

(2) ダイレクトペイメント (DP)

制度の概要

この制度は連邦全土ではなくフランダース地方のみを対象とするフラマン基金 (Flemish Fund) の制度の一部で、2001年に本格的に始まった。ダイレクトペイメントはパーソナルアシスタントの利用ととくに関係がある。この制度ではパーソナルアシスタントの活動の範囲を定めておらず、例えば、彼らは介護、ホームヘルプ、移動の援助等を供給してもよい。

支払われる額は、ADL を行う際のその人の困難度に基づいて与えられる。理想的には、費用額は障害者が提出する出費計画に相当する。もしそうでない場合、予算は上げられる。提出された支出計画と関連づけて支出されることが期待されている。

フラマン基金は 65 歳以下の人のみの申請を考慮に入れているが、一度援助が裁定されたら 65 歳以降も支払いは続けられる。

定義・認定

フラマン基金のサービス利用 (ダイレクトペイメントに限らず) の資格をもつには一般的に、「知的、精神的、身体的、若しくは知覚能力の低下による、社会的統合の可能性の長期にわたる、かつ重大な制限」と定義される障害を持っていないとしない。

学際的なチームが、その人が障害者かどうかの最初のアセスメントを行う。ここでは障害の程度が、機能障害についての情報とともに、Barthel スケールと Elida スケール (これは Barthel スケールと似ているが精神的心理的機能の項目を含んでいる) を用いて査定される。

さらに、障害者との共同で学際的なチームがまた関与して、一週毎、一日毎、および時間毎のパーソナルアシスタントの利用計画の詳細な記述がつけられる。申請者と関係者の見解が一致しない場合は 2 つの利用計画案が提出される。

最終的な決定は (身体的な) 障害を持つ人、障害者の親、専門家とフラマン基金の職員で構成する委員会によってなされる。

支給額の決定は、まず ADL 評価 (Barthel スケールと Elida スケール) による得点に応じたランク (金額カテゴリー) に位置づけられる。もしこれが申請者の要求額に足りていなければそのランクで決定される。しばしばその額は不足する。その場合、上記委員会は最大 2 ランクまでの上位ランクにアップさせることができる。ただしそのランクアップは、障害 (disability) の程度や社会的状況に基づくものでなければならない。最大年額は 35,000 ECU (エキュー、1 ECU=165 円換算で約 580 万円)。最近の調査では委員会の支給決定総額は、障害者が請求した金額の合計のおおむね半分である。

2 所得保障

第 1 次労働不能給付および障害年金 (Primary work incapacity benefit and Invalidity benefit)

これは保険制度のもので、対象は被雇用者、自営業者、失業登録中の者等である。

病気・障害を持った人はまず、1年以内の「第1次労働不能期」(primary work incapacity period)を経て「障害期」(Invalidity period)に至る。両時期とも「労働不能」の基準は同じだが、その評価に当たってどの範囲の職業まで考慮するかは異なる。

ベルギーの健康保険法制では労働不能は次のように定義される。

「怪我又は機能的損傷 (functional impairment) の発生又は悪化の直接的結果として全ての労働活動 (work activity) が停止し、また、その怪我又は機能的損傷のために、同じ社会階層・教育レベルの (障害のない) 人であればその障害者が労働不能となったときに従事していた職業と同じ分類の職業またはその教育や訓練に応じて得られたであろう職業で稼げるであろう額の3分の1以下しか稼げないと認められる場合、労働不能と見なされる。」

労災保険と違って能力低下の程度は判定しない。「段階的職業復帰」の期間を除いて、この制度では完全能力喪失か能力喪失なしかの区分しかない。使われる障害の基準 (disability criterion) は経済的可能性と似た概念の「稼得能力」(earning capacity) である。明らかに怪我又は機能的損傷を原因として稼得能力が喪失したのかどうかだけが重視される。個人的問題によって職業従事ができなくなった場合には第1次労働不能給付も障害年金も支給されない。ただし心理的な病気や機能不全が証明されれば別であるが。また、労働の停止は怪我又は機能的損傷の発生又は悪化の「直接的結果」でなければならない。

稼得能力レベルは国民健康保険に雇用されている保険の専門の医師が行う。法律はアセスメントの進め方を次のように定めている。

- (1) まずその人が機能的損傷にもかかわらずまだどれだけ稼げるか、「残っている稼得能力」を判定する。
- (2) ついで「仮想の基礎稼得能力」を計算する。つまり申請者と同じ経済社会的背景で同じ教育訓練の非障害者であれば、その申請者の最終の職業あるいはそれと同じ分類の職業、又はその教育訓練から見て申請者が従事したであろう職業と同じ職業で、稼げるであろう額を割り出す。(訳者注: 就労経験がなく職業訓練課程にいる人が障害者になった場合も障害年金を支給するために、「従事したであろう職業」が入ったと考えられる。)
- (3) 最後に、(1) が (2) の3分の1以下であれば申請者は完全に労働不能と見なされる。

実際にはこの複雑な評価はなされない。ひとつには、申請者は働いてはいけないことになっているので、「残っている稼得能力」を測定することができないから。もう一つは、どの職業と比べるのかとか、考慮すべきいくつかの職業での稼得能力をどう計算するのか(平均賃金をとればいいのか?) など「基礎稼得能力」の計算も困難である。

前述のように、「第1次労働不能」(primary work incapacity) と「障害」(Invalidity) の区分がある。これらの申請・決定プロセスを進めるのは健康保険基金の医官で、治療にはタッチせず、申請者の労働の状態について保険にアドバイスしたり、仕事への復帰を助けたりする。健康問題で仕事が続けられなくなった従業員は、事業主からの給料が出なくなる前にこの医官に連絡し、その診察を受けねばならない。医官は開業医やソーシャルワ

ーカーなどからの情報も集める。これらを元に給付の受給資格、今後の見通し、リハビリテーションの可能性などを判断する。

もし回復の見通しがよければ最初の 6 ヶ月の稼得能力の低下は働けなくなったときの職業で評価される。6 ヶ月以降又は最初から回復の可能性が低い場合には、より広い範囲の職業に基づいて稼得能力の低下を評価する。

最初の 6 ヶ月間あるいは 1 年まで、医官は定期的に（例えば毎月）患者と会って労働不能の状態の経過や職業復帰の可能性を見る。必要なら「段階的職業復帰」がなされ、この期間には第 1 次労働不能給付に加えて 50%増しの額まで給料を得ることができる（世帯主の場合）。6 ヶ月たってもフルタイム労働に従事できない場合、医官は申請者の第 1 次労働不能給付を停止し、失業給付に回すか、障害年金の申請をさせる。障害年金に支給決定は、地域医療審査会の審査を経て行われるが、大部分は医官の判定を承認する。障害年金受給期間中も受給者は医官に定期的に会わねばならず、また必要なら職業訓練や段階的職業復帰が利用できる。

実際に評価されているのは技術的意味での稼得能力ではなく、首尾よく職業復帰ができるかどうかである。医官たちは、開業医、産業医、専門医等からの情報、自分たち自身による診断、申請者たちの可能性についての個人的な評価、そして労働市場の状況についての個人的な知識に頼っている。腰痛など問題の病理的な根拠がはっきりしなくても、症状の記述で足りるとされる。重要なのは仕事に制限を与えるような機能的損傷があること。自動的に受給資格を与えるような病気や機能障害はないが、逆に自動的に排除するようなものもない。しかし入院中の者は労働能力喪失とされる。

労働審判所に持ち込まれた事件の内容分析によると、労働不能の評価に際しては機能的損傷以外に、年齢、性別（時々年齢や子育て負担と関連して）、国籍・民族、教育レベルや労働経験、性格や就労復帰への意欲、前職と今後就くかもしれない職業とのギャップ、などが考慮されている。現実には職があるかどうかは考慮しないとされているが、実際には労働市場の状況が考慮されている。

申請者は自分の意見を面接で述べるができるが、その際の標準的な質問も、標準的な記録様式もない。医官と申請者がどうしても一致しない場合は、労働審判所に頼ることとなる。

結論として、第 1 次労働不能給付および障害年金における障害（disability）とは、機能的損傷による稼得能力の喪失と法律は規定しているが、毎日の実践における暗黙の定義は、機能的損傷による労働市場での機会の喪失である。

3 雇用

障害者の社会的統合のためのフラマン基金の雇用支援サービス

この制度は連邦全土ではなくフランダース地方のみを対象とするフラマン基金（Flemish Fund）の制度の一部である。

主な就職対策は賃金補助、職業訓練、そして保護雇用などである。どこでいつ定義が問題となるかを理解する上で、全手続きを述べておくことが有益であろう。

フラマン基金を受ける資格を与えられるためには、申請者は基金に関する規約で定義された「障害者」でなければならない。1990年6月27日の法令によると、障害とは「知的、精神的、身体的、若しくは知覚能力の低下による、社会的統合の可能性の長期にわたる、かつ重大な制限」としている。この支給の適応性は各専門分野協力の査定チーム（非営利団体として認可されている）によって提出された情報をもとに多専門分野で構成された委員会が査定する。

基金の申し込みは常に特定の補助に関係しているため、一般的な法的規準（社会的統合の可能性の制約）はいろいろなサービス毎の受給資格基準によって具体化されている。このためこれが一般的な基準のための測定手段がない理由である。例えば申請が就職支援にしている場合、労働市場へ参入できない理由が申請者の労働能力の低下によるものであることが証明されなければならない。いくつかの場合では、たとえば聴力を失っている事が医学的に証明されれば、損傷のある事それ自体で、仕事に関する補助、即ち職場での数時間の通訳による支援を受ける資格が認められる。そのほかの申請者、すなわち軽い知能障害を持った人達などは（例えば）保護雇用(sheltered workshop)利用が許可される前に、普通の仕事を見つける試みが失敗したという証拠を委員会に提出しなければならない。もう一つの補助は損傷によって仕事の成績が低下した従業員のための賃金補助である。この補助を雇用者が申請すると、従業員はまず一般的なアセスメント過程（学際チームによる評価と委員会による判定）を通過しなければならない。結果は、従業員が「障害者」と認定され（即ち損傷が仕事の可能性を限定している）、それゆえに賃金補助が正当化される。しかしながら第二段階で、補助の程度は外部機関（労働法の検査官）によって、フラマン基金の係官と医師が提出した証拠をもとに決定される。検査官は労働能力減少の証拠を発見せずに（または証拠不十分で）、結果として賃金補助を却下するかも知れない。この場合、審査委員会の決定は無効になる。学際チームは後の段階で有益になるかも知れない証拠を集めて、この状況を未然に防いでいる。実際には、検査官は労働遂行状況を測る何の手段も持ってはいないので、現場での検査で収集された情報と医師やフラマン基金の係官によって提出された証拠に依存せざるをえない。

概して障害の一般的な定義は（1）損傷が現に存在する、（2）個人が特別の補助の受給資格の規準にあてはまる、という証拠を集めて適用されると言える。損傷が能力の減少に関係しているかどうかという検査は一般的な検査ではなく、基金のそれぞれのサービスごとに規定されている。

ある人間が障害を持っていないと判断された二つの主要なタイプの状況をより厳密に見ると興味深い。知力、精神、身体、知覚の損傷がない時（または軽いと考えられた場合）その人間は自動的に「障害なし」としてフラマン基金の補助から外される。損傷があるが、特別の補助の資格規準にあてはまらない時（例えば賃金補助を受けるには能力がありすぎる）、その人はフラマン基金の管理上の言葉では「障害」として分類はされない。但しもちろん同時に別の補助基金の申請が許可されれば別であるが。

誰が障害者で誰がそうでないかということは多くの場合、一般（第1段階の）の基準とともに、2段階の規準で決定される。基金がより多くのタイプの補助やサービスを開発すれ

ばするほど、より多くの人たちが管理上、障害者として分類されると思われる。

この過程の中では申請者が自己主張できる範囲は限られている。申請者は多専門分野協力の審査チームに影響を与える事によってのみ委員会に圧力をかけることができる。さらに委員会の決定に対して 2 段階での控訴が可能である。申請者が本人自ら自己のケースを弁護する内部管理の再審査と労働審判に控訴することである。

結論

近代の福祉国家のほとんどでは、社会の特定のカテゴリーに属する人々を対象に社会的手当(social provisions)が認められている。『The Disabled State』(1984)の中で、著者の D.A.Stone はこれを「categorical solution (カテゴリー的解決策)」と表現している。カテゴリー(例:「障害」)は、手当などの受給資格を判断するために設けられている。少々意外だが、ほとんどの定義が操作的なものではなく、一般的表現で制度の目的を説明しているが、測定する尺度が明記されていない。時に、ADL 尺度などのような法的に承認されている方法が提供されることがあるが、それは稀なケースである。しかし、誰によって、どのように解決するか、といった手続上の規定ならば必ず存在する。

この受給資格の判定に携わる人々はゲートキーパー (gatekeeper) と呼ばれ、従来「障害」分野のゲートキーパーは皆医学の専門家であった。20 世紀後半に入って、心理学者、教育学者、ソーシャルワーカーなどもゲートキーパーとなった。しかし、所得補助手当では未だに医師が唯一のゲートキーパーとされているように、医師の専門性の優越は、部分的にしか解消されなかった。他の条項でも、医師を含む学際的な評価が求められる。この医学の優越(支配)は驚くべき事柄ではない—「障害」のカテゴリーの中では病気、傷病や傷害は十分条件でないが必要条件であるからである。もちろん、医師だけしか正当に(慢性的な)病気、傷病や傷害を確かめることができない。

しかし、サービスの多くは特定の分野に関して設けられており、さらに、対象とされている病気、傷病や傷害が、その特定分野に対して(マイナスの)影響をしていることが確認されなければならない。受給資格を決定するためにこの影響の大きさを測定する必要がある。経済的ポテンシャルの喪失や、稼得能力の低下は、共に雇用の分野に対するマイナスの影響であり、自立した生活を送れる能力の減退は ADL に対しての影響、そして生産力の減少は特定就労状況を意味する。従って測定される(障害の)概念は、社会的環境でしか表れないため、社会的な概念として捉えなければならない。

ここで大きな障壁がある。なぜならば、(極端な例を除いて)「障害状況」のどの部分が病気、傷病や傷害によって生じ、どの部分が他の要因によって引き起こされているのかを特定することが困難だからである。この特定する作業は、毎回非常に時間がかかり、コストがかかり過ぎて標準的な手続になりにくい。例え対象者の状況が明らかであったとしても、他の人々(対象者)とフェアに比較する根拠、基礎を導き出すということはとても難しい。ゆえに、そのことは、ダイレクト・ペイメントということばが示すほどには個性化・個別化されてはいないことの理由のひとつである。

どんな場合も、受給資格の決定はくだされなければならないため、関係者による、その

プロセスを標準化しようとしている動きが見られる。標準化するための要素が障害の社会的定義には存在しないため、より低いレベルで見つけ出されている。確かに、機能あるいは機能障害のレベルでは様々な手法（IQ 測定、ADL 尺度、barnes も）により、障害者と健常者、障害のレベルの間を区別することができる。これは、機能、傷病がより重ければ、多くの場合社会的により重い不利をもつことを推測したものである。

ICIDH でいえば、障害（disability）の定義はしばしば handicap の言葉で表されるが、その測定（そして決定）はほとんどの場合、機能障害や障害の程度に基づいている。ときにこうした実際の行為は、規定されている測定手段によって法的に承認されているが、我々の仮説（今後の研究によって反証、確証されるだろう）では、より多くの場合、単に個々の専門家や学際的なチームによるルーティーン化されたものである（訳者注：法的に承認された測定手段がなくても、評価者は機能障害で障害を評価している、という意味）。

2 カナダにおける障害の定義

木口恵美子

カナダには、多くの障害の定義が存在していると理解されているが、実際にカナダ政府が定めた障害の定義は3つに過ぎず、障害を明らかにしている法律は1つである。カナダの障害軍人年金プラン、カナダ学生支援プログラム、RRHAPの3つの制度における定義と、カナダ雇用均等法である。他の制度では、先の3つよりも障害の条件が少ない。すなわち、障害のタイプ、重さ、継続、障害の影響といった、障害の特徴に焦点が当てられている。一方で、支援の対象とする人を特定するのに、同一の言葉、例えば、重度や長期や弱者という言葉が、その内容を定義しないまま、様々な制度で使われているという問題も指摘されている。障害を病気や機能障害と解釈すると、身体的、精神的なこととなり、障害は社会によって引き起こされたと解釈すると、差別と排除の結果による社会的、経済的、文化的不利益と見なされ、すべてに通じるように障害を定義することは困難であるとされる。

2003年6月、障害者人権条約の推進の為に創設された、国連のAd-Hoc委員会が組織した、専門家も出席したパネルディスカッションで、障害当事者のリーダーは、技術科学の発達や、障害についての多様な考え方の広まりと共に、障害を持つ人の環境は広がり続けるという考えのもと、「定義の中に障害者を閉じ込めること」は薦められないと強調した。

以下で1福祉サービス、2所得保障、3雇用・教育、4権利擁護の4点について、関連法制度と障害の定義に関する報告を行う。

1 福祉サービス

カナダの障害者のニーズは多様であり、州によって異なった方針を持っている。また、政策も特定の担当省や法制度でくくることは出来ず、多くの省や法制度が関わっており、複雑である。

まず連邦政府の法制度を確認した後、ブリティッシュコロンビア州の取り組みを紹介する。

■ 連邦政府の法制度

1.1 障害者控除 (Disability Tax Credit : DTC)

収入税法 (118.3(1)) に基づき、税務局が管理する。

重度で長期にわたる精神・身体障害は、自らの意思によらない障害のコストを負わせ、税金を支払う個人の能力を減じるという理解のもとで作られた制度であるが、根拠となる収入税法に障害の定義はされていない。制度を利用できるのは、

- ・ 訓練や推奨される機器や薬物を用いても、日常生活の行動がすべて、もしくは実質上すべて、際立って制限される盲又は他の状態。
- ・ 生命機能の維持のため要求された広範囲にわたる処置がなければ、際立って日常生活上の制限がある状態。
- ・ 日常生活の基本的活動、例えば自ら食事、着脱ができず、話すこと、聞くこと、排泄、歩行、または理解、思考、記憶に制限がある状態。その他仕事、家事、社会参加や余暇

活動は日常生活の基本活動と見なされる。

障害は医師によって証明されなければならない。また、視覚、聴覚、は、検眼医、聴覚医、歩行、食事、着脱、理解、思考、記憶は作業療法士や理学療法士、話すことは、言語療法士等のような専門家によって、限定される必要がある。

1.2 弱者扶養控除(Infirm Dependant Credit)

収入税法 (118.3(1)) に基づき、税務局が管理する。

精神的・身体的に弱い成人を扶養している者は、同等な収入があり、弱者を扶養していない者に比べて、税金を支払う能力が少ないという理解のもとつくられた。根拠となる収入税法に、弱者の定義はない。制度を利用できるのは、精神的、身体的に虚弱な成人の生活を扶養している納税者。扶養されている者は、長期にわたる支援を必要とし、カナダに在住していなければならない。医師の証明が必要である。

1.3 介助者控除(Caregiver Credit)

収入税法 (118.3(1)) に基づき、税務局が管理する。

家庭で 65 歳以上または虚弱な両親や祖父母の介護を提供している個人に対して、支えを提供する目的でつくられた。根拠となる収入税法に、虚弱の定義はない。制度を利用できるのは、家庭内で 65 歳以上または、虚弱な両親か祖父母を扶養している納税者。

1.4 障害を持つ人に対する住宅リハビリテーションプログラム

(Residential Rehabilitation Assistance Program for Persons with Disabilities)

障害をもつ居住者に対して、家を使いやすく、接近しやすく改修するために、家の所有者、借家人に対し資金援助を提供するための制度で、カナダ住宅貸付協会 (Canada Mortgage and Housing Corporation) が運営している。ここでは、WHO の定義「(機能障害の結果) 人として普通と見なされる活動の可能性に何らかの制限や欠如がある状態」が用いられている。

持ち家の場合は家の状態、世帯収入、世帯規模、面積等の制限があり、貸家の場合は、家の状態、賃借人の収入等の制限がある。改修の為に医師、理学療法士等の確認書が要求される。

■ ブリティッシュコロンビアにおけるサービス

パーソナルサポートサービス

カナダの保健と社会サービスはカナダ保健法 (Canada Health Act) に基づいている。連邦政府の資金援助と調整でほぼ全国的に均一化されている一方で、実際の運用は州の責任とされている。実際の障害者サービス (移動、住宅、アシスタントサービス等) については、各州によって特徴は異なっているが、アシスタントサービスではブリティッシュコロンビア州や、オンタリオ州の取組が先駆的である。

ブリティッシュコロンビア州の障害を持つ人のための雇用とアシスタント法 (Employment and Assistance for Persons with Disabilities Act) で、障害者は「深刻な身体的、精神的機能障害を持ち、その障害が少なくとも 2 年間継続すると見なされる人」で、「日常生活の活動が著しく制限される人、日常生活の活動において、他者の手助け、補

助具、介助犬を必要とする人」と定義されている。

この法律に基づき、個別化した資金を個人に提供し、特定のニーズにあわせて物品やサービスを購入する方法が取られている。

継続ケアプログラム(Continuing Care)

継続ケア法 (Continuing Care Act) に基づいて提供されるプログラムで、ホームヘルプサービス、食事準備、デイサービス、在宅看護、ケースマネジメント、レスパイト等のサービスを提供する。これらサービスは地元の保健機関が管理運営し、非営利や民間機関によって提供される。この法律では、障害を持つ人のための雇用とアシスタント法の定義が用いられている。

2 所得保障

2.1 カナダ障害者年金:Canada Pension Plan(CPP) Disability

カナダ年金法に基づいており、この法律の中で障害は、次のように定義されている。

a) 深刻で長期の精神あるいは身体の障害があることが規定された方法によって決定される場合である。そして論点は次のとおりである、

(i) 次のような場合に障害は深刻である。つまり、実質的な有給の仕事を本式に遂行することが困難であると決定した場合である。そして、

(ii) 次のような場合に障害は長期である。つまり、その障害が長く続き、限界がなく、あるいは結果として亡くなってしまいそうである、と規定された方法において決定される場合である。そして、

b) 人が障害をもっているとか、障害者でなくなるとかいう判断は規定された方法にしたがって決められる。しかし、障害認定の申請の 15 ヶ月以前に、障害者と見なされることはない。(障害を持ってから、15 ヶ月以降の申請に限る)

給付を受けるに当たっては、最低限の年数(最後の6年のうち4年)はCPPへ収めていなければならない。支給は年間の最大受給年金(Yearly Maximum Pensionable Earnings 2002年は39,000ドル:1ドル約103円)の10%以上か同等である。子供を(18歳以下)を扶養している障害者の受益者にも月々の給付金を支払う。18歳から25歳の子供も、毎日学校や大学に出席していることが認められれば、給付の資格がある。

申請に当たっては、医学的診断書と他のあらゆる支援の書類が必要で、医学的判断に送られる。医学的診断は重要であるが、特異判断ではなく、全人格に基づいて判断される。年齢、教育・職業歴も考慮し、雇用主、学校、セラピスト、看護婦や他の第三者の助言を求めることもある。困難なケースはCPPの医者によって再検討される。

2.2 障害軍人年金プログラム (Veterans Disability Pension Program)

カナダ軍人年金法に基づいている。軍に関係し、軍に仕えて障害を持ったことに対して、人生の楽しみを損失を補うことが目的で、本来の受取人の死に対しては遺族に保障する。障害は「意欲や、一般的な精神的・身体的活動を行う力の低下や喪失」定義され、障害の表に基づき、ガイドラインが適用される。

3 雇用、就労・教育

3.1 付き添い支援控除 (Attendant Care Deduction)

収入税法に基づき、障害を持つ納税者は、仕事や雇用で収入を得たり、学校に通うことを可能にするために必要な付き添い支援に対して負担を負っているとの理解によって成立した。収入税法に障害の定義はない。障害者控除の基準に適している必要があり、医師の診断書が必要である。

3.2 機会の資源 (Opportunities Fund : OF)

1997年に成立し、Human Resources Develop Center (HRDC) が運営している。障害を持つ人が、雇用されたり、自ら起業することに対する準備、実現、持続を手助けする。障害の定義はなく、自ら日常生活を行うことを制限する、永久的な身体的・精神的機能障害を持っていると認めている人が自己証明をする。

3.3 職業リハビリテーションプログラム (Vocational Rehabilitation Service)

カナダ年金法に基づき、障害を持つ人の仕事への復帰を助ける。

3.4 障害者雇用支援 (Employability Assistance for Persons Disabilities : EAPD)

障害の定義はない。州が立案した技術指導、職業体験等の雇用準備、就労、継続支援プログラムを立案し、そのプログラムやサービスに適する個人の資格を決定する。

カナダでは、中等教育卒業後の教育、社会サービスは、州が本質的な責任を負っている。労働市場サービスについても、各州でそれぞれに取り組みまれており、プログラムや障害者雇用の強制度合は州によって大きな差がある。カナダ政府は、支払いの均等化、条件付費用分担、無条件助成、対象を絞った権限の委譲などの方法で、プログラムの為の予算を補足する役割を果たしている。この、障害者雇用支援もその一つで、カナダ政府と州の合意のもとで成り立っている。州が立案、提供責任を持ち、国は州の計画の適正を決定し、予算を支払う。

カナダ政府の雇用関連プログラムの管理は、カナダ人的資源開発省 (Human Resources Development Center : HRDC) が行い、カナダ人的資源センター (Human Resource Centers) はプログラムの提供に責任を負っている地方事務所である。

障害を持つ人の雇用について、一般就労と保護雇用に分けることができる。保護雇用は、障害者職業リハビリテーション法及び協会に基づき、保護雇用制度に財源を提供し、州の責任で行われている。

3.5 政府従事者補償サービス (Federal Workers Compensation Service : FWCS) と

雇用保険 (Employment Insurance : EI)

FWCS は、政府機関で働くもののが、事故や災害で為の補償のためのもので、特に定義はない。EI は病気や負傷、隔離で働くことのできない人のために提供される。

3.6 カナダ学生ローン (Canada Student Loans Program : CSLP)

カナダ学生支援法 (Canada Student Financial Assistance Act) に基づき、金銭的ニ一

ドが証明されたカナダ人がローンや譲渡の供給を通して資金の壁を下げ、中等教育後の教育（全日制または時間制）を促進することを目的につくられた。

ここでは、恒常的な障害を「必要な中等教育後の学校での学習への参加や、労働といった日常生活の活動を制限する、身体的、精神的機能障害による機能の制限であり、望む生活をできなくしているもの」と定義している。

カナダ在住、金銭ニードの証明、教育にふさわしい資格、授業登録数等の条件がある。また、恒常的な障害を証明する医学的な報告書が要求される。

3.6.1 恒久的障害に対する補助

障害のため、特別な苦難無くカナダ学生ローンの返済の義務を果たすことができない、恒常的な障害を持つ人を支援することを目的とする。医学的報告書と金銭的報告を必要とする。

3.6.2 カナダの恒常的な障害を持つ学生への学習の保障

恒常的な障害に関連する、特別な教育に関する負担を軽減することが目的とする。例えば、障害に関連するサービスや機器の必要性があることを証明する、就労リハビリテーションサービスワーカー、障害を持つ学生のセンター、又は中等学校後の施設の生活指導カウンセラー/資金援助の管理者からの公的書類と医学的報告書を必要とする。

3.6.3 カナダの恒常的な障害を持つ、高いニードのある学生への学習の保障

金銭的ニーズに焦点をあて、恒常的な障害を持つ生徒の生活と教育の費用負担を助けることを目的とする。資金援助には上限があり、その必要性を証明する書類が必要である。

4 権利擁護

カナダの障害者問題では、アクセスの平等、経済的な統合、効果的な参加という、3つのゴールが強調されている。そのため、連邦政府として障害を持つ人への差別を禁止し、権利を保護する法律として次の法律が挙げられている。

4.1 カナダの権利と自由の憲章 (Canadian Charter of Rights and Freedoms : 1985)

精神・身体に基づく差別のない平等を規定すると共に、不自由な状態の改善に努めるための差別的な法律、プログラム、法的措置については差別としないとしている。

4.2 カナダ人権法 (Canadian Human Rights Act : 1977)

司法管轄において、機会の平等と自由を保障する。ここで障害は、既往の、または現在の精神的・身体的障害であり、身体欠損や、アルコールや薬への依存を含んでいる。

4.3 雇用均等法 (Employment Equity Act : 1995)

誰も能力に関係ない理由によって雇用の機会または便益を否定されないように職場における平等の達成を目的とする。また、職場における平等の達成を目的とし、雇用における不利な状況を修正する。この法律で障害は、長期的または再発性の身体的、精神的、感覚、精神医学的、学習機能障害であり、(a) 彼ら自身が機能障害のために雇用において不利益と考える。または、(b) 雇用者や求人事業者がその機能障害によって不利益な立場になる

と見なしていると彼等が信じた場合、とされている。

4.4 移民・難民法(Immigration and Refugee Act : 2001)

カナダの許容性の決定のための基礎とする。障害を理由に拒否しない。定義はなく、受入れの基準は“障害”から“健康状態”に移行している。移民できない健康状態とは (a) 公衆の健康に危険とみなされる。(b) 公衆の安全に危険と見なされるか；(c) 過度の保健、社会サービスを要すると予期される場合 と記されている。

4.5 放送法 (Broadcasting Act : 1991)

障害を持つ人がアクセスしやすい番組を提供することを目的とする。定義はなく、主に視覚・聴覚・感覚機能障害を対象とする。

4.6 カナダ交通法 (Canada Transportation Act : 1996)

すべての障害を持つ人にとって、交通システムが利用しやすいことを保障することを目的とする。定義はなく、主に身体・感覚障害を対象とする

4.7 カナダ証人法 (Canada Evidence Act)

障害を持つ人が裁判の証人として参加する権利を認める。但し、精神障害を持つ場合はいくらかの制限がある。定義はない。

カナダ人権法による差別撤廃の法的アプローチと雇用均等法の活用によって、障害をもつ人にも雇用の機会を増大させることを目指していると共に、公共及び民間の施設が、障害を持つ人や他の必要とする人要求に応えるという基本的人権を守るだけでなく、権利実現のために必要な条件を整えることを保障する積極的義務も課している。

参考文献

Defining Disability: A Complex Issue, Government of Canada, 2003

世界の社会福祉 アメリカ カナダ 旬報社 1999

パトリシア・ソーントン、ネイル・ラント「18 カ国における障害者雇用政策: レビュー No.3」

ヨーク大学社会政策研究所 1997年

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/other/z00011/z0001104.htm#2_01

植村英晴「世界の障害者施策 カナダの障害者施策～関係 11 省庁の取り組み～」『月間福祉』1999.3

3 デンマークにおける障害の定義

Steen Bengtsson

(抄訳：浜田朋子)

本ペーパーでは、障害者の定義を 4 つの側面に分けて書いておりそれぞれの定義の内容は次のとおりです。理論的定義—法律や解説書で使われる言葉、構造的定義—その定義が使われる組織、機能的定義—定義が果たす役割、実施的定義—定義の対象となる人（訳者注）

総論

デンマークの法制には障害の概念がないといわれるが、それはある意味真実である。しかし広い意味での障害とか健康とか言う概念が完全に欠落しているわけではない。

障害を定義する事は 2 つの点で有意義である。すなわち「社会が障害に対してとる姿勢を表現している」という点と、「必要な場合において障害者と障害を持たない人を区別する」という点である。前者は差別撤廃に関連し後者は雇用法制と社会法制に関連する。医学的な分類によっていた「職業能力」は実際の労働によって決まる「労働能力」に代えられた。また「障害」の概念については、医学的診断は温存されているものの、実際の生活の上で生じている「機能低下」をより重視するようになった。

1. 差別を減らす法制

アメリカ合衆国の不平等な取り扱いを禁ずる法制度はよく知られている。しかし、差別を禁じる法律以外にも差別を減らす事を目的とする法制度も必要である。デンマークには差別を禁じる法律はないがもっと広い意味で差別を減らそうとする制度はある。

差別を減らそうとする法制度

1934 年に 4 つの障害者団体によってデンマーク障害者団体協議会(Danish Council of Organizations of People with Disabilities)が結成され、その後の障害者のための制度に大きな影響をもたらした。1950 年に失聴者法、1956 年に盲目者法、1959 年に知的遅滞法ができ、これらの法律は障害者の社会への取り込み、つまりノーマライゼーションという新しい考え方を目指していた。この過程で、障害者についての相対的な概念が医学的診断に取って代わっていったが、聾者や盲目者のような強い団体に対する特権を規定する法制度が完全に消え去ったわけではなかった。1970 年代の社会改革により、障害(disability)という言葉はほとんど見かけなくなった。

過去 20 年において 2 つの進展があった。1980 年に議会が障害者は可能な限り普通の生活を送る権利があるとして、その実効性を担保するためにデンマーク障害者協議会(Danish Disability Council)を設立したがそのメンバーは障害者団体代表、中央・地方政府関係者、専門家からなっていた。1993 年にはデンマーク障害者協議会の下に障害者機会均等センター(Equal Opportunities Centre for Disabled Persons)が設立された。

障害者機会均等センターの基盤は議会の「平等な取り扱いの原則」にあり、社会のすべてのセクターにおいて提供されるサービスに対して障害者がアクセスできる事を保障している。デンマークではアメリカ合衆国のような差別禁止法はないが、「平等な取り扱いの原則」がそれにとって代わっている。

差別を減らすための法制における 3つの定義

1.1 政治における障害の社会モデル：平等な取り扱いシステム(1993)

理論的定義(Theoretical definition)：1993年の議会決議では障害者に対する差別をしないことを呼びかけている。議会は、国・地方公共団体および(公的な補助金を得ているか否かを問わず)私企業に対して、平等取り扱いの原則を遵守し障害者のニーズを考慮し可能な解決策を実行する事を求めている。

構造的定義(Structural definition)：差別を減らすシステムはデンマーク障害者協議会が中心的役割を担う。協議会には運動障害、知的発達遅滞、腎臓病、失聴、咽喉癌、筋萎縮症、ADHDなどの団体代表者が参加しており失聴のような典型的障害だけでなく障害児の親や難病者の代表も加わっている。しかし参加していない団体がないわけではなく、糖尿病、アレルギー、癌、失語症、および会員が500人に満たない小さな団体は参加していない。

機能的定義(Functional definition)：1969年に議会で障害児を地域の学校に受け入れることが決議された。1980年には障害者が普通に暮らす権利があることが議会で決議され、1982年には障害に配慮した建築規制がつくられた。

実施的定義(Operational definition)：デンマーク障害者協議会と障害者の機会均等センターの年次報告を見ると95%はすべての障害に共通なまたはいくつかの障害に共通な記述である。残りの5%の中に、知的発達遅滞、聴力障害、精神障害、盲目、聾盲、脳卒中に関する記述があった。

1.2 建築基準により定義される障害の社会モデル

建物や物理的環境が文字通り障害者に対してバリアとなる。バリアを取り除く事は、例えば車椅子を例にとると、車椅子で通れるというだけでなく自由に動けることであり、この意味で建築基準は障害の社会モデルの実現と言える。1972年に中央政府の建物が規制されるようになり、地方公共団体でも同様の動きが見られた。1977年に一般的な規制として車椅子が地下に降りられるようにすることとなった。1995年から現在まで施行されている規制は1または2世帯の住宅となっている小さな建物を除くすべての建物に適用される。3階以上の建物ではエレベーターと障害者用トイレの設置が義務付けられる。

2. 雇用法制

雇用政策によって障害者が教育を受け職業に就く資格を得られるようにしようと試みられてきたが、雇用者に対して一定の人数の障害者を雇用するように義務付けする規定はない。

雇用法制の歴史

1960年に職業リハビリに関する最初の法律が施行された。12のセンターが出来、それが70年代の社会改革のモデルとなった。

1960年代から70年代にかけて障害者が働けるような機械の導入費用の補助や、雇用当初の賃金補助の規定が出来た。1985年に議会委員会でこれらの規定にあまり実効性がないことが指摘されたが新しい提案にはいまだ至っていない。

1998年に社会活性化政策に関する立法で職業能力がない障害者に恒久的に賃金補助をする職域を定義した。Flexjobsと呼ばれるこの制度では、最低賃金の25%、50%、75%が補助される。障害年金の受給を減らすためにFlexjobsを40000件達成することが目標であった。

雇用法制における3つの障害者の定義

雇用法制では3種類の定義が使われている（社会活性化政策法における労働能力、障害者雇用に対する補償に関する法律におけるハンディキャップ、社会年金法の障害手当についての対象者リスト）。

2.1 社会活性化政策法(1998)における労働能力

職業リハビリは労働能力の低下を前提とするが疾病や障害によるものである必要はなく長期の失業に起因するものも含む。Flexjobsは、職業リハビリでは回復し得ず、団体協約(collective agreement)での雇用も不可能な労働能力の低下を前提としている。Flexjobsの場合には行政当局がまず障害者のための職を探すこととされている。

理論的定義：社会省は労働能力を「労働市場で完全なまたは一部の所得を得るための特定の職務を遂行するために課される要求を満たす事が出来る能力」と定義している。

構造的定義：地方公共団体が、職業リハビリセンター、職業事務所、企業との協力の下に労働能力を評価しリハビリによって労働能力の低下を回復させるシステムを作った。

機能的定義：この定義が果たすべき役割は障害年金そのほかの障害者手当の支出額を減額することである。

実施的定義：この法律の対象者の多くは最長1年の病気手当や公的扶助を受けている。

2.2 ハンディキャップ—障害者雇用に対する補償に関する法律(1998)

この法律には、障害(デンマークではハンディキャップ)を評価基準とする規定が3つ含まれている。第1は「障害の故に通常の労働市場での雇用に困難がある者に対する優遇」である。彼らは他の応募者と同じ資格を持っていれば、公的部門での採用および売店出店とタクシー免許について優遇される。

2つ目はIcebreaker Schemeである。この計画では職業経験はないが教育を受けた新卒の障害者が職を得られない場合に6ヶ月間、最長では9ヶ月間、賃金の50%の補助を得ら

れるものだ。

3つ目は、雇用事務所が、職場で障害者が働きやすいように器具や機械を導入し改善した場合にその費用を給付するという規定だ。

理論的定義：障害(ハンディキャップ)。注意したいのはこの言葉が人について表現するのではなく、通常の市場で職を得るのが困難である理由を表現している事だ。

構造的定義：この法律は企業の社会義務についてのキャンペーンの関連で障害についての特別カウンセラーを雇用事務所が設置するために使われた。

機能的定義：この法律の機能は障害者が雇用について直面する困難を軽減する事だ。

実施的定義：この法律を活用しているのは肉体的障害を持つ人たちだという報告がある。

2.3 障害グループについての特記、障害者雇用に対する保障に関する法律と障害給付

この法律では雇用について困難を持つ人に対する援助の規定がある。障害はリストに挙げられている。

3. 社会法制

社会政策の要は自立できない人の社会ニーズへの対応と自己の労働力を活用して経済に寄与できる人への動機付けのバランスをとることだ。

社会法制の歴史

障害年金制度が出来た当初は受給は制限的であったが、1950年代末から年々受給件数が増えていった。

1965年の改革で職業能力がゼロに近い人に対する付加年金が出来、3分の1から2分の1の能力の人に対する通常の障害年金の4分の1程度の新しい年金が導入された。この小額の年金は、不足分についてはパートタイムの仕事で補える人にとって意味があった。年々年金額は増えていき1970年代初めには改革前に比べて2倍に増えていた。受給件数もかなりの増加を示した。このような傾向を受けて議論があった結果、年金の門戸を狭くするようになってきたように見える。申請却下の割合が上昇してきた。

1976年に、障害保険理事会に取って代わりリハビリ・年金理事会が創設されたがこれは職業リハビリを強化するねらいがあった。1984年の年金改革でそれまでの早期年金(pre-pension)、寡婦年金、障害年金が一本化され、早期給付年金(before-time-pension)とされた。

1980年代後半、年金受給を減らして職業リハビリによって雇用にいたる方向で努力された。

年金の所管が中央から地方に移管され、地方では職業リハビリを活用した。結果1990年代には年金受給件数がかかり減った。

社会法制での障害の定義

職業能力が障害年金システムの伝統的な定義だった。しかし新しい評価基準が出来、2003

年からは労働能力が使われる。労災関係では職業能力の概念が使われているがここではもっと厳格に医学的診断によるリストに拘束されている。2つ目の定義は社会サービス法の機能的能力で医学的診断に基づいている。

3.1 職業能力—社会年金法(1998)

社会年金法は、2003年まで、障害について3つの違った定義を規定している。職業能力の評価基準については障害に関連して書かれていて、職業能力が全くなく高額年金に該当する場合、および33%の職業能力があり中程度の年金に該当する場合がある。現在は医学的診断による昔風のシステムと労働能力の考え方が混在している。

現在では障害者が障害年金を申請する事は出来ず、地方公共団体が職業リハビリを試みても成功しなかった場合の最後の選択肢として、地方公共団体が年金給付を提示する事が出来る。したがって労働能力の評価基準がすでに現場で活用されているのだ。2003年改革では障害年金は完全にリハビリシステムに統合される。

特に1976年以前、しかし一部では1990年代まで障害年金を受給するための職業能力は厳格な医学診断システムだった。現在では、医学的な局面は限られた影響しか与えない。障害年金が問題になる場合には、高額年金、通常年金、低額年金、または年金なしのいずれに当たるかを判断しなければならない。そのために専門家による医学的判断が求められる。そしてその判断は市町村に所属する医師、彼らは最も安くつく選択肢を選ぼうとするが、により評価される。したがって医学的な評価基準は残された職業能力を決定するのに一定の役割を果たしている。

低額年金については他の2つの評価基準も可能だ。ひとつは長期の失業と言うような社会的理由でありもうひとつはもう少しあいまいな表現だが「社会的健康的状況によって分かる」ということであり、これは、統合された年金の *per-pension* を示すものであり今日では障害の適切な定義とは言い難い。

理論的定義：職業能力=医学的診断を基礎として一般的健康状態を背景として評価した通常の仕事について機能する能力。労働能力=医学的診断よりは実際の状況を重視した、仕事について機能する能力。

構造的定義：医学システムとリハビリシステムが対比される。医学システムでは患者の主治医はマイナーな役割しか果たさないように見えるが現実には主治医が年金の期待を与えている事が多い。診断に当たる特定の医師や地方公共団体所属の医師が中心的役割を果たす。リハビリシステムではリハビリセンターと職場が役割を担う。

機能的定義：職業能力では、厳格な医学的方法によって選ばれた人だけが年金を受給する機能を持つ。しかしこれによると潜在的能力が開発されずに終わる事がある。他方労働能力は障害を持つ人に職につくチャンスを与える機能がある。経済的には、障害年金その他の手当での受給件数を減らす機能がある。したがって医学的条件はもはや年金を得るためには十分ではない。働けなくなっ

た時に初めて障害年金を考慮することになる。

実施的定義：職業能力は専門の医師の意見と地方公共団体所属の医師の評価によって決められる。労働能力は職業能力と異なり医学的診断によらずリハビリセンターと市町村の支援を受ける就労提供施設によって決められる。

3.2 機能的能力—社会サービス法(1998)

この法律では、障害者に対するカウンセリング、パーソナルケア、アパートの建て替え援助、自家用車補助、必要経費の還付その他の規定をおいている。これらの規定に共通する評価基準は「機能的能力」である。

社会サービス法の公式解説では障害を定義しようと試みているがあまり詳細ではない。1976年の社会援助法では「重度の肉体的または知的ハンディキャップ」という言葉が使われていたが、社会サービス法では「永続的かつ相当な、肉体的または知的な機能的能力の低下」という言葉が使われている。またこの法律では、国連の障害の概念、すなわち「ほかの人と同じレベルで社会生活に参加する可能性の喪失または制限」にも言及しており新しい定義ではこの国連の概念を包含するものであることが読み取れる。最後に、このように障害の概念は社会の発展に沿って通常的生活を営むことについての制限が拡大していくという動的なとらえ方となっている。

理論的定義：「機能的能力」は視覚、聴覚、下肢、脳などの障害によって肉体的または認知的機能の重大なかつ/または継続的な低下があるとの医学的な診断を伴う不調(disorder)とされる。

構造的定義：地方公共団体のケースマネージャーが関わる。公式解説では連帯の原則、部門責任の原則および補償の原則について言及しているが、部門責任の原則と言うのは社会で個人が問題解決の第一義的責任を負い社会サービスはそれを補うに過ぎないということである。

機能的定義：社会サービス法は患者が自立した生活を送ることを可能にする。しかし、注意すべきは解説書では、障害者に対する援助の決定に際して本人または家族が問題を解決できる可能性を考慮するとの補償の原則を緩和している事だ。

実施的定義：障害の定義は広く、肉体的、知的、両面を含む。法文上は固定的な障害について言及している。解説書では、件数が多いもの、すなわち心の病、脳損傷、てんかん、呼吸機能を含む活動の機能の低下、会話機能の低下または喪失、視覚の低下または喪失、聴覚の低下または喪失に言及している。障害は多数に及び多岐にわたるので言及されている障害は例示として意味を持つ。

4 フランスにおける障害の定義

木口恵美子

障害の法的定義に基づいた政策にかわって、障害を持つ人のための政策に関する比較分析と政策評価の調査の中で、Helen Boldersonsn 教授によって示された経過報告をもとにフランスの障害の法的定義、認定に関する報告をする。

先の経過報告書は次の4つの側面から書かれている。1 障害の定義についてのフランスの法律の主要な側面、2 立法者による障害の基準、特徴、3 障害の定義のプロセス、4 障害を持つ労働者の個人的能力等を認定する機関 (C.O.T.O.R.E.P)、である。

ここでは日本との比較をしやすいするため、障害の定義についての法律を概観したのち、1 社会福祉・社会サービス、2 所得保障、3 雇用、4 権利擁護・差別禁止に再構成して報告する。

1 障害の定義についての法律

1975年6月の30日に「障害者基本法 (la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées)」が制定され、それまでバラバラに実施されてきた障害者に関する施策を統合すると共に、障害の単一の障害認定機関が創設された。その後、児童、知的障害者、精神障害者にもあてはまる認定を検討するため、フランス社会福祉雇用省は、1987年に「障害分類諮問委員会」を設け、国際保健機構 (WHO) の国際障害分類に基づく障害分類とこの分類に基づく障害認定方法について検討を開始し、1991年の臨床テストを経て1993年11月に「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」(Guide-Bareme) が策定された。

この指針は、WHO分類を参照し、フィリップウッドによって作成され、4つの表出レベルから成り立つ、プロセスとしての障害を明らかにした。その4つとは、

- ① 原因に関する診断レベル
- ② 機能や臓器に関する機能障害レベル
- ③ 意思表示能力や、日常生活の簡単な行動の制限に関する、明らかな能力障害レベル
- ④ 所属する社会において、その年齢、性別の普通の人と同じような役割を達成することの制限に関連する、社会的に不利な状態のレベル

である。

1.1 障害の範囲

「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」は、①知的障害および行動の制限、②精神障害、③聴覚障害、④言語および発声発語の障害、⑤視覚障害、⑥内部障害および全身機能の障害、⑦運動機能障害、⑧審美性障害が挙げられている。

1.2 障害の程度

「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」で挙げられている8種類の障

害は、各機能障害の種類毎に、能力障害の程度が3～5、多くは4ランクに区分され、

能力障害率が50%以下：軽度の能力障害

50～80%：中度な能力障害

80%以上：重度の能力障害

上記のように表示される。能力障害率は機能障害や能力障害の程度によって、個々の障害毎に規定されている。障害が重複する場合はそれぞれの障害を考慮して総合能力障害率が算定される。

この指針は、能力障害率を決定するための幾つかの重要な原則、および、その決定が対象にもたらす権利・利益に配慮しながら作成された。特に、能力障害率80%や50%の決定により得られる権利が違ってくるので、慎重さが求められる。

この指針の中の内部障害、および、全身機能の障害に関する記述によると、評価指針案の原則は「能力障害率の評価を、当人の被った機能的な障害、および、能力障害の重要性に基づいて行うということであり、その原因となった医学的な疾患の性質をもとにするのではないということ」であり、多発性硬化症、重度糖尿病などの疾患についても同様である。機能的な障害、および能力障害は、その程度により5つのレベルに区分されたスケールを基準に評価できるとされている。その5つのレベルとは

- ① 通常の家生活で、実際的な能力障害を伴わないような、制限、いくつかのまれな禁忌、あるいは、自覚可能な障害を伴う軽度の障害。
- ② 多くの禁忌、および、いくつかの機能的な能力障害の臨床徴候を伴うが、日常生活において、当人の自立性が維持できるような、中程度の障害。
- ③ 日常生活が、住居、あるいは、近隣の環境に限られ、かつ、きちんとした環境調節を必要とする重大な障害。日常生活の基本的行為（排泄、更衣、食事）にのみ自立性が保たれている。このレベルの障害には、50%以上の能力障害率が適用される。
- ④ 日常生活の基本的行為の大部分は自立できない重度の機能障害。原則として、境界値である80%が適用される。
- ⑤ 完全なそして永続的依存状態を伴う重篤な機能障害。

であり、境界値である80%とは、日常生活における自立性喪失の境界を意味する。

上記のスケール以外にも、内部障害、全身疾患に関しては、他のより専門的なデータを考慮する必要がある。視覚障害などは別として、「内部障害、全身機能の障害」の場合には、どのような機能障害が何%の能力障害に該当するという指定ができないために、例えば階段を一階分上った程度の運動の心臓への影響や、歩いて出かけることのできる範囲など、ADLなどの能力障害そのものや、多角的なデータによって能力障害率を評価していると考えることができるだろう。

各レベル内で、能力障害がもたらす社会就労生活におけるハンディキャップ（社会的不利）（移動能力、当人の経済能力、社会への同化能力）を評価し、能力障害率を調整するとしている。

ここでの調整が、社会的不利の状況を加味して能力障害率を変更する（たとえば同じ視力の人でも失業中か就労中かによって能力障害率が変わる）ことを意味するのか否かはこ