

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

障害者の所得保障と 自立支援施策に関する調査研究

(H17－障害－003)

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者 勝又 幸子
平成 18(2006)年 3 月

研究者一覧

主任研究者

勝又 幸子（国立社会保障・人口問題研究所 企画部第3室長）

分担研究者

遠山 真世（立教大学コミュニティ福祉学部 助手）

圓山 里子（特定非営利活動法人自立生活センター新潟 調査研究員）

本田 達郎（国立社会保障・人口問題研究所 企画部長）

研究協力者

土屋 葉（日本学術振興会 特別研究員）

栃本一三郎（上智大学総合人間科学部社会福祉学科 教授）

福島 智（東京大学先端科学技術研究センター 助教授）

三澤 了（DPI日本会議 議長）

金子能宏（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長）

（2006年3月末現在所属）

目 次

I. 総括報告

| | |
|------------------------------------|----|
| 障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究 勝又幸子 | 3 |
| 研究活動報告 勝又幸子 | 12 |

II. 分担研究報告

障害者生活実態調査

| | |
|-------------------------|----|
| 1. 第1回 障害者生活実態調査の概要 | |
| 勝又幸子 | 15 |
| 稲城市の概要 単純集計表 | 23 |
| 2. 回答者の就労実態 | |
| 遠山真世 | 47 |
| 3. 障害者生活実態調査－自立支援の視点から－ | |
| 圓山里子 | 73 |
| 4. 障害者世帯の家計構造：収入と支出を中心に | |
| 土屋 葉 | 85 |

障害者施策の国際的動向

| | |
|-------------------------------|-----|
| 5. EU と OECD における障害者施策比較研究の概要 | |
| 勝又幸子 | 103 |
| 6. 知的障害の定義に関する国際的状況について | |
| 本田達郎 | 119 |
| 7. 研究：障害の法的定義・認定に関する国際比較 | |
| 日本障害者協議会 | 137 |

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

229

IV. 研究成果の刊行物・別刷

233

V. 調査票

237

I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総括研究報告書

障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究

主任研究者 勝又 幸子 国立社会保障・人口問題研究所 企画部室長

研究要旨：

本研究は、障害者の自立支援施策を考える上で必要不可欠な障害者自身の生活実態をデータから明らかにし、また障害者福祉の分野では特に情報が不足している諸外国の情報を収集することを目指している。このような研究によって社会福祉基礎構造改革の理念である、障害者がその障害の種類や程度、また年齢や世帯状況、地域の違いにかかわらず、個人が人として尊厳をもって地域社会で安心した生活がおくれる社会の確立していくため、どのような政策が可能かを考える基礎資料を得ることを目的としている。

第1回障害者生活実態調査の実施とその分析、障害者政策や障害の定義に関する文献サーベイの2つの研究手法を使い研究を行った。本年は3年計画の1年目の報告である。

分担研究者

遠山 真世（立教大学コミュニティ福祉学部 助手）

圓山 里子（特定非営利活動法人自立生活センター新潟 調査研究員）

本田 達郎（国立社会保障・人口問題研究所 企画部長）

研究協力者

土屋 葉（日本学術振興会 特別研究員）

栃本一三郎（上智大学総合人間科学部社会福祉学科 教授）

福島 智（東京大学先端科学技術研究センター 助教授）

三澤 了（DPI 日本会議 議長）

金子 能宏（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長）

A. 研究目的

本調査の目的は、社会福祉基礎構造改革の理念である、障害者がその障害の種類や程度、また年齢や世帯状況、地域の違いにかかわらず、個人が人として尊厳をもって地域社会で安心した生活がおくれるようになるために必要な支援はなにか、その支援を続けるためにはどのような制度が必要なのかを検討するための基礎データを得ることである。

本基礎データの必要性を主張する根拠は、既存の統計調査では解明できないことが障害者自立支援を考えるとき不可欠だからである。例えば厚生労働省は「身体障害児・者実態調査」「知的障害者実態

調査」を5年周期で実施している。そのなかで、全体として障害者の収入の規模や介護や介助の規模や頻度などがわかる。しかし障害者は個人単位で集計され、生活者としての視点に立ち難い。言い換えれば世帯の一員として障害者像が見え難いのである。一例をあげれば、既存の集計結果からは障害者世帯が一般勤労者世帯と異なる家計状況にあるのかわからないのかの情報は得られない。他の既存の統計調査でも家計や世帯を捉えているものもある、例えば被保護世帯には多数の障害者世帯が含まれているが、生計簿調査があり、被保護世帯の特徴が家計世帯単位把握されている。生活保護の統計では少し前までは傷病と障害が合計されていた。傷病が短期的である一方、障害は長期的な生活上の問題であり、同一に捉えることはできない。現在では改善され傷病と障害は区別されているが、それでも障害の種類や程度の違いで被保護世帯中、障害者世帯の特徴があるかはこの統計からしてもよくわからない。同様の限界は障害者にとって重要なホームヘルプや介護・看護の実態調査についても言える。多くの障害者は介助を受けることで生活が成り立っているのであるから、どんな介助や支援をどの程度（頻度や量）得ることができるかにより、生活の質は大きく左右される。近年、居宅生活支援が充

実してきたとはいえ、サービスの供給が不足している地域では、家族による介助やボランティアによる支援が不可欠である。既存の統計調査では、障害の種類や程度の違いや居住する地域の違いにより、受ける福祉サービスがどう異なっているかが鮮明になり難い。さらに、家族という私的支援がどれほど障害者の生活の質を下支えしているのかについても、定量的に解明するのは至難の業である。もちろん各統計の調査票の個票データへのアクセスが可能であればこれらの分析もある程度可能だが、行政目的で収集された統計を目的外使用で研究者や当事者団体が借り出すことは大変難しいのが実態である。また既存統計には、国が行う実態調査としての限界もある。たとえば既存統計調査では「国で認定された障害」をもつ者だけが母集団を構成する。身体的には軽度と判定された人や新しい難病患者や病名では精神障害と認定されないが精神的な困難を抱える人々（例えば長期ひきこもりなど）は含まれない。障害者の真の実態を知るためには、認定の有無に関わり無く障害がある人の実情を把握する必要がある。このように既存の統計調査だけからでは、詳細なデータが不足しがちである。他の例では、生まれながらにして障害のある人と、人生の途中で障害者となった人の違いなど、それぞれの

ライフヒストリーによる違いは既存統計調査からは解明し難い。障害者の自立支援は、障害の種類、個人の特性と世帯状況や居住環境などを総合的に考慮したより良いケースワークによって達成される。どのような項目を重点的に考慮したらよいのかのヒントを本研究が実施する調査はデータとして提供してくれるだろう。介護保険がケアマネジメントのシステムをもつように、障害者福祉はより良いケースワークのシステムを必要とする。本研究では調査のほかに財政的視点を踏まえて、持続可能な社会保障財政につながる障害者福祉政策の方向性を探る経済学的アプローチも試みる。また、知的障害の定義や障害程度区分、障害者の給付内容の国際比較や年金・税制等他制度との関係についても、さまざまな専門家による学際的研究をおこなう。今までの障害者研究が社会福祉研究者において多くの蓄積をもたらしてきたことをふまえながらも、政策インプリケーションへつなげるためには、学際的な研究が不足している。今推進されている障害保健福祉施策が、学際的研究のなかから、直接的には障害者のためでありながら間接的・総合的には社会全体の厚生水準の向上につながる施策であること、言い換えれば老若男女すべての国民の生活を保障する施策であることを実証し、障害者施策の早期

充実を提案していくことが目標である。

B. 研究方法

平成 17 年度の研究では、障害者生活実態調査の実施と分析及び障害者施策の国際的動向のサーベイの 2 つの方法を使った。まず、障害者生活実態調査は AB2 つのグループについて行った。

調査対象としたのは、グループ A として東京都稲城市（市の概要については後述）在住の 18 歳以上 65 歳未満の住民で、身体障害者手帳・愛の手帳・精神保健手帳を所持しているか、又は難病で公費負担医療費を受給しているか、地域の生活自立支援センターや授産施設に通所している者を対象とした。したがって、稲城市内の病院や施設及びグループホームに入所している者も対象とした。なお、住民票が市内にあったとしても、市外の施設等に入所している場合は除いた。

グループ B としては、特定非営利団体 DPI 日本会議の紹介を受け、東京都内及び近郊の身体障害者団体の加入者及び自立支援センターの利用者を対象にした。

年齢を 18 歳以上 65 歳未満としたのは、18 歳未満の障害者には児童福祉や教育が担うサービスや支援があり、65 歳以上の障害者には介護保険によるサービスや支援があることを踏まえて、本研究の関心事「障害者の自立支援」を考える上で、

児童でも高齢者でも無い障害をもつ生産年齢人口層をとらえるためである。

障害者施策の国際的動向のサーベイについては、知的障害の定義に関する国際的状况についてのサーベイ、障害の法的定義・認定に関する国際比較研究、EU と OECD における障害者施策比較研究の要約を文献研究中心にして行い、成果をまとめた。

（倫理面への配慮）

調査を実施する際には、該当自治体の個人情報保護条例に抵触しない旨の確認しデータを入手した。さらに、対象者にたいしては、調査への協力は個人の自由選択であることを文書で伝え、調査協力に承諾した対象者のみを調査した。また、調査票に基づくデータは、個人が特定できないように、番号で管理されている。

具体的なプライバシー保護対策としては、次のような方法で配慮した。①調査依頼において、「よくある質問」を追加し、個人情報保護との関係について言及した。②調査員の採用に際しては個人情報保護の遵守を誓約書の提出をもって確認した。③調査票を番号により管理し、個人が特定できないようにした。④個人情報の管理は主任研究官が単独で行った。

C. 研究結果

障害者生活実態調査については、調査結果の集計結果より行政区域として地域を限定して行った障害者の生活実態を明らかにすることができた。また、別途実施した身体障害者当事者グループとの比較において様々な違いが浮き彫りされた。

まず、就労実態については、今調査の回答者においては、半数に近い人々が仕事をもっておらず、性別による有業率の差もみられた。身体障害者より知的障害者・精神障害者のほうが、仕事をしている人の割合が低くなっていた。仕事の種類については、全体でみると常用雇用が多かったものの、知的障害者・精神障害者では福祉的就労をしている人が多く、低収入・低所得で生活している様子もうかがわれた。一方、身体障害者や障害者団体のメンバーの中には、重い障害をもっていても一般的な形態で就業し、高収入・高所得である人も存在していた。その他、性別や障害種別、仕事の種類等によって、就労状況にさまざまな違いがあることが示された。本研究を通して、仕事の有無や種類、賃金や所得といった面での、回答者の就労に関する厳しい内実が明らかになるとともに、回答者の中でさまざまな条件による違いも抽出された。とくに、性別や障害種別、回答者のグループが、障害者の就労状況を左右す

る重要な要因であることがわかった。多くの障害者に共通する特徴や一定の傾向がみられる一方で、重度の障害をもちつつ常勤や長時間で働いていたり、目だって高い給与や所得をえていたりするケースも存在していた。

次に、支援費（居宅サービス）の給付状況については、行政区としての市を単位としたグループ（以下、グループ A）と、DPI（障害者インターナショナル）日本会議等の協力を得て調査を行ったグループ（グループ B）の間に顕著な差がみられた。すなわち、給付状況が 30 日、すなわち、毎日、利用している人は、全体では 14 人であるが、グループ A の中では 1 人だけであった。グループ A においては、給付状況が 0 日の（利用していない）人が、7 割を超えている。

生活時間調査については日中活動の状況をみると、日中の時間帯にかかわらず、「テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」や「休養・くつろぎ」をしている人達が一定層、存在していること、「仕事」あるいは「その他、社会活動」をしている人も、その活動時間のピークは、午前 10 時～午後 4 時という、短時間の傾向がみられた。支援費（居宅サービス）の給付状況については、ほとんど利用していない人と、ほぼ毎日利用している人と、極端に分かれる。

生活時間調査から、日中の時間帯においても「テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」や「休養・くつろぎ」をしている人が 2 割近く存在する他、「仕事」「その他、社会活動」をしている人でも、そのピークは午前 11 時から午後 4 時であり、時間帯が限られている。

次に、障害者世帯の収入と支出構造について分析を行った。この調査により、障害者世帯の収入、支出構造について詳細なデータを得ることができた。本人所得に関しては、障害別に明らかな差がみられた。とくに単身世帯の知的障害者、精神障害者は低所得に置かれており、後者で生活保護受給率が高いことが明らかになった。また雇用者所得を得ていたとしても、収入総額が高くなるわけではなく、就労が生活の安定に必ずしも寄与していないことが明らかになった。世帯支出では障害ゆえに必要な支出の存在が浮き彫りにされた。

障害者施策の国際的動向のサーベイにおいては、欧州会議(Council of Europe)が研究費を出した 1997-2000 年の 3 年間の研究の結果で「ヨーロッパの障害評価：類似性と差異 Assessing Disability in Europe---Similarities and Differences」をもとに、そこにまとめられている 22 の CE 加盟国における障害者への給付(benefits)の受給資格基準(eligibility

criteria) の確定のための障害評価方法 (disability assessment methods) の比較分析結果を紹介した。また、知的障害の定義に関する国際的状況では、アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデンを中心に諸外国における知的障害あるいは障害全体の定義の状況について、文献や有識者からのヒアリング等により得られた情報を整理した。この研究で取り上げた米国、ドイツ、イギリス及びスウェーデンにおいては、米国における「発達障害」を除き、法令上知的障害について固有の明確な定義があることは確認できなかった。更に、障害の法的定義・認定に関する国際比較では、ベルギー、カナダ、デンマーク、フランス、フィンランド、ドイツ、ノルウェー、スウェーデン、オランダ、アメリカの 10 カ国についてそれぞれ、各国の研究者のまとめたペーパー等を翻訳し要約すると同時に、分野別に 4 つの分野（社会福祉・社会サービス、所得保障、雇用、権利擁護・差別禁止）についてまとめた。社会福祉・社会サービスの分野では、各国を定義や認定という側面から見てみると、社会サービスを利用するに当たり、障害手帳に代表されるような障害の認定を制度に盛り込んでいる国と、ニーズアセスメントに重点を置いている国に分類できると考えたが、アセスメントに重点をおいている国でも、

ケアの等級（イギリス）があり、障害の程度による等級とは違った視点の等級が設けられているという点など参考になり、分類の仕方には工夫が必要である。所得保障については、所得保障内容を判定する障害の程度は、日本のように医学的診断による機能の欠損や不全による判断ではなく「労働能力」「稼働能力」で判断される国（カナダ、フランス、ドイツ、デンマーク、ノルウェー、フィンランド）が多い。雇用については各国の障害者雇用政策として対象となっている障害の範囲は広範である。たとえば、機能的制限があるために労働能力が低く、通常の雇用を維持するのに困難がありうる者（スウェーデン）、通常の日常生活活動を行う個人の能力に対して相当程度かつ長期的悪影響を及ぼす身体的または精神的機能障害（イギリス）、アルコール依存症、薬物依存症なども ICID10 精神病分類の分析用ガイドラインも顧慮して保護雇用する（ドイツ・スウェーデン）などわが国のように障害者認定手帳取得を前提の雇用政策はとっていない。むしろ失業者として職業リハビリテーションを行い、可能な限り一般就労を目指し、一般の労働者より生産性が劣る場合に障害者自身と雇用者を支援している。生産性が劣るという判断は、「労働能力」「稼働能力」「作業能力」を基準とする。

この判断基準は、ドイツのようにサンプルフォーム各種ガイドライン使用（たとえば、腎臓疾患、HIV 情報ガイドラインなど）しているところもあるが、医学的意見をもとに障害があることについての本人証明や臨床心理士など関係するスタッフの意見を参考に行政の担当者が行っている場合がほとんどである。従って、日本のように各種手帳を持たない難病をかかえる「谷間の障害者」が雇用サービスを利用できる点は大きな違いである。

次に、権利擁護・差別禁止については、EU とアメリカについてまとめられている。そこでは、排除される障害者がでないようにとくに工夫されていることが伺われる。例えば、アメリカでは、（ある程度の機能障害の）「過去の記録」のある者、あるいは（実際にはないのに）そのような機能障害を持つと「見なされる」場合、についても対象としている。カナダの雇用均等法では、何らかの機能障害がある人であれば、雇用に関して自分が不利益を受けたと考えた場合には（客観的な証拠の提示を要件とはせず）この法律に訴えることができるとしている。さらにスウェーデンでは、「軽度のものも含まれる」とし、フランスやデンマークでは障害の定義を設けていない。現在国連で精力的に進められている障害者権利条約の準備過程では、障害・障害者の定義は設

けず、各国にまかせるという案が浮上している。理由は、特定の表現での合意を得るのが非常に難しいということと、何らかの定義を設けるとそこから排除される者が出てしまう、ということだという。日本では最近まで精神障害者は障害者ではないとされ、いまだに難病や（知的障害以外の）発達障害などの位置づけが明確ではない。生活への深刻な影響があるのに、本人や家族自身が「病気であって障害ではない」、と考えている場合も多い。他のアジア太平洋諸国ではさらに狭い障害理解の国々が多い。こうした事情を考えれば、権利条約においても各国任せにせず、できるだけ広い範囲をカバーする障害の定義を設けることが必要ではないか。その際国際的な合意のある ICF（国際生活機能分類）を活用し、なんらかの健康状態または心身機能・身体構造に関連して活動または参加の何らかの制約が生まれているか、その可能性のあるもの、などの規定が候補になるのではないかと考えられる。

D. 考察

障害者生活実態調査については、就労の状況、世帯の収入と支出、生活時間について、障害者個人からみた考察を行って、様々な発見をすることができた。さらに、世帯の一員としての障害者の姿を

描きだせるような分析が必要である。性別や年齢による違いだけでなく、その障害者が、単独世帯で暮らしているのか、家族世帯で暮らしているのか、その場合、世帯主が誰なのかによって、障害者の自立度に影響はあるのか、など、障害の種類や等級の違いにも着目しながら分析を行いたい。

また、グループ B については、居住地の住所を変数として加えた場合、障害者福祉政策において問題とされている地域差の要因に関する示唆があるのかないのかについても検証したい。

障害者政策の国際比較サーベイについては、OECD の文献を 1992 年の障害者の雇用政策に遡り、2003 年の文献についてもさらに詳細に検討する。その際、日本のデータを独自に加えて諸外国との比較が可能かどうかを試みたい。

E. 結論

障害者生活実態調査については、今年度をプリテストと位置づけて行った。調査票の設計は世帯票については所得や就労や障害の状況を、厚生労働省の国民生活基礎調査の平成 6 年調査の調査票にヒントを得て作成し、支出については、総務省の全国消費実態調査を参考に作成した。また、支援費や医療の受給状況については、厚生労働省の所得再分配調査の調査

票にヒントを得ている。障害者の一日の生活時間の在り方については、総務省の社会生活基本調査の調査票を基礎としながらも、障害者に特有の時間の使い方を配慮した調査票を作成した。このように、全国規模の健常者を対象とした調査票との比較を前提としたのは、調査の精度を全国調査との比較に耐えうるよう向上させ、障害者の生活実態を明らかにすることが目的である。したがって、2 年目は調査票のさらなる改善と調査方法の見直しをすすめ、障害者福祉研究において多くの研究者が関心を寄せている、地域間格差の実態の一端を明らかにすべく、大都市圏を離れた自治体における障害者生活実態調査を実現させるべく働きかけと準備をする。また、国民生活基本調査、所得再分配調査、全国消費実態調査、社会生活基本調査などの全国調査の個票データの目的外使用の申請を行い、既存調査データからも障害者の実態をどのように抽出することができるのか、また健常者と障害者の違いはどのようなところにあるのかの研究を更に進めたい。

なお、1 年目の調査結果についても、報告書においてはまとめきれなかった、障害者の居る世帯の状況と障害種別との関係については、さらに分析をすすめ、本研究の研究者グループとして平成 18 年秋の日本社会福祉学会において、研究成

果の発表を計画している。

障害者施策の国際的動向のサーベイについては、これまで情報が不足していた障害者政策に関する先進諸国の情報の整備を一定水準で行うことができたので、この情報を報告書へのとりまとめを通じて一般研究者及び行政関係者、当事者団体に広めて行きたいと望んでいる。なお、OECD の社会支出などの障害支出規模の比較などとも連動させて、各国の障害者施策をより実態に即して理解をすすめていけるようにしたい。国際比較から解明されたことの一つに、障害者施策は社会福祉・社会サービスのみならず、所得保障や雇用政策及び権利擁護・差別禁止などの広範な社会政策において比較されるべき総合的な側面をもっている。この点を強調しながら、平面的な障害者施策の国際比較にとどまらず、所得保障や雇用政策など、立体的で横断的な社会政策の視点を研究に加味していきたい。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表

当該年度該当無し

2. 学会発表

当該年度該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当無し

2. 実用新案登録

該当無し

3. その他

無し

平成 17 年度 研究活動報告

<研究会>

第 1 回

日 時：平成 17 年 7 月 29 日（金） 17:00～19:00

場 所：国立社会保障・人口問題研究所 第 4 会議室

タイトル：『障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究』

I 研究の趣旨と研究体制

II 「障害者生活実態調査」について

III その他

講 義：「障害（碍）者の生活保障実態調査 2003 年」の概要と今回調査への示唆

土屋 葉先生（日本学術振興会 特別研究員）

第 2 回

日 時：平成 17 年 11 月 25 日（金） 10:00～12:00

場 所：国立社会保障・人口問題研究所 第 4 会議室

タイトル：「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」

講 義：『諸外国の法律や実態調査における障害の定義：知的障害に焦点を当てつつ』

佐藤久夫先生（日本社会事業大学 教授）

<実地調査>

東京都稲城市において、「第 1 回 障害者生活実態調査」実施

平成 17 年 11 月～12 月（準備期間を含む）

Ⅱ．分担研究報告

第 1 回 障害者生活実態調査の概要

勝又幸子

1. 調査の目的と沿革

本調査の目的は、障害者の生活実態を家計面と生活時間面から把握することである。現在、障害者全体の生活実態を把握するために実施されている公的な調査はない。しかし、2007 年 4 月には全国の市町村において障害者計画策定が義務づけられ、今後自治体は独自の計画に基づいて障害者施策を進めて行くことになった。地域に暮らす障害を持った住民の実情を正確に把握することの重要性は、年々増している。得られたデータはこれからの障害者施策を検討するための基礎資料として広く使用され、障害者福祉の向上に役立てることを目標に整備公表される。

調査対象としたのは、グループ A として東京都稲城市（市の概要については後述）在住の 18 歳以上 65 歳未満の住民で、身体障害者手帳・愛の手帳・精神保健手帳を所持しているか、又は難病で公費負担医療費を受給しているか、地域の生活自立支援センターや授産施設に通所している者を対象とした。したがって、稲城市内の病院や施設及びグループホームに入所している者も対象とした。なお、住民票が市内にあったとしても、市外の施設等に入所している場合は除いた。

グループ B としては、特定非営利団体 DPI 日本会議の紹介を受け、東京都内及び近郊の身体障害者団体の加入者及び自立支援センターの利用者を対象にした。

年齢を 18 歳以上 65 歳未満としたのは、18 歳未満の障害者には児童福祉や教育が担うサービスや支援があり、65 歳以上の障害者には介護保険によるサービスや支援があることを踏まえて、本研究の関心事「障害者の自立支援」を考える上で、児童でも高齢者でも無い障害をもつ生産年齢人口層をとらえるためである。

2. 調査の手続きと調査票の回収状況

本調査は、勝又幸子（国立社会保障・人口問題研究所企画部第 3 室長）を主任研究者とする「障害者生活実態調査研究会」が調査票の設計及び手続き並びに回収・分析を行った。

グループ A については稲城市役所の許可と協力を得て行った。稲城市個人情報保護法に抵触しないことを文書で確認し、情報の管理責任は主任研究者が単独で担った。市の管理する住民リスト（障害者手帳所持者・愛の手帳所持者・難病による医療補助受給者）を、障害福祉部において担当者の監督のもと閲覧し、居住地のばらつきを配慮し、同一世帯で 2 名の対象者が抽出されることのないように配慮してランダムに抽出した。調査協力者数 200 名（内、身体 50% 知的 20% 精神 10% その他 20%）を目標として、合計 2 回のランダム抽出で 361 サンプルを抽出し調査協力依頼の手紙を郵送した。また、精神障害者については、市からの情報が入手できなかったため、地域の社会福祉協議会や共同作業所を通じて紹介いただいた、対象者に趣旨説明を行い承諾を得る方法が採られ、合計 19 名の精神障

害者の協力を得ることができた。最終的にグループAについては、94 サンプルを回収することができた。表 1 の通り、実際に調査に協力していただいた当事者は当初予定した 200 サンプルの半分にも満たなかった。2 回の郵送による依頼と機関を通じた精神障害者への協力を合わせると 381 人の対象者への働きかけのうち結果的に 94 の協力が得られたことになり、有効回収率は 24.7%にとどまる低さだった。しかし、稲城市全体の各手帳所持者の該当年齢階層（18 歳以上 65 歳未満）にしめる調査協力者の割合は、身体障害者で 9.2%、知的障害者で 9.0%、精神障害者で 7.0%となっており、各障害の傾向を把握することは可能だったと考える。

表 1 稲城市サンプルの位置づけ

| | 身体障害者手帳 | 愛の手帳 | 内重複者 | 精神保健手帳 | 手帳無し | 合計 |
|------|---------|-------|------|--------|------|-------|
| A割合 | 63.8% | 19.1% | | 14.9% | 4.3% | 100% |
| A | 60 | 18 | 2 | 14 | 4 | 94 |
| 全体 | 650 | 199 | | 199 | 306 | 1,354 |
| A／全体 | 9.2% | 9.0% | | 7.0% | 1.3% | 6.9% |

(注) AとはグループAを表す。全体は各手帳所持者の内 18 歳以上 65 歳未満の数であり、「手帳無し」とは難病リストの登録数を表す。

グループBについては、特定非営利団体 DPI 日本会議の紹介を受け、東京都内及び近郊の身体障害者団体の加入者及び自立支援センターの利用者を対象にした。合計 67 名に調査依頼を郵送し、33 名から協力が得られた。協力していただいた 33 名全員が身体障害者手帳を所持していた。郵送数から見たグループBの有効回収率は 49.3%だった。(但し、年齢情報が無かったため、郵送した人の内該当年齢階層の人が何人いたかは不明。)

調査方法はグループAについては、訪問調査で一部調査票を留め置き、2 度目の訪問で回収したが、グループBについては、調査期間の制約から、郵送による回収とした。

本調査票では、所得や仕事に関する設問が含まれており、その上障害者当事者のみならず家族についても聞いており、個人情報漏洩に神経質となっている現代人にとっては、協力するにはハードルの高い調査であったことは否めない。特に、知的障害者に対しては、設問にルビを振るなどの配慮をしたが、実際に回答するには家族の協力が不可欠であり、調査の説明と協力依頼は各保護者に対しても実施した。グループAについては、調査依頼をはじめに郵送したときは、稲城市の公用封筒の提供を受け、調査票のサンプルを入れるなどの工夫をして、調査への協力を求めた。また、期間内に返信の葉書が届かなかった対象者については、返事の督促を行い、締めきりを最大限まで延長することで、ひとりでも

多くの調査協力者が得られるよう工夫した。

グループBにおいては、パソコンによる入力で回答を寄せてもらう方法も採用し、電話による回答を主任研究者が回答用紙に記入したケースもあった。

プライバシー保護については、次のような方法で配慮した。①調査依頼において、「よくある質問」を追加し、個人情報保護との関係について言及した。②調査員の採用に際しては個人情報保護の遵守を誓約書の提出をもって確認した。③調査票を番号により管理し、個人が特定できないようにした。④個人情報の管理は主任研究官が単独で行った。

3. 調査票の構成と工夫

将来の比較のために、既存の社会調査の調査票からヒントを得たデザインを採用した。基礎調査票1は国民生活基礎調査（平成6年度）の世帯票他、基礎調査票2は家計調査や全国消費実態調査、基礎調査票3は所得再分配調査、基礎調査票4は社会生活基本調査、それぞれ設問に共通点をもたせるように配慮して設計した。

＜以下太字部分は、調査票に記載された調査に関する説明より抜粋＞

本調査は次の4つの部にわかれています。

- ① 基礎調査票1（ご本人の属性や障害の種類と程度や、ご家族のことについてお尋ねしています。）……青
- ② 基礎調査票2（ご本人とご家族の所得、課税状況や家計支出についてお尋ねしています。）……………緑
- ③ 基礎調査票3（ご本人の1ヶ月間の医療や介護サービスの受給状況についてお尋ねしています。）……ピンク
- ④ 基礎調査票4（ご本人の1日の生活時間についてお尋ねしています。）……………黄

回答いただくのは、調査の依頼を受けた「ご本人」です。ご家族や援助者の協力を得てご回答いただきますようお願いいたします。記入は自筆である必要はありません。

【基礎調査票1】については、「ご本人」と同居している方についても、お尋ねしています。この調査票は調査員が口頭で質問して記入します。同居していても、生計を共にしていない場合は同居とは考えません。血縁や婚姻関係の有無にかかわらず、生計を共にしている場合はご記入ください。施設やグループホームなどに入居している場合は、夫婦単位で入居している場合以外は、「同居者無し」と考えます。

【基礎調査票2】については、基礎調査票1で答えた世帯員全員の去年（平成16年1月～12月）の、所得、課税状況、についてきています。前年度の源泉徴収票や納税証明書、

貯金通帳などをご用意の上、なるべく正確なところをお答えください。また、支出については今年の10月1ヶ月間のことを思い出してお答えください。

【基礎調査票3】は、11月21日～12月20日までの1ヶ月間の通院や入院、介助サービスをうけた実態を調べます。お手数ですが、毎日の様子を記録してください。

【基礎調査票4】は、指定された日について、1日の行動を記録していただきます。指定日は11月21日～12月20日の間の月曜日から金曜日の1日と土曜日又は日曜日の1日の合計2日間です。それぞれが記入した日付を調査票の右上に書き込んでいただきます。

【基礎調査票2、3、4】は、12月21日（水）～24日（土）に回収にまいりますので、お宅に訪問した担当調査員にお渡しください。なお、記入方法にご質問がある場合は、調査員におききいただき、第2回の訪問時にご記入いただいても結構です。

各調査票はわかりやすく色分けした。また、視覚障害者の為に、点字による調査票の作成および弱視者に対しては、拡大した調査票の送付を行った。調査員に対しては、回収時に各調査票に記入もれがないか注意して回収するように指導し、もし回答できていないところがあったら、調査協力者に協力して回答の記入への支援をするように徹底した。

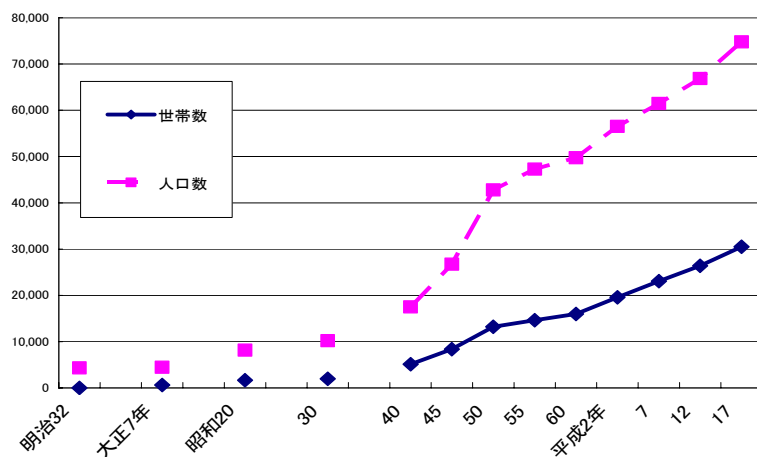
（注）実際に使用した調査票については縮小した見本を本報告書の最後に掲載しているので参照のこと。

【稲城市の概要】

東京都心の新宿から西南に約 25 k m、南多摩地区の東端に位置し、面積は 17.97 k m²（東西、南北とも約 5.3 k m）で、近年大規模に開発されたベッドタウンの地域（青葉台等）と、以前から近郊農業を営む住人の暮らす地域（矢野口、東長沼等）とに分かれている。なお、高度経済成長期に建設された、大規模団地（平尾団地）があり、以前から居住する住民職業や世帯構造も多様である。市内には 5 つのゴルフ場があり、市面積の 11.6%を占めている。（稲城市ホームページより）

市の財政状況は都下では上位を占め、普通会計における財政の弾力性を示す経常収支比率は 84.4%（都内 26 市中 2 位）となっている。福祉支出の規模をみると、平成 16 年度の一般会計歳出中「民生費」は 72 億 7,579 万円で、全歳出の約 27.5%を占めていた。（広報いなぎ 17.12.1 より）

図 稲城市の人口数と世帯数の推移（明治32年～平成17年）



資料：稲城市生活環境部市民課（住民基本台帳・昭和20年以前は稲城町誌）より作成

【稲城市の位置】

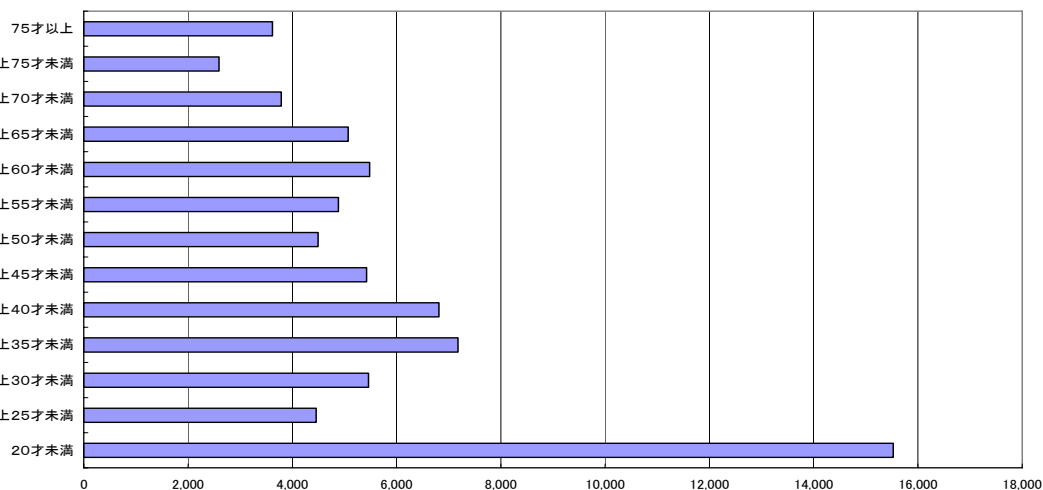


（稲城市公式ホームページより）

【稲城市の人口年齢階層分布と障害者の人口年齢階層分布】

図1 稲城市全人口 年齢階層別分布

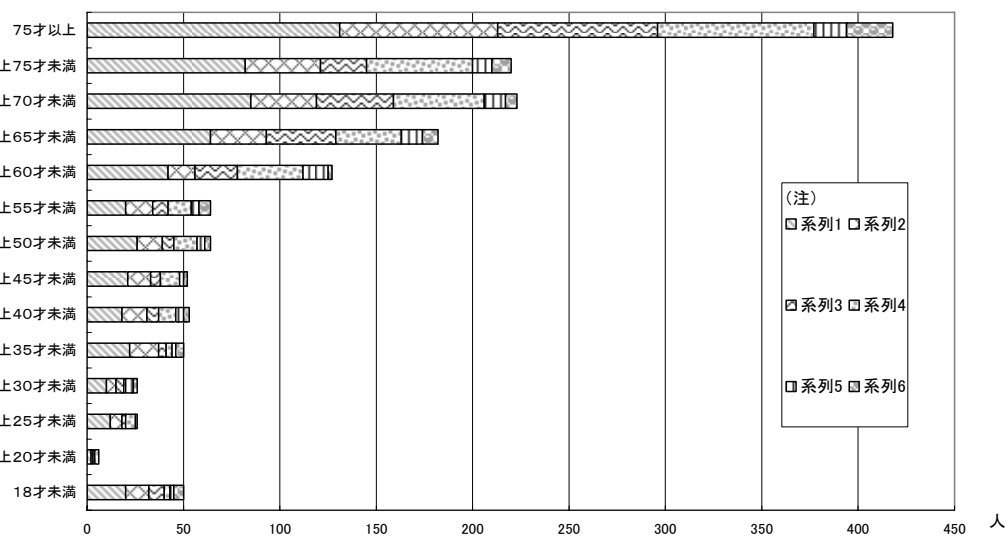
図1 稲城市全人口 年齢階層別分布（平成17年1月1日現在）



資料：稲城市生活環境部市民課（住民基本台帳）

図2 稲城市身体障害者手帳所持者 年齢階層別 等級別分布

図2 身体障害者手帳保持者 年齢階層別等級別



（注）系列1＝1級 系列2＝2級のように、等級が低い程重度である。

資料：稲城市障害福祉部 平成17年12月1日現在

図3 稲城市 愛の手帳所持者（知的障害者）年齢階層別 等級別分布

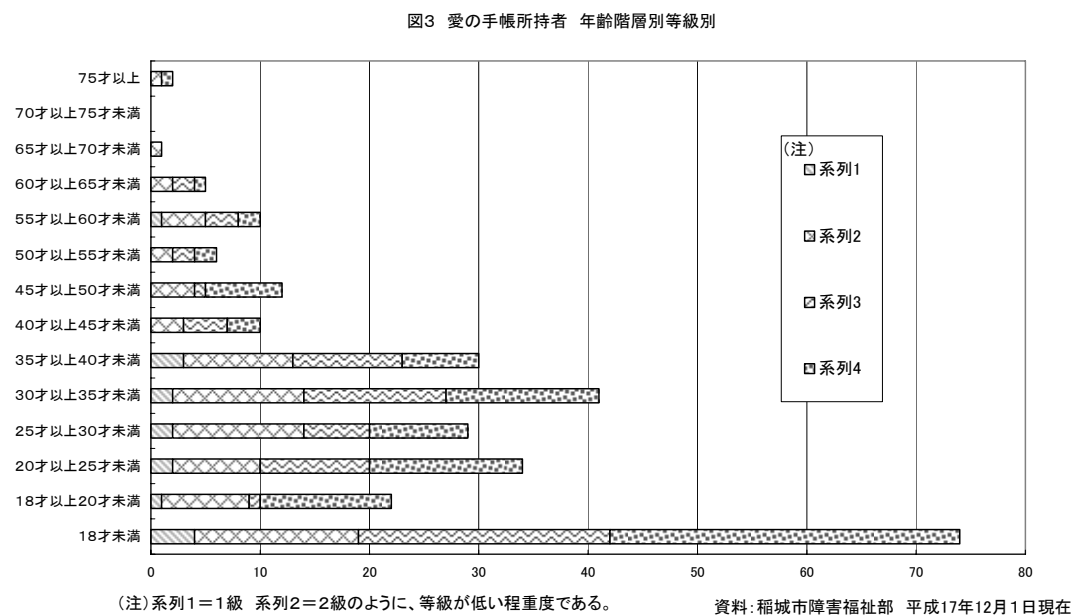


図4 稲城市 精神保健手帳所持者 年齢階層別 等級別分布

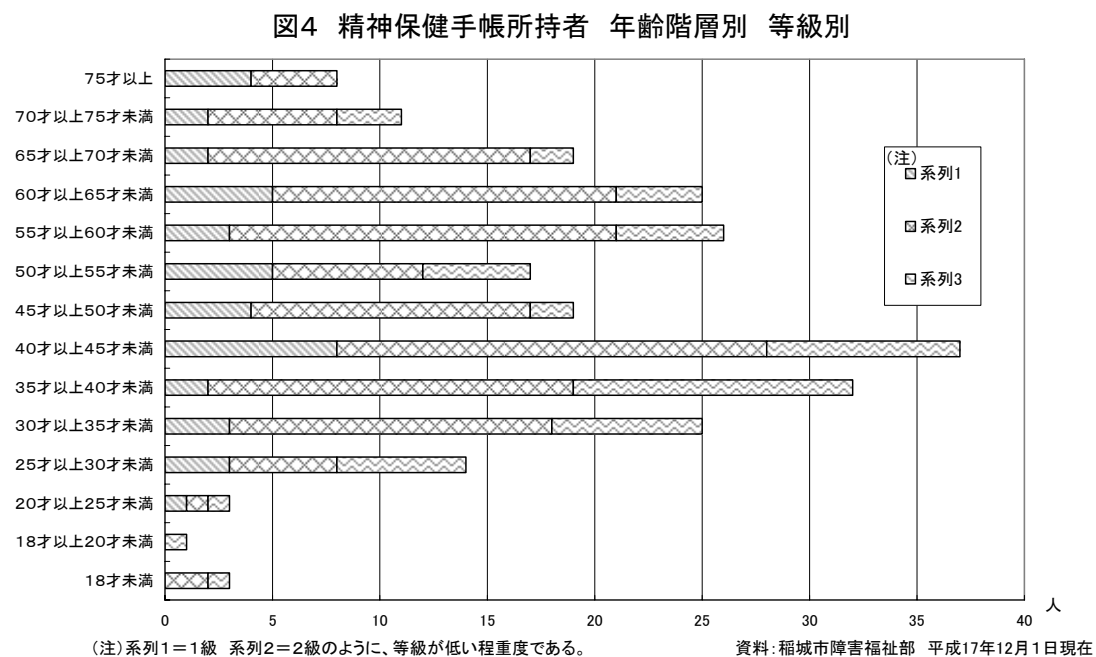
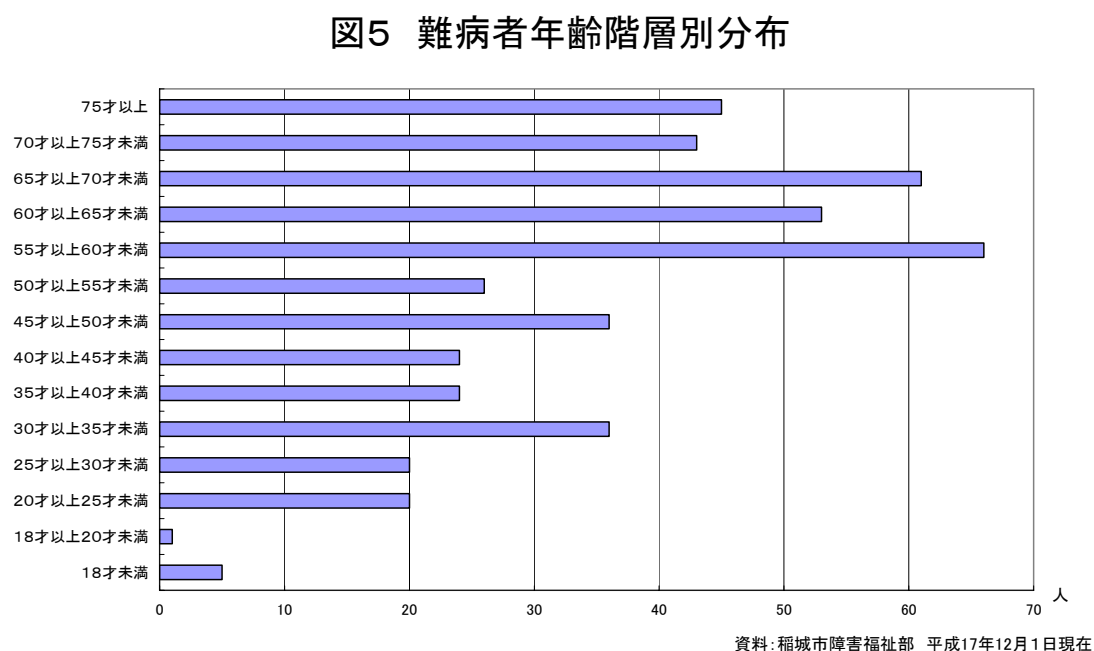


図5 稲城市 難病認定者 年齢階層別分布



稲城市全体の人口構造は図1でみるように未成年層の多さに代表される。全人口の21%が未成年層に属する。また、その親の世代である30～35歳が10%と多くなっているのも特徴である。一方、障害者の年齢階層別分布をみると、全体の人口の特徴を反映しているのは、図3愛の手帳所持者（知的障害者）数と図4精神保健手帳所持者の数にそれぞれ未成年と30台前半年齢が多い特徴があるだけで、後は全体の人口構造が影響してはいない。

身体障害者には高齢者層が多く含まれるという全国的な傾向は稲城市でも見いだせる。図2で65歳以上の身体障害者手帳所持者が全体に占める割合は55%になっている。すなわち、年齢を65歳未満と限定した場合としない場合とでは、調査対象者に違いがあるということである。多くの高齢者が調査対象に含まれた場合、障害の原因が加齢による罹患なのか、それとも年齢とは関係のない長期間にわたる障害なのかの判断が難しくなる。また、介護保険給付が受給できる年齢であれば、支援費とは異なった給付枠組みの中にいることになる。年齢で65歳未満とすることは、障害者の自立支援策を考える上で重要な視点だと考える。

難病認定者については、「障害者」を手帳認定だけの狭い範囲で捉えることへの疑問から、今回の調査で難病認定者を対象に加えたが、実際に調査の依頼に協力した人は極めて少ない。症状が重く入院していたり、調査への協力が不可能であったりした場合もあるだろうが、中には「自分は障害者ではない」と、本調査のタイトルを見て憤慨して抗議してきた人もいた。障害認定に伴うスティグマと障害認定を前提とした公的給付制度への依存という、相反する反応があることを覚えておかなければならない。

第1回障害者生活実態調査 単純集計表

目 次

| | |
|-----------------------------------|----|
| 表1 世帯員数..... | 25 |
| 表1-1 グループA(稲城)の世帯員数 | |
| 表1-2 グループB(その他)の世帯員数 | |
| 表2 障害者本人(以下本人とする)の年齢階層別 性別..... | 26 |
| 表2-1 グループA(稲城)の年齢階層別 性別 | |
| 表2-2 グループB(その他)の年齢階層別 性別 | |
| 表3 本人の年齢階層別 配偶者の有無 及び別居の子の有無..... | 28 |
| 表3-1 グループA(稲城):配偶者の有無 | |
| 表3-2 グループB(その他):配偶者の有無 | |
| 表3-3 グループA(稲城):別居の子の有無 | |
| 表3-4 グループB(その他):別居の子の有無 | |
| 表4 世帯類型別 同居世帯員内訳 | 32 |
| 表4-1 グループA(稲城)【2人世帯】 | |
| 表4-2 グループA(稲城)【3人世帯】 | |
| 表4-3 グループA(稲城)【4人世帯】 | |
| 表4-4 グループA(稲城)【5人世帯】 | |
| 表4-6 グループB(その他)【2人世帯】 | |
| 表4-7 グループB(その他)【3人世帯】 | |
| 表4-8 グループB(その他)【4人世帯】 | |
| 表5 障害種別の年齢階層別 性別 | 34 |
| 表5-1 グループA(稲城)【身体障害者】の年齢階層別 性別 | |
| 表5-2 グループA(稲城)【知的障害者】の年齢階層別 性別 | |
| 表5-3 グループA(稲城)【精神障害者】の年齢階層別 性別 | |
| 表5-4 グループA(稲城)【重複障害者】の年齢階層別 性別 | |
| 表5-5 グループA(稲城)【非手帳保持者】の年齢階層別 性別 | |
| 表5-6 グループA(その他)【身体障害者】の年齢階層別 性別 | |
| 表5-7 グループA(その他)【不詳】の年齢階層別 性別 | |
| 表6 障害種別の所得階層別グループ(本人、世帯) | 39 |
| 表6-1 グループA(稲城)【身体障害者】本人所得 | |
| 表6-2 グループA(稲城)【身体障害者】世帯所得 | |
| 表6-3 グループA(稲城)【知的障害者】本人所得 | |
| 表6-4 グループA(稲城)【知的障害者】世帯所得 | |

| | | | | |
|-------|---------------------|----------|----------|----|
| 表6-5 | グループA(稲城) | 【精神障害者】 | 本人所得 | |
| 表6-6 | グループA(稲城) | 【精神障害者】 | 世帯所得 | |
| 表6-7 | グループA(稲城) | 【重複障害者】 | 本人所得 | |
| 表6-8 | グループA(稲城) | 【重複障害者】 | 世帯所得 | |
| 表6-9 | グループA(稲城) | 【非手帳保持者】 | 本人所得 | |
| 表6-10 | グループA(稲城) | 【非手帳保持者】 | 世帯所得 | |
| 表6-11 | グループB(その他) | 【身体障害者】 | 本人所得 | |
| 表6-12 | グループB(その他) | 【身体障害者】 | 世帯所得 | |
| 表6-13 | グループB(その他) | 【不詳】 | 本人所得 | |
| 表6-14 | グループB(その他) | 【不詳】 | 世帯所得 | |
| 表7 | 障害種別の医療の受給状況..... | | | 44 |
| 表7-1 | グループA(稲城) | 【身体障害者】 | 医療の受給状況 | |
| 表7-2 | グループA(稲城) | 【知的障害者】 | 医療の受給状況 | |
| 表7-3 | グループA(稲城) | 【精神障害者】 | 医療の受給状況 | |
| 表7-4 | グループA(稲城) | 【重複障害者】 | 医療の受給状況 | |
| 表7-5 | グループA(稲城) | 【非手帳保持者】 | 医療の受給状況 | |
| 表7-6 | グループB(その他) | 【身体障害者】 | 医療の受給状況 | |
| 表8 | 障害種別の支援費の給付状況 | | | 45 |
| 表8-1 | グループA(稲城) | 【身体障害者】 | 支援費の給付状況 | |
| 表8-2 | グループA(稲城) | 【知的障害者】 | 支援費の給付状況 | |
| 表8-3 | グループA(稲城) | 【精神障害者】 | 支援費の給付状況 | |
| 表8-4 | グループA(稲城) | 【重複障害者】 | 支援費の給付状況 | |
| 表8-5 | グループA(稲城) | 【非手帳保持者】 | 支援費の給付状況 | |
| 表8-6 | グループB(その他) | 【身体障害者】 | 支援費の給付状況 | |

第1回 障害者生活実態調査 平成17年

単純集計表

表1 世帯員数

表1-1 グループA(稲城)の世帯員数

統計量(a)

世帯類型別

| | | |
|----|-----|----|
| 度数 | 有効 | 94 |
| | 欠損値 | 0 |

世帯類型別(a)

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|---------|----|-------|---------|---------|
| 有効 単独世帯 | 28 | 29.8 | 29.8 | 29.8 |
| 2人世帯 | 25 | 26.6 | 26.6 | 56.4 |
| 3人世帯 | 22 | 23.4 | 23.4 | 79.8 |
| 4人世帯 | 13 | 13.8 | 13.8 | 93.6 |
| 5人世帯 | 6 | 6.4 | 6.4 | 100.0 |
| 合計 | 94 | 100.0 | 100.0 | |

表1-2 グループB(その他)の世帯員数

統計量(a)

世帯類型別

| | | |
|----|-----|----|
| 度数 | 有効 | 35 |
| | 欠損値 | 0 |

世帯類型別(a)

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|---------|----|-------|---------|---------|
| 有効 単独世帯 | 19 | 54.3 | 54.3 | 54.3 |
| 2人世帯 | 7 | 20.0 | 20.0 | 74.3 |
| 3人世帯 | 5 | 14.3 | 14.3 | 88.6 |
| 4人世帯 | 4 | 11.4 | 11.4 | 100.0 |
| 合計 | 35 | 100.0 | 100.0 | |

a 整理ナンバーグループ = グループB (その他)

表2 障害者本人（以下本人とする）の年齢階層別 性別

表2-1 グループA(稲城)の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:性別 | 94 | 100.0% | 0 | .0% | 94 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城)

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:性別のクロス表^a

| | 同居世帯員A:性別 | | | 合計 |
|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | 男 | 女 | 不詳 | |
| 18歳以上20歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 20歳以上25歳未満 | 2 40.0% | 2 40.0% | 1 20.0% | 5 100.0% |
| 25歳以上30歳未満 | 3 75.0% | 1 25.0% | 0 .0% | 4 100.0% |
| 30歳以上35歳未満 | 10 66.7% | 5 33.3% | 0 .0% | 15 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 3 37.5% | 5 62.5% | 0 .0% | 8 100.0% |
| 40歳以上45歳未満 | 10 66.7% | 5 33.3% | 0 .0% | 15 100.0% |
| 45歳以上50歳未満 | 5 55.6% | 4 44.4% | 0 .0% | 9 100.0% |
| 50歳以上55歳未満 | 9 69.2% | 4 30.8% | 0 .0% | 13 100.0% |
| 55歳以上60歳未満 | 5 41.7% | 7 58.3% | 0 .0% | 12 100.0% |
| 60歳以上65歳未満 | 5 41.7% | 7 58.3% | 0 .0% | 12 100.0% |
| 合計 | 53 56.4% | 40 42.6% | 1 1.1% | 94 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城)

表2-2 グループB(その他)の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:性別 | 35 | 100.0% | 0 | .0% | 35 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他)

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:性別 のクロス表^a

| | 同居世帯員A:性別 | | 合計 |
|------------|-------------|-------------|--------------|
| | 男 | 女 | |
| 20歳以上25歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 25歳以上30歳未満 | 1 33.3% | 2 66.7% | 3 100.0% |
| 30歳以上35歳未満 | 2 100.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 5 100.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| 40歳以上45歳未満 | 6 66.7% | 3 33.3% | 9 100.0% |
| 45歳以上50歳未満 | 5 100.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| 50歳以上55歳未満 | 3 100.0% | 0 .0% | 3 100.0% |
| 55歳以上60歳未満 | 4 80.0% | 1 20.0% | 5 100.0% |
| 60歳以上65歳未満 | 2 100.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| 合計 | 28 80.0% | 7 20.0% | 35 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他)

表3 本人の年齢階層別 配偶者の有無 及び別居の子の有無

表3-1 グループA(稲城):配偶者の有無

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:配偶者の有無 | 94 | 100.0% | 0 | .0% | 94 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城)

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:配偶者の有無のクロス表^a

| | | 同居世帯員A:配偶者の有無 | | | | | 合計 |
|-----------------|------------|---------------|-------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| | | 配偶者あり | 未婚 | 死別 | 離別 | 不詳 | |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ | 18歳以上20歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| | 20歳以上25歳未満 | 1 20.0% | 3 60.0% | 0 .0% | 1 20.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| | 25歳以上30歳未満 | 0 .0% | 4 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 4 100.0% |
| | 30歳以上35歳未満 | 4 26.7% | 10 66.7% | 0 .0% | 0 .0% | 1 6.7% | 15 100.0% |
| | 35歳以上40歳未満 | 2 25.0% | 6 75.0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 8 100.0% |
| | 40歳以上45歳未満 | 2 13.3% | 13 86.7% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 15 100.0% |
| | 45歳以上50歳未満 | 5 55.6% | 2 22.2% | 0 .0% | 2 22.2% | 0 .0% | 9 100.0% |
| | 50歳以上55歳未満 | 6 46.2% | 4 30.8% | 0 .0% | 2 15.4% | 1 7.7% | 13 100.0% |
| | 55歳以上60歳未満 | 7 58.3% | 3 25.0% | 1 8.3% | 1 8.3% | 0 .0% | 12 100.0% |
| | 60歳以上65歳未満 | 11 91.7% | 0 .0% | 1 8.3% | 0 .0% | 0 .0% | 12 100.0% |
| | 合計 | 38 40.4% | 46 48.9% | 2 2.1% | 6 6.4% | 2 2.1% | 94 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城)

表3-2 グループB(その他):配偶者の有無

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:配偶者の有無 | 35 | 100.0% | 0 | .0% | 35 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他)

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:配偶者の有無のクロス表^a

| | | 同居世帯員A:配偶者の有無 | | | | 合計 |
|-----------------|------------|---------------|-------------|------------|------------|--------------|
| | | 配偶者あり | 未婚 | 死別 | 離別 | |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ | 20歳以上25歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| | 25歳以上30歳未満 | 0 .0% | 3 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 3 100.0% |
| | 30歳以上35歳未満 | 0 .0% | 2 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| | 35歳以上40歳未満 | 1 20.0% | 4 80.0% | 0 .0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| | 40歳以上45歳未満 | 2 22.2% | 6 66.7% | 0 .0% | 1 11.1% | 9 100.0% |
| | 45歳以上50歳未満 | 0 .0% | 5 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| | 50歳以上55歳未満 | 1 33.3% | 1 33.3% | 0 .0% | 1 33.3% | 3 100.0% |
| | 55歳以上60歳未満 | 2 40.0% | 3 60.0% | 0 .0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| | 60歳以上65歳未満 | 1 50.0% | 0 .0% | 1 50.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| | 合計 | 7 20.0% | 25 71.4% | 1 2.9% | 2 5.7% | 35 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他)

表3-3 グループA(稲城):別居の子の有無

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|--------------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:別居の子の有無 | 94 | 100.0% | 0 | .0% | 94 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城)

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:別居の子の有無のクロス表^a

| | | 同居世帯員A:別居の子の有無 | | | 合計 |
|-----------------|------------|----------------|-------------|------------|--------------|
| | | あり | なし | 不詳 | |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ | 18歳以上20歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| | 20歳以上25歳未満 | 0 .0% | 4 80.0% | 1 20.0% | 5 100.0% |
| | 25歳以上30歳未満 | 0 .0% | 3 75.0% | 1 25.0% | 4 100.0% |
| | 30歳以上35歳未満 | 1 6.7% | 14 93.3% | 0 .0% | 15 100.0% |
| | 35歳以上40歳未満 | 0 .0% | 8 100.0% | 0 .0% | 8 100.0% |
| | 40歳以上45歳未満 | 1 6.7% | 14 93.3% | 0 .0% | 15 100.0% |
| | 45歳以上50歳未満 | 4 44.4% | 5 55.6% | 0 .0% | 9 100.0% |
| | 50歳以上55歳未満 | 4 30.8% | 9 69.2% | 0 .0% | 13 100.0% |
| | 55歳以上60歳未満 | 7 58.3% | 5 41.7% | 0 .0% | 12 100.0% |
| | 60歳以上65歳未満 | 7 58.3% | 5 41.7% | 0 .0% | 12 100.0% |
| | 合計 | 24 25.5% | 68 72.3% | 2 2.1% | 94 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城)

表3-4 グループB(その他):別居の子の有無

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|--------------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:別居の子の有無 | 35 | 100.0% | 0 | .0% | 35 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他)

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:別居の子の有無のクロス表^a

| | | 同居世帯員A:別居の子の有無 | | | 合計 |
|-----------------|------------|----------------|-------------|------------|--------------|
| | | あり | なし | 不詳 | |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ | 20歳以上25歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| | 25歳以上30歳未満 | 0 .0% | 2 66.7% | 1 33.3% | 3 100.0% |
| | 30歳以上35歳未満 | 0 .0% | 2 100.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| | 35歳以上40歳未満 | 0 .0% | 5 100.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| | 40歳以上45歳未満 | 1 11.1% | 8 88.9% | 0 .0% | 9 100.0% |
| | 45歳以上50歳未満 | 0 .0% | 5 100.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| | 50歳以上55歳未満 | 1 33.3% | 2 66.7% | 0 .0% | 3 100.0% |
| | 55歳以上60歳未満 | 0 .0% | 5 100.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| | 60歳以上65歳未満 | 1 50.0% | 1 50.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| | 合計 | 3 8.6% | 31 88.6% | 1 2.9% | 35 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他)

表4 世帯類型別 同居世帯員内訳

(配偶者 子 子の配偶者 孫 孫の配偶者 父母 配偶者の父母 祖父母 兄弟姉妹 その他の親族
その他)

表4-1 グループA(稲城)【2人世帯】

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|--------|----|-------|---------|---------|
| 有効 配偶者 | 15 | 60.0 | 60.0 | 60.0 |
| 子 | 1 | 4.0 | 4.0 | 64.0 |
| 父母 | 7 | 28.0 | 28.0 | 92.0 |
| 兄弟姉妹 | 2 | 8.0 | 8.0 | 100.0 |
| 合計 | 25 | 100.0 | 100.0 | |

表4-2 グループA(稲城)【3人世帯】

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|--------|----|-------|---------|---------|
| 有効 配偶者 | 10 | 22.7% | 22.7% | 22.7% |
| 子 | 10 | 22.7% | 22.7% | 45.5% |
| 父母 | 22 | 50.0% | 50.0% | 95.5% |
| その他の親族 | 2 | 4.5% | 4.5% | 100 |
| 合計 | 44 | 100 | 100 | |

表4-3 グループA(稲城)【4人世帯】

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|--------|----|-------|---------|---------|
| 有効 配偶者 | 7 | 15.9% | 15.9% | 15.9% |
| 子 | 13 | 29.5% | 29.5% | 45.5% |
| 父母 | 18 | 40.9% | 40.9% | 86.4% |
| その他の親族 | 6 | 13.6% | 13.6% | 100 |
| 合計 | 44 | 100 | 100 | |

表4-4 グループA(稲城)【5人世帯】

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|--------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 配偶者 | 6 | 31.6% | 31.6% | 31.6% |
| | 子 | 8 | 42.1% | 42.1% | 73.7% |
| | 子の配偶者 | 1 | 5.3% | 5.3% | 78.9% |
| | 孫 | 2 | 10.5% | 10.5% | 89.5% |
| | 父母 | 1 | 5.3% | 5.3% | 94.7% |
| | 配偶者の父母 | 1 | 5.3% | 5.3% | 100.0% |
| | 合計 | 19 | 100 | 100 | |

表4-6 グループB(その他)【2人世帯】

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|-----|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 配偶者 | 4 | 57.1 | 57.1 | 57.1 |
| | 父母 | 3 | 42.9 | 42.9 | 100.0 |
| | 合計 | 7 | 100.0 | 100.0 | |

表4-7 グループB(その他)【3人世帯】

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|-----|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 配偶者 | 1 | 10.0% | 10.0% | 10.0% |
| | 父母 | 9 | 90.0% | 90.0% | 100.0% |
| | 合計 | 10 | 100 | 100 | |

表4-8 グループB(その他)【4人世帯】

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 配偶者 | 1 | 8.3% | 8.3% | 8.3% |
| | 子 | 2 | 16.7% | 16.7% | 25.0% |
| | 父母 | 4 | 33.3% | 33.3% | 58.3% |
| | 兄弟姉妹 | 2 | 16.7% | 16.7% | 75.0% |
| | その他 | 3 | 25.0% | 25.0% | 100.0% |
| | 合計 | 12 | 100 | 100 | |

表 5 障害種別の年齢階層別 性別

表5-1 グループA(稲城)【身体障害者】の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:性別 | 16 | 100.0% | 0 | .0% | 16 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:障害種別 = 知的障害者

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:性別のクロス表^a

| | 同居世帯員A:性別 | | | 合計 |
|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | 男 | 女 | 不詳 | |
| 20歳以上25歳未満 | 2 50.0% | 1 25.0% | 1 25.0% | 4 100.0% |
| 25歳以上30歳未満 | 1 50.0% | 1 50.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| 30歳以上35歳未満 | 3 75.0% | 1 25.0% | 0 .0% | 4 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 0 .0% | 2 100.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| 40歳以上45歳未満 | 3 42.9% | 4 57.1% | 0 .0% | 7 100.0% |
| 45歳以上50歳未満 | 4 50.0% | 4 50.0% | 0 .0% | 8 100.0% |
| 50歳以上55歳未満 | 6 75.0% | 2 25.0% | 0 .0% | 8 100.0% |
| 55歳以上60歳未満 | 4 40.0% | 6 60.0% | 0 .0% | 10 100.0% |
| 60歳以上65歳未満 | 5 41.7% | 7 58.3% | 0 .0% | 12 100.0% |
| 合計 | 28 49.1% | 28 49.1% | 1 1.8% | 57 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:障害種別 = 身体障害者

表5-2 グループA(稲城)【知的障害者】の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:性別 | 16 | 100.0% | 0 | .0% | 16 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:障害種別 = 知的障害者

同居世帯員A:年齢階層グループと同居世帯員A:性別のクロス表^a

| | 同居世帯員A:性別 | | 合計 |
|------------|-------------|-------------|--------------|
| | 男 | 女 | |
| 18歳以上20歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 30歳以上35歳未満 | 6 85.7% | 1 14.3% | 7 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 1 33.3% | 2 66.7% | 3 100.0% |
| 40歳以上45歳未満 | 3 75.0% | 1 25.0% | 4 100.0% |
| 55歳以上60歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 合計 | 11 68.8% | 5 31.3% | 16 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:障害種別 = 知的障害者

表5-3 グループA(稲城)【精神障害者】の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:性別 | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:障害種別 = 精神障害者

同居世帯員A: 年齢階層グループ^aと同居世帯員A: 性別 のクロス表

| | 同居世帯員A: 性別 | | 合計 |
|------------|-------------|------------|--------------|
| | 男 | 女 | |
| 25歳以上30歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 30歳以上35歳未満 | 1 33.3% | 2 66.7% | 3 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 40歳以上45歳未満 | 4 100.0% | 0 .0% | 4 100.0% |
| 50歳以上55歳未満 | 2 50.0% | 2 50.0% | 4 100.0% |
| 55歳以上60歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 合計 | 10 71.4% | 4 28.6% | 14 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:
障害種別 = 精神障害者

表5-4 グループA(稲城) 【重複障害者】の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A: 年齢階層グループ * 同居世帯員A: 性別 | 3 | 100.0% | 0 | .0% | 3 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 重複障害者

同居世帯員A: 年齢階層グループ^aと同居世帯員A: 性別 のクロス表

| | 同居世帯員A: 性別 | | 合計 |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| | 男 | 女 | |
| 30歳以上35歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 45歳以上50歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 合計 | 1 33.3% | 2 66.7% | 3 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:
障害種別 = 重複障害者

表5-5 グループA(稲城)【非手帳保持者】の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:性別 | 4 | 100.0% | 0 | .0% | 4 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:障害種別 = 非手帳保持者

同居世帯員A:年齢階層グループ^aと同居世帯員A:性別のクロス表

| | 同居世帯員A:性別 | | 合計 |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| | 男 | 女 | |
| 20歳以上25歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 25歳以上30歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 50歳以上55歳未満 | 1 100.0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 合計 | 3 75.0% | 1 25.0% | 4 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A:障害種別 = 非手帳保持者

表5-6 グループA(その他)【身体障害者】の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|---------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A:年齢階層グループ*同居世帯員A:性別 | 34 | 100.0% | 0 | .0% | 34 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A:障害種別 = 身体障害者

同居世帯員A: 年齢階層グループと同居世帯員A: 性別 のクロス表^a

| | 同居世帯員A: 性別 | | 合計 |
|------------|-------------|-------------|--------------|
| | 男 | 女 | |
| 20歳以上25歳未満 | 0 .0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 25歳以上30歳未満 | 1 33.3% | 2 66.7% | 3 100.0% |
| 30歳以上35歳未満 | 2 100.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| 35歳以上40歳未満 | 5 100.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| 40歳以上45歳未満 | 6 66.7% | 3 33.3% | 9 100.0% |
| 45歳以上50歳未満 | 5 100.0% | 0 .0% | 5 100.0% |
| 50歳以上55歳未満 | 3 100.0% | 0 .0% | 3 100.0% |
| 55歳以上60歳未満 | 3 75.0% | 1 25.0% | 4 100.0% |
| 60歳以上65歳未満 | 2 100.0% | 0 .0% | 2 100.0% |
| 合計 | 27 79.4% | 7 20.6% | 34 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A: 障害種別 = 身体障害者

表5-7 グループA(その他) 【不詳】の年齢階層別 性別

処理したケースの要約^a

| | ケース | | | | | |
|-------------------------------|-----|--------|----|-------|----|--------|
| | 有効数 | | 欠損 | | 合計 | |
| | N | パーセント | N | パーセント | N | パーセント |
| 同居世帯員A: 年齢階層グループ * 同居世帯員A: 性別 | 1 | 100.0% | 0 | .0% | 1 | 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A: 障害種別 = 不詳

同居世帯員A: 年齢階層グループと同居世帯員A: 性別 のクロス表^a

| | 同居世帯員A: 性別 | 合計 |
|------------|-------------|-------------|
| | 男 | |
| 55歳以上60歳未満 | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 合計 | 1 100.0% | 1 100.0% |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A: 障害種別 = 不詳

表6 障害種別の所得階層別グループ（本人、世帯）

表6-1 グループA(稲城)【身体障害者】本人所得

同居世帯員A: 所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-----------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 14 | 24.6 | 24.6 | 24.6 |
| 50万円～100万円未満 | 5 | 8.8 | 8.8 | 33.3 |
| 100万円～150万円未満 | 8 | 14.0 | 14.0 | 47.4 |
| 150万円～200万円未満 | 5 | 8.8 | 8.8 | 56.1 |
| 200万円～250万円未満 | 3 | 5.3 | 5.3 | 61.4 |
| 250万円～300万円未満 | 7 | 12.3 | 12.3 | 73.7 |
| 300万円～350万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 77.2 |
| 350万円～400万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 80.7 |
| 400万円～450万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 82.5 |
| 450万円～500万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 86.0 |
| 550万円～600万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 89.5 |
| 650万円～700万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 91.2 |
| 700万円～750万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 93.0 |
| 750万円～800万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 94.7 |
| 800万円～850万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 96.5 |
| 900万円～950万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 98.2 |
| 1500万円～2000万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 100.0 |
| 合計 | 57 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 身体障害者

表6-2 グループA(稲城)【身体障害者】世帯所得

世帯所得: 所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-----------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 3.5 |
| 50万円～100万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 5.3 |
| 100万円～150万円未満 | 4 | 7.0 | 7.0 | 12.3 |
| 150万円～200万円未満 | 3 | 5.3 | 5.3 | 17.5 |
| 200万円～250万円未満 | 3 | 5.3 | 5.3 | 22.8 |
| 250万円～300万円未満 | 7 | 12.3 | 12.3 | 35.1 |
| 300万円～350万円未満 | 3 | 5.3 | 5.3 | 40.4 |
| 350万円～400万円未満 | 4 | 7.0 | 7.0 | 47.4 |
| 400万円～450万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 50.9 |
| 450万円～500万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 54.4 |
| 500万円～550万円未満 | 4 | 7.0 | 7.0 | 61.4 |
| 550万円～600万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 64.9 |
| 600万円～650万円未満 | 4 | 7.0 | 7.0 | 71.9 |
| 650万円～700万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 73.7 |
| 750万円～800万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 77.2 |
| 850万円～900万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 78.9 |
| 900万円～950万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 80.7 |
| 950万円～1000万円未満 | 4 | 7.0 | 7.0 | 87.7 |
| 1000万円～1100万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 91.2 |
| 1200万円～1500万円未満 | 4 | 7.0 | 7.0 | 98.2 |
| 1500万円～2000万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 100.0 |
| 合計 | 57 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 身体障害者

表6-3 グループA(稲城)【知的障害者】本人所得

同居世帯員A: 所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 3 | 18.8 | 18.8 | 18.8 |
| 50万円～100万円未満 | 8 | 50.0 | 50.0 | 68.8 |
| 100万円～150万円未満 | 3 | 18.8 | 18.8 | 87.5 |
| 150万円～200万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 93.8 |
| 200万円～250万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 100.0 |
| 合計 | 16 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 知的障害者

表6-4 グループA(稲城)【知的障害者】世帯所得

世帯所得: 所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 6.3 |
| 50万円～100万円未満 | 5 | 31.3 | 31.3 | 37.5 |
| 100万円～150万円未満 | 2 | 12.5 | 12.5 | 50.0 |
| 200万円～250万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 56.3 |
| 250万円～300万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 62.5 |
| 400万円～450万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 68.8 |
| 650万円～700万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 75.0 |
| 700万円～750万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 81.3 |
| 850万円～900万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 87.5 |
| 950万円～1000万円未満 | 1 | 6.3 | 6.3 | 93.8 |
| 2000万円以上 | 1 | 6.3 | 6.3 | 100.0 |
| 合計 | 16 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 知的障害者

表6-5 グループA(稲城)【精神障害者】本人所得

同居世帯員A: 所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 2 | 14.3 | 14.3 | 14.3 |
| 50万円～100万円未満 | 4 | 28.6 | 28.6 | 42.9 |
| 100万円～150万円未満 | 1 | 7.1 | 7.1 | 50.0 |
| 150万円～200万円未満 | 5 | 35.7 | 35.7 | 85.7 |
| 200万円～250万円未満 | 1 | 7.1 | 7.1 | 92.9 |
| 250万円～300万円未満 | 1 | 7.1 | 7.1 | 100.0 |
| 合計 | 14 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 精神障害者

表6-6 グループA(稲城)【精神障害者】世帯所得

世帯所得:所得階層グループ^a

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 50万円未満 | 1 | 7.1 | 7.1 | 7.1 |
| | 50万円～100万円未満 | 4 | 28.6 | 28.6 | 35.7 |
| | 100万円～150万円未満 | 1 | 7.1 | 7.1 | 42.9 |
| | 150万円～200万円未満 | 4 | 28.6 | 28.6 | 71.4 |
| | 200万円～250万円未満 | 1 | 7.1 | 7.1 | 78.6 |
| | 250万円～300万円未満 | 2 | 14.3 | 14.3 | 92.9 |
| | 750万円～800万円未満 | 1 | 7.1 | 7.1 | 100.0 |
| | 合計 | 14 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 精神障害者

表6-7 グループA(稲城)【重複障害者】本人所得

同居世帯員A: 所得階層グループ^a

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 50万円～100万円未満 | 1 | 33.3 | 33.3 | 33.3 |
| | 150万円～200万円未満 | 1 | 33.3 | 33.3 | 66.7 |
| | 200万円～250万円未満 | 1 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| | 合計 | 3 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 重複障害者

表6-8 グループA(稲城)【重複障害者】世帯所得

世帯所得: 所得階層グループ^a

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 300万円～350万円未満 | 1 | 33.3 | 33.3 | 33.3 |
| | 350万円～400万円未満 | 1 | 33.3 | 33.3 | 66.7 |
| | 550万円～600万円未満 | 1 | 33.3 | 33.3 | 100.0 |
| | 合計 | 3 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 重複障害者

表6-9 グループA(稲城)【非手帳保持者】本人所得

同居世帯員A: 所得階層グループ^a

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 50万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 25.0 |
| | 50万円～100万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 50.0 |
| | 100万円～150万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 75.0 |
| | 150万円～200万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 100.0 |
| | 合計 | 4 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 非手帳保持者

表6-10 グループA(稲城)【非手帳保持者】世帯所得

世帯所得:所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 25.0 |
| 100万円～150万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 50.0 |
| 150万円～200万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 75.0 |
| 400万円～450万円未満 | 1 | 25.0 | 25.0 | 100.0 |
| 合計 | 4 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループA(稲城), 同居世帯員A: 障害種別 = 非手帳保持者

表6-11 グループB(その他)【身体障害者】本人所得

同居世帯員A:所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-----------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 3 | 8.8 | 8.8 | 8.8 |
| 50万円～100万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 11.8 |
| 100万円～150万円未満 | 3 | 8.8 | 8.8 | 20.6 |
| 150万円～200万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 23.5 |
| 200万円～250万円未満 | 7 | 20.6 | 20.6 | 44.1 |
| 250万円～300万円未満 | 3 | 8.8 | 8.8 | 52.9 |
| 300万円～350万円未満 | 5 | 14.7 | 14.7 | 67.6 |
| 350万円～400万円未満 | 4 | 11.8 | 11.8 | 79.4 |
| 400万円～450万円未満 | 3 | 8.8 | 8.8 | 88.2 |
| 450万円～500万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 91.2 |
| 500万円～550万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 94.1 |
| 550万円～600万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 97.1 |
| 1100万円～1200万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 100.0 |
| 合計 | 34 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A: 障害種別 = 身体障害者

表6-12 グループB(その他)【身体障害者】世帯所得

世帯所得:所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-----------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 50万円未満 | 2 | 5.9 | 5.9 | 5.9 |
| 50万円～100万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 8.8 |
| 100万円～150万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 11.8 |
| 150万円～200万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 14.7 |
| 200万円～250万円未満 | 4 | 11.8 | 11.8 | 26.5 |
| 250万円～300万円未満 | 2 | 5.9 | 5.9 | 32.4 |
| 300万円～350万円未満 | 4 | 11.8 | 11.8 | 44.1 |
| 350万円～400万円未満 | 3 | 8.8 | 8.8 | 52.9 |
| 400万円～450万円未満 | 2 | 5.9 | 5.9 | 58.8 |
| 500万円～550万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 61.8 |
| 550万円～600万円未満 | 2 | 5.9 | 5.9 | 67.6 |
| 650万円～700万円未満 | 3 | 8.8 | 8.8 | 76.5 |
| 700万円～750万円未満 | 2 | 5.9 | 5.9 | 82.4 |
| 800万円～850万円未満 | 2 | 5.9 | 5.9 | 88.2 |
| 1000万円～1100万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 91.2 |
| 1100万円～1200万円未満 | 2 | 5.9 | 5.9 | 97.1 |
| 1200万円～1500万円未満 | 1 | 2.9 | 2.9 | 100.0 |
| 合計 | 34 | 100.0 | 100.0 | |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A:障害種別 = 身体障害者

表6-13 グループB(その他)【不詳】本人所得

同居世帯員A:所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|------------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 800万円～850万円未満 | 1 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A:障害種別 = 不詳

表6-14 グループB(その他)【不詳】世帯所得

世帯所得:所得階層グループ^a

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-------------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 950万円～1000万円未満 | 1 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

a. 整理ナンバーグループ = グループB(その他), 同居世帯員A:障害種別 = 不詳

表 7 障害種別の医療の受給状況

表7-1 グループA(稲城)【身体障害者】医療の受給状況

| | 選択 | 非選択 |
|----------------------|----|-----|
| 医療の受療状況: 本人(被用者保険) | 14 | 43 |
| 医療の受療状況: 家族(被用者保険) | 14 | 43 |
| 医療の受療状況: 国民健康保険 | 22 | 35 |
| 医療の受療状況: 医療扶助(生活保護法) | 8 | 49 |
| 医療の受療状況: その他(結核予防法等) | 6 | 51 |

表7-2 グループA(稲城)【知的障害者】医療の受給状況

| | 選択 | 非選択 |
|----------------------|----|-----|
| 医療の受療状況: 本人(被用者保険) | 2 | 14 |
| 医療の受療状況: 家族(被用者保険) | 2 | 14 |
| 医療の受療状況: 国民健康保険 | 11 | 5 |
| 医療の受療状況: 医療扶助(生活保護法) | 1 | 15 |
| 医療の受療状況: その他(結核予防法等) | 2 | 14 |

表7-3 グループA(稲城)【精神障害者】医療の受給状況

| | 選択 | 非選択 |
|----------------------|----|-----|
| 医療の受療状況: 本人(被用者保険) | 0 | 14 |
| 医療の受療状況: 家族(被用者保険) | 4 | 10 |
| 医療の受療状況: 国民健康保険 | 4 | 10 |
| 医療の受療状況: 医療扶助(生活保護法) | 7 | 7 |
| 医療の受療状況: その他(結核予防法等) | 2 | 12 |

表7-4 グループA(稲城)【重複障害者】医療の受給状況

| | 選択 | 非選択 |
|----------------------|----|-----|
| 医療の受療状況: 本人(被用者保険) | 1 | 2 |
| 医療の受療状況: 家族(被用者保険) | 1 | 2 |
| 医療の受療状況: 国民健康保険 | 1 | 2 |
| 医療の受療状況: 医療扶助(生活保護法) | 0 | 3 |
| 医療の受療状況: その他(結核予防法等) | 1 | 2 |

表7-5 グループA(稲城)【非手帳保持者】医療の受給状況

| | 選択 | 非選択 |
|----------------------|----|-----|
| 医療の受療状況: 本人(被用者保険) | 0 | 4 |
| 医療の受療状況: 家族(被用者保険) | 0 | 4 |
| 医療の受療状況: 国民健康保険 | 3 | 1 |
| 医療の受療状況: 医療扶助(生活保護法) | 2 | 2 |
| 医療の受療状況: その他(結核予防法等) | 0 | 4 |

表7-6 グループB(その他)【身体障害者】医療の受給状況

| | 選択 | 非選択 |
|----------------------|----|-----|
| 医療の受療状況: 本人(被用者保険) | 6 | 28 |
| 医療の受療状況: 家族(被用者保険) | 2 | 32 |
| 医療の受療状況: 国民健康保険 | 20 | 14 |
| 医療の受療状況: 医療扶助(生活保護法) | 4 | 30 |
| 医療の受療状況: その他(結核予防法等) | 3 | 31 |

表 8 障害種別の支援費の給付状況

表8-1 グループA(稲城)【身体障害者】支援費の給付状況

| | 選択 | 非選択 | 不詳 |
|------------------|----|-----|----|
| 支援費の給付状況: 身体介護 | 2 | 38 | 17 |
| 支援費の給付状況: 家事援助 | 4 | 36 | 17 |
| 支援費の給付状況: 移動介護 | 2 | 38 | 17 |
| 支援費の給付状況: 日常生活支援 | 6 | 34 | 17 |
| 支援費の給付状況: その他 | 1 | 39 | 17 |
| 支援費の給付状況: 介護保険制度 | 4 | 36 | 17 |

表8-2 グループA(稲城)【知的障害者】支援費の給付状況

| | 選択 | 非選択 | 不詳 |
|------------------|----|-----|----|
| 支援費の給付状況: 身体介護 | 0 | 10 | 6 |
| 支援費の給付状況: 家事援助 | 0 | 10 | 6 |
| 支援費の給付状況: 移動介護 | 1 | 9 | 6 |
| 支援費の給付状況: 日常生活支援 | 1 | 9 | 6 |
| 支援費の給付状況: その他 | 5 | 5 | 6 |
| 支援費の給付状況: 介護保険制度 | 0 | 10 | 6 |

表8-3 グループA(稲城)【精神障害者】支援費の給付状況

| | 選択 | 非選択 | 不詳 |
|------------------|----|-----|----|
| 支援費の給付状況: 身体介護 | 0 | 12 | 2 |
| 支援費の給付状況: 家事援助 | 1 | 11 | 2 |
| 支援費の給付状況: 移動介護 | 0 | 12 | 2 |
| 支援費の給付状況: 日常生活支援 | 0 | 12 | 2 |
| 支援費の給付状況: その他 | 0 | 12 | 2 |
| 支援費の給付状況: 介護保険制度 | 0 | 12 | 2 |

表8-4 グループA(稲城)【重複障害者】支援費の給付状況

| | 選択 | 非選択 | 不詳 |
|------------------|----|-----|----|
| 支援費の給付状況: 身体介護 | 0 | 1 | 2 |
| 支援費の給付状況: 家事援助 | 0 | 1 | 2 |
| 支援費の給付状況: 移動介護 | 0 | 1 | 2 |
| 支援費の給付状況: 日常生活支援 | 0 | 1 | 2 |
| 支援費の給付状況: その他 | 1 | 0 | 2 |
| 支援費の給付状況: 介護保険制度 | 0 | 1 | 2 |

表8-5 グループA(稲城)【非手帳保持者】支援費の給付状況

| | 選択 | 非選択 | 不詳 |
|------------------|----|-----|----|
| 支援費の給付状況: 身体介護 | 0 | 2 | 2 |
| 支援費の給付状況: 家事援助 | 0 | 2 | 2 |
| 支援費の給付状況: 移動介護 | 0 | 2 | 2 |
| 支援費の給付状況: 日常生活支援 | 0 | 2 | 2 |
| 支援費の給付状況: その他 | 2 | 0 | 2 |
| 支援費の給付状況: 介護保険制度 | 0 | 2 | 2 |

表8-6 グループB(その他)【身体障害者】支援費の給付状況

| | 選択 | 非選択 | 不詳 |
|------------------|----|-----|----|
| 支援費の給付状況: 身体介護 | 7 | 21 | 6 |
| 支援費の給付状況: 家事援助 | 5 | 23 | 6 |
| 支援費の給付状況: 移動介護 | 17 | 11 | 6 |
| 支援費の給付状況: 日常生活支援 | 21 | 7 | 6 |
| 支援費の給付状況: その他 | 4 | 24 | 6 |
| 支援費の給付状況: 介護保険制度 | 0 | 28 | 6 |

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

「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」

回答者の就労実態

分担研究者 遠山真世（立教大学コミュニティ福祉学部 助手）

研究要旨

わが国において、障害者の厳しい就労状況が問題とされて久しい。しかし、健常者との失業率等の差が取りざたされる一方で、障害者の就労をめぐる詳しい実情はほとんど把握されていない。そこで本研究では、今調査の回答者について就労の実態を詳しく把握することを目的とし、仕事の有無や種類、仕事による収入や所得全体に着目し分析を行った。

その結果、回答者の全体的な就労状況が把握され、健常者との大きな格差が存在する可能性が示された。また、回答者の中でも、性別や障害種別等によるさまざまな違いが生じていることが明らかとなった。特に、知的障害者と精神障害者の場合、働く場が福祉的就労に限定されており、個人の障害等の状況に応じて働ける反面、低い収入・所得で生活せざるをえない実情が明らかとなった。このような多くの回答者に共通する特徴がみられる一方で、重度障害をもちつつ通常に近い形態で就業している人や、高収入・高所得で生活している人も存在していた。さらに、障害者団体に所属している回答者の就労実態は、稲城市在住の回答者と大きく異なっており、一般市民である障害者とは違った条件を兼ね備えていることも示唆された。

今後は、本調査研究を継続することにより、全国レベルで障害者の就労実態を詳しく明らかにするとともに、健常者との比較を通して、障害者の就労状況の改善や、家族も含めた生活向上のための政策を構想していくことが求められる。

A. 研究目的

わが国においては、失業率の高さや就業率の低さから、障害者の就労問題が論じられてきたものの、その詳しい実態はほとんど明らかにされていない。そこで、本研究では、今調査の回答者の就労の実態を詳しく把握することを目的とし、仕事の有無や種類、仕事による収入や所得全体に着目し分析を行うとともに、これまで指摘されてこなかった新たな問題点や今後の課題を提示してみたい。

B. 研究方法

本研究では、さしあたり回答者本人の就労状況に焦点をあて、単純集計やクロス集計等を用

いて、仕事の有無や仕事をしている人の仕事の種類、仕事をしていない人の内訳や就業希望の有無、就労でえられる給与所得の状況や、給与以外の社会保障給付なども含めた合計所得の状況について分析する。特に考慮する独立変数は、性別・年齢・障害種別・回答者のグループ・生活自立の状況・配偶者の有無・住居の種類・世帯員数・世帯主・仕事の有無・仕事の種類などである。分析の中で抽出された特殊なケースについては、データを詳しく見ることにより、個々の状況を把握するよう努める。

（倫理面への配慮）

調査を実施する際には、該当自治体の個人情報

報保護条例に抵触しない旨の確認をしデータを入手した。さらに、対象者にたいしては、調査への協力は個人の自由選択であることを文書で伝え、調査協力に承諾した対象者のみを調査した。また、調査票に基づくデータは、個人が特定できないように、番号で管理されている。

C. 研究成果と考察

今調査の回答者においては、半数に近い人々が仕事をもっておらず、性別による有業率の差もみられた。身体障害者より知的障害者・精神障害者のほうが、仕事をもっている人の割合が低くなっていた。仕事の種類については、全体でみると常用雇用が多かったものの、知的障害者・精神障害者では福祉的就労をしている人が多く、低収入・低所得で生活している様子もうかがわれた。一方、身体障害者や障害者団体のメンバーの中には、重い障害をもっているにもかかわらず一般的な形態で就業し、高収入・高所得である人も存在していた。その他、性別や障害種別、仕事の種類等によって、就労状況にさまざまな違いがあることが示された。

D. 結論

本研究を通して、仕事の有無や種類、賃金や所得といった面での、回答者の就労に関する厳しい内実が明らかになるとともに、回答者の中でさまざまな条件による違いも抽出された。とくに、性別や障害種別、回答者のグループが、障害者の就労状況を左右する重要な要因であることがわかった。多くの障害者に共通する特徴や一定の傾向がみられる一方で、重度の障害をもちつつ常勤や長時間で働いていたり、目だって高い給与や所得をえているケースも存在していた。

今後は、今調査でえられたデータをさらに分析し、回答者に共通する特徴や、一部の人のものつ特に有利・不利な条件を詳しく分析すると

もに、就労問題を中心として、回答者の生活全体や家族の状況とも関連づけた分析を行ってきたい。

E. 研究の政策的含意

仕事のもつ経済的・社会的な意味の大きさを考えると、就労は障害者の生活全般ひいては人生全体にも多大な影響を与えているといっても過言ではない。それにもかかわらず、これまで、障害者の就労問題の内実や生活・家族の状況を含めた全体的な実態が把握されてきたとは言い難い。今後の障害者の就業問題の解決、ひいては障害者福祉の向上のためには、障害者やその家族の就労および生活の状況を正しく把握することが欠かせない。

今調査はごく一部の地域・団体の障害者に対して行われてものであり、回収率も高くないが、ここで明らかになった回答者の実態やその中での変異・格差には、わが国における他の障害者の状況と共通するものも数多くあるにちがいない。また、今調査は、障害者本人の就労や所得の状況に加えて、生活の様子や他の家族・世帯の状況も把握でき、障害者本人および家族全体の暮らしぶりをも知ることができる。また、『社会生活基本調査』と同様の調査票を用いることで、健常者の状況と比較できる仕組みとなっている。今後はこの調査を全国規模で実施し、障害者やその家族の就労・生活の実態を明らかにすることにより、今後の問題解決や生活向上のための具体的な政策を検討していくことが必要である。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

回答者の就労実態

遠山真世

1 研究の目的と方法・分析の視点

長年にわたり、障害者の厳しい就労状況が問題とされ続けてきている。さまざまな就労支援の施策が展開されてきたものの、その効果は決して十分とはいえない。障害者の就労の促進、ニーズの実現が阻まれている背景には、どんな問題がひそんでいるのだろうか。障害者の就労問題が指摘されるとき、しばしば引き合いに出されるのが、健常者と比べた就業率の低さまたは失業率の高さである。障害者と健常者の就業率や失業率の差が注目をあびる一方で、どのような障害者がどんな形で働いているのか、障害者の給与や所得はどれぐらいなのか、働いていない障害者はどのような状況にあるのか、といった就労に関わる詳しい実態や、性別や年齢、障害種別や家族構成などの、障害者の中での多様な属性による違いは、意外なことにほとんど明らかにされていない。このような障害者の就労実態の把握状況に対して、今回の調査にご協力いただいた回答者の実態を分析することにより、障害者の就労における問題や課題が新たに見出されると期待できる。

そこで本研究では、今回の調査で得られたデータを分析し、これまであまり着目されてこなかった障害者の就労実態をできるだけ詳しく把握することにしたい。仕事の有無や仕事をしている人の仕事の種類、仕事をしていない人の内訳や就業希望の有無、就労でえられる給与所得の状況や、給与以外の社会保障給付なども含めた合計所得の状況について分析する。分析方法としては、仕事の有無などの質的変数については単純集計とクロス集計を行い、給与額などの量的変数についてはさまざまなグループ間で平均値を比較する。本研究において考慮する独立変数は、性別・年齢・障害種別・回答者のグループ・生活自立の状況・配偶者の有無・住居の種類・世帯員数・世帯主・仕事の有無・仕事の種類などである。分析の中で抽出された特殊なケースについては、個々の状況を把握するよう努めるとともに、必要に応じて以後の分析から除外することにする。なお、障害者本人のみでなく世帯全体についてもたずねていることが今回の調査の大きな特徴ではあるが、まずは本人の就労実態をていねいに把握することが重要であると考え、本研究ではさしあたり回答者本人のみについて分析を行う。世帯全体での就労実態や、本人の就労と世帯の就労との関係などの分析は、今後の課題としたい。

2 分析結果

2.1 仕事の有無

まず、仕事の有無について分析してみよう。今回の調査の回答者 129 人のうち、「仕事あり」が 53.5%、「仕事なし」が 44.2%であった（表 1）。仕事の有無を男女別にみると、男性の方が「仕事あり」の割合が高くなっている（表 2）。男性で配偶者のいる人では「仕事

あり」が 70%であるのに対して、女性で配偶者のいる人では「仕事なし」が 76%であった。また、未婚の場合は男女ともに「仕事あり」の方が多いが、男性と比べて女性の方が「仕事あり」の割合が低い結果となっている（表 3）。障害をもたない人々についてのデータとの比較が必要ではあるが、障害者の場合にも性別の影響が現れているといつてよいだろう。

表1 仕事の有無

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 仕事あり | 69 | 53.5 | 53.5 | 53.5 |
| | 仕事なし | 57 | 44.2 | 44.2 | 97.7 |
| | 不詳 | 3 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

表2 性別 と 仕事有無 のクロス表

| | | | 仕事有無 | | | 合計 |
|----|---|----|-------|-------|------|--------|
| | | | 仕事あり | 仕事なし | 不詳 | |
| 性別 | 男 | 度数 | 52 | 28 | 2 | 82 |
| | | % | 63.4% | 34.1% | 2.4% | 100.0% |
| | 女 | 度数 | 17 | 29 | 1 | 47 |
| | | % | 36.2% | 61.7% | 2.1% | 100.0% |
| 合計 | | 度数 | 69 | 57 | 3 | 129 |
| | | % | 53.5% | 44.2% | 2.3% | 100.0% |

表3 性別 ・ 配偶者有無 ・ 仕事有無 のクロス表

| 性別 | | | | 仕事有無 | | | 合計 |
|----|-------|-------|----|--------|--------|-------|--------|
| | | | | 仕事あり | 仕事なし | 不詳 | |
| 男 | 配偶者有無 | 配偶者あり | 度数 | 14 | 4 | 2 | 20 |
| | | | % | 70.0% | 20.0% | 10.0% | 100.0% |
| | | 未婚 | 度数 | 34 | 21 | 0 | 55 |
| | | | % | 61.8% | 38.2% | 0.0% | 100.0% |
| | | 死別 | 度数 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | % | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 合計 | 離別 | 度数 | 2 | 3 | 0 | 5 |
| | | | % | 40.0% | 60.0% | 0.0% | 100.0% |
| | | 不詳 | 度数 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | % | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | | 合計 | 度数 | 52 | 28 | 2 | 82 |
| | | | % | 63.4% | 34.1% | 2.4% | 100.0% |
| 女 | 配偶者有無 | 配偶者あり | 度数 | 6 | 19 | 0 | 25 |
| | | | % | 24.0% | 76.0% | 0.0% | 100.0% |
| | | 未婚 | 度数 | 9 | 6 | 1 | 16 |
| | | | % | 56.3% | 37.5% | 6.3% | 100.0% |
| | | 死別 | 度数 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | | | % | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 合計 | 離別 | 度数 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| | | | % | 66.7% | 33.3% | 0.0% | 100.0% |
| | | 不詳 | 度数 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | | % | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | | 合計 | 度数 | 17 | 29 | 1 | 47 |
| | | | % | 36.2% | 61.7% | 2.1% | 100.0% |

年齢別にみると、30～40 歳代では「仕事あり」の方が多くなっているが、20 歳代と 50 歳以上の層で「仕事なし」の方が多くなっている（表 4）。

表4 年齢 と 仕事有無 のクロス表

| | | | 仕事有無 | | | 合計 |
|----|------|----|--------|-------|-------|--------|
| | | | 仕事あり | 仕事なし | 不詳 | |
| 年齢 | 10代 | 度数 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 20代 | 度数 | 5 | 7 | 1 | 13 |
| | | % | 38.5% | 53.8% | 7.7% | 100.0% |
| | 30代 | 度数 | 18 | 12 | 0 | 30 |
| | | % | 60.0% | 40.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 40代 | 度数 | 25 | 13 | 0 | 38 |
| | | % | 65.8% | 34.2% | 0.0% | 100.0% |
| | 50代 | 度数 | 16 | 17 | 0 | 33 |
| | | % | 48.5% | 51.5% | 0.0% | 100.0% |
| | 60以上 | 度数 | 4 | 8 | 2 | 14 |
| | | % | 28.6% | 57.1% | 14.3% | 100.0% |
| 合計 | | 度数 | 69 | 57 | 3 | 129 |
| | | % | 53.5% | 44.2% | 2.3% | 100.0% |

障害種別ごとにみると、知的障害者で 68.8%、精神障害者で 77.8%が仕事をもっているのに対して、身体障害者では仕事をもっていない人の割合の方が高く 51.6%となっている（表 5）。これは、身体障害者をもつ回答者の場合、他の障害種別と比べて、50 代・60 代以上の割合が高いからであると考えられる（表 6）。

表5 障害種別 と 仕事有無 のクロス表

| | | | 本人仕事有無 | | | 合計 |
|------|-------|----|--------|-------|------|--------|
| | | | 仕事あり | 仕事なし | 不詳 | |
| 障害種別 | 身体障害者 | 度数 | 41 | 47 | 3 | 91 |
| | | % | 45.1% | 51.6% | 3.3% | 100.0% |
| | 知的障害者 | 度数 | 11 | 5 | 0 | 16 |
| | | % | 68.8% | 31.3% | 0.0% | 100.0% |
| | 精神障害者 | 度数 | 14 | 4 | 0 | 18 |
| | | % | 77.8% | 22.2% | 0.0% | 100.0% |
| | 重複障害者 | 度数 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| | | % | 66.7% | 33.3% | 0.0% | 100.0% |
| | 不詳 | 度数 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| 合計 | | 度数 | 69 | 57 | 3 | 129 |
| | | % | 53.5% | 44.2% | 2.3% | 100.0% |

表6 障害種別 と 年齢のクロス表

| | | | 年齢 | | | | | | 合計 |
|------|-------|----|------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| | | | 10代 | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60以上 | |
| 障害種別 | 身体障害者 | 度数 | 0 | 10 | 13 | 29 | 25 | 14 | 91 |
| | | % | 0.0% | 11.0% | 14.3% | 31.9% | 27.5% | 15.4% | 100.0% |
| | 知的障害者 | 度数 | 1 | 0 | 10 | 4 | 1 | 0 | 16 |
| | | % | 6.3% | 0.0% | 62.5% | 25.0% | 6.3% | 0.0% | 100.0% |
| | 精神障害者 | 度数 | 0 | 3 | 5 | 4 | 6 | 0 | 18 |
| | | % | 0.0% | 16.7% | 27.8% | 22.2% | 33.3% | 0.0% | 100.0% |
| | 重複障害者 | 度数 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | | % | 0.0% | 0.0% | 66.7% | 33.3% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 不詳 | 度数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | % | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 合計 | 度数 | 1 | 13 | 30 | 38 | 33 | 14 | 129 |
| | | % | 0.8% | 10.1% | 23.3% | 29.5% | 25.6% | 10.9% | 100.0% |

生活の自立状況による違いをみると、日常生活がほぼ自立している人でも 33.3%が仕事をもっていない。介助なしには外出できない人では、50.8%が仕事をもっていない。逆に、ベッドでの生活が中心であっても 6 人が仕事をもっている（表 7）。その 6 人についてデータを詳しくみてみると、全員が重度の身体障害をもつ男性であった。6 人のうち 2 人が 30 歳代、3 人が 40 歳代、1 人が 60 歳代であり、60 歳代の 1 人を除き 5 人が未婚であった。さらに、自営業・常用雇用・NPO 等での就労が 2 人ずつとなっていた。1 週間の就業時間については、1 日 8 時間・週 5 日の一般的な就業時間程度で働いているのが 3 人、それより短く、半日で就 5 日または 1 日 8 時間で週 3 日程度で働いているのが 3 人であった。調査実施年から働き始めたのが 3 人であったが、2 人は調査実施の前年の給与所得が 200 万円であった。日常生活が自立していながら仕事をもたない人も多い一方で、重度の障害をもっている人も障害をもたない人と同じように働いている人もいるという状況が明らかとなった。

表7 自立状況 と 仕事有無 のクロス表

| | | | 仕事有無 | | | 合計 |
|------|-------------------------|----|-------|--------|------|--------|
| | | | 仕事あり | 仕事なし | 不詳 | |
| 自立状況 | 日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる | 度数 | 45 | 23 | 1 | 69 |
| | | % | 65.2% | 33.3% | 1.4% | 100.0% |
| | 介助なしには外出できない | 度数 | 13 | 20 | 1 | 34 |
| | | % | 38.2% | 58.8% | 2.9% | 100.0% |
| | 日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ | 度数 | 6 | 5 | 1 | 12 |
| | | % | 50.0% | 41.7% | 8.3% | 100.0% |
| | 1日中ベット上で過ごし、介助を要する | 度数 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| | | % | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 不詳 | 度数 | 5 | 3 | 0 | 8 |
| | | % | 62.5% | 37.5% | 0.0% | 100.0% |
| | 合計 | 度数 | 69 | 57 | 3 | 129 |
| | | % | 53.5% | 44.2% | 2.3% | 100.0% |

回答者のグループごとにみると、稲城市在住の障害者のうち「仕事あり」は 54.3%、障害者団体に所属している回答者のうち「仕事あり」は 51.4%となっており、大きな違いはみられなかった（表 8）。この結果から、障害者団体に所属している人の方が仕事をもちやすいとは限らないと推察できる。

表8 回答者グループ と 仕事有無 のクロス表

| | | | 仕事有無 | | | 合計 |
|---------|-------|----|-------|-------|------|--------|
| | | | 仕事あり | 仕事なし | 不詳 | |
| 回答者グループ | グループA | 度数 | 51 | 42 | 1 | 94 |
| | (稲城) | % | 54.3% | 44.7% | 1.1% | 100.0% |
| | グループB | 度数 | 18 | 15 | 2 | 35 |
| | (その他) | % | 51.4% | 42.9% | 5.7% | 100.0% |
| 合計 | | 度数 | 69 | 57 | 3 | 129 |
| | | % | 53.5% | 44.2% | 2.3% | 100.0% |

2.2 仕事をしている人の状況

(1) 仕事の種類

仕事をしている 69 人の仕事の種類についてみると、最も多いのが常用雇用で 29.9%、授産施設や作業所での就労があわせて 23.1%であった（表 9）。常用雇用の割合に男女差はあまりないが、臨時・日雇および授産施設や作業所で働いている割合は女性の方が高くなっている。一方、自営業の全員が男性となっている（表 10）。ここでも性別による違いが見受けられる。

表9 仕事の種類

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 自営業主 | 7 | 10.1 | 10.1 | 10.1 |
| | 家族従業者 | 1 | 1.4 | 1.4 | 11.6 |
| | 会社・団体の役員 | 6 | 8.7 | 8.7 | 20.3 |
| | 常用雇用労働者 | 20 | 29.0 | 29.0 | 49.3 |
| | 臨時職・日雇い | 8 | 11.6 | 11.6 | 60.9 |
| | 授産施設等での就労 | 3 | 4.3 | 4.3 | 65.2 |
| | 地域の作業所 | 13 | 18.8 | 18.8 | 84.1 |
| | NPO法人等での就労 | 5 | 7.2 | 7.2 | 91.3 |
| | その他 | 4 | 5.8 | 5.8 | 97.1 |
| | 不詳 | 2 | 2.9 | 2.9 | 100.0 |
| | 合計 | 69 | 100.0 | 100.0 | |

表10 仕事種類 と 性別 のクロス表

| | | | 性別 | | 合計 |
|------|------------|----|--------|--------|--------|
| | | | 男 | 女 | |
| 仕事種類 | 自営業主 | 度数 | 7 | 0 | 7 |
| | | % | 13.5% | 0.0% | 10.1% |
| | 家族従業者 | 度数 | 0 | 1 | 1 |
| | | % | 0.0% | 5.9% | 1.4% |
| | 会社・団体の役員 | 度数 | 5 | 1 | 6 |
| | | % | 9.6% | 5.9% | 8.7% |
| | 常用雇用労働者 | 度数 | 15 | 5 | 20 |
| | | % | 28.8% | 29.4% | 29.0% |
| | 臨時職・日雇い | 度数 | 5 | 3 | 8 |
| | | % | 9.6% | 17.6% | 11.6% |
| | 授産施設等での就労 | 度数 | 1 | 2 | 3 |
| | | % | 1.9% | 11.8% | 4.3% |
| | 地域の作業所 | 度数 | 9 | 4 | 13 |
| | | % | 17.3% | 23.5% | 18.8% |
| | NPO法人等での就労 | 度数 | 4 | 1 | 5 |
| | | % | 7.7% | 5.9% | 7.2% |
| | その他 | 度数 | 4 | 0 | 4 |
| | | % | 7.7% | 0.0% | 5.8% |
| | 不詳 | 度数 | 2 | 0 | 2 |
| | | % | 3.8% | 0.0% | 2.9% |
| | 合計 | 度数 | 52 | 17 | 69 |
| | | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

障害種別ごとに仕事の種類をみると、授産施設や作業所で働いているのが知的障害者で6割以上、精神障害者でも6割近くであるのに対して、それらで働いている身体障害者はいなかった（表 11）。サンプル数の少なさやサンプルの選び方の影響も考慮しなければならないが、障害の種別によって働く場に違いがある可能性も捨てきれない。

表11 仕事種類 と 障害種別 のクロス表

| | | | 障害種別 | | | | | 合計 |
|------|------------|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 身体障害者 | 知的障害者 | 精神障害者 | 重複障害者 | 不詳 | |
| 仕事種類 | 自営業主 | 度数 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | % | 17.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 10.1% |
| | 家族従業者 | 度数 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 2.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.4% |
| | 会社・団体の役員 | 度数 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| | | % | 12.2% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 8.7% |
| | 常用雇用労働者 | 度数 | 18 | 0 | 1 | 1 | 0 | 20 |
| | | % | 43.9% | 0.0% | 7.1% | 50.0% | 0.0% | 29.0% |
| | 臨時職・日雇い | 度数 | 3 | 1 | 4 | 0 | 0 | 8 |
| | | % | 7.3% | 9.1% | 28.6% | 0.0% | 0.0% | 11.6% |
| | 授産施設等での就労 | 度数 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | % | 0.0% | 27.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 4.3% |
| | 地域の作業所 | 度数 | 0 | 4 | 8 | 1 | 0 | 13 |
| | | % | 0.0% | 36.4% | 57.1% | 50.0% | 0.0% | 18.8% |
| | NPO法人等での就労 | 度数 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | % | 9.8% | 9.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 7.2% |
| | その他 | 度数 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | % | 4.9% | 18.2% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.8% |
| | 不詳 | 度数 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | 2.4% | 0.0% | 7.1% | 0.0% | 0.0% | 2.9% |
| | 合計 | 度数 | 41 | 11 | 14 | 2 | 1 | 69 |
| | | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

配偶者の有無と仕事の種類との関係についてみると、配偶者のいる 20 人のうち 40%が常用雇用であるのに対し、未婚の 43 人のうち常用雇用であるのは 27.9%である。一方、未婚のうち授産施設や作業所で働いているのが約 28%なのに対し、配偶者のいる人のうちそれらで働いているのは 1 人のみである（表 12）。この結果から、仕事の種類が配偶者の有無に何らかの影響を与えている可能性がうかがわれる。

表12 仕事種類 と 配偶者有無 のクロス表

| | | | 配偶者有無 | | | | | 合計 |
|------|------------|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 配偶者あり | 未婚 | 死別 | 離別 | 不詳 | |
| 仕事種類 | 自営業主 | 度数 | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| | | % | 15.0% | 4.7% | 0.0% | 50.0% | 0.0% | 10.1% |
| | 家族従業者 | 度数 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 5.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.4% |
| | 会社・団体の役員 | 度数 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | % | 10.0% | 9.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 8.7% |
| | 常用雇用労働者 | 度数 | 8 | 12 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| | | % | 40.0% | 27.9% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 29.0% |
| | 臨時職・日雇い | 度数 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | % | 10.0% | 14.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 11.6% |
| | 授産施設等での就労 | 度数 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | % | 0.0% | 7.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 4.3% |
| | 地域の作業所 | 度数 | 1 | 9 | 0 | 2 | 1 | 13 |
| | | % | 5.0% | 20.9% | 0.0% | 50.0% | 100.0% | 18.8% |
| | NPO法人等での就労 | 度数 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| | | % | 5.0% | 7.0% | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 7.2% |
| | その他 | 度数 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | % | 10.0% | 4.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.8% |
| | 不詳 | 度数 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | 0.0% | 4.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 2.9% |
| | 合計 | 度数 | 20 | 43 | 1 | 4 | 1 | 69 |
| | | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

回答者のグループ別にみると、常用雇用の割合に差はあまりないが、障害者団体に所属している人の場合、稲城市在住の回答者と比べて、「会社・団体の役員」や「NPO 等での就労」の割合が高い点が特徴的といえる（表 13）。会社等で重要な立場にある人が障害者団体に所属しやすく、また、自分が所属する団体で仕事をしている場合も多いと考えられる。

表13 仕事種類 と 回答者グループ のクロス表

| | | | 回答者グループ | | 合計 |
|------|------------|-----------|-----------|------------|--------|
| | | | グループA(稲城) | グループB(その他) | |
| 仕事種類 | 自営業主 | 度数 | 4 | 3 | 7 |
| | | 回答者グループの% | 7.8% | 16.7% | 10.1% |
| | 家族従業者 | 度数 | 1 | 0 | 1 |
| | | 回答者グループの% | 2.0% | 0.0% | 1.4% |
| | 会社・団体の役員 | 度数 | 1 | 5 | 6 |
| | | 回答者グループの% | 2.0% | 27.8% | 8.7% |
| | 常用雇用労働者 | 度数 | 15 | 5 | 20 |
| | | 回答者グループの% | 29.4% | 27.8% | 29.0% |
| | 臨時職・日雇い | 度数 | 7 | 1 | 8 |
| | | 回答者グループの% | 13.7% | 5.6% | 11.6% |
| | 授産施設等での就労 | 度数 | 3 | 0 | 3 |
| | | 回答者グループの% | 5.9% | 0.0% | 4.3% |
| | 地域の作業所 | 度数 | 13 | 0 | 13 |
| | | 回答者グループの% | 25.5% | 0.0% | 18.8% |
| | NPO法人等での就労 | 度数 | 1 | 4 | 5 |
| | | 回答者グループの% | 2.0% | 22.2% | 7.2% |
| | その他 | 度数 | 4 | 0 | 4 |
| | | 回答者グループの% | 7.8% | 0.0% | 5.8% |
| | 不詳 | 度数 | 2 | 0 | 2 |
| | | 回答者グループの% | 3.9% | 0.0% | 2.9% |
| | 合計 | 度数 | 51 | 18 | 69 |
| | | 回答者グループの% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

(2) 就業時間

1 週間の就業時間についてみると、1 日 8 時間で週 5 日より少ない時間で働いている人が、全体の 68%を占めている。その一方で、49～59 時間が 2 人、60 時間以上の人も 3 人いる（表 14）。就業時間の長い 5 人のデータを詳しくみると、全員が身体障害の男性であり、60 歳代が 2 人、20 歳代・30 歳代・50 歳代が各 1 人、障害の程度は重度が 1 人、中度が 3 人、軽度が 1 人であった。仕事の種類については、常用雇用が 2 人、自営業が 1 人、その他(内容は不明)が 2 人であった。調査実施の前年の収入については、4 人が 550 万円を超えている一方で、1 人は 128 万円であった。アンケート形式での調査のため詳しい状況はわからないが、就業時間の長さや収入が比例していないケースもあることがわかる。これは、障害者の中にも大きな格差が潜んでいるということを示唆する結果といえるだろう。

表14 就業時間

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|---------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 15時間未満 | 11 | 15.9 | 15.9 | 15.9 |
| | 15～34時間 | 25 | 36.2 | 36.2 | 52.2 |
| | 35～39時間 | 11 | 15.9 | 15.9 | 68.1 |
| | 40～48時間 | 15 | 21.7 | 21.7 | 89.9 |
| | 49～59時間 | 2 | 2.9 | 2.9 | 92.8 |
| | 60時間以上 | 3 | 4.3 | 4.3 | 97.1 |
| | 決まっていない | 1 | 1.4 | 1.4 | 98.6 |
| | 不詳 | 1 | 1.4 | 1.4 | 100.0 |
| | 合計 | 69 | 100.0 | 100.0 | |

性別や障害種別による就業時間の違いをみると、男性より女性の方が就業時間が短い傾向にある（表 15）。また、身体障害者の場合、週 40 時間前後で働いている人が多いが、知的障害者と精神障害者の場合、週 34 時間未満という短い時間で働いている人が大半を占めている（表 16）。全体でみたときに週 40 時間未満の割合が高かったのは、知的障害者と精神障害者の就業時間が短いことの影響であることがわかる。また、仕事の種類ごとにみると、「会社・団体の役員」と「常用雇用」で、他の仕事より長い時間働いている割合が高い。障害をもたない人々と同様に長時間働ける条件をもつ障害者でなければ、そうした仕事につくのは難しいのかもしれない。一方、授産施設や作業所で働く人々の就業時間は、他の仕事と比べて短い結果となっている（表 17）。

表15 就業時間 と 性別 のクロス表

| | | | 性別 | | 合計 |
|------|---------|----|--------|--------|--------|
| | | | 男 | 女 | |
| 就業時間 | 15時間未満 | 度数 | 8 | 3 | 11 |
| | | % | 15.4% | 17.6% | 15.9% |
| | 15～34時間 | 度数 | 18 | 7 | 25 |
| | | % | 34.6% | 41.2% | 36.2% |
| | 35～39時間 | 度数 | 7 | 4 | 11 |
| | | % | 13.5% | 23.5% | 15.9% |
| | 40～48時間 | 度数 | 12 | 3 | 15 |
| | | % | 23.1% | 17.6% | 21.7% |
| | 49～59時間 | 度数 | 2 | 0 | 2 |
| | | % | 3.8% | 0.0% | 2.9% |
| | 60時間以上 | 度数 | 3 | 0 | 3 |
| | | % | 5.8% | 0.0% | 4.3% |
| | 決まっていない | 度数 | 1 | 0 | 1 |
| | | % | 1.9% | 0.0% | 1.4% |
| | 不詳 | 度数 | 1 | 0 | 1 |
| | | % | 1.9% | 0.0% | 1.4% |
| | 合計 | 度数 | 52 | 17 | 69 |
| | | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

表16 就業時間 と 障害種別 のクロス表

| | | | 障害種別 | | | | | 合計 |
|------|---------|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 身体障害者 | 知的障害者 | 精神障害者 | 重複障害者 | 不詳 | |
| 就業時間 | 15時間未満 | 度数 | 2 | 0 | 8 | 1 | 0 | 11 |
| | | % | 4.9% | 0.0% | 57.1% | 50.0% | 0.0% | 15.9% |
| | 15～34時間 | 度数 | 11 | 8 | 5 | 1 | 0 | 25 |
| | | % | 26.8% | 72.7% | 35.7% | 50.0% | 0.0% | 36.2% |
| | 35～39時間 | 度数 | 8 | 2 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| | | % | 19.5% | 18.2% | 7.1% | 0.0% | 0.0% | 15.9% |
| | 40～48時間 | 度数 | 14 | 0 | 0 | 0 | 1 | 15 |
| | | % | 34.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 21.7% |
| | 49～59時間 | 度数 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | 4.9% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 2.9% |
| | 60時間以上 | 度数 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | % | 7.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 4.3% |
| | 決まっていない | 度数 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 2.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.4% |
| | 不詳 | 度数 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 0.0% | 9.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.4% |
| | 合計 | 度数 | 41 | 11 | 14 | 2 | 1 | 69 |
| | | % | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

表17 本人仕事種類 と 本人就業時間 のクロス表

| | | | 就業時間 | | | | | | | | 合計 |
|------|------------|----|--------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|-------|--------|
| | | | 15時間未満 | 15～34時間 | 35～39時間 | 40～48時間 | 49～59時間 | 60時間以上 | 決まっていない | 不詳 | |
| 仕事種類 | 自営業主 | 度数 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| | | % | 14.3% | 42.9% | 0.0% | 14.3% | 0.0% | 14.3% | 14.3% | 0.0% | 100.0% |
| | 家族従業者 | 度数 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 会社・団体の役員 | 度数 | 0 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | % | 0.0% | 16.7% | 16.7% | 66.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 常用雇用労働者 | 度数 | 1 | 3 | 5 | 9 | 1 | 1 | 0 | 0 | 20 |
| | | % | 5.0% | 15.0% | 25.0% | 45.0% | 5.0% | 5.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 臨時職・日雇い | 度数 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | % | 12.5% | 62.5% | 25.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 授産施設等での就労 | 度数 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | % | 0.0% | 33.3% | 66.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 地域の作業所 | 度数 | 7 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| | | % | 53.8% | 46.2% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | NPO法人等での就労 | 度数 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | | % | 0.0% | 40.0% | 20.0% | 20.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 20.0% | 100.0% |
| | その他 | 度数 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| | | % | 0.0% | 50.0% | 0.0% | 0.0% | 25.0% | 25.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 不詳 | 度数 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | 50.0% | 50.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 合計 | 度数 | 11 | 25 | 11 | 15 | 2 | 3 | 1 | 1 | 69 |
| | | % | 15.9% | 36.2% | 15.9% | 21.7% | 2.9% | 4.3% | 1.4% | 1.4% | 100.0% |

(3) 給与所得

仕事をしている人の調査実施前年の給与所得をみると、200 万円未満が過半数を占めていることがわかる。その一方で 1500 万円を超える人も 1 人いることがわかる。ただし、ここでは調査実施の前年について質問しているため、前年には仕事をしていなかった 13 人を分析から除外している。また、給与所得が不詳の 8 人も分析から除外している。多くの回答者が月額 17 万円未満の給与で生活していることがわかる（表 18）。一方、1500 万円を超えている回答者は、データを詳しくみたところ、60 歳代男性で中度の身体障害をもち、3 人世帯の世帯主で持ち家に住んでいた。仕事の種類は「その他」であり不明であ

った。この1人は、障害をもってからの期間が1年～3年であることから、高齢にともない障害をもつに至ったものの、それまでは障害をもたずに仕事を続けてきた人であると考えられる。

表18 給与所得

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 200万円未満 | 27 | 57.4 | 57.4 | 57.4 |
| | 200万～399万円 | 7 | 14.9 | 14.9 | 72.3 |
| | 400万～599万円 | 6 | 12.8 | 12.8 | 85.1 |
| | 600万～799万円 | 4 | 8.5 | 8.5 | 93.6 |
| | 800万～999万 | 3 | 6.4 | 6.4 | 100.0 |
| | 合計 | 47 | 100.0 | 100.0 | |

以下、前年の給与所得が1500万円以上の回答者を分析から除外したうえで、性別等の属性による給与所得の平均値の差をみてみることにする。なお、ここでも前年の給与所得がない人と不詳の人は分析から除外する。まず、男女間で給与所得の平均値に大きな違いがあることがわかる（表19）。稲城市在住の回答者と障害者団体の回答者の間にも違いがみられる（表20）。これは、先にみたように、障害者団体の回答者に会社・団体の役員が多いことによると考えられる。また、NPO等での就労の場合、給与が比較的高いという可能性も考えられるだろう。年齢によっても給与所得に大きな違いがみられる。40歳代までが平均値が200万円を下回っており、20歳代の平均値は65.5万円と低い数値になっている（表21）。障害種別によってもかなり大きな違いがあることがわかる。身体障害者の平均給与所得は、他の障害種別と比べてかなり高くなっている（表22）。1500万円を超える回答者を除外しても、なおこのような結果となっているのは、注目に値するといえる。ただし、高齢になってから障害をもった人の存在にも留意しなければならない。仕事の種類によっても給与所得の平均値が大きく異なっている。特に授産施設や作業所での給与が低い結果となっている。一方、「その他」での平均値が「会社・団体の役員」に次いで高いのだが、残念ながら「その他」の仕事の内容は不明である（表23）。

表19 給与所得 x 性別

給与額

| 性別 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|----|--------|----|---------|
| 男 | 269.03 | 38 | 274.525 |
| 女 | 138.56 | 9 | 223.730 |
| 合計 | 244.04 | 47 | 268.359 |

表20 給与所得 x 回答者グループ

給与額

| 回答者グループ | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|------------|--------|----|---------|
| グループA(稲城) | 220.68 | 37 | 260.760 |
| グループB(その他) | 330.50 | 10 | 292.494 |
| 合計 | 244.04 | 47 | 268.359 |

表21 給与所得 x 年齢

給与額

| 年齢 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|------|--------|----|---------|
| 20代 | 65.50 | 2 | 88.388 |
| 30代 | 161.54 | 13 | 232.571 |
| 40代 | 192.16 | 19 | 191.079 |
| 50代 | 411.27 | 11 | 360.973 |
| 60以上 | 532.00 | 2 | 137.179 |
| 合計 | 244.04 | 47 | 268.359 |

表22 給与所得 x 障害種別

給与額

| 障害種別 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|-------|--------|----|---------|
| 身体障害者 | 349.79 | 28 | 266.058 |
| 知的障害者 | 43.17 | 6 | 72.256 |
| 精神障害者 | 51.60 | 10 | 82.947 |
| 重複障害者 | 50.50 | 2 | 62.933 |
| 不詳 | 800.00 | 1 | . |
| 合計 | 244.04 | 47 | 268.359 |

表23 給与所得 x 仕事種類

給与額

| 仕事種類 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|------------|--------|----|---------|
| 自営業主 | 280.75 | 4 | 239.462 |
| 会社・団体の役員 | 574.50 | 4 | 325.803 |
| 常用雇用労働者 | 351.18 | 17 | 233.151 |
| 臨時職・日雇い | 86.86 | 7 | 82.592 |
| 授産施設等での就労 | 13.00 | 2 | 7.071 |
| 地域の作業所 | 6.29 | 7 | 7.994 |
| NPO法人等での就労 | 235.00 | 2 | 63.640 |
| その他 | 457.00 | 2 | 626.497 |
| 不詳 | 8.50 | 2 | 9.192 |
| 合計 | 244.04 | 47 | 268.359 |

2.3 仕事をしていない人の状況

「仕事なし」の内訳をみてみると、57人中「通学」が7%、「家事」が28.1%、「その他」が59.6%であった（表24）。データを詳しくみたところ、通学者の全員が男性の身体障害者であった（うち2人が重度）。家事をしている人では、3人が男性で残りの13人が女性であった。家事をしている16人のうち2人が精神障害者であり、残りは身体障害者であった（うち9人が重度）（表25・26）。

表24 「仕事なし」の内訳

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|--------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 通学のみ | 4 | 7.0 | 7.0 | 7.0 |
| | 家事(専業) | 16 | 28.1 | 28.1 | 35.1 |
| | その他 | 34 | 59.6 | 59.6 | 94.7 |
| | 不詳 | 3 | 5.3 | 5.3 | 100.0 |
| | 合計 | 57 | 100.0 | 100.0 | |

表25 性別 と 仕事なし内訳 のクロス表

| | | | 内訳 | | | | 合計 |
|----|---|----|-------|--------|-------|------|--------|
| | | | 通学のみ | 家事(専業) | その他 | 不詳 | |
| 性別 | 男 | 度数 | 4 | 3 | 19 | 2 | 28 |
| | | % | 14.3% | 10.7% | 67.9% | 7.1% | 100.0% |
| | 女 | 度数 | 0 | 13 | 15 | 1 | 29 |
| | | % | 0.0% | 44.8% | 51.7% | 3.4% | 100.0% |
| 合計 | | 度数 | 4 | 16 | 34 | 3 | 57 |
| | | % | 7.0% | 28.1% | 59.6% | 5.3% | 100.0% |

表26 本人障害種別 と 仕事なし内訳 のクロス表

| | | | 内訳 | | | | 合計 |
|------|-------|----|------|--------|--------|------|--------|
| | | | 通学のみ | 家事(専業) | その他 | 不詳 | |
| 障害種別 | 身体障害者 | 度数 | 4 | 14 | 26 | 3 | 47 |
| | | % | 8.5% | 29.8% | 55.3% | 6.4% | 100.0% |
| | 知的障害者 | 度数 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 |
| | | % | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 精神障害者 | 度数 | 0 | 2 | 2 | 0 | 4 |
| | | % | 0.0% | 50.0% | 50.0% | 0.0% | 100.0% |
| | 重複障害者 | 度数 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | % | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| 合計 | | 度数 | 4 | 16 | 34 | 3 | 57 |
| | | % | 7.0% | 28.1% | 59.6% | 5.3% | 100.0% |

回答者のグループ別にみると、障害者団体のメンバーである回答者の大半が「その他」であった（表27）。このことから「その他」と答えた人々のうち、稲城市在住の回答者についても、NPO等での活動が無償で行っている人も多いと考えてよいかもしれない。いずれにせよ、次回の調査においては、「その他」の中身についても詳しく質問する必要があるといえる。

表27 回答者グループ と 仕事なし内訳 のクロス表

| | | | 内訳 | | | | 合計 |
|---------|----------------|----|------|--------|-------|------|--------|
| | | | 通学のみ | 家事(専業) | その他 | 不詳 | |
| 回答者グループ | グループA (稲城) | 度数 | 4 | 14 | 22 | 2 | 42 |
| | | % | 9.5% | 33.3% | 52.4% | 4.8% | 100.0% |
| | グループB (その他) | 度数 | 0 | 2 | 12 | 1 | 15 |
| | | % | 0.0% | 13.3% | 80.0% | 6.7% | 100.0% |
| | 合計 | 度数 | 4 | 16 | 34 | 3 | 57 |
| | | % | 7.0% | 28.1% | 59.6% | 5.3% | 100.0% |

仕事をしていない 57 人の就業希望についてみると、「すぐに仕事につける就業希望」と「すぐには仕事に就けないが就業希望」を合わせて 49.1%となっている。一方、就業を希望していない人が 20 人、「不詳」も 9 人となっている（表 28）。今回の調査では、仕事をしていない人のうち、「すぐに仕事につける就業希望」の場合にしか求職活動の有無をたずねておらず、また「すぐには仕事につけないが就業希望」の場合にしかすぐに仕事につけない理由をたずねていない。しかし、仕事をしていない人全員にその理由をたずねることにより、仕事につけない、または仕事につかない人々の問題とその背後にある要因を明らかにすることが必要である。加えて、すぐに仕事につけるかどうかを問わず、就業を希望する全員に求職活動の有無や希望する仕事について尋ね、障害者への就労支援における課題を明らかにする必要がある。さらには、就業を希望しない理由や「不詳」の背景についても配慮する必要があるだろう。仕事を見つけやすく働きやすい環境があれば、そうした人々も就業を希望するかもしれない。

表28 就業希望の有無

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|-----------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | すぐに仕事に就ける就業希望 | 3 | 5.3 | 5.3 | 5.3 |
| | すぐには仕事に就けない就業希望 | 25 | 43.9 | 43.9 | 49.1 |
| | なし | 20 | 35.1 | 35.1 | 84.2 |
| | 不詳 | 9 | 15.8 | 15.8 | 100.0 |
| | 合計 | 57 | 100.0 | 100.0 | |

2.4 所得の状況と就労

(1) 回答者全体の所得状況

調査実施の前年における回答者の合計所得（本人のみ）についてみると、年額 200 万円未満が 56.6%を占めている。100 万円未満が 33.3%となっており、0 円という人も 7 人いた。その一方で、1000 万円を超えているのも 2 人いた（表 29）。

表29 合計所得

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|-----------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 200万未満 | 73 | 56.6 | 56.6 | 56.6 |
| | 200-400未 | 37 | 28.7 | 28.7 | 85.3 |
| | 400-600未 | 11 | 8.5 | 8.5 | 93.8 |
| | 600-800未 | 3 | 2.3 | 2.3 | 96.1 |
| | 800-1000未 | 3 | 2.3 | 2.3 | 98.4 |
| | 1000万以上 | 2 | 1.6 | 1.6 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

(2) 低所得者の実態

合計所得が 100 万円未満の人々の傾向を簡単に把握してみると、回答者全体の傾向と比べて、低所得の人々はさまざまな特徴をもっていることに気づく。以下に主だった特徴をあげる。

- ・合計所得が 100 万円未満の場合、回答者全体の構成比と比べて、稲城市在住の割合が高く、障害者団体の割合が低くなっている（表 30・31）。
- ・合計所得が 100 万円未満の場合の女性の割合が高くなっている（表 32・33）。
- ・身体障害者の割合が低く、知的障害者の割合が高くなっている（表 34・35）。
- ・持ち家に住んでいる割合が高く、民間の賃貸住宅に住んでいる割合が低い。どんな経緯で民間の賃貸住宅に住んでいるのかは不明だが、合計所得が低い場合、実家を出てひとり暮らしを始めたり、結婚して新たに世帯を作ったりするのが困難なのかもしれない。施設やグループホームに住んでいる割合も高くなっている（表 36・37）。
- ・単独世帯および 2 人世帯の割合が高く、3 人世帯以上の割合が低くなっている（表 38・39）。回答者本人が世帯主である割合は低く、回答者以外が世帯主である割合が高い（表 40・41）。ただし今回の調査では、施設やグループホームの場合、回答者を単独世帯の世帯主とみなしている。
- ・仕事の有無の割合については、合計所得 100 万円未満のグループと回答者全体の傾向に大きな違いはみられなかった（表 42・43）。これは、仕事をしていても給与を含めた合計所得の低い人々が少なくない、という実態を示す結果といえるだろう。
- ・これに対して仕事の種類をみると、低所得のグループでは常用雇用者の割合が低く、授産施設や作業所の割合が高くなっている（表 44・45）。

表30 回答者グループ(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | グループA（稲城） | 39 | 90.7 | 90.7 | 90.7 |
| | グループB（その他） | 4 | 9.3 | 9.3 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表31 回答者グループ(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | グループA（稲城） | 94 | 72.9 | 72.9 | 72.9 |
| | グループB（その他） | 35 | 27.1 | 27.1 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

表32 性別(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|----|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 男 | 22 | 51.2 | 51.2 | 51.2 |
| | 女 | 21 | 48.8 | 48.8 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表33 性別(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|----|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 男 | 82 | 63.6 | 63.6 | 63.6 |
| | 女 | 47 | 36.4 | 36.4 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

表34 障害種別(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|-------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 身体障害者 | 23 | 53.5 | 53.5 | 53.5 |
| | 知的障害者 | 11 | 25.6 | 25.6 | 79.1 |
| | 精神障害者 | 8 | 18.6 | 18.6 | 97.7 |
| | 重複障害者 | 1 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表35 障害種別(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|-------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 身体障害者 | 91 | 70.5 | 70.5 | 70.5 |
| | 知的障害者 | 16 | 12.4 | 12.4 | 82.9 |
| | 精神障害者 | 18 | 14.0 | 14.0 | 96.9 |
| | 重複障害者 | 3 | 2.3 | 2.3 | 99.2 |
| | 不詳 | 1 | 0.8 | 0.8 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

表36 住居種類(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|-------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 持ち家 | 28 | 65.1 | 65.1 | 65.1 |
| | 民間賃貸住宅 | 8 | 18.6 | 18.6 | 83.7 |
| | 公社・公団等の賃貸住宅 | 2 | 4.7 | 4.7 | 88.4 |
| | 施設及・グループホーム | 5 | 11.6 | 11.6 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表37 住居種類(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|----------------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 持ち家 | 66 | 51.2 | 51.2 | 51.2 |
| | 民間賃貸住宅 | 36 | 27.9 | 27.9 | 79.1 |
| | 社宅・公務員住宅等の給与住宅 | 2 | 1.6 | 1.6 | 80.6 |
| | 公社・公団等の賃貸住宅 | 6 | 4.7 | 4.7 | 85.3 |
| | 都営・県営等の賃貸住宅 | 8 | 6.2 | 6.2 | 91.5 |
| | 施設及・グループホーム | 10 | 7.8 | 7.8 | 99.2 |
| | 不詳 | 1 | 0.8 | 0.8 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

表38 世帯員数(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 単独世帯 | 11 | 25.6 | 25.6 | 25.6 |
| | 2人世帯 | 7 | 16.3 | 16.3 | 41.9 |
| | 3人世帯 | 12 | 27.9 | 27.9 | 69.8 |
| | 4人世帯 | 9 | 20.9 | 20.9 | 90.7 |
| | 5人世帯 | 4 | 9.3 | 9.3 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表39 世帯員数(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-----|---------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 単独世帯 | 45 | 34.9 | 35.4 | 35.4 |
| | 2人世帯 | 32 | 24.8 | 25.2 | 60.6 |
| | 3人世帯 | 27 | 20.9 | 21.3 | 81.9 |
| | 4人世帯 | 17 | 13.2 | 13.4 | 95.3 |
| | 5人世帯 | 6 | 4.7 | 4.7 | 100.0 |
| | 合計 | 127 | 98.4 | 100.0 | |
| 欠損値 | システム欠損値 | 2 | 1.6 | | |
| 合計 | | 129 | 100.0 | | |

表40 世帯主(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|----|----|-------|---------|---------|
| 有効 | A | 13 | 30.2 | 30.2 | 30.2 |
| | B | 29 | 67.4 | 67.4 | 97.7 |
| | C | 1 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表41 世帯主(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|----|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | A | 71 | 55.0 | 55.0 | 55.0 |
| | B | 55 | 42.6 | 42.6 | 97.7 |
| | C | 2 | 1.6 | 1.6 | 99.2 |
| | 不詳 | 1 | 0.8 | 0.8 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

表42 仕事有無(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 仕事あり | 23 | 53.5 | 53.5 | 53.5 |
| | 仕事なし | 20 | 46.5 | 46.5 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表43 仕事有無(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 仕事あり | 69 | 53.5 | 53.5 | 53.5 |
| | 仕事なし | 57 | 44.2 | 44.2 | 97.7 |
| | 不詳 | 3 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

表44 仕事種類(100万円未満)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | 自営業主 | 1 | 2.3 | 2.3 | 2.3 |
| | 家族従業者 | 1 | 2.3 | 2.3 | 4.7 |
| | 常用雇用労働者 | 2 | 4.7 | 4.7 | 9.3 |
| | 臨時職・日雇い | 4 | 9.3 | 9.3 | 18.6 |
| | 授産施設等での就労 | 2 | 4.7 | 4.7 | 23.3 |
| | 地域の作業所 | 8 | 18.6 | 18.6 | 41.9 |
| | NPO法人等での就労 | 2 | 4.7 | 4.7 | 46.5 |
| | その他 | 2 | 4.7 | 4.7 | 51.2 |
| | 非該当 | 20 | 46.5 | 46.5 | 97.7 |
| | 不詳 | 1 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |
| | 合計 | 43 | 100.0 | 100.0 | |

表45 仕事種類(全体)

| | | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----|------------|-----|-------|---------|---------|
| 有効 | 自営業主 | 7 | 5.4 | 5.4 | 5.4 |
| | 家族従業者 | 1 | 0.8 | 0.8 | 6.2 |
| | 会社・団体の役員 | 6 | 4.7 | 4.7 | 10.9 |
| | 常用雇用労働者 | 20 | 15.5 | 15.5 | 26.4 |
| | 臨時職・日雇い | 8 | 6.2 | 6.2 | 32.6 |
| | 授産施設等での就労 | 3 | 2.3 | 2.3 | 34.9 |
| | 地域の作業所 | 13 | 10.1 | 10.1 | 45.0 |
| | NPO法人等での就労 | 6 | 4.7 | 4.7 | 49.6 |
| | その他 | 5 | 3.9 | 3.9 | 53.5 |
| | 非該当 | 57 | 44.2 | 44.2 | 97.7 |
| | 不詳 | 3 | 2.3 | 2.3 | 100.0 |
| | 合計 | 129 | 100.0 | 100.0 | |

(3) 高所得者の実態

一方、2 人の高額所得者は、データを詳しくみたところ、いずれも男性の身体障害者で

あり、配偶者をもつ世帯主で、20 年以上にわたり脊椎損傷をもっている人と、近年になって心臓障害をもった人であった。仕事の種類は「会社・団体の役員」と「その他」であり、前年の給与所得は 880 万円・1684 万円であった。

2.5 所得格差の実態

次に、高所得の 2 人を除いて、仕事の有無等による合計所得の違いについて分析してみよう。以下に主だった特徴をあげる。

- ・回答者グループ（稲城市在住／障害者団体所属）によっても性別によっても、合計所得の平均値に大きな違いがみられる（表 46）。
- ・男性の合計所得の平均値が、女性のそれを大きく上回っている（表 47）。
- ・年齢が高くなるにしたがって合計所得の平均も上昇している（表 48）。
- ・身体障害者の平均合計所得は、他の障害種別と比べてかなり高い。一方、知的障害者の平均は最も低く、約 93 万円となっている（表 49）。
- ・配偶者のいる人と未婚の人でも大きな違いがみられる（表 50）。
- ・持ち家と民間賃貸住宅では、合計所得の平均値にそれほど大きな差はない。家賃の有無によって、生活の余裕が異なっているかもしれない。一方、社宅等に住んでいる人の平均値は他のグループよりかなり高い（表 51）。
- ・仕事の有無でも合計所得の平均値に違いがみられる（表 52）。しかし、仕事をしていない人の平均値は約 158 万円であり、月額に換算して平均で 10 万円強の所得があることがわかる。仕事をしていない人のうち、合計所得が 150 万円未満の人が約半分であることから、仕事をしていない人の中でも所得格差が大きい様子をうかがうことができる（表 53）。
- ・仕事の種類では、「会社・団体の役員」「常用雇用」「その他」「自営業」で合計所得の平均値が高い。

これに対して、「臨時・日雇」「授産施設等」「作業所」で平均値が低い（表 54）。給与所得の平均値では「授産施設等」の方が「作業所」より高かったが、合計所得では「作業所」の方が高くなっている。その背景については、今後の分析で明らかにしてみたい。

- ・給与所得が高くなるほど、合計所得の平均値も上昇している。「非該当」の 13 人は、調査実施の前年には仕事をしていなかった人々と思われるが、その時期に平均で約 180 万円の所得があったことがわかる（表 55）。

表46 合計所得 x 回答者グループ

合計所得

| 回答者グループ | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|------------|--------|-----|---------|
| グループA(稲城) | 181.72 | 93 | 191.936 |
| グループB(その他) | 282.88 | 34 | 169.302 |
| 合計 | 208.80 | 127 | 190.861 |

表47 合計所得 x 性別

合計所得

| 性別 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|----|--------|-----|---------|
| 男 | 250.67 | 80 | 203.273 |
| 女 | 137.53 | 47 | 143.453 |
| 合計 | 208.80 | 127 | 190.861 |

表48 合計所得 x 年齢

合計所得

| 年齢 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|------|--------|-----|---------|
| 10代 | 0.00 | 1 | . |
| 20代 | 104.00 | 13 | 117.593 |
| 30代 | 174.90 | 30 | 165.797 |
| 40代 | 208.87 | 38 | 161.228 |
| 50代 | 265.47 | 32 | 234.382 |
| 60以上 | 268.23 | 13 | 222.201 |
| 合計 | 208.80 | 127 | 190.861 |

表49 合計所得 x 障害種別

合計所得

| 障害種別 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|-------|--------|-----|---------|
| 身体障害者 | 242.29 | 89 | 202.888 |
| 知的障害者 | 92.88 | 16 | 57.236 |
| 精神障害者 | 120.50 | 18 | 71.728 |
| 重複障害者 | 163.00 | 3 | 63.151 |
| 不詳 | 810.00 | 1 | . |
| 合計 | 208.80 | 127 | 190.861 |

表50 合計所得 x 配偶者有無

合計所得

| 配偶者有無 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|-------|--------|-----|---------|
| 配偶者あり | 251.14 | 43 | 254.131 |
| 未婚 | 188.17 | 71 | 149.470 |
| 死別 | 127.67 | 3 | 139.156 |
| 離別 | 225.88 | 8 | 127.732 |
| 不詳 | 84.50 | 2 | 17.678 |
| 合計 | 208.80 | 127 | 190.861 |

表51 合計所得 x 住居種類

合計所得

| 住居種類 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|----------------|--------|-----|---------|
| 持ち家 | 206.95 | 64 | 223.229 |
| 民間賃貸住宅 | 225.42 | 36 | 152.478 |
| 社宅・公務員住宅等の給与住宅 | 564.50 | 2 | 211.425 |
| 公社・公団等の賃貸住宅 | 147.00 | 6 | 124.942 |
| 都営・県営等の賃貸住宅 | 220.25 | 8 | 103.714 |
| 施設及・グループホーム | 105.40 | 10 | 57.487 |
| 不詳 | 331.00 | 1 | . |
| 合計 | 208.80 | 127 | 190.861 |

表52 合計所得 x 仕事有無

合計所得

| 仕事有無 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
|------|--------|-----|---------|
| 仕事あり | 251.49 | 67 | 230.277 |
| 仕事なし | 157.82 | 57 | 119.542 |
| 不詳 | 224.00 | 3 | 97.247 |
| 合計 | 208.80 | 127 | 190.861 |

表53 「仕事なし」の合計所得

| | 度数 | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|---------------|----|-------|---------|---------|
| 有効 | | | | |
| 50万円未満 | 13 | 22.8 | 22.8 | 22.8 |
| 50万円-100万円未満 | 7 | 12.3 | 12.3 | 35.1 |
| 100万円-150万円未満 | 9 | 15.8 | 15.8 | 50.9 |
| 150万円-200万円未満 | 6 | 10.5 | 10.5 | 61.4 |
| 200万円-250万円未満 | 8 | 14.0 | 14.0 | 75.4 |
| 250万円-300万円未満 | 7 | 12.3 | 12.3 | 87.7 |
| 300万円-350万円未満 | 3 | 5.3 | 5.3 | 93.0 |
| 350万円-400万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 94.7 |
| 400万円-450万円未満 | 2 | 3.5 | 3.5 | 98.2 |
| 450万円-500万円未満 | 1 | 1.8 | 1.8 | 100.0 |
| 合計 | 57 | 100.0 | 100.0 | |

表54 「仕事あり」 合計所得 x 仕事種類

| 合計所得 | | | |
|------------|--------|----|---------|
| 仕事の書類 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
| 自営業主 | 340.43 | 7 | 253.444 |
| 家族従業者 | 0.00 | 1 | . |
| 会社・団体の役員 | 502.00 | 5 | 191.362 |
| 常用雇用労働者 | 369.90 | 20 | 220.348 |
| 臨時職・日雇い | 101.13 | 8 | 81.262 |
| 授産施設等での就労 | 75.67 | 3 | 52.367 |
| 地域の作業所 | 107.23 | 13 | 58.475 |
| NPO法人等での就労 | 174.40 | 5 | 176.503 |
| その他 | 359.00 | 3 | 468.541 |
| 不詳 | 90.00 | 2 | 124.451 |
| 合計 | 251.49 | 67 | 230.277 |

表55 「仕事あり」 合計所得 x 給与所得

| 合計所得 | | | |
|------------|--------|----|---------|
| 給与額 | 平均値 | 度数 | 標準偏差 |
| 200万円未満 | 139.70 | 27 | 86.481 |
| 200万-399万円 | 343.14 | 7 | 64.623 |
| 400万-599万円 | 509.83 | 6 | 54.400 |
| 600万-799万円 | 751.25 | 4 | 80.541 |
| 800万-999万円 | 855.00 | 2 | 63.640 |
| 非該当 | 179.92 | 13 | 173.395 |
| 不詳 | 70.38 | 8 | 63.320 |
| 合計 | 251.49 | 67 | 230.277 |

3 研究成果と今後の課題

最後に、以上の分析結果をまとめて考察するとともに、今後の調査や研究における課題を提示してみたい。

今回実施した調査の回答者のうち、4 割を超える人々が働いていなかった。調査の時期や内容の影響により、ふだん仕事をしている人の回答率が低くなったとも考えられる。しかしながら、そうした背景を考慮しても、余りある結果といえるかもしれない。仕事の有無に関しては、性別や配偶者の有無による違いがみられた。男性では 6 割以上が仕事をもっていたが、女性では約 6 割が仕事をもっていなかった。また、配偶者のいる男性は 7 割が仕事をもっていたが、配偶者のいる女性は 8 割弱が仕事をもっていなかった。未婚の障害者でも、女性のほうが仕事をもっている割合が低くなっていた。障害の種別によっても大きな違いがみられた。身体障害者では約半分が仕事をもっておらず、知的障害者や精神障害者よりも有業率が低かった。この結果は意外なものといえるかもしれないが、高齢にともない身体障害をもった人々の影響もあるだろう。しかし、他の障害種別と比べて、身体障害者が就職に有利な状況にあるという可能性も残されている。一方、重度の身体障害

で常に介助を要する人でも、数人が仕事をもっていた。詳しくデータをみたところ、ほぼ全員が障害者団体に属する回答者であり、脊椎損傷や四肢まひをもつ人々であった。仕事の有無の割合には大きな差はみられないものの、そうした団体のメンバーは、何らかの一般住民の障害者とは異なる背景・要素をもっていると考えられる。

仕事の種類では、約 3 割が常用雇用で最も多かったが、2 割を超える人々が福祉的就労の場で働いており、その全員が知的障害や精神障害をもつ人々であった。福祉的就労をしている人々は比較的短い時間で働いており、個々の障害の状態やニーズに応じた就労が実現できていると考えられる。しかしその反面、他の職種より大幅に低い賃金で働いており、回答者本人の所得も低くなっていた。障害にともなう特別な支出がどの程度かにもよるが、本人の賃金や所得が低い場合、他の家族に経済的な負担がかかっていることは想像に難くない。また、知的障害者や精神障害者にとっては、福祉的就労や臨時・日雇に働く場が限られている、という実情がみてとれる。一方、NPO 等で働く人は多くはなかったが、障害や福祉と関連のある団体であれば、職場環境や就業時間などの面で、障害者にとって働きやすいのではないだろうか。ただし、団体数や雇用数そのものが少ないと考えられ、そうした仕事につくこと自体が狭き門であると思われる。

回答者本人の給与所得や合計所得については、性別によって大きな違いがみられた。配偶者の有無の割合における性差も関係していると考えられる。分析結果から、障害をもたない人々と同様に、障害者の中でも、仕事の有無や種類、賃金や所得などの性差があることがうかがわれる。障害の有無によってそうした性差がどの程度あるのか、障害者に特有の性別の影響があるのかといった点については、今後の研究課題としたい。また、障害の種別や仕事の種類によっても、給与所得や合計所得が大幅に異なっていた。福祉的就労についているのが知的障害者や精神障害者であることも合わせると、障害の種類・仕事の種類・経済状況が密接に関連しているといえる。さらに、仕事の有無や仕事の種類によっても回答者の合計所得に大きな違いがみられるとともに、給与所得が高いほど合計所得も高い結果となっていた。とりわけ、仕事をしていない人々の多くが低い所得で生活していることが明らかになった。世帯の状況や消費・支出の状況なども考慮しなければならないが、障害者の生活にとっても仕事の有無や種類が大きな影響を及ぼしており、それらによって障害者の中でも大きな格差が生じていることは容易に予想できる。

これらの分析により、仕事の有無や種類、賃金や所得といった面での、回答者の就労に関する厳しい内実が明らかになるとともに、回答者の中でのさまざまな条件による違いも抽出された。とくに、性別や障害種別、回答者のグループが、障害者の就労状況を左右する重要な要因であることがわかった。これらの結果にはわれわれの予想を確信へと近づけるものも多かったが、予想に反するものや予想を大きく上回る結果も少なくなかった。仕事というものの持つ経済的・社会的な意味の大きさを考えると、これらの要因は就労を通して、障害者の生活全般ひいては人生全体にも多大な影響を与えているといっても過言ではないだろう。このように、多くの障害者に共通する特徴や一定の傾向がみられる一方で、重度の障害をもちつつ常勤や長時間で働いていたり、目だって高い給与や所得をえているケースも存在していた。障害者にとってのそのような形での勤務の是非は別として、それ

らの特殊な人々は、他の障害者より社会的・経済的に有利な条件をもっていると考えられる。そうした人々のもつ条件についてさらに詳しく分析し、多くの障害者がおかれている状況の改善へとつなげることが求められる。

今回の調査は、稲城市在住およびいくつかの当事者団体に所属している障害者に対して行われたものである。また、回収率は決して高いとはいえず、それらの障害者のうちごく一部の人の就労状況を把握できたにすぎないかもしれない。しかしながら、ここで明らかになった回答者の実態やその中での差異・格差には、他の地域や当事者団体と関わっていない障害者の状況と共通するものも数多くあるにちがいない。今回回答しなかった障害者の中には、回答した人々よりも厳しい状況にあり、こうした調査や政策に期待をもちなくなってしまった人も、少なからずいることだろう。そのような潜在的な背景も考慮しつつ、より多くの人々にとって回答しやすい形で調査を実施することが、わが国における障害者の真の実態を把握するうえで非常に重要である。今回の調査は、障害者本人の障害の状況や就労の状況、収入や支出の状況に加えて、1日の生活の様子についても知ることができるようになっている。それだけでなく、他の家族や世帯の状況も把握でき、障害者本人および家族全体の暮らしぶりをも知ることができる仕組みとなっている。これまでは障害者本人のみに焦点があてられ、障害・就労・所得などテーマごとに別々の調査が行われ、障害者や家族の生活をトータルに理解することが困難であった。これに対して、今回の調査の質をさらに高めて全国規模で実施できれば、これまで指摘されてこなかった新たな問題点や課題が明らかとなるにちがいない。そして、就労の問題だけでなく、所得や家族の問題とも関連づけて分析することが可能となり、今後の障害者福祉の向上にとってより多くの有意義な成果がえられるにちがいない。

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

「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」

障害者生活実態調査～自立支援の視点から～

分担研究者 圓山里子（特定非営利活動法人 自立生活センター新潟）

研究要旨

「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」の初年度に実施した、「障害者生活実態調査」の結果に即し、①支援費（居宅サービス）の給付状況、②生活時間調査の2点について、地域における自立支援の視点から検討を加えた。

検討に先立ち、「障害者生活実態調査」の意義について、自立支援の視点——とりわけ、「参加」の視点——から、及び、行政単位としての市を調査対象としたことの2点から確認した。

調査結果から、支援費（居宅サービス）の給付状況は、ほぼ利用していない層と、ほぼ毎日利用している層の2極に分かれることが確認された。生活時間調査から把握できたことは、仕事等の活動ではなく、テレビや休息で日中を過ごしている人たちの存在が把握され、また、仕事等の活動をしていたとしても、時間帯が限られている傾向が認められた。

このような結果から得られる政策的含意としては、障害者自立支援法における市町村障害福祉計画の策定については、幅広い実態調査とあわせ、フォーカスグループへの調査はヒアリングを行うことが必要とされることが示唆された。また、自立支援システムのあり方としては、ケアマネジメント実施の際には、“通常の”生活に比較して、時間的な制限を受けやすい障害者の生活を自覚的に向かい合うこと、そして、就労支援へのシフトする際にも、現状の把握が必要不可欠であることを指摘した。

なお、本稿は、調査内容からすれば、極めて限定的な範囲での結果を概観したに過ぎず、「障害者生活実態調査」で把握できた様々な要因や変数についての分析は、次年度以降の課題として残されている。

A. 研究目的

障害者の生活実態を、家計の側面と生活時間の側面から、既存調査の家計調査及び国民生活基礎調査の結果とを比較検討することを目的に実施した「障害者生活実態調査」（平成17年11月実施）の結果を、①支援費（居宅サービス）の給付状況、②生活時間調査の2点について、地域における自立支援の視点から検討を加える。

B. 研究方法

「障害者生活実態調査」の実施方法については、「調査の概要」を参照のこと。

なお、倫理面への配慮としては、次のような処置をとった。すなわち、調査を実施する際には、該当自治体の個人情報保護条例に抵触しない旨の確認をし、データを入手した。さらに、対象者にたいしては、調査への協力は個人の自由選択であることを文書で伝え、調査協力に承

諾した対象者のみを調査した。また、調査票に基づくデータは、個人が特定できないように、番号で管理されている。

C. 研究成果と考察

支援費（居宅サービス）の給付状況については、行政区としての市を単位としたグループ（以下、グループA）と、DPI（障害者インターナショナル）日本会議等の協力を得て調査を行ったグループ（グループB）の間で顕著な差がみられた。すなわち、給付状況が30日、すなわち、毎日、利用している人は、全体では14人であるが、グループAの中では1人だけであった。グループAにおいては、給付状況が0日（利用していない）人が、7割を超えている。

生活時間調査については日中活動の状況をみると、日中の時間帯にかかわらず、「テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」や「休養・くつろぎ」をしている人達が一定層、存在していること、「仕事」あるいは「その他、社会活動」をしている人も、その活動時間のピークは、午前10時～午後4時という、短時間の傾向がみられた。

D. 結論

支援費（居宅サービス）の給付状況については、ほとんど利用していない人と、ほぼ毎日利用している人と、極端に分かれる。

生活時間調査から、日中の時間帯においても「テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」や「休養・くつろぎ」をしている人が2割近く存在する他、「仕事」「その他、社会活動」をしている人でも、そのピークは午前11時から午後4時であり、時間帯が限られている。

E. 研究の政策的含意

障害者自立支援法における市町村障害福祉計画の策定については、幅広い実態調査とあわせ、フォーカスグループへの調査はヒアリングを行うことが必要とされることが示唆された。また、自立支援システムのあり方としては、ケアマネジメント実施の際には、“通常の”生活に比較して、時間的な制限を受けやすい障害者の生活に自覚的に向かい合うこと、そして、就労支援へシフトする際にも、現状の把握が必要不可欠であることを指摘した。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有件の取得状況

なし

障害者生活実態調査～自立支援の視点から～

圓山里子

1. はじめに

障害者の生活実態を、家計の側面と生活時間の側面から、既存調査の家計調査及び国民生活基礎調査の結果とを比較検討することを目的に実施した「障害者生活実態調査」（平成17年11月実施）の結果を、支援費（居宅サービス）の給付状況、生活時間調査の2点について、地域における自立支援の視点から検討を加える。

また、調査結果の検討に先立ち、「障害者生活実態調査」の意義を、主に自立支援の視点から確認しておきたい。

なお、本調査は、「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」の研究初年度において実施した調査である。したがって、この調査報告書は、3ヵ年計画の本研究事業の中間的な取りまとめという性格をもつ。そのため、調査結果の詳細な検討及び調査票作成時に参照した既存調査との比較検討については、次年度以降の課題となる。

2. 「障害者生活実態調査」の意義

本調査の特徴は、調査票設計において、『国民生活基礎調査』『社会生活基礎調査』など、既存の調査票を活用していることと、主な調査対象を行政区としての市を単位にしていることである。

1) 既存調査票の活用

通常、調査を行うにあたって、既存調査票を参照することは、先行研究の成果を踏まえるという点でも、当然であろう。しかしながら、障害領域における調査では、障害種別などの基礎項目については、既存の調査票を踏まえることはあっても、主たる調査項目については、独自の設問を作ることが多い。それは、障害者領域においては、様々な新たな課題が生じ、また、広くは認識されていないニーズを満たすために、諸制度に先立って、諸活動がなされることが多いため、それらの実態を明らかにするための調査は、自ずと独自設計の調査になるからである。

これらの調査では、確かに、調べたことの実態がきらかになるという利点はあるが、そもそも、その前提となる、障害者の地域における生活実態が不明瞭になるという弱点がある。

T.H.マーシャルは、市民権を「ある共同社会の完全な成員である人びとに与えられた地位身分」であり、「その地位身分に付与された権利と義務において平等である」とし、福祉国家の存立基盤として、諸権利の発展としての市民権の展開過程を論じた¹⁾。

1983年から1992年までの「国連・障害者の十年」では、「完全参加と平等」がスローガンとなった。また、障害者自立支援法第一条には、「障害者基本法の基本的理念にのっとり」と明記されるに至ったが、障害者基本法の基本理念には、「すべての障害者は、社会を

構成する一員として、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」（第三条二項）と示されている。

一方、近年、活発になってきた障害学においては、「障害」といった切り口から、近代社会がもつ「価値」の問い直しといった側面もある。

とはいえ、通常の地域生活において、健常者の生活の状況とかけ離れた生活に障害者がおかれているのであれば、それは、社会の「完全な成員として」の資格を奪われているのであり、社会への完全参加がなされていないといえる。

その意味で、『国民生活基礎調査』『社会生活基礎調査』といった、蓄積のある大規模調査と同様の調査項目を多く使った、今回の「障害者生活実態調査」は、生活の基礎項目について、健常者との比較といった視点から、障害者の生活実態を明らかにすることができる意義がある。

2) 調査対象：行政区としての市

次に、調査対象を行政区としての市を単位としていることの意義を確認したい。

筆者は、これまで、東京都内の自立生活センターや、D P I（障害者インターナショナル）日本会議の協力及び要請を受け、いくつかの調査を実施してきた²⁾。その結果、介助サービス利用の利用実態等が明らかになったが、それらの調査対象者には、ある「特殊性」もあったことは否定できない。今後の、新たな自立支援システムの構築のためには、介助サービスを積極的に利用している人々の実態や、先駆的なサービス提供組織の実施方法の検討は不可欠であるが、一方、地域に住んでいる「平均的な」障害者像をカバーできていないという弱点がある。そのため、行政単位の市を調査対象とすることは、「平均的な」障害者像を把握することが可能となろう。

また、前述の、地域において参加する市民として障害者をとらえると、参加の前提として、各種の福祉施策・福祉制度が不可欠である。福祉施策についてはそれぞれの自治体において独自施策がなされることがある。また、その地域での支援システム、及び、サービス組織の有無が、障害者の生活基盤に与える影響は大きいであろう。

したがって、行政区としての市を単位とすることで、健常者の生活状況と比較する上でも、生活基盤に影響を与える要素である福祉施策及び支援システムをそろえることが可能となる。

なお、本「障害者生活実態調査」においては、行政単位としての市以外にも、D P I（障害者インターナショナル）日本会議の協力を得て、調査対象に加えたグループがある。結論を先取りしていうと、本「障害者生活実態調査」が、行政単位の市を調査対象にすることで、「平均的な」障害者像を把握することが可能になった一方、それではこぼれ落ちる層一本稿の論点での関連でいえば、支援費・居宅サービスを多く利用している層一の把握もまた、可能となった。

本「障害者生活実態調査」は、このような意義があり、また、基礎的なデータとしての調査項目も多岐にわたる。本稿では、さしあたり、支援費の居宅サービスの給付状況と、

生活時間調査の結果の 2 点について、現時点で認められる点をもとに、考察したい。

3. 支援費（居宅サービス）の給付状況について

1) 調査集団の特性

障害者が地域で自立した生活を送るためには、居宅サービスの存在が重要である。

障害者自立支援法は、その法律名に自立支援とあり、その意味するところは厳しく吟味する必要があるが、障害者福祉の基本理念としては、自立生活運動が主張してきた自立観、すなわち、「人の助けを借りて 15 分かかって衣服を着、仕事に出かけられる人間は、自分で衣服を着るのに 2 時間かかるために家に居るほかない人間よりも自立しているといえる」といった、障害当事者の主体性に基づき、できないことについてはサポートを得ることを前提とした社会参加という“自立”観が、ほぼ、定着している。

さて、本「障害者生活実態調査」においては、支援費の居宅サービスの利用日数については、次の結果で述べるように、行政区としての市を単位としたグループ（以下、グループ A）と、D P I（障害者インターナショナル）日本会議等の協力を得て調査を行ったグループ（グループ B）の間に顕著な差がみられた。

そこで、結果の考察に先立ち、グループ A とグループ B の特徴を押さえておくと、次のようになる（表 1、表 2）。このように、グループ B の方が、より介助サービスを必要としている層が多いことがわかる。

表1 グループAとグループBの特性の比較(障害種別)

| | | | 合計 |
|--------|--------------|-------------|---------------|
| | グループA | グループB | |
| 身体障害者 | 57 62.6% | 34 37.4% | 91 100.0% |
| 知的障害者 | 16 100.0% | 0 .0% | 16 100.0% |
| 精神障害者 | 14 100.0% | 0 .0% | 14 100.0% |
| 重複障害者 | 3 100.0% | 0 .0% | 3 100.0% |
| 非手帳保持者 | 4 100.0% | 0 .0% | 4 100.0% |
| 不詳 | 0 .0% | 1 100.0% | 1 100.0% |
| 合計 | 94 72.9% | 35 27.1% | 129 100.0% |

表2 グループAとグループBの特性の比較(日常生活動作)

| | グループA | グループB | 合計 |
|-------------------------|-------------|-------------|---------------|
| 日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる | 64 92.8% | 5 7.2% | 69 100.0% |
| 介助なしには外出できない | 20 58.8% | 14 41.2% | 34 100.0% |
| 日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ | 4 33.3% | 8 66.7% | 12 100.0% |
| 1日中ベット上で過ごし、介助を要する | 2 33.3% | 4 66.7% | 6 100.0% |
| 不詳 | 4 50.0% | 4 50.0% | 8 100.0% |
| 合計 | 94 72.9% | 35 27.1% | 129 100.0% |

2) 支援費（居宅サービス）の給付状況

支援費（居宅サービス）の給付状況は、全体では次のような状況である（表3）。これを、グループAとグループB別に見ると、以下のようになる（表4）。

表3 支援費(居宅サービス)の給付状況: 全体

| | 度数 | パーセント |
|--------|-----|-------|
| 0日 | 74 | 57.4 |
| 1～15日 | 21 | 16.3 |
| 16～29日 | 19 | 14.7 |
| 30日 | 14 | 10.9 |
| 小計 | 128 | 99.2 |
| 不詳 | 1 | .8 |
| 合計 | 129 | 100.0 |

表4 支援費(居宅サービス)の給付状況: グループ間の比較

| | グループA | グループB | 合計 |
|--------|--------------|--------------|---------------|
| 0日 | 68 72.3% | 6 17.6% | 74 57.8% |
| 1～15日 | 13 13.8% | 8 23.5% | 21 16.4% |
| 16～29日 | 12 12.8% | 7 20.6% | 19 14.8% |
| 30日 | 1 1.1% | 13 38.2% | 14 10.9% |
| 合計 | 94 100.0% | 34 100.0% | 128 100.0% |

給付状況が30日、すなわち、毎日、利用している人は、全体では14人であるが、グループAの中では1人だけである。

グループAにおいては、給付状況が0日の（利用していない）人が、7割を超えている。

なお、日常生活の自立の状況と、支援費（居宅サービス）の給付状況との関係は、次の

ようになっており（表 5）、日常生活の状況と関連していることがわかる。

表5 日常生活の状況と支援費(居宅サービス)の給付状況のクロス表

| | 支援費(居宅サービス)の給付状況 | | | | 合計 |
|-------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| | 0日 | 1～15日 | 16～29日 | 30日 | |
| 日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる | 50 72.5% | 7 10.1% | 10 14.5% | 2 2.9% | 69 100.0% |
| 介助なしには外出できない | 14 42.4% | 9 27.3% | 6 18.2% | 4 12.1% | 33 100.0% |
| 日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ | 3 25.0% | 2 16.7% | 1 8.3% | 6 50.0% | 12 100.0% |
| 1日中ベット上で過ごし、介助を要する | 2 33.3% | 2 33.3% | 1 16.7% | 1 16.7% | 6 100.0% |
| 不詳 | 5 62.5% | 1 12.5% | 1 12.5% | 1 12.5% | 8 100.0% |
| 合計 | 74 57.8% | 21 16.4% | 19 14.8% | 14 10.9% | 128 100.0% |

したがって、障害種別や日常生活の状況が異なっているグループAとグループBで違いがあるのは、むしろ、当然であろう。

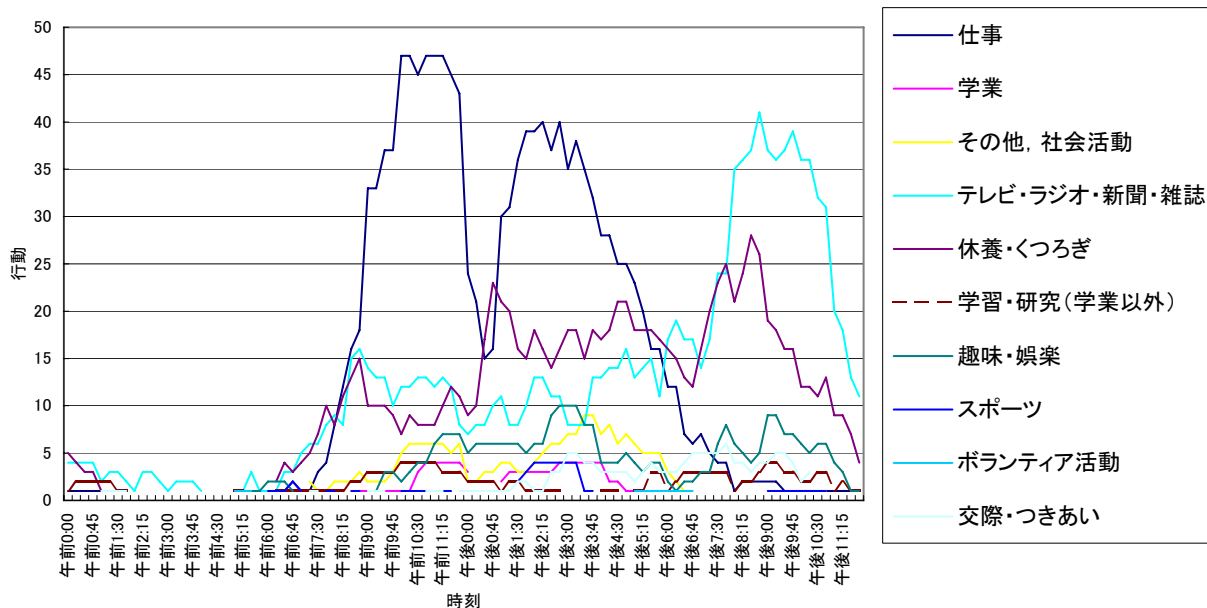
こういった異なる性質をもつ集団に対する調査の結果や、その意味づけについては、「5. 研究の政策的含意」の項で論じる。

4. 生活時間調査

1) 日中活動のパターン

障害者の生活パターンを把握するために、調査項目の中から日中活動（仕事、学業、その他・社会活動、テレビ・ラジオ・新聞・雑誌、休養・くつろぎ、学習・研究（学業以外）、趣味・娯楽、スポーツ、ボランティア活動、交際・つきあい）をピックアップし、調査第1日目について図示したのが、グラフ1である。

グラフ1 日中活動(調査第1日目)



グラフ 1 から読み取れる特色は、様々にあるが、ここでは次の 2 つを指摘したい。

第一に、日中の時間帯にかかわらず、「テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」や「休養・くつろぎ」をしている人達が一定層、存在していることである。

「仕事」「その他・社会活動」の人数が増えてくる午前 10 時～午前 11 時の時間帯でも、約 1 割（12～13 人）の人びとが、「テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」を、約 7%（8～9 人）が「休養・くつろぎ」をしている。

このことは、調査対象者の属性が、所得を伴う仕事をしていない人が約半数（44.2%）ということから、ある程度、説明ができればよい。

第二に、「仕事」をしている人も、短時間の仕事をしている人が多いことである。典型的な終業時間として、いわゆる「9 時～5 時」があるが、グラフ 1 で「仕事」の山をみると、最も高くなっているのは、午前 10 時であり（47 人）、午後 9 時よりも 10 人以上増加している（33 人）。「仕事」では、午後 10 時以降お昼前までが 47 人となっており、午後 2 時 15 分に 40 人にもどってはいるが、午後 3 時からまた減り始め、午後 4 時では 28 人、午後 23 人となっている。「その他・社会活動」の線も、「仕事」よりも時間帯が遅い方向にずれてはいるが、ほぼ、同様に傾向が認められる。

もちろん、この人数は、全体の集計であるという留保はある。しかし、この結果から、障害者の場合、「仕事」をしていても、いわゆる「9 時～5 時」といった勤務携帯ではなく、「10 時～4 時」であったり、あるいは、午前中だけであったり、といった、短時間労働になりがちであるといえるだろう。

2) 日中活動の生活パターンの背景

この結果は、筆者が勤務している、特定非営利活動法人自立生活センター新潟での障害当事者の勤務状況や、他の自立生活センターでの状況、また、多くの作業所の通所・作業時間の設定とも共通している。筆者の勤務先でも、健常者職員は、職務によって短時間のものもいるが、午前 9 時から午後 6 時及び、午前 8 時から午後 5 時の早番あるいは午前 11 時から午後 8 時の遅番のシフトと、基本的に 1 日 8 時間（休憩 1 時間を含む）の勤務体制であるのに対し、障害当事者の勤務体制は、それぞれに応じて定めており、一例としては、週 4 日勤務、午前 10 時から午後 4 時、となっている。

また、多くの作業所では、作業開始が 10 時頃、作業終了が 3 時～4 時と設定されている。

このように、障害当事者の勤務時間が短く設定されているのは、端的には 2 つの理由がある。1 つは、疲れやすい等の障害特性から、長時間勤務に無理があることである。もう一つは、いわば「健常者」側の都合に拘束されるからである。それは、一つには、障害当事者一人一人に介助者がつかなければ、職場あるいは作業所の職員で介助等にあたるため、障害当事者が職場あるいは作業所にいる時間帯よりも、健常者職員の勤務時間を長くしなければならなくなるという、職場あるいは作業所の「都合」の側面がある。もう一つの側面としては、ヘルパー派遣の時間の都合や、家族の都合によって、遅めに出勤する、あるいは早めに退社する、ということになりやすいという、介助あるいは家

族の都合という側面である。

この調査においても、全体的には、同様の傾向が認められた。現段階では、調査初年度であるため、他の調査項目・変数との関連を詳しく検討するにいたっていないが、日中生活のパターンについての検討を、次年度以降の課題としたい。

5. 研究の政策的含意

障害福祉計画策定と、自立支援システムの2つの側面について、ここでの調査結果の考察から示唆されることを、以下に述べる。

1) 障害福祉計画策定への示唆

障害者基本法において、政府と都道府県に対して、障害者計画の策定が義務付けられたのに続き、障害者自立支援法においては、市町村においても障害福祉計画の策定が求められている。市町村障害福祉計画においては、各年度における指定障害福祉サービス又は指定相談支援の種類ごとの必要な量の見込み、そして、必要な見込量の確保のための方策を定めることとされている（第88条）。すなわち、法律の条文において、数値目標（見込）とその確保についての計画を、市町村レベルで策定することが求められている。

このような現状に対して、本稿で得られた支援費（居宅サービス）の給付状況の結果からの政策的含意を、数値目標を設置する際の調査設計について述べたい。

それは、本「障害者生活実態調査」でも行ったような、行政区としての市を単位とした、幅広い実態調査と合わせて、フォーカスグループ例えば、実際に既に居宅サービスを多く利用している人々への調査やヒアリングを丁寧に行い、そのフォーカスグループのおかれた状況の要因や背景を検討することが、必要であるという点である。

おそらく、老人保健福祉計画が義務付けられた時のように、該当自治体での障害者に対する大規模アンケート調査から、ニーズ推計を行う市町村も出てくるであろう。

しかしながら、本稿でみたように、支援費（居宅サービス）の給付状況は、行政区としての市を単位としたグループAと、そもそもサービス利用が多いことが予想されたグループBでは、その給付状況が著しく異なっていた。

このことを踏まえると、「広く浅く」という性質をもつ大規模アンケート調査からのニーズ推計では、数値目標が、真に必要とされている量よりも低く設定される危険性がある。

他方、サービス利用が多い層のみに着目し、そこから数値目標を設定すると、短期的には、過大な目標値になる可能性がある。

なお、支援費制度が発足した直後に、法案の提出があった障害者自立支援法の背景として、予想以上の支援費給付の延び（ニーズ爆発）があった。確かに、従来の措置制度に比べ、利用しやすくなった支援費制度のもとで、制度利用が急激に伸びたという事実はあろうが、だからといって、制度利用が青天井になるかどうかは、慎重に判断する必

要があったのではないか。本調査のグループAとグループBの支援費（居宅サービス）の給付状況の差をみても、現状においては、サービス利用については多寡があり、そのこと自体にも課題があるとはいえ、少なくとも、ニーズ“爆発”といった事態は、長期にわたって続かなかったであろう。

さて、市町村においては、数値目標も含めた障害福祉計画の策定の経験は、独自の取り組みがあった自治体を除けば、初めての経験である。そういった意味でも、当該自治体に居住する障害者に対して、広く意向調査などを行う意義は、一定程度あるであろう。しかし、それだけでは不十分であり、数値目標を設定する事業を実際に利用している障害者に焦点を当てたヒアリングや、各市町村が保有しているはずの2年間の蓄積がある支援費制度の実施状況の分析と合わせることで、より実態に即した数値目標を設定することが可能になると思われる。

平成18年2月9日に示された「障害福祉サービスの基盤整備について～障害福祉計画の「基本指針」～」では、「障害福祉サービスの見込量の算定について」の中で、訪問系サービスについては、次のように指示されている。すなわち、「現在のホームヘルプサービス利用者数を基礎として、支援費制度以降の利用者数の伸び、退院可能精神障害者を含め新たにサービス利用が見込まれる者の数を勘案して見込んだ数に、障害者のニーズ等を踏まえて見込んだ一人当たり利用量を乗じた量とする」。

したがって、サービス利用者数の見込数もさることながら、一人当たりの利用量をどう算出するかは、数値目標に極めて大きな影響を与えるのであり、この算出方法に、各市町村の障害福祉計画への取り組み姿勢が問われているといえよう。

2) 自立支援システムへの示唆

まだ不十分な面があるにせよ、座敷牢のごとく、自宅から外に出してもらえない障害者の話しがめずらしくなかった時代からみれば、障害者福祉施策は、少しずつ前進してきた。

とはいえ、本稿でみた生活時間調査の結果でも、まだまだ、外に出ていない層が一定程度存在する。そして、仕事や社会活動をしていても、その時間帯が、健常者の日常生活よりも、限定されていることが示唆された。

この結果を踏まえ、自立支援システムの観点から、個別支援、いわば個別のケアマネジメントについてと、就労との関連についての2点を述べたい。

①ケアマネジメント

まず、個別支援、ケアマネジメントの側面からである。日中活動の時間や日数が限られてしまうのは、果たして、障害当事者本人の希望なのかどうか、問う必要があるだろう。もちろん、障害特性によって、長時間の活動が制限されることもありうるので、健常者並みに働くあるいは活動することにのみ価値を置く必要はない。しかし、本人には、働き、活動する意欲と状況があるにもかかわらず、その状況を整備できていないとしたら、

それは、支える側の課題である。ノーマライゼーションの理念は、障害があってもなくても、その社会での通常の生活を送ること、というのが、その理念の素朴な出発点である。また、社会の完全な成員としての資格が市民権であるとすれば、本人が希望する限りにおいて、部分的な参加ではなく、より完全な参加が望ましいといえよう。

そういった自立支援には、個別の対応では難しく、支える側の勤務シフトを見直すなど、組織的・システムの対応が必要となることもあろう。

障害者自立支援法では、「相談支援事業」が第5条第17項で示され、また、市町村の地域生活支援事業が規定されている（第77条）。これがいわゆる、ケアマネジメントであり、これらの相談支援事業や地域生活支援事業については、賛否両論あるところであるが、個別対応では難しい課題を、地域生活支援としての取り組みに結びつけることを内包したシステムが、地域において構築されるのであれば、ケアマネジメントも重要な位置づけとして生きてくるであろう。

②就労

次に、就労の側面にもふれたい。

障害者自立支援法においては、より、就労支援へ施策の力点をシフトしている。上述のように、社会への参加ということからいえば、就労は大きな意味がある。

しかしながら、現状をみると、働きたくても働けない障害者は多いのである。本「障害者生活実態調査」の生活時間調査の結果からみても、所得を伴った就労をしている場合であっても、短時間労働になる傾向がある。こういった状況の中で、就労を前提としたかのような、制度利用の自己負担の導入は、時期相応という批判を免れないのではない。

障害者自立支援法における、就労支援に着目した施設体系の整備も確かに重要であるが、他方、個々の具体的な就労状況や、就労への促進要因及び阻害要因の検討が不可欠である。

本稿では十分に検討できなかったが、本「障害者生活実態調査」では、生活時間の他、世帯状況、所得を含めた収入と支出、支援費の給付状況といった、基礎項目を広く扱っているため、就労に関しても、政策的含意を得ることが、十分、期待できる。

<注>

- 1) T.H.マーシャル／トム・ボットモア著（岩崎信彦／中村健吾、訳）、1992=1993、『シティズンシップと社会的階級 近現代を総括するマニフェスト』,法律文化社.
- 2) 例えば、圓山里子, 2001年10月21日,「介助サービスにおける利用者の自己管理の範囲と支援組織の役割について～「自薦登録ヘルパー等についてのアンケート」の結果から～」,日本社会福祉学会（学会報告）

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

「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」

障害者世帯の家計構造：収入と支出を中心に

研究協力者 土屋 葉（日本学術振興会 特別研究員）

研究要旨

本報告では、「障害者生活実態調査」のうちの「基礎調査票 2」を中心的にとりあげ、障害者世帯の収入と支出構造について分析を行った。

この調査により、障害者世帯の収入、支出構造について詳細なデータを得ることができた。本人所得にかんしては、障害別に明らかな差がみられた。とくに単身世帯の知的障害者、精神障害者は低所得におかれており、後者で生活保護受給率が高いことが明らかになった。また雇用者所得を得ていたとしても、収入総額が高くなるわけではなく、就労が生活の安定に必ずしも寄与していないことが明らかになった。世帯支出では障害ゆえに必要な支出の存在が浮き彫りにされた。今後は、これらについて障害別、生活形態別に詳細に分析を行っていくことが必要である。

今後の課題として、世帯支出の内訳を詳細に分析すること、一般の家計調査との比較分析を行うことが挙げられる。最終的には、障害者の地域での生活を支えるための制度設計を行うことを目的とするが、さらに詳しい基礎的データを積み重ねることが必要である。

A. 研究目的

経済的な面から障害者や障害者世帯の実態を把握する研究は多くはない。そこで本稿では、

「障害者生活実態調査」のうちの「基礎調査票 2」を中心的にとりあげ、障害者世帯の収入と支出構造について分析を行うことを目的とする。本稿で行った分析は、障害者の地域での生活を支えるための制度設計を考える際の、基礎的データとなることが期待される。

の協力を得て同様の調査を行った。

（倫理面への配慮）

調査を実施する際には、該当自治体の個人情報保護条例に抵触しない旨の確認を行い、データを入手した。さらに対象者に対しては、調査への協力は個人の自由選択であることを文書で伝え、調査協力に承諾した対象者のみを調査した。また調査票に基づくデータは、個人が特定できないように番号で管理されている。

B. 研究方法

東京都内のある自治体の協力を得て、質問紙調査「障害者生活実態調査」を委託で行った。また、追加調査として、障害をもつ当事者組織の NPO（特定非営利活動法人 DPI 日本会議）

C. 研究成果と考察

障害をもつ本人の所得と、障害者をメンバーに含む世帯所得にわけて分析を行った。とくに単身世帯では収入を年金に頼っており、年金を

受給していない人は生活保護に依存している状況がみえてきた。単身世帯では生活保護受給率も高い。また雇用者所得を得ている人たちも収入総額が格段に増えるわけではなく、就労が生活の安定に必ずしも寄与していないことが明らかになった。

家族成員とともに暮らす障害者は比較的安定した収入を得ている。しかし定位家族において親が高齢化して収入が減ると、世帯収入も不安定になる傾向がみられた。

D. 結論

この調査により、障害者世帯の収入、支出構造について詳細なデータを得ることができた。また、他の社会保障制度との組み合わせなどの詳細について知ることができた点において、本調査の意義は強調してもよい。さらに、今後の課題として、世帯支出の内訳を詳細に分析すること、一般の家計調査との比較分析を行うことが挙げられる。継続した考察が必要である。

E. 研究の政策的含意

本稿で行った分析は、障害者の地域での生活を支えるための制度設計を考える際の、基礎的データとなることが期待される。

ひとまずは、明らかに低所得におかれている障害者について、早急に対策を講じる必要があると思われる。また、障害種別、障害程度、世帯構造により、必要とされる保障の内容は異なっていることが予想される。さらに分析を続け、これらを考慮した上での、住宅保障や介助保障など複数の制度を組み合わせた所得保障制度づくりを推進していくことが重要になると思われる。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有件の取得状況

なし

障害者世帯の家計構造：収入と支出を中心に

土屋 葉

1. はじめに

近年、障害をもつ人が単独で、あるいは家族とともに地域で暮らすことはあたりまえのことになりつつある。しかし、経済的な面から障害者や障害者世帯の実態を把握する研究は多くはない。収入・支出構造など家計の実態に関する研究蓄積も、他の領域に比較して不十分である感は否めない。

障害者の「所得」に関する先行研究としては栃本（2003）がほぼ唯一のものであるといっている。栃本は、「障害者の抱える諸課題を社会保障の観点からとらえなおすと、実態把握が十分でない」（：1）と指摘している。制度改変がすすめられる現在、障害はもちろん障害者をふくむ世帯の家計支出、すなわち、どの家族成員がどこからどの程度の金額の収入を得ており、どの項目にどの程度の支出があるのか。また、障害者世帯であるゆえの通常の世帯と比較した際の、突出した支出項目の有無などの実態を把握する必要がある。

本稿では、「障害者生活実態調査」のうち「基礎調査票 2」を中心的にとりあげ、障害者世帯の収入と支出構造について分析を行うことを目的とする。本稿で行った分析は、障害者の地域での生活を支えるための制度設計を考える際の、基礎的データとなることが期待される。

2. 障害をもつ人の所得

(1) 本人所得の概要

世帯全員について平成 16 年 1 年間についての所得額を「万円」の単位で対象者（障害をもつ当事者、対象者が記入困難の場合は代理人）に記入してもらった。項目は以下のとおり。「雇用者所得」、「公的年金（障害年金）」、「社会保障給付金」、「公的年金（障害年金以外）」、「雇用保険」、「生活保護」、「手当（障害に関係して）」、「手当（障害以外）」、「仕送り」、「企業年金・個人年金等」、「その他の所得」。

まず、障害をもつ本人の所得についてみていく。本人所得の平均は 243.8 万円と決して高くはない。内訳として、「雇用者所得」が 119.8 万円と大きな位置を占め、ついで「公的年金（障害年金）」55.0 万円、「生活保護」21.9 万円とつづく。

ただし、「一人暮らし（単独世帯、グループホームを含む）」と、「同居者あり」別にみると、その差異が浮き彫りにされる。所得の合計は「一人暮らし」が 231.6 万円、「同居者あり」が 250.0 万円と大きな違いはないが、「同居者あり」は「雇用者所得」から得ている金額が 143.7 万円と「一人暮らし」の 75.6 万円に比べて多く、逆に「一人暮らし」に多いのは、「公的年金（障害）」と、「生活保護」であり、それぞれ「同居者あり」の 46.7 万円に対して 64.0 万円に、8.3 万円に対して 47.3 万円と、とくに後者の差が顕著である。

(表 1 所得内訳)

(単位は万円)

| | 全世帯平均 | 一人暮らし平均 | 同居者あり平均 |
|------------|-------|---------|---------|
| 雇用者所得 | 119.8 | 75.6 | 143.7 |
| 公的年金(障害年金) | 55.0 | 64.0 | 49.7 |
| 公的年金(障害以外) | 12.9 | 5.5 | 17.1 |
| 雇用保険 | 0.48 | 0.0 | 0.8 |
| 生活保護 | 21.9 | 47.3 | 8.3 |
| 手当て(障害) | 19.8 | 26.2 | 16.3 |
| 手当て(障害以外) | 2.0 | 0.5 | 2.9 |
| 仕送り | 2.0 | 5.7 | 0.0 |
| 企業年金・個人年金 | 1.2 | 0.0 | 1.9 |
| その他の所得 | 8.7 | 6.9 | 9.6 |
| 合計 | 243.8 | 231.6 | 250.0 |

(2) 本人所得内訳

先のデータは、給与や年金を得ていない対象者も含めた平均値だったが、もう少し具体的にそれぞれの受給（取得）率と、取得している人のなかでの平均額をみていく。

それぞれの項目の受給率は 50%に満たないが、多いものから順に「公的年金（障害年金）」48.1%、「手当（障害に関係する）」48.1%、「雇用者所得」41.9%となっている。「生活保護」受給者が 14.7%と高い数値であること、また平均額も 138.0 万円と高くなっていることは、注目すべき点だろう。

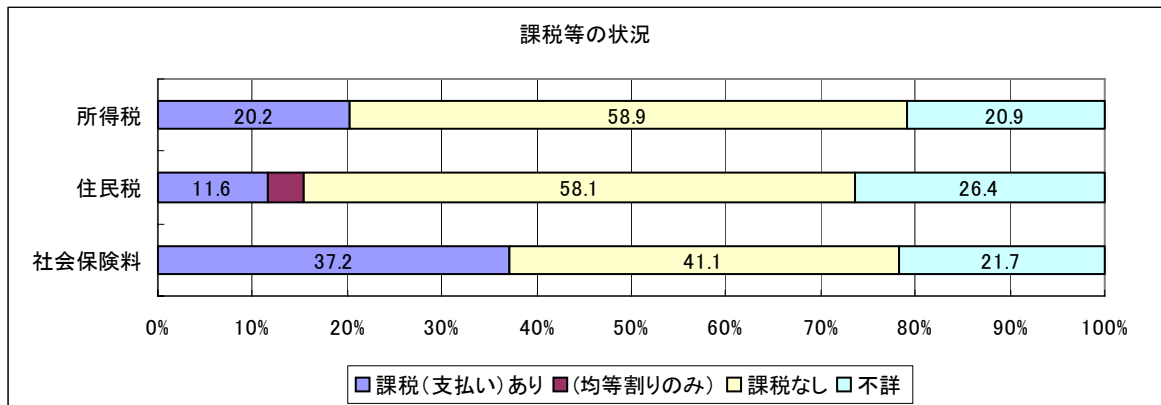
(表 2 所得平均額)

| | 受給率(%) | 平均額(万円) |
|--------------|--------|---------|
| 雇用者所得 | 41.9 | 215.6 |
| 公的年金(障害年金) | 48.1 | 108.0 |
| 手当(障害に関係する) | 48.1 | 38.7 |
| 生活保護 | 14.7 | 138.0 |
| 公的年金(障害年金以外) | 12.4 | 98.6 |
| 仕送り | 6.2 | 30.6 |
| 手当て(障害以外) | 3.9 | 48.8 |
| 企業年金・個人年金 | 3.9 | 29.0 |
| 雇用保険 | 0.8 | 57.0 |
| その他の所得 | 10.9 | 74.8 |

(3) 課税等の状況

所得税に関しては 20.2%、住民税に関しては 11.6%（均等割りのみが 3.9%）が「課税あり」、社会保険料に関しては 37.2%が「支払いあり」と回答している。

(図 1 課税等の状況)

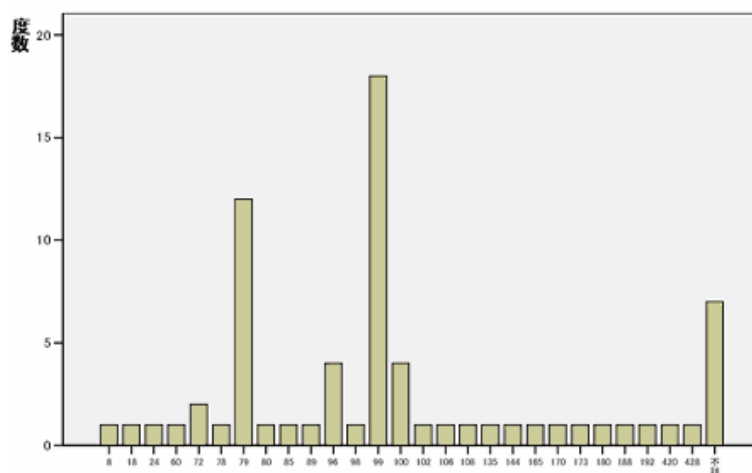


(4) 公的年金（障害年金）受給の状況

以下ではもっとも受給する人が多い「公的年金（障害年金）」について詳しくみていく。全体の受給額についてみると、「80 万円未満」が 26.1%、「80 万円から 99 万円未満」が 39.1%と「100 万円未満」までが 65.2%と、多数を占める。

成人前に障害をもった人と知的障害者の多くは、障害基礎年金を受給していると思われる。障害基礎年金額は 1 級が年額 993,120 円、2 級が 794,496 円であるため、80 万円未満で一つの山、100 万円未満で 1 つの山ができています。成人後に障害をもつ身体障害、精神障害者は、障害厚生年金を受給していることも予測されるが、本調査の結果からは 100 万円以上の年金を受給している人は多くはないことがわかる。

(図 2 公的年金（障害年金）受給の状況)



本人の年齢別、性別ではとくに顕著な差は見出せなかったが、障害別（身体障害、知的障害、精神障害、重複障害）では有意差がみられた。身体障害者は「受給していない」割合が高いが、それをのぞくと「100 万円～199 万円」、「200 万円以上」と回答するものが

多く、比較的受給額が多い。これに対して知的障害者は半数である 50.0%が「80 万円未満」、31.3%が「80 万円～99 万円」であり、「受給なし」を含めると、全員が 100 万円未満になる。また精神障害者も、「受給なし」が 50.0%と半数を占め、「80 万円未満」が 16.7%、「80 万円～99 万円」が 22.2%と、ほとんどがここの層に入る。

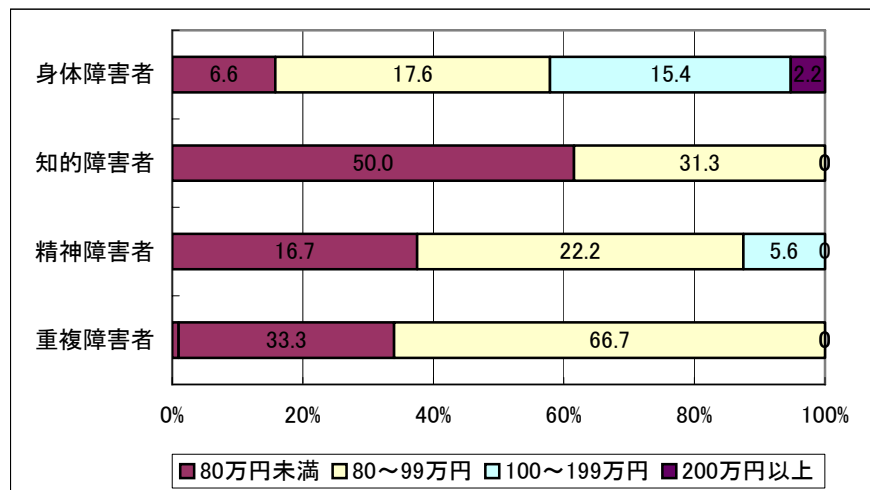
(表 3 障害種別と年金受給状況のクロス***)

| | 受給なし | 80 万円 未満 | 80～ 99 万円 | 100～ 199 万円 | 200 万円 以上 | 不詳 | 合計 |
|-------|------|-------------|--------------|----------------|--------------|-----|-------|
| 身体障害者 | 47 | 6 | 16 | 14 | 2 | 6 | 91 |
| | 51.6 | 6.6 | 17.6 | 15.4 | 2.2 | 6.6 | 100.0 |
| 知的障害者 | 3 | 8 | 5 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | 18.8 | 50.0 | 31.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| 精神障害者 | 9 | 3 | 4 | 1 | 0 | 1 | 18 |
| | 50.0 | 16.7 | 22.2 | 5.6 | 0.0 | 5.6 | 100.0 |
| 重複障害者 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | 0.0 | 33.3 | 66.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| 合計 | 59 | 18 | 27 | 15 | 2 | 7 | 128 |
| | 46.1 | 14.1 | 21.1 | 11.7 | 1.6 | 5.5 | 100.0 |

P<0.01

(図 3 障害別年金受給状況)

(無回答を除く)



(5) 所得の組み合わせ

障害者の所得は、複数の所得が組み合わせられて成り立っていることが多い。したがって、「公的年金（障害年金）」等を単独でみるのではなく、それぞれの所得がどのような関係にあるのか、を検討することが必要である。以下では、本人収入において、受給している／得ている割合が高い「公的年金（障害年金）」を軸とし、「手当て（障害に関係して）」、「生

活保護」、「公的年金（障害年金以外）」の受給と関連があるのかについてみていきたい。そのあとで、「雇用者所得」との関連についてもみていく。

・「手当（障害に関係して）」との関連

「公的年金（障害年金）」を受給している人は、「手当（障害に関係して）」も受給する割合が 57.9%と、「公的年金（障害年金）」を受給しない人の 45.8%に比べると高く、「公的年金（障害年金）」を受給する人は、「手当（障害に関係して）」を受給しない割合が 42.1%と、「公的年金（障害年金）」を受給していない人の 54.2%に比べると低い。

（表 4 障害年金と手当（障害）のクロス）（無回答を除く）

| | | 手当(障害に関係して) | | 合計 |
|----------|------|-------------|-------|--------|
| | | 受給あり | 受給なし | |
| 障害 年金 | 受給あり | 33 | 24 | 57 |
| | | 57.9% | 42.1% | 100.0% |
| | 受給なし | 27 | 32 | 59 |
| | | 45.8% | 54.2% | 100.0% |
| 合計 | | 60 | 56 | 117 |
| | | 51.7% | 48.3% | 100.0% |

・「公的年金（障害年金以外）」との関係

「公的年金（障害年金）」を受給していない人は、「公的年金（障害以外）」を受給している割合が 18.6%と、「公的年金（障害年金）」を受給している人の 6.9%に比べて高い。逆に、「公的年金（障害年金）」を受給する人は、「公的年金（障害年金以外）」を受給しない割合が、93.1%と、「公的年金（障害年金）」を受給しない人の 81.4%よりも高い。

（表 5 障害年金と公的年金のクロス）（無回答を除く）

| | | 公的年金(障害年金以外) | | 合計 |
|------|------|--------------|-------|--------|
| | | 受給あり | 受給なし | |
| 障害年金 | 受給あり | 4 | 54 | 58 |
| | | 6.9% | 93.1% | 100.0% |
| | 受給なし | 11 | 48 | 59 |
| | | 18.6% | 81.4% | 100.0% |
| 合計 | | 15 | 102 | 117 |
| | | 12.8% | 87.2% | 100.0% |

・「生活保護」との関係

「公的年金（障害年金）」を受給していない人は、「生活保護」を受給している割合が 22.4%と、「公的年金（障害年金）」を受給している人の 8.6%に比べると高い。逆に「公

的年金（障害年金）」を受給している人は、「生活保護」の受給の割合が 77.6%であり、「公的年金（障害年金）」を受給していない人の 91.4%と比較すると低い傾向にある。

（表 6 障害年金と生活保護のクロス）（無回答を除く）

| | | 生活保護 | | 合計 |
|------|------|-------|-------|--------|
| | | 受給あり | 受給なし | |
| 障害年金 | 受給あり | 5 | 53 | 58 |
| | | 8.6% | 91.4% | 100.0% |
| | 受給なし | 13 | 45 | 58 |
| | | 22.4% | 77.6% | 100.0% |
| 合計 | | 18 | 98 | 116 |
| | | 15.5% | 84.5% | 100.0% |

・「雇用者所得」との関連

もっとも得ている人が多い、「公的年金（障害年金）」と「雇用者所得」の関連をみていこう。組み合わせとしては「公的年金（障害年金）＋雇用者所得」、「公的年金（障害年金）のみ」、「雇用者所得のみ」、「公的年金（障害年金）も雇用者所得もなし」の 4 つがあることがわかる。「公的年金（障害年金）」を受給しつつ「雇用者所得」も得ている集団が 17.6%（22 人）、「公的年金（障害年金）」のみで「雇用者所得」を得ていない集団が 30.0%（36 人）、「雇用者所得」のみで「公的年金（障害年金）」を受給していない層が 23.2%（30 人）、「公的年金（障害年金）」も「雇用者所得」も得ていない集団が 22.5%（29 人）である。

また、「公的年金（障害年金）」を受給している人は、「雇用者所得」を得ている割合が 37.9%と、「公的年金（障害年金）」を受給していない人の 50.8%に比べて低い。反対に、「公的年金（障害年金）」を受給している人は「雇用者所得」を得ていない割合が 62.1%と、「公的年金（障害年金）」を受給していない人の 49.2%に比べて高い。

（表 7 障害年金と雇用者所得のクロス）（無回答を除く）

| | | 雇用者所得 | | 合計 |
|------|------|-------|-------|--------|
| | | あり | なし | |
| 障害年金 | 受給あり | 22 | 36 | 58 |
| | | 37.9% | 62.1% | 100.0% |
| | 受給なし | 30 | 29 | 59 |
| | | 50.8% | 49.2% | 100.0% |
| 合計 | | 52 | 65 | 117 |
| | | 44.4% | 55.6% | 100.0% |

しかし、「雇用者所得」を得ていて、かつ「公的年金（障害）」を得ていたとしても決して所得階層が高くなるわけではない。雇用所得なしで年金も受給していない層が 29 人

(22.5%) いることはすでに指摘したとおりである。さらに「公的年金（障害年金）」を得ているが額が 80 万円未満の人、100 万円未満の人はともに、雇用者所得がないか、あっても 50 万円未満の人が多い。少なくとも、「年金受給なし」の層では、61.6%、「80 万円未満」の層では 72.2%、「80 万～99 万円」の層では 70.4%が、「雇用者所得」と「公的年金（障害年金）」を合わせても年収 150 万円未満である（「雇用者所得」なしを含む）。

（表 8 雇用者所得と受給年金額のクロス）

| | 雇用者所得なし | 1 万円～ 49 万円 | 50～ 99 万円 | 100 万～ 149 万円 | 150～ 199 万円 | 200 万～ 249 万円 | 250～ 299 万円 | 300～ 349 万円 | 400～ 499 万円 | 500～ 599 万円 | 600 万円 以上 | 無回答 | 合計 |
|------------|---------|----------------|--------------|------------------|----------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|------|-------|
| 年金受給なし | 29 | 7 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 6 | 1 | 59 |
| | 49.2 | 11.9 | 3.4 | 3.4 | 3.4 | 1.7 | 3.4 | 3.4 | 6.8 | 1.7 | 10.2 | 1.7 | 100.0 |
| 80 万円未満 | 8 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 18 |
| | 44.4 | 27.8 | 5.6 | 5.6 | 0.0 | 0.0 | 5.6 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 11.1 | 100.0 |
| 80～99 万円 | 15 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 27 |
| | 55.6 | 14.8 | 7.4 | 3.7 | 0.0 | 3.7 | 3.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3.7 | 7.4 | 100.0 |
| 100～199 万円 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | 73.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 6.7 | 13.3 | 0.0 | 0.0 | 6.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| 200 万円以上 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100.0 |
| 不詳 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 |
| | 14.3 | 0.0 | 14.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 14.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 57.1 | 100.0 |
| 合計 | 66 | 16 | 6 | 4 | 3 | 4 | 5 | 2 | 5 | 1 | 7 | 9 | 128 |
| | 51.6 | 12.5 | 4.7 | 3.1 | 2.3 | 3.1 | 3.9 | 1.6 | 3.9 | 0.8 | 5.5 | 7.0 | 100.0 |

3. 世帯収入、支出に関する分析

(1) 世帯収入と本人所得

「同居者あり」（2 人以上世帯）と「一人暮らし」（単独世帯、グループホーム居住者を含む）にわけてみると、「同居者あり」の世帯所得は「一人暮らし」の所得の約 2.6 倍となっており、著しい差があることが明らかである。しかし、本人所得の総額に関してはそれほど差はない。

（表 9 世帯所得と本人所得）

| | 一人暮らし | 同居者あり |
|------|----------|----------|
| 世帯所得 | 231.6 万円 | 600.8 万円 |
| 本人所得 | 231.6 万円 | 250.0 万円 |

(2) 世帯分類について

世帯分類と世帯の特徴について触れておこう。

「単身世帯（一人世帯）」、障害者が配偶者や子どもと暮らす「生殖家族」、障害者が親やきょうだいと暮らす「定位家族」、「その他世帯」、「グループホーム」に分類した。障害別にみても、それぞれの居住形態の違いが見えてくる。身体障害者に「生殖家族」がやや多い。また知的障害者の半数（50.0%）は「定位家族」で暮らし、さらに43.8%は「グループホーム」に居住しており、単身世帯はいない。精神障害者の6割を超える人（61.1%）は「単身世帯」である。

(表10 障害種別と世帯類型のクロス表) ***

(無回答を除く)

| | 世帯類型 | | | | | 合計 |
|-------|-------------|-------------|-------------|-----------|------------|---------------|
| | 単身世帯 | 生殖家族 | 定位家族 | その他世帯 | GH | |
| 身体障害者 | 25 27.5% | 42 46.2% | 18 19.8% | 4 4.4% | 2 2.2% | 91 100.0% |
| 知的障害者 | 0 .0% | 0 .0% | 8 50.0% | 1 6.3% | 7 43.8% | 16 100.0% |
| 精神障害者 | 11 61.1% | 2 11.1% | 4 22.2% | 0 .0% | 1 5.6% | 18 100.0% |
| 重複障害者 | 0 .0% | 0 .0% | 3 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 3 100.0% |
| 不詳 | 0 .0% | 1 100.0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 1 100.0% |
| 合計 | 36 27.9% | 45 34.9% | 33 25.6% | 5 3.9% | 10 7.8% | 129 100.0% |

P. < 0. 01

(3) 世帯分類別所得

世帯所得に関して、世帯分類別にみていこう。分析を試みた結果、有意な差がみられた。全体として、単身世帯、グループホームは低所得階層に偏っており、生殖家族が比較的高所得階層に偏っている。定位家族は低所得階層から高所得階層までばらつきが大きい、どちらかというが高所得階層に偏っている。少し詳しくみると、世帯所得が「200万円未満」の世帯は「グループホーム」に顕著に多く、次に「単身世帯」に多い。「200万から399万円」の世帯は「単身世帯」が多い。「400万円から599万円」ならびに「600万円から799万円」の世帯は「定位家族」が多く、「800万円から999万円」、「1000万円以上」は「生殖家族」が多い。

(表11 世帯類型と世帯所得のクロス表) ***

(無回答を除く)

| | 世帯所得 | | | | | | |
|---------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|---------------|
| | 200万円 未満 | 200万～ 399万円 | 400万～ 599万円 | 600万～ 799万円 | 800万～ 999万円 | 1000万円 以上 | 合計 |
| 単身世帯 | 16 44.4% | 16 44.4% | 3 8.3% | 1 2.8% | 0 .0% | 0 .0% | 36 100.0% |
| 生殖家族 | 7 15.6% | 7 15.6% | 8 17.8% | 7 15.6% | 9 20.0% | 7 15.6% | 45 100.0% |
| 定位家族 | 4 12.1% | 9 27.3% | 7 21.2% | 7 21.2% | 2 6.1% | 4 12.1% | 33 100.0% |
| その他世帯 | 0 .0% | 4 80.0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 1 20.0% | 5 100.0% |
| グループホーム | 9 90.0% | 1 10.0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 10 100.0% |
| 合計 | 36 27.9% | 37 28.7% | 18 14.0% | 15 11.6% | 11 8.5% | 12 9.3% | 129 100.0% |

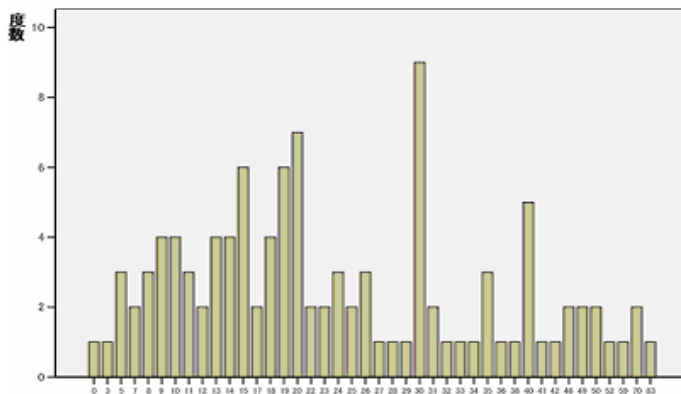
P. <0.01

(4) 世帯支出概要

次に、世帯支出についてみていく。支出は世帯ごとに、2005年10月について「 」万「 」千円の単位で記入してもらった。項目は以下のとおり。「家賃（管理費を含む）」、「ローン返済」、「食費（外食を含む飲食費）」、「交通費」、「光熱水道費」、「通信費（固定電話、携帯電話、インターネット接続料金を含む）」、「その他1～3」、「介助を受けたときの自己負担額」、「補装具購入等自己負担分（保守費用を含む）」、「保険給付対象外で必要な費用の負担額1～4」、「その他、本人の障害に関わる支出1～4」、「住宅改造費」。

世帯支出の平均額は24.4万円だった。支出総額のグラフをみると、やや25万円以下に偏っており、15万円、20万、30万円、40万円と区切りのよい数字がそれぞれ突出していることがわかる。

(図4 平成16年10月の世帯支出総額)



(表12 平成16年10月の世帯支出総額)

| | 度数 | パーセント |
|-----------|-----|-------|
| ～9万円 | 14 | 10.9 |
| 10万円～19万円 | 35 | 27.1 |
| 20万円～29万円 | 22 | 17.1 |
| 30万円～39万円 | 19 | 14.7 |
| 40万円～ | 18 | 14.0 |
| 無回答 | 21 | 16.3 |
| 合計 | 129 | 100.0 |

(5) 世帯類型別支出

世帯類型別にみると、有意差がみられた。世帯支出が「9万円以下」には、「グループホーム」居住者が多い。「10万円から19万円」までは「単身世帯」が圧倒的に多く、ついで「定位家族」が占める。「20万円から29万円」は、「定位家族」が多い。30万円から上の層になると「生殖家族」が多くなる。

(表13 世帯類型と世帯所得のクロス表) ***

(無回答を除く)

| | 世帯支出層 | | | | | |
|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| | ～9万円 | 10～19万円 | 20～29万円 | 30～39万円 | 40万円～ | 合計 |
| 単身世帯 | 4 13.3% | 18 60.0% | 6 20.0% | 2 6.7% | 0 .0% | 30 100.0% |
| 生殖家族 | 2 4.9% | 6 14.6% | 8 19.5% | 12 29.3% | 13 31.7% | 41 100.0% |
| 定位家族 | 2 7.7% | 8 30.8% | 7 26.9% | 4 15.4% | 5 19.2% | 26 100.0% |
| その他世帯 | 1 25.0% | 1 25.0% | 1 25.0% | 1 25.0% | 0 .0% | 4 100.0% |
| グループホーム | 5 71.4% | 2 28.6% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 7 100.0% |
| 合計 | 14 13.0% | 35 32.4% | 22 20.4% | 19 17.6% | 18 16.7% | 108 100.0% |

P. < 0. 01

(6) 障害別世帯支出

障害別世帯支出でも有意差がみられた。身体障害者の世帯支出はやや高額に偏り、知的障害者、精神障害者の世帯支出は低額に偏る傾向がみられる。とくに、知的障害者の世帯では、58.4%、精神障害者の世帯は82.0%が20万円未満の支出の層に入る。

(表14 障害種別と世帯支出のクロス表) ***

(無回答を除く)

| | 世帯支出 | | | | | |
|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| | ～9万円 | 10～19万円 | 20～29万円 | 30～39万円 | 40万円～ | 合計 |
| 身体障害者 | 4 5.3% | 23 30.3% | 17 22.4% | 15 19.7% | 17 22.4% | 76 100.0% |
| 知的障害者 | 5 41.7% | 2 16.7% | 2 16.7% | 2 16.7% | 1 8.3% | 12 100.0% |
| 精神障害者 | 4 23.5% | 10 58.8% | 1 5.9% | 2 11.8% | 0 .0% | 17 100.0% |
| 重複障害者 | 1 33.3% | 0 .0% | 2 66.7% | 0 .0% | 0 .0% | 3 100.0% |
| 合計 | 14 13.0% | 35 32.4% | 22 20.4% | 19 17.6% | 18 16.7% | 108 100.0% |

P. <0. 01

(7) 生活意識

17.1%の人が「大変苦しい」、29.5%の人が「やや苦しい」と回答し、あわせると46.6%と半数近くの人が経済生活の困難を感じている。

(表15 生活意識)

| | 度数 | パーセント |
|----------|-----|-------|
| 大変苦しい | 22 | 17.1 |
| やや苦しい | 38 | 29.5 |
| 普通 | 53 | 41.1 |
| ややゆとりがある | 12 | 9.3 |
| 大変ゆとりがある | 1 | .8 |
| 不詳 | 3 | 2.3 |
| 合計 | 129 | 100.0 |

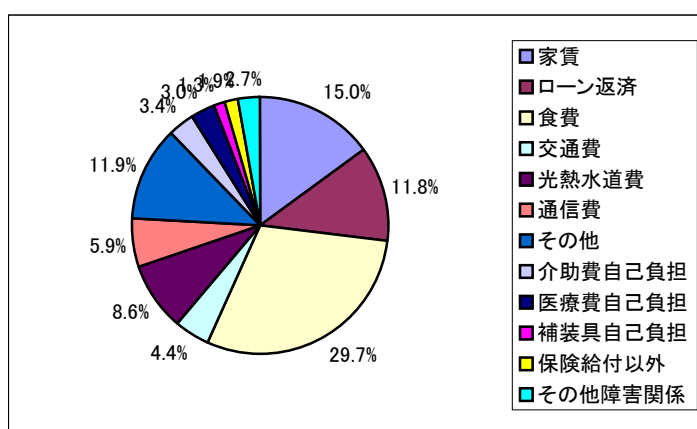
(8) 支出内訳

日常的な出費ではない「住宅改造費」を除くと、支出項目の多い順に「食費」7万200円、「家賃」3万5千500円、「ローン返済」2万8千円、「光熱水道費」2万400円、「通信費」1万3千900円、「交通費」1万500円となっている（「その他」を除く）。障害・病気にかかわる項目としては、「介助等を受けた時の自己負担額」が8千100円、「医療費自己負担分（薬代を含む）」が7千100円、「補装具購入等自己負担分（保守費用を含む）」が3千100円、「保険給付対象外に必要な費用の負担額」は4千500円、「その他、本人の障害に関わる出費」は7千円となっている。これらを合計すると2万9千円となり、全体の支出のうち12.3%を占める。

(表16 支出内訳)

| 項目 | 全世帯平均（千円） | % |
|----------|-----------|-------|
| 家賃 | 35.5 | 15.0% |
| ローン返済 | 28.0 | 11.8% |
| 食費 | 70.2 | 29.7% |
| 交通費 | 10.5 | 4.4% |
| 光熱水道費 | 20.4 | 8.6% |
| 通信費 | 13.9 | 5.9% |
| その他1 | 18.0 | 11.9% |
| その他2 | 8.1 | |
| その他3 | 3.1 | |
| 介助費自己負担 | 8.1 | 3.4% |
| 医療費自己負担 | 7.1 | 3.0% |
| うち薬代 | 1.9 | |
| 補装具自己負担 | 3.1 | 1.3% |
| うち補装具代 | 2.7 | |
| 保険給付以外1 | 3.5 | 1.9% |
| 保険給付以外2 | 0.9 | |
| 保険給付以外3 | 0.1 | |
| その他障害関係1 | 2.3 | 2.7% |
| その他障害関係2 | 2.6 | |
| その他障害関係3 | 2.1 | |
| 住宅改造費 | 96.7 | |

(図5 支出内訳)



「その他」＝その他1～3の合計、「保険給付以外」＝保険給付以外1～3の合計、「その他障害関係」＝その他障害関係1～3の合計（住宅改造費は除く）。

(9) 障害をもつゆえに必要な費用

最後に、障害をもつゆえに必要な経費について、詳細をみていこう。まず、保険給付対象外に必要な費用負担の項目について、記入をしたのは21人（16.3%）であった。内訳を以下に示す。

（表17 保険給付対象外に必要な費用の内容、複数回答）

| 項目 | 度数（人） |
|-----------|-------|
| おむつ代 | 7 |
| ガーゼ代 | 3 |
| その他の医療用品 | 4 |
| 薬（保険対象外） | 2 |
| 病院（保険対象外） | 4 |
| その他 | 5 |

「その他、本人の障害に関わる支出」に記入をしたのは13人（10.1%）であった。「保険給付対象外」の記述と重なっている部分もあるが、内訳を以下に示す。

（表18 保険給付対象外に必要な費用の内容、複数回答）

| 項目 | 度数（人） |
|-----------------------|-------|
| ベッドなど介護用品 | 4 |
| 車いす関係 | 2 |
| 病院（保険対象外） | 2 |
| 薬（保険対象外） | 2 |
| おむつ代 | 1 |
| ガーゼ代 | 1 |
| その他の医療用品 | 1 |
| その他（リフト修理、移送サービス利用など） | 7 |

4. 考察

(1) 本人所得について

障害者本人の所得について、まず、平均額が 243.8 万円と決して高くはないことが明らかになった。とくに、一人暮らしをしている人は公的年金に頼り、公的年金を受給できていない場合、生活保護を受給して生計を成り立たせている。単身世帯で生活保護受給世帯が多いことは、目を向けるべきだろう。

課税を受けている人が少ないことも、本人の所得の少なさを裏づけている。半数近くが障害基礎年金のみの収入であり、これが非課税であること、また収入があっても合計所得

金額が 125 万円以下であれば、住民税も課税対象外となるため、ここに該当する人が多いことが予測される。

もっとも得ている人が多い「公的年金（障害年金）」受給の状況をみると、障害別で差がみられた。知的障害者や精神障害者が 1 級の障害年金を得にくいという指摘は従来からなされているが、本調査の結果からもこれが確認できる。身体障害者は「受給なし」から「200 万円以上」までばらつきがあるが、知的障害者にかんしては「受給なし」と 2 級年金受給者が全体の 7 割を占め、精神障害者にかんしても、やはり「受給なし」と 2 級年金受給者が 7 割近くを占めることが予想される。

「公的年金（障害年金）」と他の項目との組み合わせをみていくと、「公的年金（障害年金）」を受給している人は、「手当（障害に係する）」も受給する傾向にあるが、逆に「公的年金（障害年金）」を受給していない人は「手当（障害に係する）」も受給していない。これは、年金支給にかかわる手帳の障害等級と関係があると思われる。また、「公的年金（障害年金）」を受給していない人は、「公的年金（障害年金）以外」を受給している割合が高い。60 歳またはそれ以上で障害をもった人は、「公的年金（障害年金）」ではなく、高齢者に関する年金を受給している集団であると考えられる。しかし、「公的年金（障害年金以外）」にかんしては、受給していない人の方が多数派であることを忘れてはならない。障害年金も受給せず、それ以外の公的年金も受給していない人が 48 人（37.2%）いることは心に留めておきたい。

また、栃本が指摘するように、年金受給者と非受給者で生活保護受給の割合に差がみられた（栃本 2003：206）。本調査においても「公的年金（障害年金）」を受給していない人で、「生活保護」を受給する割合が有意に高かった。また、土屋・圓山（2003）において「受給する年金額が生活費として不足する場合に、生活保護を受給して補う」という仮説を提示したが、この調査ではむしろ、年金を受給していない(できていない)層が生活保護を受給しているということが浮き彫りにされた。

また、栃本は障害者が就労していたとしても、極めて不安定であることを指摘している（栃本 2003：205-206）が、本調査においても、雇用者所得を得ており、かつ年金を得ている人が決して高い所得を得ているわけではないことが明らかになった。

(2) 世帯所得について

世帯収入と本人収入の比較から、家族成員とともに暮らす障害者の方が、比較的安定した経済状態にあるといえてよい。栃本（2003）によると、年金未受給者は家族などのサポートにより経済的に維持されているというが、この調査からもそうした状況が垣間見える。

世帯所得にかんして、「単身世帯」の所得が少ないのは明らかである。また、グループホームも単独生計を営んでいるため、所得が少ないことが予測される。また、「生殖家族」と「定位家族」との差に注目してみると、親世代が家計の中心者となる「定位家族」に比べて、障害者自身や障害者の配偶者が家計の中心者となることの多い「生殖家族」の方が、世帯収入が若干高い傾向がみられる。また、「定位家族」では他の世帯に比べて世帯所得のばらつきが大きい。これらは、親が雇用所得を得ているか、高齢で年金のみの収入である

かにより、その収入額に差が出てくるためと考えられる。

支出については、世帯規模が小さければ世帯支出も同様に小さくなるのは当然の結果だろうが、「定位家族」よりも「生殖家族」の支出が多い傾向にあるのは、子育てをしている世帯であり、食費、生活費に多く支出されること、持ち家率の低さから家賃の負担が重いことが予測される。「定位家族」の場合は、親世代が持ち家を取得しており、家賃等の支出は抑えられているのだろう。

年代別世帯支出は明らかな差はみられなかった。若い世代ほど支出は少ないが、上の世代はばらつきがみられる。障害者世帯の場合、単純に年齢を重ねれば世帯収入や支出が増えるわけではない。他の属性が関与していることが予測される。

障害別では差がみられた。知的障害者、精神障害者世帯は比較的支出が少ないが、グループホーム居住者が多いため、家賃やその他の支出が比較的抑えられていると思われる。また、精神障害者は単身世帯が多いため、やはり支出は多くはないが、民間賃貸住宅での家賃が支出の総額を押し上げていることが予測される。自由記述の欄には精神障害の単身世帯者は「ぎりぎりの生活でやりくりが厳しい」などの記述が目立った（生活保護受給者も多い）。これについてはさらに検討が必要である。

生活意識について、栃本調査では「苦しい」と「やや苦しい」をあわせて44.5%の人が生活状況の困難を訴えていたが、ここでも同様のことが確認された。

5. 結論

この調査により、障害者世帯の収入、支出構造について詳細なデータを得ることができた。また、他の社会保障制度との組み合わせなどの詳細について知ることができた点において、本調査の意義は強調してもよいだろう。

今後の課題として、世帯支出の内訳を詳細に分析することが必要である。まず、項目ごとに、どの程度の割合の世帯が実際に支出しているのかを確認することが肝要だろう。たとえば、食費はほぼ100%の世帯が支出しているのに比べ、家賃は58.1%、ローン返済は26.4%にすぎない。また障害や病気にかかわる費用、医療費自己負担を支出している世帯は、全体の18.6%、介助費自己負担を支出しているのは全体の13.1%である。支出世帯のなかでの平均額を比較し、どういった世帯に支出が多いのかを検討する必要がある。

また、障害種別、世帯類型別、所得階層別に詳細な分析が必要である。なかでも全体の支出のうち12.3%を、障害にかかわる支出、医療費などが占めているという事実は見過ごすことはできないだろう。どのような生活状態の時に何が必要とされているのかを分析し、ある程度の一般化を試みることも、今後の課題である。

さらに、一般の家計調査との比較も必要である。家賃、食費、交通費、光熱水道費のなかにも、障害者世帯であるがゆえに、プラスの支出が必要な項目が含まれている可能性がある。より詳細な分析が求められる。これらについては別稿で検討したい。

■参考資料

- 勝又幸子(2004)「障害者の生活保障実態調査：障害者福祉制度と公的扶助の補完関係再考」『公的扶助システムのあり方に関する実証的・理論的研究（平成13年度～15年度総合研究報告）』, 173-206.
- 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部（2001）「知的障害児（者）基礎調査結果の概要」（厚生労働省 HP より引用）.
- 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部（2003）「障害者の生活状況に関する調査結果の概要」（厚生労働省 HP より引用）. 調査の元資料「所得等の面からみた障害者の生活実態に関する調査研究」. 「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」.
- 障害者福祉研究会編（2003）『わが国の身体障害児・者の現状：平成13年身体障害児・者実態調査報告』中央法規.
- 栃本一三郎（2003）「はじめに」障害と健康に関する研究会編『所得等の面からみた障害者
土屋葉、圓山里子（2004）「障害者にとっての所得保障制度：実態と意味づけ」第52回日本社会福祉学会大会 報告資料.
の生活実態に関する調査研究報告書』, 1-5.
- 東京都福祉局総務部計画調整課編（1999）『障害者の生活実態：平成10年度東京都社会福祉基礎調査結果報告書』.
- 財団法人精神障害者家族会連合会年金問題研究会編（2004）『障害年金の請求の仕方と解説：精神障害者・知的障害者のために』中央法規.

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

「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」

EU と OECD における障害者施策比較研究の概要

主任研究者 勝又 幸子（国立社会保障・人口問題研究所企画部第3室長）

要旨

障害者政策の国際比較を2冊の文献から紹介した。1冊はEU諸国の障害評価基準に関する各国比較研究であり、もう1冊はOECDが行った、実証と制度比較の報告書である。多様な制度や給付を横断的な表にわかりやすくまとめているので、各国の障害者施策の概要と、その特徴、最近の改革動向などが詳細に理解できる報告書である。

A. 研究目的

障害者施策の国際比較研究は、日本においては始まったばかりである。諸外国の先駆的な研究に学び、分析の視点を得たい。

B. 研究方法

文献サーベイを以下の2冊について行った。

「ヨーロッパの障害評価：類似性と差異
Assessing Disability in Europe---Similarities
and Differences」欧州会議 (Council of Europe)

[ISBN 92-871-4744-2]

「障害を能力へ転換する～就労促進政策と障害者の所得保障～：Transforming Disability into Ability Policies to Promote work and Income Security for Disabled people」OECD 2004 [ISBN 92-64-19887-3]

（倫理面への配慮）

なし

C. 研究結果

EUの研究からは、障害評価方法の各国の違いや、障害給付の種類、若年者への適用の違いや年齢に関する規定などの情報が整理できた。OECDの研究からは、障害者制度の記述的な比較だけでなくデータによる比較情報が得られた。

D. 考察と E. 結論

各報告書において障害者政策の国際比較としての視点は、就労支援や関連社会保障制度との補完関係に着目していることがわかる。各国の特徴は最近の改革の動向からよりよく理解できた。日本について同様のデータが比較可能な次年度の研究でデータを集め考察したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

1. はじめに

障害者施策の国際比較研究は、日本においては始まったばかりである。なぜ今国際比較が人々の関心を集めているのだろうか。それは、日本における政策がようやく「ある段階」に一步踏み出そうとしていることを意味しているのではないか。その「ある段階」とは、社会的統合の段階である。すなわち、障害者の問題がすべての人の問題となる段階である。

平成 17 年 9 月「障害者自立支援法」と「障害者雇用促進法の一部改正に関する法律」が成立し日本における障害者政策はやっと動き始めたかに見える。しかし、振り返ればノーマライゼーションの思想が紹介され、障害者の社会参加が主張されはじめたのは筆者が大学に入学した直後からだった。あの頃キャンパスでは、車椅子で入れるように、すべての建物にスロープを設置することが学生運動のスローガンとして求められていた。1981 年の国連国際障害者年から 25 年がたった。その間国際社会では様々な会議が開かれ、障害定義の見直しや社会的統合議論など、多くの活動が蓄積となっていたことを知ることができる。振り返って国内のその間の状況を見るにつけ「失われた時」にも似た焦燥感もつのは私だけではないであろう。国際比較にわれわれが関心をもつのは、後発の利益を得るためだけではない。今自分がどこにいるのかを確認し、そしてどこに向かっていきたいのかを選択するために先人の経験と知恵に学ぶのである。本論はその意味で、他の 2 つの報告書と同様に基礎資料として位置づけられる。(他の 2 つの資料とは「知的障害の定義に関する国際的状况について」(本田分担研究者)と「障害の法的定義・認定に関する国際比較」(日本障害者協議会)をあらわす。)

2. EU における研究

「ヨーロッパの障害評価：類似性と差異 Assessing Disability in Europe---Similarities and Differences」欧州会議 (Council of Europe) [ISBN 92-871-4744-2]

欧州会議 (Council of Europe) が研究費を出した 1997-2000 年の研究結果をまとめたものである。EU の加盟国のみならず未加盟国を含む 22 カ国が調査に協力している。(オーストリア、ベルギー、キプロス、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ハンガリー、アイスランド、アイルランド、イタリア、ラトビア、リトアニア、ルクセンブルク、オランダ、ノルウェー、ポルトガル、スロベニア、スペイン、スウェーデン、スイス、イギリス)

本書では、1996 年 CD-P-RR(Committee on the Rehabilitation and Integration of People with Disabilities)「障害をもつ人々のリハビリテーションと統合に関する委員会」が提示した 9 つの提案の最優先順位として障害評価についてまとめている。その目標は、a) 手当てと個別支援の与え方の各国比較、b) 各制度の枠組みのなかで、医師をふくめた複数の人で構成されたチームの手当てや個別支援の決定における役割と責任、c) 障害を持った人

の医療記録とその管理記録の情報の交換や意志の疎通を国内の関係当局または移転先の当局などといかにこなうか、d)具体的な助言を CD-P-RR に提出する。

方法としては、共通の用語の定義を行い、その定義が具体的にどのように行われているかを示し、小委員会の参加者はアンケートに答える形で、その国の言葉に精通する者が答える必要がある。

審査“test”の定義：①個人がその給付を受けるにふさわしいかの判断、②当事者の問題をよく知る者または隣人から得られる情報、③申請者の治療にあたった医療関係者、④特別な評価は伝統的に医師がおこなってきたが、近年は複数のさまざまな人が参加するチームで判断するように変わってきている。

給付“benefit”の定義：当事者が就労能力がないと認められたときに給付は行われる。ここで、は WHO(World Health Organization)「世界保健機構」の ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)「国際障害分類」によるが、重要な課題は仕事を考慮するときにはどの標準能力に照らし合わせて判断するかである。能力に代わる選択肢としては、①自営業（近年やってきた仕事）この審査は、休業期間が比較的短い場合。②つぎのように定義できる仕事、；例えば、他人にできること、本人の年齢や障害（医療以外の要因を含む）の度合いに適合する仕事、障害者になる前の仕事から比較し、場所や種類や賃金などを十分考慮した仕事、理論的に経済活動となりえる仕事、実際に近くで可能な経済活動、通常の仕事。

評価（審査）方法：障害をもっていると認定する条件としては、現時点で障害が継続していること、特殊な障害であること（障害の質）、障害が重度であること（障害の量）、障害の原因が適切であること（例、労働災害）、障害が十分に長く継続していること。

障害評価方法（disability assessment methods）：

①障害率表方式（Barema methods）任意の基準で累進的なパーセントで障害の程度を表す。申請者は基準に照らし合わせたパーセントで障害度を評価される。（例アメリカ医師会：等級 1 は 9%以下の欠損、等級 2 は 10～24%、等級 3 は 25～49%、等級 4 は 50～75%

②ケアニーズ評価（Assessing care needs）昼間および夜において申請者が必要とする他人援助の度合いから判断される。評価にいれる必要とはある程度明確なものを含む。

③機能的な能力決定（functional capacity determination）評価では評価者は能力や障害のリストを渡される。そして、詳しいそれぞれがどんな能力か障害かの説明が加えられる。申請者が受け入れられるように、それらの能力および障害は説明される。

④経済的損失（Economic loss）障害が無かったら得ていたであろう個人の所得を直接的または間接的に計算する。障害以外の条件も考慮に入れる。このように算出された数値を他のケースまたは申請者が算出したものと比較しながら評価する。

近年いくつかの国で評価に導入されるようになった「多分野からなるチーム」の存在については、医療専門家（医師や看護師等）のみならず、心理学者、ソーシャルワーカー、物理療法士、職業セラピスト、などあらゆる専門家が加わることで、障害にたいする柔軟な見方や実態にあったサービスの給付ができる可能性があるという評価している。NGO（非政府組織）で障害者福祉に関係している集団へのヒヤリングでは、欧州において何らかの共通

する障害評価が採用され、国境を越えて移動することに支障にならないような配慮が必要との考えが示されている。

本報告書はそのワーキンググループの最終的コメントとして幾つかの助言をしている。例えば、各国の制度は歴史的成り立ちなどの相違から、同じではないが、その基本にある考え方には共通点が見いだされる。共通用語については、適当な翻訳が難しく共通理解ができないことが重要な課題。しかし、時間をかけて理解をすすめれば解決は可能。この点でいうと、WHO の ICIHD の利用は大変有益だ。障害者の国際比較という分野での各国の旬席は学術研究所及び個人研究者の間では必ずしも十分に行われているとは言い難い。障害評価（認定）制度は法律上あまり詳しく書かれていないが、それぞれの運用においては各国の文化にねざして実施されている。各国の文化に根ざした制度を統合するのは政治的にも大変難しいことであるが、実態的な違いは細かなところがあり、時間をかけていけば可能である。国境を越えた情報のやりとりが進み、時間をかけて制度の調和をめざせば、欧州における障害者施策の調整は可能であり、それは欧州の障害者の利益となる。

< 抜粋した比較結果表（仮訳） >

表 3 手当及び個別援助

表 6 障害児をもつ家族への給付

表 7 新卒及び若年者の初期職業統合

Table3. Allowances and personal assistance
表3: 手当及び個別援助

| 国名 | | 長期障害給付 | | | 短期障害給付 | | 対象集団 |
|---------|----|--|--------------------------|----|--|-----------------------|--|
| | | 稼働年齢の間に障害を持ったグループ | 一度も稼働したことがないグループ | | 稼働年齢の間に障害を持ったグループ | 一度も稼働したことがないグループ | |
| オーストリア | 有り | 事故年金 障害年金 所得保障給付(群レベル) | 無し | | | | 児童 戦争犠牲者 犯罪犠牲者 |
| ベルギー | 有り | 永久的労働不能給付 一病気 労災 職業病 | 障害手当 | 有り | 一時的労働不能給付 * 一般病 * 労働災害 * 職業病 | 有り | 児童 戦争犠牲者 |
| キプロス | 有り | 障害年金 障害給付 | 生活扶助 | 無し | | | 児童、盲人、緊急事態で障害を負った人(特別月額年金受給者)重度障害手当 |
| デンマーク | 有り | 早期退職年金 | 障害給付 | 無し | | | 18歳以下については追加費用の支給、視覚聴覚障害者への対処 |
| フィンランド | 有り | 障害手当 | 特別制度はないが必要に応じたサービス給付 | 無し | 無し | 無し | 児童 |
| フランス | 有り | 障害年金 労災傷害年金 | 成人障害者手当(AAH) | 有り | 日割り傷病手当給付 | 無し | 児童 |
| ドイツ | 有り | 障害/傷害年金 | 社会扶助 | 有り | 医療・歯科治療、投薬、治療薬、補綴(義眼)、耐性レベル、テスト、ワークセラピー | 無賃金/報酬補助 | 児童 |
| ハンガリー | 有り | 障害年金 労災傷害年金 産業傷害 準備手当 社会手当 | 重度障害手当(25年以上障害状態に有る場合) | 有り | 労災傷病手当金 | 無し | 児童/移動障害伴う重度障害、視覚障害、戦争犠牲者/鉱山労働者 |
| アイスランド | 有り | 労災理由の医療補償給付 障害年金 | 障害年金 機能回復年金 | 有り | 短期傷病手当 | 特殊必要のある子供の介護手当 | 特別障害児扶養手当 |
| アイルランド | 有り | 障害年金 障害給付 労災給付 失業補助 医療 | 障害手当 補足福祉手当 | 有り | 障害給付 | 障害手当又は補足福祉手当 | 児童 |
| イタリア | 有り | 永久障害給付 障害手当又は障害年金 | 障害があり失業中の者に対する月額の手当 不能年金 | 有り | 自営の一時的労働不能(労働災害疾病)傷病手当(一般病) | 無し | 児童/戦争犠牲者/船員/部分及び全視覚障害者/聴覚障害者 |
| ラトビア | 有り | 障害年金 労働不能補償保険 | 障害児・者に対する国の社会給付 | 有り | 10~24%の労働能力の一時的減退が18ヶ月継続したときの一時金給付 | 無し | 児童/チェルノブイリ犠牲者 |
| リトアニア | 有り | 6年以上の障害年金 | 障害年金(0~16年) | 有り | 傷病手当(4ヶ月) 社会給付(所得の喪失) | 無し | 児童(家族参照) |
| ルクセンブルク | 有り | 障害年金 労災傷害年金 | 家族手当 特別補助手当 最低所得保障 | 無し | | | 児童(家族参照) |
| オランダ | 有り | 障害給付法(WAO/WAZ) 高齢者及び部分的障害者で元自営業者に対する所得保障法(IOAZ) 高齢者及び部分的障害者で失業者に対する所得保障法(IOAW) | WAJONG 障害手当(17歳~30歳) | 有り | 傷病給付(52週間) | 無し | 児童 特別制度無し(家族参照) |
| ノルウェー | 有り | 障害年金 基本給付(追加費用) リハビリテーション給付 | 障害年金 基礎給付(追加費用) 機能復帰給付 | 有り | 傷病給付 | 無し | 児童 |
| ポルトガル | 有り | 障害年金(拠出及び無拠出制度) ソーシャルワークセンターに於ける現金給付 | 月額生命手当 | 無し | | | 児童(家族参照) |
| スロベニア | 有り | 障害年金 現金補充手当 障害給付 ソーシャルワークセンターに於ける現金給付 | 障害配置転換手当 | 有り | 復職失業手当と財政補助(奉職期間による) 引退・障害保険協会からの現金復職手当(職業上の障害者認定を受けたものが退職につくまでの間の待機期間) ソーシャルワークセンタにおける財政的旧封(一時的に生計手段を持たない者) | 職業ガイダンスや訓練における補足手当や援助 | 児童/視覚障害者/軍隊活動を理由とした移動困難な重度障害者 |
| スペイン | 有り | 障害年金 | 障害年金 | 有り | 永久傷害給付(職業習慣能力に影響を与えないもの) | 無し | 児童(初期援助及び普通・特殊教育) |
| スウェーデン | 有り | 障害手当(追加費用の補填) | 障害/早期引退 給付 | 有り | 機能復帰/傷病給付1年 | 無し | 児童 |
| スイス | 有り | 障害年金 | 無し | 有り | 日額手当(機能回復訓練期間) | 無し | 児童 |
| イギリス | 有り | 労災理由の障害給付 減額所得手当 障害給付 障害者労働手当 所得援助 無拠出求職者手当 (+ increase of the applicable amount) 障害保険給付 | 所得援助(障害保険給付) 重度障害手当 | 有り | 法定傷病手当(民間) 不能(障害)給付(公務員) | 所得補助 所得補助の障害保険給付 | 児童/戦争犠牲者/犯罪被害補償制度/予防接種副作用被害者/認定視覚障害者/狭視覚障害 |

表3: 手当及び個別援助(つづき)

| 国名 | 家族給付 | 介護手当 | | 個別支援 | | | |
|---------|---|--|---|------------------------------|--------------------------|------------------------------|---|
| | | | | 教育や特殊教育 | 職業教育や相談 | 器具や道具による援助 | 労働市場への復帰 |
| オーストリア | 家族手当の増額 | 有り | 有り | 普通又は特殊教育 | 無し | 有り | 社会的／医療的／職業上の機能回復 |
| ベルギー | 障害児の為に追加児童手当／親が障害者である児童に対する手当 | 他人介助の場合の月額補助(フランドル地方のみ個人介助手当あり) | 有り | 有り | 有り | 有り | 一般施策: 雇用促進／特別施策: 訓練、雇用主用補助付き雇用 |
| キプロス | Dowry 手当 | 無し | 個別特別財政支援／組織特別財政支援／重度自動車障害手当／転居手当／移動手当／特別ニーズ手当／クリスマス・イースター特別手当 | 有り／言語療法／物理療法／特別体育教育、音楽(特殊学校) | 有り | 有り | 自営業制度／援助付き雇用制度 |
| デンマーク | 所得補填(18歳以下の子供の扶養者) | 個別介助介護看護(居宅サービス)／居宅介助家事援助補助／支援制度／介助制度 | 有り | 無し | 無し | 住宅／援助／住宅の改造 | リハビリテーション |
| フィンランド | 児童対象現金給付 | 年金者介助手当／個人居宅援助雇用補助金 | 有り | 有り | 有り | 有り | 無し |
| フランス | 特殊教育手当(20歳以下) | 無し | 有り | 有り | 無し | 無し | 職業再訓練(COTOREP) |
| ドイツ | 家族給付制度に障害児対象の特別制度あり | 長期介護 | 有り | 有り | 有り | 就労に必要な個別器具援助 | 雇用開発及び維持援助／補助金付き雇用／重度障害者雇用割当／非合法解雇に対する特別保護 |
| ハンガリー | 家族手当の増率 | 無し | 有り | 無し | 無し | 無し | 事業主への補助／住み込み雇用 |
| アイスランド | 税額控除 | 補足年金／市町村負担居宅介護 | 有り | 有り | 有り | 有り | リハビリテーション／職場へのアクセス |
| アイルランド | 居宅介護手当 | 介助者手当 | 有り | 有り | 有り | 有り | 有り |
| イタリア | 月額介助手当(18歳未満)／3年までの産休延長と月に3日の休暇 | 個別常時介助月額手当(一般疾病及び労災、職業病)介助手当(無提出) | 有り | 有り | 無し | 有り | 雇用割当制度／重度障害労働者への月3日休業 |
| ラトビア | 出産手当／育児給付(3歳まで)／国の障害児対象家族手当(家族手当より高率)／埋葬手当 | 生活扶助制度内の居宅介助 | 公的扶助制度内で有り | 有り | 有り | 交通／住宅／技術援助や補綴(労災制度にも同様のものあり) | 無し |
| リトアニア | 両親の為に障害児介助手当(16歳以下) | 看護給付 | 有り | 有り | 有り | 交通／投薬／補綴／整形外科／技術援助 | 事業主への補助／雇用割当／非合法解雇に対する保護／税制優遇措置 |
| ルクセンブルク | 家族手当／孤児手当 | 介護給付(拠出型)／介助手当(無提出)／重度障害者特別手当／労災年金(高率) | | | | | |
| オランダ | 有り | 補足障害年金(社会保険)個別介助(医療) | 有り | 有り | 有り | 有り | 再統合法 |
| ノルウェー | 介助手当(18歳未満)／基礎給付 | 居宅実際介助 | 有り | 有り | 有り | 有り | 雇用促進政策 |
| ポルトガル | 1.補足給付(高率の家族手当)・生命月額手当24歳未満・常時介助手当/2.障害親族(30歳未満)介助手当(年間30日以内)／3.長期療養児童(12歳未満)介助手当6ヶ月から最長4年間 | 常時介助手当(児童のいる家族参照) | 有り | 有り | 有り | 無し | 税額控除／住み込み雇用／在宅勤務 |
| スロベニア | 育児補足給付、住宅、税制優遇、居宅介護のための移動介助手当 | 退職障害保険制度における追加的援助及び介護／施設介護／補足手当外の介護及び介助／戦争犠牲者対象補足介護・介助 | 有り | 有り | 有り | 有り | 被用者及び雇用主援助法 |
| スペイン | 個別障害児対象家族手当(18歳未満)／33%障害程度(18歳以上)65%障害程度(注1) | 75%以上依存障害個人への補足給付／重度障害者施設／重度精神病患者施設 | 有り | 有り(児童参照) | 有り/33%障害程度、公的及び非営利民間サービス | 引越し補助及び移送手当 | 一般企業における雇用促進(雇用主対象補助金と税制優遇措置、職場の改造、雇用割当)保護付き雇用環境での雇用／職業センター／身体障害者機能回復センター |
| スウェーデン | 介助手当(6ヶ月以上16歳未満の要介助児) | 家族参照／16歳未満児対象特別制度無し | 無し | 無し | 無し | 有り | ビジネス援助 |
| スイス | 無し | 障害手当(個別制度においては他の手当) | 有り | 有り／普通教育又は特殊教育における追加費用と追加授業 | 有り | 有り | 有り |
| イギリス | 家族基金 | 常時介護手当と重度障害手当(労災)／障害生活手当／移動援助／介護生活または介助手当(終末医療) | 有り(税制優遇) | 有り | 有り | 住宅／交通／駐車 | 仕事へのアクセス |

出所: EC, Assessing disability in Europe - Similarities and differences- 附録表3

(注1) 記述不明瞭

Table 6. Benefits for families with children with disabilities

表6:障害児をもつ家族への給付

| 国名 | 法律制度 | 給付 | 基準 | 方法 |
|---------|------------------------|--|--|--|
| オーストリア | 家族負担保障法 | 家族手当の増額 | 障害ゆえに係る費用の補填 | 医療(50%以上障害程度)で若者所得制限 |
| ベルギー | 連邦政府レベル | 1.補足家族手当 2.家族手当の増額 | 1.児童で66%障害程度又は加齢による自立度の減退 2.扶養する親の2/3以上労働不可能な場合 | 1.Berema(ベルギー基準と児童特別Berema基準)子供の自立に関するアセスメント特別基準(6機能区分) 2.Berema(労災) medico-social assessment/evaluation of socio-professional parameters |
| キプロス | 数種 | Dowry手当 | 16%以上の障害を緊急状況 | 英国方式、障害程度チャート使用 |
| デンマーク | 社会サービス法 454/97(社会省) | 所得保障(18歳未満の児童の養育者) | 介護が子供の障害を起因をしている場合/親はより適正/介助者が所得の減退に苦しんでいる/親が介助により部分的または全的に仕事を止めている | 医療及び医療以外 |
| フィンランド | 数種 | 児童扶養手当/学校手当 | 症状/機能能力/施設収容を回避できる 学習障害 | 介護へのアクセス・機能回復訓練ニーズへの追加費用/生徒の必要と心理社会的条件 |
| フランス | 75-534 1975 法 | 特殊教育手当 | 20歳未満の児童で80%以上の障害になる者、能力欠如や50-80%の能力で特殊教育を受けている者 | 医療 |
| ドイツ | 第8巻、社会法 若年層への援助 | 医療及び歯科治療/特別給付/一般社会への統合 目的で適度に就労するための助け | 精神的に問題がある、またはある危険性のある児童 | 医療(必要な治療へのアクセス/特別給付/援助/介助) |
| ハンガリー | 1990年 115法 家族手当その他 | 家族給付増額 | 児童慢性疾患、身体精神障害(18歳未満については疾病や障害のリストあり、18歳以上については障害程度が67%以上) | 医療 |
| アイスランド | 国の社会保障法、特別援助法 | 特別児童扶養手当 | 特別ニーズ | 医療と特殊治療に対するアセスメント |
| アイルランド | 社会福祉法 | 居宅介助手当 | 2~16歳の児童で障害故に平均以上に援助の必要の有る者 | ニーズへのアセスメントと見守り及び追加的介助 |
| イタリア | 数種 | 出産手当(18歳未満でセンターに参加していること)コミュニケーション手当(18歳未満) 3年までの産休の延長と月3日の休暇 | 年齢相応の行動に困難がある/聴覚障害者/親が障害をもっている児童 | 基礎的能力 |
| ラトビア | 社会支援法 | 国の児童手当(16歳未満) | 無し | 医療 |
| リトアニア | 国 | 障害児(0~16歳)を養育する親手当 | 無し | 医療 |
| ルクセンブルク | | | 無し | 無し |
| オランダ | TOG1997年 | 財政手当 | 居宅の身体障害者又は施設の精神・知的障害者 | 医療中心 |
| ノルウェー | 数種 | 基礎給付 介助給付 | 追加的費用 特別に必要な介助と看護 | 追加的費用と介助ニーズへのアセスメント |
| ポルトガル | 国家法 | 1.追加手当(家族手当増額)生命月極手当(25歳以上)特殊学校に通う手当(24歳未満)常時介助手当 2.家族介護手当(一定年齢以下の児童に年間30日間を限度) 3.長期療養及び重度障害者対象の介助手当6ヶ月~4年の期間(12歳未満対象) | 主に自立度による | 医療及び非医療 |
| スロベニア | 特殊及び一般 | 育児補足手当/施設介護/移送援助(居宅介助者の支援)/医療・歯科治療/特殊教育 | 分類上の異常項目による定義と児童調査/若年(比較的若年)で心身の障害のある人 | 医療的一欠陥 |
| スペイン | 王室法 1/1994 社会保障法 | 個別障害児への家族給付 | 18歳未満は33%障害程度以上、18歳以上65%障害程度(基礎家族手当)、18歳以上であり75%障害程度以上で日々の生活で介助を必要とする者(追加日常手当) | Berema方法で基準はICIDHの自立度を参考に |
| スウェーデン | 無し | 介助手当 介助財政補助 | 社会的な見守りや介助を必要として(最低6ヶ月以上)介助が必要な18歳未満 障害児をもつ親 | 無し 非医療 |
| イギリス | 数種 | 障害児保険給付/介護施設入所児の生活手当、特殊教育を受ける手当 | 視覚障害者として認定された児童の生活手当、介助の必要性、介助の頻度、常時の援助、学習障害 | 主に非医療の介助支援援助、心理社会的教育的要件 |

出所: Council of Europe Publishing, Assessing Disability in Europe- Similarities and Differences p.38

Table7. Initial vocational integration of school leavers/young people

表7: 新卒及び若年者の初期職業統合

| 国名 | 法律制度 | 給付(財政的・非財政的) | 対象 | 方法 |
|--------|------------------------------|---|---|---|
| ベルギー | 特別サービス 都道府県レベル | 財政的特別給付無し/職業アセスメント(評価)と訓練への特別援助、フランドル地方では職場への移動介助あり | 障害により仕事が通常より出来ない人、複数の集団からの前向きな助言 | 特別サービス: 障害損傷の情報と職業能力に関するアセスメント(査定) |
| キプロス | 1969年職業リハビリテーションセンター | アセスメント(査定)、訓練、配置、自営業制度、援助付き雇用制度 | 制度ごとに異なる | 無し |
| ドイツ | 様々な基金 | 現物(サービス)又は現金 | 職業的な統合に必要なリハビリテーション訓練を優先/詳細は基金により異なる | Barema/必要度/基金別の機能的能力 |
| アイスランド | 国社会保障法 | 職業訓練プログラム | 職場に不適応 | 医療アセスメント(審査) |
| アイルランド | 保健・教育法 | 職業リハビリテーション(訓練コース、短時間労働) | 障害手当を受給して就労不能(最低1年) | 国家リハビリテーション審議会への報告 |
| イタリア | 104/1992法 | 特殊教育/適正・職業訓練一般制度 | 市民障害者/病弱者 | 機能的アセスメント(査定)/学習能力/個別計画 |
| オランダ | 再統合法(1998年7月) | 補助金、職業順応、bumout訓練、lowback教育(雇用主および被用者) | 障害によって一般よりも労働能力の劣る者 | 機能的能力とJIS(職業情報システム) |
| ノルウェー | 国の社会保障制度 | 有り | 就労能力の減退 | 無し |
| スロベニア | 一般及び特別(障害者雇用訓練法、積極的雇用政策関連制度) | 財政的並びに非財政的サービスあり: 障害者の訓練や職業指導の度合いに合わせたものと、障害者を雇用する雇用主に対する召還払いなど | 個人の能力と興味、雇用施設については予算から資金が得られる、ケースによっては障害の程度 | 職業能力アセスメント(査定)(職業に必要な能力と個人の能力のマッチング、個人計画) |
| スペイン | 法13/1982 障害者の社会的統合法 | 訓練/職業指導 | 障害の程度 | Barema/職業に必要な事項の審査 |
| スイス | 障害保険制度 | キャリア助言/初期職業訓練/新又は古い仕事への回帰/職業紹介所/自営業開業資金援助/衣服・道具・転居に関する拠出 | 障害(特に最低基準は無い) | 医療(能力減退を起こす健康や障害の度合い) |
| イギリス | 許可制度 | 職業紹介所による職業リハビリテーション手当 | 失業 | ありのままの機能的能力 |

出所: Council of Europe Publishing, Assessing Disability in Europe- Similarities and Differences p.39

3. OECD における研究

「障害を能力へ転換する～就労促進政策と障害者の所得保障～：Transforming Disability into Ability Policies to Promote work and Income Security for Disabled people」 OECD 2004 [ISBN 92-64-19887-3]

本書は 2003 年に刊行され 2004 年には増し刷りされており、多くの研究者行政関係者の関心を集めている報告書である。本書の元となった研究プロジェクトは 3 種の異なる手法によって障害者政策を分析している。ひとつめは、制度比較からみた分析、ふたつめは行政的データの比較による分析、そしてみつつめは、マクロデータからの分析である。制度比較分析では現在の制度の概要と過去 20 年の障害者政策の変化がまとめられている。また、行政的データの比較では、障害に関連した雇用と社会的保護政策が過去 20 年にどのように変化してきたかを分析している。最後にマクロデータからの分析は、各国の人口統計から障害者の状況を就労と所得等から明らかにするものである。

全体は 8 章に分かれており、第 1 章:総括、第 2 章:分析枠組みと目的、第 3 章:所得と就労率の実態、第 4 章:補償制度の変化、第 5 章:統合政策の変化、第 6 章:障害者政策の分類、第 7 章:最近の改革、第 8 章:政策的結論、となっている。

第 4 章では既存の社会保障制度との補完関係を分析している。結論として次のような記述がある。1995 年以降障害給付の伸びは落ち着いている、それは各国において実施された改革に影響をうけたものと考えられる。様々な就労促進政策などが各国で試みられているが、障害給付から脱出できる人は少ない。部分障害給付を多く給付している国は全体からみて、給付水準の高い国であり、新たに障害給付を受給する 3 人に 1 人は部分給付をうけている。障害給付の捕捉率の高いくにでも、保険受給資格に達しなかったり、資料調査で不適とされたり、必ずしも排除は無くなっていない。拋出と無拋出の 2 重制度で障害者給付を提供している国では、無拋出の給付が増加して、1 人当たりの給付額が縮小傾向にある。精神心理的な障害を持った人の給付は全給付の 4 分の 1 から 3 分の 1 と増えつつある。障害認定拒否率の高い国では障害給付水準は低くなる傾向がある。各国の比較結果では、失業率と障害給付の増加には関係がみいだせなかった。しかし、給付認定が厳しい国では失業率が高いという傾向はみられた。また、各国の比較で、早期退職給付と障害給付の間に関係があることもみいだせなかった。しかし、障害給付の多くが高齢者によって利用されている国においては早期退職者の数が多い傾向はあった。

第 6 章の障害者政策の分類では、クラスター分析によって障害者政策の分類を 6 つのタイプに分けている。それらは、A 制度未成熟タイプ（トルコ・メキシコ）、B アングロアメリカタイプ（カナダ、アメリカ、イギリス、韓国）、C 北欧諸国タイプ（ノルウェー、スウェーデン、デンマーク）、D ゲルマンタイプ（オーストリア、ドイツ）、E ローマタイプ（フランス、イタリア、ポルトガル、スペイン、ベルギー）、F 混合タイプ（オランダ、オーストラリア、スイス）。

A は障害給付、傷病手当が比較的低く、就労支援策などの政策も行われていない国々である。B は二重制度が特徴で、障害給付には厳しい医療的な認定基準があり、休業給付や傷病手当金なども低く、全体として失業給付の方が障害給付を上回っている。C は全人口が制度

によって補償されている。部分給付に多くを費やし医学的及び就労能力の評価が厳しいが、給付水準は高い。就労補助金や職業リハビリテーションに熱心である。D は給付水準は中水準だが、短期給付や傷病手当金、職業リハビリテーションなどに熱心で、雇用制度の枠組みのなかで給付が行われている。E は二重制度が特徴で、医学的评价が厳しいが、時には自らの職業評価を導入していて、雇用補助金に力をいれている一方、職業リハビリテーションには余り熱心ではない。F は全国民をカバーする制度でありながらオーストラリアでは資力テストを課したり、雇用主により多くの責任をとらせたりする。

本書の全体を紹介するのは紙面関係で別の機会にする。

障害者施策の各国比較についてはアネックスに多くの比較表を配置しており、情報として貴重なものが多い。以下に抜粋して翻訳した表を示す。

< 抜粋した比較結果表（仮訳） >

- 表A 3. 1 障害受給資格の更新に関する制度
- 表A 3. 2 障害関連給付の延長と就労インセンティブの制度
- 表A 3. 6 障害給付制度における年齢規定
- 表A 3. 7 障害の定義と待機時間
- 表A 3. 8 障害給付申請のための審査過程についての状況
- 表A 4. 2 障害者雇用割り当て制度の詳細

Table A3.1. Regulations on re-testing of disability benefit entitlements

表A3. 1 障害受給資格の更新に関する制度

| 国名 | 受給資格確認のタイプと頻度 |
|---------|---|
| オーストラリア | 一時的: 医療的検査は2年間隔、通常5年ごとに所得や資産に関する総合的な調査を前回の調査からの変化について観察する |
| オーストリア | 2年以内に再調査(継続給付)、健康水準に向上がなければ継続給付、100%障害ならば永続的(約20~25%の変動幅あり) |
| ベルギー | 不明瞭な給付; フレキシブルな検査(大抵は幾つかの制御出来るテスト)3年以上経過すると永続的 |
| カナダ | 実態は永続的 |
| デンマーク | リハビリテーションが失敗に終わったら、永続的(再検査無し) |
| フランス | 一時的な障害については柔軟な再評価 |
| ドイツ | 一時的は3年を上限として、正当な改善があることを前提に継続更新、部分的な障害においても労働市場の悪化などの理由で全額給付をすることがある(労働市場見込み)、どのような場合も一時的 |
| イタリア | 永続的なものは全面的障害の場合: 3年を上限として一時的な給付、すなわち部分的障害(6年以上で永続的給付に移行) |
| 韓国 | 柔軟; 完治していない病気については逐次検査 |
| メキシコ | 一時的は更新期間あり(1年目は定期検診あり) 完治の見通しが有る場合、通常2年後は永続 |
| ノルウェー | 基本的には永続、規則にのっとりた障害状態の再検査は無い(就労能力は、税務当局からの家督所得情報でわかる) |
| ポーランド | 柔軟(状態の改善による)一時給付は一定期間を過ぎると打ち切られる(受給者は新たな障害の事実を申告しなければならない) |
| ポルトガル | 永続的だが固定的ではない。即ち、3年ごとの検査が10年までつづく。評価委員会の再検査は随時行うことができる(傷病手当金の受給後3年後に行う) |
| スペイン | 永続的、一時的障害の長期傷病給付は30ヶ月を上限に給付(その後給付は永続的となる) |
| スウェーデン | 柔軟、実際はほとんどが永続的、一時的給付は長期継続給付だが永久障害では無い場合 |
| スイス | 実態は永続的、再検査は3年ごと10年まで継続、再検査はいつでも可能(受給者や行政当局の要望に従って) |
| トルコ | 永続的 |
| イギリス | 一般的には、個人的能力が規定に沿っている限り常に一時的と考えられる。新たな検査が導入されたごとに頻繁に見直しを行う。 |
| アメリカ | ほとんどの場合事実上永続的、しかし継続的な再検査が条件(当局は健康水準が向上したことを証明しなければならない) |

出所: OECD, Transforming Disability into Ability Policies to promote work and income security for disabled people 2003 p.194, Annex 3

Table A3.2. Regulations on disability-related benefit suspension and work incentives

表A3. 2 障害関連給付の延長と就労インセンティブの制度

| 国名 | 障害給付の延長 | その他の就労インセンティブ |
|---------|--|--|
| オーストラリア | 常用雇用の場合2年を上限に | パートタイム就労は資力調査による(「自由領域」とよばれる月額200～230オーストラリアドルの収入範囲であれば給付の削減無し、平均所得の70%以上になった場合のみ、全給付を削除される) |
| オーストリア | 不可能:元の職業を再開するためのインセンティブは無い | 異なる仕事での就労が認められる(一定以上収入の場合にのみ給付の30～50%が削減される) |
| ベルギー | 使用期間は3ヶ月を限度、傷病期間は14日間を上限に延長 | 追加的所得認可 |
| カナダ | 期間の制限なく延長可能、「早期手続き」再申請行程 | 3ヶ月試用期間は給付を削減されずに賃金労働可能 |
| デンマーク | 「年金休養取得」が試用期間、職業再訓練期間注は可能 | 障害給付を受給不可能になる場合で、3分の2の就労能力にとどまっている場合は特別就労補足給付がある |
| フランス | 不可能 | 所得が障害を負う前の水準(最初の6ヶ月は障害を負う以前より高くても可) |
| ドイツ | 6ヶ月を限度;試用期間労働が健康理由で失敗に終わったら、即終了 | 給付(部分給付)は障害を負う以前の水準と同等、場合によっては給付は4分の3、2分の1、4分の1に減額される |
| イタリア | 不可能 | 部分給付で最低年金給付の4倍まで補償、収入より高くなる場合もある |
| 韓国 | 不可能 | 就労収入は全く受給資格に関係しない |
| メキシコ | 不可能 | 異なる仕事は給付に影響しない |
| オランダ | 就労期間3年を上限に | 試用期間中6ヶ月まで給付は削減されない |
| ノルウェー | 3年間を上限に試用期間;傷病手当金はリハビリテーション中は継続 | 低い追加収入は認められる |
| ポーランド | 不可能 | 部分障害については、平均収入の70%まで給付で補償する、場合によって130%まで可能 |
| ポルトガル | 住み込み就労の場合に限り認める | 就労所得は基準額まで認められる(就労補助金を合算して水準まで) |
| スペイン | 不可能 | 部分及び全額労災障害給付については、健康状態に即した従前と異なる職につくことを認める |
| スウェーデン | 試用期間中は3年を上限とする(継続申請無しには1年を上限)、賃金補助を3年まで延長、住み込み就労は1年休暇、 | 制限付きだが追加的所得を許可 |
| スイス | 不可能 | 障害者になる以前の従前所得までは認める |
| トルコ | 不可能 | 障害者給付と就労給付は調整しない 障害者の租税削減措置あり(3段階に就労能力を区別) |
| イギリス | 1年を上限に試用就労(linking rule)最初の28週中8週間(短期障害)障害者税額控除の対象になったら2年間継続 | 週16時間以下労働報酬を補償(就労許可条件:2002年以降医師による許可入手が不要) |
| アメリカ | 3年間を上限に健康状態が回復せずSGAレベル以下の収入で月ごとの給付を受けている資格期間が延長される、5年間は再度給付を受ける場合にも待機期間はない | 試用期間中は9ヶ月間給付を削減されないで働ける(この期間は5年間に断続的に取得可能)給付延長期間に3ヶ月を追加でメディケアの適用が継続される |

出所: OECD, Transforming Disability into Ability Policies to promote work and income security for disabled people 2003 p.195, Annex 3

Table A3.6. Age-specific regulationsa in the disability benefit programme

表A3. 6 障害給付制度における年齢規定

| 国名 | 年齢階層別集団に影響を与える制度規定 |
|---------|--|
| オーストラリア | 給付水準: 引退までは全員資力調査で定率、55歳以上の対象者については適職があるかないかの判断で考慮を加える |
| オーストリア | 給付水準: 56歳までの年齢を考慮する、自身の職業査定、55歳以上の未熟練労働者を給付対象とする |
| ベルギー | 給付水準: 引退までの給付を補償、保険料拠出の長さは考慮しないので |
| カナダ | 給付水準: 引退までの給付を補償、保険料拠出の長さは考慮しない、査定: (ケベック州限定) 60～65歳の人は自分の職業意識 |
| デンマーク | 給付水準: 引退までの長さを考慮、保険料拠出の長さは考慮しない。60歳以上で年金受給している人には若干削減した給付(年金受給前補足給付最高7.5%に相当する部分) 50歳以上の人については仕事へのアセスメントが社会的問題で就労が制限されていることを考慮 |
| フランス | 給付水準: 引退までの長さを考慮、保険料拠出の長さは考慮しない(低所得者には補足給付) |
| ドイツ | 給付水準: 55歳までの残りの年を考慮し、55～60歳までの間の3分の1をプラスする。1960年以前のコーホート出生集団については自分の仕事の査定 |
| イタリア | 給付水準: 引退までの長さを全額給付で補償、しかし部分的給付は無し、殆どの申請者は最低年金 |
| 韓国 | 給付水準: 引退までの長さを考慮せず、20年以下しか拠出がなければ基礎年金給付(平均所得の30%) |
| メキシコ | 給付水準: 引退までの給付を補償、保険料拠出の長さは考慮しないので |
| オランダ | 給付水準: 報酬比例給付期間、従前所得の70%、33～37歳は半年増、53～57歳は3年増、58歳以上なら65歳までの間に6年増、つづく期間に最低賃金の水準(年齢によって下がる)に影響されて給付が下がるが、例えば30歳なら35%の削減のところ55歳ならわずか10% |
| ノルウェー | 給付水準: 67歳(年金受給開始年齢)までの期間は、もし適用されれば全額給付 |
| ポーランド | 給付水準: 引退までは無拠出の期間として補償、すなわち利子率は1.3%ではなく0.7% |
| ポルトガル | 給付水準: 引退までは補償はされない、従って殆どの若年申請者は最低水準の給付(収入比例または絶対額)を得ている |
| スペイン | 給付水準: 年齢が55歳以上なら自営業の障害給付は20%まで増額され、それは引退年齢まで補償される、それまで掛金を払った期間は考慮されない |
| スウェーデン | 給付水準: 65歳(法的引退年齢)まで、障害状況がつけば補償される |
| スイス | 給付水準: 引退まで補償される。より若い申請者(即ち45歳以下)にはキャリアを参考にした従前所得水準が採用されるが、それは39～44歳については100%から5%に徐々に削減される |
| トルコ | 給付水準: 引退までの給付を補償、保険料拠出の長さは考慮しないので |
| イギリス | 給付水準: 引退までの給付を補償、保険料拠出の長さは考慮しないので(定額給付) |
| アメリカ | 給付水準: 引退までの給付を補償、保険料拠出の長さは考慮しないので(保険に加入していた期間の所得は考慮) |

出所: OECD, Transforming Disability into Ability Policies to promote work and income security for disabled people 2003 p.202, Annex 3

Table A3.7. Regulations on the definition of disability and on waiting periods

表A3. 7 障害の定義と待機期間

| 国名 | 障害の定義 | 強制待機期間 |
|---------|---|--|
| オーストラリア | 2つの判断基準: 欠損表において20点以上に該当する者、週に30時間以上は働けない者、2年間は従前の技能を取り戻すのに時間を要する | 無し(但し移民で入植以前に障害を負った者は給付を受けるまでに10年間の待機を必要とする) |
| オーストリア | 50%の就労能力の減退(単純労働者については稼得能力の低下); 法的定義の不明瞭さから裁判所の判断 | 無し、身体的障害は6ヶ月以上継続していることが条件 |
| ベルギー | 通常の仕事の66.6%以下に稼得能力が低下 | 1年 |
| カナダ | 重傷の長期的な障害のゆえに如何なる仕事も普通に遂行できない | 無し |
| デンマーク | 稼得能力が50%以下に低下(50歳以上の者の低下原因は社会的理由に限定) | 無し、但しリハビリテーションが終了していることが条件 |
| フランス | 通常の仕事の66.6%以下に稼得能力が低下、全額給付をうけるには全面的就労能力の喪失が条件 | 無し、症状が安定していれば時に3年以上後にのみ |
| ドイツ | 25%以下に稼得能力の低下、部分障害は稼働可能な時間の長さによって判断(0~3時間又は3~6時間) | 無し、障害状態が最低でも26週間継続していることが条件 |
| イタリア | 通常の仕事の66.6%以下に稼得能力が低下(部分給付は適当な仕事) | 無し |
| 韓国 | 医療的検査(4段階に度合いを判断) | 50日間の待機期間(その間傷病手当金無し) |
| メキシコ | 従前の職より50%以下に稼得能力が低下した場合 | 無し |
| オランダ | 15%の稼得能力の低下(25%自営業と若年者の場合)、障害の程度は機能的制約を勘案して障害を持つ以前の適正賃金との比較 | 1年 |
| ノルウェー | 稼得能力が50%以下に低下、程度によって給付が変わる | 無し(適正な職業リハビリテーションを受けていることが条件) |
| ポーランド | 一時的又は永続的に稼得能力の低下(部分的給付は一般的な就業を基準) | 無し |
| ポルトガル | 一般仕事の66.6%以下に稼得能力が低下 | 無し(実態は3年、長期傷病手当受給後) |
| スペイン | 一般仕事の33%以下に稼得能力が低下、部分的障害は一時金、通常、どんな仕事も総合的に無条件に出来ない | 1年(明らかに重度の場合はこの期間の短縮が可能) |
| スウェーデン | 25%以下に稼得能力の低下、部分障害は稼働可能な時間の長さによって判断(0~2時間2~4時間又は4~6時間) | 無し(適正な職業リハビリテーションを受けていることが条件) |
| スイス | 40%以下に稼得能力が低下、行動が制限されている。障害の度合いは障害を受ける前の活動レベルとの比較で判断(例えば専業主婦や学生) | 1年 |
| トルコ | 66.6%以下に稼得能力が低下し、重度の医療的障害の知見がある | 無し |
| イギリス | 日常の活動にはなはだしい不便がある状態(例えば医療的な介護が常時必要など)しかし、職業上の傷病手当の受給テストを初めの28週間以内に受けた | 28週間 |
| アメリカ | 稼得能力の低下: 所得をえる活動が不可能(アメリカの基準で1ヶ月に740ドルを稼げない) | 5ヶ月(必ずしも短期給付で補償されない)医療保険適用までは24ヶ月必要 |

出所: OECD, Transforming Disability into Ability Policies to promote work and income security for disabled people 2003 p.202, Annex 3

Table A3.8. Description of the assessment procedure for disability benefit claims

表A3. 8 障害給付申請のための審査過程についての状況

| 国名 | 医学的審査 | 給付の決定 | 職業的審査 |
|---------|---|---|---|
| オーストラリア | 治療担当医師: 独立した医療的調査は全体の65% | 1人の(Centrelink)センター職員が規定の条件に照らし合わせて | 一般的職業に関する欠損リスト; 55歳以上の申請者に対しては、職業再訓練を行えば2年以内に職につけるかどうかの判断を雇用状況を勘案して判断 |
| オーストリア | 保険医チーム; 私的に作成された診断書は影響を与えない | 保険職員責任者(中央と地方事務所) | 熟練自営業者と50歳以上の非熟練労働者に限定 |
| ベルギー | 保険医(追加として推薦された報告書を書く医者) | 医療保険審査会(決定は中央審査会) | 同等の労働者との比較 |
| カナダ | 保険職員(医者と看護師) | 1人の保険職員 | 総ての仕事(ケベック州では自営業者は60~64歳について) |
| デンマーク | 治療担当医師と市が契約する専門家 | 市のケースワーカー | 総ての仕事; リハビリテーションは職業計画に影響を与える |
| フランス | 保険医 | 保険機構の専門家チーム | 従前所得参照(しかし残された就労能力ではない) |
| ドイツ | 社会医学的審査; 検査や治療記録(例、退院後の治療); 治療医の証明書が考慮されるが、通常それだけでは十分とはいえない | 保険職員が就労能力や部分的障害の場合は居住地における雇用市場においてパートタイム就労の可能性を審査 | 2001年に自営業調査は廃止(1961年以前生まれの人は例外) 厳密な雇用市場の審査(全額給付はパートタイム就労すら望めない厳しい場合にのみ) |
| イタリア | 専門保険医 | 審査チーム(統括医はすべての審査をする) | 総合的な欠損についても、適当なパートタイム就労 |
| 韓国 | 国立年金機構の専門審査医 | 国立年金機構の職員 | 総ての可能な就労を考慮する |
| メキシコ | 保険医(特殊疾病リストの割合の表を基礎として) | 保険職員 | 厳密な自営業者への審査(障害を負う前の仕事を参照) |
| オランダ | 保険医が機能不全について審査 | 医師と職業専門家の両方 | 理論的には総ての仕事(リハビリテーションは任意) |
| ノルウェー | 治療医(コンサルティング医も介入) | 地方職員が市の職員の審査を参考に | 総ての仕事; 実際の雇用市場の状況が再就職に与える影響 |
| ポーランド | 1人の認定社会保険医 | 地方事務所の職員 | 全障害については総ての仕事、部分障害者には釣り合った仕事 |
| ポルトガル | 地域社会保障センター指定の審査医 | 認定審査会(3人の専門家) | その人の普段の仕事を参照 |
| スペイン | 保険機構の専門家チーム | 障害認定チーム(独立機関)の助言を元に、地域の社会保険機構の医者が決定 | 一般の仕事を部分(33%)及び全障害の人対象に、重度障害者には総ての仕事 |
| スウェーデン | 治療記録により保険医(他の専門家の介入の可能性) | 保険職員 | 総ての仕事(通常就労が優先) |
| スイス | 治療医; 近年他の医療専門家の介入が多くなった | 群の障害に関する専門家と様々な人のチーム | 適当な所得を得られる仕事: 雇用市場の状況も考慮しつつ |
| トルコ | 医者や病院の医療審査会の出したレポート | 保険機構の幹部職員 | 総ての職 |
| イギリス | 治療医が医療に関する情報、PCA(Personal Capability Assessment)は認定医 | 地方の給付事務所の非医療職員 | 自営業者ははじめの28週間、PCAにおける仕事は障害給付 |
| アメリカ | 治療医又は審査医 | 州の障害認定職員(チーム、通常は非医療職員) | 可能性のある職場に、有効な働きかけをしている |

出所: OECD, Transforming Disability into Ability Policies to promote work and income security for disabled people 2003
p.203 Annex 3

Table A4.2 Details on (mandatory) employment quota schemes

表A4.2 障害者雇用割り当て制度の詳細

| 国名 | 割り当て | 達成状況 | 例外 | 罰則金収入の用途 |
|---------|---|---|---|--|
| オーストラリア | – | | | |
| オーストリア | 4%(二重計算)公的および民間事業所で25日以上に従業員のいる場合 | 64%の割り当ては達成済み、4人に1人の事業主がすべての割り当てを達成 | 月額200ユーロを雇用を達成していない割り当て分として徴収(0.4%の賃金税) | 障害者雇用政策(雇用者および事業主) |
| ベルギー | 2～2.5%公的部門、民間部門にはなし | かなり高い | – | – |
| カナダ | – | | | |
| デンマーク | – | | | |
| フランス | 6%(二重計上、例、最初の2年の契約)公的、民間事業所で19人以上の従業員のいる場合 | 67%の割り当ては達成済み、10人中4人の事業主はすべての割り当てを達成、3人に1人以上は無視している | 300～500倍の時間最低賃金、支払割れない場合は25%の増額(150～250ユーロ月額、0.45～0.75%賃金税) | 公的機関(AGEFIPH)が運営する障害者の雇用に関するプログラムの財源 |
| ドイツ | 5%(二重三重計算)公的、民間事業所で19人以上の従業員のいる場合 | 57%の割り当ては達成済み、8人に1人の事業主はすべての割り当てを達成、3人に1人は無視 | 月額100～250ユーロを雇用を達成していない割り当て分として徴収(達成度合いによるが)0.45～0.65%の賃金税 | 障害者の統合政策(55%は郡で45%は市で) |
| イタリア | 7%公的、民間事業所で50人以上の従業員のいる場合、15～35人では1人、36～50人の場合は2人 | 2000年に新法が施行されていこう統計を取っていないが、1986～1998年では約半数の事業主が割り当てを達成していた | 52ユーロ(稼働日)1ヶ月1075ユーロ、を雇用を達成していない割り当てについて徴収(4ポストに1つは適任の候補が不在)4%または1%の賃金税 | 地域の障害者施策(地方基金など) |
| 韓国 | 2%公的、民間事業所で300人以上の従業員のいる場合 | 72%の公的部門は達成、46%の民間部門が達成、6事業主に1つは完全達成 | 最低賃金の65～75%達成度による、(月額325ドル雇用を達成していない割り当てについて徴収、0.5%賃金税) | 障害者の雇用促進政策(補助金、設備、指導、調査) |
| メキシコ | – | | | |
| オランダ | 法的機関が代替的な方法として割り当て制度を使うこともある | | | |
| ノルウェー | – | | | |
| ポーランド | 6%(二重・三重計上)民間事業所で25人以上の常勤労働者を雇用しているところ、公的事業所では2% | 情報不足、割り当ての達成は約33% | 平均賃金の40.65%を雇用を達成していない割り当て分として徴収(2.4%賃金税) | 特別国立基金(PFRON)が運営する障害者のためのリハビリテーション等の施策 |
| ポルトガル | 5%ただし、公的部門で新たに雇用する場合にのみ | | | |
| スペイン | 2%民間事業所で50人以上の従業員のいる場合、公的事業所は全部対象 | 民間では25%が公的では30%が達成(達成できていないと、厳しい指導を受ける) | 聖域(例外)は無い(障害者従業員には報告義務があり、労務管理組織による監視あり) | NGOや民間非営利が運営する雇用施策 |
| スウェーデン | – | | | |
| スイス | – | | | |
| トルコ | 3%公的、民間事業所で50人以上の従業員のいる場合 | 統計的情報なし | 年額410ドルを割り当てを達成できていない分について徴収(約0.2%賃金税) | 大半が職業訓練やリハビリテーション施策の財源に |
| イギリス | (3% 20人以上の事業所にかかれてたが、1996年に廃止) | (1996年まで割り当て達成度が急激に低下していた) | – | – |
| アメリカ | – | | | |

出所: OECD, Transforming Disability into Ability Policies to promote work and income security for disabled people 2003 p.210 Annex 4

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

「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」

知的障害の定義に関する国際的状況について

分担研究者 本田 達郎（国立社会保障・人口問題研究所企画部長）

現在、わが国においては、身体障害と精神障害は法律上定義され、福祉サービスの対象として位置づけられているが、知的障害については法律上定義されていない。このような中で、法律上の定義を設けた上で、統一した基準による認定を行って欲しいとの強い要望がある。知的障害の定義について検討するに当たっては、諸外国の知的障害の定義をめぐる状況（知的障害の定義の法令上の有無、規定されているとすればその内容、定義の有無に関わらず認定がどのように行われているか等）について基礎的情報を把握しておくことは重要と考えられる。

この研究では、アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデンを中心に諸外国における知的障害あるいは障害全体の定義の状況について、文献や有識者からのヒアリング等により得られた情報を整理するものである。

A. 研究目的

知的障害の定義の検討に当たって、諸外国の知的障害の定義をめぐる状況について基礎的情報を把握する。

B. 研究方法

アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデン等における知的障害の定義の状況について、文献や有識者からのヒアリング等により得られた情報を整理する。

（倫理面への配慮）

なし

C. 研究結果及びD. 考察

(1) アメリカ

アメリカにおいては、障害全体の定義としては、1990年に制定された「障害をもつアメリカ人法」（The Americans with Disabilities Act(ADA)）の中では、次のように3つの形で定義されている。

- ・ 個人の主たる生活活動の一つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害をもつ者
- ・ このような障害の経歴をもつ者
- ・ このような障害をもつとされる者

また、知的障害の定義との関係で注目されるのが、「発達障害援助法」（Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act (DD 法)）における「発達障害」の定義である。DD 法には詳細な定義があるが、当事者団体からの反発がある。このほか、大統領令により「知的障害者大統領委員会」（The President's Committee for People with Intellectual Disabilities (PCPID)）が設置されているが、この委員会の名称は、2003年7月に「精神遅滞委員会」（The President's Committee on Mental Retardation(PCMR)）から変更されたものである。委員会の名称は変更されたものの、2004年の大統領報告書の脚注では、「知的障害」の定義について次のように記述されている。

「当委員会は、”mental retardation”

と”intellectual disabilities”は同義であり、数、種類、水準、類型及び障害の継続性並びに特別なサービスや支援に対する個々人のニーズについて同じ人を対象としていると考えている。したがって、米国精神遅滞協会（AAMR）の「精神遅滞」（mental retardation）の定義は、「知的障害」（intellectual disabilities）の定義として使われることになる。」

なお、社会保障法のメディケイドに関する部分において「精神遅滞者施設」（Intermediate Care Facility for Persons with Mental Retardation）という用語が用いられているが、「関連症状」に関する厚生大臣の定めはあるものの「精神遅滞」自体について法令上の定義があるわけではない。

また、米国においては米国精神遅滞協会が10年ごとにその研究成果をまとめており、2004年に『知的障害 定義、分類および支援体系』の最新版が発表されている。

（『知的障害 定義、分類および支援体系』（AAMR, 2004, 第10版）の概要）

第10版は、(a)知的障害の用語、(b)機能的方向性と支援の強調を含む1992年版の本質的な特徴、(c)知的機能、適応行動及び発症年齢に関連した3つの診断基準を保持し、(d)必要とされる支援の強度に基づく分類は、分類体系に主要な焦点であり、この領域の望ましい方向であることを堅持している。

また、第10版は、(a)知的及び適応行動の構成要素に対する標準偏差基準（IQカットオフ）について適切な知能検査で平均から少なくとも2標準偏差より低い能力としていること、適応行動の明らかな制約は、障害を有する人と有しない人を含んだ一般人口について標準化された尺度の使用によってのみ確定されることができ、①適応行動の3領域（概念的、社会的又は実用的）の1つ、あるいは②概念的、社会的及び実用的スキルの標準化された尺度の総合得点で、

平均から少なくとも2標準偏差より低い能力として定義したこと）、(b)理論的モデルについて従来の4次元に新たに「参加・対人関係・社会的役割」を第五の次元を加えたこと、(c)概念的（言語、読み書き等）、社会的（対人関係、責任等）、実用的（日常生活活動、職業スキル等）のスキルが、多次元の定義の適切な構成要素であることを示唆する適応行動の因子分析的・概念的研究、(d)支援評価と支援の強度決定に関する最近の研究、(e)従前の診断・分類・支援計画の3段階過程を評価枠組みへ拡大したこと、(f)診断と分類に関する議論の拡大とアメリカ社会では対応されていない軽度の認知能力の制約を有する相当に多くの人々（「忘れられた人々」）を含む他の集団に関する勧告、(g)臨床的判断について、それが必要となる状況、その定義及び多くの臨床的判断のガイドラインに関する議論の拡大、及び(h)ICFはICDの分類の視点を広げ、知的障害の領域での関心をおそらく増大させるものであり、DSMはICDに伴うことを意図されたもので、精神障害の分類を拡大するものであり、その知的障害の扱いは、一般にAAMRのものと一致していることなど他の分類体系との関係、に関する議論を組み込んでいる。

(2)イギリス

イギリスにおいては「知的障害」の公式用語としては、“learning disability”が用いられているが、今回調査した限りにおいては、法律上明確な定義はない。実務上は、各自治体のソーシャルワーカーが、家族・本人・またはGP等の申し出により知的障害がある人のニーズ・アセスメントを実施して、サービスが必要であるかを判定し、必要があると判定されればサービスが提供される仕組みとなっている。なお、知的障害の公式定義は、政府の白書（Valuing People）において定義されている部分の抜粋は以下の通りである。

「1.5 知的障害は次の状態を含むものである：

- ・新たな又は複雑な情報を理解し、また、新たな技術を習得する能力が著しく低いこと（知的な障害）
- ・自立して対応する能力が低いこと（社会的機能の障害）
- ・成人より前に障害が始まり、成長過程において永続的な影響が生じていること

1.6 この定義は、広い範囲の障害がある人を含むことになる。例えば、IQ70 以下という状態自体では、追加的な医療面及び社会面でのケアの支援を提供するべきか否かを判断するための十分な根拠ではない。社会的機能や意思疎通の技術についての評価もまた、ニーズ（の必要性）を決定する上で考慮されるべきである。」

(3) ドイツ

ドイツにおいては、障害の概念は、社会法典第9編第2条第1項において法的に定義されている。それによれば、障害があるとは、その者の身体的な機能、知的な能力又は精神的な健康が、高い蓋然性を持って6か月以上にわたりその年齢に典型的な状態から乖離し、そのためにその者の社会生活への参加が阻害されている場合をいうものとされている。

このように障害に関する全体的な定義はあるものの、知的障害に限定した法令上の定義があることはこれまでのところわが国では知られていない。

(4) スウェーデン

スウェーデンにおいては、今回調査した限りでは、法律上の定義は存在していない。このような中で実際の認定は、申請者の主治医の診断書による書面審査によって社会保険事務所が行っている。

E. 結論

この研究で取り上げた米国、ドイツ、イギリス及びスウェーデンにおいては、米国における「発達障害」を除き、法令上知的障害について固有の明確な定義があることは確認できなかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

知的障害の定義に関する国際的状況について

本田達郎

1. 知的障害の定義の国際的状況を把握する意義

現在、わが国においては、身体障害と精神障害は法律上定義され、福祉サービスの対象として位置づけられているが、知的障害については法律上定義されていない。法律上の定義がない中で、知的障害の認定については、更生相談所・児童相談所において行われているが、国からの通知に基づいて策定された都道府県・市の実施要項により実施されており、認定基準、判定方法は全国的には基本的には同じとなっている¹。しかし、実体としては都道府県や市により判定方法が異なっている場合があり、統一した認定基準を策定して欲しいとの要望が強い。

このような知的障害の定義を検討するに当たって、諸外国の知的障害の定義をめぐる状況（知的障害の定義の法令上の有無、規定されているとすればその内容、定義の有無に関わらず認定がどのように行われているか等）について基礎的情報を把握しておくことは、わが国における検討の際の論点を整理するとともに、検討に当たっての道標を提供してくれる可能性があるという意味で、有益と考えられる。

そこで、この研究においては、知的障害（あるいは障害全体）の定義をめぐる国際的状況について、アメリカ、イギリス、ドイツ及びスウェーデンを中心に、情報を整理する。そして、最後に、これらの情報収集及び分析から得られた政策的含意について整理する。

なお、知的障害の定義について当面考えられる論点としては次のようなものが考えられる。

① 機能モデルを中心としたこれまでの検討との関係

身体障害と精神障害は、疾病に起因する機能障害（機能モデル）の程度により定義されているが、現行の知的障害の認定も同じ機能モデルによっている。また、これまでの研究²も機能モデルによる専門的研究である。定義に関する検討を行う場合には、これまでの専門的な検討だけでなく、実務的な論点の整理・検討が必要である。

② ICF（国際生活機能分類）（WHO）による障害の考え方との関係

ICF（国際生活機能分類）においては、障害を、機能障害と環境因子との間で相互作用の結果生まれてくる多次元の実体とする考え方が取り入れられており、機能モデルに基づく定義とは異なる。このため、機能モデルとICFの考え方の関係の整理が必要となる。

③ 自閉症等の発達障害等の隣接領域との関係

自閉症等の発達障害については、現在でも知的障害の基準に該当するものは、支援費制度のサービスを受給しているが、このような発達障害等の隣接領域との関係をどのよ

¹ 国の知的障害児（者）基礎調査（2000）で使用されている定義は、「知的機能の障害（IQは概ね70以下）が発達期（概ね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」とされている。なお、2004年3月末における療育手帳所持者は約64万人である。

² 代表的な研究としては、「知的障害児・者の障害認定の基準と入所判定に関する総合研究」（1999年度厚生科学研究・主任研究者：岡田喜篤）。

うに整理するかも重要な問題である。

2. 障害の定義をめぐる欧州諸国の状況

ここでは、障害の定義をめぐる欧州諸国の状況について、カナダ政府が取りまとめたカナダ政府編・発行『障害の定義－複雑な問題』2004 所収の「附属資料 C：諸外国の障害の定義」を紹介し、知的障害に限定しない障害の定義の国際的状況を概観する。

カナダ政府が取りまとめたこの資料の中で興味深い点としては、

- ① 国際的な動きとして、WHO が採択した ICF のように、障害を機能障害と環境因子との間の相互作用から生じる多次元の実体と捉える傾向があること。
- ② 欧州会議や欧州委員会においては、欧州の障害者施策をより統一的なものに近づけるべく、障害評価方法の更なる研究や国家間のコミュニケーションを進めることや調和のとれた評価方法が必要とされるとともに、国境を越える給付申請やサービス利用に関する規則等に関心が持たれていること。
- ③ ADL の支援について、
 - ・現状では多くの国において、一定の種類の障害を特定し ADL 支援の受給資格を付与していること。
 - ・多くの国で一定の所得を維持するための給付の受給者に ADL 支援の給付も限定されていること。
 - ・ADL として位置づけられる活動について国によって差異があること。
- ④ ヨーロッパで所得維持のための給付において使われる障害の定義は、労働能力または稼得能力の欠如・喪失に基づいており、労働能力に基づいて定義される障害は様々な方法（「手順アプローチ」、「労働者の能力プロフィール」、「機能がどの程度損傷されているかに焦点をあてた障害評価」等）で評価されること。
- ⑤ 多くのヨーロッパ諸国で、障害者の雇用戦略として割当雇用制度が創設され、この場合の障害の定義として機能障害を基礎に置く国が多いが、職務遂行能力に焦点をあてている国もあること。
- ⑥ EUにおける均等処遇のための枠組指令には障害の定義はないこと。
等があげられる。

「○ 障害の定義に対する国際的関心の高まり

各種の障害者雇用プログラムで使われている障害の定義の問題に的を絞った重要な国際比較研究が、過去 3 年間にいくつかなされてきた。社会政策とプログラムをどのように設計するかということを障害の定義が決定し、また、障害者がどのような種類のサポートを受けることができるかということを障害の定義が決定しているという事実について、ますます関心が高まりつつある。

障害の概念を明確にするための最初の真剣な試みは、研究者、障害専門家、プログラム運営担当者、障害者関係団体（disability community）の専門家や代表者からなる大きな国際的多職種チームによる 1980 年の国際障害分類（ICIDH）の全面的な見直しである。この作

業の結果、WHO は 2001 年 5 月に新しい国際生活機能分類（ICF）を採択した。ICIDH では障害は機能障害（impairment）の結果と定義し、一方「ハンディキャップ」（handicap）は障害者の特別なニーズが考慮されない場合に彼らが経験する社会経済的及び法律的な不利益を示すとしている。

世界の多くの政府機関が、ICIDH の原理を採用し活用したが、多くの障害者団体（disability organizations）、権利擁護団体や学界は、機能障害と障害の間の直接的な因果関係を描いているという点で批判した。彼らの意見では、障害は社会的な構造物（construct）であり、したがって、社会的・物理的環境の改善を必要とする社会問題である。

ICF は、障害者関係団体や障害のある研究者の参加によって開発され、したがって障害を、機能障害と障壁あるいは促進因子としての環境因子との間での相互作用の結果生まれてくる多次元の実体、とする考えが取り入れられている。最近のヨーロッパの研究で説明されているように、ICF は「誰が障害者で誰が障害者でないかをカウントする定義」を求めず、またどこからが障害かを決める閾値を求めている、という事実によって、国内的国際的あるいは分野間の障害統計と情報の比較を容易にしている。

2002 年に OECD は、「障害を能力に変換する Transforming Disability into Ability」というタイトルで、20 カ国の障害者の雇用と所得の保障を推進する政策の比較研究の報告書案を発行した。この研究では、自己報告の障害（self-reported disability）で労働年齢層の障害者を確認（identify）する方法で実態調査がなされたが、「障害の普遍的な概念と定義」不在の元では、比較目的に使えるこれ以外の方法がなかったと述べている。こうして各国の障害プログラムでの障害定義の仕方と障害者が自分の障害を確認する仕方とが食い違う結果、例えば、受給者数は多いのに「同時に、多くの人が自分を障害者だと主観的に認識していながら障害給付を受けていない」という国の例も報告されている。2002 年に、ヨーロッパでの障害定義に焦点を当てたその他 2 つの大きな研究がなされた。一つは欧州会議（Council of Europe）が研究費を出した 1997-2000 年の 3 年間の研究の結果で「ヨーロッパの障害評価：類似性と差異 Assessing Disability in Europe---Similarities and Differences」である。これは 22 の CE 加盟国での障害者への給付（benefits）の受給資格基準（eligibility criteria）の確定のための障害評価方法（disability assessment methods）の比較分析である。この研究では、障害率表方式（barema methods）、ケアニーズ評価、機能的能力決定（functional capacity determination）、及び経済的損失の予測という、4 つの障害評価の基本的アプローチを見いだした。またこの研究は、手当やパーソナルアシスタンスの支給決定に当たっての、そしてとりわけ地域社会の生活や経済生活への職業・社会リハビリテーションや再統合に向けての個人の可能性を評価するに当たっての、多職種チームの役割について述べている。この研究では、ヨーロッパの障害者施策をより統一的なものに近づけるべく、障害評価方法の更なる研究と国家間のコミュニケーションを進めること、そして、より調和のとれた評価方法とすることが必要だとしている。そしてヨーロッパ地域内でのより一貫性のある障害者政策を求めている。

二つめの研究は、欧州委員会（European Commission）の後援による 2 年間の研究プロジェクトの結果で、2002 年 9 月に出版された「ヨーロッパにおける障害の定義：比較分析」

である。EC の霜害の定義に関する関心は、とりわけ「国境を越えての社会保障給付の申請や社会福祉サービスの利用を制御している規則」及び「保護雇用への官公需や政府補助金関係の規則、そして保護雇用の運営に関わる競争の制限などにある。EC はまた情報を共有するために、障害関係データの収集と分析の共通方法を確立するための場を創り出すことにも関心を示している。

EC は、この研究の目的は、単一の標準的定義に向けて動くことではなく、むしろ異なる定義が位置づけられ比較できるような枠組みをつくることである、と特に述べている。

この研究では、「加盟国の障害者政策を記述するに当たって重要かつ有意義な」比較のための枠組みを採用した。そして次の4つの分野での障害の定義を論じている。1)日常生活動作(ADL)の支援、2)所得再配分(income replacement)、3)雇用施策、4)差別禁止法制である。定義問題についての議論のための本報告書(Defining Disability--A Complex Issue)でもこのECと同様のアプローチをとった。

以下は、ECの研究成果とアメリカ及びオーストラリアの障害者支援で生じている定義問題の議論をまとめて分析した概要である。

(1) 日常生活動作(ADL)の支援

ADLの支援を必要とするというニーズ(例えば、食事、移動や個人衛生、家事、障害や健康関連の特別出費など)の性質上、欧州連合(EU)加盟国のほとんどの国では、解決すべきニーズに即してこの分野での障害を定義している。例えばオーストリア連邦手当法1993では、援助の受給資格は「6ヶ月以上継続すると予測される身体的、精神的、情緒的あるいは感覚的障害の結果としての支援とケアの永続的なニーズ」をベースに決められる。アイルランドの常時介護手当では、ADLの支援を受給するには、「常時のケアと注意」が必要な程度の障害を持っている必要がある。イタリアでは、1980年に制度化された付き添い手当は、100%の障害(invalidity)を持ち、付き添い者なしでは歩くこともいかなるADLも行えない者、に支給される。イギリスでは、障害生活手当の対象は「歩き回ることが困難」で「ケアと指導」が必要な人とされている。ベルギーの障害者の社会統合のためのフレミッシュ基金では、障害を自立的に生活する能力の制約と定義している。

多くの国では一定の種類の障害機能を特定し、ADL支援の受給資格を与えている。即ち、盲ろう(オーストラリア、デンマーク、フランス、イタリア、イギリス、アイルランド等)、HIV(ポルトガル)、知的機能障害者(intellectual impairment)と精神障害(mental dysfunction)(スウェーデン)、言語障害(speech impediments)と公共交通機関の利用困難(フィンランド)となっている。ベルギー、ドイツ、オランダなどの国では、支援目的のために特定の機能障害を掲げることはしていない。

オーストラリアでは2つの連邦共和国のプログラムが障害児及び障害者(16歳以上)のADLの支援を第三者への支払いを通じて提供している。介護者給付(Carer Payment)は重度の身体的、知的あるいは精神的障害をもつ者(16歳以上)に恒常的なケアを提供している人に支給される。介護者手当(Carer Allowance)は、重度障害、慢性の医学的状態、あるいは病弱な、児童、高齢者あるいは成人に家庭でのケアを提供する人に支給される。

ADL 支援の領域では、健康状態と障害関連ニーズの間には明確な関連があると思われるにも関わらず、この EC の研究では EU 諸国の「受給資格の仕組み」はこの自然なパターンに従っていないと論じている。

多くの国で、ADL の支援は障害関連の所得維持給付 (disability income maintenance benefits) の受給者に限定している (いくつかの国では、最も包括的な ADL 支援は労働災害と職業病の給付の受給者にのみ提供されている)。ADL の支援を受けるためには、2 つのタイプのテストを順次受けなければならない。: 先ず働くことができないというテスト、次に ADL 実行の制約に関するテストである。

この二重のテストは、労働関連の活動は日常生活の基礎的な活動にくらべてより困難である、という仮定に基づいているとこの研究は指摘する。この仮定により、日常生活動作の遂行が困難であれば、労働関連では一層困難だと解釈される。しかしながら、「労働には非常に特別な活動を行う能力が含まれることがあり、その能力がいくつかの基礎的な ADL の遂行不能と同時に存在することもある。」

もう一つの論点は、ADL として異なった活動が使われていることである。多くの国では ADL とは座る、横たわる、ベッドから出ることを意味し、個人衛生、着衣、食事を含めることもあれば、移動、交通関連活動そして「社会的」活動 (家事、世帯管理 (household management)、コミュニケーション、社会参加の側面など) を含めている。カナダの障害関連の税の減免制度では、ADL から家事と労働及び薬や治療によって克服可能な全ての機能的制約 (functional limitation) は除かれている。

(2) 所得維持 (income maintenance) 及び所得支援 (income support)

EU の全加盟国及びノルウェー、アメリカ、オーストラリアでは障害のために働けない人のために現金給付 (cash benefits) を設けている。カナダ同様多くの国では 2 つの給付がある。: 1) 拠出制の保険給付で一律又は所得比例の給付、2) 基礎的な所得支援を行う非拠出制の給付で、資産調査を伴う場合と伴わない場合がある。

例えば、オーストラリアでは、障害者支援年金 (DSP, Disability Support Pension) は、障害のために 2 年間以上にわたり、週に 30 時間以上は働けない、あるいはその仕事に対して re-skilled である、という人に支払われる。この DSP は障害者が十分な水準の所得と最大限の社会参加機会を持てるようにすることを意図している。DSP を受けるには、

- ・ 16 歳以上で通常の年金受給開始年齢 (現在、女性 62 歳、男性 65 歳) 以下で、
- ・ 永続的な盲であるか、
- ・ 身体的、知的あるいは精神科的機能障害 (機能障害表 (Impairment Table) で 20 点以上と評価されるもの) があり、
- ・ オーストラリア滞在中に労働不足となったか、10 年のオーストラリア居住資格を持っていること。

アメリカでは障害者は 2 つのプログラムで所得支援を受けることができる: 社会保障障害保険 (SSDI) 及び補足保証所得 (SSI) である。

SSDI では労働不能 (work incapacity) を基礎として障害が定義される。ある人が、医学

的な理由で以前の職の作業を遂行できなくなるか、他の職への適応ができなくなった場合、その人は障害者と見なされる。カナダ年金計画(CPP)の障害と同様に、SSDI でもその障害は 1 年以上続くと予想されるか死に至ると予想されるものでなければならない。仮にその人が働いていて月に平均 800 ドル以上稼いでいる場合、障害者とは見なされない。

EU の多くの加盟国では、労働不能は所得再配分給付 (income replacement benefits) の受給資格を得る上で最初に満たすべき基準である。オランダ、スウェーデン、ドイツなどの国では、定期的なパートタイム労働を考慮して、「部分障害 (partial disability)」の概念を採用している。

しかしながら、EC の研究が指摘するように、

実際には、「部分給付」受給者のほとんどは働いておらず、この制度はより障害程度が重くない人々への低額の給付の方法として機能している (その結果世帯の所得が十分低ければ、この部分給付は社会扶助 (公的扶助) で補われる。)

カナダの場合と類似していて、ヨーロッパでの給付に使われる障害の定義は労働能力あるいは稼得能力の欠如・喪失に基づいている。

こうして定義が適切か否かは、労働能力と健康状況 (health status) との間のもっともらしい関連づけがなされるかどうかにかかっている。請求者は普通働いていないので、評価者の中心的課題は、申請者の非雇用がその健康状況によるのか何らかの他の要因 (一般的な労働市場の状況、技術の低さ、動機の不足など) によるのかを明確にさせることになる。

この研究では、労働能力を基調として定義される障害は、様々な方法で評価される。①「手順アプローチ (procedural approach)」によってその人が労働力の一部であることをやめた理由を探る。②「労働者の能力プロフィール (worker's capacity profile)」ここでは、不能の原因に焦点が当てられる。この方法では、申請者の能力のプロフィールと仕事の要求との比較がなされる。③3 番目の方法は、これまでの労働や今後考えられる労働のどちらをも明確に参照することなく、その人の機能 (a person's functioning) がどの程度損傷されているかに焦点を当てて、障害を評価する。

申請者の労働への再統合に関わるプログラムでは、医学的・職業的リハビリテーションやその他の職業復帰機会を作るような選択肢の検討という視点で、労働不能 (work inability) が評価される。

明確な手順アプローチの例は、スウェーデンの「ステップバイステップ」プロセスである。ここでは、リハビリテーションを伴ってあるいは伴わないで前職へ復帰する可能性がまず探究され、次いで同一の雇用主の下での職種転換、さらにはその他の仕事の選択肢が、リハビリテーションを伴う場合と伴わない場合とのそれぞれについて、検討される。他の国の場合はそれほど明確ではないが、例えばドイツの「年金の前にリハビリテーション」を検討するよう求める運営規則のように、暗黙の手順がある。

能力プロフィール (capacity profile) アプローチでは、いくつかの国である特定の時点、例えば指定された疾病給付期間の終了時点でのスナップ写真のように障害を評価している。イギリス、オランダ、アイルランドでは評価ツール (例えばイギリスの「個人能力評価 (PCA, Personal Capacity Assessment)」、「アイルランド医学評価 (Irish Medical Review and

Assessment)」が労働不能の閾値 (the threshold for work incapacity) を決定するために使われている。オランダでは、申請者の労働を遂行するための機能的能力(functional ability to perform work) を測定するために、内科医が標準化された方法を使っている。この方式では、様々な職種で必要とされる 28 種類の行為 (action) を定義している。ここには PCA に含まれている基礎的な活動とともに、より特殊な職業関連活動 (例えば、環境条件への耐性 (熱、乾燥への反応等)、振動への耐性、特別な身体装具 (マスク等) の利用能力) も含まれている。

機能障害に基づく障害評価方法は、機能障害表 (impairment tables) あるいはバレマ (barema) である。ここでは病息や内部損傷によるダメージのランク分けがなされている。このダメージは革新的な医学技術によって測定される場合がある。これらの表は身体又は身体の体系における身体的又は精神的要素に基づく章に区分され、正常な状態の医学的基準値へのガイドも含んでいる

(3) 雇用法制

EC の研究はまた、雇用法制でどのように定義が使われているかを述べている：

リハビリテーションは当然障害とリンクしているのだが、多くの訓練制度は、健康問題に関連している者及び関連していない者の両方を含めて、就職難という問題を抱えるより広い人々にとって潜在的な価値を有している。例えば、雇用サービス (Employment Services ,ES) は訓練を受けている人に生活手当てを支給し、「障害者」と認定された人にはこれがより長い期間支給される場合がある。就職の困難を抱える様々な範疇の労働者を雇用する雇用主には補助金が支払われ、その額や期間は範疇の種類によって異なることがある (例えば、長期失業者には一定の額で、障害者にはそれと異なる額で支払われる等)。

雇用法制における障害の定義は、「就職させにくい (hard-to-place)」人などの障害非関連の条件によってなされる (このような障害非関連の条件を障害とみなして取り扱う。) ことも多い。この「就職させにくい」ということは、カナダ・ブリティッシュコロンビア州が新たに導入した「雇用への重複障害のある人」(Persons with Multiple Barriers to Employment) という範疇と同じである。オーストリアの労働市場サービス法やフィンランドの雇用サービス法はこの範疇の障害者を対象としている。

ベルギーの CAO26 制度 (集団的賃金合意制度 (a collective wage agreement scheme)) では、労働監督官が個人の職務遂行を評価し、例えばその人が一般的な評価では障害者と評価されたにしても、その人の生産性の損傷の程度は助成金を受けるに足りないものだと決定することもある。これと対照的に、ベルギーのフレミング VIP 制度では、その人の一般的な障害分類に応じた助成金が支払われる。これはフランスでも使われているアプローチで、同国では職務の遂行状況の評価によってではなく、一般的な分類 (A、B 又は C) によって障害者への助成金が出されている。

多くのヨーロッパ諸国で、障害者の雇用戦略として割当雇用制度が創設された。雇用主は法律によって一定割合の障害者を採用し雇用を継続するかあるいは納付金を支払うかが義務づけられる。ドイツ、オーストリア、スペインでは、この割当雇用の目的のための障害

の定義は、機能障害を基礎としている。ドイツとオーストリアの機能障害規定 (impairment rubrics) は、「直接測定 (direct measurement)」によっているが、スペインの VM では機能障害の影響度 (disabling effects) の分析を含めている。この割当雇用制度はカナダの雇用機会均等制度と対照的である。カナダでは、労働者の職務遂行能力に焦点を当て、それに加えて自己報告の障害に大きな信頼を与えている。カナダ雇用機会均等法では、無能力ではなく能力を中心的な特性と見ている。

割当雇用制度を改革した国もある。例えば、フランスとドイツでは、障害労働者の採用についてより積極的なアプローチを導入した。イタリアでは、求職者の詳細なプロフィールを開発し、採用される職務と障害者のマッチングを改善する努力がなされている。

(4) 人権法制

2000 年 11 月に、EU は指令 (欧州委員会指令 2000/78/EC) を公布し、雇用と職業の面での均等処遇の一般的な枠組みを確立し、宗教、信条、障害 (disability)、年齢、性的指向性に基づく性別を違法とした (均等処遇のための枠組指令 (the framework equal treatment directive(FETD)))。この FETD には障害の定義は含まれていない。EU 加盟国の中には、一般的な差別禁止を (例えば憲法により) 行っている国があるが、そこには障害について言及されているが、その定義はない。他の国では、軽度の障害をも含む広い定義が使われ (例えば北アイルランド)、さらにはイギリス等の他の国では、重度の障害者に限定する詳細な定義を設けている。」

3. 知的障害の定義をめぐる国際的状況

(1) はじめに

ここでは、知的障害の定義をめぐる諸外国の状況を分析する前提として、「障害の定義」を特集した『リハビリテーション研究』(1995 年 3 月号)における佐藤久夫 (日本社会事業大学教授) の特集の趣旨を紹介する。北欧における知的障害者の把握の状況とわが国の状況との比較についてであるが、知的障害をどのように捉えるかを考えるに当たって、北欧ではリハビリテーションやノーマライゼーションがどのように機能しているか、また、所得保障や就労支援がどのように関与しているかが示されていると思われる。このような論点はわが国において知的障害の定義を考える上で重要な関連があると考えられるので、以下その抜粋を紹介することとする。

「北欧での知的障害者の減少と日本での増加？」

スウェーデンのカールグレンワルドは、50 年代には知的障害者は人口の 2~3%であったが、いまは 0.4%となった、今や軽度知的障害者の割合は 4 分の 1 となった、20 年前に比べて障害年金を新規に受給する知的障害者は 3 分の 1 以下となった、と報告した。

氏はこれについていくつか考えられる原因を挙げていた。それは、経済的な生活水準の向上および障害児教育やノーマライゼーション政策の効果である。出生数の変化や予防対策の効果もほとんど関係なく、補助金雇用などの雇用促進・安定施策の影響や診断

基準の変化も全体の一部を説明するにすぎないという。

筆者には生活水準の向上が知的障害者数の減少にどう結びつくのか理解できなかった（一般的な傾向はむしろ逆で、都市化・工業化にともなって公的援助の対象となる知的障害者は増加すると思われるので）が、後者の政策の効果についてはなるほどと思われた。教育面ではとくに 16 歳から 19 歳までの 4 年間の知的障害者への職業教育では各学年 800 人くらいが学び、さらに教師が職を探してきて、失敗しても次の場所を探し、21 歳までフォローアップしてくれる。

知的障害者は努力をするし休みが少なく頼りになるとして、事業主も好んで採用してくれるという。事業主教育の成果であり、軽度知的障害者を社会が受け入れるようになったのだとする。

精神障害、聴覚障害などでは新規年金受給が増えており、てんかん、脳性マヒなどでは横ばいであるとのことなので、本当にノーマライゼーション政策の効果といえるのかどうか、もっと深く検討する必要があるそうではある。現在障害児教育を受けるか知的障害児が各学年 900 人程度で、1970 年代はじめには障害年金を受給する知的障害者が毎年新規に 1,400 人だったとのことなので、以前にはごく軽度の人々を仕事にはつかせず年金生活に向かわせていたのかも知れない。

また、オランダでも、ある知的障害者サービス機関の所長が、戦後しばらくは IQ100 以下で必要な場合には知的障害者として援助してきたが、その後は 80 以下とされ、現在では 70 以下を基準としている、と述べた。一般のスイミングクラブなどに自由に入出入りするようになってきた。社会がより許容的になってきて、特別なサービスが必要でなくなってきた結果だという。

工業化、情報化、高学歴化、国際化といわれる社会の動向が厳然としてあるが、それは知的障害者にとって必ずしもますます暮らしにくい社会を意味するものではないのではないか、などを示唆する話であった。

一方、日本の知的障害者は 1990 年の政府の調査で、0.31%³とされており、低下したとされるスウェーデンの出現率より低い。その数字は 1971 年の調査とも余り変わってはいない。2, 30 年前には同じ知的障害という言葉で、全く違う人々のことを念頭において話をしてきたことになり、注意をしなければならない点であろう。

「援助を要する知的障害者」の数・範囲にかんして日本で問題とされるのは、むしろそれを増やさなければならないのではないかということである。オランダやスウェーデンとは逆に、日本ではより IQ の高い人々をも知的障害者として援助しなければならない社会になりつつあるのであろうか。IQ は同じままで、社会的困難を消滅させて援助をも不要とし、知的障害者ではなくするのがリハビリテーションの目標であるのに。」

（2）アメリカ

アメリカにおいては、障害全体の定義としては、1990 年に制定された「障害をもつアメ

³ 厚生労働省が 2000（平成 12）年の調査等から把握している知的障害者（児）数は 45.9 万人であり、人口の約 0.36%である。

リカ人法」(The Americans with Disabilities Act(ADA)) の中では、次のように 3 つの形で定義されている。

- ・個人の主たる生活活動の一つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害をもつ者
- ・このような障害の経歴をもつ者
- ・このような障害をもつとされる者

また、知的障害の定義との関係で注目されるのが、「発達障害援助法」(Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act)における「発達障害」の定義である。この定義については、「まとめ」の(4)において述べる。

このほか、大統領令により「知的障害者大統領委員会」(The President's Committee for People with Intellectual Disabilities (PCPID))が設置されているが、この委員会の名称は、2003 年 7 月に「精神遅滞委員会」(The President's Committee on Mental Retardation(PCMR))から変更されたものである。委員会の名称は変更されたものの、2004 年の大統領報告書の脚注では、「知的障害」の定義について次のように記述されている。

「当委員会は、”mental retardation”と”intellectual disabilities”は同義であり、数、種類、水準、類型及び障害の継続性並びに特別なサービスや支援に対する個々人のニーズについて同じ人を対象としていると考えている。したがって、米国精神遅滞協会(AAMR)の「精神遅滞」(mental retardation)の定義は、「知的障害」(intellectual disabilities)の定義と同様に使われることになる。」

なお、社会保障法のメディケイドに関する部分において「精神遅滞者施設」(Intermediate Care Facility for Persons with Mental Retardation)という用語が用いられているが、「関連症状」に関する厚生大臣の定めはあるものの「精神遅滞」自体について法令上の定義があるわけではない。

以下では、米国における知的障害の定義等に関する米国精神遅滞協会の研究の取組を、「米国精神遅滞協会編/栗田広・渡辺勸持共訳／日本知的障害者福祉連盟発行『知的障害 定義、分類および支援体系』2004」に基づいて紹介する。なお、以下の概要は上記の翻訳に基づいて本田が個人的に作成したものであり、AAMR や上記の訳者が了解しているものではない。

(『知的障害⁴ 定義、分類および支援体系』(AAMR, 2004)の概要)

米国精神遅滞協会(AAMR)は、1921 年以来ほぼ 10 年に 1 回、知的障害の定義、分類等についてマニュアルを出してきた。1992 年の第 9 版においては、第 8 版の定義と分類体系について維持した点(例えば、約 70~75 の IQ ガイドライン)もあるが、次の 4 つの点で異なっていた。

- (a) 知的障害は機能の状態であるという理解を表明したこと。
- (b) 知的障害を有する人々が必要としている支援体系を記述するとともに、分類されるべきこと(支援の強度(support intensity))を明確に述べたこと
- (c) 知的障害を個人によってのみ表現される絶対的な形質という見方から、制約された知的

⁴ AAMRのマニュアルにおける“Mental Retardation”は、翻訳において「知的障害」と統一して翻訳されているので、ここでも「知的障害」という用語を使用した。

機能を有する人と環境の間の相互作用の表現への範例の転換を表すこと

(d) 適応行動の概念を全般的な記述から特定の適応スキルの明確化へ、もう一段階進めたこと

そして、第 10 版に盛り込まれている主要な観点は次のとおりである。

第 10 版は、(a)知的障害の用語、(b)機能的方向性と支援の強調を含む 1992 年版の本質的な特徴、(c)知的機能、適応行動及び発症年齢に関連した 3 つの診断基準を保持し、(d)必要とされる支援の強度に基づく分類は、分類体系に主要な焦点であり、この領域の望ましい方向であることを堅持している。

また、第 10 版は、(a)知的及び適応行動の構成要素に対する標準偏差基準 (IQ カットオフについて適切な知能検査で平均から少なくとも 2 標準偏差より低い能力としていること、適応行動の明らかな制約は、障害を有する人と有しない人を含んだ一般人口について標準化された尺度の使用によってのみ確定されることができ、①適応行動の 3 領域 (概念的、社会的又は実用的) の 1 つ、あるいは②概念的、社会的及び実用的スキルの標準化された尺度の総合得点で、平均から少なくとも 2 標準偏差より低い能力として定義したこと)、(b)理論的モデルについて従来の 4 次元に新たに「参加・対人関係・社会的役割」を第五の次元を加えたこと、(c)概念的 (言語、読み書き等)、社会的 (対人関係、責任等)、実用的 (日常生活活動、職業スキル等) のスキルが、多次元的定義の適切な構成要素であることを示唆する適応行動の因子分析的・概念的研究、(d)支援評価と支援の強度決定に関する最近の研究、(e)従前の診断・分類・支援計画の 3 段階過程を評価枠組みへ拡大したこと、(f)診断と分類に関する議論の拡大とアメリカ社会では対応されていない軽度の認知能力の制約を有する相当に多くの人々 (「忘れられた人々」) を含む他の集団に関する勧告、(g)臨床的判断について、それが必要となる状況、その定義及び多くの臨床的判断のガイドラインに関する議論の拡大、及び(h)ICF は ICD の分類の視点を広げ、知的障害の領域での関心をおそらく増大させるものであり、DSM は ICD に伴うことを意図されたもので、精神障害の分類を拡大するものであり、その知的障害の扱いは、一般に AAMR のものと一致していることなど他の分類体系との関係、に関する議論を組み込んでいる。

(3) イギリス

以下は、植村英春・日本社会事業大学教授、佐藤久夫・同大教授、柳田正明・のぞみの園研究課長から提供いただいた情報に基づいてまとめたものである。

イギリスにおいては「知的障害」の公式用語としては、“learning disability”が用いられているが、今回調査した限りにおいては、法律上明確な定義はない。実務上は、各自治体のソーシャルワーカーが、家族・本人・または G P 等の申し出により知的障害がある人のニーズ・アセスメントを実施して、サービスが必要であるかを判定し、必要があると判定されればサービスが提供される仕組みとなっている。なお、知的障害の公式定義は、政府の白書 (Valuing People) (pp14－pp15) において次のように定義されている。

「知的障害とは何か。

1.4 この白書においては、知的障害がある人は人であるというのが前提となっている。

知的障害がある人が何をできないかではなく、必要な分野の支援があれば何ができるのかに焦点を当てている。

1.5 知的障害は次の状態を含むものである：

- ・新たな又は複雑な情報を理解し、また、新たな技術を習得する能力が著しく低いこと（知的な障害）
- ・自立して対応する能力が低いこと（社会的機能の障害）
- ・成人より前に障害が始まり、成長過程において永続的な影響が生じていること

1.6 この定義は、広い範囲の障害がある人を含むことになる。例えば、IQ70 以下という状態自体では、追加的な医療面及び社会面でのケアの支援を提供すべきか否かを判断するための十分な根拠ではない。社会的機能や意思疎通の技術についての評価もまた、ニーズ（の必要性）を決定する上で考慮されるべきである。知的障害者の方の中には、身体あるいは知覚の障害もある方も多い。この定義は、知的障害もある自閉症の成人も包含しているが、平均あるいは平均以上の知的水準にあるより高機能の自閉的な様々な失調状態にある者（例えばアスペルガー症候群にある者）は含まれない。我々は、知的障害者や自閉症の者の追加的なニーズについて第 8 章においてさらに詳細に検討したい。

1.7 「知的障害」は、教育制度においてより広い範囲に定義されている「学習困難」がある者を全て含んでいる訳ではない。」

また、認定基準などのガイドブックでは、たとえば DLA（Disability Living Allowance）の中の移動手当では、その対象者の例示の一つとして、概ね IQ55 以下の重度知的障害であるか、それ以上でも視覚障害が合併している場合等が示されている。基本となる対象者の定義は移動の制限があることであるが、それだけであると認定機関毎のバラツキも大きくなってしまうので例示等が示されているものと考えられる。ただし、IQ55 以下ならただちに移動手当を受け取れるわけではないと考えられる。

（４） ドイツ

ドイツにおいては、障害の概念は、社会法典第 9 編第 2 条第 1 項において法的に定義されている。それによれば、障害があるとは、その者の身体的な機能、知的な能力又は精神的な健康が、高い蓋然性を持って 6 か月以上にわたりその年齢に典型的な状態から乖離し、そのためにその者の社会生活への参加が阻害されている場合をいうものとされている。

このように障害に関する全体的な定義はあるものの、知的障害に限定した法令上の定義があることはこれまでのところわが国では知られていない。

（５） スウェーデン

スウェーデンにおいては、今回調査した限りでは、法律上の定義は存在していない。また、行政指導上の定義も存在していない状況である。このような中で実際の認定は、申請者の

主治医の診断書による書面審査によって社会保険事務所が行っている⁵。

なお、1994年に施行されたLSS法（特定の機能障害者に対する援助・サービス法）の前身となる法律に該当する知的障害者法ともいべき法律の解説の中では、「スウェーデンにおいては、16歳以前において障害が生じ、共同生活に参加するためには日常的な社会的支援・援助を必要とする程度の知的障害がある者が、知的障害者と位置づけられる」と解説されており、さらに「精神面、社会面及び教育面の全ての要素が知的能力の判定には含まれるべきである。この定義はWHOによって推薦され、実際にはIQ約70を意味する」とされている。

実際わが国の専門家の意見⁶でも、「国際的に臨床の場では、WHOのICD-10やアメリカ精神医学会のDSM-IVの診断基準が広く知られており、その要点は、①IQが70以下、②適応能力が年齢の基準より明らかに低い、③18歳未満に発症の3点である。」とされている。

したがって、スウェーデンにおいてもこのような基準が臨床現場に浸透し、このような基準によって診断書が作成されていることが推測される。

4. まとめにかえて ―知的障害者施策の推進に資するには―

ここでは、知的障害者施策を推進する観点から知的障害の定義についてどのような議論が必要かを考えたい。

（1）差別や偏見につながらない定義であることの必要性

AAMRのマニュアルの序文においても「このマニュアルは、知的障害（原書では精神遅滞：訳者注）の用語を保持している。この障害を有する多くの人たちは、それが烙印を押すものであること、複雑な人間についての包括的な要約としてしばしば誤って用いられることから、この用語の除去を力説している。多くのグループの慎重な審議の後にも、同じことを意味する受け入れ可能な代わるべき用語についての合意がなかった。したがって、この時点で、我々はこの用語を、その認められた欠点にもかかわらず、除去できなかった。」と指摘されているように、定義に関する議論においては、常にその定義が差別や偏見につながらないようにすることの配慮が不可欠である⁷。

（2）ニーズや支援の必要性を適切に反映することの必要性

定義とニーズあるいは支援の必要性は、同じものではないが、ニーズや支援の必要性をできるだけ的確に把握できることに結びつくような定義が望ましいと考えられる。このため、定義自体に複雑なニーズや支援の必要性に関する文言を包含する必要はないが、多様なニーズや支援の必要性を細目として規定していく上で、根拠となるような表現の部分が必要となるのではないかと考えられる。

⁵ LSS法（特定の機能障害者に対する援助・サービス法）に基づくパーソナルアシスタントを雇用するための費用（20時間を超える分）については、社会保険から出されているため、社会保険事務所が実際に、家庭訪問を行い認定している。

⁶ 栗田広・前東京大学教授

⁷ 現在でも「障害者」を「障害者」や「障がい者」と表記することが様々な場面で試みられている。

（３） 円滑な認定の実務につながることの必要性

もとより、定義と認定の実務とは直結するものではないが、定義と認定の実務を全く切り離すことは難しいと考えられる。そのため、認定実務が円滑に行われるような明確な判断基準を定義に包含することにも留意すべきと考えられる。AAMRのマニュアル第10版においても、「完全にはほど遠いとはいえ、現在のところ知的能力をもっともよく表しているのは、適切な知能検査によるIQ得点である。」(p186)と言及されている。円滑な認定実務が担保されることは、地方自治体等の行政等の認定機関のみならず、当事者にとっても留意すべき点であると考えられる。

（４） 発達障害について

わが国では、2005年4月に発達障害者支援法が施行された。この法律により、これまで明確なサービス提供がなされていなかった発達障害に対して、国、都道府県、市町村が役割分担を行い、健康診査による早期発見、適切な医療、保育などの提供、雇用支援などといったライフサイクルに併せ、障害者福祉、障害者雇用、保健医療などの複数の分野横断的な対策が、個人のニーズに応じた一貫した地域における取組が開始された。

このようなわが国の取組を進めていく上で、諸外国における発達障害の定義を含む取組の状況を調査することも重要な課題であると考えられる。

例えば、米国のAAMRの2002年版のマニュアルによれば、「2000年の発達障害援助および人権法（DD法；Pub.L.104-402）によると、「発達障害」という用語は、5歳以上の人の重症の慢性の能力障害を意味し、（A）精神的なまたは身体的な障害あるいは精神的および身体的な障害の組合せによるもので、（B）個人が22歳に達する前に明らかとなり、（C）際限なく続く可能性があり、（D）以下の主要な生活活動領域の3つ以上で重大な機能的制約が生じる：（i）セルフケア、（ii）受容性、（iii）学習、（iv）移動性、（v）自己管理、（vi）独立した学習能力、および（vii）経済的自立、および（E）一生もしくは長い期間そして個別に計算され調整される特別な、多領域にわたる一般的なサービス、個別支援、または他の援助形態などの組み合わせたその継続に対する個人的なニーズに表される（§102(8)(A)」⁸とされている。

（参考文献）

武川正吾・塩野谷裕一編『先進諸国の社会保障①イギリス』1999 東京大学出版会
古瀬徹・塩野谷裕一編『先進諸国の社会保障④ドイツ』1999 東京大学出版会
丸尾直美・塩野谷裕一編『先進諸国の社会保障⑤スウェーデン』1999 東京大学出版会
藤田伍一・塩野谷裕一編『先進諸国の社会保障⑦アメリカ』2000 東京大学出版会
厚生労働省編『平成17年版厚生労働白書』2005 ぎょうせい
栗田広・渡辺勸持共訳『知的障害 定義、分類および支援体系』2004（社）日本知的障害

⁸ この「発達障害」の定義については、アメリカの当事者団体からの反発がある。

福祉連盟

日本知的障福祉連盟編『発達障害白書 2006』2005 日本文化科学社

佐藤久夫「リハビリテーション研究 1995 年 3 月号－特集の趣旨－」1995（財）日本障害者リハビリテーション協会

障害の法的定義・認定に関する国際比較

2006年3月13日

日本障害者協議会政策委員会

障害の定義・認定ワーキンググループ

目 次

第1部 分野別総括

| | |
|---------------------|-----|
| 1 社会福祉・社会サービス | 141 |
| 2 所得保障 | 145 |
| 3 雇用 | 150 |
| 4 権利擁護・差別禁止 | 158 |

第2部 各国別報告

| | |
|----------------------------|-----|
| 1 ベルギーにおける障害の法的定義..... | 160 |
| 2 カナダにおける障害の定義 | 167 |
| 3 デンマークにおける障害の定義 | 173 |
| 4 フランスにおける障害の定義..... | 179 |
| 5 フィンランドにおける障害の定義..... | 187 |
| 6 ドイツにおける障害者の法的定義..... | 195 |
| 7 ノルウェーにおける障害の定義 | 202 |
| 8 スウェーデンにおける障害の定義..... | 209 |
| 9 オランダにおける障害の法的定義..... | 215 |
| 10 アメリカにおける障害（者）の法的定義..... | 223 |

| | |
|--------------------------|-----|
| 付属資料:各国の GDP 等基礎資料 | 225 |
|--------------------------|-----|

執筆者一覧（アイウエオ順）

| | |
|-------|--------------------------|
| 磐井 静江 | （日本医療社会事業協会 会員） |
| 氏家千絵美 | （重症心身障害児施設聖母療育園 ケースワーカー） |
| 於保 真理 | （神奈川工科大学 非常勤講師） |
| 木口恵美子 | （東洋大学大学院 大学院生） |
| 佐藤 久夫 | （日本社会事業大学 教授） |
| 高橋えり子 | （慶應義塾大学 経済学部 3 年生） |
| 田辺 和子 | （高次脳機能障害を考える・サークルエコー） |
| 浜田 朋子 | （ホームページ「APPLE」 協働管理者） |
| 東川 悦子 | （日本脳外傷友の会 会長） |
| 山田 純子 | （植草学園短期大学 教授） |

（2006 年 3 月末現在所属）

障害の法的定義・認定に関する国際比較

2006 年 3 月 13 日

日本障害者協議会政策委員会

障害の定義・認定ワーキンググループ

はじめに

2004 年には障害者基本法の改正で「差別禁止理念」が規定され、国連では障害者権利条約の準備が進められている。これらの動きは、障害者差別を禁止する実体法の制定を迫るものであり、そこにおける障害の定義の明確化が求められている。

2005 年には障害者自立支援法が制定され、その附則で「障害者の範囲」を含めて 3 年後に見直をすることとされた。さらに就労を含めた所得確保のあり方の検討が政府の責務とされた。

これらの動きは、障害者施策にとって非常に重要な差別禁止（権利擁護）、福祉、雇用、所得保障という 4 つの分野において、その対象たる障害者をどう定義するか、どのようにして利用者を認定・確認するかを、早急に明確にすることを求めている。

ここでの基本的な視点は、法律の目的にてらして対象者を規定すべきであり、より具体的にはその目的にしたがって法が用意しているサービス・措置を必要としている人を対象とすべきだということである。ただしその「必要」が「障害」（「病気」を含んでひろく健康問題に関連する現象）に伴って生まれている必要がある。

したがって、障害者の法的定義の検討の方法として、だれがどの程度それらのサービス・措置を必要としているか、そしてとくに必要としながらも対象から除外されている人々はいないか、という実態の調査が不可欠である。本ワーキンググループは 2004 年度にこの検討を行い、報告書にまとめた（注 1）。

障害者の法的定義のあり方についての検討のもう一つの方法は、諸外国の経験、とくに障害者施策の歴史の長い欧米の教訓を学ぶことである。幸い最近 EC（欧州委員会、European Commission）、カナダ、アメリカで類似研究がなされた（注 2、3、4）。

本報告は、主にこれらの諸外国のデータを活用し、まず第 2 部「各国別報告」で実情を整理、それをもとに第 1 部「分野別総括」で福祉、所得保障、雇用、権利擁護・差別禁止の分野にわけて分析したものである。

上述のようにわが国では、障害者法制の大幅な改革の時期が近づいていると見られるが、この報告がその際の参考になれば幸いである。

注 1)

日本障害者協議会（JD）政策委員会・障害の定義認定ワーキンググループ編・発行、『『谷間の障害』を生み出す医療モデル（疾患・機能障害主義）を終了し、支援ニーズに基づく障害

者施策の確立を一報告書」、2005.3

注 2)

European Commission,” Definition of Disability in Europe-----A Comparative Analysis”, 2003

http://europa.eu.int/comm/employment_social/index_en.htm なお、この EC ホームページでは報告書作成過程で各国からのカントリーレポートが紹介されていた。しかし最終報告の掲載後は載っていない。本ワーキンググループ報告は、主にそれらのカントリーレポートをもとに作成されている。

注 3)

Human Resources Development Canada “Defining Disability: A Complex Issue”, 2003

<http://www.hrsdc.gc.ca/asp/gateway.asp?hr=en/hip/odi/documents/Definitions/Definitions000.shtml&hs=hze>

<http://www.hrsdc.gc.ca/en/hip/odi/documents/Definitions/Definitions.pdf>

注 4)

ICDR (Interagency Committee on Disability Research), “Federal Statutory Definitions of Disability”, 2003 <http://www.icdr.us/documents/definitions.htm>

第1部 分野別総括

1 社会福祉・社会サービス

木口恵美子

(1) 諸外国の状況

諸外国の障害の定義と社会福祉・社会サービスを見ていくために、まず二つの施策の違いで分けてみる。福祉サービス等を受けるにあたって、障害程度の認定を前提とする国と、ニーズを前提とする国の違いである。前者はフランス、ドイツ、ベルギー、後者はスウェーデン、オランダ、デンマーク、イギリス、ノルウェー等である。他にもカナダ、アメリカでは各州によって特徴があり、具体的には示されていない。

また、社会福祉、社会サービスの中身は様々だが、税控除、手当てといった経済的支援に関する制度、社会参加支援を目的とした制度に大別できる。

(a) 障害の程度に基づく国

まず、手帳という形で障害を認定しているフランスとドイツと、手帳の記載は無いが、障害の程度を基にしているベルギーについて、障害の認定と福祉サービスの利用の流れをみていくことにする。

フランスでは、市の窓口書類を提出した後、障害者基本法に基づいて **COTOREP** という県の機関で、医師・心理士、ソーシャルワーカー等の技術スタッフと、就労、社会保険、福祉団体、当事者団体等の委員会によって障害の程度を認定し、障害者手帳を発行する。その認定によって、施設サービスの利用や、第三者の介助を受けるための補助金の受給等が可能になり、公共交通機関の無料化や優先、公共料金の減額等が計られる。認定の結果について、審査請求が可能である。

ドイツでは、市の社会福祉局が認定に責任を持ち、社会福祉局で働く医療福祉士という認定者がガイドラインに沿って認定し、手帳（パス）が発行される。連邦社会支援決議書の参加支援法令は、医学的リハビリテーション、義足、補聴器等補助具、職業リハビリテーション、教育支援、デイセンター等の社会教育的支援、作業所における雇用支援、設備支援、公共施設等の利用支援、永久的な付き添い者の支援等の参加支援が示されている。これらを受けるためには、地域の社会サービス課に申請書と共に手帳を提出し、重度の障害や付加的な健康関連特性を証明する必要がある。社会サービスのソーシャルワーカーが家庭訪問などによって社会サービスのニーズを確認し、申請者の必要状況を報告した時点から支援は開始するとされているが、実際には、最終的には申請書や手帳の提出などが必要とされるという。

ベルギーの統合手当では、障害による日常生活の制限に対して支払われる所得補充手当の意味合いがあり、制限の程度によって4段階に分けられる。行政の医師による査定が

ある。裁判所に訴えがあった時のために、学際的なアセスメントの規定がある。また、一部の地域で取り組まれているダイレクトペイメントでは、学際的チームが、機能障害についての情報をもとに、スケールを用いてその人が障害者か否かのアセスメントを行う。

(b) ニーズアセスメントによる国

次に、ニーズを前提として社会サービスを提供している国は、ニーズアセスメントにそれぞれの国の特徴があるようだ。ニーズアセスメント機関や、そこに関係する人に焦点を当てていくことにする。

オランダでは特別医療費補償（支出）法（AWBZ）という社会保険制度が、高齢者・障害者の施設・在宅サービスの費用、精神保健福祉関係サービス（入院からリハまで）や一般医療でも 1 年以上の入院費用をカバーするなど、非常に広範囲の保健・医療・福祉のサービスを担当している。税金による住宅費用助成や住宅改造費助成、一部の補装具の費用助成などがなされているが、「ケア」にかかわる施設・在宅の各種サービスがこの保険でまかなわれている。

ニーズアセスメントのために、1998 年以降 RIO 地域アセスメント機関とよばれる独立組織が設けられた（Regional Indicatie Orgaan, Regional Assessment Organization）。市町村が RIO 設立の責任を持つ。これは古いアセスメント機関の統合によって作られつつある。1 つの RIO が担当する平均の人口規模は 25 万人となっている。

新しいニーズアセスメントシステムのもとでは、施設在宅でのサービス提供が可能かどうかといった、提供サイドのことを念頭に置いてのアセスメントではなく、利用者の状況に応じてのアセスメントを行う。その項目は、全体的な健康状態、病気に伴う身体的障害、住宅その他の環境、心理的社会的機能状態、現在利用しているインフォーマルおよびフォーマルなケアの種類と程度、およびその継続や拡大の可能性である。この検査のために申請者には既存の医学的情報を提供するよう求められることもある。あるいは、治療中の機関から情報を得ることについて同意するよう求められることもある。

そして、このアセスメントで必要と認められたサービスはどの提供者でも提供できる（管理法令の枠内で）。また RIO はサービス提供者からも設置者である市町村からも、さらに支払いをする保険者からも独立である。

RIO を構成しているのは、は患者・ケア利用者組織、ケア提供者、開業医組織、健康保険機関（CO）そして市町村代表者である。（CO は、その地域の一つの保険会社を指名して AWBZ の運営を任せているものである）RIO はニーズアセスメント専門家（看護、ソーシャルワーク、老年心理、そして社会老年学が含まれる）を雇用する。

現在のところ全国一律のアセスメント道具は存在せず、手段や手続きはおおむね ICIDH（国際障害分類）に基づいている。

もし、申請者が認められたケアを受けることが出来ないときは、CO に苦情申し立てし、介入を求めることができる。

移動や住宅改修等給付（DWG）は、社会参加を支援するサービスであるが、受給にあたって、モデル規則はあるが詳しい基準はなく、市町村が個人のニーズを判断して支援を提

供している。

スウェーデンの LSS 法では、パーソナルアシスタンス（個別介助）や住居、デイサービス等の社会サービスを社会的権利として定めている。機能障害があることの医学的証明を前提に医師以外の専門家(ソーシャルワーカー)が「日常生活上重大で継続する困難を有する」かどうかの評価を行うが、明確な基準はない。

デンマークの社会サービス法では、地方公共団体のケースマネージャーが認定に関わっているが、明確な基準は無い。

ノルウェーで行われている、障害者主導の個人的援助（BPA）の受給資格は、申請者の自己評価と共に、申請者が①サービスを真に必要としていること、②援助者に対し、必要としている援助を自分で指示できること、③屋内外の活気ある生活を自分に役立てる能力、十分な理解や方策があること、という指針があり、明確な基準があるわけではない。また、外出等余暇活動に付き添う社会的支援・仲介的援助者サービスでは、市町村の社会福祉課の職員が面接を行って支給を決定する。本人の満たされていない社会的ニーズの程度が評価・判断され、支給決定で重要なことは、本人が社会参加への支援を欲しているか否かである。

他に、補助具、付き添い、福祉車両等、日常生活機能を改善する支援を受給する為には、医師による診断書、PT 等医療専門家による検査が要求される。

イギリスでは、病気や障害を理由にパーソナル介護や移動介助が必要な 65 歳以下の人は、障害者生活手当を受給することができる。ケアには 3 つの等級がある。どれだけ介助が必要か、それによって余分な支出がかかるかが要件である。この認定は、意思決定者（行政）によってなされるが、まれに、医学的審査を必要とされる。他にも自立生活基金があり、収入等の条件によって支給される。

コミュニティ・ケア法による実際のサービスは、まず行政の担当者が障害者の自宅を訪問し、大まかなニーズの内容とニーズに見合った評価のレベルを決定する。その後、ケアマネージャーが任命され、ニーズを判定し本人と望ましいケアについて合意し、ケアプランを作成することで実施される。

(c) その他

フィンランドの「障害者のサービスの規定に関する法」は、他の法律で対応するサービスが提供されていないか、遅れている場合に採用される 2 次的な位置づけであり、その責務は地方自治体にある。障害者と重度障害者に分かれており、サービス内容は（種目と支給額）は異なっている。障害者はリハカウンセリング、適応、通訳、パーソナルアシスタントや他のサポートを雇う費用、特別な衣服費や食費、機器、設備等の費用を支給される。重度障害者は、付き添いつきの移動、通訳、日常生活上の必要なサービス、特別の住居（改修、機器、設備等）である。障害者と重度障害者の基準については、多くの状況による定義があるとされているが、その内容は明らかではない。

カナダの社会福祉サービスは、州によって異なった方針を持っている。国(連邦政府)の施策も多く、多くの省や法制度が関わっており、複雑である。国としては税控除や、住宅に関する

施策がある。障害者控除、弱者扶養控除、介助者控除は収入税法に基づいているが、その法律に障害者の定義はなく、医師やPT、OT、聴覚士、検眼医等の医療専門家による証明が必要である。

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は、住宅改修に関する資金援助のための制度である。WHOの障害の定義が用いられている。持ち家の場合は、家の状態、世帯収入、世帯規模、面積等、貸家の場合は家の状態、賃借人の収入等の制限があり、改修に先立って、医師、PT等の確認書が必要とされる。

実際の社会サービス（移動、住宅、アシスタントサービス等）は、各州によって特徴が異なっている。ブリティッシュ・コロンビア州では、雇用とアシスタント法に基づき、個別化した資金を提供する方法が取られている。

まとめ

各国の社会福祉・社会サービスを、定義や認定という側面から見てみた。社会サービスを利用するに当たり、障害手帳に代表されるような障害の認定を制度に盛り込んでいる国と、ニーズアセスメントに重点を置いている国に分類してみたが、必ずしもこの分類の仕方が妥当かどうかは分からない。アセスメントに重点をおいている国でも、ケアの等級（イギリス）があり、障害の程度による等級とは違った視点の等級が設けられているという点は、参考になるのではないだろうか。

障害の程度とサービスの支給の関係について、フランスは障害の認定とサービスの支給が別組織で行われているので、実際のサービス利用に当たって、どのような基準に基づいて支給決定がなされるのかは、今後の課題である。

また、苦情解決について、すべての国で報告されているわけではないが、サービスの支給決定にあたって申請者からの苦情申し立てを保障している国（スウェーデン、ノルウェー等）、障害程度の認定結果に関して、審査請求を認めている国（フランス）、実際のサービス利用に対しての苦情申し立てなどを定めている国（オランダ）等があった。福祉サービスの支給は生活に直接関わることなので、権利を保障する手続きとして苦情申し立ては重要であると思われる。

2 所得保障

磐井静江

(1) 制度の概要

わが国の障害者の所得保障（生活保護基準を下回る程度の支給額が多く、所得保障というかは論議のあるところであるが）は、①障害年金②特別障害者手当③自治体独自の手当などで構成されている。

就労収入や何らかの収入のある障害者の生活は、しばしば障害年金で支えられている。障害基礎年金受給のための所得制限では、単身者で 462 万 1 千円以上で全額支給停止、360 万 1 千円以上で半額停止となっているが、年収 462 万円以下であれば障害基礎年金ができることは、就労できている障害者にとっては経済的自立のために重要な所得保障となっている。また、厚生年金加入者には 3 級基準があり、所得保障の役割を果たしている。

しかし、就労による所得がないまたは少ない障害者は、障害基礎年金が所得保障とはなりえず、家族に扶養されているかセーフティーネットとしての生活保護に依拠しているのが現状であり、わが国の特徴となっている。

各国の所得保障の現状を見ると①労災②傷病給付③職業リハビリテーション給付④障害年金⑤セーフティーネットとしての保障が共通した内容となっており、職業リハビリテーション分野の保障を重点とする政策がとられていることが多いことが日本と大きく異なっている。

受給資格要件や受給開始の時期などからそれぞれの国が障害者を可能な限り職業リハビリテーションを行いつつ独立して生計が営めるよう施策がとられている。

スウェーデンのように病休に期限を設けず、職業リハビリテーションに可能な限り力点をおき、その間所得保障を行うところは、今回報告した国の中では他にはないが、期限を設けているもののドイツ、ノルウェーなども同様にリハビリ期間中の手厚い所得保障を行っている。

(2) 障害／受給資格・等級などの評価・判定

所得保障の保障内容を判定する障害の程度は、日本のように医学的診断による機能の欠損や不全

による判断ではなく「労働能力」「稼働能力」で判断される国（カナダ、フランス、ドイツ、デンマーク、ノルウェー、フィンランド）が多い。

特に障害程度を判断する際、デンマークは「一般的健康状態を背景として評価した通常の仕事」、フィンランドは「年齢・資格その他の関係する要因を考慮して適切で合理的な収入を得られる仕事を病気、障害、怪我のためにできない人および介護を必要とする人」、ベルギーは「医官が機能的損傷以外に、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、前職と今後の予定職とのギャップなどを参考に」、ノルウェーは「年齢、生活機能、教育、職歴や経験、そして就労機会や可能性を測定」を判断基準としていることは特筆すべき点である。

認定する際に中心的な役割を担うのは各国ともに「医師」であり、社会保険事務所等の行政が審査している。ベルギーでは医官が発症の早い時期からかかり、病院に出向いて職業リハビリテーションへの振り分けなどを提案し、社会参加できるよう最大限の可能性を引き出し、最終的に収入が得られない部分を障害者として所得保障する形をとっている。

重度の障害者が生活していくために必要な収入を生活保護的なセイフティーネットではなく、1日3時間未満の就労と判断された場合には最終収入の80%を支給するという方式をドイツは取っている。

(3) 考察

ヨーロッパ型の福祉は、高福祉・高負担といわれるが、今回見てきた各国の状況をみると単に所得保障金額の問題ではなく、障害者の所得保障について人間としての尊厳と可能性を保障していくという基本的な精神があり、障害者自身の生きる希望を支える社会がそこにあると思えてならない。

わが国では、どうしても病人になること、障害者になることは暗いイメージで捉えがちである。

社会が支え、障害者が可能な限りその能力を社会に還元する社会作りを実現していくためには、就労できる人に限られた（賃金収入を補足するレベルの）所得保障からその人の障害程度（「労働能力」「稼働能力－職歴・年齢なども加味した」）に応じた所得保障に変更する方向で検討されるべきであろう。

(4) 国別概要

| 国名 | 名目 | 認定基準 | 認定中心者 支給金額 |
|------|--|---|--|
| アメリカ | | 12ヶ月以上継続した障害 機能障害認定基準あり(労働機能) 他職種の意見加味 | |
| カナダ | 障害年金 軍人障害年金 | 医学的診断書 実質的な有給の仕事を本式に遂行することが困難 軍人は特別基準 他職種意見加味 | 医師が認定 39,000 ドル以内 |
| フランス | ① 労災 ② 障害年金 障害基本法による手当 | 判定表により 障害の率(医学的・職業的両基準) 19歳以上 60歳未満。職業能力や被保険者として賃金を得る機会が3分の2以上減 能力不全が80%以上か、50～80%で、障害ゆえに就労できない人、独立生活者には特別成人障害者手当、健常者にはない出費に対し第三者補償手当がある | 医師の評価を受け、 社会保険事務所 事前の給与と障害の カテゴリー別 ①労働か②労働不可 ③労働不可かつ要日常生活介護 |
| ドイツ | 社会規定 法定健康保険基金 重度障害／ 障害程度 生計獲得能力の減退 | 6週間の完全給与、78週の傷病給付、職表リハビリテーション給付等が障害年金支給となる 週15時間以上就労できない人が対象 障害程度50以下 障害程度50以下30以上の人で就労できていない人 1日3時間以上6時間未満就労と1日3時間未満の就労の2種 17歳以上60歳まで(育児休業も含まれる)6ヶ月以上働けない場合失業給付あり 仕事/雇用に関連した能力の評価をかみして審査 | 審査専門官が医学的 審査と社会医学的審査ガイドラインを参考に認定 リハビリテーション 移行手当て(収入の80%支給) 別途食費、宿泊費、その他の必要経費(在宅/家事援助等) 支給あり |

| 国名 | 名目 | 認定基準 期間 | 障害前の所得との比較+ |
|--------|---|---|---|
| スウェーデン | <p>病休手当</p> <p>病休現金手当とリハビリ手当</p> <p><u>早期退職</u></p> | <p>病休前に 14 日以上雇用期間があるすべての被用者は 13 日分。自営業者は社会保険事務所が手当支給</p> <p>病休 14 日間超は公的疾病保険に移行対象は 16-64 歳</p> <p>労働能力の低下は医師が判断。病休が 28 日を超える時は社会保険事務所が更に精査。医師による詳細な報告活用医師の報告は社会保険事務所の顧問医師によりチェック</p> <p>1 年を超える期間、能力が低下し職業リハビリが尽くされた場合（就労継続のための各種手当を活用しても不可の場合に申請）</p> | <p>給与相当</p> <p>老 齢 年 金 基 礎 額 (298,706 円) 1987 年</p> <p>期間限定なし 完全病休 80% 部分的病休 25, 50, 75%の 3 種</p> <p>社会保険事務所の顧問医師が医学的診断と労働によって生計を立てる能力を審査</p> |
| デンマーク | 地方公共団体が年金給付を提示本人申請の所得保障はない | <p>高額年金、通常年金、低額年金、または年金なし</p> <p>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</p> <p>働けなくなった時に初めて障害年金を考慮</p> | 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 |
| オランダ | 被用者障害保険と自営業者障害保険 | <p>発生後 52 週以上たって 15%以上の障害</p> <p>自営業者と若年時障害援助法は 25%以上の障害</p> <p>15 歳から 64 歳まで。65 歳から老齢年金</p> | <p>医師および労働専門家（いずれも保険機関の職員）</p> <p>最低賃金の 7 割という最低生活保障ラインに移行</p> |

| | | | |
|--------|--|--|---|
| ノルウェー | <p>職業リハビリテーション給付</p> <p>障害年金</p> <p>最低生活を保障するための給付</p> | <p>職業リハビリテーションを受けている人の所得補助金</p> <p>疾病、負傷或いは障害により就労能力が少なくとも半減</p> <p>就労能力の低下による収入の損失に対して補償する現金給付（16～67歳）</p> <p>年齢、生活機能、教育、職歴や経験、そして就労機会や可能性を測定</p> <p>社会的・経済的問題は障害年金の対象にならない</p> <p>国民保険制度の所得補助金を受給する資格が無く、自らの稼働では自活できない者。障害者は多種の制度利用で受給者は少ない。（最低保障の場合未払いの請求書、収支に関わる通知、支出に及ばない低所得状態を示す給与明細書等を提出）</p> | <p>雇用事業局が診断書を基本に年齢、生活機能、教育、職歴や経験、そして就労機会や可能性を加味して判断</p> <p>失われた稼働能力に応じ 50%、60%、70%、80%、90%、全額支給</p> |
| フィンランド | <p>国民年金法</p> <p>障害年金、短期間リハビリテーション支援金</p> <p>被雇用者年金法</p> <p>国家公務員年金法</p> | <p>年齢、資格その他の関係する要因を考慮して適切で合理的な収入を得られる仕事を、病気、障害、怪我のために、できない人および介護を必要とする人。盲人等は就労中も対象（完全な労働能力を前提、現在の他の収入と必要なケアによって決定）</p> <p>144 日以上経過を見たうえ就労困難な場合に支給（病気、障害、怪我）</p> <p>安全性、自分の安全性と公共の利益の視点からの仕事の責任に問題がある場合支給</p> <p>老齢年金受給時まで（男 65 歳、女 60 歳）</p> | <p>労働能力 40%より低いと資格あり</p> <p>40～59%減 障害年金半額 60%以上の減 障害年金全額受給 40%以上の減収は資格あり</p> <p>過去の就職時の収入が考慮</p> |
| ベルギー | <p>労働災害給付</p> <p>職業病給付</p> <p>一次就労不能給付 & 傷病手当</p> <p>障害者のための所得援助給付</p> | <p>被雇用者、自営業者、失業登録中の者等</p> <p>労働上</p> <p>労働上労働外問わず、就労時の3分の1以下の労働能力の場合労務不能とされる</p> <p>医官が機能的損傷以外に、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、前職と今後の予定職とのギャップなどを参考に稼働能力について判断、職業訓練などにも振り向ける</p> | <p>医官</p> |

3 雇用（職業リハビリテーションを含む）

磐井静江

1. 障害者の定義と各国の雇用政策

身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者福祉手帳で認定された障害を持つものを障害者として雇用政策が行われているわが国に比して各国の障害者雇用政策として対象となっている障害の範囲は広範である。

たとえば、機能的制限があるために労働能力が低く、通常の雇用を維持するのに困難がありうる者（スウェーデン）、通常の日常生活活動を行う個人の能力に対して相当程度かつ長期的悪影響を及ぼす身体的または精神的機能障害（イギリス）、アルコール依存症、薬物依存症なども ICID10 精神病分類の分析用ガイドラインも顧慮して保護雇用する（ドイツ・スウェーデン）などわが国のように障害者認定手帳取得を前提の雇用政策はとっていない。

むしろ失業者として職業リハビリテーションを行い、可能な限り一般就労を目指し、一般の労働者より生産性が劣る場合に障害者自身と雇用者を支援している。生産性が劣るという判断は、「労働能力」「稼働能力」「作業能力」を基準とする。

この判断基準は、ドイツのようにサンプルフォーム各種ガイドライン使用（たとえば、腎臓疾患、HIV 情報ガイドラインなど）しているところもあるが、医学的意見をもとに障害があることについての本人証明や臨床心理士など関係するスタッフの意見を参考に行政の担当者が行っている場合がほとんどである。

したがって、日本のように各種手帳を持たない難病をかかえる「谷間の障害者」が雇用サービスを利用できる点は大きな違いである。

2. 保護的就労の位置づけ

1) 保護的雇用のあり方

各国とも一般就労で対応不可能な障害者の施策として保護的雇用を行っている。最低賃金との関係では、オランダが保障しており、ベルギー・フィンランド・フランスもほぼ保障している。障害給付として賃金を補填しているところはカナダ・デンマーク・ドイツ・スウェーデン・イギリス・アメリカなどである。

2) 保護的就労から一般就労への転換の方向へ

保護的就労は、職業リハビリテーションの限界に達し、一般就労が不可能な場合に利用されている。保護的就労に関しては、イギリスやアメリカのように財政上の問題と社会参加の両面から「援助つき就労」に力点を置く国が見られる。なお、イギリスの援助付き雇用機関のほとんどの利用者が「学習障害者」であることは特筆したい。

3. 職業リハビリテーションの位置づけ

職業リハビリテーションは各国とも行われている。

ドイツは、職業リハビリテーションを主眼とし、訓練期間中の生計維持や必要経費の支援が充実しており社会手当で補填することがないような政策がとられている。ほとんど

の国で職業リハビリテーションを経て一般労働市場に参加できるように政策がとられているが、オランダは最近まで職業リハビリテーションに力をいれてこなかった。障害があっても一般の職業訓練を利用できるようにしているところもあるが、フランスのように運動機能・感覚機能障害者がアクセスしにくい状況もある。

4. 障害者雇用率（割り当て制度）

障害者雇用率が制定されていない国はデンマーク・スウェーデン、公的機関のみがベルギー、ドイツの4～6%、オランダの3～7%が高く、おおむね2～3%となっている。

雇用率を制定していない国は、社会連帯を基本とし、雇用率を設けることで障害者の平等とノーマライゼーションの原則を消し去ってしまうとの考えによるものである。

雇用率はあっても未達成の国が多く、雇用率を持たない場合は社会扶助を受けている比重が多いようである。

5. 賃金

最低賃金を保障する国はオランダのみ、フィンランド90%、ベルギーが80%、デンマークは10～15%となっており、不足分は障害給付などでまかなわれている。

まとめ

各国の障害者の定義は、認定方式とニーズ方式によって異なるが、各国とも一般労働市場で雇用される上で障害となる者への雇用政策がある。

障害固定している病者を含む障害者を各種手帳において認定し、障害者の雇用政策を行うわが国の方式では、病状の変化があるがゆえに障害者としてのサービスも受けられず、就労も困難な難病患者や学習障害者などは雇用政策からはじき出されている。

保護雇用は一般労働市場で対応不可能な障害者に限定しているが各国とも保護雇用を減少させることが出来ない。

イギリスの「援助つき雇用」―雇用してくれるスポンサー（地方政府、非営利供給団体）と仕事を提供して援助付き雇用生涯労働者がした仕事に対して協定額を支払うホスト、スポンサーに助成金を支払う雇用庁 3 方向の協定を結び、障害者は同じ仕事をする非障害者と同額の賃金を得る。―のように重度の障害者が非障害者と行政の支援を得て労働の場を補償される雇用形態は「参加」へのアプローチとしてわが国でも取り入れる方向で検討が急がれる。

身体障害者雇用促進法における雇用率は未達成の現状は、民間企業1.8%も平成15年度1.48%と低く、一人当たり5万円の納付金方法をとる企業が多く、効果が上がっていない。諸外国では法定雇用率は2%以上で、ドイツでは、就労希望の障害者が就職できない現状があり、納付金の増額を行ったが、納付金増額の方が雇用者は経済効率がよいと考える傾向にあり、いくぶん改善したが期待した程効果はなかった。オランダでは、雇用主に対して、雇用された障害者、受領した助成金、未達成の際の納付金の記録、その記録を入手できるように求めたことによって雇用率を上げている。我が国でも雇用率を達成していない事業

所の名前を 2003 年に公表したが、このような手法は検討に値するものと思われる。

賃金については、身体障害者は最低賃金法程度の収入を得ている場合があるが、知的・精神的障害者は、半額程度となっている。スウェーデンのような賃金補助雇用、デンマークのような Flexjobs 制度による補助、フランスの最低賃金 90% 補償、先に述べた援助つき雇用など自らの賃金で生活できるような工夫がなされている。

このような雇用政策は、医師の意見書で「労務不能」と認定され、生活保護以外に選択のしようがない我が国のシステムからすると障害者に労働意欲を持たせるシステムとして取入れが検討されるべきではないだろうか。

最後に

障害の定義が異なることによって我が国では、諸外国であれば雇用政策の対象となるはずの障害者は障害者ではなく「病者」である。失業率 5% を超えているが、これらの失業者の中には、諸外国では障害者と定義され、雇用サービスが受けられ、給与も保障されてしかるべき人が存在していることは間違いない。

このような現状を改善するためには、わが国の障害者の定義を見直し、「谷間の障害者」と呼ばれる人たちの労働権が保障されるべきであり、早急な解決が求められる。

各国の雇用政策比較表

| 国名 | 関連法名 | 実施者 | 特徴的なサービス内容 |
|------|----------|---------|---|
| イギリス | 障害者差別禁止法 | 雇用サービス庁 | ○障害者の定義 身体的または精神的機能障害（アルコール・薬物中毒などは除外）機能障害がガン、H I V 感染症など相当程度となる可能性があるときは含まれる。 ○支援内容 ・欠員を補充するために障害者を異動させることを禁止 ・リハビリテーションや評価、治療のために勤務時間休 ・支援スタッフ（朗読者や手話通訳者）、監督の提供 あり ○援助付き雇用機関（ほとんどは学習障害者） ○援助付き就労制度（一般労働者と同ー賃金となるよう政府が援助） |

| | | | |
|------|---|---|--|
| アメリカ | ADA メインストリーム雇用サービス リハビリテーション法 | 雇用者 州 復員軍人庁 連邦政府 | <p>○障害者の定義</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「資格のある障害者」 適切な配慮があれば、あるいは適切な配慮がなくても、現有のまたは希望する職務にともなう本質的な機能を遂行できる人。特に基準はない <p>○地域事務所に最低 1 人の障害者援助担当者を配置</p> <p>○通勤援助、視覚障害のある復員軍人への朗読サービス</p> <p>○雇用主に対するアクセス控除</p> <p>○試行就労期間 9 か月支援</p> <p>○保護雇用</p> |
| カナダ | 収入税法 障害者職業リハビリテーション法 カナダ学生支援法 | カナダ人的資源開発省 | <p>○付き添い支援控除</p> <p>○機会の資源</p> <ul style="list-style-type: none"> 就職・起業準備、実現、持続を手助け。障害は自己証明 <p>○障害者雇用支援（一般就労）</p> <ul style="list-style-type: none"> 中等教育卒業後の教育。雇用準備、就労、継続支援 <p>○カナダ学生ローン（返済免除制度あり）</p> <p>○カナダの恒常的な障害を持つ学生への学習の保障</p> |
| フランス | 障害者基本法 障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針 労働法 | <p>雇用局 全国雇用機関 ANPE</p> <p>職業指導・職業再配置専門員会 COTOREP</p> <p>雇用庁</p> <p>健康・社会省 (社会、医療制度)</p> | <p>○相談・雇用支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 訓練職業復帰準備・追指導チーム（雇用主を探し・トータルな支援） <p>○職業準備指導センター</p> <ul style="list-style-type: none"> （職業紹介官または職業安定機関の代表者とソーシャルワーカー、公立&民間）COTOREP との連携 <p>○保護雇用</p> <ul style="list-style-type: none"> 保護工場（健常者 20%雇用。一般の就労者と同じ権利） 在宅労働提供センター（企業受注を在宅者に仕事分配） 保護工場 (AP) と在宅労働提供センター (CDTD) の賃金は、政府支援で最低賃金の 90%以上保障 <p>○授産所は、労働能力が一般の労働者の 3 分の 1 以下。雇用された障害を持つ人は、労働契約は行わず、賃金も労働基準に基づいたものではない</p> |

| | | | |
|-----|---|--|---|
| ドイツ | 雇用促進法 社会規定（週15 時間仕事ができない人は、生計を立てることができない） | 連邦職業安定局 管理官 | <p>○一般支援（カウンセリング、助言、職業紹介 一般に健常者と障害者の雇用は区別されない）</p> <p>○特別支援（訓練手当、職業リハビリテーション、職業リハビリテーションを受ける上で必要な給付など）</p> <p>○雇用促進給付金有資格者は「作業能力」で評価（サンプルフォーム各種ガイドライン使用—腎臓疾患、HIV 情報ガイドラインなど）既往歴などは医師のほか、クライアント自身が自己評価、病歴などを記入</p> <p>○アルコール依存症、薬物依存症などは標準化されたテスト結果、臨床検査結果を使用（ICD10 精神病の国際分類の分析用ガイドラインも考慮）</p> |
| | <p>労働関連障害者のための特別措置法令</p> <p>障害者の職業生活における差別禁止法</p> <p>労働環境法</p> <p>雇用保護法</p> | <p>公共雇用事務所に登録</p> <p>労働市場研究所で機能・労働テスト</p> <p>雇用者</p> | <p>○失業者と同じ登録制。最長参加期間は6ヶ月保障。20歳未満は、6ヶ月を超え支援可</p> <p>○機能的制限があるために労働能力が低く、通常の雇用を維持するのに困難がありうる者(医学的証明書またはその他の専門家の評価、および、雇用適性で評価)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.職場での補助用具についての金銭的援助 2.視覚・聴覚障害者に対する特別施策 3.パーソナルアシスタンスへの援助（パーソナルアシスタンス費用の給付） 4.支援雇用（最長6ヶ月にわたり支援者が職場で障害者を支援する） 5.自営業支援 6.賃金補助雇用（最大賃金80%、重度100%） 7.保護雇用（国営会社や地方公共団体による雇用）薬物・アルコール中毒・LSS 対象者、精神障害者対象 <p>○人員余剰か人的理由によってのみ被用者を解雇できる。病気は解雇理由不可。障害者はどうしても不可欠な場合を除き、解雇者リストに載せてはならない。解雇する場合には若年者が先</p> <p>○雇用者は、職場の環境を良好にする責任を持ち、リハビリ活動についての方針や目標を立てなければならない</p> |

| | | | |
|-------|--|--|--|
| デンマーク | <p>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</p> <p>社会活性化政策法</p> <p>障害者雇用に対する保障に関する法律</p> | <p>政府</p> <p>地方公共団体</p> | <p>○割り当て雇用なし</p> <p>○障害(ハンディキャップ)は「通常の市場で職を得るのが困難である理由」を表現した概念。肉体的障害を持つ人たち</p> <p>○雇用について困難を持つ人に対する援助の規定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公的部門での採用および売店出店とタクシー免許 ・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 ・障害者が働けるような機械の導入費用の補助や賃金補助の規定（あまり実効性がない） <p>○Flexjobs 制度は、最低賃金の25%、50%、75%が補助する。障害年金の受給減を目指す</p> <p>○職業リハビリは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、団体協約での雇用も不可能な労働能力の低下がある方が対象。また、行政当局は、障害者のための職を探す</p> <p>○雇用について困難を持つ人に対する援助の規定</p> |
| オランダ | <p>障害者雇用法</p> <p>保護雇用法</p> | | <p>○障害者の雇用をできる限り促進するよう、総合的な義務を雇用者に課す。25人以上雇用している事業は、「健常者以下」の者の2%雇用義務</p> <p>○障害被用者の生産力が大幅に低下している場合には、雇用主は低額の賃金を支給してもよい</p> <p>○国立認定サービスによる認定。一般就労への移行困難。待機者増大</p> |
| ノルウェー | 労働環境法 | <p>公的機関</p> <p>国民保険制度</p> <p>雇用事業局</p> | <p>○「労働志向」－長期所得補助を支給する前に、就・復職のためのあらゆる可能性を最大限探る姿勢(一握りの障害者が社会扶助申請)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害者であるというだけで、正当な理由も無く、直接的間接的に不利益な対応をするあらゆる行為禁止（労働基準監督官が監視） ・障害を持つ求職者への差別禁止や、建物にアクセス、職場に適切な便宜を図ることを雇用主に義務付ける支援 |

| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|--|
| ノ ル ウ エ ー | | | <p>○職業リハビリテーションは、国の中心的な所得補助制度</p> <p>長期的に疾病、負傷、障害或いは薬物・アルコール関連問題のような社会的問題も含む。多様な専門家により、診断や判定を受け、雇用事業局地域事務所は、職業訓練、リハビリ、学習支援等に参加することで、職業的障害が減少見込を判断（現金給付と特別給付）</p> <p>①職業リハビリテーションを行う人への所得補助は、移送、授業料等に掛かる経費手当、職場の技術整備経費支給金銭的支援も含まれる</p> <p>②事業主に対する生産性減少補償支援</p> <p>③障害者の適職探し、雇用サービス局の職業指導・職業訓練等のサービス</p> |
| フ イ ン ラ ン ド | <p>雇用サービス法</p> <p>雇用サービスに関する規則</p> <p>社会保険機関リハビリテーション法</p> <p>障害者ケア法</p> | <p>労働省</p> <p>社会保険協会</p> | <p>○職能評価、専門家の意見と相談、作業・訓練、仕事の適合・職場でのワークトライアル実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正当に認定された身体的又は精神的障害の結果、適当な雇用につき、それを継続し、かつ、それにおいて向上する見込みが相当に減退している人 ・「雇用サービス（職業センター）」の対象登録は、求職者の職業的な背景と現実的な雇用見通しに対する医学的証明書の評価（公務員による）に基づく。50 歳以上は様々な早期年金対象のため雇用サービスを必要としない <p>○職業訓練が必要な人であって、収入を得られる働く能力と可能性が病気 障害、怪我によって实际的に低下している人、働く能力を維持または向上するために職業訓練が必要である人（他方で支給されない場合に適応）</p> <p>○職業リハビリとは、職業訓練に必要な基礎教育と道具や機械の購入、企業の設立・改造のための経済的な支援を意味する。このリハビリの主たる部分は仕事の維持を目的とし、医学的リハビリを含む</p> <p>○福祉的就労は、地方自治体やNGOで運営。知的障害者、精神障害者、アルコール・薬物依存症の方が多い</p> |

| | | | |
|------|--------|--|--|
| ベルギー | フラマン基金 | <p>フランダース地方のみの制度</p> <p>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</p> | <p>フラマン基金による障害とは「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」で、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委員会が査定。（医学的検査および診断された病気が必要）</p> <p>○就職支援—申請者の減少した能力が労働市場への参入を阻止していることを証明。保護雇用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。賃金補助もある。証明内容が証拠不十分で審査委員会の決定が無効になる場合もある</p> <p>（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。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ができる</p> |
|------|--------|--|--|

参考文献

18 カ国における障害者雇用政策：レビュー

「パトリシア・ソートン、ネイル・ラントヨーク大学社会政策研究所」

4 権利擁護・差別禁止

於保真理

権利擁護・差別禁止の分野の状況は、第2部で取り上げた10カ国の中でカナダ、デンマーク、フランス、スウェーデン、アメリカの5カ国のみに紹介されている。EU諸国の中では3カ国のみである。今回のEU諸国の調査でのカントリーレポートは2001～2002年に執筆されたが、今日(2006年)ではだいぶ状況が変わっていることも考えねばならない。

つまり、欧州連合(EU, European Union)1997年のアムステルダム条約によるヨーロッパ共同体設立条約修正第13条では、EUが「性、人種・民族、宗教・信条、障害(disability)、年齢および性的指向性に基づく差別と戦うための適切な行動をとること」を決議し、EUの政策立案・実施機関である欧州委員会(European Commission)は1999年、この13条に基づいて雇用と職業の分野における指令 Directive の案を発表、2000年11月に欧州議会(European Parliament)で採択された。

この指令は、2003年11月までに各加盟国が差別禁止の法律を作成することを求め、事情によっては高齢と障害の部分についてはさらに3年、つまり2006年まで延期することができるとしている。こうしてすべてのヨーロッパ諸国(EU加盟国)はおそくとも2006年までに職業分野の障害者差別禁止法をもつことになる。

なお、フィンランドのカントリーレポートは、差別禁止という項目で社会福祉サービスを紹介していた。理由は「肯定的な差別的取り扱いであるから」というものである。しかしこれはEUの調査委員会の考えとも、われわれの考えとも異なるので、フィンランドはこの第1部の「4 権利擁護・差別禁止」からは除外した。

これら5カ国の報告での障害(者)の定義・認定の概要は次の通りである。

各国の概要

カナダでは、機会の平等と自由を保障するカナダ人権法(Canadian Human Rights Act : 1977)があり、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。また、雇用均等法(Employment Equity Act : 1995)は雇用面の平等を目的にしているが、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。

デンマークには、障害者差別を禁止する法律はないので、ここでの検討から除外すべきかも知れない。ただし1980年には障害者団体代表、中央・地方政府関係者、専門家からなるデンマーク障害者協議会(Danish Disability Council)が設立され、1993年にはこ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、社会の全ての分野での「平等な取り扱いの原則」の実現のために活動している。なおここでの活動では、障害の定義はない。

フランスでは、1990年に出身、性別、習慣、家庭状況、民族、国籍、人種、宗派に加え、

障害を理由とした差別を罰する法律が成立した。しかし障害の定義はなく、ない事への批判も見られる。

スウェーデンでは 1999 年に「障害者の職業生活における差別禁止法」が施行された。ここでは障害とは、「先天的または後天的、若しくは怪我または疾病の結果生じることが予想される、人間の機能的能力に関する、肉体的、精神的、または学習についての制限」とされ、軽度の障害も含まれる。

最後に、障害を持つアメリカ人法（ADA）では、障害とは、「主たる生活活動の 1 つ以上を実質的に制限する身体あるいは精神の機能障害(impairment)、そのような機能障害の過去の記録、あるいはそのような機能障害を持つと見なされること。」とされている。そして「障害」をもつ人の中でこの法律で守られるのは「資格のある障害者」とされ、その定義は、雇用場面では、適切な配慮があれば、あるいは適切な配慮がなくても、現有のまたは希望する職務にともなう本質的な機能を遂行できる障害者、公共サービスでは、障害を持つ個人で、規則・政策・実施の適切な修正、あるいは建築・コミュニケーション・交通障壁の除去、あるいは補助具やサービスの提供があれば、あるいはなくても、公共事業体の提供するサービスを受けたり、事業や活動に参加する本質的な資格要件を満たしている人を指す、とされる。

まとめ

このように権利擁護・差別禁止分野では排除される障害者がでないようにとくに工夫されていることが伺われる。例えば、アメリカでは、(ある程度の機能障害の)「過去の記録」のある者、あるいは(実際にはないのに)そのような機能障害を持つと「見なされる」場合、についても対象としている。カナダの雇用均等法では、何らかの機能障害がある人であれば、雇用に関して自分が不利益を受けたと考えた場合には(客観的な証拠の提示を要件とはせず)この法律に訴えることができるとしている。

さらにスウェーデンでは、「軽度のものも含まれる」とし、フランスやデンマークでは障害の定義を設けていない。

現在国連で精力的に進められている障害者権利条約の準備過程では、障害・障害者の定義は設けず、各国にまかせるという案が浮上している。理由は、特定の表現での合意を得るのが非常に難しいということと、何らかの定義を設けるとそこから排除される者が出てしまう、ということだという。日本では最近まで精神障害者は障害者ではないとされ、いまだに難病や(知的障害以外の)発達障害などの位置づけが明確ではない。生活への深刻な影響があるのに、本人や家族自身が「病気であって障害ではない」、と考えている場合も多い。他のアジア太平洋諸国ではさらに狭い障害理解の国々が多い。

こうした事情を考えれば、権利条約においても各国任せにせず、できるだけ広い範囲をカバーする障害の定義を設けることが必要ではないか。その際国際的な合意のある ICF (国際生活機能分類) を活用し、なんらかの健康状態または心身機能・身体構造に関連して活動または参加の何らかの制約が生まれているか、その可能性のあるもの、などの規定が候補になるのではないかと考えられる。

第2部 各国別報告

1 ベルギーにおける障害の法的定義

Erik Samoy

(抄訳:田辺和子・高橋えり子・佐藤久夫)

ベルギーには 2001 年時点で障害者差別禁止法はないため、Samoy 報告では福祉、所得保障、雇用の 3 分野を取り上げている。所得保障については 2 種類の労災制度と被用者の障害年金および無拠出制の障害年金の計 4 つを取り上げているが、この日本語報告では被用者の（拠出制の）障害年金を紹介する。福祉と雇用についてはすべて（福祉の 2 制度と雇用の 1 制度）を紹介する。

1 福祉サービス

(1) 統合手当 (Integration allowance)

制度の概要

統合手当は機能損傷によって生じる特別な出費に対する援助を意図している。

とくに、移動（家屋外の移動を含む）、食事の準備と摂食、身辺処理と身体衛生、家事、監督なしでの生活、コミュニケーションと交流、の領域における制限は受給資格を決定する際に重要性を持つ。

現金で支払われ、制限の程度によって決められる 4 段階の額がある。

対象年齢は 21-65 歳。65 歳以上には、幾分低い額での給付をする別の制度がある。

これは障害者に対する所得補充手当 (the Income Replacement Allowance) に制度上関連づけられており、しばしばこの 2 つの受給資格は同じ証拠に基づいて同時に査定される。

受給者が働く場合、保証される最低限の所得基準より上の収入は手当から控除され、また一般的な所得制限もある。

定義・認定

対象は、「自立して生活する能力に制限のある人」とされている。

法律は日常生活動作 (ADL) を行う能力の制限をアセスメントするための基準を制定している。この基準はこの法律を意図してデザインされたものだが、the Barthel and Katz のような他の ADL 基準や IADL 基準に類似している。統合手当は、法律制定者が定義と共に測定の手段を提供している唯一のものである（しかしながらあまり明確なものではないが）。

障害者のための所得補充手当の受給資格を審査する健康省の医師が申請者を査定する。通常は自宅で評価を受ける。学際的なアセスメントのための規定があるが、実際にはこれは裁判所に訴えがあった場合にのみ行われる。

(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てはならない。

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くられる。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。つまり申請者と同一経済社会的背景で同一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ので、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關している場合、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証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。例えば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、baremes 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、文化的の不利益と見なされ、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、人生の楽しみや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、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

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つかの制限がある。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」がそれに取って代わっている。

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 ハンディキャップー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なり減った。

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」と言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」と言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の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られるだろう。

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

ここでは詳しく分からないが、能力低下率の評価に当たっては、同年齢の健常者との比較や教育的負担等も評価される。100%が適用されるのは極めてまれで、植物状態や昏睡状態のような完全な能力低下に限られる。複数の機能障害が認められる場合は、全体としての能力低下率を評価する。

次に ADL や補装具の使用、複数の機能障害、社会生活等への影響の面から、運動機能障害の評価をみることにする。

運動機能障害の評価の一般原則は 4 つで、①運動機能障害の評価、②合併する機能障害、③装具の装用、④社会就労生活への影響：基本的行為および、日常的行為である。それぞれについて、

- ① 運動機能障害は病因ではなく、病変（機能障害）とその影響を考慮に入れなければならない。社会生活、就労生活へ影響を与えるには、機能障害が長期間継続する必要があるが、評価の段階では、検査の時点における運動機能の状況の評価する。
- ② 合併する知覚障害以外の機能障害は、系統的に評価し積算すると共に、疼痛、易疲労性といった症状を考慮に入れ、それらの機能的影響に応じて、能力障害率を割ります必要がある。
- ③ 能力障害率は装具の使用前（ママ）の状態で評価する。ここで提案されている能力所障害率の範囲は、医学、人工器官の分野の進歩を考慮に入れて設定されている。ただし、器具が適切に装用されていない場合や、ある特定の条件化でしか使用できない場合、一部自己負担を伴う場合、専門医は、指示範囲内で高めの障害率を適用するか、能力率を割増することになる。
- ④ 社会生活、就労生活、家庭生活への影響は、専門医が常に考慮しなければならない要素とされ、生活の基本的行為の一つ、あるいは複数を為すにあたって、第三者の援助を必要とする機能障害はすべて、重篤な機能障害とみなす必要がある。

と説明されている。このように、本人の現在の機能、知覚症状、装具の状態、経済状況、社会・就労・家庭生活等を総合的に判断するや専門医の評価による影響が大きいと思われる。

HIV も、免疫の損失による疲労感、移動や就労への支障があることなどで、障害の定義が適応されている。

1.3 障害の認定

認定を受けるには、市役所に申請をする。子供については県特別教育委員会（CDES）、大人については職業指導・職業再配置専門員会（les commissions techniques d'orientation et reclasement professionnel : COTOREP）に送付し、認定が行われる。COTOREPP は、1975 年の「障害者基本法」のもと、障害者手当等の給付条件や障害者支援の合理化を図るため、20 歳以上の障害者に関して設置された。

COTOREP には、2 つのセクションがあり、第 1 セクションでは、職業能力評価による三つのカテゴリー（軽度、中程度、重度）分け、職業進路の決定等、訓練及び雇用に関する支援・指導を行う。第 2 セクションでは能力障害率の決定、障害者手帳の交付、年金や手当て受給に関する審査、障害者施設への入所の決定等を行う。

管理スタッフ、技術スタッフ、審議委員会で構成され、技術スタッフには、社会保障専門医、心理関連、ソーシャルワーカーが配置されている。委員会は職業安定所、県就労・職業教育局、保健省社会保険事務局、社会保障機構、労働医局の医師、非営利福祉団体代表、当事者組織、地方議員等、20 名を越える委員で構成され、県知事が指名しその任期は 3 年である。

技術スタッフは必要に応じて家族や責任者、委員以外の専門家と連絡を取り、状況を照らし合わせて、委員会で決定をする。法律で「当事者や法定代理人、当事者に責任のある人は、希望を調査する委員会の話し合いに招かれなければならない」とされ、決定に対して再審査請求や異議申し立てもできる。

障害の認定に必要な医学的診断書は、通常は COTOREP に関連しない医師が作成する。

1.4 障害者手帳

社会扶助法の枠の中で交付されるもので、障害の率が 80%以上かまたは障害の状況によって交付され、手帳の有効期間は 5 年から 10 年で、公共交通機関の便宜や無料化、所得税、住居税の控除、公共料金の減額等が図られる。

2 各側面における法制と定義

2.1 社会福祉・社会サービス（含む教育）

福祉サービスを受けるにあたり、屈辱感や羞恥心を払拭する為、社会的偏見をなくす為、障害を持つ人に対する施策は一般の社会制度の枠組みの中で行われている。そのため、さまざまな優遇措置を講じて障害を持つ人が社会保険に加入できるようにしている。そして、この社会保険制度の中で、社会保険サービスの一部として障害を持つ人に対する福祉サービスが提供されている。

フランスの福祉サービスの提供体制は複雑で、伝統的にアソシエーションといわれる非営利の福祉団体が多数存在し、ホームヘルプやデイサービス等を提供している。さらに近年民間企業が福祉分野に参入できることになり、国も奨励しているため、商業的営利組織として自由契約の福祉サービスを提供する企業が増えてきている。ここでは、COTOREP の障害認定によって提供される福祉サービスを見ることにする。

①施設サービス

障害者施設に関しては 1975 年の「社会施設、医療社会施設に関する法律（Institution sociales et medico-sociales）」で規定されている。一口に施設といっても、教育、社会、医療社会、労働関連の施設が混在し、その形態も通所、住居、医療設備のあるもの等多岐にわたっている。雇用で出てくる保護雇用でも就労が出来ない人や、医療社会的ケアが必要な人は、COTOREP の決定を得て、次の種類の施設に措置される。

- ・ Foyers d hébergement (FH) : 主に精神遅滞の人対象で、一人で住むことや、他のタイプの住宅に住むことが望ましくなく、働くことができる人の住居。
- ・ Foyers Occupationnels (FO) : 日常生活では自律していて、社会企業や授産所で働くことが出来ない人のためのデイケア。

- ・ **Foyers a Double Tarification (FDT)** : 働くことが出来ず、生活の主要な部分で人の介護と永久的な医療的サポートが必要な人が、昼夜過ごす施設。
- ・ **Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)** : 機能障害が重度で一人では何もできず、継続的な医学的処置と健康管理が必要な人のため。住宅、医療、準医療ケア、日々のケア、能力を失わないように最大限に生かし、後退を避ける作業活動が提供されなければならない。住居だが、日中の参加、一時利用も可能である。

その他の施設は、住居費の自己負担分を自分の労働収入や手当等でまかなうことが出来れば、**COTOREP** を通さず個別の交渉で入居できるが、社会扶助等を必要とする場合は、**COTOREP** を通す必要がある。

②生活補助サービス (services d'auxiliaires de vie)

生活補助サービスは、障害者の在宅での生活を可能にするため、1981 年の通達 (circulaire) により創設されたもので、現在は県の社会扶助となっている。多くの高齢の障害者、高齢者が受給している。

生活補助サービスは、基本的な生活行為 (起きる、寝る、トイレなど) のために第三者に頼る必要のある者に対し、家事援助よりも定期的で反復される性格の援助を行う。また、このサービスにより心理学的な支援、外部の環境との関係の構築を行う。生活基本行為を行うために第三者を必要とすることを **COTOREP** に認められた障害者か、社会保障制度の第三者加算の受給者が対象となる。

③その他

移動費用の償還払い、住宅手当など。

2.2 所得保障

フランスの障害者法制は、①労災に関する法制、②旧軍人、戦争犠牲者の法制、③社会保障制度、④障害基本法による法の 4 つに区分されている。このことは所得保障、雇用の面にも投影している。障害の認定に関しても、独自の基準を持っている。

①労災年金：作業事故や職業病によって恒久的な障害を負った場合に支給される。作業事故は、事業者によって報告される義務があるが、職業によって引き起こされた病気は、自ら証明する必要があるという問題がある。独自の判定表をもち、障害の率は、医学的な基準と職業的な基準の 2 つから割り出される。

②障害年金：60 歳未満の社会保険の被保険者が、労働災害以外の疾病や事故で障害を受けたときに支給される。支給額は事前の給与と障害のカテゴリーによる。障害は医師の評価を受け、社会保険事務所で当てはめられる。職業能力や被保険者として賃金を得る機会が少なくとも 3 分の 2 が減らされると傷害と見なされる。身体的、精神的障害とすることによる社会的不利益の二つの基準が考慮され、職業能力、年齢、職業環境によって障害の率が決定される。①働くことのできる障害者、②全く働くことのできない障害者、③働くことができず、かつ日常生活にサポートが必要な障害者の大きく 3 つにカテゴリー化される。

社会保障法典 L341-1 条に「労働もしくは稼得能力の少なくとも 3 分の 2 を喪失してい

る者、すなわち、何らかの仕事において、障害になる前の仕事と同一職種・同一地域の労働者の稼得する通常の賃金の 3 分の 1 を得ることができる状態にない廃失をもつ者」とある。

③障害者基本法による手当（COTOREP への申請、認定による）

- ・成人障害者手当：19 歳以上で働くことができないか、能力不全が 80%以上か、50～80%で、障害ゆえに就労できない人への手当で、所得制限が設けられている。
- ・特別成人障害者手当：成人障害者手当を受給しながら、独立した生活を送る人への手当で、住宅手当の受給者でもあることが条件となっている。
- ・第三者補償手当：生活の基本行為に第三者に援助が必要であり、職業を実践するために必要となる追加出費の補償のための手当である。障害の率は 80%であり、この場合の第三者は、家族でも、家族以外でも、施設でもよい。追加出費とは、その労働を健常者が行う時には、必要のない費用負担であり、移動手段や労働の種類にも関係する。

2.3 雇用

フランスの障害者雇用の政策の責任は、雇用・連帯省にある。その中の雇用局は、労働及び雇用の地方局、全国雇用期間（ANPE）、成人職業訓練協会（AFPA）などのネットワーク組織を運営する。1975 年に障害者基本法により、県の段階で障害者として認定した労働者を適切に配置するために COTOREP が導入された。COTOREP では 1987 年の「障害労働者雇用法」に従い、労働能力の評価、職業訓練の可能性、労働市場の状況等を勘案して障害率を決定し、カテゴリーA（軽い障害）、カテゴリーB（中程度の障害）、カテゴリーC（深刻な障害）に分類する。これらの評価は就労支援の為のものであって、障害認定の能力障害率とは異なるものである。労働可能な障害者と認定されると、一般就労と保護就労の、大きく二つの職業進路に分けられる。

労働法典 L323-10 に、「障害労働者とは就労もしくは雇用継続する可能性が、肉体的若しくは精神的な能力が不十分または減少しているために現に縮小されている者をいう。障害労働者であるかどうかは COTOREP が認定する」とある。

【一般就労】

一般就労に関しては、労働法に基づいて、直接的、間接的に資格や技能の取得に関連し、職業紹介や相談支援サービスが行われている。

職業紹介は、全国雇用機関（Agence National Pour L'Emploi : ANPE）が担っている。ANPE は公的機関であり、その主な機能は、①求職者等に対する相談・援助、②雇用主に対する求人活動の援助、③雇用主に対する被雇用者の再訓練に関する援助等である。それぞれの地域の雇用事務所は、その地域の障害者を支援し、県レベルでは障害者のための特別雇用カウンセラー（CSTH）が従事し、COTOREP の活動にも参加している。

相談・雇用支援については、訓練職業復帰準備・追指導チーム（Equipe technique de Preparation et de Suite au Reclassement : ESPR）と職業編入・就職のための機関（Organisme d'Insertion ou de Placement : OIP）がある。

訓練職業準備・追跡チーム（ESPR）は、障害労働者が安定した職業生活や社会生活に円

滑に移行できるように支援する機関で、受け入れる雇用主を探したり、雇用後も定期的な調査をするといった方法によって、求職活動や住宅、再教育、労働環境への適応等に関する問題の解決の支援を行うと共に、企業に関する情報を提供し、職業復帰を支援する。ESPRの半数以上は民間の機関である。チームの中には職業紹介官または職業安定機関の代表者とソーシャルワーカーが含まれている。OIPは1994年に設立された職業紹介機関である。

その他、就労に関して、職業準備指導センターがある。雇用庁の管轄の組織で、公立のものもあれば、民間のものもある。COTOREPの提案で12週間まで障害者を受け入れ、職業評価や指導を行い、COTOREPに報告する。その報告をもとにCOTOREPは雇用、訓練、保護雇用につなげることとなる。

【保護雇用】

保護雇用には、保護工場（*atelier protégé* : AP）と授産所（*centred'aide per le travail* : CAT）の2形態があり、その措置はCOTOREPによって決定される。

保護工場は労働法に基づいており、通常の会社に近い。労働能力が一般の労働者の3分の1以上の障害を持つ人を雇用するほか、20%の健常者が雇用されなければならないとされている。ここで働く障害者は、労働条件や社会保険など一般の就労者と同じ権利を持つと主張する。在宅労働提供センター（*Centre de Distribution de Travail a Domicile*: CDTD）は、企業から注文を受けて、在宅者に仕事を分配している。保護工場（AP）と在宅労働提供センター（CDTD）の賃金は、政府の補足的な給付が加わり、最低賃金の90%以上であることが保障されている。

授産所は社会、医療制度のもと健康・社会省が管轄をしている。労働能力が一般の労働者の3分の1以下であるが、何か生産することができる障害を持つ人が働く。障害を持つ人に、生産的な役割を期待し、専門的な指導、心理的、社会的医療、教育的支援が必要とされている。雇用された障害を持つ人は、労働契約は行わず、賃金も労働基準に基づいたものではない。

3 差別禁止

フランスでは、1990年に障害者の健康状態や障害を理由とした差別に対して、罰則によるアプローチをとる法律が成立した（1990年7月12日の法律第90-602号）。新しい刑法典の225条-1に、差別は、出身、性別、習慣、家庭状況、民族、国籍、人種、宗派に起因する、そして健康状態、障害を原因とする人間の間の区別として定義されている。その一方で、ハンディキャップの概念と保護される人々の範囲を定義する法律の欠如についての批判も上げられている。

この法律では、

- ① 財務又は役務の提供を拒否すること。
- ② 何らかの経済的活動の正常な遂行を妨害すること。
- ③ 人の採用を拒否し、懲罰又は解雇すること。
- ④ 財物又は役務の提供に、第225条-1に掲げる要素の1を条件とすること。
- ⑤ 雇用の提供に、第225条-1に掲げる要素の1を条件とすること。

等が差別的な行為として刑事犯罪の対象となり、懲役や罰金につながることもある。

雇用において、雇用主は機能障害を理由に雇用を断ることはできず、障害や健康について、一切の情報を調べることも認められていない。唯一“medecin du travail”という就労健康検査が、他の被雇用者に対して危険な病気を持っていないか、就業の為に医療的能力の有無を確認する。

参考文献

Pr.Serge EBERSOLD「COMPARATIVE ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE POLICY IMPLICATIONS OF ALTERNATIVE LEGAL DEFINITIONS OF DISABILITY ON POLICIES FOR PEOPLE WITH DISABILITIES」 PROGRESS REPORT ABOUT THE FRENCH SYSTEM June 2001

「フランスの障害施策における障害の範囲と評価方法」学校法人日本社会事業大学 社会事業研究所 2000年3月

松村祥子「フランスの福祉サービスの現状と課題」『海外社会保障情報』No,122 spring '98
大曾根寛「フランスにおける障害者雇用対策」『諸外国における障害者雇用対策』日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター 2001年8月

出雲祐二「障害者政策」『フランスの社会保障』東京大学出版会 1990年

5 フィンランドにおける障害の定義

リハビリテーション財団 Simo Mannila

(抄訳：山田純子)

フィンランドの障害の定義を 雇用、社会保障、差別禁止の 3 分野について述べている。
評価項目・方法は 3 分野を比較できるように訳者が一覧表にした。

はじめに

フィンランド語には英語の disability に対応する 3 つのことばがある。
①”vajaakuntoisuus” は、純粋に行政用語で雇用法令に用いられる。ILO の用語の用法に従って disabled(“vajaakuntainen”)として定義されている人々である。②”vammaisuus”は、日常の言葉として使用され、英語で”impairment”として訳され得る。伝統的な障害者(例：盲、聾、車いすの人、戦争による肢体不自由者)にあてはまる。③”työkyvyttömyys”は、部分的または完全に就労能力のないことを意味し、働く部隊から退職へと向け、疾病手当または障害(病弱)手当の資格を与える。3 つの用語はすべてリハビリテーションと関係があり、リハビリテーションを受ける資格を与える。障害政策策定の重要な機関(key players)は、

- 労働省
- 社会保険機関(Social Insurance Institution) (疾病手当と国民年金保険体系(scheme)などの管理をしている)
- 所得関連雇用年金システム (earning-related employment pension system) (複数の体系からなり、多くの機関や保険会社によって管理される)
- 社会保健 (Social Affairs and Health) 省
- 教育と訓練のシステム (教育省と国の教育委員会によって運営される)
- 500 以上の地方自治体、である。

障害の定義や様々な受給資格は 医師の意見が重要視されている。障害者に支払われる社会保障と他の給付は社会保険機関と雇用年金体系によって管理される。サービスの資金供給と障害の定義・実際の適用はあまり関係ないことを指摘しておく。例えば、障害年金の利率が有利かどうかに関係している。

主な情報源は、Aro T 他 (1999)「保健医療」、Hilkano P(2001)「社会保護 2001 社会保護法令と個人保険」、Onikki E 他 (1999)「フィンランドの法律 II」、社会保険機関と中央年金安全機関の統計年報・労働省の年度統計である。さらに中央年金安全機関・リハビリテーション財団・社会保健研究開発センター・社会保健省・労働省に属する 6 人から助言と情報を得た。

1 障害のある求職者のための雇用サービス

1.1 定義

労働省は障害の定義に基づいた数多くのサービス (provision) を施行する。雇用サービス法(Law on Employment Service)(26.11.1993/1105)13 条は、障害者の仕事の斡旋と維持

するためのサービス（職能評価、専門家の意見と相談、作業・訓練、仕事の適合・職場でのワークトライアル）を列挙しているが、障害の定義はこの法律にはない。

雇用サービスに関する規則（Regulation concerning Employment Service）(17.12.1999/125)で定義されている。障害者（vajaakuntainen）はILO第159大会（1983）、フィンランドによって批准された通りで、「正当に認定された身体的又は精神的障害の結果、適当な雇用に就き、それを継続し、かつ、それにおいて向上する見込みが相当に減退している人」と定義されている。

社会保険機関は、労働省とは異なる定義によって雇用に関係する数多くの職業リハビリに対する資金供給とサービス提供をしている。社会保険機関リハビリテーション法（Law on Rehabilitation Provided by the Social Insurance Institution）(27.2.1991/610)2条の定義は、部分的障害者に職業リハビリの権利を与えている。「社会保険機関は保険に該当する次の人にサービス提供しなければならない稼働能力と可能性が病気、障害、損傷によって实际的に低下している人、就労能力を維持または向上するために職業訓練が必要な人であって、雇用サービス法、労働層の成人訓練法、雇用年金または特別訓練に関する規則法に基づいて支給されない場合に適応される。」社会保険機関は又、職業リハビリのひとつとして重度障害者が収入を得るために就労能力とその可能性の向上・維持に必要な費用と特別な援助を支給しなければならない。職業リハビリとは、職業訓練に必要な基礎教育と道具や機械の購入、企業の設立・改造のための経済的な支援を意味する。このリハビリの主たる部分は仕事の維持を目的とし、医学的リハビリを含む。医学的リハビリは就労能力の低下のきざしに基づいた資格であって、能力の低下が必要条件ではない。（訳者注：予防リハの意味がある）

雇用分野の重要なサービスとして福祉的就労があるが、雇用問題の基本的な解決策ではない。障害者ケア法（Law on the Care of Disable People）に基づき、地方自治体やNGOで運営されている。（訳者注：対象者として知的障害者、精神障害者、アルコール・薬物依存症が挙げられており、伝統的な作業所を除いて利用基準は比較的明解であると述べているが、本報告には基準は記述されていない。）

1.2 障害者としての求職登録

「雇用サービス（職業センター）」の対象になるためには、障害者としての登録が必要である。国中の全登録者をコンピュータ情報システムで管理している。登録は求職者の職業的な背景と現実的な雇用見通しに対する医学的証明書の評価に基づく。評価は「雇用サービス」の公務員によってされる。登録に年齢制限はないが、50歳以上は様々な早期年金の過程にあり、雇用サービスを必要としないので、登録の意味がない。この登録の主なねらいはクライアントの雇用の可能性をサポートする多くの手段を入手できるようにすることである。しかし、障害者の登録が新しいチャンスを開くだけでなく、それは又閉ざしうること、求職者自身によってスティグマと考えられうることも示している。

1.3 支給のための評価内容・手段等

(訳者が3分野の「詳細な情報」におけるチェックリストによる記述を一表にまとめた)

表1 評価内容

| チェック項目 | 雇用サービス | 障害年金 | 差別禁止 |
|---------------------|---------------------------------------|---|-----------|
| 1. 医学的診断 | 重要 | 必須 | 含む |
| 2. アルコール・薬物依存症 | 除外。ただし障害に関連あれば考慮 | 除外。ただし障害に関連あれば考慮 | 常に除外 |
| 3. 衰弱している兆候 | 診断がついていなくても構成要因になる | 考慮される 例:肥満は、立ち仕事に関節に負担、悪化させる | 含まない |
| 4. 就労能力の低下の原因 | | 調べるが様々なことによる、実際には必要ない | |
| 5. 身体構造・心身機能の欠損・損傷 | 就労能力と関係ない場合もある 例:心理士の仕事と肋骨の欠損は関係ない | 就労能力と関係ない場合もある | 関係する(診断要) |
| 6. 動作・感覚器官・情緒的反応の制限 | 考慮される | 診断され、就労能力に関係すれば、考慮される | 関係ある |
| 7. 日常生活の制限(例:移動) | 考慮される | 考慮される(同上) | 関係ある |
| 8. 稼得能力 | 考慮される(能力が残ると期待される場合) | 重要。しかし、国民年金と雇用年金は明白な違いあり | 関係ある |
| 9. 社会的活動の参加制限 | 関係ない | 時に関係ある | |
| 10. 時間の設定 | 最短時間の設定なし | ・国民年金は最長300日の疾病手当期間終了後 ・雇用年金は最長1年の不就業後 | 時にあり |

表 2 評価方法に関して

| チェック項目 | 雇用サービス | 障害年金 | 差別禁止 |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 1. 医師による医学的検査 | 必要 | 必要 | 必要 |
| 2. 自己評価（申請者による） | これによって登録される 本人の同意なしには登録されない | 申請用紙による | サービスの申請と言う意味で行う |
| 3. 能力の観察と直接の検査 | 医師または他の専門家による これだけでは不十分、一過程 | 医師または他の専門家による これだけでは不十分 | 市町村のソーシャルワーカーによる |
| 4. 決定者・機関 | 職業安定所職員（医療・その他専門家の意見を尊重して） | 年金会社（文書上の事実に基づき） | 市町村のソーシャルワーカー |
| 5. 雇用者による評価 | 必要ない 求職者の 80%は失業者なので | 国民年金：不要 雇用年金：職場復帰の見通しについて必要 | 職場復帰は不適切という評価は考慮される |
| 6. その他 | 問題がある場合は複数の行政部門間で検討 | | 障害ゆえの差別は考慮される |

表 3 障害の範囲、程度、予測について

| チェック項目 | 雇用サービス* | 障害年金 | 差別禁止 |
|--------------------|-----------------|---|------|
| 1. 医療記録・経過 | 評価に使用、登録ファイルに入る | 最も重要 | 含む |
| 2. 障害のリスト（ICD による） | これに基づき毎年報告される | 一覧表となる | 含む |
| 3. 能力リスト | | 障害年金の観点からは難しく、不適格となる作業のリスト | 含む |
| 4. 障害の割合を示す法定表 | 使用されるかもしれない | 障害年金には非該当であっても、表に記される障害があるなら、他のサービス受給に関係がある | 含む |
| 5. 労働市場の情報 | | 申請者が希望する仕事の平均賃金や状況 労働事情の状況と雇用の見通し | 不要 |
| 6. 特徴的・背景に関する情報 | 考慮される（教育、職歴など） | 考慮される（教育、職歴、その他の情報） | 含む |
| 7. 援助への依存度（必要度） | | 考慮される | 含む |

* 求職者は障害者か雇用サービス登録ファイルにないかどうかであり、障害の範囲と予測の質問は不適切である。

1.4 実施状況

「雇用サービス」の障害の定義は約 20 年間同じである。この間、申請で最も顕著な変化は定義に述べられている「正当な認定(due recognition)」に関係している。以前は臨床心理士による職業カウンセリングにおける正当な認定が重視されていたが、1998 年以後、医学的検査および診断された病気が必要となった。そのため職業カウンセリングに占める障害のあるクライアントの割合が 40%から 20%に減ったが、全求職者に占める障害のある求職者の割合が 10%であり、それよりまだ高い。210 の職業センターのうち特別な雇用カウンセリングや職業指導等サービスが充実しているのは 120 箇所、90 箇所は不十分であり、地理的な不公平がある。今日の雇用施策の中心的な問題は長期間失業者と若年失業者であり、障害者の失業問題は古い問題とされているが、長期間失業者の中に障害者はいる。

2 障害（病弱）年金システム

フィンランドでは年金は 3 つの柱、①全国民対象の国民年金保険、②所得関連雇用年金保険、③個人年金保険からなり、国民年金保険と雇用年金システム、は原則義務で全人口をカバーする。

2.1 定義

国民年金法(Law on National Pension)(8.6.1956/347)第 22 条で障害者とは「年齢、資格その他の関係する要因を考慮して適切で合理的な収入を得られる仕事を、病気、障害、損傷のために、できない人。また盲人と移動が困難な人および病気、障害、損傷のために、他の人の援助なしには生活ができない無力な状態にある人」である。

上記の基準を満たす人は障害年金、または短期間リハビリテーション支援金が与えられる。例えば、若い重度の精神障害者は職業生活から除外されず、何回もリハビリテーション支援金を受け取る。しかし、30 歳位で、もしリハ過程が成功しなければ、障害年金が受けられる。盲人等、法で定義された人は、働いていたとしても障害年金の対象である。

被雇用者年金法(Employee' Pension Law)(8.7.1961/395)4 条で「病気、障害、又は損傷のために 就労能力が低下したと推定される被雇用者は、少なくとも 1 年間のうち最低 5 分の 2 の時間の経過も考慮にいれ、障害年金の資格がある。就労能力の低下の推定は、被雇用者の残された能力、および教育、訓練、以前の活動、年齢そして住居状況、その他関連要因を考慮にいれた適切な仕事による稼得能力を考慮にいれなければならない。

国家公務員年金法(State Pension Law)(22.12.1995/1671)9 条では「上記の仕事条件を評価するのに、安全性、自分の安全性と公共の利益の視点からの仕事の責任など、市民サービスの特別な性質の仕事に関係する特別な条件を考慮にいれなければならない」、と職務に対してより厳しく、低下した就労能力を関係させている。

上記の全ての定義は次のことを示している、障害年金の資格としての職業無能力の定義は①病気、障害、損傷という原因と、②社会的経済的要因特に申請者の仕事と収入の 2 つの要因による。

2.2 障害年金について

表 4 障害年金について：国民年金保険と所得比例雇用年金保険の比較

| 年金保険種別 | 国民年金保険 | 所得比例雇用年金保険 |
|------------|--|--|
| 種類数 | 1 種類 | 主な 4 種類： 長期間雇用者年金保険、短期間雇用者年金保険、地方公務員等年金保険、国家公務員年金保険 |
| 対象 | 国民全て | 被雇用者（雇用の形態によって体系が異なる） |
| 給付 | 国民年金、またはハビリテーション支援金 | 雇用年金保険 |
| 労働能力 | 完全な労働能力を前提 （訳者注：40%以上減だと資格あり） | 労働能力 40%より低いと資格あり 40～59%減 障害年金半額受給 60%以上の減 障害年金全額受給 病気、障害、損傷による 40%以上の減収は資格あり |
| 労働能力の評価者 | 保健所・地域の中央病院（医師） 複雑なケース：職リハ専門施設（複数の専門家） | 同左 |
| 収入の年金額への反映 | 過去の就職時の収入は関係ない 現在の他の収入と必要なケアによって決定 | 過去の就職時の収入が考慮される |
| 決定機関 | 社会保険機関 | 雇用関連年金システム担当の保険会社 |
| プロセス | 最長 360 日の短期間障害後 評価：申請書、医学的証明書 決定：専門家チーム | 1 年間の不就労の状態の後 評価：申請書、医学的証明書 決定：専門家チーム（労働関係代表含む） |
| 終了 | 老齢年金の対象時（標準：男 65 歳、女 60 歳） 早期退職に人気あり、実際の平均退職年齢 57,8 歳 | 同左 |
| 特別な措置 | 労災・交通事故は別の補償あり、障害年金と併給可 | 同左 |

2.3 支給のための評価・手段等（表 1、表 2、表 3 参照）

国民年金と雇用年金をチェックリストで比べると大部分が似ていることがわかる。両者の類似点・相違点に関する深い研究はないが、国に一度だけ報告された内容を記入した。

2.4 実施状況

表 5 歩み、受給者数

| 国民年金保険 | 被雇用者年金保険 | 備考 |
|--|--|---|
| 1940 年代 創設 1960 年 約 122,000 人 1975 年 倍増 1990 年代 大幅な増加 1999 年 235,000 人 | 1950 年代創設 1960 年代まだ熟していない 1999 年 226,000 人 (うち公務員 79,000 人) | 1999 年 ・ 何らかの障害年金受給者は 282,000 人 ・ 国民年金と被雇用者年金の併給 者は 178,000 人 |

障害年金受給者の主な原因疾患は、1940 年代は結核が典型的、1960 年代は心臓血管の病気、1970・1980 年代は筋肉-skeletal の病気である。1990 年代は精神的障害、特に鬱病、が全体の約 35%である。1997 年、筋肉-skeletal の病気は 29%で、心臓血管の病気は 35%である。

障害年金の申請者と失業は経済動向と関係がある。経済不況時や、ある年金体系が新しく障害の基準の定義が未確立の時は比較的高かった。寿命が伸びているため 2004 年に新年金システムに改正される。職業生活の最後の 4 年間ではなく 10 年間で年金のレベル決定に考慮される。

3 差別禁止政策

スキャンジナビアでは、障害のある人の問題を差別禁止の法律で取り組むことはなじまないが、障害のある人の社会参加をサポートする肯定的な差別の試みと考える。1995 年の憲法改正で健康や障害の状態故の差別禁止が明記された。2000 年刑法の改正で差別に対し処罰規定がされた。雇用における差別禁止は労働法に規定。求人広告、選考、雇用上、正当な根拠なく健康状態を理由による差別がある場合、罰金または最高 6 ヶ月の禁固である。1993 年 職業安定法(Occupational Safety Act)改正は、障害者の特別なニーズと必要なテクニカルエイドの使用を考慮しなければならにことを明記している。職業リハと障害者雇用に関する第 159 回ILO大会は 1985 年 3 月にフィンランドによって批准された、そして 1986 年 4 月に施行された (218/1986)。

リハ全国諮問委員会は 1987 年に国の行動プログラムを採択し、1995 年にその改訂版「障害から能力へ (From Disability to Ability)」を採択した。1995 年に全国障害者協議会は国連の「障害者の機会均等化に関する標準規則」に基づいた「すべての人の社会 (Towards a Society for All)」を採択した。以上がフィンランドの差別禁止の立法例である。しかし、これらの法に基づく訴訟はひとつもない。以下に積極的な差別について述べる。(訳者注：福祉サービスを指している。)

3.1 定義

障害者サービス法 (Law on the Provision of Service for Disabled)と関連する規則では法

の目的は、障害者が社会の一員として他の人々と一緒に生活し、行動する機会を促進することと障害による不利益や障壁の予防・除去である。自立生活をサポートする。定義（2条）は「障害者は障害（impairment）または病気のために生活上の作業を普通にやっていくのに特別な困難が長期間にわたりある人」である。本法は障害者が他の法律で対応するサービスが提供されないか遅れている場合に採用される2次的な位置づけである。地方自治体の責務が明記され、サービスプランは当事者とその後見人の同席のもと作成される。

障害者と重度障害者では、サービス内容（種目と支給額）に大きな違いがある。

障害者には、リハカウンセリングと適応（adaptation）（障害者の世話をする近親者、親しい人も可）、通訳サービス（サイン言語） パーソナルアシスタントや他のサポートを雇う費用。障害や病気ゆえの特別な衣服費や特別な食物費。エイド、機器、設備の費用がある。

重度障害者（施設入所を除く）には、付き添いつきの移動（transport）、通訳サービス、障害や病気のために日常生活上の必要なサービス、特別の住居（改修、エイド、機器、設備）である。

重度障害者が日常生活を送る、働く、勉強する、ビジネスをする、社会参加する、レクリエーションする、その他同様な理由のために必要とされる場合に利用できる。

- ・付き添いつきの移動の資格：「重度障害者とは移動に特別な困難があり 障害や病気のためにはなほだしい困難さなしには公共の交通機関を使えないものである」重度障害者は仕事や勉強に必要な移動に加えて、月に最低 18 回の片道外出ができる。
- ・通訳サービスには 重度聴覚障害者、盲ろう者、言語障害者がはいる。重度の盲ろう者は 1 年間に最低 240 時間の通訳サービスの受給資格がある；その他の人は 120 時間である。これに加えて、勉強のために必要な通訳サービスが提供されねばならない。
- ・重度障害者は、障害または病気のために日常生活をしていくのに多くの時間または継続的に 24 時間、他の人の援助を必要とする人である。
- ・住居の調整、エイド、設備に関して重度障害者とは障害や病気のために自立生活をしていくことに特別な困難がある人である。

上記の法や規則には障害や重度障害について多くの状況による定義がある。

3.3 支給のための評価内容・手段等（表 1、表 2、表 3 参照）

3.4 実施状況

フィンランドにおける重度障害者は 1%、約 5 万人である。上記サービス利用者は 1990 年代に大幅に増加した。1998 年に移動サービスは 55,000 人、通訳サービスは 3,000 人、パーソナルアシスタントは 2,200 人である。高齢の障害者が最大の利益を得ている。サービス計画はすべての地方自治体では作成されているわけではない。そして障害者の本当のニーズはよく知られていない。法律で示されている最低限（移動、通訳において）が上限として採用されているようである。通訳においては、少なくとも小さな市町村では有能な通訳者がいない。

6 ドイツにおける障害者の法的定義

A comparative analysis and Assessment of the policy implications of alternative Legal definitions of Disability on Policies for People with Disabilities

National Report Germany February 2002

Heike Boeltaig, Jochen Clasen

(抄訳：大漉憲一・今橋久美子、要約：東川悦子)

文献 障害者政策における新しい障害の法的定義に関する比較分析評価 2002年2月より

この文献の概要

ドイツ基本法 (Basic Law) 第3章 第3条は「何人も障害があることを理由として不利を蒙るべきではない」とされ、この個人の基本的権利は公的権力を有するすべての施設や機関に影響を与える考え方である。この文献では、＜パート A＞で障害の定義に関する法的枠組みについての概要について解説され＜パート B＞では障害年金その他の社会的支援、雇用、補償的支援の概要が解説されている。

＜パート A の概要＞

2001年7月に旧リハビリテーション法と重度障害者法が統合されて、新法(社会規定第9巻)が制定された。その目的は

- ① 障害者の社会参加と自己決定を促進し強化すること。
- ② サービス提供者の責任の透明性をますこと。
- ③ 障害者に対するリハビリテーション及び政策分野における一般的諸権利及び実践の基盤を確立すること、とされている。従来から存在した以下のさまざまな社会福祉関係法と保険基金制度の存在に新たな理念を規定したといえる。

- | | |
|----------------|------------|
| ★ 職業病法 | ● 法的年金基金 |
| ★ 連邦支給法 | ● 法的医療保険基金 |
| ★ 連邦社会支援法 | ● 法的災害保険基金 |
| ★ 戦争犠牲者法 | ● 長期介護保険基金 |
| ★ 統合支援法 | ● 社会保障基金 |
| ★ リハビリテーション調整法 | ● 連邦雇用サービス |
| ★ 重度障害者法 | |

I 障害の定義—社会規定の第9巻第2条に WHO の障害の定義に基づく規定として紹介されている。

この定義によれば障害者とは、

- ① 身体的機能、知的能力、心理的健康度は、各自の年齢から、6ヶ月以上経過し、社会生活への参加が不利な影響を受けると予想されるときは障害者となる。
- ② 障害程度が 50 以上で、合法的にドイツ国内に居住又、は通常の住居を有するか、国内で雇用されている場合は重度障害者となる。

- ③ 障害程度が 30 以上 50 未満の障害者は、その障害の故に雇用につくか、雇用を維持することができない時は、重度障害者とは同等に扱われる。

II 障害者のリハビリテーションと参加—社会的権利

身体的、精神的、心理的障害を現に有するか、有する危険性のある人はリハビリテーションを受ける、あるいは障害を軽減するために就労に関する援助や障害の影響を最小限にとどめるために早期の介入を受ける、又避けることができない影響にはできるだけ補償をするなどの個別支援は、社会的権利であると規定されている。（社会規定第 1 巻第 10 節）

＜この新法を制定するためのデータ収集はどのように行われたか？＞

文献調査と面接調査が 2001 年 5 月～9 月まで実施された。医療サービスの責任者、連邦雇用サービスの障害者就労担当者、障害者支援サービスの医師、整形外科医を主とした社会サービス担当者、給与年金保険基金、医療実務担当者が実施した。

1 障害の新しい定義

一般的には医学的状态に重点が置かれているが、社会参加へ不利という観点から提供されるサービスごとに障害の定義が異なっている。能力の欠損の定義の違いが異なるためである。

A. 労働能力の欠損（incapacity to work）

- ① 法的健康保険基金法によれば、疾病のために自らの仕事又は同様の活動を継続することができない時、又は状態を悪化させる場合、生計を維持することができないとみなされる。
- ② 連邦雇用サービス法によれば、一般の労働市場の状況下で、保険を伴う雇用契約により、週 15 時間以上就労できない場合生計が維持できない、失業者とみなされる。
- ③ 医学用語としての『生計を維持できる能力』（capacity to earn living）とは一般労働市場の状況下で、労働又は雇用を行う身体的、精神的、心理的能力に該当する。
- ④ 法律用語としての『労働能力の減退』（reduction of work capacity）は、雇用促進手当てを請求する条件を満たしているという適格基準と定めている。
- ⑤ 公務員の勤務能力欠損は疾病又は身体的、精神的能力の減退のため、自らの公的義務を永続して満たすことができない時、能力欠損とされる。
- ⑥ 重度損傷（Severely Damaged）とは、生計を 100 分の 50(MDE により測定)しか維持できない人のことを言う。MDE(労働能力減退指数)は最低 10. 最高 100deciles で測定する。
- ⑦ 軽度障害者（less disabled person）、つまり障害程度 50 以下 30 以上の人、が適当な仕事を獲得できないか、離職している場合は、重度障害者と同等の地位として扱われる。

B. 生計獲得能力の減退

- ① 部分的な能力減退とは、法的年金保険基金法によれば、疾病又は障害のために、一般労働市場で常勤として 1 日 3 時間以上、6 時間以下就労可能な場合をいう。
- ② 全般的減退とは、疾病又は障害のために、一般労働市場で、1 日 3 時間未満の就労しかできない場合とされる。

＜パート B＞ 法律ごとの分析

I 障害年金

A. 生計を立てる能力低下のための年金（EMR）

部分的 EMR と完全 EMR がある。週 5 日労働下における能力を示す。

B. 法的定義

社会規定第 9 卷 1 章 2 節に規定されている。

1 日 6 時間以上働けるものは障害年金の対象にはならない。被保険者が病気や障害によって、1 日 3 時間以上、6 時間以下働ける場合は生計を立てる能力低下とみなされ、部分的年金支給の対象となる。1 日 3 時間未満しか働けないものは、完全障害年金受給資格を持つ。

C. 資格基準

障害年金を申請できるのは被雇用者、作業所雇用者、軍人、地方公務員、自営業者、育児休業者、親族介護者、失業保険受給者、傷病給付受給者で、次の場合に障害年金給付を申請できる。

- ★ 生計を立てる能力が、部分的に、又は完全に低下した。
- ★ 最低 5 年間法定年金保険の被保険者であった。そのうちの 3 年間保険料を納付している。

D. 年金水準とその他の支援

- ★ 能力の低下したものは年金受給の前に、いつでも可能なときに、リハビリテーションを受けることができる。リハビリテーションが不可能な時のみ、障害年金を申請できる。
- ★ 医学的リハビリテーション、職業的リハビリテーションに適合すると評価された場合移行手当を受けることができる。移行手当とは、最終収入の 80% として計算される。移行手当とは別に食費、宿泊費、旅費、などを含む在宅家事援助などを受けられる。
- ★ 部分的年金は完全年金の半分である。
- ★ 年金の水準は法的年金に加入していた総年数と能力低下が生じるまでの総収入による。
- ★ 支給期間は 3 年以内に制限されるが、状態が変わらない場合は継続される。
- ★ 6 ヶ月以上の能力低下により、雇用されず、仕事が週 15 時間以上できない場合は失業給付資格がある。

E. 審査基準

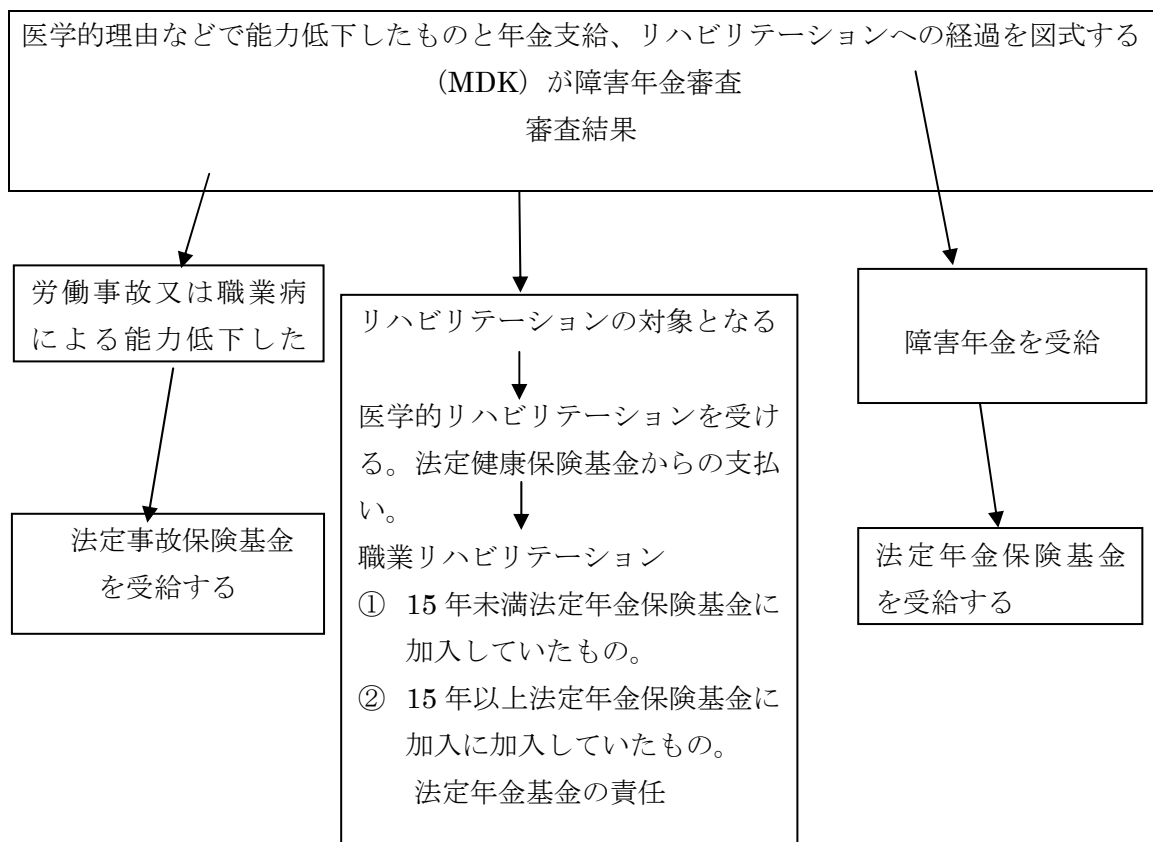
医学的審査を書くためのガイドラインと社会医学的審査ガイドラインが使われる。

既往歴 自伝的既往歴、仕事と社会歴、仕事と社会歴(職歴など)などが診断の参考にされ、肯定的残存能力と否定的（損失）能力特性に分けられる。

F. 審査手続き

何らかの医学的原因で働くのをやめたとき、雇用者は、給与の全額を 6 週間支給し、本人は、傷病給付を最高 78 週間受け取れる。その後法定健康保険基金により評価を受け、リハ

ビリテーション、又は障害年金の評価を受け審査を受ける。



G. 意思決定プロセス

最終決定について申請者が生計を立てられないか、部分的に立てられるかなど判断をするのは審査管理者(法的専門家)である。

又、年金申請を拒否された申請者は決定を撤回する権利がある。

II 社会的支援（生活保護制度の障害者付加給付）

社会規定第9巻(5節)は社会参加支援、視覚障害者支援、障害者介護支援についてその定義を解説している。

1 法的定義

- ① 考慮すべき重度な身体障害とは身体状況により、社会に参加する能力が低下したものを含む。重度の顔面損傷又は脊椎変形を有する者、病気、内臓器官のダメージ、又は機能損失、又は皮膚の状況により、身体能力が重度に低下した者。視覚障害者めがねを使用するが、兩岸で近くを見たときに 30cm まで見えるもの。又は、遠くを見たときに視力画 0.3 以下の者。聴覚障害者もしくは補聴器を使っのみ、意思疎通を図れる者。
嚙舌者および吃音、発音が非常に不明瞭など、重度な声の問題を有する者。
- ② 考慮すべき重度な精神障害者とは、脆弱な精神機能により社会生活に参加する能力が低

下した者を言う。学習障害はそれ自体は「考慮すべき重度な精神障害」の定義を満たさないが、その代わりに学習困難を有するものは「障害をきたす恐れがある」と定義される。二次的な行動の問題が生じうる場輪にのみそのものは「考慮すべき重度な精神障害」という意味において学習障害を有すると定義される。

同様に失読症は独立した現象と認識されるが、もし二次的な行動の問題又は心身の状態が失読症に関連又は由来する場合、「障害をきたす恐れがある」状態は「考慮すべき重度な精神障害」に変わる。喘息の例も同様に扱われる。

- ③ 考慮すべき重度な心理的障害とは、心理的状況によって社会に参加する能力が非常に低下している者を言う。そのような状況には以下が含まれる。

身体的原因が無い精神病、脳の病気や損傷、発作、その他の病気や身体状況による心理的状況。中毒、神経症と人格障害。

上記に述べた障害は一時的ではなく、6ヶ月以上続くものを言う。障害をきたす恐れがあるものは障害者と同等に扱われる。

2 資格基準

分担拠出製の社会保険組織で救済されないもの、他の提供者からの支援を受けられないもの、無収入、または低所得者の障害者は、社会的支援の受給資格がある

3 支援のタイプと水準

社会的支援は資産調査を行ったうえで給付され、交付金と地域の担当局によるサービスという形で、支給される。

リハビリテーション、義肢装具、補聴器、点字タイプライターなどの補助手段、障害児のためのデイ又は施設における教育支援、職表訓練、雇用関連活動支援、作業所における雇用支援、永久的な付き添い者の支援、などさまざまな社会参加のための支援である。

現金給付など生活費を伴う社会支援とともに提供されるかもしれないし、されないかもしれない。

社会的支援の種類のひとつ、介護支援は、身体的、精神的、心理的な病気や障害により、日常生活に多くの又は6ヶ月以上介護を要するものに提供される。通常の日常介護は以下を含む。

身体介護(洗身、シャワー、入浴、歯磨き、整髪、髭剃り、排泄)

食事関連(食事の準備、摂食)

移動関連(自立した起き上がりと臥床、更衣、脱衣、歩行、立位、階段昇降、家の出入り)

家事関連(買い物、料理、清掃、食器洗浄、衣服寝具交換と洗濯、暖房)

参加支援(付き添い、入院時の完全又は部分的介護など)

介護支援は社会介護保険による規定にある程度相当する。違いは、社会的支援では援助のレベルないが、社会介護保険では、3プラス特別の4区分の介護等級があることである。

4 審査手続き

社会的支援の申請書を提出し、障害証(パス)により、重度や付加的な健康関連特性を証明する必要がある。審査は、社会サービスと契約している医療専門家によって行われる。ガイドラインは無い。しかし、審査手続きが標準化されないという問題提起が起きている。

III 補償的支援

税金補助、交通機関の無料利用、車両税の免除、ラジオ、テレビ受信料免除、注射などの特別規定を受けることができる支援をさす。

受給資格基準 障害の程度が 50 以上であること、又は 30 から、50 以下の間であり、重度障害者と同様の状態であること。

障害の状態によって指標 9 段階、戦争による重度負傷者 2 段階にわけられる。又慢性疾患の場合の再評価は 5 年毎に、急性疾患の場合は 6 ヶ月毎に行われる。

IV 障害者パスと意志決定プロセス

障害が認定され、障害程度が決まると障害者パスが発行される、障害の内容、その等級、必要があれば付加的な健康に関する指標が記載される。パスの有効期限は一定期間とされ、障害の程度が変わった場合は更新されなければならない。

社会福祉局は包括的な 100 までの、GDB 値と障害者パスのための指標についての 2 つの意志決定を行わねばならない。程度や重度障害認定についての最終決定は医療的实践者ではなく、社会福祉局の行政担当者によって行われる。

雇用における障害者の意思決定で、障害程度 30 以上、50 以下の障害者は、平等化申請(障害程度 50 以上の人と平等な扱いを申請すること)をすることができる。障害者雇用率へのカウントを要求する障害者の就労に関して障害者パスの所持の必要はない。

V 雇用

雇用促進給付金は特に労働生活へ参加するための準備(職業リハビリテーション)は連邦職業安定所が障害のある被保険者に供給する。被保険者でないものにも、供給することができる。

雇用における法的な定義

労働市場に参加するための職業リハビリテーションを受けるために、雇用促進給付金を受給することができるための有資格者を評価する中心になる考えは「作業能力」である。

週 15 時間仕事ができる場合は、生計を立てることができるかとされるが、それ以下でも就業能力の損失とはみなされない。受障以前の職業で生計を立てられなくても、他の職業を試みる場合には生計を立てることができるかもしれないからである。職業リハビリテーションはそのような場合に提供される。

そのための給付は次の 2 種類の給付である。

★ 現金給付(訓練手当)ー最初のトレーニング。再教育のための訓練手当

★ 他の就労支援のための職業リハビリテーションを受ける給付

授業料 受験料、勉強の補助、仕事着および作業設備のための経費、旅費、自宅以外で訓練を受ける場合の帰宅経費、留守家族への支援、雇用者への支援などが、個々の状況によって拡張することができる。

評価方法

一般に健常者と障害者の雇用は区別されずに連邦職業安定局で行われる。事例を受けた管理官が最もふさわしいものか決定し、各部門へ転送する。

連邦職業安定局の医師（**medical practitioner**）はガイドラインに沿ってアセスメントする。医学的情報や可能な労働の種類（交代制が可能か、戸外作業が可能か、立ち仕事が可能か、騒音環境での仕事が可能かなど）なども評価する。腎臓疾患のあるもの、HIV をもった人の情報ガイドラインなどを使用することもある。又、既往歴などは医師のほかに、クライアント自身が自己評価、病歴などを記入する。

アルコール依存症、薬物依存症などは標準化されたテスト結果、臨床検査結果が使用される。又、ICD10 精神病の国際分類の分析用ガイドラインも考慮に入れる。

連邦職業安定局の管理官（**administrative assessor**）は、これら医師からの情報に加え、申請者の教育歴・職業歴、労働市場の状況などの情報を活用して障害程度を決定する。この決定に際しては、必要に応じて、申請者本人やリハビリテーションチームと協議する。

7 ノルウェーにおける障害の定義

(抄訳：氏家千絵美)

本稿は、主にノルウェー科学技術大学の Bjørn Hvinden、Marianne Hedlund 両氏による中間報告書の抄訳であるが、EU 諸国の最終報告書に基づきまとめられた「Definitions of Disability in Europe: a comparative analysis 2002」の巻末資料に収められているノルウェーの情報も随所参考にしている。

障害者に関する条項を規定する社会保険給付や雇用事業の法令の中で、ノルウェー語の「障害 (funksjonshemming: disability)」を意味する用語はほとんど使用されていない。辛うじて用いられる場合も、その意味するところは広範かつ抽象的である。サービスによっては、むしろ明確な定義よりも、どのような原因が障害を齎し、その結果生活上必要である様々な能力を低下させているかという具体的な記述が多く見受けられる。一方、給付の種類や法制度の違いにより、対象を限定する程度も異なるようだ。中間報告では、障害の定義がより重要となる労働年齢層（18～66 歳）を対象とした多様なサービスを、便宜的に三つの支援領域に分けて検討を加えている。以下、三領域の各サービスの、特に対象者・判定基準等について見ていく。

1. 日常生活の自立支援

この領域では、社会福祉法 [Social Services Act (以下 SSA)] に基づく二つの対人サービスと、国民保険法 [National Insurance Act (以下 NIA)] に基づく三つの現物或いは現金給付が取り上げられている。

前者の一つである「日常生活における実用的な支援・訓練 [SSA4-2a]」は、病気、障害、老齢等により特定のニーズがある人に対して、個人の権利を尊重し、ニーズに適した柔軟なサービスを提供することを目的とした、市町村実施の対人サービスである。報告書では、この内最近導入された「当事者主導の対人援助 [BPA: self-directed personal assistance]」に焦点を当てている。当プログラムの対象となる障害は特別限定されていないが、元々身体障害者団体によって始められたことから、移動や活動に重点が置かれ、とりわけ重度機能障害者の社会統合・参加の促進が目指されている。従って、自己申請を取りながら、日常生活の活動を支える実用的な支援を真に必要としている人だけが支給対象となっている。一方、重度機能障害があっても、自らニーズを主張し、支援者に決定・指示を下すなどサービスを利用するに十分な能力があることが求められている。そのため、利用年齢は一応 18 歳以上となっている。が、保護者がその役割を担ってくれる場合には、18 歳未満の利用も認めている。労働や教育関連のプログラムに参加できる人は対象とされず、また BPA を申請する前には、訪問看護やホームヘルプといった自治体の他のサービスを既に受給していることが審査上重視される。

BPA の支給決定は、申請を受けた自治体の保健・福祉職員が、本人のニーズ・能力・生活障害・支援に必要と思われる時間についての調査に始まるが、過去に当制度を利用した人に調査は必要ない。その後責任者に評価レポートを提出し、必要な支援時間を提案する。

これを受けた責任者は、各要件がそれぞれ BPA 或いは、その他のサービス（訪問介護・看護、作業・理学療法等）に適しているのかを見極め、提案する。この結果、市町村は本人のニーズ全体をカバーする介護支援プランを作成する。BPA のプランをいかに作成し、支給するかなどの方法については、社会問題省と地方自治体連合会が共同で設置している特殊法人[RO]が情報提供している。こうして、在宅生活の様々な支援や介助について、1 時間／週～24 時間／日までの多様な支給量が決定される。障害者本人は、プラン作成の段階から関わり、支援者を指示する役割が求められるが、必ずしも雇用者になるわけではない。主な雇用者は、市町村、当事者団体、そして個人である。地域で生活する重度機能障害者の日常活動を支える一手段として注目されている BPA だが、自治体によって、補助的な支援、生活広範に渡る介護支援が必要な人のためのサービスなど、捉え方に違いがあるようだ。

個人や社会的事由を除外する前者に対し、「社会参加への支援 [SSA4-2c]」では、潜在する社会問題を表面化させないことを目的に、病気、障害、老齢或いは社会的事由により特定のニーズのある人を自宅で孤立させず、本人やその家族の日常生活の質を向上させる社会的支援である。具体的には、身体的・社会的機能障害を抱える人が、社会活動に参加できるよう促進するもので、概して余暇活動参加への支援が中心である。ここでは、障害は社会問題や社会的孤立を生み出す原因と見なされている。知的障害者や精神障害者が、当サービスの主な対象者として想定されているが、薬物やアルコール関連問題、或いは犯罪といった反社会的行動により社会的機能障害に陥っている人も含まれている。サービスの支給は、通常本人の申請に基づき、自治体の福祉課職員が面接を行なって決定するが、場合によっては市町村や医療施設で先にニーズを見出すこともあり得る。判定では、要支援者の社会的ニーズの程度、即ち本人が社会参加への支援を欲しているかが評価される。支給内容については、障害者本人の意見も勘案される。

国民保険制度のサービスには、傷病や障害により日常生活機能を著しく低下させている人が、補装具、補助犬、移送等、実用的な補助手段の貸出しや支給を行う「日常生活機能を向上させるための支援 [NIA10-6,7]」や、同様に生活機能を向上させる手段に要した費用を補償する「基礎給付」がある。ともに生活機能の低下が永久的な影響（通常予後 2～3 年以上）であることを医師に診断されねばならない。前者はこれに加え、他の専門職による ADL 検査で、補助が生活上の不便さを緩和するかが評価され、こうした機能障害の程度と継続性に基づき、具体的な支給量や額が限定される。一方後者は、医師の診断に加え、補助に掛かった費用を証明する必要がある。

給付額は 6 段階に分かれており、上位三つは 18 歳未満にしか支給されない。

このほか、傷病や障害を抱える要支援者が、在宅でインフォーマルな付添や介護、看護を受けている場合、これらに要した費用を補償する「付添給付 [NIA6-4,5]」もある。給付は 4 段階からなり、上位三つは 18 歳未満にのみ支給される。視力を頼りに行動できない視覚障害者が特に本給付の対象となっている。先と同様、申請には傷病や障害に関する医師の診断証明に加え、支援に要した費用を証明する必要がある。また判定では申請者の身体・精神的機能の低下程度、付添・介護・看護の必要程度、必要な学習・訓練の程度、支援が

援助者達の生活を制限している程度等が留意される。付添給付は、自治体による「介護手当 [SSA4-2e]」より優先されねばならないので、自治体は後者の支給及びその額を決定する場合、国民保険制度からどの程度付添給付が支給されるかを勘案する。

日常生活の自立支援領域では、対象となっている障害も関わる職員も多様であるが、概して SSA のサービスでは自己評価やニーズの主張が重視されているのに対し、NIA のサービスでは、医師の診断、ADL 検査、費用の申告等申請要件がより厳しいことが伺える。

2. 労働を支援するサービス

第二次大戦後以降、ノルウェーの社会政策では「完全雇用の実現」方針が打ち出され、労働志向が強調されてきた。そのため、労働年齢層においては長期所得保障に至る前に、就職・復職のためのあらゆる可能性を最大限探る努力が公的機関に求められている。障害者の雇用の促進に関する条項は、複数の一般的な法律に見られ、労働環境法 [WEA]、国民保険法 [NIA]、雇用法 [EA]、建築計画法 [PBA] が特に重要な関わりを持つ。障害者雇用促進のサービスは、大きく分けると、本人の就労能力の向上に掛かる経費の負担や保障と、差別禁止や職場に適切な便宜を図るための対雇用主施策があり、そのほか生産性の低下に対する事業者への財政支援もある。

ノルウェーには障害に対する反差別法が特別用意されているわけではないが、WEA に関連条項が多く見受けられる。最終報告では、中間報告で取り上げている対雇用主施策全体をノルウェーの障害者反差別対策と捉えている。ここには第一に、事業所内の障害者の有無に関わらず雇用主に義務付けられる、「職場環境の整備 [WEA13-1]」があり、これは「徹底した機会均等」の考えに基づく。新築する際や大掛かりな改築計画に対する規則はより厳しい。雇用主が関連規則や係る権利を遵守しているか労働基準監督官が調査することになっているが、通常はニーズが出てから、労働基準監督官が事業者に規則の遵守を要請するようだ。ここでの対象者は、「職場の物理的環境に左右される人々」（地方自治・地域問題省手引き）という記載から、身体的機能障害のある人々と想定できる。同様に雇用主に義務付けられた、「障害を持つ被用者への適切な業務の提供 (WEA13-2)」では、被用者には、業務内容の変更、機器の設営、職業訓練等を行なっても雇用継続の選択が与えられ、また雇用主にはこれらに要した特別経費を支払う義務がある（但し一定額を超える部分は国民保険局が支弁する）。ここでの対象者は、「職業的機能障害」、即ち「労働するのに特別な問題を抱える人々」とされ、身体的・精神的病気、負傷、障害、過労による体調不良、老齢等、労働困難に陥らせる要因を多様に認めている。但し、既に雇用されている人に限られる。最後に、「障害を原因に求職者を差別するのは違法 [WEA55A]」とする規定は、2001 年の法改正より設けられた。ここで「差別」とは、障害者であるというだけで、正当な理由も無く不利益を齎す対応を指し、判断の目安は、雇用主が障害者の職場適応についてできる限りの調整を図っているかという点にある。差別を受けたと感じた求職者は、雇用主に対して、学歴、職歴、資格等で何が不十分だったのか、書面で説明するよう要求でき、また仮に求職者が雇用主の差別を実証できた場合には、雇用主はそれが不当な理由による処遇ではない旨弁明しなければならない。だが、未だ差別にまつわる訴訟は起きて

おらず、そもそもこの文脈でも障害の定義に関する規則や政令はない。

就労能力の向上に関わるサービス中で、労働支援という点でも、後述の障害年金との関係においても、最も重要なのがリハビリテーション給付である。この給付には、医療型〔NIA10-1~4, 8~16〕と職業型〔NIA11-1~6, 8~17〕がある。前者は、最長1年の傷病手当期間が過ぎても、就労能力の向上を目指して治療を受けている人への所得保障で、支給は1年と制限されている。後者は、同様の目的で職業リハビリテーションを受けている人への所得保障で、数年支給され得る。両者は、対象年齢が18/19~67歳で、傷病や障害により稼働能力が50%以上低下していることが要件となっている（後者について、労災の場合は30%低下でも対象となる）。審査手続きは、まず国民保険局が職業リハビリテーションの可能性を審査し、可能性のある人を雇用局に紹介する。雇用局では、年齢、能力、教育、職歴、就労可能性等複数の基準に照らして総合的に勘案し、職業リハビリテーションの必要・妥当性を決定する。適切であると認められない場合は、国民保険局に差し戻される。職業型の支給には、通常傷病手当、医療型を経由しているのもので、手続きに必要な医療関連書類は、初期の主治医による診断証明を基礎に作成される。職業型は、職業リハビリテーションを受けている人が、その活動上要する特定の経費を負担する「職業リハビリテーション補助〔NIA11-1~7〕」（支給要件がやや緩やか）との併給が可能である。

労働を支援するサービスには、そのほか「日常生活機能を向上させるための支援〔NIA10-6,7〕」の支援内容とほぼ重なる、「労働の場における生活機能向上のための支援〔NIA10-5,6〕」がある。また、職業型リハビリテーション給付の補助的な役割をなすものに、EAに基づく「職業的障害を持つ求職者への特別援助」がある。この「職業的機能障害」という概念は、事業間で実に多様な使われ方をされており、唯一の共通項は、長期的な傷病、障害、或いは薬物・アルコール関連問題のような社会的事由がその原因となっているという点である。

労働支援の領域において中心的な法律である、WEA、EA、NIAが対象とする障害（者）の範囲は必ずしも符合しない。WEAでは、身体・精神病、負傷、欠損、疲労、老齢等、またこれらの複合化により、就労が困難な人が対象とされている。またEAでは、傷病、欠損、社会的不適応により、稼働能力、職業・職場の選択可能性を減じている人と読み取れる。一方NIAでは、社会的問題や疲労・老齢等は対象から排除するなど、前領域同様により限定的な対象枠を設けていると言える。

3. 収入損失の補償

稼働能力が50%以上低下している人のための最も重要な長期所得保障は、障害年金（uførepensjon）〔NIA12-1~18〕である。過去の収入が最低基準以下の場合は基礎年金（grunnpensjon）となり、一定の所得を確保できるよう特別給付（særtillegg）も受給できる。一方、過去の収入が最低基準を満たしている場合、報酬比例型年金（tilleggs pensjon）となる。対象年齢は18~67歳で、医療的診断に基づく傷病、障害により稼働能力が永久的に50%以上低下していることが求められ、大概は一定期間の療養後、職業リハビリテーションに参加した人が申請手続きに進む。例えば、8週間療養していると、主治医は国民保険

局から要請され、詳細な診断書のほか、治療の継続状況、今後の治療計画、可能なリハビリテーションについての意見書を提出する。先述したように、この資料がリハビリテーション給付や障害年金の申請に有用できる。最初の 2 週間は、雇用者が傷病手当を払い、それ以降は国民保険局が負担する。しかし、療養期間を通して雇用者には被用者の復職の手立てを講じる義務があり、徐々に復職できることが保証されている。が、現実には経済的理由を盾に責任を免除されることもあり、雇用者から支援を取り付けるのは容易でないようだ。審査判定においては、リハビリテーション給付の手続きに関わる二局が協力して行う。国民保険局が年齢から就労機会の可能性までの多様な評価基準を勘案し、給付区分の決定を下す過程において、雇用局は就労の見通しを評価し、有給雇用への復帰、職業リハビリテーション等あらゆる可能性が絶たれているか、残存能力はどの程度かを判断する。支給額は、失われた稼働能力に応じ、50%、60%、70%、80%、90%、全額の 6 段階に区分されている。

ここでの障害の定義は年齢に加え、医療で診断された傷病や障害が稼働能力を減じているという医学的根拠が最重視されており、それだけに復職或いはその他の職に就ける可能性、どのような労働ができないか、傷病・障害・機能喪失の継続性、職業型リハビリテーション給付の効果といった点についての診断が医師に委ねられている。しかし現実には、医学的条件を満たさねばならぬものの、長期失業者やエスニック・マイノリティのような社会・経済的事由による人々にも支給されている。最近政府は、障害年金制度改善への取り組みの中で、個人的・社会的事由への配慮を制限する傾向にあるが、職業リハビリテーションの必要性や稼働能力の減少程度といった雇用局や国民保険局の判断基準は確立しておらず、対象者の資格には以前あいまいさが残る。

障害者向けの所得保障が複数用意されているので、資力調査を要件とする「最低生活保障[SSA5-1~10]」が障害者に果たす役割は余り大きくないはずだが、この所得保障の領域の 1 サービスとしてあげられている。ここで障害という概念は、低所得状態に陥る一因子という程度にしか示されておらず、「障害である」と決定する基準は行政判断に委ねられている。このほか、付添給付のところで触れた、介助者のための所得保障である「介助手当[SSA4-2e]」があり、これはインフォーマルな介助業務に一定の社会的価値を与えている。介助者の資格要件が、介助に拘束され労働参加を阻まれている点にあるので、ここでの障害の定義は、自分で身の回りのことができず、日常生活を営むのに長時間広範にわたる介助を必要とすることと解釈できる。これは、自立生活を促進する同法の障害概念と相反すると言えるかもしれない。

総じて、ノルウェーの法令の中で「障害」という用語は明記されておらず、資格要件が具体的な文脈で明確になってくることが多く、個人の権利としての自己説明・自己評価などにより、一定程度の交渉の余地を残す場合が少なくない。但し、障害年金を筆頭とする金銭給付では、医師の診断や他の専門家の検査、行政の判定など厳密な資格・審査要件が求められる。法令に明記されない理由として、障害という用語にはそもそも普遍的な意味合いと具体的な意味合いの両面があり、更にその程度は相対的であるが故に法令文書にそ

ぐわないと考えられているようだ。

またサービスによっても、機能障害に着目したり、身体的障害を重視したり、或いは特定の文脈で設定したりと、障害に関する説明の仕方や支給決定の方針は様々である。一方、労働志向の強さからか、特にリハビリテーション施策では、宿命的ではなく、むしろ文脈的で、改善可能な状態としての「機能障害」という捉え方が色濃く表れ、これは社会的医療という考え方にも順ずる。近年の、財政面からの受給資格の制限化と人権重視の方向性の衝突が、障害の概念に大きな影響を及ぼしつつある。

〈中間報告書で取り上げられているサービス〉

| | サービス名 | 根拠法 | 対象 | 審査等 |
|--------------|--------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|
| 日常生活の自立支援 | 日常生活における実用的な支援・訓練 | SSA4-2a | 重度機能障害者 | 申請者の自己評価に基づき市町村が審査 |
| | 社会参加への支援 | SSA4-2c | 主に知的障害者、精神障害者 | 申請を前提としながらも、市町村がニーズを調査 |
| | 日常生活機能を向上させるための支援 | NIA10-6,7 | 永久的な生活機能低下（発症後 2～3 年の経過） | 医師の診断；ADL 検査 |
| | 基礎給付 | NIA | 1 年以上の機能障害（予後 2～3 年以上） | 医師の診断；本人の経費申告 |
| | 付添給付 | NIA6-4,5 | 主に視覚障害者 | 医師の診断；本人の経費申告 |
| 就労能力向上のための支援 | 求職希望の障害者に対する反差別条項 | WEA55A | 不明 | 差別を受けた障害者の申し立て |
| | 職場環境の整備 | WEA13-1 | 物理的環境に左右される人→身体的機能障害 | 労働基準監督官が監視；他医師や国民保険局関与 |
| | 障害を持つ被用者への適切な業務の提供 | WEA13-2 | 「職業的機能障害」 | 労働基準監督官が監視；他医師や国民保険局関与 |
| | 労働生活機能を向上させる支援 | NIA10-5,6 | 就労能力の低下、実用的支援の必要性 | 医師の診断；ADL 検査 |
| | 医療リハビリテーション給付 | NIA10-1～4, 8～16 | 18～67 歳；就労能力の 50%以上減 | 医師の診断；国民保険局 *就労可能性評価 |
| | 職業リハビリテーション補助 | NIA11-1～7 | 16～67 歳；稼働能力の永久的低下・職場選択の制限 | 医師の診断；雇用事業局 *具体的な職業可能性評価 |
| | 職業リハビリテーション給付 | NIA11-1～6, 8～17 | 19～67 歳；稼働能力の 50%以上減 | 医師の診断；国民保険局・雇用事業局 |
| | 障害を持つ被用者への適切な業務の提供 | EA | 「職業的機能障害」 | 不明（前二者より曖昧で、任意的） |
| 所得保障 | 障害年金 | NIA12-1～18 | 18～67 歳；稼働能力の 50%以上減 | 国民保険局・雇用事業局 *就労可能性評価 |
| | 生活保護 | SSA5-1～10 | 低所得に陥らせる一因 | 市町村：収入認定 |
| | 介助手当 | SSA4-2e | 長時間生活広範な介助が必要な人 | 市町村：時間、介助の負担、介助ニーズの程度等評価 |

※所得保障の 1 サービスとして上げられている軍人向けの傷病年金については、比較が難しくなるため、敢えて含めなかった。

8 スウェーデンにおける障害の定義

Rafael Lindqvist

(抄訳：浜田朋子)

| 分野 | プログラム | 法律 | 対象 |
|--------|--------------|---------------------------|------------------------|
| 社会保障 | 病休手当 | 病休手当法 | 2 週間以下の病休 |
| | 病気現金手当 | 社会保障法 | 中期の病気 |
| | リハビリ手当とサービス | 社会保障法 | 中長期の病気 |
| | 早期退職 | 社会保障法 | 長期の病気と障害 |
| | ハンディキャップ手当 | ハンディキャップ手当とケア手当に関する法律 | 高額な費用を要する障害 |
| | ケア手当 | 同上 | 障害児の親 |
| | 近親者ケア手当 | 近親者のケアのための手当と休暇に関する法律 | 重症の在宅患者を介護する近親者 |
| | 自動車手当 | 自動車手当に関する法令 | 移動や公共交通機関の利用が困難な障害者 |
| | 労働補助 | 労働補助に関する法令 | 職業リハビリ中の障害者 |
| 就労 | 労働市場政策 | 労働関連障害者のための特別措置法令 | 労働能力が低い求職者 |
| | 差別撤廃政策 | 障害者の職業生活における差別禁止法 | 怪我または疾病のために機能能力が制限される人 |
| | 雇用保護 | 雇用保護法 (LAS) | 特別契約を締結した人 |
| | 労働環境 | 労働環境法 | すべての被用者 |
| 社会サービス | 社会援助 | 社会サービス法 (LSS) | 合理的な生活水準にない人 |
| | 障害者への特別のサービス | 特定の障害者への特別援助およびサービスに関する法律 | 日常生活上大きく持続する困難を抱える人 |

1. 社会保障、リハビリおよび早期退職

1.1 病休手当

基本情報：病休前に 14 日以上雇用期間があるすべての被用者は 13 日分の病休期間中賃金

の支払いを受ける事が出来る。自営業者は社会保険事務所が手当を支払う。

障害の定義：法律に病気の定義規定はない。最初の 7 日間は自己申告で、それ以降は医学的診断書が必要。被用者は診断書を作成する医師を選べる。

1.2 病休現金手当とリハビリ手当

基本情報：病休が 14 日間を超えると公的疾病保険に移行する。対象は 16-64 歳。完全に休暇をとる場合には賃金の 80%を補償、部分的病休については場合に応じて 25, 50, 75%を補償する。期間に限度はない。被保険者は診断書を作成する医師を選べる。

障害の定義：病気の概念は明確には定義されていない。医学的専門家の判断にゆだねられる。障害という言葉は病休現金手当に関連して使われていないが、間接的に労働能力の低下を評価する事により示される。診断書において病気であることだけでなく労働能力の低下が記される必要がある。職業リハビリは法律に定義はない。労働市場からの排除を回避する事または職業生活の空白を短期化することを目的とする。

評価方法：労働能力の低下については医師が判断する。病休が 28 日を超える時は社会保険事務所が更に精査するがその際にも医師による詳細な報告を活用する。医師の報告は社会保険事務所の顧問医師によりチェックされる。

1.3 早期退職

基本情報：要件は、病気のために労働能力が低下したかまたはそのほかの医学的理によって肉体的または精神的能力が低下した事である。医学的要素としては肉体的または精神的疾病、これらから起きる結果、または先天的障害がある。1 年を超える期間、能力が低下し職業リハビリが尽くされた場合、16-64 歳のすべての人は一時的早期退職または永久的早期退職を申請できる。早期退職手当は退職前の所得に比例し、若い人や主婦のように職業記録がない場合には定額年金を受給できる。

障害の定義：医学的診断と労働能力と労働によって生計を立てる能力に密接な関係があることが必要。

評価方法：医師による医学的情報が重要視される。そのほかに前職の傷病記録、職歴、職業リハビリの結果、社会状況などが考慮に入れられる。もし早期退職を申告したものが長期の疾病に罹患している時は労働能力の評価は step-by-step モデルによる。評価は 1 から 6 までの段階で行う。最終ステップに来たときは職業リハビリや労働市場で通常得られるジョブサーチまたは適切な仕事が尽きたと考えられる。

1.4 自動車手当

基本情報：障害者または障害児の親は自動車を購入するための経済的援助を受ける事が出来る。これは、障害者に行動性を保障するものである。支給要件としては 65 歳以下の者に限られ、1)職業リハビリを受けるために乗り物が必要である、2)早期退職により職を失った、または、3)18 歳から 50 歳の障害者である、これらのうちいずれかの条件に該当しなければならない。

障害の定義：「永続的、機能的制限のゆえに移動に困難がある者」とされる。

評価方法：まず機能障害の永続性については少なくとも 7 年間継続することが必要であるがこれは医学的診断書により明確にされる。次に移動の困難が機能低下を原因とするかどうか診断書を元に調べられる。更に移動の困難さが相当な程度である事が必要だ。心臓病や喘息など表立っては見えない病気もこの制度の対象となるが困難さが日々変動するところに難しさがある。

1.5 ハンディキャップ手当

基本情報：ハンディキャップ手当とケア手当は 1974 年に導入された。16-64 歳の者が、障害に伴う追加的費用を賄うためのハンディキャップ手当の受給資格を有する。

障害の定義. 受給者の機能度が、相当の期間（considerable time-period）において、a)日常生活で時間を要する介助が必要、b)職場において継続的介助が必要、または、c)相当程度の追加的生活費用が必要である程度に、低下している事を要件とする。

評価方法：医学的証明書を要する。しかし医学的証明書だけで自動的に受給資格を認められるわけではない。但し、盲目、失聴、または重度障害者は常に受給できる。

1.6 ケア手当

基本情報：ケア手当は 0-16 歳の障害児に対する家庭でのケアを援助する。この手当では親によるケアへの報酬、障害によって生じる費用、親が職場で休暇を取らねばならないために生じる所得のロスを賄う。金額はケアの必要度と費用によって変わる。

障害の定義：障害児の親は、a)子供が病気、知能障害その他の機能低下により 6 ヶ月以上特別のケアまたは注意を要するか、または、b)病気などにより追加的費用が生じる場合にケア手当を受けられる。

評価方法:a)特別のケアまたは注意. 普通の子供に必要な程度を超えたものである事が必要。医学的証明書が必要。b)追加的費用. 子供の病気または機能低下によって生じた費用のみ。特別な食品、衣類、家具、家の中の設備など。

1.7 近親者ケア手当

基本情報：重い病気の近親者を介護する者が受給する。労働所得の損失を賄う事を目的とし 240 日まで認められる。

障害の定義と評価方法：どんな病気であっても、重篤であり家庭でケアを受ける必要があれば、この手当の対象となる。医学的証明書が必要である。病人が自宅でケアを受ける事に同意する事が必要。

2. 就労生活と障害者施策

2.1 労働市場政策

基本情報：20 歳以上の者は、失業中であるか、失業のおそれがあるか、または公共雇用事

務所に登録すれば、労働市場プログラムに参加できる。最長参加期間は 6 ヶ月。しかし 20 歳未満の障害者も参加でき、この場合に期間は、6 ヶ月を超える事が出来る。

職業関連の障害を持つものについては、障害者に的を絞った 8 施策がある。これらの施策の対象となるための障害者の定義は「機能的制限があるために労働能力が低く、通常の雇用を維持するのに困難がありうる者」である。

1. 職場での補助用具についての金銭的援助
2. 視覚・聴覚障害者に対する特別施策
3. パーソナルアシスタンスへの援助（パーソナルアシスタンス費用の給付）
4. 支援雇用（最長 6 ヶ月にわたり支援者が職場で障害者を支援する）
5. 自営業支援
6. 賃金補助雇用
7. 保護雇用（国営会社や地方公共団体による雇用）

障害の定義：医学的証明書またはその他の専門家の評価、および、雇用適性に基づく。

評価方法：障害がある、すなわち、機能制限による労働能力の低下のために通常の職業を維持できないと決定するには、以下の手順に従う。1)公共雇用事務所に登録する。もし、すぐには雇用可能ではないと評価された場合には、労働市場研究所で機能・労働テストを受けるよう薦められる。2)上の手順を踏むに際して公共雇用事務所職員により障害類別コードを使って障害者としてクラス分けされる事もある。障害者は決定されたクラス分けを常に受け入れなければならない。3)障害者になると労働市場プログラム内の措置を利用できる。

2.2 雇用保護

基本情報：雇用保護法では、雇用者は、人員余剰か人的理由によってのみ被用者を解雇できる。病気は解雇の理由にはならない。障害者はどうしても不可欠な場合を除き、解雇者リストに載せてはならない。

障害の定義：明確な定義はない。

評価方法：法は年功制の原則をとっていて解雇する場合には若年者が先になる。

2.3 労働環境

基本情報：雇用者は職場の環境を良好にする責任を負う。また、雇用者は、リハビリ活動についての方針や目標を立てなければならない。

障害の定義：明確な定義はない。

評価方法：職場環境を整えることは雇用者の責任だが、その手段は一般的に、雇用者と労組の協力によって作られる。

2.4 差別撤廃政策

基本情報：1999 年 5 月に「障害者の職業生活における差別禁止法」が施行された。法では直接差別と間接差別を区別している。直接差別は障害を持つ求職者を不利に扱ってはなら

ないという意味であり、間接差別は、一見中立的に見える規則を用いて、結果的に障害者が不利に扱われる事を禁じる。差別禁止は、雇用者の以下の行為に対して適用される。

- 1) 雇用契約に関する決定を行う、雇用面接のために求職者を選抜する、または雇用の過程でその他の措置をとる
- 2) 昇進についての決定を行う、昇進に繋がる職業訓練のために被用者を選抜する
- 3) 賃金または労働環境についての政策を採る
- 4) 労働を管理し割り当てる
- 5) 被用者を解雇し、一時的レイオフをし、または、被用者に不利なその他の措置をとる

障害の定義：法律によれば、障害とは、「先天的または後天的、若しくは怪我または疾病の結果生じることが予想される、人間の機能的能力に関する、肉体的、精神的、または学習についての制限」と理解される。この定義には、軽度の障害も含まれる。

障害オンブズマンはこの法律の実施状況をモニターする。オンブズマンは、まず雇用者に対して自発的に法に従わせるようにする。雇用者はオンブズマンに対して必要な情報を提供しなければならない。特段の事情がある場合には情報を提供する義務を回避する事が出来る。障害オンブズマンは、もし障害者が許可しかつその判断が法的に重要だと決定しまたは何らかの特別の理由がある場合には、障害者を弁護する権限を有する。

3. 社会サービスと障害サービス

3.1 障害サービス

基本情報：1994 年改革で、障害者に対する特別サービスが導入されたが、これは医学的側面から社会モデル的側面への移行であり、ケアとサービスの非施設化を推進するものだった。議会では社会サービスのアクセス、参加、影響、自立性、継続性が障害者政策のマイルストーンであるとした。それまで福祉政策も社会援助も障害者の生活状況を改善するのに十分ではなかった。改革は、「特定の障害者への特別援助およびサービスに関する法律（LSS）」と「援助補償に関する法律（LASS）」として成文化された。サービスを受給できるのは重度障害がある 65 才以下の者である。10 種類のサービスが法に定められている。

カウンセリングその他の人的支援

パーソナルアシスタンス(個別介助)

コンパニオンサービス

コンタクトパーソン

自宅内の救援サービス

12 歳以上の学童の短期保護

ショートステイ

レジデントチルドレン

レジデントアダルト

デイサービス

利用者自立性の点で最も難しいのはパーソナルアシスタンスである。利用者はアシスタ

ントを雇う権利がある(または地方公共団体が雇っている人の中から選ぶ事が出来る)。また、障害者はどんな手助けをどのようにしてもらいたいかを決める権利がある。地方公共団体はこれらのサービスを提供する義務がある。ただし、カウンセリングその他の人的支援は市町村の評議会にゆだねられる。障害サービスは法律に社会的権利であると明記されている。申請者の請求が認められない場合には申請者は行政法廷に提訴できる。ひとつ以上のサービスを受給する者はそのコーディネートのために個人計画を立てることを請求できる。

障害の定義：法による障害者とは、次の 3 つのグループのいずれかに該当する「日常生活上重大で継続する困難を有する」者だ。a)知的障害者、b)暴力または疾病による脳障害から生じる永続的精神的機能障害を持つ者、および、c) 通常の老化に明確につながらない肉体的、精神的障害を持つ者。

評価方法：個人の申請により、申請の形式は口頭でも書面でも良い。医学的審査により 3 つのどのグループに当たるかを決める。しかし「日常生活上重大で継続する困難を有する」かどうかを評価するためには医学的証明書は不要である。その他の専門家が障害者の能力を観察する事で十分である。しかし、医学的証明書も徐々に「困難性」の判断に利用されるようになってきた。

3.2 社会援助

基本情報：1993 年に 2 つの法律が出来るまでは、障害者に対する社会サービスは社会サービス法によっていたがこの法律は障害者を含むすべての援助を要する者を対象としていた。この法律では、「合理的な生活程度」の限度で援助するとしている。

1981 年に「合理的な生活程度」とは、活動的な生活を送り、人間的な発達を遂げるために必要な衣食住および資金が充足すること、という見解が出された。地方公共団体ではその解釈をめぐって独自の行政ルールを作っていた。1980 年代なかばには、行政法廷で判例が形成された。1997 年に社会サービス法が修正されたが「合理的な生活程度」は残されたままだった。しかし、社会援助は 2 つのカテゴリーに分類された。a)衣食住その他の消費財などの基本的ニーズの経済的維持、と、b)その他の社会援助とサービス(移動サービス、ホームヘルプ、高齢者と障害者のケアとサービスを含む住宅提供)である。それ以外にも、c)理由がある場合にはその他の援助も認められる。a)は、国が決める固有のガイドラインによって支給されるが、後の二つは地方公共団体の裁量にゆだねられている部分が多い。

障害の定義：社会援助法には明確な定義はない。

評価方法：基本的ニーズについては国のガイドラインはあるが、サービスは個々のケースに応じて提供されている。

9 オランダにおける障害の法的定義

佐藤久夫

本稿は主に Wim van Oorschot, (Tilburg 大学社会学部), “International Comparison of Disability Definitions: The Netherlands,” 2001 の抄訳であるが、AWBZ（介護保険・特別医療費補償保険）については取り上げられていなかったため、佐藤久夫（1999）の報告の一部も使用した。Oorschot の報告は、所得保障分野の被用者障害年金（WAO）と移動・住宅改造等給付（WVG）の 2 つのみを取り上げている。

雇用分野では中心的な雇用支援制度（REA）の障害認定は相当程度 WAO と重複しているし、保護雇用制度（WSW）は規模が小さい上に市町村の委員会が必要と考えた人に（あまり障害の定義にこだわらず）提供しているようなので紹介しなかったとする。サービス分野では抄訳者には AWBZ が非常に重要だと思われるが、これは主に医療費保障の制度だとしてとりあげず、WVG のみを紹介している。差別禁止分野では、2001 年現在は障害者・慢性疾患差別禁止法案が準備されつつある段階なので取り上げていない。（佐藤久夫）

1 WAO（被用者障害年金）

（WAO の制度の概要については WSZ and VWC(1998), LISV(2000)も参照した。）

オランダでは保険制度としての障害年金の制度は 2 つ、被用者障害保険 WAO と自営業者障害保険 WAZ がある。WAO は英語では障害給付法 Disablement Benefits Act と訳される。労災もカバーしている事情にもよるのか全額事業主負担で保険料が払われる（ただし老齢年金保険料は全額被用者負担）。

障害年金支払いは疾病等発生後 52 週以上たって 15%以上の障害が残っている場合である。WAZ と若年時障害援助法 Wajong では 25%以上の障害のみを給付対象としている。

給付を受ける年齢は、加入期間（つまり被用者期間）で 15 歳から 64 歳まで。65 歳には老齢年金に移行する。この点 65 歳を越えても受給を続けられる日本と異なる。日本では一般に障害基礎年金の方が老齢基礎年金より高いのでそちらを選ぶ。オランダでは普通、老齢年金に各自の会社の年金などが加わるので、65 歳から収入が下がるということはないようである。いずれにせよ最低賃金の 7 割という最低生活保障ラインがあり、どの制度を使うかはあまり問題ではないようである。

日本と比べると、働いていない主婦などが障害を持っても障害年金の対象とはならない点も大きく異なる。障害年金とは障害のために減少した（あるいは予定した）給料の補填であるから、専業主婦には不要だと考えるようである。

受給者の比較では、人口が 8 倍の日本で障害厚生年金受給者は約 39 万人（1997 年）なのに対して、オランダの WAO 受給者は約 94 万人（2000 年）である。被雇用者の障害年金という意味では、日本ではこれに障害共済年金や労災補償が加わるが、オランダでは年齢が 64 歳までであることも考えねばならない。

障害者の定義

WAO 第 18 条で「障害者とは、同様な教育や労働経験を持つ非障害者が労働によって通常稼ぐ額を、病気や機能障害のために稼げない人のことである」としている。

“Those who, as a result of sickness or impairment, can not earn with labour what not disabled people, with comparable education and work experience, usually earn.”

核心は「病気や機能障害による稼得能力の低下」である。病気や機能障害の種類や原因とは関係ない。稼得能力への影響は「直接的」でなければならない。したがって病気や機能障害の結果としての性格の変化、意欲の低下、教育や労働経験の不足などは除外される。またその影響は客観的・医学的に証明されねばならない。

障害のアセスメント

WAO の実地的な障害評価は 2000 年 7 月に示された「アセスメント規則」により、医師および労働専門家（いずれも保険機関の職員）によるそれぞれ独立した評価に基づいて申請に対する判定がなされる。第 1 段階で、医師は、申請者の「能力プロフィール」(capacity profile) を評価しそれに基づいてどんな課題・行為ができるかできないかを検討する。申請者が労働に不適であるかどうかを見る。第 2 段階で、労働専門家は、申請者がもし病気・機能障害がなければどの程度稼げたか、その病気・機能障害があってもどの程度稼げるかを査定する。どの程度稼げるかの査定は、コンピューターを利用した「機能情報システム」(FIS, Function Information System) に「能力プロフィール」を入力して行う。FIS は申請者が可能な 3 つの職を出力する。

第 1 段階の医師によるアセスメントのみで完了するケースもあり、それは、「継続的な能力が全くない」(no lasting capacity left) かあっても 3 ヶ月以内になくなるか致命的な疾患と判断された場合、能力が非常に不安定である場合（以上は「完全障害者」と判定される）、申請者がしている（してきた）仕事における能力低下がない場合（非障害者と判定される）、である。「継続的な能力が全くない」と判断されるには、病院その他の居住施設入所、寝たきり、日常生活活動での他人への依存、または精神的コントロールができずに身辺処理や対人関係（家族、社会、職業面で）に問題がある、のどれかが満たされねばならない。

基礎概念は、病気や機能障害 (sickness or impairment) が機能的な能力 (functional ability) の低下を生み、それが稼得能力 (earnings capacity) の低下を生むとみる。

第 1 段階：保険機関の医師－ケースマネージャーと能力評価者

保険機関の医師は、4 年間の訓練を経た保険審査の専門医で、評価者であり、かつケースマネージャーである。第 2 段階の評価結果も含めて最終評価報告も作成する。

「能力プロフィール」の基準が前述の「アセスメント規則」で示されている。それはいろいろな職種で必要とされる 28 種の課題からなる。1.座る、2.立つ、3.歩く、4.階段を上る、5.（坂を）登る、6.ひざまずく・這う・しゃがむ、7.かがむ、8.かがんで直ことの繰り返し、9.持ち上げる、10.押す・引く、11.運ぶ、12.首を使う、13.腕を伸ばす、14.頭上での作

業、15.手指の巧緻性、16~23.環境面（熱・乾燥などへの対応）、24.皮膚接触（アレルギーなど）、25.振動、26.身につける用具（マスクなど）、27.個人的リスク（事故の起こしやすさなど）、28.心理的基準（他者との協力、作業テンポやプレッシャーへの耐性など）。項目によって量を見る場合（歩ける距離など）と正常にできるかどうかを見る場合（アレルギーの有無など）とがある。

病気や機能障害の「直接的」影響による機能的能力の低下かどうか問われる。性格上の問題で職業生活に困難を生み出しているケースと、病気・機能障害によって問題が起きているケースとを区別することは第1段階の医師による評価の役割のひとつである。

第2段階：労働専門家－障害の評価、FISの利用

この段階の目的は、障害の程度を判定することである。それは、申請者が障害がなければ稼げたはずの1時間の額（通常は本人の以前の給料）と、その病気や機能障害を持った今の状態に適する「一般的にみて従事可能な」職で稼げると推定される1時間の額（つまり残っている稼得能力）との比較による。

この「残っている稼得能力」は第1段階で評価された「能力プロフィール」を労働専門家がコンピューターソフト FIS に投入して得る。その投入の結果、申請者がその病気・機能障害を持ちながら従事できる可能性のある3つの職が示される。この場合、実際に周囲にその職があるかどうか、学歴などに照らしてふさわしいか否かは無視する。もし3つ未満しか表示されなければ、その人は完全な障害者と見なされる。3つ以上の可能な職を FIS が見つけた場合、給料の高いものから順に3つを表示する。これら3つのうち、中間の給料水準の職の給料が「残っている稼得能力」と見なされる。

障害の程度とは、稼得能力の喪失の程度のことであり、(A)「同じ学歴・職歴の非障害者の給料」（通常は障害前の本人の給料）と(B)「残っている稼得能力」（前述の中間給料）の差額を、(A)で割ったものである。この低下が15%未満なら非障害者とされ、80から100%なら完全障害者（fully disabled）とされる。

労働専門家は単に医師の評価した「能力プロフィール」だけでなく、独自に面接・調査した教育・職業歴、技術や能力をも FIS に投入する。それらも稼得能力に影響するので。

この FIS の結果に基づいて、保険機関の医師と労働専門家は協議し、障害程度についての最終的な結論を出す。

FIS は、オランダにある各職種毎に、就労形態（交代制かどうかなど）、給料、専門レベル、教育・技術レベル、目的・機能、能力要件（歩行能力が必要かなど）などの特徴が入力されており、常に補充されている。しかし1995年の評価調査では、高学歴の人々で障害程度が高く出すぎる傾向があること、精神機能の取り上げかたが弱いという意見が多いこと、28項目以外に医師の主観的な評価も加える必要があるということ、医師と労働専門官の最終協議が十分にはなされていないこと、FIS の仕組みを申請者が理解すればより不満が強まると考えられること、などの課題も示された。2000年現在、精神・心理機能面を強化した FIS 改善作業がなされつつある。

WAO の障害認定をめぐる問題点と議論

WAO の障害の定義は、1993 年の TBA（障害給付申請件数の削減に関する法律）以降 2 つの点で大きく変わった。1 つは、稼得能力の低下が単に病気・機能障害の「結果」ではなく、「直接的で、客観的・医学的に査定できる結果」でなければならなくなった。2 つ目は、稼得能力の喪失の程度を判定する際に、教育歴や専門レベルを考慮した「適切な仕事」でどれだけまだ稼げるかを判定してきたが、それらを考慮しない「一般的に受け入れられる仕事」で見ることになった。さらに TBA は再審査制度も導入した。

これらの結果、障害者（とくに完全障害者）と判定されることはより困難となった。しかし認定数はあまり減らなかった。その理由として、女性労働者の増加、高齢労働者の増加、さらに依然として医師がかなり「自由に」査定していること、などが指摘されてきた。

医師を対象とした調査によると、精神的・対人的機能の低下による「セルフケア、家族関係や社会関係の困難」による「継続的能力なし」のケース（第 2 段階の査定を省略して完全障害と認定されるケース）の多くは、医師がきちんと基準を守って査定した結果でないことがわかった。多くの場合、企業就職は実際的には難しいだろうと見立てたら「継続的能力なし」に区分してしまっている。また、病気・機能障害と稼得能力の低下の関係が多くの場合記されていない。この点は WAO 認定のコアなのに。

これらを調査した研究者によると、その要因として、認定医に対するモニターが質ではなく量・スピードを焦点にしている点や、医師の不足による処理の遅れが考えられた。医師はこれらを解決すべく精神的・対人的機能の低下という項目を抜け道として使っているというわけである。

別の調査では、医師が困るのは、人種的マイノリティーの申請者、はっきりしない慢性症状の人など。また、知的障害者、仕事によって本人の状態が悪化しそうな人、55 歳以上の人などに対して「継続的能力なし」との判定を下す傾向がある。さらに同情した場合、怒りやすい申請者、労働市場の状況が悪いときにもその判定を下す傾向がある。医師たちは、事務処理が増えたり、新ルールがはっきりしないこと、担当件数が増えたことなどに不満を持っている。申請処理が規定時間内にすむのは 3 分の 1 だけである。

さらに他の調査では、病気・機能障害と稼得能力低下との関係がはっきりしないからといって却下すると不服請求が増えると医師たちはおそれていることを示した。

労働エキスパートも不足がちで、作業が遅れ、半年経過するともう一度医師の診断（第 1 段階の評価）が必要とされるので、これも医師が第 2 段階を省略しようとする要因のひとつとなっている。

社会保険全国機構（LISV）によれば第 1 段階で「継続的な能力が全くない」とされるのは新規申請者の 35-40%と予測の倍であり、この寛大な評価は保険機関の医師が多すぎる担当ケース数の負担を逃れようと意図的にやっている、と批判している。このためとくに精神的・心理的訴えの評価方法の標準化が準備されつつある。

因果関係の証明をどう考えるべきか、議論は続いている。つまり因果関係により焦点を当てるのか（因果アプローチ）、あるいは（稼得）能力の低下それ自体に焦点を当てるのか（結果アプローチ）である。

2 WVG（移動・住宅改造等給付）

WVG は財源的にも運営面でも市町村が行っている制度で、障害者・高齢者の屋内・屋外での移動を保障し、社会参加を支援するためのものである。具体的なサービスは、車いす、タクシー代補助、障害者用バス利用、住宅改造などで、現物給付と現金給付がある。移動のニーズは個人の通常の社会的交流や活動のためとされ、住宅改造ニーズは生活環境の最低限の必要とされているが、詳しい基準はなく、市町村が個人のニーズを判断して支援を提供している。WVG では、市町村はサービス支給について規則を作り、それを守ることを命じており、規則の基準を満たしていれば、予算が足りなくなったからと、支給を拒否してはならないとしている。この規則には自己負担と所得制限（一般的に収入テストと似ている、裕福な人は除外する）の要件を含めることが出来ると WVG が定めている。ただし車いすについては自己負担の徴収をしてはならないとしている。自己負担の上限は年間 100 ギルダー（約 5,000 円）としている。

全国市町村協会（VNG）は WVG ガイドを発行し、そこにはモデル規則も示され、多くの市町村はこれを参考に規則を作っている。モデル規則には手続き、基準、サービスなどが書かれている。住宅改造の費用の方が高くつく場合には改造済み住宅に転居することを促すなどの運営方針も含まれる。こうした WVG ガイドにもかかわらず市町村間の格差は大きい。

毎年 25-29 万件の申請があり、約 75%が承認される。63%が移動支援。71%は 65 歳以上。もともと（若年）障害者のサービスと予想されたが、実態は高齢者の移動支援サービスで障害者にも使われているというものとなっている。

このサービスは市町村の財政事情に影響される。財政が厳しくなると市町村は、行政効率改善、材料業者・交通事業者・住宅業者への値引き交渉、サービスパッケージの変更、支給率の変更、自己負担ルールの変更などをおこなう。障害評価自体の変更はまずない。よく使われる費用削減策は個別のタクシー料金支給を減らしてスペシャルトランスポート（とくべつな乗り合いバス）を活用することである。

WVG の障害者の定義

法による支援の対象となる障害者の定義は、「病気や虚弱による結果として、居住内外での生活または移動の分野において明白な制限を経験している人」（WVG 第 1 条 1）である。

"... a person who experiences demonstrable limitations in the field of living or of moving in and outside the dwelling, as a consequence of sickness or infirmity".

定義はこれだけであり、明白な、制限、結果として、病気や虚弱などの定義を示していない。市町村が判断するのが個々の状況とニーズに応じる最良の方法と考えられているためである。WVG ガイドでは精神疾患を含め医学会で認められている病気をすべて念頭に入れているが、なお客観的な証明の難しい疾患、例えばむち打ちとか線維筋痛症については異論があり、これらを対象としている市町村とそうでない市町村とがある。

WVG の実際のプロセス

多くの市町村は GGD、RIO、ZVN などの外部専門機関（コンサルタント）にインテイク、評価、サービス選択、サービス提供を委託している。約 40% のインテイク、評価は自宅で実施される。これらのコンサルタントは WVG ガイドをベースに評価など進めていると答えているが、商業上の秘密だとして具体的なマニュアルは見せてくれないので、実際の市町村間の格差は不明である。

WVG ガイドによるアセスメント

ICIDH を基礎とする。ただし機能障害部分ではとくに移動関連機能障害が重点。

医学情報：支援ニーズが病気・虚弱（ICD-10 で区分）によるものかどうか、継続的なニーズかどうか。必要なら申請者の医療担当者からの情報も得る。

健康状況：ICIDH を基礎にして、神経系・精神、聴覚、消化、・・・など機能障害の把握。ついで申請者の制限の種類と程度を、身辺処理、日常生活、移動、認知能力、対人関係、コミュニケーション能力、の区分で把握。さらに社会状況として、世帯構成、世帯員の役割分担、家族・友人・近隣との交流などが把握され、周囲からの支援がどの程度見込めるか調べる。移動ニーズを把握するために、通常の社会的交流と活動（家族、友人、文化活動、スポーツ、ボランティア活動、買い物などの頻度と移動範囲）および公共交通機関が利用できるか、利用しやすいか、も調べる。ついで住宅と住環境、ケアの利用状況とのこされているケアニーズ、さらに申請者の制限（身辺処理など）によってどのような活動ができないでいるかを評価し必要なサービスを検討する。

WVG ガイドでは、評価者がこれらの情報を元にニーズの種類と程度を確定し、申請者との合意の上で、適切なサービスを選ぶ、としているが、それ以上は述べていない。ただし多くの例を掲げて、どんな機能障害のある人が、どんなニーズを持ち、どんなサービスを利用するか、紹介している。（車いすへのニーズ、トイレ改造へのニーズなど）

3 AWBZ（介護保険・特別医療費補償保険）

オランダでは特別医療費補償（支出）法（AWBZ）という社会保険制度が、高齢者のナースィングホーム、老人ホーム、ホームヘルプ、障害者の施設・在宅サービスの費用をカバーしており、この他精神保健福祉関係サービス（入院からリハまで）や一般医療でも 1 年以上の入院費用をカバーするなど、非常に広範囲の保健・医療・福祉のサービスを担当している。税金による住宅費用助成や住宅改造費助成、一部の補装具の費用助成などがなされているが、「ケア」にかかわる施設・在宅の各種サービスがこの保険でまかなわれている。

ニーズアセスメント

AWBZ では、適切に利用者のニーズをアセスメントすることが重要なポイントとなっている。この目的は、ニーズにうまくマッチするようにケアの量と質とが提供されるようにすることと、AWBZ の門番の役割（支給コントロール）もある。

アセスメントは、利用者がどのようなケアサービスを必要としているかを特定すること

である。さらにその利用者を受け入れる適切なケア提供者が、このアセスメントで示されたケアを提供した場合には、AWBZ は支払いを行うということも意味している。しかしケア提供機関に対して、アセスメント機関も利用者もその受け入れを強制することはできない。利用者がもし認められたケアを受け取ることができない場合、CO（後述）に苦情申し込みをしその介入を求めることができる。

オランダでは2001年現在ニーズアセスメントの仕方が変更される移行期に当たっている。以前はホームケアのアセスメントはホームケアの専門家が行い、高齢者の施設ケアについては特別なアセスメント機関が行っていた。1998年以降の新しいシステムでは、RIO 地域アセスメント機関とよばれる独立組織が設けられた（Regional Indicatie Orgaan, Regional Assessment Organization）。それぞれの地域内の市町村は RIO 設立の責任を持つ。これは古いアセスメント機関の統合によって作られつつある。現在では新しい RIO が 83 あり、これは約 60 にまで減少する予定である。実際的な最低の担当地域の規模は約 10 万人と考えられている。人口 40 万人以上の大きな年が独自の RIO をもうけていることもあって、平均の人口規模は 25 万人となっている。担当地域の大きさはもっぱらその市町村によって決定され、ホームケア担当地域や保健ケア計画の地域と一致しなくもよいことになっている。

新しいニーズアセスメントシステムのもとでは、かつてのように施設在宅でのサービス提供が可能かどうかといった提供サイドのことを念頭に置いてのアセスメントではなく、利用者の状況に応じてのアセスメントを行う。そして、このアセスメントで必要と認められたサービスはどの提供者でも提供できる（管理法令の枠内で）。また RIO はサービス提供者からも設置者である市町村からも、さらに支払いをする保険者からも独立である。

RIO は正式には最低 5 つの分野を代表するメンバーで構成される。それは患者・ケア利用者組織、ケア提供者、開業医組織、健康保険機関（CO）そして市町村代表者である。（CO は、その地域の一つの保険会社を指名して AWBZ の運営を任せているものである）この RIO はニーズアセスメント専門家を雇用する。このスタッフの専門性についてはアセスメント規則でも明確には述べられておらず「専門的であること」とされているだけである。実際には看護、ソーシャルワーク、老年心理、そして社会老年学が含まれる。

アセスメントでは申請者を次の項目について調べる。

全体的な健康状態、病気に伴う身体的障害、住宅その他の環境、心理的社会的機能状態、現在利用しているインフォーマルおよびフォーマルなケアの種類と程度、およびその継続や拡大の可能性。

この検査のために申請者には既存の医学的情報を提供するよう求められることもある。あるいは、治療中の機関から情報を得ることについて同意するよう求められることもある。

施設への入所が期待されている場合、アセスメントは専門家のチームによってなされなければならない。緊急入所が必要とされる場合には、アセスメント検査は行われない。

現在のところ全国一律のアセスメント道具は存在しない。しかし実際上手続きに大きな違いは存在しない。手段や手続きはおおむね ICIDH（国際障害分類）に基づいている。また専門職の間での手続きや標準についての合意があるので、そのためにもある程度の統一

性はある。統一的な評価表と評価手段を規則に含めるべく、準備中である。

RIO の決定は申請者が受けることができるケアの種類をのべる。決定にはさらにそのケアの緊急度や、そのケアと同様な効果を持つほかの種類ケアを受ける場合の代替となりえるケアについても記載する。ただしこの場合のケアにはパーソナルバジェット（利用者への直接支払い）は含まれない。これはホームケアのニーズがアセスされた人のみに当てはまり、申請者と CO との間で交渉して決められるものであるから。また、AWBZ のケアとは違うケアの必要性が認められた場合、そのことを決定に記載する。また申請者にはいかなるケアも必要ないという決定もあり得る。

決定には有効期限が明記される。しかし長期の施設ケアなど有効性は無期限である場合もある。緊急入所のためにアセスメントが省略されるのは、4 週間に限られる。

参考文献

Wim van Oorschot, “International Comparison of Disability Definitions: The Netherlands,” 2001

WSZ and VWC, A short survey of social security in the Netherlands, July 1998

Landelijk Institute Sociale Verzekeringen (LISV), Jaaroverzicht Arbeidsgehandicapten 1998, August 2000

佐藤久夫 1999.3 「オランダの介護保険制度改革の動向：アセスメントとケア認定のプロセスを中心に」、日本社会事業大学社会事業研究所編・発行「要介護高齢者の在宅ケアマネジメント・システム等に関する国際比較」所収、pp31-48

10 アメリカにおける障害（者）の法的定義

佐藤久夫

（１）権利擁護

障害者差別禁止法（障害を持つアメリカ人法、ADA Americans with Disabilities Act of 1990, PL 101-336）

第 3 項（定義）（2）障害(Disability)で次のように定義している。

「障害とは、個人に関連して、次の意味である。主たる生活活動の 1 つ以上を実質的に制限する身体あるいは精神の機能障害(impairment)、そのような機能障害の過去の記録、あるいはそのような機能障害を持つと見なされること。」

そしてこのような「障害」をもつ人の中でこの法律で守られるのは「資格のある障害者」とされ、その定義は状況・場面によって異なる。

雇用場面では、「資格のある障害者」とは適切な配慮があれば、あるいは適切な配慮がなくても、現有のまたは希望する職務にともなう本質的な機能を遂行できる障害者を指す。

（101 条 8）

公共サービスでは、「資格のある障害者」とは、障害を持つ個人で、規則・政策・実施の適切な修正、あるいは建築・コミュニケーション・交通障壁の除去、あるいは補助具やサービスの提供があれば、あるいはなくても、公共事業体の提供するサービスを受けたり、事業や活動に参加する本質的な資格要件を満たしている人を指す。（201 条 2）

（２）所得保障

社会保障障害保険 SSDI と補足保障所得 SSI

この 2 つは社会保障税（保険料）支払い要件(SSDI)や所有資産制限（SSI）などの違いはあるが、障害認定の点では共通している。受給資格を決める障害の定義は、「12 ヶ月以上継続したか継続することが予想される、あるいは死に至ることが予想されるような、医学的に証明できる身体的または精神的機能障害（impairment）のため、実質的稼得活動（substantial gainful activity）ができないこと」である。

いずれも連邦政府の社会保障地域事務所が申請を受けて保険加入状況や収入などの審査をし、州機関である障害認定サービスが実質的稼得活動の制限が真に障害によるものであるかどうかを判断する。この判断は、具体的には医師又は心理士のどちらかと障害調査官の 2 人で構成される判定チームが、かかりつけの医療機関からの情報や（必要に応じて）追加的な検査の結果をもとに行う。この過程では、機能障害が日常生活にどのような影響を及ぼしているかについての教員、ソーシャルワーカー、雇用主、言語治療師などからの情報も活用される。

しかしすべてのケースについて機能障害による実質的稼得活動の制限を評価する負担を減らすため機能障害認定基準が用意されており、特定の種類・程度の機能障害があれば（かつ 12 ヶ月以上の継続が見込まれれば）その人は自動的に受給資格ありとされる。しかしこのリストに該当しないから自動的に受給資格が否定されるわけではない。リストは完全に

網羅的ではないし、重複障害の場合などもあるからである。

たとえば、「てんかん」の「大きな運動発作」では脳波所見に加えて「3 ヶ月以上の治療にもかかわらず月1回以上の、意識喪失を伴う昼間の発作か日中活動を著しく困難にする残余症状を示す夜間発作があるもの」などとされている。

日本の障害年金の認定と比較すると、実際に働いているかどうか、どの程度稼いでいるかを問題にしている点と、「能力」を「労働能力」で見ている点が異なる。

付属資料：各国のGDP等基礎資料

| | 日本 | ベルギー | カナダ | デンマーク | フランス | フィンランド | ドイツ | ノルウェー | スウェーデン | オランダ | イギリス | アメリカ |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 面積(万km ²) | 37.8 | 32,545 | 997.1 | 4.3 | 54.7 | 33.8 | 35.7 | 38.6 | 45 | 4,184 | 24.3 | 962.8 |
| 人口(万人) | 12,759 | 1,031 | 3,001 | 541 | 6,168 | 524 | 8,250 | 461 | 901 | 1,620 | 5,923 | 28,142 |
| GDP(国内総生産) | 498兆円 | 3,515億ドル | 12,933億加ドル | 1,612億ドル | 17,150億ドル | 1,619億ドル | n.a. | 2,209億ドル | 2,840億ドル | 4633億ユーロ | 21,259億ドル | 117,343億ドル |
| 1人当たりGDP | 391.1万円 | 29,300ドル | 40,833加ドル | 29,231ドル | 27,217ドル | 31100ドル | 26,760ユーロ | 48,400ドル | 33,649ドル | 28,621ドル | 30,244ドル | 37,622ドル |
| 経済成長率 | 1.1%(2004) | 2.9%(2004) | 2.8%(2004) | 2.4%(2003) | 0.5%(2003) | 3.6%(2004) | 1.6%(2004) | 0.418%(2003) | 3.5%(2004) | 1.7%(2005) | 3.2%(2004) | 4.2%(2004) |
| 物価上昇率 | 0.0%(2004) | 1.9%(2004) | 1.9%(2004) | 2.4%(2004) | 2.1%(2003) | 0.2%(2004) | 1.8%(2004) | 0.4%(2004) | 0.4%(2004) | 0.7%(2005) | 1.3%(2004) | 2.7%(2004) |
| 失業率 | 5.3%(2003) | 7.8%(2004) | 7.2%(2004) | 6%(2004) | 9.4%(2003) | 8.8%(2004) | 9.5%(2004) | 4.5%(2004) | 4.9%(2004) | 5.0%(2005) | 4.8%(2004) | 5.5%(2004) |
| 老年人口比率 | 19.9%(2005) | n.a. | 12.6%(2002) | 14.8%(2002) | 16.3%(2002) | n.a. | 16.4%(2002) | n.a. | 17.3%(2002) | n.a. | 15.9%(2002) | 12.3%(2002) |
| 国民負担率 | 35.9%(2005) | 64.8%(2002) | 48.6%(2002) | 73.8%(2002) | 63.7%(2002) | 64.3%(2002) | 53.7%(2002) | 59.3%(2002) | 71.0%(2002) | 56.8%(2002) | 47.7%(2002) | 32.5%(2002) |
| 通貨・為替レート | | 1ユーロ=140円 | 1加ドル=100円 | 1クロナ=18円 | 1ユーロ=140円 | 1ユーロ=140円 | 1ユーロ=140円 | 1クロナ=17.67 | 1クロナ=16円 | 1ユーロ=140円 | 1ポンド=200円 | 1米ドル=11.2円 |

国民負担率=(租税負担+社会保障負担)/国民所得

国民所得=国民純生産から間接税を引き、政府補助金を加えたもの。

国民純生産=国民総生産(国内総生産+海外の日系企業・日本人の生産)から減価償却費を引いたもの。

出典: 外務省、財務省ホームページ

Ⅲ. 研究成果の 刊行に関する一覧表

当該年度 該当報告無し

IV. 研究成果の 刊行物・別刷

当該年度 該当報告無し

V. 調查票



第1回

障害者生活実態調査

平成17年(2005年)

調査にご協力いただく皆さまへ

このたびは、調査にご協力いただきまして、まことにありがとうございます。

この調査は、研究者グループ「障害者生活実態調査研究会」が厚生労働省の研究補助金を得て実施する調査です。

ここでは、障害者の生活実態を、家計の側面と生活時間の側面から、既存調査の家計調査及び国民生活基礎調査の結果と比較検討することで、明らかにすることを目的としています。そして、障害のあるなしで、生活実態一家計と生活時間一の差異がどのように生じているのかを把握することで、障害者の自立のための施策を検討することを目指しています。

本調査の趣旨をご理解いただいた上で、ご協力をどうぞよろしくお願い致します。

なお、この回答は今回の研究をまとめる目的だけに用いられます。調査員にたいしてもプライバシー保護の指導を徹底し、個人の情報が他にもれることは絶対にありませんので、どうぞ安心してありのままをお答えくださいますようお願いいたします。

(調査の詳しい説明は、次ページをご覧ください)

なお、この調査票は当研究会が派遣する調査員が皆さまのお宅にうかがい説明してご回答いただくようになります。ご不明の点は調査員におたずねください。

記入上のお願い

- 1 この調査票は調査依頼が事前に届いた18歳以上65歳未満の方に答えていただくためのものです。
- 2 平成17年(2005年)11月1日 現在の事実について、ご記入ください。
- 3 回答のしかたは、あてはまる番号に○をつけるものと、必要なことがらを書きこむものがあります。

厚生労働省
国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区千代田2-2-3
日比谷国際ビル6階

電話 (03) 5253-1111 内線4413
主任研究官 勝又幸子(企画部第3室長)

| 調査員記入欄 | | |
|--------|-------|----|
| 調査年月日 | 調査員氏名 | 番号 |
| | | |

§ 調査についてのご説明

◇ 障害者生活実態調査とは？

平成 17 年度に厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）の採択を受けた研究者のグループ「障害者生活実態調査研究会」が行う社会調査です。調査票は 4 つにわかれています。詳しくは別紙 1 をご覧ください。

◇ 調査の目的

本調査の目的は、障害者の生活実態を家計面と生活時間面から把握することです。現在、障害者全体の生活実態を把握するために実施されている公的な調査はありません。しかし、2007 年 4 月には全国の市町村において障害者計画策定が義務づけられ、今後自治体は独自の計画に基づいて障害者施策を進めて行くことになりました。地域に暮らす障害を持った住民の実情を正確に把握することの重要性は、このように年々増えています。得られたデータはこれからの障害者施策を検討するための基礎資料として広く使用され、障害者福祉の向上に役立ちます。

今年度における調査は、厚生労働省へ報告書として提出され、インターネットなどで公開されますが、調査結果は統計的に処理したものであり、個人が特定されることはありません。

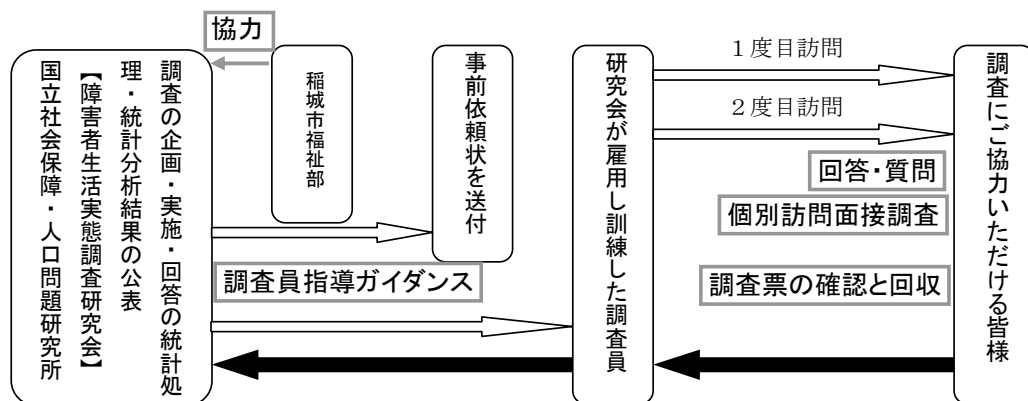
◇ 調査の対象

この調査は、稲城市の福祉部のご協力を得て、当市に居住するさまざまな障害をお持ちの成人（18 歳以上 65 歳未満）を対象にさせていただきます。

◇ 調査のしくみ

この調査は、自治体の協力と了解を得て実施します。事前に調査協力願いが郵送されてきた方へ、当研究会から指導を受けた調査員が皆さまのお宅を訪問します。調査員は少なくとも 2 度お宅を訪問いたします。第 1 回目の訪問では、調査についての説明を口頭で行い、ご協力いただけるかどうかを確認させていただきます。そして、その場で協力いただく時間がとれない場合は次のお約束をとって、事前にご記入いただく調査票をお渡しします。この調査は調査員が質問をして調査員が調査票に記録するインタビュー（面接）方式でおこないます。なお、基礎調査票 2 と 3 と 4 については、記入方法についてご説明したあと、各自でご記入いただく部分があります。第 2 回目の訪問時に、調査員が回収いたします。

調査実施に介助者や通訳者を必要とする方には、個別に対応させていただきます。



◇ プライバシー・個人情報の保護について

この調査票上の回答はすべて本調査研究の目的だけに用いられ、それ以外の使用はいたしません。統計を作成する過程では個人を特定する情報はすべて除外されます。したがって、個人情報がもれることは絶対にありません。また、諸事情や個人の判断でこの調査にご協力いただけなくとも、それがゆえに不利に扱われることは決してありませんのでご安心ください。

◇ その他のお問い合わせ

回答方法などについてのお問い合わせは、調査員におたずねください。調査の目的や調査結果の公表等については、主任研究者（勝又幸子：国立社会保障・人口問題研究所 企画部第 3 室長）まで、お問い合わせください。

電話 03-3595-2985（企画部代表） 電子メール yukiko-ka@ipss.go.jp Fax 03-3591-4912

別紙 1

◇ 障害者生活実態調査

この調査は次の4つの部にわかれています。

- ① 基礎調査票1（ご本人の属性や障害の種類と程度や、ご家族のことについてお尋ねしています。）…青
- ② 基礎調査票2（ご本人とご家族の所得、課税状況や家計支出についてお尋ねしています。）……緑
- ③ 基礎調査票3（ご本人の1ヶ月間の医療や介護サービスの受給状況についてお尋ねしています。）…ピンク
- ④ 基礎調査票4（ご本人の1日の生活時間についてお尋ねしています。）……………黄

ご回答いただくのは、調査の依頼を受けた「ご本人」です。ご家族や援助者の協力を得てご回答いただきますようお願いいたします。記入は自筆である必要はありません。

【基礎調査票1】については、「ご本人」と同居している方についても、お尋ねしています。この調査票は調査員が口頭で質問して記入します。同居していても、生計を共にしていない場合は同居とは考えません。血縁や婚姻関係の有無にかかわらず、生計を共にしている場合はご記入ください。施設やグループホームなどに入居している場合は、夫婦単位で入居している場合以外は、「同居者無し」と考えます。

【基礎調査票2】については、基礎調査票1で答えた世帯員全員の去年（平成16年1月～12月）の、所得、課税状況、についてきています。前年度の源泉徴収票や納税証明書、貯金通帳などをご用意の上、なるべく正確なところをお答えください。また、支出については今年の10月1ヶ月間のことを思い出してお答えください。

【基礎調査票3】は、11月21日～12月20日までの1ヶ月間の通院や入院、介護サービスをうけた実態を調べます。お手数ですが、毎日の様子を記録してください。

【基礎調査票4】は、指定された日について、1日の行動を記録していただきます。指定日は11月21日～12月20日の間の月曜日から金曜日の1日と土曜日又は日曜日の1日の合計2日間です。それぞれが記入した日付を調査票の右上に書き込んでいただきます。

【基礎調査票2、3、4】は、12月21日（水）～24日（土）に回収にまいりますので、お宅に訪問した担当調査員にお渡しください。なお、記入方法にご質問がある場合は、調査員におききいただき、第2回の訪問時にご記入いただいても結構です。

ご協力いただいた方には謝品（コンビニで使えるカード）1,000円相当を訪問ごとに用意させていただいています。ご多用のところ恐縮ですが、もれなくすべての調査票へ回答いただきますよう、ご協力をお願い致します。

障害者生活実態調査

【基礎調査票 1】

① この調査票は調査員が口頭で質問して記入します。

② 基礎調査票1では「ご本人」と同居している方についても、お尋ねしています。ただし同居していても、生計を共にしていない場合は答える必要はありません。同居人は血縁や婚姻関係の有無にかかわらず、生計を共にしている場合（日々の生活費を共同でまかなっている場合）に「同居人」と考えます。

（注）施設やグループホームなどに入居している場合は、夫婦単位で入居している場合以外は、「同居者無し」（＝単身世帯）と考えてください。

| 住 居 の 状 況 | | |
|--|---|------------------------------------|
| (1) 住 居 の 種 類 | (2) 居住室数、住宅の床面積 | (3) 単独世帯の区分（ 単独世帯のみ記入 ） |
| 1 持ち家 2 民間賃貸住宅 3 社宅・公務員住宅等の給与住宅 4 公社・公団等の賃貸住宅 5 都営・県営等の賃貸住宅 6 施設及・グループホーム 7 借間・その他 | <div>1 1戸建て</div> <div>2 共同住宅</div> <div>室</div> <div>m²</div> | 1 住み込み、寄宿舍等に居住する単独世帯 2 その他の単独世帯 |

| (14) 世帯主の記号 |
|----------------|
| (4)から世帯主を記入 |

| (4) 世帯員 記 号 | (5) 本人との続柄 | (6) 性 | (7) 出生年月 | (8) 配偶者の 有無 | (9) 別居の子の 有無 | (10) 障害者手帳の有無 | 在宅の6歳以上の者 (11) の手助けや見守りの要否 | | (12) 主な介護者の状況 | | (13) 日常生活の自立の状況 | |
|-------------------|---|----------|--------------------------------|-------------------------|--------------------|--|--|-------------------------------------|---|---|--------------------|--|
| A | 本人 | 1 男 | 1 大 正 2 昭 和 3 平 成 年 月 | 1 配偶者 あり | 1 あり | 1 持っている 1 身体障害者手帳 (級) (障害名: 障害の原因: 2 愛の手帳 1 1級 2 2級 3 3級 4 4級 5 5級 3 精神障害者保健福祉手帳 1 1級 2 2級 3 3級 2 持っていない | 主たる介護者 1 配偶者 2 子 3 子の配偶者 4 父母 5 その他の 親族() 6 事業者 7 その他 | 1 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの 転記 | 1 男 | 1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる 2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない 3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ 4 1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | | |
| | | 2 女 | 年 月 | 2 未 婚 3 死 別 4 離 別 | 2 な し | 2 2級 3 3級 | 2 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの 転記 | 2 女 | 1 1月未満 2 1月～3月未満 3 3月～6月未満 4 6月～1年未満 5 1年～3年未満 6 3年～5年未満 7 5年～10年未満 8 10年～20年未満 9 20年以上 | | | |
| B | 配偶者 子 子の配偶者 孫 孫の配偶者 父母 配偶者の父母 祖父母 兄弟姉妹 その他の親族 その他 | 1 男 | 1 大 正 2 昭 和 3 平 成 年 月 | 1 配偶者 あり | | 1 持っている 1 身体障害者手帳 (級) (障害名: 障害の原因: 2 愛の手帳 1 1級 2 2級 3 3級 4 4級 5 5級 3 精神障害者保健福祉手帳 1 1級 2 2級 3 3級 2 持っていない | 主たる介護者 1 配偶者 2 子 3 子の配偶者 4 父母 5 その他の 親族() 6 事業者 7 その他 | 1 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの 転記 | 1 男 | 1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる 2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない 3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ 4 1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | | |
| | | 2 女 | 年 月 | 2 未 婚 3 死 別 4 離 別 | | | 2 2級 3 3級 | 2 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの 転記 | 2 女 | 1 1月未満 2 1月～3月未満 3 3月～6月未満 4 6月～1年未満 5 1年～3年未満 6 3年～5年未満 7 5年～10年未満 8 10年～20年未満 9 20年以上 | | |

| (4) 世帯員 記 号 | (5) 本人との続柄 | (6) 性 | (7) 出生年月 | (8) 配偶者の 有無 | (9) 別居の有無 | (10) 障害者手帳の有無 | (11) 在宅の6歳以上の者のみ記入 | | (12) 主な介護者の状況 | | (13) 日常生活の自立の状況 |
|-------------------|---------------|----------|-------------|-------------------|--------------------------------|---|---|--|---|---|--------------------|
| | | | | | | | 手助けや見守りの要否 | 手助けや見守りを要する者との続柄等 | 同別居の別 | 性 | |
| C | 01 配偶者 | 1 男 | 1 大 正 | 1 配偶者あり | | 1 持っている 1 身体障害者手帳 (級) (障害名: (障害の原因: 2 愛の手帳 1 1級 2 2級 3 3級 4 4級 5 5級 3 精神障害者保健福祉手帳 1 1級 2 2級 3 3級 2 持っていない | 1 手助けや見守りを必要としない | 主たる介護者 1 配偶者 2 子 3 子の配偶者 4 父母 5 その他の親族() 6 事業者 7 その他 | 1 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの転記 <div></div> 2 別居 | 1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる 2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない 3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ 4 1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | |
| | 02 子 | | | | | | | | | | |
| | 03 子の配偶者 | | | | | | | | | | |
| | 04 孫 | | | | | | | | | | |
| | 05 孫の配偶者 | | | | | | | | | | |
| | 06 父母 | 2 女 | 2 昭 和 | 2 未 婚 | <div></div> 年 <div></div> 月 | 2 手助けや見守りを必要とする ((14)～(15)欄にも記入) | その他の介護者 1 配偶者 2 子 3 子の配偶者 4 父母 5 その他の親族() 6 事業者 7 その他 | 1 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの転記 <div></div> 2 別居 | 1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる 2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない 3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ 4 1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | | |
| | 07 配偶者の父母 | | | | | | | | | | |
| | 08 祖父母 | | | | | | | | | | |
| | 09 兄弟姉妹 | | | | | | | | | | |
| | 10 その他の親族 | | | | | | | | | | |
| 11 その他 | | | | | | | | | | | |
| D | 01 配偶者 | 1 男 | 1 大 正 | 1 配偶者あり | | 1 持っている 1 身体障害者手帳 (級) (障害名: (障害の原因: 2 愛の手帳 1 1級 2 2級 3 3級 4 4級 5 5級 3 精神障害者保健福祉手帳 1 1級 2 2級 3 3級 2 持っていない | 1 手助けや見守りを必要としない | 主たる介護者 1 配偶者 2 子 3 子の配偶者 4 父母 5 その他の親族() 6 事業者 7 その他 | 1 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの転記 <div></div> 2 別居 | 1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる 2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない 3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ 4 1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | |
| | 02 子 | | | | | | | | | | |
| | 03 子の配偶者 | | | | | | | | | | |
| | 04 孫 | | | | | | | | | | |
| | 05 孫の配偶者 | | | | | | | | | | |
| | 06 父母 | 2 女 | 2 昭 和 | 2 未 婚 | <div></div> 年 <div></div> 月 | 2 手助けや見守りを必要とする ((14)～(15)欄にも記入) | その他の介護者 1 配偶者 2 子 3 子の配偶者 4 父母 5 その他の親族() 6 事業者 7 その他 | 1 同居 ↓ 世帯員記号 (4)欄からの転記 <div></div> 2 別居 | 1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる 2 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない 3 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ 4 1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する | | |
| | 07 配偶者の父母 | | | | | | | | | | |
| | 08 祖父母 | | | | | | | | | | |
| | 09 兄弟姉妹 | | | | | | | | | | |
| | 10 その他の親族 | | | | | | | | | | |
| 11 その他 | | | | | | | | | | | |

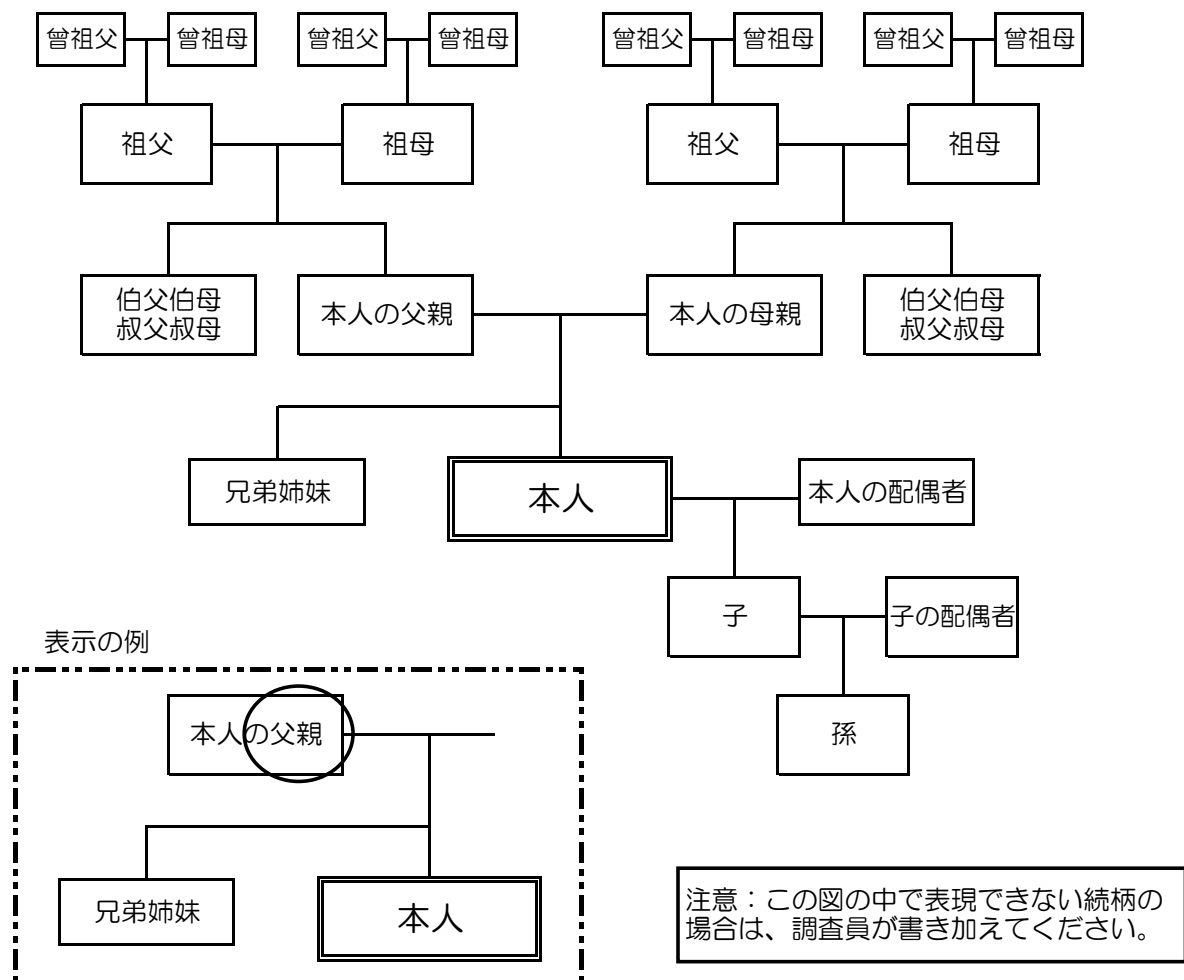
| | | |
|-----------------------------|---|--|
| 世帯員記号 1面(4)欄と 同じ記号へ記入 | 15 歳 以 上 (平 成 2 年 10月 1 日 以 前 出 生) の 者 の み 記 入 | |
| | (15) 「所得を伴う仕事の有無」と「就業希望の有無と理由」 | |
| A (本人) | <div>仕事あり((16)～(18)欄にも記入)</div> <div><div><div>1 主に仕事をしている</div><div>2 主に家事で仕事あり</div><div>3 主に通学で仕事あり</div><div>4 家事・通学以外のことが主で仕事あり</div></div><div>(主な仕事のほかに別の仕事)</div><div><div>1 している</div><div>2 していない</div></div><div>(希望する仕事の形)</div><div><div>1 正規の職員・従業員</div><div>2 パート・アルバイト</div><div>3 労働者派遣事業所の派遣社員</div><div>4 契約社員・嘱託</div><div>5 自営</div><div>6 その他</div></div><div>1 探している</div><div>2 探していない</div></div> <div><div>仕事なし</div><div>5 通学のみ</div><div>6 家事（専業）</div><div>7 その他</div></div> <div>(就業希望)</div> <div><div>あり</div><div>1 すぐに仕事に就ける</div><div>2 すぐには仕事に就けない</div><div>3 な し</div></div> <div>(すぐには就けない理由)</div> <div><div>1 家事、就学のため</div><div>2 病氣療養中のため</div><div>3 常に介護を必要とするため</div><div>4 適職がないため</div><div>5 (年金などの収入があり)働く必要がないため</div><div>6 その他()</div></div> | |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| 世帯員記号 1面(4)欄と 同じ記号へ記入 | 15歳以上(平成2年10月1日以前出生)の者のみ記入 | |
| | (15) 「所得を伴う仕事の有無」と「就業希望の有無と理由」 | |
| C | <div>仕事あり 1 主に仕事をしている 2 主に家事で仕事あり 3 主に通学で仕事あり 4 家事・通学以外のことが主で仕事あり</div> <div>(主な仕事のほかに別の仕事) 1 している 2 していない</div> <div>(希望する仕事の形) 1 正規の職員・従業員 2 パート・アルバイト 3 労働者派遣事業所の派遣社員 4 契約社員・嘱託 5 自営 6 その他</div> | <div>仕事なし 5 通学のみ 6 家事(専業) 7 その他</div> <div>(就業希望) あり 1 すぐに仕事に就ける 2 すぐには仕事に就けない 3 なし</div> <div>(すぐには就けない理由)</div> |
| | | |
| D | <div>仕事あり 1 主に仕事をしている 2 主に家事で仕事あり 3 主に通学で仕事あり 4 家事・通学以外のことが主で仕事あり</div> <div>(主な仕事のほかに別の仕事) 1 している 2 していない</div> <div>(希望する仕事の形) 1 正規の職員・従業員 2 パート・アルバイト 3 労働者派遣事業所の派遣社員 4 契約社員・嘱託 5 自営 6 その他</div> | <div>仕事なし 5 通学のみ 6 家事(専業) 7 その他</div> <div>(就業希望) あり 1 すぐに仕事に就ける 2 すぐには仕事に就けない 3 なし</div> <div>(すぐには就けない理由)</div> |
| | | |

基礎調査票 1 の付票

注意：この票は調査員が記入します。

基礎調査票 1 の設問（14）で世帯主であると答えた世帯員番号（B～D）は下の図でどの続柄にあてはまるか、調査員の方は確認してください。そしてその続柄の人に○をつけてください。



障害者生活実態調査

【基礎調査票 2】

- ① この調査票は、記入方法の注意説明だけ調査員から受けて、次回調査票の回収に来るときまでに、各自で記入しておいてください。
- ② 基礎調査票1で答えた世帯員全員の去年（平成16年1月～12月）の、所得、課税状況についてきいています。前年度の源泉徴収票や納税証明書、貯金通帳などをご用意の上、なるべく正確なところをお答えください。
- ③ 支出については、原則今年（平成17年）10月の1ヶ月間のことをきいています。思い出して、おおよそで結構ですからお答えください。

基礎調査票2 ※この票はみなさんが次回の訪問までにご記入ください。

※ 去年（平成16年1年間）について金額で回答して下さい。源泉徴収票など納税関係の書類をご覧くださいと回答に役にあたります。

| 世帯員記号 1面(4)欄と 同じ記号へ記入 | | A(本人) | | B | | C | | D | | |
|-----------------------------|------------------|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 所得の種類 | (19)雇用者所得 | 1 | 万円 | 1 | 万円 | 1 | 万円 | 1 | 万円 | |
| | 社会保険給付金 | (20)公的年金 | 2 | 万円 | 2 | 万円 | 2 | 万円 | 2 | 万円 |
| | | (21)公的年金以外 | 3 | 万円 | 3 | 万円 | 3 | 万円 | 3 | 万円 |
| | | (22)雇用保険 | 4 | 万円 | 4 | 万円 | 4 | 万円 | 4 | 万円 |
| | | (23)生活保護 | 5 | 万円 | 5 | 万円 | 5 | 万円 | 5 | 万円 |
| 所得の種類 | 手当(障害に 関係して) | 6 | 万円 | 6 | 万円 | 6 | 万円 | 6 | 万円 | |
| | 手当(障害以外) | 7 | 万円 | 7 | 万円 | 7 | 万円 | 7 | 万円 | |
| | (26)仕送り (誰から) | 8 | 万円 | 8 | 万円 | 8 | 万円 | 8 | 万円 | |
| | (27)企業年金等 | 9 | 万円 | 9 | 万円 | 9 | 万円 | 9 | 万円 | |
| 所得の種類 | (28)その他の所得 | 10 | 万円 | 10 | 万円 | 10 | 万円 | 10 | 万円 | |
| | 課税等の状況 | (29)所得税 | 1 課税あり 2 課税なし | 1 課税あり 2 課税なし | 1 課税あり 2 課税なし | 1 課税あり 2 課税なし | 1 課税あり 2 課税なし | 1 課税あり 2 課税なし | 1 課税あり 2 課税なし | |
| | | (30)住民税 | 1 所得割 2 均等割のみ 3 課税なし | 1 所得割 2 均等割のみ 3 課税なし | 1 所得割 2 均等割のみ 3 課税なし | 1 所得割 2 均等割のみ 3 課税なし | 1 所得割 2 均等割のみ 3 課税なし | 1 所得割 2 均等割のみ 3 課税なし | 1 所得割 2 均等割のみ 3 課税なし | |
| | | (31)社会保険料 | 1 支払あり 2 支払なし | 1 支払あり 2 支払なし | 1 支払あり 2 支払なし | 1 支払あり 2 支払なし | 1 支払あり 2 支払なし | 1 支払あり 2 支払なし | 1 支払あり 2 支払なし | |

備考欄A 上記回答にゼロも記入されていない場合は、記入忘れか、わからないのかを調査員が確認してください。そして、記入の無い理由をメモしてください。

（ここでお答えいただくのは今年10月中の、世帯全体の支出額です。現金とクレジットを含んだ金額を記入してください。）

| | |
|---|-----------------------|
| (32) 平成17年10月中の家計支出総額 | 万円 |
| 支出の状況 | |
| (33) 家賃（管理費を含む） | 万円 |
| (34) ローン返済 | 万円 |
| (35) 食（外食を含む飲食費） | 万円 |
| (36) 交通費 | 万円 |
| (37) 光熱水道費 | 万円 |
| (38) 通信費（固定電話、携帯電話、インターネット接続料金を含む） | 万円 |
| その他 | 万円 |
| (39) (別居することもの扶養費や、仕送りのなど、金額的に負担が大きいものを選択して記入してください) | 万円 |
| (40) 介助等を受けた時の自己負担額 | 万円 |
| (41) 医療費自己負担分 | 万円 |
| 支出の状況 | |
| (42) 補装具購入等自己負担分（保守費用を含む） | 万円 |
| 内補装具代 | 万円 |
| 保険給付対象外で必要な費用の負担額 | 万円 |
| (43) (カッコ内に内容を記入) 例：おむつ代 酸素ボンベ代 保険対象外の薬代 | 万円 |
| その他、本人の障害に関わる支出 (カッコ内に内容を記入) (44) 例：障害種別による特殊電話、特殊なパソコン周辺機器、クッション、車の改造費、特注の靴代など | 万円 |
| (45) 住宅改造費 | 万円 |
| 支出の状況 | |
| 生活意識の状況 | 1 大変苦しい 4 ややゆとりがある |
| (46) (現在の暮らしの状況を総合的にみてどう感じていますか?) | 2 やや苦しい 5 大変ゆとりがある |
| 3 普通 | |

B こちらには、回答者が今の経済的状況で普段感じていることを、ご自分でご記入ください。（調査員に話して記入してもらっても結構です。）

障害者生活実態調査

【基礎調査票 3】

① この調査票は、記入方法の注意説明だけ調査員から受けて、次回調査票の回収に来るときまでに、各自で記入しておいてください。

② 基礎調査票3では、11月21日～12月20日までの1ヶ月間の、あなた自身の通院や入院、介助サービスをうけた実態をきいています。お手数ですが、毎日の様子を記録してください。

医療の受療状況、支援費の給付状況

病気やけがまたは要介護状態となったため、11月21日から12月20日までの間、医療機関（医師または歯科医師）に通院または入院した場合、あるいは、支援費制度等による給付を受けられた場合には、下記の記入要領に従って記入してください。

| | | A(本人) | | | | |
|---|------------------|--|--|-------|--|---------------|
| (47) 医 療 の 受 療 状 況 (48) 支 援 費 の 給 付 状 況 | | 医療の受療状況 | | | 支援費の給付状況 | |
| | | 治療費支払方法 | | | 1 身 体 介 護 2 家 事 援 助 3 移 動 介 護 4 日 常 生 活 支 援 5 そ の 他 6 介 護 保 険 制 度 | |
| | | 医療保険負担 1 本 人(被用者保険) 2 家 族(被用者保険) 3 国民健康保険 | | | | |
| | | 公費負担 4 医療扶助(生活保護法) 5 その他(結核予防法等) | | | | |
| (49) 通 ・ 入 院 及 び そ の 他 サ ー ビ ス 利 用 日 | 平成17年 11月～12月 | 通院した日 | | 入院した日 | 居宅サービス 利用日 | 施設サービス 利用日 |
| | 歯科以外 | 歯科 | | | | |
| | 11月 21日 (月) | | | | | |
| | 22日 (火) | | | | | |
| | 23日 (水) | | | | | |
| | 24日 (木) | | | | | |
| | 25日 (金) | | | | | |
| | 26日 (土) | | | | | |
| | 27日 (日) | | | | | |
| | 28日 (月) | | | | | |
| | 29日 (火) | | | | | |
| | 30日 (水) | | | | | |
| | 12月 1日 (木) | | | | | |
| | 2日 (金) | | | | | |
| | 3日 (土) | | | | | |
| | 4日 (日) | | | | | |
| | 5日 (月) | | | | | |
| | 6日 (火) | | | | | |
| | 7日 (水) | | | | | |
| | 8日 (木) | | | | | |
| | 9日 (金) | | | | | |
| | 10日 (土) | | | | | |
| | 11日 (日) | | | | | |
| | 12日 (月) | | | | | |
| | 13日 (火) | | | | | |
| | 14日 (水) | | | | | |
| | 15日 (木) | | | | | |
| 16日 (金) | | | | | | |
| 17日 (土) | | | | | | |
| 18日 (日) | | | | | | |
| 19日 (月) | | | | | | |
| 20日 (火) | | | | | | |
| * 種 類 別 通 ・ 入 院 介 護 利 用 日 数 計 | (50) 本 人 | | | | | |
| | (51) 家 族 | | | | | |
| | (52) 国 保 | | | | | |
| | (53) 老 人 保 健 法 | | | | | |
| | (54) 医 療 扶 助 | | | | | |
| | (55) そ の 他 | | | | | |
| | (56) 居宅サービス | | | | | |
| | (57) 施設サービス | | | | | |

*この部分は後日調査員が使用しますので記入しないでください。

障害者生活実態調査

【基礎調査票 4】

- ① この調査票は、記入方法の注意説明だけ調査員から受けて、次回調査票の回収に来るときまでに、各自で記入しておいてください。
- ② 基礎調査票4では、指定された日について、あなた自身の1日の行動を記録していただきます。指定日は11月21日～12月20日の間の月曜日から金曜日の1日と土曜日又は日曜日の1日の合計2日間です。それぞれが記入した日付を調査票の右上に書き込んでいただきます。
- ③ 行動の種類は1つ主にしていることを答えます。例えば、音楽をききながら家事をした場合は、主なことが家事だと考えられますから「10 家事」と答えます。しかし、テレビ・ラジオを聴視しながらくつろいだ時間は「16 休養・くつろぎ」に含めず、「15 テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」に記録します。同時にいくつもの事をしていた場合、どれを主な行動と考えるかは、あなたの判断で結構です。（複数選択不可）
- ④ 「一緒にいた人」とは、会話をしようと思えば、その人と普通に話しができる程度の距離にいる人のことをいいます。近くに知っている人が居ない場合（通勤中）や睡眠中は「一人で」と答えます。
- ⑤ 「d ヘルパー等職業介助者」は、本人に資格があるかどうかで判断します。もし資格が無い場合は、「f ボランティア」（無償）か「g 協力員その他」（有償）を選んで下さい。しかし、その人がたとえ資格をもっていたとしても、報酬を得ないで来ている場合は、「f ボランティア」（無償）と答えてください。
- ⑥ 複数の人と行動を共にしていた場合は、すべての人を選んでください。（複数選択可）
- ⑦ この調査票を記入していた時間は「23 その他」に記入してください。

（注）『行動の種類の内容例示一覧』は、このページの裏にあります。

1この日は、次のいずれの日でしたか
(当てはまるものをすべてを記入してください)

1旅行(1泊2日以上)

2行楽(半日以上の日帰り)

3行事または冠婚葬祭(半日以上の参加)

4出張・研修など

5療養

6休みの日(休職・休日など)

7その他

2この日の天気はどうでしたか

11日中雨が降っていた

2一時雨が降っていた

3雨は降らなかつた

午前

行動の種類

0時

1301302302303303304304305305306時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

一緒にいた人

a一人

b家族

c学校・職場の人

dNPI[※]等職業介助者

e看護師

fボランティア協力員

gその他

0時

1301302302303303304304305305306時

午後

行動の種類

0時

1301302302303303304304305305306時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

一緒にいた人

a一人

b家族

c学校・職場の人

dNPI[※]等職業介助者

e看護師

fボランティア協力員

gその他

0時

1301302302303303304304305305306時

第1日

月日(曜日)

午前

行動の種類

6時

730730830830930930103010301130113012時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

一緒にいた人

a一人

b家族

c学校・職場の人

dNPI[※]等職業介助者

e看護師

fボランティア協力員

gその他

6時

730730830830930930103010301130113012時

午後

行動の種類

6時

730730830830930930103010301130113012時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

一緒にいた人

a一人

b家族

c学校・職場の人

dNPI[※]等職業介助者

e看護師

fボランティア協力員

gその他

6時

730730830830930930103010301130113012時

(11面)

- 251 -

基礎調査票4 ※この票はみなさんが次回の訪問までにご記入ください。

1この日は、次のいずれの日でしたか
(当てはまるものをすべてを記入してください)

1旅行(1泊2日以上)

2行楽(半日以上の日帰り)

3行事または冠婚葬祭(半日以上の参加)

4出張・研修など

5療養

6休みの日(休職・休日など)

7その他

2この日の天気はどうでしたか

11日中雨が降っていた

2一時雨が降っていた

3雨は降らなかった

午前

行動の種類

0時

1301302303304305306時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

1人で家族・職場の人と一緒にいた人

a家族

b学校・職場の人

cNPA等職業介助者

d看保ボランティア

e協力員

fその他

0時

1301302303304305306時

午後

行動の種類

0時

1301302303304305306時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

1人で家族・職場の人と一緒にいた人

a家族

b学校・職場の人

cNPA等職業介助者

d看保ボランティア

e協力員

fその他

0時

1301302303304305306時

第2日

月日(曜日)

午前

行動の種類

6時

301302303304305306時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

1人で家族・職場の人と一緒にいた人

a家族

b学校・職場の人

cNPA等職業介助者

d看保ボランティア

e協力員

fその他

6時

301302303304305306時

午後

行動の種類

6時

301302303304305306時

1睡眠

2衣服の着脱

3排泄

4入浴

5食事

6通勤・通学

7仕事

8学業

9その他、社会活動

10家事

11介護

12育児

13買い物

14移動(通勤・通学を除く)

15テレビ・ラジオ・新聞・雑誌

16休養・くつろぎ

17学習・研究(学業以外)

18趣味・娯楽

19スポーツ

20ボランティア活動

21交際・つきあい

22受診・療養

23その他

1人で家族・職場の人と一緒にいた人

a家族

b学校・職場の人

cNPA等職業介助者

d看保ボランティア

e協力員

fその他

6時

301302303304305306時

(12面)

- 252 -

| 行 動 の 種 類 の 内 容 例 示 ― 覧 | | |
|-------------------------|--|---|
| 行 動 の 種 類 | 内 容 例 示 | 備 考 |
| 1 睡眠 | 夜間の睡眠 昼寝 仮眠 | ・ 就寝から起床までの時間を記入する。 ・ うたたねは「16 休養・くつろぎ」とする。 |
| 2 衣服の着脱 | 洗顔 身じたく 着替え 化粧 整髪 ひげそり | ・ 自分のための用事をいう。 |
| 3 排泄 | トイレ | |
| 4 入浴 | 入浴 | |
| 5 食事 | 家庭での食事・飲食 外食店での食事・飲食 学校給食 仕事場での食事・飲食 | ・ 交際のための食事・飲食は「21 交際・つきあい」とする。 ・ 間食（おやつ）は「16 休養・くつろぎ」とする。 |
| 6 通勤・通学 | 自宅と仕事場の行き帰り 自宅と学校（各種学校・専修学校を含む）との行き帰り | ・ 途中で寄り道をした場合も、移動中の時間はここに含める。 |
| 7 仕事 | 通常の仕事 仕事の準備・後片付け 残業 自宅に持ち帰る仕事 アルバイト 内職 自営業の手伝い ピアカウンセラーとしての活動 | ・ 本人または自家の収入を伴う仕事をいう。 ・ 休憩時間などのための仕事をしない時間は除く。 ・ 福祉的就労も含む |
| 8 学業 | 学校（小学・中学・高校・高専・短大・大学・大学院・予備校など）の授業や予習・復習・宿題 校内清掃 ホームルーム | ・ 必修科目として行うものでないクラブ活動・部活動はその内容により「18 趣味・娯楽」、または「19 スポーツ」などとする。 ・ 学習塾での勉強はここに含める。 |
| 9 その他、社会活動 | 政治活動 宗教活動 | ・ 当事者団体の活動やNPO団体への参加などはこちらに入る。 |
| 10 家事 | 炊事 食事の後片付け 掃除 ゴミ捨て 洗濯 アイロンかけ つくろいもの ふとん干し 衣類の整理片付け 家族の身の回りの世話 家計簿の記入 庭の草とり 銀行・市役所などの用事 車の手入れ 家具の修繕 | ・ 通勤・通学者などの送迎はここに含める。 |
| 11 介護・看護 | 家族・他の世帯にいる親族に対する日常生活における入浴・トイレ・移動・食事などの手助け 看病 | ・ 一時的な病気などで寝ている家族に対する介護・看護もここに含める。 ・ 家族以外の人に対する無報酬の介護・看護は「20 ボランティア活動」とする。 |
| 12 育児 | 乳児のおむつの取り替え 乳幼児の世話 子供のつきそい 子供の勉強の相手 子供の遊びの相手 | ・ 子供の教育に関する行動を含む。 ・ 就学後の子供の身の回りの世話は「10 家事」とする。 |
| 13 買い物 | 食料品・日用品・電化製品・レジャー用品など各種の買い物 | ・ ウィンドーショッピングも含む。 |
| 14 移動 (通勤・通学を除く) | 電車やバスに乗っている時間 待ち時間・乗換え時間 自動車に乗っている時間 歩いている時間 | ・ 「6 通勤・通学」以外の移動で、出発地から目的地までの時間をいう。 |
| 15 テレビ・ラジオ・ 新聞・雑誌 | テレビ・ラジオの視聴 新聞・雑誌の購読 | ・ テレビから録画したビデオはここに含める。 ・ テレビ（録画を含む）・ラジオ（録音を含む）・新聞・雑誌による学習・研究は「17 学習・研究」とする。 ・ 購入・レンタルなどによるビデオは「17 学習・研究」または「18 趣味・娯楽」などとする。 |
| 16 休養・くつろぎ | 家族との団らん 仕事場または学校の休憩時間 おやつ・お茶の時間 食休み | ・ テレビ・ラジオなどを視聴しながらくつろいだ時間は「15 テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」とする。 |
| 17 学習・研究 (学業以外) | 学級・講座・教室 社会通信教育 テレビ・ラジオによる学習・研究 クラブ活動・部活動で行うパソコン学習など 自動車教習 | ・ 個人の自由時間に行う学習・研究をいう。 ・ 職場で命ぜられて受けた研修は「7 仕事」とする。 ・ 学校の宿題の「自由研究」は「8 学業」とする。 |
| 18 趣味・娯楽 | 映画・美術・スポーツなどの観覧・鑑賞 観光地の見物 ドライブ 手芸 華道 園芸 ペットの世話 麻雀 趣味としての読書 テレビゲーム クラブ活動・部活動で行う楽器の演奏 | |
| 19 スポーツ | 各種競技会 全身運動を伴う遊び 家庭での美容体操 クラブ活動・部活動で行う野球など（学生が授業などで行うスポーツを除く） | ・ 運動としての散歩を含む。 |
| 20 ボランティア活動 | 無償の手助け（店番や子守、作業、掃除、等） | ・ NPOや当事者団体の活動などは、無償の奉仕活動であっても「9 その他社会活動」とする。 |
| 21 交際・つきあい | 会食 知人と飲食 冠婚葬祭 送別会・同窓会への出席及び準備 あいさつ回り 見舞い 友達との電話 手紙を書く | ・ 交際のための趣味・娯楽、スポーツはそれぞれ「18 趣味・娯楽」、「19 スポーツ」とする。 |
| 22 受診・療養 | 病院での受診・治療 自宅での療養 | |
| 23 その他 | 求職活動 墓参り | ・ この調査票に記入していた時間は、その他にいらしてください。 |