

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

平成16年度～18年度 総合研究報告書

主任研究者 岩 谷 力

平成19(2007)年3月

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

平成16年度～18年度 総合研究報告書

主任研究者 岩谷 力

平成19(2007)年3月

目 次

I. 総合研究報告	1
1. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（内部障害）	
分担研究者 柳澤信夫	4
2. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（肢体不自由）	
分担研究者 伊藤利之	31
3. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（視覚・聴覚）	
分担研究者 寺島 彰	76
4. 障害者関連制度の制度理念の整理	
分担研究者 寺島 彰	110
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	135

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総合研究報告書

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

主任研究者 岩谷力

3年間の研究により、身体障害者福祉法における、視覚障害、聴覚・平衡機能障害・音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由および内部障害（心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害）の障害認定の課題を整理した。

このうち、肢体不自由については、「身体障害者障害程度等級表に係る総括事項」と肢体不自由に係る「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」を修正・追記した改定案を提起した。

また、障害認定の理念に関する国外の状況を調査するとともに、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。

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
寺島 彰 浦和大学

A. 研究目的

昭和24年に成立した身体障害者法では、最初に、視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者に対する身体障害者福祉施策を開始し、その後、心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害の内部障害を包含するようになった。それに伴い、身体障害者福祉法における更生の概念も、従来の経済的・社会的自立から日常生活能力の回復をも含む広義なものへと変化してきた。さらに、近年においては、障害者自立支援法の成立など、障害者の幅広い自立に着目した障害者制度が構築されつつある。このような状況の中、本研究は、身体障害者福祉法が本来目的とする更生援護を適切に達成し、かつ、真に必要な人に、必要なサービスを、適切な時期に提供する

ために、事例検討や実証的データに基づき、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基準の考え方をまとめることを目的としている。また、同時に、適切な運用を支えるための障害者関連情報を収集し、再認定システムのなど制度のあり方の考察を行うことももう一つの目的としている。

B. 研究方法

平成16年度は、現状の認定基準の問題点を把握するために、都道府県の障害認定担当医師を対象に、調査を実施した。この調査では、45の都道府県自治体から回答をいただいた。さらに、その結果に基づき、肢体不自由に関して専門医師に対するヒアリングを行いより詳細な調査を行った。また、障害認定の理念に関する国外の状況を調査した。

平成17年度は、平成16年度に実施した調査結果に基づき、内部障害の各分野の専門医からの意見聴取を実施した。また、これまでの調査結果をふまえて、肢体不自由および内部障害

(心臓、呼吸器、腎臓)の身体障害者福祉法における障害認定の課題を整理し、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基準のあり方を検討した。さらに、脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害認定上の問題についても整理した。また、国内の関連する障害者制度における障害の捕らえ方についても調査・整理した。

平成18年度は、視覚障害、聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害と残りの内部障害(直腸・膀胱、小腸)に関して専門医の調査を実施した。そして、これらの障害について障害認定の課題を整理した。

肢体不自由については、具体的な認定基準についても提案した。

C. 研究結果

本年度は、内部障害の各分野の専門医からの意見聴取を実施し、これまでの調査結果をふまえて、肢体不自由および内部障害(心臓、呼吸器、腎臓)の身体障害者福祉法における障害認定の課題を整理した。その結果、内部障害については、心臓機能障害では、検査法の再検討、体内装具の取り扱いなどについて、呼吸器機能障害については検査法の再検討など、腎臓機能障害については、血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂、慢性透析療法対象者に認定などの課題が明らかになった。

また、肢体不自由に関しては、遷延性意識障害の認定基準、高齢者の認定方法、乳幼児と高次脳機能障害の認定時期、人工関節置換術等の認定の考え方、両下肢機能障害の認定基準などにおける課題が明らかとなった。

さらに、脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害認定上の問題についても整理し、急性期治療におけるデータベースの整備とその後の回復

期、維持期、終末期におけるきちんとした一貫した追跡調査などの必要性が明らかになった。

加えて、身体障害者福祉法の理念を検討するための基本的資料として、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。その結果、①障害者(児)の福祉の増進、②障害者の(生活)自立促進、③障害者等の安定した生活を保障、④社会防衛、⑤権利保障、⑥便宜提供、⑦平等の確保、⑧国家賠償などの理念があることが明らかになった。

D. 考察

3年間の研究により身体障害者福祉法における、視覚障害、聴覚・平衡機能障害・音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由および内部障害(心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害)の障害認定の課題を整理した。

このうち、肢体不自由については、「身体障害者障害程度等級表に係る総括事項」と肢体不自由に係る「障害程度等級表解説(肢体不自由個別事項)」を修正・追記した改定案を提起した。今後の課題としては、他の障害についても、このような具体的な改定案を提起していく必要がある。

また、身体障害者福祉法は、本来リハビリテーション法としての性格をもっていたにもかかわらず、社会的要請により、障害者保護の要素が強くなってきており、それが、障害認定基準にも反映されている。そのため、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進する」という身体障害者福祉法の本来の目的を超えて障害範囲が拡大している。(例：遷延性意識障害)

しかし、障害者自立支援法の成立により介護

給付等が制度化され、身体障害者福祉法の役割も変化してきており、今後、身体障害者福祉法の認定のありかたも再検討されていくと考えられる。

そこで、このような現状をふまえ、今後は、本来の身体障害者福祉法の目的にあった障害認定のありかたについて検討することも必要であろう。

具体的には、日常生活能力の回復を支援するための障害認定、日常生活の自立を支援する障害認定、福祉的就労を支援するための障害認定、職業的自立を支援するための障害認定などがどうあるべきかを検討することが想定される。

E. 結論

3年間の研究により、身体障害者福祉法における、視覚障害、聴覚・平衡機能障害・音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由および内部障害（心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害）の障害認定の課題を整理した。

このうち、肢体不自由については、「身体障害者障害程度等級表に係る総括事項」と肢体不自由に係る「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」を修正・追記した改定案を提起した。

また、障害認定の理念に関する国外の状況を調査するとともに、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総合研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（内部障害）

分担研究者 柳澤信夫

身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理として、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害の5つについて整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）の結果のうち、今後の障害認定の課題として複数提起されたものを内部障害に関して整理し、さらに、専門医の調査を実施した。

その結果、心臓機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）ペースメーカー等体内装具の取り扱い、（3）急性期の認定についての検討の必要性が明らかになった。

また、呼吸器機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）2級認定の検討の必要性が明らかになった。

腎臓機能障害については、（1）血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂、（2）慢性透析療法対象者は1級認定の課題があきらかになった。

ぼうこう・直腸機能障害については、（1）原因によらない「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」の認定の検討、（2）「完全尿失禁」の定義の明確化、「完全尿失禁」に加えて「著しい尿失禁」等を含めることの検討の必要性が明らかになった。

また、小腸機能障害については、（1）経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めることの検討、（2）小腸の残存部位の長さによる認定以外の全身的な栄養状態や日常生活の質も加えることについての検討についての必要性が明らかになった。

研究協力者

和泉徹（北里大学医学部教授）
住田幹男（関西労災病院リハビリテーション科部長）
原茂子（虎の門病院健康管理センター部長）
松島正浩（東邦大学医学部教授）
望月英隆（防衛医科大学学校教授）

年度は、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害について、平成18年度は、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害について整理をした。なお、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害については、障害認定の歴史も浅く、平成15年度に実施した都道府県障害認定担当者に対する調査でも、また、平成16年度に実施した都道府県障害認定医師に対する調査でも、特段の課題が指摘されなかったため、本研究では取り上げないこととした。

A. 研究目的

身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理をすることが目的である。ただし、内部障害は範囲が広く、6種類あり、平成17

B. 研究方法

1. 障害認定に関する要望の整理

本研究では、これまで、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成 15 年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成 16 年度）を行った。その結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを内部障害に関して整理した。

2. 専門家からのヒアリング

これらの要望について、各分野の専門医に意見を求めた。

C. 研究結果

障害認定に関する要望の多い順に整理したものが、資料 1～5 である。

専門家からのヒアリングの結果は、資料 6～11 のとおりである。

D. 考察

1. 心臓機能障害

（1）検査法の再検討

現状行われている心電図を中心とした検査法については、再検討の要望が多い。特に、心エコー、心臓カテーテルの導入をすすめる意見が多かった。

最近 20 年の医学検査法の進歩は目覚ましいものがあり、NYHA 心機能分類、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチ、バイオマーカー、身体活動能力指数・6 分間歩行テストなど、近年の検査法の進歩を反映させて検査法を検討することも考えられる。

（2）ペースメーカー等体内装具の取り扱い

ペースメーカー植め込みや人工弁置換術等後に ADL が改善した場合は、別の認定方法用いるべきであるという意見が多かったが、逆に、

患者の基礎心疾患を重視して、1 級認定が該当という意見もあった。

しかし、ペースメーカーの植め込みに関しては、植め込み前の状態やペースメーカー植え込み術後の依存状態により等級を決定することも考えられる。これについては、（1）とともに検討することが適当である。

（3）急性期の認定

急性心筋梗塞や不安定狭心症など発症と同時に申請をする場合についての取り扱いについて明確にすべきであるというものである。症状固定後の認定とすれば更生医療の対象にならないが、同時申請を可能とすれば対象になる。都道府県で取り扱いが異なるところがあり、具体的に手術が決まっているのであれば手帳が交付されるようにするなど、取り扱い方法を明確にすることが求められている。また、その場合でも、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなった場合は、手帳を返上することを制度的に保証する必要があるという意見もある。

身体障害者福祉法がリハビリテーションを目的とするものであれば、対象とすることで障害の除去、軽減に寄与する点からは対象にすべきであるが、対象を障害者とするのであれば、障害の永続性の観点から考えれば、対象にはならない。これらの議論は、身体障害者福祉法の理念にかかわるもので、制度的な議論に委ねたい。

2. 呼吸器機能障害

（1）検査法の再検討

検査法の再検討については、多くの必要性が指摘された。特に、SpO₂ の活用についての意見が多かった。また、在宅酸素療法実施者に対する認定方法についての希望も多かった。近

年の医学的検査法の発達や普及の現状をふまえて、検査法を再検討することも考えられる。

(2) 2級認定

2級認定の要望も多いが、内部障害が身辺活動の制限(1級)、家庭内活動の制限(3級)、社会生活の制限(4級)という区分がなされており、内部障害全体として2級の意味が明らかになるならば、検討可能であるが、現状で、単独の障害で2級を設定するには、検討材料が不足している。

3. 腎臓機能障害

(1) 血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂

最も希望が多かったのが現状の血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂である。クレアチニン値は筋肉量や体格によって異なることから高齢者や女性には不利であるという意見が多かった。これについては、医学的進歩を反映した認定基準を検討する必要がある。

(2) 慢性透析療法対象者は1級認定すること

都道府県調査では、終生透析を要する者はじん機能検査値にかかわらず1級にすべきであるという意見も多かった。逆に、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という意見もあった。

一律に対応することは、合理的に説明できるのかの問題があるので、これも(1)とともに慢性腎不全透析導入基準(厚生科学研究1991)など新たな基準を活用して改訂を検討すべきであると考えられる。

4. ぼうこう・直腸機能障害

課題として指摘が複数あったものを取り上げると次のようになる。

(1) 「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について

現状では、ぼうこう・直腸機能障害の認定において、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があることが要件になっているが、原因が制限されているために、同様の「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があっても、ぼうこう・直腸機能障害に認定されない場合がある。例えば、産婦人科や泌尿器の手術に伴う神経因性膀胱は対象にならない。これに対して、完全尿失禁や永続的な摘便などの実態に着目して認定対象にすることを検討すべきであるという意見が多い。(29/49件)

(2) 「完全尿失禁」の定義について

現状の認定基準では、「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、具体的にどのような場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか明確ではないという意見である。

(3) 「完全尿失禁」でなく「著しい尿失禁」等を含めることについて

上とも関連があるが、高度の排尿機能障害の概念が不明瞭であることから、著しい尿失禁も含めるべきであるという意見が2件あった。

5. 小腸機能障害

(1) 経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めることについて

成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほとんど経管的に投与されていたが、現在は、フレーバー等の開発が進み、ほとんどが経口摂取するようになった。そのため、小腸機能障害認

定基準として、「経腸栄養」の規定を変更する必要があるという専門医の意見があった。同様の意見は、都道府県認定医からも複数（3例）提起されている。また、QOLを考慮して、経口栄養管理に切り替えてもその結果、認定基準から外れるという矛盾を生じているという主張もある。

（2）小腸の残存部位の長さによる認定について

現行の認定基準では、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している。

しかし、残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能とは比例しないため、全身的な栄養状態（TR・アルブミン・微量元素）やADLの評価が必要であるという意見がある。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や、栄養状態、日常生活の質も加えるべきであるという意見も複数ある。

E. 結論

身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理として、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害の5つについて整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを内部障害に関して整理し、さらに、専門家からのヒアリングを実施した。

その結果、その結果、心臓機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）ペースメーカー

一等体内装具の取り扱い、（3）急性期の認定についての検討の必要性が明らかになった。

また、呼吸器機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）2級認定の検討の必要性が明らかになった。

腎臓機能障害については、（1）血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂、（2）慢性透析療法対象者は1級認定の課題が明らかになった。

ぼうこう・直腸機能障害については、（1）原因によらない「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」の認定の検討、（2）「完全尿失禁」の定義の明確化、「完全尿失禁」に加えて「著しい尿失禁」等を含めることの検討の必要性が明らかになった。

また、小腸機能障害については、（1）経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めること、（2）小腸の残存部位の長さによる認定以外の全身的な栄養状態や日常生活の質も加えることを検討する等の課題が明らかになった。

資料1 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（心臓機能障害）

	医師	医師以外	合計
検査法の再検討			
心電図を中心と検査方法の変更	26	5	31
心電図所見項目と活動能力のズレがある 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。 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。		3	
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。 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。 心電図所見が出ないような事例もある。	2	1	
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、R I検査）による心機能評価項目があってもよいと思う。	1		
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。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。	1		
心臓の認定について、バイパス術等を行った後の再認定時に、心電図所見には異常がなかったり、夜のみ異常が見られる等で、現在の認定基準では障害の該当にならないことについての要望が市民からある。	1		
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、認定基準に追加する方向を示していただきたい。 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。	2		
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。心エコーの記載項目を追加した方がよい。	2		
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。	1		
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。	1		
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。	1		
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	1		
活動能力評価に客観的な検査を加えるべき。例えば運動負荷心電図等。	1		

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。	1		
重症の拡張型心筋症でも心胸比正常がある。	1		
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。	1		
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)	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」が实际的である。	1		
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。	1		
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きたい。	1		
X-P, ELG, だけで基準外、基準内は妥当ではありません。 将来的なことをふくめた生活能力判断は必要である。	1		
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。	1		
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。	1		
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るべき。 例:左室駆出率、心カテ所見など	1		
心臓機能障害の意見書には人工弁・ペースメーカーの有無しか記載がないが、ICD など他のものも記載できるようにして欲しい		1	
認定の原則			
ペースメーカー等体内装具の取り扱い	10	5	15
ペースメーカー植え込み、人工弁置換術等を受けたことにより、ADLが改善する場合は、認定方法を別にすべき。 人工弁置換による心臓機能障害1級などは、支援の必要性をはかる尺度とはならないのではないかと。 体内装具（ペースメーカー、人工弁等）について機能全廃としての間扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。 人工ペースメーカー装着した後の障害再認定の基準の必要性 ペースメーカー装着は日常生活上の制限から考えて3級が適当。 ペースメーカー埋め込み術後の患者は活動状況が非常に良好である。呼吸器機能障害と比較しても公平さを欠くように思われる。等級の見直しをしてもよいのではないかと。 心臓機能障害に関して、人工ペースメーカーを装着した場合1級認定となっているが、現在、ペースメーカーの普及により重篤な場合にのみ装着しているとは限らず、従来どおり最上級の1級としてよろしいものか 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。			

<p>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。</p> <p>ペースメーカー植込み以前は、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、ペースメーカー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。</p> <p>弁置換、ペースメーカーでの基準を見直すべきである。</p> <p>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）。</p>			
人工弁と弁形成術の差異解消	1		
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ように感じる書類が多い。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。	1		
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。	1		
18歳未満の基準			
心臓機能障害の18歳未満用の認定基準では、先天性の心疾患を患う者の障害状況を十分には汲み取ることができない。	2		
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。			
認定時期			
急性期の認定	5	1	6
<p>心臓機能障害で弁置換術を行えば1級となるが、その前段では基準に該当する所見が現れないことがあり手帳が交付されない。具体的に手術が決まっているのであれば手帳（等級は1級でなくても構わない）が交付されるようにしてほしい。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>「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か、明記して頂きたいと考えます。</p> <p>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。</p> <p>症状の固定化の判断が困難な場合に苦慮している。</p>			

障害の範囲			
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）障害認定としたりいかがでしょうか。	1		
傷病名の追加：高度房室ブロック	1		
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。	1		
再認定	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。	1		
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。			
診断書様式			
5段階の生活制限の程度の文章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考える。表現を再検討を要するかと考える。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	2		
「部分的心臓浮腫」を具体的表現に変えてほしい。	1		
4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。	1		

資料1-2 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（呼吸器機能障害）

検査法の再検討			
日本人を対象としたノモグラフの導入（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。）	1		
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。	1		
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。）	1		
02分圧等の基準を緩和するべき。		1	
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。	1		
数値以外の部分（例えばX線所見等）も認定基準項目等に取り入れてほしい。		1	
予測肺活量1秒率や動脈血ガス02分圧の数値測定は酸素吸入を止めた状態で測定した値である。申請者のなかに酸素吸入離脱が難しい場合が多々見受けられるので、吸入量に応じた基準を設けることはできないか。（市民・医師より）	1	1	
S p O 2 の利用での認定方法	1		

酸素飽和度 (SpO ₂) と PaO ₂ の相対関係を示して頂き、SpO ₂ 値を判定の参考とすることが望ましい。	1		
SpO ₂ は、動脈血ガス O ₂ 分圧の代用として採用する	1		
指数と動脈血 O ₂ 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。SpO ₂ 値で提示された場合の判定基準が必要。	1		
動脈血 O ₂ 分圧等の任意性の少ない基準がより必要と思います。	1		
動脈血 O ₂ 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、SpO ₂ をもって代替すべきである。	1		
O ₂ 分圧の測定データがない場合があるので、SpO ₂ の測定データで障害認定をできるようにしてほしい旨、医師より要望があった。	1		
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 SpO ₂ の低下、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。	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。	1		
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。	1		
安静時の O ₂ 分圧だけでなく体動時の O ₂ 分圧 (SpO ₂) も重要です。又、C O ₂ 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。	1		
O ₂ 分圧数値については労作後の数値と実際の活動能力の程度を考慮してほしい。(障害者から)		1	
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、O ₂ 分圧や CO ₂ 分圧を主にして頂ければ分かりやすいと思う。	1		
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 (SO ₂) 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。	1		
間質性肺炎など、安静時に比して運動時の動脈血 O ₂ 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のでは。	1		
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。	1		
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ほしい。	1		
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。	1		
気管切開を想定した認定基準が必要である。	1		
在宅酸素療法実施者の認定基準作成			
在宅酸素療法を実施している者の認定基準の範囲の拡大	1	1	

在宅酸素療法患者に対する等級判定方法。	1		
在宅酸素吸入症例の等級判定	1		
在宅酸素吸入の場合の認定基準が明らかでない。	1		
HOT時の検査	1		
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できます。	1		
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級で申請してくるケースが多く困っている。	1		
80歳以上の超高齢者に対する判定方法。生理的にも肺機能は低下する。	1		
肺を片方摘出した、腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えている。			
現状の診断基準では認定不可能なケースがほとんどでほとんど全ての診断書は、審査会で医師の判断が必要となってしまう。もう少し実情に合わせた基準（市民への説明をするためにも）が必要である。	1		
障害の範囲拡大			
気道狭窄の認定	1		
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。	1		
2級認定			
2級の創設	4	2	
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	1		
呼吸器機能障害には2級が存在しないのは、呼吸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。	1		
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。	1		
基準緩和			
呼吸器機能障害の認定基準の緩和ができないか。患者の肉体的苦しみの実態が反映されていない。（県審議会で毎回話題になっています）		1	
認定基準の基準緩和	1	1	
呼吸器機能障害において、在宅酸素療法を実施している者は全て1級として欲しい。（呼吸器機能障害者の団体）		1	
1級認定の基準が厳しすぎる。	1		
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5torr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違いが生ずることも重要であろう。	1		
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。	1		
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。	1		
認定の考え方			

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、理想だと思います。	1		
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。	1		
肺癌の末期と考えられる状態（癌性胸膜炎、癌性リンパ管症、播種性転移など）の判定に苦慮しています。	1		
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、杖をつけ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。	1		
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		
80歳以上の超高齢者は現在の基準で評価してよいか。	1		
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、いわゆる更生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。	1		
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。	1		
他臓器機能障害（脳梗塞後・先天的心障害）などとの混合障害の認定に苦慮している。	1		

資料1-3 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（じん臓機能障害）

透析を1級に	5	6	11
終生透析を要する者はじん臓機能検査値にかかわらず1級として頂きたい	1	5	
慢性透析療法を実施している者については1級として欲しいというもの。		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。	1		
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。	1		
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		
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。	1		
透析導入した者は一律認定してほしい。		1	
クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂	18	5	23
クレアチニン濃度値を最重視するような基準は改めて欲しい	1		
クレアチニン濃度を重視しているの見直してほしい。クレアチニン濃度をもってで		1	

は障害程度が反映しないケースもある。			
S-Cr. は筋肉量に強く影響されるものであり、現行基準は腎炎の若年男性に極めて有利で、(全身状態の悪化しやすい) DM 性腎症の高齢女性に極めて不利である。せめて、小腸機能障害の栄養所要量のような年齢性別を反映する基準を設けるか、透析開始から数ヶ月経過・離脱見込みなしを1級とするなどの改善が必要。以前と違って腎炎よりも(全身状態の悪化しやすい) DM 性腎症の増加によるものが多いため、S-Cr. 8.0 以上まで待てずに透析に至る事例が少なくない。	1		
クレアチニン値は筋肉量、体格によって異なる。クレアチニ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)、クレアチニ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。	1		
クレアチニン濃度中心の認定に関して、筋肉量をも鑑みた相対的な判定を要望されることが多々ある。	1		
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。	1		
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。	1		
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時間クレアチニ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。	1		
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ニ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。	1		
クレアチニンクリアランス値での認定は12歳未満のみとなっていますが、本人の状態によってはクレアチニン濃度でしか判定できないケースもあると思います。(病名や体重等により)クレアチニンクリアランス値でも認定できればと思います。	1		
12歳以上は、内因性クレアチニン値ではない、血清クレアチニン濃度の値をもって認定しているが、専門の医師から、肥満の方や高齢の方は、内因性クレアチニン値の数値の方が信用できるはずであるので、基準の見直しをするよう要望された。	1		
じん臓機能障害(1級)のS-Cr. 8.0以上要件の緩和。	1	1	
じん臓機能障害について、血清クレアチニン濃度が8mg/dlをこえていない場合、1級認定することは適当でないとなっているが糖尿病性腎症等、血清クレアチニン濃度が多少低くても臨床症状、活動能力等の状況から1級にならないか。	1		
腎臓機能障害について、症状によっては「血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上」を超えなくても「1級相当」の障害に値する場合があるため、「1級」の基準の「血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上」を「7.0mg/dl以上」としてほしい	1		
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。		1	
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		

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。	1		
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）	1		
血清クレアチニン値が高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。	1		
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。	1		
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。	1		
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	1		
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。	1		
日常生活活動の程度については、不必要と考えられる。	1		
より精確な腎臓機能の残存能力の評価方法において認定を行う。		1	
高齢者にはじん機能検査数値の基準を下げてほしい。	1		
診断書様式			
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。	1		
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。	1		
じん増機能障害用診断書・意見書の様式に、身長・体重の記載をするよう変更をしていただきたい。	1		
その他			
クレアチンクリアランスの計算式を示してほしい。	1		
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。	1		
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。		1	
等級2級も必要。	1	1	
腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えている。		1	

資料4 都道府県担当者からの要望（ぼうこう・直腸）

医師 医師以外 合計

	医師	医師以外	合計
障害の範囲の拡大			
「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について、原因を限定せず状態からみた認定が可能をして欲しい。「直腸肛門吻合術」が原因である場合など。	3	3	6
心因性排尿障害に拡大。		2	2
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。	1		1
産婦人科や泌尿器の手術に伴う排尿機能障害について、認定の対象とならないか。		1	1
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。	1		1
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に高いと思われる。）	1		1
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……。	1		1
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		1
退行性病変の者もぼうこう・直腸機能障害の障害認定をすべきである。		1	1
15年度より新基準になり「二分脊椎による排尿・排便機能障害があるもの」にとっては、基準が厳しくなった。		1	1
潰瘍性大腸炎による大腸機能障害についても認定の対象とするべき。		1	1
脊髄損傷や脳血管障害による排尿機能障害および排便機能障害を対象にして欲しい。	1		1
膀胱拡大術に伴う高度排尿機能障害についても、障害認定してよいのではないか。	1		1
「完全尿失禁」でなく「著しい尿失禁」等を含めて欲しい。	1	1	2
手術の対象が直腸に限ることの根拠は何であろうか。	1		1
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。	1		1
二分脊椎等の先天性疾患に限る根拠も不明。	1		1
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。	1		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。	1		1
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、このような症例と認定してもよいのではないか。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
等級			
二分脊椎症を原因とするぼうこう・直腸機能障害については、排尿機能障害・排便機能障害の別によることなく一律に3級または1級に認定して欲しい。		1	1

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ほしいのではないかと考えます。	1		1
認定方法			
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。	1		1
「～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。	1		1
高度の排尿機能障害に該当するかどうか人がに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。	1		1
治療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、「手術等によって治療を試みたのか否か、そしてその結果として腸瘻が治療困難となったのか」ということが判断しがたいと感じています。	1		1
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。	1		1
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。	1		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。	1		1
「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）	1		1
排便の質、量がかなり異なっていますので、小腸のストマと大腸のストマは分けて考えるべきと思います。	1		1
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		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。	1		1
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+治療困難な腸ろう……3級 腸管のストマ+治療困難な腸ろう……4級	1		1
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。	1		1
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。	1		1

<p>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、遡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。</p>	1		1
<p>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「<input type="checkbox"/>カテーテルの常時留置」「<input type="checkbox"/>自己導尿の常時施行」「<input type="checkbox"/>完全尿失禁」には印がなく（白紙である）、すべてが「<input type="checkbox"/>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。</p>	1		1
<p>診断書様式</p>			
<p>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。</p>	1		1
<p>再認定</p>			
<p>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。</p>	1		1

資料5 都道府県担当者からの要望（小腸）

医師 医師以外 合計

	医師	医師以外	合計
障害の範囲の拡大			
経腸栄養法は経管に限らず、経口でも認めてほしい。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
認定方法			
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。	1		1
全身的な栄養状態（TR・アルブミン・微量元素）やADLの評価を必要と考えます。	1		1
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	1		1
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。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
長さ、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があると思います。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
できれば参考になる血液情報が必要と思う。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
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。	1		1

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收の障害という観点からは、なんらかの認定基準があってよいのでは。	1		1
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？	1		1
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。	1		1
悪性腫瘍の末期であっても、化学療法にて長期生存やまれに治癒までもっ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。	1		1
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。	1		1
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。	1		1
等級			
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。	1		1

資料6 専門医のヒアリング結果（心臓）

1. 心臓機能障害をとりまく現状

- ・長寿社会をむかえ、心不全は、国民病になりつつある。現在本邦では、慢性心不全患者は約 250 万人 40 歳以上の人 が 100 人 いれば 2、3 人心不全に該当する状態。
- ・その中で、人工臓器を使うことで症状を一時的に軽快せしめることが可能になる、Stage D 分類の治療抵抗性の難治性患者が 0.6%。
- ・その患者が心不全医療費（約 1 兆円）の 40% 近くを消費していると推定。
- ・1980 年くらいから診断法が非常に進んできた。
- ・機能分類としての NYHA 心機能分類、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチ、バイオマーカー（BNP：脳性利尿ペプチド、cTnT：心筋トロポニンT）や身体活動能力指数・6 分間歩行テストなどが心臓機能障害を客観的に表すものとして高い信頼性を得ている。

2. 心不全の診断基準改訂の可能性

- ・電氣的不全と機械的心不全の 2 種類がある。
- ・現在の身体障害者福祉法の障害認定は、心奇形と弁膜症を中心とした機械的心不全を念頭においている。
- ・機械的心不全の対象者の比率は低下している。
- ・医学の進歩による検査法を検討する時期である。

3. 診断法の検討

（1）機械的心不全の診断方法

症状・徴候： フラミンガム診断基準（起座呼吸、夜間呼吸困難症、内頸静脈の怒張、肺うっ血、全身浮腫など

臨床生理検査： 胸部X線、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチなど

バイオマーカー： CRP、BNP、cTnT など

治療内容： 薬物療法、心臓・血管手術、補助循環装着（CRT・LVAD）、心臓移植

身体活動能力： NYHA 心機能分類、身体活動能力指数、6 分間歩行テスト

などを駆使すれば、ステージ分類や機能障害の程度を認定することが妥当と思われる。しかしながら、高齢者が圧倒的多数をしめる関係上、精神活動や神経症状、それに加齢による進行を考慮して、他の簡単な総合テスト（ADLテスト、片足立ち試験）、や評価見直し期間（例えば2年間）の設置が望ましい。

（2）電氣的心不全

動悸や失神から突然死に至ることもある超急性経過をとる心不全である。通常徐脈型と頻脈型に分かれる。

徐脈型：クラス分類（I、II a、II b、III）に従って適応が決められ安定した成果が上げられている。

従って、クラス I の適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態の患者が障害者一級候補である。それ以外は慎重審査の対象となる。

頻脈型：植え込み型除細動器（ICD：implantable cardioverter-defibrillator）もクラス分類（Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲ）に従って適応が決められているが、Ⅱbであっても予防的観点からの装着も広く認められている。

従って、クラスⅠの適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態の患者が障害者一級候補である。それ以外は慎重審査の対象となる。

また近年、慢性心不全の補助循環として心臓再同調療法（CRT：cardiac resynchronization therapy）が登場してきた。

従って、クラスⅠの適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態患者は障害者一級が妥当ではないか。

その他、植え込み型心房細動徐細動器、肥大型心筋症のペーシング療法などがあるが、クラスⅠの適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態の患者が障害者一級候補である。それ以外は慎重審査の対象となる。

いずれにしてもペーシング療法には機械的不具合が時にあり、装着者は突然死、塞栓症、感染症のリスク管理は避けられない。また身体活動能力には comorbidity も関与する。

資料7 専門医のヒアリング結果（腎臓）

慢性腎不全透析導入基準（厚生科学研究 1991）の活用について

- ・透析実施者の障害認定に活用できる可能性がある。
- ・実際に適用してみると、全身の状態を点数で表せる。
- ・自立やリハビリテーションの観点からの基準のあり方も必要ではないか。
- ・日常生活活動の程度についても考慮する必要があると思われる。
- ・3, 4級の場合は、クレアチニンクリアランスでも可能性がある。
- ・腎不全そのものによる臨床症状についても、きちんと評価しないといけない。
- ・腎臓の機能、臨床症状、日常生活の制限度を総合的に評価することが必要。

慢性腎不全透析導入基準（厚生科学研究 1991）

腎機能、臨床症状、日常生活障害度などを点数で評価し、60点以上で透析導入の適応を決定する。

（1）腎機能：持続な血清クレアチニン（クレアチニンクリアランス）

8 mg/dl 以上(10ml/分以下) 30点

5~8mg/dl 未満(10以上~20ml/分未満) 20点

3~5mg/dl 未満(20以上~30ml/分未満) 10点

（2）臨床症状 以下のうち 3項目：30点 2項目：20点 1項目：10点

体液貯留(高度の浮腫、溢水による心不全肺水腫)

体液異常(管理不能の電解質・酸塩基平衡障害)

循環器症状(重篤な高血圧、心不全肺水腫、心包炎)

神経症状(中枢・抹消神経障害、精神障害)

血液異常(高度貧血、出血傾向)

視力障害(尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症)

（3）日常生活障害度

高度 尿毒症にて起床困難 30点

中等度 著しく困難 20点

軽度 通勤・通学が困難 10点

資料8 専門医の意見1 (ぼうこう・直腸機能障害)

(1) 障害の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い現在の身体障害の認定基準が現実には合わなくなっていることはありませんか。

現行の膀胱・直腸機能障害の認定基準で、現実には合わなくなっている点はないものと考えます。

現行の認定基準に関する「都道府県の認定医の意見」についても、認定基準の注意事項等を熟読すれば適切に判断可能なものがほとんどであると考えます。

(2) 近年の医学的進歩が反映された検査手段、方法を用いて障害認定を行うことができるでしょうか、あるいはそのような方法で行うほうがよいと考えられるでしょうか。よいと考えられる場合、その方法は、全国どこでも実施できるでしょうか。また、その場合の費用負担が適切であるかどうかについてもご意見をお願いします。

直腸機能障害の検査手段として、直腸肛門管内圧検査 (manometric test) や排便時のビデオ画像による機能検査 (defecography) 等がありますが、それらを行える医療機関はきわめて限られております。したがって、それらの検査を直腸機能障害の客観的判定に導入することは現実的ではありません。

資料9 専門医の意見2 (ぼうこう・直腸機能障害)

都道府県の認定医の膀胱または直腸機能障害の認定に関する主なご意見は下記の如くであり、これらの意見は、全てもっともな意見であると理解している。

1. 高度の排尿機能障害、排便機能障害を限定している理由がわからない。
2. 自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）は、ストーマ造設と同様に、手術をした時点で4級と認定してはいかがでしょうか。
3. 一般の神経因性膀胱にも適応範囲を拡大できないのか。

上記について、手術の対象が直腸に限る事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。

4. 高度の排尿機能障害に該当するかどうか人がに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。
5. 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。
6. 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に高いと思われる。)
7. ストーマのない膀胱・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・・・。
8. 先天性疾患の神経因性膀胱に基づく高度の排尿障害や術後の高度の排尿障害は身体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身体障害者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。
9. 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）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『新膀胱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ぬ』あるいは「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。

[参考資料]

平成11年4月に厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）総括研究報告書「ぼうこう又は直腸機能障害認定基準の見直しに関する研究（主任研究者：望月英隆防衛医科大学校外科学第一講座教授）の分担研究報告である。新訂身体障害者認定基準及び認定要項（2003年6月15日

発行)との違いがご理解頂けると幸いです。新訂身体障害者認定基準に私達が提出した「ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直し」が十分に反映されて居らず残念です。

厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)分担研究報告書

「ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直し」に関する研究

分担研究者 松島正浩 東邦大学医学部附属大橋病院長

研究要旨

ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直しに関する研究のうち、ぼうこう機能障害を来す疾患・治療の現状(直腸手術以外)とぼうこう機能障害の原因の限定の妥当性に関する検討を行った結果、この4半世紀における尿路変向(更)術の進歩は著しく、種々の禁制型の自己導尿型尿路変向術から最も新しい腸管を利用した自然排尿型の代用膀胱(新膀胱)の時代に突入している。よって従来のぼうこう又は直腸機能障害の認定基準では対応できかねる症例が増加している。

また二分脊椎のみに限定された従来の認定基準も不公平感がある。よって認定基準の変更案として

1. 同じ“神経因性膀胱”の所見があれば、二分脊椎以外の基礎疾患(脳血管障害、脊椎損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害)糖尿病性神経障害など)も認める。
 2. 導尿代用膀胱(CUR)は4級にする。
 3. 新膀胱(OUR)では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。
- 以上3項目を新たに適応拡大とすることが妥当であるとの結論に達した。

A. 研究目的

ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直しに関する研究のうち、ぼうこうの機能障害を来す疾患・治療の現状(直腸手術以外)と、ぼうこう機能障害の原因の妥当性に関する検討を行った。

B. 研究方法

身体障害認定基準(解釈と運用)、厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課、中央法規、1997のぼうこう又は機能障害の認定基準と事例を照らし合わせながら、その矛盾点を洗い出し、最近10年間の日本泌尿器科学会の全国膀胱がん患者登録調査報告の尿路変向術の術式を参考にして最近の尿路変向術の傾向を把握し、現認定基準の不合理な問題点を指摘すると同時に、二分脊椎とそれに準ずる疾患に関しての問題点を調べる。

C. 研究結果

①ぼうこう機能障害を来す疾患の治療の現状

②ぼうこう機能障害の原因の限定の妥当性に関する検討を行った結果

認定基準の変更案として

1. 同じ“神経因性膀胱”の所見があれば二分脊椎以外の基礎疾患(脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害、糖尿病性神経障害など)も認める。
2. 導尿代用膀胱(CUR)は4級にする
3. 新膀胱(OUR)では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。

以上3項目を適用拡大とすることが妥当である。

認定基準の変更案(膀胱のみの機能障害とした場合)

4 級：尿路変向（更）のストマをもつもの

但し、尿路変向（更）とは腎ろう、尿管ろう、回（空、結）腸導管、禁制尿路変向（更）および著しい尿失禁を認めるか、頻回の導尿を要する新膀胱

以上の 1 項目を新たに加えることが妥当である。

D. 考察

ぼうこう機能障害を来す疾患・治療の現状

ぼうこう機能障害を来す疾患、すなわち本来の膀胱機能である尿の貯留が、膀胱の種々の器質的・機能的な疾患のために不可能となる状態となる疾患である。器質的なものとしては、浸潤性膀胱癌に代表される膀胱全摘除術、その他の骨盤内悪性腫瘍（子宮癌、直腸癌、前立腺癌など）で膀胱全摘除術が施行される症例が挙げられる。機能的なものとして従来良性疾患の神経因性膀胱のうち、2 分脊椎がその対象である。

尿は腎で作られ、尿管を経て膀胱で一定時間貯留し、尿道を経て体外へ排出される。この経路を変える手術を尿路変向（更）術という。尿路変向術には腎ろう術、腎盂ろう術、尿管ろう術、膀胱ろう術があり、一時的と永久的尿路変向術に 2 大別されていた。昨今では超音波ガイド下の経皮的腎ろう術などが一時的尿路変向術として全世界に普及している。

腸管を用いる尿路変向術は 1851 年に Simon による膀胱外皮症の尿管を直接、直腸に吻合する手術が最初で、1950 年には Bricker の回腸導管という、回腸皮膚癌術の報告により、尿路変向術として画期的な発展を遂げてきた。前者の尿路直腸吻合法は尿管 S 状結腸吻合と共に一時期普及したが晩期合併症の腎盂腎炎に起因する腎後性腎不全の問題が予後に左右する為に消退していった。後者の回腸導管を含むこれまでの種々のろう術はすべて失禁型のため、術後の生活の質の低下は社会的な問題となっていた。

1980 年代に腸管を利用した種々の非失禁型（禁制）の自己導尿型尿路変向術があいついで報告され、世界的に主流をなすようになった。Kock pouch、Indiana pouch、Meinz pouch などである。

その後、尿道と尿道括約筋が健全な症例に対し、腸管を使用した新膀胱と尿道を吻合して、尿道口より自然に排尿可能な自然排尿型の代用膀胱（新膀胱）が報告され、我が国にもしだいにこの方法が増加傾向にある。

全国膀胱癌患者登録調査報告（1981 年以後）を調べると 1985 年と 1995 年を比較すると尿路変向術の術率は、1985 年には回腸導管 54%、尿管癌 36%、禁制型を含むその他 2%であったものが、1995 年では回腸導管 56%、禁制型代用膀胱 4.2%、自然排尿型代用膀胱 13%となり、回腸導管は安全な尿路変向術としてその首位を保っているが、しだいに自然排尿型代用膀胱が増加していることが現状である。

一方二分脊椎に対する尿指変向術は膀胱機能を温存させ自然排尿を続けることに意味がないと考えられた場合にのみ適応となり、陣旧制の神経因性膀胱で尿路荒廃が著しい場合を除いて実際の適応となる例は今日では極めて稀となっている。すなわち小児期より間欠性自己導尿法の訓練開始により膀胱尿管逆流現象や水尿管に起因する腎後性腎不全への発展が防止できる時代になってきているのが現状である。

ぼうこう機能障害の原因疾患の限定の妥当性に対する検討

現行のぼうこう又は直腸機能障害の認定基準における泌尿器等の原因疾患では、尿路変向（更）のストマをもつもの、二分脊椎による高度の排尿機能障害があるもの、二分脊椎による排便機能障害及び排尿機能障害があるものと限定されている。

しかるに尿路変向（更）は従来の失禁型の尿路変向から、非失禁型の導尿型代用膀胱と自然排尿型新膀胱の時代に移行しつつあるので、これらの新しい尿路変向を含めた対応が必要と考える。また、従来、二分脊椎のみが対象となってきた神経因性膀胱もこれと同等の神経因性膀胱を有する疾患が多く認められ、これが除外されていることに関する不満が以前より存在している。よって神経因性膀胱をきたす疾患の適応の拡大が必要であると考え。二分脊椎とそれに準ずる疾患として脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後の神経障害、糖尿病性神経障害などに起因する高度な排尿機能障害もこの対象となるべきと考える。但し、高度の排尿機能障害に客観性を持たせるために、膀胱内圧測定、尿道内圧測定、尿流測定、残尿量の検査所見を添付することが必要であるという提言も必要と考える。

認定基準の変更案として

1. 同じ”神経因性膀胱”の所見があれば、二分脊椎以外の基礎疾患（脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害、糖尿病性神経障害など）も認める。
 2. 導尿代用膀胱（CUR）は4級にする
 3. 新膀胱（OUR）では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。
- 以上3項目を新たに適応拡大とすることが妥当である。

膀胱のみの機能障害とした場合の認定基準の変更案

- 4 級：尿路変向（更）のストマをもつもの、但し、尿路変向（更）とは腎ろう、尿管ろう、膀胱ろう、回（空、結）腸導管、禁制尿路変向（更）および著しい尿失禁を認めるか、頻回の導尿を要する新膀胱以上の1項目を新たに適応拡大とすることが妥当である。

E. 結論

認定基準の変更案として

1. 同じ”神経因性膀胱”の所見があれば、二分脊椎以外の基礎疾患（脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害、糖尿病性神経障害など）も認める。
 2. 導尿代用膀胱（CUR）は4級にする。
 3. 新膀胱（OUR）では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。
- 以上3項目を新たに適応拡大とする。

認定基準の変更案（膀胱のみの機能障害とした場合）

- 4 級：尿路変向（更）のストマをもつもの、但し、尿路変向（更）とは腎ろう、尿管ろう、膀胱ろう、回（空、結）腸導管、禁制尿路変向（更）および著しい尿失禁を認めるか、頻回の導尿を要する新膀胱との結論に達した。

資料10 専門医の意見（小腸機能障害）

(1) 障害の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い現在の身体障害の認定基準が現実に合わせてきていることはありませんか。

現行の小腸機能障害の認定基準で、現実に合わせてきているものとして、以下の点が挙げられます。

等級表4級に該当する障害として、「随時経腸栄養法で行なう必要があるもの」との規定があり、注22で、『「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう』との規定があります。成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほとんどが経管的に投与されていたのですが、現在ではフレーバー等の開発が進み、成分栄養剤を日常的に経口摂取している場合が極めて多くなっています。このような症例も、小腸機能に関する病態的には経管的に投与している症例と異なるところはないため、「経腸栄養」の規定を変更する必要があるものと考えます。

現行の認定基準に関しての「都道府県の認定医の意見」についても、この点についての問題を指摘する意見が多いです。

(2) 近年の医学的進歩が反映された検査手段、方法を用いて障害認定を行うことができるでしょうか、あるいはそのような方法で行うほうがよいと考えられるでしょうか。よいと考えられる場合、その方法は、全国どこでも実施できるでしょうか。また、その場合の費用負担が適切であるかどうかについてもご意見をお願いします。

低栄養評価の基準として、血清の低アルブミンと体重減少以外に、現在は血清のトランスフェリン、レチノール結合蛋白、プレアルブミン等があり、また、身体計測で皮下脂肪厚、上腕三頭筋周囲長等が有益であることが指摘されています。これらは現在では全国どこでも評価可能と思われませんが、しかし、それらを用いて栄養状態を評価する場合、かなり煩雑になりますので、極めて単純な現行の基準が実用上は有益と考えます。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総合研究報告書
身体障害者福祉法における障害認定の現状と検討課題（肢体不自由）
分担研究者 伊藤利之

現行の身体障害者福祉法における障害認定の問題点について全国調査し、その結果を基に、肢体不自由に関する障害認定課題の整理を行った。そのうえで、整理された事項について専門医（研究協力者）による検討を行い、「身体障害者障害程度等級表に関する総括事項」と肢体不自由に関する「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」の改定試案をまとめた。改定試案の作成に当たっては、横浜市および青森県における身体障害者手帳診断書700件を対象とした認定作業を行い、その是非について検証を行った。その結果、認定の迅速性、曖昧性、不公平性などについて改善が認められ、改定試案は概ね障害認定の便宜に供すると判断された。しかし、障害程度等級表の解説を改定するだけでは、遷延性意識障害や高齢化に伴う障害に係る問題を解決することはできなかった。

研究協力者

1. 安藤徳彦（横浜市立大学市民総合医療センターリハビリテーション科 前教授）
2. 樫本 修（宮城県身体障害者更生相談所長・宮城県拓杏園長）
3. 小池純子（横浜市総合リハビリテーションセンター 副センター長）
4. 土肥信之（広島県立保健福祉大学リハビリテーション科 教授）
5. 中島咲哉（岡山理科大学工学部福祉システム工学科 整形外科 前教授）
6. 白野 明（川崎市社会福祉事業団れいんぼう川崎 前所長）
7. 福田道隆（青森県立保健大学理学療法学科 前教授）

A. 研究目的

現行の身体障害者福祉法における障害認定においては、高齢化社会の到来、医学・医療の進歩、画像診断の普及、早期リハビリテーションの実現、障害の重度・重複化などの種々の要因により、診断の時期や認定基準とその解釈について、現場から様々な疑義が寄せられている。

本研究は、現行制度における肢体不自由領域の問題点を明らかにするとともに、その解決のために、とりあえず法制度の枠内

で可能と思われる「認定基準の解説」について検討し、臨床現場で実際に役立つ、現実に応じた改定試案を作成することである。

B. 研究方法

1. 平成15年度（特別研究）

全国都道府県の障害認定担当者を対象に、現行制度の障害認定に係る調査を行い、担当者が抱えている問題点を収集した。

2. 平成16年度

平成15年度の調査結果を受け、調査内容を絞って個別ヒアリングを行うとともに、

全国都道府県で現に障害認定を担当している医師を対象に調査を行い、障害認定に係る課題について検証した。

3. 平成 17 年度

これまでの調査結果を精査し、肢体不自由に関する障害認定をより公平・適切なものにするため、専門医（研究協力者）によるヒアリングを通して、改定の検討対象とすべき課題を整理した。

4. 平成 18 年度

平成 17 年度に整理された事項について、専門医（研究協力者）による検討を行い、「身体障害者障害程度等級表に関する総括事項」と肢体不自由に関する「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」の改定試案を作成、横浜市および青森県における身体障害者手帳診断書 700 件の認定作業を通して、その是非について検証した。

C. 研究結果&D. 考察

1. 国内調査および専門医からの意見聴取結果の整理（平成 15～17 年度）

1) 全国都道府県の障害認定担当者の調査結果（資料 1：平成 15 年度）。

(1) ROM・MMT の測定結果と障害程度に乖離がある場合が数多くある

脊柱管狭窄症、筋骨格変形、振せん、脳血管障害、パーキンソン病、痙性麻痺、関節障害、神経疾患を原因とする不随意運動・運動失調など、ROM・MMT の測定結果と障害認定に乖離のあることが多い。

(2) 現行の認定基準が十分適用できない対象がある

乳幼児、高齢者、遷延性意識障害者、高次脳機能障害者、知的障害者など、現行の

認定基準とその解説では十分対応できないことが多い。

(3) 人工関節などの体内装具の取り扱いに疑問がある

人工関節・人工骨頭などの技術進歩を勘案し、施術を受けたことにより ADL が改善する場合は、その結果に基づいて障害を認定すべきであるという意見が多い。

2) 個別ヒアリングおよび都道府県障害認定担当医師の調査結果（資料 2：平成 16 年度）。

(1) 遷延性意識障害について

回答者による違いが大きく、考え方もバラバラである。

(2) 高齢者について

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。

(3) 乳幼児の認定時期について

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。

(4) 成人の認定（症状固定）時期について

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。

(5) 機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）について

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。

(6) 下肢の機能障害について

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。

3) 専門医からのヒアリング結果(資料3:平成17年度)

専門医からのヒアリング結果をまとめると次のようになる。

(1) 遷延性意識障害について

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。

(2) 高齢者について(介護保険との関係)

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

(3) 乳幼児の認定時期について

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) 成人の認定(症状固定)時期について

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。

(5) 機能障害程度の判定方法(人工関節置換術後など)について

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。

(6) 下肢の機能障害について

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。

(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。

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が必要。

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。

2. 「認定基準の解説」の改定を前提に、検討すべき課題の整理

1) 長期にわたる遷延性意識障害の認定基準が不明確

遷延性意識障害では、麻痺のために随意運動ができないのか意識障害のために随意運動ができないのか、診断書の書面だけでは判断しかねることが多い。また、「常時の医学的管理が必要」な状態とはどのような状態か、医療機関への入院がイコール常時の医学的管理の必要性を表していない現状では、公平な判断をすることが困難である。

したがって、身体を随意的に動かすことができない場合の評価基準を検討すること、および「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準を検討する必要がある。

2) 高齢者の認定申請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

とりわけ後期高齢者では、加齢による機能低下との違いを見分けることが困難であり、同時に身体障害者福祉法の主目的であるリハビリテーションの対象にもなり難い。また、保護の立場からは介護保険が導入されたことから、本法と介護保険との棲み分けも必要である。

3) 乳幼児の認定時期は3歳以降が望ましいとされているため、3歳未満ではサービスを受けられない

重症心身障害児など、3歳未満でも明ら

かに障害認定の可能な児もいるが、成長により障害が大きくなる理由から障害認定されず、その結果として福祉サービスを受けられないことがある。

このような不公平性を解消するためには、3歳未満の認定基準を新たに作成するか、再判定制度の積極的な導入を図ることにより、成長による障害の変化に対処することが必要である。

4) 脳卒中では発症から3ヶ月を経過しないと認定できず、更生施設などのサービス利用が遅れる

急性期リハビリテーションが重視されるなか、医療機関におけるサービスが急性期にシフトするとともに短期化している。その結果、社会・職業リハビリテーションへの移行も早まり、福祉施設利用のために障害認定を受けるニーズも早期化している。

そのため、発症から3ヶ月を経過してからの障害認定では、事務手続きなどを含めると遅すぎる。将来的にも、医療機関における入院治療がさらに早まることが予想されるため、3ヶ月未満における認定基準を検討することは焦眉の課題である。なお、この時期に判定することによる障害特定の困難さは、画像診断や再判定制度の導入を図ることにより解決すべきであろう。

5) 人工関節置換術により機能が回復したのに等級程度が術前より高くなる

人工関節など、体内に埋め込む人工臓器は感染や拒絶反応など様々なトラブルが生じる可能性があり、これまでは体外に装着する義肢や装具と同様に、装着しない場合を想定して認定することを原則としてきた。

しかし、最近では人工関節置換術の技術的精度が高まり、術後長期間にわたって安

定して使用できるようになっており、体外に装着する義肢装具に比べて有利な条件が整ってきた。

そのため、人工関節については外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害状況に応じて認定するように基準の変更を検討する必要がある。

6) 両下肢機能障害の認定基準が不明確

①立位・歩行能力に着目した場合、一下肢の機能障害を単純に倍加しただけでは的確さに欠ける、②認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確であるという問題がある。

したがって、両下肢機能障害の新たな認定基準を示す解説を作成する必要がある。

3. 肢体不自由の「障害認定基準の解説」に係る改定試案の作成と検証（資料5・6：平成18年度）

1) 平成17年度にまとめた現行制度の課題について検討し、障害認定基準に係る課題を解決すべく、「身体障害者障害程度等級表に係る総括事項」と肢体不自由に係る「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」を修正・追記した改定試案（修正・追記部分は斜文字・ゴシック体で示した）を作成した（資料5）。ちなみに、今回の改定試案は法制度（別表）そのものには手をつけず、障害程度等級表の解説に係る改定にとどめた。

2) 作成した改定試案に基づき、青森県の身体障害者診断書100件および横浜市における診断書600件を対象に、専門医（研究協力者）による認定作業を通して検証を行った。その結果（資料6）、高い評価が得られ、改定試案は概ね障害認定の便宜に供すると判断された。しかし、障害程度等級表

の解説を改定するだけでは、意識障害や高齢化に伴う障害などに係る問題を解決することはできなかった。

4. 今後の検討課題

1. 認定基準と解説に係る検討課題

1) 遷延性意識障害や後期高齢者に対する認定については、今回の改定試案においてもなお曖昧さが残った。とりわけ意識障害による障害の認定は、そもそも身体障害者福祉法の趣旨に照らして適当か否か、再検討する必要がある。

2) 認定基準は、日常生活レベルに着目するならADLを特定する「機能障害」を基に作成されなければならないが、実際には社会・職業レベルの用語や「活動制限」を表す基準が混在している。今後は、他法との関係を勘案しつつ身体障害者福祉法の趣旨を明確にし、障害レベルを特定した認定基準の見直しが必要である。またこれと合わせて、障害名の適切な表示に必要な障害分類についても検討する必要がある。

3) 人工骨頭や人工関節などの置換術後の認定について、術後から診断までの期間をどの程度とするか、今回の改定試案では客観的な指標を示すことができなかった。今後、個々人によって異なることを前提に、具体的にどうすればよいか、多くの経験を基に再検討する必要がある。

4) 痛み「痺れ」などの感覚障害に対しては、現状では適切な客観的な認定指標がなく、今回は一定期間の治療と再認定を前提条件とした改定試案にとどまった。しかし、これらはいくまでも姑息的な対策であり、今後、医学・医療技術の進歩に裏づけられ

た新たな指標の開発を待つ、あらためて認定方法や基準の見直しを行うべきである。

5) 高次脳機能障害は「精神障害」に位置づけられているが、身体障害を合併している率は高く、肢体不自由との境界をどこにするかが問題となる。障害者自立支援法の制定により、サービスの受給という点では一定の解決をみたが、肢体不自由としての認定においては依然として曖昧さが残るため、今後、再検討が必要である。

2. 身体障害者診断書に係る検討課題

「診断書及び意見書」に、意識障害の有無(程度)や歩行距離を具体的に記載する欄を設けるなど、改定試案に伴う見直しが必要である。

ちなみに、「診断書及び意見書」については地方自治体によって加筆・修正が許されており、それぞれに異なっているが、今回の改定試案を採用する場合には、あらためて雛形を例示すべきである。その際には、「診断書及び意見書」に付随する「ADL 項目」などについても、改定試案に合わせて再検討が必要である。

E. 結論

平成 18 年度は研究の最終年度であり、過去 3 年間の研究成果を踏まえて、肢体不自由の「障害認定基準の解説」に係る改定試案の作成とその検証を行った。

その結果、認定の迅速性、曖昧性、不公平性などについて改善が認められ、改定試案は概ね障害認定の便宜に供すると判断された。しかし、障害程度等級表の解説を改定するだけでは、遷延性意識障害や高齢化

に伴う障害に係る問題を解決することはできず、今後、他法との関係を勘案しつつ身体障害者福祉法の趣旨を明確にし、障害レベルを特定した認定基準の見直しが必要である。

F. 健康危惧情報

特記すべきことなし

資料1 都道府県担当者からの要望

医師 医師以外 計

	医師	医師以外	計
<p>認定時期 外傷・疾病発生日から2～3か月で認定して欲しいというもの。申請者の家族から。 肢体不自由に対する早期の認定（発症から1ヶ月以内）申請者の家族脳血管障害以外の疾病や事故等についても認定時期についての期間を示してほしい。 脳血管障害に基づく障害の認定時期について、現行ガイドラインでは『発症から6ヶ月』との記述がなくなっているが、従来どおりの取扱で良いか否かが不明確である パーキンソン病で、長期に薬を服用したため1日の中でも症状が大きく変</p>			1 1 1 1 1
<p>人工関節 平成16年4月1日から適用された疑義解釈の認定基準における「人工関節を用いたもの」とは関節の全置換術を指している。という解釈にたいして、一部のDr. から、「では全置換でない場合の認定基準を示して欲しい。」と要望を受けた。 人工関節置換での全廃などは、支援の必要性をはかる尺度とはならない。施術等を受けたことにより、ADLが改善する場合は、施術（人工関節置換術）を受けたこと自体を対象とするのは見直すべきである。 体内装具（人工関節、人工骨頭等）について機能全廃としての問扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。 人工関節等によってほぼ永久的に機能を回復したものは、全廃とせず、見直すべきである。 人工関節・人工骨頭の場合は全廃とみなしてよいが、人工以外のもの（偽関節等）の場合は全廃とはならない。人工のものについて所見を参照に等級を認定するようにはならないのか。人工のものについてはかなりよいものができてきているため。</p>	1		1 1 1 1 1
<p>等級 認定基準に7級があるために7級ひとつでも手帳の交付対象となると思っている申請者も多く、窓口対応で7級申請者とのトラブルケースもある。7級ひとつでも手帳の交付対象とするか、6級に含める等、肢体不自由障害の上肢7級、下肢7級のあり方についてご検討願います。 7級の場合手帳の代わりに証明書を交付するか、又は7級ひとつでも障害者手帳の交付対象としてほしい旨、医師より要望があった。</p>			1 1
<p>診断書様式 「身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害）」の様式が実際の体の症状と合致していないので見直ししてほしい旨、申請者から要望があった。（具体的には、「上肢の状態、歩行能力及び起立位の状況」欄の（ ）内の選択肢を増やしてほしいという要望） 筋力の記載は○△×ではなく、1～5の数字で表記する方がわかりやすいと思われます。 肢体不自由障害において、現状の診断書では認定の判断が非常に難しい。他の障害分野と同様によりデジタルな認定基準が必要である。</p>			1 1 1
<p>障害範囲の拡大 7級ひとつでも障害者手帳の交付対象としてほしい、医師より要望非常に整形外科的要素が強く、痛みによる障害であるとか神経内科領域の障害が反映されにくいため見直ししてほしい。 医師 痛み、痺れによる機能低下（ADL低下）を認めてほしい。 手指の欠損の基準を満たさない切断についても、何等かの認定を行うべき。 市民からの要望</p>	1 1 1		1

等級に該当しないような切断だが、物がにぎれないなど日常生活には影響がある。

		1
診断書様式		
診断書上、同程度の障害状況だが医師の等級意見が異なる場合がある。		1
四肢及び体幹マヒで何級と記入する失生が多い。		1
診断書・意見書の情報では情報不足の点を、どう情報入手し、認定していくか。(指定医によりばらつきがあるため。)		1
肢体不自由の認定において、診断書・意見書には筋力テスト・関節可動域、動作・活動、その他の所見が記載されており、いくつかは認定基準の具体例に合致するが、それぞれ別々の等級の具体例に該当している場合は、医師の参考等級をもって障害認定しているが、はたしてそれでよいのか疑問を感じています。		1
取扱要領		
肢体不自由について、各障害部位での「全廃」「著しい障害」「軽度の障害」の程度を示す具体例を増やしてほしい。		1
疑義解釈で「両下肢障害での3級、4級認定はありうる」とあるのを、基準を明確にし等級表に入れてほしい。		1
肢体不自由障害においては、個々の様々なケースがあり、各関節の機能障害以外の部分では認定が難しく判断に迷う場合もあることから、診断書に基づく具体的な例をもう少し提示していただくよう要望します。(特に、「一上肢の機能障害」、「一下肢の機能障害」、「両下肢の機能全廃」、「両下肢の著しい障害」(両下肢2～4級の差異を明確に))		1
検査方法		
ADLとROM・MMTの測定結果に乖離がある場合の取扱い		
脊柱管狭窄症等で間歇跛行があり、ROM・MMTの数値が障害程度を表さない場合の取扱い		1
関節可動域・筋力テスト結果と、ADLの状況、障害名との間に乖離がある場合。		1
ADLは悪いが、ROM・MMTが良い場合。またその逆のときの判断		1
客観的所見とADLに食い違いがある場合：例)一下肢のMMTは4レベル、1km以上歩行不能かつ階段昇降に手すり要のため著しい機能障害(4級相当)とされている場合。		1
筋骨格変形や振せん等の障害によるものでMMTやROMから器質的障害が判断しにくい事例について、等級認定に苦慮することが多い。		1
客観的器質的な要因による障害の程度によらず、ADLの程度によって障害程度が診断されている場合の取扱いについて		1
ROM, MMT, とADLの不一致をどう取り扱うか		1
脳血管障害、パーキンソン病等ROM, MMTに障害が反映しにくいもの		1
ROM, MMTに反映されにくい、固縮や失調等の認定		1
ADLとその他の所見に乖離があるもの		1
MMT, ROMは保たれているが、ADLの介助度を重視し重度で診断している例		1
関節可動域及び筋力テストとADLとの所見が異なる場合		1
関節可動域、筋力テストについての記載と動作・活動についての記載との間に乖離が見られるケース		1
動作・活動と関節可動域・筋力とに矛盾があるものの認定		1
関節可動域の制限、筋力低下と日常生活動作の制限に開きがあるケース。		1
ROM, MMTに異常が現れにくい障害についての認定基準の作成		1
一(両)上肢及び一(両)下肢全体の認定基準について、関節可動域、筋力のほか、動作・活動のどのような項目に制限が生じた場合に〇級になる		1
というように、動作・活動とタイアップした認定基準を定めていただける		
肢体不自由について、MMT・ROMに異常が現れにくい障害について、支援費のように日常生活の不能の程度を点数化して、等級を決定する		1

資料1 都道府県担当者からの要望

	医師	医師以外	計
認定時期			
外傷・疾病発生日から2～3か月で認定して欲しいというもの。申請者の家族から。		1	
肢体不自由に対する早期の認定（発症から1ヶ月以内）申請者の家族		1	
脳血管障害以外の疾病や事故等についても認定時期についての期間を示してほしい。		1	
脳血管障害に基づく障害の認定時期について、現行ガイドラインでは『発症から6ヶ月』との記述がなくなっているが、従来どおりの取扱で良いか否かが不明確である		1	
パーキンソン病で、長期に薬を服用したため1日の中でも症状が大きく変		1	
人工関節			
平成16年4月1日から適用された疑義解釈の認定基準における「人工関節を用いたもの」とは関節の全置換術を指している。という解釈にたいして、一部のDr. から、「では全置換でない場合の認定基準を示して欲しい。」と要望を受けた。	1		
人工関節置換での全廃などは、支援の必要性をはかる尺度とはならない。		1	
施術等を受けたことにより、ADLが改善する場合は、施術（人工関節置換術）を受けたこと自体を対象とするのは見直すべきである。		1	
体内装具（人工関節、人工骨頭等）について機能全廃としての問扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。		1	
人工関節等によってほぼ永久的に機能を回復したものは、全廃とせず、見直すべきである。		1	
人工関節・人工骨頭の場合は全廃とみなしてよいが、人工以外のもの（偽関節等）の場合は全廃とはならない。人工のものについて所見を参照に等級を認定するようにはならないのか。人工のものについてはかなりよいものができてきているため。		1	
等級			
認定基準に7級があるために7級ひとつでも手帳の交付対象となると思っている申請者も多く、窓口対応で7級申請者とのトラブルケースもある。		1	
7級ひとつでも手帳の交付対象とするか、6級に含める等、肢体不自由障害の上肢7級、下肢7級のあり方についてご検討願います。			
7級の場合手帳の代わりに証明書を交付するか、又は7級ひとつでも障害者手帳の交付対象としてほしい旨、医師より要望があった。	1		
診断書様式			
「身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害）」の様式が実際の体の症状と合致していないので見直ししてほしい旨、申請者から要望があった。		1	
（具体的には、「上肢の状態、歩行能力及び起立位の状況」欄の（ ）内の選択肢を増やしてほしいという要望）			
筋力の記載は○△×ではなく、1～5の数字で表記する方がわかりやすいと思われま		1	
す。			
肢体不自由障害において、現状の診断書では認定の判断が非常に難しい。他の障害分野と同様によりデジタルな認定基準が必要である。			1
障害範囲の拡大			
7級ひとつでも障害者手帳の交付対象としてほしい、医師より要望	1		
非常に整形外科的要素が強く、痛みによる障害であるとか神経内科領域の障害が反映されにくいため見直ししてほしい。 医師	1		
痛み、痺れによる機能低下（ADL低下）を認めてほしい。	1		
手指の欠損の基準を満たさない切断についても、何等かの認定を行うべき。 市民からの要望		1	

等級に該当しないような切断だが、物がにぎれないなど日常生活には影響がある。		1
診断書様式		
診断書上、同程度の障害状況だが医師の等級意見が異なる場合がある。		1
四肢及び体幹マヒで何級と記入する失生が多い。		1
診断書・意見書の情報では情報不足の点を、どう情報を入力し、認定していくか。(指定医によりばらつきがあるため。)		1
肢体不自由の認定において、診断書・意見書には筋力テスト・関節可動域、動作・活動、その他の所見が記載されており、いくつかは認定基準の具体例に合致するが、それぞれ別々の等級の具体例に該当している場合は、医師の参考等級をもって障害認定しているが、はたしてそれによいのか疑問を感じています。		1
取扱要領		
肢体不自由について、各障害部位での「全廃」「著しい障害」「軽度の障害」の程度を示す具体例を増やしてほしい。		1
疑義解釈で「両下肢障害での3級、4級認定はありうる」とあるのを、基準を明確にし等級表に入れてほしい。		1
肢体不自由障害においては、個々の様々なケースがあり、各関節の機能障害以外の部分では認定が難しく判断に迷う場合もあることから、診断書に基づく具体的な例をもう少し提示していただくよう要望します。(特に、「一上肢の機能障害」、「一下肢の機能障害」、「両下肢の機能全廃」、「両下肢の著しい障害」(両下肢2～4級の差異を明確に))		1
検査方法		
ADLとROM・MMTの測定結果に乖離がある場合の取扱い		
脊柱管狭窄症等で間歇跛行があり、ROM・MMTの数値が障害程度を表さない場合の取扱い		1
関節可動域・筋力テスト結果と、ADLの状況、障害名との間に乖離がある場合。		1
ADLは悪いが、ROM・MMTがよい場合。またその逆のときの判断		1
客観的所見とADLに食い違いがある場合：例) 一下肢のMMTは4レベル、1km以上歩行不能かつ階段昇降に手すり要のため著しい機能障害(4級相当)とされている場合。		1
筋骨格変形や振せん等の障害によるものでMMTやROMから器質的障害が判断しにくい事例について、等級認定に苦慮することが多い。		1
客観的器質的な要因による障害の程度によらず、ADLの程度によって障害程度が診断されている場合の取り扱いについて		1
ROM, MMT, とADLの不一致をどう取り扱うか		1
脳血管障害、パーキンソン病等ROM, MMTに障害が反映しにくいもの		1
ROM, MMTに反映されにくい、固縮や失調等の認定		1
ADLとその他の所見に乖離があるもの		1
MMT, ROMは保たれているが、ADLの介助度を重視し重度で診断している例		1
関節可動域及び筋力テストとADLとの所見が異なる場合		1
関節可動域、筋力テストについての記載と動作・活動についての記載との間に乖離が見られるケース		1
動作・活動と関節可動域・筋力とに矛盾があるものの認定		1
関節可動域の制限、筋力低下と日常生活動作の制限に開きがあるケース。		1
ROM, MMTに異常が現れにくい障害についての認定基準の作成		1
一(両)上肢及び一(両)下肢全体の認定基準について、関節可動域、筋力のほか、動作・活動のどのような項目に制限が生じた場合に〇級になるというように、動作・活動とタイアップした認定基準を定めていただける		1
肢体不自由について、MMT・ROMに異常が現れにくい障害について、支援費のように日常生活の不能の程度を点数化して、等級を決定する		1

<p>肢体不自由で、痙性マヒなどで筋力低下は基準に満たないが歩行能力はかなり制限されているなど、特に神経障害の関係で基準にいう具体例には該当するが、筋力・関節可動域は基準に該当せず、認定しづらいケースが多い。こういった場合にどう考えるかの指針があればと思います。</p> <p>肢体不自由においてROM, MMTが良好にもかかわらず、認定基準にある「～動作ができない」「～km以上歩行不能」ということで上位等級の申請がみ</p> <p>パーキンソン症候群等、筋力等で判断できないものの認定</p> <p>筋力・関節可動域の値と障害状態及び所見との間に不均衡があるもの</p> <p>関節障害でROM・MMTが基準まで低下していない場合の取扱い</p> <p>運動障害の所見があり、筋力テスト・関節可動域はほぼ正常値を示している場合の診断に、脳原性運動機能障害用の診断内容を参考所見として提出を求めてもかまわないか。</p> <p>MMTに生活困難さを勝手に加味して診断する事例。MMT0-2で握力8kg、MMT3で握力15kgなど、筋力は参考にならないことも。</p> <p>神経疾患を原因とする不随意運動、しんせん、運動失調等による肢体不自由の認定が公平にかつ効率的にできるよう分かりやすい認定基準を定めていただきたい。</p> <p>肢体不自由について、基準が整形外科的であり神経難病などの中枢性錐体外路性障害では（基準に該当せず）認定しづらいので、別個の認定基準が欲しい（指定医師）</p> <p>切断欠損、リウマチ、脳血管障害、神経系疾患、意思疎通できない場合の脳性麻痺などさまざまな原因によって生じる、表れ方も様々な肢体障害を一つの診断書・基準で認定していることに疑問がある。複雑化しすぎるかもしれないが、疾病の特質を取り入れた基準づくりを期待したい。</p> <p>肢体障害について、ブルンストロームステージ、SIAS、その他いろいろな評価法を複数組み合わせることで等級の判断ができるよう明示された基準があれば、診断書作成医と認定側のトラブルが軽減できるのではないかと。現状では、MMTとROMのみで判断材料が乏しい。</p> <p>筋力・関節可動域が認定基準に達していない場合</p>	1		
	1		
	1		
	1		
	1		
	1		
	1		
	1		
	1		
	1		

種類別

上肢機能障害

<p>脳出血等による一上肢の障害。筋力は全体に「3」程度。握力5kg以上15kg未満。筋力に重きを置いて判断して著障とするべきか、握力から7級と判断して差し支えないか。あるいは動作・活動を加味して判断すべきか。動作・活動は客観性に欠けるという意見もあり障害程度審査委員会においてその都度議論の分かれるところです。</p> <p>上肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加</p> <p>指定医師が等級表上の等級の間の等級を指示してきた場合の取扱い (例：一上肢軽度機能障害7級～一上肢著しい障害3級…4, 5級等を指す)</p> <p>一下肢は3, 4, 7級と等級間隔が大きくあいており、肢体の他の部位等の障害と比較しても大きくバランスを欠いているように思われます。間に級を設定することをご検討いただけないものでしょうか。</p>	1		
	1		
	1		

下肢機能障害

<p>一下肢機能全廃+一下肢大腿1/2以上欠損の例</p> <p>両股関節が強直し、可動域0度でそれぞれ全廃（4級）に相当。指数合算から、合計等級は「3級」に認定したが、一下肢が4級相当の著しい障害から両側にあると「2級」に該当することと矛盾を感じた。</p> <p>大腿骨頸部骨折が原因となった場合、股関節機能障害として認定すべきものと考えているが、廃用、疼痛等を伴うことにより一下肢全体を障害することがあり、一下肢の機能障害と評価すべきではないか、と考えたことがある。膝関節の機能障害も同様である。</p> <p>下肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加</p>	1		
	1		
	1		
	1		

両下肢機能の著しい障害が2級で、その次が軽度の6級と開きがありすぎるため、中間の4級程度の基準を望む。		1
一下肢3、4、7級と等級間隔が大きくあいており、肢体の他の部位等の障害と比較しても大きくバランスを欠いているように思われます。間に級を設定することをご検討いただけないものでしょうか。		1
下肢の一関節の障害であるが、歩行能力が低下したとして、一下肢の障害と診断している例		1
股関節機能障害で著しい障害（5級）と軽度の障害（7級）の中間程度の障害の場合		1
体幹機能障害		
体幹機能障害についてのとらえかた（特に脳血管障害での半身マヒにおいて、「立ち上がれない」ということを体幹機能の障害としてとらえていいのか。）	1	
脳梗塞による半身麻痺であるが、体幹機能障害で診断している例	1	
平衡機能障害で認定されたものが重度化し肢体不自由で再交付したものの体幹機能障害4級の追加	1	
脳原性		
脳原性移動機能障害で、年齢が高齢化するにつれて筋力の低下が生じ、脳原性の基準では比較的軽度の障害となるが、実際は長時間の歩行ができない（肢体不自由一般の認定基準では重度の認定になる）ケース		1
現在の認定基準が十分適用できない場合の対応		
脳血管障害によるものや、乳幼児の障害認定申請が増えているが、障害固定時期や障害程度の判定が困難である。脳血管障害により肢体不自由と失語症の障害が残ったとき、診断書が別になっているため申請者に経済的負担になっている。		1
身障手帳用の診断書（肢体不自由用）の『動作・活動』欄に「とじひもを結ぶ」「ワイシャツのボタンをとめる」の項目を加えて頂きたい。		1
介護保険、支援費制度においてはADLに着目していることの影響からか、診断書内容がADLを障害程度の評価として記載されている場合が多く、客観的な器質的障害の程度と整合がとれないケースがあります。また、痛み、痺れ、高次脳機能障害によりADLの低下を主とした診断書も多く見受けられます。		1
知的障害などを伴う場合		
知的障害・痴呆・高次脳機能障害などを併せ持つ場合。		1
知的障害がある場合の評価が難しい場合がある。		1
脳性まひの児童のテストを理解できない年齢での肢体不自由用診断書での判定について。肢体不自由用診断書においての神経学的所見・整形外科学的所見では障害のあまり見られない診断書となる運動発達遅滞児童は、実際の障害より軽い障害等級となってしまう。総合所見に追記させているが医師の考え方による差が大きく、障害者相談センターの医師に諮ることが多い。		1
脳原性運動機能障害と知的障害を重複するため、細かな指示の理解が出来ず、上肢にかかる各種動作ができない場合がある。このような場合、下肢は脳原性で、上肢については、肢体不自由で認定するのが、実態を反映していることもあります。こうした場合、患者の費用負担の軽減を考え、肢体不自由の診断書に脳原性テストの結果を記載したもので判断しても差し支えないと思われすがいかがなものでしょうか。		1
高次脳機能障害等のあるもの		2
高齢者		
加齢に伴う障害は、介護保険で対応すべきである		1
アルツハイマー病等の老人性痴呆性疾患を原因とする肢体不自由の障害認定について、現行ガイドラインでは基準が曖昧となっているので、より具体的かつ詳細な基準を策定願いたい。		1

全ての年齢（老人と一般成人）を同じ基準で判断するのはなぜか？老人は一関節の障害でも歩行困難となる。	1
加齢に基づく運動機能の衰退の程度をもって診断書・意見書に参考意見（等級）を付記してくる場合の対応	1
高齢者の認定について、加齢による筋力低下を身体障害として認定することには違和感を感じている。年齢制限を設けることも検討されたい。	1
乳幼児	
乳幼児にかかる障害認定	1
乳児の、「テイ・サックス病」を原因とした四肢・体幹機能障害による手帳の交付申請があったが、非常にまれな病気であり、四肢および体幹機能障害との関連の判断に苦慮した。	1
廃用性症候群	
廃用性症候群の認定	1
高齢者の廃用による寝たきり状態や痴呆による寝たきり状態の認定	1
高齢や内臓疾患等による臥床期間が長く、廃用症候群となった場合。	1
廃用性症候群、知的障害、高次脳機能障害、脳腫瘍、医学的管理が常時必要と思われる遷延性意識障害等の認定について	1
遷延性意識障害	
遷延性意識障害の場合。原疾患への治療が終了し、医学的・客観的な観点から機能障害が永続すると判断されれば認定可能であるが、経過期間が非常に短い場合は判断が困難である。	1
医学的管理が常時必要と思われる遷延性意識障害等の認定について	1
遷延性意識障害があるもの	1
遷延性意識障害	1
[体幹と下肢の重複障害認定]	
体幹不自由と下肢障害を併せ持つ場合の認定	1
体幹と下肢の重複障害	1
下肢障害と、体幹障害を合算し参考等級を記載し、上位等級としているケース。	1
下肢と体幹に重複して障害があるときの判断	1
重複認定	
神経麻痺で起立困難なもの等について体幹と下肢の重複認定はすべきでない点	1
体幹と下肢との重複は妥当ではないとの解釈があるが、上肢についての重複はいかがなものか。	1
その他	
肢体不自由では特に年齢差による障害の能力が加味されていない。（例、歩行距離、握力等）高齢者は、手帳がとりやすいものとなり、（それは間接的に老衰、老化の要因も含まれてしまう。）それ以外の層には不利になっている。例えば、年齢70歳以上は、3級を握力5kg→3kgに下げると	1
[四肢・体幹の機能障害以外の原因による肢体不自由]	
精神的なものが原因で四肢が動かない者について、認定するのは、適切ではないが、実際に動かないと言われると返答に窮している。	1
脳血管障害に起因し麻痺に加え、主として高次脳機能障害で立位保持不能であるなど。	1
精神症状を合併しているもの	1
神経系の疾患で、筋力や関節可動域には低下がそれほど認められないが、筋の緊張や知覚障害、シビレやふるえなどにより、歩行や日常の動作についてはかなりの制限が見受けられるケース	1
神経系疾患による肢体不自由の申請が増加している。可動域、筋力とも正常。しかし、運動失調や不随意運動のため動作・活動には制限が大きい事例の場合、現在の認定基準では、診断医の意見に比較して障害程度を低く認定せざるを得ず、診断医から神経疾患への理解が足りないとのお叱りをいただいています。	1

感覚障害を主としたもの

		1
〔その他〕		
認定基準の具体的な例に合致していない等級で医師が判断してきた場合。		1
発症からの経過期間が非常に短く、指定医師の症状固定の判断が適切かどうかの判断が非常に困難である場合。		1
著しい障害か全廃かの判断等		1
原因となった疾病名により、上肢・下肢、体幹機能障害のどの認定がよいものか、参考になるものがあれば教えていただきたい。		1
指定医師の参考等級があいまいで、個別に上肢下肢の等級がよくわからない場合。		1
法の基準に合致しない等級を記載するケース。		1
廃用性症候群、知的障害、高次脳機能障害、脳腫瘍、医学的管理が常時必要と思われる遷延性意識障害等の認定について		1

資料2 都道府県担当医師の意見まとめ

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

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つて、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、改善の可能性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つて、6ヶ月あるいは1年の期間のうちに再認定と判断す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ヶ月たつ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

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ヶ月たつ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

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ヶ月たって随意的な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

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も思われる。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適当と考えられる。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。

筋力低下が確認されれば認定する

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

(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

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

高齢者でも個人差があるので、一応再認定（一年位をめどに）を条件として認定してはどうかと思われる。発症前が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ためと考え、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けば、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に行っているが、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. 乳幼児について

(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

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。

病名および予後が十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

認定困難なるも将来の発達機能回復を待って再認定する。

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。

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

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才時に再認定で良いと思います。

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。

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。

4. 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

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。

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ヶ月経過、両下肢の完全麻痺は回復せず

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。

最近の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ヵ月ははやすぎる、痙性がでるぐらいま*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かと思われる。

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。最近では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。

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。

術後一定期間において機能障害判定審査すべきである。

賛成である。

そのとおりでと思います

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。

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るので、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、その後の状態でも判定すべきである。

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つて認定。人工関節置換術後の状態でも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。そのままの状態でも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。

そのままの状態でも判定すべき

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、装着後の状態でも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。（再申請する人となら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つて、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なる人工関節術後、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。

6. 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を組み合わせると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。

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

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。

必要であると思います

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る。歩行能力、立位時間、座位等で決めてもよいと思われる。現在の著しい障害を基準に決めてもよいと思います。

「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。事案により「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います。普通の人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ば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にはなく、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。

7. 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、釈然としない。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う。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し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

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wo***ing-off, 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ます。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」「1km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るべき。（「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的困難が多い。各自自治体が、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級はいかがなものか？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、筋力よりもっと細かい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中心に等級判定の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。

資料3 専門医による個別意見

1. 遷延性意識障害について

- ・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ヶ月まで待って認定する。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か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）

- ・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、超高齢者（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

- ・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、再認定制度を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

- ・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）

- ・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。
- ・体内に内臓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

- 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い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

- 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當ではない。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、整理する必要がある。
- 手指機能障害に細かい基準を設ける必要がある。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。

資料4 肢体不自由の認定に関する問題点と検討課題

	問題点	検討課題
1	長期にわたる遷延性意識障害の認定基準が不明確である	身体を随意的に動かすことができない場合の障害の評価基準の検討 「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準の検討
2	高齢者の認定姿勢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	寝たきりの後期高齢者ではリハビリテーションの対象になりにくい。 保護の立場からは介護保険があるので、棲み分けが必要である。
3	乳幼児の認定時期は3歳以降が望ましいとされているため、3歳未満ではサービスを受けられない。	3歳未満の認定基準の検討。 再判定制度の積極的な導入を図る。
4	脳卒中では発症から3ヶ月経過しないと認定できず、福祉施設などのサービス利用が遅れる。	発症から3ヶ月未満における認定基準を検討。 再判定制度の積極的な導入を図る。
5	人工関節置換術等により機能が回復したのに等級程度が術前より高くなる。	人工関節置換術等の技術的制が高まり、術後長期間にわたって安定して使用できるようになった場合は、外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害状況に応じて認定するように基準の変更を検討する。
6	両下肢機能障害の認定基準が不明確である。 ①立位・歩行能力に着目した場合、一下肢の機能障害を単純に倍加しただけでは的確さに欠ける。 ②認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確である。	両下肢機能障害のあらたな認定基準を検討。 それにあわせて、体幹機能障害の認定基準の修正が必要である。

【資料 5-1】 身体障害者障害程度等級表 総括事項の改定試案

第1 総括事項

1. 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号、以下「法」という。）は、身体障害者の更生援護を目的とするものであるが、この場合の「更生」とは必ずしも経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の改善を含む広義のものであること。従って加齢現象に伴う身体機能障害であっても、麻痺や関節拘縮等の不可逆性の障害が認められる場合は、日常生活能力の回復の可能性等に着目することによって障害認定を行うことは可能であること。
2. 意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うこと。「常時の医学的管理を要しない」とは、意識障害は1ヶ月以上継続しているが、在宅医療や家族の介護等により日常の身体的管理が維持できると判断される安定した全身状態であること。
なお、意識障害による活動制限を身体障害として認定することは適当ではないが、麻痺や拘縮等の永続すると思われる身体機能障害が確認できれば、その程度によって障害認定を行うことは可能であること。
この場合、身体機能の随意性の欠如が意識障害によるものか麻痺等によるものかを明確に判別出来ないときは、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。
3. 別表に規定する「永続する」障害とは、その障害程度が将来とも改善する可能性がきわめて少ないものであれば足りるという趣旨であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。
4. 脳血管障害（脳出血や脳梗塞等）や脳損傷に係る障害認定は、発症から1ヶ月以上経過していること及びリハビリテーションを実施した経過や画像等の医学的所見を確認したうえで、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付すること。
この場合、発症から間もないために機能の予後予測に正確さを欠くと判断されるときは、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。
5. 乳幼児に係る障害認定は、3歳未満であっても、永続する障害が医学的に明らかであれば障害認定を行うことは可能であること。
この場合、成長・発達及び治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想

されるときは、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

また、第2の個別事項の解説は主として18歳以上の者について作成されたものであるから、児童の障害程度の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。この場合も、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

6. 身体障害の判定に当たっては、知的障害や認知症等の有無にかかわらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は、法の対象として取り扱って差し支えないこと。
なお、日常生活等の制限が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定することは適当ではないので、この点については、発達障害の判定に十分な経験を有する医師（この場合の発達障害には精神及び運動感覚を含む）の診断を求め、適切な取り扱いを行うこと。
7. 7級の障害は、1つのみでは法の対象とならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合又は7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものであること。
8. 障害の程度が明らかに手帳に記載されているものと異なる場合には、法第17条の2第1項の規定による審査によって再認定を行うこと。正当な理由なくこの審査を拒み忌避したときは、法第16条第2項の規定による手帳返還命令等の手段により障害認定の適正化に努めること。

【資料5-2】 身体障害者障害程度等級表 総括的解説&各項解説の改定試案

1 総括的解説

- (1) 肢体不自由は機能の障害の程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行われた一時的な能力ではない

例えば、肢体不自由者が無理をすれば1kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1km歩行可能者とはいえない。

- (2) 肢体の疼痛、知覚脱失等の感覚障害又は筋力低下等の障害も、一定期間(例えば6ヶ月)以上継続していることを前提に、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障害として取り扱うことは可能であること。この場合、治療等により軽減の可能性が必ずしも否定出来ないときは、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

具体的な例は次のとおりである。

a 疼痛による機能障害

筋力テスト、関節可動域の測定又はエックス線写真等により、疼痛による障害があることが医学的に証明されるもの

b 筋力低下による機能障害

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障害があることが医学的に証明されるもの

- (3) 全廃とは、関節可動域(以下、他動的可動域を意味する。)が10度以内、筋力では徒手筋力テストで2(5点法)以下に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

機能の著しい障害とは、以下に示すそれぞれの部位で関節可動域が日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度)のほぼ30%(概ね30度以下)のものをいい、筋力では徒手筋力テスト3に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

軽度の障害とは、日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度で足関節の場合には30度を超えないもの。)又は、筋力では徒手筋力テストの各運動方向平均が4に相当するものをいう。

- (注1) 関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力は徒手筋力テストの各運動方向の平均値をもって評する。

- (4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障害の一面を表したものであるため、その判定に当たっては、その機能障害全般を総合した上で定めなければならない。
- (5) 7級はもとより身体障害者手帳交付の対象にならないが、等級表の備考に述べられているように、肢体不自由で、7級相当の障害が2つ以上ある時は6級になるので

参考として記載したものである。

- (6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。ただし、人工骨頭又は人工関節については、術後の日常生活活動の改善が著しく、長期の安定した状態が維持できるようになったことから、術後の経過が安定した時点で、障害状況に応じて当該関節につき4～6級の障害認定を行う。ちなみに、障害状況が非該当であっても6級に該当するものとみなす。
- (7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものである。

2 各項解説

(1) 上肢不自由

ア 一上肢の機能障害

(ア)「全廃」(2級)とは、肩関節、肘関節、手関節、手指を随意的に動かすことが出来ない等、すべての機能を全廃したものをいう。

(イ)「著しい障害」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、手指の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである

a 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか2関節の機能を全廃したものの

b 機能障害のある上肢では5kg以内のものしか下げることができないもの。

この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよいが、いずれの方法でも出来ないもの

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

a 精密な運動のできないもの

b 機能障害のある上肢では10kg以内のものしか下げることのできないもの

イ 肩関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域30度以下のもの

b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域60度以下のもの

b 徒手筋力テストで3に相当するもの

ウ 肘関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 高度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- (イ) 「著しい障害」(5 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 中等度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - d 前腕の回内及び回外運動が可動域 10 度以下のもの

エ 手関節の機能障害

- (ア) 「全廃」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- (イ) 「著しい障害」(5 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (ウ) 「軽度の障害」(7 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 90 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの

オ 手指の機能障害

- (ア) 手指の機能障害の判定には次の注意が必要である。
- ① 機能障害のある指の数が増すにつれて幾何学的にその障害は重くなる。
 - ② おや指、次いでひとさし指のきのは特に重要である。
 - ③ おや指の機能障害は摘む、握る等の機能を特に考慮して、その障害の重さを定めなければならない。
- (イ) 一側の五指全体の機能障害
- ① 「全廃」(3 級) の具体的な例は次のとおりである。
握る、摘む、挟むなどいずれの方法を用いてもコップ等を把持し、手放すことができないもの
 - ② 「著しい障害」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 機能障害のある手で 5kg 以内のものしか下げることができないもの
 - b 機能障害のある手の握力が 5kg 以内のもの
 - c 機能障害のある手で、例えばスコップやかなづちの柄を握りそれぞれの作業のできないもの
 - ③ 「軽度の障害」(7 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 精密な運動のできないもの
 - b 機能障害のある手では 10kg 以内のものしか下げることができないもの

- c 機能障害のある手の握力が 15kg 以内のもの
- (ウ) 各指の機能障害
 - ① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テスト 2 以下のもの
 - ② 「著しい障害」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (2) 下肢不自由
 - ア 一下肢の機能障害
 - (ア) 「全廃」(3 級) とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。
具体的な例は次のとおりである。
 - a 下肢全体の筋力低下等のため患肢で**体重を支えることができないもの**
 - b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で**体重を支えることができないもの**
 - (イ) 「著しい障害」(4 級) とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うづくまる、膝をつく、座る等の下肢の機能の著しい障害をいう。
具体的な例は次のとおりである
 - a 1 日の歩行が 1km 以下に限られているもの
 - b 30 分以上立位での作業ができないもの
 - c 通常の駅の階段を手すりにすがりつかないと昇降できないもの
 - d 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの
 - (ウ) 「軽度の障害」(7 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 1 日の歩行が 2km 以下に限られているもの
 - b 1 時間以上の立位での作業ができないもの
 - イ 両下肢の機能障害
 - (ア) 「全廃」(1 級) とは、両下肢とも機能を全廃し立位保持や歩行が不能なものをいう。
 - (イ) 「著しい障害」(2 級) とは、両下肢に著しい機能障害を有し、歩行は補助具や手すり等により可能だが屋内に限られているものをいう。
 - (ウ) 「著しい障害」(3 級) とは、両下肢に著しい機能障害を有するが、自宅周囲の歩行 (50~100m 程度) 可能なものをいう。
 - (エ) 「著しい障害」(4 級) とは、両下肢に軽度又は著しい機能障害を有し、歩行能力が一下肢機能の著しい障害と同程度のものをいう。
 - ウ 股関節の機能障害
 - (ア) 「全廃」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。

- a 各方向の可動域（伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域）が 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *股関節が脱臼等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい障害」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
- 小児の関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

エ 膝関節の機能障害

- (ア)「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *膝関節が高度の動揺関節や変形等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい機能障害」(5 級)
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)
- a 関節可動域 90 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの又は筋力低下で 1 日の歩行が 2km 以下に限られているもの

オ 足関節の機能障害

- (ア)「全廃」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 5 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *高度の動揺関節や脱臼等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい機能障害」(6 級)
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの
 - c 軽度の動揺関節

カ 足指の機能障害

(ア)「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

下駄、草履をはくことができないもの

(イ)「著しい機能障害」(両側の場合は7級)とは特別な工夫をしなければ下駄、草履をはくことができないものをいう。

キ 下肢の短縮

計測の原則として上前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

ク 切断

身体障害者の更生援護を図るには、切断部位と義肢との適応関係がきわめて重要である。この点を配慮し、切断部位と障害等級との関係を以下に例示する。

上肢：肩関節離断、上腕切断、肘関節離断	2級
前腕切断、手関節離断、全手指切断	3級
母指または示指を含めて3指切断	4級
母指切断	5級
示指を含めて2指切断	6級
中指、環指、小指切断	7級
下肢：片側骨盤切除	2級
股関節離断、大腿切断、膝関節離断	3級
下腿切断	4級
サイム切断	5級
ショパール関節切断	5級
リスフラン関節切断	6級
前足部切断(足部部分切断を含む)	6級
全趾切断	7級

(3) 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能には各部の運動以外に体位の保持も重要である。

体幹の不自由をきたすのは、四肢体幹の麻痺、運動失調、脊柱変形等による運動機能障害である。

これらの多くのものはその障害が単に体幹のみならず四肢にも及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障害とは、四肢の機能障害を一応切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定したものをいう。従って、このような症例の等級は体幹と四肢の想定した障害の程度を総合して判定するのであるが、この際2つの重複する障害として上位の等級に編入するには十分注意を要する。例えば殿筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障害として2つの2級の重複として1級に編入することは妥当ではない。

- ア 「座っていることができないもの」(1級)とは、**体幹の機能障害**により腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。
- イ 「座位を保つことの困難なもの」(2級)とは、10分以上にわたり座位を保つことができず、**日常生活上実用性のないもの**をいう。
- ウ 「起立することの困難なもの」(2級)とは、**体幹の機能障害**により臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、他人の**介護**又は柱、手すり等によりはじめて可能となるものをいう。
- エ 「歩行の困難なもの」(3級)とは、**体幹の運動失調や変形が著しく歩行が自宅周囲(50~100m程度)に限られているもの**をいう。
- オ 「著しい障害」(5級)とは、**体幹の機能障害**により**電車やバスの利用が一人では不可能なもの**をいう。

(注1) なお、体幹不自由の項では、1級、2級、3級及び5級のみが記載され、その他の4級、6級が欠となっている。これは体幹の機能障害は四肢と異なり、具体的及び客観的に表現しがたいので、このように大きく分けたのである。3級と5級に指定された症状の中間と思われるものがあつたときも、これを4級とすべきではなく5級にとめるべきものである。

(注2) 下肢の異常によるものを含まないこと。

【資料6-1】

改定(試案)した「障害認定基準の解説」に係る検証

総件数 : 700 件

- | | | |
|---|---------------------------------------------|-------|
| 1 | 従来の「認定基準の解説」でも適切・容易に認定可能
(特に問題なし) | 424 件 |
| 2 | 従来の「認定基準の解説」の方が適切・容易に認定可能
(改定しない方がよい) | 0 件 |
| 3 | 改定した「認定基準の解説」により適切・容易に認定可能
(改定が適当) | 222 件 |
| 4 | 改定した「認定基準の解説」でも認定が難しい
(あらたな解説文の作成・追記が必要) | 29 件 |
| 5 | 主に情報不足が原因で認定が難しい
(診断医に紹介する必要がある) | 25 件 |
| 6 | 改定した「認定基準の解説」に対する意見

別紙参照 | |

【資料6-2】改定（試案）した「障害認定基準の解説」に対する意見

【安藤徳彦】

評価点&その他の意見

- ① 手引き書を無視して診断書を作成する人が多い。障害を量的に表示することを理解できない人はさらに多い。理想的な手引き書を作成してもそのような人には無効だと考える。残念だがそれも現実である。
- ② 今回検討した診断書は旧来の手引き書を参考にして作成されている。これが新しい手引き書に基づいて作成されるようになれば、旧来よりも良い診断者が作成されるようになることを期待できる。
- ③ 乳幼児の早期診断が合理的になった。診断する医師の記載能力に負うところが大きいとも思われるので、他の地域の委員のご意見を参照すべきかもしれない。
- ④ 切断はきわめて明快になり、判断が非常に容易になった。
- ⑤ 両下肢機能障害を具体的に規定したことで非常に明快になった。従来は疑義解釈に頼って判断していたが、これを文章化して具体的に明示したことは非常に良かったと考える。
- ⑥ 体幹機能の表現を改定し、下肢の機能障害との整合性を整えたことも良い結果につながると思う。

問題点

- ① 人工関節置換術後は大多数が7級または非該当になる。これに対する異論は今後も出ると予想される。逃げ道は筋力低下による支持性の障害（股関節では多くの場合に外転筋力低下が起きているので、これを漏れなく記載するよう勧めれば、解決できると考える。）を残すことだと思う。これをもう一度議論をしていただきたい。
- ② 肩筋力が zero だと肘以下が fair 以上あっても、ADL 欄の上肢作業は全部×になる。ADL 欄に記載されている上肢の作業が指だけの作業がなくて、肩、肘との複合動作のみなので、このようなことが起きる。筋ジスの子供達が指先だけを使う適切な作業を例示できないか？このままだと⑤欄の手指機能を記述する内容の比重が大きくなり、医師の記述能力に依存することになるが、それでよいか？
- ③ パーキンソン病とパーキンソン症候群の無動、立ち直り反応障害による寝返り、起座、起立動作障害を的確に表現する項目を ADL 欄に作るべきだと思う。上の項目⑥で述べた手部の機能を反映する ADL 項目の新設を含めて、ADL 欄の改変は不可能だったのか？
- ④ 両下肢の機能障害で3級と6級の間がない。自分なら ADL と筋力をみて1下肢機能の著障に相当すると考えて4級にするか、6級に落とすか、逆に3級に繰り上げるか、戻るかを決める。しかし全国の審査部会員にそのようなファジーさを求めてよいかは疑問である。一度議論してほしい。
- ⑤ 多発脳梗塞による両側片麻痺で、麻痺は軽症だが移動能力に強い障害のあるケースが多い。医師に障害評価能力があれば、的確な等級を判断できるのだが、それは期待できない。これを適切に診断できる指標を作成するのは困難か？

【榎本 修】

評価点

- ① 有期認定の活用について：発症後6ヶ月未満の低酸素脳症例、意識障害例などは従来の認定基準では時期尚早との理由から6ヶ月過ぎまで待機し、その時点での障害状況を照会するなどしてきた。その回答例はほとんどが障害状況に変化なしというものがある。したがって、積極的に有機認定を採用することで、申請者に対して早期に障害

認定を行えるという観点で利便性が向上すると思われる。

- ② 人工関節について：従来の基準では術後に機能改善が得られたにもかかわらず人工関節置換術が行われたという事実のみで関節機能廃4級と判断されてきた。極端な例では当該関節の可動域、筋力や歩行能力の記載がなくとも病歴で手術の事実確認ができれば認定が可能であった。これは内部障害における心臓機能障害の人工ペースメーカー挿入術、人工弁置換術後に心臓機能に関係なく機能全廃1級と認定されるのと同様に大きな矛盾を感じる点であった。今回検討した100例中照会の必要がある1例を除き、人工骨頭、人工関節例で認定可能な例は5例であった。そのうち廃用性の要素が加わり両下肢機能全廃と判断できる1例を除き4例は明らかに関節機能が改善していた。改定基準では当該関節の機能に着目し、4級から6級に判断するため、実際の障害状況の認定という観点から非常に適切な基準であると思われる。
- ③ 両下肢機能の著しい障害について：従来の基準では移動能力等について具体的な表記がなかった両下肢機能の著しい障害について2級から4級の3段階について具体的な障害状況、移動能力が明記され、認定し易くなったと思われる。

問題点

- ① 従来の基準では補装具を使用しない状態で判断をするという観点から人工関節を体内補装具という捉え方をし、関節機能全廃として判断してきた。改定基準では、人工関節置換術後の関節機能に応じて等級を判断することになった。すなわち、補装具を使用した状態での判断をしていることと同じということになり、この考え方を、他の場合にも統一する必要がある。例えば次に示す②、③の場合がある。
- ② 両下肢機能障害の判断について：屋内歩行が手すりでも可能であり、屋外移動は杖を使用すれば歩行が可能なケースは多い。この場合、自宅周囲の歩行能力を杖なしで判断すると歩けないことになり、両下肢機能の著しい障害2級となる。また、屋内歩行が手すりでも可能であり、屋外移動には車いすを使用するケースも両下肢機能の著しい障害2級となる。しかし、前者と後者では明らかに機能、能力に差があり、同一の級とみなすには矛盾がある。実際の診断書では屋外移動が△か○で杖に○をつけている場合が多い。すなわち、両下肢の著しい障害3級の定義にある自宅周囲の歩行は、移動の手段に杖や下肢装具などの使用をした状態で判断するほうが現場の状況ならびに診断書の様式に即していると思われる。診療の現場では杖や装具なしでは外を歩いたことがないから分からないというケースが多いのが現状である。
- ③ 体幹機能障害の判断について：起立する時に物につかまらなければできないケースで、立ってしまうと杖や手すりでも屋内歩行が可能で、さらに歩行車を押してなら自宅周囲の移動も可能な場合がある。一方、座位は保持出来ても起立する時に物につかまらなければ出来ない上に、歩行ができないケースもある。補助用具は使用しないでの判断となるため、両者とも体幹機能障害2級に該当となる。しかし、前者と後者では明らかに機能、能力に差があり、同一の級とみなすには矛盾がある。改定基準において体幹不自由の「歩行困難なもの」(3級)とは、体幹の運動失調や変形が著しく歩行が自宅周囲に限られているものとなっているが、自宅周囲の歩行が歩行車などの補助用具を使用しない状態での判断は難しい。この場合も補助用具を使用した状態で判断した方が現場の実情に即していると思われる。

【土肥信之】

評価点

(総括的解説について)

- ① 意識障害の扱いがはっきりして早期に判定ができるようになった。
- ② 脳血管障害の扱いも早期に判定ができるようになり、在宅へプランが立てやすくなると考えられる。

(身体障害者認定基準の解説について)

- ① 上肢、下肢、体幹不自由の解説がより生活に密着した表現になり判定が容易となった。
- ② 切断の判定はすっきりしたし、実用上も十分である。
- ③ 両下肢の機能障害は非常に有効で1～3級をカバーし、判定が確実かつスムーズとなる。他の項目との整合性もよい。級は一部の例で上ったが、妥当と考えられた。
特にリウマチやパーキンソンなど障害部位が多彩であるときにはトータルで考えられるので特に有効であった。

問題点

- ① 多くの診断書に「立つ」という項目があるため、起立のみ可能や立位保持のみ何とか可能だが歩行できないなどの症例が 現在の両下肢機能障害全廃の項目で判断が困難であった。解説の「両下肢の機能障害 (ア) を、「全廃」(1級)とは両下肢とも機能を全廃し立位や歩行が不能なものをいう。として立位という表現を入れたらいかがでしょうか。
- ② 総括事項4の「脳血管障害(脳出血や脳梗塞等)・・・」は使いやすくなったが、無酸素脳症のケースで早期に診断書を書いてもいい症例があった。脳外傷でもそのような場合が考えられる。「脳血管障害(脳出血や脳梗塞等)及びその他の脳損傷・・・」としたらいかがでしょうか。

その他の意見

診断書書式は自治体により違うが、診断書に意識障害の有無(程度)、歩行については歩行距離の欄があったほうが判定に役立つと思います。

【中島咲哉】

評価点

- ① 「両下肢の機能障害」を1～3級に分けて分かりやすく条件設定をしたことにより、従来は診断、認定が困難であったパーキンソン病(症候群)等を含めた異常歩行に起因する障害に対する診断、認定が合理的、且つ容易に行えるようになった。
- ② 切断を診断したときに断端長を記載する欄もなく、断端長の計測を正しく行える指導医はきわめて少ない(医学部で習わない)。もともと四肢切断の診断基準には矛盾があった。
四肢切断の診断基準を、四肢切断の実態に沿って、現状に適応した義肢の処方が出るレベルで設定するように改めることにより、四肢切断の診断、認定がきわめて合理的に対処できるようになった。
- ③ 人工関節置換後の再認定の実施方法を最近の人工関節置換術後の実態に合わせて改めたことによって、より現実的な診断、認定が行える可能性が出てきた。
但し、この問題に関しては早急に検討したい問題点が残されている(後述)。
- ④ (総括事項)意識障害に対する診断に関して、「常時の医学的管理を要しない」ことに対する問題は以前に比して分かりやすくなったが、依然として本質的な等級程度の診断に対する問題は残されている(後述)。

問題点

- ① 人工関節置換後の再認定に対して、別表の上・下肢6級には「関節」についての規定が記載されておらず、4級・5級か7級として再診断、再認定せざるを得ない。7級とすれば手帳非該当であり、われわれの意図に反する。
別表の改正が困難な話としても、診断基準か解説の中に「6級に該当するような条件設定」を追記することが出来ないだろうか。
- ② 意識障害に対する問題として、診断書及び意見書に「意識障害の状況」ないしは「随意運動の有無とその状況」を記載し易くする方策を検討する必要がある。

その他の意見

- ① 「身体障害者診断書」の見直し
- ② ADL項目の検討：対象が拡大したことに対する再検討

③ ROM の記載方法：指定医が書きやすい方法の検討

【福田道隆】

問題点

impairment と disability とのギャップがあり、解説書にあるどちらを利用して判定するか迷うことがある。

【白野 明】

評価点

① 脳血管障害例における発症後期間の問題

発症後期間が明示され、実態に合わせたものとなった。

発症後比較的早期の脳血管障害例における障害程度判定については、適切な判定時期の判断に苦しむ事もあるが、現行基準ではこれらの判定時期について明示されていなかった。改訂基準では、これらにおける認定時期の問題が整理された。

② 人工関節置換術後

改訂基準によって、残存機能の実態にマッチした等級が適用されるようになった。

しかしその一方、現行基準では等級判定がきわめて単純・容易であったのに対して、改訂基準では、判定に困難を感じたり、資料が十分でないと「判定不能」になったりする可能性がある。診断書の正確な記載が必要になる。

従来の、「人工臓器に置換されている場合は、自らの臓器が欠損しているのだから“全廃”」とは異なる見解に拠っている。他臓器（心臓、眼など）における人工挿入物への対応との整合性も考える必要があるかもしれない。

③ 両下肢機能障害

一下肢機能に重点をおいた現行基準では、両下肢機能障害の障害程度判定には限界がある。この項目の新設により、両下肢機能障害の等級の目安を、従来よりも明確化できると思われる。

実際の判定は、機能障害と能力不全とにより総合的に行われる事になるが、このうち、判定の拠り所になる動作能力（生活上の移動能力）が診断書上で読み取れないと、判定は難しくなる。新たな基準が手引きに記載され、診断医師がそれを念頭において記載される事を期待したい。

【伊藤利之】

評価点

① 再認定制度を積極的に導入することにより、より早期に、あるいは曖昧な障害に対しても診断・認定が容易になった。

② リハビリテーションの早期介入に伴い、脳血管障害の診断時期を発症後 1 ヶ月で可能にしたことは、福祉施設の早期利用のニーズが高まるなか、医療から福祉への流れをスムーズにする基盤整備に役立つものと思われる。

③ 「両下肢の機能障害」の項目を新設したことにより診断・認定が容易になった。

④ 人工骨頭や人工関節の置換を、最近の技術革新にあわせて外部装具とは別扱いにしたことにより、実際の障害状況にあった認定を可能にする可能性が高くなった。

問題点

① 意識障害に対する認定基準が依然として曖昧である。

② 人工骨頭又は関節置換後の適切な診断・認定時期が曖昧である。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総合研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（視覚障害、聴覚障害・言語障害・音声機能障害・そしゃく機能障害）

分担研究者 寺島 彰

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における視覚障害と聴覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定について整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成 15 年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成 16 年度）結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを各障害について整理し、さらに、専門家への調査を実施した。その結果、視覚障害の認定については、（1）視力障害の認定を両眼視で行うこと、（2）視野障害の測定方法の再検討、（3）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の視覚機能の測定方法、（4）再認定の方法等の検討課題が示された。

聴覚障害については、（1）純音聴力検査で実測値を使用すること、（2）大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定方法、（3）乳幼児の早期認定と再認定方法、（4）知的障害、認知症などの言語障害認定方法、（5）そしゃく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定、（6）疑義の公表方法が検討課題として示された。

研究協力者

小口芳久（慶應義塾大学名誉教授）

飯野ゆき子（自治医科大学耳鼻咽喉科教授）

A. 研究目的

身体障害者福祉法における視覚障害と聴覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定の課題の整理をすることが目的である。

B. 研究方法

1. 障害認定に関する要望の整理

本研究では、これまで、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成 15 年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成 16 年度）を行った。その結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを、視覚障害と聴覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定の課題を整理した。

2. 専門家からの意見聴取

さらに、これらの課題について、視覚障害と聴

覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定の専門医に意見を求めた。

C. 研究結果

障害認定に関する要望の多い順に整理したものが、資料 1～2 である。

専門医からのヒアリングの結果は、資料 3～4 のとおりである。

D. 考察

1. 視覚障害の今後の検討課題

（1）認定基準について

視力障害と視野障害に分かれている視覚障害の範囲を、調節障害や動揺視などに拡大することについては、賛成は得られなかった（24/41）。その理由としては、視力障害や視野障害により認定できること（6）や認定方法が難しいこと（4）があげられていた。

一方で、視力障害の認定を両眼視で行うことについては、多くの医師が賛成している（40/46）。また、視力障害の 5 級と 6 級の認定方法について

は、運用上の問題があるという意見が多かった(30/42)が、その原因の主たるものは、両眼視で認定を行っていないことに帰着するということがあった(15/30)。一方で、問題なしとしている医師も12名おられ、全体としては、この点について、医師が問題意識をもっていないことがわかった。

視野障害について損失率の導入については、多くの医師が問題視していた(26/29)。特に、視野測定の際の視標についての意見が多かった(7)。この点については、今後の検討を要すところであろう。

また、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について、多くの医師(42人)が関心をもっているが、具体的にどのように測定すべきかについて有力な意見はなく、今後の検討課題であると考えられた。

対数視力(10gMAR視力)を用いることについては、反対意見が多く(36/44)、時期尚早(20)の意見が多かった。

(2) 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

視力障害と視野障害において、日常生活の不便さに関して公平に等級付けがされていないかどうかについては、問題ありとした医師のほうが多かった(16/28)ものの、多数を占めた意見はなかった。

複視の認定については、片眼遮閉して良い方の眼の視力で判定するという現在の方法で問題ない(15)とする意見が多く、また、程度によっては認定不要であるという意見も10件あった。

再認定については、29件の回答があり、関心の高さを示していたが、時期や方法について多数を占めた意見はなかった。これについても、今後検討していく必要がある。

症状固定の時期については、あまり関心がなく有力な意見もなかった。

2. 聴覚障害について

(1) 国の認定基準の適用について

聴覚障害についての認定基準は、42/47の自治体が国の認定基準(ガイドライン)と同じであり、国の認定基準も大きな問題はないようである。また、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)は、48/48都道府県で同じであり、ガイドラインとして有効に機能している。

(2) 純音聴力検査について

医療機器の進歩により、オージオメーターは、通常110dBまで測定可能になっており、130dBまで測定できる機器もある。実測値を使用することで等級が変化することもある。オージオメーターの普及率などを調査し、認定基準検討する必要がある。

(3) 大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定

近年の医療事情からはかけはなれており検討する必要がある。ただし、聴取距離による認定は適用していないが32/49であり、聴力検査が不能の場合に適用しているが15/49であり、比較的用いられている。

(4) 乳幼児の聴覚障害認定について

1歳未満の乳児期の聴覚障害の認定について、ABR検査のみによる認定を行ったことがある都道府県は、26/48であり、比較的普及していることがわかる。この場合の再認定時期は3歳が適当とした回答が17/48であった。乳幼児の聴覚障害の認定における等級は、ABRないしはCORにての域値に該当する等級とすることが適当であるとの回答が26/48であった。また、再認定の必要性が6/49自治体で示された。幼児聴力検査(プレイオージOMETリー)で両耳の聴力検査が可能になる時期(3歳以降)に再認定をすることを前提に、早期に認定して、小児の発達を支援することが好ましいだろう。

(5) 知的障害、認知症などの言語障害認定について

認定しない(32/48)、高度難聴が認定する(14/48)であり、聴覚障害がある場合のみの認

定になっている。さらに、知的障害を伴う場合（4/48）や重複障害がある場合（2/48）の聴力検査の困難性が示された。また、知的障害などで発声・発後ができない場合の困難性が 3/48 示された。

（6）そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定

前回の認定基準改定で、そしやく・嚥下機能障害で、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損によるものも認定の対象となったが、そしやく・嚥下機能に加えて音声機能障害も重複する場合も多いので合計指数の適用ができない。この点に関しては検討を要する。

（7）リハビリテーションを中心とした認定基準について

現状のリハビリテーションを中心とした認定基準で問題なしという回答が 13/48 で多かった。

（8）装具をつけないでの認定について

装具をつけない現状の認定基準でよいという回答が 24/48 であった。また、続いて別の基準を設けるべきという回答が 6/48 あった。

（9）日常生活能力の視点導入について

日常生活能力の視点は、現行の基準で問題ないとする回答が 7/48 で最も多かった。

（10）生活の不便さの視点導入について

従来の判定方法でよい。（9/48）、診断基準が明確なものを作るのは困難。（4/48）であったが、積極的な意見は明確でなかった。

（11）1歳未満の乳幼児の聴覚障害認定について

1歳未満の乳幼児の聴覚障害認定時期は、6ヶ月という回答が最も多かった（22/49）。また、再認定は3歳（14/49）が多かった。

（12）リハビリテーションの観点

乳幼児聴覚障害、失語症などについて、リハビリテーションの観点から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のではないかという考えに対しては、再認定でよい（11/49）という考え

がもっとも多かった。

（13）疑義の公表

その他の記述の中で、一般によく出される疑義を頻繁、早く、広く発表していただきたい（3/49）という要望が複数あった。

E. 結論

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における視覚障害と聴覚・言語・音声・そしやく機能障害の障害認定について整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを各障害について整理し、さらに、専門家への調査を実施した。その結果、視覚障害の認定については、（1）視力障害の認定を両眼視で行うこと。

（2）視野障害の測定方法の再検討、（3）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の視覚機能の測定方法についての検討、（4）再認定の方法についての検討の課題が示された。

聴覚障害については、（1）純音聴力検査で実測値を使用すること、（2）大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定方法、（3）乳幼児の早期認定と再認定方法、（4）知的障害、認知症などの言語障害認定方法、（5）そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定、（6）疑義の公表方法が検討課題として示された。

資料 1 国内調査および各分野の専門医からの意見聴取結果の整理（視覚障害）

1. 国内調査結果の整理（視覚障害）

1-1 認定基準について

1-1-1 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。

思う	思わない	条件付・消極的賛成
8	24	9

[思わない理由として記述されたもの] () 内は件数。

○視力障害や視野障害により認定できる。(6)

○認定方法が難しい。(4)

○調節障害を加えるとなると老視（老眼）がすべて障害者になってしまう。(1)

[条件付・消極的賛成の理由として記述されたもの]

○客観的な認定基準が作れば賛成。(9)

1-1-2 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。

賛成	反対	条件付・消極的賛成	わからない
40	3	2	1

[反対の理由として記述されたもの]

○障害能率の観点からは、現行でも差し支えない。(1)

○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。(1)

[条件付・消極的賛成として記述されたもの]

○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。(1)

○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。(1)

1-1-3 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。

問題あり	問題なし
30	12

[問題ありとして記述されたもの]

○両眼視力で評価すべきである。(15)

○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。(1)

○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います。(1)

○実態にそぐわない。本人の不自由さを勘案すべきである。(1)

○5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に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。(1)

○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。(1)

○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る。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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う。(1)

○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。

○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る。(1)

○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。(1)

[問題なしとして記述されたもの]

○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)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

1-1-4 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。

問題あり	問題なし
26	3

[問題ありとして記述されたもの]

○もう少し使いやすく工夫すべきです。(3)

○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、それでも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)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

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

○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。(1)

○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。(1)

○静的視野の評価(1)

○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。(1)

○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。(1)

○I/4で10度を少しオーバーして、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)

○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。(1)

○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。(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。(1)

○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)(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○I/4で10度以内でないと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。(1)

○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。(1)

○損失率の意義が不明。視力か視野のどちらかですべき。(1)

○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。大きい視標用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。(1)

○視力・周辺視野と合わない例の多発。(1)

1-1-5 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。

[記述内容]

○眼科以外での認定が望ましい。(2)

○視覚障害の程度が判らないので認定が困難である。(2)

○脳機能判定を主判定にすべき(2)

○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。(1)

○認定しないでよい。(公平性の観点から安易に認定すべきでない。)(1)

○脳障害知能障害者については別の基準を設ける。(1)

○1級とすべき。(1)

○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(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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、医学的に判定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。(1)

- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 患者の行動から判断することの出来る基準が必要。(1)
- 客観的根拠(医学的所見)があれば、指定医師の判断でよい。(1)
- 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。(1)
- 乳幼児視力判定法であるPL法で視覚機能を測定する。(1)
- 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)
- 1級くらいならおおよそその行動で判断できるが、軽いものは不明である。(1)
- 現状のように医師が総合的に判定せざるを得ない。(1)
- 総合的にすればよいと思います。(1)
- 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。(1)
- 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ている。(1)
- 丸前眼部・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。(1)
- 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。(1)

○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。(1)

○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けどどのように思われますか。(1)

1-1-6 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けどどのように思われますか。

賛成	反対	条件付賛成	わからない
5	36	2	1

[反対として記述されたもの]

○時期尚早(20)

○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。(1)

○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。(1)

○現在の日本での測定方法にはなじまないのではないかと。(1)

○認知度が低く、混乱を招くだけ。(1)

○それでもよいが、臨床現場に混乱を生じる。(1)

○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。

(1)

○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。(1)

○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。(1)

○一般人に分かりにくいので、現状のままがよい。(1)

○今のままで良い。(3)

○両眼で評価するとよいのではないのでしょうか。(1)

○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(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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われます。

(1)

○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。

(1)

1-2 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

1-2-1 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せんが、その実態と運用上の問題があればお書きください。

問題あり	問題なし
16	12

[問題ありとして記述されたもの]

○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。(1)

○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。

○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。(1)

○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(1)

○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。(1)

○視野障害は眼球を動かす(視線をあちこち移す)あるいは、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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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人が多い様に思います。V/4等の大きな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います。(1)

○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(1)。

○御指摘の通り差があると考えます。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○問題はありますが、等級の上の方を取ればよいでしょう。(1)

○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)

[問題なしとして記述されたもの]

○どちらか等級の重い方をとる。(1)

○視野障害は2級までであるし、現状のままでよい。(1)

- 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。(1)
- 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。(1)
- 個人差も多いのでは？(1)
- 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。(1)
- 問題を指摘されたことはない。(1)
- 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じれませんが)(1)
- 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。(1)
- 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。
- 視力障害、視野障害の不便さの比較は難しい。(1)
- 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ます。(1)
- その人のライフスタイルにより状況が異なるため、現在のままでよい。(1)

2-2-2 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。

[記述内容]

- 片眼遮閉して、良い方の眼の視力で判定する方法でよい。(15)
- 「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。」(1)
- 特に不便を訴えられた事例がない。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 慣れの問題もあり、認定は困難であると思われる。(1)
- 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、方眼失明は無条件に障害認定となります。)(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)

- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。)(1)
- 認定基準に追加されることが望ましい。(1)
- 現在の区分は不適切と思われる(1)
- 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。(1)
- 7級にしてあげてはいかがでしょうか。(1)
- 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)(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 認定がむつかしいと思う。(1)
- 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。(1)
- 複視については認定しても良いと考えます。(1)
- 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。(1)
- 片眼失明と考えてよいかどうか、わかりません。(1)
- 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と思います。(1)
- 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)。(1)
- 判定の基準が難しい。(1)

1-2-3 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。

[記述内容]

- 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。(1)
- 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。(1)

- 特に感じない。(1)
- 3～5年で再認定すべき。(1)
- 3～5年で全例再認定とすべき。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- OP拒絶の場合、OP後認定の判断があってもよいと思う。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 概ね3年で問題無いと思われる。(1)
- 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と思う。(1)
- 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。(1)
- 白内障手術後の再認定は、術後半年で行うべきだ。(1)
- 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ういのではないのでしょうか。(1)
- 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(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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の、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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)

○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。(1)

現状でいいと思う。(1)

1-2-3 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。

○疾病によって異なる。(5)

○現状でいいと思う。(2)

○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。(1)

○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。(1)

○明確な時期は分かりかねる。(1)

○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。(1)

○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。(1)

「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。」(1)

○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。(1)

○「症状固定」とする判断は難しいと思われます。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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性がないと考える。(1)

○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。(1)

○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(1)

○「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?(1)

○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。(1)

○我々には殆ど意味がない。(1)

○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。(1)
- 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。(1)
 - 書く必要はない。(1)

資料2 国内調査および各分野の専門医からの意見聴取結果の整理（聴覚障害）

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
42	5

[異なる内容] () 内は件数。以下同じ。

110db オハ^バを 115db とする。(1)

130db を 135db とする。(1)

場合により、聴力検査機器、機種名、聴力図を示してもらう(1)

聴力閾値が 100dB 以上ですか。

105dB	実測値
18	5

(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	不能の場合適用している	その他
32	15	2

[その他の内容]

申請があれば、適用する。(1)

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、大声語や話声語ほどの程度が正確性に欠けるので適用していない。(1)

(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。

ある	ない
36	12

ある場合には再認定時期は何歳頃が適当ですか。

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

[意見]

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ふことあり。

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) 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	26
前記域値の 1 級下位の等級	9
最低等級の 6 級	7
その他	4

[意見]

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。(1)
必ず再認定が必要である。(1)

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。(1)

3 年後の再認定を原則としている。(1)

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。(1)

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。(1)

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する。(1) 再認定(6)

COR など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。(1)

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。(1)

3～5 才の場合は有期認定で 2 級と出た場合は 2 級のままで等級をつける。(1)

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。(1)

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。(1)

1 級未満程度の場合は 1 級下位が妥当と考える。(1)

COR の閾値に応じて認定する。(1)

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。(1)

ABR のみ：4 級を上限、COR のみ：最低 2 回測定、3 級を上限。(1)

(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。

ある	ない
19	28

[内容]

染色体異常などによる精神発達遅滞を伴う場合。(1)

知的障害を伴った場合。(1)

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。(1)

知的障害が合併しているのかどうか、不明のとき。(1)

重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)(1)

知的障害のあるとき(4)

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。(1)

重複障害を合併している場合(1)。

重複障害があるとき(2)

患者の熱心さが書面に見えるとき、事務上負担あり。(1)

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。(1)

患者が熱心なとき。(2)

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?(1)

ABRの105dBにも反応のない例(1)

検査不能(1)

音に対する反応があるにも係わらず、ABR、OAEの域値が取れない場合(1)

ABRによる検査もなく指定医師の経験則で診断された。(1)

知的障害もないのにどうしてもCORができなかった。(1)

ABR,CORでは具体的な等級分類が難しい(1)

申請医師の記載があいまい、不確かなとき。(1)

ABRとCORの不一致。(1)

年齢が若いと正確性に欠ける(1)

ASSR検査結果のみ記載の診断書の取扱い(1)

(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
48	0

(7) 知的障害、認知症などの言語障害認定について

認定しない	32
高度難聴あれば認定する	14
その他	2

[その他]

知的障害や認知症などが言語障害の原因であれば、認定しない。

(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。

ある	ない
----	----

34	14
----	----

申請があった場合認定していますか。

認定している	認定していない
30	2

(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。

ある	ない
19	29

[認定に窮した内容]

知的障害の場合。(2)

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。(1)

認知症や知的障害によるものやそれをともなったケース、明らかな場合は判断にこまるものが多い。(1)

認知症や知的障害による、または、それを伴った音声・言語障害が非常に多く、明らかにそれの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。

(1)

知的障害などで発声・発後ができない場合。(3)

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。(1)

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の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。(1)

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。(1)

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。(1)

意思伝達能力の記載があいまいな場合。(1)

嚙舌には該当しないが、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つたために言葉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、嚙舌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。(1)

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。(1)

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。(1)

理解面と表出面に開きがある場合。(1)

3級と4級の判断に窮することが時にあり。(1)

生後4ヶ月の乳幼児の事例：先天性の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。(1)

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。

[実態と運用上の問題点]

認定していない。(4)

現行通りで問題なし。(2)

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。(1)

現状でよいと思います。きりがないと思います。(1)

更生の可能性がなければ認めません。(1)

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。(1)

大体よく理解、運営されている。(1)

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。(1)

法の趣旨からしてやむを得ないと思います。(1)

リハビリテーションを中心とした障害認定で問題なし。(13)

事例はない。(3)

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。(2)

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。(1)

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。(1)

障害認定基準に合致すれば、認定すべきである。(1)

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。(1)

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。(1)

老衰、末期がんをどうやって判定するのか、検査方法は？ただただで判定するのなら、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。(1)

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。(1)

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。(1)

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、問い合せてもはっきりした回答が得られないことがある。(1)

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。(1)

老衰や末期がんとする判断が難しい。(1)

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。(1)

(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。

[実態と運用上の問題点]

現状の装具をつけない状態での認定で問題なし。(5)

食道発声を除き、装具をつけない状態での認定でよい。(1)

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。(1)

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よいと思う。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

電池が切れれば、装具をつけない状態になってしまうやはり装具をつけない状態で認定した方がよい。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

装具をつけない状態で認定している。(1)

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。(1)

人工内耳、人工咽頭、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生活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。人工咽頭も機械の故障がおこる。(1)

現状のままでよい。(24)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。健常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？(1)

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。(1)

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。(1)

別の認定基準を作るべき。(6)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。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し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）（1）

（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のでしょうか。その実態と運用上の問題点をお書きください。

〔実態と運用上の問題点〕

現在の基準で特に問題なし。（3）

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。（1）

現行でも音声言語障害については、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。（1）

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。（1）

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。（1）

現行の基準で問題ない。（7）

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。（1）

実際には会話能力を評価する検査を要すと思うが、その実施には多くの困難が伴うと推測される。（1）

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ので、身体障害者認定とは別の運用基準がよいのでは。（1）

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て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。（1）

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。（1）

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。（1）

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。（1）

コミュニケーションの程度によって認定する。（1）

小児の中等度難聴（50～70 d B）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。（1）

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し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る。（1）

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。（1）

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。（1）

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な判断ができると思われる。（1）

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。（1）

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。（1）

客観性の高い指標を用いる必要がある。（1）

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。（1）

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。（1）

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。（1）

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。（1）

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）（1）

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。（1）

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、そのような方法があることが望ましいが、思いつかない。（1）

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。（1）

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）（1）

（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。

[実態と運用上の問題点]

従来の判定方法でよい。(9)

診断基準が明確なものを作るのは困難。(4)

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。(1)

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。(1)

数値的な基準がないと判断できない。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

客観性の高い指標を用いる必要がある。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。

1 ヶ月	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

1-3-1-2 また再認定の時期については何歳頃が適当と考えますか。

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

(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当と考えますか。

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

また、再認定の必要性はどう考えますか？

必要	42
必要なし	3

(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。

[実態と運用上の問題点]

多角的検査、他の合併症状より類推して認定。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。(1)

最終障害認定を誰が行うかが一番問題であろう。(1)

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。(1)
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。

(1)

認定不可能のものは、然るべき施設に紹介する。(1)

ろう学校などでの、言語修得の状況を参考にしたい。(1)

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。

(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。（１）

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。（１）

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。（１）

症例に応じて対応せざると得ない。（１）

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いる。等級がつけられない。高次脳機能障害で等級新設したら。（１）

認定時期は聴覚障害（の程度）の診断確定時。（１）

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。（１）

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。（１）

判定が難しい場合は、症状固定としていない。（１）

3 - 6 ヶ月の経過観察後可及的に早期に認定している。（１）

（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。

〔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。（１）

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しれない。（１）

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）

肢体と同様に状態により 6 ヶ月前で認定し、再認定をする。（１）

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。（１）

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。（１）

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。（１）

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。（１）

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。（１）

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）（１）

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。(1)

再認定を行うべき。(11)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

固定時期を発症から6ヶ月ぐらいに定めています。(1)

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。(1)

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。(1)

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行っていただきたい。(1)

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、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。(1)

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、専門的などころ、各部門のある総合的な拠点でないと難しい。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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)

失語症は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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。

（1）

聴覚障害の場合、オーディオメータ以外の方法も併せて、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。（1）

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。（1）

障害認定が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。（1）

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・渗出性中耳炎患者に対する手助けがあればよいと思う。（1）

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。（1）

リハ実施後、症状の固定を見て認定したい。（1）

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。

一般によく出される疑義を頻繁、早く、広く発表していただきたい。（3）

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）。（1）

障害認定を両側50dB以上に平均域値を下げていただきたい。（1）

6級よりも軽い等級を設定すべきである。（1）

以前から出ていますように、6級(70dB)ですが55dB⇔70dB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）

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。（1）

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。（1）

判断を判定医にまかされることが多く、自治体により見ることがある。（1）

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的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。（1）

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。（1）

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思う。（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。（1）

認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。(1)

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。(1)
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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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)(1)

判定医の判断にまかされることが多い。(1)

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。(1)

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)(1)

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。(1)

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。(1)

資料2 専門医からの意見聴取結果（視覚障害）

1. 障害の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い現在の身体障害の認定基準が現実に合わせてきていることについて

近年の高齢化人口の増加に伴い、眼科領域で失明につながる疾患が前回の改訂時に比較して変化が見られる。現在、失明率は、緑内障、糖尿病網膜症、網膜色素変性、加齢性黄斑変性の順であり、今後なおこの順位は変化することが予想される。前回の改訂では主として、網膜色素変性患者の救済という面が有ったように考えられる。即ち求心性視野狭窄を重要視して、視野の障害を最高2級までにした点である。その後の疾患群の変化により、ゴールドマン視野のI/4で10度以内の求心性狭窄のある場合のみI/2指標にて視野残存率を求める方法は、緑内障患者には適応しにくく不公平が生じている。また最近ではゴールドマン視野よりも静的視野のハンフリー視野計が用いられることが多くなってきているので、今後の改訂に当たっては、視野計の種類の検討も必要になるであろう。また視野障害に関しては、全体の1/2の視野欠損という項目が有るが同じ半盲でも、同名半盲よりも下1/2半盲の方が日常生活では遥かに生活に支障をきたす。視力に関しては、現行の左右の視力の和を待って視力をあらわす方法は現実にそぐわない。両眼で見た最高矯正視力を持って視力とする方が良いと考えられる。

2. 近年の医学的進歩が反映された検査手段・方法について

視機能障害はこれまでは視力と視野の障害の程度により判定されてきた。これ以外に日常の視覚障害の程度を判定する指標となるものは考えにくい。患者の不便さの程度を客観的に評価するには、今後ともに視力、視野が使用されると思われる、視力に関して、現在はわが国では小数視力が用いられているが、視力が低い場合にはその評価はlogMAR視力が便利である。しかしながら、logMAR視力は現在一般の診療所では用いられておらず、運転免許証でも小数視力が用いられているので、時期尚早であると考ええる。視力は現在ランドルト環が用いられ、コントラスト100%の指標で評価がなされている。しかしながら、同じ1.0でもはっきりと見える1.0とぼんやりと見える1.0では視力の質が異なる。これを判別する方法として、コントラスト視力があるが、これも未だ眼科一般臨床医にはそれほど普及しておらず視覚降着の判断の検査としては時期尚早と思われる。視力、視野測定その他覚的検査は未だ完全なものではなく、乳幼児や詐盲の視力の検査方法はない。ただ、ERGやVEPなどの電気生理学的方法で反応が全くない場合には、患者の行動を参考にして判定することは可能である。ただし一般の眼科診療所ではこれらの電気生理学的検査が可能なところは少ない。

資料4 専門医からの意見聴取結果

1. 障害者の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い、現在の身体障害の認定基準が現実にあわなくなってきた事はありませんか。

障害者自立支援法の立場から聴覚障害を考えると、身体障害者に認定することにより、聴覚をとりもどす種々のサービスを受ける事がより容易となります。結果的に、聴覚障害者がよりよいかつ自立した社会生活を送る後押しをする事になります。聴覚障害は、以前と比較して遺伝的難聴がかなり明らかになったことを除けば、病態そのものには特にめだつた変化はありません。しかし、医学的あるいは科学的進歩より聴覚障害を補うオプションが非常に増えました。すなわち、より優れた補聴器、人工中耳、人工内耳、脳幹インプラント等です。また中耳手術も格段の進歩をとげ、聴力改善の可能性がさらに広がっております。このようなサービスを聴覚障害者により広く受けていただくためには身体障害者福祉法の障害認定を再検討する必要性は非常に高いと考えます。以下に具体的に示します。

①純音聴力検査について：オージオメーターでは通常 110dB まで測定可能である。また 130dB まで測定できる機器もある。現行では 100dB で測定不可の場合は 105dB として聴力閾値を算定しているが、このために実際には 2 級が適応となるものが 4 級に算定されるという事態も生じる。2 級では医療費の自己負担分の助成が受けられるため、この差は非常に大きいといえる。また大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定はあまりに近年の医療事情からかけはなれており、そろそろ見直すべき時期と考える。

②語音聴力検査について：高齢化にともなつて“音は聴こえても話しの内容がわからない”といった聴覚障害者が増加する可能性がある。しかし現行の語音による検査の検査手順は非常に不明瞭である。今後、語音明瞭度 60%以下で 4 級という項目の検査法、認定基準を見直す必要がある。

③乳幼児の聴覚障害の認定に関しては ABR と COR の両者による認定が不可欠と考える。この際、幼児聴力検査（プレイオージオメトリー）で両耳の聴力検査が可能になる時期（3 歳以降）に再認定をする必要があるため、期限付きの障害者手帳の発行も考慮すべきであろう。

④良聴耳の聴力が 40dB 以上の場合には補聴器が必要となる。小児の場合は言語発達、社会性などを考慮するとなるべく早い時期での補聴器の装用が望ましい。若い両親の経済的負担を考えると、小児に限っては児童福祉法を適用して 7 級あるいは 8 級を制定し、補聴器の給付を行えるようにした方がよい。

⑤前回のそしやく・嚥下機能障害で、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損によるものも認定の対象となった。この際、そしやく・嚥下機能のみならず音声機能障害も同時に有するものが多い。この両者は分けて考えるべきであるのに関わらず、合計指数をもって等級をあげることはできない。この点に関しては再検討を要する。

2. 近年の医学的進歩が反映された検査手段・方法を用いて障害認定を行う事ができるでしょうか。あるいはそのような方法で行う方がよいと考えられますでしょうか。よいと考えられる場合その方法は、全国どこでも実施できるでしょうか。またその場合の費用負担が適切であるかどうかについてもご意見をお願いします。

近年は難聴診断の新しい機器が実際の医療現場で用いられ、特に乳幼児の早期の難聴診断に応

用されている。AABR(Automated auditory brainstem response) や OAE (Otoacoustic emission : 耳音響反射) はスクリーニングとして、中等度から高度難聴耳の選別に用いられる。また、ASSR (Auditory steady-state response : 聴性定常反応) では純音聴力検査に用いられる各周波数の閾値測定が可能である。よって、COR がうまくとれない重複障害児・知的障害児や乳幼児の聴力検査に用いられ障害認定を行う事が可能である。しかしこの ASSR を所有している医療機関は未だ限られているため一般的ではないのが現況である。費用は保険適応がないため、費用負担に関して各施設で任意におこなっているものと思われる。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総合研究報告書

障害者関連制度の制度理念の整理

分担研究者 寺島 彰

障害者関連制度は、それぞれ、目的をもっており、それは、障害をどのようにとらえるかというなんらかの理念を反映していると考えられる。そこで、身体障害者福祉法の理念を検討するための基本的資料として、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。その結果、①障害者（児）の福祉の増進、②障害者の（生活）自立促進、③障害者等の安定した生活を保障、④社会防衛、⑤権利保障、⑥便宜提供、⑦平等の確保、⑧国家賠償などの理念があることが明らかになった。

A. 研究目的

総務省のホームページで法令検索してみると、「障害者」という単語を含む法律は、200件以上ヒットした。障害者関係福祉法や年金各法における障害年金等の障害者を直接対象とした制度は当然として、それ以外にもさまざまな制度が障害者に対する施策を実施している。例えば、税金の減免、公営住宅の優先入居、通信等でも障害の範囲を定めてサービスを提供している。また、地方自治体の条例においても多くの障害者施策が規定されている。さらに、鉄道、バス、タクシー等民間企業のサービスまで含めればさらに多くの障害者施策が存在すると考えられる。実際、東京都の自治体の福祉の手引きによれば、約100種類の障害者サービスがあげられている。

それぞれの制度は、目的をもって実施している。それは、障害をどのようにとらえるかというなんらかの理念を反映しているはずである。わが国ほど、多くの法律で広範な領域にわたって障害を規定している国はないのではないと考えられる。そこで、わが国の法律を検証することで、人間性のなかに存在する障害の捕らえ方がしめされていると考える。このような観点から、本稿では、わが国の障害者関連制度の理念を整理することとする。

B. 研究方法

わが国の障害者関連法の条文を整理し、法の目的、目標、方法に分けて整理分析する。

目的とは、その制度の意義ともいえるもので、例えば、社会福祉制度なのか、社会保険制度なのか、国家賠償のための制度なのか等である。

目標とは、そのサービスを提供することでどのようなことを実現しようとしているのかということであり、家計の安定、社会参加や自立支援、保護等である。

方法は、所得の確保・補助、医療提供、福祉サービス提供等の制度の目的を実現するための方法である。

C. 研究結果

1. 障害者関係

(1) 障害者自立支援法（平成十七年十一月七日法律第二百二十三号）

第一条で「この法律は、障害者基本法(昭和四十五年法律第八十四号)の基本的理念にのっとり、身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)、知的障害者福祉法(昭和三十五年法律第三十七号)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和三十五年法律第二百二十三号)、児童福祉法(昭和二十二年法律第六十四号)その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他

の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。」とされており、法の目的は、「障害者および障害児の福祉の増進」であり、目標は、「障害者および障害児の日常生活および社会生活の自立」であり、それを実現する方法は、「障害者福祉サービスの給付その他の支援を行う」ことである。

(2) 障害者基本法（昭和四十五年五月二十一日法律第八十四号）第一条で、「この法律は、障害者のための施策に関し、基本的理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進することを目的とする。」としており、目標は、「障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進」することであり、目的は、「障害者自立と社会・経済・文化等すべての分野への参加促進」である。

(3) 身体障害者福祉法

身体障害者福祉法（昭和二十四年十二月二十六日法律第二百八十三号）は、第一条に「この法律は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。」としており、目的は、「身体障害者の福祉の増進」を図ることである。ここで、福祉とは何かということが問題になるが、文脈からして、この定義は、日本国憲法の定義と同じで、いわゆる広義の福祉すなわち、「幸福」という意味に近いと考えられる。言い換えれば、身体障害者の本研究の趣旨からいえば、主として身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進することにより身体障害者の幸福がもたらされ

るということである。また、この法の目標は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進」することである。その方法として、「身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護」する。

(4) 知的障害者福祉法

知的障害者福祉法（昭和三十五年三月三十一日法律第三十七号）は、第一条で「この法律は、知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い、もって知的障害者の福祉を図ることを目的とする。」としており、身体障害者福祉法と同様に、目的は、「知的障害者の福祉」すなわち幸福であり、目標は、「自立と社会経済活動への参加を促進」することである。その方法として、「知的障害者を援助するとともに必要な保護を行う」ことであり、身体障害者福祉法と同じである。

(5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年五月一日法律第二百二十三号）は、その第一条で「この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。」としており、目的は、「精神障害者の福祉の増進」と「国民の精神保健の向上」であるが、目標は、精神障害者の「社会復帰の促進」、「自立」、「社会経済活動への参加の促進」、障害「発生の予防」、「国民の精神的健康の保持及び増進」である。

目的を達成するための方法としては、「医療」と「保護」、社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な「援助」を行い、障害発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に「努める」ということになる。

2. 社会福祉関係

(1) 生活保護法

生活保護法（昭和二十五年五月四日法律第四百四十四号）第三十八条（種類）に、保護施設の種類が定められており、同第二項で「救護施設」とは、「身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設とする。」とされている。また、同第三項では、「更生施設は、身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設とする。」とされ、第五項では、「授産施設は、身体上若しくは精神上の理由又は世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長することを目的とする施設とする。」とされている。このように身体障害、精神障害を対象としている。

同法第一条（この法律の目的）では、「この法律は、日本国憲法第二十五条に規定する理念に基き、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。」としている。つまり目的は、日本国憲法第二十五条の理念の実現であり、目標は、生活の保障と自立の助長であり、方法は、「必要な保護を行うこと」である。

(2) 介護保険法

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第二百二十三号）では、「要介護状態」について、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分のいずれかに該当するものをいう。（第七条）」と障害の存在を要件としている。

第一条では、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」としており、すなわち、目的は、「国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」であり、目標は、「自立生活」であり、その方法は、「必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付」である。

(3) 生活福祉資金

「生活福祉資金の貸付けについて（平成二年八月一四日厚生省社第三九八号各都道府県知事あて厚生事務次官通知）」において、「低所得者、障害者又は高齢者に対し、資金の貸付けと必要な援助指導を行うことにより、その経済的自立及び生活意欲の助長促進並びに在宅福祉及び社会参加の促進を図り、安定した生活を営ましめることを目的」として生活福祉資金を貸付けるものとしている。

制度の目的は、障害者等の「安定した生活を営ましめること」であり、目標は、障害者等の「経済的自立及び生活意欲の助長促進並びに在宅福祉及び社会参加の促進を図る」ことであり、その方法は、資金の貸付けと必要な援助指導である。

3. 公的年金制度

各年金制度は、障害年金を給付しており、障害者に対するサービスを実施している。

(1) 国民年金法

国民年金法（昭和三十四年四月十六日法律第四百四十一号）では、「第一条 国民年金制度は、日本国憲法第二十五条第二項に規定する理念に

基き、老齡、障害又は死亡によつて国民生活の安定がそこなわれることを国民の共同連帯によつて防止し、もつて健全な国民生活の維持及び向上に寄与することを目的とする。」とされており、目的は、「健全な国民生活の維持及び向上に寄与すること」である。目標は、「国民生活の安定がそこなわれることを防止」することである。

その目的を実現する方法としては、「第二条 国民年金は、前条の目的を達成するため、国民の老齡、障害又は死亡に関して必要な給付を行うものとする。」とあり具体的には、障害に関しては、第十五条により、老齡基礎年金、障害基礎年金、遺族基礎年金、付加年金、寡婦年金及び死亡一時金が給付される。つまり、年金を給付することで生活の安定がそこなわれることを防止することである。

(2) 厚生年金保険法

厚生年金保険法（昭和二十九年五月十九日法律第百十五号）は、「第一条 この法律は、労働者の老齡、障害又は死亡について保険給付を行い、労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とし、」とあるように、「労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与すること」が目的である。「労働者の老齡、障害又は死亡について保険給付を行」うことが、目標である。

目的を達成する方法として、第三十二条に、保険給付の種類として、老齡厚生年金、障害厚生年金及び障害手当金、遺族厚生年金が定められている。つまり、年金を給付することで労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与するための制度である。

(3) 心身障害者扶養共済制度

独立行政法人福祉医療機構法(平成十四年十二月十三日法律第百六十六号)第十二条に基づき実施されている制度で、地方自治体が制度を運用し、「心身障害者」を扶養する者を加入者とし、加入者の死亡及び重度の障害により心身障害者に対

して給付金が支給されるものである。

制度の目的については、文言としては示されていないが、保護者が亡くなった後に心身障害者の所得を確保することが目標または手段であると考えられる。

4. 手当関係

(1) 特別児童扶養手当等の支給に関する法律

特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和三十九年七月二日法律第百三十四号）第一条（この法律の目的）では、「この法律は、精神又は身体に障害を有する児童について特別児童扶養手当を支給し、精神又は身体に重度の障害を有する児童に障害児福祉手当を支給するとともに、精神又は身体に著しく重度の障害を有する者に特別障害者手当を支給することにより、これらの者の福祉の増進を図ることを目的とする。」とされている。つまり、目的は、「精神又は身体に障害を有する児童」「精神又は身体に重度の障害を有する児童」「精神又は身体に著しく重度の障害を有する者」の「福祉の増進を図ること」であり、その方法は、「特別児童扶養手当」「障害児福祉手当」「特別障害者手当」を支給することである。

(2) 児童扶養手当法

児童扶養手当法（昭和三十六年十一月二十九日法律第二百三十八号）第一条では、「父と生計を同じくしていない児童が育成される家庭の生活の安定と自立の促進に寄与するため、当該児童について児童扶養手当を支給し、もつて児童の福祉の増進を図ることを目的とする。」としている。そして、同法第四条で、「都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する児童の母がその児童を監護するとき、又は母がないか若しくは母が監護をしない場合において、当該児童の母以外の者がその児童を養育するときは、その母又はその養育者に対し、児童扶養手当を支給する。」としており、第三号で、「父が政令で定める程度の障害の状態にある児童。」を含めている。

本法の場合、障害者を定めている目的は、「児

童の福祉の増進」であり、目標は、障害者を父にもつ児童の家庭の生活の安定と自立の促進であり、方法は、手当の給付である。

5. 雇用・労働

(1) 障害者の雇用の促進等に関する法律

障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年七月二十五日法律第二百二十三号）第一条では、「この法律は、身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置、職業リハビリテーションの措置その他障害者がその能力に適合する職業に就くこと等を通じてその職業生活において自立することを促進するための措置を総合的に講じ、もつて障害者の職業の安定を図ることを目的とする。」としている。目的は、「障害者の職業の安定」であり、目標は、障害者の「職業生活における自立促進」である。方法は、「身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置」、「職業リハビリテーションの措置」「その他障害者がその能力に適合する職業に就くこと」が規定されている。ここで、「身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置」とは、雇用反則金制度等をさしており、また、「職業リハビリテーションの措置」は、職業斡旋、職業訓練等が含まれる。さらに、同法第十一条(特定身体障害者等)では、あん摩マッサージ指圧師の「特定職種」については、一定の視覚障害で永続するものを「特定身体障害者」として0.7の特定身体障害者雇用率を適用している。

(2) 雇用保険法

雇用保険法（昭和四十九年十二月二十八日法律第十六号）第一条では、「雇用保険は、労働者が失業した場合及び労働者について雇用の継続が困難となる事由が生じた場合に必要な給付を行うほか、労働者が自ら職業に関する教育訓練を受けた場合に必要な給付を行うことにより、労働者の生活及び雇用の安定を図るとともに、求職活動を容易にする等その就職を促進し、あわせて、

労働者の職業の安定に資するため、失業の予防、雇用状態の是正及び雇用機会の増大、労働者の能力の開発及び向上その他労働者の福祉の増進を図ることを目的とする。」としており、目的は、「労働者の生活及び雇用の安定を図る」と「労働者の職業の安定に資する」ことであり、その目的を達成するために、労働者が失業した場合及び労働者について雇用の継続が困難となる事由が生じた場合に必要な給付を行うほか、労働者が自ら職業に関する教育訓練を受けた場合に必要な給付を行う。

(3) 最低賃金法

最低賃金法(昭和三十四年四月十五日法律第三百三十七号)は、「賃金の低廉な労働者について、事業若しくは職業の種類又は地域に応じ、賃金の最低額を保障することにより、労働条件の改善を図り、もつて、労働者の生活の安定、労働力の質的向上及び事業の公正な競争の確保に資するとともに、国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする（第一条）」としているが、その第八条で、「次に掲げる労働者については、当該最低賃金に別段の定めがある場合を除き、厚生労働省令で定めるところにより、使用者が都道府県労働局長の許可を受けたときは、第五条の規定は、適用しない。」として「精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者」を同法による最低賃金が適用除外される者として障害を規定している。つまり、障害者を定めている目標は、適用することで「労働者の生活の安定、労働力の質的向上及び事業の公正な競争の確保に資するとともに、国民経済の健全な発展に寄与すること」にならない者を区別するためである。これは、著しく労働能力の低い者に対して最低賃金の支払いを義務付けた場合の影響を恐れる社会防衛上の目的があると考えられる。

(4) 一般職の職員の給与に関する法律

一般職の職員の給与に関する法律（昭和二十五年四月三日法律第九十五号）第一条（この法律の

目的及び効力)では、「この法律は、別に法律で定めるものを除き、国家公務員法第二条に規定する一般職に属する職員の給与に関する事項を定めることを目的とする。」としている。

同法第十一条(扶養手当)では、扶養手当を扶養親族のある職員に支給することが定められており、その扶養親族として「重度心身障害者」があげられている。この場合の目標は、扶養の費用の補償であると考えられる。

6. 労働災害補償

(1) 労働基準法

労働基準法(昭和二十二年四月七日法律第四十九号)でも、第七十七条で「労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり、治つた場合において、その身体に障害が存するときは、使用者は、その障害の程度に応じて、平均賃金に別表第二に定める日数を乗じて得た金額の障害補償を行わなければならない。」としてその障害を定めている。この目標は、金銭給付による補償である。

(2) 労働者災害補償保険法

労働者災害補償保険法(昭和二十二年四月七日法律第五十号)第一条は、「業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り、もつて労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする。」としており、目的は、「労働者の福祉の増進に寄与すること」であり、目標は、「労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護」をすることおよび、「疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り社会復帰の促進、労働条件の確保」である。

目標達成の方法としては、第二条の二で、「第一条の目的を達成するため、業務上の事由又は通

勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に関して保険給付を行うほか、労働福祉事業を行うことができる。」としており、保険給付としては、「療養補償給付」、「休業補償給付」、「障害補償給付」、「遺族補償給付」、「葬祭料」等の手当金と、「傷病補償年金」、「傷病年金」等の、金銭給付と、「療養給付」、「二次健康診断等給付」などの現物給付がある。労働福祉事業としては、「療養に関する施設」「リハビリテーションに関する施設」の設置及び運営等が含まれる。

(3) 国家公務員災害補償法

国家公務員災害補償法(昭和二十六年六月二日法律第九十一号)第一条(この法律の目的及び効力)は、「この法律は、国家公務員法(昭和二十二年法律第二十号)第二条に規定する一般職に属する職員(未帰還者留守家族等援護法(昭和二十八年法律第六十一号)第十七条第一項に規定する未帰還者である職員を除く。以下「職員」という。)の公務上の災害(負傷、疾病、障害又は死亡をいう。以下同じ。)又は通勤による災害に対する補償(以下「補償」という。)を迅速かつ公正に行い、あわせて公務上の災害又は通勤による災害を受けた職員(以下「被災職員」という。)の社会復帰の促進並びに被災職員及びその遺族の援護を図るために必要な事業を行い、もつて被災職員及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。」としており、第九条(補償の種類)には、「療養補償」、「休業補償」、「傷病補償年金」、「障害補償補償年金」、「障害補償一時金」、「介護補償」、「遺族補償」、「遺族補償年金」、「遺族補償一時金」、「葬祭補償」が規定されている。

すなわち、本法の目的は、公務上の公務上の災害又は通勤による災害を受けた一般職国家公務員の「生活の安定と福祉の向上に寄与すること」であり、本人の「社会復帰の促進」と本人及びその遺族の「援護」が目標である。また、方法は、上記の年金や一時金の支給である。

(4) 警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律（昭和二十七年七月二十九日法律第二百四十五号）第一条（目的）では、「この法律は、警察官の職務に協力援助した者の災害（負傷、疾病、障害又は死亡をいう。以下同じ。）につき、療養その他の給付を行うことを目的とする。」としている。第二条（国及び都道府県の責任）では、「職務執行中の警察官がその職務執行上の必要により援助を求めた場合その他これに協力援助することが相当と認められる場合に、職務によらないで当該警察官の職務遂行に協力援助した者がそのため災害を受けたとき、又は政令で定める場所以外の場所において、殺人、傷害、強盗、窃盗等人の生命、身体若しくは財産に危害が及ぶ犯罪の現行犯人がおり、かつ、警察官その他法令に基き当該犯罪の捜査に当るべき者がその場に行かない場合に、職務によらないで自ら当該現行犯人の逮捕若しくは当該犯罪による被害者の救助に当たった者（政令で定める者を除く。）がそのため災害を受けたときは、国又は都道府県は、この法律の定めるところにより、給付の責に任ずる。」とし国と都道府県の責任であるとしている。同条第2項では、「前項の場合のほか、水難、山岳における遭難、交通事故その他の変事により人の生命に危険が及び又は危険が及ぼうとしている場合に、自らの危険をかえりみず、職務によらないで人命の救助に当たった者（法令の規定に基づいて救助に当たった者その他政令で定める者を除く。）がそのため災害を受けたときも、同項と同様とする。」

第五条（給付の種類）では、この法律により行う給付の種類を定めており、「療養給付（警察官の職務に協力援助した者（以下「協力援助者」という。）が負傷し又は疾病にかかった場合における必要な療養又は当該療養に要する費用の給付）、「傷病給付（協力援助者が負傷し又は疾病にかかり治っていない場合において存する障害に対する給付）」、「障害給付（協力援助者が負傷

し又は疾病にかかり治った場合においてなお存する障害に対する給付）」、「介護給付（協力援助者が傷病給付又は障害給付の給付の事由となった障害により必要な介護を受けている場合における給付）」、「遺族給付（協力援助者が死亡した場合におけるその遺族に対する給付）」、「葬祭給付（協力援助者が死亡した場合における葬祭を行う者に対する給付）」等が定められている。

すなわち、本法の目的は、国及び都道府県の責任として警察官の職務に協力援助した者が障害を受けるなどの災害を追った場合に、給付を行うことであり、その方法は、「傷病給付」、「障害給付」、「介護給付」、「遺族給付」、「葬祭給付」等である。

(5) 河川法

河川法（昭和三十九年七月十日法律第百六十七号）第一条（目的）では、「この法律は、河川について、洪水、高潮等による災害の発生が防止され、河川が適正に利用され、流水の正常な機能が維持され、及び河川環境の整備と保全がされるようにこれを総合的に管理することにより、国土の保全と開発に寄与し、もつて公共の安全を保持し、かつ、公共の福祉を増進することを目的とする。」とされている。

本法の第二十二條（洪水時等における緊急措置）第2項には、「河川管理者は、前項に規定する措置をとるため緊急の必要があるときは、その附近に居住する者又はその現場にある者を当該業務に従事させることができる。」とあり、さらに、第6項には、「第二項の規定により業務に従事した者が当該業務に従事したことにより死亡し、負傷し、若しくは病気にかかり、又は当該業務に従事したことによる負傷若しくは病気により死亡し、若しくは障害の状態となつたときは、河川管理者は、政令で定めるところにより、その者又はその者の遺族若しくは被扶養者がこれらの原因によつて受ける損害を補償しなければならない。」とされている。

河川法施行令（昭和四十年二月十一日政令第十

四号)第十四条(洪水時等における緊急措置に係る損害補償の額等)では、「法第二十二條第六項に規定する損害補償は、非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令(昭和三十一年政令第三百三十五号)中水防法(昭和二十四年法律第九十三号)第十七條の規定により水防に従事した者に係る損害補償の基準を定める規定の例に準じて行なうものとし、この場合における手続その他必要な事項は、国土交通省令で定める。」としている。

そして、河川法施行規則(昭和四十年三月十三日建設省令第七号)第十條(損害補償の手続等)では、補償の内容として、療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償又は葬祭補償をあげている。また、休業補償については、従事者の扶養親族に重度心身障害者が含まれるときは、障害者加算がなされる。

本法で障害を定めている目的は、「損害補償」であり、その方法は、療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償又は葬祭補償などの金銭給付である。

7. 戦傷病者関係

(1) 戦傷病者戦没者遺族等援護法

戦傷病者戦没者遺族等援護法(昭和二十七年四月三十日法律第二百二十七号)では、「第一条 この法律は、軍人軍属等の公務上の負傷若しくは疾病又は死亡に関し、国家補償の精神に基き、軍人軍属等であつた者又はこれらの者の遺族を援護することを目的とする。」としており、目的は、国家補償であり、目標は、「軍人軍属等であつた者又はこれらの者の遺族を援護すること」である。

その援護の内容は、第五条で、「障害年金及び障害一時金の支給」、「遺族年金及び遺族給与金の支給」、「弔慰金の支給」であり、金銭の給付である。

なお、本法による援護は、軍人恩給の復活に先立って実施されていたが、昭和29年の軍人恩給の復活により、軍人及びその遺族に対する年金は、おおむね恩給方の増加恩給などに引き継がれた。

(2) 戦傷病者特別援護法

戦傷病者特別援護法(昭和三十八年八月三日法律第百六十八号)第一条では、「この法律は、軍人軍属等であつた者の公務上の傷病に関し、国家補償の精神に基づき、特に療養の給付等の援護を行なうことを目的とする。」としており、目的は、「国家補償」であり、目標は、「特に療養の給付等の援護を行なうこと」である。

援護の内容は、第九条で、「療養の給付」、「療養手当の支給」、「葬祭費の支給」、「更生医療の給付」、「補装具の支給及び修理」、「国立の保養所への収容」、「鉄道及び連絡船への乗車及び乗船についての無賃取扱い」とされている。ここで着目すべきは、「更生」すなわち、リハビリテーションのための医療を援護の内容としていることである。

(3) 恩給法

恩給法(大正十二年四月十四日法律第四十八号)第一条では、「公務員及其ノ遺族ハ本法ノ定ムル所ニ依リ恩給ヲ受クルノ権利ヲ有ス」とあり、目的は「権利保障」であることがわかる。恩給の内容については、第二条で、「普通恩給」、「増加恩給」、「傷病賜金」、「一時恩給」、「扶助料」、「一時扶助料」が規定されている。「普通恩給」、「増加恩給」、「扶助料」は年金であり、残りは一時金である。「普通恩給」は在職期間が一定以上*の場合に給付される。「増加恩給」は、公務上の傷病により障害者になった場合に普通恩給と合わせて支給される。「扶助料」は、公務傷病などにより死亡した場合にその遺族に支給される。「傷病賜金」は、年金であり、残りは一時金である。また、附則(昭和八年四月一〇日法律第五〇号)により「傷病年金」が規定されており、公務に起因する傷病により、増加恩給の程度には達しないが、一定程度以上の障害を有する者に年金が給付される。その他、障害にかかわる制度として、昭和16.12.8以後、本邦等で職務に関連して受傷罹病し、障害を有する旧軍人等に給付される「特例傷

病恩給」がある。

*准士官と将校は13年以上在職、下士官と兵は12年以上。

8. 税制関係

(1) 所得税法

所得税法（昭和四十年三月三十一日法律第三十三号）第七十九条では、「障害者」は、「その者のその年の総所得金額、退職所得金額又は山林所得金額から二十七万円」が控除され、「特別障害者」である場合には「四十万円」が控除されるとしており、障害者に対して所得税額の根拠となる総所得金額から一定額を控除することで税額を減額するとしている。

同法は、第一条で、「この法律は、所得税について、納税義務者、課税所得の範囲、税額の計算の方法、申告、納付及び還付の手續、源泉徴収に関する事項並びにその納税義務の適正な履行を確保するため必要な事項を定めるものとする。」としているのみであり、法律の目的は規定されていない。また、なぜ、障害者の税額を減額するのかについても規定されていない。

(2) 地方税法

地方税法（昭和二十五年七月三十一日法律第二百二十六号）でも、第二十四条の五で、「障害者」は、前年の合計所得金額が百二十五万円以下の場合、非課税とされ、また、所得割課税については、「障害者」の場合二十六万円、「特別障害者」の場合三十万円が控除される。

また、第七十二条第5項で、「あん摩、マッサージ又は指圧、はり、きゅう、柔道整復その他の医業に類する事業（両眼の視力を喪失した者その他これに類する政令で定める視力障害のある者が行うものを除く。）」とされており、重度の視力障害者は、事業税を免除される。

このように、地方税法も、障害者に対する税金の控除や減免があるものの、その目的についての規定はない。

また、地方税法に関連して、条例で自動車取得税、

自動車税、軽自動車税が減免される。

(3) 相続税法

相続税法（昭和二十五年三月三十一日法律第七十三号）では、第十二条では、「次に掲げる財産の価額は、相続税の課税価格に算入しない。」として心身障害者共済制度の給付金を受ける権利は、相続税の非課税財産であるとしている。

また、第十九条の四では、「相続又は遺贈により財産を取得した者が当該相続又は遺贈に係る被相続人の前条第一項に規定する相続人に該当し、かつ、障害者である場合には、その者については、第十五条から前条までの規定により算出した金額から六万円（その者が特別障害者である場合には、十二万円）にその者が七十歳に達するまでの年数を乗じて算出した金額を控除した金額をもって、その納付すべき相続税額とする。」とあり、障害者に対する相続税の控除を規定している。

法第二十一条の三では、心身障害者共済制度の給付金を受ける権利は、贈与税の非課税財産であるとしている。また、第二十一条の四では、特別障害者を受益者とする信託契約に基づき、金銭等の財産が信託されたときは、6000万円を限度として贈与税が非課税とされる。

このように、相続税法にも障害者に対する特別な非課税措置があるが、その目的については明記されていない。障害者が親から財産を贈与することに優遇措置を与えることの意味を考えると、障害故に余分にかかる費用を親が援助することを奨励するためであるのか、単に費用負担を軽減しようとしているのか、いろいろまことが考えられるが、明確な目的は記載されていない。

同様に、なぜ、障害者の親が障害者に遺産を相続することを優遇するのかは、障害者自身の生活の安定であるのか、親に安心感を与えることなども考えられるが、明確な目的は記載されていない。

(4) 関税定率法

関税定率法（明治四十三年四月十五日法律第五

十四号)第十四条は、無条件免税の対象として「身体障害者用に特に製作された器具その他これに類する物品で政令で定めるもの」と定めている。これらの物品については、関税定率法施行令第十六条の二で、「肢体不自由者用の義肢及び人工代用筋、車椅子並びに装着式尿取器」、「盲人用の点字器、タイプライター、時計、はかり、温度計及び体温計」、「身体障害者用に特に製作された器具その他の物品で財務省令で定めるもの」と定められている。

これも、障害者用物品を業者が安価に購入できることで、障害者関係業者を保護しようとしているのか、購入する障害者の経済的負担を軽減しようとしているのかいろいろなことが考えられるが、その目的についての記述はない。

9. 交通関係

(1) 高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律

高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律（平成十二年五月十七日法律第六十八号）第一条は、「この法律は、高齢者、身体障害者等の自立した日常生活及び社会生活を確保することの重要性が増大していることにかんがみ、公共交通機関の旅客施設及び車両等の構造及び設備を改善するための措置、旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を推進するための措置その他の措置を講ずることにより、高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の利便性及び安全性の向上の促進を図り、もって公共の福祉の増進に資することを目的とする。」としており、目的は、「公共の福祉の増進」であり、目標は、「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の利便性及び安全性の向上の促進を図」ることである。また、その目的を実現するための方法は、「公共交通機関の旅客施設及び車両等の構造及び設備を改善するための措置」、「旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を

推進するための措置」「その他の措置」を講ずることである。

(2) 道路交通法

道路交通法（昭和三十五年六月二十五日法律第百五号）第一条（目的）では、「この法律は、道路における危険を防止し、その他交通の安全と円滑を図り、及び道路の交通に起因する障害の防止に資することを目的とする。」としている。

同法第八条（通行の禁止等）では、「歩行者又は車両等は、道路標識等によりその通行を禁止されている道路又はその部分を通行してはならない。」とされているが、第二項で、「車両は、警察署長が政令で定めるやむを得ない理由があると認めて許可をしたときは、前項の規定にかかわらず、道路標識等によりその通行を禁止されている道路又はその部分を通行することができる。」としており、道路交通法施行令（昭和三十五年十月十一日政令第二百七十号）第六条（通行を禁止されている道路における通行の許可）では、第二項で「身体の障害のある者を車両の通行を禁止されている道路又はその部分を通行して輸送すべき相当の事情がある」時には、道路標識等によりその通行を禁止されている道路又はその部分を通行することができる」とされている。この場合、障害者の移動のためには、禁止事項を除外される。その目的については、明確な規定はない。

また、同法第十四条（目が見えない者、幼児、高齢者等の保護）では、「目が見えない者（目が見えない者に準ずる者を含む。）は、道路を通行するときは、政令で定めるつえを携え、又は政令で定める盲導犬を連れていなければならない。」また、同条第一項では、「目が見えない者以外の者（耳が聞こえない者及び政令で定める程度の身体の障害のある者を除く。）は、政令で定めるつえを携え、又は政令で定める用具を付けた犬を連れて道路を通行してはならない。」とある。道路交通法施行令第8条第4項では、「法第十四条第二項の政令で定める程度の身体の障害は、道路の通行に著しい支障がある程度の股体不自由、視

覚障害、聴覚障害及び平衡機能障害とする。」とされているが、具体的な障害程度については、示されていない。ここでは、視覚障害者等を区別して杖や盲導犬の携行を求めている。法の目的からすれば、安全の確保ということになるだろう。また、それ以外のものは、そのような杖や盲導犬の携行をしてはならないとしている。この目的は不明である。

法第七十一条（運転者の遵守事項）では、「車両等の運転者は、次に掲げる事項を守らなければならない。」として「二 身体障害者用の車いすが通行しているとき、目が見えない者が第十四条第一項の規定に基づく政令で定めるつえを携え、若しくは同項の規定に基づく政令で定める盲導犬を連れて通行しているとき、耳が聞こえない者若しくは同条第二項の規定に基づく政令で定める程度の身体の障害のある者が同項の規定に基づく政令で定めるつえを携えて通行しているとき、又は監護者が付き添わない児童若しくは幼児が歩行しているときは、一時停止し、又は徐行して、その通行又は歩行を妨げないようにすること。」とされている。この場合は、保護の目的があると考えられる。

法第七十一条の三（普通自動車等の運転者の遵守事項）では、「座席ベルトを装着しないで自動車を運転してはならない。ただし、疾病のため座席ベルトを装着することが療養上適当でない者が自動車を運転するとき、緊急自動車の運転者が当該緊急自動車を運転するとき、その他政令で定めるやむを得ない理由があるときは、この限りでない。」とされており、道路交通法施行令第二十六条の三の二（座席ベルト及び幼児用補助装置に係る義務の免除）で、「一 負傷若しくは障害のため又は妊娠中であることにより座席ベルトを装着することが療養上又は健康保持上適当でない者が自動車を運転するとき。」はそれが、免除される。ここでは、療養や健康保持が目標となっている。

また、法第八十八条（免許の欠格事由）では、「二 精神病患者、知的障害者、てんかん病者、

目が見えない者、耳が聞こえない者又は口がきけない者」、「三 前号に掲げる者のほか、政令で定める身体の障害のある者」、「四 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者」については、「第一種免許又は第二種免許を与えない」としている。ここで、「政令で定める身体の障害のある者」は、道路交通法施行令で、「一 両上肢をひじ関節以上で欠き、又は両上肢の用を全く廃したもの（下肢のいずれかをリスフラン関節以上で欠き、又は下肢の三大関節のいずれかの用を廃した者に係るものに限る。）」、「二 下肢又は体幹の機能に障害があつて腰をかけていることができないもの」、「三 前二号に掲げるもののほか、ハンドルその他の装置を随意に操作することができないもの」とされている。

第百三条（免許の取消し、停止等）では、第二項第一号で、「第八十八条第一項第三号に該当するに至らない程度の身体の障害で自動車等の運転に支障を及ぼすおそれのあるものが生じたとき。」は、「住所地を管轄する公安委員会は、その者の免許を取り消さなければならない。」とされている。その内容について、道路交通法施行令第三十八条で、「その障害が法第九十一条の規定により、その者の身体の状態に応じた条件を新たに付し、又はその者の免許に付されている条件を変更しても、なお自動車等の運転に支障を及ぼすおそれがある場合に限る。」としている。

さらに、第百七条の五（自動車等の運転禁止等）では、「第八十八条第一項第二号、第三号若しくは第四号のいずれかに該当する者になつたとき、又は同項第三号に該当するに至らない程度の身体の障害で自動車等の運転に支障を及ぼすおそれのあるものが生じたとき」は、国際運転免許証等を所持していても、「住所地を管轄する公安委員会は、政令で定める基準に従い、五年を超えない範囲内で期間を定めてその者に対し、当該国際運転免許証等に係る自動車等の運転を禁止することができる。」とされている。

これらの規定は、欠格事由の規定であり、目的は、自動車を運転することにより社会的混乱を防

止しようとする社会防衛上の観点があると考えられる。

(3) 自動車損害賠償保障法

自動車損害賠償保障法（昭和三十年七月二十九日法律第九十七号）でも自動車事故による障害に対して保険金を支払う場合の障害の範囲を定めている。同法は、「自動車の運行によつて人の生命又は身体が害された場合における損害賠償を保障する制度を確立することにより、被害者の保護を図り、あわせて自動車運送の健全な発達に資することを目的とする。（第一条）」としている。

すなわち、目的は、「被害者の保護」と「自動車運送の健全な発達」であり、目標は、自動車事故による「損害賠償を保障する制度を確立すること」であり、方法は、賠償金の支給である。

(4) 身体障害者旅客運賃割引規則

身体障害者旅客運賃割引規則は、各旅客鉄道株式会社の内規ではあるが、かつて、日本国有鉄道であった時代からわが国の障害者運賃割引制度の雛型となっており、現在でも鉄道、バス、船舶等の各事業者が準拠している。ここでは、東日本旅客鉄道株式会社身体障害者旅客運賃割引規則を参考にする。

同規則第1条（適用範囲）で、「この規則は、身体障害者が、単独で又は介護者とともに、北海道旅客鉄道株式会社、東日本旅客鉄道株式会社、東海旅客鉄道株式会社、西日本旅客鉄道株式会社、四国旅客鉄道株式会社及び九州旅客鉄道株式会社（以下これらを「旅客鉄道会社」という）の経営する鉄道、航路及び自動車線（以下これらを「旅客鉄道会社線」という）並びに連絡運輸の取扱いをする会社線（以下「連絡会社線」という）を乗車船する場合に適用する。」と書かれている。

また、第4条（割引乗車券類の種類）では、身体障害者に対して割引の取扱いをする乗車券類の種類は、次のとおりとしている。

①普通乗車券 第1種身体障害者が単独又は介護者とともに乗車船する場合及び第2種身体

障害者が単独で乗車船する場合に発売する。

②定期乗車券 第1種身体障害者及び12才未満の第2種身体障害者が介護者とともに乗車船する場合に発売する。

③回数乗車券 第1種身体障害者が介護者とともに乗車船する場合に発売する。

④急行券（特別急行券を除く。） 第1種身体障害者が介護者とともに、旅客鉄道会社の普通急行列車及び急行自動車（以下これらを「急行列車等」という）に乗車する場合に発売する。

また、第7条（割引率）では、「身体障害者及び介護者に対する割引率は、5割（自動車線の定期乗車券については3割）とする。ただし、小児定期乗車券に対しては、旅客運賃の割引をしない。」としている。

この規則では、なぜ、運賃割引をするのかということについては、規定されていない。例えば、介護者が必要な場合に、2人乗車しても1人分の費用負担で済むことから、介護者の負担軽減とも考えられるし、障害故に余分にかかる費用を軽減しようとしているとも考えられる。また、障害者の社会参加をすすめるために運賃を軽減しているとも考えられるが、目的規定はない。

(5) 知的障害者旅客運賃割引規則

身体障害者旅客運賃割引規則と同様に、各旅客鉄道株式会社の内規ではあるが、かつて、日本国有鉄道であった時代からわが国の障害者運賃割引制度の雛型となっており、現在でも鉄道、バス、船舶等の各事業者が準拠している。ここでは、東日本旅客鉄道株式会社知的障害者旅客運賃割引規則を参考にする。

同規則第1条（適用範囲）で、「この規則は、身体障害者が、単独で又は介護者とともに、北海道旅客鉄道株式会社、東日本旅客鉄道株式会社、東海旅客鉄道株式会社、西日本旅客鉄道株式会社、四国旅客鉄道株式会社及び九州旅客鉄道株式会社（以下これらを「旅客鉄道会社」という）の経営する鉄道、航路及び自動車線（以下これらを「旅客鉄道会社線」という）並びに連絡運輸の取扱い

をする会社線（以下「連絡会社線」という）を乗車船する場合に適用する。」と書かれている。

また、第4条（割引乗車券類の種類）では、知的障害者に対して割引の取扱いをする乗車券類の種類は、次のとおりとしている。

①普通乗車券 第1種知的障害者が単独又は介護者とともに乗車船する場合及び第2種知的障害者が単独で乗車船する場合に発売する。

②定期乗車券 第1種身体障害者及び12才未満の第2種知的障害者が介護者とともに乗車船する場合に発売する。

③回数乗車券 第1種身体障害者が介護者とともに乗車船する場合に発売する。

④急行券（特別急行券を除く。） 第1種知的障害者が介護者とともに、旅客鉄道会社の普通急行列車及び急行自動車（以下これらを「急行列車等」という）に乗車する場合に発売する。

また、第6条（割引率）では、「知的障害者及び介護者に対する割引率は、5割（自動車線の定期乗車券については3割）とします。ただし、小児定期乗車券に対しては、旅客運賃の割引をしません。」としている。

この規則でも、なぜ、運賃割引をするのかということについては、規定されていない。

10. 建築関係

（1）高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律

高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律（平成六年六月二十九日法律第四十四号）第一条では、「この法律は、高齢者で日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受けるもの、身体障害者その他日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受ける者が円滑に利用できる建築物の建築の促進のための措置を講ずることにより建築物の質の向上を図り、もって公共の福祉の増進に資することを目的とする。」としており、目的は、「公共の福祉の増進」であり、目標は「建築物の質の向上」であり、方法は、「高齢者で日常生活又は社会生活

に身体の機能上の制限を受けるもの、身体障害者その他日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受ける者が円滑に利用できる建築物の建築の促進のための措置を講ずること」である。

（2）都市基盤整備公団法

都市基盤整備公団法（平成十一年六月十六日法律第七十六号）第三十三条第4項で、公団は、「居住者が高齢者、身体障害者その他の特に居住の安定を図る必要がある者でこれらの規定による家賃を支払うことが困難であると認められるものである場合又は賃貸住宅に災害その他の特別の事由が生じた場合においては、家賃を減免することができる。」と身体障害者に対する特別な配慮を定めている。

同法第一条は、「都市基盤整備公団は、地方公共団体、民間事業者等との協力及び役割分担の下に、人口及び経済、文化等に関する機能の集中に対応した秩序ある整備が十分に行われていない大都市地域その他の都市地域における健康で文化的な都市生活及び機能的な都市活動の基盤整備として居住環境の向上及び都市機能の増進を図るための市街地の整備改善並びに賃貸住宅の供給及び管理に関する業務を行い、並びに都市環境の改善の効果の大きい根幹的な都市公園の整備を行うこと等により、国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする。」としており、目的は、「国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展」である。目標は、「居住環境の向上及び都市機能の増進を図る」「都市環境の改善」であり、その目的を達成するための方法として「市街地の整備改善」、「賃貸住宅の供給・管理」、「根幹的な都市公園の整備」等を行うこととしている。

これらから判断すれば、家賃を減免することで、より質の高い住宅に居住することで居住環境の向上を目標とするということになるのだろう。

（3）公営住宅法

公営住宅法（昭和二十六年六月四日法律第九

十三号)では、第一条(この法律の目的)で、「この法律は、国及び地方公共団体が協力して、健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を整備し、これを住宅に困窮する低額所得者に対して低廉な家賃で賃貸し、又は転貸することにより、国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与することを目的とする。」としている。

そして、同法第二十三条(入居者資格)として「公営住宅の入居者は、少なくとも次の各号(老人、身体障害者その他の特に居住の安定を図る必要がある者として政令で定める者にあつては、第二号及び第三号)の条件を具備する者でなければならない。」としており、身体障害者を規定している。この場合、障害者を規定している目的は、「国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与すること」であり、その目的を達成する方法としては、「低廉な家賃で賃貸又は転貸する」ことである。

本法は、「国民生活の安定と社会福祉の増進」が目的であり、「健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を整備」し、「住宅に困窮する低額所得者に対して低廉な家賃で賃貸し又は転貸する」ことが目的達成の方法である。しかし、低所得者かつ身体障害者である場合に入居資格が与えられるのは、なぜかについては、例えば、住宅改造の行われている住宅に居住できるようにしようとするのか、身体障害者に優先的に入居させようとしているのか、等いろいろ考えられるが、その目的についての規定はない。

1 1. 通信関係

(1) 身体障害者の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律

身体障害者の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律(平成五年五月二十六日法律第五十四号)第一条(目的)では、「この法律は、社会経済の情報化の進展に伴い身体障害者の電気通信の利用の機会を確保することの必要性が増大していることにかんがみ、通信・放送身体障害者利用円滑化事業を

推進するための措置を講ずることにより、通信・放送役務の利用に関する身体障害者の利便の増進を図り、もって情報化の均衡ある発展に資することを目的とする。」としている。身体障害者利用円滑化事業の具体的な中身については、規定はないが、第二条(定義)第二項において、「この法律において「解説番組」とは、テレビジョン放送(放送法第二条第二号の五に規定するテレビジョン放送をいう。以下同じ。)において送られる静止し、又は移動する事物の瞬間的影像を視覚障害者に対して説明するための音声その他の音響を聴くことができる放送番組をいう。」、同第三項において、「この法律において「字幕番組」とは、テレビジョン放送において送られる音声その他の音響を聴覚障害者に対して説明するための文字又は図形を見ることができる放送番組をいう。」と規定されていることからこのようなものを意味していると考えられる。

このことから、本法の目的は、「社会経済の情報化の進展に伴い身体障害者の電気通信の利用の機会を確保すること」であり、目標は、「通信・放送役務の利用に関する身体障害者の利便の増進を図り、もって情報化の均衡ある発展に資すること」であり、その方法は、解説放送や字幕放送等の「通信・放送身体障害者利用円滑化事業を推進するための措置を講ずること」であると考えられる。

(2) 放送法

放送法(昭和二十五年五月二日法律第一百三十二号)第三条の二(国内放送の放送番組の編集等)第4項では、「放送事業者は、テレビジョン放送による国内放送の放送番組の編集に当たっては、静止し、又は移動する事物の瞬間的影像を視覚障害者に対して説明するための音声その他の音響を聴くことができる放送番組及び音声その他の音響を聴覚障害者に対して説明するための文字又は図形を見ることができる放送番組をできる限り多く設けるようにしなければならない。」として視覚障害者に対する解説放送と、聴覚障害者

に対する字幕放送について規定している。

その目的は、明確ではないが、同法第一条（目的）で「この法律は、左に掲げる原則に従つて、放送を公共の福祉に適合するように規律し、その健全な発達を図ることを目的とする。」としており、この原則として、

一 放送が国民に最大限に普及されて、その効用をもたらすことを保障すること。

二 放送の不偏不党、真実及び自律を保障することによつて、放送による表現の自由を確保すること。

三 放送に携わる者の職責を明らかにすることによつて、放送が健全な民主主義の発達に資するようにすること

としていることから、障害者を規定している目的は、放送の「健全な発達を図る」ことであり、目標は、障害者の情報保障であると考えられる。また、方法は、解説放送と、字幕放送の普及である。

1 2. 児童・教育関係

(1) 児童福祉法

児童福祉法(昭和二十二年十二月十二日法律第百六十四号)においても障害児についての規定があるのでその目的と方法についてみてみる。児童福祉法には、その目的は示されていないが、「第一条 すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。② すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。」「第二条 国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。」「第三条 前二条に規定するところは、児童の福祉を保障するための原理であり、この原理は、すべて児童に関する法令の施行にあつて、常に尊重されなければならない。」とあることから児童福祉の保障が目的であると考えられる。

障害児に対する施策の目的についての規定もないが、第8条⑦には、「社会保障審議会及び都道府県児童福祉審議会は、児童及び知的障害者の福祉を図るため、芸能、出版物、がん具、遊戯等

を推薦し、又はそれらを製作し、興行し、若しくは販売する者等に対し、必要な勧告をすることができる」という規定があり、知的障害者の福祉も目的としていることがわかる。また、「第四十二条 知的障害児施設は、知的障害のある児童を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。」「第四十三条 知的障害児通園施設は、知的障害のある児童を日々保護者の下から通わせて、これを保護するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。」「第四十三条の二 盲ろうあ児施設は、盲児(強度の弱視児を含む。)又はろうあ児(強度の難聴児を含む。)を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な指導又は援助をすることを目的とする施設とする。」「第四十三条の三 肢体不自由児施設は、上肢、下肢又は体幹の機能の障害(以下「肢体不自由」という。)のある児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。」「第四十三条の四 重症心身障害児施設は、重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに、治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設とする。」「第四十三条の五 情緒障害児短期治療施設は、軽度的情緒障害を有する児童を、短期間、入所させ、又は保護者の下から通わせて、その情緒障害を治すことを目的とする施設とする。」とあるように「保護」「独立自活に必要な知識技能を与える」「独立自活に必要な指導又は援助」「治療」「日常生活の指導」も目的としていることがあかる。

(2) 学校教育法

学校教育法(昭和二十二年三月三十一日法律第二十六号)第一条は、「この法律で、学校とは、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、大学、高等専門学校、盲学校、聾学校、養護学校及び幼稚園とする。」と規定しているだけで特に目的は定めていない。

しかし、それぞれの学校ごとにその目的が示されている。障害者関係では、第七十一条で、「盲学校、聾学校又は養護学校は、それぞれ盲者（強度の弱視者を含む。以下同じ。）、聾者（強度の難聴者を含む。以下同じ。）又は知的障害者、肢体不自由者若しくは病弱者（身体虚弱者を含む。以下同じ。）に対して、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を施し、あわせてその欠陥を補うために、必要な知識技能を授けることを目的とする。」としている。対象となる「盲者、聾者又は知的障害者、肢体不自由者若しくは病弱者」の「心身の故障の程度」は、学校教育法施行令（昭和二十八年十月三十一日政令第三百四十号）で定められている。

第七十四条では、「都道府県は、その区域内にある学齢児童及び学齢生徒のうち、盲者、聾者又は知的障害者、肢体不自由者若しくは病弱者で、その心身の故障が、第七十一条の二の政令で定める程度のものを就学させるに必要な盲学校、聾学校又は養護学校を設置しなければならない。」としている。

また、第七十五条第一項では、小学校、中学校、高等学校及び中等教育学校に、次の各号のいずれかに該当する児童及び生徒のために、特殊学級を置くことができる。」としている。

- 一 知的障害者
- 二 肢体不自由者
- 三 身体虚弱者
- 四 弱視者
- 五 難聴者
- 六 その他心身に故障のある者で、特殊学級において教育を行うことが適当なもの

第二項では、これらの学校に、疾病により療養中の児童及び生徒に対する、特殊学級を設けたり、教員を派遣して教育を行うことができる。としている。

第百二条の二では、「養護学校における就学義務に関する部分の規定が施行されるまでの間は、これらの規定により知的障害者、肢体不自由者又は病弱者で、その心身の故障が、第七十一条の二

の政令で定める程度の子女を小学校又は中学校に就学させる義務を負う保護者がその子女を養護学校の小学部又は中学部に就学させているときは、その保護者は、これらの規定による義務を履行しているものとみなす。」とされており、つまり、「その心身の故障が、第七十一条の二の政令で定める程度の子女」の保護者の就学させる義務を免除している。

12. 国家賠償関係

(1) 予防接種法

予防接種法（昭和二十三年六月三十日法律第六十八号）においても、予防接種の結果、障害の状態になった場合に、障害児養育年金や障害年金障害を給付するために障害を定めている。本法の目的は、「第一条 この法律は、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進に寄与するとともに、予防接種による健康被害の迅速な救済を図ることを目的とする。」とされており、大きな目的は、「公衆衛生の向上及び増進に寄与すること」と「健康被害の救済」におかれている。

ここで「健康被害」とは、予防接種により「疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡した場合（第十一条）」であり、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受ける者に対して「医療費及び医療手当」、予防接種を受けたことにより政令で定める程度の障害の状態にある十八歳未満の者を養育する者には、「障害児養育年金」、予防接種を受けたことにより政令で定める程度の障害の状態にある十八歳以上の者には、「障害年金」、予防接種を受けたことにより死亡した者の政令で定める遺族に対しては「死亡一時金」、予防接種を受けたことにより死亡した者の葬祭を行う者に「葬祭料」が給付される。

(2) 公害健康被害の補償等に関する法律

公害健康被害の補償等に関する法律（昭和四十八年十月五日法律第百十一号）でも、一定の障害が残った場合に障害補償費を支給している。この

法の目的は、「第一条 この法律は、事業活動その他の人の活動に伴って生ずる相当範囲にわたる著しい大気汚染又は水質汚濁（水底の底質が悪化することを含む。以下同じ。）の影響による健康被害に係る損害を填（てん）補するための補償並びに被害者の福祉に必要な事業及び大気汚染の影響による健康被害を予防するために必要な事業を行うことにより、健康被害に係る被害者等の迅速かつ公正な保護及び健康の確保を図ることを目的とする。」とされているように「健康被害に係る被害者等の迅速かつ公正な保護及び健康の確保」が目的であり、目標は、「健康被害に係る損害を補填するための補償」と「被害者の福祉に必要な事業」と「大気汚染の影響による健康被害を予防するために必要な事業」を行うことである。

健康被害に対する補償のため支給される給付（「補償給付」）は、「療養の給付及び療養費」、「障害補償費」、「遺族補償費」、「遺族補償一時金」「児童補償手当」、「療養手当」、「葬祭料」がある。このうち、障害者にかかわるものは、「障害補償費」で、障害の程度が政令で定める障害の程度に該当するとき月に月ごとに金銭が支払われる（第二十五条）。

また、公害保健福祉事業として「被認定者の健康を回復させ、その回復した健康を保持させ、及び増進させる等被認定者の福祉を増進し、並びに第一種地域又は第二種地域における当該地域に係る指定疾病による被害を予防するために必要なリハビリテーションに関する事業、転地療養に関する事業その他の政令で定める公害保健福祉事業」を実施するとしている（第四十六条）。政令で定められたものを含めると、「リハビリテーションに関する事業」、「転地療養に関する事業」、「在宅療養に必要な用具の支給に関する事業」等が含まれる。

この中で、障害者にかかわるものは、また、健康被害予防の事業は、公害健康被害補償予防協会により実施され、「大気汚染の影響による健康被害の予防に関する調査研究、知識の普及及び研

修」、「大気汚染の影響による健康被害の予防に関する計画の作成、健康相談、健康診査、機能訓練若しくは施設若しくは機械器具の整備を行う地方公共団体（施設又は機械器具の整備を行う者に対して助成を行う地方公共団体を含む。）又は環境業団に対する助成金の交付」等が実施されている。

（3）独立行政法人医薬品医療機器総合機構法

独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成十四年十二月二十日法律第九十二号）は、「第三条 独立行政法人医薬品医療機器総合機構は、医薬品の副作用又は生物由来製品を介した感染等による健康被害の迅速な救済を図り、並びに医薬品等の品質、有効性及び安全性の向上に資する審査等の業務を行い、もって国民保健の向上に資することを目的とする。」としており、障害に関する目的は「医薬品の副作用による健康被害の迅速な救済を図ること」である。

第十五条では、この目的を達成するため、「医薬品の副作用による疾病、障害又は死亡につき、医療費、医療手当、障害年金、障害児養育年金、遺族年金、遺族一時金及び葬祭料の給付を行う」としている。

（4）原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成六年十二月十六日法律第十七号）では、その前文で、「国の責任において、原子爆弾の投下の結果として生じた放射能に起因する健康被害が他の戦争被害とは異なる特殊の被害であることにかんがみ、高齢化の進行している被爆者に対する保健、医療及び福祉にわたる総合的な援護対策を講じ、あわせて、国として原子爆弾による死没者の尊い犠牲を銘記するため、この法律を制定する。」としている。目的は、「国の責任」を果たすことである。

また、目標は、「第六条 国は、被爆者の健康の保持及び増進並びに福祉の向上を図るため、都道府県並びに広島市及び長崎市と連携を図りながら、被爆者に対する援護を総合的に実施するも

のとする。」とあるように、「被爆者の健康の保持及び増進並びに福祉の向上を図る」ことである。

方法としての障害関係施策としては、原子爆弾の放射能の影響による小頭症の患者に対する「原子爆弾小頭症手当の支給（第二十六条）」、造血機能障害、肝臓機能障害その他の厚生労働省令で定める障害を伴う疾病にかかっているものに対する「健康管理手当」の支給（第二十七条）、爆心地から二キロメートルの区域内に在った者又はその当時その者の胎児であった者に対する「保健手当」の支給（第二十八条）、厚生労働省令で定める範囲の精神上又は身体上の障害により介護を要する状態にあり、かつ、介護を受けているものに対する「介護手当」の支給（第三十一条）がある。また、第三十八条には、居宅生活支援事業が定められており、いわゆるホームヘルパー、デイサービス、ショートステイの提供を行っている。

1.3. 権利関係

(1) 著作権法

著作権法（昭和四十五年五月六日法律第四十八号）では、「第一条（目的）この法律は、著作物並びに 実演、レコード、放送及び有線放送に関し著作者の権利及びこれに隣接する権利を定め、これらの文化的所産の公正な利用に留意しつつ、著作者等の権利の保護を図り、もって文化の発展に寄与することを目的とする。」としており、大きな目的は、「文化の発展に寄与すること」であり、直接の目的は、「著作者等の権利の保護」である。

本法「第三十七条（点字による複製等）」では、「公表された著作物は、点字により複製することができる。」、「公表された著作物については、電子計算機を用いて点字を処理する方式により、記録媒体に記録し、又は公衆送信（放送又は有線放送を除き、自動公衆送信の場合にあつては送信可能化を含む。）を行うことができる。」、「点字図書館その他の視覚障害者の福祉の増進を目的とする施設で政令で定めるものにおいては、専ら視覚障害者向けの貸出しの用に供するために、公表

された著作物を録音することができる。」としている。

また、「第三十七条の二（聴覚障害者のための自動公衆送信）」では、「聴覚障害者の福祉の増進を目的とする事業を行う者で政令で定めるものは、放送され、又は有線放送される著作物について、専ら聴覚障害者の用に供するために、当該著作物に係る音声を文字にしてする自動公衆送信（送信可能化のうち、公衆の用に供されている電気通信回線に接続している自動公衆送信装置に情報を入力することによるものを含む。）を行うことができる。」としており、法の目的であった著作者等の権利を一部制限する規定となっている。

本法では、視覚障害者および聴覚障害者の定義はなされていない。

(2) 公職選挙法

公職選挙法（昭和二十五年四月十五日法律第九号）では、第一条（この法律の目的）で、「この法律は、日本国憲法の精神に則り、衆議院議員、参議院議員並びに地方公共団体の議会の議員及び長を公選する選挙制度を確立し、その選挙が選挙人の自由に表明せる意思によつて公明且つ適正に行われることを確保し、もつて民主政治の健全な発達を期することを目的とする。」とあり、目的は、「民主政治の健全な発達を期すること」であり、目標は、「公選が選挙人の自由に表明せる意思によつて公明且つ適正に行われることを確保すること」であり、その方法は、「公選する選挙制度を確立」とである。

第四十七条（点字投票）では、「投票に関する記載については、政令で定める点字は文字とみなす。」とされている。

第四十八条（代理投票）では、「身体の故障又は文盲」により、自ら当該選挙の公職の候補者の氏名を記載することができない選挙人は、「代理投票をさせることができる。」とされている。この場合、投票管理者は、「投票立会人の意見を聴いて、当該選挙人の投票を補助すべき者二人をそ

の承諾を得て定め、その一人に投票の記載をする場所において投票用紙に当該選挙人が指示する公職の候補者一人の氏名、一の衆議院名簿届出政党等の名称若しくは略称又は一の参議院名簿届出政党等の名称若しくは略称を記載させ、他の一人をこれに立ち合わせなければならない。」とされている。本法では、「身体の故障」の定義は、なされていない。

第四十九条（不在者投票）第一項では、「選挙人で選挙の当日次の各号に掲げる事由のいずれかに該当すると見込まれるものの投票については、「不在者投票管理者の管理する投票を記載する場所において行わせることができる。」としており、さらに第二項では、「選挙人で身体に重度の障害があるもの（身体障害者福祉法第四条に規定する身体障害者又は戦傷病者特別援護法第二条第一項に規定する戦傷病者であるもので、政令で定めるものをいう。）の投票については、政令で定めるところにより、「その現在する場所において投票用紙に投票の記載をし、これを郵送する方法により行わせることができる。」とされている。

第一項については、公職選挙法施行令第五十条（投票用紙及び投票用封筒の請求）で、身体障害者更生援護施設や労災リハビリテーション作業所等での不在者投票が可能であるとしている。

第二項については、公職選挙法施行令（昭和二十五年四月二十日政令第八十九号）第五十九条の二では、身体障害者の場合は「両下肢、体幹、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸若しくは小腸の障害若しくは移動機能の障害の程度が、「両下肢若しくは体幹の障害若しくは移動機能の障害にあつては一級若しくは二級」、「心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸若しくは小腸の障害にあつては一級若しくは三級」である者又は両下肢等の障害の程度がこれらの障害の程度に該当することについて都道府県知事若しくは指定都市若しくは中核市の長が書面により証明した者が対象とされている。また、戦傷病者特の場合は、戦傷病者手帳の、「両下肢若しくは

体幹の障害にあつては恩給法の特別項症から第二項症まで」、「内臓機能の障害にあつては同表の特別項症から第三項症まで」および、「両下肢等の障害の程度がこれらの障害の程度に該当することにつき都道府県知事が書面により証明した者が対象となっている。

なぜ、このような配慮がされているのかは記述されていないが、移動障害について着目していることから、移動困難な場合についての配慮であると考えられる。

14. 災害関係

（1）災害対策基本法

災害対策基本法（昭和三十六年十一月十五日法律第二百二十三号）は、「第一条（目的）この法律は、国土並びに国民の生命、身体及び財産を災害から保護するため、防災に関し、国、地方公共団体及びその他の公共機関を通じて必要な体制を確立し、責任の所在を明確にするとともに、防災計画の作成、災害予防、災害応急対策、災害復旧及び防災に関する財政金融措置その他必要な災害対策の基本を定めることにより、総合的かつ計画的な防災行政の整備及び推進を図り、もつて社会の秩序の維持と公共の福祉の確保に資することを目的とする。」法律である。目的は、「社会の秩序の維持と公共の福祉の確保」であり、目標は、「国土並びに国民の生命、身体及び財産を災害から保護」である。

同法第八条第2項第十四で、「国及び地方公共団体は、災害の発生を予防し、又は災害の拡大を防止するため、特に次に掲げる事項の実施に努めなければならない。」内容として、「高齢者、障害者、乳幼児等特に配慮を要する者に対する防災上必要な措置に関する事項」を定めている。すなわち、障害者は、特に保護されるべきものと考えられている。また、同法には、障害者の定義はない。

（2）災害弔慰金の支給等に関する法律

災害弔慰金の支給等に関する法律（昭和四十八年九月十八日法律第八十二号）では、「第一条（趣

旨) この法律は、災害により死亡した者の遺族に対して支給する災害弔慰金、災害により精神又は身体に著しい障害を受けた者に対して支給する災害障害見舞金及び災害により被害を受けた世帯の世帯主に対して貸し付ける災害援護資金について規定するものとする。」としているが、特に目的は示されていない。

災害障害見舞金の支給については、第八条に規定されており、「市町村は、条例の定めるところにより、災害により負傷し、又は疾病にかかり、治つたとき(その症状が固定したときを含む。)に精神又は身体に別表に掲げる程度の障害がある住民に対し、災害障害見舞金の支給を行うことができる。」「災害障害見舞金の額は、障害者一人当たり二百五十万円を超えない範囲内で障害者のその世帯における生計維持の状況を勘案して政令で定める額以内とする。」とされている。

15. 資格関係

(1) あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律

あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和二十二年十二月二十日法律第二百十七号)第二条では、「免許は、学校教育法第五十六条の規定により大学に入学することができる者で、三年以上、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の認定した学校又は厚生労働大臣の認定した養成施設において解剖学、生理学、病理学、衛生学その他あん摩マツサージ指圧師、はり師又はきゆう師となるのに必要な知識及び技能を修得したものであつて、厚生労働大臣の行うあん摩マツサージ指圧師試験、はり師試験又はきゆう師試験に合格した者に対して、厚生労働大臣が、これを与える。」と定められており、高校卒業程度の資格がないと受験できないが、第十八条の二では、「文部科学省令・厚生労働省令で定める程度の著しい視覚障害のある者(以下「視覚障害者」という。)にあつては、当分の間、第二条第一項の規定にかかわらず、学校教育法第四十七条の規

定により高等学校に入学することができる者であつて、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の認定した学校又は厚生労働大臣の認定した養成施設において、部大臣の認定した学校又は厚生大臣の認定した養成施設において、あん摩マツサージ指圧師については三年以上、あん摩マツサージ指圧師、はり師及びきゆう師については五年以上、これらの者となるのに必要な知識及び技能を修得したものは、試験を受けることができる。」としており、視覚障害者の場合、中学卒業程度の資格でも受験できるように要件を緩和している。

また、法第三条には、「次の各号の一に該当する者には、免許を与えないことがある。」として

一 精神病患者又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者

二 伝染性の疾病にかかっている者

三 第一条に規定する業務に関し犯罪又は不正の行為があつた者

四 素行が著しく不良である者

とされている。

法第十二条の三にも「都道府県知事は、前条第一項に規定する者の行う医業類似行為が衛生上特に害があると認めるとき、又はその者が次の各号の一に掲げる者に該当するときは、期間を定めてその業務を停止し、又はその業務の全部若しくは一部を禁止することができる。」とし、同じ者を規定している。

また、法第十九条では、「当分の間、文部科学大臣又は厚生労働大臣は、あん摩マツサージ指圧師の総数のうちに視覚障害者以外の者が占める割合、あん摩マツサージ指圧師に係る学校又は養成施設において教育し、又は養成している生徒の総数のうちに視覚障害者以外の者が占める割合その他の事情を勘案して、視覚障害者であるあん摩マツサージ指圧師の生計の維持が著しく困難とならないようにするため必要があると認めるときは、あん摩マツサージ指圧師に係る学校又は養成施設で視覚障害者以外の者を教育し、又は養成するものについての第二条第一項の認定又は

その生徒の定員の増加についての同条第三項の承認をしないことができる。」として視覚障害者の職業を保護する規定をもっている。

さらに、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行規則（平成二年三月二十九日厚生省令第十九号）には、第十条（点字による試験）で、「目が見えない者の試験は、点字によることができる」としている。このように受験における特別な配慮を認めているが、なぜ、そうするのかは、規定はない。

（2）鳥獣保護及狩猟ニ関スル法律

鳥獣保護及狩猟ニ関スル法律（大正七年四月四日法律第三十二号）第一条では、「本法ハ鳥獣保護事業ヲ実施シ及狩猟ヲ適正化スルコトニ依リ鳥獣ノ保護蕃殖、有害鳥獣ノ駆除及危険ノ予防ヲ図リ以テ生活環境ノ改善及農林水産業ノ振興ニ資スルコトヲ目的トス」としている。

第六条に「左ニ掲グル者ハ狩猟免許ヲ受クルコトヲ得ズ

- 一 二十歳ニ滿タザル者
- 二 精神病者、知的障害者又ハ癲癇病者
- 三 麻薬、大麻、阿片又ハ覚醒剤ノ中毒者

と定められている。

これは、欠格条項である。

（3）放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律

放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律（昭和三十二年六月十日法律第百六十七号）は、第一条（目的）で、「この法律は、原子力基本法（昭和三十年法律第百八十六号）の精神にのっとり、放射性同位元素の使用、販売、賃貸、廃棄その他の取扱い、放射線発生装置の使用及び放射性同位元素によつて汚染された物の廃棄その他の取扱いを規制することにより、これらによる放射線障害を防止し、公共の安全を確保することを目的とする。」としている。つまり、本法律は、目的は、「公共の安全を確保」であり、目標は、「放射線障害を防止」である。

同法第五条（欠格条項）では、「次の各号のいずれかに該当する者には、第三条第一項、第四条第一項又は前条第一項の許可を与えない。」として、「四 重度知的障害者又は精神病者」を定めており、放射性同位元素又は放射線発生装置を使用したり、放射性同位元素を業として販売・賃貸・廃棄することはできないこととしている。ここでは、これらの障害者の定義はない。

また、第三十一条（取扱いの制限）では、「何人も、十八歳未満の者又は精神障害者（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）第五条に規定する精神障害者をいう。）に放射性同位元素又は放射性同位元素によつて汚染された物の取扱いをさせてはならない。」「2 何人も、前項に掲げる者に放射線発生装置を使用させてはならない。」と同様の欠格条項を定めている。

本法では、公共の安全のために一部の障害者を除外している。ことになる。

15. 刑法関係

（1）刑法（明治四十年四月二十四日法律第四十五号）

刑法は、法の目的は定められていない。障害者に関しては、第二百七条（遺棄）で、「老年、幼年、身体障害又は疾病のために扶助を必要とする者を遺棄した者は、一年以下の懲役に処する。」、第二百十八条（保護責任者遺棄等）「老年者、幼年者、身体障害者又は病者を保護する責任のある者がこれらの者を遺棄し、又はその生存に必要な保護をしなかったときは、三月以上五年以下の懲役に処する。」、第二百十九条（遺棄等致死傷）「前二条の罪を犯し、よつて人を死傷させた者は、傷害の罪と比較して、重い刑により処断する。」という規定がある。これらは、障害者は保護の対象であり、それを実現するための方法として、より重い刑に処することを規定しているといえる。

（2）酒に酔つて公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律

酒に酔つて公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律（昭和三十六年六月一日法律第百三号）は、「第一条（目的）この法律は、酒に酔っている者（アルコールの影響により正常な行為ができないおそれのある状態にある者をいう。以下「酩酊者」という。）の行為を規制し、又は救護を要する酩酊者を保護する等の措置を講ずることによつて、過度の飲酒が個人的及び社会的に及ぼす害悪を防止し、もつて公共の福祉に寄与することを目的とする。」ものである。同法には、「第七条（通報）警察官は、第三条第一項又は警察官職務執行法第三条第一項の規定により酩酊者を保護した場合において、当該酩酊者がアルコールの慢性中毒者（精神障害者を除く。）又はその疑のある者であると認めるときは、すみやかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。」とあり精神障害者の除外規定がある。なぜ、精神障害者が除外されているのかは不明である。また、精神障害者の定義はなされていない。

16. その他

(1) 石油需給適正化法

石油需給適正化法（昭和四十八年十二月二十二日法律第百二十二号）は、「第一条 この法律は、我が国への石油の大幅な供給不足が生ずる場合において、国民生活の安定と国民経済の円滑な運営を図るため、石油の適正な供給を確保し、及び石油の使用を節減するための措置を講ずることにより、石油の需給を適正化することを目的とする。」としている。

その第九条（揮発油の使用の節減）で「経済産業大臣は、揮発油の使用の節減を図るため必要があると認めるときは、自動車に直接給油する事業を行う石油販売業者に対し、揮発油の給油量の制限、営業時間の短縮その他必要と認める販売方法の制限を実施すべきことを指示することができる。この場合において、身体障害者でその生計を維持するため揮発油を確保することが不可欠である者に対し、特別の配慮をしなければならない。」とし、身体障害者に対する配慮を定めてい

る。ただし、この身体障害者の定義はない。

(2) 国有財産特別措置法

国有財産特別措置法（昭和二十七年六月三十日法律第二百十九号）は、第一条（目的）で、「この法律は、旧軍関係財産等の国有財産法（昭和二十三年法律第七十三号）第三条第三項に規定する普通財産（以下「普通財産」という。）を公共の利益の増進、民生の安定、産業の振興等に有効適切に寄与させるため、当分の間、その管理及び処分について同法の特例を設けることを目的とする。」としており、目的は「公共の利益の増進、民生の安定、産業の振興等に有効適切に寄与させる」ことである。その目的を達成するために、第二条（無償貸付）第2項で、「普通財産は、次の各号に掲げる場合においては、当該各号の地方公共団体、社会福祉法人又は更生保護法人に対し、政令で定めるところにより、無償で貸し付けることができる。」として、その対象として、第三項で、身体障害者福祉法と知的障害者福祉法の規定に基づく施設を規定している。

D. 考察

結果を一覧表に整理してみると表4-1のようになる。

1. 制度の目的の類型化

制度の目的で障害者に関連するものの類型化を試みる次のようになる。

障害者（児）の福祉の増進

障害者の自立と社会・経済・文化等への参加促進

障害者等の安定した生活を保障

障害者の職業の安定

国または都道府県の責任を果たすこと

国家補償

権利保障

障害の防止

被害者の保護

身体障害者の機会を確保

必要な知識技能を授けること

被害者等の保護
被害者の救済

2. 制度の目標の整理

制度の目標で障害者に関連するものを類型化を試みる次のようになる。

障害者（児）の生活自立
障害者の自立
社会経済活動への参加を促進
障害者の社会復帰の促進
障害発生の予防
障害者の生活の保障
障害者等の生活意欲の助長促進
障害者等の在宅福祉の促進
障害者等の生活の安定
社会復帰の促進
労働条件の確保
援護
損害補償
公共交通機関を利用した移動の利便性及び安全性の向上の促進
建築物の質の向上
居住環境の向上及び都市機能の増進
都市環境の改善
通信・放送役務の利用に関する身体障害者の利便の増進
障害者の情報保障
健康被害に係る損害を補填するための補償
被害者の福祉
被爆者の健康の保持及び増進
福祉の向上を図る
公選を確保
放射線障害を防止
国有財産の管理、処分における特例

3. 方法の整理

制度を実現する方法のなかから障害者サービスの理念に関連するものの類型化を試みると次のようになる。

支援

援助
保護
医療
資金の貸付
援助指導
年金給付
手当支給
雇用の促進
職業リハビリテーション
雇用の継続のための給付
職業に関する教育訓練
最低賃金が適用除外
扶養手当支給
保険給付
労働福祉事業
年金や一時金の支給
療養の給付
更生医療の給付
補装具の支給及び修理
国立の保養所への収容
鉄道及び連絡船への乗車及び乗船についての無賃取扱い
税金の控除や減免
公共交通機関の旅客施設及び車両等の構造及び設備を改善
旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を推進
禁止事項除外、
盲人の杖盲導犬の携帯義務
盲人の歩行時の保護
シートベルト免除
免許証取得制限
賠償金の支給
円滑に利用できる建築物の建築の促進
市街地の整備改善
賃貸住宅の供給・管理
根幹的な都市公園の整備
住宅整備
低廉な家賃で賃貸し又は転貸
通信・放送利用円滑化

保護

独立自活に必要な知識技能を与える

独立自活に必要な指導又は援助

治療

日常生活の指導

学校教育

障害補償

医療費

著作者等の権利の一部制限

代理投票、不在者投票

障害者等に対する特別な配慮

障害見舞

受験要件を緩和

職業保護

特別な配慮

欠格条項

身体障害等を遺棄した者の罪を重くする

特別の配慮をする

施設への優先無償貸付

4. 理念的整理

以上の整理から、施策が何を実現しようとしているかについてまとめると次のようになる。

①障害者（児）の福祉の増進

②障害者の（生活）自立促進

障害者の社会・経済・文化等への参加促進

社会復帰促進

雇用促進

障害者の機会の確保

障害者等の生活意欲の助長促進

職業リハビリテーション

学校教育

雇用の継続のための給付

職業に関する教育訓練

知識提供

情報保障

労働条件の確保

労働福祉事業

補装具の支給及び修理

③障害者等の安定した生活を保障

障害者等の在宅福祉の促進

障害者等の生活の安定

経済的安定

資金の貸付

年金給付

手当支給

鉄道及船舶の運賃免除・割引

税金の控除や減免

公共交通機関の旅客施設の改善

公共交通機関車両の構造設備の改善

障害者の職業の安定

障害者の保護

知識の提供

情報保障

障害者等の救済

被爆者の健康の保持及び増進

損害補償

公共交通機関を利用した移動の利便性の向上

移動の安全性の向上

建築物の質の向上

居住環境の向上

都市機能の増進

都市環境の改善

円滑に利用できる建築物の建築の促進

通信・放送役務の利用に関する利便の増進

市街地の整備改善

賃貸住宅の供給・管理

根幹的な都市公園の整備

住宅整備

低廉な家賃で賃貸し又は転貸

通信・放送利用円滑化

医療・療養の給付

資金の貸付

年金給付

国立の保養所への収容

旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を推進

障害見舞

禁止除外

駐車禁止事項除外

シートベルト免除

著作者等の権利の一部制限

④社会防衛

権利制限

障害の防止

放射線障害防止

最低賃金の適用除外

免許証取得制限

欠格条項

義務付与

盲人の杖盲導犬の携帯義務

⑤権利保障

公選を確保

代理投票

不在者投票

⑥便宜提供

国有財産の管理・処分における特例

⑦平等の確保

受験要件を緩和

⑧国家賠償

賠償金の支給

E. 結論

わが国の障害者関連施策が何を実現しようとしているかについてまとめると次のようになる。

①障害者（児）の福祉の増進

②障害者の（生活）自立促進

③障害者等の安定した生活を保障

④社会防衛

⑤権利保障

⑥便宜提供

⑦平等の確保

⑧国家賠償

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
寺島彰	「身体障害認定専門医調査結果（1）視覚障害」	総合福祉	4	印刷中	2007

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」

平成 16 年度－18 年度総合研究報告書

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 19 年 3 月 31 日

