

厚生労働科学研究委託事業
障害者対策総合研究事業
(障害者対策総合研究開発事業(身体・知的等障害分野))

障害福祉データ利活用に関する研究

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

業務主任者 岩谷 力

平成 27 (2015) 年 3 月

本報告書は、厚生労働省の厚生労働科学研究委託事業
障害者対策総合研究事業（障害者対策総合研究開発事業
（身体・知的等障害分野））による委託業務として岩谷
力が実施した平成26年度「障害福祉データの利活用に関
する研究」の成果を取りまとめたものです。

目 次

I. 総括研究報告	
障害福祉データ活用に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
岩谷 力、加藤誠志、中島八十一、北村弥生、我澤賢之、稼農和久 竹島 正、小澤 温、勝又幸子、寺島 彰	
II. 分担研究報告	
1. 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・・・・・・・・	9
～全体像の把握と詳細統計作成の構想～ 北村弥生、高橋 競、熊本圭吾、岩谷 力	
2. 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・・・・・・・・	25
～国民生活基礎調査との比較について～ 高橋 競、北村弥生、熊本圭吾、岩谷 力	
3. 生活のしづらさなどに関する調査におけるADLと障害種別・障害統計・・・・	39
～予備的研究～ 北村弥生、岩谷 力	
4. 厚生労働科学研究の成果の帰属とデータの提供等について・・・・・・・・	57
～関係法令等の適用関係の整理と考察～ 稼農和久、岩谷 力、北村弥生	
5. 障害者の経済統計に関する整備状況について・・・・・・・・・・・・・・	61
我澤賢之	
III. 学会等発表実績・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	73

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

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

～全体像の把握と詳細統計作成の構想～

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	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

厚生労働省が平成 23 年度に実施した「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）」（以下、生活のしづらさ調査）の詳細統計の全体構想を固めるために、データ形式の変換とラベル付けを行い、(1)回収率と抽出率（調査対象地区世帯員数率×回収率）の算出、(2)身体障害者の中の障害種別と等級の内訳の詳細統計作成、(3)障害特性（障害者手帳の認定に関わる障害種別と発達障害・高次脳機能障害・難病・認知症）の重複状況の集計、(4)障害特性と平均年齢・サービス利用状況・利用希望の関係の集計、(5)自由記述の記載率の集計を行った。その結果、次年度には、(1)単独障害の詳細統計、(2)重複障害に配慮した詳細統計、(3)障害種別・障害等級・年齢の組合せによる詳細統計、(4)サービスと生活保護など経済的支援の合計に対する障害種別・障害等級・年齢の組合せによる詳細統計、(6)自由記述の詳細統計を作成する方針を立てた。

A. 目的

障害福祉政策を実証的に行うことの必要性和、そのために障害に関するデータの整備と活用が必要なことは、国内外で指摘されている[1,2]。また、厚生労働省による「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）」（以下、生活のしづらさ調査）は、これまでの法制度では支援の対象とならない難病患者等を含む点で注目されている[3]。そこで、本研究では、「生活のしづらさ調査」の詳細統計を作成し、障害福祉施策に資することを目的とする。

生活のしづらさ調査は、平成 23 年 12 月 1 日に実施され、在宅の障害児・者等（これまでの法制度では支援の対象とならない者を含む）の生活実態とニーズを把握することを目的とした。同調査は、これまでの「全国在宅身体障害児・者実態調査」及び「全国在宅知的障害児（者）基礎調査」を拡大・統合して実施され、さらに、精神障害者を対象とした。

表 1 には、平成 25 年 6 月に厚生労働省が公開した 118 ページからなる調査結果 [3] に掲載された

表の表題を示した。平成 18 年度までの身体障害児者実態調査結果の詳細統計は担当部局から 500 ページを超える報告書が発行されているが[4,5]、生活のしづらさ調査については発行されていない。そこで、公表された調査結果に加えて、主として 3 点について詳細統計の作成が有意義と考えられた。

第一に、身体障害者内の内訳と手帳非所持で自立支援給付非受給者 3,842 名の特性の内訳（発達障害、高次脳機能障害、難病、小児慢性特定疾患、認知症）に関する集計である。「平成 18 年度全国在宅身体障害児・者実態調査」の集計表の列は、総数、視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由、内部障害に分けられていたが、「生活のしづらさ調査」の集計表の列は、総数、障害者手帳所持者、身体障害者手帳所持、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持、手帳非所持で自立支援給付受給有となり、身体障害内の障害種別の結果がなかったからである。

第二は、18 歳未満と 18 歳以上に分けて結果を示すことである。「全国在宅身体障害児・者実態調

査」の結果は18歳未満と18歳以上に区分けされたのに対し、「生活のしづらさ調査」の結果は65歳未満と65歳以上に区分けされたために、「全国在宅身体障害児・者実態調査」と「生活のしづらさ調査」に同じ設問があっても、結果を単純に比較することは困難であった。

第三に、自由記述の解析である。「生活のしづらさ調査」には自由記述が2箇所を設定されたが、その結果は示されていない。

B. 方法

厚生労働省障害保健福祉部企画課より「生活のしづらさなどに関する調査」の有効回答14,249件の入力データと103地方公共団体(43都道府県、15政令指定都市、40中核市)の対象世帯員数・調査票配布数・回収数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はなかった。

3年間の初年度として、統計解析ソフトSPSS(IBM)のデータ形式に変換し、データへのラベル付けを行い、下記の詳細統計を作成した。

(1) 地方公共団体世帯数に対する調査対象地区の対象世帯員率、調査対象者率、回収率、抽出率(調査対象地区世帯員数率×回収率)を計算した。また、それぞれを、人口200万人以上と未満の都市(都道府県、政令指定都市、中核都市)にわけて、平均、最大値、最小値、平均値を計算した。

(2) 視覚障害、聴覚障害(平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害を含む)、肢体不自由、内部障害6種別(心臓、呼吸器、小腸、腎臓、膀胱・直腸、HIVによる免疫、肝臓)の障害種別と等級の

一覧を作成した。

(3) 障害者手帳所持者のうち、身体障害、知的障害、精神障害の三障害の重複数を集計した。また、重複障害の例として盲ろう者(視覚障害と聴覚障害の障害認定のある者)について、その他の身体障害および知的障害、精神障害の重複状況を集計した。重複障害のうち、最初に、盲ろう者を取り上げたのは、すでに、報告された実態調査[5]と、比較できると考えたからであった。

(4) 回答者のうち障害者手帳非所持者の特性内訳を知るために、難病、小児慢性疾患、発達障害、高次脳機能障害、認知症、知的障害(障害者手帳非所持)の回答数と重複状況を集計した。「生活のしづらさ調査」では、難病医療助成・小児慢性特定疾患医療助成の利用状況(問11)と発達障害(問14)・高次脳機能障害(問15)・知的障害(問13)・認知症(問10-(2))の有無を自己申告で調査していた。そこで、障害者手帳非所持者について、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の有無の組み合わせ64通り(=2⁶)について集計した。

また、調査項目の集計を回答者の障害特性別に行う例として、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望(問17)」「介護保険によるサービスの利用の有無と非利用者の利用希望(問18)」について障害者手帳の所持状況とその他の障害に関係する特性別に集計した。

(5) 自由記述(問9,問31)の記載率を集計した。

(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った。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

(1) 調査地区における対象世帯率・調査対象者率・抽回収率

対象世帯率は平均0.36% (幅0.14-0.43%) であつたのに対して、調査対象者率は平均6.1% (幅0.8-12.1%)、回収率は平均52.33% (幅6.00-76.47%) であり、抽出率 (調査対象地区世帯員数率×回収率) は平均0.03% (幅0.001-0.07%) と調査地区による差が大きかった。しかし、調査対象者率と回収率の間には関連性はなかつた (図1)。

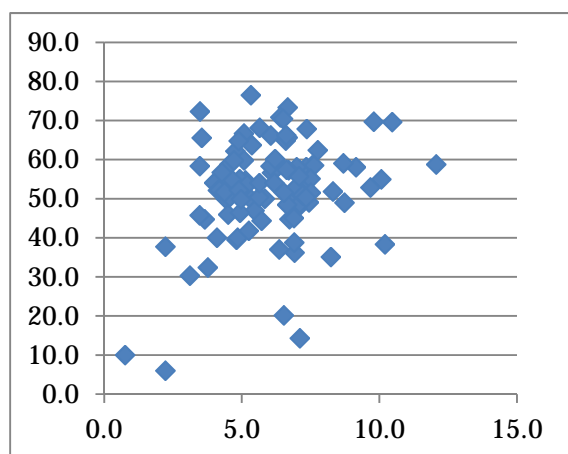


図1 調査地区の回収率と対象者率の関係 (縦軸は回収率、横軸は対象者率)

人口規模で見ると、人口200万人未満の地方公共団体で、対象者率と回収率の幅が大きかった。すなわち、人口200万人以上の地方公共団体では対象世帯率は平均0.3% (幅0.1-0.5%)、調査対象者率は平均5.7% (幅4.3-7.35)、回収率は平均54.6% (幅41.8-66.2%)、抽出率は平均0.03% (幅0.02-0.04%) であつた。これに対し、人口200万人未満の地方公共団体では対象世帯率は平均0.4% (幅0.2-1.2%)、調査対象者率は平均6.2% (幅

0.8-12.1%)、回収率は平均51.5% (幅6.0-76.5%) であつた。

(2) 回答者の障害種別と等級一覧

表2に、障害者手帳所持者の障害種別と等級ごとの回答者数を示した。表3には療育手帳保持者の等級ごとの回答者数を、表4には精神障害者保健福祉手帳所持者の等級ごとの回答者数を示した。

(3) 三障害の重複状況と盲ろう者の重複状況

表5と図1に障害者手帳所持者における重複障害の状況を示した。回答者においては、手帳所持者全体の4.5%、身体障害者手帳所持者の7.4%、療育手帳所持者の30.4%、精神障害者保健福祉手帳所持者の33.5%は重複障害であることが示された。

表6には、身体障害者手帳所持者7,280名のうち障害種別を記載した6,684名について、複数の身体障害の認定を受けている者の数を示した。身体障害者手帳の中で、2つ以上の障害種別の認定を受けている者は369名5.5%であり、その組み合わせは32通り (=2⁵) 中20通りであつた。

表7と図2には、盲ろう者 (視覚障害者手帳と聴覚障害者手帳所持者) 27名におけるその他の三障害の認定状況と難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の6種の特性を示した。まったく重複がない盲ろう者は5名18.5%で、重複する障害は、多い順に、他の身体障害14名51.9%、他の身体障害/知的障害/精神障害3名11.1%であつた。

また、図3には、盲ろう者における他の身体障害との重複を示した。盲ろう者27名中15名55.6%は他の身体障害の認定を受けており、肢体不自由/音声・言語障害/内部障害の3障害との重複4名、音声・言語のみとの重複3名、肢体不自由/音声・言語障害の2障害との重複3名であつた。

(4) 全対象者における手帳以外の障害特性内訳

表 8 に、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・療育手帳非所持の知的障害・認知症の 6 種の特性の有無の組み合わせ 64 通り(=2⁶)のうち回答者を得た 28 通りの度数を示した。6 種の特性のどれかを選択した 2464 名(全回答者の 17.3%)のうち、重複回答は 361 名 14.7%であった。単独回答数は、多い順に、高次脳機能障害 502 名 3.5%、発達障害 488 名 3.4%、認知症 478 名 3.3%、難病 474 名 3.3%、小児慢性特定疾患 21 名 0.1%であった。重複障害では、多い順に、高次脳機能障害と認知症 108 名 0.8%、発達障害と知的障害 50 名 0.4%、発達障害と高次脳機能障害 48 名 0.3%、高次脳機能障害と知的障害 40 名 0.3%であった。

(5) 障害者手帳非所持者における手帳以外の障害特性内訳

表 9 に、障害者手帳非所持者のうち、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の 6 種の特性有無の組み合わせ 64 通りのうち回答者を得た 21 通りの度数を示した。6 種の特性のどれかを選択した 865 名(障害者手帳非所持者 4669 名の 18.5%)のうち、重複回答は 83 名 9.6%であった。単独回答数は、多い順に、認知症 293 名 6.3%(年齢平均 84.5 歳、幅 27~103 歳)、難病 166 名 3.6%(年齢平均 64.9 歳、幅 43~83 歳)、高次脳機能障害 116 名 2.5%(年齢平均 77.27 歳、幅 7~97 歳)、発達障害 91 名 1.9%(年齢平均 21.42 歳、幅 1~89 歳)、小児慢性特定疾患 8 名 0.2%(年齢平均 7.1 歳、幅 0~18 歳)であった。重複障害では、多い順に、高次脳機能障害と認知症 61 名 1.3%、発達障害と知的障害 28 名 0.6%、高次脳機能障害と知的障害 14 名 0.3%、知的障害と認知症 13 名 0.3%であった。

(6) 障害者手帳所持者における手帳以外の障害

特性の重複状況

表 10 は、障害者手帳の障害種別(身体障害、知的障害、精神障害)とその他の 6 種の障害特性(難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・療育手帳非所持の知的障害・認知症)の重複を示した。ここでは、手帳以外の 6 つの特性の出現率を、全対象者、障害者手帳所持者、障害者手帳非所持者について示した。

表に示された重複状況は極めて複雑であった。6 つの特性のうち、発達障害と高次脳機能障害では、障害者手帳所持者は非所持者に比べて多かったが、認知症では、障害者手帳所持者は非所持者より少なかった。

(7) 手帳以外の障害特性の年齢比較

表 11, 12 には、障害者手帳所持者と非所持者について、6 つの障害特性のうちどれかがあると回答した者の年齢の平均、最小、最大を示した。手帳所持者では、平均年齢は高い順に、認知症 81.6 歳、高次脳機能障害 67.1 歳、難病 65.2 歳、自立支援医療給付 67.1 歳、発達障害 29.9 歳、小児慢性特定疾患 9.3 歳であった。

一方、非手帳所持者では、平均年齢の順は同じで、認知症 84.5 歳、高次脳機能障害 77.3 歳、難病 64.9 歳、自立支援医療給付 49.0 歳、発達障害 21.4 歳、小児慢性特定疾患 7.1 歳であった。

手帳所持者と手帳非所持者について、障害特性ごとに平均年齢を比較すると、高次脳機能障害は手帳非所持者が高く、発達障害は手帳所持者が高かった。

(8) 手帳所持者におけるサービス利用、利用希望と障害種別の関係

表 13 に、障害者手帳所持者について、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望」「介護保険によるサービスの利用の有

無と非利用者の利用希望」の結果を示した。

自立支援法による福祉サービス利用者の比率は、手帳所持者全体で 2450 名 30.1%、単独障害全体で 27.6%、単独障害の中で多い順に、知的障害 53.2%、精神障害 35.7%、身体障害 23.4%であった。また、重複障害全体では 63.1%、多い順に、身体障害者手帳と療育手帳所持者 180 名 75.6%、三障害重複の手帳所持者 36 名 66.7%、療育手帳のみの所持者 419 名 53%であった。しかし、「利用したいが利用できない」は全体の平均は 174 名 2.1%であり、多い順に、三障害重複の手帳所持者 3 名 5.6%、精神障害者保健福祉手帳のみ所持者 32 名 4.8%であった。

介護保険法によるサービス利用者の比率は、手帳所持者全体で 2280 名 34.9%、単独障害全体で 25.8%、単独障害の中で多い順に、身体障害 32.6%、精神障害 17.9%、知的障害 16.7%であった。重複障害全体では 42.7%、多い順に、三障害重複の手帳所持者 19 名 55.9%、身体障害者手帳と精神障害者保健福祉手帳所持者 86 名 50.3%であった。「利用したいが利用できない」は全体で 118 名 1.8%、多い順に、身体障害者手帳と療育手帳所持者 6 名 8.8%、療育手帳のみの所持者 9 名 5.2%、三障害重複の手帳所持者 1 名 2.9%、精神障害者保健福祉手帳のみ所持者 11 名 2.8%であった。

(8) 障害者手帳非所持者におけるサービス利用状況、利用希望と障害種別の関係

表 14 に、障害者手帳非所持者のうち、高次脳機能障害、発達障害、難病および小児慢性特性疾患、認知症の 6 つの特性の有無の 64 通り (=2⁶)のうち回答のあった 21 通りについて、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望」「介護保険によるサービスの利用の有無と非利用者の利用希望」の結果を示した。

自立支援法による福祉サービス利用者の比率は、

障害者手帳非所持者 2254 名中 758 名 33.6%、単独障害全体で 31.8%、多い順に、発達障害 203 名 44.2%、高次脳機能障害 187 名 41.5%、知的障害 51 名 38.6%であった。重複障害は全体で 146 名 44.0%であり、いずれの特性も持たない者では 2160 名 20.6%が自立支援法による福祉サービスを利用していると回答した。

自立支援法による福祉サービスを「利用したいが利用できない」は単独障害全体では 2.7%、重複障害全体は 15 名 4.5%、いずれの特性も持たない者で 241 名 2.3%であった。

介護保険法によるサービス利用者の比率は、単独障害では 838 名 58.5%、多い順に、認知症 362 名 79.0%、高次脳機能障害 290 名 67.1%、知的障害 37 名 40.7%であった。重複障害は全体で 178 名 71.2%、いずれの特性も持たない者では 2623 名 29.8%であった。

介護保険法によるサービスを「利用したいが利用できない」は、全体では、42 名 2.9%、単独障害全体では 36 名 2.5%、重複障害全体では 6 名 2.4%、175 名 2.0%であった。

(9) 自由記述の記載率

問 11 の自由記述欄への記入は 30.4%、問 31 の自由記述欄への記入は 38.3%であった。ただし、内容が設問に即したものが、先立つ調査項目の選択肢では抽出できなかったものか、調査項目を設けることで代用できるか、記載率と障害種別の関係等は、精査する必要がある。

D. 考察

(1) 調査地区における対象世帯率・調査対象者率・抽回収率

地方公共団体により対象者率と回収率に差があったことが結果と関係するか否かを明らかにすることは次年度以降の検討課題である。近年は、地

域の障害者計画策定のために、地方公共団体が障害者手帳所持者の全数調査あるいは抽出率の高い調査を行う場合も増えており、地方公共団体による調査と国が行う実態調査との関係性も今後の検討課題であると考えます。

(2) 三障害の重複状況と盲ろう者の重複状況

三障害の重複の出現率を、「生活のしづらさ調査」は国内外で初めて示したことは極めて有意義であると考えます。盲ろう者の8割以上が、視覚と聴覚以外の障害認定を受けていたことも確認され、感覚器障害に加えて内部障害および肢体不自由の重複にも留意が必要なことが示された。

平成24年度の盲ろう者の実態調査でも[7]、盲ろう者2744名のうち、視覚と聴覚以外の重複障害種別を回答した者は914名33.3%、429名15.6%は肢体不自由であったことは報告されており、本研究の結果と一致した。ただし、「生活のしづらさ調査」では盲ろう者の精神障害の重複率が盲ろう者実態調査よりも低かった。これは、「生活のしづらさ調査」では盲ろう者の回答数が35(障害種別を記載したのは27)と少なかったことと、精神障害の抽出率が低かったためと推測される。このことは、発生率の小さい障害および疾患では、障害あるいは疾患毎の統計を作成する意義を示唆すると考える。他の重複障害の組み合わせについても、次年度に精査する予定である。

(3) 障害者手帳非所持者の特徴

「生活のしづらさ調査」では、高次脳機能障害、発達障害、難病など障害者手帳に障害種別が設定されていないが生活のしづらさがある者と障害者手帳所持者に差異があるか、あれば、どのような差異かを明らかにすることも、目的の一つとされた。しかし、発達障害と認知症では、推計値に比べて回答者数は、障害者手帳所持者に比べて低か

った。すなわち、障害者手帳所持者を含めた発達障害631名、認知症638名は推計値の0.01%、0.000022%(一般出現率はそれぞれ6%、462万人)であった。これに対して、身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者の回答者比率(回答者/推計値)はそれぞれ0.66%、0.20%、0.27%であった。発達障害と認知症に関しては、調査結果が実態を反映するかの判断には慎重さを必要とすると考えられる。また、実態を示す標本抽出を行う方法は、今後の検討課題である。

一方、高次脳機能障害者の回答者766名は推定数27万人の0.28%で、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者と同等であった。

平均年齢を比較すると、障害者手帳非所持者は所持者に比べて、発達障害と小児慢性疾患では、それぞれ、8.5歳、2.2歳低かった理由は、制度を利用する手続きをするまでに時間を要することを示唆する。一方、高次脳機能障害と認知症で、平均年齢が手帳非所持者は所持者に比べて、それぞれ10.2歳、2.9歳高かったことは、高齢化による健康状態の変化を「障害」とみなすことへの抵抗があることを示唆すると考えられる。

(4) 障害者手帳所持者のサービス利用状況と利用希望

障害者手帳所持者で、自立支援法による福祉サービス利用者は3割にとどまった理由は、障害者手帳によるサービスと自立支援法によるサービス体系が異なること、障害等級が低い場合には利用できるサービスが少ないこと、65歳以上で介護保険サービスを使用する者があったこと、障害の状況にあったサービスがないために利用できないこと、「自立支援法による福祉サービス」という設問が正しく理解されなかった可能性など複数が推測される。したがって、サービス利用状況については、複数のサービス(例えば、自立支援法による

サービスと介護保険法によるサービス、在宅サービス、通所サービス、外出サービス、助成金等)の合計と障害等級・年齢階層・原発障害・機能制限・社会参加状況別に詳細統計を作成することは次年度の検討課題である。また、「自立支援法によるサービス」よりも具体的なサービス内容の利用状況を聞く設問にすることを、今後の調査では検討する必要があると考える。

(5) 障害者手帳非所持者のサービス利用状況と利用希望: 障害者手帳所持者との比較

障害者手帳非所持者でも、自立支援法による福祉サービス利用者は3割以上おり、全体としては障害者手帳所持者に比べて少なくなかった。しかし、自立支援法による福祉サービス利用者が、発達障害・高次脳機能障害で4割を超えたのに対し、難病・小児慢性特定疾患患者では2割に満たなかった。これは、難病および小児慢性特定疾患は、医療助成を中心に制度が発足したために、福祉サービスの整備あるいは利用が遅れたことを示すと考えられる。

「サービスの谷間」であるといわれている難病、発達障害者、高次脳機能障害者については、自立支援法によるサービスを「利用したいが利用できない」比率は、障害者手帳所持者と有意な差はなく、手帳所持者のように、障害の重複という視点では、特に高率を示す群はなかった。サービスニーズが高い群を知るには、対象者数を増やしたり、年齢や症状を調整した詳細統計を必要とすると考えられる。また、既存のサービスが特性に合わないために「利用したい」と回答しなかった可能性も考えられる。

障害者手帳非所持者では、介護保険法によるサービス利用率は7割近く、障害者手帳所持者に比べて顕著に多かった。介護保険法によるサービスを「利用したいが利用できない」の比率は、障害

者手帳非所持者と所持者の間に差はなく、手帳非所持者には、障害特性の重複という視点では、特に高い比率を示す群はなかった。

(6) 自由記述の記載数

事前調査の段階から自由記述欄への記入率が多いことは指摘されており[6]、3～4割の記入を得たことは、「生活のしづらさ調査」の意義の一つと考えられる。しかし、自由記述の内容分析には時間と労力を要する。次年度には、自由記述の内容の詳細統計を作成し、今後の全国障害者実態調査等で自由記述を採用する場合の課題と対応を考察する。

F. 研究発表

- 1) 北村弥生. 国際連合の文書に見る障害者に関する統計の動向. 国リ八紀要 (印刷中), 2015.
- 2) 北村弥生, 高橋競, 熊本圭吾, 岩谷力. 生活のしづらさ調査における重複障害の状況. 日本特殊教育学会. 2015-09 (投稿受理)

G. 引用文献

- 1) 岩谷力ら. 障害統計に関する国内外の動向. 平成25年度厚生労働科学研究報告書「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」, 38-46, 2014.
- 2) 岩谷力ら. 生活のしづらさ調査の特徴と二次解析の有用性. 平成25年度厚生労働科学研究報告書「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」, 47-51, 2014.
- 3) 厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部, 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)結果, 厚生労働省, 2013.
- 4) 厚生労働省社会・援護局. 身体障害児・者実態調査結果 平成18年. 2008.
- 5) 厚生省大臣官房障害保険福祉部. 日本の身体障

害者・児 一平成 8 年身体障害者実態調査報告、平成 8 年身体障害児実態調査報告- 第一法規、1999.

6) 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.

7) 全国盲ろう者協会. 厚生労働省平成 24 年度障害者総合福祉推進事業「盲ろう者に関する実態調査報告書」, 2013.

図 2 盲ろう者における他の障害重複状況

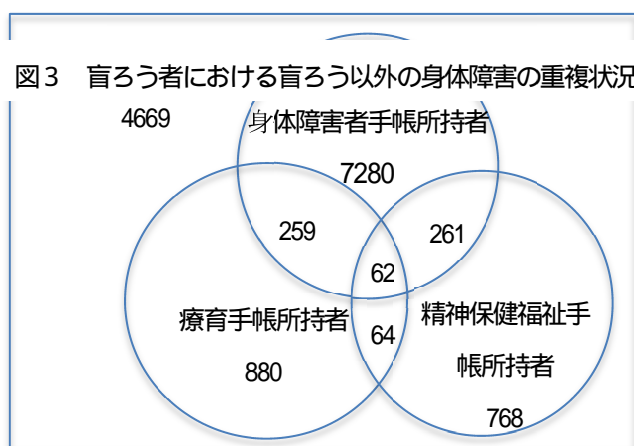
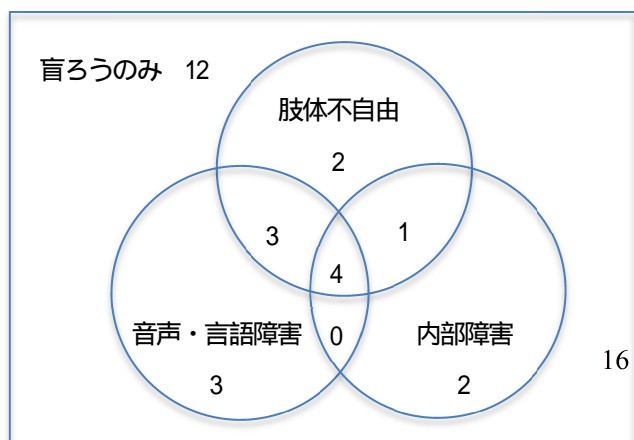
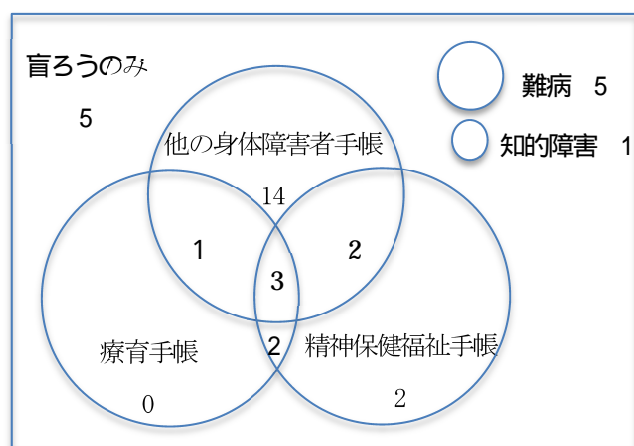


図 1 対象者の手帳所持状況



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

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

～全体像の把握と詳細統計作成の構想～

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	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

厚生労働省が平成 23 年度に実施した「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）」（以下、生活のしづらさ調査）の詳細統計の全体構想を固めるために、データ形式の変換とラベル付けを行い、(1)回収率と抽出率（調査対象地区世帯員数率×回収率）の算出、(2)身体障害者の中の障害種別と等級の内訳の詳細統計作成、(3)障害特性（障害者手帳の認定に関わる障害種別と発達障害・高次脳機能障害・難病・認知症）の重複状況の集計、(4)障害特性と平均年齢・サービス利用状況・利用希望の関係の集計、(5)自由記述の記載率の集計を行った。その結果、次年度には、(1)単独障害の詳細統計、(2)重複障害に配慮した詳細統計、(3)障害種別・障害等級・年齢の組合せによる詳細統計、(4)サービスと生活保護など経済的支援の合計に対する障害種別・障害等級・年齢の組合せによる詳細統計、(6)自由記述の詳細統計を作成する方針を立てた。

A. 目的

障害福祉政策を実証的に行うことの必要性和、そのために障害に関するデータの整備と活用が必要なことは、国内外で指摘されている[1,2]。また、厚生労働省による「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）」（以下、生活のしづらさ調査）は、これまでの法制度では支援の対象とならない難病患者等を含む点で注目されている[3]。そこで、本研究では、「生活のしづらさ調査」の詳細統計を作成し、障害福祉施策に資することを目的とする。

生活のしづらさ調査は、平成 23 年 12 月 1 日に実施され、在宅の障害児・者等（これまでの法制度では支援の対象とならない者を含む）の生活実態とニーズを把握することを目的とした。同調査は、これまでの「全国在宅身体障害児・者実態調査」及び「全国在宅知的障害児（者）基礎調査」を拡大・統合して実施され、さらに、精神障害者を対象とした。

表 1 には、平成 25 年 6 月に厚生労働省が公開した 118 ページからなる調査結果 [3]に掲載された

表の表題を示した。平成 18 年度までの身体障害児者実態調査結果の詳細統計は担当部局から 500 ページを超える報告書が発行されているが[4,5]、生活のしづらさ調査については発行されていない。そこで、公表された調査結果に加えて、主として 3 点について詳細統計の作成が有意義と考えられた。

第一に、身体障害者内の内訳と手帳非所持で自立支援給付非受給者 3,842 名の特性の内訳（発達障害、高次脳機能障害、難病、小児慢性特定疾患、認知症）に関する集計である。「平成 18 年度全国在宅身体障害児・者実態調査」の集計表の列は、総数、視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由、内部障害に分けられていたが、「生活のしづらさ調査」の集計表の列は、総数、障害者手帳所持者、身体障害者手帳所持、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持、手帳非所持で自立支援給付受給有となり、身体障害内の障害種別の結果がなかったからである。

第二は、18 歳未満と 18 歳以上に分けて結果を示すことである。「全国在宅身体障害児・者実態調

査」の結果は18歳未満と18歳以上に区分けされたのに対し、「生活のしづらさ調査」の結果は65歳未満と65歳以上に区分けされたために、「全国在宅身体障害児・者実態調査」と「生活のしづらさ調査」に同じ設問があっても、結果を単純に比較することは困難であった。

第三に、自由記述の解析である。「生活のしづらさ調査」には自由記述が2箇所を設定されたが、その結果は示されていない。

B. 方法

厚生労働省障害保健福祉部企画課より「生活のしづらさなどに関する調査」の有効回答14,249件の入力データと103地方公共団体(43都道府県、15政令指定都市、40中核市)の対象世帯員数・調査票配布数・回収数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はなかった。

3年間の初年度として、統計解析ソフトSPSS(IBM)のデータ形式に変換し、データへのラベル付けを行い、下記の詳細統計を作成した。

(1) 地方公共団体世帯数に対する調査対象地区の対象世帯員率、調査対象者率、回収率、抽出率(調査対象地区世帯員数率×回収率)を計算した。また、それぞれを、人口200万人以上と未満の都市(都道府県、政令指定都市、中核都市)にわけて、平均、最大値、最小値、平均値を計算した。

(2) 視覚障害、聴覚障害(平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害を含む)、肢体不自由、内部障害6種別(心臓、呼吸器、小腸、腎臓、膀胱・直腸、HIVによる免疫、肝臓)の障害種別と等級の

一覧を作成した。

(3) 障害者手帳所持者のうち、身体障害、知的障害、精神障害の三障害の重複数を集計した。また、重複障害の例として盲ろう者(視覚障害と聴覚障害の障害認定のある者)について、その他の身体障害および知的障害、精神障害の重複状況を集計した。重複障害のうち、最初に、盲ろう者を取り上げたのは、すでに、報告された実態調査[5]と、比較できると考えたからであった。

(4) 回答者のうち障害者手帳非所持者の特性内訳を知るために、難病、小児慢性疾患、発達障害、高次脳機能障害、認知症、知的障害(障害者手帳非所持)の回答数と重複状況を集計した。「生活のしづらさ調査」では、難病医療助成・小児慢性特定疾患医療助成の利用状況(問11)と発達障害(問14)・高次脳機能障害(問15)・知的障害(問13)・認知症(問10-(2))の有無を自己申告で調査していた。そこで、障害者手帳非所持者について、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の有無の組み合わせ64通り(=2⁶)について集計した。

また、調査項目の集計を回答者の障害特性別に行う例として、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望(問17)」「介護保険によるサービスの利用の有無と非利用者の利用希望(問18)」について障害者手帳の所持状況とその他の障害に関係する特性別に集計した。

(5) 自由記述(問9,問31)の記載率を集計した。

(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った。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

(1) 調査地区における対象世帯率・調査対象者率・抽回収率

対象世帯率は平均0.36% (幅0.14-0.43%) であつたのに対して、調査対象者率は平均6.1% (幅0.8-12.1%)、回収率は平均52.33% (幅6.00-76.47%) であり、抽出率 (調査対象地区世帯員数率×回収率) は平均0.03% (幅0.001-0.07%) と調査地区による差が大きかった。しかし、調査対象者率と回収率の間には関連性はなかつた (図1)。

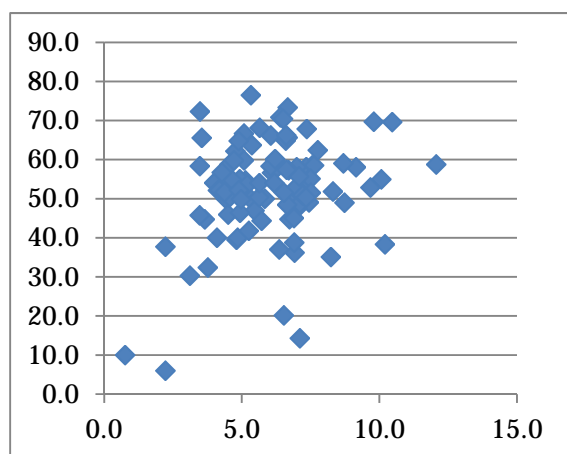


図1 調査地区の回収率と対象者率の関係 (縦軸は回収率、横軸は対象者率)

人口規模で見ると、人口200万人未満の地方公共団体で、対象者率と回収率の幅が大きかった。すなわち、人口200万人以上の地方公共団体では対象世帯率は平均0.3% (幅0.1-0.5%)、調査対象者率は平均5.7% (幅4.3-7.35)、回収率は平均54.6% (幅41.8-66.2%)、抽出率は平均0.03% (幅0.02-0.04%) であつた。これに対し、人口200万人未満の地方公共団体では対象世帯率は平均0.4% (幅0.2-1.2%)、調査対象者率は平均6.2% (幅

0.8-12.1%)、回収率は平均51.5% (幅6.0-76.5%) であつた。

(2) 回答者の障害種別と等級一覧

表2に、障害者手帳所持者の障害種別と等級ごとの回答者数を示した。表3には療育手帳保持者の等級ごとの回答者数を、表4には精神障害者保健福祉手帳所持者の等級ごとの回答者数を示した。

(3) 三障害の重複状況と盲ろう者の重複状況

表5と図1に障害者手帳所持者における重複障害の状況を示した。回答者においては、手帳所持者全体の4.5%、身体障害者手帳所持者の7.4%、療育手帳所持者の30.4%、精神障害者保健福祉手帳所持者の33.5%は重複障害であることが示された。

表6には、身体障害者手帳所持者7,280名のうち障害種別を記載した6,684名について、複数の身体障害の認定を受けている者の数を示した。身体障害者手帳の中で、2つ以上の障害種別の認定を受けている者は369名5.5%であり、その組み合わせは32通り (=2⁵) 中20通りであつた。

表7と図2には、盲ろう者 (視覚障害者手帳と聴覚障害者手帳所持者) 27名におけるその他の三障害の認定状況と難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の6種の特性を示した。まったく重複がない盲ろう者は5名18.5%で、重複する障害は、多い順に、他の身体障害14名51.9%、他の身体障害/知的障害/精神障害3名11.1%であつた。

また、図3には、盲ろう者における他の身体障害との重複を示した。盲ろう者27名中15名55.6%は他の身体障害の認定を受けており、肢体不自由/音声・言語障害/内部障害の3障害との重複4名、音声・言語のみとの重複3名、肢体不自由/音声・言語障害の2障害との重複3名であつた。

(4) 全対象者における手帳以外の障害特性内訳

表8に、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・療育手帳非所持の知的障害・認知症の6種の特性の有無の組み合わせ64通り(=2⁶)のうち回答者を得た28通りの度数を示した。6種の特性のどれかを選択した2464名(全回答者の17.3%)のうち、重複回答は361名14.7%であった。単独回答数は、多い順に、高次脳機能障害502名3.5%、発達障害488名3.4%、認知症478名3.3%、難病474名3.3%、小児慢性特定疾患21名0.1%であった。重複障害では、多い順に、高次脳機能障害と認知症108名0.8%、発達障害と知的障害50名0.4%、発達障害と高次脳機能障害48名0.3%、高次脳機能障害と知的障害40名0.3%であった。

(5) 障害者手帳非所持者における手帳以外の障害特性内訳

表9に、障害者手帳非所持者のうち、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の6種の特性有無の組み合わせ64通りのうち回答者を得た21通りの度数を示した。6種の特性のどれかを選択した865名(障害者手帳非所持者4669名の18.5%)のうち、重複回答は83名9.6%であった。単独回答数は、多い順に、認知症293名6.3%(年齢平均84.5歳、幅27~103歳)、難病166名3.6%(年齢平均64.9歳、幅43~83歳)、高次脳機能障害116名2.5%(年齢平均77.27歳、幅7~97歳)、発達障害91名1.9%(年齢平均21.42歳、幅1~89歳)、小児慢性特定疾患8名0.2%(年齢平均7.1歳、幅0~18歳)であった。重複障害では、多い順に、高次脳機能障害と認知症61名1.3%、発達障害と知的障害28名0.6%、高次脳機能障害と知的障害14名0.3%、知的障害と認知症13名0.3%であった。

(6) 障害者手帳所持者における手帳以外の障害

特性の重複状況

表10は、障害者手帳の障害種別(身体障害、知的障害、精神障害)とその他の6種の障害特性(難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・療育手帳非所持の知的障害・認知症)の重複を示した。ここでは、手帳以外の6つの特性の出現率を、全対象者、障害者手帳所持者、障害者手帳非所持者について示した。

表に示された重複状況は極めて複雑であった。6つの特性のうち、発達障害と高次脳機能障害では、障害者手帳所持者は非所持者に比べて多かったが、認知症では、障害者手帳所持者は非所持者より少なかった。

(7) 手帳以外の障害特性の年齢比較

表11,12には、障害者手帳所持者と非所持者について、6つの障害特性のうちどれかがあると回答した者の年齢の平均、最小、最大を示した。手帳所持者では、平均年齢は多い順に、認知症81.6歳、高次脳機能障害67.1歳、難病65.2歳、自立支援医療給付67.1歳、発達障害29.9歳、小児慢性特定疾患9.3歳であった。

一方、非手帳所持者では、平均年齢の順は同じで、認知症84.5歳、高次脳機能障害77.3歳、難病64.9歳、自立支援医療給付49.0歳、発達障害21.4歳、小児慢性特定疾患7.1歳であった。

手帳所持者と手帳非所持者について、障害特性ごとに平均年齢を比較すると、高次脳機能障害は手帳非所持者が高く、発達障害は手帳所持者が高かった。

(8) 手帳所持者におけるサービス利用、利用希望と障害種別との関係

表13に、障害者手帳所持者について、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望」「介護保険によるサービスの利用の有

無と非利用者の利用希望」の結果を示した。

自立支援法による福祉サービス利用者の比率は、手帳所持者全体で 2450 名 30.1%、単独障害全体で 27.6%、単独障害の中で多い順に、知的障害 53.2%、精神障害 35.7%、身体障害 23.4%であった。また、重複障害全体では 63.1%、多い順に、身体障害者手帳と療育手帳所持者 180 名 75.6%、三障害重複の手帳所持者 36 名 66.7%、療育手帳のみの所持者 419 名 53%であった。しかし、「利用したいが利用できない」は全体の平均は 174 名 2.1%であり、多い順に、三障害重複の手帳所持者 3 名 5.6%、精神障害者保健福祉手帳のみ所持者 32 名 4.8%であった。

介護保険法によるサービス利用者の比率は、手帳所持者全体で 2280 名 34.9%、単独障害全体で 25.8%、単独障害の中で多い順に、身体障害 32.6%、精神障害 17.9%、知的障害 16.7%であった。重複障害全体では 42.7%、多い順に、三障害重複の手帳所持者 19 名 55.9%、身体障害者手帳と精神障害者保健福祉手帳所持者 86 名 50.3%であった。「利用したいが利用できない」は全体で 118 名 1.8%、多い順に、身体障害者手帳と療育手帳所持者 6 名 8.8%、療育手帳のみの所持者 9 名 5.2%、三障害重複の手帳所持者 1 名 2.9%、精神障害者保健福祉手帳のみ所持者 11 名 2.8%であった。

(8) 障害者手帳非所持者におけるサービス利用状況、利用希望と障害種別の関係

表 14 に、障害者手帳非所持者のうち、高次脳機能障害、発達障害、難病および小児慢性特性疾患、認知症の 6 つの特性の有無の 64 通り (=2⁶)のうち回答のあった 21 通りについて、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望」「介護保険によるサービスの利用の有無と非利用者の利用希望」の結果を示した。

自立支援法による福祉サービス利用者の比率は、

障害者手帳非所持者 2254 名中 758 名 33.6%、単独障害全体で 31.8%、多い順に、発達障害 203 名 44.2%、高次脳機能障害 187 名 41.5%、知的障害 51 名 38.6%であった。重複障害は全体で 146 名 44.0%であり、いずれの特性も持たない者では 2160 名 20.6%が自立支援法による福祉サービスを利用していると回答した。

自立支援法による福祉サービスを「利用したいが利用できない」は単独障害全体では 2.7%、重複障害全体は 15 名 4.5%、いずれの特性も持たない者で 241 名 2.3%であった。

介護保険法によるサービス利用者の比率は、単独障害では 838 名 58.5%、多い順に、認知症 362 名 79.0%、高次脳機能障害 290 名 67.1%、知的障害 37 名 40.7%であった。重複障害は全体で 178 名 71.2%、いずれの特性も持たない者では 2623 名 29.8%であった。

介護保険法によるサービスを「利用したいが利用できない」は、全体では、42 名 2.9%、単独障害全体では 36 名 2.5%、重複障害全体では 6 名 2.4%、175 名 2.0%であった。

(9) 自由記述の記載率

問 11 の自由記述欄への記入は 30.4%、問 31 の自由記述欄への記入は 38.3%であった。ただし、内容が設問に即したものが、先立つ調査項目の選択肢では抽出できなかったものか、調査項目を設けることで代用できるか、記載率と障害種別の関係等は、精査する必要がある。

D. 考察

(1) 調査地区における対象世帯率・調査対象者率・抽回収率

地方公共団体により対象者率と回収率に差があったことが結果と関係するか否かを明らかにすることは次年度以降の検討課題である。近年は、地

域の障害者計画策定のために、地方公共団体が障害者手帳所持者の全数調査あるいは抽出率の高い調査を行う場合も増えており、地方公共団体による調査と国が行う実態調査との関係性も今後の検討課題であるとする。

(2) 三障害の重複状況と盲ろう者の重複状況

三障害の重複の出現率を、「生活のしづらさ調査」は国内外で初めて示したことは極めて有意義であるとする。盲ろう者の8割以上が、視覚と聴覚以外の障害認定を受けていたことも確認され、感覚器障害に加えて内部障害および肢体不自由の重複にも留意が必要なことが示された。

平成24年度の盲ろう者の実態調査でも[7]、盲ろう者2744名のうち、視覚と聴覚以外の重複障害種別を回答した者は914名33.3%、429名15.6%は肢体不自由であったことは報告されており、本研究の結果と一致した。ただし、「生活のしづらさ調査」では盲ろう者の精神障害の重複率が盲ろう者実態調査よりも低かった。これは、「生活のしづらさ調査」では盲ろう者の回答数が35(障害種別を記載したのは27)と少なかったことと、精神障害の抽出率が低かったためと推測される。このことは、発生率の小さい障害および疾患では、障害あるいは疾患毎の統計を作成する意義を示唆するとする。他の重複障害の組み合わせについても、次年度に精査する予定である。

(3) 障害者手帳非所持者の特徴

「生活のしづらさ調査」では、高次脳機能障害、発達障害、難病など障害者手帳に障害種別が設定されていないが生活のしづらさがある者と障害者手帳所持者に差異があるか、あれば、どのような差異かを明らかにすることも、目的の一つとされた。しかし、発達障害と認知症では、推計値に比べて回答者数は、障害者手帳所持者に比べて低か

った。すなわち、障害者手帳所持者を含めた発達障害631名、認知症638名は推計値の0.01%、0.000022%(一般出現率はそれぞれ6%、462万人)であった。これに対して、身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者の回答者比率(回答者/推計値)はそれぞれ0.66%、0.20%、0.27%であった。発達障害と認知症に関しては、調査結果が実態を反映するかの判断には慎重さを必要とすると考えられる。また、実態を示す標本抽出を行う方法は、今後の検討課題である。

一方、高次脳機能障害者の回答者766名は推定数27万人の0.28%で、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者と同等であった。

平均年齢を比較すると、障害者手帳非所持者は所持者に比べて、発達障害と小児慢性疾患では、それぞれ、8.5歳、2.2歳低かった理由は、制度を利用する手続きをするまでに時間を要することを示唆する。一方、高次脳機能障害と認知症で、平均年齢が手帳非所持者は所持者に比べて、それぞれ10.2歳、2.9歳高かったことは、高齢化による健康状態の変化を「障害」とみなすことへの抵抗があることを示唆すると思われる。

(4) 障害者手帳所持者のサービス利用状況と利用希望

障害者手帳所持者で、自立支援法による福祉サービス利用者は3割にとどまった理由は、障害者手帳によるサービスと自立支援法によるサービス体系が異なること、障害等級が低い場合には利用できるサービスが少ないこと、65歳以上で介護保険サービスを使用する者があったこと、障害の状況にあったサービスがないために利用できないこと、「自立支援法による福祉サービス」という設問が正しく理解されなかった可能性など複数が推測される。したがって、サービス利用状況については、複数のサービス(例えば、自立支援法による

サービスと介護保険法によるサービス、在宅サービス、通所サービス、外出サービス、助成金等)の合計と障害等級・年齢階層・原発障害・機能制限・社会参加状況別に詳細統計を作成することは次年度の検討課題である。また、「自立支援法によるサービス」よりも具体的なサービス内容の利用状況を聞く設問にすることを、今後の調査では検討する必要があると考える。

(5) 障害者手帳非所持者のサービス利用状況と利用希望:障害者手帳所持者との比較

障害者手帳非所持者でも、自立支援法による福祉サービス利用者は3割以上おり、全体としては障害者手帳所持者に比べて少なくなかった。しかし、自立支援法による福祉サービス利用者が、発達障害・高次脳機能障害で4割を超えたのに対し、難病・小児慢性特定疾患患者では2割に満たなかった。これは、難病および小児慢性特定疾患は、医療助成を中心に制度が発足したために、福祉サービスの整備あるいは利用が遅れたことを示すと考えられる。

「サービスの谷間」であるといわれている難病、発達障害者、高次脳機能障害者については、自立支援法によるサービスを「利用したいが利用できない」比率は、障害者手帳所持者と有意な差はなく、手帳所持者のように、障害の重複という視点では、特に高率を示す群はなかった。サービスニーズが高い群を知るには、対象者数を増やしたり、年齢や症状を調整した詳細統計を必要とすると考えられる。また、既存のサービスが特性に合わないために「利用したい」と回答しなかった可能性も考えられる。

障害者手帳非所持者では、介護保険法によるサービス利用率は7割近く、障害者手帳所持者に比べて顕著に多かった。介護保険法によるサービスを「利用したいが利用できない」の比率は、障害

者手帳非所持者と所持者の間に差はなく、手帳非所持者には、障害特性の重複という視点では、特に高い比率を示す群はなかった。

(6) 自由記述の記載数

事前調査の段階から自由記述欄への記入率が多いことは指摘されており[6]、3～4割の記入を得たことは、「生活のしづらさ調査」の意義の一つと考えられる。しかし、自由記述の内容分析には時間と労力を要する。次年度には、自由記述の内容の詳細統計を作成し、今後の全国障害者実態調査等で自由記述を採用する場合の課題と対応を考察する。

F. 研究発表

- 1)北村弥生. 国際連合の文書に見る障害者に関する統計の動向.国リ八紀要(印刷中), 2015.
- 2)北村弥生, 高橋競, 熊本圭吾, 岩谷力. 生活のしづらさ調査における重複障害の状況. 日本特殊教育学会. 2015-09(投稿受理)

G. 引用文献

- 1)岩谷力ら. 障害統計に関する国内外の動向.平成25年度厚生労働科学研究報告書「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」, 38-46, 2014.
- 2)岩谷力ら. 生活のしづらさ調査の特徴と二次解析の有用性.平成25年度厚生労働科学研究報告書「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」, 47-51, 2014.
- 3)厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部,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)結果,厚生労働省,2013.
- 4)厚生労働省社会・援護局.身体障害児・者実態調査結果.平成18年.2008.
- 5)厚生省大臣官房障害保険福祉部.日本の身体障

害者・児 -平成8年身体障害者実態調査報告、平成8年身体障害児実態調査報告-。第一法規。1999。

6) 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。

7) 全国盲ろう者協会。厚生労働省平成24年度障害者総合福祉推進事業「盲ろう者に関する実態調査報告書」, 2013。

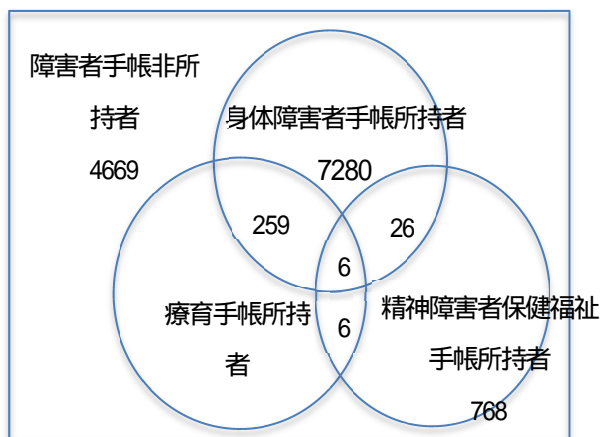


図1 対象者の手帳所持状況

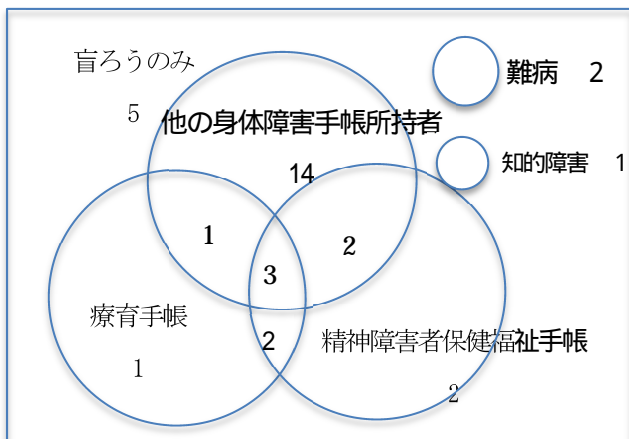
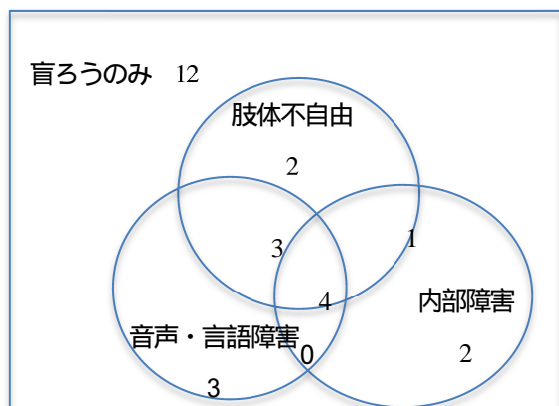


図2 盲ろう者における他の障害の重複状況



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

～全体像の把握と詳細統計作成の構想～

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	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

厚生労働省が平成 23 年度に実施した「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）」（以下、生活のしづらさ調査）の詳細統計の全体構想を固めるために、データ形式の変換とラベル付けを行い、(1)回収率と抽出率（調査対象地区世帯員数率×回収率）の算出、(2)身体障害者の中の障害種別と等級の内訳の詳細統計作成、(3)障害特性（障害者手帳の認定に関わる障害種別と発達障害・高次脳機能障害・難病・認知症）の重複状況の集計、(4)障害特性と平均年齢・サービス利用状況・利用希望の関係の集計、(5)自由記述の記載率の集計を行った。その結果、次年度には、(1)単独障害の詳細統計、(2)重複障害に配慮した詳細統計、(3)障害種別・障害等級・年齢の組合せによる詳細統計、(4)サービスと生活保護など経済的支援の合計に対する障害種別・障害等級・年齢の組合せによる詳細統計、(6)自由記述の詳細統計を作成する方針を立てた。

A. 目的

障害福祉政策を実証的に行うことの必要性和、そのために障害に関するデータの整備と活用が必要なことは、国内外で指摘されている[1,2]。また、厚生労働省による「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）」（以下、生活のしづらさ調査）は、これまでの法制度では支援の対象とならない難病患者等を含む点で注目されている[3]。そこで、本研究では、「生活のしづらさ調査」の詳細統計を作成し、障害福祉施策に資することを目的とする。

生活のしづらさ調査は、平成 23 年 12 月 1 日に実施され、在宅の障害児・者等（これまでの法制度では支援の対象とならない者を含む）の生活実態とニーズを把握することを目的とした。同調査は、これまでの「全国在宅身体障害児・者実態調査」及び「全国在宅知的障害児（者）基礎調査」を拡大・統合して実施され、さらに、精神障害者を対象とした。

表 1 には、平成 25 年 6 月に厚生労働省が公開した 118 ページからなる調査結果 [3] に掲載された

表の表題を示した。平成 18 年度までの身体障害児者実態調査結果の詳細統計は担当部局から 500 ページを超える報告書が発行されているが[4,5]、生活のしづらさ調査については発行されていない。そこで、公表された調査結果に加えて、主として 3 点について詳細統計の作成が有意義と考えられた。

第一に、身体障害者内の内訳と手帳非所持で自立支援給付非受給者 3,842 名の特性の内訳（発達障害、高次脳機能障害、難病、小児慢性特定疾患、認知症）に関する集計である。「平成 18 年度全国在宅身体障害児・者実態調査」の集計表の列は、総数、視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由、内部障害に分けられていたが、「生活のしづらさ調査」の集計表の列は、総数、障害者手帳所持者、身体障害者手帳所持、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持、手帳非所持で自立支援給付受給有となり、身体障害内の障害種別の結果がなかったからである。

第二は、18 歳未満と 18 歳以上に分けて結果を示すことである。「全国在宅身体障害児・者実態調

査」の結果は18歳未満と18歳以上に区分けされたのに対し、「生活のしづらさ調査」の結果は65歳未満と65歳以上に区分けされたために、「全国在宅身体障害児・者実態調査」と「生活のしづらさ調査」に同じ設問があっても、結果を単純に比較することは困難であった。

第三に、自由記述の解析である。「生活のしづらさ調査」には自由記述が2箇所を設定されたが、その結果は示されていない。

B. 方法

厚生労働省障害保健福祉部企画課より「生活のしづらさなどに関する調査」の有効回答14,249件の入力データと103地方公共団体毎(43都道府県、15政令指定都市、40中核市)の対象世帯員数・調査票配布数・回収数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はなかった。

3年間の初年度として、統計解析ソフトSPSS(IBM)のデータ形式に変換し、データへのラベル付けを行い、下記の詳細統計を作成した。

(1) 地方公共団体世帯数に対する調査対象地区の対象世帯員率、調査対象者率、回収率、抽出率(調査対象地区世帯員数率×回収率)を計算した。また、それぞれを、人口200万人以上と未満の都市(都道府県、政令指定都市、中核都市)にわけて、平均、最大値、最小値、平均値を計算した。

(2) 視覚障害、聴覚障害(平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害を含む)、肢体不自由、内部障害6種別(心臓、呼吸器、小腸、腎臓、膀胱・直腸、HIVによる免疫、肝臓)の障害種別と等級の

一覧を作成した。

(3) 障害者手帳所持者のうち、身体障害、知的障害、精神障害の三障害の重複数を集計した。また、重複障害の例として盲ろう者(視覚障害と聴覚障害の障害認定のある者)について、その他の身体障害および知的障害、精神障害の重複状況を集計した。重複障害のうち、最初に、盲ろう者を取り上げたのは、すでに、報告された実態調査[5]と、比較できると考えたからであった。

(4) 回答者のうち障害者手帳非所持者の特性内訳を知るために、難病、小児慢性疾患、発達障害、高次脳機能障害、認知症、知的障害(障害者手帳非所持)の回答数と重複状況を集計した。「生活のしづらさ調査」では、難病医療助成・小児慢性特定疾患医療助成の利用状況(問11)と発達障害(問14)・高次脳機能障害(問15)・知的障害(問13)・認知症(問10-(2))の有無を自己申告で調査していた。そこで、障害者手帳非所持者について、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の有無の組み合わせ64通り(=2⁶)について集計した。

また、調査項目の集計を回答者の障害特性別に行う例として、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望(問17)」「介護保険によるサービスの利用の有無と非利用者の利用希望(問18)」について障害者手帳の所持状況とその他の障害に関係する特性別に集計した。

(5) 自由記述(問9,問31)の記載率を集計した。

(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、個人の特長はできないためであった。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

(1) 調査地区における対象世帯率・調査対象者率・抽回収率

対象世帯率は平均0.36%(幅0.14-0.43%)であったのに対して、調査対象者率は平均6.1%(幅0.8-12.1%)、回収率は平均52.33%(幅6.00-76.47%)であり、抽出率(調査対象地区世帯員数率×回収率)は平均0.03%(幅0.001-0.07%)と調査地区による差が大きかった。しかし、調査対象者率と回収率の間には関連性はなかった(図1)

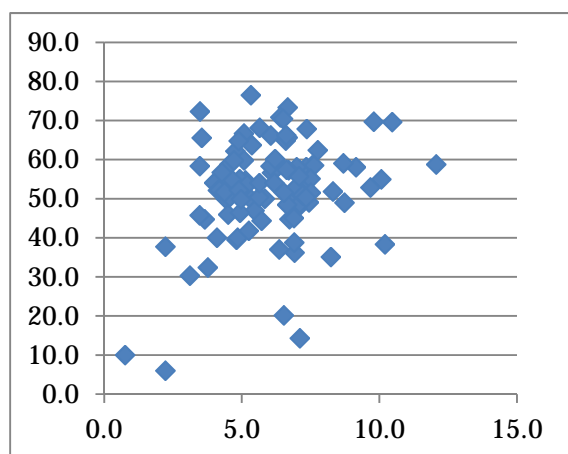


図1 調査地区の回収率と対象者率の関係(縦軸は回収率、横軸は対象者率)

人口規模で見ると、人口200万人未満の地方公共団体で、対象者率と回収率の幅が大きかった。すなわち、人口200万人以上の地方公共団体では対象世帯率は平均0.3%(幅0.1-0.5%)、調査対象者率は平均5.7%(幅4.3-7.35)、回収率は平均54.6%(幅41.8-66.2%)、抽出率は平均0.03%(幅0.02-0.04%)であった。これに対し、人口200万人未満の地方公共団体では対象世帯率は平均0.4%(幅0.2-1.2%)、調査対象者率は平均6.2%(幅

0.8-12.1%)、回収率は平均51.5%(幅6.0-76.5%)であった。

(2) 回答者の障害種別と等級一覧

表2に、障害者手帳所持者の障害種別と等級ごとの回答者数を示した。表3には療育手帳保持者の等級ごとの回答者数を、表4には精神障害者保健福祉手帳所持者の等級ごとの回答者数を示した。

(3) 三障害の重複状況と盲ろう者の重複状況

表5と図1に障害者手帳所持者における重複障害の状況を示した。回答者においては、手帳所持者全体の4.5%、身体障害者手帳所持者の7.4%、療育手帳所持者の30.4%、精神障害者保健福祉手帳所持者の33.5%は重複障害であることが示された。

表6には、身体障害者手帳所持者7,280名のうち障害種別を記載した6,684名について、複数の身体障害の認定を受けている者の数を示した。身体障害者手帳の中で、2つ以上の障害種別の認定を受けている者は369名5.5%であり、その組み合わせは32通り(=2⁵)中20通りであった。

表7と図2には、盲ろう者(視覚障害者手帳と聴覚障害者手帳所持者)27名におけるその他の三障害の認定状況と難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の6種の特性を示した。まったく重複がない盲ろう者は5名18.5%で、重複する障害は、多い順に、他の身体障害14名51.9%、他の身体障害/知的障害/精神障害3名11.1%であった。

また、図3には、盲ろう者における他の身体障害との重複を示した。盲ろう者27名中15名55.6%は他の身体障害の認定を受けており、肢体不自由/音声・言語障害/内部障害の3障害との重複4名、音声・言語のみとの重複3名、肢体不自由/音声・言語障害の2障害との重複3名であった。

(4) 全対象者における手帳以外の障害特性内訳

表8に、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・療育手帳非所持の知的障害・認知症の6種の特性の有無の組み合わせ64通り(=2⁶)のうち回答者を得た28通りの度数を示した。6種の特性のどれかを選択した2464名(全回答者の17.3%)のうち、重複回答は361名14.7%であった。単独回答数は、多い順に、高次脳機能障害502名3.5%、発達障害488名3.4%、認知症478名3.3%、難病474名3.3%、小児慢性特定疾患21名0.1%であった。重複障害では、多い順に、高次脳機能障害と認知症108名0.8%、発達障害と知的障害50名0.4%、発達障害と高次脳機能障害48名0.3%、高次脳機能障害と知的障害40名0.3%であった。

(5) 障害者手帳非所持者における手帳以外の障害特性内訳

表9に、障害者手帳非所持者のうち、難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・知的障害・認知症の6種の特性有無の組み合わせ64通りのうち回答者を得た21通りの度数を示した。6種の特性のどれかを選択した865名(障害者手帳非所持者4669名の18.5%)のうち、重複回答は83名9.6%であった。単独回答数は、多い順に、認知症293名6.3%(年齢平均84.5歳、幅27~103歳)、難病166名3.6%(年齢平均64.9歳、幅43~83歳)、高次脳機能障害116名2.5%(年齢平均77.27歳、幅7~97歳)、発達障害91名1.9%(年齢平均21.42歳、幅1~89歳)、小児慢性特定疾患8名0.2%(年齢平均7.1歳、幅0~18歳)であった。重複障害では、多い順に、高次脳機能障害と認知症61名1.3%、発達障害と知的障害28名0.6%、高次脳機能障害と知的障害14名0.3%、知的障害と認知症13名0.3%であった。

(6) 障害者手帳所持者における手帳以外の障害

特性の重複状況

表10は、障害者手帳の障害種別(身体障害、知的障害、精神障害)とその他の6種の障害特性(難病・小児慢性特定疾患・発達障害・高次脳機能障害・療育手帳非所持の知的障害・認知症)の重複を示した。ここでは、手帳以外の6つの特性の出現率を、全対象者、障害者手帳所持者、障害者手帳非所持者について示した。

表に示された重複状況は極めて複雑であった。6つの特性のうち、発達障害と高次脳機能障害では、障害者手帳所持者は非所持者に比べて多かったが、認知症では、障害者手帳所持者は非所持者より少なかった。

(7) 手帳以外の障害特性の年齢比較

表11,12には、障害者手帳所持者と非所持者について、6つの障害特性のうちどれかがあると回答した者の年齢の平均、最小、最大を示した。手帳所持者では、平均年齢は高い順に、認知症81.6歳、高次脳機能障害67.1歳、難病65.2歳、自立支援医療給付67.1歳、発達障害29.9歳、小児慢性特定疾患9.3歳であった。

一方、非手帳所持者では、平均年齢の順は同じで、認知症84.5歳、高次脳機能障害77.3歳、難病64.9歳、自立支援医療給付49.0歳、発達障害21.4歳、小児慢性特定疾患7.1歳であった。

手帳所持者と手帳非所持者について、障害特性ごとに平均年齢を比較すると、高次脳機能障害は手帳非所持者が高く、発達障害は手帳所持者が高かった。

(8) 手帳所持者におけるサービス利用、利用希望と障害種別の関係

表13に、障害者手帳所持者について、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望」「介護保険によるサービスの利用の有

無と非利用者の利用希望」の結果を示した。

自立支援法による福祉サービス利用者の比率は、手帳所持者全体で2450名30.1%、単独障害全体で27.6%、単独障害の中で多い順に、知的障害53.2%、精神障害35.7%、身体障害23.4%であった。また、重複障害全体では63.1%、多い順に、身体障害者手帳と療育手帳所持者180名75.6%、三障害重複の手帳所持者36名66.7%、療育手帳のみの所持者419名53%であった。しかし、「利用したいが利用できない」は全体の平均は174名2.1%であり、多い順に、三障害重複の手帳所持者3名5.6%、精神障害者保健福祉手帳のみ所持者32名4.8%であった。

介護保険法によるサービス利用者の比率は、手帳所持者全体で2280名34.9%、単独障害全体で25.8%、単独障害の中で多い順に、身体障害32.6%、精神障害17.9%、知的障害16.7%であった。重複障害全体では42.7%、多い順に、三障害重複の手帳所持者19名55.9%、身体障害者手帳と精神障害者保健福祉手帳所持者86名50.3%であった。「利用したいが利用できない」は全体で118名1.8%、多い順に、身体障害者手帳と療育手帳所持者6名8.8%、療育手帳のみの所持者9名5.2%、三障害重複の手帳所持者1名2.9%、精神障害者保健福祉手帳のみ所持者11名2.8%であった。

(8) 障害者手帳非所持者におけるサービス利用状況、利用希望と障害種別の関係

表14に、障害者手帳非所持者のうち、高次脳機能障害、発達障害、難病および小児慢性特性疾患、認知症の6つの特性の有無の64通り(=2⁶)のうち回答のあった21通りについて、「自立支援法による福祉サービスの利用の有無と非利用者の利用希望」「介護保険によるサービスの利用の有無と非利用者の利用希望」の結果を示した。

自立支援法による福祉サービス利用者の比率は、

障害者手帳非所持者2254名中758名33.6%、単独障害全体で31.8%、多い順に、発達障害203名44.2%、高次脳機能障害187名41.5%、知的障害51名38.6%であった。重複障害は全体で146名44.0%であり、いずれの特性も持たない者では2160名20.6%が自立支援法による福祉サービスを利用していると回答した。

自立支援法による福祉サービスを「利用したいが利用できない」は単独障害全体では2.7%、重複障害全体は15名4.5%、いずれの特性も持たない者で241名2.3%であった。

介護保険法によるサービス利用者の比率は、単独障害では838名58.5%、多い順に、認知症362名79.0%、高次脳機能障害290名67.1%、知的障害37名40.7%であった。重複障害は全体で178名71.2%、いずれの特性も持たない者では2623名29.8%であった。

介護保険法によるサービスを「利用したいが利用できない」は、全体では42名2.9%、単独障害全体では36名2.5%、重複障害全体では6名2.4%、175名2.0%であった。

(9) 自由記述の記載率

問11の自由記述欄への記入は30.4%、問31の自由記述欄への記入は38.3%であった。ただし、内容が設問に即したものが、先立つ調査項目の選択肢では抽出できなかったものか、調査項目を設けることで代用できるか、記載率と障害種別の関係等は、精査する必要がある。

D. 考察

(1) 調査地区における対象世帯率・調査対象者率・抽回収率

地方公共団体により対象者率と回収率に差があったことが結果と関係するか否かを明らかにすることは次年度以降の検討課題である。近年は、地

域の障害者計画策定のために、地方公共団体が障害者手帳所持者の全数調査あるいは抽出率の高い調査を行う場合も増えており、地方公共団体による調査と国が行う実態調査との関係性も今後の検討課題であると考ええる。

(2) 三障害の重複状況と盲ろう者の重複状況

三障害の重複の出現率を、「生活のしづらさ調査」は国内外で初めて示したことは極めて有意義であると考ええる。盲ろう者の8割以上が、視覚と聴覚以外の障害認定を受けていたことも確認され、感覚器障害に加えて内部障害および肢体不自由の重複にも留意が必要なことが示された。

平成24年度の盲ろう者の実態調査でも[7]、盲ろう者2744名のうち、視覚と聴覚以外の重複障害種別を回答した者は914名33.3%、429名15.6%は肢体不自由であったことは報告されており、本研究の結果と一致した。ただし、「生活のしづらさ調査」では盲ろう者の精神障害の重複率が盲ろう者実態調査よりも低かった。これは、「生活のしづらさ調査」では盲ろう者の回答数が35(障害種別を記載したのは27)と少なかったことと、精神障害の抽出率が低かったためと推測される。このことは、発生率の小さい障害および疾患では、障害あるいは疾患毎の統計を作成する意義を示唆すると考える。他の重複障害の組み合わせについても、次年度に精査する予定である。

(3) 障害者手帳非所持者の特徴

「生活のしづらさ調査」では、高次脳機能障害、発達障害、難病など障害者手帳に障害種別が設定されていないが生活のしづらさがある者と障害者手帳所持者に差異があるか、あれば、どのような差異かを明らかにすることも、目的の一つとされた。しかし、発達障害と認知症では、推計値に比べて回答者数は、障害者手帳所持者に比べて低か

った。すなわち、障害者手帳所持者を含めた発達障害631名、認知症638名は推計値の0.01%、0.000022%(一般出現率はそれぞれ6%、462万人)であった。これに対して、身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者の回答者比率(回答者/推計値)はそれぞれ0.66%、0.20%、0.27%であった。発達障害と認知症に関しては、調査結果が実態を反映するかの判断には慎重さを必要とすると考えられる。また、実態を示す標本抽出を行う方法は、今後の検討課題である。

一方、高次脳機能障害者の回答者766名は推定数27万人の0.28%で、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者と同等であった。

平均年齢を比較すると、障害者手帳非所持者は所持者に比べて、発達障害と小児慢性疾患では、それぞれ、8.5歳、2.2歳低かった理由は、制度を利用する手続きをするまでに時間を要することを示唆する。一方、高次脳機能障害と認知症で、平均年齢が手帳非所持者は所持者に比べて、それぞれ10.2歳、2.9歳高かったことは、高齢化による健康状態の変化を「障害」とみなすことへの抵抗があることを示唆すると考えられる。

(4) 障害者手帳所持者のサービス利用状況と利用希望

障害者手帳所持者で、自立支援法による福祉サービス利用者は3割にとどまった理由は、障害者手帳によるサービスと自立支援法によるサービス体系が異なること、障害等級が低い場合には利用できるサービスが少ないこと、65歳以上で介護保険サービスを使用する者があったこと、障害の状況にあったサービスがないために利用できないこと、「自立支援法による福祉サービス」という設問が正しく理解されなかった可能性など複数が推測される。したがって、サービス利用状況については、複数のサービス(例えば、自立支援法による

サービスと介護保険法によるサービス、在宅サービス、通所サービス、外出サービス、助成金等)の合計と障害等級・年齢階層・原発障害・機能制限・社会参加状況別に詳細統計を作成することは次年度の検討課題である。また、「自立支援法によるサービス」よりも具体的なサービス内容の利用状況を聞く設問にすることを、今後の調査では検討する必要があると考える。

(5) 障害者手帳非所持者のサービス利用状況と利用希望: 障害者手帳所持者との比較

障害者手帳非所持者でも、自立支援法による福祉サービス利用者は3割以上おり、全体としては障害者手帳所持者に比べて少なくなかった。しかし、自立支援法による福祉サービス利用者が、発達障害・高次脳機能障害で4割を超えたのに対し、難病・小児慢性特定疾患患者では2割に満たなかった。これは、難病および小児慢性特定疾患は、医療助成を中心に制度が発足したために、福祉サービスの整備あるいは利用が遅れたことを示すと考えられる。

「サービスの谷間」であるといわれている難病、発達障害者、高次脳機能障害者については、自立支援法によるサービスを「利用したいが利用できない」比率は、障害者手帳所持者と有意な差はなく、手帳所持者のように、障害の重複という視点では、特に高率を示す群はなかった。サービスニーズが高い群を知るには、対象者数を増やしたり、年齢や症状を調整した詳細統計を必要とすると考えられる。また、既存のサービスが特性に合わないために「利用したい」と回答しなかった可能性も考えられる。

障害者手帳非所持者では、介護保険法によるサービス利用率は7割近く、障害者手帳所持者に比べて顕著に多かった。介護保険法によるサービスを「利用したいが利用できない」の比率は、障害

者手帳非所持者と所持者の間に差はなく、手帳非所持者には、障害特性の重複という視点では、特に高い比率を示す群はなかった。

(6) 自由記述の記載数

事前調査の段階から自由記述欄への記入率が多いことは指摘されており[6]、3～4割の記入を得たことは、「生活のしづらさ調査」の意義の一つと考えられる。しかし、自由記述の内容分析には時間と労力を要する。次年度には、自由記述の内容の詳細統計を作成し、今後の全国障害者実態調査等で自由記述を採用する場合の課題と対応を考察する。

F. 研究発表

- 1) 北村弥生. 国際連合の文書に見る障害者に関する統計の動向. 国リ八紀要 (印刷中), 2015.
- 2) 北村弥生, 高橋競, 熊本圭吾, 岩谷力. 生活のしづらさ調査における重複障害の状況. 日本特殊教育学会. 2015-09 (投稿受理)

G. 引用文献

- 1) 岩谷力ら. 障害統計に関する国内外の動向. 平成25年度厚生労働科学研究報告書「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」, 38-46, 2014.
- 2) 岩谷力ら. 生活のしづらさ調査の特徴と二次解析の有用性. 平成25年度厚生労働科学研究報告書「障害関係分野における今後の研究の方向性に関する研究」, 47-51, 2014.
- 3) 厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部, 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)結果, 厚生労働省, 2013.
- 4) 厚生労働省社会・援護局. 身体障害児・者実態調査結果 平成18年. 2008.
- 5) 厚生省大臣官房障害保険福祉部. 日本の身体障

害者・児 -平成8年身体障害者実態調査報告、平成8年身体障害児実態調査報告- 第一法規、1999.

6) 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.

7) 全国盲ろう者協会. 厚生労働省平成24年度障害者総合福祉推進事業「盲ろう者に関する実態調査報告書」, 2013.

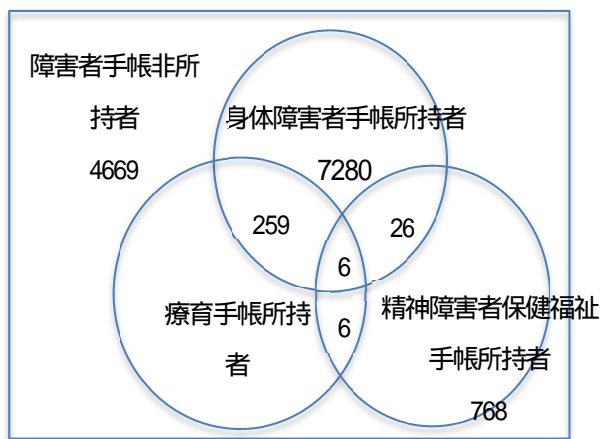


図1 対象者の手帳所持状況

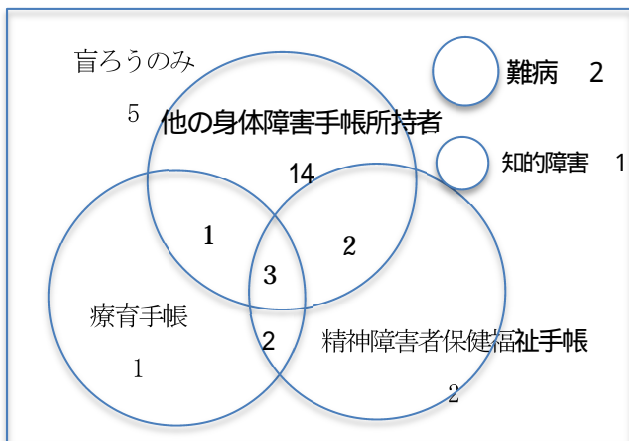
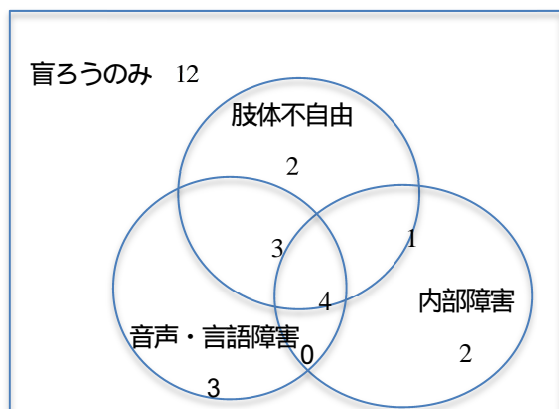


図2 盲ろう者における他の障害の重複状況



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い。

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.

表1 身体障害者手帳保持（視覚障害）者と問10-（1）「ものが見づらい・見えない」の関係（手帳有無別） N（％）

		ものが見づらい・見えない		左記症状なし			
視覚障害	手帳あり	642	(100.0)	223	(34.7)	419	(65.3)
	手帳なし	13,601	(100.0)	817	(6.0)	12,784	(94.0)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表2 身体障害者手帳保持（聴覚障害）者と問10-（1）「聞こえにくい・聞こえない」の関係（手帳有無別） N（％）

		聞こえにくい・聞こえない		左記症状なし			
聴覚障害	手帳あり	562	(100.0)	207	(36.8)	355	(63.2)
	手帳なし	13,681	(100.0)	961	(7.0)	12,720	(93.0)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表3 身体障害者手帳保持（音声・言語・そしゃく機能障害）者と問10-（1）「声のでない、音声・言語がはっきりしない、音声・言語が話せない、かみにくい・飲み込みにくい」の関係（手帳有無別） N（％）

		声のでない		音声・言語がはっきりしない		音声・言語が話せない		かみにくい・飲み込みにくい		左記症状いずれもなし			
音声・言語・そしゃく機能障害	手帳あり	124	(100.0)	15	(12.1)	10	(8.1)	10	(8.1)	7	(5.6)	88	(71.0)
	手帳なし	14,119	(100.0)	80	(0.6)	333	(2.4)	124	(0.9)	339	(2.4)	13,343	(94.5)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表4 身体障害者手帳保持（呼吸器・心臓機能障害）者と問10-（1）「動悸・息切れ・胸痛」の関係（手帳有無別） N（％）

		動悸		息切れ		胸痛		左記症状いずれもなし			
呼吸器機能障害	手帳あり	166	(100.0)	20	(12.0)	64	(38.6)	4	(2.4)	99	(59.6)
	手帳なし	14,077	(100.0)	472	(3.4)	443	(3.1)	192	(1.4)	13,190	(93.7)
心臓機能障害	手帳あり	1,252	(100.0)	158	(12.6)	150	(12.0)	64	(5.1)	994	(79.4)
	手帳なし	12,991	(100.0)	334	(2.6)	357	(2.7)	132	(1.0)	12,295	(94.6)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表5 身体障害者手帳保持（肢体不自由）者と問10 - (1)「手足の関節の動きが悪い・痛い、手足の動きが悪い・痛い、手足のしびれ・まひ、手足の切断」の関係（手帳有無別） N (%)

				手足の関節の動きが悪い・痛い		手足の動きが悪い・痛い		手足のしびれ・まひ		手足の切断		左記症状いずれもなし	
肢体不自由(上肢)	手帳あり	1,484	(100.0)	223	(15.0)	210	(14.2)	187	(12.6)	17	(1.1)	1,011	(68.2)
	手帳なし	12,759	(100.0)	1,169	(9.2)	993	(7.8)	659	(5.2)	25	(0.2)	10,451	(81.9)
肢体不自由(下肢)	手帳あり	2,672	(100.0)	533	(19.9)	407	(15.2)	291	(10.9)	19	(0.7)	1,726	(64.6)
	手帳なし	11,571	(100.0)	859	(7.4)	796	(6.9)	555	(4.8)	23	(0.2)	9,738	(84.2)
肢体不自由(体幹)	手帳あり	564	(100.0)	47	(8.3)	88	(15.6)	58	(10.3)	0	(0.0)	410	(72.2)
	手帳なし	13,679	(100.0)	1,345	(9.8)	1,115	(8.2)	788	(5.8)	42	(0.3)	11,054	(80.8)
肢体不自由(脳原性運動機能障害・上肢機能)	手帳あり	176	(100.0)	13	(7.4)	23	(13.1)	11	(6.3)	0	(0.0)	136	(77.3)
	手帳なし	14,067	(100.0)	1,379	(9.8)	1,180	(8.4)	835	(5.9)	42	(0.3)	11,328	(80.5)
肢体不自由(脳原性運動機能障害・移動機能)	手帳あり	130	(100.0)	10	(7.7)	16	(12.3)	11	(8.5)	0	(0.0)	97	(74.6)
	手帳なし	14,113	(100.0)	1,382	(9.8)	1,187	(8.4)	835	(5.9)	42	(0.3)	11,367	(80.5)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表6 身体障害者手帳保持（視覚障害）者と問10 - (2)「眼の病気」の関係（手帳有無別） N (%)

				眼の病気		左記病気なし	
視覚障害	手帳あり	642	(100.0)	262	(40.8)	380	(59.2)
	手帳なし	13,601	(100.0)	817	(6.0)	12,784	(94.0)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表7 身体障害者手帳保持（聴覚障害）者と問10 - (2)「耳の病気」の関係（手帳有無別） N (%)

				耳の病気		左記病気なし	
聴覚障害	手帳あり	562	(100.0)	196	(34.9)	366	(65.1)
	手帳なし	13,681	(100.0)	515	(3.8)	13,166	(96.2)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表8 身体障害者手帳保持（呼吸器機能障害）者と問10 - (2)「肺・気管支関係の病気」の関係（手帳有無別） N (%)

				肺・気管支関係の病気		左記病気なし	
呼吸器機能障害	手帳あり	166	(100.0)	98	(59.0)	68	(41.0)
	手帳なし	14,077	(100.0)	469	(3.3)	13,608	(96.7)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表9 身体障害者手帳保持（心臓機能障害）者と問10 - (2)「狭心症・心筋梗塞、その他の循環器系の病気」の関係（手帳有無別） N (%)

				狭心症・心筋梗塞		その他の循環器系の病気		左記病気いずれもなし	
心臓機能障害	手帳あり	1,252	(100.0)	259	(20.7)	272	(21.7)	752	(60.1)
	手帳なし	12,991	(100.0)	356	(2.7)	264	(2.0)	12,387	(95.4)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表10 身体障害者手帳保持（じん臓機能障害）者と問10 - (2)「腎臓の病気」の関係（手帳有無別） N（%）

		腎臓の病気		左記病気なし
じん臓機能障害	手帳あり	450 (100.0)	241 (53.6)	209 (46.4)
	手帳なし	13,793 (100.0)	228 (1.7)	13,565 (98.3)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表11 身体障害者手帳保持（ぼうこう・直腸機能障害）者と問10 - (2)「ぼうこうの病気、大腸・直腸の病気」の関係（手帳有無別） N（%）

		ぼうこうの病気		大腸・直腸の病気	左記病気いずれもなし
ぼうこう・直腸機能障害	手帳あり	263 (100.0)	22 (8.4)	86 (32.7)	160 (60.8)
	手帳なし	13,980 (100.0)	126 (0.9)	194 (1.4)	13,664 (97.7)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表12 身体障害者手帳保持（小腸機能障害）者と問10 - (2)「小腸の病気」の関係（手帳有無別） N（%）

		小腸の病気		左記病気なし
小腸機能障害	手帳あり	24 (100.0)	9 (37.5)	15 (62.5)
	手帳なし	14,219 (100.0)	28 (0.2)	14,191 (99.8)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表13 身体障害者手帳保持（肝臓機能障害）者と問10 - (2)「肝臓・胆のうの病気」の関係（手帳有無別） N（%）

		肝臓・胆のうの病気		左記病気なし
肝臓機能障害	手帳あり	21 (100.0)	6 (28.6)	15 (71.4)
	手帳なし	14,222 (100.0)	194 (1.4)	14,028 (98.6)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表14 身体障害者手帳保持（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害）者と問10 - (2)「免疫の病気」の関係（手帳有無別） N（%）

		免疫の病気		左記病気なし
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	手帳あり	14 (100.0)	3 (21.4)	11 (78.6)
	手帳なし	14,229 (100.0)	86 (0.6)	14,143 (99.4)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 1 5 身体障害者手帳保持（肢体不自由）者と問 1 0 - （ 2 ）「リウマチ性疾患、関節症、その他の筋骨格系の病気、脳卒中」の関係（手帳有無別） N（％）

				リウマチ性		関節症		その他の筋骨格系の病気		脳卒中		左記病気いずれもなし	
肢体不自由(上肢)	手帳あり	1,484	(100.0)	142	(9.6)	66	(4.4)	31	(2.1)	310	(20.9)	974	(65.7)
	手帳なし	12,759	(100.0)	245	(1.9)	687	(5.4)	186	(1.5)	678	(5.3)	11,074	(86.8)
肢体不自由(下肢)	手帳あり	2,672	(100.0)	168	(6.3)	304	(11.4)	80	(3.0)	359	(13.4)	1,833	(68.6)
	手帳なし	11,571	(100.0)	219	(1.9)	449	(3.9)	137	(1.2)	629	(5.4)	10,217	(88.3)
肢体不自由(体幹)	手帳あり	564	(100.0)	21	(3.7)	21	(3.7)	24	(4.3)	89	(15.8)	418	(74.1)
	手帳なし	13,679	(100.0)	366	(2.7)	732	(5.4)	193	(1.4)	899	(6.6)	11,632	(85.0)
肢体不自由(脳原性運動機能障害・上肢機能)	手帳あり	176	(100.0)	4	(2.3)	4	(2.3)	1	(0.6)	57	(32.4)	112	(63.6)
	手帳なし	14,067	(100.0)	383	(2.7)	749	(5.3)	216	(1.5)	931	(6.6)	11,938	(84.9)
肢体不自由(脳原性運動機能障害・移動機能)	手帳あり	130	(100.0)	5	(3.8)	6	(4.6)	3	(2.3)	43	(33.1)	80	(61.5)
	手帳なし	14,113	(100.0)	382	(2.7)	747	(5.3)	214	(1.5)	945	(6.7)	11,970	(84.8)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 1 6 精神保健福祉手帳所持者と問 1 0 - （ 2 ）「気分障害、神経症性障害、統合失調症、摂食障害、睡眠障害、アルコール・薬物依存、認知症、その他の精神疾患、およびこれらの合計」の関係（手帳有無別） N（％）

		気分障害	神経症性障害	統合失調症	摂食障害	睡眠障害	アルコール・薬物依存	認知症	その他の精神疾患	左記いずれもなし	
精神障害											
手帳あり		1,155	237	153	286	25	117	14	29	35	558
		(100.0)	(20.5)	(13.2)	(24.8)	(2.2)	(10.1)	(1.2)	(2.5)	(3.0)	(48.3)
手帳なし		13,088	439	332	102	53	409	51	609	45	11,458
		(100.0)	(3.4)	(2.5)	(0.8)	(0.4)	(3.1)	(0.4)	(4.7)	(0.3)	(87.5)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 1 7 身体障害者手帳保持（視覚障害）者と問 1 0 - （ 1 ）「ものが見づらい・見えない」の関係（等級別） N（％）

		ものが見づらい・見えない		左記症状なし			
視覚障害		642	(100.0)	223	(34.7)	419	(65.3)
1 級		216	(100.0)	60	(27.8)	156	(72.2)
2 級		185	(100.0)	71	(38.4)	114	(61.6)
3 級		64	(100.0)	21	(32.8)	43	(67.2)
4 級		63	(100.0)	17	(27.0)	46	(73.0)
5 級		67	(100.0)	33	(49.3)	34	(50.7)
6 級		47	(100.0)	21	(44.7)	26	(55.3)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表18 身体障害者手帳保持（聴覚障害）者と問10-（1）「聞こえにくい・聞こえない」の関係（等級別） N（％）

		聞こえにくい・聞こえない		左記症状なし		
		N	(%)	N	(%)	
聴覚障害	562	(100.0)	207	(36.8)	355	(63.2)
2級	186	(100.0)	54	(29.0)	132	(71.0)
3級	84	(100.0)	39	(46.4)	45	(53.6)
4級	100	(100.0)	38	(38.0)	62	(62.0)
6級	192	(100.0)	76	(39.6)	116	(60.4)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表19 身体障害者手帳保持（音声・言語・そしゃく機能障害）者と問10-（1）「声がでない、音声・言語がはっきりしない、音声・言語が話せない、かみにくい・飲み込みにくい」の関係（等級別） N（％）

		声がでない	音声・言語がはっきりしない		音声・言語が話せない		かみにくい・飲み込みにくい		左記症状いずれもなし			
			N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
音声・言語・そしゃく機能障害	124	(100.0)	15	(12.1)	10	(8.1)	10	(8.1)	7	(5.6)	88	(71.0)
3級	83	(100.0)	13	(15.7)	6	(7.2)	11	(13.3)	5	(6.0)	55	(66.3)
4級	41	(100.0)	2	(4.9)	4	(9.8)	2	(4.9)	2	(4.9)	33	(80.5)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表20 身体障害者手帳保持（呼吸器・心臓機能障害）者と問10-（1）「動悸・息切れ・胸痛」の関係（等級別） N（％）

		動悸	息切れ	胸痛	左記症状いずれもなし					
					N	(%)				
呼吸器機能障害	166	(100.0)	20	(12.0)	64	(38.6)	4	(2.4)	99	(59.6)
1級	59	(100.0)	6	(10.2)	20	(33.9)	1	(1.7)	38	(64.4)
3級	84	(100.0)	12	(14.3)	40	(47.6)	2	(2.4)	43	(51.2)
4級	23	(100.0)	2	(8.7)	4	(17.4)	1	(4.3)	18	(78.3)
心臓機能障害	1,252	(100.0)	158	(12.6)	150	(12.0)	64	(5.1)	994	(79.4)
1級	882	(100.0)	108	(12.2)	99	(11.2)	40	(4.5)	712	(80.7)
3級	230	(100.0)	33	(14.3)	41	(17.8)	15	(6.5)	168	(73.0)
4級	140	(100.0)	17	(12.1)	10	(7.1)	9	(6.4)	114	(81.4)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 1 身体障害者手帳保持（肢体不自由）者と問 1 0 - (1) 「手足の関節の動きが悪い・痛い、手足の動きが悪い・痛い、手足のしびれ・まひ、手足の切断」の関係（等級別） N（％）

			手足の関節の動きが悪い・痛い	手足の動きが悪い・痛い	手足のしびれ・まひ	手足の切断	左記症状いずれもなし
肢体不自由(上肢)	1,484 (100.0)		223 (15.0)	210 (14.2)	187 (12.6)	17 (1.1)	1,011 (68.2)
1 級	283 (100.0)		32 (11.3)	31 (11.0)	30 (10.6)	1 (0.4)	211 (74.6)
2 級	474 (100.0)		79 (16.7)	78 (16.5)	72 (15.2)	6 (1.3)	304 (64.1)
3 級	332 (100.0)		37 (11.1)	41 (12.3)	38 (11.4)	4 (1.2)	241 (72.6)
4 級	207 (100.0)		45 (21.7)	26 (12.6)	22 (10.6)	5 (2.4)	135 (65.2)
5 級	78 (100.0)		14 (17.9)	12 (15.4)	2 (2.6)	0 (0.0)	57 (73.1)
6 級	59 (100.0)		10 (16.9)	16 (27.1)	12 (20.3)	1 (1.7)	33 (55.9)
7 級	49 (100.0)		6 (12.2)	6 (12.2)	11 (22.4)	0 (0.0)	30 (61.2)
肢体不自由(下肢)	2,672 (100.0)		533 (19.9)	407 (15.2)	291 (10.9)	19 (0.7)	1,726 (64.6)
1 級	352 (100.0)		37 (10.5)	46 (13.1)	37 (10.5)	1 (0.3)	260 (73.9)
2 級	463 (100.0)		90 (19.4)	101 (21.8)	71 (15.3)	2 (0.4)	271 (58.5)
3 級	655 (100.0)		144 (22.0)	87 (13.3)	60 (9.2)	9 (1.4)	420 (64.1)
4 級	862 (100.0)		188 (21.8)	120 (13.9)	80 (9.3)	6 (0.7)	560 (65.0)
5 級	219 (100.0)		51 (23.3)	35 (16.0)	23 (10.5)	0 (0.0)	137 (62.6)
6 級	87 (100.0)		17 (19.5)	13 (14.9)	11 (12.6)	1 (1.1)	56 (64.4)
7 級	34 (100.0)		6 (17.6)	5 (14.7)	9 (26.5)	0 (0.0)	22 (64.7)
肢体不自由(体幹)	564 (100.0)		47 (8.3)	88 (15.6)	58 (10.3)	0 (0.0)	410 (72.7)
1 級	183 (100.0)		14 (7.7)	15 (8.2)	12 (6.6)	0 (0.0)	147 (80.3)
2 級	179 (100.0)		21 (11.7)	41 (22.9)	25 (14.0)	0 (0.0)	112 (62.6)
3 級	123 (100.0)		10 (8.1)	27 (22.0)	16 (13.0)	0 (0.0)	82 (66.7)
5 級	79 (100.0)		2 (2.5)	5 (6.3)	5 (6.3)	0 (0.0)	69 (87.3)
肢体不自由(脳原性運動機能障害・上肢機能)	176 (100.0)		13 (7.4)	23 (13.1)	11 (6.3)	0 (0.0)	136 (77.3)
1 級	66 (100.0)		1 (1.5)	4 (6.1)	3 (4.5)	0 (0.0)	59 (89.4)
2 級	58 (100.0)		8 (13.8)	11 (19.0)	5 (8.6)	0 (0.0)	39 (67.2)
3 級	22 (100.0)		3 (13.6)	3 (13.6)	1 (4.5)	0 (0.0)	15 (68.2)
4 級	13 (100.0)		1 (7.7)	3 (23.1)	1 (7.7)	0 (0.0)	9 (69.2)
5 級	8 (100.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)
6 級	5 (100.0)		0 (0.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (40.0)
7 級	4 (100.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
肢体不自由(脳原性運動機能障害・移動機能)	130 (100.0)		10 (7.7)	16 (12.3)	11 (8.5)	0 (0.0)	97 (74.6)
1 級	54 (100.0)		2 (3.7)	4 (7.4)	3 (5.6)	0 (0.0)	46 (85.2)
2 級	34 (100.0)		3 (8.8)	6 (17.6)	4 (11.8)	0 (0.0)	22 (64.7)
3 級	19 (100.0)		3 (15.8)	2 (10.5)	2 (10.5)	0 (0.0)	13 (68.4)
4 級	10 (100.0)		2 (20.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	5 (50.0)
5 級	5 (100.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
6 級	3 (100.0)		0 (0.0)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	1 (33.3)
7 級	5 (100.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 2 身体障害者手帳保持（視覚障害）者と問 1 0 - (2) 「眼の病気」の関係（等級別） N (%)

		眼の病気		左記病気なし	
視覚障害	642 (100.0)	262 (40.8)	380 (59.2)		
1 級	216 (100.0)	80 (37.0)	136 (63.0)		
2 級	185 (100.0)	84 (45.4)	101 (54.6)		
3 級	64 (100.0)	24 (37.5)	40 (62.5)		
4 級	63 (100.0)	20 (31.7)	43 (68.3)		
5 級	67 (100.0)	33 (49.3)	34 (50.7)		
6 級	47 (100.0)	21 (44.7)	26 (55.3)		

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 3 身体障害者手帳保持（聴覚障害）者と問 1 0 - (2) 「耳の病気」の関係（等級別） N (%)

		耳の病気		左記病気なし	
聴覚障害	562 (100.0)	196 (34.9)	366 (65.1)		
2 級	186 (100.0)	42 (22.6)	144 (77.4)		
3 級	84 (100.0)	32 (38.1)	52 (61.9)		
4 級	100 (100.0)	43 (43.0)	57 (57.0)		
6 級	192 (100.0)	79 (41.1)	113 (58.9)		

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 4 身体障害者手帳保持（呼吸器機能障害）者と問 1 0 - (2) 「肺・気管支関係の病気」の関係（等級別） N (%)

		肺・気管支関係の病気		左記病気なし	
呼吸器機能障害	166 (100.0)	98 (59.0)	68 (41.0)		
1 級	59 (100.0)	29 (49.2)	30 (50.8)		
3 級	84 (100.0)	61 (72.6)	23 (27.4)		
4 級	23 (100.0)	8 (34.8)	15 (65.2)		

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 5 身体障害者手帳保持（心臓機能障害）者と問 1 0 - (2) 「狭心症・心筋梗塞、その他の循環器系の病気」の関係（等級別） N (%)

		狭心症・心筋梗塞		その他の循環器系の病気		左記病気いずれもなし	
心臓機能障害	1,252 (100.0)	259 (20.7)	272 (21.7)	752 (60.1)			
1 級	882 (100.0)	124 (14.1)	212 (24.0)	562 (63.7)			
3 級	230 (100.0)	85 (37.0)	42 (18.3)	112 (48.7)			
4 級	140 (100.0)	50 (35.7)	18 (12.9)	78 (55.7)			

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 6 身体障害者手帳保持（じん臓機能障害）者と問 1 0 - (2) 「腎臓の病気」の関係（等級別） N（％）

			腎臓の病気	左記病気なし
じん臓機能障害	450	(100.0)	241 (53.6)	209 (46.4)
1 級	405	(100.0)	225 (55.6)	180 (44.4)
3 級	20	(100.0)	9 (45.0)	11 (55.0)
4 級	25	(100.0)	7 (28.0)	18 (72.0)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 7 身体障害者手帳保持（ぼうこう・直腸機能障害）者と問 1 0 - (2) 「ぼうこうの病気、大腸・直腸の病気」の関係（等級別） N（％）

			ぼうこうの病気	大腸・直腸の病気	左記病気いずれもなし
ぼうこう・直腸機能障害	263	(100.0)	22 (8.4)	86 (32.7)	160 (60.8)
1 級	15	(100.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	13 (86.7)
3 級	25	(100.0)	4 (16.0)	8 (32.0)	14 (56.0)
4 級	223	(100.0)	17 (7.6)	77 (34.5)	133 (59.6)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 2 8 身体障害者手帳保持（小腸機能障害）者と問 1 0 - (2) 「小腸の病気」の関係（等級別） N（％）

			小腸の病気	左記病気なし
小腸機能障害	24	(100.0)	9 (37.5)	15 (62.5)
1 級	4	(100.0)	4 (100.0)	0 (0.0)
3 級	4	(100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
4 級	16	(100.0)	5 (31.3)	11 (68.7)

表 2 9 身体障害者手帳保持（肝臓機能障害）者と問 1 0 - (2) 「肝臓・胆のうの病気」の関係（等級別） N（％）

			肝臓・胆のうの病気	左記病気なし
肝臓機能障害	21	(100.0)	6 (28.6)	15 (71.4)
1 級	12	(100.0)	5 (41.7)	7 (58.3)
2 級	4	(100.0)	1 (25.0)	3 (75.0)
3 級	44	(100.0)	0 (0.0)	44 (100.0)
4 級	1	(100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表 3 0 身体障害者手帳保持（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害）者と問 1 0 - (2) 「免疫の病気」の関係（等級別） N（％）

			免疫の病気	左記病気なし
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	14	(100.0)	3 (21.4)	11 (78.6)
1 級	7	(100.0)	2 (28.6)	5 (71.4)
2 級	2	(100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
3 級	4	(100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
4 級	1	(100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)

平成 23 年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータか

表3-1 身体障害者手帳保持（肢体不自由）者と問10-（2）「リウマチ性疾患、関節症、その他の筋骨格系の病気、脳卒中」の関係（等級別） N（%）

			リウマチ性	関節症	その他の筋骨格系の病気	脳卒中	左記病気いずれもなし
肢体不自由(上肢)	1,484 (100.0)	142 (9.6)	66 (4.4)	31 (2.1)	310 (20.9)	974 (65.7)	
1級	283 (100.0)	24 (8.5)	9 (3.2)	7 (2.5)	57 (20.1)	190 (67.1)	
2級	474 (100.0)	50 (10.5)	17 (3.6)	12 (2.5)	141 (29.7)	269 (56.8)	
3級	332 (100.0)	30 (9.0)	11 (3.3)	3 (0.9)	60 (18.1)	236 (71.1)	
4級	207 (100.0)	21 (10.1)	20 (9.7)	7 (3.4)	20 (9.7)	147 (71.0)	
5級	78 (100.0)	8 (10.3)	7 (9.0)	0 (0.0)	7 (9.0)	60 (76.9)	
6級	59 (100.0)	7 (11.9)	2 (3.4)	2 (3.4)	8 (13.6)	42 (71.2)	
7級	49 (100.0)	2 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (34.7)	30 (61.2)	
肢体不自由(下肢)	2,672 (100.0)	168 (6.3)	304 (11.4)	80 (3.0)	359 (13.4)	1,833 (68.6)	
1級	352 (100.0)	24 (6.8)	12 (3.4)	7 (2.0)	63 (17.9)	251 (71.3)	
2級	463 (100.0)	44 (9.5)	32 (6.9)	16 (3.5)	91 (19.7)	291 (62.9)	
3級	655 (100.0)	37 (5.6)	91 (13.9)	17 (2.6)	81 (12.4)	448 (68.4)	
4級	862 (100.0)	42 (4.9)	130 (15.1)	27 (3.1)	97 (11.3)	597 (69.3)	
5級	219 (100.0)	14 (6.4)	34 (15.5)	11 (5.0)	11 (5.0)	154 (70.3)	
6級	87 (100.0)	5 (5.7)	5 (5.7)	1 (1.1)	5 (5.7)	72 (82.8)	
7級	34 (100.0)	2 (5.9)	0 (0.0)	1 (2.9)	11 (32.4)	20 (58.8)	
肢体不自由(体幹)	564 (100.0)	21 (3.7)	21 (3.7)	24 (4.3)	89 (15.8)	418 (74.1)	
1級	183 (100.0)	6 (3.3)	2 (1.1)	6 (3.3)	23 (12.6)	148 (80.9)	
2級	179 (100.0)	8 (4.5)	9 (5.0)	10 (5.6)	41 (22.9)	113 (63.1)	
3級	123 (100.0)	7 (5.7)	8 (6.5)	4 (3.3)	17 (13.8)	91 (74.0)	
5級	79 (100.0)	0 (0.0)	2 (2.5)	4 (5.1)	8 (10.1)	66 (83.5)	
肢体不自由(脳原性運動機能障害・上肢機能)	176 (100.0)	4 (2.3)	4 (2.3)	1 (0.6)	57 (32.4)	112 (63.6)	
1級	66 (100.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	1 (1.5)	14 (21.2)	51 (77.3)	
2級	58 (100.0)	3 (5.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (43.1)	30 (51.7)	
3級	22 (100.0)	1 (4.5)	2 (9.1)	0 (0.0)	6 (27.3)	14 (63.6)	
4級	13 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (38.3)	8 (61.5)	
5級	8 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	6 (75.0)	
6級	5 (100.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	
7級	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	
肢体不自由(脳原性運動機能障害・移動機能)	130 (100.0)	5 (3.8)	6 (4.6)	3 (2.3)	43 (33.1)	80 (61.5)	
1級	54 (100.0)	1 (1.9)	1 (1.9)	2 (3.7)	11 (20.4)	41 (75.9)	
2級	34 (100.0)	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0.0)	15 (44.1)	18 (52.9)	
3級	19 (100.0)	2 (10.5)	2 (10.5)	1 (5.3)	6 (31.6)	10 (52.6)	
4級	10 (100.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	6 (60.0)	4 (40.0)	
5級	5 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	
6級	3 (100.0)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	
7級	5 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

表3-2 精神保健福祉手帳所持者と問10-(2)「気分障害、神経症性障害、統合失調症、摂食障害、睡眠障害、アルコール・薬物依存、認知症、その他の精神疾患、およびこれらの合計」の関係(等級別) N(%)

		気分障害	神経症性 障害	統合失調 症	摂食障害	睡眠障害	アルコー ル・薬物依 存	認知症	その他の 精神疾患	左記い れもなし
精神障害	1,155 (100.0)	237 (20.5)	153 (13.2)	286 (24.8)	25 (2.2)	117 (10.1)	14 (1.2)	29 (2.5)	35 (3.0)	558 (48.3)
1級	233 (100.0)	22 (9.4)	16 (6.9)	35 (15.0)	5 (2.1)	17 (7.3)	2 (0.9)	13 (5.6)	8 (3.4)	151 (64.8)
2級	618 (100.0)	133 (21.5)	88 (14.2)	210 (34.0)	12 (1.9)	55 (8.9)	5 (0.8)	12 (1.9)	21 (3.4)	249 (40.3)
3級	263 (100.0)	76 (28.9)	43 (16.3)	32 (12.2)	8 (3.0)	40 (15.2)	6 (2.3)	3 (1.1)	3 (1.1)	136 (51.7)

平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)のデータから作成

生活のしづらさなどに関する調査における ADL と障害種別・障害等級
～予備的研究～

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

研究要旨

厚生労働省が平成 23 年度に実施した「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）」（以下、生活のしづらさ調査）の詳細統計のうち ADL と IADL を聞いた設問 9 について、同一障害内の等級別および障害別集計をすることを目的とした詳細統計の作成準備をした。その結果、(1)下肢障害、知的障害、精神障害では、障害手帳所持者の障害等級と ADL・IADL の自立度は対応したが、内部障害では対応せず、上肢障害と聴覚障害では ADL の 1 項目のみが対応したこと、(2)ADL・IADL は未成年者と高齢者で自立度が低く、障害者手帳非所持の高次脳機能障害者では自己記入者は他者記入者に比べて自立度が高かったこと、(3)ADL・IADL には性差があったこと、(4)盲ろう者の ADL・IADL は視覚障害者（1 級）よりも、若干、自立度が高かったことを明らかにした。次年度には、(1)年齢・性別・記入者・重複障害の違いを考慮した ADL・IADL の詳細統計を完成させ、(2)障害種別が不明の 3 群の「生活のしづらさの理由」を示す詳細統計を作成し、(3)重複障害の ADL・IADL を説明する詳細統計を作成する方針を立てた。

A. 目的

本稿では、平成 23 年度に実施された厚生労働省による「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）」（以下、生活のしづらさ調査）のうち、同一障害内の等級別および障害別集計をするために、ADL と IADL（以下、ADL）を聞いた設問 9 の詳細統計を作成する予備的研究を報告する。

「生活のしづらさ調査」では、これまでの障害福祉に関する法制度では支援の対象とならない者を含んだ「生活のしづらさ」を持った者の生活実態とニーズを把握することを目的のひとつとした。同調査は、これまでの「身体障害児・者実態調査」及び「知的障害児（者）基礎調査」を拡大・統合して実施され、さらに、精神障害者を対象とした。

平成 18 年度に実施された「身体障害児・者実態調査」でも、ADL と IADL に関した設問はあり、身体障害種別内で「全介助」「一部介助」「自立」の比率は発表されていた。ただし、内部障害はまとめて集計されており、重複障害者に関する結果は集計されていなかった。設問 9 の回答からは、障

害者手帳所持者と発達障害、高次脳機能障害、難病の生活の困難さの比較を同一指標で行えることが期待された。

すでに、本報告書の別稿において、発達障害者と難病患者の回答率は悪いことが指摘されており、発達障害者と難病患者に関する標本抽出には偏りがあると考えられるが、全体の傾向を知る参考として、発達障害と難病も集計する。

B. 方法

厚生労働省障害保健福祉部企画課より「生活のしづらさなどに関する調査」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)のデータ形式に変換し、データへのラベル付けを行い、下記の詳細統計を作成した。詳細統計をどのように作成するか、年齢階層の区分け、重複障害の扱い、自己記入・他者記入の区分、発症年齢の区分などに関する構想を固めるため検討の一部を本稿では示す。

(1) 心臓機能障害手帳所持者 1252 名について、等級と年齢段階のクロス表を作成した。年齢段階は発達段階と福祉制度の対象年齢を考慮して、0-5 歳(未就学期) 6-12 歳(学童期) 13-17 歳(身体障害者福祉法上の児童期) 18-24 歳(青年期) 25-39 歳、40-59 歳(介護保険を利用できるが一般ではない期間、一般的な就労年齢) 60-64 歳(介護保険を利用できるが一般ではない期間、一般的な定年後) 65-79 歳(介護保険が自立支援法によるサービスに優先して適用されると言われる期間) 80 歳以上(高齢による身体機能の低下が顕著になると考えられる時期)の7段階に分けた。

(2) 心臓機能障害者において、年齢階層別に ADL 平均値を集計した。前項の結果から、39 歳以下の手帳所持者数が少なかったことから、ここでは、年齢階層を 0-17 歳、18-39 歳、40-64 歳、65-79 歳、80 歳以上の 5 段階とした。

(3) 前項の結果から心臓機能障害者において、年齢階層により ADL 平均値には差があることがわかったため、最も ADL 平均値が低かった 40-64 歳群について、1 級、3 級、4 級の等級別集計を行った。ADL 平均値は 0 から 6 の間の整数で回答され、数値が高いほど自立度が低いことを示した。ただし、6 は「できない」ではなく、「する機会がない」であった。

(4) 前項の結果において ADL 平均値に等級の逆転が目立つ項目の理由の候補として性別を想定し、同一等級内で性別による ADL 平均値を集計した。性別を候補としたのは、「洗濯」について心

臓機能障害 4 級男性の ADL 平均値が 3 級、1 級よりも高かったことから、性による家事役割の差を仮定した。

(5) 肝臓機能障害については、回答者全数が 22 名であったため、年齢階層別分けはせずに、級間の ADL 平均値と平均年齢、平均発症年齢、重複障害数の詳細統計を作成した。

(6) 視覚障害(17 歳以下で発症) 視覚障害(18 歳以上で発症)、聴覚障害、上肢障害(他の肢体不自由の重複を除く) 下肢障害、知的障害、精神障害、高次脳機能障害(手帳非所持) 発達障害、難病について、ADL 平均値のプロフィールの集計を行った。一部の障害種別の重複は除いた。

(7) 発達障害については、療育手帳所持者と非所持者と年齢による ADL 平均値の集計を行った。

(8) 高次脳機能障害者については、ADL 平均値が最も高かったことから、自己記入者と他者記入者の間で、ADL 平均値の集計を行った。

(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った。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

(1) 心臓機能障害回答者の年齢階層と等級

表 1 に臓機能障害回答者の年齢階層と等級を示した。全体で 65 歳以上が回答者の 78%を占めた。

表 1 心臓機能障害回答者の年齢階層と等級

年齢	0-5	6-12	13-17	18-24	25-39	40-59	60-64	65-79	80-	NA	合計
1級	6	4	0	7	20	55	77	390	321	3	883
3級	2	3	2	1	4	21	28	110	57	2	230
4級	2	0	1	0	2	10	22	72	29	2	140
合計	10	7	3	8	26	86	127	572	407	7	1253

(2) 心臓機能障害者における年齢階層別 ADL 平均値

図 1 に、心臓機能障害者の年齢階層別の ADL 平均値のプロフィールを示した。自立度が低い順に (ADL 平均値が高い方から順に) 17 歳以下、80 歳以上、18-40 歳、65-79 歳、40-64 歳であった。年齢間の差が少ないのは「家の中を移動」「相手の意思を理解する」「自分の意思を伝える」「排泄」「食事」であった。

(3) 心臓機能障害 40-64 歳群の等級別 ADL 平均値

図 2 に心臓機能障害 40-64 歳群の障害等級別 ADL 平均値のプロフィールを示した。ADL 平均値は、13 項目中 9 項目と合計は 1 級が最高であったが等級間の差は小さく、逆転した項目もあった (衣服、入浴、洗濯、相手の意思を理解する)。

(4) 心臓機能障害者における ADL の性差
心臓機能障害 40-64 歳群の ADL 平均値のうち、「洗濯」では自立度は低い方から順に 4 級、1 級、3 級であった。4 級で ADL 平均値が高い (自立度が低い) 理由として、就労年代の男性は家庭で洗濯をする機会が少なく、障害が軽度であるほど家事に関わる機会が少ないためと推測し、級ごとに性別に集計した結果を、図 3 に示した。男性と女性とでは ADL 平均値のプロフィールは異なった。

(5) 肝臓機能障害者の等級別 ADL

肝臓機能障害については、回答者全数が 22 名であったため、年齢階層別群分けはせずに、級ごとの ADL 平均値を図 4 に、級ごとの平均年齢、平均発症年齢、重複障害者数を表 2 に示した。

(6) 等級別 ADL

1 級 40-64 歳群の ADL 平均値を、視覚障害 (17 歳以下で発症)、視覚障害 (18 歳以上で発症)、聴覚障害、上肢障害 (他の肢体不自由の重複を除く)、下肢障害、知的障害、精神障害について、等級別に集計した (図 5~9)。さらに、高次脳機能障害 (手帳非所持) と難病 (手帳非所持) について、図 6 に追記した。低年齢で発達段階にあるために自立してできない項目は必ずの項目について (例えば、0 歳児の「食事」)、「まったく介助を要しない」が選択された場合もあった。

図 5 には、視覚障害手帳所持者 (知的、精神、聴覚の重複は除く) のうち 40-64 歳群について、等級ごとに ADL 平均値のプロフィールを示した。1 級から 4 級までは順に自立度が上昇した。一方、4 級から 6 級では、回答者は各級 6 名以下で、級間の差は明白でなかった。「意思伝達」「意思理解」は等級間の差は小さく、「入浴」は 1 級以外の等級間の差は小さかった。

図 6 は、身体手帳所持者 (下肢障害のみ) の AD

平均値プロフィールを示した。等級とADL自立度は「食事をする」「意思伝達」「意思理解」を除いた13項目中10項目で対応した。ただし、「家の中を移動する」の差は少なく、3～5級の間に差はほとんどなかった。

また、図6には、高次脳機能障害(手帳非所持)で自己記入者のADL平均値は下肢障害2級と3級の間に位置し、他者記入者のADL平均値は下肢障害1級よりも「入浴」「排泄」以外の11項目では顕著に大きいことが示された。

障害者手帳非所持で特定疾患の医療費助成受給者(以下、難病患者)のADL平均値は下肢障害3～5級と6級の間に位置した。

図7に示した身体手帳所持(上肢障害のみ)では、等級とADL自立度が「衣服の着脱」のみで対応し、1・2級と3～6級の間には差があった。

図8には、療育手帳所持者の等級ごとにADL平均値のプロフィールを示した。「家の中を移動」は、療育手帳1級と2級はほぼ同じであったが、それ以外の項目では1級は2級よりも自立度が低かった。

図9には、精神障害者保健福祉手帳所持者の等級ごとにADL平均値のプロフィールを示した。等級間の差は小さかったが、ADL平均値が高い順に1、2、3級であった。ただし、2級と3級の差は、「食事」「衣服」「排泄」「入浴」「意思伝達」でほとんどなかった。

(7) 障害別ADL平均値

図10に、5つの障害種別について、障害者手帳1級40-64歳群のADL平均値のプロフィールを示した。ADL平均値が高い順に、視覚障害(18歳以降発症)、肝臓機能障害、視覚障害(17歳以前発症)、心臓機能障害、聴覚障害であった。ただし、肝臓機能障害では回答者数が少なかつたため、全年齢全等級の平均を示した。

聴覚障害では、「相手の意思を理解する」のみが特徴的に自立度が低かった。心臓機能障害では、全体的に自立度は高かった。

視覚障害は、18歳以降発症群は17歳以前発症群に比べ、全ての項目でADL平均値が高かった。特に、「買い物」「食事の支度・後片付け」「お金の管理」「薬の管理」「身の回りの整理」は共通して高く、「洗濯」は18歳以降発症群で顕著に高かった。

図11には、療育手帳のみ所持者、過去6か月に身体または精神の具合が悪かった者(一時的な風邪や怪我は除く)(以下、困難あり群) 具合が悪くなかった者(以下、困難なし群) 特徴が不明な回答者(以下、特徴不明群)のADL平均値のプロフィールを示した。療育手帳所持者では、ADL平均値が高い順に、「お金の管理」「薬の管理」「洗濯」「買い物」「食事の支度・後片付け」「相手の意思を理解する」「自分の意思を伝える」であった。困難あり群では、ADL平均値の高い順に、「買い物」「身の回りの整理」「洗濯」「食事の支度・後片付け」であった。特徴不明群は困難なし群よりもADL平均値は高く、高い順に「食事の支度・あと片付け」「洗濯」「薬の管理」であった。困難なし群では、「薬の管理」のADL平均値最も高かった。

(8) 療育手帳所持と発達障害のADL平均値

療育手帳所持1級で発達障害の診断なし、療育手帳所持1級で発達障害の診断あり、療育手帳非所持で発達障害の診断ありの3群について、ADL平均値のプロフィールを図12と13に示した。0-17歳(図12)の場合には、3群間のADL平均値の差はほとんどなかったが、40-64歳の場合には(図13)療育手帳非所持で発達障害の診断あり群は全般にADL平均値は小さかった。ただし、「家の中を移動」は、2つの年齢層ともに3群に差はほとんどなかった。

(10) 盲ろうとADL 平均値

盲ろうのADL 平均値は、聴覚障害2級より13項目中9項目で大きかったが、視覚障害1級より大きかったのは「身の回りの整理」「買い物」「自分の意思を伝える」の3項目で僅差であった(図14)。

一方、視覚障害4級と聴覚障害4級の盲ろう者は視覚障害1級と聴覚障害2級の盲ろう者に比べて、ADL 平均値は13項目中4項目で高かった(「入浴」「身の回りの整理」「買い物」「相手の意思を理解する」)。

D. 考察

(1) ADL 平均値の年齢、性別、記入者による差

ADL 平均値は同一の障害種別内において年齢、性別、記入者により異なることが示された。すなわち、未成年者と80歳以上では、ADL 平均値は発達による偏りを示すために、障害特性を示すことは困難と考えられた。調査した障害種別すべてに関して、年齢、性別、記入者の違いを考慮したADL 平均値の詳細統計は次年度に作成する予定である。心臓機能障害では、男性と女性のADL 平均値のプロフィールが異なることは示したが、その理由は不明であった。

(2) 成人期のADL 平均値による障害特性

視覚障害、聴覚障害、上肢障害、下肢障害では、ADL プロフィールは障害の重症度を示すのに部分的に有効であった。しかし、等級間のADL 平均値の差が大きい場合は少なく、ADL だけで等級を決定できるわけではなかった。

知的障害、精神障害では、いくつかのADL 項目から障害の程度は示されたが、障害の特性を特徴づけるわけではなかった。

また、視覚障害では、発達段階における障害発

生では、生活における困難は軽減されることが示された。困難軽減の理由は発達段階における学習であると推測される。

一方、内部障害、難病、発達障害については、障害程度を反映するADL 項目が設定されていなかったことから、今後の探索が求められる。

設問9における「過去6か月間における身体的精神的健康に困難あり群」、「困難なし群」、「その他の特徴不明群」は、いずれも、手帳その他の障害特性を除いた群であるが、ADL 平均値からも群の特徴はつかめなかった。困難なし群で、「薬の管理」の自立度が低めであったことは、この群が薬を飲んでおり、なんらかの疾患に関係していることが示唆される。また、特徴不明群のADL 平均値のうち「食事の支度・後片付け」は療育手帳所持者と同じで、「洗濯」は困難あり群よりも高かったが、これらが「障害」に関わる困難なのか異なる種類の「生活のしづらさ」なのかを、他の項目から探索できる詳細統計を作成することは次年度の課題である。

(3) 盲ろうとADL 平均値

ADL 平均値が、盲ろう者で視覚障害者1級よりも低かったことは、盲ろう者の例数が少なかったことから一般化できないと考えられる。また、視覚障害4級と聴覚障害4級の盲ろう者と視覚障害1級と聴覚障害2級の盲ろう者の間にADL 平均値で大きな差がなかったことも、今後、例数を増やした調査で検証する必要がある。さらに、盲ろうの困難を抽出する指標の開発も重要であると考えられる。他の重複障害について、ADL に関する詳細統計を作成することは、次年度の課題である。

E. 研究発表

なし

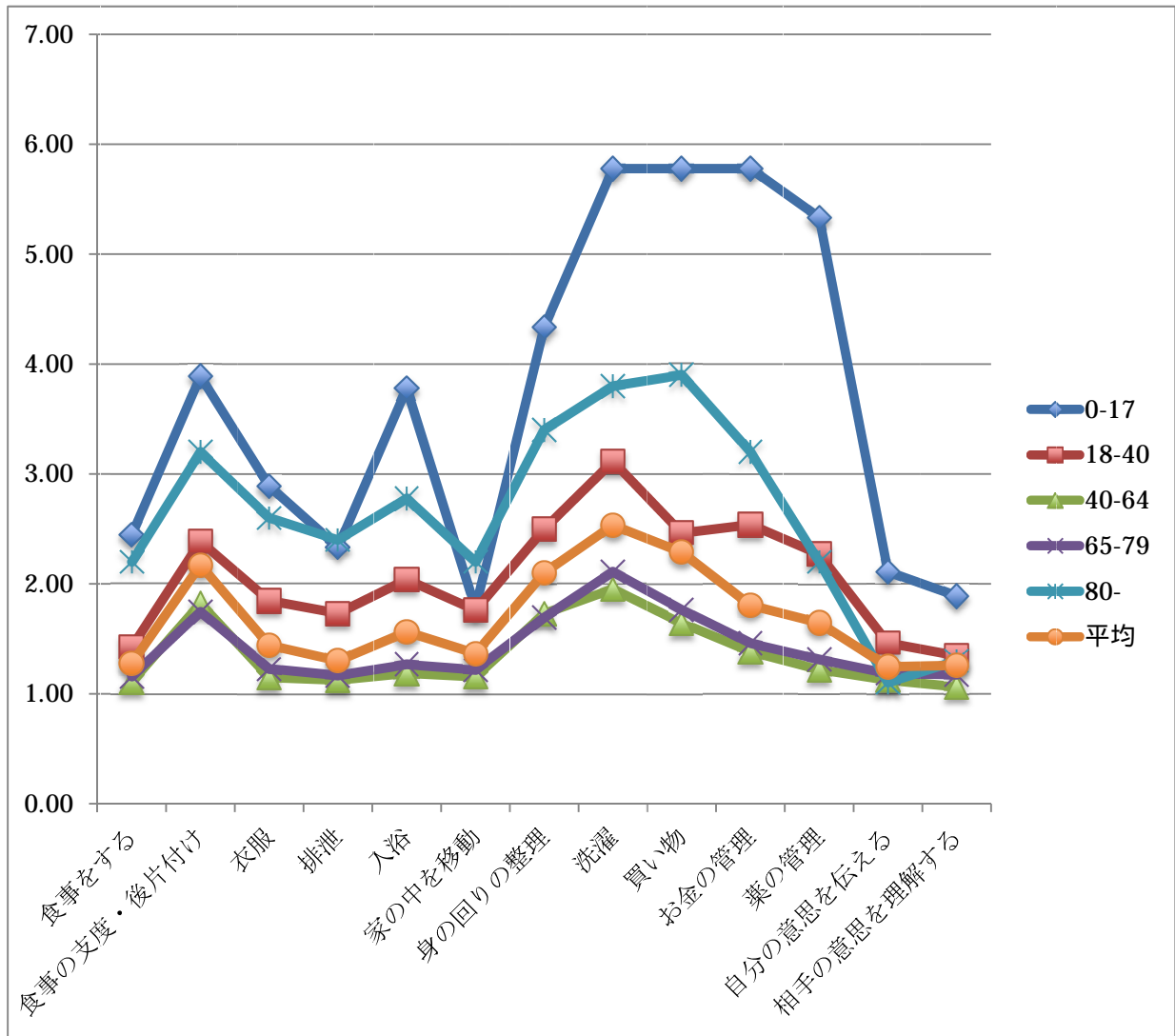


図1 心臓機能障害者の年齢階層別 ADL 平均値

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

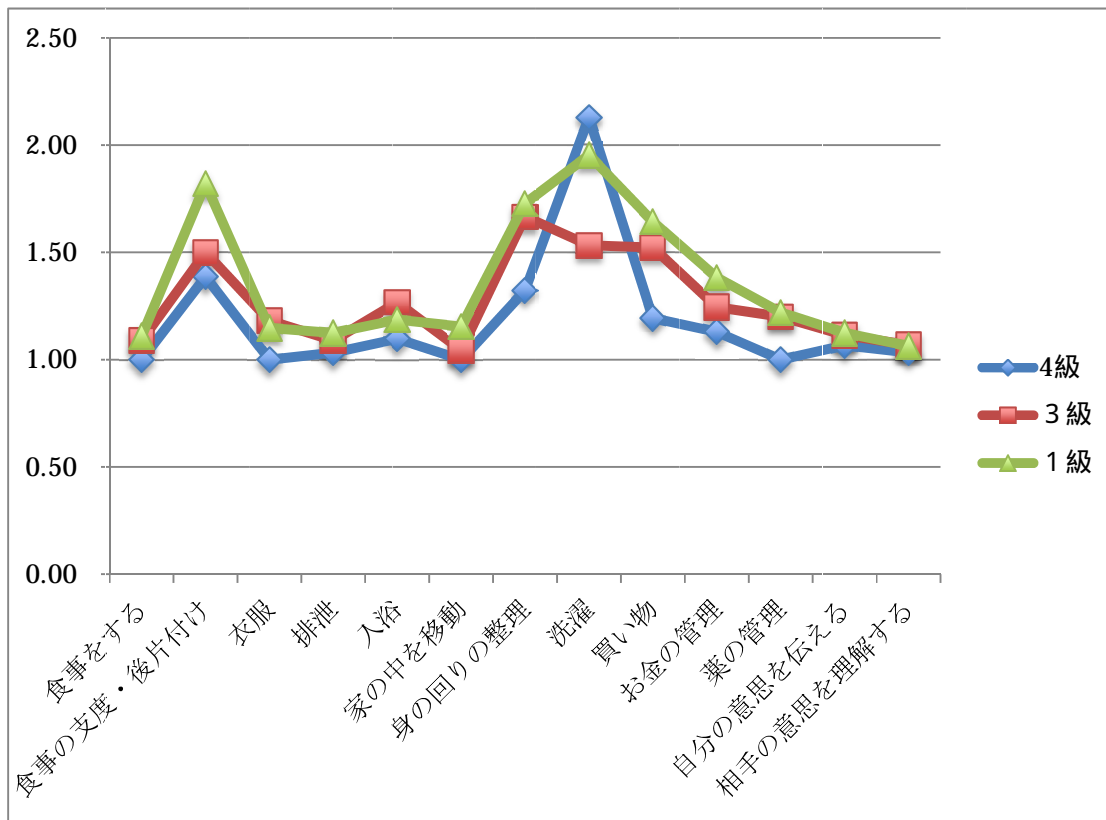


図2 心臓機能障害の障害者手帳等級とADL値の関係

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

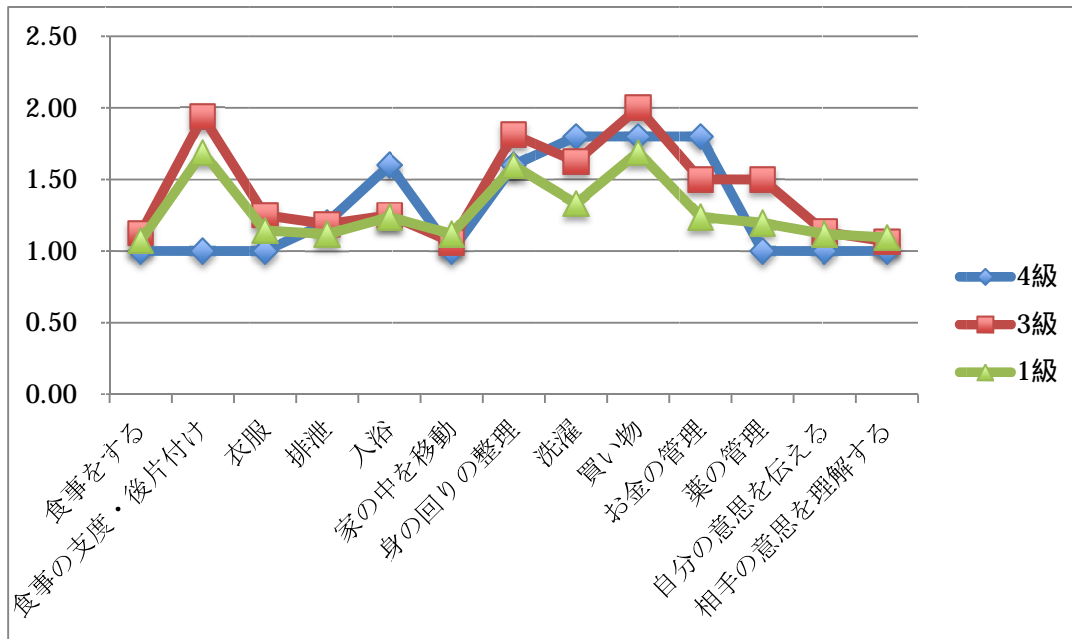


図3-1 心臓機能障害（40-64 相女性群）の障害者手帳等級とADL値の関係
（平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

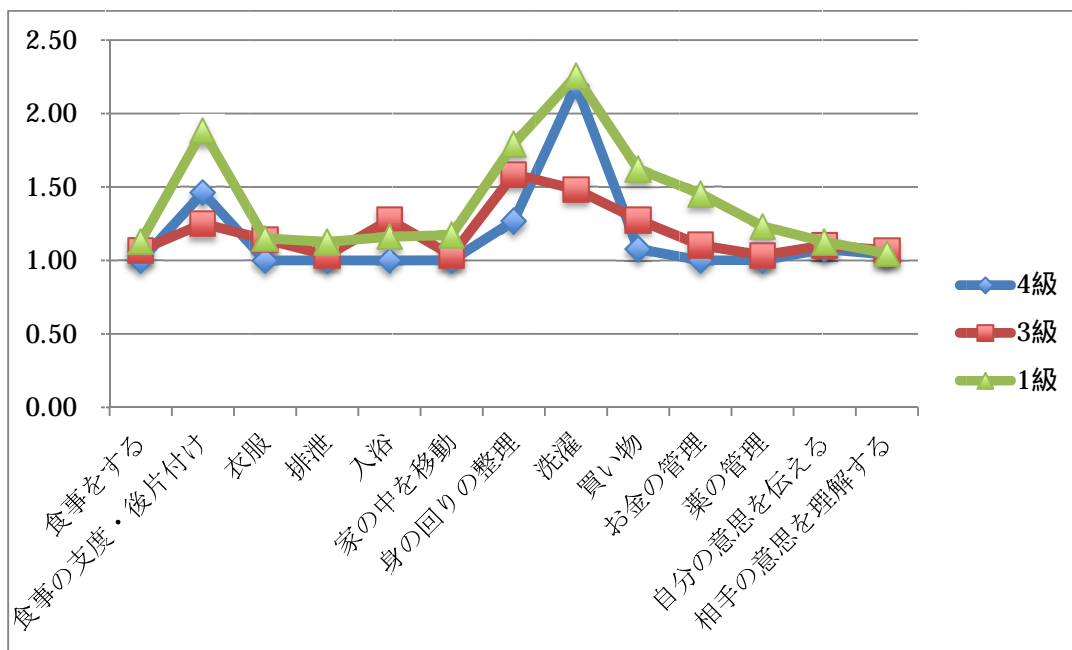


図3-2 心臓機能障害（40-64 相男性群）の障害者手帳等級とADL値の関係
（平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

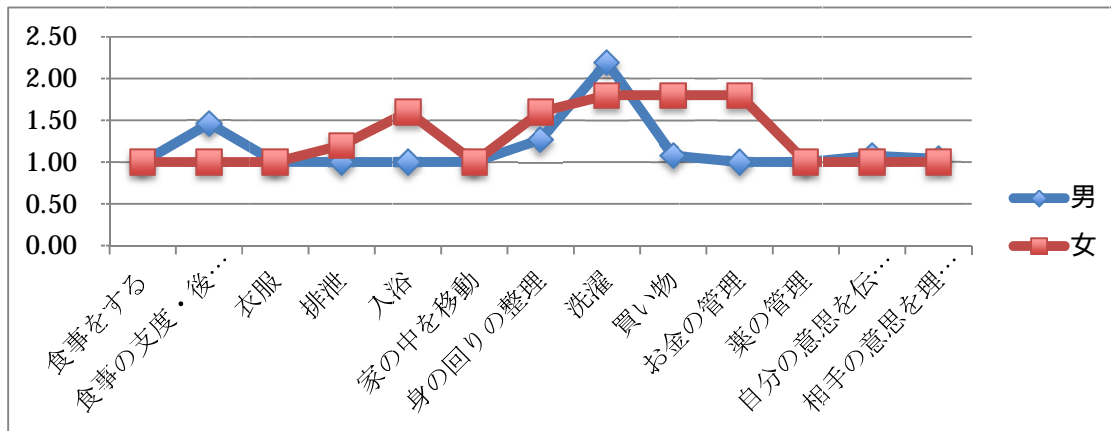


図3-3 40-64歳群 心臓機能障害手帳所持者（4級）のADL男女差
 （平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

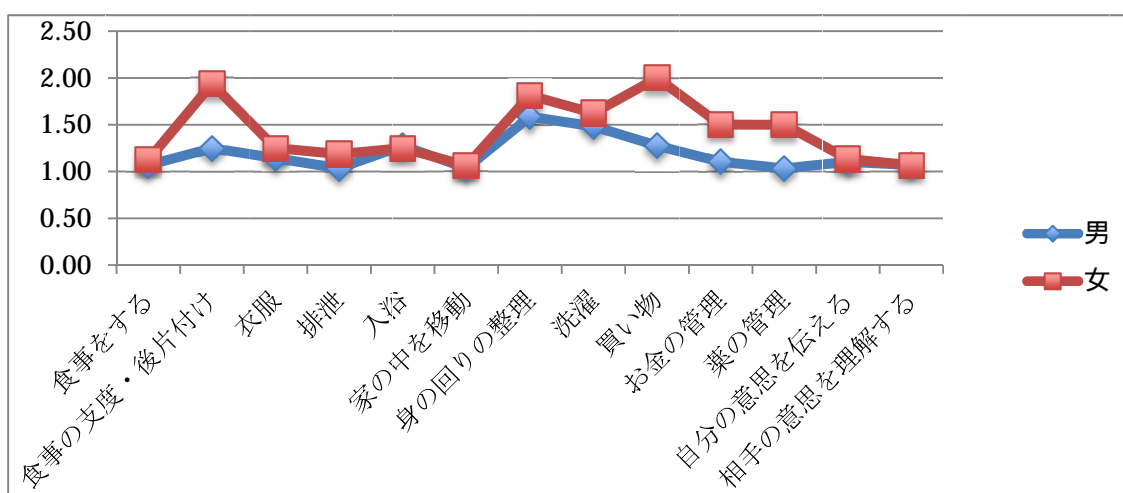


図3-4 40-64歳群 心臓機能障害手帳所持者（3級）のADL男女差
 （平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

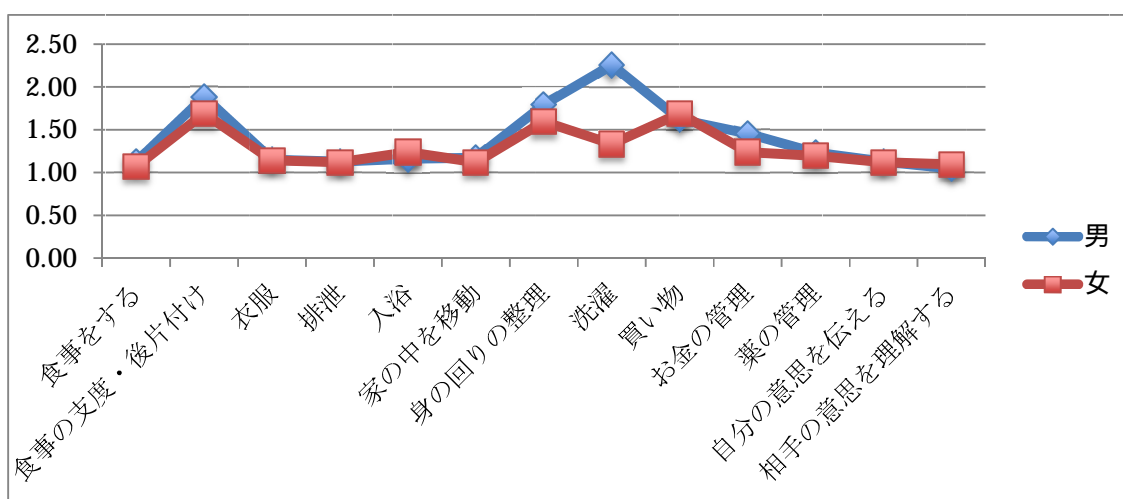


図3-5 40-64歳群 心臓機能障害手帳所持者（1級）のADL男女差
 （平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

表2 肝臓機能障害回答者の等級別の人数・平均年齢・重複者数・せいかつのしづらさが生じ始めた年齢
平均

肝臓	人数	重複人数	平均年齢	年齢幅	年齢 発症
1級	12	4	59.5	3-76	65.6
2級	4	2	66.5	49-83	54.0
3級	4	3	83.5	79-87	55.0
4級	1	1	76.0	76	71.0
合計	21	10	66.4	3-87	61.0

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

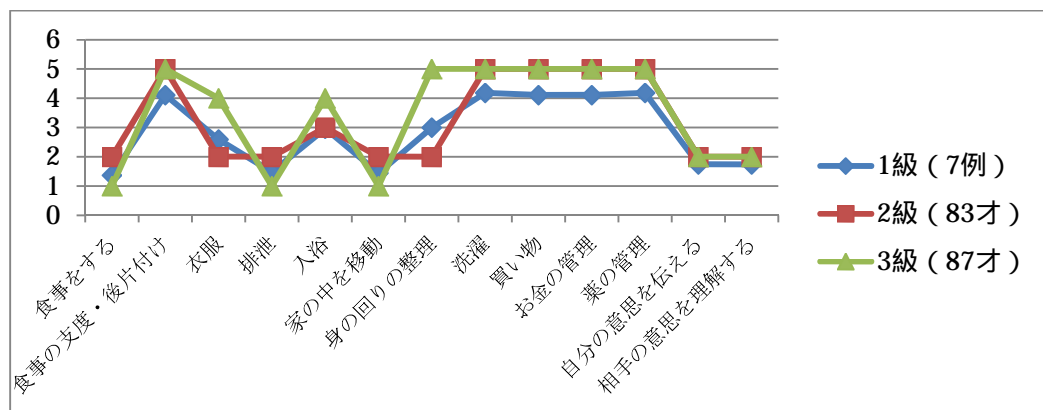


図4-1 肝臓機能障害(重複障害を除く)の等級とADL値

重複障害のない19名では、1級でADL値が高い(生活の困難が高い)わけではなかった。

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

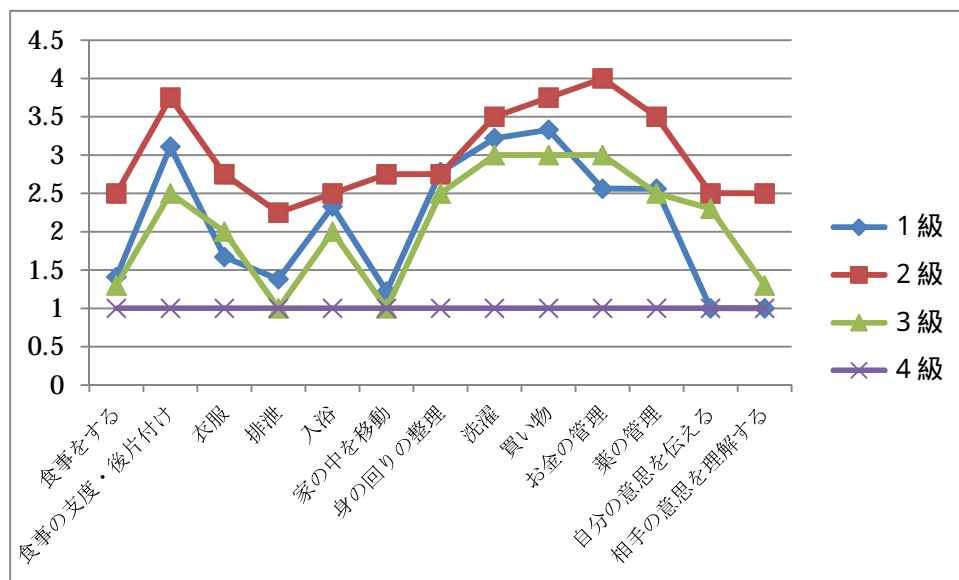


図4-2 肝臓機能障害(重複障害も含めた21名)についての等級ごとのADLプロフィール。

4級の回答者はいなかった。

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

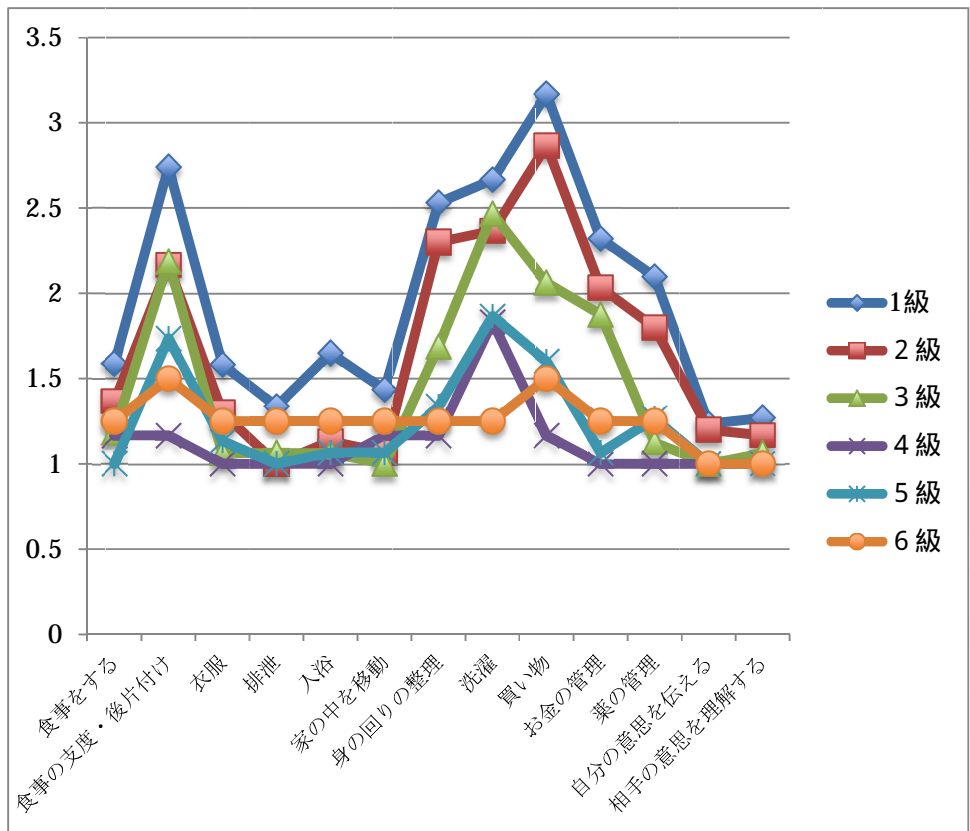


図5 視覚障害者（聴覚以外の重複障害も含む）の等級とADL値
 （平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

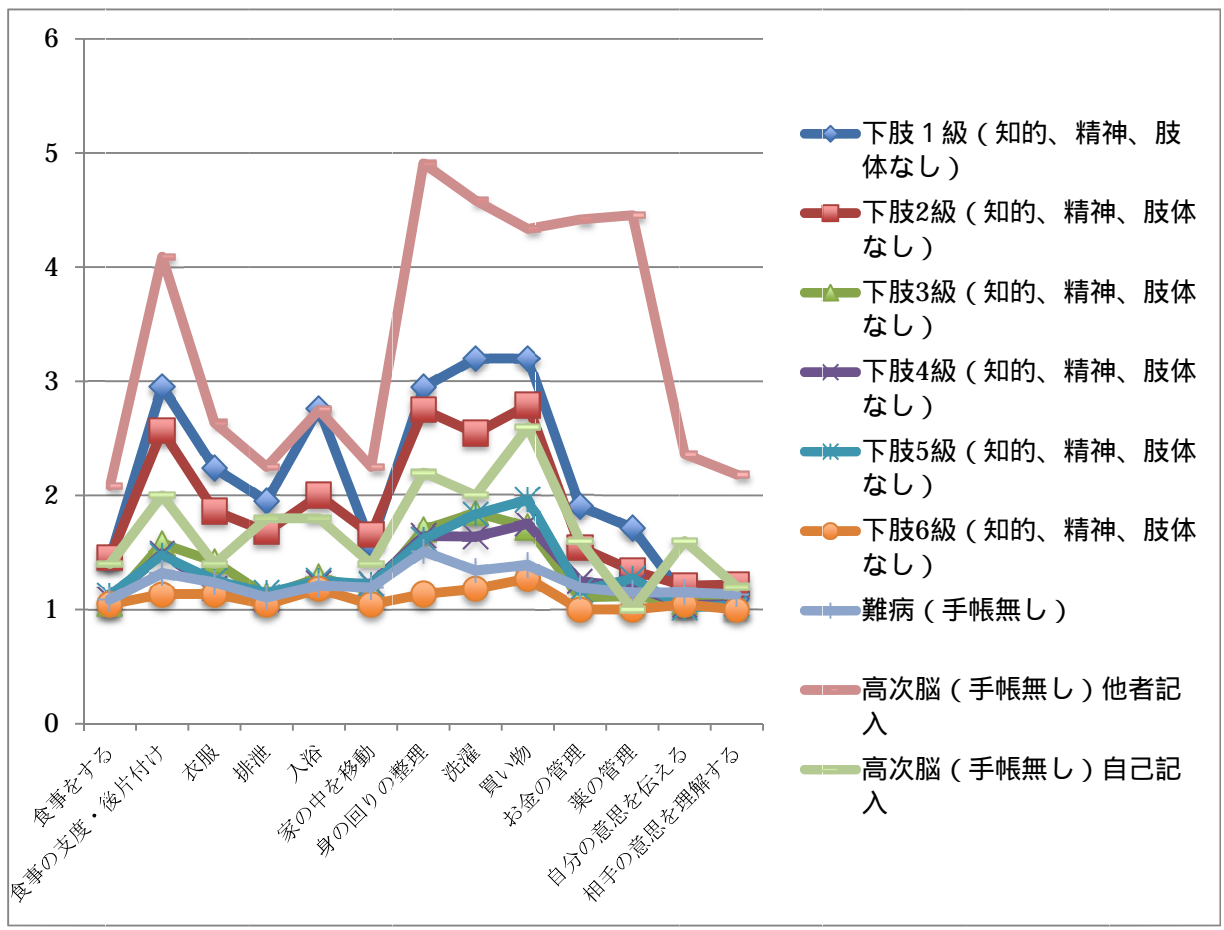


図6 下肢機能障害者（知的、精神、他の肢体不自由の重複はない者）の等級とADL値、および難病・高次脳

機能障害者（手帳無し）のADL値

（平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

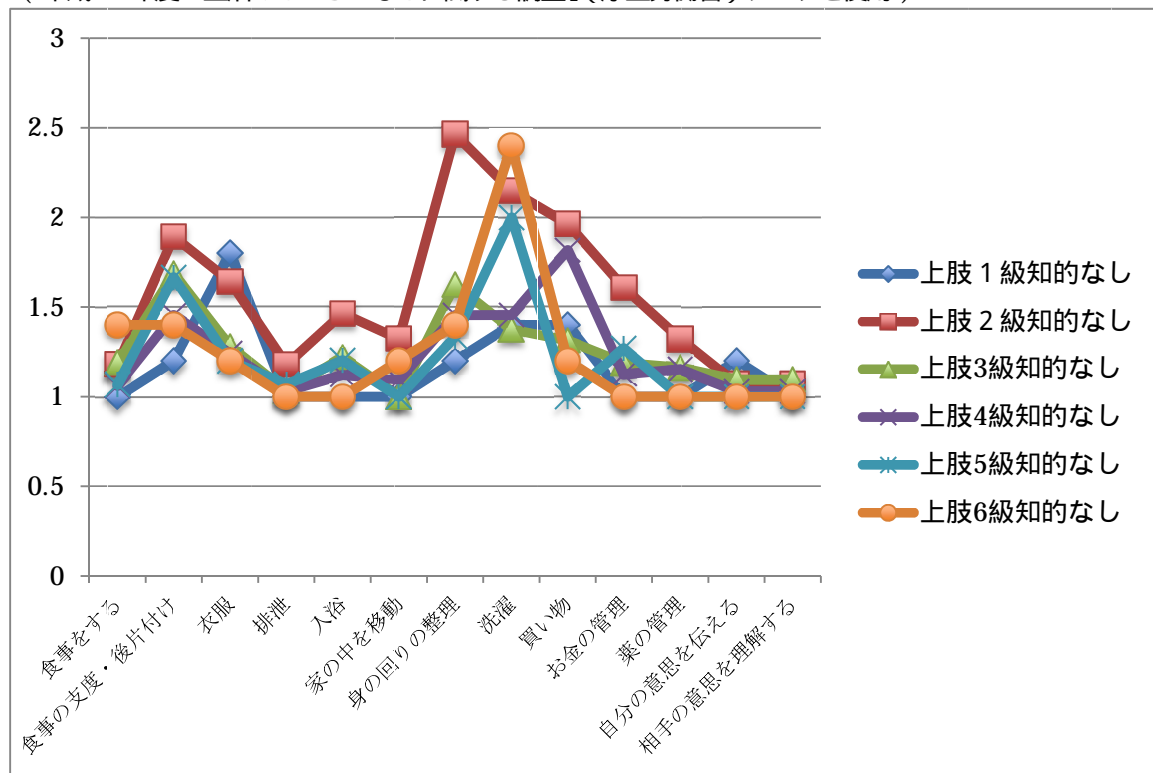


図7 上肢機能障害者（知的、精神、他の肢体不自由の重複はない者）の等級とADL値

（平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

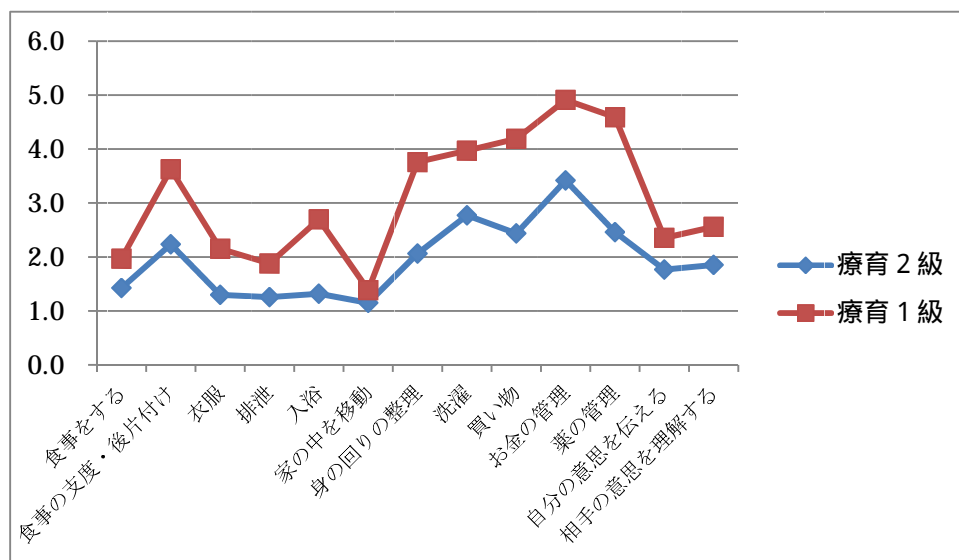


図8 療育手帳所持者（重複障害も含む）の等級とADL値

（平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

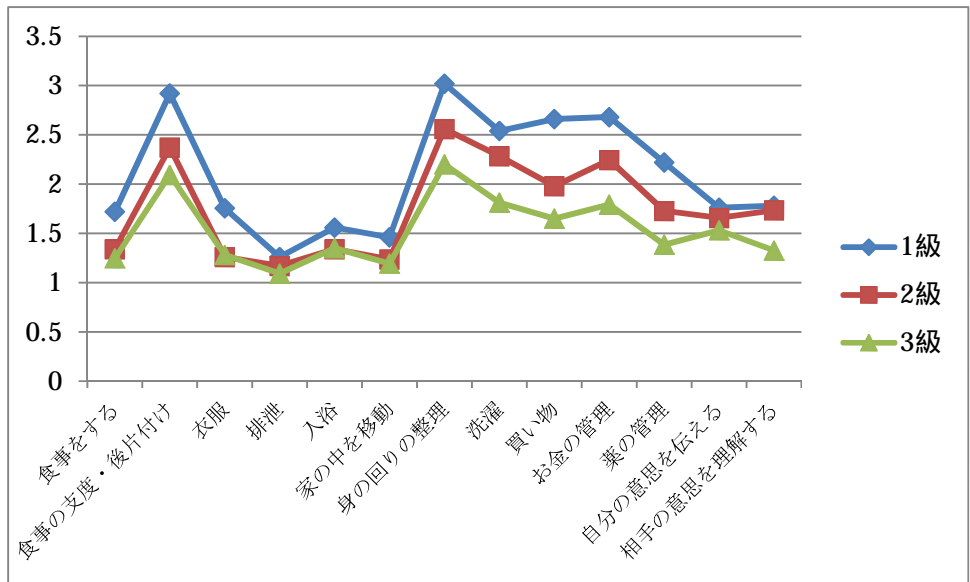


図9 精神障害者保健福祉手帳所持者（重複障害も含む）の等級とADL値
 （平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）データを使用）

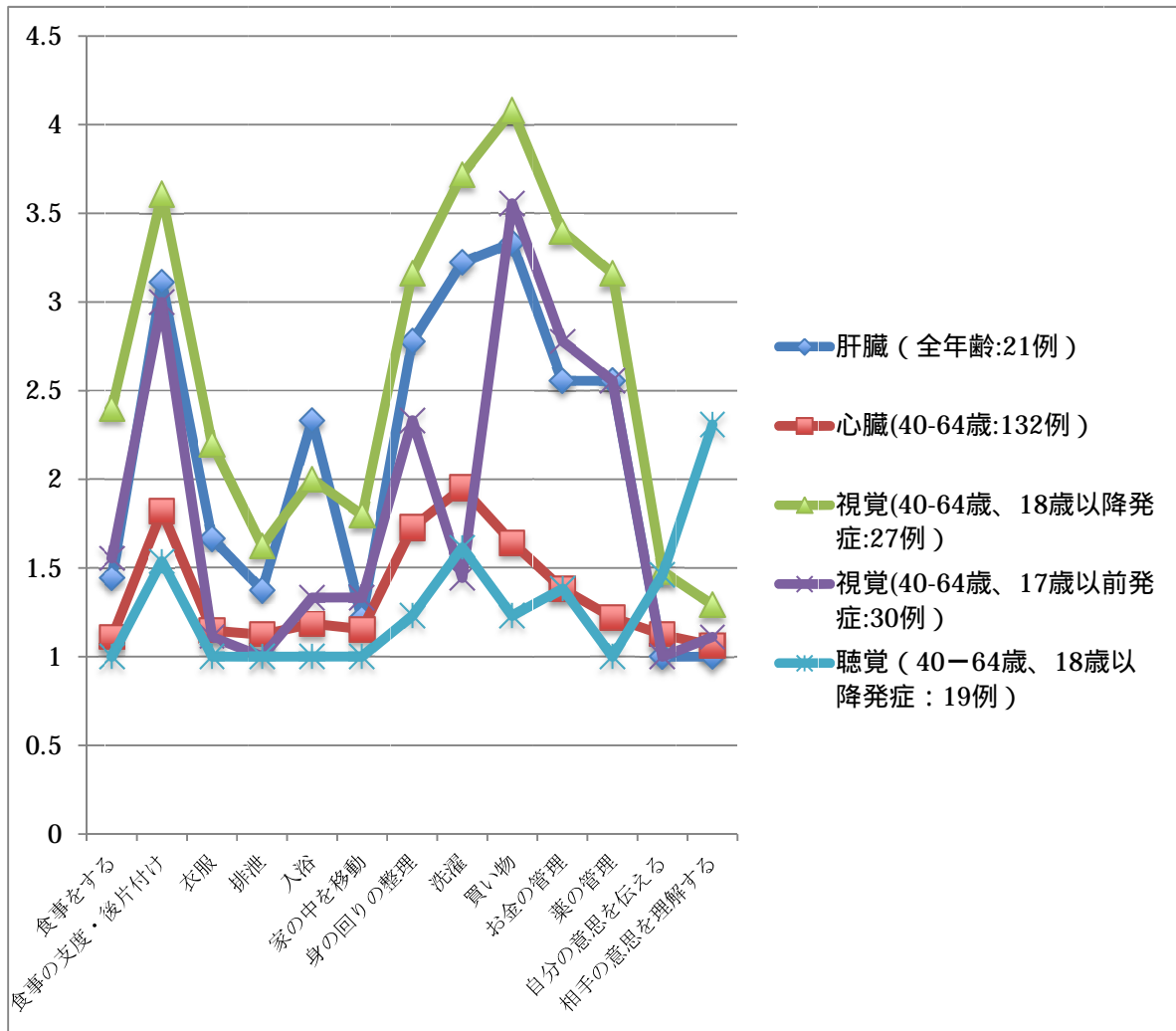


図10 障害種別(1級40-64歳群)とADL平均値(視覚障害、聴覚障害、肝臓機能障害、心臓機能障害)
(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

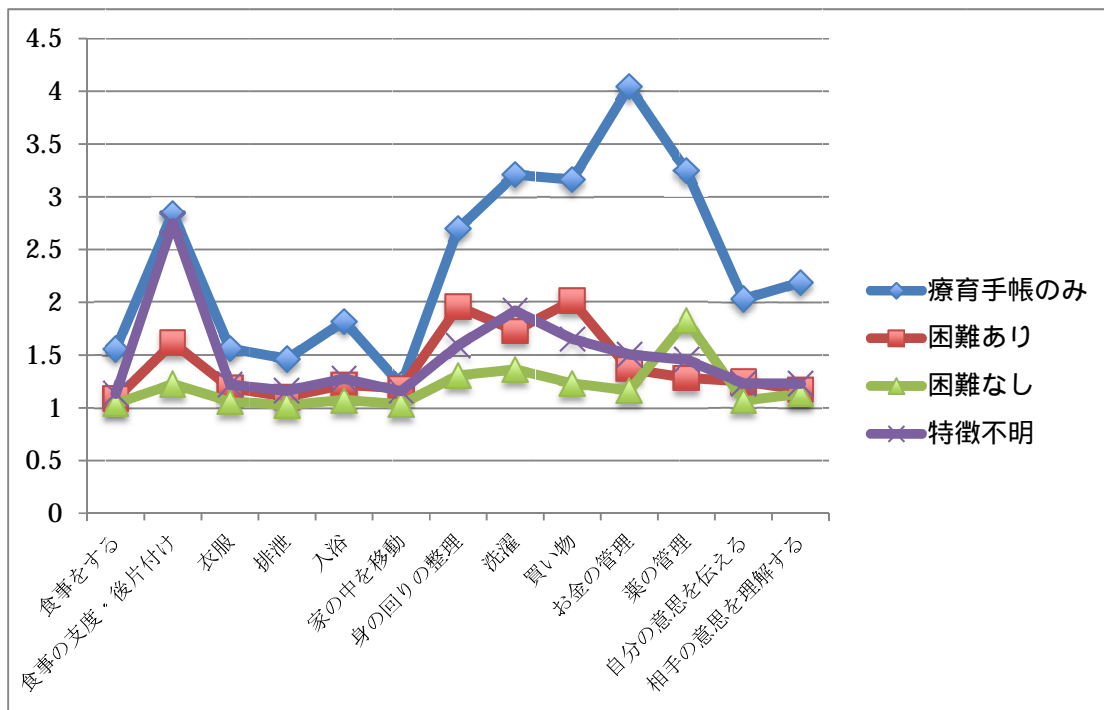


図11 ADL平均値(療育手帳所持者、過去6か月間に心身に具合の悪いところがあった群、なかった群、特徴不明群)

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

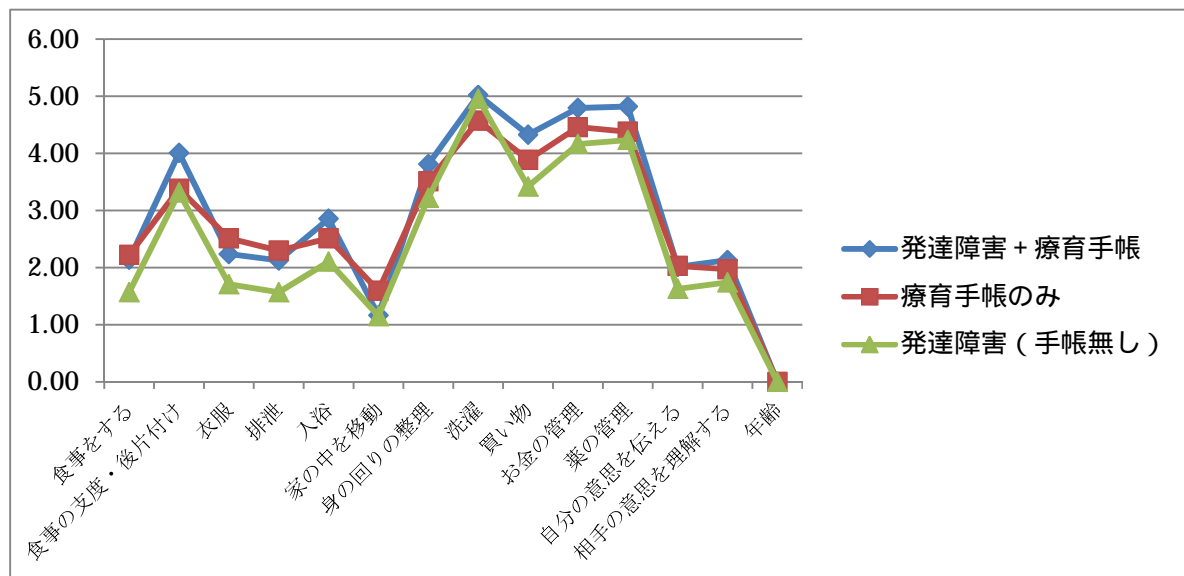


図12 療育手帳所持(1級)と発達障害の組み合わせとADL値(0-17歳)

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

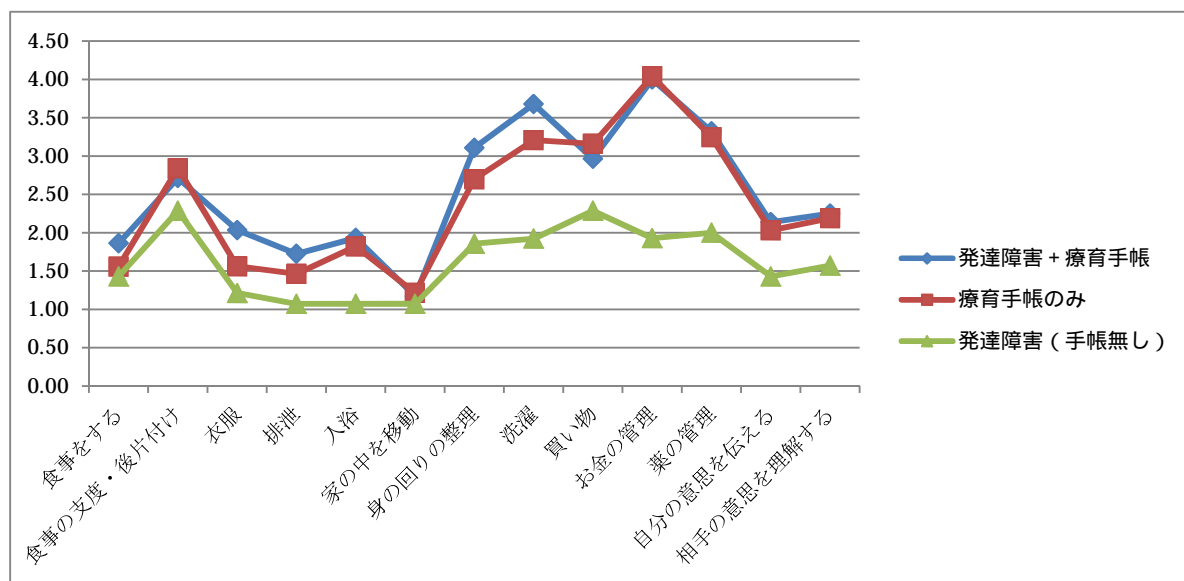


図13 療育手帳所持(1級)と発達障害の組み合わせとADL値(40-64歳)

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

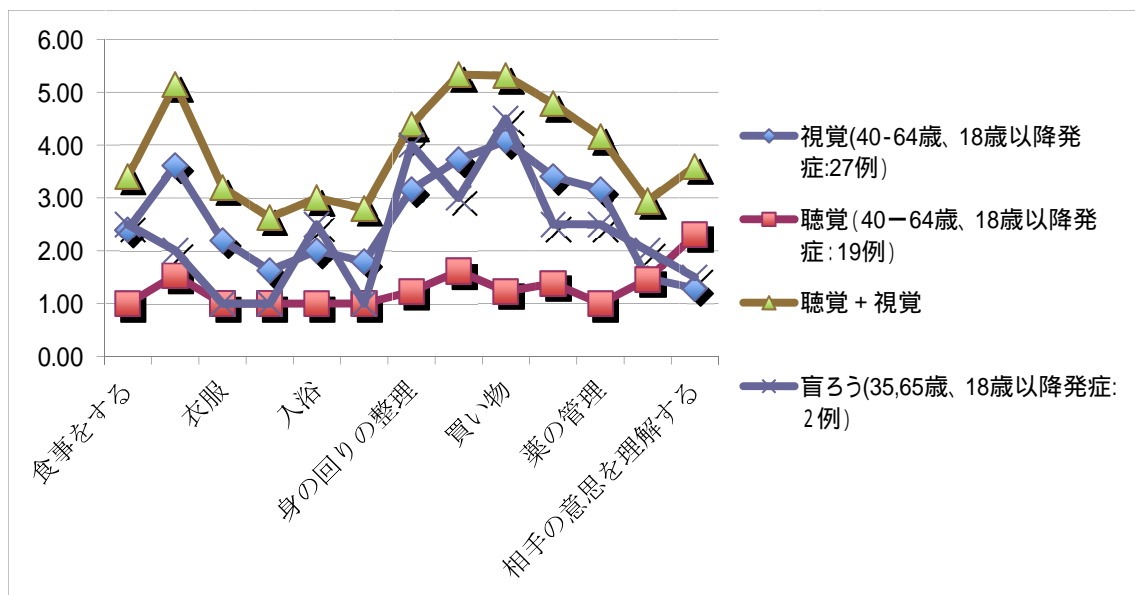


図 14 18歳以降に発症した視覚障害1級、聴覚障害2級、盲ろうのADL平均値。聴覚+視覚は聴覚障害2級と視覚障害1級のADL平均値の合計。

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

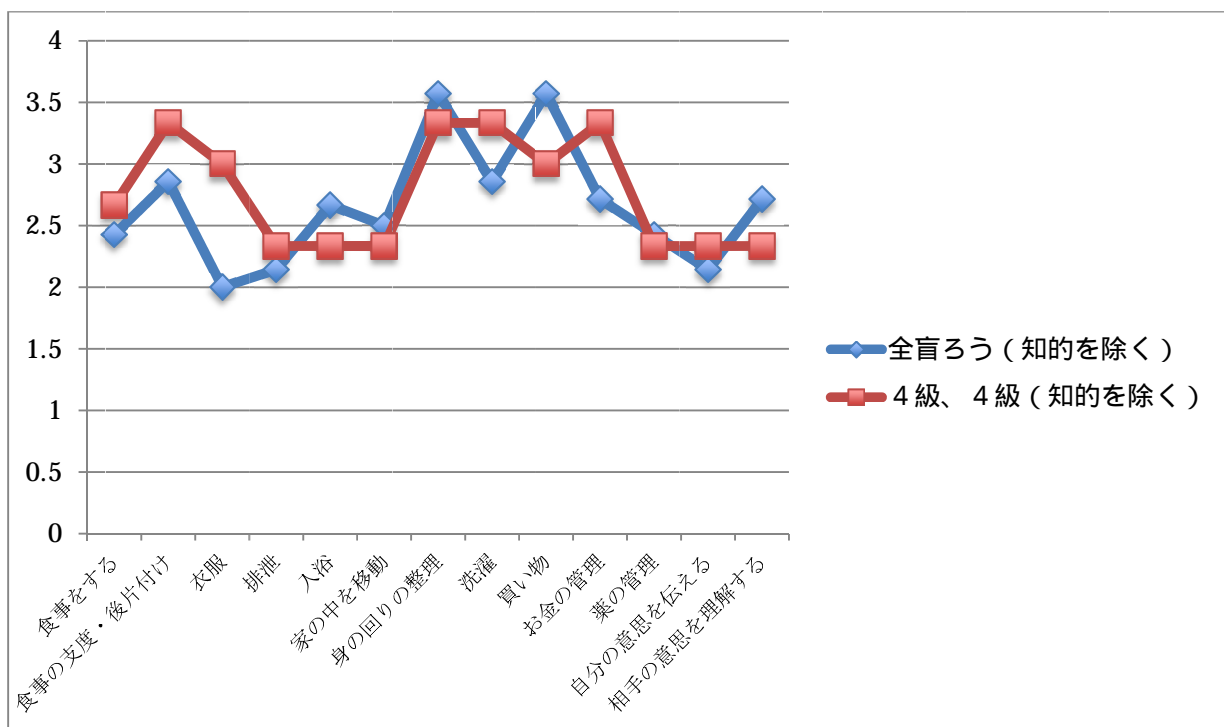


図 15 視覚障害1級、聴覚障害2級の盲ろう者は、視覚障害4級、聴覚障害4級の盲ろう者と比較してADLの自立度に大きな差はなかった。しかし、視覚障害4級、聴覚障害4級の盲ろう回答者は肢体不自由、内部障害の重複障害があり、ADLの自立が感覚障害だけの影響であるかどうかは不明であった。

(平成23年度「生活のしづらさなどに関する調査」(厚生労働省)データを使用)

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

厚生労働科学研究の成果の帰属とデータの提供等について
～関係法令等の適用関係の整理と考察～

研究協力者 榎農和久 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

研究要旨

障害関係のデータの蓄積と再利用を可能にするシステムを検討するに当たり、その前提として、各種研究において既に収集されたデータの帰属、及び、当該研究の研究者等が他の研究機関へ当該研究データを提供すること等について、現行の法令等の諸規定の適用関係について整理と考察を行った。具体的には、厚生労働科学研究について、その成果・調査データの帰属と研究データの提供等に関わる関係法令等の適用関係を整理し、現行の運用上の留意点を明らかにした。特に、他の研究機関へのデータを提供しようとする場合のインフォームド・コンセントに関する手続き規定について整理を行った。

A. 目的

障害関係のデータの蓄積と再利用を可能にするシステムを検討するに当たり、その前提として、障害関係の各種研究において既に収集されたデータの帰属、及び、当該研究の研究者等が他の研究機関へ当該研究データを提供することについて、どのような法令等が適用になるか、また、現行の法令等の諸規定の運用がどうなっているのかを明らかにすることが不可欠である。このため、本研究では、まず、厚生労働科学研究について、その成果の帰属と研究データの提供等に関わる関係法令等の適用関係を整理し、現行の運用上の留意点を明らかにする。

B. 方法

研究で収集するデータのうち、特にその取扱に慎重を期すべき個人情報等に関する関係法令等（個人情報の保護に関する法律¹⁾、関係する倫理指針²⁾

及びこれらの解釈を示すガイドライン³⁾、並びに厚生労働科学研究補助金公募要項⁴⁾を参照して、整理・考察を行った。

C. 結果

(1) 厚生労働科学研究における調査データの帰属
平成26年度厚生労働科学研究費補助金公募要項において、研究の成果について「研究の成果は、研究者等に帰属します。」と記載されている（同要項（7）その他 ア）。

研究対象者から収集する調査データについては、後述する倫理指針等において、研究者等が研究対象者から「取得」するとの位置づけであり、かつ、他の研究機関への当該データの移動については「提供する」あるいは「分譲する」といった用語が用いられており、当該データの帰属についても研究を実施する研究者等に帰属することが前提となっている。なお、当該データの利用については利用目的の範囲

内に限定されていることは言うまでもない。

(2) 個人情報保護法等と「研究」の関係

個人情報の保護に関する法律(以下「個人情報保護法」という。)第50条第1項は、大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が「学術研究の用に供する目的」で個人情報を取り扱う場合は、同法第15条から第49条規定は適用しない旨を定めている。一方で、同法第53条第3項は、こうした適用除外となる個人情報取扱事業者について「個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置、個人情報の取扱いに関する苦情の処理その他個人情報の適正な取扱いを確保するために必要な措置を自ら講じ、かつ、当該措置の内容を公表するよう努めなければならない」と規定している。文部科学省や厚生労働省において、研究に関する「倫理指針」が告示によって定められているが、これは、上述のように、個人情報保護法の一部規定の適用を受けない研究機関の長及び当該研究機関に所属する研究者等が自ら必要な措置を講じるに当たってのガイドラインを示したものである(人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイドンス(平成27年2月9日 文部科学省、厚生労働省)第6章第14の4を参照)。

(3) 倫理指針の現状

人を対象とする医学系研究については、これまで「疫学研究に関する倫理指針(平成19年文部科学省・厚生労働省告示第1号)及び「臨床研究に関する倫理指針」(平成20年厚生労働省告示第415号)により、その適正な実施が図られてきたが、近年の研究の多様化等に伴い、両指針の見直しが行われ、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号。以下「新指針」という。)として両指針が統合され、平成26年12月22日に交付されている。(平成27年4

月1日から施行。)

新指針においては、「人を対象とする医学系研究」について、「人(資料・情報を含む。)を対象として、傷病の成因(健康に関する様々な事象の頻度及び分布並びにそれらに影響を与える要因を含む。)及び病態の理解並びに傷病の予防方法並びに医療における診断方法及び治療方法の改善又は有効性の検証を通じて、国民の健康の保持増進又は患者の傷病からの回復若しくは生活の質の向上に資する知識を得ることを目的として実施される研究をいう。」と定義されている(新指針 第2 用語の定義)。この定義について、新指針の各規定の解釈や具体的な手続きの留意点等を説明した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイドンス」(平成27年2月9日 文部科学省・厚生労働省)において、「医学系研究には、例えば、医科学、臨床医学、公衆衛生学、予防医学、歯学、薬学、看護学、リハビリテーション学、検査学、医工学のほか、介護・福祉分野、食品衛生・栄養分野、労働安全衛生分野等で、個人の健康に関する情報を用いた疫学的手法による研究及び質的研究も含まれる。」とされている。したがって、障害福祉関係の研究についても、広く適用される指針となっている。以下、本研究の目的に沿って、新指針における関係規定について整理する。

(4) 他の研究機関へのデータ提供をしようとする場合のインフォームド・コンセント

新指針において、他の研究機関に既存試料・情報を提供しようとする場合のインフォームド・コンセントについて規定されている(新指針 第5章第12, 1の(3)参照。)

同規定では、

必ずしも文書によるインフォームド・コンセントを受ける必要はないが、既存試料・情報を提供する旨を含めた説明事項について口頭によるイ

ンフォームド・コンセントを受け、その同意の内容等に関する記録を作成することを原則としつつ、
 の процедуруを行うことが困難な場合の取扱いを定めている。具体的には、(ア)既存試料・情報が匿名化(連結不可能匿名化又は連結可能匿名化であって対応表を提供しない場合に限る。)されている場合、(イ)上記(ア)に該当しない場合には、あらかじめ研究対象者等に対し、「既存試料・情報の提供を行う機関外の者への提供を利用目的とする旨」「提供される個人情報等の項目」「提供の手段又は方法」「研究対象者等の求めに応じて、機関外の者への提供を停止する旨」等を通知し、又は公開している、といった一定の要件を満たしていることについて、倫理審査委員会の意見を聴いた上で、既存試料・情報の提供を行う機関の長の許可を得ている等の場合に限って、既存試料・情報の提供をすることができる旨を定めている。

(5) 他の研究機関からデータの提供を受けて研究を実施しようとする場合のインフォームド・コンセント

他の研究機関からデータの提供を受けて研究を実施しようとする側については、研究者等は必ずしもインフォームド・コンセントを受けることを要しないとされているが、当該研究に用いることについて提供を行う側によって上記(5)の手續きがとられていること等の確認をしなければならないとされている。さらに、匿名化されていない既存試料・情報を用いる場合には、当該研究の実施についての情報を公開し、研究の実施について研究対象者等が同意を撤回できる機会を保障しなければならないとしている(新指針 第5章第12,1の(4)参照。)

(6) いわゆるバンク・アーカイブに関する規定

新指針においては、試料・情報を収集し、他の研究機関に反復継続して研究用に提供する機関につ

いて、「試料・情報の収集・分譲を行う機関」として明確に位置づけをした上で、指針を適用することとしている。

D. 考察

本研究との関連で新指針の内容を見ると、旧指針と比較して、特に、インフォームド・コンセント等に関する手續き規定が整理されている。具体的には、研究対象者に生じる負担・リスクに応じて、文書又は口頭による説明・同意等についての手續きが順序立てて明確に整理されている。また、併せて、いわゆるバンク・アーカイブに関する規定が明確に位置づけられていること等を踏まえれば、研究における個人情報保護の要請と調査データの利活用の双方の観点からのバランスが図られているものと考えられる。

E. 結論(まとめ)

本研究では、厚生労働科学研究の成果の帰属とデータの提供等について、関係法令等の適用関係の基本的な整理を行った。今後、障害関係のデータの蓄積と再利用を可能にするシステムを検討していくに当たっては、対象とする障害関係データの種類やそれぞれの研究等との関係等について個別具体的な特性に応じて各種規定等の適用関係の詳細を十分に考慮しながら研究を進めていく必要がある。

F. 引用文献

- 1) 個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日法律第57号)
- 2) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金公募要項
- 3) 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号。)

4) 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針
ガイダンス（平成27年2月9日 文部科学省、
厚生労働省）

障害者の経済統計に関する整備状況について

研究分担者 我澤 賢之 国立障害者リハビリテーションセンター研究所

研究要旨

障害福祉施策の効果を予測・評価するうえで、障害者の収入、支出、就業状況のような経済的な状況を示すデータは極めて有用であり、こうした統計の整備は重要であると考えられる。本稿では、障害者の経済面の状況を示すデータについて、日本、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツの各国のデータ整備状況を概観した。また、それらのデータ整備によりどのような分析が可能となったかを調査した。アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツでは、個人と世帯の支出・所得に関する基礎的な経済データを含む社会・経済パネルデータ調査の設問に障害の有無・状況が持続的に設定されている。これらのパネルデータでは、同一人物・同一世帯が時間の経過とともにどのように経済状態・経済行動を変化させていくの分析が可能である。従って、政策の変更や障害の発生などがもたらす、任意の個人・世帯グループ（例えば障害者のいる世帯、特定の年次に障害が発生した人等）への影響を評価することができる。

また、消費支出に関する設問の新設・変更が日本を含むいくつかの国で行われている。消費支出は経済的な豊かさを示す指標として重要である。

日本においては対象として全世代をカバーし、消費支出、所得、障害の有無を凡て持続的に調査し続けているパネルデータ統計が十分整備されているとは言えない。今後の課題として、政策立案・評価の材料として有用な精確で豊富なデータを整備することのメリットと、それを得るための回答者・集計者の時間・労力コストのバランスを取った実用的な統計整備方法について検討することが考えられる。

A. 目的

障害福祉施策の効果を予測・評価するうえで、障害者の収入・支出・就業状況のような経済的な状況を示すデータは極めて重要である。例えば、障害者の生活の評価および障害福祉施策が国全体の経済的な豊かさ（経済厚生）に及ぼす影響をの測定に有効である。わが国でも、平成23年度に厚生労働省が実施した「生活のしづらさなどに関する調査」では、経済的な項目として、従来の「身体障害児・者実態調査」にもあった所得（収入）、就業（就業）に関

する設問に加え、支出に関する設問が設けられ、関心は高いと考えられる。

本稿では、障害者の経済面の状況を示すパネルデータについて、先進諸国の整備状況を概観するとともに、整備されたデータを活用して、どのような分析が行われているかについて事例を挙げて示す。パネルデータは、様々な世帯・個人の状況を時系列で記録したデータであり、障害者あるいは国民の経済的な状況が政策変更等のイベント発生の前後でどのように変化したかを評価することができる点で

優れている。その際、集計されたマクロのデータだけでなく、世帯あるいは個人単位で参照可能なデータが利用可能であれば、より精確な分析が可能となる。

B. 方法

検索エンジンGoogleで、panel data (パネルデータ) と disability (障害) をキーワードに検索した結果から、先進諸国における経済指標と障害指標を含んだパネルデータのうち、日本以外については、消費支出額の調査について一部の項目のみ調査している事例 (アメリカ、2011年次以降のドイツ)、包括的に消費支出額を把握しようとしている国 (イギリス)、消費支出総額を推定できるよう選ばれた一部項目について設問を設けている国 (オーストラリア、2010年次のドイツ) を調査対象とした。

日本における世帯・個人を対象としたパネルデータ整備は十分でないことから、パネルデータ2件「日本家計パネル調査」「中高年者縦断調査・21世紀新成人縦断調査」の他に、障害者を対象とした調査として「国民生活基礎調査」「生活のしづらさなどに関する調査」を主な対象とした。

着目した経済指標は、下記の4つとした。

- ・消費支出
- ・所得
- ・資産
- ・就業状況

消費支出は経済的な厚生水準に直接的にかかわる。ある一年間の厚生水準は、当該期間の消費支出、所得の水準によって測ることができると考えられる。

所得は消費よりも、厚生水準を規定するうえで優れていると考えられる。というのも、消費は実際の現在生活水準を特徴づけるのに対し、所得はそれが発生した時点以降の消費を高める潜在的な可能性を示すものだからである (Headey [2])。

資産もまた当該期間以降の消費を高める要因と考えられる。就業状況は勤労所得を得るうえでの一つの大きな要因でもあると考えられる。

対象としたパネルデータ (日本ではそれ以外も含める) について、各国における障害者にかかる経済統計の整備状況を整理し、その統計を踏まえて行われた研究の事例を探索した。さらに、どのような統計データを整備することでどのような分析が可能となるか、また整備に当たって考えられる課題について考察した。

C. 結果

各国の統計およびそれを用いた研究事例の状況は下記の通りである。

C-1 日本

日本における世帯・個人を対象としたパネルデータ整備の状況については、野村総合研究所の「日本におけるパネルデータの整備に関する調査報告書」[1]にまとめられている。ここでは、個人・世帯の支出・所得ならびに障害もしくは介護について扱っている統計について採りあげる。ただし、障害について扱っているパネルデータ調査は少なく、また扱っている場合も一部の年次のみ限定されていることもあり、パネルデータによるものを2件、そうでないものを2件とりあげる。

(1) 日本家計パネル調査

日本における世帯・個人について持続的に経済データを記録したパネルデータとして慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センターによる日本家計パネル調査がある¹。これは平成21年を第1回とし年1回継続的な調査が実施されているもので、平成16

¹ 以下の内容は、慶應義塾大学 パネルデータ設計・解析センターウェブサイトの公開データのページおよび第5年度 (平成25年1月31日現在で実施) 調査票による。 <http://www.pdrc.keio.ac.jp/open/>

年から実施されている慶應義塾家計パネル調査と相互利用が可能となるよう設計されている。第5年次である平成25年調査では有効回答数2,581（完了数。うち前回完了分のみの有効回答数は2,573）であった。

同統計には、世帯の消費支出（食料費、保健医療費等内訳と合計のそれぞれを回答）、所得（世帯の総所得、可処分所得および、世帯主、その配偶者、その他の家族合計それぞれの、勤労所得、年金所得等）、世帯の貯蓄、回答者の就業状況（仕事の有無、仕事の内容、勤め先の経営組織、勤め先での職位、常勤の職員・従業員、パート、派遣職員等）の各データが揃っている。

この調査では「介護・障害についておうかがいします。」とする質問群が設けられている（慶應義塾家計パネル調査にはみられず、日本家計パネル調査で加わった）。現在、調査票が公開されている第1年度（2009年）から第5年度（2013年）に共通の設問としては、家族のなかの介護を要する人の有無、いる場合（複数人いる場合は最も介護度の重い人について）は同居・施設入所などの別、回答者との続柄、介護保険上の要介護度についての設問がある。ただし、障害そのものに関する設問は初期年次にしかみられず継続した調査は確認できなかった。具体的には、家族のなかの障害者手帳や療育手帳持つの有無（第1～2年次）があった。また介護に関して第1年次においては既出の設問に加え、介護保険によるサービス利用の有無、介護を必要とする人に対し事業者以外で主に介護を行っているのは誰かについての設問があった。

（2）中高年者縦断調査・21世紀新成人縦断調査

日本における世帯・個人について持続的に経済データを記録したパネルデータのうち行政機関により実施された公的なものとして、厚生労働省の中高年者縦断調査、21世紀新成人縦断調査がある。前者

は平成17年10月末現在で50～59歳であった全国の男女を対象とする。後者の21世紀新成人縦断調査は、2つの世代を対象とする。一つは平成14年10月末時点で原則として20～34歳であった男女（及びその配偶者）を対象として平成14年度に開始され、もう一つは平成24年10月末時点で20～29歳であった全国（福島県の一部地域を除く）の男女（及びその配偶者）を対象として平成24年度より開始された²。標本数は有効回答ベースで、中高年者縦断調査が23,722件（平成25年次）、21世紀新成人縦断調査が平成14年度新成人を対象としたものが同じく14,671（配偶者票を除くと10,906）、平成24年度新成人を対象としたものが32,060（配偶者票を除くと31,122）（ともに平成24年次）であった。中高年者縦断調査と21世紀新成人縦断調査の間の世代と中高年者縦断調査対象世代より上の世代について空白はみられるものの、標本の絶対数は日本家計パネル調査よりも大きい。

これらの2つの統計は、世帯の消費支出、所得（調査対象世代の人とその配偶者それぞれの所得）、回答者の就業状況（仕事の有無、仕事の内容、勤め先の従業者数等）には各データが揃っている。ただし、21世紀新成人縦断調査では、原則調査対象世代の人とその同居配偶者の合計支出額を回答し、他の家族と同居してその人たちの支出と切り分けができない場合は世帯の支出額を回答した。

これらの調査には、障害そのものに関する設問は含まれていないが、同居家族の中に介護を要する人の有無についての設問があり、また中高年者縦断調査では世帯の構成家族個々についての介護の要否、回答者による1週間の平均介護時間についての設問が含まれている。

（3）国民生活基礎調査

² ただし、24年新成人、24年新成人両調査とも、25年次からは配偶者票が廃止されている。

パネルデータではないものの定期的に取りられている行政機関による統計としては国民生活基礎調査がある。この統計では「障害者」という個人属性はないもののやや近いと思われる「手助け見守りを必要とする」という属性がある。

同調査は5種類の調査票で構成されている。そのうち世帯票・所得票は毎年使用されるが、健康票・介護票・貯蓄票については3年に一度の大規模調査でのみ使用される。平成22年実施調査は結果が公表されている最新の大規模調査である。当該年データについて、下記に挙げる経済項目にかかる世帯票・所得票・貯蓄票のすべてが集計できた客対数は26,115世帯であった³。

同統計は、消費支出(家計支出額から仕送り額などの調整を行うことで得られる)、所得(総所得、可処分所得、勤労所得、年金所得等)、貯蓄、就業状況(仕事の有無、勤めか自営かの別、勤め先での呼称(正規の職員・従業員、パート、派遣職員等))の各データが揃っている。ただし、「手助けや見守りを要する者とは、在宅の6歳以上の世帯員であって、歩行・移動、着替え、洗面、食事、排せつ、入浴等に際して何らかの手助けや見守りを必要とする者や、意思疎通が困難な者、介護保険法による「要介護」「要支援」の認定を受けている者などをいう。」と定義はされているものの、障害者の概念と必ずしも一致するわけではない⁴。一方、日本家計パネル調査と比較すると「手助けや見守りを必要とする人」のは必ずしも介護を要さない人も含んでおり、併せて要介護認定の有無についても問うている。例えば、直近の大規模調査年である平成25年における世帯票 II 世帯員の状況の補問9-1の回答選択肢には

「何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる」人が設定された。また、世帯構成員の個々人について「見守りや手助け」の要否を回答する点で、日本家計パネル調査の設問より詳細であると言える。ただし、要介護度そのものについては毎年調査が実施される日本家計パネル調査と異なり、3年に一度の大規模調査時のみ調査(介護票による)されている。

(4) 生活のしづらさなどに関する調査

従来、5年に1度実施されていた「身体障害児・者実態調査」の開催年度にあたる平成23年度、当該調査は調査票を大がかりに改定したうえで「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)」として実施された。対象は、全国約4,500の国勢調査の調査区に居住する在宅の障害児・者等(障害者手帳所持者又は障害者手帳は非所持であるが、長引く病気やけが等により生活のしづらさがある者)であり、手帳非所持者であっても自立支援給付等を受けている人も対象とした。推定母集団の人数は644.1万人(障害者手帳所持者479.2万人 + 手帳非所持者で自立支援給付等を受けている者32.0万人 + 手帳非所持者で自立支援給付等を受けていない者132.9万人)⁵で、調査対象者数27,208人、実際に調査票を配布できた部数24,154人、回収数16,534人、有効回答は14,243人であった⁵。経済的な項目として、従来の「身体障害児・者実態調査」にもあった所得(収入)、就業(就業)に関する設問に加え、支出に関する設問があった。ただし、収入項目が総所得、純所得のいずれを指すのか調査票に明記されていないなど、正確な回答を得るためには改善の余地があると考えられる。

³ 厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査の概況調査の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/gaiyo.html>

⁴ 厚生労働省「国民生活基礎調査」用語の解説より。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-02.pdf>

⁵ 厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部 [3]。

(5) その他の厚生労働統計

所得に関して、障害者雇用実態調査のなかに一般就業している身体障害者、知的障害者、精神障害者に支給されている賃金のデータがある。

就業状況について、身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査(厚生労働省)で身体障害者、知的障害者、精神障害者の就業者数・不就業者数が当該者の属性としては障害種別、程度(重度・非重度)、就業経験の別に、就業先については業種、就業形態の別に分けてデータが取られている。

(6) 特定地域を対象とした調査

障害者生活実態調査研究会(主任研究者:国立社会保障・人口問題研究所 勝又幸子)が行った「第1回障害者生活実態調査」(2005年。対象地域:稲城市)および「第2回障害者生活実態調査」(2006年。対象地域:富士市)において、消費支出(細目として、障害にかかわる支出項目を含む)、所得、就業の有無等について記録されている(土屋 [4])。

(6) 研究

身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査(厚生労働省)の実施を踏まえた障害者白書[5]で指摘されたように、2003年における身体障害者、知的障害者、精神障害者の就業率は健常者に比べ著しく低く(ただし20代前半の知的障害者については64.2%と健常者の数値70.0%と大差ない)、特に精神障害者については全年齢に渡って就業率30%未満(35歳以上では20%未満)であるとの結果が得られている。また毎月勤労統計調査(2011年)、障害者雇用実態調査(2008年)に基づく障害者白書の比較によれば、一般就業で雇用されている身体障害者の賃金は健常者にくらべ若干低いながら大差ないのに対し、知的障害者、精神障害者は健常者の半額程度となっている。

なお介護を対象としたパネルデータを活用した

研究としては、日本家計パネル調査を用いた在宅介護が離職に与える影響についての分析(大津[6])、世帯所得と居宅介護サービス利用率との関連についての分析(相原、川副[7])等がある。また国民生活基礎調査を活用したものとしては、介護保険制度が女性の労働市場の参入に与えた影響の分析(Sugawara and Nakamura[8])がある。

C-2 アメリカ

(1) データ

1968年、世界で最初の社会的・経済的統計のパネルデータであるThe Panel Study of Income Dynamics (PSID)の構築がアメリカで開始された⁶。1981年より、世帯主について障害の有無について問う設問が追加された。ここでは、身体・精神の状態が鐘楼上の制限をもたらすことをもって障害がある基準としていた。

その後、障害に関する設問が拡張され、就業以外の日常生活での制限等をも含めたものも対象とすることとなった。2009年より追加された質問セット Disability and Use of Time (DUST)においては、ACS Disability Questionsのセクション(6問)で Washington Group on Disability Statistics (WG)により推奨されている Short Set of Questions on Disability とほぼ同等の内容のものが用いられた。ただし、障害に関する設問の回答対象は世帯主およびその配偶者のみであり、家族の成員全員を対象としているわけではない。

PSIDは、1997年までは毎年以降は2年に一度、更新されている。最新の調査は2013年次のもので、現在2011年次調査まで結果が出ている。2011年次調査では、家族の標本数が8,907、個人の標本数が24,661である。

⁶ 以下の記述は、PSIDのウェブサイト (<http://psidonline.isr.umich.edu/>) および Burkhauser et al. [9]による。

世帯については、住居の状況、世帯主の国籍等の属性、消費支出（家事、食費、家の維持費、レクリエーションなど）、所得（世帯の純所得等）、の金額が記録されている。所得に関しては、家計の消費支出合計を問う設問は用意されていない⁷。

個人については、国籍、学歴、年齢、就業状況（就業しているかどうか、就業先の種別）、所得（税引前所得）、資産（預金・金融資産・そのほかの資産/各種負債）といった経済的状況、障害の状況（障害にかかる困難の状況（WGのShort Setと同等の設問）、障害給付の有無等）といったデータが記録されている。

（2）研究

DUST導入前の2003年のPSIDデータに基づく研究ではあるが、Burkhauser et al. [9] では25歳から61歳までの世帯主を対象に、世帯主もしくはその配偶者に障害のある世帯とない世帯の間の世帯所得に比較をおこなった（世帯標本数の調整を行ったうえで中央値の比較）。障害ある世帯の所得水準が年間27,365ドルであるのに対し、障害のない世帯では39,302ドルとなり前者に対する後者の比率はおおよそ1.4倍であった。

C-3 イギリス

（1）データ

イギリスでは、UK Household Longitudinal Survey（UKHLS）という、個人および世帯についての社会的・経済的状況にかかるパネルデータが

⁷ これは消費の大きさを回答する際、回答者が日記記録を取ることに負担を考慮し対象消費項目数を限定していると考えられる。食費など得られている一部の支出額のデータと、他の統計による消費の構成比率のデータをもとに消費支出総額を推定する方法をとることは考えられるものの、C-4で触れる Browning et al. [13] の方法ほど精密な推計を行うにはデータ制約上限界がある。

整備されている⁸。統計が開始されたのは2009年と年数が比較的短いものの、構築に当たって1991年より整備されていた the British Household Panel Survey（BHPS）のデータを取り込んだ。この統計がターゲットとする世帯の標本数は40,000、個人の標本数は100,000と大規模のパネルデータであり、このことは障害者など小規模なサブグループについての統計処理を行ううえで、分析方法の選択肢の数を広げていると考えられる。

用いられる設問は調査の回（Wave）によって異なる。障害については、Wave 2（2011年）および3（2012年）で disability module による比較的詳細な設問が含まれた。他の分野で設問によっては Wave 1（2009年）、Wave3では含まれたものの、Wave 2 には含まれなかったものもある。

データの範囲は、生年、性別、生誕地、イギリスに由来する年等の属性、生育歴、障害の状況（12ヶ月以上継続している疾病・障害の有無、障害の種別、事柄別の制限の状況等）、消費支出、所得、就業状況、資産（貯蓄等）などの情報を含んでいる。支出に関しては、UKHLSでは、住宅費、光熱費、その他凡て、の3種目に分けて支出額を問うており、それらを合算することで総支出額を得ることができるようになっている。

（2）研究

UKHLS構築以前のBHPSのデータを用いた研究として、Burvcardt [12]では障害があることによる経済的なリスクについて分析した。世帯の所得について、障害者のいる世帯の週間所得が平均6ポンド増加しているのに対し、成員の誰かに障害が生じた世帯は平均12ポンド減少するとの結果を示した。

⁸ 以下Buck [10]、McFall [11] および Understanding Society ウェブサイト（<https://www.understandingsociety.ac.uk/>）上に掲載されているされた調査の設問など UKHLS関係の各種資料を参考にしている。

また、その世帯の成員の構成(単独世帯か配偶者のいる世帯か、成員の就業状況)により所得の影響は異なることが指摘された。例えば、配偶者のいる世帯でそのどちらも就業していない世帯の成員に障害が発生した場合、所得は16ポンド増加した。

個人と世帯とを結びつけたパネルデータを整備していることにより、こうした同一人物およびその個人の属する世帯の状況についての異時点間比較が可能となった。

C-4 オーストラリア

(1) データ

オーストラリアでは、2001年次より The Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey が構築されている⁹。標本数は開始時点で世帯7,682、個人19,914。これに2011年のWave 11の時点で世帯2,153、個人5,477の追加が行われた。

データの範囲は、生年、性別、世帯成員の英語能力(初年次のみ)などの属性、障害の状況(長期疾病・障害の有無、障害種別(2003年以降)、障害が前年に発生したか等)、消費支出、所得(勤労所得、政府からの支給等)、就業状況(先週働いたか、就労時間、業種等)、資産(家の価値、金融資産、事業資産、自動車等)を含んでいる。

HILDAの特徴のひとつは、消費支出額の項目の立て方にある¹⁰。アメリカのPSIDでは消費支出の調査項目がいくつか絞られている。しかし、この方法では消費支出の総額をそのままでは利用できず、

⁹ 以下の内容は、Summerfield [15] およびメルボルン大学ウェブサイト HILDA Survey ホームページ <http://www.melbourneinstitute.com/hilda/> の記載による。

¹⁰ 以下の消費支出に関する議論は、Marcus [13] を参考にしている。ただしイギリスに関する記載がBHPSに依拠されていたのをUKHLSの設問内容を踏まえて書き改めている。

また得られたデータを元に総額の推計を行うにも比較的大きな誤差が生じる可能性がある。イギリスのUKHLSでは、消費支出額の項目立てのなかに「その他凡て」を加えることで消費支出総額を算出できるようにしている。これに対し、HILDAでは消費支出総額を推定することを想定して設問に含む消費項目を選択している。ここでは、回答者が消費支出総額の算出に掛かる詳細な消費日記を記録する方法に代わりに、Browning et al. [14] により提示された消費支出総額の近似計算を可能とする消費項目のサブセット(4項目)のうちさらに絞られた2項目(家での食料費、外食費)からなる設問モジュールが用いられている¹¹。

(2) 研究

Headey et al. [16] ではHILDAのデータを用いて貧困と考えられる障害者の比率についての評価をおこなっている。ここでの貧困の指標としては(i)所得水準が経済全体の中位値の60%未満、(ii)消費水準が経済全体の中位値の60%未満などの項目がたてられている。2005~2007年のデータについて単純に貧困の基準に該当する比率を算出すると、(i)の所得水準の基準については該当期間の障害者の標本中19.9%が相当、(ii)の消費水準については同じく15.9%が相当した。また、この3年間のうち、一年だけでも貧困の基準に該当した障害者の比率は(i)で30.2%(3年間凡てで該当したのは10.6%)、(ii)で24.5%(同じく7.8%)であった。

またMavromaras [17] では障害者の就業率に関して、障害種別、性別別の算出を行っている。

C-5 ドイツ

(1) データ

ドイツでは、the German Socio Economic Panel

¹¹ 家での食料費については、併せて酒類を除いた金額も問うている。

(G-SOEPあるいはGSOEP)という、個人および世帯についての社会的・経済的状况にかかるパネルデータが整備されている。データの記録が開始された1984年以降毎年データを追加更新されている。1984年当時の調査対象者は西ドイツ(当時)地域のみであったのが、その後旧東ドイツ地域の標本の追加(1990年)、1984年以降の移入者の標本追加(1994年)のほか、リフレッシュのための標本追加(1998年)など調査対象者の更新を行っている。2012年時点の世帯の標本数は約11,000、2004年時点の個人の標本数は約22,000である¹²。

世帯については、住居の状況、世帯主の国籍等の属性、世帯の純所得、食費、光熱費・家賃支払などの支出項目の金額が記録されている。このうち、支出についての項目は2010年次の調査に追加されたものである¹³。ここでは、オーストラリアのHILDA同様 Browning et al. [14] の考え方に基づいた設問を含む多くの消費項目についての設問が設けられていた。ただし2011年次以降は光熱費など一部の消費支出項目に減らされている。

個人については、年齢、教育等の属性、障害に関する状況(障害の有無、障害の程度が何パーセントであるかなど)、就業状況、職業訓練必要性の状況、就業先の従業員規模、職業形態・業種、就業時間(契約週間就業時間/実週間就業時間、残業時間)、所得(労働総所得/純所得)、個人資産といった経済的状况が記録されている。

(2) 研究

G-SOEPの1984～2001のデータを用いて Lechner and Vazquez-Alvarez [19] では、所得水

¹² 世帯の標本数については <http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/GSOEP.aspx> による。個人の標本数および以下の記述は Haisken-DeNew and Frick [18] による。

¹³ Marcus et al. [13]。

準、就業率について分析されている。この研究では、対象を下記の通りとしている。

- ・年齢が17～60歳
- ・旧西ドイツ地域在住の人(旧東ドイツ地域の人、1989年以前のデータがないため)
- ・障害の程度が90%未満の人(障害の程度が90%以上の人についてはほとんどの場合一般就業はなく、障害施設での作業であることからこの分析の対象からは外している)

また、障害の程度が0～29%の人を健常者、30～89%の人を障害者として分析を行っている。なお、この基準による、標本中障害者の比率は各年とも5.4～6.6%であった。

まず、所得については、障害者の平均可処分所得額(所得額から直接税額などを差し引いたもの)は健常者に比べ若干低いものの大差ない結果であった。1984年の平均可処分所得が健常者で28,600ユーロ、障害者で28,400ユーロ、2001年はそれぞれ、41,600ユーロ、40,300ユーロであった。労働所得については、1984年の平均労働所得が健常者27,300ユーロ、障害者27,400ユーロ、2001年はそれぞれ、43,800ユーロ、34,600ユーロであった。なお、労働所得を得ている人のみを対象に平均労働所得を算出すると、1984年(健常者38,700ユーロ、障害者42,400ユーロ)から1999年(同じく、50,100ユーロ、51,800ユーロ)までは障害者のほうが高い数値を示した。2001年の数値では健常者(52,500ユーロ)のほうが障害者(50,300ユーロ)より高い数字を示しているものの全期間で見ると障害者のほうが平均所得の高い年が多かったといえる。

次に、就業率については、1984年には障害者の就業率は59.3%と健常者の68.3%とおおむね10%ポイント程度の差であった。その後障害者の就業率がほぼ横ばいであるのに対し、健常者の就業率が77.7%(2001年)と大幅に伸び、就業率の差が拡大していることが示された。

しかし、その一方で、ある年に障害が発生した人について、障害発生の前年と発生の次の年の間で所得が低下した人の割合（世帯の可処分所得で43.3%、労働所得で42.2%）¹⁴は、当該3年間の間を通じて健常者であった人の所得が低下する割合（世帯の可処分所得で38.9%、労働所得で29.6%）に比べ高いことが示されている。また就業率についても、ある3年間について新たに就業した人、就業を維持した人の割合は、障害が発生した人に比べ、健常者であり続けた人のほうが高かった（表1）。

表1 就業状況の変化の比較（旧西ドイツ区域，1984～2001）

	ある3年間において 1年目 健常者 2年目 障害者 3年目 障害者 であった人	ある3年間においてずっと健常者であった人
就業 非就業	14.5%	6.1%
就業 就業	57.6%	69.8%
非就業 非就業	23.9%	16.5%
業		
非就業 就業	4.1%	7.7%

Lechner and Vazquez-Alvarez [19], p.27 Table 7より作成。

この分析でも、G-SOEPが個人単位の情報を継続して記録しているパネルデータであることの特性を活かした分析が行われている。

D. 考察

各国で、障害者のみに焦点を置いていない、個人と世帯を結びつけた社会・経済統計のパネルデータ

¹⁴ 言い換えればここでは、データ期間中のある3年間において、「1年目：健常者」-「2年目：障害者」-「3年目：障害者」という属性を持つ人について、1年目と3年目の所得等の変化をみている。

の構築が行われており、中でも今回採り上げた、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツなどの諸国では、そうした統計のなかで障害の有無にかかる設問を加えることで、障害者を区分けしての分析を行うことが可能となっている。

日本においては現在このような個人・世帯を識別し経時的にデータを記録していくような統計調査でかつ持続的に個人あるいは世帯の支出・収入と障害の有無等に関する設問を設定し続けている統計は十分に整備されていないが、このような統計を整備することで、ある政策変更の効果や障害の発生などが「国民全体」「障害者（のいる世帯）」などの集計されたレベルでなく個人・世帯レベルの経済状況や行動にどのように影響するのかを分析することが可能になる。また同一統計のなかで障害者と健常者、あるいは障害者のいる世帯ととの間の比較が行えるため、障害者・健常者のそれぞれについて別の統計を参照することによるデータの細かな定義や調査方法の違いによるバイアスの影響を回避することができる。

障害の有無に関する設問の状況は国により異なる。そのなかでアメリカの PSID のように WG の Short Set のようなある種の世界標準と考えられる設問を採用している事例も見られる。ただし、質問対象が対象世帯の全成員ではなく、世帯主とその配偶者に限定されている。国際的に共通の設問を採用するようになれば、障害者の経済状況の国際比較もより適切に行うことが可能になると考えられる。

経済にかかる諸項目のなかで、豊かさを測る指標に関連し、以前から多くの国で整備されていた所得に関する情報に加え、近年消費支出に関する情報も整備が進みつつある。特に最近では消費支出総額の算出を可能とする設問の新設・変更がいくつかの国でおこなわれている。その方式としては大別して2つの方法が採用されており、日本の日本家計パネル調

査、中高年者縦断調査、21世紀新成人縦断調査、国民生活基礎調査、生活のしづらさなどに関する調査やイギリスのUKHLSのように消費総額を直接的に問う方法(消費項目のなかに「その他凡ての消費支出」を折り込む方法を含む)を採用している国と、オーストラリアのHILDA、ドイツのG-SOEP(2010年次)のようにBrowning et al. [14]に基づき家での食料費、外食費、通信費、光熱費を設問に折り込むことで直接的な消費項目の数を絞りつつ総額の推定を可能にしている国とに分かれる¹⁵。前者では、回答者が正確な値を記入するためには日々細かな消費記録を大量に取る必要があり、それができない場合は回答が大雑把な値になってしまう恐れがあると考えられる。

こうした統計の整備は、政策の事後評価あるいは事前の効果予測を行ううえで、有用であると考えられる。その一方で、調査内容の充実化は回答負担の増大をもたらす可能性があることは注意を要する。特にパネルデータを記録する場合は、回答者となっている世帯の成員に継続的に回答負担を求めることになる。本稿では触れなかったが、各統計の調査方法の研究も重要であると考えられる。

E. 結果

本稿では、障害者の経済面の状況を示すデータについて日本、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツの各国のデータ整備状況を概観し、またそうしたデータにより行われた分析例を示した。アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツでは、個人・世帯を結びつけた、社会・経済パネルデータを整備

し、設問項目のなかには障害の有無・状況や基礎的な経済データなどが含まれた。これらの国では、同一人物・同一世帯が時間の経過とともにどのように経済状態・経済行動を変化させていくの分析が可能であった。従って、政策の変更や障害の発生などもたらず、任意の個人・世帯グループ(例えば障害者のいる世帯、特定の年次に障害が発生した人等)への影響を評価することができる。

また、近年の各国の統計整備において、消費支出に関する設問の新設・変更が日本を含むいくつかの国で行われている。消費支出は経済的な豊かさを示す指標として重要な項目であり、こうした設問の整備は重要だと考えられる。

日本においては対象として全世代をカバーし、消費支出、所得、障害の有無を凡て持続的に調査し続けているパネルデータ統計が十分整備されているとは言えない。今後の課題として、日本における政策立案・評価の材料として有用な正確で豊富なデータを整備することの利益を示し、回答者・集計者の時間・労力コストのバランスを取った実用的な統計整備方法について検討することが考えられる。

F. 研究発表

なし

G. 引用文献

1) 株式会社 野村総研研究所, 日本におけるパネルデータの整備に関する調査報告書, 2012.

http://www5.cao.go.jp/statistics/nenpou/chousa/chousa_1203/chousa_1203-1.pdf

2) Headey, B., Poverty is low consumption and low wealth, not just low income. *Social Indicators Research*, 89(1), 2008, 23-39.

3) 厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部, 平成

¹⁵ 日本家計パネル調査では消費支出の総額だけでなく内訳を併せて問うており、そのなかにはBrowning et al. [14]の各消費項目も含まれている。また、G-SOEPの2010年次設問では、消費支出総額こそ設問にないものの、衣料、健康、教育や「その他」を含む多くの消費項目を併せて回答するようになっている。

- 2 3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)結果,厚生労働省,2013.
- 4) 土屋葉,「障害者の自立支援に向けた生活実態把握の重要性—「障害者生活実態調査」の結果から—」,季刊社会保障研究 44(2),196-211,2008.
- 5) 内閣府,平成25年度版 障害者白書,内閣府,2013.
- 6) 大津唯.在宅介護が離職に与える影響についての分析,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター ディスカッションペーパー,DP-2012-013,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター,2013.
<http://www.pdrc.keio.ac.jp/DP2012-013.pdf>
- 7) 相原洋子,川副延生.世帯所得と居宅介護サービス利用率との関連,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター ディスカッションペーパー,DP2014-004,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター,2015.
<http://www.pdrc.keio.ac.jp/DP2014-004.pdf>
- 8) Sugawara, S., Nakamura, J.. Can formal elderly care stimulate female labor supply? The Japanese experience. *Journal of The Japanese & International Economies*, 34, p.98-115, 2014
- 9) Burkhauser, R., R. Weathers, M. Schroeder, A Guide to Disability Statistics from the Panel Study of Income Dynamics, Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics Disability Statistics User Guide Series, Cornell University, 2006.
- 10) Buck, N. et al., UK Household Longitudinal Study (UKHLS): overview and background, http://www.ccsr.ac.uk/methods/events/challenges/documents/UKHLS_background.pdf
- 11) McFall, S., Understanding Society The UK Household Longitudinal Study Waves 1-3, User Manual Version 1.1, Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2013.
- 12) Burchardt, T., Being and becoming: Social exclusion and the onset of disability, CASEreport 21, ESRC Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, 2003.
- 13) Marcus, J., R. Siegers, M. Grabka, Preparation of Data from the New SOEP Consumption Module: Editing, Imputation, and Smoothing, Data Documentat No.70, DIW Berlin, German Institute for Economic Research, 2013.
- 14) Browning, M., Th.F. Crossley and G. Weber, Asking consumption questions in general purpose surveys. *The Economic Journal*, 113(491), 2003, F540-F567.
- 15) Summerfield, M., S. Freidin, M. Hahn, P. Ittak, N. Li, N. Macalalad, N. Watson, R. Wilkins, M. Wooden, HILDA User Manual - Release 12, Faculty of Business & Economics, the University of Melbourne, 2014.
- 16) Headey, B., P. Krause, G. Wagner, Poverty redefined as low consumption and low wealth, not just low income: psychological consequences

in Australia and Germany, Joint OECD-
University of Maryland Conference, Measuring
Poverty, Inequality and Social Exclusion:
Lessons from Europe, Paris, March 16-17 2009.

17) Mavromaras, K., U. Oguzoglu, D. Black, R.
Wilkins, Disability and Employment in the
Australian Labour Market, the University of
Melbourne, 2007.

18) Haisken-DeNew, P., J. Frick, DTC Desktop

Companion to the German Socio-Economic
Panel (SOEP), 2005 .

19) Lechner, M., R. Vazquez-Alvarez, The Effect
of Disability on Labour Market Outcomes in
Germany: Evidence from Matching, Discussion
Paper Series, IZA DP No. 967,
Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit
(Institute for the Study of Labor), 2003.

様式第 19

学 会 等 発 表 実 績

委託業務題目「障害福祉データ利活用に関する研究」

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

1. 学会等における口頭・ポスター発表

発表した成果（発表題目、口頭・ポスター発表の別）	発表者氏名	発表した場所（学会等名）	発表した時期	国内・外の別

2. 学会誌・雑誌等における論文掲載

掲載した論文（発表題目）	発表者氏名	発表した場所（学会誌・雑誌等名）	発表した時期	国内・外の別
国際連合等の文書に見る障害者に関する統計の目標設定	北村 弥生	国リハ紀要	2015.3.	国内
国連障害統計のワシントングループ会議に参加して	北村 弥生	国リハニュース	2015.1.	国内

（注1）発表者氏名は、連名による発表の場合には、筆頭者を先頭にして全員を記載すること。

（注2）本様式はexcel形式にて作成し、甲が求める場合は別途電子データを納入すること。

障害者の経済統計に関する整備状況について

研究分担者 我澤 賢之 国立障害者リハビリテーションセンター研究所

研究要旨

障害福祉施策の効果を予測・評価するうえで、障害者の収入、支出、就業状況のような経済的な状況を示すデータは極めて有用であり、こうした統計の整備は重要であると考えられる。本稿では、障害者の経済面の状況を示すデータについて、日本、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツの各国のデータ整備状況を概観した。また、それらのデータ整備によりどのような分析が可能となったかを調査した。アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツでは、個人と世帯の支出・所得に関する基礎的な経済データを含む社会・経済パネルデータ調査の設問に障害の有無・状況が持続的に設定されている。これらのパネルデータでは、同一人物・同一世帯が時間の経過とともにどのように経済状態・経済行動を変化させていくの分析が可能である。従って、政策の変更や障害の発生などがもたらす、任意の個人・世帯グループ（例えば障害者のいる世帯、特定の年次に障害が発生した人等）への影響を評価することができる。

また、消費支出に関する設問の新設・変更が日本を含むいくつかの国で行われている。消費支出は経済的な豊かさを示す指標として重要である。

日本においては対象として全世代をカバーし、消費支出、所得、障害の有無を凡て持続的に調査し続けているパネルデータ統計が十分整備されているとは言えない。今後の課題として、政策立案・評価の材料として有用な精確で豊富なデータを整備することのメリットと、それを得るための回答者・集計者の時間・労力コストのバランスを取った実用的な統計整備方法について検討することが考えられる。

A. 目的

障害福祉施策の効果を予測・評価するうえで、障害者の収入・支出・就業状況のような経済的な状況を示すデータは極めて重要である。例えば、障害者の生活の評価および障害福祉施策が国全体の経済的な豊かさ（経済厚生）に及ぼす影響をの測定に有効である。わが国でも、平成23年度に厚生労働省が実施した「生活のしづらさなどに関する調査」では、経済的な項目として、従来の「身体障害児・者実態調査」にもあった所得（収入）、就業（就業）に関

する設問に加え、支出に関する設問が設けられ、関心は高いと考えられる。

本稿では、障害者の経済面の状況を示すパネルデータについて、先進諸国の整備状況を概観するとともに、整備されたデータを活用して、どのような分析が行われているかについて事例を挙げて示す。パネルデータは、様々な世帯・個人の状況を時系列で記録したデータであり、障害者あるいは国民の経済的な状況が政策変更等のイベント発生の前後でどのように変化したかを評価することができる点で

優れている。その際、集計されたマクロのデータだけでなく、世帯あるいは個人単位で参照可能なデータが利用可能であれば、より精確な分析が可能となる。

B. 方法

検索エンジンGoogleで、panel data (パネルデータ) と disability (障害) をキーワードに検索した結果から、先進諸国における経済指標と障害指標を含んだパネルデータのうち、日本以外については、消費支出額の調査について一部の項目のみ調査している事例 (アメリカ、2011年次以降のドイツ)、包括的に消費支出額を把握しようとしている国 (イギリス)、消費支出総額を推定できるよう選ばれた一部項目について設問を設けている国 (オーストラリア、2010年次のドイツ) を調査対象とした。

日本における世帯・個人を対象としたパネルデータ整備は十分でないことから、パネルデータ2件「日本家計パネル調査」「中高年者縦断調査・21世紀新成人縦断調査」の他に、障害者を対象とした調査として「国民生活基礎調査」「生活のしづらさなどに関する調査」を主な対象とした。

着目した経済指標は、下記の4つとした。

- ・消費支出
- ・所得
- ・資産
- ・就業状況

消費支出は経済的な厚生水準に直接的にかかわる。ある一年間の厚生水準は、当該期間の消費支出、所得の水準によって測ることができると考えられる。

所得は消費よりも、厚生水準を規定するうえで優れていると考えられる。というのも、消費は実際の現在生活水準を特徴づけるのに対し、所得はそれが発生した時点以降の消費を高める潜在的な可能性を示すものだからである (Headey [2])。

資産もまた当該期間以降の消費を高める要因と考えられる。就業状況は勤労所得を得るうえでの一つの大きな要因でもあると考えられる。

対象としたパネルデータ (日本ではそれ以外も含める) について、各国における障害者にかかる経済統計の整備状況を整理し、その統計を踏まえて行われた研究の事例を探索した。さらに、どのような統計データを整備することでどのような分析が可能となるか、また整備に当たって考えられる課題について考察した。

C. 結果

各国の統計およびそれを用いた研究事例の状況は下記の通りである。

C-1 日本

日本における世帯・個人を対象としたパネルデータ整備の状況については、野村総合研究所の「日本におけるパネルデータの整備に関する調査報告書」[1]にまとめられている。ここでは、個人・世帯の支出・所得ならびに障害もしくは介護について扱っている統計について採りあげる。ただし、障害について扱っているパネルデータ調査は少なく、また扱っている場合も一部の年次のみ限定されていることもあり、パネルデータによるものを2件、そうでないものを2件とりあげる。

(1) 日本家計パネル調査

日本における世帯・個人について持続的に経済データを記録したパネルデータとして慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センターによる日本家計パネル調査がある¹。これは平成21年を第1回とし年1回継続的な調査が実施されているもので、平成16

¹ 以下の内容は、慶應義塾大学 パネルデータ設計・解析センターウェブサイトの公開データのページおよび第5年度 (平成25年1月31日現在で実施) 調査票による。 <http://www.pdrc.keio.ac.jp/open/>

年から実施されている慶應義塾家計パネル調査と相互利用が可能となるよう設計されている。第5年次である平成25年調査では有効回答数2,581（完了数。うち前回完了分のみの有効回答数は2,573）であった。

同統計には、世帯の消費支出（食料費、保健医療費等内訳と合計のそれぞれを回答）、所得（世帯の総所得、可処分所得および、世帯主、その配偶者、その他の家族合計それぞれの、勤労所得、年金所得等）、世帯の貯蓄、回答者の就業状況（仕事の有無、仕事の内容、勤め先の経営組織、勤め先での職位、常勤の職員・従業員、パート、派遣職員等）の各データが揃っている。

この調査では「介護・障害についておうかがいします。」とする質問群が設けられている（慶應義塾家計パネル調査にはみられず、日本家計パネル調査で加わった）。現在、調査票が公開されている第1年度（2009年）から第5年度（2013年）に共通の設問としては、家族のなかの介護を要する人の有無、いる場合（複数人いる場合は最も介護度の重い人について）は同居・施設入所などの別、回答者との続柄、介護保険上の要介護度についての設問がある。ただし、障害そのものに関する設問は初期年次にしかみられず継続した調査は確認できなかった。具体的には、家族のなかの障害者手帳や療育手帳持つの有無（第1～2年次）があった。また介護に関して第1年次においては既出の設問に加え、介護保険によるサービス利用の有無、介護を必要とする人に対し事業者以外で主に介護を行っているのは誰かについての設問があった。

（2）中高年者縦断調査・21世紀新成人縦断調査

日本における世帯・個人について持続的に経済データを記録したパネルデータのうち行政機関により実施された公的なものとして、厚生労働省の中高年者縦断調査、21世紀新成人縦断調査がある。前者

は平成17年10月末現在で50～59歳であった全国の男女を対象とする。後者の21世紀新成人縦断調査は、2つの世代を対象とする。一つは平成14年10月末時点で原則として20～34歳であった男女（及びその配偶者）を対象として平成14年度に開始され、もう一つは平成24年10月末時点で20～29歳であった全国（福島県の一部地域を除く）の男女（及びその配偶者）を対象として平成24年度より開始された²。標本数は有効回答ベースで、中高年者縦断調査が23,722件（平成25年次）、21世紀新成人縦断調査が平成14年度新成人を対象としたものが同じく14,671（配偶者票を除くと10,906）、平成24年度新成人を対象としたものが32,060（配偶者票を除くと31,122）（ともに平成24年次）であった。中高年者縦断調査と21世紀新成人縦断調査の間の世代と中高年者縦断調査対象世代より上の世代について空白はみられるものの、標本の絶対数は日本家計パネル調査よりも大きい。

これらの2つの統計は、世帯の消費支出、所得（調査対象世代の人とその配偶者それぞれの所得）、回答者の就業状況（仕事の有無、仕事の内容、勤め先の従業者数等）には各データが揃っている。ただし、21世紀新成人縦断調査では、原則調査対象世代の人とその同居配偶者の合計支出額を回答し、他の家族と同居してその人たちの支出と切り分けができない場合は世帯の支出額を回答した。

これらの調査には、障害そのものに関する設問は含まれていないが、同居家族の中に介護を要する人の有無についての設問があり、また中高年者縦断調査では世帯の構成家族個々についての介護の要否、回答者による1週間の平均介護時間についての設問が含まれている。

（3）国民生活基礎調査

² ただし、24年新成人、24年新成人両調査とも、25年次からは配偶者票が廃止されている。

パネルデータではないものの定期的に取りられている行政機関による統計としては国民生活基礎調査がある。この統計では「障害者」という個人属性はないもののやや近いと思われる「手助け見守りを必要とする」という属性がある。

同調査は5種類の調査票で構成されている。そのうち世帯票・所得票は毎年使用されるが、健康票・介護票・貯蓄票については3年に一度の大規模調査でのみ使用される。平成22年実施調査は結果が公表されている最新の大規模調査である。当該年データについて、下記に挙げる経済項目にかかる世帯票・所得票・貯蓄票のすべてが集計できた客対数は26,115世帯であった³。

同統計は、消費支出(家計支出額から仕送り額などの調整を行うことで得られる)、所得(総所得、可処分所得、勤労所得、年金所得等)、貯蓄、就業状況(仕事の有無、勤めか自営かの別、勤め先での呼称(正規の職員・従業員、パート、派遣職員等))の各データが揃っている。ただし、「手助けや見守りを要する者とは、在宅の6歳以上の世帯員であって、歩行・移動、着替え、洗面、食事、排せつ、入浴等に際して何らかの手助けや見守りを必要とする者や、意思疎通が困難な者、介護保険法による「要介護」「要支援」の認定を受けている者などをいう。」と定義はされているものの、障害者の概念と必ずしも一致するわけではない⁴。一方、日本家計パネル調査と比較すると「手助けや見守りを必要とする人」のは必ずしも介護を要さない人も含んでおり、併せて要介護認定の有無についても問うている。例えば、直近の大規模調査年である平成25年における世帯票 II 世帯員の状況の補問9-1の回答選択肢には

「何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる」人が設定された。また、世帯構成員の個々人について「見守りや手助け」の要否を回答する点で、日本家計パネル調査の設問より詳細であると言える。ただし、要介護度そのものについては毎年調査が実施される日本家計パネル調査と異なり、3年に一度の大規模調査時のみ調査(介護票による)されている。

(4) 生活のしづらさなどに関する調査

従来、5年に1度実施されていた「身体障害児・者実態調査」の開催年度にあたる平成23年度、当該調査は調査票を大がかりに改定したうえで「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)」として実施された。対象は、全国約4,500の国勢調査の調査区に居住する在宅の障害児・者等(障害者手帳所持者又は障害者手帳は非所持であるが、長引く病気やけが等により生活のしづらさがある者)であり、手帳非所持者であっても自立支援給付等を受けている人も対象とした。推定母集団の人数は644.1万人(障害者手帳所持者479.2万人 + 手帳非所持者で自立支援給付等を受けている者32.0万人 + 手帳非所持者で自立支援給付等を受けていない者132.9万人)⁵で、調査対象者数27,208人、実際に調査票を配布できた部数24,154人、回収数16,534人、有効回答は14,243人であった⁵。経済的な項目として、従来の「身体障害児・者実態調査」にもあった所得(収入)、就業(就業)に関する設問に加え、支出に関する設問があった。ただし、収入項目が総所得、純所得のいずれを指すのか調査票に明記されていないなど、正確な回答を得るためには改善の余地があると考えられる。

³ 厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査の概況調査の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/gaiyo.html>

⁴ 厚生労働省「国民生活基礎調査」用語の解説より。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-02.pdf>

⁵ 厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部 [3]。

(5) その他の厚生労働統計

所得に関して、障害者雇用実態調査のなかに一般就業している身体障害者、知的障害者、精神障害者に支給されている賃金のデータがある。

就業状況について、身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査(厚生労働省)で身体障害者、知的障害者、精神障害者の就業者数・不就業者数が当該者の属性としては障害種別、程度(重度・非重度)、就業経験の別に、就業先については業種、就業形態の別に分けてデータが取られている。

(6) 特定地域を対象とした調査

障害者生活実態調査研究会(主任研究者:国立社会保障・人口問題研究所 勝又幸子)が行った「第1回障害者生活実態調査」(2005年。対象地域:稲城市)および「第2回障害者生活実態調査」(2006年。対象地域:富士市)において、消費支出(細目として、障害にかかわる支出項目を含む)、所得、就業の有無等について記録されている(土屋 [4])。

(6) 研究

身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査(厚生労働省)の実施を踏まえた障害者白書[5]で指摘されたように、2003年における身体障害者、知的障害者、精神障害者の就業率は健常者に比べ著しく低く(ただし20代前半の知的障害者については64.2%と健常者の数値70.0%と大差ない)、特に精神障害者については全年齢に渡って就業率30%未満(35歳以上では20%未満)であるとの結果が得られている。また毎月勤労統計調査(2011年)、障害者雇用実態調査(2008年)に基づく障害者白書の比較によれば、一般就業で雇用されている身体障害者の賃金は健常者にくらべ若干低いながら大差ないのに対し、知的障害者、精神障害者は健常者の半額程度となっている。

なお介護を対象としたパネルデータを活用した

研究としては、日本家計パネル調査を用いた在宅介護が離職に与える影響についての分析(大津[6])、世帯所得と居宅介護サービス利用率との関連についての分析(相原、川副[7])等がある。また国民生活基礎調査を活用したものとしては、介護保険制度が女性の労働市場の参入に与えた影響の分析(Sugawara and Nakamura[8])がある。

C-2 アメリカ

(1) データ

1968年、世界で最初の社会的・経済的統計のパネルデータであるThe Panel Study of Income Dynamics (PSID)の構築がアメリカで開始された⁶。1981年より、世帯主について障害の有無について問う設問が追加された。ここでは、身体・精神の状態が鐘楼上の制限をもたらすことをもって障害がある基準としていた。

その後、障害に関する設問が拡張され、就業以外の日常生活での制限等をも含めたものも対象とすることとなった。2009年より追加された質問セット Disability and Use of Time (DUST)においては、ACS Disability Questionsのセクション(6問)で Washington Group on Disability Statistics (WG)により推奨されている Short Set of Questions on Disability とほぼ同等の内容のものが用いられた。ただし、障害に関する設問の回答対象は世帯主およびその配偶者のみであり、家族の成員全員を対象としているわけではない。

PSIDは、1997年までは毎年以降は2年に一度、更新されている。最新の調査は2013年次のもので、現在2011年次調査まで結果が出ている。2011年次調査では、家族の標本数が8,907、個人の標本数が24,661である。

⁶ 以下の記述は、PSIDのウェブサイト (<http://psidonline.isr.umich.edu/>) および Burkhauser et al. [9]による。

世帯については、住居の状況、世帯主の国籍等の属性、消費支出（家事、食費、家の維持費、レクリエーションなど）、所得（世帯の純所得等）、の金額が記録されている。所得に関しては、家計の消費支出合計を問う設問は用意されていない⁷。

個人については、国籍、学歴、年齢、就業状況（就業しているかどうか、就業先の種別）、所得（税引前所得）、資産（預金・金融資産・そのほかの資産/各種負債）といった経済的状況、障害の状況（障害にかかる困難の状況（WGのShort Setと同等の設問）、障害給付の有無等）といったデータが記録されている。

（2）研究

DUST導入前の2003年のPSIDデータに基づく研究ではあるが、Burkhauser et al. [9] では25歳から61歳までの世帯主を対象に、世帯主もしくはその配偶者に障害のある世帯とない世帯の間の世帯所得に比較をおこなった（世帯標本数の調整を行ったうえで中央値の比較）。障害ある世帯の所得水準が年間27,365ドルであるのに対し、障害のない世帯では39,302ドルとなり前者に対する後者の比率はおよそ1.4倍であった。

C-3 イギリス

（1）データ

イギリスでは、UK Household Longitudinal Survey（UKHLS）という、個人および世帯についての社会的・経済的状況にかかるパネルデータが

⁷ これは消費の大きさを回答する際、回答者が日記記録を取ることに負担を考慮し対象消費項目数を限定していると考えられる。食費など得られている一部の支出額のデータと、他の統計による消費の構成比率のデータをもとに消費支出総額を推定する方法をとることは考えられるものの、C-4で触れる Browning et al. [13] の方法ほど精密な推計を行うにはデータ制約上限界がある。

整備されている⁸。統計が開始されたのは2009年と年数が比較的短いものの、構築に当たって1991年より整備されていた the British Household Panel Survey（BHPS）のデータを取り込んだ。この統計がターゲットとする世帯の標本数は40,000、個人の標本数は100,000と大規模のパネルデータであり、このことは障害者など小規模なサブグループについての統計処理を行ううえで、分析方法の選択肢の数を広げていると考えられる。

用いられる設問は調査の回（Wave）によって異なる。障害については、Wave 2（2011年）および3（2012年）で disability module による比較的詳細な設問が含まれた。他の分野で設問によっては Wave 1（2009年）、Wave3では含まれたものの、Wave 2 には含まれなかったものもある。

データの範囲は、生年、性別、生誕地、イギリスに由来する属性、生育歴、障害の状況（12ヶ月以上継続している疾病・障害の有無、障害の種別、事柄別の制限の状況等）、消費支出、所得、就業状況、資産（貯蓄等）などの情報を含んでいる。支出に関しては、UKHLSでは、住宅費、光熱費、その他凡て、の3種目に分けて支出額を問うており、それらを合算することで総支出額を得ることができるようになっている。

（2）研究

UKHLS構築以前のBHPSのデータを用いた研究として、Burvcardt [12]では障害があることによる経済的なリスクについて分析した。世帯の所得について、障害者のいる世帯の週間所得が平均6ポンド増加しているのに対し、成員の誰かに障害が生じた世帯は平均12ポンド減少するとの結果を示した。

⁸ 以下Buck [10]、McFall [11] および Understanding Society ウェブサイト（<https://www.understandingsociety.ac.uk/>）上に掲載されているされた調査の設問など UKHLS関係の各種資料を参考にしている。

また、その世帯の成員の構成（単独世帯か配偶者のいる世帯か、成員の就業状況）により所得の影響は異なることが指摘された。例えば、配偶者のいる世帯でそのどちらも就業していない世帯の成員に障害が発生した場合、所得は16ポンド増加した。

個人と世帯とを結びつけたパネルデータを整備していることにより、こうした同一人物およびその個人の属する世帯の状況についての異時点間比較が可能となった。

C-4 オーストラリア

(1) データ

オーストラリアでは、2001年次より The Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey が構築されている⁹。標本数は開始時点で世帯7,682、個人19,914。これに2011年のWave 11の時点で世帯2,153、個人5,477の追加が行われた。

データの範囲は、生年、性別、世帯成員の英語能力（初年次のみ）などの属性、障害の状況（長期疾病・障害の有無、障害種別（2003年以降）、障害が前年に発生したか等）、消費支出、所得（勤労所得、政府からの支給等）、就業状況（先週働いたか、就労時間、業種等）、資産（家の価値、金融資産、事業資産、自動車等）を含んでいる。

HILDAの特徴のひとつは、消費支出額の項目の立て方にある¹⁰。アメリカのPSIDでは消費支出の調査項目がいくつか絞られている。しかし、この方法では消費支出の総額をそのままでは利用できず、

⁹ 以下の内容は、Summerfield [15] およびメルボルン大学ウェブサイト HILDA Survey ホームページ <http://www.melbourneinstitute.com/hilda/> の記載による。

¹⁰ 以下の消費支出に関する議論は、Marcus [13] を参考にしている。ただしイギリスに関する記載がBHPS に依拠されていたのを UKHLS の設問内容を踏まえて書き改めている。

また得られたデータを元に総額の推計を行うにも比較的大きな誤差が生じる可能性がある。イギリスのUKHLSでは、消費支出額の項目立てのなかに「その他凡て」を加えることで消費支出総額を算出できるようにしている。これに対し、HILDAでは消費支出総額を推定することを想定して設問に含む消費項目を選択している。ここでは、回答者が消費支出総額の算出に掛かる詳細な消費日記を記録する方法に代わりに、Browning et al. [14] により提示された消費支出総額の近似計算を可能とする消費項目のサブセット（4項目）のうちさらに絞られた2項目（家での食料費、外食費）からなる設問モジュールが用いられている¹¹。

(2) 研究

Headey et al. [16] ではHILDAのデータを用いて貧困と考えられる障害者の比率についての評価をおこなっている。ここでの貧困の指標としては(i) 所得水準が経済全体の中位値の60%未満、(ii) 消費水準が経済全体の中位値の60%未満などの項目がたてられている。2005～2007年のデータについて単純に貧困の基準に該当する比率を算出すると、(i)の所得水準の基準については該当期間の障害者の標本中19.9%が相当、(ii)の消費水準については同じく15.9%が相当した。また、この3年間のうち、一年だけでも貧困の基準に該当した障害者の比率は(i)で30.2%（3年間凡てで該当したのは10.6%）、(ii)で24.5%（同じく7.8%）であった。

またMavromaras [17] では障害者の就業率に関して、障害種別、性別別の算出を行っている。

C-5 ドイツ

(1) データ

ドイツでは、the German Socio Economic Panel

¹¹ 家での食料費については、併せて酒類を除いた金額も問うている。

(G-SOEPあるいはGSOEP)という、個人および世帯についての社会的・経済的状况にかかるパネルデータが整備されている。データの記録が開始された1984年以降毎年データを追加更新されている。1984年当時の調査対象者は西ドイツ(当時)地域のみであったのが、その後旧東ドイツ地域の標本の追加(1990年)、1984年以降の移入者の標本追加(1994年)のほか、リフレッシュのための標本追加(1998年)など調査対象者の更新を行っている。2012年時点の世帯の標本数は約11,000、2004年時点の個人の標本数は約22,000である¹²。

世帯については、住居の状況、世帯主の国籍等の属性、世帯の純所得、食費、光熱費・家賃支払などの支出項目の金額が記録されている。このうち、支出についての項目は2010年次の調査に追加されたものである¹³。ここでは、オーストラリアのHILDA同様 Browning et al. [14] の考え方に基づいた設問を含む多くの消費項目についての設問が設けられていた。ただし2011年次以降は光熱費など一部の消費支出項目に減らされている。

個人については、年齢、教育等の属性、障害に関する状況(障害の有無、障害の程度が何パーセントであるかなど)、就業状況、職業訓練必要性の状況、就業先の従業員規模、職業形態・業種、就業時間(契約週間就業時間/実週間就業時間、残業時間)、所得(労働総所得/純所得)、個人資産といった経済的状况が記録されている。

(2) 研究

G-SOEPの1984～2001のデータを用いて Lechner and Vazquez-Alvarez [19] では、所得水

¹² 世帯の標本数については <http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/GSOEP.aspx> による。個人の標本数および以下の記述は Haisken-DeNew and Frick [18] による。

¹³ Marcus et al. [13]。

準、就業率について分析されている。この研究では、対象を下記の通りとしている。

- ・年齢が17～60歳
- ・旧西ドイツ地域在住の人(旧東ドイツ地域の人、1989年以前のデータがないため)
- ・障害の程度が90%未満の人(障害の程度が90%以上の人についてはほとんどの場合一般就業はなく、障害施設での作業であることからこの分析の対象からは外している)

また、障害の程度が0～29%の人を健常者、30～89%の人を障害者として分析を行っている。なお、この基準による、標本中障害者の比率は各年とも5.4～6.6%であった。

まず、所得については、障害者の平均可処分所得額(所得額から直接税額などを差し引いたもの)は健常者に比べ若干低いものの大差ない結果であった。1984年の平均可処分所得が健常者で28,600ユーロ、障害者で28,400ユーロ、2001年はそれぞれ、41,600ユーロ、40,300ユーロであった。労働所得については、1984年の平均労働所得が健常者27,300ユーロ、障害者27,400ユーロ、2001年はそれぞれ、43,800ユーロ、34,600ユーロであった。なお、労働所得を得ている人のみを対象に平均労働所得を算出すると、1984年(健常者38,700ユーロ、障害者42,400ユーロ)から1999年(同じく、50,100ユーロ、51,800ユーロ)までは障害者のほうが高い数値を示した。2001年の数値では健常者(52,500ユーロ)のほうが障害者(50,300ユーロ)より高い数字を示しているものの全期間で見ると障害者のほうが平均所得の高い年が多かったといえる。

次に、就業率については、1984年には障害者の就業率は59.3%と健常者の68.3%とおおむね10%ポイント程度の差であった。その後障害者の就業率がほぼ横ばいであるのに対し、健常者の就業率が77.7%(2001年)と大幅に伸び、就業率の差が拡大していることが示された。

しかし、その一方で、ある年に障害が発生した人について、障害発生の前年と発生の次の年の間で所得が低下した人の割合（世帯の可処分所得で43.3%、労働所得で42.2%）¹⁴は、当該3年間の間を通じて健常者であった人の所得が低下する割合（世帯の可処分所得で38.9%、労働所得で29.6%）に比べ高いことが示されている。また就業率についても、ある3年間について新たに就業した人、就業を維持した人の割合は、障害が発生した人に比べ、健常者であり続けた人のほうが高かった（表1）。

表1 就業状況の変化の比較（旧西ドイツ区域，1984～2001）

	ある3年間において 1年目 健常者 2年目 障害者 3年目 障害者 であった人	ある3年間においてずっと健常者であった人
就業 非就業	14.5%	6.1%
就業 就業	57.6%	69.8%
非就業 非就業	23.9%	16.5%
業		
非就業 就業	4.1%	7.7%

Lechner and Vazquez-Alvarez [19], p.27 Table 7より作成。

この分析でも、G-SOEPが個人単位の情報を継続して記録しているパネルデータであることの特性を活かした分析が行われている。

D. 考察

各国で、障害者のみに焦点を置いていない、個人と世帯を結びつけた社会・経済統計のパネルデータ

¹⁴ 言い換えればここでは、データ期間中のある3年間において、「1年目：健常者」-「2年目：障害者」-「3年目：障害者」という属性を持つ人について、1年目と3年目の所得等の変化をみている。

の構築が行われており、中でも今回採り上げた、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツなどの諸国では、そうした統計のなかで障害の有無にかかる設問を加えることで、障害者を区分けしての分析を行うことが可能となっている。

日本においては現在このような個人・世帯を識別し経時的にデータを記録していくような統計調査でかつ持続的に個人あるいは世帯の支出・収入と障害の有無等に関する設問を設定し続けている統計は十分に整備されていないが、このような統計を整備することで、ある政策変更の効果や障害の発生などが「国民全体」「障害者（のいる世帯）」などの集計されたレベルでなく個人・世帯レベルの経済状況や行動にどのように影響するのかを分析することが可能になる。また同一統計のなかで障害者と健常者、あるいは障害者のいる世帯ととの間の比較が行えるため、障害者・健常者のそれぞれについて別の統計を参照することによるデータの細かな定義や調査方法の違いによるバイアスの影響を回避することができる。

障害の有無に関する設問の状況は国により異なる。そのなかでアメリカの PSID のように WG の Short Set のようなある種の世界標準と考えられる設問を採用している事例も見られる。ただし、質問対象が対象世帯の全成員ではなく、世帯主とその配偶者に限定されている。国際的に共通の設問を採用するようになれば、障害者の経済状況の国際比較もより適切に行うことが可能になると考えられる。

経済にかかる諸項目のなかで、豊かさを測る指標に関連し、以前から多くの国で整備されていた所得に関する情報に加え、近年消費支出に関する情報も整備が進みつつある。特に最近では消費支出総額の算出を可能とする設問の新設・変更がいくつかの国でおこなわれている。その方式としては大別して2つの方法が採用されており、日本の日本家計パネル調

査、中高年者縦断調査、21世紀新成人縦断調査、国民生活基礎調査、生活のしづらさなどに関する調査やイギリスのUKHLSのように消費総額を直接的に問う方法(消費項目のなかに「その他凡ての消費支出」を折り込む方法を含む)を採用している国と、オーストラリアのHILDA、ドイツのG-SOEP(2010年次)のようにBrowning et al. [14]に基づき家での食料費、外食費、通信費、光熱費を設問に折り込むことで直接的な消費項目の数を絞りつつ総額の推定を可能にしている国とに分かれる¹⁵。前者では、回答者が正確な値を記入するためには日々細かな消費記録を大量に取る必要があり、それができない場合は回答が大雑把な値になってしまう恐れがあると考えられる。

こうした統計の整備は、政策の事後評価あるいは事前の効果予測を行ううえで、有用であると考えられる。その一方で、調査内容の充実化は回答負担の増大をもたらす可能性があることは注意を要する。特にパネルデータを記録する場合は、回答者となっている世帯の成員に継続的に回答負担を求めることになる。本稿では触れなかったが、各統計の調査方法の研究も重要であると考えられる。

E. 結果

本稿では、障害者の経済面の状況を示すデータについて日本、アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツの各国のデータ整備状況を概観し、またそうしたデータにより行われた分析例を示した。アメリカ、イギリス、オーストラリア、ドイツでは、個人・世帯を結びつけた、社会・経済パネルデータを整備

し、設問項目のなかには障害の有無・状況や基礎的な経済データなどが含まれた。これらの国では、同一人物・同一世帯が時間の経過とともにどのように経済状態・経済行動を変化させていくの分析が可能であった。従って、政策の変更や障害の発生などもたらず、任意の個人・世帯グループ(例えば障害者のいる世帯、特定の年次に障害が発生した人等)への影響を評価することができる。

また、近年の各国の統計整備において、消費支出に関する設問の新設・変更が日本を含むいくつかの国で行われている。消費支出は経済的な豊かさを示す指標として重要な項目であり、こうした設問の整備は重要だと考えられる。

日本においては対象として全世代をカバーし、消費支出、所得、障害の有無を凡て持続的に調査し続けているパネルデータ統計が十分整備されているとは言えない。今後の課題として、日本における政策立案・評価の材料として有用な正確で豊富なデータを整備することの利益を示し、回答者・集計者の時間・労力コストのバランスを取った実用的な統計整備方法について検討することが考えられる。

F. 研究発表

なし

G. 引用文献

1) 株式会社 野村総研研究所, 日本におけるパネルデータの整備に関する調査報告書, 2012.

http://www5.cao.go.jp/statistics/nenpou/chousa/chousa_1203/chousa_1203-1.pdf

2) Headey, B., Poverty is low consumption and low wealth, not just low income. *Social Indicators Research*, 89(1), 2008, 23-39.

3) 厚生労働省社会・援護局傷害保険福祉部, 平成

¹⁵ 日本家計パネル調査では消費支出の総額だけでなく内訳を併せて問うており、そのなかにはBrowning et al. [14]の各消費項目も含まれている。また、G-SOEPの2010年次設問では、消費支出総額こそ設問にないものの、衣料、健康、教育や「その他」を含む多くの消費項目を併せて回答するようになっている。

- 2 3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)結果,厚生労働省,2013.
- 4) 土屋葉,「障害者の自立支援に向けた生活実態把握の重要性—「障害者生活実態調査」の結果から—」,季刊社会保障研究 44(2),196-211,2008.
- 5) 内閣府,平成25年度版 障害者白書,内閣府,2013.
- 6) 大津唯.在宅介護が離職に与える影響についての分析,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター ディスカッションペーパー,DP-2012-013,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター,2013.
<http://www.pdrc.keio.ac.jp/DP2012-013.pdf>
- 7) 相原洋子,川副延生.世帯所得と居宅介護サービス利用率との関連,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター ディスカッションペーパー,DP2014-004,慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター,2015.
<http://www.pdrc.keio.ac.jp/DP2014-004.pdf>
- 8) Sugawara, S., Nakamura, J.. Can formal elderly care stimulate female labor supply? The Japanese experience. *Journal of The Japanese & International Economies*, 34, p.98-115, 2014
- 9) Burkhauser, R., R. Weathers, M. Schroeder, A Guide to Disability Statistics from the Panel Study of Income Dynamics, Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics Disability Statistics User Guide Series, Cornell University, 2006.
- 10) Buck, N. et al., UK Household Longitudinal Study (UKHLS): overview and background, http://www.ccsr.ac.uk/methods/events/challenges/documents/UKHLS_background.pdf
- 11) McFall, S., Understanding Society The UK Household Longitudinal Study Waves 1-3, User Manual Version 1.1, Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2013.
- 12) Burchardt, T., Being and becoming: Social exclusion and the onset of disability, CASEreport 21, ESRC Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, 2003.
- 13) Marcus, J., R. Siegers, M. Grabka, Preparation of Data from the New SOEP Consumption Module: Editing, Imputation, and Smoothing, Data Documentat No.70, DIW Berlin, German Institute for Economic Research, 2013.
- 14) Browning, M., Th.F. Crossley and G. Weber, Asking consumption questions in general purpose surveys. *The Economic Journal*, 113(491), 2003, F540-F567.
- 15) Summerfield, M., S. Freidin, M. Hahn, P. Ittak, N. Li, N. Macalalad, N. Watson, R. Wilkins, M. Wooden, HILDA User Manual - Release 12, Faculty of Business & Economics, the University of Melbourne, 2014.
- 16) Headey, B., P. Krause, G. Wagner, Poverty redefined as low consumption and low wealth, not just low income: psychological consequences

in Australia and Germany, Joint OECD-
University of Maryland Conference, Measuring
Poverty, Inequality and Social Exclusion:
Lessons from Europe, Paris, March 16-17 2009.

17) Mavromaras, K., U. Oguzoglu, D. Black, R.
Wilkins, Disability and Employment in the
Australian Labour Market, the University of
Melbourne, 2007.

18) Haisken-DeNew, P., J. Frick, DTC Desktop

Companion to the German Socio-Economic
Panel (SOEP), 2005 .

19) Lechner, M., R. Vazquez-Alvarez, The Effect
of Disability on Labour Market Outcomes in
Germany: Evidence from Matching, Discussion
Paper Series, IZA DP No. 967,
Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit
(Institute for the Study of Labor), 2003.

様式第 19

学 会 等 発 表 実 績

委託業務題目「障害福祉データ利活用に関する研究」

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

1. 学会等における口頭・ポスター発表

発表した成果（発表題目、口頭・ポスター発表の別）	発表者氏名	発表した場所（学会等名）	発表した時期	国内・外の別

2. 学会誌・雑誌等における論文掲載

掲載した論文（発表題目）	発表者氏名	発表した場所（学会誌・雑誌等名）	発表した時期	国内・外の別
国際連合等の文書に見る障害者に関する統計の目標設定	北村 弥生	国リハ紀要	2015.3.	国内
国連障害統計のワシントングループ会議に参加して	北村 弥生	国リハニュース	2015.1.	国内

（注1）発表者氏名は、連名による発表の場合には、筆頭者を先頭にして全員を記載すること。

（注2）本様式はexcel形式にて作成し、甲が求める場合は別途電子データを納入すること。