厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究

平成21年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　岩　谷　　　力

平成22 (2010) 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

身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究

平成21年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　岩　谷　　　力

平成22 (2010) 年 3 月

目　　次

Ｉ．総括研究報告
身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究
------------------------------ 1
研究代表者　岩谷　力

II．分担研究報告
１．　身体障害認定が抱える課題と今後の認定制度のあり方に関する研究
------------------------------ 7
研究代表者　岩谷　力
研究分担者　伊藤利之、寺島　彰、江藤文夫、玉川　淳
研究協力者　京極高宣、和泉　徹、原　成子、中泊　聡、西田朋美、
我澤賢之

２．身体障害（肢体不自由）の障害程度認定に関する調査研究
------------------------------ 73
研究分担者　伊藤利之
研究協力者　樫本　修、高岡　徹、蜂須賀研二、吉永勝訓

３．福祉サービス利用に関する身体障害者手帳利用実態調査結果
------------------------------ 81
研究代表者　岩谷　力
研究分担者　寺島　彰、江藤文夫、玉川　淳
研究協力者　小田島明、我澤賢之
（資料）「福祉サービス利用に関する調査」のアンケート調査用紙

４．身体障害者手帳所持による経済的便益の推計に関する研究
---------------------------- 97
研究分担者　玉川　淳

Ⅰ．総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括研究報告書
身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究

研究代表者　岩谷　力（国立障害者リハビリテーションセンター総長）

研究要旨

身体障害者福祉法における障害認定のあり方に関する研究では、これまでに、具体的な認定方法に関する課題と認定のあり方に関する課題があることが明らかになった。認定方法に関する課題は、医学の進歩による診断技術を適用することにより多くが解決可能と考えられた

障害の捉え方が医学モデルから社会モデルに発展している今日、医療ニーズの他に、社会の障壁により生じている活動制限、参加制約をどのように捉えるか、どのような福祉サービスのニーズがあるのか、軽減を図る公的サービスの対象をどの範囲にすべきか、それらのニーズの判定に役立つような障害等級認定が可能であるのかの検討が必要である。

研究分担者氏名・所属機関及び職名

柳澤信夫・東京工科大学教授
伊藤利之・横浜リハビリテーションセンター事業団顧問
江藤文夫・国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所長
寺島　彰・浦和大学総合福祉学部教授
玉川　淳・国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長

A．研究目的

身体障害者の障害認定については、これまで体系的な研究が行われてこなかった。このため、平成15年度特別研究において、本研究における研究分担者である柳澤が主任研究者となって「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」を実施し、現在の身体障害者福祉法の障害認定基準をめぐる論点の総論的な整理を行った。さらに、研究代表者の前任者が主任研究者として「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究」(平成16-18年度)を実施し、身体障害福祉法における障害認定の障害別の課題を整理するとともに、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した。

障害者自立支援法の成立により、身体障害者福祉法において規定されていた障害福祉サービスは、障害者自立支援法に基づき実施されることとなった。こうした状況の下において、身体障害者福祉法における身体障害認定の意義は何

か、日常生活能力の回復を支援するための障害認定、日常生活の自立を支援する障害認定、福祉的就労を支援するための障害認定、職業的自立を支援するための障害認定などのリハビリテーションを想定しながら、これらを支援するための身体障害認定制度のあり方について研究することが、本研究の目的である。

B．研究方法

平成21年度においては、以下に述べる調査研究を実施した。

身体障害（肢体不自由）の障害認定程度に関する調査研究として、①横浜市において平成10年度と平成20年度に肢体不自由の身体障害者手帳を新規に交付した人数、年齢別割合の統計結果の比較、②横浜市において平成21年11月の1か月間に、肢体不自由の身体障害者手帳を新規交付した件数、年齢割合、原因疾患の後方視的な調査、③宮城県、千葉県、横浜市及び北九州市の15条指定医（肢体不自由分野）に対する手帳取得の動機や目的等に関するアンケートの実施を行った。

また、国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所の利用者、東京腎臓病協議会、全国心臓病の子どもを守る会及び埼玉県聴覚障害者協会の会員を対象として、身体障害者手帳の提示によって利用することのできる制度の周知度と利用状況に関する「福祉サービス利用に関する調査」を実施した。

さらに、身体障害者手帳所持者が享受し得る便益について、東京近郊Ｔ市に在住の肢体不自由の1級、3級及び4級という試算モデルを設定して推計した。

これらの研究の成果及びこれまでに本研究によって明らかとなった視覚障害、肢体不自由、心臓機能障害の障害等級判定における問題点について、総合的な検討を行った。

C．研究結果

身体障害（肢体不自由）の障害認定程度に関する調査研究においては、高齢者の身体障害者手帳の新規交付（肢体不自由）が増加していた。手帳の取得の目的は、身体障害者福祉法の目的ではない医療費の軽減や年金などの手当の申請、交通機関の利用などを目的とする者が多くなっていた。高齢者の手帳取得を積極的に肯定する15条指定医は少なかったが、身体障害者福祉法外の福祉サービス利用のために手帳の申請することもやむを得ないと考えられていた。

福祉サービスの利用に関する調査においては、国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所の利用者が周知度の高いサービスとして、介護給付、訓練等給付を上位に挙げているのを除けば、鉄道旅客運賃割引、公共施設割引等が上位を占めた。

また、身体障害者手帳所持による経済的便益の推計においては、試算モデル

（肢体不自由）の 1 級で年額換算 23 万 512 円、3 級で 11 万 2098 円、4 級で 5 万 100 円の便益を享受し得るものと推計された。

このような結果を基に、障害等級判定の現場、手帳所持者の利用状況という 2 つの視点から、現行の障害認定制度が抱える課題を示した。

D．考察

1．これまでの研究成果

身体障害者福祉法における障害認定のあり方に関する研究では、これまでに、具体的な認定方法に関する課題と認定のあり方に関する課題があることが明らかになった。認定方法に関する課題は、医学の進歩による診断技術を適用することにより解決可能と考えられるものがある一方、人工臓器による機能障害改善の評価など認定規準の見直しが必要と考えられるものもあった。

2．直面する課題

認定のあり方に関して、身体障害者福祉法における障害認定の目的と手帳所持者の手帳利用の目的とが乖離していることが課題として明らかにされた。

身体障害者福祉法は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的」としている（第 1 条）。

身体障害者福祉法による障害等級認定を受け、手帳の交付を受けることにより利用できる障害福祉サービスは、身体障害者福祉法の枠内のサービス以外に所得税減免、鉄道運賃割引、医療費補助、手当など多岐にわたっている。それらの身体障害者福祉法の枠外のサービスのニーズを、「自立と社会経済活動への参加の促進」を目的とした福祉サービスのニーズを判定するための基準である障害等級で判定することは適切とは言えない。本来、それらのサービスの目的に合わせて必要と考えられる人々と、サービスの必要度を判定する尺度が必要であろう。税の減免、鉄道運賃割引、医療費補助、障害者雇用率などの制度利用の資格判定に、身体的機能障害を判定基準とする身体障害者福祉法における障害等級を用いることは必ずしも適当でない。さらに、自立支援法における支援ニーズの判定には、障害程度区分という別の基準が用いられており、これらの福祉サービス利用には、手帳の所持が条件ではあるが、障害等級は不要である。

現行制度において、身体障害者福祉法において規定される機能障害診断機器は今日の診療現場ではほとんど用いられなくなった機器であったり、人工臓器置換により機能が改善するにもかかわらず等級が重度化するなど,等級判定基準が医学の進歩と乖離した点が指摘されている。

３．障害等級判定基準の限界

このような時代に 60 年前に作られた障害認定制度は適応しなくなっている。身体障害者福祉法の障害等級は機能障害（impairment）の重症度を基準として、障害を医学モデルで捉えた体系である。1990 年代から、障害を社会モデルと捉える動きが活発になり、WHO、国連などの国際機関では、社会モデル又は権利モデルに視点を移した障害の捉え方を提唱している。我が国においても当事者が医学モデルからの脱却を強く求めている。

障害の捉え方が変化するとともに、障害当事者のニーズは医学的なニーズから、社会的ニーズ、社会参加保障、権利保障へと拡大している。したがって、現在の障害等級が当事者の利用サービスニーズ判定に用いることが適当でないとしたら、どのように変えたらよいのか、あるいは手帳制度を廃止するのが適当かなど議論が必要である。

４．障害等級認定の目的

障害等級認定に関する課題を検討するには、当事者の手帳利用の目的、障害当事者が手帳を利用してどのような福祉サービスを利用しているかを知ることが必要である。現在、障害福祉サービス利用者を限定するために手帳制度が機能しているが、障害等級は障害者自立支援法によるサービスの種類と量の判定には用いられていない。

障害等級が判定基準として用いられる福祉サービスには、身体障害者福祉法、障害者自立支援法の枠外のものが多い。それらの福祉サービスの目的は、身体障害者福祉法の目的とは合致しないものも多い。社会モデルで捉えた障害者のニーズの判定に医学モデルで捉えた身体障害者福祉法の等級判定基準を用いることは適切でない。このような点は、障害等級認定に関する不公平感に関与する可能性が高い。

E．結論

障害の捉え方が医学モデルから社会モデルに発展している今日、医療ニーズの他に、社会の障壁により生じている活動制限、参加制約をどのように捉えるか、どのような福祉サービスのニーズがあるのか、軽減を図る公的サービスの対象をどの範囲にすべきか、それらのニーズの判定に役立つような障害等級認定が可能であるのかの検討が必要である。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

シンポジウム「身体障害認定が抱える課題と今後の認定制度のあり方」（平成22年2月27日、学術総合センター）において、研究概要を報告した。

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

Ⅱ. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

身体障害認定が抱える課題と今後の認定制度のあり方に関する研究

研究代表者　岩谷　力（国立障害者リハビリテーションセンター総長）
研究分担者　伊藤利之（横浜リハビリテーション事業団顧問）
寺島　彰（浦和大学総合福祉学部教授）
江藤文夫（国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所長）
玉川　淳（国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長）
研究協力者　京極高宣（国立社会保障・人口問題研究所長）
和泉　徹（北里大学医学部教授）
原　茂子（虎ノ門病院）
中泊　聡（国立障害者リハビリテーションセンター病院第三機能回復訓練部長）
西田朋美（国立障害者リハビリテーションセンター病院眼科医長）
我澤賢之（国立障害者リハビリテーション研究所研究員）

研究要旨
身体障害者福祉法に基づく障害認定は、(1)判定方法が現在の医学的標準に合致していない、(2)障害の認定の目的と手帳所持者の取得動機に乖離が見られるといった状況に直面している。
本研究は、障害等級判定の現場、手帳所持者の利用状況という2つの視点から現行の障害認定制度が抱える課題を明らかにした。

A. 研究目的

身体障害者福祉法は昭和24年に作られた法律であるが、当時は、障害概念は定まっていなかった。「障害」という概念が提唱されたのは、1981年のICIDHであった。
戦後、国は障害を持つ人々に様々な福祉サービスを提供する制度を作ったが、その基盤となったのは、戦前からの傷痍軍人を対象とした制度であった。
その後、内部障害などが付加されたが、基本的には60年前に作成された法律

では、現代の社会には対応困難な点が多い。

身体障害者福祉法に基づく障害者手帳制度は、身体障害者福祉の基盤、根幹となる基準として、様々な制度で利用されている。このため、制度の目的に合わない使われ方がなされていても不思議ではない。

21 世紀に入って、ICF という新しい概念が提唱され、国連の障害者権利条約も採択され、医学モデルから社会モデルへと障害モデルのパラダイムが変わってきている。しかしながら、社会モデルとはどういうものかについては、それを学問的、論理的に捉え、制度としてどのように保障するかについては、まったく議論がなされていない。

また、医学が進歩して高齢社会となって、歳をとって生理的な機能が衰え、そのために障害を持つ人が増えている。しかしながら、これまで「障害者の問題」として扱われてきた問題と「高齢による障害」を、どのように社会のシステムとして支援して行くかについては、錯綜している。

こうした状況を踏まえ、本研究においては、身体障害者福祉法における障害認定の問題点を取り上げる。

すなわち、身体障害者福祉法に基づく障害認定は、(1)判定方法が現在の医学的標準に合致していない、(2)障害の認定の目的と手帳所持者の取得動機に乖離が見られるといった状況に直面している。

そこで、障害等級判定の現場、手帳所持者の利用状況という 2 つの視点から現行の障害認定制度が抱える課題を明らかにすることが本研究の研究目的である。

B. 研究方法

本研究においては、はじめに障害概念と障害評価制度について社会保障の観点から検討を加えた後、視覚障害をどうするか、肢体不自由をどうするか、身体障害者福祉法の範囲内から検討し、心臓障害については、高齢化による障害と密接に関係する点についても整理する。

また、実際に手帳を持って、どのようなサービスを受けているか、実態としてどのように使っているかについては、手帳の目的と障害認定とは乖離したところで使っていることを明らかにする。

さらに、実際に財政的に見て、どの程度便益を受けられているのかをモデルを作成して試算する。

C. 研究成果

1. 障害概念と障害評価制度—社会保障の観点から（京極高宣）

はじめに、制度や制度外とかいろいろあるが、「障害」という概念を把握しようとするときに、対象の認識について考えたい（2頁、）。

哲学的には認識論という部分であるが、全体と部分との関係、もう一つは主体と客体の関係がある。この二つの視点、複眼の視点が必要である。

「群盲、象をなでる」という言葉があるが、象のどこを触るかによって違った感覚があって、なかなか全体を見ることができない。しかし、認識論としては、全体を見る必要がある。ここまでは多くの人が指摘しているが、次が書かれてない。（主体的な認識の関係、芸術論をやっている人は考えると思う。）

象を見て、肉食の現地人は肉を考え、ハンターは牙を考える。レジャーとして象を標的にする人もいる。つまり、象をどういう立場で見るかによって見え方が違う。

障害も同じで、全体と一部の関係や、障害者にどう関わるかによっても違う。

「社会保障がどこまで障害に関わってきていて、どこまで関わることができるのか」、「どこまで関わるべきか」をきちんと整理すべきである。そういう問題意識がないと、障害概念は難しい。その上で具体的にどう捉えるか、それは障害認識、障害評価の一部であって、重要な認識論である。

寺島さんの報告のように、障害関係の法律は、「障害認定制度を持つもの」と、「持たないもの」の2つに分かれる（3、4頁）。こういう現状をきちんと把握する必要がある。

学者の場合は、制度をあまり念頭に置かずに議論する傾向がある。特に、リハビリテーションに関わる医学者は、制度を抜きに議論するところがある。

等級を含めた制度について、どのように変遷してきたかを整理した(5頁)。

調べてみると、過去には恩給法がある。1923年に軍人恩給に関して作られたもので、これが戦後の身体障害者福祉法の「障害等級」に繋がっていく。今後のところで、障害等級の廃止というのはクエスチョンマークを付けてある。

もう一つは、介護保険制度が始まり、「要介護認定」ができた。

また、支援費制度や障害者自立支援法では、「障害程度区分」が設けられた。この3つが障害評価としてある。現実に存在する。それをどう考えるか。

障害認定の必要性について、あるいは有効な機能は何かだが(6頁)、本にも書いたが、考え方を整理すると次の5つぐらいがあるのではないか。

(1)給付の公平な配分の原則

(2)ニーズ充足の目安

(3)等級をつけるときの当事者にとっての手続き簡素化

(4)各制度の利用基準の煩雑さ防止

つまり、行政窓口等では大変だが、等級があればスッと収まる。また、行政の人がよく言うのが、

(5)政策の優先順位への活用

重い障害は政策として重視しなければいけない、お金が使われるということである。その他もあるかもしれない。

法的な定義については、あまりはっきりしないものも多々あるが(7 頁)、詳細は省略したいと思う。

今日、問題になっているのは「難病」と「障害」の区別であり（8 頁)、政権与党でよく議論をされている。

「難病とは何か」は微妙な問題で、伊藤先生や厚生労働省の林修二郎さんが出された本による定義を示した。難病は、医学的には明確になっていない。

障害の定義については、中村先生が書かれたものはよく分からないが、大きく言えば社会モデルと医学モデルだが、これらを対置させるのはおかしい。

難病と障害の関係は複雑で、共通部分があり、難病障害重複者もいるが、全部の難病を障害に入れるといくつかの問題が出てくる。

例えば、重い難病で医学的治療が必要、リハビリも特別な対応が必要、濃厚なケアが必要な場合、これは今の障害者自立支援法ではできない。それをやれといっても無理があり、難病指定を増やすことに意味がある。ただ、重複する人もいるので、そこは障害としても捉える。

もう１つ、難病の人が、障害年金をもらうかどうかということがある。

人数ははっきり分からないが、そういう問題も財政的には出てくる。逆に、安上がりな難病対策になりかねない問題もある。

続いて、ドイツの障害概念を示す(9 頁)。

法治国家として法律があるが、ICF を取り込んだ定義となっている。

「障害があるとは、その者の身体的な機能、知的な能力又は精神的な健康が、高い蓋然性をもって６ヶ月以上にわたりその年齢に典型的な状態から乖離し、そのためにその者の社会生活への参加が阻害されている場合をいうもの」（社会法典第９編第２条第１項）とされている。

「精神的な健康が…」とは、精神障害のことを指している。また、「障害がある」というのは、症状の固定化としている。

赤ちゃんはみんな障害者になってしまうのかというと、そういうことではない。動きが鈍いとかだけだと障害者となってしまうが、「その年齢に典型的な状態から乖離」していなければ障害ではない。

ドイツ法の解説集には、重い難病と障害を区別しなければならないと、ハッキ

り書いてある。

我が国は、何でも一緒にするのが好きな人がいて一緒になっているが、医学的にも簡単に一緒にしていいかどうかは、大きな問題である。

障害の概念については、佐藤久夫さんらと長く議論を重ねてきた(10 頁)。

「ディスアビリティ」という概念は、経済学者なら誰でも知っているが、労働不能者のことである。障害者が労働不能者ではおかしいのではないか。そういうレッテルを貼っている限り、どんなに構造化をしても駄目である。

そこで、障害評価システムとしてディスアビリティという概念を取ってみた(11 頁)。

左の方がパーソナルで、左側は医学的な判断が重要で、右側はソーシャルワーカー的な判断である。両方を否定する訳ではないが、軸足が異なる。

ディスオーダーという概念は、何とか障害がつく適当な英語の訳であり、ボディーファンクションとストラクチャーに関わりがある。

右２つは、ディスアクティビティとハンディキャップである。

こういう新しい、ICF とも違った新しい問題提起をしている。

障害評価システムの考え方を掲げる(11 頁)。

ディスオーダーについては障害等級であるが、後は ADL とかある。これはディスアビリティランク、定訳かどうかわからない。

ディスアクティビティについて、要介護度も作った英語である。

ハンディキャップについては、もっと社会参加が強くなると、ソーシャルワーカー的判断が強くなるわけで、同じ障害者の中でも外に出たい人には援助が必要で、寝たきりの人に援助しなくてもいい。

身体障害者が一番重くて、次が知的障害者、もちろん見守りも必要で、精神障害者は見た目には分からない。ただし、専門家が見たら違うはずである。

社会に参加して行こうというときに、ディスアビリティランクと同じではまずいので、ディスアビリティレベル、こういう階層があるということが言えるのではないか。

この図を叩き台にして、検討してもらえると認識が変わるのではないかと思う。

続いて、障害評価と社会給付の関係である(12 頁)。

今度は、逆にハンディキャップからだが、障害者自立支援法の障害程度区分に対応する。このように整理することが必要である。

次に、障害ランク付けを巡る問題点（障害等級、要介護度、障害程度区分）について取り上げるが（13 頁）、多くの論点がある。

まず、(1)障害ランク付け自体が、必要か否か。私は、要ると思う。

(2)障害ランク付けの体系は妥当か。

必要であっても、今の体系でいいかどうかは議論が必要である。

(3)現状の障害ランク付けの問題点、障害ランク付けの基本的枠組みに改善の余地はないか。

さらに、(4)人材に問題がないか。誰が障害を認定するのか。

これは大きな問題で、一時はソーシャルワーカーがやることになっていた。社会福祉ではそういうことをやってはいけないという訳ではないが、どういう基準で行うか。客観的根拠を適用するならいいが、ソーシャルワーカーの裁量権にすべて任せることは問題がある。

今、障害等級を、厚生労働省が作成している。要介護度も、専門家が作って、厚生労働省が発表したものを、各市町村の障害介護認定審査会で決めている。障害程度区分も同様に、そういうシステムで対応すべきものである。

そうではあるが、関わる人材も大きな問題である。ソーシャルワーカーだけでなく、OT、PT、STなども関わって、総合的判断を行うことが必要である。

かつて認定を受ける前に、強い団体が重い障害だと認めさせて給付を受けることがあった。現代では、かわいそうだから給付するのではない。

また、(5)将来的にどうかという大きな問題もある。

障害等級と、障害程度区分は、基準が違うので、2つのケースをレーダーグラフにした（14頁）。

甲の事例は、全盲で多少の外出支援を必要とする要介護の状態でも強い社会参加意欲があり、かなりの就労支援が必要な者である。

乙の事例は、交通事故で高次脳機能障害となり、障害等級は低いものの、要介護度もそれなりに高く、障害程度区分も必ずしも低くない者である。

両者は少し違っているが、いずれにしても、複数の観点でみることが重要だと思う。

さて、今後、障害者自立支援法が廃止になるとどうなるか。

障害者自立支援法は完全ではないし、名前を決めるときにも随分もめた。少し名前は立派過ぎる。何でも自立できるというのは、錯覚ではないだろうか。

障害者基本計画の議論のとき、10 年の戦略で必要な法的整備をということを言って、障害者の自立生活に関しては、保健医療、福祉だけではなく、就労支援、教育など、総合的なもので支えられると言ったが、就労支援については弱い。

かつてのように福祉的就労だけではなく、移行支援、継続支援など、一般就労への橋も架ける、丸太橋ぐらいの橋、ソーシャル・ファームなどの太い橋が必要である。

直すのであれば、障害者自立支援法でできなかったことを入れて、後は看板を変える、つまり、障害者自立支援法という名前を変えれば、改正案で出た意見がほとんど使うことができる。

資料の19頁以降にある「自立」の概念については、説明を省略することとしたい。

ただし、「自立」を「自助」と間違えている人が多い。自助は手段である。

自立を保つ、「自立」の要件は3点ある（22頁）。「自己決定」と、「自己可能性」と、「自助（・互助・公助の組み合わせ）」である。

25頁以下は、今後の検討課題であるが、推進会議で今後もいろいろ決めていく際、慎重な議論の必要がある。

障害概念と障害評価制度

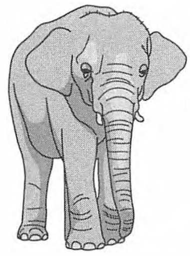
－社会保障の視点から－

国立社会保障・人口問題研究所
所長　京極高宣

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表①　対象の認識について

•客観的存在「対象」 ⇄ 脳内反映「認識」



(1)全体と部分の関係
ex.群盲、象をなでる
－壁、柱、ひもetc.－
(2)主体と客体の関係
ex.象牙、象肉、労役象(家畜)、レジャー標的etc.

•質的認識（障害認識） → 量的認識（障害等級等は障害認識の一部（量的認識））

（出典）国立社会保障・人口問題研究所　京極高宣作成

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表②－1 障害認定制度をもつ法律ともたない法律(1)

分野	障害認定制度をもつもの	障害認定制度をもたないもの
障害者福祉	①身体障害者福祉法 ②知的障害者福祉法 ③精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (④障害者自立支援法)	①障害者基本法 ②障害者自立支援法
社会福祉	①生活保護法 ②介護保険法 ③生活福祉資金	
年金・手当	①国民年金法 ②厚生年金法 ③心身障害者扶養共済制度 ④特別児童扶養手当 ⑤障害児福祉手当 ⑥特別障害者手当 ⑦児童扶養手当	
雇用・労働	①障害者の雇用の促進等に関する法律 ②雇用保険法 ③一般職の職員の給与に関する法律	①最低賃金法
労働災害	①労働基準法 ②労働者災害補償保険法 ③国家公務員災害補償法 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 ⑤河川法	
戦傷	①恩給法 ②戦傷病者戦没者遺族等援護法 ③戦傷病者特別援護法	
税制	①所得税法 ②地方税法 ③相続税法	①関税定率法

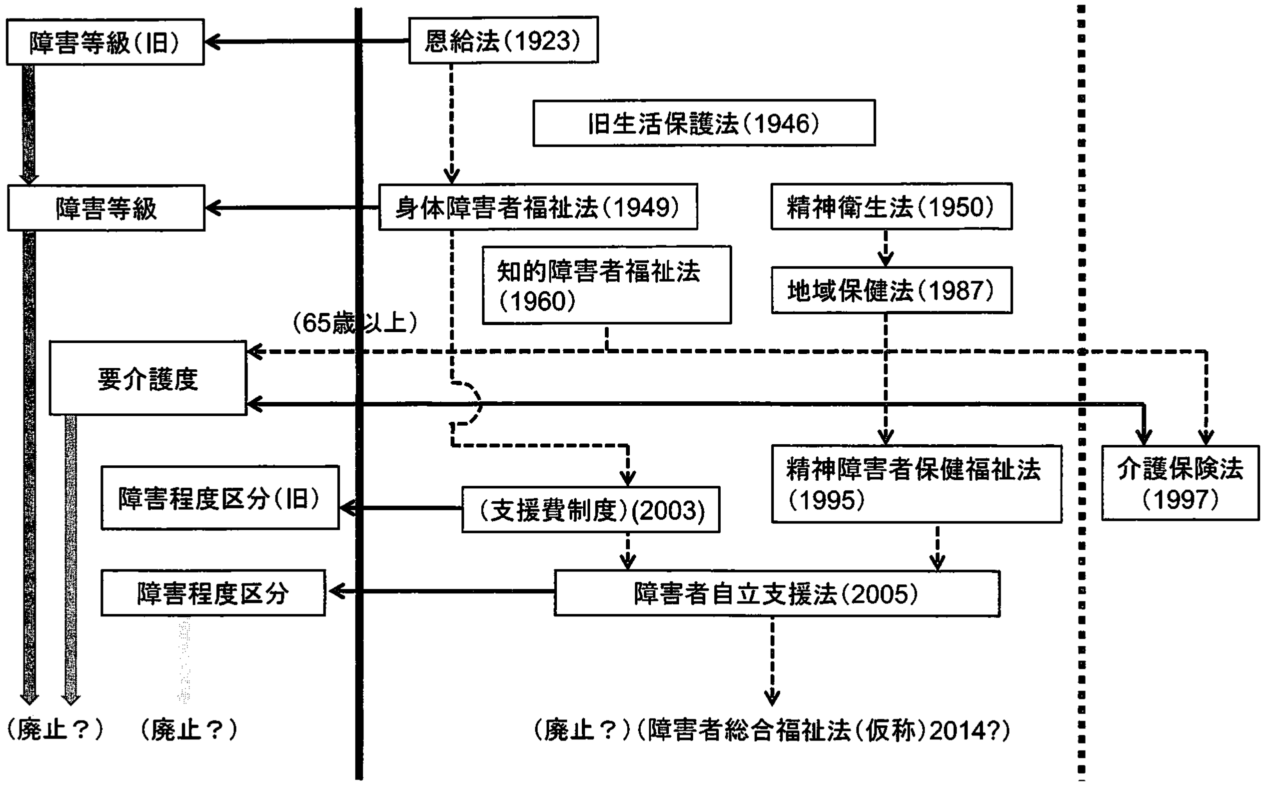
(出典)厚生労働省科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業『身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究(平成19年度総括・分担研究報告書)』主任研究者 岩谷力、平成20(2008)年3月、83頁
(注)障害者自立支援法については、障害等級の認定はもたないが、障害程度区分があるために( )をつけて認定制度をもつものに入れることができる。

図表②－2 障害認定制度をもつ法律ともたない法律(2)

分野	障害認定制度をもつもの	障害認定制度をもたないもの
交通	①道路交通法 ②自動車損害賠償保障法 ③身体障害者旅客運賃割引規則 ④知的障害者旅客運賃割引規則	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
建築	①都市基盤整備公団法 ②公営住宅法 ③都市基盤整備公団法	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促進に関する法律
通信		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 ②放送法
児童・教育	①児童福祉法 ②学校教育法	
国家賠償	①予防接種法 ②公害健康被害の補償等に関する法律 ③医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法 ④原子爆弾被害者に対する援護に関する法律	
権利関係	①公職選挙法	①著作権法
災害関係	①災害弔慰金の支給等に関する法律	①災害対策基本法
資格関係	①あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律	
刑法関係		①刑法 ②酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律
その他		①石油需要適正化法 ②国有財産特別措置法

(出典)厚生労働省科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業『身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究(平成19年度総括・分担研究報告書)』主任研究者 岩谷力、平成20(2008)年3月、83～84頁

図表③ 障害評価制度の変遷



Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表④
障害認定(ランク付け)の必要性(5大機能)

(1)給付の公平な配分

(2)ニーズ充足の目安

(3)当事者にとっての手続簡素化

(4)各制度の利用基準の煩雑さの防止

(5)政策優先順位への活用

(6)その他

(出典)国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑤－１　障害（または障害者）の法的定義

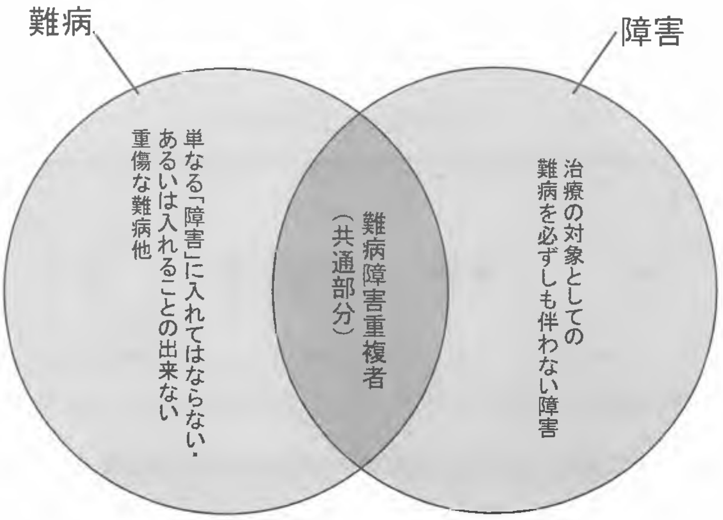
法＼定義		定義の内容
障害者基本法 （1970年）	第2条	「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下、「障害」と総称する。）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。
障害者自立支援法 （2005年）	第4条	「障害者」とは、身体障害者福祉法第四条に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち一八歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五条に規定する精神障害者（知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という。）のうち一八歳以上である者をいう。
身体障害者福祉法 （1949年）	第4条	「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある一八歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。
知的障害者福祉法 （1960年）		定義なし
施行規則 （2003年）	第二 「運営」	３．（３）　判定業務の指標 ア．医学的判定　イ．心理学的判定　ウ．職能的判定　エ．総合判定
精神障害者保健福祉法 （1950、1995年）	第5条	「精神障害者」とは、総合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他精神疾患を有する者をいう。
発達障害者支援法 （2004年）	第2条	「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。
介護保険法 （1997年）	第1条	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、機能訓練並びに介護及び療養上の管理その他の医療を要する者等
社会福祉士及び介護福祉士法 （1987年）	第2条	1.身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者 2.身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者

図表⑤－２　難病と障害との区別と関連（概念図）

難病の定義

「難病」とは、医学的に明確に定義されておらず、いわゆる「不治の病」に対して社会通念として用いられてきた言　であり、難病であるかかは、その時代の医療水準や社会事情によって変化する。

二　「難病対策」『リハビリテーション事典』中央法規出版、2009、503頁



障害の定義

障害の概念化に、ヘルスケア領域からは医学モデル（medical model）、障害者団体や社会学領域からは社会モデル（Social model）が提出され、現在に至っている。

中村　一「障害モデル」『リハビリテーション事典』中央法規出版、2009、15頁

出典）国立社会保障・人口問題研究所　京極高宣作成

図表⑤－3 国際比較上の例示:ドイツの障害概念

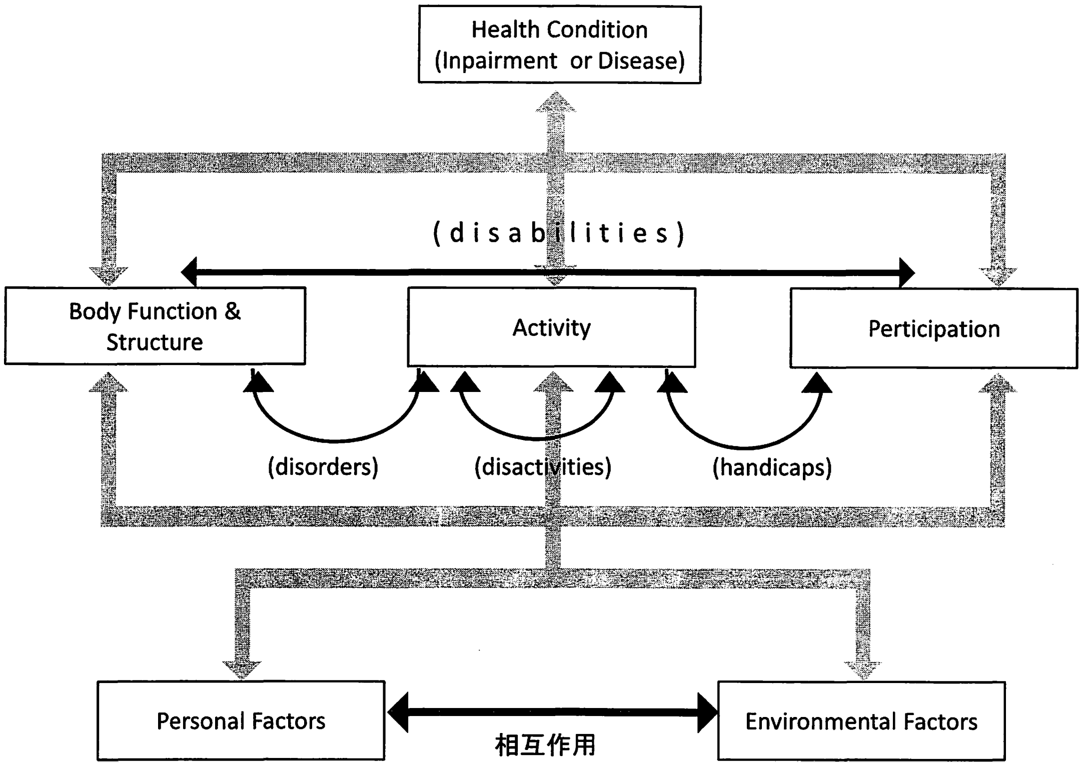
「障害があるとは、その者の身体的な機能、知的な能力又は精神的な健康が、高い蓋然性を持って6ヶ月以上にわたりその年齢に典型的な状態から乖離し、そのためにその者の社会生活への参加が阻害されている場合をいうもの(11)」(19頁)

（社会法典第9編第2条第1項）

注(11) この障害の定義は、WHO（世界保健機関）におけるICIDH（障害分類）の改正に関する国際的な議論を基礎にしている。(Vgl.Bundestagdrucksache 14/5074,S. 98)このように定義することにより、障害は、ある人の属性としてではなく、社会的な状態として理解される。(Vgl.Schulin B./Igl G., Sozialrecht,7.Aufl.,Düsseldorf 2002,S.444 ff.)（24頁）

（出典）松本勝明（2006）「ドイツにおける介護給付と社会参加給付との関係」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』Spring 2006, No.154）

図表⑥－1 障害構造(Disability model)―ICF関連



（出典）国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成
（注）赤字はICF資料に筆者が付加した。

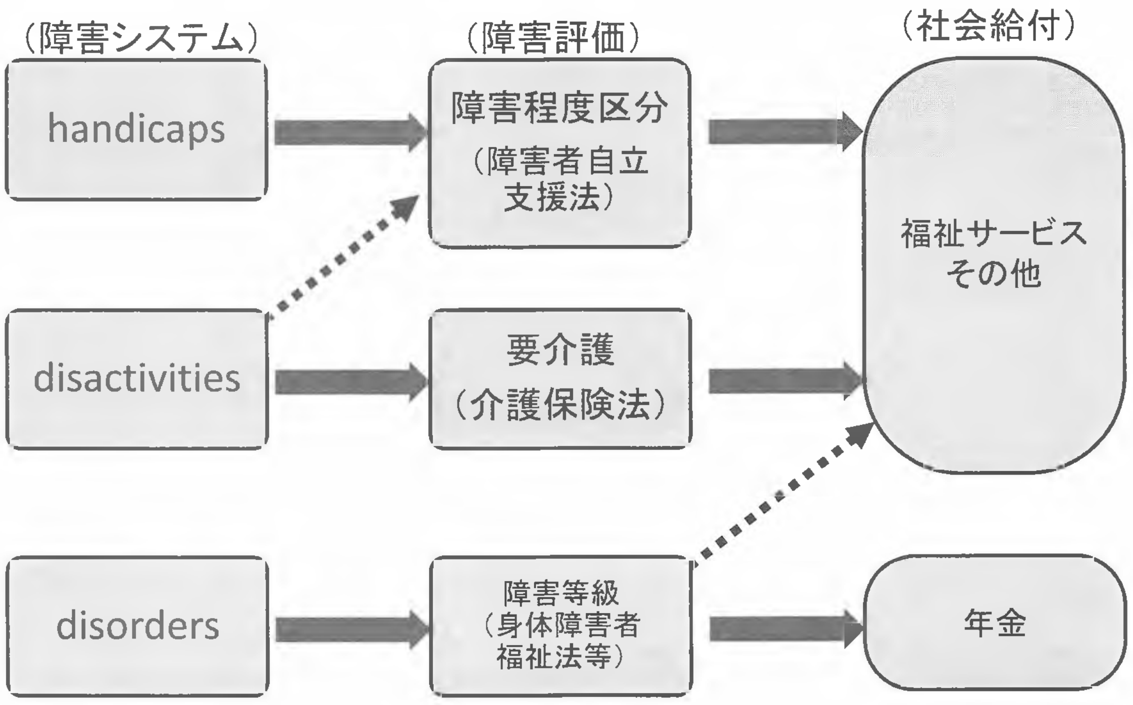
図表⑥－2 障害評価システム(試案)

disorders	評価・認定	•障害等級認定 •Intelligence test •ADL(iADL)	障害等級 (disability ranks)
disactivities	評価・検査	•要介護認定 •Work Evaluation •Personality test •Vacational test •その他	要介護度 (levels of long-term care required)
handicaps	評価・対応	•障害程度区分認定 •QOL Evaluation •教育リハ・就労支援 •社会リハ・生活支援 •職業リハ・就業支援 •心理リハその他	障害程度区分 (disability levels) └障害支援区分(案)

(出典)国立社会保障・人口問題研究所　京極高宣作成
(注)要介護度・障害程度区分の英訳は井部他編『在宅医療辞典』(2009)(中央法規出版)の索引による。障害等級は障害程度区分と区別して筆者が仮訳した。

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑥－3 障害評価と社会給付の関係(概念図)



(出典)国立社会保障・人口問題研究所　京極高宣作成

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑦－１　障害のランク付けをめぐる問題点（障害等級、要介護度、障害程度区分）

（１）障害ランク付け自体は必要か？

（２）障害ランク付けの体系は妥当か？

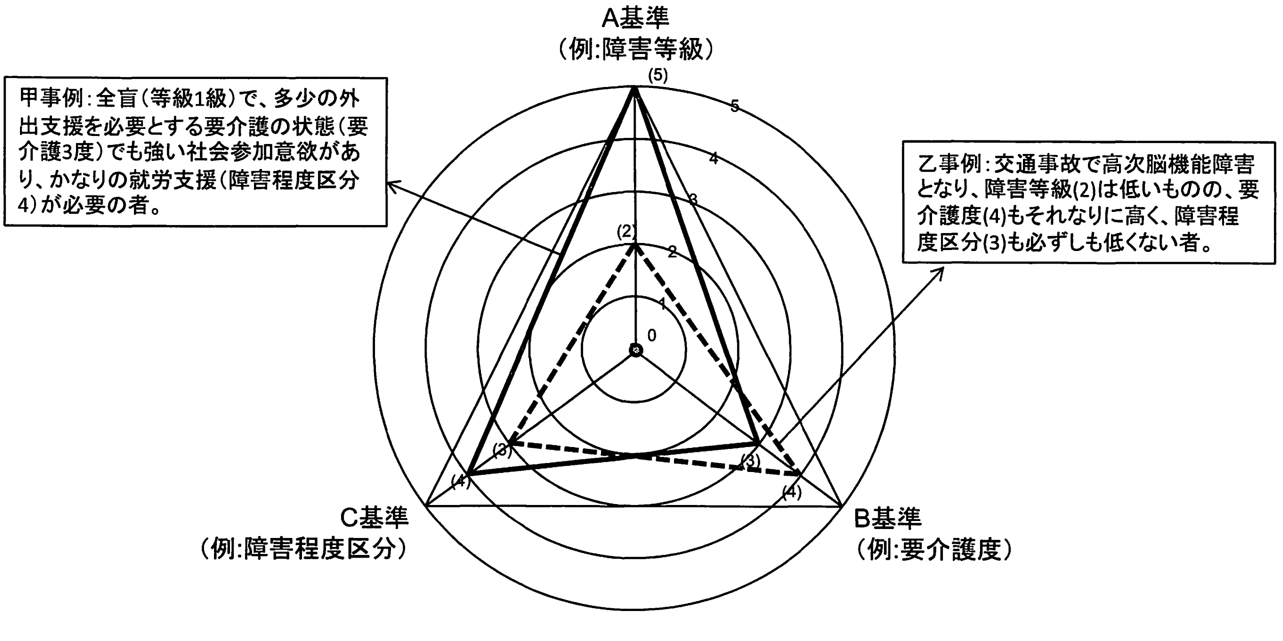
（３）現状の障害ランク付けの問題点は何か？

- （３－１）障害ランク付けの枠組（基本部分）に改善の余地はないか？
- （３－２）障害ランク付けの運用（付加部分）に改善の余地はないか？

（４）障害ランク付けのシステムや人材に問題点はないか？

（５）将来における障害のランク付けは存続するか？

図表⑦－２　障害ランク付けの総合的把握（概念図）



（出典）国立社会保障・人口問題研究所　京極高宣作成
（注1）A～C基準はさしあたり各々、重度(5)から軽度(1)まで5段階としている。なお、障害程度区分(5,6)は5としている。
（注2）甲乙事例はあくまでA～B基準の相違を浮かび上がらせるために筆者が仮説上おいたもの。

図表⑧－1
障害程度区分の見直しの進め方について
基本的な考え方

【総論】

- 障害程度区分については、介護保険との整合性を考慮することなく、様々な障害特性を反映するものとなるよう、抜本的な見直しを行う
- 障害程度区分は、心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を示すものであり、個々の障害者のニーズは障害程度区分のみによっては決められない。従って、

 ・障害程度区分は、今後とも支給決定における勘案事項の１つとして用いる

 ・障害程度区分のみによるサービスの利用制限は行わない

ことを前提として、新たな障害程度区分の開発を行う。

(出典)厚生労働省障害保健福祉部(2009) 資料(1)「障害程度区分の見直しの進め方について」

2010/2/27 学術総合センター

図表⑧－2 【開発の進め方】

- 障害程度区分の認定においては、障害者の心身の状態像を測定し支援ニーズを推計するという方法をとる。このため、一次判定方法の開発においては、障害者の状態像、支援ニーズ、及び両者の関係を調査する。
- 支援ニーズの調査においては、「時間」で測定できる実際の支援量とともに、「時間」では測定できないと考えられる支援ニーズについても測定し、両者と状態像との関係を明らかにすることにより、一次判定方法に反映させる。
- 多様な障害特性を反映できるよう、支援ニーズの把握に当たっては、様々な支援領域（ADL、IADL、社会生活、発達の支援、行動関連、精神症状への支援、コミュニケーションへの支援等を含む）について把握する。
- 施設における支援だけでなく、在宅における支援ニーズについても把握できるよう、在宅で生活する障害者についても調査を実施する。
- 一次判定方法の開発には試行も含め約3年の時間が必要なため、できるだけ早期に開発のための調査に着手することとし、一次判定方法の構築については、調査結果の分析を踏まえた上、関係者の意見を聞きながら実施する。

(出典)厚生労働省障害保健福祉部(2009) 資料(1)「障害程度区分の見直しの進め方について」

図表⑧－3

障害程度区分・一次判定方法開発調査について（案）

1 調査対象となった施設入所又は在宅等の障害者等に対して、障害状態調査及び支援実態調査を実施する。

ア．障害状態調査

状態調査票により、障害者の状態を調査

イ．支援実態調査

①実際に提供されている支援量を把握
→「支援量実測調査」

②時間で測定することが困難な支援を含めた支援のニーズを把握
→「支援ニーズ推定調査」

今回の議論の中心

第2回勉強会で議論

2 「障害状態調査」と「支援実態調査」の2つの調査結果を付き合わせる。
→ 障害者の状態と支援との関係について、相関を分析する。

（出典）厚生労働省障害保健福祉部(2009) 資料(1)「障害程度区分の見直しの進め方について」

図表⑧－4 障害程度区分認定状況調査における障害程度区分の分布状況（全国データ）

全国の平成19年10月から平成20年9月までの1年間の障害程度区分判定結果として市町村から報告いただいた、約10．6万件について、データをとりまとめました。

	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
全体	0.2%	7.8%	21.4%	24.2%	18.0%	13.7%	14.7%	41.5%
身体	0.2%	6.4%	18.5%	20.5%	14.8%	15.1%	24.5%	22.6%
知的	0.1%	5.2%	15.3%	23.1%	23.0%	17.6%	15.7%	50.0%
精神	0.4%	14.7%	37.7%	32.0%	10.8%	3.0%	1.4%	55.1%

（参考）

・平成19年度障害程度区分認定状況調査（平成18年10月～平成19年9月）

	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
全体	0.3%	8.3%	22.5%	25.0%	17.4%	12.3%	14.0%	41.4%

・平成18年度障害程度区分認定状況調査（平成18年4月～9月）

	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
全体	0.3%	10.5%	23.0%	23.9%	15.5%	10.6%	16.1%	35.1%

（出典）厚生労働省障害保健福祉部(2009)

図表⑨－1 障害福祉における「自立」の概念（生活保護の場合との比較）

- 医学的治療段階から在宅段階へのプロセスにおける障害児者へのリハビリテーションは、障害児者の自立支援の最も基盤的な役割をなすもので、その他の生活支援や就労支援との関係においては同時進行か事前準備かは別として、とくに身体的・精神的な自立においてきわめて重要な役割を担っている。
- 自立支援における「自立」は、生活保護法の第1条でいう「自立自助」における意味と混同されやすいが、それとは区別されねばならない。生活保護法の「自立」は経済的自立、すなわち生活保護からの脱却を意味しているが、今日の「自立」は単にそれにとどまらない。それは、身体的、精神的、社会的な人間生活の諸側面の自立を広く総称している。

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑨－2 「自立」の観点からみた障害者自立支援法の課題

- “自立した個人にとっても、自己決定で自らの開発可能性を追求して、必要な支援を自主的運用で受けることは必ずしも依存(dependent)ではない”
- この点で、障害者自立支援法における「自立」の概念には誤解が生じる余地がある。いいかえれば、障害者への手厚い保護をやめて就労に強制的に参加させたり、生活支援を打ち切ったり、過大な自己負担をさせたりするのが「自立」と見誤るかもしれない。
- これに対して、「自立支援」とは様々なハンディキャップを持つ人々の潜在的可能性を求め、その可能性が発揮できるような条件整備を行い、周囲がその可能性を引き出すよう支援し、そのことによって社会が人間的なものに変わることである。
- より広い視野に立てば、障害者の自立支援は、障害者自立支援法だけでは不可能で、それだけで障害者の自立した生活を実現することはできない。特に障害者基本計画の実施に基づく所得保障、教育保障、就労保障、住宅保障など幅広い施策によって初めて可能となる。

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑨－3
障害福祉における「自立」の概念の留意点

- 新たな社会福祉理念としての自立支援における「自立」(independence)とは、そのための手段の一つである「自助」と同一視されてはならない。それは「自助」(self help)と「互助(ないし共助)」(mutual help)と「公助」(public support)の三つの手段の組み合わせで実現することが可能な目標概念なのである。
- 例えば重い障害や疾病を持つ者においても「自立」した生活は目標概念として認められるべきで、軽い障害や働ける低所得者層にのみ「自立」を求める考えは、「経済的自立」に偏向した経済主義的な誤りである。
- このような点に留意する「自立」の概念は、1970年代のアメリカの障害をもつ学生運動から端を発し、国際的にも各国の障害者運動に深い影響を与え、その結果として1981年の国際障害者年を実現させたともいわれる自立生活運動(Independent Living Movement)の「自立」とほぼ同じ意味である。すなわち、できる限り自助努力を払いつつ、自らでできないことは他人の援助や公的サービスの手を借りて、自立した生活を目標とするということである。

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑨－4　障害福祉における「自立」の条件

- 「自立」には、次のような諸条件がある。
- ①自己決定(self determination)ないし自己選択(self selection)。
- ②自己可能性(capabilities)の追求ないし自己開発 (self development)。
- ③自助・互助・公助を組み合わせて自主的に運用すること(自律性(autonomy)の担保またはself management)
- あたかも発展途上国が外国の先進国から一定の援助を受ける場合に、自己決定で自己の可能性を追求する立場で、自主的に援助を生かせれば、それは従属(dependent)ではなく独立(independent)しているといえるのと同様である。
- 自立した個人にとっても、自己決定で自らの開発可能性を追求して、必要な支援を自主的運用で受けることは必ずしも依存(dependent)ではないのである。

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑩－１－A
障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と国（厚生労働省）との基本合意文書（平成22年1月7日）

障害者自立支援法違憲訴訟の原告ら71名は、国（厚生労働省）による話し合い解決の呼びかけに応じ、これまで協議を重ねてきたが、今般、本訴訟を提起した目的・意義に照らし、国（厚生労働省）がその趣旨を理解し、今後の障害福祉施策を、障害のある当事者が社会の対等な一員として安心して暮らすことのできるものとするために最善を尽くすことを約束したため、次のとおり、国（厚生労働省）と本基本合意に至ったものである。

図表⑩－１－B

一　障害者自立支援法廃止の確約と新法の制定

国（厚生労働省）は、速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害者福祉施策の充実は、憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする。

二　障害者自立支援法制定の総括と反省

1. 国（厚生労働省）は、憲法第13条、第14条、第25条、ノーマライゼーションの理念等に基づき、違憲訴訟を提訴した原告らの思いに共感し、これを真摯に受け止める。
2. 国（厚生労働省）は、障害者自立支援法を、立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担（定率負担）の導入等を行ったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、原告らをはじめとする障害者及びその家族に心から反省の意を表明するとともに、この反省を踏まえ、今後の施策の立案・実施に当たる。
3. 今後の新たな障害者制度全般の改革のため、障害者を中心とした「障がい者制度改革推進本部」を速やかに設置し、そこにおいて新たな総合的福祉制度を策定することとしたことを、原告らは評価するとともに、新たな総合的福祉制度を制定するに当たって、国（厚生労働省）は、今後推進本部において、上記の反省に立ち、原告団・弁護団提出の本日付要望書を考慮の上、障害者の参画の下に十分な議論を行う。

図表⑩－２－A 障害者制度改革の検討に当たっての論点（案）

論点	障害者基本法で定められている項目	障害者基本計画で定められている項目	障害者権利条約で定められている項目
障害者制度の基本的な在り方	・目的（1条） ・定義（2条） ・基本的理念（3条） ・国及び地方公共団体の責務（4条） ・国民の責務（6条） ・施策の基本方針（8条）	・社会のバリアフリー化の推進(I -1) ・利用者本位の支援(I -2) ・障害の特性を踏まえた施策の展開(I -3) ・総合的かつ効果的な施策の推進(I -4) ・啓発・広報(Ⅲ-1)	・前文 ・目的(1条) ・定義(2条) ・一般原則(3条) ・一般的義務(4条) ・身体の自由及び安全(14条) ・プライバシーの尊重(22条) ・家庭及び家族の尊重(23条)
「障害」の表記の在り方			
差別の禁止等障害者の権利利益の保護	・基本的理念(3条) ・相談等(20条)		・平等及び差別されないこと(5条) ・障害のある女子(6条) ・障害のある児童(7条) ・生命に対する権利(10条) ・危険な状況及び人道上の緊急事態(11条) ・法律の前に等しく認められる権利(12条)
虐待等の防止			・拷問又は残虐な、非人道的若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由(15条) ・搾取、暴力及び虐待からの自由(16条) ・個人が健全であることの保護(17条)
政治的及び公的活動への参加			・政治的及び公的活動への参加(29条)
司法手続の利用			・司法手続の利用(第13条)
教育	・教育(14条)	・教育・育成(Ⅲ-4)	・教育(24条)

出典）第1回障害者制度改革推進会議議事次第（平成22年1月12日）

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑩－２－B 障害者制度改革の検討に当たっての論点（案）

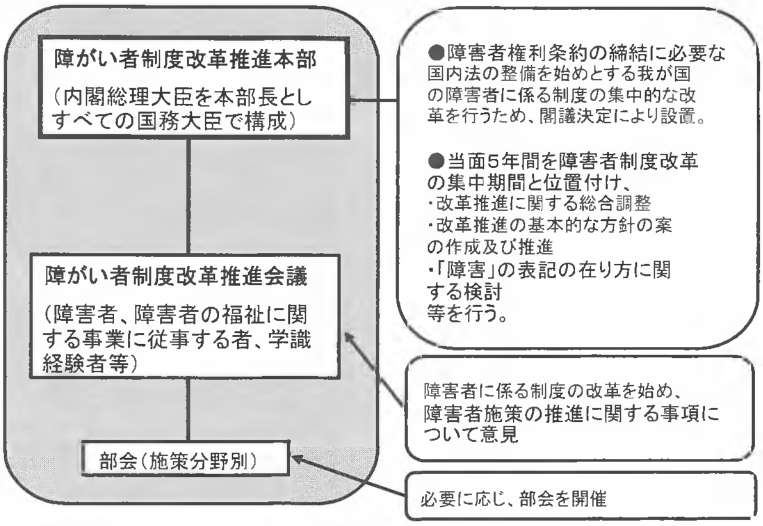
論点	障害者基本法で定められている項目	障害者基本計画で定められている項目	障害者権利条約で定められている項目
施設・サービス等の円滑な利用	・住宅の確保(17条) ・公共的施設のバリアフリー化(18条)	・生活環境（Ⅲ-3)	・施設及びサービスの利用可能性(9条)
情報の入手、利用等	・情報の利用におけるバリアフリー化(19条)	・情報・コミュニケーション(Ⅲ-7)	・施設及びサービスの利用可能性(9条) ・表現及び意見の自由並びに情報の利用(21条)
雇用等	・職業相談等(15条) ・雇用の促進等(16条)	・雇用・就業(Ⅲ-5)	・労働及び雇用(27条)
所得保障	・年金等(13条)		・相当な生活水準及び社会的な保障(28条)
地域社会での自立した生活 （障害福祉サービス等）	・医療、介護等(12条) ・職業相談等(15条)	・生活支援(Ⅲ-2) ・精神障害者施策の総合的な取組(Ⅱ-3)	・自立した生活及び地域社会に受け入れられること(19条) ・個人的な移動を容易にすること(20条)
障害のある児童の福祉		・教育・育成(Ⅲ-4)	・障害のある児童(7条)
保健医療	・医療、介護等(12条) ・障害の予防に関する基本的施策(23条)	・保健・医療(Ⅲ-6) ・精神障害者施策の総合的な取組(Ⅱ-3)	・健康(25条) ・リハビリテーション(26条)
その他の施策等	・障害者週間(7条) ・文化的諸条件の整備等(22条) ・経済的負担の軽減(21条)	・活動し参加する力の向上(Ⅱ-1) ・活動し参加する基盤の整備(Ⅱ-2) ・アジア太平洋地域における域内協力の強化(Ⅱ-4) ・国際協力(Ⅲ-8)	・移動の自由及び国内についての権利(18条) ・文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加(30条) ・国際協力(32条)
障害者施策の実施及びその監視等の体制	・障害者基本計画等(9条) ・法制上の措置(10条) ・年次報告(11条) ・中央障害者施策推進協議会(24条、25条) ・地方障害者施策推進協議会(26条)	・重点施策実施計画(Ⅳ-1) ・連携・協力の確保(Ⅳ-2) ・計画の評価・管理(Ⅳ-3) ・必要な法制的整備(Ⅳ-4) ・調査研究、情報提供(Ⅳ-5)	・統計及び資料の収集(31条) ・国内における実施及び監視(33条) ・国際的監視(34条～40条)

出典）第1回障害者制度改革推進会議議事次第（平成22年1月12日）

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2010

図表⑩－3

障害者制度改革の推進体制



【新たな推進体制の下での検討事項の例　】

・障害者権利条約の実施状況の監視等を行う機関（モニタリング機関）

・障害を理由とする差別等の禁止に係る制度

・教育

・雇用

・障害福祉サービス

等

2. 視覚障害等級判定における問題点（西田朋美）

日本の視覚障害者がどれぐらいいるかについては、日本の眼科医であればほとんどが加盟している、日本眼科医会がデータを出している(2 頁)。

今年に入って論文になっているが、視覚障害として、「　」してロービジョン（失明）とあるが、失明というと日本では全然見えない状態と考えられがちである。これはアメリカの視覚障害の定義を採用している。

失明は、良い方の目の矯正視力が 0.1 以下、ロービジョンは、0.1 を超えるか、0.5 未満。失明が 18 万 8 千人という報告であった。

厚生労働省が定期的に調べている、手帳を持っている人は、31 万 5 千人である。基準は違うが、手帳が取れても取ってない人もいるという実情から、これだけ数字に開きが出ている。

視覚障害の等級だが、1～6 級まである。1 級は一番障害が強く、2～5 級には、視野の等級分類も入っている(3 頁)。

実際の眼科臨床で、患者の等級を見る際には、「視野」と「視力」の両方を見る。1～6 級まであると示したが、それぞれに指数が割り振られている(4 頁)。

例えば、視力 2 級、視野が 3 級という場合には、足し合わせて 18、指数の合計により、さらに等級が分かれるので、この人は 1 級という計算になる。

現行基準の問題点として、視覚障害には視力と視野があるので、1 番視力、2 番、視野ということで話を進める(5 頁)。

「両眼の視力の和」で、視力を足し合わせている(6 頁)。

問題点 1 として、日本では小数視力を用いているが、これは論理的には、順序尺度の和となるので、計算できない数字を無理やり足すこととなる。

例えば、A と B がいたとすると、A は両目、0.5 見えていて、両眼の視力の和は、1.0 であった。もう 1 人、B は、片目 1.0、もう反対側は全然見えないので 0。こういう人も、1.0＋0 なので、両眼では 1.0 となる。

A も B も同じとなるが、見え方は同じではない。

次に問題点 2 として、「制度による障害程度判定基準の違い」がある。

「両眼の視力」を制度にしているところも、学校教育法、運転免許適正試験基準などがある。「良い方の眼の視力」を基準にしているのは、入試センター試験障害者受験特別措置が挙げられる。参考までに、WHO、アメリカの視覚障害の基準は、良い方の眼の視力を採用している。

次に、「視力障害の程度区分」である（7 頁)。

問題点 3 として、「視力等級と読み能力の不一致」がある。

眼科では、手元の印刷物が見られる近距離視力は 0.5 あれば可能と言われている。

例として、3名を挙げる。

右が 0.1、左が 0.1、こういう方は、視力等級でいえば 5 級になる。しかしながら、左右とも 0.5 以下なので、印刷物が読めない。

2 番目は右 0.02　左 0.6 で、等級は 6 級。

3 番目の方は、右 0.03、左 0.2。印刷物も読めない。でも手帳は持てない。

このように、困ることが多い状態にある。

次に話を視野に移すこととしたい(8 頁)。

「視野」は、眼科の中では重要な検査の 1 つであり、「片目を遮へいして、片目で 1 点を注視して見える範囲」のことを言う。

スライドの図のように、一般的には上が 60 度だが、じっと真正面を見ていて、部位によって見える明るさが異なる。じっと見ている先に視野の中心部では、より暗い光まで見え、感度が高いと言える。

「測定方法」については、ゴールドマン視野、というものがあるが、いろんな光を見せて、光が見えたら患者にブザーを鳴らしてもらう(9 頁)。

これだけ種類があるが、一般的には、V/4→・・・・と測っていく。

赤いのが一番大きい光で、ピンクで I/1 と小さくなっていく。

光の強さが異なる。

右の目で視野検査をしたときに、正常の人であれば、こういう拡がりになる。

ここでまた問題点がある。それは、視野の検査機器である。

視野検査の結果は、一般的にゴールドマン視野で見ることが大半で、I/4、黄色い所、周辺視野で測定していく。

もともとゴールドマン視野計はオーストリアのハーグ社が作っていたが、作らなくなってしまった。今後、同視野計を持っているところが減ってしまう可能性がある。

続いて、「視野障害の程度区分」についてである(10 頁)。

求心性視野狭窄の進行による等級の変化で、 I /4 の周辺視野を見るが、I/4 の範囲が 10 度以内にあるかどうかで、ガラリと変わってきてしまう。

上下で同じ方だが、左目を見ると、10 度以内でこれは視野 5 級である。さらに周辺がとれて 10 度以下になると等級は 2 級に上がる。こういう状態になると、視覚障害者は読み書きも不自由で移動も困っていると思うが、特に下段のようになると、移動が一番難しくなる。

読み書きは中心のところに、字や景色が入ると何かあると分かるが、結局、まっすぐ見ていても、ピンポイントしか見ていないので、自転車や子どもが脇から走ってきても避けることが難しくなってくる。

右の方は、周辺が残っていて、輪状暗点があるが、真ん中に求心性視野狭窄がみられ、こういう人は 2 級になる。しかしながら、真ん中の求心性視野狭窄が

なくなり視野進行した状態であるにもかかわらず、視野では2分の1狭窄で5級という結果になる。このように輪状暗点があると、周辺視野が無視されるため、等級がより重くなりやすい結果になる。

読み書きや移動には困る。何となく周辺視野を使えば分かるのだが、真ん中の一番感度のいい視野がないので、読み書きが特に困難ということが生じてくる。

「ロービジョンケアが有効であった等級認定に該当しない症例」を提示する(11頁)。

症例は66歳の男性で、加齢黄斑変性の人である。視野は左側と右側、周辺きれいに拡がっている。周辺は見えているが、真ん中だけが見え難い。一番感度のいいところだけが見えていない。

こういう人の困っていることとして、読み書き困難、外出困難、まぶしいというのがある。

支援内容としては、読み書き困難を支援するためには、偏心視訓練という、周辺の視野で字を読ませるようにする。また、強い老眼鏡、つまり拡大鏡のようなものを処方する。

タイポスコープというものもあって、右端にあるように、自分がどこを読んでいるが分かるものを紹介する。

外出困難については、周辺が見えているが、慣れるまで見守りが必要だったり、手帳を持っていない場合は入手が厳しいが、白杖があるという情報提供もする。

まぶしさには、遮光眼鏡を使う。

「まとめ」として、現行基準には、視力・視野基準のそれぞれに問題がある(12頁)。

羞明や眼振には考慮がない、また、WHO基準にも合っていない。様々な問題があるので、見直しが必要である。

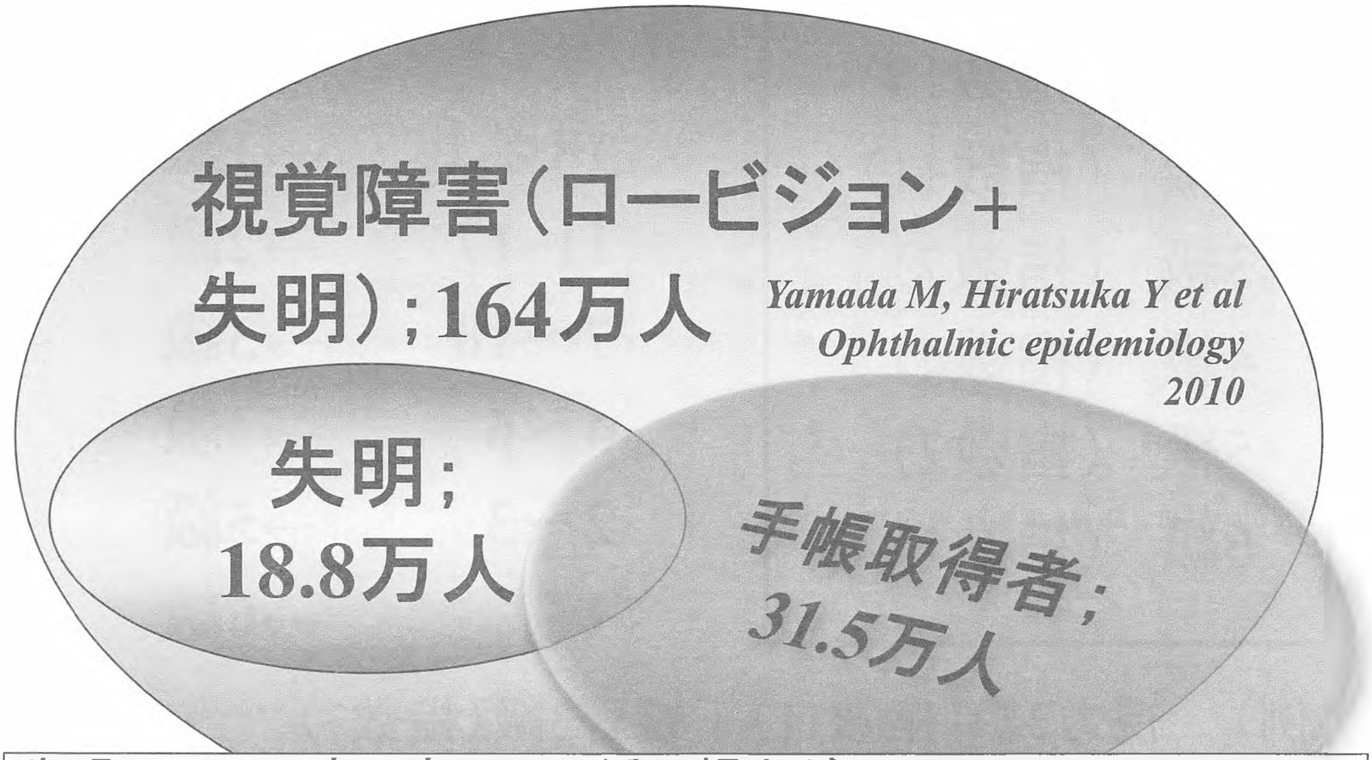
シンポジウム「身体障害認定が抱える課題と
今後の認定制度のあり方」

視覚障害等級判定における問題点

国立障害者リハビリテーションセンター病院
眼科　西田　朋美
第三機能回復訓練部　仲泊　聡

1

日本の視覚障害者



失明	良い方の目の矯正視力が0.1以下
ロービジョン	良い方の目の矯正視力が0.1を超えるが0.5未満

2

級別 視　覚　障　害

1級　両眼の視力の和が0.01以下のもの

2級　1. 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの
　　　2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95%以上のもの

3級　1. 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの
　　　2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90%以上のもの

4級　1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの
　　　2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの

5級　1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの
　　　2. 両眼による視野の2分の1以上がかけているもの

6級　1眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので両眼の視力の和が0.2を超えるもの

3

視覚障害＝視力and/or視野

1級（指数18）
2級（指数11）
3級（指数7）
4級（指数4）
5級（指数2）
6級（指数1）

指数の合計

18以上	→1級
11~17	→2級
7〜10	→3級
4〜6	→4級
2〜3	→5級
1	→6級

例）　視力2級（指数11）＋視野3級（指数7）
　　＝指数18で1級になる

4

現行基準における問題点

1. 視力障害の認定
   - 両眼の視力の和
   - 視力障害の程度区分

2. 視野障害の認定
   - 測定方法
   - 視野障害の程度区分

両眼の視力の和

問題点1　*小数視力の和* →論理的に計算不可である
順序尺度の和となっている

（参照） A:　左右とも0.5＝両眼和1.0
B:　片眼1.0で反対眼0＝両眼和1.0
AとBは同じように見えているわけではない！

問題点2　*制度による障害程度判定基準の違い*

•両眼の視力の和
「身体障害者福祉法」「障害年金1・2級」
•両眼の視力
「学校教育法」「障害年金3級」
「自動車運転適性試験基準」
•良い方の目の視力
「入試センター試験障害者受験特別措置」
＃WHOや米国の視覚障害者基準は良い方の目の視力

視力障害の程度区分

問題点3　　*視力等級と読み能力の不一致*

（現行の5・6級基準でみられる逆転現象）

一般的に印刷物が読める近距離視力は0.5あれば可能

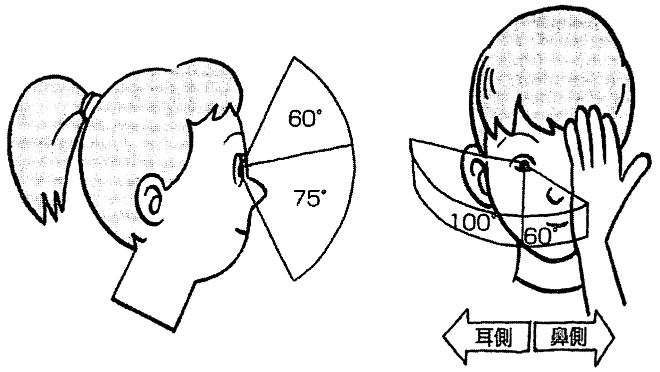
（例）

右0.1、左0.1　→　5級（印刷物が読めない）

右0.02、左0.6　→　6級（印刷物が読める）

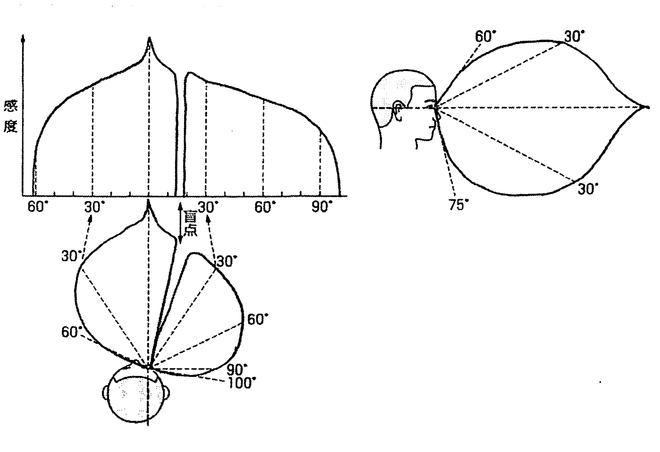
右0.03、左0.2　→　該当せず（印刷物が読めない）

視野＝片眼で1点を注視して見える範囲



a. 上方・下方　　b. 耳側・鼻側

上方	60度
下方	75度
鼻側	60度
耳側	100度以上

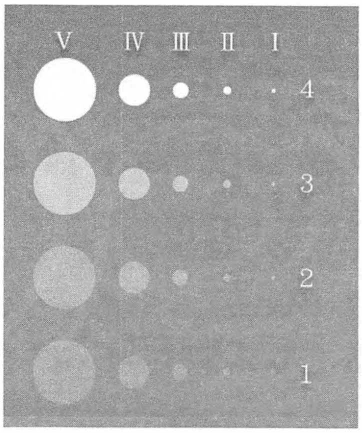


部位によって見える明るさが異なる

- 視野の中心部では、より暗い光まで見ることができる（感度が高い）
- 周辺部は感度が低い

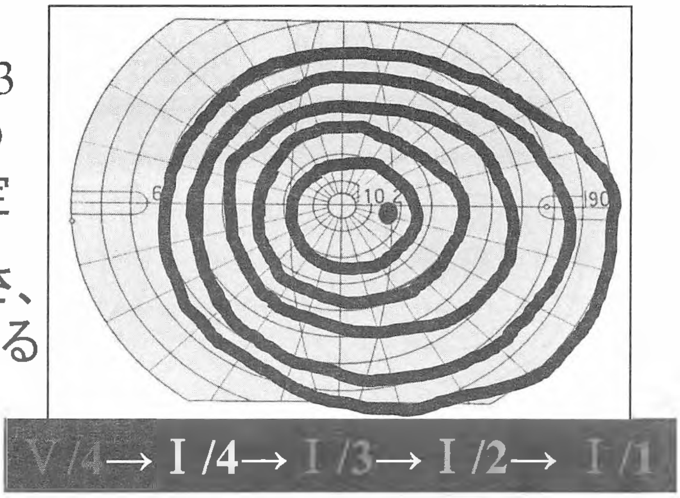
測定方法

ゴールドマン視野の視標



- Ｖ/4→ Ⅰ/4→ Ⅰ/3 → Ⅰ/2→ Ⅰ/1の順に通常は測定
- 各視標は、大きさ、光の強さが異なる

ゴールドマン視野正常眼(右)



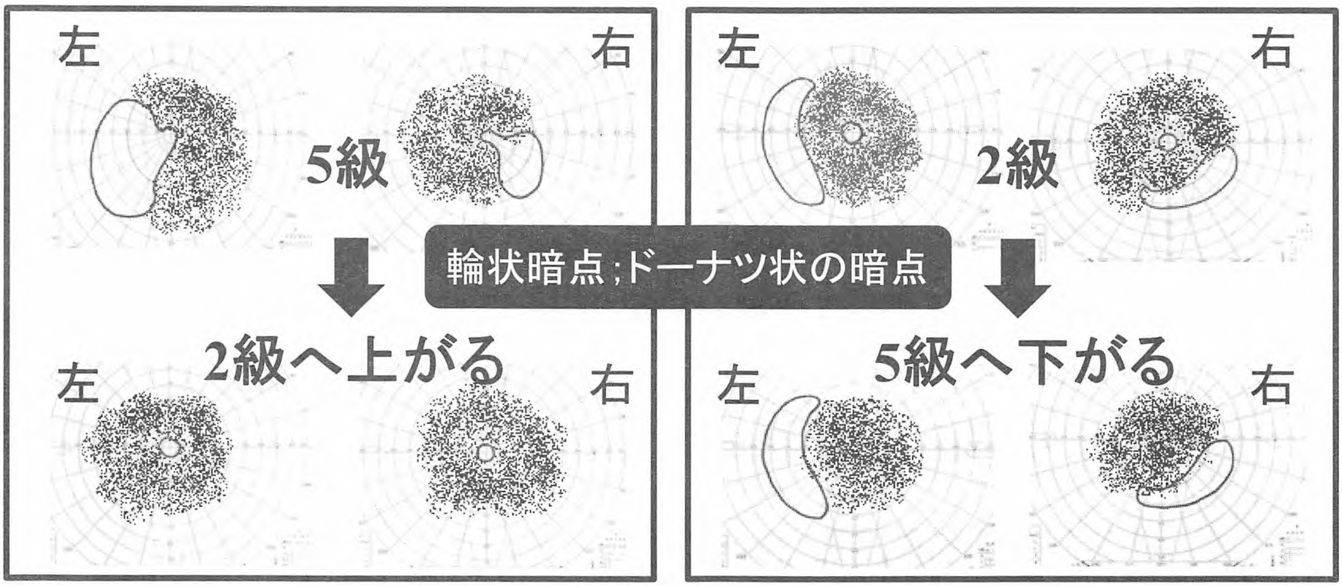
__問題点4__　　*視野の検査機器*

- ゴールドマン視野のⅠ/4で周辺視野、Ⅰ/2で中心視野を測定
- 元祖Haag社のゴールドマン視野計の製造中止
- ゴールドマン視野計を保有する眼科医療機関減少の恐れ

視野障害の程度区分

__問題点5__　　*求心性視野狭窄と輪状暗点*

- Ⅰ/4の範囲が10度以内にあるかどうかで等級が変わる
- 輪状暗点を伴う求心性視野狭窄では、周辺視野は無視される

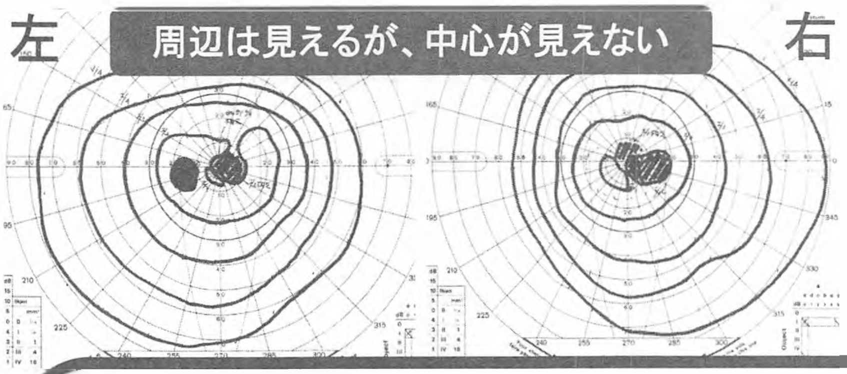


読み書き・移動困難で、
特に下段は__移動困難__が大

読み書き・移動困難で、
特に下段は__読み書き困難__が大

ロービジョンケアが有効であった等級認定に該当しない症例

症例；66歳男性　加齢黄斑変性　視力　右0.7、左0.2



困っていること

- 読み書き困難
- 外出困難
- まぶしい（羞明）

支援内容

読み書き困難

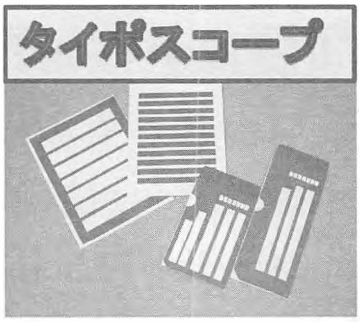
偏心視訓練
強い度数の老眼鏡
タイポスコープ

外出困難

歩行訓練、白杖

まぶしい（羞明）

遮光眼鏡



11

まとめ

現行基準には・・・

- 視力、視野基準各々に問題がある
- 羞明、眼振などは考慮されていない
- WHOの基準と合っていない

現行の視覚障害の等級認定基準には

様々な問題があり、

見直しが必要ではないか？

12

放送通信関係、各種税金の減免

- NHK受信料の免除
  1級　11, 340円/年、 3級・4級　6, 480円/年
- 青い鳥郵便はがき
  1級　1, 000円/年
- 所得税・住民税における控除
  1級　35, 000円/年、 3級・4級　26, 500円/年
- 自動車税の減免
  1級・3級・4級　15, 800円/年

推計の対象に含めなかったものの例

- 航空運賃割引
- 駐車禁止駐車許可
- 公共施設割引
- 公営住宅への優先入居
- レジャー施設等利用割引
- 不在者投票制度

医療関係の制度、手当て等の現金給付

- 重度心身障害児・者の医療費助成（健康保険等の自己負担分）
  1級・3級　37, 564円/年

- 重度心身障害福祉手当
  1級　69, 000円/年

※ 上記は地方単独事業であり、所得制限等あり
なお、特別児童扶養手当、児童扶養手当、障害基礎年金等は、算定の対象外

交通機関の運賃割引等

- 鉄道旅客運賃割引
  1級　31, 840円/年、　3級　10, 610円/年

- 有料道路通行料金割引
  1級・3級・4級　1, 320円/年

- 自動車ガソリン費補助
  1級　7, 200円/年、　3級　3, 600円/年

- タクシー利用料の補助
  1級　20, 448円/年、　3級　10, 224円/年

経済的便益の推計の基本的な考え方

- 居住地（地方単独事業等を考慮）、障害種別、等級や生活状況について推計のモデル障害者を設定

  → *東京近郊のT市の成年期在宅者(児童や高齢者関係の制度は推計の対象外)、肢体不自由の1級、3級及び4級*

- 金銭給付については当該額を、サービス給付や利用料の減免については金銭的に換算してすべてを合算

- 障害者自立支援法に基づく給付等や手帳所持と直接関係のない制度については、推計の対象外

情報の入手方法等

- 厚生労働省とりまとめの身体障害児・者実態調査のほか、地方公共団体の担当者への聴取りを実施

- 障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスの必要量の見込みについては十分な調査結果があるものの、同法に基づくかない制度(特に地方公共団体以外が実施するもの)の利用推計に必要となる情報が不足

  → *今般の推計の精度は十分ではない。地方公共団体等と連携して、きめ細かな地域の障害者の状況を把握することが今後の課題*

手帳所持の経済的便益の推計

平成22年2月27日（土）

国立障害者リハビリテーションセンター
研究所障害福祉研究部
玉川　淳

なぜ経済的便益の推計を行うのか

- 手帳の所持者は、障害者自立支援法に基づく給付のほかに、様々な分野の制度による便益の享受が可能
- これらは障害者の自立と社会参加に重要だが、その利用状況を明らかにして初めて手帳制度の社会的意義を理解
- 関係制度の列挙では障害者生活への寄与度が把握し難いため、利用状況調査と併せて経済的便益の推計を実施
- 金銭的評価を通じて障害者自立支援法に基づく給付との比較が可能

（参考）平成20年1月サービス提供分の障害者自立支援給付
主たる障害別（身体障害者）の総費用額/利用者数＝約18万円（年間216.8万円）

これまで説明した「分野ごとの推計を集計したもの」をグラフにした(9頁)。
肢体不自由者の1級の場合、およそ年間23万円程度になる。
3級の場合、受けるサービスの範囲も異なるので、年間11万円位になる。
4級は、手帳による便益として5万円程度が受けられるものと推計される。
こうして見ると、障害等級において、ある程度の規模の経済的な便益を受けられるということが分かる。

「今後の課題等」については、制度利用に当たっては所得制限のあるものもあり、例えば就労状況によっては、受けることができる便益の大きさがかなり異なる(10頁)。

こうしたことから、障害者の実態に即した具体的なモデル、就労している場合はこのような推計になるといった試算まで行わないと、意義が高くないものと思われる。

また、例えば健康保険の自己負担部分も、障害ごとの受療データを取得することができなかった。こうした障害ごとの特性に応じた情報の収集も必要である。

さらに、優遇制度には、地方の単独事業として行われるものも多い。地域ごとの施策の差についても、分析を加えることが必要である。

その際の「留意すべき事項」であるが、第一に、経済的便益の推計は、あくまで手帳を所持していることにより、障害者が受けられるサービスを金銭的に換算しただけである。実際にサービスを障害者が社会に参加するに当たり、社会環境の整備として十分であるかどうかは、まったく別物である(11頁)。

2番目に、一般的な地域サービスが充実すると、極端な例でいうと、地域住民なら誰でも利用できる無料コミュニティバスが運行されていると、手帳所持の効果として、金銭的な評価として表れない。その地域の生活支援基盤の水準という発射台の高さが、地域のことを考える上では重要となってくる。

最後になるが、かつての入所サービスのように、サービス供給者が1つであれば、一旦その受給関係の中に入ってしまうと、手帳の提示をすることにより、所持者の特性を確認してもらう必要性はあまり生じなかった(12頁)。

しかしながら、障害者が地域社会に出て、さまざまな分野と関わりを持ち、多くの制度を利用するとなると、多くの制度運営者を相手にする必要が出てくる。

制度運営者側からみると、障害者以外にも多くの利用者があり、大量の処理が求められ、また、迅速な対応も求められることとなる。

結論として、身体障害害手帳の提示は、様々な制度の円滑な運用にかなり貢献していると考えられる。

ない、すなわち直接リンクをしていない制度は、試算の対象から除外している。
金銭的な給付については当該金額を、サービス給付や利用料の減免については金銭的に換算して、これらを合算することとした。
制度の利用状況については、障害者の日常生活の状況に関する基礎的な資料として身体障害児者・者実態調査を利用した（4 頁）。
その他に、地域ごとに具体的なデータが必要であったことから、そうしたデータが入手できないか、地方自治体の担当者に相談した。
障害者自立支援法に規定されている障害福祉サービスの必要量の見込みについては、かなり詳細な調査がされていることが分かったが、それ以外の制度利用については、具体的な情報が、必ずしも集積されていないことが分かった。
こうした理由から、今回の集計の精度については必ずしも十分ではない。
今後の課題として、地方公共団体と連携して、より信頼性の高い基礎データを収集すべきものと考える。
ここからは、分野ごとの推計結果について説明する(5 頁)。
まず「医療関係」では、自立支援医療は、障害者自立支援法に基づく給付のため、推計の対象外になっている。
ここでは、地方公共団体によって行われている、健康保険などの自己負担分に対する助成、を計上した。こうした制度は、比較的多くの自治体に見られるが、所得制限の考え方が、自治体によって違いが見られる状況にある。
「現金給付など」については、児童を対象とする制度や、手帳所持と直接リンクしていないものは含まれていない。
続いて、「交通機関の運賃割引等」についてである(6 頁)。
制度の仕組みはよく周知されているが、実際の利用頻度についてのデータは、例えば、「あなたはどのくらい外出しますか」というアンケートの場合、「ほぼ毎日」「２～３日」という答えが用意されているだけで、実際に、鉄道、バスを利用するのか、交通機関を利用する際にどれくらいの距離利用したのかというのはなかなか得られない。このため、推計に当たっては、かなり大胆な仮定をおいて算定している。
同様に、「通信、放送や各種の税金」についてもモデルで試算した(7 頁)。
多くの優遇制度では所得が少ないと便益が大きいのに対して、税金については所得の多いほど控除のメリットが大きくなるというのが特徴として挙げられる。
ここで、「今回の推計に含めなかったもの」をいくつかお示しする（8 頁）。
スライドに掲げているような、日常的な利用頻度があまり大きくないと考えられるもの、地域個別の取組みである等のため利用頻度がまったく分からないもの、制度としては分かるが金銭的評価のできないもの、こうしたものについては、試算の対象から外している。

6. 手帳所持の経済的便益の推計（玉川 淳）

はじめに、「なぜ手帳所持の経済的便益の推計を行うのか」、その意義について説明する（2頁）。

寺島報告にあったように、身体障害者手帳の所持者は障害者自立支援法に基づく給付のほかに、料金の減免や税制の優遇など、様々な分野の制度の便益を受けることができる。

これらは、障害者の自立と社会参加の促進する重要な取組みである。

身体障害者手帳が担う役割を十分に理解するには、狭義の障害福祉サービスのみならず、これら優遇措置の利用状況も明らかにすることが必要不可欠だと思われる。

しかしながら、「周知度が高い制度は何か」というデータだけでは、必ずしも障害者の個別の生活への影響度合い、その大きさがよく分からない。このため、所持者のモデルを仮定、設定して、その者に適用される優遇制度について金銭的な評価を試算することとした。

こうした試算をすることにより、障害者自立支援法に基づく給付の影響の大きさと、同法が定めている以外の、各種の便益の大きさについて相対的な比較も可能になる。

例えば、平成20年1月分の障害者自立支援給付で主たる障害が身体障害の場合、身体障害の利用者当たりの総費用額は、月間18万円ぐらいとなっていた。これを12倍して換算し直すと、年間216.8万円となる。

これが障害者自立支援法の給付を受けている人の年額の総費用になる。

仮に分母を障害者自立支援法の対象者でなく、平成18年の実態調査によって推計された身体障害者数全体で試算すると、大きく減少し、年額で7.3万円という金額になる。

これらの障害者自立支援法に基づく給付の金額と比較して、料金の減免や税制の優遇措置などの総額の大きさがどれぐらいになるかを考えることができる。

次に、「経済的便益の推計の方法」であるが、はじめに、推定作業のモデルを設定した(3頁)。

いくつか前提を置かないと試算することができないからである。

どういうモデルとするかいろいろ検討したが、さまざまな情報の入手のしやすさから、今回は、東京近郊のT市に在宅で住んでいる、肢体不自由の1級、3級、4級の成人期の人とした。

平成18年の実態調査では、身体障害者の6割が65歳以上とされているので、試算モデルは、決して手帳所持者の平均的な姿ではない。

試算に当たっては、障害者自立支援法に基づく給付や、手帳の所持と直接関係

いろいろな障害者割引制度（2）

交通

公園の駐車場割引・無料、高速道路サービスエリア駐車場無料、デパート・スーパーなどの駐車場無料、病院の駐車料金無料、リムジンバス半額、ヘリコプター割引、自転車交通保険割引、市外通院の交通費の半額を市が負担、観光地の駐車料金が無料

いろいろな障害者割引制度（3）

保健・医療

予防接種補助、海外透析費用

生活

不在者投票、生協配達料半額、携帯電話基本料半額、水道料金減免 、民間スーパー買い物代金の5%返金 、自動車免許取得補助

周知度の高いサービス（団体内部）

鉄道旅客運賃割引	153
タクシー運賃割引	147
公共施設割引	144
自動車税	144
バス運賃割引	143
有料道路割引	143
駐車禁止駐車許可	139
障害者控除	136
航空運賃割引	136
NHK受信料減免	133

鉄道旅客運賃割引	141
公共施設割引	130
障害者控除	117
自動車税	114
有料道路割引	113
バス運賃割引	111
タクシー運賃割引	109
青い鳥はがき	95
特別障害者手当	87
駐車禁止駐車許可	84
マル優	79
重度障害者医療	59
航空運賃割引	58
NHK受信料減免	51
福祉定期預金	49
福祉タクシー	41
重度心身障害者手当	41
ガソリン補助	36
補装具費	31
軽自動車税減免	28

いろいろな障害者割引制度（1）

レジャー施設

映画館割引、公園入場無料・割引、美術館・博物館入場割引・無料、動物園入場割引、宇宙館入場無料、書道講座割引、障害者団体の施設利用割引、デパートの展示会展覧会が無料、レジャー施設の乗り物割引

周知度の高いサービス（国リハ肢体）

鉄道旅客運賃割引	13
バス運賃割引	13
公共施設割引	12
補装具費	11
タクシー運賃割引	11
有料道路割引	11
福祉タクシー	10
自動車税	10
航空運賃割引	10
レジャー施設等利用割引	10

利用したことがある

バス運賃割引	12
公共施設割引	9
鉄道旅客運賃割引	8
有料道路割引	7
タクシー運賃割引	6
レジャー施設等利用割引	6
自動車税	4
特別障害者手当	3
補装具費	2
重度障害者医療	2
福祉タクシー	2
ガソリン補助	2
駐車禁止駐車許可	2
航空運賃割引	2
NHK受信料減免	2
自立支援医療（入院）	1
障害者控除	1
マル優	1
軽自動車税減免	1
青い鳥はがき	1
自立支援医療（通院）	0

周知度の高いサービス（団体聴覚）

鉄道旅客運賃割引	64
補装具費	63
タクシー運賃割引	62
バス運賃割引	62
航空運賃割引	62
有料道路割引	61
自動車税	60
青い鳥はがき	59
NHK受信料減免	58
ガソリン補助	55

利用したことがある

鉄道旅客運賃割引	62
タクシー運賃割引	47
公共施設割引	47
青い鳥はがき	47
有料道路割引	45
地域生活支援事業	43
自動車税	43
障害者控除	43
航空運賃割引	43
補装具費	42
NHK受信料減免	42
重度障害者医療	38
レジャー施設等利用割引	36
重度心身障害者手当	32
マル優	30
福祉タクシー	29
ガソリン補助	24
特別障害者手当	23

周知度の高いサービス（国リハ視覚）

介護給付	13
訓練等給付	13
タクシー運賃割引	13
鉄道旅客運賃割引	13
バス運賃割引	13
航空運賃割引	13
有料道路割引	12
レジャー施設等利用割引	11
地域生活支援事業	10
自動車税	10

周知度の高いサービス（国リハ聴覚）

介護給付	12
訓練等給付	11
補装具費	10
公共施設割引	10
バス運賃割引	10
鉄道旅客運賃割引	9
有料道路割引	9
航空運賃割引	9
タクシー運賃割引	8
自動車税	8

プロフィール

		平均年齢	男性	女性	全体	1級	2級	3級	4級	5級	6級
国リハ	視覚	40.8	11	2	13	8	4	0	0	0	1
	聴覚	21.6	8	3	11	1	8	1	0	1	1
	肢体	26.8	9	4	13	3	8	1	0	1	0
内部		48.0	85	69	156	142	1	9	3	0	0
聴覚		54.0	29	36	66	21	37	5	1	0	0
未回答があり数値の合計は一致しない。											

障害程度区分認定者

		受けていない	わからない	受けている	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
国リハ	視覚	2	10	1	1	0	0	0	0	0
	聴覚	2	8	1	1	0	0	0	0	0
	肢体	0	12	0	0	0	0	0	0	0
内部		40	93	17	7	1	3	0	0	1
聴覚		25	31	7	7	4	2	0	0	0
未回答があり数値の合計は一致しない。										

達成度

(1)障害認定の現状の課題整理

障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義の検討については達成できたと考えられる。

(2)自立支援に必要となるサービスの推定

機能訓練量と生活訓練量に着目したサービスの推定はできなかった。税の減免、地方自治体による医療補助、公共運賃割引などの利用状況からの推定を実施中である。

調査対象

国立障害者リハビリテーションセンター

視覚障害	20名
肢体不自由	13名
聴覚障害	11名

東京腎臓病協議会 100名

全国心臓病のこどもを守る会100名

埼玉県聴覚障害者協会 100名

研究方法

（1）障害認定の現状の課題整理

・障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義の検討

・外国調査

（2）自立支援に必要となるサービスの推定

・目的別にどのようなサービスがどの程度必要になるかを調査

・脳卒中者の自立支援サービス実態調査

・視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者、腎臓機能障害者、心臓機能障害者の福祉サービス利用に関するアンケート調査

研究結果

（1）障害認定の現状の課題

①認定方法

認定基準が時代遅れになっている

②認定のあり方

障害認定の目的と手帳利用の目的のかい離がある

（2）自立支援に必要となるサービスの推定

①後方視的調査によれば、障害等級は、機能訓練量と生活訓練量にある程度関連するが、自立支援に必要となるサービスの種類と量を前方視的に推計することは困難。

②税の減免、地方自治体による医療補助、公共運賃割引などの利用状況からの推定

「福祉サービス利用に関する調査」結果

浦和大学総合福祉学部
寺島彰

問題意識

障害者自立支援法により介護の要素が同法に移行してしまった、今、また、障害者総合福祉法が制定されようとしている、今、身体障害者福祉法の本来の目的であるリハビリテーションという目的に合致した障害認定というのは考えられないか。

質問のリストになかったものとしては、デパートの展覧会が無料とか、交通では、ヘリコプターの割引とか、自転車交通保険割引とか、市外通院の交通費を市が半額負担するなど、また、観光地などの割引もあるようだ。

他には、予防接種補助というのがあるそうであるし、生協では配達料が半額とか、携帯電話通話料半額とか、水道料金減免、民間スーパー買い物代金返金制度などの回答もあった。

「まとめ」として、今年度、どういう障害程度の方がどのようなサービスを必要としているかを調べるということで調査を行った。

これまで身体障害者手帳は、身体障害者福祉法や障害者自立支援法のサービス以外に利用されていることが多いのではないかと、おおよそ予想されていたが、具体的にどの程度活用されているかについての調査は行われていなかったので、これについて新しい知見が得られた。

重度障害者医療の周知度は低く、内部障害の方でさえ、150名中、1級、2級が多いのにもかかわらず、重度障害者医療を知っている人が68%で、利用したことがある人は38%に止まっていた。

最後に、自由記述で、どういうことをサービスとして希望するかを聞いたが、一番多いのが、働きたくても働く場所がないということが書かれていた。

身体障害者福祉法の目的に合致したような認定基準が必要と思うのと同様に、手帳は外出支援（外に出て、社会参加など）で、身体障害者福祉法の趣旨に合う制度を必要としているのではないか。

国リハでは、訓練を受けられる人が多いので若い人が多くなっている。
また、視覚障害では、1級8名、2級4名と重度となっている。
肢体不自由については、26.8歳が平均年齢である。
表で「内部」とあるのは、障害者団体に調査協力をお願いして回答のあった数字である。こちらは、平均年齢は48.0歳で、高齢の人もあった。心臓病や腎臓病では、ご高齢の人が多かった。
ほとんどの人は1級で、内部障害で2級とよく分からない場合もあるが、3級と何かを重複されているのかもしれない。
聴覚障害は54.0歳で、年齢がかなり高くなっている。
聴覚障害者の1級もよく分からないが、該当されていた。言語障害との重複で1級になっているのではないかと思う。
「障害程度区分の認定者」については、内部障害は17名となっている(8頁)。内部障害全体で155名の人がいるが、そのうち17名しか障害程度区分を受けていない。聴覚障害も7名である。
「周知度の高いサービス」については、質問では、身体障害者手帳が活用できる様々なサービスをリストアップして、「それを知っているか」、「利用したことがあるか」という質問をしている(9頁)。
回答の多い順番にまとめたのがこの表である。
国リハは施設なので、鉄道旅客運賃割引、タクシー運賃割引などが挙げられている。これは国リハの特徴となっている。
国リハの聴覚障害の人は、介護給付等を知っている(10頁)。
肢体不自由の人でみると、あまり介護給付等の周知度が高くない(11頁)。
聴覚障害者団体からの回答では、知っているかどうかで上位に来ているのは、ほとんどは交通機関の割引である(12頁)。補装具は(おそらく補聴器だと思う。)は特徴的なものの、他は交通機関の割引である。
利用したことがあるものについては、鉄道旅客運賃割引が一番多い。
重度障害者医療は、この中の38名が利用したことがあるということであった。
内部障害でも、同様に、上に来ているのが交通の割引である(13頁)。
利用したことがあるかでは、重度障害者医療については59名であった。
内部障害なので、都道府県が実施している重度障害者医療を使いたい、利用したいと思われている人が多いと予想していたが、結果はそうではなかった。
それから、14頁以下に、「いろいろな障害者割引制度」として、こんなものもあるということで、調査票にあらかじめ記載した以外にさらに付け加えられた回答があったものを記載した。
重複するものもあって、例えば、映画館、公園入場無料などは、設問の中にも入っていたが、書いた人が多かった。

5. 手帳所持者の福祉サービス利用の現状（寺島 彰）

本研究についての「問題意識」であるが(2 頁)、障害者自立支援法によって介護の要素が障害者自立支援法の方に移行してしまった。

身体障害者福祉法の目的は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加」があって、それに必要であれば介護だがその部分が障害者自立支援法に移行した。

もしも身体障害者福祉法が変わるとすれば、社会経済活動への参加（私はリハビリテーションと呼んでいる）という目的に合致した障害認定が考えられないかと思っている。これまで身体障害者福祉法の認定による問題について研究をしてきて、報告書もまとめている（ホームページにも掲載)。

その「研究方法」としては、「障害認定の現状の課題整理」として、現状だけではなくて、今後の障害者福祉政策における障害認定の意味の検討や、調査も行っている(3 頁)。また、海外調査も実施した。

2 番目に「自立支援に必要となるサービスの推定」として、目的別にどのようなサービスがどの程度必要かについて国リハのご協力をいただき、今回発表する視覚障害者、聴覚障害者などのアンケート調査も実施している。

「研究結果」について報告をしたい(4 頁)。

できれば、目的別にどのようなサービスがどの程度必要かを把握できればいいのだが、これは難しいので、リハビリテーションという観点からいえば、どのように障害認定を行えばいいのか。

例えば、リハビリテーションを行って日常生活能力が向上すると、現在の認定基準だと等級が下がり、都道府県による保障を受けられないという、負のモチベーションを起こしてしまうことがある。

通常の状態であれば、日常生活能力の向上が期待できるが、それに対して、頑張った方には、エンカレッジする障害認定ができないのだろうか。

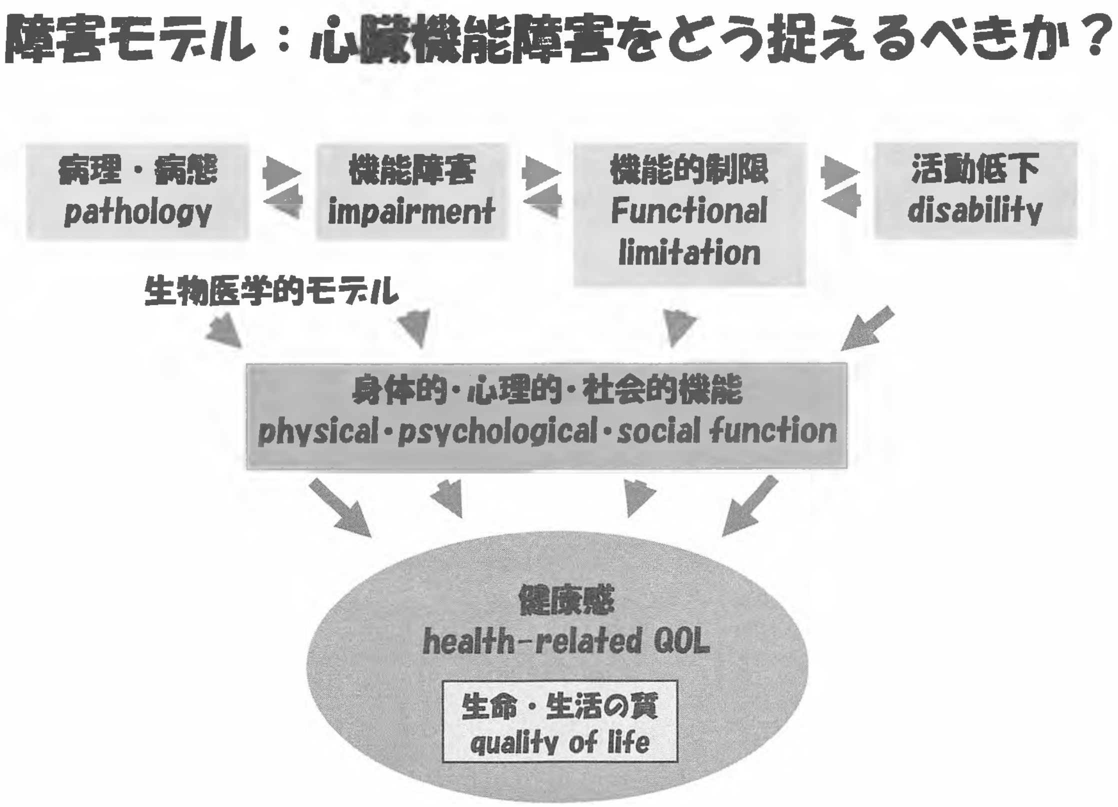
この点についてはいろいろ調査をしたのであるが、現状では難しく、むしろ、どういう人がどういうニーズを持っているのかというアプローチをした方がいいと考えた、そういう意味で今回の調査に意味があるのではないか(5 頁)。

「調査対象」は、国立障害者リハビリテーションセンターに来た視覚障害、肢体不自由、聴覚障害の人（それぞれ個別に調査をしたので、回収率 100%）と、それ以外にも障害者団体の方にご協力いただき、東京腎臓病協議会他、全国心臓病の子どもを守る会―子どもとあるが、実際には 2 歳のお子さんから、かなり高齢の方まで含まれている(6 頁)。

埼玉県聴覚障害者協会の方々にも調査させていただいた。

「プロフィール」は 7 頁のとおりであるが、国リハでは、視覚障害が平均年齢 40.8 歳と若い層になっており、また、聴覚障害も若い人である。

図ー1



※　新しい心臓機能障害モデルの構築が不可欠である。病理学的、医学的モデルに加味して社会的モデルをも考慮する必要がある。年齢を調整した健康観を尊重した障害モデル、心理的側面も含めたモデルも考えなければならない。

表－1　心臓機能障害の身体障害認定基準

一級：心臓の機能の障害により自己の身辺の日常生活が極度に制限されるもの
二級：なし
三級：心臓の機能障害により家庭内での日常生活が著しく制限されるもの
四級：心臓の機能障害により社会での日常生活が著しく制限されるもの

※　2級相当患者は1級患者として認定される。

表－2　心臓機能障害の身体障害認定基準

（18歳以上）
病状：　日常生活活動（安静時、温和な家庭や生活）が心不全や狭心症症状、失神発作にて妨げられるもの
心所見：2 項目（一級）、1 項目（三、四級）
ペースメーカー、人工弁、弁置換（装着なし状態を想定）
胸部X線と心電図にて二つ以上（相当のリスクを想定）

（18歳未満）
病状：重い心不全や低酸素血症、失神発作、狭心症にて継続的医療が不可欠のもの
所見：6 項目（一級）、5 項目（三級）、4 項目（四級）
a著しい発育障害、b異常な心音・心雑音、多呼吸または呼吸困難、d運動制限、eチアノーゼ、f肝腫大、g浮腫、それにX線、心電図所見など

※　身体運動能力指数や日常生活のモニター結果、それに心エコー図やバイオマーカーの扱い規定がみられない。

いる。リワルワールドは高齢者による心臓障害者で満ち溢れていると言っても過言で無い。

医療サイドはこの事態を傍観し、ただ手をこまねいてきたわけではない。循環器疾患における根治的治療法の開発を積極的に推し進め、一次予防や二次予防のシステム整備を心掛けてきた経緯がある。また老化への学際的介入に全力投球している。しかし、日本社会における高齢化比率のスピード、それによる疾病負担の増加スピードの方がはるかに予測を上回る速度で進行している。現状の少子・高齢化状態を概観するだけでも、将来に渡って新たな疾病観に基づく治療体系の整備が緊急課題として登場していることが知れる。高齢者診療ではキュア、根治を目指す医療、とケアに徹する医療が同時的に必要となる。二つの医療は相俟って進行し、どこかのポイントでホスピス診療に全てを託すシナリオとなる。患者さん自身も、どういう人生目標でどの医療をより享受するかの自己決定が問われてくる。当然、その見解は年齢を重ねる毎に変わってくるであろう。一概に高齢患者だからどう、中・高年患者だからどうというドグマ的判断は導入できない。しかしながら、中・高年患者は命や生活を守ってほしいとの願望が多く、高齢患者はむしろ自分のADLを重視しているのも事実である。結局、患者さんの自己決定を尊重した、少子・高齢社会の疾病負担に関する社会的合意が必要となる。今後年毎に少子・高齢化は2055年まで深刻化していく。その間、次世代や次々世代への疾病負担の繰り延べを招かない障害者認定の在り方が問われている、との認識である。

この根源的な問いに応えるためには新しい心臓機能障害モデルの構築が不可欠であろう(図－1)。実際には、病理学的、医学的モデルに加味して社会的モデルをも考慮する必要がある。年齢を調整した健康観を尊重した障害モデル、心理的側面も含めたモデルも考えなければならないかもしれない。

つまり、1)現在繁用されている身体運動能力指数や日常生活のモニター結果、心エコー図などの臨床生理検査、それに血中BNP値などのバイオマーカーなどを認定参照データとして採用する、2)ペースメーカーをはじめとする人工臓器については依存程度による評価法を作成する、3)内部疾患における身体障害認定については加齢疾患との関りについて早急に横断的見解をまとめる、そして 4)少子・高齢化社会の疾病負担に即した心臓障害モデルの作成、が必須であるとの認識を示した。今後 50 年間、日本の少子・高齢化社会では障害者をサポートすべき健常勤労層がどんどん減少する。今までの身体障害者支援は健常者が負担するとの構造が崩壊しているとの現実を直視すべきである。

恩典を享受できる。一般市民の視線では信じ難い光景であろう。同じように、人工弁置換術を受けた弁膜症患者も一級認定である。これは、患者の生命や生活がペースメーカーや人工弁の装着無しでは守られないとの理解、つまり、当該患者は人工臓器への全面依存なしでは生きていけないとの理解に基づいている。この背景には人工臓器への信頼性が低かった、発展途上の技術レベルとみなされていた時代的状況判断が根底には横たわっている。現在では人工臓器の安定度は高く、安全性が頂点まで高められているものが少なくない。これがある種の不具合を生む。例えば、同様の心臓手術である心臓弁修復術である。人工弁置換患者は1級認定であるのに対して、自己弁修復患者は3級あるいは4級認定となる。人工臓器への信頼度が高くなった現在、術後の症状固定時期に身体運動能力指数や日常生活のモニターに基づくアウトカム評価を行い、再認定を行うべきとの指摘は当然生まれるであろう。傾聴すべき意見であり、リアルワールドとのギャップを少なくする効果が生まれるであろう。

さらに、心臓機能障害の身体障害認定年齢が 18 歳以上と以下で審査基準が分かれていることも違和感を強める(表－2)。恰も小児と若年のみを対象とする障害認定と錯覚する。現実には循環器疾患の大多数を占める壮年者や高齢者がこの診断基準で認定業務が行われることになる。当然ながら、循環器疾患の多くは加齢関連疾患である。加齢問題との係わり合いも認定業務では避けられない。特に、日本は世界に冠たる長寿国である。日本社会の高齢化が進めば進むほど、加齢関連疾患である循環器疾患は増え、結果的に心臓障害者認定申請患者が増加する。ところが、現状では加齢疾患に対するはっきりした視点無しに障害認定業務はとり行われている。例えば循環器疾患の最終像である慢性心不全患者である。1980 年当時、慢性心不全患者は恒常的にNYHAⅣ度状態にもなると6ヶ月以内にあらゆる手を尽くしても殆どが死亡した。それが平均的な医学・医療水準であった。ところが今日、30 回もの入退院を繰り返しても生存可能な医療レベルが達成されている。そうなると、壮年で発症した慢性心不全患者さんも高齢化してくる。さらに複雑化する要因として、高齢者の慢性心不全患者も増えてくる。例えば、北里大学病院では年間 200 人相当の患者さんがNYHAⅣ度で緊急入院してくる。実態調査を行うと男性は 70 歳でピークを迎え、女性はそれよりも5年遅れてピークを形成する。全体でみると65歳以上が2/3、65歳未満が1/3の年齢構成となる。NYHAⅣ度の65歳未満の慢性心不全患者は心臓障害申請対象、65 歳以上は加齢疾患の要因が強いから対象外であるかのような見解は成立しないであろう。加齢関連疾患では実年齢による線引きは不可能である。また、慢性心不全患者の生活能力はどうしても落ちてくる。廃棟症候群による脚力の低下は自立能力の低下を招き、自立可能患者は1/3程度となってくる。従って慢性心不全心臓障害認定患者を高齢者の家族がサポートすることも稀ではない。さらに、その支援家族が有病者であることも稀ではない。障害者が心臓障害者を支援するとの構図も生まれて

4. 心臓機能障害等級における問題点（和泉 徹）

心臓機能障害の等級判定においても解決すべき課題を幾つか抱えている。現状の認定業務ではいわゆるゲートキーパーとしての役割分担さえも危ういであろう。

心臓機能障害において障害認定基準は3つの段階で行われる（表－1)。2級相当患者は1級との判別が困難とされ、1級患者として認定される。当然1級判定患者の予後は極めて不良となることに加え、先の事情も反映して認定業務では1級申請よりも、3級や4級申請が多い。1級は日常生活に支障を来たす2METS相当、3級は家庭内の温和な生活ができる3METS相当を念頭において認定に当たる。METSは患者さんの消耗カロリーから計算され、日常生活レベルを推し量る良い目安となる。4級は温和な社会生活を営むということで6METS相当となる。幾らこのような現代的な解釈を加味して等級判定に当たろうとも、身体障害者福祉法が成立した当時の医学水準や医療水準、それに医学常識が認定基準の内容骨格を決めている。それが現実の認定業務では足かせとなる。特に、評価法と対象疾患は当時の主な疾患の臨床像をそのままに決められている。従って、先天性心疾患や心臓弁膜症の申請ではリワルワールドと違和感なく認定業務が行える。一方、現在では多数患者を占める虚血性心臓病や重症不整脈、それに慢性心不全患者になるとリワルワールドとの不都合・不具合に度々出くわすことになる。

認定に際しては、患者さんからの聞き取りや身体所見、それに胸部X線や心電図を駆使して判断する。聞き取りでは、呼吸困難や狭心痛、それに失神発作等によって如何に日常生活が妨げられるか否か、その病状が6ヶ月以上固定しているか否かが重要視される。心所見では身体所見や胸部X線像、それに心電図結果が加えられる。いわゆる医師の臨床力に全てを依存した申請内容となっている。医師の申請資格は厳正にチェックされているが、その認定業務によるアウトカムについて客観的に検証されたとの報告はない。さらに、現在繁用されている身体運動能力指数や日常生活のモニター結果、心エコー図などの臨床生理検査、それに血中ＢＮＰ値などのバイオマーカーの参照程度についても特段の配慮は加味されていない（表－2)。また、循環器領域では人工臓器の開発や普及が著しい。その端的な例が心不全や狭心痛、それに失神発作にて日常生活活動がままならなくなった患者へのペースメーカー植え込み術の適応である。本治療により、社会生活や家庭生活を取り戻せるようになる事例は数多い。現在日本ではかかる患者が年間二万人以上も新規に発生していると推定されている。しかもペースメーカー治療では高いADLの回復が達成される。それにも関らず、申請すれば1級障害認定患者となる。障害者手帳が交付されそれに伴う

肢体不自由等級判定の指針（私案）

1. 補装具（人工臓器を含む）の装着・装用を前提に診断

2. 精神・心理的問題を含めてADLの程度を評価
(診断では、根拠となる機能・形態障害を明示)

3. 標準的ADLを基準とする対象と拡大ADLを基準とする対象に分類 ⟶ それぞれについて等級を検討

4. 障害認定のgate keeper

5. 等級判定を参考にサービスの支給範囲を特定

3. 障害程度区分が設けられたこと

■ 等級判定の意義が薄れた

↓

1. 等級（1～6級）には関係なく、障害者であることを認定するため（gate keeper）

2. 医療費負担金の代替払いサービスなどの対象（1～2級）であることを認定するため etc.

4、高齢者や医療費軽減目的の診断が目立つ

■ 高齢者の手帳診断率（横浜市調査：N=約4000件）

65歳以上の高齢者を対象とした診断

平成10年：60.4％／平成20年：65．4％

15条指定医の意見（N=539件）

＊65歳以上の高齢者を診断している率：63％

＊問題ない・仕方ない　　　　　　　：47.2％

望ましくない・診断すべきでない：46.6％

■ 医療費軽減目的　（4都市調査：N=539件）

医療費軽減：23.0％／障害者手当てなど：19.4％

1.判定基準が主に機能・形態障害であること

＊主な基準は機能・形態障害であり、ADL評価は参考資料

■ **機能・形態障害 ≒ ADLの制限程度**

↓

機能・形態障害＋補装具≠ ADLの制限程度
（人工臓器を含む）

機能・形態障害＋補装具（福祉用具）＋住宅改修
≠ADLの制限程度

2. 対象が重度・重複化していること

■ **1級以上の等級が存在しない**

↓

等級判定程度≠ADLの制限程度

＊車いす使用でADL全自立～自己決定能力は残存、
但し、ベッド上生活で身体的には全介助

■ **精神・心理的障害の合併による影響**
→ **無視**　＊ADL評価では重要な要素

わが国における社会保障の範囲

1. 医療保険＆介護保険 → 標準的ADL
   ＊国民皆保険制度 → 共通保障

2. 障害者自立支援法（身障福祉法）
   → 就労支援＆一般的社会参加支援
   ＊国民の相互扶助 → 限定的保障

等級判定における問題点

1. 判定基準が主に機能・形態障害であること

2. 対象が重度・重複化していること

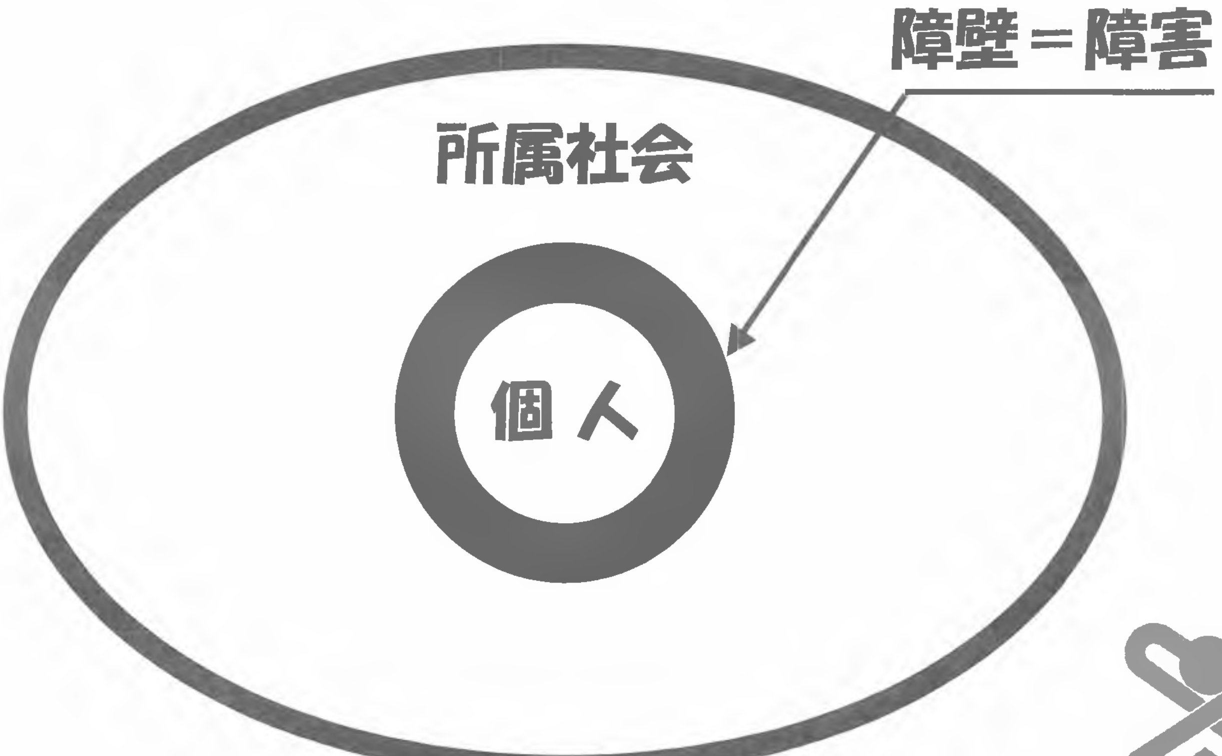
3. 障害程度区分が設けられたこと

4. 高齢者や医療費軽減目的の手帳診断が目立つこと

障害認定のあり方
―障がい者制度改革推進会議―

医学モデル → 社会モデルへ

障害の概念

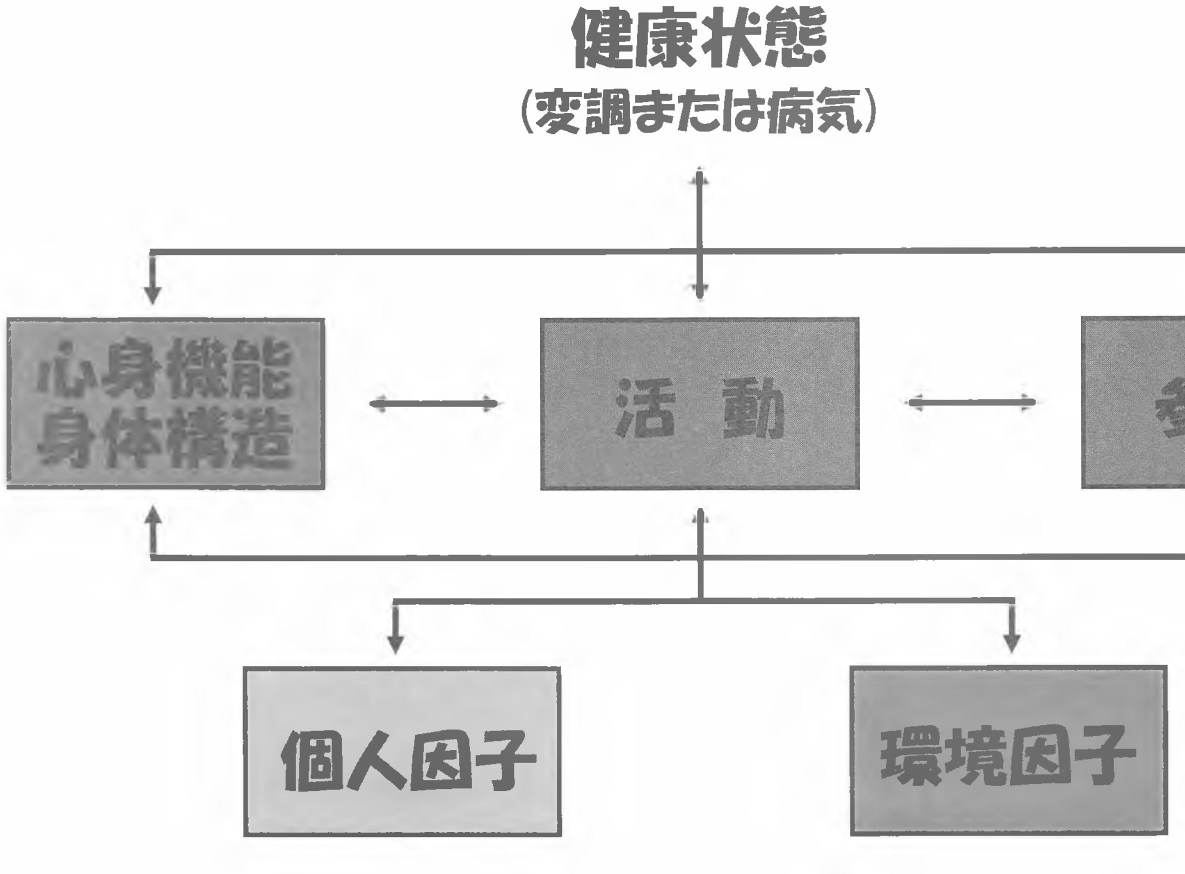


＜パネルディスカッション＞
身体障害者福祉法に基づく障害認定制度が抱える課題と
今後の認定制度のあり方

肢体不自由等級判定における問題点

横浜市総合リハビリテーションセンター
伊 藤　利 之

ICFにおける障害の構成要素



の福祉サービスは障害程度区分によって決められるので、今ではそんな悩みの意味がなくなり、薄くなってしまった。私たちが行っている等級判定は、その人が障害者であるかどうかを判断するゲートキーパーとしての役割は今もあるかと思うが、それ以上ではないということである。また、医療費負担金の代替払いが地方自治体で行われている関係で、1、2 級の等級にして欲しい、という要求が多々ある。等級が何級であってもケアマネジメントとして、適切なサービス提供がなされることはとても良いのだが、では今の等級判定の意味はといえば、ゲートキーパーとしての役割と医療費代替払いの保証を付ける役割しかないということになってしまう。

第 4 点目の問題は、「高齢者や医療費の軽減目的の診断が目立つということ」である(10 頁)。

高齢者の手帳診断率が高まってきている。横浜市の統計では、平成 10 年からこの 10 年間で 5%増加している。また、15 条指定医へのアンケート調査では、「どんな年齢層に診断されていますか」と質問したところ、63%の人が高齢者との回答で、その目的は 23.0%が医療費の軽減であるということあった。

ちなみに、高齢者と障害者を分けるかどうかという議論もあるが、障害のある人達が高齢化したり、高齢になってから障害になったり、これをどのように区分するのか、大変難しい問題である。アンケート調査の回答では、現状のようにそれらを区分していないことについて「問題ない」という人と「望ましくない、診断すべきでない」という人とが丁度半々の結果であった。

さて、今後の指針であるが、私案としてお示しすると、身体障害者の判定については、「補装具や人工臓器の装着を前提に診断する必要があるのではないか」ということである(11 頁)。

最近では人工臓器も安定してきたので、臓器障害のために装着を余儀なくされていることは考慮すべきであるが、これを全部外した状態で判定をするのは非現実的で違和感がある。その他の補装具についても、装着・装用を前提に評価すべきではないかと思う。

なお、障害認定の診断に当たっては、標準的 ADL の障害程度を規定している根拠として、「機能・形態障害や精神・心理的障害との関係を証明する必要がある」だろう。また、就労支援の対象では、「標準的 ADL に加えて拡大 ADL の障害程度を明らかにする必要がある」と考えるが、拡大 ADL の範囲は対象の目的によって大きく異なるし、時期によっても違うので、先にも述べたようにそれらは別々に考える必要があるように思う。

障害認定に当たっては、以上のような指針に沿って等級判定を行うことで「ゲートキーパーとしての役割」を果たすとともに、「等級判定の結果を参考に、サービスの支給範囲を決定する」のが最も適切ではないかと考えている。

保険制度との関係で考えると、国民の生存権を保障する意味で、まずは標準的ADLを基準にその保障枠を決めることが必要ではないか。

一方、身体障害者福祉法や障害者自立支援法は、就労支援まで謳っているので、その意味では必ずしもすべての人が対象ではなく限定的になるが、これも保障の1つであるので、標準的ADLの範囲を超えて、実際の就労が可能か否かも検討しなければならない。その基準は千差万別なので、目的別に考える必要があるとイメージしている。

次に、「等級判定における具体的な問題点」を4つ挙げる(6頁)。

第1点目は、「障害認定の基準が機能・形態障害（心身機能・身体構造の障害）にあること」である(7頁)。

肢体不自由の障害診断の手引きでは、一部、ADL的評価もあるが、基本的には機能・形態障害を基準に障害認定をすることになっている。機能・形態障害による認定は、補装具や人工臓器を装着しない状態では確かにADL制限程度とほぼ同様の障害程度になるといえるが、実際上は、補装具が障害者自立支援法のサービス対象になっているし、人工臓器も医療保障の対象になっているので、そういうことを加えるとADLの制限程度と同等にはならない。

人工臓器の問題では、例えば股関節に著しい機能障害のある人は5級だが、人工関節を入れると4級に上がる。それでいて痛みもなく、歩けるようになる、要するに補装具や人工臓器のサービスを加えることでADL制限が軽減するという問題が生じることになる。そうすると一般の人達は、あの人は「あんなにいいのに、1級なんだとか4級なんだ」、という印象を持ってしまうだろう。

第2点目は、医学・医療の進歩により、「障害の重度・重複化が進んでいること」である(8頁)。

最近では、重度の人が在宅で生活をされることが多くなった。また、環境や補装具の機能も良くなった。その結果、脊髄損傷で両下肢麻痺の人では車いすを使って仕事をして、経済的にも自立した生活をされている人がたくさんいる。その一方で、四肢麻痺で自己決定はできるけれどもベッドから離れられない全介助の生活をしている人もいる。そのいずれもが1級ということで、どうも腑に落ちない。重度の人が増えてきた中で、1級の細分化が必要になっているのではないかと考える。

ちなみに、ADLを基準とする場合に無視できない問題として、精神・心理的障害の合併による影響についても指摘しておきたいと思う。この点は、ADL評価では重要な要素である。

第3点目は、支援費制度以来、「等級判定とは別に障害程度区分が設けられたこと」である(9頁)。

私たちは、1～6級までを区分して診断することにいつも悩んでいるが、実際

3. 肢体不自由等級判定における問題点について（伊藤利之）

まず、肢体不自由の等級判定を考える前提、背景からお話しする。

WHO の障害分類について、ICIDH から ICF にバージョンアップしたことにより変わったことは、健康状態をベースにしたこと、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の 3 つのレベルが双方向に関わること、そして個人因子と環境因子が加わったことであるが、中でも個人因子と環境因子が加わったことは大きな要件である(2 頁)。

そういうことを背景に、現在の障がい者制度改革推進会議でも、障害認定のあり方として医学モデルから社会モデルへシフトすべきであるといわれている(3 頁)。

医学モデルと社会モデルは互いに競合する問題ではないが、重点をどこに置くべきかといえば、社会モデルへとシフトすべきだという考え方だとご理解いただきたい。

障害は、所属する社会と個人との間に存在する壁である(4 頁)。

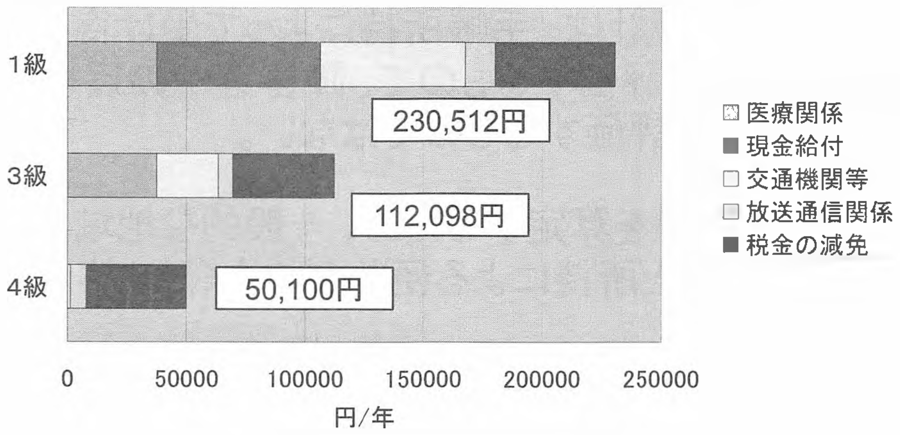
この中に、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」という 3 つの層がある。現在の肢体障害に関する認定の方法は、主に「身体機能・構造の障害」を基準にしている。この基準は個人に帰属する率の高い障害に重点を置いている訳だが、一方「参加」の制約は、所属する社会に規定されやすい問題で、障がい制度改革推進会議で問題にされている医学モデルから社会モデルへという考え方は、まさにこの「身体機能・構造」の障害を基準にしていたモデルを所属する社会との間にある壁、「参加」というところにシフトしなさいということである。

しかし、これまであまり重視されてこなかった「参加」に目を向けることは大事であるが、障害認定を「参加」だけに着目して定めることは困難だと思う。では、どうするのが一番適切か。私は、「身体機能・構造」と「参加」の間には「活動」の層があるが、ここが中間的な 1 つの基準になると考えている。要するに、「参加」の障害を基準にした方が良い人と、その逆の人がいるというイメージを持っており、全部を一方だけで考えることは良くないと思っているからである。

その根拠は、我が国の医療や介護保険制度は国民皆保険制度であるが、そこには共通の公平な保障という考え方がある(5 頁)。

そのため、人間として毎日のように必ず行う行為は誰もが行うので、それをどう保障するかを基本に考える必要がある。これを規定するには、標準的 ADL が基本的な基準になると思う。医療保険においても、日常生活に困る部分をどう医療的に保障するかということが主になっていて、決して、プロ野球の選手を再びプロに復帰させることまで保障しているわけではない。要するに、国民皆

推計結果のまとめ



※ 障害等級に応じて、ある程度の経済的な便益を受けることが可能

今後の課題等

- 実態に即したより具体的なモデル設定が必要
  → *制度利用に所得制限があるものもあり、就労状況によって便益の大きさは相当程度変化*
- 生活状況の情報集積等を通じ、障害種別の比較を実施
- 地域単独事業の実施状況等、地域ごとの特性についても分析

留意すべき事項

- 経済的便益の推計は、手帳所持によって受け得るサービス等を金銭的に評価するもので、障害者への環境整備が十分であるかを評価するものではない。
- 手帳所持の効果を算定するため、一般的な地域サービスが充実していると所持による便益が小さく計上される可能性がある。

最後に

- 従来の入所施設サービスのように一元的なサービス提供の場合、記録等があれば手帳を提示する必要性は乏しい。
- しかしながら、障害者が地域生活を送る中でさまざまな分野の制度を利用しようとすれば、多様な制度の運営者を相手方とする必要がある。また、制度運営者も、多くの利用者に対して迅速な対応が求められることとなる。
- このような状況の下において、身体障害者手帳の提示は制度の円滑な運営に貢献するものと考える。

D. 考察

身体障害に関係する制度の中で「身体障害者福祉法の手帳」が、全てを決めているかのように一般には捉えられているが、手帳制度は、決して福祉全体の根幹をなす位置付けとして作られたものではない。

身体障害者福祉法に基づく障害認定は、大変古くから存在したので、それを準用する形で対象者を決める制度が多くできたというのが実態である。そうした経緯からすれば、各種制度で対象とすべき者と、身体障害者福祉法に基づき認定された等級は、合致するものではない。

現実に遷延性意識障害の人が障害福祉サービスが必要なのは当然であるし、腎機能障害の人で障害福祉サービスが必要なのも当然である。

しかしながら、現状としては、身体障害者福祉法、障害者自立支援法以外のサービスの利用の方が多い。

また、障害者には、様々な新たなニーズが出てくるが、同じようなサービスでも、障害の種別によって大きく異なる。

例えば、知的障害者にはガイドヘルプが必要であるが、視覚障害者もガイドヘルプが必要である。しかしながら、同じガイドヘルプであっても、必要度はどちらが高いのかという議論までこれからはしなければならない。

障害認定については、サービスのニーズ判定が専ら医学的な障害等級で決まるとは想定していない。医療の役割は、ゲートキーパーにとどまっているのが現状である。

ゲートキーパーとしての身体障害者手帳も不要という意見もあるが、現実にどうしていくべきかについては、非常に大きな問題である。ただし、研究としては、利害の調整にまでは踏み込めるものではない。最終的には、利害の調整となるとしても、プラットフォームになり得る「ある考え方」の提示を目指すべきものと考える。

E. 結論

身体障害者福祉法が制定された以後の 60 年間、医学の進歩はすさまじいものがあり、遺伝子、幹細胞、IPS など画期的医療技術に期待されるような時代になった。そういう意味で、障害認定の基準については医学的な判定基準としても問題があるし、見直しのための課題を挙げてきたが、これまでは研究班のメンバーだけで討議されてきた。

関連するシンポジウムにおいて、いろいろなご意見、課題を一般の人からも聴取する機会を得たが、それらの意見に示された視点も参考としつつ、今後のよ

りよい身障判定のあり方について検討を続けていくことが必要である。
なお、国際的な障害認定の概念についても、国連障害者権利条約に対応して、障害者調査をかけるときにクリアすべきことも多くある。(国際条約との関係でいえば、ILOの99号勧告が1955年にあって、これによって障害者雇用の問題が提起されたが、身体障害者福祉法の手帳制度が雇用促進法にも利用され、今日に至ることとなった。)

F.健康危険情報

特になし

G.研究発表

シンポジウム「身体障害認定が抱える課題と今後の認定制度のあり方」(平成22年2月27日、学術総合センター)において発表。

H.知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

身体障害（肢体不自由）の障害程度認定に関する調査研究

研究分担者　　伊藤利之

今後の障害程度認定のあり方を検討するために、身体障害者手帳の新規交付の調査や15条指定医に対するアンケート調査を行った。

横浜市の調査では、10年前と比べ高齢者の新規手帳交付割合が増加し、65歳以上の高齢者の新規手帳交付（肢体不自由）が全体の55%超だった。加齢に伴う脳疾患や骨関節疾患の割合が増えていた。アンケート調査は15条指定医1049人にアンケート用紙を送付し、539人から回答（回収率51.4%）を得た。過去の作成対象年齢は、65歳以上が最多で63%だった。患者側の手帳取得目的は、医療費の軽減、年金や種々の手当の申請、交通機関の利用が多かった。指定医から手帳を勧める場合は、医療費や手当以外に、装具を目的とする割合が高くなっていた。高齢者の手帳取得を積極的に肯定する指定医は少なかったが、実際のサービスとしては約45%がやむを得ないと考えていた。人工臓器の判定は、現状のように全廃状態と捉えることは適当でないと考える指定医が90%を超え、手帳の診断基準の見直しが必要と思われた。医師の診断書としては、標準的ADL評価を一つの基準として、その原因となる機能・形態障害との関係を証明することが必要である。

研究協力者
樫本　修　（宮城県リハビリテーション支援センター　所長）
高岡　徹　（横浜市障害者更生相談所　所長）
蜂須賀　研二（産業医科大学　リハビリテーション医学教室　教授）
吉永　勝訓　（千葉県千葉リハビリテーションセンター　センター長）

A．研究目的

身体障害者福祉法が制定されて約60年が経過し、障害原因や障害状況、また家族機能や社会情勢などが制定当時とは大きく変化している。それに伴い、「身体障害の認定基準が現実と合わない」「身体障害者手帳取得の目的が変化している」といった問題が生じている。

本研究の目的は、身体障害者手帳の新規認定における年齢や原因疾患、取得の動機などを明らかにするとともに、15条指定医に対して高齢者の手帳取得や人工臓器の認定に関する意見聴取を行い、今後の障害程度認定のあり方を検討することである。

B．研究方法

B－1．身体障害者手帳（肢体不自由）の新規交付件数の変化

横浜市において平成10年度と平成20年度

に、肢体不自由の身体障害者手帳を新規に交付した人数、年齢別割合の統計結果を比較し、この10年間の変化を確認した。

あわせて、厚生労働省の平成18年身体障害児・者実態調査結果との比較を行った。

B-2．身体障害者手帳（肢体不自由）の新規交付者の現状

横浜市において平成21年11月の1か月間に、肢体不自由の身体障害者手帳を新規交付した件数、年齢割合、原因疾患を後方視的に調査した。

また、宮城県における平成19年4月～7月の新規手帳交付状況との比較も行った。

B-3．15条指定医へのアンケート調査

宮城県、千葉県、横浜市、北九州市の15条指定医（肢体不自由分野）に対してアンケートを実施し、手帳取得の動機や目的、高齢者の障害認定に関する意見、人工臓器と障害程度等級との関係などを調査した。

1049名（宮城県100名、千葉県120名、横浜市250名、北九州市579名）の15条指定医（肢体不自由分野）にアンケート用紙を送付し、回答を得た。北九州市は肢体不自由の15条指定医全員、その他の3か所は身体障害診断書を現在も作成している指定医を選別して調査を行った。

さらに、上記調査B-1～3の結果を身体障害者手帳の判定業務の経験が豊富な研究協力者に送付して意見を聴き、考察を行った。

C．結果

C-1．身体障害者手帳（肢体不自由）の新規交付件数の変化

横浜市における平成20年度の身体障害者手帳の新規交付は、全障害で8155件であり、そのうち肢体不自由は4080件50%であった。肢体不自由に関しては、平成10年度と比べて交付件数で499件、約14%増加していた。また、65歳以上の割合が20年度では5%上昇しており、増加件数がほぼそのまま65歳以上の増加となっていた。等級別では、必ずしも重度の等級が増加しているわけではなく、高齢

表1　身体障害者手帳（肢体不自由）の新規交付件数（横浜市：平成10年度）

	1級	2級	3級	4級	5級	6級	合計	割合
18歳未満	47	39	20	8	7	4	125	3.5%
18～64歳	288	327	227	283	110	57	1292	36.1%
65歳以上	831	639	321	307	47	19	2164	60.4%
合計(件)	1166	1005	568	598	164	80	3581	100.0%

表2　身体障害者手帳（肢体不自由）の新規交付件数（横浜市：平成20年度）

	1級	2級	3級	4級	5級	6級	合計	割合
18歳未満	47	25	15	13	6	3	109	2.7%
18～64歳	259	210	185	450	110	88	1302	31.9%
65歳以上	819	469	397	840	98	46	2669	65.4%
合計(件)	1125	704	597	1303	214	137	4080	100.0%

者における 4 級の増加が最も著明であった（表 1・2）。

厚生労働省による平成 18 年身体障害児･者実態調査結果と横浜市の身体障害者手帳交付者数統計（平成 21 年 3 月 31 日現在）から作成した身体障害者の年齢階級別割合を示す（表 3)。調査時期は異なるが、横浜市の方が人口比での身体障害者数は少ない傾向にあった。しかし、年齢別の割合に大きな違いはなかった。

C－2．身体障害者手帳（肢体不自由）の新規交付者の現状

横浜市において平成 21 年 11 月の 1 か月間に、肢体不自由の身体障害者手帳を新規に交付したのは 452 件であり（表 4)、平均年齢は 62.7 歳（0～93 歳）であった。男性は 208 件 46%、女性が 244 件 54%と、女性がやや多かった。

年齢別の件数をまとめると、0～39 歳は 10.1%、40～64 歳 34.3%、65 歳以上 55.6%（65～74 歳 26.8%、75 歳以上 28.8%）であり、高齢者が多い傾向にあった。

等級と年齢階級別の交付件数を表 5 に示す。年齢と等級との関連は明らかではないが、75 歳以上では 1 級の割合が高くなっていた。また、4 級の手帳を交付した平均年齢が最も高くなっていた。4 級の手帳交付を行った全 138 件のうち 71 件 51%が、下肢の変形性関節症が原因疾患となっており、その平均年齢は 68.8 歳であった。

表 3　身体障害者の年齢階級別割合

		総数(千人)	割合(%) 0～17歳	18歳～64歳	65歳以上	不詳
身体障害者全体	全国 (H18)	3576.1(人口千対 28.0)	2.6	34.6	61.8	1.0
	横浜市(H20)	89.6(人口千対 24.5)	2.6	34.1	63.3	—
肢体不自由	全国 (H18)	1810.1(人口千対 14.2)	2.8	36.8	59.5	0.9
	横浜市(H20)	49.1(人口千対 13.4)	3.3	35.5	61.3	—

表 4　身体障害者手帳（肢体不自由）新規交付件数（横浜市：平成 21 年 11 月）

年齢	10歳未満	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳以上	合計
件数(件)	18	9	7	12	29	66	113	132	64	2	452

表5　等級・年齢階級別交付件数（横浜市：平成21年11月）

等級	件数	平均年齢	0～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上
1級	105	63.2歳	12	31	24	38
	23.2%		11.4%	29.5%	22.9%	36.2%
2級	90	58.4歳	13	33	26	18
	19.9%		14.4%	36.7%	28.9%	20.0%
3級	85	65.0歳	6	27	28	24
	18.8%		7.1%	31.8%	32.9%	28.2%
4級	138	65.4歳	10	45	37	46
	30.5%		7.2%	32.6%	26.8%	33.3%
5級	20	52.6歳	5	10	3	2
	4.4%		25.0%	50.0%	15.0%	10.0%
6級	14	60.8歳	0	9	3	2
	3.1%		0.0%	64.3%	21.4%	14.3%
全体合計	452	62.7±	46	155	121	130
	100%	19.1歳	10.1%	34.3%	26.8%	28.8%

原因疾患別の割合では、骨関節疾患が41%、脳疾患が33%を占めていた（図1）。さらに、年齢階級別に見てみると加齢に伴い脳疾患や骨関節疾患の割合が増えていた(図2)。

表6に、宮城県における平成19年4月～7月の新規手帳交付状況を示す。新規手帳交付件数1384件中の肢体不自由が占める割合は46.0%であった。肢体不自由では70歳以上が321件（50.5%）と半数を占めており、横浜市（同43.8%）よりも高齢者が多い傾向にあった。また他の障害の70歳以上が占める割合は、呼吸機能障害82.1%、心臓機能障害59.5%、直腸機能障害58.6%といずれも肢体不自由より高齢化していた。

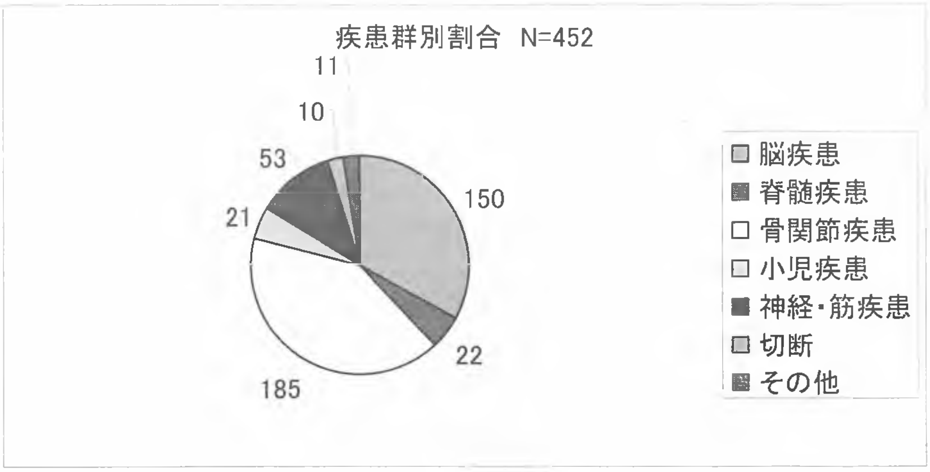


図1　疾患群別交付数（横浜市：平成21年11月）

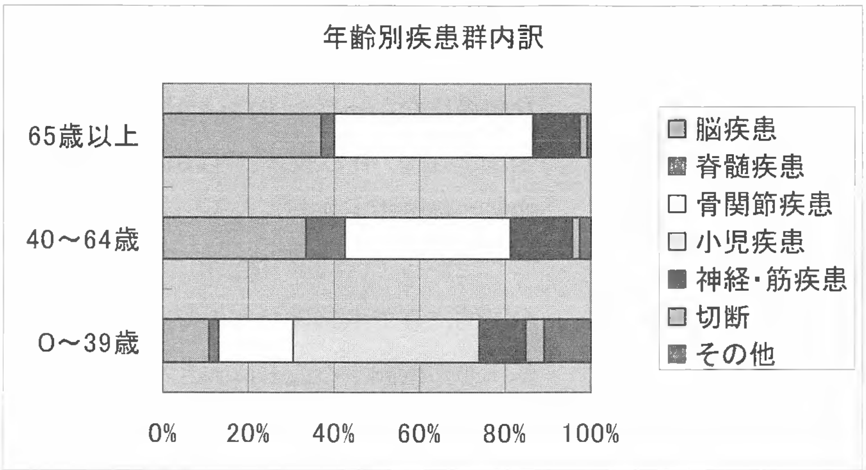


図2　年齢階級別疾患群割合（横浜市：平成21年11月）

表6　平成19年4月～7月の新規手帳交付状況（宮城県）

障害区分	件数	年齢内訳										
		0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～	計
視覚	62	0	1	1	3	4	5	10	20	17	1	62
聴覚	60	5	0	2	0	1	6	8	21	15	2	60
音言	9	0	0	0	0	0	4	1	4	0	0	9
咀嚼	3	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3
肢体	636	8	6	8	13	33	113	134	186	118	17	636
呼吸	112	1	0	0	0	1	5	13	46	40	6	112
心臓	274	2	0	2	3	9	33	62	87	68	8	274
腎臓	113	0	0	1	5	6	17	26	39	17	2	113
直腸	70	0	0	0	2	1	13	13	21	14	6	70
膀胱	24	1	1	2	0	0	0	3	13	4	0	24
膀・直	20	1	0	1	1	1	5	3	6	1	1	20
他	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
総計	1384	18	9	17	27	56	204	273	443	294	43	1384

C－3．15条指定医へのアンケート調査
（結果：別資料）

宮城県、千葉県、横浜市、北九州市の15条指定医1049人にアンケート用紙を送付し、539人から回答を受け取った（回収率51.4%）。

15条指定医としての経験は5年以上の医師

が大半であり、20年以上の指定医も30%を超えていた。

過去に作成した診断書の対象年齢で最も多い年齢は65歳以上の高齢者であり、63%であった。

診断書作成の際の、患者側の身体障害者手帳取得目的は、医療費の軽減、年金や種々の手当の申請、交通機関の利用が多かった。一方、指定医が手帳の取得を勧める場合の目的としては、医療費や手当の割合は同様に高かったものの、装具を目的とする割合も高くなっていた。

これまで作成した診断書の原因疾患としては、脳卒中と骨関節疾患が多く、その他の疾患は多岐にわたっていた。

患者に身体障害者手帳を勧めた人として、主治医・担当医と病院ワーカーを合わせると51.9%と半数を超えた。

高齢者に対する手帳の交付については、積極的な取得を「よし」とする指定医は少なかったが、実際のサービスとしては「やむを得ない」と考えている指定医が約40%であった。一方、「望ましくない」あるいは「本来の目的以外では交付すべきでない」と考える割合も46%を超えていた。

人工臓器の判定に関しては、現状のように全廃状態と捉えることは適当ではないと考える指定医が90%を超えていた。

D．考察

D-1．身体障害者手帳の交付について

横浜市の調査結果は、全国調査と比較すると対人口比における障害者の占める割合が少なかった。全国の平均年齢は43.3歳（平成17年）であったが、横浜市は41.4歳（平成17年）と年齢の低いことが一つの理由であると考える。しかし、年齢階級別の割合に大きな差異はなかった。また、全国調査における全障害者の中の肢体不自由者の割合は約50%で横浜市と変わらなかった。

したがって、今回の横浜市での統計・調査は全国的にみても特殊なものではなく、これを基にして議論することに大きな問題はないものと考える。

今回の結果から、高齢者の身体障害者手帳取得が増加していることは明らかであった。手帳取得の原因疾患調査では、年齢が高くなると脳疾患や骨関節疾患の割合が増加していた。加齢に伴う疾患の増加、すなわち、人口の高齢化に伴う変化が高齢者の手帳取得増加の理由と推察される。

手帳の等級に関しては、75歳以上で1級の手帳交付件数が多い一方、下肢関節の4級を取得される高齢者も多かった。今回の結果からは手術との関係を明らかにすることはできなかったが、膝や股関節の変形性関節症による4級取得の多くは人工関節全置換術によるものであることは想像に難くない。

横浜市では平成20年度に肢体不自由に関する自立支援医療を189件判定しているが、その大多数は人工関節全置換術とそれに伴う術後療法であり、70歳以上の高齢者での手術の申請も多い。高齢者における手術の安全性向上や人工関節自体の改善が得られているものと考える。

こうした、医療の進歩に伴う手帳の取得や自立支援医療などのサービスを利用するための手帳の取得なども、手帳交付数全体が増加している一因と思われる。

また、宮城県のデータでは他の障害におい

ても肢体不自由以上の高齢化を示しており、全く同様のことが起こっているものと推察される。

D-2．アンケート調査結果について

回収率は50%を超え、関心の高さがうかがえた。また、経験年数の長い医師からの回答が寄せられ、自由記載の設問にも多くの記述があった。今回の調査は貴重な基礎資料となるものと考える。

これまでに作成した診断書の年齢対象や原因疾患の結果は、手帳交付の現状調査の結果と同様で、高齢者と加齢による疾患が診断対象の中心であることが再確認できた。

手帳取得の患者側の目的は、医療費の軽減、年金や種々の手当の申請、交通機関の利用が多かった。15条指定医の意識としても、医療費や手当が目的となることが多く、患者側の要望と合致していた。この事実は、身体障害者手帳が障害者の自立や更生援護を目的としたものであるという本来の目的が、現場の医師の意識から薄れている現状を反映したものと考えられる。そうした中で、装具の作製を目的とした割合が2番目に多かったことは本来の趣旨に沿った望ましいものと言える。

患者に身体障害者手帳を勧めた人として、主治医・担当医と病院ワーカーが半数を超えたのは、医療サービスを提供している間にその必要性を勧めたものと考える。患者を目の前にして、患者のためになることをできる限り提供したいという医療関係者の意識は理解しやすい。

社会生活を送る上で、金銭面の問題は非常に大きい。したがって、経済的援護手段の提供が本来の目的と遠く離れたものであるとは一概に断定できない。しかし、半数近くの指定医が、高齢者に対する本来目的ではない手帳交付は望ましくないと考えているという結果は、指定医の悩みを察することができるものである。

サービス面を考えれば、高齢者の場合であれば介護保険制度の充実を図ることによって、身体障害者手帳によるサービスを利用する必要がなくなるかもしれない。その場合、高齢障害者への障害特性に見合ったサービス対応が可能か否か、それが問題となろう。

また、障害者自立支援法では障害程度区分が決められたことによって、手帳の等級には関係なくサービスを受けることができる。手帳は、障害者であることを認定するためのgate keeper としての役割を果たせば十分とも考えられる。指定医が身体障害者手帳の診断をする際は、等級を決定する過程にかなりの負担がかかっている。手帳の等級とは関係なくサービスや経済的支援を提供することができれば、指定医の負担を軽減することができるであろう。

人工臓器については、現状のように人工臓器を装着した事実のみをもって全廃状態と捉えることは適当でないと考える指定医が90%を超えていた。現場の15条指定の大多数がこのように考えていることは、認定基準の見直しが適当であることを意味しているといえよう。膝や股関節の人工関節置換術後は能力障害が大きく改善するにもかかわらず、障害等級としては悪化してしまうことは極めて矛盾したことであるという意見もあった。

アンケートの結果からは、治療後（人工臓器装着後）の状態をもってその機能や活動能力に合わせるべきという回答が約60%であ

った。人工臓器や補装具の装着により生活の自立程度は大きく変わるため、これらを装着した状態で評価･判定を行うことが適切であると考えられていると思われる。

また、自由記載の回答では、高次脳機能障害などの合併についての配慮や、現行の機能障害中心の診断では判定しにくい疾患があるといった意見が寄せられ、精神・心理的評価を加えることも考慮する必要がある。

現在身体障害の判定は機能・形態障害で診断することを原則としている。しかし、わが国の現状では、機能・形態障害のみで等級判定を行うことは適当でなく、標準的 ADL の制限程度を示す評価項目をより積極的に取り入れる方法を検討する必要があろう。

また、経験年数の長い指定医でも、「どのように判断してよいか分からないことがある」といった意見があり、判定のための研修を繰り返し実施する必要性も示唆された。

E．結論

高齢者の身体障害者手帳の新規交付（肢体不自由)が増加していた。手帳取得の目的は、本来の目的ではない医療費の軽減や年金などの手当の申請、交通機関の利用が多くなっていた。高齢者の手帳取得を積極的に肯定する指定医は少なかったが、実際のサービスとしてはやむを得ないと考えられていた。

人工臓器の判定は、90％を超える指定医が全廃状態と捉えることは適当ではないと考えており、手帳の診断基準の見直しが必要と思われる。その場合、医師の診断書としては、標準的 ADL 評価を一つの基準として、その原因となる機能・形態障害との関係を証明することが求められよう。

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

福祉サービス利用に関する身体障害者手帳利用実態調査結果

研究代表者：岩谷　力（国立障害者リハビリテーションセンター総長）
研究分担者：寺島　彰（浦和大学総合福祉学部教授）
江藤文夫（国立障害者リハビリテーションセンター更生訓練所長）
玉川　淳（　〃　研究所障害福祉研究部長）
研究協力者：小田島明（　〃　更生訓練所総合支援課長）
我澤賢之（　〃　研究所研究員）

障害者自立支援法の成立により身体障害者福祉法の介護関係のサービスは障害者自立支援法に移行し、また、障害者総合福祉法が制定されようとしている現在、身体障害者福祉法の本来の目的である「自立と社会経済活動への参加」の目的に合致した障害認定は考えられないかということが問題意識である。

本研究は、身体障害者のサービスニーズを明らかにするための基礎的資料を得るために、身体障害者手帳がどのような制度を利用するために用いられているかを把握することを目的として、アンケート調査を実施した。その結果、対象者は、かなり活動的で、移動支援のニーズが高いこと、また、内部障害者については、医療に対するニーズが高いこと、障害者自立支援法のサービスは、利用率が低い、又は、障害者自立支援法のサービスであると認識されていない可能性があることなどが明らかになった。

A. 研究目的

身体障害者福祉法第1条に規定されているように、同法の目的は、「自立と社会経済活動への参加」の促進であり、それが困難な場合に「必要に応じて保護」することである。そのために、身体障害の認定においては、原則として、自立や社会経済活動に参加できないと考えられる場合は、障害認定していない。例えば、老衰、末期がん等の場合は障害認定されない。義足や装具などの補装具を給付したり、人工透析の医療負担をすることで社会参加を可能にすることなどが障害認定の典型例となる。

しかし、現状では、身体障害者福祉法によるサービスは、障害者自立支援法に移行してしまい、また、身体障害者福祉法に定める身体障害者でなければ、障害者自立支援法のサービスを受給できないとされていることから、結局、身体障害者福祉法の障害認定は、障害者自立支援法のサービス利用者を限定するためのゲートキーパーとしての機能を果たしているに過ぎない。

また、身体障害者福祉法に基づき交付される身体障害者手帳は、医療費の無料化や税金の控除、運賃割引など、他制度活用のため証明書として活用されていることから、やはり、これらのサービスを受けるためのゲートキーパーとしての機能を果たしており、むしろ、その機能のほうが重要視されているところがある。

障害者自立支援法が成立し、また、障害者総合福祉法が制定されようとしている現在、身体障害者福祉法の本来の目的である「自立と社会経済活動への参加」の目的に合致した障害認定は考えられないかということが問題意識である。

「自立と社会経済活動への参加」に着目すると、現在の障害認定には次のような問題点がある。

① リハビリテーションを行って日常生活能力が向上すると障害程度等級が下がり、受給できる障害者サービスが少なくなるので、リハビリテーションの意欲を削ぐという問題点がある。特に地方自治体が実施する重度障害者医療は、医療費の自己負担を軽減する制度であり、障害程度等級が2級又は3級までしか受給できないため、重度の障害者でいたいという気持ちが働き、重度障害者が増えるということになる。

また、「私は、1種1級です」と誇らしげに自己紹介される障害者もあって、重度障害にもかかわらず社会参加していることが努力の証として捉えられる傾向もあり、やはり、重度障害者でいたいと考える傾向もある。

② 身体障害が永続すること又は長期的に存在することが身体障害認定の要件になっていることから、早期のリハビリテーションが難しいという点がある。例えば、乳幼児などで障害が永続するかが分からないうちは、障害認定できず、その結果、もっとも効果のある時期にリハビリテーションを実施できないということもある。

③ 障害程度等級と「社会経済活動への参加」との関連がないことも問題である。障害程度等級は、主として機能障害の程度を表しているが、それが、「社会経済活動への参加」という身体障害者福祉法の目的と関わりがない。

例えば、補装具を装着しない場合、能力障害の程度が1級であるが、装着した場合、能力障害が4級になるというような使用法をすれば、補装具の効果により能力障害が3級分軽減されたというような使い方もできる。しかし、身体障害者福祉法における障害程度等級は、そのような使い方はされていない。

そこで、「社会経済活動への参加」に着目した障害認定について可能性を検討するということを本研究の目的とした。例えば、この程度の機能障害であれば、リハビリテーションによりこのくらいの範囲まで回復できる可能性があり、その幅との比較で本人の努力を評価するような障害等級はできないのだろうか。

また、認定時期を早く設定しリハビリテーションを開始することで、障害の固定をどこまで早く認定できるかを障害認定の基準にすることも考えられる。

障害の範囲についても、リハビリテーションの可能性が少ない場合には、保護の対象として認定するような基準ができないであろうか。

あるいは、目的別に、機能回復、自立生活、福祉的就労、雇用などを支援する障害認定も考えられるだろう。

そこで、本分担研究では、このような研究目的のための基礎的な資料として、身体障害者がどのようなサービスを必要としているかを、身体障害者手帳がどのような制度を利用するために税の減免、地方自治体による医療補助、公共運賃割引などの利用状況から把握することを目標とした。

B. 研究方法

次の2つの調査を実施した。

(1)国立障害者リハビリテーションセンター利用者を対象とした聴取り調査

視覚障害(20名)、肢体不自由(13名)、聴覚障害(11名)を対象に聴取り調査を実施した。内容は、資料と同じである。調査期間は、平成21年9月～11月であった。

(2)障害者団体の会員を対象とした郵送によるアンケート調査

東京腎臓病協議会(100名)、全国心臓病のこどもを守る会(100名)、埼玉県聴覚障害者協会(100名)に依頼し、それぞれの障害者団体に対象者を選んで調査票(資料)を送付していただき、回答を国立障害者リハビリテーションセンターに返送していただいた。調査期間は、平成21年12月15日から平成22年1月10日であった。

C. 調査結果

(1)回答率

障害者団体に対するアンケート調査の回答率は、聴覚障害 66%、内部障害 78%であった。

(2)各調査項目の集計結果

表1－41に各調査項目の集計結果を示す。これから次のことが分かった。

① 調査対象者の障害程度等級は、1，2級の重度者が多い。

② 障害者程度区分は、1割程度が決定されているだけである。

③ 介護給付及び訓練等給付は、在宅者の場合ほとんど利用されていない。

④ 地域生活支援事業は、施設入所者、在宅者とも、感覚障害者の利用が多い。視覚障害者の場合は、移動支援、聴覚障害者の場合は、コミュニケーション支援が中心である。

⑤ 自立支援医療の利用者は比較的少ない。内部障害でも、77.3%が利用していないと回答している。

⑥ 重度障害者医療は、在宅者の利用率が高い。特に、聴覚障害者は、58.5%が利用している。

⑧ 鉄道運賃割引は、在宅の聴覚障害者、内部障害者とも、非常に周知度が高く利用度も高い。

⑨ タクシーの運賃割引について在宅者の利用率は高く、聴覚障害、内部障害ともに71．2%が利用している。

⑩ 公共施設割引を利用したことのある人は、在宅障害者で、聴覚障害 72.3%、内部障害者 83.9%でかなり高い水準にある。また、レジャー施設等の利用割引を利用した人も、在宅の聴覚障害者の 55.4%、内部障害者の 61.4%となっており、比較的多い。

詳細については、表を参照されたい。

D. 考察

今回の調査から、調査対象者の生活ニーズを探ってみると、対象者は、かなり活動的で、移動支援のニーズが高いこと、また、内部障害者については、医療に対するニーズが高いこと、障害者自立支援法のサービスは、利用率が低い、又は、障害者自立支援法のサービスであると認識されていない可能性があることなどが考えられる。

E. 結論

施設入所及び在宅の身体障害者を対象としてサービスニーズを調査し、そのニーズを明らかにした。

表1 平均年齢

	国リハ視覚	国リハ聴覚	国リハ肢体	団体聴覚	団体内部
平均年齢	40.8	21.6	26.8	54.1	47.9
男性	11.0	8.0	9.0	29.0	85.0
女性	2.0	3.0	4.0	36.0	69.0

表2 障害程度等級

1級	8	61.5%	1	8.3%	3	23.1%	21	32.8%	142	91.6%
2級	4	30.8%	8	66.7%	8	61.5%	37	57.8%	1	0.6%
3級	0	0.0%	1	8.3%	1	7.7%	5	7.8%	9	5.8%
4級	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%	3	1.9%
5級	0	0.0%	1	8.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%
6級	1	7.7%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表3 障害程度区分

受けていない	2	15.4%	2	18.2%	0	0.0%	25	39.7%	40	26.7%
わからない	10	76.9%	8	72.7%	12	100.0%	31	49.2%	93	62.0%
受けている	1	7.7%	1	9.1%	0	0.0%	7	11.1%	17	11.3%
区分1	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	4	57.1%	7	41.2%
区分2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%	1	5.9%
区分3	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	17.6%
区分4	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
区分5	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
区分6	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.9%

表4 介護給付の利用状況

知らない	0	0.0%	1	7.7%	5	41.7%	31	47.7%	41	27.5%
知っている	13	100.0%	12	92.3%	7	58.3%	34	52.3%	108	72.5%
利用したことがない	2	15.4%	1	7.1%	6	46.2%	61	92.4%	134	88.7%
わからない	0	0.0%	1	3.7%	1	4.0%	4	3.1%	4	1.3%
ある	11	42.3%	12	44.4%	6	24.0%	1	0.8%	13	4.3%
居宅介護	1	9.1%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%
重度訪問介護	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	30.8%
行動援護	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1	100.0%	2	15.4%
療養介護	1	9.1%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
生活介護	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%
児童デイサービス	0	0.0%	1	8.3%	1	16.7%	0	0.0%	2	15.4%
短期入所	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%
重度障害者等包括支援	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%
共同生活介護	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
施設入所支援	11	100.0%	12	100.0%	5	83.3%	0	0.0%	1	7.7%

表5 訓練等給付の利用状況

知らない	0	0.0%	0	0.0%	2	18.2%	39	60.0%	71	49.0%
知っている	13	100.0%	11	100.0%	9	81.8%	26	40.0%	74	51.0%
利用したことがない	0	0.0%	0	0.0%	3	23.1%	62	93.9%	136	92.5%
わからない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	6.1%	5	3.4%
ある	13	100.0%	11	100.0%	10	76.9%	0	0.0%	6	4.1%
自立訓練(機能訓練)	3	18.8%	0	0.0%	1	10.0%	1	50.0%	3	42.9%
自立訓練(生活訓練)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%
就労継続支援A型	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%
就労継続支援B型	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	14.3%
就労移行支援	13	81.3%	11	100.0%	9	90.0%	0	0.0%	0	0.0%
共同生活援助	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表6 地域生活支援事業の利用状況

知らない	3	23.1%	4	36.4%	4	33.3%	10	15.6%	43	29.3%
知っている	10	76.9%	7	63.6%	8	66.7%	54	84.4%	104	70.7%
利用したことがない	3	23.1%	2	18.2%	8	61.5%	20	30.3%	128	85.9%
わからない	3	23.1%	5	45.5%	1	7.7%	3	4.5%	3	2.0%
ある	7	53.8%	4	36.4%	4	30.8%	43	65.2%	18	12.1%
相談支援	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	8	18.6%	5	27.8%

地域生活活動支援	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	7.0%	3	16.7%
コミュニケーション支援	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%	32	74.4%	0	0.0%
日常生活用具	7	100.0%	1	25.0%	0	0.0%	34	79.1%	8	44.4%
住宅改造補助	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	3	16.7%
移動支援	2	28.6%	0	0.0%	2	50.0%	4	9.3%	6	33.3%
福祉ホーム	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.3%	1	5.6%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.3%	0	0.0%

表7　自立支援医療

知らない	11	84.6%	7	70.0%	9	75.0%	40	60.6%	68	44.7%
知っている	2	15.4%	3	30.0%	3	25.0%	26	39.4%	84	55.3%
利用したことがない	13	100.0%	9	81.8%	10	90.9%	58	87.9%	119	77.3%
入院治療で利用した	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	3	4.5%	15	9.7%
外来治療で利用した	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	5	7.6%	20	13.0%

表8　補装具費

知らない	4	30.8%	1	9.1%	2	15.4%	3	4.5%	37	24.8%
知っている	9	69.2%	10	90.9%	11	84.6%	63	95.5%	112	75.2%
利用したことがない	6	46.2%	3	27.3%	4	30.8%	22	33.3%	118	78.7%
利用したことがある	6	46.2%	7	63.6%	8	61.5%	42	63.6%	31	20.7%
わからない	1	7.7%	1	9.1%	1	7.7%	2	3.0%	1	0.7%

表9　重度障害者医療

知らない	4	30.8%	8	72.7%	9	69.2%	13	19.7%	43	29.1%
知っている	9	69.2%	3	27.3%	4	30.8%	53	80.3%	105	70.9%
利用したことがない	6	46.2%	8	72.7%	8	61.5%	26	40.0%	85	55.9%
利用したことがある	7	53.8%	1	9.1%	2	15.4%	38	58.5%	59	38.8%
わからない	0	0.0%	2	18.2%	3	23.1%	1	1.5%	8	5.3%

表10　タクシー運賃割引

知らない	0	0.0%	3	27.3%	2	15.4%	4	6.1%	6	3.9%
知っている	13	100.0%	8	72.7%	11	84.6%	62	93.9%	147	96.1%
利用したことがない	5	38.5%	1	9.1%	7	53.8%	18	27.3%	44	28.8%
利用したことがある	8	61.5%	8	72.7%	6	46.2%	47	71.2%	109	71.2%
わからない	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%

表11　市営住宅優遇制度

知らない	7	53.8%	8	72.7%	6	46.2%	34	51.5%	58	37.7%
知っている	6	46.2%	3	27.3%	7	53.8%	32	48.5%	96	62.3%
利用したことがない	13	100.0%	7	63.6%	12	92.3%	57	86.4%	147	94.8%
利用したことがある	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	7	10.6%	6	3.9%
わからない	0	0.0%	3	27.3%	1	7.7%	2	3.0%	2	1.3%

表12　福祉タクシー

知らない	8	61.5%	8	72.7%	3	23.1%	12	18.2%	26	16.9%
知っている	5	38.5%	3	27.3%	10	76.9%	54	81.8%	128	83.1%
利用したことがない	13	100.0%	8	72.7%	10	76.9%	37	56.1%	112	73.2%
利用したことがある	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%	29	43.9%	41	26.8%
わからない	0	0.0%	3	27.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%

表13　ガソリン補助

知らない	7	53.8%	9	81.8%	6	46.2%	9	14.1%	64	41.0%
知っている	6	46.2%	2	18.2%	7	53.8%	55	85.9%	92	59.0%
利用したことがない	10	76.9%	9	81.8%	10	76.9%	40	62.5%	118	76.6%
利用したことがある	3	23.1%	1	9.1%	2	15.4%	24	37.5%	36	23.4%
わからない	0	0.0%	1	9.1%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%

表14　紙おむつ

知らない	11	84.6%	10	90.9%	9	69.2%	43	65.2%	81	52.6%
知っている	2	15.4%	1	9.1%	4	30.8%	23	34.8%	73	47.4%
利用したことがない	13	100.0%	9	90.0%	11	84.6%	62	93.9%	148	96.1%
利用したことがある	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	3.9%
わからない	0	0.0%	1	10.0%	2	15.4%	4	6.1%	0	0.0%

表15 公共施設割引

知らない	5	38.5%	1	9.1%	1	7.7%	15	23.1%	11	7.1%
知っている	8	61.5%	10	90.9%	12	92.3%	50	76.9%	144	92.9%
利用したことがない	6	46.2%	1	9.1%	4	30.8%	17	26.2%	25	16.1%
利用したことがある	7	53.8%	9	81.8%	9	69.2%	47	72.3%	130	83.9%
わからない	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%

表16 自動車税

知らない	3	23.1%	3	27.3%	3	23.1%	6	9.1%	10	6.5%
知っている	10	76.9%	8	72.7%	10	76.9%	60	90.9%	144	93.5%
利用したことがない	7	53.8%	7	63.6%	7	53.8%	19	29.2%	40	26.0%
利用したことがある	5	38.5%	3	27.3%	4	30.8%	43	66.2%	114	74.0%
わからない	1	7.7%	1	9.1%	2	15.4%	3	4.6%	0	0.0%

表17 障害者控除

知らない	8	61.5%	6	54.5%	9	69.2%	16	24.2%	16	10.5%
知っている	5	38.5%	5	45.5%	4	30.8%	50	75.8%	136	89.5%
利用したことがない	8	61.5%	1	9.1%	8	66.7%	17	25.8%	31	20.4%
利用したことがある	4	30.8%	2	18.2%	1	8.3%	43	65.2%	117	77.0%
わからない	1	7.7%	8	72.7%	3	25.0%	6	9.1%	4	2.6%

表18 マル優

知らない	12	92.3%	10	90.9%	11	84.6%	29	43.9%	49	31.4%
知っている	1	7.7%	1	9.1%	2	15.4%	37	56.1%	107	68.6%
利用したことがない	13	100.0%	6	54.5%	9	69.2%	30	46.2%	72	46.2%
利用したことがある	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	30	46.2%	79	50.6%
わからない	0	0.0%	5	45.5%	3	23.1%	5	7.7%	5	3.2%

表19 特別障害者手当

知らない	9	69.2%	3	27.3%	6	46.2%	14	22.2%	32	20.9%
知っている	4	30.8%	8	72.7%	7	53.8%	49	77.8%	121	79.1%
利用したことがない	9	69.2%	2	18.2%	6	46.2%	38	59.4%	60	38.7%
利用したことがある	3	23.1%	5	45.5%	3	23.1%	23	35.9%	87	56.1%
わからない	1	7.7%	4	36.4%	4	30.8%	3	4.7%	8	5.2%

表20 心身障害者扶養共済

知らない	13	100.0%	9	81.8%	11	91.7%	45	69.2%	109	71.7%
知っている	0	0.0%	2	18.2%	1	8.3%	20	30.8%	43	28.3%
利用したことがない	13	100.0%	7	63.6%	8	61.5%	54	83.1%	134	88.2%
利用したことがある	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	9.2%	9	5.9%
わからない	0	0.0%	4	36.4%	5	38.5%	5	7.7%	9	5.9%

表21 重度心身障害者手当

知らない	11	84.6%	7	63.6%	12	92.3%	16	24.2%	69	45.1%
知っている	2	15.4%	4	36.4%	1	7.7%	50	75.8%	84	54.9%
利用したことがない	13	100.0%	8	72.7%	10	76.9%	29	43.9%	102	65.8%
利用したことがある	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	32	48.5%	41	26.5%
わからない	0	0.0%	3	27.3%	3	23.1%	5	7.6%	12	7.7%

表22 福祉奨学金

知らない	9	69.2%	6	54.5%	7	53.8%	54	83.1%	126	81.3%
知っている	4	30.8%	5	45.5%	6	46.2%	11	16.9%	29	18.7%
利用したことがない	12	92.3%	6	54.5%	12	92.3%	62	95.4%	151	98.1%
利用したことがある	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	1	0.6%
わからない	0	0.0%	5	45.5%	1	7.7%	2	3.1%	2	1.3%

表23 生業資金等

知らない	9	69.2%	10	90.9%	9	69.2%	42	63.6%	98	63.6%
知っている	4	30.8%	1	9.1%	4	30.8%	24	36.4%	56	36.4%
利用したことがない	12	92.3%	6	54.5%	11	84.6%	62	93.9%	152	98.1%
利用したことがある	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.0%	1	0.6%
わからない	0	0.0%	5	45.5%	2	15.4%	2	3.0%	2	1.3%

表24 福祉定期預金

知らない	13	100.0%	10	90.9%	10	76.9%	37	55.2%	87	55.8%
知っている	0	0.0%	1	9.1%	3	23.1%	30	44.8%	69	44.2%
利用したことがない	12	92.3%	6	54.5%	10	76.9%	50	76.9%	105	67.7%
利用したことがある	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	23.1%	49	31.6%
わからない	1	7.7%	5	45.5%	3	23.1%	0	0.0%	1	0.6%

表25 駐車禁止駐車許可

知らない	5	38.5%	7	63.6%	4	30.8%	28	41.8%	16	10.3%
知っている	8	61.5%	4	36.4%	9	69.2%	39	58.2%	139	89.7%
利用したことがない	9	69.2%	8	72.7%	9	69.2%	55	84.6%	71	45.8%
利用したことがある	4	30.8%	0	0.0%	2	15.4%	9	13.8%	84	54.2%
わからない	0	0.0%	3	27.3%	2	15.4%	1	1.5%	0	0.0%

表26 軽自動車税減免

知らない	8	61.5%	4	36.4%	7	53.8%	25	37.3%	59	38.6%
知っている	5	38.5%	7	63.6%	6	46.2%	42	62.7%	94	61.4%
利用したことがない	11	84.6%	7	63.6%	10	83.3%	52	80.0%	123	80.4%
利用したことがある	2	15.4%	1	9.1%	1	8.3%	12	18.5%	28	18.3%
わからない	0	0.0%	3	27.3%	1	8.3%	1	1.5%	2	1.3%

表27 鉄道旅客運賃割引

知らない	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	2	3.0%	3	1.9%
知っている	13	100.0%	9	81.8%	13	100.0%	64	97.0%	153	98.1%
利用したことがない	1	7.7%	1	9.1%	5	38.5%	4	6.1%	15	9.6%
利用したことがある	12	92.3%	9	81.8%	8	61.5%	62	93.9%	141	90.4%
わからない	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表28 バス運賃割引

知らない	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	4	6.1%	13	8.3%
知っている	13	100.0%	10	90.9%	13	100.0%	62	93.9%	143	91.7%
利用したことがない	2	15.4%	1	9.1%	1	7.7%	8	12.1%	45	28.8%
利用したことがある	11	84.6%	10	90.9%	12	92.3%	58	87.9%	111	71.2%
わからない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表29 有料道路割引

知らない	1	7.7%	2	18.2%	2	15.4%	5	7.6%	12	7.7%
知っている	12	92.3%	9	81.8%	11	84.6%	61	92.4%	143	92.3%
利用したことがない	6	46.2%	2	18.2%	6	46.2%	21	31.8%	41	26.5%
利用したことがある	7	53.8%	7	63.6%	7	53.8%	45	68.2%	113	72.9%
わからない	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%

表30 航空運賃割引

知らない	0	0.0%	2	18.2%	3	23.1%	4	6.1%	18	11.7%
知っている	13	100.0%	9	81.8%	10	76.9%	62	93.9%	136	88.3%
利用したことがない	6	46.2%	2	18.2%	10	76.9%	22	33.3%	95	62.1%
利用したことがある	7	53.8%	5	45.5%	2	15.4%	43	65.2%	58	37.9%
わからない	0	0.0%	4	36.4%	1	7.7%	1	1.5%	0	0.0%

表31 NHK受信料減免

知らない	3	23.1%	6	54.5%	6	46.2%	8	12.1%	23	14.7%
知っている	10	76.9%	5	45.5%	7	53.8%	58	87.9%	133	85.3%
利用したことがない	8	61.5%	4	36.4%	8	61.5%	23	34.8%	102	65.4%
利用したことがある	5	38.5%	1	9.1%	2	15.4%	42	63.6%	51	32.7%
わからない	0	0.0%	6	54.5%	3	23.1%	1	1.5%	3	1.9%

表32 青い鳥はがき

知らない	7	53.8%	7	63.6%	10	76.9%	6	9.2%	22	14.3%
知っている	6	46.2%	4	36.4%	3	23.1%	59	90.8%	132	85.7%
利用したことがない	9	69.2%	3	27.3%	10	83.3%	17	26.2%	59	38.3%
利用したことがある	3	23.1%	5	45.5%	1	8.3%	47	72.3%	95	61.7%
わからない	1	7.7%	3	27.3%	1	8.3%	1	1.5%	0	0.0%

表33 レジャー施設等利用割引

知らない	2	15.4%	5	45.5%	3	23.1%	22	33.8%	31	20.4%
知っている	11	84.6%	6	54.5%	10	76.9%	43	66.2%	121	79.6%
利用したことがない	8	61.5%	4	36.4%	6	46.2%	26	40.0%	55	35.9%
利用したことがある	5	38.5%	4	36.4%	6	46.2%	36	55.4%	94	61.4%
わからない	0	0.0%	3	27.3%	1	7.7%	3	4.6%	4	2.6%

表34 いろいろな障害者割引制度

レジャー施設

映画館割引、公園入場無料・割引、美術館・博物館入場割引・無料、動物園入場割引、宇宙館入場無料、書道講座割引、障害者団体の施設利用割引、デパートの展示会展覧会が無料、レジャー施設の乗り物割引

交通

公園の駐車場割引・無料、高速道路サービスエリア駐車場無料、デパート・スーパーなどの駐車場無料、病院の駐車料金無料、リムジンバス半額、ヘリコプター割引、自転車交通保険割引、市外通院の交通費の半額を市が負担、観光地の駐車料金が無料

保健・医療

予防接種補助、海外透析費用

生活

不在者投票、生協配達料半額、携帯電話基本料半額、水道料金減免 、民間スーパー買い物代金の5%返金 、自動車免許取得補助

表35 公費負担医療の種類

	利用者数	医療内容
重度障害者医療	106	歯科治療、眼科定期検査、糖尿病、高血圧、風邪、皮膚科、高コレステロール、脳外科MRI検査、心臓定期検査、心臓ペースメーカー電池交換、在宅酸素療法、頭部怪我、腎臓定期検査、心不全、リハビリテーション、バセドー病、アレルギー鼻炎、腰痛、リンパ腫、骨折、泌尿器科、整形外科、内科、神経内科、脳外科、心臓外科、耳鼻科、小児科、小児呼吸器科、呼吸器内科、腎臓内科、人工透析、接骨院、ぜんそく、胃炎、緑内障、ぎっくり腰、肝臓定期検査、人工透析
自立支援医療	63	人工透析、CAPD
小児慢性疾患治療研究事業	7	心臓定期健診、
東京都医療費助成	6	人工透析
介護保険	2	訪問看護、療養介護
育成医療	2	心臓手術、カテーテルアブレーション
生活保護	2	人工透析、糖尿病、眼科定期検査
特定疾患治療研究事業	2	眼科ベーチェット病治療、SLE

表36　要望（自由記述）

肢・聴・内	手帳をカードにしてほしい。手帳を携帯するのに便利なものにしてほしい。個人情報はICデータにして保護する。	15
肢・聴・内	障害者割引の一覧表、マニュアル等がわかりやすい情報が欲しい。	14
肢・聴・内	１００Km以内の単独の鉄道運賃割引をしてほしい。	9
内部	内部障害2級をもうけるべき。	5
視・聴・内	JRの乗車券だけでなく、特急料金や指定席料金も減免して欲しい。	3
視・聴・内	サービスの内容をわかりやすくしてほしい。	3
内部（心臓）	日常生活用具・日常生活用具にパルスオキシメーターを	3
視・内	自立支援法をなくして欲しい。1割自己負担は重すぎる。	2
視・聴	タクシーの運賃割引の割引率を上げてほしい。5割引にしてほしい。	2
内部（腎臓）	透析患者に就職斡旋を充実してほしい。	2
視・内	障害者手帳の社会的認知度が低い。	2
内部	特別障害者手当を却下された。地域差がある。	2
肢体	ちょっとした場所にでもスロープやエレベーターをつけていただきたいです。	1
視覚	障害者自身がサービスを知らない。	1
視覚	介助者つきで電車等に乗る際、子ども料金で切符を買わなくてすむようにしてほしい。	1
視覚	申請のために平日役所に行くのが大変なので手続きが簡単にできるようにしてほしい。	1
視覚	施設入所し、帰省した際タクシー券等が使用できない。出来れば使えるようにして欲しい。	1
視覚	障害年金をもう少し幅広くもらえるようにして欲しい。	1
視覚	手帳で受けられるサービスの内容について説明なく上を渡される。視覚障害なので説明を丁寧にして欲しい。	1
視覚	重複障害で困っているので年金を上乗せして欲しい。	1
聴覚	聴覚障害者は筆談でメモやノート等を使うことが多いので、そのための費用負担ができると良い。	1
聴覚	電話ができないので、緊急連絡や予約などを依頼したい時に、支援してもらえる制度があれば助かると思います。	1
聴覚	公共施設やタクシー、電車等で「障害者割引ができますよ！」というマークがあれば分かりやすい。	1
聴覚	公共交通手段(電車、バス)のお金を子供と同じお金にしてもいいと思う。	1
聴覚	医学的側面から障害を決定しているため個々の障害状況、ニーズにあったサービスが受給されるしくみになっていない。	1
聴覚	食堂全店に自動販売機が欲しい。	1
聴覚	親と同居しているとお知らせランプが給付されない。	1
聴覚	障害者手帳4級なので受けられるサービスがほとんどない。	1
聴覚	高速道路割引の更新はなくしてほしい。	1
聴覚	福祉制度、年金、医療などすべてのサービスを１枚のカードで全国共通にしてほしい。	1
聴覚	鉄道の切符の購入に障害者用ボタンが欲しい。	1
聴覚	言語障害者専用呼び出しボタンが欲しい。	1
聴覚	公共施設は、全国共通半額にしてほしい。	1
聴覚	聴覚2級と3級の違いがわからない。	1
聴覚	補聴器の電池も給付してほしい。	1
聴覚	補装具自己負担廃止	1
聴覚	無人有料道路通行券が欲しい	1
聴覚	スイカやパスモに割引を	1
聴覚	車いすマークとクローバーマークを統一してほしい	1
聴覚	障害者手当は所得制限をなくしてほしい	1
聴覚	補装具の自己負担をなくしてほしい。	1
聴覚	有効期限のあるものを無期限にしてほしい	1
内部	入院時の食事代負担	1
内部	内部障害者の医療費助成は等級にかかわりなくしてほしい。	1
内部	肢体不自由中心のサービスではなく内部障害者も配慮したサービスにしてほしい。車いすの給付、エレベーター設置など。	1
内部	65歳以上は重度障害者医療の対象外になる。	1
内部	心臓病患者に日常生活用具としてパルスオキシメーターを認めてほしい。	1
内部	車いすの移動はバリアフリーでないところが多く大変。	1
内部	バスやタクシーの利用の際に運転手にいやな顔をされる。乗務員教育をしてほしい。	1
内部	重度障害者医療は県外で使用すると償還払いになるので窓口で利用できるようにしてほしい。	1
内部	障害基礎年金に3級を作ってほしい。	1
内部	一人暮らしなので入院時も在宅サービスを受けられるようにしてほしい。	1
内部	障害者手帳の写真の更新をすべき。	1
内部	生きていくために必要な医療をサービスと呼ぶのは不適切。	1
内部	制度をもっと広報してほしい。	1
内部	透析患者は骨折しやすいのでエレベーターなどの設置を早くしてほしい。	1
内部	障害者用駐車スペースに内部障害者は駐車しにくい。	1
内部	内部障害者に対する理解が不足している。（車いすをすぐに給付されない。実態に合わない。）	1
内部	成人後も小児慢性疾患治療研究事業にあたるような医療費補助制度がほしい。	1
内部	新聞代の割引が欲しい。	1
内部	重度障害者医療に自己負担があるのはおかしい。	1
内部	単身者には在宅介護が使いにくい。	1
内部	就職支援をしてほしい。	1
内部	障害の悪化が心配で町内会の役員を引き受けたくないが障害者手帳を提示しても理解されない。	1
内部	内部障害者の場合元気そうに見えるので介護サービスを受けずらい。障害の有無でサービスを受けられるようにしてほしい。	1
内部	こどもに対応できるサービスが少ない。	1
内部	現状を維持してほしい。	1
内部	高速道路割引の本人運転と他人運転の違いがわかりにくい。	1
内部	内部障害者に車いすは交付されるが、住宅改装費は出ない。	1
内部	同じ病気病名なのに県によって等級が違う。	1
内部	高齢の透析患者は歩けなくなっているのでタクシー券を増やしてほしい。	1
内部	移動サービスが使いにくい。	1
内部	親の付き添いが必要な時にかわりに付き添ってくれる人が欲しい。	1
内部	障害者用駐車スペースで内部障害者が利用しにくい。	1
内部	電動車いすを給付されたが、その手続きに3年以上かかった。	1

内部	カラオケの割引を受けたい	1
内部	障害を障がいにしてほしい。	1
内部	外出困難者に対するプロバイダーに対するサービス助成、ネット通販の法的整備	1
内部	鉄道の運賃割引制度が複雑	1
内部	保険証が4種類あり手続きが面倒	1
内部	政治家は人工透析について何もわかっていないしわかろうともしない。	1
内部	高速道路通行料が1000円の区間の場合、割引のほうが高くなる。	1
内部	障害者医療の年齢制限を撤廃してほしい。	1
内部	透析施設での食事	1
内部	内部障害者は体調が安定しないので就業サービスは、外部障害者とは別枠にしてほしい。	1
内部	心身障害者手当は65歳以上の透析患者は対象外	1
内部	心臓病患者に電動車いすの給付が認められない自治体がある。	1
内部	進学のたびに車いすで通える学校選びが大変。	1
内部	NHKの受信料は世帯主が障害者でなくても対象にしてほしい。	1
内部	内部障害者の適用基準を明確にしてほしい。	1
内部	道路の段差があり車いすは大変。	1
内部	季節による体調の変化を反映できる障害者手帳の診断書にしてほしい。	1
内部	世帯主かどうかによるサービスの違いについてよくわからない。	1
内部	内部障害者の就労先が少ない。	1
内部	固定電話の無料化。	1
内部	高速道路割引は、他人の車でも手帳提示で割り引かれるようにしてほしい。	1
内部	元気そうに見えるので在宅介護サービスを受けられなかった。	1
内部	車の免税のためタクシーチケットを利用できない。	1
内部	海外での透析にかかる費用を全額負担してほしい。	1
内部	内部障害者には福祉車両購入に対する補助がない。	1
内部	県によって公共施設の割引率が極端に違う。	1
内部	障害者が働けるような職場環境の整備を。	1
内部	障害者を食い物にする業者がいる。	1
内部	障害による分類ではなく、障害の内容による分類が好ましい。	1
内部	先天性の内部障害のある乳児に障害者手帳をすぐに交付してほしい。	1
内部	鉄道運賃の割引率は同じだが手続きが微妙に違うので統一してほしい。とくに窓口で購入するのは混雑しているときには大変。	1
内部	体調の変動も勘案してほしい。	1
内部	内部障害者は就労しても理解が得られない。	1
内部	航空券半額にしてほしい。	1
内部	介護手当が打ち切りになった。	1
内部	病院の送迎サービスが少ない。	1
内部	近隣の病院で医療を受けられるように。	1
内部	歩行補助杖は、車いす使用者に交付されなかった。	1
内部	コンサートや演劇など幅広く割引制度を作ってほしい。	1
内部	障害種別によるサービス利用制限の撤廃	1
内部	障害者手帳の等級を不自由さの程度にする。	1
内部	内部障害者に対するサービスの充実が必要	1
内部	重度障害者医療を全国共通に。	1
内部	ジパング倶楽部で乗車できる新幹線が少ない。	1
内部	心臓機能障害者が利用できるサービスが少ない。	1
内部	内部障害者には家事援助も受けられにくい。	1
内部	障害者マークを販売しないでほしい。健常者が購入して駐車の時に使用している。	1
内部	車いす使用者のみが障害者ではないことを障害者自身も知ってほしい。	1
内部	障害年金、介護保険申請用紙の内容が不適切。(手足が動くから軽労働可ではない。年金の等級が軽くなるのはおかしい。)	1
内部	先天性障害は障害基礎年金だけでは自立できない。	1
内部	内部障害者は障害基礎年金1級に認定されにくい。	1
内部	年金や手当の基準を数値化すべき	1
内部	国家資格取得など内部障害者に適した職業リハビリテーション訓練を実施してほしい。	1
内部	心臓機能障害者に対する理解が不足している。	1
内部	成人の心臓病患者を受診できる病院がないため、小児循環器医師に頼らざるを得ない。	1
内部	差額ベッド代のために入院できない。	1
内部	あわただしい年末にアンケートを送らないでほしい。	1

表37 知っている者の数(国リハ視覚)

1	介護給付	13
2	訓練等給付	13
3	タクシー運賃割引	13
4	鉄道旅客運賃割引	13
5	バス運賃割引	13
6	航空運賃割引	13
7	有料道路割引	12
8	レジャー施設等利用割引	11
9	地域生活支援事業	10
10	自動車税	10
11	NHK受信料減免	10
12	補装具費	9
13	重度障害者医療	9
14	公共施設割引	8
15	駐車禁止駐車許可	8
16	市営住宅優遇制度	6
17	ガソリン補助	6
18	青い鳥はがき	6
19	福祉タクシー	5
20	障害者控除	5
21	軽自動車税減免	5
22	特別障害者手当	4
23	福祉奨学金	4
24	生業資金等	4
25	自立支援医療	2
26	紙おむつ	2
27	重度心身障害者手当	2
28	障害程度区分	1
29	マル優	1
30	心身障害者扶養共済	0
31	福祉定期預金	0

表38 知っている者の数(国リハ聴覚)

1	介護給付	12
2	訓練等給付	11
3	補装具費	10
4	公共施設割引	10
5	バス運賃割引	10
6	鉄道旅客運賃割引	9
7	有料道路割引	9
8	航空運賃割引	9
9	タクシー運賃割引	8
10	自動車税	8
11	特別障害者手当	8
12	地域生活支援事業	7
13	軽自動車税減免	7
14	レジャー施設等利用割引	6
15	障害者控除	5
16	福祉奨学金	5
17	NHK受信料減免	5
18	重度心身障害者手当	4
19	駐車禁止駐車許可	4
20	青い鳥はがき	4
21	自立支援医療	3
22	重度障害者医療	3
23	市営住宅優遇制度	3
24	福祉タクシー	3
25	ガソリン補助	2
26	心身障害者扶養共済	2
27	障害程度区分	1
28	紙おむつ	1
29	マル優	1
30	生業資金等	1
31	福祉定期預金	1

表39 知っている者の数(国リハ肢体不自由)

1	鉄道旅客運賃割引	13
2	バス運賃割引	13
3	公共施設割引	12
4	補装具費	11
5	タクシー運賃割引	11
6	有料道路割引	11
7	福祉タクシー	10
8	自動車税	10
9	航空運賃割引	10
10	レジャー施設等利用割引	10
11	訓練等給付	9
12	駐車禁止駐車許可	9
13	地域生活支援事業	8
14	介護給付	7
15	市営住宅優遇制度	7
16	ガソリン補助	7
17	特別障害者手当	7
18	NHK受信料減免	7
19	福祉奨学金	6
20	軽自動車税減免	6
21	重度障害者医療	4
22	紙おむつ	4
23	障害者控除	4
24	生業資金等	4
25	自立支援医療	3
26	福祉定期預金	3
27	青い鳥はがき	3
28	マル優	2
29	心身障害者扶養共済	1
30	重度心身障害者手当	1
31	障害程度区分	0

表40　団体聴覚障害

1	鉄道旅客運賃割引	64
2	補装具費	63
3	タクシー運賃割引	62
4	バス運賃割引	62
5	航空運賃割引	62
6	有料道路割引	61
7	自動車税	60
8	青い鳥はがき	59
9	NHK受信料減免	58
10	ガソリン補助	55
11	地域生活支援事業	54
12	福祉タクシー	54
13	重度障害者医療	53
14	公共施設割引	50
15	障害者控除	50
16	重度心身障害者手当	50
17	特別障害者手当	49
18	レジャー施設等利用割引	43
19	軽自動車税減免	42
20	駐車禁止駐車許可	39
21	マル優	37
22	介護給付	34
23	市営住宅優遇制度	32
24	福祉定期預金	30
25	訓練等給付	26
26	自立支援医療	26
27	生業資金等	24
28	紙おむつ	23
29	心身障害者扶養共済	20
30	福祉奨学金	11
31	障害程度区分	7

表41　団体内部障害

1	鉄道旅客運賃割引	153
2	タクシー運賃割引	147
3	公共施設割引	144
4	自動車税	144
5	バス運賃割引	143
6	有料道路割引	143
7	駐車禁止駐車許可	139
8	障害者控除	136
9	航空運賃割引	136
10	NHK受信料減免	133
11	青い鳥はがき	132
12	福祉タクシー	128
13	特別障害者手当	121
14	レジャー施設等利用割引	121
15	補装具費	112
16	介護給付	108
17	マル優	107
18	重度障害者医療	105
19	地域生活支援事業	104
20	市営住宅優遇制度	96
21	軽自動車税減免	94
22	ガソリン補助	92
23	自立支援医療	84
24	重度心身障害者手当	84
25	訓練等給付	74
26	紙おむつ	73
27	福祉定期預金	69
28	生業資金等	56
29	心身障害者扶養共済	43
30	福祉奨学金	29
31	障害程度区分	17

資料

福祉サービス利用に関する調査

平成21年12月

調査実施責任者

国立障害者リハビリテーションセンター

岩谷　力

身体障害者手帳利用調査について

各種の障害者サービスを受けるには、身体障害者手帳を持っていることが必要な場合があります。身体障害者手帳を持っている人でも、利用できるサービスは、暮らしの中でその人の必要に応じたものとすべきことから、人によって様々です。

この度、身体障害者手帳が、具体的にどのような機会で利用されているのかを把握するために、身体障害者手帳をサービス利用の要件としている各種サービスの利用状況についてお尋ねしたいと存じます。

手帳を持っておられるご本人またはご本人が利用している福祉サービスについてよくご存じのご家族の方にアンケートにお答え下さいますようお願い申し上げます。この調査結果は、身体障害者手帳の利用の仕方や制度の見直しの際に役立つと考えられます。

このような、アンケートへのご協力は皆様の同意が必要であります。

今回は、皆様からのアンケート用紙の返送をもって、調査への協力を同意して頂いたこととさせていただきます。

もし、ご協力頂けなくとも、皆様の不都合となることはありません。

ご回答は、原則としてまとめて解析した結果のみを公表することとし、個別の回答票を公表することはありません。

お忙しい中、お手数ですが、よろしくご協力をお願いいたします。

皆さんの「所持しておられる手帳について」と「これまでに利用した福祉サービス」

についてお聞きします。

(____) の中には、該当する事項を記入して下さい。

質問には該当する項目を選んで☐に✔をつけて下さい。

I．皆さんの障害などについてお聞きします。

1　年齢はおいくつでしょうか

(__________) 歳

2　性別を教えて下さい。

☐ 男　☐ 女

3　あなたの住民票がある区市町村を教えて下さい。

(__________) 都道府県　(______________) 区市町村

4　あなたの障害者手帳の障害の種別に✓をつけて下さい。

☐ 肢体不自由　☐ 視覚障害　☐聴覚・言語障害　☐ 内部障害

5　あなたの障害の等級は何級でしょうか・

(_______) 級

6　あなたは障害程度区分認定を受けていますか。

☐ 受けていない　☐ わからない

☐ 受けている → その区分に✓をつけて下さい。

☐ 区分1	☐ 区分2	☐ 区分3	☐ 区分4	☐ 区分5	☐区分6

II．各種の障害者支援サービスについて、お聞きします。

1　下に書いてあるサービス（介護等給付）を知っていますか（どれか1つでも結構です）。

☐ 知らない　☐ 知っている

これらのサービスを利用したこと（または利用している）がありますか。

☐ ない　☐ わからない

☐ ある → これまでに利用した（または利用している）サービス全てに✔をつけて下さい。

☐ 居宅介護	☐ 重度訪問介護	☐ 行動援護	☐ 療養介護
☐ 生活介護	☐ 児童ディサービス	☐ 短期入所	
☐ 重度障害者等包括支援	☐ 共同生活介護	☐ 施設入所支援	

2　下に書いてあるサービス（訓練等給付）を知っていますか（どれか1つでも結構です）。

☐ 知らない　☐ 知っている

これらのサービスを利用したこと（または利用している）がありますか。

☐ ない　☐ わからない

☐ ある → これまでに利用した（または利用している）サービス全てに✔をつけて下さい。

☐自立訓練（機能訓練）	☐自立訓練（生活訓練）	☐就労継続支援（A型）	☐就労継続支援（B型）
☐ 就労移行支援		☐ 共同生活援助	

3　下に書いてあるサービス（地域生活支援事業）を知っていますか（どれか1つでも結構です）。

☐ 知らない　☐ 知っている

これらのサービスを利用したこと（または利用している）がありますか。

☐ ない　☐ わからない

☐ ある → これまでに利用した（または利用している）サービス全てに✔をつけて下さい。

☐ 相談支援	☐ 地域生活活動支援	☐ コミュニケーション支援
☐ 日常生活用具	☐ 住宅改造補助	☐ 移動支援
☐ 福祉ホーム	☐ その他	

4　自立支援医療制度を知っていますか。

☐ 知らない　☐ 知っている

これまでに、自立支援医療を利用したことがありますか。

☐ ない　☐ 入院治療で利用した　☐ 外来治療で利用した

5 補装具費の支給制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、補装具費（補装具などの新調、修理）の支給を受けたことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

6 重度心身障害児等医療費助成制度（重度医療）を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、重度心身障害児等医療費助成制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

7 タクシー運賃割引制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、タクシー運賃割引を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

8 市営住宅優遇制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに市営住宅優遇制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

9 福祉タクシー制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、福祉タクシーを利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

10 重度障害者ガソリン費補助金制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、重度障害者ガソリン費補助金の支給を受けたことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

11 紙おむつ購入費用支給制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、紙おむつ購入費用支給制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

12 公共施設無料・割引入場制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、公共施設無料・割引入場制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

13 自動車税・自動車取得税優遇制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、自動車税・自動車取得税優遇制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

14 障害者控除制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに障害者控除を申告したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

15 マル優制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでにマル優制度の適用を受けたことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

16 特別障害者手当または障害児福祉手当制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに特別障害者手当または障害児福祉手当を貰ったことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

17 心身障害者扶養共済制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに心身障害者扶養共済制度に加入しましたか。
□ ない　□ ある　□ わからない

18 重度心身障害者手当制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに重度心身障害者手当を貰ったことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

19 福祉奨学金支給制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに福祉奨学金の支給を受けたことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

20 生業資金・住宅整備資金・自動車購入資金などの借入制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでにこれらの資金を借り入れたことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

21 福祉定期預金制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに福祉定期預金制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

22 禁止区域駐車許可証制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに禁止区域駐車許可証を貰ったことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

23 軽自動車税の減免制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに軽自動車税の減免を受けたことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

24 鉄道旅客運賃割引制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、鉄道旅客運賃割引制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

25 バス運賃割引制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、バス運賃割引制度を利用したことがあります。
□ ない　□ ある　□ わからない

26 有料道路料金割引制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、有料道路料金割引制度を利用したことがありすか。
□ ない　□ ある　□ わからない

27 航空運賃割引制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、航空運賃割引制度を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

28 NHK受信料減免制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、NHK受信料減免を受けことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

29 「青い鳥はがき」制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、「青い鳥はがき」の配布を受けことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

30 レジャー施設等の利用割引制度を知っていますか。
□ 知らない　□ 知っている
これまでに、レジャー施設利用割引を利用したことがありますか。
□ ない　□ ある　□ わからない

31 その他、あなたがこれまでに利用したことがある身体障害者手帳の所持を要件とするサービスがありましたら、教えて下さい。
□ ない　□ ある
ある場合には、その内容について下記に記入して下さい。
サービス名または内容 ______________________

Ⅲ　現在、ヘルパーなどの在宅サービスを利用している方にお聞きします。

現在利用している在宅サービスの種類と昨年度（平成 20 年 4 月から平成 21 年 3 月まで）に利用回数とサービス一回あたり時間を教えて下さい。

［在宅介護、ガイドヘルパー、配食サービス、入浴サービスなどいろいろあります。］

利用しているサービス	平成２０年度（平成２０年４月から平成２１年３月まで）の利用回数と時間
（例） ガイドヘルパー	（例） 月１回。１回あたり４時間程度。

Ⅳ　現在、公費負担で医療を受けている方にお聞きします。

受けている公費負担医療の内容と昨年度（平成 20 年 4 月から平成 21 年 3 月まで）に公費負担制度を利用して受診した回数とその治療内容を教えてください。

［自立支援医療や地方自治体で実施している重度障害者医療などあります。］

公費負担医療の内容	平成 20 年４月から平成２１年３月の間に利用回数と治療内容
（例） 自立支援医療（更生医療）	人工透析（週３回。年間。）
（例） 重度障害者医療	風邪。３回。

Ⅴ　全ての方にお聞きします。

身体障害者手帳や身体障害者サービスについて要望がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

身体障害者手帳所持による経済的便益の推計に関する研究

研究分担者
玉川　淳（国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長）

研究要旨
東京近郊のT市に在宅で生活している、肢体不自由（下肢）の1級、3級、4級の成人期の障害者をモデルとして、当該身体障害者が身体障害者手帳を所持していることによって享受することができる便益について、金銭的な評価を推計した。
肢体不自由（下肢）の1級の認定を受けた身体障害者の場合、身体障害者手帳を所持していることによって享受できる便益は、年額換算で23万512円、3級の認定を受けた者の場合は11万2098円、4級の認定を受けた者の場合は5万100円に達するものと推計された。
身体障害者手帳を所持することは、認定された障害等級に応じて、ある程度の規模の経済的便益の享受に繋がり得ることが明らかとなった。

A. 研究目的

身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項は、身体に障害のある者は、都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、その居住地の都道府県知事に身体障害者手帳の交付を受けることができると規定し、同条第4項は、都道府県知事は、第1項の申請に基づいて審査し、その障害が別表に掲げるものに該当すると認めたときは、申請者に身体障害者手帳を交付しなければならないと定めている。

身体に障害のある者が、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づく自立支援給付を受給するためには、身体障害者福祉法に規定する障害認定を受けて身体障害者手帳を所持していることが条件の一つとなっているが、身体障害者手帳は、障害者自立支援法に基づく給付以外の、各種料金の減免や税制の優遇を受けるための証明手段としても広く利用されている。

これらの身体障害者に対する経済的負担の軽減措置は、身体障害者の自立と社会参加を促進する重要な取組みであるが、これまでその経済的影響がどの程

度あるのか、実証的な評価は行われてこなかった。

こうした背景を踏まえ、身体障害者手帳の所持者について、いくつかの仮定を置いたモデルを設定し、当該者が身体障害者手帳を所持していることによって享受することができる便益を推計して、金銭的な評価を行うこととした。

すなわち、身体障害者手帳の所持者が手帳を所持することによって、障害者自立支援法等の障害福祉サービス以外の便益に対して抱くことのできる期待の大きさを経済的な推計によって把握することが本研究の研究目的である。

B. 研究方法

今回の推計を実施するに当たって、試算対象のモデルとして設定したのは、東京近郊の T 市に在宅で生活している、肢体不自由（下肢）の 1 級、3 級、4 級の成人期の障害者である。

平成 18 年身体障害児・者実態調査の結果によれば、身体障害者の 6 割以上が 65 歳以上とされていることから、試算モデルを老齢期ではなく成人期の障害者としたのは、手帳所持者の平均的な姿と合致しない可能性が高い。

しかしながら、本研究は、「高齢期の障害者」ないし「障害者の高齢化」の実態解明に焦点を当てるものではない。このため、成人期の障害者が自立と社会参加のために手帳を利用しようとする局面を念頭に試算を行うこととしたものである。

なお、障害の種別を肢体不自由としたのは、移動支援のための優遇施策の適用が比較的多いという事情があり、これらの制度の影響がよく現れるものと期待できることから、対象として選択したものである。推計作業の着手が遅れたことから、肢体不自由の場合しか分析できなかったが、肢体不自由以外の障害についても試算を実施し、比較を行うことが望ましい。

試算に当たっては、障害者自立支援法に基づく給付については、対象から除外した。また、障害年金のように、「身体障害者手帳の○級であれば、概ね△級の受給要件を満たすことが多い」など、複数の制度において対象者が事実上重なっているものもある。しかしながら、手帳を所持していることが直ちに受給資格に結び付いていないものについては、試算の対象から除外した。

なお、上記のように成人期の障害者をモデル手帳所持者としたので、特別児童扶養手当のように、手帳所持者が児童期の者であることを前提とする制度や、（後期）高齢期が対象となる後期高齢者医療制度関連の制度についても、試算の対象から除外した。

金銭的な給付については当該金額を、また、サービス給付や利用料の減免については、金銭的に換算して合算することとした。

なお、現金給付や料金の減免等については、所得制限が定められ、身体障害者手帳の所持者であっても必ずしも全員が制度による便益を享受できないもの

も多い。この場合、平成 18 年身体障害児・者実態調査による障害の種別ごとの課税等の状況や、収入の状況に基づき、便益を享受できる者の割合を試算し、給付額等の満額に当該割合を乗じた金額を合算した。

元より就労状況によって享受できる便益の規模は、大きく異なることが予測されていた。このため、年収○～△百万円程度の収入があって××という交通手段を利用して通勤している▽▽障害1級の者といったモデルを設定した方が実態に近付くのではないかという考え方もあり得たが、今回は、障害種別と等級以外については幅を持った形でしか試算モデルを設定しなかった。

なお、試算の対象とする制度の選択に当たっては、T 市が発行する障害者福祉ガイド（障害者を対象とした福祉の手引）を参考とした。

C. 研究結果

身体障害者手帳所持者に経済的便益をもたらす制度には、大別して(1)医療関係、(2)現金給付、(3)交通機関の運賃割引、(4)放送通信関係、(5) 各種の税金の減免がある。

障害者に対する優遇制度は、必ずしも国及び地方公共団体によって実施されるものばかりではないが、国及び地方公共団体が実施主体となっているものに関して言えば、前掲の制度は、それぞれ障害者基本法（昭和 45 年法律第 84 号）第 12 条、第 21 条に規定する施策に位置付けられるものである。

(1)医療関係

多くの地方公共団体によって行われている健康保険等の自己負担部分に対する助成を計上した。前述のように、自立支援医療については、障害者自立支援法に基づく給付であるため推計の対象外とした。

試算モデルを設定した地方自治体においては、肢体不自由の場合、3 級までが医療費助成制度の対象となっている。

自己負担部分の金額については、本来は当該障害ごとの受療データに基づき積上げを行うべきものであるが、適当なデータを得られなかった。このため、国民医療費の推計による1人当たりの自己負担金額を求め、さらに所得制限が設けられていることから一定割合の身体障害者については制度の適用がないものとして算出した。

この結果、年額換算で 1 級、3 級とも 37,564 円の助成を受けるものと推計した。

(2)現金給付関係

地方自治体の独自事業として、特別障害者手当の受給対象とならない者に対する給付（月額 15,000 円）が実施されている。

住民税が課税されている者については支給されないので、一定割合の身体障害者は給付されないものとして試算した。

年額換算で1級に限り69,000円の受給をするものと推計した。

(3)交通機関の運賃割引

旅客鉄道運賃割引については、1級、2級と3級の一部の場合、第1種身体障害者として、介護人付添いで利用した場合、介護者も含め運賃等が全線で5割引となる。これに対し、残りの3級や4級から6級までの場合、第2種身体障害者として片道一定の距離を超える場合、当事者の運賃が5割引となる。

交通機関の実際の利用頻度について、どのくらい利用するか、また、その際の移動の距離はどの程度かといったデータが得られなかった。このため、週に1回は最寄り駅まで介護者とともに往復で利用し、月に2回は都心まで介護者とともに往復するという前提で試算した。

なお、第2種身体障害者となる3級と4級の場合、T市を起点とすると、最寄りの駅は元より、終着駅である都心の駅まででも距離制限を超えないため、割引の対象とはならない。

結果として、年額換算すると、1級で31,840円、3級のうち一部は介護者付きの対象となることから、一定割合を乗じて10,610円の割引となるものと推計した。

また、有料道路通行料金割引は、第1種身体障害者は本人又は介護者、第2種身体障害者の場合は本人が有料道路を利用した場合、料金の50%が割引となるものであるが、鉄道と同様に障害者の利用実態のデータが得られなかった。

このため、年4回T市から都心まで往復で有料道路を利用するという前提で推計し、当該地域における自動車の保有率を乗じて算出した。

年額換算で1級、3級、4級とも、1,320円の割引と推計した。

さらに、地方自治体の独自事業として、自動車ガソリン費補助(1級・2級の下肢・体幹障害者に月額3,000円、それ以外の1級・2級の身体障害者、3級の下肢・体幹障害者に月額1,500円)が実施されており、後掲のタクシー使用料の補助と選択制となっている。

自動車の保有者は、自動車ガソリン費補助を選択するという前提に立って、自動車保有率を乗じて算出したところ、年額換算で1級7,200円、3級3,600円の補助となるものと推計した。

タクシー使用料の補助についても、地方自治体の独自事業として実施されており、初乗り運賃相当額のタクシー券が一般タクシーについては、年間1級の身体障害者に48枚、3級で下肢・体幹障害の者に24枚が配布される。

配布されるタクシー券の総額に自動車の非保有率を乗じて算出したところ、年額換算で1級は20,448円、3級は10,224円の補助となるものと推計した。

(4)放送通信関係

NHK受信料については、身体障害者手帳の所持者がいて、世帯全員が市町村民税非課税の場合は全額免除、身体障害者手帳1級又は2級の者が世帯主で

契約者の場合は半額免除とされている。

年額換算で、1級で11,340円、3級、4級で6,480円の減免となるものと推計した。

身体障害者1級、2級の者には、年1回はがき（青い鳥郵便はがき）20枚が無料で配布される。

年額換算で、1級1,000円相当の配布を受けるものと推計した。

(5)各種の税金の減免

身体障害者に対する税金の減免には、所得税、住民税、相続税、贈与税、固定資産税（バリアフリー改修工事が行われた場合 1 年間）、自動車税、自動車取得税があるが、今回の推計においては、毎年支払われる税金についてのみ試算の対象とした。

なお、多くの障害者に対する優遇制度が所得が低い者ほど身体障害者手帳によって享受できる便益が大きいのに対し、所得税や住民税については、所得の高い者ほど控除の額が大きくなる。

所得税については、1級と2級の身体障害者については40万円の控除額が、その他の身体障害者手帳所持者には27万円の控除額が認められている。

また、住民税については、、1 級と 2 級の身体障害者については 30 万円の控除額が、その他の身体障害者手帳所持者には 26 万円の控除額が認められている。

なお、所得税・住民税については、平成 18 年身体障害児・者実態調査による障害の種別ごとの収入の状況に基づき、試算した。

所得税と住民税を併せて、年額換算で1級が35,000円、3級と4級が25,500円の減税となるもの推計した。

また、自動車税については、肢体不自由の下肢の場合、障害者 1 人につき自動車1台が減免の対象となる。

自動車保有率も加味して試算した結果、1級、3級、4級とも年額換算で15,800円の減税となった。

ここで、身体障害者手帳を所持している者に対する優遇制度であるが、今回の推計の対象に含めなかったもののうち代表的なもの以下に例示しておく。

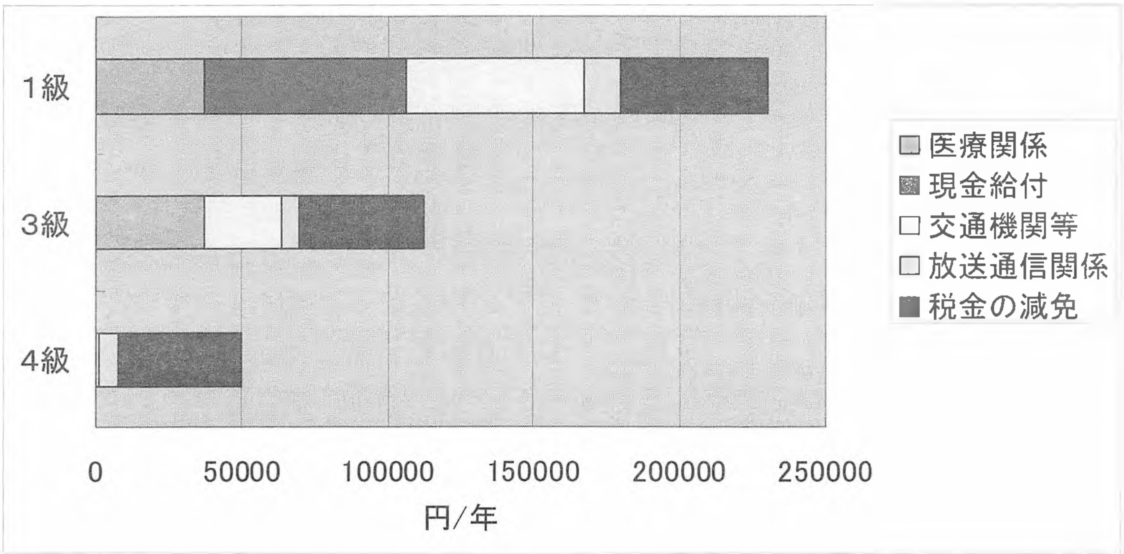
- 航空運賃割引
- 駐車禁止除外、駐車許可
- 公共施設割引
- 公営住宅への優先入居
- レジャー施設等利用割引

これらの制度は、日常的な利用頻度があまり多くないと考えられるもの、地域個別の取組みである等のため利用頻度がよく分からないもの、金銭的に評価することが極めて困難であるもののいずれかに該当することから、今回の推計

の対象には含めないこととした。

以上の諸制度それぞれの試算額について集計をすると、肢体不自由（下肢）の 1 級の認定を受けた身体障害者の場合、身体障害者手帳を所持していることによって享受できる便益は、年額換算で 23 万 512 円、3 級の認定を受けた者の場合は 11 万 2098 円、4 級の認定を受けた者の場合は 5 万 100 円に達するものと推計された（図 1）。

図 1 ；障害等級ごとの経済的便益の推計額
（肢体不自由（下肢）、東京近郊 T 市在住の場合）



D. 考察

身体障害者手帳の所持は、認定された障害等級に応じて、ある程度の規模の経済的便益の享受に繋がり得ることが分かった。したがって、身体障害者手帳の所持ないし関係機関への提示は、障害者に対する各種の優遇制度の円滑な運営に貢献しているものと想定される。

ただし、前述したように、障害者の日常生活の状況のうち、障害者自立支援法に基づく自立支援給付に直接関わらないものについては、地方自治体においてもあまり詳細なデータは収集されていない。このことは、いくつかの地方自治体への担当者への聴取りによって判明した。

このため、今回の推計においては、やむを得ず大胆な仮定を置いて試算を実施することとなった。その結果、推計の精度としては、極めて不十分なものとなってしまったことは否定できない。

今後は、地方自治体等と連携し、より信頼性の高い、障害者の日常生活の状況等に関する基礎的なデータを得た上で、実態に適合したモデルを設定した推

計を行うことが望ましい。

なお、本研究による経済的便益の推計は、あくまで身体障害者手帳を所持することによって身体障害者が受け得るサービス等を金銭的に評価したもに過ぎない。このため、このように金銭的に評価されたサービス等が身体障害者に対する社会環境の整備として十分なものであるかどうかを判定するものではないことに留意する必要がある。

E. 結論

東京近郊のT市に在宅で生活している、肢体不自由（下肢）の1級、3級、4級の成人期の障害者を試算モデルとして、当該身体障害者が身体障害者手帳を所持していることによって享受することができる便益を推計して、金銭的な評価を行った。

その結果、肢体不自由（下肢）の1級の認定を受けた身体障害者の場合、手帳を所持していることによって享受できる便益は、年額換算で23万512円、3級の認定を受けた者の場合は11万2098円、4級の認定を受けた者の場合は5万100円となるものと推計された。

このように、身体障害者手帳の所持は、認定された障害等級に応じて、ある程度の規模の経済的便益の享受に繋がり得ることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

シンポジウム「身体障害認定が抱える課題と今後の認定制度のあり方」（平成22年2月27日（土）学術総合センター）において研究概要を報告した。

今後、論文発表の予定あり。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

なし

2　実用新案登録

なし

3．その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
「身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究」
平成21年度　総括・分担研究報告書
平成22年3月発行

発行者　岩谷　力（研究代表者：国立障害者リハビリテーションセンター）
〒359-8555　埼玉県所沢市並木4－1