

⑤ 手帳所持者の福祉サービス利用の現状

⑥ 手帳所持の経済的便益の推計

これらのうち、代表的な成果としては次のとおり挙げることができる。

・「肢体不自由等級判定における問題点について」において、等級判定における具体的な問題点として、次の四つを示している。すなわち、ア．障害認定の基準が機能・形態障害（心身機能・身体構造の障害）にあること、イ．医学・医療の進歩により障害の重度・重複化が進んでいること、ウ．支援費制度以来等級判定とは別に障害程度区分が設けられたこと、エ．高齢者や医療費の軽減目的の診断が目立つこと、である。特に、イでは、重度者の増加に伴い1級の細分化が必要であることやADL評価において精神・心理的障害の合併による影響の考慮が重要であるとの指摘があるほか、エでは、判定に際して補装具や人工臓器の装着を前提に診断する必要があるとの指摘が行われている。

・「心臓機能障害等級における問題点」において、大枠で四つの認識を示している。すなわち、ア．現在汎用されている身体運動能力指数や日常生活のモニター結果、心エコー図などの臨床生理検査、それに血中BNP値などのバイオマーカーなどを認定参照データとして利用すべき、イ．ペースメーカー埋込患者や人口弁置換患者などの人工臓器使用者については、依存程度による評価法を作成すべき、ウ．内部疾患における身体障害認定については加齢疾患との関わりについて早急に横断的見解をまとめるべき、エ．少子・高齢化社会の疾病負担に即した心臓障害モデルを作成すべき、との認識である。これらの認識の根幹となるのは、わが国が今後少子・高齢化が進展し、障害者をサポートすべき健常勤労層が減少するため、次世代や次々世代の負担の繰り延べを招かない障害者認定が必要であるという考えである。

(2)研究の目的と今後の研究の展望

（平成22年度分担研究報告書から）

同研究では、平成22年度からの3年間の研究予定期間の初年度において、それ以前の6年間の成果を踏まえつつ、目指すべき方向性について取りまとめたものである。内容は、①研究の目的、②研究の背景と必要性、③現行の障害認定制度の問題点、④障害モデルの発展：障害のとらえ方の重層化、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、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、となっている。

特に重要な成果としては、③で現行の障害認定制度の問題点として、ア．身体障害者福祉法成立後の60余年の歴史を概括した上で、医学の進歩による新たな疾病概念の確立、治療法の開発・進歩とともに新たな障害、状態像が認識され、障害の範囲拡大

とともに、障害種別により、impairment の軽減と障害の重度・重複化が同時に発生したこと、イ. 社会の発展により、生活上の不自由が軽減された障害者が増加する一方で、従来の障害種別群の谷間の障害が認識され、従来では取り扱われない支援ニーズを持つ者が現れたこと、ウ. これらを背景として、障害者に対する福祉サービスが、医学進歩、社会ニーズの変化に対応できず、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まっていること、を指摘した上で、結論として、社会保障がセーフティネットの役割を果たしていないことのあらわれであるとして、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が求められる、としている。

また、⑤及び⑥では、障害者に対する福祉サービスの歴史を踏まえた上で、医療モデルから社会モデルへの変化による障害の定義の見直し、財政条件などの社会的条件による資源の制約、障害種別や障害者個人の事情による自立の程度、社会参加制約、サービスへのニーズの多様性を指摘した上で、福祉サービスの公平性・公正性を担保する基準、論理の構築が必要であると結論づけている。また、公平な制度の構築と運用を担保するために必要な検討課題として少なくとも必要なこととして、ア. 障害の定義と範囲、イ. インペアメントの定義と範囲、ウ. 社会的障壁の定義と範囲、エ. 社会参加制約の定義と範囲、オ. インペアメントと社会参加制約との関連性、カ. 社会参加制約軽減手法と効果の検証、キ. 社会参加のためのニーズと支援手法の有効性の検証、ク. 支援サービスの対象範囲の妥当性の検証、ケ. 支援サービス提供体制の整備、コ. 支援サービス提供成果の検証、を挙げており、その解明のために、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としている。また、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な議論が必要であり、そのために、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である、としている。

## 2 障害関係分野における過去 10 年間の厚生労働科学研究

当研究では、過去 10 年間における厚生労働科学研究費障害保健福祉関係研究事業について調査、検討を行った。

表 1 が、平成 13 年度から平成 23 年度までの同事業の交付決定額の推移である。

表 1

厚生労働科学研究費障害保健福祉関係研究事業の交付決定額の推移（平成13年度～平成23年度）

(単位：千円)

研究事業名 (研究事業統合前)	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	研究事業名 (研究事業統合後)	平成22年度	平成23年度
1. 障害保健福祉総合研究事業										障害者対策総合研究事業 (身体・知的障害者分野)		
採択件数	61	46	41	36件	33件	35件	32件	32件	34件	採択件数	34件	34件
① 研究費	454,480	302,780	271,783	252,524	260,185	224,717	179,774	160,577	222,479	① 研究費	237,500	202,015
2. 感覚器障害研究事業										障害者対策総合研究事業 (感覚器障害分野)		
採択件数	33	37	30	22件	20件	22件	16件	20件	20件	採択件数	22件	22件
① 研究費	555,000	555,000	484,064	459,607	450,483	423,454	237,436	418,740	381,215	① 研究費	334,997	292,303
3. こころの健康科学研究事業										障害者対策総合研究事業 (精神障害・神経・高次脳機能分野)		
採択件数	-	76	63	59件	72件	76件	73件	75件	74件	採択件数	75件	66件
① 研究費	-	1,729,750	1,683,569	1,541,540	1,533,331	1,748,369	1,594,648	1,760,989	1,549,670	① 研究費	1,398,373	1,145,048

厚生労働科学研究費においては、障害保健福祉関係研究としては大別して三種類の事業があるが、いずれの事業についても直近の10年間で大幅に交付額が減少している。また、採択件数についても、年度により変動があるものの、10年間では減少傾向にあるとすることができる。特に、障害保健福祉総合研究事業及び感覚器障害研究事業では、その傾向が強い。次に、表2は、同一時期の予算額の推移を示している。交付決定額とほぼ同様の傾向があるが、平成22年度から予算上は、障害者対策総合研究事業に統一されていることが特徴として挙げられる。

表2

厚生労働科学研究費障害保健福祉関係研究事業の予算額の推移（平成13年度～平成23年度）

(単位：千円)

研究事業名 (研究事業種別)	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	研究事業名 (研究事業種別)	平成22年度	平成23年度
1. 障害保健福祉関係研究事業	546,759	383,041	337,070	311,930	306,691	275,122	220,098	181,175	221,047	障害保健福祉関係研究事業	2,066,217	1,709,293
① 研究費	491,330	327,330	293,819	272,999	290,930	242,037	194,350	160,577	206,629	① 研究費	1,970,570	1,650,240
ア) 一般公募型	-	-	-	-	-	242,937	164,350	136,577	166,629	ア) 一般公募型	1,558,009	1,405,696
イ) 若手育成型	-	-	-	-	-	-	0	30,000	24,000	イ) 若手育成型	186,238	95,365
② 推進事業費	55,429	55,711	43,257	38,931	35,761	32,185	25,748	20,598	14,418	② 推進事業費	84,347	59,053
2. 健康増進研究事業	680,025	680,235	585,200	541,544	541,579	509,084	532,722	431,621	381,481			
① 研究費	600,000	600,000	523,312	485,845	487,009	457,788	489,120	396,740	357,065			
ア) 一般公募型	-	-	-	-	-	457,788	242,904	156,524	140,873			
イ) 若手育成型	-	-	-	-	-	-	0	216,216	216,216			
ウ) 若手育成型	-	-	-	-	-	-	0	30,000	24,000			
② 推進事業費	80,025	80,235	61,889	55,699	54,570	51,296	43,602	34,881	24,416			
3. こころの健康科学的研究事業	-	2,141,791	1,897,747	1,756,175	2,037,399	2,222,801	1,953,825	1,856,133	1,616,270			
① 研究費	-	1,870,000	1,687,586	1,576,826	1,885,223	2,106,345	1,853,673	1,760,989	1,549,670			
ア) 一般公募型	-	-	-	-	-	1,735,240	1,577,457	1,487,773	1,309,240			
イ) 若手育成型	-	-	-	-	-	200,000	216,216	216,216	100,270			
ウ) 若手育成型	-	-	-	-	-	171,105	60,000	57,000	50,160			
② 推進事業費	-	271,791	210,161	179,349	152,176	116,456	100,152	95,144	66,600			

\*こころの健康科学的研究事業は平成14年度から  
 ・「一般公募型」「若手育成型」「若手育成型」「若手育成型」の5類型は平成18年度から採用

以上の原因としては、この間、政府において行政改革が推進されてきた影響と考えることが自然であるが、障害保健福祉に関する研究の具体的な成果を印象づけることができなければ、もう少し改善できていた可能性があるのではないかと考えられる。もとより、障害保健福祉関係研究については、一朝一夕に成果を挙げることが困難な分野で、かつ一般の方々に理解を得ることも容易ではないものの、今後もこのような傾向が続くことはこの分野の研究者としては由々しき問題であり、このような状況を招いていることについて率直に反省するとともに、今後は、研究において具体的な成果を挙げる方向で取り組むとともに、障害者を含む一般の方々に対して分かりやすくアピールして行く必要があると考えられる。

また、当研究では、さらに、平成15年度から平成22年度までの厚生労働科学研究費障害保健福祉関係研究事業に係る新規採択研究課題について、独自に分類を試みた。その結果は、表3の通りである。

表 3

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	
分野	医療	32	16	18	36	19	25	22	28
	福祉	9	6	4	3	7	9	5	1
	医療福祉	22	4	3	9	8	7	3	8
障害種別	一般	5	3	2	2	4	2	3	2
	精神)	25	11	9	20	9	10	15	15
	知的	6	3	0	4				
	肢体	10	5	11	13	1	1		
	内部	0	0	0	0				
	感覚	19	4	4	9	4	8	3	8
	その他	0	0	0	0	15	21	9	13
	基礎	6	7	6	3	13	21	10	8
研究領域	病態・障害分析	20	9	5	19	1	3	4	7
	医学的治療	13	9	8	17	4	2	1	5
	リハ治療	8	1	2	0	1	2	1	1
	福祉工学	5	0	1	4	2	3	2	1
	福祉支援	11	6	3	5	7	8	5	8
	その他	13	3	1	2	6	5	10	8
世代別	小児	22	7	4	11	8	9	7	7
	成人	55	21	22	40	30	37	28	33
	高齢	2	1	0	0		3	1	
課題領域	障保福総合	16	8	5	14	8	9	7	
	感覚器	19	4	4	9	4	7	3	
	こころの健康科学	21	14	16	25	21	23	20	
	特別	6							
	難治性疾患克服						1		
	ヒトゲノム・再生	1							
	障害者対策総合								38
計	63	26	25	48	33	40	30	38	

障害種別、研究領域、世代別で重複あり

前述の通り、平成14年度以降平成21年まで障害保健福祉関係の採択事業は主として三課題に係るものであったが、同研究費における他の研究事業についても調査対象としている。今回の調査の結果、以下のような特徴が見られた。

- ・分野については、医療に係るものが多く、福祉に係るものは医療福祉重複のものを含めてもあまり多くはない。

- ・障害種別については、精神障害に係るものが多い。こころの健康科学研究事業の枠が平成14年度に創設されたこと及び他の事業に比べて予算削減額が少ないことの影響が大きいと考えられる。

- ・研究領域については、医療関係では、基礎や病態・障害分析に係るものが多く、福祉関係では、福祉支援に係るものが多い。

- ・世代別については、特に年齢層を限定しないものが多く、児童・高齢者など特定の年齢層を対象にするものはそれほど多くない。

- ・課題領域では、こころの健康科学研究事業が横ばいであるのに対して、他の領域は減少傾向にあった。前述の通り、これらの課題における予算額の推移が影響している可能性が大である。

### 3 有識者等へのアンケート調査：推進すべき研究分野、課題

有識者等に対してアンケート調査を行い、その結果について集計、分析を行った。詳細は、分担研究報告において記載する。

### 4 過去 10 年間の我が国における障害関係の研究成果に関する文献調査

当研究では、わが国における障害保健福祉分野の研究成果について、文献検索を行った。平成 13 年(2001 年)1 月 1 日から平成 24 年 (2012 年) 3 月 2 日までにわが国で発行された専門誌等で、福祉工学分野は、独立行政法人科学技術振興機構 (J S T) の保有するデータベース (JSTPlus 及び JMEDPlus)、医療分野及び福祉分野は、特定非営利法人医学中央雑誌刊行会の保有する医中誌データベースを表 4 に示す検索式により検索し、文献を抽出した。なお、文献検索は財団法人国際医学情報センターに依頼した。

表 4 - 1 福祉工学領域検索式

Set	件数	検索式	解説
L1	109,602	障害者/CT+障害者+障害患者+障害学	障害者
L2	39,770	l1 and (2001-2012/PY) NOT (C/DT OR d2/DT)	年代指定、抄録除く
L3	834	福祉工学 or 健康工学 or 支援工学 or リハビリテーション工学	健康・福祉工学
L4	6,894	福祉機器 or 福祉用具 or 支援機器	福祉機器、支援機器、福祉用具、 情報コミュニケーション支援、生 体機能代行、介護機器
L5	10,696	情報コミュニケーション支援 or バリアフリー or BARRIER(1w)free/ale or ユニバーサルデザイン or universal(1w)design/ale	
L6	38,160	ロボット工学 or ブレインマシンインターフェース or Brain(2w)machine(2w)interface/ale or ブレイン(1w)マシン(1w)インターフェース インターフェイス   インタフェイス   インタフェイス ヒューマンインターフェース or ヒトインターフェイス or human(1w)interface/ale or ヒューマンインターフェイス or ヒトインターフェイス+ヒューマンインタフェース+ヒューマンインタフェース+ヒトインタフェース+ヒトインタフェース	
L7	171,624	生体機能代行 or 生体代行装置 or 介護機器 or 福祉機器	
L8	4,335	介護ロボット+福祉ロボット+介助ロボット	
L9	29,629	人間機械系	
L10	364	コミュニケーションエイド	
L11	65,993	マン(1w)マシンシステム+ユーザーインターフェース+ユーザーインターフェイス+ユーザインタフェース+ユーザインタフェース+ユーザインタフェース+ユーザインタフェース+ユーザインタフェース+ユーザインタフェース+ユーザインタフェース	
L12	13,825	人工感覚器+人工視覚+人工内耳+人工中耳+義(w)肢 手 足	
L13	309,066	l3+l4+l5+l6+l7+l8+l9+l10+l11+l12	
L14	5,130	l2*l13	
L15	4,871	(JPN/CY) and l14	発行国=日本
L16	1,413	障害/ti*l15	タイトルに障害を含むものに限定

表 4 - 2 医療・福祉領域検索式

Set	件数	検索式	解説
#1	45,141	障害者/TH or 障害者/TA	障害者
#2	283	障害学/TA	障害学
#3	45,343	#1 or #2	障害
#4	13,904	(#1 or #2) and (DATA=exceptpre and DT=2001:2012 and PT=会議録除く and CK=ヒト)	年代指定、会議録除く
#5	197,802	リハビリ/TA or rehabili/ta or リハビリテーション/TH or ニューロリハビリ/TA or 神経リハビリ/TA or neurorehabili/ta or sh=リハビリテーション or 健康管理/TH or 健康増進/TH or スポーツ医学/TH	リハビリ
#6	4,233	#4 and #5	障害×リハビリ
#7	394,147	心疾患/TA or 心臓疾患/TA or 心臓疾患/TH	心疾患
#8	9,100	肺疾患-慢性閉塞性/TH or 慢性閉塞性肺疾患/TA	肺疾患
#9	79,753	慢性腎臓病/TH or 慢性腎/TA	腎疾患
#10	17,402	視覚障害/TH or 視覚障害/TA	視覚障害
#11	3,395	聴覚障害/TH or 聴覚障害/TA	聴覚障害
#12	21,546	言語障害/TH or コミュニケーション障害/TH or 言語障害/TA or コミュニケーション障害/TA	言語障害
#13	1,148	肢体不自由/TA	肢体不自由
#14	9,478	脳性麻痺/TH or 脳性麻痺/TA or 脳性まひ/TA or 脳性麻ひ/TA	脳性麻痺
#15	15,997	脊髄損傷/TH or 脊髄損傷/TA or 脊損/TA	脊髄損傷
#16	1,957	肢切断/TH or 肢切断/TA	肢切断
#17	64,926	脳卒中/TH or 脳卒中/TA	脳卒中
#18	13,009	認知障害/TH or 認知障害/TA	認知障害
#19	272,977	精神障害/TH or 精神障害/TA	精神障害
#20	21,983	知的障害/TA or 精神発達遅滞/TH	知的障害
#21	12,691	発達障害/TH or 発達障害/TA	発達障害
#22	5,282	高次脳機能障害/TH or 高次脳機能障害/TA	高次脳機能障害
#23	120,234	神経筋疾患/TH or 神経筋疾患/TA	神経筋疾患
#24	978,371	#7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23	疾患
#25	2,555	#6 and #24	障害×リハビリ×疾患
#26	1,791	障害/ti and #25	タイトルに障害を含むものに限定
#27	28,624	社会参加/TA or 社会福祉/TA or 社会福祉/TH or 障害者福祉/TH or 障害者福祉/TA or 障害モデル/TA or 障害認定/TA or 障害福祉/TA or 自立支援/TH	社会福祉、障害者福祉
#28	17,313	社会支援/TA or 社会的支援/TH or 社会的支援/TA	
#29	1,961	障害者雇用援助/TH or 就労支援/TA	
#30	178,401	余暇支援/TA or 統計/TH or 統計/TA or 経済/TH or 経済/TA or 政策/TH or 政策/TA or 療育/TH or 療育/TA or 早期介入/TA or 早期介入/TH or 早期療育/TH	
#31	220,921	#27 or #28 or #29 or #30	
#32	4,938	#4 and #31	障害×社会福祉、障害者福祉
#33	2,708	#24 and #32	障害×社会福祉、障害者福祉×疾患
#34	1,987	障害/ti and #33	タイトルに障害を含むものに限定
#35	787,948	CK=高齢者(65~),高齢者(80~) or 高齢/TA or 老齡/TA or 老年/TA or 老人/TA	高齢者
#36	183	#34 and #35	高齢者に限定
#37	1,804	#34 not #36	高齢者除く



福祉工学分野については、「健康・福祉工学」に係る文献及び「福祉機器、支援機器、福祉用具、情報コミュニケーション支援、生体機能代行、介護機器」に係る文献を抽出した上で、年代（2001年から2012年まで）を指定し、会議録などの抄録を除外した。さらに、発行国が日本であるもの及びタイトルに「障害」を含むものに限定し、最終的に1,413件を抽出した。

医療分野については、2001年から2012年までの「リハビリ」に係る文献であり、かつ「心疾患、肺疾患、腎疾患、視覚障害、聴覚障害、言語障害、肢体不自由、脳性麻痺、脊髄損傷、肢切断、脳卒中、認知障害、精神障害、知的障害、発達障害、高次脳機能障害、神経筋疾患」に係る文献であるものを抽出し、その中からタイトルに「障害」を含むものに限定し、最終的に1,791件を抽出した。

福祉分野については、2001年から2012年までの「社会福祉、障害者福祉」に係る文献であり、かつ、「心疾患、肺疾患、腎疾患、視覚障害、聴覚障害、言語障害、肢体不自由、脳性麻痺、脊髄損傷、肢切断、脳卒中、認知障害、精神障害、知的障害、発達障害、高次脳機能障害、神経筋疾患」に係る文献であるものを抽出し、その中からタイトルに「障害」を含むものに限定し、最終的に1,987件を抽出した。なお、福祉分野については、さらに高齢者に係るものと高齢者を除くものについても検索を行い、前者が183件、後者が1,804件となっている。

分担研究者、研究協力者がそれぞれの専門領域について、抽出された文献から原著、総説、症例報告を選択した。

福祉工学領域では原著が469件、総説が34件、症例報告が43件、医学領域では原著が707件、総説が12件、症例報告が114件、福祉領域では原著が688件、総説が18件、症例報告が49件であった。

さらに、福祉工学領域については、掲載雑誌の分野ごとに分類を行ったところ、表5のとおりとなった。福祉工学の検索結果では、必ずしも福祉機器に関する文献に限らず、建築・交通などバリアフリー施策に係る研究成果が含まれることやタイトルに障害が含まれるものに限定したためにバイアスがある可能性に留意する必要がある。

表5 検索された福祉工学領域文献と掲載雑誌等の内訳

	紀要	環境	情報	人間	医学	リハ	教育	機械	生活
雑誌数	35	30	21	14	12	12	10	10	7
論文数	77	45	191	108	64	82	17	22	10

電気	リハ工学	福祉	総数
5	5	4	165
14	57	13	700

医学領域については、疾患概念ごと、文献タイプごと、雑誌ごとに分類を行ったところ、表6のとおりとなった。精神障害に係るものが大半を占めているが、高次脳機能障害や、知的障害に係るものを含めていることに留意が必要である。

精神障害について細分類した結果、福祉工学領域 61 件、医学領域 1,099 件、福祉領域 1,450 件の文献が抽出された。原著論文、精神障害者を対象、精神障害には、認知症、高次脳機能障害、てんかんを含み、知的障害、発達障害は含まれないこと、障害者一般に係るものは含まれないこと、抄録において精神障害を含むことが明記されているものは含むこと、という基準で2次選択を行い、抽出された論文数は 355 であった。

表6 掲載された医学領域文献と掲載疾患の内訳

	精神障害	視覚障害	聴覚障害	脳性麻痺	脊髄損傷	脳卒中	重度心身障害	高齢者	内部障害
件数	1,337	126	66	15	20	19	19	14	10

スポーツ	その他	合計
19	146	1,791

福祉領域については、分野別に5種類（福祉心理教育、医学全般、コメディカル、精神医学、工学）に分類し、それぞれに該当する雑誌数及び論文数について調査した。その結果は、表7のとおりである。調査の結果、福祉領域に係る研究であっても、医学、コメディカル分野の雑誌に多く掲載されていることが判明した。人文・社会学系の専門

誌が少ないことや関連する他領域の専門誌が多いことが理由の一つと考えられる。福祉領域において研究成果を十分に活用するためには、関連する複数の領域にまたがる文献データベースの設置・利用や研究者だけでなく実務者も利用することが可能な相互貸借制度の確立が望ましいといえることができる。他方、工学系の雑誌に掲載される福祉領域の文献は極めて少ないものの、当研究で別途行った専門家を対象とするアンケート調査では期待の高さが示されており、工学系研究者に福祉領域の文献にアクセスしやすい環境を整備することは重要である。

表7 検索された社会福祉系文献と掲載雑誌の分野

	福祉心理教育	医学全般	コメディカル	精神医学	工学	合計
雑誌数	181(35.8%)	144(28.5%)	123(24.3%)	51(10.1%)	7(1.3%)	506
論文数	783(39.6%)	392(19.8%)	416(21.0%)	377(19.1%)	11(0.5%)	1979

今後、これらの2次選択論文を吟味し、整理して障害保健福祉データベースとして整備を図る必要がある。

## II 課題の解決に向けて

### 1 中期的に取り上げるべき研究目標と研究分野

#### 1) 障害の「社会モデル」の操作的定義：社会モデルに基づいて制度設計をする際に検討すべき問題

Iの1の1)で記したとおり、社会の動向に伴い、障害のとらえ方は医療モデル中心から社会モデルを含めた複合的なものに変化してきている。このような国内外の変化に対応して、保健・医療分野を始めとする障害者施策における障害のとらえ方を総合的に検討し、実態を調査し、制度に反映させる必要がある。

現在、政府においては、障害者福祉施策の見直しが進められているところであり、平成23年8月には、総合福祉部会において障害者総合福祉法の骨格に関する提言に係る最終意見のとりまとめが行われた。骨格提言では、障害の名称によって分け隔てられない共生社会を実現することや障害者を保護の対象から権利の主体へ転換すべきこととともに、従前の医療モデルから社会モデルへの障害概念の転換が求められており、具体的な施策としては、障害者の地域で自立した生活を営む権利の一層の確立が求められている。また、提言では、法の施策の対象となる障害者の範囲について、障

障害者基本法が対象とする障害者（「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」）をいうものとし、「心身の機能の障害」には、慢性疾患に伴う機能障害を含むべきこととすることが求められている。

これらについて、平成24年2月8日に総合福祉部会に提出された政府案では、法律の理念規定の改正（日常生活、社会生活の支援が、可能な限り身近な場所において受けられること、共生社会を実現すること、社会的障壁を除去することに資するよう、新たに規定する方針）や一定の障害がある者につき法律に基づく障害福祉サービスの給付対象とすること（治療方法が未確立な疾病その他の特殊な疾病（難病など）を加えること）などが明記されている、

法の理念規定が改正されて、社会モデルにより障害が定義された場合に、認定される障害者数が増え、障害種別、支援ニーズが多様化することが予想される。理念の改定に伴い、障害者の認定的基準、認定方法をはじめとした見直しが必要となるであろう。社会モデルによる障害の定義に基づく認定基準、認定方法、ニーズ判定方法など支給決定基準などの見直しを行うためには、実態を的確に捉える必要があろう。

2009年から2010年にかけて、英国 office for Disability Survey が行った Life Opportunity Survey によると、英国の16歳以上の成人の29%は、いずれかの領域で impairment を有しており、26%が平等法（the Equality Act）に規定される権利を有すると述べられている（前述）。

[http://statistics.dwp.gov.uk/asd/asd1/los/los\\_wave\\_one\\_200911.pdf](http://statistics.dwp.gov.uk/asd/asd1/los/los_wave_one_200911.pdf)

このような、多数の障害者を社会的に認定することになれば、障害に対する支援サービスの範囲と利用資格とは、別の基準が必要になると考えられる。制度の理念改定に伴って、改めて公正、公平の観点に立って障害福祉のあり方を保健・医療、福祉、社会学などの視点から統合的に考えなければならないであろう。そのための研究が喫緊の課題と考えられる。

## 2) 新技術を活かす新たなプログラム、システムの開発：ニューロリハビリテーション

近年の基礎医学の進歩は目覚ましい。脊髄損傷、視覚障害などに対する再生医療の臨床応用に道が開かれようとしている。神経組織の再生医療では、再生した組織が個体の神経系に統合されて、運動、動作、活動において機能が発揮されることが重要である。この再生組織の機能再建は、適切な刺激を与えることにより学習されるもので、その意味での適切なリハビリテーションプログラムが必須と考える。また、再生医療



これまでも障害者に係る制度改正の度にその充実強化が図られてきているところである。また、今般の骨格提言においても、障害者本人が主体となって地域生活が可能となる支援体系の構築を求めつつ、その具体的施策として、「全国共通の仕組みで提供される支援」と「地域の実情に応じて提供される支援」へのサービス体系の再編、就労支援策に関して「障害者就労センター」と「デイアクティビティーセンター」への再分類、グループホームとケアホームの一本化、重度訪問介護からパーソナルアシスタンス制度への発展、医療的ケアの確保が求められている。

このような従来の支援体系は、医療モデルから社会モデルへの流れの中で、障害者の社会参加を実質的に保障することに寄与すると評価することができるものであり、こうした施策の方向性に関しては、障害当事者、家族、行政のそれぞれの立場でこれまで推進されてきており、今後ともその一層の充実を図るというスタンスは継続されるべきものである。

当研究班では、このような従来の支援システムに加えて、今後、障害者の社会参加を実質的に進めるために以下に述べる新たな支援システムを推進するべきであると考ええる。

#### ①ヘルスプロモーション（健康増進）

障害がある人々も障害のない人々と同様に様々な心身のトラブルに遭遇する。とりわけ、最近では、医学の向上や福祉制度の充実により、障害のある人も障害のない人々と同様に社会生活を送ることができるようになってきており、その生活の質（QOL）の向上は今後の大きな行政課題の一つにするべきと考える。これまでの障害者の関心は日常生活上の不利益の解消や社会参加の推進に向きがちであり、他方、行政の責任もこれらの課題に偏っていたため、一人住まいの障害者が増加する中で、その健康の確保は障害者自身が意識して行わなければ困難になりがちである。

障害者は、機能障害のために運動能力が低く、機能にあった適切なスポーツ種目、指導者、運動施設を見つけることが難しいなどの理由から、運動の機会に恵まれない。食生活への配慮を自律的に行う生活技能の習得支援も行われていない。国立障害者リハビリテーションセンターでは、厚生労働科学研究において健常成人と同等程度あるいはそれ以上に糖尿病、高血圧、高脂血症などの生活習慣病のリスクを有していることを明らかにしてきた。しかし、その実態は明らかとなっていない。今後、必要な取組としては、障害者の生活習慣病に関する調査研究を実施し、健康診断、障害予防等のプログラムを開発、スポーツ環境の整備が挙げられる。また、障害者の栄養・食生活の改善のほか、たばこ・アルコール対策も進めることが、身体機能を維持し、社会参加、QOLの維持・向上を図るために必要である。このような健康管理・増進に関する調

査、プログラム開発、健診・検診システムなどに関する研究の推進を図るべきと考える。

## ② スポーツ活動の支援

4年に一度のオリンピックの年に開催地で障害者のスポーツ大会であるパラリンピックが開催されていることは昨今では広く知られている。また、2001年以降、全国障害者スポーツ大会が同年の国体開催地で実施され、その知名度も年々高まっている。障害者スポーツは、障害者の社会参加の一つの形態であり、また、その健康増進にも寄与するため、今後、その一層の普及に向けて、パラリンピックのようなトップレベルのアスリート養成から地域の草の根レベルでの取組まで一貫した方針で取り組むことが好ましい。しかしながら、現状では、公益財団法人日本障害者スポーツ協会が一部支援を行っているものの、特別支援教育を受ける若年障害者から高齢障害者までの生涯を通じて、草の根からアスリートまでのいかなるレベルの者であっても援助を受けられるシステムではないため、今後は、障害種別を問わず、いかなる地域であっても、いかなる年齢であっても、スポーツに取り組むことができる環境整備、スポーツ参加支援策を推進することがのぞましい。

オリンピック選手への支援体制の整備と比べると我が国のパラリンピック参加アスリートの健康管理、スポーツ損傷治療・競技力回復リハビリテーションなどの支援体制整備は遅れている。障害者スポーツアスリートには、障害種別により、スポーツ種目により特有の健康課題があり、それらの実態を把握し、対処法を確立し、医師、トレーナーの能力を開発し人材を育成することは、障害者スポーツの発展を図る上で急務である。

また、平成23年6月24日に公布されたスポーツ基本法の第2条5において「スポーツは、障害者が自主的かつ積極的にスポーツを行うことができるよう、障害の種類及び程度に応じ必要な配慮をしつつ推進されなければならない。」とあり、障害者のスポーツ振興のために、医学、体育学、教育学などの面から研究を推進することが必要である。

当研究班では、国立障害者リハビリテーションセンターの中期目標について報告を受けたが、中期目標では、国立障害者リハビリテーションセンターにおいて、健康増進センターを中心とした健康づくりや障害者スポーツの普及を図ることとされている。そのための具体的な取組として、前者については、①生活習慣病に関する調査研究、②健康診断、障害予防、特定健診・保健指導プログラムの開発、③栄養・食生活の改善、身体活動・運動習慣、たばこ・アルコール対策、糖尿病、循環器病対策に関する支援プログラムの開発、④健康増進サービスとして健康教室、運動教室の開催、自立支援局利用者の健康管理と健康増進プログラムの実行、人間ドック（内科系、運動器

系、神経系等)の実施、⑤介護者のための介護軽減プログラムと介護者ケアシステムの開発及び提供、⑥心の健康増進事業の実施、が挙げられている。また、後者については、障害者スポーツの普及のための障害者スポーツ科学センターの構想、体育館におけるスポーツプログラム提供環境の整備、障害特性を生かした運動プログラムの開発、障害者スポーツの普及活動を行うとともに、スポーツ活動のための施設提供、競技・運動指導、障害者スポーツ活動の科学的分析等を行うこととされている。したがって、今後、国立障害者リハビリテーションセンターが中核となり、これらの研究を推進し、全国の総合リハビリテーションセンターと協働して、支援システムの構築を進めることが望まれる。

#### 4) 高齢障害者への対策

近年、高齢の障害者数が急速に増加している。障害を持つ人が高齢化し、また高齢者が脳血管障害、運動器疾患などにより障害を持つようになってきている。障害を持って高齢となった人々（本報告では、「障害高齢者」とする）は、生活習慣病、早期老化などに対する健康管理、加齢に伴う障害の重度化、介護サービス資源の不足などの問題に直面している。また、高齢になり障害を持つに至った人々（本報告では「高齢障害者」とする）が、介護サービスに加えて障害者支援サービス利用を希望することにより、障害認定の理念に混乱が生じている。

障害者に対する生活習慣病対策などのヘルスケアの必要性は3)で述べた。最近では、障害に特有な早期老化が生じることが知られてきている。例えば、就労している知的障害者が健常者に比べると早期に能力が低下して、就労継続が困難になり、処遇に苦慮していることが、中高年の障害者を雇用する事業所から報告されている（「高齢化社会における障害者の雇用促進と雇用安定に関する調査研究—中高年齢障害者の雇用促進、雇用安定のために—」独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構）。また、ポストポリオ症候群では、加齢により機能障害が重度化し、あらたな支援が求められている。これらに代表される障害高齢者の健康状態の変化、障害重度化の過程、原因を解明し、支援プログラムの開発を進めることが必要であろう。

また、障害者自立支援法では、第7条の規定により介護保険優先適用の原則が採用されており、高齢化が原因で介護サービスが必要になった者については、介護保険制度による給付が優先されることとなっている。

この件については、平成19年3月28日付けで厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長及び障害福祉課長の連名通知（平成19年障企発第0328002号・障障発第0328002号）が出されており、障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制



度との適用関係等についての考え方が明らかになっている。同通知では、第一に介護保険の被保険者とならない者について挙げており、入所することにより介護保険が適用除外となる施設を列挙している。第二に、介護給付費等の支給決定を行う際の介護保険制度との適用関係の基本的な考え方を挙げています。すなわち、介護保険サービス優先の捉え方として、障害者が介護サービスを希望する場合でもその心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であるため、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはせず、市町村において申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断するものとされる。また、サービス内容や機能から介護保険サービスに相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるものについては、障害福祉サービスに係る介護給付費等を支給することとされる。さらに、具体的な運用に当たっては、介護保険法の規定による保険給付が受けられない場合に、その限りにおいて障害福祉サービスに係る介護給付費等を支給することが可能な場合として、以下の三つの例が挙げられている。第一に、介護保険サービスのみによって必要なサービスの量が確保することができないと認められる場合（いわゆる上乗せ給付が認められる場合）、第二に、身近に事業所がないなどの理由で必要な介護保険サービスの利用が困難であると市町村が認める場合、第三に、非該当判定などで介護保険サービスを利用できない障害者に障害福祉サービスが必要であると市町村が認める場合（いわゆる横出し給付が認められる場合）である。

他方、平成23年8月の総合福祉部会による骨格提言では、介護保険との関係について、大きく二つの提言を行っている。第一に、障害者総合福祉法は、介護保険法とはおのずと法の目的や性格を異にするものであり、この違いを踏まえ、それぞれが別個の法体系として制度設計されるべきであるとし、第二に、介護保険対象年齢になった後も、従来から受けていた支援を原則として継続して受けることができるようにすべきであるとしている。この提言内容の説明として、障害者自立支援法が介護保険と障害者福祉の統合を予定して策定されたものであることや障害者自立支援法訴訟原告団との基本合意文書（平成22年1月7日）により「新たな福祉制度の構築に当たっては、現行の介護保険制度との統合を前提とはせず」とされていること等が挙げられている。また、若年障害者の高齢化の際の対応のあり方として、生活の継続性の確保のため、本人が希望する場合には障害者福祉による支援が利用可能となるようにすべきである、ともしている。さらに、提言では、具体的な運用面についても言及してい

る。第一に、重度訪問介護や行動援護は介護保険に相当するサービスがないことが明らかであり、継続利用を認めるべきであること、第二に、介護保険対象になると訪問系サービスの国庫負担基準が低くなる仕組みを廃止するべきであること、第三に、施設入所支援利用者などでも、地域移行に際して希望すれば介護保険サービスを選択・併用できるようにするべきことが挙げられている。

しかし、現状では、介護サービス資源は障害者のニーズに対応できていない。例えば、精神障害、視覚障害、知的障害を持った障害高齢者が、障害特性を理解した介護サービスを利用することがきわめて困難である。介護分野における障害に関する知識と支援技術の向上を働きかけることが必要と考える。

提言でも言及されたとおり、障害者自立支援法が介護保険と障害者福祉の統合を予定して策定されたものであるとの見方は従来から根強い。その根拠としては、当初応益負担の考えが採用されており、介護保険同様一割負担が原則とされていたことや、障害福祉サービスにおいて「介護」に相当するサービスが主要な役割を占めていることが考えられる。

もっとも、上記通知の考え方にあるように、すでに厚生労働省も介護保険優先適用の原則を杓子定規に当てはめることはなくなっており、障害者の現状をよりの確に把握することができる市町村の柔軟な対応により、障害者に真に適したサービス給付を行うことが事実上可能になっている。また、すでに応益負担については応能負担に修正されているため、介護保険との統合という見方は根拠が弱まっていると考えられるが、他方、「介護」という共通のサービスを有する両制度について適用に優先劣後関係を持たせること自体には依然根拠があるものということができる。さらに、高齢障害者も障害者として自立支援給付等を受給することはできるものの、一般的には介護保険から介護サービスの給付を受けることが想定されるものであり、こうした者にも上記提言の考え方を及ぼすことは無理がある。

一方、提言でも言及しているように、具体的な運用面では、障害者にとって本来あるべき適切なサービス給付が行われなければならないように、制度責任者である国（厚生労働省）と制度の運用主体である市町村において、より実態に即したサービス提供が行われるよう、それぞれの立場で十分な配慮を行っていく必要があるのは当然である。

##### 5) 医療・福祉の連携による社会参加支援技術、機器開発と普及

障害者を取り巻く環境は時代とともに大きく変化しており、支援技術、支援機器の開発についても、このような環境の変化に密接に関係しながら発展してきたという経

緯がある。

すでに見たように、障害の概念・モデルはかつての医療モデルから、最近では社会モデルを含めた総合的な概念に統合されてきたという流れがあり、支援技術、支援機器の開発に際しての目標も、医療モデルが主流であった時代では、障害者個人が病気や外傷により負った機能障害の評価に関する研究開発が中心であり、専門職による個別的な支援やリハビリテーションによる治療・訓練を通じて回復を図るといった補償システムが中心であったが、社会モデルの統合が必要であるという ICF の考えが浸透するにつれて、障害者の社会参加と QOL の促進のための支援技術、支援機器、支援システムに関する研究開発が重要であるという認識が広まっている。

このような障害者に対する支援技術、支援機器の開発を国家の公的責任として担ってきたのが国立障害者リハビリテーションセンターである。同センターでは、昭和 54 年のセンター設立と同時に一つの機関として研究所が設けられており、障害者の福祉の向上を目指して、時代ごとの要求に対応した最新の支援技術、支援機器の開発等を行ってきた。こうした経緯や障害者を取り巻く環境の変化及び国立更生援護機関の現状等を踏まえて、「国立更生援護機関の今後のあり方に関する検討会」報告書（平成 21 年 3 月 25 日）では、その基本的役割として、「障害者基本法に基づく国の責務である障害者の生活機能全体にわたるリハビリテーション技術の研究開発や人材育成等の施策の具現化であり、加えて国に設置義務がある障害者支援施設及び障害児施設として、障害児・者の自立と社会参加及び生活の質の向上のための先導的かつ総合的取組を行い、そのノウハウを民間施設等へ還元することである」とされている。

国立障害者リハビリテーションセンターでは、平成 22 年度から平成 26 年度までの 5 年間の「国立障害者リハビリテーションセンター中期目標」を定めているが、その中で、研究所に係る目標として次のような事項が規定されている。

(以下、中期目標から抜粋)

## 2. リハビリテーション技術・福祉機器の研究開発

研究所、病院の臨床研究開発部をはじめとする組織横断的な体制を構築し、障害者のリハビリテーション技術・福祉機器の研究開発の主導的な役割を担う研究課題や事業等を戦略的に設定し実施する。

### (1) 医療から福祉までの臨床現場を有する特性を活かした研究課題の設定

①障害者基本計画の趣旨を踏まえつつ、科学技術基本計画に沿って、次に掲げる重点課題を中心として、医療から福祉まで臨床現場を有する特性を活かし、独自性の高い基礎的・応用的研究を行う。

②障害全体を視野に入れた支援技術や福祉機器等の開発、実用化及び普及

- ③「国の研究開発評価に関する大綱的指針」に基づき、研究課題について第三者による評価を積極的に実施し、その結果を研究業務に反映する。
- (2) 産官学や地方公共団体の総合リハビリテーションセンター等研究機関との有機的連携による共同研究、研究交流の促進
- ①社会的環境の変化に伴う新たな公的要請に即応できる研究開発体制を保持し、試行的取組みに積極的に参画する。
- ②国内外の研究機関等との共同研究の拡大、研究協力のための研究員派遣及び受け入れ、施設及び設備の共用を促進する。
- (3) 福祉機器の評価・認証機能の強化、国際基準の策定支援
- ①福祉機器破損情報収集システムを構築する。
- ②補装具の工学的評価及び臨床評価に基づく認証機関としての機能を構築する。
- ③高度先端福祉機器の臨床評価機能を強化する。
- ④座位保持装置の強度及び温湿度特性に関する国際規格 (ISO) の策定に向けた研究成果を発信する。

研究所は、中期目標を達成するために、各事業年度ごとに運営方針を設けており、センターの新しい機能の可能性を極める取組を展開している。平成 23 年度における運営方針のうち、主要な項目は次のとおりである。

(1) コア・コンピタンス（中核技術）の確立

総合的リハビリテーション分野における研究所の独自性を発揮するために、中核技術の確立に努める。具体的には、脳神経科学、ロボット、再生医療、情報技術などの先端技術の導入をさらに推進する。

(2) 臨床現場との連携強化

病院や自立支援局などの臨床現場のニーズの把握並びに研究所が有する技術シーズの紹介のために、センター内勉強会・コロキウム・研究所公開・業績発表会などの機会を活用して職員間のさらなる交流を図る。また、新しく設置された臨床研究開発部を介して、センター横断的な研究課題の企画並びに研究協力を推進する。

(3) 障害に関する情報の収集と発信

発達障害情報センター及び高次脳機能障害情報・支援センターによる発達障害と高次脳機能障害に関する情報の収集と提供機能を強化する。また、これまで臨床現場で蓄積してきた臨床データを発掘・解析して障害特性に関するデータベースを構築する。平成 22 年度の補正予算で設置が認められた福祉機器の臨床評価や展示・紹介を行うモデルルームを福祉機器の開発研究・性能評価等の成果や研究成果情報の