

障害等級認定の5大機能

- (1) 給付の公平な配分
- (2) ニーズ充足の目安
- (3) 当事者にとっての手續簡素化
- (4) 各制度の利用基準の煩雑さの防止
- (5) 政策優先順位への活用
- (6) その他

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成

Copy-right T.Kyogaku IPSS 2009

25

障害者自立支援法の目的 (障害者総合支援法)

- 障害者基本法(昭和四十五年法律第八十四号)の基本的理念にのっとり、身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)、知的障害者福祉法(昭和三十五年法律第三十七号)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第百二十三号)、児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的

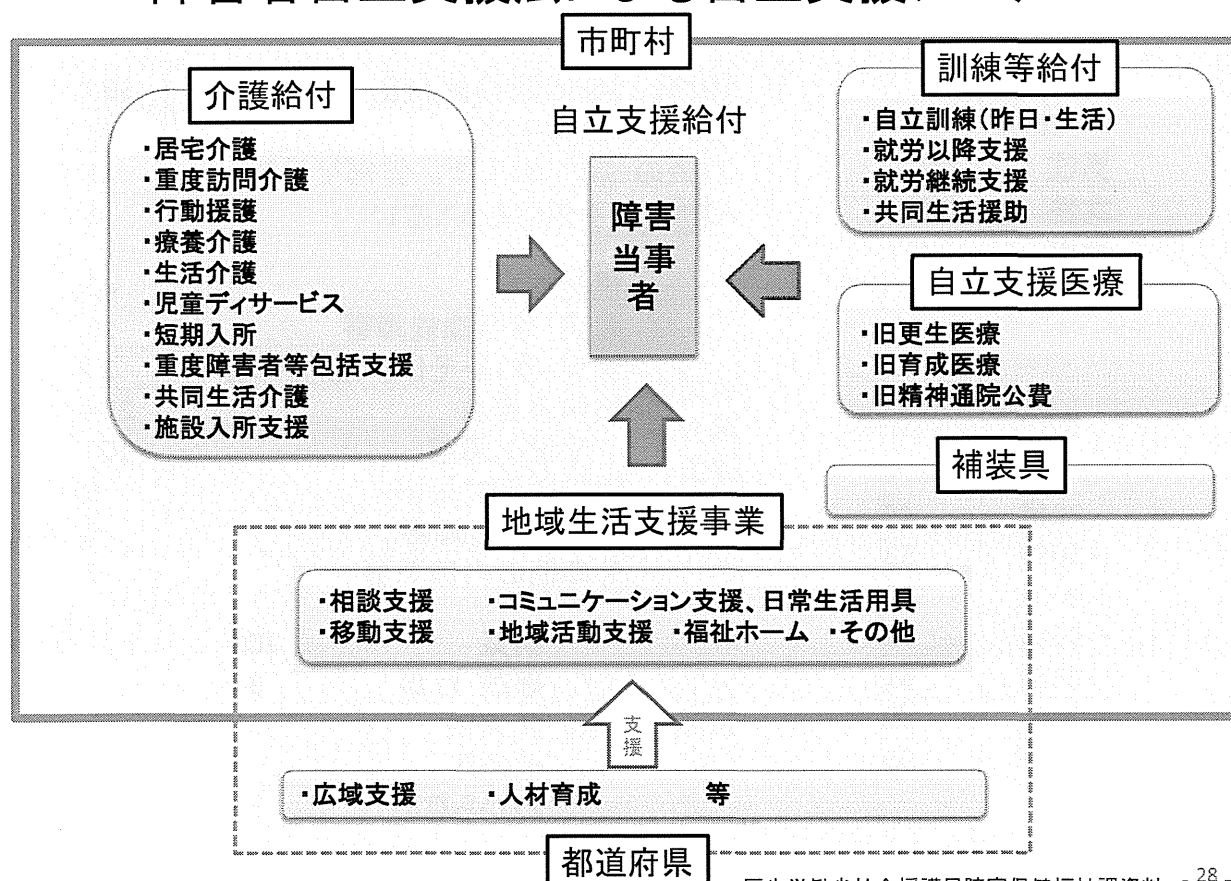
26

福祉サービス

自立支援法サービス	その他の福祉サービス
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護給付 ・ 訓練等給付 ・ 自立支援医療 ・ 補装具 ・ 地域生活支援事業 相談支援、コミュニケーション支援、移動支援、日常生活用具貸与、福祉ホーム、地域活動支援センター 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所得：年金、手当 ・ 生活資金：貸付 ・ 医療費補助 ・ 住宅：公営住宅優先入居 ・ 税の優遇：所得税、住民税、相続税、自動車税、自動車取得税 ・ 交通：運賃割引、有料道路割引 ・ その他

27

障害者自立支援法による自立支援システム



障害者手帳の利用状況等に関する調査 (平成23年度)の結果の概要

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23年度 総括・分担研究報告書
研究代表者 江藤文夫

29

参加者属性

性別	
男性	284
女性	109
欠損	2
合計	395

年齢階級	
～20歳	40
～30歳	53
～40歳	72
～50歳	72
～60歳	51
～70歳	50
71歳～	55

所持している手帳の種類	身体障害者手帳	389
	療育手帳	26
	精神障害者保健福祉手帳	10
	手帳はもっていない	1

手帳の障害の種類	視覚障害	42
	聴覚・平衡機能障害	19
	音声・言語・そしゃく機能障害	13
	肢体不自由	224
	心臓機能障害	103
	呼吸器機能障害	3
	じん臓機能障害	3
	その他の内部障害	7

障害の原因	病気	209
	事故・けが	86
	先天性	63
	その他	6
	わからない	32

30

福祉サービス利用

最近6ヶ月の福祉サービス利用	
利用した	221
利用したいが、利用していない	4
利用していない	165
合計	390

利用した福祉サービス	
自立訓練	78
施設入所	70
ホームヘルプサービス	50
通所サービス	45
就労支援	43
移動支援	29
短期入所	17
相談支援	9
コミュニケーション支援	4
グループホーム、ケアホーム	1
その他	19

今後新たに利用したい福祉サービス	
日常生活用具の支給	58
移動支援	53
補装具の支給	51
ホームヘルプサービス	47
就労支援	45
公費負担医療制度	45
相談支援	35
自立訓練	29
通所サービス	22
短期入所	22
グループホーム、ケアホーム	15
施設入所	7
コミュニケーション支援	4

31

医療サービス利用状況

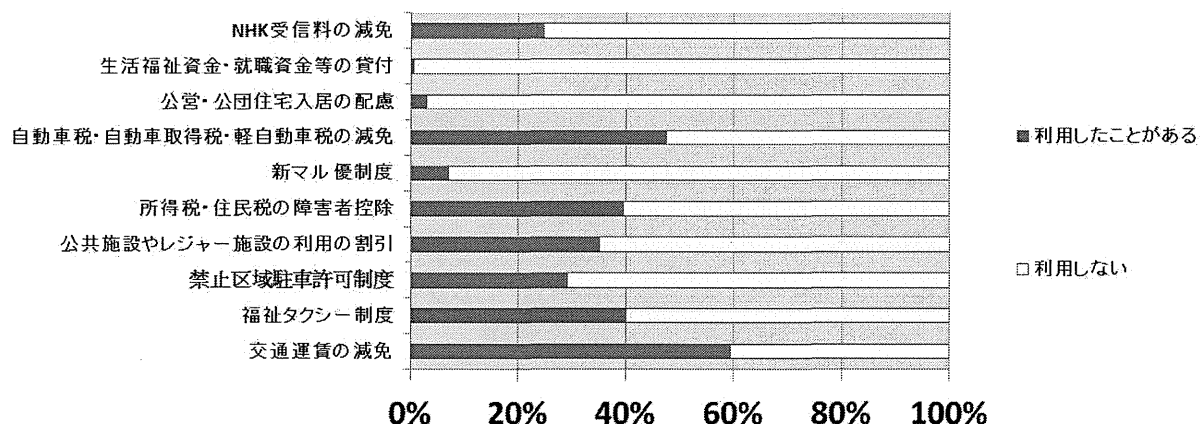
最近6ヶ月の医療機関受診頻度	
1週間に4回以上	5
1週間に2,3回程度	13
1週間に1回程度	16
2週間に1回程度	70
1ヶ月に1回程度	185
3ヶ月に1回程度	71
6ヶ月に1回程度	12
医療機関にかかっていない	15
入院中	2
合計	389

公費負担医療制度の利用	
利用している	272
利用していない	110
合計	382

利用している 公費負担医療制度	自立支援医療	20
	市区町村の障害者医療費助成制度	222
	生活保護	26
	その他	13

32

利用したことのあるサービスや制度



交通運賃の減免	235
自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免	188
福祉タクシー制度	158
所得税・住民税の障害者控除	156
公共施設やレジャー施設の利用の割引	139
携帯電話料金の割引	132
禁止区域駐車許可制度	115
NHK受信料の減免	98
官製はがき無料配布	47
新マル優制度	28
公営・公団住宅入居の配慮	12
生活福祉資金・就職資金等の貸付	2
その他	18

33

支援サービス利用・仕事

福祉サービスを利用している	
いいえ	229
はい	166
合計	395

現在、収入のある仕事を	
している	109
していない	283
合計	392

仕事をしていない最も大きな理由	
障害が重いため	45
病気のため	28
高齢のため	43
働ける職場がないため	25
通勤が難しいため	3
仕事を探している(職業訓練中)	55
家事、就学のため	16
他に収入があるため	4
その他	45
わからない	3
合計	267

34

英国における 障害者統計調査

The Life Opportunities Survey (LOS) is a new large-scale survey of disability¹ in Great Britain. It is the first major social survey in Great Britain to explore disability in terms of social barriers to participation, rather than only measuring disability in terms of impairments or health conditions. In addition, an estimate of people with rights according to the Disability Discrimination Act 1995 (DDA) is provided. Further guidance on defining disability can be found at the end of this Bulletin.

LOS is run by ONS on behalf of the Office for Disability Issues (ODI).

Key findings

The key findings of LOS between June 2009 and March 2010 are presented below.

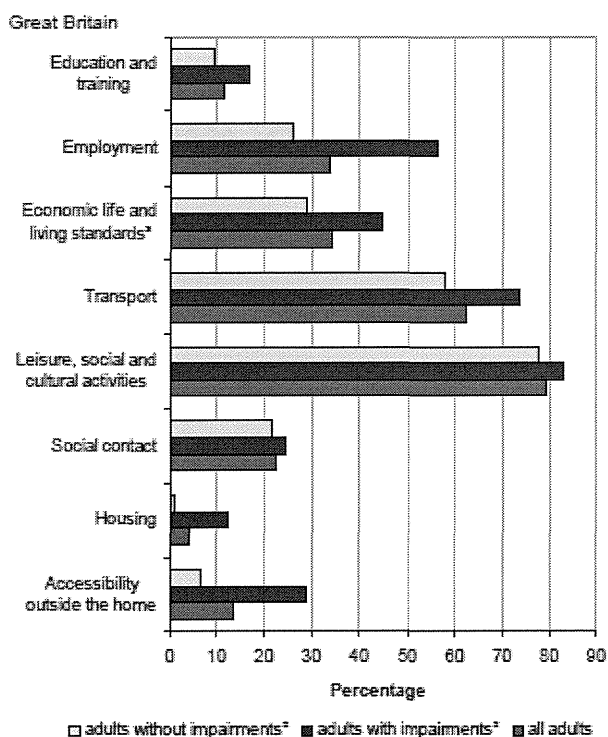
Disabled people

29 per cent of adults had an impairment.

26 per cent of adults were disabled, as defined by the Disability Discrimination Act (DDA).

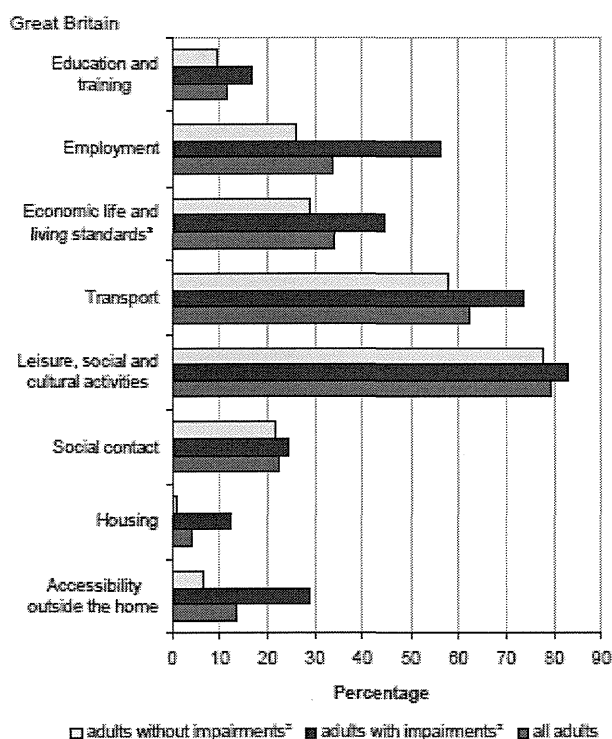
1

Participation restriction prevalence of adults¹ by life area and impairment status², 2009/10



[http://www.ons.gov.uk/ons/publications/index.html?pageSize=50&sortBy=none&sortDirection=none&newquery=Life+Opportunities+Survey%3A+Interim+Results%2C+2009%2F10](http://www.ons.gov.uk/ons/publications/index.html?pageSize=50&sortBy=none&sortDirection=none&newquery=Life+Opportunities+Survey%3A+Interim+Results%2C+2009%2F10&content-type=publicationContentTypes)
35

Participation restriction prevalence of adults¹ by life area and impairment status², 2009/10



¹ Persons aged 16 and over.

² Please refer to definition of adults with impairments included in the Introduction of the LOS Interim Report, 2009/10.

2009年6月から2010年3月の間の障害者数
グレートブリテンの成人
(16歳以上)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。

'he or she has a physical or
mental impairment which has a
substantial and long-term
adverse effect on her or his
ability to carry out normal day-
to-day activities'.

図表④ 障害認定(ランク付け)の必要性(5大機能)

- (1) 給付の公平な配分
- (2) ニーズ充足の目安
- (3) 当事者にとっての手續簡素化
- (4) 各制度の利用基準の煩雑さの防止
- (5) 政策優先順位への活用
- (6) その他

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成

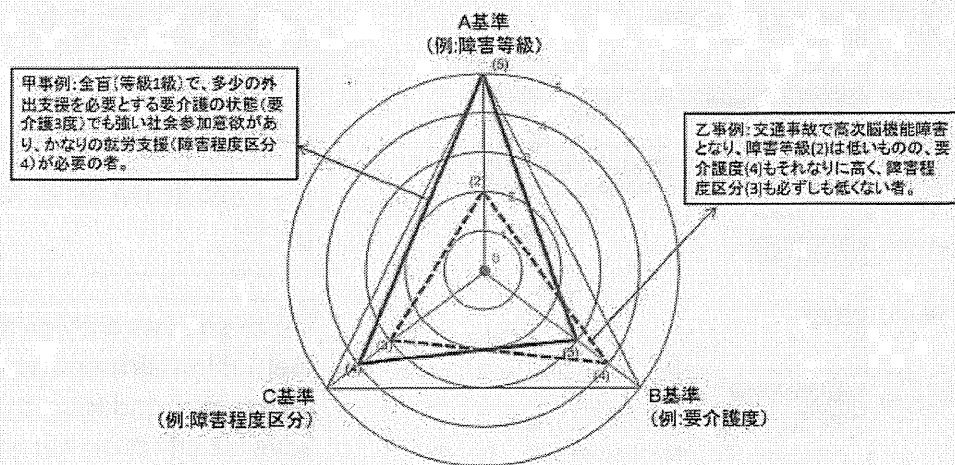
Copy-right T.Kyogoku IPSS 2009

6

37

障害等級、要支援度、要介護度

図表⑦-2 障害ランク付けの総合的把握(概念図)



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成

(注1) A~C基準はさしあたり各々、重度(5)から軽度(1)まで5段階としている。なお、障害程度区分(5,6)は5としている。

(注2) 甲乙事例はあくまでA~B基準の相違を呼び上げられるために筆者が仮説上おいたもの。

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2009

13

38

障害等級認定と福祉サービスの 利用資格

- 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るものもある。
- 障害者とは「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」
- 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。

39

障害等級認定目的と 福祉サービス利用資格認定

- 障害者自立支援法による福祉サービスは、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。
- 障害の定義と範囲、福祉サービスの対象範囲の決定には、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る。
- インペアメントの診断は支援サービスの内容を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の論理的説明ならびにニーズに対する福祉サービスの利用効果の検証が必要である。
- 支援の公平性を担保するため、社会的障壁と社会参加制約の種類を定義し、障害種別ごとに障害重症度、社会参加制約の重み付けを行うことが必要である。

40

これから行う必要のある研究

- (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

2. 障害者自立支援法（総合支援法）の給付と手帳等級 — 肢体系障害を中心に —（伊藤利之）

こんにちは！

「障害者自立支援法（障害者総合支援法）の給付と手帳等級」について、私は肢体不自由を中心にお話します。

身体障害者福祉法が自立支援法の元の法律です。江藤先生からも話があったように、この法律は昭和 25 年の施行ですが、その目的は、賠償的、恩恵的、保護的なものではなく、自立更生を図るというものでした。

これはアメリカと同様に、職業リハビリテーションというか、障害のある人に再びタックスペイヤーになってもらうという考えから出発しています。そのため、この法律はいわばリハビリテーション法だと言われています。感覚機能障害や肢体機能障害に限定して、要するに働けそうな人を支援し、再び働いて税金を納めてもらおうというものでした。

しかしその後、社会が成熟し、経済的にも成長する中で、その他の障害に対しても、それなりの対応ができるようになってきました。そして、最近の傾向として、明らかに高齢者が増加したこと、重度重複障害児者が増加したこと、高次脳機能障害など目に見えない障害が増加したことがあります。

特にこれらの方を見ますと、治療やリハビリテーション技術が現状では乏しいという対象が増えてきていることが明らかです。そのため、医学モデルから社会モデルへとシフトせざるを得ないという実情もあろうかと推測できます。一方で、経済発展があり国民の生活水準が向上しましたし、様々な技術革新、および環境整備が進み、インペアメントの問題が必ずしもイコール生活障害、職業生活障害ではなくなっていることも事実です。

もちろん、インペアメントは職業的な意味でも制約を受ける原因となりますが、制約は受けても、その程度が変わってきている。その間に、様々な補装具、福祉用具、環境整備といった社会モデル的な技術が入ってきています。

そこら辺をどのように評価するのか。

私たちが見なければならぬのは、インペアメントそのものではなく、日常生活及び社会生活力がどのくらいあるかということです。自立支援法の目的も、「日常生活または社会生活を営む」ことを支援するという点まで広がってきています。つまり職業に復帰する、職業につける力をつけるそのために支援し、働いてもらって税金を納める。こういった狭い範囲ではなく、より重度の方を対象とすることから、「日常・社会生活を支援する」と幅が広がってきています。

一般的な保護的・恩恵的なサービスであれば、国民が共通して得られる、そ

ういうサービスを受ける状況をつくらなければなりません。

その意味で今の医療保険も介護保険も、基本的には、標準的 ADL、いわゆるセルフケアで、万民が共通して毎日を送れる活動を、どう保障するかに焦点が絞られます。国民皆保険制度は、共通保障だというのが基本です。

それに対して、自立支援法、元は身体障害者福祉法、今後は総合支援法になりますが、就労支援や一般社会参加支援に主たる目的があります。共通のサービスに関しては、障害のある方々にも関わるので、特に障害があるがゆえに、その特性に対応して行うサービスとして限定的な保障サービスを考えてきたのが自立支援法の狙いだということです。

具体的な等級判定の問題になりますと、そういった背景を受けて、どのような問題があるのか。今日は次の3点にしばってお話します。

第1に、判定基準が主に機能・形態障害であること。

第2に、介護保険が導入されまして、それを起点として障害者自立支援法も障害程度区分が設けられましたので、障害認定における手帳等級はどういう位置づけになるのか疑問が生じる結果となりました。

第3に、医療費の負担金の代替払いなど、他制度による手帳等級の利用が増加したことです。

これはメリットとして手続きの簡素化もありますが、一方ではこれが目的で障害者手帳を取る人たちが増えるので、自立支援という法の目的からすると問題であるといったことが起こっています。

この3つの問題を、少し詳しくお話します。

1点目の問題として、かつては、今もそうですが、手帳等級を決定する主な基準は機能・形態障害で、医学モデルに依拠しています。

手帳診断書に ADL の評価を参考資料として入れたのが昭和 50 年頃です。身体障害者手帳の1枚目は診断書で、2枚目に参考資料として ADL の表が入りました。今はこの機能・形態障害と ADL の評価表に矛盾があるかどうかを認定作業として見ています。ADL 評価表が入ったことでかなり「生活上の障害」を重視して見てはいます。インペアメントの部分が、ADL 評価の根拠としてきちんと対応しているかどうかを重視して見ているということです。

しかし、基本の基準はインペアメントにあります。歴史的な過程としては、こちらが重視されています。

身体障害者福祉法が施行された頃は、機能・形態障害が ADL の制限程度や労働困難程度をある程度は反映していたように思います。

その後、目に見えない障害の合併という問題も出てきました。補装具では、

人工関節やペースメーカーなど、いわゆる人工臓器が含まれるようになってきました。そうしますと、機能・形態障害がADLの制限程度とは一致しなくなってきて乖離が激しくなってきます。

本来なら、機能・形態障害に補装具、福祉用具（高齢者などに提供されているもの）、それに環境整備が全部加わって、その人の日常生活や社会生活の制限程度が表されるのだと思います。今の手帳診断では、補装具や福祉用具が入っていません。これなしの状態、その人を裸にして評価して、等級を決めています。

2点目の問題として、障害程度区分が設けられたことによって何が起こったか。先ほど、他制度のための認定にシフトしたと述べました。

支援区分は介護の必要度を中心に生活状況を評価しています。

介護保険が導入されて、それを1つのモデルにして、自立支援法の程度区分もつくられています。介護は自立と裏腹だというのが基本になっています。

しかし、そこに補装具や福祉用具、環境整備が入ってきたら、裏腹にはならないのです。自立の程度は、逆に介護の等級を表すことになるかという、それはイコールではなくなります。自立の程度プラス介護の程度は100%ではなくなってきます。今の自立支援法の1級というような重度な障害等級がある方でも、補装具、環境整備によっては働ける状況があります。働けるかどうか、社会生活を営めるかどうか、その障害程度がどの程度かを見るのだとすれば、いまやインペアメントの評価ではだめであることは明らかです。

同時に、障害者の支援区分、今の程度区分も、介護を基準とした区分では成り立たないのではないかと思います。

それによって等級は全く関係ないものになってしまいました。

今や手帳の認定は、障害者であるかどうかを決めるゲート・キーパーでしかない。少なくとも障害者自立支援法によるサービスは、障害者の障害程度区分によって決められます。自立支援法によるサービスは等級には全く関係ない。他の制度が手帳等級を利用している。すなわち私たちが一生懸命、自立支援法のためだと思ってやっている等級認定が、他制度にのみ利用されていることとなります。

一方、国連の障害者権利条約が2006年に採択されました。そこでは社会への再統合を促進するとか、到達可能な最高水準の健康を享受するとか、包括的なサービスとプログラムを企画し強化するとか、平等な労働の権利を認めるといった形で、リハビリテーションに関係するところだけ見ると、このようになります。

これを反映して障害者基本法が改正されました。そこでは、社会モデルの考

えを踏襲して、社会生活における制限の原因となる社会的な障壁について規定されました。そして、社会的障壁は負担が加重でない場合は、これを除去するための措置が実施されなければならないとされており、いわゆる「合理的配慮」の範囲においては障壁を除去する措置が必要だと規定しています。

これらを背景に、今や医学モデルから社会モデルへとシフトする流れが生まれています。高齢化社会、成熟した社会の中で経済的にも発展したわが国が、重度重複障害や精神・知的障害に対する対応へと重点をシフトしています。これらの分野は、医学・医療技術が乏しいだけに、余計に福祉用具やロボットの開発、社会環境の整備こそが現実的な社会生活の制限を除去する有効な方法だということは明らかだと思えます。

その意味でも、社会モデルに着目し、そこに重点が置かれているのはご承知のとおりです。しかし、iPS細胞のことも含めて、本来的には統合モデルが我々の目指すべきところです。医学モデルと社会モデルを統合して、総合的に対応していくのが我々の求める基本的姿勢だと考えます。

障害とは、個人と所属する社会との間にある壁であって、それが障壁、障害だと思えます。そのところをきちんと支援して所属する社会に個人が融和するというか、参加することを支援するのがリハビリテーションです。

過去においては、個人に帰属する率が高いインペアメントの部分を障害と認識してきました。しかし現在では、この黄色い部分（注：本稿末尾資料のスライド番号12（「障害とリハビリテーション」）で、図に描かれた所属社会と個人間の障壁のうち、所属社会に接する部分）、所属する社会の側が対応しなければならない部分に、少し光があてられて、この部分を除去していこうと。これは政治・行政の力がかなり大きい。加えて、私たち一般国民がそれについて基本的な理解をする必要がありますし、技術的・経済的にも成長していかなければできる話ではありません。

この両者、すべての壁を取り除いていく必要があるわけで、赤い部分（注：前段落注と同じ図に描かれた障壁のうち個人に接する部分）だけではなく、黄色い部分にも着目することは必要ですが、両方必要だという統合的な理解が基本です。

以上述べましたことをベースに、今後の方向性について私の意見を述べます。

機能・形態障害は、これがないと一般の国民は何をもって客観的な根拠とするのかわかりません。したがって、機能・形態障害そのもので評価するのではないのですが、この障害をベースに日常・社会生活力の評価に基づく認定が必要だと思えます。今でもかなりそうした目で見っていますが、基本的ADLだけではなく、もう少し職業、社会参加といった社会生活力まで視野に入れた評価が

必要です。機能・形態障害これを根拠に日常生活や社会生活上の障害を評価する必要があると考えます。

そこでは、補装具の装着・装用を前提としていく。そのためには技術開発・普及・安全が条件となります。どこでも得られる必要があるし、安全性が確保される必要があります。補装具は、今は装着しない状態で評価していますが、それを装着した状態で評価し、認定する。

さらに、これらの用具は日進月歩していますので、有期認定にすべきではないか。今は障害が固定すること、永続することが前提で、障害認定を行っています。

実態は、お子さんなどを見ると1歳でも認定しています。私が経験した中では、8カ月の時点でも認定しています。重症心身のお子さんならその時点で分かりますし、これ以上の改善は認められないだろうと想像はつくようになりました。成長期のお子さんは、早くに認定し、様々なサービスを受けられるようにしてあげたい。

しかし、成長があるので、それを期待して有期認定をしています。障害が寛解したり増悪したりといった難病のような方にも、ある程度、有期認定をするなど、実際には行っています。

すべてにとというのは大変な事務量ですが、そういうことをきちんと前提にすれば、かなりの矛盾が解決できるのではないかと思います。

もう1つは、障害支援区分。これは、障害の多様な特性その他を心身の状態において必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す指標だとされています。

私どもから見ると、これは介護の視点が強すぎるのではないか。もっと日常生活、社会生活、就労生活を含めた自立、何ができるか。どういう支援をすれば自立し得るのか、そうした視点からの評価の手法を開発して普及する。それをベースに、サービス種別に合わせた評価法が上乘せされるべきではないか。

これがないと、実際のサービスとの関係では、1本で済ます評価方法はなかなか難しい。それぞれのサービスの目的に合わせた評価法が煩雑でも必要ではないかと思っています。

以上です。ありがとうございました。

障害者自立支援法(総合支援法)の 給付と手帳等級 —肢体系障害を中心に—

横浜市リハビリテーション事業団 顧問
伊藤 利之

身体障害者福祉法別表の解説 —1950年:身体障害の範囲—

本法は、厚生年金法、労災保険法、生活保護法など、障害の程度に応じた給付をする賠償的、恩恵的、保護的なものではなく自立更生を図るもの→機能障害の範囲は、あくまで職業能力の基準によって定めるべきもので、原因の如何を問わない。

<対象範囲>

- * 自立更生の支援が行いやすい感覚機能障害&肢体運動機能障害に限定、知的障害・精神障害・内部障害・重度障害・高齢者の障害などは事実上除外する。₂

その後の歴史的経過

1. 高齢者が増加したこと(手帳認定の60%以上)
2. 重度・重複障害児者が増加したこと
3. 高次脳機能障害や発達障害など、目に見えない障害が増加したこと
* 現状では、治療・リハビリテーション技術が乏しい対象である
4. 経済発展により国民の生活水準が向上したこと
5. 技術革新および環境整備が進んだこと

3

障害者自立支援法の目的

この法律は、障害者基本法の基本的理念にのっとり、他の障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とすること。

4

わが国における社会保障の範囲

1. 医療保険 & 介護保険 → 標準的ADL
* 国民皆保険制度 → 共通保障
2. 障害者自立支援法(障害者総合支援法)
→ 就労支援 & 一般的社会参加支援
* 国民の相互扶助 → 限定的保障

5

等級判定の問題点(肢体系)

1. 判定基準が主に機能・形態障害であること
2. 介護保険制度 → 障害程度(支援)区分が設けられたこと
3. 1~2級者の医療費負担金の代替払いなど、他制度による手帳等級の利用が増加したこと

6

判定基準が主に機能・形態障害であること

主な基準は機能・形態障害(医学モデル)、ADLは参考資料

機能・形態障害 \doteq ADLの制限程度 \doteq 労働困難程度



* 機能・形態障害 = 精神・心理的障害が含まれる

* 補装具 = 人工臓器が含まれる

機能・形態障害 \neq ADLの制限程度

* 機能・形態障害 + 補装具 + 福祉用具 + 環境整備
= 日常・社会生活の制限程度

7

障害程度(支援)区分が設けられたこと
→ 他制度利用のための認定へシフト

支援区分は介護の必要度を中心に、
生活状況を評価



1. 等級(1~6級)には関係なく、障害者であることを認定すること

* 手帳認定は障害者の門番(Gate Keeper)

2. 残された役割: 他制度によるサービス利用を認定すること etc.

8

国連の障害者権利条約(2006.12.13採択)

—2008年5月3日発効—

目的:すべての障害者によるすべての人権と基本的自由の完全で平等な享受を促進・保護・確保すること、又障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること

【リハビリテーション関連の条文】

1. 16条:虐待の対象となった障害者の、身体的・認知的・心理的な回復とリハビリテーション、そして社会への再統合を促進すること
2. 25条:障害に基づく差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利を認める。
3. 26条:特に保健、雇用、教育、社会サービスの分野において、リハビリテーションとリハビリテーションの、包括的なサービスとプログラムを企画し、強化し、拡張する。
4. 27条:障害者の、他の者と平等な労働の権利を認める。 9

障害者基本法の改正(2011年8月)

1. 法の目的

障害者があらゆる分野において分け隔てられることなく、他者と共生することができる社会の実現を新たに規定した。

2. 障害者の定義

身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む)、その他の心身機能の障害と明記した。また、「社会モデル」の考え方を踏まえ、障害者が日常生活または社会生活において受ける制限の原因となる「社会的な障壁」について規定した。

3. 差別禁止

「権利条約」の趣旨を踏まえ、障害者が社会的障壁の除去を必要とし、かつ、そのための負担が過重でない場合には、これを除去するための措置が実施されなければならない旨を規定した¹⁰

医学モデルから社会モデルへのシフト

成熟社会(高齢化社会)



重度・重複障害 & 精神・心理的障害への重点シフト



現状では、治療・医学的リハの技術が乏しい分野

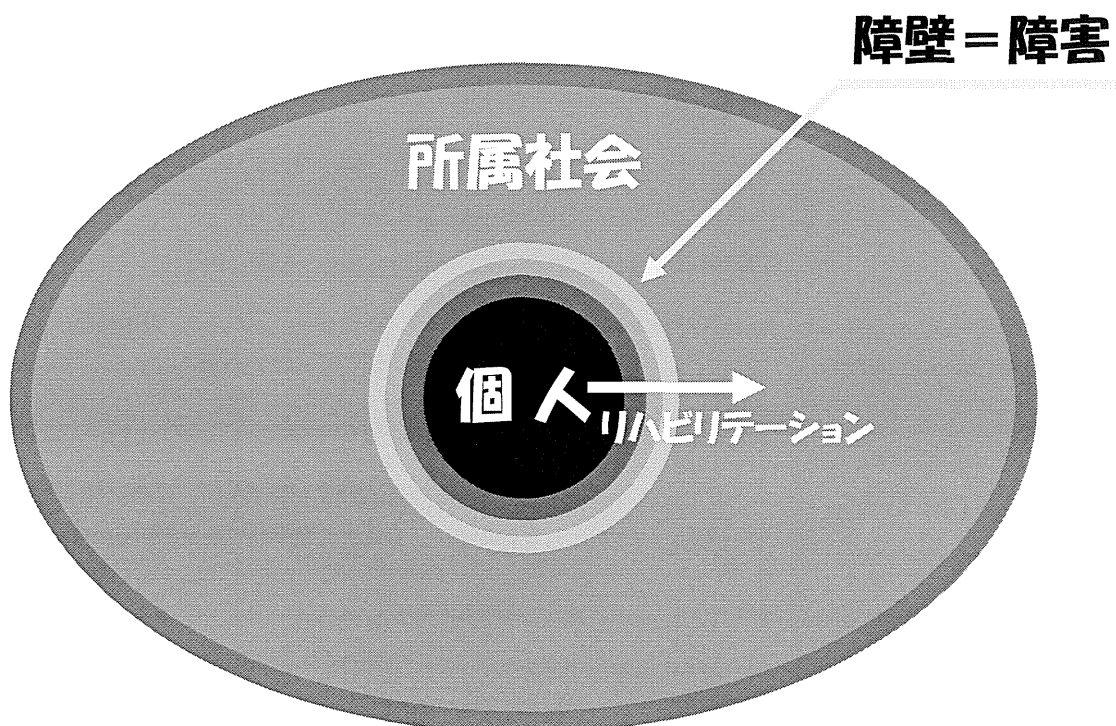


福祉用具・ロボットの開発 & 社会環境整備による改善
医学モデル → 社会モデルへ

* 今後: 医学・医療技術の進歩 → 統合モデルへ

11

障害とリハビリテーション



12