

埋もれたインターセクショナルリティ ——『障害者／健常者』の境界にいる女性

百瀬由璃絵

(東京大学社会科学研究所学術専門職員)

日本の雇用環境・均等政策の大きな問題点は、男女格差の是正を政策の中心としながらも、格差が単一であることを前提とした施策であるという点である。一方、障害者の雇用政策では、男女格差は含まれていない。さらに、日本の社会政策の問題点には、健康上の問題があっても、国や行政が定める「障害者」の定義に該当しない人がいるため、健康上の問題があるすべての人が行政の制度的支援を受けられる訳ではないということがある。そこで本稿では、健康上の問題がある女性が直面する経済的機会の損失を、インターセクショナルリティの概念を用いて明らかにした。分析では、厚生労働省の「生活のしづらさに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）2016」を使用した。分析の結果、健康上の問題がある者の経済的機会には男女差と障害者手帳の所持状況による差があり、健康上の問題があっても障害者福祉制度を利用できない人がいることが明らかになった。すなわち、「障害者／健常者」の境界線にいる女性は、障害者手帳を持たず、経済的な機会を失いがちであった。雇用環境・均等政策において女性活躍を促進するためには、男女格差を唯一の要因とする前提を取り払い、男女格差の施策と他領域の施策とを関連付けることが不可欠である。複数の格差への配慮は、雇用環境・均等政策が目指す「誰もがその能力を十分に発揮できる社会」を実現するものである。

【キーワード】 労働政策一般（社会政策を含む）、労働市場、女性労働問題

目次

- I 問題の所在
- II 研究方法
- III 結果
- IV 結論

I 問題の所在

雇用環境・均等政策の大きな課題は、格差が単一であることを前提とした施策であるという点である。例えば同政策では、男女格差の是正を主軸に置きつつも、健康格差や障害者差別の渦中にある女性に目を向けていない。そこで本稿では、複

合的な格差に焦点をあてるインターセクショナルリティ（intersectionality、交差性）の概念を用いて、健康上の問題がある女性の経済的機会が損失されているのか否かを明らかにする。その際に、とりわけ「障害者／健常者」の境界線にいる女性に注目する。

日本では、雇用環境・均等政策において、女性活躍は重要な位置を占めてきた。男女雇用機会均等法や女性活躍推進法、育児・介護休業法をはじめ、近年では不妊治療と仕事の両立といった、仕事と家庭を両立させながら働く社会を目指した施策が講じられてきた。しかし日本では、事実上生じている男女労働者間の格差を解消する施策がよ

り一層求められている。なぜなら、日本のジェンダーギャップ指数 (Gender Gap Index) が世界最低水準だからである¹⁾。この指標は、ジェンダー平等への進捗を評価するために世界経済フォーラムが2006年から発表している。ジェンダーギャップ指数をみることで、政治的リーダーシップ・経済的機会・教育・健康の4つの側面から各国の男女格差を比較できる。2021年において、日本は156カ国中120位であった。また、東アジア・太平洋地域の20カ国の中で、日本はバヌアツ、パプアニューギニアに次いで下位3位だった。2021年における男女格差が解消された割合をみると、156カ国の平均は67.7%であった。上位2カ国 (アイスランドとフィンランド) は少なくとも85%の格差を解消していた。だが日本は、65.6%と平均を下回っている。日本は、2006年から1.1%の格差しか改善していない。つまり、15年経っても日本の男女格差は縮まっていない。2022年の日本は、146カ国中116位で、東アジア・太平洋地域では19カ国中最下位であった。2022年における日本の男女格差が解消された割合は65.0%で、2021年よりも格差は拡大していた。この日本における男女格差は、政治的リーダーシップの観点から女性国会議員の数が少ないことに加え、特に女性にとって経済的な機会が不足していることに起因すると報告されていた。経済的機会の男女格差が解消された割合は、2021年は60.4%であったが、2022年には56.4%に低下した。これは、2016年と同程度の水準であるとされていた。この報告書において、経済的機会の男女格差の主な原因は、女性労働者の数が少ないからではなく、女性のパートタイム労働者の割合が男性の2倍であること、管理職に占める女性の割合が低いこと、日本人女性の平均所得が男性より低いことにあると説明されていた。一方で、日本における健康に関する男女格差は言及されていない。しかし、健康の男女格差は果たして問題がないと言えるのだろうか。

これまでの雇用環境・均等政策では、女性が直面する一部の問題については解決策が検討されてきたが、それ以外の問題に関する格差や差別は蚊帳の外であった。例えば、子育てや介護などのケ

アラーに対する施策は打ち出されている。一方で、同じ福祉・介護分野でも本人が健康上の問題を抱えている場合は見落とされている。この点は、障害者福祉の領域だと考えるかもしれない。だが、障害者差別の解消や障害者雇用促進法のなかで、「女性」という視点が議論されることはない。つまり、現況の社会政策は、男女格差や健康格差・障害者差別が単一で生じ、格差や差別が複合的に生じていることが念頭に置かれていない。そのため本稿では、複合的な格差に焦点をあてるインターセクショナリティの概念を用いて、健康上の問題がある女性の経済的機会の格差に着目する。

1 健康領域におけるインターセクショナリティ

インターセクショナリティの概念は、21世紀初頭からアメリカを中心に広範囲で取り上げられてきたが、近年のヨーロッパでは社会政策的に重要な位置を占め始めている (Smooth 2013; Wilson ed. 2013; Collins and Bilge 2020)。インターセクショナリティとは、ミクロレベルにおいては、個人的な経験である複数の社会的カテゴリー (人種、民族性、性別、性的指向、社会経済的地位など) が交差し、マクロレベルにおいては、社会構造における複数の権力や不利益が連動して生じることを前提とする理論的枠組みである (Gkiouleka et al. 2018)。この概念を用いたアプローチは、世界や人々の経験における複雑さを理解し、説明する方法であると周知されている。

この概念を提唱したCrenshaw (1989) は、「交差的な経験 (intersectional experience) は人種差別 (racism) と性差別 (sexism) の和よりも大きい。そのため、インターセクショナリティを考慮に入っていない分析は、黒人女性が置かれている特殊な状況に十分に対応することができない (Crenshaw 1989: 140)」と述べた。そしてCrenshaw (1989) は、黒人女性を議論の中心に据える意義は、黒人女性が理論的に蚊帳の外へ置かれてきた状況を説明することにとどまらなると主張した。この概念を用いたアプローチは、一軸の分析枠組みが独自の理論的限界を持ち、フェミニストおよび反人種主義に関する分析を拡大する努力をいかに損なっ

てきたかを明らかにするものであると論じた。

インターセクショナル리티の枠組みは、黒人女性にとどまらず、無数の社会的特徴を含む差別にも拡張されてきた。例えば、社会階級や年齢、民族、セクシュアリティ、国籍、宗教などである。疫学においては、健康格差の研究にインターセクショナル리티のアプローチを適用することに最近関心が高まっている。その一方で、健康領域ではインターセクショナル리티の研究が十分に進んでいないため、現在の集団の健康アプローチにどのように貢献できるのかについて、より多くの証拠と議論が必要であるとされている (Green, Evans and Subramanian 2017)。

疫学ではインターセクショナル리티の研究蓄積が少ないとされるが、社会学などでは、「男性／女性」と「障害者／健常者」の二軸の場合、障害女性の問題が指摘されてきた。Brown and Moloney (2019) は、障害女性は、障害男性や障害者ではない男女と比較して、より大きな不利益を職場環境で被っていると主張した。

インターセクショナル리티に類似した問題提起として、日本では上野 (1996) が差別の複雑性を3種類にわけた。差別を受けている人々は社会的弱者として複数の差別を同時に経験することがあると上野 (1996) は指摘した。3種類の差別のうち、1つ目は「単相差別」で、差別の次元が単一のものをさす。ただし、現実はこのケースは少ないとされる。それは、人種やジェンダーなどの差別が経済階級としばしば結びつくからである。2つ目は、「重層差別」あるいは「多元差別」である。これは、複数の次元の差別が重層化し、蓄積している状態である。3つ目は、「複合差別」である。これは、複雑な関係にある差別のことで、複数の文脈のなかでねじれ、逆転することがあるとされる。上野 (1996) が提示した2つ目の差別が、Crenshaw (1989) が提唱したインターセクショナル리티の概念と同様に、差別と差別が合算される状況を指すと言える。

上野 (1996) の複合差別論を受けて松波 (2014) は、障害女性を取り巻く日本の現状に疑問を呈した。障害女性は、「障害があること」と「女性であること」の両面で差別を受けるため、どちらの

「差別」問題への取り組みからも救済されにくいとされる。例えば、障害女性は、女性としてのアイデンティティよりも障害があることでの不利益や困難がより大きいとみなされている。そのため、結婚して扶養されることは難しいと予想した障害女性の家族や障害女性と関わった教師は、その女性に幼少期から「手に職を」と助言する事例が非常に多いとされる (河口 2019; 松波 2007)。一方で、障害女性の就労への意欲は高く、自立した生活が必須であると考える当事者は多いが、性別役割の固定や低収入などの女性が被る不利益からは免れないという (DPI 女性障害者ネットワーク 2012; 佐々木・米津 2016)。

障害女性のインターセクショナル리티への言及が近年日本で増えてはいるものの、一般的な傾向を示しているとは言い難い。上述した現状は、インタビュー調査か、あるいはアンケート調査であっても自由記述から明らかとなった個人の語りほとんどで、統計データを用いた結果ではない。そもそも日本では、障害女性の統計資料が少ないだけでなく、諸外国と比較すると障害者に関する統計資料自体が不十分である。この現状は、労働市場から排除された「恵まれない人々の雇用格差」(OECD 2017) の指標が提示された際に、諸外国では自国の障害者数が算出されたが、日本では適切なデータがないため障害者数が欠けていたことに顕著に表れている。統計データがあっても、集計結果は調査対象者数やその男女比の記載のみに留まる。分析でクロス集計をおこなっていても、人口や教育、保健・医療などに関する記述のみである。就業状況などの経済的機会に関する性別集計はほとんどない (吉田 2016)。障害者の就業状況などの経済的機会に着目した研究として、障害者職業総合センターのパネル調査「障害のある労働者の職業サイクルに関する調査研究」²⁾ や、勝又 (2006, 2007, 2008) の「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」、松井・REASE 統計調査チーム (2017) の「障害者の日常・経済活動調査 (追跡調査) 調査報告書」などがある。しかし、上記のなかで性別について主に言及されたのは、第1期 (2009年に実施) から第6期まで報告されている「障害のある労働者

の職業サイクルに関する調査研究」の第4期のみである。ただし、第4期の報告書は、正社員として就労する割合が障害の種類や性別により大きく異なるという記述に留まっていた。正社員の割合は、聴覚障害男性・内部障害男性が8割前後で多いと示されていた。次いで肢体不自由男性・視覚障害女性・内部障害女性がいずれも7割弱、視覚障害男性・肢体不自由女性は6割弱であったとされていた。第5期では、性別に関する言及はない。性別は、就労継続・離職・仕事満足度の決定要因を解明するうえでの統制変数として扱われていた。つまり第5期では、性別よりも障害の種類に重きが置かれていた。

これらの報告書は、日本全国を代表する統計資料とは言えない。なぜなら、当事者団体及び障害者を多数雇用する企業等に協力を依頼しており、調査対象者の無作為抽出がされていなかったからである。無作為抽出されたデータであっても、先行研究の多くは「障害者」と認定されている一部の人々に限定されていた（山田・百瀬・四方 2015 など）。障害者の真の実態を知るために、勝又（2006）は下記のような人々の把握が必要であるとする。

既存の統計調査では、「国で認定された障害」をもつ者だけが母集団を構成する。身体的には軽度と判定された人や新しい難病患者や病名では精神障害と認定されないが精神的な困難を抱える人々（例えば長期ひきこもりなど）は含まれない。障害者の真の実態を知るためには、認定の有無に関わり無く障害がある人の実情を把握する必要性がある。（勝又 2006：4）

認定の有無に関わり無く障害がある人の実情を把握する必要性があるとしながらも、勝又（2006, 2007, 2008）が実際に調査した対象者は行政や団体などにたどり着いた者（障害者手帳所持者や難病による公費負担医療費受給者、障害者団体の加入者など）であった。そのため、障害者手帳非所持者などの行政支援を受けていない健康上の問題がある者のサンプル数は少ない。また、先行研究は、軽度障害者や医師の診断名がない人の実情を十分に把握したとは言い難い。

健康領域におけるインターセクショナルリティの

問題は、はたして先行研究で対象者とされてきたような何かしらの行政支援や団体にたどり着いた「障害者」と認定されている女性だけの問題なのか。例えば、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する障害者総合支援法が2013年に施行された際に、制度の谷間のない支援を提供するという観点が重視された。そのため、障害者の定義に「難病」が加えられた。「難病」には、高次脳機能障害やさまざまな代謝機能障害、顔や皮膚に症状の出る疾患などの頻りに通院しなければならない疾患や、偏見・差別のために就労困難な疾患などがある。障害者総合支援法以前の法律において「難病」は、「谷間の障害」とされていた。なぜなら「難病」は、既に規定されていた精神障害者・身体障害者・知的障害者などの「障害者」に該当しなかったからである（伊藤 2005）。「谷間の障害」は、難病患者に限らず、近年日本で問題視されている軽度な病気や障害があるとされる人々とも関係しているのではなからうか。日本では「障害者／健常者」の境界線が近頃揺らいでいる。

2 「障害者／健常者」の境界線の問題

これまで、障害があるともないとも言えない「グレーゾーン」の存在や、医療機関で医師の診断が定まらない「傾向がある」者がいることが、教育現場や成人後の雇用環境、若者の就労支援で指摘されてきた（百瀬 2021）。

教育現場では、通常教育で不適応な行動が見られるものの医師の診断がつかない子どもたち（未受診を含む）がいる。その子どもたちが、「グレーゾーン」と呼ばれる場合が多い（矢野・荒木・猪野 2015）。一方で特別支援学校などでは、通常教育の場では「発達障害」とみなされても、中重度の知的障害児と対比して「軽度知的障害」として扱われる子どもたちがいる。その子どもたちが、特別支援の場で「グレーゾーン」とカテゴリー化されることもある。この特別支援学校に転入する子どもたちの中には、通常教育での不適切な対応やいじめ・不登校を経験した者もいる。その結果、二次障害と呼ばれる衝動的な行動や精神神経的症状を伴う者も少なくないとされる（堤 2019）。

成人後の雇用環境においても、医療機関で発達障害の診断が定まらない「傾向がある」者や、発達障害と診断されても生活や職場への環境適応度によって発達障害であるか否かが変わる者が、「グレーゾーン」と呼ばれる（林・OMgray 事務所 2020）。「グレーゾーン」の言葉が使われていなくても、メンタルヘルスに不調がある者が自社にいると回答した企業が6割弱おり、健康上の問題に対して近年企業では健康経営や仕事と治療の両立支援が促進されている（労働政策研究・研修機構 2012, 2018；森永 2017）。

さらに「グレーゾーン」という言葉で表現される前から、若者の就労支援の現場でも、発達障害や精神疾患の診断がある若者や障害・疾患の「疑いがある」若者が、利用者全体の3~5割弱を占めているとされてきた（宮本 2015）。障害の診断がある若者のうち9割以上が学生時代に困難を抱えており、「疑いがある」若者においても8割以上がそれに該当すると述べられていた。宮本（2015）は、「障害者手帳あり」より「疑いあり」のほうが困難の多い若者の割合は高いと指摘している。

日本で「障害者」と認定されるには、先に述べた「難病」のほかに、労働市場への参入と関係する2つのボーダーラインがある。それは、障害者手帳の所持と自立支援給付の受給である。第一の障害者手帳の所持は、特別支援学校に入学する判断基準になることもある。しかし、障害者手帳が必要となるもっとも大きな要因は障害者雇用率制度である。障害者雇用率制度では、従業員が一定数以上の規模の事業主に対して法定雇用率以上の障害者を雇用する義務を定めている。民間企業の法定雇用率は段階的に引き上げられ、2021年からは2.3%となった。これは、従業員を43.5人以上雇用している事業主は、「障害者」を1人以上雇用しなければならないことを意味する。ここでの「障害者」とは、本人に「障害者」という認知を求める障害受容の問題はあまり関係がない。「障害者」との自己認知がなくても、障害者手帳を所持していれば企業の障害者求人に応募し、障害者雇用枠の正規雇用や非正規雇用などへの参入が認められる。つまり、自立支援給付や障害者年

金を受給し、行政的に「障害者」と認定されても、障害者手帳を所持していなければ、原則障害者雇用率制度の対象にはならない。そして、法定雇用率を満たすために企業が欲するのは障害者手帳所持者である。

第二の自立支援給付は、障害福祉サービスが受けられる制度である。自立支援給付の受給者証の交付を受けることによって、障害福祉サービスの対象者となる。障害福祉サービスには、障害者就労支援に位置付けられる自立訓練（機能訓練・生活訓練）や就労移行支援などがある。そのほかに、福祉的就労に分類される就労継続支援（A型・B型）などがある。就労継続支援A型は、企業への就職不安や就職困難な場合の働き方で、一定の支援がある職場で雇用契約を結ぶ。そのため、最低賃金以上の支払いが義務付けられている。就労継続支援B型は、企業への就職不安や就職困難な場合に、雇用契約を結ばず軽作業などの就労訓練をおこなう働き方である。これは、最低賃金を下回ることが多いが工賃を受け取る。就労継続支援であれば自立支援給付を受給していれば参入できるが、自立支援給付受給者として障害者就労支援を受けている者が福祉的就労を選ばずに労働市場に参入する際に、障害者手帳を所持して企業の障害者雇用枠で働くか、一般的な正規雇用や非正規雇用として働くかを選択することになる。

障害者手帳の所持や自立支援給付の受給には医師の診断や行政の認定が必要で、上記で示した「グレーゾーン」や何らかの障害・疾患の「疑いがある」者は障害者福祉制度を利用していないことが考えられる。すなわち、障害者福祉制度を利用する障害女性に該当しない「障害者／健常者」の境界線にいる女性も、障害女性と同様に経済的機会が得られていないことが考えられる。既にインターセクショナルリティや複合差別の議論の渦中にいる障害女性は、健康上の問題がある女性なかでも一部であると言える。つまり、「障害者／健常者」の境界線にいる女性は、伊藤（2005）が危惧した「谷間の障害」と同様に、行政支援だけでなく、インターセクショナルリティや複合差別論から外れ、彼女らの問題が埋もれてきたのではないだろうか。

そこで本稿では、健康上の問題がある者のなかでの経済的機会の男女格差の検討に留まらず、労働市場において「障害者／健常者」の境界線にいる女性の問題が埋もれ、見過ごされていないかを検証する。さらに、先行研究では不十分であった対象者の限界に応えるために、障害者手帳所持者などに限らず健康上の問題がある者を対象とした公的統計データを用いて日本全国の傾向を捉える。

II 研究方法

1 データ

本稿では、厚生労働省の「平成28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）」を用いて二次分析をおこなう。これは、統計法33条の規定に基づいて厚生労働省社会・援護局の承認により調査票情報の提供を受けた公的統計データである。

調査対象者は、全国約2400の『国勢調査』の調査区に居住する在宅の「障害者手帳所持者」と「医師から難病と診断された者」、そして健康上の問題による活動制限や抑うつ不安障害、発達障害などに関わる13項目³⁾のどれかに該当する「長引く病気やけが等により生活のしづらさがある者」である。「長引く病気やけが等により生活のしづらさがある者」は、国や行政では「障害者」と認定されていない健康上の問題がある者で、「障害者／健常者」の境界線にいると言える。調査対象者は、調査員によって何かしらの健康上の問題を抱えていることが他認されていた。調査方法は、まず、調査員が調査区内の世帯を訪問し、調査趣旨等を説明したうえで、調査対象者の有無が確認されていた。次に、調査対象者がいる場合は調査票が手渡され、記入と郵送による返送が依頼されていた。調査票は、調査対象者本人の記入が原則であるが、必要に応じて、視覚障害者には点字版・拡大文字版の調査票の配布、聴覚・言語・音声・機能障害がある場合は手話通訳者の派遣、本人が記入できない場合は代筆などが実施されていた。調査の結果、対象者の年齢は、0～105

歳の7719人（男性3357人、女性3603人、無回答37人、欠損722人）であった。本稿では、経済的機会に着目するため、在学中を除く18歳以上60歳未満の稼働年齢層⁴⁾に限定してデータを使用する。

この調査の大きな特徴は、障害者手帳と自立支援給付の2つの障害者福祉制度のボーダーラインで区別できる点にある。つまり、「障害者手帳非所持かつ自立支援給付未受給者」である女性が、「障害者／健常者」の境界線にいる女性であり、本稿で特に注目する層である。さらに、「障害者」とみなされる層に関しても、障害者手帳の等級によって軽度と中重度にわけられる。

2 変数

第一に、健康上の問題による行政支援対象状況の変数について説明する。まず、障害者手帳を所持しているか否かで区分し、障害者手帳の所持状況がわからない者は「手帳所持不詳」とした。次に障害者手帳非所持者のなかで、自立支援給付を受給する「非所持・受給」と自立支援給付を受給していない「非所持・未受給」でわけた。障害者手帳所持者は、障害の種類と等級で以下のようにわけた。精神障害者保健福祉手帳の1～2級を「中重度精神障害」、3級を「軽度精神障害」、療育手帳の重度を「重度知的障害」、その他を「軽度知的障害」、身体障害者手帳の1～4級を「中重度身体障害」、5～6級を「軽度身体障害」とした。3つの障害者手帳のうち2つ以上所持する者は、「手帳複数」とした。難病患者は、障害者手帳を所持する場合もあるが、障害者手帳非所持者の中に含まれることが多い⁵⁾。そのため、難病患者は障害者手帳の所持状況は問わず「難病」のカテゴリーに入れた。本稿では、表1の通り、健康上の問題による行政支援対象状況は11カテゴリーを基本とする。ただし、分析により「軽度精神障害」と「軽度知的障害」「軽度身体障害」をまとめた「軽度障害」や、「中重度精神障害」と「重度知的障害」「中重度身体障害」「手帳複数」をまとめた「中重度障害等」を用いる。また、障害者手帳を所持していないことに注目するために「非所持・未受給」と「非所持・受給」をまとめた

表 1 健康上の問題による行政支援対象状況

		稼働年齢層全体				男性				女性			
		Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent
障害者手帳 非所持	自立支援給付未受給			115	7.8			51	6.3			64	9.6
	自立支援給付受給	180	12.2	65	4.4	83	10.3	32	4.0	97	14.6	33	5.0
障害者手帳 所持	軽度精神障害			97	6.6			54	6.7			43	6.5
	軽度知的障害	334	22.6	195	13.2	203	25.1	125	15.5	131	19.7	70	10.5
	軽度身体障害			42	2.8			24	3.0			18	2.7
	中重度精神障害			236	16.0			120	14.9			115	17.3
	中重度知的障害			96	6.5			70	8.7			26	3.9
	中重度身体障害	711	48.1	287	19.4	407	50.4	171	21.2	301	45.3	115	17.3
	手帳複数			92	6.2			46	5.7			45	6.8
	手帳所持不詳			34	2.3			18	2.2			16	2.4
	難病			218	14.8			97	12.0			120	18.1
	<i>n</i>			1,477	100.0			808	100.0			665	100.0

「障害者手帳非所持」や、行政上は「障害者」に認定されていない「非所持・未受給」に注目するために「非所持・受給」と「軽度障害」をまとめた「行政上の軽度障害」も分析に用いる。

第二に、性別は女性を1、男性を0とした女性ダミーを用いる。第三に、経済的機会として就業状況に関する変数を使用する。本データでは、「日中の過ごし方」が複数回答で尋ねられており、それぞれ該当する場合を1、それ以外は欠損値となっていた。そのため、それぞれ就業状況に該当する場合を1、無職の場合を0としたダミー変数を作成した。具体的には、一般的な正規雇用・非正規雇用・自営業のほかに、障害者手帳所持者を対象とした障害者雇用枠である正規雇用（障害者求人）・非正規雇用（障害者求人）、福祉的就労のうち賃金や工賃を受け取る就労継続支援A型・就労継続支援B型の変数を用いる。そのほか就業状況に関する変数として、上記7つの賃金や工賃、報酬などを受け取る働き方に該当する場合を1、無職を0とした有職（有償）ダミーも使用する。

統制変数には、個人属性として調査時点である2006年時点の年齢のほかに、生活のしづらさが生じ始めた年齢も用いる。なぜなら、生まれながらに障害のある人と、人生の途中で障害者となった人では、ライフヒストリーによる違いがあるからである（勝又2006）。また、日本では障害者手帳の所持や、その前段階にある医師の診断が障害者雇用政策と関連するが、カナダ・フランス・ドイツ・デンマーク・ノルウェー・フィンランドな

どでは障害者雇用政策の対象障害の範囲は広く、機能的制限などにより労働能力が判定される（勝又2006）。そのため、障害の症状と病気の種類の合計数や、医師の診断状況を統制変数として用いる。障害の症状と病気の種類の合計数は、障害の36症状⁶⁾や病気の41種類⁷⁾がそれぞれある場合を1と操作化した後に、それらを合算して合計数を算出した（ $\alpha = 0.857$ ）。医師の診断は、発達障害や高次脳機能障害の診断を受けた場合を1としたダミー変数を用いる。さらに、障害年金や生活保護の受給状況により、有職（有償）に対する意味合いが異なる可能性があるため社会保障の受給状況に関する変数を統制する。また本データの特長上、本人以外の記入も可能となっているため、本人記入ダミーを用いる。記述統計は表2の通りである。

3 分析手法

分析手法はまず、健康上の問題による行政支援対象状況と男女差および就業状況とのクロス集計をおこなう。次に、就業状況のなかでも有職（有償）ダミーと正規雇用ダミーを従属変数として、健康上の問題による行政支援対象状況と女性ダミーを独立変数として二項ロジスティック回帰分析をする。さらに分析は、男女別でもおこなう。最後に、障害者手帳非所持者がなぜ手帳を持たないのかを考察する。

表2 記述統計

	稼働年齢層全体					男性					女性				
	Obs	Mean	Std. dev.	Min	Max	Obs	Mean	Std. dev.	Min	Max	Obs	Mean	Std. dev.	Min	Max
A モデル															
有職 (有償)	930	0.43	0.50	0	1	486	0.49	0.50	0	1	444	0.37	0.48	0	1
健康上の問題による行政支援対象状況															
【モデル 1, 2】															
非所持 (非所持・未受給+非所持・受給)	930	0.14	0.35	0	1	486	0.12	0.33	0	1	444	0.16	0.36	0	1
軽度障害	930	0.18	0.38	0	1	486	0.18	0.38	0	1	444	0.17	0.38	0	1
中重度障害等	930	0.50	0.50	0	1	486	0.55	0.50	0	1	444	0.45	0.50	0	1
難病	930	0.18	0.39	0	1	486	0.15	0.36	0	1	444	0.22	0.41	0	1
【モデル 3, 4】															
非所持・未受給	930	0.09	0.28	0	1	486	0.07	0.26	0	1	444	0.10	0.31	0	1
行政上の軽度障害 (非所持・受給+軽度障害)	930	0.23	0.42	0	1	486	0.22	0.42	0	1	444	0.23	0.42	0	1
中重度障害等	930	0.50	0.50	0	1	486	0.55	0.50	0	1	444	0.45	0.50	0	1
難病	930	0.18	0.39	0	1	486	0.15	0.36	0	1	444	0.22	0.41	0	1
女性ダミー	930	0.48	0.50	0	1										
2006年時点の年齢	930	43.1	11.1	20	59	486	42.4	11.4	20	59	444	43.8	10.8	20	59
生活のしづらさが生じた年齢	930	25.1	16.3	0	59	486	24.3	16.9	0	59	444	25.8	15.7	0	59
障害の症状や病気の種類の合計数	930	4.22	5.24	0	43	486	3.42	4.38	0	43	444	5.09	5.93	0	39
発達障害診断ダミー	930	0.14	0.35	0	1	486	0.17	0.38	0	1	444	0.11	0.31	0	1
高次脳機能障害診断ダミー	930	0.04	0.19	0	1	486	0.05	0.21	0	1	444	0.02	0.16	0	1
障害年金ダミー	930	0.42	0.49	0	1	486	0.47	0.50	0	1	444	0.37	0.48	0	1
生活保護ダミー	930	0.10	0.30	0	1	486	0.09	0.29	0	1	444	0.11	0.31	0	1
本人記入ダミー	930	0.63	0.48	0	1	486	0.57	0.49	0	1	444	0.68	0.47	0	1
B モデル															
正規雇用	647	0.18	0.38	0	1	323	0.23	0.42	0	1	324	0.13	0.34	0	1
健康上の問題による行政支援対象状況															
【モデル 1, 2】															
非所持 (非所持・未受給+非所持・受給)	647	0.17	0.37	0	1	323	0.15	0.35	0	1	324	0.19	0.39	0	1
軽度障害	647	0.14	0.35	0	1	323	0.14	0.34	0	1	324	0.15	0.35	0	1
中重度障害等	647	0.49	0.50	0	1	323	0.54	0.50	0	1	324	0.45	0.50	0	1
難病	647	0.20	0.40	0	1	323	0.18	0.38	0	1	324	0.21	0.41	0	1
【モデル 3, 4】															
非所持・未受給	647	0.17	0.37	0	1	323	0.09	0.28	0	1	324	0.13	0.34	0	1
行政上の軽度障害 (非所持・受給+軽度障害)	647	0.14	0.35	0	1	323	0.20	0.40	0	1	324	0.21	0.41	0	1
中重度障害等	647	0.49	0.50	0	1	323	0.54	0.50	0	1	324	0.45	0.50	0	1
難病	647	0.20	0.40	0	1	323	0.18	0.38	0	1	324	0.21	0.41	0	1
女性ダミー	647	0.50	0.50	0	1										
2006年時点の年齢	647	43.7	10.9	20	59	323	43.0	11.4	20	59	324	44.4	10.4	20	59
生活のしづらさが生じた年齢	647	26.3	16.5	0	59	323	25.7	17.3	0	59	324	27.0	15.7	0	59
障害の症状や病気の種類の合計数	647	4.64	5.41	0	39	323	3.70	4.03	0	29	324	5.58	6.38	0	39
発達障害診断ダミー	647	0.13	0.34	0	1	323	0.16	0.37	0	1	324	0.10	0.30	0	1
高次脳機能障害診断ダミー	647	0.04	0.20	0	1	323	0.06	0.23	0	1	324	0.03	0.17	0	1
障害年金ダミー	647	0.39	0.49	0	1	323	0.42	0.49	0	1	324	0.35	0.48	0	1
生活保護ダミー	647	0.13	0.33	0	1	323	0.12	0.33	0	1	324	0.13	0.34	0	1
本人記入ダミー	647	0.59	0.49	0	1	323	0.53	0.50	0	1	324	0.66	0.48	0	1

Ⅲ 結 果

1 稼働年齢層のクロス集計

男女差をみると、表3の通り、「非所持・未受給」の女性は9.8%、男性は6.4%、「非所持・受給」の女性は5.1%、男性は4.0%で、障害者手帳非所持者の女性の割合は男性よりも高い傾向が読み取れた。障害者手帳所持者で女性の割合が高かったのは「中重度精神障害」(女性17.6%、男性15.0%)と「手帳複数」(女性6.9%、男性5.8%)の

みである。また「難病」も、男性(13.2%)より女性(19.1%)の割合が高かった。

就業状況についても確認する(表4)。稼働年齢層全体において、無職か有職(有償)かを比較すると、「非所持・未受給」は71.3%、「非所持・受給」は72.3%で、障害者手帳非所持者は無職である割合が高かった。一方で、「軽度知的障害」は59.0%、「中重度身体障害」は47.7%と有職(有償)である割合が高かった。それぞれの状況を見ると、正規雇用は「軽度身体障害」が29.0%、非正規雇用は「難病」が21.1%で割合が高かった。ま

表3 ジェンダー

	非所持・ 未受給	非所持・ 受給	軽度 精神障害	軽度 知的障害	軽度 身体障害	中重度 精神障害	重度 知的障害	中重度 身体障害	手帳複数	難病	n
男性	51 6.4	32 4.0	54 6.8	125 15.7	24 3.0	120 15.0	70 8.8	171 21.4	46 5.8	105 13.2	798 100.0
女性	64 9.8	33 5.1	43 6.6	70 10.7	18 2.8	115 17.6	26 4.0	115 17.6	45 6.9	125 19.1	654 100.0

た、正規雇用（障害者求人）は「中重度身体障害」が15.3%で割合が高かった。そのほか非正規雇用（障害者求人）は29.8%，就労継続支援A型は15.8%，就労継続支援B型は34.4%で「軽度知的障害」の割合が高かった。

男女別に無職か有職（有償）かを比較すると、男女ともに障害者手帳非所持者は無職である割合が高かった。無職の割合は、男性の「非所持・未受給」は64.7%，「非所持・受給」は65.6%であり、女性の「非所持・未受給」は76.6%，「非所持・受給」は78.8%であった。一方で、「軽度障害」と「難病」においては有職（有償）である割合が高かった。有職（有償）の割合は、男性の「軽度障害」は57.1%，「難病」は48.6%で、女性の「軽度障害」は46.6%，「難病」は41.6%であった。正規雇用をみると、男性は32.5%，女性は18.9%で「難病」の割合が最も高かった。

2 就業状況を従属変数とした

二項ロジスティック回帰分析

次に、有職（有償）ダミー（有職（有償）=1，無職=0）または正規雇用ダミー（正規雇用=1，無職=0）を従属変数、健康上の問題による行政支援対象状況と女性ダミーを独立変数として二項ロジスティック回帰分析をおこなう（表5）。分析モデルは以下の通りである。まず稼働年齢層全体を分析する。モデル1では、健康上の問題による行政支援対象状況の「障害者手帳非所持（「非所持・未受給」+「非所持・受給」）」を基準に、障害者手帳を所持する「軽度障害」と「中重度障害等」、および「難病」と比較する。モデル2では、モデル1に「障害者手帳非所持」と女性ダミーの交互作用項を投入する。交互作用項を投入することで、「障害者手帳非所持」が「軽度障害」・「中重度障害等」・「難病」よりも有職（有償）または正規雇用には就いていない傾向があった際に、障害者

手帳非所持の女性ほど有職（有償）または正規雇用には就いていないのかを検証する。モデル3は、健康上の問題による行政支援対象状況の「非所持・未受給」を基準に、「行政上の軽度障害（「非所持・受給」+「軽度障害」）」・「中重度障害等」・「難病」を比較する。モデル4では、モデル3に「非所持・未受給」と女性ダミーの交互作用項を投入する。モデル2と同様に、「非所持・未受給」が「行政上の軽度障害」・「中重度障害等」・「難病」よりも有職（有償）または正規雇用には就いていない傾向があった際に、行政上は「障害者」と認定されていない「非所持・受給」の女性ほど有職（有償）または正規雇用ではないのかを検証する。次に、男女別にモデル1とモデル3を分析する。モデル1~4では、個人属性などの変数を統制する。

第一に、有職（有償）ダミーを従属変数とした分析結果である。稼働年齢層全体のモデル1をみると、「障害者手帳非所持」よりも「軽度障害」のほうが2.98倍、「中重度障害等」のほうが1.84倍、「難病」のほうが1.94倍有職（有償）に就いている傾向にあった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.57倍で、男性よりも女性のほうが有職（有償）に就いていない傾向にあった。次に「障害者手帳非所持」と女性ダミーの交互作用項を投入したモデル2をみると、「障害者手帳非所持」よりも「軽度障害」のほうが2.94倍、「中重度障害等」のほうが1.82倍、「難病」のほうが1.91倍有職（有償）に就いている傾向にあった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.57倍で、男性よりも女性のほうが有職（有償）に就いていない傾向にあった。「障害者手帳非所持」と女性ダミーの交互作用項に関しては、有意な結果が得られなかった。

続いてモデル3をみると、「非所持・未受給」よりも「行政上の軽度障害」のほうが2.37倍、

表 4 就業状況

		稼働年齢層全体																			
	無職 (有償)	有職 (有償)		正規雇用		非正規雇用		正規雇用 (障害者求人)		非正規雇用 (障害者求人)		就労継続 支援 A 型		就労継続 支援 B 型		無職 自営業					
		無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n		
非所持・未受給	71.3	28.7	115	86.3	13.7	95	89.1	10.9	92	100.0	0.0	82	96.5	3.5	85	100.0	0.0	82	90.1	9.9	91
非所持・受給	72.3	27.7	65	88.7	11.3	53	88.7	11.3	53	100.0	0.0	47	97.9	2.1	48	95.9	4.1	49	90.4	9.6	52
軽度精神障害	56.7	43.3	97	91.7	8.3	60	79.7	20.3	69	98.2	1.8	56	83.3	16.7	66	87.3	12.7	63	90.2	9.8	61
軽度知的障害	41.0	59.0	195	87.9	12.1	91	80.0	20.0	100	87.9	12.1	114	70.2	29.8	114	84.2	15.8	95	65.6	34.4	122
軽度身体障害	52.4	47.6	42	71.0	29.0	31	81.5	18.5	27	88.0	12.0	25	95.7	4.4	23	100.0	0.0	22	95.7	4.4	23
中重度精神障害	61.0	39.0	236	86.2	13.8	167	82.3	17.7	175	98.6	1.4	146	91.1	8.9	158	92.9	7.1	155	84.7	15.3	170
中重度知的障害	65.6	34.4	96	90.0	10.0	70	91.3	8.7	69	100.0	0.0	63	98.4	1.6	64	94.0	6.0	67	75.9	24.1	83
中重度身体障害	52.3	47.7	287	78.1	21.9	192	80.7	19.4	186	84.8	15.3	177	88.8	11.2	169	98.7	1.3	152	95.5	4.5	157
手帳複数	65.2	34.8	92	95.2	4.8	63	95.2	4.8	63	92.3	7.7	65	95.2	4.8	63	95.2	4.8	63	76.0	24.1	79
難病	55.0	45.0	231	74.3	25.7	171	78.9	21.1	161	93.4	6.6	136	92.7	7.3	137	97.0	3.1	131	96.2	3.8	132
男性																					
	無職 (有償)	有職 (有償)		正規雇用		非正規雇用		正規雇用 (障害者求人)		非正規雇用 (障害者求人)		就労継続 支援 A 型		就労継続 支援 B 型		無職 自営業					
		無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n		
非所持・未受給	64.7	35.3	51	84.6	15.4	39	89.2	10.8	37	100.0	0.0	33	97.1	2.9	34	100.0	0.0	33	100.0	0.0	33
非所持・受給	65.6	34.4	32	80.8	19.2	26	87.5	12.5	24	100.0	0.0	21	95.5	4.6	22	95.5	4.6	22	100.0	0.0	21
軽度障害	42.9	57.1	203	86.1	13.9	101	77.7	22.3	112	87.9	12.1	99	73.1	26.9	119	85.3	14.7	102	72.5	27.5	120
中重度障害等	53.6	46.4	407	80.7	19.3	270	85.5	14.5	255	89.7	10.3	243	90.8	9.2	240	93.2	6.8	234	81.7	18.4	267
難病	51.4	48.6	105	67.5	32.5	80	90.0	10.0	60	90.0	10.0	60	91.5	8.5	59	96.4	3.6	56	96.4	3.6	56
女性																					
	無職 (有償)	有職 (有償)		正規雇用		非正規雇用		正規雇用 (障害者求人)		非正規雇用 (障害者求人)		就労継続 支援 A 型		就労継続 支援 B 型		無職 自営業					
		無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n	無職	n		
非所持・未受給	76.6	23.4	64	87.5	12.5	56	89.1	10.9	55	100.0	0.0	49	96.1	3.9	51	100.0	0.0	49	100.0	0.0	49
非所持・受給	78.8	21.2	33	96.3	3.7	27	89.7	10.3	29	100.0	0.0	26	100.0	0.0	26	96.3	3.7	27	100.0	0.0	26
軽度障害	53.4	46.6	131	86.4	13.6	81	83.3	16.7	84	95.9	4.1	73	83.3	16.7	84	89.7	10.3	78	81.4	18.6	86
中重度障害等	65.1	34.9	301	89.5	10.5	219	83.4	16.6	235	95.6	4.4	205	92.9	7.1	211	98.0	2.0	200	89.5	10.5	219
難病	58.4	41.6	125	81.1	18.9	90	73.0	27.0	100	96.1	4.0	76	93.6	6.4	78	97.3	2.7	75	96.1	4.0	76

注：「手帳所持不詳」は欠損とした。

表5 就業状況を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析

	有職 (有償)						正規雇用											
	稼働年齢層全体			男性			女性			稼働年齢層全体			男性			女性		
	モデル1 Odds ratio	モデル2 Odds ratio	モデル3 Odds ratio	モデル4 Odds ratio	モデル1 Odds ratio	モデル3 Odds ratio	モデル1 Odds ratio	モデル3 Odds ratio	モデル1 Odds ratio	モデル2 Odds ratio	モデル3 Odds ratio	モデル4 Odds ratio	モデル1 Odds ratio	モデル3 Odds ratio	モデル1 Odds ratio	モデル3 Odds ratio	モデル1 Odds ratio	モデル3 Odds ratio
健康上の問題による行政支援対象状況 基準：障害者手帳非所持 (非所持・未受給 + 非所持・受給)																		
軽度障害	2.976**	2.936**	2.911**	2.819*	2.911**	2.911**	2.911**	2.911**	1.799	1.799	1.799	1.799	1.799	1.799	1.799	1.799	1.799	1.799
中重度障害等	1.842*	1.818*	1.909	1.707	1.909	1.909	1.909	1.909	2.251	2.251	2.251	2.251	2.251	2.251	2.251	2.251	2.251	2.251
難病	1.942*	1.914*	2.111*	1.774	2.111*	2.111*	2.111*	2.111*	2.706*	2.706*	2.706*	2.706*	2.706*	2.706*	2.706*	2.706*	2.706*	2.706*
基準：非所持・未受給 行政上の軽度障害 (非所持・受給 + 軽度障害)																		
中重度障害等		2.367**	2.367**	2.504*	2.367**	2.367**	2.367**	2.367**	1.230	1.230	1.230	1.230	1.230	1.230	1.230	1.230	1.230	1.230
難病		1.826	1.721	1.829	1.826	1.721	1.829	1.735	1.708	1.708	1.708	1.708	1.708	1.708	1.708	1.708	1.708	1.708
難病		1.976*	1.808	1.957	1.976*	1.808	1.957	1.969	2.020	2.020	2.020	2.020	2.020	2.020	2.020	2.020	2.020	2.020
女性タミー	0.569**	0.571**	0.575**	0.579**	0.571**	0.575**	0.579**	0.419**	0.383**	0.383**	0.383**	0.383**	0.383**	0.383**	0.383**	0.383**	0.383**	0.383**
交互作用項 障害者手帳非所持×女性タミー 非所持・未受給×女性タミー		0.959		0.869					2.114			1.393						
規制変数																		
2006年時点の年齢	0.987	0.987	0.988	0.987	0.989	0.987	0.987	0.984	0.988	0.988	0.988	0.988	0.983	0.993	0.993	0.977	0.977	0.977
生活のしづらさが生じ始めた年齢	0.995	0.995	0.994	0.995	0.993	0.995	0.995	0.994	1.002	1.002	1.002	1.002	0.998	0.999	0.999	1.008	1.006	1.006
障害の症状や病気の種類の合計数	0.954*	0.954*	0.952**	0.954*	0.927	0.921*	0.921*	0.969	0.979	0.979	0.977	0.978	0.883*	0.883*	0.883*	1.016	1.016	1.016
発達障害診断タミー	0.975	0.975	1.028	0.974	0.824	0.872	0.872	1.318	1.058	1.072	1.075	1.066	0.821	0.849	0.849	1.638	1.829	1.829
高次脳機能障害診断タミー	0.712	0.712	0.735	0.711	0.831	0.858	0.858	0.615	0.719	0.734	0.730	0.725	0.642	0.636	0.636	1.271	1.354	1.354
障害年金タミー	0.975	0.975	1.001	0.976	0.937	0.956	0.956	1.018	0.581*	0.583*	0.583*	0.580*	0.589	0.569	0.569	0.629	0.666	0.666
生活保護タミー	0.376**	0.375**	0.368**	0.375**	0.333**	0.332**	0.332**	0.409*	0.454	0.470	0.453	0.456	0.407	0.392	0.392	0.357	0.602	0.602
本人記入タミー	3.470**	3.469**	3.389**	3.469**	4.312**	4.208**	4.208**	2.660**	5.031**	5.114**	4.993**	5.058**	6.442**	6.277**	6.277**	3.888**	3.995**	3.995**
constant	0.629	0.636	0.630	0.667	0.673	0.611	0.611	0.471	0.153**	0.122**	0.152**	0.133**	0.175**	0.100*	0.100*	0.098*	0.141	0.141
Number of obs	930			486				444	647			323				324		
Wald chi2	79.62**	80.26**	76.26**	79.56**	45.41**	44.40**	44.40**	25.23**	56.70**	59.47**	56.82**	56.82**	40.34**	40.19**	40.19**	20.39*	23.34*	23.34*
Pseudo R2	0.095	0.096	0.089	0.096	0.110	0.106	0.106	0.068	0.113	0.115	0.112	0.113	0.159	0.163	0.163	0.063	0.065	0.065

注：**p < .01, *p < .05. 「手帳所持不詳」は欠損とした。多重共線性の確認をした結果、VIFは2.0前後であった。

「難病」のほうが1.98倍有職（有償）に就いている傾向にあった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.58倍で、男性よりも女性のほうが有職（有償）に就いていない傾向にあった。最後に「非所持・未受給」と女性ダミーの交互作用項を投入したモデル4をみると、「非所持・未受給」よりも「行政上の軽度障害」のほうが2.78倍有職（有償）に就いている傾向にあった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.58倍で、男性よりも女性のほうが有職（有償）に就いていない傾向にあった。「非所持・未受給」と女性ダミーの交互作用項に関しては、有意な結果が得られなかった。

さらに、有職（有償）に就いているか男女別に分析をおこなった。男性のモデル1をみると、「障害者手帳非所持」よりも「軽度障害」のほうが2.82倍有職（有償）に就いている傾向にあった。男性のモデル3をみると、「非所持・未受給」よりも「行政上の軽度障害」のほうが2.50倍有職（有償）に就いている傾向にあった。女性のモデル1をみると、「障害者手帳非所持」よりも「軽度障害」のほうが2.91倍、「難病」のほうが2.11倍有職（有償）に就いている傾向にあった。女性のモデル3をみると、健康上の問題による行政支援対象状況に関して有意な結果は得られなかった。

第二に、正規雇用ダミーを従属変数とした分析結果である。稼働年齢層全体のモデル1をみると、健康上の問題による行政支援対象状況に関しては、有意な結果が得られなかった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.42倍で、男性よりも女性のほうが正規雇用には就いていない傾向にあった。次に「障害者手帳非所持」と女性ダミーの交互作用項を投入したモデル2をみると、「障害者手帳非所持」よりも「難病」のほうが2.71倍正規雇用には就いている傾向にあった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.38倍で、男性よりも女性のほうが正規雇用には就いていない傾向にあった。「障害者手帳非所持」と女性ダミーの交互作用項に関しては、有意な結果が得られなかった。

モデル3をみると、健康上の問題による行政支

援対象状況に関しては、有意な結果が得られなかった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.42倍で、男性よりも女性のほうが正規雇用には就いていない傾向にあった。最後に「非所持・未受給」と女性ダミーの交互作用項を投入したモデル4をみると、健康上の問題による行政支援対象状況に関しては、有意な結果が得られなかった。性別をみると、女性ダミーのオッズ比は0.40倍で、男性よりも女性のほうが正規雇用には就いていない傾向にあった。「非所持・未受給」と女性ダミーの交互作用項に関しては、有意な結果が得られなかった。

最後に、男女別に分析した。男性のモデル1をみると、健康上の問題による行政支援対象状況に関して有意な結果が得られなかった。男性のモデル3をみると、「非所持・未受給」よりも「難病」のほうが4.13倍正規雇用には就いている傾向にあった。女性のモデル1と3では、健康上の問題による行政支援対象状況に関して有意な結果が得られなかった。

3 障害者手帳を持たない理由の考察

なぜ障害者手帳非所持者は障害者手帳を持たないのか、その理由を考察する（表6）。稼働年齢層全体の「非所持・未受給」は、「障害の種類や程度が手帳の基準に非該当」の割合が39.8%であった。これは、障害者福祉制度の対象者ではないことがわかる回答である。この回答とともに、制度への理解や認識が行き届いていないことを示す「手帳の制度や取得の手続きが不明」（20.4%）、「手帳の対象者に該当するか不明」（2.9%）、「手帳の手続きに難がある」（1.9%）までの3つを含めると、4項目の合計は65.0%で過半数を超えていた。一方で、「非所持・受給」は、「障害の種類や程度が手帳の基準に非該当」の割合は24.6%と2割強にとどまり、障害者手帳がスティグマになっている「手帳を持ちたくない」が17.5%と高い傾向にあった。

男性は、稼働年齢層全体と同様に、「非所持・未受給」は「障害の種類や程度が手帳の基準に非該当」の割合が46.8%と高かった。男性の「非所持・受給」は「障害の種類や程度が手帳の基準に

表6 障害者手帳を持たない理由

	障害の種類や程度が 手帳の基準に非該当	手帳の制度や取得の 手続きが不明	手帳の対象者に 該当するか不明	手帳の手続きに 難がある	手帳を持ちたくない	手帳を持つ障害者 ではないと認識	申請中・申請希望	他の制度による 認定や手帳がある	手帳がなくても 困らない	その他	n
稼働年齢層全体	非所持・未受給	41	21	3	2	4	5	1	12	9	103
	非所持・受給	39.8	20.4	2.9	1.9	3.9	4.9	1.0	11.7	8.7	100.0
	難病	14	14	3	1	0	2	0	9	4	57
男性	非所持・未受給	24.6	24.6	5.3	1.8	0.0	3.5	0.0	15.8	7.0	100.0
	非所持・受給	48	10	2	0	1	8	1	10	3	84
	難病	57.1	11.9	2.4	0.0	1.2	9.5	1.2	11.9	3.6	100.0
女性	非所持・未受給	22	10	1	1	2	4	0	4	2	47
	非所持・受給	46.8	21.3	2.1	2.1	2.1	4.3	0.0	8.5	4.3	100.0
	難病	7	6	1	0	7	0	0	5	2	29
稼働年齢層全体	非所持・未受給	24.1	20.7	3.5	0.0	0.0	3.5	0.0	17.2	6.9	100.0
	非所持・受給	20	4	0	0	0	2	0	6	1	33
	難病	60.6	12.1	0.0	0.0	0.0	6.1	0.0	18.2	3.0	100.0
女性	非所持・未受給	19	11	2	1	4	2	1	8	7	56
	非所持・受給	33.9	19.6	3.6	1.8	7.1	3.6	1.8	14.3	12.5	100.0
	難病	7	8	2	1	3	0	1	4	2	28
稼働年齢層全体	非所持・未受給	25.0	28.6	7.1	3.6	10.7	0.0	3.6	14.3	7.1	100.0
	非所持・受給	28	6	2	0	1	6	1	4	2	51
	難病	54.9	11.8	3.9	0.0	2.0	11.8	2.0	7.8	3.9	100.0

非該当」と「手帳を持ちたくない」の割合が24.1%と同率であった。女性に関しては、「障害の種類や程度が手帳の基準に非該当」が「非所持・未受給」は33.9%、「非所持・受給」は25.0%でも高かった。「障害の種類や程度が手帳の基準に非該当」と「手帳の制度や取得の手続きが不明」、「手帳の対象者に該当するか不明」、「手帳の手続きに難がある」の4項目を合わせると、女性は障害者福祉制度の対象者ではないことや制度への理解や認識が行き届いていないことを示す回答が過半数を超えていた。4項目の合計は、「非所持・未受給」の女性は58.9%、男性は72.3%で、「非所持・受給」の女性は64.3%、男性は48.3%であった。

IV 結 論

本稿の目的は、複合的な格差に焦点をあてるインターセクショナルリティの概念を用いて、健康上の問題がある女性の経済的機会が損失されているのかを明らかにすることであった。その際に、とりわけ「障害者／健常者」の境界線にいる女性に注目した。

分析結果をまとめると、健康上の問題による行政支援対象状況に男女差があるのかを検証した結果、概ね障害者手帳所持者は男性に多く、障害者手帳非所持者は女性に多い傾向が明らかになった。さらに、健康上の問題による行政支援対象状況によって就業状況に違いがあるのかを確認した結果、男女ともに障害者手帳非所持者は有職（有償）よりも無職である可能性が高いことが判明した。

さらに健康上の問題による行政支援対象状況や男女差が就業状況に与える影響を確認すると、有職（有償）は男女差よりも行政支援の対象になっているかが関連し、反対に正規雇用は行政支援の対象かよりも男女差が関連している可能性が示唆された。また、障害者手帳非所持の女性や行政上は「障害者」と認定されていない「障害者手帳非所持かつ自立支援給付未受給」の女性が、健康上の問題を抱えている者のなかで就業状況が最も悪いとは言えなかった。しかし、男女別にみると、女性のなかで状況が異なっていた。障害者手帳非所持の女性は軽度障害の女性や難病の女性よりも有職（有償）に就いておらず、不利な就業状況にあることが明らかとなった。

以上を踏まえると、健康上の問題がある者の中にも男女格差が存在し、健康上の問題がある女性内でも障害者手帳の所持状況によって経済的機会の格差が生じていると言える。労働者が性別により差別されないことを基本的理念とする男女雇用機会均等法をみると、「法の下での平等を保障する日本国憲法の理念にのっとり雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保を図るとともに、女性労働者の就業に関して妊娠中および出産後の健康の確保を図る等の措置を推進すること」を目的としている。女性労働者に関しては、「生める」女性に対してのみ言及されており、そもそも健康の確保が難しい病気や障害（の疑い）がある女性に対する言及はない。また男女雇用機会均等法の間接差別において、選考基準として身長・体重・体力を要件に加えることが認められる場合もあるとされる。その場合、女性に病気や障害（の疑い）があることを理由に募集・採用、配置・昇進にあたり、性別職域分離や男女間賃金格差があることは正当化されるのだろうか。

また分析の結果、障害者手帳非所持の女性は、障害者福祉制度の対象者ではないことや制度への理解や認識が行き届いていないことが、障害者手帳を所持しない原因となっていた。これまで、障害者手帳の所持は、負のレッテルを張るスティグマの問題か、あるいは本人や家族が「病気であっても障害者ではない」と考えるため「障害を受けいなければならない」といった障害受容の問題とみなされてきた（山田 1995 など）。しかし、上記のような理由が障害者手帳を持たない理由であれば、医学的判断や一部の「障害者」のみを対象とした障害者手帳の所持を条件とする日本の雇用政策が、障害者手帳非所持の女性の経済的機会を損失している原因の一つになっているのではないだろうか。勝又（2006）で紹介されていたように、「労働能力」や「稼働能力」で障害の程度を判断するような障害の範囲が広い諸外国の雇用政策を見習う必要性が増していると言える。

いずれにしても、雇用環境・均等政策において女性活躍を促進するためには、格差が単一であるという前提を払拭し、他領域とみなしてきた施策との連結が不可欠であろう。障害者福祉と協同で

施策を進める際には、「障害者／健常者」の境界線により埋もれたインターセクショナリティの問題についても考慮する必要がある。境界線に埋もれた問題は本稿で扱った「障害者／健常者」の境界にいる女性の問題だけではない。既存のカテゴリーにおける境界線の揺らぎはさまざまに生じている。例えば、近年、性的マイノリティの議論が活発であるように、「女性／男性」の境界線も揺らいでいる。「子ども／若者／高齢者」に関して、何歳までを該当カテゴリーとしてみなすのか、年齢制限も揺らいでいる。人種も、岩淵（2014）の『〈ハーフ〉とは誰か』のように「日本人／外国人」の境界線も揺らいでいる。こうした時代による社会構造の変化や社会政策上の判断により、カテゴリーとカテゴリーの間で見落とされてしまうような人々に焦点をあてるような、いわば「揺らぐ境界線の研究」を思考する必要性も今後高まっていくだろう。カテゴリーにおける境界線に注視しながら複数の格差に配慮することが、雇用環境・均等政策が目指す「誰もがその能力を十分に発揮できる社会」へと繋がる。

謝辞 本稿の分析で使用したデータは、統計法 33 条の規定に基づき厚生労働省の承認を受けた。本稿は、日本学術振興会（JSPS）科学研究費補助金・特別研究員奨励費（22J10114）の助成、および JST 次世代研究者挑戦的研究プログラム JPMJSP2108 の支援を受けたものである。記して深謝申し上げる。

- 1) 詳細は報告書 2021 年版 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf)、2022 年版 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf) を参照。
- 2) 報告書は、障害者職業総合センターの HP (<https://www.nivr.jeed.go.jp/research/report/shiryou/shiryou50.html>) を参照。
- 3) 13 項目は、以下の通りである。「眼鏡などを使っても見えにくい」「音や声が聞こえにくい（聞こえない）」「歩いたり階段を上り下りすることが難しい」「思い出すことや集中することに困難を伴う」「お風呂に入ったり、衣服を着たりといった身の回りのことを一人でするのが難しい」「話し言葉を使って、自分の考えやきもちを伝えたり、相手に話を聞いて理解するのが難しい」「ものを持ち上げたり、小さなものをつまんだり、容器のふたを開けたり閉めたりすることが難しい」「いつも疲れているように感じたり、力が入らなかつたり、しびれ、痛みが続いたりする」「お金の管理や日常の意思決定が難しい」「幻覚・妄想、そう・うつ、けいれん、薬物などの依存、その他の精神の障害がある」「子どもの頃から対人関係がうまくいかない、一つのことに強いこだわりがありやめられない、字の読み書きのみ学習に困難があった、気が散ることが多く、同じミスを繰り返す、子どもの頃急に飛び出すなどの行動があり、現在も衝動性が強い」「外出（通勤、通学、余暇活動、行事）が難しい」「児童（18 歳未満）の場合、発達状況などからみて特別

の支援や配慮を必要としている」。

- 4) 「稼働年齢者実態把握調査徹底プログラム実施要綱」(http://www.city.higashimatsushima.miyagi.jp/reiki/reiki_honbun/r122RG00000724.html#joubun-toc-span)において、稼働年齢層の定義は、「稼働年齢層(満15歳以上64歳未満の者)にある者とする。ただし、長期入院者、施設入所者、高校就学者、障害者加算適用者について、稼働年齢層で明らかに就労能力がないと判断される者は対象外とする。」とされている。障害者加算適用者には、身体障害者手帳1~3級や障害年金1~2級に該当する障害のある者が含まれる。上記の要綱以外にも、稼働年齢層という言葉は厚生労働省などの政府資料で用いられており、一般的には義務教育終了後の概ね15歳から64歳までの現役世代と呼ばれる者が稼働年齢層に該当するとされる。本稿では、児童福祉法に基づく障害児支援の対象年齢が18歳未満である点と、調査時点の2016年に60歳である1956年生まれの年金支給開始年齢が60歳ではない点を考慮し、学校に通っていない18歳以上60歳未満を「稼働年齢層」と呼ぶ。
- 5) 百瀬(2021)の障害者手帳非所持者には難病患者が含まれており、難病患者の傾向が強く反映されていると言える。
- 6) 障害36症状は下記の通りである。「熱が出る」「発汗・冷汗」「体温調整ができない」「体に力が入らない」「体がだるい・疲れやすい」「眠れない」「いらいらしやしない」「もの忘れする」「集中が続かない」「落ち着かない・衝動的になる」「気分が沈む・意欲がわかない」「適切な判断ができない」「会話の内容が理解できない」「気になると頭を離れない・こだわりが強い」「頭痛」「めまい」「けいれん・ひきつけ・意識消失」「ものが見づらい・見えない」「聞こえにくい・聞こえない」「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」「動悸」「息切れ」「胸痛」「下痢」「便秘」「腹痛」「かみにくい・飲み込みにくい」「腰痛」「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」「尿が出にくい・排尿時痛い」「尿失禁」。
- 7) 病気41種類は下記の通りである。「糖尿病」「甲状腺の病気」「その他内分泌・代謝の病気」「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」「パーキンソン病」「てんかん」「その他の神経の病気」「眼の病気」「耳の病気」「高血圧症」「脳卒中」「脳挫傷」「狭心症・心筋梗塞」「その他の循環器系の病気」「肺・気管支等呼吸器系の病気」「胃・十二指腸の病気」「肝臓・胆のうの病気」「大腸・直腸の病気」「小腸の病気」「その他消化器系の病気」「歯の病気」「皮膚の病気」「リウマチ性疾患」「関節症」「腰痛症」「骨粗鬆症」「その他筋骨格系の病気」「腎臓の病気」「ぼうこうの病気」「その他の泌尿器系の病気」「免疫の病気」「血液の病気」「その他」「不明」。

参考文献

- 伊藤たてお(2005)「障害者自立支援法をめぐって(9)——谷間の障害と障害者自立支援法」『ノーマライゼーション』第25巻、第12号、pp.50-53。
- 岩淵功一(2014)『〈ハーフ〉とは誰か——人種混濁・メディア表象・交渉実践』青弓社。
- 上野千鶴子(1996)「複合差別論」井上俊他編『差別と共生の社会学』岩波書店、pp.203-232。
- 勝又幸子(2006)「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——厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業」。
- (2007)「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18年度総括研究報告書——厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業」。
- (2008)「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17-19年度総合研究報告書 平成19年度総括研究報告書——厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業」。

- 河口尚子(2019)「障害女性の生きづらさに向かいあう」『立命館生存学研究』第2巻、pp.113-125。
- 佐々木貞子・米津知子(2016)「日本の障害女性の複合差別の実態」『ジェンダー法研究』第3号、pp.173-180。
- 堤英俊(2019)『知的障害教育の場とグレーゾーンの子どもたち——インクルーシブ社会への教育学』東京大学出版会。
- DPI女性障害者ネットワーク(2012)「障害のある女性の生活の困難——人生の中で出会う複合的な生きにくさとは——複合差別実態調査報告書」。
- 林寧哲・OMgray事務局(2020)『大人の発達障害グレーゾーンの人たち』講談社。
- 松井彰彦・REASE統計調査チーム(2017)「障害者の日常・経済活動調査(追跡調査)調査報告書」。
- 松波めぐみ(2007)「ジェンダーで考える教育の現在(第9回) 障害をもつ女性の経験から、『複合的な抑圧』を考える」『ヒューマンライツ』第234号、pp.52-58。
- (2014)「『障害女性への複合差別』の政策課題化——問題の可視化と当事者のエンパワメントに向けて」『研究紀要』第19号、pp.215-238。
- 宮本みち子(2015)「若年無業者と地域若者サポートステーション事業」『季刊社会保障研究』Vol.51, No.1, pp.18-28。
- 百瀬由璃絵(2021)「健康上の問題があるグレーゾーンの就業状況——2つの障害者福祉制度ボーダーラインからの探索」『東京大学大学院教育学研究科附属バリアフリー教育開発研究センター院生プロジェクトワーキングペーパー』pp.50-65。
- 森永雄太(2017)「『健康経営』とは何か——職場における健康増進と経営管理の両立」『日本労働研究雑誌』No.682, pp.4-12。
- 矢野洋子・荒木みなみ・猪野善弘(2015)「発達障害の子どもの支援に求められる養護教諭の役割(1)」『九州女子大学紀要』第52巻第1号、pp.57-66。
- 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』第15巻、pp.99-121。
- 山田純子(1995)「軽度知的障害者に対する自己理解援助のプログラム」『職業リハビリテーション』第8巻、pp.1-7。
- 吉田仁美(2016)「障害者ジェンダー統計——日本の現状と課題」『ジェンダー法研究』第3号、pp.181-189。
- 労働政策研究・研修機構(2012)「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」JILPT調査シリーズNo.100。
- (2018)「病気の治療と仕事の両立に関する実態調査(企業調査)」JILPT調査シリーズNo.181。
- Brown, Robyn Lewis and Mairead Eastin Moloney(2019)“Intersectionality, Work, and Well-Being: The Effects of Gender and Disability,” *Gender and Society*, Vol. 33, No. 1, pp. 94-122.
- Collins, Patricia Hill and Sirma Bilge(2020) *Intersectionality (Key Concepts)*, 2nd ed., Polity.
- Crenshaw, Kimberle(1989)“Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics,” *The University of Chicago Legal Forum*, Vol. 140, pp. 139-167.
- Gkiouleka, Anna, Tim Huijts, Jason Beckfield and Clare Bambra(2018)“Understanding the Micro and Macro Politics of Health: Inequalities, Intersectionality & Institutions-A Research Agenda,” *Social Science and Medicine*, Vol. 200, pp.

92-98.

- Green, Mark A., Clare R. Evans and S. V. Subramanian (2017) "Can Intersectionality Theory Enrich Population Health research?" *Social Science and Medicine*, Vol. 178, pp. 214-216.
- OECD (2017) *Oecd Employment Outlook 2017*, Oecd Publishing.
- Smooth, Wendy G. (2013) "Intersectionality from Theoretical Framework to Policy Intervention," in Angelia R. Wilson (eds.) *Situating Intersectionality*, pp. 11-41.
- Wilson, Angelia R. ed. (2013) *Situating Intersectionality: Politics, Policy, and Power*, Palgrave Macmillan.

〈投稿受付 2022 年 6 月 25 日, 採択決定 2023 年 1 月 6 日〉

ももせ・ゆりえ 東京大学社会科学研究所学術専門職員, 日本学術振興会特別研究員 (DC), 中央大学大学院戦略経営研究科特任研究員。主な論文に, 「日本の若者における社会的排除構造のコーホート比較」『ソシオロギス』 pp. 1-16 (2022 年) など。社会学・社会政策専攻。