

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

障害認定の在り方に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江藤 文夫

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

障害認定の在り方に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江藤 文夫

障害認定の在り方に関する研究
平成22年度 総括・分担研究報告書

(目次)

I. 総括研究報告

障害認定の在り方に関する研究…………… 1
研究代表者：江藤文夫

II. 分担研究報告

1. 研究の目的と今後の展望……………8
研究分担者：岩谷力

2. 障害者手帳の利用状況等に関する調査研究……………18
研究代表者：江藤文夫
研究分担者：岩谷力
伊藤利之
和泉徹
飛松好子
依田泰
研究協力者：小田島明
工藤裕司

3. 障害統計のツール開発の国際動向
—国連ワシントン・グループの活動を中心に—……………66
研究代表者：江藤文夫

4. 英国の生活機会調査の概要……………75
研究分担者：寺島彰

5. 障害認定に関する制度面からの考察 ……………92
研究分担者：依田泰

研究体制

研究代表者

江藤文夫（国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長）

研究分担者

岩谷力（国立障害者リハビリテーションセンター総長）

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター顧問）

寺島彰（浦和大学こども学部教授）

和泉徹（北里大学医学部循環器内科教授）

飛松好子（国立障害者リハビリテーションセンター第一診療部長）

依田泰（国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長）

研究協力者

小田島明（国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局総合相談課長）

工藤裕司（国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局機能訓練課長）

※役職は平成 23 年 3 月末現在

I . 総括研究報告

障害認定の在り方に関する研究

研究代表者 江藤文夫(国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長)

研究要旨

本年度の研究においては障害認定を考えていく上での基本的な視座に関して検討を深めた。障害については、健康、機能、日常生活活動、社会活動と人間の全活動領域に関わりを持つものとして重層的に捉える必要がある。その上でこのような重層的な多種多様な問題に対応するための福祉サービスの対象範囲を考えるに当たっては、制度の公平、公正な運営の観点から、公平性や公正性を担保するための基準や論理の構築が求められる。このような基準や論理の構築に当たっては、インペアメントと日常生活活動制限や社会参加制約、各福祉サービスに係るニーズとの関連性、各福祉サービスの効果等が検証されるべきであり、そのための幅広い領域におけるデータの集積、分析を進めていく必要がある。

障害認定とそれを利用する各種制度との関係についても制度的な考察を行ったが、障害認定の役割については、将来的には、ひとつの姿として、これらの各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくことが考えられる。今後、上記のようなデータに基づく検証を通じて、医学に基盤を置く障害認定と各種制度との関係性も明らかにし、それに立脚した全体の制度の在り方を考えていく必要がある。

障害認定の在り方を考える上で必要なエビデンスの集積を図るため、本年度は、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局及び横浜市総合リハビリテーションセンターの利用者(計 173 名)を対象として、障害者手帳の利用状況等に関する調査を実施した。また、行政データに関しては、「身体障害児・者実態調査」のデータを活用して、障害種別と等級別に、日常生活動作の状況、外出の状況、就労等の状況、福祉サービスの利用状況に関して分析を行い、これらと肢体不自由における障害等級との関係性を明らかにした。

国際的な動向については、障害者数等の国際比較を可能にする障害統計のツールの開発がワシントン・グループを中心に進められており、こうした動向も視野に置きながら、わが国の社会経済の状況に適した障害認定の在り方を検証していく必要がある。

また、英国における「生活機会調査」についても考察を行った。本調査は、生活上の機会について障害をもつ者と障害のない者を比較している点が特徴の一つであり、我が国の障害認定の在り方を考えていく上で、本調査で試みているような障害による生活上の機会の差を等級と結びつけて考えていくことも有益なアプローチと考えられ、今後、本調査も注意深くフォローしていく必要がある。

研究分担者

岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター総長)
伊藤利之 (横浜市総合リハビリテーションセンター顧問)
寺島 彰 (浦和大学こども学部教授)
和泉 徹 (北里大学医学部循環器内科教授)
飛松好子 (国立障害者リハビリテーションセンター第一診療部長)
依田 泰 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長)

研究協力者

小田島明 (国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局総合相談課長)
工藤裕司 (国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局機能訓練課長)

A. 研究目的

身体障害者福祉法に基づいて障害等級認定を受け、手帳の交付を受けると、同法の枠内のサービス以外に所得税減免、鉄道運賃割引、医療費補助、手当など多岐にわたる障害者支援サービスの利用が可能となる。我々は厚労科学研究「身体障害者福祉法における今後の障害認定の在り方に関する研究」(平成 19 - 21 年、研究代表者、岩谷力)において、身体障害者福祉法における障害認定の目的と身障手帳所持者の手帳利用目的が乖離していることを明らかにした。

1990 年代から、障害は WHO、国連等で社会モデルまたは権利モデルでとらえられるようになった。また、障害者自立支援法の支援ニーズ判定には、障害程度区分が用いられており、これらの福祉サービス利用には、手帳の所持が条件ではあるが、利用サービスの判定は障害等級から独立して行われる制度となっている。支援サービスは、障害による生活機能制限、社会参加制約、経済的格差などに対する公的支援と位置づけられるが、その利用資格を機能障害の重症度を基準にして認定することには無理がある。今日において 60 年前に形成された障害認定制度は現状に適応でき難くなり、障害等級認定に関する不公平感に結びついている。

そこで、現在の身体障害者福祉法における障害等級を当事者の利用資格認定に用いることの妥当性を検証し、医学に基盤を置く障害認定の意義、必要性、あり方をエビデンスに基づき提言することが、本研究の目的である。

B. 研究方法

本年度は、「障害手帳の利用状況等に関する調査」として、どのような障害のある者が具体的にどのようなサービスをどれくらい利用しているか、また、日常生活や社会生活においてどのような支障があるか、どのような支援やサービスを必要としているか等について、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局及び横浜総合リハビリテーションセンターを利用する障害者を対象として質問紙法による調査を実施した。

また、行政データとして、平成 18 年度の「身体障害児・者実態調査」のデータを活

用して、障害種別と等級別に、日常生活動作の状況、外出の状況、就労等の状況、福祉サービスの利用状況、サービスのニーズの状況に関して整理、分析を行った。

さらに、現行の障害認定制度の問題点や障害モデルの発展の歴史をレビューするとともに、障害認定と福祉サービスの利用資格との関係性等に関して考察を行った。あわせて、障害認定の位置づけや障害認定を用いる各種制度との関係性等に関して、フランスの制度との比較も行いながら、文献調査をもとに、制度面からの考察を行った。

このほか、国際比較の視点から、障害認定に関連した障害統計のためのツール開発の国際動向について、文献調査並びに第10回ワシントン・グループ会議（2010年11月、ルクセンブルク）に出席し入手した最新の情報に基づき、国連ワシントン・グループの活動を中心に、概括し、考察を行った。

さらに、2010年12月に英国の国家統計事務所（Office of National Statistics: ONS）が公表した「生活機会調査（Life Opportunity Survey : LOS）」について、障害による社会参加の制約を中心に、文献調査をもとに、概要をまとめ、考察を行った。

C. 研究結果

1. 本年度は、障害者手帳の利用状況等に関する調査を行い、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局の利用者89名、横浜市総合リハビリテーションセンターの利用者84名の合計173名にご協力をいただき、調査票を回収した。調査票については、現在、集計、分析中である。

2. 平成18年度の「身体障害児・者実態調査」（調査時点は平成18年7月1日）のデータを活用して解析を行ったところであり、これらのデータだけでは単純に結論を導きだすことはできないものの、障害種別と等級別の日常生活動作の状況、外出の状況、就労の状況、福祉サービスの利用状況に関して、概ね以下の結果が得られた。

(1) 日常生活動作の状況については、肢体不自由の場合はすべての項目、視覚障害の場合は外出及び日常の買い物において、障害等級と日常生活動作との間に関係性が傾向として認められた。

(2) 就労の状況については、肢体不自由と視覚障害の場合において障害等級と就労の状況との間に、日常生活動作や外出の状況ほど明確ではないものの、関係性が傾向として認められた。

(3) 福祉サービスの利用状況については、ショートステイ、ホームヘルプ、デイサービス、補装具という限られたサービスメニューに関するものであるが、肢体不自由の場合のホームヘルプ、デイサービス、補装具について、障害等級との間に関係性が傾向として認められた。

3. 障害統計のツール開発の国際動向については、WHOによる「国際生活機能分類（ICF）」の刊行（2001年）、国連における「障害者の権利条約（CRPD）」の採択を機に、国際比較に耐え得る障害統計のツール開発のニーズが切実となり、その目的で国

連に設置された障害統計に関するワシントン・グループ（WG: Washington Group on Disability Statistics）が活動し、障害についての一般的な計測法としての短い質問セットを開発し、障害に伴う多数の概念に対応した複数の拡張質問セットを開発中である。こうしたワシントン・グループにおける作業や各国の報告を通じて、障害は医学的条件による障害だけではなく、活動や参加を含むドメインでの詳しい記述によって把握される必要があることや、障害者の頻度に関する調査結果は、調査方法だけでなく、調査目的、障害程度の閾値の設定、ドメインの設定や年齢階層により、調査結果の差が生じること等が明らかになった。

4. 英国の国会統計事務所において2010年12月に公表された「生活機会調査」の報告書は、2009年から2010年に実施された基本調査（第1期）の1年目の中間報告であり、教育・訓練、雇用、輸送、余暇活動・社会活動・文化活動などの生活上の機会に、障害者及び非障害者がどの程度参加できているかについて調査を行ったものである。

この調査結果によると、グレートブリテン(イングランド、スコットランド、ウェールズ)の成人（16歳以上、以下同じ。）の26パーセントがDDA(英国の障害差別禁止法1995)の定義による障害者であり、また、グレートブリテンの成人の29パーセントは機能障害をもっていることが明らかになっている。また、この調査は、社会モデルの考え方にもとづき、機能障害（impairment）のある人々が直面する、参加における障害（disability）を評価するように設計されており、障害が社会参加においてどの程度制約となっているかが統計的に明らかになっている。

D. 考察

1. 障害認定を考えていく上での基本的な視座

本年度は、障害認定とそれを利用する福祉サービスに関する各種制度の関係性等に関して考察を行い、障害認定の在り方を考えていく上での基本的な視座に関して検討を深めたところであり、これらを整理すると、概ね以下のような諸点に総括できるものと考えられる。

(1) 障害のとらえ方は、医学的所見を重視するものから出発し、心身活動、生活活動、社会参加、人権へと視界を広げ、重層的に発展してきており、障害福祉制度を考えていく上では、障害を、健康、機能、日常生活活動、社会活動と人間の全活動領域に関わりを持つ重層的なものとして捉えて対応していく必要がある。

(2) このような重層的で多次元の問題に対応するために福祉制度が整備されてきたが、福祉サービスの対象範囲を考えるに当たっては、資源の社会的・財政的な制約条件も踏まえ、制度の公平、公正な運営の観点から、多様なニーズへの優遇・支援に係る公平性や公正性を担保するための基準や論理の構築が求められる。

(3) このような基準や論理の構築に当たっては、インペアメントと日常生活活動制限や社会参加制約の関係性、各福祉サービスに係るニーズとの関係性、各福祉サービ

スの効果等を測定、評価する方法を明らかにし、これらを検証していく必要がある。

(4) 障害認定とこれを利用する各種制度との関係については、各制度における支援や優遇の対象範囲は本来それぞれの制度の趣旨、目的、性格等に応じて決められるべきものである。障害認定制度がこれらの異なるすべての制度に適合するような統一的な範囲を定めることに限界があるのであれば、各制度において独自の基準を設けるか、又は、審査コスト等も考慮して障害認定の限界も十分に認識の上で、必要な要件を加味するなどの制度運営上の工夫を行い、障害認定の結果を適切に活用していくことを考えていく必要がある。

(5) その上で、障害認定の将来的な役割については、ひとつの姿としては、各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくということが考えられる。

今後の障害認定の在り方を考えていくに当たっては、上記のように、医学に基盤を置く障害認定のベースとなるインペアメントと日常生活活動制限や社会参加制約、各福祉サービスに係るニーズとの関係性、各福祉サービスの効果に関してデータの集積を図り、これらの関係性や効果を実証、検証していく必要がある。こうした実証、検証作業を通じて、障害認定とこれを利用する各種福祉サービスに係る制度の関係性に係る論理を明らかにし、それに立脚した全体の制度の在り方と、それに即した認定基準の在り方を考えていく必要があると考えられる。

2. エビデンスの集積

本研究は、障害認定の在り方に関してエビデンスに基づき提言を行うことを目的としており、上記の基本的な視座においてもデータ集積の重要性を指摘しているところである。こうした観点から、本年度は障害者手帳の利用状況等に関する調査について設計を行い、国立障害者リハビリテーション自立支援局及び横浜市総合リハビリテーションセンターの利用者を対象として調査を実施したところである。今後、調査結果の第一次分析を行うとともに、他の全国のリハビリテーションセンターや、医療機関、障害者団体の協力を得て、調査対象者を拡大して実施していくことを目指していく必要があると考える。その上で、二次集計を行い、一次集計の結果とあわせて、現行の障害認定について検証を行うとともに、今後の在り方を考えていく上での基礎資料として活用していく必要があると考える。

また、国においては、障害者自立支援法廃止後の制度の谷間を生まない「障害者総合福祉法」(仮称)の実施等の基礎資料とするため、在宅障害児・者(これまでの法制度では支援の対象とならない者を含む。)の生活実態とニーズを把握する「全国在宅障害児・者実態調査」(仮称)の実施が検討されている。この調査をよりよりするものにするための準備のため平成22年度には厚生労働省の調査研究補助事業として「生活のしづらさに関する調査」(全国在宅障害児・者実態調査試行調査)が実施されたところである。本研究における調査においても、厚生労働省の調査との関係も考慮し、日常

生活での支障に関する質問項目は全国在宅障害児・者実態調査試行調査の質問項目と整合性を図ったところであり、厚生労働省の調査の結果も本研究の基礎資料として有効に活用していく必要があると考える。

さらに、平成 18 年度の「身体障害児者実態調査」（調査時点は平成 18 年 7 月 1 日）のデータを活用して、障害種別と等級別に、日常生活動作の状況、外出の状況、就労等の状況、福祉サービスの利用状況に関して整理、分析を行ったところであり、障害種別と等級別の様相に関して一定の状況が明らかになったものと考えられ、今後、このような統計データの二次分析も進めていくべき課題であると考えられる。

あわせて、障害者自立支援給付等の市町村が実施するサービスの利用状況については、市町村が行政データを有していることから、これを収集し、有効に活用していくことも重要であると考えられる。こうした観点から、本年度は、いくつかの地方公共団体からデータの提供に関するご協力をいただいたところであり、これらのデータの分析（現在解析中）を進め、基礎資料として有効に活用していくとともに、こうした分析作業を通じて、今後の地方公共団体の行政データの収集・活用のための枠組みをつくっていくことも重要であると考えられる。

さらに、上記のようなデータの集積、解析のためのシステムとして、例えば、行政データの集積、解析の中核として、省庁の枠を超えた総合的なデータベースの構築に関しても、今後、さらに具体的な検討を進めていく必要があると考えられる。

3. 国際動向に対する注視

上記のような障害認定の在り方を考えていく上で必要となる基本的な視座を深め、データを集積していく上でも、国際的な動向に関しても十分留意して研究を進めていく必要がある。

こうした観点から、本年度は、英国において現在進行中の「生活機会調査」について概括し、考察を行ったところである。今回の報告書では本調査の中の機能障害にかかわるところに焦点を当てているが、本調査の特徴の一つとしては、生活上の機会について障害をもつ者と障害のない者を比較している点があげられる。我々の研究は、適切な障害認定方法を検討しているわけであり、こうした観点から、本調査で試みているような障害による生活上の機会の差を等級と結びつけて考えていくことも有益なアプローチであると考えられ、本調査も引き続き注意深くフォローしていく必要があると考える。

また、本年度は、障害統計のツール開発の国際動向についてもワシントン・グループの活動を中心に考察を行ったところである。わが国における障害者数に関する統計は、身体障害者手帳所持者および手帳は未所持であるが身体障害者福祉法別表に掲げる障害を有する者を対象とした「身体障害児・者実態調査」に代表されるが、障害者数などの国際比較を可能にするツールの開発のため、国連機関を中心に障害の定義をはじめ様々な課題が議論されてきた。しかし、上述のような問題もあり、各国で実施された国勢調査や障害関連調査のデータを単純に比較することはできないことから、

国際的に比較可能な障害統計のツール開発は重要であり、こうした国際動向も視野に置きながら、わが国の社会経済の状況に適した障害認定の在り方を検証していく必要があると考える。

E. 結論

障害認定の在り方に関する検討に当たっては、障害者手帳の利用状況等に関する調査をさらに実施し、分析を進めていくとともに、国・地方を通じた行政データの収集・分析を進めていくことによって、さらにエビデンスを集積していく必要がある。これによって、インペアメントと日常生活活動制限や社会参加制約、福祉サービスに係るニーズとの関係性、福祉サービスの効果等に関して実証、検証を進め、医学を基盤とする障害認定制度とそれを利用する各種制度を含む福祉制度を通じた論理やそれに即応した基準を明らかにしていく必要がある。その上で、医学を基盤とする障害認定については、各制度の共通の基盤となるプラットフォーム的な位置づけも含め、その役割や制度的な位置づけを考えていく必要がある。

また、これらのデータの集積・分析を行うために必要な社会システムやデータベースの在り方に関してさらに具体的な検討を進めていく必要がある。

さらに、これらの検討に当たっては、ワシントン・グループにおける障害統計に関するツールの開発やイギリスの生活機会調査をはじめ、国際的な動向にも十分に留意して研究を進めていく必要がある。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

論文発表 江藤文夫：リハビリテーション医学における障害の概念、*Medical Practice* 2010; 27(10): 1624-1628.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)
分担研究報告書

研究の目的と今後の研究の展望

研究分担者 岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター総長)

研究要旨

今日、医学の進歩、医療制度の整備により、障害の基本的属性である **impairment** が多様化、重症化、重複化し、人権擁護から障害のとらえ方が医学モデルから社会モデルへの変化が求められ、社会の発展により生活様式が変化し、障害者福祉制度の見直しが迫られている。

障害は、健康、機能、日常生活活動、社会活動と人間の活動全領域に関わりを持ち、障害者の社会への参加、参画に向けた施策の一層の推進を図る障害者福祉制度の見直しには、障害を医学、心理、社会的な視点から重層的に捉えて対応することが必要である。

障害者自立支援法による福祉サービスについては、インペアメントとの関連性が認められるものが多いが、自立支援法以外の法・制度に依拠する福祉サービスの種類によっては、障害等級との関連づけが難しいものがある。

こうした中で、福祉サービスの対象範囲を考えるに当たっては、資源の社会的・財政的な制約条件も踏まえ、公平、公正な運営の観点から、多様なニーズへの優遇・支援に係る公平性や公正性を担保するための基準や論理の構築が求められる。このような基準や論理の構築に当たっては、インペアメントと日常生活活動制限や社会参加制約との関係性、各福祉サービスに係るニーズとの関係性、福祉サービスの効果等を測定、評価する方法を明らかにし、これらを検証していく必要がある。

そのためには、医学、社会学、心理学、教育学、社会福祉学などの領域での実証的研究と行政データ集積と解析が必要であり、行政データの集積、解析の中核として、省庁の枠を超越した総合的なデータベースが必要と考える。

1. 研究の目的

現行の身体障害者福祉法の障害等級認定基準により当事者の支援サービスニーズ判定に用いることの妥当性を検証し、医学に基盤を置く障害認定の意義、必要性、あり方をエビデンスに基づき提言することである。

2. 研究の背景と必要性

障害者認定や福祉サービス利用制度の運用において、障害種別の間、個々の障害者間で不公平感が大きく、何れの範疇にも属さない障害者が障害の谷間に埋没しているなどの実態が明らかにされ、制度改革が求められている。

身体障害者福祉法に基づいて、障害等級認定をうけ、手帳の交付を受けると、身体障害者福祉法の枠内のサービス以外に所得税減免、鉄道運賃割引、医療費補助、手当など多岐にわたる障害福祉サービスの利用申請ができる。我々は厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究費業「身体障害者福祉法における今後の障害認定のあり方に関する研究」において、身体障害者福祉法における障害認定の目的と身障手帳所持者の手帳利用の目的とは乖離していることを明らかにした（1）。

障害者自立支援法における支援ニーズ判定には、障害程度区分が用いられており、これらの福祉サービス利用には、手帳の所持が条件ではあるが、利用サービスの判定は障害等級から独立して行われる制度となっている。

福祉サービスは、障害による生活機能制限、社会参加制約、経済的格差などに対する公的支援と位置づけられる。その利用資格は機能障害（impairment）重症度を基準にした障害者手帳の所持を認定条件されているが、impairment に基づく基準で社会参加制約の程度を評価することには無理がある。60年前に作られた impairment 評価を基盤とする障害認定制度は、時代とともに修正、変更が加えられてきたが、様々な点で実情にそぐわなくなっており、障害者支援制度はもとより障害等級認定基準についても不公平感が生じている。

1990年代から、WHO、国連は障害を社会モデル（権利モデル）によりとらえる姿勢を強めている。2006年に国連総会で障害者権利条約が採択され、我が国においても、2010年に障がい制度改革推進会議が設置され、社会モデルによる障害の定義、範囲の見直しを含む障害者制度改革が議論されている。

本研究は現行の障害認定制度の問題点を明らかにし、制度改革への提言を行うことである。

3. 現行の障害認定制度の問題点

現行の身体障害者福祉法は、傷痍軍人や戦災により障害を有するにいたった視覚障害、聴覚障害、肢体不自由者の援護の対策の必要性から整備され、時代

の要請により脳性運動障害、内部障害、HIV 感染、肝炎などによる永続的な障害が認定対象となる障害種別が追加され現在に至っている。

昭和 24 年より医学的な診断書に基づき障害等級認定が行われ、身体障害者手帳が交付され、多くの制度で、障害者手帳は障害者福祉サービス利用資格認定に利用されてきた。

身体障害者福祉法成立後、60 年余の間に医学の進歩による新たな疾病概念の確立、治療法の開発・進歩とともに、あらたな障害、状態像が認識され、障害として認定され、障害の範囲が拡大するとともに、障害種別によっては **impairment** が軽減化する一方で、より重度の障害、または障害を重複して持つ者も増えた。これらの医学・医療の発展に加え、社会の発展により、生活上の不自由は軽くなる障害者が増えるとともに、従来障害種別群の谷間に何れの範疇にも属さない障害が認識され、従来制度では取り扱えない支援ニーズをもつ者もあらわれてきた。

時代とともに障害者支援の理念は進化・発展し、制度に反映されて障害の範囲は拡大、支援制度の充実が図られ、障害者に対する福祉サービスは質的にも量的にも発展してきたが、医学の進歩、社会の変化に対応しきれず、多くの障害種別内、障害種別間で現行の障害者認定や支援に関して不公平感が強くなっている。

この不公平感は、今日の障害者福祉制度が、我が国の社会保障の「個人の力のみでは対処できない生活の安定を脅かすリスクに関わる国民の基礎的・基盤的需要に対応することにより社会・経済の安定に寄与する」セーフティネットの役割を十分に果たしていないことのあらわれと考えられる。

疾病、障害は代表的な「個人の力のみでは対処できない生活の安定を脅かすリスク」である。「個人の力」は「個人の責任」の範囲に、「生活」は「普通の人間の生活活動」の範囲に関連する。障害者の生活の安定を脅かすリスクに対するセーフティネットとしての福祉制度の基盤となる障害者認定の仕組みの構築という観点から課題解決が求められる。

今日、医学の進歩、医療制度の整備により、障害の基本的属性である **impairment** が多様化、重症化、重複化し、人権擁護から障害のとらえ方が医学モデルから社会モデルへの変化が求められ、社会の発展により生活様式が変化し、障害者福祉制度の見直しが迫られている。さらに高齢社会における財政制約があり、社会の納得の得られる仕組みを構築するためには、障害のとらえ方、範囲、生活の領域、生活ニーズなどに関する学術知識の基盤を固めることが必要である。

4. 障害モデルの発展：障害のとらえ方の重層化

障害のとらえ方、範囲は、過去 50 年の間に医学的所見を重視するものから出発し、心身活動、生活活動、社会参加、人権へと視界を広げ重層的に発展してきた。

1960年代にはNagiにより「活動的病理—機能障害—機能的制限—障害」のモデルが提唱され (2)、1970年代のWoodのモデルを経て1980年のWHOのICIDH(International Classification of Impairment, Disability and Handicap)モデルに発展した (3)。これにより、障害を捉える視野は医学から社会的まで拡大されたが、障害への対応は医療的介入による個人の能力向上が優先された (4)。

1981年の国連障害者年を期に、障害当事者は障害を社会的な視点からとらえる考え方に立ち、障害者の経験する不自由、社会参加への制約は社会的障壁を取り除くことにより解決されるべきと強く主張するようになった。

1991年代にはアメリカ合衆国医学研究所 (Institute of Medicine :IOM) によるIOMモデルが提唱された。このモデルは「病理—機能障害—機能的制限—障害」の障害過程 (disablement process) に影響する危険因子として生物学的要因、環境、生活様式と行動の3因子を想定し、障害を個人と環境の相互作用によるものととらえている (5)。

1990年には、米国における障害のあるアメリカ人法 (ADA : Americans with Disabilities Act) , 1994年の我が国における障害者基本法改正、1995年の英国における障害差別禁止法 (DDA : Disability Discrimination Act) 成立などを通して障害者の社会活動への参加が人権として認められ、差別禁止が法的に定められた。

2001年にICIDHは、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)に改訂された。これにより障害を「疾患の帰結」とみる考えから、障害を「健康の構成要素」として生物心理社会的 (Biopsychosocial Approach) に捉える考えに転換が図られた (6)。

2002年12月に、内閣は平成15(2003)年度から24(2012)年度までの10年間に講ずべき障害者施策の基本的方向について、21世紀に我が国が目指すべき社会は、「リハビリテーション」及び「ノーマライゼーション」の理念に立脚し、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会の構築を掲げ、障害者基本計画を定めた(7)。

2004年に、ILO、UNESCO、WHOはCBR (Community based Rehabilitation) に関するJoint Position Paperを発表し、CBRを一般社会に障害者のリハビリテーション、機会均等、社会包摂 (social inclusion) を進めるための戦略と規定し、CBRプログラムを推進する領域として健康、教育、生

計、社会・文化、権利強化(empowerment)を挙げている(8)。

2006年の国連総会で採択された障害者権利条約では、人権擁護の立場から、障害を永続的な機能障害(impairment)と社会の様々な障壁との関係により生じると定義している(9)。

障害は、健康、機能、日常生活活動、社会活動と人間の活動全領域に関わりをもつ。その捉え方・定義は、医学モデル、社会モデル、生物・心理・社会モデル、権利モデルなど立場、視点により異なる。

障害の多次元性、支援が必要となる領域、法・制度、環境整備などの間には、図(後掲「障害者福祉の構造」)のような関係性が考えられる。障害者の社会への参加、参画に向けた施策の一層の推進を図る障害者福祉制度の見直しには、障害を医学、心理、社会的な視点から重層的に捉えて対応することが必要と考える。

5. 障害者福祉制度における障害等級認定と福祉サービスの利用資格と範囲

障害者が経験する多次元にわたる多種多様な問題に対応するために福祉制度が整備されてきた。障害者に対する支援は医療・保健分野を起点に、教育、就労・雇用、生計、社会・文化へと拡大・発展してきたが、多くの制度で障害者支援の利用資格の認定に身体障害者手帳所持が条件とされ、認定障害等級により支援内容が決定されてきた。

障害者福祉制度の主要な部分を占める障害者に対する公的支援制度の運用上、利用資格、支援サービスの種類と量、利用期間などについて、公平性、適切性の議論が重ねられてきた。

これらの福祉サービスには障害者自立支援法のもとにあるものの他に、税制上の優遇措置、雇用、生活保護障害者加算、公営住宅への優先入居、運賃や公共施設利用料の減免など自立支援法以外の法・制度によるものがある(表1)。

我が国の障害者福祉制度においては、福祉サービスの多くが利用資格を障害者手帳の所持により認定し、福祉サービスの中には障害等級により決定されるものもある。

これらの福祉サービスは障害等級との関連性が明らかなものが多いが、障害等級との関連づけが難しいものもあり、障害者間で、あるいは一般社会から不公平感を呼び起こす要因となっている。

平成18年(2006)の障害者自立支援法の施行により、身体障害、知的障害、精神障害にかかわらず、共通の福祉サービスが共通の制度により提供されることとなり、障害者自立支援法に基づいて支給されるサービスは障害等級ではなく、障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定して提供されることとなった。

このことにより、障害者自立支援法の枠組みでは「障害者の範囲」のほか「支援サービスの内容に応じた利用資格」が想定されることとなった。

機能障害を持ち、日常生活上の不自由、社会活動での制約を経験している人々で障害者手帳を所持できない人々のなかには、福祉サービスに対するニーズを有する者もいることから障害の定義と範囲の見直しが求められている。

社会モデルにより障害の定義が見直され、障害者として認定される人が増えるであろうが、福祉サービスの資源量は社会的条件ことに財政的条件による制約もある。

どのような種類の障害、どの程度の障害を福祉サービスの対象に含めるか、障害者のニーズをどのように評価し、どこまで支援の対象とするかは、福祉サービス資源量の公平、公正な配分の問題としての議論が必要となると考えられる。

障害種別によりインペアメントならびに自立や社会参加制約の種類と程度は多様であり、ニーズの状況も多様で、その必要性も個人により異なる。

このような多様なニーズへの優遇・支援に係わる公平性、公正性を担保する基準、論理の構築が求められている。

6. 障害等級認定目的と福祉サービス利用資格認定の関係性

身体障害者福祉法（身障法）の目的は「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、もって身体障害者の福祉の増進を図ること」であり、障害者手帳の交付は、福祉サービスに係わる利用資格として機能している。障害者自立支援法による福祉サービスについては、インペアメントとの関連性が認められるものが多いが、自立支援法以外の法・制度に依拠する福祉サービスの種類によっては、インペアメントとの関連づけが難しいものがある。

障害認定制度は社会モデルの誕生以前からの制度であり、機能障害の診断を基とし、それと密接に関係する生活障害の確認が加味されている。

時代とともに、医学の進歩により多くの障害種別でインペアメントは軽症化、生活上の不自由・困難さは改善した一方で新たな障害種別が認識され、また重度障害、重複障害をもつ障害者が増加した。更に、高齢化社会は障害者としての認定範囲に難しい問題を提起している。

障害の定義と範囲、福祉サービスの対象範囲を決定する際には、インペアメントと日常生活活動制限や社会的参加制約、それぞれの福祉サービスに係わるニーズとの関係性、インペアメントの重症度、日常生活活動制限の程度、参加制約の程度、ニーズの必要度を測定・評価する方法ならびにニーズに対する福祉サービスの有効性を明確にすることが必要であろう。

公平な制度の構築と運用にはインペアメントの存在を医学的に証明すること

が適切と考えるが、その前提として、上記のようなインペアメントと自立や社会参加制約、ニーズとの関係性に関する論理やその検証が必要と考える。

インペアメントの診断は支援サービスの内容まで規定するものではないが、個人が持つインペアメントと支援を必要とする日常生活活動制限、社会参加制約との関係性が論理的に説明され、ニーズに対する福祉サービスの利用効果が検証されるべきである。

さらに、支援の公平性を担保するためには、社会的障壁と社会参加制約の種類を定義し、障害種別間での障害重症度、社会参加制約の重み付けを行うことが必要であろう。

障害者福祉制度を中長期的によりよい制度としていくためには、少なくとも以下のことの検討が必要であろう。

- (1) 障害の定義と範囲
- (2) インペアメントの定義と範囲
- (3) 社会的障壁の定義と範囲
- (4) 社会参加制約の定義と範囲
- (5) インペアメントと社会参加制約との関連性
- (6) 社会参加制約軽減手法と効果の検証
- (7) 社会参加のためのニーズと支援手法の有効性の検証
- (8) 支援サービスの対象範囲の妥当性の検証
- (9) 支援サービス提供体制の整備
- (10) 支援サービス提供成果の検証

これらのことを明らかにするためには、医学、社会学、心理学、教育学、社会福祉学などの領域での実証的研究と行政データ集積と解析が必要である。

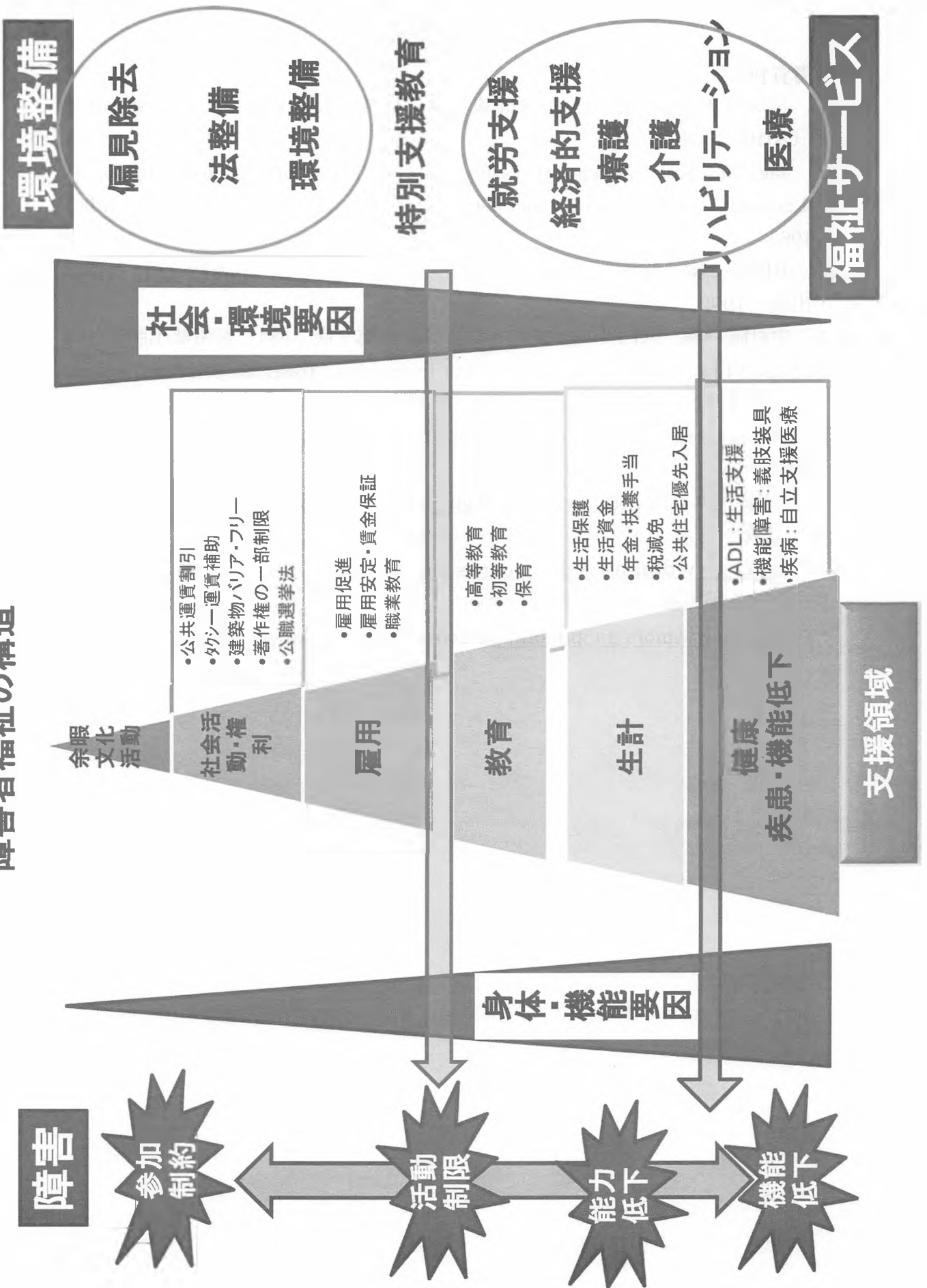
さらに、障害を対象として各学問領域での研究を統合した総合的(transdisciplinary 通学的)な議論を必要とする。

そのためには、行政データの集積、解析の中核としては省庁の枠を超越した総合的なデータベースが必要と考える。

表 1 : 身体障害者手帳が利用条件である福祉制度の例

制度	実施主体	対象
身体障害者自立支援事業	市町村	重度身体障害者
市町村障害者生活支援事業	市町村	在宅障害者
特別障害者手当	国	身体障害者手帳 2 級程度の障害を重複
障害児福祉手当	国	障害者手帳 1 級と 2 級の一部
特別児童扶養手当	国	身体障害者手帳 1～4 級
重度心身障害児・者の医療費助成	都道府県	身体障害者手帳 1, 2 級、(3, 4 級の一部)
自立支援医療	市町村	自立のための医療が必要な身体障害者
補装具の給付	市町村	
所得税住民税の軽減	国	身体障害者手帳 1～6 級
住民税の軽減	自治体	身体障害者手帳 1～6 級
相続税	国	身体障害者手帳 1～6 級
贈与税	国	身体障害者手帳 1, 2 級
固定資産税	自治体	バリアフリー改修工事を行った翌年
マル優制度	国	身体障害者手帳交付を受けている者
自動車税・自動車取得税の減免	国	障害種別により異なる
重度障害者医療助成	県市町村	身体障害者手帳 1, 2 級、3 級の一部
重度心身障害福祉手当	所沢市	身体障害者手帳 1, 2 級
心身障害児福祉手当	国	身体障害者手帳 1, 2 級
交通機関運賃の割引	民間	第 1 種身体障害者、12 歳未満の第 2 種身体障害者
有料道路の通行料金の割引	民間	第 1 種身体障害者とその介護者、第 2 種身体障害者
国内航空運賃の割引	民間	第 1 種身体障害者、12 歳未満の第 2 種身体障害者
タクシー使用料の補助	市町村	身体障害者手帳 1, 2, 3 級
NHK 受信料の減免	民間	身体障害者手帳 1, 2 級
心身障害者扶養共済制度	自治体	身体障害者手帳 1～3 級
NTT 番号案内	民間	視覚障害者、肢体不自由者 1, 2 級
官製はがきの無料配布	民間	身体障害者手帳 1, 2 級
住宅改造への補助	市町村	下肢、体幹障害 1, 2 級
公営住宅入居優先	自治体	身障手帳 1～4 級、抽選で優遇

障害者福祉の構造



参考資料

1. 平成21年度総括・分担研究報告書 研究代表者岩谷 力 平成22年(2010)3月
2. Nagi SZ; Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In M Sussman (ed): Sociology and Rehabilitation. Am Soc Ass, Washington DC, 1965
3. 中村隆一編 入門リハビリテーション医学概論第3版 pp212-220, 医歯薬出版 1999を参照
4. 中村隆一編 入門リハビリテーション概論第7版 p34 医歯薬出版 2009
5. Pope AM Tarlow AR (eds): Disability in America. Towards a National Agenda for Prevention. National Academy Press, Washington DC, 1991.
6. WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health. 2001
7. 障害者基本計画 <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonkeikaku.html>
8. CBR ジョイントポジションペーパー2004
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/intl/cbr/cbr_j.html
9. 仮訳文障害者の権利に関する条約
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/pdfs/shomei_32.pdf

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

障害者手帳の利用状況等に関する調査研究

研究代表者：江藤文夫（国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長）
研究分担者：岩谷力（国立障害者リハビリテーションセンター総長）
伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター顧問）
和泉徹（北里大学医学部循環器内科教授）
飛松好子（国立障害者リハビリテーションセンター第一診療部長）
依田泰（国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長）
研究協力者：小田島明 国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局総合相談課長
工藤裕司 国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局機能訓練課長

研究要旨

障害認定とそれを障害当事者の利用資格認定に用いることの妥当性に関して検証をしていくためには、現在の障害認定制度において障害認定を受けた者の日常生活や社会生活における状態像を把握するとともに、これらの者が具体的に障害者手帳を用いてどのようなサービスや支援をどのくらい利用しており、さらにどのようなニーズを有しているかを把握するなど、データを集積の上、実証的に分析を行っていく必要がある。

このため、障害認定の状況、日常生活や社会生活における能力や活動の状況、サービスの利用状況やニーズの状況等を総合的に把握することができるよう、調査票を設計し、本年度は、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局及び横浜市総合リハビリテーションセンターを利用する障害者(計 173 名)を対象として、障害者手帳の利用状況等に関する調査を実施した。また、行政データに関しては、「身体障害児・者実態調査」（調査時点は平成 18 年 7 月 1 日）のデータを活用して、障害種別と等級別に、日常生活動作の状況、外出の状況、就労等の状況、福祉サービスの利用状況に関して分析を行い、これらと肢体不自由における障害等級の関係性を明らかにした。

今後の課題としては、国の統計データの二次分析も進めていくとともに、障害者自立支援給付等の実施主体である地方公共団体の行政データの収集・活用ための枠組みをつくっていくことも重要である。

1. 研究目的

「障害認定の在り方に関する研究」においては、障害認定とそれを障害当事者の利用資格認定に用いることの妥当性に関して検証し、医学を基盤におく障害認定の意義、必要性をエビデンスに基づき提言することを目的としている。

障害認定とそれを障害当事者の利用資格認定に用いることの妥当性に関して検証をしていくためには、現在の障害認定制度において障害認定を受けた者の日常生活や社会生活における状態像を把握するとともに、これらの者が具体的に障害者手帳を用いてどのようなサービスや支援をどのくらい利用しており、さらにどのようなニーズを有しているかを把握するなど、データを集積の上、実証的に分析を行っていく必要がある。

本研究の先行研究となる平成21年度の「身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究」においては、「福祉サービスの利用に関する調査」として、身体障害者手帳がどのような制度を利用するために用いられているかに関して調査が行われている。本調査は、国立障害者リハビリテーションセンターの利用者（44名）、障害者団体（東京腎臓病協議会（100名）、全国心臓病のこどもを守る会（100名）、埼玉県聴覚障害者協会（100名））の会員に対して、各種制度を知っているかどうか、利用したことがあるか等に関してアンケートを行ったものであり、この調査によって、障害者手帳取得者の各種制度の利用状況が明らかになり、鉄道運賃の割引や公共施設の割引等の利用が高い等の結果が得られた。また、同研究においては、障害者手帳の利用による便益についても推計を行っているが、上記の調査結果は便益の推計に用いるにはデータとして必ずしも十分でないため、便益の推計は、全国統計や地方自治体のデータ等を用いて、一定の仮定のもとに行われたところである。

上記の平成21年度の調査においては、障害者手帳を用いて利用するサービスの状況は明らかになったが、障害認定を受けた者の日常生活や社会生活の状態像との関係は明確ではなく、また、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの利用状況も必ずしも十分に明らかになっていない。

このため、本年度は、障害認定の状況、日常生活や社会生活における能力や活動の状況、サービスの利用状況やニーズの状況等を総合的に把握することができるよう、調査票を設計し、調査を実施することとしたものである。今後、調査結果を集計の上で、これらの関係性等に関して分析を行っていくものとする。

2. 調査の内容

(1)趣旨

本調査は、「障害認定の在り方に関する研究」の一環として、どのような障害のある者が具体的にどのようなサービスをどのくらい利用しているか、また、日常生活や社会生活

においてどのような支障があるか、どのような支援やサービスを必要としているか等を調査し、これにより、障害の状況と、日常生活や社会生活における能力や活動の状況、サービスの利用やニーズとの関係性等を分析し、障害認定とその利用のあり方に関する研究の基礎資料とするものである。

(2) 調査の概要

平成22年度の調査は、国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局及び横浜市総合リハビリテーションセンター（以下「調査実施機関」とする。）の協力を得て、当該調査実施機関を利用する障害者を対象として実施した。

（平成22年度の調査実施対象者）

- ・ 国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局：89人
 - ・ 横浜市総合リハビリテーションセンター：84人
- 計：173人

(3) 調査の実施手順

- ① 研究代表者から調査実施機関に対して調査への協力を依頼した。
- ② 調査実施機関においては、本研究の研究者（研究協力者を含む）が中心となり、調査対象者の選定を行い、調査を実施した。その際、必要に応じて、調査協力者の委嘱を行った。
- ③ 調査実施機関においては、調査対象となる利用者に対し、担当ワーカー等が調査の内容を口頭で説明し、協力の同意が得られた者のみ調査を実施した。また、調査用紙への記載が困難な者については、利用者の了解を得て、担当ワーカー等が聴き取りにより、記入を行った。視覚障害等により代筆が必要な場合や、担当ワーカー等が聴き取りによって記入を行う場合には、文書による同意書を取得した。
- ④ 調査実施機関間における調査の平仄をあわせるために調査票の記入の手引きを作成した。

(4) 調査内容

本調査における調査項目は以下のとおりである。（調査票は参考資料1を参照）

- ① 基本属性・障害の状況
 - ・ 年齢
 - ・ 性別
 - ・ 世帯・家族の状況
 - ・ 障害者手帳
 - ・ 障害程度区分
 - ・ 障害の原因

②日常生活・社会生活の状況

- ・日常生活での支障
- ・就労の状況
- ・外出の状況
- ・医療の状況

③各種サービス・支援措置の利用

- ・福祉サービス
- ・障害者手帳の利用
- ・その他

3. 考察

今後、まず上記の平成22年度の調査実施機関における調査結果を集計し、第一次分析を行うものとする。さらに、本調査については、平成23年度以降も継続して実施することとし、他の全国のリハビリテーションセンターや、医療機関、障害者団体の協力を得て、これらの機関の利用者等にも調査対象者を拡大して実施していくことを目指していく必要があると考えている。その上で、二次集計を行い、一次集計の結果とあわせて、現行の障害認定の検証を行うとともに、今後の在り方を考えていく上での基礎資料として活用していくものとする。

また、これまで国においては、在宅障害児・者の実状とニーズを把握し、今後の身体障害児・者行政の企画・推進のための基礎資料を得ることを目的として、5年に1度、「身体障害児・者実態調査」が実施されてきたところであるが、さらに、障害者自立支援法廃止後の制度の谷間を生まない「障害者総合福祉法」（仮称）の実施等の基礎資料とするため、在宅障害児・者（これまでの法制度では支援の対象とならない者を含む。）の生活実態とニーズを把握するため「全国在宅障害児・者実態調査」（仮称）の実施が検討されている。この調査をよりよりするものにするための準備のため、平成22年度においては厚生労働省の調査研究補助事業として「生活のしづらさに関する調査」（全国在宅障害児・者実態調査試行調査）が実施されたところである。本研究における調査においても、厚生労働省の調査との関係も考慮し、日常生活での支障に関する質問項目は全国在宅障害児・者実態調査試行調査の質問項目と整合性を図ったところであり、厚生労働省の調査の結果も本研究の基礎資料として有効に活用できるものと考えられる。

また、今般、障害認定の在り方に関する検討に資するため、平成18年度の「身体障害児者実態調査」（調査時点は平成18年7月1日）のデータを活用して、障害種別と等級別に、日常生活動作の状況、外出の状況、就労等の状況、福祉サービスの利用状況、サービスのニーズの状況に関して整理、分析を行った（参考資料2参照）ところであり、障害種別と等級別の様相に関して一定の状況が明らかになったものと考えられ、今後、このような

統計データの二次分析も進めていくべき課題であると考えられる。

さらに、障害者自立支援給付等の市町村が実施するサービスの利用状況については、市町村が行政データを有していることから、これを収集し、有効に活用していくことも重要であると考えられる。こうした観点から、本年度は、いくつかの地方公共団体からデータの提供に関するご協力をいただいたところであり、これらのデータの分析結果を基礎資料として有効に活用していくとともに、こうした分析を通じて、今後の地方公共団体の行政データの収集・活用のための枠組みをつくっていくことも重要であると考えられる。いずれにせよ、こうした諸データの収集・分析を通じて、エビデンスを集積し、エビデンスに基づく提言に活かしていく必要があると考える。

質問事項

<質問事項への記入について>

それぞれの質問に該当する答えを選んで、□に✓をつけてください。

「複数回答可」や回答数の設定を行っている質問以外は、ひとつのみ選んで答えてください。
また、() には、該当する数字を記入してください。

1. 基本属性・障害の状況

(1) 年齢

年齢を教えてください。

() 歳

(2) 性別

性別を教えてください。

1 男性 2 女性

(3) 世帯・家族の状況

一緒に暮らしているご家族の状況を教えてください。

1. 一人暮らし

2. 家族と同居している (あなたが世帯の世帯主である)

3. 家族と同居している (あなたは家族の扶養を受けている)

→ 「家族と同居している」を選択した方は

一緒に暮らしている家族の人数 (あなたを含めた人数) を教えてください。

2人 3人 4人 5人 6人以上

(4) 障害者手帳

障害者に関する手帳をお持ちですか。お持ちの手帳の種類はどれですか。

- 1. 身体障害者手帳
- 2. 療育手帳 (みどりの手帳、愛の手帳など)
- 3. 精神障害者保健福祉手帳
- 4. 手帳はもっていない

(「身体障害者手帳」をお持ちの方は)

→ 障害の等級は何級ですか。

() 級

→ 障害者手帳の障害の種別は何ですか。

- 1. 視覚障害
- 2. 聴覚・平衡機能障害
- 3. 音声・言語・そしゃく機能障害
- 4. 肢体不自由
- 5. 心臓機能障害
- 6. 呼吸器機能障害
- 7. じん臓機能障害
- 8. その他の内部障害 ()

(5) 障害程度区分

障害者自立支援法の福祉サービスを利用するため障害程度区分の認定を受けていますか。受けている場合は区分も記載してください。

- 1. 受けている
(区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6)
- 2. 受けていない
- 3. 申請中である
- 4. 申請したが認定が受けられなかった
- 5. わからない

(6) 障害の原因

障害の原因を教えてください。また、その時期はいつですか。

(原因)

- 1. 病気
- 2. 事故・けが
- 3. 先天性
- 4. その他 ()
- 5. わからない

(時期)

- 1. ～6歳未満
- 2. 6歳以上～18歳未満
- 3. 18歳以上～65歳未満
- 4. 65歳以上

2. 日常生活・社会生活の状況

(1) 日常生活での支障

ふだんの生活で支障があるのはどのようなことですか。

1. 食事をする

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要)

2. 食事の支度や後片づけをする

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要、経験がない・機会がない)

3. 衣服の着脱をする

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要)

4. 排せつをする

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要)

5. 入浴をする

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要)

6. 家の中を移動する

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要)

7. 身の回りの掃除、整理整頓をする

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要、経験がない・機会がない)

8. 洗濯をする

(一人ができる、時間をかければ一人ができる、見守りや声掛けがあればできる
一部介助が必要、全部介助が必要、経験がない・機会がない)

(3) 外出の状況

最近の6ヶ月間でどれくらい外出していますか。

- 1. ほぼ毎日
- 2. 1週間の半分以上
- 3. 1週間に数日程度
- 4. 2週間に数日程度
- 5. 1ヶ月に数日程度
- 6. 外出していない

外出するときは他の人の支援が必要ですか。

- 1. いつも支援が必要
- 2. 近くや場所によっては一人で行けるが、場所によっては支援が必要
- 3. 調子が悪い場合は支援が必要
- 4. 一人で外出できる
- 5. その他 ()

外出するときに一番何が困りますか。

- 1. 外出のために他の人の支援の確保が必要である
- 2. 駅などの設備の利用に不便がある
- 3. 情報の入手やコミュニケーションに不便がある
- 4. 交通費の負担が大きい
- 5. 特に困らない
- 6. その他 ()

(4) 医療の状況

最近の6ヶ月間でどのくらい医療機関にかかっていますか。

- 1. 1週間に4回以上
- 2. 1週間に2、3回程度
- 3. 1週間に1回程度
- 4. 2週間に1回程度
- 5. 1ヶ月に1回程度
- 6. 3ヶ月に1回程度
- 7. 6ヶ月に1回程度
- 8. 医療機関にかかっていない
- 9. 入院中

3. 各種サービス・支援措置の利用

(1) 福祉サービス

最近の6ヶ月で福祉サービスを利用しましたか。

- 1. 利用した
- 2. 利用したいが、利用していない
- 3. 利用していない

→ (「利用した」を選択した方は)

どのような福祉サービスを利用しましたか。(複数回答可)

- 1. ホームヘルプサービス (居宅介護)
- 2. 通所サービス
- 3. 短期入所
- 4. 自立訓練 (生活訓練・機能訓練)
- 5. 就労支援
- 6. 移動支援
- 7. コミュニケーション支援 (手話通訳等)
- 8. 相談支援
- 9. 施設入所
- 10. グループホーム、ケアホーム
- 11. その他 ()

→ (1. ホームヘルプサービス、2. 通所サービス、6. 移動支援、のいずれかを選択した方は)

それぞれのサービスをどの程度利用していますか。

【1. ホームヘルプサービス】

- 1. 毎日
- 2. 1週間に4～6回程度
- 3. 1週間に2、3回程度
- 4. 1週間に1回程度
- 5. 2週間に1回程度
- 6. 1ヶ月に1回程度
- 7. 不定期

【2. 通所サービス】

- 1. 毎日
- 2. 1週間に4～6回程度
- 3. 1週間に2、3回程度
- 4. 1週間に1回程度
- 5. 2週間に1回程度
- 6. 1ヶ月に1回程度
- 7. 不定期

【6. 移動支援】

- 1. 毎日
- 2. 1週間に4～6回程度
- 3. 1週間に2、3回程度
- 4. 1週間に1回程度
- 5. 2週間に1回程度
- 6. 1ヶ月に1回程度
- 7. 不定期

今後新たに利用したい福祉サービスはありますか。(特に利用したいものを3つ以内でお答えください)

(_____) (_____) (_____)

1. ホームヘルプサービス (居宅介護)
2. 通所サービス
3. 短期入所
4. 自立訓練 (機能訓練・生活訓練)
5. 就労支援
6. 移動支援
7. コミュニケーション支援 (手話通訳等)
8. 相談支援
9. 施設入所
10. グループホーム、ケアホーム
11. 補装具の支給
12. 日常生活用具の支給
13. 公費負担医療制度

上記のほかに今後新たに利用したい福祉サービスがあれば、記載してください。

(_____)

(2) 障害者手帳の利用

この1年間で次の中で障害者手帳を用いて利用したことがあるサービスや制度は何ですか。

(複数回答可) (すでにお答えいただいた福祉サービスや公費負担医療制度は除いています)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 交通運賃の減免 (鉄道、バス) | <input type="checkbox"/> 8. 公営・公団住宅入居の配慮 |
| <input type="checkbox"/> 2. 福祉タクシー制度 (タクシー券の助成) | <input type="checkbox"/> 9. 生活福祉資金・就職資金等の貸付 |
| <input type="checkbox"/> 3. 禁止区域駐車許可制度 | <input type="checkbox"/> 10. NHK受信料の減免 |
| <input type="checkbox"/> 4. 公共施設やレジャー施設の利用の割引 | <input type="checkbox"/> 11. 携帯電話料金の割引 |
| <input type="checkbox"/> 5. 所得税・住民税の障害者控除 | <input type="checkbox"/> 12. 官製はがき (青い鳥はがき) 無料配布 |
| <input type="checkbox"/> 6. 新マル優制度 | <input type="checkbox"/> 13. その他 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 7. 自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免 | |

現在、障害者手帳を利用して月額でおおよそどのくらいの交通運賃（鉄道、バス）の減免を受けていますか。

- 1. 0円（減免は受けていない）
- 2. 1,000円未満
- 3. 1,000円以上～3,000円未満
- 4. 3,000円以上～5,000円未満
- 5. 5,000円以上～10,000円未満
- 6. 10,000円以上～20,000円未満
- 7. 20,000円以上～30,000円未満
- 8. 30,000円以上

(3) その他

障害に起因する年金を受給していますか

- 1. 受給している
- 2. 受給していない

→ 「受給している」を選択した方は

障害に起因する年金は月額でいくらですか。

- 1. 5万円未満
- 2. 5万円以上～7万円未満
- 3. 7万円以上～10万円未満
- 4. 10万円以上～15万円未満
- 5. 15万円以上～20万円未満
- 6. 20万円以上～30万円未満
- 7. 30万円以上～40万円未満
- 8. 40万円以上～50万円未満
- 9. 50万円以上

仕事による収入は1ヶ月でおおよそいくらくらいですか。

- 1. 収入なし
- 2. 3万円未満
- 3. 3万円以上～5万円未満
- 4. 5万円以上～7万円未満
- 5. 7万円以上～10万円未満
- 6. 10万円以上～15万円未満
- 7. 15万円以上～20万円未満
- 8. 20万円以上～30万円未満
- 9. 30万円以上～40万円未満
- 10. 40万円以上～50万円未満
- 11. 50万円以上

自由記載

障害者手帳やその利用に関してご要望やご意見がありましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

参考資料2

平成 18 年身体障害児・者実態調査のデータに基づく障害種別・等級別の状況について

「身体障害児・者実態調査」は、在宅障害児・者の実情とニーズを把握し、今後における身体障害児・者行政の企画・推進のための基礎資料を得ることを目的として、5年に1度実施されている調査である。

障害認定の在り方に関する検討に資するため、既存の統計資料である平成18年度の「身体障害児・者実態調査」（調査時点は平成18年7月1日）のデータを活用して、障害種別と等級別の日常生活動作の状況、外出の状況、就労の状況、福祉サービスの利用状況、サービスのニーズの状況に関して整理、分析を行った。

日常生活動作の状況については、肢体不自由の場合はすべての項目、視覚障害の場合は外出及び日常の買い物において、障害等級と日常生活動作との間に関係性が傾向として認められた。また、外出頻度に関しても同様の傾向が認められた。他の障害種別においてはこれらのデータからだけでは明確な関係性が認められなかった。

就労の状況については、肢体不自由と視覚障害の場合において障害等級と就労の状況との間に、日常生活動作や外出の状況の場合ほど明確でないものの、関係性が傾向として認められた。

福祉サービスの利用状況については、ショートステイ、ホームヘルプ、デイサービス、補装具という限られたサービスメニューに関するものであるが、肢体不自由の場合のホームヘルプ、デイサービス、補装具について、障害等級との間に関係性が傾向として認められた。

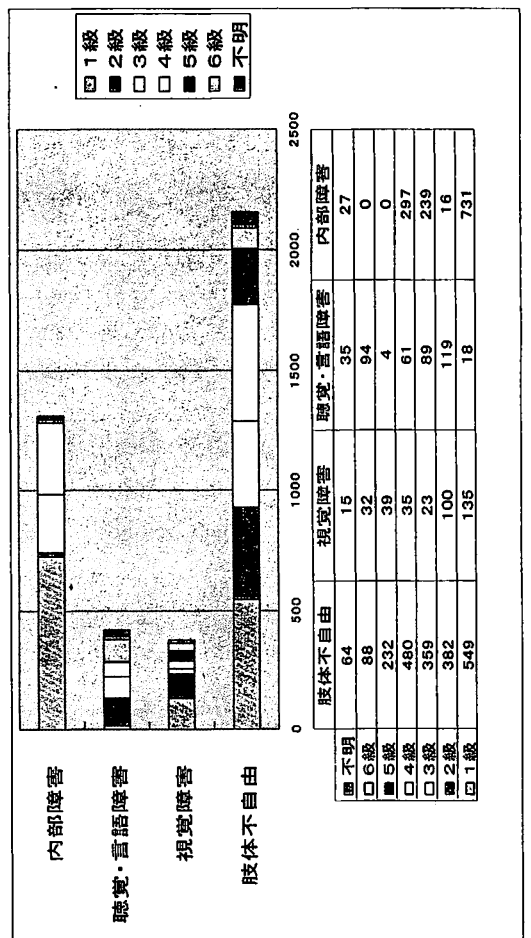
これらの障害種毎の等級との関係性に関しては、重複障害があることや、内部障害はその内容が多様であること、障害種別においては一部の等級がないことに留意が必要であり、障害等級とこれらの障害者の状況との関係性に関してはこれらのデータだけでは単純に結論を導き出すことはできない面もあり、さらに掘り下げた詳細な分析が必要と考えられるが、特に肢体不自由において障害等級との関係性が傾向として認められたことは着目に値するものと考えられる。

平成18年身体障害児・者実態調査のデータに基づく障害種別・等級別の状況

- ・「身体障害児・者実態調査」は、在宅障害児・者の実情とニーズを把握し、今後における身体障害児・者行政の企画・推進のための基礎資料を得ることを目的として、5年に1度実施されている調査である。
- ・本資料は、障害認定の在り方に関する検討に資するため、平成18年度と同調査(調査時点は平成18年7月1日)のデータを活用して、障害種別と等級別の日常生活動作の状況、外出の状況、就労の状況、福祉サービスの利用状況、サービスのニーズの状況を整理したものである。

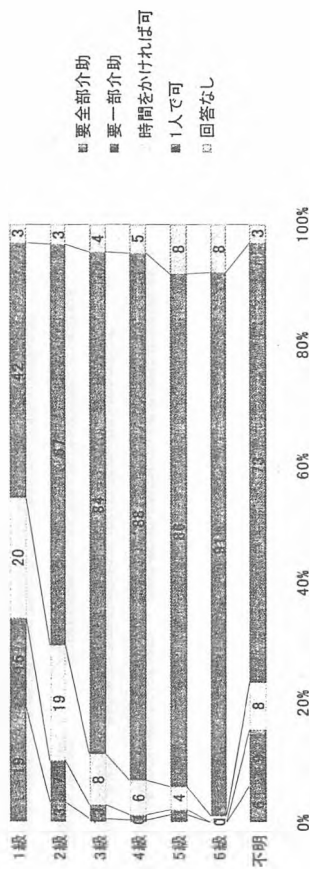
- ・日常生活動作(ADL)の状況
- ・外出の状況
- ・就労等の状況
- ・福祉サービスの利用状況
- ・サービスのニーズの状況

【活用した調査に係る基礎データ】
身体障害者数(障害種別・等級別)

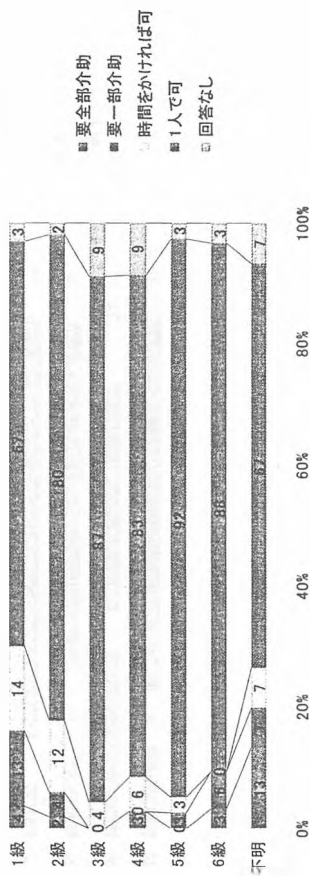


障害種別・等級別の日常生活動作の状況

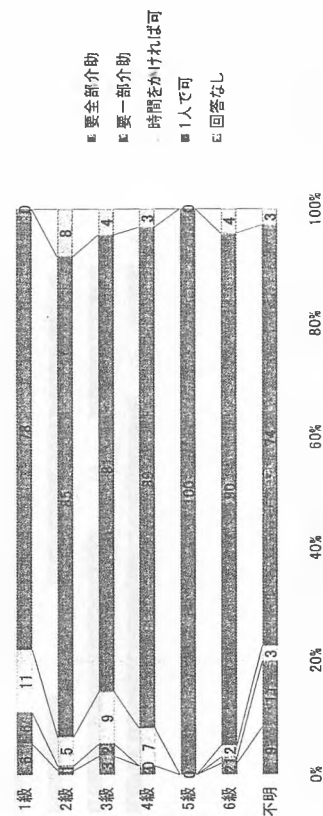
肢体不自由・障害等級別のADL(食事)の状況



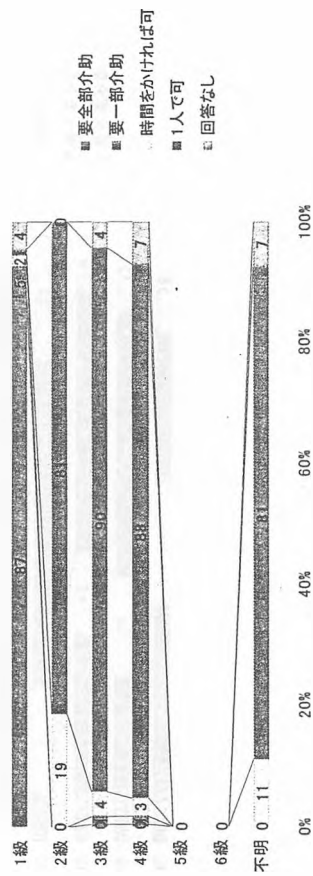
視覚障害・障害等級別のADL(食事)の状況



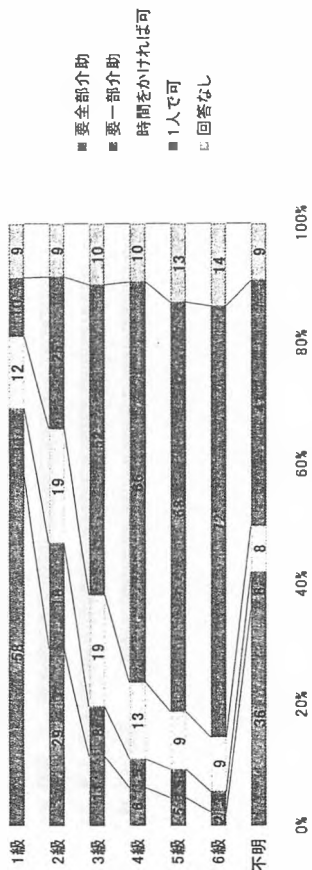
聴覚・言語障害・障害等級別のADL(食事)の状況



内部障害・障害等級別のADL(食事)の状況

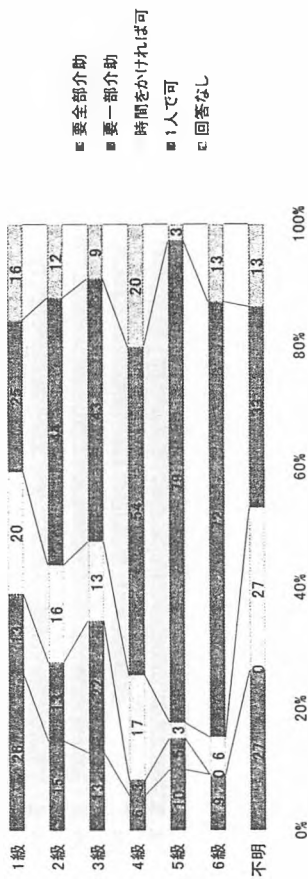


肢体不自由・障害等級別のADL(食事支度・片付け)の状況



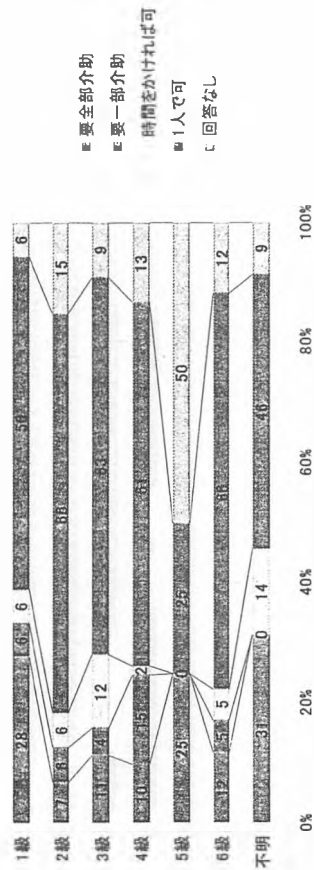
- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

視覚障害・障害等級別のADL(食事支度・片付け)の状況



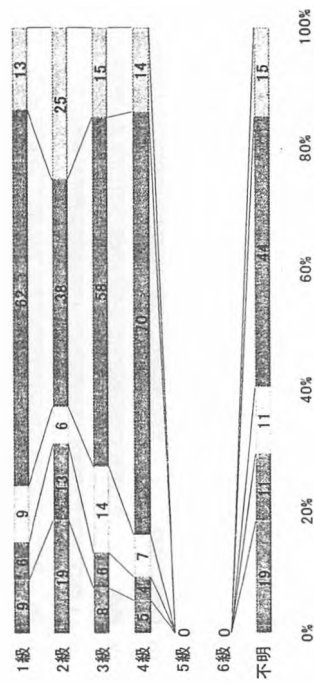
- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

聴覚・言語障害・障害等級別のADL(食事支度・片付け)の状況



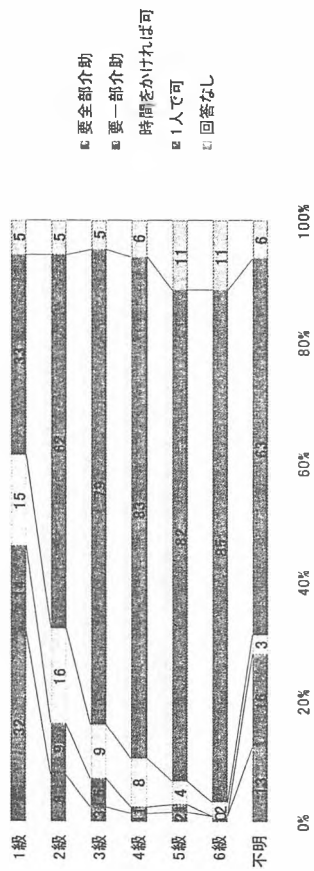
- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

内部障害・障害等級別のADL(食事支度・片付け)の状況



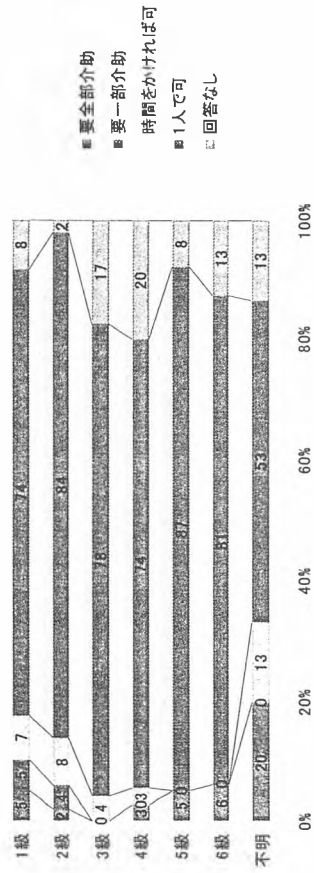
- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

肢体不自由・障害等級別のADL(排泄)の状況



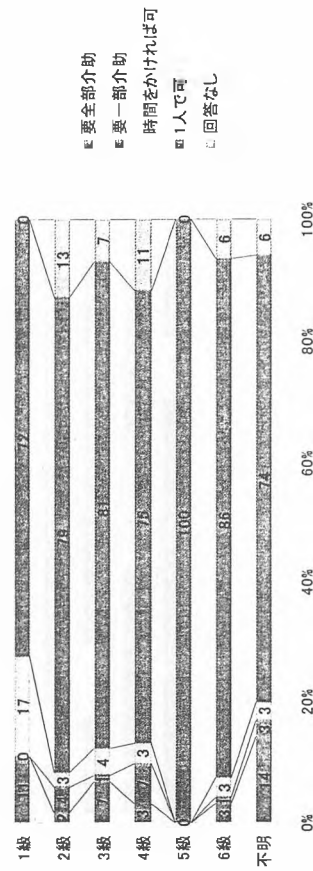
- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

視覚障害・障害等級別のADL(排泄)の状況



- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

聴覚・言語障害・障害等級別のADL(排泄)の状況



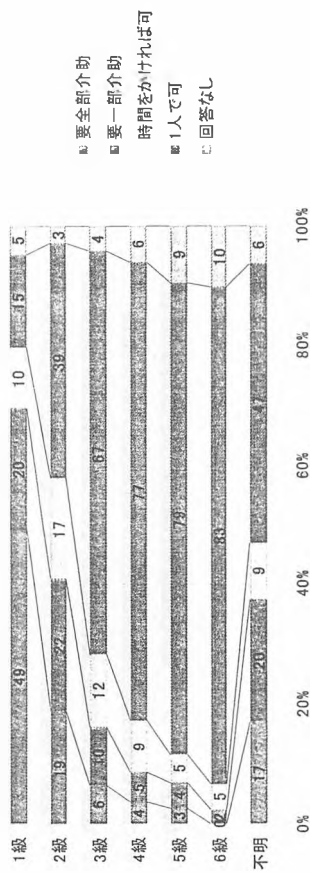
- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

内部障害・障害等級別のADL(排泄)の状況

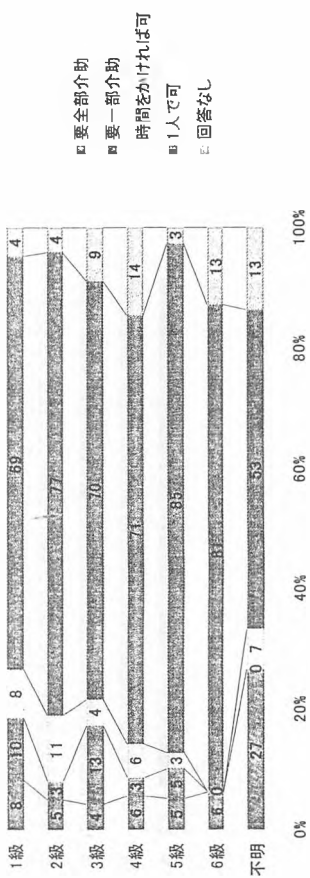


- 要全部介助
- 要一部介助
- 時間をかければ可
- 1人で可
- 回答なし

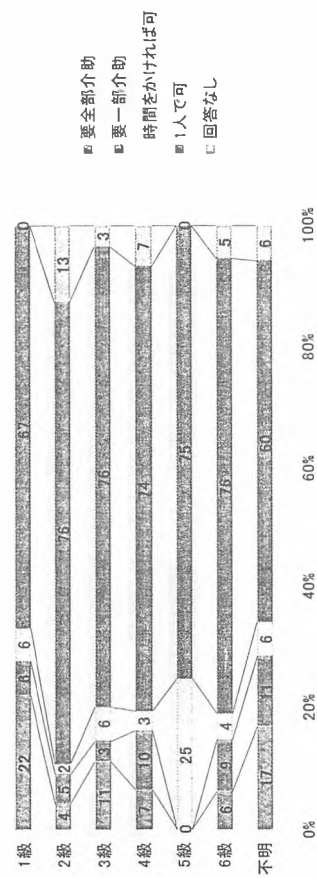
肢体不自由・障害等級別のADL(入浴)の状況



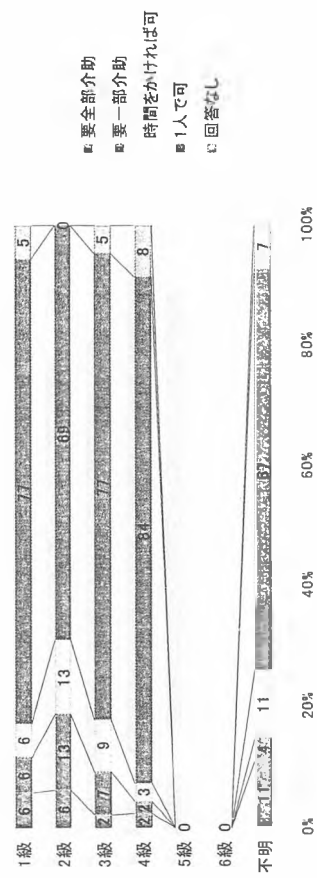
視覚障害・障害等級別のADL(入浴)の状況



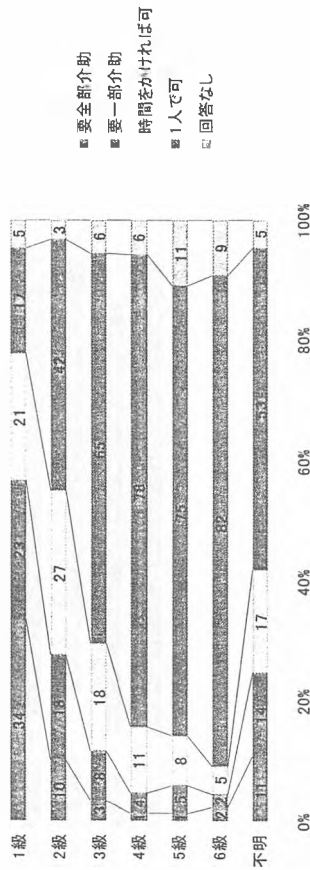
言語・聴覚障害・障害等級別のADL(入浴)の状況



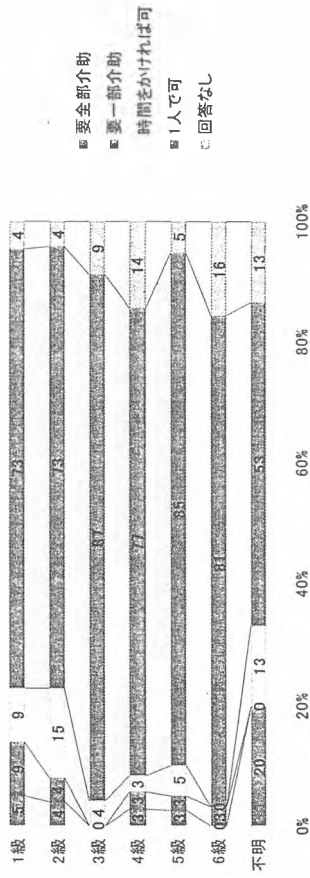
内部障害・障害等級別のADL(入浴)の状況



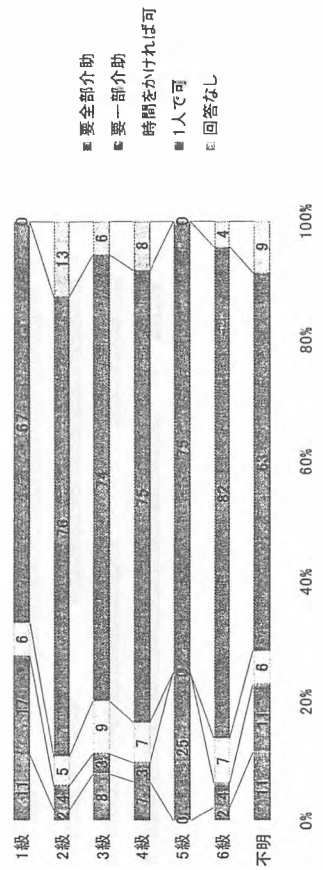
肢体不自由・障害等級別のADL(衣類着脱)の状況



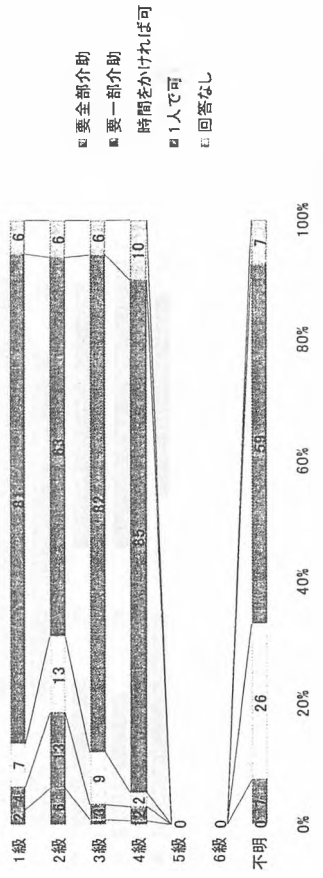
視覚障害・障害等級別のADL(衣類着脱)の状況



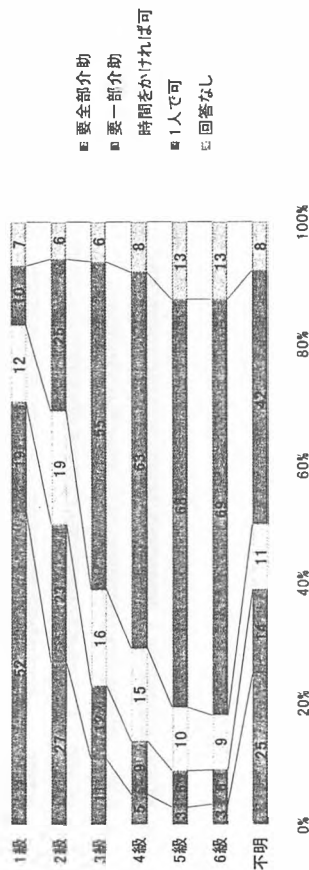
聴覚・言語障害・障害等級別のADL(衣類着脱)の状況



内部障害・障害等級別のADL(衣類着脱)の状況

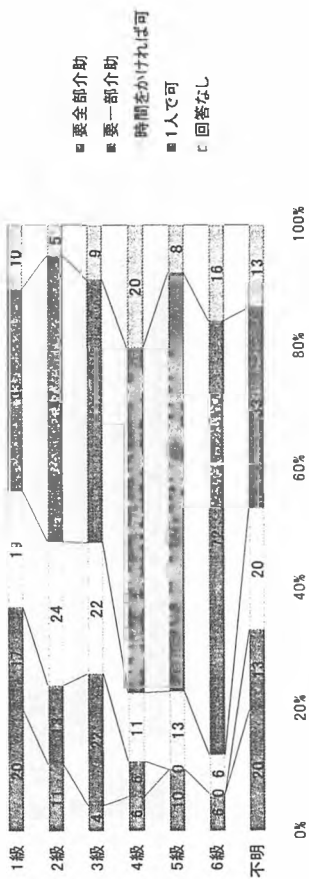


肢体不自由・障害等級別のADL(身の回りの掃除・整理整頓)の状況



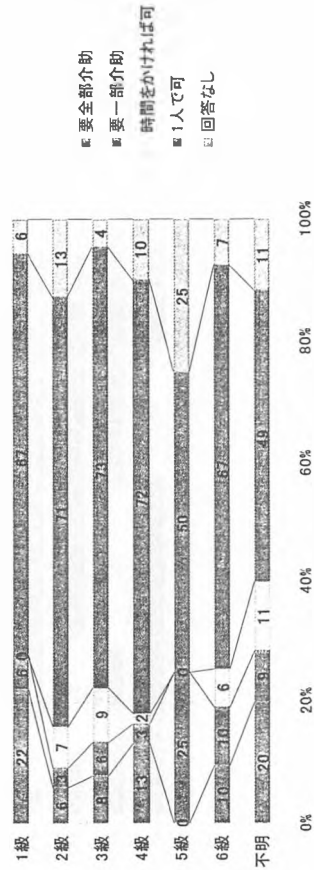
■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

視覚障害・障害等級別のADL(身の回りの掃除・整理整頓)の状況



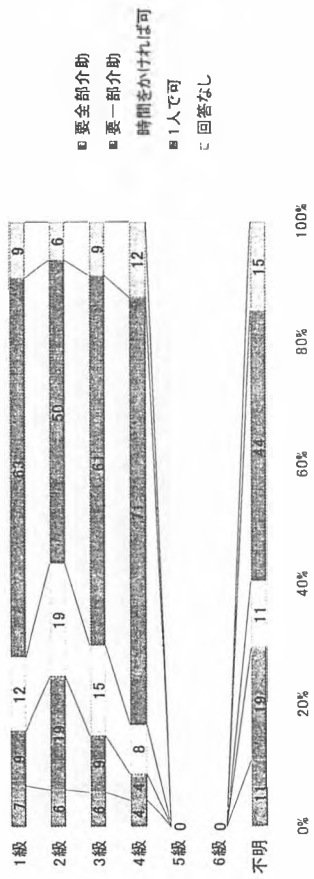
■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

聴覚・言語障害・障害等級別のADL(身の回りの掃除・整理整頓)の状況



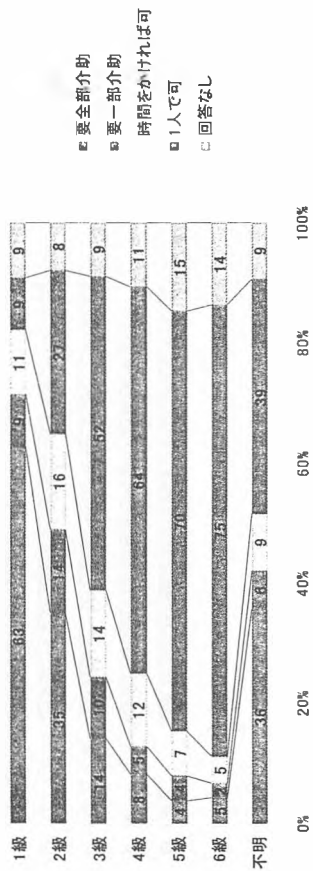
■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

内部障害・障害等級別のADL(身の回りの掃除・整理整頓)の状況



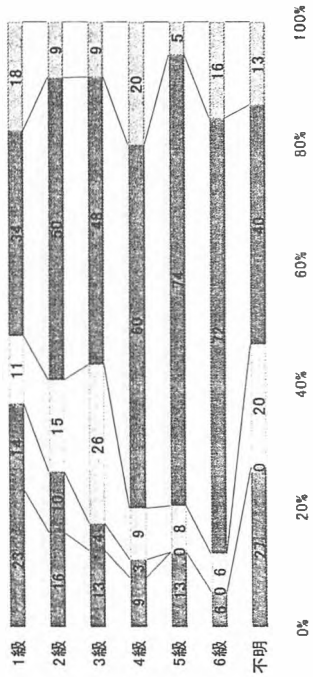
■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

肢体不自由・障害等級別のADL(洗濯)の状況



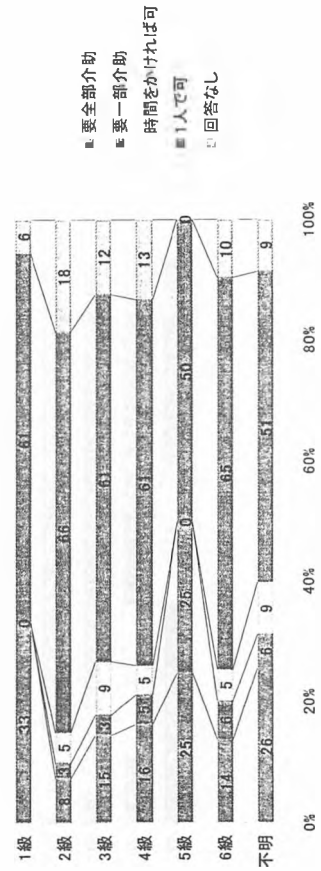
■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

視覚障害・障害等級別のADL(洗濯)の状況



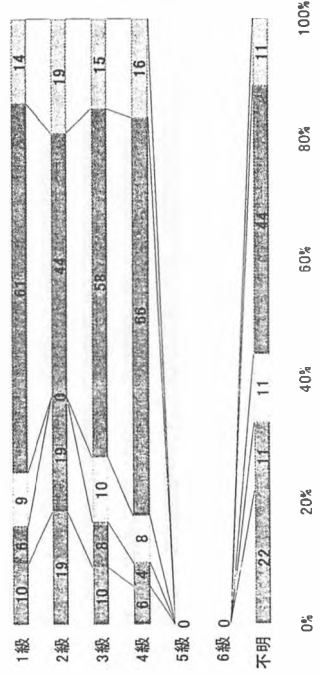
■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

聴覚・言語障害・障害等級別のADL(洗濯)の状況



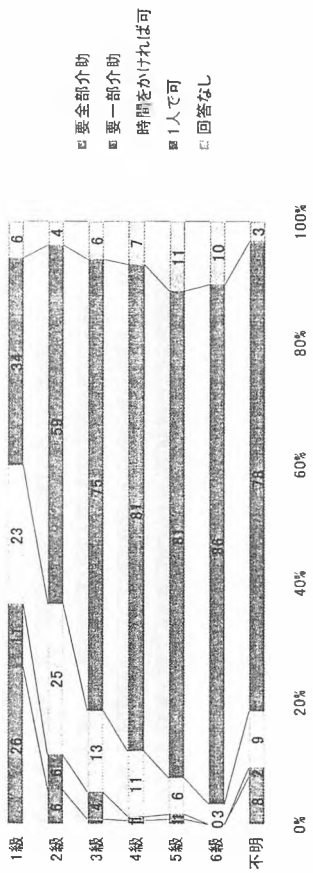
■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

内部障害・障害等級別のADL(洗濯)の状況

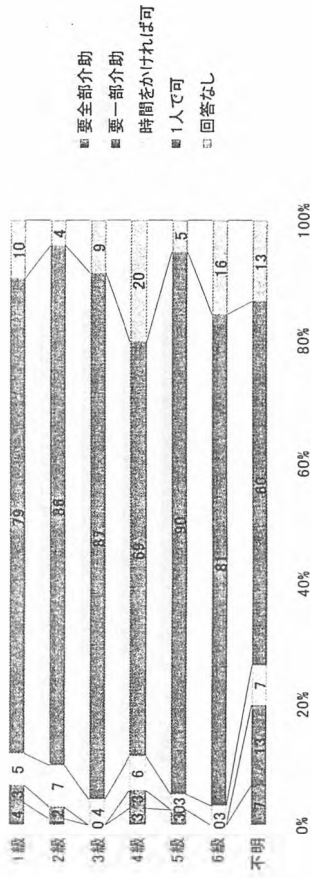


■ 要全部介助
■ 要一部介助
■ 時間をかければ可
■ 1人で可
■ 回答なし

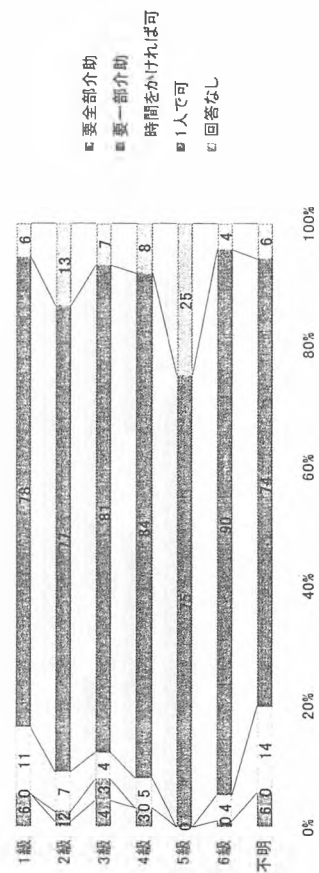
肢体不自由・障害等級別のADL(寝返り)の状況



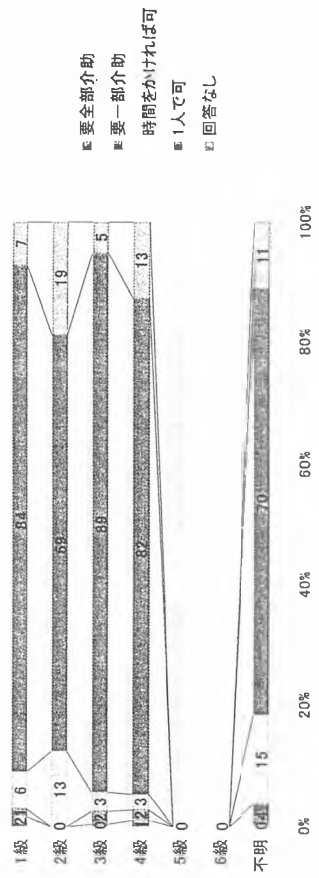
視覚障害・障害等級別のADL(寝返り)の状況



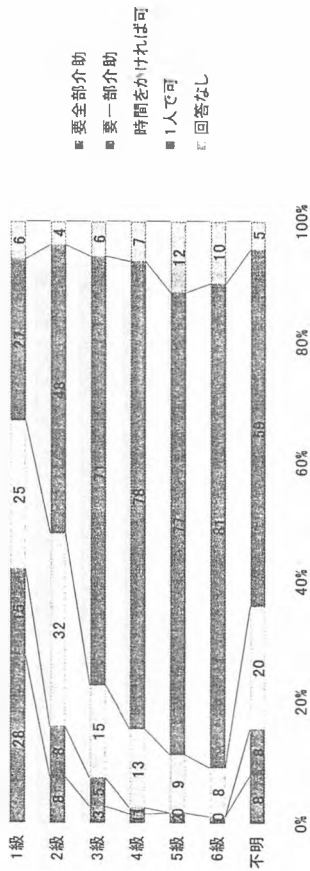
聴覚・言語障害・障害等級別のADL(寝返り)の状況



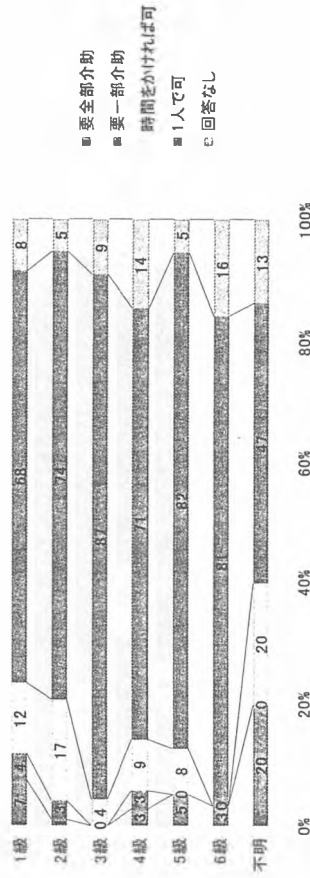
内部障害・障害等級別のADL(寝返り)の状況



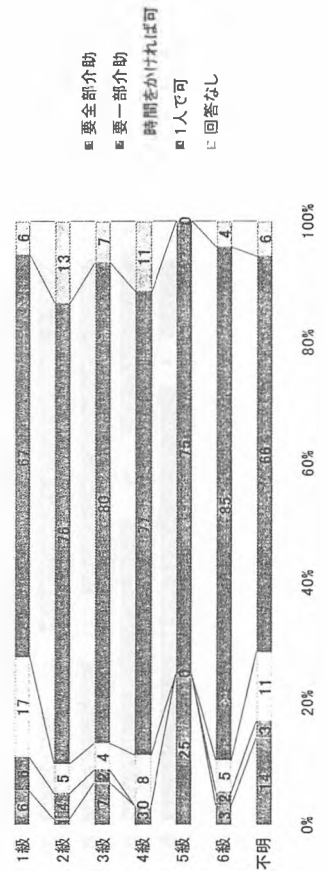
肢体不自由・障害等級別のADL(家の中の移動)の状況



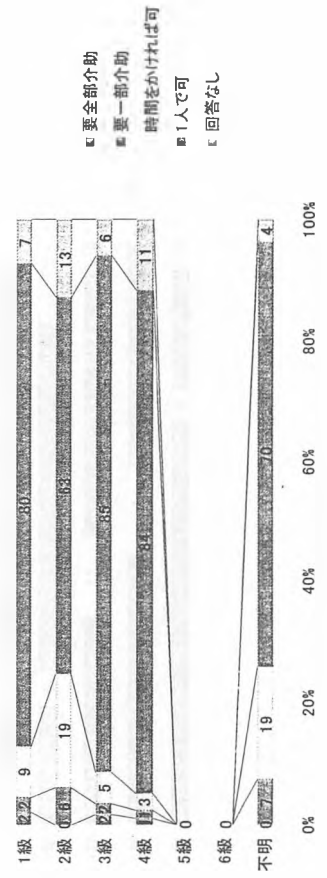
視覚障害・障害等級別のADL(家の中の移動)の状況



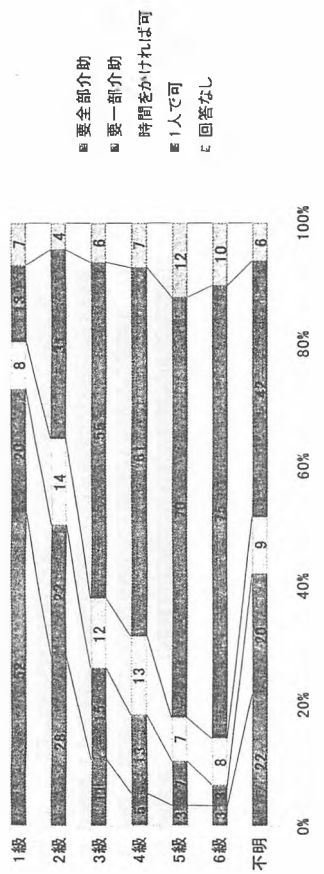
聴覚・言語障害・障害等級別のADL(家の中の移動)の状況



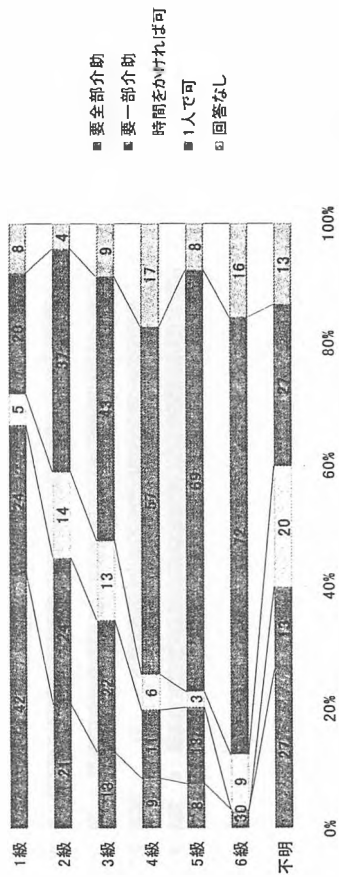
内部障害・障害等級別のADL(家の中の移動)の状況



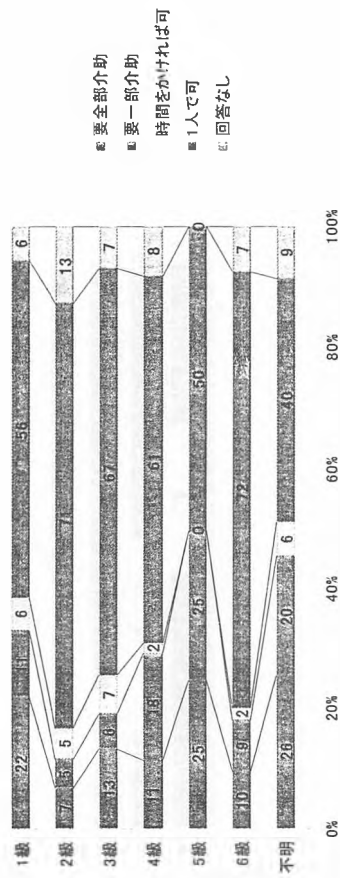
肢体不自由・障害等級別のADL(外出)の状況



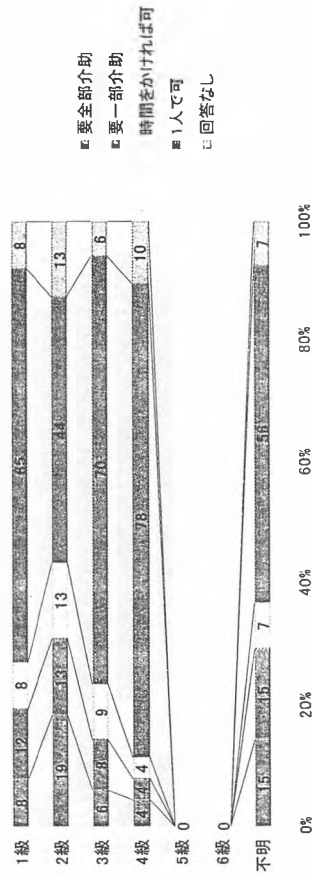
視覚障害・障害等級別のADL(外出)の状況



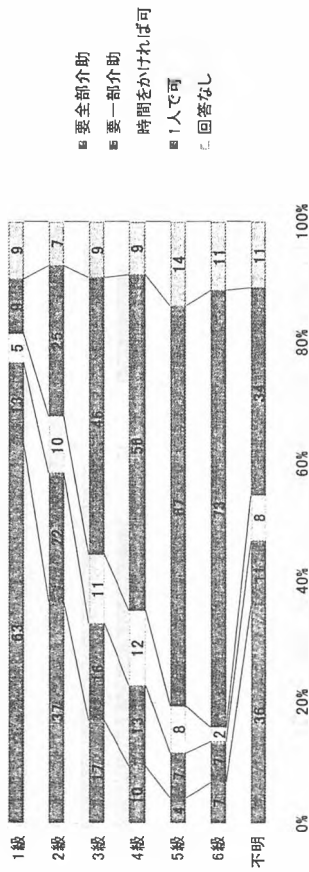
聴覚・言語障害・障害等級別のADL(外出)の状況



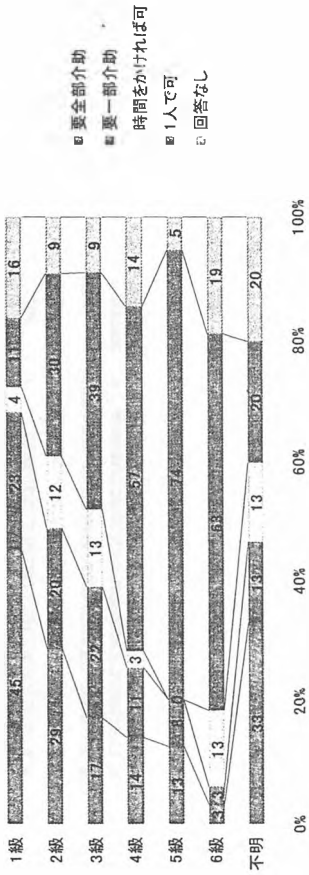
内部障害・障害等級別のADL(外出)の状況



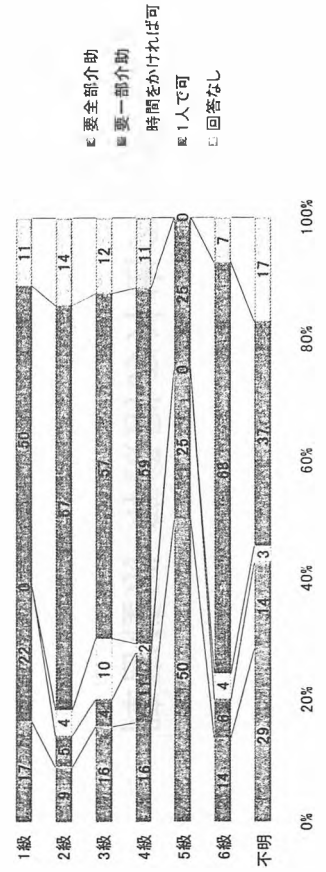
肢体不自由・障害等級別のADL(日常の買い物)の状況



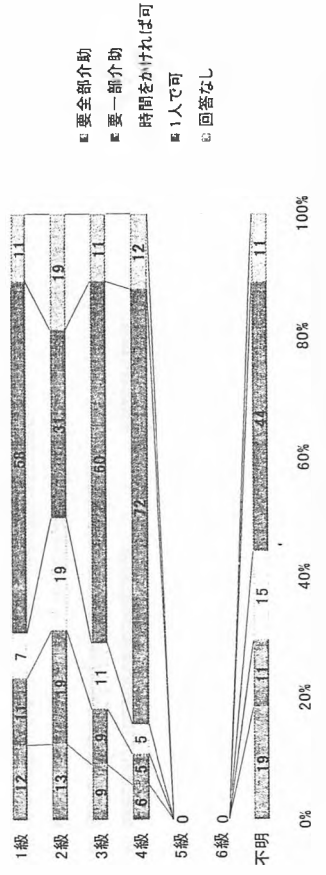
視覚障害・障害等級別のADL(日常の買い物)の状況



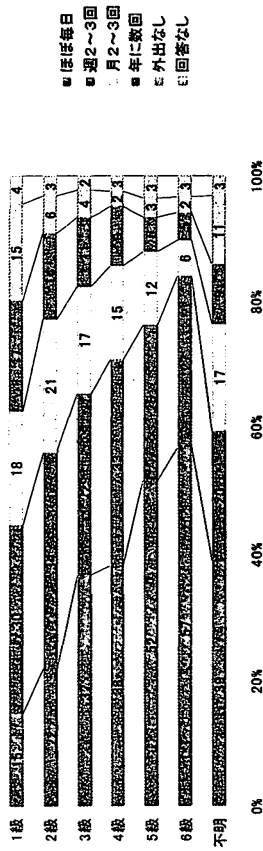
聴覚・言語障害・障害等級別のADL(日常の買い物)の状況



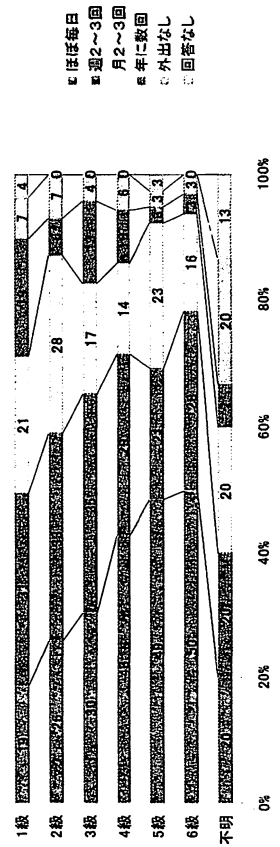
内部障害・障害等級別のADL(日常の買い物)の状況



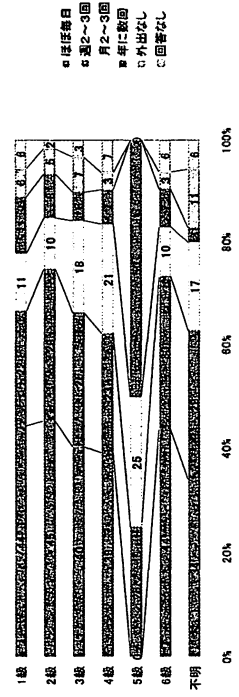
肢体不自由・障害等級別の外出頻度



障害種別・等級別の外出の状況

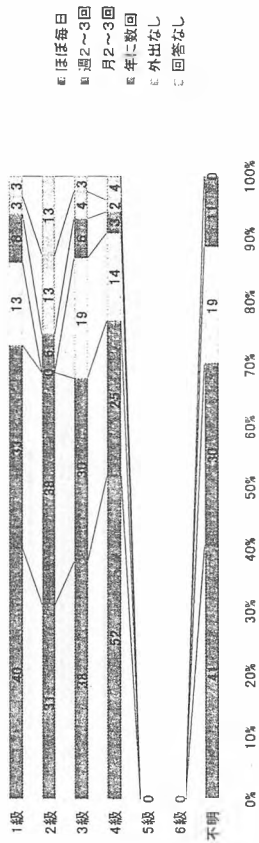


聴覚・言語障害・障害等級別の外出頻度

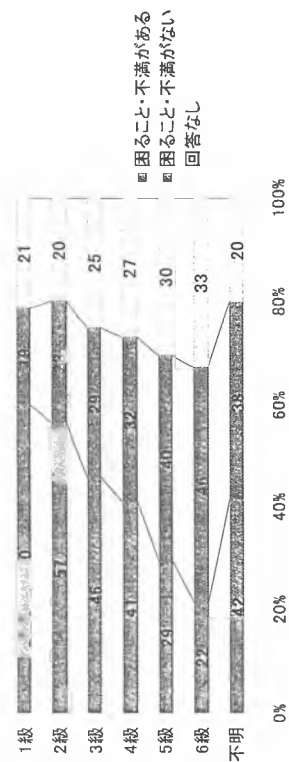


視覚障害・障害等級別の外出頻度

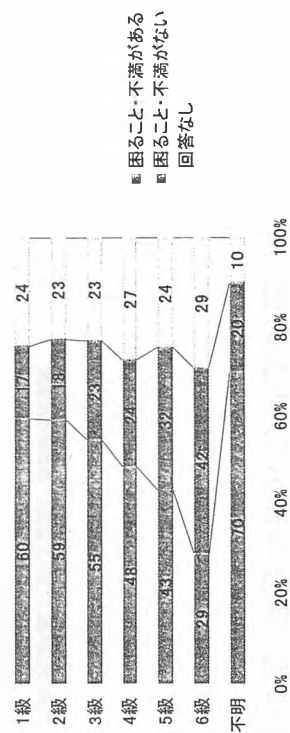
内部障害・障害等級別の外出頻度



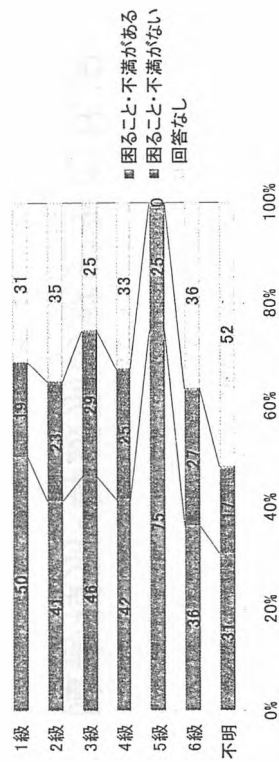
肢体不自由・障害等級別の外出の困ること・不満の状況



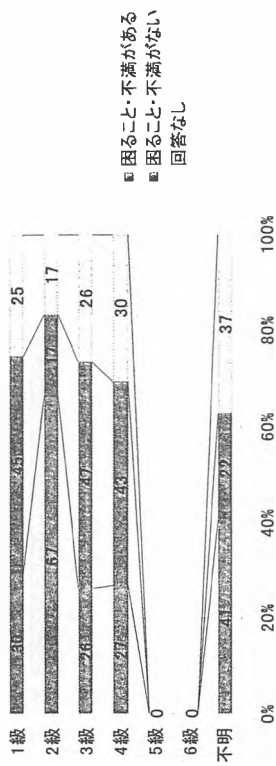
視覚障害・障害等級別の外出の困ること・不満の状況



聴覚・言語障害・障害等級別の外出の困ること・不満の状況

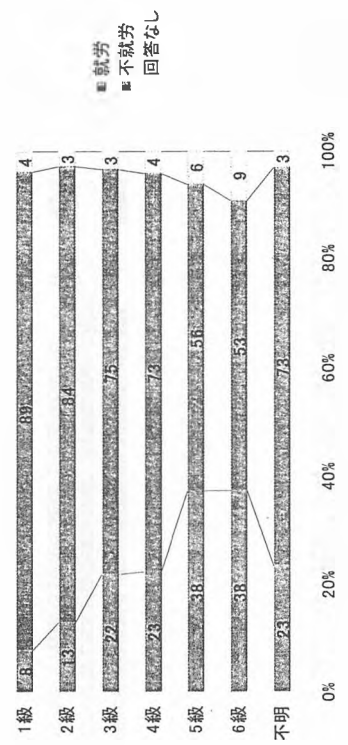


内部障害・障害等級別の外出の困ること・不満の状況

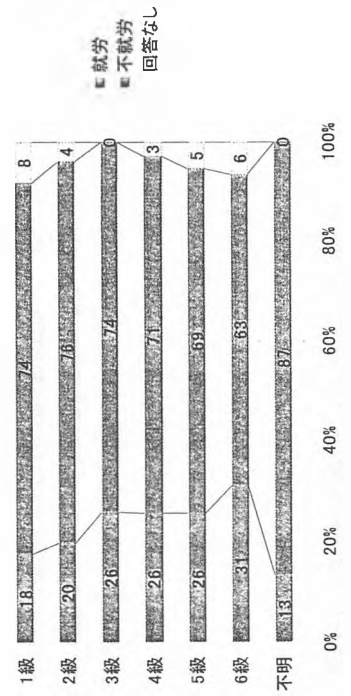


障害種別・等級別の就労等の状況

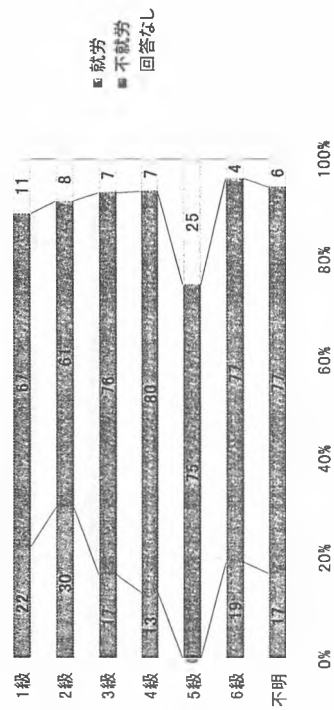
肢体不自由・障害等級別の就労の状況



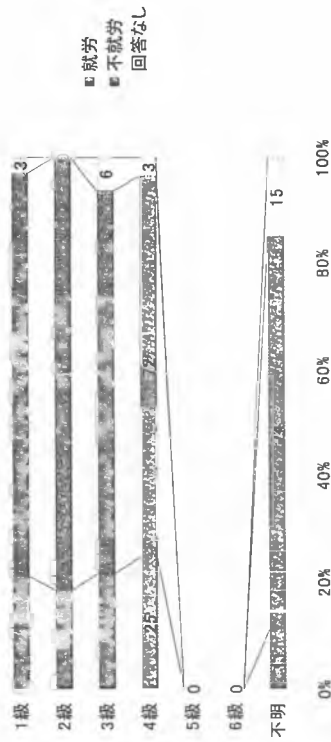
視覚障害・障害等級別の就労の状況



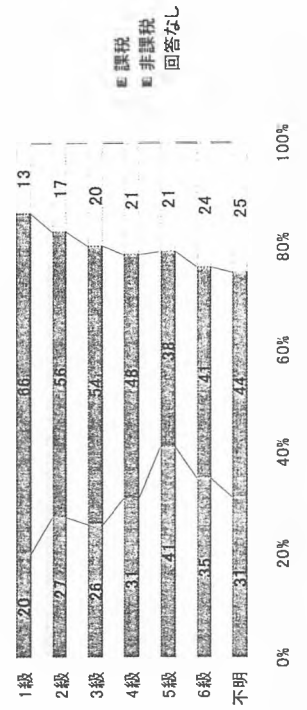
聴覚・言語障害・障害等級別の就労の状況



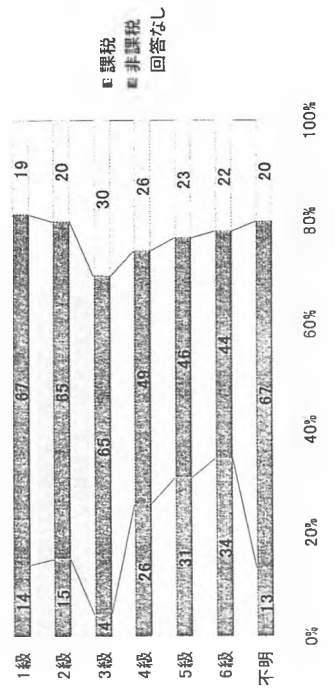
内部障害・障害等級別の就労の状況



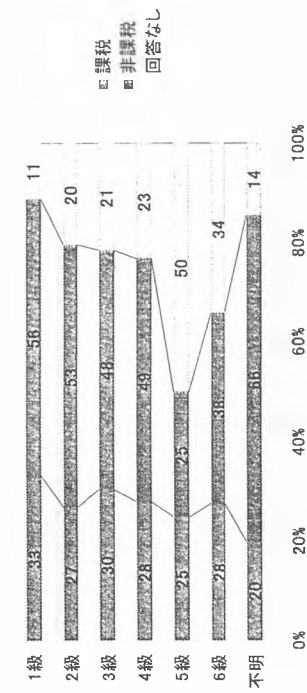
肢体不自由・障害等級別の課税状況



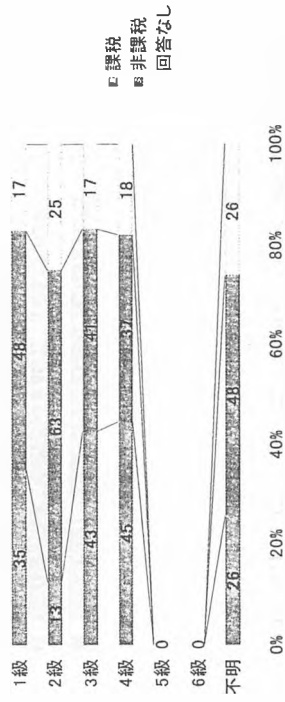
視覚障害・障害等級別の課税状況



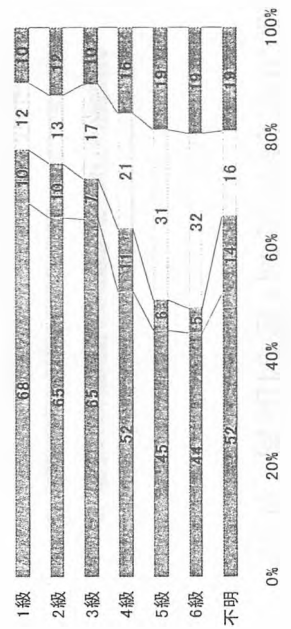
聴覚・言語障害・障害等級別の課税状況



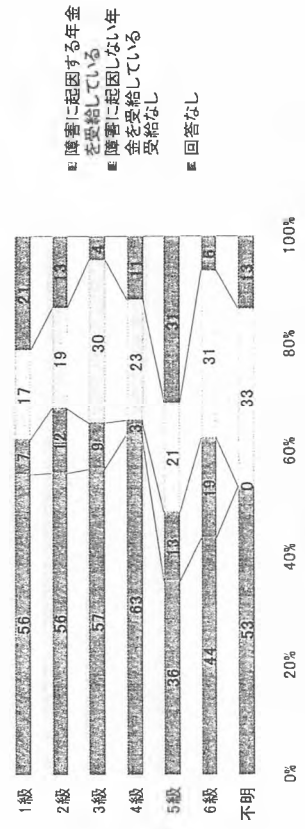
内部障害・障害等級別の課税状況



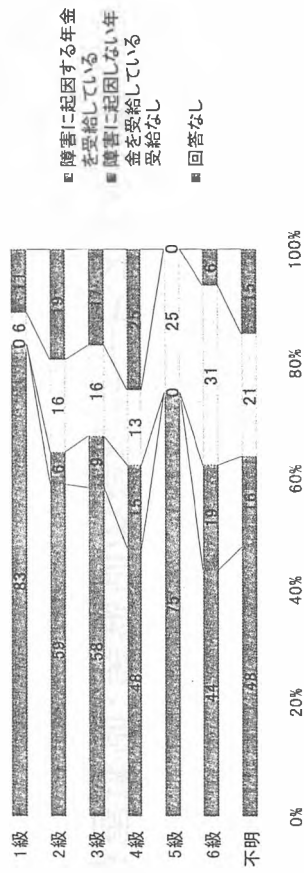
肢体不自由・障害等級別の公的年金受給状況



視覚障害・障害等級別の公的年金受給状況

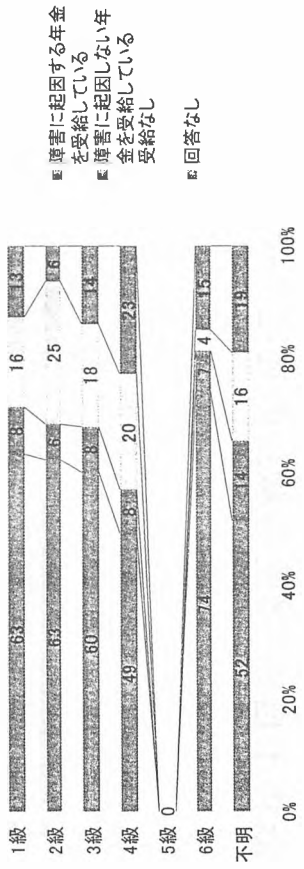


聴覚・言語障害・障害等級別の公的年金受給状況



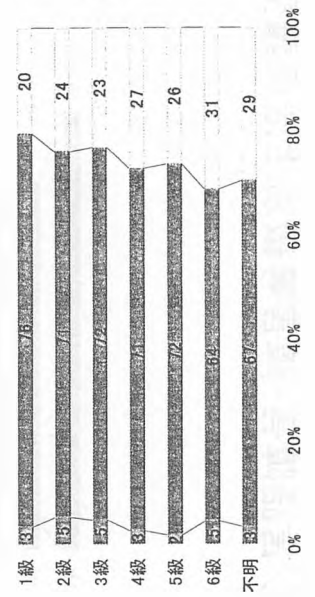
■ 障害に起因する年金を受給している
 ■ 障害に起因しない年金を受給している
 ■ 回答なし

内部障害・障害等級別の公的年金受給状況



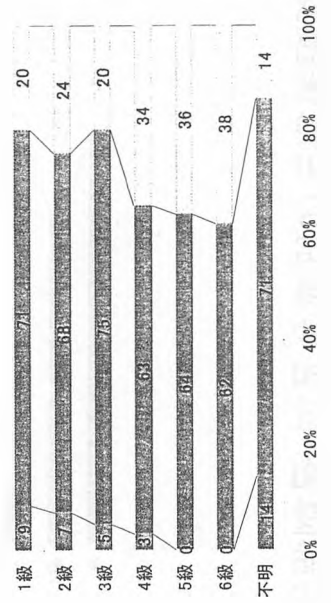
■ 障害に起因する年金を受給している
 ■ 障害に起因しない年金を受給している
 ■ 回答なし

肢体不自由・障害等級別の生活保護受給状況



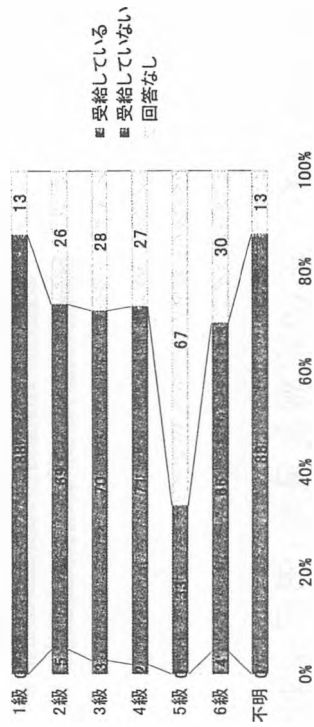
■ 受給している
 ■ 受給していない
 ■ 回答なし

視覚障害・障害等級別の生活保護受給状況

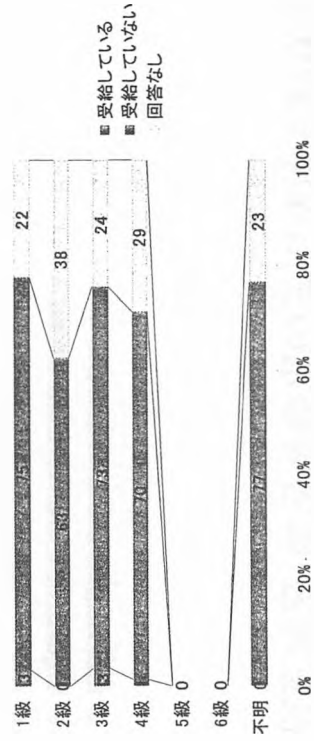


■ 受給している
 ■ 受給していない
 ■ 回答なし

聴覚・言語障害・障害等級別生活保護受給状況



内部障害・障害等級別の生活保護受給状況



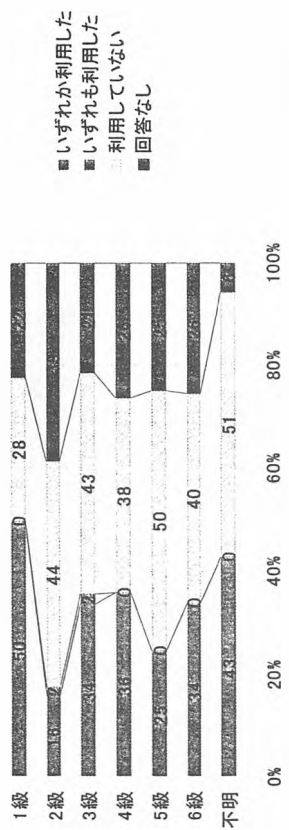
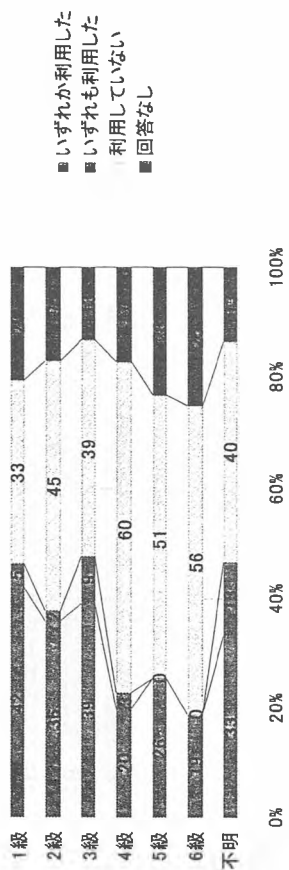
障害種別・等級別の福祉サービスの利用状況

※ショートステイ・ホームヘルプサービス・デイサービスの利用状況について回答を求めたもの



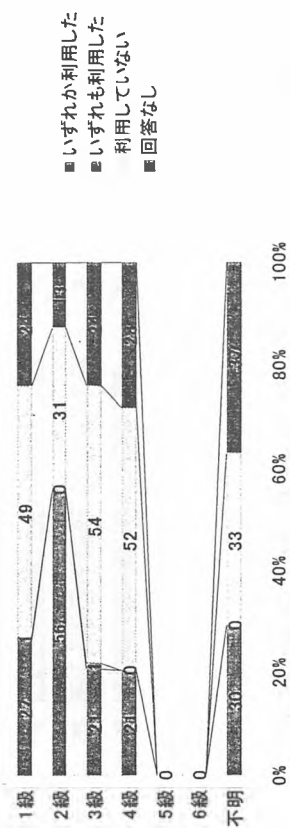
肢体不自由・障害等級別の在宅サービス利用状況

視覚障害・障害等級別の在宅サービス利用状況

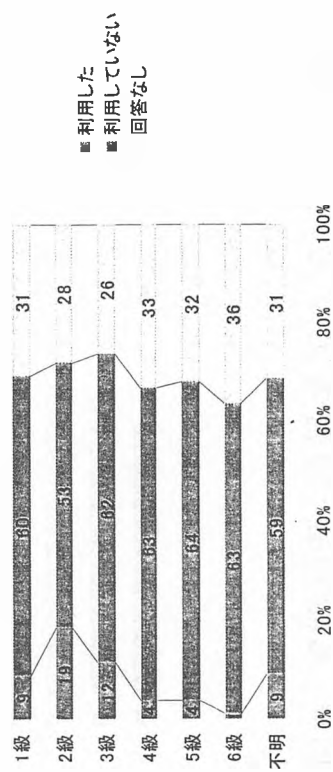


聴覚・言語障害・障害等級別の在宅サービス利用状況

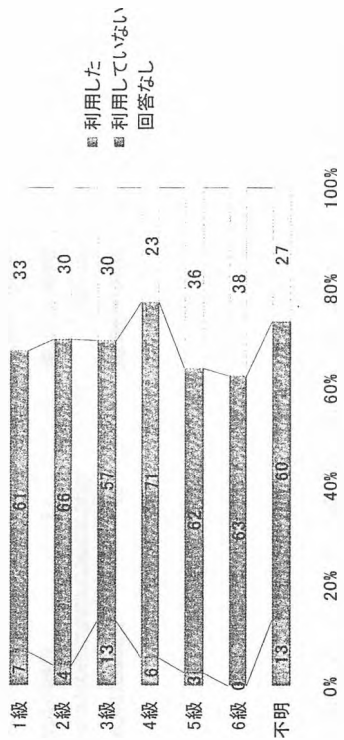
内部障害・障害等級別の在宅サービス利用状況



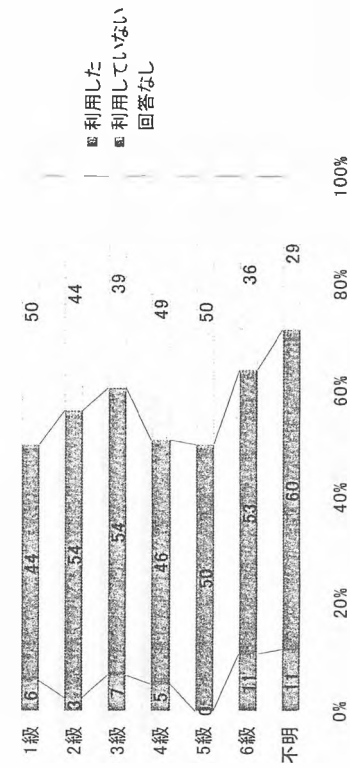
肢体不自由・障害等級別のショートステイ利用状況



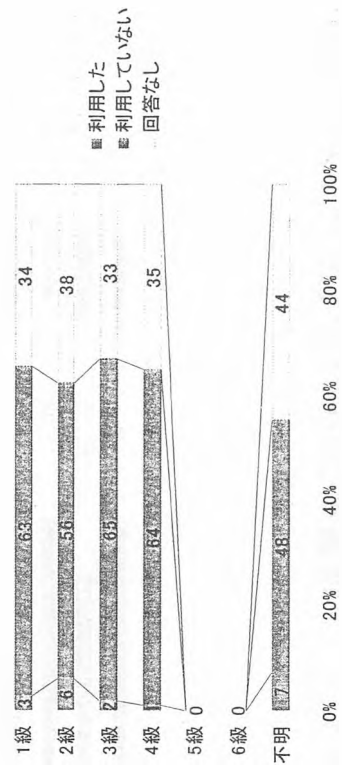
視覚障害・障害等級別のショートステイ利用状況



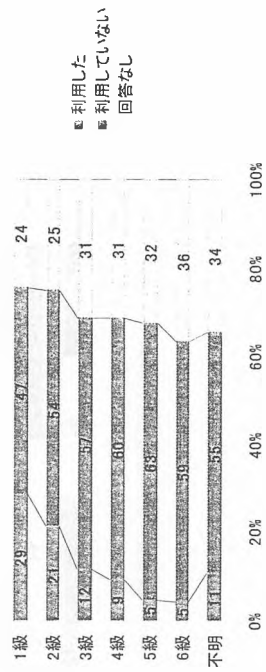
聴覚・言語障害・障害等級別のショートステイ利用状況



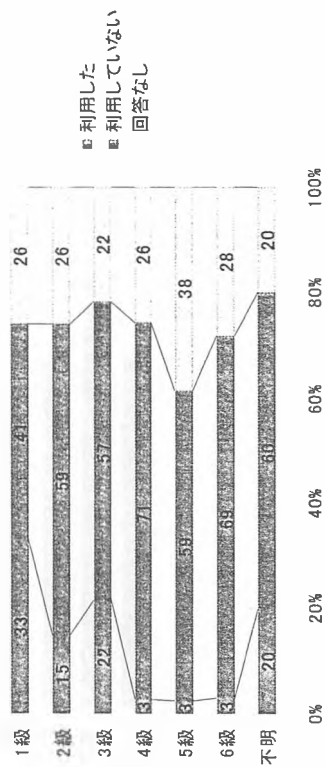
内部障害・障害等級別のショートステイ利用状況



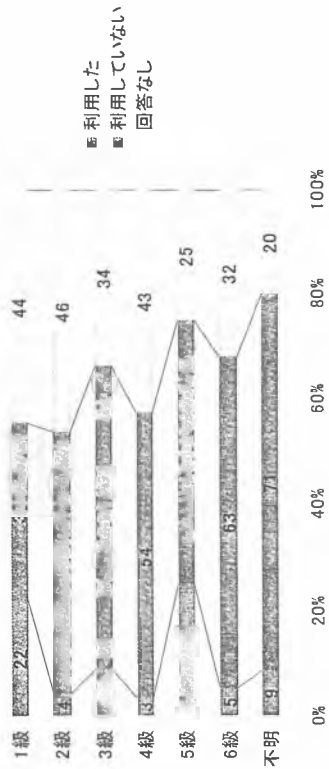
肢体不自由・障害等級別のホームヘルプサービス利用状況



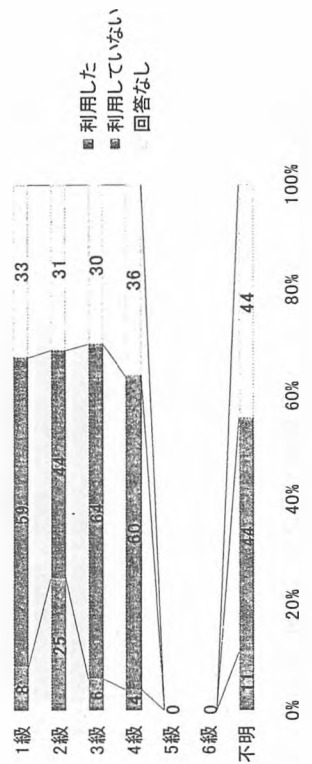
視覚障害・障害等級別のホームヘルプサービス利用状況



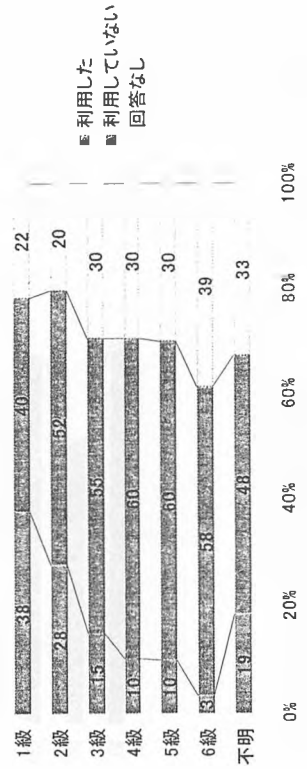
聴覚・言語障害・障害等級別のホームヘルプサービス利用状況



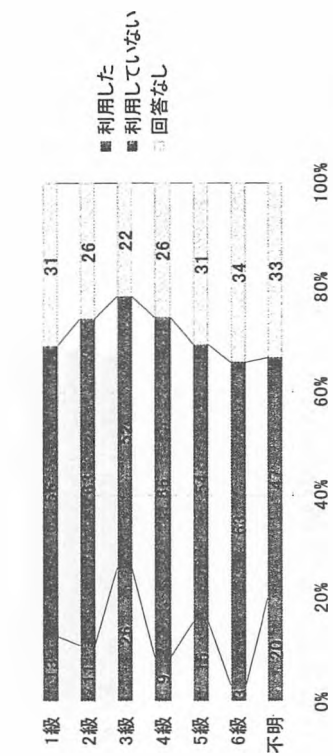
内部障害・障害等級別のホームヘルプサービス利用状況



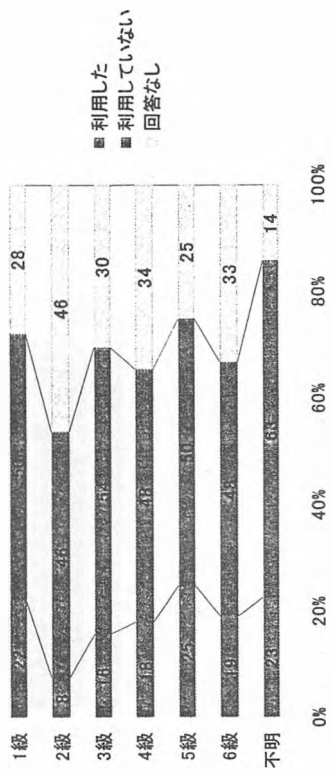
肢体不自由・障害等級別のデイサービス利用状況



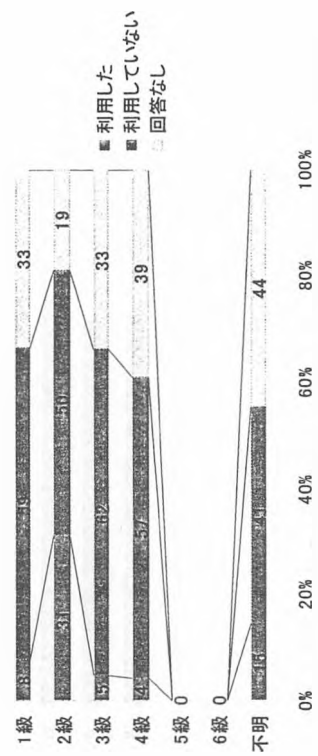
視覚障害・障害等級別のデイサービス利用状況



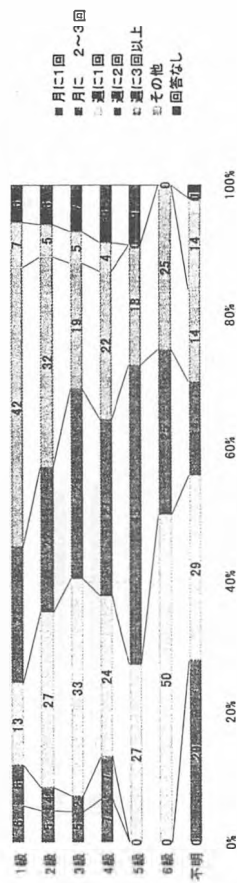
言語・聴覚障害・障害等級別のデイサービス利用状況



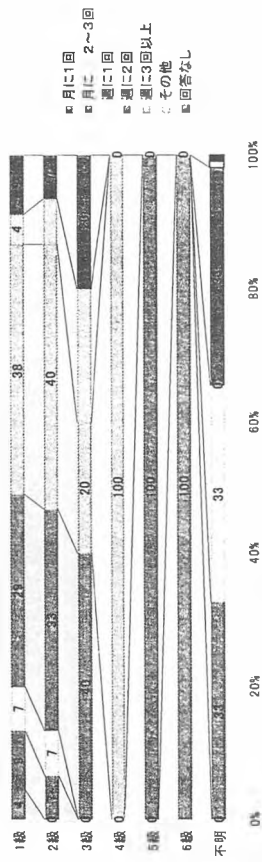
内部障害者・障害等級別のデイサービス利用状況



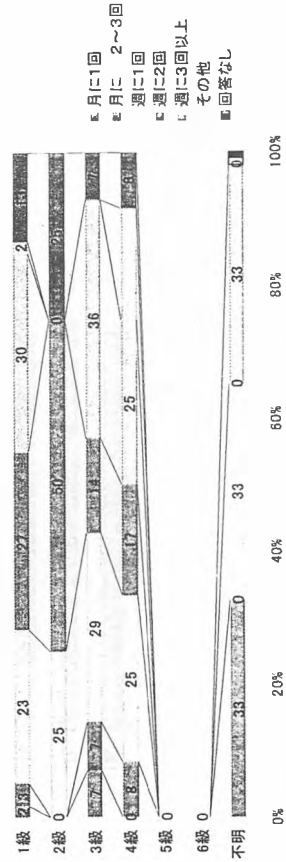
肢体不自由・障害等級別の居宅介護の利用頻度



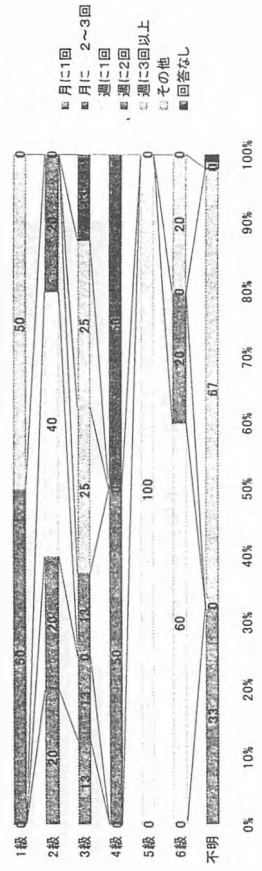
視覚障害・障害等級別の居宅介護の利用頻度



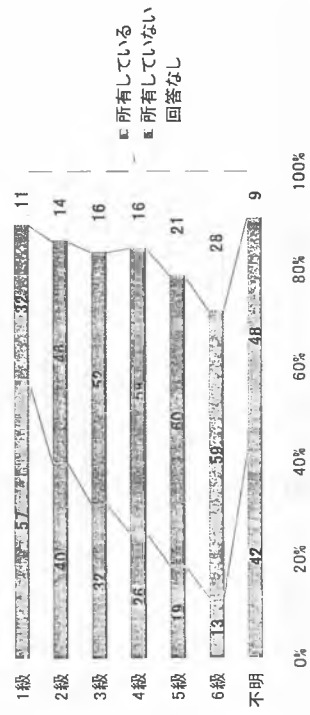
内部障害・障害等級別の居宅介護の利用頻度



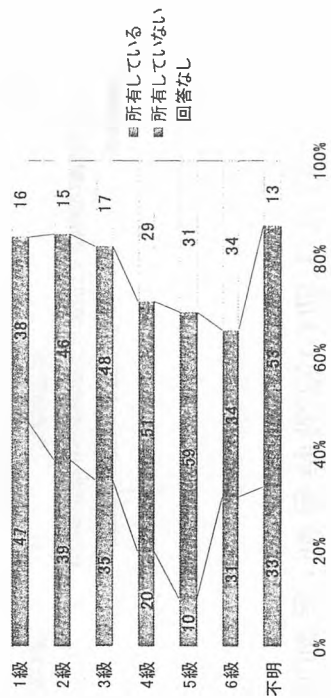
聴覚・言語障害・障害等級別の居宅介護の利用頻度



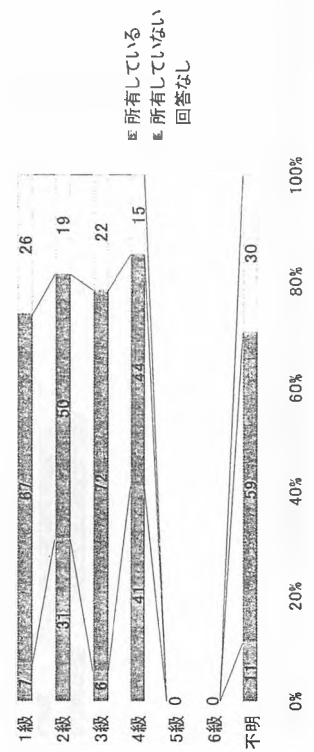
肢体不自由・障害等級別の補装具の所有状況



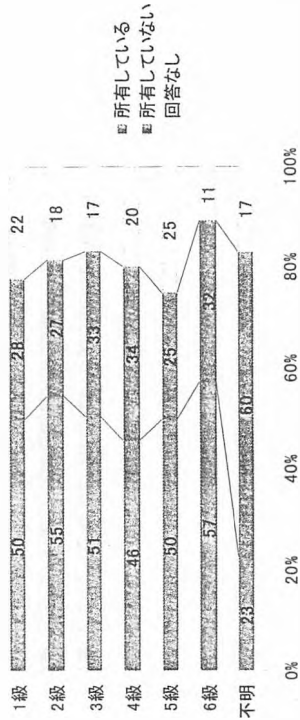
視覚障害・障害等級別の補装具の所有状況



内部障害・障害等級別の補装具の所有状況

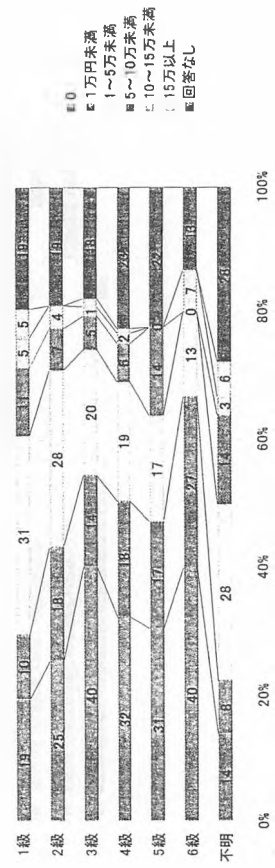


聴覚・言語障害・障害等級別の補装具の所有状況

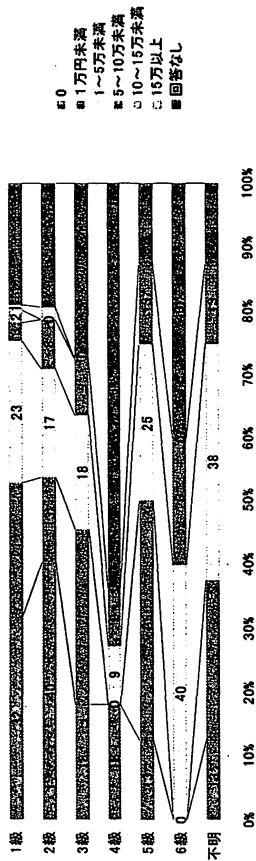


肢体不自由・障害等級別の介助費用負担の状況

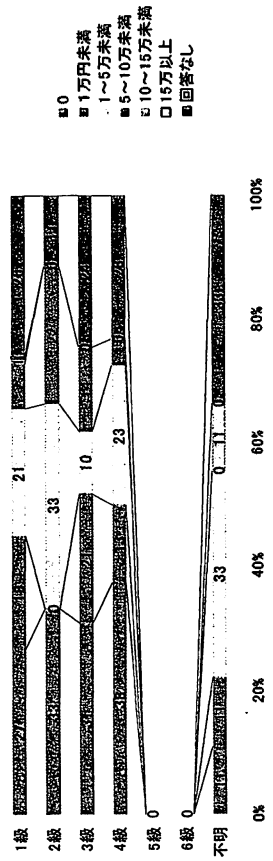
肢体不自由者の介助費用内訳表



視覚障害・障害等級別の介助費用負担の状況

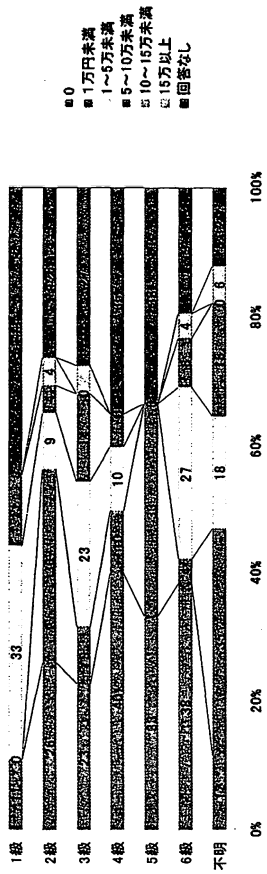


内部障害・障害等級別の介助費用負担の状況



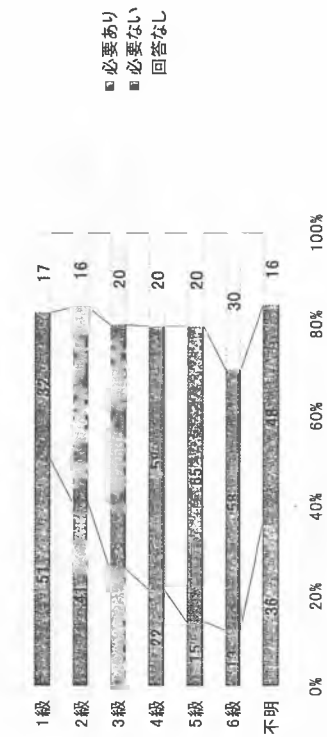
聴覚・言語障害・障害等級別の介助費用負担の状況

聴覚・言語障害者の介助費用内訳表

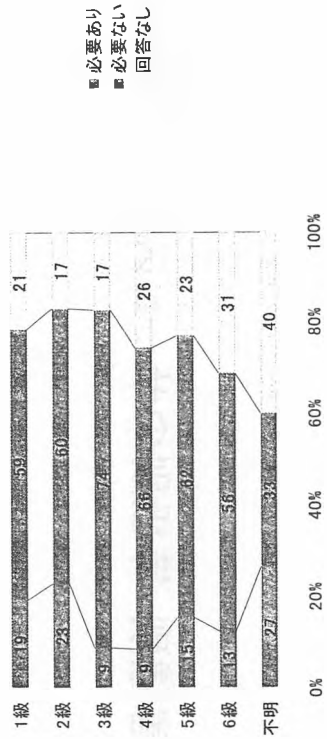


障害種別・等級別のサービスのニーズの状況

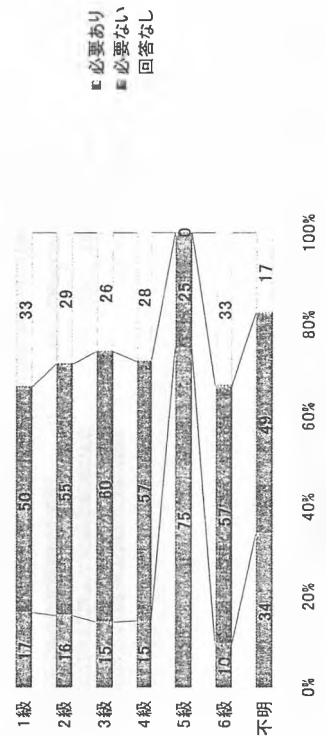
肢体不自由・障害等級別の福祉サービスの状況



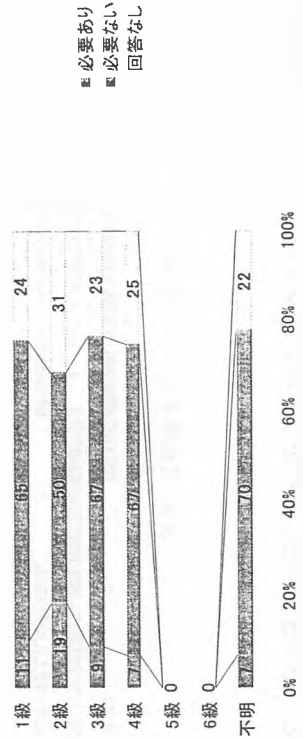
視覚障害・障害等級別の福祉サービスの状況



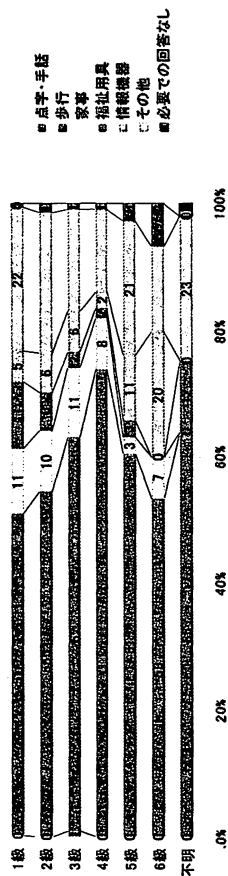
聴覚・言語障害・障害等級別の福祉サービスの状況



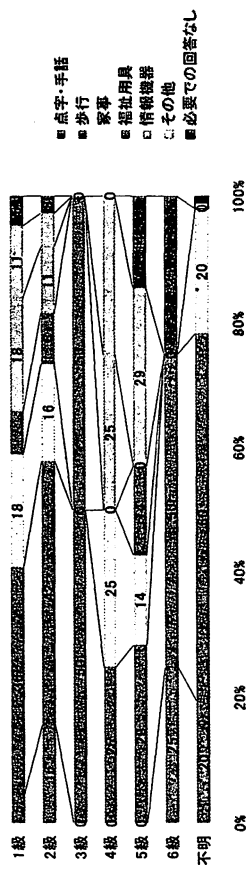
内部障害・障害等級別の福祉サービスの状況



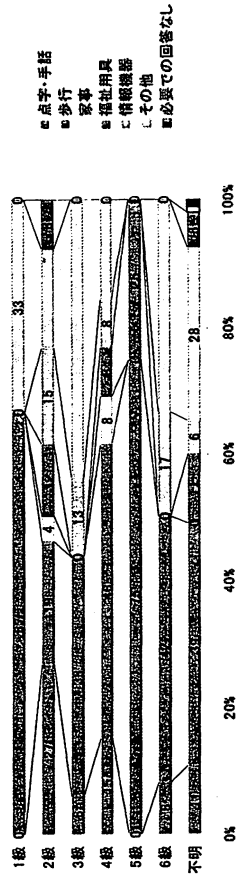
肢体不自由・障害等級別の福祉サービスの内訳



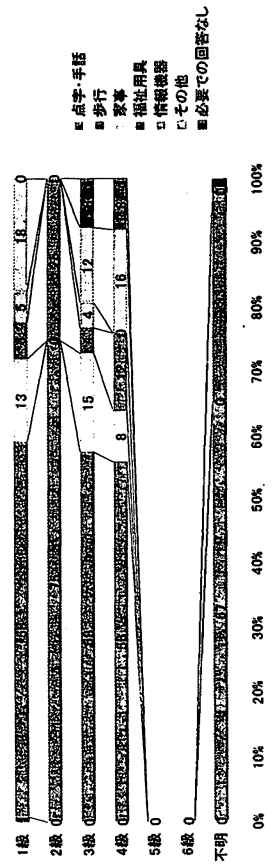
視覚障害・障害等級別の福祉サービスの内訳



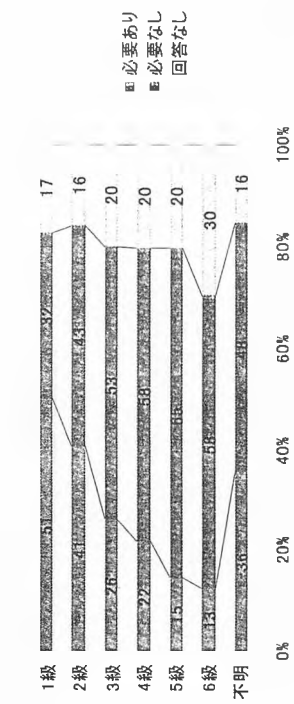
聴覚・言語障害・障害等級別の福祉サービスの内訳



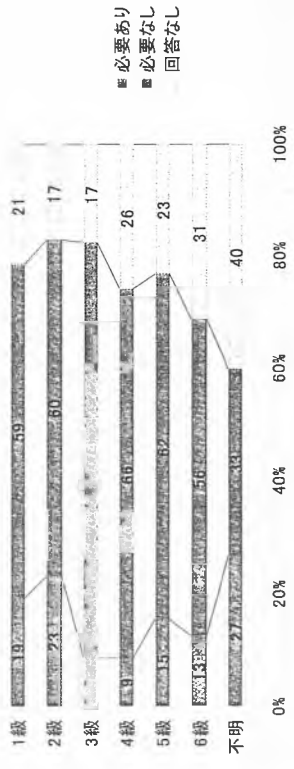
内部障害・障害等級別の福祉サービスの内訳



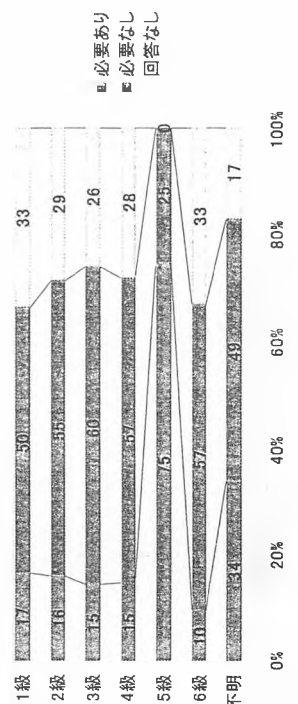
肢体不自由・障害等級別の訓練の必要の有無



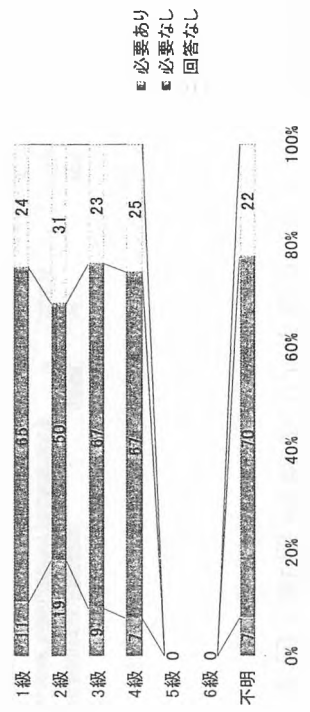
視覚障害・障害等級別の訓練の必要の有無



聴覚・言語障害・障害等級別の訓練の必要の有無



内部障害・障害等級別の訓練の必要の有無



厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)
分担研究報告書

障害統計のツール開発の国際動向
—国連ワシントン・グループの活動を中心に—

研究代表者 江藤文夫 (国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局長)

研究要旨

障害統計ツールの開発に関する国際動向は、障害認定やこれに関する障害者の範囲をめぐる議論とも関連する問題であることから、障害統計のツール開発の国際動向について概括し、考察を行った。

WHOによる「国際生活機能分類 (ICF)」の刊行(2001年)、国連における「障害者の権利条約 (CRPD)」の採択を機に、国際比較に耐える障害統計のツール開発のニーズが切実となり、その目的で国連に設置された障害統計に関するワシントン・グループ (WG: Washington Group on Disability Statistics) が活動し、障害についての一般的な計測法としての短い質問セットを開発し、障害に伴う多数の概念に対応した複数の拡張質問セットを開発中である。

障害者の比率に関する調査結果は、調査方法だけでなく、調査目的等によっても異なり、各国のデータを単純に比較することはできない。国際的に比較可能な障害統計のツール開発は重要であり、こうした国際動向も視野に置きながら、わが国の社会経済の状況に適した「障害認定の在り方」を検証する必要がある。

1 研究目的

国際的な障害の分類作業の歴史は浅く、国連が関与した障害 (disability) の頻度に関する国際調査は 33 カ国による 1950 年代にさかのぼるとされ、その時点では標準化された統計的定義も概念も分類様式もなかった¹⁾。

2006年12月、国連において採択された「障害者の権利条約 (CRPD)」は 20 カ国以上の批准を受けて 2008年5月発効した。この権利条約の第 31 条で障害統計の必要について言及していることから、国連関連の世界活動では国際比較に耐える障害統計手法のニーズが切実となっている。そのために最も注目される活動が、2002年2月に第 1 回の会議もたれたワシントン・グループ (WG: Washington Group on Disability Statistics) の活動である。

こうした障害統計ツールの開発に関する国際動向は、本研究の目的である障害認定やこれに関する障害者の範囲をめぐる議論とも関連する問題であり、本研究班の江藤が第 7 回および第 10 回 WG 会議、寺島が第 8 回 WG 会議に出席していることから、国連 WG の活動を中心に、障害統計のツール開発に関する国際動向について概括し、考察する。

2 国際的な疾病分類から障害分類までの経緯

(1) 死因分類から疾病分類へ

保健医療の展開に伴い死亡統計の国際比較の必要が議論されはじめたのは 17～8 世紀頃とされ、19 世紀に入り本格的にヨーロッパで会議がもたれる間にファール (Fahr) らの分類体系が採用されたのは 1855 年にパリで開催された第 2 回国際統計会議においてであった。その枠組みで死亡診断にかかる国際死因分類、すなわち今日の国際疾病分類 (ICD: International Classification of Diseases) の初版は 1900 年のウイーンにおける会議で採択された。この作業は約 10 年ごとに修正を加えることが定められ、第一次世界戦争後は国際連盟により後援され、第二次世界戦争後の第 6 回修正 (1948 年) 以降は WHO 憲章に基づき WHO の所轄となっている²⁾。

死因分類から疾病分類へとして整理された第 6 版の改訂作業において、致命的ではない状況であっても疾病全般を含む形式とすることが提案され合意された結果、ICD の呼称となった。さらに慢性疾患の分類や保健統計だけでなく、財政的な保健医療サービスの分析にも ICD が使用されるようになり、ICD を補完するために疾患と障害の因果関係に基づき障害を分類する作業が提唱され、1975 年の第 9 版 (ICD-9) の承認に合わせて、Impairments → Disabilities → Handicaps のモデルが採用され、分類試案作成が開始された。こうして 1980 年に障害に関するコード分類試案としての ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) が刊行された。この考え方は 1980 年代から 90 年代にかけての国連における障害に関する世界行動計画の基盤とされた。

(2) 障害分類の追加

また、ICD-9 の策定作業では、21 世紀に向けて Farr 以来の分類体系の枠組みについて見直しの必要性が議論され、その結果約 15 年以上の歳月をかけて抜本的な見直しが行なわれた。1992 年に刊行された通称 ICD-10 の名称は「疾病と健康関連問題に関する国際統計分類の第 10 版」である。次いで、ICIDH の改訂作業が開始されたが、当初から指摘された医学モデルへの批判から、当事者も参加した改訂作業が進められた。1990 年代後半に ICIDH 第 2 版 (ICIDH-2) の草稿が作成され、国際的な試行実地試験がなされる間に社会モデルに対しても、より中立的な身体機能と構造、活動と参加、さらには環境や個人因子の分類としてまとめられ、名称も ICIDH-2 ではなく国際生活機能分類 (ICF: International Classification of Functioning, Disability, and Health) という表題のもとに 2001 年に刊行された³⁾。

(3) WHO における障害評価ツール: WHODAS について

ICF に準拠して障害統計を求めるには、膨大な項目から目的に合わせた領域と項目の選択に加えて、段階付け法などの計測法の考案を必要とする。ICIDH-2 としての障害分類への期待から、使用法の記述で評価点について解説し、分類コード末尾の小数点の後に 0 (問題なし)、1 (軽度の問題)、2 (中等度の問題)、3 (重度の問題)、4 (完全な問題) 等の数値を評価点コードとして付記することの必要性を強調している。しかし、ICF は障害現象に関する一貫性のある完全な概念化により障害の計測とデータ収集法開発の基盤となることに期待されるが、健康と障害統計のために情報の基準と枠組みを提供する分類法であり、

それ自体では測定ツールではなく、調査用の道具でもない。

WHO では精神障害を有する患者の社会適応と行動での障害を評価するために比較的単純なツールを開発し、1988 年に使用ガイド付で障害アセスメント票 (Disability Assessment Schedule)、通称 WHODAS を策定した。これは精神保健領域の調査で、我が国でも使用された例がある。

さらに、ICIDH の改訂作業に合わせて、ICF の概念に適合させた WHODAS II の策定作業が行われた。まず、89 項目からなる評価テストが 1998 年に、19 カ国 21 カ所で実使用試験調査が行われ、検証された。次いで 1999 年前半に、これら結果の心理測定的な分析と更なる実地使用試験に基づいて、計測法は 36 項目に短縮され、さらに 12 項目のスクリーニング用質問紙も開発された。1999 年後半に、14 カ国にまたがる 16 のセンターで信頼性と妥当性が検証され、2001 年に最終版が刊行された。質問項目は 6 つのドメイン*から採られ、評価は、1 (none), 2 (mild), 3 (moderate), 4 (severe), 5 (extreme or cannot do) の 5 段階採点に加えて「過去 30 日間でどのくらいの困難がありましたか？」などの質問が追加されている。また、WHODAS II の施行法には、面接者実施版、自己施行版、代理人版があり、長さについても簡易版として 6 項目版と 12 項目版がある**。回答者の最も完全なプロフィールを得るために最も推奨されるのは 36 項目、面接者実施版とされている。

* 6 つのドメインと参照 ICF (活動と参加の章 §) :

domain 1 (understanding and communication, 6 質問)= § 3

domain 2 (getting around, 5 質問)= § 4

domain 3 (self care, 4 質問)= § 5

domain 4 (getting along with people, 5 質問)= § 7

domain 5 (Life activities-(1)household activities, (2)work activities, 8 質問)= § 8

domain 6 (participation in society, 8 質問)= § 9

これらのドメインに関して WG に参加している団体の活動を合わせた作業計画では、質問課題とタイプを基本的活動ドメインと複合活動ドメインに分類している (後掲の表 1 参照)。上記 ICF 章立ての参照に関して対比してみると、§ 1~4 は前者に、§ 5~9 は後者に分類されている。すなわち、ADL/IADL は Complex Activity Domains に含まれる。

** WHODAS II の使用に当たっては、いくつかの翻訳版 (アラブ、英語、オランダ、仏語、独語、ギリシア、ヒンズー、イタリア、カナダ、中国、ルーマニア、ロシア、タミール、トルコ等) があり、その翻訳の 1 つを利用するか、独自に翻訳を作成して使用する場合には、書面による許諾を最初に受け取らなければならないとされ、インターネットホームページ (<http://www.who.int/icidh/whodas/>) に翻訳許可申請のアドレスが示されている (If you would like to utilise one of our translations, or create another translation of the WHODAS II, you must first receive written permission. To request permission send an email to whodas@who.int.)。しかし、かつて国立障害者リハビリテーションセンターから職員が申請を試みたところ応答はなかった。

その後、WHO DAR テクニカルオフィサーの Chapal Khasnabis 氏を通じて許可を得ることができた。現在、このサイトのアクティビティは乏しいようである。

3 WG の活動について

国連は 2001 年 6 月に、障害計測に関する国際セミナーを開催し、個々の国での使用と国際的に比較可能な人口ベースでの障害計測ツール開発の必要性が認識された。セミナーでは、障害に関するデータの乏しさとデータの質の貧しさが特に発展途上国で認められ、さらに先進国においてさえ国際比較可能な計測法が欠如していることが明らかにされた。そこで、この課題に対処するため障害統計のための委員会（シティ・グループ）が設立されることとなり、第 1 回の会議が 2002 年 2 月ワシントン DC で開催された。運営委員会（steering committee）のメンバーとしてはカナダ、EU、米国、ブラジル、フィリピン、エジプトが選ばれた。また、事務局は米国の国立衛生統計センター(NCHS)に置かれた。

WG の主な目的は、国勢調査や全国調査に適合した障害計測法を国際的な協力の下に開発することである。そのために、障害についての一般的な小規模の計測方法（短い質問セット）を開発すること、障害に伴う多数の概念に対応した複数の拡張質問セットの開発を支援し、調査項目や調査のデザインの原理を各国に推奨すること、文化的にも可能な限り比較可能な計測法を開発すること、併せて障害の計測に際しての方法論的な問題を検討すること、などがあげられた。

これまでに WG の公式会議は 10 回開催されている：米国のワシントン DC (2002)、カナダのオタワ (2003)、ベルギーのブリュッセル(2004)、タイのバンコク(2004)、ブラジルのリオデジャネイロ(2005)、ウガンダのカンパラ(2006)、アイルランドのダブリン(2007)、フィリピンのマニラ (2008)、タンザニアのダル・エス・サラーム (2009)、そして直近はルクセンブルク (2010)。WG の組織、経緯、参加国等のリスト、過去の会議記録（提示資料を含めて）、成果物、国連統計委員会への報告書、次回会議情報は WG のインターネットサイト*からアクセス可能である。

* WG のサイト：http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm

UN のシティ・グループのサイト：

<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/index.htm>

UN の WG のサイト：<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm>

WG への会員加入国について WG から国連統計部への報告書（2010 年 2 月）によると、開始時以来、116 の国と領域からの統計事務局が参加していて、84 ヶ国の代表が過去の年次会議に最低 1 回以上、54 ヶ国が 2 回以上出席している。WG の現在のメンバーは 109 ヶ国の統計事務局、7 つの国際団体、6 つの障害者団体、国連の統計部、その他の国連部局が含まれる。また、ヨーロッパの経済委員会 (ECE)、WHO、ブダペスト・イニシアチブ（健康状態計測に関する Eurostat のタスク・フォース）、アジア大洋州経済社会委員会 (ESCAP) などとの協力体制を継続している⁴⁾。

(1) 国勢調査のために推奨された障害に関する質問の短いセット

2006年、カンパラ(ウガンダ)での第6回WG会議で試験結果が報告され、障害に関する質問の短いセットが承認された。このセットは基本的な活動ドメインに関する6つの質問からなる：見ること、聞くこと、歩くこと、認知に関すること、セルフケア、コミュニケーション。国勢調査等での規模や予算措置から6つの質問を含められない場合には、最初の4つのドメインを含めることが推奨されたが、できるだけ6つの質問を用いることが望ましい。

最終的な短い質問セット(江藤、訳)は以下の通りである：

次の質問は健康問題の理由から、ある活動をすることであなたが苦勞するかについて尋ねます。

1. あなたは眼鏡を着用しても見るのに苦勞しますか？
2. あなたは補聴器を使用しても聞くのに苦勞しますか？
3. あなたは歩いたり階段を登ったりするのに苦勞しますか？
4. あなたは思い出したり集中したりするのに苦勞しますか？
5. あなたは身体を洗ったり衣服を着たりする(様なセルフケアで)のに苦勞しますか？
6. あなたの普通(日常的)の言語を使用して意思疎通することに苦勞しますか(例えば、理解したり理解されたりすること)？

各質問には、回答用に4つのカテゴリーがある：(1) いいえ、苦勞はありません、(2) はい、多少苦勞します、(3) はい、とても苦勞します、および(4) 全くできません。

国勢調査で使用するための短いセットがWGにより開発され、標準化試験が15カ国(うち13カ国は世界銀行からの資金援助を受けて)で実施されたが、試験の目的は妥当性の検証に加えて、場面や文化の異なる条件での取り扱い方の理解を深めるためでもあった。このセットの使用により、発展途上国での障害者頻度はかつて1~2%であったものが8~15%に認められた。(UNへのWGからの報告書)

WGでは定例の会議資料にするため加入国に対して、障害統計に関する年次報告の提出を求めてきた。WGによる質問手法の利用状況について第10回会議資料に基づき要約する。年次報告に回答したのは46カ国で、アフリカ/中東から11カ国、アジア/大洋州から8カ国、ヨーロッパから19カ国、北/南アメリカから8カ国であった。WG質問の短いセットを直近の国勢調査において含めた国は10カ国で、2009年時点で次回の国勢調査で含める可能性を回答したのは21カ国で、2010年までに使用したのは4カ国、予定して使用しなかったのは5カ国である。また、国勢調査だけでなく全国調査や障害調査の予備テスト等で過去にWGの質問を含めたことのある国は18カ国あった。WG質問の短いセットを含めなかった理由としては、「直近の国勢調査実施時には、WG質問セットは最終版になっていなかった」「前回国勢調査で使用されたものと同じ質問の使用が必要とされた」「前回データ収集時には、WG質問セットを知らなかった」「人口国勢調査では障害について質問しない」「障害は別の情報(行政記録、確立された調査、法規)で明示されている」「障害関連のデータ収集を実施するための財政的、技術的手段を欠く」「政府からの支援を欠く」「パイロットテストで回答者は質問の理解が困難だった」「国勢調査に新たな質問を加えるには費用がかかり過ぎる」「質問が多すぎる」「WGの短い質問セットに類似した質問を使用した」などが挙げられた。

(2) 質問の拡張セット等について

国勢調査の成分として、或いは全国調査の補足としてニーズが合意され、障害に伴う複数の概念に対応した質問の拡張セットの開発についても当初から検討されてきたが、マニラで開催された第 8 回 WG 会議において開発のための作業計画マトリクス（後掲の表 1 参照）が作成され、提示された。これに沿って作業は急速な進捗を示した。

まず、作業グループによる質問の拡張セットの確立とあわせて、既に使用されてきた他の調査（全国的、或いは研究）における質問セットの検索調査が実施された。作成された拡張質問セットについては、2008 年 7 月にワシントン DC で開催されたブダペスト・イニシアチブ/WG の合同会議においてさらなる検討がなされた。次いで、認知面のテスト・プロトコルが開発され、実地試行試験に向けて ESCAP の 6 カ国（カンボジア、カザフスタン、モルジブ、モンゴル、フィリピン、スリランカ）の人材育成を目的に 2009 年 2 月 16-20 日にバンコクで ESCAP/WG 研修会が開催された。その後、これらの諸国に加えて、カナダ、米国、南アフリカで認知面のテストが試行された。これらのデータに関して、WG 拡張セットに関する解析ワークショップが 2009 年 5 月にワシントン DC で開催された。また、実地テスト/プロトコルも開発され、同じ ESCAP6 カ国で実地テストが行われた。認知テストからの結果と予備的実地テスト結果は、ダル・エス・サラームにおける第 9 回 WG 会議で提示された。

2010 年 2 月から 4 月にかけて、質問の拡張セットの認知テストが米国とヨーロッパ 6 カ国（フランス、ドイツ、イタリア、ポルトガル、スペイン、スイス）で行われた。このグループの最初の会議はグラナダで開催されたのでグラナダ・グループと呼ばれる。グラナダ・グループは WG 拡張セットから 7 つのドメイン〔情動（不安と抑鬱）、疼痛、疲労、認知、コミュニケーション、上半身、学習〕に焦点を当てた。グループは合計 100 件の認知面接を収集し、2010 年 4 月にローマで分析会議をもった。これらの結果は第 10 回 WG 会議で報告され、最終版に向けて活発に議論されたが、認知面の質問と自治試験結果についてはさらなる分析を要すること、他の地域、特に中東、アフリカ及び南米において質問の拡張セットの実地試験を拡大することが合意された。また、ここで提案された質問セットをヨーロッパ健康面接調査（EHIS）に含めるよう UNECE（国連欧州経済委員会）に提案された。この質問の拡張セットには、基本的活動ドメインとして WG 質問の短いセットに加えて複数の質問が設定され、ICF の章立てにない疼痛（Pain）と疲労（Fatigue）が含まれている（後掲の表 1 参照）が、医学的な疾患情報は排除しての議論で、最小数の質問の開発を指向している。

拡張セットの開発の間に、子どもや施設入所者の障害に関する質問の開発が課題となり、代理人回答の問題を含めて方法論的な課題が指摘された。第 10 回 WG 会議では、方法論的問題に引き続き取り組むことに加えて、子どもで障害を計測するための質問モジュールを開発すること、阻害要因と促進要因の両者を含む環境因子を計測するための拡張質問セットの試案作成することのために作業グループを形成することが合意された。

4 考察

国連 WG による障害統計のためのツール開発では、実地試行調査等について世界銀行による援助が大きい。障害と貧困は密接に関連する。貧困は低栄養、貧弱な保健サービス、

産褥、安全性を欠く生活や労働条件等により障害原因となり得る。世界銀行は2002年以来、公平、障害、貧困の重大な連関を認識して、障害を世界銀行の重要課題のひとつとして運営と解析に取り組んできた。

さらに2006年に国連における「障害者の権利に関する国際条約（International Convention on Rights of Disabled People: ICRDP）」により各国で障害の概念や障害者の定義をどのようにとらえていくかに注意が向けられるようになった。他方、障害者を包摂する政策の計画、意味付け、モニター、評価のために重要な、障害に関する国際比較可能で質の高いデータはほとんど入手できない。例えば、障害者の比率に関する世界銀行の報告では、ケニヤやバングラディシュでの1%未満からニュージーランドでの20%まで極端にばらついている（後掲の表2参照）。このばらつきの原因として、障害定義の相違、データ収集の方法論的差異、調査計画の質のばらつき等複数の要因があげられる⁵⁾。

障害の定義については、従来の医学モデルから社会モデルへの転換が促進され、ICFでは障害は医学的条件による障害だけでなく、様々なドメインでの機能の詳しい記述に従って分類される。第1のドメインである身体構造と機能は身体系の生理学的および心理学的機能を参照しての医学モデルに最も関係する。すなわち、これは主として疾病に由来する機能形態障害に左右される個人の能力を参照するのみなので、社会生活を営む人間としての全体像をとらえるためにはもう一方のドメイン—活動と参加—が必要と考えられた。

こうした動向を反映した調査でも障害計測の方法が異なると、同一国内でも大きな差が認められる。2001年のカナダにおける主要な障害調査での成人の障害者の比率（Adult Disability rates）では、参加と活動制限の調査（条件付き）13.7%、同（すべて）14.8%、国勢調査18.5%、労働と収入動態調査20.5%、カナダ・コミュニティ健康調査31.3%であった。後者は日常生活での活動範囲への影響ではなく、健康を障害するすべての条件を考慮したものである⁵⁾。

障害者の比率に関する調査結果は、調査方法だけでなく、調査目的によっても異なる。機能的制限の程度を質問により調査する場合でも、軽度、中等度、重度などの回答により閾値を設定することが必要とされるが、調査結果は閾値の設定によっても異なってくる。第10回WG会議の国別報告セッションでイスラエルから2008年の国勢調査と各種行政調査（国民保険研究所から障害年金受給者、社会省から各自治体での社会サービス登録者、地域サービス及び施設サービス受給者、防衛省から障害年金受給者）の比較が紹介された。調査目的や障害程度の閾値の設定、年齢階層により調査結果の差は明らかであり、国勢調査では介護や健康問題は比較的カバーされ、精神病や障害は低く見積もられ、重度障害は比較的カバーされること、年齢では若年者は低く見積もられ高齢者では十分カバーされること、軽度障害の頻度が最も高いドメインは認知、中等度の障害の場合はモビリティ、重度の障害の場合はADL（セルフケア）であることが報告された⁶⁾。

以上のように障害統計においては、障害の定義をはじめ様々な課題が議論されてきた。また、障害程度の評価、計測の閾値設定は調査の目的或いは施策の目的に依存し、これらによって調査結果には差が生じる。したがって、各国で実施された国勢調査や障害関連調査のデータを単純に比較することはできない。このため、国際的に比較可能な障害統計のツール開発は重要であり、こうした国際動向も視野に置きながら、わが国の社会経済の状況に適した「障害認定の在り方」を検証する必要がある。

表 1 Washington Group/Budapest Initiative/UNESCAP Activities and Workplan

Row	Questionnaire Topic/Type	Basic Activity Domains								Complex Activity Domains						
		Vision (1)	Hearing (1)	Mobility	Communication	Cognition/remembering	Upper Body	Learning/understanding	Affect	Pain	Fatigue	ADL/IADL	Getting Along with People	Life Activities	Participation in Society	
Capacity	Short Set Single Questions (1)															
	Extended Set Multiple Questions (1)															
Performance	Use of Assistive Devices Micro-E (2)															
	Functioning with Assistance, Micro-E (2)															
5	Age at Onset															
6	Cause															
7	Duration															
8	Impact															
9	Meso-Environment (3)															
10	Macro-Environment (4)															
To be obtained through other sources, not personal survey data collections																
	ICF Chapter Reference - Activities/Participation	ICF-1	ICF-1	ICF-4	ICF-3	ICF-1.2	ICF-1	ICF-2	(5) See Note below	ICF-5,6	ICF-7	ICF-8	ICF-9			

NOTES:

(1) Measurement is WITHOUT the use of assistive devices or other help WITH THE EXCEPTION OF VISION (glasses/lenses) and HEARING (hearing aids). These are both measured WITH the use of assistive devices and thus do NOT represent true measures of Capacity. As such, Extended Set multiple questions are captured under Performance (Row 4)

NB - SEVERITY is captured in response categories

(2) Micro environment - technical and personal assistance that follows the person wherever they go (e.g. wheelchair, eye glasses, personal attendant); ICF Environment Chapter 1 & 3

(3) Meso environment - the environment beyond the person (e.g. transportation infrastructure, accessibility, service provision at local level, attitudes of others); ICF Environment Chapters 2 & 4

Meso environmental questions may also be non-domain specific

(4) Macro environment - that which affects a whole country, such as policies and legislation, general societal attitudes and practices; ICF Environment Chapter 5

Macro-environmental questions are NOT domain specific.

(5) Pain and Fatigue are not obvious /w/known/ domains (nor are they in the ICF) however they are included here as domains

a - one question for children / one question for adults

b - available for special populations

c - No mention of functioning without AD - includes Intensity (How often?)

d - Upper body short set question is the ADL short set question

表 2 : 調査法別の各国における障害者の比率 (Mont D: Measuring Disability Prevalence. SP Discussion Paper, No0706, World bank, 2007.より)

国勢調査			障害調査		
国別	年	障害者人口比率	国別	年	障害者人口比率
米国 (USA)	2000	19.4	ニュージーランド	1996	20.0
カナダ	2001	18.5	オーストラリア	2000	20.0
ブラジル	2000	14.5	ウルグアイ	1992	16.0
英国 (UK)	1991	12.2	スペイン	1986	15.0
ポーランド	1988	10.0	オーストリア	1986	14.4
エチオピア	1984	3.8	ザンビア	2006	13.1
ウガンダ	2001	3.5	スウェーデン	1988	12.1
マリ (Mali)	1987	2.7	エクアドル	2005	12.1
メキシコ	2000	2.3	オランダ	1986	11.6
ボツワナ	1991	2.2	ニカラグア	2003	10.3
チリ	1992	2.2	ドイツ	1992	8.4
インド	2001	2.1	中国	1987	5.0
コロンビア	1993	1.8	イタリア	1994	5.0
バングラディシュ	1982	0.8	エジプト	1996	4.4
ケニヤ	1987	0.7			

情報源：国連統計部；IBGR（ブラジル）、INEC（ニカラグア）、INEC（エクアドル）、INEGI（メキシコ）、ニュージーランド統計、INE（スペイン）、インド国勢調査2001、

文献

- (1) Altman BA, Barnartt SN, eds.: International Views on Disability Measures: Moving Toward Comparative Measurement. Elsevier, Amsterdam, 2006, pp10.
- (2) Last JM: Public Health and Human Ecology. Appleton & Lange, East Norwalk, 1987. pp38-43.
- (3) World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva, World Health Organization, 2001.
- (4) Washington Group: Washington Group on Disability Statistics. United Nations Economic and Social Council, 2010 (E/CN.3/2010/20)
- (5) Mont D: Measuring Disability Prevalence. SP Discussion Paper, No0706, World bank, 2007.
- (6) Zohar Chessakov Z, Feldmann C: Disabilities: Census Vs. Administrative Sources. presented at the 10th Annual Meeting of the Washington Group in Luxemburg, November 2010.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

分担研究報告書

英国の生活機会調査の概要

研究分担者：寺島彰（浦和大学こども学部教授）

研究要旨

2010年12月に英国の国家統計事務所が発表した生活機会調査は、グレートブリテンで実施された大規模な調査であり、教育・訓練、雇用、輸送、社会・文化活動などの生活上の機会に、障害者および非障害者がどの程度参加できているかについて調査している。同調査は、障害が社会参加においてどのような制約となっているのかについても調査をしており、本研究の趣旨に合致していると考えられる。そこで、研究では、その報告書および利用者ガイドに基づき、機能障害による制約を中心に調査結果の概要をまとめた。その結果、生活上の機会の差を等級と結びつけることの可能についての示唆が得られた。

A. 研究目的

2010年12月に、英国の国家統計事務所（Office of National Statistics : ONS）が、生活機会調査（Life Opportunity Survey : LOS）の報告書を発表した。この調査は、英国のグレートブリテン（北アイルランドを除く、イングランド、スコットランド、ウェールズの3つの地区）で実施された大規模な調査で、教育・訓練、雇用、輸送、社会・文化活動などの生活上の機会に、障害者および非障害者がどの程度参加できているかについて調査している。本調査は、障害が社会参加においてどのような制約となっているのかについても調査をしており、本研究の趣旨に合致していると考えられる。そこで、本稿では、その報告書および利用者ガイドに基づき、障害による制約を中心に調査結果の概要をまとめることとした。

B. 研究方法

文献調査による。

C. 研究結果

別紙。

D. 考察

本調査の特徴の一つは、生活上の機会について障害をもつ者と障害のない者を比較している点である。障害故にどのような社会的不利があるのかを定量化しようとする意図が感じられる。これまで、このような観点から障害者調査をされたことはなかった。

我々の研究は、適切な障害認定方法を検討しているわけだが、生活上の機会の差を等級と結びつけることも可能であろうと思われる。その意味で、本調査を参考にすることも可能ではないかと考える。ただし、

その際、機能障害の程度と生活上の機会の関連を明らかにできるようなものでなくてはならない。本調査も、実は、その点についても取り扱っており、機能障害についても詳しく調査をしているのである。しかし、報告書には、そのあたりの結果については記載されていない。今後の報告書で提供されるのかもしれない。今後の発表を注意深くフォローしていく必要がある。

1. はじめに

2010年12月に、英国の国家統計事務所（Office of National Statistics : ONS）が、生活機会調査（Life Opportunity Survey : LOS）の報告書を発表した。この調査は、英国のグレートブリテン（北アイルランドを除く、イングランド、スコットランド、ウェールズの3つの地区）で実施された大規模な調査で、教育・訓練、雇用、輸送、社会・文化活動などの生活上の機会に、障害者および非障害者がどの程度参加できているかについて調査している。本調査は、障害が社会参加においてどのような制約となっているのかについても調査をしており、本研究の趣旨に合致していると考えられる。そこで、本稿では、その報告書①および利用者ガイド②に基づき、障害による制約を中心に調査結果の概要をまとめることとする。

2. 調査の背景

英国の障害者に関する調査としては、「国連障害者の10年」の期間中、1985年から88年に国勢調査事務所（Office of Population Censuses and Surveys : OPCS）が行った障害者全国調査がある。また、ほぼ、10年後の1996年から1997年にかけて、家族資源調査（Family Resources Survey : FRS）の障害追跡調査が実施された。

その後、ふたたび、ほぼ10年後の2005年に、労働年金局（Department of Work and Pensions : DWP）が、事前調査を行い、新しい積極的な障害者調査が必要であるという勧告をした。その理由は、グレートブリテンに住んでいる障害をもつ人々の経験に関して、次のことに関する長期的情報を得るためとされた。

- ・時間の経過による障害のダイナミックス、例えば、障害の発生と変化に関する要因等
- ・障害者の社会参加状況
- ・機能障害の最新の発生率

これに従って、2007年に、障害問題事務所（Office for Disability Issues : ODI）が、ONSに障害の新しい追跡調査を実施するよう依頼したのである。

3. 調査方法

調査は、2007年11月から取り組みを開始し、まず、障害研究の国際的な専門家による助言グループ（Expert Advisory Group : EAG）が集められた。EAGは、アンケートの内容、長さ、および構造、サンプリング、追跡調査など、調査設計に関して助言した。また、アンケートは、障害をもった人々、EAG、ONSの専門家、ODIおよび他の政府機関によって何度もチェックされた。また、障害をもった60人の人々がレファレンス・グループとして参加し、開発プロセスのあらゆる段階で助言をした。

特に、できるだけ多くの人々が調査にアクセスできるようにする方法に貴重な助言をしており、例えば、視覚障害者のための点字版、拡大文字版の調査用紙、読み書き障害をもつ人々のための理解しやすい文書、難聴者のための手話通訳などについて助言している。

調査は、2期に分かれており、2009年から2011年にかけて基本調査（第1期）が行われ、2012年に追跡調査（第2期）が実施され、その後の変化が報告される。今回の報告書は、2009年から2010年に実施された基本調査（第1期）の1年目の中間報告である。基本調査は、完了するまで2年かかるので、基本調査全体の結果は、2011年秋に発表される予定である。

基本調査の対象となる家庭は、無作為に抽出された。この家庭には、障害をもつ人も障害をもたない人も含まれる。

4. 調査内容

この調査は、障害者の機能障害または健康状況を調査するだけでなく、人々が経験する参加に対する社会的制約を調査している。このような社会的制約を調査する大規模調査は、グレートブリテンで最初である。

本調査では、教育・訓練、雇用、輸送、余暇活動・社会活動・文化活動、社会的接触などの生活分野を横断的に、障害をもつ人々とない人々の経験を比較する。ただし、本調査は、社会モデルの考え方にもとづき、機能障害 (impairment) のある人々が直面する、参加における障害 (disability) を評価するように設計されている。機能障害は、機能や外観に影響を及ぼす個人の長期的な特徴であり、障害は、不利または活動と参加の制約を意味する。

この定義によれば、機能障害はあるけれども、活動を制限されない場合があり、その場合は、障害とはみなされないかもしれない。社会的モデルに従えば、障害とは、機能障害をもつ人々が、さまざまな生活領域における参加を制限するバリアのために経験する不利として理解される。本調査でも、障害の社会的モデルの定義に合わせて、機能障害があり参加を制限するようなバリアを経験している場合に障害者としている。

一方で、本調査では、障害差別禁止法 1995 (DDA) の障害の定義も使用している。DDA の第 1 節(2) では、「通常の日常活動能力に、実質的かつ長期の不利な影響を与える、身体的又は精神的な機能障害がある」場合に、障害者であると定義していた。2010 年に平等法 2010 が成立して、障害者差別に関する障害の定義は、同法の定義を用いることになった。しかし、同法の障害の定義は、DDA のものと類似しており、また、これまでの政府のいろいろな調査において、DDA の障害の定義が用いられていることから、他の調査と比較できるように、本調査でも DDA の定義を活用した質問を含んでいる。

5. 主な結果

2009 年 6 月から 2010 年 3 月の間の主な結果は次のとおりである。

(1) 障害者数

グレートブリテンの成人 (16 歳以上、以下同じ。) の 26 パーセントが DDA の定義による障害者であった。また、グレートブリテンの成人の 29 パーセントは、機能障害をもっていた。

(2) 重要な生活領域における参加制約

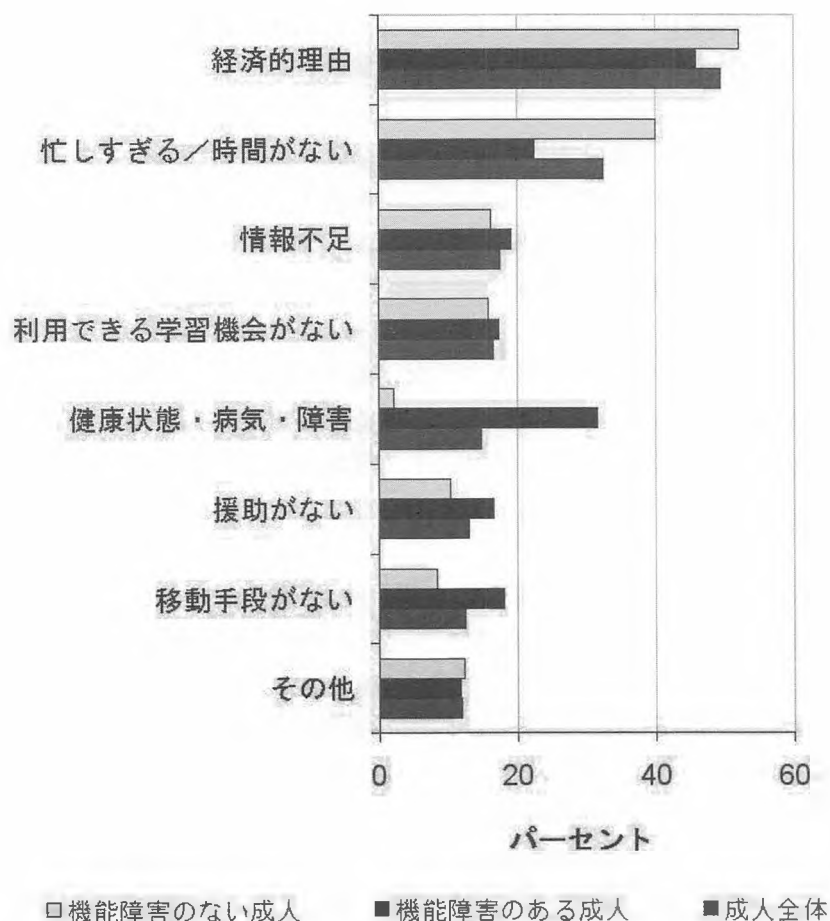
①教育・訓練

すべての成人の 12 パーセントは、彼らが望んだ学習機会の全てにアクセスできるわけではないと報告した。機能障害のない成人の 9 パーセント、機能障害をもつ成人の 17 パーセントが、彼らが希望する学習機会にアクセスすることができないと答えた。

学習機会の参加制約の経験のうち、機能障害をもつ成人にとっての主なバリアは、「財政的な理由」(46 パーセント)であった。これは、機能障害のない成人にとってももっとも大きい (52 パーセント) バリアでもあった。

また、「忙しい／十分な時間がない」というのが、機能障害をもつ成人の学習にとって 2 番目のバリアであった (23 パーセント)。これは、機能障害のない成人にとっても 2 番目に大きなバリア (40 パーセント) でもあった。

図1 教育・訓練におけるバリア



②雇用

雇用については、すべての成人の 34 パーセントが参加制約を経験したと報告した。機能障害をもつ成人の 56 パーセントが、賃労働の種類及び賃金において制限されていると答えたが、機能障害のない成人は 26 パーセントであった。

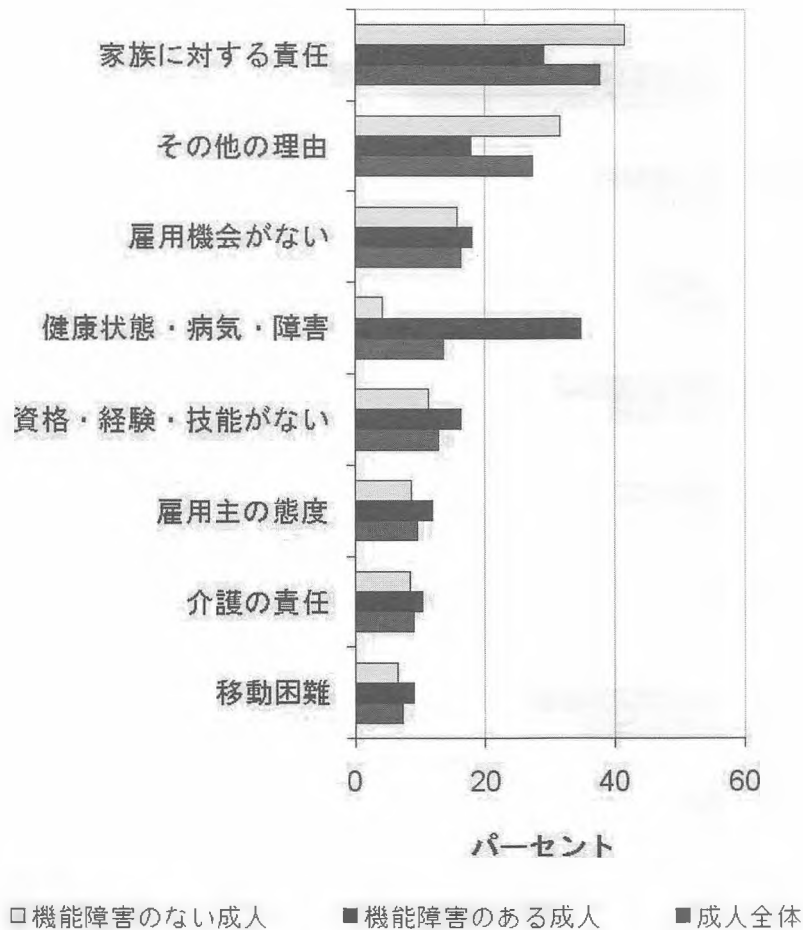
(1)就業中の成人

就業中の成人全体の 21 パーセントが、賃労働の種類や賃金における制限があると報告した。機能障害のない成人は、18 パーセントが制限があると報告しており、また、機能障害をもつ成人は、33 パーセントが制限を報告していた。

機能障害をもつ成人の最も多いバリアは、「家族に対する責任」(29 パーセント)であった。これは、機能障害のない成人についても同じであった(42 パーセント)。

機能障害をもつ成人の 2 番目のバリアは、「雇用機会がない」(18 パーセント)であった。

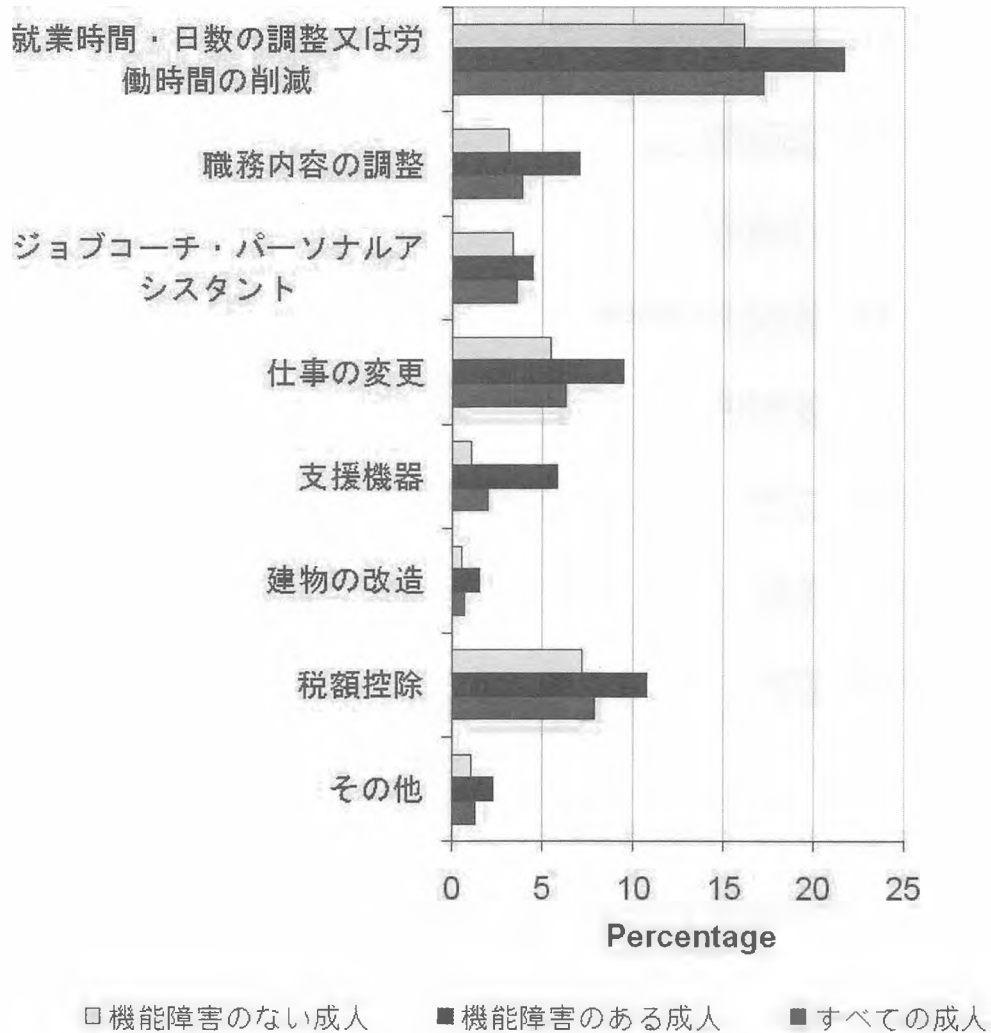
図2 就業中の成人の雇用におけるバリア



機能障害をもつ就業中の成人が報告した、雇用機会の改善に一般的に最も効果のあった要素は、「就業時間・日数の調整又は労働時間の削減」を減らしたことである（22パーセント）。一方、機能障害のない成人で同じ要素を報告している人は、16パーセントであった。

就業中の成人にとって、雇用機会の改善のために2番目に有効な要素は、「税額控除」であった。機能障害をもつ成人の11パーセントが「税額控除」をあげていた。機能障害のない成人で同じ回答をしているのは7パーセントであった。

図3 就業中の成人の雇用機会の改善に効果のあった要素



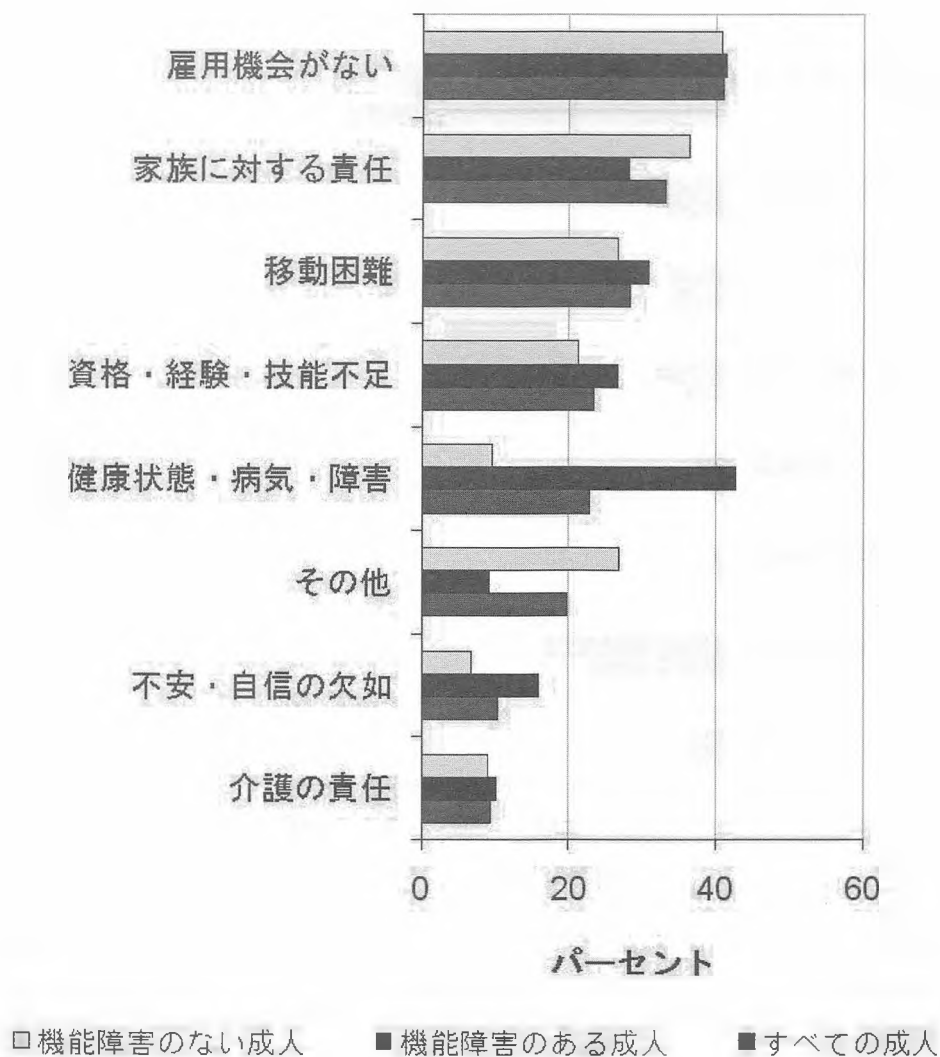
(2)求職中の成人

求職中のすべての成人の35パーセントは、彼らが希望する賃労働の種類と賃金において制限を受けたと報告している。同じく、求職中の機能障害をもつ成人の50パーセントはこのような制限を受けていた。一方、求職中の機能障害のない成人でこのような制限を受けていたのは29パーセントであった。

彼らにとって、最も一般的なバリアは、「雇用機会がない」であった。また、機能障害をもつ成人も、それをもたない成人も同じく41パーセントが報告している。

また、機能障害をもつ成人の2番目に一般的なバリアは、「移動」に伴う困難であった(31パーセント)。

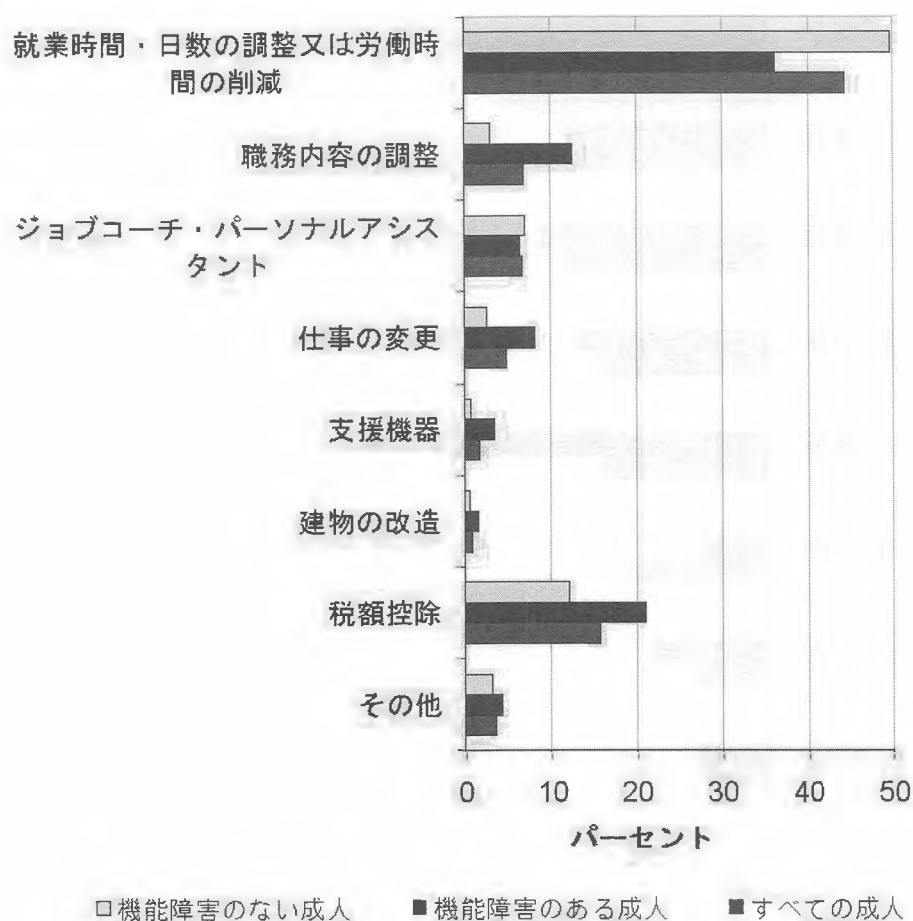
図4 求職中の成人の雇用におけるバリア



求職中の成人にとって、雇用機会を改善するために最も一般的な要素は、機能障害をもつ成人の場合、就業時間・就業日の変更、あるいは、就業時間を減らすことであった（36パーセント）。また、機能障害のない成人についても同じくもっとも一般的な要素であった（50パーセント）。

税控除は、雇用機会を改善するために2番目に一般的な要素であり、機能障害のない成人の12パーセント、機能障害者のある成人の21パーセントが回答した。

図5 求職中の成人の雇用機会の改善に効果のある要素

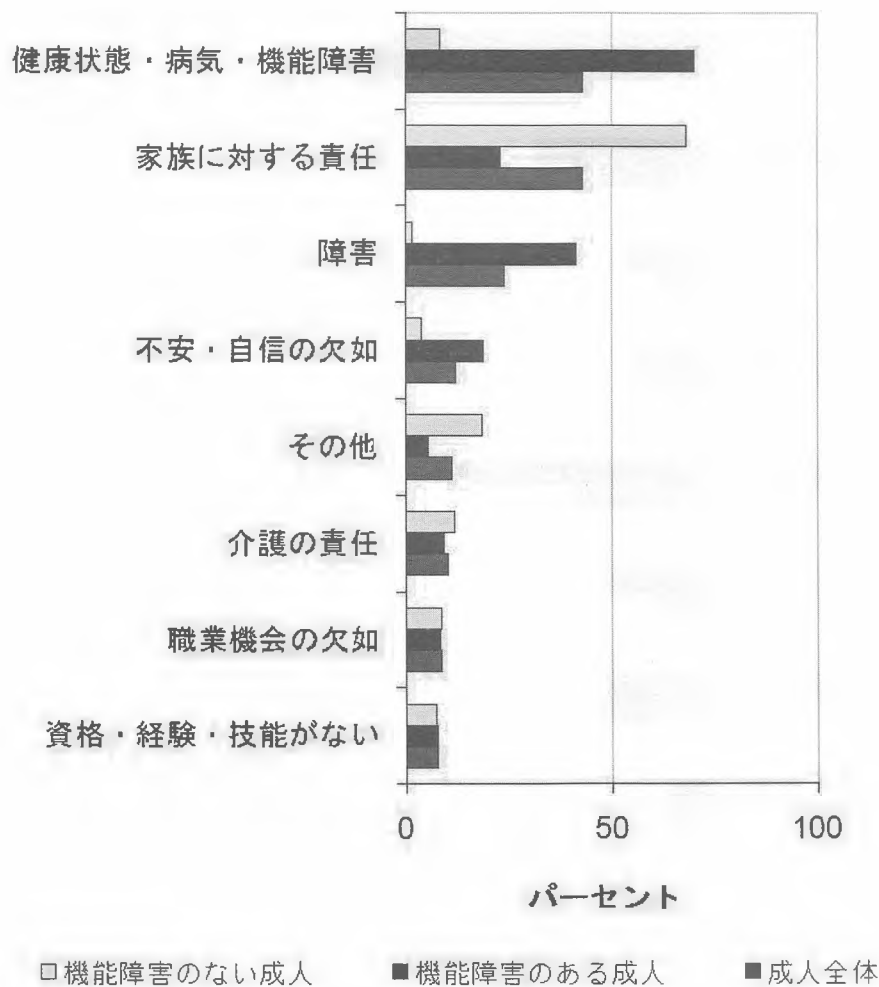


(3)失業中の成人

失業中でかつ求職活動をしていない成人については、機能障害をもつ成人が求職活動をしない最も一般的な理由は、「健康状態・病気・機能障害」であった（70パーセント）。また、機能障害のない成人の場合、最も一般的なバリアは、「家族に対する責任」であった（68パーセント）。これについては、機能障害をもつ成人は23パーセントであった。

また、2番目のバリアは、「不安・自信の欠如」であり、機能障害のない成人の4パーセント、機能障害をもつ成人の19パーセントに認められた。

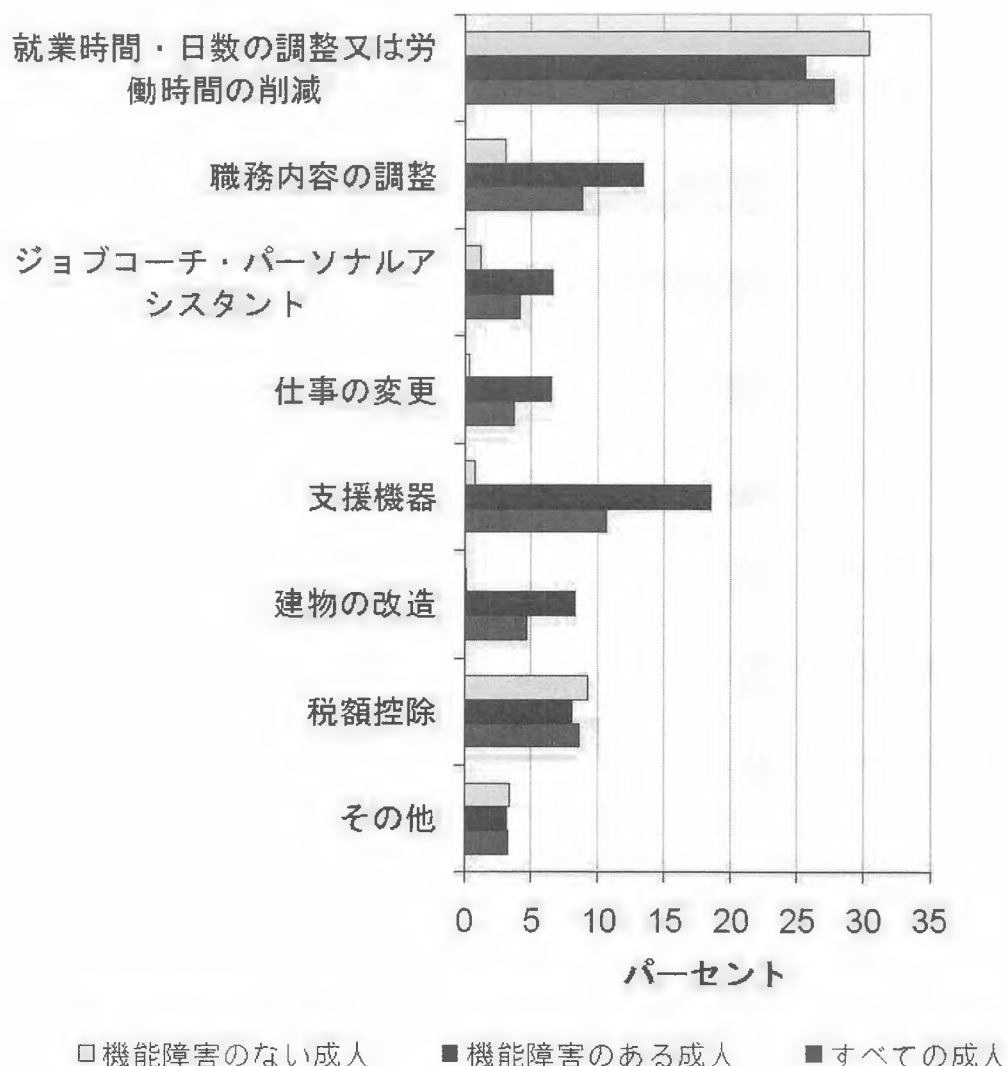
図6 失業中で求職活動をしていない成人の雇用におけるバリア



失業中で求職活動をしていない機能障害をもつ成人にとって、最も一般的な雇用機会改善の要素は、「就業時間・日数の調整又は労働時間の削減」であった（26パーセント）。一方、機能障害なしの成人は、30パーセントであった。

第2の一般的な改善要素は、失業中で求職活動をしていない機能障害をもつ成人にとっては、健康状態や障害を補うための「支援機器」にアクセスすることであった（19パーセント）が、機能障害のない成人は1パーセントであった。

図7 失業中で求職活動をしていない成人の雇用機会の改善に効果のある要素



③経済生活と生活水準

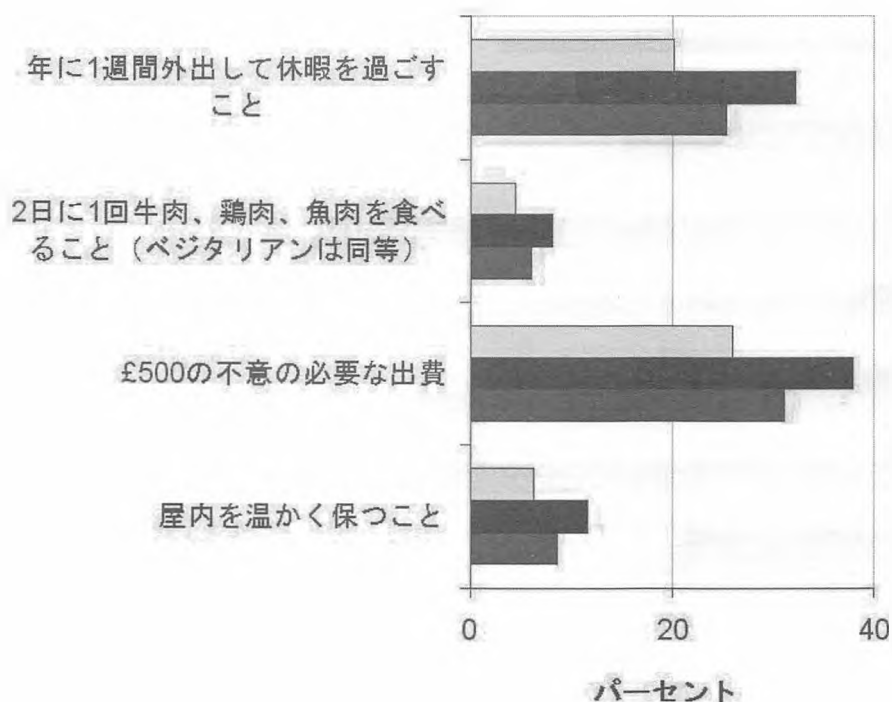
家族構成員の少なくとも1人が機能障害をもっている家庭の45パーセントは、経済生活と生活水準（つまり、費用の支払いやローン返済をすることができること）に参加制約を経験していた。一方、機能障害をもつ家族構成員が一人もいない家庭で経済生活と生活水準に参加制約を経験していたものは29パーセントであった。

家族構成員の少なくとも1人が機能障害をもっている家庭の27パーセントは、ローン返済が重荷であると報告した。一方、機能障害をもつ家族構成員がいない家庭で、ローン返済が重荷であると報告したのは15パーセントであった。

また、家族構成員の少なくとも1人が機能障害をもつ家庭の38パーセントは、£500の予想外の必要な出費を支払うことができないと回答したが、機能障害をもつ構成員のいない家庭は、26パーセントであった。

家族構成員の少なくとも1人が機能障害をもつ家庭の32パーセントは、年に1週間の外出して過ごす休暇の費用を払うことができないと回答したが、機能障害をもつ構成員のいない家庭で同じ回答をしたのは20パーセントであった。

図8 出費可能な範囲



□機能障害のない成人 ■機能障害のある成人 ■すべての成人

④移動

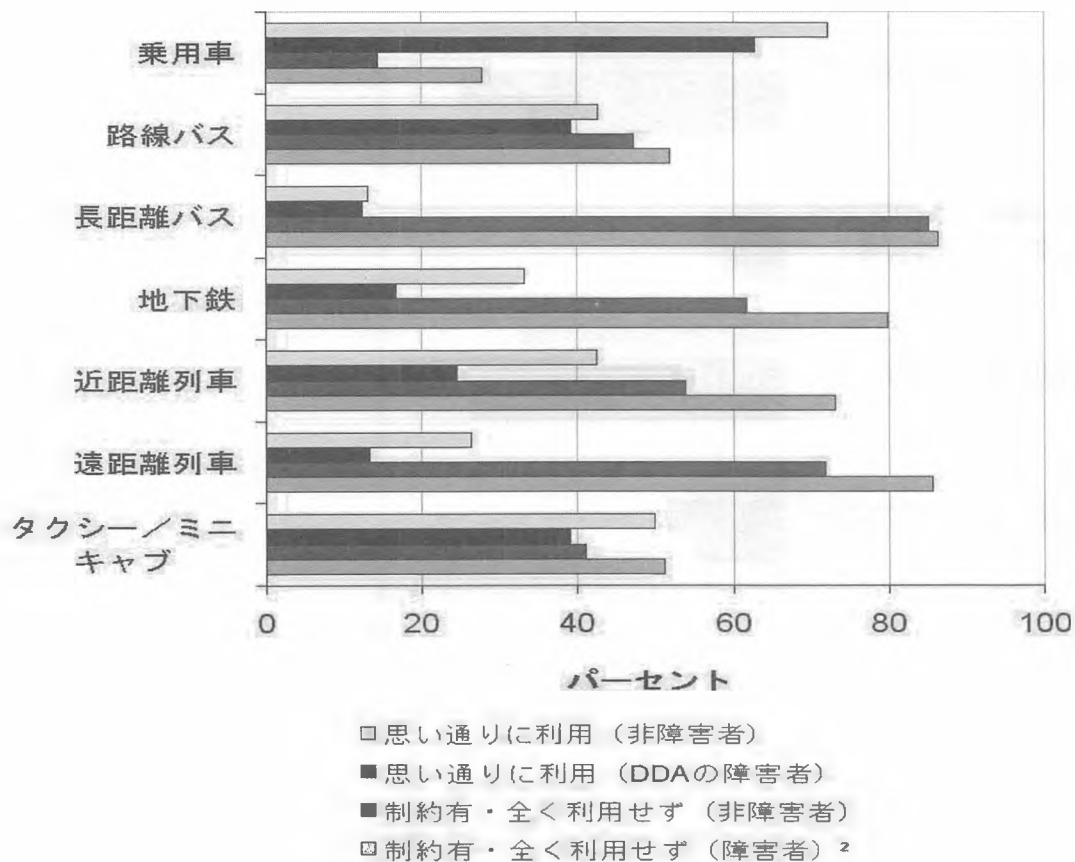
少なくとも1つの交通手段を「まったく使わなかった」又は「使いたいほどは使わなかった」と回答した機能障害をもつ成人は74パーセントであった。一方、機能障害のない成人で同じ回答をしたのは58パーセントであった。

主なバリアは、交通手段を使うための「費用」、「不安・自信の欠如」などであった。「まったく使われなかった」か、「使いたいほどは使わなかった」交通手段のベスト2は、長距離バスと長期列車であった。

長距離バスは、機能障害なしが85パーセント、機能障害ありが87パーセントで、ほとんど同じであった。長距離バスを使うことに対する機能障害をもつ成人にとっての2つの主なバリアは、「費用」と「不安・自信の欠如」であった。「費用」は、機能障害なしの成人の40パーセント、機能障害をもつ成人の34パーセントが回答した。「不安・自信の欠如」は、機能障害なしの成人の3パーセント、機能障害ありの成人の13パーセントが回答した。

長距離列車を「まったく使われなかった」又は「使いたいほどは使わなかった」は、機能障害あり72パーセント、機能障害なし85パーセントで多くの成人が報告している。バリアとして費用と答えたものは、機能障害なしの成人の65パーセントに対して、機能障害ありの成人の48パーセントであった。また、「不安と自信の欠如」と答えた人は、機能障害なしの成人の2パーセント、機能障害ありの成人12パーセントであった。

図9 利用した交通機関



⑤余暇・社会的活動・文化的活動

機能障害をもつ多くの成人の 83 パーセントは、コミュニティ生活、余暇生活、市民生活における参加について少なくとも 1 つ以上のバリアを経験していた。機能障害なしの成人は 78 パーセントであった。コミュニティ生活、余暇生活、市民生活に参加制約を経験している人のうち、機能障害をもつ成人の 72 パーセントは、やりたいスポーツをしていなかった。同じく、機能障害なしの成人で同じ回答をしているのは 52 パーセントであった。その理由について、機能障害をもつ成人の 35 パーセントは、「忙しい/時間がない」と報告している。同様に、機能障害なしの成人で同じ回答をしているのは 71 パーセントであった。

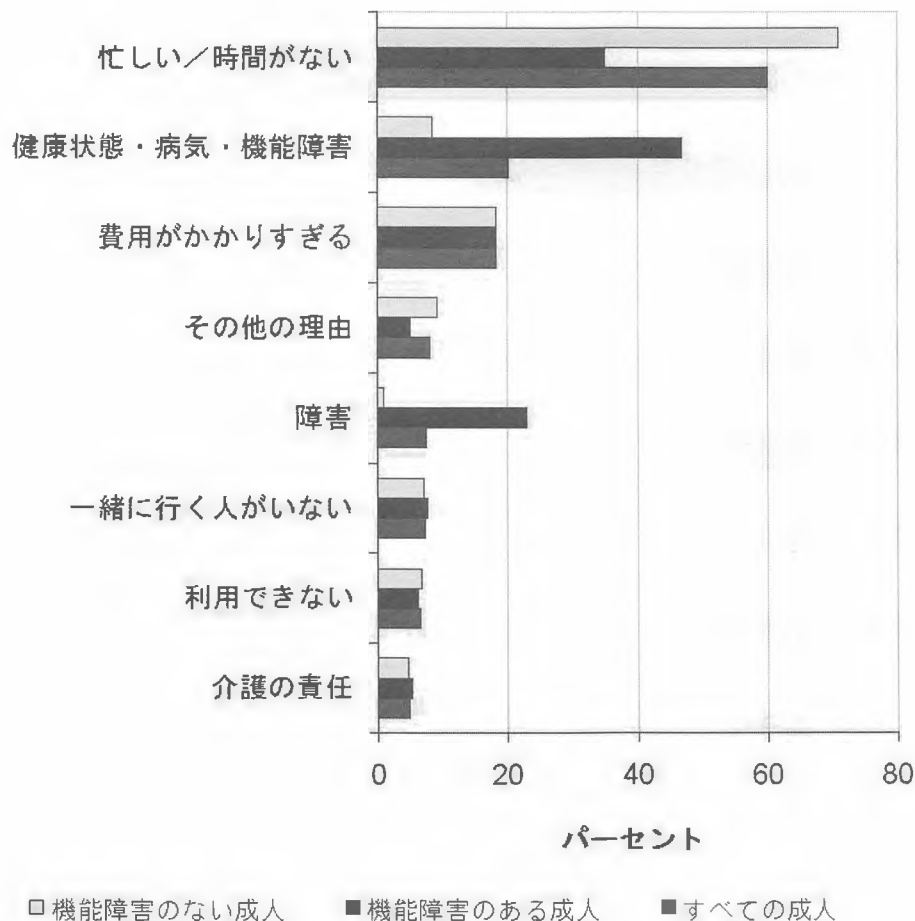
機能障害をもつ成人の 18 パーセントは、費用がかかり過ぎるので、やりたいスポーツをすることができないと報告した。同様に、機能障害のない成人の 18 パーセントは、この理由を述べた。

機能障害をもつ成人の 69 パーセントは、慈善活動やボランティア活動をしなかった。同様に、機能障害なしの成人で同じ答えをしたのは 65 パーセントであった。

機能障害をもつ成人は 6 パーセントは、「介護の責任」のために、思うほど慈善活動やボランティア活動ができないと報告した。同様に、機能障害のない成人の 6 パーセントは、このバリアを報告した。

すべての成人の 15 パーセントは、彼らの自由時間の使用についてほとんど選択肢がないと報告した。機能障害をもつ成人では、その 21 パーセントが、ほとんど選択肢がないと報告した。一方、機能障害のない成人は 13 パーセントが同じ報告をした。

図10 スポーツをしない理由



⑥社会的接触

機能障害をもつ成人は、機能障害のない成人より、親しい人との接触がより少なく、会った回数も少なかった。機能障害をもつ成人の54パーセントは、調査の前の週に6回以上の接触をしていた。しかし、機能障害なしの成人は、64パーセントであった。

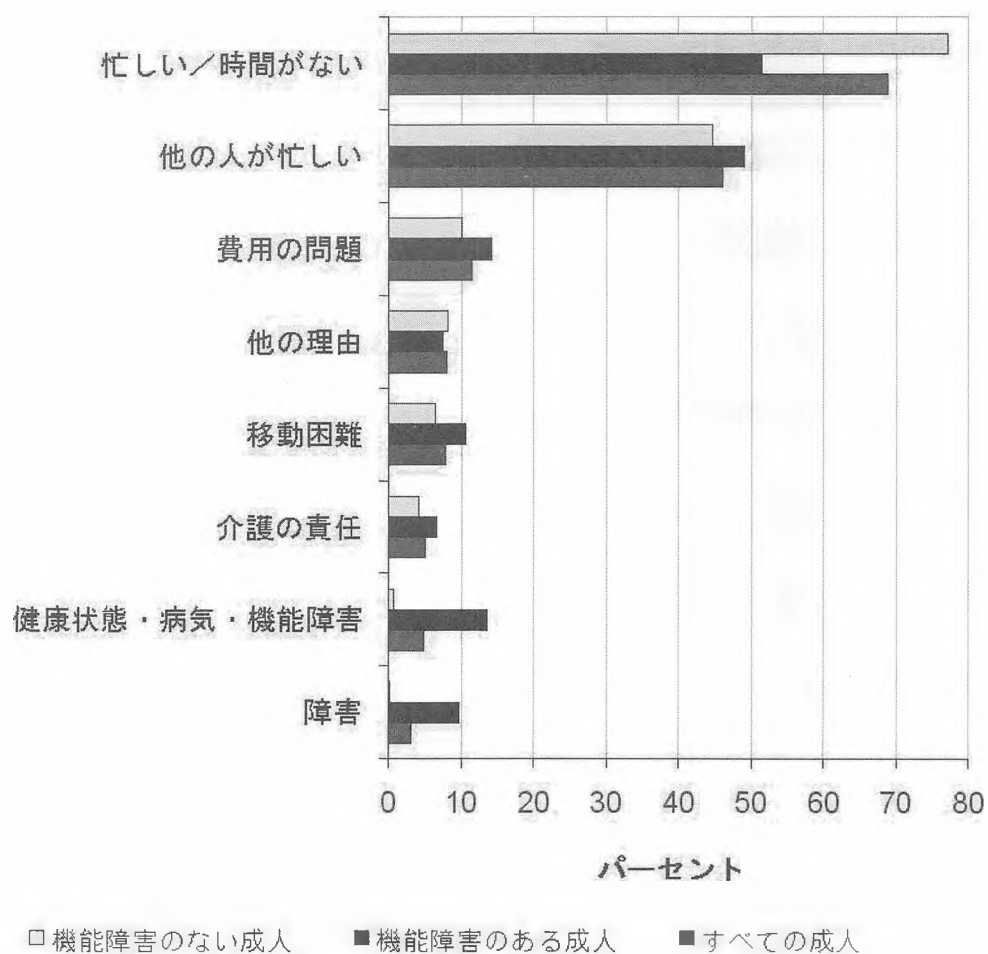
前の週に少なくとも6回の緊密な接触をしていた機能障害のない成人は、43パーセントであった。しかし、機能障害をもつ成人は、35パーセントであった。

機能障害をもつ成人の24パーセントは、望んでいるほど緊密な接触ができなかった。一方、望んでいるほど緊密な接触ができなかった機能障害なしの成人は22パーセントであった。

すべての成人にとって、「希望する程度の緊密な接触ができない」、または、「全くできない」理由となるバリアは、「忙しい/時間がない」というものであった。機能障害のない成人の77パーセントと機能障害をもつ成人の51パーセントがそうであった。

機能障害をもつ成人にとって、「希望する程度の緊密な接触ができない」、または、「全くできない」理由の一般的なバリアの2つめは、「他の人が忙しい」(49パーセント)であった。また、機能障害なしの成人は、45パーセントが同じ回答であった。

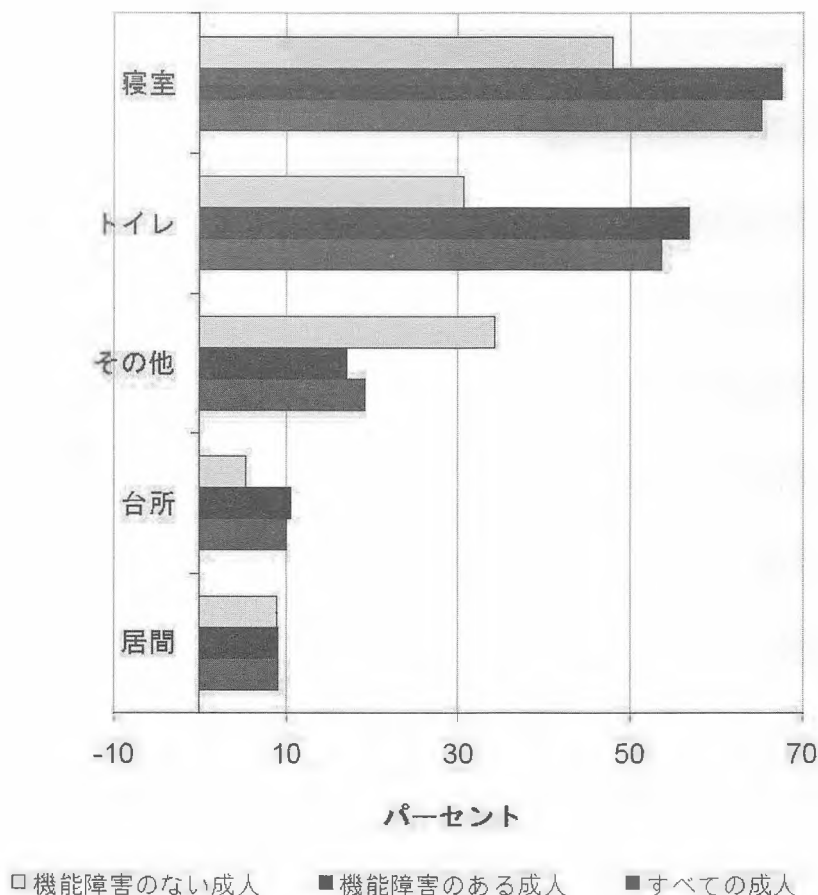
図 1 1 希望する程度の緊密な接触ができない理由



⑦住宅

機能障害をもつ成人の 8 パーセントは、自宅の少なくとも 1 つの部屋に入るのに困難を経験していたが、機能障害なしの成人は、1 パーセント未満であった。これらのうち、部屋にアクセスすることを妨げている最も一般的なバリアは、「階段、スロープ/階段昇降機がない」ことであった。機能障害をもつ成人の 52 パーセントと機能障害のない成人の 26 パーセントがそう報告した。また、機能障害をもつ成人の 6 パーセントは、部屋にアクセスできないバリアとして、「手摺りの不足」を報告した。

図12 入るのが困難な部屋



⑧屋外のアクセシビリティ

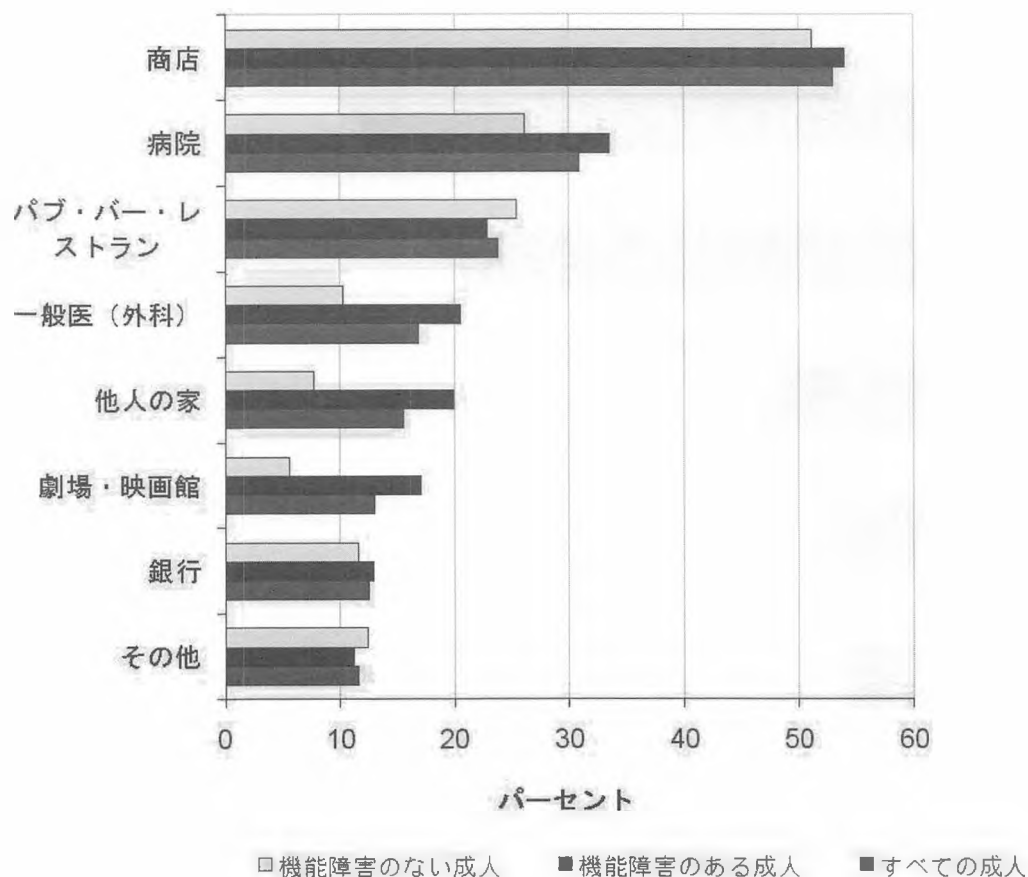
機能障害をもつ成人の29パーセントは、家の外での建物のアクセスに困難を経験していた。一方、機能障害なしの成人が同じ回答をしているのは7パーセントであった。

すべての成人において、商店と病院が、一般的にアクセス困難な建物であった（機能障害をもつ成人は53パーセント、機能障害をもたない成人の31パーセント）。また、すべての成人の13パーセントは、「必要のあるすべての建物に入ること」、「動き回って、建物のまわりで道を見つけること」、および、「建物の中の施設を使う（たとえば、トイレを使う、または、カウンター越しに物を購入すること）」の一つ以上に困難を経験していた。

機能障害をもつ成人の29パーセントは、建物のアクセスに困難を経験していた。しかし、機能障害なしの成人で同じ経験をしていたのは7パーセントであった。

建物のアクセスで最も多く確認されたバリアは、「建物内（階段、ドア、幅が狭い廊下）を動き回ること」（機能障害をもつ成人の42パーセント、機能障害のない成人の30パーセント）と、「不十分なエレベーターまたはエスカレーター」（機能障害をもつ成人の23パーセント）であった。

図13 アクセス困難な施設



考察

本調査の特徴の一つは、生活上の機会について障害をもつ者と障害のない者を比較している点である。障害故にどのような社会的不利があるのかを定量化しようとする意図が感じられる。これまで、このような観点から障害者調査をされたことはなかった。

我々の研究は、適切な障害認定方法を検討しているわけだが、生活上の機会の差を等級と結びつけることも可能であろうと思われる。その意味で、本調査を参考にすることも可能ではないかと考える。ただし、その際、機能障害の程度と生活上の機会の関連を明らかにできるようなものでなくてはならない。本調査も、実は、その点についても取り扱っており、機能障害に関しても詳しく調査をしているのである。しかし、報告書には、そのあたりの結果については記載されていない。今後の報告書で提供されるのかもしれない。今後の発表を注意深くフォローしていく必要がある。

参考文献

- (1) Office for National Statistics(2010), Life Opportunities Survey: Interim Results, 2009/10, Newport
- (2) Office for National Statistics(2010), Life Opportunities Survey: User guide to defining and coding disability, Newport

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

障害認定に関する制度面からの考察

研究分担者 依田泰(国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長)

研究要旨

障害認定制度の位置づけや障害認定を用いる各種制度との関係性等に関して制度面からの整理、考察を行った。

障害認定制度とこれを利用する各種制度との関係については、各制度における支援や優遇の対象範囲は本来それぞれの制度の趣旨、目的、性格等に応じて決められるべきものであり、障害認定がこれらの異なるすべての制度に適合するような統一的な範囲を定めることに限界があるのであれば、各制度において独自の基準を設けるか、又は、審査コスト等も考慮して障害認定の限界も十分に認識の上で、必要な要件を加味するなどの制度運営上の工夫を行い、障害認定の結果を適切に活用していく必要があると考えられる。

その上で、障害認定の役割を将来的にどのように位置づけていくかについては、ひとつの姿としては、各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を期待することが考えられる。

1. 研究目的

本稿は、本研究の全体的な目的である障害認定とそれを障害当事者の利用資格認定に用いることの妥当性の検証並びに障害認定の意義及び在り方に関する検討を行うに当たり、その前提として、障害認定制度の位置づけや障害認定を用いる各種制度との関係性等に関して制度面からの整理、考察を行うものである。

2. 考察

(1) 身体障害者手帳の法的な位置づけ

障害認定に関する法律上の根拠については、身体障害者手帳の場合、身体障害者福祉法に定めがあり、同法第15条において「身体に障害のある者は、都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地）の都道府県知事に身体障害者手帳の交付を申請することができる」と規定されている。

また、障害等級については、身体障害者福祉法施行規則第5条第1項第2号に身体障害者手帳に記載すべき事項として「障害者名及び障害の等級」が掲げられており、さらにも同条第3項に基づき障害の等級が別表（別表第5号）において定められている。

この身体障害者手帳の役割や機能については法律上直接明記されているわけではない。

が、同法第4条において「この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう」と規定されていることから、法律効果としては、身体障害者手帳の交付が身体障害者福祉法上の「身体障害者」の定義の構成要件を成しているといふことができる。

従前は、障害者手帳の交付を受けることが身体障害者福祉法の中で各種福祉サービスの利用資格、措置の対象者の要件として機能していたわけであるが、障害者自立支援法の制定に伴い、各種障害福祉サービスの提供に関する内容が同法に一元化されたことから、障害認定と福祉サービスとのつながりは障害者自立支援法に委ねられることとなった。障害者自立支援法第4条においては「この法律において「障害者」とは、身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち十八歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五条に規定する精神障害者（発達障害者支援法（平成十六年法律第百六十七号）第二条第二項に規定する発達障害者を含み、知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という。）のうち十八歳以上である者をいう」と規定されており、身体障害者手帳の交付を受けていることが、障害者自立支援法に基づく自立支援給付を受けるための要件となっている。（ただし、この点に関しては、障害者自立支援法において、独自に仕組みとして障害程度区分を決定する制度が設けられたことから、障害認定は障害者自立支援法に基づくサービスを受けるためのゲートキーパーとしての役割を果たすのみとなったとの指摘もある。）

また、その他の法令においても、身体障害者福祉法第4条の身体障害者の定義を引用することによって、身体障害者手帳の交付を受けた者であることを当該法律における支援や優遇措置の対象者の要件として位置づけている例がみられる。（例：障害者控除（所得税法第2条第28号、所得税法第79条、所得税法施行令第10条第1項第3号））

さらに、身体障害者手帳の交付を受けていることは、法律上の措置のほか、地方公共団体の各種事業やサービス、公共交通機関の運賃の割引、NHK受信料の減免、施設利用料の減免など、官民を含め広く各種支援・優遇措置の利用資格として活用されている。

このように、身体障害者手帳の役割や機能については、その根拠となる身体障害者福祉法上自体に直接明記されているわけではないものの、身体障害者福祉法以外の他の法律や制度の側において、各種支援や優遇措置の対象とする者の範囲を特定する要件として障害者手帳が用いられている形になっている。なお、これらの障害者手帳の利用の具体的な状況については、平成21年度の「身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究」の「福祉サービス利用に関する身体障害者手帳利用実態調査結果」において明らかにされているところである。

(2) 障害認定と各種制度との関係性

上記のように、他の制度における取扱いを通じて障害者手帳の交付を受けていることが反射的に各種支援や優遇措置の対象範囲を特定することになっているわけであるが、この

点について、さらに障害認定の範囲と他制度における支援や優遇措置の対象範囲との関係性に着目して考えてみることにしたい。

これらの他制度においては、障害者手帳の交付を受けていることを各種支援や優遇措置の対象者の要件としていることから、各制度において独自の資格基準を有しているわけではない場合が多い。他方、年金制度や労働災害保険制度など、障害者を対象として給付等を行う制度において、独自の資格基準を有している例もある。例えば、障害年金については、国民年金法第30条第1項において「障害基礎年金は、疾病にかかり、又は負傷し、かつその疾病又は負傷及びこれらに起因する疾病（以下「傷病」という。）について初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日（以下「初診日」という。）において次の各号のいずれかに該当した者が、当該初診日から起算して一年六月を経過した日（中略）において、その傷病により次項に規定する障害等級に該当する程度の障害の状況にあるときに、その者に支給する。（以下略）」と規定されており、さらに同条第2項において「障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから一級及び二級とし、各級の障害の状況は、政令で定める」と規定されており、これを受けて政令（国民年金法施行令第4条の6に基づく別表）において独自の障害等級表が定められている。この障害年金の1級及び2級については、日常生活の制限の度合いに着目して定められているとされている。

このように各制度において支援や優遇措置の対象者の範囲を特定するための独自の基準を設けるか、又は障害者手帳の交付を受けている者であることや障害者手帳の等級を指定する形で対象者の範囲の特定を行うかは、一義的には各制度における制度的な選択の結果であり、各制度の支援や優遇措置の趣旨、目的や性格等に応じて選択されるべき問題であるといえる。また、独自の基準を設ける場合には、それに応じた審査体制を備える必要があるとともに、当該支援措置等を受けようとする者の側にも所要の手続きを課すこととなる。本来、こうした点を総合的に勘案して、各制度において対象者の特定のための仕組みが決められる必要があるわけであり、アプリアリに障害認定が用いられるという性格のものではない。

障害者手帳制度については、その利用実態も踏まえ様々な問題が指摘される場合もあるが、障害認定基準自体に起因する問題もあるものの、元来、制度間においてそれぞれの支援や優遇措置に関する趣旨や目的、性格等が異なるため、すべての制度に完全に適合した統一的な障害基準を定めることには限界もあると考えられることから、各制度においてはこうした障害認定をそのまま援用することの限界も認識の上で制度運営を行っていく必要があると考えられる。

また、現在、障害者手帳が他制度において広く活用されているという実態も無視することはできないわけであり、こうした実態も踏まえた上で、今後の障害認定制度のあり方を考えていく必要がある。

(3) 障害認定と障害者の範囲との関係性

障害者施策に関する基本法である現行の障害者基本法においては、障害者の定義が定められており、第2条においては「この法律において「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」と定義されている。

障害者の範囲については、障がい者制度改革推進会議において検討が行われてきたところであり、「障害者制度改革の推進のための第二次意見」においては、I. 2) 定義の中で「（中略）障害者の社会参加の制限や制約の原因が障害者個人にあるのではなく、機能障害（インペアメント）と社会的障壁との相互作用によって生じるものであるという「社会モデル」に立つ障害者権利条約を踏まえるとき、基本法の改正に当たり、障害の定義に「社会モデル」的観点を反映させることが、障害者に関連する日本の施策の制度改革と国民全体の意識変革にとって極めて重要なことであり、そのことは、他の法律での定義にも反映されるべきものである。また、制度の谷間を生まないためには、あらゆる障害が「障害」の定義に入るよう幅広く捉えることが必要である。（以下略）」と述べられている。この意見を最大限踏まえて、障害者の定義を含め、障害者基本法の改正が行われることとなっている。

他方、身体障害者福祉法においては、前述のとおり身体障害者手帳の交付を受けていることが「身体障害者福祉法上の障害者」の定義となっており、上記のような障害者の定義をめぐる議論と、障害認定の対象範囲のあり方の問題との関係をどのように考えていくのかについて整理が必要と考えられる。

身体障害者手帳は、身体障害者福祉法上の身体障害者の定義となっているが、手帳の交付は、手帳を取得しようとする者が申請を行い、それに基づく行政処分として行われるものである。また、その実質的な効果としては、前述のように、障害者手帳の交付は各種支援や優遇措置の対象者であることを証明するものとして機能している。こうした中で、障害認定の基準は、各種支援や優遇措置にかからしめる対象者を公平に判定するための基準といえる。

したがって、申請に基づく各種制度における特定の便益の付与の対象者としての障害認定の対象者と、申請にかかわらず適用が必要である普遍的な権利や差別の禁止、啓発の対象としての障害者の範囲（概念）や、さらに相談支援のような不特定の者に係るサービスの対象者としての障害者の範囲は、概念的には必ずしも一致するものではないという点に留意が必要と考えられる。

(4) フランスの制度における取扱い

障害認定や他制度の利用資格、障害者の定義との関係性について考えるに当たり、諸外国の例としてフランスの事例をとりあげてみたい。

フランスにおいては、障害者手帳（正確には障害者カード）のような制度を採用してい

る欧米では比較的めずらしい国であるが、障害者カードがあれば、年金や手当の受給資格とはならないが、様々な優遇措置を受けることができるとしている。この障害者カードの交付対象は、①恒久的能力低下率が80%以上の者、②社会保障法の障害年金のカテゴリー3の受給資格をもつ者となっており、障害者カードはすべての障害者に付与されているわけではなく、各種支援や優遇措置の便益を受ける対象者の範囲を特定する制度となっている。なお、恒久的能力低下率については、「障害者の機能障害及び能力低下のための指針」というガイドラインに基づき判定されており、能障害、能力低下、社会的不利の3つの側面の相互作用を分析することにより決定するとされている。

障害者カードの交付等の要件となる恒久的能力低下率の判定のための実施体制については、県障害センター（MDPH）が判定を行い、さらに、障害者権利・自立委員会（CDAPH）が最終的な認定を行うというシステムとなっている。MDPHのもとには医師などの専門家によって構成される専門家チームが配置されており、上記のガイドラインによって判定を行っている。また、この専門家チームには、2008年から新たなツールとして「障害者の補償の必要性を評価するための手引き」（GEVA）という手引きが示されており、個々の障害者の置かれた環境や障害の状況を多面的に評価して、各種制度の適用の可否、資格判定の資料とするとともに、個別の必要性に応じた障害補償プランを提案することとなっている。GEVAにおいては、各種個人向け扶助、住宅、交通、就学、就労、生活資金など、各種支援措置の適用のための評価項目がマトリックスで整理されており、共通の評価項目を明らかにし、評価の重複を避けるとともに、障害者の置かれた全体的状況を把握して、包括的なプランを提案できるようなアプローチを行っているところに特徴がみられる。例えば、障害者カードの評価項目もGEVAの中に包括されており、確認事項1、医療に関する項目、機能的な能力、活動に関する項目が評価項目となっており、その評価結果は、障害者カードの発行の可否の決定の基礎となる。

本稿は、フランスの制度に関して詳述することを目的とするものではないが、ここで特に着目したいのは、GEVAに掲げられている制度毎の評価項目に自ずと相違が認められるという点と、同時に、制度間で共通の評価項目が存在するという点である。GEVAに掲げる評価項目の中では、医療に関する評価項目と機能的な能力、活動に関する評価項目が各制度間で共通の評価項目となっている。

フランスにおいてGEVAは導入が始まったばかりであり、試行・検証の段階にあると言われているが、GEVAというツール及び多分野の専門家チームによる評価体制を通じて、評価項目の審査の重複が避けられているという点は着目に値する。また、この点に関して見方を変えれば、制度間で共通する評価項目があるのであれば、共通する評価項目については一元的に評価を行い、各制度においてはその評価結果を活用するというシステムも考えられるわけであり、これまでの我が国における障害者手帳はこうしたシステムの一部を担ってきたとみることもできるのではないかと考えられる。

3. まとめ

以上の考察を整理すると、障害認定と各種制度との関係については、各制度における支援や優遇の対象範囲は本来それぞれの制度の趣旨、目的、性格等に応じて決められるべきものであり、障害認定制度がこれらの異なるすべての制度に適合するような統一的な範囲を定めることに限界があるのであれば、各制度において独自の基準を設けるか、又は、審査コスト等も考慮して障害認定の限界も十分に認識の上で、必要な要件を加味するなどの制度運営上の工夫を行い、障害認定の結果を適切に活用していくことを考えていく必要があると考えられる。

また、障害認定と障害者の範囲の関係については、経済的な便益などの特定の支援や優遇措置の対象範囲を定めるための申請に基づく行政処分の対象者の範囲と、普遍的な権利や差別の禁止、啓発に係る障害者の範囲や概念の問題は、議論としては分けて考えていく必要があると考えられる。

同時に、障害認定は、あくまでも制度運営のためのひとつの手段であり、障害を固定化したり、区別したり、権限付与自体を目的とするものではなく、本来、障害者の自立と社会参加を促進し、社会包摂を進めていくための制度であるという点を意識して考えていく必要があると考えられる。

その上で、障害認定の役割を将来的にどのように位置づけていくかということであるが、ひとつの姿としては、各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を期待するということが考えられる。これによって、制度間の審査の重複をなくし、手続きの簡素化や障害者の利便の向上が図られることとなる。

このようなプラットフォームとしての役割を障害認定の在り方として位置づけていくためには、医学に基盤を置く障害認定が各種制度における支援や優遇措置の対象者を特定するための基準又は基準の一部として機能することが、各制度の公平な運営や資源の適切な配分を図り、社会システム全体として社会包摂の適切な推進に寄与していることが実証的に検証されることが重要であると考えられる。こうした実証、検証作業を通じて、障害認定制度においては必要な基準の見直しを行っていくとともに、各種制度においては障害認定の結果についての活用のあり方を見直していくという、相互の不断の取組みを行うことによって社会システム全体としてのパフォーマンスをあげていくことが、国民に信頼される制度としては重要であると考えられる。

(参考資料)

障害者の補償の必要性を評価するための手引き（GEVA）の評価項目

多面的評価の手引き		カード(障害者カード、優先カード、駐車許可カード)	AAH(成人障害者手当)及び補足給付	障害児教育手当及びその補足給付	就学に関する進路指導及び支援	障害補償給付	医療福祉サービス又は施設に向けた進路指導	RQTH及びCATへの職業指導
確認に関する評価項目	確認事項I	×	×	×	×	×	×	×
	障害者本人及び法定代理人の両者あるいはそのいずれかの希望及び計画			×	×	×	×	×
評価項目1	家族、社会及び金銭面に関する評価項目		×	×	×	×	×	×
評価項目2	住居及び生活環境に関する評価項目			×		×		
評価項目3A	教育状況に関する評価項目			×	×		×	
評価項目3B	職業状況に関する評価項目		×					×
評価項目4	医療に関する評価項目	×	×	×	×	×	×	×
評価項目5	心理面に関する評価項目	障害者の置かれた状況又は障害に応じて、心理的診断の必要性を評価する						
評価項目6	機能的能力-活動	×	×	×	×	×	×	
評価項目6(続き)	機能的能力-活動(労働に関連する任務及び職務)		×					×
評価項目7	適用済みの支援			×	×	×	×	
評価項目8	評価の総括			×	×	×	×	×

(出典)「欧米諸外国における障害認定制度」(独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター報告書(資料シリーズNO. 49))(2009年)のp158より抜粋

(注釈)

*1

身体障害者福祉法における障害認定の意義や他の法令との関係については、厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究」の平成19年度分担研究報告書「障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義」（分担研究者寺島彰）において詳しく分析されている。同分担研究報告書においては「すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているといえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような複数の制度の共通の基準となるような使われ方になることが予想された」としている。

*2

フランスの障害認定制度については、「欧米諸外国における障害認定制度」（独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター報告書（資料シリーズNO. 49）、2009年）の第2章に詳述されており、巻末資料においてフランスの「障害者の機能障害及び能力低下のための指針」及び「障害者の補償の必要性を評価するための手引（GEVA）」の翻訳が示されており、本稿のフランスの障害認定制度に関する記述はこれらの文献を参考にしたものである。

(参考文献)

- ・厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究」（平成19年度）分担研究報告書「障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義」（分担研究者寺島彰）
- ・厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究」（平成21年度）総括・分担研究報告書（研究代表者岩谷力）
- ・「欧米諸外国における障害認定制度」（独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター報告書（資料シリーズNO. 49））（2009年）
- ・「共生社会の実現—少子高齢化と社会保障改革—」（京極高宣）（中央法規出版）（2010年）
- ・「年金保険法 基本理論と解釈・判例」（堀勝洋）（法律文化社）（2010年）

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「障害認定の在り方に関する研究」

平成22年度 総括・分担研究報告書

発行者 江藤 文夫（研究代表者：国立障害者リハビリテーションセンター）

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1

