

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者の障害認定基準の最適化に  
関する実証的研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩 谷 力

平成18(2006)年3月

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者の障害認定基準の最適化に  
関する実証的研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩谷 力

平成18(2006)年3月

目 次

I. 総括研究報告	-----	1
II. 分担研究報告1		
1. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（心臓、呼吸器、腎臓）		
分担研究者 柳沢信夫	-----	4
2. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（肢体不自由）		
分担研究者 伊藤利之	-----	19
3. 障害者関連制度の制度理念の整理		
分担研究者 寺島 彰	-----	49
III. 資料		
脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害再認定上の問題	-----	78
研究協力者 住田幹男		

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
総括研究報告書

身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究

主任研究者 岩谷力

本年度は、内部障害の各分野の専門医からの意見聴取を実施し、これまでの調査結果をふまえて、肢体不自由および内部障害（心臓、呼吸器、腎臓）の身体障害者福祉法における障害認定の課題を整理した。また、脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害認定上の問題についても整理した。加えて、身体障害者福祉法の理念を検討するための基本的資料として、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。

分担研究者

柳沢信夫 関東労災病院  
伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター  
寺島 彰 浦和大学

とれた認定基準の考え方をまとめる。同時に、適切な運用を支えるため、障害者関連情報を収集し、認定マニュアルの作成や、再認定システムのあり方の考察を行うことを目的としている。

A. 研究目的

日本の障害者福祉制度は、従来の行政による措置制度から、障害者の主体性を尊重し、利用者のニーズに基づき、自らサービスを選択してゆく方向に大きく転換し、障害者の地域生活を支える具体的なサービスの充実が進められている。しかし一方、制度の基本となる障害認定制度について、実際のリハビリテーションやサービス提供の現場の状況と合致しない側面が出現し、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基準のあり方を示すことは緊急の課題となっている。

本研究は、平成 15 年度に行っている認定基準の論点の総論的な整理の結果を踏まえ、さらに ICF 以後における内外の動向の総括に基づいて深化させ被認定者の事例検討、被認定者の障害認定についての意識等の実証的データを踏まえ、医学的に妥当かつ横断的に整合性の

B. 研究方法

平成 16 年度は、①事例調査と②専門家等による現行制度の問題点と改善策の検討を行うこととしていたが、障害認定の原則を最初に検討すべきであるということになり、検討の結果、リハビリテーション等の観点からこれまでの認定基準の検討・実態・問題点の把握をし、その改善策を検討することとした。そこで、現状を調査するために、都道府県の障害認定担当医師を対象に、現状とリハビリテーションの理念等についての意見を把握するための調査を実施した。さらに、肢体不自由に関して専門医師のヒアリングを行い同様の調査を行った。また、文献調査によるリハビリテーション理念の把握を新たに実施し、また、2 年目に実施する予定であった海外の状況調査を繰り上げて実施することとした。

平成 17 年度は、内部障害の各分野の専門医からの意見聴取を実施し、これまでの調査結果をふまえて、肢体不自由および内部障害（心臓、呼吸器、腎臓）の身体障害者福祉法における障害認定の課題を整理した。また、脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害認定上の問題についても整理した。さらに、関連する障害者制度において、どのように障害をとらえているのかについても調査し、今後のありかたを検討するための準備資料を整理した。

### C. 研究結果

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

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

さらに、脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害認定上の問題についても整理し、急性期治療におけるデータベースの整備とその後の回復期、維持期、終末期におけるきちんとした一貫した追跡調査などの必要性が明らかになった。

加えて、身体障害者福祉法の理念を検討するための基本的資料として、わが国の障害者関連

制度の理念を整理した。その結果、①障害者（児）の福祉の増進、②障害者の（生活）自立促進、③障害者等の安定した生活を保障、④社会防衛、⑤権利保障、⑥便宜提供、⑦平等の確保、⑧国家賠償などの理念があることが明らかになった。

### D. 考察

昨年度、今年度にかけて、身体障害者福祉法の理念に基づき、肢体不自由および内部（心臓、呼吸器、腎臓）機能障害について障害認定の課題を整理した。今後の課題としては、未実施の内部機能障害についての検討または課題の整理と視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害についての認定課題の整理が必要であろう。

また、全障害にかかわる認定基準のあり方についての方向付けも必要であろう。詳細な認定基準については、審議会等で検討すべきものと考えるが、現在の認定基準の課題を明らかにし、それをどのように解決していくかという方向付けが必要である。最終年度は、これについて、具体例を提示しながら、今後の障害認定のありかたについて検討する。

### E. 結論

研究の二年目として、平成 17 年度は、肢体不自由および内部障害（心臓、呼吸器、腎臓）の身体障害者福祉法における障害認定の課題を整理した。また、脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害認定上の問題についても整理した、さらに、関連する障害者制度において、どのように障害をとらえているのかについても調査し、理念的整理を行った。



厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
分担研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（心臓、呼吸器、腎臓）

分担研究者 柳沢信夫

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理として、心臓、呼吸器、腎臓の3つについて整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを内部障害に関して整理し、さらに、今年度、専門家からのヒアリングを実施した。その結果、今後、認定基準を改定すべき項目を明らかにした。

A. 研究目的

身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理をすることであるが目的である。ただし、内部障害は範囲が広く、6種類あるので、今年度は、心臓、呼吸器、腎臓の3つについて課題の整理をする。

B. 研究方法

1. 障害認定に関する要望の整理

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

2. 専門家からのヒアリング

これらの要望について、その分野の専門家から2回ヒアリングを行い知見をまとめた。

C. 研究結果

障害認定に関する要望の多い順に整理したものが、表1-1～3である。

専門家からのヒアリングの結果は、表1-4、

1-5のとおりである。

D. 考察

1. 心臓機能障害

要望の多かったものを多い順に今後の取り扱いについて検討する。

(1) 検査法の再検討

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

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

(2) ペースメーカー等体内装具の取り扱い

ペースメーカー植め込みや人工弁置換術等後にADLが改善した場合は、別の認定方法用いるべきであるという意見が多かったが、逆に、患者の基礎心疾患を重視して、1級認定が該当

という意見もあった。

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

### (3) 急性期の認定

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

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

## 2. 呼吸器機能障害

### (1) 検査法の再検討

検査法の再検討については、多くの必要性が指摘された。特に、SpO<sub>2</sub>の活用についての意見が多かった。また、在宅酸素療法実施者に対する認定方法についての希望も多かった。近

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

### (2) 2級認定

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

## 3. 腎臓機能障害

### (1) 血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂

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

### (2) 慢性透析療法対象者は1級認定すること

都道府県調査では、終生透析を要する者はじん機能検査値にかかわらず1級にすべきであるという意見も多かった。逆に、透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じるという意見もあった。

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

## E. 結論



これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理として、心臓、呼吸器、腎臓の3つについて整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを内部障害に関して整理し、さらに、今年度、専門家からのヒアリングを実施した。その結果、今後、認定基準を改定すべき項目を明らかにした。

表 1-1 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（心臓機能障害）

	医 師	医 師 以 外	合 計
検査法の再検討			
心電図を中心と検査方法の変更	26	5	31
心電図所見項目と活動能力のズレがある 客観的所見（特に心電図）と活動能力とが乖離する症例がある。 現在は心電図所見が主たる基準となっており、心筋梗塞既往の患者さんの場合は心機能の程度の如何に拘らず、概ね1級認定の要件を満たすが、カスリ傷の人も多く、いわゆる行動範囲が著しく制限されるケースは少ない。今後は心機能に基づき真に仕事が出来ないとか単独で外出が出来ないというケースに限り1級認定するよう見直すべきと考えている。		3	
重度の心不全で、認定基準の心電図所見がない場合もありうる。 冠動脈疾患では、左主幹部病変や回旋枝病変では、有意な心電図変化がないことも多い。 心電図所見が出ないような事例もある。	2	1	
心電図所見を重視しすぎているように思う。心電図がb-hに該当しなくても重症冠動脈疾患や、重症心筋症の場合がときどきある。a-hのうち、心機能に関する項目が心胸比だけであるが、他の検査成績（エコー、R I検査）による心機能評価項目があってもよいと思う。	1		
心電図中心の所見であり、臨床現場の判断と差があるのではないか。心エコー所見、心カテ所見、BNP 値処方内容等の一部も所見に入れてはどうか。	1		
心臓の認定について、バイパス術等を行った後の再認定時に、心電図所見には異常がなかったり、夜のみ異常が見られる等で、現在の認定基準では障害の該当にならないことについての要望が市民からある。	1		
心エコー、心カテは、ほとんどの場合施行されているので18才以上の場合の、認定基準に追加する方向を示していただきたい。 手術適応は確立したものであり、手術を受ける者が4級を認定されるよう、心エコーや心臓カテーテル検査を項目に入れた方がよい。	2		
現在、心エコーによる診断が広く用いられているため、心エコー所見を記入する欄が必要であると考え。心エコーの記載項目を追加した方がよい。	2		
心エコー図等の新しい検査の項目があってもよいのではないか。	1		
心電図所見に該当項目がないため、活動能力、治療経過から高度の狭窄が考えられても非該当にせざるをえない。	1		
病状と認定基準が合致しない例があります。例：CTRは55%だが、心エコー上左室運動障害、駆出率20%以下に低下し心不全状態だが、心電図所見なく、認定基準に合致しない。	1		
心臓カテーテル、心臓超音波による心機能評価があった方がよろしいか考える	1		
活動能力評価に客観的な検査を加えるべき。例えば運動負荷心電図等。	1		

脚ブロックや期外収縮は健康人にも見られ、重症度とはほぼ無関係。	1		
重症の拡張型心筋症でも心胸比正常がある。	1		
冠動脈造影所見や、心エコー所見なども入れて、病状に不公平なく評価したい。	1		
身体障害者診断書、意見書の様式はあまりに古く改訂が必要と考える。(例えば、心エコー所見、冠動脈造影所見を加える、など)	1		
認定に際しては身体的運動能力評価に基いて行われるべきと考える。心機能検査の細かい数値にこだわる必要はないと思う。米国の New York Heart Association の機能分類「NYHA 分類」が实际的である。	1		
心電図所見のイ、ウは判定基準が曖昧であり、右脚ブロックは病状の判定に役立たないので削除してもよいと思います。期外収縮については、上室性・心室性の記載と頻度の記載が必要と思います。心エコー図、冠動脈造影、シンチグラムの所見を記載する項目を加えたらよいと思います。	1		
冠動脈造影検査、心エコー検査、LVEF の所見で心臓機能を評価して認定するよう認定基準を改正していただきたい。	1		
X-P, E L G, だけで基準外、基準内は妥当ではありません。 将来的なことをふくめた生活能力判断は必要である。	1		
現在の認定基準では、心不全の認定が十分ではありません。	1		
能力とその他の所見との整合性に疑問を感じる。CTR、NYHA、LVEF など、もう少し他覚的所見で等級を決定する方が判断しやすい。	1		
現行基準では実際の心機能を反映していない。重症度を反映しうるように、他の検査所見も認定基準に加えるなどすべき。 例:左室駆出率、心カテ所見など	1		
心臓機能障害の意見書には人工弁・ペースメーカーの有無しか記載がないが、ICD など他のものも記載できるようにして欲しい		1	
<b>認定の原則</b>			
<b>ペースメーカー等体内装具の取り扱い</b>	10	5	15
ペースメーカー植え込み、人工弁置換術等を受けたことにより、ADLが改善する場合は、認定方法を別にすべき。 人工弁置換による心臓機能障害1級などは、支援の必要性をはかる尺度とはならないのではないかと。 体内装具（ペースメーカー、人工弁等）について機能全廃としての間扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。 人工ペースメーカー装着した後の障害再認定の基準の必要性 ペースメーカー装着は日常生活上の制限から考えて3級が適当。 ペースメーカー埋め込み術後の患者は活動状況が非常に良好である。呼吸器機能障害と比較しても公平さを欠くように思われる。等級の見直しをしてもよいのではないかと。 心臓機能障害に関して、人工ペースメーカーを装着した場合1級認定となっているが、現在、ペースメーカーの普及により重篤な場合にのみ装着しているとは限らず、従来どおり最上級の1級としてよろしいものか ペースメーカー装着後は症例によっては3、4級相当と考えられる。再審査が			

<p>妥当である。</p> <p>ペースメーカー、人工弁が入れば必要1級になるのはおかしい。人工弁を入れてもほとんど通常人と同じ生活ができる人も非常に多い。</p> <p>ペースメーカー植込み以前は、植込みの必要患者の平均余命は六ヶ月とされていた。目下内科的治療も進歩をとげ、延命可能は認められるが、ペースメーカー植込み術に勝る治療法はない。患者の基礎心疾患を重視して、やはり一級手帳が該当と思われる。</p> <p>弁置換、ペースメーカーでの基準を見直すべきである。</p> <p>手術又はペースメーカー装着後の無症状に近い症例の判定（含期間）。</p>			
人工弁と弁形成術の差異解消	1		
書類を読んでいて病状説明と活動能力の判定が合わないように感じる書類が多い。活動能力は障害の級に合わせて記載されているように感じる。現在の障害者認定は主治医書類の記載内容だけでされており、第三者の意見が全くない所に問題がある。	1		
内部障害による認定希望が今後増加すると考えられるので認定基準を厳格にした方が良いのではないか。	1		
18歳未満の基準			
心臓機能障害の18歳未満用の認定基準では、先天性の心疾患を患う者の障害状況を十分には汲み取ることができない。	2		
先天性心疾患を、18才未満の基準でカバーするのは、難しいと感じます。			
認定時期			
急性期の認定	5	1	6
<p>心臓機能障害で弁置換術を行えば1級となるが、その前段では基準に該当する所見が現れないことがあり手帳が交付されない。具体的に手術が決まっているのであれば手帳（等級は1級でなくても構わない）が交付されるようにしてほしい。</p> <p>急性心筋梗塞、不安定狭心症の発症と同時に申請があります。「急性期治療が終了して症状固定後認定を受けるように」という説明で非該当として返していますが、主治医が急性期治療を更生医療で行うため同時申請しており（すでに主治医が治療は更生医療を行える、と患者に説明している）更生医療を却下することになるので、患者さん側から不服申立があります。</p> <p>更生医療を受ける予定の者が身体障害者手帳を取得する場合、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなる可能性が高い。このため、このような者については要件を付し、更生医療の施術後、一定の期間が経過した後に手帳を返上することを明文化する必要があるのではないかと考える。</p> <p>「症状固定」という大原則との乖離があります。更生医療（＝心臓手術）適用の為の身障手帳交付が見受けられます。急性期の手術はどうか、明記して頂きたいと考えます。</p> <p>身体障害の認定は障害が固定し、修復が不可能な時点で行うべきでは。医療費の自己負担軽減のためには他の方策を取るべきであろう。もし従来どおりとすれば一定期間後に再認定を行い障害認定の変更、取り消しも有り得るとすべきである。</p>			

症状の固定化の判断が困難な場合に苦慮している。			
障害の範囲			
上行大動脈瘤～弓部大動脈瘤～胸部下行大動脈瘤で心機能障害を有する患者を心臓機能障害でカバーしているが、両方を包括するような（例えば、心臓・大血管機能障害等）障害認定としたらいかがでしょうか。	1		
傷病名の追加：高度房室ブロック	1		
大動脈瘤は手術しなければ高頻度に破裂するため手術が必要である。多くは無症状であり、心電図変化もなく、なかなか認定されにくい。少なくとも4級が認定されるよう、例えば「6cm以上の胸部大動脈瘤はそれだけで4級」などの処置が望ましい。同様に、無症状の先天性疾患で手術が必要な場合も認定されにくい。	1		
再認定	1		
このままでは虚血性心臓病での認定がますます増えるでしょう。PTCA、バイパス手術については、必ず再認定とし、その活動能力評価に客観的な検査を加えるべきと考えます。例えば運動負荷心電図等です。	1		
再認定の時期を原則として2年とかの基準を設けてほしい。			
診断書様式			
5段階の生活制限の程度の文章表現が非常に分かりづらく、記載者側もその違いが明確化しづらいのではないかと考える。表現を再検討を要するかと考える。日常生活上の区別をもう少し合理的にまとめる方法をそろそろ検討すべき時期ではないかと考える	2		
「部分的心臓浮腫」を具体的表現に変えてほしい。	1		
4級の認定基準に「臨床所見で部分的心臓浮腫があり、・・・」との記載がありますが、臨床所見 キ 浮腫（有・無）をもって部分的心臓浮腫ありとするのか、胸部エックス線所見の心胸比をもって判断するのか、明確でない。	1		

表1-2 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（呼吸器機能障害）

検査法の再検討			
日本人を対象としたノモグラフの導入（日本呼吸器学会での肺活量、血液ガスの標準値が発表されている。	1		
指数の判定にはフローボリューム曲線のコピーを資料として提出すべきである。	1		
指数測定が、外国人の正常値からなされている。（日本呼吸器学会による日本人での測定値を用いるべきでないか。）	1		
02分圧等の基準を緩和するべき。		1	
測定を運動時のものを用いてよいかについて検討してほしい。	1		
数値以外の部分（例えばX線所見等）も認定基準項目等に取り入れてほしい。		1	
予測肺活量1秒率や動脈血ガス02分圧の数値測定は酸素吸入を止めた状態で測定した値である。申請者のなかに酸素吸入離脱が難しい場合が多々見受けられ	1	1	

るので、吸入量に応じた基準を設けることはできないか。(市民・医師より)			
SpO <sub>2</sub> の利用での認定方法	1		
酸素飽和度(SpO <sub>2</sub> )とPaO <sub>2</sub> の相対関係を示して頂き、SpO <sub>2</sub> 値を判定の参考とすることが望ましい。	1		
SpO <sub>2</sub> は、動脈血ガスO <sub>2</sub> 分圧の代用として採用する	1		
指数と動脈血O <sub>2</sub> 分圧の解離について専門家に質問したがはっきりした回答はいただけなかった。SpO <sub>2</sub> 値で提示された場合の判定基準が必要。	1		
動脈血O <sub>2</sub> 分圧等の任意性の少ない基準がより必要と思います。	1		
動脈血O <sub>2</sub> は採血が必要であり、体動時等の継続的な変化が簡単には測定できないので、SpO <sub>2</sub> をもって代替すべきである。	1		
O <sub>2</sub> 分圧の測定データがない場合があるので、SpO <sub>2</sub> の測定データで障害認定をできるようにしてほしい旨、医師より要望があった。	1		
肺高血圧の有無や、睡眠時または運動負荷時の経皮酸素飽和度SpO <sub>2</sub> の低下、非侵襲的陽圧換気療法を要するような高炭酸ガス血症についても考慮していただきたい。	1		
日常生活活動障害を認定するという観点から、最も客観的指標であるパルスオキシメーター装置下における低酸素血症の存在の有無を判定根拠の一つとして加えるべきと思われる。	1		
身体的活動能力、呼吸機能能力を簡潔かつ明解に評価できる基準を作成すべきである。運動負荷時の血中酸素分圧の変化を参考にすることもひとつ。	1		
安静時のO <sub>2</sub> 分圧だけでなく体動時のO <sub>2</sub> 分圧(SpO <sub>2</sub> )も重要です。又、CO <sub>2</sub> 分圧の程度は肺の状態を反映するので考慮する事にしたいと思います。	1		
O <sub>2</sub> 分圧数値については労作後の数値と実際の活動能力の程度を考慮してほしい。(障害者から)		1	
1秒率を指数として用いることは、高齢化社会では呼吸機能測定を正確に測定することは困難であることも多いので、O <sub>2</sub> 分圧やCO <sub>2</sub> 分圧を主にして頂ければ分かりやすいと思う。	1		
動脈血酸素分圧に測定は、主に患者さんへ負担が大きいため、以前に比べてあまり行われなくなり、酸素飽和度(SO <sub>2</sub> )が代わって頻用されてきている現状であり、酸素飽和度を参考とする審査基準が望まれる。	1		
間質性肺炎など、安静時に比して運動時の動脈血O <sub>2</sub> 分圧に大きな低下が見られる場合の基準がなく対処に苦慮することがある。どの程度の運動でどこまで低下したら何級といった基準があってもよいのでは。	1		
間質性肺炎の方の認定が行えない状況があります。疾患ごと、肺気腫、間質性肺炎、肺癌などで基準を分けることも必要ではないかと考えます。	1		
閉塞性障害が主な認定で、拘束性(肺結核後遺症など)で在宅酸素療法中で状態が悪いのに、指数が高い例がある。拘束性障害(肺結核後遺症、間質性肺炎)についても検討して欲しい。	1		
指数だけではなく、DLCO(拡散能)も項目に入れた方が肺気腫や間質性肺炎の評価能が向上する。	1		
気管切開を想定した認定基準が必要である。	1		

在宅酸素療法実施者の認定基準作成			
在宅酸素療法を実施している者の認定基準の範囲の拡大	1	1	
在宅酸素療法患者に対する等級判定方法。	1		
在宅酸素吸入症例の等級判定	1		
在宅酸素吸入の場合の認定基準が明らかでない。	1		
HOT時の検査	1		
HOTは、呼吸器機能障害の認定がなくても、治療法として取り入れることができます。	1		
1級の判定基準をもっと具体的に詳しく記載して欲しい。最近、在宅酸素療法患者が1級で申請してくるケースが多く困っている。	1		
80歳以上の超高齢者に対する判定方法。生理的にも肺機能は低下する。	1		
肺を片方摘出した、腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えている。			
現状の診断基準では認定不可能なケースがほとんどでほとんど全ての診断書は、審査会で医師の判断が必要となってしまうている。もう少し実情に合わせた基準（市民への説明をするためにも）が必要である。	1		
障害の範囲拡大			
気道狭窄の認定	1		
中枢性睡眠時無呼吸症候群、閉塞性睡眠時無呼吸症候群も認定に加えるべきである。呼吸器そのものの呼吸器機能障害ではないが、常に睡眠中に機能障害が永続するものであり、障害として認定に加えるべきではないか。	1		
2級認定			
2級の創設	4	2	
呼吸器は2級がなく、3→1級とするのは患者さんの負担が重い	1		
呼吸器機能障害には2級が存在しないのは、呼吸機能障害の患者にとって不利益であり、設定を検討していただきたい。	1		
2級があればより障害者に適格な認定審査が可能と思われる。	1		
基準緩和			
呼吸器機能障害の認定基準の緩和ができないか。患者の肉体的苦しみの実態が反映されていない。（県審議会ですべて毎回話題になっています）		1	
認定基準の基準緩和	1	1	
呼吸器機能障害において、在宅酸素療法を実施している者は全て1級として欲しい。（呼吸器機能障害者の団体）		1	
1級認定の基準が厳しすぎる。	1		
呼吸器機能障害の認定基準は厳しすぎるという声がある。実際、1級相当では認定を受けても外出すら出来ないであろう。しかし、基準を例えば02分圧5toor変えただけでも税でまかなわれる数々の補助に相当額の像いかが生ずることも重要であろう。	1		
他の内部障害と比較すると、等級の基準が厳しいため、調整すべきである。	1		

全体として呼吸器機能障害の程度と等級が合わないように思う。障害の程度より等級が軽いように思われる。	1		
認定の考え方			
申請された全てを認定することは難しいということ。できるかぎり平等に地域差が少なく認定されることが、理想だと思います。	1		
大筋の基準にそってそれにあてはまらない部分は個々の症例で、検討していくという、フレキシブルな部分も必要だと考えます。	1		
肺癌の末期と考えられる状態（癌性胸膜炎、癌性リンパ管症、播種性転移など）の判定に苦慮しています。	1		
非該当相当の酸素分圧なのに、ストレッチャーでしか動けない人もいれば、1級相当の酸素分圧で、杖をついて歩くおばあちゃんもいる。痛みと同じで呼吸困難のつらさは個人差があり、どう評価するのが公平か迷う。	1		
心臓機能障害、じん臓機能障害の判定基準には「かつ・・・」の条件があるのに、呼吸器の機能障害にはこのような条件がない。整合性を欠くと思われる。	1		
80歳以上の超高齢者は現在の基準で評価してよいか。	1		
最近では90歳以上の高齢者からの申請も見られ今後ますます増えると考えられる、人間は事故死でない限り、死に至る際には必ずいずれかの器官が機能不全になるわけで、悪性腫瘍の進行による呼吸機能不全を対象外とするように加齢現象による機能不全も対象外となるはず、しかしこれらの人がどの程度の社会生活が営めているのか、いわゆる更生の範疇にはいるのか、診断書からだけでは読みとれず、数値が基準に達していれば疑問を感じながらも認定せざるを得ない場合も多く悩ましい。	1		
障害認定により与えられる社会的、経済的保護の範囲と目的についての再確認が必要と思われる。	1		
他臓器機能障害（脳梗塞後・先天性心障害）などとの混合障害の認定に苦慮している。	1		

表1-3 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（じん臓機能障害）

透析を1級に	5	6	11
終生透析を要する者はじん臓機能検査値にかかわらず1級として頂きたい	1	5	
慢性透析療法を実施している者については1級として欲しいというもの。		1	
人工透析が導入され、数ヶ月を経て今後将来の透析離脱が見込まれない場合は、血清クレアチニンの如何に拘らず、1級と認定すべきである。	1		
1月以上、週2回以上の定時透析を行っている場合、離脱することはないので1級認定とする。	1		
透析導入直前の判定で1級以外（主に3級に認定されたもの）で、この等級が1生永続するのは問題。何らかのガイドラインが必要でしょう。例えば、1年透析を継続した時点で1級認定をすとか。	1		
透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じる。	1		
透析導入した者は一律認定してほしい。		1	



クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂	18	5	23
クレアチニン濃度値を最重視するような基準は改めて欲しい	1		
クレアチニン濃度を重視しているのを見直してほしい。クレアチニン濃度をもってでは障害程度が反映しないケースもある。		1	
S-Cr. は筋肉量に強く影響されるものであり、現行基準は腎炎の若年男性に極めて有利で、(全身状態の悪化しやすい) DM 性腎症の高齢女性に極めて不利である。せめて、小腸機能障害の栄養所要量のような年齢性別を反映する基準を設けるか、透析開始から数ヶ月経過・離脱見込みなしを1級とするなどの改善が必要。以前と違って腎炎よりも(全身状態の悪化しやすい) DM 性腎症の増加によるものが多いため、S-Cr. 8,0以上まで待たずに透析に至る事例が少なくない。		1	
クレアチニン値は筋肉量、体格によって異なる。クレアチニンクリアランスを参考にしてもよいと思うが、筋肉量等でクレアチニン値が変わる場合(少なく出る場合)、クレアチニンクリアランスを参考にしてもよいとして、成人の基準をつくってほしい。	1		
クレアチニン濃度中心の認定に関して、筋肉量をも鑑みた相対的な判定を要望されることが多々ある。	1		
血清クレアチニン濃度は筋肉量も反映しているので、体の小さい女性の場合等は低値となる。	1		
年齢・体格(体重)等は、とくに(1)CCRや(2)血清クレアチニンは大きく体重、年齢に影響されるので、これらをファクターとして不慮して欲しい。	1		
小柄な女性やADLの極めて低い方では、筋肉量が少ない為、クレアチニン値で腎機能評価ができません。このような方の場合、是非24時間クレアチニンクリアランス等の別の評価法も取り入れていただきたいと考えます。	1		
年齢、性別、体格に大きく左右されるS-Crでは重症度を反映しきれない。重症度をより反映していると思われるクレアチニンクリアランスの現行基準での年齢制限を外したり、人工透析導入時の実際のS-Crの統計的な平均値をもとにその数値に幅を持たせたものを新しい認定基準にしたりといった改善も必要では。	1		
クレアチニンクリアランス値での認定は12歳未満のみとなっていますが、本人の状態によってはクレアチニン濃度でしか判定できないケースもあると思います。(病名や体重等により)クレアチニンクリアランス値でも認定できればと思います。		1	
12歳以上は、内因性クレアチニン値ではない、血清クレアチニン濃度の値をもって認定しているが、専門の医師から、肥満の方や高齢の方は、内因性クレアチニン値の数値の方が信用できるはずであるので、基準の見直しをするよう要望された。	1		
じん臓機能障害(1級)のS-Cr. 8,0以上要件の緩和。	1	1	
じん臓機能障害について、血清クレアチニン濃度が8mg/dlをこえていない場合、1級認定することは適当でないとなっているが糖尿病性腎症等、血清クレアチニン濃度が多少低くても臨床症状、活動能力等の状況から1級にならないか。	1		
腎臓機能障害について、症状によっては「血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上」を超えなくても「1級相当」の障害に値する場合がありますため、「1級」の基準の「血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上」を「7.0mg/dl以上」としてほしい	1		
クレアチニン値と日常生活制限分類が、かい離するケースが多く判定に苦慮します。		1	

心不全の強い例など 8.0 に達しなくても透析導入にて救命しなければならないケースも多く、一旦導入すれば、腎機能は間違いなく悪化するものであり、導入後の申請も多い。安易な早期導入は問題であるが、身障 1 級になる 8.0 を待つがために患者を苦しめることになってはならないと思う。	1		
現行の認定基準は血清クレアチニンのレベル重視の方針であるが、生命維持に透析が必要とされるか否かを重視すべきと考える。	1		
クレアチンクリアランスの基準は不必要（測定誤差が多く、混乱をまねく）	1		
血清クレアチニン値が高くなくても維持透析が必要な症例の等級を現状よりも上位に規定して欲しい。	1		
糖尿病性腎症のネフローゼ症候群で全身浮腫の強い例では、血清クレアチニン濃度が 8.0mg/dl を越さなくても、定期的な透析療法ができるような基準が必要だと思います。	1		
高齢者は血清クレアチニン濃度が上がりやすく、また、糖尿病性腎症の患者は血清クレアチニン濃度 8mg/dl 未満で透析導入される場合が多いため、血清クレアチニン濃度中心の判定は、一考を要すると考える。	1		
内因性クレアチンクリアランスをどう評価するのか、明確な基準が欲しい。具体的には血清クレアチニン 8.0mg/dl 未満、クリアランス 10ml/分以下という患者をどう扱うかということである	1		
QOL や ADL に重点を置いた基準にすべきではないかと考える。	1		
日常生活活動の程度については、不必要と考えられる。	1		
より精確な腎臓機能の残存能力の評価方法において認定を行う。		1	
高齢者にはじん機能検査数値の基準を下げてほしい	1		
<b>診断書様式</b>			
診断書の（５）日常生活の制限による分類の項には「透析をする前の状態」と注を付ける必要がある。	1		
障害名（部位を明記）は、心臓機能障害・慢性腎不全と予め表示しておき、チェックする方が判りやすい。	1		
じん増機能障害用診断書・意見書の様式に、身長・体重の記載をするよう変更をしていただきたい。	1		
<b>その他</b>			
クレアチンクリアランスの計算式を示してほしい。	1		
腎移植後は、免疫療法の有無に関わらず、等級を下げるべきである。	1		
糖尿病性腎症の時には、時々尿蛋白が多くなり、全身浮腫、心不全傾向が強くなるので、尿蛋白量を加えるべきである。		1	
等級 2 級も必要。	1	1	
腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えている。		1	

表1-4 専門医のヒアリング結果（心臓）

1. 心臓機能障害をとりまく現状

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

2. 心不全の診断基準改訂の可能性

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

3. 診断法の検討

(1) 機械的心不全の診断方法

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

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

バイオマーカー： CRP、BNP、cTnTなど

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

身体活動能力： NYHA心機能分類、身体活動能力指数、6分間歩行テスト

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

(2) 電気的心不全

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

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

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

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

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

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

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

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

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

表 1-5 専門医のヒアリング結果（腎臓）

慢性腎不全透析導入基準（厚生科学研究 1991）の活用について

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

慢性腎不全透析導入基準（厚生科学研究 1991）

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

(1) 腎機能：持続な血清クレアチニン（クレアチンクリアランス）

8 mg/dl 以上(10ml/分以下) 30点

5~8mg/dl 未満(10以上~20ml/分未満) 20点

3~5mg/dl 未満(20以上~30ml/分未満) 10点

(2) 臨床症状 以下のうち 3項目：30点 2項目：20点 1項目：10点

体液貯留(高度の浮腫、溢水による心不全肺水腫)

体液異常(管理不能の電解質・酸塩基平衡障害)

循環器症状(重篤な高血圧、心不全肺水腫、心包炎)

神経症状(中枢・抹消神経障害、精神障害)

血液異常(高度貧血、出血傾向)

視力障害(尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症)

(3) 日常生活障害度

高度 尿毒症にて起床困難 30点

中等度 著しく困難 20点

軽度 通勤・通学が困難 10点

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
分担研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（肢体不自由）

分担研究者 伊藤利之

これまでの研究成果を踏まえ、今年度は認定基準の改定を念頭に、身体障害者福祉法における肢体不自由に関する障害認定課題の整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成 15 年度）、個別ヒアリングおよび都道府県障害認定医師に対する調査（平成 16 年度）結果、専門医のヒアリング調査を活用した。その結果、現行の肢体不自由の認定基準について、改定が必要ないいくつかの項目が明らかになった。

**A. 研究目的**

身体障害者福祉法における肢体不自由に関する障害認定課題の整理が目的である。一昨年、昨年の成果を活用して、今年度は、今後、改定を前提に検討すべき具体的な認定基準の項目を抽出する。

**B. 研究方法**

本研究では、これまで、平成 15 年度に都道府県障害認定担当者に対する調査を実施し、都道府県担当者が抱えている身体障害者福祉法に係る認定の課題を収集した。その結果を受け、平成 16 年度には、調査内容を絞って、個別ヒアリングおよび都道府県障害認定医師に対する調査を行った。さらに、これらの結果を受けて、専門家にヒアリングを行った。今年度は、これらの結果を精査し、今後の肢体不自由の障害認定をより公平で適切なものにするため、改定すべき具体的テーマの抽出を行う。

**C. 研究結果**

1. 都道府県障害認定担当者の調査結果（平成 15 年度）

都道府県障害認定担当者による障害認定に

関する要望を整理したものが、表 2-1 である。この調査結果から、次のことが明らかになった。

a. ROM・MMT の測定結果と障害程度に乖離がある場合が数多く報告されたこと

脊柱管狭窄症、筋骨格変形、振せん、脳血管障害、パーキンソン病、痙性マヒ、関節障害、神経疾患を原因とする不随意運動、運動失調等の場合、ROM・MMT の測定結果と障害程度に乖離がある場合が数多くあり、検査方法の検討に対する要望が多くあること。

b. 現在の認定基準が十分適用できない対象者があること

乳幼児、高齢者、遷延性意識障害者、高次脳機能障害者、知的障害者など、現在の認定基準では、十分対応できない対象者が多い。

c. 人工関節など体内装具の取り扱い

人工関節置換術を受けたことで一律に障害程度を決定することについての意見も多かった。人工関節・人工骨頭などの技術進歩を勘案し、施術等を受けたことにより ADL が改善する場合は、その結果に基づき障害を認定すべきという意見が多かった。

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

1 の調査結果を受け、平成 16 年度には焦点

を絞り、医師を対象とした個別ヒアリングと都道府県の障害認定担当医師を対象とした調査を実施した。

#### (1) 問題点

それぞれの調査項目における問題点は次のとおりである。

##### (1) 遷延性意識障害について

① 意識障害があるので身体障害を特定し難い。

② 意識障害がある間はリハビリテーションの対象になり難い。

③ 常時の医学的管理が必要なことが多い(特に入院中)。

##### (2) 高齢者について

① 目的が医療費免除などの経済的支援にあると推定されることが多い。

② 寝たきりの超高齢者ではリハビリテーションの対象になり難い。

③ 保護の立場からは介護保険によるサービスがある。

##### (3) 乳幼児の認定時期について

① 3歳未満では、身の回り動作がおぼつかないというえ意思疎通も困難なため、障害程度を特定し難い。

② 成長に伴い障害程度が変化(改善)する可能性が高い。

##### (4) 成人の認定(症状固定)時期について

① 脳卒中では、「診断の時期を3ヶ月程度を経過した時点」という厚生労働省の通知が遵守されており、明らかに残存すると思われる障害が認められても、発症から3ヶ月未満における認定は難しい。

② 今後、急性期リハビリテーションが充実するようになると、福祉施設の利用や補装具の給付など、身体障害者福祉法を利用するニーズがより早期に生じるため、発症から3ヶ月未満の認定が求められる。

(5) 機能障害程度の判定方法(人工関節置換術後など)

① 現状の認定基準では、人工関節置換術などにより機能が回復したのに、等級程度は術前より高くなるという矛盾がある。

② 義手・義足など、体外部に装着する補装具では、日常的に装着する手間がかかるだけでなく、入浴時や屋内では装着できないこともあるため、装着した状態の機能障害の程度をもって認定することは相当な不利と思われる。

##### (6) 下肢の機能障害について

① 立位・歩行能力に着目した場合、1下肢の障害程度等級を単純に倍加しただけでは両下肢機能を的確に表わせない。

② 立位・歩行能力に着目した場合は、体幹機能障害による立位・歩行障害との整合性をつけなければならない。

③ 認定基準に示された歩行時間や距離の根拠が不明確で、30分と60分、1kmと2kmを差別化することは困難である。

#### (2) 都道府県障害認定担当医師に対する調査結果

都道府県障害認定担当医師に対する調査結果は、表2-1のとおりであり、また、個別ヒアリングの結果とまとめると次のようになる。

##### (1) 遷延性意識障害について

回答者による違いが大きく、考え方もバラバラである。

##### (2) 高齢者について

年齢に関係なく活動制限で判断すべきであるが、認知障害による活動制限は対象外とする意見が多い。

##### (3) 乳幼児の認定時期について

3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定(3歳時&6歳時)を条件に認定する。

##### (4) 成人の認定(症状固定)時期について

急性期リハビリテーションが実施されてい

ても、脳卒中発症後1ヶ月で認定することは、①症状が変化する可能性がある、②身体障害者福祉法によるサービスの必要性が乏しいなどの理由から、不適切であるとの意見が多い。一方、脊髄損傷による完全麻痺では賛否両論で、再認定を前提に認定することを含めれば、「認定する」とした意見が2対1で多数を占めた。

(5)機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

人工関節などの挿入物は、それが安定して機能している限り「本人自身の機能に含めて評価する」という意見が大半を占めた。

#### (6)下肢の機能障害について

認定基準が曖昧なため苦慮している回答者が多く、特に両下肢機能障害の認定基準を求めている様子が伺えた。

### 3. 専門家からのヒアリングの結果

専門家からのヒアリング結果は、表2-2のとおりであり、それをまとめると次のようになる。

#### (1) 遷延性意識障害について

(1) 疑義解釈「原疾患について治療が終了し、客観的観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合には、認定の対象となる」に準拠する。

(2) 病状が安定していれば、発症後3ヶ月程度で再認定を条件に認定する。

(3) 意識障害が6ヶ月以上続いている場合には、必ずしも再認定の必要はない。

#### (2) 高齢者について（介護保険との関係）

(1) 疑義解釈「余命いくばくもない場合を除き、認定基準に基づいて認定する」に準拠する。

(2) 年齢に関係なく、現状の活動制限を示した診断書の記載に基づき認定する。

(3) 後期高齢者で、精神及び身体機能全体の衰えによる活動力の低下（老衰）は対象外とする

#### (3) 乳幼児の認定時期について

(1) 3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定を条件に認定する。

(2) 永続的に残存すると思われる障害程度で認定し、6歳頃に再認定する。

#### (4) 成人の認定（症状固定）時期について

(1) 脳卒中では、機能的予後を高い確率で予測した研究が乏しく、基本的には、発症後1ヶ月の時点で障害を認定することは時期尚早と思われる。

(2) 身体障害者福祉法の利用が早期に必要な場合には、比較的早い時期でも、判断根拠となる画像所見や臨床像が示され、永続すると思われる障害が明らかであれば、その障害程度を限度に、また再認定を条件に認定し得る。

(3) 脊髄損傷では、仙髄域を含む完全麻痺でMRI画像と神経生理学的検査所見の併記があれば発症後1ヶ月程度でも認定する。

(5) 機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

(1) 眼内レンズと同様に、人工関節などの体内に内蔵したものは人工臓器とみなし、置換術後の障害状況に応じて認定する。

(2) 体内に内蔵しない義肢や装具などについてはこれまでどおり、装着しない状態の機能障害で認定する。

#### (6) 下肢の機能障害について

(1) 両下肢の機能障害については新たな認定基準を作る必要がある。

(2) それに合わせて体幹機能障害の認定基準も修正が必要である。

#### (7) その他の研究協力者の主な意見

(1) 障害名の適切な表示に必要な障害分類の作成。

(2) 高次脳機能障害と肢体不自由との境界の明示。

(3) 感覚障害に対する認定基準の作成。

(4) 切断レベルの分類の見直しが必要である。

(5) 再認定制度の全面的な導入。



(6)障害程度等級の診断に関する分かり易い手引書の作成必要。

(7)身体障害者福祉法による「保護」は、介護保険における「保護」と同義ではない。各制度の役割を考慮しつつ、保護を目的とした認定基準の作成が必要。

#### D. 考察

以上の結果に基づき、今後、改定を前提に検討すべき認定基準に関わる問題点と検討課題は次のとおりである。

1. 長期にわたる遷延性意識障害の認定基準が不明確である

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

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

2. 高齢者の認定申請が医療費免除などの経済的支援があると推定されることが多い

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

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

重症心身障害児等、3歳未満でも明らかに障害認定の可能な児もいるが、成長により障害が

大きく変化するとの理由から障害認定されず、その結果として福祉サービスが受けられないことがある。

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

4. 脳卒中では発症から3ヶ月経過しないと認定できず、福祉施設等のサービス利用が遅れる。

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

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

5. 人工関節置換術等により機能が回復したのに等級程度が術前より高くなる。

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

しかし、最近では人工関節置換術等の技術的精度が高まり、術後長期間にわたって安定して使用できるようになっており、体外部に装着する義肢装具に比べて有利な条件が整ってきた。

そのため、人工関節等については外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害

状況に応じて認定するように基準の変更を検討する必要がある。

#### 6. 両下肢機能障害の認定基準が不明確である。

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

そこで両下肢機能障害のあらたな認定基準を検討することと、それにあわせて、体幹機能障害の認定基準の修正が必要である。

これらを一覧表にすると表 2-4 のようになる。

#### E. 結論

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、

認定基準の改定を念頭に、身体障害者福祉法における肢体不自由に関する障害認定課題の整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成 15 年度）、個別ヒアリングおよび都道府県障害認定医師に対する調査（平成 16 年度）結果、専門医のヒアリング調査を活用した。その結果、肢体不自由に関する認定基準について、改定を前提に検討すべき項目が明らかになった。

#### F. 健康危惧情報

特記事項なし。

表2-1 都道府県担当者からの要望

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

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

<p>肢体不自由で、痙性マヒなどで筋力低下は基準に満たないが歩行能力はかなり制限されているなど、特に神経障害の関係で基準にいう具体例には該当するが、筋力・関節可動域は基準に該当せず、認定しづらいケースが多い。こういった場合にどう考えるかの指針があればと思います。</p>			1
<p>肢体不自由においてROM, MMTが良好にもかかわらず、認定基準にある「～動作ができない」「～km以上歩行不能」ということで上位等級の申請がみ</p>			1
<p>パーキンソン症候群等、筋力等で判断できないものの認定</p>			
<p>筋力・関節可動域の値と障害状態及び所見との間に不均衡があるもの</p>			
<p>関節障害でROM・MMTが基準まで低下していない場合の取扱い</p>			
<p>運動障害の所見があり、筋力テスト・関節可動域はほぼ正常値を示している場合の診断に、脳原性運動機能障害用の診断内容を参考所見として提出を求めてもかまわないか。</p>			1
<p>MMTに生活困難さを勝手に加味して診断する事例。MMT0-2で握力8kg、MMT3で握力15kgなど、筋力は参考にならないことも。</p>			1
<p>神経疾患を原因とする不随意運動、しんせん、運動失調等による肢体不自由の認定が公平にかつ効率的にできるよう分かりやすい認定基準を定めていただきたい。</p>			1
<p>肢体不自由について、基準が整形外科的であり神経難病などの中枢性錐体外路性障害では（基準に該当せず）認定しづらいので、別個の認定基準が欲しい（指定医師）</p>	1		
<p>切断欠損、リウマチ、脳血管障害、神経系疾患、意思疎通できない場合の脳性麻痺などさまざまな原因によって生じる、表れ方も様々な肢体障害を一つの診断書・基準で認定していることに疑問がある。複雑化しすぎるかもしれないが、疾病の特質を取り入れた基準づくりを期待したい。</p>			1
<p>肢体障害について、ブルンストロームステージ、SIAS、その他いろいろな評価法を複数組み合わせると等級の判断ができるよう明示された基準があれば、診断書作成医と認定側のトラブルが軽減できるのではないかと。現状では、MMTとROMのみで判断材料が乏しい。</p>			1
<p>筋力・関節可動域が認定基準に達していない場合</p>			
<p>種類別</p>			
<p>上肢機能障害</p>			
<p>脳出血等による一上肢の障害。筋力は全体に「3」程度。握力5kg以上15kg未満。筋力に重きを置いて判断して著障とするべきか、握力から7級と判断して差し支えないか。あるいは動作・活動を加味して判断すべきか。動作・活動は客観性に欠けるという意見もあり障害程度審査委員会においてその都度議論の分かれるところです。</p>			1
<p>上肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加</p>	1		
<p>指定医師が等級表上の等級の間の等級を指示してきた場合の取扱い（例：一上肢軽度機能障害7級～一上肢著しい障害3級…4, 5級等を指す）</p>			1
<p>一下肢は3, 4, 7級と等級間隔が大きくあいており、肢体の他の部位等の障害と比較しても大きくバランスを欠いているように思われます。間に級を設定することをご検討いただけないものでしょうか。</p>			1
<p>下肢機能障害</p>			
<p>一下肢機能全廃+一下肢大腿1/2以上欠損の例</p>			1
<p>両股関節が強直し、可動域0度でそれぞれ全廃（4級）に相当。指数合算から、合計等級は「3級」に認定したが、一下肢が4級相当の著しい障害から両側にあると「2級」に該当することと矛盾を感じた。</p>			1
<p>大腿骨頸部骨折が原因となった場合、股関節機能障害として認定すべきものと考えているが、廃用、疼痛等を伴うことにより一下肢全体を障害することがあり、一下肢の機能障害と評価すべきではないかと考えたことがある。膝関節の機能障害も同様である。</p>			1
<p>下肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加</p>	1		

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

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

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



## 表2-2 都道府県担当医師の意見まとめ

### 1. 遷延性意識障害について

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

臨床経過、画像検査などで回復困難な状況が明瞭に示されていることが望ましい。遷延性意識障害と診断される患者の意識障害程度は一様でない可能性がある。たとえばいわゆる失外套症候群のように、認知機能が完全に失われている場合から、意識レベルに変動があつて、調子の良い日には残存認知機能を示すことができる場合もある。重度意識障害があるが、改善の可能性が見込まれるような臨床記載がある場合は、発症3ヶ月の時点で障害認定を行つて、6ヶ月あるいは1年の期間ののちに再認定と判断す寝たきりであり内科的治療は必要である。再認定は、機能訓練を開始した時点で考慮する。未だ症状安定していないため、手帳交付の対象ではないとも思われる。

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

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

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

発症から3ヶ月で症状が固定していないと考えられるため。

関節拘縮なしとのことで再認定を条件に認定する

1年後の再認定を条件とする。

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

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

発症から6ヶ月後再認定

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

回復見込みがないという前提で。

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

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

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

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

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

条件確認し常時の医学的管理が必要でないなら認定する

医学的管理下

客観的data不足のため

関節拘縮なしとのことから、診断医の所見を参考に再認定を付する場合もある。

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

① 高齢者の場合 ② 70歳以下の場合1年後再認定

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

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

6ヶ月経過し、随意運動なし等

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

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

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

指針解説に従っている、各関節に機能障害があるため。

関節拘縮著明、6ヶ月経過のため認定する

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

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

認定基準を根拠に認定が可能と考える。

6ヶ月後、再判定（入院中か在宅かの確認も行う。）

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

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

症状固定と判断される

障害固定又は障害確定している場合のみ

6ヶ月経過すれば認定する。

条件確認し常時の医学的管理が必要でないなら認定する

医学的管理下

ROM制限の分だけ勘案する

上記（1）と同じ関節拘縮は回復の見込みがないため、再認定は付さない。

在宅あるいは施設利用が決まれば認定しないとはいえ切れない。

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

寝たきりでも今後の見込みが少しでもあれば、再認定を条件として回復を待つ。

症状安定していないので、認定の対象ではないとも思われる。

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

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

症状が固定していないと考えられる。脳卒中の認定に同じ。

関節拘縮なしとのことで再認定を条件に認定する

1年後の再認定を条件とする。

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

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

発症から6ヶ月後再認定

（1）と同様

上記理由により、6ヶ月経過後認定することが適当と思われる。

障害程度の決定が困難であり、6ヶ月の経過が望ましいと考える。

1年後に再判定

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

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

症状固定と判断される

医学的管理下

（1）と同様、客観的data不足のため

関節拘縮なしとのことから、診断医の所見を参考に再認定を付する場合もある。

上記（1）と同じ。

① 高齢者の場合 ② 70歳以下の場合1年後再認定

**（4）その他意見**

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

1/W治療で管理可能なのに入院している点が現実的な設定でないとおもう

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

重度であれば3ヶ月で大体の後遺障害は決めてよいと思う。

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

原因疾患の状態と程度が最も考慮される点と考える。

回復見込みがないという前提で。

遷延性意識障害については、基準が具体的でないため、判断に戸惑う。

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

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

ROMで判断しています。

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

## 2. 高齢者について

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

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

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

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

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

老人性であるため。

認定する（変わらない）

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

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

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

四肢・体幹の筋力低下が評価できるのか、疑問がある。

回復見込みがないという前提で。

6ヶ月間寝たきりであれば、認定する。

肢体の機能障害を客観的に証明できない場合は認定しない。

1年後再判定

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

症病名は廃用症候群とする

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

75歳以上にしたい。

筋力低下が確認されれば認定する

ROM、MMTがWHLと判断されているので。

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

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

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

痴呆ということで区別するのはどうか

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

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

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

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

治療可能な痴呆症を除外すること。

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

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

3ヶ月以上寝たきりでそのまま認定する。

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

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

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

筋力低下の評価は別にして、拘縮の程度に応じて認定は可能

再認定を条件に認定する。

6ヶ月間寝たきりであれば、認定する。

将来永続すると考えられる障害が客観的に証明できる場合は認定する。

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

症病名は廃用症候群とする

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

ROM制限がある(客観的)ので認定しています。

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

関節拘縮は回復の可能性が見込めないため。

70歳以下再認定

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

高齢者でも個人差があるので、一応再認定(一年位をめどに)を条件として認定してはどうかと思われる。発症前がADL全自立できており、リハビリにより回復が期待できる。その他の所見をみて、個々に、認定するかしないかを判断する。

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

現在は指針、解説に従って認定している。

固定されたものとして認定する

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

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

麻痺の程度、痴呆症状の有無と程度にもよる。

6ヶ月経過後に認定する。

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

1年後再判定

6~12ヶ月後、再認定とする。

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

MRI所見により認定する場合もある。

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

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

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

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

6ヶ月を待つ

おおむね6ヶ月程度の経過をみた上で判断すべきである。

#### (4) その他の意見

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

高齢化社会において、老化と障害の関係はどの程度考慮するかが問題である。身体障害と介護の混在が、肢体不自由障害の場合は判断が重複する。

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

個人的な心情では認定すべきと考えるが、いたしかたのないことであろう。

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. 乳幼児について

#### (1) 臨床的にもMRI所見などからみても明らかな重症心身障害児、1歳6ヶ月

身体の発達を見て、身体障害者手帳交付も必要と思われる。乳幼児の場合、明らかな重症心身障害のときは再認定を条件として障害認定をすべきである。

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

器質的障害が明らかであるため。

再認定条件に認定する

県の要綱により、3歳未満児については6歳時で再認定を要する。

現行では、3歳児に再認定することとしている。

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

患児、家族救済のため、必要と考える。

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

3歳、6歳、12歳で再判定し、12歳で固定する。

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

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

障害等級を1ランク下げて認定し、3～6歳で再認定する

少子化時代をむかえて、親の不安を早くとってあげたい。

検査機能も進歩し、客観的な評価が出来る場合は早期に認定する必要あり

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

3歳未満児については6歳時に再認定。

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

病名および予後が十分に予測できる場合に限られる

## (2) 脳性麻痺、将来ともに杖歩行の見込み、1歳6ヶ月

認定困難なるも将来の発達機能回復を待つて再認定する。

1才6ヶ月にて杖歩行であれば認定し、やはり3才時に再認定としています。

将来に残存する障害が明らかなため。

再認定条件に認める。

県の要綱により、3歳未満児については6歳時で再認定を要する。

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

3歳まで待つ。

小児は発達を伴うため、再認定を要する場合があります、再認定の有無はケースバイケースである。

程度による。MRI、脳波等に異常所見が無ければ3歳まで待つこともある。

3歳未満の場合、障害程度の判定が難しいため、再認定が必要と考える。

3歳、6歳、12歳で再判定し、12歳で固定する。

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

障害等級を1ランク下げて認定し、3～6歳で再認定する

将来が確実に予測される場合は再認定の必要はない。

未発達段階のため

3歳未満児については6歳時に再認定。

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

1歳6ヶ月で将来とも杖歩行とする根拠がない

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

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

機能訓練及び年齢発達により、再認定する必要がある。

3才で未歩行であれば、認定し3年後の6才時に再認定が良いと思います。

障害の原因が明らかな場合か否か、症例によって判断が分かると考える。

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

明らかな運動障害を認める場合、6歳時での再認定を付して認定。

主治医の意見として、上記の記載があれば6歳児に再認定が必要と考える。

ただし、予想は難しいと思うが、3歳の時点で認定をする事が必要か。

発達とともに、障害程度が変化すると予測される場合、再認定が必要と考える。

6歳、12歳で再判定し、12歳で一応固定する。

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

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

難しいcaseは再認定にしています。

明らかに運動機能の障害があれば認定し、6歳時に再認定します。

精神面の原因が主なものであれば、身体障害としては認定できない。

麻痺（身体的所見）なければ認定しない。少しでもあれば再認定つきで。

## 4. 認定時期について

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

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

半年～1年位は機能回復が徐々に見込まれるので再認定してもよいと思われる。認定時期は早すぎる。さらに1～2ヶ月待機。

発症後、経過をみる必要あり。

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

本人の申し出がなくとも段階的に時期をみて審査する必要がある。

厚労省の達に従い「3ヶ月を経過した時点」で認定している。

病変にもよるが1ヵ月では固定といえない（改善する可能性が大きい）

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

発症後3ヶ月は経過をみたい。症状が変化する可能性がある。

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

1ヵ月ではあまりにも時期が早すぎると考えます。

3ヶ月以上経過した時点での所見を求める。

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

リハビリ療法の効果が期待できる。

認定の時期が早すぎる。

麻痺の回復の可能性がまだ望める状態と考える。

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

6ヶ月後を目安にしている。

症状の改善する見込みがあるため、もう少し経過期間が必要と考える。

1年後再判定

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

1ヶ月经過後では認定が早期すぎる。

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

本人の申し出がなくとも段階的に時期をみて審査する必要がある。

1ヵ月と早く、今後の回復があり得るため。

1ヶ月では予後の予測は難しいと判断します。

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

脳卒中は、少なくとも3ヶ月以上は待つて判断すべきだと考えます。

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

6ヶ月待つ

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

## （2）外傷性脊髄損傷、受傷から1ヶ月经過後、両下肢の完全麻痺は回復せず

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

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

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

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

車椅子を作成するのに必要と思います。

回復の見込みがないものについては早期の認定でよい。

脳卒中に準じて「3ヶ月を経過した時点」で認定している。

1ヵ月ははやすぎる、癒性がでるぐらいま\*みたい

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

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

認定しない、受傷からの1ヵ月ではあまりにも認定が早すぎる。

回復は今後も期待できないと思うので

3ヶ月以上経過した時点での所見を求める。

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

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

1ヶ月経過すれば脊髄損傷は回復しない。

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

不全麻痺は認定しない。完全麻痺ならその後の所見も確認の上で認定する。

MRI等で回復の見込みが全くなければ認定可能と考える。

損傷の程度が重度の場合、早期の認定は可能と考える。

1年後再判定

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

受傷から1ヶ月は、まだ、医学的経過観察の時期であると思慮する。

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

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

Frankel A の予後はほぼコンセンサスが得られる。

脊髄損傷で完全麻痺である場合、3ヶ月以上経過経過した時点で認定します。

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

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

発症3ヶ月は待つ。

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

当然入院中と考えられるので、認定を急ぐ必要がない。十分なリハビリテーションを行った後に認定すべきである。

## 5. 機能障害程度の判定方法について

人工関節置換術後の判定

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

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

同意見です。

最近の人工関節はかなり長期に使用できる機能があるので、一律に人工関節置換術を施行したものに等級を与えるのはどうかと思われる。最近手術例も増加しているので、考慮すべきである。再認定を条件にして、ADLの状態を判断しても良いと思われる。人工関節は半永久的に体内に浸透するものであり、内部装具ではあるが、同時に身体の一部と考えてよい。従ってこれにより機能的改善が認められれば再認定をするべきである。

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

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

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

術後一定期間において機能障害判定審査すべきである。

賛成である。

現状でよいと思う

そのままの状態機能障害の程度を判定すべき。

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

その通りと考える

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

ADL重視の方向であれば、装着後で認定



人工関節の技術、耐用年数等で大きな進歩があり人工関節だからとして一律きめることは反対である。現状の機能で判断すべきである

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

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

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

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

人工関節置換術後の状態が安定しているなら、そのままの状態でも機能障害程度を判定すべきである。状態が良ければ関節機能障害著明として認定し、合併症などで状態が悪ければ関節機能全廃という扱いに変更するといった検討もしてよいのでは。

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

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

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

つけた状態では判定すべき。

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

同様に考える。

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

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

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

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

同感です。

賛成です。

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

その通りである。人工関節の場合、その後の状態で判定すべきである。

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

現在存在する障害をもとに判定すべき。人工関節にて改善すればその時点における障害度にあって認定。人工関節置換術後の状態で機能障害程度を判定すべきである。

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

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

今までの認定がよい、明快である。

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

そのままの状態を判定すべき

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

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

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

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

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

その通り。（同じことは内服薬についてもある）

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

## 6. 下肢の機能障害について

### 具体的な基準について

設問6の場合と同様に、歩行能力を根拠として判断すべきもののように思われる。

中枢神経麻痺の障害認定として、動作能力、移動能力の基準を明確にした方が分かり易いと思います。人間は総合的な機能でみるべきであり、両下肢の歩行能力などの具体的な基準がより厳しく規定されるべきかと思われる。1km以上の歩行とか30分以上の起立位等を基準にする必要はない。一下肢4級を基準にADLとROM・MMTを組み合わせて解釈すれば可と考える。但し、両下肢の著しい障害はすべて2級とするのではなく、3級4級の事もあり得ると解釈すべきである。

総合的、合理的基準が必要。

一下肢全体の障害、三大関節の障害及び足趾の障害が示されているが、一下肢のみならず、両下肢の障害の機能評価があってもよいのではないか。一下肢機能障害の認定で全廃、以下、著障（4級）から軽度の障害（7級）の判定基準に問題があり、あくまで支持性だけで判定すべきである。運動性を取り上げればあいまいになるので、立位歩行で例えば、①歩行器が必要、②必ず松葉杖が必要、③1本杖が必要等と分け、歩行距離はあいまいで考慮すべきではない。故に両下肢の機能障害（著障）は3級又は、2級と分け判断基準を指示性を主として明確にすべき

立てなければ1級、歩けなければ2級。

完全に歩行能力がない場合は別に障害認定すべきである。

両下肢全般に渡る障害があり、立位または歩行が困難なもの。

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

必要であると思います

座位、立位、歩行の程度を加味した基準が必要と考える。

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

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

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

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

補装具なしでは歩行不能（0m）もしくは10m以内（但しこの障害をうらづける他覚的根拠が必要である。

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

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

基準はあった方が望ましい。歩行不可・起立不可であれば2級等。

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

具体的基準が必要。

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

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

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

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

必要である。歩行の程度による。

具体的基準が必要

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

必要と考えられる。具体的なことについては、今後研究を要す。

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

独歩は不能であるが、室内における補助的歩行の可能なもの、を言う

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

むずかしい問題です。

必要、バスのステップ、歩行速度、up and go test など

具体的な基準が必要（案）著しい歩行制限（数歩以下）、起立困難

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

床からの立ち上がり、歩行可能な時間及び長さ。

必要である。移動能力を基準とする。

具体的な基準は必要ない。

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

両側の機能障害がある場合、3級、4級の基準を作ってはどうかと考える。

余り条件の設定は必要ないと考えている

具体的な考えはないが、認定の際に判断に迷うことが多い。具体的な基準があれば、判断しやすい。

必用と思う、中等度障害などの基準も加える

両側は除外した方がわかりやすいと思う。片側ずつ検討が良い。

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

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

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

一下肢の著しい機能障害は、両下肢の機能障害としてとらえる方がよいのでは。

必要である。独歩不能、両手すりがあれば歩ける程度など。

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

不要。

## 7. その他の意見

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

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

高齢化と身体障害との関係はどうしても一致してしまう。その点の線引きがこれからの問題と思われる。肢体不自由の状態及び所見の部分でADLとROM・MMTが不一致と思われる意見書が比較的多い。特に内科医からの提出のものに多く見られる。ADLを優先とすべきなのかどうか検討が必要である。介護保険が導入され、高齢化とともに肢体不自由の条件も重複することが多いが、ADLを重視して認定すべ3才以下は等級に問題があるとされているが、重度により3才以下であっても対象に考慮できないか？全体として6級、7級は廃止すべきである。等級の判断基準を出来るだけ簡単にし、実状に則して、医師による判定のバラツキを少なくする工夫が必要である。等級は1級から4級程度まで、4段階で十分である。上肢、下肢の切断の判断基準が複雑すぎるので、もう少し簡単（シンプル）にすべきである。医療の進歩に伴い早期に濃厚な治療をした結果として症状固定しているのであれば、3才まで認定を待つべきではなく、1才を過ぎれば認定を可能とすべきで

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

「体幹不自由」は採用の仕方によってかなり幅がでますね。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

「かなづち」「1km以上」など不適切な具体例が多い。「かなづち」を(実用レベルでは)使用できない、というだけで4級申請する事例が絶えないので改善すべき。(「不良肢位拘縮のために、ROM・MMTが良好でもできない。」など。) 下腿大腿切断の「2分の1以上」要件も外すべきでは。2分の1以上とそれ以下との違いはなく、むしろ断端が長過ぎる方が継ぎ手の位置決めなど臨床上的困難が各自治体が、障害認定の際に苦慮している疾患や病名については、認定基準の解釈や適用方法を、また現状の認定基準で対応できないものについては、新たな基準を考えていただきたい。

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

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

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

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

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

関節可動域、筋力よりももっと細かいADLの評価で認定する方がよいと思う。

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

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

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

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

定見もなく基準の変更を企図するのは愚である。

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

## 表 2-3 専門家による個別意見

### 1. 遷延性意識障害について

- ・著しい関節拘縮が永続的なものであることが確認されれば、入院中、発症から3ヶ月の時点でもそこに着目して認定する。
- ・随意運動がみられないのが麻痺によるものか、意識障害によるものか明確でない場合、発症から3ヶ月では回復の可能性もあるので、6ヶ月まで待つて認定する。発症から6ヶ月経過した時点で著明な関節拘縮が多発していれば、そこに着目して認定する。
- ・認定に際しては、検査所見（頭部CT、MRI）、神経学的異常所見、ベッドサイドリハの実施の有無を確認し、関節拘縮だけでなく運動障害を示す他覚的所見を含めて認定する。
- ・発症から3ヶ月でも、診断書に原因と病巣局在と障害状況の経過および社会的支援計画が詳細に記載されていれば脳卒中の認定と同様に考える。
- ・発症から6ヶ月経過の場合、遷延性意識障害であっても障害は固定していると考えらるべきで、身障法固有の社会資源を活用する余地はあり、認定の対象とすべきと考える。
- ・意識障害についても、広い意味での自立支援があり得る。
- ・意識障害は「保護」目的での交付対象にはなり得るが、「保護」の範囲が問題である。
- ・拘縮など他覚的に分かりやすい身体障害があるときに認定対象になるなら、比較的検証しにくい神経生理学的所見も明かにできれば認定してよい。
- ・どんなかたちでも身体障害が明かにできれば認定の対象になるとすると、遷延性意識障害を取り上げた意味がなくなる。
- ・常時の医学的管理が必要な状況と身体障害によるリハビリテーション・保護のサービスの必要性が両立する場合もあるのではないか。
- ・遷延性における障害認定についての基本的考え方（認定しない理由）がはっきりしていないことが混乱のもとであり、あえて遷延性意識障害が取り上げられた真意を明かにする必要がある。
- ・疑義解釈にある「遷延性意識障害については、一般的に回復の可能性を否定すべきでなく、慎重に取り扱うことが必要である。また、原疾患についての治療が終了し、医師が医学的。客観的な観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合は、認定の対象となるもの」と考える（59年10月）は、分かりやすいが、認定基準における遷延性意識障害について否定することになりかねない。
- ・遷延性意識障害については、概ね植物状態と考えられているようだが、誰もが同じ認識ではない。
- ・意識障害にこだわりすぎの傾向がある。客観的な肢体の所見によって判定すべきであることを明示する必要がある。
- ・「意識障害」が診断の対象でないことを明記する。

## 2. 高齢者について（介護保険との関係）

- ・認定担当者は高齢者でも障害認定の対象になりうるという前提に立って、拘縮の有無など認定理由を見つけようとしている。
- ・疑義解釈を要約すると、余命いくばくもない場合を除き、年齢への考慮は無用で、認定基準に基づいて認定するということになる。
- ・高齢者についての問題は、高齢で精神・身体機能の全体が衰えて（老衰状態で）、機能・能力が低下している場合をどうするかに限られる。
- ・乳児は歩けなくても障害者ではない、超高齢者（概ね90歳以上）についても同様である。
- ・介護保険との関係では、予算がないから65歳以上は除外するという考えもある。
- ・年齢に関係なく、活動制限で判断すべきである。活動制限の原因が痴呆であっても、必要に応じて身障法の資源を活用すべきだからである。
- ・経済支援の重複を避ける必要があるのなら、身障法でなく別に規定を設けるべきである。
- ・介護保険との関係では、高齢であっても補装具、人的・物的周辺環境の整備支援等、身障法固有のきめ細かいサービスを必要とする人は沢山存在する。財源の多寡が対象除外の理由になってしまうのは弱者切り捨てに等しい。
- ・高齢者の場合もリハビリテーション前置が認定の条件である。
- ・加齢による生理的な運動能力の低下は対象とすべきではない。
- ・切断、関節拘縮・変形、麻痺で障害固定は年齢に関係なく障害認定する。筋力低下のみの場合の判断が難しい。
- ・65歳～85歳であれば、痴呆の程度によるが3か月の寝たきりでも、機能回復の可能性につき照会する。
- ・義肢・装具などの給付が必要な場合は65歳以上でも身障手帳が有用である。保護の部分は介護保険サービスが優先となる。ケアマネジメントの視点で身障手帳が必要な場合のみ申請するよう指導すべきである（市町村窓口で手帳取得の目的を明確にする）。
- ・医療費の助成を目的とした手帳申請で、更生の目的に反すると思われる例に対しては制限を設ける必要がある。例えば、原因疾患が明かでない「廃用性筋力低下」等である。
- ・基本的に年齢を物差しにすることは避けるべきである。介護保険との関係は、現時点では別個のものとして考えるべきである。
- ・「寝たきり」（廃用症候群）に関しても、客観的な機能障害によってのみ認定できることを明記する必要がある。

## 3. 乳幼児の認定時期について

- ・3歳未満、特に1歳未満の早期認定は、診断根拠と予後予測の記述が医学的に reasonable であれば認定可能である。判定にあたっては、動作能力よりも医学的所見への依存度が大きく

なる。

- ・障害の変化について、再認定制度を用いて対応する必要があることは言うまでもない。
- ・年齢限界を問題にしている理由がわからない。
- ・知的発達障害も検討すべきである。
- ・精神運動発達遅滞児で独歩獲得が6歳ころになるようなケースは、筋力低下や関節の不安定性、外反扁平足など運動器の問題をもっていることが多いので、その点に注目して認定する。
- ・機能障害の医学的根拠が明かな場合は3歳未満でも認定する。3～5年後再認定とする。
- ・杖歩行の見込みがあるような例は、杖が使える上肢機能、歩行能力が予測され、あまり重度でないため、1歳6か月では等級が決定できない。3歳以降の認定が適切である。
- ・乳幼児期の判定に対しては、障害原因によっては、就学期あるいは成人に達した時点で再認定を義務づける。

#### 4. 成人の認定（症状固定）時期について

- ・脳血管障害・外傷性脊髄損傷後の比較的早い時期でも、臨床像、画像所見、障害が永続する根拠など医学的所見が記載されていれば判定がしやすい。
- ・固定時期、再認定の要否・時期の欄に客観的医学的所見に基づく医師の意見が書かれていれば、認定の時期の判断は容易になる。
- ・脳卒中発症後1か月での障害認定は、文献上も障害の予後予測は難しいとされていることから時期尚早である。
- ・脳卒中後3か月を経過して障害が固定したと主治医が判断しており、判断根拠となる責任病巣の部位と大きさと障害の経過と程度、および社会的処遇の計画が記載されていれば、再認定を条件にして認定すべきである。
- ・外傷性脊髄損傷後1か月での障害認定は、仙髄域を含む完全麻痺であることのはっきりした記載とMRI画像と神経生理学的検査所見の併記があれば固定を認定してもよい。
- ・脊髄不全損傷では、受傷後3か月で画像と神経生理学的検査所見と障害像のきちんとした記載があれば、再認定を条件にして認定すべきである。
- ・脳卒中の早期障害認定は通常、発症後2～3か月で、再認定を条件に行う。その際、将来残存すると思われる障害程度で認定するが、制度利用の必要性など社会的判断も早期認定の根拠となる。
- ・外傷性脊髄損傷の早期認定（1か月）は、画像検査所見を確認し認定する。
- ・脳卒中の障害認定は最短でも3か月過ぎまで保留とする。認定に際しては回復の見込みを照会する。
- ・外傷性脊髄損傷の認定は完全麻痺であれば1か月、不全麻痺であれば3か月過ぎまで待機する。
- ・障害認定の時期を、3か月、6か月とする根拠が不明確であることが、診断する医師の混乱の

原因となっている。

- ・障害固定の時期は、障害原因によってその根拠も期間も異なり、画一的に決めようとするところに無理がある。
- ・肢体不自由、内部障害、感覚器障害、その他の区分で、各々の障害における判定時期の根拠を簡潔に示すべきである。
- ・障害ごとに、「症状固定」の概念を整理することはできないか。
- ・再認定に対する全国的な制度の整備と指定医に対する教育が必要である。
- ・再認定の時期について、その理由を付記させることによって診断した医師の責任を明確にする。
- ・再認定を必要とする条件を明確に示す。

## 5. 機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

- ・人工物の体内留置は広範囲に亘って行われてきているので、人工挿入物に対する考えは変えても良い時期がきている。
- ・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」ということになれば、認定の条件、等級表の見直しなどの検討が必要である。
- ・身障法は更生が目的なので障害を「心身機能」の概念で評価するのは基本原則だが、心身機能障害の評価に固執し続けると、医療技術の進歩を無視する結果になる。
- ・多くの完成途上の人工臓器が近い将来には完成の域に達することを想定して、障害認定の基準を軌道修正すべき時期である。
- ・体内に内臓した人工臓器は人工であっても臓器であると考え、技術的に未完成な段階の人工臓器は再判定をするという考えはどうか。
- ・身障等級は、人工関節置換術後の障害状況、「活動」の障害概念で決定する。
- ・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」場合、人工関節の耐久性は、半永久的な耐久性を獲得しつつあるので、再判定の機会を残し、問題が起きた時点で更生医療制度を活用して再置換術を行えば支障は起きない。
- ・人工関節＝全廃はいかかなものか。外せない補装具というより、人工臓器に近づいている。人工関節を含めた総合的な障害程度で判断すべきである。
- ・人工関節置換術後の認定については、術後の機能について認定すべき時代になってきている。その場合手術成績が反映されることになるので、認定時期も術後6か月以後が妥当である。
- ・すでに、大腿骨頸部骨折後の人工骨頭や膝関節の片側置換術については厚生労働省の疑義解釈の回答にあるように全廃としないでMMTやROMの状況で判断することとなっている。
- ・人工関節置換に関しては、術者の技術格差も無関係とは言えず、患者の抱えている術後のリスクをどのように判断するか問題があるため、現状維持。



## 6. 下肢の機能障害について

- ・かつての疑義解釈は曖昧であるので、新基準をつくるべきである。
- ・等級表との整合性と実際面から 2、3、4 級に分けるのが妥当であり、これまで用いてきた起立・歩行能力の表記法にこだわらずに新しい評価項目を用いてもよいのではないかと。
- ・身障手帳は心身機能で判断すると言いながら、歩行距離や立位保持時間が基準になっていること自体が矛盾であり、新しい ADL の評価概念を導入すべきである。
- ・両下肢の機能障害について、体幹機能障害の基準を活用する診断書が多くみられ、両下肢機能障害の適正な等級を設定すると同時に、体幹機能障害も修正が必要である。
- ・下肢機能の支持機能についての表現も国語学者の知恵も借りて、誤解の余地のないものに修正すべきである。
- ・立位保持、立ち上がる、歩く、と、運動発達の順序性を重視した等級の設定は中枢性の障害認定には疑問である。立ち上がれるが歩けないケースと立ち上がれないが歩けるケースをどのように区別するのか。
- ・両側性障害について、4 級×2=2 級など機械的に等級をあげるのは不相当である。
- ・一下肢機能の障害の認定基準「1km 以上歩行不能、30 分以上起立位を保つことができない、通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらなければならない」という定義は実は両下肢の機能を反映した能力である。
- ・両下肢機能障害は歩行距離、起立保持能力（時間）、階段昇降能力、両下肢全体の MMT などで定義する。
- ・一下肢の機能障害は、患側の片脚起立能力、一下肢全体の MMT などで定義する。

## 7. その他

- ・脳原性運動機能障害に関する認定基準（診断書）を乳幼児に用いるのは適当ではない。そのむね、表示が必要である。
- ・認定基準の文言（鋏、金づちなど）を現在の生活スタイルに合わせ、整理する必要がある。
- ・手指機能障害に細かい基準を設ける必要がある。例えば、パーキンソン、運動失調のケースにおいては、握力、MMT より巧緻性を重視すべきである。
- ・障害認定の際、医学的管理、退院の見込みを条件としているが、社会的入院もあり、機能回復が見込めない医学的根拠をもって認定すればよいのではないかと。
- ・50 年以上前の実情に合わせて作られた 15 条指定医の認定方法は、実際上は医師として数年の経験があれば誰でも指定されるようになっており、判定にあたって色々な問題を引き起こしている。指定基準を変えたほうがよい。
- ・障害認定の疑義解釈は自治体に任せられたわけだが、詳細部分によっては自治体ごとに差が生じることがある。自治体間の差が生じないよう「すり合わせ」のできる仕組み（場所）を考える必要がある。

- ・認定業務の簡素化のため、年金診断書のような、あるいは近年改正された「ぼうこう・直腸障害」の診断書のようなチェックボックス方式があれば、半ば機械的な判定も可能である。このやり方は視力、聴力、呼吸機能障害では実施可能でも肢体不自由の領域では困難かもしれない。

表 2-4 肢体不自由の認定に関する問題点と検討課題

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

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
分担研究報告書

障害者関連制度の制度理念の整理

分担研究者 寺島 彰

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

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

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

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

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

C. 研究結果

1. 障害者関係

(1) 障害者自立支援法（平成十七年十一月七日法律第二百二十三号）

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

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

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

### (3) 身体障害者福祉法

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

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

### (4) 知的障害者福祉法

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

### (5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

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

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

## 2. 社会福祉関係

### (1) 生活保護法

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

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

### (2) 介護保険法

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

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

### (3) 生活福祉資金

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

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

## 3. 公的年金制度

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

### (1) 国民年金法

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

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

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

#### (2) 厚生年金保険法

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

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

#### (3) 心身障害者扶養共済制度

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

して給付金が支給されるものである。

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

#### 4. 手当関係

##### (1) 特別児童扶養手当等の支給に関する法律

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

##### (2) 児童扶養手当法

児童扶養手当法(昭和三十六年十一月二十九日法律第百三十八号)第一条では、「父と生計を同じくしていない児童が育成される家庭の生活の安定と自立の促進に寄与するため、当該児童について児童扶養手当を支給し、もつて児童の福祉の増進を図ることを目的とする。」としている。そして、同法第四条で、「都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する児童の母がその児童を監護するとき、又は母がないか若しくは母が監護をしない場合において、当該児童の母以外の者がその児童を養育するときは、その母又はその養育者に対し、児童扶養手当を支給する。」としており、第三号で、「父が政令で定める程度の障害の状態にある児童。」を含めている。

本法の場合、障害者を定めている目的は、「児

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

## 5. 雇用・労働

### (1) 障害者の雇用の促進等に関する法律

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

### (2) 雇用保険法

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

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

### (3) 最低賃金法

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

### (4) 一般職の職員の給与に関する法律

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



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

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

## 6. 労働災害補償

### (1) 労働基準法

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

### (2) 労働者災害補償保険法

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

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

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

### (3) 国家公務員災害補償法

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

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

#### (4) 警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律(昭和三十七年七月二十九日法律第二百四十五号)第一条(目的)では、「この法律は、警察官の職務に協力援助した者の災害(負傷、疾病、障害又は死亡をいう。以下同じ。)につき、療養その他の給付を行うことを目的とする。」としている。第二条(国及び都道府県の責任)では、「職務執行中の警察官がその職務執行上の必要により援助を求めた場合その他これに協力援助することが相当と認められる場合に、職務によらないで当該警察官の職務遂行に協力援助した者がそのため災害を受けたとき、又は政令で定める場所以外の場所において、殺人、傷害、強盗、窃盗等人の生命、身体若しくは財産に危害が及ぶ犯罪の現行犯人がおり、かつ、警察官その他法令に基き当該犯罪の捜査に当るべき者がその場にいらない場合に、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。」

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

し又は疾病にかかり治った場合においてなお存する障害に対する給付)」、「介護給付(協力援助者が傷病給付又は障害給付の給付の事由とな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(昭和三十九年七月十日法律第百六十七号)第一条(目的)では、「この法律は、河川について、洪水、高潮等による災害の発生が防止され、河川が適正に利用され、流水の正常な機能が維持され、及び河川環境の整備と保全がされるようにこれを総合的に管理することにより、国土の保全と開発に寄与し、もつて公共の安全を保持し、かつ、公共の福祉を増進することを目的とする。」とされている。

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

河川法施行令(昭和四十年二月十一日政令第十

四号)第十四条(洪水時等における緊急措置に係る損害補償の額等)では、「法第二十二条第六項に規定する損害補償は、非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令(昭和三十一年政令第三百三十五号)中水防法(昭和二十四年法律第九十三号)第十七条の規定により水防に従事した者に係る損害補償の基準を定める規定の例に準じて行なうものとし、この場合における手続その他必要な事項は、国土交通省令で定める。」としている。

そして、河川法施行規則(昭和四十年三月十三日建設省令第七号)第十条(損害補償の手続等)では、補償の内容として、療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償又は葬祭補償をあげている。また、休業補償については、従事者の扶養親族に重度心身障害者が含まれるときは、障害者加算がなされる。

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

## 7. 戦傷病者関係

### (1) 戦傷病者戦没者遺族等援護法

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

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

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

### (2) 戦傷病者特別援護法

戦傷病者特別援護法(昭和三十八年八月三日法律第六十八号)第一条では、「この法律は、軍人軍属等であつた者の公務上の傷病に関し、国家補償の精神に基づき、特に療養の給付等の援護を行なうことを目的とする。」としており、目的は、「国家補償」であり、目標は、「特に療養の給付等の援護を行なうこと」である。

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

### (3) 恩給法

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

病恩給」がある。

\*准士官と将校は13年以上在職、下士官と兵は12年以上。

## 8. 税制関係

### (1) 所得税法

所得税法（昭和四十年三月三十一日法律第三十三号）第七十九条では、「障害者」は、「その者のその年分の総所得金額、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、第一条で、「この法律は、所得税について、納税義務者、課税所得の範囲、税額の計算の方法、申告、納付及び還付の手續、源泉徴収に関する事項並びにその納税義務の適正な履行を確保するため必要な事項を定めるものとする。」としているのみであり、法律の目的は規定されていない。また、なぜ、障害者の税額を減額するのかについても規定されていない。

### (2) 地方税法

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

また、第七十二条第5項で、「あん摩、マッサージ又は指圧、はり、きゆう、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（昭和二十五年三月三十一日法律第七十三号）では、第十二条では、「次に掲げる財産の価額は、相続税の課税価格に算入しない。」として心身障害者共済制度の給付金を受ける権利は、相続税の非課税財産であるとしている。

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

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

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

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

### (4) 関税定率法

関税定率法（明治四十三年四月十五日法律第五

十四号)第十四条は、無条件免税の対象として「身体障害者用に特に製作された器具その他これに類する物品で政令で定めるもの」と定めている。これらの物品については、関税定率法施行令第十六条の二で、「肢体不自由者用の義肢及び人工代用筋、車椅子並びに装着式尿収器」、「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することで、障害者関係業者を保護しようとしているのか、購入する障害者の経済的負担を軽減しようとしているのかいろいろなことが考えられるが、その目的についての記述はない。

## 9. 交通関係

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

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

推進するための措置」「その他の措置」を講ずることである。

### (2) 道路交通法

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

止しようとする社会防衛上の観点があると考えられる。

### (3) 自動車損害賠償保障法

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

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

### (4) 身体障害者旅客運賃割引規則

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

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

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

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

障害者が単独で乗車船する場合に発売する。

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

③回数乗車券 第1種身体障害者が介護者とともに乗車船する場合に発売する。

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

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

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

### (5) 知的障害者旅客運賃割引規則

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

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

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

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

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

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

③回数乗車券 第1種身体障害者が介護者とともに乗車船する場合に発売する。

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

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

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

## 10. 建築関係

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

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

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

## (2) 都市基盤整備公団法

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

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

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

## (3) 公営住宅法

公営住宅法（昭和二十六年六月四日法律第九



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

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

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

## 1 1. 通信関係

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

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

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

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

## (2) 放送法

放送法(昭和二十五年五月二日法律第三百三十二号)第三条の二(国内放送の放送番組の編集等)第4項では、「放送事業者は、テレビジョン放送による国内放送の放送番組の編集に当たっては、静止し、又は移動する事物の瞬間的影像を視覚障害者に対して説明するための音声その他の音響を聴くことができる放送番組及び音声その他の音響を聴覚障害者に対して説明するための文字又は図形を見ることができる放送番組をできる限り多く設けるようにしなければならない。」として視覚障害者に対する解説放送と、聴覚障害者

に対する字幕放送について規定している。

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

一 放送が国民に最大限に普及されて、その効用をもたらすことを保障すること。

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

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

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

## 12. 児童・教育関係

### (1) 児童福祉法

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

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

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

### (2) 学校教育法

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

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

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

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

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

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

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

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

## 12. 国家賠償関係

### (1) 予防接種法

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

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

### (2) 公害健康被害の補償等に関する法律

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

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

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

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

この中で、障害者にかかわるものは、また、健康被害予防の事業は、公害健康被害補償予防協会により実施され、「大気の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」、「大気の汚染の影響による健康被害の予防に関する計画の作成、健康相談、健康診査、機能訓練若しくは施設若しくは機械器具の整備を行う地方公共団体（施設又は機械器具の整備を行う者に対して助成を行う地方公共団体を含む。）又は環境業団に対する助成金の交付」等が実施されている。

### （3）独立行政法人医薬品医療機器総合機構法

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

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

### （4）原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

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

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

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

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

### 1.3. 権利関係

#### (1) 著作権法

著作権法（昭和四十五年五月六日法律第四十八号）では、「第一条（目的）この法律は、著作物並びに 実演、レコード、放送及び有線放送に関し著作者の権利及びこれに隣接する権利を定め、これらの文化的所産の公正な利用に留意しつつ、著作者等の権利の保護を図り、も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つては送信可能化を含む。）を行うことができる。」「点字図書館その他の視覚障害者の福祉の増進を目的とする施設で政令で定めるものにおいては、専ら視覚障害者向けの貸出しの用に供するために、公表

された著作物を録音することができる。」として

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

本法では、視覚障害者および聴覚障害者の定義はなされていない。

#### (2) 公職選挙法

公職選挙法（昭和二十五年四月十五日法律第一百号）では、第一条（この法律の目的）で、「この法律は、日本国憲法に則り、衆議院議員、参議院議員並びに地方公共団体の議会の議員及び長を公選する選挙制度を確立し、その選挙が選挙人の自由に表明せる意思によつて公明且つ適正に行われることを確保し、もつて民主政治の健全な発達を期することを目的とする。」とあり、目的は、「民主政治の健全な発達を期すること」であり、目標は、「公選が選挙人の自由に表明せる意思によつて公明且つ適正に行われることを確保すること」であり、その方法は、「公選する選挙制度を確立」とである。

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 14. 災害関係

##### (1) 災害対策基本法

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

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

##### (2) 災害弔慰金の支給等に関する法律

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

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

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

#### 15. 資格関係

(1) あん摩マッサージ指圧師、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（昭和二十二年十二月二十日法律第二百十七号）第二条では、「免許は、学校教育法第五十六条の規定により大学に入学することができる者で、三年以上、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の認定した学校又は厚生労働大臣の認定した養成施設において解剖学、生理学、病理学、衛生学その他あん摩マッサージ指圧師、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つて、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、第十八条の二では、「文部科学省令・厚生労働省令で定める程度の著しい視覚障害のある者（以下「視覚障害者」という。）にあつては、当分の間、第二条第一項の規定にかかわらず、学校教育法第四十七条の規

定により高等学校に入学することができる者であつて、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の認定した学校又は厚生労働大臣の認定した養成施設において、部大臣の認定した学校又は厚生大臣の認定した養成施設において、あん摩マ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、法第三条には、「次の各号の一に該当する者には、免許を与えないことがある。」として

一 精神病患者又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者

二 伝染性の疾病にかかっている者

三 第一条に規定する業務に関し犯罪又は不正の行為があつた者

四 素行が著しく不良である者」とされている。

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

また、法第十九条では、「当分の間、文部科学大臣又は厚生労働大臣は、あん摩マ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（平成二年三月二十九日厚生省令第十九号）には、第十条（点字による試験）で、「目が見えない者の試験は、点字によることができる」としている。このように受験における特別な配慮を認めているが、なぜ、そうするのかは、規定はない。

## （2）鳥獣保護及狩猟ニ関スル法律

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

第六条に「左ニ掲グル者ハ狩猟免許ヲ受クルコトヲ得ズ

- 一 二十歳ニ満タザル者
- 二 精神病患者、知的障害者又ハ癲癩病患者
- 三 麻薬、大麻、阿片又ハ覚醒剤ノ中毒者

と定められている。

これは、欠格条項である。

## （3）放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律

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

同法第五条（欠格条項）では、「次の各号のいずれかに該当する者には、第三条第一項、第四条第一項又は前条第一項の許可を与えない。」として、「四 重度知的障害者又は精神病患者」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、第三十一条（取扱いの制限）では、「何人も、十八歳未満の者又は精神障害者（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）第五条に規定する精神障害者をいう。）に放射性同位元素又は放射性同位元素によつて汚染された物の取扱いをさせてはならない。」「二 何人も、前項に掲げる者に放射線発生装置を使用させてはならない。」と同様の欠格条項を定めている。

本法では、公共の安全のために一部の障害者を除外している。ことになる。

## 15. 刑法関係

（1）刑法（明治四十年四月二十四日法律第四十五号）

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

（2）酒に酔つて公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律



酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律（昭和三十六年六月一日法律第百三十三号）は、「第一条（目的）この法律は、酒に酔っている者（アルコールの影響により正常な行為ができないおそれのある状態にある者をいう。以下「酩酊者」という。）の行為を規制し、又は救護を要する酩酊者を保護する等の措置を講ずることによつて、過度の飲酒が個人的及び社会的に及ぼす害悪を防止し、もつて公共の福祉に寄与することを目的とする。」ものである。同法には、「第七条（通報）警察官は、第三条第一項又は警察官職務執行法第三条第一項の規定により酩酊者を保護した場合において、当該酩酊者がアルコールの慢性中毒者（精神障害者を除く。）又はその疑のある者であると認めるときは、すみやかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。」とあり精神障害者の除外規定がある。なぜ、精神障害者が除外されているのかは不明である。また、精神障害者の定義はなされていない。

## 16. その他

### (1) 石油需給適正化法

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

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

る。ただし、この身体障害者の定義はない。

### (2) 国有財産特別措置法

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

## D. 考察

結果を一覧表に整理してみると表4-1のようになる。

### 1. 制度の目的の類型化

制度の目的で障害者に関連するものを類型化を試みる次のようになる。

障害者（児）の福祉の増進

障害者の自立と社会・経済・文化等への参加促進

障害者等の安定した生活を保障

障害者の職業の安定

国または都道府県の責任を果たす

国家補償

権利保障

障害の防止

被害者の保護

身体障害者の機会を確保

必要な知識技能を授けること

被害者等の保護

被害者の救済

## 2. 制度の目標の整理

制度の目標で障害者に関連するものを類型化を試みる次のようになる。

障害者（児）の生活自立

障害者の自立

社会経済活動への参加を促進

障害者の社会復帰の促進

障害発生の予防

障害者の生活の保障

障害者等の生活意欲の助長促進

障害者等の在宅福祉の促進

障害者等の生活の安定

社会復帰の促進

労働条件の確保

援護

損害補償

公共交通機関を利用した移動の利便性及び安全性の向上の促進

建築物の質の向上

居住環境の向上及び都市機能の増進

都市環境の改善

通信・放送役務の利用に関する身体障害者の利便の増進

障害者の情報保障

健康被害に係る損害を補填するための補償

被害者の福祉

被爆者の健康の保持及び増進

福祉の向上を図る

公選を確保

放射線障害を防止

国有財産の管理、処分における特例

## 3. 方法の整理

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

支援

援助

保護

医療

資金の貸付

援助指導

年金給付

手当支給

雇用の促進

職業リハビリテーション

雇用の継続のための給付

職業に関する教育訓練

最低賃金が適用除外

扶養手当支給

保険給付

労働福祉事業

年金や一時金の支給

療養の給付

更生医療の給付

補装具の支給及び修理

国立の保養所への収容

鉄道及び連絡船への乗車及び乗船についての無賃取扱い

税金の控除や減免

公共交通機関の旅客施設及び車両等の構造及び設備を改善

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

禁止事項除外、

盲人の杖盲導犬の携帯義務

盲人の歩行時の保護

シートベルト免除

免許証取得制限

賠償金の支給

円滑に利用できる建築物の建築の促進

市街地の整備改善

賃貸住宅の供給・管理

根幹的な都市公園の整備

住宅整備

低廉な家賃で賃貸し又は転貸

通信・放送利用円滑化

保護

独立自活に必要な知識技能を与える

独立自活に必要な指導又は援助

治療

日常生活の指導

学校教育

障害補償

医療費

著作者等の権利の一部制限

代理投票、不在者投票

障害者等に対する特別な配慮

障害見舞

受験要件を緩和

職業保護

特別な配慮

欠格条項

身体障害等を遺棄した者の罪を重くする

特別の配慮をする

施設への優先無償貸付

#### 4. 理念的整理

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

①障害者（児）の福祉の増進

②障害者の（生活）自立促進

障害者の社会・経済・文化等への参加促進

社会復帰促進

雇用促進

障害者の機会の確保

障害者等の生活意欲の助長促進

職業リハビリテーション

学校教育

雇用の継続のための給付

職業に関する教育訓練

知識提供

情報保障

労働条件の確保

労働福祉事業

補装具の支給及び修理

③障害者等の安定した生活を保障

障害者等の在宅福祉の促進

障害者等の生活の安定

経済的安定

資金の貸付

年金給付

手当支給

鉄道及船舶の運賃免除・割引

税金の控除や減免

公共交通機関の旅客施設の改善

公共交通機関車両の構造設備の改善

障害者の職業の安定

障害者の保護

知識の提供

情報保障

障害者等の救済

被爆者の健康の保持及び増進

損害補償

公共交通機関を利用した移動の利便性の向上

移動の安全性の向上

建築物の質の向上

居住環境の向上

都市機能の増進

都市環境の改善

円滑に利用できる建築物の建築の促進

通信・放送役務の利用に関する利便の増進

市街地の整備改善

賃貸住宅の供給・管理

根幹的な都市公園の整備

住宅整備

低廉な家賃で賃貸し又は転貸

通信・放送利用円滑化

医療・療養の給付

資金の貸付

年金給付

国立の保養所への収容

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

障害見舞

禁止除外

駐車禁止事項除外

シートベルト免除

著作者等の権利の一部制限

④社会防衛

権利制限

障害の防止

放射線障害防止

最低賃金の適用除外

免許証取得制限

欠格条項

義務付与

盲人の杖盲導犬の携帯義務

⑤権利保障

公選を確保

代理投票

不在者投票

⑥便宜提供

国有財産の管理・処分における特例

⑦平等の確保

受験要件を緩和

⑧国家賠償

賠償金の支給

E. 結論

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

- ①障害者（児）の福祉の増進
- ②障害者の（生活）自立促進
- ③障害者等の安定した生活を保障
- ④社会防衛
- ⑤権利保障
- ⑥便宜提供
- ⑦平等の確保
- ⑧国家賠償

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

表 4 - 1 障害者関係制度の目的等の整理

法律・制度	目的	目標	方法
障害者自立支援法	障害者および障害児の福祉の増進	障害者および障害児の日常生活および社会生活の自立	障害者福祉サービスの給付その他の支援を行う
障害者基本法	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	障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進	
身体障害者福祉法	身体障害者の福祉の増進	身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進	身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護
知的障害者福祉法	知的障害者の福祉	自立と社会経済活動への参加を促進	知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	「精神障害者の福祉の増進」と「国民の精神保健の向上」	社会復帰の促進、「自立」、「社会経済活動への参加の促進」、障害「発生の予防」、「国民の精神的健康の保持及び増進」	「医療」「保護」、「援助」
生活保護法	日本国憲法第二十五条の理念の実現	生活の保障と自立の助長	必要な保護を行う
介護保険法	国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること	自立生活	必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付
生活福祉資金	障害者等の「安定した生活を営ましめること」	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」	資金の貸付けと必要な援助指導
国民年金法	健全な国民生活の維持及び向上に寄与すること	国民生活の安定がそなわられることを防止	年金を給付
厚生年金保険法	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	労働者の老齢、障害又は死亡について保険給付を行う	年金を給付する
特別児童扶養手当	「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」		「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
児童扶養手当	児童の福祉の増進	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	手当の給付
	障害者の職業の安定	障害者の「職業生活における自立促進」	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」「その他障害者がある能力に適合する職業に就くこと」
雇用保険	労働者の生活及び雇用の安定を図る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」		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
最低賃金法	国民経済の健全な発展に寄与すること		「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
一般職の職員の給与			扶養手当を扶養親族のある職員に

に関する法律			支給
労働基準法			
	労働者の福祉の増進に寄与すること	社会復帰の促進、労働条件の確保	保険給付を行うほか、労働福祉事業
国家公務員災害補償法	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	本人の「社会復帰の促進」と本人及びその遺族の「援護」	年金や一時金の支給
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	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		「傷病給付」、「障害給付」、「介護給付」、「遺族給付」、「葬祭給付」等
河川法		損害補償	療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償又は葬祭補償などの金銭給付
戦傷病者戦没者遺族等援護法	国家補償	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	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。
戦傷病者特別援護法	国家補償	特に療養の給付等の援護を行なうこと	「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」
恩給法	権利保障		普通恩給、「増加恩給」、「傷病賜金」、「一時恩給」、「扶助料」「一時扶助料」などの金銭給付
所得税法			税額を減額
地方税法			税金の控除や減免
相続税			非課税措置
関税込率法			免税
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	公共の福祉の増進	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	「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」
道路交通法	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		禁止事項除外、盲人の杖盲導犬の携帯義務、盲人の歩行時の保護、シートベルト免除、免許証取得制限
自動車損害賠償保障法	「被害者の保護」と「自動車運送の健全な発達	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」	賠償金の支給
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	公共の福祉の増進	建築物の質の向上	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
都市基盤整備公団法	国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展	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	「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
公営住宅法	国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与		「健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を整備」し、「住宅に困窮

	することを目的		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」
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	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	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	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
放送法	放送の「健全な発達を図る」	障害者の情報保障	
児童福祉法	児童及び知的障害者の福祉		「保護」「独立自活に必要な知識技能を与える」「独立自活に必要な指導又は援助」「治療」「日常生活の指導」
学校教育法	欠陥を補うために、必要な知識技能を授けること		学校での教育
予防接種法	健康被害の救済		「障害児養育年金」、「障害年金」「死亡一時金」、「葬祭料」、
公害健康被害の補償等に関する法律	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	「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」	「障害補償費」
独立行政法人医薬品医療機器総合機構法	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		医療費、医療手当、障害年金、障害児養育年金、遺族年金、遺族一時金及び葬祭料の給付
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	国の責任」を果たす	被爆者の健康の保持及び増進並びに福祉の向上を図る	
著作権法	文化の発展に寄与すること	著作者等の権利の保護	著作者等の権利の保護の一部制限
公職選挙法	民主政治の健全な発達を期すること	公選が選挙人の自由に表明せる意思によつて公明且つ適正に行われることを確保すること	代理投票、不在者投票
災害対策基本法	社会の秩序の維持と公共の福祉の確保	国土並びに国民の生命、身体及び財産を災害から保護	障害者等に対する特別な配慮
災害弔慰金の支給等に関する法律			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
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			受験要件を緩和、職業を保護、特別な配慮
鳥獣保護及狩猟ニ関スル法律			欠格条項
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	公共の安全を確保	放射線障害を防止	欠格条項
刑法			身体障害等を遺棄した者の罪を重くする
酒に酔つて公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律	公共の福祉に寄与	過度の飲酒が個人的及び社会的に及ぼす害悪を防止	精神障害者の除外
石油需給適正化法	石油の需給を適正化	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	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、特別な配慮をする
国有財産特別措置法	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	国有財産の管理、処分における特例	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への無償貸付

## 脊髄損傷者の加齢的変化の現状と障害再認定上の問題

関西労災病院リハビリテーション科 住 田 幹 男

### 1. はじめに

21世紀に入り、わが国は急速な高齢化社会を迎え、一方で生活習慣病をはじめとする疾病構造の変化や自動車をはじめとする高度工業化社会の成熟化は、勤労者の中から多くの障害者を加速度的に生み出してきている。そのような社会や医療を取り巻く情勢は逼迫の色合いを強くしている。このような中で、ある意味で日本における医療・経済・社会・文化を包含した問題として脊髄損傷者の加齢の実態と障害認定を巡る医療政策上の問題は象徴的な問題ともいえる。なぜなら脊髄損傷治療の変革は、世界的な大戦の被災者から出発し、戦後の社会の経済復興の中で大きくクローズアップされてきた障害者医療のなかで、それに対する最も代表的な世界各国の医療制度や急性期医療、リハビリテーション、介護、復学や復職をはじめとした社会参加の有り様、進化、発展の歴史を反映しているといえるからである。わが国における国民生活の向上と急性期治療の格段の進歩は、急性期死亡率を抑制し、世界有数の長寿国、乳幼児死亡率の低下をもたらしてきた。脊損者の平均余命も一部研究では30年を超えるようになってきているのが現状である。そのなかで本研究は主として脊髄障害者の経年的変化—加齢による変化に焦点をあて、その現状を主として全国脊髄損傷データベース研究のサブ解析として行い、特に障害再認定上の課題として取り上げられるべき問題点の所在を明らかにしようとするものである。

### 2. 横断的研究と縦断的研究の違い

脊損者の加齢に伴う経年的変化を研究する際に問題になることは現状を把握する方法論上の問題である。最も理想的に望まれる研究はprospective longitudinalな研究であり急性期治療から慢性期を経て死亡—死亡原因に至る包括的な研究であろう。しかしこの研究においても治療開始年代の治療法、リハビリテーション、健康管理システム、社会の受け入れ態勢、福祉制度の差異—cohort effect—が存在し、正確に加齢変化を把握することは多くの影響する因子を含んでおり先進的な諸外国の25年以上に及ぶ縦断的な研究（文献1）をもってしても結論づけることは極めて困難である。また加齢的变化は慢性期、終末期を含むため、医療的管理の少ない脊損者にとっては、退院後の十分な追跡登録制度のない日本においてはさらに困難である。一方諸外国でも広く行われてきた横断調査は、現状を横断的に多くはアンケート方式で脊損者本人や家族に記入してもらうものであり、詳しいADL変化などの調査には適しておらず、また調査項目も限定され、社会的不利に関することが多くなる。また主観的なbiasが入ってくることになり分析には統計学的に特別な配慮が必要であろう。しかし神経学的レベルによる違いや年代別、受傷後経過年数、有病疾病、死亡率、生存率などについては比較研究することが可能である。諸外国でも近年25年以上経過症例の縦断的かつ横断的研究が精力的に発表されてきている（文献1）。しかし日本においては単一の施設に限定された研究が多く、多施設間の本格的な研究はほとんど皆無に近く、あっても受傷後追



跡機間は20年以内がほとんどである。そこで本研究では最近行われた横断的研究を参考にしながら、疫学調査からみられる発生状況—高齢者発生の増加傾向と帰結研究として行われている死因調査とそれと関連する生存期間とを重ねて研究することで脊損者の加齢的变化の実態に迫りたいと考える。

### 3. 脊損者の発生状況

日本における全国的な脊損発生状況に関する報告は、新宮ら文献(2)図1の1990年から1992年の全国調査9752例の調査結果が初めてであり、1年間に百万人あたり40.2人の発生とされており、年間約5000人の新規の脊損者の発生があると推測されている。そして発生年齢の分布は欧米とは極端に異なり、若年層と高齢者層の二相性の分布を示し、若年層は20歳に、高齢者層は59歳にあったと報告している。その後日本脊髄障害医学会(文献3)

が2003年から2004年にかけて行った同様の調査では発生率については発表されていないが、発生年齢の分布では同様に若年層と高齢者層の二相性の分布を示しているものの高齢者層の分布が大きくなり、高齢者層のピークも60才を超えてきている。さらに神経学的レベルでも頸髄損傷が75%以上を占めており、

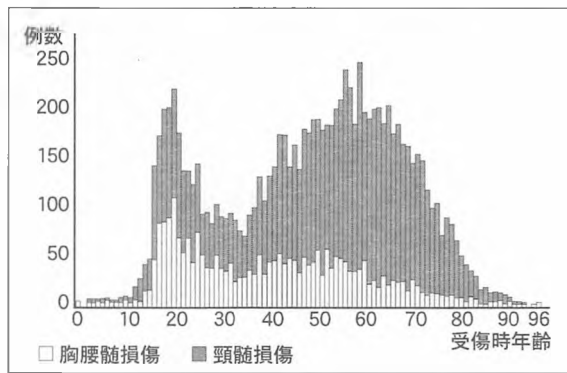


図1 脊損者の受傷時年齢の分布(文献2)

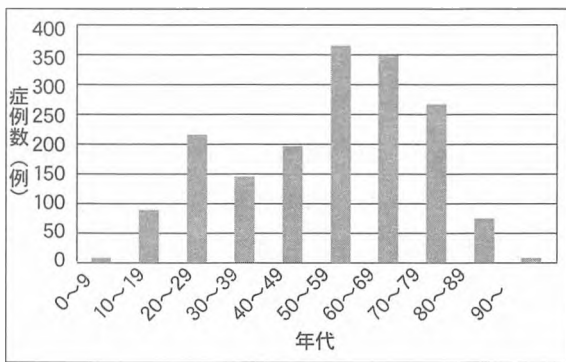


図2-a 日本における脊損者の受傷時年齢分布  
2003年 日本脊髄障害医学会 柴崎報告

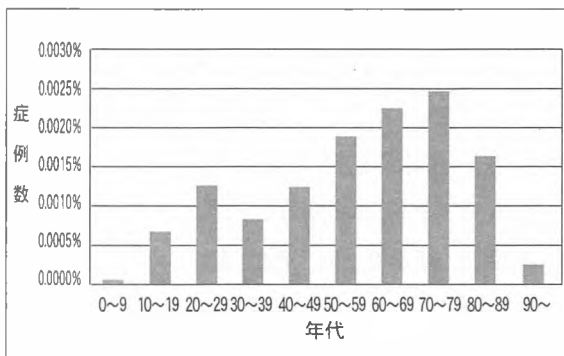


図2-b 日本における脊損者の受傷時年齢分布  
年齢別発生人口発生比率  
2003年 日本脊髄障害医学会 柴崎報告

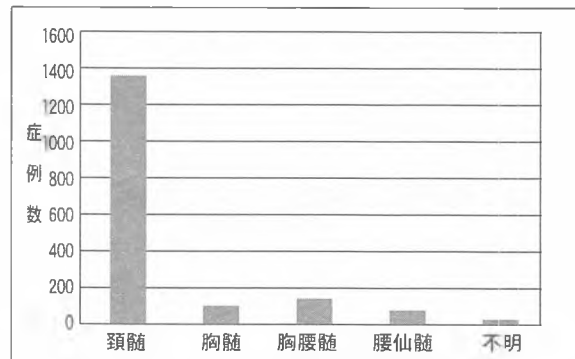


図2-c 日本における脊損者の部位別分布  
2003年 日本脊髄障害医学会 柴崎報告

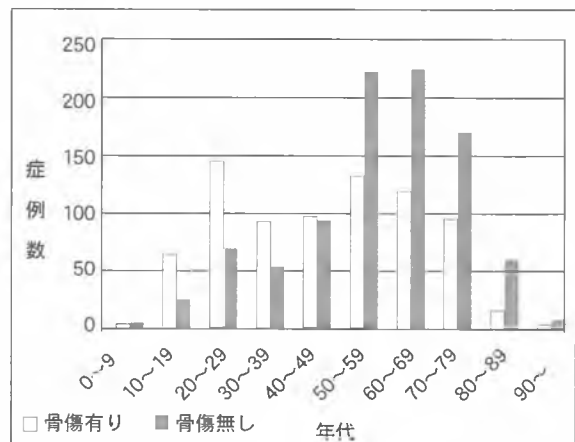


図2-d 日本における脊損者の受傷時骨傷の有無の年齢分布  
2003年 日本脊髄障害医学会 柴崎報告

麻痺の重症度では若年層の完全麻痺優位に対して、高齢者では中心型の不全麻痺例が多くを占めるといふ傾向を示している (図2-a, b, c, d)。

#### 4. 脊損者の標準化死亡率と死因

全国労災病院脊髄損傷データベース研究における内田文献 (4) の報告によれば脊損者の標準化死亡率は健常者の約6倍に達している (表1)、死因の第一位は肺炎で高齢頸損者におおき、第二位は悪性新生物、第三位は敗血症でその原因の多くは褥瘡によるものであり、第四位はなお腎不全が占めていた。第五位は心疾患、第六位は呼吸不全で原因のはっきりしない呼吸停止で多くは頸髄損傷者の高齢者であった。さらに第七位は自殺、第八位は消化器系、第九位は脳管障害、第十位は頸髄損傷者の不慮の窒息であった。発生の時期については急性期も含むため、厳密な日常生活との関連は推測の域を出ないが、頸損者における呼吸器系、その他はADLとの関連からは褥瘡管理、医療管理からは悪性新生物、消化器系、泌尿器系がかんがえられる。また中高年の自殺問題は社会的心理的サポートの問題が背景にあるとおもわれ、アメリカからの報告でも同様の傾向の報告がされている。(表2)

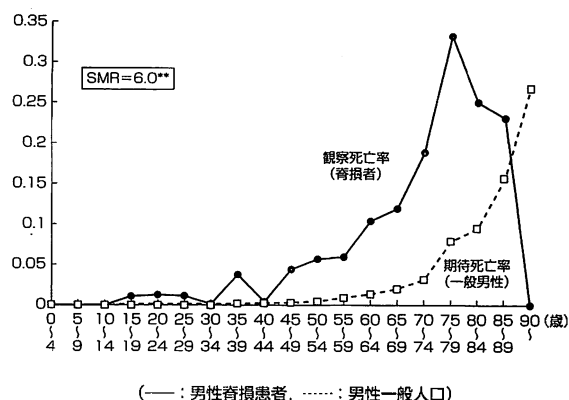


表1 日本における脊損者の年齢階級別標準化死亡率

表1 日本における脊損者の年齢階級別標準化死亡率

脊損者の死因と標準化死亡比  
(日本のデータと米国のデータとの比較)

死 因	死亡者数	(%)	SMR	米国データ	SMR
肺炎とインフルエンザ	44	21.2	19.33**	16.3	35.6
非虚血性心疾患	8	3.8	3.73**	12.2	6.4
敗血症	22	10.6	146.20**	8.7	64.2
肺塞栓症	1	0.5	9.19	8.1	47.1
症候および病的状態	10	4.8	37.32**	7.3	13.8
虚血性心疾患	6	2.9	3.05*	6.5	1.2
自殺	9	4.3	9.47**	5.7	4.8
不慮の事故	12	5.8	8.65**	5.1	1.4
悪性腫瘍	37	17.8	3.09**	5.1	0.9
消化器疾患	9	4.3	5.96**	4.8	3.8
その他呼吸器疾患	14	6.7	17.37**	4.1	4.5
尿路障害	22	10.6	46.48**	3.5	10.9
その他	0	0	—	3.1	1.9
脳血管障害	8	3.8	1.82	2.9	2.2
その他の外因死	0	0	—	2.3	13.9
神経疾患	1	0.5	4.01	2.1	5.9
動脈疾患	3	1.4	13.63*	1.2	3.4
他殺	2	1.0	101.02**	1.1	0.7
死因の明らかなもの合計	208	100		100.0	
不明	28				
合計死亡者数	236			(合計死亡者数：1601)	

\*\*p<0.01, \*p<0.05 (Poisson distribution)

表2 脊損者のSMR死亡率 日米比較 (労災脊損データベースとNSCISCD)

## 5. 脊損受傷後の生存期間

Devivoら（文献5，6）は、アメリカの脊損データベースNational SCID（NSCISCD）での調査において1976年から1992年までの長期追跡調査（longitudinal study）を行い、脊髄損傷患者の平均生存期間及び平均余命について報告している。脊損者の受傷後の平均生存率は、神経学的損傷レベル、Frankel grade，受傷時年齢の関与が大きいとして4分類（すなわち、グループ1：C1からC4まで高位頸損A/B/C，グループ2：C5からC8までの下位頸損A/B/C，グループ3：胸損、腰損、仙損のA/B/C，グループ4：神経学的レベルにこだわらないFrankel D）を行い、さらに受傷時年齢を30歳以下群、31から45歳群、46歳から60歳群、61歳以上の4群に分けて検討して報告している。結果はグループ1では受傷時年齢31歳から45歳群において14.4年、46歳から60歳群で、6.7年、61歳以上で0.9年であった。30歳以下では調査期間内に生存率の中央値に達していなかった。グループ2ではそれぞれ、18年、13.3年、3年、30歳以下では調査期間内に生存率の中央値に達していなかった。グループ3では受傷時年齢60歳以上の群において7.7年、他の群においては調査期間内に生存率の中央値に達していなかった。グループ4では受傷時年齢60歳以上の群において10.3年他の群においては調査期間内に生存率の中央値に達していなかった、としている（表3）。

日本においては労災病院の死因調査のデータの中から後方視的に調査して関東労災病院の

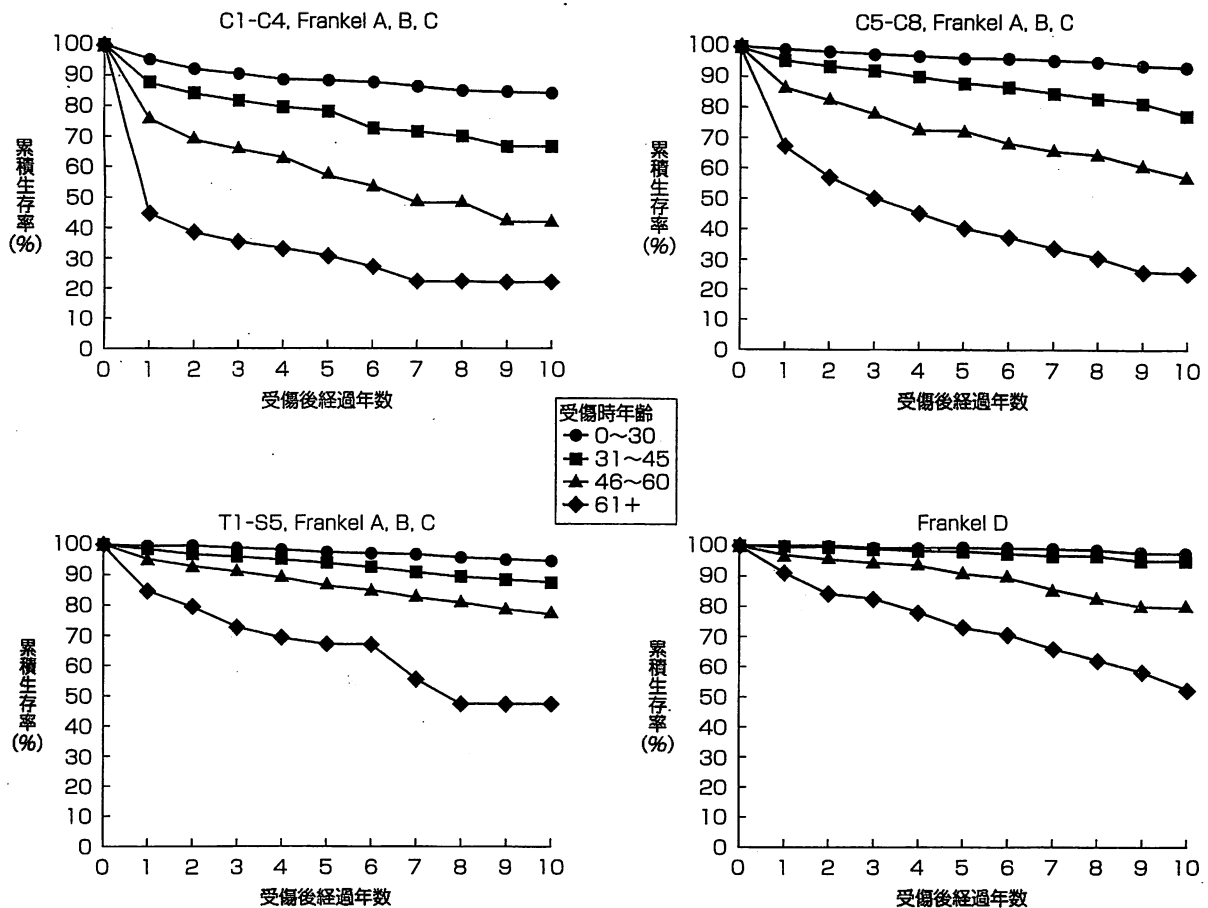


表3 受傷後の10年累積生存率（損傷高位別、受傷時年齢別）

(Michael J Devivo : Long-Term Survival and Causes of Death. Spinal Cord Injury-Clinical Outcome from the Model System. An Aspen Publication. 294-295. 1995. からの抜粋)

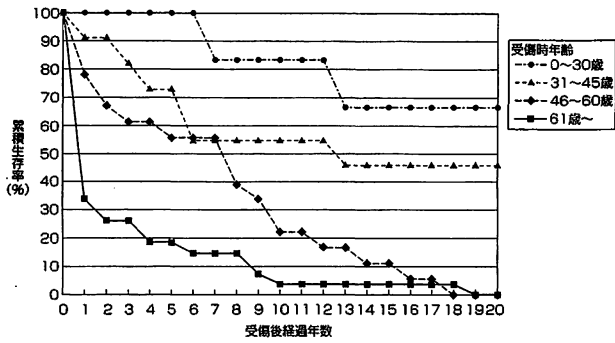


表4 日本において死亡症例からRetrospectiveに検討した生存率  
グループ② (C5-C8, Frankel A, B, C) 群における  
各年齢別20年間の累積生存率

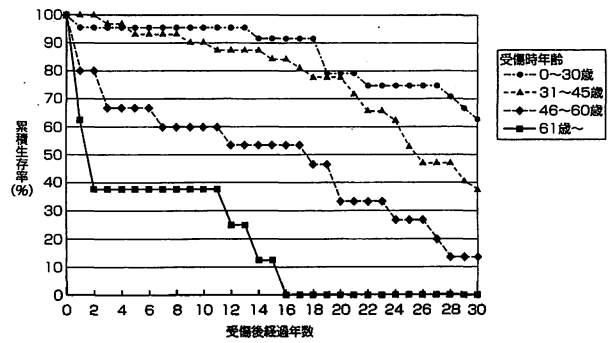


表5 日本において死亡症例からRetrospectiveに検討した生存率  
グループ③ (T1-S5, Frankel A, B, C) 群における  
各年齢別30年間の累積生存率

内田 (文献7) が結果を報告している。グループ2とグループ3の2群について検討した結果を示す (表4、表5)。

グループ2では30歳以下では生存率の中央値に達していなかった。計算上では27年であった。46歳から60歳群で、7.3年、特に高齢時発症者のそれは極めて高く、頸髄損傷完全麻痺者で61歳以上平均8ヶ月と極めて短いものであった。しかしこれは受傷後1年未満の症例が全体の52%を占めており、受傷後1年を経過するとその平均生存期間は約4年と大きく延長する点に注意が必要であるとしている。グループ3では30歳以下では生存率の中央値に達していなかった。計算上では33年であった。46歳から60歳群で、15年、60歳以上の群において1.5年であった。脊損者の生存期間に及ぼす因子をCox比例ハザードモデルで行ったところ、有意な因子として確認できたのは受傷時年齢と受傷レベルであった。さらに因子分析に基づき、脊損者の年齢と受傷レベルについて2群に分類して、Kaplan-Meierの生命表分析を行っている。(表6)それらの総合的な結果として、本邦においても調査方法は異なるものの、脊損者の生存率には受傷時年齢と受傷レベルが大きく影響していることを示している。

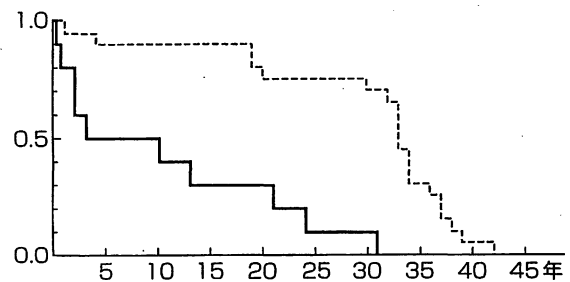


表6 Kaplan-meier 生命表分析  
(受傷時年齢20歳代：頸髄損傷群 (—), 胸腰髄損傷群 (----))

## 6. 木村論文の提示している事例研究のEBMとは何か

国立身障者リハセンターの木村ら (文献8) は傷痍軍人の事例研究と先輩脊損専門医からのコメントとしてすでに対麻痺者の健康管理、加齢対策は終了しているか、対麻痺者の治療体系は確立されたのではないかとしている。果たしてそうであろうか、神奈川リハ病院の内田 (文献9) は脊損者の多くがマルチプルリスクファクター症候群 (メタボリックシンドローム) にすでに潜在的にさらされており、今後、加齢、受傷後経過期間、肢体不自由による運動に対する消極性などが強く関与しているとし、整形外科、泌尿器科を中心とした管理法のみならず内科医のサポートさらには全科的な管理が必要不可欠になるとしている。

## 7. 加齢的变化の脊損者における特徴と問題点

平均余命と並んで一般的には70歳代から出現する生理的的老化現象にみられる徴候が脊損者では、より早期から平均45才から受傷後経過年数18年以上たつと発生してくるといわれている。(文献10)

### 神経筋骨格系

多くの脊損者は、下肢の麻痺の代償として上肢を移動にも移乗にも日常生活のあらゆる場面で用いるため、上肢体幹に様々な過用に伴う問題が発生してくる。特に上肢では機能低下として肩関節手関節ついで肘関節に痛みや疲労として発生してくる。特に車椅子駆動方法に関する肩関節上肢体幹の使用における異常性が出現することがよく知られている。車椅子の駆動方法についても車椅子アスリートと比較して一般的には効率の悪いやり方が行われている現状もある。また座位姿勢を四六時中強いられることからくる頸椎への過度の負担やまた姿勢異常も指摘されている。これらは遅発性の筋力低下知覚異常、放散痛などをもたらす。また固定されていた脊椎のゆるみやCHARCOT様変化も最終的にはきたしてしまう事もある。また約5%の確率で外傷後cystic myelopathyの発生も考慮に入れておく必要がある。これらはいつの時期に手動車椅子から補助電動車椅子や電動車椅子などへの変更などの措置を、車椅子の安全な駆動というPERFORMANCEの問題としても考慮しながら適切な介助機器の介入という認定上の問題とも深く関与してくる。介助の状況を改善する適切な介助機器を使用することに関する適切な評価も自覚的にもシステム上でも不足している。(文献11)

## 8. 本邦における加齢的变化の横断的調査結果から

佐久間ら(文献12)は1999年1621名を対象とした主に在宅の脊損者を対象とした横断的調査結果を報告しているが、受傷後経過年数中央値17年で、ADL歩行4.6%入浴73.2%、トイレ79.7%、食事90.5%、着替え84.8%と車椅子生活で自立しているものが約80%の自立状況であり、自覚症状あるいはそれに基づく障害の進行として、筋肉疲労、寒がり、気分の

自覚症状・受傷状況の二次的障害有無別の比較

項目	二次的障害		P
	あり (n=373)	なし (n=363)	
自覚症状(%:あり)			
筋肉疲労 四肢	78.5	52.8	p<.001
筋肉疲労 体幹	75.8	47.7	p<.001
関節痛 四肢	58.7	36.8	p<.001
関節可動制限 四肢	63.8	52.2	p<.05
安静時筋肉痛 四肢	43.7	25.2	p<.001
安静時筋肉痛 体幹	45.8	18.6	p<.001
運動時筋肉痛 四肢	59.6	35.4	p<.001
運動時筋肉痛 体幹	53.7	33.9	p<.001
筋肉萎縮 四肢	54.5	50.2	
筋肉萎縮 体幹	25.2	17.9	p<.05
骨変形 四肢	41.2	31.7	p<.05
むくみ 四肢	68.5	54.6	p<.01
むくみ 体幹	7.3	3.3	p<.05
しびれ感 四肢	78.6	73.1	
しびれ感 体幹	32.6	20.3	p<.01
寒がり	82.5	67.8	p<.001
安静時呼吸困難	20.5	14.5	p<.05
運動時息切れ	73.2	51.1	p<.001
嚥下困難	18.0	9.3	p<.01
不眠	67.3	54.8	p<.001
気分の落ち込み	76.9	56.3	p<.001
頭痛	55.6	31.4	p<.001
疲労感	83.1	58.0	p<.001
受診状況(%:あり)			
脊髄損傷関連	62.8	53.9	p<.05
脊髄損傷以外	51.9	38.0	p<.001

注)  $\chi^2$  検定を行った。

二次的障害と諸要因との関係(単変量解析)

独立変数	カテゴリー	相対オッズ比(95%CI)	調整オッズ比(95%CI) <sup>a)</sup>
背景			
性別	男(含不明):女	1.46(0.96-2.22)	
現年齢	46歳未満:以上	1.46(1.09-1.95)	
受傷後経過年数	16年未満:以上	2.39(1.78-3.21)	2.33(1.71-3.17)
受傷時状況			
受傷時年齢	23歳未満:以上	0.93(0.69-1.24)	0.74(0.54-1.02)
受傷時重症度	中等度以下:重症以上	1.17(0.81-1.69)	1.19(0.82-1.72)
麻痺型	完全以外:完全	1.01(0.74-1.39)	1.11(0.80-1.53)
損傷高位	胸髄以下:頸髄	0.93(0.64-1.35)	0.93(0.64-1.35)
生活環境			
同居家族	なし:あり	1.03(0.70-1.52)	1.00(0.68-1.48)
階段の使用	なし:あり	1.43(0.95-2.15)	1.38(0.91-2.09)
生活習慣			
喫煙歴	なし:あり	0.78(0.58-1.05)	0.88(0.65-1.22)
飲酒習慣	なし:あり	0.88(0.66-1.17)	0.94(0.70-1.27)
運動習慣	なし:あり	1.27(0.95-1.70)	1.43(1.05-1.94)
筋肉の酷使	なし:あり	2.04(1.51-2.74)	2.08(1.54-2.81)

(95%CI): オッズ比の95%信頼区間

<sup>a)</sup>性別・現年齢で調整したオッズ比を算出した。

注)生活環境・習慣について、ありに該当するものはそれぞれ、階段の使用(普段使用する段階がある)、喫煙歴(現在あるいは過去の喫煙歴)、飲酒習慣(週に1回以上)、運動習慣(定期的に運動している)、筋肉の酷使(特定の筋肉を使いすぎている)、とした。

表7 脊損者の二次的障害の比較と単変量解析

落ち込み、疲労感などを主として50%以上の者が症状があると回答しており、その内医療機関に受診している者が58.4%で、脊髄損傷以外の原因が45.1%であったと報告している。また二次障害の関連要因の分析として単変量解析によるオッズ比は、現年齢46歳以上1.46、受傷後経過年数16年以上2.39、筋肉の酷使2.04と有意であったと報告している。結論として受傷時年齢に関わらず、受傷後経過年数が長期であることと、階段の使用、筋肉の過用が二次的障害の関連要因であるとしている。しかしこの研究対象は胸腰損完全麻痺が多くを占めておりADLもかなり自立している者を対象としており、多くの高齢頸損者は死亡その他の原因で除外されていることを無視してはいけない(表7)。

### 9. 受傷時年齢と受傷後経過年数(加齢)と脊損の重症度との関連性について

Menterら(文献13)は、加齢には3次元の側面すなわち、身体自身の生理的減退、個人の社会的役割、そして自己理解の態度があるとしており、その中でAging factorのなかで最も重要な事は自己理解であるとしていることを前提に、身体的生理的減退、脊髄損傷後の生理的減退にたいする3つの因子(受傷時年齢、受傷後経過年数すなわち障害をもった加齢、神経学的重症度)に分類してその役割をおのおのかつ相互的に果たしている役割を分析し、アメリカの脊損データベースNational SCID (NSCISD)での1995年までの過去20年間の

Results of National Database Form 1 Analysis: Percentage of patients in Each Age Group Who Developed Select Medical Complications during Initial Hospitalization\*

Complication	Age Group <sup>†</sup>					
	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	76+
Pneumonia	9.8	15.7	21.5	17.4	27.8	34.0
Pulmonary Embolus	1.6	3.1	4.5	3.5	9.0	3.8
Renal Stone	0.0	0.8	0.7	1.4	1.6	0.0
Gastrointestinal Hemorrhage	3.2	3.0	2.9	3.4	6.0	3.7
Pressure Sore	30.2	33.3	30.5	30.2	36.3	31.5
Heterotopic Ossification	1.6	4.7	6.6	4.3	5.9	0.0
Thrombophlebitis	7.9	12.6	17.5	15.1	15.2	1.9
Use of Ventilator	28.6	21.6	25.9	26.9	38.6	42.6

\*Note: includes only individuals with day-of-injury admission to Model SCI System.

<sup>†</sup>Shading denotes statistical significance.

表8 米国のNSCISDの年齢別と合併症の比較

Results of National Database Form 2 Analysis: Percentage of People Who Developed Select Medical Complications in Follow-Up Years\*

Condition/Event	Age Group					Years Post-SCI Group				SCI Group		
	16-30	31-45	46-60	61-75	76+	1-5	6-10	11-15	16+	Para ABC	Tetra ABC	All D&E
Contracture	4.7	6.4	6.3	8.7	16.0	6.0	5.3	5.4	9.1	7.3	2.3	4.2
Spasticity	40.7	40.1	37.7	36.4	26.3	41.1	39.4	33.3	35.9	49.5	25.8	26.6
Reported Chills/Fever	14.3	15.0	11.1	9.7	10.4	14.3	13.1	14.3	13.3	15.2	16.8	5.4
Urinary Tract Infection	65.5	68.6	64.1	63.6	41.2	61.5	71.3	80.2	82.9	72.6	57.6	43.3
Renal Calculi	1.9	2.2	1.3	2.1	1.3	1.6	2.0	3.1	5.4	2.7	1.6	0.6
Pneumonia	1.5	1.8	2.3	2.8	8.2	1.9	1.7	1.6	1.7	2.0	2.1	0.7
Acquired Scoliosis	2.2	2.0	1.4	0.9	0.6	1.7	2.0	3.3	3.0	2.6	0.6	1.2
Pressure Sores	17.7	21.1	15.9	14.0	19.2	16.3	21.6	24.9	26.9	22.6	20.0	5.0
Closure of Pressure Sores	3.7	5.1	3.5	2.1	0.0	3.5	4.6	5.7	6.0	5.6	3.5	0.7
Rehospitalized	33.5	32.2	33.7	34.2	30.8	35.3	29.0	27.2	23.4	40.4	30.0	19.3
Mean Days Rehospitalized	8.6	8.8	9.6	9.3	6.1	9.6	7.0	7.3	5.7	11.2	8.6	3.7
Mean Days in Nursing Home	3.8	5.9	14.1	31.8	68.5	7.5	7.0	3.9	5.3	7.1	8.8	4.7

\*Shading denotes statistical significance.

表9 受傷後経過年数と重症度と受傷時年齢とでの合併症の発症状況(グレー部分は有意差が認められた部分)

縦断的研究を報告している。その結果は受傷時年齢と合併症表8、受傷後経過年数と重症度、受傷時年齢との発生状況(表9)、三者の総合作用(表10)に示すとおりであるが、さらに1992年にWhiteneckら(文献14)が報告しているBritish SCICENTERの受傷後経過年数20年以上834名の脊損者の死亡率、合併症、健康、機能的かつ心理社会的成績の結果をあわせて報告している。追跡診断疾病の受傷時年齢群で発生状況表11、追跡診断疾病の受傷後経過年数での発生頻度(表12)に示す。後者の報告では受傷後経過年数よりも受傷時年齢が大きく関与しているものとして循環器系、内科系、神経系ものすなわち、肺炎、無気肺、呼吸器系感染症、消化器系機能障害、尿路系感染症：腎結石、腎不全やふらつきや頭痛などが含まれるとしている。他方受傷後経過年数のほうが大きく関与しているものとして月腱や関節障害、筋肉や関節の痛みや硬直などの筋骨格系の問題、直腸膿瘍や出血、男性の泌尿器科的問題が挙げられている。さらに両者が同等に関与しているものとして広範囲の胃腸障害や手術、痔核、吐き気や嘔吐がふくまれている。両者の報告を総合すれば脊損者の加齢の実態は受傷時年齢と受傷後経過年数の相対的なImpactは調べられる帰結outcomeと神経学的損

Collaborative Model SCI System Study of Aging Values of Selected Variables

Variable	Injury Class	Age*			Year Postinjury*		
		<30	31-45	>45	5	10	15
Upper Extremity Pain (% Reporting)	Para ABC	27.5	47.1	47.6	29.3	50.0	54.2
	Tetra ABC	42.6	40.7	32.3	45.0	38.3	34.7
	All D	11.1	38.5	61.1	28.6	56.3	43.8
Lower Extremity Pain <sup>+</sup> (% Reporting)	Para ABC	19.6	17.7	9.5	20.7	16.7	8.3
	Tetra ABC	12.8	15.4	22.6	16.7	16.7	14.3
	All D	33.3	34.6	77.8	47.6	50.0	50.0
Feeling Fatigued (% Reporting)	Para ABC	15.7	24.7	40.5	20.7	35.4	25.0
	Tetra ABC	29.8	38.5	38.7	43.3	33.3	30.6
	All D	22.2	11.5	33.3	23.8	6.3	31.3
More Help Needed (% Reporting)	Para ABC	2.1	3.6	19.1	6.5	4.2	10.4
	Tetra ABC	2.1	8.9	0.0	3.5	5.0	8.2
	All D	0.0	0.0	27.8	0.0	12.5	18.8
Total FIM Score (Points[Max. 126])	Para ABC	112.3	112.7	107.2	108.7	112.7	114.4
	Tetra ABC	81.7	73.6	83.6	76.0	77.2	81.9
	All D	109.8	111.7	107.7	112.8	97.6	118.7
Current Weight (lb)	Para ABC	161.6	166.3	175.9	168.2	162.1	172.3
	Tetra ABC	136.8	162.3	178.6	164.6	152.5	157.0
	All D	131.0	174.1	174.1	162.1	164.1	168.3
Systolic Blood Pressure <sup>+</sup> (mm/Hg)	Para ABC	115.4	121.0	130.1	119.6	122.5	124.4
	Tetra ABC	104.6	102.5	115.6	107.3	104.7	104.7
	All D	106.0	121.6	122.3	122.4	109.0	123.4
Diastolic Blood Pressure <sup>+</sup> (mm/Hg)	Para ABC	74.4	79.6	83.0	78.7	79.0	78.5
	Tetra ABC	67.5	67.9	75.9	69.7	70.6	67.1
	All D	69.7	76.0	77.8	78.9	70.7	73.7
High-Density Lipoproteins (mm/dL)	Para ABC	47.8	38.7	25.2	42.6	37.5	39.6
	Tetra ABC	41.7	37.0	37.8	36.0	42.4	37.0
	All D	46.5	57.6	46.0	54.4	44.2	40.6
Low-Density Lipoproteins <sup>+</sup> (mg/dL)	Para ABC	113.8	126.3	131.6	130.2	123.1	105.2
	Tetra ABC	96.2	96.8	123.4	109.9	90.7	103.0
	All D	86.1	105.8	110.3	107.7	99.2	90.4
Total Cholesterol (mg/dL)	Para ABC	178.5	180.7	192.0	193.2	180.3	162.6
	Tetra ABC	161.9	170.6	188.5	183.2	164.5	164.2
	All D	157.0	177.0	190.3	181.2	178.8	168.7
Glucose (mg/dL)	Para ABC	81.6	98.8	108.9	91.7	103.0	104.6
	Tetra ABC	79.6	94.6	94.2	90.3	86.0	98.7
	All D	83.0	94.2	109.2	95.1	103.0	97.0

\*Shading denotes statistically significant regression coefficients.

<sup>+</sup>Indicates statistically significant differences by injury class.

表10 3者の総合的な相互作用

British SCI Aging Study: Incidence of Follow-Up Diagnoses and Procedures by Age (Episodes per 100 Cases per Year)

	By Age at Episode				
	<30	30-39	40-49	50-59	60+
<b>Diagnoses</b>					
Infectious Disease/Neoplasm	1.7	2.9	4.7	6.1	11.1
CNS/Seizure	5.9	1.8	1.5	1.3	2.6
Fainting/Headache	1.9	2.7	2.1	1.9	4.9
Motor/Sensory Change	2.0	1.5	1.9	2.1	2.3
Disorder of Eye/Ear	0.4	1.5	1.7	3.5	7.7
Heart/Circulatory	2.0	2.9	5.2	8.1	19.3
Pneumonia/Atelectasis	1.6	1.7	1.9	3.4	5.4
Respiratory Infection	3.2	3.4	2.2	3.1	2.6
Gastrointestinal	5.3	7.7	9.0	8.9	15.3
Hemorrhoids	1.0	2.4	3.4	2.7	2.1
Rectal Abscess/Bleeding	1.3	2.5	3.5	2.9	2.1
UTI	19.7	20.1	19.0	17.1	27.8
GU Retention/Hydronephrosis	12.6	10.9	10.2	10.4	10.3
Renal Stone/Failure	3.4	4.8	3.8	6.0	8.3
Male GU Problem	2.1	2.6	4.8	3.8	4.7
Pressure Sore	25.5	20.4	22.0	24.5	27.4
Muscle/Joint Pain	5.2	6.9	11.8	9.0	10.2
Spasticity/Contracture	5.5	5.3	5.5	4.4	4.7
Fracture/Sprain/Amputation	1.7	2.7	2.4	2.5	3.0
Superficial Wound	2.8	1.9	1.7	1.5	2.1
Injury/Suicide	1.5	0.8	0.8	1.3	0.6
<b>Operations</b>					
Cardiac/Internal/CNS	4.9	6.6	5.1	6.4	5.7
Gastrointestinal	1.9	4.9	4.5	3.9	5.3
Genitourinary	10.0	8.7	9.7	12.1	12.1
Musculoskeletal	3.0	2.9	4.7	3.3	4.7

Source: Reprinted from Whiteneck, G., et al., Mortality, Morbidity, and Psychosocial Outcomes of Persons Spinal Cord Injured More Than 20 Years Ago, *Paraplegia*, Vol. 30, pp. 617-630, with permission of Churchill Livingstone, © 1992.

表11 追跡診断疾病の受傷時年齢群での発生状況

British SCI Aging Study: Incidence of Follow-Up Procedures and Diagnoses (Episodes per 100 Cases per Year)

	By Years Postinjury			
	<10	10-19	20-29	30+
<b>Diagnoses</b>				
Infectious Disease/Neoplasm	2.4	4.4	7.3	10.7
CNS/Seizure	3.3	1.8	2.3	1.5
Fainting/Headache	2.0	3.0	2.6	1.8
Motor/Sensory Change	1.7	1.5	2.6	2.8
Disorder of Eye/Ear	0.8	1.1	5.4	10.3
Heart/Circulatory	2.9	5.4	10.0	14.2
Pneumonia/Atelectasis	2.4	2.3	2.4	2.0
Respiratory Infection	3.2	2.8	2.8	1.8
Gastrointestinal	7.1	8.7	9.9	14.4
Hemorrhoids	1.7	2.8	3.4	1.3
Rectal Abscess/Bleeding	1.5	2.9	4.4	3.3
UTI	17.3	22.8	22.0	13.8
GU Retention/Hydronephrosis	12.7	9.3	10.3	8.1
Renal Stone/Failure	3.7	5.5	5.4	6.3
Male GU Problem	2.8	3.1	4.6	7.2
Pressure Sore	27.7	20.1	19.4	16.6
Muscle/Joint Pain	5.8	7.0	11.3	16.0
Spasticity/Contracture	5.8	4.6	5.2	3.7
Fracture/Sprain/Amputation	1.9	2.6	3.2	3.3
Superficial Wound	2.5	1.8	1.4	0.9
Injury/Suicide	1.2	1.1	0.8	0.4
<b>Operations</b>				
Cardiac/Internal/CNS	6.8	4.5	6.6	4.6
Gastrointestinal	2.1	5.7	5.7	5.3
Genitourinary	8.9	9.5	12.2	17.3
Musculoskeletal	2.6	3.9	5.1	5.8

Source: Reprinted from Whiteneck, G., et al., Mortality, Morbidity, and Psychosocial Outcomes of Persons Spinal Cord Injured More Than 20 Years Ago, *Paraplegia*, Vol. 30, pp. 617-630, with permission of Churchill Livingstone, © 1992.

表12 追跡診断疾病の受傷後経過年数での発生頻度



傷に依存して異なる複合的な現象であると結論つけている。さらに追跡調査を継続することで、効果的な介入をすることで予防し、予測し、少なくすることができようであろうとしている。外国の多国籍間横断クロス研究も近年精力的にされている。多くは脊損センターのデータベースを用いて行われている。Liemら（文献15）は日常生活活動における増加する援助の必要性に関する因子分析を受傷後20年以上の在宅脊損者ボランティア352名に対するアンケート調査を行い、ADLの増加する援助の頻度、医学的問題の頻度、両者の関係について詳細に分析結果を報告している（表13 表14 表15）。結論として四大因子、即ち便秘、褥瘡、性別（女性）、受傷後経過年数が関与していたと報告し、これらに関わる生活習慣が大きく関与していると結論づけている。従って不活動からくる肥満、また上肢に過度の負担を来すことからの関節の痛み、体交不十分からくる褥瘡といった生活習慣への、適度な運動習慣などの介入が二次的な合併症を防ぐであろうとしている。

## 10. 脊損者の加齢の実態と障害の再認定の問題点

おもに外国の文献学的考察を上記で行ってきたが、受傷時の神経学的損傷の重症度が、受傷時年齢、受傷後経過年数によって様相を変化していることはあきらかである。身体障害の現状の等級設定の矛盾点一上肢下肢体幹ともに不自由な頸損と両上肢が自由で体幹ともに自由な対麻痺が同じ一級であり、さらに装具を付ければ外出もADLも自由な脳卒中片麻痺と同じであること一は指摘されて久しいが未だに結論が出されていない。さらに障

Comparison of Those Needing More Help With ADLs With Those Not Needing More Help				
Variables	Those Needing More Help (%) (n=113)	Those Not Needing More Help (%) (n=239)	Test Statistic (t or $\chi^2$ )	P Value
<b>Injury-related variables</b>				
Mean years postinjury $\pm$ SD	35.3 $\pm$ 8.1	32.5 $\pm$ 8.1	2.98	.00
Completeness (ASIA)			4.03	.40
A	63 (33.9)	123 (66.1)		
B	16 (28.1)	41 (71.9)		
C	14 (45.2)	17 (54.8)		
D and E	17 (37.0)	29 (63.0)		
Level of injury			1.81	.41
Lumbosacral	7 (23.3)	23 (76.7)		
Thoracic	50 (35.5)	91 (64.5)		
Cervical	50 (35.7)	90 (64.3)		
Mean age at SCI onset $\pm$ SD (y)	24.1 $\pm$ 8.9	23.9 $\pm$ 8.2	0.20	.84
Injury group			0.17	.92
Tetraplegia ABC	41 (33.3)	82 (66.7)		
Paraplegia ABC	50 (33.1)	101 (66.9)		
All D	16 (36.4)	28 (63.6)		
<b>Sociodemographic variables</b>				
Mean age $\pm$ SD (y)	59.3 $\pm$ 10.7	56.3 $\pm$ 10.1	2.52	.01
Gender			3.42	.06
Female	24 (45.3)	29 (54.7)		
Male	89 (32.1)	188 (67.9)		
Country			4.81	.09
England	41 (43.2)	54 (56.8)		
United States	33 (31.7)	71 (68.3)		
Canada	39 (29.8)	92 (70.2)		
Highest education level			5.88	.44
University	10 (33.3)	20 (66.7)		
College/technical	13 (27.1)	35 (72.9)		
High school	31 (34.4)	59 (65.6)		
Grade school	20 (45.5)	24 (54.5)		
Marital status			2.35	.67
Single	42 (38.5)	67 (61.5)		
Married	36 (32.4)	75 (67.6)		

NOTE. Total number of responses for each variable changes due to missing values.

表13 増加したADL上での援助必要群と非必要群との比較  
P値 .05以下は受傷後経過年数と年齢

害認定においても本来の合併症に当たるのか単なる老化現象にすぎないのかの鑑別の在り方にも関係するところであろう。たとえば対麻痺でも上肢を極度に酷使うことでADLを自立していることから麻痺の受傷後経過年数がある程度過ぎれば合併症として上肢の問題や介助機器の導入は必然である。かつては関係がないと思われていた障害や合併症が脊損者の平均余命を延長することで多く関連をもっていることは明らかになりつつある。わが国における研究はまだその端緒につくところまでもいたっておらず、本研究でも死因の解析や生存期間の研究からサブ解析をせざるを得ないのが現状である。

## 11. 今後の研究の方向性

わが国における本研究の方向性は、急性期治療におけるデータベースの整備とその後の回復期、維持期、終末期におけるきちんとした一貫した追跡調査を確実にしていけるシステムの構築と多施設間の共同研究を行っていく必要がある。その意味では国立身障者リハセンターや総合せき損センター、労災リハ工学センターにある情報センターの統合を図り、アメリカの国立脊髄損傷データベース (NSCISD) の様な追跡センターの構築も一つの選択肢の一つであろう。

**Description of Participant-Reported Medical History During 3 Years (N=352 Unless Otherwise Indicated Due to Missing Values)**

Medical Problems	Frequency (%)
Constipation (n=328)*	157 (47.9)
Skin (incl. major skin, skin procedures, minor skin)	156 (44.3)
Diarrhea or bowel accidents (n=328)*	137 (41.8)
Pressure ulcers (n=326)*	126 (38.7)
GI tract (incl. lower GI tract and defecation; upper GI tract; hepatobiliary)	83 (23.6)
GU system (incl. lower tract and reproduction; other urologic procedures; urolithiasis and removal; upper and lower tract; upper tract)	75 (21.30)
High blood pressure (n=332)*	66 (19.9)
UTI	58 (16.5)
Lower-extremity skeletal fractures	58 (16.5)
Neuromusculoskeletal functions (incl. central nervous system; peripheral nervous system; spasticity; autonomic nervous system; muscular and soft tissue)	50 (14.2)
Mental functions (incl. energy and drive; other; emotional)	47 (13.4)
Pressure ulcers requiring surgery (n=284)*	36 (12.7)
Sensory functions (incl. seeing and hearing; pain [nonmusculoskeletal]; other symptoms)	44 (12.5)
Cardiovascular system (incl. coronary heart disease; other heart disease; blood pressure problems; blood vessel problems)	42 (11.9)
Upper-extremity joints (incl. shoulder and nonshoulder problems)	41 (11.6)
Non-upper-extremity joints (incl. spine and other joints)	37 (10.5)
Respiratory system (incl. infectious disease and other)	34 (9.7)

Abbreviation: incl, including.

\*Refers to closed question that asked about the occurrence of the medical problem.

**Bivariate Analysis: Variables Selected for Multivariate Modeling at P<0.2**

Variable	Test Statistic (t or $\chi^2$ )	P Value
Medical problems		
Constipation*	6.12	.01
GI tract	5.13	.02
Pressure ulcers*	4.87	.03
Non-upper-extremity joints	4.46	.04
Lower-extremity skeletal fractures	2.83	.09
Upper-extremity joints	2.39	.13
Skin	2.39	.13
Injury-related variables		
Years postinjury	2.98	.00
Sociodemographic variables		
Current age	2.52	.01
Gender	3.42	.06
Country	4.81	.09

\*Closed question asked about the occurrence of the medical problem.

表14

表15

Follow-up guidelines for healthy spinal cord injury survivors

General health maintenance	SCI-specific
<p>Things to do monthly</p> <p>Women: breast self-examination</p> <p>Men: testicular self-examination</p>	<p>Things to do daily</p> <p>Self-skin checks</p>
<p>Things to do every year</p> <p>Check-up with health care provider</p> <p>Gynecologic exam and Pap smear<sup>a</sup></p> <p>Clinical breast cancer exam, beginning at age 40<sup>a</sup></p> <p>Mammography, beginning at age 40–50<sup>b</sup></p> <p>Digital rectal exam, beginning at age 40</p> <p>Digital prostate exam and PSA, beginning at age 50<sup>c</sup></p> <p>Fecal occult blood, beginning at age 50</p>	<p>Things to do every year</p> <p>Check weight and blood pressure</p> <p>Flu immunization, especially T8 and higher-level injuries</p>
<p>Things to do every 2–3 y</p> <p>Complete blood count with biochemistry survey</p> <p>Cardiac risk assessment, beginning at age 40</p>	<p>Things to do at least every 2–3 y with SCI specialist/team<sup>d</sup></p> <p>Full history and physical review with physician<sup>d</sup></p> <p>Urologic assessment—upper and lower tracts<sup>d,e</sup></p> <p>Assess equipment and posture<sup>d</sup></p> <p>Assess range of motion, contractures, and functional status<sup>d</sup></p> <p>Full skin evaluation<sup>d</sup></p>
<p>Things to do every 5 y</p> <p>Vital capacity (lung test)</p> <p>Lipid panel (cholesterol)</p> <p>Eye evaluation, beginning at age 40</p> <p>Screening sigmoidoscopy or colonoscopy, after age 50</p>	<p>Things to do at least every 5 y with SCI specialist/team</p> <p>Motor and sensory testing</p> <p>Review changes in life situation, including coping, adjustment, life satisfaction</p>
<p>Things to do every 10 y</p> <p>Tetanus booster</p>	<p>Things to do every 10 y</p> <p>Pneumococcal pneumonia vaccination at earliest opportunity, especially for T8 and higher-level injuries</p>

*Abbreviation:* SCI, spinal cord injury.

<sup>a</sup> In woman.

<sup>b</sup> In addition to baseline mammogram between age 30 and 40 or between age 40 and 50. (Note: A number of guidelines conflict on the age at which yearly mammography should begin, with some specifying age 40 and others age 50)

<sup>c</sup> In men. Age 40 if black, or if grandfather, father, or brother has or had prostate cancer.

<sup>d</sup> Assessments done annually for the first 3–5 y after injury, until health established.

<sup>e</sup> Do annually for the first 3 y after any major change in urologic management.

*Data from* Charlifue SW, Lammertse DP. Aging in spinal cord injury. In: Kirshblum S, Campagnolo D, DeLisa J, editors. Spinal cord medicine. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2002. p. 409–23.

## 参考文献

1. Weitzenkamp, DA et al Ageing With spinal cord injury : Cross-Sectional and longitudinal effects Spinal Cord39 : 301-309, 2001
2. 新宮彦助 : 脊髄損傷の疫学リハ医学21 : 738-742, 1993
3. 柴崎啓一 第39回日本脊髄障害医学会報告論文
4. 内田竜生、脊髄損傷者の死因と標準化死亡比 pp189-201, 脊髄損傷のoutcome 日米のデータベースより 医歯薬出版 2001
5. Devivo MJ et al: Long term survival and causes of death pp289-316 Spinal cord injury Clinical outcome from the Model systems Aspen 1995
6. Devivo MJ et al : Trends in spinal cord injury demographics and treatment Outcomes between 1973 and 1986 Arch Phys Med Rehabil 73 ; 424-430, 1992
7. 内田竜生、脊髄損傷後の生存期間 pp176-185 脊髄損傷のoutcome 日米のデータベースより 医歯薬出版 2001
8. 木村哲彦他 : 脊髄損傷者の高齢化について 総合リハ 20 : 111-115, 1992
9. 内田浩之 : 脊髄損傷と生活習慣病 MBMedREHA4 : 4-50, 2001
10. Thompson L et al : Aging related functional changes in persons with spinal cord injury Top Spinal Cord Inj Rehabil 2001 : 669-82
11. Capoor J et al Aging with spinal cord injury Phys Med Rehabil Clin N Am 16 : 129-161, 2005
12. 佐久間裕子他 慢性期脊髄損傷者の予後の実態 日災職医学会誌50 : 25-35, 2002
13. Menter R R et al Effects of age at Injury and the aging process PP・272-288, Spinal cord injury Clinical outcome from the Model systems Aspen1995
14. Whiteneck G, et al Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons Spinal cord injured more than 20years ago Paraplegia 30 : 617-630, 1992
15. Liem N・R・et al Aging with a spinal cord injury : factors associated with the need for more help with activities of daily living Arch Phys Med Rehabil 85 : 1567-1577, 2004

## 研究組織

### 主任研究者

岩谷力（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

### 分担研究者

柳沢信夫（関東労災病院）

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）

寺島 彰（浦和大学総合福祉学部）

### 研究協力者

佐藤 徳太郎（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

住田 幹男（関西労災病院リハビリテーション科）

原 茂子（虎の門病院腎センター）

和泉 徹（北里大学医学部）

厚生労働科学研究費補助金・障害保健福祉総合研究事業

「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究」

平成 17 年度総括・分担研究報告書

発行者 岩谷力（主任研究者：国立身体障害者リハビリテーションセンター）

〒359-8555 所沢市並木 4 - 1

発行 平成 18 年 3 月 31 日

