

平成 16 年度厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

身体障害者の障害認定基準の最適化 に関する実証的研究

報 告 書

（第 1 分冊）

主任研究者

岩谷 力（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

分担研究者

柳沢信夫（関東労災病院）

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）

平成 17 年（2005 年）3 月

研究組織

主任研究者

岩谷力（国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所長）

分担研究者

柳沢信夫（関東労災病院院長）

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンターセンター長）

研究協力者

佐藤 徳太郎 国立身体障害者リハビリテーションセンター総長

寺島 彰 浦和大学総合福祉学部教授

平成 16 年度厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

身体障害者の障害認定基準の最適化 に関する実証的研究

報 告 書

（第 1 分冊）

平成 17 年（2005 年）3 月

目次

はじめに

第1章 身体障害者福祉法における障害認定の現状	1
－障害認定担当医師調査結果－	
第2章 身体障害者福祉法における障害認定の課題	
－各分野の専門医からの意見聴取結果（肢体不自由関係）－	64
第3章 障害認定に関する文献の整理	72
第4章 諸外国の障害認定の状況	85
1 アメリカ合衆国の制度	
2 ドイツの制度	
3 フランスの制度	
4 イギリスの制度	
5 ニュージーランドの制度	
6 オーストラリアの制度	
7 カナダの制度	
8 デンマークの制度	
9 スウェーデンの制度	
10 スペインの制度	
11 イタリアの制度	
まとめ 今後のとりくみについて	134

第1章 身体障害者福祉法における障害認定の現状 －障害認定担当医師調査結果－

1. 都道府県実態調査実施内容

(1) 目的

身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究の基礎資料とするため、身体障害者手帳交付認定にかかわる専門医を対象として、制度の運用状況や問題点を調査する。

(2) 調査対象

都道府県（47カ所）、政令指定都市（13カ所）、中核市（35カ所）計95カ所

(3) 調査票 別紙資料1-1、資料1-2、資料1-3、資料1-4

(4) 実施期間 平成16年2月1日～平成16年3月31日

(5) 調査方法

調査票、および、調査票のEXCELファイルを収録したフロッピーディスクを送付し、調査票に記入後、またはフロッピーディスクにデータを入力後、調査票またはフロッピーディスクを返送、または、EXCELファイルをEメールで送付依頼した。

2. 都道府県実態調査の結果

(1) 回収率

①自治体回答数 47/95

②調査票回答数（一部未回答と重複回答がある）

視覚障害用 : 42/95

聴覚障害用 : 47/95

肢体不自由用 : 55/95

内部障害用 : 58/95

(2) 結果のまとめ

以下にアンケートの結果をまとめる。

視覚障害

1. 認定基準について

(1) 追加する必要があると思うか

判定しづらいため、現行通りでよい。

患者の立場から2(2)の複視なども追加されることが望ましいが認定基準としては、より難しくなると予想される。

調節障害・動揺視等障害が著明になれば視力障害を生じそのための視力低下をきたすから視力障害の認定で善い。が等級認定基準を両眼視力にするのが早急な改善であり、等級基準の視力値の見直しも当然で長期に放置しすぎである。

必要ない(A医師) 思わない(B医師) 不要(C医師)

複視の評価を現状でない形で評価してあげたい気がします。(現在の複視評価は適切でない)

ないと思います。

追加の必要はないと思います。特に調節障害はあいまいで、自覚的訴えが主となり混乱を招くと思われる。

ない

必要なし。理由：例えば、調節障害を加えるとなると老視(老眼)の人はすべて障害者になってしまふ必要なし

調節障害等が視力・視野に反映される障害であれば特別に必要性はないと考える。

今のところ特になんとも思われません。

客観的に数字で判断できれば、追加必要。

基本的に視力障害と視野障害で良いと思う。

追加すべきだが、程度判定が難しい。軽いものを入れると、障害が広がりすぎるおそれがある。

思わない。

原則的には、調節障害、動揺視等についても是非追加するべきである。但し、その判断基準を設定するのは、極めて困難であると思われる。

必要無いと思う。

著しい両眼視機能障害や色素異常も検討すべきと考える。

思わない

高次脳機能障害については別の問題と思います。

現行でよい

必要はあると思うが、検査方法などの統一化、公正化の徹底が可能か?

認定は難しく、また手帳に該当させる必要はないと思われる。

調節障害などは判断が非常にむづかしいので現在のままでよいと思われる。

ある

不要と考えます。

調節障害は眼鏡で矯正できる。動揺視は視覚障害として把握できる。したがって、調節障害や動揺視を追加する必要はない。

実用視機能を重視する意味で他の障害の追加を検討する事は必要と思います。

必要ないと思う。

調節障害→不要 動揺視→視力障害で判断できそう。

何級にするかは議論しなければならないが、それ以外の障害も追加の方向で考えて下さい。

客観的に障害の判断できる基準の整備が可能であれば、視力・視野に反映されるものであれば必要はないと思います。

動揺視力は追加の必要があると思われませんが、基準の設定が困難と思われまふ。調節障害は不要だと思ひます。

追加する場合には、日常生活上の支障という観点から、既に認定対象となっている視力、視野各障害とのバランスを考慮しつつ導入の是非を慎重に検討すべきである。

検討したほうが良いと思ひます。

ある。

必要はあるが、評価判定基準決定が難しいと思われる

追加すべきだが、程度判定が難しい。軽いものを入れると、障害が広がりすぎるおそれがある。

(2) 両眼視で評価すべきか

賛成である。以前から、愛知県眼科医会総会などで「両眼視で評価すべき」と中央に働きかけるよう要望している。

両眼視での評価が妥当と思われる。

視力の和で視力値を考えるのが誤りで、議論の余地を認めない無謀（片眼視力が1.5ならばこの人の視力値が3.0となるのを見ても異常さが解るはず）。WHOを参考にするまでも無く早期に両眼視で視力検査を行い視力値として等級認定すべきである。

賛成である。以前から、愛知県眼科医会総会などで「両眼視で評価すべき」と中央に働きかけるよう要望している。

両眼視での評価が妥当と思われる。

視力の和で視力値を考えるのが誤りで、議論の余地を認めない無謀（片眼視力が1.5ならばこの人の視力値が3.0となるのを見ても異常さが解るはず）。WHOを参考にするまでも無く早期に両眼視で視力検査を行い視力値として等級認定すべきである。

一案であるとはおもうが。

両眼視ですべき。（A医師） 両眼視で評価すべき。（B医師） 両眼視で評価すべきだと思う。（C医師）

その方が実際の状態に添っていると思います。

片眼視で視力障害があっても両眼開放視力で視力がでる場合とでない場合とあり、両眼視のほうがいいかもしれません。是非ご検討下さい。

現在の矯正視力値の両眼の和の方法は単純で明解なやりかたでこのままで良いと思います。両眼視という観点から視れば、立体視つまり遠近感があるかどうかと言うことになり、理論的には、両眼のある程度の視力が必要とされたとせば片眼が1.5で片眼が0.2や0.3位でも立体視はむつかしく認定の可能性が出てきます。

両眼視で評価

現行でも差し支えなし。但し、WHOに合わせる必要があれば、慎重に基準を決めることが大切。理由：3級を例にとると、「片眼0.08、片眼0」と「両眼0.04」とを比較すると、文字を読むためには、前者がやや有利、行動の面からは後者がやや有利です。ケースバイケースですが、「視能率」という点からは前者でも決しておかしくないと思います。

両眼視視力での判定の方が良いと思う

両眼視にすべきと考える。

同感です。

両眼視の方が日常生活という観点からは妥当。しかし、複視の場合もあり、評価が難しい。

両眼視での視力評価の方が良いと思うが、片眼が0.1、もう一眼が0の患者と両眼とも0.1の患者が同じ等級になってしまうのも問題がある。

両眼視で評価すべきである。

賛成。

両眼開放下での生活が日常であるので、是非検討するべきである。

両眼視でよいのではないか

両眼の視力の和をもって認定することはおかしいと思われる。両眼での視力をもって認定を行うことが適切かと思う。

片眼視力も考慮した上で最終的には両眼開放視力にて評価すべきと考える。

両眼視で評価すべきと考える。

今まで通りでよい。

両眼開放での最適矯正視力で矯正すべきと考えます。

評価は両眼視でよいが、単眼の視力検査もおろそかにしてはならない。

両眼視での評価が良いと思われます。

WHO基準を採用した方がよい。

両眼視で評価することは日常生活と結びつきがあり評価できる。

両眼視が望ましい

両眼視がよいと思います。

日常生活能力の判定には、両眼視での等級認定の方がよりふさわしい。

両眼視での等級認定について検討する必要があると考えます。

両眼視で評価すべき。

両眼視で評価すべきと思う。複視のある方は、別に考える必要あり。

両眼視の評価に賛成です。

障害者の日常生活能力の観点からは、両眼視で認定する方がよいと思います。

やはり、世界基準の方が意味があると思います。

単なる個別のデータのみを重視することなく、日常生活能力という観点を認定上加味することは重要であると考えます。

両眼視で評価するほうが実際的だと思います。

両眼視で評価すべき。

両眼視も評価すべきでしょう。

両眼視力で評価すべきである。

(3)5級と6級の実態と運用上の問題

(2)の判定方法にすれば、解決する。

(2)での評価となれば、解釈されるのではないか。

視力の和とするのが諸悪の根源で、両眼視力で視力値を出し等級認定すべきでそれを放置しておいて、後述の矛盾した視野障害を改善するのはおかしい！視機能障害者の救済をするには視野も重要な項目ですが、結果はやはり視力が主体になり重視されるべきであるはずで、視力の等級認定基準にも救済の方向で手直しすべきです。

認定の細かいところを言えば矛盾に見える所はいくつもあるでしょうが、公平という点からは数字で決めなければいけないので、やむを得ない。

(2)と同様両眼視ですべき。(A医師) 両眼視での評価基準を作るべき。(B医師)

片眼では0.1、0.2でも両眼開放視力で0.2の場合もあれば視力が調節によりでる場合もある。0.01と0.6より0.1と0.2の方の他が見にくさを感じる人が多いかもしれないので、改正を検討すべきと思前者の方が後者よりはるかに生活には不自由だと考えられ矛盾しています。因に、後者の方の場合0.6の視力の眼が150°以上の視野があれば原付免許は与えられます。

(2)のように改定すればよい。

等級の不公平は、これに留まりません。等級にそって判定しているので、運用上の問題はありせん。最初に決めた意図が分かりませんが、6級は両眼視機能(遠近感・立体視)の障害を重視してあるのではないのでしょうか。5級は現行で妥当だと思います。

両眼視力測定により行えば前者も認定の対象になると思う。

両眼の和ではなく、両眼視を採用することで解決されると思う。

多少の矛盾も感じますが、代替案もなく、現状で問題ないと思われます。

級まで両眼の視力の和で認定していたものが、6級で突然片眼ずつの視力の評価となってしまうので実例のような矛盾が生じる。視力に関しては6級の基準は再考すべきだと思う。

これも両眼視で評価すべきである。

両眼視力で判定すべき。

片眼が光覚であっても他眼が0.6であれば、まず普通の生活が可能である。(2)にあるように、両眼視下での視力で評価するべきで、仮に片眼0.1他眼0.2とすると、両眼視では0.2場合が実態にそぐわない。本人の不自由さを勘案すべきである。

両眼での視力にて認定を行えば、こういう事態は起こらないと可能性が高いと思われる。

5級と6級の程度の違いが分かりづらい。片眼が0.02以下であれば、他眼の視力との和が5級以上に該当するか、又は他眼は正常なため、障害に該当しない事が多い。また、現在の基準では、日常生活能力が明らかに悪い例が認定されない可能性があるため、両眼開放視力を考慮して視力の評価をすべきと考えます。

前者の矯正視力の和が0.3と後者の良い眼の視力が0.6を比較すると、認定の対象とならない前者の方が日常生活に不自由していると思われませんが、運用上の問題は、現在のところ、発生していません。

道路交通法では運転免許の視力に関しては両眼視視力である。文中の例では前者は6級にも該当せず原付免許も不可であるが、後者は6級に該当し、しかも原付免許も可となり矛盾が生じる。

特に問題となったことはない。

いつも矛盾を感じています。

問題ないと思う。

今のところなし。

患者への説明が難しい。

ここに述べている様なことが起こるが基準を作るには良い方法の一つであると思う。

視力の和とするのが諸悪の根源で、両眼視力で視力値を出し等級認定すべきでそれを放置しておいて、後述の矛盾した視野障害を改善するのはおかしい！視機能障害者の救済をするには視野も重要な項目ですが、結果はやはり視力が主体になり重視されるべきであるはずで、視力の等級認定基準にも救済の方向で手直しすべきです。

特に問題となった事例はない

0.1以上の時、生活上の「両視力の和」ということはあまり役に立たないと思います。両眼の矯正視力0.3という時は、実質0.3とすべき。0.1以上は片眼でも良い方の視力のみ採用すべき。片眼失明、またはそれに近い状態は、立体視ができない遠近感がないなど、障害の程度が大きい。したがって、現行の認定基準はそれなりの意味はある。視力障害の認定は「両眼矯正視力の和」と「両眼視」の二本立てが望ましい。

(1)(2)と同様な面がありますが、両眼視能の障害を片眼の視力が悪いことから評価できる一面もありますので現在の方法の利点もあるが、数値等を検討する必要があると思います。

運転免許がとれないという意味で他眼0.6は意味あると思う。

問題あり、改善すべき。

今後、両眼視の視力で考えていけば、これらの矛盾は改められると思う。

現行では、認定基準どおり認定しています。日常生活能力を認定に取り入れるならば、上記の両眼視による認定が望まれます。

現状では、基準に従うしかないと思います。

実態としては、視力の和が比較的低いにもかかわらず認定されないケースはある。ただ、統一的な取扱いが求められており、公平の観点からすれば矛盾を抱えたまま認定を行っているのが現状である。

上記のような、中心視力が両眼とも悪い人でも身障者に該当しないケースでは、視覚補助具の購入が全額自己負担という実態を考えると視力障害の等級の見直しが必要なのかと考えます。

現状で良い。

片眼が0.6で視覚障害というのも少し問題があるとも考えられますので、片眼が0.2~0.3以下と限定してもよいでしょう。

これも両眼視力で評価すべきである

(4) 視野障害損失率導入の字たちと運用上の問題

視野の判定は「求心性視野狭窄であって、その上で狭いもの。」とされているが、大きな中心暗点の場合や、網膜色素変性症などでは、視野障害はあるのに、該当等級が無いのは問題である。

損失率の理解が完全に成されていないのか視野測定の基準が明確でなく理解されていない。全てが560度で考慮されて提出されますが、1/4指標で求心性視野狭窄が10度以内の場合には1/2指標で中心視野を測定して視能率は560度から算定しますが、周辺視野が10度以内で無い場合も1/2指標で中心視野を測定して視能率を560から算定してくるのが大部分で2級と申請がくる。緑内障末期には1/4指標でのイソプターは中心部と周辺部が切れていれば、周辺視野の残存は無視して、1/2指標の中心視野(10度以内)の視能率(当然80度)を出し損失率を出せばよいとなった様ですが、これでも560度で申請されております(結果は同じになりますが560ではなく80です)これでは緑内障以外では救済されにくく、残存周辺視野では実生活に不都合だから救済というならば1/2指標の中心視野測定だけに変更されれば好いのでは?10度が最善ではないから15度以内の中心視野でも良いですが、これだと120度ですから560ではなく120となります。緑内障だけとか病名で差別するのではなく、単純明快に誰がどのようにしても同じような等級になり救済出来るのが本当で、検査のやり方や申請の書き方で2級であったり5級になったりするのとは異常です。視力1.2あるが残存視野が無く2級とかの例もあるそうですが、視力0.1と0.03でも残存視野(周辺)があれば5級です。視野の損失率の出し方が正確になればその率によって視力値の換算(両眼視力が0.08がその50%の0.04)とかする方法を議論して最終的には視機能は視力値が主であるべきでは?

1 記入に際してきわめて面倒。 2 視力・周辺視野と合わない例の多発。

損失率の意義が不明。視力か視野のどちらかですべき。(A医師) 特になし(B医師) 自動視野計による損失率でのデータも認めていただきたい。(C医師)

求心性狭窄がないのに損失率を記入する先生がかなりおり、障害認定基準の視野障害の所にわかるように記載していただきたい。

今のところ特にありません。

視能率で等級が判定される疾患が、網膜色素変性にはほとんど限られていることが問題。現行の判定法では、障害の程度からは網膜色素変性なら該当する程度でも、緑内障で不規則な視野狭窄の場合には、10度以内という規定にしばられて視野障害に該当しない場合もでてくる。

ゴールドマン視野計を標準にしたことが問題。視野計をゴールドマン視野計にすると、暗順応した状態でそくていするので、暗順応に障害のある網膜色素変性の場合、他の視野計で測定した場合や明るい箇所での視野よりかなり狭くなる。また、指標も1/4と1/2とで、視能率を測定すると、視力1.2あっても、視能率で95%以上の損失率で2級となってしまう場合もでてきている。この場合、明るいところでは殆ど支障なく、読書などにも支障がない。網膜色素変性以外の疾患で2級(視力障害)の人とかなり不公平な結果となっている。ゴールドマン視野計と限定するならば、視力の縛りも必要と思われる。

求心性視野狭窄のみならず、全てに損失率を導入し、実際の日常生活の不便さに等級を近づける。視野での認定は、まず視野異常（狭窄）をきたす疾患が存在することが前提であるのにもかかわらず、視力低下のみの疾患で単に視標が見えないということで認定を申請する眼科医が多い。ゴールドマン視野計を用いた場合の視標が、周辺視野ではI/4、中心視野ではI/2となっているが、高齢の患者などではこの指標自体での検査が困難なため正確な検査ができず、検査結果が異常となってしまうことが多い。また、「身体障害認定基準の取扱いに関する疑義について」には、求心性狭窄の場合I/4での視野が10度以上であっても、I/2で損失率が100%であれば2級相当であるとなっているが、これは矛盾していると思う。

損失率を算出する上で必要な中心視野を測定できない場合が少なくない。大きい視票を用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。

視野障害が認定基準に追加されたことは良いが、損失率の基準が不明確である。実際に求心性5度以内と10度未満とで、実用的には不自由さは変わりなく大きい。また、周辺部が残っている場合の基準（損失率の計算も含め）が必要と考える。

視野障害については多くの矛盾点がある。10度以外の周辺に残っている島状視野の扱いなど、整理されることを希望する。

中心視野については、10度以内、5度以内、損失率1/2以上の三段階の認定にすれば良いと思う。

原因疾病が複数重なっている場合、I/2、I/4の視標では視野がでないことがあるが、求心性視野狭窄を客観的に証明できない場合、疾病の種類等を根拠としてもよいのか。

I/4で10度以内でない損失率は考慮されないということを知らない眼科医が多くて困る。

よいと思います。

I-2、I-4だけでは狭窄の内容がわかりづらいのでV-4の視野が必要と思います。

静的視野の評価

現在ゴールドマン視野計を使っている所は非常に少ない。殆どが静的量的視野を測定している。ゴールドマンでI/2の指標は少し視力が低下していれば10°以内の狭窄となり、実際的でない。I/4にすべきである。損失率90%と95%では殆ど差がない。

視野障害の4、3、2級は、I-2の視標で10度以内かつ求心性視野狭窄であることが求められている。秋田県では、内規を作り、求心性狭窄をきたす疾患（緑内障、網膜色素変性症、視神経症ないし、その類似疾患）のみに限定した。視野のパターンをどう考えるかが眼科医によって異なり、もう少し厳密な規定をつくるべきだと思います。かなり混乱しています。

求心性視野狭窄に該当しない視野障害については視野欠損1/2でしか障害に反映されない。

I/4で10度を少しオーバーしていて、I/2が全くとれないときでも5級相当というのに違和感を感じます。

①中心性視野狭窄の定義のため、2級と5級との格差が大きいこと。②中心暗点なのか輪状暗点なのかで取扱いが異なること（日常生活上支障については変わらないと思われる）

煩雑である。

もう少し使いやすく工夫すべきです。

損失率を算出する上で必要な中心視野を測定できない場合が少なくない。大きい視票を用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。

(5) 高次脳機能障害などの認定はどのようにすべきか

大変難しいが、一般眼科医では判定できない。専門的な医療機関で、認定をすべきである。

脳機能判定を主判定にすべきで、視機能といっても脳機能が元です。

認定しないでもよい。（公平性の観点から安易に認定すべきでない。）

脳障害知能障害者については別の基準を設ける。（A医師）1級とすべき。（B医師）実際判定する私も困っています。（C医師）

所見が明確であればそれを認めていく方向がよいと思われる

明らかに視覚野の障害が脳の検査所見でわかれば相当する障害を推定するが、視覚障害の認定は困難と思われる。乳幼児の視力を検査するいくつかの検査を試してみると参考になると思います。

視覚誘（導）発電位（VEP）やERGなどの電気生理学的検査法を取り入れていくべきと思われます。

眼科以外での認定が望ましい。

他覚的所見を重視して、眼科的に判断する。眼底検査で視神経萎縮の所見があるとか、瞳孔反応やCTやMRIなどの画像診断で脳に障害が明らかに認められる場合など、医学的に判断することはそれほど困難なことではない。視力が測定できなければ、手帳の認定をしないというのではなく、専門的に検査できる施設に依頼すべきである。

眼科での認定には無理がある。

眼底所見や対光反応の有無により、明らかな障害を認められる場合は可能と思われる。

申請者の判定。「総合所見」等で所見から推察される機能障害につき第三者にも納得できる説明が書かれるべきだと思われる。申請者の書き方によります。

3歳未満の場合、3歳すぎて認定。VEP等で必要があれば認定する。

眼科学的に高度の視覚障害をきたす病変があれば、推測での認定もある程度可能だと思う。眼科病変がなく、中枢性視覚障害が疑われる場合の認定は難しいと思うが、そのような高度の全身障害がある患者は、視覚障害以外での認定でも充分ではないか。

3歳未満では未熟児網膜症などを除き、発育によって障害程度が変化する可能性があり、1、2級低い程度で認定すべきであろう。

判断できない。

これも、他覚的に評価できる基準を作るべきである。視覚誘発脳波などで評価できる施設はよいが、一般的ではなく、どの施設でも判定し得る方法を定め、暫定的に認定することが望ましい。

脳障害で対応すべき

視機能での認定は出来ないと思う。視力測定のはっきりする6歳以上での認定が適当であると思われる。ただし、特段の指導等を行っている場合は、3歳以上での認定も否定は出来ない。

VEPやPL視力等も測定すべきかもしれませんが、開業医レベルでは困難である。難しいかもしれないが、日常生活での活動性から障害程度を推定する基準の検討が望まれる。

高次脳機能障害を持った者については、正確な測定値が得られないため、判定困難により障害非該当としています。幼児については、身体障害認定基準の疑義解釈にもあるとおり、将来再認定を条件に常識的に安定すると予想し得る等級を認定しています。

視覚障害の程度が判らないので認定が困難である。

ERGやVEPを施行できればよいが施行できない場合は大目にみて通してあげている。

正確には不可能です。従って、明確に見えない例以外は困難です。

わかりません。あるいは視覚機能測定不能者として眼科的障害の有無に関わらず視覚以外の認定基準を設けるか否か。

患者の行動から判断することの出来る基準が必要。

客観的根拠（医学的所見）があれば、指定医師の判断でよい

現場にある程度の判断をまかせ、その意見をもとに判定する。

乳幼児視力判定法であるPL法で視覚機能を測定する。

他覚的な検査で評価できるなら、認定はしても良いと思われます。（現在でも認定している例はあると思われます）

1級くらいならおおよその行動で判断できるが、軽いものは不明である。

現状のように医師が総合的に判定せざるを得ない。

総合的にすればよいと思います。

眼底所見等医学的に根拠のある所見に基づき認定すべきであると思います。

他覚的所見（眼底所見、CT・MRI所見、VECP、ERG、日常行動）を総合して判定してよいことにすべきと考えます。数値にこだわりすぎるのは非人間的対応と思われます。

客観的なデータによることが出来ない場合は、原則、データが得られる段階で評価を行う取扱いとし前眼部・中間透光体・眼底所見と、日常生活行動を総合的に評価して認定するしかないと思います。

眼科専門医の判断で仮の認定を行い、15歳頃に数年経過をみている医師が決定したらよいでしょう。

3歳未満では未熟児網膜症などを除き、発育によって障害程度が変化する可能性があり、1、2級低い程度で認定すべきであろう。

(6) 対数視力に変わろうとしているのをどう思うか

まだ、時期尚早と思われる。

現在の日本での測定方法にはなじまないのではないか。

認知度が低く、混乱を招くだけ。先ず両眼視の視力値と基準の改正が必要！現行が何年放置されていたかを考えると生存中には期待してはいたませんが、抜本的な視機能障害救済基準の完成を精力的に断行してください！一部緑内障末期や網膜色素変性症や糖尿病に限定するので無く、視機能異常者を他の福祉救済以上に手厚くするべきです！

それでもよいが、臨床現場に混乱を生じる。

低視力者については、対数視力の方がよい。(A医師) 時期尚早。(B医師) 分からない。(C医師)

導入が望ましい

一般の眼科（ほとんどの所）は対数視力表がないため、主治医が診断書を書けなくなります。

logMAR視力を採用する必要は現時点では全くないと考えます。LogMAR視力表を設置している医療機関はほとんどなく計算式で換算するのは、かなり複雑です。それに、たとえば小数視力（今のやり方）1.0はlogMARでは0.0で小数視力0.1はlogMARで+1.0となり、一般に理解してもらえるでしょうか。

一般人に分かりにくいいため、現状のままがよい。

視力はあくまで、現行の小数視力で行う。対数視力は、治療効果の判定や、視力の向上などの研究的な視力には有用である。研究面では、対数視力でなくてはものが言えないのはいうまでもない。しかし、日常の眼科診療や学校での視力測定などの実際面は小数視力が適している。対数視力は、最近の傾向ではなく、以前からあったもので、実用にそぐわないため普及していません。

今のままでよい（臨床的にはまだ普及していない）

実際的で広く採用されていることが条件と思われる。

当面はlogMARから数値で示して記述してもらえばよいと思われます。いまだに5m視力表からの視力値のほうが圧倒的に多いので。

log MAR視力は、まだ一般的に普及していない。

まだ一般的ではないと思う。

対数視力はまだ一般に用いられていないから適当ではないだろう。

今のままでよい。

賛同する。

当分の間は変更不要

視力測定は現状のまま構わないと思われる。

将来的には対数視力を導入してゆくべきと思うが、普及性を考えると、現時点では時期尚早と思われる。

現状では対数視力はまだ十分普及していないので無理があると思う。

いままででよい。

Log MAR的な段階にすべきだと思います。

両眼で評価するとよいのではないのでしょうか。

ある程度の普及を待ってからが望ましい。

普及していないので現在はむつかしく、又、測定は複雑である。

日常生活能力がより適正に評価できるものであれば導入が望ましい

よくつかわれる一般的視力表が対数視力に変わるなら、それもよい。

対数視力の方がよい。

現在は対数視力を使用している施設は少ないので、検討課題でまだ良いかと思ひます。

対数視力が測定できる装置をもっている所はまだ非常に少く、時期が早い。

クリニックで対数視力表を有しているところがあるかどうか。

log MAR視力はまだ一般的ではないようです。開業医の先生がまだあまり使っておられないようです。

現行と比べ間違いやすい面や慣れもあるかと思われ、今後どの程度普及するかが問題と思ひられます。

まだまだlog MAR視力がどこでも行える状況ではないため、時期尚早と考えます。

従前の基準との整合性を踏まえつつ、より普遍的な認定基準の導入の是非を慎重に検討すべきである。

当面現行でいいと思ひます。

まだ普及するには時間が必要。

対数視力が良いと思ひられますが、広く使われていませんので時機尚早です。

対数視力はまだ一般に用いられてないから適当ではないだろう。

2. 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

(1) 視力障害、視野障害の実態と運用上の問題

1-(4)と同意見である。

現行の変な中心視野計測基準になって、視野障害者は優遇になった面がありますが、単に視力障害が主の視力障害者の日常生活不便さが冷遇され過ぎです。幾ら視野が狭くても危険を考慮しなければ0.7あれば運転免許は更新可能ですが周辺視野が残っていても0.5では更新できません。まして0.2なら対象外。前述の様に中心視野の損失率を両眼視野の視力値に影響させる計算式を熟慮作成して、判定基準は視力値に統一するという抜本的簡略明解にすべきでしょう！其の規則基準を変更せずに便宜的な一部手直しでは、申請医による差が大きすぎて、あそこへ行けば2級は簡単！あそこは6級にもしてくれないという患者様の噂が出るのは好ましくはないし異常です。

全くその通り。最近、高度障害でも、たいていのことが可能な方が多く見受けられる。どちらか等級の重い方をとる。(A医師) その人のライフスタイルにより状況が異なるため、現在のみままでよい。(B医師)

視野障害は眼球を動かす(視線をあちことうつつ)域は顔を回転さす事で視野の狭さをある程度代償できますが視力障害は不能です。

視野障害は2級までであるし、現状のみままでよい。

手帳の等級は、視力・視野といった客観的に判定できる基準でよい。日常生活能力というあいまいなものは、個人の能力など、視覚以外の要素もあるので、適さない。

重複する場合は等級が上位になることで、対応できていると思われる。

個人差も多いのでは？

視野障害を厳密に審査すればそうでもないと思うが、現在行われている書類審査上では、視野障害についてはかなり甘く、視力障害との不均衡が存在していると思う。

視力と視野の指数を単純に合計する方法は必ずしもよいとは思われない。

①現行の視力基準を両眼視に変更 ②視野基準をもう少し細分化周辺視野と中心視野を数字上で同一視せず、真の視野損失率、視野能率を考慮すると実態に合うと思われる。

付随要素が多いため、日常生活の不便さを視機能から客観的に差をつける事は困難であると思われる。視野障害と視力障害とでは、日常生活の不便さの質が異なるので、どの程度不便さに差があるかは、比較しづらい。

視力障害、視野障害の不便さの比較は難しい。

問題を指摘されたことはない。

行動(移動)と視力による情報取得は別の不便さですから、比較することそのものが難しいです。

(残存視神経線維数を計算できれば統合できるかも知れませんが)

網膜色素変性症の様な場合は、夜盲を伴っているので、等級を上げるべきだと思う。

severeな方(1~2級)はあまり変わらないのですが、それ以下の方に症例により(同じ級数なのに)かなりの差があるようです。

視力障害と視野障害は本質的に異なるので、障害程度を等級で比較することはできない。

視野障害がI-2で判定されるために両等級間の軽重の差が出ることが多い様に思います。V-4等の大き目のイソプターを判断することで視野障害のあいまいな部分を少なくできるのではないかと思。高度視野障害の方が日常生活でははるかに不便である。(一人歩き不能) 視力障害は高度でも視野が広ければ一人歩きが可能である。自転車にでも乗れる。

むずかしい問題。

視力障害と視野障害の重複する場合は、指数により上位等級となる場合があり対応できていると思われるます。

御指摘の通り差があると考えます。

厚生労働省の示す認定基準上、視力障害における複視の取扱いには記載があるが、視野障害における複視の取扱いについては記載がなく、日常生活上支障があるにもかかわらず、申請すら行われていないケースもあり得ると考えられる(当県では、平成16年に1件申請あり)。

日常生活行動の不自由さは視野障害の2・3級の方が大きいことがあると思います。

問題はありますが、等級の上の方を取ればよいでしょう。

視力と視野の指数を単純に合計する方法は必ずしもよいとは思われない。

(2) 複視がある場合の認定について

片眼遮閉して、良い方の眼の視力で判定する。

認定基準に追加されることが望ましい。

不便さは理解できますが、視力の程度が問題で、片眼遮蔽での生活指導と片眼だけの視力で視力値判定するのが妥当では？

片眼0との判断のままでよい。

複視は別の基準又は従来どおり。(A医師) 単眼視させ、視野視力を単眼として評価。(B医師)

現在の区分は不適切と思われる

プリズムや手術で治らない症状固定している複視に関しては、片眼の良い方の視力視野のみで障害がないか判定する。プリズム等で矯正可能であれば両眼の機能を参照する。

複視では認定の必要はないと思われます。複視は後天性に生じた直後は、かなり生活に不便ですが症状固定の時期では、たいてい片眼の視覚抑制が起こり、それほど生活には不自由しないものです。

特に不便を訴えられた事例がない。

複視については、すでに、片眼しか使えないと考えて、0.6以下であれば6級になっている。これで、良いのではないか。なお、複視は、程度によりプリズム眼鏡あるいは眼筋の手術で矯正できます。

手術、プリズムメガネなどでかなり改善される場合があるので、身障としての認定は難しいと思う。非優位眼の視力を0として取り扱うことで認定している。

結局は片眼を閉鎖した状態での障害認定となるかと思われます。

片眼遮蔽で良い方の視力で認定してはどうか。

非優位眼を0とみなす方式で良いと思う。

高度な場合は認定すべきだが、判定基準を厳密にすべきで、軽いものや一時的なもので認定すべきでない。

プリズム眼鏡や手術の方法あり。また、片眼を遮蔽する方法あり。特に認定は必要なし。(片眼の人と不公平感が出る。)

複視が固定している時は視力の良い者ほど困難を訴える。従って、両眼視での両眼単一視の領域(この測定法は確立している)から判断するようにするべきと考える。

視力障害の判定を両視野で評価することになった場合には、認定基準に加えられるべきである。

慣れの問題もあり、認定は困難であると思われる。

複視のため片眼を遮閉しないと日常生活ができない場合は遮閉眼の視力を0として評価すべきと考える。また、両眼視機能障害を視覚障害のひとつとして検討すべきではないかと考える。

複視は視力、視野障害のように程度を判別するのが難しいと思われる。また、必ずしも、程度と日常生活の不便さが相関しないと思われる。

7級にしてあげてはいかがでしょうか。

片眼で十分見えれば障害認定できないと考えます。(そうでなければ、片眼失明は無条件に障害認定となります。)

難しい問題ではあるが、年月が経てば単眼視となり複視が消失することもあるので、一概に言えないが、実際問題としては5~6級と認定すべきではないか(要再審査の上)

実際に複視がひどいのに視力が良い為、日常生活ができず、かつ、認定がなく苦しんでいる方がたくさんいます。

認定するのは良いが、詐盲と同じことが生じやすいと思われるので注意する必要がある。認定がむづかしいと思う。

認定する場合、複視の程度、日常生活の不便の程度について客観性の高い評価方法を確立する必要がある。

複視については認定しても良いと考えます。

複視で日常生活が不便な場合は片眼を遮蔽する必要がある。したがって、日常生活能力としては、片眼失明と同等に扱われるべきだろう。

内容によっては片眼のみを視力として認定しても良いのかと思います。

正面視での複視でプリズム眼鏡で容易に複視がなくなる場合(血*斜視など)は非常に不便であるので片眼視と認めればよい。側方視の複視はそれほど不便はない。

片眼失明と考えてよいかどうか、わかりません。

例えば、視力が両眼1.5でも複視があればかなり支障を生じています。特別に障害程度として設けるべきだと思います。

認定基準上、両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼を視力0として扱うことになってい片眼を遮閉すれば、複視は解消するので、仕方ないと思います。

複視の客観的データ及び支障を生じているという指定医師の所見を得られるならば、認定すべきと考えられる(厚生労働省から既に回答あり)。

片眼失明している人でも、他眼が視力0.7以上あれば障害者にはならないことを考えると、複視での認定はこれまでどおりの方針でよいと考えます。

判定の基準が難しい。

複視は治癒することが多く(手術を含め)、恒常性のもののみ認定すべきです。

高度な場合は認定すべきだが、判定基準を厳密にすべきで、軽いものや一時的なもので認定すべきでない。

3. 認定時期について

再認定時期、実態と運用上の問題

身体障害者手帳をすでに持っており、白内障の手術をしてずいぶん良くなっているかたが多々ある。手帳交付者全員に対し、5年毎等、定期的に再認定すべきである。(1、2級で症状変化のないかたは除く。)老人性白内障の病名のみで、体調不良(糖尿病、胃炎など)・老衰等の付記があるものは障害認定をしているが、このような場合については体調がよくなり手術を施行する可能性がある。手術を施行したかどうかの確認も兼ね、2年後の再認定としたほうが良いと思われる。乳幼時期に認定したものは、6歳時に必ず再認定すべきである。

改善する視機能異常は少なく、増悪が大部分ですから、悪化すれば不満があれば申請医が判断して再認定申請すれば良い。

特に感じない。

3～5年で再認定すべき。(A医師) 3～5年で全例再認定とすべき(B医師)

手術等で回復可能性のある場合において本人が希望しない場合です。

改善不能な場合の一級は妥当だが、2級や手術加療により、改善するかもしれない疾患の「認定なし」はおかしい。

「5年に一度位は、免許の書き換えのように義務付けたらどうか。3歳以前に判定を受け、大人になっても同じ手帳を所持している人が珍しくない。白内障手術など手術を受けたら必ず再判定が必要と考える。」

3歳未満児については、6歳時点での再認定を要綱で定めている。又、手術等により軽度化が予想される場合も同様に扱っている。

OP拒絶の場合、OP後認定の判断があってもよいと思う。

回復の見込みのない高度障害(1級)は必要ないが、その他は認定医の判断に任せるしかないと思う。再認定の時期を示して、その時期に再度診断してもらうことにしているが、実効性をあげるためにはその時期を過ぎれば失効するぐらいの運用をするのが理想。

日常生活で支障があり、認定による恩恵がある(リハビリが必要と思われる)場合に認定すればよい。しかし、現病が活動性で治癒による回復が望める場合は、当然見あわす。治療中であっても進行性であれば、希望すれば(又はリハビリしたほうが生活が良くなれば)認定してよいと考える。

概ね3年で問題無いと思われる。

手術等による改善が見込まれる場合は、再認定を行う必要がある。しかし、症状が固定していない症例に対して再認定の時期を決定するのは困難なことが多く、一律に統一しておいてもよいのではないかと思う。

再認定が必要という項目があることは大変ありがたいと思っております。

白内障手術後の再認定は、術後半年で行うべきだ。

医師によりかなり、その時期にバラつきがあるようなので、疾患毎のおおまかな参考再認定時期を決めておくとよいのではないのでしょうか。

本人が申請しない限り、再認定できないため実効性が十分得られない

どのような条件があれば、再認定の時期について記入するかということがはっきりしていないように思います。

白内障手術後1.0の視力が得られても、なお身障手帳の1～2級を持っている者が時々いる。高度障害の人の再調査をすべきだと思う。あるいは通院先の眼科に現在の視力を聞くとか、何かすべき。

現状でいいと思う。

再認定要綱で3歳未満については、6歳時再認定を付すことになっています。また、診断医の診断により認定時期を付したものと、及び軽減化が予想される所見(手術等)の場合は再認定を付した認定を行います。

疾患ごとにある程度決めた方がわかりやすくなると思います。

何らかの事情により手術を行わない場合には、確認を取った上で、再認定を付さない場合もある。

申請書を書いた医師が判断し、再認定の時期を明記するのがいいと思います。

再認定は同一眼科専門医がすべきで、それが困難なときは再認定医と障害者の理由書が必要とすべきです。

再認定の時期を示して、その時期に再度診断してもらうことにしているが、実効性をあげるためにはその時期を過ぎれば失効するぐらいの運用をするのが理想。

4. 症状固定の時期について

実態と運用上の問題

治療中の場合、症状固定の時期は難しい。一応症状固定として、1年後に再認定をつけ判定することがある。

個体差がありすぎますから、各症例：申請医の裁量にすべきで行政の関与すべき事案ではない。

書く必要はない。

徐々に悪化傾向のあるものについてはその都度認定する。改善の見込みがある者については、発症後6ヶ月。(A医師) 明確な時期は分かりかねる。(B医師)

白内障など治療の前に障害認定をうける場合は、現在の症状としては固定していても、手術等うけた時は必ず再認定をうけるようにしないと適切でないと思います。

この場合も3.と同様に手術後本人が希望しない(拒絶等)の場合です。

特に問題はなし。

「症状固定日を記載させられるが、あまり意味がない。進行性の疾患などが症状が固定することはない。」

脳血管障害、球後視神経炎等で、発症後1ヵ月程度で申請があり加療後一定の期間を経過し、症状が固定した時点での診断をお願いしたことがある。

「症状固定」とする判断は難しいと思われます。

発症後短期間でも回復不可能な疾患もあるので、弾力的に判断していいと思う。

疾病によって異なる。

症状固定しないと認定しないということではなく、回復が望めなく、現在で支障があれば、活動性であっても認定してよいと考える。そのほうがリハビリを早期に開始でき、効果も大きい。

症状固定の時期については、15条指定医の判断に委ねて問題はないと思われる。

症状が固定していない症例に対しては、再認定の時期を設定するので、障害固定時期を記載する必要がないと考える。

白内障による視力障害により身体障害者手帳交付申請される場合が多く見られます。白内障は、手術の予後が良好なため、術後の診断による障害の評価が適当であります。白内障による視力障害の診断が時期尚早であることへの指定医師の理解が浸透していません。障害の評価にあたっては、老化による体力減退により手術を受けられない等諸々の事情が想定されますが、時期尚早により身体障害者手帳交付申請を却下しています。

病気によって違いますので…

固定が明確なものについては、其の時点で検査の上、実態に即した診断、判定を行うべきだと思う詐病に留意

上記3と同様です。特に「オペ」をしたか否かなど、この点に関しても参考基準を作成した方がよいのでは？

症状固定の時期とはどのような事を示すのか、又必ず記入する必要があるのかということがはっきりしていないように思います。

我々には殆ど意味がない。

現状でいいと思う。

脳血管障害が原因とした肢体不自由の場合は、3ヶ月未満の場合再認定を指導する等の疑義解釈があるが、脳血管障害を原因とした視覚障害の場合は固定時期について判断が分かれると思います。

症状固定の時期も申請書を書く医師が判断して明記するのがいいと思います。

Case by caseでしょう。

疾病によって異なる。

5. その他意見

視力が0.6、周辺視野30度で、中心視野はゴールドマンのI/2で0という申請が時々ある。視力があるため、視野が測定できない点が疑問である。視野の測定についてはもう少し厳密にし、視野の指標基準を見直す必要があるのではないか。

視野は自覚的検査であるが、症状と合わない視野図の記載が余りに多い。

高次脳障害、知能、精神障害者、高齢者、若年者、所得等による等級認定基準。(A医師) 特になし。(B医師) 自動視野計による視野測定の認可を是非お願いします。(C医師)

病院によっては患者さんの希望によって判定基準が異なったり、診断名と検査データが合わないことがあり、困る場合があります。(来所してもらい認定しますが…)

視野障害について、視野狭窄をおこすような疾患がないのに視力が悪いから I/4 の指標がみえないので5級相当と求心性視野狭窄はおこりそうにない病名で I/2 の指標が見えないので2級を申請される場合がめだちます。周辺視野は V/4 (現在の診断書の周辺視野図の破線でかこまれた正常範囲は V/4 によるものと思いますので V/4 で判定する方がわかりやすいと思います) で行い、求心性視野狭窄についても V/4 での周辺視野を添付していただければ判定しやすいのですが、いかがでしょう。

求心性視野狭窄の判断に困ります。低視力で I-4 の指標が見つらければ結果的に周辺視野も殆んど得られません。元来は網膜色素変性症のような求心性障害をきたす疾患に適用される様考慮されたとお考えですが、糖尿病網膜症(とくにレーザー後)や黄斑変性等にも適用させて申請してくる先生方がいますし、判定者自身も判断に困る事があります。

一般診療医に対する教育をホームページ等を通じて行うとよいと思う。講習会を開いても参加は少ないだろうと思われる。症例集等の具体例をいつでもインターネット上から知ることができるようにすることが望ましい。現在、リハビリテーションに対しては保険点数がつかないので、積極的に認定を希望する医師や人が少ない。そのためには、点数化が急がれる。

視覚障害の判定は自覚症状によるものが強く、他覚的所見と一致しない事が多く判断に窮する場合があります。複数の医師の診断が出来るようなシステムも検討していただきたい。

公平であることと患者さんの役に立ちたいという間で悩みます。

①医師、施設によりバラつきがある。②解釈の仕方にバラつきがある。特に視野障害の求心性視野狭窄に関し疾患と限定するのか(例えば緑内障、網膜色素変性症)、全く限定しないのかなど、統一を図るための勉強会や更新のための研修会をやったらどうでしょうか。

白内障で視力障害があり、本人が手術をしないといわれた場合の認定にとまどう。

診断書を本人に渡さず、直接医師から*場の方へ送るようにしてほしい。

明らかに詐病と判っても、書くよう強要される。また記載した診断書に不満を云う。

詐病が明らかで診断書を書くことを拒否しても、他院に行って簡単に書いてもらう。この場合、前医師が診断書-詐病の-を役所に送っていれば不正が判ると思う。

新患で身障診断書のみ希望してくる場合には、前医の診断書か紹介状をつけるよう義務づけられたらいいと思う。

視野障害の認定が実態に合わないところがあり、一般眼科医にわかりにくいのではないかと思います。

聴覚障害

1. 障害認定基準運用の実態について

(1) ガイドラインと同じか

同じ	43
異なる	5
未記入	0
プリントなし	0
合計	48

*同じプリントで複数回答のため1不足

異なる場合、100 dB以上の場合

105 dBとして	18
実測値	5
未記入	0
合計	23

* (1) 同じでも回答あり

異なる理由

110dB \rightarrow 115dB、130dB \rightarrow 135dB

場合により、聴力検査機器、機種名、聴力図を示してもらう

(2) 聴取距離による認定の適用

適用していない	32
不能な場合	15
その他	2
合計	49

*二つ〇あり

記載

申請があれば、これで認定する

耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの 3級、耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの 4級、大声語、話声語、どの程度か正確性に欠けるので適用していない

その他内容

殆ど適用していない。

聴力検査が不能の場合、理由を示してもらう。

適用していないが、啓蒙教育活動の時、説明する目安として使う。

(3) 1歳未満の乳幼児の聴覚障害の認定について、ABR検査のみの認定があるか、再認定時期は何歳が適当か

ない	12
ある	36
合計	48

*同じプリントで複数回答のため1不足

再認定時期

1. 5～2歳	1
1歳6ヶ月～2歳	1
2歳	2
2～3歳	2
3歳	17
4～5歳	1
5歳	3
5～6歳	1
6歳	7
3, 6歳	1
未記入	13
合計	49

記載

場合により、ABR検査施行の施設名をきく。施行者の意見を示してもらうことあり。

ABRのみの場合はCOR可能となった1歳半頃再認定を行い、さらにその後決定の為の再認定を行う。

(4) 等級はどの等級が適当か

ABR、COR	26
前記域値の1	9
最低等級	7
その他	4
未記入	2
合計	48

*同じプリントで複数回答のため1不足

意見

CORなどで確度の高いデータと判断されればその閾値に該当する等級とする。
 CORが取れる場合1～3才は有期認定ただし、2級と出ても下位(3級)の等級をつける 3～5才の場合是有期認定で2級と出た場合は2級のまま、で等級をつける
 障害の存在は認定しておき、レシーバーによる聴力検査ができるようになってから再認定する
 以後の経過には、良い結果が生まれている経験を得ている。勿論認定医が6級を示している解きは6級としている。事務的にも家族にとっても負担になるが3年後再認定を原則としている。
 乳幼児の聴力検査について信頼できる施設で実施された結果で、なおかつ高度難聴が認められる場合、上記として適当と考えている。
 CORにての域値を参考とし、今後常識的に予測しうる数値での等級。
 診断上、ABRのみでは6級の有期認定とし、再認定を付している。 また、遊戯聴検等の聴力評価が出来ていれば認定基準に合わせて認定している。
 必ず再認定が必要である。
 再認定により等級が下がる可能性があることを、予め文書によりしっかり説明しておく必要がある。
 4～6歳
 3年後の再認定を原則としている。
 ただし1級未満程度の場合は1級下位が妥当と考える。
 CORの閾値に応じて認定する。(高度難聴の場合は当県ではまず4級に認定し、再認定する。)
 ABRないしCORにて域値測定が可能な場合はこれで良いが測定できないときは最低等級の6級で認定、再認定時期で等級を変更
 日常生活の音への反応等を考慮した上で1～2級下位の等級とした。
 ABRのみ：4級を上限 CORのみ：最低2回測定、3級を上限

(5) 認定に窮した事例があるか、内容

ない	28
ある	19
未記入	1
合計	48

*同じプリントで複数回答のため1不足

内容

岡崎の場合、認定困難なケースは岡崎市民病院へ紹介され、その後、あいち小児保健医療総合センターへ紹介となる。乳幼児の場合の認定は、この2つの医療機関に限られている。
 重複障害児でBOA、CORが実施不能のケース。ABR実施も成長すると困難で、痙攣など合併していると実施不能
 知的障害を伴った場合
 3才でCORを実施して、2級で有期とするか、3級で有期とするか？
 ABRの105dBにも反応のない例
 検査不能
 少ないがある。申請医師の記載があいまい、不確かなとき、また患者の熱心さが書面に見えるとき、事務上負担あり。
 複障害児で検査が困難な事例(発達遅滞+聴覚障害ではBOA、CORは困難)
 ABRからの判断
 ①音に対する反応があるにも関わらず、ABR、OAEの域値が取れない場合、②染色体異常などによる精神発達遅滞を伴う場合
 ABRによる検査もなく指定医師の経験則で診断された。
 等級決定について
 知的障害もないのにどうしてもCORができなかった例

ABR, CORでは具体的な等級分類が難しい
 患者の家族の熱心さが前面に出て、申請医師の記載が曖昧なことがある。
 知的障害を伴った場合で、十分な聴力検査ができていないもの
 ABRとCORの不一致
 年齢が若いと正確性に欠けるので
 重複障害を合併している場合
 ASSR検査結果のみ記載の診断書の取扱い
 知的障害が合併しているのかどうか、不明のとき。

(6) ガイドラインと同じか

同じ	48	
異なる	0	
未記入	0	
合計	48	*同じプリントで複数回答のため1不足

内容

(7) 知的障害、痴呆などの精神障害についての言語障害認定

認定しない	32
高度難聴あれ	14
その他	2
未記入	1
合計	49

内容

知的障害や痴呆などの精神障害が言語障害の原因であれば、認定しない。

(8) 脳血管性障害による仮性球麻痺についての申請あるか、認定しているか

ない	14
ある	34
未記入	1
合計	49

認定	30
認定していない	2
未記入	1
合計	33

*あるで未記入1

(9) 認定に窮した事例があるか、内容

ない	29
ある	19
未記入	1
合計	49

内容

痴呆や知的障害によるものやそれをともなったケース、明らかな場合は記*してないか判断にこまるものが多い

CTなどで明らかな、脳の変化があれば認定はできるだろうが、脳の変化が画面上読めない器質的变化がある時はどうしたらよいのか、こまることがある。

窮するほどではないが、認定医の身障法の理解が異なる場面があったり、地域の事務担当者の表現に家族が多く期待を抱いているような初歩的な行き違いがあるときがある。

質問に対し誰でも理解できる言葉で答えるが、その内容がごく簡単な言葉でのみ行われている場合、認定するか否かの境界に悩む。

脳性麻痺における音声・言語障害で画像等で、音声言語中枢に異常のないもの
 意思伝達能力の記載があいまいな場合

嚥唾には該当しないが、ある程度聴覚に障害があり、尚かつ幼児期に障害程度に応じた適切な措置を受けることができなかったために言葉を話すことができない事例について国（障害保健福祉部企画課）に照会したところ、嚥唾等によらない社会的な要因の強いものについては障害の対象にならない旨の回答を受けた。しかし、この者は全く言語によるコミュニケーションが取れないにも係わらず、手帳等による福祉を受けることができないため、本当にそれで良いのか不安がある。

書面のみでの判定なので、3級・4級いずれか判断に迷うことあり。

知的障害

認定医の身障法への理解が異なっていることがある。地域の事務担当者の説明で家族が誤解したり多大な期待をいただいていることがある。

最近痴呆や知的障害による、または、それを伴った音声・言語障害が非常に多く、明らかにそれははっきりしている場合はガイドラインにそって認定はしていないが、判断できない場合が多い。

なお、一時期支援費重度加算の関係からか、知的障害者の音声・言語障の申請がありました。

理解面と表出面に開きがある場合

発生・発語ができない原因に身体機能の障害と知的障害等の原因が重複している場合。検査不能でデータが得られない場合。経過等が不明の場合等。

3級と4級の判断に窮することが時にあり。

生後4ヶ月の乳幼児の事例：先天性の**狭窄により著しい呼吸困難があり、気管切開している事例。単に気管切開のみでは障害認定対象とはならないが、声帯麻痺があったため音声機能障害として認定した。

知的障害者の場合

2. 障害認定の原則について

(1) リハを中心とした認定基準について

実態と運用上の問題点

障害認定基準に合致すれば、認定すべきである。

重障度分類の基準を細かく決めたとしても評価するのが実際には困難かと思えます。

あえて言語障害をとり上げる必要はないので現状でよい。

明らかに原因の場合は認定していないが、書面で判断しにくい場合が多い。

老衰、末期がん～どうやって判定するのか、検査方法は？ただ見ただけで判定するのなら、定義は不要。老衰と末期がんの定義が不明。家庭訪問をして老衰か末期がんか確定の必要あり。老衰の場合は耳鼻科医が言語障害と照らし合わせてはじめて、老衰又末期がんには対象としないと言える。

特になし、症例なし

認定していません。

大体よく理解、運営されている。

判断が困難であり、認定基準に合致する障害が認められる場合は認定している。

末期の場合、一時的に貸し出す人工喉頭、補聴器を持っているため、それを貸し出す。

事例はない。

是と考えるが、認定基準に明記されていないため、定まった運用が困難である。

認定していない。但し、癌では管、顎切除後のそしゃく障害、音声障害などについては、リハビリの視点も考慮して認定を考えるべきである。

末期癌や老衰の場合はリハビリ、リハビリ、更生援護がほとんど不可能でありかつ将来的に社会生活・日常生活への復帰はまずあり得ないことが明白である。他の障害と同様に認定することは問題ありと思う。

答) 現状でよいと思います。きりがないと思います。

更生の可能性がなければ認めません。

問題なし

原則として認定していない。

明らかに老衰や末期がんが原因の場合には対象としていない。書面から判断できない場合が多く、問い合わせでもはっきりした回答が得られないことがある。

現行通りで問題なし

老衰や末期がんの言語障害は認定していない。

⇒認定基準に合致すれば障害として認定しています。援護上手帳が必要な場合があります。

法の趣旨からしてやむを得ないと思います。

対象としない障害についても、申請そのものは提出されることがあり、リハビリテーションを中心とした障害認定の趣旨と相容れない場合がある。

あくまでリハビリが可能な人を対象としており問題なし

基準に合致すれば認定。

老衰や末期がんとする判断が難しい。

老衰や末期がんの場合でも、状態を考慮して認定できるよう改正されるべきである

実態は申請されない。

(2) 装具をつけないでの認定

実態と運用上の問題点

装具をつけない状態での認定でよい。(装具の必要なくできる食道発声については別。)

人工内耳、人工喉頭、食道発声は、ペースメーカーや人工関節ほど、正常な状態に近づいていないので、現状の認定基準でよい。

機能検査方法の統一はかなり困難であろうと推測される。装具をはずせば障害があることには変わりなく現状でもよいと思うが、この点について考えがまとまっていない。

障害よりの改善後の基準が出来ていない。現在は一度認定した等級が変更される例がない。既得権の様に考えられている事をまず変えねばならない。装具をつける時にこれによる改善があれば等級変更が行われる事を条件とし、明記すべきであろう。

現在ガイドラインにしたがっている。障害者の中には不公平感をもつものもいるようである。ペースメーカーや人工関節と同様のあつかいになると見るが、別条件等を付加すべきか

人工咽頭、食道発声については、それにより機能改善がされているわけではない。人工内耳については、現在のところは、補聴器の一種とみなしてよい。ただし、現在のものより進歩してチャンネル数が増えれば聴覚上機能改善が期待できる

聴覚障害の場合、補聴器装用による聴力改善があっても、裸耳の聴力が障害認定となる。従って、人工内耳ならば術前の聴力が、人工咽頭や食道発声訓練前の状態が障害認定基準となる。しかし、診断書に治療後は障害がどの程度改善されているのか、追加すべきである。

現状通りで良いと思います。そもそも障害があるため装具を要するわけで、身体そのものが治ゆ、改善したこととは異なると思います。

装具をつける以前は、身障の認定を受けているので、人工内耳など装具をつけた状態でも認定でよい。実際は、人工内耳以前聴力、咽頭摘出後(全摘出した事)について判定しています。その後、手帳の返還について請求していません。

この項の「改善されているにもかかわらず」のとりあげ方に問題があると考えます。人工喉頭、食道発声で言語機能が改善されていると認識するか、その発声や音声の値を社会生活上にどのように位置づけるか。この項の問いかけでは認定の上では問題はあります。しかし、長い経験がありますので新たな問題が提起されてもよく対応できます。しかし、人工内耳に関しては認定業務にとって新しい事実もあり慎重を要します。それでこれまでの身障法の歴史から流れを整理し、整合性を考える必要があります。

ADL重視の考え方に立つならば、体内装具装着後の状態で認定を行うことになるが、障害者がリハビリを行い、装具によりある程度の自立が可能となったとしても、その状態が障害非該当の状態に直ちになりえるか疑問が残る。

装具をつけても個人差が大きく、評価方法も難しいため現状のままでもよいと思う。

現状の装具なしでの認定がよい。特に乳幼児では、たとえ人工内耳、補聴器を装用しても、依然、聴能訓練は必須である。

やはり装具をつけない状態で認定した方がよい。(電池が切れれば、装具をつけない状態になってしまう人工内耳、人工喉頭、食道発声を行っても100%機能が回復するものではないので、現状で構わないと思われる。

装具着用による日常生活の制限や機能の改善が不十分な場合もあるので現状の障害認定でよいと考える。装具をつけない状態で認定を行っているが、特に問題はない。

装具を付けて改善があっても、本来の機能はなく種々の不都合、不利、活動の制限などがあることは事実であることから、装具なしの判定で妥当と思います。

答) 補装具をつけない状態が本来の聴力や言語能力ですので、当然非装用での判定をすべきと考えます。補装具をつけない状態での認定、ということで統一しておけば問題ありません。

人工喉頭や食道発声で社会生活上、言語機能が改善されていると認識するか、その発声や音声の質を社会生活上どのように位置付けるか問題があります。しかしこれには長い経験がありますので、問題が提起されてもよく対応できましょう。人工内耳は認定業務については新しい問題提起もあり、慎重を要します。これまでの関連の身障法の整理をし整合性を考える必要があります。

今までのところ特に問題はないと思う。

現在は人工内耳・人工咽頭・食道発声の症例においてもガイドラインに従っている。ペースメーカーや人工関節と似たところがあり、今後の検討課題と思う。健康人と同様に機能が改善されているわけではないので、手術を施行していたり、技術を獲得できていない人と同様に扱うのも問題があり、別条件を付加すべきか?

現行通りで問題なし

食道発声は患者さんの努力(練習)によって発声されている。(健康な人と同じ位に)食道発声の下手な人はどうやっても駄目で人工喉頭にこれらの間に差をつけるのも気の毒、今迄通りが妥当。人工内耳も同じ、補聴器も上手に使用している人もおれば下手な人もいる(購入してもなれない人が)

装具をつけない状態で認定している。

⇒同様に心臓ペースメーカー、除細動器埋め込み後の障害者も考えられますが、体内装具を装着し、日常的な機能は改善したとしても、障害に該当しないものとするかは検討が必要かと思われます。

(あるいは、現行より下位等級で認定する等) ADLを主とした認定方法をとるのであれば、装具装着後の状態で認定すべきだと思います。

身障法は社会復帰を目的としたものと考えます。従って、人工内耳も人工喉頭も社会復帰のために使用する補装具の一種であり、しかも両者とも装着後相当の訓練を要します。人によって必ずしも成功するとは限らない(特に食道発声には相当の努力が必要である)点等を考えると、装具をつけない状態での認定が、現時点では合理的と考えます。

他の障害区分との整合性を図りつつ、認定条件の見直しを慎重に検討すべきである。

問題なし

現時点で人工内耳での申請がみられる時Case by Caseで判断して認定している。

人工内耳、人工喉頭、食道発声それぞれ、社会生活上すべての人がそれらを問題なく**できているとは限らない。人工内耳はうまく使えているとしても、機械故障や再手術を要することもある。人工喉頭も機械の故障がおこる。

当案件については、現在のところ問題は起きていない。

(3) 日常生活能力の視点導入について

実態と運用上の問題点

聴覚についてはコミュニケーション障害の立場からすれば、もう少し語音明瞭度による認定基準が設けられると良い。

聴力、音声・言語障害の程度は、日常生活能力とある程度相関するし、日常生活能力は、他の障害により影響を受けるので、あえて導入しなくてもよいと思います。

(2)で述べたように、実際には会話能力を評価する検査を要すると思うが、その実施には多くの困難が伴うと推測される。

介護保険での認定に問題がある以上に、大きな問題を含んでいると思われる。内科主治医のみならず整形外科や耳鼻科・眼科等、生活環境が関連する各科と、介護・看護を実際に行っている人や、家族の状況等、運用上には多くの問題要素があり、どの様にまとめるか大変な事だと思う。

書面からの判断のためだれが書いてもだれが見ても公平さを保てる基準がないと運用しにくい 身体障害者認定とは別**の**がよいのでは

日常生活能力の視点～介護保険との整合性を考えなければならない。そのためには、看護師、言語治療士、ケースワーカーが実際の生活状況を観察しなければならない。公平性を保ち、身障法を悪用して不当に手当をもらっている人を排除し、税金のむだ使いを防ぐにはベストな方法である。機能障害中心～医師の書類審査のみでもOKだから、不公平感あり。

日常生活での聴こえや音声・言語がどの程度役立っているのか観察する必要がある。しかし、時には障害を装う場合もあり、判定困難な時もある。

明言できない。各症例毎に慎重に検討し、判定すべきものと思います。

よく分かりません。

(方法について) 特にありません。(実態と運用上の問題点について) 特に問題ありません。

今までのところ、特に「日常生活能力の視点から認定」について、さしせまった点を感じていません。

コミュニケーションの程度によって認定

小児の中等度難聴(50~70 dB)では、明らかな学習障害が生じる。しかし、現状でのレベルでは、障害認定がなされておらず、高価な補聴器を自費購入している。小児については、認定基準を中等度難聴まで含めるべきと思われる。

日常生活能力からすれば、例えば聴覚で左右同程度なら両耳装用ステレオ効果を考えてあげるべきでしょうが、補聴器交付意見書には「両耳」はなく、自治体の負担が倍になるので難しいと思われます。

従来の判定方法でよい。

会話によるコミュニケーション障害の程度による認定とし、段階をもう少し細かくすることを検討してもよいのではないかとと思われる。

日常生活能力については、主担当医の情報に依存せざるを得ない。

コミュニケーション障害、特に言語理解に重点を置いた視点の認定方法を導入すべきかと考える。

現在の基準でよいと思うが、聴覚に関してはABRによる判定を加えることでよりの確かな判断ができると思われる。

答) 質問の意味がよくわかりませんが、現状ではかなり無理があると思います。

更生能力の向上、支援の立場から、とりあえず、聴覚障害に対する補聴器、音声言語機能に対する人工喉頭の取得を目的とした認定が可能になれば有用と考えます。

客観性の高い指標を用いる必要がある。

聴覚、音声・言語の分野で、「この視点の必要性のある具体例（全国各地域の）」を示してほしい。いま、この具体例を列挙してみることが大切と考えています。

現在の基準でよいと思う。

書面からの判断のため、判定する方法、基準に差が生じやすい。別法（身体障害者認定とは）を設けるべきではないか。

聴覚障害においては言語獲得前の中等度難聴の小児が身障基準に適合せず、補聴器購入に補助を得られないでいる。成人と小児では事情が異なる事を取り入れて欲しい。

日常生活能力は機能障害によって大体決まって来るので今のままで良いのではないのでしょうか。日常生活能力を基準化することは運用上むづかしい。

補聴器の利用能力の低い人は等級を上げるというような方法が考えられる。

⇒現行でも音・言障害については、コミュニケーション活動（場とレベル）、意思疎通困難な程度を基に医師の所見から認定しています。

基本的に聴覚機能、音声・言語機能に対する障害の認定であり、現行もそのような視点から機能障害として認定しています。今後、出来れば他の領域の障害との整合性を考慮して等級表を改正してほしい。（聴覚障害に1・5級がない点、平衡機能障害に4級がない点等）

客観性の確保、他の障害区分における認定基準との整合性を図りつつ、認定基準の見直しを慎重に検討すべきである。

寝たきりの人等で詳しい検査ができない場合もあるので、その*な方法があるあることが望ましいが、思いつかない。

音声・言語障害の認定に付帯事項を参考にするのは、判定医の主観も入る。客観的事例をあくまで参考にするのがよいと思われる。

引き続き障害認定されるべきである

聴覚：純音、語音検査が、日常生活能力を反映している。音・言：複数の検者による会話明瞭度で認定して得る。（3人で聞いて、皆がわからない時は、4級以上）

(4)生活の不便さの視点導入について

実態と運用上の問題点

現状でよい。

診断基準が明確なものを作るのは困難と思います。

例えば、市の公会堂の様なホールなどに磁気ルーペ、赤外線などの装置を設置すれば補聴器装用者がより利用しやすくなるが、現状では社会的なインフラ整備が追いついておらず、取り入れたくても取り入れられないのではないのでしょうか。

介護保険で嚥下障害がとりあげられているが、歯科よりこれに関与し、種々の問題が生じている。歯科は摂食、口腔内ケアには関与するが、嚥下に関しては関係ないと思うのに、この分野にまで関与しようとしている。

数値的な基準がないと判断できない 社会的な環境要因をふまえた場合多様性が生じ不公平感が強くなるのでは

可能であると思う。騒音下での生活や騒音下で飲酒習慣があると、聴覚障害が進行する。音声・言語障害を改善させるための義務的制約もない。

（3）と同じ様に考えられます。

よく分かりません。

不可能であると考えます。

もっともな提言のように思われますが、このような視点を導入せねばならない具体的な症例を身近に思いつきません。具体的に見られた症例を教えてくださいたいと思います。

特に思いあたらない。

テレビ視聴を楽しむことは、国民が等しく持つ権利である。70dB以上の高度難聴者には、文字放送デコーダー貸出が行われているが、中等度難聴者にはなされておらず、文字放送デコーダー貸与の幅を拡大すべきと考える。

不可能だと考えます。

従来の判定方法でよい。取り入れることは難しい。

会話によるコミュニケーション障害の程度による認定とし、段階をもう少し細かくすることを検討してもよいのではないかとと思われる。

舌癌、上顎癌切除後のそしゃく障害、音声・言語障害なども考慮すべきと思われる。

現状でよいと思う。

答) まずは無理と思います。

現段階では考えられません。

客観性の高い指標を用いる必要がある。

もっともな提言だが、(3)の問題とともに、この具体例を広くあつめて検討することが大切。

書面で判断する以上、ある程度数値的な基準がないと判断できない。また、同一状況であっても、社会的な環境要因で左右されると多様性が生じ、不公平感が強くなるのでは。

特に新たに取り入れる必要はないと思われる。

他覚的に検査が出来るものは生活の不便さの視点導入の必要性はいらないと考えます。運用上これを認めていたら障害者が増加する。

手話通訳者を適切に利用できるか、災害時の警報をすみやかに理解できるか、無咽頭者（気管切開孔のある者）はフロに入るときなどで特別の注意が必要。両側内耳障害による平衡機能障害のある場合の水難事故の危険などを考慮することは不可能ではないと思われる。

⇒(3)に同じ。

現在も総合所見の欄に、日常生活での不便度（特に音声・言語では家族と家族以外に分けて）を記載することになっている。実際の障害の程度と生活の不便度が大きくかけはなれている場合に参考にするのは有効と考えます。

(3)に同じ。

音声・言語障害の認定に付帯事項を参考にするのは、判定医の主観も入る。客観的事例をあくまで参考にするのがよいと思われる。

可能とは思わない。

3. 認定時期について

(1)聴覚障害認定について月齢何ヶ月くらいで認定するのが適当か、再認定の時期

1. 認定月齢

1ヵ月	1
3ヶ月	3
3~6ヶ月	5
4~6ヶ月	1
6ヶ月	22
6~9ヶ月	1
9ヶ月	1
10ヶ月	1
6~12ヶ月	2
12ヶ月	5
未記入	7
合計	49

コメント：はやければ早いほど良い

コメント：補聴器装用のため

2. 再認定時期

記載

1歳	1
1~3歳	1
1歳半	4
2歳	4
2~3歳	2
3歳	14
3~4歳	1
3~6歳	1
4歳	3
3歳、6歳	1
4~5歳	2
5歳	3
5~6歳	1
6歳	8
未記入	2
その他	1
合計	49

COR等が可能になる→さらにその後再認定必要

CORができるようになってから（1才以上?）

現状では極めて早くから（例えば1~2ヶ月児より）申請されている。認定に適切な月齢を認定する我々側から規定するものではないと思う。家族の心情も分かるが、その時のその症例毎の医学的常識から考えて良い結果が生

*県の要綱による

認定から1年後

記載

但し、ASSRが普及すれば、状況は変わると思われる。（3歳）

1はABR単独で判定 2は聴力検査や語音聴力検査(4~5歳)

新生児クリーニング検査の実施に伴い、現状では1～2ヶ月児の極めて早い時期より申請されている。しかし、認定に適切な月齢を当方から示すことは不適切でしょう。

6ヶ月～補聴器装用のため 1歳半～CORで判断できる年齢
再認定要綱で規定しています。
ケースバイケース

(2) 言語障害認定について、何歳以降が適当か、再認定の時期

1. 言語障害認定

1歳	1
1歳半	1
2歳	6
2歳半	1
2～3歳	2
3歳	8
4歳	3
5歳	3
6歳	8
6～9歳	2
10歳	1
12歳	1
15歳	1
18歳	3
その他	2
未記入	6
合計	49

ケースバイケース

2. 再認定

必要	42
必要なし	3
未記入	3
合計	48

*同じプリントで複数回答のため1不足

記載

教育上こまる時、人による
明らかな奇形や欠損の者は例外
現行では18歳？

(3) 症状固定の時期

実態と運用上の問題点

現在症例なし。

多角的検査、他の合併症状より類推して認定。なお、(1)の乳幼児の認定は早く認定し、再認定時期を早めてもよいのではないか。また、(2)については、はっきりとした考えはまとまっていない。

最終障害認定を誰が行うかが一番問題であろう。

ほんとうに聴覚障害等があるのか判断できない場合がある。言語については高次脳機能障害のある場合は無理。判断する方法がない場合がある。障害程度を判断するのはもっとむずかしい。

程度により検査が出来なければ認定のしようがない。高次脳機能障害の定義をはっきりさせるべき。

認否不可能のものは、然るべき施設に紹介する。

ろう学校などで、言語修得の状況を参考にしたい。

大変難しく、その後その場で判断しています。聴覚の判定のような基準がないためと考えます。

これはなかなか難しい。主治医が最もよく状況を把握している。それでその医師の申請によって認定が行われるので症状固定が否かは適切に申請記述されているであろう。申請者とよき十分な意見交換が必要だが、制度上必ずしも容易でない。再認定の自由度を高めたいが、難しい。

県の要綱により、3歳未満児については遅くとも6歳時点で再認定を行うよう定めている。

症例の経験がありません。

小児科・精神科・神経内科などの連携が必要で総合的な拠点でないといけない。

6歳、小学校入学を一つの目安としたい。高次脳機能障害、進行性難聴の場合、固定の判断が難しい。身体障害者手帳交付申請が過去にありましたが、幼児の高次脳機能障害は精神機能の未発達によるものであって言語中枢神経の障害ではないので、申請を却下しました。

答) 実際問題認定はまず無理です。小児科医とよく相談しての対応が必要と考えます。

とりあえず下級での認定を行い、将来的に再認定で確定すればよいでしょう。

主治医が最もよく状況を把握されている。申請者(主治医)と、場合によって意見交換は必要だが、実際はむづかしい。

高次脳機能障害がある場合は聴覚障害以外の申請はほとんどない。聴覚障害はABRと行動反応を併せて判断すべきであろう。

例えば再認定の場合、その聴力検査が十分にできているものか判断がつかない。最終的に認定は純音であるのでCORやBORしかできない場合は再認定で追いかけていくしかない。言語機能は高次脳機能障害がある場合は現状では認定は困難と思う。

症例に応じて対応せざると得ない。

脳性小児麻痺—多動性で聴力検査がむづかしい。言語機能検査も又むづかしい人がある。等級がつけられない。高次脳機能障害で等級新設したら。

認定時期は聴覚障害(の程度)の診断確定時。

⇒原則3歳以降ですが、3歳未満で認定したものについては6歳時再認定を付します。

このような幼児の場合、正確な聴力の判定はなかなか困難な場合が多いが、明らかに聴覚障害が存在すると考えられる場合は有期認定として判定している。

判定が難しい場合は、症状固定としていない。

3—6ヶ月の経過観察後可及的に早期に認定している。

(4) リハビリテーションの観点

実態と運用上の問題点

この場合、即刻リハビリを実施すべきである。そのため、症状固定を待つよりも早めに障害認定をし、再認定を実施すべきである。

乳幼児の聴覚障害では、早期に障害認定を行い、補聴器を装着して、聴覚活用の訓練を行う必要がある。これは近年増加している。早い認定と補装具の交付が望ましい。急を要する場合には再認定時期を1年後とするなどして弾力的に運用するのがよいかもかもしれない。

障害の程度・症状とリハビリによる回復の可能性、その程度等により等級快定の時期及再判定の必要性を定める事。

①: 3—(1)で回答 ②: 肢体と同様に状*により6ヶ月前で認定し、再認定をする

現在6ヶ月をもって症状固定としているが、これは疑問である。もちろん治癒の可能性があれば障害認定はできないが、リハを考えると早く認定してあげることの方が親切と思う。

人工内耳の手術を行う大学病院は増えつつあるが、その障害者のリハビリテーションを実施する施設が障害者の住居近くにないことが多い。言葉は毎日の訓練が望ましい。障害者が通いやすい施設やトレーナーの派遣の充実が望まれる。

望ましいことと思う。

そのとおりで、後年、難聴がそれほどひどくない事が分かれば、再認定して級を下げればよい。

固定時期を発症から6ヶ月ぐらいに定めています。

勿論、この分野の早期リハビリテーションの必要性は理解している。このことと症状固定や障害認定のことは、関連はあるも、別個のことと思う。制約して考えるものとは考えない。

乳幼児聴覚障害では特に聴能訓練等の問題があり早めに障害認定を行い、遊戯聴力検査、標準純音聴力検査が可能になった段階(たとえば3歳、6歳)で再認定するのが良いと考える。

援護上の必要があれば、再認定を付して認定して良いと思う。

失語症などでは半年後に認定可能なのでそれでよいと思う。また、乳幼児聴覚障害は再認定要をつけて、早めに認定するようにしている。

乳幼児聴覚障害は早期発見、早期支援が必須なので、障害認定に従って、各種手当等の円滑な処理をこちらでは乳幼児では言葉を覚える1歳以降でABR等で仮認定し、高志リハビリテーション病院で言語訓練し、就学前に再認定する。

リハビリテーション訓練の実施は医療であり、更生医療の適用対象でもないので早期認定とは無関係。また、リハビリテーション訓練は、専門的なところ、各部門のある総合的な拠点でないとし

リハビリテーション実施による目標が明確であれば、再認定を前提に障害認定してもよいと考える。

補聴器の公費負担に関して、できるだけ早期の認定でリハビリを開始することが望ましいが、再認定により取り消しとなる可能性は否定できない。

ABR検査などにより障害が確認されれば、適切な等級により障害認定を行い、補聴器の交付など福祉サービスを受容されるのが好ましいと考えます。

早期からのリハビリが重要であり、最低ラインの障害があれば認定し、更生援助すべきと思う。問題なのは回復した際認定を打ち切ることが可能か否かである。

答) 聴覚に関してはそういう方向で実際の判定を行っています。失語症はなんとも言えません。

障害有無の判定は、なるべく早期に行い、補装具をつけることが重要と思われる。

早期リハビリテーションはその必要性をふくめよく理解されている。しかし、認定、症状固定を関連させて早期リハを考えるのは好ましくないだろう。

失語症では数ヶ月程度のリハビリテーションを行った後に、認定の申請がなされている。もっと早期から認めてもよいのではないか。

①乳幼児聴覚障害②失語症は同一に扱うことはできない。①については「3の(1)」で記入する。

②について、肢体と同様で障害の状況によっては6ヶ月以前に認定し改善することも多少あるので、認定1年後に再認定を行う。

発症後3ヶ月~6ヶ月後に症状固定と認められるような重症例は積極的に認定している。

当初等級をつけることはむづかしい。(実態) 障害が運用上あることを認定するだけでリハビリテーションに専念 固定した時に等級をつける。

実態としては、診断がつきしだい認定し、再認定をくりかえしてチェックしている。

⇒乳幼児の場合、早期に療育訓練が望ましく、補装具(補聴器)の必要性等から認定しています。

(6歳時に再認定)

乳児期の聴覚障害では、早期のリハビリテーションの必要性が強調されている。従って、聴覚障害が存在すれば、年齢にかかわらず(有期認定とした上で)認定することが好ましいと考えます。

聴覚障害の場合、オーディオメータ以外の方法も併せ用いて、将来残存すると考えられる障害の程度において認定を行い、基準と実際の運用との乖離の解消を図っている。

早めに認定してその後改善した場合、等級が下がると、医療費負担が増える等のため、文句を言われて困ったことがあった。

障害認定基準を満たしていれば、障害認定を行っている。補聴器制度利用による補聴器等の早期導入のため、身体障害者手帳の早期交付は必要と考えるが、障害児福祉手当、特別児童扶養手当等との整理が必要。

乳幼児聴覚障害児で聴能訓練を受けている患児のなかで、3才くらいまで、反復性中耳炎・滲出性中耳炎患者に対する手助けがあればよいと思う。

ABR等により聴力の判定が可能となった時点で認定し、早期のリハビリを開始している。

リハ実施後、症状の固定を見て認定したい。

4. その他意見

1) 日常生活上・早期訓練上、補聴器が必要な人が障害認定されない場合があり、認定基準の聴力レベルを下げた方がよい(特に乳幼児)。 2) 音声言語障害の認定区分を2級(喪失)、3級(著しい障害)、4級(中等度の障害)にしても、他の障害程度と比べて、整合性は逸しないと思われる。乳幼児の認定については、小児難聴を専門とする耳鼻科医師及び言語聴覚士のいる施設に限定することも将来考慮してもよいか? 資格制度がないため現状では不可能。

判断を判定*にまかされることが多く、自治体により見ることがある 疑義を多く発表してほしい 単に耳だけの聴力検査のみをもって認定するのはおかしいと思う。だから、2級を書いてくれという人々が増えて来たのだろう。まずは人間全体をみてからでないと、看護師、言語治療士、ケースワーカー、サイコセラピスト、児童心理学者等を更生相談所に十分に配備(単に配備だけでなく)し、連携、勉強が必要だし、これからの日本は予算ないのだから、今のようなたれ流しの手帳の発行や補装具の提供は無駄。更生相談所の充実こそが節約になることに早く気付いてほしい。

純音聴力検査時の障害者の反応には個人差のある場合がある。特に老人では検査純音の聴力レベルと、実際の会話の程度が合致しないことがある。

ヒアリングセンターの様な精密検査や、リハビリテーションに対応できる施設があることが望ましいと、以前から出ていますように、6級(70 dB)ですが55 dB⇔70 dBの間に、たとえば、7, 8級が定められると、よりよい障害認定が行えると思います。

①機器、測定方法の進歩に応じ、起こった問題をすみやかに検討しうる組織が必要か。②定医のなかには身障法の本旨の認識が深くない人がおり、勉強会・研修会の必要性もありそうだ。

障害認定を両側50 dB以上に平均域地を下げていただきたい。

聴覚障害6級の(聴取距離)の例示は削除すべきである。極めて特殊な事例のことなので。

早期のリハビリ(補聴器装着)により言語獲得可能となり、障害の拡大を最小限にとどめられる可能性がある。このため、早期の認定を積極的に進めるべきである。

医学的に回復可能な例（例えば手術で）の認定例がかなり見受けられる。このような場合の対応に苦慮する。

幼児期に2, 3級を認定すると、成長して非該当であることが分かっていても、手帳の返還をしない例があります。5～10年に1回、再認定を受けることを決めて頂く必要があると思います。すなわち、手帳の有効期限の設定を希望します。

1) 新しく認定医になった方々に勉強して頂くこと。基本を知ってもらうこと。 2) 疑義解釈を早く、ひろくしらせること。 3) 聴覚障害のいままでの認定基準は歴史的にもよく考えられ簡便で有効であったが、何分にも既に無理な点もある。機器も技術も測定も進歩し、臨床研究も進歩しており、新しい基準の検討も必要となっている。疑義解釈で乗り切るばかりでなく、場合により速やかに検討できる組織が必要と考える。

6級よりも軽い等級を設定すべきである。

判断が15条指定医師の能力により左右される。（診断書の書き方による）

判定医の判断にまかされることが多い。

一般によく出される疑義を頻繁に発表していただきたい。

聴覚障害においては言語獲得前の中重度難聴の小児が身障基準に適合せず、補聴器購入に補助を得られないでいる。成人と小児では事情が異なる事を取り入れて欲しい。

4級の聴覚障害の認定聴力レベルで認定するのが良いのか語音明瞭度検査で認定するのが良いのか判断に迷う例がある。（聴力レベルは該当しないが語音明瞭度検査では解50%以下のもの）

①補聴器が最も有効なのは50～70dBであるため、この程度の障害も等級に加えてほしい。（最低でも60dBを7級として認定できるように） ②障害認定とは別かもしれないが、補聴器の両耳装用を積極的に認めてほしい。

寝たきり老人等で日常会話を必要としない患者で、時に補聴器を希望することがある。補聴器供与についても、何らかの条件が必要なのではないか。

肢体不自由

1. 遷延性意識障害について

(1)発症から3ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮

認定しない	19
再認定を条件に認定	23
認定する	12
その他	2
未記入	3
プリントなし	1
合計	60

意見

臨床経過、画像検査などで回復困難な状況が明瞭に示されていることが望ましい。遷延性意識障害と診断される患者の意識障害程度は一様でない可能性がある。たとえばいわゆる失外套症候群のように、認知機能が完全に失われている場合から、意識レベルに変動があって、調子の良い日には残存認知機能を示すことができる場合もある。重度意識障害があるが、改善の見込みが見込まれるような臨床記載がある場合は、発症3ヶ月の時点で障害認定を行って、6ヶ月あるいは1年の期間ののちに再認定と判断するかもしれない。

寝たきりであり内科的治療は必要である。再認定は、機能訓練を開始した時点で考慮する。未だ症状安定していないため、手帳交付の対象ではないとも思われる。

遷延性意識障害の回復が見込まれないと診断された点（これは現場の医師でしか判断できない）で認定するものと考えます。

改善の見込みがないとしても、近いうちに在宅の介護型長期療養へうつる予定なら認定する。

原因にもよるが、脳血管障害を考えると発症後3ヶ月たって随意運動がなければ廃用手（足）と思われる。その他の原因で回復可能なものは主治医の判断による。

発症から3ヶ月で症状が固定していないと考えられるため。

関節拘縮なしとのことで再認定を条件に認定する

1年後の再認定を条件とする。

上記のような条件であれば、将来改善される可能性はほとんど無いと考えるが、意志の統一の為には、再認定を条件とする。

原因となる疾患にもよると思われるが、発症からの経過が短いと思われ、四肢の関節拘縮も認めないことより経過観察は必要と判断し、再認定を条件とする

発症から6ヶ月後再認定

意識障害の原因疾患による不可逆性の場合、再認定を条件に認定とするが、可逆性と考えられる場合は、6～12か月後に審査する。

回復見込みがないという前提で。

入院中であり、発症3ヶ月では症状が固定しているとは言い難い。脳卒中も6ヶ月間は認定しないため、最低6ヶ月間は認定出来ないと思われる。

著しい改善の見込みがない場合、認定を行うことがあるが、障害程度の決定が困難である。

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

時期尚早と考える。ただし、原因疾患や部位などから運動機能障害の出現が予測され、かつ障害が残存すると想定される場合には再認定を条件に認定する場合も考えられる。

発症3か月で、このような状態の場合、改善の見込みがないことが多い。脳CT所見で、改善の見込みがないことを確認して、認定する。

条件確認し常時の医学的管理が必要でないなら認定する

医学的管理下

客観的 data 不足のため

関節拘縮なしとのことから、診断医の所見を参考に再認定を付する場合もある。

①急性期の治療が終了し、②障害が固定、③常時の医学的管理を必要としない状態であれば、入院中か在宅療養中かに関わらず認定。再認定については、ケースバイケース。

① 高齢者の場合 ② 70歳以下の場合 1年後再認定

(2)発症から6ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、四肢・体幹の関節拘縮は多発で著明

認定しない	3
再認定を条件に認定	13

認定する	40
その他	1
未記入	3
プリントなし	1
合計	61

*○二つ記入あり

意見

四肢・体幹の関節拘縮の多発に対する機能訓練をして、再認定を条件に認定。年齢及び病態も考慮に入れる。理学療法・機能訓練をして、四肢体幹の関節拘縮をとるべき時期でもある。再認定をつけるか、つけないかはその他の所見により判断する。

6ヶ月経過し、随意運動なし等

遷延性意識障害の回復が見込まれないと診断された点（これは現場の医師でしか判断できない）で認定するものと考えます。

改善の見込みがないとしても、近いうちに在宅の介護型長期療養へうつる予定なら認定する。

原因にもよるが、脳血管障害を考えると発症後3ヶ月たって随意運動がなければ廃用手（足）と思われる。その他の原因で回復可能なものは主治医の判断による。

指針解説に従っている、各関節に機能障害があるため。

関節拘縮著明、6ヶ月経過のため認定する

一応の期間として6か月経過しており、四肢体幹の関節機能障害も認められることより、15条指定医が症状固定と判断している場合は認定してもよいと考えている。

1/W程度の診療で管理可能であれば退院を促すべきと思う。退院後は認定可能と思われる。

認定基準を根拠に認定が可能と考える。

6ヶ月後、再判定（入院中か在宅かの確認も行う。）

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

意識障害のため随意的な運動が困難でも、観察上で四肢の動きを認める場合は拘縮のみでの認定が適当と考える。

症状固定と判断される

障害固定又は障害確定している場合のみ

6ヶ月経過すれば認定する。

条件確認し常時の医学的管理が必要でないなら認定する

医学的管理下

ROM制限の分だけ勘案する

上記（1）と同じ関節拘縮は回復の可能性が見込めないため、再認定は付さない。

在宅あるいは施設利用が決まれば認定しないとは言い切れない。

(3)発症から3ヶ月経過、在宅療養中で1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮なし

認定しない	10
再認定を条件に認定	26
認定する	19
その他	2
未記入	2
プリントなし	1
合計	60

意見

寝たきりでも今後の見込みが少しでもあれば、再認定を条件として回復を待つ。症状安定していないので、認定の対象ではないとも思われる。

遷延性意識障害の回復が見込まれないと診断された点（これは現場の医師でしか判断できない）で認定するものと考えます。

原因にもよるが、脳血管障害を考えると発症後3ヶ月たって随意運動がなければ廃用手（足）と思われる。その他の原因で回復可能なものは主治医の判断による。

症状が固定していないと考えられる。脳卒中の認定に同じ。

関節拘縮なしとのことで再認定を条件に認定する

1年後の再認定を条件とする。

上記のような条件であれば、将来改善される可能性はほとんど無いと考えるが、意志の統一の為には、再認定を条件とする。

発症からの経過は短い、主治医（15条指定医）が症状固定と判断している場合、更生援護の目的から認定してよいと考える。しかし、主治医が再認定を要すると判断している場合は、再認定を条件とすべきと思われる。

発症から6ヶ月後再認定

(1)と同様

上記理由により、6ヶ月経過後認定することが適当と思われる。
障害程度の決定が困難であり、6ヶ月の経過が望ましいと考える。

1年後に再判定

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

発生から3ヶ月しか経過していなくても通院、その他の理由で患者の移動を要する際、本人の身体状況に合った手押し型車いす（リクライニング式）等が必要な時がある。より早い時期での障害認定が望ましいと思慮されるが、再認定は必要と思われる。

症状固定と判断される

医学的管理下

(1)と同様、客観的data不足のため

関節拘縮なしとのことから、診断医の所見を参考に再認定を付する場合もある。

上記(1)と同じ。

① 高齢者の場合 ② 70歳以下の場合1年後再認定

(4)その他意見

発症の時間的経過が回復には必要になるも、再発を繰り返す人及び年齢的なことの考慮も必要と思われる。
症状が安定して後遺症が残存するときには、障害認定をすべきと考える。

1/W治療で管理可能なのに入院している点が現実的な設定でないとおもう

具体的な傷病名がないので、判断のむずかしいが、一応、脳血管障害（脳内出血、脳梗塞等）を想定して、判断する。

重度であれば3ヶ月で大体の後遺障害は決めてよいと思う。

発症から3か月ではやや早い、医学的治療・処置が週に1～2回以下であれば、入院中であっても認定している。

原因疾患の状態と程度が最も考慮される点と考える。

回復見込みがないという前提で。

遷延性意識障害については、基準が具体的でないため、判断に戸惑う。

手帳の目的が日常生活の改善にあれば遷延性意識障害を入れてもオシメ等の申請に限られるのではないかと思います。しかし、手帳により障害者年金や医療（県単独事業の重度医療）の申請が行われていることを考えると、他の法律との適合性から手帳の病名に遷延性意識障害を入れるべきと考えます。

リハビリテーションを実施するために手帳診断を早期に行う必要があるといった意見が昨年の報告書に見られたが、その内容に不明な点がある。医学的リハビリテーションを実施したけれども残存してしまう障害をもって固定と考えることが適当である。

ROMで判断しています。

入院中は保険診療の対象とみなすべきであり、発症からの期間のみで認定を行なうことは考え難い

2. 高齢者について

(1) 老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、著明な関節拘縮なし

認定しない	27
再認定を条件に認定	8
認定する	20
その他	3
未記入	2
プリントなし	0
合計	60

*年齢が65～85

変わらない	39
変わる	8
その他	3
未記入	10
プリントなし	0

合計	60
----	----

意見

機能回復訓練をして、寝たきり老人を自立させることも必要と思われる。障害認定よりも、介護の方へ依頼するべきと思われる。その他の所見をみて、個々に、認定するかしないかを判断する。

本人・御家族の希望であれば、年齢による差別は誤解を招く。又、ことわる法的根拠が明らかでない。但し、等級をつけることは、メリットが何も考えられない、又は、サービスがない場合は、その由を説明し、認定を受けないように指導します。

全般的な加齢に伴う退行ですから、この方を認めると全ての国民がいずれは手帳交付の対象者ということになります。

むずかしい問題ですが、常日頃同様の症例に対して診断書を要求された時、断る訳にもいかず書いています。「本来の主旨とは違っている」と思いますが。

老人性であるため。

認定する（変わらない）

廃用性症候群を含め器質的な原因で筋力低下等が認められる場合認定対象としている。

愛知県では現在上記のような場合でも診断書が出てくれば*議の上で認定しているが、個人的には認定すべきでないと考えている。

痴呆による日常生活の障害はあると思われるが、四肢・体幹の障害がなければ、肢体不自由として扱うのは不相当と考えられる。今後、認知面（痴呆・高次脳機能障害など）によるADL障害についての基準は必要と思われる。

四肢・体幹の筋力低下が評価できるのか、疑問がある。

回復見込みがないという前提で。

6ヶ月間寝たきりであれば、認定する。

肢体の機能障害を客観的に証明できない場合は認定しない。

1年後再判定

筋力の正確な測定はできないと考えられる。したがって判断の材料がないと考える。

症病名は廃用症候群とする

関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致し、永続するものである場合には、二次的であるか否かかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。

75歳以上にしたい。

筋力低下が確認できれば認定する

ROM、MMTがWHLと判断されているので。

老人性痴呆症候群をもって認定はしませんが、廃用症候群があり、ROM、MMT等の客観的な器質的障害が認められる場合は認定します。

3ヶ月以上寝たきりであるにもかかわらず、筋力低下がないのは考えにくいので、この条件設定は非現実的だと思われます。この部分を無視して考えると、ROMが維持されているのは家族等の努力によるものであり、下記(2)の場合と差をつけられないと思います。

安静臥床から生じる廃用性筋萎縮については、リハビリ等による回復の可能性を勘案しておおよそ3年経過を目安にケースバイケースで認定を行っている。

痴呆ということで区別するのはどうか

年齢に関わらず身体機能障害があれば。生命維持を問題にするなら癌の脊椎骨盤転移を認定できなくなる。

(2) 老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、関節拘縮は多発で著明

認定しない	13
認定する	43
その他	3
未記入	1
プリントなし	1
合計	61

*○二つ記入あり

*年齢が65~85

変わらない	42
変わる	5
その他	3
未記入	10
プリントなし	1
合計	61

*○二つ記入あり

意見

老人性痴呆でも努力しだいで回復させることが可能ならば、再認定を条件にして認定も可能かと思われる。
その他の所見をみて、個々に、認定するかしないかを判断する。

上記の理由により、身体障害の原因がなんであれ、結果的に障害があるならば、等級をつけることは可能である。

治療可能な痴呆症を除外すること。

むずかしい問題ですが、常日頃同様の症例に対して診断書を要求された時、断る訳にもいかず書いています。「本来の主旨とは違っている」と思いますが。

現在は指針に従って認定している。各関節に機能障害あるため認定しているが、自立の判断としては認定したくない。

3ヶ月以上寝たきりでそのまま認定する。65~85才の**変らない

廃用性症候群を含め器質的な原因で筋力低下等が認められる場合認定対象としている。

愛知県では現在上記のような場合でも診断書が出てくれば*議の上で認定しているが、個人的には認定すべきでないと考えている。

明らかに肢体不自由としての所見があれば、現在年齢による明らかな指針はないと思われるので認定してよいと思われる。

筋力低下の評価は別にして、拘縮の程度に応じて認定は可能

再認定を条件に認定する。

6ヶ月間寝たきりであれば、認定する。

将来永続すると考えられる障害が客観的に証明できる場合は認定する。

関節可動域は客観的評価が可能なので、これを基にした診断書であれば認定しないとは言い難い。

症病名は廃用症候群とする

関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致し、永続するものである場合には、二次的であるか否かかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。

ROM制限がある(客観的)ので認定しています。

老人性痴呆症候群をもって認定はしませんが、廃用症候群があり、ROM、MMT等の客観的な器質的障害が認められる場合は認定します。

関節拘縮は回復の可能性が見込めないため。

70歳以下再認定

(3)脳卒中を発症して以来立ち上がることができない、95歳、発症から3ヶ月、在宅療養中

認定しない	12
再認定を条件に認定	20
認定する	24
その他	3
未記入	1
プリントなし	1
合計	61

*〇二つ記入あり

意見

高齢者でも個人差があるので、一応再認定(一年位をめぐりに)を条件として認定してはどうかと思われる。
発病前がADL全自立できており、リハビリにより回復が期待できる。

その他の所見をみて、個々に、認定するかしないかを判断する。

この場合は単なる高齢だけの問題と言えず、認定しても良いのではないかと考える。年齢だけで線を引くのは問題と思われる、その良い例です。

現在は指針、解説に従って認定している。

固定されたものとして認定する

廃用性症候群を含め器質的な原因で筋力低下等が認められる場合認定対象としている。

発症前のADLは歩行を含め自立しており、脳卒中が障害の原因として明らかで、主治医(15条指定医)が症状固定と判断していれば、在宅療養中でもあり、更生援護の目的で認定してよいと考える。

麻痺の程度、痴呆症状の有無と程度にもよる。

6ヶ月経過後に認定する。

年齢が高齢であるが、発症からの経過が短く、リハビリによる回復の見込みがないことが明らかになった時点で認定すべきである。

1年後再判定

6~12ヶ月後、再認定とする。

関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致し、永続するものである場合には、二次的であるか否かかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。

MRI所見により認定する場合もある。

Strokeの詳細にもよる。広範囲なdamage（画像）とclinicalが合えば可と判断します。

老人性痴呆症候群をもって認定はしませんが、廃用症候群があり、ROM、MMT等の客観的な器質的障害が認められる場合は認定します。

脳卒中により生じた明らかな麻痺であるなら認定するが、明らかな麻痺で無いなら高齢の要素が大きいと考え、3ヶ月では認定しない。ただし、この状態が6ヶ月以上続き、筋力低下等の廃用が進んでいれば、認定してもよいと考えます。

脳血管障害に起因する肢体不自由障害については、一定の観察期間が必要であることから、原則として発症から1年経過後に認定を行っている。発症から6ヶ月未満での申請の場合は、社会福祉審議会へ諮問することとしており、遷延性意識障害の場合との均衡も考慮し、①急性期の治療が終了し、②障害が固定、③常時の医学的管理を必要としない状態であり、④早期の手帳交付が更生援護の目的にかなっていれば、認定している。

6ヶ月を待つ

おおむね6ヶ月程度の経過をみた上で判断すべきである。

(4) その他の意見

高齢であるからといって、近い将来生命維持が困難となるかは判断できない。次の設問3のように、「65歳以上の高齢者には身体障害者手帳を交付しない」との制度改訂が行われるのであれば、その制度に則って判断する。

高齢化社会において、老化と障害の関係はどの程度考慮するかが問題である。

身体障害と介護の混在が、肢体不自由障害の場合は判断が重複する。

但し法令によって年齢制限を制度化してあれば、それに従う必要があるが、何歳であれ基本的人権を尊重し、Q.O.Lの維持が社会的義務である以上、年齢制限は困難と思われる。

個人的な心情では認定すべきと考えるが、いたしかたのないことであろう。

実際は90歳以上の申請希望はまったくありませんが、申請希望があれば、通常と同じでよいとおもいます（余命の予測は困難です）

廃用性の筋力低下・拘縮についてはもう少し詳しい指針があってもよいと考える。判断が難しく、いつも一貫した判定をしているか迷う。

高齢は手帳を交付しない理由とはならず、障害の状態と程度で認定するべきであると思われる。無論、生命維持装置等を装着し、1年以内の死亡が確定的である場合は、適当ではないと考える。

認定基準の「近い将来において生命の維持が困難となるような場合に手帳を交付することは適当でない。」については、昨年の調査で運用上の問題に指摘があったように、検討をしていただきたい。

遷延性意識障害と同様に、手帳の目的、使用できる範囲を明確にして適用すべきと考えます。

(1)と(2)が同じような状態で可動域のみ違ふとすれば、ケアのよい人が認定されず、ケアの悪い人が認定されてしまうということになりかねない。その点は腑に落ちない部分が多い。

(1)(2)について現状では上記判断でよいと思われる。しかし、この議論では老人性痴呆症候群という用語で痴呆性高齢者をひとくくりしているが、その原因疾患によって経過や運動機能障害は様々である。たとえば、筋力低下が廃用性ではなく疾患そのものによる症状である場合もありうる。年齢、症状名や症候群名ではなく、病名によって判断はかわってくるはずである。

老人性痴呆のみで高齢の場合、障害認定に慎重となるのは当然であり、個々の例によって対応が異なる。とくに入院中であるような場合、認定の対象とすべきではない。

3. 介護保険との関係について

65歳以上の高齢者の身体障害者手帳の交付

交付すべき。

高齢に身体障害が合併する場合、たとえば切断や両下肢麻痺では、介護の視点ではなく、身体機能を最大限発揮できるような装具の処方と給付が必要になる。したがって65歳以上であっても、手帳交付を必要とする場合がある。しかし、高齢社会で財源が乏しいため、身障法のサービス維持が困難という事態になるなら、政策的判断によって給付を重点化する必要があるかもしれない。

認定基準がそうなれば、そうしたい。障害者自立支援給付の充実、介護保険が全年齢に適用がされれば、身体障害者手帳そのものが不要と思う。

公的介護保険導入と高齢者に身体障害者手帳を交付することは確かに重複する。老齢になれば身体障害をおこすが、そのことを即身体障害者手帳の交付とはせず、また別なものとしてとらえる必要があると思われる。加齢的なもの、生理原因による肢体障害に対しては交付する必要はない。介護保険と重複しすぎるため、どこかで線引きをするか、重複をさけ統合するのか検討しなければならない。老衰等加齢に伴うものを対象にするのではなく、それ相応の疾病によるもののみを対象とすべきである。加齢的なものとは異なり、神経系統・脊髄損傷を含め四肢欠損などの不慮の事故等には身体障害者手帳は必要である。

高齢のみを理由の身障は認めがたい。

年齢に関係なく、対象者には交付して差しつかえない。公的介護保険と身体障害者福祉法は、もともと趣旨が違いますが、公的サービスが重複するところが多いようならば、考慮する必要があります。しかし一般保険会社の後遺症診断の判定等は、身体障害の等級を参考にしており、介護保険の主治医意見書より、身体障害診断書の方が、より医学的であり、患者さんの実際の機能障害をより忠実に反映しています。よって現時点では、両方が必要と思います。重度の身体障害があっても、生活は自立しているというケースは多々あります。要介護度のみをもって身体障害の程度を測ることは困難だと思います。従って介護保険があるから身体障害認定は必要ないという議論には無理があるように思います。

介護保険で補装具等が作れるのでしょうか？ 手当についてはどうなるのでしょうか？

必要である。

税金のためとか駐車違反免除や無料パスの申請のためとかの理由で高齢の方が申請希望していることが多いのが実際のところですよ。

そのとおりだと思います

現在は、必要だが、今後の介護保険制度の状況により、交付が必要はないことも考えられる。

加齢の要素が強い場合は対象にならないのではないかと思います。

65才以上の高齢者には身体障害者手帳を交付する必要なし。

両*の整合性について多方面から検討する必要あり。

その理由がわからないので、意見は差しひかえる。

介護保険と支援費制度の「相乗り」案が現実のものとなれば一本化されるという過程では必要はない身障法による援護の要望があれば、交付すべきである。

介護保険と身体障害者手帳交付とは別の側面があり現状で不要とは考えない。

現在の介護保険では更生装具の支給はされず、障害を持つ人の生活に対する援助は不十分と思われる。したがって、現状では手帳交付は必要と思われる。今後、サービスの内容についての見直しにより、現在、身障手帳でのみ行われるサービスも介護保険がまかなうのであれば、不要になるかもしれない。

介護保険を優先すべきと考える。

介護保険制度とは異なる。

介護保険と身体障害者手帳の両方の手続きが煩雑、複雑である。一本化すべきである。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付するべきであると考ええる。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付するべきであると考ええる。

自立と社会経済活動への参加を促進する理念のもとに更生援護が実施されているが、要介護認定を受ける高齢者を対象とすることは必ずしも適当でない。制度を見直す必要があると考える。

手帳がなければ装具が出せないため、介護保険でカバーできない部分を手帳で補うべきと考えます。

補装具の交付など一部の福祉施策で、介護保険制度の施策と重複するところはあるが、医療費助成、障害者手当の支給など福祉独自の施策による障害者への影響は大きいものとするため、65歳以上の高齢者への身体障害者手帳の交付を必ずしも無意味とは考えない。

残したほうがよい。補装具、義肢など介護保険でカバーされないものもある。

反対です。現時点においては補装具など介護保険では対応できないサービスがある。しかし、これらのサービスが保障されれば、高齢者の更生目的での手帳利用はかなり少ないとも考えられる。

別の制度であるので交付しない理由はない。行政サービスも税や各種割引で異なる。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付するべきであると考ええる。

65歳という年齢の境界は設定せずに手帳交付しており、今後も続けるべきだと考える

むずかしい問題です。

身体手帳は必要

税金の問題があり、一概に公的介護保険のみとは出来ない。

装具等必要な場合があり、手帳は必要。

ケースバイケースである。対照を限定して交付。一律にできない。(あるいは限定して交付しない)

身体障害者手帳は必要。

公的介護保険と身体障害者手帳とは区別する必要がある。

そのようにしてもよい。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付すべきであると考ええる。

交付する必用あり。

必要あり

補装具 e t c の点から、一体化するのは良くないと思います。

身障手帳を取得することにより、身障法上の援護、福祉的なサービスが利用できることから必要はないとは思いません。

公的介護保険ではカバーされないサービスが多くあることと障害者統計の維持のためにも、身体障害者手帳の交付は必要だと思います。

反対。介護保険のみでは不十分。(整形)、特に意見はない。(神経内科)

高齢者では、大多数の方が機能低下しており、身障手帳の交付を拡大していくべきだと考えますが、介護保険に移行するならそれもよいと思います。

必要あり

原則的に同意するが、義肢補装具等の交付に際して何らかの別認定制度が必要となろう。

必要。

(1)臨床的にもMRI所見などからみても明らかな重症心身障害児、1歳6ヶ月

認定しない	2
再認定を条件に認定	43
認定する	13
その他	0
未記入	2
プリントなし	0
合計	60

意見

身体の発達を見て、身体障害者手帳交付も必要と思われる。

乳幼児の場合、明らかな重症心身障害のときは再認定を条件として障害認定をすべきである。

MRI所見で明らかな所見(特に脳室周囲白質軟化症)があれば1才を過ぎれば認定し、3才時に再認定としています。

器質的障害が明らかであるため。

再認定条件に認定する

県の要綱により、3歳未満児については6歳時で再認定を要する。

現行では、3歳児に再認定することとしている。

画像診断によりかなり正確な予後予測が可能になっており、再認定を条件に認定してもよいと考える。

患児、家族救済のため、必要と考える。

3歳未満であっても、更生援護の必要性は高いため、再認定を条件に、将来永続すると考えられる障害程度で認定している。

3歳、6歳、12歳で再判定し、12歳で固定する。

本市の再認定要綱により6歳未満の乳幼児の障害認定にあたっては、満6歳になった日の月末を再認定時期としているが、診断内容により適宜、再認定時期を定めることとしている。

MRIの所見からみても障害の程度の重度さが予想される時もあるため、認定できる。

障害等級を1ランク下げて認定し、3～6歳で再認定する

少子化時代をむかえて、親の不安を早くとってあげたい。

検査機能も進歩し、客観的な評価が出来る場合は早期に認定する必要あり

将来、予測可であること。補装具を作成して、発達を促すことが大切だと思います。

3歳未満児については6歳時に再認定。

3歳未満での認定の場合には、欠損等変化が見込まれない場合を除き、満3歳時点での再認定を付している。

病名および予後が充分に予測できる場合に限られる

(2)脳性麻痺、将来ともに杖歩行の見込み、1歳6ヶ月

認定しない	6
再認定を条件に認定	43

認定する	8
その他	2
未記入	1
プリントなし	0
合計	60

意見

認定困難なるも将来の発達機能回復を待つて再認定する。

1才6ヶ月にて杖歩行であれば認定し、やはり3才時に再認定としています。
将来に残存する障害が明らかなため。

再認定条件に認める。

県の要綱により、3歳未満児については6歳時で再認定を要する。

主治医の意見として、将来的に杖歩行が見込まれるならば、まずは3歳児に再認定。その後、必要であれば、何度か再認定を繰り返した上で症状固定と考えられる時点で最終的に判断すべきと考える。

3歳まで待つ。

小児は発達を伴うため、再認定を要する場合があります、再認定の有無はケースバイケースである。
程度による。MRI、脳波等に異常所見が無ければ3歳まで待つこともある。

3歳未満の場合、障害程度の判定が難しいため、再認定が必要と考える。

3歳、6歳、12歳で再判定し、12歳で固定する。

本市の再認定要綱により6歳未満の乳幼児の障害認定にあたっては、満6歳になった日の月末を再認定時期としているが、診断内容により適宜、再認定時期を定めることとしている。

障害等級を1ランク下げて認定し、3～6歳で再認定する

将来が確実に予測される場合は再認定の必要はない。

未発達段階のため

3歳未満児については6歳時に再認定。

「将来ともに」の意味が「1歳6ヶ月で杖歩行可」なら認定しない。「1歳6ヶ月時点で将来良くても杖歩行と判断される程度の脳性麻痺」なら再認定を条件に認定する。

上記(1)と同じ。

1歳6ヶ月で将来とも杖歩行とする根拠がない

(3) 精神運動発達遅滞、3歳、未歩行、6歳ころには独歩可能になる？但し、速くは走れないと予測される

認定しない	5
再認定を条件に認定	51
認定する	2
その他	1
未記入	1
プリントなし	0
合計	60

意見

再認定は学齢期前後にしている。ただし障害が軽度になる場合、それまでに受けてきたサービスを受けられなくなることに、保護者が不満を表明する場合がある。制度利用について、そういった事態が起きる可能性についても十分な理解を得てからサービスを開始することが必要と思われる。

機能訓練及び年齢発達により、再認定する必要がある。

3才で未歩行であれば、認定し3年後の6才時に再認定が良いと思います。

障害の原因が明らかな場合か否か、症例によって判断が分かると考える。

再認定条件に認定する（精神運動発達遅滞がどの程度、影響しているのか精神科医に相談してから）

明らかな運動障害を認める場合、6歳時での再認定を付して認定。

主治医の意見として、上記の記載があれば6歳児に再認定が必要と考える。

(2)と同様

ただし、予想は難しいと思うが、3歳の時点で認定をする事が必要か。

発達とともに、障害程度が変化すると予測される場合、再認定が必要と考える。

6歳、12歳で再判定し、12歳で一応固定する。

本市の再認定要綱により6歳未満の乳幼児の障害認定にあたっては、満6歳になった日の月末を再認定時期としているが、診断内容により適宜、再認定時期を定めることとしている。

6歳頃迄歩行できない患児には何らかの運動発達遅延を合併していることが多いため。

難しいcaseは再認定にしています。

明らかに運動機能の障害があれば認定し、6歳時に再認定します。

精神面の原因が主なものであれば、身体障害としては認定できない。

麻痺（身体的所見）なければ認定しない。少しでもあれば再認定つきで。

5. 認定時期について

(1)脳卒中発症後すぐにリハビリを開始、1ヶ月経過、杖歩行可能、上肢・手指の機能は廃用状態

認定しない	48
再認定を条件に認定	9
認定する	1
その他	1
未記入	1
プリントなし	0
合計	60

意見

ただし臨床経過、画像検査などで、両上肢廃用であることの根拠が明瞭に示されている場合は認定するかもしれない。

半年～1年位は機能回復が徐々に見込まれるので再認定してもよいと思われる。

認定時期は早すぎる。

さらに1～2ヶ月待機。

発症後、経過をみる必要あり。

麻痺は1ヶ月で一定していますが、1ヶ月で手帳を持たないといけない状態は考えにくいので3ヶ月程度待つてよいのではないのでしょうか。

本人の申し出がなくとも段階的に時期をみて審査する必要があるだろう。

厚労省の達に従い「3ヶ月を経過した時点」で認定している。

病変にもよるが1ヵ月では固定といえない（改善する可能性が大きい）

どこかで時期を区切らなければならないからケースバイケースで判断するのは公平でない。

発症後3ヶ月は経過をみたい。症状が変化する可能性がある。

認定しない：上肢、手指機能の廃用状態と1ヵ月にて判断するには早すぎると考える

1ヵ月ではあまりにも時期が早すぎると考えます。

3ヶ月以上経過した時点での所見を求める。

発症からの経過が短く、回復期のリハビリテーションを行った上で認定すべきと考える。

リハビリ療法の効果が期待できる。

認定の時期が早すぎる。

麻痺の回復の可能性がまだ望める状態と考える。

1ヶ月では症状の変動が大きすぎるので不適切。（認定しうる事例が皆無とまでは言わないが。）

6ヶ月後を目安にしている。

症状の改善する見込みがあるため、もう少し経過期間が必要と考える。

1年後再判定

本市の再認定要綱により脳血管障害による肢体不自由の障害認定にあたっては、発症後6ヵ月以内（最低3ヵ月以降）の診断については、障害の認定から1年経過した日の月末を再認定時期としている。本件については、リハビリテーションによる更なる回復が見込まれるため、障害の認定をするには時期尚早かと思われる。

1ヶ月経過の後では認定が早期すぎる。

このようなケースは改善の見込みがあり、症状固定までには少なくとも3ヵ月は要する

本人の申し出がなくとも段階的に時期をみて審査する必要があるだろう。

1ヵ月と早く、今後の回復があり得るため。

1ヶ月では予後の予測は難しいと判断します。

脳血管障害の場合、原則発症後3ヶ月以上経過した時点で認定します。3ヶ月未満の場合は、診断書所見を参考に1年後再認定を付した認定をする場合もある。

脳卒中は、少なくとも3ヶ月以上は待つて判断すべきだと考えます。

ケースにもよるが、観察期間が必要と考える。基本的な取り扱いは2（3）によっている。

6ヶ月待つ

1ヶ月はまだ回復期であることが多い。この場合予後判定は医師のレベルで差がでてくるので書類判定では正確が期待できない。

(2)外傷性脊髄損傷、受傷から1ヶ月经過、両下肢の完全麻痺は回復せず

認定しない	25
再認定を条件に認定	16
認定する	15
その他	1
未記入	3
プリントなし	0
合計	60

意見

ただし臨床経過、画像検査などで、両上肢廃用であることの根拠が明瞭に示されている場合は認定するかもしれない。

画像診断等、主治医からの回復の見込みがないとの明確な所見があれば認定し、回復の可能性があれば再認定を条件にします。

最近では外傷性脊髄損傷も徐々にではあるが回復することがあるので、再認定を条件に経過を見てもよいと思われる。但し、外傷の程度にもよるがケースバイケースである。

脊損で1ヶ月過ぎて麻痺の回復徴候がみられない場合はまず完全回復は望めません。しかしまれに年齢、リハビリ等によって1ヶ月を過ぎてからかなり変化がみられる場合もあるので、再認定を条件にすべきです。1年をめどに判定すべきと思われます。

車椅子を作成するのに必要と思います。

回復の見込みがないものについては早期の認定でよい。

脳卒中に準じて「3ヶ月を経過した時点」で認定している。

1ヵ月はやすぎる、痙性がでるぐらいいま*みたい

微妙な問題なので損傷の程度によって多少の回復が見込める場合もあると考えます。その場合ADLの障害度が変わってくる可能性があります。

ただし脊髄損傷部位が非可逆性障害であることが医学的に証明できるのであれば認定とする。

認定しない、受傷からの1ヵ月ではあまりにも認定が早すぎる。

回復は今後も期待できないと思うので

3ヶ月以上経過した時点での所見を求める。

愛知県では時期尚早として扱っているが、個人的にはMRI所見麻痺の状態から判断して再認定を条件に交付して良いと考えている。

発症からの経過が短く、回復期のリハビリテーションを行った上で認定すべきと考える。

1ヶ月経過すれば脊髄損傷は回復しない。

完全麻痺で他の検査（MRI及びSEP等の画像や電気生理学的検査等）でも完全損傷の診断がなされれば、時期に関係なくその時点で認定してもよいと考える。

不全麻痺は認定しない。完全麻痺ならその後の所見も確認の上で認定する。

MRI等で回復の見込みが全くなければ認定可能と考える。

損傷の程度が重度の場合、早期の認定は可能と考える。

1年後再判定

本市の再認定要綱により脳血管障害による肢体不自由の障害認定にあたっては、発症後6ヵ月以内（最低3ヵ月以降）の診断については、障害の認定から1年経過した日の月末を再認定時期としている。本件については、リハビリテーションによる更なる回復が見込まれるため、障害の認定をするには時期尚早

受傷から1ヶ月は、まだ、医学的経過観察の時期であると思慮する。

手術所見やMRI検査などで、症状改善の見込みがないことが確認されれば認定する

完全損傷であるかどうかの確認（主治医の意見）を行い完全損傷なら認定してもよい。確認できない場合にも2~3ヶ月待つ。

Frankel A の予後はほぼコンセンサスが得られる。

脊髄損傷で完全麻痺である場合、3ヶ月以上経過経過した時点で認定します。

完全麻痺は早期に認定しているが、受傷後まだ1ヶ月なので、念のため再認定とする。

脊髄損傷については、急性期治療が終了し、障害が固定した時点で認定可能と考える。

発症3ヶ月は待つ。

Frankel分類の予後についての文献をみても1年後に改善例の報告がある。脊髄炎、脊髄出血、脳卒中、脳外傷と同じ中枢神経疾患は同じが良い。

当然入院中と考えられるので、認定を急ぐ必要がない。充分なリハビリテーションを行った後に認定すべきである。

6. 機能障害程度の判定方法について

人工関節置換術後の判定

人工関節置換術後の状態が安定しているなら、そのままの状態でも機能障害程度を判定すべき。

ご指摘のような矛盾は感じていた。装具をつけない状態で、という文言を根拠に判断することは、装具をはずせない人工股関節置換術患者の場合には、あまり意味をなさない。筋力低下、痛みなどを原因とした歩行能力を根拠として判断すべきもののように思われる。

同意見です。

最近の人工関節はかなり長期に使用できる機能があるので、一律に人工関節置換術を施行したものに等級を与えるのはどうかと思われる。最近手術例も増加しているので、考慮すべきである。

再認定を条件にして、ADLの状態でも判断しても良いと思われる。

人工関節は半永久的に体内に浸透するものであり、内部装具ではあるが、同時に身体の一部と考えてよい。従ってこれにより機能的改善が認められれば再認定をするべきである。(手術後1年で再認定)等級も当然なことと思われる。人工関節置換術に更生医療が適応となり、更生できたのにもかかわらず、全廃の等級のままの扱いは、理に合わない。医療費の面からも再検討の必要があると思われる。

術前こそ機能障害あり、術後はほぼ身障(一)。但し有症状や5年毎位に身障再認定を。

現在の人工関節は耐用年数、手術手技等の発達により、術前の機能障害は大きく改善されます。故に手術を受けていない患者さん又は、何らかの理由で受けられない患者さんの機能障害と比較して大きな不公平感を生じています。故に人工関節等の手術を受け、機能改善が明らかであれば、その時点での判定をする必要があると思われる。

人工関節は近年極めて成績がよくなっていますので、それぞれに認定すべきです。ただし、その為に手術を希望しなくなるかもしれませんね。

上記意見の通りだと思います。

術後一定期間をおいて機能障害判定審査すべきである。

賛成である。

そのとおりだと思います

現状でよいと思う

ご意見のとおり

同感

そのままの状態でも機能障害の程度を判定すべき。

将来における再置換術の可能性も含めて、現在の関節機能評価を考慮して検討すべきと考える。

その通りと考える

人工関節手術の術後成績は以前(20~30年前)より格段に向上しているといえる。よい手術成績例は等級は軽く、悪い成績例は重くなるということではないか。これまでのように一律人工関節は全廃担当という時代ではなくなってきた。

ADL重視の方向であれば、装着後で認定

人工関節の技術、耐用年数等で大きな進歩があり人工関節だからとして一律きめることは反対である。

現状の機能で判断すべきである

現在、膝関節の著しい機能障害(5級)で更生医療により人工膝関節置換術が行われている。機能的には改善するにも関わらず、等級があがり矛盾を感じている。人工関節の等級を下げるか、若しくは手術後の再認定(術後経過期間を決めなければならないが)が必要ではないかと思われる。

現在は全廃としているが、人工関節置換後の機能の状態でも判断すべきと考えている。

人工関節を挿入すれば、術前より疼痛・動揺・変形が改善し、可動域・歩行能力も向上します。従って股・膝関節の全廃(4級)と言えない例が多数見受けられますので、「人工骨頭及び人工関節を用いたもの」の項目を削除すべきであると考えます。

生体内の補装具と考えられるため、術後の判定は現状のままでよいと考える。但し、術前の状態でADL重度の者は、術後と同等の認定を術前から行うべきであると考えます。

人工関節置換術後の状態が安定しているなら、そのままの状態でも機能障害程度を判定すべきである。

状態が良ければ関節機能障害著明として認定し、合併症などで状態が悪ければ関節機能全廃という扱いに変更するといった検討もしてよいのでは。

どちらの意見も一理あると思われますので、最終的にその時点での認定基準に従います。ただし、そのままの状態でも判定した方が自然かと思われます。

人工関節置換術を行った場合、何らかの等級で手帳を交付することを前提に、術後の状態でも等級を決定すべきである。

そのままの状態でも判定し、説明部分に人工関節置換術後と明記し、兆候が悪化(人工関節の破壊等)があれば、再判定と記載すべきと考える。

つけた状態では判定すべき。

人工関節を行って状態がよい患者に対し、等級が上がることはおかしい。人工関節患者に不都合が生じた時点で再認定すべきであり、改正すべきと思われる。

同様に考える。

人工関節は近年極めて成績がよくなっていますので、それぞれに認定すべきです。ただし、その為に手術を希望しなくなるかもしれませんね。

その通り矛盾があると思われる。これは、眼科と耳鼻科でも扱いが異なっており、各科共通した再討議が必要と思われる。

人工関節置換術後は、関節置換後の身体移動能力のレベルによって等級判断すべきと思う。

手術前は5級であっても、人工関節置換をすると、機能は向上したのに等級が4級になることには大きな疑問を感じます。人工関節を入れた状態での機能評価をすべきと考えます

同感です。

賛成です。

除去した場合を想定せず、そのままの状態での日常生活能力によって認定することが望ましい。

その通りである。人工関節の場合、その後の状態で判定すべきである。

現段階では人工関節は必ずしも安定していない状況が水準と思われるため現行でよい。

現在存在する障害をもとに判定すべき。人工関節にて改善すればその時点における障害度にあって認定。

人工関節置換術後の状態で機能障害程度を判定すべきである。

人工関節の手術を受ければ等級が決定する現在の判定は誤りと考えます。そのままの状態での機能障害を判定すべきと考えます。

人工関節の耐久性、効果の時期が長期間有効の例もあるため、人工関節挿入で一律の等級を与えず、機能障害（歩行能力・上肢機能の程度）で細かく等級を判定してはどうか。眼科での人工レンズ挿入例ではどのような傾向にあるのか、それも参考にして決めたい。

今までの認定がよい、明快である。

人工関節も安定した成績が得られており、機能が改善したにもかかわらず、機能の全廃となるのは誰が考えてもおかしい。心臓ペースメーカーについても、活動範囲が広がるのに1級は矛盾している。

そのままの状態での判定すべき

統一されていないと困惑しますので、従来のすべて除去した状態とする方がわかりやすいと思う。

ADLを主とした認定方法をとるのであれば、装着後の状態で認定すべきかと思われます。

人工関節は耐用年数もあり、万能なものではないので、現状の等級設定でよいと考えます。手術により障害程度を軽くした場合に生ずる混乱の方が問題となると思います。（再申請する人とししない人の間で不公平が生ずる、など）

賛成。人工関節は補装具ではない。（整形外科）医療技術が進歩しており見直しは必要である。これまでの認定との均衡をどうするかが課題。（神経内科）

人工関節、ペースメーカーなど機能回復している例では、身障の認定は必要ない。再置換を考慮するだけでよいのでは。

その通り。（同じことは内服薬についてもある）

再置換例の増加もあって、現状の体内装具扱いで良い。症状のみに捉れると等級が**上下することに人工関節術後、安定しているもの、不安定なもの、次第に不安定化するもの等、様々であり、安定しているか不安定なものか（安定-4級、不安定-5級相当か）、判定が難しいと考えられる。

7. 下肢の機能障害について

具体的な基準について

設問6の場合と同様に、歩行能力を根拠として判断すべきもののように思われる。

中枢神経麻痺の障害認定として、動作能力、移動能力の基準を明確にした方が分かり易いと思います。

人間は総合的な機能でみるべきであり、両下肢の歩行能力などの具体的な基準がより厳しく規定されるべきかと思われる。

1km以上の歩行とか30分以上の起立位等を基準にする必要はない。一下肢4級を基準にADLとROM・MMTを組み合わせて解釈すれば可と考える。但し、両下肢の著しい障害はすべて2級とするのではなく、3級4級の事もあり得ると解釈すべきである。

ADLの状態からの判断基準を重視すべきと考える。

総合的、合理的基準が必要。

一下肢全体の障害、三大関節の障害及び足趾の障害が示されているが、一下肢のみならず、両下肢の障害の機能評価があってもよいのではないか。一下肢機能障害の認定で全廃、以下、著障（4級）から軽度の障害（7級）の判定基準に問題があり、あくまで支持性だけで判定すべきである。運動性を取り上げればあいまいになるので、立位歩行で例えれば、①歩行器が必要、②必ず松葉杖が必要、③1本杖が必要等と分け、歩行距離はあいまいで考慮すべきではない。故に両下肢の機能障害（著障）は3級又は、2級と分け判断基準を指示性を主として明確にすべきである。両下肢機能の障害はたびたび認定の対象となることがあるにもかかわらず、基準があいまいなために判定に苦慮することがあります。歩行能力を基準として採用することが適当ではないかと考えます。歩行能力に関し、補助具使用で可能かどうか等の基準はやはり必要かと思われまます。

立てなければ1級、歩けなければ2級。

完全に歩行能力がない場合は別に障害認定すべきである。

両下肢全般に渡る障害があり、立位または歩行が困難なもの。

体幹障害で対応していることが多いようにおもいます。原因や症状がさまざまなので基準をつくるのはむづかしいとおもいます。

必要であると思えます

座位、立位、歩行の程度を加味した基準が必要と考える。

必要なし、左右を合わせて指数計算すればよい。両下肢の著しい機能障害は④+④→③3級とすればよい
具体的な評価基準が必要である。

必要と考える。身体障害認定基準（3訂版又はそれ以前のもの）を参考にしている。

必要はない。歩行能力（歩行距離など）を一側下肢の機能で実際には区別は困難。一側のみが障害されていてもキョリは変わらない。各々（下肢）をやはり筋力、可動域それに耐久性などのImpairment評価で判断するしかない。

等級間の整合を図る為にも、体幹機能障害の歩行能力に相当させることが妥当と思われる。

補装具なしでは歩行不能（0m）もしくは10m以内（但しこの障害をうらづける他覚的根拠が必要である。具体的な基準は必要と思われまます。歩行能力、立位時間、座位等で決めてもよいと思われまます。現在の著しい障害を基準に決めてもよいと思えます。

「両下肢の機能の著しい障害（2級）」は「四訂身体障害認定基準解釈と運用」の284ページにある「独歩は不能であるが室内における補助的歩行の可能であるもの（補装具なし）」を基準に判断している。事実により「両下肢の機能障害（3級）」「両下肢の機能障害（4級）」という認定をすることもある。

基準はあった方が望ましい。歩行不可・起立不可であれば2級等。

一側の機能障害を2つ合わせて両下肢の機能障害になるものではなく、一側の機能障害と両下肢の機能障害は質的にも異なるものであると考え。しかし、歩行能力ではその判定が困難である。起居・起立・移乗動作等、複合動作に関連した項目を設定することが好ましいと考える。

具体的基準が必要。

不必要。なまじ不適切な距離を例示するから認定がややこしくなっているのが実情。一下肢機能障害著明（4級）は1km以上歩行不可などという長距離でなく、もっと短い距離の例示に変更すべき。

判断に迷うことが多いため、明確な基準が欲しいと思えます。普通の人には両足で歩く場合が多いので、歩行能力で等級を決めるのなら両足で歩いた場合の距離や階段の昇降等のADLの制限の状態を基準として示していただきたい。

「両下肢機能の著しい障害（2級）」については、各一側の下肢が「下肢の著しい障害（4級）」の状態であれば良いので、現状の基準で運用可能であるが、「一下肢の機能の全廃（3級）」と同程度の「両下肢機能障害（3級）」を認定する場合は運用が困難である。一下肢の障害を想定した場合ではなく、両下肢障害の基準である、「脳原性移動障害（3級）」の基準や「体幹機能障害の歩行の困難なもの（3級）」の基準で認定すべきである。

基準が必要と考える。具体的には、室内での実用歩行不可、日常的に車椅子が必要、立位には半介助が必要、等

必要である。歩行の程度による。

具体的基準が必要

両下肢筋力が△であったとしても、両下肢著障2級とは必ずしも判断せず、両下肢機能障害3級相当と考える場合がある。具体的基準があれば利用したいが、今までの判断と相違があると困る。

必要と考えられる。具体的なことについては、今後研究を要す。

両側で歩行能力を評価すべき。特に手すりをつかまり歩きできるか、杖歩行か、杖なしでの歩行か、装具なしの状態像で等級を決定すべき。

独歩は不能であるが、室内における補助的歩行の可能なもの、を言う

両下肢機能として「歩行の不可能なもの」であれば両下肢機能の全廃（1級）、「独歩は不能であるが、室内における補助的歩行の可能であるもの（補装具なし）」であれば両下肢機能の著しい障害（2級）の認定と考える。

むづかしい問題です。

必要、バスのステップ、歩行速度、up and gotent など

具体的な基準が必要（案）著しい歩行制限（数歩以下）、起立困難

必要である。ただし、歩行距離では判定困難である。加齢のみでも歩行距離は低下する。

床からの立ち上がり、歩行可能な時間及び長さ。

必要である。移動能力を基準とする。

具体的な基準は必要ない。

歩行能力、例えば両松葉杖歩行か車いすのみか、等の判断が両下肢の機能として必要と考えます。

両側の機能障害がある場合、3級、4級の基準を作ってはどうかと考える。

余り条件の設定は必要ないと考えている

具体的な考えはないが、認定の際に判断に迷うことが多い。具体的な基準があれば、判断しやすい。必用と思う、中等度障害などの基準も加える

両側は除外した方がわかりやすいと思う。片側ずつ検討が良い。

両下肢2級：歩行困難、3級：歩行100m、4級：歩行1km、5級：2kmとして体幹機能障害による歩行能力を参考とする。

必要であると思います。基準としては、補助具使用時と非使用時の両方の歩行能力で、細かく規定するのがよい。

歩行能力、立位、移動等の基準が必要。(整形外科) 機能障害の程度を表す、客観的な数値基準が必要。現在も例示のみを根拠とする参考意見があり、認定に苦慮している。(神経内科)

一下肢の著しい機能障害は、両下肢の機能障害としてとらえる方がよいのでは。

必要である。独歩不能、両手すりがあれば歩ける程度など。

特段の必用を感じない。両下肢切断あるいは、体幹の基準と同等の障害と考えるのが実際的である。不要。

8. その他の意見

具体的な例を示すことができないが、機能障害部位が多数であるとき、点数を加算してゆくと、臨床に記載されている状態像よりも重度の障害として認定せざるを得なくなる場合がある。そのときに臨床像に合うような等級にすると、計算根拠を示せなくなることがある。

1) 関節機能、筋力低下、切断についての基準は比較的明確ですが、中枢神経麻痺(痙性、運動失調など)により生じる障害の認定は、機能障害と能力障害に混乱がみられ、整理が必要と思います。2) 運動補足野や頭頂葉の障害により生じる運動機能障害の認定は可能で、アルツハイマー病など全般的脳機能障害により生じる運動機能障害は認定(廃用を除く)されないことには、釈然としません。3) 上腕2分の1以上、大腿の2分の1以上の基準は、他の基準と整合性がない。

高齢化と身体障害との関係はどうしても一致してしまふ。その点の線引きがこれからの問題と思われる。肢体不自由の状態及び所見の部分でADLとROM・MMTが不一致と思われる意見書が比較的多い。特に内科医からの提出のものに多く見られる。ADLを優先とするべきなのかどうか検討が必要である。介護保険が導入され、高齢化とともに肢体不自由の条件も重複することが多いが、ADLを重視して認定すべきと考える。

3才以下は等級に問題があるとされているが、重度により3才以下であっても対象に考慮できないか? 全体として6級、7級は廃止すべきである。等級の判断基準を出来るだけ簡単にし、実状に則して、医師による判定のバラツキを少なくする工夫が必要である。等級は1級から4級程度まで、4段階で十分である。上肢、下肢の切断の判断基準が複雑すぎるので、もう少し簡単(シンプル)にすべきである。医療の進歩に伴い早期に濃厚な治療をした結果として症状固定しているのであれば、3才まで認定を待つべきではなく、1才を過ぎれば認定を可能とすべきである。

多くのDrが意見書の書き方と主旨を理解していないようです。その為の啓蒙が必要でしょう。極めて杜撰なものには、書き方についての簡単なパンフレットを送るなど。是非やってもらいたい。

「体幹不自由」は採用の仕方によってかなり幅がでますね。

各種障害(片麻痺、切断、関節障害・・・など)と等級の関係をもう一度整理して等級を付け直す。

パーキンソン病で薬物がある時間有効であるがon-offがつよくありその状態が長くつづいて**例の審査のとき認定に困った(症状が日内変動しその状態が固定している例)

パーキンソン病で症状はほぼ固定しているのにも関わらず、日内変動がみられる場合があります。その場合どのレベルで判定すべきか困っております。時間的に多い方のレベルで判断するのか、それとも平均的(?)な所で判断するのか。(例えばオフ時に寝たきりに近い状態であるが、オン時には自立歩行が可能である場合など)

①切断の級の分け方を変更すべき、大関節が残っているかどうかで分けるべき。②1側上下肢の級をもう少し細かく、上肢2, 3, 7→2, 3, 5, 7級とか 下肢3, 4, 7→3, 4, 5, 7級など

各等級の具体例の中には、疑問に思う所が散見される。整合性をはかるべきと考える。

1. 著障と軽障の中間の障害が必要(軽障では手帳でない場合) 2. 手指の切断の等級の見直が必要(3, 4, 5指は軽んじられており手帳の対象とみなされていない) 3. 医療費免除の恩典との関係が水面下にある 4. 医療から在宅へのタイムリーな移行には現在も手帳は大きな公的援助として有効であるので、できれば早くに認定をし、手帳のサービスを在宅の準備に利用できるようにしてほしい。

指定医の診断書記載が不備な物が多く、判断に困るので診断書の精度を上げることが望まれる。

四肢の感覚障害(特に異常感覚、知覚過敏)によるADLの障害についての評価・認定が困難に感じる。診断書は、筋力は5段階、角度は定数で記載すべきである。現状ではあいまい。

中枢性障害に関しては、関節可動域の記載は不要である。何故記載しなければならないのか。筋力の記載のみで十分である。人工関節を用いたものなど、手術施行や治療により改善し等級が変動したと思われるものに対して、チェックがなされていません。明らかな切断や完全麻痺を除いて、等級の上級変更を義務づけるか、定期的な更新を義務づけるべきであると思います。

リハビリテーション治療の期間等も判定の目安とするべきであると考え。同様の症例でも、リハビリを行わない者が1級、リハビリを行った者は2級というケースが多く不合理を感じる。

「かなづち」「1 km以上」など不適切な具体例が多い。「かなづち」を（実用レベルでは）使用できない、というだけで4級申請する事例が絶えないので改善すべき。（「不良肢位拘縮のために、ROM・MMTが良好でもできない。」など。） 下腿大腿切断の「2分の1以上」要件も外すべきでは。2分の1以上とそれ以下との違いはなく、むしろ断端が長過ぎる方が継ぎ手の位置決めなど臨床上困難が多い。

各自治体が、障害認定の際に苦慮している疾患や病名については、認定基準の解釈や適用方法を、また現状の認定基準で対応できないものについては、新たな基準を考えていただきたい。

幼児期に1級となり、改善したにもかかわらずそのまま1級でいた人がいます。年金の申請時、20歳の時に、一律再判定をすべきと考えます。

老人の大腿骨髄部内側骨折で、人工骨髄が入るだけで4級はいかかなものか？6の質問と同じと考える。

多くのDrが意見書の書き方と主旨を理解していないようです。その為の啓蒙が必要でしょう。極めて杜撰なものには、書き方についての簡単なパンフレットを送るなど。是非やってもらいたい。

7級の項目が医師、患者双方に混乱をあたえている。7級ではなく、補足項目とでもするのがよいと思われる。

現行の脳原性運動機能障害に関する認定基準はもっと認定しやすい形式のものに作り直すべきである。

関節可動域、筋力よりももっと細いADLの評価で認定する方が良いと思う。

15条指定医のレベルはまちまちで、意見書の認定に苦慮することが非常に多い。研修やその他レベルアップが必要。又、指定医ならどの疾患でも認定できるということもおかしいと思う。もっと、狭い範囲（専門部のみ）でもいいのでは？

第4、5指の機能が第2指に比べて軽視されすぎたり、足部の機能がよく検討されていなかったり、同じ下肢切断でも「1/2を欠く」などという非現実的な基準で差がつけられているなど、医学的に判断して問題のある部分が多いと思います。そろそろしっかりと準備期間を設けて現場の意見を重視しながら、全面的な障害程度基準の見直しが必要と考えます。

昔に比べ疾患が多様化しており（特に中枢神経疾患）、従来の筋力や関節可動域による判定では、無理が生じることがある。肢体不自由（+平衡機能障害）をいくつかの疾患群ごとに分類し、その疾患群に見合った書式を新たに作成する時期にきていると考える。（神経内科）

impairmentでなく、disability中心に等級判定する方が簡単ではないか。

定見もなく基準の変更を企図するのは愚である。

足・足趾の障害での歩行障害が強い場合、重い等級がとり難い。下肢の一関節の全廃でも、下肢全廃に相当する例がある。この場合、関節障害のほうを優先することとなっている。あまり具体例で判定医の裁量を妨げないほうがよい。

内部障害

1. 心臓機能障害

(1)人工ペースメーカーで申請があった場合の扱い、認定基準はどのように改めるべきか。
現在は人工ペースメーカー植込みありは、1級としている
人工ペースメーカー植込み後の状態により等級を決定すべき。

人工ペースメーカー装着者については、現状即1級認定をしている。
見直しについては、必要である。1級ではなく、生活制限を重視し減級すべきである。
ペースメーカーに作動不全がなく順調に経過していても何らかの事態で作動不全に陥った時は問題か、認定基準は再検討する必要がある。

認定基準通りに審査しています。人工物を装着している場合、一律に機能全廃とすることには、疑問を感じます。

人工ペース・メーカー移植前は患者さんの日常生活での制限の程度に応じて判定しています。
人工ペース・メーカー移植後はほとんど、例外なく通常の日常生活に復帰しています。この点を考えますと、移植後の身体障害者としての認定は不要と考えています。是非、人工ペース・メーカー移植後の1級はじめ身体障害者認定を廃止していただきたいと思います。
ペースメーカー挿入のケースについてはペースメーカーを装着しなければどうかという判断をするものと認識しており、1級申請を無条件で容認している。人工弁にも、ペースメーカーにも装着後に心臓機能障害があるのかどうか判断し、普通に日常生活が出来、働ける人には身障認定は必要ないものと考えている。そのように改めるべきと考える。

身体障害者障害程度等級表の解説に則り1級として認定している。(A医師) 認定基準を見直す必要はない。携帯電話など実際はペースメーカーに大きな影響は及ぼさないが、患者の中には常に注意をしながら生活している人もいる。実質的には生活制限を要していないように見えても全く制限のない患者はいないと考えられるため。(B医師)

実質的な生活制限を要しない場合は、下位等級(例えば3級)でもよいと考えます。実際に、主治医によっては一律1級の申請ではなく3級で、申請にこられる場合もあります。妥当と考えられる場合はその等級で認定しています。

現時点ではペースメーカーを装着していれば、症状に関わらず、1級と認定していますが、ペースメーカー装着後症状がなく、生活が送れるようになって1級であることには疑問を持っています。やはり症状に応じて等級を考えるべきではないでしょうか。

1級障害として扱っている。

現在の認定基準では1級として判定する以外ない。ペースメーカーへの依存度により判定するべきである基本的にはペースメーカーを装着したものは、弁置換後と同様に症状の有無に関わらず、1級でよろしいかと思えます。また、その様に取り扱っております。

原則として1級として認定している。再認定を設け、1級としてではなく、3、4級も可能な基準をつくれればよい。

これまでペースメーカー挿入例は全て、障害者手帳の対象となり、その後1級申請が可能となった。ペースメーカー挿入の結果無症状となったもので、なければ生命の危険もある。従って手帳申請は妥当であろう。

たとえa-hの所見がなくても、人工ペースメーカー装着後は1級認定。見直しについては、ペースメーカーの種類が増えてきているため、すべてのペースメーカーを1級と認めるか議論が必要。例：治療として完全房室ブロックを作ったための、ペースメーカー植え込み。伝導障害の治療ではなく、心機能を向上させるための両室ペーシング。

ペースメーカー装着、人工弁、弁置換により活動能力が正常に回復しているものはせいぜい3級相当として、1級にすべきか否かは総合所見による方がよいかと思えます。呼吸器機能障害の人工呼吸器装着者を1級に認定する状況とはかなり異なると思われま。

すべて1級に認定しています。

人工ペースメーカー、弁置換の患者さんは、1級認定としている。→・ペースメーカー手術時は高額であり、公費負担が必要だが、その後、生活制限なければ1級認定は不要と考える。ペースメーカー自体が生命維持に不可欠であることを考慮すれば、従来通りの認定でよい。

疑義解釈にペースメーカー装着時は1級と認定するとされているので、従っている。しかし、ペースメーカー等人工臓器で生活活動がよくなれば、薬剤治療で活動能力がよい場合は等級は軽い方に認定されているので、同じようにしてよいと思う。

1級としています。人工ペースメーカー装着者はa-hの所見がなくても、これをとりはずすことは生命の維持に支障を来たすことがあるためという、従来の基準に従っています。

人工ペースメーカー装着予定の患者では、a-hの所見が2つ以上なくても、1級にすべきと考えます。

現時点では、人工ペースメーカー装着者は全て1級と認定している。しかし、心機能が良好で、ペースメーカー術後、失神、めまいの消失した症例に対しては、今後、見直しが必要であると考え、認定基準を変更しない限り、自治体の独自判断で1級の申請を却下することは不可能である。

人工ペースメーカー装着は全て1級の基準なので1級としております。しかし、医療の進歩により、生活制限を要しなくなっているのですから、等級を下げた方(3級位)が良いと考えます。

認定基準どおりに1級としている。人工ペースメーカー装着者は受けることのできない検査もあるなど制約も少なくないため現行基準のままよい。

実質的には1級として診断しているが、症状に合わせて3級又は4級として認定出来るように認定基準を見直してもよいと思われる。

人工ペースメーカーを装着すれば、認定基準の規定どおり1級として認定している。4級以上で認定することを前提に、活動能力や心電図所見により、等級を決定すべきである。

人工ペースメーカーの装着があれば、規定どおり1級としている。

ペースメーカーの有無は要件に入らず、実質的な身体能力を基準にすべきである。

人工ペースメーカーは、改善が図られたとはいえ、人工産物であり、安全性からはいつ欠陥が生じないとは限らないことを考慮し、認定している(生命の危険性)

日常生活上支障がなければ、再認定して3級でも良いか。

委員1・これまでペースメーカー装着例は1級と認定されていた。しかし、この様な例は多くの場合通常の社会生活が可能である。しかし、定期的診療が必要であることを考えると、「3級」または「4級」と判定してよいと思う。委員2・ペースメーカー装着は1級と判断。実際、装着後はペースメーカー他がないで良い場合もあり。

ペースメーカーを装着しているだけで、無条件に1級としている。しかし、ペースメーカー装着にて健常人と同様の生活可能となるわけであり、ペースメーカー装着で身体障害者と認定するのはおかしい。

人工ペースメーカー、人工弁を装着した者は、QOLに全く関係なく自動的に1級に認定。これは障害程度等級表解説に明記されている。しかし、ペースメーカー、人工弁装着者に関しては身体機能は著しく改善しているにも拘らず、1級と言うのは矛盾である。例えば同じ程度の僧帽弁膜症で、弁形成が行われた人は多少症状が残っていても3級か、4級にしかならないという事例がある。

人工ペースメーカーの装着だけで1級認定していますが、実質的な生活制限(活動能力の程度)によって判定すべきと思います。

必要なし

現行の取扱い

「ペースメーカーを装着したもの」に該当するため1級を認定している。見直し案として、人工ペースメーカーを装着しかつ次の2点の両方を満たす者のみ認定する ①実質的に生活制限を有する ②心エコー等で心機能低下が認められる・・・心電図ではペースメーカーリズムとなり心臓機能が適正に評価できないため

①現状では1級としています。②昭和50年代と比べ、ペースメーカー自体改善、植え込み可能医師も増え、予めの診断技術も進歩しており、これからますます増えるでしょう。結論としては「級」を下げてよいと考えます。個々のケースで作動しているかないか確認していく作業は、指定医師にとっても大変な作業量増大で現実的でないと考えます。

生活制限の程度によって等級を決定すべきで、画一的に1級とする必要はないのではないかと。

ペースメーカーの依存度により分類法を作成することも一法。

規則上一級認定であるが通常の生活を送ることを目的とした人工ペースメーカー移植術の施行であることからすれば機能障害は実在するとしても一律一級認定は実状に合わない。しかし何級にするかあるいは非該当とするかは難しい問題を有す。

現在は1級、場合により3、4級もありうるとしてもいい。

ペースメーカー装着後は心電図所見等がなくても1級で認定しています。

人工ペースメーカー及び除細動器の永久的な埋め込み術を実施された方は、1級として認定している。

現時点では、上記のように認定しているが、ペースメーカー装着者の中には心機能が良好で日常生活、労働に何の不自由もない者が多くある。ペースメーカー(人工弁)＝1級の認定制度には問題がある。再認定で等級を下げる等の処置が望まれる。

基準により等級を認定している

① 認定しています。 ② 1級にはならないと考えます。

原則として3~4級に位置づける。申請のDrがADLについて明確に理解していない例が多い。

認定基準どおり、1級として認定している。

身体障害認定基準に基づき、「一級」に認定しているが、この認定基準は大いに問題ありと考える。

(2) 心臓機能障害の認定に関する意見

評価には、超音波所見も加えるべきではないか。

①4級の認定基準に「臨床所見で部分的心臓浮腫があり、・・・」との記載がありますが、臨床所見キ 浮腫（有・無）をもって部分的心臓浮腫ありとするのか、胸部エックス線所見の心胸比をもって判断するのか、明確でない。②重度の心不全で、認定基準の心電図所見がない場合もありうる。

心臓疾患などで、書類から判断して、患者さんから強く身体障害認定を求められて書いたと思われる事例があります。申請書は是非、客観的に判断して提出して頂きたいと考えています。

現在は心電図所見が主たる基準となっており、心筋梗塞既往の患者さんの場合は心機能の程度の如何に拘らず、概ね1級認定の要件を満たすが、カスリ傷の人も多く、いわゆる行動範囲が著しく制限されるケースは少ない。今後は心機能に基づき真に仕事が出来ないとか単独で外出が出来ないというケースに限り1級認定するよう見直すべきと考えている。

ペースメーカー装着後は症例によっては3、4級相当と考えられる。再審査が妥当である。客観的所見（特に心電図）と活動能力とが乖離する症例がある。要検討。（A医師） 書類を読んでいて病状説明と活動能力の判定が合わないと感じる書類が多い。活動能力は障害の級に合わせて記載されているように感じる。現在の障害者認定は主治医書類の記載内容だけでされており、第三者の意見が全くない所に問題がある。（B医師）

昨年度の集計の中より、心**所見等で以上を認めない場合でも、それに変わる所見（例えば心*で閉塞や高度狭窄をみとめる）があれば同等の扱いをして認定しています。（小児は担当外ですが、認定基準を拝見して、先天性心疾患を、18才未満の基準でカバーするのは、難しいと感じます。）

いちばん問題となるのは、認定時期についてです。急性心筋梗塞、不安定狭心症の発症と同時に申請があります。「急性期治療が終了して症状固定後認定を受けるように」という説明で非該当として返していますが、主治医が急性期治療を更生医療で行うため同時申請しており（すでに主治医が治療は更生医療を行える、と患者に説明している）更生医療を却下することになるので、患者さん側から不服申立があります。

心臓カテーテル、心臓超音波による心機能評価があった方がよろしいかと考える

ペースメーカー、人工弁が入れば必要1級になるのはおかしい。人工弁を入れてもほとんど通常人と同じ生活ができる人も非常に多い。

特に問題はないと考えますが、1級の(1)a~hの所見については、もう少し簡略化できないか。

再認定の時期を原則として2年とかの基準を設けてほしい。

ペースメカ植込み以前は、植込みの必要患者の平均余命は六ヶ月とされていた。目下内科的治療も進歩をとげ、延命可能は認められるが、ペースメカ植込み術に勝る治療法はない。患者の基礎心疾患を重視して、やはり一級手帳が該当と思われる。

認定基準が病状を反映していない。特に脚ブロックや期外収縮は健康人にも見られ、重症度とはほぼ無関係。また冠動脈疾患では、左主幹部病変や回旋枝病変では、有意な心電図変化がないことも多い。重症の拡張型心筋症でも心胸比正常がある。冠動脈造影所見や、心エコー所見なども入れて、病状に不公平なく評価したい。

心エコー、心カテは、ほとんどの場合施行されているので18才以上の場合の、認定基準に追*する方向を**していただきたい。

心電図所見に該当項目がないため、活動能力、治療経過から高度の狭窄が考えられても非該当にせざるをえない。

上行大動脈瘤～弓部大動脈瘤～胸部下行大動脈瘤で心機能障害を有する患者を心臓機能障害でカバーしているが、両方を包括するような（例えば、心臓・大血管機能障害等）障害認定としたらいかがでしょうか。

「部分的心臓浮腫」を具体的表現に変えてほしい。

心電図所見を重視しすぎているように思う。心電図がb-hに該当しなくても重症冠動脈疾患や、重症心筋症の場合がときどきある。a-hのうち、心機能に関する項目が心胸比だけであるが、他の検査成績（エコー、RI検査）による心機能評価項目があってもよいと思う。

現在、心エコーによる診断が広く用いられているため、心エコー所見を記入する欄が必要であると考え弁置換術に関しても同様に考えたいと思います。人工弁と弁形成術の差異も解消されると考えます。現行基準では実際の心機能を反映していない。重症度を反映しうるように、他の検査所見も認定基準に加えるなどすべき。例：左室駆出率、心カテ所見など

心臓機能障害と認めるのか、認めないのか難しい原因疾病や部位については、自治体によって考え方が異なるため、症例による一定の基準が必要と考える。

更生医療を受ける予定の者が身体障害者手帳を取得する場合、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなる可能性が高い。このため、このような者については要件を付し、更生医療の施術後、一定の期間が経過した後に手帳を返上することを明文化する必要があるのではないかと考える。また、心エコーの記載項目を追加した方が良い。

傷病名の追加：高度房室ブロック

生活習慣からの心不全と不整脈：アルコール依存心臓機能障害は生活指導では改善の見込がないが・・・再認定をお願いしている。

虚血性心臓病による心不全：治療による再認定をするよう勧める。

内部障害による認定希望が今後増加すると考えられるので認定基準を厳格にした方が良いのではないかと。

委員1・認定に際しては身体的運動能力評価に基いて行われるべきと考える。心機能検査の細かい数値にこだわる必要はないと思う。米国のNew York Heart Associationの機能分類「NYHA分類」が実際的である。委員2・現在の認定基準では、心不全の認定が十分ではありません。

弁置換、ペースメーカーでの基準を見直すべきである。

歴史的には更生医療又は育成医療によって心臓の修復手術を受けるために、身体障害者の認定取得が行われてきた経緯がある。本来身体障害の認定は障害が固定し、修復が不可能な時点で行うべきでは。医療費の自己負担軽減のためには他の方策を取るべきであろう。もし従来どおりとすれば一定期間後に再認定を行い障害認定の変更、取り消しも有り得るとすべきである。

心電図所見のイ、ウは判定基準が曖昧であり、右脚ブロックは病状の判定に役立たないので削除してもよい、と思います。期外収縮については、上室性・心室性の記載と頻度の記載が必要と思います。心エコー図、冠動脈造影、シンチグラムの所見を記載する項目を加えたらよいと思います。

他自治体に照会したところ、虚血性心疾患で更生医療を同時に申請した者の「障害の永続性」の判断基準が異なっていた。滋賀県では、別紙のように治療の経過、冠動脈造影検査、心エコー検査を参考にして認定の可否を判断している（改善の可能性が高い者は時期尚早のため却下）（意見）冠動脈造影検査、心エコー検査、LVEFの所見で心臓機能を評価して認定するよう認定基準を改正していただく

①このままでは虚血性心臓病での認定がますます増えるでしょう。PTCA、バイパス手術については、必ず再認定とし、その活動能力評価に客観的な検査を加えるべきと考えます。例えば運動負荷心電図等です。②「症状固定」という大原則との乖離があります。更生医療（＝心臓手術）適用の為の身障手帳交付が見受けられます。急性期の手術はどうするか、明記して頂きたいと考えます。

①5段階の生活制限の程度の記事表現が非常に分かりづらく、記載者側もその違いが明確化しづらいのではないかと。表現を再検討を要するかと考える。②心電図中心の所見であり、臨床現場の判断と差があるのではないかと。心エコー所見、心カテ所見、BNP値処方内容等の一部も所見に入れてはどうか。

日常生活上の区別をもう少し合理的にまとめる方法をそろそろ検討すべき時期ではないかと考える能力とその他の所見との整合性に疑問を感じる。CTR、NYHA、LVEFなど、もう少し他覚的所見で等級を決定する方が判断しやすい。

病状と認定基準が合致しない例があります。例：CTRは55%だが、心エコー上左室運動障害、駆出率20%以下に低下し心不全状態だが、心電図所見なく、認定基準に合致しない。

大動脈瘤は手術しなければ高頻度に破裂するため手術が必要である。多くは無症状であり、心電図変化もなく、なかなか認定されにくい。少なくとも4級が認定されるよう、例えば「6cm以上の胸部大動脈瘤はそれだけで4級」などの処置が望ましい。同様に、無症状の先天性疾患で手術が必要な場合も認定されにくい。手術適応は確立したものであり、手術を受ける者が4級を認定されるよう、心エコーや心臓カテーテル検査を項目に入れた方がよい。

①X-P、ELG、だけで基準外、基準内は妥当ではありません。②将来的なことをふくめた生活能力判断は必要である。③（人工弁 人工ペースメーカー）植込み予定などは、その時点で認定すべき。

症状の固定化の判断が困難な場合に苦慮している。手術又はペースメーカー装着後の無症状に近い症例の判定（含期間）。

心エコー図等の新しい検査の項目があってもよいのではないかと。

身体障害者診断書、意見書の様式はあまりに古く改訂が必要と考える。（例えば、心エコー所見、冠動脈造影所見を加える、など）

2. 呼吸機能障害

(1) 等級判定が困難なケースの対処

活動能力、動脈血ガス（不可能な場合は、経皮的**飽和度を参考）、指数、診断書内容をみて総合的動脈血O₂分圧重視で判定を行っている。場合によっては、SPO₂を問い合わせることもある指数は意図的な悪化が起こる可能性があるため、動脈血O₂分圧を優先すべきである。

臨床所見、X線所見、活動能力の程度などから総合的に判断しています。

SPO₂を参考としている。指数PaO₂分圧の差の大きい場合は基礎疾患が何であるかにより対処している。

動脈血O₂分圧測定不能例については、指で測定するSpO₂を参考に判断している。（換算表があるので、あくまで参考値ではあるが仕方なかろうと思います。）解離の大きなケースでは病歴やレ線所見などから病状を判断するようにしている。何も書いてなくて困るケースもあるし、あまりに呼吸困難の強いケースでは悪い方のデータで判定することもあります。

換気機能、画像、活動能力など総合的に評価している。酸素吸入中のPaO₂はO₂流量、PaO₂の値（高値である場合は呼吸機能障害が強い）も参考にする。また酸素吸入開始前の血液ガス測定値を要求し、参考とすることも多い。（C医師）

基本的には判定基準に添って判断していますが、検査実施の不可能な実況や、その他の参考になる所見があれば総合的に考えて、認定するようにしています。症例ごとに背景が異なるため、補助的な検査結果や所見でも、参考になるものであれば欄外に書いて頂きますと助かります。（不足する場合は、追加検査をお願いしています）。

Po₂測定不能時、酸素飽和度を参考にします。指数とPo₂の解離が大きいときなど活動能力の程度、胸写所見などを参考にして決めます。他のケースとの接合性にも留意します。

呼吸障害指数も定量的なメルグマールであるが、日常で症状に関係するのは、O₂分圧と考えられるので、解離が認められる時は、O₂分圧を採用することが良いと考える。

SP0₂値を参考にしている。指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合、COPDでは「労作時のSP0₂↓あり」それも参考にしている。

①PaO₂>80Tow以上で「室内気での測定不可」等の場合は、室内気の血ガスを要求していますが、PaO₂70Tow以下では、その他の所見で判断しています。②指数は閉塞性障害を**可疾患以外は参考所見で考えるべきと存じます。

酸素飽和度で代用する。その場合室内気で飽和度90以下を4級相当と考えている。指数と酸素分圧の解離が大きい時は、より客観性が高いと思われる後者を優先する。

O₂分圧、S p O₂は、測定値の状況により結果がかなり異なる為、原因疾患、経過により総合的に判断している。胸部レントゲン、活動能力も評価している。

判定基準の文面にあるように（指数が20以下のもの又は動脈血O₂分圧…）いずれか数値の悪い方を優先している

吸入酸素濃度から動脈血酸素分圧を推定している。

指数と動脈血酸素分圧の解離が大きい場合は客観的な動脈血酸素分圧を重視している。

解離が大きい場合は、O₂分圧を参考にする。ルームエアでの分圧測定がない場合は、活動能力や理学的所見を参考に判断している。認定事例もあいまいで、判定に困っている。

①ルームエアでのO₂分圧測定不可例は、通常O₂吸入継続、人工呼吸器にある人であり、その場合はF1O₂記入して、動脈血分圧測定。PaO₂/F1O₂の値で250以下を低O₂血と判断している。②指数とPaO₂値の解離のケース。X p所見、症状を勘案し総合判断。指数、PaO₂のうち、重症所見の方を重視して判定している。

解離が大きい場合は、客観的指標のP a O₂値を重視している。O₂吸入時のP a O₂値で判断することは難しいが、略々の換算値が示されれば、判定に助かる。

ルームエアでの動脈血酸素分圧が測定不可能である時は吸入酸素濃度をできるだけ低下させた際のデータを参考にしている。指数と動脈血酸素分圧の解離が大きいあ場合の対応としては、原則として動脈血酸素分圧を重視するが、疾患の種類や症状も参考にし審査している。

医学的に説明がつくならば、ルームエアではない動脈血O₂分圧を参考として認定したり、指数と動脈血O₂分圧の解離があっても認定は可能と考える。

パルスオキシメーター値で判定可能と考えられる。

子供で気管切開を行っている場合、再認定を条件に、原因疾病や現状で得られるデータから、障害程度を予測している。指数と動脈血O₂分圧のどちらかが、基準を満たしていれば、障害認定を行って総合的に見て判断する。日常のADLと合致するDATE（検査値）の等級を重視する。

総合的判断による。

委員1・いずれかの検査値のうち、悪い値を参考に判定している。

委員2・指数と分圧の解離の場合は分圧を優先と考えています。O₂分圧測定不可能な場合はSaO₂で代行を考えてください。

主治医の意見を尊重している。

診断医から直接状況を伺うこと、またPCO₂を参考にしたりすることがあります。

O₂分圧が測定できない場合はSP0₂の値を参考にしています。病名から酸素分圧と指数の乖離が理解できる場合は、悪いほうの値で判定しています。

可能な限り酸素**を一時的にも中断した状態で検査し数値を記載してもらってれば、解離が大きい場合はO₂分圧を重視している。

経皮的動脈血酸素飽和度検査の結果などを参考にしている。

酸素吸入中であれば、O₂の流量、P a C O₂などを参考とし、その他換気機能、画像、活動能力など総合的に評価、O₂吸入開始前のデータなどをできるだけ集めるようにしている。O₂分圧と指数が乖離することもあるが、その時はP a C O₂など総合的に評価。1級判定の時は、できるだけ他覚的所見を得るよう努力をしている。

総合所見、呼吸機能、活動能力の程度の内容が実際にルームエアでの動脈血O₂分圧測定不能と考えられるもの（おそらく1級相当）であれば臨床状況を勘案して請求通りに1級として認定。これらの所見がルームエアでの測定が出来る状態と考えられる場合は判定不能として返戻。指数と動脈血酸素分圧の解離はよく見られる現象である。間質性肺炎などの拘束性疾患では通常、指数は基準に達していなくても酸素分圧は低く、肺気腫などの閉塞性疾患では指数は低値にもかかわらず酸素分圧は低下していないことがしばしばみられる。このように巢数や安静時の酸素分圧が基準に達していない場合には、総合所見や労作後の動脈血酸素分圧や労作時のSpo₂などの附記、CO₂貯留の有無、拘束性疾患では拡散能など、附記があればそれを参考にそれぞれの疾患に応じ該当、非該当や等級を決定する。診断書から等級を読みとる作業には、実際にどのような疾患でどの程度の病状のものが記載されているようなデータを示す可能性があるか、審査委員が実際に多くの患者を診断した経験をもつ必要がある。このような問題について認定に普遍性、透明性を持たせるためには、疾患個々の数値基準などが必要なのである。しかし、そのような複雑な基準を設けることが認定業務の改善に繋がるとは思われない。指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合は、主治医の意見をさらに聞くようにしている。

規則通り動脈血O₂分圧を主として認定する。この動脈血O₂分圧は現在の値でなくともO₂吸入治療前のデータも参考とする。またSaturation（経皮O₂分圧測定）を参考ともする。

酸素投与下で70 Torr以下であれば、状況（病歴や活動度）から判断しています。酸素投与下で80 Torr以上ある方は、room airでの動脈血分圧を要求したいと思います。検査値の再現性や客観性から動脈血O₂分圧を基本にしています。

安静時（検査時）にはO₂分圧が安定しているが、負荷後急激に低下する疾患については、負荷後のO₂分圧を参考に認定する場合があります。また、SaO₂値から認定する場合があります。

本来、呼吸器機能障害の認定は、患者さんのすべての状況から実施するものと考えています。ルームエアでの動脈血O₂分圧測定が不可能な場合は、これまでの臨床経験にて、およそのルームエアでの動脈血O₂分圧を予測しております。勿論、基礎疾患、病態により決まった数字はありませんが、他の身体状況（活動能力、病歴、呼吸機能検査、胸部エックス線所見）から、その患者さんのおよその状況は推測が可能だと思います。指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合は当然あり、COPDでは、動脈血O₂分圧が保たれていても、指数が低ければそれに従っております。（ここに2級認定の必要性がでてくるのではないかと思います。）間質性肺炎は予後も悪く、指数は高くても、動脈血O₂分圧が低い方は、そちらを重視した方がよいのではないかと思います。酸素吸入量を評価している。動脈血酸素分圧が70 mmHg以下でも、酸素を3L吸入している場合は、ルームエアで酸素分圧は50 mmHg以下であると推定し、認定している。

極力、分圧を測定してもらっている。どうしても測定が不可能な場合は、酸素吸入時のデータを参考にしている。

疾患名と現在の病態、病状、XP所見、ADL、指数、O₂分圧（SpO₂）から総合的に判断しています。例えば肺繊維症では指数は悪くなりませんがO₂分圧がさがり解離が大きくなります。内容に矛盾があり判断に困る場合は要再認定としています。

基本的にP_{O₂}を重視。P_{O₂}の再検査を依頼する場合がある

SaO₂で代用換算することがある。指数と動脈血O₂の解離が大きいときは再検査をし、変わらなければO₂分圧を優先している。

SO₂は不可能ではないので、これを参考にしつつ、XPとりよせなどの補助的手段を駆使して、総合的判断を行なうように対処している。

(2)呼吸器機能障害の認定に関する意見

他の内部障害と比較すると、等級の基準が厳しいため、調整すべきである。動脈血O₂は採血が必要であり、体動時等の継続的な変化が簡単には測定できないので、SPO₂をもって代替すべきである。中枢性睡眠時無呼吸症候群、閉塞性睡眠時無呼吸症候群も認定に加えるべきである。呼吸器そのものの呼吸器機能障害ではないが、常に睡眠中に機能障害が永続するものであり、障害として認定に加えるべきではないか。

全体として呼吸器機能障害の程度と等級が合わないように思う。障害の程度より等級が軽いように思われる。

特にありません。現症などきちんと書かれていないケースは保留などで逃げることも多いです。

①在宅酸素療法患者に対する等級判定。②80歳以上の超高齢者に対する判定。生理的にも肺機能は低下する。③等級2級の導入。④日本人を対象としたノモグラフ（日本呼吸器学会での肺活量、血液ガスの標準値が発表されている。（C医師）

昨年度の集計の中より、HOTのことについての記載がいくつかありますが…HOTは、呼吸器機能障害の認定がなくても、治療法として取り入れることが出来ます。又、次のことは、呼吸器以外の全ての認定についても該当することですが、申請された全てを認定することは難しいということ。できるかぎり平等に地域差が少なく認定されることが、理想だと思えます。大筋の基準にそってそれにあてはまらない部分は個々の症例で、検討していくという、フレキシブルな部分も必要だと考えます。追、SP02は、動脈血ガスO₂分圧の代用として採用しています。

肺癌の末期と考えられる状態（癌性胸膜炎、癌性リン管症、播種性転移など）で申請が出ることがあります。原則として「治療中なので非該当」ですが、在宅療養中で予後**以上と考えられる例もあり、判定に苦慮しています。

1秒率を指数として用いることは、高齢化社会では呼吸機能測定を正確に測定することは困難であることも多いので、O₂分圧やCO₂分圧を主にして頂ければ分かりやすいと思う。

閉塞性障害が主な認定で、拘束性（肺結核後遺症など）で在宅酸素療法中で状態が悪いのに、指数が高い例がある。拘束性障害（肺結核後遺症、間質性肺炎）についても検討して欲しい。

非該当相当の酸素分圧なのに、ストレッチャーでしか動けない人もいれば、1級相当の酸素分圧で、杖をついて歩くおばあちゃんもいる。痛みと同じで呼吸困難のつらさは個人差があり、どう評価するのが公平か迷う。

労作時に*度低s何祖血*となり、活動能力が*度に傷害されている方がみえるが、*正*評価基準が示されていない。現在は総合判断としている。

指数と動脈血O₂分圧の解離について専門家に質問したがはっきりした回答はいただけなかった。SpO₂値で提示された場合の判定基準が必要

1級認定の基準が厳しすぎる。

PaO₂が測定困難で、オキシメーターによる酸素飽和度モニターを提出する事例が少なくない。さらに運動負荷をかけた場合に飽和度が低下するデータを提出してくるものがある。①SaO₂の利用での認定方法と、②測定を運動時のものを用いてよいか、について検討してほしい。

PaO₂が測定困難で、オキシメーターによる酸素飽和度モニターを提出する事例が少なくない。さらに運動負荷をかけた場合に飽和度が低下するデータを提出してくるものがある。①SaO₂の利用での認定方法と、②測定を運動時のものを用いてよいか、について検討してほしい。

酸素飽和度（SpO₂）とPaO₂の相対関係を示して頂き、SpO₂値を判定の参考とすることが望ましい。

2級があればより障害者に適格な認定審査が可能と思われる。また、動脈血酸素分圧に測定は、主に患者さんへ負担が大きいことから、以前に比べてあまり行われなくなり、酸素飽和度（SO₂）が代わって頻用されてきている現状であり、酸素飽和度を参考とする審査基準が望まれる。

間質性肺炎など、安静時に比して運動時の動脈血O₂分圧に大きな低下が見られる場合の基準がなく対処に苦慮することがある。どの程度の運動でどこまで低下したら何級といった基準があってもよい（¹）気管切開を想定した認定基準が必要である。

現行の認定基準は肺気腫を想定した基準です。これでは、間質性肺炎の方の認定が行えない状況があります。疾患ごと、肺気腫、間質性肺炎、肺癌などで基準を分けることも必要ではないかと考えます。特に間質性肺炎については必要と思われます。

①日常生活活動障害を認定するという観点から、最も客観的指標であるパルスオキシメーター装置下における低酸素血症の存在の有無を判定根拠の一つとして加えるべきと思われる。②指数の判定にはフローボリューム曲線のコピーを資料として提出すべきである。

委員1・心臓機能障害の場合と同様、身体的活動能力、呼吸機能能力を簡潔かつ明解に評価できる基準を作成すべきである。運動負荷時の血中酸素分圧の変化を参考にするのもひとつ。

委員2・在宅酸素吸入の場合の認定基準が明らかでない。

呼吸器は2級がなく、3→1級とするのは患者さんの負担が重いように考えますが。

心臓機能障害、じん臓機能障害の判定基準には「かつ・・・」の条件があるのに、呼吸器の機能障害にはこのような条件がない。整合性を欠くと思われる。

1級の判定基準をもっと具体的に詳しく記載して欲しい。最近、在宅酸素療法患者が1級で申請してく

①在宅酸素吸入症例の等級判定 ②80歳以上の超高齢者は現在の基準で評価してよいか。③指数測定が、外国人の正常値からなされている。（日本呼吸器学会による日本人での測定値を用いるべきでないか。）④2級等級があったほうがよい。

呼吸器機能障害の認定基準は厳しすぎるという声がある。実際、1級相当では認定を受けても外出すら出来ないであろう。しかし、基準を例えばO₂分圧5too r変えただけでも税でまかなわれる数々の補助に相当額の像いが生ずることも重要であろう。また、最近では90歳以上の高齢者からの申請も見られ今後ますます増えると考えられる、人間は事故死でない限り、死に至る際には必ずいずれかの器官が機能不全になるわけで、悪性腫瘍の進行による呼吸機能不全を対象外とするように加齢現象による機能不全も対象外となるはず、しかしこれらの人がどの程度の社会生活が営めているのか、いわゆる更正の範疇にはいるのか、診断書からだけでは読みとれず、数値が基準に達していれば疑問を感じながらも認定せざるを得ない場合も多く、悩ましい。障害認定により与えられる社会的、経済的保護の範囲と目的についての再確認が必要と思われる。

呼吸器機能障害には2級が存在しないのは、呼吸器機能障害の患者にとって不利益であり、設定を検討していただきたい。現在の認定基準のほかに、肺高血圧の有無や、睡眠時または運動負荷時の経皮酸素飽和度SpO₂の低下、さらに、非侵襲的陽圧換気療法を要するような高炭酸ガス血症についても考慮していただきたい。

限られた data から障害認定する以上、時には状況判断も必要ですが、誰にも（1級、3級、4級になった人）ある程度理解できる判断基準（理由）が必要です。この点から動脈血O₂分圧等の任意性の少ない基準がより必要と思います。

上記の（1）の内容等から、2級の等級を是非設定してもらいたいと思います。

指数だけではなく、DLCO（拡散能）も項目に入れた方が肺気腫や間質性肺炎の評価能が向上する。安静時のO₂分圧だけでなく体動時のO₂分圧（SpO₂）も重要です。又、C O₂分圧の程度は肺の状態を反映するので考慮する事にしたいと思います。実際にはこのような点も考慮して判定してしま他臓器機能障害（脳梗塞後・先天性心障害）などとの混合障害の認定に苦慮している。

3. 腎臓機能障害

(1) 認定基準と同じか

同じ	21
異なる	19
未記入	17
合計	57

異なる場合の基準

すでに、血液浄化を目的とする治療を行っており、今後も継続する必要があると判断される場合は1級としています。

認定期間の中に再認定不要という欄があります。例えば、肢体切断のような明らかな固定した所見だけでなく、機能回復が望めそうな症例でもそういった申請が見受けられます。申請する側も判定する側も作業が大変ではありますが、認定期間についてもある程度基準がひつようと考えます。

透析中又は近い将来透析導入となるケースについて、血清クレアチニン値が8mg/dl未満の場合、12才以上であっても内因性クレアチンクリアランス値を用いる。内因性クレアチンクリアランス値の10ml/分以上であれば1級とする。実測困難の場合、推定式を用いる。（Lockcroft-Gaultの式）

透析導入維持となれば、クレアチニン値3以上はすべて1級としている。

腎臓機能障害の基準としての検査成績では、血清クレアチニン値は内因性クレアチンクリアランスのいずれか又は両者が条件を満たすことで認定している。なお、内因性クレアチンクリアランスについては、実測値又はCockcroft-Gaultの換算式のいずれかをとりも良いとしている。その他の項目は国の基準に準ずる。（D医師）

血清クレアチニン値が4級相当以上で医事透析を行っている場合は1級で認定している。

3ヶ月以上透析を施行し、離脱困難と認められる場合は1級に認定している

血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl未満でも、3ヶ月以上透析療法を実施している者に対しては審査会での1級判定を依頼している

継続的に血液浄化療法が必要な方が、その方の筋肉量、運動量なら、クレアチニン値が腎機能を正しく反映してないと考えられる場合に、8（クレアチニンが）以上なくても、8に近ければ1級と認定しております。

人工透析実施者に限っては、S-Crが認定基準に足りない場合でも所見に応じて上位等級に認定する。

人工透析を受けている者については1級に認定している。

3ヵ月以上慢性透析療法を実施して当該治療法から離脱できない場合で、血清クレアチニン濃度が5.0mg/dl以上のときは、じん臓機能障害1級と認定している。また、血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl以上、5.0mg/dl未満乃至3.0mg/dl未満のときは、審査部会の答申により障害認定している。

慢性腎不全で透析をしている者は、血清クレアチニンの値にかかわらず1級を認定している。

国腎学会透析導入基準をモデルに県独自のもの。

透析患者はすべて1級としている。

血清クレアチニン値が3.0mg/dl以上で透析施行（離脱困難）されている場合は、1級で認定していません。また、高齢者、低身長・低体重の者の場合、血清クレアチニン値は低値であることがあるが、内因性クレアチンクリアランス値、臨床症状、活動能力、等の所見から認定したケースがあります。クレアチニンの値のみではなく、高齢の方や筋肉量の少ない方、また、実際に日常生活が制限される方などについては、具体的な状況を診断書の総合所見欄に記載いただくか、意見書（様式任意）を添付していただければ、これらを考慮して審査することといたしております。

ネフローゼの有無、検査数値を確認し、該当の場合は相応の等級で認定している。

血清クレアチニン濃度が8ml/dl以下でも血液検査、臨床症状、生活障害程度などより1級と判定する。3級、4級についても同じ考え方で結局クレアチニン濃度のみを重要視しないことである。

永続的な維持透析導入例については1級として認定

(2) 透析が不要となった患者の申請に対する対処

適切	24
適切でない	13
未記入	20
合計	57

意見

慢性拒絶反応が起こることもあり得るので、免疫療法の有無では決定できない。

腎移植が成功し、透析が不要になれば慢性腎不全ではないことから障害者ではなくなる。しかし、免疫抑制薬が高額であるので、何らかの補助を求められる。

私が判定させていただくようになってからは、腎移植により透析が不要になった患者の申請書類が廻って来ておらず何とも言えませんが、ペースメーカーに準じて判断すれば、免疫療法している人には現段階では認定してあげるべきかもしれません。

透析を離脱できても、高価な免疫抑制剤を服用することは不可欠であるということ。また、いつグラフ機能が傷害されるか保障はない。従って移植後も基本的には腎不全として欲しい。

現在は免疫療法の有無により認定している。個人的には身体障害者より、難病の特定疾患としての取扱いの方が適切ではないかと考える。(D医師)

抗免疫療法を必要となくなった時点まで認定を続けている。

移植により機能回復が得られ薬物療法により維持されている場合は、残存する障害により認定するのが適切と思われる。

抗免疫療法を行っている間は1級としている。

これが不適切なら、ペースメーカー、人工弁、人工関節、杖使用など全て見直しが必要。

対処の経験はないが、免疫療法を施行中であるとはいえ、既に腎不全は寛解しているのであるから、腎不全としての障害としては適切ではないと考える。但し、治療費が高額医療の域にかかるのであれば、手数がかかるので止むを得ない場合がある。

基本的にはやむを得ないと考えられるが、一度中止できても再び必要になる場合、あるいは拒絶反応がおこって移植腎機能が低下する場合などであり、症例ごとに対応を決めなくてはならない場合がある

現実に免疫療法を行っていない者はいないので、活動能力により判定したほうがよいと思う。

それ以外に適切な方法がないゆえ。

心臓移植後の取扱いと統一するとよい。(移植後の抗免疫療法を必要とする期間は1級)

腎機能に準拠すべきである。

一卵性双子例では使用しない時もあります

移植後も同じ申請をしている。

抗免疫療法が要しなくなるまで障害の除去がされたことにならない考えから、抗免疫療法が要しなくなった時点まで認定しています。

免疫療法の有無は1つの目安となると思われますが、免疫療法から離脱しても腎性合併症が残存している間は、障害が継続する場合があると思われます。免疫療法の離脱に加えて臨床症状、合併症の有無まで判断した方がよいと思われます。

腎移植を行ったものについては、透析の有無に関係なく、じん臓機能障害1級で認定している。

本来なら、移植になったら障害認定を取り消すべき。しかし、取消しの方法が明記されていないので、そのままになっているケースがほとんどと思われる。きちんとした制度を作るべき。

免疫療法が必要と考えて適用を決めていますが、それが適切かどうか判定しかねています。

(3) 認定に関する意見

血清クレアチニン濃度は筋肉量も反映しているので、体の小さい女性の場合等は低値となる。

糖尿病性腎症の時には、時々尿蛋白が多くなり、全身浮腫、心不全傾向が強くなるので、尿蛋白量を加えるべきである。

私も透析にはかかわったことがあり、現場での対応においてクレアチニン8.0は時に悩ましい問題である。心不全の強い例など8.0に達しなくても透析導入にて救命しなければならないケースも多く、一旦導入すれば、腎機能は間違いなく悪化するものであり、導入後の申請も多い。安易な早期導入は問題であるが、身障1級になる8.0を待つがために患者を苦しめることになってはならないと思う。

①人工透析が導入され、数ヶ月を経て今後将来の透析離脱が見込まれない場合は、血清クレアチニンの如何に拘らず、1級と認定すべきである。②現行の認定基準は血清クレアチニンのレベル重視の方針であるが、生命維持に透析が必要とされるか否かを重視すべきと考える。

例えば、年齢・体格（体重）等は、とくに(1)CCRや(2)血清クレアチニンは大きく体重、年齢に影響されるので、これらをファクターとして不慮して欲しい。

クレアチンクリアランスの基準は不必要（測定誤差が多く、混乱をまねく）

腎移植後は、免疫療法の有無に関わらず、等級を下げるべきである。

肢体不自由や、視力障害などの認定に比べ、腎臓機能の障害基準は高い障害と認定している印象を持つ。透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じる。QOLやADLに重点を置いた基準にすべきではないかと考える。（D医師）

血清クレアチニン値が高くなくても維持透析が必要な症例の等級を現状よりも上位に規定して欲しい。クレアチニン値は筋肉量、体格によって異なる。クレアチンクリアランスを参考にしてもよいと思うが、筋肉量等でクレアチニン値が変わる場合（少なく出る場合）、クレアチンクリアランスを参考にしてもよいとして、成人の基準をつくってほしい。

糖尿病性腎症のネフローゼ症候群で全身浮腫の強い例では、血清クレアチニン濃度が8.0mg/dlを越さなくても、定期的な透析療法ができるような基準が必要だと思います。

高齢者は血清クレアチニン濃度が上がりやすく、また、糖尿病性腎症の患者は血清クレアチニン濃度8mg/dl未満で透析導入される場合が多いため、血清クレアチニン濃度中心の判定は、一考を要すると考える。

小柄な女性やADLの極めて低い方では、筋肉量が少ない為、クレアチニン値で腎機能評価ができません。このような方の場合、是非24時間クレアチンクリアランス等の別の評価法も取り入れていただきたいと考えます。

年齢、性別、体格に大きく左右されるS-Crでは重症度を反映しきれない。重症度をより反映していると思われるクレアチンクリアランスの現行基準での年齢制限を外したり、人工透析導入時の実際のS-Crの統計的な平均値をもとにその数値に幅を持たせたものを新しい認定基準にしたりといった改善も必要では。

診断書の（5）日常生活の制限による分類の項には「透析をする前の状態」と注を付ける必要がある。障害名（部位を明記）は、心臓機能障害・慢性腎不全と予め表示しておき、チェックする方が判りやすい。

日常生活活動の程度については、不必要と考えられる。

内因性クレアチンクリアランスをどう評価するのか、明確な基準が欲しい。具体的には血清クレアチニン8.0mg/dl未満、クリアランス10ml/分以下という患者をどう扱うかということである。クレアチンクリアランスの計算式を示してほしい。1月以上、週2回以上の定時透析を行っている場合、離脱することはないので1級認定とする。

透析導入直前の判定で1級以外（主に3級に認定されたもの）で、この等級が1生永続するのは問題。何らかのガイドラインが必要でしょう。例えば、1年透析を継続した時点で1級認定をすとか。

1級、3級、4級にわかれ、2級も必要では。クレアチニン値と日常生活制限分類が、かい離する場合が多く判定に苦慮します。

4. 膀胱または直腸機能障害

(1) ストマについて、基準で不合理な点、認定困難な点

なし	33
ある	7
未記入	12
プリントな	6
合計	58

*○と×の両方回答あり

意見

器質的な障害については判定し易いと思いますが、機能障害の程度については判定が困難な場合があります。・・・に準じる障害の程度と申請された場合の判定に苦慮することがあります。

治癒困難な腸瘻の判断が少し困難かと考えます。認定基準では、「腸内容の大部分の漏れがあり、手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のもの」と記載してありますが、実際には、「手術等によって治癒を試みたのか否か、そしてその結果として腸瘻が治癒困難となったのか」ということが判断しがたいと感じています。

新しい認定基準により、客観性が出てすっきりした様に思います。

ストマを作成したら、4級の認定となり、明解となった。

高度の排尿機能障害について、原因疾患が該当しないため、非該当となることが多い。

ストマ造設の「永久」の判断は、医師及び本人が「永久」とすればそれでよいのかどうか、判断に迷う。

照会、調査、合議により複雑な事例を判定しており、認定困難で立往生したことはない。新基準が一部指定医に徹底していないようだ。

但し、神経因性膀胱の事例で、完全尿失禁ではないのに認定してしまう自治体がいずれ多数出てこよストマ造設直後、直ぐに4級が取れる様になったことは良いことと思われるが、6ヶ月以上過ぎないと3級にならないのは不合理と思われる。

委員1・ストマにおける排尿排便処理の状態の有の場合、変形の有無が少しでもあれば認められるのか。この項にレ点を入れれば3級になるケースが多くなるように思われる。

委員2・(注11)「長期にわたるストマ用装具の装着困難」のうち「長期」とは具体的にどの位の期間か？(ストマ用装具は附着部分(ワク)と収納器に分かれた形のものが多いが、袋のみを頻繁にかえるものをいれてもよいものか不明)

以前よりクリア・カットに判定できるようになったと思う。

基準の変更により適応が拡大され改善した。

次項目も合わせて全般に関わる問題です。現行のシステムでは、患者が自己申告しない限り再認定を行うことは不可能ですが、確実に再認定を行えるようにできないものでしょうか。経過中に等級が下がったり、認定基準からはずれ認定取り消しとなる症例が再審査されていない可能性があると思います。逆に、再認定を受けるまでは認定可能な症例も多くあると思います。期間を区切って更新するようなシステムにすると改善される可能性があるのではないのでしょうか。

小腸のストマと大腸のストマは分けて考えるべきだと思います。排便の質、量がかなり異なっていますので。

常時カテーテルが必要となる等排尿機能障害の者が、基準に定める原因に該当しないため手帳非該当となる場合があります。

①本来は永続的なストマの造設を認定対象としているが、6ヶ月要件の撤廃により、一時的造設のストマの申請が増大した。ストマ用装具が健康保険適用にならないことが、一因と考えられる。これらを却下とするか、一定期間が経過した後に再認定を促すか、考え方を整理する必要がある。②新たに「高度の排便機能障害」が加えられたが、認定対象となる原因が限定列挙されているため、もう少し緩和してもよいのではないか。例えば、原因と一つとして「小腸肛門吻合術」が挙げられているが、状態としては「高度の排便機能障害」に該当するものの、「直腸肛門吻合術」が原因である場合などは対象外になってしまうなど不都合が見受けられる。③ダブルストマの状態でも、次のように等級判断が分かれる。腸管のストマ+尿路変更のストマ……3級 腸管のストマ+腸管のストマ……4級 尿路変更のストマ+尿路変更のストマ……4級 尿路変更のストマ+治療困難な*ろう……点3級 腸管のストマ+治療困難な*ろう……4級

非常に分かりやすい認定基準で、助かっている。

(2)膀胱または直腸機能障害の認定に関する意見

高度の排尿機能障害、排便機能障害の原因を限定している理由が分からない。

自然排尿型代用ぼうこう(新ぼうこう)は、ストマ造設と同様に、手術をした時点で4級と認定してはいかがでしょうか。

現在のところはありません。

一般の神経因性膀胱にも適応範囲を拡大できないか。

上記について、手術の対象が直腸に限ることの根拠は何であろうか。子宮の手術に起因する神経因性膀胱を排除する理由がわからない。また、二分脊椎等の先天性疾患に限る根拠も不明。

高度の排尿機能障害に該当するかどうか人がよって意見がわかる。「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどういう場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか、判断に迷う。

婦人科疾患に原因を有する膀胱または直腸機能障害に対しても認定されるよう、基準を変更することが望ましい。

最近、特に小児外科領域において、複雑な先天性疾患が極めて早期に予見され、救命可能となったが、担当医師又は地方審査部会の裁量のバラつきを最小とするため、up to date な中央統一見解を求められることが多くなるだろう。

脊髄損傷や子宮癌などの手術による神経因性膀胱も認定対象として検討してもよいのでは。(完全尿失禁や永続的な摘便などの事実は存在する。不完全尿失禁者などと違い、制度で救済する必要性は比較的が高いと思われる。)

ストマ造設患者(オストメイト)はQOLの低下が著しく、社会生活を送る上でも障害が大きいと感じています。このため障害の級をもっと上げてよいのではないかと考えます。

腸管ストマの場合は、造設時、永久的ストマにするつもりでも、数年後に考えが変わり、ストマ閉鎖を希望する患者がいる。「永久的」という判断の目安が必要。または、ストマ造設期間は身体障害者として認定する方向にすすめればよい。

事務的に処理する場合、永久ストマか一時ストマかの判断に迷うことがある。永久か一時的かを記載する項目があれば便利。

ストマのない膀胱・直腸機能障害（例えば神経因性膀胱など）を先天性疾患のみに限るのは、非現実的で説得力に欠けると思うが……。

先天性疾患の神経因性膀胱に基づく高度の排尿障害や直腸術後の高度の排尿障害は障害者福祉法の障害として認定されているが、前立腺癌など同じ骨盤腔内の癌の手術による高度の排尿障害は福祉法の障害の対象にならないのは不公平の様に思われるが、如何なものでしょうか。

①一時的ストーマでも長期となる場合があり、例えば60月以上ストーマ状態にある状態にある場合等は認定してもよいのではないかと。②子宮癌などの骨盤内悪性腫瘍術後には、直腸癌術後と同様に自己導尿が必要となる排尿障害が発生する場合があります、このような症例と認定してもよいのではないかと、と思います。

直腸癌に対する超低位前方切除術における吻合部を温存するため一時的人工肛門や、吻合が可能な部位であるが緊急手術等でとりあえず人工肛門を造設するようなケースが多くなっています。そのような場合についての質問・意見です。1:一時的人工肛門として造設したものが、閉鎖できずに結果的に永久的人工肛門となる場合があります。そのような際に、遑って認定することが可能であると患者は助かるのですが、そのようなシステムにすることは無理でしょうか。2:数年間経過観察した後に人工肛門閉鎖を考慮するというような場合も多くあります。状態からみて永久的人工肛門になる確率が非常に高いと考えられる場合は認定してもよいと考えておりますが、いかがでしょうか。3:以上の事項に関しては、再認定を確実にできるシステムがあれば問題がなくなると考えております。

上記に同じ。障害の状態が同じでありながら、原因により手帳が非該当となるケースがあり、申請者の納得を得るのに苦慮しています。

放射線による障害について、「腸瘻」以外は明記されていないが、近年の放射線治療の状況から考えると排便・排尿機能障害についても放射線による障害を想定するべきだと思います。

高度の排尿機能障害について 新訂身体障害者認定基準及び認定要領（2003年6月15日発行）（中央法規出版KK）の441頁に記載されている等級表4級C項、特に「注12」について、具体的に例示して頂きたい。最近前立腺癌手術を受けたが、単に「排尿が困難である。」とか「新ぼうこうでは尿がもれるので尿パットを1日数回かえなければならない」域は「昼間は何とか自己排尿が出来るが、夜間は尿パットを当てなければいけない」と簡単に1～2行記入して4級を求めてくる診断書が多くて困惑している。然も診断書の「カテーテルの常時留置」「自己導尿の常時施行」「完全尿失禁」には印がなく（白紙である）、すべてが「その他」の項に1～2行簡単に記入されているのみである。法規「注12」に記載されている様に「カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のもの」に限定してよいものか、非常にわずらわしい。事例欄に「適切な事例」、「不適切な事例」として数例ずつ記載して頂きたい。

5. 小腸機能障害

(1)①と②によって等級を判断することに充分か

充分	26
充分でない	15
未記入	11
プリントな	6
合計	58

*1枚で二機関回答あり

意見

充分ではないが、やむをえないと思う。

手術を担当した外科医でなく、後日内科医等が申請される場合、小腸の残存部位、長さが十分判定できないことが多いです。検査データからは中心静脈栄養が必要な状態と理解できるが、患者さんが入院せず、又在宅中心静脈栄養もできない状況での申請もあり、判定に苦慮することが多々あります。

充分とはいえないが、こうするしかないと思っている。（E医師）

全身的な栄養状態（TR・アルブシン・微量元素）やADLの評価を必要と考えます。

残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能と一対一対応では無いため。臨床医にとっても回答しにくい設問である。身長から算出した標準体重を維持するために必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかで残存小腸機能を推測するのが適当ではないか

中心静脈栄養法は施行していないが、経口的経腸栄養剤でのみ生命を維持している患者に対しても認定されるよう、基準を変更することが望ましい。

いたしかたない。

栄養状態、日常生活の質も加えることが必要だと思われる。

注20) 小腸疾患で「著しい機能低下」を伴う、とは具体的に？曖昧になることあり。

残存部位の長さ、中心静脈栄養の程度のみでは、判断困難と考える。

長さを中心静脈栄養の程度がQOLとどのような関係があるのか再評価して長さが75cm、150cm栄養程度が60%、30%の基準でよいのか再検討する必要はあると思います。

小腸切除がされている症例では難しいことはありませんが、中心静脈栄養療法がされていても病態が不安定な患者では、判定が難しい場合が多いとおもいます。

クローン病などの小腸疾患も考慮されているので、これで良いと考えます。

バウヒン弁が温存されているか否かも重要なファクターです。

残存部位の長さを診断書から判断するのに苦慮しています。また、切除していなくても小腸癒着により小腸が一塊になり機能喪失している例がありました。

できれば参考になる血液情報が必要と思う。

QOLを考え、できるだけ経口栄養管理としてあげたいのが治療者の願い。せっかくその方向にもって行ってあげても、認定基準に外れるという矛盾を生じている。治療の進歩に適応していただけると、患者の幸せとなる。

(2) 判断が困難なことがあるか

ない	23
ある	15
未記入	14
プリントな	6
合計	58

*1枚で二機関回答あり

意見

確定診断された病名、疾患の性質を考えて判断する。又は判断せざるを得ないと思われま

す。1級と3級の違いは、常時中心静脈栄養を行なっているか、その依存率60%以上か30%以上かであると解釈しています。(そうでないと該当しない、と解釈)すると、体重減少や血清アルブミン値はどう参考にするのか、よくわかりません。

経験がないので分かりません。

中心静脈栄養あるいは経腸栄養の常時と随時との期間の差が大きい場合。

栄養法の程度で等級を決定するため

適応して輸液や経腸栄養が不必要になる可能性もあることで、判断が困難となります。

確かにそういう点はある。しかし、細かく決めてもやはり悩むのはどう決めても同じだと思う。

(3) 認定に関する意見

小腸疾患(クローン病等)では、病期により食事は摂れないが、経口的に経腸栄養剤を内服している場合がある。「経腸栄養法」とは、経管的に成分栄養を与える方法と規定されているが、小腸疾患で経管的に栄養を摂っている患者は極めて稀である。

大部分を流動食の経口摂取に頼っている場合は、現行基準では認定できない。しかし、経管か否かといった嚥下の仕方ではなく消化吸収の障害という観点からは、なんらかの認定基準があつてよいの栄養所要量、体重減少率についての近年の考えや数値に変更する必要はないか?

中心静脈栄養あるいは経腸栄養の常時と随時との期間の差が大きい場合。

クローン病患者では、数年単位の長期間、経腸栄養療法を行って治療してみないと小腸機能の判定ができないことも多くあります。前項の問題と同じですが、再認定を確実に行うシステムがあると判定に苦慮しなくとも済む場合が多いと思います。

悪性腫瘍の末期であつても、化学療法にて長期生存やまれに治癒までもつていった症例もあるのですが、末期で治療中の者について、機能障害としての認定はやはり不可でしょうか。

小腸残存の原因のみが時に見られるが、残存長さを必ず入れて欲しい。

入院処置の軽重によって判定を行うように見える。生活の質(日常生活、食事の制限)の障害によって判定できないだろうか。

6. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

認定に関する意見

経験がないので意見はとくにありません。

HIV感染防止の観点から、感染経路について調査してもよいのではないかと。特に個別の案件をhcおうさする目的ではないので、血液製剤、輸血歴など医療に関連する感染が疑われるかどうかの記入欄があつてもよいと思う。

特になく、現状の判定基準で良いと思われる。

4週間の間を空けて2回検査が必要だが、重症の場合、それだけの時間的ゆとりがない場合もある。検査は1回で済むようにできれば、患者の負担が軽くなる。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。認定前の検査と4週間空けての再検を1回でも可能にすることができないかと考える。

現行で特に問題はないと思う。

最低1ヶ月間において2回の測定の平均値で級数を決定しますが、治療が有効であった人は級数が下がらないでしょうか。症状の重軽度について、客観的に判断できるポイント制で評価できないでしょうか。

医学の進歩に伴い、「HIVによる免疫機能の障害者」も現在の医療現場では慢性疾患として認知・対処されるに至っており、抗HIV療法の決めて（成功）には規則正しい服薬を続けることであるとも言われる。身体障害者福祉法の目的は「自立への努力及び機会の確保」とされ、身体障害者自身の努力義務が求められている。HIVによる免疫機能障害者の認定時、機能制限や日常生活活動の制限が認定基準として用いられている。しかし、再（継続）認定の際、身体障害者自身の努力を評価する項目（基準）（たとえば、服薬状況、療養態度など）が含まれていない。もし、これらに関する評価項目として追加されても、障害程度等級の判定に如何に反映すべきかは十分なる検討を要するが…再認定の取扱について、2年に1度とするなど、認定基準に取り入れることを検討すべきであると思います。新ガイドラインでは、治療中の方について、治療前の数値でも認定できることとなったが、本人の忌避等によって治療の継続性が図られなかった場合など、各種給付を受ける側の責任についても考慮した認定としてよいのではないかと思います。（特に更生医療の給付など）

日常生活活動制限については、どうしても本人の主訴によるところが大きくなってしまっているので、なるべく客観的な数値を重視した認定基準としていくべきだと思います。

現在の基準（等級における）にCD4とHIV-RNA数が測定期間2ポイントに設定されているが初診の1回のみでよいのでは。申請時地元の市町村とされているが、県庁に統一すべきと考えます。

現行どおりでよいと考える。

（1）治療を急ぐケースがあります。その場合、4週間隔で2回の検査というのが問題になります。早急に治療を要する場合は1回の検査で良いという特例を設けていただきたいと思います。（2）療開始が必要な場合があります。しかしウイルス量が多いにもかかわらずCD4値や他の検査値に異常がない場合がしばしばあり2～3級へ認定が困難です。ウイルス量をもっと重視するようお願いしたいと思います。（3）再認定が必要かどうか問うところがあります。よく知らない人が再認定が必要とチェックすると再認定となる場合があります。しかしその時は治療により検査値はすべて正常となっており、障害認定不可となってしまいます。エイズでは薬は続ける必要がありますので再認定というのは意味がないと思います。

7. その他内部障害の認定に関する意見

小児の身障基準についてきちんとしたガイドラインを示して欲しい。3才未満は症状固定の固定が出来かねるケースも多く、原則認定しないのなら何らか別の方法で医療費など救済してあげるべきではないか？いつもあやふやな激論でえいやで押しきっての認定が多く釈然としない。

どこまで判断基準を解釈するか（・・・に準じた状態、を拡大解釈できるか）が問題かと思われず。

小児の認定基準をつくってほしい。

在宅医療において、PEG（胃ろう）造設の患者が増えている。これらの人々は、基本的に、このPEGにて終生栄養補給となる人であり、身体障害者として認定していくべきと考える。

学会などの専門医の集団に認定基準について意見の集約をはかつてはかがか。そうすれば、臨床との著しい相違といった現在の問題もかなり解消されよう。

① 基本的に臓器に注目して認定されるのは現状ではやむを得ないと思われる。しかし、最近、動脈硬化、糖尿病を背景に多臓器の障害をもつ患者が増加している。こういう方に主に単一臓器のみの障害の知見をそのまま適応できるか今後の課題と思われる。もはやその数は上昇の一途であり、例外的にという対処ではすまされないと思われる。

心臓機能障害、ことに虚血性心臓病については治療の進歩もあり10年前の等級（ことに1級）と現在の等級に大きな違いがあります。可能であれば、1級に限り、すべて再認定すべきではないでしょうか。近年、高齢者が増加している。高齢者を対象とした基準

値は必要ないか。（呼吸器機能障害）

申請者がもう少し、手引きを読む必要があります。

内部障害者に共通する事項として、H I Vの場合と同様に身体障害者自身の努力を評価する項目（基準）を考慮する必要はないでしょうか。

内部障害の対象範囲に、特に、初回書類申請時の年齢について、生理的衰老を加味した基準を設けて欲しいとの声も聞かれるが…

身障を悪利用（航空チケットを安く手に入れる、税金が安くなる他）する知恵のある方が増えています。やはり一般の人にとっても理解できる客観的基準が必要とすることがあります。

2.（2）と関連するが、2つ以上の臓器の障害は一つだけの障害の申請可とするも、他臓器認定のメリットも併せ、有利になるようにシステムを構築していいのではないかと考えています。

自治体名

資料1-1

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

1. 認定基準について

(1)現在視覚障害が視力障害と視野障害に分かれているが、それ以外の障害例えば調節障害、動揺視など他の障害を追加する必要はあると思いますか。

(2)視力障害について現在矯正視力値の両眼の和で認定しているが、WHO の認定基準では両眼視で等級認定を行っています。日常生活能力という観点からは両眼視で評価すべきと考えられますがどう思われますか。

(3)視力障害の5級と6級において、片眼の矯正視力が0.1で、他眼の矯正視力が0.2の場合は、両眼の矯正視力の和が0.3となり、5級には対応せず、悪い方の眼の矯正視力が0.1で6級にも対応せず認定の対象とはならないが、片眼が0.01で他眼が0.6の場合は6級に認定される。その実態と運用上の問題があればお書きください。

(4)視野障害について損失率の導入がなされましたがその実態と運用上の問題があればお書きください。

(5)高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などで視覚機能の測定の出来ないときの認定はどのようにすべきと思われますか。

(6)視力測定について最近JISでも対数視力(log MAR視力)が用いられるようになり、他の基準もそろそろ対数視力に変わろうとしていますかどのように思われますか。

2. 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

(1)視力障害と視野障害の認定等級を比較したときに、同一等級でありながら日常生活の不便さに差があると思われますが、その実態と運用上の問題があればお書きください。

(2)複視があり、日常生活にかなりの不便が生じている時の認定についてどのように思われますか。

3. 認定時期について

再認定の時期についてその実態と運用上の問題があればお書きください。

4. 症状固定の時期について

症状固定の時期について、その実態と運用上の問題があればお書きください。

5. その他視覚障害の認定に関してご意見があればお書きください。

自治体名

資料1-2

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

※該当する()に○印を記入ください。

1. 障害認定基準運用の実態について

(1) 聴覚障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)と同じですか?

() 同じ、() 異なる

上で異なるとした場合、聴力閾値が100dB以上の場合は

() 105dBとして計算、() 実測値で計算

その他の異なる内容を記入ください。()

(2) 聴取距離による認定(等級表のカッコ書きの部分)はどのような場合に適用していますか。

() 適用していない、() 何らかの理由で聴力検査が不能の場合、() その他

<その他内容>

(3) 1歳未満の乳児期の聴覚障害の認定について、ABR検査のみの認定を行ったことはありますか。またある場合には再認定時期は何歳頃が適当ですか。

() ない、() ある(再認定時期は 歳頃)

(4) 乳幼児の聴覚障害の認定について、等級はどの等級が適当と考えますか。

() ABRないしはCORにての域値に該当する等級、() 前記域値の1級下位の等級、

() 最低等級の6級、() その他

<意見欄>

(5) 乳幼児の聴覚障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を()内に記入してください。

() ない、() ある(内容)

(6) 音声・言語障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)と同じですか?

() 同じ、() 異なる

上で異なるとした場合、その内容()

(7) 知的障害、痴呆などの精神障害についての言語障害認定について

() 認定しない、() 高度難聴があれば考慮する、() その他

<その他内容>

(8) 音声機能または言語機能の著しい障害(4級)の具体例C.中枢性疾患によるものとして、脳血管性障害による仮性球麻痺についての申請がありますか。申請があった場合認定していますか。

() ない、() ある → () 認定している、() 認定していない

(9) 音声・言語障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を記入してください。

() ない、() ある

<内容>

2. 障害認定の原則について

(1) リハビリテーションを中心とした認定基準について

リハビリテーションを中心として障害認定のため、老衰や末期がんなどによる言語障害等は対象としない

こととされています。その実態と運用上の問題点をお書きください。

(2) 装具をつけないでの認定について

現状では、視覚障害以外は装具をつけない状態で認定しています。そのため人工内耳、人工喉頭、食道発声などで聴覚および言語の機能が改善されているにもかかわらず障害認定がされます。この点についてその実態と運用上の問題点があればお書きください。

(3) 日常生活能力の視点導入について

現状では脳原性運動機能障害の認定などで日常生活能力の視点が、基本的には機能障害中心の障害認定が実施されています。聴覚、音声・言語障害にもこのような視点から認定を行う場合に、実際にどのような方法があるでしょうか。その実態と運用上の問題点をお書きください。

(4) 生活の不便さの視点導入について

現状では、免疫機能障害の認定基準に、生ものの摂食制限等が取り入れられています。このような社会的な環境要因をふまえた認定について、聴覚、音声・言語障害の認定に取り入れることが可能か、また運営上の問題点等がありましたら具体的にお書きください。

3. 認定時期について

(1) 3歳未満の乳幼児の聴覚障害認定について、新生児スクリーニング検査の実施に伴い1歳未満での認定の必要性もあると考えられます。月齢何ヶ月くらいで認定するのが適切と考えますか。また再認定の時期については何歳頃が適切と考えますか。

1. 認定月齢 (ヶ月)、2. 再認定時期 (才頃)

(2) 教育途上の言語障害認定には苦慮させられることがあります。聴覚障害に伴う言語障害も含めて、言語障害の認定は何歳以降が適切と考えますか。また再認定の必要性はどう考えますか？

1. 言語障害認定 (歳以降)、 2. 再認定 () 必要、() 必要なし

(3) 症状固定の時期

幼児の場合、高次脳機能障害がある場合など、認定時期が難しい場合がありますが、その実態と運用上の問題点があればお書きください。

(4) リハビリテーションの観点

乳幼児聴覚障害、失語症などリハビリテーションの観点からは、症状固定を待つよりも早めに障害認定をしてリハビリテーションを実施することが好ましい場合もあると思われます。これに関して実態と運用上の問題点があればお書きください。

4. その他聴覚障害の認定に関してご意見があればお書きください。

自治体名

資料1-3

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

1. 遷延性意識障害について

※該当する()に○印を記入ください。

意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要さなくなった時点において行うこととされています。なお、入院治療中であっても個々の症例に応じ、医師が常時の医学的管理が必要でないと診断するような場合には、手帳交付の対象にして差し支えないとされていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)発症から3ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮なし

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(2)発症から6ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、四肢・体幹の関節拘縮は多発で著明

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(3)発症から3ヶ月経過、在宅療養中で1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮なし

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(4)その他の意見

2. 高齢者について

加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことはできないが、近い将来において生命の維持が困難となるような場合に手帳を交付することは適当でないとされていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、著明な関節拘縮なし、

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

*年齢が65~85歳だったら判断は変わりますか？

()変わらない ()変わる ()その他

<意見欄>

(2)老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、関節拘縮は多発で著明

()認定しない ()認定する ()その他

*年齢が65~85歳だったら判断は変わりますか？

()変わらない ()変わる ()その他

<意見欄>

(3)脳卒中を発症して以来立ち上がることができない(発病前は屋外独歩、日常生活動作：全自立)、95歳、発症から3ヶ月、在宅療養中

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(4)その他の意見

3. 介護保険との関係について

公的介護保険が導入されたので、65歳以上の高齢者には身体障害者手帳を交付する必要はないとする意見があります。先生はどのようにお考えですか？

<意見欄>

4. 乳幼児について

乳幼児の障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度等級を判定することが可能となる年齢(概ね3歳)以後に行うこととされていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)臨床的にもMRI所見などからみても明らかな重症心身障害児、1歳6ヶ月

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

(2)脳性麻痺、将来ともに杖歩行の見込み、1歳6ヶ月

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

(3)精神運動発達遅滞、3歳、未歩行、6歳頃には独歩可能になる？ 但し、速くは走れないと予測される

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

5. 認定(症状固定)時期について

症状固定の時期については個々の審査を待つべきであり、一律に時期を定めるのは適当でないといわれていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)脳卒中発症後すぐにリハビリテーションを開始、1ヶ月経過、杖歩行可能、上肢・手指の機能は廃用状態

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

(2)外傷性脊髄損傷、受傷から1ヶ月経過、両下肢の完全麻痺は回復せず

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

6. 機能障害程度の判定方法について

機能障害程度の判定は、義肢や装具などの補装具を装着しない状態で行うものとされています。そのため、人工関節(内部装具とみなされる)などでは手術により機能が改善したにもかかわらず等級程度は術前より高い等級になるという矛盾？が認められます。この点について、人工関節置換術後の状態が安定しているなら、これを除去した状態を想定せず、そのままの状態に機能障害程度を判定すべきであるという意見がありますが、先生はどのようにお考えですか？

<意見欄>

7. 下肢の機能障害について

下肢の著しい障害に関して、「一側の機能障害」についての解説はありますが、両側の障害に関しては、別表第5号に「両下肢の機能の著しい障害(2級)」とあるだけで、歩行能力などの具体的な基準が示されていません。この点について、先生は具体的な基準が必要だと思われますか？必要だとすればどのような基準が適当でしょうか。

<意見欄>

8. その他肢体不自由の認定に関してご意見があればお書きください。

<意見欄>

自治体名

資料1-4

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

1. 心臓機能障害

※該当する（ ）に○印を記入ください。

(1)人工ペースメーカーの装着状態でa-hのいずれかの所見を有するが、実質的に生活制限を要しない患者の申請があった場合にどのように扱っていますか。また、認定基準を見直すとすればどのように改めるべきですか。

<意見欄>

(2)心臓機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

2. 呼吸機能障害

(1)ルームエアでの動脈血O₂分圧測定が不可能な場合や指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合などの等級判定が困難なケースにどのように対処していますか。

<対処法>

(2)呼吸器機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

3. 腎臓機能障害

(1)腎機能障害の認定は認定基準は国の認定基準（ガイドライン）と同じですか。

() 同じ、() 異なる

<異なる場合の基準>

(2)腎移植を行い透析が不要となった患者の申請にどのように対処していますか。免疫療法の有無により適用を決めるのは適切ですか。 () 適切、() 適切ではない

<意見欄>

(3)腎臓機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

4. 膀胱または直腸機能障害

(1) 腸管のストマ、あるいは尿路変更のストマについて、基準の変更がありました。新たな基準で不合理な点、あるいは認定困難な点はありませんか。 () なし、 () ある

<意見欄>

(2) 膀胱または直腸機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

5. 小腸機能障害

(1) 現行の認定基準である①小腸の残存部位の長さ②中心静脈栄養の程度によって等級を判断することで充分ですか。 () 充分、 () 充分ではない。

<意見欄>

(2) 永続的に小腸機能の①大部分②一部の喪失で等級が異なりますが、その判断が困難なことはありますか。

() ない () ある

<意見欄>

(3) 小腸機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

6. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

7. その他内部障害の認定に関してご意見があればお書きください。

第2章 身体障害者福祉法における障害認定の課題

—手帳交付認定に係る専門医からの意見聴取結果〈肢体不自由〉—

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンターセンター）

1. 遷延性意識障害について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*回答者による違いが大きく、考え方もバラバラである。

2) 障害認定の問題点

- (1) 意識障害があるので身体障害を特定し難い。
- (2) 意識障害がある間はリハビリテーションの対象になり難い。
- (3) 常時の医学的管理が必要なことが多い（特に入院中）。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 疑義解釈「原疾患について治療が終了し、客観的観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合には、認定の対象となる」に準拠する。
- (2) 病状が安定していれば、発症後3ヶ月程度で再認定を条件に認定する。
- (3) 意識障害が6ヶ月以上続いている場合には、必ずしも再認定の必要はない。

4) 研究協力者の個別意見

- ・著しい関節拘縮が永続的なものであることが確認されれば、入院中、発症から3ヶ月の時点でもそこに着目して認定する。
- ・随意運動がみられないのが麻痺によるものか、意識障害によるものか明確でない場合、発症から3ヶ月では回復の可能性もあるので、6ヶ月まで待つて認定する。発症から6ヶ月経過した時点で著明な関節拘縮が多発していれば、そこに着目して認定する。
- ・認定に際しては、検査所見（頭部CT、MRI）、神経学的異常所見、ベッドサイドリハの実施の有無を確認し、関節拘縮だけでなく運動障害を示す他覚的所見を含めて認定する。
- ・発症から3ヶ月でも、診断書に原因と病巣局在と障害状況の経過および社会的支援計画が詳細に記載されていれば脳卒中の認定と同様に考える。
- ・発症から6ヶ月経過の場合、遷延性意識障害であっても障害は固定していると考えべきで、身障法固有の社会資源を活用する余地はあり、認定の対象とすべきと考える。
- ・意識障害についても、広い意味での自立支援があり得る。
- ・意識障害は「保護」目的での交付対象にはなり得るが、「保護」の範囲が問題である。
- ・拘縮など他覚的に分りやすい身体障害があるときに認定対象になるなら、比較的検証しにくい神経生理学的所見も明かにできれば認定してよい。
- ・どんなかたちでも身体障害が明かにできれば認定の対象になるとすると、遷延性意識障害を取り上げた意味がなくなる。
- ・常時の医学的管理が必要な状況と身体障害によるリハビリテーション・保護のサービスの必

要性が両立する場合もあるのではないか。

- ・遷延性における障害認定についての基本的考え方（認定しない理由）がはっきりしていないことが混乱のもとであり、あえて遷延性意識障害が取り上げられた真意を明かにする必要がある。
- ・疑義解釈にある「遷延性意識障害については、一般的に回復の可能性を否定すべきでなく、慎重に取り扱うことが必要である。また、原疾患についての治療が終了し、医師が医学的。客観的な観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合は、認定の対象となるものとする」（59年10月）は、分かりやすいが、認定基準における遷延性意識障害について否定することになりかねない。
- ・遷延性意識障害については、概ね植物状態と考えられているようだが、誰もが同じ認識ではない。
- ・意識障害にこだわりすぎの傾向がある。客観的な肢体の所見によって判定すべきであることを明示する必要がある。
- ・「意識障害」が診断の対象でないことを明記する。

2. 高齢者について（介護保険との関係）

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*年齢に関係なく活動制限で判断すべきであるが、認知障害による活動制限は対象外とする意見が多い。

2) 障害認定の問題点

- (1) 目的が医療費免除などの経済的支援にあると推定されることが多い。
- (2) 寝たきりの超高齢者ではリハビリテーションの対象になり難い。
- (3) 保護の立場からは介護保険によるサービスがある。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 疑義解釈「余命いくばくもない場合を除き、認定基準に基づいて認定する」に準拠する。
- (2) 年齢に関係なく、現状の活動制限を示した診断書の記載に基づき認定する。
- (3) 後期高齢者で、精神及び身体機能全体の衰えによる活動力の低下（老衰）は対象外とする。

4) 研究協力者の個別意見

- ・認定担当者は高齢者でも障害認定の対象になりうるという前提に立って、拘縮の有無など認定理由を見つけようとしている。
- ・疑義解釈を要約すると、余命いくばくもない場合を除き、年齢への考慮は無用で、認定基準に基づいて認定するということになる。
- ・高齢者についての問題は、高齢で精神・身体機能の全体が衰えて（老衰状態で）、機能・能力

が低下している場合をどうするかに限られる。

- ・乳児は歩けなくても障害者ではない、超稿齢者（概ね90歳以上）についても同様である。
- ・介護保険との関係では、予算がないから65歳以上は除外するという考えもある。
- ・年齢に関係なく、活動制限で判断すべきである。活動制限の原因が痴呆であっても、必要に応じて身障法の資源を活用すべきだからである。
- ・経済支援の重複を避ける必要があるのなら、身障法でなく別に規定を設けるべきである。
- ・介護保険との関係では、高齢であっても補装具、人的・物的周辺環境の整備支援等、身障法固有のきめ細かいサービスを必要とする人は沢山存在する。財源の多寡が対象除外の理由になってしまうのは弱者切り捨てに等しい。
- ・高齢者の場合もリハビリテーション前置が認定の条件である。
- ・加齢による生理的な運動能力の低下は対象とすべきではない。
- ・切断、関節拘縮・変形、麻痺で障害固定は年齢に関係なく障害認定する。筋力低下のみの場合の判断が難しい。
- ・65歳～85歳であれば、痴呆の程度によるが3か月の寝たきりでも、機能回復の可能性につき照会する。
- ・義肢・装具などの給付が必要な場合は65歳以上でも身障手帳が有用である。保護の部分は介護保険サービスが優先となる。ケアマネジメントの視点で身障手帳が必要な場合のみ申請するよう指導すべきである（市町村窓口で手帳取得の目的を明確にする）。
- ・医療費の助成を目的とした手帳申請で、更生の目的に反すると思われる例に対しては制限を設ける必要がある。例えば、原因疾患が明かでない「廃用性筋力低下」等である。
- ・基本的に年齢を物差しにすることは避けるべきである。介護保険との関係は、現時点では別個のものとして考えるべきである。
- ・「寝たきり」（廃用症候群）に関しても、客観的な機能障害によってのみ認定できることを明記する必要がある。

3. 乳幼児の認定時期について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

- * 3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定（3歳時&6歳時）を条件に認定する。

2) 障害認定の問題点

- (1) 3歳未満では、身の回り動作がおぼつかないうえ意思疎通も困難なため、障害程度を特定し難い。
- (2) 成長に伴い障害程度が変化（改善）する可能性が高い。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定を条件

に認定する。

(2) 永続的に残存すると思われる障害程度で認定し、6歳頃に再認定する。

4) 研究協力者の個別意見

- ・3歳未満、特に1歳未満の早期認定は、診断根拠と予後予測の記述が医学的に reasonable であれば認定可能である。判定にあたっては、動作能力よりも医学的所見への依存度が大きくなる。
- ・障害の変化について、再認定制度用いて対応する必要があることは言うまでもない。
- ・年齢限界を問題にしている理由がわからない。
- ・知的発達障害も検討すべきである。
- ・精神運動発達遅滞児で独歩獲得が6歳ころになるようなケースは、筋力低下や関節の不安定性、外反扁平足など運動器の問題をもっていることが多いので、その点に注目して認定する。
- ・機能障害の医学的根拠が明かな場合は3歳未満でも認定する。3～5年後再認定とする。
- ・杖歩行の見込みがあるような例は、杖が使える上肢機能、歩行能力が予測され、あまり重度でないため、1歳6か月では等級が決定できない。3歳以降の認定が適切である。
- ・乳幼児期の判定に対しては、障害原因によっては、就学期あるいは成人に達した時点で再認定を義務づける。

4. 成人の認定（症状固定）時期について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*急性期リハビリテーションが実施されていても、脳卒中発症後1ヶ月で認定することは、①症状が変化する可能性がある、②身体障害者福祉法によるサービスの必要性が乏しいなどの理由から、不適切であるとの意見が多い。一方、脊髄損傷による完全麻痺では賛否両論で、再認定を前提に認定することを含めれば、「認定する」とした意見が2対1で多数を占めた。

2) 障害認定の問題点

- (1)脳卒中では、「診断の時期を3ヶ月程度を経過した時点」という厚生労働省の通知が遵守されており、明らかに残存すると思われる障害が認められても、発症から3ヶ月未満における認定は難しい。
- (2)今後、急性期リハビリテーションが充実するようになると、福祉施設の利用や補装具の給付など、身体障害者福祉法を利用するニーズがより早期に生じるため、発症から3ヶ月未満の認定が求められる。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1)脳卒中では、機能的予後を高い確率で予測した研究が乏しく、基本的には、発症後1ヶ月の時点で障害を認定することは時期尚早と思われる。
- (2)身体障害者福祉法の利用が早期に必要な場合には、比較的早い時期でも、判断

根拠となる画像所見や臨床像が示され、永続すると思われる障害が明らかであれば、その障害程度を限度に、また再認定を条件に認定し得る。

(3) 脊髄損傷では、仙髄域を含む完全麻痺で MRI 画像と神経生理学的検査所見の併記があれば発症後 1 ヶ月程度でも認定する。

4) 研究協力者の個別意見

- ・脳血管障害・外傷性脊髄損傷後の比較的早い時期でも、臨床像、画像所見、障害が永続する根拠など医学的所見が記載されていれば判定がしやすい。
- ・固定時期、再認定の要否・時期の欄に客観的医学的所見に基づく医師の意見が書かれていれば、認定の時期の判断は容易になる。
- ・脳卒中発症後 1 か月での障害認定は、文献上も障害の予後予測は難しいとされていることから時期尚早である。
- ・脳卒中後 3 か月を経過して障害が固定したと主治医が判断しており、判断根拠となる責任病巣の部位と大きさと障害の経過と程度、および社会的処遇の計画が記載されていれば、再認定を条件にして認定すべきである。
- ・外傷性脊髄損傷後 1 か月での障害認定は、仙髄域を含む完全麻痺であることのはっきりした記載と MRI 画像と神経生理学的検査所見の併記があれば固定を認定してもよい。
- ・脊髄不全損傷では、受傷後 3 か月で画像と神経生理学的検査所見と障害像のきちんとした記載があれば、再認定を条件にして認定すべきである。
- ・脳卒中の早期障害認定は通常、発症後 2-3 か月で、再認定を条件に行う。その際、将来残存すると思われる障害程度で認定するが、制度利用の必要性など社会的判断も早期認定の根拠となる。
- ・外傷性脊髄損傷の早期認定（1 か月）は、画像検査所見を確認し認定する。
- ・脳卒中の障害認定は最短でも 3 か月過ぎまで保留とする。認定に際しては回復の見込みを照会する。
- ・外傷性脊髄損傷の認定は完全麻痺であれば 1 か月、不全麻痺であれば 3 か月過ぎまで待機する。
- ・障害認定の時期を、3 か月、6 か月とする根拠が不明確であることが、診断する医師の混乱の原因となっている。
- ・障害固定の時期は、障害原因によってその根拠も期間も異なり、画一的に決めようとするところに無理がある。
- ・肢体不自由、内部障害、感覚器障害、その他の区分で、各々の障害における判定時期の根拠を簡潔に示すべきである。
- ・障害ごとに、「症状固定」の概念を整理することはできないか。
- ・再認定に対する全国的な制度の整備と指定医に対する教育が必要である。
- ・再認定の時期について、その理由を付記させることによって診断した医師の責任を明確にす

る。

- ・再認定を必要とする条件を明確に示す。

5. 機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*人工関節などの挿入物は、それが安定して機能している限り「本人自身の機能に含めて評価する」という意見が大半を占めた。

2) 障害認定の問題点

(1)現状の認定基準では、人工関節置換術などにより機能が回復したのに、等級程度は術前より高くなるという矛盾がある。

(2)義手・義足など、体外部に装着する補装具では、日常的に装着する手間がかかるだけでなく、入浴時や屋内では装着できないこともあるため、装着した状態の機能障害の程度をもって認定することは相当な不利と思われる。

3) 研究協力者の意見のまとめ

(1) 眼内レンズと同様に、人工関節などの体内に内蔵したものは人工臓器とみなし、置換術後の障害状況に応じて認定する。

(2) 体内に内蔵しない義肢や装具などについてはこれまでどおり、装着しない状態の機能障害で認定する。

4) 研究協力者の個別意見

- ・人工物の体内留置は広範囲に亘って行われてきているので、人工挿入物に対する考えは変えても良い時期がきている。
- ・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」ということになれば、認定の条件、等級表の見直しなどの検討が必要である。
- ・身障法は更生が目的なので障害を「心身機能」の概念で評価するのは基本原則だが、心身機能障害の評価に固執し続けると、医療技術の進歩を無視する結果になる。
- ・多くの完成途上の人工臓器が近い将来には完成の域に達することを想定して、障害認定の基準を軌道修正すべき時期である。
- ・体内に内蔵した人工臓器は人工であっても臓器であると考え、技術的に未完成な段階の人工臓器は再判定をするという考えはどうか。
- ・身障等級は、人工関節置換術後の障害状況、「活動」の障害概念で決定する。
- ・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」場合、人工関節の耐久性は、半永久的な耐久性を獲得しつつあるので、再判定の機会を残し、問題が起きた時点で更生医療制度を活用して再置換術を行えば支障は起きない。
- ・人工関節＝全廃はいかななものか。外せない補装具というより、人工臓器に近づいている。人工関節を含めた総合的な障害程度で判断すべきである。

- ・人工関節置換術後の認定については、術後の機能について認定すべき時代になってきている。その場合手術成績が反映されることになるので、認定時期も術後6か月以後が妥当である。
- ・すでに、大腿骨頸部骨折後の人工骨頭や膝関節の片側置換術については厚生労働省の疑義解釈の回答にあるように全廃としないでMMTやROMの状況で判断することとなっている。
- ・人工関節置換に関しては、術者の技術格差も無関係とは言えず、患者の抱えている術後のリスクをどのように判断するか問題があるため、現状維持。

6. 下肢の機能障害について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

- *認定基準が曖昧なため苦慮している回答者が多く、特に両下肢機能障害の認定基準を求めている様子が伺えた。

2) 障害認定の問題点

- (1) 立位・歩行能力に着目した場合、1下肢の障害程度等級を単純に倍加しただけでは両下肢機能を的確に表わせない。
- (2) 立位・歩行能力に着目した場合は、体幹機能障害による立位・歩行障害との整合性をつけなければならない。
- (3) 認定基準に示された歩行時間や距離の根拠が不明確で、30分と60分、1kmと2kmを差別化することは困難である。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 両下肢の機能障害については新たな認定基準を作る必要がある。
- (2) それに合わせて体幹機能障害の認定基準も修正が必要である。

4) 研究協力者の個別意見

- ・かつての疑義解釈は曖昧であるので、新基準をつくるべきである。
- ・等級表との整合性と実際面から2、3、4級に分けるのが妥当であり、これまで用いてきた起立・歩行能力の表記法にこだわらずに新しい評価項目を用いてもよいのではないか。
- ・身障手帳は心身機能で判断すると言いながら、歩行距離や立位保持時間が基準になっていること自体が矛盾であり、新しいADLの評価概念を導入すべきである。
- ・両下肢の機能障害について、体幹機能障害の基準を活用する診断書が多くみられ、両下肢機能障害の適正な等級を設定すると同時に、体幹機能障害も修正が必要である。
- ・下肢機能の支持機能についての表現も国語学者の知恵も借りて、誤解の余地のないものに修正すべきである。
- ・立位保持、立ち上がる、歩く、と、運動発達の順序性を重視した等級の設定は中枢性の障害認定には疑問である。立ち上がれるが歩けないケースと立ち上がれないが歩けるケースをどのように区別するのか。
- ・両側性障害について、4級×2=2級など機械的に等級をあげるのは不適當である。

- ・一下肢機能の障害の認定基準「1km 以上歩行不能、30 分以上起立位を保つことができない、通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらなければならない」という定義は実は両下肢の機能を反映した能力である。
- ・両下肢機能障害は歩行距離、起立保持能力（時間）、階段昇降能力、両下肢全体の MMT などで定義する。
- ・一下肢の機能障害は、患側の片脚起立能力、一下肢全体の MMT などで定義する。

7. その他の研究協力者の主な意見

- 1) 障害名の適切な表示に必要な障害分類の作成。
- 2) 高次脳機能障害と肢体不自由との境界の明示。
- 3) 感覚障害に対する認定基準の作成。
- 4) 切断レベルの分類の見直しが必要である。
- 5) 再認定制度の全面的な導入。
- 6) 障害程度等級の診断に関する分かり易い手引書の作成必要。
- 7) 身体障害者福祉法による「保護」は、介護保険における「保護」と同義ではない。
各制度の役割を考慮しつつ、保護を目的とした認定基準の作成が必要。
- 8) その他の個別意見
 - ・脳原性運動機能障害に関する認定基準（診断書）を乳幼児に用いるのは適当ではない。そのむね、表示が必要である。
 - ・認定基準の文言（歟、金づちなど）を現在の生活スタイルに合わせ、整理する必要性がある。
 - ・手指機能障害に細かい基準を設ける必要性がある。例えば、パーキンソン、運動失調のケースにおいては、握力、MMT より巧緻性を重視すべきである。
 - ・障害認定の際、医学的管理、退院の見込みを条件としているが、社会的入院もあり、機能回復が見込めない医学的根拠をもって認定すればよいのではないか。
 - ・50 年以上前の実情に合わせて作られた 15 条指定医の認定方法は、実際上は医師として数年の経験があれば誰でも指定されるようになっており、判定にあたって色々な問題を引き起こしている。指定基準を変えたほうがよい。
 - ・障害認定の疑義解釈は自治体に任されたわけだが、詳細部分によっては自治体ごとに差が生じることがある。自治体間の差が生じないよう「すり合わせ」のできる仕組み（場所）を考える必要がある。
 - ・認定業務の簡素化のため、年金診断書のような、あるいは近年改正された「ぼうこう・直腸障害」の診断書のようなチェックボックス方式があれば、半ば機械的な判定も可能である。このやり方は視力、聴力、呼吸機能障害では実施可能でも肢体不自由の領域では困難かもしれない。

第3章 障害認定に関する文献の整理

寺島彰（浦和大学総合福祉学部）

はじめに

厚生省社会・援護局更生課（1996）によれば、身体障害者福祉法の成立当時、この法律の基本的目的を保護とするか更生とするかについて、身体障害者福祉法制推進委員会において、さかんに議論され、結果的に、この法律は、保護を基本的な目的とする法ではなく、更生を基本的な目的とするいわゆるリハビリテーション法とし、その更生に必要な限度において、特別な保護を行うこととなったとされる。すなわち、この法では労働年齢にありながら一定の障害のため十分にその能力を発揮できない者に、必要な補装具を交付し、指導・訓練を行うことにより、身体の欠損部分を補充することで、「一般健康人に伍して産業戦線に復帰する」という建前がとられたという。

そして、寺島（2000）によれば、そのリハビリテーション法としての基本的性格は、今日まで一貫して変わっておらず、一方で社会状況が変化するなかで、いろいろな誤解や矛盾を生んできているという。例えば、身体障害者福祉法の障害認定基準が他制度でも準用されているために、その制度の目的が保護的なものであるような場合は、認定基準が不適切であるという意見が述べられることがあったり、あるいは、医療保険制度の不備を身体障害者福祉法が補うようなことを求められ、その結果、リハビリテーション法としての認定基準を貫かれているとはいえないような部分もあるという。

今後の身体障害者福祉法における障害認定を検討する場合に、身体障害者福祉法が今後もリハビリテーション法としての目的を貫くべきであるのか、それとも、時代の変化に応じて、新たな目的を設定すべきであるのかについて、検討することも必要になることが考えられる。そこで、本章では、障害者政策の目的に関して、これまで、どのようにとらえられてきたのかについて、文献レビューを実施した。

文献レビュー

Drake（1999）は、政府の障害者政策を①否定的政策モデル（negative policy model）、②自由放任主義政策モデル（laissez-faire policy model）、③断片的アプローチ（piecemeal approach）、④最大限政策モデル（maximal policy model）⑤社会又は権利に基づくモデル（social or rights-based policy model）の5つのモデルに分類した。

否定的政策モデルは、発展途上国などにみられる障害者の人権と市民権を積極的に否定しようとしている国家のモデルである。

自由放任主義モデルは、国家は障害者の生活に関して最小限度の役割しか果たさな

い。障害者は、自分自身で身を守るものとされる。

断片的アプローチモデルは、国家は、障害者に関してなんらかの対応はするが、積極的ではなく無計画であり、説得力のある慎重な計画的戦略を作成し実行するという考えではなく、むしろ圧力が加かったときや状況が許さなくなったときのみ不承不承に行動する。

最大限政策モデルでは、国家は、障害によるさまざまな不利を明らかにしそれに対応することを目標にするが、障害は個々の損傷から生じるとみなすので、焦点は障害者個人の生理学変化の必要性におかれる。そのために、障害者個人を特定し、ラベルを貼り、個人の状況を改善するための網の目のようなサービスを提供する。その結果、障害者は、制度概念としてまたは精神的に一般の人々と分離される。

社会又は権利に基づく政策モデルは、国家は市民すべてに対する責任を認め、障害は、非障害者のために非障害者がデザインした社会と環境の成果であると認識する。

Droppingら(2000)は、障害政策における政府の対応の違いを分析するためのフレームワークとして、市場主導(market-led)、動機優先(incentive-led)、統合優先(integration-led)、選択優先(choice-led)、戦い優先(fights-led)の5つのモデルを区別した。各々のモデルは、手当やサービスを提供する制度や労働市場への参加傾向をもとに理念的に分類された。

Oliver(1983)は、頸髄損傷者としての収容施設での経験をもとに、障害者に対する既存の考え方は、障害問題を個人に原因を求め、障害から発生すると仮定される機能的制限や心理的な損失から障害問題が生じるとみる医学モデルであるとし、そのモデルを批判した。そして、障害者問題の原因は、どんなものにせよ個人的制限などではなく、社会が適切なサービスを提供し、適切に障害者のニーズを社会が十分考慮することができなかったことが原因であるとする社会モデルを提起した。例えば、個人的偏見、制度上の差別、アクセスできない公共建物・公共輸送機関、分離教育、障害者に対する配慮のない職場環境等が社会的な要因の例であると考える。

Coudroglouら(1984)は、障害者制度は、人道主義的関心と労働市場に対する個人の関係によって方向付けられてきたために、障害者は、(a)経済システムの外で、社会の慈善を受けるか、(b)経済システムに対する過去の貢献者として、社会正義のために社会の支援を受けるかの2つの独立した制度が存在する。しかし、その歴史、管理制度および領域の違い、連邦の財政に対する競争的關係により、障害問題に対するアプローチを混乱させてきたという。そして、この問題を解決するための「社会サービスアドボカシーモデル」と「主流化モデル」という2つの行動モデルを提示している。

Oliver(1989)は、産業社会においては、だれもが相互依存の環境で生きるにもかかわらず、障害者については、依存または独立の二分法がおこなわれている。その依存は、経済、政治、専門家その他の力によってもたらされる。福祉国家の危機によりこ

の依存を減らす必要性が生じたが、依存から脱却するには十分ではなく、唯一の方法は、利用者が選択し管理できるように国家はサービス基盤を整備することであるとする。この方法は、短期的には高価になるが、長期的にみれば、全員が相互依存している国家に住むという非常により幸福な環境をつくりだすのに寄与するとする。

Donald (1991) は、1990年に成立した米国障害者差別禁止法 (ADA: Americans with Disability Act) について、ドイツの障害者政策との比較により分析している。すなわち、ADAは、国の予算を伴わない命令制度であるため、一見すると社会にコストをかけないと思われるが、実は、障害者に対する便宜を図ることにかかる費用は、違う肌の色の人や別の性の人に対する便宜より費用がかかるため、企業にコストをもたらし、その企業の製品の消費者にコスト強いることが重要な問題であると指摘している。また、それに加えて、社会の非効率性のコストももたらし、さらに、ADAは、雇主と従業員の契約の柔軟性を失わせることになり、結果的には、障害者の雇用に関して否定的な結果が大きくなると主張する。

Weaver (1991) は、本来、安いコストで障害者の福祉を向上させるためには、命令による制度よりも意欲向上中心のアプローチのほうが本当に有効であるにもかかわらず、1990年に、ADAが成立したことで、意欲向上中心のアプローチは、権利を基礎としたアプローチにとってかわられたとする。市場の考え方からすれば、障害者を雇う際に合理的便宜を提供すれば、それは、コスト増とみなされる。その結果、アメリカのビジネスは、ADAによって重荷を負わされたことになり、経済成長の阻害要因になる可能性が高い。ADAは、障害のある労働者や求職者の心身の制限に対する「便宜」を提供する義務を雇用主に押し付けたために、差別禁止規定と合いまって、市民権の手法をゆがめてしまうと主張している。

Albrecht (1992) は、医学的状态、社会からの逸脱の形式、あるいは、政治的又は少数グループ問題から障害を捉えるのではなく、障害は、「障害ビジネス」の産物であると考え。「生態学的なモデル (Ecological Model)」と名づけられたこのモデルでは、現代米国の、工業化とそれに続くヒューマンサービス部門の成長、そしてより最近のアメリカの障害者運動による「障害者の権利」の政治的問題化が組み合わさって、「障害」と「リハビリテーション」が数百億ドル産業になり、それが、障害者の社会的定義を構築するというものである。彼は、障害は、個人の損傷と「障害のある環境 (disabling environment)」の両方によって構成されるとする。

Bickenbach (1993) は、現状では、生医学的モデル (Biomedical Model)、経済的モデル (Economic Model)、社会政治的モデル (Social-Political Model) という3つの非常に直感的な障害モデルが存在し影響を与えており、ともに展開し、時期に応じたものが優勢になったり時には別のものがそうなりしている。しかし、これらのモデルは、障害者が社会環境との相互作用的概念であることを無視しており、さ

らに規範的な構成要素を持たないために核となる概念に収束することが難しいという。そこで単独で障害の概念を正当化し機能する規範的基礎が必要であると、そのような規範的基礎として、平等 (Equality) の概念を主張した。

Swainら(1993)は、障害者の自立を妨げる社会的障壁について取り上げた。障害者に対する一般の人々の態度、障害者調査の不備、医学・心理学などの専門家の対応、障害の定義、介護システムの不備、障害者の権利を保障しない社会制度などを障壁としてとらえ、社会モデルに基づき、さまざまな社会的障壁の存在を分析している。

Barnes(1996)は、障害研究については、構造的機能主義と逸脱理論が強く結びついたアメリカ型アプローチと、マルクス・エンゲルスの唯物理論に強く影響されたイギリス型のアプローチがあるが、これらの研究は、障害者に対する抑圧という価値観と信念に基づいており、文化の役割を過小評価しているという考えから、文化と障害者に対する圧迫の関係を社会政治学的に考察している。その結果、西洋文化における『完全な体』という神話と物質的および文化的勢力の間の相互作用により障害者に対する偏見が文化的に構築されており、人間の違いを認め、尊重し、賞賛する文化の創造することに社会学者は貢献をするべきであると主張する。

Mashaw(1997)は、障害政策の目的は、障害者の完全参加と社会統合であり、その障害者に職業を提供することは、その一つの目的であるとする。そして、その目標として、①労働能力のある障害者の雇用を最大にするための介入をすること。②働くことができない、または、労働能力に制限のある障害者に対して、十分な所得と支援を提供することという二つの目的があるとする。

また、これらの目標を実現する方法として①労働市場政策、②医療政策、③所得政策の3つの主な障害政策領域をとりあげ、そのありかたについて検討した。労働市場政策では、供給側と需要側の両方からの介入が必要であるが、障害者の職業訓練などの供給側に対する介入が中心であり、企業に対する貸金助成などの需要側の介入が少ないことからその充実が望まれるとしている。

また、医療政策に関しては、障害者にとって非常に重要であるにもかかわらず、障害者のニーズに十分応えていないことを問題であるとした。

障害者所得政策においても、社会保障障害保険(DI)や補足的保障給付(SSI)は不十分である上に、労災補償、失業保険、老齢年金など所得給付の対象者は減少し続けていることなどの問題があることを指摘している。

Johnsons(1997)は、医学リハビリテーションモデルと市民権モデルの分類を提案した。医学リハビリテーションモデルは、医学的な介入により、健康と機能を回復させようとし、もし、完全な回復ができず損傷が永続した場合には、その制限を補うための個人の能力を高めるために職業リハビリテーションサービスを提供するというものである。また、市民権モデルは二つあり、ひとつは、身体的・精神的な損傷が生

産性を制限することがあることを認めるが、損傷のある人が、雇用に際して評価されなければならないのは、彼らの生産性であって損傷の存在でないと考えるものである。また、もう 1 つの市民権モデルは、障害者が生産するものの市場価格にかかわらず、雇用される権利を持っていることを意味する。著者は、前者の考え方を支持している。

Russell (1998) は、過度の「自由市場」イデオロギーの普及により、企業が政策をコントロールしているために、「福祉と医療の水準は低下し、福祉の受給者が狭められ、少数の富裕層に富が集中し、労働者の大量の解雇、職業の不安を増大させるなどの弊害がおこっており、その状況を評価し改善するには、障害と障害政策（過去、現在、未来において）が、有効なツールとなるとする。すなわち、障害者が生きられる社会は、この企業社会の対極にあり、障害者運動によって世界資本と企業国家によって後退させられてきた、労働者の権利と、市民の権利をとりもどし、民主主義を守ることができる」と考える。そして、失われつつある社会契約を取り戻すことが必要であるとしている。

Drake (1999) は、政策は力の行使であり、その社会の支配的なグループの意思が反映されているという考えから、障害者の悲劇モデルに基づき構築された現在の障害者政策を、障害は物理的および社会的環境の結果生じるものであるという権利モデルの考えに基づくものに変更するための方策について議論している。この政策モデルによれば、国家には市民すべてに対する責任があり、非障害者のために非障害者がデザインした社会と環境が障害者を障害者たらしめていることから、障害者が日常生活の多くの領域から排除されている差別状況を改善できるためには、社会に存在する社会的・物理的な障壁を除去することのみが必要であると考えた。

Priestley (1999) は、英国の「Derbyshire Coalition of Disabled People (DCDP)」という障害者の全国組織が、コミュニティ・ケアに関して、政府や地方自治体の社会サービス局との交渉で経験した価値観の対立について、なぜ、そのような対立が起こるのか、その対立が障害者政策にどのように影響するのかを検証している。彼は、政策変化をもたらすためには、障害者の結束が必要で、社会運動による効果的な自助組織が障害者解放の必要な必要条件であること、障害者の自助組織による社会モデルの提示により障害者政策は変わることを主張している。

Marks (1999) は、医学モデル対社会モデルに関する議論よりも、実践のための分析方法の確立が必要であり、障害の社会モデル、現象学、ポスト構造主義を統合した手法として精神分析を提案した。精神分析は、医学と社会の両方に足を置いており、両者に挑戦し、社会の構造、個人との関係、意識されない動機づけに関する理解を統合できるという。

Mackelprang (1999) らは、障害を概念化するモデルとして道徳モデル (Moral Model)、医学モデル (Medical Model)、社会/少数派モデル (Social/Minority Model) の 3 つの

組み合わせモデルを提起した。道徳モデルは、障害を道徳的なあやまちや罪に起因する欠陥ととらえ、医学モデルは、障害を個人に存在する医学的問題とみなされる。社会／少数派モデルは、障害者を少数派グループとみなし、障害問題は障害者個人にあるのではなく、障害者が適応できない環境と、障害のない人々の否定的態度の中に存在するとする。

Olkin(1999)は、社会／少数派モデルを活用した心理療法を提案した。すなわち、障害をもって社会で生きるという観点から診断治療という方法ではなく、社会の障害者に対する態度がどのように構築されるか、それにどのように対応するか、また、家族支援のあり方などについて言及している。

O'Brien(2001)は、障害者の雇用政策を歴史的に区分すると、障害者を正常化（ノーマライズ）しようとした時期、議会により障害者の働く権利が擁護された時期を経て、法律制度により後退させられている時期にあると主張する。すなわち、障害者をリハビリテーションによって正常化することが目的であった初期の雇用支援が、連邦議会の圧倒的多数によりADAが通過されたことで、権利運動の全面的支援が期待されたが、雇用主の法廷への訴えと連邦司法当局のリハビリテーションの全人間理論のために、その雇用支援が弱体化したと主張する。

Bresliら(2002)は、障害者差別禁止法について法律学の立場から言及した。その内容は、権利教育、世界の障害者差別禁止法の比較、障害者差別禁止法の構造、法律の運用、ADAの理念、障害者差別禁止法、ADAの教訓など広範な内容を含む。

OECD(2003)は、OECD加盟の20カ国を対象に障害者を労働市場に導くための、障害者政策を分析した。そして、その結果を、補償政策と統合政策の2つ整理している。補償政策は、障害者手当の給付など所得移転の受動的な政策であり、統合政策は、職業斡旋などの能動的な政策である。そして、それぞれの類型は、10の下位次元に分割され、0から5点までの点数がつけられ、その結果が加算されて、ある国の障害者政策がどちらの傾向が強いかを整理し二次元的な政策図に示した。

補償政策の下位次元は、①カバーする範囲（全人口から選ばれた従業員まで）、②最低限の障害レベル、③完全な手当のための障害レベル、④最大手当レベル（連続する労働記録による平均の所得のための置き換え率に関して）、⑤手当の永久不変性（厳密に永久的なものから厳密に一時的なものまで）、⑥医学評価（保険医者のチームのそれに医者を扱う独占的な責任から）、⑦職業評価（厳しい自分自身の仕事評価から最も開いた基準まで）、⑧疾病手当のレベル（短期と長期を識別すること）、⑨疾病手当の期間（続けられた賃金支払いの期間を含むこと）、⑩失業手当のレベルと期間（障害手当と比較すると水平になるレベル）。

また、統合政策の下位次元は、職業とリハビリテーション施策に関して①カバーす

る範囲の整合性（異なるプログラムの利用とそれらの結合するという可能性）、②評価構造（責任と整合性）、③労働継続と便宜に対する雇主責任、④支援つき職業プログラム（範囲、永久不変性と柔軟性）、⑤助成金つき職業プログラム（範囲、永久不変性と柔軟性）、⑥保護雇用部門（範囲と一時的な自然）、⑦職業リハビリテーション・プログラム（出費の義務と範囲）、⑧リハビリテーションのタイミング（早い干渉から障害手当受取人だけのための最近の干渉まで）、⑨手当の中断規則（持続がそうするたくさんから存在しない）、⑩追加の労働誘因（労働と手当受給を結合するという可能性を含む）。

Frieden (1997) は、自身が障害者であるが、障害者政策の議論において、(p187) 専門家は、ADAによる市民権戦略と過去の社会保障障害保険の所得維持政策という対立構造でとらえ議論をしているとしてその傾向を批判した。それは、ゼロサム・ゲームのようであるが、本当の問題は、米国には、これらの2つのアプローチ以外に障害政策がないということであるという。例えば、障害者にとって医療は必要であるにもかかわらず労働意欲と関連づけられている。また、障害者が職業についているとき、職業リハビリテーション、教育や訓練を必要としているときには、社会的な支援も必要であるがそれがあまり検討されていない。さらに、障害者は、貧しいために、労働、教育、余暇よりも、衣類、食物、住居に関心をもっていることなどを考慮したよりシステム指向の考えが世界的に受け入れられなければならないと主張する。

Johnson(1997)は、障害者差別禁止法(ADA)をとりあげ、同法は、合衆国の障害者のための公共政策を定義した法律でとしては、もっとも最近のものであり、その前身である1973年のリハビリテーション法とともに、障害者が職業を得たり、訓練を受けることが制限されているのは、怪我や病気の直接の影響のみによるのではなく、むしろ人々の偏見によるという考えを取り入れている点を肯定的に評価している。

1973年以前に実施された障害者のための公共政策は、2、3の例外を除き、病気、怪我、障害のためにおこる収入の損失と医療費用の増大を補償し、移動に伴う環境的なバリアを除去するためにデザインされている。そのために、それらの制限を除去できるか、補償戦略によって回避することができるならば、障害の問題は解決される。また、回復が不可能ならば、その損失の一部を制度が保障する。また、その人が貧しければ、最小限の収入を貧困者対策で保証するという考え方に立っている。

一方、新しい反差別政策では、障害者雇用に対する唯一の制限は、人の偏見であるとしている。米国の障害者政策の将来は、これらの競合する見解の影響をおおいに受けるだろうとしている。

Nagi (1969) は、障害者リハビリテーションに関する著作のなかで、障害は個人や家族の問題であるとともに、公共の問題であると認識する必要があるとする。すなわち、障害をもつことは個人の危機であるが、それに対処するには外的な援助が必要で

あり、そのために社会制度が必要であるとする。彼は、その社会制度を3つの主なカテゴリーに分類した。それは、①障害の補償のための制度、②所得維持と経済的損失からの保護のための制度、③障害者がより高いレベルの機能を回復することを目的とした介入するための制度である。

Aartsら(1996)は、オランダ、アメリカ合衆国、イギリス、ドイツ、スウェーデンの5か国の障害政策を調査し、4つの共通の目標を持っているとしている。それは、①障害予防、②障害の補償、③稼働能力の回復支援、④障害者の社会再統合である。また、この目標を達成する方法も類似しており、特に次のような方法が多く用いられていたという。資力調査を伴う基本的福祉手当、過去の所得に基づく保険手当、貧困者一般を対象とした手当、リハビリテーション・サービス(訓練、医療)や機能制限を補うための現物給付、再雇用支援サービス(雇用率制度を含む)、一般就労困難者のための保護雇用機会の提供(割当制度を含む)、産業事故と職業病の危険を減らすことを目指した法的整備、機能障害のある人々に対する法的職業保護、賃金助成金や部分的な手当または従業員と雇主に生産性損失を補償するための障害費用、

Mezey(1988)は、米国の社会保障障害保険についても、社会保険の要素、公的扶助の要素、市場保険的の要素の3つの要素があり、政策担当者間の対立とその力関係で政策が形作られてきたことを述べている。結果的には、社会保障障害保険は、障害による所得の喪失の全部または一部を代替しようとする所得維持制度となり、手当額は、障害前の所得との関連をもっている。対照的に、公的扶助は、障害前に所得にかかわらず、あらかじめ決められた所得レベルで個人を支えるようにデザインされているとされたという。

Percy(1989)は、アメリカの障害者施策の歴史をふりかえり、障害者政策の目的には、リハビリテーションサービス、所得援助、権利の保護という少なくとも3つの型に分類できるとする。また、一連のサービスは、障害者が障害の状態を克服できることを支援することに中心がおかれているという。障害者の権利を反映させるためには、法的な保護が必要であると主張し、独自の公共政策の実施に関する組織的な検証のための事例研究を中心としたフレームワークを提案し、現状の法律を評価している。対象としている領域は、障害者の権利、権利の実現、法律、法の施行、建築と公共輸送機関のアクセス、社会と高等教育へのアクセス、働く権利などである。

Wolfensberger(1989)は、すべてのサービスには、目的と「明確な機能」があるが、実際は、多くの場合最も力強いのは「潜在的な機能」であるという。これらは、微妙かつ間接的な仕方において成し遂げられるヒューマンサービスのまだ認められていない機能である。著者は、ヒューマンサービスがますます重要になったポストプライマリー生産経済において、ヒューマンサービス部門が、大量の依存者を創造し支えていると主張する。そのような社会では、依存している人や価値を下げられた人々が、

他の人に雇用を与えるために必要であるのであり、社会の本当の意図は、このように隠されていると主張する。

Cooper (2000) は、法学の分野から、障害者の権利を強化するために、法律がどう支援できるのかについて、国民の障害者の権利に対する考え方の変化から考察している。特に、弁護士、アドバイザー、ソーシャル・ワーカー、セラピストなど障害をもたない『支援の専門家』の役割とのかかわりが強調されている。内容は、英国とヨーロッパ各国の障害者の権利に対する一般人の意識、国際法における障害者の権利、障害者差別禁止法、地方政府役割、住宅政策、精神保健とのかかわり、障害児政策など広範なものを含んでいる。

Reno (1997) らは、米国のメディケア、メディケイド、社会保障障害保険、労災補償などの障害手当を労働年齢にある慢性病患者と障害者が一般労働市場に復帰するためにどのように活用すればよいかに焦点を当てている。特に労働市場との関係を強調しており、労働市場の発展が一般的に不利な労働者と特に障害もつ労働者の復帰を促進するという考えを示している。具体的には、米国の障害手当制度が職業復帰のための意欲を阻害しているのか、障害者の職業復帰を促進するために障害手当をどのように運営すればよいか、リハビリテーションの促進に障害手当をどう活用すればよいかなど方策はなにかなどについて検討している。

Berkowitz ら (1986) は、障害を個人と社会に費用を押しつけるものであるととらえ、障害と労働市場に焦点をあて、経済的観点から障害者政策を検討している。その内容は、障害者の労働市場復帰の阻害原因、労災保険や社会保障障害保険 (Social Security Disability Benefit) が企業に与える負担、障害者サービスに対する公的費用、職業変更に関する経済学的影響、連邦政府が契約事業者に対して障害者に対する合理的便宜を提供することを強制していることの影響などを分析している。また、スウェーデン、オランダおよびアメリカの障害者制度にかかわる経済的比較も実施している。

Berkowitz ら (1976) は、米国の 85 種類の障害者のための所得維持制度を分析し、①危険回避 (RISK AVERSION)、②地位 (STATUS)、③社会保険 (SOCIAL INSURANCE)、④所得支援 (INCOME SUPPORT)、⑤賠償金 (INDEMNITY PAYMENTS) の 5 つの主要カテゴリーに分類した。

危険回避とは、小額の保険料を払って、それによって、障害者になった場合の大きな損失を避けることを意味しており、民間保険 (老齢保険と疾病保険の障害給付など) は、危険回避に分類される。

地位は、兵役中に障害を受け退役軍人は、兵役中に障害を受けたということにより手当、医療費、遺族手当をうける資格をもつような場合である。

社会保険は、強制加入であり、カバーされる個人は、保険料を支払うか、そのための保険税や税金を要求される。政府は、規模の経済により所得再分配をし、依存を避

けるため参加を求めるかもしれない。強制的な、所得支援は、公的な援助プログラムにより所得を支援するものである。Supplemental Security Income (SSI) がそれにあたる。

賠償金は特定の状況の下で起こる障害に対する支払いである。その範囲は、障害者がこうむる苦痛や損害を含むより広い評価に基づき支払われる。

また、所得維持制度以外には、医療、職業リハビリテーション、教育、障害者のための特殊な改造を施した自動車、建築上のバリアの除去、そして、公的扶助の受給者が利用できる社会サービスを取り上げた。

Rea (1981) は、障害保険についての技術的な内容について論じ、その前提として、外部からのなんらかの援助がなければ、事故または病気の犠牲者は、経済的困難に陥るため、それを補償すること (compensate) が必要であるが、それは、保険のかたちで提供することが明白に望ましいとしている。その理由として、事故による障害は、基本的に本人の責任で解決されるべきであり、保険にすることで予防効果も上がるし、政府の介入なしで市場で可能であるとする。

Smith と Gebert (1981) は、障害保険に関する国際比較研究を行い、対象となった国々における障害保険は、障害のために経済的困難に陥った個人に対し直接的経済的補償を供給することと、リハビリテーションのような障害の効果を和らげるサービスという二種類の内容を含んでいるという。そして、障害保険の手当支給とリハビリテーションの関係や、その際の手当額の決定方法などについて言及している。

参考文献

Albrecht, G., *The Disability Business*, London: Sage, 1992

L. J. M. Aarts, R. V. Burkhauser and P. R. de Jong, *The future of disability policy in the Netherlands*, in Leo J. M. Aarts, Richard V. Burkhauser, and Philip R. de Jong ed. *Curing the Dutch Disease - An International Perspective on Disability Policy Reform*, P158-159, 1996, Avebury Ashgate Publishing, England

Barnes, C., *Theories of disability and the origins of the oppression of disabled people in western society*, in Len Barton ed., *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*, Longman Sociology Series, 43-60, New York: Longman Publishing, 1996

Berkowitz M. and Hill, M. Anne, ed., *Disability and the Labor Market: Economic Problems, Policies, and Programs*, New York: ILR Press, 1986

Bickenbach, J., *Physical Disability and Social Policy*, Toronto: University of Toronto Press. Basingstoke, 1993

Berkowitz, M., Johnson, W. C. and Murphy, E. H., *Public Policy toward Disability*.

- New York: Praeger, 1976
- Breslin, M. L. and Yee, S. eds., *Disability Rights Law and Policy: International and National Perspectives*, Ardsley: Transnational Publishers, Inc., 2002
- Cooper, J. ed., *Law, Rights and Disability*, Jessica Kingsley London: Publishers, 2000
- Coudroglou, A. and Poole, D. L., *Disability, work, and social policy Models for social welfare*, New York: Springer Publishing, 1984
- Donald, Richard V Burkhauser Donald O., *Lessons from the West German Approach to Disability Policy* in Carolyn L. Weaver, ed., *Disability and Work: Incentives, Rights, and Opportunities*, 85-93, Washington, D.C: AEI Press, 1991
- Drake, Robert F., *Understanding Disability Policies*, Macmillian Press, 1999,
- Dropping, J., B. Hvinden and W. Van Oorschot, "Reconstruction and reorientation: Changing disability policies in the Netherlands and Norway", *European Journal of Social Security*, Vol. 2/1, Kluwer Law International, The Hague, pp. 35-68, 2000
- Frieden, L., *Is Cash Benefit Policy in Conflict with the ADA?* In *Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy*, Edited by Virginia P. Reno Jerry L. Mashaw Bill Gradison, *Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy*, 1997, Brookings Institution Press, Washington, D. C. p.185-188
- Johnson, W. G., *The Future of Disability Policy: Benefit Payments or Civil Rights?* in William G. Johnson ed., *The Americans with Disability Act: Social Contract or Special Privilege?*, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 10-23, Volume 549 January 1997
- 厚生省社会・援護局更生課監修：身体障害者福祉論，全国社会福祉協議会、東京，1996
- Mackelprang R. W. and Salsgiver R. O., *Disability: A Diversity Model Approach in Human Service Practice*, Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing, 1999
- Marks D., *Disability controversial debates and psychosocial perspectives*, New York: Routledge, 1999
- Mashaw, Jerry L., *The Unfinished Business of Disability Policy* in Virginia P. Reno, Jerry L. Mashaw and Bill Gradison, *Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy*, New York: Brookings Institution Press, 1997
- Nagi, Saad Z., *Disability and Rehabilitation: Legal, Clinical and Self-Concepts and Measurement*. Columbus: Ohio State University, 1969

- Susan Gluck Mezey, No longer disabled : the federal courts and the politics of social security disability, 1988, Greenwood Press, Westport
- O'Brien, R., Crippled Justice The History of Modern Disability Policy in the Workplace, Chicago: University of Chicago Press, 2001
- OECD, Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People, OECD, 2003 Chapter 6 A Disability Policy Typology p126-138
- Oliver, M., Social Work with Disabled People. Basingstoke: Macmillan, 1983.
- Oliver, M., Disability and Dependency: A Creation of Industrial Societies? in Len Barton ed., Disability and Dependency, 6-22, London. New York . Philadelphia :Falmer Press, 1989
- Olkin, R., What Psychotherapists should know about Disability, New York: Guilford Press, 1999
- Percy, Stephen L., Disability, Civil Rights, and Public Policy: The Politics of Implementation, Tuscaloosa and London :University of Alabama Press, 1989
- Priestley, M., Disability Politics and Care, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 1999
- Samuel A. Rea, jr, Disability Insurance and Public Policy. Toronto: University of Toronto Press, 1981
- Smith, R. T. and Gebert, A. J., Social Policy Issues in Invalidity Programs: Cross-National Perspectives, Gary L Albrecht ed. Cross National Rehabilitation Policies: A Sociological Perspective. London: SAGE Publications, 1981
- Virginia P. Reno, Jerry L. Mashaw and Bill Gradison, Disability - Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy, New York: Brookings Institution Press, 1997
- Russell, M., Beyond Ramps Disability at the End of the Social Contract: A Warning from an Uppity Crip, London: Common Courage Press, 1998
- Swain, J., Finkelstein, V. French, S. and Oliver, M. Disabling Barriers - Enabling Environments, London: Sage, 1993
- 寺島彰、「身体障害者福祉法における障害者施策の傾向についての考察」、国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要, 第 20 号, 15-24、2000
- Weaver, Carolyn L., Incentives versus Controls in Federal Disability Policy in Carolyn L. Weaver, ed., Disability and Work: Incentives, Rights, and Opportunities, 3-17, Washington, D.C: AEI Press, 1991
- Wolfensberger, W., Human Service Policies:The Rhetoric Versus the Reality in

Len Barton ed., Disability and Dependency, 23-41, Falmer Press, London. New York . Philadelphia, 1989

第4章 諸外国の障害者施策の状況

寺島彰（浦和大学総合福祉学部）

1 アメリカ合衆国の制度

アメリカ合衆国は、1999年現在の総人口が約2億7620万人である。障害をもつアメリカ人法(ADA)によると全米の障害者は4300万人であるとしている。この障害者の中には、身体障害、知的障害、精神障害を始め薬物中毒の人など日常生活にさまざまな制限のある広範囲の人が含まれている。政府は原則として個人の生活には干渉しないという自己責任の精神と、連邦制のために州の権限が強いことがアメリカ合衆国の社会保障制度の特徴である。これは障害者に対するさまざまな施策でも同じである。したがって、障害者の数が障害者施策に関する予算に直接関係することが無いために、この障害者の数についてもさまざまな団体や研究者がさまざまな数字を発表している。

アメリカ合衆国の障害者福祉施策の歴史を概観すると、まず、1916年に国民擁護法(National Defense Act)が連邦議会で可決成立している。この法律は、第一次世界大戦で負傷した傷痍軍人を民間企業に就労させることが目的であった。次に、1920年の国民リハビリテーション法(National Rehabilitation Act)は、障害者の職業訓練、職業カウンセリング、職場実習、補装具の給付等を規定した。各州は、この法律に基づいて障害者の総合的リハビリテーションプログラムを作成しなければならなくなった。この結果、比較的軽度の障害者は、リハビリテーションを受けることが可能になった。なお、これらのリハビリテーションプログラムの費用負担は、連邦政府と州政府で半分ずつであった。

1935年には社会保障法(Social Security Act)が施行された。この法律に基づいて、全ての就業者は、社会保障番号(Social Security Number)を持ち、納税、銀行口座の開設、運転免許の申請などでも提示しなければならなくなった。さらに、1980年にはこの法律が改正され、子供が産まれた場合やアメリカ合衆国に長期間滞在する場合も、この社会保障番号が必要になった。

1956年には社会保障障害保険(Social Security Disability Insurance)が次のように改正された。まず第一に、65歳以上で、かつ、社会保障年金を納めて過去5年間以上働いた場合、障害のために1年間以上働けなかった人は、医師が障害があることを証明し、社会保障年金局がこれを認めると障害者と認定される。そして、1ヶ月最低484ドルの障害年金とメディケアの受給資格が与えられた。第二に、離婚した男女が50～59歳の間に障害者になると障害年金が支給され、メディケアの受給資格が与えられた。第三に、年金受給資格のある人の子供が21歳以前に障害が発生し、働けない場合、障害年金が支給され、メディケアの受給資格が与えられた。

1973年にはリハビリテーション法(Rehabilitation Act)が改正され、重度障害者のリハビリテーションが取組まれるようになった。障害者自身が参加して、個人別にリハビリテーション計画が作成された。また、公共建築物、公共交通機関のバリアフリー化が規定された。さらに、503条で連邦政府と年間2500ドル以上の補助を受けたり、取り引きのあるすべての団体企業は障害者を雇用上差別してはならないとした。504条では障害者差別禁止を規定し、1990年に制定された障害をもつアメリカ人法の土台となった。

1974年に補足的所得保障(SSI: Supplemental Security Income)が制定された。1994年現在、この補足的所得保障(SSI)の額は、全米の平均で1ヶ月351ドルである。カリフォルニア州は、1998年現在1ヶ月684ドル支給している。補足的所得保障(SSI)の受給資格は、資産が2000ドル以下であること、自宅と自家用車の合計価格が4500ドル以下であることなどである。また、障害によって1年間以上働けなかったことを医師が証明することで、補足的所得保障(SSI)の給付は開始される。

1990年には障害をもつアメリカ人法(Americans with Disabilities Act)が連邦議会で可決成立し、大きな影響を与えた。この法律は、障害者差別を禁止するためにさまざまなことが規定された。具体的には、1990年以降建設される建物はバリアフリーでないと建築許可が下りなくなったし、1990年以前の建物でも連邦政府と年間15万ドル以上の取り引きがある場合改築しなければならない。この法律の施行によって、スーパーマーケットも車いすの人が自由に買い物ができるように商品の陳列棚が低く改造された。ホテル、デパート、映画館、野球場、商店街などにスロープや車いす用のトイレが設置された。

アメリカ合州国には、現在、日本の身体障害者手帳に該当するような制度はない。しかし、障害を証明するための、運賃割引証明証のプラスチックカード、メディケアの紙カード、メディケイドのプラスチックカード、障害者駐車場のプラスチックカードなどがある。

障害の定義は次のようなものがある。

① ADA

「障害」とは、個人に関して以下のことを意味する—

- (a) 個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。
- (b) そのような機能障害の経歴のあること。
- (c) そのような機能障害をもつとみなされること。(第3条)

ただし、薬物の不正使用者は該当しない。(第510条)

② 1973年リハビリテーション法

障害の定義は、ADAと同じである。

- (a) 個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。

(b) そのような機能障害の経歴のあること。

(c) そのような機能障害をもつとみなされること。(第7条)。

また、薬物の不法使用者は含まれない。ただし、次の者は含まれる。

(1) 監視下における薬物リハビリテーション・プログラムを無事に完了して、もはや薬物の不法使用を行っていないか、もしくは、その他の方法でリハビリテーションに成功して、もはやそうした使用を行っていない者。

(2) 監視下におけるリハビリテーション・プログラムに参加しており、もはやそうした使用を行っていない者。または、

(3) 誤って使用を行っているとみなされたが、そうした使用を行っていない者。

・アルコール中毒者は含まない。

③ 社会保障法

社会保障法に基づく制度として、障害年金(DI: Disability Insurance)、所得補足給付(SSI: Supplemental Security Income)、じん肺年金(Black Lung Benefits)、鉄道従業員年金(Railroad Retirement Program)、連邦職員退職年金(Civil Service Disability Retirement Benefits)、退役軍人恩給(Veterans Disability Program)がある。これらの障害認定は、同じ基準で行なわれている。

DIは、社会保障法(SSA: Social Security Act)に基づく勤労者全体を対象とした保険制度で、基本的な目的は、被保険者が障害や老齢などのために収入を失ったときに所得の一部を保障するというものである。日本の制度でいえば、公的年金における障害年金がこれに相当する。一般被用者・自営業者が支払う所得税とともに徴収される社会保障税を原資としている。この社会保障税は、老齢・遺族保険(OASI: Old-Age and Survivors Insurance)、DI、健康保険(HI: Health Insurance)のそれぞれの基金に分配される。労働者の大部分が加入しており、1996現在で1億4370万人が被保険者となっている。

DI(障害年金)は、SSIとともに社会保障法(SSA)に規定された制度である。SSAの基本的な目的は、「蓄えを失ったり、家庭を維持できなかつたり、子供を健康かつ安全に養育できなくなるような事態をまねく疾病(illness)による支出に対して高齢者及び障害者を保護することで、個人および家族の物質的ニーズを満たすこと」である。DIの目的については、同法に特に目的規定はないが、拠出性の年金制度であり、次の受給要件のすべてを満たす場合に支給される。

a. 障害の状態にあること

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

仕事とは、従前の職業ではなく、一般的な仕事の意味である。

b. 必要な保険加入期間を満たしていること

障害発生前 40 クォーター（120 月：10 年）間に少なくとも 20 クォーター（60 月：5 年）の保険料支払い期間がある必要がある。ただし、若年齢のために 5 年間の加入が不可能な場合があるので年齢によって期間が短縮される。例えば、24 歳未満の場合、障害発生前 3 年間に 1.5 年間の加入期間が必要である。24 歳以上 31 歳未満の場合は、21 歳から障害発生までの期間の半分の加入期間が必要である。

c. 5 ヶ月間の待機期間を満たしていること

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

d. 65 歳未満であること

SSI（所得補足給付）も社会保障法（SSA）に規定された制度である。SSI の目的は、高齢者、盲人及び障害者で低所得のものに最低限の収入を保証することである。受給要件は、次のとおりである。

a. 高齢者または障害者のために働けないであること（SSA 法 223 条）

以下の 3 項のどれかに該当すること。

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

b. 資産や所得が一定以下であること

SSI は、保険制度ではないので加入期間の要件はないが、無拋出の制度であることから、所得と資産がある一定以下でなければならない。資力調査の結果、資力が一定水準以下であれば、家族構成や家屋の借家か自宅等の家屋の所有形態によって手当額が決められる。この額は、資産が 2000 ドル以下か、資産と所得を合わせて 3000 ドル以下とされている。例えば、1997 年現在、単身者の場合、月額所得が 484 ドル以下のもの。でなければならない。夫婦二人の場合、726 ドル以下のもの。である。また、資産の場合、単身者で 2250 ドル以下、夫婦二人の場合、3000 ドル以下である。

(2ss2113)

障害者に着目すれば、視覚障害者を除けば、障害の要件は、DI と同じである。視覚障害者の場合、実質的な収入をもたらす仕事に就いていないという要件は必要ない。また、受給するには加入期間の要件は必要ない。また、待機期間もない。そのかわりに、資産や収入に一定の制限が設けられている。そのために、SSI の場合資力調査が行われる。また、一定の障害者及び盲人の SSI の受給者は、社会保障の障害年金

をも受けることができるが、その場合の S S I の給付額は調整されて減額される。D I の障害認定基準は、S S I における障害認定基準と同じであるため、D I 受給者は同時に S S I を受給しているのが普通である。

また、2 年以上障害者手当を受ければ、メディケアの資格が得られる。メディケアは、高齢障害者と障害者のための無拠出の医療制度であり、日本で言えば、医療扶助に相当する。さらに、ほとんどの S S I 受給者は、メディケイドという高齢者と障害者を対象とした福祉制度の対象にもなるので、半分以上の州では、自動的に両方の対象になるようになっている。

障害労働者として年金を受けていたことがあり、その支給が停止された後 5 年以内に再び障害者となった場合は、新しい障害の最初の月から年金は再び支給される。新たに 5 ヶ月間待機する必要はない。また、以前メディケアの受給権を有していた場合は、年金が再び支給されるようになると同時にその権利も復活する。

就労している盲人には、次のような特別の援助の措置がある。

- a. 実質的に収入がある仕事とみなされるのは、月額 800 ドルまで。
- b. 55 歳か盲人になった時のどちらか遅い方の時まで、通常してきた仕事に必要な技術や能力に匹敵するような仕事をすることができなくても 55 歳から 65 歳まで障害年金を受給することができる。しかし、実質的な収入をもたらす仕事に就いた月は、年金は支給されない。
- c. 収入が高すぎて障害年金を受給することができなくても、障害「凍結」の権利がある。これは、収入の平均によって計算される将来の年金額が、盲人であるために比較的低い収入だった期間によって低い額とされないようにされることを意味している。

年金は、障害による労働不能が続く限り支給される。社会保障庁が特段の期間を定めない限り、3 年ごとにそのことを証明するため再調査が行われる。そのたびごとに診断書が必要である。場合によっては、特別の検査を受けるようにいわれる場合もある。

障害者でないと決定された場合は、再考 (Reconsideration) を求める不服申立てをすることができる。不服申立てがなされれば、所在地の州の機関が審査を行なう。

2. ドイツの制度

ドイツは 1999 年現在の総人口が約 8,220 万人である。その内の約 660 万人が障害者で、総人口の約 8 パーセントである。この障害者は、約 94 万人が雇用され、約 15 万 5000 人が保護工場働いている。そして、約 19 万 5000 人が失業中であり、約 530 万人が労働生活に参加していない。

ドイツの障害者に対する施策は、1890 年以来労災保険法に基づいてリハビリテーシ

ンが行われるようになり、年金の前にリハビリテーションの原則が敷かれた。そして、1919年には「重度障害者雇用法」が制定され、戦争や労働災害によって障害者になった人々の雇用が義務づけられた。1927年には「職業紹介・失業保険法」が制定され、障害者の職業指導、職業紹介が規定された。

ドイツの現在の障害者施策の基礎となっているのは1974年5月1日に交付された「重度障害者法(Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft: 重度障害者の労働、職業、社会への統合を保護する法律)」である。この法律の特徴として、障害の種類、原因に関らず全ての重度障害者を対象にしたこと、一般雇用になじまない障害者のための保護工場の統一基準を示したことなどがある。さらに、1981年には「重度障害者の失業の克服と職業訓練所の定員増のための連邦ならびに州の特別計画実施要綱」が作られた。

(1) 障害者及び障害の定義と範囲

現在の重度障害者法は、第1条で重度障害者を、次のように規定している。

本法に定める重度障害者とは、障害等級が50以上であり、住居、通常的生活空間及び勤務地が法適用範囲内にある者をいう。

さらに、この重度障害者と同等な者ものとして、第2条で次のように規定している。

① その障害のために適職に付くことができない者は、障害等級が50以下であるが30以上であれば、第1条を前提とし、第4条に基づき労働局への申請により重度障害者と同等と認定される。同等の扱いは、申請が受理されたその日から適用される。期限を設けることもできる。

② 同等者については、第47条及び同条11項を例外として重度障害者法が適用される。

また、障害は、次のように規定されている。

① 本法における障害は一時的ではない身体的、心的及び精神的な機能障害をいう。一時的という状態は年齢に特徴的な障害ではない状態をいう。また、一時的ではないという期間は6ヶ月以上をいう。互いに影響しあう複数の機能障害の場合は、全機能が基準となる。

② 機能障害は10段階毎に障害の程度により等級付けされており、20から100までの間で確認される。

③ 障害程度の等級は連邦援護法第30条1項に定める基準に準ずる。

障害の認定と障害者手帳については、次の様に規定されている。

① 障害者の申請に基づき連邦援護法の所轄当局(管轄官庁)が障害の有無及び障害の等級を審査する。戦争犠牲者援護についての行政手続きも、社会法が適用されない限り同様に適用される。

② 第1項に定める審査は、年金決定、管轄行政決定、裁判決定又は暫定的な証明発

行により障害の有無及び障害に基づく生計能力の引き下げが決定している場合は該当しない。ただし、障害者が1項に定める他の認定を正当化できる場合はその限りではない。第1項に基づく審査は同時に障害の等級の認定も行う。

- ③ 複数の機能障害がある場合は、それぞれの機能障害が互いに影響を及ぼす全体から障害の等級を確認しなければならない。この決定には、第1項が準用される。ただし、第2項に基づく決定で全体的評価が既に下されていた場合にはその限りでない。
- ④ 障害の他にもハンディキャップ（不利益の調整）請求権を許す健康上の問題がある場合、連邦援護法当局は第1項に基づく手続き通り確認を行う。
- ⑤ 障害者の申請に基づき連邦援護法当局は第1、2、3、4項に基づき重度障害者認定の証明書を発行する。また、第4項に基づく場合はその他の健康上の問題点を認定する。この証明書は重度障害者が本法律、又はその他の規則における権利やハンディキャップを享受する際にその証拠となる。証明書は期限が定められる。証明書は重度障害者の法的保護が消滅した時点ですみやかに回収される。また、新事項が取り消された場合はただちに訂正されなければならない。連邦政府は連邦参議院の承認を伴った法律に基づき証明書の形式、有効期限及び管理手続きを定める政令を発する権限を有する。
- ⑥ 第1及び第4項の審査、第5項による交付、訂正、回収について紛争が生じる場合は法的手段に則り社会裁判所が審議する。社会裁判法が戦争犠牲者援護についても特別な規定を含む場合には同規定に関する紛争についても第1条が準用される。

(2) 障害程度等級

この重度障害者法に基づいて障害程度等級表が策定され、障害の程度等級は、次のように定められている。

- ① 障害程度等級表は（手がかり）基準値とする。全ての肉体的、心身上の能力低下を引き起こす障害を個々に挙げることは不可欠である。評価の際、各ケースの特殊性も計算に入れてある。
- ② 引用されていない健康上の障害については障害程度等級表の中で類似している障害に応じて判断を行う。
- ③ 内臓器官の人口移植、再発する特定疾患の治療に関しては障害程度等級表において治癒観察期間が終了するのを待つべきである。

特に悪性腫瘍の場合、前記が適用される。最も頻繁で重要なこのような疾患に関しては障害程度等級表の基準値が適用される。腫瘍の状態によって外科手術が必要か、その他の除去が適切か決められる。治癒の観察時間は通常5年間である。2-3年の観察期間は障害程度等級表に特にあげられる腫瘍だけが対象となり、これらは医学的に腫瘍除去後2-3年の経過後、再発の可能性が非常に低いことが医学的に保障されて

いる場合に限る。治癒観察期間の開始を決定するのは腫瘍が外科手術、その他、初期治療法によって除去されたと見なされた時点であり、補佐的な治療法は治癒観察期間の開始に何ら影響はない。障害程度等級表の値は通常 (regelhaft) 残された内臓器官あるいは四肢障害に関係する。稀に、起こる治療の副作用および随伴症状については、例えば、繰り返し行われる化学治療法などは、そのつど考慮する。障害程度等級表には記述されない、悪性腫瘍については次の通りである。観察期間が終了するまで、通常は腫瘍除去後、5 年間は残された内臓器官および四肢障害だけでは障害程度等級表の等級は 50 以下である。一般に、腫瘍除去後は障害程度等級 80 が適応する。残された内臓器官または四肢障害が治療の特殊な副作用および随伴症状を引き起し、障害程度等級は 50 以上の場合は、観察期間が終了するまで適応される障害程度等級が高く評価される。

(3) 障害者手帳

重度障害者法第 4 条「証明書に関する規定」に基づいて、全国的に通用する重度障害者手帳が交付されている。この重度障害者手帳制度は、1974 年 5 月に施行された連邦年金法により年金局が、障害者の障害とその生計能力を認定し、生計能力の程度を示す証明書を交付したことに始まる。さらに、1976 年 6 月には、年金局は、障害者の生計能力だけでなく機会均等化が制限を受ける健康上の特徴も認定するようになった。そして、生計能力の程度を示す証明書の代わりに健康上の特徴を示す証明書 (Ausweis) を交付するようになった。さらに、この証明書は、障害のない人と均等なサービスを受けるための条件を示す根拠としても使われた。また、1981 年 5 月に施行された障害者証明書に関する法律により、様式や体裁がさまざまであった健康上の特徴を示す証明書が統一され、証明書の体裁、有効期間、申請の手続きなどが細かく定められた。現在の制度は、1991 年 7 月 25 日に制定されたものである。その後、細かな改定が行われているが基本はかわらない。

重度障害者手帳の裏面には、障害の種類や程度を示す記号が記されている。この記号は、aG、H、BI、RF、1. KI.、G の 6 種類である。

AG は、重度の歩行障害

H は、援助の必要な障害者

BI は、視覚障害者

RF は、受信料の免除や電話料金の割引対象者

1. KI. は、2 等の切符で 1 等車を使用できる権利をもつ者

G は、公共交通機関を利用するのに支障のある者

この重度障害者手帳を申請する人は、その人が居住する地域を管轄する年金局に関係書類を提出する。申請書類は、年金局のほか福祉事務所、障害者団体の事務所などのもある。申請に際しては、申請書類と共に健康診断書、退院の記録、療養の記録な

ど障害の種類と程度を示す書類を添える。傷害保険や年金局からの年金の通知書などすでに障害の程度を示すものがあれば提出する。また、パスポートサイズの写真も提出する。年金局が書類審査し、障害の程度が50以上の場合は、重度障害者手帳(重度障害者証明書)が給付される。

この重度障害者手帳の有効期間は、原則として最長5年間である。ただし、戦傷者でVBとEBの該当者、および、切断など障害の程度に変化が無いと思われる者は最高15年まで認められる。また、10歳以下の子供は、11歳になるまで継続が認められている。有効期間を延長するためには、期限の切れる約3ヶ月前に延長申請をする。居住地の年金局や地方自治体の役所でほぼ5年間の延長が認められる場合が多い。しかし、自治体によっては、前回の有効期間が5年に満たない場合、1年だけの延長となる。最高2回まで延長可能である。そして、3回目以降は新たに証明書を申請することとなる。

この重度障害者手帳の給付を受けるとさまざまな福祉サービスが受けられるが、その福祉サービスは重度障害者手帳に記載される記号、すなわち、障害の程度や種類によって異なる。各自治体は、この重度障害者手帳に記載される記号に基づいて、どのような福祉サービスが受けられるのかを示している。

最後に、ドイツの重度障害者手帳制度の問題点として、次の点が上げられている。まず、重度障害者手帳で認められているさまざまな福祉サービスも環境が整備されていないために、実際には、受けられないものがある。例えば、重度障害者手帳を提示すれば電車を利用できることになっていても、その駅には階段しかなくホームに行くことができず、実際には利用できないなど。次に、この重度障害者手帳は、申請をすることによって始めて給付されるもので、このような制度を知らない人や申請ができない人はさまざまな福祉サービスが受けられないこととなる。

3. フランスの制度

(1) フランスの障害者福祉施策

フランスは1998年現在の総人口は5,838万人である。フランスでは障害の概念が各施策によって異なるために、障害者の実態や数についての統一的な調査は実施されていない。しかし、それぞれの施策別に調査が実施されているので、調査年と障害者数の推定値を表1に示す。これらの調査から在宅の重度障害者が約80万人、日常生活に不自由のある者が約513万人と推定されている。

障害の定義は、基本的には国際保健機関(WHO)の国際障害分類を採用し、次の3つの基準が用いられている。

- ① 機能障害(deficiency)：精神的、身体的、解剖学的構造の喪失または変化
- ② 能力障害(incapacity)：通常の活動を行う能力の部分的または全面的な減退
- ③ 社会的不利(disadvantage)：(その人の年齢、性別、および社会的諸要素に比べて) 通常の役割および機能の制限

障害の程度は、10%～100%で10%刻みのスケールを用いて比率で表される。このスケールによって障害の程度を認定された人は、「重度障害者」とよばれる。また、障害程度が80%以上の人は、「障害者手帳」を申請することができる。

表1 施策別の障害者数

施策の区分	調査年	推定値
福祉施設を訪れた障害者	1983年	206,696人
60歳以上の重度障害者	1980年	1,213,776人
納税義務家庭での障害者カード所有者数	1987年	1,236,000人
各種手当・年金・労災恩給受給者	1985年	1,506,000人
在宅重度認定障害者	1980年	806,374人
在宅で日常生活が不自由な者	1980年	5,135,151人

(D. WALTISPERGER, Combien de handicapés en France? 社会福祉雇用省「保健衛生連帯・統計調査」1987年)

フランスの障害者施策は、障害者の人権や障害児教育についての要求運動に対応してさまざまな施策が個別的に進められてきた。このために障害者諸施策の関連を見直し、統一と簡素化を図ることを目的に1975年に障害者基本法(*la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées*)が制定された。この法律の第一条で障害者施策を進める上での基本的な方向性が示され、障害の予防と検診、障害児や障害者の介護、教育、職業訓練、雇用、社会参加そしてスポーツや余暇への参加が規定されている。しかし、さまざまな福祉サービスを受給することに伴う障害者の羞恥心や屈辱感を払拭し、社会的な偏見を無くすために障害者に対するさまざまな施策が一般の社会保障制度の枠組みの中で行われている。すなわち、さまざまな優遇措置を講じて、障害者が社会保険に加入できるようにしている。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者に対する福祉サービスを提供している。

福祉サービスにおいて特長的なのは、供給体制が複雑なことである。フランスには、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、ボランティア活動も盛んである。これらの団体は、ホームヘルプ、デイサービスなどさまざまな福祉サービスを提供している。さらに、民間企業が長い伝統を破って福祉分野に参入し、商業的営利組織として自由契約のさまざまな福祉サービスを提供している。国が福祉

分野への民間企業の参入を奨励していることもあり、近年増えてきている。このように、フランスの障害者施策は、さまざまな施策が個別的に実施されてきたこと、また、その福祉サービス供給体制が多様であることから、それぞれ目的や理念が異なり大変複雑な様相を呈している。

フランスの障害者施策における国・県・地方自治体の役割分担は、地方分権法(1983年7月22日)に基づいて表2に示すように明瞭に区分されている。国は社会保障、社会福祉サービスの基本的な部分を定め、施設の評価などを行う。県は在宅医療補助など障害者サービスの直接の窓口となって、さまざまなサービスを提供している。

表2 障害者施策の役割分担

	国 (国家的連帯政策・国家的政策)	県 (アシスタンス・地方単位の援助・近隣連帯政策)
社会保	法規定：助成金・手当等の条件、 料率健康保険金庫の監督	
社会援助給付	A. 一般規定：最低料率・給付条件 制定 B. 管轄：障害者健康保険料、ホーム、 社会復帰センター	A. 社会事業及び福祉助成金の県規定 B. 権限：在宅医療補助または入院補助 / 老人ケア（住居、家事援助、給食センター）
	C. 国・県が共有する成人障害者援助の管轄	
	・住居、生活ケア ・職業リハビリテーション ・成人職能センター運営管理	・ホームなどその他の住居 ・補助手当 ・家事援助
社会福祉サービス	・障害児 ・社会的不適応者 ・国と他の関係機関とのコーディネーション ・精神保健（精神障害） ・中毒患者対策	・県社会援助事業 ・県社会福祉サービス ・児童教育援助 ⇒ 県特別教育委員会

受入施設手続き	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設必要性の評価 ・ 施設の技術的、財政的評価 ・ 設営認可、料金設定、監査 ・ 県の決定と適法性コントロール 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県レベルの社会福祉及び医療福祉 ・ 県の権限内での設営認可、料金設定、監査 <p style="text-align: right;">⇒ 職業指導・職業再配置専門委員会</p>
---------	--	--

フランスでは障害者手当等の給付条件や障害者援助の合理化を図るために、障害者基本法に基づいて単一の障害認定機関が各県に一つずつ設置されている。20歳未満の障害児の障害認定機関は、県特別教育委員会（CDES：Commission départementale de l'éducation spéciale）であり、20歳以上の障害者に関しては職業指導・職業再配置専門委員会（COTOREP：Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel）である。

(2) 障害の範囲と障害認定

フランスにおける現在の障害者の障害認定は、1975年6月30日に制定された障害者基本法に溯る。この法律は、バラバラに実施されてきた障害者に関連する諸施策を整理統合するとともに、単一の障害認定機関を創設した。そして、障害者の自立生活の促進、社会参加、最低所得保障などを規定した。また、障害者基本法の制定に伴って家族および社会扶助に関する法律も改正され、障害者手帳（Carte d'invalidite）が交付されるようになった。しかし、その障害の認定は、傷痍軍人年金法の基準が準用されたために、児童、知的障害者、精神障害者については認定が困難であった。このために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、国際保健機関（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た。3年余りにわって研究・検討が行われ、1991年に障害分類の草案が作成された。この草案を基に障害者団体や関係機関との調整が行われると共に、県特別教育委員会（CDES）と職業指導・職業再配置専門委員会（COTOREP）において臨床テストが行われた。そして、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」が策定された。

(3) 障害の範囲と種類

この「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」では、次の障害が挙げられている。

① 知的障害および行動の制限

- ・ 小児および青年の知的障害および行動の制限
- ・ 成人の知的障害および行動の制限
- ・ てんかん（てんかんに伴う機能障害）

② 精神障害

- ・ 小児および青年の精神障害
- ・ 成人の精神的機能障害
- ③ 聴覚の機能障害
- 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
 - ・ 心血管系の機能障害
 - ・ 呼吸器系の機能障害
 - ・ 消化機能の障害
 - ・ 腎泌尿器系の機能障害
 - ・ 内分泌、代謝、および、酸素由来の機能障害
 - ・ 造血系、および、免疫系の機能障害
- ⑦ 運動機能障害
- ⑧ 審美性障害
- (4) 障害の程度

障害の程度は、多くの場合 4 段階の能力障害率で示されるが、3 段階や 5 段階の場合もある。また、能力障害率が 80%以上の重度障害者には、障害者手帳が交付され、公共交通機関の割引、所得税や住民税の控除、公共料金の減額などが受けられる。さらに、能力障害率が 50%以上の障害児は、障害児教育の対象となる。

この能力障害率は、次のように区分されている。

能力障害率	0～	50%：軽度の能力障害
能力障害率	50～	80%：中度の能力障害
能力障害率	80～	100%：重度の能力障害

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。また、障害が重複する場合には、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。

専門医は、数値的でない分析検査・評価を行った後、総合能力障害率を決定する。まず複数の機能障害のうちの一つを評価する。その機能障害について能力障害率が決定した後、その数値を、完全能力を示す 100 から引く。こうして、残存能力が得られる。

ある機能障害と別の機能障害に由来する能力障害は、それだけ独立した数値として評価され、その能力障害率の数字を、第一の機能障害の残存能力を示す数値に掛ける。こうして、第二の機能障害の能力障害率が得られる。総合的能力障害率は、こうして計算された 2 つの能力障害率の和として得られる。この値は、機能障害をどの順で計算しても一定である。

障害が重複する場合の総合能力障害率の算定例

ある機能障害 A は、40%の能力障害をもたらす。この場合、残存能力は60%である。別な機能障害 B の能力障害は、評価指針で20%と数値化できたとする。この第2の機能障害によってもたらされる能力障害率は、Aの残存能力60%に対する20%なので、12%となる。

総合的能力障害率は、従って、 $40\%+12\%=52\%$ となる。以後同様である。

この例で、第3の機能障害があつて、能力障害率を算出しようとする場合、対象となる残存能力は48%となる。

(5) 障害認定機関

障害認定を求める障害者は、必要な書類を添えて、市役所に申請をする。市役所は、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・職業再配置専門委員会(COTOREP)に書類を送付し、障害の認定が行われる。そして、能力障害率が80%以上の重度障害者には障害者手帳が交付される。

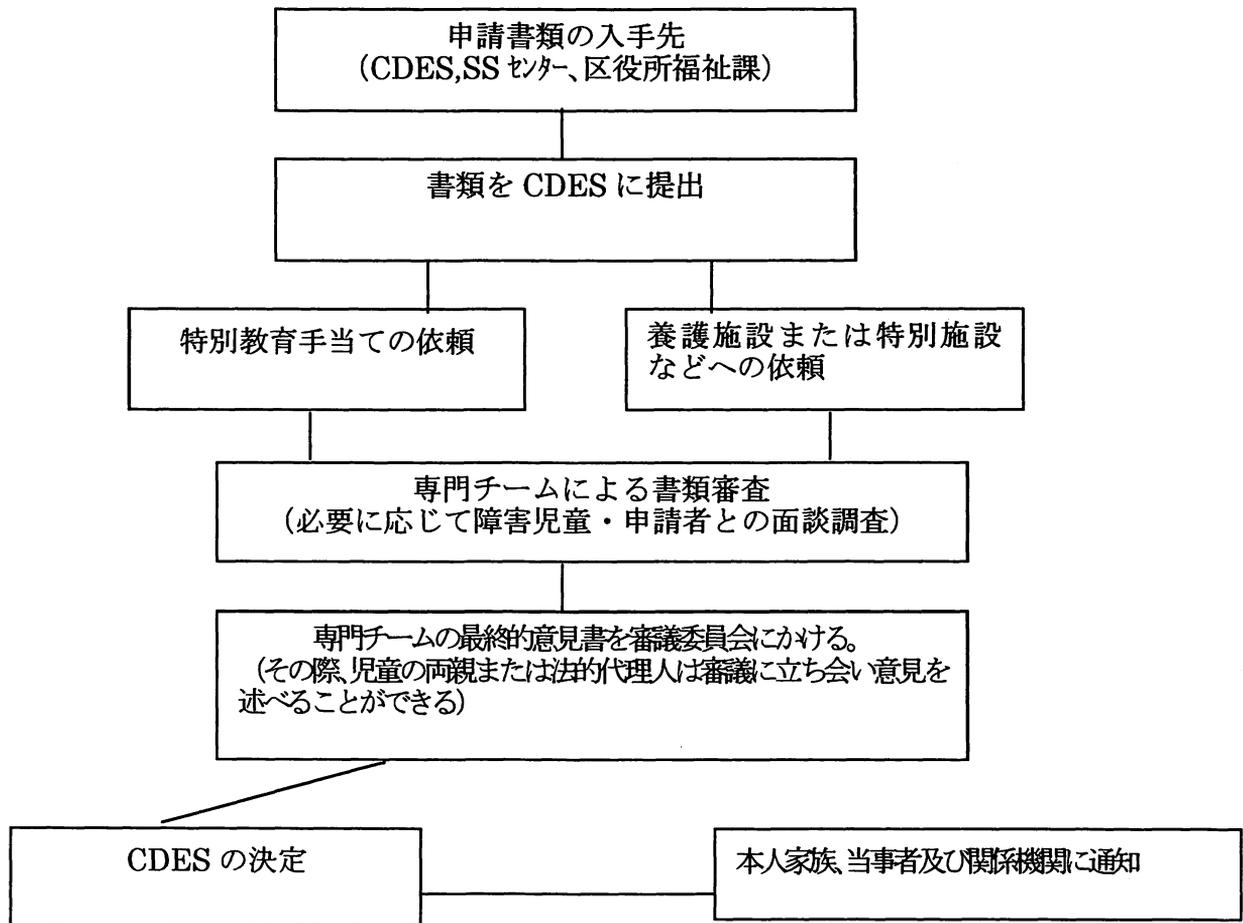
県特別教育委員会(CDES)は、20歳未満の障害児に対して、次のような審査・決定を行っている。

- ① 能力障害率(障害程度)の決定
- ② 障害者手帳交付の決定
- ③ 特別児童手当受給資格の審査
- ④ 特殊教育手当受給資格の審査
- ⑤ 障害児のニーズに合った学校、施設サービスの決定など

この県特別教育委員会(CDES)に提出された申請書類は、図1の流れに従って審査・決定される。まず、技術専門チームが障害程度の診断やテスト、家庭状況などを調べて、審査・決定に必要な書類を作成する。この技術専門チームは、身体障害・知的障害・精神障害など各分野の専門家及び専門医、一般医、学校医、ソーシャルワーカー、心理専門家、障害児学校教師、普通学校教師、教育省代表、非営利福祉団体代表から構成される。技術専門チームが作成した書類は、提出された書類と一緒に審議委員会に上げられ、審査・決定がなされる。この県特別教育委員会(CDES)は、保健省所管の社会・保健事業局と教育省所管の学校教育監督局が共管しているために、この審議委員会の委員長は、両局から交互に任命される。この審議委員会のメンバーは、社会保障機構代表、県特別教育委員会の専任医師、教育省代表、特殊教育施設代表、非営利福祉団体代表であり、県知事が指名する。申請書類の7割は、ほぼ3ヵ月後に最終決定が通知される。決定事項の有効期間は、教育関係決定が最長2年間、補助金関係の決定は1年から5年間である。決定が不服な場合には、再審請求ができる。それで

も承服できない場合は、異議申立ての権利がある。

図1 県特別教育委員会の申請書類の流れ



この県特別教育委員会（CDES）に提出された申請書類の提出件数と障害者手帳の交付が認められた件数を表3に示す。1996年から1997年に提出された書類は約17万件、この内21,300件が障害者手帳交付件数である。

表3 県特別教育委員会の処理件数

0～20才未満障害者		92年～93年	94年～95年	96年～97年
CDES 出願件数	出願総数	160,500	166,700	170,500
	内、新規	35,310	49,700	38,700
CDES 障害者手帳認可件数		21,430	21,100	21,300

[対象：フランス全域／出典：労働連帯省 SESI]

職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)は、20歳以上の障害者および16歳から20歳までの障害のある勤労青年を対象にしている。そして、2つのセクションを持ち、第1セクションは労働省に属し、労働関係に関して、第2セクションは手当や施設へ

の入所等に関して審査・決定を行っている。

第1セクション

- ① 就労オリエンテーション
- ② 障害のある労働者としての認定
- ③ 優先雇用の決定

第2セクション

- ① 能力障害率(障害程度)の決定
- ② 障害者手帳交付の決定
- ③ 障害者手当受給資格の審査
- ④ 障害者施設への入所の決定

この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)に提出された申請書類は、図2の流れに従って審査・決定される。この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)にも、県特別教育委員会(CDES)と同様に審議委員会がある。この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)も、労働・連帯省所管の県就労・職業教育局と保健省所管の社会保険事業局が共管しているために、この審議委員会の委員長は、両局から交互に任命される。この審議委員会のメンバーは、国立職業安定所代表、県就労・職業教育局代表、保健省社会保険事業局代表、社会保障機構代表、労働医局の医師、非営利福祉団体代表、県議であり、県知事が指名する。職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)は、職業や住居を見つけること支援するサービス提供機関ではなく、障害の程度や種類を認定する機関であるために具体的な職場の斡旋や住宅の確保は関係機関が行う。申請者は審議委員会を傍聴もできる。また、決定が不服な場合には、再審請求ができる。それでも承服できない場合は、異議申立ての権利がある。

(6) 障害者手帳

フランスの障害者施策の中で、さまざまな障害者施策に横断的に使用できる日本の身体障害者手帳に相当するものは交付されていないが、永続的な障害があることを証明する障害者カード(Carte d' Invalidite)は交付されている。

障害者カード(Carte d' Invalidite)は、フランスに居住する者(または外国に居住するフランス国籍の者)で、障害の程度が80パーセント以上のすべての障害者に交付される。

障害者が各種手当、就労オリエンテーションなどのサービスを受けるためには、まず、県特別教育委員会(CDES)または職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)に申請することが必要である。したがって、障害者カードも所定の申請用紙の中のカード希望欄をチェックすると該当者には交付される。

障害者カードを申請する場合の必要書類は、次の通りである。

- ① 申請書(全体の申請書の中に含まれている)

②医師の診断書（ 同上 ）

③3ヶ月以内の戸籍謄本

④申請に先立つ3ヶ月間前より県内に居住していることを証明するもの

⑤身分証明書用写真2枚

⑥更新の場合は現在所有している障害者カード両面のコピー

⑦国籍を証明する身分証明書のコピー（外国人の場合は、フランスに居住する証明書：滞在許可証、労働許可証、移民証、政治亡命証など）

この障害者カードの申請は、当事者に限らず次の関係者が代理で行うことができる。

この障害者カードの形態は、縦 12.5 センチ横 8.5 センチのオレンジ色の厚紙である。フランス、保健省、県名、保健衛生・社会事業局、障害者カード、特記事項が記載されている。この特記事項には、Station debout pénible（立っていることが困難）、Cécité（視覚障害：正常の20分に1度以下）、Canne blanche（弱視：正常の10分に1度以下）、Tierce personne（常時、第三者の介護なしには日常生活ができない者）Exonération de la vignette automobile（自動車税納入免除）がある。また、このような特記事項が記載されていない場合もある。

この障害者カードは、フランス保健省が発行元、県庁保健衛生・社会事業局が発行者となるので国家的性格を持ち、フランス領土全域で有効である。有効期間は、5年間、10年間、終身のものがある。

この障害者カードを所持している人は、次のサービスの一部または全部を受けることができる。

①税金の減免

i 所得税申告人数の優遇（例えば、家族に障害者カードの所持者いる場合、扶養家族人数を0.5人加算して申請できる）

ii 住民税も同様の措置となる

iii 家族内介助人雇用税の減税

iv 自動車税支払免除

v テレビ視聴税免除

②電気料金基本料割引（収入に応じて5%、10%、15%の割引措置がある）

③駐車優遇措置

④障害者専用クプセルトイレ・プリペイドカードの購入権

⑤公共交通機関優遇措置

障害者カードの所持者は、公共交通機関の優待シートの利用、窓口での優先的受付が可能である。公共交通機関の割引、無料とも市内近郊区間は、12月1日から11月30日まで有効のフリーパスチケットを福祉事業センターで別途申請し、取得していないと利用できない。国鉄の中・長距離路線の場合も障害者カードを提示す

るだけでは利用できず、あらかじめ窓口または電話とうで無料（あるいは割引）乗車券の予約・発券が必要となる。また、車椅子利用者が国鉄を利用する場合、あらかじめ手続きをすれば、障害者カードの有無に関係なく、当事者付き添い者共に2等車の料金の1等車の専用スペースと座席を利用できる。

ただし、障害者カードを所持していても十分な収入や資産がある場合には公共交通機関優遇措置を受けることはできない。フランスでは、障害者カードの他にも関連するさまざまなカードがそれぞれの機関から発行されている。

4. イギリスの制度

イギリスは、1999年現在の総人口が約5,870万人である。障害者の数についてはさまざまな調査が行われているが、1991年に国勢調査と一緒に行われた調査によると、慢性疾患や障害などで日常生活に何らかの制限を受ける人は総人口の18パーセントと推定されている。

イギリスは、国民全体を対象とした無料の保険医療制度、この医療制度に基づいた補装具の給付やリハビリテーションの実施、各種手当の給付、地方自治体によるコミュニティ・ケアの実施、このコミュニティ・ケアを推進するための住宅の確保や公共交通機関のアクセスの充実、障害者雇用施策の推進等が行われ、歴史の積み重ねの上にきめ細かい障害者施策が実施されている。

英国は、1942年のベバリッジ報告以降、「ゆりかごから墓場まで」というスローガンのもと「5つの巨人」と呼ばれる窮乏、疾病、狭隘、無知、無為を解決するための政策が進められてきたが、増大する医療費による財政危機と低下する医療サービスを解決するために、1990年、サッチャー政権のもとでNHS (National Health Service - 国民保健サービス) 及びコミュニティケア法を成立させ、NHS内に内部市場と呼ばれる市場メカニズムを導入し、競争原理によりサービス供給の効率性を高めようとした。

障害者施策については、英国の障害者サービスについても本来の5つの巨人に対する政策以外に、6つ目の巨人と呼ぶべき弱者対策が社会保障費の予算の20%を占めるに至ったことから、その経費節減を主たる目的とした改革が進められてきた。しかし、英国は、長い福祉国家としての歴史を背景に、非常に複雑な入り組んだ制度があり、かなりの改革が進められてきているにもかかわらず、依然としてさまざまな障害者にかかわる制度が多数存在し、それぞれの障害認定が実施されているのが現状である。このように何種類もの障害認定制度が存在する状況はわが国と類似している。

(1)各障害者制度と障害認定

①所得保障

英国では、病人・障害者・介護者・ひとり親・60歳以上など仕事ができない人を対象として、個人及び家族の基本的な支出を支える補足的給付として所得補助 (Income Support (IS)) がある。個人を基本として個人手当 (Personal Allowance) が給付される。その額は、夫婦とも18歳以上の場合、週£35.95 (合わせて月額約116,300円) である。これに、障害者加算 (週£31.25) や年金生活者加算 (週£35.95) の加算がつく。

②住宅給付

英国は、ベバリッジ報告以来、住宅の狭隘も5つの巨人の1つであり、それに対する政策が行われてきた。英国の住宅給付金 (Housing Benefit (HB)) は、1986年社会保障法に基づく低所得者のための住宅賃貸援助制度である。住宅とガレージに関する費用のみが対象となる。ただし、その家の居住者が障害者夫婦である場合等により掃除できる人がいない場合には、掃除代が給付される。家主の所有でない家具、生活用品代は含まれる。親族等からの借家でないこと、自分の生活のための家であること、保有資産が£16,000未満、ISか求職者給付 (Job Seeker's Allowance (JSA) 後述) を受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、英国に通常居住していること、全日制の学生でないこと等の受給要件がある。

また、英国には、自治体税給付金 Council Tax Benefit (CTB) という制度がある。これは、1986年社会保障法に基づき、CTBという家屋にかかる自治体税の支払いを援助するものである。障害者加算等があり、その家族の状態により、税の支払いが11/18から11/13まで減額される。自分の生活のための家であること、資産が£16,000未満、ISかJSAを受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、英国に通常居住していること、全日制の学生でないことという要件がある。

③社会基金

社会基金 (Social Fund) は、突発的あるいは非日常的な必要に対して、手当や貸付で補う制度で、英国特有のものである。1986年社会保障法に基づいている。

出産手当 (Maternity Payments) は、自分自身か配偶者が IS、JSA、又は障害労働家族手当 (Disability Working Allowance Family Credit) のどれかを受けている場合に、子供1人 (養子を含む) につき£200 給付される。資産額の制限が£500 以下である。

葬祭手当 (Funeral expenses) は、自分自身か配偶者が、申請時に IS、JSA、又は障害労働家族手当として住宅給付金 Housing Benefit (HB) か自治体税給付金 Council Tax Benefit (CTB) を得ている場合に、配偶者、親戚、親しい友人、世話をしている子供の葬祭費用を給付するものである。最高£600 である。

寒冷手当 (Cold weather payments) は、連続7日以上真冬日が続いた時に、IS、income based J S Aの受給者で、次のどれかに該当する場合に、週£8.50が加算される。つまり、障害児加算を受けている5歳未満の子供がいるか、障害者加算か重度障害者加算を受けているか、年金加算、高額年金加算、又は拡大年金加算を受けている場合である。

④労働不能

障害のために労働不能になった場合の手当をまとめたのが、表4である。

法定疾病給与 Statutory Sick Pay (SSP)は、傷病・障害のため連続して4日以上就労できない被用者に雇用主が給与を支給することが国民保険法により定められているものである。定額制で、週£59.55 (月約39,600円)が28週以内支払われる。加算はない。65歳未満が対象で、雇用契約期間と所得の要件がある。わが国には、このように雇用主に給与の支払いを命じた制度はない。

就労不能給付 Incapacity Benefit (IB)は、国民保険 National Insurance (NI)の保険料納付要件を満たした者が傷病・障害のために連続して4日以上就労できない場合に4日めから給付される。SSP受給中でないこと、就業できないこと、老齢による年金の受給可能年齢にないことの要件がある。手当額は、表4のとおりであるが、障害のために53週を超えて受給する場合、基本額は、£66.75 (月額約44,300円)、配偶者がいる場合は、£97.9 (月額約65,000円)となる。

重度障害手当 Severe Disabled Allowance (SDA)は、重度障害のために連続して28週以上就労できず、NIの保険料納付要件を満たしていない場合、及び20歳前の受傷者を対象とした手当である。保険料の納付がなされて者が対象であることから、IBよりも低い水準になっている。

⑤雇用支援

求職者給付 Job Seeker's Allowance (JSA)は、失業中、又は週16時間未満の労働者で労働能力があり求職登録をしている人のための手当である。2種類の手当があり、ともに働けること、求職登録していること、週に16時間以上働いていないこと、老齢年金年齢に達していないこと、全日制学生又は高等教育の学生でないこと、英国の通常居住者であることという給付要件がある。

拠出制求職者手当 Contribution-based (JSA)は、NIの保険料拠出要件を満たす者の6ヶ月以内の失業を対象としている。資力調査はなく、18歳未満の場合週£30.95 (月額約20,600円)、18-24歳は週£40.70 (同27,000円)、25歳以上週£51.40 (同34,130円)給付される。

また、所得調査制求職手当 Income-based (JSA)は、NIの保険料拠出要件を満たせない者及び満たす場合でも6ヶ月を超えた場合を対象とする。資力調査が有る。

わが国では、雇用保険による求職者給付がこの制度に相当する。ただし、給付の対

象は、雇用保険加入者のみであり、手当の額は在職中の賃金額により異なる（基本手当：日額 2,610～10,900 円）。支給期間も就職の困難さにより異なる。

障害者就労手当 Disability Working Allowance (DWA) は、障害のために働くのに困難がある者が就職した時に支払われる手当であり、表 5 の額が就職から 26 週間支払われる。ただし、その額より所得額が高ければ、超過額の 70% が控除される。わが国には、雇用保険法による常用就職支度金があり基本手当の日額の 30 日分が支払われる。

その他の雇用支援制度についても、表 5 にあるように英国の制度と同様の制度が、わが国にもあることがわかる。

⑥ ケアと移動

障害生活手当 Disability Living Allowance (DLA) は、介護が必要な個人及び移動困難な障害（児）者個人のための手当である。65 歳未満が対象である。障害の程度により週、£ 52.9 から £ 14.05 の介護手当と £ 37.0 から £ 14.05 の移動手当が給付される。併給可能である。

介護手当 Attendance Allowance (AA) は、65 歳以上の重度障害者のための手当である。わが国には、介護保険制度に要介護認定がなされても介護サービスを受けなかった場合の現金給付や地方自治体の制度として高齢者に対する給付がある。

ブルーバッジ (Blue Badge Scheme) は、移動困難な障害者のために駐車禁止場所における駐車許可証を交付するシステムである。発行に £ 2 必要で地方政府が発行する。

道路税免除 Exemption Form Road Tax (VED) は、移動障害者のための道路税の免除。もっぱらその障害者のために使用する車 1 台分にかかる道路税を免除される。

⑦ 介護者支援

障害者介護手当 Invalid Care allowance (ICA) は、重度障害者を恒常的に介護している人のための手当である。介護者本人に £ 39.95 給付され、配偶者や子供がいれば、その分が加算される。英国通常居住者で、全日制の学生でないこと、週に実質所得が £ 50 以下、16～65 歳未満で恒常的に週に 35 時間以上重度障害者を介護していること等の要件がある。

⑧ 在宅サービス

介護サービスは、地方政府の責任として提供されている。住宅改造、緊急通報装置、ケアボランティア派遣、電話相談、在宅看護、ボランティア訪問相談、ホームヘルパー派遣、ホームケアラー派遣、在宅医療、家事ボランティア派遣、退院後支援、雑用支援、洗濯サービス、出張図書館、H I V 相談、配食サービス、OT 派遣、P T 派遣、レクリエーション機器の給付、在宅リハビリテーション、自立と社会化支援、在宅介護支援、ソーシャルワーカー派遣、S T 派遣。介護者支援、無料電話番号案内自宅以

外でのサービス 相談、デイセンター、デイケア、地域作業所、緊急ナイトケア、休日ケア、ショートケア、移動ボランティア、病院付き添いサービス、レスパイトケア等さまざまなサービスが提供されている。わが国も、同様のサービスがあり、身体障害者福祉法、地方自治体の独自サービス等により提供されている。

住宅サービスについても地方政府により車椅子住宅の提供、移動支援住宅の提供、福祉ホーム、フレキシブル住宅の提供等が行われている。わが国にも、地方自治体によっては福祉サービスに家屋改造を行っているところがある。

福祉機器給付についても、地方政府がいろいろなサービスを提供している。例えば、日常生活用具として、排泄、入浴、調理等の機器、医療機器として歩行器、装具、義足、車椅子、人工呼吸器、体幹装具、義眼、環境制御装置、コミュニケーションエイド等が給付される。

自立生活基金 (Independent Living Funds) は、英国に独特のもので自立生活 1993 年基金は、地方政府のサービスと基金からの手当をパッケージにして提供し、地域での自立生活を支援するものである。障害者は、IS や JSA の障害者加算分を基金に支払うというように、所得に応じてサービス料を支払うことでパッケージサービスを受ける。地域で自立生活するのに濃密な身体介護、家事介護を必要とする 16-65 歳の重度障害者を対象としている。わが国には、このような制度はない。

社会サービス直接手当 (Social Service Direct Payments) は、一部の自治体で実施されている手当で、コミュニティケアを実施する代わりに現金給付を行う。18-64 歳のコミュニティ・ケアサービスのニーズがある重度障害者が対象で、障害者自身が手当を受けて直接が補助者を雇用する。わが国では、東京都等の自治体で介護人派遣事業により 24 時間介護を実施している自治体があるが、直接障害者に現金給付するものではない。

⑨施設サービス

英国では、施設の設置運営は、地方政府の責任となっている。脱施設化の流れの中で、施設の種類は多くはない。

生活ホーム (Residential Homes) は、生活の場を提供する施設である。所得制限及び所得に応じた費用負担がある。

自立生活ホームは、民間組織により提供されている集団生活のための小規模住宅である。所得制限及び所得に応じた費用負担がある。わが国にもわが国にも社会福祉法人が運営する知的障害者のグループホームがそれに相当すると考えられる。

ナーシングホームは、NHS により提供されており無料。

(2)手帳制度

イギリスには日本の身体障害者手帳に該当するものはないが、イギリス国鉄が障害者と高齢者に鉄道料金の割引証 (Disabled Persons Railcard) を発行し、地方自治体

が移動に困難のある障害者に障害者駐車票(Orange Badge Scheme)を交付している。

この鉄道料金の割引証(Disabled Persons Railcard)は、この証票の所持者が鉄道料金等の割引対象者であることを示すものである。この割引証の外観は、表面が図8、裏面が図9の通りである。氏名、顔写真、有効期間(1年間有効)、発行者が記載されており、本人の書名欄もある。この割引証の所持者は、鉄道料金が3割安くなる。また、同伴者1名も同率の割引を受けることができる。さらに、ロンドン圏在住の障害者は、圏内の交通機関(地下鉄・バス)が無料となる。

この鉄道料金の割引証(Disabled Persons Railcard)は、申請書類に必要事項を記載し、国鉄の割引証事務所に申請する。なお、申請の際には申請手数料14ポンドが必要である。この割引証の交付対象者は、次の人々である。

- ① 常時車いすを使用している人
- ② 車いすの援助が必要な人
- ③ 自治体の福祉局に登録済みの視覚障害者・弱視者
- ④ 割引証を所持している障害者
- ⑤ 自治体の福祉局に登録済みの聴覚障害者
- ⑥ 自治体の福祉局に登録済みの障害者

障害者駐車票(Blue Badge Scheme)は、この駐車票の所持者が通常は許可されない場所に駐車することを許され、有料駐車場に無料で駐車できるものである。この障害者駐車票は、表面に、障害者駐車票であること、有効期間(3年間有効)、番号、発行者などが記載され、裏面に、顔写真と本人の署名などがある。申請は、地方自治体に申請する。申請の際には申請手数料2ポンドが必要である。この障害者駐車票の交付対象者は、次の人々である。

- ① 移動の難度が高いために障害者生活手当(Disability Living Allowance)受給している人
- ② 傷痍軍人年金の移動付加金を受給している人
- ③ 保健省から給付を受けた障害者用の車の使用者
- ④ 自治体の福祉局に登録済みの視覚障害者
- ⑤ 両上肢に重度の障害があり、ハンドル操作が困難な者
- ⑥ 歩行ができない、あるいは、歩行が大変困難な者

5. ニュージーランドの制度

ニュージーランドは、オイルショックに始まる世界経済の混乱の中で1970年代になって経済的・財政的にかつてない混乱に直面した。このためにニュージーランド政

府は、市場経済化・規制緩和・経済効率化を目指した急進的な行財政改革を実施した。この改革は、社会保障に関する諸施策も例外ではなく、「揺り籠から墓場まで」保障されていたニュージーランドの高度な社会保障・福祉は後退を余儀なくされた。障害者福祉の分野でも「効率化」が求められ、民間企業が用いている効果的なサービス提供システムや評価システムが導入されて来ている。

また、ニュージーランドでは、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なっている。事故で受傷した場合は、事故補償保険(ACC: Accident Compensation Corporation)によって事故の補償がなされ、必要であればリハビリテーションが行われる。そして、病院に入院したり、グループホームなどに入所する必要があるれば、その費用が保険から給付される。一方、この事故補償保険でカバーされない障害者に対する福祉サービスは、障害者福祉施策として地域保健機関(Regional Health Authorities)を窓口を実施されている。

このような状況の下で、ニュージーランドの障害者の障害認定評価は、どのように行われているのかを明らかにする。最初に、ニュージーランドにおいて障害者は法的にどのように定義されているのかを述べる。次に、障害評価認定がどのように実施されているのか。事故補償保険制度における障害評価認定、障害者福祉施策における障害評価認定を分けて明らかにする。さらに、障害者福祉施策の下で福祉サービスが提供されているが、別途評価認定基準が策定されている高齢障害者の障害評価認定方法について述べる。

(1) 障害者の定義

1975年に制定された障害者地域福祉法(Disabled Person's Community Welfare Act)は、障害者とは、日常生活が著しく制限される身体的、知的、精神的障害を有する者であるとしている。この法律に基づいて、障害者支援サービスを提供している地域保健機関のガイドラインは、障害者支援サービスを受給できる障害者を次のように規定している。すなわち、その障害が最低6ヶ月間続き、また、支援が必要な程度に自立機能が低下する身体的障害、精神的障害、知的障害、感覚障害および高齢による障害をもつ者である。

事故によって障害を負った者は、1974年4月1日以降、事故補償保険法の給付対象となるかどうか判定を受けなければならなくなった。また、人工透析を受けている者のように医療専門家の管理が必要な状態であれば、自立のレベルは低下する。しかし、このように人工透析を受けている者は、医療的なニーズを持った者としてサービスが提供されている。さらに、障害のニーズと医療のニーズの両方を持った者には、障害者支援サービスと医療サービスの両方が提供される。

障害者サービスに責任を持っている保健省は、障害者とは、永続し、また、支援が

必要な程度に自立機能が低下する下記の障害が少なくとも一つあると評価された人々であるとしている。具体的には、次のような障害を持った人々である。

- ① 肢体不自由：四肢切断や四肢機能不全のような身体機能の低下
- ② 感覚障害：主に視覚や聴覚の感覚機能障害
- ③ 精神障害：思考、感情、意欲、行動の連続的、継続的混乱から生じる障害（たとえば、精神分裂病、重度の長期間にわたるうつ病、アルコールや薬物依存など）
- ④ 知的障害：通常出生時からの永続的な学習能力の障害であり、この結果同年齢の人が身につけている身体的社会的技能の発達が妨げられている
- ⑤ 高齢に伴う障害：高齢に伴って生じる身体的、知的、精神的な機能不全の状態である。これにはアルツハイマー、脳出血のように比較的若い年齢でなった者も含むが、多くは高齢期に見られる。

人権法(Human Right Act)は、次のように障害を定義している。

- ① 身体能力の障害、あるいは機能障害
- ② 身体の病気
- ③ 精神病
- ④ 知的または心理的能力の障害あるいは機能障害
- ⑤ その他の身体、または精神機能の喪失、あるいは異常
- ⑥ 盲導犬、車椅子あるいは福祉機器を用いる者
- ⑦ 病気による身体器官の機能不全

(3) 障害評価認定の体系

ニュージーランドでは、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なっている。

事故で受傷した場合は、事故補償保険(ACC)によって事故の補償がなされ、必要であればリハビリテーションが行われる。そして、病院に入院したり、グループホームなどに入所する必要があるれば、その費用が保険から給付される。この事故補償保険制度の利点は、大人も子供も、仕事を持っている人も持っていない人も、ニュージーランドに居住する全ての人が利用できることである。

(2) 事故補償保険の障害評価認定

事故補償保険が保険給付の対象とする事故や損傷は、次に示す通りである。

- ① 事故（事故補償保険法に定める）
- ② 雇用労働に起因する進行性疾患、病気、伝染病（例えば、騒音性難聴、各種職業病）
- ③ 医療過誤（医療関係専門職のミスによる損傷）
- ④ 犯罪に起因する精神的ショックや神経障害（性的虐待のような）

事故補償保険の目的は、損傷をうけた人が可能な限り自立した生活ができるように

支援することである。雇用されている人であれば、職場復帰を支援する。職場復帰が出来なければ、新たな職業技能の修得を援助する。また、収入がなくなった人に対しては財政的な支援を行う。

1994年3月からはケースマネジメントの手法が導入され、サービスが大幅に改善された。これは事故によって損傷を受けた人の医学的治療やリハビリテーション・ニーズに早期からの確に対応するためのものである。このケースマネジメントによって、申請者のニーズが評価され、支援のレベルが決まり、進捗状況がモニターされることとなった。

事故補償保険法に規定する事故で損傷を受けた人は、次のような保険給付が受けられる。

- ① 週単位の賠償金
- ② 医学的治療
- ③ 民間病院での治療
- ④ 収入の補填
- ⑤ 移動サービス
- ⑥ 介護サービス
- ⑦ ホームヘルプサービス
- ⑧ 児童介護サービス
- ⑨ 車の改造と購入
- ⑩ 家の改築
- ⑪ 福祉機器
- ⑫ 児童介護ニーズに応じた事故補償金の給付
- ⑬ 教育の支援
- ⑭ 自立生活訓練

この事故補償保険を申請する人は、次の8つの評価を受けなければならない。

第一に、医師によるリハビリテーション評価である。この評価は、申請者のニーズを評価し、治療やリハビリテーションサービスについての計画を立てるためのもので、次の手順で行われる。

- ① リハビリテーション評価を受ける必要があると判断した場合、医師(GP)は、これを申請者に告げる。
- ② 医師(GP)は、申請者の損傷の状況やその予後について事故補償保険(ACC)のケースマネージャーと話合う。申請者がリハビリテーション評価を受ける必要があると医師(GP)とケースマネージャーが合意に達すれば、事故補償保険(ACC)のケースマネージャーは2日以内に関係書類を医師(GP)に送付する。
- ③ 医師(GP)は、書類を受け取ると3日以内に作成を完了しなければならない。この

書類には、診断書、ケース記録、関係情報などが含まれている。そして、医師(GP)は、この書類のコピーをリハビリテーション評価者と事故補償保険(ACC)のケースマネージャーに送付する。

- ④ リハビリテーション評価者は、申請者と連絡を取り、評価を実施する日程を決める。リハビリテーション評価者と申請者は、更に細かい情報が必要であれば医師(GP)やケースマネージャーに問い合わせる。
- ⑤ リハビリテーション評価者は、書類を受け取ってから 10 日以内にリハビリテーション評価報告書を作成し、コピーを医師(GP)とケースマネージャーに送付する。この報告書には、評価結果、および治療方針、リハビリテーション計画が含まれている。
- ⑥ ケースマネージャーは、医師(GP)と連絡を取り、このリハビリテーション計画をどのように実施すべきか協議する。もし、医師(GP)がこの報告書に同意しなければ、ケースマネージャーは、医師(GP)にさらに詳しい情報や臨床的なアドバイスを求める。そして、医師(GP)は、更に詳しい診断を行い、他の専門家や専門サービスを紹介しなければならない。
- ⑦ ケースマネージャーと申請者は、個別リハビリテーション計画を作成する。申請者は、この計画に署名捺印し、今後この計画に従う事に同意する。この個別リハビリテーション計画には、職場復帰の予定日やリハビリテーション過程における責任の所在も明記されている。

第二に、理学療法士によるリハビリテーション評価がある。この評価は、申請者の身体機能を評価し、リハビリテーション計画を作成するためのものである。予定していた機能回復が見られない場合には、ケースマネージャーは、他の理学療法士に再評価を依頼し、リハビリテーション計画を作成しなおす。

第三に、職場評価がある。この評価は、理学療法士や作業療法士が行うもので、職場での業務遂行上の課題を明らかにし、必要があれば改善を勧告するためである。

第四に、自立支援評価がある。この評価は、医師(GP)や作業療法士、保健婦が行うもので、申請者のニーズが評価され、サービス計画を作成するためのものである。

第五に、重度損傷の評価がある。この評価は、理学療法士、作業療法士、看護婦、言語聴覚士などのチームで行われる。申請者のニーズ、治療やリハビリテーション、必要なサービスなどが評価される。

第六に、労働能力の評価である。この評価は、申請者がリハビリテーションプログラムを終了し、週 30 時間働く事ができるようになった時点で、その働く能力を評価するものである。この評価は、医師、作業療法士、職業評価者などが行う。

この労働能力評価過程は、2 つの部分から構成されている。まず一つは、職業評価で経験、教育、訓練など業務を遂行するのに必要な能力を中心に評価される。もう一

つは、医学的評価で作業の持続力や遂行能力について医学的な側面から評価される。

第七に、二次的・三次的な後評価である。この評価は、手術を含む特別な治療について申請者のニーズを評価するものである。この評価は、主に専門の医師が行う。

第八に、自立手当ての評価である。この評価は、申請者の機能障害のレベルを評価するもので、自立手当てを給付するかどうかの判定のために行われる。

(3) 障害者福祉制度の障害評価認定

事故補償保険でカバーされない障害者のサービスに責任を持っているのは、地域保健機関(Regional Health Authorities)である。この機関は直接サービスを提供しないが、ボランティア団体、民間企業、任意団体と契約を結んで、間接的にサービスを提供している。提供すべきサービスの基準は、この契約に示されている。

障害者のニーズ評価を行う評価者には、ガイドラインとして次の点が示されている。

第一に、ニーズ評価報告書は、被評価者のニーズの優先順位を明らかにするのに必要なすべての情報を含んでいなければならない。この情報は、障害者支援サービスを計画し、提供し、調整する助けとなる。この報告書は、ニーズ評価報告書の必要項目を含んでいなければならない。現在の報告書の様式がこれらの必要項目を含んでいけばいいが、不十分であれば報告書の様式を変更する必要がある。

ニーズ評価報告書の必要項目は、一貫した情報が集められ、記録されるためのものである。この一貫した情報で、次のことが可能になる。

- ① この報告書はニュージーランドのどこでも利用できる。
- ② この報告書の質は、すべての人に等質である。
- ③ ニーズのすべての領域が含まれている
- ④ 一貫した情報は、地域保健機関がさまざまな計画を策定する際の基礎資料となる。

ニーズ評価報告書の必要項目は、ニーズ評価をより柔軟にし、障害者のニーズに合った評価サービスを行うことを可能にする。ただし、評価に直接関係する情報だけが調査され、記録されなければならない。

ニーズ評価報告書は、つぎの項目を含んでいなければならない。

- ① 名前、生年月日、年齢、性別、民族などのプロフィール
- ② 現在の生活状況
- ③ 現在の雇用、教育、訓練、レクリエーション、社会活動の状況
- ④ 家族、友人、隣人、団体、専門家など現在の支援ネットワークの状況
- ⑤ 関連する領域における被評価者の目標、ニーズの状況
- ⑥ 目標を達成し、ニーズを満たすための環境
- ⑦ これらのニーズを満たすことによって得られる利益
- ⑧ これらのニーズを満たすのに必要な時間（特に、緊急を要するニーズについて）

⑨ これらのニーズを満たす優先順位

⑩ もし、被評価者とその家族、介護者と優先順位が異なる場合、あるいは、その被評価者の優先順位が政府のサービス規定と合致していないと評価者が思った場合、報告書には次のことが記載される。

ア、被評価者の優先順位

イ、家族または介護者の優先順位

ウ、被評価者、介護者、家族、評価者との話し合いの結果作られた優先順位

エ、評価者の視点からの優先順位

いくらかの領域でニーズを明らかにしなかった場合やニーズについて話合うのを避けた場合、その意見は尊重され、ニーズ評価報告書に記載される。

ニーズ評価は、次の12の領域で行われる。

① 個人的ケアのニーズ

② 家事管理のニーズ

③ 職業・雇用ニーズ

④ 訓練・教育ニーズ

⑤ コミュニケーション・ニーズ

⑥ 移動のニーズ

⑦ リハビリテーション・ニーズ

⑧ レクリエーション、社会的、個人的な発達のニーズ

⑨ 宿泊設備のニーズ

⑩ 所得のニーズ

⑪ 介護者支援のニーズ

⑫ ニーズが検討される環境

(4) 高齢障害者の障害評価認定

65歳未満の障害者に対する福祉サービスは、ニーズ評価の結果を考慮し、家族構成、地域社会の状況などを総合的に勘案して障害者福祉施策に基づいて提供されている。一方、65歳以上の高齢障害者については、原則として、標準化されたニーズ評価が行われ、均質なサービス供給体制がとられている。ここでは全国的に標準化された高齢障害者の障害評価認定について述べる。

高齢障害者の障害評価認定は、日常生活動作(ADL)、感覚器官の機能とコミュニケーション、精神機能、身体機能、社会的な評価、介護者や家族の状況の6つの領域について行われる。

1) 日常生活動作(ADL)

2) 感覚器官の機能とコミュニケーション

3) 精神機能

- 4) 身体機能
- 5) 社会的な評価

6. オーストラリアの制度

オーストラリアには、6州 (State) と2準州の政府があり、連邦政府 (Federal Government, Commonwealth Government, Australian Government) を形成している。州の独立性は高く、連邦政府と同格の位置付けがなされている。これらの政府のもとに、約900の地方政府 (市町村) が存在する。

オーストラリアの総人口は、約1,870万人 (1999年) であり、障害者の数は、オーストラリア統計局 (ABS: Australian bureau of Statistics) が1998年に実施した「障害者・高齢者・介護者調査」によれば、3,610,300人とされている (表1)。この調査における障害の定義では、17項目の限定 (limitations)、制限 (restrictions)、損傷 (impairment) のうち1つ以上が6ヶ月以上続く場合に障害者とされる (表2)。これらのうち、制限については、表3のように日常生活活動と教育雇用に分けて調査を実施している。

表4は、オーストラリアと日本の障害者数の比較をしたものである。わが国の統計は、厚生省が5年に1度実施している身体障害者実態調査の結果である。この調査に使用されている定義は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者福祉法に該当すると考えられる障害者であり、身体障害者については、機能障害 (impairment) を中心とした定義がなされているために、相対的に数が少なくなっている。

(1) オーストラリア障害者支援年金

オーストラリアの社会保障発展の歴史は、表5のとおりであり、現在、障害者差別禁止法 (The Disability Discrimination Act 1992)、社会保障法 (Social Security Act 1991)、障害者サービス法 (The Disability Services Act 1996) の3つの法律を中心に障害者サービスが提供されている。

オーストラリア連邦政府が実施している障害者のための主な所得補償制度は、社会保障法に基づいており、家族・地域サービス局 (FaCS: Department of Family and Community Services)、保健・高齢者介護局 (DHAC: Department of Health and Aged Care)、退役軍人局 (DVA: Department of Veterans' Affairs) の3つの局が管理している。(表6)。この表からもわかるように、障害者支援年金 (DSP: Disability Support Pension) の1998年6月時点での受給者数は553,336人であり、障害者の所得補償制度として大きな役割を担っている。1997年から98年におけるDSPに対する政府の支出は46億豪ドルに達している。

(2) 手帳制度

オーストラリアは、我が国の身体障害者手帳のような制度をもっていないが、高齢者等に交付するのと同じカードを障害者にも交付し、さまざまな福祉サービスの対象者であることを特定する制度がある。まず、家族・コミュニティサービス省が発行する年金者特権カード(Pensioner Concession Card)と健康保健カード(Health Care Card)である。この年金者の中には障害者が多数含まれており、健康保健カードによって障害者に対するサービスが提供される。これらのカード所持者に対しては、薬剤費の減免、メガネや補聴器の給付、歯科サービス、タクシー料金の援助などが提供される。この他にも帰還者健康保健カード(Gold Repatriation Health Card)がある。このカードは傷痍軍人を対象としており、このカード所持者は、医療費が無料となる。

表1 オーストラリアの障害者数

障害原因(主な障害を1つ計 数)	障害者数	人口比(%)
精神	266.5	1.4
知的その他	262.7	1.4
視覚	112.8	0.6
聴覚	280.7	1.5
神経	180.7	1.0
心臓	63.5	0.3
その他の循環器	248.7	1.3
呼吸器	259.7	1.4
関節炎	498.7	2.7
その他の筋骨格系疾患	741.5	4.0
頭部外傷及びその他の脳損傷	39.6	0.2
その他	655.0	3.5
合計	3610.3	19.3

表2 オーストラリア統計局による障害の定義

1. 視覚の損失 2. 聴覚の損失 3. 言語の損失 4. 日常生活を制限する慢性的 あるいは間欠的な痛み 5. 呼吸困難 6. 意識喪失 7. 学習・理解の困難 8. 腕・手の使用困難 9. 物を握ったり持ったりする困難 10. 脚・足の使用困難 1 1. 日常生活を制限する神経・感情の状態 12. 身体活動や肉体労働の制限 13. 形態異常 14. 長期に日常生活に制限を与える頭部外傷・卒中・脳障害 15. 精 神障害のために援助や監視が必要な場合 16. 長期にわたって静養・治療を必要と するもの 17. 日常生活活動に制限を加えるその他の慢性状態
--

表3 制限別障害者数（15—65歳）

	日常生活活動制限				教育・雇用における制限のみ	制限あり全体	制限なし	障害者全体
	最重度	重度	中度	軽度				
男性	119.0	224.2	227.4	340.7	188.3	1,099.6	184.0	1,283.6
女性	99.2	212.5	206.3	291.6	139.5	949.0	152.5	1101.5
全体	218.2	436.8	433.7	632.3	327.6	2048.6	336.5	2385.1
男性	1.4	2.7	2.7	4.1	2.3	13.3	2.2	15.5
女性	1.2	2.6	2.5	3.6	1.7	11.7	1.9	13.6
全体	1.3	2.7	2.6	3.9	2.0	12.5	2.1	14.6

上段の単位は千人。下段は、オーストラリアの全人口に占める割合

表4 オーストラリアと日本の障害者数の比較

障害原因(主な障害を1つ計数)	オーストラリア		日本(平成8年実態調査)	
	障害者数(千人)	人口比(%)	障害者数	人口比
精神	266.5	1.4	2170	1.7
知的その他	262.7	1.4	413	0.33
視覚	112.8	0.6	305	0.25
聴覚	280.7	1.5	350	0.28
神経	180.7	1.0		
心臓	63.5	0.3	336	0.27
その他の循環器	248.7	1.3		
呼吸器	259.7	1.4	75	0.06
関節炎	498.7	2.7		
その他の筋骨格系疾患	741.5	4.0		
頭部外傷及びその他の脳損傷	39.6	0.2		
その他	655.0	3.5		
合計	3610.3	19.3	5760	4.6

表5 オーストラリア社会保障史略年表

1901	連邦成立
1904	強制仲裁制度
1909	老齢年金

- 1910 廃疾年金
- 1912 出産手当
- 1938 国民健康・年金保険法成立(実施されず)
- 1940 老齢年金の物価スライド
- 1941 児童手当
- 1942 寡婦年金
- 1944 薬剤給付法(45年違憲判決)
- 1945 病院給付法, 失業手当, 疾病手当, 生活保護
- 1947 新薬剤給付法(49年一部違憲判決, 50年再実施), 社会福祉法
- 1948 年金受給者医療給付実施, 国民保健事業法成立(実施されず), 連邦リハビリ事業
- 1951 年金受給者医療制度
- 1953 国民保健法(薬剤給付法等を統合)
- 1954 老人福祉施設助成法
- 1963 障害者福祉施設助成法
- 1970 障害児福祉法
- 1972 児童福祉法
- 1973 75歳以上の老齢年金の所得制限廃止, 孤児年金
- 1974 障害児年金, 障害者福祉法, 老人ホーム助成法
- 1975 メディバンク実施
- 1976 老齢年金への資産制限撤廃, 年金額の自動物価スライド制.
- 1977 寡夫年金
- 1978 メディバンク廃止, 家族支援サービススキーム, 70歳以上の老齢年金の所得制限復活
- 1983 リハビリ手当, 家族追加手当
- 1984 メディケア実施
- 1985 介護者年金, 老齢年金への資産制限導入, 高齢者ケア改革戦略
- 1986 障害者サービス法
- 1987 児童手当への所得制限導入, 特別児童扶養手当
- 1988 社会保障見直し報告(カス報告), チャイルドサポート制度, 国民児童福祉戦略
- 1989 児童扶養手当
- 1991 障害者福祉改革パッケージ, 失業手当制度の改革
- 1992 厚生年金制度(Superannuation), 障害者差別禁止法
- 1993 児童手当制度の改革・一元化
- 1994 ワーキング・ネーション・プログラム, 児童成長戦略, 保育料払戻制度, 連邦障害者戦略

表6 障害者に対する主な所得補償制度

制度	受給者数 (1998.6)	対象者	管轄
障害支援年金	553,336	16歳以上65歳未満(男性)または60.5歳(女性)で、一定の障害があるために、最低2年間は、一般の労働市場で常勤で働いたり、働くための再訓練を受けることができない者。	FaCS
障害児手当	90,830	日常の介護と監視を必要とする障害児の親	FaCS
移動手当	28,975	就業者・求職者・訓練受講者で介助なしでは公共交通を利用できない者	FaCS
傷病手当	16,285	病気のために仕事を一時的に中断している者、または、職業復帰のために修学している者。	FaCS
妻の年金	116,125	DSP、老齢年金等を受給している者の妻で他の年金を受けられない者。	FaCS
介護者手当	33,979	障害者等を毎日介護しており、他の所得補償手当を受給できない者	FaCS
在宅看護手当	45,675	施設入所を認められる程度の重度者を在宅で毎日介護している者	FaCS
障害年金(退役軍人)	161,829	退役軍人	DHAC
サービス年金	318,579	退役軍人とその扶養家族	DVA

7. カナダの制度

カナダは、1999年現在の総人口が3,090万人である。障害者の数については、1986年と1991年に実施されている。1991年に実施された「健康と活動制限調査(Health and Activity Limitation Survey)」によると、カナダの障害者数は420万人で総人口の16パーセントである。この内47パーセントに軽度、32パーセントに中度、4パーセントに重度の障害があり、男女差はあまりない。そして、圧倒的多数が在宅であり、保健福祉施設等に入居している障害者は、この420万人の7パーセントであった。

(1) カナダの障害者認定制度

この1991年の調査において障害は、WHOの国際障害分類(ICIDH)に基づいて、「通常の人間としての方法と範囲で活動を行う能力、機能障害に起因する能力の制限、欠如」

と定義された。そして、福祉機器を用いて、この制限を克服できれば、その人は障害者と考えない。また、その制限は、最低限6ヶ月は持続しなければならないとされた。

障害の状態を示す制限の種類は、次の通りである。

- ①移動の制限—部屋から部屋への移動、歩くこと、物を10メートル運ぶ、長い間立っていることができない。
- ②動作の制限—体を曲げる、衣服の着脱、ベットからの移動、足の指の爪を切ること、物をつかんだり、操作したりするのに指を使うこと、自分のために物を取ることに制限がある。
- ③聞くことの制限—補聴器を用いたとしても普通の会話を聞き取るのに制限がある。
- ④見ることの制限—メガネを用いたとしても通常の新聞の大きさの文字を読むのに制限がある。4メートル離れた相手が見えない。
- ⑤話すことの制限—通常の方法で話したり、表現したりするのに制限がある。
- ⑥その他の制限—知的能力、学習能力、精神保健上の制限がある。
- ⑦不特定の制限—特定できないが制限がある。

15歳以上の障害者を障害種類別に見ると、図6に示すように移動の制限がある者が59.2パーセントと一番多く、次に、動作に制限のある者が53.9パーセント、聞こえに制限がある者が30.4パーセントの順になっている。

さらに、1986年と1991年の調査を年齢別に比較して見ると、1986年で65歳以上の45.5パーセント、1991年で46.3パーセントに障害がある事が分かる。また、各年齢群とも障害者の割合が増えている事が分かる。

カナダの障害者福祉施策は、1981年の「国際障害者年」を契機に障害者の人権を保障し、社会参加を促進する施策が取られている。1985年に国務大臣が、障害者施策を担当する大臣に任命され、連邦レベルで責任を持つこととなった。このために国務省は、障害者施策事務局を設け、障害者施策の推進を調整することとなった。そして、他省庁や裁判所などの参加を得て、障害者施策を総合的に推進している。各省庁の障害者施策の主なものを示すと、次の通りである。①保健省は、障害者の自立生活や自立生活訓練プログラムを財政的技術的に支援している。

②人材開発省は、中央情報センターを設け、障害者に関する施策統計など提供している。障害年金や障害児扶養手当などを給付している。

①環境省は、障害者の社会参加を推進する活動を行っている障害者団体や関係団体への財政的、技術的援助を行いつついる。また、障害者のための職業リハビリテーションやカウンセリングサービスの提供、障害者の社会参加の現状や課題についての調査などを実施している。

②運輸省は、公共交通機関へのアクセスの推進、アクセシビリティ指針の策定などを

行っている。

③国税庁は、障害者の所得税控除、障害者に対するガソリン消費税の還付、福祉機器の輸入税控除などを行っている。

(2) 障害者手帳

このようにカナダの障害者施策は、各省庁がそれぞれの施策上の目的を定めて実施しているために、我が国の身体障害者手帳に該当するような制度は設けていない。したがって、それぞれのサービスの提供を希望する障害者は、それぞれの制度毎に申請をして、認定を受ける必要がある。ただし、C N I Bのような全国規模の民間団体が障害者カードを発行しており、このようなサービスの割引に活用される場合もある。

8. デンマークの制度

デンマークは1999年現在の総人口は約530万人である。障害者の数は、1991年1月から4月に実施された16歳以上の人に対するサンプル調査によると総人口の36.7パーセント、約191万人と推計されている。この調査において、障害者とは、病気の結果日常生活に制限を受ける人と定義されている。しかし、このサンプル調査で導き出された数値は、国連保健機関(WHO)の推定値や他の国の調査に比較しても大変高く、かなり軽度な人も多数含まれている可能性がある。デンマークにおける身体障害者数は約10～15万人、知的障害者約1万5000人、精神障害者約3万人との報告もある。

(1) デンマークの障害者福祉

デンマークの障害者福祉は、100パーセント税金によって賄われ、国・県(amt)・地方自治体(kommune)が役割を分担して実施している。例えば、障害者が日常生活を送るうえで重要な福祉用具については、国レベルで国立福祉用具センターがあり、福祉用具の改良、地方自治体からの相談への対応、情報提供などを行っている。障害者の相談に直接応じ、サービスを提供しているのは地方自治体である。多くの地方自治体には、福祉用具保管所があり、障害者に対する福祉用具の貸出・修理等を行っている。特別な福祉用具や義肢・補聴器・パソコン等は、県が提供する。県には、福祉用具センターご置かれ、地方自治体の福祉用具保管所の業務を支援している。

(2) 障害者手帳

デンマークの障害者福祉は、地方自治体の社会福祉課を經由して行われる。したがって、社会福祉課のケースワーカーや担当者が障害者の状態を把握していれば、その都度障害の程度認定やニーズ調査を行う必要がないために、障害者手帳のように障害の種類や程度を証明するものは必要ないものと思われる。また、デンマーク国民議会は、1993年に「障害者に対する平等取り扱いと機会均等」に関する決議を行い、障害

者が障害の無い人と同じように社会に参加するための施策を推進している。したがって、障害者をグループに分け、手帳を発行することは施策の目的にもなじまないと思われる。

デンマークでは、障害者手帳に相当する証明書のようなものは全く交付されていない。また、「公共機関の登録簿に関する法律」に基づいて、公共機関の登録に厳しい制約があるために障害者の公的機関への登録は行われていない。しかし、障害種別に組織された障害者やその家族の団体は、多数存在し、自主的な登録が行っている。この団体は75あり、この内の28が全国障害者団体協議会を組織している。また、この28の障害者団体の中にデンマーク視覚障害者協会があり、18歳以上の視覚障害者のほとんどが登録している。そして、このデンマーク視覚障害者協会の会員に限って、デンマーク国鉄や私鉄を割引で利用できる証明書が交付される。

9 スウェーデンの制度

スウェーデンは、1999年現在の総人口は約890万人である。障害者数についての正確な統計は存在しないが、中央統計局の1975年から1989年までの障害者の生活実態調査によると、障害者は、約60万人と推定している。このうち約36万5000人が重度障害者であるとしている。また、全国には約40の障害者の全国団体があり、約50万人が組織化されている。

スウェーデンにはパーソナル・ナンバー（国民総背番号）制度がある。全ての国民は出生と同時にパーソナル・ナンバー（国民総背番号）を取得する。外国人の場合でも一定期間の滞在許可を持っていれば、住民登録し、パーソナル・ナンバーを取得することができる。パーソナル・ナンバーによって、個人情報はずべての官庁にオンラインで結ばれている。住民登録や、税金の徴収の際に重要な役割を果たしている。年金の給付、健康保険やその他社会保険の適用を受ける場合にも、パーソナル・ナンバーの書き込まれた身分証明書を提示すればよい。病院での診療などの際にも、このパーソナルナンバーを提示すれば過去の診療記録が引き出せる。もちろん、個人情報はプライバシーなので、無闇に情報を開示することはできない。

スウェーデンでは、障害者手帳のような一括した制度はないが、このパーソナルナンバー制によって、必要があれば当該官庁は個人情報をチェックできる。たとえば、社会保険からの給付などの際に、個人の経済状況が速やかに把握できる。したがって、二重給付などは不可能である。

(1) 各種障害者制度と資格認定

スウェーデンの障害者施策はさまざまな分野にまたがり、各種の選択肢が用意され

ている。あらゆる施策に関して国が最終責任を負っていることは言うまでもないが、スウェーデンの地方自治体は広範囲な裁量権と自律した財政権によって施行するように規定されている。障害者施策に関して各政府が直接責任を負っている業務は、大きく区分すると、所得保障に関しては国が、病院での入院・外来医療に関しては県(landsting)が、ケア付き住宅の提供やホームヘルプサービスなどは市(kommun)が提供している。したがって、障害をもつ児童に対しても、児童福祉や義務教育・高等教育などの教育機会を提供するのも市の責務になっている。

国、県、市の3つの政府の権限配分はかなり、明確に分かれており、原則としてサービスや援助などの資格認定は当該政府の専門官によって行われていると言える。なお、現在スウェーデンは、医療・福祉の変革期である。したがって、以下に述べるのはあくまでも原則であり、市と県との取り決めによって権限配分が多少異なる場合もある。また、各自治体は、裁量権と自律財政に裏付けられた独自のサービス・援助を提供しており、画一化されていない。したがって、以下に述べるのは典型的なサービス・援助の例である。

①社会サービス

社会サービス法(Socialtjänstlagen)では、機能に障害が生じたり、高齢になっても通常の生活が送れるよう、自治体はその責任範囲に関してさまざまな援助・サービスを提供するよう規定されている。ホームヘルプやケア付住宅などは、市が担当する業務の例である。

①ーア ホームヘルプと訪問医療看護

ホームヘルプや訪問医療看護は、障害が生じても住み慣れた家で生活を継続するのに重要である。ホームヘルプは買い物や食事のしたく、掃除など家事援助から、起床・就寝介助、トイレ・入浴介助などの対人介助も含まれる。ホームヘルプは、市によって提供され、資格認定は市の専門官(ケア決定者)によって行われる。

なお、社会サービス法の枠外であるが、自宅での医療ケアが必要な場合に訪問医療看護が提供される。訪問医療看護は、投薬や包帯の交換やその他の医療行為などがある。エーデル改革(一部医療と社会サービスの統合改革)が遂行される市では、訪問医療看護は市の職員である地区看護婦が認定している。

①ーイ ケア付住宅(särskilda boendeformer: 忠実に訳すと特殊住宅である)

高齢者および障害者が通常住宅での生活が困難になった場合、市はさまざまなケアやサービス付の住宅を提供している。ケア付住宅の形態はさまざまであるが、知的障害者のためのグループホームなどがその例である。知的障害者のためのグループホームでは、小人数の障害者がそれぞれの独立した個室(あるいはアパート)と共同の居間・台所などで共に生活している。もちろんケアスタッフが常勤している。こうしたケア付住宅への入居資格は、市の専門官によって認定される。

② 住宅改造補助金

障害によって住宅の改造が必要になった場合に、市から改造補助金を受けることができる場合がある。改造給付の認定は、市の専門官が行う。改造は、例えば車いすが利用できるための段差の解消などがある。住宅の改造が困難な場合、多くの市では障害者用の住宅を用意している。これはトイレや浴室、ドアの幅、台所などが障害者用に作られている。障害者用住宅の利用は、ケア付住宅と同じように市の専門官が認定する。

③交通サービス（輸送サービス）

交通サービスは、障害が理由で、通常の公共交通を利用できない場合に利用できる。一般的なのはタクシーの利用であり、車いすを利用している場合など特別な車体のタクシーが用いられる。利用資格認定は市の専門官によって行われ、料金は市によって異なるが、一般の公共交通を利用するのと同じ位の料金であることが多い。

④機能障害者を対象とする援助及びサービスに関する法律（LSS：lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade）に基づくサービス

機能障害者を対象とする援助及びサービスに関する法律は、障害者の各種援助・サービス受給権を確保する法律である。機能障害者を対象とする援助及びサービスに関する法律による援助やサービスの受給によって、その他の法律を根拠とする補助・サービスを受給する権利がなくなるわけではない。

機能障害者を対象とする援助及びサービスに関する法律では、機能に障害のある者に対して、さまざまなサービス・援助を確保している。主なものを挙げると、以下の通りである。

ア、重度の障害をもちながら、どのように生活していくかについて各専門家からのアドバイスを受けることができる。この専門家とは、例えばカウンセラー、理学療法士、作業療法士、聴覚言語士などである。このアドバイスは保健医療法や社会サービス法に基づくサービスやケアを補完するものである。この業務は原則として、県の業務である。

イ、パーソナルアシスタント（personling assistans）制の利用である。65歳未満の者で日常生活を送るのに、かなりの程度のサポートを必要とする場合、パーソナルアシスタント制を利用することができる。パーソナルアシスタントは、市の職員を選ぶこともできるが利用者が独自に選択することも可能である。費用に関しては、週に20時間以下の利用の場合は市がその費用を支払わなければならないが、20時間を超える利用の費用は社会保険事務所が支払う。したがって、パーソナルアシスタントの利用には、市の専門官と社会保険事務所の専門官の資格認定がひつようである。

これ以外に、付き添いサービス（ledsagarservice）、コンタクトパーソン

(kontaktperson)、ショートステイ、12歳以上の障害児の学校時間外の世話、自宅での交代制 (avlösarservice、自宅で障害者のケアをしている家族が休息できるように、スタッフが訪問し一時的に家族に代わってケアをする)、児童のためのケア付住宅、成人のためのケア付住宅、デイケア (就労年齢であるが、職業がなく、学校に通っていない者に利用される) などがある。これらのサービスは、市の管轄であり、市の専門官による資格認定が必要である。

⑤教育機会の提供

全ての市は、就学前・就学中児童のための児童ケアを提供しなければならない。就学前児童の保育サービスや就学児童の学童保育は、もちろん障害をもつ児童にも提供される。

知的障害が理由で通常の小・中学校 (grundskola) での勉強が困難な場合、それに相当する養護学校 (särskolan) が用意されている。また、ろう児、視覚障害児、難聴児などで、通常の小・中学校での学習が困難な場合は特殊学校 (specialskolan) が用意されている。養護学校や特殊学校への入学に関しては、当該市や直接学校に問い合わせても良い。なお、高等教育に関しても同様に、障害者への学習機会が確保されている。

以上のような市による教育機会の提供以外に、県は医療を伴う特殊教育に関する責任を負っている。

⑥成人障害者のための教育機会

成人障害者のための学習機会も提供される。例えば、職業リハビリテーションは、労働市場機構 (Arbetsmarknadsinstitutet) によって提供されている。この労働市場機構は、国の管轄である。

大学教育に関しては、国が直接責任を負っている。教科書を音声図書にふきかえたり、手話通訳が利用できたり、肢体不自由者は介護者サービスを利用できるなど、障害があっても大学教育が受けられるよう施策が実施されている。これ以外にも、市の成人教育学校 (komvux) で、障害者用のコースが開かれることもある。

障害者は、学校に通うための輸送サービスを受けることができ、パーソナル・アシスタントやその他学習に必要な福祉機器を利用することができる。

⑦福祉機器

福祉機器に関しては、県と市が責任を負っている。各県と当該市は、各自責任範囲を取り決めることができるが、一般に車いすや介護用ベッドなどの大きな機器は県が、特殊なスプーンやナイフなどの台所用品や衣服着脱のための自助具などは市がていきょうしていることが多いようである。

どのような福祉機器の利用が必要かは、市および県の専門官によって決定される。車いすや介護用ベッドなどは無料で貸し出されることが多い。また、個人の障害にあ

った福祉機器の改造は、県管轄の福祉機器センターで行われる。福祉機器センターでは、各種豊富な福祉機器が用意されている。

⑧ 労働に必要な福祉機器のための補助金

被雇用者や自営業者が、障害や長期の疾患が理由で労働のための福祉機器が必要な場合に補助金を受けることができる。また、雇用主は、機械類や机、イスなどを障害者用に改造する必要がある場合、補助金を受けることができる。これらの補助金の申請は、社会保険事務所で行う。

⑨ 車に関する援助 (bilstöd)

下記に示すような人には、車の購入や改造に関して、補助金が支給される。

ア、65歳未満の障害者で、労働のために、あるいは労働志向の教育やリハビリテーションを受けるために車が必須である者

イ、アの条件により車に関する援助を受ける資格認定を受けたが、労働市場を去り、早期年金あるいは疾病補助金を受けている者

ウ、18歳から49歳の障害者で、日常、車を足として利用している者

エ、障害のある親

オ、障害児を持つ親

車に関する援助は、社会保険事務所の専門官によって認定される。また、自動車運転免許取得のための補助金もある。

⑩ 音声図書

音声図書は通常の本をカセットテープに吹き込んだもので、公立図書館で利用できる。地元の図書館に希望の音声図書がない場合は、その図書館を通じて国内の他の図書館から取寄せることもできる。希望の本が音声図書化されていない場合は、図書館を通じて注文することができる。点字図書についても同様である。音声図書や点字図書は、図書館に電話で注文することができ、その場合、図書館から郵送で貸出される。音声図書や点字図書の利用は無料である。原則として、音声図書などの利用は資格認定を必要としない。また、多くの市では音声新聞を発行している。これは、無料化あるいは無料に近い料金で利用できる。

通常の本屋が音声新聞を販売している場合もある。国は、新聞社の音声新聞事業を支援している。したがって、新聞社の音声新聞の購読料は、通常の本屋と同じくらいになっている。

⑪ 所得保障施策

障害者あるいは長期の疾病を患っている者に、最低限度の経済生活を保障する施策として早期年金あるいは疾病補助金があげられる。さらに、これだけでは実際の生活あるいは療養は難しいので、これを補完する意味で各種の手当や補助金が確保されている。

⑪-1 早期年金 (förtidspension) と疾病補助金 (sjukbidrag)

16歳から65歳未満の者で、疾病あるいは障害が理由で就労できない者は、早期年金あるいは疾病補助金を受けることができる。また、疾病や障害が理由で労働能力が減少し、結果として労働時間が25パーセント以上減少した場合に、減少分の労働に対して早期年金や疾病補助金を受けることができる。早期年金は疾病や障害が永続的であると判断された場合、疾病補助金は永続的ではないが相当期間受けることができる。

早期年金や疾病補助金は国民すべてに確保されている国民年金 (folkpension) の一部であり、障害をもったり、長期にわたる病気になっても最低限度の所得を保障している。一方、従前所得に応じた年金を給付する意味で、ATP (付加年金) 制度がある。ATPは、早期年金あるいは疾病補助金と合わせて支給されるが、文字通り、従前に就労していたことが前提である。ATPの額は、原則としてインフレーション換算した従前所得の60パーセントである。

早期年金や疾病補助金のみを受給していたり、定額のATPを受給している場合、これを補足する意味で、年金補助 (pensionstillskott) が支給される。

早期年金や疾病補助金の額は、毎年政府によって決定される基礎額を基に算出される。なお、この基礎額は、老齢年金やその他の手当、補助金の算出の基礎になっている。早期年金および疾病補助金、ATP、年金補助などの認定は、社会保険事務所の専門官が行う。専門官は適宜早期年金あるいは疾病補助金の継続受給が適切であるかを調査・認定する。

早期年金あるいは疾病補助金の給付を受けている者は、約41万人である。

⑪-2 ケア補助金 (vårdbidrag)

子供が長期にわたる疾病あるいは障害をもっており、その子供を自宅でケアしている場合、その両親はケア補助金を受け取ることができる。この場合、疾病あるいは障害は6ヶ月以上にわたるケアが必要な場合であり、親でなくても親と共に生活している者でも受け取ることができる。また、両親が別居している場合や離婚している場合でも、双方が養育権を持っていれば、ケア補助金も双方で分割することができる。ケア補助金は子供の出生から16歳誕生日まで支給される。それ以降は、子供自身が障害者補助金を受け取ることができる。子供が自宅でケアされていない場合でも、病院や疎の他の施設で一時的に看護を受けている場合は、原則として最高6ヶ月までケア補助金を受け取ることができる。また、子供がケア付住宅などに住んでいる場合は、親元に帰っている期間分のケア補助金が支給される。

ケア補助金の額は、基礎額を基に子供のケアニーズと必要とする費用に応じて決定される。ケア補助金は、社会保険事務所の専門官によって認定される。

⑪-3 障害者補助金 (handikappersättningen)

障害者補助金は、早期年金や疾病手当を補完する役割を果たしている。障害者補助金は、16歳以上65歳以下の者で、(i)障害が理由で、日常生活を送るのに援助が必要な場合、(ii)障害が理由で、仕事をしたり、勉強をするのに援助が必要な場合、(iii)障害によって、より費用を要する場合、(iv)聴覚障害や視覚障害がある場合、ろうである場合に支給される。

障害補助の金額は、基礎額を基に、どの程度の援助を必要とするかによって決定される。決定は、社会保険事務所の専門官が行う。

①-4 住宅補助金(bostadstillägg)

障害者の経済生活を支える重要な施策として住宅補助金がある。これは、通常の住宅に住む場合にも利用可能であり、あるいはケア付住宅に住む場合にも給付される。この制度は、障害や長期疾患によって経済状況が悪化し、住宅の質がサタndaード以下になることを防いでいる。住宅補助金は、障害者の収入と家賃に応じて支払われる。月の家賃が100クローナから400クローナまで最高家賃の90パーセント支払われる。これに加えて市が付加住宅補助金を支給する場合もある。したがって、家賃が支払えずにケア付住宅に入居できないということはない。

住宅補助金の給付決定は、社会保険事務所の専門官によって行われる。

(2)障害者手帳

スウェーデンには、日本の障害者手帳制度に相当するものはない。各種のサービスや援助、障害者年金や各種手当の利用決定はそれぞれの当該機関の認定専門官によって行われる。スウェーデンでは、障害者各個人の異なる需要に応えるために、さまざまなサービスが用意されている。したがって、一括した障害者手帳のような認定制度では、個人のニーズに合ったサービスを多様な選択肢から選択するのが困難であると考えられる。また、各個人のサービス需要は、日々変化するものである。障害が一時的なものか、あるいは障害を通じてサービスを必要とするかという判断は画一的に行うのは難しい。行政サービス資源を有効に活用するためにも、各種手当や援助・サービスは、各々それを最も必要とする人に配分されるべきである。したがって、各資格認定者が各行政サービスの資格認定をしているのは、一概に非効率であるとは言えないのではないだろうか。

10 スペインの制度

(1)一般政策

近年、スペインでは、障害者政策にノーマライゼーションの原則を適用することが行われ、この方針が一般政策に組み込まれた。これらの政策としては、国の全体的な

基本的フレームワークとしての障害者計画を策定し、地域の行動計画のフレームワークとしては行動計画を策定した。また、IMERSO は、行動計画の戦略的な前線を開発するために革新的なプロジェクトに対して融資した。

(2) リハビリテーションの分野に関する法律

① 予防

障害予防と健康促進の分野では、4月25日14/1986一般保健法により地方政府により行われている予防施策には、3本の基本軸がある。それは、健康に関する情勢の周知、地域健康計画の作成、分野を超えた協力体制の確立である。

11月8日31/1995職業障壁予防法では、職場事故と職業病の防止について規定しており企業などで実践されている。また、12月19日19/2001交通事故防止法は、道路交通法(Traffic、Vehicle Circulation and Road Safety Act:3月2日国王法339/1990)の条項を改め、道路安全計画を策定し教育活動を行うことを含めた。

12月23日国王法1971/1999によって法定化された無抛出の社会保障システムを構成するサービスとして新しい障害認定基準が作られた。それは、学際的な基準に基づき、リハビリテーションに責任をもつ医師、心理学者、ソーシャル・ワーカー、その他の専門家を含んである。ケースの特徴により、その他のソーシャルワーカーや雇用専門家などが加わる。この評価は、地域レベルで行われ、機能障害の発見と新しい認定基準の適用を標準化する試みが行われている。これは、2000年11月2日の内閣命令により法律化された。

② リハビリテーション

全ての人の健康を守る権利が憲法で承認された後、4月25日14/1986一般保健法によって、健康規則が示された。これは、自治区により管理および支援されるリハビリテーション政策を発展させた。保健システムは、「患者の機能リハビリテーションと社会的再統合のために必要なステップ」を推進する。また、この第18節は非常に大きな危険のある人口グループのために介護プログラムを確立した。また、セクション20は「精神衛生に関する方策」を提示した。

保護、専門的援助、再教育に対する権利とリハビリテーション、回復のためのサービスが、6月20日国王法1/1994に規定されている。それによって、社会保障法(Social Security Act)の条文がこの法律に含められた。

スペインの法律では、リハビリテーションに相当する施策を公衆衛生システムにおける「特別医療」として個別に細分化している。これらには、家庭ケア、病院入院、リハビリテーション、補装具の給付と維持などの幅広いサービスが含まれている。

(3) 職業政策

ノーマライゼーションの原則が、ここ2年にわたって職業政策を支配してきた。全国雇用計画2000、2001、2002はなどの計画には、その原則が貫かれている。同様に、

差別をしないことに関する原則が職業政策の原則として統合された。このために 2000 年 11 月 27 日の欧州連合の非差別指令 2000/78/CE をスペインの法体系に移行することが行われている。

(4) 社会的統合

スペイン王国全国ソーシャルインクルージョン行動計画 (2001-2003) は、コミュニティ・ガイドラインを発展させるために採用された。これには、障害者を目標にした次の施策を考慮することが含まれている。

- 国家アクセシビリティプランを推進し、コミュニケーションと輸送のためのアクセシビリティ計画を発展させる；
- 雇用割当制度を推進または別の施策を確立すること；
- 障害のある労働者の職業調整管理を改善するために、関連するさまざまな当局間の調整を行うこと；
- ONCE (スペイン全国盲人協会) と協力して、障害者の職場を生み出すことを目的とした 20,000/40,000 計画を進めること；
- 各地域で特別な教育的ニーズのある 3 歳以下の子供のために、進んだ社会健康プログラムを構築すること；
- 教育制度において特別な教育的必要のある 3 歳以上の子供に対する早期の幼児教育とリハビリテーションを組織すること；
- 障害をもった女性のために社会的な促進方策のプログラムを作成すること；
- ONCE と協力し、視覚に障害のある人々に対するサービスを再編成するために、ニーズの掘り起こし適切な個人的ケア計画を発展させること；
- 基本的に行政機関との関係において、ろう者のためのコミュニケーション・ツールとして手話言語の使用を支援する；
- 特に、障害に関する調査のデータを利用するために、障害と病気の状態に関して排除されている障害者やその可能性のある障害者の条件と特徴に注意すること。

11 イタリア

(1) 障害者関連の法律

イタリアで、現在の法律の基礎となっているのは、1992 年 2 月 5 日に成立した法律 142 号 104/92「障害者の支援・統合・権利に関する基本法」である。この法律は基本法であり、障害の程度にかかわらず、障害者を認め、出生から、家庭、学校職場、余暇時間までの参加を考慮に入れている。

次のことに焦点を当てている。

- 障害者の尊厳を完全に尊重し、障害者の自由と独立の権利を保障し、一方で、家庭、学校、職場、社会における完全統合を支援すること
- 人間の発展を妨げるあらゆる状況を防止し排除すること
- 身体、精神、感覚障害者が必要としているサービスを保証し、法的および財政的支援を提供することで、彼らの機能的および社会的回復を促進すること。
- 特に社会的な疎外と排除を克服するための行動を準備すること。

また、この法律はまた、障害者の権利に関する以下の原則を承認している。

- 障害の予防と早期診断とその原因に関する組織的な研究
- 治療やリハビリテーションサービスから障害者が家族や社会にと怒鳴れるようにするための迅速な行動を促進すること。一方で彼らの社会統合と社会生活への参加を確実なものにすること。
- 障害者とその家族がかれらの状況を完全に理解できるように彼らのために医療福祉にかかわる情報を提供すること、それには、回復と統合の可能性に関するものを含む
- 決定と社会・医療行動における家族、社会、障害者の協力、それによって彼らの可能性を改善する

この法律は、重度障害者のための予防と保護のための活動とサービスを含んでいるという点でイタリアの障害者に対する社会政策における革新的なものになっている。

(2) 予防

以下に対する特別な注意が払われている

- 健康関連情報と障害の原因と結果に対する教育
- 事故防止に集中した情報と教育
- 障害の原因となるかもしれない遺伝病の予防のためのサービス
- 個人的な医療カードの確立

重度障害者を対象とする以下の活動については、特に注意が払われる

- 個人的援助サービス
- コミュニティなどの地域のサービス
- 昼間のリハビリテーションと教育センター
- 学校での統合を確実にする活動
- 集合輸送の使用の促進
- 個人的輸送の使用の促進
- 障害者が用いる乗物のための給付
- 投票権を行使するための手当

防止、ケア、リハビリテーションと支援に加えて、基本法 104/92 は、地元の当局に社会的統合の責任を負わせている。(障害者と家族の保護、昼間のリハビリテーションと教育センター、住宅コミュニティと家)。働く両親と家族は、障害者がケアと

支援を確実に受けられるように特別な便宜を受けられる。それには、日または月あたりの就業免除、より近い仕事場への移動の可能性、そして、最高3年まで出産休暇を延長することである。障害をもった労働者は、一日の労働時間を短くすることが必要かもしれないし毎月何日かの休みを受けることができる。

(3) 職場への統合

若年障害者の訓練と労働に関する需要により、学校における次のような統合が増加した。それにより、多くの結果を生み出す状況が確実となった。特に高いレベルの資格に焦点を当てた訓練サービスや特定の職業に対する個別の訓練コースを生み出すときである。別の言葉で言えば、障害者にとって最も適切な仕事を見つけることである。

特に、正式にそのようなビジネスを認めた1991年11月8日法381が承認された後に障害者雇用の目的のための特別社会協同組合の設立などの新しい企業が促進された。障害者のための雇用ニーズは、過去2、3年にわたって次第に増加してきた。強制雇用のための特別リストには、1998年6月30日時点で264,073人の失業した障害者の名前があった。そして191,953人は公的または民間で雇用された。そして、少なくとも35人の従業員と15,000人の求職者が社会協同組合において雇用されるか、独立した専門家やフリーの雇用に成功した。

ISTATによって提出された数字によれば、1997年の終わりには、イタリアで754のタイプ(b)の社会協同組合が機能しており、11,165人が雇用されており、そのうち、5,414人は、障害者であった(障害者と健常者の比率は、48.5%)。協同組合は平均して15人を雇用しており、障害者は、平均7人である。大部分の協同組合(52.2%)は15人未満の障害者を雇用していたが、12.1%は50人以上を雇用していた。大部分のタイプ(b)の社会協同組合は、障害者を臨時職として雇用してきたが、その後、通常の会社に雇われることを確実にしている。しかし、そのような協同組合の主な目的は、障害者のために外での仕事を見つけることであるが、労働者が他の職を見つけることができないとき、協同組合自身で永久雇用するかもしれないし、他の協同組合において仕事を見つけるかもしれない。

職場統合サービス事務所(S.I.L.: Servizi Inserimento Lavorativo)の設立に続いて、たくさんの地域で活動が行われた。若い障害者が職を見つけるのを支援するために地方当局によって促進されている職場統合サービス事務所は、次のような多くの活動を行っている。

- 情報提供し一般大衆から支持を得るためにイニシアティブを進めること
- 仕事場への投入に関してプロジェクトを概説し管理し技術提案をすること
- 障害者の職場としての可能性を評価し、調停すること
- それぞれの経験を支援し評価し職場における全体的な統合計画。

これらの S. I. L. 事務所の活動は明らかに障害者を支えるために全体的なプロジェクトの一部を構成する。そして、彼らは国中で地元の機関のネットワークと協力する。障害者の職場統合に関するプロジェクトと経験は、また、領土の当局、機関、労働組合とビジネス組織によって実行されるプログラムにも活用される。

1999 年に、強制雇用システムの改革のための新しい法（法律 68）が成立した。この法律は、新しいツール（労働能力の評価）と行動（合意、雇主のための誘因、その他）を含む。その目的は、職業人としての資格を改善し、個別の計画に基づき、障害者と健常者を職場において統合することを確実にすることである。

(4) 社会的統合

イタリアにおける障害者の統合のプロセスは、学校や職場に限らず、日常生活における独立や、社会参加、文化活動、スポーツと余暇も促進している。法律の目的のために財政的および社会的支援が提供されることに加えて、イタリア全土で公的または民間組織によるリハビリテーション、義肢、IT のサービスが提供される。日常的な場所への接近を改善するための大規模な仕事が行われた。それは、まず、最初に、個人の建物と周囲の地域の建物の建築上のバリアを除去するための資金を提供すること（法律 13/89）、公共の場所、ビル、サービスにおけるバリア除去であるから始まった（共和国 503/96 大統領による法令）。

また、公共輸送機関の利用に関しても大規模な成果があった — 電車、飛行機と船。Ferrovie S. P. A.（イタリアの鉄道会社）は、主要駅でエレベーターとエスカレーターによる電車へのアクセスを提供しており、また、駐車場と公共のトイレへの空きせつなアクセスルートを確保している。電車には、特に障害をもった乗客のための予約席を提供しておりスタッフの援助と特別料金が適用される。

参考文献

- Brian Munday and Peter Ely, *Social Care in Europe*, Prentice Hall, London, 1996
- Committee on the Rehabilitation and Integration of People with disabilities, *Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and legislation*, Council of Europe Publishing, 2003
- European Centre Vienna, *European Disability Pension Policies*, Ashgate Publishing Limited, 2003
- OECD, *Transforming Disability into Ability*, OECD, 2003
- Patoricia Thornton and Neil Lunt, *Emplyment Policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review*, Publication Office, Social Policy Research Unit,

University of York, York, 1997

Ronnie Linda Leavitt, Cross-Cultural Rehabilitation, Saunders, 1999

**Vic George and Peter Taylor-Gooby, European Welfare Policy, Macmillan press,
London,1996**

まとめ 今後のとりくみについて

今年度の研究を踏まえ、次年度以降の取り組みとしては次のような検討が必要であると考えられる。

1. リハビリテーションプロセスに着目した認定の可能性の検討

自立支援法など、縦割りではなく障害者サービス全体を取り上げていこうとする今日の障害者福祉の動向をみれば、身体障害者福祉法も本来のリハビリテーション法としての役割が再認識されると考えられる。そこで、今後の身体障害者認定の方向性としてリハビリテーションプロセスに着目した認定の可能性について検討されることも必要であろう。例えば、次のようなモデル例について、具体的に検討することも考えられる。

(1) 認定モデル例1 リハビリテーションプロセスに着目した認定基準の開発 ー早期リハビリテーションと再認定ー

(1) 対象

脳血管障害等による肢体不自由

(2) 内容例 () 内は、調査項目

①障害の診断（診断基準・診断書作成）

長期にわたる障害の存在の確認（件数調査）

再認定期間の決定（実績調査）

②有期身体障害者手帳交付（事務手続調査）

③早期の医学リハビリテーション（実施内容、期間、更生医療との関係）

④再認定（診断基準・診断書作成）

安定した時点で再認定。その場合、再認定時期の決定。（実績調査）

治癒した場合は、障害者手帳返却。（実績調査、事務手続調査）

⑤毎年の再認定（実績調査、事務手続調査）

⑥モチベーションの高め方

(2) 認定モデル例2 継続的な医療的支援を必要とする場合の認定の考え方

(1) 対象

更生医療受給者

(2) 内容例

①更生医療の効果を高める医療的支援の内容を考慮した認定基準

②障害程度別支援内容を考慮した認定基準

2. 医学・医療の進歩を考慮した認定基準の検討

医学・医療は、日進月歩であり、公平かつ合理的な障害認定方法を継続して検討していく必要があると考えられる。例えば、次のようなモデルについてその可能性について検討することも考えられる。

(1) 認定モデル例3 リハビリテーションプロセスに着目した認定基準の開発 ー補装具の装用を考慮した状態での認定基準ー

(1) 対象

肢体不自由（人工関節）

(2) 内容例 () 内は、調査項目

①障害の診断（診断基準・診断書作成）

人工関節による障害認定（件数調査）

必要に応じて再認定期間の決定（実績調査）

②身体障害者手帳交付（事務手続調査）

③必要に応じて再認定（診断基準・診断書作成）

④初診・再認定時の診断基準および診断書様式の作成

(2) 認定モデル例4 医学・医療の進歩を考慮した認定基準

(1) 対象

心臓機能障害（ペースメーカー）

(2) 内容例 () 内は、調査項目

①障害の診断（診断基準・診断書作成）

ペースメーカーを考慮した障害認定（件数調査）

必要に応じて再認定期間の決定（実績調査）

②身体障害者手帳交付（事務手続調査）

③必要に応じて再認定（診断基準・診断書作成）

④初診・再認定時の診断基準および診断書様式の作成

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究」報告書（第 1 分冊）

発行者 岩谷力（主任研究者：国立身体障害者リハビリテーションセンター）
〒359-8555 所沢市並木 4 - 1

発行 平成 17 年（2005 年）3 月