、5医療機関において担当医師を介してPID患者（児）を対象とした質問紙法による調査を実施する準備をした。

C. 結果と考察

平成30年度の調査では、80名から回答を得て（回収率85%）、以下が明らかになった。①対象者のうち「生活機能制限の程度（5段階分

類）」が最重度と医師により判定された患者3.8%、第4段階「社会での日常生活活動が著しく制限されている（合理的配慮がなければ働くことは困難）」と判定された患者21.3%であった。すなわち、一部の患者は治療を受けても感染症に限らずさまざまな合併症のコントロールに難渋し、日常生活に制限を受けていた。②医師が判定した「生活機能制限の程度」5段階は、設定した医学的指標の組み合わせ（検査値と症状・生活の困難）と4割が対応した。③「なんとか通学通勤をしている」（第5段階）に判定された患者は「社会での日常生活活動が著しく制限されている（合理的配慮がなければ働くことは困難）」（第4段階）と判定された患者よりも平均入院日数は多く、医学的指標の組み合わせでは4割が第4段階に分類された。

そこで、令和元年度には、「生活機能制限の程度」についての医師による判定と医学的指標の一致率を改善するために医学的指標の組み合わせを修正し、調査対象機関を増やして、再度、調査設計を行った。令和2年度には、東京医科歯科大学、国立成育医療研究センター、京都大学、広島大学、九州大学でPIDの診断のある患児・者を対象に質問紙法による調査を実施し、約300名のPID患者から回答を得る見込みである。

D. 結論

・平成30年度に実施した調査から、PID患者の生活上の困難は示されたが、生活機能制限の程度に対応する医学的指標（検査値と症状・生活の困難の項目数）の設定案には修正が必要ながことが明らかになった。

・生活機能制限の程度を説明できる医学的指標の設定案ができるか否かを明らかにするために、調査票の設問に修正を加えて、令和2年度に調査を実施する準備を整えた。

2. 1型糖尿病

A. 背景と目的

平成26年第185回国会で採択された「膵臓機能欠損症（1型糖尿病）の子供の総合対策に関する請願」では、以下の3点が要望された。

①膵臓機能欠損症（1型糖尿病）患者を膵臓機能障害として身体障害者福祉法施行令の対象者（内部機能障害）に認定すること。

②膵臓機能欠損症（1型糖尿病）患者の生活実態の全国調査を実施すること。

③膵臓機能欠損症（1型糖尿病）の疫学調査研究班をつくること。

このうち、本分担研究では、①に資するために、1型糖尿病と診断されている成人患者について、生活機能制限と医学的指標の関係性を示すための質問紙法による調査を実施した。

B. 方法

1型糖尿病と診断されている成人患者について、担当医師を介して、生活機能制限と医学的指標の関係性を示すために質問紙法による調査を2大学病院（東京慈恵会大学、大阪市立大学）で実施した。

C. 結果と考察

成人1型糖尿病患者合計190名の回答を得て（回収率85%）、特別支援学校に通学した経験のある3名を除いた187名について分析した。Cペプチド値は169名90.3%で測定されており、最大値3.1ng/ml、147名78.6%は0.2ng/ml以下で、「インスリン分泌が枯渇した1型糖尿病患者」とであると判断された。対象者について1型糖尿病による生活機能制限があると医師が判断した事例はなく。患者の回答でもバーセルインデックスおよびADL/IADLで介助は必要なかった。20歳から65歳までの対象者では就労者142名75.9%（学生24名12.8%）、1年間の欠勤日数中央値0日（四分位数6日）、合併症あり

15%、毎月の医療費平均値1.89万円、病気が経済的な損失をもたらした約6割、病気が感情的に影響を与えた約4割、医療費を抑えるために血糖管理が不十分約3割であった。医療費を抑える方法は、多い順に、受診回数、血糖値の測定回数を減らすと回答された（図1、2）。

D. 結論

・調査結果では、バーセルインデックス、ADL/IADL、就労率、欠勤日数においては同世代の健常者と差はなく、生活機能制限を示すことはできなかった。従って、1型糖尿病は、身体障害者福祉法の障害には当たらないと考えられた。

・対象者の6割は「経済的損失感が多い」と、4割は「病気が感情的に影響を与えた」と回答した。これは、毎月2万円程度の医療費が生涯継続することに対する損失感であると推測された。

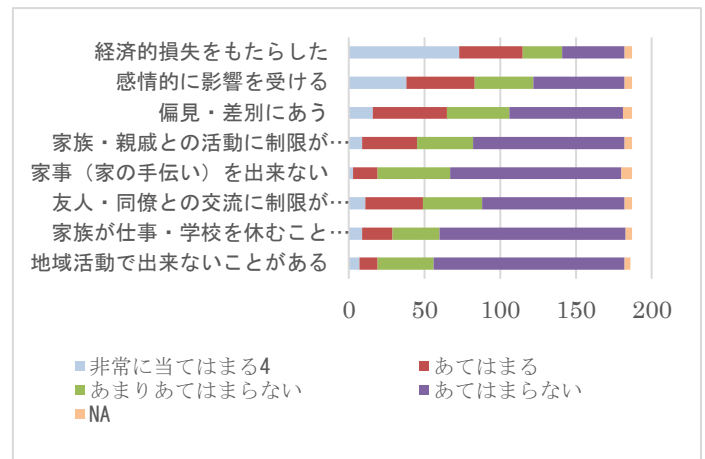


図1 WHO-DAS（健康と障害に関する指標）の参加領域への回答

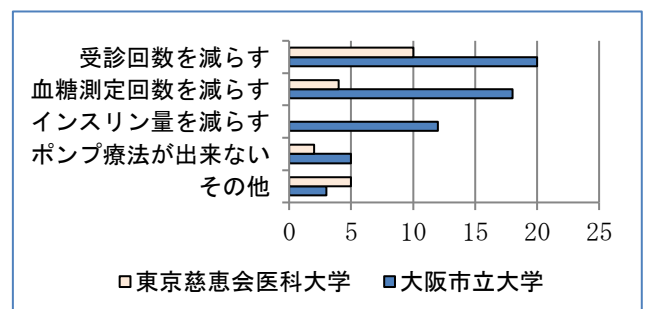


図2 医療費のために血糖管理が不十分になる状況の内訳（複数回答有）

3. 脊髄損傷による排泄機能障害

A. 背景と目的

排泄機能障害がありながらぼうこう・直腸機能障害の認定基準から漏れている疾患として、「膀胱腫瘍（および婦人科領域の腫瘍）の切除に伴い膀胱の機能を全く失ってしまった場合が対象になっていないこと」（第179回国会参議院厚生労働委員会、第2号、平成23年10月27日）、「先天性疾患による神経障害に起因する排尿機能障害（例えば、二分脊椎）が対象になっているのに、事故などによって後天的に高度の排尿機能障害が生じた場合（例えば、脊髄損傷）が対象になっていないこと」（第180回国会参議院厚生労働委員会、第8号、平成24年6月19日）が国会で取り上げられ、本研究班で検討することとなった。

婦人科領域については、すでに、調査が実施され、子宮がんの術後に該当例があるが、術式の改良により該当者の増加はないことは報告された（岡田弘ら、子宮頸がん又は子宮体がんに伴う排尿異常の実態に関する調査、平成28年度厚労科研「身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究報告書」）。そこで、本研究班では、平成30年度には脊髄完全損傷者について、令和元年度には他の疾患と患者数を明らかにすることを目的に調査した。

B. 方法

・脊髄損傷については、平成29年度に、国立障害者リハビリテーションセンター利用後、地域で生活している脊髄完全損傷者150名を対象に自記式質問紙による郵送調査を実施した。精神疾患、脳原性疾患、高次脳機能障害等を合併しているケースは除外した。

・脊髄損傷以外の中枢神経内因性膀胱患者については、令和元年度に、獨協医科大学埼玉医療センター泌尿器科外来患者のうち該当者を対象に自記式質問紙による調査を実施した。

C. 結果と考察

・脊髄損傷者49名に対する調査では、93.7%が失禁への不安を持っており、34.7%が自宅以外では排便できない・排便しないと回答した。頸髄損傷者の37.4%は排便に要する時間が2時間以上であった。

・脊髄損傷以外の該当者は10ヶ月間に2名で、排泄に時間がかかり、失禁の不安からおむつの使用を余儀なくされ、外出に制限が生じていた。

D. 結論

・脊髄損傷者および中枢神経内因性膀胱患者における排泄機能障害は、日常生活および社会生活に制限をもたらしていることが示唆された。

・脊髄損傷者以外の中枢神経内因性膀胱患者の数は極めて少ないと推測された。

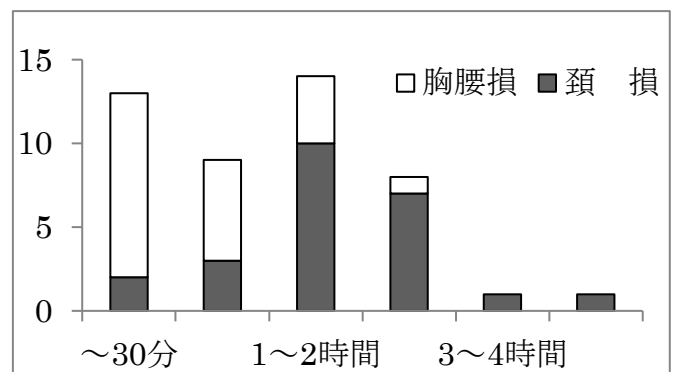


図4 脊髄損傷者の1回の排便時間

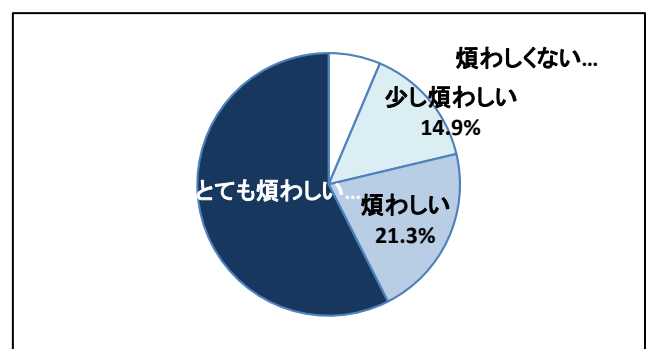


図10 脊髄損傷者の排便の煩わしさ (n=48)

4. 失語症

A. 背景と目的

失語症者の障害年金は2級であることに対し国会厚生労働委員会で見直しを求める意見が出された。また、平成26年度から開始された失語症者の実態調査は、年金だけでなく、身体障害者福祉法による障害認定基準の見直しのデータとして使われることへの期待が同委員会で表明された（第186回国会 厚生労働委員会 第6号 平成26年4月1日）。

しかし、腎臓機能障害と生活機能制限を比較した結果、障害認定基準は現行の3級、4級が妥当であると報告された（飯島, 2016）。これに対し、比較された失語症患者数は少なく、高齢であることが指摘された。そこで、本研究では、障害認定基準の見直しに資するために、失語症患者の生活機能制限と福祉ニーズ・福祉サービス利用の実態を明らかにすることを目的とする。

令和元年度には、肢体不自由を伴わないか軽度の肢体不自由を伴う成人失語症患者（20～85歳）を対象に生活実態を調査するための調査票を設計した。年齢を85歳までとしたのは、失語症者の実態にあわせた年齢設定にすることにより、福祉ニーズと福祉サービス利用の実態を明らかにするためである。

B. 方法

慶應義塾大学医学部において倫理審査委員会の承諾を得て、100名から回答を得るために他に7機関での倫理審査を進めることとした。7機関とは、川崎医療福祉大学、目白大学言語聴覚学科、足利赤十字病院、慶應義塾大学病院、江戸川病院、横浜市脳卒中神経・脊椎センター、東京都リハビリテーション病院、霞が関南病院である。

C. 結果と考察

調査内容を下記のように選定した。失語症の

重症度は標準失語症検査10段階評価およびBoston失語症診断検査の重症度評価尺度で判断する。コミュニケーション能力の指標としては、CADL 実用コミュニケーション能力検査を実施する。失語症者のQOLや生活困難に影響すると考えられるADLについてはFunctional Independence Measure (FIM)による評価、知的機能や認知機能については、Raven Colored Progressive Matrices (RCPM)、標準注意力検査の中の視覚性抹消課題、およびWMS-R ウェクスラー記憶検査の中の視覚性記憶課題による評価を行う。

主要評価項目となる失語症による日常生活上の困難さやQOL、社会参加の程度の指標は以下の6項目を選定した。

- Frenchay Activities Index (FAI)
- Community Integration Questionnaire (CIQ)
- Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF)
- Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)
- Life stage Aphasia Quality of Life scale-11 (LAQOL-11)
- Assessment for Living with Aphasia (ALA)

D. 結論

障害認定基準の見直しに資するために、失語症患者の生活機能制限と福祉ニーズ・福祉サービス利用の実態を明らかにすることを目的として、調査計画を設計した。

対象は、肢体不自由を伴わないか軽度の肢体不自由を伴う成人失語症患者（20～85歳）とし、8機関から100名の回答を得る見込みである。

[3] データ分科会

国際的には、1990年代から障害者の統計に関する関心が高まった。1979年国際障害者年の成果を集約した際に、障害発生率が高い国では20%近くあり、低い国では1%に満たなかったことが注目され、同一指標による国際比較が必要なが指摘されたからであった。国連障害者権利条約（以下、条約）、SDGsでも障害に関する国際指標は必要とされた。

また、国内外でデータに基づいた施策を求める機運が高まった。条約「第31条 統計及び資料の収集」では、条約を実行的にする政策の立案・実施・評価のために適切な情報（統計資料及び研究資料を含む）の収集を義務付けた。

留意すべきことは、国際比較のための障害の指標と、国内サービスのための障害の指標は同一ではないことである。オーストラリアでは統計局が行う国勢調査において障害率は20%に近いが、地方自治体によるサービス受給者と一致しない。タイでは、統計局はワシントングループ会議による指標を採用するが、厚労省、文部省は各々で異なる定義による障害者統計を作成し、各々の用途に使用する。

我が国においては、平成22年1月、障がい者制度改革推進会議の第一回会議において、委員から「エビデンスに基づいた障害者施策の重要性」が提起された。平成22年4月の総合福祉部会の第一回会議では、厚生労働省から、「平成23年度に、全国障害児者実態調査（仮称）を行う構想」が提出された。その目的は、「障害にかかる総合的な福祉法制の制定、あるいは施行の準備に向けた基礎資料を得ること」であった。平成22年には知的障害児者基礎調査（厚労省）が、平成23年には身体障害児者等実態調査（厚労省）が行われる予定であったため、これらを統合し、さらに、精神障害、民主党のマニフェスト(2009)でいう障害者自立支援法において「制度の谷間」にある障害、例

えば、発達障害、高次脳機能障害、難病、内部障害を対象として、生活実態とニーズを把握することが調査の当初の目的とされた。対象は、障害者基本法で定める「障害者」に、ほぼ相当した。

障害者手帳所持者だけが対象でないことを強調するために、名称も「生活のしづらさなどに関する調査（全国障害児者等実態調査）」とされた。しかし、多様な対象を想定し短期間で設計された調査には課題も指摘され、今後の改善が期待された。結果公表は平成26年で、障害者総合支援法制定の準備には間に合わなかった。

「生活のしづらさなどに関する調査」に先行する身体障害児者等実態調査は身体福祉法に定められた調査で、昭和25年から5年間隔で実施されている。目的は、大きく3つあった。第一は、障害者数の推計であった。制度開始当時は制度の利用者（障害者手帳所持者）は少なかったため、制度を利用できる人数を推計する必要があった。第二は、サービス利用状況の把握、第三は、ニーズ調査であった。

そこで、本研究では、令和3年に実施される「生活のしづらさなどに関する調査」に資するために7つの研究を行った。身体障害児者等実態調査の目的のひとつである障害者数の推計は、福祉行政報告例で報告される障害者手帳台帳登録数に人口動態情報を突合することで置き換えられないかについて、2研究を行った。

二番目の目的であるサービス利用状況については、サービス提供する市区町村が保有する行政データで代替できないかについて研究した。

三番目の目的であるニーズ調査について、自由記述の回答を得やすく、また、集計しやすくするための方法について1研究を行った。

さらに、調査票の改良と調査方法に関する2研究を行った。最後に、ICFが国内外の指標にどのように使用されているかを調べた。

1. 障害者手帳台帳登録数と推計値の変遷

A. 背景と目的

本研究では、身体障害児者数に関する厚生労働省による2つ調査結果の経年変化を比較した。福祉行政報告例の身体障害者手帳交付台帳登録数と身体障害児者実態調査による推計値である。福祉行政報告例では、身体障害者手帳新規交付数・変更数は、都道府県および政令指定都市から厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）に毎月報告され年度ごとの集計も公表されている。しかし、障害者白書等では、全国身体障害児者実態調査による推計値を、わが国の身体障害児者数として使用している。

これは、身体障害者福祉法が制定された当時（昭和24年）は、認定基準に達していても手帳を所持していない場合が多かったためと推測される。手帳を所持しない理由には、①制度を知らないこと、②障害者という呼称及び福祉サービスを利用することへの非差別意識からの抵抗、③福祉サービスが少なく手帳を取得する意味が少なかったことが考えられる。

近年では、死亡時や転居時に手帳を返還しないために、台帳登録数には累積が起こることが知られている。例えば、堺市では、身体障害者手帳交付台帳情報に住民票情報を突合したところ、身体障害者手帳所持者数が41,253人（平成22年）から36,998人（平成23年）89.7%に減少した。

B. 方法

障害者手帳台帳登録数は、平成23年度福祉行政報告例および衛生行政報告例を使用した。推計値は全国身体障害者実態調査、全国知的障害者基礎調査、生活のしづらさなどに関する調査から得た。

C. 結果

①身体障害では、障害者手帳交付台帳登録数（以下、台帳登録数）が推計値を上回るのに

は、どの障害種別でも10年以上を必要とした。

②障害の種類により障害者手帳所持者数の変化のパターンには違いがあった

a) 台帳登録数と全国調査推計値の差は、身体障害のうち肢体不自由と内部障害では広がる傾向にあった。

b) 過去10年間の人数変化は、視覚障害・聴覚障害は減少傾向であったが、肢体不自由・内部障害では約10%増加、療育手帳所持者と精神保健福祉手帳所持者は約2倍増加であった。

c) 精神保健福祉手帳1級と3級所持者では推計値が台帳登録数を上回った。

D. 考察

以下の2点が示唆された。

①身体障害の中でも障害者数の変化パターンに違いがある理由の一つは、施策の違いにあると推測された。例えば、高齢化に伴って生じる機能制限は、「視覚障害・聴覚障害」では障害に認定されないが、「肢体不自由・内部障害」では障害に認定される。そのために、高齢化による「肢体不自由・内部障害」の数は増加していると推測される。

②過去10年間に、療育手帳所持者数・精神保健福祉手帳所持者数が倍増した理由は認定された障害の種類増加（発達障害・高次脳機能障害・認知症）が一因と推測された。

E. 結論

福祉行政報告例における障害者手帳台帳登録数と全国障害者実態調査結果による障害者の推計値の変化パターンは障害種別により異なった。特に、調査に応じにくい視覚障害、聴覚障害、知的障害について実態に即した障害者数を知るためには、障害者手帳台帳登録者と動態情報を突合せることが望ましいと考えられた。

表 1 身体障害者数推計値と身体障害者手帳台帳搭載者数の変遷

年		身体障害者 実態調査推 計値 A	身体障害台 帳搭載数 B	B/A %
昭 和	26	512,000	121,000	23.6
	30	785,000		
	35	829,000	724,000	87.3
	40	1,048,000	1,104,346	105.4
	45	1,314,000	1,499,614	114.1
	50		2,005,091	
	55	1,977,000	2,463,625	124.6
	62	2,413,000	3,074,763	127.4
平 成	3	2,722,000	3,404,731	125.1
	8	2,933,000	3,785,203	129.1
	13	3,245,000	4,264,075	131.4
	18	3,483,000	4,786,633	137.4
	23	3,791,000	5,098,844	134.5
	28	4,219,000	5,045,691	119.6

表 2 聴覚障害者数推計値と聴覚障害者手帳台帳搭載者数の変遷

年		聴覚・言語 障害推計値 A	聴覚・言語 障害台帳搭 載数 B	B/A %
昭 和	26	100,000		
	30	130,000		
	35	141,000	163,000	115.6
	40	230,000	191,915	83.4
	45	259,000	267,138	103.1
	50	317,000	414,362	130.7
	55	368,000	446,760	121.4
	62	369,000	447,314	121.2
平 成	3	366,000	438,913	119.9
	8	361,000	437,468	121.2
	13	360,000	447,022	124.2
	18	324,000	453,152	139.9
	23	341,000	448,465	131.5

図 1 身体障害者数推計値と身体障害者手帳台帳搭載者数の変遷

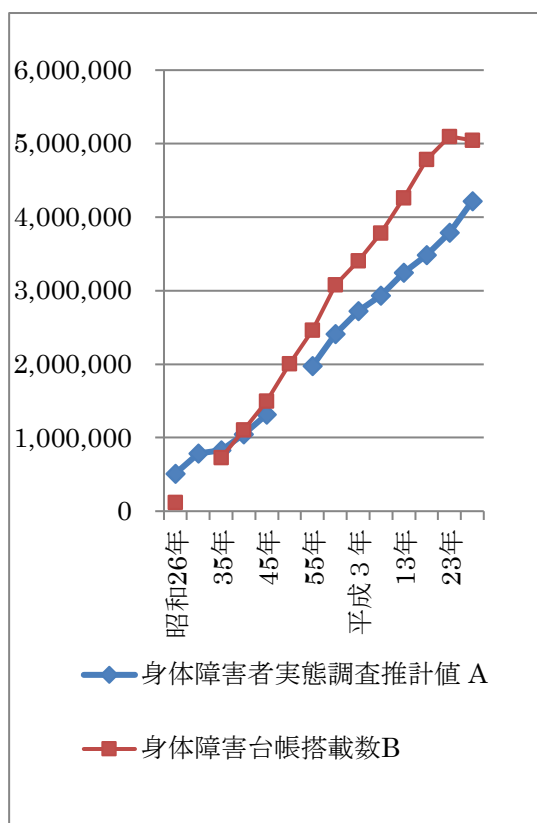


図 2 聴覚障害者数推計値と聴覚障害者手帳台帳搭載者数の変遷

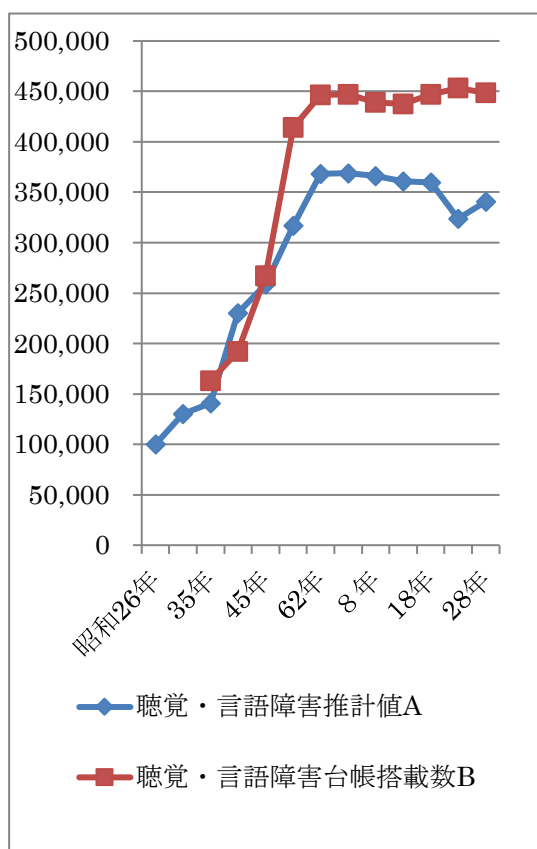


表3 肢体障害者数推計値と肢体障害者手帳台帳搭載者数の変遷

年		肢体不自由推計値 A	肢体不自由台帳搭載数 B	B/A %
昭和	26	291,000		
	30	476,000		
	35	486,000	566,000	116.5
	40	686,000	749,563	109.3
	45	821,000	1,000,262	121.8
	50	1,127,000	1,576,763	139.9
	55	1,513,000	1,900,552	125.6
	62	1,602,000	2,058,998	128.5
平成	3	1,698,000	2,240,543	132.0
	8	1,797,000	2,480,584	138.0
	13	1,810,000	2,720,337	150.3
	18	1,709,000	2,869,223	167.9
	23	1,931,000	2,755,307	142.7

図3 肢体障害者数推計値と肢体障害者手帳台帳搭載者数の変遷

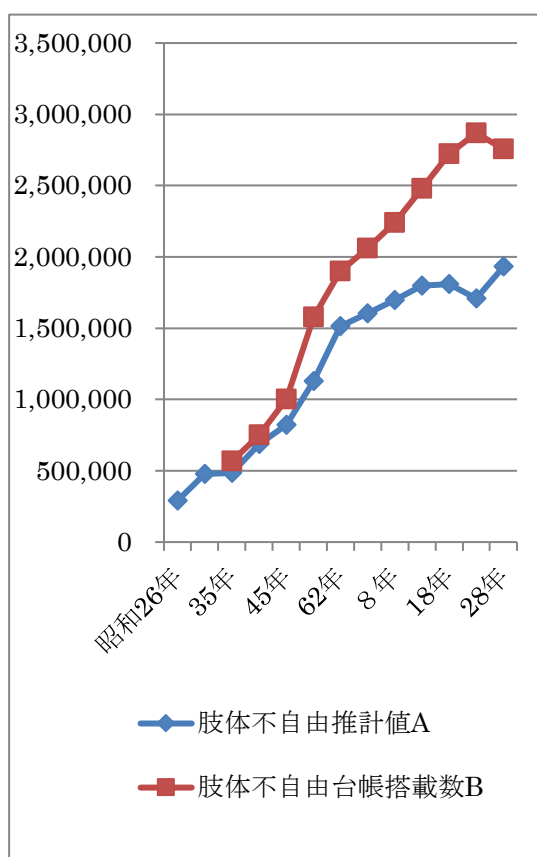


表4 内部障害者数推計値と内部障害者手帳台帳搭載者数の変遷

年		内部障害推計値 A	内部障害台帳搭載数 B	B/A %
昭和	26	—	—	
	30	—	—	
	35	—	—	
	40	—	—	
	45	72,000	12,672	17.6
	50	197,000	143,353	72.8
	55	312,000	374,393	120.0
	62	476,000	540,913	113.6
平成	3	639,000	758,889	118.8
	8	863,000	1,008,028	116.8
	13	1,091,000	1,279,432	117.3
	18	930,000	1,453,723	156.3
	23	1,241,000	1,545,564	124.5
	28	—	—	

図4 内部障害者数推計値と内部障害者手帳台帳搭載者数の変遷

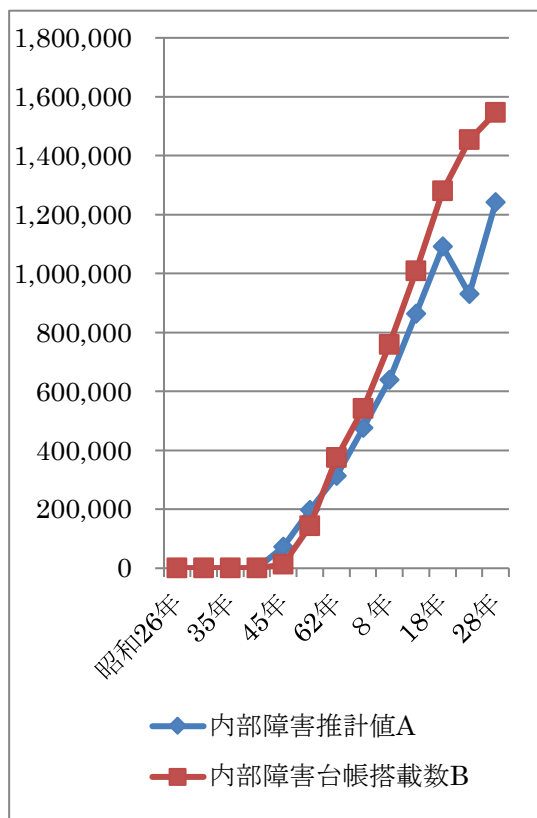


表5 知的障害者数推計値と療育手帳台帳搭載者数の変遷

年		調査推計値 合計 A	療育手帳交 付台帳搭載 数 B	B/A %
平成	2	284,000	388677	136.9
	7	297,000	363576	122.4
	12	329,000	569618	173.1
	17	419,000	698761	166.8
	23	622,000	878502	141.2
	28	962,000	1044573	108.6

図5 知的障害者数推計値と療育手帳台帳搭載者数の変遷

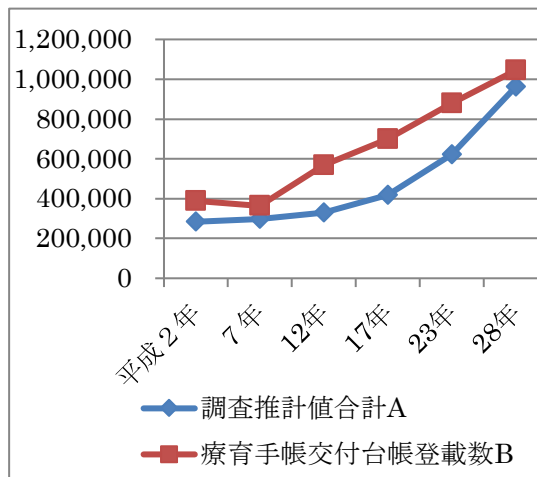
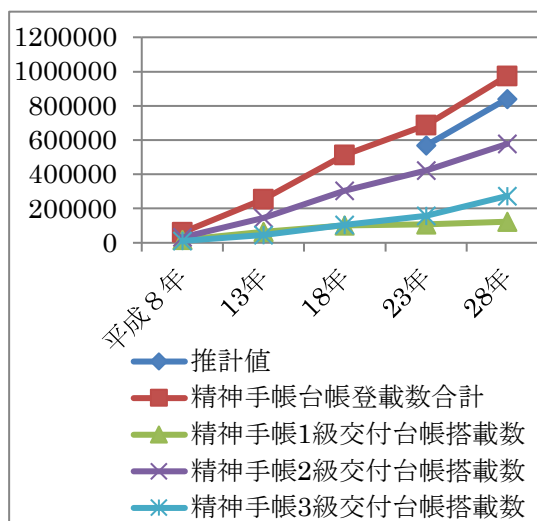


表6 精神保健福祉手帳台帳搭載者数の変遷

年 (平成)	推計値	精神手 帳台帳 搭載数 合計	精神手	精神手	精神手
			帳1級 交付台 帳搭載 数	帳2級 交付台 帳搭載 数	帳3級 交付台 帳搭載 数
8		59,888	17,150	31,746	10,992
13		254,119	65,518	144,555	44,046
18		512,150	101,737	304,753	105,660
23	567,600	686,751	106,425	422,988	157,338
28	841,000	974,336	123,246	577,472	273,618

図6 精神保健福祉手帳台帳搭載者数の変遷



2. 障害者手帳交付台帳等の管理・運用に関する現況調査

A. 背景と目的

福祉行政報告例の障害者台帳登録数を障害者数として利用するには、都道府県及び政令指定都市が所管している障害者手帳台帳に、市区町村が所管する住民票データが反映されればよい。そこで、市区町村は障害者福祉サービスにおいて、都道府県から提供される障害者手帳台帳データに住民票データを反映しているか、そのために情報システムを活用しているかを明らかにすることを、本調査では目的とした。

B. 方法

全国の1,741市区町村を対象に、障害者手帳所持者数等の情報管理・運用システムの導入状況や他の制度とのデータ連携に関して質問紙法による調査を行った。

C. 結果と考察

1,445か所(83%)から回答を得て、市区町村における当該情報の管理については、管理方

法は全国一様ではないものの、回答のあった市区町村のうち98%は電子媒体で情報を管理し、96%は動態情報と突合していることを明らかにした。

情報管理方法には、以下の3つのパターンがあった。すなわち①専用システムを導入し、住基システムにおける死亡や転出の情報が自動的に反映されている、②都道府県から紙媒体で市区町村に送られた決定内容や住基システムの情報を手動で入力している、③動態を全く確認していない。

D. 結論

方法は全国一様ではないものの、回答のあった市区町村のうち、98%は電子媒体で情報を管理し、96%は動態情報と突合し障害者手帳台帳登載者について住民票の動態情報(死亡、転居)を反映していることを明らかにした。

市区町村で動態情報を照合した障害者手帳台帳登載者情報を、都道府県に戻し、福祉行政報告例に反映させることの実効性については、都道府県を対象とした調査を行い、検討を継続する。

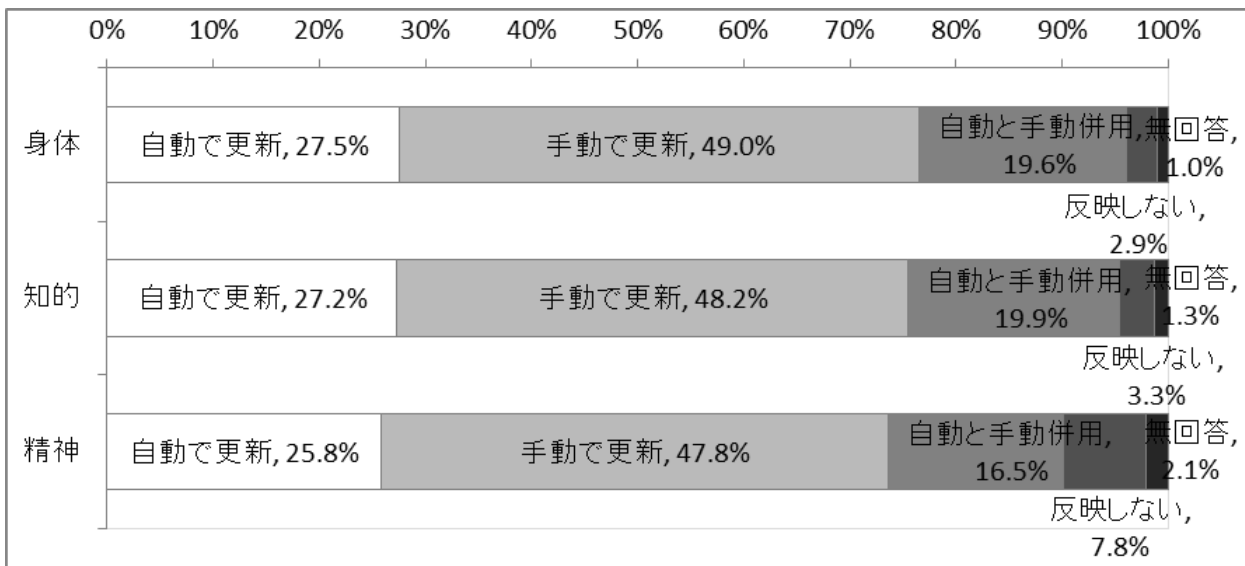


図3 死亡・転出等の動態情報の反映

3. 障害者自立支援等実績データを用いたサービス利用状況と時系列分析の試み

A. 背景と目的

情報化の現代においては、障害者の生活状況を把握するために調査だけでなく行政データの活用の可能性に期待がもたれる。本研究では、行政データのひとつとして、国民健康保険団体連合会において障害福祉サービス費等の報酬の支払いが行われた実績に係るデータの可能性を探ることを目的とする。

B. 方法

モデル市町村（北陸、近畿、中国地方の3市町村）が所管する国民健康保険連合会の障害者総合支援等実績データ（以下、国保連データ）のうち、「項番 28KKR_HP：個人ごとの状況（障害福祉サービス、相談支援、地域相談支援）」と「項番 29KKR_HC：個人ごとの状況（障害児支援、障害児相談支援）」を抽出して分析した。

C. 結果と考察

3モデル市町村から得られた変数は、基本情報（障害区分、障害支援区分、年齢）、個人ごとのサービス別利用量であった。これらを用いて、年齢階級別・障害種別・障害支援区分別にサービスごとの支給決定人数・時間数・費用額を算出した。1モデル自治体については、支給対象者の3年間の経年変化を明らかにした。

D. 結論

技術の進歩により、既存の行政データから個人や集団の特性ごとのサービス利用状況を抽出することが可能になった。今後、既存の行政データがサービス等利用計画の作成や評価といった個人レベルでの活用のほか、時系列変化、自治体間の比較、需給予測に基づいた計画立案といった集団レベルでの活用も可能になると考えられた。

1-1. 障害区分別・年齢階級別・障害支援区分別サービス支給決定(人数)

障害区分	年齢階級	障害支援区分	在宅介護											共同生活援助	地域定着支援	
			身体介護中心	家事援助中心	療養介護	生活介護	短期入所	施設入所支援	生活訓練	宿泊型自立訓練	就労移行支援	就労継続支援A型	就労継続支援B型			
身体障害者	18～64歳	区分1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		区分2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		区分3	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0
		区分4	1	1	0	3	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0
		区分5	1	1	0	6	3	4	0	0	0	0	1	0	0	0
		区分6	2	0	8	14	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0
		なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0
	合計	4	6	8	25	8	18	0	0	0	8	7	1	0	0	
	65歳～	区分3	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
		区分4	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0
		区分5	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
		区分6	0	0	1	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
		なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
		合計	0	0	1	11	0	11	0	0	0	2	1	1	0	0
	合計	区分1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		区分2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		区分3	0	2	0	3	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0
		区分4	1	1	0	5	0	6	0	0	0	0	3	0	0	0
		区分5	1	1	0	9	3	7	0	0	0	0	1	0	0	0
		区分6	2	0	9	18	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0
		なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2	0	0	0
合計	4	6	9	36	8	29	0	0	0	10	8	2	0	0		

4. 「生活のしづらさなどに関する調査」における自由記述の解析

A. 背景と目的

本稿では、令和3年の「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）」で、自由記述をどのように得て、どのように結果を公表するかを検討するために、23年同調査（以下、23年調査）の詳細統計を作成し、先行調査と比較した。

23年調査の結果は、平成26年に厚生労働省のホームページから公表されたが、自由記述については記載がなかったからである。自由記述の解析は手間がかかり、かつ、客観性を確保する困難もあるためと推測される。

B. 方法

23年調査の有効回答14,249件の入力データの提供を受け、先行調査としては平成13年身体障害児・者実態調査（以下、13年調査）と平成2年精神薄弱児（者）福祉対策基礎調査（以下、2年調査）を選んだ。自由記述について、①「13年調査問23のうち視覚障害者の回答」と「23年調査の間30と問31の視覚障害1級群の回答」を比較した。また、「2年調査問15の回答」と「23年調査の間30と問31の療育手帳所持群の回答」を比較した。②23年調査の間31について、視覚障害1級群、非手帳所持発達障害群、非手帳所持難病群を比較した。

C. 結果と考察

① 23年調査と先行調査との比較

- 自由記述の記入率は、3調査の中で、領域を示した方が高かった。
- 先行調査ではサービス事業についての要望を聞いたが、23年調査では「生活で困ったこと」の記入を求めたことにより、対策が定型化されていない困難が、特に障害者手帳非所持者で多

く記載された。

- 23年調査問31の記入を分類した結果、13年調査の領域の他には、「将来」「生活での困難」への記入が多く、「重複障害」「進行」「調査方法」が注目された。

②23年調査における障害種別群間比較

視覚障害1級群、非手帳所持発達障害群、非手帳所持難病群の回答について、自由記述の内容をKJ法により分類した結果、「生活での困難」の内容には共通性があるとともに特殊性が認められた。例えば、「親亡き後の不安」「経済的不安」は共通していた。一方、非手帳所持難病群では「疾患の進行」、非手帳所持発達障害群では「人間関係」が多く記載された。しかし、身体障害者福祉法および自立支援法あるいは総合支援法で対応できる新しいサービスにつながる提案には至っていなかった。

D. 結論

令和3年に実施予定の「生活のしづらさ等に関する調査」の自由記述の設問案と集計案を以下の様に作成した（図1, 2）。回答率を上げ、集計を容易にすることを目標とした。

- 設問様式としては、13年調査問23のように、要望の候補を選択肢で列挙し、補問として「福祉サービス」「対応するサービスがない生活での困難」「調査方法」への意見の記入を促し集計を容易にする。
- 選択肢には、13年調査の領域に「将来」、「権利・人権」、「重複障害」、「進行」および、その時機の検討課題を追加する。
- 結果は、障害種別程度別・3年齢階層別に選択肢の記入数・比率、補問の記入数・比率、記載文字数中央値（最大値）を公表する。性別の集計が有意義かは検討を要する。

図1 自由記述の設問提案

現在のあなたにとって、特に必要と感じている福祉サービス等はどうのことですか。
 (該当する主なものを五つまで○印をしてください。)

1	① 障害児が暮らしやすい住宅の整備 親亡き後の生活支援
	② 授産施設等の福祉的配慮のされた 合理的な配慮のされた 働く場ないし活動の場の確保
	③ 早期訓練・ 療育事業の実施充実
	④ 短期入所（ショートステイ）、訪問看護（ホームヘルプサービス）、日帰り介護（デイサービス）等の在宅福祉サービスの充実
	⑤ 肢体不自由児施設等の入所施設の整備
	⑥ 障害児通園施設等の通所施設の整備
	⑦ 身近な所で相談、指導を行う事業の充実
2	手当・ 年金 などの経済的援助の充実
3	医療費の負担軽減
4	仕事に就くこと・ 続けること を容易にするための制度の充実
5	道路、交通機関、公共建築物等の利用を容易にするための 施設環境 の充実
6	点字図書、録音図書、手話放送、字幕放送、 ルビ、電子図書 等の情報提供の充実
7	スポーツ、レクリエーション、文化活動等に対する援助
8	障害児のためのパソコン教室の充実 障害児者・者の家族に対する支援事業（レスパイト、教育、相談など）
9	災害時、緊急時の情報提供、通信体制、避難誘導対策の充実
10	地域の人々との交流機会の拡大や障害者への理解を深めるための教育・ 機会 の充実
11	障害者の権利や人権を守るための支援
12	就労・就学の場でのコミュニケーション支援 障害の進行・二次障害・重複障害に対する支援
13	その他

補問1 その他の必要な福祉サービスについて、あなたのご意見、ご要望などがありましたら、具体的にお書きください。

--

補問2 該当する福祉サービスがない生活での困難がありましたら、お書きください。

い。

補問3 この調査の改善について、ご意見、ご要望などがありましたら、お書きください。

--

図2 自由記述の集計案

年齢階層(歳)	総数					身体障害者手帳所持者					視覚障害					聴覚・言語障害					
	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	
総数	人数	(%)																			
1																					
2																					
・																					
・																					
その他																					
選択なし																					
補問1																					
補問2																					
補問3																					
回答なし																					
補問1文字数中央値・最大値																					
補問2文字数中央値・最大値																					
補問3文字数中央値・最大値																					

年齢階層	肢体不自由					内部障害					療育手帳所持者					精神保健福祉手帳所持者					
	0-17歳	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	

年齢階層	非手帳所持者総数					非手帳所持で自立支援医療受給者					非手帳所持で自立支援医療非受給者					非手帳所持で発達障害の診断あり					
	0-17歳	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	

年齢階層	非手帳所持で知的障害の診断あり					非手帳所持で高次脳機能障害の診断あり					非手帳所持で難病の診断あり					200名以上の回収を得た障害種別等級別群					
	0-17歳	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	

年齢階層	身体障害1級					・・・					身体障害6級										
	0-17歳	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	0-17	18-64	65-	N/A	合計	

5. 「生活のしづらさなどに関する調査」
の調査票の配布率と回収率の比較

A. 背景と研究目的

本研究では、「生活のしづらさ等に関する調査（全国在宅障害児者等実態調査）」の配布・回収状況データについて、23年調査と28年調査の結果を比較した。23年調査は、それまでの身体障害児・者等実態調査と知的障害児（者）基礎調査の対象に加えて、精神障害者、及び谷間の障害と言われる障害種別（難病、認定基準には該当しない既存の障害種別など）を想定したと考えられる。調査の名称および調査方法を変更し、調査対象が拡大されたことにより、実施主体となった自治体での混乱が予想されたことから、2回の調査において調査目的にかなった調査票の配布と回収が行われたかを知ることが本研究の目的とした。

B. 方法

担当部局より、配布・回収状況に関する8項目のデータ（表1）の提供を受けて自治体ごとに分析した。

表1 調査票配布・回収データの項目

世帯数	(1) のうち 調査不能世帯数	世帯員数	調査対象者数	(4) のうち 身体障害者手帳所持者数	(4) のうち 療育手帳所持者数	配布部数	調査票回収部数
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

(8)は県・政令市・中核市のみ

C. 結果と考察

(1) 調査不能世帯

23年調査に比べて28年調査では、調査不能世帯率は増加し、2割以上増加した自治体（県・政令指定都市・中核都市）は55.6%であった。

政令指定都市の担当者への調査では、調査不能世帯の理由は「不在」「オートロックで一棟全体が立ち入りできないマンション」と回答された。今後も都市化により調査不能世帯が増加することが懸念される。

(2) 調査票配布・回収状況(表1、図1, 2)

23年調査に比べて28年調査では回収率は低下した。また、県・政令指定都市・中核都市では目立たなかった調査票配布・回収状況の幅が、市区町村では大きかったことが明らかになった。例えば、調査世帯員数に対する調査対象者の割合の幅は県・政令指定都市・中核都市では1.4%~16.5%であったが、市区町村では0~50%であった。また、調査不能世帯の割合の幅は県・政令指定都市・中核都市では1.3%~79.9%であったが、市区町村では0~97.5%であった。

(3) 調査対象者中の障害者手帳所持者

調査対象者のうちの障害者手帳所持者の割合も市町村間で差が大きかった。身体障害者手帳所持率0%（調査地区から身体障害者の回答を全く得ていない）は34市区町村（5%）、100%（調査地区からの回答が身体障害者からだけだった）は31市区町村（4.6%）、療育手帳所持率0%（調査地区から療育手帳所持者の回答を全く得ていない）は315市区町村（46.3%）、100%

(調査地区からの回答が療育手帳所持者からだけだった)は29市区町村(4.3%)であった。

表2 調査票の配布・回収状況

	23年調査 県・政令 市・ 中核市	28年調査 県・政令 市・ 中核市	28年調査 市町村
	平均値 (幅)	平均値 (幅)	平均値 (幅)
回収率	68.1 (6.1-100.0)	57.0 (19.6-88.0)	-
調査不能世帯率 (2)/(1)	24.0 (0.0-64.6)	31.6 (1.3-79.9)	28.0 (0.0-97.5)
調査対象者率 (4)/(3)	5.7 (0.1-12.1)	6.1 (1.4-16.5)	6.2 (0.0-50.0)
身体障害者手帳 所持者率 (5)/(4)	45.1 (21.3-92.9)	44.4 (17.9-75.1)	44.8 (0.0-100.0)
療育手帳所持者 率(6)/(4)	6.7 (0.0-15.5)	9.0 (0.0-31.8)	9.1 (0.0-100.0)
身体+療育手帳 所持者率 (5)+(6)/(4)	51.8 (0.0-101.2)	53.4 (17.9-96.7)	54.0 (0.0-116.9)

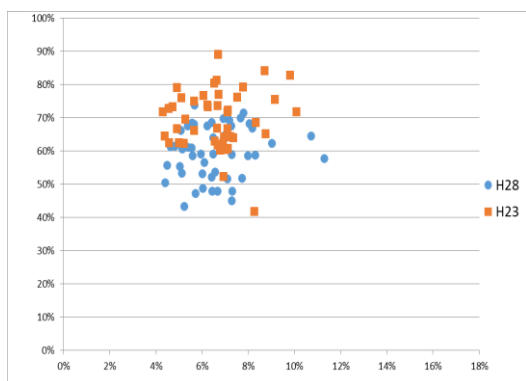
図2 政令指定都市・中核都市の回収率と調査対象者率の変化 (H23調査とH28調査)

D. 結論

特に都市部における調査不能世帯率を減らし、回収率を上げるために調査方法の検討が必要と考えられた。

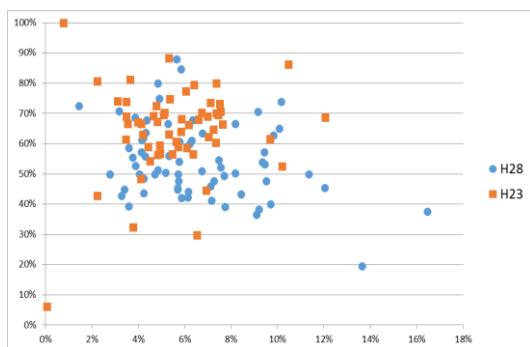
また、調査地区の世帯数は50であることから、発生頻度の少ない多様な障害者を一つの調査地区から得ることは困難なことが示唆された。

回収率



調査対象者

図1 都道府県の回収率と調査対象者率の変化 (H23調査とH28調査)



調査対象者率

6. 調査項目修正の結果（23年と28年の比較）

A. 背景と研究目的

本研究では、「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）」における調査票の改変から意図通りの改善結果が得られたか否かを明らかにすることを目的に、23年調査結果と28年調査結果とを比較した。23年調査は、それまでの身体障害児・者等実態調査と知的障害児（者）基礎調査の対象に加えて、精神障害者、及び谷間の障害と言われる障害種別（難病、認定基準には該当しない既存の障害種別など）を対象として想定した。短期間で設計されたため、いくつもの課題が指摘された。課題のうち、簡単に修正できた10項目は28年調査の調査票で変更された。この修正は、無回答率を減らすことと、結果の矛盾を正すことを目標とした。

10項目とは以下のとおりであった。①調査対象者の生活機能制限を明らかにする。②調査票への記入者の回答率を上げる。③難病患者からの回収を増やす資料とするために難病の診断名を確認する。④一か月あたりの平均収入の回答率を上げる。⑤一か月あたりの平均収入の回答率を上げる。⑥日中生活の記入にサービス内容が不明なための漏れがないか確認する。⑦親による代理記入での誤記を減らす。⑧65歳以上の療育手帳所持者に高齢化による脳機能の減退が混入しないようにする。⑨重複障害で刃先に発生した障害を明らかにする。⑩自由記述から「将来」を独立させる。

B. 研究方法

担当部局より、有効回答14,249件（平成23年調査）、6,997件（平成28年調査）の入力データの提供を得て詳細統計を作成した。

C. 研究結果と考察

各項目に関する結果は下記の通りであった。

①非手帳所持非自立支援給付者の生活機能制限の種類は、平成23年には6つの設問から38.3%しか特定されなかったが、平成28年には新しく追加した一つの設問により94%まで明らかになった（表1, 2, 4）。ただし、ワシントングループ会議の指標を使った設問では、紙面の都合から、減らしていた選択肢を原型の4つに戻すことで、国際比較可能なデータを得ることができると考えられた。

②「調査票の記入者」の回答率は6割から9割に増加した（表3）。

③非手帳所持者のうち難病の診断を受けた者の比率は平成28年調査では平成23年調査の1.89倍になった（表5）。

④「収入がない場合は0とご回答ください」を質問文に追加した結果、障害者手帳所持者と自立支援給付受給者では、「一か月当たりの平均収入が0～1万円」の比率は、18歳から64歳では8.2%から19.0%に、65歳以上では1.5%から7.3%に増えた。

⑤「支出がない場合は0とご回答ください」を質問文に追加したが、障害者手帳所持者と自立支援給付受給者では、「0から1万円」の比率が、65歳以上では0.9%から8.5%に増加したに留まり、18歳から64歳では期待に反して2.0%から0.4%に減った。

⑥日中生活の選択肢に下位項目を追加した結果、障害児通所施設利用者のみ増加した。

⑦親による代理記入での誤記は減った。

⑧重複障害については、それぞれの障害者手帳取得年齢についての回答を得た。

⑨「40歳以上で療育手帳所持者を取得した」と回答した者から知的障害でない者を除外する試みは意図通りにはならなかった。

⑩「生活での困難」の自由記述の中にも「将来」についての記載がなされた。

D. 結論

・28年調査における10調査項目の修正中7項目については、おおむね、目的通りの改善結果を得た。7項目とは、以下の通りであった。①障害者手帳非所持自立支援非給付者の生活機能制限を明らかにする。②「調査票の記入者」の不詳回答を減らす。③難病の診断名を明らかにする。④収入の不詳回答を減らす。⑤日中生活の記入漏れを防ぐ。⑥親による代理記入での誤記を減らす。⑦重複障害で先行する障害を明らかにする。

・一か月の平均支出で目的通りの改善を得なかったことに対しては、支出についての記録を保管しておくように、調査の一か月前には予告するなどの対策をする必要があると推測する。

・日中生活の選択肢に下位項目を追加しても、「障害者のための通所サービス」の回答率に変化はなかったが、通所サービスの利用内容を詳しく示す意味はあると考える。

・65歳以上の療育手帳所持者に高齢化による脳機能の減退が混入していないかについては、さらに、他の設問結果の精査が必要と考えられた。

・さらに、障害の原因疾患に関する設問の選択肢の改定は、残された課題である。

表1 障害者手帳非所持で自立支援給付非受給者の属性

28年調査	人数	%
調査対象総数	6997	100.0
障害者手帳非所持者総数	2287	32.7
自立支援給付	290	4.1
自立支援給付なし	1997	28.5
a-m(表2)のどれか	1486	21.2
a-m無記入	511	7.3
n その他(自由記述あり)	82	1.2
n 記入無(自由記述あり)	7	0.1
n 記入無(自由記述なし)	422	6.0

表2 問2でa~mを選択しなかった回答の再分類

	合計	a~mに再分類	病氣	老化	要介護2以上	高齢独居	非該当	分別困難	不明
n その他(自由記述有)	82	49	19	6	1	2	2	3	0
n 記入無(自由記述有)	7	1	0	0	0	0	6	0	0
n 記入無(自由記述無)	422	223	54	1	3	0	7	0	125

表3 調査票への記入者

	23年人数	%	28年人数	%
本人が自身で記入	4400	30.9	3407	48.7
本人の意思を代筆で記入	2213	15.5	1596	22.8
家族や介助者が本人の意思を汲み取って代わりに記入	2849	20.0	1566	22.4
無回答	4781	33.6	428	6.1
合計	14243	100.0	6997	100.0

表4 手帳非所持で自立支援給付非給付者の生活機能分類内訳(問2の選択肢から)

	WG記号	人数	%
総数		1486	100
a. 眼鏡などを使っても見えにくい	SS1	391	26.3
b. 音や声が聞こえにくい	SS2*1	614	41.3
c. 歩いたり、階段を上り下りすることが難しい	SS3	972	65.4
d. 思い出すことや集中すること、新しいことを覚えることが難しい	SS4	616	41.5
e. お風呂に入った、衣服を着たりといった身の回りのことを一人でするのが難しい	SS5	464	31.2
f. 話し言葉を使って、自分の考えや気持ちを伝えたり、相手の話を聞いて理解するのが難しい	SS6	280	18.8
g. 物を持ち上げたり、小さなものをつまんだり、容器の蓋を開けたり閉めたりすることが難しい	US2	583	39.2
h. いつも疲れているように感じたり、力が入らなかったり、しびれ、いたみが続いたりする	TIRED1, PAIN1	550	37.0
i. お金の管理や日常の意思決定が難しい		399	26.9
j. 幻覚、妄想、そううつ、けいれん、薬物などの依存、その他精神障害がある		143	9.6
k. 子どものころから対人関係がうまくいかない。ひとつのことに強いこだわりがありやめられない、字の読み書きのみ学習に困難があった、気が散ることが多く同じミスを繰り返す、子どものころ急にとびだすなどの行動があり、現在も衝動性が強い		59	4.0
l. 外出(通勤、通学、余暇活動、行事)が難しい		667	44.9
m. 児童(18歳未満)の場合、発達状況などから見て、特別の支援や配慮を必要としている		38	2.6
n. その他		335	22.5
無回答		429	28.9

表5 調査対象者の障害種別等級内訳 (平成30年度 報告書⁷⁾ より一部を再掲)

	23年 人数	%	28年 人数	%	28年比率/23 年比率
全データ数	14243	100	6997	100	1.00
障害者手帳なし難病	190	1.33	176	2.52	1.89
障害者手帳なし発達障害	146	1.03	93	1.33	1.30
障害者手帳なし高次脳機能障害	200	1.40	75	1.07	0.76
視覚障害					
1級	216	1.52	91	1.30	0.86
2級	185	1.30	89	1.27	0.98
3級	64	0.45	21	0.30	0.67
4級	63	0.44	20	0.29	0.65
5級	67	0.47	24	0.34	0.73
6級	47	0.33	16	0.23	0.69
聴覚障害					
2級	186	1.31	85	1.21	0.93
3級	84	0.59	35	0.50	0.85
4級	100	0.70	71	1.01	1.45
6級	192	1.35	75	1.07	0.80
肢体不自由上肢と肢体不自由下肢がどちらも1級または2級で、 肢体不自由以外なし(体幹と脳原性運動機能障害は問わず)	229	1.61	72	1.03	0.64
肢体不自由上肢が1級または2級以外で、肢体不自由下肢が1級ま たは2級、肢体不自由以外なし(体幹と脳原性運動機能障害は問わ ず)	215	1.51	95	1.36	0.90
18歳未満に障害が発生し、脳原性運動機能障害上肢と脳原性運動機 能障害移動がどちらも1級または2級	14	0.10	8	0.11	1.16
心臓機能障害のみ					
1級	534	3.75	274	3.92	1.04
3級	140	0.98	50	0.71	0.73
4級	100	0.70	44	0.63	0.90
呼吸器機能障害のみ					
1級	27	0.19	8	0.11	0.60
3級	46	0.32	22	0.31	0.97
4級	14	0.10	6	0.09	0.87
じん臓機能障害のみ					
1級	259	1.82	122	1.74	0.96
3級	8	0.06	9	0.13	2.29
4級	14	0.10	1	0.01	0.15
ぼうこう・直腸機能障害のみ					
1級	5	0.04	2	0.03	0.81
3級	14	0.10	9	0.13	1.31
4級	135	0.95	70	1.00	1.06
小腸機能障害のみ					
1級	1	0.01	0	0.00	0.00
3級	1	0.01	0	0.00	0.00
4級	7	0.05	2	0.03	0.58
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 (他の障害問わず)					
1級	7	0.05	2	0.03	0.58
2級	2	0.01	3	0.04	3.05
3級	4	0.03	1	0.01	0.51
4級	2	0.01	0	0.00	0.00
肝臓機能障害のみ					
1級	8	0.06	7	0.10	1.78
2級	0	0.00	0	0.00	—
3級	1	0.01	1	0.01	2.04
4級	0	0.00	2	0.03	—
身体・精神の手帳がなく療育手帳あり					
A	306	2.15	163	2.33	1.08
B	508	3.57	356	5.09	1.43
身体・知的の手帳がなく精神保健福祉手帳あり					
1級	127	0.89	61	0.87	0.98
2級	509	3.57	292	4.17	1.17
3級	193	1.36	122	1.74	1.29

7. 平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査」等と国際生活機能分類(ICF)とのマッピング

A. 背景と目的

国際指標としての障害統計は、ICF に準拠することが推奨されている。そこで、わが国で使用されている障害関係の調査等について、ICF の分類項目にどのような偏りがあるかを明らかにすることを目的とする。

B. 方法

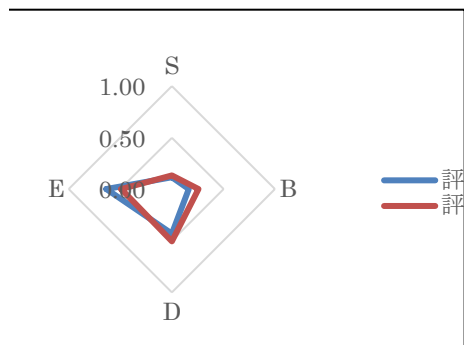
「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査」の調査項目、「第 4 次障害者基本計画」の各項目、「ICF 一般セット 7 項目」、「UNWG-SS 6 項目」、「WHO-DAS2.0 12 項目」を、ICF 第 0 レベル分類(分類レベル)を用いてマッピングし、レーダーチャート(ICF の S 軸, B 軸, D 軸, E 軸)を用いて図示した。

C. 結果と考察

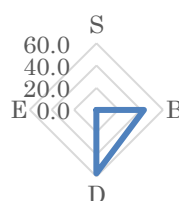
マッピングにより、ICF 分類項目において優位な項目は、「生活のしづらさなどに関する調査」は E 項目と D 項目、「CRPD」および「第 4 次計画」は E 項目、「ICF 一般セット 7 項目」と「UNWG-SS 6 項目」は D 項目と B 項目、「WHO-DAS2.0 12 項目」は D 項目に特化した指標であることが明らかになった。

D. 結論

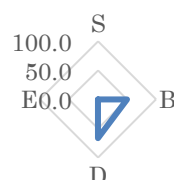
28 年調査の質問項目および主な障害統計の指標について ICF の体系によるマッピングを行ったところ、28 年調査の特徴は、ICF 項目のうち「活動と参加」と「環境因子」による概念との親和性が高いことが示された。



ICF一般セット7項目



UN ワシントン6項目



WHO-DAS2.0 12項目

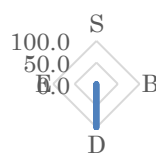


図1 ICF 第0レベル分類マッピング
(2名による評価)

[4] 国際動向

1. 韓国における障害認定政策の動向

A. 背景と目的

韓国の障害等級制度は、わが国の制度をモデルにしているとされていた。しかし、2017年韓国の大統領選挙で、文在寅候補が「障害等級制度の廃止」をマニフェストで取り上げ、就任後には国政課題として2019年7月までに完了することを公約した。

わが国でも、障害等級に関する疑義は、しばしば出されるため、韓国における改変を知ることが、本研究の目的とする。

B. 方法

詳細の決定は2020年に持ち越されたため、令和元年1月までに発表された新しい障害認定基準に関する韓国語文献について調査を行った。新しい制度における「障害者福祉事業案内の一部」(04 サービス支援総合調査、05 日常支援サービス)と障害の程度判定基準(保健福祉部告示第2019-117号)の仮訳を作成し、概要を整理した。日韓の専門用語を精査してから公開する。

C. 結果と考察

2017年12月に障害者福祉法が改正され、「社会保障給付の利用・提供及び受給権者の発見に関する法律」、「障害者活動支援に関する法律」、「障害者・老人等のための補助機器支援及び活用促進に関する法律」などが改正された。

2019年7月から実施された新しい障害認定

B. 結果 第11回締結国会議

制度の特徴は3点ある。第一は、6段階の障害等級を2段階にしたこと。第二は、障害等級と連結されていた障害福祉サービスを分離し、それぞれのラウンドテーブルが行われた。第三は、障害福祉サービスを提供するための尺度①条約の実施を強化するための国家財政の余

(サービス支援総合調査)をICFを活用して作成したこと。第三は、福祉サービスを提供する体系の変更であった。サービス支援総合調査は、ADL13項目、IADL8項目、認知行動特性8項目、社会活動2項目、生活環境5項目から構成された。ただし、このサービス支援総合調査を通じて得られる支援の最大量は1日16時間に限られていた。

新しい障害認定制度は導入途中であり、2020年には移動支援に関するサービス、2022年には所得・雇用支援に関するサービスに適用される計画である。障害年金への適用も今後の課題である。

2. 国連障害者権利条約締結国会議における障害統計の議論

A. 背景・研究目的・方法

国連障害者権利条約締結国会議(以下、締結国会議)は、同条約の第40条に、「締結国は、この条約の実施に関する事項を検討するため、定期的に締結国会議を開催する」と定めている。締結国会議は、2008年以来、ニューヨークの国連本部で開催され、第11回会議(2019年6月12日から14日)¹⁾の包括テーマは、「障害者の権利を実現するための質の高い障害統計と障害の有無によるデータの分別」であった。そこで、締結国会議で障害統計および障害データについて、資料・会議での情報収集を行った。

地、官民パートナーシップ、国際協力②女性(女児) 障害者

③政治参加と法のもとの平等認識

(2) ラウンドテーブル1

ラウンドテーブル1では、主催者からの趣旨説明のうち包括テーマの「障害統計」に関する記載は22パラグラフ中3パラグラフ(パラグラフ9~10)に限られ、①障害に関するデータは不足していることの指摘、②障害者権利条約の不足や達成を数値で示した2例にとどまった。ほとんどすべての発表・発言は、横断テーマである「障害統計」に特に配慮されてはなかった。

(3) サイドイベント

本会議場以外に、国連本部ビル内あるいは近隣で多くのサイドイベントが期間中および前日に行われた。複数のサイドイベントで、障害に関するデータ収集に国連障害統計ワシントングループ会議の指標を使用していることが言及された。会議での発表に障害に関するデータが使われていなくても、国あるいは市民団体に収集したデータを整理して刊行していることも、会議後の私的会話で知ることができた。

ワシントングループ会議が開発した指標に対する課題の指摘もあった。例えば、二分脊椎協会(英国)の代表は、ワシントングループの指標が2歳以上を対象としていることに対し、「先天性障害児は2歳まで障害児として存在を認知されない」と批判した。ワシントングループ事務局である米国CDCからの参加者2名は、手分けして、関連するプログラムに参加して情報収集し、質問や批判に回答していた。先天性障害児に対する課題に対し

ては、「生活機能による評価であるため、機能の実施を評価できる年齢に達することが必要」というのがワシントングループ事務局の立場であると説明された。しかし、ICFのうち心身機能・身体構造の領域があり、理論的には、この視点から評価項目を追加すれば出生直後からの評価が可能になる。

(4) 「障害」の範囲

日本では、総合支援法によるサービスを利用できる「難病」が指定されたり、難病患者あるいは慢性疾患患者が新しい障害種別を作り「障害者の認定を受けたい」と要望する例もある。しかし、締結国会議では本会議でもサイドイベントでも慢性疾患についての言及は主催者からも参加者からもなかった。国際リハビリテーション医学による「慢性疼痛」に関するサイドイベントが、唯一、慢性疾患に関連したと考えられた。ここでは、痛みを持つ広範かつ多様な疾患(例えばガン)について、問題提起された。

D. 考察

包括テーマを「障害統計」にしたことは、障害に関するデータはまだ未整備であるが、障害者権利条約に関する議論を理念にとどめず、具体的に目的および達成を示すために障害統計が重要なことを意識づけるのに貢献したと推測された。

E. 結論

「障害統計、障害データ」に関する意識は締結国・市民団体共に強いことがわかった。「障害統計、障害データ」の体系は未整備ではあるが、障害者権利条約の目標や成果を示す

指標としての重要であることは認識され、
個々のデータ収集も行われていた。

ワシントングループ会議が開発した指標の
利用も広まっていた。ワシントングループ会議
の指標への批判もあったが、開発の事務局との
開かれた会話も成立していた。

F. 引用文献

国連障害者権利条約締結国会議公式ページ

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/conference-of-states-parties-to-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2/cosp11.html>



図3 サイドイベントで、発表者が国際手話以外の手話利用者の場合。手話利用者による母国語の手話を手話通訳者A（ろう者：テーブルの中央で背中を向けている）が国際手話に訳す。聴衆からの英語による質問を手話通訳者B1（テーブルの中央、手話通訳者Aと対面座位）とB2（スクリーンの横立位）が国際手話通訳で訳した後、ろう者の母国語手話に手話通訳Aが訳した。



図1 本会議場

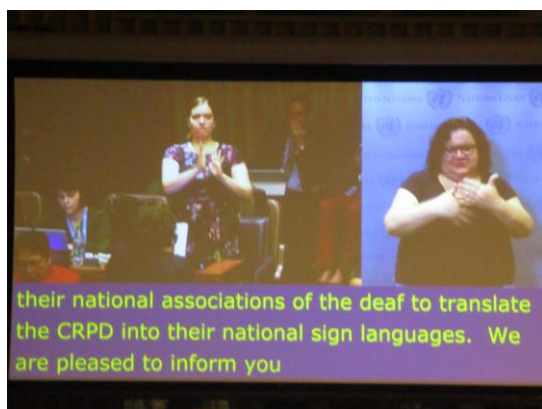


図2 本会議場モニター

3. 国連障害者権利条約の障害者権利委員会 パラレルレポートにおける障害統計の議論

A. 背景と目的

本研究では、国連障害者権利条約（以下、条約）の障害者権利委員会（以下、委員会）での障害統計に関する議論を公開資料から明らかにする。条約「第31条 統計及び資料の収集」では、条約を実行的にする政策の立案・実施・評価のために、適切な情報（統計資料及び研究資料を含む）の収集を義務付けている。これに対して、日本政府による第一回政府報告（2016年6月）では、「データ・統計の充実が挙げられ、特に性・年齢・障害種別等のカテゴリーによって分類された、条約上の各権利の実現に関するデータにつき、より障害当事者・関係者の方のニーズを踏まえた収集が求められていると考えられるので、次回報告提出までの間に改善に努めたい。」と記載された。

政府報告の提出後、委員会から事前質問事項が届き（2019年10月）、政府はそれに回答する。その後、委員会と政府との対面審査（建設的対話）での質疑応答等を経て（2020年夏から秋の予定）、最終的には提案や勧告を含めた総括所見（最終見解）が示される。

委員会が政府報告に対する事前意見を出す前に、政府報告を補完するパラレルレポート（英文10,700語以内）を市民組織は委員会に提出し、ジュネーブ（スイス）の国連本部で委員会に対して1時間のブリーフィング（説明と質疑）を行うことができる。

B. 方法

国連障害者権利条約委員会のホームページのパラレルレポートに関する文書、「障害者

統計の充実に係る調査研究事業」報告書（内閣府、令和元年度）、厚労科研報告書における障害統計の改善に関する記載を対象とした。

C. 結果と考察

（1）条約委員会での課題検討

日本からは9組織がパラレルレポートを提出した。日本障害フォーラム（JDF）によるパラレルレポートでは最重要10課題のひとつに「第31条 統計及び資料の収集」がとりあげられた。その要点は、①統計法に基づく基幹統計（国勢調査、日常生活基礎調査など）に障害者調査を位置づける必要がある、②データの性別・年齢別・機能障害別・地域別等の分類であった。

（2）国内での課題検討

①障害者統計の充実に係る調査研究事業

JDFのパラレルレポートにあった「統計法に基づく基幹統計（国勢調査、日常生活基礎調査など）に障害者調査を位置づける必要がある」については、インクルーシブ雇用議員連盟からの要望を契機に発足した「障害者統計の充実に係る調査研究事業（内閣府、令和元年度）」において、国民生活基礎調査に組み込むことを目指した障害者の指標の検討が行われた。事業報告書では同指標が最も妥当であると結論づけられた。

②データの性別・年齢別・機能障害別・地域別等の分類

「データの性別・年齢別・機能障害別・地域別等の分類」については、「生活のしづらさなどに関する調査」の結果を、性別、年齢階層別、

機能障害別、地域別の集計事例あるいは提案がある。すでに、平成18年身体障害児・者等実態調査では、一部の項目について、性別、年齢階層、障害種別、障害程度を別の集計表もあった。本研究班及びAMED「障害福祉データの利活用に関する研究」(H26-28、研究代表者：岩谷力)で作成した「全国障害者実態調査」の集計表のひな形(表1)も、性別・年齢階層別については要件を満たすと考えられる。表2には、障害種別として区別する単位を太字で示した。

D. 結論

- ・ 障害の有無及び性別により雇用や教育に差異があるかを示す統計の必要性は、条約の政府報告でもパラレルレポートでも言及されていた。障害者統計の充実に係る調査研究事業(内閣府)では、ワシントングループ会議の指標が有力候補とされた。具体策の検討が今後の課題であるとする。

- ・ 政府レポートでもパラレルレポートでも触れられた「データの性別・年齢別・機能障害別・地域別の分類」のうち、「生活のしづらさなどに関する調査(全国障害者実態調査)」での年齢階級別・障害種別の集計案を、本研究班と先行研究班で提案した。

表1 視覚障害1級群：生活のしづらさの変化（問9）（平成28年 生活のしづらさなどに関する調査より）

	問9 生活のしづらさの程度																							
	変化していない				多くなっている				少なくなっている				波がある				わからない				NA			
	男	女	NA	合計	男	女	N A	合計	男	女	N A	合計	男	女	N A	合計	男	女	N A	合計	男	女	N A	合計
0-4 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5-9 歳	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10-14 歳	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15-17 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
18、19 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20-24 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
25-29 歳	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
30-34 歳	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
35-39 歳	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
40-44 歳	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
45-49 歳	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
50-54 歳	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
55-59 歳	1	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
60-64 歳	0	0	0	0	2	2	0	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
65-69 歳	1	2	0	3	6	2	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
70-74 歳	3	0	0	3	5	2	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
75-79 歳	0	1	0	1	4	5	0	9	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
80-84 歳	1	1	0	2	9	4	0	13	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
85-89 歳	1	1	0	2	3	5	0	8	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	
90-94 歳	0	0	0	0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
95-99 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
100-104 歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
105 歳以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
NA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
合計	9	5	0	14	33	29	1	63	2	1	0	3	1	2	0	3	2	2	0	4	1	3	0	

表2 調査対象者の障害種別等級内訳 (平成30年度 報告書より再掲)

	23年 人数	%	28年 人数	%	28年比率 /23年比率
全データ数	14243	100	6997	100	1.00
障害者手帳なし難病	190	1.33	176	2.52	1.89
障害者手帳なし発達障害	146	1.03	93	1.33	1.30
障害者手帳なし高次脳機能障害	200	1.40	75	1.07	0.76
視覚障害					
1級	216	1.52	91	1.30	0.86
2級	185	1.30	89	1.27	0.98
3級	64	0.45	21	0.30	0.67
4級	63	0.44	20	0.29	0.65
5級	67	0.47	24	0.34	0.73
6級	47	0.33	16	0.23	0.69
聴覚障害					
2級	186	1.31	85	1.21	0.93
3級	84	0.59	35	0.50	0.85
4級	100	0.70	71	1.01	1.45
6級	192	1.35	75	1.07	0.80
肢体不自由上肢と肢体不自由下肢がどちらも1または2で、 肢体不自由以外なし(体幹と脳原性運動機能障害は問わず)	229	1.61	72	1.03	0.64
肢体不自由上肢が1または2以外で、肢体不自由下肢が1 または2、肢体不自由以外なし(体幹と脳原性運動機能障害は問 わず)	215	1.51	95	1.36	0.90
18歳未満に障害が発生し、脳原性運動機能障害上肢と脳原性 運動機能障害移動がどちらも1または2	14	0.10	8	0.11	1.16
心臓機能障害のみ					
1級	534	3.75	274	3.92	1.04
3級	140	0.98	50	0.71	0.73
4級	100	0.70	44	0.63	0.90
呼吸器機能障害のみ					
1級	27	0.19	8	0.11	0.60
3級	46	0.32	22	0.31	0.97
4級	14	0.10	6	0.09	0.87
じん臓機能障害のみ					
1級	259	1.82	122	1.74	0.96
3級	8	0.06	9	0.13	2.29
4級	14	0.10	1	0.01	0.15
ぼうこう・直腸機能障害のみ					
1級	5	0.04	2	0.03	0.81
3級	14	0.10	9	0.13	1.31
4級	135	0.95	70	1.00	1.06
小腸機能障害のみ					
1級	1	0.01	0	0.00	0.00
3級	1	0.01	0	0.00	0.00
4級	7	0.05	2	0.03	0.58
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 (他の障害問わず)					
1級	7	0.05	2	0.03	0.58
2級	2	0.01	3	0.04	3.05
3級	4	0.03	1	0.01	0.51
4級	2	0.01	0	0.00	0.00
肝臓機能障害のみ					
1級	8	0.06	7	0.10	1.78
2級	0	0.00	0	0.00	—
3級	1	0.01	1	0.01	2.04
4級	0	0.00	2	0.03	—
身体・精神がなく知的障害あり					
A	306	2.15	163	2.33	1.08
B	508	3.57	356	5.09	1.43
身体・知的がなく精神障害あり					
1級	127	0.89	61	0.87	0.98
2級	509	3.57	292	4.17	1.17
3級	193	1.36	122	1.74	1.29
精神または知的障害で発達障害あり	489	3.43	285	4.07	1.19
精神または知的障害で発達障害なし	1207	8.47	729	10.42	1.23

E. 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	1 件
口頭発表	12 件
それ以外（レビュー等）の発表	11 件

2) 国外

原著論文による発表	1 件
口頭発表	2 件
それ以外（レビュー等）の発表	2 件

F. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。） なし