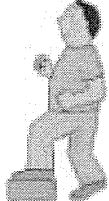





心不全の重症度分類 (NYHA分類)

NYHA I度	NYHA II度	NYHA III度	NYHA IV度
心不全はあるが、通常の身体活動では症状なし	普通の中程度の身体活動で、疲労、呼吸困難などが出現 (通常の身体活動が、ある程度制限される)	普通以下の身体活動で、無症状 (通常の身体活動が、高度に制限される)	安静時にも、呼吸困難を示す (安静時でも、心不全症状出現)
			

(医療情報科学研究所, 編. 病名が見えるNYHA分類図集. 東京:メディックメディア; 2009. p.52より引用, 改定)

身体活動と症状によって分類
(息切れ、疲労感、動悸)

NYHA分類
New York Heart Association

 内が認定対象

II度：わずかな身体活動に制限がある。安静時には症状がないが、通常の身体活動で疲労、動悸、息切れ、狭心症を生じる。

III度：著しい身体活動の制限を示す。安静時には無症状であるが、通常の労作以下の身体活動で疲労、動悸、息切れ、狭心症を生じる。

IV度：無症状では身体活動が行えない。安静時にも心不全や狭心症の症状が起こる。また、どのような労作でも症状は増悪する。

意見書の基準 (等級) と身体活動レベル

NYHA分類	活動能力の程度	運動強度 (具体的活動)
II	イ、ウ (4級)	5-7 (平均6) METs (早歩き、坂道歩き、庭仕事、 速いテンポのダンス)
III	エ (3級)	2-4 (平均3) METs (平地歩行、窓ふき、掃除機、 調理、シャワー、着替え、 ゴルフ、ボウリング)
IV	オ (1級)	2 METs未満 (ベッドから離れられない)

心臓機能障害は状態が固定するわけではない

心臓ペースメーカー治療が奏効して、日常生活活動が著しく改善し、QOLの高い生活を送っている患者もいる



患者にとっては非常に喜ばしいことであるが、
等級がそのままというのは？ 臨床現場での乖離
肢体不自由の等級とのアンバランス



ある一定の観察期間の後、等級の再認定
をはかる必要があるのでは

意見書の欄に将来再認定の欄がある

軽度化による将来再認定 要 ・ 不要
(再認定の時期 年 月 月後)

これまでは
ペースメーカーの場合 再認定不要に○をする
ペースメーカーは1級扱いなので変更なし

これからは
例えば) 半年から1年後
再認定して等級を見直すことを
義務付ける

その後は3-5年毎見直す
もちろん等級が変わらなければそのまま

さいたま市様式
様式第4号 (第6条関係) 身体障害者診断書・意見書 (心臓機能障害18歳以上用)

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 () 歳	男・女
住所			
障害名 (部位を明記)			
原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災 疾病、先天性、その他 ()	
疾病、外傷発生年月日			
参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日			
総合所見			
軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 (再認定の時期 年 月 月後)			
その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名 医 師 氏 名			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 (障害程度等級についても参考意見を記入) 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する () 級相当 ・ 該当しない			
<p>注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等 を記入し、原因となった疾病には、角膜炎、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となっ た疾患名を記入してください。</p> <p>2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別 様式)を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合 せする場合があります。</p>			

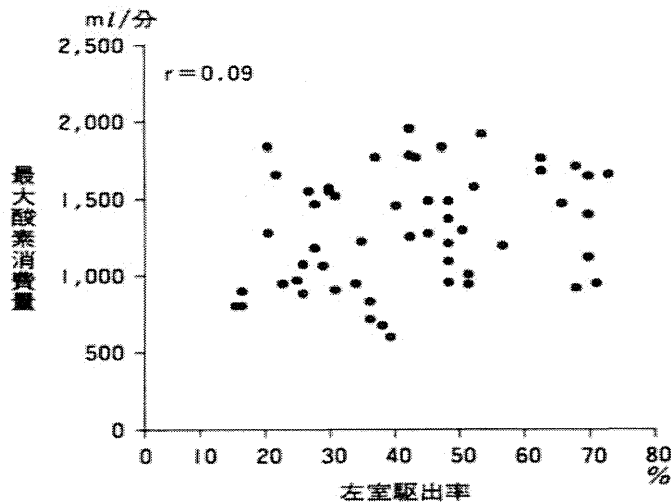
足は第2の心臓

安静時心機能と運動耐容能は関連しない

Am J Cardiol 1981;47:33-39

心機能をよくしても運動耐容能は改善しない

Am J Cardiol 1983;51:177-182



安静時の心機能評価のみでなく
運動時や身体活動時の客観的評価も重要

↓
運動負荷試験や
ADL評価等

心臓ペースメーカーに関する提案

- 1) 心臓ペースメーカーの絶対適応患者（ガイドラインにおけるクラスIに相当）のみが1級申請可
- 2) ある一定の期間を設けて見直し（軽症化による再認定）をはかっていく
- 3) 認定に関する心機能障害の状況および所見の項目の見直し

胸部レントゲン検査と心電図のみでなく、心エコー図、血液検査や運動負荷試験、ADL評価等を用いて日常生活活動の障害程度に着目して判定していく

5. ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」分析

－これまでの調査結果との比較から－（寺島彰）

こんにちは。浦和大学の寺島です。

私が担当しているのは、海外の状況について調べることで、外国の障害認定の基準が変わったりしたときその内容を報告してきました。本日はアジアのことについて、報告させていただきます。

まず最初に、本研究における私の問題意識についてお話します。身体障害者福祉法ができてから63年たち、少子高齢化など社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法の制度、あるいは社会モデル、ICFの登場など、身体障害者福祉法における認定制度の今後のあり方についての方向付けが必要になってきたため、これまで、認定制度の活用状況、外国の状況などを調査してきました。

例えば、医療保険制度の充実について例を挙げます。透析療法は、現在、自立支援医療の更生医療の対象になっており、腎臓機能障害者の自己負担はほとんどないようになっています。しかし、更生医療の対象になった当時、国民健康保険の自己負担は5割でした。そのため、医療費に耐えられず自殺する人が相次ぎました。それを救うために、身体障害者福祉法の更生医療が腎臓機能障害を対象にし、自己負担分を補助しました。

現在は、医療保険制度に高額療養費制度ができていて、更生医療としての役割は健康保険の自己負担1万円あるいは2万円分を補助するだけになっています。

あるいは、高齢障害者に対するホームヘルパーの派遣は、以前は、身体障害者福祉法で実施していたのですが、現在は、介護保険制度の対象になっています。

身体障害者福祉法は、本来、リハビリテーションを目的にした法律ですが、いろいろな外的な要因により、本来の目的以上の役割を担ってきたところがあります。しかし、いろいろな制度が充実してきたことにより、今後、身体障害者福祉法の制度の趣旨を反映させて、どのように障害認定すれば良いかが、今、問われているのではないかと思います。

例えば、身体障害者福祉法の本来の目的であるリハビリテーションに着目した障害認定にもどることも考えていく必要があるかと思います。

これまで西洋国家を中心に、アメリカやイギリス、ドイツ、フランスなどの障害認定基準を調べたり、あるいは障害認定の動向を報告してきましたが、今回、国連経済社会委員会（ESCAP）の依頼で、アジアの地域を調べる機会がありました。

私が調査を担当しましたので、本研究の意義である障害認定の意義、認定制度の活用の視点から紹介してみたいと思います。

調査の名称は、「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」です。

対象国は、フィジー、インド、日本、カザフスタン、韓国、パキスタン、フィリピン、タイの8カ国です。

調査内容は2つです。調査1は量的アンケートで、世界共通のアンケートです。調査2は質的調査で、各国で独自にライフストーリーを回答者に語っていただく調査です。

この調査結果は、昨年12月に ESCAP から世界の状況について報告書が出ていますが、日本での報告書は、この結果を含めて今年度末につくる予定になっています。日本では、4月15日～5月31日に日本の障害者団体が集まっている団体である日本障害フォーラム（JDF）加盟の11団体に調査書を e-メールで送り、回答していただき、それを集計をしました。

各国の回答者数はこの表のとおりです。

次の表は各国の収入状況を示しています。調査項目はたくさんありましたが、その中で特徴的なものを取り上げています。

驚くことに日本が1番ではないんですね。「生活に必要な収入がある」と答えているのは、タイが一番多いです。「ぎりぎり生活に必要な収入がある」と答えているのはパキスタンです。両方あわせて1番はパキスタンで、日本は3番目です。

次の表は雇用形態についてです。日本は「被用者」の割合が突出しています。インドの「自営者」と同じぐらい突出しています。フィジーで一番多いのは、「働いていないし求職もしていない」で、分かる気がします。また、韓国も同様に多いです。日本は少ない。

アクセシビリティについては、日本が1番ではなく、韓国が1番です。しかし、日本も結構高い位置にいます。こういう調査で難しいのは、「介助があればアクセシブル」と答える方が多いことです。この辺が障害認定に関わっているとところなんです。まず、どういう人が対象者なのかという障害の定義が、この調査ではっきりしていません。自分が障害者だと言った人が対象になっています。それが影響していると思われます。

もう1つは、サービス内容がきちんと定義されていない点です。「アクセシブルですか」と聞いた場合はきちんと出るとは思いますが、「介助があればアクセシブル」だといろいろな考え方ができます。

日本人の場合、例えば、地下鉄に乗るときに駅員さんが板を持ってきてくれる、この介助があれば電車に乗れるというつもりで答えていると思います。しかし、ほかの国の方は車椅子を持ち上げてくれるなら電車に乗れますという意

味で、答えているかもしれない。このような、問題がありますそのためにこの数字からは、きちんと比較できていないと思います。

次は、「家計に対する行政の支援」についてです。1番「はい」の回答が多いのはタイです。とても実態を表しているとは思えません。

次は、「医療機関に定期的に通院している」かどうかです。日本が一番多いのは理解できるのですが、インドやフィジーは分からない。インドと日本が医療機関を受診することを競り合うのは、よく分からないですね。

次は、行政から十分な情報を得ているかどうかです。日本よりもフィリピン、インドが上にあることになっています。

この調査でわかったことは、障害認定には、インペアメントの評価も重要であることです。そうでないと比較にならないというのが1つです。それからサービスを具体的に扱わないと、制度の比較が困難だということ。

最後のスライドです。日本での調査結果を示しています。日本で調査をして、それを ESCAP に英訳して送りました。その比較可能なデータを ESCAP が、外国の国々との比較という形でまとめました。

しかし、調査は、実際にはもっと詳細なもので、その結果をまとめて記述しました。

まず障害年金の重要性です。8カ国の中で障害年金をきちんと持っているのは日本だけです。国民皆年金は、世界的にも珍しいですが、回答者の74%が年金、手当を受給しています。

また、家族の支援による介護依存度はそれほど高くないということがわかります。日本も家族による依存度が高くなっているのではないかとと言われることもあります。この調査によると、日常生活活動に介護を必要としている人は43人おられますが、そのうちの93%の方が十分に受けていると言っており、さらにそのうちの家族介護は20%なんです。自立生活を送っている方も、これにカウントしている方もおられるし、また、家族と一緒に生活している方々もおられると思いますが、家族介護はそれほど高くないというのが、この調査からでています。

それから、仕事をしたい人が多いのは日本の特徴です。日本の障害年金制度は、先天性以外は所得にこだわりません。年金プラス収入ということになります。働けば働くほど収入が増えるという特徴があります。ほかの先進国の場合、働けばどこかで、その分、年金が減らされる制度になっています。そのため、障害のある方の労働意欲がかなり低くて、いろんな国々では、それをどうするかと、アメリカ、イギリスで取り組みをしています。日本はそんなことをしなくても労働意欲が高いということです。

そして、医療に対する信頼は微妙です。定期的に医療機関を受診している人95人のうち、これ以上、受診を望む人は36%。望んでいないという人が半分以上います。医療が充実していることと言えると思いますが、もう行きたくないと言っている方もおられるようです。

ほかの国では、そういう意味ではなくて、もっと受診したいけど、医療機関に行けないという意味が多いのではないかと思います。そんな中、日本だけが特殊だと考えられます。

それから行政からの情報が十分、伝わっていない。ここは少し考えておく必要があると思います。インドよりも情報の伝わりが悪いということがあります。こういったことが問題状況としてわかるのではないかと思います。

今回、直接研究に関する報告ではありませんが、こういったアジアの国々の状況を見てみると日本の反面教師というか、日本の状況がかなり鮮明になったのではないかと私自身は思っています。

どういうところでどういう調査を実施しているかといった情報については、日本障害者リハビリテーション協会という団体があり、私がお手伝いをしていますが、そこのブログにいろいろな国、世界の状況、障害認定制度、調査の内容などいろいろ調査を実施して情報をアップしています。もしお時間がありましたら日本障害者リハビリテーション協会のホームページをご覧ください。以上で終わります。

ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」分析

—これまでの調査結果との比較から—

浦和大学総合福祉学部

寺島 彰

本研究における問題意識

- * 身体障害者福祉法成立から63年
- * 少子高齢化など社会情勢の変化
- * 年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法による制度の充実
- * 社会モデル、ICFの登場など
- *
- * 身体障害者福祉法における認定制度の今後のありかたについて方向付けが必要
- * 認定制度の活用状況(日本)、外国の状況などを調査

障害認定の意味

- ①障害者(児)の福祉の増進
- ②障害者の(生活)自立促進
- ③障害者等の安定した生活を保障
- ④社会防衛
- ⑤権利保障
- ⑥便宜提供
- ⑦平等の確保
- ⑧国家賠償

「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」

* 調査期間

2012年4月15日～2012年5月31日

* 調査対象

- * 男性16歳～64歳、女性16～59歳の障害者

* 調査内容(調査数)

- * 調査1:量的調査(アンケート調査)

- * ①プロフィール

- * ②生活の質

- * 調査2:質的調査(自筆が困難な場合代筆)

- * ライフストーリーライフストーリーを回答者が記述

* 調査方法

- * JDF加盟の障害者団体11団体に調査票をeメールで送付、調査書記入後、所属団体がまとめて日本の事務局に返信、集計・翻訳後ESCAP事務局に送付

回答者数

	全体(人)	男性	女性	男性(%)	女性(%)
フィジー	183	114	69	62	38
インド	230	128	102	56	44
日本	128	92	36	72	28
カザフスタン	240	122	118	51	49
韓国	154	92	62	60	40
パキスタン	200	105	95	52	48
フィリピン	273	161	112	59	41
タイ	360	211	149	59	41
計	1,768	1,025	743	58	42

収入状況

	生活に必要な収入がある	ぎりぎり生活に必要な収入はある	生活に必要な収入はない
フィジー	6	50	44
インド	8	78	14
日本	35	54	10
カザフスタン	15	80	5
韓国	6	47	47
パキスタン	13	84	3
フィリピン	25	47	27
タイ	41	39	20
平均	19	60	21

雇用形態(%)

	被用者	自営	働いていない	働いていないし求職もしていない
フィジー	4	12	27	56
インド	9	61	29	1
日本	60	10	10	21
カザフスタン	40	4	33	22
韓国	7	20	3	70
パキスタン	29	13	32	26
フィリピン	25	27	31	17
タイ	25	49	18	8
平均	25	24	23	28

あなたにとって公共交通機関・道路・建築物はアクセシブルですか(%)

	アクセシブル	介助があればアクセシブル	アクセシブルでない
フィジー	35	45	20
インド	25	28	47
日本	59	40	1
カザフスタン	53	30	17
韓国	66	29	5
パキスタン	25	37	39
フィリピン	63	25	12
タイ	58	37	5
平均	48	34	18

家計への行政の支援はありますか(%)

	はい	いいえ
フィジー	32	68
インド	79	21
日本	74	26
カザフスタン	72	28
韓国	59	41
パキスタン	3	97
フィリピン	32	68
タイ	99	1

医療機関に定期的に通院している(%)

	はい	いいえ
フィジー	60	40
インド	74	26
日本	77	23
カザフスタン	68	32
韓国	76	24
パキスタン	6	94
フィリピン	39	61
タイ	53	47
平均	57	43

行政から十分な情報を得ている (%)

	はい	いいえ
フィジー	54	46
インド	81	19
日本	74	26
カザフスタン	56	44
韓国	68	32
パキスタン	54	46
フィリピン	82	18
タイ	55	45
平均	65	35

日本の調査結果の注目点

- * (1) 障害年金の重要性
74%が年金・手当を受給
- * (2) 家族による支援に対する介護依存度はそれほど高くない
日常生活活動に介助が必要としている人(43人)の93%が十分な介護をうけており、そのうち家族介護は20%
- * (3) 仕事をしている(したい)人は多い

被雇用者	自営	働いていない(求職中)	働いていない(求職していない)
76人	12人	12人	26人
60.0%	10%	10%	21%

- * (4) 医療に対する信頼は微妙
定期的に医療機関を受診している人(95人)のうちこれ以上の受診を望む人は36%
- * (5) 行政からの情報が十分伝わっていない

【参考資料】

医療サービスと福祉サービスの棲み分け —補装具の支給を具体例とした整理—

横浜市リハビリテーション事業団

伊藤 利之

【図1】

わが国の社会保障制度において、医療保険によるサービスと福祉制度によるサービスとの関係は、基本的に医療サービスが優先されることになっている。脳卒中患者に対する装具などの支給を例にとれば、同じ型式の下肢装具でも、治療期間中は医療保険による「治療用装具」として支給され、その後、身体障害者手帳の認定を受ければ、必要に応じて「更生用装具（補装具）」として福祉制度から継続して支給される。すなわち同じ型式の装具でも、目的が「治療用」と「更生用」に分けられ、別制度による同一サービスの重複支給を避けている。医療保険が優先して利用されることを鑑みれば、障害認定を境に装具作製に利用される制度も変わるという、基本的な制度の棲み分けができています。

切断に対する義足の支給においても同様で、過去では外科的に切断した時点で障害認定が行われて福祉制度の対象となったが、医療保険では義足が支給されなかったことから、実際には断端の創治癒や成熟を待って福祉制度により義足が支給されてきた経緯がある。しかし近年になり、術直後からの義足装着訓練や義足歩行訓練の有用性が認められ、医療保険において治療の一環として仮義足が支給されることになった。これにより、障害認定の時機は治療期間中に

入り込むが、義足のない期間がなくなり、福祉制度による本義足の支給へとスムーズに移行することができるようになった。

脳卒中や切断における障害認定と補装具支給の関係は、当然のことながら、福祉制度によって支給されるものは障害認定後に補装具として支給されることである。また、わが国の生活様式では脱着を余儀なくされることが多く、その利便性の評価にあたっては一定の配慮が必要なことである。

【図2】

人工関節や心臓ペースメーカーについては、すでに関節障害や心臓機能障害によって障害認定を受けている場合は別として、現状では、それらの挿入手術を前提に障害認定を受け、手術に当たっては自立支援医療制度などが利用されている。その場合、当初は人工関節や心臓ペースメーカーの体内挿入のリスクが高かったことから、それらを内部装具として位置づけ、外部装具である装具や義足と同様に、人工関節や心臓ペースメーカーを装着しない状態で障害認定を行ってきた（関節機能の全廃&心臓機能の全廃として認定）。

その後の技術革新により、人工関節については耐久性を含めてリスクが激減していることから、いわゆる「人工臓器」と見做し、それを装着した状態で機能障害の程度

を評価、その結果で障害認定を行うとの意見が多数を占めるようになってきた。この意見に則れば、人工関節置換術は医療保険によるサービスとして他の人工臓器と同様の範疇として位置づけられ、医療サービスにより機能の改善が行われたにもかかわらず、障害認定の程度等級が重くなるという長年の矛盾は解消する。また同時に、医療保険と福祉制度によるサービスの重複も解消され、相互の関係は基本形に立ち戻ることになる。

一方、心臓ペースメーカーにおいてはやや複雑で、近年の技術革新により大幅なリスクの減少はあるものの、人工関節と同様には考えられない。その理由としては、リスクが減少したとはいえ安全性が十分に担保されているとはいえ、ペースメーカーに全面的に依存している人では機器のトラブルが生命に直接関わること、事実トラブルの頻度は必ずしも少ないとはいえないこと、それを装着した状態で機能障害の程度を評価・認定するには、病状が安定するまで一定の観察期間が必要なこと、などの意見が多い。

そこで、現状では心臓ペースメーカー挿入時に1級の認定を行っているが、それはそのままとして、その後1年程度の観察期間を経て病状が安定した後に、あらためてペースメーカーを装着した状態での機能障害の程度をもって再認定することを義務付けてはどうか、との提案がある。この提案では、図1の脳卒中例で示した基本形のように、医療サービスと福祉サービスのすっきりとした棲み分けは未だ困難である。しかし、心臓ペースメーカーの安全性などを総合的に考慮すれば、将来に向けた過渡期の方策と

しては意義のある提案ではないかと思われる。

図1 医療サービスと福祉サービスの棲み分け

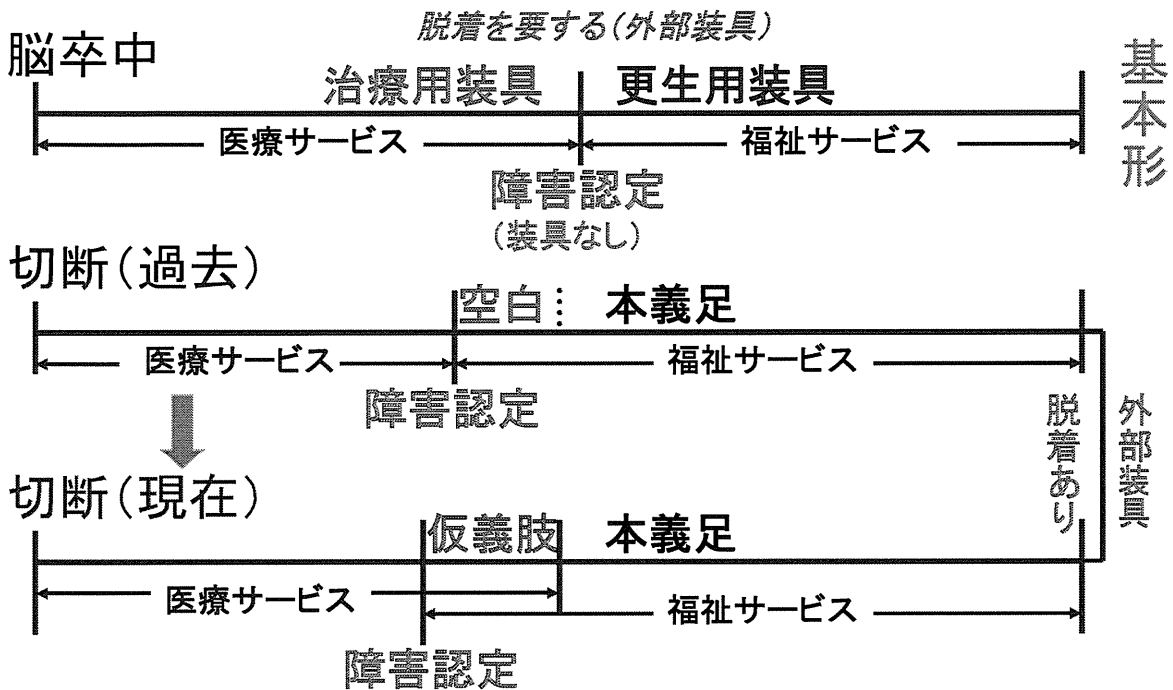
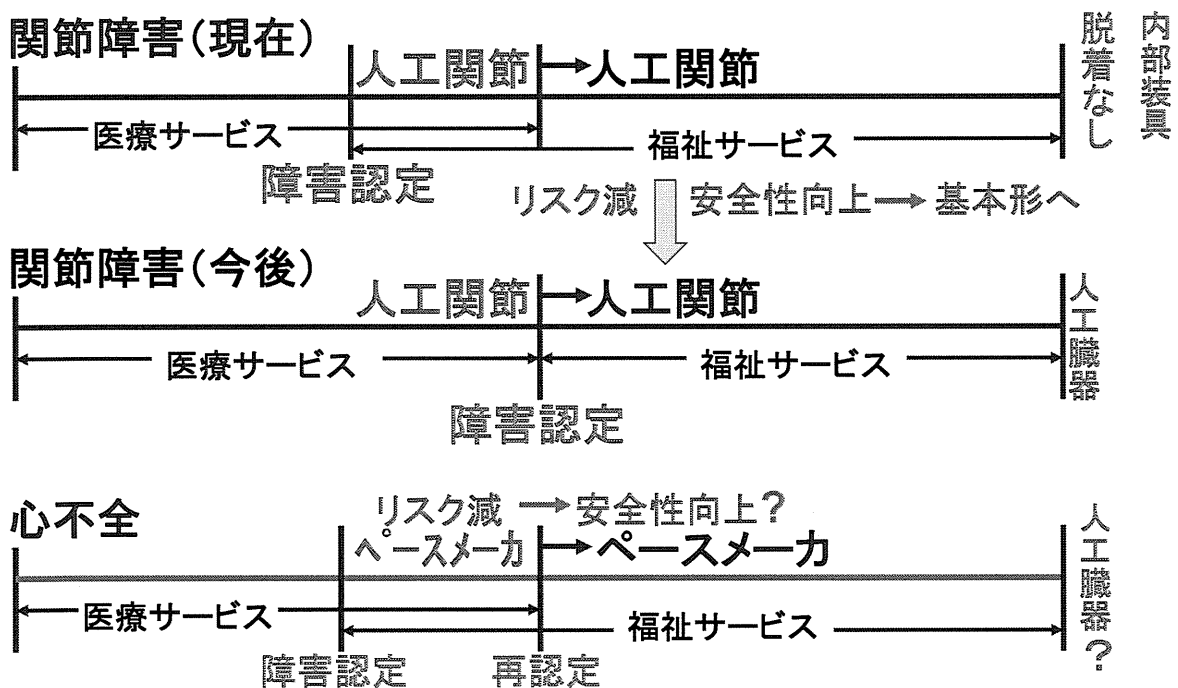


図2 人工関節・ペースメーカーの扱い



厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」の結果の分析

分担研究者：寺島彰 浦和大学

少子高齢化の進展などの社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法など制度の充実などにより身体障害者福祉法の障害認定の意義は変化しており、認定制度のありかたについて新たな方向付けが求められている。

本研究は、アジア地域の障害者の生活についての調査に参加し、わが国の身体障害者福祉法の障害認定のありかたを検討した。その結果、①障害認定となるサービスの明確化、②サービス評価基準の明確化、③機能障害の明確化が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

少子高齢化の進展など社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法など制度の充実などにより身体障害者福祉法の障害認定の意義は変化しており、認定制度のありかたについて新たな方向付けが求められている。

本研究では、アジアの地域の障害者の生活についての調査結果を分析することで、わが国の身体障害者福祉法の障害認定のありかたについて検討するための視点を得ることを目的とした。

B. 研究方法

ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」調査に参加し、その調査データを分析した。

調査内容は、次の2つである。

①調査1：量的調査（アンケート調査）

(1)プロフィール調査（資料参照）

(2)生活の質調査

②調査2：質的調査

障害者個人のライフストーリー調査

C. 研究結果

別添。

D. 考察

(1) 障害認定となるサービスの明確化

障害認定は、あくまでも目的があって行うものであり、その目的を明確にして障害認定を行うべきである。

(2) サービス評価基準の明確化

目的が達成されたかどうかについては、認定の結果提供されるサービスが適切に提供されているかを評価することが重要である。

(3) 機能障害の明確化

機能障害の程度が示されないとサービスの評価は困難である。社会モデルなどによる評価が取り上げられることが増えているが、サービスを前提にした障害認定においては、機能障害が明確にされている必要がある。

F. 健康危惧情報

特記すべきことなし。

(別添) ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」の結果の分析

浦和大学総合福祉学部 寺島 彰

はじめに

身体障害者福祉法成立から63年がたち、少子高齢化の進展など社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法など制度の充実などにより身体障害者福祉法の障害認定の意義は変化している。

例えば、障害者に対するホームヘルパーの派遣は、身体障害者福祉法のサービスとして提供されてきたが、高齢身体障害者および特定疾病に該当する40歳以上の身体障害者に対するホームヘルパーの派遣は、平成12年から介護保険法により提供されている。また、それ以外の身体障害者に対するホームヘルパーの派遣についても、平成18年から障害者自立支援法（平成25年4月1日からは障害者総合支援法に名称変更）により提供されている。

更生医療についても、本来、身体障害者福祉法に定める障害の除去・軽減を目的に制度化されたものであるが、昭和47年に腎臓機能障害を身体障害の種別に加え、人工透析を提供しはじめてからは、障害の除去・軽減よりも社会参加が主な目的になっている。しかも、医療保険制度により高額療養費が導入されてからは、更生医療は、医療費の自己負担分1万円（または2万円）を負担しているにすぎない。また、障害者自立支援法（同上）施行後は同法によりそれが、提供されている。

このように、身体障害者福祉法は、身体障害者に対するサービス提供の役割を免除されているのである。また、社会モデルの普及により、従来の医学関連リハビリテーションに対する批判が強まり、さらに、国際生活機能分類（ICF）の登場により、機能障害に加えて社会参加の視点、環境の視点が障害認定に求められるようになってきている。

このような状況の変化のもと、身体障害者福祉法における認定制度のありかたについて再検討が迫られており、新たな方向付けが求められている。

本研究では、これまで、このような新たな方向付けの試みを行ってきた。例えば、身体障害者福祉法の本来の目的であるリハビリテーションに着目した障害認定基準の検討や、制度活用の観点からの障害認定を評価し直すなどの取り組みを行ってきた。また、諸外国の障害認定制度も調査してきており、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスなど、西欧諸国を中心に障害認定基準を調べたり、障害認定の動向を調べたりしてきた。

しかし、今回、アジアの地域の障害者の生活について調査する機会があったので、その調査結果を分析することで、わが国の身体障害者福祉法の障害認定のありかたについて検討するための参考にすることにする。

1. 国際調査の概要

(1) 調査の名称

「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」(Action Research on Disability, Poverty and Livelihoods)

(2) 調査目的

障害者自身の声を集め、障害・生活・貧困のダイナミズムを理解することに焦点を当て、各国の障害・生活・貧困に関する新しいデータを集めること。

(3) 調査実施者

国連経済社会委員会（E S C A P）および参加各国障害者関係団体

（４）調査対象

フィジー、インド、日本、カザフスタン、韓国、パキスタン、フィリピン、タイの８か国の男性１６歳～６４歳、女性１６～５９歳の障害者

（５）調査内容

①量的調査

(1)プロフィール

- 1) E S C A Pからの質問
- 2) 各国の質問（各国の障害者関係団体が関心をもっている内容を追加することができる）

(2)生活の質

参加各国障害者関係団体が採用したＱＯＬ指標を用いた質問

②質的調査

障害者の質的データと障害者の声を集めるためのライフストーリー調査（各国で独自に作成する）

（６）調査方法

- ① E S C A Pがプロフィール調査票を作成し、参加各国の障害者関係団体に eメールで送付する。
- ② 参加各国障害者関係団体は、生活の質調査票とライフストーリー調査票を独自に作成し、母国語に翻訳したプロフィール調査票とともに参加各国障害者団体が調査を実施する。調査に当たっては、男女比、地域性（都市・農村）、障害種別が偏らないように配慮する。
- ③ 参加各国障害者関係団体は、プロフィール調査票を母国語に翻訳し、独自調査票を加えて、調査を実施し、調査結果を整理し、英語に翻訳したのち E S C A Pに送付する。

（７）調査期間

- ① 2012年3月 E S C A Pプロフィール調査の調査票を母国語に翻訳
- ② 2012年4月 各国での調査実施
- ③ 2012年5月 データ整理・翻訳
- ④ 2012年6月 E S C A Pにデータ提出

3. 国内調査の概要

（１）調査実施者

日本障害者フォーラム（J D F）

（２）調査対象

次の J D F加盟団体の会員（男性１６歳～６４歳、女性１６～５９歳の障害者）

- 社会福祉法人 日本身体障害者団体連合会
- 社会福祉法人 日本盲人会連合
- 財団法人 全日本ろうあ連盟
- 社会福祉法人 日本障害者協議会
- 特定非営利活動法人 D P I日本会議
- 社会福祉法人 全日本手をつなぐ育成会
- 財団法人 全国精神障害者家族会連合会
- 全国「精神病」者集団
- 社会福祉法人 全国盲ろう者協会

(3) 調査内容

①調査1：量的調査（アンケート調査）

- (1)プロフィール調査（資料参照）
- (2)生活の質調査

②調査2：質的調査

障害者個人のライフストーリー調査

(4) 調査方法

JDF加盟団体（障害者団体11団体）にeメールにより調査票を送付し、各団体で性別、地域（都市、地方）など集中しないように配慮し、その調査票をeメールまたは印刷物で送付してもらった。

調査結果は、各加盟団体に集約し、回答者番号を記入し、実名を消去をしたのち、JDF事務局に送付してもらった。

(5) 調査期間

- ①ESCAPプロフィール調査の調査票を母国語に翻訳 2012年3月1日～3月31日
- ②各団体での調査 2012年4月15日～5月31日
- ③データ整理・翻訳 2012年6月1日～6月30日
- ④ESCAPへデータ送付 7月15日2012年6月

4. 各国の調査結果

(1) 回答者数

	全体（人）	男性（人）	女性（人）	男性（%）	女性（%）
フィジー	183	114	69	62	38
インド	230	128	102	56	44
日本	128	92	36	72	28
カザフスタン	240	122	118	51	49
韓国	154	92	62	60	40
パキスタン	200	105	95	52	48
フィリピン	273	161	112	59	41
タイ	360	211	149	59	41
計	1,768	1,025	743	58	42

(2) 障害種別

