

平成12年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

身体障害者福祉法における障害認定の  
在り方に関する研究

報 告 書

主任研究者 木村哲彦

## 研究組織

### 主任研究者

木村 哲彦 (日本医科大学)  
総括

### 分担研究者

長谷川 恒範 (全国生活協同組合連合会)  
障害の範囲・認定－医療の立場から

佐藤 忠 (岩手県立大学)  
障害の範囲・認定－福祉の立場から

植村 英晴 (日本社会事業大学)  
身体障害者福祉法以外の法律との関連性

香川 眞 (流通経済大学社会学部 )  
身体障害者の生活実態

### 研究協力者

木村 博光 (国立伊東重度障害者センター)

佐久間 肇 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

寺島 彰 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

佐藤 哲司 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

小松原 正道 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

石渡 博幸 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

高田 明子 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

佐藤 文子 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

# 目次

## 第1章 障害認定の意義

1. 障害関連施策の障害認定の目的の整理 ..... 1
2. 各障害認定制度における障害者数..... 7

## 第2章 新たな認定方法の具体的検討

- 新たな障害認定方法の具体化に向けて..... 21

## 第3章 海外の障害認定制度（2）

1. 英国の障害認定制度..... 47
2. ニュージーランド..... 61

- まとめ ..... 79

執筆者

- 第1章 1. 寺島 彰・佐藤 忠  
2. 佐藤 哲司・香川 眞

第2章 佐久間 肇・木村 哲彦・長谷川 恒範・木村 博光

- 第3章 1. 寺島 彰  
2. 植村 英晴

まとめ 木村 哲彦

## 第1章

### 障害認定の意義

## 1 障害関連施策の障害認定の目的の整理

### 1. はじめに

先進諸国において、障害者に対する施策を行っていない国はない。歴史的にみても、英国のエリザベス救貧法では、障害者は救貧施策の対象であったし、わが国の江戸時代においては、あんまや金貸し業が視覚障害者の職業として保護されていたように、障害者のみを対象とした施策も行なわれてきた。時代は変わっても障害者に対するなんらかの施策の実施は、普遍性をもっていると考えられる。

しかしながら、障害者施策に関する研究—なぜ障害者という範疇を定めた施策が必要なのか、障害者施策は国民にどのような影響を与えているのか、障害者施策と他の福祉施策との関係はどうあるべきなのか、障害者施策の経済効果、障害者施策は今後どのような発展傾向をもつのか等—についての研究は、これまでにほとんどなされていないのが現状である。

そこで、本研究では、障害者施策についての基礎的な研究として、わが国の障害者施策の目的を分析することで、障害者施策の意義について検討する。

### 2. 障害者施策の認定目的

厚生労働省の法令検索で「障害者に対する施策をもつ法令」を検索してみると、511件の法令が該当した。障害者関係福祉法や年金各法における障害年金等の障害者を直接対象とした制度は当然として、それ以外にもさまざまな制度が障害者に対する施策を実施している。他省庁でも、税金の減免、公営住宅の優先入居等でも障害の範囲を定めてサービスを提供しており、また、鉄道、バス、タクシー等民間のサービスまで含めれば少なくとも100以上の障害者施策が存在すると考えられる。

これらの制度は、それぞれ、障害者にサービスを提供するものであるが、その目的は、さまざまである。ここでは、その目的の類型化を試みる。

#### (1) 社会福祉

##### (a) 障害者基本法

障害者基本法（昭和四十五年五月二十一日法律第八十四号）第一条で、「この法律は、障害者のための施策に関し、基本的理念を定め、国及び、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もつて障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進することを目的とする。」としており、障害者の自立と社会参加促進が目的であることがわかる。

##### (b) 身体障害者福祉法

身体障害者福祉法（昭和二十四年十二月二十六日法律第二百八十三号）は、第一条に「この法律は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者

を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。」としており、身体障害者の援助と保護を直接の目的としている。この援助というのは、同法第二条に「すべて身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、その有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加することができるように努めなければならない。」とされていることから自立援助のことであると考えられる。

(c) 知的障害者福祉法

知的障害者福祉法（昭和三十五年三月三十一日法律第三十七号）は、第一条で「この法律は、知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い、もつて知的障害者の福祉を図ることを目的とする。」としており、自立と社会経済活動への参加促進のための援助と保護を直接の目的としている。

(d) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年五月一日法律第二百二十三号）は、その第一条で「この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。」としており、医療の提供、保護、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進、障害の予防を目的としている。ただし、予防は、障害者に対する施策ではなく、障害者になることを防止するものであるので、精神保健の領域であると考えられる。

(e) 児童扶養手当法

児童扶養手当法（昭和三十六年十一月二十九日法律第二百三十八号）は、「父と生計を同じくしていない児童が育成される家庭の生活の安定と自立の促進に寄与するため、当該児童について児童扶養手当を支給し、もつて児童の福祉の増進を図ることを目的とする。（第一条）」としており、「父が死亡した児童」とともに「父が政令で定める程度の障害の状態にある児童」を対象にしている。

この場合は、障害者の子の所得補償と自立促進を目的としている。

(f) 特別児童扶養手当等の支給に関する法律

特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和三十九年七月二日法律第三百三十四号）同法第一条では、「この法律は、精神又は身体に障害を有する児童について特別児童扶養手当を支給し、精神又は身体に重度の障害を有する児童に障害児福祉手当を支給するとともに、精神又は身体に著しく重度の障害を有する者に特別障害者手当を支給することにより、これらの者の福祉の増進を図ることを目的とする。」とされている。これにもとづき、「著しく重度の障害者」については、「特別児童扶養手当」が支給される。

(g) 公営住宅法

公営住宅法（昭和二十六年六月四日法律第九十三号）第一条では、「この法律は、国及び地方公共団体が協力して、健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を整備し、こ

れを住宅に困窮する低額所得者に対して低廉な家賃で賃貸し、又は転貸することにより、国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与することを目的とする。」とされており、入居資格として障害者を定めている。

## (2) 社会保険

### (a) 国民年金法

国民年金法（昭和三十四年四月十六日法律第百四十一号）では、「日本国憲法第二十五条第二項に規定する理念に基づき、老齢、障害又は死亡によつて国民生活の安定がそこなわれることを国民の共同連帯によつて防止し、もつて健全な国民生活の維持及び向上に寄与すること（第一条）」が、国民年金制度の目的とされている。そしてその目的を達成するために「国民の老齢、障害又は死亡に関して必要な給付を行う（第二条）」として、老齢基礎年金、障害基礎年金、遺族基礎年金、付加年金、寡婦年金及び死亡一時金が給付される。

### (b) 厚生年金制度

厚生年金保険法（昭和二十九年五月十九日法律第百十五号）は、「労働者の老齢、障害又は死亡について保険給付を行い、労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与すること（第一条）」を目的として、老齢厚生年金、障害厚生年金及び障害手当金、遺族厚生年金が支給される。

### (c) 恩給法

恩給法（大正十二年四月十四日法律第四十八号）第一条には、「公務員及其ノ遺族ハ本法ノ定ムル所ニ依リ恩給ヲ受クルノ権利ヲ有ス」とされ、第二条で「普通恩給、増加恩給、傷病賜金、一時恩給、扶助料及一時扶助料」が給付されることが記載されている。つまり、家計の安定を目的としている。

### (d) 労働者災害補償保険法

労働者災害補償保険法（昭和二十二年四月七日法律第五十号）第一条で、「労働者災害補償保険は、業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り、もつて労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする。」とあり、保護、社会復帰の促進、労働条件の確保が直接の目的とされている。

### (e) 介護保険法

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）では、第一条で「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理

念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」としており、「要介護状態」について、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分のいずれかに該当するものをいう。(第七条)」と障害の存在を要件としている。

### (3) 国家賠償関係

#### (a) 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法

医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法(昭和五十四年十月一日法律第五十五号)第一条では、「医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構は、医薬品の副作用による疾病、障害又は死亡に関して、医療費、障害年金、遺族年金等の給付を行うこと等により、医薬品の副作用による健康被害の迅速な救済を図ることを目的とする。」としており、健康被害の救済を目的として障害年金を給付している。

#### (b) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成六年十二月十六日法律第百十七号)では、その前文で、「国の責任において、原子爆弾の投下の結果として生じた放射能に起因する健康被害が他の戦争被害とは異なる特殊の被害であることにかんがみ、高齢化の進行している被爆者に対する保健、医療及び福祉にわたる総合的な援護対策を講じ、あわせて、国として原子爆弾による死没者の尊い犠牲を銘記するため、この法律を制定する。」としている。障害を定めて、保健手当と介護手当を支給していることから家計の安定が目的であると考えられる。

#### (c) 予防接種法

予防接種法(昭和二十三年六月三十日法律第六十八号)においても、予防接種の結果、障害の状態になった場合に、障害児養育年金や障害年金障害を給付するために障害を定めている。本法の目的は、第一条に「この法律は、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進に寄与するとともに、予防接種による健康被害の迅速な救済を図ることを目的とする。」とされており、健康被害の救済におかれている。

#### (d) 公害健康被害の補償等に関する法律

公害健康被害の補償等に関する法律(昭和四十八年十月五日法律第百十一号)でも、一定の障害が残った場合に障害補償費を支給している。この法の目的は、第一条に「この法律は、事業活動その他の人の活動に伴って生ずる相当範囲にわたる著しい大気の汚染又は水質の汚濁(水底の底質が悪化することを含む。以下同じ。)の影響による健康被害に係る損害を填(てん)補するための補償並びに被害者の福祉に必要な事業及び大気の汚染の影響による健康被害を予防するために必要な事業を行うことにより、健康被

害に係る被害者等の迅速かつ公正な保護及び健康の確保を図ることを目的とする。」とされているように損害を補填するための補償であり、それによる公正な保護である。

(e) 戦傷病者特別援護法

戦傷病者特別援護法（昭和三十八年八月三日法律第百六十八号）では、軍人軍属等であつた者で戦傷病者手帳の交付を受けているものに対して、療養の給付、療養手当の支給、葬祭費の支給、更生医療の給付、補装具の支給及び修理、国立の保養所への収容、旅客運賃の割引を行っており、そのサービス対象となる障害を定義している。本法の目的は、「軍人軍属等であつた者の公務上の傷病に関し、国家補償の精神に基づき、特に療養の給付等の援護を行なうことを目的とする。（第一条）」であり、国家補償が動機となっている。

(f) 戦傷病者戦没者遺族等援護法

戦傷病者戦没者遺族等援護法（昭和二十七年四月三十日法律第百二十七号）第一条は、「この法律は、軍人軍属等の公務上の負傷若しくは疾病又は死亡に関し、国家補償の精神に基き、軍人軍属等であつた者又はこれらの者の遺族を援護することを目的とする。」としており、援護として、障害年金及び障害一時金の支給、遺族年金及び遺族給与金の支給、弔慰金の支給を実施している。

(4) 私的關係

(a) 労働基準法

労働基準法（昭和二十二年四月七日法律第四十九号）でも、第七十七条で「労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり、治つた場合において、その身体に障害が存するときは、使用者は、その障害の程度に応じて、平均賃金に別表第二に定める日数を乗じて得た金額の障害補償を行わなければならない。」としてその障害の程度を定めている。この場合の制度の直接的な目的は、補償である。

(b) 身体障害者旅客運賃割引規則

身体障害者旅客運賃割引規則（昭和六十二年四月一日旅客鉄道株式会社公告）においては、旅客運賃の割引の対象となる障害の範囲が定められているが、その目的は示されていない。東日本旅客鉄道株式会社精神薄弱者旅客運賃割引規則（平成三年十一月二十一日東日本旅客鉄道株式会社公告第七十六号）でも目的は示されていない。

(c) 自動車損害賠償保障法

自動車損害賠償保障法（昭和三十年七月二十九日法律第九十七号）でも自動車事故による障害に対して保険金を支払う場合の障害の範囲を定めている。同法は、「自動車の運行によつて人の生命又は身体が害された場合における損害賠償を保障する制度を確立することにより、被害者の保護を図り、あわせて自動車運送の健全な発達に資することを目的とする。（第一条）」としている。

(5) その他

(a) 最低賃金法

最低賃金法(昭和三十四年四月十五日法律第百三十七号)は、「賃金の低廉な労働者について、事業若しくは職業の種類又は地域に応じ、賃金の最低額を保障することにより、労働条件の改善を図り、もつて、労働者の生活の安定、労働力の質的向上及び事業の公正な競争の確保に資するとともに、国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする。

(第一条)」としているが、その第八条で、「次に掲げる労働者については、当該最低賃金に別段の定めがある場合を除き、厚生労働省令で定めるところにより、使用者が都道府県労働局長の許可を受けたときは、第五条の規定は、適用しない。」として「精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者」を同法による最低賃金が適用除外される者として障害を規定している。

(b) 所得税法

所得税法(昭和四十年三月三十一日法律第三十三号)は、「この法律は、所得税について、納税義務者、課税所得の範囲、税額の計算の方法、申告、納付及び還付の手続、源泉徴収に関する事項並びにその納税義務の適正な履行を確保するため必要な事項を定めるものとする。(第一条)」ものであり、その第二条で「障害者」と「特別障害者」を定め「障害者控除」と「特別障害者控除」の対象を定めている。しかし、なぜ控除をするのかについては規定はない。

(c) 障害者の雇用の促進等に関する法律

障害者の雇用の促進等に関する法律(昭和三十五年七月二十五日)(法律第百二十三号)第一条で「この法律は、身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置、職業リハビリテーションの措置その他障害者とその能力に適合する職業に就くこと等を通じてその職業生活において自立することを促進するための措置を総合的に講じ、もつて障害者の職業の安定を図ることを目的とする。」としており、自立促進が目的である。

3. 考察

障害者施策を目的により分類してみると、大きくは、①自立・社会参加支援、②家計安定・補助、③保護・救済の3つに分類されることが考えられた。ただし、制度によって複数の目的をもっているものがあつた。例えば、身体障害者福祉法は、自立と社会経済活動への参加援助および保護を目的としているし、労働者災害補償法では、所得の安定、社会復帰の促進、保護がすべて目的とされていた。

## 2 各障害認定制度における障害者数

### 1. はじめに

日本における障害の認定には身体障害者福祉法をはじめとする社会福祉分野における認定、国民年金保険法等による社会保険制度による認定、その他賠償法等による認定がある。認定基準や等級はそれぞれの趣旨や目的により異なっており、それぞれの法律や制度により障害者と認定されてはじめてサービスを受けることが可能となる。

身体障害者福祉法（以下身障法とする）は、昭和 24 年 12 月に成立し、翌 25 年 4 月 1 日から施行され、現在に至っている。この法律が出来る以前は身体障害者は生活困窮者としてとらえられ、施策も生活困窮者に対する保護的な意味合いが強かった。しかし、幾度かの改正を行いながら、身障法は職業復帰のみならず、自立と社会経済活動への参加促進、福祉の増進等へとその目的を拡充していった。そういった意味では身障法による障害の認定は直接的な経済面でのサービス提供というよりも、障害者自身の自立、或いは職業復帰等も含めた社会経済活動への参加促進を念頭においた施策提供を主に意図した障害認定であると言える。

国民年金保険法等による障害の認定は、年金等支給という直接的な経済面での援助の意味で障害を認定している。保険である以上、障害を持つことは保険事故であり、被保険者はそれに応じた補償を受けるのが当然である。ただし、ここでの保険事故の度合い（障害程度）は法律によって定義されているものであり、障害者一人一人が、障害を持つことにより直接的、間接的に能力が低下することや様々な障壁に妨げられる状態を完全に補償しているとは単純には言えないと考えられる。その他の賠償法等による障害の認定も主に直接的な経済援助を意図したものであると考えられる。これらにおいても基本的には直接的な自立や職業復帰、社会経済活動への参加促進等を意図したのではなく、あくまで経済援助を意図して障害認定を行っているものである。

このように各種の障害認定に関わる法律や制度はそれぞれの趣旨や目的があり、ある法律等により障害が認定されても、他の法律や制度では障害と認定されない場合もありうる。例えば、本人が障害を持つことによって生じる問題が、経済的な問題であったとする。その人は身障法では障害と認定されて種々の施策によるサービスを楽しむことが可能であるが、国民年金保険法では障害と認定されずに、経済的な問題は自力で解決していくことが求められる。言い換えれば、その人は身障法では自立や社会経済活動への参加が可能であるとされる程度の障害と認定され、国民年金保険法では経済的な援助は必要のない程度（稼働出来る程度）の障害と認定されているということになる。これは、その本人の抱える問題とは別個に、法律や制度によって障害の有無、程度が認定されてしまうということを意味している。

これらのことから、本章においては、各種法律や制度により障害と認定された者の数を算出し、それぞれの特色を障害者の数から全体的に把握する目的でまとめてみた。

## 第1章 障害認定の意義 2. 各障害認定制度における障害者数

### 2. 身体障害者福祉法による障害者

平成8年11月に実施された調査結果によれば、全国の18歳以上の身体障害者数（在宅）は293万3,000人（人口比2.9%）と推計されている。

#### （1）障害の種類別にみた障害者数（平成8年11月現在）

身体障害者を主な障害の種類別にみると、以下のようになる。

①肢体不自由者	165万7,000人（56.5%）
②内部障害者	62万1,000人（21.2%）
③聴覚・言語障害者	35万人（11.9%）
④視覚障害者	30万5,000人（10.4%）

#### （2）障害の年齢階層別状況等

年齢階層別に身体障害者の構成比を見ると、70歳以上が最も多く、40.2%を占めており、年齢階層が低くなるに従って、その構成比の減少が見られる。

障害の種類別に年齢階層別の分布を見ても、いずれも70歳以上が最も多く、年齢階層が低くなるに従って、構成比の減少が見られる。

#### ①身体障害者の年齢階層別状況（平成8年11月現在）

ア	18～19歳	8,000人（0.3%）
イ	20～29歳	72,000人（2.5%）
ウ	30～39歳	111,000人（3.8%）
エ	40～49歳	242,000人（8.3%）
オ	50～59歳	435,000人（14.8%）
カ	60～64歳	378,000人（12.9%）
キ	65～69歳	408,000人（13.9%）
ク	70～	117,900人（40.2%）
ケ	不詳	99,000人（3.4%）
	総数	293,300人（100%）

②身体障害者の種類別状況（平成8年11月現在）

（単位：千人）

年齢 障害	18 ~ 19	20 ~ 29	30 ~ 39	40 ~ 49	50 ~ 59	60 ~ 64	65 ~ 69	70~	不詳	総数
視覚 障害	1 0.3%	7 2.3%	12 3.9%	26 8.5%	43 14.1%	31 10.2%	36 11.8%	138 45.2%	10 3.3%	305 100%
聴覚・ 言語 障害	2 0.6%	15 4.3%	11 3.1%	24 6.9%	31 8.9%	40 11.4%	38 10.9%	174 49.7%	14 4.0%	350 100%
肢体不 自由	3 0.2%	41 2.5%	76 4.6%	146 8.8%	260 15.7%	206 12.4%	219 13.2%	644 38.9%	61 3.7%	1,657 100%
内部 障害	1 0.2%	9 1.4%	11 1.8%	46 7.4%	101 16.3%	101 16.3%	115 18.5%	222 35.7%	14 2.3%	621 100%

③年齢階級別にみた身体障害者の人口比（対千人）

障害者の出現率は、人口1,000人に対して28.9人である。また、年齢階級別身体障害者の出現率は高年齢ほど高くなっている。

（単位：人）

ア	18～19歳	2.3
イ	20～29歳	3.8
ウ	30～39歳	7.0
エ	40～49歳	12.2
オ	50～59歳	26.2
カ	60～64歳	49.6
キ	65～69歳	62.3
ク	70～	90.4
	総数	28.9

（4）障害の程度別状況

身体障害の程度についてみると、1・2級の重い障害を有する身体障害者は126万6,000人で、身体障害者総数の43.2%を占め、その割合が増大し、重度化の傾向が見られるようになった。

障害の種類別に1・2級をみると、視覚障害では16万8,000人（55.1%）、聴覚・言語障害9万9,000人（28.3%）、肢体不自由64万1,000人（38.6%）、内部障害では35万7,000人（57.5%）となっており、視覚障害と内部障害では重度の身体障害者が半数を超えている。

第1章 障害認定の意義 2. 各障害認定制度における障害者数

①身体障害者の種類別・程度別状況（全体、平成8年11月現在）

（単位：千人）

	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明	総数
	796	470	501	551	291	212	112	2,933
	(27.1%)	(16.0%)	(17.1%)	(18.8%)	(9.9%)	(7.2%)	(3.8%)	(100%)

②身体障害者の種類別・程度別状況（障害別、平成8年11月現在）

（単位：千人）

ア 視覚障害	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明	総数
	97	71	30	32	30	35	9	305
	(31.8%)	(23.3%)	(9.8%)	(10.5%)	(9.8%)	(11.5%)	(3.0%)	(100%)

イ 聴覚・ 言語障害	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明	総数
	16	83	72	66	1	92	21	350
	(4.6%)	(23.7%)	(20.6%)	(18.9%)	(0.3%)	(26.3%)	(6.0%)	(100%)

ウ 肢体不自由	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明	総数
	332	309	267	331	260	85	72	1,657
	(20.0%)	(18.6%)	(16.1%)	(20.0%)	(15.7%)	(5.1%)	(4.3%)	(100%)

エ 内部障害	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明	総数
	351	6	131	123	-	-	9	621
	(56.5%)	(1.0%)	(21.1%)	(19.8%)	(-)	(-)	(1.4%)	(100%)

3. 国民年金

(1) 国民年金（国民年金法（昭34.4.16法律第141号））

我が国の国民年金制度の土台として、全ての国民の老齢、障害、または死亡に対する保険給付を行い、国民生活の安定がそこなわれることを国民の協同連帯によって防止し、もって健全な国民生活の維持及び向上に寄与することを目的とする年金制度。

(2) 実施主体

国民年金は、政府が掌握する（窓口は、市町村役場）。

(3) 被保険者

①第1号被保険者（第7号）

日本国内に住所を有する20歳以上60歳未満の者で、②及び③に該当しない者。

ア 適用除外

被用者年金書く方の老齢（退職）年金の受給権者

イ 任意脱退（法第 10 条）

途中で資格取得した者が、60 歳までに老齢基礎年金の受給資格を満たし得ない時は、いつでも都道府県知事の承認を受けて資格喪失することができる。

②第 2 号被保険者（法第 7 条）

被用者各年金各法の被保険者または組合員

③第 3 号被保険者（法第 7 条）

第 2 号被保険者の被扶養配偶者であって、20 歳以上 60 歳未満の者

（注）被扶養配偶者とは、健康保険の被扶養者である配偶者に相当する者である。

④任意加入被保険者（法附則第 5 条、平成 6 年改正法附則 11 条）

第 2 号被保険者及び第 3 号被保険者以外の者で次のいずれかに該当する者は、被保険者となることができる。

ア 日本国内に住所を有する 60 歳以上 65 歳未満の者

イ 日本国内に住所のない 20 歳以上 65 歳未満の日本国民

ウ 日本国内に住所を有する 20 歳以上 60 歳未満の者であって被用者年金各法の老齢（退職）年金受給者

エ 日本国内に住所を有する 65 歳以上 70 歳未満の者であって、老齢基礎年金の受給権を有しない者（昭和 30 年 4 月 1 日以前に産まれた者に限る）

オ 日本国籍を有する者でありかつ、日本国内に住所を有しない 65 歳以上 70 歳未満の者であって老齢基礎年金の受給権を有しない者（昭和 30 年 4 月 1 日以前に生まれた者に限る）

⑤付加年金への加入被保険者（法第 87 条の 2）

ア 第 1 号被保険者（保険料の免除を受けている者及び国民年金基金の加入員を除く）は、いつでも都道府県知事に申し出て付加年金へ加入するものとなったりまたはこれをやめることができる。

イ 付加年金加入者になると保険料が月額 400 円多くなり、年金額も納付期間 1 ヶ月につき 200 円増額される。

⑥資格取得及び喪失の届け出（法第 12 条）

被保険者は、その資格の取得及び喪失並びに種別の変更（第 1 号、第 2 号、第 3 号被保険者の区別）について市町村長に 14 日以内に（一部は 30 日以内）に届けでなければならない。

## 第1章 障害認定の意義 2. 各障害認定制度における障害者数

### (4) 保険料（法第87条、法87条の2、第94条の6）

#### ①第1号被保険者

ア 月額 13,300円（平成12年4月現在）

イ 付加保険料 月額 400円

②第2号・第3号被保険者、個別に国民年金の保険料を納付する必要はない。

### (5) 保険料の免除

次のいずれかに該当する者は、その該当する間保険料の納付を免除される。

#### ①法定免除（法第89条）

ア 障害基礎年金または被用者年金各法に基づく障害年金等の受給権者

イ 生活保護法による生活扶助またはらい予防法の廃止に関する法律による援助を受けている者

ウ 国立脊髄療養所、国立保養所、国立及び国立以外のハンセン病療養所に収容されている者

※障害基礎年金等が3級不該当となり、支給停止となってから3年経過した場合については、法定免除されない。

#### ②申請免除（法第90条）

次のいずれかに該当する場合は、市町村長を経由し都道府県知事に申請して、保険料納付の免除を受けることができる。

ア 所得がないとき

イ 世帯員の誰かが生活保護法による生活扶助以外の扶助またはらい予防法の廃止に関する法律による援助を受けている時

ウ 地方税法に定める障害者（身体障害者、精神障害者、戦傷病者等）または寡婦であって、年間所得が125万円以下であるとき

エ その他保険料を納付することが著しく困難であると認められるとき

（注）保険料免除申請期間中の保険料については、後日、10年分遡及して追納することができる（法第94条）。

### (6) 納付の方法等

①保険料は、市町村から交付される納付書により金融機関等に納付することとされている。なお、婦人会などの民間地区組織が納付を手伝っているところもある。

②保険料の納付義務について、世帯主は世帯員の保険料、配偶者は相互の保険料について連帯責任を負う（法第88条）。

### (7) 基礎年金拠出金（法第94条の2）

第2号被保険者及び第3号被保険者の国民年金の保険料は、厚生年金保険などの被用

者年金各法の加入者の保険料によってまかなわれることになっており、各被用者年金制度が国民年金制度に対して、基礎年金拠出金としてまとめて納付することになっている。

#### (8) 給付の種類

- ①老齢基礎年金
- ②障害基礎年金
- ③遺族基礎年金
- ④付加年金、寡婦年金及び一時死亡金（第1号被保険者に対する独自給付）
- ⑤脱退一時金

#### (9) 障害年金額

年金額は定額であるが、受給権者によって生計を維持されている18歳に達した日の属する年度末までの間にある子（1級または2級の障害の状態にある子の場合は20歳未満）がいる時は、これに子の加算額を加算する。

- ①年金額 1級 100万5,300円  
2級 80万4,200円

子の加算額は、子の2人まで各231,400円。3人目以降、各77,100円。ただし、20歳前の障害により支給する障害基礎年金は、他の公的年金受給または、本人の所得による支給制限がある。

#### ②受給権の消滅

- ア 新たに支給すべき事由が生じたとき
- イ 死亡したとき
- ウ 障害の程度が厚生年金保険の3級障害に該当することなく65歳に達したとき（3級に該当しなくなってから、3年を経過していないときは、3年を経過したとき）

### 4. 国民年金法における障害者数（障害基礎年金受給者数）

#### (1) 国民年金被保険者数

国民年金被保険者数（公的年金加入者数）は、7,050万人（平成10年度現在）となっており、平成9年度末に比べ16万人（0.2%）増加している。また、国民年金の第1号被保険者数（任意加入を含む）は、平成9年度末に比べ84万人（4.3%）増加し、平成10年度末現在で2,043万人となっている。第3号被保険者数は平成10年度では、平成9年度に比べて13万人減少し、1,182万人となっている。

平成12年10月現在では、第1号被保険者数が2,128万2,710人（任意加入被保険者を含む）、第3号被保険者が1,158万5,206人の合わせて3,286万7,376人である。

(2) 国民年金給付状況

国民年金の給付状況を見ていくと、年金全体では平成10年度現在で、1,747万人に達している。そのうち、自営業者等の受給者数は、1,199万人となっている。また、国民年金法により障害者と認定された障害基礎年金の受給者数は131万人(うち自営業者等の受給者は121万、残りの10万人は第2号・3号被保険者を合わせた数)となっている。つまり、国民年金被保険者全体では約1.86%の者が障害基礎年金を受給していることになる。また、国民年金受給者のうち約7.5%の者が障害基礎年金を受給している(他は老齢、通算老齢、遺族年金など受給)。第1号被保険者を見ていくと、被保険者の約10%の者が障害基礎年金を受給していることになる(平成10年度末現在)。

(3) 障害基礎年金受給者数の推移(平成6年度～10年度)

年 度	国民年金受給者総数	障害基礎年金受給者数
平成6年度	1,391万人	121万人
平成7年度	1,475万人	124万人
平成8年度	1,561万人	126万人
	(1,178万人)	(118万人)
平成9年度	1,658万人	129万人
	(1,191万人)	(120万人)
平成10年度	1,747万人	131万人
	(1,199万人)	(121万人)

注：( )内は、自営業者等の受給者(旧法国民年金の受給者及び厚生年金保険(旧三共済除く)の受給権者を有しない基礎年金受給者)について再掲したものである。

(4) 障害基礎年金受給者の平均年金月額推移(各年度末現在)

年 度	障害基礎年金平均月額
平成6年度	75,449円
平成7年度	75,758円
平成8年度	75,548円
	(75,654円)
平成9年度	75,335円
	(75,450円)
平成10年度	76,484円
	(76,609円)

注1. ( )内は、自営業者等の受給者(旧法国民年金の受給及び厚生年金保険(旧三共済除く)の受給権者を有しない基礎年金受給者)について再掲したものである。

注2. 国民年金受給者：旧法国民年金の受給者と新法基礎年金の受給者の合計であり、基礎年金受給者には被用者年金を上乗せして受給している者を含む。

## 5. 厚生年金保険

### (1) 厚生年金保険法（厚生年金保険法、昭 29.5.19 法律第 115 号）

労働者の老齢、障害または死亡について保険給付を行い、労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする年金制度である。

### (2) 実施主体

①厚生年金保険は、政府が管掌する（窓口は社会保険事務所）

②厚生年金基金－老齢に関する年金給付にプラスアルファを付して支給する。

厚生年金基金は、従業員 500 人以上の事業主が、従業員及び労働組合等の同意を得、かつ厚生大臣の許可を得て設立する。

ア 基金が設立された事務所の被保険者は、全員がこれに加入することとなり、政府管掌の保険料率は基金からの給付相当分が減額される。

イ 基金は、この減額分の保険料と企業そのた加入者の負担を加え、これによって少なくとも政府管掌の給付率を越える年金を支給しなければならない。

### (3) 被保険者

厚生年金保険の被保険者は、同時に国民年金においても第 2 号被保険者として適用されるので、いわば二重加入することになる。

#### ①被保険者の範囲

ア 強制適用事業所（船舶を含む）または任意適用事業所に使用される 65 歳未満の者は、当然に被保険者となる（法第 6 条）。

注 1：適用事業所の範囲は、健康保険法と同様である。

注 2：任意適用事業所は強制適用事業所以外の事業所で、当該事業主が当該事業所に使用される者の 2 分の 1 以上の同意を得て都道府県知事の許可を受けた事業所である。

イ アの他、適用事業所以外の事業所に使用される 65 歳未満の者は、事業主の同意を得て、知事の許可を受け被保険者となることが出来る（法第 10 条 任意単独被保険者）。

ウ 適用事業所などに使用される 65 歳以上の者であって、被用者年金制度の老齢年金等の受給権を取得していないものは、都道府県知事に申し出て被保険者となることができる（法附則第 4 条の 3 高齢任意加入被保険者）。

エ 昭和 16 年 4 月 1 日以前に生まれたものであって、昭和 61 年 4 月 1 日（以下「施行日」という。）において厚生年金保険の被保険者であったものなどに対する経過措置として、被保険者期間 10 年以上である者が被保険者でなくなった場合に被保険者が 20

## 第1章 障害認定の意義 2. 各障害認定制度における障害者数

年（中高齢の期間短縮の特例により 20 年と見なされる場合を含む）に達するまでの間、被保険者の資格を喪失した日から 6 ヶ月以内に都道府県知事に申し出て被保険者となることができることとしている（昭 60 改正法附則 43 条 第 4 種被保険者）。

### （4）被保険者の種類

厚生年金保険では、労働者の性別、作業の性質等から被保険者を次の 4 種に区分し、保険給付、保険料の面で労働の実態に応じた取り扱いをしている（昭 60 年改正法附則 第 5 条）。

- ①第 1 種被保険者 坑内員・船員以外の男子被保険者
- ②第 2 種被保険者 女子被保険者
- ③第 3 種被保険者 坑内員・船員の被保険者
- ④第 4 種被保険者 任意継続被保険者

注： 1 厚生年金基金に加入している者は、それぞれ特例第 1～第 3 種被保険者という。

2 高齢任意加入被保険者は、死亡のほか、次の場合などに資格を喪失する。

（1）被用者年金制度の老齢（または退職）年金などの受給権を取得したとき

（2）その事業所などに使用されなくなったとき

（3）被保険者資格の喪失の申し出が受理されたとき

3 高齢任意加入被保険者は初回の保険料を納付しないときは、高齢任意加入被保険者と見なされない

4 第 4 種被保険者は、死亡の他、次の場合に資格を喪失する。

（1）厚生年金保険の被保険者期間が 20 年になったとき（中高齢の期間の短縮の特例により 20 年と見なされる場合含む）

（2）被保険者資格の喪失の申し出が受理されたとき

（3）保険料を指定期日（毎月 10 日）までに納付しないとき（事業主負担はない）

（4）適用事業所の被保険者または共済組合の組合員となったとき

5 第 4 種被保険者は初回の保険料を納付しないときは、第 4 種被保険者とは見なされない

6 適用除外（法第 12 条）

（1）国、地方公共団体または法人に使用される者であって、次の者

①恩給法第 19 条に規定する公務員

②法律によって組織された共済組合の組合員

（2）臨時に使用される者であって次の者

①日々雇い入れられる者で 1 ヶ月を超え、引き続き使用されない者

② 2 ヶ月以内の期間を定めて使用される者で、所定の期間を超えて引き続き使用されない者

（3）所在地が一定しない事業所に使用される者

(4) 季節的業務に使用される者（船員を除く）で、継続して4ヶ月を超え使用されないもの

(5) 臨時的事業の事業所に使用される者で、継続して6ヶ月を超えて使用されないもの

#### 7 資格の取得及び喪失（法第13条、第14条）

(1) 適用事業所に使用されることとなった日及び上記6の適用除外に該当しなくなった日から被保険者となる

(2) 死亡または適用事業所に使用されなくなった日の翌日及び上記6の適用除外に該当することとなった日の翌日から被保険者でなくなる

#### (4) 標準報酬（法第20条）

①標準報酬を30等級に区分し、保険料額及び保険給付の算定の基礎としている。

②報酬月額算定の基礎及び標準報酬の改定は、健康保険と同様である。

#### (5) 保険料（法第81条 法第81条の2 法第82条 法附則第4条の3 昭60改正法附則第80条 平成6年改正法附則第35条）

①保険料の額は、標準報酬に保険料率を乗じた額で、事業主と被保険者が折半で負担し、第4種被保険者、高齢任意加入被保険者（事業主が同意しないとき）は全額を個人で負担する（平成10年4月1日現在）。

第1・2種被保険者	173.5/1000
第3種被保険者	191.5/1000
第4種被保険者	173.5/1000
特例第1・2種被保険者	135.5/1000~141.5/1000
特例第3種被保険者	153.5/1000~159.5/1000

②1歳に満たない子を養育するための育児休業期間中は、厚生年金保険の本人負担分が免除される。

③特別保険料は、賞与等の額に特別保険料率（10/1000）を乗じた額で、事業主と被保険者が折半で負担する。

#### (6) 保険給付の種類

①老齢厚生年金及び特別支給の老齢厚生年金

②障害厚生年金及び障害手当金

③遺族厚生年金

④脱退一時金

#### (7) 保険給付の内容

厚生年金保険の被保険者は国民年金にも加入することになるので、保険事故が起きた場合には、国民年金からも老齢・障害・遺族の基礎年金を受けられることになる。した

がって、厚生年金保険の保険給付は、原則として、各基礎年金が受けられる場合に支給されることとなっている。

## 6. 厚生年金の給付状況

### (1) 厚生年金被保険者数

厚生年金の被保険者数を見ていくと、年金全体では平成10年度末現在で、3,296万人となっている。平成9年度と比べると51万人（1.54%）の減少。

### (2) 障害厚生年金給付状況

厚生年金の給付状況を見ていくと、平成10年度末現在で、1,650万人となっている。また、障害厚生年金の受給者数は40万3,719人となっている（旧法厚生年金、旧法船員保険、新法厚生年金及び旧3共済組合の総和）。厚生年金被保険者全体でみていくと、障害厚生年金受給者の割合は、約1.2%である。また、厚生年金受給者の全体から見ると障害厚生年金の受給者の割合は約2.4%となる。

### (3) 障害厚生年金受給者数の推移（平成6年度～10年度）

年 度	障害厚生年金受給者数
平成6年度	36万2,676人
平成7年度	37万2,202人
平成8年度	38万160人
平成9年度	39万3,135人
平成10年度	40万3,719人

### (4) 障害厚生年金受給者の平均年金月額推移（各年度末現在）

年 度	障害厚生年金平均月額
平成6年度	101,949円
平成7年度	102,588円
平成8年度	102,413円
平成9年度	102,716円
平成10年度	104,360円

注：平成8年度以前は旧三共済を含まない。

## 7. 共済年金

(1) 各種共済年金（国家公務員等共済組合法（昭 33.5.1 法律第 128 号）、地方公務員等共済組合法（昭 37.9.8 法律第 152 号）、日本私立学校振興・共済事業団法（平 9.5.9 法律第 48 号）、農林漁業団体職員共済組合法（昭 33.4.28 法律第 99 号））各種共済組合の組合員である者の老齢、障害または死亡について保険給付を行い、組合員及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする年金制度である。

### (2) 実施主体

共済年金は各省庁等共済組合（25 組合）、各地方公務員等共済組合（91 組合）、日本私立学校振興・共済事業団、農林漁業団体共済組合が管掌する（窓口は各種共済組合）。

### (3) 被保険者

各種共済組合員

## 8. 各種共済組合法における障害者数（障害共済年金受給者数）

### (1) 各種共済組合年金被保険者数

国家公務員共済組合における被保険者数は平成 10 年度末で 112 万人、地方公務員等共済組合の被保険者数は平成 9 年度末で 333 万人、私立学校教職員共済組合の被保険者数は平成 9 年度末で 40 万人、農林漁業団体職員共済組合の被保険者数は平成 9 年度末で 49 万人となっている。

### (2) 障害共済年金給付状況

障害共済年金の給付状況を見ていくと、国家公務員等共済組合の場合、5,706 人（平成 10 年度末現在）。地方公務員等共済組合では、14,644 人（平成 10 年度末現在）。私立学校教職員共済組合では、976 人（平成 10 年度末現在）。農林漁業団体職員共済組合では、2,800 人となっている（平成 9 年度末）。それぞれの被保険者数からみた割合では国家公務員等共済組合の場合、0.5%（平成 10 年度末現在）。地方公務員等共済組合では、0.4%（平成 9 年度末、障害共済年金受給者 13,319 人で計算）。私立学校教職員共済組合では、0.2%（平成 9 年度末、障害共済年金受給者 901 人で計算）。農林漁業団体職員共済組合では、0.5%となっている（平成 9 年度末、障害共済年金受給者 2,477 人で計算）。

第1章 障害認定の意義 2. 各障害認定制度における障害者数

(3) 障害共済年金受給者の推移（平成6年度～10年度）

①国家公務員等共済組合

年 度	障害共済年金受給者数
平成6年度	3,639 人
平成7年度	4,162 人
平成8年度	4,700 人
平成9年度	5,238 人
平成10年度	5,706 人

②地方公務員等共済組合

年 度	障害共済年金受給者数
平成6年度	9,398 人
平成7年度	10,652 人
平成8年度	12,013 人
平成9年度	13,319 人
平成10年度	14,644 人

③私立学校教職員共済組合

年 度	障害共済年金受給者数
平成6年度	615 人
平成7年度	705 人
平成8年度	808 人
平成9年度	901 人
平成10年度	976 人

④農林漁業団体職員共済組合

年 度	障害共済年金受給者数
平成6年度	1,795 人
平成7年度	2,037 人
平成8年度	2,254 人
平成9年度	2,477 人
平成10年度	2,800 人

## 第2章

### 新たな認定方法の具体的検討

## 新たな障害認定方法の具体化に向けて

はじめに

平成 11 年度本研究報告において、現状の障害認定の問題点を検討し、今後の障害認定において、現在の日常生活活動の制限以外に、社会活動の制限状況（経済因子、環境因子、障害に対する偏見なども含む）の評価や、必要な介護種類と介護量などの要素の評価も含めた障害の総合的評価法を検討する必要性について述べた。本年度は、この障害認定のあり方に基づいて、具体的な評価方法の作成に向けての検討を進めた。

現在のリハビリテーション医療では、障害の評価は一般に、1980 年にWHOが発表した障害モデルに基づいて行われている。すなわち、疾病や外傷の帰結を「機能障害－能力低下－社会的不利」の図式で表わし、それぞれの階層で評価を行っている。機能障害は、疾病から生じてくる心理的、解剖学的な構造や機能の欠損や異常をいう。能力低下は、正常とみなされる様式、範囲内で活動する能力の制限あるいは欠損の状態をいう。社会的不利は、これらの機能障害あるいは能力低下によってもたらされた社会での個人の正常な役割を果たすことへの制限あるいはさまたげである。このリハビリテーション医療における障害の捉え方の基本は、障害の認定においても重要であると考える。

しかし、これらの評価は、評価の目的、障害の種類などによって様々な評価方法があり、また、特に社会的不利についての評価法は、個人差が大きいこともあって普遍化することの困難が指摘されており、障害に共通した評価方法はいまだに存在しないのが現状である。

### 1. 障害認定法作成についての基本的検討

#### (1) 障害の捉え方について

平成 11 年度において、アメリカ、フランスにおける障害認定についての調査報告を行ったが、これらにおいては、障害認定対象の疾患の診断、重症度、機能障害内容を主とした査定法が定められ、これに該当することが「障害者」の認定要件となっている。したがってこれらの認定は、いわゆる「疾病モデル」に基づく認定方法ともいえる。今後は、現在の障害についての捉え方、すなわち、「障害モデル」に基づく認定方法の検討が必要ではないかと思われた。

そこで今年度は、まず、日常生活活動（以下、ADL）の能力障害にまず焦点を当てた評価を基礎疾病によらない共通の障害度と位置づけ、これに、基礎疾病や障害に特有な障害度と、さらには、社会的不利による障害度を併せて、総合障害度として査定し、一定障害度以上を満たす者を政策上の「障害者」と定義するという方法について検討に入った。

### (2) ADL の障害度評価方法について

ADL 自立度評価が、一つのモデルになると考えられる。広く用いられている ADL 評価法を用いれば、障害認定にあたって、そのために新たに評価を行うことを要さない利点があるが、上記のごとく総合的障害評価を考えた場合に、ADL 評価項目の重みづけの検討がされている必要があり、そのまま障害認定に用いることが適当な評価表はないと思われる。

本来、質の異なる評価項目を同じ基準で重みづけをすることは非常に難しいことである。介護保険での介護度評価に用いられた、介護時間をもとにした重みづけの手法は一つの方法である。この介護度も障害の程度を測る一側面ではある。しかし、障害を介護度の面から査定する場合は、介護の質（時間以外の負担度）も含めた評価が必要であり、また、障害者施策に結びつける意味では、さらなる付加的評価が必要である。したがって、介護度の評価をそのまま「ADL 障害度」に用いることは適当ではないと考える。

したがって、「ADL 障害度」の査定モデルとしての ADL 評価法を新たに作成する必要があると思われる。そのためには、ADL 評価項目の選定、重みづけ、評価の再現性の検討など多くの手順を要し、本研究とは別途に本格的な検討が望まれる。この場合、「している ADL」で評価し、装具、自助具を日常使用している場合はその状態で評価することが基本になると考えている。

障害認定に用いる評価表は、その項目妥当性がさまざまな側面から検討されている必要があることはもちろんであるが、行政的運用の視点からは、その簡便性も非常に重要な要素となる。ADL の評価については、脳血管障害片麻痺患者を対象とした評価についての研究が多くされており、Barthel Index や FIM など比較的広く用いられている評価表がある。これら、比較的汎用されている評価が、他の障害評価に応用できないか、さらには障害認定にも役立たせる方法がないかなどについての検討も必要であろう。

### (3) 疾病や障害に特有な障害度の評価法について

この評価は前述のごとく、ADL 障害度に疾病や障害の特殊性を考慮して、障害度判定の適正化を図ろうとするものである。異なる疾病、障害を単一の ADL 障害度のみを用いて査定することで生じる矛盾を補正する役割をもたせるものである。

ADL で自立と評価されていても、補助具、自助具を用いている場合や呼吸器障害で在宅酸素療法や人工呼吸器療法を受けている場合、視力障害者で白杖を用いている場合などの条件によって、この障害度を決定し、これを ADL 障害度に上乗せ評価するという考え方である。

厳密には、「ADL 障害度」と「疾病や障害に特有な障害度」は、共通の重みづけによるべきであるが、質的に異なる障害においては理論上不可能であり、社会通念上妥当と思われる障害度を斟酌して決定する方法を取らざるを得ないと思われる。

疾病ごとの「障害」を認定するための要件（診断上の必要条件も含む）については、本研究の平成 11 年度に行った、アメリカ、フランスなどでの障害評価も参考になると思われる。

#### （４）社会的不利による障害度について

この障害度についても「疾病や障害に特有な障害度」と同様に、「ADL 障害度」とも「疾病や障害に特有な障害度」とも質的に異なるものであり、共通の重みづけによる障害度の決定は理論上不可能であり、これもまた、社会通念上妥当と思われる障害度を斟酌して決定する方法を取らざるを得ないと思われる。

具体的な評価内容としては、いわゆる I ADL の項目や家族や社会とのコミュニケーションの状況、学校や仕事への参加状況、いわゆる QOL に関係する事項などが評価項目として考えられる。

国際障害分類では、社会的不利を、①オリエンテーションに関する社会的不利（オリエンテーションとは個人を取り巻く環境に関して、その人自身の立場を見極める能力と定義）、②身体の自立に関する社会的不利（身体の自立とは習慣的に効果的な独立した存在性を維持すべき個人の能力＜補助具や他人の介助に関する独立性＞であると定義）、③移動性に関する社会的不利（移動性とは個人の環境内を効果的に動き回る能力であると定義）、④作業上の社会的不利（作業とは、性別、年齢、文化の通常の方法の中で一定時間従事する個人の能力であると定義）、⑤社会統合の不利（社会統合とは、通常 of 社会的関係に参加し、関係を維持してゆく個人の能力であると定義）、⑥経済的自立における社会的不利（経済的自立とは、通常 of 社会経済活動と独立を維持する個人の能力であると定義）、⑦その他の社会的不利（不利を生じるその他の状況と定義）に分けているが、評価の骨組みとしての利用の可能性の有無についての検討に価すると思われる。

#### （５）想定する新たな障害認定方法

まず、各障害共通に「ADL 障害度」と「社会的不利による障害度」を査定し、これに、障害原因になった疾病の診断根拠を明らかにすることを条件に、「疾病や障害に特有な障害度」を加算し、総合障害度とする。そこで、一定基準を越えるものについては、政策上の「障害者」として認定することとする。

#### （６）等級認定の必要性

従来のごとく障害に等級分けが必要かについても、根本的な検討が必要と思われる。従来は、平成 11 年度報告でまとめたごとく、金銭的援助、人的援助、施設利用などの受けられるサービスについて認定等級によって差がある。障害者はそのサービスの違いから、一般に、より高い等級での認定を望み、また、リハビリや治療によって能力障害が改善しても、障害等級が下がることを危惧して、再認定を希望する者は実際

上いなく状況にある。

そこで、今後の認定においては、「障害者」であることの認定にとどめ、サービスの給付はすべて実物給付とし、給付によって障害（機能障害、能力障害、社会的不利すべてを含む）が軽減できることを証明できればその給付対象として認定を行い、地域のサービス給付体制から選択できるものを示し、その中から「障害者」自身がサービスを選択してゆくようなシステムの再構築も検討すべきである。

### 3. 障害認定法の具体的イメージ提示へ向けて

前項で述べた、想定する新たな障害認定方法の具体的イメージ作成のために、本年度は、まず、ADL 障害度評価についての検討を行った。国内でも比較的広く用いられている ADL 評価法である Barthel Index、FIM のデータを元に、ADL 評価の項目重みづけの問題について検討し、資料としてまとめた。

#### （資料）ADL 障害度評価法の検討

##### 1. はじめに

1992 年、国立身障者リハビリセンター病院の ADL スコア化研究グループにより、脳血管障害片麻痺患者を対象とした ADL 項目にその難易度を基準に重みづけを行った ADL 評価表である SAIN (Scored ADL Index of NRC) が作成された (表 1)。

この評価表の作成過程は次のごとくである。まず、Barthel Index、Kenny Self-Care Evaluation、Katz Index of ADL、Rapid Disability Rating Scale-2、Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale、PULSES Profile の 7 つの評価表を用いて、入院患者の「している ADL」を評価した。その全評価表のすべての ADL 評価項目を用いてワード法によるクラスター分析での項目クラスター化と同意義項目の整理を行い、各項目をすべて 3 段階評価で再評価したものを基礎データとして、クラスターごとに相関係数を算出して、相関関係の大きい項目（相関係数 0.95 以上）があれば、主成分分析で第一主成分の成分負荷量の小さい項目を削除する方法で項目の選定、絞り込みを行った。次に、各項目の自立度、難易度（最も未自立率の高かった床立ち上がりを 100 として、各項目の未自立率を難易度とした）を算出し、これに基づいてスコア化法を考案して SAIN を作成した。

SAIN の配点は、クラスター分けされた群である食事、排泄コントロール、整容、更衣、入浴、起居・移動の 6 つの大項目に、それぞれの群内での最高難易度の割合で 100 点を割り振り、次いで、各群内での項目にも難易度に比例した値に近似するように配分し、さらに、難易度順に項目点数を加算したものが、その時点での到達最高難易度に近似するようにした。また、この過程で、計算の簡便化を図るために 5 点の倍数配点で近

似できるように、さらに項目の整理を行い、最終的に 16 の評価項目、2 および 3 段階評価で、自立項目の合計点（以下、自立点）と半介助項目の合計点（以下、半介助点）を合計して SAIN 得点（100 点満点）となるようにした。これら配点の配慮により、個々の評価項目の難易度とともに大項目ごとにみた場合でも難易度の妥当性が保てることで、個々人によっては異なると思われる実際の小項目ごとの難易度の違いが、総合点においては補正できると考えた。

今回は、ADL 障害度を査定する方法の作成にあたっての検討の一助として、SAIN 作成の基本的考え方を、現在、国内で比較的広く用いられつつある ADL 評価表である FIM の項目に応用して、FIM の評価結果から、SAIN の重みづけにならった FIM（換算版）を作成し、さまざまな分析を試みるとともに、SAIN の評価項目の Rasch 分析による検討も試みた。

## 2. 目的

SAIN の評価項目の重み付け、すなわち、各項目自立度にもとづいた難易度を基礎に行った配点のあり方を、Rasch 分析にもとづく難易度にもとづいた場合と比較し、その違いを検討する。

また、FIM の運動項目（以下、FIM-MOTOR）の評価項目に、SAIN の重み付けにならって重み付けを行うことで、FIM-MOTOR の項目を用いた新たな ADL 総合評価法を試作し、その特徴について検討する。

## 3. 対象

国立身体障害者リハビリテーション病院に入院してリハビリテーションを受けた脳血管障害片麻痺患者の FIM および Barthel Index の評価結果データ、444 人・回分を用いた。

## 4. 方法

SAIN の作成に用いた基礎データに対して Rasch 分析を行い、Rasch 分析による評価項目難易度を定量化し、それに基づいた評価項目重み付けと SAIN の重み付けの違いについて比較、検討した。Rasch 分析は、Wright らが無償提供している Rasch 分析用ソフトの「BIGSTEPS」を用いた。

次に、SAIN の重み付けの考え方を FIM-MOTOR の項目に適用した、「FIM(換算版)」を作成した。

さらに、この FIM（換算版）と FIM-MOTOR および Barthel Index などと比較し、その特徴、ADL 障害度評価法としての可能性や問題点などについて検討した。

## 5. 結果

### (1) SAIN 評価項目 (3 段階評価) の Rasch 分析

SAIN 評価表作成の基礎データとした、150 名の脳血管障害片麻痺患者についての 24 項目、3 段階評価について、Rasch 分析を行った。表 2 の measure に示される logits から、難易度の最も高い床立ち上がりを 100 とした難易度を算出し、それを、表 3 の Rasch 難易度として示した。これを基準に、SAIN 作成の手順に習って、大項目ごとの重み付けを行い (大項目 MAX、各大項目に属する小項目中の最難度項目の難易度と同じ)、大項目ごとに合計 100 点の割り振り (以下、Rasch 配点) を行った。そして、SAIN の配点を比較のために表 3 に並べて示した。

SAIN の大項目別の配点は、Rasch 配点に極めて良い近似値になっていた。

### (2) SAIN 項目の Rasch 分析による難易度順の点数加算経過

SAIN の項目配点の大きな特徴として、項目難易度順の点数加算合計が、それぞれの時点で自立した最も高い難易度 ADL 項目の難易度 (床立ち上がりを 100 とする) に近似したことがあげられる。

SAIN では、難易度として、各項目の未自立率から、最も未自立率の高かった床立ち上がりを 100 とし、各項目の未自立率をその比率で示したものを難易度として用いている。

今回は、Rasch 分析に基づく難易度をもちいて、同様の検討を行った (表 4 と図 1)。

図 1 に示されるごとく、logits で示される Rasch 分析での難易度で、その難易度順に得点加算をおこなってみたが、ここでも良好な一次回帰を示した。

### (3) FIM-MOTOR の Rasch 分析

FIM-MOTOR についても Rasch 分析を行った (表 5)。その結果、FIM-MOTOR の難易度はやさしい順に、食事—整容—更衣・上半身—排便管理—ベッド移乗—トイレ移乗—排尿管理—歩行・車椅子—更衣・下半身—トイレ動作—浴槽・シャワー—清拭—階段であった。

### (4) FIM-MOTOR の Rasch 分析による難易度順の得点加算経過

前述 (2) と同様の方法で、FIM-MOTOR の Rasch 分析に基づく難易度順に得点加算を行い、加算時の最高難易度との関係を検討した (図 2)。

作成過程の配点構造を相違するので、当然のことながら、SAIN の場合とは異なり上記 2 因子の間の一次相関は良くなかった。

### (5) FIM (換算版) の作成

FIM-MOTOR に、SAIN の配点の考え方を導入した新たな配点重み付けを行い、「FIM (換算版)」を作成した (表 6 と表 7)。

まず、FIM-MOTOR を、SAIN の大項目分類に基づいて整理し、Rasch 分析に基づく難易度 (logits で示される) から、各小項目ごとおよび大項目の Rasch 難易度を決定した。ここで、大項目の Rasch 難易度は、各大項目に属する小項目中の最難度項目の難易度と同じとしている。さらに、それに基づいて配点を決定した (表 6)。Logits の Rasch 難易度への換算の理論をグラフで示した (図 3)。

次に、FIM-MOTOR 項目の難易度順の点数加算点と加算時の最難度項目の難易度 (階段昇降を 100 とする) との一次相関がよくなることと、同じ大項目内に属する小項目間の難易度の差ができるだけ点数に反映するように工夫し、小項目の配点を決定した (表 6)。

その結果、表のような FIM(換算版)を作成した (表 7)。

FIM(換算版)での評価項目の難易度順の点数加算点と加算時の最難度項目の難易度との一次相関については、図に示すが、ほぼ良好な相関が得られた (図 4)。

#### (6) FIM 換算版総点と FIM-MOTOR (図 5)

FIM 換算版総点と FIM-MOTOR の関係をみた。自立程度が中等度では、FIM 換算版に比較して、Barthel Index の方が、高い得点になる傾向を認めた。

#### (7) FIM 換算版総点と Barthel Index (図 6)

FIM 換算版と Barthel Index の関係をみた。FIM-MOTOR との比較と同様に、自立程度が中等度では、FIM 換算版に比較して、Barthel Index の方が、高い得点になる傾向を認めた。

#### (8) FIM 換算版自立点と FIM-MOTOR (図 7)

FIM 換算版自立点と FIM-MOTOR の関係をみた。FIM 換算版総点と FIM-MOTOR の関係でみたよりもさらに、自立度中等度において FIM-MOTOR が高い得点になる傾向が明らかになった。

#### (9) FIM 換算版自立点と FIM 換算版介助点 (図 8)

FIM 換算版自立点と FIM 換算版介助点の関係をみた。自立点が高くなるにつれ、介助点の分布幅が小さくなることが確認できた。

#### (10) FIM 項目の 7 段階評価の項目情報関数 (図 9)

FIM は、1-7 の 7 段階評価であるが、今回の検討ではここに示すごとく、特に、2 点、3 点、4 点の間の識別が不良と思われた。

#### (11) SAIN 項目の 3 段階評価の項目情報関数 (図 10)

SAIN の作成の元となった、3 段階評価の段階で、(10) と同様の検討をしたものを

示すが、バランスのよい識別段階になっていると思われた。

(12) FIM-MOTOR と FIM の認知項目（以下、FIM-COGN）の関係（図 11）

FIM-COGN は、コミュニケーション（理解・表出）と社会的認知（社会的交流・問題解決・記憶）の計 5 項目で、1-7 の 7 段階評価である。この FIM-COGN と FIM-MOTOR の関係をグラフ化して検討した。FIM-COGN と FIM-MOTOR の間には、有意の傾向を認めなかった。

## 6. 考察

FIM は、すべての ADL 項目が 7 段階評価（表 8）であり、項目の重み付けが同じになっている評価表である。SAIN では、項目難易度（非自立率で示す）に応じた重みをつけ、さらに、難易度順の獲得点数の加算点数が、達成できた項目最高難易度と比例するように調整されており、総合点数に、ADL 状態がより総得点に正確に反映されると考えられる。一方、SAIN は、評価段階が 2~3 段階と少なく、細かな能力の違いが反映されにくいことが予測され、訓練成果の経過などを細かく査定する目的には適さないと思われる。

ADL 評価項目の項目情報関数について調べた結果、FIM では、7 段階の多段階評価の中で、特に 2、3、4 点の識別力が小さい傾向を認めた。多段階評価では、評価のばらつきを抑えるための評価方法の習熟が重要であると思われた。一方、SAIN では、評価段階が 2~3 段階と少ないことも一因と思われるが、バランスのよい識別パラメタになっていた。

障害認定の査定の一部に用いる ADL 評価法を考えるにあたっては、細かな能力の差異を捕らえることよりも、粗くとも、誰が判定しても識別の良好な評価段階であることが望まれるのではないかと考える。その意味で、SAIN のごとく 2~3 段階の評価法が一つのモデルになりうると思われた。

また、Rasch 分析で得られた各 ADL 評価項目の Logits から各 ADL 項目難易度を決定して、SAIN の非自立率で決定した難易度と比較したところ、根本的な難易度の算出方法が異なるに係わらず、非常に近いことが確認された。Logits で示される難易度は、評価対象者の能力とは関係なく、独立した評価項目固有の性質として扱えるとされている。この検討により、SAIN の項目配点に用いた難易度の妥当性が別の角度からも確認されたことになる。

異なる ADL 項目に重み付けを行う場合、その方法を見出すことはなかなか難しいが、SAIN のように、難易度を基準に用いるのも一つの方法と思われる。

SAIN は、患者能力や訓練成果の評価に用いられている Barthel Index（表 9）や FIM などに代わるものとして作成されたわけではなく、ADL 総合得点に、より理論的妥当性を付与することで、Barthel Index や FIM と併せて用いることでの有用性を追求したものである。したがって、SAIN は、研究的には用いているが、普及させる努力はし

てきていない。

現在、日本において ADL 評価表として広く用いられているのは、Barthel Index と FIM であろう。SAIN 作成の考え方をこれらの普及した評価表に応用できれば、すでに普及している評価資源を、これも障害評価のための ADL 評価として活用できる可能性があると考えられる。そこで、今回、FIM の運動項目を用いて Rasch 分析を行い、Rasch 分析においては、項目難易度に相当する Logits を基準に、SAIN に用いた考え方に則った項目重み付けを行って、新たな評価表の作成を試みたのである。こうして試作した FIM (換算版) は、特に、FIM (換算版) 運動項目の難易度順の点数加算点と加算時の最難度項目の難易度 (階段昇降を 100 とする) との一次相関をよくすることが、SAIN の重み付け方法を適応した一番の目的であり、これは、重相関係数が、FIM-MOTOR では、0.764 であるのに対して、FIM (換算版) では、0.932 まで相関がよくなることで示された。

また、SAIN では、自立した項目の合計点と介助を要した項目の合計点を別個に算出して検討するのも特徴であり、FIM (換算版) においても同様に検討した。横軸に FIM 換算版自立点、縦軸に FIM-MOTOR をとってグラフ化した検討では、上に凸の分布を示した。これは、難易度が中等度の項目が自立した場合での総得点が、FIM-MOTOR では本来あるべき点数より高く評価されてしまうことを示している。これは、以前、SAIN と FIM-MOTOR で同様の検討を行っているが、今回、FIM (換算版) においても全く同じ傾向が確認できた。FIM (換算版) の総点と FIM-MOTOR との関係のみでも、同様の傾向が確認できた。FIM (換算版) と Barthel Index の関係の検討でも、同様の傾向は認めるものの、FIM-MOTOR との比較の場合よりも目立たなかった。これは、FIM (換算版) の同一得点での Barthel Index の得点幅が大きいことも影響していると考えられた。

認知障害の ADL に対する影響の検討の一つとして、FIM-COGN と FIM-MOTOR の関係を調べたが、一定の傾向は指摘できなかった。認知障害は、ADL に影響する場合もあるが、社会的不利の評価の中で初めて評価される側面がある。ADL を含む障害の総合評価を考えるにあたって、ADL に影響の大きい認知障害の評価項目を選択する研究と、評価項目の重み付けをどう考えるかについての検討が必要であるとともに、社会的不利の評価との関連についての検討 (認知障害を ADL 評価の中で行うのか、社会的不利の評価の中で行うか) も併せて行う必要がある。

今後、今回の検討対象とした評価表を含めて、評価対象を脳血管片麻痺患者以外にも広げた評価法になりうる評価表があるか、あるいは、新たに作成する場合の要件などについて、さらなる検討が必要であると思われた。

## 謝辞

今回の検討を行うにあたり、FIM および Barthel Index の実際の評価実施をしていただいた国立身障者リハビリテーションセンター病院看護部に謝意を表します。

7. 主な参考文献

- ① World Health Organization(1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO, Geneva.
- ② 千野直一編：脳卒中患者の機能評価－SIAS と FIM の実際. ショッピング・フェアブック東京. 1997.
- ③ 道免和久・他：機能的自立度評価法（FIM）. 総合リハ. 18：627-629. 1990.
- ④ 佐久間肇・他：脳血管障害患者の ADL 評価法－スコア化について. 総合リハビリテーション 20：411-417. 1992.
- ⑤ 佐久間肇・他：脳血管片麻痺患者の ADL 評価法の検討－第二報（ADL 項目難易度を中心に）. 国リ研紀 12：1-8. 1991.
- ⑥ John M. Linacre et al: A User's Guide to BIGSTEPS(Rasch-Model Computer Program). MESA Press.
- ⑦ Benjamin D. Wright et al.: BEST TEST DESIGN. MESA Press. 1979.
- ⑧ Benjamin D. Wright et al.: RATING SCALE ANALYSIS. MESA Press. 1982.
- ⑨ 芝祐順編：項目応答理論. 東京大学出版会. 1991.
- ⑩ 池田央：現代テスト理論. 朝倉書店. 1994.

表 1. SAIN評価表

評価項目		自立	要介助	
1.食事(準備は含まない)		10	0	
2.排泄コントロール		10	0	
3.整容	①洗顔	10	0	
	②歯磨き	10	0	
4.更衣	①上衣	10	5	0
	②下衣/トイレ衣服処理	10	5	0
	③靴下	10	5	0
5.入浴	①洗い場移動	10	5	0
	②浴槽出入り	20	10	0
	③洗体	20	10	0
6.起居・移動	①寝返り/起き上がり	10	5	0
	②車椅子移動	10	5	0
	③移乗動作 (車椅子/便器・ベッド)	10	5	0
	④屋内歩行	10	5	0
	⑤階段昇降	20	10	0
	⑥床立ち上がり	20	10	0
小 計		(A)	(B)	
自立点 C=A/2	半介助点 D=B/2	(C)	(D)	
SAIN得点( C + D )		点(100点満点)		

第2章 新たな認定方法の具体的検討 新たな障害認定方法の具体化に向けて

表2. SAIN 作成基礎データ項目（3段階評価）の Rasch 分析結果

ITEMS STATISTICS: MEASURE ORDER

MEASURE	ERROR	INFIT		OUTFIT		PTBIS CORR.	ITEMS
		MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD		
5.81	.24	1.20	1.2	3.15	.9	.56	I. 床立ち上がり
5.75	.24	.94	-.4	.87	-.1	.61	H. 階段昇降
5.46	.24	.83	-1.2	.66	-.3	.63	G. 屋外歩行
2.98	.23	1.56	3.1	1.47	1.0	.68	F. 屋内歩行
2.66	.23	1.08	.5	1.30	.7	.78	V. 浴槽出入り
1.80	.24	.86	-.9	2.33	2.3	.81	W. 洗体
1.35	.24	.79	-1.4	.52	-1.2	.85	U. 洗い場移動
1.00	.24	.91	-.6	1.92	1.3	.81	X. 洗髪
.14	.25	.74	-1.8	.46	-.8	.84	S. 靴下
.08	.26	.74	-1.7	.46	-.8	.84	T. 靴
-.12	.26	.85	-.9	.50	-.6	.82	L. トイレ衣服
-.19	.26	.70	-2.0	.41	-.8	.85	R. 更衣下
-.61	.27	1.02	.1	.53	-.5	.79	M. 後始末
-.69	.27	.95	-.3	2.26	.7	.77	Q. 更衣上
-.76	.28	.93	-.4	.65	-.3	.77	D. 車椅子移乗
-.76	.28	1.27	1.4	.82	-.1	.73	K. 便器移乗
-1.79	.31	1.20	.9	6.35	1.2	.65	P. 歯磨き
-2.20	.33	1.04	.2	.71	-.1	.68	O. 洗顔
-2.31	.34	.86	-.6	.34	-.3	.72	E. 車椅子移動
-2.54	.35	1.10	.4	.43	-.2	.66	B. 起き上がり
-3.53	.41	.53	-2.1	.14	-.3	.71	A. 寝返り
-3.71	.42	.69	-1.2	.32	-.2	.62	C. 端座位
-3.71	.42	1.67	2.0	.51	-.1	.50	N. 排泄コントロール
-4.09	.46	.86	-.5	.29	-.1	.56	J. 食事

表 3. SAIN 項目の Rasch 分析にもとづく難易度とそれによる SAIN 項目配点

SAIN 項目	Rasch 難易度	大項目 MAX	Rasch 配点	SAIN
食事	5.98	5.98	2.29	5
排泄	9.65	9.65	3.70	5
整容	27.89	27.89	10.71	10
洗顔	23.93			5
歯磨き	27.89			5
更衣	46.33	46.33	17.80	15
上衣	38.41			5
下衣/トイレ衣服	43.82			5
靴下	46.33			5
入浴	70.36	70.36	27.04	25
洗い場移動	57.81			5
浴槽出入り	70.36			10
洗体	62.06			10
起居・移動	100	100	38.42	40
寝返り/起き上がり	20.65			5
車椅子移動	22.87			5
移乗動作	37.74			5
屋内歩行	73.45			5
階段昇降	99.42			10
床立ち上がり	100			10

第2章 新たな認定方法の具体的検討 新たな障害認定方法の具体化に向けて

表4.と図1 SAIN項目のRasch難易度順の点数加算と到達項目難易度の関係

表4.

SAIN項目	Logits	加算点	加算経過
床立ち上がり	5.82	10	100
階段昇降	5.76	10	90
屋内歩行	3.07	5	80
浴槽出入り	2.75	10	75
洗体	1.89	10	65
洗い場移動	1.45	5	55
靴下	0.26	5	50
トイレ衣服	0	5	45
更衣下	-0.07		
更衣上	-0.56	5	40
車椅子移乗	-0.63	5	35
便器移乗	-0.63		
歯磨き	-1.65	5	30
洗顔	-2.06	5	25
車椅子移動	-2.17	5	20
起き上がり	-2.4	5	15
寝返り	-3.37		
排泄コントロール	-3.54	5	10
食事	-3.92	5	5

図1.

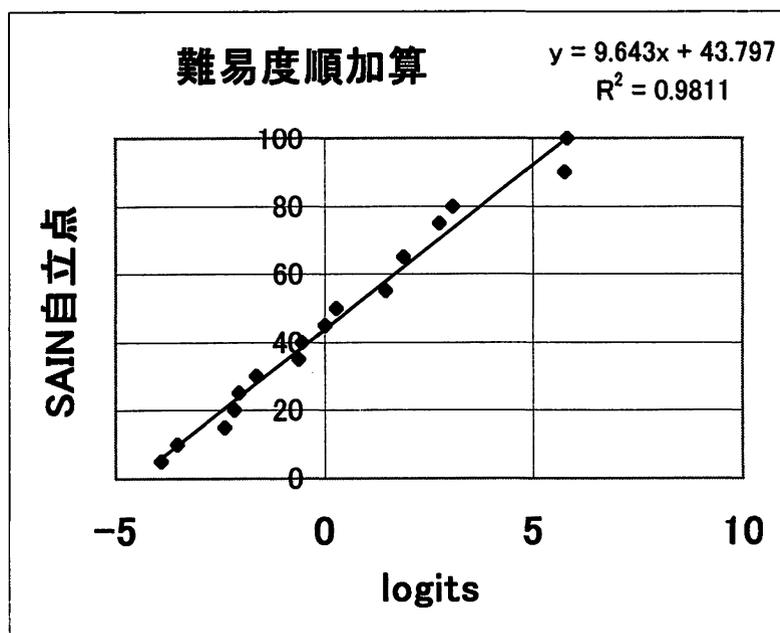


表 5. FIM-MOTOR 項目の Rasch 分析

ITEMS STATISTICS: MEASURE ORDER

MEASURE	ERROR	INFIT		OUTFIT		PTBIS	CORR.	ITEMS
		MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD			
3.07	.05	1.43	4.4	1.10	.6	.53	M. 階段	
1.14	.05	1.11	1.3	.97	-.3	.82	C. 清拭	
1.04	.05	1.27	3.1	1.26	2.6	.79	K. 浴槽, シャワー	
.18	.05	.80	-2.5	.66	-4.0	.90	F. トイレ動作	
-.24	.05	.96	-.5	.69	-3.2	.89	E. 更衣・下半身	
-.28	.05	1.80	7.6	2.94	9.9	.58	L. 歩行・車椅子	
-.33	.06	1.31	3.3	1.05	.4	.81	G. 排尿管理	
-.34	.06	.47	-7.7	.53	-5.0	.90	J. トイレ移乗	
-.40	.06	.52	-6.7	.52	-5.0	.89	I. ベッド移乗	
-.51	.06	1.04	.5	1.11	.9	.81	H. 排便管理	
-.61	.06	.89	-1.3	.65	-3.2	.87	D. 更衣・上半身	
-1.20	.07	1.07	.7	.81	-1.2	.78	B. 整容	
-1.50	.07	1.50	4.0	1.20	1.0	.64	A. 食事	

図2. FIM-MOTOR の項目点数の難易度順加算

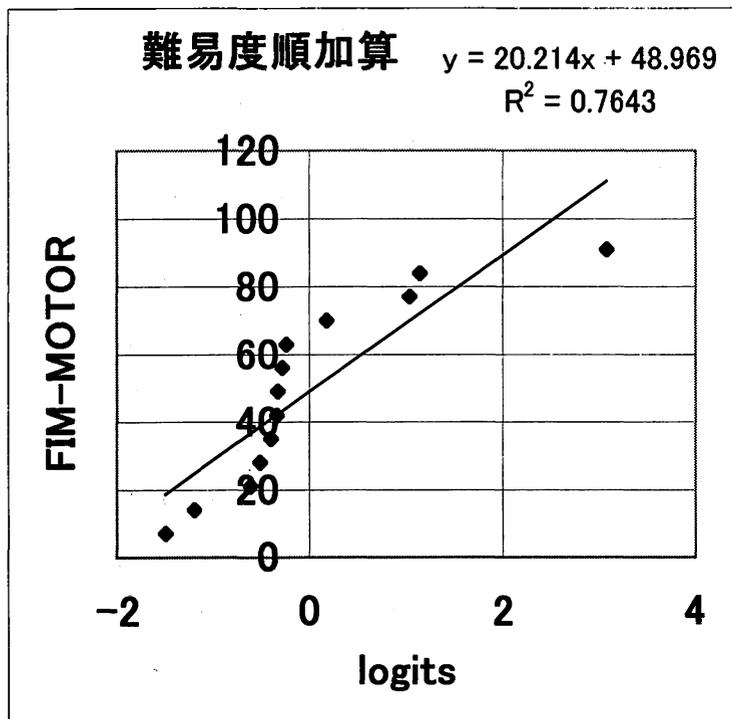


表 6. FIM (換算版) の作成

FIM-MOTOR	logits	Rasch 難易度	大項目理論点	実際の配点
食事	-1.5	8	3.1	5
排泄	-0.33	32	12.5	10
排尿管理	-0.33	32		5
排便管理	-0.51	28		5
整容	-1.2	14	5.4	5
更衣	0.18	42	16.3	15
トイレ動作	0.18	42		2.5
更衣・上半身	-0.61	26		10
更衣・下半身	-0.24	33		2.5
入浴	1.14	61	23.7	25
清拭	1.14	61		10
浴槽、シャワー	1.04	59		15
起居・移動	3.07	100	38.9	40
歩行・車椅子	-0.28	33		5
トイレ移乗	-0.34	31		5
ベッド移乗	-0.4	30		5
階段	3.07	100		25
(合計)		257	100	100

図3. logits と Rasch 難易度の関係

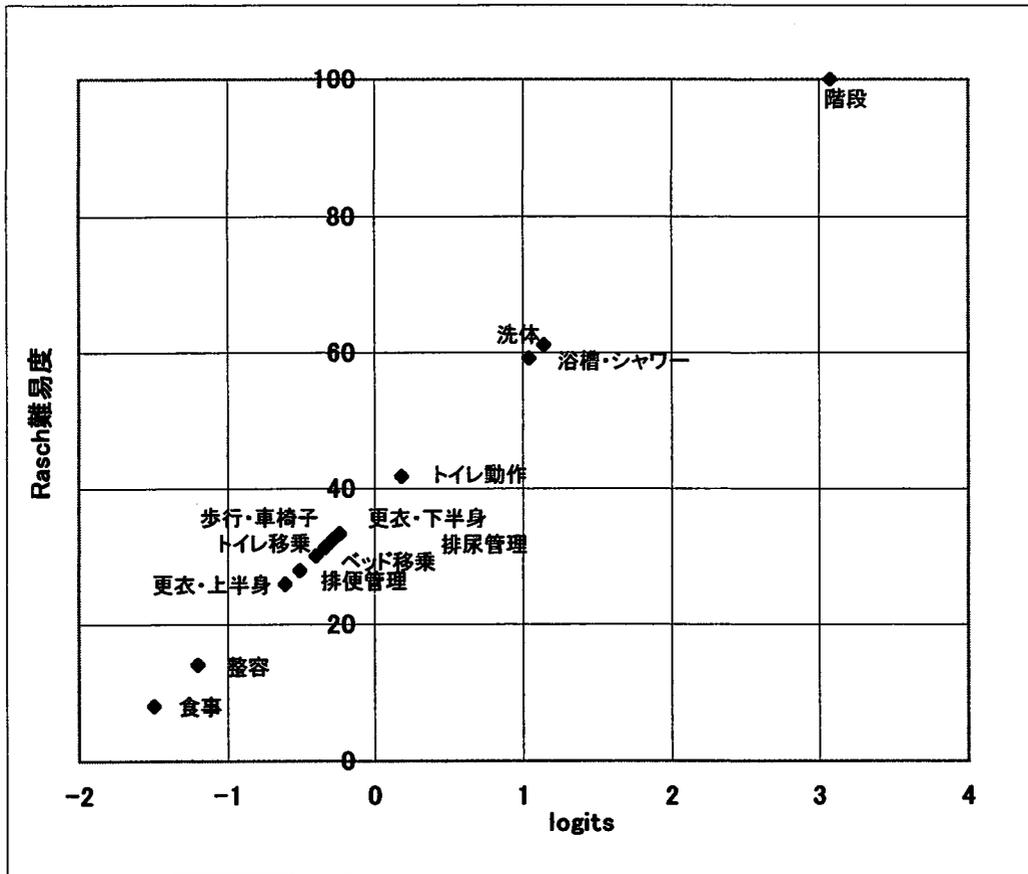


表 7. FIM (換算版)

	自立	要 介 助	
食事	5	2.5	0
排泄	10	5	0
排尿管理	5	2.5	0
排便管理	5	2.5	0
整容	5	2.5	0
更衣	15	7.5	0
更衣上	10	5	0
更衣下	2.5	1.25	0
更衣トイレ	2.5	1.25	0
入浴	25	12.5	0
浴槽、シャワー	15	7.5	0
清拭	10	5	0
起居移動	40	20	0
ベッド・車椅子移乗	5	2.5	0
トイレ移乗	5	2.5	0
歩行・車椅子移動	5	2.5	0
階段	25	12.5	0

図 4. FIM (換算版) の項目点数の難易度順加算

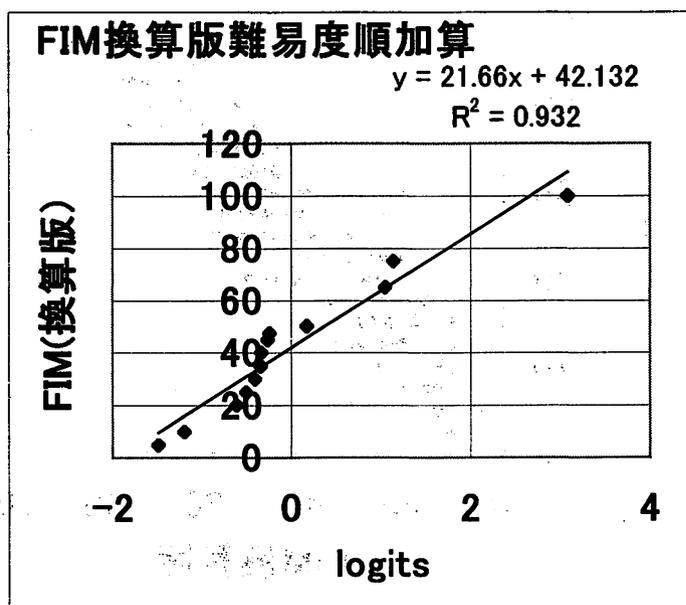


図5. FIM 換算版総点と FIM-MOTOR

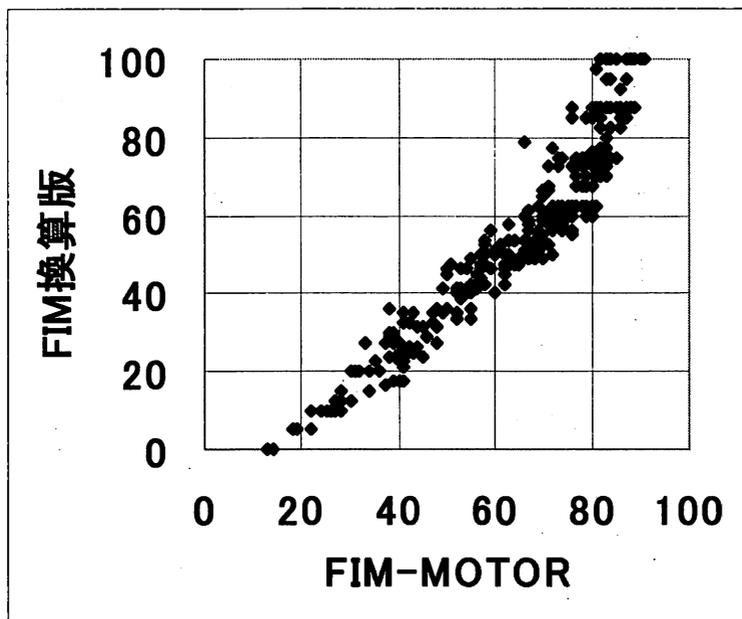


図6. FIM 換算版総点と Barthel Index

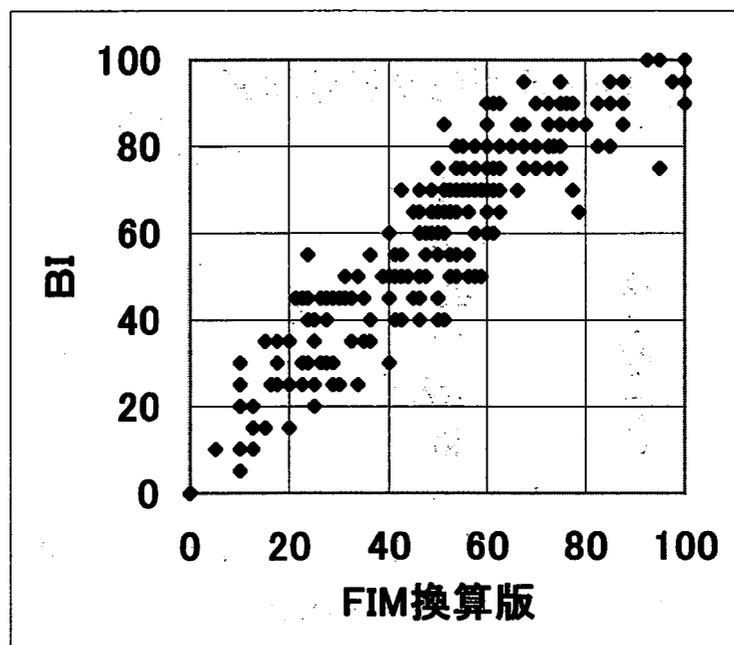


図 7. FIM 換算版自立点と FIM-MOTOR

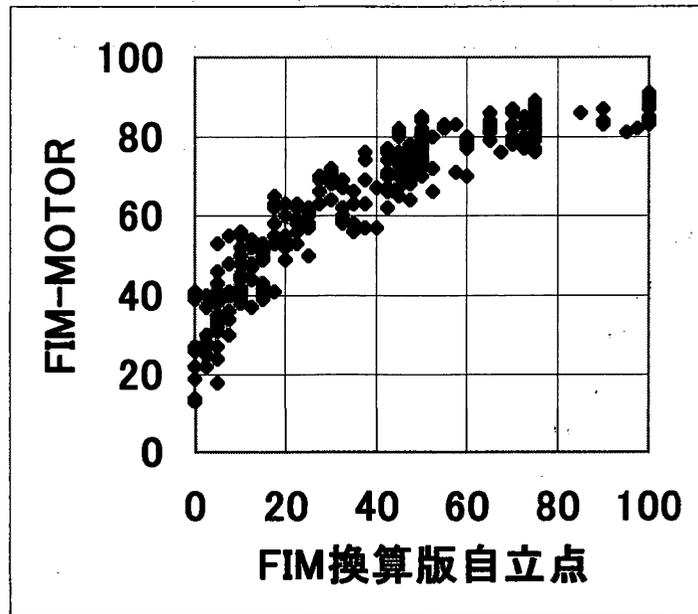
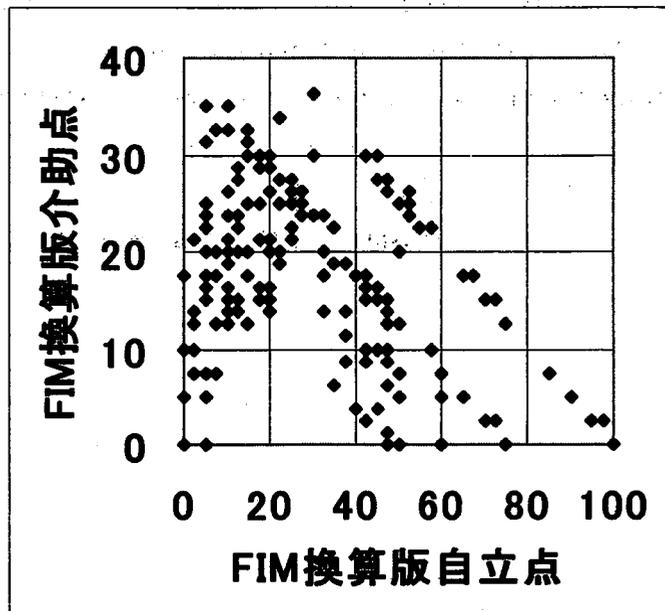


図 8. FIM 換算版自立点と FIM 換算版介助点 (図 7)



第2章 新たな認定方法の具体的検討 新たな障害認定方法の具体化に向けて

図9. FIMの7段階評価間の識別

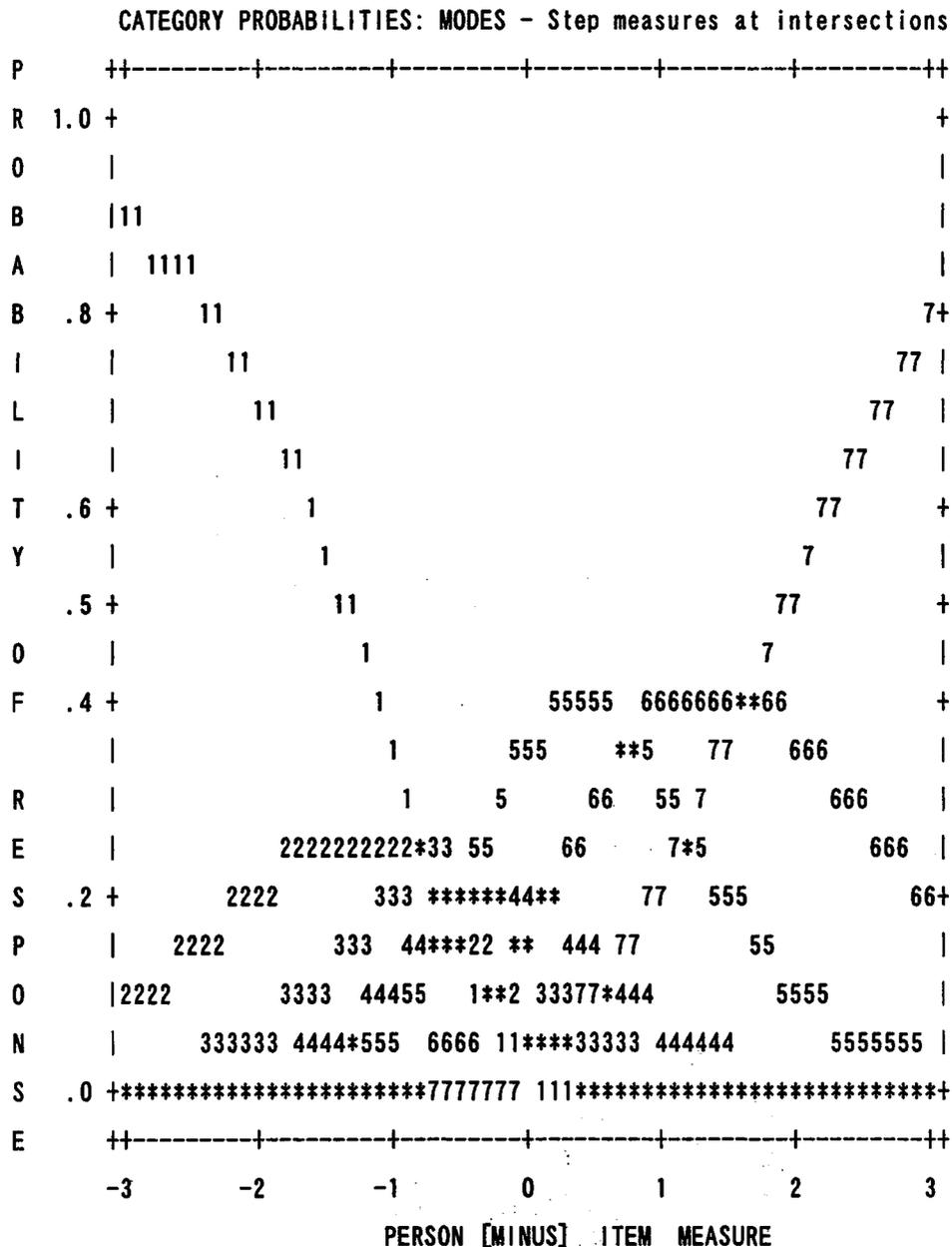


図 10. SAIN 作成元の 3 段階評価間の識別

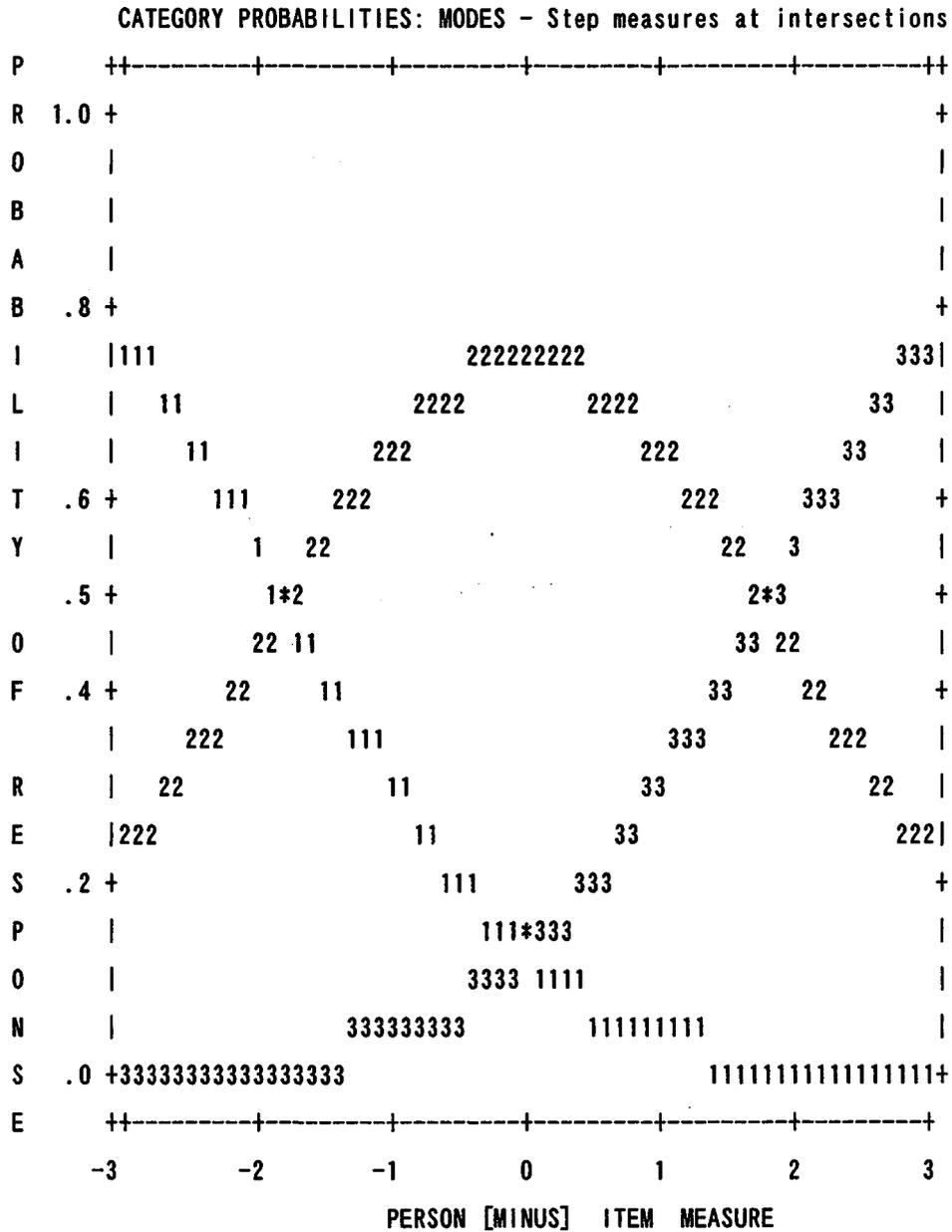


図 11. FIM-MOTOR と FIM-COGN

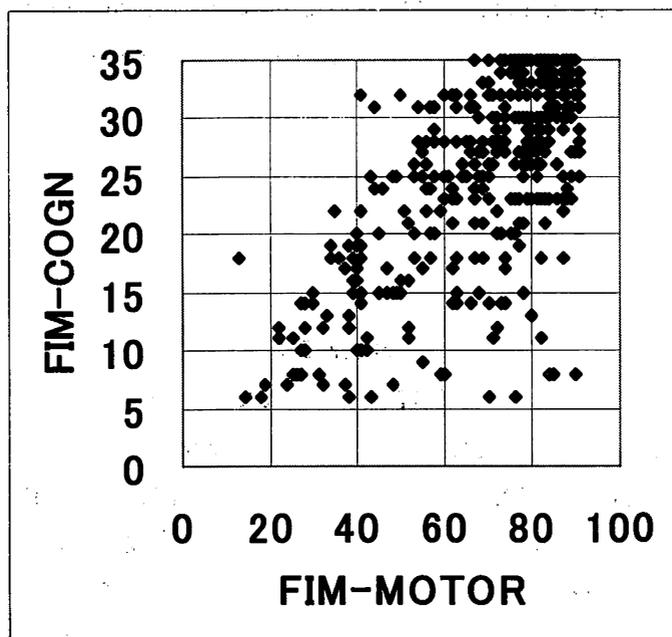


表 8. FIM 評価表

FIM (Functional Independence Measure)		
	項 目	点 数
セルフ・ケア	食事	7: 完全自立
	整容	
	入浴	
	更衣(上半身)	
	更衣(下半身)	
排泄管理	トイレ動作	6: 修正自立
	排尿	
移動	排便	5: 監視または準備の介助
	ベッド・椅子・車椅子	
移動	トイレ	4: 最小介助(75%)
	風呂・シャワー	
コミュニケーション	歩行・車椅子	3: 中等度介助(50%以上)
	階段	
社会的認知	理解	2: 最大介助(25%以上)
	表出	
社会的認知	社会的交流	1: 全介助(25%未満)
	問題解決 記憶	

表9. Barthel Index

項 目	点 数		
	全介助	要介助	自立
食 事	0	5	10
車椅子・ベッド 移乗	0	5-10	15
洗 面・整 容	0	0	5
トイレ動作	0	5	10
入 浴	0	0	5
平地歩行	0	10	15
車椅子駆動(歩行不能の場合)	0	0	5
階段昇降	0	5	10
更 衣	0	5	10
便 禁 制	0	5	10
尿 禁 制	0	5	10

## 第3章

### 海外の障害認定制度（2）

## 1 英国の障害認定制度

はじめに

英国は、1942年のベバリッジ報告以降、「ゆりかごから墓場まで」というスローガンのもと「5つの巨人」と呼ばれる窮乏、疾病、狭隘、無知、無為を解決するための政策が進められてきたが、増大する医療費による財政危機と低下する医療サービスを解決するために、1990年、サッチャー政権のもとでNHS(National Health Service-国民保健サービス)及びコミュニティケア法を成立させ、NHS内に内部市場と呼ばれる市場メカニズムを導入し、競争原理によりサービス供給の効率性を高めようとした。

障害者施策については、英国の障害者サービスについても本来の5つの巨人に対する政策以外に、6つ目の巨人と呼ぶべき弱者対策が社会保障費の予算の20%を占めるに至ったことから、その経費節減を主たる目的とした改革が進められてきた。しかし、英国は、長い福祉国家としての歴史を背景に、非常に複雑な入り組んだ制度があり、かなりの改革が進められてきているにもかかわらず、依然としてさまざまな障害者にかかわる制度が多数存在し、それぞれの障害認定が実施されているのが現状である。このように何種類もの障害認定制度が存在する状況はわが国と類似している。

本研究では、英国における障害者にかかわる制度の概要と認定方法について概観する。

### 2. 各障害者制度と障害認定

#### (1) 所得保障(表1)

英国では、病人・障害者・介護者・ひとり親・60歳以上など仕事ができない人を対象として、個人及び家族の基本的な支出を支える補足的給付として所得補助(Income Support(IS))がある。個人を基本として個人手当(Personal Allowance)が給付される。その額は、夫婦とも18歳以上の場合、週£35.95(合わせて月額約116,300円)である。これに、障害者加算(週£31.25)や年金生活者加算(週£35.95)の加算がつく。

#### (2) 住宅給付(表2)

英国は、ベバリッジ報告以来、住宅の狭隘も5つの巨人の1つであり、それに対する政策が行われてきた。英国の住宅給付金(Housing Benefit(HB))は、1986年社会保障法に基づく低所得者のための住宅賃貸援助制度である。住宅とガレージに関する費用のみが対象となる。ただし、その家の居住者が障害者夫婦である場合等により掃除できる人がいない場合には、掃除代が給付される。家主の所有でない家具、生活用品代は含まれる。親族等からの借家でないこと、自分の生活のための家であること、保有資産が£16,000未満、ISか求職者給付(Job Seeker's Allowance(JSA)後述)を受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、英国に通常居住していること、全日制の学生でないこと等の受給要件がある。

また、英国には、自治体税給付金 Council Tax Benefit(CTB)という制度がある。これ

は、1986年社会保障法に基づき、CTBという家屋にかかる自治体税の支払いを援助するものである。障害者加算等があり、その家族の状態により、税の支払いが11/18から11/13まで減額される。自分の生活のための家であること、資産が£16,000未満、ISかJSAを受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、英国に通常居住していること、全日制の学生でないことという要件がある。

### （3）社会基金（表3）

社会基金（Social Fund）は、突発的あるいは非日常的な必要に対して、手当や貸付で補う制度で、英国特有のものである。1986年社会保障法に基づいている。

出産手当（Maternity Payments）は、自分自身か配偶者がIS、JSA、又は障害労働家族手当（Disability Working Allowance Family Credit）のどれかを受けている場合に、子供1人（養子を含む）につき£200給付される。資産額の制限が£500以下である。

葬祭手当（Funeral expenses）は、自分自身か配偶者が、申請時にIS、JSA、又は障害労働家族手当として住宅給付金 Housing Benefit(HB)か自治体税給付金 Council Tax Benefit(CTB)を得ている場合に、配偶者、親戚、親しい友人、世話をしている子供の葬祭費用を給付するものである。最高£600である。

寒冷手当（Cold weather payments）は、連続7日以上真冬が続いた時に、IS、income based J S Aの受給者で、次のどれかに該当する場合に、週£8.50が加算される。つまり、障害児加算を受けている5歳未満の子供がいるか、障害者加算か重度障害者加算を受けているか、年金加算、高額年金加算、又は拡大年金加算を受けている場合である。

### （4）労働不能（表4）

障害のために労働不能になった場合の手当をまとめたのが、表4である。

法定疾病給与 Statutory Sick Pay (SSP)は、傷病・障害のため連続して4日以上就労できない被用者に雇用主が給与を支給することが国民保険法により定められているものである。定額制で、週£59.55（月約39,600円）が28週以内支払われる。加算はない。65歳未満が対象で、雇用契約期間と所得の要件がある。わが国には、このように雇用主に給与の支払いを命じた制度はない。

就労不能給付 Incapacity Benefit (IB)は、国民保険 National Insurance (NI)の保険料納付要件を満たした者が傷病・障害のために連続して4日以上就労できない場合に4日めから給付される。SSP受給中でないこと、就業できないこと、老齢による年金の受給可能年齢にないことの要件がある。手当額は、表4のとおりであるが、障害のために53週を超えて受給する場合、基本額は、£66.75（月額約44,300円）、配偶者がいる場合は、£97.9（月額約65,000円）となる。

重度障害手当 Severe Disabled Allowance (SDA)は、重度障害のために連続して28

週以上就労できず、NIの保険料納付要件を満たしていない場合、及び20歳前の受傷者を対象とした手当である。保険料の納付がなされて者が対象であることから、IBよりも低い水準になっている。

#### (5) 雇用支援 (表5)

求職者給付 Job Seeker's Allowance (JSA)は、失業中、又は週16時間未満の労働者で労働能力があり求職登録をしている人のための手当である。2種類の手当があり、ともに働けること、求職登録していること、週に16時間以上働いていないこと、老齢年金年齢に達していないこと、全日制学生又は高等教育の学生でないこと、英国の通常居住者であることという給付要件がある。(表5)

拠出制求職者手当 Contribution-based (JSA)は、NIの保険料拠出要件を満たす者の6ヶ月以内の失業を対象としている。資力調査はなく、18歳未満の場合週£30.95(月額約20,600円)、18-24歳は週£40.70(同27,000円)、25歳以上週£51.40(同34,130円)給付される。

また、所得調査制求職手当 Income-based (JSA)は、NIの保険料拠出要件を満たさない者及び満たす場合でも6ヶ月を超えた場合を対象とする。資力調査が有る。

わが国では、雇用保険による求職者給付がこの制度に相当する。ただし、給付の対象は、雇用保険加入者のみであり、手当の額は在職中の賃金額により異なる(基本手当:日額2,610~10,900円)。支給期間も就職の困難さにより異なる。

障害者就労手当 Disability Working Allowance (DWA)は、障害のために働くのに困難がある者が就職した時に支払われる手当であり、表5の額が就職から26週間支払われる。ただし、その額より所得額が高ければ、超過額の70%が控除される。わが国には、雇用保険法による常用就職支度金があり基本手当の日額の30日分が支払われる。

その他の雇用支援制度についても、表5にあるように英国の制度と同様の制度が、わが国にもあることがわかる。

#### (6) ケアと移動 (表6)

障害生活手当 Disability Living Allowance(DLA)は、介護が必要な個人及び移動困難な障害(児)者個人のための手当である。65歳未満が対象である。障害の程度により週、£52.9から£14.05の介護手当と£37.0から£14.05の移動手当が給付される。併給可能である。

介護手当 Attendance Allowance(AA)は、65歳以上の重度障害者のための手当である。わが国には、介護保険制度に要介護認定がなされても介護サービスを受けなかった場合の現金給付や地方自治体の制度として高齢者に対する給付がある。

オレンジバッジ (Orange Badge Scheme) は、移動困難な障害者のために駐車禁止場所における駐車許可証を交付するシステムである。発行に£2必要で地方政府が発行する。

道路税免除 Exemption Form Road Tax (VED)は、移動障害者のための道路税の免除。もっぱらその障害者のために使用する車1台分にかかる道路税を免除される。

(7) 介護者支援 (表7)

障害者介護手当 Invalid Care allowance (ICA)は、重度障害者を恒常的に介護している人のための手当である。介護者本人に£39.95 給付され、配偶者や子供がいれば、その分が加算される。英国通常居住者で、全日制の学生でないこと、週に実質所得が£50以下、16~65歳未満で恒常的に週に35時間以上重度障害者を介護していること等の要件がある。

(8) 在宅サービス (表8)

介護サービスは、地方政府の責任として提供されている。住宅改造、緊急通報装置、ケアボランティア派遣、電話相談、在宅看護、ボランティア訪問相談、ホームヘルパー派遣、ホームケアラー派遣、在宅医療、家事ボランティア派遣、退院後支援、雑用支援、洗濯サービス、出張図書館、HIV相談、配食サービス、OT派遣、PT派遣、レクリエーション機器の給付、在宅リハビリテーション、自立と社会化支援、在宅介護支援、ソーシャルワーカー派遣、ST派遣。介護者支援、無料電話番号案内自宅以外でのサービス相談、デイセンター、デイケア、地域作業所、緊急ナイトケア、休日ケア、ショートケア、移動ボランティア、病院付き添いサービス、レスパイトケア等さまざまなサービスが提供されている。わが国も、同様のサービスがあり、身体障害者福祉法、地方自治体の独自サービス等により提供されている。

住宅サービスについても地方政府により車椅子住宅の提供、移動支援住宅の提供、福祉ホーム、フレキシブル住宅の提供等が行われている。わが国にも、地方自治体によっては福祉サービスに家屋改造を行っているところがある。

福祉機器給付についても、地方政府がいろいろなサービスを提供している。例えば、日常生活用具として、排泄、入浴、調理等の機器、医療機器として歩行器、装具、義足、車椅子、人工呼吸器、体幹装具、義眼、環境制御装置、コミュニケーションエイド等が給付される。

自立生活基金 (Independent Living Funds) は、英国に独特のもので自立生活 1993年基金は、地方政府のサービスと基金からの手当をパッケージにして提供し、地域での自立生活を支援するものである。障害者は、IS や JSA の障害者加算分を基金に支払うというように、所得に応じてサービス料を支払うことでパッケージサービスを受ける。地域で自立生活するのに濃密な身体介護、家事介護を必要とする 16-65 歳の重度障害者を対象としている。わが国には、このような制度はない。

社会サービス直接手当 (Social Service Direct Payments) は、一部の自治体で実施されている手当で、コミュニティケアを実施する代わりに現金給付を行う。18-64 歳のコミュニティ・ケアサービスのニーズがある重度障害者が対象で、障害者自身が手当

を受けて直接が補助者を雇用する。わが国では、東京都等の自治体で介護人派遣事業により 24 時間介護を実施している自治体があるが、直接障害者に現金給付するものではない。

(9) 施設サービス (表 9)

英国では、施設の設置運営は、地方政府の責任となっている。脱施設化の流れの中で、施設の種類は多くはない。

生活ホーム (Residential Homes) は、生活の場を提供する施設である。所得制限及び所得に応じた費用負担がある。

自立生活ホームは、民間組織により提供されている集団生活のための小規模住宅である。所得制限及び所得に応じた費用負担ある。わが国にもわが国にも社会福祉法人が運営する知的障害者のグループホームがそれに相当すると考えられる。

ナーシングホームは、NHS により提供されており無料。

第3章 海外の障害認定制度 (2) 1. 英国の障害認定制度

表1 所得保障

サービスの名称	所得補助 Income Support (IS)
根拠	国民保険法 (National Insurance Act) 1986年社会保障法
内容	病人・障害者・介護者・ひとり親・60歳以上など仕事ができない人を対象として、個人及び家族の基本的な支出を支える補足的給付。 個人手当 (Personal Allowance) 例：夫婦とも18歳以上の場合週80.65ポンド 障害者加算 週31.25ポンド 選択性 年金生活者加算 週35.95ポンド ” 特別年金者加算 週39.20ポンド ” 高額年金者加算 週44.65ポンド ” 家族加算 週13.90ポンド 障害児加算 週21.60ポンド 介護加算 週13.95ポンド 重度障害者加算 週39.75ポンド 住宅加算等有
受給要件	16歳以上 英国に通常居住 資力調査(means test)により資産額8000ポンド以下 週16時間以上収入のある仕事に従事していない 配偶者が週24時間以上収入のある仕事に従事していない 全日制の教育を受けていない 求職登録を要求されていない

表2 住宅給付

サービス の名称	住宅給付金 Housing Benefit (HB) rent rebate, rent allowance と呼ばれることがある。	自治体税給付金 Council Tax Benefit(CTB)
根拠	1986 年社会保障法	1986 年社会保障法
内容	低所得者のための住宅賃貸援助制度。住宅とガレージに関する費用のみ対象（高熱水料費、食事代は含まず。）掃除できる人がいない場合掃除代を給付。 家主の所有でない家具、生活用品代を含む。 生活するのに当然必要となる費用額を給付。	主流CTB(MainCTB):低所得者のために住宅にかかる自治体税の支払いを援助する。 2人目成人割増(Second Adult rebate):家族内の1人を対象とした同様の制度。 税の11/18から11/13まで減額される。 障害者加算あり。
受給要件	親族等からの借家でないこと 自分の生活のための家であること。 資産が16000ポンド未満。 ISかJSAを受給しているか所得が非常に低いこと。 原則施設に入所していない。 英国に通常居住していること。 全日制の学生でないこと。	自分の生活のための家であること。 資産が16000ポンド未満。 ISかJSAを受給しているか所得が非常に低いこと。 原則施設に入所していない。 英国に通常居住していること。 全日制の学生でないこと。

第3章 海外の障害認定制度 (2) 1. 英国の障害認定制度

表3 社会基金

サービスの名称	出産手当 Maternity payments	葬祭手当 Funeral expenses	寒冷手当 Cold weather payments
根拠	1986 社会保障法	1986 社会保障法	1986 社会保障法
内容	子供1人(養子を含む)につき200ポンド。	配偶者、親戚、親しい友人、世話をしている子供の葬祭費用を給付。 最高600ポンド。	週8.50ポンド。 各手当に自動的に追加される。
受給要件	自分自身か配偶者がIS、JSA、disability working allowance family creditを得ている。 資産が500ポンド以下。	自分自身か配偶者が申請時にIS、JSA、disability working allowance family credit housing benefit 又は council tax benefit を得ている。	自分自身が申請時にIS、income based JSAをその期間に1日以上受給していること。 連続7日以上0°C未満の真冬日が続くこと。 次のどれかに該当すること。 障害児加算を受けている、5歳未満の子供がいる。あなた自身が障害者加算か重度障害者加算を受けている、あなた自身が年金加算、高額年金加算、拡大年金加算を受けている。

表4 労働不能

サービスの名称	法定疾病給与 Statutory Sick Pay(SSP)	就労不能給付 Incapacity Benefit(IB)	重度障害手当 Severe Disabled Allowance(SDA)
根拠	国民保険 (National Insurance)	国民保険 (National Insurance)	
内容	傷病・障害のため連続して4日以上就労できない被用者に雇用主が給与を支給。週59.55ポンド。加算なし。28週以内。課税の対象となる。保険料算定所得に計算される。	NI保険料納付要件を満たした者が傷病・障害のために連続して4日以上就労できない場合に4日目から給付。 1-28週 基本50.35ポンド 被扶養者31.15ポンド 29-52週 基本59.55ポンド 被扶養者31.15ポンド 第1子9.90ポンド その他の子11.35ポンド 53週- 基本66.75ポンド等	重度障害のために連続して28週以上就労できず、NIの保険料納付要件を満たしていない場合、及び20歳前の受障者を対象とした手当。非課税。無拠出。資産調査なし。 基本手当 週40.35ポンド 年齢加算 40歳未満 週14.05ポンド 40-49歳 週8.90ポンド 50歳 週4.45ポンド 第一子加算 週9.90ポンド 第二子以降加算 週11.35ポンド 被扶養者加算 週23.95ポンド
受給要件	65歳未満 3ヶ月以上の雇用契約期間。 平均所得が週66ポンド以上。 過去57日以内にIBやSDAを受給していないこと。 妊娠休暇中でない。 EU内に居住していること。 仕事を開始していること。 働けないこと(7日以上は、医師の診断書が必要) 資産調査なし。	NIの保険料納付要件を満たしていること。 SSP受給中でないこと。 就業できないこと。(最初の28週はGPにその後は指定医の証明が必要) 年金受給可能年齢にないこと(女子60歳、男子65歳)。 資産調査なし。	16歳以上(全日制の学生の場合19歳以上) 196日以上継続して働けていない。 次のどれかに該当する。 1. 無拠出介護年金を過去に受給。 2. 20歳以前の障害。 3. 継続して80%の障害が続いている。 4. 新たに80%障害を証明する。

第3章 海外の障害認定制度 (2) 1. 英国の障害認定制度

表5 雇用支援

サービスの名称	求職者給付 Job Seeker's allowance(JSA)	障害者就労手当 Disability Working Allowance(DWA)
根拠	国民保険 (National Insurance) 1995年求職者法 (Jobseeker's Act)	
内容	<p>失業中、又は週16時間未満の労働者で労働能力があり求職登録をしている人のための手当。</p> <p>1. 拠出制求職者手当 (Contribution-based JSA) NIの保険料拠出要件を満たす者の6ヶ月以内の失業を対象。資力調査なし。 18歳未満週 30.95ポンド 18-24 40.70ポンド 25以上 51.40ポンド</p> <p>2. 所得調査制求職手当 (Income-based JSA) NIの保険料拠出要件を満たせない者と満たすものでも6ヶ月を超えた場合を対象。 資力調査有り。 課税対象</p>	<p>障害者のために働くのに困難がある者が就職した時に支払われる手当。</p> <p>手当額 (最大)          単身 週 51.80ポンド          夫婦 週 81.05ポンド          子供 週 15.15-25.95ポンド</p> <p>30時間以上働いている場合の手当 週 11.05ポンド。          加算された額より所得額が高ければ、超過額の70%が控除されて支払われる。          就職から26週間支払われる。          非課税、無拠出、資力調査有り。</p>
受給要件	<p>働けること。          求職登録していること。          週に16時間以上働いていないこと。          老齢年金年齢に達していないこと。全日制学生又は高等教育の学生でないこと。          英国の通常居住者。          保険料拠出要件又は所得要件を満たしていること。          (労働不能者・60歳以上・ひとり親は所得援助の対象)          2週間の待機期間あり(過去12ヶ月に2回以上の申請がある場合は、4週間)</p>	<p>申請時          16歳以上。          英国に居住。          週16時間以上働いていること。          障害のために就職が困難。          16000ポンドを超える資産がないこと。          収入が一定以下。          手当申請前の56日以内に、就労不能手当、重度障害手当、障害者加算を受給していたか、申請時に障害者生活手当や付き添い手当等一定の障害者手当を受給していること。</p>

表6 ケアと移動

サービスの名称	障害生活手当 Disability living allowance (DLA)	介護手当 Attendance allowance(AA)	オレンジバッジ Orange badge Scheme	道路税免除 Exemption form road tax (VED)
根拠			障害者自動車バッチ法 The Disabled Persons (Badges for Motor Vehicles) Regulation 1982	
内容	<p>介護が必要及び移動困難な障害児者個人のための手当。自由に使って良い。必要に応じて 介護手当（週） 高額： 52.9ポンド 中額： 35.4ポンド 低額： 14.05ポンド 移動手当 高額： 37.0ポンド 低額： 14.05ポンド 併給可能。 非課税、資産評価無、国民保険料支払い要件無。 支給期間制限なし。</p>	<p>65歳以上の重度障害者のための手当 高額： 52.9ポンド 低額： 35.4ポンド 非課税、資産評価無、国民保険料支払い要件無。</p>	<p>移動困難な障害者のための駐車許可証を交付。 発行に2ポンド必要。 地方政府が発行。</p>	<p>移動障害者のための道路税の免除。 もっぱらその障害者のために使用する車1台分にかかる道路税を免除される。他人の自動車や会社のものでも登録可能。</p>
受給要件	<p>重度障害のために他人のケアが必要 次の障害テストの1つ以上をパスすること。 一日中 1 身体機能に関して一日中頻繁に注意が必要 2 危険をさけるために一日中継続的な見守りが必要 夜間に 3 身体機能に関係して繰り返しの注意が必要 等 原則 65歳未満であること。 支給開始前3ヶ月間障害テストを満たしていること。 英国内に通常居住していること。 介護手当は、介護施設に入所した場合4週間停止。 高額移動手当は、盲ろう者や強度の精神障害者の場合に適用される。</p>	<p>65歳以上 英国に居住 障害テストをクリアし、過去6ヶ月その状態が続いているか末期的な疾病にあること。</p>	<p>2歳以上 DLAの高額移動手当を受給しているか 戦争年金の移動加算を受けているか 政府が提供した車を利用しているか 自家用車の経費負担手当を受給しているか 登録された盲人であるか 日常的に車を利用しているが両腕の重度の障害のために改造されたハンドルでも手でハンドルを旋回できないか 永続する障害のために歩行が非常に困難な場合。</p>	<p>DLAの高額移動手当を受給しているか 戦争年金の移動加算を受けている</p>

第3章 海外の障害認定制度 (2) 1. 英国の障害認定制度

表7 介護者支援

サービスの名称	障害者介護手当 Invalid Care allowance (ICA)
根拠	
内容	<p>重度障害者を恒常的に介護している人のための手当。 介護手当 Attendance allowance(AA)障害生活手当や Disability living allowance Income(DLA)を受給していても受給可能。課税有、資産評価無、国民保険料支払い要件無。</p> <p>本人 39.95ポンド 被扶養者 23.90ポンド 第一子 9.90ポンド (児童手当 14.40 に加算される) 第二子以降 11.35ポンド (児童手当 9.60 に加算される)</p>
受給要件	<p>英国通常居住者。 全日制(週に21時間以上学校に行っている)の学生でないこと。 働いている場合は、週に実質所得が50ポンド以下。 16~65歳未満で恒常的に週に35時間以上次の重度障害者を介護していること。 高度及び中度障害生活手当又は、介護手当、又は週43.3ポンド以上の恒常的な戦傷手当、産業障害手当、労働災害障害手当やそれに相当する手当を受けている障害者。</p>

表8 在宅サービス

サービスの名称	介護サービス Care service	住宅サービス	福祉機器給付
根拠	国家扶助法、1970年慢性疾患及び障害者法、86年障害者法等により地方政府がコミュニティケアの提供責任をもち、地方政府がいろいろなサービスを提供している。	国家扶助法、1970年慢性疾患及び障害者法、86年障害者法等により地方政府がコミュニティケアの提供責任をもち、地方政府がいろいろなサービスを提供している。	国家扶助法、1970年慢性疾患及び障害者法、86年障害者法等により地方政府がコミュニティケアの提供責任をもち、地方政府がいろいろなサービスを提供している。
内容	<p>自宅でのサービス 住宅改造、緊急通報装置、ケアボランティア派遣、電話相談、在宅看護、ボランティア訪問相談、ホームヘルパー派遣、ホームケアラー派遣、在宅医療、家事ボランティア派遣、退院後支援、雑用支援、洗濯サービス、出張図書館、HIV相談、配食サービス、OT派遣、PT派遣、レクリエーション機器の給付、在宅リハビリテーション、自立と社会化支援、在宅介護支援、ソーシャルワーカー派遣、ST派遣。介護者支援、無料電話番号案内</p> <p>自宅以外でのサービス 相談、デイセンター、デイケア、地域作業所、緊急ナイトケア、休日ケア、ショートケア、移動ボランティア、病院付き添いサービス、レスパイトケア</p>	車椅子住宅の提供、移動支援住宅の提供、福祉ホーム、フレキシブル住宅の提供	<p>日常生活用具：排泄、入浴、調理等の機器。住宅改造も含む。</p> <p>医療機器：NHSなどの保健組織がコミュニティー保健サービスとして提供。歩行器、装具、義足、車椅子、人工呼吸器、体幹装具、義眼、環境制御装置、コミュニケーションエイド等</p>
受給要件	<p>地方政府による評価により必要と認められること。</p> <p>NHS以外のサービスは有料の場合もある。</p>	<p>地方政府による評価により必要と認められること。</p> <p>NHS以外のサービスは有料の場合もある。</p>	<p>地方政府による評価により必要と認められること。</p> <p>NHS以外のサービスは有料の場合もある。</p>

第3章 海外の障害認定制度 (2) 1. 英国の障害認定制度

表9 施設サービス

サービスの名称	地方政府による生活ホーム Residential homes	自立生活ホーム	ナーシングホーム	ホスピス
根拠	国家扶助法 1948 年等	国家扶助法 1948 年等	NHS 関係の組織により提供。	NHS 関係の組織により提供。
内容	所得制限及び所得に応じた費用負担がある。	民間組織により提供されている集団生活のための小規模住宅。所得制限及び所得に応じた費用負担あり。	NHS 関係施設のため無料。ただし介護手当の打ち切りなどあり。	NHS 関係施設のため無料。ただし介護手当の打ち切りなどあり。
受給要件				

## 2 ニュージーランドの障害認定制度

はじめに

ニュージーランドは、オイルショックに始まる世界経済の混乱の中で1970年代になって経済的・財政的にかつてない混乱に直面した。このためにニュージーランド政府は、市場経済化・規制緩和・経済効率化を目指した急進的な行財政改革を実施した。この改革は、社会保障に関する諸施策も例外ではなく、「揺り籠から墓場まで」保障されていたニュージーランドの高度な社会保障・福祉は後退を余儀なくされた。障害者福祉の分野でも「効率化」が求められ、民間企業が用いている効果的なサービス提供システムや評価システムが導入されて来ている。

また、ニュージーランドでは、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なっている。事故で受傷した場合は、事故補償保険(ACC: Accident Compensation Corporation)によって事故の補償がなされ、必要であればリハビリテーションが行われる。そして、病院に入院したり、グループホームなどに入所する必要がある場合は、その費用が保険から給付される。一方、この事故補償保険でカバーされない障害者に対する福祉サービスは、障害者福祉施策として地域保健機関(Regional Health Authorities)を窓口を実施されている。

このような状況の下で、ニュージーランドの障害者の障害認定評価は、どのように行われているのかを明らかにする。最初に、ニュージーランドにおいて障害者は法的にどのように定義されているのかを述べる。次に、障害評価認定がどのように実施されているのか。事故補償保険制度における障害評価認定、障害者福祉施策における障害評価認定を分けて明らかにする。さらに、障害者福祉施策の下で福祉サービスが提供されているが、別途評価認定基準が策定されている高齢障害者の障害評価認定方法について述べる。

### 2. 障害者の定義

1975年に制定された障害者地域福祉法(Disabled Person's Community Welfare Act)は、障害者とは、日常生活が著しく制限される身体的、知的、精神的障害を有する者であるとしている。この法律に基づいて、障害者支援サービスを提供している地域保健機関のガイドラインは、障害者支援サービスを受給できる障害者を次のように規定している。すなわち、その障害が最低6ヶ月間続き、また、支援が必要な程度に自立機能が低下する身体的障害、精神的障害、知的障害、感覚障害および高齢による障害をもつ者である。

事故によって障害を負った者は、1974年4月1日以降、事故補償保険法の給付対象となるかどうか判定を受けなければならなくなった。また、人工透析を受けている者のように医療専門家の管理が必要な状態であれば、自立のレベルは低下する。しかし、このように人工透析を受けている者は、医療的なニーズを持った者としてサービスが提供

されている。さらに、障害のニーズと医療のニーズの両方を持った者には、障害者支援サービスと医療サービスの両方が提供される。

障害者サービスに責任を持っている保健省は、障害者とは、永続し、また、支援が必要な程度に自立機能が低下する下記の障害が少なくとも一つあると評価された人々であるとしている。具体的には、次のような障害を持った人々である。

- ① 肢体不自由：四肢切断や四肢機能不全のような身体機能の低下
- ② 感覚障害：主に視覚や聴覚の感覚機能障害
- ③ 精神障害：思考、感情、意欲、行動の連続的、継続的混乱から生じる障害（たとえば、精神分裂病、重度の長期間にわたるうつ病、アルコールや薬物依存など）
- ④ 知的障害：通常出生時からの永続的な学習能力の障害であり、この結果同年齢の人が身につけている身体的社会的技能の発達が妨げられている
- ⑤ 高齢に伴う障害：高齢に伴って生じる身体的、知的、精神的な機能不全の状態である。これにはアルツハイマー、脳出血のように比較的若い年齢でなった者も含むが、多くは高齢期に見られる。

人権法(Human Right Act)は、次のように障害を定義している。

- ① 身体能力の障害、あるいは機能障害
- ② 身体の病気
- ③ 精神病
- ④ 知的または心理的能力の障害あるいは機能障害
- ⑤ その他の身体、または精神機能の喪失、あるいは異常
- ⑥ 盲導犬、車椅子あるいは福祉機器を用いる者
- ⑦ 病気による身体器官の機能不全

### 3. 障害評価認定の体系

ニュージーランドでは、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なっている。

事故で受傷した場合は、事故補償保険(ACC)によって事故の補償がなされ、必要であればリハビリテーションが行われる。そして、病院に入院したり、グループホームなどに入所する必要があるれば、その費用が保険から給付される。この事故補償保険制度の利点は、大人も子供も、仕事を持っている人も持っていない人も、ニュージーランドに居住する全ての人が利用できることである。

#### (1) 事故補償保険の障害評価認定

事故補償保険が保険給付の対象とする事故や損傷は、次に示す通りである。

- ① 事故（事故補償保険法に定める）
- ② 雇用労働に起因する進行性疾患、病気、伝染病（例えば、騒音性難聴、各種職業病）
- ③ 医療過誤（医療関係専門職のミスによる損傷）

④ 犯罪に起因する精神的ショックや神経障害（性的虐待のような）

事故補償保険の目的は、損傷をうけた人が可能な限り自立した生活ができるように支援することである。雇用されている人であれば、職場復帰を支援する。職場復帰が出来なければ、新たな職業技能の修得を援助する。また、収入がなくなった人に対しては財政的な支援を行う。

1994年3月からはケースマネジメントの手法が導入され、サービスが大幅に改善された。これは事故によって損傷を受けた人の医学的治療やリハビリテーション・ニーズに早期からの的確に対応するためのものである。このケースマネジメントによって、申請者のニーズが評価され、支援のレベルが決まり、進捗状況がモニターされることとなった。

事故補償保険法に規定する事故で損傷を受けた人は、次のような保険給付が受けられる。

- ① 週単位の賠償金
- ② 医学的治療
- ③ 民間病院での治療
- ④ 収入の補填
- ⑤ 移動サービス
- ⑥ 介護サービス
- ⑦ ホームヘルプサービス
- ⑧ 児童介護サービス
- ⑨ 車の改造と購入
- ⑩ 家の改築
- ⑪ 福祉機器
- ⑫ 児童介護ニーズに応じた事故補償金の給付
- ⑬ 教育の支援
- ⑭ 自立生活訓練

この事故補償保険を申請する人は、次の8つの評価を受けなければならない。

第一に、医師によるリハビリテーション評価である。この評価は、申請者のニーズを評価し、治療やリハビリテーションサービスについての計画を立てるためのもので、次の手順で行われる。

- ① リハビリテーション評価を受ける必要があると判断した場合、医師(GP)は、これを申請者に告げる。
- ② 医師(GP)は、申請者の損傷の状況やその予後について事故補償保険(ACC)のケースマネージャーと話合う。申請者がリハビリテーション評価を受ける必要があると医師(GP)とケースマネージャーが合意に達すれば、事故補償保険(ACC)のケースマネージャーは2日以内に関係書類を医師(GP)に送付する。
- ③ 医師(GP)は、書類を受け取ると3日以内に作成を完了しなければならない。この書

類には、診断書、ケース記録、関係情報などが含まれている。そして、医師(GP)は、この書類のコピーをリハビリテーション評価者と事故補償保険(ACC)のケースマネージャーに送付する。

- ④ リハビリテーション評価者は、申請者と連絡を取り、評価を実施する日程を決める。リハビリテーション評価者と申請者は、更に細かい情報が必要であれば医師(GP)やケースマネージャーに問い合わせる。
- ⑤ リハビリテーション評価者は、書類を受け取ってから10日以内にリハビリテーション評価報告書を作成し、コピーを医師(GP)とケースマネージャーに送付する。この報告書には、評価結果、および治療方針、リハビリテーション計画が含まれている。
- ⑥ ケースマネージャーは、医師(GP)と連絡を取り、このリハビリテーション計画をどのように実施すべきか協議する。もし、医師(GP)がこの報告書に同意しなければ、ケースマネージャーは、医師(GP)にさらに詳しい情報や臨床的なアドバイスを求める。そして、医師(GP)は、更に詳しい診断を行い、他の専門家や専門サービスを紹介しなければならない。
- ⑦ ケースマネージャーと申請者は、個別リハビリテーション計画を作成する。申請者は、この計画に署名捺印し、今後この計画に従う事に同意する。この個別リハビリテーション計画には、職場復帰の予定日やリハビリテーション過程における責任の所在も明記されている。

第二に、理学療法士によるリハビリテーション評価がある。この評価は、申請者の身体機能を評価し、リハビリテーション計画を作成するためのものである。予定していた機能回復が見られない場合には、ケースマネージャーは、他の理学療法士に再評価を依頼し、リハビリテーション計画を作成しなおす。

第三に、職場評価がある。この評価は、理学療法士や作業療法士が行うもので、職場での業務遂行上の課題を明らかにし、必要があれば改善を勧告するためである。

第四に、自立支援評価がある。この評価は、医師(GP)や作業療法士、保健婦が行うもので、申請者のニーズが評価され、サービス計画を作成するためのものである。

第五に、重度損傷の評価がある。この評価は、理学療法士、作業療法士、看護婦、言語聴覚士などのチームで行われる。申請者のニーズ、治療やリハビリテーション、必要なサービスなどが評価される。

第六に、労働能力の評価である。この評価は、申請者がリハビリテーションプログラムを終了し、週30時間働く事ができるようになった時点で、その働く能力を評価するものである。この評価は、医師、作業療法士、職業評価者などが行う。

この労働能力評価過程は、2つの部分から構成されている。まず一つは、職業評価で経験、教育、訓練など業務を遂行するのに必要な能力を中心に評価される。もう一つは、医学的評価で作業の持続力や遂行能力について医学的な側面から評価される。

第七に、二次的・三次的な後評価である。この評価は、手術を含む特別な治療について申請者のニーズを評価するものである。この評価は、主に専門の医師が行う。

第八に、自立手当での評価である。この評価は、申請者の機能障害のレベルを評価するもので、自立手当を給付するかどうかの判定のために行われる。

## (2) 障害者福祉制度の障害評価認定

事故補償保険でカバーされない障害者のサービスに責任を持っているのは、地域保健機関(Regional Health Authorities)である。この機関は直接サービスを提供しないが、ボランティア団体、民間企業、任意団体と契約を結んで、間接的にサービスを提供している。提供すべきサービスの基準は、この契約に示されている。

評価を受ける障害者は、権利と責任について十分な説明を受ける。具体的には、次の11項目が提示され、権利と責任について文書に基づいて説明される。

### ①あなたは、尊厳と尊敬をもって遇される権利がある。

あなたの文化、価値、信念のために差別を受ける事はない。ニーズ評価は、あなたか好む環境で行われ、あなたが選んだ人を含めることができる。あなたはいつも丁寧に扱われる。職員は礼儀正しく話し、十分に説明し、質問には丁寧に答える。そして、予約の時間を守る。もし、何らかの理由で遅れる場合には、予約日を変更するか、快適に待つかをあなたが選択できるようにする。

### ②障害についてのあなたの知識や経験は尊重される。

障害についてのあなたの知識や経験は、あなたが自分のニーズをよく理解している事を示している。あなたのニーズを十分に評価するためにあなたの知識や経験は尊重され、活用される。

### ③あなたの文化的個人的経歴、信念、価値は、あなたのニーズを評価する際に十分に考慮される。

すべての評価サービスは、マオリ、太平洋諸島の人々、他の文化民族の人々のニーズに合うように考慮されている。あなたはもっとも適した方法でニーズ評価を受けることができる。

具体的には、次のことを示している。

- ・ 評価者は、あなたの文化的ニーズを理解している。
- ・ 評価者は、あなたが好むニーズ評価過程について話し合う。
- ・ あなたが快適と思うような場所でニーズ評価は行われる。
- ・ 家族や友人などを含めて、ニーズ評価を受けることができる。
- ・ ニーズ評価を受ける際に、参加、または実施して欲しくない人を拒否することができる。

この評価サービスは、柔軟に提供されるようになっている。しかし、ときにはニーズ

に依じられない場合もある。例えば、町から遠く離れた所に住んでいる人の場合、その人の自宅でニーズ評価を行うことは現実的ではない。どのような方法で評価が可能なのかニーズ評価者と話し合う必要がある。

④ニーズ評価が行われる前に、ニーズ評価過程における権利と責任が説明される。

ニーズ評価者は、ニーズ評価過程におけるあなたの権利と責任を十分説明し、話し合わなければならない。また、ニーズ評価者は、ニーズ評価サービスに不満があった場合どのようなことができるのかをあなたに情報提供しなければならない。この情報は、あなたが理解できる方法で、ニーズ評価が行われる前に提供されなければならない。

⑤評価過程の全ての段階において十分に説明を受ける権利がある。

ニーズ評価者は、ニーズ評価に何が含まれているかを説明しなければならない。この説明には、どのようにおこなわれるのか、およそ何時間かかるのか、なにをしなければならないのか、選択の余地があるのかなどが含まれている。

ニーズ評価者は、ニーズ評価で何をしなければならないのか、評価の後どうなるのかを説明しなければならない。あなたは、質問する権利がある。たとえば、評価を受ける前に、そのニーズ評価者の資質や経験について知ることができる。あなたは、ニーズ評価者の評価を受けるのであり、ニーズ評価結果はあなたにとって重要な意味があるので、ニーズ評価者が何ものであり、信頼関係を築くことは重要である。ニーズ評価過程は、大変柔軟性があり、あなたは、ニーズ評価の最中でも、その後もニーズ評価者と話し合うことができる。

⑥あなたが理解できる様式で情報が与えられる権利がある。

情報はあなたが理解でき、使用できる様式で提供される。いくらかの様式(印刷物、大活字印刷物、テープ、ディスク)で用意されているので、これを持ち帰る事ができる。必要であれば、これらの情報について説明を受け、通訳者や翻訳者のサービスを受ける権利もある。

⑦あなたがニーズ評価を受ける場合、誰と一緒に居たいか、また、居たくないかも決める事ができる。

まず、評価を受ける間、あなたは家族、友人、介護者などの支援を受けることができる。これはあなたの権利であり、一緒にいて欲しい人誰にでも依頼することができる。しかしながら、これらの人々の旅費、宿泊費、食費などはあなたが負担しなければならない。また、たくさんの人に依頼した場合、十分大きな部屋が確保できないことやすべての人に一定の役割をお願いできないことがある。したがって、評価をはじめ

める前に、この件については評価者と話し合う必要がある。

次に、あなたや評価者の他にも、必要な知識や技能を持って言える人が、ニーズ評価過程の一部あるいは全部に関わることがある。両親、友達、専門家、学生などがさまざまな理由からあなたのニーズ評価過程の一部あるいは全部に関わることがある。このような人たちが加わることについてあらかじめ説明があるので、あなたが望まなければ、拒否する権利がある。もし、見知らぬ人がいた場合には、その人が誰であり、何のためにいるのかを聞く権利がある。そして、必要ない、あるいは望ましくないと思えば、その人の退席を評価者に求めることができる。また、今後このようなことが起きないように、評価者に求めることができる。

⑧ プライバシーや秘密は、常に尊重されなければならない。

あなたは誰が評価を行い、その情報を誰が見、聞きするのかを知ることができる。そのような情報には、ニーズ評価に直接かかわるものだけでなく、現在のニーズに直接関係のない過去の犯罪歴や人間関係も含まれている。したがって、このような情報は調べられ、記録されるものではない。なぜそのような情報をニーズ評価者が求めているのか分からなければ、あなたは説明を求めることができる。ニーズ評価に関わるあなたの情報は、あなたの許可なしにほかの人に開示されることはない。たとえば、あなたのニーズ評価記録がサービス計画作成に関係する専門家等に回される前に、あなたに許可が求められる。あなたは常に自分のニーズ評価記録を誰が見るのかを知ることができる。これらの情報は安全な場所に保管されるので、許可された一部の人がしか近づくことができない。

⑨ あなたは、ニーズ評価について全情報を知り、これらの情報がどのように使われるのかを知る権利がある。

あなたは、いつでも自分のニーズ評価記録の閲覧を求めることができるし、閲覧は認められる。これらの記録は、コンピューター画面に示されるが、出力印刷して、持ち帰ることもできる。あなたは、分からない情報について説明を求める権利がある。ニーズ評価が終わった後、評価結果のコピーが渡される。記載されている情報に誤りがあれば、訂正を求めることができる。もし、訂正が認められなければ、あなたは訂正を求める旨の要望書を提出し、下の⑩に示すような行動をとることができる。

⑩ あなたは、ニーズ評価を拒否したり、中止したりすることができる。

あなたは、ニーズ評価をやり終える義務はない。選択権はあなたにある。ニーズ評価者は、あなたの選択について話合うことになる。しかしながら、ニーズ評価を受けないと障害者支援サービスを受けることができなくなる。

⑩あなたは、評価サービスに関するいかなる問題にも異議を申し立て、それが適切に扱われる権利がある。

あなたは、自分が評価されていることを理解し、納得することが重要である。ニーズ評価者は、いつでも評価に関する質問に喜んで答える。必要があれば、ニーズ評価者といつでも連絡をとることができる。ニーズ評価サービスについて不服があれば、権利擁護サービスの活用を含めて、次に示すような一連の行動をとることができる。

ア、ニーズ評価者に話すこと

イ、サービスマネージャーに話すこと

ウ、評価サービスに関する公式の不服申し立て制度を活用すること

もし、満足いく回答が得られなければ、近くの地域保健機関(Regional Health Authorities)に連絡を取ることができる。あなたは良いサービスを受ける権利があり、このような行動をとったからといって罰則が科されるようなことはまったくない。

障害者のニーズ評価を行う評価者には、ガイドラインとして次の点が示されている。

第一に、ニーズ評価報告書は、被評価者のニーズの優先順位を明らかにするのに必要なすべての情報を含んでいなければならない。この情報は、障害者支援サービスを計画し、提供し、調整する助けとなる。この報告書は、ニーズ評価報告書の必要項目を含んでいなければならない。現在の報告書の様式がこれらの必要項目を含んでいればいいが、不十分であれば報告書の様式を変更する必要がある。

ニーズ評価報告書の必要項目は、一貫した情報が集められ、記録されるためのものである。この一貫した情報で、次のことが可能になる。

- ① この報告書はニュージーランドのどこでも利用できる。
- ② この報告書の質は、すべての人に等質である。
- ③ ニーズのすべての領域が含まれている
- ④ 一貫した情報は、地域保健機関がさまざまな計画を策定する際の基礎資料となる。

ニーズ評価報告書の必要項目は、ニーズ評価をより柔軟にし、障害者のニーズに合った評価サービスを行うことを可能にする。ただし、評価に直接関係する情報だけが調査され、記録されなければならない。

ニーズ評価報告書は、つぎの項目を含んでいなければならない。

- ① 名前、生年月日、年齢、性別、民族などのプロフィール
- ② 現在の生活状況
- ③ 現在の雇用、教育、訓練、レクリエーション、社会活動の状況
- ④ 家族、友人、隣人、団体、専門家など現在の支援ネットワークの状況
- ⑤ 関連する領域における被評価者の目標、ニーズの状況
- ⑥ 目標を達成し、ニーズを満たすための環境
- ⑦ これらのニーズを満たすことによって得られる利益
- ⑧ これらのニーズを満たすのに必要な時間（特に、緊急を要するニーズについて）

- ⑨ これらのニーズを満たす優先順位
- ⑩ もし、被評価者とその家族、介護者と優先順位が異なる場合、あるいは、その被評価者の優先順位が政府のサービス規定と合致していないと評価者が思った場合、報告書には次のことが記載される。

ア、被評価者の優先順位

イ、家族または介護者の優先順位

ウ、被評価者、介護者、家族、評価者との話し合いの結果作られた優先順位

エ、評価者の視点からの優先順位

いくらかの領域でニーズを明らかにしなかった場合やニーズについて話合うのを避けた場合、その意見は尊重され、ニーズ評価報告書に記載される。

ニーズ評価は、次の 12 の領域で行われる。

① 個人的ケアのニーズ

- ・ 食べ物の摂取：食べること、飲むこと
- ・ 衛生：入浴、トイレ
- ・ 衣服の着脱
- ・ 姿勢保持（イス、ベッドなどで）
- ・ 身体運動
- ・ 慰安
- ・ 服薬とモニター効果
- ・ 痛みの除去あるいは軽減

② 家事管理のニーズ

- ・ 育児
- ・ 家事
- ・ 調理
- ・ 庭の管理
- ・ 環境管理（カーテンの開閉、ライトやヒーターのオン・オフなど）
- ・ 家事管理（請求書の支払い、金銭管理、手紙の執筆）
- ・ 買い物
- ・ 医師、弁護士等への訪問

③ 職業・雇用ニーズ

④ 訓練・教育ニーズ

⑤ コミュニケーション・ニーズ

- ・ 対面による意思疎通
- ・ 遠隔地にいる人との意思疎通
- ・ 情報の記録

⑥ 移動のニーズ

- ・ 家庭において

- ・ 地域社会において

⑦リハビリテーション・ニーズ

次の領域で機能レベルや快適さを高める

- ・ 身体的領域
- ・ 認知的領域
- ・ 情緒的領域
- ・ 精神的領域
- ・ 社会的領域
- ・ 文化的領域

⑧ レクリエーション、社会的、個人的な発達のニーズ

⑨ 宿泊設備のニーズ

⑩ 所得のニーズ

⑪ 介護者支援のニーズ

- ・ レスパイト
- ・ 情報
- ・ 訓練
- ・ 個人的・実践的なサポート

⑫ ニーズが検討される環境

- ・ 自宅
- ・ 就業、教育、訓練の場所
- ・ 地域社会の施設
- ・ 立地条件
- ・ 予期される状況

(3) 高齢障害者の障害評価認定

65歳未満の障害者に対する福祉サービスは、ニーズ評価の結果を考慮し、家族構成、地域社会の状況などを総合的に勘案して障害者福祉施策に基づいて提供されている。一方、65歳以上の高齢障害者については、原則として、標準化されたニーズ評価が行われ、均質なサービス供給体制がとられている。ここでは全国的に標準化された高齢障害者の障害評価認定について述べる。

高齢障害者の障害評価認定は、日常生活動作(ADL)、感覚器官の機能とコミュニケーション、精神機能、身体機能、社会的な評価、介護者や家族の状況の6つの領域について行われる。

1) 日常生活動作(ADL)

① 身辺管理

	食事	衣服着脱	身づくろい	入浴	トイレ
援助無で可能					
福祉用具を用いれば可能					
最初援助が必要、その後は自立					
援助や見守りが必要					
介助者1人必要					
介助者2人必要					
コメント欄					

食事、衣服の着脱、身づくろい、入浴、トイレのそれぞれの動作を評価し、支援のレベルを示す。たとえば、身だしなみは援助なしでもできるが、入浴は介助者が一人必要であると記述する。また、福祉用具とは、さまざまな用具、衣服の着脱や入浴のための自助具をさしている。

食事の評価を行う場合、自助具の使用状況についても十分に評価する必要がある。

② 移動

	屋内	屋外
移動は自立		
杖、歩行補助具、車椅子で移動		
最初援助が必要、補助具を持つのに援助が必要		
介助者1人必要		
介助者2人必要		
コメント欄		

屋外に出ることができない人であれば、屋外の移動の評価をする必要はない。また、杖や歩行補助具、車椅子などを使用しない人は、この項目の評価は実施しない。

2) 感覚器官の機能とコミュニケーション

視覚		言語	聴覚
十分に読むことができる	日常生活の会話を理解できる	聴覚障害はない	
視力低下、しかし、大活字、テレビを見ること可能	日常会話の継続がしばしば困難	補聴器を用いると聞こえる	
視力大幅低下、常に援助が必要	自分を表現するのが困難	難聴である	
全盲、または、全盲に近い	評価不能	ろうである	
コメント欄			

①視覚

視力検査をいつ受けたか確認すること。その視力検査が3年以上前であれば、まず視力検査を行う必要がある。また、住環境や生活をよく知っている人が、視力低下がその人の行動ニーズのような影響を与えているか意見を述べる必要がある。(たとえば、視力の低下している高齢者は、自分の家では行動できるが、通りを歩いたり、買い物に行くことができない場合がある。)

②言語

ここでは言葉によるコミュニケーション(言葉の表現と理解)、書き言葉によるコミュニケーション、その他のコミュニケーション方法(点字、手話、コミュニケーション板)の評価を行う。もし、失語症や喉頭摘出があったり、発声補助具を用いている場合にはコメント欄に記載すること。もし、通訳者が必要であったり、通訳者の名前や電話番号を知らせるように求められた場合もコメント欄に記載すること。

③聴覚

聴力検査をいつ受けたか確認すること。その聴力検査が3年以上前であれば、まず聴力検査を行う必要がある。また、補聴器を装用していたかどうかコメント欄に記載しておくこと。

3) 精神機能

記憶		オリエンテーション	行動
顕著な記憶喪失はない	明確な困難なし	社会的基準に従って行動できる	
最近の出来事の中程度の記憶喪失	身近な所でも時々誤る	普通でない時もあるが、感情を害さない	
最近の出来事の重度の記憶喪失	身近な所でもしばしば誤る	時々他の人の感情を害し、不愉快にさせる	
最近と過去の出来事の重度の記憶喪失	身近な所でも完全に混乱する	しばしば他の人の感情を害し、不愉快にさせる	
妄想／幻覚		気分	徘徊
無	明るい、楽しい、平常	無	
軽度／時折	時々落ち込むがすぐ回復する	時々徘徊する	
中度／しばしば	数日／数週間落ち込む	常に徘徊する	
重度(現実との接触の完全な喪失)	いつも落ち込んでいる	評価不能(移動不能／まったく動かない)	
洞察力		不安	専門家による評価の必要性
良い	不安なし		
行動やその効果について若干の洞察力あり	中程度の不安(理解可能)		
行動についての洞察力はほとんどない	不安のために仕事が決まらせない		
洞察力の完全な喪失			
コメント欄			

ここでは専門家による詳細な精神保健評価の必要性を決めるためのものである。これは総合評価、あるいは、高齢者精神保健評価の一部として用いられる。記憶、妄想／幻覚、洞察力、オリエンテーション、気分、不安、行動、徘徊などの精神機能を評価する。記憶を評価する場合、周囲の人に尋ねて検証するとよい。記憶テストを受ける場合、注意を集中し、評価者に協力しようと高い得点を出す場合がある。

オリエンテーションを評価する場合、人、場所、時間について調べるとよい。

この他の精神機能や行動は、介護ニーズに重要な影響を与える。制限された精神能力で最大限自立した生活が営めるような支援体制を調べる必要がある。

4) 身体機能

排便のコントロール		排尿のコントロール	夜間のケア
	コントロールできる	コントロールできる	ほとんどニーズはない
	援助があればコントロールできる	援助があればコントロールできる	時折ニーズがある
	時折コントロールできない	時折コントロールできない	平均1回のニーズがある
	しばしばコントロールできない	しばしばコントロールできない	一回以上のニーズがある
服薬		他の身体的な問題  医学的な評価結果の添付	
	服薬していない		
	自己管理ができる		
	管理/援助が必要		
	服薬についてのコメント		

自発的コントロール能力は、排便排尿などの排泄機能をコントロールする能力や排便排尿の管理を援助する必要性を示している。(たとえば、オストミーケアの指導・監督、浣腸の管理、カテーテル挿入とカテーテルの管理、自発的コントロール能力を付けるためのトイレ訓練)

夜間ケアは、夜間の介護ニーズを指している。必要があればさらにコメントを書くこと。

服薬は、薬の処方箋があってもなくても、全ての服薬を安全に効果的に管理できるかどうかを評価するものである。服薬管理に必要な援助を評価する時には、その人の認識力や行動力、知識、自己管理を行う技能や能力を考慮に入れなければならない。

必要であれば、服用している薬のリストを作ること。

他の身体的問題は、その人が持っている一連の問題である。例えば、インスリンの管理、在宅酸素療法、包帯などである。必要があれば介護ニーズを記載すること

もし、医学的な検査が必要であると評価されたり、最近の医学的な検査結果が添付されていなかった場合、医学的な検査が求められ、検査結果のコピーが添付される。この場合は、医学的な検査結果が添付されていることを示すこと。

5) 社会的な評価

この部分は、介護ニーズに影響を与える家庭の状況、周囲の環境、社会的な活動状況を評価するものである。

①家庭の状況

住宅状況
支援サービスの現況(公式・非公式を含めて)

住宅状況についてコメントを書くこと。一人で住んで居るのか、家族等と一緒にすんで居るのかを明示する。また、適切な住宅であるかどうかコメントすること。アクセス、安全、暖房などの住宅状況がその人のニーズに合致しているかどうか十分に聴取すること。シャワーやトイレの介助ができるなど在宅支援サービスを提供できるような住宅状況であるかどうかコメントすること。

その人が現在利用している公式の支援サービス（在宅介護サービスのような）や非公式のサービス（支援ネットワークのような）を明らかにすること。また、その人が援助してくれる家族や友達の近くに住んでいるかどうか明らかにする。必要があれば、一人で住むことや家族と住むことについての考え方、入所施設に入居することについての考え方についてもコメントすること。

②家事の状況

	自立	若干の援助と見守り	誰かの援助が必要
食事の用意			
掃除洗濯			
庭の管理			
買い物			
金銭管理/身辺管理			
コメント			

その人が、次の家事をどの程度できるのかを明確に示すこと。

- ・ 食事の用意
- ・ 掃除洗濯
- ・ 庭の管理
- ・ 買い物
- ・ 金銭管理/身辺管理

必要があれば、さらにコメントすること。

③レクリエーション/私事

	人に会う	特別な外出	交通機関の利用
ニーズに合致			
時々合致しない			
全く合致しない			
その他			
コメント			

その人が、次の領域でどの程度ニーズが満たされているかどうかを示すこと。

- ・ 人に会うこと
- ・ 特別な外出をすること
- ・ 交通機関を利用すること

その人にとって重要なその他のレクリエーションや私事を明らかにすること。また、必要があればコメントを記載すること。

④精神的文化的ニーズ

--

必要があれば、その人の精神的文化的ニーズについてコメントすること。

⑤モチベーション

社交性のあるパーソナリティ	
自立しているようであるがやや不安	
モチベーションを高める必要がある	
モチベーションが全くない	
コメント	

その人のモチベーションのレベルを明らかにし、必要があればコメントを記載すること。

6) 介護者や家族の状況

介護者がいない	
悪い状況である	
経済的な困難がある	
良く克服されている	
十分な睡眠が取れていない	
十分な休息が取れていない	
孤立感がある	
一定の仕事に援助が必要	
全ての仕事に援助が必要	
コメント	

この部分は介護者や家族に関する項目である。ここでは介護者や家族のニーズについての情報を集める事が目的である。介護者や家族の発言が適切であるかどうかを明らかにし、必要があればコメントを書くこと。

7) 評価に参加する他の人

高齢者専門医師	
医師 (G P)	
作業療法士	
高齢者専門看護婦	
高齢者専門心理士	
ソーシャルワーカー	
施設の介護職員	
介護者	
在宅支援職員	
その他の人	

その他の人が評価に加わった場合は、これを示すこと。

4. まとめ

ニュージーランドで現在実施されている障害者の障害認定の特徴は、第一に、障害認定を行う機関や組織が統一されていないことである。事故などを原因とした障害であれば、事故補償保険が評価を行っている。これはあくまでも保険給付の対象者であるかどうか、対象者であれば、どのような保険を給付すべきかどうかを判断するために評価を行うものである。一方、病気などによって障害者となった人は、地域保健機関が福祉サービスの対象者とするかどうか評価をしている。さらに、病気などに起因する一般の障害と高齢に伴う障害は区別され、高齢に伴う障害のみが標準的な評価基準に従って評価されている。65歳未満の障害者については、就労就業の状況、家族構成などが総合的に勘案されて福祉サービスの内容が決定されているのである。

第二に、障害の評価認定を実際に行う人は、公的機関の専門家ではなく、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの民間の病院や組織で働く専門家である。このために評価項目、記載事項、評価書類の作成期日などが細かく規定され、全国共通の尺度で評価する試みがなされている。また、評価を行う専門家の義務についても厳しく規定されている。

第三に、評価を受ける障害者の権利や義務が文書で規定され、苦情や不平を受け付けるシステムが整備されていることである。評価に当たっては、障害者の尊厳が守られ、人生観価値観が十分に尊重されること、プライバシーが守られることなどが11項目にわたって文書で示されている。そして、これらの項目それぞれについて説明することが義務付けられている。

### 第3章 海外の障害認定制度 (2) ニュージーランドの障害認定制度

1970年代のオイルショック以降の経済困難のために、ニュージーランド政府は、障害者福祉の分野でも大胆に市場原理を導入し、民間企業が行っている評価・管理システムを積極的に採用してきた。障害者の障害認定についても、公的機関が専任の職員を置いて行うような体制をとらずに、民間の病院や施設で働く専門家が評価する体制を採用している。したがって、評価を受ける障害者が不利益をこうむる事がないように、障害者の権利を明確に示すとともに評価に伴う苦情を処理する体制を整備してきている。

また、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なることも障害者の権利義務関係と障害認定を複雑にしている点である。

ま と め

## まとめ

身体障害者福祉法を根拠とする等級分類と評価認定基準は、戦後の長い歴史の中で改定を重ね、内部障害の取り込み、エイズの取り込みを最後にほぼ完成した形の障害認定基準として各方面において準用されている。平成 11 年度報告にその経緯と哲学の詳細を報告したが、高齢化の進む障害者の間でも新たな問題として浮上してきたのが介護保険の問題であり、施設収容の問題である。基本的に介護を受けなければならない身体的状況に至ったとき介護保険の要支援・要介護の基準を満たした場合には介護保険が優先する建前になっている。しかしながら、すでに障害者として措置されている者が介護保険対象年齢に至った場合、あるいは個人負担の問題等での身体障害者福祉法の措置継続、あるいは介護保険優先の原則を排し、身体障害者福祉法の適用を希望する等、新たな問題も出来している。平成 11 年度報告書でも触れたことであるが、基本的に最も公平な診断・評価方法として Impairment の状態を評価する方法を採ってきたのが身体障害者福祉法の理念であった。しかし、中枢性疾患を基礎にした障害評価においては一部脳性まひ等には Disability の評価法が取り入れられた経緯もある。Disability の評価は ADL の評価に結びつき、ADL の評価は自立度の評価に結びつく。自立度の評価を裏側から見れば、取りも直さず介護度を評価することに他ならない。また、身体障害者福祉法の傘下にある若年の身体障害者、あるいはさらに進んで身体障害児、重症心身障害児を評価するにあたっては必ずしも Impairment の評価のみが正しいとは言い切れず、基本的哲学にこだわらずとも良いと考えられる。今年度の調査研究で得られた各国の考え方にはそれぞれの国の事情を含め、興味深いものがあるが、わが国の身体障害者福祉法に定められた基準は、きめの細かさ、多方面に活用できる基本的基準にもなり得る点等で世界に冠たる認定方法であり認定基準であると考えられる。

障害評価にあたって、高齢者は身体の不自由さという点において障害者とも合い通じる部分が多く、殊に「自立」を前面に出した介護認定での評価基準は、高齢者に極重度の障害がある場合には Disability 評価が適当と考えられる部分も大きく、検討する価値を認め、介護保険で用いられている基準の検討を行った。身障手帳 1 級の中の一部には介護認定にそのまま準用して差し支えない部分も存在するが、障害者の要支援・要介護のレベルは現在の基準のままでは不都合が生じる度合いが大きい。現に高齢者の自立度評価に際しても実情を反映しない評価が下されたり、利用者である高齢で障害を持つ者にとって意思に反する結果になったり、不都合が顕わになっている。再審査で初期判定の結果が覆る場合もあり、異なった不自由度、障害を同じ基準で評価するには現行の基準では不十分である。こうしたことから、新たに基準を設け、双方に好都合なものを考えることの必要性を当プロジェクトに参画する者全員が感じた。

10 年来検討課題にして温めてきた新障害評価判定基準を骨子にした汎用基準を再度精度の高いものにするべく、作業部会を結成し完成を急ぐことになった。単純な ADL から生活に密着した自立生活関連動作に完全に相関する基準作成に作り上げるにはか

## まとめ

なり細やかな動作上の重み付け作業が必要である。今年度はその素案を完成させることが出来た。

次年度はこの生活上の困難度に視点を合わせた評価方法の検証を行い、その結果を用いた Simulation を行う予定である。全障害に共通した障害認定の基礎を築くことを目標としたい。しかし、問題は残る。即ち、軽微な損傷による障害は障害として認め難くなるであろうし、眼鏡を装用して障害の程度を計測するのと同様に、義足その他の補装具を用いた上の困難の程度を評価することになると、デバイス類を用いて正常に近い生活の可能な者は、障害等級は下方修正され、非該当の者の数が増えることになり、既得権を侵されるとの理由で反対を唱えるものが続出するに相違ない。現在の法体系では障害等級に非該当の者は義肢装具の類を給付されないので、障害の有無のみを認定する手段として、身体障害者福祉法別表に準拠した従来の impairment で評価し、機能の損傷を評価する手段として新障害評価判定基準を重ねて用いるのが最も現実的な対処法になるのではなかろうかと考えられる。

一般に報道されるところ、介護保険の給付年齢の引き下げと同時に障害者に対する介護の取り込みをも検討の期待される向きもあり、介護保険認定基準見直しの時期には議論の再燃する気配も感じられる。一面、正しい動きであるとも判断されることから、障害判定、認定のあり方を検討する立場にある我々にとって、大きな命題でもある。今年度開発を完成させた ADL 社会生活自立度認定基準は、身障関連の評価と高齢者の生活障害程度の評価をあくまで分離独立させて障害者介護の必要度の認定を行う場合、また、高齢者介護保険との整合を図る場合にも適用させることが可能である。このことを検証する作業を次年度の最大テーマとしたい。

平成12年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
「身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究」報告書

発行者 木村哲彦（主任研究者：日本医科大学教授 医療管理学教室）  
〒113-8602 東京都文京区千駄木1-1-5

発行 平成13年3月31日