

# 自治体の障害者調査における 「対象」をめぐる課題

小埜寺 直 樹

実践女子大学人間社会学部

紀 要 第20集 抜刷

2024年 3 月 31 日発行

# 自治体の障害者調査における 「対象」をめぐる課題

小埜寺直樹

実践女子大学人間社会学部非常勤講師

## 1. はじめに

「障害者」を「対象」とした社会調査（以下「障害者調査」と略す。）は、近年増加の一途にある。特に自治体による「障害者調査」の増加は、その傾向に拍車をかけている。この背景には行政計画（障害者計画、障害福祉計画）の策定が、各自治体に法的に義務づけられたことが大きい（障害者基本法第11条、障害者総合支援法第88条）。そして両計画とも、計画の策定のプロセスにおいて、「地域の障害者の状況等を踏まえること」が法に定められている。ここに実態調査やニーズ調査と称される「地域の状況等を踏まえる」ための「障害者調査」が必要とされる背景がある。障害福祉計画は3年サイクルで計画策定が行われるため、全国の自治体において、3年ごとに「障害者調査」が実施されている。

ところで、自治体が実施する「障害者調査」の「対象」とは、総じて「障害者手帳」の所持者を基本にしているといつてよいだろう。「障害者手帳」とは、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の3種を指す。これは調査実務の観点からみても、「障害者手帳」の所持者を「調査者リスト（枠母集団）」として活用できることから、あまり批判的な検討がなされてこなかった。しかしこのような「対象」理解は、今日的には以下の2つの問題点を含んでいる。

第1に、我が国の法制上の「障害者」と「障害者手帳」の所持者とは一致しているわけではない。「障害者手帳」は申請主義を採用しており、法律上の「障害者」概念に該当していることと「障害者手帳」を所持していることには一定の乖離がある。この乖離とは、「母集団（障害者）」と「枠母集団（障害者手帳所持者）」とのカヴァレッジ誤差の一種と言ってもよいであろう。さらに今日では、従来「障害者手帳」の取得が困難であった「発達障害」「高次脳機能障害」や「難病」についても、法制上の「障害者」に含めるようにその対応が開始されている。この点でも「障害者手帳」の所持者のみを「障害者調査」の「対象」とすることの問題点が理解できる。

第2に、「障害」自体をどのように理解するのか、その概念構成について多様な意見が存立している。いわゆる「障害」の「個人モデル」と「社会モデル」の考え方である。とりわけ「社会モデ

ル」は、国際的な広がりをもって、理論面だけではなく、法制面、実務面にも大きな影響を与えている。我が国も2014年に批准した「障害者権利条約」では、その前文で「障害が、発展する概念であり」と謳い、あえて「障害」の積極的な定義を避けている（佐藤2010: 32-48）。我が国の法制上の「障害者」概念は、後述するが、きわめて「個人モデル」の色彩が強く、対象を限定化していく志向性を内在している。しかし「障害」を社会との関係性の中で広く捉えていこうとする「社会モデル」が国際的な潮流となる中で、「障害」を限定的ではなく幅をもって解釈していく姿勢が、行政に要請されているといえる。

さて、「障害者調査」の「対象」に視点を移すと、そこには、制度の周辺・境界に位置するマージナル（marginal）な「対象」を含んでいることが問題となる。marginalという概念は、アメリカの都市社会学者R. Parkが提唱した“marginal man”に由来をもつ。marginalとは、2つ以上の異質の社会圏に同時に属するか、もしくはそれらの狭間に位置し、どちらの圏域にも十分に帰属できない状態をいうとされる（森本1998: 74-75）。すなわち「障害者調査」が「対象」とする「障害者」とは誰か、という社会調査の本質的な問題が存在するのである。

社会調査の方法論において、調査の「対象」を論点に設定されることは少なかったといえる。というのも調査の「対象」とは、研究目的に対応して適切か否かを問われるものであり（盛山2010: 69-70）、一般的な議論になじみにくい性質のものだからであろう。従って社会調査の方法論における「対象」の扱いは、研究目的に対応していることを所与として（既に解決されたものとして）、「対象数」の決定方法（サンプリング方法）の問題として展開されてきたことは首肯できることである。しかしながら今日の複雑化した社会の中で、既存の制度の枠組みによりカテゴライズされた「集団」にアプローチするのみで、多様な社会的問題を把握することが可能なのだろうか。例えば「一人暮らし高齢者」を、住民基本台帳で特定したとしても、実際には二世帯住宅に居住しているケースが生じてくる。この場合、本来のターゲットとする「一人暮らし高齢者」を把握するための方法が別に考慮されなければならないし、「一人暮らし」という事実をどのような「基準」で「切り取る」のかについては一定の価値判断がある。例えば徒歩圏内に身内が住んでおり、そこから日常のサポートを受けている「一人暮らし高齢者」を「一人暮らし高齢者」として扱って良いのか、との問題提起である。このような問題提起は、社会福祉学の見地からも「対象論」としての独自の研究領域があることが指摘されてきた（岩田1995, 2001）。この点で、「障害者調査」に限らず、他の様々な福祉調査設計の際にも、「対象」をどのように決定するのか、同様の課題が存在しているように思われる。

そこで本稿では自治体の実施する「障害者調査」について、その調査実施の「入り口」ともいえるべき調査の「対象」をどう設定すべきか、に焦点を当て検討を行う。まず、法制上の「障害者」概念を検討する。続いて今日の「障害」理解の潮流になっている「社会モデル」からの「対象」理解を検討する。そして今日の調査実務上の基本的な方法となっている「障害者手帳」の所持者を「対象」とした場合に直面するいくつかの課題を検討する。最後に「障害者調査」における「対象」理解の論点を再整理し、このようなマージナルな「対象」を含む「対象」に社会調査によってアプローチしていく方法を考察する。

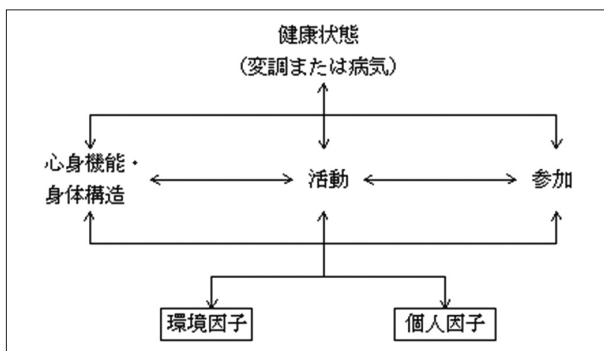
## 2. 法制上の「障害者」概念

我が国の法制上の「障害者」とはいったい誰なのか？ そのことを確認する前に、まず「障害」を理解するための2つの視点をみておきたい。これらの差異をおさえておくことが、理論面だけではなく実体法の解釈においても必須となるからである。2つの視点を以下に示す。

- ① 個人の心身機能の欠損・損失に着目した障害「impairment」。これは心身機能の欠損・損失を医学的に分類したものであり、例えば「両上肢の全廃」「視力の和が〇〇以下」「IQ 〇〇」「統合失調症」といった機能の障害を指す。
- ② 社会への参加を妨げる多様な障壁に着目をしたときの障害である“disability”。これは「障害者」が現実に日常生活や社会生活で被る不利益を表すものである。例えば「道路の段差」「就職の拒否」「人々の差別・偏見意識」「情報へのアクセスの困難」といった様々な障壁が含まれることになる。

そして、これら2つの「障害」について、どちらに「視座」を置くのかにより、障害概念の構成が変容する（川島 2010：11）。おおまかに言えば、impairment に焦点を当てるアプローチが「個人モデル（医学モデル）」であり、disability に焦点を当てるアプローチが「社会モデル」である。一言で「障害」といっても、その背景には複合的な問題があり、このように障害を「構造」的に理解する視点はリハビリテーションの立場から強力に主張されていたことではあった（上田 1983）。このような問題認識が世界的に展開し共有される契機となったのが、1980年にWHOが発表した「国際障害分類（ICIDH）」における「障害の3構造論」である。そして、さらにその発展型として、2001年にWHOで採択された「国際生活機能分類」の登場により、障害理解における「社会モデル」は世界的な潮流になったといえよう<sup>1)</sup>。（図1）に示すように、「心身機能・身体構造（impairment）」は1つの要素として相対化されて、「活動」や「参加」また「環境因子」といった「社会的」な要素との相互作用において「障害（disability）」を把握していく姿勢がここにみとれる。

（図1） ICF の構成要素間の相互作用



出典は厚生労働省 Web より。「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）  
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>

以上の impairment と disability の2つの「障害」理解を踏まえ、わが国の法制上の「障害者」概念を検討していこう。結論を先にいうと、わが国の法制上の「障害者」とは「機能障害主義」に基づいている（佐藤 2010：43）。すなわち impairment が「障害者」の要件とされている。そこで障害者施策の基本理念を定めた障害者基本法をみってみる。「障害者」とは以下のように定義される。

「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」（障害者基本法第2条、下線は筆者。）

このように法では、「身体障害」「知的障害」「精神障害」という3つの impairment が列挙され（3障害といわれる）、「その他の心身の機能の障害」と続く。その上で条文の後段に「継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限」とあって disability への注視がなされる。従ってまず impairment の存在が「障害者」であることの前提となる。このような「機能障害主義の法的定義」は、障害者基本法の前身である「心身障害者対策基本法（昭和45年）」にもみられ、わが国の法制上の「障害者」概念を貫く方式といえる。心身障害者対策基本法第2条に以下の規定があった。

「心身障害者」とは、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、平衡機能障害、音声機能障害若しくは言語機能障害、心臓機能障害、呼吸器機能障害等の固定的臓器機能障害又は精神薄弱等の精神的欠陥（以下「心身障害」と総称する。）があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。（心身障害者対策基本法第2条）

このように我が国の法制上の「障害者」概念は、impairment を「障害者」の要件・出発点とされている限りにおいて、「個人モデル」の色彩がきわめて強いといえる。それぞれの impairment の定義は、個別法に委ねられており「障害」別に「障害者手帳」の制度がある。これを整理したのが（表1）である。

(表1) 障害 (impairment) の法的定義と「障害者手帳」について

Impairment	障害の定義と障害者手帳について		障害の程度 (手帳等級)
身体障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>別表 (右欄記載) に掲げる身体上の障害があり、<u>身体障害者手帳の交付を受けたもの</u>。(身体障害者福祉法第4条)</li> <li>都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、身体障害者手帳の交付を申請。(身体障害者福祉法第15条)</li> </ul>	視覚障害、聴覚又は平衡機能の障害、音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害、肢体不自由、心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害、ぼうこう又は直腸の機能の障害、小腸の機能の障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害、肝臓の機能の障害。 (身体障害者福祉法別表 同法施行令第36条)	1～6級
知的障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>知的障害者福祉法に定義なし。</li> <li>療育手帳制度についての国のガイドラインがある。児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害であると判定された者に交付。「療育手帳について」昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各都道府県 (指定都市) により運営されており、統一的な基準はない。</li> <li>ただし知能指数の上限値について、おおむね70又は75に設定。「発達障害者に対する療育手帳の交付について」総務省行政評価局長通知総評相第196号平成22年9月13日より)</li> </ul>	「 <u>重度</u> 」「 <u>それ以外</u> 」 ※各都道府県 (指定都市) により異なる。
精神障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患。(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条)</li> <li>医師の診断書等を添えて、<u>知的障害を除き、政令で定められた精神障害の状態 (右欄) にあると認められたときに精神障害者保健福祉手帳を交付</u>。(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条、同施行規則第23条)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの (1級)。</li> <li>日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの (2級)。</li> <li>日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの (3級)。</li> </ul> (同法施行令第6条)	1～3級
(発達障害)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害。(発達障害者支援法第2条)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害者保健福祉手帳の認定において、精神障害の中に発達障害が含まれるものとされている。「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準についての一部改正について」平成23年3月3日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知障発0303第1号)</li> </ul>	<u>独自の手帳制度はない。</u>
(高次脳機能障害)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法的な定義なし。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害者保健福祉手帳の認定において、精神障害の中に高次脳障害が含まれるものとされている。「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準についての一部改正について」平成23年3月3日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知障発0303第1号)</li> <li>※なお、症状により身体障害者手帳を取得できる場合もある。</li> </ul>	<u>独自の手帳制度はない。</u>
(難病)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法的な定義なし。</li> <li>なお昭和47年厚生省「難病対策要綱」では以下の2点が挙げられている。                             <ol style="list-style-type: none"> <li>①原因不明、治療方針未確定であり、かつ、後遺症を残す恐れが少なくない疾病。</li> <li>②経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するため家族の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病。</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査研究分野として130疾患が指定。</li> <li>研究奨励分野として、臨床調査研究分野の対象疾患に含まれない希少難治性疾患として234疾患が指定。</li> <li>当面の措置として、平成25年度開始の障害者総合支援法における、サービス対象としての難病は、臨床調査研究分野として130疾患となる。                      (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律障害者自立支援法施行令別表)</li> </ul>	-

筆者作成。なお関係条文の出典は表内に記したとおり。

(表1)のように、「身体障害」は、「視覚障害」「聴覚又は平衡機能の障害」と部位別に細分化されている。「障害者手帳」との関連では、条文に「身体障害者手帳の交付を受けたものを身体障害者とする」ことが明記されている。この点で、「身体障害」については、法制上の「障害者」と「障害者手帳」の所持者は一致していると解釈することができよう。しかしその他の「障害」についてはこのような解釈が成立しにくいのである。

「知的障害」については、まず法的な定義が存在しないことが注目される。ただし都道府県(指定都市)により「障害者手帳」の制度が運用されている。その際の「知的障害」の基準は、IQ値おおむね70~75に設定されているようである。「知的障害」と「障害者手帳」との関係では、そもそも「知的障害」についての法的な定義が存在しないことから、「障害者手帳」の所持者のみが「知的障害者」であるとは言い切れず、法制上の「障害者」概念は不明瞭さを残している。

「精神障害」については、「統合失調症」「精神物質その他の精神疾患」と疾患別に分類されている。「障害者手帳」との関係を見ると、「障害者手帳」の交付にあたっては「政令で定めた精神障害の状態」という「状態像」が規定されている。従って、法の定義する「精神障害」概念をさらに絞ったかたちで「障害者手帳」の制度が運用されている。この点で、法の規定する「障害者」と「障害者手帳」の所持者とは一致しない。

「発達障害」については、発達障害者支援法に定義がある。しかし「高次脳機能障害」についての法的な定義は存在しない。両者とも独自の「障害者手帳」はなく、行政通達により既存の「障害者手帳」が取得できるように対応が図られている。

「難病」については、臨床調査研究分野としての130疾患(難病患者等居宅生活支援事業の対象でもある)が「対象」とされている。

以上みてきたように、我が国の法制上の「障害者」と「障害者手帳」の所持者とは乖離があり、とりわけ「知的障害」と「精神障害」において、その傾向が顕著となる。そしてこの乖離は、「障害者手帳」が「申請主義」を採用していることでさらに拡大すると考えられる。「障害者手帳」を所持することで社会的な不利やスティグマ感が生じる場合には、「障害者手帳」の申請を控えてしまうことが想像される。また子どもの「障害者手帳」の取得に際しては、保護者の「障害受容」や、成長過程におけるimpairmentの見えにくさも考慮に入れる必要がある。この点について、法的な定義の存在しない「知的障害」の「対象」把握の困難さについて岡田は以下のような題点を指摘している(第24回社会保障審議会障害者部会)。

- ・我が国の知的障害者に関する数値(総数45万9,000人)には重大な誤りがある。
- ・そもそも調査員が各世帯を訪問して家族全員の知能検査並びに日常生活能力水準を測定することなどできるはずもないし、許されるはずもない。
- ・45万9,000人は、人口の0.36%に当たるが、先進国における知的障害の一般人口に対する有病率は0.5~2.5%であり、我が国だけが0.36%というのは比較にならないほど少ない。我が国の新生児死亡率、乳児死亡率、平均寿命を考慮しても不自然である。
- ・我が国の場合、類推しても、200万人~250万人と見るのが正しいのではないか。

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/txt/s0125-2.txt>)

岡田の指摘にあるように、「知的障害者」の抽出自体が人権侵害をはらんでおり、有病率を用いた全体数の推計しか行えないのが実状であろう。まして「身体障害者」以外は「障害者手帳」取得者と法の規定する「障害者」自体が一致していないことは、法制上も行政実務上も認めているところであって、そうであれば、「障害者調査」の実施において「障害者手帳」所持者を母集団として採用することはおかしいことである、と言わなくてはならない。

それでは次に、今日の「障害」理解の世界的潮流である「社会モデル」の立場からの「障害者調査」の「対象」について検討する。

### 3. 「社会モデル」からの「障害者調査」の「対象」－マージナルな「対象」への気づき－

disability とは社会への参加を妨げる多様な障壁に注目をしたときの「障害」であった。そして日常生活や社会生活で被る不利益に「視座」を置くのが「社会モデル」であった。この「社会モデル」の登場の背景には、impairment に「視座」を置く「個人モデル（医学モデル）」へのアンチテーゼがあったといえよう。すなわち「個人モデル」から「障害」を捉えると、「障害」とは個人の問題であり、その起因性も個人に求めていく危険が生ずる。そうではなく、「障害」の原因を、個人ではなく「社会環境」に視点を移すこと、すなわち社会を変えていく視点を提供すること、これが「社会モデル」のエッセンスといえよう。この「社会モデル」を基礎に disability を学問的に解明していく分野に、近年勃興した「障害学」がある。英国の「障害学」をリードしてきた Oliver はこういう。

これまで、障害の問題や障害者の経験は、学問的に正当に扱われることはほとんどなかった。障害に関する問題と障害者の経験は周縁化され、障害を重要な研究対象としたのは、医学と心理学だけであった。残念なことに、障害は本質的に医学的な問題とされ、障害者の経験は心理的に適応していく過程として分析され、障害者に悪影響を与えてきた（Oliver1990, 訳2006：11）。

この Oliver の問題提起にも、「社会モデル」が「個人モデル（医学モデル）」のアンチテーゼとして登場した経緯がみてとれる。この「障害学」は、我が国においては1990年代より1つの学問領域として disability の解明に向けた議論が展開されてきた（石川・長瀬1999：29）。

さて、杉野によると「社会モデル」には主に、英米の2種類のタイプが存在するという（杉野2007：113）。英国モデルとは、障害を制度的障壁としてとらえ、障害問題を機会と結果の不平等として扱う。他方、米国モデルでは、障害を社会の偏見としてとらえ、障害問題を機会の不平等問題、すなわち差別問題として扱うという（杉野2007：113）。この指摘は筆者の解するところでは、disability の解消に向けた戦略を、制度の改正に視点を置くのか、社会意識（偏見・差別）の除去に視点を置くのか、その志向性の差異が反映されたものと思われる。というのも、「社会モデ



ル」「個人モデル（医学モデル）」ともに、「障害（impairment, disability）」を軽減・除去していくための実践的目的が内在しており、単なる事象を記述することに注視しているわけではないからである。「社会モデル」が、社会参加を妨げる多様な障壁の軽減・除去を目的とする以上、論者の関心や目的により、その概念構成は異なることは当然であろう。さらにその除去すべき障壁についてさえも、社会的、文化的条件によっても変容するものであり、万人にとって共通であるとはいえないというのである（星加 2007：114-115）。例えば視覚障害者の歩行に供される点字ブロックが、他方で、車いすを使用する人にとっては移動の際の障壁にもなりえること、一つの障壁が障害者間においてすら共通化するには困難が伴うのである。このように「社会モデル」が論者の関心や目的により多様に構成されることについて、亀井はこう述べる。

社会モデルは、ある個人における人間開発を妨げる要因を、その人の身体的特徴ではなく環境の側に求めようとするため、いわば個人をとりまく環境因子すべてが潜在的な調査対象となり、分析すべき対象が限りなく増えていくという自体を招くモデルでもある（亀井 2008：34）。

これを「障害者調査」の「対象論」に絡ませて考えてみれば、disability 自体が多くの「変数」で構成されている以上、調査の「対象」も調査目的に応じて様々に設定が可能となることを意味する。例えば、差別や偏見に視点をあてれば、「差別を受けている人」という「対象」が設定できる。その他にも、「駅の階段の昇降に支障を感じている人」、「他者と会話をするのが難しい人」など、「対象」の設定はどのような disability に焦点を当てるかによって広がりをもつといえる。さらにこのように「対象」を設定したとして、次の疑念が生ずる。「差別を受けている人」には、性差別に苦しむ人も含まれるのではないか。「駅の階段の昇降に支障を感じている人」には高齢者や妊産婦も含まれるのではないか。「他者と会話をするのが難しい人」には、外国人も該当するのではないか。このように考えていくと、「障壁」が impairment のみに起因しないことに気づかされる反面（そのことが「社会モデル」の功績でもあるが）、性、高齢、妊娠は impairment なのか、このような新たな論点が発生する。実はこのような問題提起は、障害者差別禁止法案の検討でもみられた。

体の大きな人が飛行機の座席に座れないから座席を2人分買うしかないという場合、障害者基本法では体の大きなことは障害ではないが、差別禁止法ではインペアメントに入るかどうかを視野に置く必要がある。（障がい者制度改革推進会議差別禁止部会 2012：6）

すなわち、差別禁止というコンテキストにおいては、「体が大きい」ことが impairment なのか否かとの判断が必要となる。このように「社会モデル」の観点にたてば、目的に応じて impairment の概念自体も変容することになる。impairment とは医学的な分類であって、その基準は科学的で「対象」を限定化していく性質があることはみてきたとおりである。しかしその impairment 自体の概念も「社会モデル」の展開の中で揺らぐわけである。というよりも、数多あ

る impairment の中から何を「障害」としての impairment であると取り上げるのかは、結局のところ、価値中立的ではないということである。現に見てきたように、日本の法制度では、3障害を中心に impairment としてきているが、それとて、時代や場所を越えて普遍的なことではない。星加は心身機能や身体構造的に関する否定的状態としての impairment が、純粋に生理学的な言語で記述されることはありえないであろうとも述べている（星加 2007：252）。

また、臨床医学の立場からも、現行の impairment の認定が、現在の医療技術の進展を反映していないこと（測定方法の進化、治療が可能となった疾患の存在等）、impairment が重複している際の等級調整の合理性への疑念等が呈されており、「社会モデル」の「視座」からの認定基準の見直しが必要であることも勧告されてきた（日本学術会議臨床医学委員会障害者との共生分科会 2008）。

このように「社会モデル」は「個人モデル（医学モデル）」にも影響を与えている。そして「障害者調査」の「対象」という観点からみると、「社会モデル」の展開によって、ますます「障害者」という「集団」の境界・輪郭は曖昧となり、既存の制度枠組みでは捉えきれないマージナルな「対象」が出現することになる。「対象」の一元的な理解がますます困難になってきたともいえる。

このような「社会モデル」の展開に伴う「対象」理解の困難さはさておき、「障害者手帳」の所持者を枠母集団とした場合、他にもいくつかの課題がある。

#### 4. 「障害者手帳」所持者を「障害者調査」の「対象」とした場合の論点

「障害者手帳」所持者を「障害者調査」の「対象」とした場合の論点について、以下の4点に整理する。

第1に、重複障害の扱いである。重複障害には、「身体障害」の下位区分同士（「視覚障害」と「聴覚障害」）もあれば、「身体障害」と「知的障害」の重複など、その「組み合わせ」は多様にある。これらの「組み合わせ」をどこまで独立の「対象」にするのか。ここに重複障害の課題がある。独自の「対象」にするか否かは、標本調査においては、サンプリングの「層」の設定と絡み、調査実務上の作業課題にも直結する。impairment が複数列挙される場合、「主たる障害」という解決も想定できなくもない。しかし「視覚障害」と「知的障害」が重複しているケースを想定したときに、どちらの impairment が「主たる障害」といえるのだろうか。各 impairment の「寄与度」を一般化することは可能なのだろうか。法制上、重複障害としては「重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害の重複）」（児童福祉法第7条第2項）があり、それを独自の「対象」とすることは可能である。ただしそれ以外の重複の「組み合わせ」を、どこまで独自の「対象」とするかの判断は、調査設計時に求められてくる。「組み合わせ」を重視するほど、「対象」数は減少し、個人が特定されるジレンマがある。

第2に、年齢の扱いである。我が国の社会福祉制度は、65歳以上の高齢者については、介護保険を優先適用することになっている。このことをもって「障害者調査」の「対象」から高齢者を除外することにはもちろんならない。在宅の「身体障害」の全国分布をみると、「18歳未満（1.6%）」

「18歳以上 65歳未満 (23.6%)」「65歳以上 (72.6%)」となっており、約7割が高齢者である(令和5年版障害者白書:222)。標本調査を想定し、仮に年齢を考慮せずに系統抽出を行ったとすると、その標本は、圧倒的に高齢者の比率が高く、他方「18歳未満」の「障害児」のサンプルサイズは極めて小さいものとなる。年齢に関するもう1つの論点として、「中途障害」と「幼少期からの障害」の区別がある。これは impairment の受傷(発生)時の年齢の問題である。同一の impairment であっても両者の評価を同じにできるのか。人間のライフサイクル、成長・発達の時軸を導入した場合に、「対象」をどう設定するのかの課題がある。

第3に、施設利用者である。今日、障害福祉サービスの実施主体は市町村に一元化されている。ただし施設利用者については、「居住地特例」として、入所前の市町村が実施主体になる。これは、施設所在地の負担が過大とならない配慮である。そうすると施設利用者は、どちらの自治体の「対象」になるのか。これは「地域」をどのように捉えるのかの論点といえよう。

第4は以上の3点とは次元の異なる論点であり、「代理回答」の問題である。「障害者調査」において、意思表示の困難な人(重度の知的障害者や乳幼児等)に対しては、おもに家族に記入を依頼する方式をとっている。この「代理回答」のバイアスについて、森は米国の障害者調査の分析を引用し、機能制約の回答は、代理人より本人の方が低くなる傾向や、65歳以下の人のための回答では機能を低く回答しがちだが、65歳を超す人のためだと過度に回答しがちといった例を紹介している(森2008:10)。少なくとも代理回答に一定のバイアスがあることは否定できないだろう。さらに「代理回答」のできない状況にある「障害者」には、どのようなフォローがなされるのだろうか。「無回答」として扱われてしまうのではないか。ここには「障害者調査」における「対象」の意思表示の問題、「対象」に「家族」が含まれるのかという難問がある。この問題はデータ収集の方法論としての整理も可能ではある。質問紙に依拠せず、例えば観察により意思表示の困難な「対象」にアプローチすることも想定はできよう。しかしどのようにデータ収集方法を工夫しても、「本人」の意思を汲み取ることに限界のある「対象」が存在することは否定できないであろう。「障害者調査」における「対象」を検討する場合には、「本人の意思」の把握が極めて困難な「対象」が存在することは指摘しておく。

## 5. 考察

以上、「障害者調査」の「対象」に焦点を当てて検討を進めてきた。再度ポイントを以下の3点に整理する。

- ① 我が国の法制上の「障害者」とは impairment を条件とした定義となっている。impairment の認定として「障害者手帳」があるが、その捕捉率の観点から、枠母集団として使用した場合のカヴァレッジ誤差は、相当程度見込まれる危険がある。
- ② 「社会モデル」における「障害者」概念とは、モデルを扱う者の視点や目的に応じて、可

变的となる。これは、「社会モデル」のもつ宿命でもあり、「対象」の措定には多様な「変数」を考慮せざるを得なくなる。しかしそれゆえに、従来の impairment だけに限られない「障害者」概念の広がりをもたらし、マージナルな「対象」が含まれることへの気づきを与える。

- ③ 以上の2つの問題点を認識しつつ、「障害者調査」遂行の現実的な要請から「障害者手帳」の所持者を「対象」とした場合でも、重複障害の取り扱い、年齢やライフステージの考慮、施設入所者への対応、代理回答という課題が残される。

まずもって、自治体の実施する「障害者調査」において、枠母集団として「障害者手帳」取得者を「対象」とすることは極めて安易な選択である。長年の慣行とは言え、本稿で指摘したように、そもそもの「対象」を捕捉しきれていない点で、多くの問題を抱えている。おそらく筆者の想像するところでは、調査イコール統計調査という調査実施担当者の思い込みがまずあって、さらに一定数以上のサンプルがあれば、それだけ説得力が増すとの思い込みが重なり、そこから最も利用しやすい「障害者手帳」取得者データをサンプリング台帳（標本枠）として調査の「かたち」を整えた、というのが実情ではなかったのではないか。

それでは、今後自治体の実施する「障害者調査」においては、マージナルな「対象」も含めて、どのように「障害者調査」を遂行していけばよいのか、その点が鍵となってくる。最後にその方法論を検討し、これからの自治体における「障害者調査」の方向性と行政の役割を考察する。

第1に自治体の「障害者調査」においては、「アンメットニーズ」の把握に注力すべきではないかと考える。unmet needsとは、「充足されていないニーズ」を指す。その対概念は「メットニーズ（充足されたニーズ）」である。ここでまず確認しておきたいことは、多くの自治体で「実態調査」のタイトルで「障害者調査」が実施されている。ここでいう「実態」とは何かということ、深く検討する必要があると思われる。「障害者調査」においては、「地域の状況等を踏まえる」ために「実態」を把握することが目的となっていることは、本稿の冒頭で指摘したとおりである。そして地域の実状については、行政が保有する既存のデータを活用すれば、相当程度の定量分析が行えることを指摘しておきたい。手帳所持者やサービス給付実績に関する量的データは、新たに統計調査を実施する必要もなく、正確かつ有益なデータである。既に自治体が保有しているデータで分析が可能な事象については、新たに調査を実施する必然性は全くない。調査とは分からないことを発見するために行うものである。このように考えていけば、次に、各自治体において何が「メットニーズ（充足されたニーズ）」であり、何が「アンメットニーズ（充足されていないニーズ）」なのかの判断が必要となってくるのがわかる。つまり、既に解決されている問題と今後解決していく必要のある問題の峻別である。この峻別がなされないまま調査を実施するということは本来的にありえないことである。なぜなら調査とは実施者のほうで一定の「仮説」を保持していなければ調査項目（質問項目）の設定が不可能だからである。ここでいう「仮説」がまさに各自治体における「アンメットニーズ」に他ならない。自分の地域において解決されていない問題は何か、との一定の仮説を持つことで、はじめて調査項目を設計することができるのである。それでは、「アンメッ

トニーズ」をどのように把握することができるのだろうか。これについては、自然体で地域の様々な問題を広く収集することが必要となることを指摘しておきたい。「障害者手帳」の所持者や彼らを中心に構成される団体だけではなく、インフォーマルな「障害者」の組織も含めた当事者の「語り」を中心とすることが重要だと思われる。地域の障害者福祉の専門職や、商店、会社、警察、消防、病院、学校、公民館、スポーツ施設、駅といった地域の多様な組織や機関にも視野を広げて問題収集を行うことが望まれる。特に市長への手紙などの、行政相談、苦情対応窓口における問題事例の分析は重要である。

第2に「地域の状況等を踏まえる」際に、統計的手法に拘泥する必要は必ずしもないことを指摘したい。既述のとおり、自治体においては「障害者手帳」の所持者を枠母集団として活用できることから、安易に統計調査が実施されてきたのではなかろうか。「障害者手帳」の所持者を枠母集団とすることについて、相当程度のカヴァレッジ誤差が生ずる危険性は指摘した。社会調査には統計的手法と質的手法の2つがある。とりわけ枠母集団の設定が難しい対象（サンプリング台帳を用いることができない対象）については、質的手法が積極的に検討されてよい（森岡 2007：11）。ここでいう質的手法とは、インタビューや観察が想定される。自治体によっては、（主に議会対策や財政部局との折衝上）とかく統計調査に重きを置く傾向があるが、本稿で指摘したように、「障害者手帳」所持者を枠母集団として採用しても、法制度上の「障害者」と一致していないことを理解する必要がある。統計調査の場合、ほぼ質問紙郵送法が調査手法として採用されると思われるが、回答する障害者の障害特性を踏まえた場合、質問紙郵送法が回答者にとって丁寧な手法であるか否かも、十分に考慮すべきである。むしろインタビューや観察といった質的手法のほうが、回答者にとって優しく丁寧であるとの考え方も十分成り立つだろう。

第3に、「障害者調査」の「対象」を考えたときに、果たして調査の「対象」を「障害者」のみに限ってよいのだろうか、そのことを再検討すべきである。「変わるのは個人ではなく社会である」との「社会モデル」の主張に沿うと、「社会（市民）」が調査の「対象」であるとの想定もできるのではないか。ここで参考になるのは Oliver の批判である。Oliver は、イギリス国勢調査局による「障害者調査」の質問文が「障害」を個人的な要因に矮小化するものであるとして、次のような批判を行っている。

「あなたの具合のわるいところはどこですか？」ではない、「社会にはどのような問題がありますか？」と聞くべきではないか。（Oliver 1990, 訳 2006：29）

この Oliver の批判に基づけば、「障害者調査」の「対象」とは、「障害者」ではなく「市民全体」となる。障害者差別の解消、共生社会の実現、合理的配慮の義務といった、「社会が変わる」ことがまず要請されている今日において、「障害者調査」の「対象」も「市民全体」であるべきとの考え方は、極めて自然な流れでもある。

以上、「障害者調査」の「対象」に焦点を当てて検討してきた。本稿は「障害者調査」の「対象」に焦点を当てて検討してきたが、「障害者調査」の実施に際しては、データ収集方法の配慮

等、課題は多岐にわたる。「対象」を調査する方法に「正解」や「王道」があるわけではない。自治体の創意工夫が求められる分野であるといえよう。自治体の調査は、都合のいい住民参加手段として市民の意見を聞くポーズに使われてきたとの批判がある（大谷 2003）。自治体には「障害者調査」を契機として、地域における「障害者」の問題把握や「アンメットニーズ」の把握について、多くの市民が共に検討していく場を設定することが望まれる。なぜなら、その検討のプロセスこそが「disability」の軽減をもたらし、真の意味での「共生社会」への一歩となるからである。

## 注釈

---

- 1) なお ICF が「社会モデル」であるか否かについて、倉橋の次のような問題提起がある。「たとえば、環境因子を導入し、各要素間の関係を複線的なものにしたところで、社会的不利益の発生に生物学的／医学的な意味での身体の間与を認める限り、それは別バージョンの医療モデル／個人モデルでしかない（倉橋 2002：203）」。

倉橋の指摘は非常に示唆に富むが若干極論のようにも思える。筆者は川島が言うように、おそらく純粋な意味で impairment を除外した「障害」理解は成立しにくいのではないかと考える（川島 2010：3）。「社会モデル」の特徴は、ICF の前身モデルである ICIDH が impairment に全ての要因を収斂させる一方向モデルであったところを、双方向モデルに変化させて、impairment と「社会環境」との相互作用を明確に示したことにあるのではなかろうか。

## 文献

---

- 星加良司（2007）『障害とは何か ディスアビリティの社会理論に向けて』生活書院。
- 岩田正美（1995）「社会福祉における『問題』量・分布の測定」、『人文学報』：261：87-114。
- 岩田正美（2001）「社会福祉における対象論研究の到達水準と展望 - 対象論研究の視覚」、『社会福祉研究』80：27-33。
- 亀井信孝（2008）「途上国障害者の生計研究のための調査法開発：生態人類学と『障害の社会モデル』」、森壯也編『障害者の貧困削減：開発途上国の障害者の生計調査研究報告書』アジア経済研究所：31-48。
- 川島聡（2010）「障害者権利条約の基礎」、松井良輔・川島聡編『概説障害者権利条約』法律文化社：1-15。
- 厚生労働省（2022）『令和 5 年版障害者白書』。
- 倉本智明（2002）「身体というジレンマ」、好井裕明・山田富秋編『実践のフィールドワーク』せりか書房：189-205。
- 森岡清志編著（2007）『ガイドブック社会調査第 2 版』日本評論社。
- 森壯也（2008）「開発途上国における障害者統計調査について」、森壯也編『障害者の貧困削減：開

- 発途上国の障害者の生計調査研究報告書』アジア経済研究所：3-29.
- 長瀬修（1999）「障害学に向けて」, 石川准・長瀬修編『障害学への招待』明石書店：11-39.
- 日本学術会議臨床医学委員会障害者との共生分科会（2008）『提言 身体障害者との共生社会の構築を目指して：視覚・聴覚・運動器障害認定に関する諸問題』日本学術会議.
- Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement*: London: Macmillan. (三島亜紀子・山岸倫子・山森亮・横須賀俊司訳, 2006, 『障害の政治 イギリス社会学の原点』明石書店.)
- 大谷伸介編（2002）『これでいいのか市民意識調査 大阪府44市町村の実態が語る課題と展望』ミネルヴァ書房.
- 佐藤久夫（2010）「障害の概念」, 松井良輔・川島聡編『概説障害者権利条約』法律文化社：32-48.
- 盛山和夫（2004）『社会調査法入門』有斐閣.
- 杉野昭博（2007）『障害学 理論形成と射程』東京大学出版会.
- 障がい者制度改革推進会議差別禁止部会（2012）『障害を理由とする差別の禁止に関する法制の制定に向けて— 論点に関する中間的な整理』内閣府.
- Stone, D. (1984) *The Disabled State*: Philadelphia : Temple University Press.
- 上田敏（1983）『リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権—』青木書店.