

平成 11-13 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

身体障害者福祉法における障害認定の  
在り方に関する研究

報 告 書

主任研究者 木村哲彦

## 研究組織

### 主任研究者

木村 哲彦 (日本医科大学)  
総括

### 分担研究者

長谷川 恒範 (全国生活協同組合連合会)  
障害の範囲・認定－医療の立場から  
佐藤 忠 (岩手県立大学)  
障害の範囲・認定－福祉の立場から  
植村 英晴 (日本社会事業大学)  
身体障害者福祉法以外の法律との関連性  
香川 眞 (流通経済大学社会学部 )  
身体障害者の生活実態

### 研究協力者

木村 博光 (国立伊東重度障害者センター)  
佐久間 肇 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
寺島 彰 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
佐藤 哲司 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
小松原 正道 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
石渡 博幸 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
高田 明子 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
佐藤 文子 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)  
星野 佳美 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

## 目次

はじめに .....	1
第1章 身体障害者福祉法における障害認定	
第1節 身体障害者福祉法の変遷 .....	3
第2節 身体障害者福祉法の定義・構造の分析 .....	8
第3節 身体障害認定の課題 .....	12
第2章 わが国の障害関係制度の目的の整理 .....	24
第3章 新たな障害認定方法の具体化に向けて	
第1節 現状分析 .....	53
第2節 ADL 障害度評価法の検討 .....	56
第3節 社会的不利あるいは社会参加制限についての評価 .....	74
第4章 海外の障害認定制度	
第1節 アメリカ .....	81
第2節 フランス .....	121
第3節 ドイツ .....	129
第4節 イギリス .....	139
第5節 ニュージーランド .....	151
第6節 オーストラリア .....	165
まとめ .....	174

### 別冊参考資料

1. [米国] 社会保障における障害評価 (仮訳)
2. [フランス] 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針 (仮訳)
3. [英国] 就労不能給付認定医のためのハンドブック (仮訳)
4. [ドイツ] 重度障害者法・連邦援護法 (仮訳)

### 各年度報告書

平成 11 年度厚生科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 「身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究」報告書

平成 12 年度厚生科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 「身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究」報告書

## 執筆者

はじめに

木村 哲彦

第1章

1. 寺島 彰・佐藤 忠
2. 寺島 彰
3. 木村 哲彦・長谷川 恒範・木村 博光・佐久間 肇

第2章

寺島 彰

第3章

佐久間 肇・木村 哲彦・長谷川 恒範・木村 博光

第4章

1. 寺島 彰
2. 植村 英晴
3. 植村 英晴
4. 寺島 彰
5. 植村 英晴
6. 寺島 彰

まとめ

木村 哲彦・寺島 彰

## はじめに

身体障害者福祉法が制定された当時、我国には多くの戦傷病者が残り、盛んに恩給診断が行なわれていた。発足当時の身体障害者福祉法施行規則別表の等級表には視力、聴覚、言語、平衡機能、肢体不自由が中心的障害とされ、明らかに恩給診断における等級評価の流れを汲んでいた。即ち IMPAIRMENT 解剖学的レベルでの機能の損失を評価することで評価の公平を期した。次いで心臓障害、呼吸器障害が障害の仲間に入り、疾病としか認められていなかった腎機能障害が透析療法が現実のものになって身体障害として認められるところとなり、膀胱・直腸障害、小腸障害も更に後になって加わっている、HIV(エイズ)に至ってはつい先頃の話であり、10年も経過していない。

すなわち、身体障害者福祉法制定時、当初は外傷及び先天障害を前提にしていた。疾病が慢性化することで後遺症を残す部分についての障害は、後になってから等級表に含められることになったが、その後、各種障害年金、労働者災害補償等異なった哲学の障害区分が現れるに及び三段階或いは十四段階と障害程度の刻み方、或いは範囲に血液疾患が入ったり、醜状癍痕を障害とするなど、また、能力障害としての評価をする等、障害の評価をする上での横並びの整合性を保つことの困難性など多くの問題が出来てきている。昭和30年代の中ごろに改正に関する委員会が当時の厚生省内に組織され統一等級を含めた横並びの問題調整に関する委員会（沖中委員会）が、昭和40年代の中ごろには再度の委員会（堀口委員会）、引き続いて（橋倉委員会）が調整検討を行ない試案作成まで行なったが、行政施策上の影響が大であることが理由で実現しなかった経緯がある。そこで昭和40年代の終わりに、一度、身体障害者福祉審議会、審査部会のメンバーを中心に世界の動向を把握すべく欧米の障害者等級問題調査の調査を行ない、ドイツ、オランダ、デンマーク、アメリカ、フランスの実体を訪問調査した。当時障害手帳の存在した国はフランスのみであり、然もナポレオン法に基づいたもので、等級の記載は無かった。米国は稼働能力の損失分のみ補填することで障害のランクを付け、ドイツでは州ごとに医師の診断書医を参考に裁判所で保障金額を決定していた。オランダでは職業によって保障金額に差が設けられていた。例を挙げると、航空機パイロットが失明した場合は職を失う直前の給与を終生継続する方式が採られ、障害の範囲が広い為か障害者の数もわが国の数倍であり国家財政を圧迫する状況に至っていた。デンマークでは最低賃金法に基づいて給与不足分が補填されていた。

日本国内のみならず、諸外国における考え方も制度も、保障も総てが異なり、障害認定の一本化についての困難性を認識したことであった。結果的に、大改正は暫らく行なわないこととし、小刻みな手直しを必要に応じて行なう事が我国の国情に合っているとの合意に達した。しかし以後20年の間に世の中は大きく変貌している。医学の進歩とも無縁ではないが、日本は世界一の長寿国家になり、悪性新生物を除き、疾病の致命率も死亡率も下がり、障害は重度化の傾向を辿り、六段階評価の一級の中でも大きな格差を認めるところとなってきている。現行の評価法、少なくとも障害等級に加齢現象が加

わり機能自体の評価に新しい考え方を導入せざるを得ない状況に至ったと言える。最も大きな問題として捉えられるのが介護保険の導入によって生じた自立度の評価であり、裏返してみれば介護度の評価の問題である。これらを歴史的経緯を踏まえながら検討を加え、如何なる行政ニーズにも答えられる資料として価値ある資料作りを目指し、成果を残すことができたと考えている。問題点を大別すると以下の如くなる。

- ① 障害の範囲（種類）の問題：欧米並みに足並みを揃えるべきか。
- ② 障害の範囲（程度）：如何なる程度の障害から障害者とするか。
- ③ 程度（生活困難度）の横並び：横並びにおける不公平感は無いか。
- ④ 評価法：解剖学的機能欠損 Impairment の評価か、実生活上の能力評価 Disability か。
- ⑤ 高齢障害の評価：高齢障害者の評価は如何に、障害者が高齢化した折の評価法。
- ⑥ 障害者の介護に関するサービスの質に関する問題：高齢者との差異は如何にすべきか。
- ⑦ 評価基準：身体機能の評価を行なう際の第1層の評価は Impairment の評価であり、それをもとに成される Disability の評価も関節単位、筋単位の評価方法は確立されていると考えて良いが、単一の部位における評価は正当であっても、日常生活上の困難度を点数化するには各所の評価点数を合計したものではありません。重み付けの段階から考慮し基礎的評価の方法を確定せねばならない。

我々研究グループは3年間に及ぶ研究の結果、上記⑦の基本項目と配点について基礎構造を作成すると共に欧米先進諸国の法・制度・規則等についての情報を集め、これらの資料翻訳を終えることができ、①から⑥に至る問題解決の為の資料を揃える事ができた。特に⑦について補足するならば現在国際的に用いられている Barthel, FIM などの指数は簡単に過ぎたり、同じ点数内での異なった障害間における不公平感が論じられたりする如く、満足するべき状態の Index になっていない。如何なる立場で障害を評価するにしても、基本となるべき Impairment, Disability の部分が確実に科学的に検証されていることが大前提になるものである。我々はその骨格を作成し得た。

主任研究者 木村 哲彦

# 第1章 身体障害者福祉法における障害認定

## 第1節 身体障害者福祉法における障害認定の変遷

### はじめに

それぞれの障害者関連制度には、何のために障害者に対するサービスを提供するのかという制度を支える理念があるはずである。わが国の身体障害者福祉法の歩みを振り返ることで、その障害者福祉施策の理念の発展傾向について検討したい。

### 1. 身体障害者福祉法成立

厚生省社会・援護局更生課<sup>3)</sup>によれば、身体障害者福祉法の成立経過は、次のとおりである。すなわち、昭和20年8月の終戦直後は、一般生活困窮者の激増や引揚者、復員者に対する施策等戦後の混乱に対応するための施策が優先され、旧傷痍軍人等からの不満の聲が上がったことや、昭和23年のヘレン・ケラー女史訪日をきっかけとして身体障害者対策について基本法を作成して積極的な展開を図るべきであるという声が一般に高まってきたこと等から、厚生省は、身体障害者福祉法制推進委員会において、昭和23年12月17日から昭和24年4月末まで、約20回にわたって討議がなされた。その結果、次のような観点から身体障害者福祉法案が作成された。

①この法律は、保護を基本的な目的とする法ではなく、更生を基本的な目的とする法（以下「更生法」）とし、その更生に必要な限度において、特別な保護を行うこととなった。すなわち、この法では労働年齢にありながら一定の障害のため十分にその能力を発揮できない者に、必要な補装具を交付し、指導・訓練を行うことにより、身体の欠損部分を補充することで、「一般健康人に伍して産業戦線に復帰する」という建前がとられた。

②対象となる障害は、視力障害、聴力障害、言語機能の障害、肢体不自由、中枢神経機能障害の5種にとどめ、当時、議論になっていた結核、精神障害については法の施行状況を見たうえ、将来逐次これを包含するという方針をとることとなった。なお、ここでいう中枢神経機能障害は、現在でいう脳血管障害による肢体不自由に相当する。

③対象者の年齢は、18歳未満の者に対しては児童福祉法との競合を避けてこれを除外し、また高年齢層の者に対しては、必要に応じ所要の処置を行うこととした。

④医療行政、職業補導行政に対して原則として変更を加えることをせず、これら行政主管部局との協調を密接にする方途によることとした。

⑤行政の主体は、主として都道府県知事に対する国の委理事務という形式で、実際の行政事務については、ほとんど都道府県中心に処理すべきものとした。

⑥生活に困窮している身体障害者に対する生計費の支給は、この法に規定せず、従来どおり生活保護法によることとした。

⑦職業開拓については、更生法としての範囲および程度で可能な便宜を供与することとし、おおむね労働行政に委ねることとした。

⑧更生資金の支給ないし貸付けについては、この法に規定せず、主として国民金融公庫委託で運用されている生業資金貸出制度等の利用を考慮することとなった。

⑨この法による施設は、各種の指導訓練等を行う施設等を中心にし、重症障害者を永久的に収容する施設や単なる住宅提供施設等は含まないこととされた。

## 2. 昭和 26 年改正 [第 1 次改正]

厚生省通知によれば<sup>4)</sup>、「生活保護法」「児童福祉法」「身体障害者福祉法」のいわゆる福祉三法が別個に制定・実施されたため、社会福祉事業全体にわたる共通の基本的事項を総合的に規定する法律として、昭和 26 年に社会福祉事業法が制定・施行された。それに伴い、身体障害者福祉法が改正された。主な改正点は次のとおりである。

①身体障害者に対する援護の実施機関を都道府県知事に加え、市長及び福祉事務所を設置する町村の長まで拡大した。

②身体障害者更生相談所を、身体障害者の更生指導における特殊技術面の中核機関として位置づけた。

③身体障害者の更生指導の現業事務を、基本的に福祉事務所で一括処理することとした。

④18 歳未満の身体障害児についても、身体障害者福祉法によって身体障害者手帳を交付することができることとした。

⑤社会福祉法人等による身体障害者更生援護施設の設置を認めた。

⑥身体障害者の定義「『身体障害者』とは、別表に掲げる身体上の障害のため職業能力が損傷されている 18 歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの」から、職業能力の損傷を削除した。

⑦身体障害者手帳に等級の記載欄が設けられた。

## 3. 昭和 29 年改正 [第 2 次改正]

厚生省の記録<sup>5)</sup>によれば、昭和 27 年 4 月に対日平和条約が発効し、GHQにより厳しく制限されていた戦争犠牲者に対する国家補償が可能になり、身体障害者に対する援護の拡充強化を求める要望が強まったのをうけ身体障害者福祉法が改正されたとされる。当時の厚生省通知によれば<sup>6)</sup>、この改正の要点は、次の 7 点である。

①肢体不自由者更生施設、失明者更生施設に加え、ろうあ者更生施設が設けられた。

②身体障害者福祉審議会に、芸能、出版物等について推薦・勧告を行う権限を認めた。

③居住地を有しないか明らかでない身体障害者の援護は、都道府県が行うこととした。

④更生相談所の業務のうち、補装具の処方及び適合判定を加えた。

⑤更生医療の給付及びこれに代わる費用の支給に関する規定を設けた。

⑥補装具の名称を整理し、その種類を厚生大臣が定めることとした。

⑦障害の範囲について、視力障害、視野狭窄、視野欠損を合わせて「視覚障害」に、聴力障害を「聴覚または平衡機能障害」に、言語機能障害を「音声機能または言語機能障害」にした。また、中枢神経機能障害を肢体不自由に含めた。この時、現在の等級表の原形ができています。

## 4. 昭和 33 年改正 [第 3 次改正]

昭和 33 年の社会事業法改正に伴って改正が行われた。厚生省通知によれば<sup>7)</sup>、その主な改正内容は、次の 3 点である。

- ①社会福祉法人の設置する身体障害者更生援護施設も収容委託の対象とした。
- ②身体障害者福祉法の施行に関する事務について民生委員の協力義務を規定した。
- ③社会福祉事業法の改正に伴って、人口 20 万以上の市は指定都市と同様に福祉事務所を 2 以上設置できることとなったので、これに伴い、福祉事務所のいずれかに身体障害者福祉司の置かれている場合には、市内部において技術的援助及び助言を求めることとした。

## 5. 昭和 42 年改正 [第 4 次改正]

厚生省<sup>5)</sup>によれば、高度経済成長により国民の生活水準が向上したことで身体障害者対策の充実強化が求められ、これを受け昭和 41 年 11 月に身体障害者福祉審議会答申が出され、それに基づき身体障害者福祉法が改正された。当時の厚生省通知<sup>8)</sup>によれば、その主な内容は、次の 7 点である。

- ①法の目的を「もつて身体障害者の生活の安定に寄与する等その福祉を図ること」と改め、身体障害者福祉法が職業復帰のみを目的としているのではないという昭和 26 年の改正の趣旨をさらに明確に示した。
- ②身体障害の範囲に心臓および呼吸器の障害を追加し、内部障害者が身体障害者に含まれた。その障害等級は、1, 3, 4 級と定められた。
- ③身体障害者相談員制度が創設された。
- ④身体障害者家庭奉仕員制度（ホームヘルパー）創設
- ⑤身体障害者更生援護施設として内部障害者更生施設創設
- ⑥身体障害施設の通所利用制度を設けた。
- ⑦15 歳以上の身体障害児を特例的に身体障害者更生援護施設に入所できることとした。

## 6. 昭和 43 年改正 [第 5 次改正]

身体障害者の更生意欲を助長し社会復帰の促進を図るために、身体障害者更生援護施設で訓練を受けている身体障害者に対し、更生訓練費を支給することにするための改正<sup>9)</sup>が実施された。

## 7. 昭和 47 年改正 [第 6 次改正]

昭和 45 年の身体障害者福祉審議会答申<sup>10)</sup>によれば、疾病、交通事故等による身体障害者の増加や核家族化等の家族構成の変化によって、家族では介護できない重度身体障害者が増加していることなどから、リハビリテーションの体制整備、施設の近代化及び計画的整備、重度障害者援護対策等についての要望が強く出された。これを受け、昭和 47 年に身体障害者福祉法が改正された。厚生省通知<sup>11)</sup>によれば、改正の主な事項は、次の 2 点であった。

- ①身体障害者更生援護施設の種類の、最重度障害者のための療護施設が加えられた。
- ②身体障害者の範囲に腎臓機能障害を加えた。これとともに、腎臓機能障害者に対する人工透析に要する費用が更生医療の対象となった。

なお、この改正は、小林<sup>12)</sup>によると、慢性透析療法をうけるためには、当時国民健康保険の自己負担率が 5 割であったため、およそ月額 40 数万円の自己負担がかかっていたことからそのような透析患者を救済する意味があったという。

## 8. 昭和 59 年改正 [第 7 次改正]

厚生省通知<sup>13)</sup>によれば、国際障害者年（昭和 56 年）を契機とする国民各層における障害者問題に対する関心と理解の深まりを背景として、身体障害者福祉の理念が広く定着してきた状況を踏まえ、身体障害者福祉対策の一層の推進を図るために、身体障害者福祉法が改正された。改正の主な内容は、次のとおりである。

①国際障害者年のテーマである「完全参加と平等」の理念をふまえ、その趣旨を法に盛り込んで、職業復帰や経済的自立のみが法の目標ではないことを明確にする趣旨から、法の目的・理念を規定した第 2 条の見出しを「更生への努力」から「自立への努力及び機会の確保」とした。

②内臓機能障害として「膀胱又は直腸の機能障害」を政令で指定した。また、それまで、音声機能又は言語機能の障害として扱われていた「咀嚼機能の障害」が唇顎口蓋裂の児童に対して育成医療や更生医療を適用するために身体障害の範囲に含められた。また、脳原性運動機能障害について障害程度等級表の改定及び障害認定基準全体の見直しをした。

③「肢体不自由者更生施設」、「失明者更生施設」、「ろうあ者更生施設」、「内部障害者更生施設」が、「身体障害者更生施設」として法律上統合された。また、小規模な生活施設として「身体障害者福祉ホーム」が創設され、さらに、地域福祉対策の中核として「身体障害者福祉センター」が法文化された。

## 9. 昭和 61 年改正

世界的な福祉国家の見直しの流れから、我が国においても、昭和 60 年頃から、国を中心とした社会福祉制度全体を見直す動きが顕著となった。昭和 60 年には、国の機関委任事務の整理合理化と許認可権限の地方への移譲等を目的とする「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律」が成立した。これに伴い、身体障害者福祉法が次のように改正された。

①地方公共団体の自主性を尊重する等の観点から、身体障害者更生援護施設への入所措置等、更生訓練費の支給等、更生医療の給付等、補装具の交付・修理等、身体障害児に係る特例措置が団体事務化された。これにより地方公共団体は、入所措置等について法令に基づき、地方の実情に応じて実施することとされた。

②予算措置により実施されてきたショートステイおよびデイサービスの両事業を法律上位置づけ、それとともに入所措置等と家庭奉仕員派遣を含めた在宅サービスとの連携および調整に関する規定を加えた。

③国以外の者が開設した病院等を更生医療機関として指定する権限を都道府県知事に委譲した。

## 10. 昭和 61 年 身体障害者福祉法施行令改正

昭和 59 年の身体障害者福祉法改正により、身体障害者の範囲を政令で定めるようになったため、身体障害者福祉法施行令が改正され、小腸の機能の障害が身体上の障害の範囲に加えられた。これについては、昭和 57 年の身体障害者福祉審議会答申に含まれていたのであるが、小腸機能障害者に対する更生医療が給付できるように中心静脈栄養療法が健康保

險の対象になることを待ってこの時期に改正された<sup>15)</sup>。

### 1 1. 平成 2 年改正

厚生省通知<sup>16)</sup>によれば、高齢化社会に対応するために、身近な市町村で在宅福祉サービスと施設福祉サービスが一元的にしかも計画的に提供される体制づくりを進めるために、平成 2 年に、老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法の八つの法律が改正された。身体障害者福祉法の具体的な改正内容は、次のとおりである<sup>17)</sup>。

①法の目的として「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進する」という理念が加えられた。

②在宅福祉サービスの位置付けの明確化がなされ、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイが法律の中に明確に位置づけられるとともに、身体に障害のある者の発見・相談、身体障害者更生援護施設への入所決定、更生訓練費の支給、補装具の給付、ショートステイの決定等の事務は、都道府県から町村に移譲された。

③身体障害者更生援護施設の入所決定権等の町村への移譲

④身体障害者更生相談所に身体障害者福祉士を設置

⑤点字図書館、点字出版施設、聴覚障害者情報提供施設を視聴覚障害者情報提供施設として位置づけた。

### 1 2. 平成 7 年 身体障害者福祉法施行規則改正

平成 7 年には、身体障害者福祉法施行規則が改正され、それまで、視野障害は障害程度等級 4 級と 5 級の認定であったものを 2 級から 5 級まで認定されるように視野障害の認定基準が改正された。

### 1 3. 平成 10 年 身体障害者福祉法施行令改正

平成 10 年 1 月に身体障害者福祉法施行令が改正され<sup>19)</sup>、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害が内部障害に追加された。

### 1 4. 平成 12 年改正①

平成 12 年 4 月 1 日に地方分権一括法が施行されたのに伴い、機関委任事務制度廃止とこれに伴う地方公共団体の事務区分の再構成、地方公共団体に対する国の関与の縮減、権限移譲の推進、必置規則の見直し等が実施された。具体的には、以下が改正された。

①機関委任事務の廃止及び事務区分の再構成として、身体障害者手帳交付などに関する事務、更生医療指定医療機関の指定、居宅生活支援事業の開始の届出の受理等の事務を自治事務とした。

②国の関与の縮減として指定医療機関に対する報告徴収等について厚生大臣は、緊急時にのみ実施できる。

③身体障害者福祉司及び身体障害者更生相談所の名称規制の弾力化。

④省令に規定されている地方公共団体の事務の根拠規程の政令への引き上げ。

⑤指定都市又は中核市の長が行った処分にかかる審査請求について都道府県が行った採

決に不服がある者の厚生大臣に対する再審査請求の廃止。

## 15. 平成12年改正②

平成12年6月7日に社会福祉事業法が改正され社会福祉法となったことに伴い関連法律の1つとして改正された。具体的には、次の内容が改正された。

①身体障害者相談支援事業、手話通訳事業、身体障害者生活訓練事業、盲導犬訓練施設が新規事業として追加された。

②身体障害者福祉サービスの利用制度化（措置制度から支援費支給方式への変更）。

### 参考文献

- 1) 高島進：社会福祉の歴史、28-31、ミネルヴァ書房、京都(1995)
- 2) 花田春兆：日本の障害者・今は昔、99-105、こずえ、東京(1990)
- 3) 厚生省社会・援護局更生課監修：身体障害者福祉論、47-53、全国社会福祉協議会、東京(1996)
- 4) 厚生省：身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行に関する件、昭和26年10月8日厚生省社発第89号書各都道府県知事あて厚生事務次官依命通知(1951)
- 5) 厚生省：厚生省五十年誌（記述編）、774-778、東京(1988)
- 6) 厚生省：身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について、昭和29年5月14日厚生省社発第73号書各都道府県知事あて厚生省社会局長通知(1954)
- 7) 厚生省：身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について、昭和33年5月23日厚生省社発第73号書各都道府県知事あて厚生省社会局長通知(1959)
- 8) 厚生省：身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について、昭和42年8月1日厚生省社発第244号書各都道府県知事・指定都市市長あて厚生事務次官依命通知(1967)
- 9) 厚生省：国立光明寮設置法の一部を改正する法律及び身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について、昭和43年6月18日厚生省社発第228号各都道府県知事・指定都市市長あて厚生省事務次官通知(1968)
- 10) 身体障害者福祉審議会会長答申：昭和41年の本審議会答申以後の諸情勢並びに今後の社会経済情勢の変動に対応する身体障害者福祉施策（答申）、昭和45年8月（1970）
- 11) 厚生省：身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について、昭和47年7月10日厚生省社発第113号各都道府県知事・指定都市市長あて厚生省社会局長通知(1972)
- 12) 小林秀樹：じん臓機能障害者の更生医療について、社会保険旬報、昭和47.11.11、25-28、東京
- 13) 厚生省：身体障害者福祉法の一部を改正する法律の施行について、昭和59年9月28日厚生省社更発第157号書各都道府県知事・指定都市市長あて厚生省社会局長・厚生省援護局長通知(1986)
- 14) 厚生省：地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律（社会福祉関係部分）の施行について、昭和61年12月16日社庶第225号各都道府県知事・指定都市市長あて厚生省社会局長・児童家庭局長通知(1988)

## 第2節 身体障害者福祉法における障害の定義構造の分析

### 1. 法的枠組

身体障害者福祉法では、次のように身体障害者を定義している。

「第四条 この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。」

この別表は、表1のとおりであり、視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓、じん臓、呼吸器について障害の種別について規定するとともに、それ以外の障害種別については、「その他政令で定める障害で永続し、かつ日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの」として、政令で定めることとしている。

政令である身体障害者福祉法施行令では、次のように定義されている。

「第十二条 法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。

- 一 膀胱又は直腸の機能
- 二 小腸の機能
- 三 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

このように法律および政令により身体障害者福祉法の障害種別が規定されている。視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由については、法別表に具体的な障害程度が規定されているが、心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、膀胱又は直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害のいわゆる内部障害については、法別表には、「日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの」とされているのみである。

障害程度については、別に厚生労働省令である「身体障害者福祉法施行規則」に定めがある。同規則第7条では、身体障害者手帳について次のように規定している。

「第7条 身体障害者手帳に記載すべき事項は、次のとおりとする。

- 一 身体障害者の氏名、本籍、現住所及び生年月日
  - 二 障害名及び障害の級別
  - 三 補装具の交付又は修理に関する事項
  - 四 身体障害者が15歳未満の児童であるときは、その保護者の氏名、続柄及び現住所
- 2 身体障害者手帳の様式は、別表第4号のとおりとする。
- 3 第1項の障害の級別は、別表第5号のとおりとする。」

この障害の級別を定めた別表第5号に等級ごとのより具体的な障害状態を定めている。(表2参照)

ただし、ここでも、内部障害については、十分具体的な記載になっていない。例えば、心臓機能障害の場合、「1級：心臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」、「2級：心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」、「3級：心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」とあり、1級：身の活動、2級：家庭生活、3級：社会生活における各制限を基準にしていることがわかるが、それが、具体的にどのような状態であるのかは、記述されていない。

これらの具体的な内容を記述しているのは、厚生省社会局長通知(昭和59年9月28日社更第127号各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省社会局長通知)によって示されている

「身体障害者手帳障害程度等級表解説」である。この内容は、医学的記述が中心で、例えば、18歳以上で心臓機能障害1級に該当する場合は、次の場合である。

(ア) 次のいずれか二以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰返シアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋硬塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- h 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただしⅥを除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの

(イ) 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行つたもの

しかし、実際の診断には、さらに補足的情報が必要であり、障害の範囲に該当するのかどうかについて、疑義紹介について通知したり、「身体障害者認定基準 解釈と運用」解説図書を発行して、診断書の見方などについて解説している(事例参照)。

## 2. 障害認定の原則

身体障害者福祉法では、上のような方法で障害を定義しているが、どのような原則に基づいて障害を定義しているのか検討する。

- ①定められた器官・臓器に一定の障害があること
- ②障害が長期間継続すること
- ③法の適用により社会経済活動への参加が見込めること
- ④日常生活活動の制限があること

(1) 一定の障害があること

身体障害者福祉法第4条で、「この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。」とに明記されているように、身体障害者福祉法、身体障害者福祉法施行令、身体障害者福祉法施行規則等に定められた障害があることが前提である。つまり、視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、ぼうこう又は直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の存在が要件になっている。

そして、これらの機能障害は、あらかじめ決められた器官または臓器に決められた程度の障害があることが必要である。そのために、例えば、まぶたが開かないために手を添えて開けなければ見ることができなくともまぶたは、視覚器ではないと理由で視覚障害に該当しない。

また、障害の存在が確認できない場合は、身体障害者とはならない。例えば、昭和59年

10月25日の厚生省社会局更生課長通知によれば、「乳幼児に係わる障害認定は概ね満3歳以降となっているが脳原性運動機能障害や二分脊椎の場合もこれを適用すべきか。」という疑義紹介に対して、「乳幼児については障害程度の判定が可能となる年齢が一般的には3歳児以降と考えられることから認定時期を「概ね、満3歳以降」とすることとされたところである。しかしながら、四肢の欠損等のように障害程度の明かな場合もありうるので障害程度の判定が可能と診断される場合は3歳未満における障害認定を否定するものではない。」というように障害を確定できるまで認定されないことがある。

## (2) 障害が長期間継続すること

身体障害者福祉別表において「次に掲げる視覚障害で、永続するもの」「次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの」「心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの」と規定されているように、多くは、障害の永続性が要件となっている。

しかし、この場合の永続性について、「身体障害者障害程度等級表について(昭和59年9月28日厚生省社会局長通知)」で「法別表に規定する「永続する」障害とは、その障害が将来とも回復する可能性が極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。」と記述されているように、その意味するところは、ある程度長期にわたって継続するということである。どの程度以上を長期とするのかについては、明確ではない。

ただし、「音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失」と「肢体不自由」の四肢及び指の欠損については、永続性を問っていないが、これらは、現代医学では再生しないため永続するものと同等であると考えられる。

この永続性については、「障害が固定していること」という表現が用いられることがある。

## (3) 法の適用により社会経済活動への参加が見込めること

身体障害者福祉法では、第1条(法の目的)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、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。」とされており、身体障害者福祉法の最大の目的は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加の促進である。そのため、たとえば、障害があっても、社会経済活動への参加が見込めない場合には、法の対処にならない場合がある。例えば、昭和59年10月25日の厚生省社会局更生課長通知によれば、「老衰により、歩行も不能となった者も歩行障害で認定してよいか。」という疑義に対して、「加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことはできないが、近い将来において生命の維持が困難となるような場合に身体障害者手帳を交付することは適当でない。」としており、また、末期のガンの場合も対象とならない。

## (4) 日常生活に対する著しい制限があること

やはり、法別表の内部障害については、「五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの」という規定があり、日常生活に著しい制限を受けることが要件とされている。視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由のいわゆる

る外部障害には、そのような日常生活に対する著しい制限についての規定はないが、これらの障害が永続することは、明らかに日常生活の著しい制限があると考えられる。

### 3. 対象とする障害

どのような障害を対象とするかについては、これまでの障害認定においては、次のような方法により認定されている。

#### (1) 機能障害により認定

視覚障害、聴覚・音声・言語障害、そしゃく機能障害、肢体不自由については、機能障害により認定。

##### (例) 視野障害

2級 95%以上の視能率の損失率、

3級 90%以上の視能率の損失率

4級 視野10度以内(85%)

#### (2) 機能障害と日常生活活動の制限により認定

呼吸器機能障害、心臓機能障害、じん臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害は、機能障害と日常生活活動の制限により認定している。

##### (例) 呼吸器機能障害

1級 予測肺活量1秒率が20以下又は動脈血O<sub>2</sub>分圧が50Torr以下  
(息苦しくて身のまわりのこともできない)

3級 予測肺活量1秒率が20を超え30以下のもの若しくは動脈血O<sub>2</sub>分圧が50Torrを超え60Torr以下のもの又はこれに準ずるもの  
(ゆっくりでも少し歩くと息切れがする)

4級 予測肺活量1秒率が30を超え40以下のもの若しくは動脈血O<sub>2</sub>分圧が60Torrを超え70Torr以下のもの又はこれに準ずるもの  
(階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる)

## 第3節 身体障害認定の課題

### はじめに

現行の身体障害者福祉法による等級分類は、戦傷病者のクラス分けに発し、基本的に解剖学的レベルでの機能損傷 Impairment を基準としている。Impairment 及び Dysfunction の最も大きな障害を以って最高位とし、1,2級を重度障害、3,4級を中等度障害、5,6級を軽度障害と位置付けている。これに関して、介護を常時要する程度の者から、日常生活自立の者までが同一等級にランクされるために、同じ等級間での格差が表現されないことが指摘され、これまで再三にわたり各団体及び地方自治体からの見なおし要求があった。これらの要求に対応するため、昭和37年当時、数年間に及ぶ見なおし研究が成された〔沖中委員会〕。社会局更生課主催による研究委員会がその後も開かれたが、〔堀口委員会、橋倉委員会〕他法に及ぼす影響の大きなこと、時期尚早であることを理由として、研究事業のまま終わっている。身体障害者の介護に関する検討を行った際、「特別障害者手当」と命名

するに至った経緯は、「介護手当」にすると本人の手に渡らなくなる可能性があることとされたことに由来する。本来、特別障害者手当の性格は介護手当に他ならないのであるが、後発の老人介護保険が明確に「介護」とうたっている以上、特別障害者手当は介護のための手当であるとの説明が付き難くなっている。今日、介護保険の等級付けによる「要介護の程度見なおしに際し、身体障害者の要介護度との整合を図る必要」が予見される。ここにいたって我々研究グループに課せられた使命は、過去において検討を重ねた委員会の結果を参照し「介護保険、社会保障、疾病構造、技術革新」等の構造変化と、それに伴って変遷しつつあるニーズに合わせ、新しい方向性を検討することである。

## 1. 感覚及び運動機能障害

### (1) 障害の分類

障害の分類方法には幾つかの方法がある。通常は臓器別（部位別）の分類、原因別分類、障害の現れ方〔機能障害〕に基づく分類とに分けられる。数年に一度の頻度で行なわれている障害者に関する実態調査は、機能の損傷を基準にしているが、同時に原因に関する調査も簡単な分類で行っている。言うまでも無く、障害者の定義は、「身体障害、知的障害または精神障害があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるもの」（障害者基本法）であり、疾病・外傷の治療過程において一時期に限定した機能の損傷を指すものではない。

機能の損傷を基準にする分類法では、①精神の障害、②知的障害（精神発達遅滞、現在あまり使われなくなった用語の「精神薄弱」にあたる）及び、③身体の障害に大別する。身体障害は、a)視覚障害、b)聴覚障害、c)音声言語・咀嚼機能障害、d)平衡機能障害、e)肢体不自由（上肢機能障害、下肢機能障害、体幹機能障害、脳性麻痺等乳幼児期以前の脳病変に基づく運動機能障害）、f)内部障害としての6障害（心臓機能障害、腎機能障害、呼吸機能障害、膀胱又は直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害）に細分される。ここに述べた身体機能の損傷を基準にする分類法は、身体障害者福祉法がこれに拠っている。当然のことであるが、障害認定には障害の種類ばかりで評価するのではなく障害の程度を含めた認定基準が用いられることになる。

身体障害者福祉法に基づく分類法は、身体障害手帳の発給に際して利用されるばかりでなく、手帳発給後の身体障害者福祉行政全般に於いても利用されるところとなる。又、他法に於ける障害者対策の際の基準にも大いに活用されるところとなり、我国における最も基本的な基準と言ってよい。

身体障害者福祉法によるもの以外には、知的障害者福祉法関連の分類、年金関連の分類、労働者災害補償保険法による分類、重度障害者を対象とした特別障害者手当支給に関する分類、そして介護保険の支給に際して介護の必要程度を認定する際の分類があり、これは現在最も注目を集めている。介護保険の認定における分類では、人手を煩わすようになった時点で用いる尺度である為、障害の種類よりも、障害の程度による分類となる。児童福祉法に基づく障害分類は、基本的に身体障害手帳と同じである。しかし、それに伴う育成医療の措置に際しては手帳の所持を要件としていないところが成人の場合と異なる。各法間に於いて、分類上の主旨に相違がある。解剖学的な機能の損傷で評価するのか、あるいは目的動作遂行

能力で評価するのか、更には稼得能力で評価するのか、介護にどのくらいの労力を必要とするか、といった視点の相違で基準もそれぞれに異なる。

代表的な身体障害者手帳の等級とは異なり、解剖学的な機能の損傷を評価するのではなく、目的動作の遂行能力損傷、換言すれば日常生活上の支障を評価するのが、年金分野の分類であり、稼得能力を基準に障害別に程度を分類しているのが、関連する自動車損害賠償保険等に準用されている労働者災害補償保険法による分類である。

## (2) 障害と等級

障害を種類によって区分することは、言わば横の分類であり、程度で分けすることは縦の分類に相当する。すなわち、障害の種類で分けすることは、臓器別にしても、能力障害の分類にしても、不自由な部分が異なるため分類は比較的容易で、常識的な判断が可能である。しかし、不自由の程度を比較する際に、異なった損傷の程度を比較することは、基本的に容易でない部分が多い。例えば、視覚障害と肢体不自由を違った障害とすることについての疑問を持つ者は皆無であろうが、聴力を失った者と両手を切断された者のいずれが障害として重いかと問われれば、各々の障害者はそれぞれ自分の障害の方が重度であるというに相違ない。感覚の障害、運動の障害、内蔵の障害、障害の程度を横並びで合わせることは、日常生活の場面における目的動作遂行能力あるいは稼得能力を尺度にすれば、不可能ではないが、障害者自身に不公平感を持たせるようでは法の主旨に背くことになる。従って、現在の身体障害者福祉法の基準では重度と目されるものを、「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」、中等度の障害は「家庭内での日常生活が著しく制限されるもの」、軽度の障害を「社会での日常生活が制限されるもの」と大まかに基準設定を行い、各障害における特殊性を加味した細分化を行っている。すなわち、現在の身体障害者福祉法では、障害手帳は6級に細分化され1,2級を重度障害、3,4級を中等度、5,6級を軽度と見なしているが、障害の種類によっては境界線を引くことの困難なものもあり、また、軽度障害は障害の種類によっては該当しないもの、等級の欠損しているものもある。一方肢体不自由のように軽度の障害が多数重なるものがしばしば見られるものについては、軽微障害7級を設け、重複した場合のみ軽度障害として認めている障害もある。(施行規則別表第五号参照)

※ いずれの法制度においても、障害が重複する場合には、基準を設けて単一障害の場合に比べより重く認定されるように配慮されている。

## (3) 視覚障害

視覚障害は視力障害と視野障害に分けられるが、一方の眼の視力が0.02以下で他方の視力が0.6以下のもので、両眼視力の和が0.2を超えるもの(視力による判定の場合、両眼視力によらず、左右の視力を加算して算出する)とする。視野障害も加わる。視野障害の場合には両眼視したおりの視野が2分の1以上欠損したものを軽度障害とし、5級に位置付けている。(視野狭窄のみの場合には、左右各々の視野が10度以下の場合に4級の中等度に位置付けられ、中でも視能率による損失率95%以上の物を2級、損失率90%以上のものを3級に位置付けている。)

疑問点(質問頻度の高いもの)の解釈

- ① 問： 眼鏡を使用しても左右視力の和は0.08であるが、弱視眼鏡を利用すると左右各々視力表の0.2まで確認可能である。手帳発給の対象となるか。
- 回答： 普通の眼鏡使用による測定結果が基準になる。従って、3級と判断される。弱視眼鏡は特殊な拡大機能を持つもので、補装具である。普通の眼鏡を用いて検査する。
- ② 問： 同じ視覚障害の内に入り、同じ等級内に入る視野障害5級で、且つ、左右視力の和が0.2の場合、如何なる等級にランクするのが適当なのか。
- 回答： 視力障害と視野障害は重複障害として認定してよい。即ち、5級×2として指数は4級に該当する。4級障害として認定する。
- ③ 問： 両眼とも視野狭窄があり、各々15度に止まっている。視力は各々0.08である場合、如何なる等級とするべきか。
- 回答： 視野狭窄があつて、10度以上の視野が確保されている場合、欠損する視野が2分の1以上に及んでいれば5級に相当する。この場合にも欠損している視野の範囲は2分の1以上に相当する。一方視力は各々0.08であり左右加算によって0.16すなわち同じく5級相当である。従って、双方の指数を加算すると4級に相当することが分かる。

#### (4) 聴覚・平衡機能・音声言語または咀嚼機能の障害

単独の聴覚障害では、1級、5級が欠けている。全くの全聾の状態でも外界を認識し、行動することは可能であり最上級が2級になっている。5級は4級との境界を明確にすることが困難なために総て4級に包含させた。平衡機能についても同じ理由で中等度を3級、軽度を5級としてある。

音声言語機能については、口蓋裂、麻痺による構音構語障害及び失語症等を対象としている。言語障害のみでは最上級は3級であるが、全聾と合併した音声言語機能の喪失は完全な聾啞として1級にランクされる。他人が理解できる程度の軽度の音声言語機能の障害は障害とは見なしていない。咀嚼機能の障害も口蓋裂に因るものを前提にした分類が元になっている為、音声言語の障害と同等の評価になっている。

#### 疑問点の解釈

- 問： 脳性あるいは脊髄性の平衡機能障害（本来肢体不自由）との整合は取れているか。
- 回答： 平衡機能についての認定は、本来、三半器官・平衡囊の障害の際に適用された基準であるが、現在では失調性のもの、脳原性、脊髄原性そして耳性のものを問わず、肢体不自由の項或は平衡機能障害の項の何れを適用することも可能になっている。すなわち平衡機能障害が著しく、立位又は坐位を保てない場合、平衡機能障害の項では最大でも3級にしか該当させられないが、体幹機能障害の適用によって2級にランクできる。障害認定に際しては障害を持つ者に不利益の無いよう配慮することが鉄則であり、体幹障害で判断する方が有利になる場合が多い。

#### (5) 肢体不自由

肢体不自由に関しては、障害の程度は解剖学的レベルでの機能損傷を尺度に区分されているが、乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害（多くは生後1年未満に発病

した脳原性麻痺、多くの場合脳性麻痺) についてのみは移動動作と上半身による日常生活活動動作で評価をしている。すなわち、筋緊張異常、協調動作障害による随意性が問題となり、筋力テスト、関節可動域測定によっては異常を評価できない。それ故、脳原性疾患で最も問題となる日常生活基本動作である歩行移動及び上肢利用の代表的動作として移動能力テスト及び紐結びテスト等、四肢麻痺用、片麻痺用を作成して他の障害との等級間格差を解消するに至った。

#### 疑問点の解釈

① 問： 脳性麻痺と大腿切断を合併するような場合の評価は如何に成されるか。

回答： 大腿切断3級の指数に残りの全関節の障害の指数を合計して求める。

② 問： 脳性麻痺と症状の類似する成人後発症した中枢性障害の場合の障害分類は生後一年未満に発症したものと同等に扱うべきではないか。

回答： 一旦獲得していた機能を失った者の評価は障害指数の合算で行う。

③ 問： 脊髄不全損傷のため体幹機能障害を来し両側松葉杖歩行を行い三級の手帳を所持しているが、膀胱直腸障害のため膀胱瘻（ストマ）を造設した。併合認定の対象となるか。

回答： 併合認定して差し支えない。

④ 3歳児未満の障害認定

問： 3歳未満児の障害認定については、判定可能と思われる場合には、認定できるとされているが、四肢欠損以外の障害についても認定できるのか、また、認定等級は1級もつけられるか。

回答： 3歳未満児でも認定については、障害程度について客観的に認められる医学的な証拠があり、将来も残存すると予想される障害の程度で認定する。従って1級もあり得る。ただし、将来の再認定を考慮にいった方がよい。

⑤ 乳幼児期の障害認定

問： 乳幼児期の障害認定（肢体）について、指定医師が予想される残存機能障害を記載されている場合、たとえ1歳未満児でも認定可能か。

回答： 症状によっては事例のような状態もあり得るが、将来再認定を条件とし、障害程度の認定にも常識的に将来予想しうる等級とすることが適当である。

⑥ 痴呆（精神機能低下）を伴う障害の認定

問： アルツハイマー症や、老人性の痴呆症候群の場合、精神機能の衰退に起因する日常生活動作の不能の状態を持って身体障害と認定可能か。

回答： 痴呆そのもので、身体障害と認定はできないが、廃用性の筋萎縮やCT、MRI等の検査所見で、筋力低下が客観的に確認できれば、その程度に応じて認定は可能である。

⑦ 慢性疲労性症候群に伴う廃用性筋萎縮の認定

問： 両上下肢に筋力低下がある場合、障害の認定は可能か。

回答： 明らかな筋力低下が認められ、それが永続するのかが確認できれば認定可能である。

⑧ ジャクソン氏てんかんの障害認定

問： 病名ジャクソン氏てんかんとなっているが、不随意運動あって、下肢のADLが悪いため、両下肢機能障害として認定可能か。

回答： 筋力低下等の下肢機能障害の客観的所見が認められれば、認定可能である。

⑨ 遷延性意識障害を伴う障害の認定

問： 脳幹部出血による遷延性意識障害の例であるが、発症から約1年を経過しており、現在は、胃瘻による経管栄養、バルン留置による排泄の状態である。原疾患の治療は終了している。しかし、気管切開部から吸引等頻回の医学的・看護的な処置が必要である。この場合、身体障害手帳の交付対象とすべきか。なお、医師は6ヶ月以内の症状変化の可能性はないため、症状固定であり、1級相当であるとの意見。

回答： 紹介の事例は、原疾患（脳幹部出血）に対する治療が終了し、症状が固定していることから、認定可能である。

問： 低酸素脳症（拡張型心筋症）による遷延性意識障害の状態である。現在入院中であり、常時の医学的管理が行われているが、植物状態であり退院の予定はない。この場合、医学的管理が必要であるとして非該当とするべきか。また、原疾患である心不全の治療の終了をもって認定することができるか。さらに、原疾患の治療であるとの判断及び治療終了の判断は、主治医に照会の上判断すべきか、若しくは基準となるものがあるのか。

回答： 遷延性意識障害の場合、脳（低酸素脳症）への治療が終了し、症状が固定していれば障害認定が可能である。そのとき、心疾患（拡張型心筋症、心不全）に医学的管理が必要であっても、現在の症状に影響を及ぼさないのであれば問題はない。治療の判断については、主治医に照会の上判断すべきである。ただし、本件の場合、発症から申請までの期間が2ヶ月であり、普通3ヶ月から6ヶ月で判断する遷延性意識障害に対して、症状固定の判断が少し早いと思われる。客観的な検査所見を確認の上、認定に当たっては慎重に判断する必要がある。

⑩ その他

問： 脊柱への転移性癌により歩行困難となったものを障害認定できるか。

回答： その障害が一定期間の治療または観察期間をおいても、回復のめどがたたないで、かつ障害が固定された場合には、障害認定することは可能である。この場合、上下肢の麻痺あるいは上下肢の廃用性の筋萎縮等が確認できることが必要である。

⑪ その他

問： 「身体障害者障害程度の等級の認定等の取り扱いについて」（昭和59年10月25日者更第170号）について、「3 その他の障害（問3）（答え）」で「肩関節の場合の関節可動域は屈曲⇔伸展、外転⇔内転、外旋⇔内旋のすべての可動域で判断すること。」とあるが、これは、これらの可動域すべてに基準を満たす必要があるのか、またはどれか一つの可動域で制限があればいいのか。

回答： 原則としてすべての範囲で判断すべきであるが、障害の程度は肩関節の角度

だけでいえるものではなく、レントゲン等その他の状態もあわせて総合的に判断してほしい（3方向の可動域の制限についても一方向だけがわずかに基準を満たさない場合でも残り2方向の状況など、総合的にみて判断するべきである）。

⑫ その他

問： 人工関節を置換したものについては、当関節機能の全廃として認定することとされているが、人工関節置換後に、骨髄炎の治療のため、人工関節を抜去した場合、どのような認定が適当か（現時点では、股関節がない状態で、歩行能力もなく、患肢で立位保持不能の状態、ROM、MMTについては著しい障害相当である）。

回答： 患肢で立位を保持できないので、一下肢の機能の全廃として認定して差し支えない。

⑬ その他

筋力テスト・関節可動域はほぼ正常だが、間欠性跛行があっても筋力テスト及び関節可動域が正常であれば、下肢機能障害とは認められない。ただし、若干の筋力低下（筋力テスト4程度）があり、歩行能力に制限があれば「一下肢機能の軽度の障害」と認定して差し支えない。

身体障害程度の指数と等級

	一級	二級	三級	四級	五級	六級	七級
持ち指数	18	11	7	4	2	1	0.5
該当する等級と加算指数	18以上	11～17	7～10	4～6	2～3	1	

- 参考：(1) 身体障害者福祉法施行規則別表5 障害程度等級表  
 (2) 障害福祉年金等級表  
 (3) 特別障害者手当支給基準と障害分類  
 (4) 労働者災害補償保険法に基づく障害分類と等級

2. 内部障害

現在、身体障害として認定される内部障害には、心臓機能障害、腎臓機能障害、呼吸器機能障害、膀胱又は直腸の機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある。

内部障害の障害認定は、日常生活活動の制限の状況により等級づけがされるが、認定にあたってはこれを裏付けするに足る客観的条件としての検査値・臨床所見の確認が必要で

ある。詐病の除外も含めて、障害認定の公平性、透明性を確保するためには客観性の確保は重要である。しかし、これらの認定基準とされる検査値・臨床所見が、それぞれの障害の原因となるさまざまな疾患を網羅的に代表することがしばしば困難なことは、内部障害の認定上の大きな問題であり、課題である。原因疾患によって、認定基準を満たしにくい疾患が出てくる場合がありうる。

障害固定の判断時期を明確化することが困難なことも問題である。一般に、障害の原因となる疾患の治療後で、障害の固定状態が確認あるいは推測できる時期に障害認定を行うこととされるが、原因疾患はさまざまで、かつ、長期に渡って継続的な治療を要する場合が多く、さらに治療法の進歩もあるために、疾患によってどのレベルまでの治療段階をもって、障害認定の時期にするかの判断は必ずしも容易ではない。臓器移植との関連でも、移植前後での障害程度の変化を認定上いかに取り扱うかについてもさまざまな意見がある。

また、肢体不自由とは異なり、しばしば能力障害をもたらす要因は複合的であり、二次的な障害の合併（例えば、心臓機能障害における呼吸器機能障害の合併）が多く、この場合、より主体的あるいは一次的な要因となっていると考えられる機能障害で認定することとなっていて、単一の障害名のもとでの認定内容が、医学的評価と必ずしも一致しないことがあることも問題である。

日常生活活動の制限の要因が多様化してきており、例えば後天的免疫不全症候群（AIDS）における治療中の薬剤副作用症状や社会的偏見などの要因によるものなど、能力障害のみでは評価できない部分が存在することにも注目する必要がある。

ある疾病に基づく障害が新たに障害認定対象になる場合、しばしば政治的あるいは行政的要請によることもあり、障害によっては原因疾患を特定のものに限定された認定基準があり（例えば、二分脊椎の膀胱機能障害）、同レベルの障害がありながら認定されない場合があることは検討を要する。

個別の認定上の問題については、以下に検討する。

#### （1）心臓機能障害

18歳以上では、日常生活活動の制限についての要因を狭心症症状または心不全症状の出現や頻回な頻脈発作出現との関連で規定している。1, 3級については、検査所見は胸部エックス線所見と心電図所見についての8項目の中の一致する所見数を認定基準に定め、また、4級では、これとは別に定めた心電図所見4項目のいずれかに該当することが必要とされる（ただし、4級の一部は、部分的浮腫の存在を必須条件に日常生活活動の制限状況により、検査所見なしでも認定される）。また、臨床所見、検査所見によらず人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったものは1級に認定される。

また、18歳未満においては、臨床所見の7項目と胸部エックス線所見および心電図所見の7項目の計14項目を示し、1級はこのうちの6項目以上が認められることを必要条件とし、3級においては、5項目以上を認めるか、心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄若しくは閉塞があることを必要条件とし、4級は4項目以上が認められるか、心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があることを必要条件としている。

#### ① 18歳以上と18歳未満で認定基準を異にすることについて

「18歳未満での発症で、18歳以上になって障害認定の申請があった場合は、原則として18歳以上用の診断書により認定するが、成長の度合いなどにより成人用の診断書を用いることが不適当な場合は適宜18歳未満用の診断書及び認定基準により判断すること」となっている。しかし、同じ障害でありながら18歳を境に認定基準が変わることは、障害の永続性の観点からも不合理で、「成長の度合い」についての判断基準も明確にすることが困難であるとの意見がある。

#### ② 認定基準となる検査所見、臨床所見の各項目設定の妥当性について

前述のごとく、臨床・検査所見は日常生活活動の制限を裏付けるための最低必要条件を示す基準となるが、心機能障害の原因疾患はさまざまであり、各疾患の特異性までも視野に入れた基準項目の設定は極めて難しい。しかし、診断技術や診断機器の進歩もあるので、より総合的に、そして客観的に認定ができるように、検査所見については、心エコー所見や、ホルター心電図、血管造影所見、心筋シンチなどの項目も増やすことで、ある程度の改善は図れるものと思われる。根本的には、日常生活活動制限と検査所見の相関についての検討を行った上で、認定基準として用いられるべき項目の選択や重みづけについて再検討されるとともに、現在の認定基準の項目で、例えば心電図所見の「脚ブロック」や「期外収縮」など、その含有する内容が広いものについては、異常タイプの限定や別個での項目設定（例えば左脚ブロックや多源性心室性期外収縮など）が必要と思われる。また、特に慢性心不全の評価には、現在の安静時のみの異常に着目した項目設定では十分に評価できないとの意見がある。

#### ③ 狭心症の取り扱いについて

現在の認定基準は、心不全症状とともに狭心症症状を出現させる程度の日常生活活動程度にも着目した基準を示していて、狭心症は心機能障害として認定される代表的疾患のごとく印象を与えるが、認定の実態としては、「発作時のみ」の心電図異常は認定要件の基準項目にはない。したがって、永続的な心筋障害が心電図などで証明されていない狭心症は認定対象にはなっていない。しかしながら、胸部エックス線所見や安静時心電図所見に異常がなくても、薬物コントロールが困難な頻回発作が常態化しているような狭心症で、日常生活制限を要する者についての認定漏れがないような認定項目の設定が必要である。

#### ④ 心ペースメーカー装着、人工弁移植・弁置換を1級該当とする妥当性について

心ペースメーカーの適応になる心疾患は、ペースメーカーがなければ致命的であるとの理解で、ペースメーカー装着をもって1級認定がされてきた。しかし、その後の心ペースメーカーの進歩は著しく、またその適応も幅広くなり、種々の型式のペースメーカーが使用されるようになってきた。常時作動している心ペースメーカーと発作性不整脈発現時のみに働くペースメーカーなどのさまざまなペースメーカー装着者がおり、それをすべて同一に1級認定することへの疑問が出てきている。また、ペースメーカー装着医療の一般化により、もはや、一般的治療と同一に捉えて、ペースメーカー装着状態での日常生活活動制限状態で障害認定をすべきとの意見がある。人工弁移植・弁置換についても同様である。

#### (2) 腎機能障害

日常生活活動の制限を、満12歳以上については血清クレアチニン濃度、12歳未満にあ

っては内因性クレアチンクリアランス値で裏付けすることを必要条件に障害の認定がされる。

#### ① 認定における検査値の位置づけについて

上記のごとく現在の認定においては、検査値が基準を満たすことは、絶対条件になっている。しかしながら、その値（例えば、12歳以上の1級認定には、クレアチニン濃度 8.0 mg/dl 以上が必要条件）の絶対条件化については、加齢による正常値の変化（正常値が低くなる）や病態による透析導入の早期化（特に、糖尿病性腎症において）などから疑問視する意見がある。

#### ② 慢性透析状態の取り扱いについて

現在、前述のごとく透析導入がされていても、透析前の血清クレアチニン濃度が認定基準に該当していなければ1級の認定はされない。これについては、検査値によらず慢性透析に導入されていれば1級相当にすべきとの意見がある一方、透析治療が一般化している状況から、透析をしている状況下での日常生活活動制限状態をもって障害認定すべきとの意見がある。また、同じ透析導入下でも、その全身状態、日常生活活動制限状況には幅があり、等級を検討する場合はこれを区別する必要性を唱える意見もある。

#### ③ 血清クレアチニン濃度と内因性クレアチンクリアランス値の取り扱いについて

前述のごとく、12歳を境に内因性クレアチニン値は、認定基準からはずれるが、血清クレアチニン濃度と内因性クレアチニン値の異常程度には一致を見ない場合があり、また、障害の永続性の観点からも、ある年齢をもって、その検査値を認定上の判断に用いないことの妥当性について再検証すべきとの意見がある。

### （3）呼吸器機能障害

日常生活活動の制限を安静時動脈血ガス分析値および予測肺活量1秒率の値で裏付けることを必要条件に認定されている。他の検査としては、胸部エックス線所見が参考にされる。

#### ① 検査項目の妥当性について

動脈血ガス分析値については、安静時の酸素非吸入状態での値が認定基準に用いられているが、慢性呼吸不全状態では、安静時よりも運動時に、より障害程度の違いが明らかになってくる場合が多い。また、現在の検査は換気状態についての評価はできるが、肺血流の状態の評価には必ずしも適さず、肺血管疾患による呼吸不全などでは、胸部エックス線所見に乏しいことも多く、正しく臨床状態を反映できない場合が想定される。以上から、検査項目に運動時の動脈血ガス分析値、肺CTスキャン所見、肺血流シンチなどの判断基準も使えるような検討が必要との意見がある。

#### ② 肺血管病変や二次的呼吸不全について

呼吸器機能障害は、肺、胸郭系の疾患、呼吸筋（横隔膜を含む）や末梢神経の障害に由来する呼吸障害とされている。したがって、肺血管病変（肺塞栓、動静脈瘻など）や肝硬変症に伴う呼吸不全、延髄障害による低換気症候群などは認定されない場合がある。しかしながら、これらの呈する障害は、一般の呼吸器機能障害でみられる血液ガス異常と同様であり、これを区別する妥当性があるかの再検討が必要との意見がある。治療との関連で、

気道の確保のために人工的器具の永続的使用が必要な場合（気管カニューレ抜去困難症、鼻カニューレの永続使用など）についても同様である。

#### （４）膀胱又は直腸の機能障害

膀胱又は直腸の機能障害は、一定条件を満たすストマの永久造設あるいは一定条件を満たす治癒見込みのない腸管－腹壁瘻孔の状態があるか、ストマがなくても一定の条件を満たす二分脊椎があれば障害認定される。

##### ① ストマのない場合の認定について

前述のごとくストマがなくても障害認定の対象となりうるのは、一定の条件を満たす二分脊椎のみである。脊髄損傷やある種の骨盤腔の手術・治療でも二分脊椎と同様の神経因性膀胱状態を示すが、現在は認定対象にはならない。脊髄損傷の多くは、対麻痺あるいは四肢麻痺があり、肢体不自由1級を認定されているが、中には、神経因性膀胱としての障害のみが目立つ場合があり、またある種の骨盤腔の手術・治療においては、神経因性膀胱と排便障害（便失禁）が唯一の障害であることもある。先天性鎖肛で肛門形成術を受けた場合や人工膀胱を造設されて通常の尿道から排泄する場合なども一般的にはストマ造設とは認められずに認定対象とはならないが、失禁のために日常生活の制限を受けている場合も多いことから認定対象となるように検討を望む声がある。

障害認定を失禁状態のすべてに広げることについては問題視する意見があり、加齢やいわゆる寝たきり状態に伴う失禁などは除外すべきとされ、この場合はこれらを除外する客観的基準を設定する必要がある。

##### ② 下行・S状結腸のストマの認定について

下行・S状結腸のストマのみの場合は、「ストマの変形若しくは周辺の皮膚びらんがあるためにストマ用具の交換を1日1回以上行う必要があるもの、若しくは洗腸によることを必要とするもの」について障害認定されるが、現在、皮膚びらはなくても洗腸を要している場合は、びらんを予防している意味も踏まえて認定されるようになっている。単にストマを持つことだけで4級以上を認定するようにすべきとの意見がある。

#### （５）小腸機能障害

切除あるいは疾患によって小腸機能が障害され、栄養維持のために中心静脈栄養や経腸栄養が必要な場合にその依存度などにより、障害認定の対象となる。

##### ① 経腸栄養について

経腸栄養は、経管によって成分栄養を与える方法としているため、同栄養を経管によらず経口摂取している場合は認定対象とならない。経口、経管を区別せず、成分栄養あるいは特殊加工栄養をとる必要性の程度によって障害認定をすべきとの意見がある。

#### （６）ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

ヒト免疫不全ウイルスの感染が確認され、一定の検査所見と臨床症状に該当すれば認定される。CD4値と、他の検査値や臨床症状の12項目中の該当する項目数あるいはその項目組み合わせで認定基準がつけられている。ヒト免疫不全ウイルスによる免疫障害の認定は、まさに疾病の状態が変動している治療中での認定が多いことが、他の障害とは大きく異なる。

### ① 検査値について

認定にあたっては、多くの検査値については4週間の間隔を開けた2回の値が基準値を満たす必要があるが、近年の治療法の進歩により、治療の開始や治療薬の変更などで、4週間のうちに、基準値を満たす状態が持続する例の減少が想定される。他の内部障害では、異常な検査値の持続によって障害の固定が確認されることが多いが、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫障害では、積極的な治療下での認定という特殊な事情があつて、検査値の変動が大きいという特性がある。認定基準ができて間もないが、治療法の進歩にも対応した認定基準の見直しが適時行われる必要があると思われる。

以上、内部障害の認定上の諸問題について述べた。

今後、障害認定において、現在の日常生活活動の制限以外に、社会活動の制限状況（経済因子、環境因子、障害に対する偏見なども含む）の評価や、必要な介護種類と介護量などの要素の評価も含めた障害の総合的評価法の検討が望まれる。これにより、現在の障害認定基準では必ずしも障害認定の対象にならないもの（例えば、高次脳機能障害、肝硬変症、ある種の難病など）も含めて、障害種類によらない、より普遍的な障害認定方法の確立が期待される。

## 第2章 わが国の障害者制度の目的の整

### はじめに

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、508件ヒットした。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、障害者とは何かというある理念が反映しているはずである。ここでは、どのような理念が反映されているのか整理する。

### 1. 障害者関係

#### (1) 障害者基本法

障害者基本法（昭和45年5月21日法律第84号）第1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、もつ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。

#### (2) 身体障害者福祉法

身体障害者福祉法（昭和24年12月26日法律第283号）は、第1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、もつ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、第一義的には援助し、第二義的には保護する。

#### (3) 知的障害者福祉法

知的障害者福祉法（昭和35年3月31日法律第37号）は、第1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、もつ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、第一義的には援助し、第二義的には保護するということは、身体障害者福祉法と同じである。

#### (4) 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 25 年 5 月 1 日法律第百 23 号）は、その第 1 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」「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、「必要な援助」を行うことであり、その内容は、「医療」と「保護」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 25 年 5 月 4 日法律第 144 号）第 38 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 3 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 5 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 1 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 25 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 9 年 12 月 17 日法律第 123 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つて、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7条)と障害の存在を要件としている。

第1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2年8月14日厚生省社第398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。

その障害者の対象は、

(1) 身体障害、知的障害又は精神障害があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者であって、次に掲げるもの(以下「障害者」という。)の属する世帯(以下「障害者世帯」という。)

ア 身体障害者福祉法第15条の規定により、身体障害者手帳の交付を受けた身体に障害のある者(以下「身体障害者」という。)の属する世帯(以下「身体障害者世帯」という。)

イ 療育手帳制度について(昭和四八年厚生事務次官通知)別紙療育手帳制度要綱により療育手帳の交付を受けている者(以下「知的障害者」という。)の属する世帯(以下「知的障害者世帯」という。)

ウ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第四五条の規定により、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者(以下「精神障害者」という。)の属する世帯(以下「精神障害者世帯」という。)であり、その方法は、障害者更生資金等の資金の低利貸付である。

## 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 34 年 4 月 16 日法律第 141 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 15 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) 厚生年金制度

厚生年金保険法（昭和 29 年 5 月 19 日法律第 115 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 32 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

社会福祉・医療事業団法（昭和 59 年 8 月 14 日法律第 75 号）第 21 条に基づく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的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 39 年 7 月 2 日法律第 134 号）第 1 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 36 年 11 月 29 日法律第 238 号）第 1 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 3 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。

また、第 3 条(用語の定義)では、「この法律において「児童」とは、十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にある者又は二十歳未満で政令で定める程度の障害の状態にある者をいう。」として障害児の場合に手当の延長を定めている。

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、手当の給付と手当の給付期間の延長である。

## 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 35 年 7 月 25 日法律第 123 号)第 1 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 11 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するとしている。

### (2) 雇用保険法

雇用保険法（昭和 49 年 12 月 28 日法律第 116 号）第 57 条では、「受給資格者、特例

受給資格者又は日雇受給資格者であつて、身体障害者その他の就職が困難な者として政令で定めるものが安定した職業に就いた場合において、公共職業安定所長が政令で定める基準に従つて必要があると認めたととき」は、「常用就職支度金」を支給するとしている。また、同法第 62 条第 1 項第 5 号では、「政府は、被保険者及び被保険者であつた者に関し、失業の予防、雇用状態の是正、雇用機会の増大その他雇用の安定を図るため、雇用安定事業として、次の事業を行うことができる。」として、その事業の 1 つとして、「障害者その他就職が特に困難な者の雇入れの促進、雇用に関する状況が全国的に悪化した場合における労働者の雇入れの促進その他被保険者等の雇用の安定を図るために必要な事業であつて、厚生労働省令で定めるものを行うこと」ができるとしている。この事業は、障害者等就職困難者を雇用したり継続雇用する雇用主に賃金の 1/4 又は 1/3 を 1 年間助成するものである。重度障害者は、助成期間が 1.5 年に延長される。

また、同法第 22 条には、「基本手当」の受給資格について定めており、「厚生労働省令で定める理由により就職が困難なもの」に対しては、給付日数が増えることとされており、雇用保険法施行規則（昭和 50 年 3 月 10 日労働省令第 3 号）で「障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第百二十三号）第二条第二号に規定する身体障害者」と「障害者の雇用の促進等に関する法律第二条第四号に規定する知的障害者」が該当するものとされる。

雇用保険法（昭和 49 年 2 月 28 日法律第 116 号）第 1 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、就職困難者である障害者自身に対しては、手当を延長することで、より充実したサービスを提供している。また、障害者を雇用する者に対しては、給与の補助をして雇用しやすくしている。これも、サービス追加を目標としていると考えられる。

### （3）最低賃金法

最低賃金法（昭和 34 年 4 月 15 日法律第 137 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 1 条）としているが、その第 8 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 25 年 4 月 3 日法律第 95 号）第 1 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 11 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 22 年 4 月 7 日法律第 49 号）でも、第 77 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 2 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 22 年 4 月 7 日法律第 50 号）第 1 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。

第 2 条の 2 では、「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26年6月2日法律第191号）第1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百二十号）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百六十一号）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。」としている。第9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27年7月29日法律第245号）第1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2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づき当該犯罪の捜査に当るべき者がその場にいない場合に、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、自らの危難をかえりみず、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5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つ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つ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39年7月10日法律第167号）第1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22条（洪水時等における緊急措置）第1項には、「洪水、高潮等による危険が切迫した場合において、水災を防御し、又はこれによる被害を軽減する措置をとるため緊急の必要があるときは、河川管理者は、その現場において、必要な土地を使用し、土石、竹木その他の資材を使用し、若しくは収用し、車両その他の運搬具若しくは器具を使用し、又は工作物その他の障害物を処分することができる。」とあり、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40年2月11日政令第14号）第14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百九十三号）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40年3月13日建設省令第7号）第10条（損害補償の手続等）では、「法第二十二條第六項の規定により損害の補償を受けようとする者は、

受けようとする損害補償の種類に応じ、それぞれ別記様式第四から第七までによる請求書を河川管理者に提出しなければならない。」とし、その補償の内容として、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。

## 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27年4月30日法律第127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5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38年8月3日法律第168号)第1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9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12年4月14日法律第48号)第1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2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8年4月10日法律第50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年12月8日以後、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。

1) 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40年3月31日法律第33号）第79条では、「障害者」は、「その者のその年分の総所得金額、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1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、納付及び還付の手続、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25年7月31日法律第226号）でも、第24条の5で、「障害者」は、前年の合計所得金額が125万円以下の場合、非課税とされ、また、所得割課税については、「障害者」の場合26万円、「特別障害者」の場合30万円が控除される。

また、第72条第5項で、「あん摩、マッサージ又は指圧、はり、きゆう、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25年3月31日法律第73号）では、第12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19条の4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つて、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 21 条の 3 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 21 条の 4 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、6 千万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てみれば、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) 関税込率法

関税込率法（明治 43 年 4 月 15 日法律第 54 号）第 14 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、関税込率法施行令第 16 条の 2 で、「肢体不自由者の義肢及び人工代用筋、車椅子並びに装着式尿収器」、「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」、「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 12 年 5 月 17 日法律第 68 号）第 1 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鑑み、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 35 年 6 月 25 日法律第 105 号）第 1 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 8 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 2 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 35 年 10 月 11 日政令第 270 号）第 6 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 2 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 14 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、政令で定める杖を携え、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、政令で定める杖を携え、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 71 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 71 条の 3（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 26 条の 3 の 2（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 88 条（免許の欠格事由）では、「二 精神病患者、知的障害者、てんかん病患者、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 両上肢を肘関節以上で欠き、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 103 条（免許の取消し、停止等）では、第 2 項第 1 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 38 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 107 条の 5（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 30 年 7 月 29 日法律第 97 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1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6年6月29日法律第44号）第1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11年6月16日法律第76号）第33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 1 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 26 年 6 月 4 日法律第 193 号）では、第 1 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 23 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。

低所得者で、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5年5月26日法律第54号）第1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鑑み、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2条（定義）第2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時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3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25年5月2日法律第132号）第3条の2（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時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1条（目的）で「この法律は、左に掲げる原則に従って、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って、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って、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。

## 12. 児童・教育関係

### (1) 児童福祉法

児童福祉法(昭和22年12月12日法律第164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たって、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、軽度の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わかる。

## (2) 学校教育法

学校教育法（昭和 22 年 3 月 31 日法律第 26 号）第 1 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 71 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 28 年 10 月 31 日政令第 340 号）で定められている。

第 74 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 75 条第 1 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 2 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 102 条の 2 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 71 条の 2 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 71 条の 2 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。

## 1 3. 国家賠償関係

### (1) 予防接種法

予防接種法（昭和 23 年 6 月 30 日法律第 68 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 11 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 18 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 18 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 48 年 10 月 5 日法律第 111 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」が大きな目的であり、直接の目的は、「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に月ごとに金銭が支払われる（第 25 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り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 46 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。

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）医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法

医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法（昭和54年10月1日法律第55号）は、「第一条 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構は、医薬品の副作用による疾病、障害又は死亡に関して、医療費、障害年金、遺族年金等の給付を行うこと等により、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を目的とする。」としており、大きな目的としては「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」であり、直接の目的は、「医薬品の副作用による疾病、障害又は死亡に関して、医療費、障害年金、遺族年金等の給付を行うこと等」であるとしている。

具体的な「救済給付」としては、第28条により、「医薬品の副作用による疾病について政令で定める程度の医療を受ける者」に対する「医療費及び医療手当」、「医薬品の副作用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」に対する「障害年金」、「医薬品の副作用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」に対する「障害児養育年金」、「医薬品の副作用により死亡した者の政令で定める遺族」に対する「遺族年金又は遺族一時金」、「医薬品の副作用により死亡した者の葬祭を行う者」に対する「葬祭料」がある。これらは、医療の現物給付と年金・手当による金銭給付である。

### （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6年12月16日法律第117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。大きな目的は、「国の責任」を果たすことである。

また、直接の目的は、「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26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 27 条）、爆心地から 2 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 28 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 31 条）がある。また、第 38 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 4. 権利関係

##### （1）著作権法

著作権法（昭和 45 年 5 月 6 日法律第 48 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、もつ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っ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 25 年 4 月 15 日法律第 100 号）では、第 1 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っ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、大きな目的は、「民主政治の健全な発達を期すること。」であり、直接の目的は、「公選が選挙人の自由に表明せる意思によって公明且つ適正に

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47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48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49条（不在者投票）第1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1項については、公職選挙法施行令第50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2項については、公職選挙法施行令（昭和25年4月20日政令第89号）第59条の2では、身体障害者の場合は「両下肢、体幹、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱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、腎臓、呼吸器、膀胱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、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。

## 15. 災害関係

### (1) 災害対策基本法

災害対策基本法（昭和36年11月15日法律第223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8条第2項第14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48年9月18日法律第82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8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（次項において「障害者」という。）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1人当たり250万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。

## 16. 資格関係

### (1) あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年12月20日法律第217号）第2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のできる者で、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ッサージ指圧師、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っては、厚生労働大臣の行うあん摩マッサージ指圧師試験、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18条の2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。）にあっては、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、あん摩マッサージ指圧師については三年以上、あん摩マッサージ指圧師、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3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12条の3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19条では、「当分の間、文部科学大臣又は厚生労働大臣は、あん摩マッ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、あん摩マッ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ッ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、あん摩マッ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、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行規則（平成2年3月29日厚生省令第19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7年4月4日法律第32号）第1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6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、知的障害者又ハ癲癩病者
- 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32年6月10日法律第167号）は、第1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、大きな目的は、「公共の安全を確保」であり、直接の目的は、「放射線障害を防止」である。

同法第5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患者」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31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25年法律第123号）第5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。

## 17. 刑法関係

(1) 刑法（明治40年4月24日法律第45号）は、法の目的は定められていない。障害者に関しては、第217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218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219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) 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律

酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律（昭和 36 年 6 月 1 日法律第 103 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って、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。

## 18. その他

### (1) 石油需給適正化法

石油需給適正化法（昭和 48 年 12 月 22 日法律第 122 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 9 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 27 年 6 月 30 日法律第 219 号）は、第 1 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、直接の目的は「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 2 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3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。

## 第3章 新たな障害認定方法の具体化に向けて

### 第1節 現状分析

#### 1. はじめに

平成11年度本研究報告において、現状の障害認定の問題点を検討し、今後の障害認定において、現在の日常生活活動の制限以外に、社会活動の制限状況（経済因子、環境因子、障害に対する偏見なども含む。）の評価や、必要な介護種類と介護量などの要素の評価も含めた障害の総合的評価法を検討する必要性について述べた。平成12年度は、この障害認定のあり方に基づいて、具体的な評価方法の作成に向けての検討を進めた。

現在のリハビリテーション医療では、障害の評価は一般に、1980年にWHOが発表した障害モデルに基づいて行われている。すなわち、疾病や外傷の帰結を「機能障害－能力低下－社会的不利」の図式で表わし、それぞれの階層で評価を行っている。機能障害は、疾病から生じてくる心理的、解剖学的な構造や機能の欠損や異常をいう。能力低下は、正常とみなされる様式、範囲内で活動する能力の制限あるいは欠損の状態をいう。社会的不利は、これらの機能障害あるいは能力低下によってもたらされた社会での個人の正常な役割を果たすことへの制限あるいはさまたげである。このリハビリテーション医療における障害の捉え方の基本は、障害の認定においても重要であると考えられる。

しかし、これらの評価は、評価の目的、障害の種類などによって様々な評価方法があり、また、特に社会的不利についての評価法は、個人差が大きいこともあって普遍化することの困難が指摘されており、障害に共通した評価方法はいまだに存在しないのが現状である。

#### 2. 障害認定法作成についての基本的検討

##### (1) 障害の捉え方について

平成11年度において、アメリカ、フランスにおける障害認定についての調査報告を行ったが、これらにおいては、障害認定対象の疾患の診断、重症度、機能障害内容を主とした査定法が定められ、これに該当することが「障害者」の認定要件となっている。したがってこれらの認定は、いわゆる「疾病モデル」に基づく認定方法ともいえる。今後は、現在の障害についての捉え方、すなわち、「障害モデル」に基づく認定方法の検討が必要ではないかと思われた。

そこで平成12年度は、まず、日常生活活動（以下、ADL）の能力障害にまず焦点を当てた評価を基礎疾病によらない共通の障害度と位置づけ、これに、基礎疾病や障害に特有な障害度と、さらには、社会的不利による障害度を併せて、総合障害度として査定し、一定障害度以上を満たす者を政策上の「障害者」と定義するという方法について検討に入った。

##### (2) ADLの障害度評価方法について

ADL自立度評価が、一つのモデルになると考えられる。広く用いられているADL評

価法を用いれば、障害認定にあたって、そのために新たに評価を行うことを要さない利点があるが、上記のごとく総合的障害評価を考えた場合に、ADL 評価項目の重みづけの検討がされている必要があり、そのまま障害認定に用いることが適当な評価表はないと思われる。

本来、質の異なる評価項目を同じ基準で重みづけをすることは非常に難しいことである。介護保険での介護度評価に用いられた、介護時間をもとにした重みづけの手法は一つの方法である。この介護度も障害の程度を測る一側面ではある。しかし、障害を介護度の面から査定する場合は、介護の質(時間以外の負担度)も含めた評価が必要であり、また、障害者施策に結びつける意味では、さらなる付加的評価が必要である。したがって、介護度の評価をそのまま「ADL 障害度」に用いることは適当ではないと考える。

したがって、「ADL 障害度」の査定モデルとしての ADL 評価法を新たに作成する必要があると思われる。そのためには、ADL 評価項目の選定、重みづけ、評価の再現性の検討など多くの手順を要し、本研究とは別途に本格的な検討が望まれる。この場合、「している ADL」で評価し、装具、自助具を日常使用している場合はその状態で評価することが基本になると考えている。

障害認定に用いる評価表は、その項目妥当性がさまざまな側面から検討されている必要があることはもちろんであるが、行政的運用の視点からは、その簡便性も非常に重要な要素となる。ADL の評価については、脳血管障害片麻痺患者を対象とした評価についての研究が多くされており、Barthel Index や FIM など比較的広く用いられている評価表がある。これら、比較的汎用されている評価が、他の障害評価に応用できないか、さらには障害認定にも役立たせる方法がないかなどについての検討も必要であろう。

### (3) 疾病や障害に特有な障害度の評価法について

この評価は前述のごとく、ADL 障害度に疾病や障害の特殊性を考慮して、障害度判定の適正化を図ろうとするものである。異なる疾病、障害を単一の ADL 障害度のみを用いて査定することで生じる矛盾を補正する役割をもたせるものである。

ADL で自立と評価されていても、補助具、自助具を用いている場合や呼吸器障害で在宅酸素療法や人工呼吸器療法を受けている場合、視力障害者で白杖を用いている場合などの条件によって、この障害度を決定し、これを ADL 障害度に上乘せ評価するという考え方である。

厳密には、「ADL 障害度」と「疾病や障害に特有な障害度」は、共通の重みづけによるべきであるが、質的に異なる障害においては理論上不可能であり、社会通念上妥当と思われる障害度を斟酌して決定する方法を取らざるを得ないと思われる。

疾病ごとの「障害」を認定するための要件(診断上の必要条件も含む)については、本研究で行った、アメリカ、フランス、イギリス、ドイツなどでの障害評価も参考になるとと思われる。

### (4) 社会的不利による障害度について

この障害度についても「疾病や障害に特有な障害度」と同様に、「ADL 障害度」とも

「疾病や障害に特有な障害度」とも質的に異なるものであり、共通の重みづけによる障害度の決定は理論上不可能であり、これもまた、社会通念上妥当と思われる障害度を斟酌して決定する方法を取らざるを得ないと思われる。

具体的な評価内容としては、いわゆる IADL の項目や家族や社会とのコミュニケーションの状況、学校や仕事への参加状況、いわゆる QOL に関係する事項などが評価項目として考えられる。

国際障害分類では、社会的不利を、①オリエンテーションに関する社会的不利（オリエンテーションとは個人を取り巻く環境に関して、その人自身の立場を見極める能力と定義）、②身体の自立に関する社会的不利（身体の自立とは習慣的に効果的な独立した存在性を維持すべき個人の能力＜補助具や他人の介助に関する独立性＞であると定義）、③移動性に関する社会的不利（移動性とは個人の環境内を効果的に動き回る能力であると定義）、④作業上の社会的不利（作業とは、性別、年齢、文化の通常の方法の中で一定時間従事する個人の能力であると定義）、⑤社会統合の不利（社会統合とは、通常の社会的関係に参加し、関係を維持してゆく個人の能力であると定義）、⑥経済的自立における社会的不利（経済的自立とは、通常の世界経済活動と独立を維持する個人の能力であると定義）、⑦その他の社会的不利（不利を生じるその他の状況と定義）に分けているが、評価の骨組みとしての利用の可能性の有無についての検討に価すると思われる。

#### （5）想定する新たな障害認定方法

まず、各障害共通に「ADL 障害度」と「社会的不利による障害度」を査定し、これに、障害原因になった疾病の診断根拠を明らかにすることを条件に、「疾病や障害に特有な障害度」を加算し、総合障害度とする。そこで、一定基準を越えるものについては、政策上の「障害者」として認定することとする。

#### （6）等級認定の必要性

従来のごとく障害に等級分けが必要かについても、根本的な検討が必要と思われる。従来は、平成 11 年度報告でまとめたごとく、金銭的援助、人的援助、施設利用などの受けられるサービスについて認定等級によって差がある。障害者はそのサービスの違いから、一般に、より高い等級での認定を望み、また、リハビリや治療によって能力障害が改善しても、障害等級が下がることを危惧して、再認定を希望する者は実際上いない状況にある。

そこで、今後の認定においては、「障害者」であることの認定にとどめ、サービスの給付はすべて実物給付とし、給付によって障害（機能障害、能力障害、社会的不利すべてを含む）が軽減できることを証明できればその給付対象として認定を行い、地域のサービス給付体制から選択できるものを示し、その中から「障害者」自身がサービスを選択してゆくようなシステムの再構築も検討すべきである。

### 3. 障害認定法の具体的イメージ提示へ向けて

前項で述べた、想定する新たな障害認定方法の具体的イメージ作成のために、まず、ADL 障害度評価についての検討を行った。国内でも比較的広く用いられている ADL 評

価法である Barthel Index、FIM のデータを元に、ADL 評価の項目重みづけの問題について検討し、資料としてまとめた。

## 第 2 節 ADL 障害度評価法の検討

### 1. はじめに

1992 年、国立身障者リハビリセンター病院の ADL スコア化研究グループにより、脳血管障害片麻痺患者を対象とした ADL 項目にその難易度を基準に重みづけを行った ADL 評価表である SAIN (Scored ADL Index of NRC) が作成された (表 3-2-1)。

この評価表の作成過程は次のごとくである。まず、Barthel Index、Kenny Self-Care Evaluation、Katz Index of ADL、Rapid Disability Rating Scale-2、Crichton Geriatric Behavioral Rating Scale、PULSES Profile の 7 つの評価表を用いて、入院患者の「している ADL」を評価した。その全評価表のすべての ADL 評価項目を用いてワード法によるクラスター分析での項目クラスター化と同意義項目の整理を行い、各項目をすべて 3 段階評価で再評価したものを基礎データとして、クラスターごとに相関係数を算出して、相関関係の大きい項目 (相関係数 0.95 以上) があれば、主成分分析で第一主成分の成分負荷量の小さい項目を削除する方法で項目の選定、絞り込みを行った。次に、各項目の自立度、難易度 (最も未自立率の高かった床立ち上がりを 100 として、各項目の未自立率を難易度とした) を算出し、これに基づいてスコア化法を考案して SAIN を作成した。

SAIN の配点は、クラスター分けされた群である食事、排泄コントロール、整容、更衣、入浴、起居、移動の 6 つの大項目に、それぞれの群内での最高難易度の割合で 100 点を割り振り、次いで、各群内での項目にも難易度に比例した値に近似するように配分し、さらに、難易度順に項目点数を加算したものが、その時点での到達最高難易度に近似するようにした。また、この過程で、計算の簡便化を図るために 5 点の倍数配点で近似できるように、さらに項目の整理を行い、最終的に 16 の評価項目、2 および 3 段階評価で、自立項目の合計点 (以下、自立点) と半介助項目の合計点 (以下、半介助点) を合計して SAIN 得点 (100 点満点) となるようにした。これら配点の配慮により、個々の評価項目の難易度とともに大項目ごとにみた場合でも難易度の妥当性が保てることで、個々人によっては異なると思われる実際の小項目ごとの難易度の違いが、総合点においては補正できると考えた。

今回は、ADL 障害度を査定する方法の作成にあたっての検討の一助として、SAIN 作成の基本的考え方を、現在、国内で比較的広く用いられつつある ADL 評価表である FIM の項目に応用して、FIM の評価結果から、SAIN の重みづけにならった FIM (換算版) を作成し、さまざまな分析を試みるとともに、SAIN の評価項目の Rasch 分析による検討も試みた。

### 2. 目的

SAIN の評価項目の重み付け、すなわち、各項目自立度にもとづいた難易度を基礎に行った配点のあり方を、Rasch 分析にもとづく難易度にもとづいた場合と比較し、その違いを検討する。

また、FIM の運動項目（以下、FIM-MOTOR）の評価項目に、SAIN の重み付けにならって重み付けを行うことで、FIM-MOTOR の項目を用いた新たな ADL 総合評価法を試作し、その特徴について検討する。

### 3. 対象

国立身体障害者リハビリテーション病院に入院してリハビリテーションを受けた脳血管障害片麻痺患者の FIM および Barthel Index の評価結果データ、444 人回分を用いた。

### 4. 方法

SAIN の作成に用いた基礎データに対して Rasch 分析を行い、Rasch 分析による評価項目難易度を定量化し、それに基づいた評価項目重み付けと SAIN の重み付けの違いについて比較、検討した。Rasch 分析は、Wright らが無償提供している Rasch 分析用ソフトの「BIGSTEPS」を用いた。

次に、SAIN の重み付けの考え方を FIM-MOTOR の項目に適用した、「FIM(換算版)」を作成した。

さらに、この FIM（換算版）と FIM-MOTOR および Barthel Index などと比較し、その特徴、ADL 障害度評価法としての可能性や問題点などについて検討した。

### 5. 結果

#### （1）SAIN 評価項目（3 段階評価）の Rasch 分析

SAIN 評価表作成の基礎データとした、150 名の脳血管障害片麻痺患者についての 24 項目、3 段階評価について、Rasch 分析を行った。表 3-2-3 の measure に示される logits から、難易度の最も高い床立ち上がりを 100 とした難易度を算出し、それを、表 3-2-3 の Rasch 難易度として示した。これを基準に、SAIN 作成の手順に習って、大項目ごとの重み付けを行い（大項目 MAX、各大項目に属する小項目中の最難度項目の難易度と同じ）、大項目ごとに合計 100 点の割り振り（以下、Rasch 配点）を行った。そして、SAIN の配点を比較のために表 3-2-3 に並べて示した。

SAIN の大項目別の配点は、Rasch 配点に極めて良い近似値になっていた。

#### （2）SAIN 項目の Rasch 分析による難易度順の点数加算経過

SAIN の項目配点の大きな特徴として、項目難易度順の点数加算合計が、それぞれの時点で自立した最も高い難易度 ADL 項目の難易度（床立ち上がりを 100 とする。）に近似したことがあげられる。

SAIN では、難易度として、各項目の未自立率から、最も未自立率の高かった床立ち上がりを 100 とし、各項目の未自立率をその比率で示したものを難易度として用いている。

今回は、Rasch 分析に基づく難易度をもちいて、同様の検討を行った（表 3-2-4 と図 3-2-1）。

図 1 に示されるごとく、logits で示される Rasch 分析での難易度で、その難易度順に得点加算をおこなってみたが、ここでも良好な一次回帰を示した。

### （3）FIM-MOTOR の Rasch 分析

FIM-MOTOR についても Rasch 分析を行った（表 3-2-5）。その結果、FIM-MOTOR の難易度はやさしい順に、食事—整容—更衣・上半身—排便管理—ベッド移乗—トイレ移乗—排尿管理—歩行・車椅子—更衣・下半身—トイレ動作—浴槽・シャワー—清拭—階段であった。

### （4）FIM-MOTOR の Rasch 分析による難易度順の得点加算経過

前述（2）と同様の方法で、FIM-MOTOR の Rasch 分析に基づく難易度順に得点加算を行い、加算時の最高難易度との関係を検討した（図 3-2-2）。

作成過程の配点構造を相違するので、当然のことながら、SAIN の場合とは異なり上記 2 因子の間の一次相関は良くなかった。

### （5）FIM（換算版）の作成

FIM-MOTOR に、SAIN の配点の考え方を導入した新たな配点重み付けを行い、「FIM（換算版）」を作成した（表 3-2-6 と表 3-2-7）。

まず、FIM-MOTOR を、SAIN の大項目分類に基づいて整理し、Rasch 分析に基づく難易度（logits で示される）から、各小項目ごとおよび大項目の Rasch 難易度を決定した。ここで、大項目の Rasch 難易度は、各大項目に属する小項目中の最難度項目の難易度と同じとしている。さらに、それに基づいて配点を決定した（表 3-2-6）。Logits の Rasch 難易度への換算の理論をグラフで示した（図 3-2-3）。

次に、FIM-MOTOR 項目の難易度順の点数加算点と加算時の最難度項目の難易度（階段昇降を 100 とする）との一次相関がよくなることと、同じ大項目内に属する小項目間の難易度の差ができるだけ点数に反映するように工夫し、小項目の配点を決定した（表 3-2-6）。

その結果、表のような FIM(換算版)を作成した（表 3-2-7）。

FIM(換算版)での評価項目の難易度順の点数加算点と加算時の最難度項目の難易度との一次相関については、図に示すが、ほぼ良好な相関が得られた（図 3-2-4）。

### （6）FIM 換算版総点と FIM-MOTOR（図 3-2-5）

FIM 換算版総点と FIM-MOTOR の関係をみた。自立程度が中等度では、FIM 換算版に比較して、Barthel Index の方が、高い得点になる傾向を認めた。

### （7）FIM 換算版総点と Barthel Index（図 3-2-6）

FIM 換算版と Barthel Index の関係をみた。FIM-MOTOR との比較と同様に、自立程度が中等度では、FIM 換算版に比較して、Barthel Index の方が、高い得点になる傾向を認めた。

### （8）FIM 換算版自立点と FIM-MOTOR（図 3-2-7）

FIM 換算版自立点と FIM-MOTOR の関係を見た。FIM 換算版総点と FIM-MOTOR の関係でみたよりもさらに、自立度中等度において FIM-MOTOR が高い得点になる傾向が明らかになった。

(9) FIM 換算版自立点と FIM 換算版介助点 (図 3-2-8)

FIM 換算版自立点と FIM 換算版介助点の関係を見た。自立点が高くなるにつれ、介助点の分布幅が小さくなることが確認できた。

(10) FIM 項目の 7 段階評価の項目情報関数 (図 3-2-9)

FIM は、1-7 の 7 段階評価であるが、今回の検討ではここに示すごとく、特に、2 点、3 点、4 点の間の識別が不良と思われた。

(11) SAIN 項目の 3 段階評価の項目情報関数 (図 3-2-10)

SAIN の作成の元となった、3 段階評価の段階で、(10) と同様の検討をしたものを示すが、バランスのよい識別段階になっていると思われた。

(12) FIM-MOTOR と FIM の認知項目 (以下、FIM-COGN) の関係 (図 3-2-11)

FIM-COGN は、コミュニケーション (理解・表出) と社会的認知 (社会的交流・問題解決・記憶) の計 5 項目で、1-7 の 7 段階評価である。この FIM-COGN と FIM-MOTOR の関係をグラフ化して検討した。FIM-COGN と FIM-MOTOR の間には、有意の傾向を認めなかった。

## 6. 考察

FIM は、すべての ADL 項目が 7 段階評価 (表 3-2-8) であり、項目の重み付けが同じになっている評価表である。SAIN では、項目難易度 (非自立率で示す) に応じた重みをつけ、さらに、難易度順の獲得点数の加算点数が、達成できた項目最高難易度と比例するように調整されており、総合点数に、ADL 状態がより総得点に正確に反映されると考えられる。一方、SAIN は、評価段階が 2~3 段階と少なく、細かな能力の違いが反映されにくいことが予測され、訓練成果の経過などを細かく査定する目的には適さないと思われる。

ADL 評価項目の項目情報関数について調べた結果、FIM では、7 段階の多段階評価の中で、特に 2、3、4 点の識別力が小さい傾向を認めた。多段階評価では、評価のばらつきを抑えるための評価方法の習熟が重要であると思われた。一方、SAIN では、評価段階が 2~3 段階と少ないことも一因と思われるが、バランスのよい識別パラメタになっていた。

障害認定の査定の一部に用いる ADL 評価法を考えるにあたっては、細かな能力の差異を捕らえることよりも、粗くとも、誰が判定しても識別の良好な評価段階であることが望まれるのではないかと考える。その意味で、SAIN のごとく 2~3 段階の評価法が一つのモデルになりうると思われた。

また、Rasch 分析で得られた各 ADL 評価項目の Logits から各 ADL 項目難易度を決定して、SAIN の非自立率で決定した難易度と比較したところ、根本的な難易度の算出方法が異なるに係わらず、非常に近いことが確認された。Logits で示される難易度は、

評価対象者の能力とは関係なく、独立した評価項目固有の性質として扱えるとされている。この検討により、SAIN の項目配点に用いた難易度の妥当性が別の角度からも確認されたことになる。

異なる ADL 項目に重み付けを行う場合、その方法を見出すことはなかなか難しいが、SAIN のように、難易度を基準に用いるのも一つの方法と思われる。

SAIN は、患者能力や訓練成果の評価に用いられている Barthel Index (表 3-2-9) や FIM などに代わるものとして作成されたわけではなく、ADL 総合得点に、より理論的妥当性を付与することで、Barthel Index や FIM と併せて用いることでの有用性を追求したものである。したがって、SAIN は、研究的には用いているが、普及させる努力はしてきていない。

現在、日本において ADL 評価表として広く用いられているのは、Barthel Index と FIM であろう。SAIN 作成の考え方をこれらの普及した評価表に応用できれば、すでに普及している評価資源を、これも障害評価のための ADL 評価として活用できる可能性があると考えられる。そこで、今回、FIM の運動項目を用いて Rasch 分析を行い、Rasch 分析においては、項目難易度に相当する Logits を基準に、SAIN に用いた考え方に則った項目重み付けを行って、新たな評価表の作成を試みたのである。こうして試作した FIM (換算版) は、特に、FIM (換算版) 運動項目の難易度順の点数加算点と加算時の最難度項目の難易度 (階段昇降を 100 とする) との一次相関をよくすることが、SAIN の重み付け方法を適応した一番の目的であり、これは、重相関係数が、FIM-MOTOR では、0.764 であるのに対して、FIM (換算版) では、0.93 にまで相関がよくなることで示された。

また、SAIN では、自立した項目の合計点と介助を要した項目の合計点を別個に算出して検討するのも特徴であり、FIM (換算版) においても同様に検討した。横軸に FIM 換算版自立点、縦軸に FIM-MOTOR をとってグラフ化した検討では、上に凸の分布を示した。これは、難易度が中等度の項目が自立した場合での総得点が、FIM-MOTOR では本来あるべき点数より高く評価されてしまうことを示している。これは、以前、SAIN と FIM-MOTOR で同様の検討を行っているが、今回、FIM (換算版) においても全く同じ傾向が確認できた。FIM (換算版) の総点と FIM-MOTOR との関係をもみても、同様の傾向が確認できた。FIM (換算版) と Barthel Index の関係の検討でも、同様の傾向は認めるものの、FIM-MOTOR との比較の場合よりも目立たなかった。これは、FIM (換算版) の同一得点での Barthel Index の得点幅が大きいことも影響していると考えられた。

認知障害の ADL に対する影響の検討の一つとして、FIM-COGN と FIM-MOTOR の関係を調べたが、一定の傾向は指摘できなかった。認知障害は、ADL に影響する場合もあるが、社会的不利の評価の中で初めて評価される側面がある。ADL を含む障害の総合評価を考えるにあたって、ADL に影響の大きい認知障害の評価項目を選択する研究と、評価項目の重み付けをどう考えるかについての検討が必要であるとともに、

社会的不利の評価との関連についての検討（認知障害を ADL 評価の中で行うのか、社会的不利の評価の中で行うか）も併せて行う必要がある。

今後、今回の検討対象とした評価表を含めて、評価対象を脳血管片麻痺患者以外にも広げた評価法になりうる評価表があるか、あるいは、新たに作成する場合の要件などについて、さらなる検討が必要であると思われた。

## 謝辞

今回の検討を行うにあたり、FIM および Barthel Index の実際の評価実施をしていただいた国立身障者リハビリテーションセンター病院看護部に謝意を表します。

## 7. 参考文献

- ① World Health Organization(1980):International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO, Geneva.
- ② 千野直一編：脳卒中患者の機能評価－SIAS と FIM の実際.シュブリング・フェアーク東京.1997.
- ③ 道免和久・他：機能的自立度評価法（FIM）.総合リハ.18：627-629.1990.
- ④ 佐久間肇・他：脳血管障害患者の ADL 評価法－スコア化について.総合リハビリテーション 20：411-417.1992.
- ⑤ 佐久間肇・他：脳血管片麻痺患者の ADL 評価法の検討－第二報（ADL 項目難易度を中心に）.国リ研紀 12：1-8.1991.
- ⑥ John M. Linacre et al: A User's Guide to BIGSTEPS(Rasch-Model Computer Program).MESA Press.
- ⑦ Benjamin D. Wright et al.: BEST TEST DESIGN.MESA Press.1979.
- ⑧ Benjamin D. Wright et al.: RATING SCALE ANALYSIS.MESA Press.1982.
- ⑨ 芝祐順編：項目応答理論.東京大学出版会. 1991.
- ⑩ 池田央：現代テスト理論.朝倉書店.1994.

表 3-2-1 SAIN評価表

評価項目		自立	要介助	
1.食事(準備は含まない)		10	0	
2.排泄コントロール		10	0	
3.整容	①洗顔	10	0	
	②歯磨き	10	0	
4.更衣	①上衣	10	5	0
	②下衣/トイレ衣服処理	10	5	0
	③靴下	10	5	0
5.入浴	①洗い場移動	10	5	0
	②浴槽出入り	20	10	0
	③洗体	20	10	0
6.起居・移動	①寝返り/起き上がり	10	5	0
	②車椅子移動	10	5	0
	③移乗動作 (車椅子/便器・ベッド)	10	5	0
	④屋内歩行	10	5	0
	⑤階段昇降	20	10	0
	⑥床立ち上がり	20	10	0
小 計		(A)	(B)	
自立点 C=A/2	半介助点 D=B/2	(C)	(D)	
SAIN得点( C + D )		点(100点満点)		

表 3-2-2 SAIN 作成基礎データ項目（3段階評価）の Rasch 分析結果

ITEMS STATISTICS: MEASURE ORDER

MEASURE	ERROR	INFIT		OUTFIT		PTBIS CORR.	ITEMS
		MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD		
5.81	.24	1.20	1.2	3.15	.9	.56	I. 床立ち上がり
5.75	.24	.94	-.4	.87	-.1	.61	H. 階段昇降
5.46	.24	.83	-1.2	.66	-.3	.63	G. 屋外歩行
2.98	.23	1.56	3.1	1.47	1.0	.68	F. 屋内歩行
2.66	.23	1.08	.5	1.30	.7	.78	V. 浴槽出入り
1.80	.24	.86	-.9	2.33	2.3	.81	W. 洗体
1.35	.24	.79	-1.4	.52	-1.2	.85	U. 洗い場移動
1.00	.24	.91	-.6	1.92	1.3	.81	X. 洗髪
.14	.25	.74	-1.8	.46	-.8	.84	S. 靴下
.08	.26	.74	-1.7	.46	-.8	.84	T. 靴
-.12	.26	.85	-.9	.50	-.6	.82	L. トイレ衣服
-.19	.26	.70	-2.0	.41	-.8	.85	R. 更衣下
-.61	.27	1.02	.1	.53	-.5	.79	M. 後始末
-.69	.27	.95	-.3	2.26	.7	.77	Q. 更衣上
-.76	.28	.93	-.4	.65	-.3	.77	D. 車椅子移乗
-.76	.28	1.27	1.4	.82	-.1	.73	K. 便器移乗
-1.79	.31	1.20	.9	6.35	1.2	.65	P. 歯磨き
-2.20	.33	1.04	.2	.71	-.1	.68	O. 洗顔
-2.31	.34	.86	-.6	.34	-.3	.72	E. 車椅子移動
-2.54	.35	1.10	.4	.43	-.2	.66	B. 起き上がり
-3.53	.41	.53	-2.1	.14	-.3	.71	A. 寝返り
-3.71	.42	.69	-1.2	.32	-.2	.62	C. 端座位
-3.71	.42	1.67	2.0	.51	-.1	.50	N. 排泄コントロール
-4.09	.46	.86	-.5	.29	-.1	.56	J. 食事

表 3-2-3 SAIN 項目の Rasch 分析にもとづく難易度とそれによる SAIN 項目配点

SAIN 項目	Rasch 難易度	大項目 MAX	Rasch 配点	SAIN
食事	5.98	5.98	2.29	5
排泄	9.65	9.65	3.70	5
整容	27.89	27.89	10.71	10
洗顔	23.93			5
歯磨き	27.89			5
更衣	46.33	46.33	17.80	15
上衣	38.41			5
下衣/トイレ衣服	43.82			5
靴下	46.33			5
入浴	70.36	70.36	27.04	25
洗い場移動	57.81			5
浴槽出入り	70.36			10
洗体	62.06			10
起居・移動	100	100	38.42	40
寝返り/起き上がり	20.65			5
車椅子移動	22.87			5
移乗動作	37.74			5
屋内歩行	73.45			5
階段昇降	99.42			10
床立ち上がり	100			10

表 3-2-4 と図 3-2-1 SAIN 項目の Rasch 難易度順の点数加算と到達項目難易度の関係

表 3-2-4

SAIN 項目	Logits	加算点	加算経過
床立ち上がり	5.82	10	100
階段昇降	5.76	10	90
屋内歩行	3.07	5	80
浴槽出入り	2.75	10	75
洗体	1.89	10	65
洗い場移動	1.45	5	55
靴下	0.26	5	50
トイレ衣服	0	5	45
更衣下	-0.07		
更衣上	-0.56	5	40
車椅子移乗	-0.63	5	35
便器移乗	-0.63		
歯磨き	-1.65	5	30
洗顔	-2.06	5	25
車椅子移動	-2.17	5	20
起き上がり	-2.4	5	15
寝返り	-3.37		
排泄コントロール	-3.54	5	10
食事	-3.92	5	5

図 3-2-1

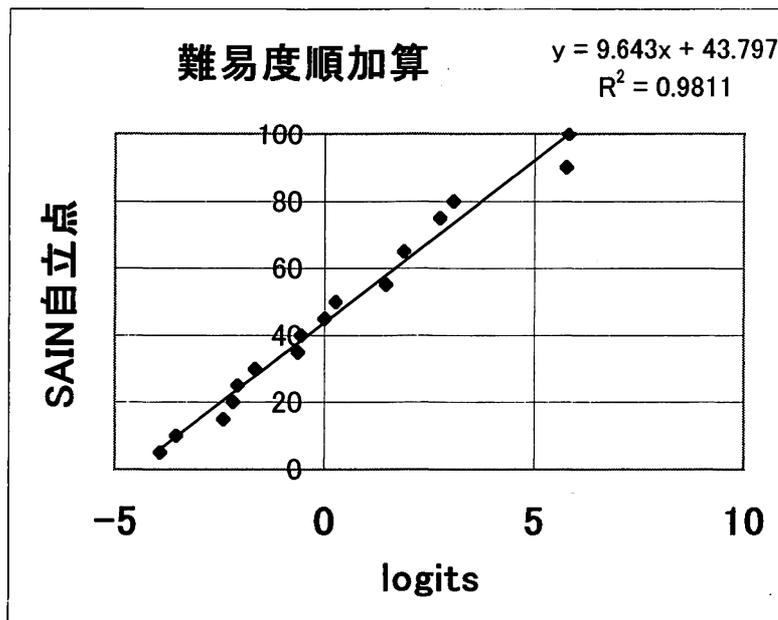


表 3-2-5 FIM-MOTOR 項目の Rasch 分析

ITEMS STATISTICS: MEASURE ORDER

MEASURE	ERROR	INFIT		OUTFIT		CORR.	ITEMS
		MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD		
3.07	.05	1.43	4.4	1.10	.6	.53	M. 階段
1.14	.05	1.11	1.3	.97	-.3	.82	C. 清拭
1.04	.05	1.27	3.1	1.26	2.6	.79	K. 浴槽, シャワー
.18	.05	.80	-2.5	.66	-4.0	.90	F. トイレ動作
-.24	.05	.96	-.5	.69	-3.2	.89	E. 更衣・下半身
-.28	.05	1.80	7.6	2.94	9.9	.58	L. 歩行・車椅子
-.33	.06	1.31	3.3	1.05	.4	.81	G. 排尿管理
-.34	.06	.47	-7.7	.53	-5.0	.90	J. トイレ移乗
-.40	.06	.52	-6.7	.52	-5.0	.89	I. ベッド移乗
-.51	.06	1.04	.5	1.11	.9	.81	H. 排便管理
-.61	.06	.89	-1.3	.65	-3.2	.87	D. 更衣・上半身
-1.20	.07	1.07	.7	.81	-1.2	.78	B. 整容
-1.50	.07	1.50	4.0	1.20	1.0	.64	A. 食事

図 3-2-2 FIM-MOTOR の項目点数の難易度順加算

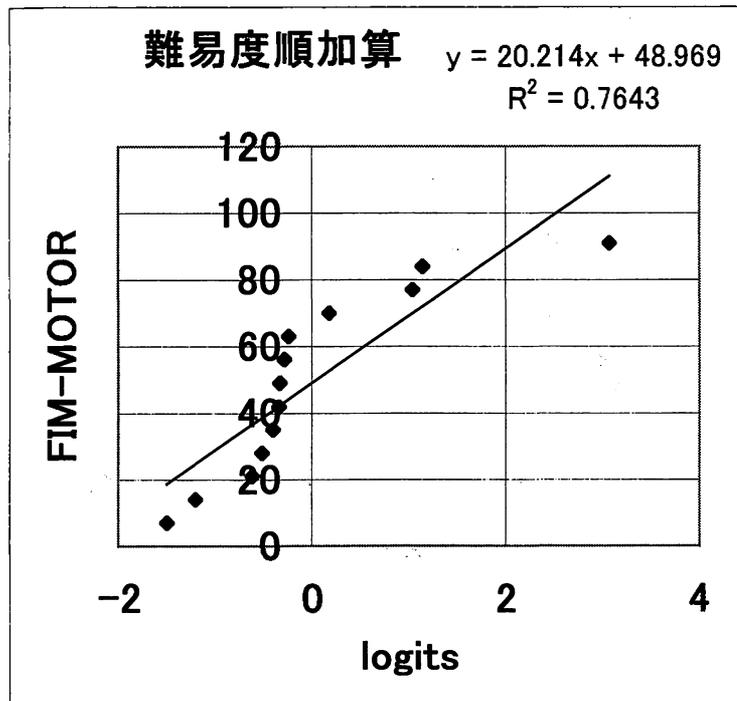


表 3-2-6 FIM（換算版）の作成

FIM-MOTOR	logits	Rasch 難易度	大項目理論点	実際の配点
食事	-1.5	8	3.1	5
排泄	-0.33	32	12.5	10
排尿管理	-0.33	32		5
排便管理	-0.51	28		5
整容	-1.2	14	5.4	5
更衣	0.18	42	16.3	15
トイレ動作	0.18	42		2.5
更衣・上半身	-0.61	26		10
更衣・下半身	-0.24	33		2.5
入浴	1.14	61	23.7	25
清拭	1.14	61		10
浴槽、シャワー	1.04	59		15
起居・移動	3.07	100	38.9	40
歩行・車椅子	-0.28	33		5
トイレ移乗	-0.34	31		5
ベッド移乗	-0.4	30		5
階段	3.07	100		25
(合計)		257	100	100

図 3-2-3 logits と Rasch 難易度の関係

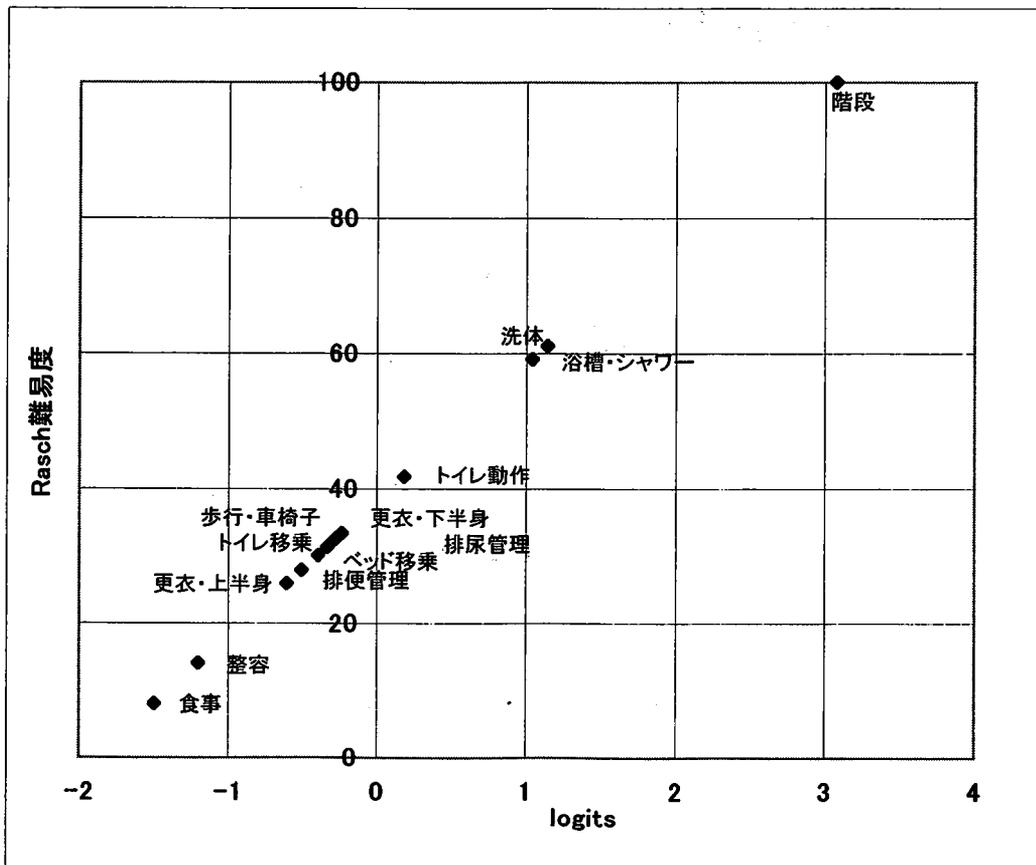


表 3-2-7 FIM (換算版)

	自立	要 介 助	
食事	5	2.5	0
排泄	10	5	0
排尿管理	5	2.5	0
排便管理	5	2.5	0
整容	5	2.5	0
更衣	15	7.5	0
更衣上	10	5	0
更衣下	2.5	1.25	0
更衣トイレ	2.5	1.25	0
入浴	25	12.5	0
浴槽、シャワー	15	7.5	0
清拭	10	5	0
起居移動	40	20	0
ベッド・車椅子移乗	5	2.5	0
トイレ移乗	5	2.5	0
歩行・車椅子移動	5	2.5	0
階段	25	12.5	0

図 3-2-4 FIM (換算版) の項目点数の難易度順加算

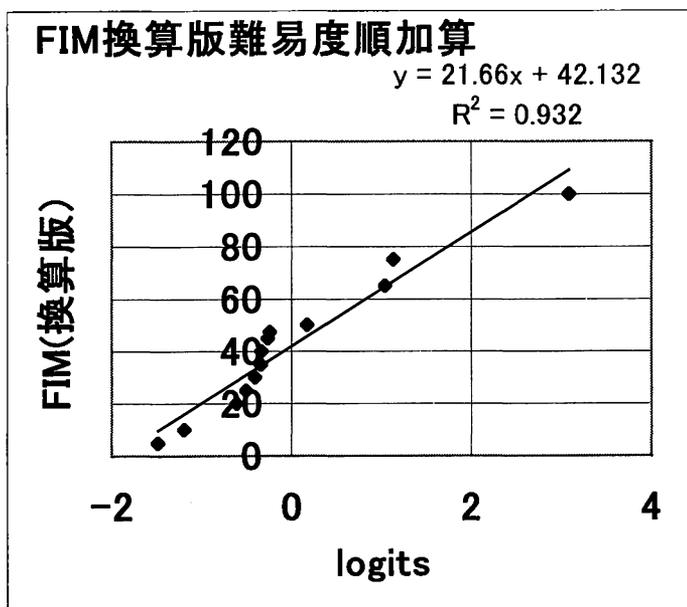


図 3-2-5 FIM 換算版総点と FIM-MOTOR

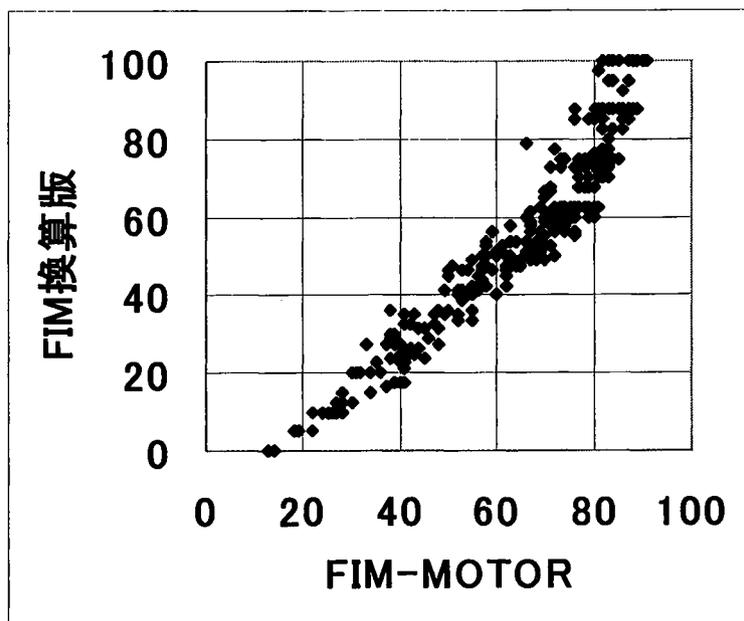


図 3-2-6 FIM 換算版総点と Barthel Index

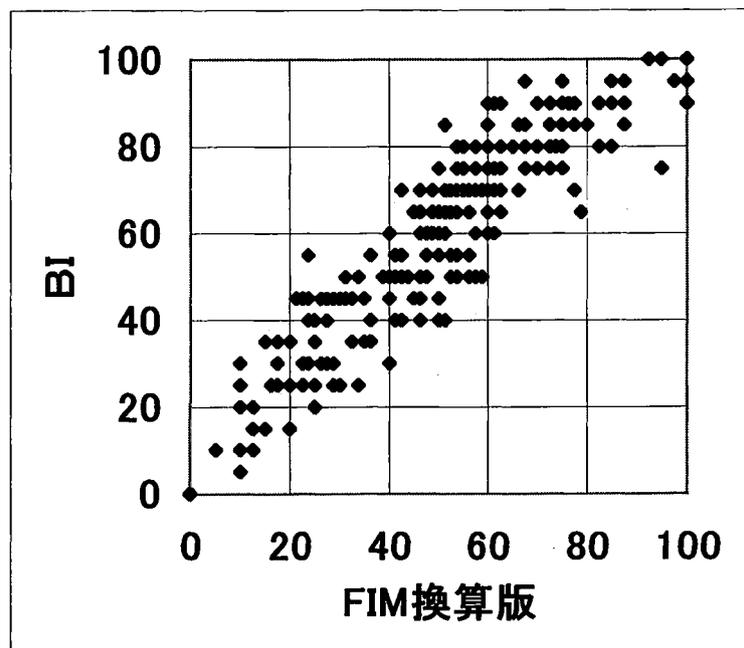


図 3-2-7 FIM 换算版自立点と FIM-MOTOR

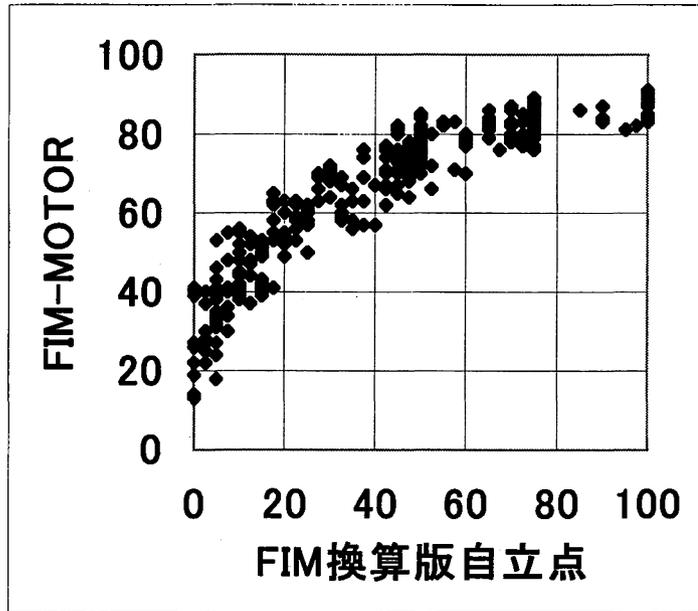


図 3-2-8 FIM 换算版自立点と FIM 换算版介助点

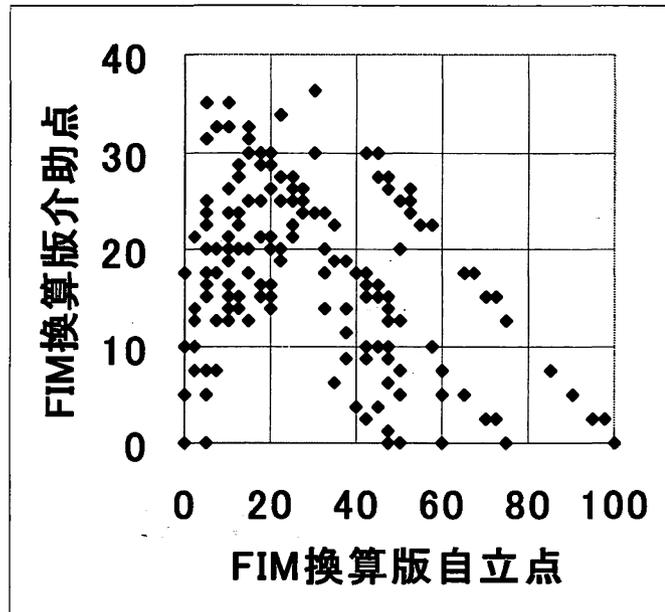


図 3-2-9 FIM の 7 段階評価間の識別

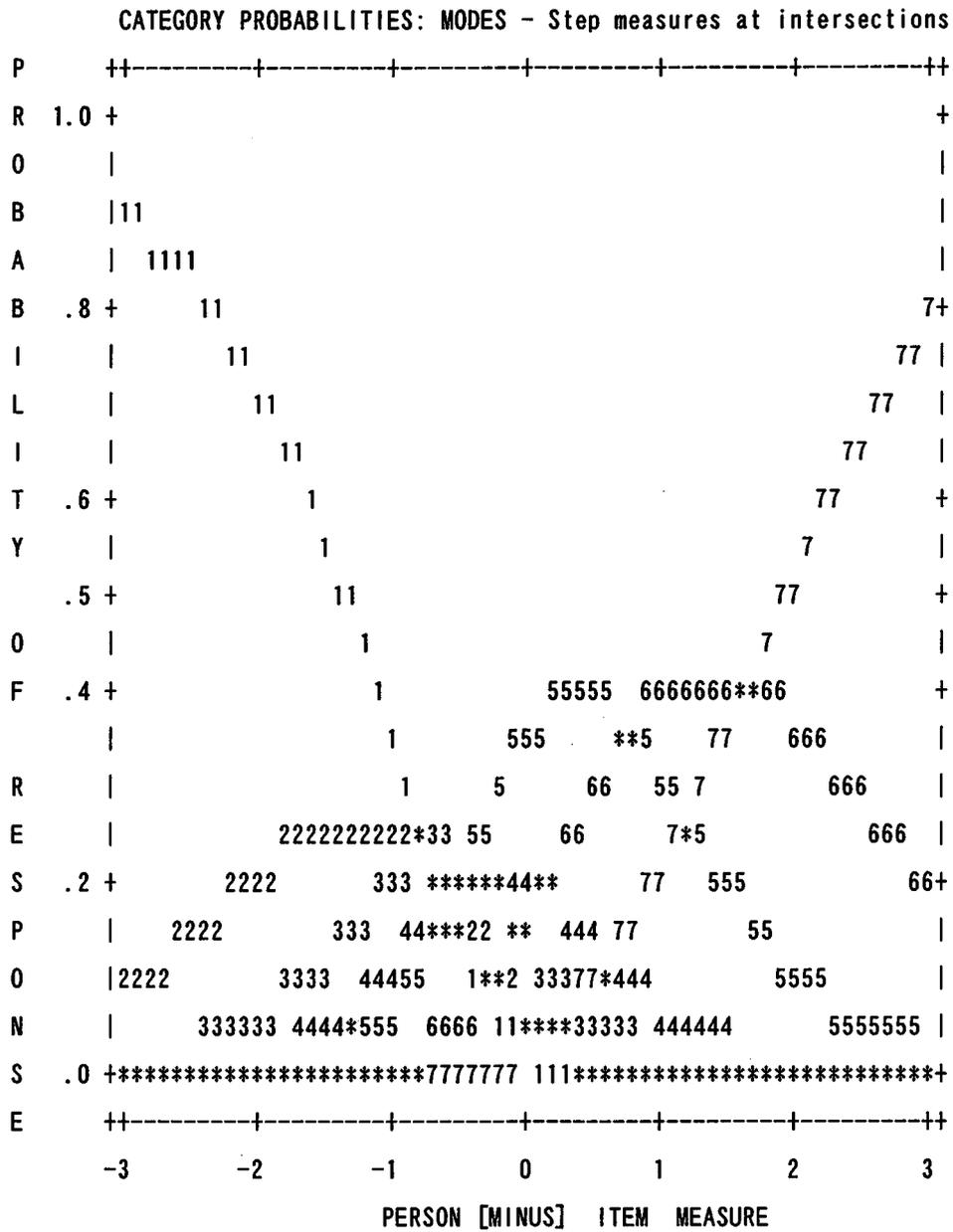


図 3-2-10 SAIN 作成元の 3 段階評価間の識別

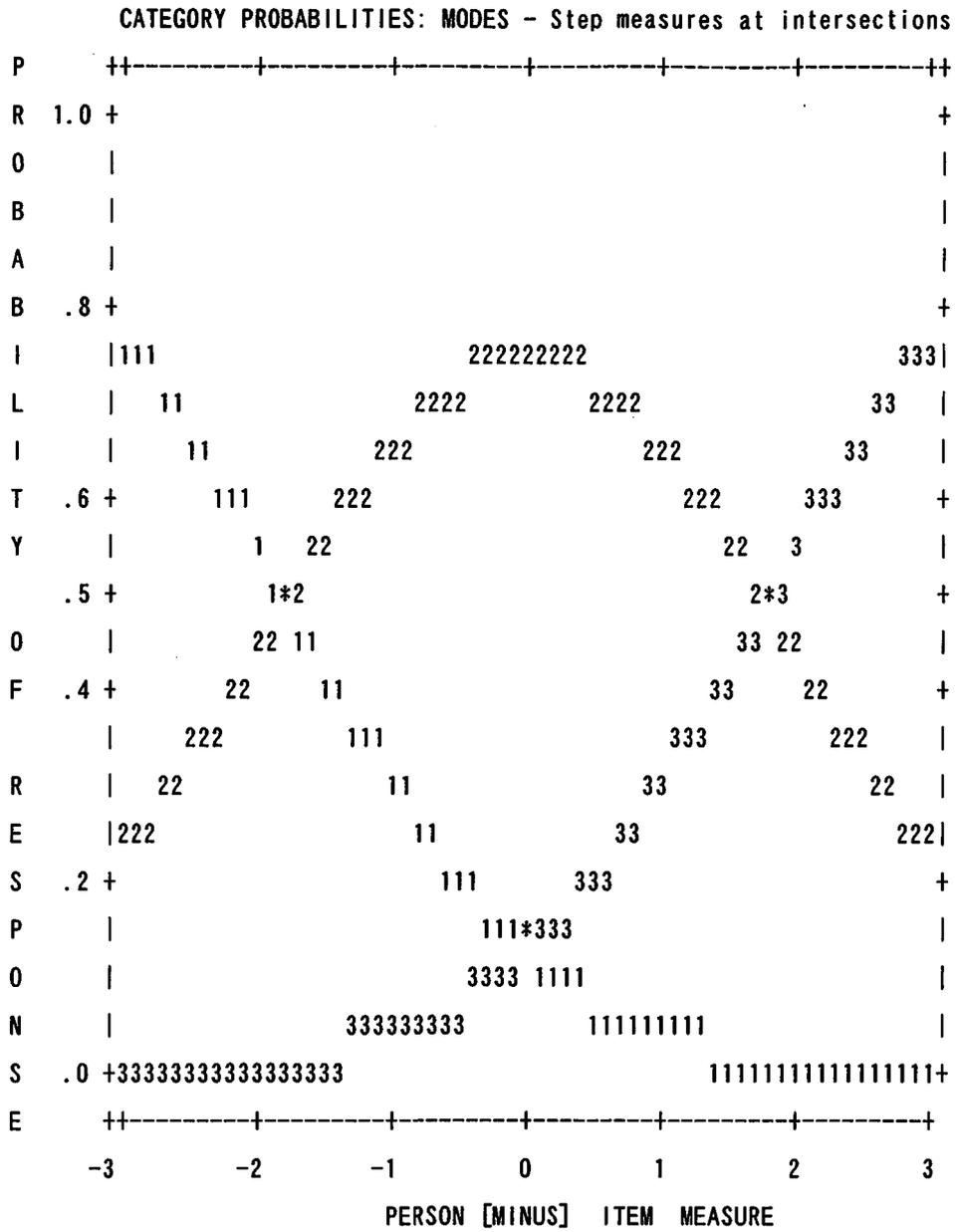


図 3-2-11 FIM-MOTOR と FIM-COGN

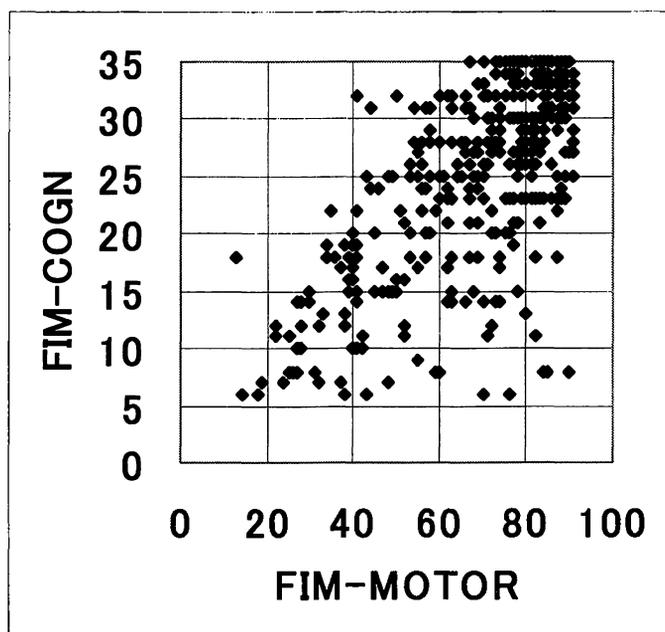


表 3-2-8 FIM 評価表

FIM (Functional Independence Measure)		
	項目	点数
セルフ・ケア	食事	7: 完全自立
	整容	
	入浴	
	更衣(上半身)	
	更衣(下半身)	
	トイレ動作	
排泄管理	排尿	5: 監視または準備の介助
	排便	
移乗	ベッド・椅子・車椅子	4: 最小介助(75%)
	トイレ	
移動	風呂・シャワー	3: 中等度介助(50%以上)
	歩行・車椅子	
コミュニケーション	理解	2: 最大介助(25%以上)
	表出	
社会的認知	社会的交流	1: 全介助(25%未満)
	問題解決 記憶	

表 3-2-9 Barthel Index

項 目	点 数		
	全介助	要介助	自立
食 事	0	5	10
車椅子・ベッド移乗	0	5-10	15
洗面・整容	0	0	5
トイレ動作	0	5	10
入 浴	0	0	5
平坦地歩行	0	10	15
車椅子駆動(歩行不能の場合)	0	0	5
階段昇降	0	5	10
更 衣	0	5	10
便 禁 制	0	5	10
尿 禁 制	0	5	10

### 第 3 節 社会的不利あるいは社会参加の制限についての評価

#### 1. はじめに

現行の身体障害者の障害認定にあたっては、その認定基準に、機能障害および能力障害について、それぞれの障害ごとに評価基準が策定されている。

一例をあげれば、肢体不自由では ADL 評価、関節可動域検査、筋力検査、歩行可能距離、座位保持能力などで、脳原性障害においてはさらに、紐結び検査などの performance 検査も認定基準にある。聴覚障害では聴力測定、視覚障害では、視力や視野検査である。内部障害では、各臓器障害に由来する異常検査所見の有無・程度が認定の基準となっている。

そして、免疫機能障害においては、異常検査所見、合併疾患の有無の他、初めて社会での日常生活活動の制限についての具体的な評価項目が基準内に入った。具体的には、「生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。」および「軽作業を超える作業の回避が必要である。」の 2 項目が、日常生活制限の評価項目の一部に入ったのである。

高次脳機能障害の認定について議論が高まっている昨今において、この「社会的不利」あるいは「社会参加」についての制限について、障害認定基準の中では、ほんの 2 つの選択項目に過ぎないが、ここに記載された意義は大きいと思われる。

平成 11 年度の本研究報告書でも述べたが、質的に異なる障害に公平な等級の階層化を図ることは、厳密には不可能である。しかし、社会参加の視点で考えれば、いわば、共通の土俵上での異なる障害の評価ができる。この意味で、従来、障害認定基準においては、ほとんど顧みられていなかった「社会的不利」あるいは「社会参加」についての評価は、諸種の障害を横断的に、共通の尺度で障害評価ができる可能性があると思われる。

ここで問題になるのは、「社会的不利」あるいは「社会参加」の制限は、機能障害や能力

障害とも大きく関係することは勿論であるが、障害の種類よりは、障害者個人の置かれた社会的環境（家族、居住地、利用可能な福祉サービス、会社や学校の理解・対応など）や障害前の個人の人生観・価値観の違いが大きく作用するということである。この点が、長く、障害の評価の大きな柱にならなかった一因でもあると思われる。

ここでは、この「社会的不利」および「社会参加」の制限の評価について、今年度までに調べた海外文献調査の結果も踏まえて検討した。

## 2. 知的障害あるいは精神障害における「社会適応性」の評価

障害者の「社会的不利」あるいは「社会参加」の制限の評価については、知的障害あるいは精神障害における評価が参考になると思われる。知的障害あるいは精神障害の多くは、目に見える機能障害、能力障害がなくても、社会適応に問題を生じている場合が多いからである。

そこで、本研究で行ってきた海外の文献翻訳および ICF（国際障害分類改訂版）について、主に精神障害の評価について注目して検討する。

### (1) 社会保障における障害評価（米国）

ここでは、精神障害の重症度を、①日常生活の活動、②社会的機能、③集中力・持続力・速度、④仕事場あるいは仕事場に類した状況における荒廃と代償不全から評価している。

①日常生活の活動、の評価では、掃除、買い物、料理、公共の乗り物を利用して移動する、身だしなみや衛生に気を配る、電話や電話帳を使う、郵便局を利用する、などが含まれる。そして、それぞれが自立性、的確性、効率性の観点から評価される。ここで、「著しい障害」というのは、制限の数ではなく、制限の程度が重要視される。

②社会的機能、の評価では、他の人とうまくやっていく能力が評価される。この障害は、口論、失職、他人との親しい関係を避ける、社会的孤立などの形であられる。逆に、社会的機能が良好であれば、協力的な態度、他人への思いやり、他人の感情変化に気づくなどにあられる。ある条件下（寛大な上司のもとでの仕事）で、一見社会的機能が果たせていても、障害があると判断する必要がある。

③集中力・持続力・速度、が良好というのは、例えば、職業に関係ある仕事をタイミングよくやり遂げるために、長時間にわたって注意が持続できることである。これらの障害は、精神科医の診察や心理学的検査によって判定されることが多い。しかし、これのみでは、仕事をするのに必要な集中力と持続力の的確な評価はできない。仕事場での集中力・持続力・速度に関する評価は、インデックスカードをファイルさせたり、電話番号を調べさせたり、ものの分解・組み立てなおし、などで評価する。

④仕事場あるいは仕事場に類した状況における荒廃と代償不全、は、ストレスの多い環境に適応できず失敗を繰り返す、その状況から逃避するか、症状・徴候の悪化（代償不全）が起こることである。仕事環境に共通するストレスとしては、意志決定、出勤、作業を完了させる、上司や同僚との交流、などがある。

### (2) 障害者の機能障害および能力低下評価のための指針（フランス）

成人の精神的機能障害については、意欲の障害（活動性低下、拒絶性、強迫状態、両面価値、抑制）、思考の障害（強迫観念、逃避、思考の遷延、滅裂言語、思考の貧弱化、妄想）、知覚障害（幻想、幻覚、現実感喪失）、コミュニケーションの障害（多弁、気取り、支離滅

裂表現、新造語、反響言語、プロソディ異常・同一身振りの繰り返しなどの言語および身振り表現の形態・内容の障害と吃音、無言症、自閉などの機能的障害)、行動の障害(攻撃性、興奮、演劇症、自傷、恐怖的行動、脅迫的儀式、不安症、小心)、気分の障害、意識および警戒心の障害、知的障害(粗野な性格、非識字、概念形成・抽象化困難、通常環境での社会職業的同化困難、算数・読解の基本概念の習得困難、記憶障害、注意力障害、判断力障害、失見当識など)、情緒および情動生活の障害(不安、疑念、無関心、感情不調和、感情不安定、性格障害、感情未成熟、気弱さ)、精神医学的障害の身体症状化の10項目を主要機能障害判定の基準とし、人間関係への影響、入院、患者の年齢・疾患の持続期間、治療を補助的評価に用いる。

### (3) 重度障害者法(ドイツ)

精神障害を伴う脳障害については、自律神経障害(例えば就寝と起床リズムの狂い、血管運動神経と発汗調整機能の障害)、認知機能障害(例えば、失語、失行、失認)などの程度が参考にされる。

知的障害についての評価は、精神発達遅滞とそれを確認する理解力や記憶力などのテストのみでは判断できないとし、感情をコントロールする能力、自発性、社会適応性を考慮しなければならないとする。具体的には、通常の学校への編入が可能か、自活が可能か、簡単な流れ作業に従事可能であるか、障害者作業所のみで就業が可能かなどで評価される。

### (4) 高齢障害者の障害認定(ニュージーランド)

高齢障害者の障害認定は、ADL、感覚器官の機能とコミュニケーション、精神機能、身体機能、社会的な評価、介護者や家族の状況の6つの領域についておこなわれる。ここで、精神機能については記憶、場所のオリエンテーション、社会的行動(人の感情を害することがあるか)、妄想・幻覚、気分(落ち込むことがあるか)、徘徊、洞察力、不安について評価される。

### (5) ICF(国際障害分類改訂版)

ここでは、社会参加は、活動とともに「活動と参加の分類」という共通リストになっている。そして、この部分の章建てを見ると、①学習と知識の応用、②一般的な課題と要求、③コミュニケーション、④運動・移動、⑤セルフケア、⑥家庭生活、⑦対人的相互作用と対人関係、⑧主要な生活領域、⑨コミュニティ・ライフ、社会生活、市民生活+からなり、さらに、中項目100、小項目174にわたる分類がされている。それぞれの項目は、困難なし、軽度の困難、中等度の困難、重度の困難、完全な困難、詳細不明、非該当で評価する。

### (6) その他の関連した評価法

#### ① Disability Rating Scale(DRS)

脳損傷患者を、機能障害、能力障害、社会的不利の内容の項目で評価する。社会性との関連の項目では、認知機能の評価(介助の必要度で評価)と労働性(フルタイム勤務、家庭労働、学生など)の評価がある。

#### ② Community Integration Questionnaire

頭部外傷患者の社会性の評価法で、買い物、家事、育児などの家庭での活動、趣味の活動、友人との付き合いなどの社会的活動、仕事などについての15項目の評価からなる。(次頁)

## Community Integration Questionnaire

### Home Integration

1. Who usually does shopping for groceries or other necessities in your household?
2. Who usually prepares meals in your household?
3. In your home who usually does normal everyday housework?
4. Who usually cares for the children in your home?
5. Who usually plans social arrangements such as get togethers with family and friends?

### Social Integration

6. Who usually looks after your personal finances, such as banking or paying bills?  
 Can you tell me approximately how many times a month you now usually participate in the following activities outside your home?

7. Shopping
8. Leisure activities such as movies, sports, restaurants etc.
9. Visiting friends or relatives
10. When you participate in leisure activities do you usually do this alone or with others?
11. Do you have a best friend with whom you confide?

### Integration into Productive Activities

12. How often do you travel outside the home?
13. Please choose the answer below that best corresponds to your current(during the past month)work situation :  
 Full time employment(more than 20 h per week)  
 Part time employment (less than or equal to 20 h per week)  
 Not working, but actively looking for work  
 Not working, not looking for work  
 Not applicable, retired due to age  
 Volunteer job in the community
14. Please choose the answer below that best corresponds to your current(during the past month)school or training program situation :  
 Full time  
 Part time  
 Not attending school or training program
15. In the past month, how often did you engage in volunteer activities?

### ③Functional Assessment Measure

FIM の認知行動障害評価を補填する意味がある。認知機能、行動、コミュニケーション、社会的活動に関する 12 項目を FIM と同様に 7 段階で評価する。

### ④Employability Rating Scale

認知療法を中心とした集中的リハビリテーションの成果の評価を目的とした評価法で、「どんな環境でも、就労、就学不可」～「完全復職、制限なし」の 10 段階で評価する。

#### Employability Rating Scale

生産性	点数	内容
生産性なし	1	どんな環境でも就労、就学不可
生産性はあるが競争力無し	2	保護作業所（制限つき）
補助金による就業	3	保護作業所（制限無し）
	4	一般職場での周辺単純作業
完全就労またはパート就労	5	一般作業
	6	簡単な専門作業、事務
	7	専門作業、高度事務

		(一般教育レベル)
	8	専門作業、高度事務 (専門教育レベル)
	9	発症前の高度専門職にいくらかの調整、変更を要する
	10	発症前の高度専門職への完全な復職、制限無し

### ⑤MS 障害度簡易評価表 (IFMSS 九大版)

多発性硬化症の評価で、機能別障害度（錐体路機能、小脳機能、脳幹機能、感覚機能、膀胱直腸機能、視覚機能、精神機能、その他）、日常生活障害度の他に、「環境状態」の評価があり、これは、就業状態、経済状態、家屋状態、人の介助、移動、地域保険サービスの状況についての6項目を6段階評価する。(次頁)

#### I F M M S 九大版の環境状態の評価項目

<p>1. 就業状態 (この質問は学生や主婦にもあてはまる。これはMSに関係した問題だけでなく総合的な状態に関するものである)</p> <p>0 - あるいは定年のために退職</p> <p>1 - 実際的には全時間働けるが、あまり要求の多いポジションではない</p> <p>2 - 全就業時間の半分以上働ける</p> <p>3 - 全就業時間の1/4から半分は働ける</p> <p>4 - 全就業時間の1/4以下しか働けない</p> <p>5 - 失業中</p>	<p>4. 人の介助 (MSに関して)</p> <p>0 - なし</p> <p>1 - わずかな援助: 血縁者が携わっているが自立している</p> <p>2 - 大きな援助: 血縁者が携わっているがある程度自立している</p> <p>3 - 外部からの援助が少なくとも週に1回必要である</p> <p>4 - 外部からの援助がほとんど毎日必要</p> <p>5 - 家であろうがどこであろうがつきっきりの援助が必要</p>
<p>2. 経済状態 (MSに関した)</p> <p>0 - MSに関する経済上の問題はない</p> <p>1 - MSのため幾分の経済損失はあるが、外部からの援助がなくても普通の経済状態を維持できる</p> <p>2 - いくらかの外部の援助でもって普通の経済状態を維持できる</p> <p>3 - 地域で決められた基本障害年金の支給を受けて普通の経済状態を維持している</p> <p>4 - 可能なあらゆる経済的援助を受けてのみ、普通の経済状態が維持できる</p> <p>5 - あらゆる経済的援助を得ても普通の経済状態を維持できない</p>	<p>5. 移動 (交通) (MSに関して)</p> <p>0 - 問題ない</p> <p>1 - 少しの問題はあるが、可能な輸送機関はすべて利用できる</p> <p>2 - 困難はあるが、いくつかの公的輸送機関は利用できる</p> <p>3 - 公的輸送機関は利用できないが、私的なもの (車など) は利用できる</p> <p>4 - 車椅子で輸送機関を利用しなければならない</p> <p>5 - 障害者用運搬車が必要である</p>
<p>3. 個人住宅/家 (MSに関した)</p> <p>0 - 変更は必要ない</p> <p>1 - 少しの変更が必要である</p> <p>2 - 中等度の変更が必要である</p> <p>3 - 大きな構造上の変更とか増築が必要である</p> <p>4 - 特殊な住宅に移らなくてはならない</p> <p>5 - どんな家でもだめであるので、看護が受けられる施設に住まなくてはならない</p>	<p>6. 地域健康サービス (MSに関した。この項目は医師のサービスは含まない)</p> <p>0 - 全く必要ない</p> <p>1 - 月々のサービスが必要である</p> <p>2 - 1週間に1時間以下のサービスが必要である</p> <p>3 - 日に平均1時間以下のサービスが必要である</p> <p>4 - 日に1~4時間のサービスが必要である</p> <p>5 - 日に4時間以上のサービスが必要である</p>

### ⑥IADL(instrumental activities of daily living)

電話の利用、買い物、食事の支度、家屋維持、洗濯、外出時の移動、服薬、家計管理の項目で評価するもので、生活関連動作の評価である。

項目	得点
A. 電話の使用	
1. 自分から積極的に電話をかける (番号を調べてかけるなど)	1
2. 知っている2, 3の番号へ電話をかける	1
3. 電話を受けるが、自分からはかけない	1
4. 電話を全く使用しない	0
B. 買物	
1. すべての買物をひとりで行う	1
2. 小さな買物はひとりで行う	0
3. すべての買物に付添いを要する	0
4. 買物を全くできない	0
C. 食事の支度	
1. 献立、調理、配膳をひとりで行う	1
2. 材料があれば適切に調理を行う	0
3. 調理済み食品を温めて配膳する。また調理するが栄養的配慮が不十分	0
4. 調理、配膳を他者にしてもらう必要がある	0
D. 家屋維持	
1. 自分で家屋を維持する。または重度作業のみときどき援助を要する	1
2. 皿洗い、ベッドメイキング程度の軽い作業を行う	1
3. 軽い作業を行うが十分な清潔さを維持できない	1
4. すべての家屋維持作業に援助を要する	1
5. 家屋作業には全くかかわらない	0
E. 洗濯	
1. 自分の洗濯は自分で行う	1
2. 靴下程度の小さなものは自分で洗う	1
3. すべて他人にしてもらう	0
F. 外出時の移動	
1. ひとりで公共交通機関を利用する。または自動車を運転する	1
2. タクシーを利用し、他の公共交通機関を利用しない	1
3. 介護人または道連れがいるときに公共交通機関を利用する	1
4. 介護人つきでのタクシーまたは自動車の利用に限られる	0
G. 服薬	
1. 適正量、適正時間の服薬を責任をもって行う	1
2. 前もって分包して与えれば正しく服薬する	0
3. 自分の服薬の責任をとれない	0
H. 家計管理	
1. 家計管理を自立して行う(予算、小切手書き、借金返済、請求書支払、銀行へ行くこと)	1
2. 日用品の購入はするが、銀行関連、大きなものの購入に関しては援助を要する	1
3. 貨幣を扱うことができない	0

### ⑦老研式活動指標

IADL のほかに、年金書類が書けるか、新聞を読むか、本や雑誌を読むか、家族や友達の相談にのることがあるか、若い人に自分から話しかけられことがあるかなどの項目を加えた、高齢者の活動性を評価するものである。

### 3. 障害の認定のための評価項目について

障害の評価は、評価項目建てが細かければそれだけ情報が多くなるが、障害認定の基準を作成する場合には、効率の良い評価項目の絞込みが必要で、この際には、項目の独立性、

妥当性、客観性、再現性について十分な検討がなされる必要がある。

この場合の評価項目としては、前述の外国の認定やICFの項目を参考にすると、一般的ないわゆる神経心理学的検査に加えて、日常生活関連動作でもある、買い物、料理、公共の乗り物利用、衛生への配慮、郵便局など公共施設の利用ができるか、仕事場あるいは学校などの環境で他人との協調性を保てるか、自らの意志で作業や日課が組めるか、時間どおりに課題がこなせるか、インデックスカードのファイリングなどのパフォーマンスが一定の集中力・持続力をもってこなせるか（パフォーマンステスト）などが評価項目の候補になると考えられる。

また、これらの評価にあたっては、特に、病院入院中の評価よりも、職場や学校、場合によっては施設も含む、いわゆる社会に出た状況での評価あるいはそれに類似した環境下での評価項目が重要になると思われる。この際、評価の環境は当然、個々人で異なるので、最終的に個々の評価結果をいかに共通のスケールに置き換えて標準化した障害程度の評価にするかが課題となるが、点数化するとすれば、恣意的に設定した上で、評価例を重ねてその妥当性を異なる立場から検証しながら、修正を図ってゆく手法が考えられる。

現在、いくつかの評価法を用いてデータ収集をしており、今後、前述の方針で、これらの評価項目からの項目絞り込み、重み付けなど、障害認定に関わる「障害の社会的参加の制限についての評価法」の確立に向け検討を続けたい。

## 第4章 海外の障害認定制度

### 第1節 アメリカ

#### はじめに

米国には、障害認定を実施しているさまざまな制度が存在する。ここでは、最初にこれらの制度について概観する。

#### 1. ADA

米国では、1990年に「障害をもつアメリカ人法（ADA：American with Disability Act）」が成立した。条文には、国内の障害のあるアメリカ人は約4300万人と記載されている（第2条）。

障害の定義は、次のようになされている。

「障害」とは、個人に関して以下のことを意味する

- (a) 個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。
- (b) そのような機能障害の経歴のあること。
- (c) そのような機能障害をもつとみなされること。（第3条）

ただし、薬物の不正使用者は該当しない。（第510条）

#### 第510条

- (a) 総則 本法の目的から、「障害者」とは、適用対象事業体が薬物の不法使用を問題とした時点で薬物を不法使用している個人は含まない。
- (b) 解釈の原則 (a)項は、下記の者を障害者として排除するものと解釈してはならないものとする。
  - (1) 監視下における薬物リハビリテーション・プログラムを無事に完了して、もはや薬物の不法使用を行っていないか、もしくはその他の方法でリハビリテーションに成功して、もはやそうした使用を行っていない個人。
  - (2) 監視下におけるリハビリテーション・プログラムに参加中であり、もはやそうした使用を行っていない個人。
  - (3) 誤って使用を行っているとみなされたが、そうした使用は行っていない個人。ただし、適用対象事業体が、(1)号または(2)号に定める個人がもはや薬物の使用を行っていないことを確認することを目的とする薬物テスト（これには限定されない。）を含む妥当な方針または手順の採用もしくは管理をすることは、本法の違反とはならないものとする。ただし、本条のいかなる規定も、薬物の不法使用のためにテストを行なうことを奨励し、禁止し、制限し、もしくは許可するものと解釈してはならないものとする。
- (c) 保健およびその他のサービス(a)項および第511条(b)項(3)の規定にかかわらず個人が保健サービス等を受ける権利を有する場合は、現在薬物を不法使用していることを理由として、保健サービス、または薬物リハビリテーションに関連して提供されるサービスを、個人に対して拒否してはならないものとする。
- (d) 薬物の不法使用の定義
  - (1) 総則—「薬物の不法使用」とは、規制物質法（21U.S.C.812）に基づいてその所持または配付は不法とされる薬物を使用することを意味する。この用語には、免許のある保健専門家による監視下で摂取される薬物の使用、または、規制物質法または連邦法のその他の規定によって許可されたその他の使用は含まれないものとする。
  - (2) 薬物—「薬物」とは、規制物質法第202条の付表I～Vで定義されている規制物質を意味する。  
・性行動障害や盗癖なども該当しない。（第511条）

#### 第511条 定義

- (a) 同性愛および両性愛—第3条(2)における「障害」を定義する目的からは、同性愛および両性愛は該当せず、したがって本法に基づく障害ではない。

- (b) 特定の状態 本法のもとでは、「障害」とは下記は含まないものとする。
- (1) 服装倒錯、性倒錯、小児愛、露出症、窃視症、性別障害など身体障害の結果生じたものではないもの、またはその他の性行動障害。
  - (2) 強迫賭博症、盗癖、または放火癖
  - (3) 現在の薬物の不法使用の結果たる精神活性物質使用障害。

## 2. 1973年リハビリテーション法

障害の定義は、ADAと同じである。

- (a) 個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的機能障害。
- (b) そのような機能障害の経歴のあること。
- (c) そのような機能障害をもつとみなされること。(第7条)。

また、薬物の不法使用者は含まれない。ただし、次の者は含まれる。

- (1) 監視下における薬物リハビリテーション・プログラムを無事に完了して、もはや薬物の不法使用を行っていないか、もしくは、その他の方法でリハビリテーションに成功して、もはやそうした使用を行っていない者。
- (2) 監視下におけるリハビリテーション・プログラムに参加しており、もはやそうした使用を行っていない者。
- (3) 誤って使用を行っているとみなされたが、そうした使用を行っていない者。アルコール中毒者は含まない。

この規定は、ADA法第512条により次のように解釈されている。

1973年リハビリテーション法第503条および504条の目的からは、「障害者」とは、現在アルコールの使用によって、対象たる業務の遂行が妨げられ、もしくは、現在アルコールを乱用しているために、その雇用が他の者の財産もしくは安全に対する直接の脅威を構成しているようなアルコール中毒者は含まない。

ここで、不法薬物とは、規制物質法第202条(21U.S.C.812)の附表I～Vで定義される規制物質を意味する。「薬物の不法使用」とは、規制物質法に基づいてその所持もしくは配付が不法とされる薬物の使用を意味する。この用語には、免許のある保健専門家による監視下において摂取される薬物の使用、または、規制物質法もしくはその他の連邦法の規定によって認められた使用は含まない。

## 3. 社会保障法

社会保障法に基づく制度として、障害年金(DI: Disability Insurance)、所得補足給付(SSI: Supplemental Security Income)、じん肺年金(Black Lung Benefits)、鉄道従業員年金(Railroad Retirement Program)、連邦職員退職年金(Civil Service Disability Retirement Benefits)、退役軍人恩給(Veterans Disability Program)がある。これらの障害認定は、同じ基準で行なわれている。

DIは、社会保障法(SSA: Social Security Act)に基づく勤労者全体を対象とした保険制度で、基本的な目的は、被保険者が障害や老齢などのために収入を失ったときに所得の一部を保障するというものである。日本の制度でいえば、公的年金における障害年金がこれに相当する。一般被用者・自営業者が支払う所得税とともに徴収される社会保障税を原資としている。この社会保障

税は、老齢・遺族保険（OAS I : Old-Age and Survivors Insurance）、DI、健康保険（HI : Health Insurance）のそれぞれの基金に分配される。労働者の大部分が加入しており、1996 現在で 1 億 4370 万人が被保険者となっている。

SSI も社会保障法に基づく手当制度であり、経済的に困窮している障害者、盲人又は 65 歳以上の高齢者に最低限の収入を保証するための手当を支給する制度である。この制度は、保険ではなく、手当の受給要件として資力調査を行なう生活保護の一種である。日本の制度でいえば、生活保護に相当する。有資格受益者に対しては、毎月現金で支給される。連邦政府の一般会計が財源を負担している。

じん肺年金は、じん肺手当法（Black Lung Benefits Act）に基づき、炭坑で働いていた労働者がその労働が原因で障害者になった場合に給付されるが、1973 年 6 月 30 日以前の対象者については社会保障法に基づき手当を支給している。

社会保障法では、OAS I、SSI およびじん肺年金以外に、退職年金（Retirement insurance）、遺族年金（Survivors insurance）、高齢者・障害者および終末腎臓病者のための健康保険（Hospital and medical insurance for the aged, the disabled, and those with end-stage renal disease）、失業保険（Unemployment insurance）、生活保護（Public assistance and welfare services）を規定しているが、これらについては、障害を事由にするものではない。

鉄道従業員年金は、鉄道従業員退職年金法に基づき、鉄道従業員だけを対象とした年金制度であり、老齢年金に加え職務上の障害に対して年金を支給している。連邦職員退職年金も、同様の制度で、連邦職員退職年金法に基づき連邦職員を対象とした制度であるが、1984 年 1 月から新規採用される連邦政府職員は、OASDI の対象となった。退役軍人恩給は、退役軍人を対象とした年金制度で、公務災害である場合とそうでない場合とでは取り扱いが違ふ。

以上は、連邦政府の制度であるが、同様の目的をもつ制度として労災保障制度（Workmen's Compensation）があるが、これは州の制度である。また、州によっては、連邦政府の制度に追加して障害者手当を追加したり独自に障害者手当制度をもっているところがある。これについては、国の制度ではないので除外する。

#### （1）DI（障害年金）

DI は、SSI とともに社会保障法（SSA）に規定された制度である。SSA の基本的な目的は、「蓄えを失ったり、家庭を維持できなかつたり、子供を健康かつ安全に養育できなくなるような事態をまねく疾病（illness）による支出に対して高齢者及び障害者を保護することで、個人および家族の物質的ニーズを満たすこと」である。DI の目的については、同法に特に目的規定はないが、拠出性の年金制度であり、次の受給要件のすべてを満たす場合に支給される。

##### ① 障害の状態にあること。

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

##### ② 必要な保険加入期間を満たしていること。

障害発生前 40 クォーター（120 月：10 年）間に少なくとも 20 クォーター（60 月：5 年）の保険料支払い期間がある必要がある。ただし、若年齢のために 5 年間の加入が不可能な場合があるので年齢によって期間が短縮される。例えば、24 歳未満の場合、障害発生前 3 年間に 1.5 年間の加入期間が必要である。24 歳以上 31 歳未満の場合は、21 歳から障害発生までの期間の半分の加入期間が必要である。

③ 5 ヶ月間の待機期間を満たしていること

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

④ 65 歳未満であること

(2) S S I（所得補足給付）

S S I も社会保障法（SSA）に規定された制度である。S S I の目的は、高齢者、盲人及び障害者で低所得のものに最低限の収入を保証することである。受給要件は、次のとおりである。

① 高齢者または障害者のために働けないであること（SSA 法 223 条）

以下の 3 項のどれかに該当すること。

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

② 資産や所得が一定以下であること

S S I は、保険制度ではないので加入期間の要件はないが、無拋出の制度であることから、所得と資産がある一定以下でなければならない。資力調査の結果、資力が一定水準以下であれば、家族構成や家屋の借家か自宅等の家屋の所有形態によって手当額が決められる。この額は、資産が 2,000 ドル以下か、資産と所得を合わせて 3,000 ドル以下とされている。例えば、1997 年現在、単身者の場合、月額所得が 484 ドル以下のもの。でなければならない。夫婦二人の場合、726 ドル以下のもの。である。また、資産の場合、単身者で 2,250 ドル以下、夫婦二人の場合、3,000 ドル以下である。

障害者に着目すれば、視覚障害者を除けば、障害の要件は、D I と同じである。視覚障害者の場合、実質的な収入をもたらす仕事に就いていないという要件は必要ない。また、受給するには加入期間の要件は必要ない。また、待機期間もない。そのかわりに、資産や収入に一定の制限が設けられている。そのために、S S I の場合資力調査が行われる。また、一定の障害者及び盲人の S S I の受給者は、社会保障の障害年金をも受けることができるが、その場合の S S I の給付額は調整されて減額される。D I の障害認定基準は、S S I における障害認定基準と同じであるため、D I 受給者は同時に S S I を受給しているのが普通である。

また、2 年以上障害者手当を受ければ、メディケアの資格が得られる。メディケアは、高齢障害者と障害者のための無拋出の医療制度であり、日本で言えば、医療扶助に相当する。さらに、ほとんどの S S I 受給者は、メディケイドという高齢者と障害者を対象とした福祉制度の対象にもなる

ので、半分以上の州では、自動的に両方の対象になるようになっている。

障害労働者として年金を受けていたことがあり、その支給が停止された後 5 年以内に再び障害者となった場合は、新しい障害の最初の月から年金は再び支給される。新たに 5 ヶ月間待機する必要はない。また、以前メディケアの受給権を有していた場合は、年金が再び支給されるようになると同時にその権利も復活する。

就労している盲人には、次のような特別の援助の措置がある。

- ① 実質的に収入がある仕事とみなされるのは、月額 800 ドルまで。
- ② 55 歳か盲人になった時のどちらか遅い方の時まで、通常してきた仕事に必要な技術や能力に匹敵するような仕事をするのができなくても 55 歳から 65 歳まで障害年金を受給することができる。しかし、実質的な収入をもたらす仕事に就いた月は、年金は支給されない。
- ③ 収入が高すぎて障害年金を受給することができなくても、障害「凍結」の権利がある。これは、収入の平均によって計算される将来の年金額が、盲人であるために比較的低い収入だった期間によって低い額とならないようにされることを意味している。

年金は、障害による労働不能が続く限り支給される。社会保障庁が特段の期間を定めない限り、3 年ごとにそのことを証明するため再調査が行われる。そのたびごとに診断書が必要である。場合によっては、特別の検査を受けるようにいわれる場合もある。

障害者でないと決定された場合は、再考 (Reconsideration) を求める不服申立てをすることができる。不服申立てがなされれば、所在地の州の機関が審査を行なう。

### (3) 障害認定基準

身体障害者福祉法に類似の厳密な身体障害認定が実施されている主なものは、労働災害補償、社会保障、退役軍人制度である。身体障害者福祉法は、社会保障制度であることから、ここでは、D I と S S I における障害認定について概略を説明する。

社会保障法上障害者と認められるためには、次のような身体上又は精神上の状態にある必要がある。この障害基準に該当する場合は、重度障害であると認められ、労働能力があるかどうかの判定を経ないで D I が給付される。この基準は、医学的なもので、詳細な検査方法についての指示がなされる。しかし、この基準にそのまま該当しなくても、それに相当する程度の障害があると認められれば、機能障害と認定されるし、たとえ、医学的障害とは障害と認定されなくても、その後の労働能力の喪失の評価において認められれば D I は支給される。

以下は Disability Evaluation Under Social Security (1998) の基準の主要部分の概略である。

#### ① 筋骨格系

##### 1.02 リウマチ性関節炎およびその他の炎症性関節炎

A と B の両方があること。

A. 病歴に多関節性の持続する痛み、腫脹、圧痛が認められ、(時には複数の大関節の場合もある。

(1.00D 参照) 3 ヶ月以上の治療にも関わらず、診察すると、関節の炎症 (腫脹、圧痛) が症状として認められ、患部の関節の機能に著しい制限が認められ、少なくとも 12 ヶ月以上の臨床活動が続くと予想される。

B. 次の項目のうちいくつかによって診断が確認されること。

1. リウマトイド因子を調べる血清検査で、陽性が出る。
2. 抗核抗体
3. 赤血球沈降速度が亢進する。
4. 滑膜あるいは、皮下結節の生検により組織学的に特徴的な変化が見られる。(これらは社会保障障害評価とは関係なく獲得される。)

#### 1.03 (何らかの原因による) 体重を支持する大関節の関節炎

今までの病歴に、持続性の関節の痛みと強直が見られ、診察すると、患部の関節に動きの制限や異常が症状としてみられる。さらに、次のどちらかに該当すること。

- A. 股関節あるいは膝関節に大きな解剖学的な変形が見られ、(例えば、亜脱臼、拘縮、骨性強直、線維性強縮、不安定性) 関節間腔の狭小化、あるいは骨が破損していることがX線でも確認され、明らかに歩行や起立に制限がある。
- B. 体重を支持する大関節の再形成手術、または、関節を固定する手術が行われたが、全体重負荷状態までには回復しなかったか、今後12ヶ月以内には回復できないと予想される。

#### 1.04 (何らかの原因による) 上肢のいずれか一つの大きな関節の関節炎。

病歴に持続性の痛みと強直が見られ、診察すると、患部の関節にはっきりした動きの制限が症状としてみられ、X線によって関節間腔の狭小化や骨の破損が証明されている。さらに、次のどちらかの状態にあること。

- A. 肩関節の外転と、前方屈曲(挙上)が、肩甲骨の動きを含めて90°以下のものに制限されている。
- B. 大きな解剖学的変形(例えば、亜脱臼、拘縮、骨性強直、線維性強直、不安定性、尺骨偏位など)が見られ、患部の関節の腫脹と滲出液がみられる。

#### 1.05 脊椎の異常

次のどれかに該当すること。

- A. 頸椎あるいは胸腰椎が、正中位より30度以上屈曲して強直しているか、固定しているような関節炎。X線によって、次のことが証明される。
  1. 腹側と側方の靭帯が石灰化している。
  2. 仙腸骨の関節が、異常な骨端性骨結合(アポフィーゼ)によって両側性に強直を起している。
- B. 痛みを生じる全般的な骨粗鬆症と、次のどちらかのX線所見を伴う傍脊柱筋の痙縮がみられること。
  1. 直接に障害を受けたわけでもないのに、少なくとも50%、脊椎体の以前の高さより失われるような圧迫骨折。
  2. 直接障害を受けていないのに、脊椎が重複して骨折している。
- C. その他の遺伝的な脊椎起因性の疾患(例えば、随核の脱出、脊椎狭窄など)。少なくとも3ヶ月治療を加えても、次のような症状がしつこく続き、12ヶ月は続くと予想される。そして、次の1と2の両方を伴うこと。

1. 痛み、筋肉の痙縮、脊椎の可動制限が著しい。
2. 神経根分布に一致する筋力低下と感覚・反射の喪失を伴う、著しい運動性の喪失がある。

#### 1.08 骨髄炎、あるいは、敗血症性関節炎

(X線によって証明されているもの)

次のどれかに該当すること。

##### A. 骨盤、脊椎、大腿骨、脛骨、上肢あるいは下肢の大関節に生じている。

決定に先立つ5ヶ月以内に、急性の発症が少なくとも2回起きたことがある。または、継続的に、症状が続いている。局所的な炎症と全身症状が見られ、検査によっても明らかであること（例えば、熱感、発赤、腫脹、白血球増多、赤血球沈降速度亢進など）そして、治療を加えても、少なくとも12ヶ月以上は続くと予想される。

##### B. 上記Aの症状が多発性に、全身にみられる。

#### 1.09 切断、あるいは解剖学的変形

次のものの切断あるいは解剖学的変形（すなわち、血管や神経の欠損に伴う変化による主要な機能の喪失、筋肉あるいは腱の外傷性喪失、不適切肢位角度での骨性強直、関節の脱臼、不安定性のX線所見が確認できるもの。）

##### A. 両方の手

##### B. 両方の足

##### C. 一つの手と、一つの足

#### 1.10 下肢の一つの切断

(足根骨部あるいはそのより近位)

次のどれかに該当すること。

##### A. 骨盤片側切除あるいは股関節離断

##### B. 末梢血管疾患あるいは糖尿病のために、足根骨部かそれより近位で切断する。

##### C. 以下のいずれかの理由により、補助具を使わないと義足が効果的に使えない。

###### 1. 血管疾患

###### 2. 神経学的合併症（例えば、位置感覚の喪失など）

###### 3. 断端が短すぎる。あるいは断端の合併症がいつまでも治らない、または、少なくとも12ヶ月以上は治らないと予想される。

###### 4. 歩いたり立ったりする能力が著しく制限されるような反対側下肢の異常。

#### 1.11 大腿骨、脛骨、足根骨、骨盤の骨折

しっかりした癒合がX線でも診察でも確認できない。完全な体重負荷が出来る状態に戻っていないか、発症から12ヶ月以内には戻らないだろうと予想できるとき。

#### 1.12 上腕骨、とう骨、尺骨などの骨幹の骨折① 上肢骨折②

①癒合せず、機能回復を目指した外科的治療が、続けられているにもかかわらず、機能が回復していないもの。②発症から12ヶ月以内には、回復しないと予想できるようなもの。

1.13 上肢、あるいは下肢の軟部組織の障害

発症から、12ヶ月以内に、機能の回復を目指した一連の外科的治療を必要とするもので、発症から12ヶ月以内に、主要な機能が回復しなかったか、回復しないと予想されるもの。

② 視聴覚・言語

2.02 中心視のインペアメント

良い方の眼の残存視力が、矯正後で20/200、あるいはそれ以下のもの。

2.03 良い方の眼の周辺視野の狭窄

次のどれかに該当すること。

- A. 焦点から、10° あるいはそれ以下のもの。
- B. 最大の直径の描く弧が、20° 以下のもの。
- C. 視能率が、20%かそれ以下のもの。

2.04 視能率の喪失

良い方の眼の視能率が、最も良く、矯正した場合でも、20%かそれ以下のもの。(残っている視野の視能率の%=残っている中心視力の%)

2.05 完全同名半盲

(黄斑部回避があるもの、あるいは、ないもの。) 2.04 に従って判定すること。

2.06 両眼の全眼筋麻痺

2.07 平衡障害、耳鳴り、進行性の聴力喪失で特徴づけられる、蝸牛・前庭部の機能不全 (メニエル氏病を含む)

A、B両方を伴うもの。

- A. 前庭・蝸牛管の機能不全が、前庭器官のカロリーテストによって示されている。
- B. オーディオメトリーによって、聴覚の喪失が確認されている。

2.08 聴覚インペアメント (補聴器を使っても聴覚が回復できない。)

以下のことによってはっきりわかる。つぎのどれかに該当すること。

- A. 気導で90デシベル、あるいは、それ以上でないと、音を聞き取れない。  
骨導だと、500、1000、2000Hzのレベル (1.00B1参照)
- B. 音声弁別が、良い方の耳で、40%か、それ以下のもの。

2.09 音声機能障害

何らかの原因により、どんな手段を使っても、理解可能な言語の発声が出来ないもの。

表1 水晶体のある眼、水晶体のない眼(良い方の眼)における距離 中心視力に対応した視能率のパーセンテージ

スネル		中心視能率のパーセント		
英国式	メートル法	有水晶体 1	片側無水晶体 2	両側無水晶体 3
20/16	6/5	100	50	75
20/20	6/6	100	50	75

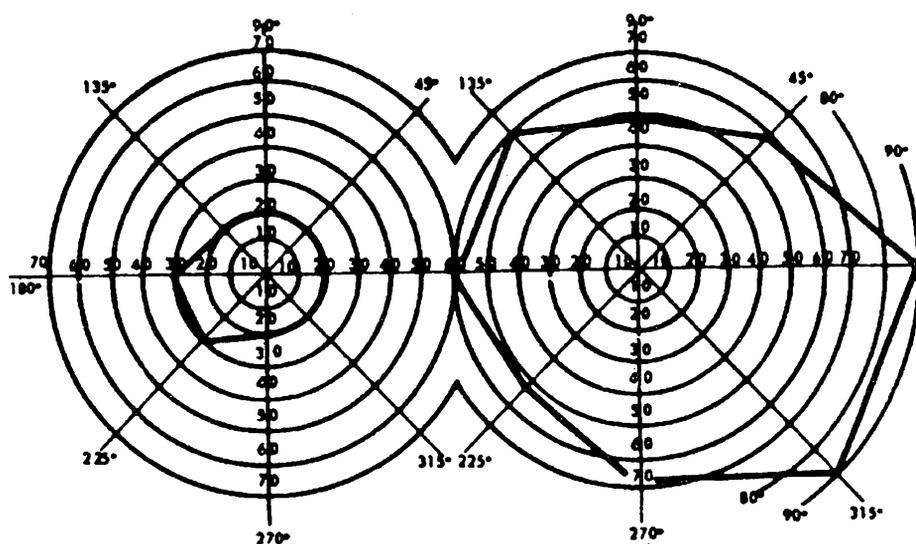
20/25	6/7.5	95	47	71
20/32	6/10	90	45	67
20/40	6/12	85	42	64
20/50	6/15	75	37	56
20/64	6/20	65	32	49
20/80	6/24	55	30	45
20/100	6/30	50	25	37
20/125	6/38	40	20	30
20/160	6/48	30	-	22
20/200	6/60	20	-	-

### 表の使い方

- 1) 水晶体がある。 1. 両方の目にレンズが存在している。 2. レンズがよい方の目にあつて、弱い方の目にはない。 3. レンズが1つの目にあつて、もう一つの目は、摘出されている。
- 2) 単眼性 1. 良い方の目にレンズが無く、弱い方の目にはレンズがある。 2. どちらの目にもレンズがない。しかしながら、最大限に矯正したあとでの、弱い方の目の視力が20/200かそれ以下のものである。 3. 片方の目に、レンズが無く、もう一つの目は摘出されている。
- 3) 両眼性 1. 両方とも、レンズが無く、弱い方の目の視力が、最大限に矯正したあとで、20/200以上である。

### 表2 視野チャート

正常な視野の範囲と視能率を計算する方法の図



Left Eye (O.S.)

Right Eye (O.D.)

1. 右目の図表は、標準的な測定器で、3/330のところ、(3ミリの白い円盤を、330mmの距離に置く。)7フット燭の明るさの下でテストしたときの、正常な視野の範囲を示している。この視野では、8つの主要な、経線上の角度を、合計すると500°になる。

2. 8つの主要な経線上の度数を合計して500で割ることによって、視能率が得られる。左目の図表は、視野が、横方向、下方向、外方向では、30°に、それ以下の方向では、20°に制限されていることを示している。この場合の効率性は、 $6 \times 20 + 2 \times 30 = 180$   $180 \div 500 = 0.36$  すなわち36%

の残存視能率ということができるし、64%の視能率の喪失と言うこともできる。

### ③ 呼吸器系

#### 3.02 慢性的な肺不全

以下のうちいずれかに該当する。

A. 何らかの原因による慢性閉塞性肺疾患で、表 I に特定してある身長に呼応する  $FEV_1$  の値と同じかそれより低い値を示す場合（著しい脊椎の変形がある場合は、3.00Eを参照のこと）

表 I

身長（センチメートル）靴を脱いだ状態。	身長（インチ）靴を脱いだ状態	$FEV_1$ (L. BTPS)
154 以下	60 以下	1.05
155-160	61-63	1.15
161-165	64-65	1.25
166-170	66-67	1.35
170-175	68-69	1.45
175-180	70-71	1.55
180 以上	72 以上	1.65

B. 何らかの原因による、慢性拘束性疾患で、表 II に特定された身長に呼応する FVC 値と、等しいかそれ以下の値を示す場合（著しい脊椎の変形がある場合は、3.00Eを参照のこと。）

表 II

身長（センチメートル）靴を脱いだ状態。	身長（インチ）靴を脱いだ状態	FVC (L. BTPS)
154 以下	60 以下	1.25
155-160	61-63	1.35
161-165	64-65	1.45
166-170	66-67	1.55
170-175	68-69	1.65
175-180	70-71	1.75
180 以上	72 以上	1.85

C. 臨床的に証明された疾患による慢性的のガス交換障害で、以下のうちどれかを伴うもの。

1. 一回呼吸の DLCO (3.00F1 参照) が 10.5ml/分/mmHg 以下か推定正常値の 40% 以下である。

（推定値は、そのテストが行われる場所で得られたデータに基づくものであるか、そのテストが行われる場所で使われているものと同じ技術を使っている研究所で発行している印刷物に基づくものでなければならない。推定値の根拠となる情報源は、記録しておかなければならない。もし、出版物でないときは、表の形か、ノモグラムで提出しなければならない。）

2. 安静時（室内の空気を吸いながら、目覚めた状態で、座位か立位で）に測定された、動脈血ガ

スの  $PO_2$  値および同時に決定される  $PCO_2$  値。臨床的に安定した状態の時に、少なくとも 2 回、6 ヶ月以内の間に、3 週間以上の間をおいて測定する。それらの値が、表Ⅲ-A、Ⅲ-B、Ⅲ-Cのうちから適用できるものを選び、その表の中に、特定されている値と同じか、それ以下である場合。

**表Ⅲ-A**

(海拔 3,000 フィートより低いところにテスト場所がある場合に適用できる。)

動脈血内 $PCO_2$ (mmHg) および	動脈血内 $PO_2$ (mmHg) 等しいか、それ以下
30 あるいはそれ以下	65
31	64
32	63
33	62
34	61
35	60
36	59
37	58
38	57
39	56
40 あるいはそれ以上	55

**表Ⅲ-B**

(テスト場所が海拔 3,000 フィートから、6,000 フィートの間にある場合適用できる。)

動脈血内 $PCO_2$ (mmHg)	動脈血内 $PO_2$ (mmHg) 等しいか、それ以下
30 あるいはそれ以下	60
31	59
32	58
33	57
34	56
35	55
36	54
37	53
38	52
39	51
40 あるいはそれ以上	50

表Ⅲ-C

(テスト場所が海拔 6,000 フィート以上の時適用できる。)

動脈血内 PCO <sub>2</sub> (mmHg)	動脈血内 PO <sub>2</sub> (mmHg) 等しいか、それ以下
30 あるいはそれ以下	55
31	54
32	53
33	52
34	51
35	50
36	49
37	48
38	47
39	46
40 あるいはそれ以上	45

3. 室内の空気を吸い、一定の運動をしながら (運動のレベルは、17.5ml 酸素消費量/kg/分あるいは 5METs か、それ以下) 測定した動脈血内 PO<sub>2</sub> と、同時に決まる PCO<sub>2</sub> の値が、3.02C2 の表Ⅲ-AかⅢ-BかⅢ-Cのいずれかのうち適用できるものに特定されている値と等しいか、それ以下である場合。

### 3.03 喘息

以下のいずれかをともなう。

- A. 慢性喘息性気管支炎。3.02Aの慢性閉塞性肺疾患のための基準のもとで、評価すること。
- B. 処方された治療にも関わらず、医師の介入を要するような発作 (3.00C2 で定義されている) が、少なくとも、2ヶ月ごと、あるいは、1年に6回以上起こっている。喘息のコントロールのための24時間以上入院したときは、1回につき、2回の発作と数えることと、発作の頻度を決定するためには、続けて12ヶ月以上の期間を評価期間としなければならない。

### 3.04 嚢胞性線維症

以下のいずれかに該当すること。

- A. 表IVに見るように、FEV<sub>1</sub>が、身長に呼応する特定の値と同じか、それ以下である。(著しい脊椎の変形がある場合は、3.00Eを参照のこと。)
- B. 医師の介入を要するような、気管支炎、肺炎、咯血 (痰に血が混じる程度以上のもの) 呼吸不全 (3.00Cに書いてあるような) の発症が、少なくとも2ヶ月に1回あるいは、1年に6回以上起こっている。治療のために、24時間以上入院したときは、1回につき2回の発症と数える。また、発症の頻度を決めるためには、少なくとも続けて12ヶ月以上を評価期間としなければならない。
- C. 静脈注射あるいは噴霧器による抗菌治療を必要とするような細菌感染症の発症が、少なくとも6ヶ月に1回は、重複したり繰り返して症状を発現する持続的な肺感染症。

表 IV

(3.04A－嚢胞性線維症の評価のためだけに適用できる)

身長 (センチメートル) 靴を脱いだ状態。	身長 (インチ) 靴を脱いだ状態	F E V <sub>1</sub> 等しいかそれ以下 (L, BTPS)
154 あるいはそれ以下	60 以下あるいはそれ以下	1.25
155-160	61-63	1.35
161-165	64-65	1.45
166-170	66-67	1.55
170-175	68-69	1.65
175-180	70-71	1.75
180 あるいはそれ以上	72 以上あるいはそれ以下	1.85

3.05 (保留)

3.06 塵肺症 (適切な画像技術によって示されている。)

3.02 の適切な基準のもとで評価すること。

3.07 気管支拡張症 (適切な画像技術によって示されている。) 以下のいずれかを伴う。

A. 広範な疾患による肺機能の障害。3.02 の適切な基準によって評価すること。

B. 医師の介入を要するような、気管支炎、肺炎、喀血 (痰に血が混じる程度以上のもの)、呼吸不全 (3.00Cに従って証明されたもの) の発症が少なくとも、2ヶ月に1回、あるいは、1年に6回起こる。治療のために24時間以上入院したときは、1回について2回の発症と数える。発症の頻度を決定するためには、少なくとも、12ヶ月以上を評価期間とする。

3.08 細菌性、真菌性、その他の肺の慢性持続性感染症 (3.00B参照)

3.02 の適切な基準によって評価すること。

3.09 慢性肺高血圧症に二次的に生じる肺性心

肺性心の臨床的証拠 (3.00Gに従って、証明されたもの) があること。

次のいずれかを伴う。

A. 肺動脈圧の平均値が、40mmHg 以上

B. 動脈血低酸素血症。3.02C2の基準によって評価すること。

C. 4.02の適用できる基準によって評価すること。

3.10 睡眠に関連した呼吸の障害

3.09 (慢性肺性心) あるいは、9.09 (肥満) あるいは、12.02 (器質性精神障害) によって評価すること。

#### ④心臓血管障害

4.02 処方された治療を施されている慢性心不全

(もし、処方された治療がない場合は4.00Aを参照のこと)

以下のうち1つを伴う。

A. 適切な画像技術によって心臓の肥大を証明する文書がある。(例えば深呼吸位での胸部X線で

の心胸比が0.50より大きい、二次元心エコー図での左心室の弛緩期の直径が5.5cmよりも大きい。)結果として身体的活動ができなくなり、心拍出量が不十分である、肺のうっ血、全身系のうっ血、安静時に狭心症の症候群がみられる等の症状を伴う。(例えば、しばしば反復性あるいは持続性の疲労、呼吸困難、起座呼吸、狭心症性不快など)

あるいは

B. 適切な画像技術により心臓の肥大が文書で証明されている。(4.02A参照) S3、異常な壁の動きによって明らかな心室の機能不全がある。適切な画像技術によって左心室の心駆出率が、30%以下であることが認められる。

1. 5MET<sub>5</sub>あるいはそれ以下の運動負荷による検査が、慢性心不全の症状のために施行できない。まれなケースでは途中で検査を中止せざるを得ない。それは以下の理由による。

a. 心室性期外収縮あるいは多形性心室性期外収縮が3拍以上連続する。

b. 収縮期の血圧が10mmHg以上上昇しない、収縮期の血圧が通常の安静時レベルより下に下らない(4.00C2b参照)。

c. 脳内灌流の不足症状、例えば失調性歩行、精神錯乱などが見られる。

2. 身体的活動が著しく制限される。安静時には快適であっても通常の活動をしただけで、疲労、動悸、呼吸困難、狭心症性不快が見られる。

あるいは

C. 4.02Aあるいは、Bの基準を充たす肺性心。

#### 4.03 高血圧性心疾患

4.02, 4.04 あるいは罹患した場所の基準に従って評価すること。

(2.02 から 2.04 まで、6.02, 11.04A, B)

#### 4.04 虚血性心疾患

心筋虚血による胸の不快(4.00E3に記述されている。)を伴う。処方された治療法により治療中のもの。(治療法が処方されていない場合は、4.00Aを参照)

以下のうち1つを伴う。

A. 5MET<sub>5</sub>に相当する運動負荷かそれ以下の負荷で、症状徴候限界性運動負荷テストを行った場合に、次に挙げる事項のうち少なくとも1つが認められる。

1. ジキタリス配糖体治療および/あるいは低カリウム血症がない場合においてST波の-0.10ミリボルト(-1.0mm)以上の水平あるいは下降性低下が(VR誘導法を除く。)いずれかの誘導上に、3回以上現れること。虚血症に典型的な発症から解消までの時間経過に伴う変化を見せていること(運動とともにSTの低下が増進される。そして、-0.10ミリボルト以上の水平あるいは下降性の低下が回復期の一分間以上続く)。

2. ジキタリス配糖体治療および/あるいは低カリウム血症がない場合において、いずれかの誘導法(VR誘導法を除く。)で、J接合部の0.08秒以上あとに、-0.2ミリボルト以上の上降性のSTの低下があり、回復期の1分間以上にわたって続くこと。

3. ST偏位に低R波および低T波を伴う心電図の誘導で、安静時基線よりも0.1ミリボルト(1mm)

以上のST上昇が、運動の間と回復期の3分間以上の両方に見られる。

4. 収縮期血圧を10mmHg以上増大させることができない。あるいは、通常の臨床的な安静時のレベルよりも収縮期血圧が減少する。

5. 5MET<sub>s</sub>あるいはそれ以下の運動レベルでの可逆性の放射性核筋シンチ（タリウム<sup>201</sup>）の欠損が文書で証明されている。

あるいは

B. 心筋の機能不全が証拠（4.00C3あるいは4.00C4bに規定されているように）によって証明されている。即ち心筋自由壁の低運動、無動、異常運動があり、左心室の心駆出率が30%以下であることが証明されている。また、認定プログラムに携わっている医師（できれば心臓血管病患者の治療の経験のある人のほうが望ましい。）が、運動負荷テストの実施はリスクが大きいと判断している。心筋の機能不全の結果として、身体的活動が著しく制限されている。即ち、安静時には快適にしても、通常の身体的活動によって疲労、動悸、呼吸困難、狭心症性不快が引き起こされる。

あるいは

C. 血管造影法（社会保障局の障害認定とは別個に獲得されたもの）によって証明された冠動脈の疾患。認定プログラムに携わっている医師（できれば心臓血管病患者の治療に経験のある人が望ましい。）が、運動負荷テストの実施はその人にとってリスクが大きいと判断した場合で、次の1、2の両方を伴うもの。

1. 以下のことを明らかにする血管造影法による証拠：

- a. バイパス術を受けていない左主冠動脈が50%以上狭くなっている。
- b. その他のバイパス術を受けていない冠動脈が70%以上狭くなっている。
- c. 長い節（1cm以上）を含むバイパス術を受けていない冠動脈が、50%以上狭くなっている。
- d. バイパス術を受けていない冠動脈の2本以上が50%以上狭くなっている。
- e. バイパス移植血管の全体的閉塞症

2. 安静時には快適であっても、通常の身体的活動によって疲労、動悸、呼吸困難、あるいは狭心症性不快が引き起こされるため、身体的活動が著しく制限を受ける結果となる。

#### 4.05 反復性の不整脈

電解質の異常、ジキタリリス配糖体、抗不整脈薬の中毒などの可逆性の原因とは関係のない反復性の不整脈。そのため、処方された治療を受けているにもかかわらず（処方された治療がない場合は4.00Aを参照）コントロールできない心臓性の失神、あるいは失神に近い状態および不整脈が繰り返し起きる。そのことが失神あるいは失神に近い状態が発現しているときの、安静時あるいは、歩行時（ホルター心電計）の心電図によって証明されている。

#### 4.06 先天性心疾患（チアノーゼ性あるいは非チアノーゼ性）

適切な画像技術（4.00C3に記述されている通り）あるいは、心臓カテーテル法によって証明されているもの。以下のうち1つをとらなう。

A. 安静時のチアノーゼ、および

1. 55%か、それ以上のヘマトクリット値

2. 室内の空気で90%以下の動脈血酸素飽和度、あるいは、安静時の動脈血 $PO_2$ が60Torr かそれ以下

B. 間欠的な右-左血流シャントがおこるため、労作時にチアノーゼが起こる（例えば、アイゼンメンガー症候群での生理学所見）、あるいは5MET<sub>3</sub>かそれ以下の運動負荷時の動脈血 $PO_2$ が60Torr あるいはそれ以下である。

C. 4.02 に記述されているような心室の機能不全の証拠を伴う慢性心不全

D. 4.05 に記述されているような不整脈の再発

E. 肺動脈平均血圧が、全身系の平均血圧の平均値の70%以上に上昇するような二次的肺血管閉塞性疾患

4.07 適切な画像技術あるいは心臓カテーテル法によって証明された心臓弁の疾患、あるいはその他の狭窄や弁の逆流

4.08 適切な画像技術あるいは心臓カテーテル法によって証明された心筋症

4.02, 4.04, 4.05 あるいは11.04 の基準に従って評価すること。

4.09 心臓移植

手術に続く一年間は障害のあるものとみなされる。

その後は4.02 から4.08 によって、残存するインペアメントを再評価すること。

4.10 適切な画像技術によって証明された大動脈あるいは主要な分岐動脈の動脈瘤

何らかの原因（例えば、アテローム性動脈硬化、嚢胞性中膜壊死、マルファン症候群、外傷）による。以下のうち1つを伴う。

A. 処方された薬物あるいは、手術による治療によってもコントロールができない急性あるいは慢性の内膜解離がある。

B. 4.02 に記述されているような慢性の心不全

C. 6.02 に記述されているような腎不全

D. 11.04 に記述されているような神経学的症状

4.11 下肢の慢性静脈不全症

深部の静脈系の不全や閉塞症があり、以下のうち1つを伴う。

A. 広範囲の硬い浮腫

B. 表面の静脈瘤様腫脹、うっ血性皮膚炎、処方された治療や手術の後3ヶ月以上治らない反復性の長引く潰瘍

4.12 末梢動脈の疾患

以下のうち1つを伴う。

A. 間欠性跛行症：（社会保障局の障害認定とは独立的に獲得された動脈造影で）一側下肢の大腿動脈あるいは深部大腿動脈を視覚上確認することができない。

B. ドップラー検査によって確認される末梢動脈循環の著しい障害を伴う間欠性は行症。以下のこ

とが見られる。

1. 安静時の足首／上腕収縮期血圧比が0.50以下

2. 運動時（4.00E4 参照）の足首の収縮期血圧が運動前のそれより50%以上低下し、運動前のレベルに回復するまでに10分間以上を要する。

C. 末梢血管の疾患のため、足根骨あるいはその近位での切断

## ⑤ 消化器系

### 5.02 上部消化管からの原因不明の出血の再発

繰り返し検査した結果、ヘマトクリット30%以下で、明らかな貧血を伴う。

### 5.03 5.08に記述されているような体重減少を伴う食道の狭小、狭窄、閉塞

（X線写真あるいは内視鏡によって証明されている。）

### 5.04 消化性潰瘍（X線写真あるいは内視鏡によって証明されている。）

以下のうちどれかを伴う。

A. 恒久的手術後も、治療にも関わらず、しつこく潰瘍の再発が続く。

B. 手術不可能の瘻の形成

C. X線や内視鏡によって閉塞の再発が認められる。

D. 5.08に記述されているような体重減少

### 5.05 慢性肝臓病（例えば、門脈性肝硬変、壊死後性肝硬変、胆汁性肝硬変、慢性肝炎、ウィルソン病）

以下を伴う。

A. 食道静脈瘤（X線写真あるいは内視鏡によって証明されている。）これらの静脈瘤による大量の出血の病歴が証明されている。大量出血に続く3年間は、障害があるものとする。それ以後は、残存するインペアメントを評価する。

B. 食道静脈瘤に対するシャント手術の施行。手術後の3年間は、障害があるものとみなすこと。それ以後は、残存するインペアメントを評価すること。

C. 100mlあたり2.5mg以上の血清ビリルビンが少なくとも5ヶ月以上続くことが検査した結果認められる。

D. 少なくとも5ヶ月間ずっと続くか再発的に起きる、他の原因のためではない腹水。腹腔穿刺あるいは、アルブミン減少症が100mlあたり3.09gm以下であることにより証明されている。

E. 肝性脳症。12.02に記載されている基準によって評価すること。

F. 生検（社会保障局の障害認定とは独立的に獲得された）によって、または、以下の項目のうちの1つによって確立された慢性の肝臓疾患

1. 少なくとも5ヶ月間ずっと続くか再発的に起きる他の原因によらない腹水。アルブミン減少症が100mlあたり3.09gm以下であることにより証明されている。

2. 少なくとも3ヶ月以上繰り返し検査した結果、血清ビリルビンが100mlあたり2.5mg以上であること。

3. 肝細胞の壊死あるいは、炎症が少なくとも3ヶ月以上続いている。そのことが、プロトロンビン時間に繰り返し異常が見られること、および肝機能障害を示す酵素によって証明されている。

#### 5.06 慢性の潰瘍性大腸炎あるいは、肉芽腫性大腸炎

(内視鏡、バリウム注腸、生検、手術時所見などによって確認されている。)

以下のことを伴う。

- A. 再発する鮮血便が、くりかえしの検査でヘマトクリットが30%以下であることによって明らかな貧血と、繰り返される検査によって証明されている。
- B. 他に原因が考えられない関節炎、虹彩炎、発熱、肝機能障害などの全身的症状が長引いたり再発したりする。
- C. 難治性膿瘍、瘻孔形成、狭窄による間欠性の閉塞
- D. 全結腸切除術の後で、A, B, Cが再発的に認められる。
- E. 5.08 に記述されている体重減少。

#### 5.07 局所性腸炎

(内視鏡、バリウム注腸、生検、手術時の所見などによって確認されている。)

以下を伴う。

- A. 近位腸管拡張を伴う小腸の狭窄を伴う、腹痛、腹部膨満、吐き気、嘔吐などによって証明されている腸の閉塞症が、持続性に、あるいは繰り返し起きる。
- B. 他に原因がみつからない関節炎、虹彩炎、発熱、肝機能障害などの全身症状が持続性あるいは繰り返し起きる。
- C. 難治性膿瘍、瘻孔形成による間欠的閉塞症
- D. 5.08 に記述されている体重減少

#### 5.08 何らかの持続性胃腸疾患による体重減少

(次にあげられている症状が、治療にもかかわらず3ヶ月以上続いており、これから少なくとも12ヶ月以上にわたってそのレベルが続くと予測されることが示されなければならない。)

以下の事柄を伴う。

- A. 表I、IIに示されている値と同じか、それより低い体重
- B. 表IIIあるいはIVに示されている値と同じか、それより低い体重で以下の以上のうち1つが検査で繰り返し認められる。
  - 1. 血清アルブミンが100mlあたり3.0gmあるいはそれ以下
  - 2. ヘマトクリットが30%あるいはそれ以下
  - 3. 血清カルシウムが100mlあたり8.0mg(4.0mEq./L)あるいはそれ以下
  - 4. 高血糖症、低血糖症、ケトージスが繰り返される。膵臓の機能不全によるコントロールできない糖尿病
  - 5. 24時間の畜便内に7gmあるいは、それ以上の脂肪が含まれている。
  - 6. 24時間の畜便内に3gmあるいは、それ以上の窒素が含まれている。
  - 7. 他には原因が考えられない持続性あるいは反復性腹水あるいは浮腫

身長あるいは、性別による栄養不良を反映する体重表。5.08 との関連でのみ使用される。

表Ⅰ—男性		表Ⅱ—女性	
靴を脱いだ時の身長 (インチ)	体 重 (ポンド)	靴を脱いだときの身長 (フィート)	体 重 (ポンド)
61	90	58	77
62	92	59	79
63	94	60	82
64	97	61	84
65	99	62	86
66	102	63	89
67	106	64	91
68	109	65	94
69	112	66	98
70	115	67	101
71	118	68	104
72	122	69	107
73	125	70	110
74	128	71	114
75	131	72	117
76	134	73	120

表Ⅲ—男性		表Ⅳ—女性	
靴を脱いだ時の身長 (インチ)	体 重 (ポンド)	靴を脱いだ時の身長 (インチ)	体 重 (ポンド)
61	95	58	82
62	98	59	84
63	100	60	87
64	103	61	89
65	106	62	92
66	109	63	94
67	112	64	97
68	116	65	100
69	119	66	104
70	122	67	107
71	126	68	111
72	129	69	114
73	133	70	117
74	136	71	121
75	139	72	124
76	143	73	128

### ⑥ 尿路・生殖器

6.02 何らかの慢性腎臓疾患による腎臓機能障害が、12ヶ月以上続くことが予想される（例えば、高血圧性血管疾患、慢性腎炎、腎結石症、多発性のう胞腎、両側水腎症等）。

以下を伴う。

A. 不可逆性の腎不全により慢性的に透析をうける必要がある。

B. 腎臓移植。手術後 12 ヶ月間は、障害があるものとみなされる。それ以後は、残存するインペアメントによって認定すること。(6.00 参照)

C. 血清クレアチニン濃度の 4mg/dl あるいは、それ以上の上昇、また、クレアチニンクリアランス値の 20ml/分(29l/日)以下の降下が 3 ヶ月以上続いている。

以下のうち 1 つを伴う。

1. 重度の骨の疼痛および放射線撮影上の異常（例えば、線維性骨炎、著しい骨粗鬆症、病的骨折など）が認められることによって明らかな、腎性骨異常栄養症

2. 心膜炎の既往

3. 運動系あるいは感覚系の神経障害

4. がんこな掻痒症

5. 体液過剰症候群によって拡張期の高血圧 (100mmHg あるいはそれ以上) 又は、うっ血の徴候が見られる。

6. 体重減少を伴う食欲不振が続いている。現在の体重が 5.08 の表ⅢあるいはⅣに合致している。

7. ヘマトクリットが 30%か、それ以下が続いている。

6.06 治療にも関わらず 3 ヶ月以上続く重大な全身性の浮腫を伴うネフローゼ

以下のどれかを伴う。

A. 血清アルブミンが 3.0gm/dl 以下で 24 時間あたりの尿蛋白が 3.5gm 以上

B. 24 時間あたりの尿蛋白が 10.0gm 以上

## ⑦ 血液・リンパ系

### 7.02 慢性貧血症

(何らかの原因によってヘマトクリットが、30%かそれ以下の状態が続く。)

以下を伴う。

A. 平均して、2 ヶ月に 1 回以上の、輸血が必要である。

B. 結果として発生した身体各部のインペアメントが、それぞれの当該基準のもとで、認定を受けている。

### 7.05 鎌状赤血球病、あるいは、その類型

以下を伴う。

A. 判定時に先立つ 5 ヶ月間の間に、少なくとも、3 回以上疼痛のある（血栓症の）発症（クライシス）が、起こったことが証明されている。

B. (緊急治療以上に) 延長入院が必要だったことが、判定時に先立つ 12 ヶ月の間に少なくとも 3 回以上あった。

C. ヘマトクリットが 26%以下の状態が続く、慢性的で重篤な貧血症

D. 結果として、発生した身体各部のインペアメントは、それぞれの当該基準のもとで、認定すること。

7.06 慢性血小板減少症（原因の如何を問わず。）

1立方ミリメートルあたり、40,000個以下であることが繰り返し、検査で確認されている。  
以下を伴う。

A. 判定に先立つ5ヶ月間の間に、少なくとも1回、輸血を必要とする、特発性の出血が起こっている。

B. 判定に先立つ12ヶ月間の間に、頭蓋内出血が起こっている。

7.07 判定に先立つ5ヶ月間の間に、少なくとも3回以上、輸血を要するような出血を伴う遺伝性毛細血管拡張症が起こっている。

7.08 凝固性欠乏（血友病あるいは、同様の疾患）で、判定に先立つ5ヶ月間の間に、少なくとも3回、輸血を要する特発性出血を伴う。

7.09 真性多血症（赤血球増多症、脾腫、白血球増多症、血小板増加症を伴う。）

結果として発生したインペアメントをそれぞれの当該基準のもとで、認定すること。

7.10 骨髓線維症（骨髓増殖症候群）

以下を伴う。

A. 慢性貧血症。7.02の基準によって評価すること。

B. 判定に先立つ5ヶ月間に少なくとも3回、全身性の細菌による感染が再発していることが、証明されている。

C. 骨粗鬆症の放射線撮影の証拠を伴う、どうしようもない骨の疼痛

7.11 急性白血病

最初の診断の時から、2年半の間、障害のあるものと見なす。

7.12 慢性白血病

7.02, 7.06, 7.10B, 7.11, 7.17あるいは、13.06Aの基準によって評価すること。

7.13 リンパ腫

13.06Aの基準によって評価すること。

7.14 電気泳動法あるいは免疫電気泳動法による、血清蛋白質、尿蛋白質の検査によって確かめられたマクログロブリン血漿。インペアメントは、7.02, 7.06あるいは、7.08の基準によって認定すること。

7.15 慢性血球減少症（原因の如何を問わず。）

A, Bの両方を伴う。

A. 繰り返される検査の度に、1立方ミリメートルあたりの好中球の数が1,000個以下であること。

B. 判定に先立つ5ヶ月間に少なくとも3回の全身的な、細菌感染が再発していることが証明されている。

## 7.16 骨髄腫

(電気泳動法による、血清蛋白質、あるいは尿蛋白質の検査、および、骨髄の検査によって確かめられている。)

以下を伴う。

- A. 耐え難い骨の疼痛を伴う、骨病変が放射性撮影法によって、証明されている。
- B. 6.02 に記述されているような、腎臓のインペアメントの証拠がある。
- C. 治療にも関わらず、少なくとも1ヶ月間、血清カルシウム値が、11mg/dl より大きい状態が続く高カルシウム血症
- D. 末梢血内に、形質球が、1立方ミリメートルあたり100個以上認められる。

7.17 再生不良性貧血あるいは、血液学的悪性疾患(急性白血病を除く。):骨髄移植を受けた場合。

移植のあと12ヶ月は、障害があるものとみなす。それ以後は、残っているインペアメントの特徴に従って評価すること。

## ⑧ 皮膚

8.02 剥脱性皮膚炎、魚鱗癬、魚鱗状紅皮症

処方された治療に対する不応性の病変の拡大を伴う。

8.03 天疱瘡、多形性水疱性紅斑、水疱性天疱瘡、ヘルペス皮膚炎、処方された治療に対する不応性を持つ、病変の拡大を伴う。

8.04 深在性真菌性感染

処方された治療に不応性の菌状に発生する、潰瘍性の病変が拡大している。

8.05 乾癬、アトピー性皮膚炎、汗疱

手や足への併発を含み、その機能を著しく制限してしまうような病変の拡大を伴い、処方された治療に反応しないもの。

8.06 汗腺膿瘍、集簇性ざ瘡

腋窩や、会陰を巻き込む、病変の拡大があり、治療に反応せず、また、簡単に手術治療もできない場合。

## ⑨ 内分泌系および肥満

9.02 甲状腺の異常

以下を伴う。

- A. 眼球突出測定計によって測定された、進行性の眼球突出
- B. 結果として生じたインペアメントを、当該の基準によって評価すること。

9.03 上皮小体機能亢進症

以下を伴う。

- A. 骨のカルシウムが減少していることが、X線検査および、血漿内のカルシウムが、1dlあたり

11mg あるいは、それ以上に増大していることによって証明されている。

B. その結果として生じたインペアメント、発生した体の部分の該当する基準に従って、評価すること。

#### 9.04 上皮小体機能低下症

以下を伴う。

A. 重篤なテタニーが再発する。

B. 全身的な痙攣が再発する。

C. レンズ核の白内障：2.00ff の基準によって評価すること。

#### 9.05 脳下垂体後様の機能不全（尿崩症）

比重が1.005 あるいは、それ以下の尿が少なくとも3ヶ月続き、脱水症が再発する。

#### 9.06 副腎皮質の機能亢進

結果として生じたインペアメントを当該基準に従って評価すること。

#### 9.08 真性糖尿病

以下を伴う。

A. 大きな動きや器用な動きが出来ない、歩いたり止まったりがうまくできないなど、手足の動きに、重大な妨げが見られることで証明される神経障害

B. 酸血症（アシドーシス）が少なくとも平均で2ヶ月に一回起こっていることが血液の生化学的検査によって証明されている（pH、あるいは、pCO<sub>2</sub> あるいは、重炭酸塩のレベルなど）。

C. 糖尿病性壊疽あるいは末梢動脈の疾患による、足根骨あるいはそれより近位の部位からの切断

D. 増殖性網膜炎：2.02, 2.03, 2.04 の基準のもとで、視覚障害を評価すること。

#### 9.09 肥満

男性は、表Ⅰ、女性は、表Ⅱに示してある体重と同じか、それ以上の体重がある。

および、以下のうち1つを伴う。

A. 体重を支える関節のいずれか、あるいは、腰仙部の脊椎のところに、疼痛を覚えたり、動きの制限があったりする。また、医学的に認められた画像技術によって関節あるいは、腰仙部脊椎の部分に、関節炎が認められる。

B. 拡張期血圧の亢進が、適正な血圧より100mmHg以上の超過として認められる。

C. 過去の肝腫大や末梢性あるいは肺の浮腫などの血管性うっ血を示す証拠によって明らかな、うっ血性心不全の病歴

D. 体重を支えるときに、下肢に疼痛が走る、なかなか治らない浮腫がある、下肢に静脈瘤様腫脹があるなどの慢性の静脈機能不全

E. 肺活量が2.0L以下、あるいは表ⅢのA, B, Cに示されている値と同じか、より低い値を示す安静時低酸素血症の呼吸器系疾患

表Ⅰ—男性

表Ⅱ—女性

靴を脱いだ身長 (センチメートル)	体 重 (キログラム)	靴を脱いだ身長 (センチメートル)	体 重 (キログラム)
152	112	142	95
155	115	145	96
157	117	147	99
160	120	150	102
163	123	152	105
165	125	155	107
168	129	157	110
170	134	160	114
173	137	163	117
175	141	165	121
178	145	168	125
180	149	170	128
183	153	173	132
185	157	175	135
188	162	178	139
190	165	180	143
193	170	183	146

表Ⅰ—男性

表Ⅱ—女性

靴を脱いだ身長 (インチ)	体 重 (ポンド)	靴を脱いだ身長 (インチ)	体 重 (ポンド)
60	246	56	208
61	252	57	212
62	258	58	218
63	264	59	224
64	270	60	230
65	276	61	236
66	284	62	242
67	294	63	250
68	302	64	258
69	310	65	266
70	318	66	274
71	328	67	282
72	336	68	290
73	346	69	298
74	356	70	306
75	364	71	314
76	374	72	322

表Ⅲ—A (テスト場所が海拔 3,000 フィート以下の場合適用できる。)

動脈血内PCO <sub>2</sub> (mm. Hg)	動脈血内PO <sub>2</sub> (mm. Hg) 等しいか、それ以下
30 かそれ以上	65
31	64
32	63
33	62
34	61
35	60
36	59
37	58
38	57
39	56
40 かそれ以上	55

表Ⅲ—B (テスト場所が海拔 3,000 フィートから 6,000 フィートの場合適用できる。)

動脈血内PCO <sub>2</sub> (mm. Hg)	動脈血内PO <sub>2</sub> (mm. Hg) 等しいか、それ以下
30 かそれ以上	60
31	59
32	58
33	57
34	56
35	55
36	54
37	53
38	52
39	51
40 かそれ以上	50

表Ⅲ—C (テスト場所が海拔 6,000 フィート以上の場合適用できる。)

動脈血内PCO <sub>2</sub> (mm. Hg)	動脈血内PO <sub>2</sub> (mm. Hg) 等しいか、それ以下
30 かそれ以上	55
31	54
32	53
33	52
34	51
35	50
36	49
37	48
38	47
39	46
40 かそれ以上	45

## ⑪ 神経

### 11.02 てんかん—大きなてんかん発作

(大発作、精神運動発作)が、EEGおよび、典型的な発作のパターンについてのあらゆる減少を含む詳細な記述によって証明されている。少なくとも、3ヶ月間の処方された治療にも関わらず、1ヶ月間に1度以上の頻度で起こっている。

以下のことを伴う。

- A. 日中の発症(意識を失う、および、痙攣性の発作)
- B. 夜間の発症。そのために日中の活動が、著しく阻害される。

### 11.03 てんかん—小さな発作

(小発作、精神運動発作、脳性発作)が、EEGおよび、典型的な発作のパターンについてのあらゆる現象を含む、詳細な記述によって証明されている。少なくとも3ヶ月間の、処方された治療にも関わらず、1週間に1回以上の頻度で起きる。

意識をなくしたり、回復したりする。そして、発作後、少しの間、いつもとは違う振る舞いをする。あるいは、日中の活動に著しい妨げをきたすなどの現象を伴う。

### 11.04 中枢神経系の血管障害

血管障害から、3ヶ月以上経っても、以下のことを伴う場合

- A. 感覚性、運動性の失語症のため、発話、あるいはコミュニケーションがうまくいかない。
- B. 重大な手足の運動機能の混乱が続いている結果、大きな動きや巧緻な動き、あるいは、歩行および直立姿勢などが阻害される。(11.00C参照)

### 11.05 脳腫瘍

- A. 悪性神経膠腫(星状神経膠腫—Ⅲ度からⅣ度、多形性神経膠芽細胞腫)、髄管芽細胞腫、上衣芽細胞腫、あるいは、初期の肉腫
- B. 星状神経膠腫(Ⅰ度からⅡ度)髄膜腫、下垂体腫、乏枝神経膠腫、上衣腫、斜台脊索腫および、良性腫瘍

11.02, 11.03, 11.04A, B, 12.02 によって判定すること。

### 11.06 以下の徴候を伴うパーキンソン症候群

著明な固縮、運動緩徐、手足の振戦、これらが単独で、あるいは、組合わさって、大きな動きや器用な動き、歩行や直立姿勢の妨げとなる。

### 11.07 脳性麻痺

以下を伴う。

- A. IQが70かそれ以下
- B. 破壊性や感情的な不安定性などの異常な行動パターンを持つ。
- C. 言語、聴覚あるいは、視覚の障害による、重大なコミュニケーションの阻害
- D. 11.04Bに記述されているような、運動機能の混乱

#### 11.08 脊髄あるいは、神経根の病変

原因の如何を問わず、11.04Bに記述されているような運動機能の混乱を伴う。

#### 11.09 多発性硬化症

以下を伴う。

A. 11.4に記述されているような運動機能の混乱

B. 2.02, 2.03, 2.04 あるいは 12.02 に記述されているような視覚および、精神のインペアメント

C. かなりの筋力の低下を伴う反復活動時における運動機能の疲労が、診察によって認められる。それは、多発性硬化症に巻き込まれることが、病理学的に知られている中枢神経系の各分野の機能不全の結果である。

#### 11.10 筋萎縮性側索硬化症

以下を伴う。

A. 重大な（延髄の）球症状

B. 11.04Bに記述されているような、運動機能の混乱

#### 11.11 前角灰白髄炎

以下を伴う。

A. 嚥下、あるいは、呼吸の困難が続く。

B. 理解困難な言語

C. 11.04Bに記述されているような運動機能の混乱

#### 11.12 重症性筋無力症

以下を伴う。

A. 治療を続けているにもかかわらず、言語、嚥下、呼吸に重大な困難がある。

B. 治療を続けているにもかかわらず、反復運動の際に上下肢枝の筋肉を抵抗に逆らって動かす力が弱くなっている。

#### 11.13 筋ジストロフィー

11.04Bに記述されているような、運動機能の混乱を伴う。

#### 11.14 末梢神経疾患

処方された治療にも関わらず、11.04Bに記述されているような運動機能の混乱を伴う。

#### 11.15 脊髄ろう

以下を伴う。

A. 脊髄ろうの発作が、1ヶ月に1回以上の頻度で起こる。

B. 不安定な開脚したあるいは失調性の歩行で、歩行が大きく制限される。適切な後索徴候で、そのことが立証される。

#### 11.16 亜急性連合性脊髄変性（悪性貧血）

11.04B, 11.15Bに記述されているような運動機能の混乱を伴う。処方された治療によっても大した改善が見られない。

#### 11.17 他のどこにも記載されていない変性的な疾患

例えば、ハンチントン舞踏症、フリードライヒ遺伝性脊髄運動失調症、および、脊髄小脳変性症など。

以下を伴う。

A. 11.04Bあるいは、11.15Bに記述されているような運動機能の混乱

あるいは、

B. 慢性脳症候群 12.02 によって評価すること。

#### 11.18 脳の外傷

応用できるなら 11.02, 11.03, 11.04 および 12.02 によって評価すること。

#### 11.19 脊髄空洞症

以下を伴う。

A. 重大な延髄の徴候

B. 11.04Bに記述されているような運動機能の混乱

### ⑫ 精神障害

#### 12.02 器質的精神障害

脳の機能不全に関係する、心理学的あるいは、行動上の異常。病歴、診察、検査によって、機能の損失、異常な精神状態に関係があると病理学的に判断される、特定の器質的要因の存在を、証明すること。

これらの障害において、必要とされる重症度のレベルは、AとBの両方の要件を満たしたときに、基準に合致したことになる。

A. 特定の認識能力の欠如、情動的变化が示されており、以下のうち少なくとも1つが、続いていることが、医学的に証明されている。

1. 時間および、空間的方向付けの障害

2. 記憶障害 短期記憶（新しい情報が覚えられない）中期記憶、長期記憶（過去には知っていた情報が思い出せない）のいずれかに関わるもの。

3. 知覚または思考の障害（例えば、幻覚、幻想）

4. 人格の変化

5. 気分の障害

6. 感情の不安定さ（例えば、突然かんしゃくを起こす、突然泣き出すなど）

7. 発病前のレベルより、IQが15点以上低くなっている、ルリア＝ネブラスカ式、ホルステッド＝ライタン式などの神経心理学テストによって、明らかに重度の障害の範囲内にあることが、示されている。

B. 結果として、次のうち、少なくとも2つが認められる。

1. 日常生活における著しい活動の制限
2. 社会的な機能を維持するのが困難である。
3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了させることが出来ないことが頻繁にある（仕事、その他の場所で）。
4. 仕事の場や仕事に近いような状況での荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの逃避や、徴候や症状の激化を引き起こす（その中には適応行動の劣化が含まれるかもしれない）。

### 12.03 精神分裂病、パラノイア、およびその他の精神病

以前の機能レベルからの劣化を伴う、いくつかの精神病の要素によって特徴的である。AとB、両方の要件を満たしたとき、あるいは、Cの要件を満たしたとき、障害の重症度のレベルが、基準に適合したことになる。

A. 連続的にか、あるいは、間欠的にか、以下のうち1つかそれ以上が続いていることが、医学的に証明されている。

1. 幻想、あるいは幻覚
2. カタトニー、その他の異常な行動
3. 話が支離滅裂、つながりがない、非論理的思考、内容が貧困である、などが認められ、以下のうちの1つを伴うとき。
  - a. 情動の鈍化
  - b. 情動の平坦さ
  - c. 不適切な情動
4. 感情的に、引きこもること、および/あるいは、孤立

B. 結果として、以下のうち少なくとも2つが認められる。

1. 日常生活の活動の著しい制限
2. 社会的機能の維持における著しい制限
3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に仕事を完了させることが出来ないことが頻繁にある（仕事、その他の場所で）。
4. 仕事の場や、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。（その中には、適応行動の劣化が含まれているかもしれない。）

C. 上記AとBの要件を満たしている時点では、急性の徴候、症状、機能的制限の発症があったことが、病歴によって証明されているが、現在は、それらの症状が、投薬や心理的サポートによって、押さえられている。そして、以下のうち1つを伴う。

1. 仕事の場、または仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす（その中には、適応行動の劣化が含まれているかもしれない）。
2. 高度に保護的な生活状況の外では機能できないことが、2年以上続いていることが、証明されている。

#### 12.04 情動的な障害

気分の障害が特徴で、完全躁鬱症、あるいは、不完全躁鬱症を伴う。気分とは、心理生活を全体的に彩る長く続く感情を意味する。一般的に抑鬱の状態と、興奮状態のどちらかが含まれている。これらの障害の重症度は、AとBの両方の要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

A. 以下のうち、1つのことが、連続的あるいは、間欠的に続いていることが医学的に証明されている。

1. 以下のうち、少なくとも4つによって、鬱状態が特徴づけられていること。

- a. 無快感症 ほとんど全ての活動に興味が失われている。
- b. 体重の変化を伴う、食欲障害
- c. 睡眠障害
- d. 精神運動の亢進または遅滞
- e. 気力の減退
- f. 罪の意識
- g. 思考に集中できない。
- h. 自殺を考える。
- i. 幻覚、幻想、偏執狂的な思考

2. 以下のうち、少なくとも3つによって特徴づけられる躁状態

- a. 機能亢進
- b. 話すことへのプレッシャー
- c. 思考の飛躍
- d. 高すぎる自己評価
- e. 睡眠欲求の減退
- f. 注意力散漫
- g. 苦痛をもたらす可能性が高いことに、関わってしまう。
- h. 幻覚、幻想、偏執狂的な思考

3. 躁状態と鬱状態の症状の両方の特徴によって明らかな、両極的な症候群を発症したことがあるという病歴（そして、現在もどちらかの状態である。）

B. 結果として、以下のうち少なくとも2つが認められる。

1. 日常生活の活動の著しい制限
2. 社会的機能の維持における著しい制限

3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある（仕事、その他の場所で）。

4. 仕事の場、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。（その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない。）

#### 12.05 精神遅滞および痴呆

精神遅滞とは、発育期間（22才以前）において明らかになった、適応行動の欠如を伴う一般的な、

知的機能が大きく平均を下回ることを言う。(注、以下に記述されている得点は、WAISによるものを言い、参考のためだけに使われる。他のテストによる、得点も受け入れられるが、獲得された数値は、同等の知能レベルを示すものでなければならない。) 痴呆は、発育期間に発生した、社会的、あるいは、コミュニケーションの欠如を特徴とする、発達障害である。

この障害の重症度は、A, B, C, Dのどれかの要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

A. 個人的なニーズを他人に依存していることによって、(例えば、排泄、食事、着衣、入浴) 証明されている、精神的な不能。また、指示に従うことが出来ない。知能テストの使用も無理である。

B. 言語、作業、あるいは、フル・スケールの有効なIQが59以下

C. 言語、作業、あるいは、フル・スケールの有効なIQが60から70で、他にも身体的、あるいは、知的なインペアメントがあるために、仕事に関する重大な機能の制限がある。

D. 言語、作業、あるいは、フル・スケールの有効なIQが60から70で、痴呆の場合は、社会性、あるいはコミュニケーションが大きく欠落している。

結果とし以下のうち少なくとも2つが認められる。

1. 日常生活の著しい制限

2. 社会的機能の維持における著しい制限

3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了させることが出来ないことが、頻繁にある(仕事、その他の場所で)。

4. 仕事の間、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。(その中には、適応行動の劣化が含まれているかもしれない。)

## 12.06 不安に関する障害

これらの障害では、不安が主な障害となっているか、あるいは、症状を抑制しようと試みるときに、不安を感じるか、どちらかである。例えば、恐ろしい、ものや状況に直面すると、恐怖症の障害が現れる、とか強迫観念や、強制力に抵抗しようとする、強迫的、強制的な混乱に陥ってしまうなどである。

この障害の重症度のレベルは、AとB両方の要件が満たされる時、または、AとC両方の要件が満たされる時、基準に適合したことになる。

A. 以下のうち少なくとも1つが、医学的に証明されている。

1. 以下の4つの徴候および、症状のうち3つを伴う。

a. 運動の緊張

b. 自律神経の活動亢進

c. 懸念

d. 覚醒と用心深い観察(精査)

2. 特定の物体、行為や、状況を不合理に恐怖し、その結果その恐ろしい物、行為、状況をどうしても避けたいと思う、強制的な欲望が生じる。

3. 突然、予告もなく、非常な不安、恐怖、恐れあるいは、さけがたい運命が起こったような

感覚などが起こることから明白な重大なパニックの発作が、少なくとも週に一度は再発する。

4. 著しい悩みの源となるような、強迫観念、強制観念の再発

5. 著しい悩みの源となるような、トラウマ的な経験をどうしても思い出してしまうことが、何度も繰り返される。

B. 結果として、以下のうち少なくとも2つが認められる。

1. 日常生活の活動の著しい制限

2. 社会的機能の維持における著しい制限

3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある（仕事、その他の場所で）。

4. 仕事の間、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。（その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない。）

C. 結果として、家の外で、自立的に機能することが全く出来なくなってしまう。

## 12.07 心身症的障害

器官や身体機構には、何ら異常が発見されないのに、身体的症状がある。

障害の重症度のレベルは、AとBの両方の要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

A. 以下のうち、1つによって医学的に証明されること。

1. 年齢が30才になる前に始まって数年間の間、身体的症状が重複して続き、しばしば薬を飲まなくてはならなかったり、医者に診てもらわなければならなかったりして、生活のパターンが大幅に変わってしまった、という病歴を持っていること。

2. 以下のうち、1つの基幹的ではない障害が続いている。

a. 視覚

b. 言語

c. 聴覚

d. 手足を使うこと

e. 動作と、そのコントロール（例えば、調整の障害、心理性のてんかん、無動症、運動異常）

f. 感覚（例えば、減少したり、高められたりする）

3. 重大な疾患やけがをしていると信じたり思いこんでいることによって、身体の徴候や感覚を、非現実的に解釈してしまう。

B. 結果として、以下のうち少なくとも3つが認められる。

1. 日常生活の活動の著しい制限

2. 社会的機能の維持における著しい制限

3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある。（仕事、その他の場所で）

4. 仕事の間、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。（その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない。）

まれているかもしれない。)

## 12.08 人格障害

人格的な特徴が、頑固で、適応性がないとき、それが社会の中や、仕事をする上で、重大な機能的障害となったり、自分の悩みとなったりする場合に、人格障害は存在する。特徴は、その人の長い時間にわたる機能によって様々であり、疾患の発症に限定されない。

障害の重症度のレベルは、AとB両方の要件が満たされたとき、基準に適合したことになる。

A. 以下のうち1つを伴う深く染みついた、適応性に欠ける行動のパターン

1. 引きこもりがちで、または自閉症的な思考
2. 病的で不適切な疑い深さ、敵意
3. 思考、知覚、言語、行動などが、奇妙なこと。
4. 気分や情動をいつまでも害している。
5. 病的な依存、受動性、攻撃性
6. 激しく不安定な対人関係および強迫的な、自傷行動

B. 結果として、以下のうち少なくとも3つが認められる。

1. 日常生活の活動の著しい制限
2. 社会的機能の維持における著しい制限
3. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了することが出来ないことが頻繁にある。(仕事、その他の場所で)
4. 仕事の間、あるいは、仕事に近いような状況における荒廃、代償不全が何度も繰り返され、その状況からの引きこもりや、徴候や症状の激化を引き起こす。(その中には適応行動の劣化が含まれているかもしれない。)

## 12.09 中毒物による障害

中枢神経系に影響するような物質を、常習的に用いることによって、行動や、身体の変化が生じる。障害の重症度のレベルは、以下の要件(A~I)のうち、どれかを満たしているとき、基準に適合したことになる。

- A. 器質的精神障害：12.02によって評価すること。
- B. 抑鬱症候群：12.04によって評価すること。
- C. 不安障害：12.06によって評価すること。
- D. 人格障害：12.08によって評価すること。
- E. 末梢神経障害：11.14によって評価すること。
- F. 肝臓障害：5.05によって評価すること。
- G. 胃炎：5.04によって評価すること。
- H. 膵臓炎：5.08によって評価すること。
- I. てんかん：11.02あるいは、11.03によって評価すること。

## ⑬ 腫瘍性疾患－悪性

13.02 頭および、首(唾液腺-13.07、甲状腺-13.08、および、下顎、上顎、眼窩、側頭窩-13.11

を除く。)

- A. 手術不可能である。
- B. 処方された治療によってコントロールされない。
- C. 根治的手術、放射線治療のあとの再発。
- D. 遠隔転移
- E. 梨子洞あるいは、舌の後部 1/3 に起きた類上皮癌

### 13.03 皮膚の肉腫

- A. 領域内あるいは、領域外のリンパ節への転移を伴う、血管肉腫
- B. 領域内のリンパ節への転移あるいは、内臓への併発を伴う、菌状息肉腫

### 13.04 軟組織の肉腫

処方された治療によってコントロールされない。

### 13.05 悪性黒色腫

- A. 広範囲な切除のあとでの再発
- B. 隣接する皮膚（衛星病変）、その他の場所への転移を伴う。

### 13.06 リンパ節

- A. ホジキン病、あるいは、ホジキン病以外のリンパ腫で、進行性の疾患を伴う。処方された治療によってコントロールされないもの。
- B. リンパ節の転移性癌（首のリンパ節の類表皮癌を除く。）十分に調べても原発巣を特定できないもの。
- C. 処方された治療に反応しない、首のリンパ節の類表皮癌

### 13.07 唾液腺一癌 あるいは、肉腫、領域外のリンパ節への転移を伴う。

### 13.08 甲状腺一領域外のリンパ節への転移を伴う癌。処方された治療法でコントロールされない。

### 13.09 乳房

- A. 手術不可能な癌
- B. 炎症性癌
- C. 再発した癌、処方された治療によってコントロールされている局所的再発を除く。
- D. 乳癌からの遠隔転移（同時性あるいは異時性発症の両側乳癌の場合は、それぞれの乳癌を原発とする）。
- E. いずれかの場所への転移を伴う肉腫

### 13.10 骨格系（あごを除く。）

- A. 悪性の原発性腫瘍で、転移を伴い、処方された治療法ではコントロールされない。
- B. 骨の転移癌で、原発巣が十分に調べても決定できない。

### 13.11 下顎、上顎、眼窩、および、側頭窩

- A. 転移を伴ういずれかの種類の肉腫
- B. 眼窩、篩骨洞、蝶形骨洞への拡大、あるいは、領域内か、遠隔への転移を伴う洞の癌
- C. 頭蓋内への拡大を伴う眼窩腫瘍
- D. 脳脊髄膜への併発および頭蓋骨の穿孔を伴う側頭窩の腫瘍
- E. 眼窩あるいは頭蓋内への浸潤を伴うエナメル腫
- F. 頭蓋骨底への浸潤あるいは転移を伴うラトケ囊の腫瘍

#### 13.12 脳および脊髄

- A. 脳あるいは、脊髄への転移性癌
- B. 他の腫瘍は、11.05 および 11.08 に記載されている基準のもとで評価すること。

#### 13.13 肺

- A. 切除不可能な、あるいは、不完全な切除を伴う。
- B. 切除の後の、再発あるいは、転移
- C. 燕麦細胞（小細胞）癌
- D. 扁平上皮癌、肺門リンパ節よりも遠隔の転移を伴う。
- E. 分類できない混合細胞型を含む、その他のタイプの癌（燕麦形細胞癌 13.13、C および扁平上皮癌 13.13D を除く。）臍のリンパ節への転移を伴う。

#### 13.14 胸膜あるいは縦隔洞

- A. 胸膜の悪性中胚葉上皮腫
- B. 胸膜に転移した悪性腫瘍
- C. 処方された治療法で、コントロールされない縦隔洞の原発の悪性腫瘍

#### 13.15 腹部

- A. 全身性の癌腫症
- B. 処方された治療法でコントロールされない後腹膜細胞肉腫
- C. 証明された悪性細胞を伴う腹水

#### 13.16 食道あるいは胃

- A. 食道の癌あるいは、肉腫
- B. 領域内のリンパ節への転移あるいは周囲への拡大を伴う胃の癌
- C. 処方された治療法によってコントロールされない胃の肉腫
- D. 手術不可能な癌
- E. 切除の後の再発、あるいは、転移

#### 13.17 小腸

- A. 領域外のリンパ節への転移を伴う、癌、肉腫、あるいは、カルチノイド腫瘍
- B. 切除術後の癌、肉腫、カルチノイド腫瘍の再発
- C. 処方された治療によってコントロールされない肉腫

13.18 大腸（回腸弁から肛門管まで）一癌および肉腫

- A. 切除できない。
- B. 領域内リンパ節よりも遠いところへの転移
- C. 切除術後の再発、あるいは、転移

13.19 肝臓または胆嚢

- A. 初発または転移性の肝臓の悪性腫瘍
- B. 胆嚢の癌
- C. 胆管の癌

13.20 膵臓

- A. ランゲルハンス島細胞癌を除く癌
- B. ランゲルハンス島細胞癌で、切除不可能なもの、あるいは、病理学的に活動的なもの。

13.21 腎臓、副腎、尿管一癌

- A. 切除不可能なもの。
- B. 離れた場所への結構性の拡大を伴う。
- C. 領域内のリンパ節への転移を伴う。

13.22 膀胱癌

以下を伴う。

- A. 膀胱壁を越える浸潤
- B. 領域内リンパ節への転移
- C. 切除不可能である。
- D. 膀胱切除術の後の再発
- E. 完全膀胱切除術の後、6.02の基準によって腎臓障害の評価を受けている。

13.23 前立腺癌

処方された治療でコントロールされない。

13.24 睪丸

- A. 絨毛膜癌。
- B. 進行性で、処方された治療でコントロールされないその他の原発性悪性腫瘍

13.25 子宮一癌あるいは、肉腫（体部あるいは、頸部の）

- A. 手術不可能で、処方された治療でコントロールされない。
- B. 子宮全切除術の後での再発
- C. 完全骨盤内臓器摘出

13.26 卵巣

全ての原発性あるいは、再発性の悪性腫瘍

以下を伴う。

- A. 証明された悪性細胞を伴う腹水
- B. 切除不可能な浸潤
- C. 大網や腹腔内のその他の場所への切除不可能な転移
- D. 遠隔転移

### 13.27 白血病

7.00 血液・リンパ球の基準のもとで評価すること。

### 13.28 卵管（ファロピオ管）一癌および肉腫

- A. 切除不可能である。
- B. 領域内のリンパ節への転移

### 13.29 陰茎一癌

領域内へのリンパ節への転移を伴う。

### 13.30 外陰一癌

遠隔転移を伴う。

## ⑭免疫系

### 14.02 全身性紅斑性狼瘡

14.00B 1 に記述されているように証明されており、以下を伴う。

#### A. 次のうちの一つ。

- 1. 関節病変があるもの。1.00 の基準のもとに記述されているとおりでである。
- 2. 筋肉病変があるもの。14.05 の基準のもとに記述されているとおりでである。
- 3. 眼病変があるもの。2.00ff の基準のもとに記述されているとおりでである。
- 4. 呼吸器病変があるもの。3.00ff の基準のもとに記述されているとおりでである。
- 5. 心臓血管病変があるもの。4.00f あるいは 14.04D の基準のもとに記述されているとおりでである。

6. 消化器病変があるもの。5.00ff の基準のもとに記述されているとおりでである。

7. 腎臓病変があるもの。6.00ff の基準のもとに記述されているとおりでである。

8. 皮膚病変があるもの。8.00ff の基準のもとに記述されているとおりでである。

9. 神経系病変があるもの。11.00ff の基準のもとに記述されているとおりでである。

10. 精神病変があるもの。12.00ff の基準のもとに記述されているとおりでである。

#### B. パラグラフAに記載されている器官や身体系を2つ以上軽度病変を及ぼしている。

重篤な疲労感、発熱、衰弱、体重減少などの症状が、証明されている。

少なくとも1つの器官／身体系の病変は、中程度以上でなければならない。

### 14.03 全身性脈管炎

14.00B2 に記載されているように、証明されており、血管造影法、あるいは、組織生検による証

明も含まれている。

A. 14.02Aの基準に記述されているように、1つの器官、または身体系病変があるもの。

B. 14.02Aに記載されている器官や身体系を2つ以上小さく巻き込んでいる。重篤な疲労感、発熱、衰弱、体重減少などの症状が証明されている。少なくとも1つの器官／身体系の巻き込みは、中程度以上でなければならない。

#### 14.04 全身性硬化症および、強皮症

14.00B3に記述されているとおりに証明されている。以下を伴う。

A. 以下のうちの1つ。

1. 筋肉 14.05の基準のもとに記述されているとおりである。

2. 呼吸器 3.00の基準のもとに記述されているとおりである。

3. 心臓血管 4.00の基準のもとに記述されているとおりである。

4. 消化器 5.00の基準のもとに記述されているとおりである。

5. 腎臓 6.00の基準のもとに記述されているとおりである。

B. パラグラフAに記載されている器官や身体系を2つ以上小さく巻き込んでいる。重篤な疲労感、発熱、衰弱、体重減少などの症状が、証明されている。少なくとも1つの器官／身体系の巻き込みは、中程度以上でなければならない。

C. 指頭の拘縮を伴う全身的な強皮症

D. 指頭の潰瘍化、虚血症、壊疽などを特徴とする、重篤なレイノー現象

#### 14.05 多発筋炎あるいは皮膚筋炎

14.00B4に記述されているとおりに証明されている。以下を伴う。

A. 近位の肢帯筋の筋力低下。14.00B4に記述されている通りである。

B. 14.05Aよりは重篤でない肢帯筋の筋力低下。頸筋の筋力低下を伴い、以下のうちの1つを中程度以上の重症度で伴う。

1. 嚥下困難により飲み込むのが阻害され、輪状咽頭の筋力低下により誤嚥が起こる。

2. 肋間筋および、横隔膜筋の筋力低下により呼吸が阻害される。

C. 13.00の基準のもとに記述されているような悪性腫瘍に結びついている場合。

D. 14.02, 14.03, 14.04, 14.06の基準のもとに記述されているような、全身的な結合組織の疾患に結びついている場合。

#### 14.06 識別困難な結合組織疾患

14.00B5に記述されているように証明されており、14.02A, 14.02Bあるいは、14.04の基準のもとに記述されているような、インペアメントを伴っている。

#### 14.07 免疫グロブリン欠乏症あるいは、細胞性免疫不全

HIV感染症を除く。5ヶ月の間に、3回以上、重篤な感染が起こっていることが証明されている。

#### 14.08 ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 感染症

14.00D3 に記述されているように証明されており、以下のうち、1つを伴う。

A. 細菌感染

1. 抗酸菌感染（例えば、鳥型菌、カンザス菌、結核菌などによって引き起こされた）が、肺、皮膚、頸のリンパ節以外の場所に起こった場合、あるいは、治療に抵抗のある肺結核
2. ノカルジア症
3. サルモネラ菌血症、反復性で、非チフス性のもの。
4. 梅毒あるいは、神経梅毒：感染した身体系の基準のもとで評価すること（例えば、2.00 特別な感覚および 言語、4.00 心臓血管系、11.00 神経系）。
5. 重複した、あるいは再発した細菌感染 骨盤の炎症を含む。1年に3回以上の入院や抗生物質の血管内投与を必要とする。

B. 真菌感染

1. アスペルギルス症
2. 皮膚、尿路、小腸管、口腔や陰粘膜以外の場所のカンジダ症（食道、器官、気管支、肺を巻き込むカンジダ症）
3. 肺あるいは、リンパ節以外の場所の、コクシジオイデス症
4. 肺以外の場所のクリプトコッカス症（例えば、クリプトコッカス性髄膜炎）
5. 肺あるいは、リンパ節以外の場所のヒストプラズマ症
6. 糸状菌症

C. 原虫類あるいは、寄生虫による感染症

1. クリプトスポリジウム症、インスポリアシス症、マイクロスποリジウム症、1ヶ月以上の下痢を伴うもの。
2. ニューモシスティス・カリニ原虫による肺炎、あるいは肺以外への感染
3. 小腸以外の糞虫症
4. 肝臓、脾臓、リンパ節以外の器官へのトキソプラズマ症

D. ウイルス感染

1. 肝臓、脾臓、リンパ節以外の場所での、サイトメガロウイルス病（14.00D4bに記載されているとおりに証明されているもの。）
2. 単純疱疹 ウイルスによる
  - a. 1ヶ月以上続く粘膜皮膚（例、口腔、性器、肛門周囲）の感染
  - b. 皮膚あるいは、粘膜以外の場所への感染（例えば、気管支炎、肺炎、食道炎、脳炎）
  - c. 播種性の感染
3. 帯状疱疹：播種性であるか、治療に抵抗のある複数の皮膚腫性の発疹を伴う。
4. 進行性で、多重的な白質脳炎
5. 5.05 の基準のもとに記述されているような肝炎

E. 悪性腫瘍性疾患

1. 浸潤性で、FIGO段階Ⅱ以上の、頸の癌
2. カポジ肉腫：以下を伴う。

- a. 広範な口腔の病変
  - b. 胃腸管、肺その他の内臓を巻き込む。
  - c. 14.08 Fの基準に記述されているような、皮膚、あるいは、粘膜を巻き込む。
3. リンパ腫（例えば、脳原発性リンパ腫、バーキットリンパ腫、免疫芽細胞肉腫、ホジキン病、ホジキン病以外のリンパ腫）
4. 肛門の扁平上皮癌
- F. 病変、あるいは潰瘍性の病変が拡大し、治療にも反応しないような、皮膚あるいは粘膜の状態（上記、B2、D2、D3に記述されているものは除く）。（例えば、湿疹、乾癬、外陰腔部あるいは、その他の粘膜のカンジダ症、ヒト乳頭腫ウイルスによるコンジローム、性器の潰瘍性疾患などである。）あるいは、8.00の基準のもとで、評価されるもの。
- G. 血液学的な異常
- 1. 貧血：7.02の基準のもとに記述されている。
  - 2. 顆粒球減少症：7.15の基準のもとに記述されている。
  - 3. 血小板減少症：7.06の基準のもとに記述されている。
- H. 神経学的異常
- 1. HIV脳炎：認知および運動の機能不全により機能が制限され、それが進行していくことが特徴である。
  - 2. その他のHIV感染症の神経系での発症（例えば、末梢神経障害）：11.00の基準のもとに、記述されているもの。
- I. HIV消耗症候群
- 標準より、10%以上の自然的な体重減少を特徴とする（あるいは、14.00D2に記述されているような、その他の重大な自然的な体重減少）。また、それを説明できるような、同時発生している疾患がない場合は、以下のいずれかを伴う。
- 1. 1日に2回以上の緩い便通を伴う、1ヶ月以上続く慢性の下痢
  - 2. 1ヶ月以上、38℃以上の発熱が続く慢性的な衰弱
- J. 1ヶ月以上続き、治療に抵抗があり、静脈内への水分補給や栄養補給、流動食を必要とする下痢
- K. 4.00あるいは11.04の基準のもとに記述されているような、心臓疾患
- L. 6.00の基準に記述されているような神経疾患
- M. 以下の感染症のうち1つ以上（上記A～Lに記述されているもの以外のもの）治療に抵抗がある、または一年に3回以上の入院あるいは、静脈注射による治療が必要であるもの。（感染した身体系の基準のもとで評価すること。）
- 1. 敗血症
  - 2. 髄膜炎
  - 3. 肺炎
  - 4. 敗血症性関節炎
  - 5. 心内膜炎

## 6. 放射線撮影法によって証明された、副鼻腔炎

N. 繰り返される(14.00D 8に定義されているとおり) HIV感染症の発現(14.08A～Mに記載されているものを含む)。しかし、必要な所見に欠けるもの、例えば、14.08Eの基準に適合しない頸の癌、14.03Jの基準に適合しない下痢、その他の症状、例えば、口腔内の毛状白斑、横紋筋炎) その結果、重大な症状や徴候(例えば、疲労、発熱、不快、体重減少、疼痛、寝汗など)が見られ、著しいレベルで(14.00D 8に定義されているとおり)以下のうち、1つを伴う。

1. 日常生活活動の制限
2. 社会的機能を維持していくのが困難である。
3. 集中力、持続力、速度が欠けているため、適時に作業を完成させるのが困難である。

## 第2節 フランス

### 1. フランスの障害者福祉施策

フランスは1998年現在の総人口は5,838万人である。フランスでは障害の概念が各施策によって異なるために、障害者の実態や数についての統一的な調査は実施されていない。しかし、それぞれの施策別に調査が実施されているので、調査年と障害者数の推定値を表4-2-1に示す。これらの調査から在宅の重度障害者が約80万人、日常生活に不自由のある者が約513万人と推定されている。

障害の定義は、基本的には国際保健機関(WHO)の国際障害分類を採用し、次の3つの基準が用いられている。

- ① 機能障害(deficiency)：精神的、身体的、解剖学的構造の喪失または変化
- ② 能力障害(incapacity)：通常の活動を行う能力の部分的または全面的な減退
- ③ 社会的不利(disadvantage)：(その人の年齢、性別、および社会的諸要素に比べて)通常の役割および機能の制限

障害の程度は、10%～100%で10%刻みのスケールを用いて比率で表される。このスケールによって障害の程度を認定された人は、「重度障害者」とよばれる。また、障害程度が80%以上の人は、「障害者手帳」を申請することができる。

表4-2-1 施策別の障害者数

施策の区分	調査年	推定値
福祉施設を訪れた障害者	1983年	206,696人
60歳以上の重度障害者	1980年	1,213,776人
納税義務家庭での障害者カード所有者数	1987年	1,236,000人
各種手当・年金・労災恩給受給者	1985年	1,506,000人
在宅重度認定障害者	1980年	806,374人
在宅で日常生活が不自由な者	1980年	5,135,151人

(D. WALTISPERGER, Combien de handicap s en France? 社会福祉雇用省「保健衛生連帯・統計調査」1987年)

フランスの障害者施策は、障害者の人権や障害児教育についての要求運動に対応してさまざまな施策が個別的に進められてきた。このために障害者諸施策の関連を見直し、統一と簡素化を図るこ

とを目的に1975年に障害者基本法(la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées)が制定された。この法律の第一条で障害者施策を進める上での基本的な方向性が示され、障害の予防と検診、障害児や障害者の介護、教育、職業訓練、雇用、社会参加そしてスポーツや余暇への参加が規定されている。しかし、さまざまな福祉サービスを受給することに伴う障害者の羞恥心や屈辱感を払拭し、社会的な偏見を無くすために障害者に対するさまざまな施策が一般の社会保障制度の枠組みの中で行われている。すなわち、さまざまな優遇措置を講じて、障害者が社会保険に加入できるようにしている。この社会保険制度の中で、社会保険サービスの一部として障害者に対する福祉サービスを提供している。

福祉サービスにおいて特徴的なのは、供給体制が複雑なことである。フランスには、伝統的にアソシエーションといわれる非営利の福祉団体が多数存在し、ボランティア活動も盛んである。これらの団体は、ホームヘルプ、デイサービスなどさまざまな福祉サービスを提供している。さらに、民間企業が長い伝統を破って福祉分野に参入し、商業的営利組織として自由契約のさまざまな福祉サービスを提供している。国が福祉分野への民間企業の参入を奨励していることもあり、近年増えてきている。このように、フランスの障害者施策は、さまざまな施策が個別に実施されてきたこと、また、その福祉サービス供給体制が多種多様であることから、それぞれ目的や理念が異なり大変複雑な様相を呈している。

フランスの障害者施策における国・県・地方自治体の役割分担は、地方分権法(1983年7月22日)に基づいて表4-2-2に示すように明瞭に区分されている。国は社会保障、社会福祉サービスの基本的な部分を定め、施設の評価などを行う。県は在宅医療補助など障害者サービスの直接の窓口となって、さまざまなサービスを提供している。

表4-2-2 障害者施策の役割分担

	国 (国家的連帯政策・国家的政策)	県 (アシスタンス・地方単位の援助・近隣連帯政策)
社会保障	法規定：助成金・手当等の条件、料率 健康保険金庫の監督	
社会 付 援助 給	A. 一般規定：最低料率・給付条件制定 B. 管轄：障害者健康保険料、ホーム、 社会復帰センター	A. 社会事業及び福祉助成金の県規定 B. 権限：在宅医療補助または入院補助/ 老人ケア(住居、家事援助、給食センター)
	C. 国・県が共有する成人障害者援助の管轄	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住居、生活ケア</li> <li>・職業リハビリテーション</li> <li>・成人職能センター運営管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームなどその他の住居</li> <li>・補助手当</li> <li>・家事援助</li> </ul>

社会福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害児</li> <li>・社会的不適応者</li> <li>・国と他の関係機関とのコーディネーション</li> <li>・精神保健（精神障害）</li> <li>・中毒患者対策</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県社会援助事業</li> <li>・県社会福祉サービス</li> <li>・児童教育援助</li> </ul> <p style="text-align: right;">⇒<u>県特別教育委員会</u></p>
受入施設 手続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設必要性の評価</li> <li>・施設の技術的、財政的評価</li> <li>・設営認可、料金設定、監査</li> <li>・県の決定と適法性コントロール</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県レベルの社会福祉及び医療福祉</li> <li>・県の権限内での設営認可、料金設定、監査</li> </ul> <p style="text-align: right;">⇒<u>職業指導・職業再配置専門委員会</u></p>

フランスでは障害者手当等の給付条件や障害者援助の合理化を図るために、障害者基本法に基づいて単一の障害認定機関が各県に一つずつ設置されている。20歳未満の障害児の障害認定機関は、県特別教育委員会（CDES：Commission de partementale de l'education speciale）であり、20歳以上の障害者に関しては職業指導・職業再配置専門委員会（COTOREP：Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel）である。

## 2. 障害の範囲と障害認定

フランスにおける現在の障害者の障害認定は、1975年6月30日に制定された障害者基本法に溯る。この法律は、バラバラに実施されてきた障害者に関連する諸施策を整理統合するとともに、単一の障害認定機関を創設した。そして、障害者の自立生活の促進、社会参加、最低所得保障などを規定した。また、障害者基本法の制定に伴って家族および社会扶助に関する法律も改正され、障害者手帳（Carte d'invalidite）が交付されるようになった。しかし、その障害の認定は、傷痍軍人年金法の基準が準用されたために、児童、知的障害者、精神障害者については認定が困難であった。このためにフランス社会福祉雇用省は、1987年に「障害分類諮問委員会」を設け、国際保健機関（WHO）の国際障害分類に基づく障害分類とこの分類に基づく障害認定方法について検討を開始した。3年余りにわって研究・検討が行われ、1991年に障害分類の草案が作成された。この草案を基に障害者団体や関係機関との調整が行われると共に、県特別教育委員会（CDES）と職業指導・職業再配置専門委員会（COTOREP）において臨床テストが行われた。そして、1993年11月に「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」が策定された。

### (1) 障害の範囲と種類

この「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」では、次の障害が挙げられている。

- ① 知的障害および行動の制限
  - ・小児および青年の知的障害および行動の制限
  - ・成人の知的障害および行動の制限
  - ・てんかん（てんかんに伴う機能障害）
- ② 精神障害
  - ・小児および青年の精神障害
  - ・成人の精神的機能障害
- ③ 聴覚の機能障害

- ④ 言語および発声発語の障害
- ⑤ 視覚障害
- ⑥ 内部障害および全身機能の障害
  - ・心血管系の機能障害
  - ・呼吸器系の機能障害
  - ・消化機能の障害
  - ・腎泌尿器系の機能障害
  - ・内分泌、代謝、および、酸素由来の機能障害
  - ・造血系、および、免疫系の機能障害
- ⑦ 運動機能障害
- ⑧ 審美性障害

(2) 障害の程度

障害の程度は、多くの場合4段階の能力障害率で示されるが、3段階や5段階の場合もある。また、能力障害率が80%以上の重度障害者には、障害者手帳が交付され、公共交通機関の割引、所得税や住民税の控除、公共料金の減額などが受けられる。さらに、能力障害率が50%以上の障害児は、障害児教育の対象となる。

この能力障害率は、次のように区分されている。

能力障害率	0～	50%	：軽度の能力障害
能力障害率	50～	80%	：中度の能力障害
能力障害率	80～	100%	：重度の能力障害

能力障害率は、機能障害や能力障害の程度によって、個々の障害毎に規定されている。また、障害が重複する場合には、それぞれの障害を考慮して総合能力障害率が算定される。

専門医は、数値的でない分析検査・評価を行った後、総合能力障害率を決定する。まず複数の機能障害のうちの一つを評価する。その機能障害について能力障害率が決定した後、その数値を、完全能力を示す100から引く。こうして、残存能力が得られる。

ある機能障害と別の機能障害に由来する能力障害は、それだけ独立した数値として評価され、その能力障害率の数字を、第一の機能障害の残存能力を示す数値に掛ける。こうして、第二の機能障害の能力障害率が得られる。総合的能力障害率は、こうして計算された2つの能力障害率の和として得られる。この値は、機能障害をどの順で計算しても一定である。

## 障害が重複する場合の総合能力障害率の算定例

ある機能障害 A は、40% の能力障害をもたらす。この場合、残存能力は 60% である。  
別な機能障害 B の能力障害は、評価指針で 20% と数値化できたとする。この第 2 の機能障害によってもたらされる能力障害率は、A の残存能力 60% に対する 20% なので、12% となる。

総合的能力障害率は、従って、 $40\% + 12\% = 52\%$  となる。以後同様である。

この例で、第 3 の機能障害があつて、能力障害率を算出しようとする場合、対象となる残存能力は 48% となる。

### (3) 障害認定機関

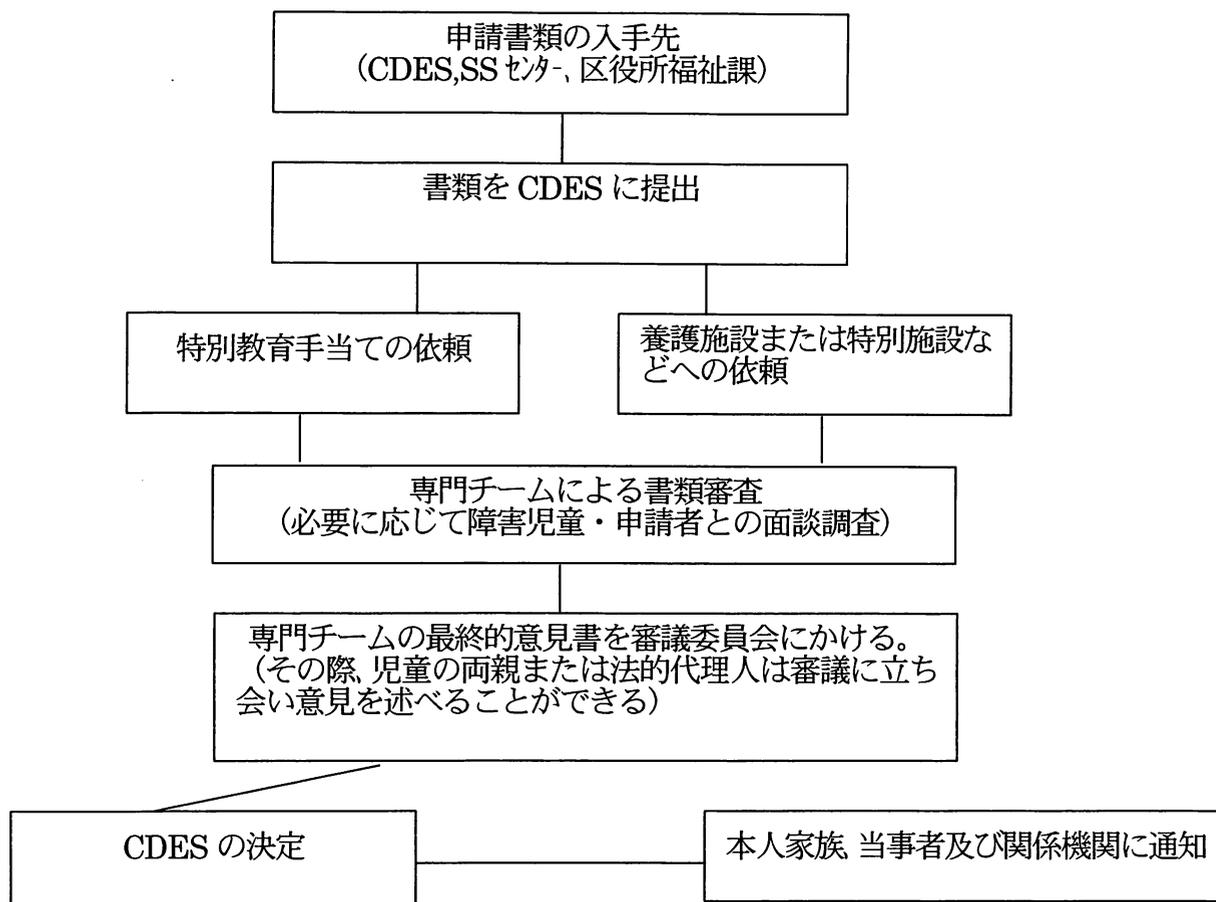
障害認定を求める障害者は、必要な書類を添えて、市役所に申請をする。市役所は、子供については県特別教育委員会 (CDES)、大人については職業指導・職業再配置専門委員会 (COTOREP) に書類を送付し、障害の認定が行われる。そして、能力障害率が 80% 以上の重度障害者には障害者手帳が交付される。

県特別教育委員会 (CDES) は、20 歳未満の障害児に対して、次のような審査・決定を行っている。

- ① 能力障害率 (障害程度) の決定
- ② 障害者手帳交付の決定
- ③ 特別児童手当受給資格の審査
- ④ 特殊教育手当受給資格の審査
- ⑤ 障害児のニードに合った学校、施設サービスの決定など

この県特別教育委員会 (CDES) に提出された申請書類は、図 1 の流れに従って審査・決定される。まず、技術専門チームが障害程度の診断やテスト、家庭状況などを調べて、審査・決定に必要な書類を作成する。この技術専門チームは、身体障害・知的障害・精神障害など各分野の専門家及び専門医、一般医、学校医、ソーシャルワーカー、心理専門家、障害児学校教師、普通学校教師、教育省代表、非営利福祉団体代表から構成される。技術専門チームが作成した書類は、提出された書類と一緒に審議委員会に上げられ、審査・決定がなされる。この県特別教育委員会 (CDES) は、保健省所管の社会・保健事業局と教育省所管の学校教育監督局が共管しているために、この審議委員会の委員長は、両局から交互に任命される。この審議委員会のメンバーは、社会保障機構代表、県特別教育委員会の専任医師、教育省代表、特殊教育施設代表、非営利福祉団体代表であり、県知事が指名する。申請書類の 7 割は、ほぼ 3 ヶ月後に最終決定が通知される。決定事項の有効期間は、教育関係決定が最長 2 年間、補助金関係の決定は 1 年から 5 年間である。決定が不服な場合には、再審請求ができる。それでも承服できない場合は、異議申立ての権利がある。

図 4-2-1 県特別教育委員会の申請書類の流れ



この県特別教育委員会（CDES）に提出された申請書類の提出件数と障害者手帳の交付が認められた件数を表 4-2-3 に示す。1996 年から 1997 年に提出された書類は約 17 万件、この内 21,300 件が障害者手帳交付件数である。

表 4-2-3 県特別教育委員会の処理件数

0～20 才未満障害者		92 年～93 年	94 年～95 年	96 年～97 年
CDES 出願件数	出願総数	160,500	166,700	170,500
	内、新規	35,310	49,700	38,700
CDES 障害者手帳認可件数		21,430	21,100	21,300

[対象：フランス全域／出典：労働連帯省 SESI]

職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)は、20 歳以上の障害者および 16 歳から 20 歳までの障害のある勤労青年を対象にしている。そして、2 つのセクションを持ち、第 1 セクションは労働省に属し、労働関係に関して、第 2 セクションは手当や施設への入所等に関して審査・決定を行っている。

## 第1 セクション

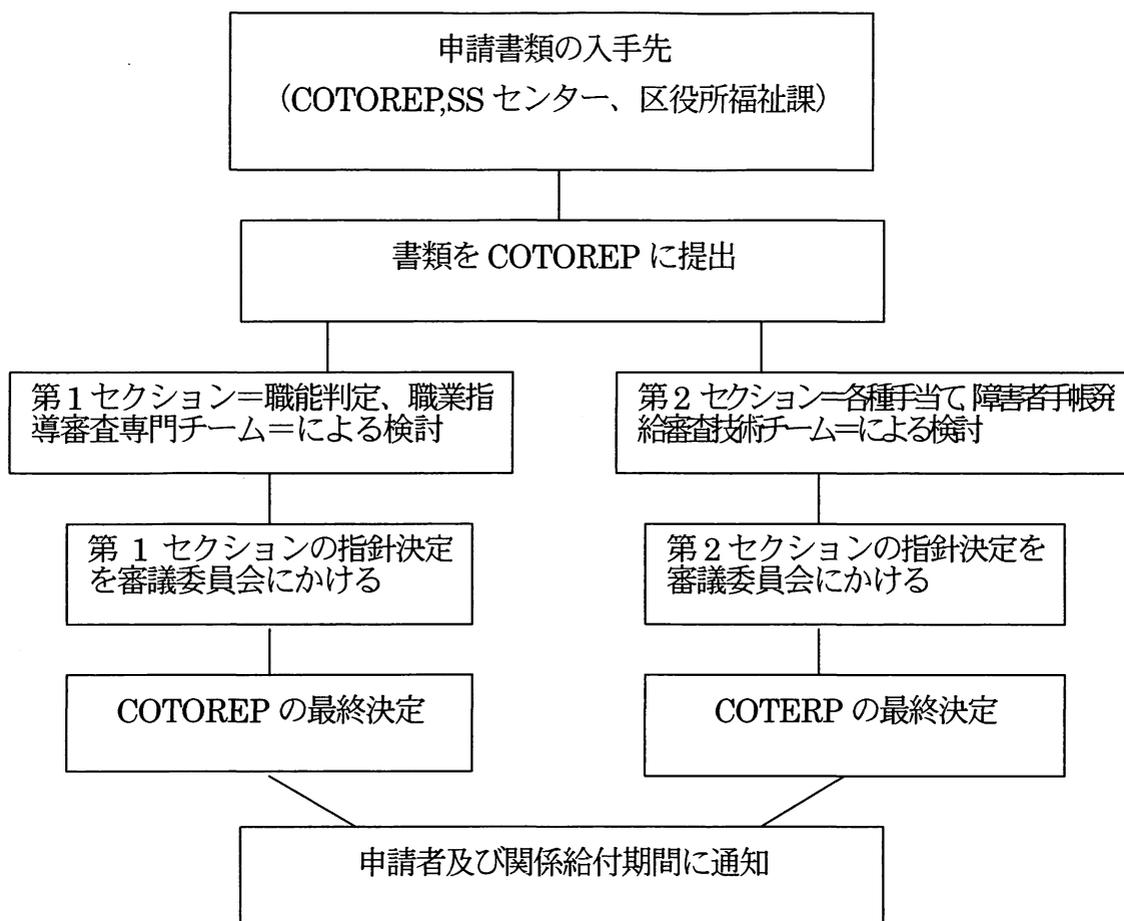
- ① 就労オリエンテーション
- ② 障害のある労働者としての認定
- ③ 優先雇用の決定

## 第2 セクション

- ① 能力障害率(障害程度)の決定
- ② 障害者手帳交付の決定
- ③ 障害者手当受給資格の審査
- ④ 障害者施設への入所の決定

この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)に提出された申請書類は、図4-3-2の流れに従って審査・決定される。この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)にも、県特別教育委員会(CDES)と同様に審議委員会がある。この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)も、労働・連帯省所管の県就労・職業教育局と保健省所管の社会保険事業局が共管しているために、この審議委員会の委員長は、両局から交互に任命される。この審議委員会のメンバーは、国立職業安定所代表、県就労・職業教育局代表、保健省社会保険事業局代表、社会保障機構代表、労働医局の医師、非営利福祉団体代表、県議であり、県知事が指名する。職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)は、職業や住居を見つけること支援するサービス提供機関ではなく、障害の程度や種類を認定する機関であるために具体的な職場の斡旋や住宅の確保は関係機関が行う。申請者は審議委員会を傍聴もできる。また、決定が不服な場合には、再審請求ができる。それでも承服できない場合は、異議申立ての権利がある。

図 4-3-2 職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)の申請書類の流れ



最後に、フランスの障害認定の特徴は、第一に国際障害分類を考慮に入れ、身体障害、知的障害、精神障害を含む総合的な障害認定基準が作成されていること、第二に、顔面醜痕なども障害認定の対象にしていること、能力障害に基づいて障害認定基準が作成されていること（ただし、視覚障害と聴覚障害については機能障害に基づいて障害認定基準が作成されている）である。

## 障害者関連データ

### ■ 数字で見る障害者像

調査項目	調査年	推定値
福祉施設を訪れた障害者	1983	206 696
60歳以下の重度障害者	1980	1 213 776
納税義務家庭での障害者カード所有者数	1987	1 236 000
各種手当・年金・労災恩給給付者	1985	1 506 000
家庭内重度認定障害者	1980	806 374
家庭内で日常生活に不自由を訴える者	1980	5 135 151

[ D.WALTISPERGER, *Combien de handicapés en France?* In 労働社会事業省「保健衛生連帯・統計調査」1987年 ]

### ■ CDES

0～20才未満障害者		92年～93年*	94年～95年	96年～97年
CDES出願件数	出願総数	160 500	166 700	170 500
	内、新規	35 310	49 700	38 700
CDES障害者カード認可件数		21 430	21 100	21 300

\* フランスの学年度は92年9月～93年8月

[ 対象: フランス全域 / 出典: 労働連帯省SESI ]

### ■ COTOREP

COTOREPパリ地域	1983年	1990年	1992年	1994年	1995年
<b>第1セクション</b>					
出願件数	103 690	144 065	210 000	328 500	339 400
* 就労先指針決定件数	60 467	70 533	77 960	107 600	111 400
<b>第2セクション</b>					
出願件数	424 236	521 184	622 600	789 100	857 300
成人障害者手当認可件数	145 277	124 360	127 300	162 900	176 600
補償手当認可件数	77 588	82 021	104 950	130 600	119 900

\* 保護作業所、労働援助センター、一般職場、職業養成等へのオリエンテーション

[ 労働連帯省-就労担当委員会 ] 1994年

### ■ COTOREP の認可内訳 = 1994年

	初回申請(%)	更新申請(%)	トータル(%)
<b>全体</b>	60.0	40.0	100
<b>第1セクション</b>	61.9	38.1	100
内、障害労働者として承認	64.4	35.6	100
就労先指針決定	57.6	42.4	100
<b>第2セクション</b>	59.2	40.8	100
内、成人障害者手当認可	47.2	52.8	100
第三者補償手当	66.1	33.9	100
職業補償手当	70.8	29.2	100
障害者カード	63.3	36.7	100
居住先オリエンテーション	49.9	50.1	100
福祉住宅手当	79.4	20.6	100

[ 出典: 労働連帯省-就労担当委員会 ] 1994年

## 第3節 ドイツ

### はじめに

#### (1) 障害者施策の概要

ドイツは1996年現在の総人口が約8,200万人である。その内の約660万人が障害者で、総人口の

約8%である。この障害者は、約94万人が雇用され、約15万5000人が保護工場で働いている。そして、約19万5000人が失業中であり、約530万人が労働生活に参加していない。

ドイツの障害者に対する施策は、1890年以来労災保険法に基づいてリハビリテーションが行われるようになり、年金の前にリハビリテーションの原則が敷かれた。そして、1919年には「重度障害者雇用法」が制定され、戦争や労働災害によって障害者になった人々の雇用が義務づけられた。1927年には「職業紹介・失業保険法」が制定され、障害者の職業指導、職業紹介が規定された。

ドイツの現在の障害者施策の基礎となっているのは1974年5月1日に交付された「重度障害者法(Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft : 重度障害者の労働、職業、社会への統合を保護する法律)」である。この法律の特徴として、障害の種類、原因に関らず全ての重度障害者を対象にしたこと、一般雇用になじまない障害者のための保護工場の統一基準を示したことなどがある。さらに、1981年には「重度障害者の失業の克服と職業訓練所の定員増のための連邦ならびに州の特別計画実施要綱」が作られた。

## (2) 障害者及び障害の定義と範囲

現在の重度障害者法は、1986年に改正されたものである。この法律の第1条で重度障害者は、次のように規定されている。

本法に定める重度障害者とは、障害等級が50以上であり、住居、通常的生活空間及び勤務地が法適用範囲内にある者をいう。

さらに、この重度障害者と同等な者ものとして、第2条で次のように規定している。

①その障害のために適職に付くことができない者は、障害等級が50以下であるが30以上であれば、第1条を前提とし、第4条に基づき労働局への申請により重度障害者と同等と認定される。同等の扱いは、申請が受理されたその日から適用される。期限を設けることもできる。

②同等者については、第47条及び同条11項を例外として重度障害者法が適用される。

また、障害は、次のように規定されている。

①本法における障害は一時的ではない身体的、心的及び精神的な機能障害をいう。一時的という状態は年齢に特徴的な障害ではない状態をいう。また、一時的ではないという期間は6ヶ月以上をいう。互いに影響しあう複数の機能障害の場合は、全機能が基準となる。

②機能障害は10段階毎に障害の程度により等級付けされており、20から100までの間で確認される。

③障害程度の等級は連邦援護法第30条1項に定める基準に準ずる。

障害の認定と障害者手帳については、次の様に規定されている。

①障害者の申請に基づき連邦援護法の所轄当局(管轄官庁)が障害の有無及び障害の等級を審査する。戦争犠牲者援護についての行政手続きも、社会法が適用されない限り同様に適用される。

②第1項に定める審査は、年金決定、管轄行政決定、裁判決定又は暫定的な証明発行により障害の有無及び障害に基づく生計能力の引き下げが決定している場合は該当しない。ただし、障害者が1項に定める他の認定を正当化できる場合はその限りではない。第1項に基づく審査は同時に障害の等級の認定も行う。

③複数の機能障害がある場合は、それぞれの機能障害が互いに影響を及ぼす全体から障害の等級

を確認しなければならない。この決定には、第 1 項が準用される。

ただし、第 2 項に基づく決定で全体的評価が既に下されていた場合にはその限りでない。

④障害の他にもハンディキャップ（不利益の調整）請求権を許す健康上の問題がある場合、連邦援護法当局は第 1 項に基づく手続き通り確認を行う。

⑤障害者の申請に基づき連邦援護法当局は第 1、2、3、4 項に基づき重度障害者認定の証明書を発行する。また、第 4 項に基づく場合はその他の健康上の問題点を認定する。この証明書は重度障害者が本法律、又はその他の規則における権利やハンディキャップを享受する際にその証拠となる。証明書は期限が定められる。証明書は重度障害者の法的保護が消滅した時点ですみやかに回収される。また、新事項が取り消された場合はただちに訂正されなければならない。連邦政府は連邦参議院の承認を伴った法律に基づき証明書の形式、有効期限及び管理手続きを定める政令を発する権限を有する。

⑥第 1 及び第 4 項の審査、第 5 項による交付、訂正、回収について紛争が生じる場合は法的手段に則り社会裁判所が審議する。社会裁判法が戦争犠牲者援護についても特別な規定を含む場合には同規定に関する紛争についても第 1 条が準用される。

### (3) 障害程度等級

この重度障害者法に基づいて障害程度等級表が策定され、障害の程度等級は、次のように定められている。

## 1. 障害程度等級表の概要

(1) ここに挙げる障害程度等級表は（手がかり）基準値とする。全ての肉体的、心身上の能力低下を引き起こす障害を個々に挙げることは不可欠である。評価の際、各ケースの特殊性も計算に入れてある。

(2) 引用されていない健康上の障害については障害程度等級表の中で類似している障害に応じて判断を行う。

(3) 内臓器官の腎工移植、再発する特定疾患の治療に関しては障害程度等級表において治癒観察期間が終了するのを待つべきである。

特に悪性腫瘍の場合、前記が適用される。最も頻繁で重要なこのような疾患に関しては障害程度等級表の基準値が適用される。腫瘍の状態によって外科手術が必要か、その他の除去が適切か決められる。治癒の観察時間は通常 5 年間である。2-3 年の観察期間は障害程度等級表に特にあげられる腫瘍だけが対象となり、これらは医学的に腫瘍除去後 2-3 年の経過後、再発の可能性が非常に低いことが医学的に保障されている場合に限る。治癒観察期間の開始を決定するのは腫瘍が外科手術、その他、初期治療法によって除去されたと見なされた時点であり、補佐的な治療法は治癒観察期間の開始に何ら影響はない。障害程度等級表の値は通常 (regelmäßig) 残された内臓器官あるいは四肢障害に関係する。稀に、起こる治療の副作用および随伴症状については、例えば、繰り返し行われる化学治療法などは、そのつど考慮する。障害程度等級表には記述されない、悪性腫瘍については次の通りである。観察期間が終了するまで、通常は腫瘍除去後 5 年間は残された内臓器官および四肢障害だけでは障害程度等級表の等級は 50 以下である。一般に、腫瘍除去後は障害程度等級 80 が適応する。残された内臓器官または四肢障害が治療の特殊な副作用および随

伴症状を引き起し、障害程度等級は50以上の場合は、観察期間が終了するまで適応される障害程度等級が高く評価される。

## 2. 頭部と顔

頭蓋骨の物質欠損と頭蓋骨骨折は孤立した症状を起こすことはない。多くの場合は頭蓋骨に囲まれた脳の障害との関係によって障害程度等級は評価される。

### 障害程度等級

- ・痂除去後の痂痕 ..... 0
- ・治癒過程において併発を起こさない単純な頭蓋骨骨折 ..... 0
- ・頭蓋骨の小さな骨の孔、物質欠損（塞がれた大きな孔も含む） ..... 0-10
- ・脳の機能障害を伴わない多大な頭蓋骨面積の損失を伴う頭蓋骨の痂痕（醜い歪曲を含む） ..... 30  
特に外傷により引き起された多大な（塞がれていない）頭蓋骨の物質欠損、内部の骨薄片（innere Knochenblatt）にも該当する。
- ・軽い顔のゆがみ
  - あまり目立たない ..... 10
  - それ以外 ..... 20-30
  - 嫌悪感を引き起す顔のゆがみ ..... 50

※嫌悪感を引き起す顔のゆがみとは、通常障害者とあまり接触のない障害のない者が障害者を見たとき、驚き、明らかな嫌悪感示す時をいう。精神反応障害によるひどい顔のゆがみについてはその度合いに応じてさらに高い等級が与えられる。
- ・顔の知覚障害
  - 軽度 ..... 0-10
  - はっきり現れる。口腔部を含む ..... 20-30
- ・顔面神経痛（例えば三叉神経痛）
  - 軽度（稀、軽い痛み） ..... 0-10
  - 中度（頻繁、軽度から中度の痛み、少ない刺激で解消） ..... 20-40
  - 重度（頻繁、月に何度も発病、強い痛み、または激痛） ..... 50-60
  - 特に重症（継続した激痛、または週に何度も発病） ..... 70-80
- ・真性偏頭痛
 

発作の頻度および持続時間に応じて、付随現象（自律神経障害、視力系統障害、その他大脳が誘発する障害現象）

  - 軽度の経過（平均して月に1回程度の発作） ..... 0-10
  - 中度の経過（より頻繁な発作、それぞれ一日または数日間持続） ..... 20-40
  - 重度の経過（際立った随伴症状を伴う長期間持続する発作発作周期が短いもの。） ..... 50-60
- ・末梢の顔面神経不全麻痺
 

顔面の片側

  - 美容上わずかな障害となる不全麻痺 ..... 0-10

際立った不全麻痺または拘縮.....	20-30
完全な麻痺または醜い拘縮.....	40
両面完全な麻痺.....	50

### 3. 神経系(Nervensystem)と精神病

#### 脳障害

脳障害者とは脳の発達段階において損傷を受け、または外からの衝撃、病気、毒物(毒薬)の影響、血液循環障害などにより器質的変化を被り、実証できる障害者を示す。

実証された脳障害とは、けがや、病気等により引き起され、緊急事態を脱した脳の器質的変化の徴候が確認されたときのことを言う。その後の検査において脳機能障害や能力障害が見られなくなったときにも同様有効である。(障害程度等級表では20程度の軽い自律神経障害から30よりも重い開放性頭部外傷までを含む。)

障害程度の判定の際、重要なのは残された脱落症状である。その際、神経学上の診断結果と発病前の人格を評価した上での精神医学上の脱落症状と必要に応じて大脳の発作(zerebrale Anfaelle)も考慮すべきである。脳障害の多種多様な後遺症については障害程度等級表では20から100までの範囲で評価を行う。

こどもの場合、脳障害はその成熟過程において大変異なる発達(改善あるいは悪化)をすることを考慮しなければならない。よって、年数をあまりあけずに再検査を告示しなければならない。髄液の通路がふさがっていない非閉塞性水頭症は障害程度が30よりも高く判定される。

脳震盪後の一過性ではない植物神経障害(不随意神経障害)(脳全体の实証できない可逆性の形態学上の機能障害)は事故後一年目には障害程度10から20が認められる。

以下の脳損害等級表はA.の全体評価が中心になる。B.に掲げられる主要な、または孤立して発症する症候群は評価の補佐的役割しか果たさない。

#### 障害程度等級

##### A. 脳損害の全体評価

- |                       |        |
|-----------------------|--------|
| 1. 軽い機能障害を伴う脳損害.....  | 30-40  |
| 2. 中度の機能障害を伴う脳損害..... | 50-60  |
| 3. 重度の機能障害を伴う脳損害..... | 70-100 |

##### B. 孤立して発症する、または主要な症候群

(重度障害者の追加給付の確定にも使われる社会保障法の調査による)器質的、心的障害

脳器質的一般徴候の中でも知的低下(痴呆症)と脳器質的人格変化と区別されるが、通常二者は合併或いは徐々に移行をみせる傾向がある。脳器質的一般徴候には(脳機能の弱体化)主に記憶力、集中力、興奮しやすい、敏感、疲労しやすい、全体を見渡す能力と気持ちの転換能力の損失、自律神経の不安定さ(頭痛、血管運動神経障害、睡眠障害、感情(激情)不安定)等が含まれる。

脳器質的人格変化(脳器質的存在変化)では、人格が貧しく、粗くなり、動機、機嫌、感情、批評能力と外界との接触低下があり、特別な人格が強調して現れることによって特徴付けられる。

器質的精神変化は多くの場合さらに心的障害(psychoreaktiv)に発展する。

## 精神障害を伴う脳損害

### 障害程度等級

(前記記述どおりの種類によって)

- |   |        |
|---|--------|
| 軽度 (日常生活には支障ない程度) .....   | 30-40  |
| 中度 (日常生活ではっきり現れる) .....   | 50-60  |
| 重度 .....  | 70-100 |
| ・脳の持続的障害からくる自律神経障害 (例えば就寝と起床リズムの狂い、血管運動神経と発汗調整機能の障害)  |        |
| 軽度 .....  | 30     |
| 中度、稀に仮死発作(synkopale Anfaelle) .....   | 40     |
| より多くの発作または通常の状態に多大な影響を与える .....   | 50     |
| ・(脊髄) 大脳が原因となる調整および平衡感覚障害、各障害の程度に応じて、目的および精密な運動障害から歩行および起立障害まで .....                                      | 30-100 |
| ・認知機能障害を伴う脳障害 (例えば、失語症、失行症、認識不能症)   |        |
| 軽度 (例えば Restaphasie) .....  | 30-40  |
| 中度 (例えば 明らかな、そしてコミュニケーション障害を伴う失語症) .....  | 50-80  |
| 重度 (例えば、全般的な失語症) .....  | 90-100 |
| ・大脳が原因の部分麻痺と完全麻痺  |        |
| 軽い麻痺 (Restlaehmung) と四肢の緊張障害 .....  | 30     |
| より際立った部分麻痺と完全な麻痺については障害程度等級表の中で掲げる四肢損失、末梢麻痺、その他四肢の機能損失と比較して導き出すべきである。                                     |        |
| 手足の完全な不随 .....  | 1-100  |
| ・パーキンソン症候群  |        |
| 体の片側または両側にわずかな動作障害、平衡感覚の障害はない、ゆるやかな進行 .....   | 30-40  |
| 明らかな動作障害、平衡感覚障害、振り向くときに不安定、より早い進行 .....   | 50-70  |
| 重い動作障害から動けない状態まで .....  | 80-100 |
| ※その他錐体外路症候群 —運動亢進— は障害の種類と範囲において、ある動作とそれを抑圧する可能性によって評価すべきである。局所的障害 (例：痙性斜頸) には全般的障害 (例：舞蹈病) より低い等級が設定される。 |        |

### てんかんの発作

その種類、程度、頻度、日数の周期に応じて評価される。

### 障害程度等級

- ・とても稀

(原因が複合的な大型運動発作 (大発作) が一年以上の間隔において、

単純な原因が引き起す小発作が数ヶ月の間隔でおきる。) .....

40

(原因が複合的な大型運動発作が数ヶ月の間隔において、 単純な原因が引き起す小発作が数週間の間隔でおきる。)	50-60
・ 中度の頻度	
(原因が複合的な大型運動発作が数週間の間隔において、 単純な原因が引き起す小発作が数日間の間隔でおきる。)	60-80
・ 高い頻度	
(原因が複合的な大型運動発作が数週間の間隔で、または連続して大型の痙攣がおきる。その原因 は複合的、あるいは、はっきりしている小発作が毎日おきる。)	90-100
・ 3年以上発作がおきず、必要に応じて抗痙攣治療 (抗てんかん薬治療)が行われる	30
※薬剤の服用をやめて3年経過し、てんかん発作が起きないとき、発作は治癒したとされる。証明された脳障害がない場合、障害程度等級表は適用されない。	

### ナルコレプシー (Narkolepsie)

その頻度、現れ方、合併症状（日中の眠気、睡眠発作、驚愕麻痺 [Kateplexien]、疲労現象と不随睡眠の際、現れる無意識の行動—多くの場合入眠時幻覚と共に現れる）に応じて、通常、障害程度が50-80に設定される。稀に障害程度が40（例：わずかな日中の眠気が、わずかな不随睡眠と入眠時幻覚との組合せ）あるいは80以上（特別強い症状で）現れることもある。

### 脳腫瘍

障害程度等級表では脳腫瘍はその種類、程度、大きさ、発生部位とその影響によって等級付けされる。

良性腫瘍の除去後（髄膜、神経鞘腫）、障害程度等級は後遺症に応じて評価される。

神経膠腫、脳室皮膜腫瘍、アストロチトーマⅡ等の腫瘍の際は、完全な腫瘍除去が可能でない場合、障害程度等級は50よりも大きく設定される。

悪性腫瘍（例：アストロチトーマⅢ、神経膠芽細胞、髄芽細胞腫）は少なくとも80と評価される。

通常、小児期に悪性の小脳腫瘍を除去後（例：髄芽細胞腫）にのみ（5年間）の治癒経過観察期間が設けられる。この（初期段階）時期における障害程度は50と評価される。

### 知的障害

知的障害の障害程度認定の際、精神発達遅滞とそれを確認するテストだけで判断してはいけない。これは、障害の一部分をある時点でしか判断できないからである。常に人格形成を激情と感情を抑制する能力と自発性と社会適応性に特徴づけられて考慮されなければならない。

#### ・ 認知できる部分機能不足

（例：読み書き能力 [Legasthenie]、単独で計算能力）

軽度、学校の成績に大きな影響を与えない	0-10
通常、集中力と注意力障害も顧慮して、その融和まで	20-40
特別に重度に進展している（稀な）	50

- ・精神的能力の制限と精神発達遅滞では10歳から12歳児に該当(I.Q.が約60から70くらい)
  - 在学中は理解力、記憶力、精神的許容量、社会適応性、話すこと、言葉、その他認知できる僅かな部分機能障害がみうけられるとき。
    - ・或いは
      - 学校課程を修了した後にもさらに教育の場が設けられ、社会参加に関して問題となる人格障害がないとき。
    - ・或いは
      - 職業訓練を障害者のための特別な規定を利用することにより受けることが可能な場合。

..... 30-40

- 在学中に上記、障害程度が強く現れ、学校からドロップアウトするとき。
  - 学校を卒業したあと、自活（自立した生活）または社会参加能力がないとき。

- ・或いは、
  - 障害者とその障害のため、職業に従事（例： 特別なりハビリテーション施設）する可能性を与えられているにもかかわらず、障害者向けの特別な規定を使っても、職業の能力を身につけられないとき。..... 50-70

- ・重度な精神発達遅滞と、とても選択肢の狭い教育訓練の場、言葉の習得の欠如、精神発達遅滞がおとなで、10歳児程度(I.Q.が60よりも下)。

- 比較的優遇された人格形成と社会適応性（特別学校で成功を修め、一部自活が可能、簡単な流れ作業的業務に従事することが可能）..... 80-90

- 適応能力の範囲がさらに狭く、自立の能力と学習能力がかなり低く、言葉の発達の欠如、雇用市場には関係なく、
  - 障害者向けワークショップでのみ就業が可能 ..... 100

#### 幼少時に始まる特別な精神障害

- ・自閉症症候群
  - 軽い形（例：Asperger タイプ）..... 50-80
  - その他..... 100

#### その他感情に関係する、社会心理的障害（行動障害）

- ・長期にわたる重度の適応能力不足（通常の学校への編入は不可能）..... 50-80

#### 精神分裂症と感情に関係する精神障害

- ・長期にわたる（半年以上持続する）精神病
  - 病状の悪化している段階での職業および社会適応性に依じて..... 50-100
- ・精神分裂症の残存状態（例：集中力障害、対人関係障害、生活力の損失、感情の平常化）
  - 僅かな、社会適応性に問題のない症状の場合..... 10-20
  - 軽い社会適応性問題..... 30-40
  - 中度の社会適応性問題..... 50-70
  - 重度の社会適応性問題..... 80-100

- 感情に係る精神障害のうち比較的短期間のもの。ただし、再発する可能性が高い場合  
その種類と程度により1年に1,2度の周期で数週間持続する。..... 30-50
- より多くの周期で、数週間持続する。..... 60-100
- 長期にわたる心理療養後は通常（以下の例外を参照のこと）2年間の治癒経過観察期間を設ける。  
この期間中の障害程度等級は  
既に多くの躁病または躁鬱病の病状を発病したとき..... 50
- その他..... 30
- 短極性のうつ病症状が初めての病相または前の発病から10年の期間を置いて発病した場合、治癒経過観察期間は設けなくてもよい。

ノイローゼ、人格障害、心的外傷

- 軽い自律神経のあるいは精神障害あるいは精神症..... 0-20
- より強い障害  
経験能力、成形（構成）能力に大きな制限（例：深刻な鬱病、憂鬱病、無力性、恐怖症等の障害、病気の程度に応じて、身体上の障害）  
重度の障害（例：重度な脅迫症）..... 30-40
- 中度の社会不適合性..... 50-70
- 重度の社会不適合性..... 80-100

アルコール依存症

慢性のアルコール摂取が身体にあるいは精神に害を与えるときアルコール関連疾患がある。  
障害程度等級は内臓器官に与えられた障害程度（肝障害、多発性神経炎、器質精神的変化、脳器質的発作）、その依存程度、中毒症状特有の人格変化によって設定される。慢性アルコール摂取の結果、依存性が制御できないことが実証され、意思力が（自由）かなり制限される時は、障害程度等級は50よりも高く設定される。

依存性が実証され、禁断療法が行われたときは治癒経過観察期間が（通常2年間）設けられる。この期間は、器官の障害がさらに高くなければ、障害程度30が設定される。

薬物依存症

慢性の麻薬使用が精神変化と社会適応性問題を伴う、身体的依存性並びに、精神的依存性を引き起すとき薬物依存症があるとされる。

精神変化と社会非適応性に応じて障害程度等級は少なくとも50に設定される。

実証された依存症に応じて禁断療法が行われたときは治癒経過観察期間が（通常2年間）設けられる。この期間の障害程度等級は30に設定される。

脊髄損傷

障害程度等級

- 両側のわずかな運動および知覚機能の損失を伴う不完全な頸髄障害  
膀胱と直腸機能の障害がない。..... 30-60

・両足の部分的麻痺を伴う、不完全な胸髄損傷、腰髄損傷、Kauda 損傷 膀胱と直腸機能の障害がない。.....	30-60
・両足の部分的麻痺を伴う、不完全な胸髄損傷、腰髄損傷、Kauda 損傷 膀胱と直腸、片方または両者とも機能障害がある。.....	60-80
・重症な両手足部分麻痺を伴う、不完全頸髄損傷 膀胱と直腸機能障害を伴う。.....	100
・完全な両手足の麻痺を伴う完全な頸髄損傷 膀胱と直腸、片方または両者とも機能の障害がある。.....	100
・両足の完全な麻痺と完全な胸髄損傷、腰髄損傷、Kauda 損傷 膀胱と直腸、片方または両者ともに機能障害がある。.....	100

#### (4) 障害認定の手続き

この重度障害者法に基づき障害の認定を申請する人は、その人が居住する地域を管轄する年金局に関係書類を提出する。申請書類は、年金局のほか福祉事務所、障害者団体の事務所などもある。申請に際しては、申請書類と共に健康診断書、退院の記録、療養の記録など障害の種類と程度を示す書類を添える。傷害保険や年金局からの年金の通知書などすでに障害の程度を示すものがあれば提出する。また、パスポートサイズの写真も提出する。年金局が書類審査し、障害の程度が50以上の場合は、重度障害者手帳(重度障害者証明書)が給付される。

この重度障害者手帳の有効期間は、原則として最長5年間である。ただし、戦傷者でVBとEBの該当者、および、切断など障害の程度に変化が無いと思われる者は最高15年まで認められる。また、10歳以下の子供は、11歳になるまで継続が認められている。有効期間を延長するためには、期限の切れる約3ヶ月前に延長申請をする。居住地の年金局や地方自治体の役所でほぼ5年間の延長が認められる場合が多い。しかし、自治体によっては、前回の有効期間が5年に満たない場合、1年みの延長となる。最高2回まで延長可能である。そして、3回目以降は新たに証明書を申請することとなる。

この重度障害者手帳の交付対象者は、身体的・精神的・心理的要因によって社会生活全般に支障のある障害者で、その障害が6ヶ月以上持続し、障害程度が10以上の人である。この障害程度は、生活全般に対して上記要因がどのような支障を及ぼすかを10-100までの10段階で評価したもので、生計能力のもの評価とは異なる。たとえば、就労している全盲の人の障害程度は100であるが生計能力は十分にある。重度障害者法では、障害程度50以上を重度障害者として、この50以上の重度障害者と戦傷者で生計能力が最低50%に減少している人に重度障害者手帳(重度障害者証明書)を発行している。障害程度が10以上50未満の人には、必要に応じて障害を証明する書類が発行される。

この重度障害者手帳の給付を受けるとさまざまな福祉サービスが受けられるが、その福祉サービスは重度障害者手帳に記載される記号、すなわち、障害の程度や種類によって異なる。各自治体は、この重度障害者手帳に記載される記号に基づいて、どのような福祉サービスが受けられるのかを示している。

この重度障害者手帳の交付を受けている障害者は、1996年末現在6,359,015人で、その内訳は次

表の通りである。

表1 重度障害者手帳の障害別受給者数

記号	障害の種類	受給者数	割合
G	歩行障害	3,391,015人	51.5%
aG	著しい歩行障害	576,937人	8.8%
B	付添人が必要	1,499,813人	22.8%
H	援助が必要	793,014人	12.0%
B I	視覚障害	98,236人	1.5%

最後に、ドイツの重度障害者認定の特徴として次の点が挙げられる。第一に、障害を大変幅広く捉え、障害程度等級表に類似する慢性疾患なども障害に含めている。第二に、身体障害、知的障害、精神障害などすべての障害を含み、統一した基準を作っていること。第三に、アルコールや薬物依存を含めていることなどである。

## 第4節 イギリス

### 1. はじめに

英国は、1942年のベバリッジ報告以降、「ゆりかごから墓場まで」というスローガンのもと「5つの巨人」と呼ばれる窮乏、疾病、狹隘、無知、無為を解決するための政策が進められてきたが、増大する医療費による財政危機と低下する医療サービスを解決するために、1990年、サッチャー政権のもとでNHS(National Health Service-国民保健サービス)及びコミュニティケア法を成立させ、NHS内に内部市場と呼ばれる市場メカニズムを導入し、競争原理によりサービス供給の効率性を高めようとした。

障害者施策については、英国の障害者サービスについても本来の5つの巨人に対する政策以外に、6つ目の巨人と呼ぶべき弱者対策が社会保障費の予算の20%を占めるに至ったことから、その経費節減を主たる目的とした改革が進められてきた。しかし、英国は、長い福祉国家としての歴史を背景に、非常に複雑な入り組んだ制度があり、かなりの改革が進められてきているにもかかわらず、依然としてさまざまな障害者にかかわる制度が多数存在し、それぞれの障害認定が実施されているのが現状である。このように何種類もの障害認定制度が存在する状況はわが国と類似している。

本研究では、英国における障害者にかかわる制度の概要と認定方法について概観する。

### 2. 各障害者制度と障害認定

#### (1) 所得保障(表4-4-1)

英国では、病人・障害者・介護者・ひとり親・60歳以上など仕事ができない人を対象として、個人及び家族の基本的な支出を支える補足的給付として所得補助(Income Support(IS))がある。個人を基本として個人手当(Personal Allowance)が給付される。その額は、夫婦とも18歳以上の場合、週£35.95(合わせて月額約116,300円)である。これに、障害者加算(週£31.25)や年金生活者加算(週£35.95)の加算がつく。

#### (2) 住宅給付(表4-4-2)

英国は、ベバリッジ報告以来、住宅の狹隘も5つの巨人の1つであり、それに対する政策が行わ

れてきた。英国の住宅給付金（Housing Benefit(HB)）は、1986年社会保障法に基づく低所得者のための住宅賃貸援助制度である。住宅とガレージに関する費用のみが対象となる。ただし、その家の居住者が障害者夫婦である場合等により掃除できる人がいない場合には、掃除代が給付される。家主の所有でない家具、生活用品代は含まれる。親族等からの借家でないこと、自分の生活のための家であること、保有資産が£16,000未満、ISか求職者給付（Job Seeker's Allowance(JSA)後述）を受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、英国に通常居住していること、全日制の学生でないこと等の受給要件がある。

また、英国には、自治体税給付金 Council Tax Benefit(CTB)という制度がある。これは、1986年社会保障法に基づき、CTBという家屋にかかる自治体税の支払いを援助するものである。障害者加算等があり、その家族の状態により、税の支払いが11/18から11/13まで減額される。自分の生活のための家であること、資産が£16,000未満、ISかJSAを受給しているか所得が非常に低いこと、原則施設に入所していないこと、英国に通常居住していること、全日制の学生でないことという要件がある。

### （3）社会基金（表4-4-3）

社会基金（Social Fund）は、突発的あるいは非日常的な必要に対して、手当や貸付で補う制度で、英国特有のものである。1986年社会保障法に基づいている。

出産手当（Maternity Payments）は、自分自身が配偶者がIS、JSA、又は障害労働家族手当（Disability Working Allowance Family Credit）のどれかを受けている場合に、子供1人（養子を含む）につき£200給付される。資産額の制限が£500以下である。

葬祭手当（Funeral expenses）は、自分自身が配偶者が、申請時にIS、JSA、又は障害労働家族手当として住宅給付金Housing Benefit(HB)か自治体税給付金Council Tax Benefit(CTB)を得ている場合に、配偶者、親戚、親しい友人、世話をしている子供の葬祭費用を給付するものである。最高£600である。

寒冷手当（Cold weather payments）は、連続7日以上真冬日が続いた時に、IS、income based JSAの受給者で、次のどれかに該当する場合に、週£8.50が加算される。つまり、障害児加算を受けている5歳未満の子供がいるか、障害者加算か重度障害者加算を受けているか、年金加算、高額年金加算、又は拡大年金加算を受けている場合である。

### （4）労働不能（表4-4-4）

障害のために労働不能になった場合の手当をまとめたのが、表4-4-4である。

法定疾病給与 Statutory Sick Pay (SSP)は、傷病・障害のため連続して4日以上就労できない被用者に雇用主が給与を支給することが国民保険法により定められているものである。定額制で、週£59.55（月約39,600円）が28週以内支払われる。加算はない。65歳未満が対象で、雇用契約期間と所得の要件がある。わが国には、このように雇用主に給与の支払いを命じた制度はない。

就労不能給付 Incapacity Benefit (IB)は、国民保険 National Insurance (NI)の保険料納付要件を満たした者が傷病・障害のために連続して4日以上就労できない場合に4日目から給付される。SSP受給中でないこと、就業できないこと、老齢による年金の受給可能年齢にないことの要件がある。手当額は、表4のとおりであるが、障害のために53週を超えて受給する場合、基本額は、£66.75

(月額約 44,300 円)、配偶者がいる場合は、£97.9 (月額約 65,000 円) となる。

重度障害手当 Severe Disabled Allowance (SDA)は、重度障害のために連続して 28 週以上就労できず、NI の保険料納付要件を満たしていない場合、及び 20 歳前の受傷者を対象とした手当である。保険料の納付がなされて者が対象であることから、IB よりも低い水準になっている。

#### (5) 雇用支援 (表 4-4-5)

求職者給付 Job Seeker's Allowance (JSA)は、失業中、又は週 16 時間未満の労働者で労働能力があり求職登録をしている人のための手当である。2 種類の手当があり、ともに働けること、求職登録していること、週に 16 時間以上働いていないこと、老齢年金年齢に達していないこと、全日制学生又は高等教育の学生でないこと、英国の通常居住者であることという給付要件がある。(表 4-4-5)

拠出制求職者手当 Contribution-based (JSA)は、NI の保険料拠出要件を満たす者の 6 ヶ月以内の失業を対象としている。資力調査はなく、18 歳未満の場合週 £30.95 (月額約 20,600 円)、18-24 歳は週 £40.70 (同 27,000 円)、25 歳以上週 £51.40 (同 34,130 円) 給付される。

また、所得調査制求職手当 Income-based (JSA)は、NI の保険料拠出要件を満たせない者及び満たす場合でも 6 ヶ月を超えた場合を対象とする。資力調査が有る。

わが国では、雇用保険による求職者給付がこの制度に相当する。ただし、給付の対象は、雇用保険加入者のみであり、手当の額は在職中の賃金額により異なる(基本手当:日額 2,610~10,900 円)。支給期間も就職の困難さにより異なる。

障害者就労手当 Disability Working Allowance (DWA)は、障害のために働くのに困難がある者が就職した時に支払われる手当であり、表 4-4-5 の額が就職から 26 週間支払われる。ただし、その額より所得額が高ければ、超過額の 70%が控除される。わが国には、雇用保険法による常用就職支度金があり基本手当の日額の 30 日分が支払われる。

その他の雇用支援制度についても、表 4-4-5 にあるように英国の制度と同様の制度が、わが国にもあることがわかる。

#### (6) ケアと移動 (表 4-4-6)

障害生活手当 Disability Living Allowance(DLA)は、介護が必要な個人及び移動困難な障害 (児)者個人のための手当である。65 歳未満が対象である。障害の程度により週、£52.9 から£14.05 の介護手当と£37.0 から£14.05 の移動手当が給付される。併給可能である。

介護手当 Attendance Allowance(AA)は、65 歳以上の重度障害者のための手当である。わが国には、介護保険制度に要介護認定がなされても介護サービスを受けなかった場合の現金給付や地方自治体の制度として高齢者に対する給付がある。

オレンジバッジ (Orange Badge Scheme) は、移動困難な障害者のために駐車禁止場所における駐車許可証を交付するシステムである。発行に£2 必要で地方政府が発行する。

道路税免除 Exemption Form Road Tax (VED)は、移動障害者のための道路税の免除。もっぱらその障害者のために使用する車 1 台分にかかる道路税を免除される。

#### (7) 介護者支援 (表 4-4-7)

障害者介護手当 Invalid Care allowance (ICA)は、重度障害者を恒常的に介護している人のため

の手当である。介護者本人に£39.95 給付され、配偶者や子供がいれば、その分が加算される。英国通常居住者で、全日制の学生でないこと、週に実質所得が£50 以下、16~65 歳未満で恒常的に週に 35 時間以上重度障害者を介護していること等の要件がある。

#### (8) 在宅サービス (表 4-4-8)

介護サービスは、地方政府の責任として提供されている。住宅改造、緊急通報装置、ケアボランティア派遣、電話相談、在宅看護、ボランティア訪問相談、ホームヘルパー派遣、ホームケアラー派遣、在宅医療、家事ボランティア派遣、退院後支援、雑用支援、洗濯サービス、出張図書館、HIV相談、配食サービス、OT 派遣、PT 派遣、レクリエーション機器の給付、在宅リハビリテーション、自立と社会化支援、在宅介護支援、ソーシャルワーカー派遣、ST 派遣。介護者支援、無料電話番号案内自宅以外でのサービス 相談、デイセンター、デイケア、地域作業所、緊急ナイトケア、休日ケア、ショートケア、移動ボランティア、病院付き添いサービス、レスパイトケア等さまざまなサービスが提供されている。

住宅サービスについても地方政府により車椅子住宅の提供、移動支援住宅の提供、福祉ホーム、フレキシブル住宅の提供等が行われている。

福祉機器給付についても、地方政府がいろいろなサービスを提供している。例えば、日常生活用具として、排泄、入浴、調理等の機器、医療機器として歩行器、装具、義足、車椅子、人工呼吸器、体幹装具、義眼、環境制御装置、コミュニケーションエイド等が給付される。

自立生活基金 (Independent Living Funds) は、英国に独特のもので自立生活 1993 年基金は、地方政府のサービスと基金からの手当をパッケージにして提供し、地域での自立生活を支援するものである。障害者は、IS や JSA の障害者加算分を基金に支払うというように、所得に応じてサービス料を支払うことでパッケージサービスを受ける。地域で自立生活するのに濃密な身体介護、家事介護を必要とする 16-65 歳の重度障害者を対象としている。わが国には、このような制度はない。

社会サービス直接手当 (Social Service Direct Payments) は、一部の自治体で実施されている手当で、コミュニティケアを実施する代わりに現金給付を行う。18-64 歳のコミュニティ・ケアサービスのニーズがある重度障害者が対象で、障害者自身が手当を受けて直接が補助者を雇用する。

#### (9) 施設サービス (表 4-4-9)

英国では、施設の設置運営は、地方政府の責任となっている。脱施設化の流れの中で、施設の種類は多くはない。

生活ホーム (Residential Homes) は、生活の場を提供する施設である。所得制限及び所得に応じた費用負担がある。

自立生活ホームは、民間組織により提供されている集団生活のための小規模住宅である。所得制限及び所得に応じた費用負担ある。

ナーシングホームは、NHS により提供されており無料。

表 4-4-1 所得保障

サービスの名称	所得補助 Income Support (IS)
根拠	国民保険法 (National Insurance Act) 1986 年社会保障法
内容	病人・障害者・介護者・ひとり親・60 歳以上など仕事ができない人を対象として、個人及び家族の基本的な支出を支える補足的給付 個人手当 (Personal Allowance) 例：夫婦とも 18 歳以上の場合週 80.65 ポンド 障害者加算 週 31.25 ポンド 選択性 年金生活者加算 週 35.95 ポンド 〃 特別年金者加算 週 39.20 ポンド 〃 高額年金者加算 週 44.65 ポンド 〃 家族加算 週 13.90 ポンド 障害児加算 週 21.60 ポンド 介護加算 週 13.95 ポンド 重度障害者加算 週 39.75 ポンド 住宅加算等有
受給要件	16 歳以上 英国に通常居住 資力調査(means test)により資産額 8,000 ポンド 以下 週 16 時間以上収入のある仕事に従事していない 配偶者が週 24 時間以上収入のある仕事に従事していない 全日制の教育を受けていない 求職登録を要求されていない

表 4-4-2 住宅給付

サービスの名称	住宅給付金 Housing Benefit (HB) rent rebate, rent allowance と呼ばれることがある。	自治体税給付金 Council Tax Benefit(CTB)
根拠	1986 年社会保障法	1986 年社会保障法
内容	低所得者のための住宅賃貸援助制度 住宅とガレージに関する費用のみ対象（高熱水料費、食事代は含まず） 掃除できる人がいない場合掃除代を給付 家主の所有でない家具、生活用品代を含む 生活するのに当然必要となる費用額を給付	主流CTB(MainCTB)：低所得者のために住宅にかかる自治体税の支払いを援助する。 2 人目成人割増(Second Adult rebate)：家族内の 1 人を対象とした同様の制度 税の 11/18 から 11/13 まで減額される。 障害者加算あり
受給要件	親族等からの借家でないこと 自分の生活のための家であること 資産が 16,000 ポンド 未満 IS か JSA を受給しているか所得が非常に低いこと 原則施設に入所していない 英国に通常居住していること 全日制の学生でないこと	自分の生活のための家であること 資産が 16,000 ポンド 未満 IS か JSA を受給しているか所得が非常に低いこと 原則施設に入所していない 英国に通常居住していること 全日制の学生でないこと

表 4-4-3 社会基金

サービスの名称	出産手当 Maternity payments	葬祭手当 Funeral expenses	寒冷手当 Cold weather payments
根拠	1986 社会保障法	1986 社会保障法	1986 社会保障法
内容	子供1人（養子を含む）につき200ポンド	配偶者、親戚、親しい友人、世話をしている子供の葬祭費用を給付 最高600ポンド	週8.50ポンド 各手当に自動的に追加される。
受給要件	自分自身か配偶者が I S、J S A、disability working allowance family credit を得ている。 資産が500ポンド以下	自分自身か配偶者が申請時に I S、J S A、disability working allowance family credit housing benefit 又は council tax benefit を得ている。	自分自身が申請時に I S、income based J S A をその期間に1日以上受給していること 連続7日以上0°C未満の真冬日が続くこと 次のどれかに該当すること 障害児加算を受けている、5歳未満の子供がいる。障害者加算か重度障害者加算を受けている、年金加算、高額年金加算、又は拡大年金加算を受けていること。

表 4-4-4 労働不能

サービスの名称	法定疾病給与 Statutory Sick Pay(SSP)	就労不能給付 Incapacity Benefit(IB)	重度障害手当 Severe Disabled Allowance(SDA)
根拠	国民保険 (National Insurance)	国民保険 (National Insurance)	
内容	傷病・障害のため連続して 4 日以上就労できない被用者に雇用主が給与を支給 週 59.55 ポンド、加算なし 28 週以内 課税の対象となる。 保険料算定所得に計算される。	NI 保険料納付要件を満たした者が傷病・障害のために連続して 4 日以上就労できない場合に 4 日目から給付 1-28 週 基本 50.35 ポンド 被扶養者 31.15 ポンド 29-52 週 基本 59.55 ポンド 被扶養者 31.15 ポンド 第 1 子 9.90 ポンド その他の子 11.35 ポンド 53 週- 基本 66.75 ポンド 等	重度障害のために連続して 28 週以上就労できず、NI の保険料納付要件を満たしていない場合、及び 20 歳前の受障者を対象とした手当、非課税、無拠出、資産調査なし 基本手当 週 40.35 ポンド 年齢加算 40 歳未満 週 14.05 ポンド 40-49 歳 週 8.90 ポンド 50- 歳 週 4.45 ポンド 第一子加算 週 9.90 ポンド 第二子以降加算 週 11.35 ポンド 被扶養者加算 週 23.95 ポンド
受給要件	65 歳未満 3ヶ月以上の雇用契約期間 平均所得が週 66 ポンド 以上 過去 57 日以内に IB や SDA を受給していないこと 妊娠休暇中でない EU 内に居住していること 仕事を開始していること 働けないこと (7 日以上は、医師の診断書が必要) 資産調査なし	NI の保険料納付要件を満たしていること SSP 受給中でないこと 就業できないこと (最初の 28 週は GP にその後は指定医の証明が必要) 年金受給可能年齢にないこと (女子 60 歳、男子 65 歳) 資産調査なし	16 歳以上 (全日制の学生の場合 19 歳以上) 196 日以上継続して働けていない。 次のどれかに該当する。 1. 無拠出介護年金を過去に受給 2. 20 歳以前の障害 3. 継続して 80% の障害が続いている。 4. 新たに 80% 障害を証明する。

表 4-4-5 雇用支援

サービスの名称	求職者給付 Job Seeker's allowance(JSA)	障害者就労手当 Disability Working Allowance(DWA)
根拠	国民保険 (National Insurance) 1995年求職者法 (Jobseeker's Act)	
内容	<p>失業中、又は週 16 時間未満の労働者で労働能力があり求職登録をしている人のための手当</p> <p>1. 拠出制求職者手当 (Contribution-based JSA) NI の保険料拠出要件を満たす者の 6 ヶ月以内の失業を対象。資力調査なし。 18 歳未満週 30.95 ポンド 18-24 40.70 ポンド 25 以上 51.40 ポンド</p> <p>2. 所得調査制求職手当 (Income-based JSA) NI の保険料拠出要件を満たせない者と満たすものでも 6 ヶ月を超えた場合を対象 資力調査有り 課税対象</p>	<p>障害者のために働くのに困難がある者が就職した時に支払われる手当</p> <p>手当額 (最大)</p> <p>単身 週 51.80 ポンド 夫婦 週 81.05 ポンド 子供 週 15.15-25.95 ポンド</p> <p>30 時間以上働いている場合の手当 週 11.05 ポンド</p> <p>加算された額より所得額が高ければ、超過額の 70% が控除されて支払われる。 就職から 26 週間支払われる。 非課税、無拠出、資力調査有り</p>
受給要件	<p>働けること 求職登録していること 週に 16 時間以上働いていないこと 老齢年金年齢に達していないこと 全日制学生又は高等教育の学生でないこと 英国の通常居住者 保険料拠出要件又は所得要件を満たしていること (労働不能者・60 歳以上・ひとり親は所得援助の対象) 2 週間の待機期間あり (過去 12 ヶ月に 2 回以上の申請がある場合は、4 週間)</p>	<p>申請時 16 歳以上 英国に居住 週 16 時間以上働いていること 障害のために就職が困難 16,000 ポンド を超える資産がないこと 収入が一定以下 手当申請前の 56 日以内に、就労不能手当、重度障害手当、障害者加算を受給していたか、申請時に障害者生活手当や付き添い手当等一定の障害者手当を受給していること</p>

表 4-4-6 ケアと移動

サービスの名称	障害生活手当 Disability living allowance (DLA)	介護手当 Attendance allowance(AA)	オレンジバッジ Orange badge Scheme	道路税免除 Exemption form road tax (VED)
根拠			障害者自動車バッジ法 The Disabled Persons (Badges for Motor Vehicles) Regulation 1982	
内容	<p>介護が必要及び移動困難な障害児者個人のための手当、自由に使って良い。必要に応じて</p> <p>介護手当 (週)</p> <p>高額: 52.9ポンド</p> <p>中額: 35.4ポンド</p> <p>低額: 14.05ポンド</p> <p>移動手当</p> <p>高額: 37.0ポンド</p> <p>低額: 14.05ポンド</p> <p>併給可能</p> <p>非課税、資産評価無、国民保険料支払い要件無し</p> <p>支給期間制限なし</p>	<p>65歳以上の重度障害者のため</p> <p>の高額:</p> <p>52.9ポンド</p> <p>低額:</p> <p>35.4ポンド</p> <p>非課税、資産評価無、国民保険料支払い要件無し</p>	<p>移動困難な障害者のため</p> <p>の駐車許可証を交付</p> <p>発行に2ポンド必要</p> <p>地方政府が発行</p>	<p>移動障害者のための道路税の免除</p> <p>もっぱらその障害者のために使用する車1台にかかる道路税を免除される。他人の自動車や会社のもので登録可能</p>
受給要件	<p>重度障害のために他人のケアが必要</p> <p>次の障害テストの1つ以上をパスすること</p> <p>一日中</p> <p>1 身体機能に関して一日中頻繁に注意が必要</p> <p>2 危険をさけるために一日中継続的な見守りが必要</p> <p>夜間に</p> <p>3 身体機能に関して繰り返しの注意が必要等</p> <p>原則 65歳未満であること</p> <p>支給開始前3ヶ月間障害テストを満たしていること</p> <p>英国内に通常居住していること</p> <p>介護手当は、介護施設に入所した場合4週間停止</p> <p>高額移動手当は、盲ろう者や強度の精神障害者の場合に適用される。</p>	<p>65歳以上</p> <p>英国に居住</p> <p>障害テストをクリアし、過去6ヶ月その状態が続いているか</p> <p>末期的な疾病にあること</p>	<p>2歳以上</p> <p>DLAの高額移動手当を受給しているか</p> <p>戦争年金の移動加算を受けているか</p> <p>政府が提供した車を利用しているか</p> <p>自家用車の経費負担手当を受給しているか</p> <p>登録された盲人であるか</p> <p>日常的に車を利用しているが両腕の重度の障害のために改造されたハンドルでも手でハンドルを旋回できないか</p> <p>永続する障害のために歩行が非常に困難な場合</p>	<p>DLAの高額移動手当を受給しているか</p> <p>戦争年金の移動加算を受けている</p>

表 4-4-7 介護者支援

サービスの名称	障害者介護手当 Invalid Care allowance (ICA)
根拠	
内容	<p>重度障害者を恒常的に介護している人のための手当                  介護手当 Attendance allowance(AA)障害生活手当や Disability living allowance Income(DLA)を受給していても受給可能。課税有、資産評価無、国民保険料支払い要件無し</p> <p>本人 39.95ポンド                  被扶養者 23.90ポンド                  第一子 9.90ポンド                  (児童手当 14.40 に加算される)                  第二子以降 11.35ポンド                  (児童手当 9.60 に加算される)</p>
受給要件	<p>英国通常居住者                  全日制 (週に 21 時間以上学校に行っている) の学生でないこと                  働いている場合は、週に実質所得が 50ポンド 以下                  16～65 歳未満で恒常的に週に 35 時間以上次の重度障害者を介護していること                  高度及び中度障害生活手当又は、介護手当、又は週 43.3ポンド 以上の恒常的な戦傷手当、産業障害手当、労働災害障害手当やそれに相当する手当を受けている障害者</p>

表 4-4-8 在宅サービス

サービスの名称	介護サービス Care service	住宅サービス	福祉機器給付
根拠	国家扶助法, 1970 年慢性疾患及び障害者法, 86 年障害者法等により地方政府がコミュニティケアの提供責任をもっており地方政府がいろいろなサービスを提供している。	国家扶助法, 1970 年慢性疾患及び障害者法, 86 年障害者法等により地方政府がコミュニティケアの提供責任をもっており地方政府がいろいろなサービスを提供している。	国家扶助法, 1970 年慢性疾患及び障害者法, 86 年障害者法等により地方政府がコミュニティケアの提供責任をもっており地方政府がいろいろなサービスを提供している。
内容	<p>自宅でのサービス 住宅改造、緊急通報装置、ケアボランティア派遣、電話相談、在宅看護、ボランティア訪問相談、ホームヘルパー派遣、ホームケアラー派遣、在宅医療、家事ボランティア派遣、退院後支援、雑用支援、洗濯サービス、出張図書館、H I V相談、配食サービス、OT 派遣、P T派遣、レクリエーション機器の給付、在宅リハビリテーション、自立と社会化支援、在宅介護支援、ソーシャルワーカー派遣、S T派遣。介護者支援、無料電話番号案内</p> <p>自宅以外でのサービス 相談、デイセンター、デイケア、地域作業所、緊急ナイトケア、休日ケア、ショートケア、移動ボランティア、病院付き添いサービス、レスパイトケア</p>	車椅子住宅の提供、移動支援住宅の提供、福祉ホーム、フレキシブル住宅の提供	日常生活用具：排泄、入浴、調理等の機器、住宅改造も含む 医療機器：NHS などの保健組織がコミュニティー保健サービスとして提供。歩行器、装具、義足、車椅子、人工呼吸器、体幹装具、義眼、環境制御装置、コミュニケーションエイド等
受給要件	地方政府による評価により必要と認められること NHS 以外のサービスは有料の場合もある。	地方政府による評価により必要と認められること NHS 以外のサービスは有料の場合もある。	地方政府による評価により必要と認められること NHS 以外のサービスは有料の場合もある。

表 4-4-9 施設サービス

サービスの名称	地方政府による生活ホーム Residential homes	自立生活ホーム	ナーシングホーム	ホスピス
根拠	国家扶助法 1948 年等	国家扶助法 1948 年等	NHS 関係の組織により提供	NHS 関係の組織により提供
内容	所得制限及び所得に応じた費用負担がある。	民間組織により提供されている集団生活のための小規模住宅 所得制限及び所得に応じた費用負担あり	NHS 関係施設のため無料 ただし介護手当の打ち切りなどあり	NHS 関係施設のため無料 ただし介護手当の打ち切りなどあり
受給要件				

## 第5節 ニュージーランド

### 1. はじめに

ニュージーランドは、オイルショックに始まる世界経済の混乱の中で 1970 年代になって経済的・財政的にかつてない混乱に直面した。このためにニュージーランド政府は、市場経済化・規制緩和・経済効率化を目指した急進的な行財政改革を実施した。この改革は、社会保障に関する諸施策も例外ではなく、「揺り籠から墓場まで」保障されていたニュージーランドの高度な社会保障・福祉は後退を余儀なくされた。障害者福祉の分野でも「効率化」が求められ、民間企業が用いている効果的なサービス提供システムや評価システムが導入されて来ている。

また、ニュージーランドでは、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なっている。事故で受傷した場合は、事故補償保険(ACC : Accident Compensation Corporation)によって事故の補償がなされ、必要であればリハビリテーションが行われる。そして、病院に入院したり、グループホームなどに入所する必要がある場合は、その費用が保険から給付される。一方、この事故補償保険でカバーされない障害者に対する福祉サービスは、障害者福祉施策として地域保健機関(Regional Health Authorities)を窓口を実施されている。

このような状況の下で、ニュージーランドの障害者の障害認定評価は、どのように行われているのかを明らかにする。最初に、ニュージーランドにおいて障害者は法的にどのように定義されているのかを述べる。次に、障害評価認定がどのように実施されているのか。事故補償保険制度における障害評価認定、障害者福祉施策における障害評価認定を分けて明らかにする。さらに、障害者福祉施策の下で福祉サービスが提供されているが、別途評価認定基準が策定されている高齢障害者の障害評価認定方法について述べる。

## 2. 障害者の定義

1975年に制定された障害者地域福祉法(Disabled Person's Community Welfare Act)は、障害者とは、日常生活が著しく制限される身体的、知的、精神的障害を有する者であるとしている。この法律に基づいて、障害者支援サービスを提供している地域保健機関のガイドラインは、障害者支援サービスを受給できる障害者を次のように規定している。すなわち、その障害が最低6ヶ月間続き、また、支援が必要な程度に自立機能が低下する身体的障害、精神的障害、知的障害、感覚障害および高齢による障害をもつ者である。

事故によって障害を負った者は、1974年4月1日以降、事故補償保険法の給付対象となるかどうか判定を受けなければならなくなった。また、人工透析を受けている者のように医療専門家の管理が必要な状態であれば、自立のレベルは低下する。しかし、このように人工透析を受けている者は、医療的なニーズを持った者としてサービスが提供されている。さらに、障害のニーズと医療のニーズの両方を持った者には、障害者支援サービスと医療サービスの両方が提供される。

障害者サービスに責任を持っている保健省は、障害者とは、永続し、また、支援が必要な程度に自立機能が低下する下記の障害が少なくとも一つあると評価された人々であるとしている。具体的には、次のような障害を持った人々である。

- ① 肢体不自由：四肢切断や四肢機能不全のような身体機能の低下
- ② 感覚障害：主に視覚や聴覚の感覚機能障害
- ③ 精神障害：思考、感情、意欲、行動の連続的、継続的混乱から生じる障害（たとえば、精神分裂病、重度の長期間に渡るうつ病、アルコールや薬物依存など）
- ④ 知的障害：通常出生時からの永続的な学習能力の障害であり、この結果同年齢の人が身につけている身体的社会的技能の発達が妨げられている。
- ⑤ 高齢に伴う障害：高齢に伴って生じる身体的、知的、精神的な機能不全の状態である。これにはアルツハイマー、脳出血のように比較的若い年齢でなった者も含むが、多くは高齢期に見られる。

人権法(Human Right Act)は、次のように障害を定義している。

- ① 身体能力の障害、あるいは機能障害
- ② 身体の病気
- ③ 精神病
- ④ 知的または心理的能力の障害あるいは機能障害
- ⑤ その他の身体、または精神機能の喪失、あるいは異常
- ⑥ 盲導犬、車椅子あるいは福祉機器を用いる者
- ⑦ 病気による身体器官の機能不全

## 3. 障害評価認定の体系

ニュージーランドでは、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なっている。

事故で受傷した場合は、事故補償保険(ACC)によって事故の補償がなされ、必要であればリハビリテーションが行われる。そして、病院に入院したり、グループホームなどに入所する必要がある

ば、その費用が保険から給付される。この事故補償保険制度の利点は、大人も子供も、仕事を持っている人も持っていない人も、ニュージーランドに居住する全ての人が利用できることである。

#### (1) 事故補償保険の障害評価認定

事故補償保険が保険給付の対象とする事故や損傷は、次に示す通りである。

- ① 事故（事故補償保険法に定める。）
- ② 雇用労働に起因する進行性疾患、病気、伝染病（例えば、騒音性難聴、各種職業病）
- ③ 医療過誤（医療関係専門職のミスによる損傷）
- ④ 犯罪に起因する精神的ショックや神経障害（性的虐待のような）

事故補償保険の目的は、損傷をうけた人が可能な限り自立した生活ができるように支援することである。雇用されている人であれば、職場復帰を支援する。職場復帰が出来なければ、新たな職業技能の修得を援助する。また、収入がなくなった人に対しては財政的な支援を行う。

1994年3月からはケースマネジメントの手法が導入され、サービスが大幅に改善された。これは事故によって損傷を受けた人の医学的治療やリハビリテーション・ニーズに早期からの確に対応するためのものである。このケースマネジメントによって、申請者のニーズが評価され、支援のレベルが決まり、進捗状況がモニターされることとなった。

事故補償保険法に規定する事故で損傷を受けた人は、次のような保険給付が受けられる。

- ① 週単位の賠償金
- ② 医学的治療
- ③ 民間病院での治療
- ④ 収入の補填
- ⑤ 移動サービス
- ⑥ 介護サービス
- ⑦ ホームヘルプサービス
- ⑧ 児童介護サービス
- ⑨ 車の改造と購入
- ⑩ 家の改築
- ⑪ 福祉機器
- ⑫ 児童介護ニーズに応じた事故補償金の給付
- ⑬ 教育の支援
- ⑭ 自立生活訓練

この事故補償保険を申請する人は、次の8つの評価を受けなければならない。

第一に、医師によるリハビリテーション評価である。この評価は、申請者のニーズを評価し、治療やリハビリテーションサービスについての計画を立てるためのもので、次の手順で行われる。

- ① リハビリテーション評価を受ける必要があると判断した場合、医師(GP)は、これを申請者に告げる。
- ② 医師(GP)は、申請者の損傷の状況やその予後について事故補償保険(ACC)のケースマネージャーと話合う。申請者がリハビリテーション評価を受ける必要があると医師(GP)とケースマネージャー

ャーが合意に達すれば、事故補償保険(ACC)のケースマネージャーは2日以内に関係書類を医師(GP)に送付する。

- ③ 医師(GP)は、書類を受け取ると3日以内に作成を完了しなければならない。この書類には、診断書、ケース記録、関係情報などが含まれている。そして、医師(GP)は、この書類のコピーをリハビリテーション評価者と事故補償保険(ACC)のケースマネージャーに送付する。
- ④ リハビリテーション評価者は、申請者と連絡を取り、評価を実施する日程を決める。リハビリテーション評価者と申請者は、更に細かい情報が必要であれば医師(GP)やケースマネージャーに問い合わせる。
- ⑤ リハビリテーション評価者は、書類を受け取ってから10日以内にリハビリテーション評価報告書を作成し、コピーを医師(GP)とケースマネージャーに送付する。この報告書には、評価結果、および治療方針、リハビリテーション計画が含まれている。
- ⑥ ケースマネージャーは、医師(GP)と連絡を取り、このリハビリテーション計画をどのように実施すべきか協議する。もし、医師(GP)がこの報告書に同意しなければ、ケースマネージャーは、医師(GP)にさらに詳しい情報や臨床的なアドバイスを求める。そして、医師(GP)は、更に詳しい診断を行い、他の専門家や専門サービスを紹介しなければならない。
- ⑦ ケースマネージャーと申請者は、個別リハビリテーション計画を作成する。申請者は、この計画に署名捺印し、今後この計画に従う事に同意する。この個別リハビリテーション計画には、職場復帰の予定日やリハビリテーション過程における責任の所在も明記されている。

第二に、理学療法士によるリハビリテーション評価がある。この評価は、申請者の身体機能进行评估し、リハビリテーション計画を作成するためのものである。予定していた機能回復が見られない場合には、ケースマネージャーは、他の理学療法士に再評価を依頼し、リハビリテーション計画を作成しなおす。

第三に、職場評価がある。この評価は、理学療法士や作業療法士が行うもので、職場での業務遂行上の課題を明らかにし、必要があれば改善を勧告するためである。

第四に、自立支援評価がある。この評価は、医師(GP)や作業療法士、保健婦が行うもので、申請者のニーズが評価され、サービス計画を作成するためのものである。

第五に、重度損傷の評価がある。この評価は、理学療法士、作業療法士、看護婦、言語聴覚士などのチームで行われる。申請者のニーズ、治療やリハビリテーション、必要なサービスなどが評価される。

第六に、労働能力の評価である。この評価は、申請者がリハビリテーションプログラムを終了し、週30時間働く事ができるようになった時点で、その働く能力を評価するものである。この評価は、医師、作業療法士、職業評価者などが行う。

この労働能力評価過程は、2つの部分から構成されている。まず一つは、職業評価で経験、教育、訓練など業務を遂行するのに必要な能力を中心に評価される。もう一つは、医学的評価で作業の持続力や遂行能力について医学的な側面から評価される。

第七に、二次的三次的な後評価である。この評価は、手術を含む特別な治療について申請者のニーズを評価するものである。この評価は、主に専門の医師が行う。

第八に、自立手当での評価である。この評価は、申請者の機能障害のレベルを評価するもので、自立手当を給付するかどうかの判定のために行われる。

## (2) 障害者福祉制度の障害評価認定

事故補償保険でカバーされない障害者のサービスに責任を持っているのは、地域保健機関 (Regional Health Authorities) である。この機関は直接サービスを提供しないが、ボランティア団体、民間企業、任意団体と契約を結んで、間接的にサービスを提供している。提供すべきサービスの基準は、この契約に示されている。

評価を受ける障害者は、権利と責任について十分な説明を受ける。具体的には、次の 11 項目が提示され、権利と責任について文書に基づいて説明される。

### ① あなたは、尊厳と尊敬をもって遇される権利がある。

あなたの文化、価値、信念のために差別を受ける事はない。ニーズ評価は、あなたか好む環境で行われ、あなたが選んだ人を含めることができる。あなたはいつも丁寧に扱われる。職員は礼儀正しく話し、十分に説明し、質問には丁寧に答える。そして、予約の時間を守る。もし、何らかの理由で遅れる場合には、予約日を変更するか、快適に待つかをあなたが選択できるようにする。

### ② 障害についてのあなたの知識や経験は尊重される。

障害についてのあなたの知識や経験は、あなたが自分のニーズをよく理解している事を示している。あなたのニーズを十分に評価するためにあなたの知識や経験は尊重され、活用される。

### ③ あなたの文化的個人的経歴、信念、価値は、あなたのニーズを評価する際に十分に考慮される。

すべての評価サービスは、マオリ、太平洋諸島の人々、他の文化民族の人々のニーズに合うように考慮されている。あなたはもっとも適した方法でニーズ評価を受けることができる。

具体的には、次のことを示している。

- ・ 評価者は、あなたの文化的ニーズを理解している。
- ・ 評価者は、あなたが好むニーズ評価過程について話し合う。
- ・ あなたが快適と思うような場所でニーズ評価は行われる。
- ・ 家族や友人などを含めて、ニーズ評価を受けることができる。
- ・ ニーズ評価を受ける際に、参加、または実施して欲しくない人を拒否することができる。

この評価サービスは、柔軟に提供されるようになっている。しかし、ときにはニーズに応じられない場合もある。例えば、町から遠く離れた所に住んでいる人の場合、その人の自宅でニーズ評価を行うことは現実的ではない。どのような方法で評価が可能なのかニーズ評価者と話し合う必要がある。

### ④ ニーズ評価が行われる前に、ニーズ評価過程における権利と責任が説明される。

ニーズ評価者は、ニーズ評価過程におけるあなたの権利と責任を十分説明し、話し合わなければならない。また、ニーズ評価者は、ニーズ評価サービスに不満があった場合どのようなことができるのかをあなたに情報提供しなければならない。この情報は、あなたが理解できる方法で、ニーズ評価が行われる前に提供されなければならない。

### ⑤ 評価過程の全ての段階において十分に説明を受ける権利がある。

ニーズ評価者は、ニーズ評価に何が含まれているかを説明しなければならない。この説明には、どのようにおこなわれるのか、およそ何時間かかるのか、なにをしなければならないのか、選択の余地があるのかなどが含まれている。

ニーズ評価者は、ニーズ評価で何をしなければならないのか、評価の後どうなるのかを説明しなければならない。あなたは、質問する権利がある。たとえば、評価を受ける前に、そのニーズ評価者の資質や経験について知ることができる。あなたは、ニーズ評価者の評価を受けるのであり、ニーズ評価結果はあなたにとって重要な意味があるので、ニーズ評価者が何ものであり、信頼関係を築くことは重要である。ニーズ評価過程は、大変柔軟性があり、あなたは、ニーズ評価の最中でも、その後でもニーズ評価者と話し合うことができる。

⑥ あなたが理解できる様式で情報が与えられる権利がある。

情報はあなたが理解でき、使用できる様式で提供される。いくらかの様式（印刷物、大活字印刷物、テープ、ディスク）で用意されているので、これを持ち帰る事ができる。必要であれば、これらの情報について説明を受け、通訳者や翻訳者のサービスを受ける権利もある。

⑦ あなたがニーズ評価を受ける場合、誰と一緒に居たいか、また、居たくないかも決める事ができる。

まず、評価を受ける間、あなたは家族、友人、介護者などの支援を受けることができる。これはあなたの権利であり、一緒にいて欲しい人誰にでも依頼することができる。しかしながら、これらの人々の旅費、宿泊費、食費などはあなたが負担しなければならない。また、たくさんの人に依頼した場合、十分大きな部屋が確保できないことやすべての人に一定の役割をお願いできないことがある。したがって、評価をはじめる前に、この件については評価者と話し合う必要がある。

次に、あなたや評価者の他にも、必要な知識や技能を持って言える人が、ニーズ評価過程の一部あるいは全部に関わることがある。両親、友達、専門家、学生などがさまざまな理由からあなたのニーズ評価過程の一部あるいは全部に関わることがある。このような人たちが加わることについてあらかじめ説明があるので、あなたが望まなければ、拒否する権利がある。もし、見知らぬ人がいた場合には、その人が誰であり、何のためにいるのかを聞く権利がある。そして、必要ない、あるいは望ましくないと思えば、その人の退席を評価者に求めることができる。また、今後このようなことが起きないように、評価者に求めることができる。

⑧ プライバシーや秘密は、常に尊重されなければならない。

あなたは誰が評価を行い、その情報を誰が見、聞きするのかを知ることができる。そのような情報には、ニーズ評価に直接かかわるものだけでなく、現在のニーズに直接関係のない過去の犯罪歴や人間関係も含まれている。したがって、このような情報は調べられ、記録されるものではない。なぜそのような情報をニーズ評価者が求めているのか分からなければ、あなたは説明を求めることができる。ニーズ評価に関わるあなたの情報は、あなたの許可なしにほかの人に開示されることはない。たとえば、あなたのニーズ評価記録がサービス計画作成に関係する専門家等に回される前に、あなたに許可が求められる。あなたは常に自分のニーズ評価記録を誰が見るのか知ることができる。これらの情報は安全な場所に保管されるので、許可された一部の人しか近づ

くことができない。

- ⑨ あなたは、ニーズ評価について全情報を知り、これらの情報がどのように使われるのかを知る権利がある。

あなたは、いつでも自分のニーズ評価記録の閲覧を求めることができるし、閲覧は認められる。これらの記録は、コンピューター画面に示されるが、出力印刷して、持ち帰ることもできる。あなたは、分からない情報について説明を求め権利がある。ニーズ評価が終わった後、評価結果のコピーが渡される。記載されている情報に誤りがあれば、訂正を求めすることができる。もし、訂正が認められなければ、あなたは訂正を求め旨の要望書を提出し、下の⑩に示すような行動をとることができる。

- ⑩ あなたは、ニーズ評価を拒否したり、中止したりすることができる。

あなたは、ニーズ評価をやり終える義務はない。選択権はあなたにある。ニーズ評価者は、あなたの選択について話合うことになる。しかしながら、ニーズ評価を受けないと障害者支援サービスを受けることができなくなる。

- ⑪ あなたは、評価サービスに関するいかなる問題にも異議を申し立て、それが適切に扱われる権利がある。

あなたは、自分が評価されていることを理解し、納得することが重要である。ニーズ評価者は、いつでも評価に関する質問に喜んで答える。必要があれば、ニーズ評価者といつでも連絡をとることができる。ニーズ評価サービスについて不服があれば、権利擁護サービスの活用を含めて、次に示すような一連の行動をとることができる。

ア、ニーズ評価者に話すこと。

イ、サービスマネージャーに話すこと。

ウ、評価サービスに関する公式の不服申し立て制度を活用すること。

もし、満足いく回答が得られなければ、近くの地域保健機関(Regional Health Authorities)に連絡を取ることができる。あなたは良いサービスを受ける権利があり、このような行動をとったからといって罰則が科されるようなことはまったくない。

障害者のニーズ評価を行う評価者には、ガイドラインとして次の点が示されている。

第一に、ニーズ評価報告書は、被評価者のニーズの優先順位を明らかにするのに必要なすべての情報を含んでいなければならない。この情報は、障害者支援サービスを計画し、提供し、調整する助けとなる。この報告書は、ニーズ評価報告書の必要項目を含んでいなければならない。現在の報告書の様式がこれらの必要項目を含んでいけばいいが、不十分であれば報告書の様式を変更する必要がある。

ニーズ評価報告書の必要項目は、一貫した情報が集められ、記録されるためのものである。この一貫した情報で、次のことが可能になる。

- ① この報告書はニュージーランドのどこでも利用できる。
- ② この報告書の質は、すべての人に等質である。
- ③ ニーズのすべての領域が含まれている。
- ④ 一貫した情報は、地域保健機関がさまざまな計画を策定する際の基礎資料となる。

ニーズ評価報告書の必要項目は、ニーズ評価をより柔軟にし、障害者のニーズに合った評価サービスを行うことを可能にする。ただし、評価に直接関係する情報だけが調査され、記録されなければならない。

ニーズ評価報告書は、つぎの項目を含んでいなければならない。

- ① 名前、生年月日、年齢、性別、民族などのプロフィール
- ② 現在の生活状況
- ③ 現在の雇用、教育、訓練、レクリエーション、社会活動の状況
- ④ 家族、友人、隣人、団体、専門家など現在の支援ネットワークの状況
- ⑤ 関連する領域における被評価者の目標、ニーズの状況
- ⑥ 目標を達成し、ニーズを満たすための環境
- ⑦ これらのニーズを満たすことによって得られる利益
- ⑧ これらのニーズを満たすのに必要な時間（特に、緊急を要するニーズについて）
- ⑨ これらのニーズを満たす優先順位
- ⑩ もし、被評価者とその家族、介護者と優先順位が異なる場合、あるいは、その被評価者の優先順位が政府のサービス規定と合致していないと評価者が思った場合、報告書には次のことが記載される。

#### 7、被評価者の優先順位

##### イ、家族または介護者の優先順位

##### ウ、被評価者、介護者、家族、評価者との話し合いの結果作られた優先順位

##### エ、評価者の視点からの優先順位

いくらかの領域でニーズを明らかにしなかった場合やニーズについて話合うのを避けた場合、その意見は尊重され、ニーズ評価報告書に記載される。

ニーズ評価は、次の12の領域で行われる。

- ① 個人的ケアのニーズ
  - ・ 食べ物の摂取：食べること、飲むこと。
  - ・ 衛生：入浴、トイレ
  - ・ 衣服の着脱
  - ・ 姿勢保持（イス、ベッドなどで）
  - ・ 身体運動
  - ・ 慰安
  - ・ 服薬とモニター効果
  - ・ 痛みの除去あるいは軽減
- ② 家事管理のニーズ
  - ・ 育児
  - ・ 家事
  - ・ 調理
  - ・ 庭の管理

- ・ 環境管理（カーテンの開閉、ライトやヒーターのオン・オフなど）
- ・ 家事管理（請求書の支払い、金銭管理、手紙の執筆）
- ・ 買い物
- ・ 医師、弁護士等への訪問

③ 職業・雇用ニーズ

④ 訓練・教育ニーズ

⑤ コミュニケーション・ニーズ

- ・ 対面による意思疎通
- ・ 遠隔地にいる人との意思疎通
- ・ 情報の記録

⑥ 移動のニーズ

- ・ 家庭において
- ・ 地域社会において

⑦ リハビリテーション・ニーズ

次の領域で機能レベルや快適さを高める。

- ・ 身体的領域
- ・ 認知的領域
- ・ 情緒的領域
- ・ 精神的領域
- ・ 社会的領域
- ・ 文化的領域

⑧ レクリエーション、社会的、個人的な発達のニーズ

⑨ 宿泊設備のニーズ

⑩ 所得のニーズ

⑪ 介護者支援のニーズ

- ・ レスパイト
- ・ 情報
- ・ 訓練
- ・ 個人的・実践的なサポート

⑫ ニーズが検討される環境

- ・ 自宅
- ・ 就業、教育、訓練の場所
- ・ 地域社会の施設
- ・ 立地条件
- ・ 予期される状況

(3) 高齢障害者の障害評価認定

65歳未満の障害者に対する福祉サービスは、ニーズ評価の結果を考慮し、家族構成、地域社会の

状況などを総合的に勘案して障害者福祉施策に基づいて提供されている。一方、65歳以上の高齢障害者については、原則として、標準化されたニーズ評価が行われ、均質なサービス供給体制がとられている。ここでは全国的に標準化された高齢障害者の障害評価認定について述べる。

高齢障害者の障害評価認定は、日常生活動作(ADL)、感覚器官の機能とコミュニケーション、精神機能、身体機能、社会的な評価、介護者や家族の状況の6つの領域について行われる。

① 日常生活動作(ADL)

1. 身辺管理

	食事	衣服着脱	身づくろい	入浴	トイレ
援助無で可能					
福祉用具を用いれば可能					
最初援助が必要、その後は自立					
援助や見守りが必要					
介助者1人必要					
介助者2人必要					
コメント欄					

食事、衣服の着脱、身づくろい、入浴、トイレのそれぞれの動作を評価し、支援のレベルを示す。たとえば、身だしなみは援助なしでもできるが、入浴は介助者が一人必要であると記述する。また、福祉用具とは、さまざまな用具、衣服の着脱や入浴のための自助具をさしている。

食事の評価を行う場合、自助具の使用状況についても十分に評価する必要がある。

2. 移動

	屋内	屋外
移動は自立		
杖、歩行補助具、車椅子で移動		
最初援助が必要、補助具を持つのに援助が必要		
介助者1人必要		
介助者2人必要		
コメント欄		

屋外に出ることができない人であれば、屋外の移動の評価をする必要はない。また、杖や歩行補助具、車椅子などを使用しない人は、この項目の評価は実施しない。

② 感覚器官の機能とコミュニケーション

視覚	言語	聴覚
十分に読むことができる	日常生活の会話を理解できる	聴覚障害はない
視力低下、しかし、大活字、テレビを見ること可能	日常会話の継続がしばしば困難	補聴器を用いると聞こえる
視力大幅低下、常に援助が必要	自分を表現するのが困難	難聴である

全盲、または、全盲に近い	評価不能	ろうである
コメント欄		

### 1. 視覚

視力検査をいつ受けたか確認すること。その視力検査が3年以上前であれば、まず視力検査を行う必要がある。また、住環境や生活をよく知っている人が、視力低下がその人の行動ニーズのような影響を与えているか意見を述べる必要がある。(たとえば、視力の低下している高齢者は、自分の家では行動できるが、通りを歩いたり、買い物に行くことができない場合がある。)

### 2. 言語

ここでは言葉によるコミュニケーション(言葉の表現と理解)、書き言葉によるコミュニケーション、その他のコミュニケーション方法(点字、手話、コミュニケーション板)の評価を行う。もし、失語症や喉頭摘出があったり、発声補助具を用いている場合にはコメント欄に記載すること。もし、通訳者が必要であったり、通訳者の名前や電話番号を知らせるように求められた場合もコメント欄に記載すること。

### 3. 聴覚

聴力検査をいつ受けたか確認すること。その聴力検査が3年以上前であれば、まず聴力検査を行う必要がある。また、補聴器を装用していたかどうかもコメント欄に記載しておくこと。

### ③ 精神機能

記憶	オリエンテーション	行動
顕著な記憶喪失はない	明確な困難なし	社会的基準に従って行動できる
最近の出来事の中程度の記憶喪失	身近な所でも時々誤る	普通でない時もあるが、感情を害さない
最近の出来事の重度の記憶喪失	身近な所でもしばしば誤る	時々他の人の感情を害し、不愉快にさせる
最近と過去の出来事の重度の記憶喪失	身近な所でも完全に混乱する	しばしば他の人の感情を害し、不愉快にさせる
妄想/幻覚	気分	徘徊
無	明るい、楽しい、平常	無
軽度/時折	時々落ち込むがすぐ回復する	時々徘徊する
中度/しばしば	数日/数週間落ち込む	常に徘徊する
重度(現実との接触の完全な喪失)	いつも落ち込んでいる	評価不能(移動不能/まったく動かない)
洞察力	不安	専門家による評価の必要性
良い	不安なし	
行動やその効果について若干の洞察力あり	中程度の不安(理解可能)	
行動についての洞察力はほとんどない	不安のために仕事が決まらなくてできない	
洞察力の完全な喪失		

コメント欄

ここでは専門家による詳細な精神保健評価の必要性を決めるためのものである。これは総合評価、あるいは、高齢者精神保健評価の一部として用いられる。記憶、妄想／幻覚、洞察力、オリエンテーション、気分、不安、行動、徘徊などの精神機能を評価する。記憶を評価する場合、周囲の人に尋ねて検証するとよい。記憶テストを受ける場合、注意を集中し、評価者に協力しようと高い得点を出す場合がある。

オリエンテーションを評価する場合、人、場所、時間について調べるとよい。

その他の精神機能や行動は、介護ニーズに重要な影響を与える。制限された精神能力で最大限自立した生活が営めるような支援体制を調べる必要がある。

④ 身体機能

排便のコントロール		排尿のコントロール		夜間のケア	
	コントロールできる		コントロールできる		ほとんどニーズはない
	援助があればコントロールできる		援助があればコントロールできる		時折ニーズがある
	時折コントロールできない		時折コントロールできない		平均1回のニーズがある
	しばしばコントロールできない		しばしばコントロールできない		一回以上のニーズがある
服薬		他の身体的な問題			
	服薬していない	医学的な評価結果の添付			
	自己管理ができる				
	管理/援助が必要				
	服薬についてのコメント				

自発的コントロール能力は、排便排尿などの排泄機能をコントロールする能力や排便排尿の管理を援助する必要性を示している。(たとえば、オストミーケアの指導・監督、浣腸の管理、カテーテル挿入とカテーテルの管理、自発的コントロール能力を付けるためのトイレ訓練)

夜間ケアは、夜間の介護ニーズを指している。必要があればさらにコメントを書くこと。

服薬は、薬の処方箋があってもなくても、全ての服薬を安全に効果的に管理できるかどうかを評価するものである。服薬管理に必要な援助を評価する時には、その人の認識力や行動力、知識、自己管理を行う技能や能力を考慮に入れなければならない。

必要であれば、服用している薬のリストを作成すること。

他の身体的問題は、その人が持っている一連の問題である。例えば、インスリンの管理、在宅酸素療法、包帯などである。必要があれば介護ニーズを記載すること。

もし、医学的な検査が必要であると評価されたり、最近の医学的な検査結果が添付されていなかった場合、医学的な検査が求められ、検査結果のコピーが添付される。この場合は、医学的な検査結果が添付されていることを示すこと。

⑤ 社会的な評価

この部分は、介護ニーズに影響を与える家庭の状況、周囲の環境、社会的な活動状況を評価するものである。

### 1. 家庭の状況

住宅状況
支援サービスの現況(公式・非公式を含めて)

住宅状況についてコメントを書くこと。一人で住んで居るのか、家族等と一緒にすんで居るのかを明示する。また、適切な住宅であるかどうかコメントすること。アクセス、安全、暖房などの住宅状況がその人のニーズに合致しているかどうか十分に聴取すること。シャワーやトイレの介助ができるなど在宅支援サービスを提供できるような住宅状況であるかどうかコメントすること。

その人が現在利用している公式の支援サービス（在宅介護サービスのような）や非公式のサービス（支援ネットワークのような）を明らかにすること。また、その人が援助してくれる家族や友達に近くに住んでいるかどうか明らかにする。必要があれば、一人で住むことや家族と住むことについての考え方、入所施設に入居することについての考え方についてもコメントすること。

### 2. 家事の状況

	自立	若干の援助と見守り	誰かの援助が必要
食事の用意			
掃除洗濯			
庭の管理			
買い物			
金銭管理/身辺管理			
コメント			

その人が、次の家事をどの程度できるのかを明確に示すこと。

- ・ 食事の用意
- ・ 掃除洗濯
- ・ 庭の管理
- ・ 買い物
- ・ 金銭管理/身辺管理

必要があれば、さらにコメントすること。

### 3. レクリエーション/私事

	人に会う	特別な外出	交通機関の利用
ニーズに合致			
時々合致しない			
全く合致しない			
その他			
コメント			

その人が、次の領域でどの程度ニーズが満たされているかどうかを示すこと。

- ・ 人に会うこと。
- ・ 特別な外出をすること。

- ・ 交通機関を利用すること。

その人にとって重要なその他のレクリエーションや私事を明らかにすること。また、必要があればコメントを記載すること。

4. 精神的文化的ニーズ

--

必要があれば、その人の精神的文化的ニーズについてコメントすること。

5. モチベーション

社交性のあるパーソナリティ	
自立しているようであるがやや不安	
モチベーションを高める必要がある	
モチベーションが全くない	
コメント	

その人のモチベーションのレベルを明らかにし、必要があればコメントを記載すること。

⑥ 介護者や家族の状況

介護者がいない	
悪い状況である	
経済的な困難がある	
良く克服されている	
十分な睡眠が取れていない	
十分な休息が取れていない	
孤立感がある	
一定の仕事に援助が必要	
全ての仕事に援助が必要	
コメント	

この部分は介護者や家族に関する項目である。ここでは介護者や家族のニーズについての情報を集める事が目的である。介護者や家族の発言が適切であるかどうかを明らかにし、必要があればコメントを書くこと。

⑦ 評価に参加する他の人

高齢者専門医師	
医師 (G P)	
作業療法士	
高齢者専門看護婦	
高齢者専門心理士	
ソーシャルワーカー	
施設の介護職員	
介護者	
在宅支援職員	
その他の人	

その他の人が評価に加わった場合は、これを示すこと。

## 4. まとめ

ニュージーランドで現在実施されている障害者の障害認定の特徴は、第一に、障害認定を行う機関や組織が統一されていないことである。事故などを原因とした障害であれば、事故補償保険が評価を行っている。これはあくまでも保険給付の対象者であるかどうか、対象者であれば、どのような保険を給付すべきかどうかを判断するために評価を行うものである。一方、病気などによって障害者となった人は、地域保健機関が福祉サービスの対象者とするかどうか評価をしている。さらに、病気などに起因する一般の障害と高齢に伴う障害は区別され、高齢に伴う障害のみが標準的な評価基準に従って評価されている。65歳未満の障害者については、就労就業の状況、家族構成などが総合的に勘案されて福祉サービスの内容が決定されているのである。

第二に、障害の評価認定を実際に行う人は、公的機関の専門家ではなく、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの民間の病院や組織で働く専門家である。このために評価項目、記載事項、評価書類の作成期日などが細かく規定され、全国共通の尺度で評価する試みがなされている。また、評価を行う専門家の義務についても厳しく規定されている。

第三に、評価を受ける障害者の権利や義務が文書で規定され、苦情や不平を受け付けるシステムが整備されていることである。評価に当たっては、障害者の尊厳が守られ、人生観価値観が十分に尊重されること、プライバシーが守られることなどが11項目にわたって文書で示されている。そして、これらの項目それぞれについて説明することが義務付けられている。

1970年代のオイルショック以降の経済困難のために、ニュージーランド政府は、障害者福祉の分野でも大胆に市場原理を導入し、民間企業が行っている評価・管理システムを積極的に採用してきた。障害者の障害認定についても、公的機関が専任の職員を置いて行うような体制をとらずに、民間の病院や施設で働く専門家が評価する体制を採用している。したがって、評価を受ける障害者が不利益をこうむる事がないように、障害者の権利を明確に示すとともに評価に伴う苦情を処理する体制を整備してきている。

また、病気や先天的疾患によって障害者になった場合と事故などで障害者になった場合では福祉サービスの体系や基準が異なることも障害者の権利義務関係と障害認定を複雑にしている点である。

## 第6節 オーストラリア

### はじめに

オーストラリアは、福祉国家として有名であるが、その性格については、かなり特異な位置付けがなされてきた。

エスピング＝アンダーセンは、福祉国家を次の3つの分類した。

- 1 自由主義型：所得保障の額は最低限で、所得制限を伴う。医療・福祉サービスは民間市場による供給を重視する。典型的な国は、オーストラリアとアメリカ合衆国。
- 2 保守的コーポラティズム型：職場中心の社会保険制度を特徴とする。典型的な国は、日本・ドイツ。
- 3 社会民主主義型：国が広範で普遍的な社会保障制度を運営する。典型的な国は、北欧諸国。

また、ミシュラは、1980年代以降の各国の「福祉国家の危機」への対応としての政策の方向性の面に注目し、福祉国家を次の2つに類型化した。

1 社会民主的コーポラティズム型：社会的利益に関する団体間のコンセンサスを重んじ、経済成長と雇用・福祉の両立を図る。典型的な国は、スウェーデン。

2 オリベラリズム型：民間活力と市場を重視し、政府の介入と福祉支出を削減する。典型的な国は、イギリス、アメリカ。

そして、オーストラリアは、協定(Accord)に基づき経済成長と社会的賃金の妥協を図りながら両立を目指す政治運営を特徴とし、前者にかなり近いながらも、1985年以降の抑制的な社会保障支出と雇用インセンティブの重視を見れば、後者に近い部分もあるとして、前者モデルの「応用型」に位置づけている。

さらに、キャッスルズは、オーストラリア福祉国家の基本的考え方を、労働市場のなかでの賃金保障(一次的所得分配)と選別的・限定的な社会保障(再分配)を特色とする「賃金稼得者の福祉国家」として捉えた。そのうえで、1980年代以降について、経済合理主義をとらざるを得なくなった結果、「アコード」に基づく賃金抑制と、「社会的賃金」として社会保障制度を充実する政策の組み合わせに変質したととらえる。

このようにオーストラリアは、独特の福祉国家を形成してきているとも考えられ、その障害認定制度について特徴を明らかにすることで、今後のわが国の障害認定制度の改善のための資料としたい。

## 1. オーストラリアの障害者数

オーストラリアには、6州(State)と2準州の政府があり、連邦政府(Federal Government, Commonwealth Government, Australian Government)を形成している。州の独立性は高く、連邦政府と同格の位置付けがなされている。これらの政府のもとに、約900の地方政府(市町村)が存在する。

オーストラリアの総人口は、約1,870万人(1999年)であり、障害者の数は、オーストラリア統計局(ABS: Australian bureau of Statistics)が1998年に実施した「障害者・高齢者・介護者調査」によれば、3,610,300人とされている(表4-6-1)。この調査における障害の定義では、17項目の限定(limitations)、制限(restrictions)、損傷(impairment)のうち1つ以上が6ヶ月以上続く場合に障害者とされる(表4-6-2)。これらのうち、制限については、表4-6-3のように日常生活活動と教育雇用に分けて調査を実施している。

表4-4-4は、オーストラリアと日本の障害者数の比較をしたものである。わが国の統計は、厚生省が5年に1度実施している身体障害者実態調査の結果である。この調査に使用されている定義は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者福祉法に該当すると考えられる障害者であり、身体障害者については、機能障害(impairment)を中心とした定義がなされているために、相対的に数が少なくなっている。

## 2. オーストラリア障害者支援年金

オーストラリアの社会保障発展の歴史は、表4-6-5のとおりであり、現在、障害者差別禁止法(The

Disability Discrimination Act 1992)、社会保障法(Social Security Act 1991)、障害者サービス法(The Disability Services Act 1996)の3つの法律を中心に障害者サービスが提供されている。

オーストラリア連邦政府が実施している障害者のための主な所得補償制度は、社会保障法に基づいており、家族・地域サービス局 (FaCS: Department of Family and Community Services)、保健・高齢者介護局 (DHAC: Department of Health and Aged Care)、退役軍人局 (DVA: Department of Veterans' Affairs) の3つの局が管理している。(表4-6-6)。この表からもわかるように、障害者支援年金 (DSP: Disability Support Pension) の1998年6月時点での受給者数は553,336人であり、障害者の所得補償制度として大きな役割を担っている。1997年から98年におけるDSPに対する政府の支出は46億豪ドルに達している。

### 3. 障害支援年金の受給資格

DSPを受給するには、次の条件を満たしている必要がある。

- ① 申請時に16歳以上で老齢年金を受給できる年齢に達していないこと。
- ② 申請時にオーストラリアに居住していること。ただし、その障害等がオーストラリアに居住していたときに発生したものでなければ、10年以上の居住期間が必要。
- ③ 障害、疾病、怪我のために障害程度表において20点以上の障害程度に該当し、かつその障害等のために2年間以上常勤で働けないこと(または、就労するための訓練を受けられないこと)。ここで、常勤とは、週に30時間以上通常の賃金を得て働くことを意味する。ただし、永続する盲の場合は、この要件は除外される。
- ④ 本人および配偶者の所得・資産が一定以下であること。ただし、永続する盲の場合は、本人のこの要件は除外される。

表4-6-7~4-6-9は、障害程度表の例として視覚障害にかかわる障害程度表を示す。視覚障害には、3つの表があるが、原則的に1つの表からは障害程度を1つだけ選択され、ダブルカウントはしない。しかし、異なる表の点数は加算することができる。その結果が、20点以上になれば、年金受給条件の1つを満たすことになる。

### 4. オーストラリア障害者支援年金の特徴

#### (1) 対象者数

表4-6-10は、障害年金受給者数を、オーストラリア、日本、米国(DI: Disability Insurance)で比較したものである。オーストラリアは、人口比で突出していることがわかる。

#### (2) 障害の範囲

表4-6-11は、日本の障害年金の等級表の視覚障害の部分を抜き出したものである。表4-6-12は、米国の障害年金の障害の範囲の規定を抜き出したものである。これらの表4-6-7~4-6-9と比較すると、オーストラリアの障害認定は、視力・視野以外にも視覚機能を幅広く取り上げている点でそれ以外の国よりも広いと考えられる。

また、日本には、障害等級があるが、DSPは、DIとともにそれはなく、障害程度が20点以上で年金受給が決定される。

#### (3) 年金額

表4-6-14は、年金額を比較したものである。為替レートにもよるが、オーストラリアの年金は、他の2国と同程度であることがわかる。

(4) 財源

日本の公的年金制度や米国の障害年金は、社会保険方式をとっているが、オーストラリアのDSPは、税方式である。

(5) 就労困難要件の有無

表4-6-14は、豪・日・米の障害年金の受給要件を比較したものである。日本は、就労できないことが、サービス利用の要件となっていないが、DSPでは、盲人以外は、要件となっている。この点は、米国DIと同じである。

(6) 資力調査の有無

日本の公的年金制度では、資力調査は行われませんが、DSPは、本人（盲人を除く）および配偶者の資産調査を実施する。米国も資力調査を実施している。

#### 4. 考察

オーストラリアの障害年金制度で注目すべきことは、障害年金額が他の国々と大きく違わないにもかかわらず、年金受給者の数が多いことである。日本と米国は、障害年金受給者の人口比率は1%代であるにもかかわらず、オーストラリアでは、3%近い(表4-6-13)。この理由は、寛大な障害認定基準に負うところが多いと考えられる。しかし、米国では、一定額の資力があつたりリハビリテーション訓練を拒否すれば年金支給が停止されたりする措置があり、それを活用して障害年金受給者の数を制限しており、同様の制度を持つオーストラリアが、それを活用していない理由は、何であるのか。オーストラリアの財政が非常に豊かであるならば理解はできるが、オーストラリアは、1985年以降抑制的な社会保障支出を実施してきている。にもかかわらず、この寛大さの理由は何なのかを今後検討する必要があると考える。

表4-6-1 オーストラリアの障害者数

障害原因(主な障害を1つ計数)	障害者数	人口比(%)
精神	266.5	1.4
知的その他	262.7	1.4
視覚	112.8	0.6
聴覚	280.7	1.5
神経	180.7	1.0
心臓	63.5	0.3
その他の循環器	248.7	1.3
呼吸器	259.7	1.4
関節炎	498.7	2.7
その他の筋骨格系疾患	741.5	4.0
頭部外傷及びその他の脳損傷	39.6	0.2
その他	655.0	3.5
合計	3610.3	19.3

表 4-6-2 オーストラリア統計局による障害の定義

1. 視覚の損失	2. 聴覚の損失	3. 言語の損失	4. 日常生活を制限する慢性的あるいは間欠的な痛み	5. 呼吸困難	6. 意識喪失	7. 学習・理解の困難	8. 腕・手の使用困難	9. 物を握ったり持ったりする困難	10. 脚・足の使用困難	11. 日常生活を制限する神経・感情の状態	12. 身体活動や肉体労働の制限	13. 形態異常	14. 長期に日常生活に制限を与える頭部外傷・卒中・脳障害	15. 精神障害のために援助や監視が必要な場合	16. 長期にわたって静養・治療を必要とするもの	17. 日常生活活動に制限を加えるその他の慢性状態
----------	----------	----------	---------------------------	---------	---------	-------------	-------------	-------------------	--------------	-----------------------	------------------	----------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------------

表 4-6-3 制限別障害者数 (15-65 歳)

	日常生活活動制限				教育・雇用における制限のみ	制限あり全体	制限なし	障害者全体
	最重度	重度	中度	軽度				
男性	119.0	224.2	227.4	340.7	188.3	1,099.6	184.0	1,283.6
女性	99.2	212.5	206.3	291.6	139.5	949.0	152.5	1101.5
全体	218.2	436.8	433.7	632.3	327.6	2048.6	336.5	2385.1
男性	1.4	2.7	2.7	4.1	2.3	13.3	2.2	15.5
女性	1.2	2.6	2.5	3.6	1.7	11.7	1.9	13.6
全体	1.3	2.7	2.6	3.9	2.0	12.5	2.1	14.6

上段の単位は千人。下段は、オーストラリアの全人口に占める割合

表 4-6-4 オーストラリアと日本の障害者数の比較

障害原因(主な障害を1つ計数)	オーストラリア		日本(平成8年実態調査)	
	障害者数(千人)	人口比(%)	障害者数	人口比
精神	266.5	1.4	2170	1.7
知的その他	262.7	1.4	413	0.33
視覚	112.8	0.6	305	0.25
聴覚	280.7	1.5	350	0.28
神経	180.7	1.0		
心臓	63.5	0.3	336	0.27
その他の循環器	248.7	1.3		
呼吸器	259.7	1.4	75	0.06
関節炎	498.7	2.7		
その他の筋骨格系疾患	741.5	4.0		
頭部外傷及びその他の脳損傷	39.6	0.2		
その他	655.0	3.5		
合計	3610.3	19.3	5760	4.6

表 4-6-5 オーストラリア社会保障史略年表

1901	連邦成立
1904	強制仲裁制度
1909	老齢年金
1910	廃疾年金
1912	出産手当
1938	国民健康・年金保険法成立(実施されず)
1940	老齢年金の物価スライド
1941	児童手当

1942	寡婦年金
1944	薬剤給付法(45年違憲判決)
1945	病院給付法、失業手当、疾病手当、生活保護
1947	新薬剤給付法(49年一部違憲判決、50年再実施)、社会福祉法
1948	年金受給者医療給付実施、国民保健事業法成立(実施されず)、連邦リハビリ事業
1951	年金受給者医療制度
1953	国民保健法(薬剤給付法等を統合)
1954	老人福祉施設助成法
1963	障害者福祉施設助成法
1970	障害児福祉法
1972	児童福祉法
1973	75歳以上の老齢年金の所得制限廃止、孤児年金
1974	障害児年金、障害者福祉法、老人ホーム助成法
1975	メディバンク実施
1976	老齢年金への資産制限撤廃、年金額の自動物価スライド制
1977	寡夫年金
1978	メディバンク廃止、家族支援サービス、70歳以上の老齢年金の所得制限復活
1983	リハビリ手当、家族追加手当
1984	メディケア実施
1985	介護者年金、老齢年金への資産制限導入、高齢者ケア改革戦略
1986	障害者サービス法
1987	児童手当への所得制限導入、特別児童扶養手当
1988	社会保障見直し報告(カス報告)、チャイルドサポート制度、国民児童福祉戦略
1989	児童扶養手当
1991	障害者福祉改革パッケージ、失業手当制度の改革
1992	厚生年金制度(Superannuation)、障害者差別禁止法
1993	児童手当制度の改革・一元化
1994	ワーキング・ネーション・プログラム、児童成長戦略、保育料払戻制度、連邦障害者戦略

表 4-6-6 障害者に対する主な所得補償制度

制度	受給者数 (1998.6)	対象者	管轄
障害支援年金	553,336	16歳以上65歳未満(男性)または60.5歳(女性)で、一定の障害があるために、最低2年間は、一般の労働市場で常勤で働いたり、働くための再訓練を受けることができない者	FaCS
障害児手当	90,830	日常の介護と監視を必要とする障害児の親	FaCS
移動手当	28,975	就業者・求職者・訓練受講者で介助なしでは公共交通を利用できない者	FaCS
傷病手当	16,285	病気のために仕事を一時的に中断している者、または、職業復帰のために修学している者	FaCS
妻の年金	116,125	DSP、老齢年金等を受給している者の妻で他の年金を受けられない者	FaCS
介護者手当	33,979	障害者等を毎日介護しており、他の所得補償手当を受給できない者	FaCS
在宅看護手当	45,675	施設入所を認められる程度の重度者を在宅で毎日介護している者	FaCS
障害年金(退役軍人)	161,829	退役軍人	DHAC
サービス年金	318,579	退役軍人とその扶養家族	DVA

表 4-6-7 良い方の眼の視力

視力	程度			
	白内障手術 (他の適用を受けない片眼および両眼無水晶体)			
	手術なし	人工水晶体	コンタクトレンズ	眼鏡
6/ 6	0	0	0	10
6/ 9	0	0	10	20
6/12	5	10	20	40
6/18	10	20	40	40
6/24 またはそれ以下	20	40	40	40

表 4-6-8 その他の眼の状態

視覚障害	障害程度
斜視 (斜位) : 潜在性	0
斜視 (異方視) : 複視をともしないもの	0
後天性異方視 (斜視) 複視をともしないもの :	
上方4分の1区注視	5
上方全方向注視	10
下方4分の1区注視	10
1側性斜視	10
両側性斜視	10
全方向注視	20
下方全方向注視	20
近視	20
継続的視覚過敏、羞明、流涙、眼瞼外反または内反	0
注視障害 (垂直および/または水平)	10
視覚損失をともしない緑内障	0
長期にわたる眼瞼痙攣	10
斜視のみられない立体視の喪失	
永久的 (例: 片眼全盲)	5
間欠的 (例: 眼瞼下垂または瞼板縫合)	10
複視をともしない眼振	視力で等級付
夜盲症をともしない網膜ジストロフィ	視力・視野で等級付

表 4-6-9 視野

障害	障害程度	
	片眼	両眼
側頭側半盲	10	20
鼻側半盲	10	20
上方半分喪失	10	20
下方半分喪失	20	20
上方4分の1喪失	0	20
下方4分の1喪失	0	20
側方 30° 狭窄	0	0
中心 30° 以内狭窄	10	10
中心 20° 以内狭窄	20	20
中心 10° 以内狭窄	20	完全盲

表 4-6-10 障害年金受給者数の比較

	受給者	人口比
DSP	553, 336	2.9
障害年金 (1996)	230 万人	1.17
DI (1996)	439 万人	1.7

表 4-6-11 日本の障害年金等級表

1 級	1	両眼の視力の和が 0.04 以下のもの
	11	身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
2 級	1	両眼の視力の和が 0.05 以上 0.08 以下のもの
	15	前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
	16	身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
	17	身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
3 級	1	両眼の視力が 0.1 以下に減じたもの
	14	傷病がなおらないで、身体の機能又は精神若しくは神経系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するものであって、厚生大臣が定めるもの

表 4-6-12 米国 D I の障害程度

2.00 視聴覚・言語
視力障害
・ 良い方の眼の矯正視力が 0.1 以下
・ 視野障害 良いほう眼の視野が次のどれかに該当する。 中心視野 10 度以内 もっとも広い視野の角度が 20 度以内 視能率 20% 以内
・ 視能率 矯正後 20% 以内
・ 完全な同名半盲
・ 両眼の完全眼筋麻痺

表 4-6-13 受給者数の比較

	受給者	人口比
DSP	553, 336	2.9
障害年金 (1996)	230 万人	1.17
DI (1996)	439 万人	1.7

表4-6-14 年金額の比較

	月額
DIの平均受給額	703.90米ドル
障害厚生年金	99,846円 (1996)
障害基礎年金	76,007円
DSPの最大額	\$1,000 (4週) + 付加給付

表4-6-15 年金受給要件の比較

	DSP	障害基礎年金・障害厚生年金 (日本)	DI (米国)
障害状態	障害、疾病、怪我のために障害程度表において 20 点以上の障害程度に該当し、かつその障害等のために2年間以上常勤で働けないこと (または、就労するための訓練を受けられないこと)。ここで、常勤とは、週に 30 時間以上通常の賃金を得て働くことを意味する。ただし、永続する盲の場合は、この要件は除外される。	障害等級表に示された障害の状態にあること	医学的に証明できる精神障害または身体障害者でその障害のために実質的な収入をもたらす仕事に就くことができないこと。この障害は、少なくとも 12 カ月継続するか、あるいは継続したか、又は死亡に至ると考えられる障害であること。また、この仕事は、従前の職業ではなく、一般的な仕事の意味である。
保険加入期間	申請時にオーストラリアに居住していること。ただし、その障害等がオーストラリアに居住していたときに発生したものでなければ、10 年以上の居住期間が必要。	被保険者期間中に初診日のある傷病による障害であること初診の日の前日に保険料納付済期間が加入期間の3分の2以上あること。平成 18 年 4 月 1 日以前に初診日のある傷病による障害については、初診日以前の 1 年間のうちに保険料未納期間がなくとも対象になる。 また、20 歳前に初診日のある障害については、保険料納付要件はない。	障害者のない労働者の場合は、働いていた間に 40 クォーター (120 月) 以上保険料を支払っている必要がある。障害のある労働者の場合は、障害発生前 10 年間に少なくとも 5 年の保険料支払い期間がある必要がある。ただし、若年齢のために 5 年の加入期間することが不可能な場合があるので年齢によって期間が短縮される <sup>⑧</sup> 。また、盲人は、加入時期についての制約はない。
待機期間			5 ヶ月間の待機期間を満たしていること
年齢	申請時に 16 歳以上で老齢年金を受給できる年齢に達していないこと。		65 歳未満であること
所得制限	本人および配偶者の所得・資産が一定以下であること。ただし、永続する盲の場合は、本人のこの要件は除外される。	所得が一定以下であること (20 歳前の障害のみ)	実質的な収入がないこと

## まとめ

本研究は、平成11-13年度に厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）により実施した「身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究」の総合報告書である。

平成11年度は、3年計画の1年目として、国内外の身体障害認定制度について整理した。その結果、国内外とも身体障害者に対するサービスを提供する制度は、それぞれなんらかの認定制度をもっているために、多くの身体障害認定基準があることわかった。そして、それぞれの制度は、制度の目的を実現するために障害認定を行っているため、いろいろな方法・基準によって認定を実施していることがわかった。

また、身体障害者福祉法における障害の範囲・認定の現状と課題について福祉と医療の立場から検討した。その結果、福祉の立場からは、社会のニーズの変化への対応、多様な障害認定の必要性、慢性疾患と障害の概念の区別、障害種別間の等級の整合性、補装具の取り扱い、有期認定・再認定等の課題が明らかになった。また、医学の立場からは、高次脳機能障害やそしゃく機能障害の認定、日常生活能力による認定等の課題が示された。さらに、フランスと米国において障害認定制度について詳細に調査した。

平成12年度は、1年目の成果を受け、外国の制度の研究、障害認定の理念の研究、身体障害認定における総合的評価法の検討、高次脳機能障害者の生活実態調査を実施した。英国の高次脳機能障害についても詳細な調査を実施した。

平成13年度は、医学領域については、従来の「機能障害」に重きをおいた障害評価から、「能力障害」、「機能障害」、「社会的不利」の側面からの総合的評価法の確立に向けての検討を前年度に引き続いて行った。

具体的な調査・検討対象は、(1)社会保障における障害評価（米国）、(2)障害者の機能障害および能力低下評価のための指針（フランス）、(3)重度障害者法（ドイツ）、(4)高齢障害者の障害認定（ニュージーランド）、(5)ICF（国際障害分類改訂版）、(6)その他の関連した次の評価法である。

- ①Disability Rating Scale (DRS)
- ②Community Integration Questionnaire
- ③Functional Assessment Measure
- ④Employability Rating Scale
- ⑤MS 障害度簡易評価表 (IFMSS 九大版)

なお、平成11年度および平成12年度については、各報告書を発行しているので参照されたい。また、別冊参考資料として、以下の資料を発行したので、これもあわせてご活用いただければ幸である。

### 別冊参考資料

1. [米国] 社会保障における障害評価（仮訳）
2. [フランス] 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針（仮訳）
3. [英国] 就労不能給付認定医のためのハンドブック（仮訳）
4. [ドイツ] 重度障害者法・連邦援護法（仮訳）

平成 11-13 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
「身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究」報告書

発行者 木村哲彦（主任研究者：日本医科大学教授 医療管理学教室）  
〒113-8602 東京都文京区千駄木 1-1-5

発行 平成 14 年 3 月 31 日

