

障害者統計の現状と今後の動向^{*1}

松本 広大^{*2}

勇上 和史^{*3}

要 約

国連の障害者権利条約への批准（2014年）、ならびに国連統計委員会第49回会合における障害統計に係る採択（2018年）を受けて、近年、日本の政府統計における障害者統計の充実が課題となっている。本稿では、障害者統計を巡る近年の国内外の動向を概観したうえで、従来の障害者統計と新たな調査項目による障害者の定義と実態を比較し、今後の障害者統計に係る課題や可能性を整理した。直近のデータでは、「制度上の障害者」の数は1,165万人に対して、（15歳以上の）国際比較上の障害者数は1,430万人とされる。しかし、両者では障害者の概念が異なるため、重複は35%に過ぎない。障害者の定義は、障害者政策の考え方や対象と密接に関わるため、国際的な共通基準の利用と国内政策の評価は区別する必要がある。ただし、従来の障害者統計には対象者や回答の差異が存在するため、国際比較上の基準を含めた様々な障害者概念を整理したうえで、分析に活用することが求められる。

キーワード：障害者統計、障害者権利条約、合理的配慮、障害者雇用政策

JEL Classification：J14, J18, J78

I. はじめに

本稿では、日本の障害者統計を巡る近年の変化を明らかにするとともに、障害者の社会経済的特性や障害者政策の評価を進めるにあたって、障害者統計の利用上の課題を整理することを目的とする。

障害者に関する統計調査は、その国の障害者

政策と密接に関連している。日本では、1993年に成立した「障害者基本法」により、従来の障害者福祉から障害者の社会権の保障へと法的枠組みが変化した。その後、2011年の同法の改正では、国連の障害者権利条約の趣旨に沿った障害者施策の推進を図るため、権利条約に定

* 1 本稿の作成に当たり、宇南山卓氏（京都大学）ならびに財務総合政策研究所研究会の参加者より貴重なコメントを頂いた。ここに感謝の意を表す。なお、本稿で述べられている見解は著者らの個人的な見解であり、著者らが所属する組織ならびに財務総合政策研究所としての見解を代表するものではない。

* 2 経済産業研究所研究員（政策エコノミスト）

* 3 神戸大学大学院経済学研究科教授

められる障害者の捉え方として、「障害の社会モデル」の観点が付加されるとともに、障害者の福祉規程が除去され、権利保障としての差別禁止が盛り込まれた。具体的に、同法（2条1項）は、障害者を、「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。）がある者であつて、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」と定め、2条2項において、社会的障壁を「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。」と規定している。こうした障害の社会モデルの考え方を踏まえて、近年、厚生労働省「国民生活基礎調査」や総務省統計局「社会生活基本調査」において、日常生活上の制限に関する調査項目が導入され、国際比較を見据えた、しかしながら従来とは異なる障害（者）の把握が始められた。

では、こうした新たな障害者統計と既存の障

害者統計はどのように異なっており、両者の関係はどのようにある（べきな）のか。本稿では、先行研究のレビューを通じて、既存の国内の障害者統計と国際基準による新たな統計調査の背後にある、障害者のとらえ方や障害者政策の潮流を踏まえた上で、両者の内容や位置づけを整理する。さらに、これらの新旧の障害者統計を含めて、障害者の社会経済的特性を明らかにしたり、政策評価等の経済分析を行ったりするうえで、統計調査の利用に関する課題を議論する。

本稿の構成は次の通りである。Ⅱ節では、国内外の障害者統計を取り巻く動向を概観する。Ⅲ節では、日本の障害者統計の現状として、従来の障害者の統計調査や行政データにおける障害者の把握方法と近年の国際基準による障害者統計の考え方と集計結果を紹介する。Ⅳ節では、障害者統計を用いた分析を進める上での課題として、統計調査による障害者概念の差異等の利用方法に関する課題を述べる。最後に、Ⅴ節では結論を述べる。

Ⅱ. 日本の障害者統計を取り巻く環境変化

Ⅱ-1. 国際的な障害者統計の動向

各国における障害者人口の把握や障害の定義は、取りも直さず、障害者政策のあり方とその動向と密接に関連している¹⁾。現在に至る障害者政策を巡る国際的な潮流の最初の画期は、1981年に国連で決議された「国際障害者年（International Years of Disabled Persons）」である。同決議では、障害者の「完全参加と平等」のテーマの下、(1) 障害者の社会への身体的および精神的適応の援助、(2) 障害者への雇用機会提供と社会的統合の保証、(3) 障害者の日常的な参加の支援、(4) 障害者の経済的、社会的

および政治的参加と貢献の権利の支援、(5) 障害の予防とリハビリテーション対策が目的とされた。翌1982年、国連総会は「障害者に関する世界行動計画（World Programme of Action concerning Disabled Persons）」を採択する。1983年から1992年までの期間を国連障害者の十年と宣言し、「障害予防」、「リハビリテーション」、「機会均等化」という3つの全般的な目標の下、加盟国の行動を奨励した。また欧州では、1996年「障害をもつ人々のリハビリテーションと統合に関する委員会（Committee on the Rehabilitation and Integration of People with

1) 本節の記述は勝又（2008）に負うところが大きい。

Disabilities)」がEC（European Communities, 欧州共同体）に設置され、2003年を「欧州障害者年」と定めて2004年から2010年を期間として行動計画を立て政策を実行している。こうした動きは、2001年以降、国連における「障害者権利条約」の検討にも引き継がれ、同条約は2006年12月採択され2008年5月に発効した。

こうした障害者に関する国際的な行動計画において、障害のとらえ方に関する認識の転換が図られるようになる。従来、障害についての伝統的なアプローチは「障害の個人モデル」と呼ばれ、障害の身体的・知的・精神的機能不全の克服は個人の問題と見なすものであり、その政策的な対応としては、医学リハビリテーションによって障害の軽減又は除去を試みたり、療養支援や福祉支援を提供したりする傾向があった²⁾。一方、障害者に関する世界行動計画は、その第21段落において、「これまでの経験によれば、機能障害（impairment）又は障害（disability）が個人の日常生活に及ぼす影響を決めるのは大抵環境である」と述べている（O'Reilly 2003）。これは、障害者が経験する社会的不利の原因を社会に求めるという点で、「障害の社会モデル」の考え方を明確に示している。以後、バリアフリーや障害者の保護雇用などの基盤となる考え方として、こうした障害の社会／権利アプローチが取られるようになる。また、2001年には、WHO（World Health Organization, 世界保健機関）は新しい国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health）を採択し、各国もそれに従って、障害を機能障害（個人）と環境因子（社会）との相互作用から生じる多次元の実体ととらえるようになる。

このように、障害のとらえ方に関する国際的な共通認識が形成される中で、主に国際機関の比較研究において、各国を並列で比較する場合のプラットフォームとなる定義や分析枠組みをつくるという視点が示されるようになる。こ

のうち欧州では、ECにおいて、「ソーシャル・インクルージョン」（社会的包摂）政策を推進することが決まっており、障害者の社会的包摂を巡る加盟国の政策努力の評価を行うために、何らかの共通した比較枠組みが必要であると認識され、これはEC（2003）に反映される。このEC調査では、労働力調査において「6か月以上続いている（または続く予想される）健康上の問題または障害をもっているか」という設問に対して、「ある」と答えた人を障害者と定義している。OECD（Organisation for Economic Co-operation and Development, 経済協力開発機構）でも、OECD（2003）において、各国の異なる調査の結果を一つのグラフにまとめて紹介する（OECD（2003）, Chart 3.1）一方、欧州の欧州共同体家計研究パネルデータ（European Community Household Panel）実施国については、「あなたは、慢性的な心身の健康問題、病気、障害をもっていますか」と、「あなたは、その慢性的な心身の健康問題、病気、障害によって、あなたの日常活動が制限されていますか」の2つの設問を用いて、共通の定義から障害者を把握し、国際比較する試みがなされている。

しかしながら、ある一定の基準によって障害を定義することは、定義から漏れる「谷間の障害」を生じるという点で、常に排除の問題をはらむ。そのため、障害者権利条約の策定過程では、さまざまな議論を経て、結論としては障害者の統一定義を行われなかったとされる。むしろ、この時期の国際比較研究では、単一の標準的定義の設定に向けて動くことではなく、まずは、各国で異なる定義が位置づけられ、比較できるような枠組みをつくることに主眼が置かれてきた傾向がみられたとされる（勝又2008）。例えば、EC（2002）では、(1)日常生活動作（Activities of Daily Living）の支援、(2)所得再配分（income replacement）、(3)雇用施策、(4)差別禁止法制の4つの分野での各国の障害

2) こうした障害の個人モデルは、障害の医療モデルや、ケア／福祉アプローチなどとも呼ばれる。

の定義を議論してきた³⁾。

障害者統計を取り巻く第二の画期は、2006年12月に国連総会において採択され、2008年5月に発効された障害者権利条約の存在である⁴⁾。同条約の第31条「統計及び資料の収集」⁵⁾では、締約国の義務として、政策の立案と実施、履行を評価のための統計資料の収集を定めるとともに、障害者および他の者にとって利用しやすい統計の普及についての責任も負わせている。これにより、締約国は障害者と障害のない者との比較等を可能とする統計の整備・普及を図る必要が生じた。また、2015年9月には、国連持続可能な開発サミットにおいて、「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択される。このアジェンダで示されたSDGs (Sustainable Development Goals, 持続可能な開発目標)は、全ての国が「誰一人取り残さない」という理念のもと、2030年を期限とする包括的な目標の達成に取り組むことを明示した。ここで障害者は、貧困削減や健康と福祉、働きがい等、SDGsの様々な達成目標に深く関わることから、SDGsの達成状況を把握する観点からも、障害者に係るデータの整備が求められるようになる。以上の流れを受けて、2018年3月に開催された国連統計委員会の第49回会合は障害統計に係る提言を採択し、各国に対して、障害統計に係るデータ収集及び手段の精査を行うことを要請した⁶⁾。具体的には、各国に対して、「持続可能な開発のための2030アジェンダ」のモニタリングや障害の状態によるデータの分解が必要となっているという文脈から、それぞれの国のデータニーズに応じて、障害の適切な測定ツールを選択すること、また、各国の既存

の関連データの収集と手段においてその基礎となっている概念や目的、その優位性を精査するよう依頼がなされた。

II-2. 政府統計における障害の調査の方向性⁷⁾

日本では、厚生労働省が実施している「生活のしづらさなどに関する調査」が障害者の実態を把握するために行われているが、調査対象が主に障害者手帳を所持していることを要件とした障害者に限定されているため、健常者との就労状況の違いなどを評価することはできなかった。しかしながら、以上の障害統計の整備を巡る国際的な動向を受けて、日本の政府統計における障害者の調査にも変化が見られている。

近年の障害者に関する公的統計の動向として、2014年の「障害者の権利に関する条約」の批准を受けて、2018年3月には「第4次障害者基本計画」および「公的統計の整備に関する基本計画」が閣議決定され、これらの計画では実効性のある取り組みを支えるための統計の充実が求められた。さらに2018年5月には「障害者の安定雇用・安心就労の促進をめざす議員連盟（インクルーシブ雇用議連）」によって、障害者と健常者の比較が可能となる指標の検討が提案され、基幹統計調査に障害関連の質問を追加することが推奨された。これを受け、2018年7月に統計委員会で障害者統計に関する試験調査が提案され、翌年2019年10月から2020年3月にかけて、内閣府に「障害者統計の充実に係る調査研究実施検討チーム」が設置され、改善が進められた。

この検討チームでは、国際的に活用されている障害に関する統計手法として、国連のワシン

3) 日本の機関の試みとして、日本障害者協議会(2006)では、(1)社会福祉・社会サービス、(2)所得保障、(3)雇用、(4)権利擁護・差別禁止に分けて、各サービスを受給する場合の障害「認定」の特徴から、障害の定義を分類している。この結果によると、認定の特徴は次のように分類される。A. 障害程度に基づく国(専門家による認定)、B. ニューズアセスメントによる国(専門家+障害者当事者)、C. その他。日本はAタイプだが、極めて(障害者の)医療モデル(機能評価)に偏っていることが報告されてきた。

4) 本段落の記述は、内閣府(2020)を参照。

5) 「障害者の権利に関する条約」<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000018093.pdf>

6) 内閣府(2020), p.3, 図表2

7) 林(2022)を参考。

トングループの質問項目と、欧州統計局の質問項目などを取り上げた。それぞれの指標としての特徴を分析するため、インターネット調査が行われ、さらに障害者団体の協力を得て、障害を持つ人々がどのようにこれらの質問に答えるかを確認する紙面調査も実施された。その結果、ワシントングループ方式よりも欧州統計局方式の方が、障害を有する割合が高く、公的な障害者制度を利用していない人々でも障害があることが把握されやすいこと、さらに仕事をしていない人が多く含まれ、回答しやすいといった特徴が明らかになった。

これらの調査結果を踏まえ、2021年10月に実施された社会生活基本調査では、欧州統計局

式の障害に関する質問が導入され、日常生活への支障の程度や、その支障が6か月以上続くかどうかなどが調べられた。また、2022年6月の国民生活基礎調査にはワシントングループ式の障害に関する質問が追加され、視力、聴力、歩行の困難さなど6項目について、日常生活の困難さの程度が4段階で調査された。このように、障害者の国際比較を視野に入れた調査項目が2種類の政府統計に導入され、今後も基幹統計調査への障害者に関する調査項目の導入が検討されている。次節では、日本における従来の障害者統計の特徴と、近年の新たな障害統計調査との違いについて詳しく検討する。

Ⅲ. 日本の障害者統計の現状

Ⅲ-1. 従来の障害者統計の考え方と実態

近年、国際基準に沿った障害者統計の整備が進む一方で、日本の障害者政策の対象者や利用者である「制度上の障害者」を把握するための統計調査も継続的に実施されている。ここではまず、従来の障害者統計における「制度上の障害者」を巡るいくつかの基準を概観した後、障害者数とその特徴を検討する。

Ⅲ-1-1. 「制度上の障害者」の基準

(1) 障害者手帳の保持⁸⁾

第1の基準は障害者手帳の保持者である。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種の手帳を総称した一般的な呼称である。このうち、身体障害者手帳の交付対象者は、身体障害者福祉法の別表に記載された身体上の障害を持つ者であり、障害

が一定以上の重度かつ永続的であることが要件となっている。2022年度「福祉行政報告例」によると、身体障害者手帳の所持者（交付台帳登載数）は4,842,344人である。また、療育手帳の交付対象者は、児童相談所や知的障害者更生相談所で知的障害と認定された者である。障害の程度は重度（A）とそれ以外（B）の2つに区分され、一部の自治体では、重度（A）とそれ以外（B）をさらに細分化している場合がある。2022年度「福祉行政報告例」によると、療育手帳の所持者（交付台帳登載数）は1,249,939人である。最後に、精神障害者保健福祉手帳の対象となるのは、統合失調症やうつ病、そううつ病などの気分障害、てんかん、薬物依存症、高次脳機能障害、発達障害（自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害など）、およびその他の精神疾患（ストレス関連障害など）を含む

8) 厚生労働省「障害者手帳」

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/techou.html) を参考。

全ての精神障害である⁹⁾。また、発達障害と知的障害を併せ持つ者は、両方の手帳を取得できる。ただし、知的障害のみを持つ者は療育手帳の対象となり、精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない。精神障害者保健福祉手帳を申請するためには、精神障害に関する初診日から6か月以上経過していることが条件となる。2022年度「衛生行政報告例」によると、精神障害者保健福祉手帳の所持者数（交付台帳登録数）は1,345,468人である。

（2）障害年金における等級¹⁰⁾

第2の基準は、障害年金における障害の程度である。これには、障害者手帳の認定とは異なる基準が定められており、国年令別表、厚年令別表第1および第2に基づいて認定される。1級は、身体機能の障害や長期の安静が必要な病状により、日常生活を自力で行うことがほぼ不可能な場合に該当する。2級は、身体機能の障害や長期の安静が必要な病状により、日常生活が著しく制限される状態である。3級は、労働が著しく制限される、または労働に制限を加える必要がある場合に該当する。傷病が治癒した後も、労働が制限される、または制限を加える必要がある程度の障害が残る場合に一時金として障害手当金を受け取る制度がある。

病气やけがによって初めて診療を受けた際に国民年金に加入していた場合は「障害基礎

年金」、厚生年金に加入していた場合は「障害厚生年金」が適用される¹¹⁾。障害基礎年金は、1級または2級に該当する障害に支給されるが、3級の障害や障害手当金が適用される場合は厚生年金のみが対象となる。さらに、障害年金の受給には、一定の年金納付条件が必要とされる。障害年金は多くの障害者にとって主要な収入源であり、その実態は厚生労働省の各種報告や調査によって確認されている（百瀬2018）。2022年度の厚生労働省「厚生年金保険・国民年金事業年報」によると、「障害厚生年金」の受給者数（1級～3級）は502,231人、「障害基礎年金」は2,129,756人である。

Ⅲ－1－2. 「制度上の障害者」への主な支援策 （1）障害者控除¹²⁾

障害者は、税制面で様々な特例措置を受けられる。ここでの障害者とは障害者手帳を所持していることなどが条件とされ、精神障害により常に判断能力を欠く者や重度の知的障害があるなど通常より重度な障害を持つ者は特別障害者として認定される。

障害者控除は所得税では、障害者は27万円、特別障害者¹³⁾は40万円が控除され、相続税では85歳までの年数に応じて障害者1人あたり10万円、特別障害者は20万円が控除される。贈与税では、特定障害者¹⁴⁾の生活費に信託された財産のうち、特別障害者は6,000万円、その

9) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター「こころの情報サイト」

(https://kokoro.ncnp.go.jp/support_certificate.php) を参考。

10) 日本年金機構「国民年金・厚生年金保険 障害認定基準」

(<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/ninteikijun/20140604.files/01.pdf>) を参考。

11) なお、国民年金に任意加入していなかったために障害基礎年金を受給できない障害者に対する福祉的措置として特別障害給付金制度がある。日本年金機構「特別障害給付金制度」

(<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/sonota-kyufu/tokubetsu-kyufu/tokubetsu-kyufu.html>) によると、この制度は、国民年金制度の発展過程で生じた特別な事情を考慮し、1991年3月以前の学生や1986年3月以前の被用者等の配偶者などが支給対象となる。ただし、対象となるのは当時任意加入していなかった期間内に初診日があり、現在1級または2級の障害状態にある者で、65歳に達する前までに請求が行われた場合に限られる。障害基礎年金や障害厚生年金などを受給している者は対象外となり、支給には厚生労働大臣の認定が必要となる。

12) 国税庁ホームページ「障害者と税」

(https://www.nta.go.jp/publication/pamph/koho/kurashi/html/03_2.htm) を参考。

13) 身体障害者手帳に身体上の障害の程度が1級又は2級と記載されているなど特に重度の障害がある障害者を指す。

14) 特別障害者または特別障害者以外の障害者のうち精神に障害がある者を指す。

他の特定障害者は3,000万円までが非課税となる。さらに、障害者を扶養している場合、1人につき27万円（特別障害者は40万円）の控除が受けられ、同居している場合は75万円まで控除される。これにより、障害者を扶養する家族の経済負担が軽減される仕組みになっている。2022年分の国税庁「申告所得税標本調査」によると、障害者控除の適用者数は約357,000人となっている。

（2）障害者手当（特別障害者手当）の給付

特別障害者手当は、精神的または身体的に著しく重度の障害を持ち、日常生活で常に特別な介護が必要な特別障害者を対象に支給される制度である¹⁵⁾。この手当の目的は、重度の障害がもたらす精神的・物質的負担を軽減し、特別障害者の福祉向上を図ることにある。支給の対象は、20歳以上で在宅生活を送り、常時介護が必要な者に限られる。支給の可否の判定には、障害者手帳を所持していなくても、重度の障害が認められれば対象となる場合がある。ただし、所得制限が設けられており、支給資格者やその配偶者、さらに扶養義務者の前年の所得が一定額を超える場合には、手当は支給されない。厚生労働省「福祉行政報告例」によると、2022年度末の特別障害者手当の受給者数は132,475人である。

（3）医療費助成：自立支援医療費制度ならびに重度障害者・高齢重度障害者医療費の助成

自立支援医療制度は、心身の障害を軽減または除去するための医療費の自己負担を軽減する公費負担医療制度である¹⁶⁾。対象者は、主に以下の3つのカテゴリーに分けられる。まず、「精

神通院医療」は、統合失調症などの精神疾患を持ち、通院による治療が必要な者が対象となる。次に、「更生医療」は、身体障害者手帳を所持し、手術などで障害の改善が期待できる18歳以上の身体障害者が対象となる。最後に、「育成医療」は、18歳未満の身体障害を持つ児童が対象で、手術などで障害が軽減できる場合に適用される。利用者の医療費事故負担額は所得に応じて異なる。

2022年度「福祉行政報告例」によると、以上の医療費助成のうち、自立支援医療制度の支払決定実人員は319,462人となっている。

（4）生活保護¹⁷⁾

生活保護の受給要件は障害者と非障害者で変わらない。主な相違点は生活保護費に障害者加算が認定されるかどうかである。生活保護法による障害者加算等の認定は、「身体障害者手帳1～3級」または「障害年金1～2級」である。しかし、関連する年金の裁定や認定を待つ必要はなく、加算申告があれば適切な手続きを指導し、保護実施機関が認定を行う。関連年金等の裁定があれば診断書を必要とせず加算を認定できる。また、年金手続中の場合は専門機関の診断に基づき認定し、精神障害者保健福祉手帳1～2級を持つ者は手帳の情報で認定可能である。関連年金等の支給要件に該当しないと判断された場合、翌月から加算認定を取り消すが、手帳の更新等により年金受給手続を再度行う場合は、年金裁定まで手帳で認定を続ける。逆に、年金要件に該当すると裁定された場合は、翌月から加算を認定し、当該裁定等のあった月、その前月および前々月についても障害者加算等を認定できる。百瀬・大津（2020）では、障害年

15) 厚生労働省ホームページ「特別障害者手当について」

(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jidou/tokubetsu.html>) を参考。

16) 厚生労働省「自立支援医療制度の概要」

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/jiritsu/gaiyo.html) を参考。

17) 厚生労働省「生活保護法による保護における障害者加算等の認定について」

(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8435&dataType=1&pageNo=1) および「生活保護手帳（2015年度版）」を参考。

金受給者の生活保護併給率は、障害の種類や等級で異なるとしている。なお、2022年7月末時点の厚生労働省「被保護者調査」によると、障害者加算がある被保護人員は、401,111人となっている。

(5) 雇用機会の保障¹⁸⁾

日本では、障害者雇用促進法に基づき、障害者の雇用促進を目的として雇用割当制度が導入されている¹⁹⁾。同法37条では、企業に障害者雇用を義務づける「雇用率制度」の対象者を、身体障害者、知的障害者、精神障害者保健福祉手帳を有している精神障害者と規定している。

民間企業の法定雇用率は、1960年の1.1%から段階的に引き上げられ、2018年には2.2%、2021年には2.3%、2024年には2.5%となり、2026年7月には2.7%になる予定である。また、2024年4月からは従業員40人以上、2026年7月からは37.5人以上の企業が対象となる。障害者雇用率が基準に達しない企業には障害者雇用納付金が課され、基準を満たす企業には障害者雇用調整金が支給される²⁰⁾²¹⁾。納付金制度は、事業主が共同して障害者を雇用する責任を果たすべきであるとの理念に基づいており、雇用に伴う経済的負担の調整や雇用促進を目的としている。この制度により、納付金を財源として各種助成金や報奨金が支給される。

厚生労働省「障害者雇用状況報告」によると、2022年6月1日時点において、障害者雇用促進法に基づき障害者の雇用義務のある事業主などに雇用されている障害者数は、民間企業において613,958.0人、公的機関において71,148.5人、

独立行政法人において12,420.5人である。つまり、およそ70万人弱の障害者が雇用率制度の対象企業で雇用されている。

(6) 障害者総合支援法に基づく就労支援サービスの利用²²⁾

2013年に成立した障害者総合支援法では、雇用率制度の対象となる一般雇用以外にも広く、労働参加を通じた障害者の社会参加を促進するために、主に4つの就労支援サービスを提供している。ここでの障害者とは、障害者手帳を持っていない人や精神的な不調で休職中の人でも、主治医の診断書や意見書があれば、対象となる場合がある²³⁾。

第1に、就労移行支援は、一般企業での雇用が見込まれる障害者を対象とし、就労に必要なスキルや知識を向上させる訓練を一定期間行う支援である。第2に、就労継続支援A型は、一般企業での雇用が難しいが、雇用契約に基づいて働ける障害者に対して、雇用契約を結び、労働機会や生産活動の場を提供する支援である。第3に、就労継続支援B型は、一般企業での雇用や雇用契約に基づく労働が困難な障害者に対して、労働の場や生産活動の機会を提供する支援である。第4に、就労定着支援は、就労移行支援などを経て一般企業に雇用された障害者に対し、仕事や日常生活で発生する問題に関する相談や助言を行う支援である。これらの支援は、障害者がその能力に応じて適切な形で社会参加できるようサポートする役割を果たしている。

2022年度の厚生労働省「社会福祉施設等調

18) 障害者雇用状況報告 (<https://www.mhlw.go.jp/content/001100468.pdf>) を参考。

19) 本節では、OECD (2003)、中川 (2021)、寺田 (2023)などを参考。

20) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 Web サイト (<https://www.jeed.go.jp/index.html>) を参考。

21) 法定雇用障害者数の算定の基礎となる労働者の数を算定する際は、短時間以外の常用雇用労働者を1人、短時間労働者を0.5人として算定する場合がある。

22) 厚生労働省「障害者の就労支援対策の状況」

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/service/shurou.html) を参考。

23) 独立行政法人福祉医療機構

(<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/syogai/handbook/qa/>) を参考。

査」によると、各支援事業の利用実人員は、就労移行支援が37,887人、就労継続支援（A型）101,448人、就労継続支援（B型）406,577人、就労定着支援が15,691人であり、全体では56万人余りが就労支援サービスを利用して労働参加を行っている。

（7）「制度上の障害者」の認定における課題

以上より、日本の障害者支援策の対象者は手帳保持者を中心としつつも、各制度で異なる基準が用いられている。これにより、当事者やその保護者が適切な社会保障制度を十分に理解できず、サービスの利用に混乱が生じる可能性がある。例えば、年金制度の1級・2級の基準は、身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳の認定基準とほぼ一致するものの、現実には多くの不一致が見られる。石川（2021）によると、障害基礎年金1級の受給資格者のうち、身体障害者手帳1級保持者は38.1%、精神障害者保健福祉手帳を持つ者は10.5%しかいないとしている。また、手帳自体を持っていない障害者も多く、特に精神障害や知的障害ではこの傾向が顕著である。また、身体障害は視覚的に判別しやすい一方、精神障害や発達障害は評価が難しく、医師の裁量に依存する属人的な診断が多い。これに対応して、厚生労働省はガイドラインを作成して改善を図っているが、精神障害や発達障害の診断は依然として難しく、外部障害とは異なる慎重な判定が求められている。

また、日本では障害の等級判定が日常生活への制限の程度に基づいて行われるが、諸外国では稼働能力の減退や喪失に基づくことが一般的である。この判定基準には、就労意欲を阻害しにくいという利点があるが、経済的に困難な状況にある障害者への支援が不十分であるという課題も存在する。実際に、障害者の中には公的な経済支援を受けられない者も少なくない（百瀬2008）。

Ⅲ-1-3. 「制度上の障害者」の数と障害者率

このように、日本の障害者政策の対象者については、各制度で独自の基準が設けられているため、従来の障害者統計では、障害者手帳保持者の他、難病患者などの障害者手帳の非所持者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を含めた障害者の状況が把握されている。

このうち、在宅の障害者に関する代表的な統計調査が、厚生労働省の生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）である。この調査は、従来、身体障害者については「身体障害児・者等実態調査」として、知的障害者については「知的障害児（者）基礎調査」として別々に実施されてきた在宅の障害者に対する調査を統合し、新たに精神障害者や難病患者などに調査対象を拡大したものである。2011年の第1回調査から5年間隔で実施されており、本稿執筆時点（2024年）まで3回実施されている。この調査では、無作為に抽出された国勢調査区（約2,400～約5,300）内の世帯を調査員が訪問し、①障害者手帳を保持している、②知的障害、発達障害、高次機能障害または難病と診断されたことがある、③①②に該当しないが、長引く病気や怪我等により日常生活のしづらさが生じている、といった条件のいずれかに該当する場合に、調査員が調査票を手渡しし、自記式で回答を収集している。

また、国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」の2017年および2022年調査では、国民生活基礎調査の調査区に居住する18歳以上の世帯員に対する調査項目において、世帯員の障害者手帳（「身体障害者手帳」、「療育手帳」、「精神障害者保健福祉手帳」）の保持状況や生活上の困難、介助の状況などを初めて調査している。これにより、様々な基準による障害者と非障害者との比較が可能となっている。

一方、障害者施設等に入所している障害者は世帯調査では捕捉されないため、施設に対する調査によってその実数等が把握されてきた。こ

表1 障害の種類別および在宅／施設別の障害者数の推移

単位：千人

	身体障害者（児）		知的障害者（児）		精神障害者			手帳非保持者
	手帳保持者		手帳保持者		手帳保持者	外来	入院	自立支援給付等を受けている者
	在宅者	入所者	在宅者	入所者	在宅者	在宅者	入院者	在宅者
2005年			419	128		2,675	353	
2006年	3,576	87						
2007年								
2008年						2,900	333	
2009年		73						
2010年								
2011年	3,864		622	119	568	2,878	323	320
2012年		58						
2013年								
2014年						3,611	313	
2015年		73		120				
2016年	4,287		962		841			338
2017年						3,891	302	
2018年		73		132				
2019年								
2020年						5,861	288	
2021年		70		127				
2022年	4,159		1,140		1,203			229

(注1) 身体障害者（児）および知的障害者（児）の施設入所者数には、高齢者関係施設入所者は含まれていない。

(注2) 精神障害者の数は、ICD-10（国際疾病分類第10版）の「V 精神及び行動の障害」から精神遅滞を除いた数に、てんかんとアルツハイマーの数を加えた患者数に対応している。

(注3) 精神障害者の外来患者数のうち、2011年は宮城県の一部と福島県を除く。2020年から総患者数の推計方法を変更している。

(注4) 手帳非保持かつ自立支援給付等を受けている者の2022年の数値は、障害者手帳非保持者かつ障害福祉サービスの利用者である。

(出所) 在宅身体障害者（児）及び在宅知的障害者（児）：厚生労働省「身体障害児・者実態調査」（2006年）、「知的障害児（者）基礎調査」（2005年）、「生活のしづらさなどに関する調査」（2011年～）

施設入所身体障害者（児）及び施設入所知的障害者（児）：厚生労働省「社会福祉施設等調査」

在宅精神障害者（手帳保持者）：厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」（2011年～）

在宅精神障害者（外来）および入院精神障害者：厚生労働省「患者調査」

手帳非保持者で自立支援給付等を受けている者：厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」

のうち、身体障害者と知的障害者の手帳保持者については、毎年実施される厚生労働省「社会福祉施設等調査」（ただし、精密調査は3年に1度）によって把握されている。同調査の調査対象は、障害者総合支援法による施設のほか、児童福祉法による施設や老人福祉法による施設など多岐にわたるため、施設入所障害者は、高齢者関係施設の入所者を除く施設における障害者手帳の保持者数として把握されている。一方、精神障害者については、3年に1度、病院や診

療所を対象とした標本調査として実施されている厚生労働省「患者調査」より、通院者数を在宅者数として、入院者数を入所者数として把握されている。具体的には、ICD-10（国際疾病分類10版）の「V 精神及び行動の障害」から、知的障害（精神遅滞）を除いた数に、てんかんとアルツハイマー病の数を加えた患者数を精神障害者数と定義している。ただし、この精神障害者の定義は傷病理由によるものであり、障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳）の所持状況

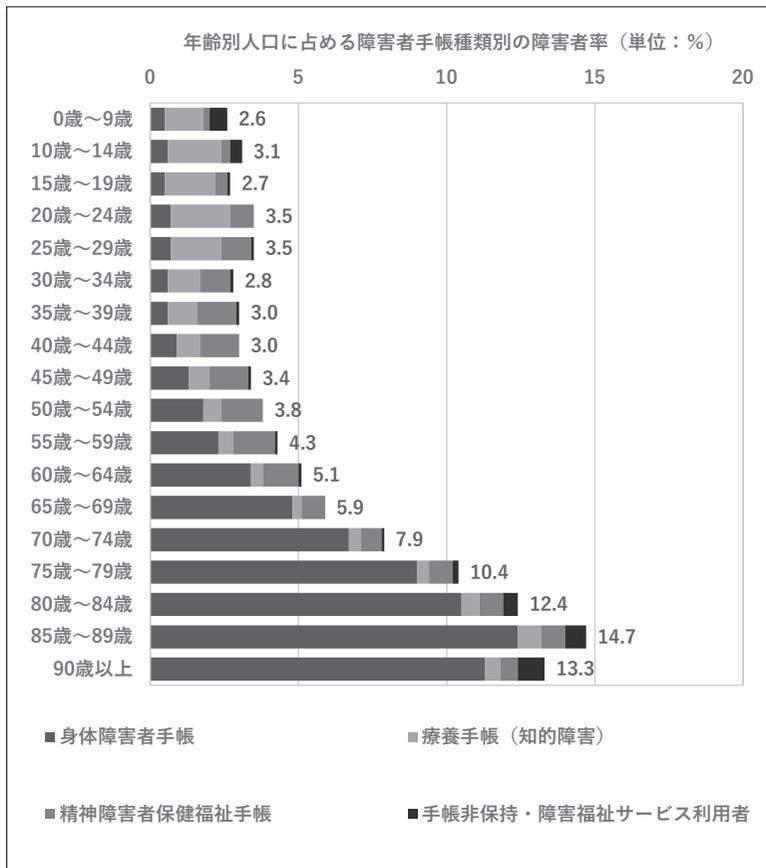
には対応しない。

日本における「制度上の障害者」の数は、以上の生活のしづらさなどに関する調査と社会福祉施設等調査ならびに患者調査によって把握されてきた。表1には、2005年以降のこれらの調査結果をまとめている。2020年から2022年における直近の調査結果によると、在宅と入所者の合計数は、身体障害者が422.9万人、知的障害者が126.7万人、精神障害者が（外来と入院を合わせて）614.9万人となっている。もとより複数の手帳を保持する場合があるが、単純に合計すると、手帳の保持者を中心とした近年の「制度上の障害者」の数は、多く見積もって

1,164.5万人、人口（1億2,494万7千人、2022年時点）の約9.3%を占める。また、表1によると、過去15年余りの傾向として、いずれの障害種別においても、施設の入所者（または入院者）数には大きな変化がない一方、在宅の手帳保持者の数が増加していることがわかる。

図1は、2022年における在宅の障害者について、年齢階層別の人口に占める障害者率を示している。年齢別の障害者率は、乳幼児から50歳代前半までは2%～3%台で年齢との相関も小さい。一方、50歳代後半以降は加齢とともに上昇し、80代後半で14.7%と最も高くなっている。障害の種類別には、身体障害者手帳の

図1 人口に占める「制度上の障害者」の比率（2022年）



（出所）厚生労働省「令和4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）」および総務省統計局「令和4年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

保持者の比率が高く、そのシェアも加齢に伴って上昇している。一般的に、障害福祉サービスと介護保険サービスでは、介護保険サービスが優先されるため、加齢によって身体機能が低下しても障害者手帳を取得する必要はない。しかしながら、障害者手帳保持者であれば75歳未満でも後期高齢者医療制度に加入できるなどの理由から、手帳を取得する傾向にあるといえる。

また、高齢者における知的障害者や精神障害者の手帳保持者の比率は必ずしも大きくないが、高齢者人口そのものが増加すればこれらの障害者数も増加する。従って、表1の在宅障害者の増加の背後にはこの間の人口の高齢化があり、今後も増加傾向が続くものと予想される。

Ⅲ-2. 国際基準による障害者統計

すでに述べたように、国際基準による障害者統計はSDGsの「誰一人取り残さない」という理念の下、障害者と健常者の教育、健康、雇用などの差異を把握し、政策評価に役立つデータとして重視される。日本では障害者基本法の改正を通じて、社会的障壁が定義され、差別の禁止や合理的配慮が求められているが、国際比較に耐える統計の整備が課題として残っていた。その改善に向け、Ⅱ-2節でも述べたように、2019年度に内閣府が試験調査を行い、2021年の社会生活基本調査では欧州統計局形式のGALI(Global Activity Limitation Instrument, 国際活動制限指標)障害設問、2022年の国民生活基礎調査ではワシントングループ形式の障害設問が導入された。

第1に、社会生活基本調査は、統計法に基づく基幹統計「社会生活基本統計」を作成するための統計調査であり、生活時間の配分や余暇時間における主な活動の状況など、国民の社会生活の実態を明らかにするための基礎資料を得ることを目的としている²⁴⁾。この調査は、全国約7,600の調査区から無作為抽出した約9万1千

世帯に属する10歳以上(日常生活への支障の程度などの質問は15歳以上)の約19万人を対象に実施された。ただし、外交団や外国軍人、自衛隊施設の居住者、収容施設に収容中の人、水上に居住する人など特定の対象は除外されている。サンプルの抽出方法は、層化2段階抽出法に基づき、調査区と世帯の2段階で行われた。まず、全国の調査区から除外基準に基づいて山岳地帯や社会施設などを除き、都道府県ごとに人口を考慮した確率比例系統抽出で調査区を選定する。その後、各調査区から等確率系統抽出により12世帯が選ばれる。調査対象の世帯は調査員が事前に訪問し、不在の場合は追加抽出も実施された。

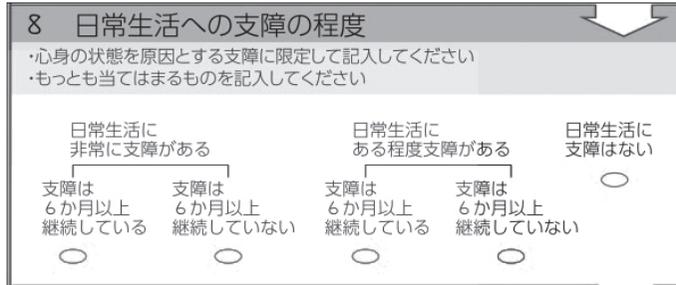
調査内容は、調査票AおよびBを用いて世帯構成、年齢、健康、学習・就業状況、生活時間配分など広範な項目について尋ねるものであり、15歳以上の就業状況や収入に関する詳細な質問も含まれている。2021年10月に実施された社会生活基本調査では、欧州統計局形式の障害に関する質問が新たに導入され、「日常生活への支障の程度」に関する質問項目が設定され、支障が6か月以上続いているかどうかも調べている(図2)。

第2に、国民生活基礎調査は、保健、医療、福祉、年金、所得等国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画および運営に必要な基礎資料を得るとともに、各種調査の調査客体を抽出するための親標本を設定することを目的としている²⁵⁾。この調査は大規模調査と簡易調査の2種類に分かれ、全国の世帯および世帯員を対象としている。大規模調査では、世帯票・健康票・介護票・所得票・貯蓄票の5種類について、5,530の国勢調査区から全世帯を対象にし、介護票についてはそのうち2,500地区、所得票・貯蓄票は2,000単位区を調査対象としている。簡易調査では、1,106調査区から世帯票、500単位区から所得票を抽出し、調査を実施し

24) 総務省統計局「令和3年社会生活基本調査の概要」(<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/gaiyou.html>)

25) 国民生活基礎調査 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21tyousa.html#anchor02>) を参考。

図2 2021年社会生活基本調査で追加された項目



（出所）総務省統計局「令和3年社会生活基本調査の概要」
<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/pdf/qua.pdf>

ている。調査対象には、単身赴任者や長期出張者、収監中の者、寮・寄宿舎の単独世帯など特定の不在者が含まれない。抽出は層化無作為抽出を用いている。調査方法は調査員が配布した調査票を世帯が記入し、回収またはオンラインシステムで回答する形式とし、不在世帯には郵送回収を行う。

調査内容は、世帯票で世帯構成や家計支出状況、健康票で健康状態や通院、介護票で介護度やサービス利用、所得票で前年の所得と課税、貯蓄票で貯蓄額や借入金残高を調査する。調査

時期は、世帯票・健康票・介護票が6月、所得票・貯蓄票が7月に実施される。2022年6月に行われた国民生活基礎調査には、ワシントングループ式の障害に関する質問項目が加えられた。新たな質問は、視力、聴力、歩行の困難さなど6つの項目について、日常生活で感じている困難の程度を4段階で調査している（図3）。

図4には、2つの調査の新たに追加された設問をもとに、算出された年齢別の障害率が示されている。社会生活基本調査の障害者の定義は欧州統計局の定義と同様に、6か月以上継続す

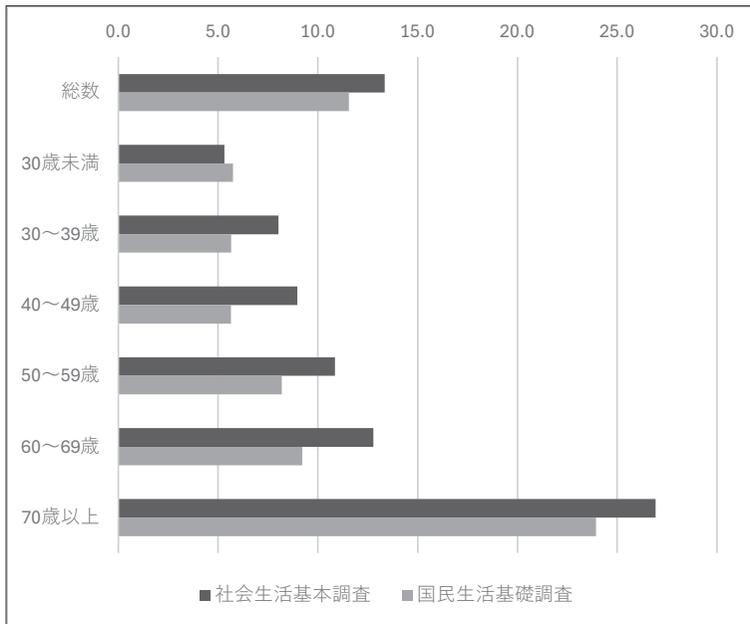
図3 2022年国民生活基礎調査で追加された項目

質問8 次の(ア)から(カ)の質問について、日常生活で苦勞していることについて、6つの項目それぞれのあてはまる番号1つに○をつけてください。

	苦勞はありません	多少苦勞します	とても苦勞します	全く出来ません
(ア) 眼鏡を使用しても、見えにくいといった苦勞はありますか。	1	2	3	4
(イ) 補聴器を使用しても、聞き取りにくいといった苦勞はありますか。	1	2	3	4
(ウ) 歩いたり階段を上るのが難しいといった苦勞はありますか。	1	2	3	4
(エ) 思い出したり集中したりするのが難しいといった苦勞はありますか。	1	2	3	4
(オ) 身体を洗ったり衣服を着るような身の回りのことをするのが難しいといった苦勞はありますか。	1	2	3	4
(カ) 通常の言語をつかっのコミュニケーション（たとえば、人の話を理解したり、人に話を理解させることなど）が難しいといった苦勞はありますか。	1	2	3	4

（出所）厚生労働省「統計調査の調査票様式一覧（国民生活基礎調査）」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/chousahyo/20-21/dl/koku2022ke.pdf>

図4 社会生活基本調査（欧州統計局形式，2021年）と国民生活基礎調査（ワシントングループ形式，2022年）を用いた障害者比率（単位：％）



（出所）総務省統計局 e-Stat 公表集計表（<https://www.e-stat.go.jp>）による

る日常生活の支障がある人の割合（非常に支障がある＋ある程度支障がある）とすると²⁶⁾，社会生活基本調査を用いた欧州統計局形式の国際比較上の障害者は推計で14,302千人²⁷⁾である。この調査で算出された障害者率は，15歳未満や施設入所者を考慮していないにもかかわらず，13.4%と障害者手帳を基にした「制度上の障害者」の比率と比べて高い数値となった。また，年齢別の障害者率を見ると，30歳未満では5.3%と低い水準だが，加齢に伴って障害者率が上昇する傾向があり，70歳以上では26.9%と高い水準に達している。

国民生活基礎調査の障害者の定義は，視力や聴力などの6項目あるなかで，日常生活で苦労していることについて，「苦労はありません」「少し苦労します」「とても苦労します」「全く出来ません」の4段階中「とても苦労します」「全

く出来ません」と答えた人としている。ワシントングループ形式の障害設問に基づく2022年のこの調査で障害率を算定した結果，障害率は11.6%となった²⁸⁾。また，年齢別の障害者率を見ると，社会生活基本調査の場合と同様の傾向がみられ，30歳未満では5.7%と低い水準だが，加齢に伴って障害率が増加する傾向があり，70歳以上では23.9%と高い水準に達している。林（2024）では，高齢者施設の有無など調査区によって障害者率が大きく変わることも考えられるため，施設居住者について補正した障害率も算出しているが，その場合12.7%であった。

前節でみたように障害者手帳の保持者を中心とした「制度上の障害者」の数は最大で1,164.5万人，障害率は9.3%であった。一方，国際比較上の基準で算出した障害者数は最小で1,430.2万人，障害率は11.6%から13.4%の範囲となっ

26) 障害率の定義については，同様の分析を行っている林（2023）を参考。

27) 総務省統計局「令和3年社会生活基本調査の結果」（<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/kekka.html>）

28) 障害者数は国民生活基礎調査では推計されていない。

た。このように、近年導入された国民生活基礎調査や社会生活基本調査における日常生活上の制限に関する調査は、障害の社会モデルの概念を取り入れ、より広範な障害者の実態を把握できるようにになっている。

Ⅲ－２－１．社会生活基本調査による国際比較

林（2023）では社会生活基本調査を用いて、国際比較を行っているので、その内容をまとめる。欧州統計局形式の GALI 障害設問を用いて各国の障害者率の国際比較をすると、先にも述べたように日本の障害率は13.4%であるものの、欧州統計局の EU-SILC（EU Statistics on Income and Living Conditions）データで算出した EU（European Union, 欧州連合）27 カ国平均の障害率は25.2%となっている。よって日本の障害者率は EU27 カ国平均の半分程度で、年齢調整後も同様の傾向が見られるとしている。

また、フィリピンやベトナムでは2018年の高齢者調査で「日常生活の支障」の設問が採用されており、両国とも EU と同程度の障害率を示している。これにより、アジア地域での障害率が必ずしも低くないことがわかる。

なお、2017年の生活と支え合いに関する調査でも欧州統計局形式の GALI 障害設問を用いて障害率が算出できるが、その場合、障害率が23.1%、年齢調整値が23.9%と、社会生活基本調査よりも10ポイントほど高い結果が出ている。

年齢別障害率を EU と日本の社会生活基本調査、内閣府調査、生活と支え合いに関する調査で比較すると、どの年齢層でも社会生活基本調査の障害率が最も低い。EU や生活と支え合いに関する調査では50歳から障害率が大きく上昇するが、社会生活基本調査では70歳以降に顕著な上昇が見られる。内閣府調査では60歳以上の高齢者の障害率の増加が見られないが、これは回答者の年齢層が70歳以上は少なく60代に偏っているためとされる。

林（2023）の考察では、日本の障害率は他国

と比べて低い水準にあるが、社会生活基本調査で特に低い理由としては、実際の障害率の低さに加え、回答の仕方の違いや標本の偏りの可能性を指摘している。また、調査の目的が生活時間にあり、その回答可能者が障害率の低い層に偏っている可能性もある。障害率については今後、異なる調査との比較が必要とされる。

Ⅲ－２－２．国民生活基礎調査による国際比較

林（2024）では、国民生活基礎調査を使って国際比較を行っている。この比較では、ワシントングループの設問を使用して各国の障害率を算出し、日本の障害率は既に述べたように11.6%となり、施設居住者を含めた補正後の障害率は12.7%となる。ワシントングループ式の障害率は国際比較を目的としているが、高所得国でこの形式をそのまま採用している国は少ない。例えば、米国やカナダはワシントングループ式設問の一部を使用し、独自の質問を追加している。欧州では GALI が使われ、ワシントングループ式は一般的でない。一方、中近東、アフリカ、ラテンアメリカではワシントングループ式が多く採用されているが、設問数や形式は国によって異なる。

算出された障害率は中高所得国では12～14%の範囲にある。国際的な障害率と65歳以上の割合を比較すると、高い相関が見られるが、日本は65歳以上割合に比して障害率が低い。一方、中低所得国ではこの水準を大きく下回ることが多く、障害が認識されていない可能性があるとしている。

IV. 障害者統計調査の課題

以上でみたように、近年の日本の障害者調査では、障害者手帳の保持などの従来型の定義に基づく障害者調査のみならず、国際条約の精神に則した日常生活の支障に関する主観的な定義に基づく障害者調査が併存している。しかしながら、こうした多様な調査を用いて、障害者の障害特性に応じた実態を理解するためには、主に2つの課題が存在する。一つは、どのような障害者のどのような特性を明らかにするのか、という対象となる障害（者）の定義に関わる論点であり、もう一つは、調査票に誰が回答しているのかという論点である。以下では、障害に係る調査におけるこれらの問題に言及した泉田・黒田（2019）を参照しつつ、課題を議論する。

IV-1. 障害者定義の差異

第1は、対象となる障害（者）の定義と把握する範囲の課題である。図5は、様々な統計調査における障害の把握方法を整理した結果である。このうち、(A)は「心身の状態により生活に支障があることを自覚している者」であり、政策的には、2011年に改正された障害者基本法（2条1項）による障害者の定義、即ち、「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。）がある者であつて、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」におおむね対応すると考えられる²⁹⁾。より具体的に、この層は障害者差別禁止などの障害者権利条約に定められる権利の保持者であり、近年、国民生活基礎調査や社会生活基本調査で導入された日常

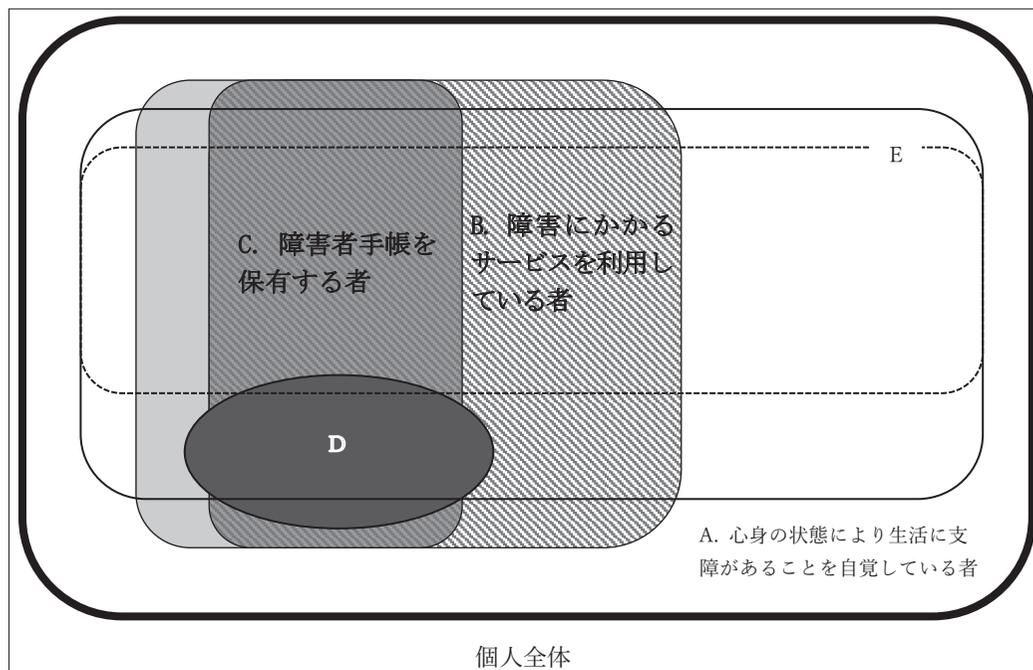
生活上の制限に関する調査は、このタイプの障害（者）を把握する試みであるといえる。

一方、心身の状態により生活に支障がある者の中には、障害者総合支援法に基づく介護給付や訓練給付等の自立支援給付の受給や相談支援等の地域生活支援事業の利用者などの、「(B) 障害にかかるサービスを利用している者」や、障害者雇用促進法に基づく雇用率制度等の対象となる「(C) 障害者手帳を保有する者」がいるが、両者の領域は一致しない。さらに、(D) 障害者手帳保持者については、課税台帳における所得税や相続税等の障害者控除の状況から障害者を把握する試みもある（江口・川上2009）。

ここでの課題は、こうした様々な定義による障害者調査が独立で行われているために、政策対象や障害の定義の差異による実態把握や分析が困難であるという点である。例えば、国民生活基礎調査を用いた山田・百瀬・四方（2015）は、同調査に障害者手帳保持状況が含まれないことを踏まえて、見守りが必要なもののうち介助が必要な者を「要介助障害者」と定義し、障害者の就労や所得状況等を把握している。これは、図5の(E)に対応する障害者を把握する試みと考えられる。さらに、内閣府「令和元年度障害者統計の充実に係る調査研究事業（インターネット調査）」は、国民生活基礎調査の質問項目と「制度上の障害者」（公的な障害者支援制度を利用している者）との重複関係を調べた結果、「制度上の障害者」のうち、「見守りや介助が必要な者」は30%、「現在、健康上の問題で日常生活に影響がある者」は57%であること

29) 図5の原題は「先行研究における障害の把握方法」である。また、泉田・黒田（2019）では、(A)「心身の状態により生活に支障があることを自覚している者」に、生活に支障があることを自覚していない者を加えた「(C) 心身の状態により生活に支障がある者」の概念も提起しているが、その概念を把握する具体的な試みは述べられていないためここでは省略している。

図5 統計調査における障害者の把握方法



（出所）泉田・黒田（2019）図2をもとに筆者らが一部改変

を報告している。また、同じ内閣府の調査報告によれば、国連統計委員会のワシントングループが開発した質問セットに準拠し、2022年の国民生活基礎調査から導入された「日常生活における機能制限」で定義される障害者は、「制度上の障害者」の35%、「制度上の障害者」ではない者の10%であることが報告されている。つまり、近年の政府統計に導入された新たな調査項目は、図5の（A）や（E）の範囲のように、既存の複数の障害（者）の概念を含んだ新たな障害（者）を定義しているといえる。

こうした中、近年のいくつかの研究は、図5における（C）障害者手帳保持者をベンチマークとして、そのマージンとして定義される障害者や、非障害者との比較を通じて、障害の程度や定義による社会経済的な状況の差異を明らかにしている（泉田・黒田2019、百瀬2022、榊原2022）。これらの研究はいずれも、2017年の生活と支え合いに関する調査の調査票情報を用いている。同調査は、全国を母集団としている

こと、障害者手帳の保持状況や障害の程度を尋ねていること、主観的健康感や健康上の問題による活動制限、抑うつ不安障害の傾向を尋ねているために、障害者手帳を持たないが心身の状態によって生活に支障がある「グレーゾーン」（百瀬2022）の特徴が把握できることといった特色がある。それらの結果によれば、障害者手帳の保有者がいる世帯はいない世帯に比べて等価可処分所得が低く、いくつかの「はく奪指標」が高いこと（泉田・黒田2019）や、手帳保有者は非保有者に比べて経済的に不利な状況にあり、独立した世帯の形成が難しいこと（榊原2022）が明らかにされている。また、障害者手帳の非保持者（かつ非高齢者）のうち心身の不調がある（障害者との）「グレーゾーン」層が30%いることや、この層は、就業状況や「はく奪指標」において、心身に不調のない者や軽度障害者よりも不利な状況にあることも示されている（百瀬2022）。

以上の最新の研究動向によれば、障害者概念

に応じた調査項目を設けることで、様々な観点による障害者と非障害者の比較や、既存の障害者施策にカバーされない障害者の課題等を明らかにできる可能性がある。ただし、心身の健康状態や生活上の支障の程度、そしてワシントングループの開発項目に準拠し、2022年の国民生活基礎調査から導入された「日常生活における苦勞の程度」によって定義される新たな障害(者)の概念と、手帳保持者等の公的な障害者制度上の障害者との関係は未だ十分には明らかではない。また、ワシントングループでは、国際比較のための定義を、国内施策の立案と検証のために用いることには注意喚起を行っている(岩谷・北村 2023)。今後、他の基幹統計等に、障害に関する新たな調査項目を導入する際には、国内施策による障害概念を含めた様々な質問項目を設けることが望ましいといえる。

併せて、多義的な障害者の把握の際には、日本の人口高齢化への考慮が求められる。前節で示したとおり、「制度上の障害者」や国際基準による障害者といった障害者の定義にかかわらず、人口に占める障害者率は明らかに加齢とともに高まる傾向がある。その結果、在宅の「制度上の障害者」の時系列変化に示されるとおり、人口の高齢化は日本全体の障害者率の上昇をもたらす。この点については、従来、「高齢者の40%以上は障害者である」(Hutton & WHO, 2008)とされるなど、国際的には、加齢に伴う健康問題は、生活上の支障をもたらす障害とみなす議論がある。しかしながら、厚生労働省「障害者に対する要介護認定基準の有効性について(概要)」³⁰⁾は、障害者に対する支援では、自立を目的とした機能訓練や生活訓練、就労支援等も重要であること、その支援の必要度の判定に当たっては、(事実上)高齢者が主な施策対象となる介護保険法による「介護給付」に相当するサービスの判定に用いられるロジックとは別のロジックが必要であるとしている。つまり、

高齢者介護と障害者支援は、支援対象の障害や必要なスキル、社会参加や自立などの支援の目的が異なるという点が重視されている。研究上も、山田・百瀬・四方(2015)や百瀬(2022)では、健康上の問題や支援の必要性の発生原因を、障害によるものと高齢によるものに区別するため、65歳未満の非高齢者の障害の状況の把握が行われている。日本の急速な人口高齢化を踏まえると、今後の障害者調査においては、障害が発生した年齢や原因等の調査項目を加えるなどして、加齢に起因する見守りや介助の必要性とは区別した障害の状況が把握できるような調査票の設計が求められる。

Ⅳ-2. 調査方法に係る課題

障害に関する調査項目を含んだ統計調査に係る第2の課題は、調査の回答者および回答の特性についてである。これは、調査対象の抽出の問題と、調査票の回答者が障害者本人かどうかという問題に分けられる。表2は、世帯を対象として障害(者)の状況を把握する代表的な統計調査の調査対象と回答方法を整理したものである。

まず、調査の母集団と調査対象の特徴を検討する。障害者手帳保持者等の「制度上の障害者」の把握を行っている代表的な統計のうち、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)の母集団は、在宅の障害児および障害者であり、最新(2022年)調査では、全国約5,363の国勢調査の調査区内の世帯を調査員が訪問し、①身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳といった障害者手帳の所持者、②難病等患者、および③これまで法制度では支援の対象とならないが、長引く病氣やけが等により生活のしづらさがある者を確認して、調査対象者がいる場合に調査を行っている。また、生活と支え合いに関する調査の母集団は、国民生活基礎調査と同じであり、同調査の直近の大規模調査の調査区から無作為抽出

30) <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0426-6d.html>

表2 代表的な障害（者）調査の調査対象と回答方法の差異

統計調査名	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)	生活と支え合いに 関する調査 (旧:社会保障実態調査)	国民生活基礎調査 (世帯票・健康票の場合)	社会生活基本調査 (調査票Aの場合)
母集団	全国の在宅の障害児・障害者	直近の国民生活基礎調査（大規模調査）に同じ。	全国の一般調査区および50人以上の単身者が居住している寄宿舎・寮等のある区域の居住者	同左
標本の抽出方法	全国の国勢調査区のうち層化無作為抽出した約5,363調査区の全世帯を調査員が訪問し、調査の趣旨等を説明のうえ、調査対象者がいる場合に調査票を手渡し。	2022（令和4）年国民生活基礎調査の調査地区の中から無作為に300調査区を選定し、各地区内に居住している世帯	国勢調査区（後置番号1又は8）から層化無作為抽出した5,530地区内	国勢調査区（後置番号1又は8）から層化無作為抽出した約9万1千世帯
調査の対象	障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳）所持者、難病等患者及びこれまで法制度では支援の対象とならないが、長引く病気やけが等により生活のしづらさがある者	世帯主と世帯内の18歳以上の世帯員全員	すべての世帯員	10歳以上の世帯員
調査の方法	自計式。郵送回収	自計式。オンライン・郵送・訪問回収	自計式。オンライン・訪問・郵送回収	自計式。オンライン・訪問回収
代理記入の有無	(1)本人が回答、(2)本人の意思を代筆、(3)家族や介助者等が本人の意向を汲み取って代わりに記入、について調査票のチェック欄に記入。	(1)本人が回答、(2)本人が回答を伝え、家族・介護者などが記入を手伝う、(3)本人の意思表示が難しい場合、家族・介護者などが本人の意向をくみとって回答について、調査票のチェック欄に記入。	病気や怪我で本人が回答できない場合は、家族や介護者が代理で記入するか、調査員が調査票を回収する際に、調査内容を聞き取り代わりに記入する。チェック欄なし。	健康問題等により調査への回答が困難な者がいる場合、調査世帯の世帯主又はこれに準ずる者が代理記入する。チェック欄なし。
調査における合理的配慮	・調査票のフォントサイズが大きく、漢字にルビが振られている。 ・視覚障害者に対して、希望に応じて点字版の調査票を配布。 ・聴覚・言語・音声機能障害者に対して、手話通訳者の派遣について配慮。	特になし	特になし	特になし

（出所）各調査の調査概要より筆者ら作成

した地区内に居住する世帯の世帯主と18歳以上の世帯員を調査対象としている。一方、障害者の国際比較に供するため、「ワシントングループ定義による「日常生活における苦勞の程度」の調査項目が導入された2022年の国民生活基

礎調査では、国勢調査区のうち後置番号が1（一般調査区）および8（50人以上の単身者が居住している寄宿舎・寮等のある区域）から層化無作為抽出した5,530地区内のすべての世帯および世帯員が調査客体としている。また欧州統計

局の障害の把握方法に準拠し、日常生活への支障の程度に関する設問を導入した社会生活基本調査の母集団は国民生活基礎調査と同様であるが、そのうち10歳以上（日常生活への支障の程度などの質問は15歳以上）の世帯員が調査対象となっている。

すなわち、様々な「障害」定義による障害者の健康や就労状況、世帯所得等の社会経済的特性を調べた調査は、世帯調査という特性上、在宅障害者・障害児を対象としており、グループホーム居住等の障害者支援施設に入所している障害者や、精神疾患等による入院患者は、多くの場合、調査対象に含まれていない。「令和4年版障害者白書」より、障害別にこうした施設入所中の障害者の状況を見ると、身体障害における施設入所者の割合1.7%、精神障害における入院患者の割合7.2%に対して、知的障害者における施設入所者の割合が12.1%となっており、特に知的障害者の施設入所の割合が高い（内閣府2021）。また、施設入所者に関する社会福祉施設等調査や入院患者に関する患者調査は事業所調査であり、その調査項目は障害者数に関するものにとどまる。以上から、特に施設入所者が無視できない割合存在する知的障害者については、社会経済的特性に関する個人調査において、施設に入所・入院中の障害者が除外されている点に留意する必要がある。

知的障害者に関する調査の課題は、対象者が回答している場合にも指摘される。表2に示した代表的な統計調査では、いずれも調査員が調査票を配布して、本人が回答するという自記式（自記式）が取られている。しかしながら、障害の種類や程度によって、当然ながら本人回答が難しい場合がある。このような場合には、4つの調査全てで家族や介護者等による代筆や、本人の意を汲み取った代理記入が認められてお

り、生活のしづらさなどに関する調査や生活と支え合いに関する調査では、調査票に代筆や代理記入のチェック欄を設けている³¹⁾。しかしながら、実際にどの程度の回答が代筆や代理によるものかは集計されていない。この点について、厚生労働省の委託により障害福祉サービス事業所を対象として、サービス利用中の64歳以下の障害者の生活実態について調査した三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2020)によると、障害者全体では、対象者本人が回答した割合が54%、対象者の家族が回答した割合が28%、障害福祉サービス事業所の職員が17%などとなっている。障害種別では、知的障害者や身体障害・知的障害・精神障害のうち2つ以上の重複障害を持つ者について、本人回答が35%前後と極めて低く、世帯・居住形態別では、家族と同居の場合に「対象者の家族」による回答割合が、グループホームの場合は「障害福祉サービス事業所の職員」による回答割合が高くなっている。障害者の障害の種類や程度は多様であり、生活のしづらさなどに関する調査以外の非障害者を対象とする調査では、障害者の回答のしやすさを考慮した合理的配慮を設けることは難しい。したがって、特に、代筆や代理の回答が多い知的障害者については、主観的な回答や詳細な行動の記録など、本人回答が望ましい項目の分析には注意が必要である。

最後に、自記式による障害調査に関する問題も指摘される。岩谷・北村(2023)によれば、ワシントングループ形式の短い質問群は面接調査で行われることを前提としており、苦勞の程度を選択する際に、訓練を受けた調査員が統一に判断する。これに対し、国民生活基礎調査は自記式であるために、回答者は想定とは異なる判断をする可能性があることは残された課題といえる。

31) 「生活と支え合いに関する調査」については、2017年調査まで自記式を原則しており、対象者が病気や介護などの理由により回答できない場合はその旨をチェックした上で、回答を終了するという方法が取られていた。しかしながら、代理回答が必要な対象者が調査から脱落することや、実際には代理回答が行われている場合でもその事実が識別できないことなどの問題が指摘されていたため（榎原2020）、最新の2022年調査から、調査票において代筆や代理回答を許容し、チェック欄で識別できるようになった。

IV-3. 今後の研究課題

まず、公的統計を活用した障害者に関する新たな分析の可能性として、社会生活基本調査や国民生活基礎調査における、障害に関する新設の設問を利用した実証研究が考えられる。生活と支え合いに関する調査の実施に加え、両調査でも障害者の生活のしづらさや日常の困難に関するデータが収集されたことで、障害に伴う社会経済的課題や福祉ニーズの実態に迫ることができる。しかし、両調査はパネルデータではないため、観測されない異質性の対応が課題である。それでも、既存の障害者施策に含まれない障害者を考慮したり、障害者と非障害者を比較したりする実証研究は日本ではほとんど行われておらず、今後の研究発展が望まれる。

また、障害者手帳保持者を中心とする「制度上の障害者」を対象にした統計調査の活用も検討できる。本稿でも述べたように、生活のしづらさなどに関する調査といった統計調査は従来から行われているが、これらの調査に基づく個票データを用いた分析は現状ほとんどない。より詳細な個票レベルのデータを用いた分析により、非障害者との比較は難しいものの、従来の障害者手帳ベースの社会経済的状況や特定の障害に伴う生活困難の実態が明確になる可能性がある。

さらに、本稿で紹介した以外の公的統計も活用できる。例えば、厚生労働省の「障害者雇用実態調査」では、民間事業所における障害者の雇用状況（雇用者数、賃金、労働時間など）を把握し、雇用施策に役立てることを目的とする。同調査は、日本標準産業分類に基づき、常用労働者5人以上の事業所から約9,400事業所を無作為抽出し、5年ごとに6月1日現在で実施されている。有村（2016）は、この調査の集計結果を用いて障害者の雇用状況の把握を試みており、今後は個票データを用いた詳細な研究が期待される。

各都道府県労働局が管轄する「障害者雇用状況報告」も、障害者雇用に関する分析に利用可能である。障害者雇用状況報告は、毎年6月1

日時点での民間企業における障害者雇用の状況をまとめたもので、各労働局で保存されているデータに限り、情報開示請求を通じて取得できる。2025年時点での民間企業の法定雇用率は2.5%であり、従業員40人以上の事業所には障害者1人以上の雇用義務があるため、このデータは日本のほとんどの企業を網羅しており、測定誤差が少ない。Mori and Sakamoto（2018）は、NPO法人「DPI日本会議」がホームページ上で公開した2008年6月1日時点における全国の民間企業の障害者雇用状況の行政データなどを用いて、障害者雇用と利潤率の関係を分析したが、有意な関係は認められなかった。今後もこのような精度の高いデータの分析が期待される。

また、独自調査を利用した分析も進められている。Shimizutani et al.（2015）は、経済産業研究所と一橋大学、東京大学（第2回調査以降）の協力によるJSTAR（くらしと健康の調査）の個票データを用いて、障害年金の受給要件緩和の影響を分析している。この研究では、年金受給資格の取得が退職確率をわずかに増加させる一方、年金給付の減額は就労に有意な影響を与えなかったと報告している。このような独自調査は、公的統計で調査できない項目に関する分析を補完するうえで重要である。

日本のデータを用いた分析には、データ利用可能性の課題も残る。例えば、障害年金が就労に与える影響を分析したい場合、米国では詳細な個票データを用いて擬似実験的な手法による精度の高い研究が行われている（Maestas et al., 2013; Autor et al., 2016）。また、障害者の職業継続や再就職支援制度に関する分析も進んでおり（Leinonen et al., 2019; Laaksonen et al., 2022）、日本でも就労移行支援、就労継続支援、ジョブコーチ制度、および障害者雇用の各種助成金の効果を検証する必要があるが、適切なマイクロデータを得ることは難しい。今後、海外の研究のようにデータの利用可能性を高めることが重要である。

V. おわりに

以上、本稿では、障害者統計を取り巻く国内外の動向と現状を概観し、今後の障害者統計の整備と利用における課題を議論した。

国際的には、1980年代以降、障害のとらえ方や障害者の権利に関する共通認識が醸成され、それは2008年に発効された障害者権利条約として結実した。さらに近年は、障害者の社会的包摂を巡る各国の政策努力を評価するため、共通した枠組みによる障害者統計の整備が進められている。日本においても同条約への加盟を契機として、国民生活基礎調査や社会生活基本調査において国際基準に沿った障害者統計の整備が進められ、今後も他の基幹統計における障害者調査の充実が展望されている。しかしながら、こうした国際基準による統計の整備は、各国の障害者政策の差異を踏まえつつ、各国を並列で比較する場合のプラットフォームとなる定義や分析枠組みをつくるという、長年にわたる取り組みの成果である一方、国際機関では、国際比較のための定義をそのまま国内施策の立

案と検証のために用いることには注意喚起している。その観点から、日本国内においては、その障害者政策の対象や利用者の特性を踏まえて、引き続き、障害者手帳保持者を中心とする障害者政策の対象者である「制度上の障害者」の統計調査や、行政データの整備および利用を進めることには、依然として意義があると言える。

しかしながら、本稿でみた通り、国内の「制度上の障害者」には、社会保障制度による障害の認定基準の差異や、統計調査における障害定義や調査対象の違い、代理回答巡る問題などにより、統一の定義による分析が困難であるという課題がある。さらに、「制度上の障害者」と国際基準による障害者の集合は相当程度重なっておらず、両者は概念として異なることも明らかになっている。今後は、障害者概念に応じた調査項目を設けることで、様々な観点による障害者と非障害者の比較や、既存の障害者施策にカバーされない障害者の課題等を明らかにする必要があるだろう。

参 考 文 献

- 有村貞則（2016）「障害者雇用政策の新展開とダイバーシティ・マネジメント」『家計経済研究』No.111, pp. 35-45
- 石川路子（2021）「障害者を取り巻く社会保障制度における現状と課題—障害者のQoL向上のために」『甲南大学経済学論集』61（3/4），pp. 117-148
- 泉田信行・黒田有志弥（2019）「障害者手帳保有者の世帯の生活状況について」『社会保障研究』Vol.4, No.3, pp. 311-322
- 岩谷力・北村弥生（2023）「日常生活における苦勞の有無」による「最終学歴」と「仕事の

- 状況」の差異—令和4年国民生活基礎調査の結果から」『令和5年度厚生労働科学行政推進調査事業費（障害者政策総合研究事業）分担研究報告書』https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202317046A-buntan5.pdf
- 江口英一・川上昌子（2009）『日本における貧困世帯の量的把握』法律文化社
- 勝又幸子（2008）「国際比較からみた日本の障害者政策の位置づけ—国際比較研究と費用統計比較からの考察」『季刊社会保障研究』44（2），pp.138-149

- 榊原賢二郎（2020）「障害者手帳保有者本人の社会生活—第2回「生活と支え合いに関する調査」個票データを用いた個人単位の分析」IPSS Working Paper Series (J) No.32
- 榊原賢二郎（2022）「障害者手帳保有者の社会生活はどれぐらい不利なのか：障害種別を考慮した多変量解析」田辺国昭・西村幸満・国立社会保障人口問題研究所編『生活不安の実態と社会保障—新しいセーフティーネットの構築に向けて』、東京大学出版会、第8章、pp.195-214
- 中央法規出版「生活保護手帳（2015年度版）」中央法規出版
- 寺田岳（2023）「障害者雇用政策の対象となる障害者層の比較—日本・フランス・ドイツ」『日本労働研究雑誌』第760号、pp.61-73
- 内閣府（2020）『令和元年度 障害者統計の充実に係る調査研究事業報告書』株式会社野村総合研究所。 <https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/r01toukei/pdf/print.pdf>（最終アクセス：2024年9月27日）
- 内閣府（2021）『令和4年版障害者白書』
- 中川純（2021）「日本の障害者雇用政策の特徴：諸外国との比較」『障害法』第5号、pp.3-18
- 日本障害者協議会（JD）（2006）「障害の法的定義・認定に関する国際比較、障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」平成17年度総括研究報告書、pp.137-225。
- 林玲子（2022）「障害統計の分析—複数の指標とその推移」『超長寿社会における人口・経済・社会のモデリングと総合分析』2021年度報告書、所内研究報告第97号、国立社会保障・人口問題研究所、pp.43-68
- 林玲子（2023）「社会生活基本調査による障害率の分析」『超長寿社会における人口・経済・社会のモデリングと総合分析』2022年度報告書、所内研究報告第101号、国立社会保障・人口問題研究所、pp.89-99
- 林玲子（2024）「2022年国民生活基礎調査による障害率の分析 ワシントン・グループ定義障害率とその他の指標との比較」『超長寿社会における人口・経済・社会のモデリングと総合分析』2023年度報告書、所内研究報告第107号、国立社会保障・人口問題研究所、pp.69-80
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2020）『障害福祉サービスの利用実態調査』厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業、<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000654231.pdf>
- 百瀬優（2008）「障害者に対する所得保障制度—障害年金を中心に」国立社会保障・人口問題研究所 編『社会保障研究』44（2）、pp.171-185。
- 百瀬優（2018）「障害者と貧困」駒村康平編『貧困（福祉+α^⑩）』ミネルヴァ書房、pp.115-129
- 百瀬優・大津唯（2020）「障害年金受給者の生活実態と就労状況」『社会政策』12（2）、pp.74-87。
- 百瀬由璃絵（2022）「障害者でも高齢者でもない健康上の問題がある者の生きづらさ」田辺国昭・西村幸満・国立社会保障人口問題研究所編『生活不安の実態と社会保障—新しいセーフティーネットの構築に向けて』、東京大学出版会、第7章、pp.173-194。
- 山田篤裕・百瀬優・四方理人（2015）「障害等により手助けや見守りを要する人の貧困の実態」『貧困研究』Vol.15、pp.99-121
- Autor, D. H., Duggan, M., Greenberg, K., & Lyle, D. S. (2016). "The impact of disability benefits on labor supply: Evidence from the VA's disability compensation program". *American Economic Journal: Applied Economics*, 8(3), 31-68.
- European Commission (EC)(2002) "Definitions of Disability in Europe: A Comparative Analysis," A study prepared by Brunel University – Social security and social integration, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2088&langId=en>
- European Commission (EC) (2003) "Included

- in Society: Results and Recommendations of the European Research Initiative on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People”. URL : <https://cps.ceu.edu/sites/cps.ceu.edu/files/included-in-society-results-and-recommendations-2004.pdf> (最終アクセス : 2024 年 9 月 27 日)
- Hutton, David & World Health Organization. Ageing and Life Course Unit. (2008). “Older People in Emergencies: Considerations for Action and Policy Development”. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43817>.
- Laaksonen, M., Ilmakunnas, I., & Tuominen, S. (2022) . “The impact of vocational rehabilitation on employment outcomes: A regression discontinuity approach”. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(6), 498.
- Leinonen, T., Viikari-Juntura, E., Husgafvel-Pursiainen, K., Juvonen-Posti, P., Laaksonen, M., & Solovieva, S. (2019). “The effectiveness of vocational rehabilitation on work participation”. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(6), 651-660.
- Maestas, N., Mullen, K. J., & Strand, A. (2013) . “Does disability insurance receipt discourage work? Using examiner assignment to estimate causal effects of SSDI receipt”. *American Economic Review*, 103(5), 1797-1829.
- Mori, Y., & Sakamoto, N. (2018) . “Economic consequences of employment quota system for disabled people: Evidence from a regression discontinuity design in Japan”. *Journal of the Japanese and International Economies*, 48, 1-14.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2003) “Transforming Disability into Ability Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People”, <https://doi.org/10.1787/9789264158245-en>, 岡部史信訳『図表でみる世界の障害者政策—障害をもつ人の不可能を可能に変える OECD の挑戦』2004
- O’Reilly, Arthur (2003) “The Right to Decent Work of Persons with Disabilities”, International Labour Organization, 松井亮輔監訳『ディーセント・ワークへの障害者の権利』国際労働事務局。
https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/@ilo-tokyo/documents/publication/wcms_236901.pdf
- Shimizutani, S., Oshio, T. & Fujii, M. (2015) . “Option Value of Work, Health Status, and Retirement Decisions in Japan: Evidence from the Japanese Study on Aging and Retirement (JSTAR), ” in Wise, D. A. ed., *Social Security Programs and Retirement around the World: Disability Insurance Programs and Retirement*, University of Chicago Press