

その他) 安楽死 (Euthanasia)

*定義

積極的安楽死は本人の持続的で真摯な自発的要請を受けて、医師が致死薬の注射等によって、患者の生命を速やかに終息させる行為である。

1995年横浜地裁判決の医師による積極的安楽死の4要件(4要件すべてを満たすことが必要)は、1) 耐え難い肉体的苦痛、2) 死の不可避・切迫、3) 肉体的苦痛の除去・緩和に尽くし他に代替手段がない、4) 生命短縮を切望する患者本人の明示の意思表示、である。

尊厳死が、消極的安楽死と呼ばれることもある。本項では積極的安楽死を扱う。世界医師会『医の倫理マニュアル』では、自殺幫助との違いを次のように述べている。「安楽死 (euthanasia) とは、明らかに他者の生命を終わらせることを意図した行為を、それを承知のうえで意図的に行うことをいう。これには次の要素が含まれる：対象となる人には判断能力があり、自身の回復不能の病気についての情報を与えられており、自分の生命を終わらせることを自発的に求めている；その行為者は本人の病状と死にたいという意思を知っており、その人間の生命を終わらせることを本来の意図として行う；その行為は思いやりをもって、個人的な利益なしに実行される。自殺幫助 (assistance in suicide) とは、自殺のための知識か手段のどちらか、またはその両方を、それを承知のうえで意図的に提供することをいう。これには、薬物の致死量についての相談、そのような致死量の薬物の処方、またはその薬物の提供が含まれる。」

*積極的安楽死の是非

医療は死を目的としたものでないのだから、どのような場合であっても死を目的とした行為は医療とはいえない。よって積極的安楽死や自殺幫助は、医療としては認められない。

世界医師会の安楽死に関する宣言 (Declaration on Euthanasia) では、「安楽死は、患者の生命を故意に絶つ行為であり、たとえ患者本人の要請、または近親者の要請に基づくものとしても、倫理に反する。ただし、このことは、終末期状態にある患者の自然な死の過程に身を委ねたいとする望みを尊重することを妨げるものではない。」

WHOの見解 (がんの痛みからの解放と積極的支援ケアに関する WHO 専門委員会, 1989年) は「パリアティブケア (緩和ケア) における治療法が発達している現在、安楽死を法律によって認める必要はないとの立場をとる。なぜなら、痛み苦しみが死を避けるための実際的な方法が存在するので、法律によって安楽死を認めよとの圧力に従うことなく、パリアティブケアの実践に集中すべきである。」

厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編 (2007年5月)」では「生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。」

日本医師会第X次生命倫理懇談会 終末期医療に関するガイドライン (案) (平成19年8月) では、「いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置 (積極的安楽死など) は実施しない。」と明言する。

*積極的安楽死の法制化

オランダでは1993年の「改正埋葬法」、94年6月の最高裁判決により、末期でない精神的苦痛にさいなまれる患者の自発的安楽死も容認されるにいたった。2001年4月安楽死が合法化された。続いて、ベルギーでも2002年5月安楽死容認法が成立した。

オランダ、および自殺幫助が州法で認められている米国オレゴン州において、患者の死を積極的に早める行為にかかわった医療従事者が、精神的に悪影響を受けているとの研究報告がなされている。精神医学上「逆転移」とされる、強い思い入れが、その後の医療に悪影響を与えているとの指摘である。死を早める医療の法制化は、医療従事者に対し死を早める処置に従事する義務を発生させる。(Kenneth R. Stevens, Jr., M.D., FACR, Emotional and Psychological Effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia on Participating Physicians, Volume 21 Issues in Law & Med. 187 (2006).)

3. 構成概念の書き換え

以上、用語の構成概念を勘案することにより、これまでの議論において終末期が構成概念であるにもかかわらず実体と誤認し、終末期医療に客観的な規定を設けようとしたために、医療現場に多くの混乱を引き起こした経緯が推測される。

どのように死ぬか・より良い死に方・満足死・尊厳死等の語句は、本来患者本人は経験することがない「自分の死」を、あたかも「そのように死ぬ」かのように構成させたものである。

しかし、患者本人が経験できることは、今、ここに存在し生きていることだけである。

とすれば、存在し生きている今をより良いものとして支援することこそが、家族や医師を含めた周囲の人々にできることである。

図9の上段における尊厳死に至る構成概念を、下段に示す概念に変更することにより、より良い死ではなく「より良い生き方」が、満足死ではなく「満足した生き方」が、尊厳死ではなく「尊厳ある生」が保障される。



図9

4. 終末期の概念を整理する

終末期は本来、実体に対する科学的概念としては定義不能¹⁾であり、人が意識の上に構成する構成概念であるが、今まで行われてきた終末期医療の議論の中では実体と混同され議論されてきた。

終末期という認識は人により状況によって異なり差異があることが普通であり、その中にさまざまな人の一生がある。人はある状況を終末期と思い込むことがあるとともに、終末期ではないと思うことも不思議ではない。

このため、終末期が構成概念であるにもかかわらず実体と誤認し、終末期医療に客観的な規定を設けようとしたために、医療現場に多くの混乱を引き起こした。

本解説編は従来の混乱・混同を避けるため、「終末期」ではなく「生きることの集大成」と構成概念を書き換えた。それにより、死を迎えるそのときまでより良い生き方を模索しつつ、ときに悩み、ときに微笑むことができる医療者・患者双方の全体像が構築できることを意図するものである。

したがって、両者の全体像が構成概念としても実体としても十分に構築されるためには、

- ① 良好な信頼に基づく医師—患者関係であること（保険の締結上当然である）
 - ② 構成概念と実体を取り違えずに用語の使用ができること
 - ③ ②に基づいて十分な説明がなされること（ICFに基づく生活機能を基本とした説明であること、心身機能・活動・参加の全体像である健康状態を説明できること、心身機能・活動・参加について環境因子・個人因子を組み入れた支援の提示ができること）
 - ④ 緩和ケアにより人はすべて緩和され、苦痛を取り除くことが可能である説明
 - ⑤ 実際の具体的支援行動について説明できること
- が最低限の説明として求められる。さらに、意思決定させることが重要ではなく、
- ⑥ 意思決定が可能なための十分な説明が成されたか否かがむしろ問われる

したがって、

- ⑦ 医師は①～⑤の詳細な記載を行うことにより、自らの説明に不備がないことを説明後に確認可能であるように文書化すること

等が重要である。つまり、患者側に意思決定してもらおう手前の、医師が説明責任を果たしているか否かがむしろ問われるのである。

さらに、

- ⑧ 意思決定されなくとも良い
- なぜならば、図8のように人の意思は容易に変更されるからであり、それだけに「その時点の意思」を常にその時点において記載しておくほうが重要である。
- ⑨ 意思決定されない場合には現在の状態を継続すること
 - ⑩ 具体的支援行動を実体化してゆくこと

が求められる。

図10に示すように、今までは構成概念と実体を見間違い、かつ支援策を実体化してゆくことも不十分であったため、医師・患者の双方が「生きられない」と勘違いし、終末期・尊厳死等に自らを駆り立てていた可能性がある。

しかし残りわずかな時間であっても、構成概念をよく知り、今、ここに生きていることを支援可能な体制整備を行うことによって「生きることの集大成」を支えることができる。



図 10

【3章】生きることの集大成を支える相談支援の概念図 (図 11)

1章、2章ではICF(国際生活機能分類)の基本的な考え方を示し構成概念の重要性を示した。

3章では、ICFを理解しケアを実践するために欠かせない構成概念を土台とした生活支援のあり方を図を用いて概説する。

病院に入院中の患者、生活に復帰した療養者に関わらず、全ての人の生活機能は、ICFの健康状態＝心身機能・活動・参加を中心としている¹⁾。この3つは単独に機能するものではなく、包括された概念によって「統合された全体としての健康状態」となる。

生活機能は、健康状態を維持する環境因子・個人因子との相互作用と相まって、さらに個々人の主観的体験も統合された全体として機能する。

生活者が療養者の場合、ケアにあたる関係者すべてが、生活機能モデルに沿って生きることの全体像を捉えたものの見方・考え方を共通に持つことが大前提となる。

療養者の生活に関係者が支える場合、客観的な実体として接するだけではなく、療養者の主観的側面を含めた総合的な関係を構築していくことが重要である。そのためには実体と構成概念を十分に理解しなければならない。

療養者の生活に関係者が連携しながら支えるために欠かせないものの見方・考え方は、構成概念とし

て理解されるべきものであり、その中で使用される言葉も、正しい概念理解に基づく使われ方をする必要があります。構成概念を理解し、その理解に基づく正しい言葉の使用によって、療養者の生活の変化に即した支援が可能となる。

療養者の生活に変化が生じた場合であっても、生きること全体をとらえたICFの生活機能に即しながら、生活支援の十分な説明、ケアの提供、連携体制、既存の制度を活用した生活支援を繰り返して継続していくことが、生きることの集大成を支える相談支援となる。

以上のプロセスを経てはじめて、個別具体的な生き方支援をすることができるのであり、結果として生きることの集大成を支えることになる。

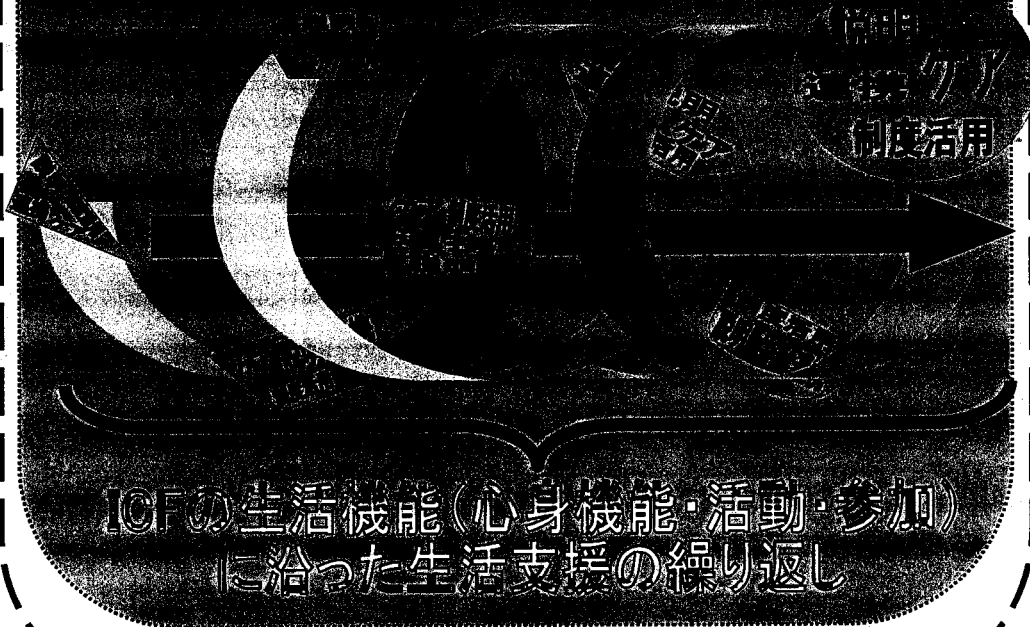
図 11 は原因⇄結果型のプロセスでないことを強調したい。生き方支援に係わるすべての事象は互いに包含し合う関係にある点が重要である。すべての事象が包含された「生きることの全体」すなわち生活機能が、そのときそのときによって全体の形態を変容させながら、更なる安定した全体特性を維持するものである。

- 1) 大川弥生著 生活機能とは何か—ICF：国際生活機能分類の理解と活用— p4
東京大学出版 2005.

すべての人に関係する
共通言語・ICFの理念を
理解する

身体と精神状態を理解する

健康、QOL、尊厳、延命、終末期
自分の死、事前指示、中止と差し控え
言葉の意味を理解する



生き方支援

図 11

【4章】緩和ケアの展開（終末期医療から緩和ケアへの転換）

緩和ケアはホスピスケアから発展してきた人間尊重のケアの理念である。しかも、このケアの理念は社会構造の変化およびその時代に生きる人間の価値観の変容に伴い常に進化をつづけている。現在、類義語として、ホスピス、ホスピスケア、終末期医療、終末期ケア、ターミナルケアなど様々な用語があり、医療従事者を含め日本国民は現在なおこれらの用語を緩和ケアの同義語として理解しているが、すでに緩和ケアとして提供されるケアの内容は大きく異なっている。

これまで日本国民が抱いている緩和ケアの概念との大きな違いは、対象疾患ががんやHIVなどの「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患」から「生命を脅かす疾患」に適応拡大されていること、ケアの対象者が「患者」から「患者および家族」に拡大されていること、ケアを提供する時期が“終末期”から「疾患の早期」に前倒しになったこと、そして、医療的な支援のみならず、介護や福祉などの社会的支援を含めた包括的ケアを示した概念であることなどである。

緩和ケアの基礎となるホスピスケアの歴史的な流れ、および世界保健機構（WHO）が提示した緩和ケアの定義、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行ない、それが障害とならないように予防したり、対応することで、生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）を改善するためのアプローチである」を念頭におくと、緩和ケアの基本的理念として以下の4つの基本的理念が提示できる。

1) その人らしい生き方を支えるケア

この基本理念は、一人一人の人生観や生活観を尊重し、そのニーズに沿って相談の上で必要な医療支援あるいは生活支援を提供することを意味している。

2) 楽に生きるためのケア

この基本理念は、疾患そのものにより発生する全人的苦痛（身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、霊的苦痛）、疾患に対する治療により引き起こされる全人的苦痛を緩和する治療や支援を積極的に行うことを意味している。なお、この支援は治療などの医療的支援や介入のみならず、介護や福祉などの生活支援を含めたものである。

3) 家族のケア

この基本理念は、特に日本においては、疾患を持つ患者だけでなく、その家族や友人も同様に苦痛をもつ傾向が強いことから、特に病状が進んだ時期、臨死期、逝去後に重要である。

4) チームケア

この基本理念は、患者および家族の多様なニーズに対応するためには多職種協働によるチーム医療が重要であることを示している。

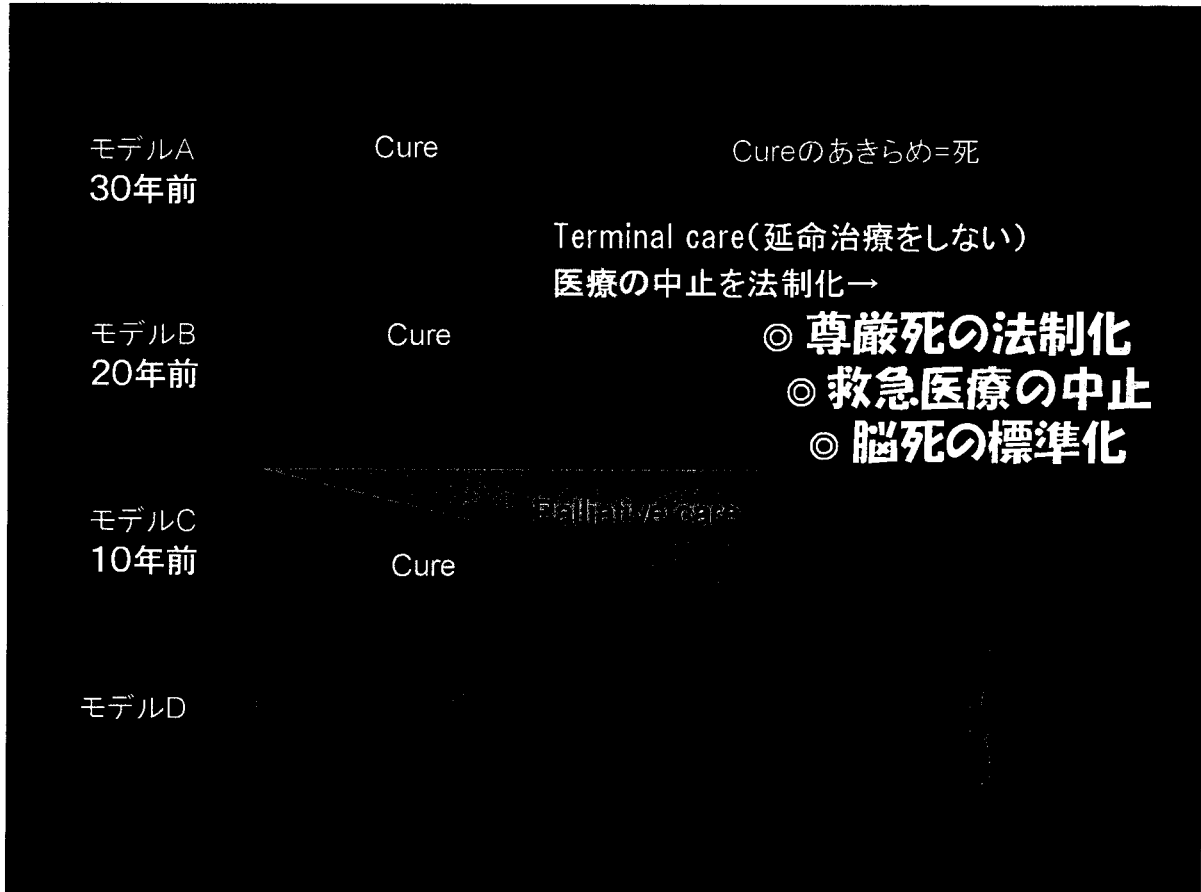
以上の4つの基本理念は、生活を支える医療の基本理念そのものであり、その意味で、緩和ケアの普及を、がん終末期のみに焦点が当てられるのではなく、医療全般に適応させて普及をはかる必要がある。

図12に示す¹⁾ように、

- ① 30年前の医療は生まれてから死ぬまで治療の連続であり、多くの患者に蘇生が行われていた。
- ② その反省から20年前に初期のターミナルケアが思想輸入された。ここでは治療のあきらめがターミナルケアを導く構図となり、救急医療のあきらめとしての延命治療の中止・不可逆的な脳死の標準化・尊厳死の法制化の要望等は、皆この時代の概念構成に依拠している。

- ③ しかし、10年前からは、治療とパリエーションすなわち緩和ケアがパラレルに行われる時代となり単一手技（たとえば酸素吸入）が、呼吸苦を改善する緩和であるとともに低酸素に弱い脳・心臓を保護する治療の側面をもあわせ持つことがわかっている。
- ④ 最先端の概念変更によれば、すべての治療は同時に緩和の概念を有している、というものである。たしかに、手術で胃がんを全摘出する手技も、肺炎を抗生物質で治すことも、患者本人の広義の苦痛を取り除くことである。

以上の変遷を知り、緩和ケアがすべての医師・医療職に必要であることを強調するものである。



【5章】ICF を用いて生きることの集大成を支えるために

1. ICF を用いた生き方の説明

なにを誰に対して説明すべきか

応用倫理学辞典（pp276-277 丸善株式会社 平成20年1月）では説明責任に関して一般的に以下のよう

に解説している。

“医療を提供する場において、医師は療養者へ説明をする責任を有すると考えられる。説明責任とは、医療の中で発達してきた「セカンドオピニオン」を思い起こせばよいのだが、この説明に関して、他の会社の技術者や、別組織に属する技術者の検証をも想定していることが必要になってくる。さらに、最近言われているのは、「コンセンサス会議」の例である。一般の人たちが集まって認識を深めていくプロセスを重視した説明が要求されることになる。「説明責任は一度情報を開示すればよいというものではなく、使用者である消費者（および「潜在的被害者」）との対話とフィードバックを可能にするプロセスであると考えられる。技術の開発にたいする一般市民の理解を得る上でもこの対話的な機能は重視されるべきである。このような説明の努力は、開発時に気づかなかったさまざまな視点を自覚することを技術者の側にも促すものである。”

さらに“説明責任に関しては、技術者と消費者との信頼関係を形成する上で中心的な意義をもつものである。”としている。医療提供の場では、医療従事者が技術者、療養者が消費者と置き換えることが可能である。

2. 支援体制・連携体制：

連携体制にかかわる職種

医師・歯科医師・薬剤師・看護師・医療関連職種以外の職種等について。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師が単独またはチームで相談、支援にあたる。医療関連職種以外の職種（ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、行政担当者、弁護士など）による情報提供が必要な場合は、本人の承諾を得て当該職種も支援に参加する。

支援のプロセス

結果を求めるのではないこと。プロセスにおけるその時どきの対応についての知識と手技。

相談支援は、本人の現状に即して必要な情報やとりうる選択肢、支援策を具体的に提示して、これからの生き方について本人と一体となって考えていくものである。生き方を決めるための情報提示や相談をすることが目的であり、支援の結果何らかの決定を得ることは必ずしも必須ではない。

支援の事前準備

事前の伝達（内容が重要であること）・面談室の整備・十分な面談時間・服装・表情・適切な会話・プライバシーの保護等に関する事前準備に係る知識について。

本人との間に良好な関係が構築されていることが前提である。これからの生き方に関する重要な話し合いをすることを事前に本人に伝達する。本人がリラックスして何でも話し合える環境を作るために、プライバシーに配慮した面談室を準備し、十分な面談時間を予定する。

医療保険点数上の問題点

1) 後期高齢者終末期相談支援料の凍結

2008年4月の診療報酬改定にあたり新たに盛り込まれた「後期高齢者終末期相談支援料」は、患者及びその家族等と終末期の診療方針等について十分に話し合いを行った上、話し合いの内容を取りまとめた文書等の提供を行うことを評価するものであったが、2008年7月以降算定が凍結されるに至った（保医発第0630001号 後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について）。

この背景には、

- ・緩和ケアをはじめとする医療技術やリソースの現況
- ・終末期（と一般に理解されている状況）に際しての医療・介護支援のあり方
- ・療養方針変遷のプロセス

に対する理解が国民・マスコミ・医療者・介護者において進んでいないことから、

- ・患者本人の意思決定や事前指示書作成の強制がなされる

との懸念から、

- ・延命医療の医療費抑制を目的としたものではないか

との誤解までもが生まれた、という経緯がある。

2) 相談・支援に対する現行の評価

複数の保険医療機関による連携診療や共同指導を行った場合には、例として以下のような診療報酬が算定できる。

○地域連携診療計画管理料

別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り算定。

○地域連携診療計画退院時指導料

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。

○在宅患者連携指導料

訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であつ

て通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定。

○在宅患者連携指導加算（在宅患者訪問看護・指導料）

訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り加算。

○退院時共同指導料

保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定。

○開放型病院共同指導料

診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定。

○診療情報提供料（Ⅱ）

保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定。

これら診療報酬の算定には、

- ・計画の作成
- ・文書の提供
- ・患者への説明
- ・患者の同意
- ・情報共有

などの実施が要件として挙げられている。

3) 今後の展開

医療サービスの提供に際しては、患者本人の身体状況を把握するのみならず、○本人を取り巻く療養環境を把握すること、○身体状況と療養環境に対する本人の理解を把握すること、○把握しえた情報を提供すること、○それを踏まえての本人の意志を把握すること、さらに、○身体状況・療養環境の変化（症状の変化、本人の意志により加えられた医療・介護の提供）により本人の意思が変容しうること、などの理解が必要であることは、これまで述べてきたとおりである。

従って、前項に掲げたような管理・指導を行なうにあたっては、同様の情報収集・評価・情報提供が行なわれることが必要である。また、このような医療提供体制の整備（＝ICF を活用した医療の提供体制）を推進していくには、体制を整えたことに対する、より高い診療報酬上の評価が大変有効である。

そうすることによって、前項の各管理料・指導料が、後期高齢者終末期相談支援料の創設の目的を果たすものとして今後活用されることだろう。

3. 生きるために必要な制度の理解：

介護保険の使用

介護保険は、介護保険証を持つ 65 歳以上の人で、病気、ケガなどで支援や介護が必要と認定された場合と、医療保険に加入している 40 歳～64 歳の人で、特定疾患に該当する場合に介護サービスが利用できる。

介護サービスを利用するためには、要介護認定を受け、ケアプランを作成してもらう。介護サービスは、生活援助と身体介護の 2 種類に分けられる。

サービス利用負担は、原則として利用したサービスの 1 割負担であるが、通所サービスや施設入所の場合、食費や滞在費など利用者負担となるものもある。

要介護認定は調査員による心身状態の調査と主治医意見書により要支援 1・2、要介護 1～5、非該当、に認定される。

ケアプラン（介護サービス）は地域包括支援センターの保健師や居宅介護支援事業所のケアマネージャーに依頼して作成してもらう。

身体障害者等自立支援法に基づく援助

身体の障害の程度によって身体障害者手帳を取得し、障害者の福祉サービスを利用することで、療養生活に必要な便宜を図ることができる。

身体障害者手帳の交付対象の障害区分としては①視覚障害、②聴覚障害または平衡機能障害、③音声機能・言語機能または咀嚼機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害、がある。例えば、呼吸機能障害に該当する場合は、吸引器やネブライザーの給付を受けることができるなど、障害福祉サービスでの給付を受ける際の必要条件となる。

身体障害者手帳の障害度は、最重度 1 級から軽度の 7 級（交付は 6 級から）まであり、障害の程度によって利用できるサービスが規定されており、病状の変化などでの等級の変更や障害名を追加することも大切である。

手帳の交付は市町村の障害者福祉担当から障害区分に応じた身体障害者診断書・意見書をもらい、指

定医師が作成し、申請者が福祉課で手続きする。審査後1ヶ月前後で交付となるため、予測される場合は早めに手続きを行っておくことが望ましい。

また、身体障害者、知的障害者、精神障害者の自立支援を目的として、障害者自立支援法による介護給付と訓練等給付などのサービスが利用できる。主として施設（支援）、居宅（支援）のいずれかで行われる。介護保険に該当する場合は、原則として介護保険の給付が優先されるため、介護保険を使い切っても足りない部分に申請が受理されることが多い。

サービスを利用するには、認定調査による障害程度区分の認定（区分1～6）などにより支給決定される。自己負担は利用した分の1割負担である。

年金、生活保護等

特別障害者手当金や障害者年金は重度の障害や生じた場合支給される。

特別障害者手当金は、身体・知的・精神に著しく重度で永続する障害があり、日常生活において常時特別の介護を必要とする在宅の20歳以上の人に支給する手当金で、月額26440円が支給される。ただし、所得により支給制限がある。

障害年金のうち国民年金の障害基礎年金は、身体・精神・知的に障害があり、日常生活に著しい制限をうけるような状態になった20歳以上の人に年金を支給するもので、障害の程度によって1級と2級がある。

障害厚生年金は、会社勤務の厚生年金加入者が社会保険事務所に申請し、受けることができる。

生命保険の適用

一般に生命保険は被保険者が死亡したときに、はじめてその金額を受け取るものと解釈されがちである。しかし、生命保険はそれがどの保険であっても（民間の生命保険、簡易保険、県民共済などいずれの保険も）生前つまり生きていた今の時点で、その保険金を全額受け取ることができる。それは被保険者が「高度障害」に該当する場合であり、身体（知的、精神を含む）障害の1,2級程度や介護度4,5程度の方々が該当することが多い。高度障害に該当すると思われる場合には、生命保険を全額受け取ることで、家計の安定を図るとともに介護の将来設計を行って、有効にその金額を利用していくことができる。受け取りには医師の診断書が必要。

【6章】 ICF を日本で有効に活用するために

1. 生活機能の重要点

ICFを活用する際、その根幹をなすものは、「生活機能」の向上という視点である。これまで「障害」の原因となる疾病とその治療にのみ目が向けられていた状態から、生活機能を向上させるために必要な生活行為や社会参加は何か、という視点に変化したことが、ICFのもっとも画期的な考え方である。さらにこの生活機能とは障害がある方だけをみるのではなく、全ての人の健康をみるもの¹⁾（大川2008）である。

生活機能とは心身機能（生物レベル）、活動（個人レベル）、参加（社会レベル）の3つの階層構造（図13）でとらえられるものであり、3つ全てを包括したものである。日本語では生命、生活、人生という3つのレベルと考えたほうが非常にわかりやすい面がある¹⁾（上田2008）。