

バーされており障害福祉サービスを必要とする対象は稀である。それにもかかわらず診断割合が増加している主な理由は、平成 21 年度の本研究において報告したように、医療費の軽減、年金や種々の手当での申請、交通機関の利用など、本法や障害者自立支援法とは関係のない障害等級と連動した他のサービスを利用するためである。

一方、乳幼児においても重症心身障害児の早期診断を求めるニーズが増している。成長を加味しても重度の障害を残すことが明らかであれば、1 歳未満においても障害認定の対象となるため、徐々にではあるが 1 歳未満の診断書も散見される。もちろん、本法の趣旨とは関係のない他のサービス利用が主目的だが、座位保持装置などの補装具費の支給とも絡むため、その考え方を明確に提示する必要がある。

(2) 障害の永続性(改善の可能性が乏しい)が障害認定の前提となっているため、障害認定の時期が遅れ、適切な時期に障害者支援施設などの福祉施設を利用できない。

各種の診断機器の開発により後遺障害を予測することは格段に進歩した。障害の改善程度までを予測することは困難でも、後遺障害を生じることを予測することは容易になっており、臨床経過を裏付ける客観的な指標として有効性は明らかである。したがって、医療保険サービスの急性期へのシフトを考慮すると、障害者支援施設なども早期からの利用が望まれるところである。施設利用に際して障害者手帳の有無を条件とするなら、画像診断などの客観的データを参考に、障害認定の時期を早める必要がある。医療との境界線が不明確になっている今日、障害の予後診断が不明確な場合には、積極的に再認定制度を活用することでその実現を図るべきである。

### 3. 認定基準の問題

(1) 機能・形態障害を基にした障害認定基準では、人工臓器や補装具の使用、あるいは環境のバリアフリー化が進むことにより社会生活などの制限程度が大きく変わる。

前述の「総括的意見」の項でも述べたように、とりわけ人工関節や心臓ペースメーカーなどの挿入による生活の改善効果は大きい。加えて、転倒などによる破損の心配はあるものの、最近では長期の安定した状態を維持できるまでに進歩した。そのため、装具装着の煩わしさもなく生活できる人工臓器と、いちいち体外に装着する義肢・装具とは区別して考える必要が生じている。平成 21 年度の本研究でも報告したように、人工臓器については、アンケート調査に応じた 90%を超える指定医師(539 人)が「全廃状態と捉えることは適当でない」と回答しており、この点については早急に障害認定基準の見直しが必要と思われる。

なお、人工臓器だけでなく補装具や環境整備が日常生活や社会・職業生活に与える影響もそれなりに大きい。障害認定がもしこれらの生活制限を補填して再び自立を促進する支援の起点なら、それらの整備状況も考慮に入れた認定基準が必要であろう。

(2) 知的障害や精神障害の合併による生活上の困難性を障害等級に反映できない。

これは制度の枠組みとも深く関わる問題である。障害種別による縦割り法制度では、実際には多々見られる知的障害あるいは高次脳機能障害などとの合併例は無視され、必然的に総合所見欄に記される機能・形態障害の程度と ADL 評価との間に

乖離が生じる。そのため障害認定に苦慮することも多く、今後は、知的・精神障害を合併した場合の認定基準を示すことにより、これらの矛盾を解消する必要がある。

## B. 今後の課題

障害を規定する条件は、ICF の概念で整理すれば、個人に帰属する率の高い機能・形態障害と社会に帰属する率の高い参加制約の双極から生じると考えるべきである。歴史的には、医学モデルが重視され障害をすべて個人に帰属するものと規定してきた戦後間もない時代から、ようやく社会的障壁が障害を規定するうえで重要な要件であるとの観点から社会モデルが注目されつつある現代へと推移してきた。しかし、ICF の概念は両者の統合こそが重要であることを示しており、医学モデルによる障害規定と社会モデルが着目する社会的障壁を双方から取り除く努力が必要である。

障害者への特別な社会参加支援サービスの対象を特定するには、多くの国民が理解できる客観的な「障害」の規定が必要であり、それには誰もが共通のものと認識している日常生活の困難性を踏まえ、その原因となる心身機能・形態の障害を認定基準に用いることはより客観的であり、多くの国民が納得できるものと思われる。そのうえで、各種の障害福祉サービスについては、それぞれに障害当事者の必要性を審査してサービスを提供することが適当であろう。いわゆる医学モデルによる障害規定がゲイトキーパーの役割を果たし、その基盤の上に個別のサービス提供が行われることでそれぞれの社会参加を促進しようというものである。

今後は、障害認定の基盤となる心身機能・形態障害と日常生活や社会・職業生活の困難性、あるいは各種の障害福祉サービスに関わるニーズとの関係性や効果などについて広くデータの集積を図り、これらの関係性を検証する必要がある。そのうえで、相互の関係性やそれを繋ぐ論理を基に、障害認定制度の枠組みと認定基準のあり方を検討する必要がある。

(別添3)

## 地方自治体における障害者のサービス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総長）

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顧問(前総長)）

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健康増進センター長）

海野耕太郎（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）

当研究では、障害認定を障害者が利用する制度に用いることの妥当性に関して検証を行うことが主要な目的であるところ、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、分析することにより、その結果を基礎資料として有効に活用していくことは重要であり、このような分析を通じて、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作っていくことにもつながる。また、当研究の本来の目的である、障害者に係る認定制度と障害者自立支援給付等の制度との関係性についても、障害認定に係るデータを市町村が保有することから、収集、分析することが可能であり、その結果についても基礎資料として有効活用することは重要である。

以上の観点から、関東地方の二つの都市から、障害者自立支援給付等に関するデータをご提供いただき、先行調査・報告と比較しつつ、分析・検証を行ったものである。

### A. 研究目的と方法

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、分析することにより、その結果を基礎資料として有効に活用していくことは重要であり、このような分析を通じて、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作っていくことにもつながる。また、当研究の本来の目的である、障害者に係る認定制度と障害者自立支援給付等の制度との関係性についても、障害認定に係るデータを市町村が保有することから、収集、分析することが可能であり、その結果についても基礎資料として有効活用することは重要である。

今回、関東近県の二つの都市（A市及びB市）にご協力いただき、障害者自立支援給付等の障害者に対するサービスに係るデータ及び障害認定に係るデータについてご提供いただいた上で、当研究においてこれらのデータの分析を試みた。

A市及びB市の障害福祉担当部局の担当者（係長・主任クラス）に電話により研究の目的・趣旨を説明し、当該市の障害者に係るデータを提出していただいた。い

ただいたデータについて、当研究班において必要な処理を行い、身体障害者数（等級別）、身体障害者の障害種別割合、障害者の自立支援給付利用者数（障害種別、障害等級別、障害程度区分別）、障害者利用者一人当たり自立支援給付費（障害等級別、障害程度区分別）等の状況について調査、分析を行った。

## B. 結果の概要と考察

### 1. A市に係る分析

身体障害者数や障害種別・障害等級ごとの人数に係る先行調査としては厚生労働省が実施する身体障害児・者実態調査が有名であり、直近では、平成18年7月1日現在の状況について全国規模で調査が行われ集計されている。また、障害者自立支援給付に関する研究としては、すでに日本福祉大学福祉政策評価センターが行った障害者自立支援給付分析報告書が存在する。同報告書は平成20年6月の利用に係るデータについて215市町村を対象に行ったものであり、当研究よりも調査対象の母数が大きく、当研究の結果との比較には最適であると考えられる。したがって、以下の分析に際してはこれらの調査・報告（以下、「先行調査」又は「先行報告」とする。）について適宜参考にするものとする。

まず、身体障害者に係る障害種別・障害等級ごとの割合であるが、障害種別については、聴覚・言語障害（聴覚・平衡機能障害＋音声・言語・そしゃく機能障害）の比率が先行調査よりもかなり小さく、他の障害種別の比率が一様に大きくなっている。A市が全国平均より高齢化率が低いことも理由の一つであると考えられるが、それだけでは説明が困難であると思われるほど先行調査との乖離が大きい。また、障害等級別では、先行調査と若干の違いはあるものの、ほぼ同様の傾向がうかがえた。

自立支援給付利用者における身体障害者の割合であるが、障害程度区分については、先行報告よりも未判定（区分なし）の割合が低いという特徴があるが、他の区分については、ほぼ先行報告と同様の傾向がある。未判定（区分なし）の比率の相違については、先行研究の方が障害者自立支援法の施行期間が短く、判定を受ける者が少なかったことが主たる理由と考えられる。残りの障害種別、障害等級別については、いずれも先行報告では調査対象とはなっておらず、当研究において独自に集計を行ったものである。障害種別については、自立支援給付未利用者を含めた身体障害者全体の比率との関係では、肢体不自由者の比率が高く、内部障害の比率が低いという特徴が見られる。障害等級別については、1級や2級という重度の者ほど利用者数が多く見られた。この点は、障害者全体について調査を行ったところ同様の結果が得られている。なお、障害程度区分別と障害等級別のクロス集計を今回行ったところ、区分6については、1級及び2級の比率が高く見られたものの、区分5以下の区分では障害等級との相関は明確には見られなかった。身体障害者手帳制度と障害者自立支援給付制度の趣旨、目的の相違から、障害程度区分と障害等級に明確な関係が見られないことも不自然とまではいえないが、障害等級単独の場合とやや異なる結果が出たことには注目すべきである。今後の調査を通じてこの点はさらに検討を進める必要がある。

利用者一人当たりの自立支援給付に係る費用については、障害者全体の平均が身体障害者の平均を若干上回る結果となった。さらに厳密に言えば、身体障害者の平

均が 1,819,313 円（母数 85 名）であるのに対して、知的障害者平均が 2,622,303 円（母数 143 名）、精神障害者平均が 419,980 円（母数 31 名）となっている。先行報告では、身体障害者と知的障害者の給付額がほぼ同様であるのに対して、若干傾向が異なっている。なお、障害ごとの受給者数の割合は先行報告とほぼ同様である。また、身体障害者の平均額も先行報告とほぼ同様である。このような傾向、特に先行報告との乖離の理由については、実施時期の違いなども考えられるが、正確に判断することは難しい。地域格差の有無を含めて、他の地域の都市についても調査を進める必要がある。他方、障害程度区分別の平均費用額は当研究において独自に集計を行ったものであり、その結果、障害者全体については、区分が上になる（要援護度が高い）ほど金額も高いことが分かった。一方、身体障害者については、区分 3 と区分 4 で逆転が生じているがその理由は不明である。それぞれの母数が 10 名しかなく、その影響が出ている可能性もあるが、今後さらに検討を進める必要がある。

## 2. B市に係る分析

B市に関しては、個人データが紐付けされていないという制約上、障害等級に関するデータはそれ自体存在するものの、自立支援給付等のデータと結びつけることができず、精細な分析を行うことには限界があった。今回はこのような制約の中で、辛うじて自立支援給付に係るデータについてのみ分析対象としたものである。以下、分析に当たっては、A市と同様に先行報告を適宜参考にするものである。

自立支援給付利用者における身体障害者の割合であるが、先行報告に比較すると若干低い割合ではあるものの、大きく乖離するわけではない。また、障害全体の割合についても、知的障害者の比率が高いものの、大きく乖離してはいない。身体障害者に係る各区分の割合では、区分 3 から区分 6 まではほぼフラットであり、先行報告と比較すると、特に区分 6 の割合が低く、区分 4 及び区分 5 の割合が高くなっている。また、区分なし（未判定）の割合は先行研究よりも低くなっており、調査時期の相違が結果に影響した可能性がある。

利用者一人当たりの自立支援給付に係る費用については、障害別に見ると、身体障害者が知的障害者よりも少し高く、精神障害者については両障害よりもかなり低くなっている。ただし、先行報告との関係では、精神障害者に係る一人当たり費用が 2 割弱高くなっており、身体障害者が 1 割強高く、知的障害者が 6%程度低いのと比べて一つの特徴が見られる。また、いずれの障害においても、区分が小さくなるほど一人当たり費用も小さくなっているが、身体障害者に比べて、知的障害者や精神障害者では区分ごとの格差が大きくなっていた。なお、区分なしについては、身体障害者及び精神障害者がある程度高い水準にあるのに比べて、知的障害者は他のすべての区分よりも低くなっていた。

## 3. 今後の研究課題

今回の調査では、関東近県の中規模の都市（人口規模 10 万人程度～20 万人程度）を対象に行ったものであるが、社会環境等が比較的近似している割に、異なる部分もあった。

そもそも福祉行政は、住民に身近な基礎自治体において実施されているものではあるが、とりわけ障害福祉分野については、近年の制度改正を通じて、これら実施主体の責務が高まるとともに障害者個人の権利も強化されてきており、今後とも市

町村の取組が重要な鍵を握っている。そのような意味で、自立支援給付の傾向等について、サービスの実施主体である市町村自身が把握しておくことは重要である。

したがって、今後は、市町村の多様なニーズに応えることができるよう調査対象となる自治体の数、地域性についてさらに多様な条件を設定しつつ、今後とも対象地域を拡大して調査を継続する必要がある。また、このような継続的な調査を通じて、今回の調査では対応できなかった課題についても解決することが期待されるものである。

(別添4)

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

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。

#### A. 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。

##### (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。

## (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。

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。

## B. 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 年以來、公平、障害、貧困の重大な関連を認識して、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%未滿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。

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。

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。

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。

(別添5)

米国における社会保障障害年金および所得保障補足給付の視覚障害認定基準改正案の内容

分担研究者：寺島彰 浦和大学

米国の社会保障法に基づく社会保障障害年金 (SSDI) や所得保障補足給付 (SSI) の視覚障害認定基準が変更される予定である。その内容を調査したところ、今回の改正は、認定基準を明確にすることに主眼が置かれており、大改正ではないと考えられる。ただし、視能率の評価にバリューという新しい指標を導入したことは、を導入したことは、新しい流れとして注目される。

#### A. 研究目的

社会保障障害年金 (SSDI: Social Security Disability Insurance) も所得保障補足給付 (SSI : Supplemental Security Income) も、社会保障法に基づく制度である。障害があれば、これらの年金や手当を受給でき、その障害の定義は、社会保障法 (Social Security Act) および連邦規則等に定められている。

このたび、視覚障害の認定基準を定めた連邦規則 (20 CFR PART404) が改正されようとしており、連邦官報により2012年4月13日までパブリックコメントを募集している。そこで、本研究では、改正内容を分析し、今後の我が国の障害認定基準改正のための知見を得ることとする。

#### B. 研究方法

文献調査による。

参考文献

Committee on Disability Determination for Individuals with Visual Impairments; Peter Lennie and Susan B. Van Hemel, Editors, National Research Council (2002)"Visual Impairments: Determining Eligibility for Social Security Benefits", National Academies Press.

Social Security Administration(1998)"Disability Evaluation Under Social Security",佐久間肇、寺島彰訳(2000)『[米国] 社会保障における障害評価』,平成11年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究別冊報告書.

Social Security Administration(2008)"Disability Evaluation Under Social Security",<http://ssa.gov/disability/professionals/bluebook/general-info.htm>, last visited 2012/03/11.

#### C. 研究結果

##### 1. 社会保障障害年金および所得保障補足給付について

###### (1) 社会保障障害年金

社会保障障害年金 (SSDI: Social Security Disability Insurance) は、社会保障

法 (Social Security Act) 第 2 編に、連邦老齢・遺族・障害年金 (Federal Old-Age, Survivors, and Disability Insurance Benefit) として規定されている。拠出性の年金制度であり、次の①から⑤の受給要件のすべてを満たす場合に支給される。(同法 223 条(d))

① 障害の状態にあること

本法での障害の定義は、「医学的に証明できる精神障害又は身体障害者でその障害のために実質的な収入をもたらす仕事に就くことができないこと。この障害は、少なくとも 12 カ月継続するか、あるいは継続したか、又は死亡に至ると考えられる障害であること。また、この仕事には、従前の職業ではなく、一般的な仕事の意味である。」

② 必要な保険加入期間を満たしていること

障害のない労働者の場合は、働いていた間に 40 クォーター (120 月) 以上保険料を支払っている必要がある。障害のある労働者の場合は、障害発生前 10 年間に少なくとも 5 年の保険料支払い期間がある必要がある。ただし、若年齢のために 5 年の加入期間を満たすことが不可能な場合、年齢によって期間が短縮される。また、視覚障害者については、加入期間は、加入時期についての制約はなく、社会保障法が成立した 1936 年以後のどの期間でも構わない。

③ 5 ヶ月間の待機期間を満たしていること

ただし、障害のある労働者が過去 5 年以内に SSDI を受給したことがある場合は、この期間は必要ない。

④ 65 歳未満であること

(2) 所得保障補足給付

所得保障補足給付 (SSI : Supplemental Security Income) は、社会保障法第 16 編に規定されている。高齢者、視覚障害者及び障害者で一定以下の所得のものに最低限の収入を保証することを目的としている。次の①から②の全てに該当することが受給要件である (同法 1601 条)。

① 高齢者又は障害者のために働けないこと

つぎの a から c のどれかに該当すること。

a. 65 歳以上であること

b. 医学的に証明できる精神障害又は身体障害のために実質的な収入をもたらす仕事に就くことができないこと。この障害は、少なくとも 12 カ月継続するか、あるいは継続したか、又は死亡に至ると考えられる障害であること

c. 視覚障害者であること

② 資産や所得が一定以下であること (同 1611 条)

SSI は、無拠出の制度であることから、資力調査によって、資産と所得が一定以下の場合に手当が支給される。(同 2128-2147 条)

障害の要件は、視覚障害者以外は SSDI と同じである。視覚障害者の場合、実質的な収入をもたらす仕事に就いていないという要件は必要ない。また、障害年金を受給している障害者や視覚障害者は、SSI の給付額は調整されて減額される。障害認定基準は、SSDI の障害認定基準と同じであるため、試行労働期間や職業復帰後の 36 ヶ月期間中の障害者を除き、SSDI 受給者は、同時に SSI を受給しているのが普通である。また、2 年以上障害年金を受ければ、高齢障害者と障害者

のための無拋出の医療制度であるメディケアの資格が得られる。さらに、ほとんどの SSI 受給者は、メディケイドという高齢者と障害者を対象とした福祉制度の対象にもなるので、半分以上の州では、自動的に両方の対象になるようになっている。

### (3) 社会保障法の視覚障害の定義

社会保障法第2編、16編とも、視覚障害の定義は同じで、「良い方の眼の矯正視力が20/200以下であること。また、最大の視野が20度以下の場合にはその眼は矯正視力が20/200以下とみなされる。」と定義がされており、これに該当した場合、法的盲 (statutory blindness) と言われる。( § 216(i)(1)、 § 1614(a)(2))

## 2. 視覚障害認定基準改正の背景

上述のように、社会保障法 (Social Security Act) において、これらの年金や手当を受給できる障害者を定義しているものの、このような大まかな定義では、実際に障害者が年金や手当を受給できるかを決定できないため、より詳細な認定基準が連邦規則等に定められている。これらの規則は、社会保障法 § 205(a)、702(a)(5)、1631(d)(1)に基づき、社会保障局 (SSA : Social Security Administration) には、その実施に必要な規則や規定を定める権限が与えられており、同局が担当してこれらの規則の改正等を取り扱っている

これらの認定基準を定めた連邦規則 (20 CFR PART404) は、2006年に11月20日に改正され、2015年2月20日まで有効であったのであるが、その後、認定者からさまざまな質問があったため、それらに対して個々に指針を示してきたが、それらをまとめて、早めに改正を行うというのが今回の改正の趣旨である。

なお、現状の認定基準は、「Disability Evaluation Under Social Security(Blue Book· August 2010)」として医療専門家に対して出版されている。また、SSAのウェブサイト (<http://ssa.gov/disability/professionals/bluebook/general-info.htm>) でも閲覧できる。

本案は、連邦官報により2012年4月13日までパブリックコメントを募集しており (77 FR7549)、その後、連邦規則が改正される予定である。改正された場合、今後、5年間有効になる。今回の改正案は、視覚障害の認定基準であるが、今後、聴覚障害、音声機能障害、言語障害についての認定基準も改正される予定である。

## 3. 主な改正点

### (1) 成人の視覚障害認定基準導入部における主な改正点

#### ①法律による視覚障害の定義 (新 § 2.00A2a)

「法的盲」の定義において用いられている「視力 (visual acuity)」を「中心視力 (central visual acuity)」に変更した。(新 2.00A2a)

また、視力検査の必要条件を解説した新 § 2.00A5 を追加した。

#### ②SSDIにおける視覚障害認定の根拠

現 § 2.00Ab の皮質性視覚障害 (cortical visual disorders) を削除した。その理由は、評価者に対し、皮質性視覚障害による視覚喪失を評価する適当な指針を示せないためである。前回の改正時にこの障害を加えたが、これは、視覚障害のすべて

の原因の一覧表を作るということを意図したものではなかった。今回の改正では、通常の視覚障害の検査では現れない視覚の異常の例としその評価の方法についての指針を示すこととする。

#### ③矯正視力の計測方法（新 § 2.00A5）

- ・スネルン（Snellen）表記では表せない、指数弁、光覚弁などの評価法を解説した。（新 § 2.00A5a(ii)）これは、計測者からの質問があったためである。
- ・現状の 20 / 100 - 20 / 200 の視力を計測するための検査表の使用法の説明（現 § 2.00A8a）を新 § 2.00A5b に移動し追加した。
- ・現状では、内部資料として提供されている調節麻痺下屈折検査（cycloplegic refraction）結果の利用法を解説している指針を新 § 2.00A5d に追加した。

#### ④視野計測法の変更（新 § 2.00A6）

- ・2006年の改正では、ハンフリー視野計（Humphrey Field Analyzer）のみを例示したが、オクトパス視野計（Octopus 300 シリーズ）などの機器やそれ以外の検査（octopus32 など）も今回追加することとした。ハンフリー視野計は、単なる例示であったが、前回の改正以後、オクトパス視野計は使えないのかという質問が認定者から多く寄せられたためである。（新 § 2.00A6c）
- ・ハンフリー視野計検査は、平均偏差がマイナスで表示されることがあるので、絶対値を用いるという説明を加えた。（新 § 2.00A6d）
- ・動的視野計測装置（kinetic perimetry）を用いて得られた視野により視覚損失について説明している項目を現 § 2.00A6a(viii)から新 § 2.00A6e に移動した。
- ・視野スクリーニングテストの指針を現 § 2.00A6a(ix)から新 § 2.00A6f へ移動した。  
視野検査における矯正レンズの使用についての指針を現 § 2.00A6b から新 § 2.00A6g へ移動した。

暗点に関する記述を現 § 2.00A8c から新 § 2.00A6h へ移動した。

#### ⑤視力および視野の視能率（新 § 2.00A7）

- ・視能率を表す用語として「パーセント（percent）」に加えて「バリュー(value)」を導入した。（新 § 2.00A7）
- ・現指針の最後に置かれていた表 1「矯正視力による視能率」を新 § 2.00A7b に移動した。これは、評価者にとって視能率の説明の直後にあったほうが使い勝手がよいからである。
- ・視野の視能率をパーセント（動的視野計測装置による場合）またはバリュー（静的視野自動計測装置により平均偏差を用いる場合）で示すことができるように拡大した（新 § 2.00A7c）。視野の視能率 20% は、平均偏差 22 に相当する。これは、これまでの指針には示されておらず、研修で指導していたことである。
- ・静的視野自動計測装置による平均偏差を用いる場合の視野の視能率（バリュー）の計算方法を追加した。（新 § 2.00A7c(i)）
- ・現指針の最後に置かれていた図 2「視野表」を表 1 にした。これは、評価者にとって視野の視能率の説明の直後に置かれているほうが使い勝手がよいからである。また、視野の視能率の計算例を若干修正した。（新 § 2.00A7c(ii) A and B）
- ・視野の視能率のバリューをパーセントに変換する方法について具体例を新たなものにした。（新 § 2.00A7d(ii)）

#### ⑥使用できる周辺視野計の必要条件（新 § 2.00A8）

・現指針の § 2.00A6a(ii) A-F の内容を新 § 2.00A8 に移動した。自動静的視野計測装置の製造業者は、その製造する視野計測装置がこの基準に適合していることを証明しなければならない。それがなければ、本制度においてその視野計測装置を視野計測に用いることはできない。内容的に現在の指針と変更はないが、評価者にとってこの記述が視野の視能率の説明の直後に置かれているほうが使用できるすべての視野計測装置をすぐ知ることができるという点で使い勝手が良いからである。

また、ハンフリー視野計 (Humphrey Field Analyzer) についての言及を削除した。これは、使用できる周辺視野装置は時間とともに変わっていくことと、1つの製造業者の製品をこの指針が選択しているようにみられることを回避するためである。

#### ⑦眼瞼麻痺による視覚損失についての記述

眼瞼麻痺による視覚損失についての記述した現 § 2.00A8b を削除する。この記述は、評価者に対する有効な記述ではなく、前回の改正の後、度重なる質問が寄せられたためである。眼瞼麻痺やその他の疾患で視覚喪失や視覚機能の喪失をもたらすものについては、通知や研修により視覚損失の評価に関する指針を提供することにする。

#### (2) 成人の視覚障害認定基準一覧における主な改正点

①基準を満たした自動静的視野計による平均偏差を用いて決定された視能率を評価するために新しく § 2.04A を追加した。

②動的視野計を用いて決定された視能率を評価する方法について記述した現 § 2.04 を新 § 2.04B に移動した。

#### (3) 児童の視覚障害認定基準導入部及び基準一覧における主な改正点

①導入部については、規則を明確かつ簡潔にするとともに、成人の基準と同様に再編した。

②現 § 102.00A5b(iii)にある例を新 § 102.02B に移動した。例示は、基準一覧に含まれていた方が評価者にとってわかりやすいと考えたからである。

#### まとめ

今回の改正は、認定基準を明確にすることに主眼が置かれており、大改正ではないと考えられる。ただし、視能率の評価にバリューを導入したことは、注目される。例えば、視力の視能率を評価するためのスネルンチャートとの対比表は、次のように変更されている。

#### 現対比表

スネルン値		視能率 (パーセント)
English	Metric	
20/16	6/5	100
20/20	6/6	100
20/25	6/7.5	95
20/30	6/9	90
20/40	6/12	85
20/50	6/15	75

20/60	6/18	70
20/70	6/21	65
20/80	6/24	60
20/100	6/30	50

新対比表

視力矯正後のスネルン値		視能率 (バリュー)	視能率 (パーセント)
English	Metric		
20/16	6/5	0.00	100
20/20	6/6	0.00	100
20/25	6/7.5	0.10	95
20/30	6/9	0.18	90
20/40	6/12	0.30	85
20/50	6/15	0.40	75
20/60	6/18	0.48	70
20/70	6/21	0.54	65
20/80	6/24	0.60	60
20/100	6/30	0.70	50

#### D. 考察

主な改正内容は、次の通りである。

- ①「法的盲」の定義において用いられている「視力 (visual acuity)」を「中心視力 (central visual acuity)」に変更した。
- ②皮質性視覚障害 (cortical visual disorders) を削除した。
- ③視能率を表す用語として「パーセント (percent)」に加えて「バリュー(value)」を導入した。

今回の改正は、認定基準を明確にすることに主眼が置かれており、大改正ではないと考えられる。ただし、視能率の評価にバリューという指標を導入したことは、新しい流れとして注目される。



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 - 24 年度 総合研究報告書  
平成 25 年 3 月発行

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

