

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

障害認定の在り方に関する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江藤 文夫

平成 25 (2013) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

障害認定の在り方に関する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江藤 文夫

平成 25 (2013) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

障害認定の在り方に関する研究	-----	1
----------------	-------	---

研究代表者 江藤 文夫

II. 分担研究報告書

1. わが国における障害認定の課題と今後の方向性に関する研究	--	9
--------------------------------	----	---

研究代表者 江藤 文夫

研究分担者 岩谷 力、伊藤利之、寺島 彰、和泉 徹、飛松好子、
東 修司、海野耕太郎

研究協力者 吉永勝訓、牧田 茂、奥村 謙、小野 稔、我澤賢之

(別添) シンポジウム「わが国における障害認定の課題と今後の方向性」に

ついて	-----	13
-----	-------	----

開催趣旨	-----	14
------	-------	----

シンポジウム概要	-----	14
----------	-------	----

プログラム	-----	14
-------	-------	----

講演内容	-----	15
------	-------	----

参考資料	-----	89
------	-------	----

2. ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」の結果の分 析	-----	93
---	-------	----

研究分担者 寺島 彰

(別添) ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」の結果 の分析	-----	94
---	-------	----

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)
総括研究報告書

障害認定の在り方に関する研究

研究代表者 江藤文夫(国立障害者リハビリテーションセンター顧問)

研究要旨

身体障害者福祉法における障害認定の在り方についての基本的な視座に関して検討を深めた。健康は身体的、精神的、社会的に完全に良好(ウェルビーイング)な状態とされ、障害については健康の状態を反映し、機能や形態、日常生活活動、社会活動といった人間のすべての活動領域に関わりを持つものとして重層的に捉える必要がある。さらに、このような重層的な多種多様な問題に対応するための福祉サービスの対象範囲に関する基準や論理の構築に当たっては、機能形態障害と日常生活活動制限や社会参加制約との関係性、ニーズに対する各福祉サービスの効果等が検証されるべきであり、そのための幅広い領域におけるデータの集積を進めていく必要がある。

障害者手帳により、利用したことのある制度やサービスの状況の調査では、交通運賃の減免、自動車税等の減免、公共施設利用の割引等が上位を占め、身体障害者福祉法の本来の目的である障害者の自立援助の直接的サービスとの乖離が示された。また、自立支援法における障害程度区分と障害者手帳の障害等級との相関係数は小さく、調査対象によっては有意性を認めない報告もある。障害者自立支援法が障害者総合支援法に改められ、障害程度区分についても見直しが予定され、障害認定の在り方を含め障害者手帳については抜本的見直しを要するものと考えられる。しかし、障害者手帳が障害福祉に関わる様々なサービスの利用資格としても使用されていることから、課題について広く関心を高めるための啓発活動も必要であるが、未だ十分ではない。

今年度は、これまでの調査の解析、文献の検索に加えて、障害等級判定の公平性等について疑義を生じている事例の中で、人工関節等や心臓ペースメーカー等が体内に埋め込まれている患者の認定基準の見直しについて検討した。また、障害統計に関する国際動向についても引き続き情報の収集に努め、内容を紹介した。

障害認定とそれを利用する制度は機能訓練や自立支援サービス給付以外にも様々であり、障害認定の将来的な役割については、ひとつの姿として、これらの各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくということも考えられる。今後、上記のようなデータに基づく実証、検証を通じて、現行の医学に基盤を置く障害認定と各種制度との関係性を明らかにし、それに立脚した制度の在り方を考えていく必要がある。

研究分担者

岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター顧問)

伊藤利之 (横浜市総合リハビリテーションセンター顧問)
和泉 徹 (北里大学名誉教

授)

寺島 彰 (浦和大学総合福祉学部教授)

飛松好子 (国立障害者リハビリテーションセンター健康増進センター長)

東 修司 (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

昭和 24 年 (1949 年) に成立した身体障害者福祉法における等級評価は恩給診断の流れをくみ、医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで、認定の公平を期した。その後、障害年金や労災認定など異なる障害程度区分が現われ、統一等級を含めた横並びの問題調整に関する委員会、いわゆる沖中委員会が昭和 30 年代の中ごろ開催され、以来たびたび障害認定の在り方についての課題が指摘されてきた。

障害をめぐる国際的動向としては、1975 年、国連における障害者の権利宣言、翌年の国連障害者年 (1981 年) 決議採択「完全参加と平等」、1981 年の国際障害者年、2006 年には国連障害者の権利に関する条約が採択され、WHO では 2001 年に生活機能障害の分類が刊行されるなど、社会モデル、あるいは権利モデルの採用が促進されてきた。国内では、支援費制度を経て障害者自立支援法が施行され、障害程度区分が採用されたことで、身体障害者福祉法での障害等級から独立して機能障害の重症度が認定されるようになっている。

身体障害者福祉法が施行されて 60 年以上が経過し、この間の障害をめぐ

る国際動向や国内制度の改正により、現在の障害等級を当事者の利用資格認定に用いることの妥当性が問われるようになったことから、医学的診断に基盤を置く障害認定の意義、必要性について検証し、障害認定の在り方について提言することが本研究の目的である。

B. 研究方法

今年度は、これまでの調査の解析、文献の検索に加えて、障害等級判定の公平性等について疑義を生じている事例の中で、人工関節等や心臓ペースメーカー等が体内に埋め込まれている患者の認定基準の見直しについて、改訂試案を作成し、検討討議した。また、障害統計に関する国際動向についても引き続き情報の収集に努め、内容を紹介した。特に、2011 年に WHO と世界銀行により刊行された「障害に関する世界報告書」では、障害に関するエビデンスに基づく最初の国際報告書であり、障害統計についても詳述され、障害者権利条約の実効に向けた提言がなされていることから、その内容を検討した。

C. 研究結果

障害等級の認定については、先行研究においても医療技術の進歩に伴う生活活動水準の改善が反映されず、不公平感を生む要因として指摘された。本年度は社会的関心事として、人工関節置換術施行患者等及び心臓ペースメーカー植え込み患者等に関する障害等級の不公平感が国会においても取り上げられたことから、改めてこれらの事例に関する改定の必要性と改定案の作成について討議した。改定案の

作成と討議のため、研究班会議を 5 回開催して、人工関節等及び人工ペースメーカ等に関する障害認定について検討した結果、改訂を要すると結論され、改定案を作成した〈資料 1〉。人工ペースメーカ等の障害認定見直しについては、人工弁置換術等についても検討を要することから、第 4 回会議において関連学会を代表する専門家を招いて討議した。

障害程度の判定においては、「肢体の機能障害の程度の判断は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること」とされ、人工関節等や心臓ペースメーカ等が体内に埋め込まれた事例では本来の臓器機能が全廃した状態として判定され、前者においては手術前に 5 級であったものが、術後に機能は改善し、日常生活活動における制限が消失しても一律に 4 級に認定され、後者においては一律に 1 級と認定されてきた。

体内に埋め込まれた人工臓器或いはデバイスに関して、眼内レンズについては装着した状態での障害認定が既に行われている。人工臓器類については、体外に装着する補装具類と異なり、その都度脱着する手間は不要である。また、医療技術の進歩により、機器の信頼性は明らかに向上しているので、人工関節等については術後のリスクが軽減した時期の機能障害の程度により認定することが適当とされた。しかし、心臓ペースメーカ等では徐脈性不整脈に対するペースメーカと植え込み型除細動器とでは依存度や不安感により慎重に判断する必要があり、人工弁等についても同様で、機器の不調は生命の危機に直結することから、1 級の認定にはリスク保障

の側面も考慮すべきとされた。

障害等級の再認定の可否についての議論では、悪化した場合には本人からの申請がなされるが、改善した場合には「障害の程度が明らかに手帳に記載されているものと異なって」いても、意見書に再認定の必要が記載されていない場合には、事務量など諸般の事情から自治体での対応は困難とされる。そこで、再認定の仕組みを強化する方策も含めて、障害認定の見直しを検討すべきことも指摘された。

その他の障害種別についても検討したが、後天性のぼうこう・直腸機能障害に関しては、既にストマ等に着目して対応されている部分があること、障害認定の対象を拡大するためには介護保険における取扱や年金など所得保障全般を含めて考慮する必要があること、など他制度との関連も含めて総合的に検討を要する課題とされた。

障害認定の国際動向に関して、WHO と世界銀行により刊行された「障害に関する世界報告書」で、障害者人口は世界人口の約 15% であり、かつての推計値の 10% から、さらに増加していることが報告され、その数値の根拠に関する障害統計の手法が紹介された。その中で、障害統計に関する国連ワシントングループの成果も強調されている。また、国連アジア太平洋経済社会委員会 (ESCAP) による「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」にわが国も協力して調査を実施したことから、その結果の報告に基づき、わが国の注目点としては、障害年金の重要性 (受給者が多い)、家族による支援に対する介護依存度は高くない、仕事をしている (したい)

人は多い、などが抽出された。

D. 考察

昭和 24 年 (1949 年) に成立した身体障害者福祉法は、身体障害者の保護を基本的な目的とする法ではなく、更生、すなわちリハビリテーションを基本的な目的とする法であり、障害のある人々の自立と社会参加を促進する、その更生に必要な限度において、特別な保護を行うこととしている。また、等級評価は恩給診断の流れをくみ、医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで、認定の公平を期した。制定時には「職業的能力が損傷されている」ことが身体障害者の定義に含まれ、職業復帰が目的とされたが、内部障害が追加された昭和 42 年改正では法の目的も改め、職業復帰のみを目的としているのではないことを強調した。さらに昭和 59 年の改正では、第 2 条の見出しを「更生への努力」から「自立への努力および機会の確保」と改められ、法の目的は単なる社会復帰ではなくより広く自立と社会参加を目指すものへと変化している。

本法律の施行後、障害年金や労災認定など異なる障害程度区分が現われ、統一等級を含めた横並びの問題調整に関する委員会、いわゆる沖中委員会が昭和 30 年代の中ごろ開催され、以来たびたび障害認定の在り方についての課題が指摘されてきた。特に、国際障害者年 (昭和 56 年) を契機とする社会的な障害者問題に対する関心と理解の深まりを背景として、昭和 57 年 3 月の身体障害者福祉審議会「今後における身体障害者福祉を進めるための総合的方策」答申において、様々な提言がなされた。その中で障害

程度等級に関しては、「身体部位の評価に加え、日常生活活動能力に着目した合理的評価の実現」が記載された。さらに、「内臓機能障害についての能力評価等による等級の見直し」なども記載されている。しかし、この答申を受けた社会局長諮問の身体障害者福祉基本問題検討委員会報告書 (昭和 58 年 8 月) では、現行の程度等級評価の方式は必ずしも適当ではないとしながら、「日常生活能力に着目する評価方法があるが、日常生活能力そのものが本人の意欲、環境による条件等に左右されるものである上、その評価も評価者の主観によって異なることがあると考えられるので」時期尚早と考えたと結論し、今日に至っている。

現在では障害者自立支援法が施行され、さらに障害者総合支援法と改められ、各種サービスの個別支援計画においては、個々に日常生活や社会活動に即したアセスメントが実施され、障害程度区分が普及しつつあることから、障害手帳等級の意義は半減している。また、程度区分についても、より一層、自立と社会参加支援の目的に即したものとするため、見直すことが予定されている。

本研究における障害手帳利用者の実態調査により、肢体不自由においては障害等級と日常生活活動、外出、就労等の状況において関係性が認められたが、内部障害 (今回の対象の大多数は心臓機能障害) では、障害等級 1 級であっても ADL は「一人でできる」が大半を占めるなど、日常生活活動や社会活動と障害等級の関係性については必ずしも明確ではない。また、自立支援法における障害程度区分との関係についても必ずしも有意とは限

らず、障害種別や、調査対象によって異なる可能性が示唆される。障害手帳の利用目的については、交通運賃の減免、自動車税等の減免、福祉タクシー制度、所得税・住民税の障害者控除等が多く、間接的には障害者の自立に一定の役割を果たしていると考えられたが、障害等級と手帳の利用状況との相関は明らかでない。

障害等級の認定については、先行研究においても医療技術の進歩に伴う生活活動水準の改善が反映されず、不公平感を生む要因として指摘された。今回、人工関節等及び心臓ペースメーカ等に関する障害認定基準の見直しに関して検討したが、医学的診断に基づく基準であるが、医学・医療技術の進歩に伴う基準の改訂はほとんどなされてこなかったため抜本的な見直しも検討する必要がある。

障害認定とこれを利用する各種制度との関係については、各制度における支援や優遇の対象範囲は本来それぞれの制度の趣旨、目的、性格等に応じて決められるべきものであり、障害認定制度がこれらの異なるすべての制度に適合するような統一的な範囲を定めることに限界があるのであれば、各制度において独自の基準を設けるか、又は、審査コスト等も考慮して障害認定の限界も十分に認識の上で、必要な要件を加味するなどの制度運営上の工夫を行い、障害認定の結果を適切に活用していくことを考えていく必要がある。障害認定の将来的な役割については、ひとつの姿としては、各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくとい

うことも考えられる。

E. 結論

身体障害者福祉法制定当時の主目的は職業復帰支援にあり、障害認定基準は職業能力や日常生活活動（ADL）能力に係る指標として十分に機能していたが、その後60年以上を経て、医学・医療技術の進歩に伴い、障害等級とADL及び社会・職業生活能力との不一致が目立つことが本研究でも確認された。

障害認定の在り方については、障害者総合支援法に基づくサービスと障害者手帳の利用状況等に関する調査の分析をさらに進めていくとともに、国・地方を通じた行政データの収集・分析を進めていくことによって、さらにエビデンスを集積して、障害認定制度とそれを利用する各種制度を含む福祉制度における基準や論理を明らかにしていく必要がある。その上で、医学を基盤とする障害認定とそれを利用する他制度との関係を明らかにし、プラットフォーム的な位置づけも含め、その役割や制度的な位置づけを抜本的に考えていく必要がある。さらに、これらの検討に当たっては、障害統計に関するツールの開発や、米国やヨーロッパ等の国際的な動向にも十分に留意していく必要がある。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

シンポジウム「我が国における障害認定の課題と今後の方向性」（平成25年3月17日、イイノホール）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。

資料1 障害認定の一部見直しについて研究会議で検討された改定案

1. 平成24年会議開催日時、参加者氏名等

第1回研究会議：平成24年6月4日（月）18時～20時、於八重洲倶楽部（第10会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、海野耕太郎、オブザーバー、田中剛

第2回研究会議：平成24年7月23日（月）18時～20時、於八重洲倶楽部（第6会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、海野耕太郎、オブザーバー、田中剛（厚生労働省）

第3回研究会議：平成24年10月1日（月）18時～20時30分、於八重洲倶楽部（第1会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、東修司、オブザーバー、田中剛、青木健一（厚生労働省）

第4回研究会議：平成24年12月20日（木）18時～20時30分、於八重洲倶楽部（第10会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、東修司、我澤賢之、オブザーバー、奥村 謙（弘前大学大学院医学研究科教授）、小野 稔（東京大学医学部付属病院心臓外科教授）、田中剛、青木健一（厚生労働省）

第5回研究会議：平成25年2月14日（木）18時～20時20分、於八重洲倶楽部（第1会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、東修司、我澤賢之、オブザーバー、田中剛（厚生労働省）

シンポジウム「わが国における障害認定の課題と今後の方向性」：平成25年3月17日（日）13時30分～16時30分、於イイノ・ホール、シンポジスト、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、吉永勝訓、牧田茂

2. 人工関節置換者等の障害認定の見直し

《第2回、第3回の討議を経て、取り纏められた見直し骨子案》

身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について、において

1 総括的解説

(6) (現行)

肢体の機能障害の程度の判断は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。ただし、人工骨頭又は人工関節については、2の各項解説に定めるところによる。

2 各項解説

(2) 下肢不自由（現行）

イ 股関節の機能障害

(ア)「全廃」（4級）の具体的な例は次のとおりである。

 c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

ウ 膝関節の機能障害

(ア)「全廃」（4級）の具体的な例は次のとおりである。

- c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- エ 足関節の機能障害

(ア)「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

- c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

(見直し骨子案)

肢体の機能障害の程度の判断は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。ただし、人工骨頭又は人工関節についてはその限りでなく、術後の経過が安定した時点で必要に応じて再認定し、置換術後の機能障害の程度をもって障害認定を行う。

※その後、平成24年11月28日に開催された厚生労働省の「人工関節等の障害認定の評価に関するワーキンググループ」において、上記の見直し骨子案を踏まえた改正案が検討され、次の内容で了承されている。

(改正案)

肢体の機能障害の程度の判断は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。なお、人工骨頭又は人工関節については、人工骨頭又は人工関節の置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定する。

3. 人工ペースメーカ植え込み者等の障害認定の見直し

《第4回、第5回で討議を経て、シンポジウムで報告された提案》

身体障害者障害程度等級表の解説(身体障害認定基準)について、において
ア 等級表1級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 略

(イ) (現行)人工ペースメーカを装着したもの又は人工弁移植、弁置換術を行ったもの

(提案内容)

- 1) 心臓ペースメーカの絶対適応患者(ガイドラインにおけるクラスIに相当)のみが1級申請可
- 2) ある一定の期間を設けて見直し(軽症化による再認定)をはかっていく
- 3) 認定に関する心臓機能障害の状況および所見の項目の見直し

胸部レントゲン検査と心電図のみでなく、心エコー図、血液検査や運動負荷試験、ADL評価等を用いて日常生活活動の障害程度に着目して判定していく

※ 上記の提案内容は、牧田茂教授(埼玉医科大学国際医療センター心臓リハビリテーション科)によるシンポジウム当日の説明用PPT「等級認定についての問題点:心臓ペースメーカをめぐる」最終頁から引用したもの

II. 分担研究報告

厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

わが国における障害認定の課題と今後の方向性に関する研究

研究代表者	江藤文夫	（国立障害者リハビリテーションセンター顧問）
研究分担者	岩谷 力	（国立障害者リハビリテーションセンター顧問）
	伊藤利之	（横浜市総合リハビリテーションセンター顧問）
	寺島 彰	（浦和大学総合福祉学部教授）
	和泉 徹	（北里大学医学部名誉教授）
	飛松好子	（国立障害者リハビリテーションセンター健康増進センター長）
	東 修司	（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）
	海野耕太郎	（前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	吉永勝訓	（千葉リハビリテーションセンター所長）
	牧田 茂	（埼玉医科大学教授）
	奥村 謙	（弘前大学医学部教授）
	小野 稔	（東京大学医学部教授）
	我澤賢之	（国立障害者リハビリテーションセンター研究員）

研究要旨

身体障害者福祉法が施行されてから 60 年余を経て、医療やリハビリテーションの技術が進歩し、人口の高齢化等が進展する中で、障害認定をめぐる状況も大きく変化している。また、障害のとらえ方については、世界保健機関（WHO）や国際連合（UN）等における議論など、国際的な動向を踏まえることも重要である。

わが国における障害認定の在り方について、この間の施策面での展開とともに、これまで指摘されてきた課題や先行する研究成果について検討し、国際的な動向に関する情報収集を踏まえて、関連制度や仕組みに関する課題整理を行った。

障害認定とそれを利用する制度は機能訓練や自立支援サービス給付以外にも様々であり、障害認定の将来的な役割については、ひとつの姿として、これらの各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくということも考えられる。

A. 研究目的

昭和 24 年（1949 年）に成立した身体障害者福祉法における等級評価は恩給診断の流れをくみ、医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで、認定の公平を期した。その後、60 余年を経て、医療やリハビリテーションの技術が進歩し、人口の高齢化等が進展する中で、障害認定をめぐる状況も大きく変化してきた。また、障害のとらえ方については、世界保健機関（WHO）や国際連合（UN）等における議論など、国際的な動向を踏まえることも重要となっている。

障害をめぐる国際的動向としては、1975 年、国連における障害者の権利宣言、翌年の国連障害者年（1981 年）決議採択「完全参加と平等」、1981 年の国際障害者年、2006 年には国連障害者の権利に関する条約が採択され、WHO では 2001 年に生活機能障害の分類が刊行されるなど、社会モデル、あるいは権利モデルの採用が促進されてきた。国内では、支援費制度を経て障害者自立支援法が施行され、障害程度区分が採用されたことで、身体障害者福祉法での障害等級から独立して機能障害の重症度が認定されるようになっている。

この間の障害をめぐる国際動向や国内制度の改正により、現在の障害等級を当事者の利用資格認定に用いることの妥当性が問われるようになった。障害認定の基準としては、一貫して医学的診断に基盤を置いてきたが、医学・医療技術の進歩に対応した基準の改訂はほとんどなされず、障害等級と現実の日常生活や社会生活での制限の程度との乖離を生じ、不公平感も生じている。こうした医学的診断に基

盤を置く障害認定の意義、必要性について検証し、障害認定の在り方について課題を整理し、今後の方向性について提言することが本研究の目的である。

B. 研究方法

本研究においては、はじめに障害のとらえ方に関する近年の考え方、現行の障害認定制度の問題点など、先行研究も含めて本研究の背景について整理し、平成 22 年度から 23 年度に実施した「障害者手帳の利用状況等に関する調査」の結果の概要について報告し、海外における障害調査の最近の例として英国の生活機会調査（Life Opportunities Survey: LOS）における障害統計の中間結果について紹介し、わが国の障害等級認定と福祉サービス利用資格認定の関係について整理する。

次いで、障害者自立支援法（障害者総合支援法）の給付と手帳等級の関係について、肢体不自由を中心に歴史的経緯並びに関連法規との関係も含めて概観し、障害認定の方向性について提案する。また、障害等級認定の不公平感が指摘されてきた人工関節等および心臓ペースメーカー等をめぐる現行の認定基準の課題を整理し、研究班で認定基準の改定案について検討し、紹介する。

また、国際的な障害調査に関する最新情報として、2012 年の国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）による「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」の結果の報告に基づき、アジア太平洋地域諸国と比較したわが国の注目点についてまとめる。

C. 研究結果 別添。

D. 考察

身体障害者福祉法が施行されて 60 年以上経過して、障害のとらえ方は医学モデルを越えていわゆる社会モデルが優位になりつつあり、国際的にも国内的にも社会構造の変化を伴いつつ、障害者に対する医療や福祉の施策も大きく変化してきた。その中で、障害者手帳は「障害のある人々の自立と社会参加を促進する」ためのサービスの利用資格認定の役割を越えて、さまざまなサービスや優遇措置の受給資格として汎用されるようになっていく。一方、支援費制度が導入され、平成 17 年度には障害者自立支援法が成立し、さらに平成 25 年度からは障害者総合支援法と改めて障害者の自立支援サービスの一層の向上が期待される。また、障害者に占める高齢者の比率が急速に増大しつつある中で、要支援の概念を含む高齢者の介護保険制度が平成 12 年に発足し、着実にサービスが普及し、内容も充実しつつある。この間に自立支援サービスにおける障害等級認定の役割は半減した。

障害者福祉の領域は、労働・雇用、教育、所得保障、医療、障害児支援、建物利用・交通アクセス、情報アクセス・コミュニケーション保障、政治参加など多岐にわたる。これらのサービスに関しては、国民年金法、介護保険法、自動車損害賠償保険法など独自の障害に関する認定の仕組みを有する法律も数多く存在する。

障害者手帳により、利用したことのある制度やサービスの状況の調査では、交通運賃の減免、自動車税等の減

免、公共施設利用の割引等が上位を占め、身体障害者福祉法の本来の目的である障害者の自立援助の直接的サービスとの乖離が示された。また、自立支援法における障害程度区分と障害者手帳の障害等級との相関係数は小さく、調査対象によっては有意性を認めない報告もある。

障害者には、様々なニーズがあり、社会構造の変化により新たなニーズに気づかれることもあるが、同じようなサービスであっても障害種別によってニーズの質や量が異なる。たとえば、知的障害者では外出時にガイドヘルプが必要であり、視覚障害者でもガイドヘルプが必要であるが、必要度の差や、ガイドヘルプに求められるスキルも異なる。医学的診断に基づく障害等級のみではサービスのニーズ判定における有用性は乏しい。今日的には医学的基準を基盤とした障害認定は、各種福祉サービスにアクセスするゲートキーパーにとどまっているとされる。

医学・医療の進歩に伴う診断や治療技術は日進月歩であるが、障害等級の判定基準としての医学的診断法は、各種障害種別が身体障害者福祉法の対象として組み込まれた時点から、ほとんど改訂されることなく経過してきたことから、障害種別によっては判定基準の妥当性に疑問を生じている。また、医学的診断と日常生活や社会参加での活動は並行しない事例が増大し、障害等級の不公平感を生み出すこともある。医療技術の進歩を反映して、20 世紀半ばの欧米では疾病の重症度を日常生活活動における制限の程度により分類する方法が開発され、普及したが、わが国では導入が著しく遅れ、

今日でも医学的な機能形態障害に基づく分類が障害認定の指針とされている。

障害種別によっては、障害等級に関して不公平感が指摘され、早急に改訂を必要とするものもあるが、障害者手帳の利用目的が身体障害者福祉法や障害者総合支援法の本来の目的とサービス以外の領域に拡大し、それらの方が多数を占めていることから十分な配慮を必要とする。

E. 結論

わが国における障害認定の課題と今後の方向性について、この間の施策面での展開とともに、これまで指摘されてきた課題や先行する研究成果について検討し、国際的な動向に関する情報収集を踏まえて、関連制度や仕組みに関する課題整理を行った。

障害認定とそれを利用する制度は機能訓練や自立支援サービス給付以外にも様々であり、障害認定の将来的な役割については、ひとつの姿として、これらの各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくということも考えられる。

そのためには、国・地方を通じた行政データの収集・分析を含めてさらなるエビデンスの集積を必要とするが、同時にこうした課題に対する社会全般の理解と関心を広めるための啓発活動にも取り組むべきである。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

シンポジウム「我が国における障害認定の課題と今後の方向性」(平成 25 年 3 月 17 日、イイノホール)において、研究概要を報告した。

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

(別添) シンポジウム「わが国における障害認定の課題と今後の方向性」について

開催趣旨	-----	14
シンポジウム概要	-----	14
プログラム	-----	14
講演内容	-----	15
参考資料	-----	89

開催趣旨

身体障害者福祉法が施行されてから 60 年余を経て、医療やリハビリテーションの技術が進歩し、人口の高齢化等が進展する中で、障害認定をめぐる状況も大きく変化しています。また、障害のとらえ方については、世界保健機関（WHO）や国際連合（UN）等における議論など、国際的な動向を踏まえることも大変重要となっています。

このシンポジウムでは、わが国における障害認定の在り方について、この間の施策面での展開とともに、これまで指摘されてきた課題や先行する研究成果、国際的な動向を踏まえた報告・ディスカッションを行います。そして、関連制度や仕組みに関する今後の検討に資する議論、方向性を発信していくことを目指します。

シンポジウム概要

開催日時： 平成 25 年 3 月 17 日（日）13 時 30 分～16 時 30 分

開催場所： イイノホール（東京都千代田区内幸町 2-1-1 飯野ビル 4F）

Room B1～B3

主催：厚生労働科学研究費補助金

「障害認定の在り方に関する研究」研究班（研究代表者 江藤文夫）

定員：100 名（定員になり次第締め切ります）

参加費：無料

情報保障：要約筆記・手話通訳を予定

プログラム

- 13:30-13:35 開会挨拶
国立障害者リハビリテーションセンター総長 江藤文夫
- 13:35-14:25 基調講演「障害等級認定の現状と課題」
国際医療福祉大学大学院副大学院長 岩谷 力
- 14:30-16:30 パネルディスカッション
障害者自立支援法（障害者総合支援法）の給付と手帳等級
横浜市総合リハビリテーションセンター顧問 伊藤利之
認定基準の課題、人工関節をめぐって
千葉県千葉リハビリテーションセンター長 吉永勝訓
認定基準の課題、心臓ペースメーカをめぐって
埼玉医科大学国際医療センター教授 牧田 茂
ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」分析
－これまでの調査結果との比較から－
浦和大学総合福祉学部 寺島 彰
(15:50-16:00 休憩)
総合討論（司会：江藤文夫、和泉徹（北里大学名誉教授））
- 16:30 閉会

講演内容

1. 障害等級認定の現状と課題（岩谷力）

私は、2年前まで国立障害者リハビリテーションセンターにおりまして江藤先生の前の研究班の統括をしていました。これまでの経過は長いもので、そこをまとめて皆さんにお示しして基礎的な知識として提供したいと思います。

これは19～23年、私が代表者でいた当時の、「身体障害者福祉法における今後の障害認定の在り方に関する研究」で取り上げた問題意識を示したスライド1です。研究の背景に「障害の等級認定に関する不公平感がある」、「身体障害者福祉法における障害認定の目的と手帳取得者の目的とが乖離している」があり、「身体障害者福祉法における障害等級を当事者の福祉サービスの利用資格認定として用いることの妥当性を考え直そう」という目的でした（スライド2）。

現行の認定制度の問題点は江藤先生が指摘されました。身体障害者福祉法が制定されてから64年経過し、その間、医学・医療が進歩すると同時に新しい疾患概念が現れました。例えば、高次脳機能障害、肝機能障害なども、HIVなど治療法の進歩に伴って新たな障害像が発生してきました。なおかつ障害として認定される範囲が拡大してきました。これらの傾向はこれからも変わらないでしょう。

一方、インペアメント、すなわち障害の原因となつたもともとの疾患に起因する機能障害は、医学の進歩により軽減します。同時に重度の障害、または障害を重複して持つ者が増えてきました。典型的な例は、遷延性意識障害です。昔はこのような病態の方々は死んでしまいましたので、遷延性意識障害という状態はありませんでした。重度の頸髄損傷を受傷すると半年も生きておられませんでした。今はそういう方々もずっと生きられます。頸髄損傷の方は10代でなつた方は、60代でお孫さんをつれて外来にやってきましたりします。それぐらい医学の進歩と社会の進歩は、著しいわけです。

同時に、障害種別の谷間の障害があることが認識され、従来制度ではとても対応できないような支援ニーズを持つ方が出てきました。障害者支援の理念も変わってきました。昭和24年の身体障害者福祉法の制定当時、ノーマライゼーションという概念はありませんでした。デンマークでその理念に基づいた法律が成立したのが1959年です。ICFが提唱されたのは2001年のことです。

その間、我が国は非常に福祉国家として長足の発展を遂げました。しかし、法律はそう変化を後追いします。なかなか全員に制度の恩恵が渡ってないのが現実です（スライド3）。

研究の背景は次のようにとらえられました（スライド4）。

- 医学の進歩、医療制度の整備により、障害の基本的属性である **impairment** が多様化、重症化、重複化

- 人権擁護から障害のとらえ方が医学モデルから社会モデルへの変化
- 社会の発展により生活様式が変化し、障害者福祉制度の見直しが必要
- 高齢社会における財政制約があり、社会の納得の得られる仕組みを構築するためには、障害のとらえ方、範囲、生活の領域、生活ニーズなどに関する学術知識の基盤を固めることが必要

障害者福祉制度の全体を見直す必要があるでしょう。では、どの障害の範囲の障害を福祉制度の対象とすべきかは、財政的な制約、社会的な公平感などによって規定されてきます。

医学的な見地からでは判断できない問題であります。

平成 20 年 3 月の研究報告書で障害認定における課題はスライド 5 に示すように整理されました。具体的な認定方法に関する課題と、認定の在り方に関する課題と、大きく 2 つの課題に触れています。認定方法に関連しては、医学・医療の進歩に関連した課題と、障害種別間での機能障害の比較ができないという課題があります。例えば全盲の方と四肢マヒの方とが、お互いにどちらの障害が重いかということを決めることができません。それを制度としては、何らかの基準で判断しなければなりません。こういうことをどういう手法で、科学的エビデンスに基づいて判定していくか。これからの問題です。

認定のあり方に関連しては、法の目的と認定の意味が一致していない、障害の捉え方で社会モデルに重視されるようになった、医療制度改定による診療報酬で支払われるリハビリテーション医療の期間が短縮されたことによる影響などがあります。

法の目的と、認定を受けた人がどうその結果を利用しているかの実態とは、明らかに違っています。障害モデルの社会モデルへの移行は、障害者数、支援サービスの内容、量に大きな影響を生じます。認定制度、医療制度の改定によって、回復リハビリテーションの期間が短縮しているので、これによってもいつ認定すべきかが問題として認識されました（スライド 5）。

障害種別毎に個別の問題として、心臓、腎機能障害、呼吸器障害、膀胱直腸障害、小腸機能障害について、皆さんのお手元にあるような問題点があがってきています（スライド 6、7）。平成 20 年に日本学術会議の臨床医学委員会の分科会でも、障害認定について議論されました。視力障害、聴覚障害の認定に関して、スライド 8 にあるような問題点が指摘されました。あとで心臓のところでも問題になりますが、どういう検査機器を使って症状を判断するのかという規程は何十年も手をつけられていません。例えば法律に規定されている視野狭窄の診断に用いる器械は今日では使われていません。聴覚障害の項に書かれている乳幼児の聴覚障害の診断・障害認定は、昭和 24 年には行われていません。新しい器械の導入により、診断技術がどんどん進歩しています（スライド 8）。運動器障害においては、先天性疾患による肢体不自由の認定は、いつにしたらいいのか。脳血管疾患の障害は、発症 6 ヶ月後となっているが、それでいいのかなどの問題があります。また、治療によって機能改善する疾患があり

ます。この後、吉永先生にお話しいただきますが、人工関節は治療すればよくなります。全員ではないですが、中には思ったほど改善しない方もいますが、多くの方は機能が改善します。重複性障害に関しては障害程度を指数化して重症度を決めています。障害種別によっていろいろな特性があるのに、一緒くたに指数化するのは、問題があるだろうとされています（スライド9）。

共生分科会では医学・医療者が果たすべき役割を提言しています（スライド10）。疾病・事故等の予防・防止と治療・リハビリテーションの研究の推進、医療と福祉工学との協働、社会のバリアフリー化への貢献、それから、社会的な福祉工学も必要であるし、社会のバリアフリー化にも寄与することなどが提言されました。また、障害認定の仕組みを見直す必要があるだろうと提言しています（スライド11）。

次に、現行の障害者福祉制度をおさらいしてみます。

まず障害者福祉に関連する法律がどんなものがあるか、障害者の定義はどうなっているか、障害者の福祉にはどういう領域があるか、福祉制度にはどんなサービスがあって、支援サービスの利用の実態はどうなっているかなどについて紹介します（スライド12）。

法律の概要としては、基本となる法律は障害者基本法です。その下にそれにつながるようにして身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法、発達障害者支援法、障害者自立支援法などがあります（スライド13）。

身体障害者は、どのように定義されているのでしょうか。「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの（身体障害者福祉法第4条）と規程されています。これらの手帳交付を受けるときには医師の診断書が必要です（スライド14）。

知的障害に関しては実は法律の規定はありません。1953年に文部事務次官が教育上、特別な取り扱いを要する児童・生徒の判別基準、試案を出しています。その中には種々の原因により「精神発育が恒久的に遅滞し、このため知的能力が劣り、自己の身の事からの処理および社会生活への適応が著しく困難なもの」とあります。1990年に、当時の厚生省が、精神薄弱児者福祉対策基礎調査を行ったときには、「知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」との定義のもとに調査が行われました。これらの人たちの認定は、都道府県が行い、療育手帳の交付を受ければ、自立支援法のサービスなどを受けることができます。この認定基準は医師の診断書はいりません。地方自治体によって名前はいろいろ違いますが、療育手帳では、重度A、重度A以外のものが判定されています（スライド15）。

精神障害者は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の第5条にこうあります。この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。これは2年

ごとに医師の診断書が必要になります（スライド16）。

次は、高次脳機能障害です。これは法律で規定されてはおりません。この高次脳機能障害者支援事業の中でこのようになっていきます。「記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群」が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶ。これは医師の診断書が必要で、この診断書を持つ、提示することによって高次脳機能障害者としての福祉支援サービスを受けることができます。

発達障害については、発達障害者支援法（平成十六年法律第百六十七号）第二条において、この法律において「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（スライド17）。

このように障害は法律で定義されていますが、なぜ、定義する必要があるのでしょうか。「私は困っているのだから、障害者と認めてくれ」と言われても困ります。ある基準を決めなければ公的な制度には成り立ちませんので、法律的な定義が必要となります。ある定義のもとで障害を認定して、公的サービスの利用資格が得られることとなります。

障害者の福祉に関係する法の目的は、法律によって違います。

次に、法の目的を見てみましょう。身体障害者福祉法では「自立と社会経済活動への参加を促進するために身体障害者を援助し、およ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」ことが法の目的です。知的障害者の法も、ほぼ同じです。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律も、「精神障害の福祉の増進および精神保健の向上」というのがちょっと違いますがほぼ同じです（スライド18）。

障害に関連する法律は200以上あって、認定制度がある法律と、ない法律があります。スライドは、今日話していただく寺島先生がまとめたものです。障害を扱っている法律はあるそうです。これはお手元の資料をご覧ください（スライド19, 20）。

法が障害を認定する目的は、自立促進、安定した生活保障、社会防衛、権利保障、平等の確保、国家賠償などに分けられます。生活の自立を促進することを目的として、社会・経済・文化等の参加・促進、社会復帰促進、雇用促進などの施策を行うことが法に定められています。安定した生活を保障させるために、法により、たくさんの施策が行われます。また、社会防衛、権利補助、国家賠償などいろいろな目的で施策が行われています。それらの施策のサービスの受給資格を決めるために、障害認定が行われます（スライド21）。

では障害者福祉の領域をしめしたものがスライド22です。大きく分ければ

(1) 労働及び雇用

- (2) 教育
- (3) 所得保障等
- (4) 医療
- (5) 障害児支援
- (6) 虐待防止
- (7) 建物利用・交通アクセス
- (8) 情報アクセス・コミュニケーション保障
- (9) 政治参加
- (10) 司法手続
- (11) 国際協力

こんな領域があります。

次の図は ICF に基づいていますが、福祉サービスがどのような障害の、機能低下、どの水準に関連するかを概念的にまとめたものです。概念的なものなので飛ばします (スライド 23)。

次に、具体的に身体障害者手帳の法的な位置づけを示します。手帳を持つと、自立支援法に基づく自立支援給付を受けることができる。当該法律における優遇措置の対象者と認められる。つまり所得税や自動車取得税などの税金が安くなります。また、手帳を持っていると地方公共団体の各種事業やサービスを受けることができます。

公共交通機関の運賃の割り引き、NHK 受信料の免除、施設使用料の減免、それから預金の利息に対する税金の減免とかいろいろな支援、優遇措置を受けることができます (スライド 24)。

次のスライドは、前国立社会保障人口問題研究所所長の京極先生が作られたものです。障害等級認定には、

- (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きの簡素化
- (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

この5つくらいの機能があると言っておられます (スライド 25)。

高速道路など、手帳を見せるだけで安くなる。まさに手続きの簡素化です。所得税の減免基準や NHK の受信料減免とかを NHK や財務省が特別に障害等級認定を決めなくても、これを使えばできる。それだけ事務手続きが煩雑でなくなる。等級の重い人に対する政策を優先しようというときに使えるでしょう。障害認定制度は、これらの機能を発揮していると考えられます。

4月から障害者総合支援法となります。この目的は、「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にあります（スライド26）。

実際の福祉サービスの仕組みは、どのようなものでしょうか。自立支援法のサービスは、伊藤先生からお話があるでしょうから簡単に説明します（スライド27）。自立支援法によるサービス給付には、介護給付、訓練等給付があつて、その給付の内容を決める際には障害等級は1級であろうが2級であろうが、支援サービスを受けられることには関係ありません。支援サービスの内容は、支援ニーズのあるなしで決まってきます。手帳を持っていれば、等級に関係なく、ニーズに合わせてサービスを利用できます（スライド28）。

その他の福祉サービスは、所得保障、年金、手当、生活資金の貸し付けもあるし、医療費補助もあります。医療費補助制度は、地方自治体によって違います。住宅、公営住宅の優先入居や、運賃の割り引きなどもあります。

23年度に江藤先生が研究代表として、どんなように制度を利用しているか手帳の利用状況等に関する調査をしました（スライド29）。これに参加して下さった方は400名弱、一番多かったのは年齢が40～50代の方々でした。身体障害者手帳、肢体不自由が一番多く、ついで心臓機能障害でした。心臓機能障害については、和泉先生に調査をお願いしました。これらの参加者はすべての障害種別を対象としているわけではなく、肢体不自由、心臓機能障害の方々が多い調査結果とご理解ください（スライド30）。

これらの方々の福祉サービスの利用状況はどんなでしょう。最近6ヵ月間に3分の2ぐらいの数の方が、福祉サービスを利用していました。利用した福祉サービスとして一番多いのが自立訓練でした。国立障害者リハビリテーションセンター、伊藤先生のおられた横浜市総合リハビリテーションセンターを中心にこの調査をしたので、自立訓練を受けた方が多い結果になりました。

今後利用したいサービスは、日常生活用具の支給や移動支援、補装具の支援などでした。肢体不自由を主体とする方々なので、こういうこと結果になっています。ホームヘルプサービスや就業支援などを、お望みの方が多いということです（スライド31）。

医療サービスの利用状況を見ると、約半数の方々1ヵ月に1度程度、医療機関を受診しておりました。公的な医療制度を利用されている方が3分の2でして、利用している公費負担医療制度が一番多いのは、市区町村の障害者医療費助成制度でした。公費の医療費負担制度の中では、市区町村、つまり国の制度ではなく各地方自治体の制度を利用している方が一番多いという結果でした（スライド32）。

利用したことのあるサービスや制度では、利用したことがあるのが青、赤が利用したことの無いものを示します。数字で表にしたものが下にあります。一番多いのは、交通運賃の減免です。3分の2の方が利用しておりました。その次が自動車取得税、軽自動車税の減免、次が福祉タクシー、その次が住民税の控除でありました。身体障害者福祉法の目的とは合致しませんでした(スライド33)。

福祉サービスを利用している人といない人については、利用していない人が3分の2。現在収入のある仕事をしていないのが3分の2。仕事をしていない理由で一番多いのが職業訓練中でしたが、障害が重いからできないということもありましょう。一番多いのは、仕事を探している方でした(スライド34)。

次に、障害統計について、英国で2009～2010年に行われました障害者統計調査を紹介します。これは社会モデルに基づく障害者の調査です。インターネットで **Life Opportunities Survey** と検索すると詳細な情報を入手できます。住民に対する質問紙調査で機能障害があるか、参加制約を経験しているかを調べました。

2009年6月～2010年の障害者数は英国 (**United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland**) の16歳以上の成人の26%は障害者差別禁止法(**DDA**)の定義による障害者に該当しました。その英国の成人の29%は機能障害を持つと答えました(スライド35)。

この時、障害の定義は、**'he or she has a physical or mental impairment which has a substantial and long-term adverse effect on her or his ability to carry out normal day-to-day activities'**。(普通の日常生活活動を行うために何か不自由を生じるような長期にわたるはっきりとしたインペアメントを持っている人) でした。

障害の有無は、教育、就労など複数の領域にわたり社会的に制約を受けていると自分が感じているかどうかという質問により調査されました。この結果は、全人口の26%にあたる障害をもつ方たちにあまねく福祉サービスを提供できるのかという疑問が生じます(スライド36)。

京極先生の認定機能に戻って整理してみましよう。障害認定が制度でスライドにあるようなことに活用されており、制度を運用するには障害認定は必要です(スライド37)。障害認定を行う上で等級はどのように判定するのがよいか。障害のランク付けには、障害等級の側面、要介護度のような側面、障害程度区分のような側面を総合的に把握する必要であろうというのが、京極先生のご意見です(スライド38)。

障害等級認定制度について、不公平感が寄せられておりますが、不公平感は福祉サービスの利用機会が障害種別により差があるという点によることが多いと思われまます。福祉サービスを利用する際に手帳の所持が必要であるということは、障害等級認定がサービス利用資格の認定に利用されているということです。障害等級認定を福祉サービス利用資格認定に利用する際にも、純粹に医学的にインペアメントを証明する必要があります。そうでなければ、私は困るから支援が欲しい、福祉サービス

を利用させて欲しいと言って、社会の人たちが、その人が本当にその支援を受ける資格があるかどうかを、社会全体の人たちが認めてくれなかったら制度は成り立ちません。そのためには障害認定制度は不完全、障害を医学モデルで捉えるのではなくて社会モデルで捉えなければならないとも言われますが、社会モデルは、障害をインペアメントを持って社会参加制約を経験しているという点からとらえる考え方であります。医学的なインペアメントの診断を抜きにして、制度として障害認定できません。

障害者自立支援法ではニーズに応じて支援サービスを利用でき、その必要な支援サービスを契約によって利用する仕組みとなっています。自立支援法によるサービス利用は、ニーズ主体に決められ、医学的にインペアメントが認められれば、支援サービスの利用は障害等級を考慮することなく、ニーズに応じて支給が決定されます。障害者として認定される人は増えるでしょう。福祉サービスの資源量も社会的条件によって規定されており、また財政的な条件によって制限・制約を受けています。今後、福祉資源としてどれくらいの規模の予算が配分されるかは、厚生労働省の障害認定の枠外にあります。不公平感の解消につながる障害者福祉サービスの充実は、厚生労働省の制度の中だけではできません(スライド39, 40)。

私たちは医者であると同時に学術的立場から、今後行う必要のある研究課題を考えました(スライド41)。今後、我々は、とにかく障害について、医学の面からはもとより、社会福祉、福祉工学、行政などの面から、研究を推進し、エビデンスをつくらない限り公平かつ効率的な制度は構築できないと思います。

障害の定義と範囲をどのように考えるか。インペアメントの定義と範囲もそうでしょう。社会のバリアについては、何をもちいてどの範囲までバリアと言うのか。社会参加制約の定義と範囲もまた、やっかいです。LOSのサーベイでも、障害を持ってない方でも自分は制約を受けていると言いますし感じています。社会参加制約を軽減するためにどんな手法があるのか、その効果はどうかをやっていかなければなりません。

過去10年間、障害者リハビリテーションセンターにおいては高次脳機能障害のモデル事業を推進してきました。その中で取り組んだことはまさにこれらの課題を掘り下げて、エビデンスを得て、それをもとにして支援プログラムを開発しました。1つ1つ積み重ねて10年やってきて、今、ようやくと制度として、かなり成熟したものとなってきました。

支援サービスの対象範囲と、その妥当性の検証。それはそうですね、こういうこともやらなければなりません。支援サービス提供体制を整備することも必要ですし、そのサービスを提供した結果、成果を検証することなしに、今後の政策とかはできません。我々は学術的にみて確かに効果があったことを証明、検証する必要が出てきます。それを社会に対して検証しない限り、その次の社会に対する働きかけもできないと思います。

私の用意したスライドはこのぐらいですが、もう1つ、スライドはありませんが、追加でお話させてください。私たちが本当に考えなければならない問題、障害とは、本当にマイナスかということです。

障害者の人たちを雇用している特例子会社というものがあります。ここ数年で、初めて障害者を雇った特例子会社の方に聞くと、「障害があっても、こんなにできるんだね」、「こんな能力を持ってるんだね」、「私たちはそういうことがわからなかった」という感想が多く寄せられました。

我々は、障害というすべてマイナスだと思います。人は障害を、マイナス点でしか評価しません。ICFは価値中立的に機能として評価しようと言っています。機能を、能力が劣った存在であるという見方で評価すれば、障害は悪いものとみなされますし、それをやれば、対等な存在として社会に受け入れてもらえません。高次脳機能障害の人でも、「この人はこれだけのことができる」という見方をすれば、「じゃあやってみましょう」となる。これは、我々の中で、この人は何ができるか。つまり例えば障害を持ったお子さん、自分の子どもたちでも、我々だってそうですよね、こんなことができるんだって驚くことがある。できないと思いついていてはたくさんあるのですが、見方を逆にすることも考えていかなければならないと思います。社会に対して、「この人たちはこんなにできないんだ」ではなく、「こんなにできる、これも、あれもできる」、「こういう支援があればこれだけできる」ということをもっと積極的に訴えることも必要だろうと思いました。

以上です。話を端折りましたが、ここ数年の研究成果について、ご報告いたしました。

障害等級認定の現状と課題

2013.03.17

岩谷 力

厚生労働科学研究

「身体障害者福祉法における今後の障害認定の在り方に関する研究」

(平成19-21年、研究代表者、岩谷 力)

- 障害等級認定に関する不公平感がある。
- 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目的が乖離している。
- 身体障害者福祉法における障害等級を当事者の利用資格認定に用いることの妥当性を検証

現行の障害認定制度の問題点

- 身体障害者福祉法成立後、60年余の間に医学の進歩による新たな疾病概念の確立、治療法の開発・進歩とともに、あらたな障害、状態像が認識され、障害認定され、障害の範囲が拡大するとともに、障害種別によってはimpairmentが軽減化する一方で、より重度の障害、または障害を重複して持つ者も増えた。
- 従来の障害種別群の谷間の障害が認識され、従来制度では取り扱えない支援ニーズをもつ者が存在する。
- 障害者支援の理念は進化・発展し、障害の範囲は拡大、支援制度の充実が図られ、障害者に対する福祉サービスは質的にも量的にも発展してきたが、医学の進歩、社会の変化に対応しきれず、多くの障害種別内、障害種別間で現行の障害者認定や支援に関して不公平感がある。

3

研究の背景

- 医学の進歩、医療制度の整備により、障害の基本的属性であるimpairmentが多様化、重症化、重複化
- 人権擁護から障害のとらえ方が医学モデルから社会モデルへの変化
- 社会の発展により生活様式が変化し、障害者福祉制度の見直しが必要
- 高齢社会における財政制約があり、社会の納得の得られる仕組みを構築するためには、障害のとらえ方、範囲、生活の領域、生活ニーズなどに関する学術知識の基盤を固めることが必要

4

障害認定における課題

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方に関する研究
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年3月

具体的な認定方法に関する課題

- **医学・医療の進歩に関連**
新たな病態の出現(遷延性意識障害、臓器移植、高齢化)
新たに認識された病態(高次脳機能障害、発達障害)
検査法の進歩(機能診断、画像診断)
治療成績の向上による機能改善
- **障害種別間での機能障害重症度比較が困難**

認定のあり方に関する課題

- **法の目的と認定の意味**
- **障害の定義の変化「社会モデル」**
- **認定時期 医療制度改定による機能回復リハビリテーション期間の短縮の影響**

5

障害認定における課題

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方に関する研究
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年3月

心臓機能障害

- ペースメーカー等体内装具の取り扱い
- 急性期における認定

腎臓機能障害

- 血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準
- 慢性透析療法対象者の等級認定法

呼吸器機能障害

- 検査法の検討
- 2級認定

膀胱・直腸機能障害

- 「高度の機能障害」の範囲
- 完全尿失禁の定義
- 著しい尿失禁

小腸機能障害

- 「経腸栄養」規定
- 残存小腸の長さ

6

障害認定における課題

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方に関する研究
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年3月

腎臓機能障害

- 血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準
- 慢性透析療法対象者の等級認定法

膀胱・直腸機能障害

- 「高度の機能障害」の範囲
- 完全尿失禁の定義
- 著しい尿失禁

小腸機能障害

- 「経腸栄養」規定
- 残存小腸の長さ

7

提言

身体障害者との共生社会の構築を目指して：視覚・聴覚・運動器障害認定に関する諸問題
平成20年(2008年)6月26日 日本学術会議 臨床医学委員会 障害者との共生分科会

障害認定の主な課題

視覚障害認定における問題点

- 視力障害の認定について
両眼視力
視覚障害の範囲
矯正視力での判定
- 視野障害の認定について
障害の範囲
測定上の問題
視能率測定
原因疾患による生じる
視野障害認定基準の違い

聴覚障害認定における問題点

- 認定基準改定が行われていない。
医学の進歩が反映されていない。
- 純音聴力検査
診断機器の進歩
- 語音による認定
聴取距離
語音明瞭度
- 乳幼児の聴覚障害
新生児難聴児の診断・認定
軽・中等度難聴児の診断・認定
- 補聴器供与

8

障害認定の主な問題

提言

身体障害者との共生社会の構築を目指して：視覚・聴覚・運動器障害認定に関する諸問題
平成20年(2008年)6月26日 日本学術会議 臨床医学委員会 障害者との共生分科会

運動器障害認定における問題点

- 先天性疾患の認定時期
- 脳血管障害等の認定時期
- 治療により機能が改善する疾患における認定
- 遷延性意識障害
- その他

重複障害認定における問題点

- 障害程度の指数化
障害種別による特性
- 知的障害の重複
認定基準
認定時期
- 生活の不自由の評価

提言

身体障害者との共生社会の構築を目指して：視覚・聴覚・運動器障害認定に関する諸問題
平成20年(2008年)6月26日 日本学術会議 臨床医学委員会 障害者との共生分科会

提言

- 1) 疾病、事故等の予防・防止と治療・リハビリテーション：活動し参加する力の向上
 - (1) 生物・心理・社会モデルの定着
 - (2) 医療におけるアクセシビリティの保障
 - (3) 時代の科学を動員した障害科学の振興
 - (4) 福祉、雇用・就労との連携体制の強化
- 2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進：福祉工学との協働
- 3) 自立生活のための社会生活基盤の整備：社会のバリアフリー化
 - (1) 建物、移動、情報バリアフリー化への寄与
 - (2) 心理・態度のバリアフリー化への寄与
- 4) 自立基盤の強化と支援の最適化：障害等級認定の仕組みの見直し

障害等級認定の仕組みの見直し

- * 制度ごとに障害程度の判定基準が一部定められているものの、多くの場合、**身体障害者福祉法における障害等級が準用されている。**
- * 準用で矛盾が生じているのは、**支援、援助の目的が制度ごとに異なっている**からである。例えば、身体障害者福祉法の目的は「自立と社会経済活動への参加を促進するために援助と必要に応じての保護」であり、障害年金の目的は「健全な生活の維持」であり、特別児童手当は「重度の障害ゆえに生ずる特別の負担の一助」であり、特別児童扶養手当は「福祉の増進」である。所得税・地方税の減免は特に規定はないが、「稼働上又は生活上のハンディキャップ」に対する特別控除と考えられる(資料 14)。
- * 身体障害者福祉法では障害等級は心身機能低下・身体構造異常の重症度と日常生活活動の自立度により判定され、その等級により医療、福祉サービスの受給資格が認定されている(資料 15)。
- * **更生援護を目的とする法における認定基準が、「健全な生活の維持」、「特別の負担」、「住宅の困窮」などを目的とした支援サービス利用の資格判定に、身体障害者福祉法の認定がそのまま準用されていることが、利用者**の間に不公平感が生じる大きな要因と考えられる。

現行の障害者福祉制度

- 障害者福祉に関連する法律
- 障害者の定義
- 障害者福祉の領域
- 障害者福祉制度：支援サービス
- 支援サービス利用の実態

障害者福祉関連法の概要

- 障害者基本法
- 身体障害者福祉法
- 知的障害者福祉法
- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
- 児童福祉法
- 発達障害者支援法
- 障害者自立支援法

13

身体障害者

「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの（身体障害者福祉法第4条）

- 視覚障害
- 聴覚障害
- 平衡機能障害
- 音声機能・言語機能・そしゃく機能障害
- 肢体不自由（上肢、下肢、体幹、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害）
- 内部障害（心臓、呼吸器、膀胱若しくは直腸、小腸、ヒト免疫若しくは肝臓の機能の障害）

14

知的障害

文部事務次官通達「教育上特別な取扱を要する児童生徒の判別基準(試案)」1953年

「種々の原因により精神発育が恒久的に遅滞し、このため知的能力が劣り、自己の身の事からの処理および社会生活への適応が著しく困難なもの」

厚生労働省：1990年「精神薄弱児(者)福祉対策基礎調査」

「知的機能の障害が発達期(おおむね18歳まで)にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」

療育手帳(愛の手帳 みどりの手帳など 地方自治体により名称は異なる)

障害の程度及び判定基準： 重度 (A) とそれ以外 (B) に区分

* 重度 (A) の基準

① 知能指数が概ね35 以下であって、次のいずれかに該当する者

○食事、着脱衣、排便及び洗面等日常生活の介助を必要とする。

○異食、興奮などの問題行動を有する。

② 知能指数が概ね 50 以下であって、盲、ろうあ、肢体不自由等を有する者

○それ以外 (B) の基準

* 重度 (A) のもの以外

15

精神障害者

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(定義)

第五条 この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

- 1級：精神障害が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
- 2級：精神障害の状態が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
- 3級：精神障害の状態が、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

16

高次脳機能障害

「記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因として、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する一群」が示す認知障害を「高次脳機能障害」と呼び、この障害を有する者を「高次脳機能障害者」と呼ぶ

発達障害

発達障害者支援法(平成十六年法律第百六十七号)

(定義)

第二条 この法律において「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。

17

障害者福祉法の目的

・ 身体障害者福祉法

「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、およ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」

・ 知的障害者福祉法

「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」

・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

「精神障害者の医療及び保護を行い、障害者自立支援法と相まって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」

18

障害認定制度をもつ法律と持たない法律 1

分野	認定制度あり	認定制度なし
障害者福祉	身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	障害者基本法 障害者自立支援法
社会福祉	生活保護法、介護保険法 生活福祉資金	
年金・手当	国民年金法、厚生年金法、 心身障害者扶養共済制度	
雇用・労働	障害者の雇用の促進等に関する法律、 雇用保険法、 一般職の職員の給与に関する法律	最低賃金法
労働災害	労働基準法、労働者災害補償保険法、 国家公務員災害補償法、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、 河川法	
戦傷	恩給法、戦傷病者戦没者遺族等援護法、 戦傷病者特別援護法	
税制	所得税法、地方税法、相続税法	関税定率法

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方に関する研究
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年3月 p83

19

障害認定制度をもつ法律と持たない法律 2

分野	認定制度あり	認定制度なし
交通	道路交通法、自動車損害賠償保障法 身体障害者旅客運賃割引規則、知的障害者旅客運賃割引規則	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	都市基盤整備公団法、公営住宅法、	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
通信		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事業の推進に関する法律、放送法
児童・教育	児童福祉法、学校教育法	
国家賠償	予防接種法、 公害健康被害の補償等に関する法律、 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法、 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	
権利関係	公職選挙法	著作権法
災害関係	災害弔慰金の支給等に関する法律	災害対策基本法
資格関係	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		刑法、酒に酔って講習に迷惑をかける行為の防止等に関する法律
その他		石油需要適正化法、国有財産特別措置法

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方に関する研究
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年3月 p84

20

障害認定の目的

福祉の増進	
(生活)自立促進	社会・経済・文化等への参加促進、社会復帰促進、雇用促進、機会の確保、生活意欲の助長促進、職業リハビリテーション、学校教育、雇用継続のための給付、職業訓練、知識の提供、情報保障、労働条件の確保、労働福祉事業、補装具の支給、修理
安定した生活の保障	在宅福祉の促進、生活の安定(経済的安定、資金貸与、年金給付、手当支給、鉄道及び船舶の運賃免除・割引、税金の控除や免除、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、職業の安定、保護、知識の提供、情報保障、救済、被爆者の健康保持・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、移動の安全性向上、建築物の質向上、居住環境向上、都市機能の増進、改善、円滑に利用できる建築物の建築促進、通信・放送役務の利用に関する利便の増進、市街地の環境改善、賃貸住宅の供給・管理、根幹的な都市公園の整備、住宅整備、低廉な家賃での賃貸、通信・放送利用円滑化、医療・療養の給付、資金貸付、年金給付、旅客施設を中心とした一定の地区における道路、広場、通路などの施設整備の促進、障害見舞、禁止除外(シートベルト、駐車禁止)、著作権等の権利の一部制限
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
権利保障	公選を確保、代理投票、不在者投票
便宜の提供	国有財産の管理・処分における特例
平等の確保	受験要件緩和
国家賠償	賠償金支払い

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方に関する研究
 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年3月 p81

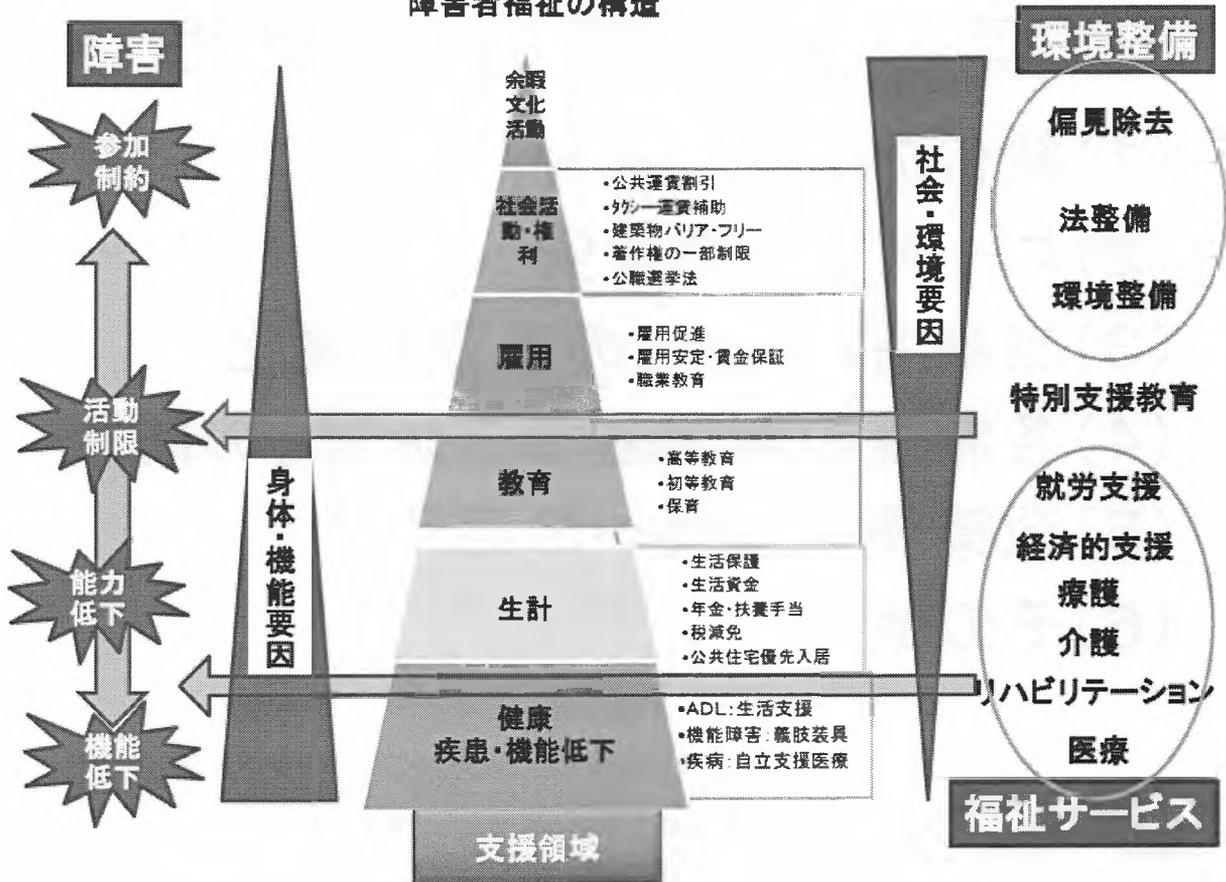
21

障害者福祉の領域

(1)労働及び雇用
(2)教育
(3)所得保障等
(4)医療
(5)障害児支援
(6)虐待防止
(7)建物利用・交通アクセス
(8)情報アクセス・コミュニケーション保障
(9)政治参加
(10)司法手続
(11)国際協力

22

障害者福祉の構造



23

身体障害者手帳の法的な位置づけ

- 身体障害者手帳の交付が障害者自立支援法に基づく自立支援給付を受けるための要件
- 身体障害者福祉法第4条の身体障害者の定義を引用し、身体障害者手帳の交付を受けた者であることを当該法律における支援や優遇措置の対象者の要件として位置づけている例(所得税法第2条第28号、所得税法第79条、所得税法施行令第10条第1項第3号)
- 地方公共団体の各種事業やサービス、公共交通機関の運賃の割引、NHK受信料の減免、施設利用料の減免など、官民を含め広く各種支援・優遇措置の利用資格として活用

24

障害等級認定の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 京極高宜作成

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2009

25

障害者自立支援法の目的 (障害者総合支援法)

- 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百二十三号)、児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)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

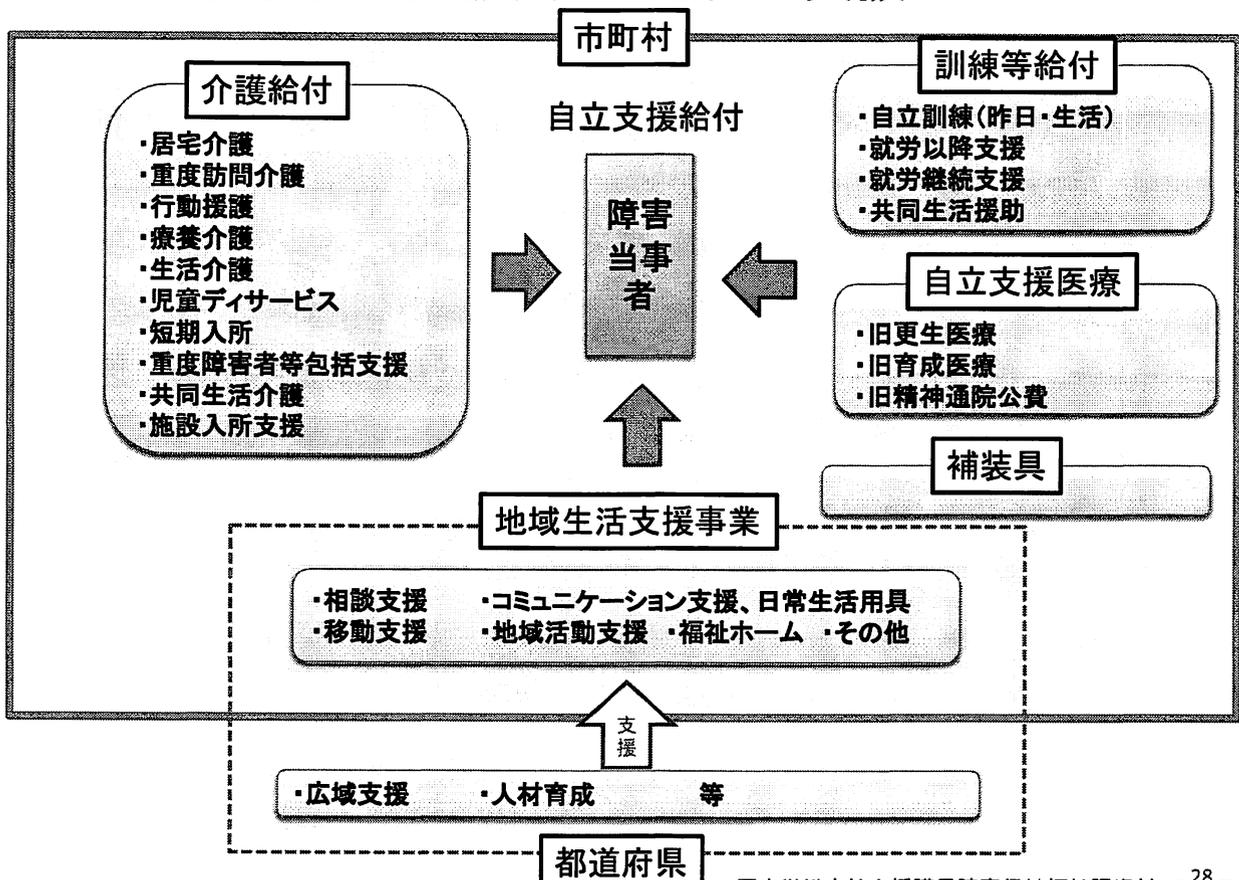
26

福祉サービス

自立支援法サービス	その他の福祉サービス
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護給付 ・ 訓練等給付 ・ 自立支援医療 ・ 補装具 ・ 地域生活支援事業 相談支援、コミュニケーション支援、移動支援、日常生活用具貸与、福祉ホーム、地域活動支援センター 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所得:年金、手当 ・ 生活資金:貸付 ・ 医療費補助 ・ 住宅:公営住宅優先入居 ・ 税の優遇:所得税、住民税、相続税、自動車税、自動車取得税 ・ 交通:運賃割引、有料道路割引 ・ その他

27

障害者自立支援法による自立支援システム



障害者手帳の利用状況等に関する調査 (平成23年度)の結果の概要

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
障害認定の在り方に関する研究
平成23年度 総括・分担研究報告書
研究代表者 江藤文夫

29

参加者属性

性別	
男性	284
女性	109
欠損	2
合計	395

年齢階級	
～20歳	40
～30歳	53
～40歳	72
～50歳	72
～60歳	51
～70歳	50
71歳～	55

所持している手帳の種類	身体障害者手帳	389
	療育手帳	26
	精神障害者保健福祉手帳	10
	手帳はもっていない	1

手帳の障害の種類	視覚障害	42
	聴覚・平衡機能障害	19
	音声・言語・そしゃく機能障害	13
	肢体不自由	224
	心臓機能障害	103
	呼吸器機能障害	3
	じん臓機能障害	3
その他の内部障害	7	

障害の原因	病気	209
	事故・けが	86
	先天性	63
	その他	6
	わからない	32

30

福祉サービス利用

最近6ヶ月の福祉サービス利用	
利用した	221
利用したいが、利用していない	4
利用していない	165
合計	390

利用した福祉サービス	
自立訓練	78
施設入所	70
ホームヘルプサービス	50
通所サービス	45
就労支援	43
移動支援	29
短期入所	17
相談支援	9
コミュニケーション支援	4
グループホーム、ケアホーム	1
その他	19

今後新たに利用したい福祉サービス	
日常生活用具の支給	58
移動支援	53
補装具の支給	51
ホームヘルプサービス	47
就労支援	45
公費負担医療制度	45
相談支援	35
自立訓練	29
通所サービス	22
短期入所	22
グループホーム、ケアホーム	15
施設入所	7
コミュニケーション支援	4

31

医療サービス利用状況

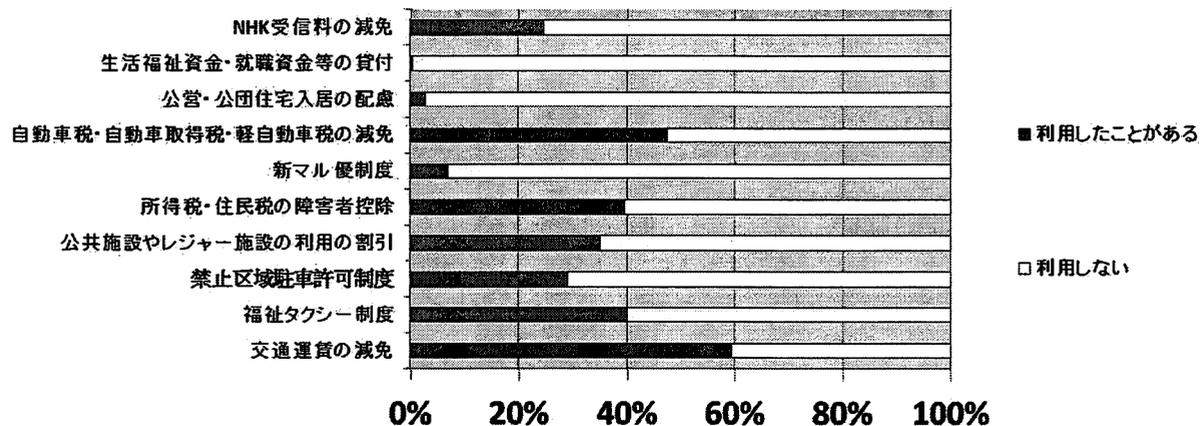
最近6ヶ月の医療機関受診頻度	
1週間に4回以上	5
1週間に2,3回程度	13
1週間に1回程度	16
2週間に1回程度	70
1ヶ月に1回程度	185
3ヶ月に1回程度	71
6ヶ月に1回程度	12
医療機関にかかっていない	15
入院中	2
合計	389

公費負担医療制度の利用	
利用している	272
利用していない	110
合計	382

利用している 公費負担医療制度	自立支援医療	20
	市区町村の障害者医療費助成制度	222
	生活保護	26
	その他	13

32

利用したことのあるサービスや制度



交通運賃の減免	235
自動車税・自動車取得税・軽自動車税の減免	188
福祉タクシー制度	158
所得税・住民税の障害者控除	156
公共施設やレジャー施設の利用の割引	139
携帯電話料金の割引	132
禁止区域駐車許可制度	115
NHK受信料の減免	98
官製はがき無料配布	47
新マル優制度	28
公営・公団住宅入居の配慮	12
生活福祉資金・就職資金等の貸付	2
その他	18

33

支援サービス利用・仕事

福祉サービスを利用している	
いいえ	229
はい	166
合計	395

現在、収入のある仕事を	
している	109
していない	283
合計	392

仕事をしていない最も大きな理由	
障害が重いため	45
病気のため	28
高齢のため	43
働ける職場がないため	25
通勤が難しいため	3
仕事を探している(職業訓練中)	55
家事、就学のため	16
他に収入があるため	4
その他	45
わからない	3
合計	267

34

英国における 障害者統計調査

The Life Opportunities Survey (LOS) is a new large-scale survey of disability¹ in Great Britain. It is the first major social survey in Great Britain to explore disability in terms of social barriers to participation, rather than only measuring disability in terms of impairments or health conditions. In addition, an estimate of people with rights according to the Disability Discrimination Act 1995 (DDA) is provided. Further guidance on defining disability can be found at the end of this Bulletin.

LOS is run by ONS on behalf of the Office for Disability Issues (ODI).

Key findings

The key findings of LOS between June 2009 and March 2010 are presented below.

Disabled people

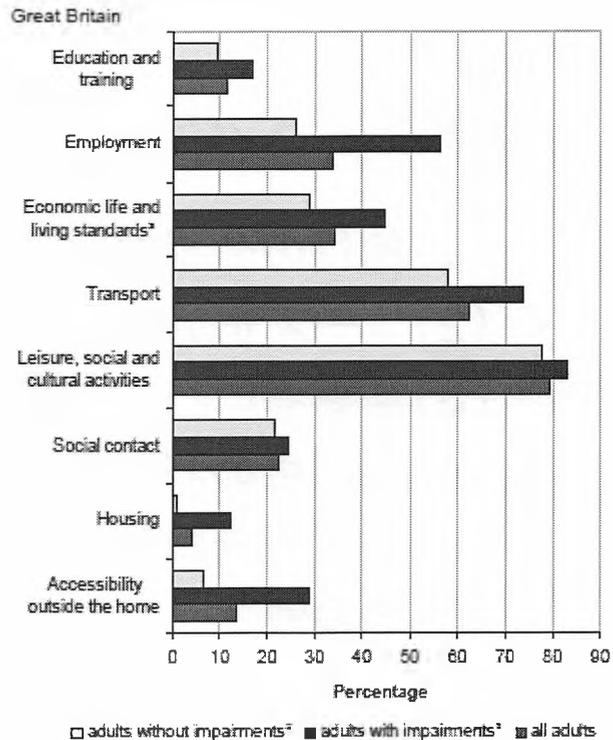
29 per cent of adults had an impairment.

26 per cent of adults were disabled, as defined by the Disability Discrimination Act (DDA).

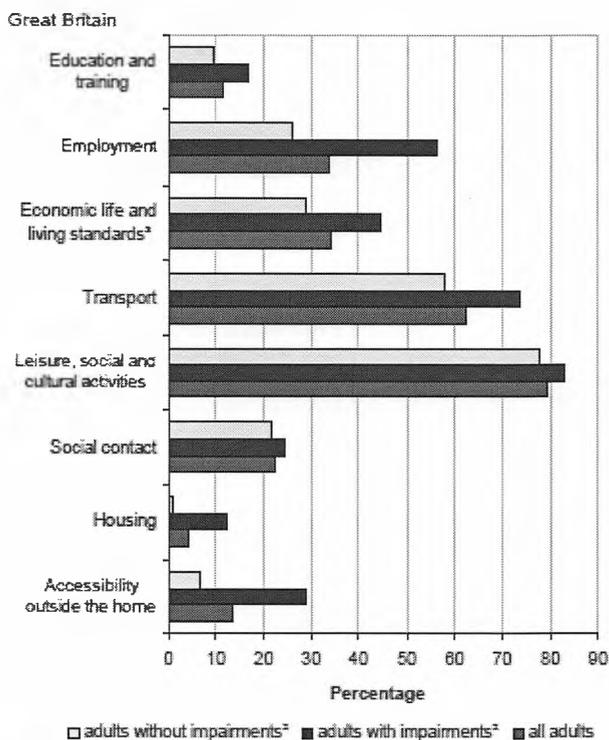
1

<http://www.ons.gov.uk/ons/publications/index.html?pageSize=50&sortBy=none&sortDirection=none&newquery=Life+Opportunities+Survey%3A+Interim+Results%2C+2009%2F10&content-type=publicationContentTypes>

Participation restriction prevalence of adults¹ by life area and impairment status², 2009/10



Participation restriction prevalence of adults¹ by life area and impairment status², 2009/10



¹ Persons aged 16 and over.

² Please refer to definition of adults with impairments included in the Introduction of the LOS Interim Report, 2009/10.

2009年6月から2010年3月の間の障害者数
グレートブリテンの成人
(16歳以上)の26パー
セントがDDAの定義に
よる障害者であった。
また、グレートブリテン
の成人の29パーセント
は、機能障害をもって
いた。

'he or she has a physical or mental impairment which has a substantial and long-term adverse effect on her or his ability to carry out normal day-to-day activities'.

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續簡素化
- (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

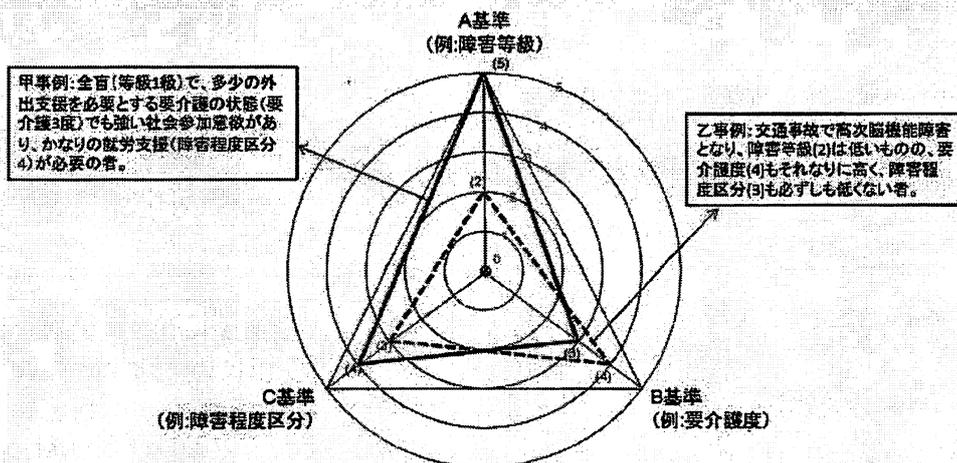
Copy-right T.Kyogoku IPSS 2009

6

37

障害等級、要支援度、要介護度

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基準はそれぞれ各々、重症(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基準の相違を厚かび上げらせるために筆者が仮設上おいたもの。

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2009

13

38

障害等級認定と福祉サービスの 利用資格

- 多くの制度で障害者支援の利用資格の認定に身体障害者手帳所持が条件とされ、認定障害等級により支援内容が決定されるものもある。
- 障害者とは「機能障害を持ち、日常生活上の不自由、社会活動での制約を経験している人々」
- 障害者手帳を所持できない人々のなかには、福祉サービスに対するニーズを有する者もいることから障害の定義と範囲の見直しが求められている。
- 社会モデルにより障害の定義が見直され、障害者として認定される人が増えるであろうが、福祉サービスの資源量は社会的条件ことに財政的条件による制約もある。

39

障害等級認定目的と 福祉サービス利用資格認定

- 障害者自立支援法による福祉サービスは、インペアメントとの関連性が認められるものが多いが、自立支援法以外の法・制度に依拠する福祉サービスの種類によっては、インペアメントとの関連づけが難しいものがある。
- 障害の定義と範囲、福祉サービスの対象範囲の決定には、インペアメントと日常生活活動制限や社会的参加制約、それぞれの福祉サービスに係わるニーズとの関係性、インペアメントの重症度、日常生活活動制限の程度、参加制約の程度、ニーズの必要度を測定・評価する方法ならびにニーズに対する福祉サービスの有効性を明確にすることが必要である。
- インペアメントの診断は支援サービスの内容を規定するものではないが、個人が持つインペアメントと支援を必要とする日常生活活動制限、社会参加制約との関係性の論理的説明ならびにニーズに対する福祉サービスの利用効果の検証が「必要である」。
- 支援の公平性を担保するため、社会的障壁と社会参加制約の種類を定義し、障害種別ごとに障害重症度、社会参加制約の重み付けを行うことが必要である。

40

これから行う必要のある研究

- (1) 障害の定義と範囲
- (2) インペアメントの定義と範囲
- (3) 社会的障壁の定義と範囲
- (4) 社会参加制約の定義と範囲
- (5) インペアメントと社会参加制約との関連性
- (6) 社会参加制約軽減手法と効果の検証
- (7) 社会参加のためのニーズと支援手法の有効性の検証
- (8) 支援サービスの対象範囲の妥当性の検証
- (9) 支援サービス提供体制の整備
- (10) 支援サービス提供成果の検証

2. 障害者自立支援法（総合支援法）の給付と手帳等級 — 肢体系障害を中心に —（伊藤利之）

こんにちは！

「障害者自立支援法（障害者総合支援法）の給付と手帳等級」について、私は肢体不自由を中心にお話します。

身体障害者福祉法が自立支援法の元の法律です。江藤先生からも話があったように、この法律は昭和 25 年の施行ですが、その目的は、賠償的、恩恵的、保護的なものではなく、自立更生を図るというものでした。

これはアメリカと同様に、職業リハビリテーションというか、障害のある人に再びタックスペイヤーになってもらうという考えから出発しています。そのため、この法律はいわばリハビリテーション法だと言われています。感覚機能障害や肢体機能障害に限定して、要するに働けそうな人を支援し、再び働いて税金を納めてもらおうというものでした。

しかしその後、社会が成熟し、経済的にも成長する中で、その他の障害に対しても、それなりの対応ができるようになってきました。そして、最近の傾向として、明らかに高齢者が増加したこと、重度重複障害児者が増加したこと、高次脳機能障害など目に見えない障害が増加したことがあります。

特にこれらのことを見ますと、治療やリハビリテーション技術が現状では乏しいという対象が増えてきていることが明らかです。そのため、医学モデルから社会モデルへとシフトせざるを得ないという実情もあろうかと推測できます。一方で、経済発展があり国民の生活水準が向上しましたし、様々な技術革新、および環境整備が進み、インペアメントの問題が必ずしもイコール生活障害、職業生活障害ではなくなっていることも事実です。

もちろん、インペアメントは職業的な意味でも制約を受ける原因となりますが、制約は受けても、その程度が変わってきている。その間に、様々な補装具、福祉用具、環境整備といった社会モデル的な技術が入ってきています。

そこら辺をどのように評価するのか。

私たちが見なければならぬのは、インペアメントそのものではなく、日常生活及び社会生活力がどのくらいあるかということです。自立支援法の目的も、「日常生活または社会生活を営む」ことを支援するという点まで広がってきています。つまり職業に復帰する、職業につける力をつけるそのために支援し、働いてもらって税金を納める。こういった狭い範囲ではなく、より重度の方を対象とすることから、「日常・社会生活を支援する」と幅が広がってきています。

一般的な保護的・恩恵的なサービスであれば、国民が共通して得られる、そ

ういうサービスを受ける状況をつくらなければなりません。

その意味で今の医療保険も介護保険も、基本的には、標準的 ADL、いわゆるセルフケアで、万民が共通して毎日を送れる活動を、どう保障するかに焦点が絞られます。国民皆保険制度は、共通保障だというのが基本です。

それに対して、自立支援法、元は身体障害者福祉法、今後は総合支援法になりますが、就労支援や一般社会参加支援に主たる目的があります。共通のサービスに関しては、障害のある方々にも関わるので、特に障害があるがゆえに、その特性に対応して行うサービスとして限定的な保障サービスを考えてきたのが自立支援法の狙いだということです。

具体的な等級判定の問題になりますと、そういった背景を受けて、どのような問題があるのか。今日は次の3点にしばってお話します。

第1に、判定基準が主に機能・形態障害であること。

第2に、介護保険が導入されまして、それを起点として障害者自立支援法も障害程度区分が設けられましたので、障害認定における手帳等級はどのような位置づけになるのか疑問が生じる結果となりました。

第3に、医療費の負担金の代替払いなど、他制度による手帳等級の利用が増加したことです。

これはメリットとして手続きの簡素化もありますが、一方ではこれが目的で障害者手帳を取る人たちが増えるので、自立支援という法の目的からすると問題であるといったことが起こっています。

この3つの問題を、少し詳しくお話します。

1点目の問題として、かつては、今もそうですが、手帳等級を決定する主な基準は機能・形態障害で、医学モデルに依拠しています。

手帳診断書に ADL の評価を参考資料として入れたのが昭和 50 年頃です。身体障害者手帳の1枚目は診断書で、2枚目に参考資料として ADL の表が入りました。今はこの機能・形態障害と ADL の評価表に矛盾があるかどうかを認定作業として見えています。ADL 評価表が入ったことでかなり「生活上の障害」を重視して見えています。インペアメントの部分が、ADL 評価の根拠としてきちんと対応しているかどうかを重視して見えているということです。

しかし、基本の基準はインペアメントにあります。歴史的な過程としては、こちらが重視されています。

身体障害者福祉法が施行された頃は、機能・形態障害が ADL の制限程度や労働困難程度をある程度は反映していたように思います。

その後、目に見えない障害の合併という問題も出てきました。補装具では、

人工関節やペースメーカーなど、いわゆる人工臓器が含まれるようになってきました。そうしますと、機能・形態障害がADLの制限程度とは一致しなくなってきて乖離が激しくなってきます。

本来なら、機能・形態障害に補装具、福祉用具（高齢者などに提供されているもの）、それに環境整備が全部加わって、その人の日常生活や社会生活の制限程度が表されるのだと思います。今の手帳診断では、補装具や福祉用具が入っていません。これなしの状態、その人を裸にして評価して、等級を決めています。

2点目の問題として、障害程度区分が設けられたことによって何が起こったか。先ほど、他制度のための認定にシフトしたと述べました。

支援区分は介護の必要度を中心に生活状況を評価しています。

介護保険が導入されて、それを1つのモデルにして、自立支援法の程度区分もつくられています。介護は自立と裏腹だというのが基本になっています。

しかし、そこに補装具や福祉用具、環境整備が入ってきたら、裏腹にはならないのです。自立の程度は、逆に介護の等級を表すことになるかということ、それはイコールではなくなります。自立の程度プラス介護の程度は100%ではなくなってきました。今の自立支援法の1級というような重度な障害等級がある方でも、補装具、環境整備によっては働ける状況があります。働けるかどうか、社会生活を営めるかどうか、その障害程度がどの程度かを見るのだとすれば、いまやインペアメントの評価ではだめであることは明らかです。

同時に、障害者の支援区分、今の程度区分も、介護を基準とした区分では成り立たないのではないかと思います。

それによって等級は全く関係ないものになってしまいました。

今や手帳の認定は、障害者であるかどうかを決めるゲート・キーパーでしかない。少なくとも障害者自立支援法によるサービスは、障害者の障害程度区分によって決められます。自立支援法によるサービスは等級には全く関係ない。他の制度が手帳等級を利用している。すなわち私たちが一生懸命、自立支援法のためだと思ってやっている等級認定が、他制度にのみ利用されていることとなります。

一方、国連の障害者権利条約が2006年に採択されました。そこでは社会への再統合を促進するとか、到達可能な最高水準の健康を享受するとか、包括的なサービスとプログラムを企画し強化するとか、平等な労働の権利を認めるといった形で、リハビリテーションに関係するところだけ見ると、このようになります。

これを反映して障害者基本法が改正されました。そこでは、社会モデルの考

えを踏襲して、社会生活における制限の原因となる社会的な障壁について規定されました。そして、社会的障壁は負担が加重でない場合は、これを除去するための措置が実施されなければならないとされており、いわゆる「合理的配慮」の範囲においては障壁を除去する措置が必要だと規定しています。

これらを背景に、今や医学モデルから社会モデルへとシフトする流れが生まれています。高齢化社会、成熟した社会の中で経済的にも発展したわが国が、重度重複障害や精神・知的障害に対する対応へと重点をシフトしています。これらの分野は、医学・医療技術が乏しいだけに、余計に福祉用具やロボットの開発、社会環境の整備こそが現実的な社会生活の制限を除去する有効な方法だということは明らかだと思います。

その意味でも、社会モデルに着目し、そこに重点が置かれているのはご承知のとおりです。しかし、iPS細胞のことも含めて、本来的には統合モデルが我々の目指すべきところですが。医学モデルと社会モデルを統合して、総合的に対応していくのが我々の求める基本的姿勢だと考えます。

障害とは、個人と所属する社会との間にある壁であって、それが障壁、障害だと思います。そのところをきちんと支援して所属する社会に個人が融和するというか、参加することを支援するのがリハビリテーションです。

過去においては、個人に帰属する率が高いインペアメントの部分で障害と認識してきました。しかし現在では、この黄色い部分（注：本稿末尾資料のスライド番号12（「障害とリハビリテーション」）で、図に描かれた所属社会と個人間の障壁のうち、所属社会に接する部分）、所属する社会の側が対応しなければならない部分に、少し光があてられて、この部分を除去していこうと。これは政治・行政の力がかなり大きい。加えて、私たち一般国民がそれについて基本的な理解をする必要がありますし、技術的・経済的にも成長していかなければ話ではありません。

この両者、すべての壁を取り除いていく必要があるわけで、赤い部分（注：前段落注と同じ図に描かれた障壁のうち個人に接する部分）だけではなく、黄色い部分にも着目することは必要ですが、両方必要だという統合的な理解が基本です。

以上述べましたことをベースに、今後の方向性について私の意見を述べます。

機能・形態障害は、これがないと一般の国民は何をもって客観的な根拠とするのかわかりません。したがって、機能・形態障害そのもので評価するのではないのですが、この障害をベースに日常・社会生活力の評価に基づく認定が必要だと思います。今でもかなりそうした目で見っていますが、基本的ADLだけではなく、もう少し職業、社会参加といった社会生活力まで視野に入れた評価が

必要です。機能・形態障害これを根拠に日常生活や社会生活上の障害を評価する必要があると考えます。

そこでは、補装具の装着・装用を前提としていく。そのためには技術開発・普及・安全が条件となります。どこでも得られる必要があるし、安全性が確保される必要があります。補装具は、今は装着しない状態で評価していますが、それを装着した状態で評価し、認定する。

さらに、これらの用具は日進月歩していますので、有期認定にすべきではないか。今は障害が固定すること、永続することが前提で、障害認定を行っています。

実態は、お子さんなどを見ると1歳でも認定しています。私が経験した中では、8カ月の時点でも認定しています。重症心身のお子さんならその時点で分かりますし、これ以上の改善は認められないだろうと想像はつくようになりました。成長期のお子さんは、早くに認定し、様々なサービスを受けられるようにしてあげたい。

しかし、成長があるので、それを期待して有期認定をしています。障害が寛解したり増悪したりといった難病のような方にも、ある程度、有期認定をするなど、実際には行っています。

すべてにというのは大変な事務量ですが、そういうことをきちんと前提にすれば、かなりの矛盾が解決できるのではないかと思います。

もう1つは、障害支援区分。これは、障害の多様な特性その他を心身の状態において必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す指標だとされています。

子どもから見ると、これは介護の視点が強すぎるのではないか。もっと日常生活、社会生活、就労生活を含めた自立、何ができるか。どういう支援をすれば自立し得るのか、そうした視点からの評価の手法を開発して普及する。それをベースに、サービス種別に合わせた評価法が上乘せされるべきではないか。

これがないと、実際のサービスとの関係では、1本で済ます評価方法はなかなか難しい。それぞれのサービスの目的に合わせた評価法が煩雑でも必要ではないかと思っています。

以上です。ありがとうございました。

障害者自立支援法(総合支援法)の 給付と手帳等級 —肢体系障害を中心に—

横浜市リハビリテーション事業団 顧問
伊藤 利之

身体障害者福祉法別表の解説 —1950年:身体障害の範囲—

本法は、厚生年金法、労災保険法、生活保護法など、障害の程度に応じた給付をする賠償的、恩惠的、保護的なものではなく自立更生を図るもの→機能障害の範囲は、あくまで職業能力の基準によって定めるべきもので、原因の如何を問わない。

<対象範囲>

- * 自立更生の支援が行いやすい感覚機能障害&肢体運動機能障害に限定、知的障害・精神障害・内部障害・重度障害・高齢者の障害などは事実上除外する。₂

その後の歴史的経過

1. 高齢者が増加したこと(手帳認定の60%以上)
 2. 重度・重複障害児者が増加したこと
 3. 高次脳機能障害や発達障害など、目に見えない障害が増加したこと
- * 現状では、治療・リハビリテーション技術が乏しい対象である
4. 経済発展により国民の生活水準が向上したこと
 5. 技術革新および環境整備が進んだこと

3

障害者自立支援法の目的

この法律は、障害者基本法の基本的理念にのっとり、他の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こと。

4

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(障害者総合支援法)
→ 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

5

等級判定の問題点(肢体系)

1. 判定基準が主に機能・形態障害であること
2. 介護保険制度 → 障害程度(支援)区分が設けられたこと
3. 1~2級者の医療費負担金の代替払いなど、他制度による手帳等級の利用が増加したこと

6

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(医学モデル)、ADLは参考資料

機能・形態障害 \equiv ADLの制限程度 \equiv 労働困難程度



* 機能・形態障害 = 精神・心理的障害が含まれる

* 補装具 = 人工臓器が含まれる

機能・形態障害 \neq ADLの制限程度

* 機能・形態障害 + 補装具 + 福祉用具 + 環境整備
= 日常・社会生活の制限程度

7

障害程度(支援)区分が設けられたこと
→ 他制度利用のための認定へシフト

支援区分は介護の必要度を中心に、
生活状況を評価



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こと

* 手帳認定は障害者の門番 (Gate Keeper)

2. 残された役割: 他制度によるサービス利用を認定すること etc.

8

国連の障害者権利条約(2006.12.13採択)

—2008年5月3日発効—

目的:すべての障害者によるすべての人権と基本的自由の完全で平等な享受を促進・保護・確保すること、又障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること

【リハビリテーション関連の条文】

1. 16条:虐待の対象となった障害者の、身体的・認知的・心理的な回復とリハビリテーション、そして社会への再統合を促進すること
2. 25条:障害に基づく差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利を認める。
3. 26条:特に保健、雇用、教育、社会サービスの分野において、ハビリテーションとリハビリテーションの、包括的なサービスとプログラムを企画し、強化し、拡張する。
4. 27条:障害者の、他の者と平等な労働の権利を認める。 9

障害者基本法の改正(2011年8月)

1. 法の目的

障害者があらゆる分野において分け隔てられることなく、他者と共生することができる社会の実現を新たに規定した。

2. 障害者の定義

身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む)、その他の心身機能の障害と明記した。また、「社会モデル」の考え方を踏まえ、障害者が日常生活または社会生活において受ける制限の原因となる「社会的な障壁」について規定した。

3. 差別禁止

「権利条約」の趣旨を踏まえ、障害者が社会的障壁の除去を必要とし、かつ、そのための負担が過重でない場合には、これを除去するための措置が実施されなければならない旨を規定した¹⁰

医学モデルから社会モデルへのシフト

成熟社会(高齢化社会)



重度・重複障害 & 精神・心理的障害への重点シフト



現状では、治療・医学的リハの技術が乏しい分野

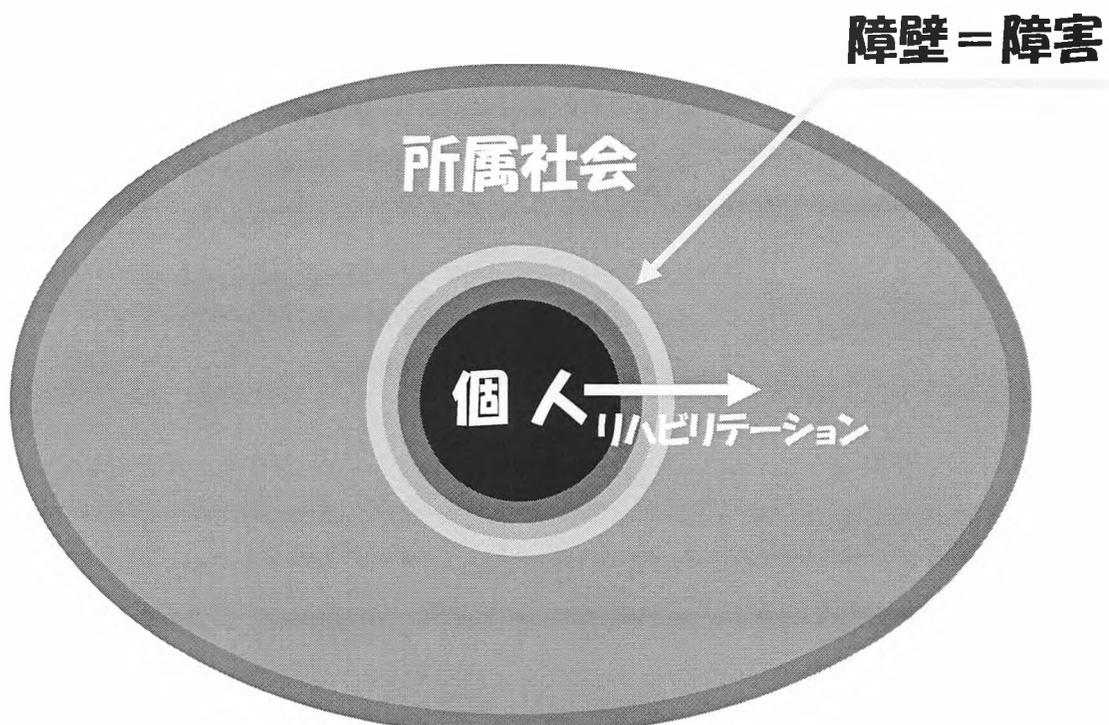


福祉用具・ロボットの開発 & 社会環境整備による改善
医学モデル → 社会モデルへ

* 今後: 医学・医療技術の進歩 → 統合モデルへ

11

障害とリハビリテーション



12

障害認定の方向性(私的意見)

機能・形態障害を根拠とした日常・社会生活力の評価
に基づく認定



1. 技術開発・普及・安全を条件として
補装具(人工臓器を含む)の装着・装用を前提とした
認定 → 有期認定(小児5年／成人10年程度)
2. 障害支援区分＝障害の多様な特性その他の心身の状態に
応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す指標
日常・社会生活力(就労を含む)の程度を評価する新たな手法
の開発 → サービス種別に合わせた評価法？

3. 認定基準の課題 — 人工関節をめぐって — (吉永勝則)

こんにちは。千葉リハビリテーションセンターの吉永です。

今まで岩谷先生、伊藤先生から広範囲にわたる、今までの障害認定や今後のことなど、考え方が示されました。

私に与えられた課題は、非常に現実的な、人工関節をめぐり認定基準についての現時点での課題についてです。具体的なピンポイントの話をしします。

話のポイントです。今日は、いろいろな方がお集まりですので、基本的な話からいたします。現在、関節に人工骨頭、人工関節を用いている場合、障害者認定基準によると、その関節を全廃として扱うことになっています。具体的には、股関節、あるいは膝関節は4級、足関節は5級が該当します。

ただ実際には、こういう患者さん、病名で言うと、変形性の関節症、あるいは関節リウマチといった病気が多いのですが、人工骨頭については大腿骨の頸部骨折に人工関節を入れることが多いわけです。例えば変形性の膝関節症で、手術前に症状が重くて手帳をとられる方もいらっしゃいます。

その方が人工関節を入れることによって、手術前に比べると下肢の運動機能が改善し、患者さんにとってつらい疼痛も軽減している場合も多いです。それが関節の全廃として一律に扱われていることは妥当かどうかの議論が進められています。

現行の規定で、股関節には4、5、7級の3つの等級があります。

4級が全廃です。1つは関節の動きが非常に制限されている。伸展、屈曲などいろいろな方向の動きが表されます。10度以下、非常に制限された方はそれだけで全廃にあたります。それから股関節の周りの筋力が徒手筋力検査法、すなわちリハビリテーションの世界で毎日のように使われる指標で、2以下の場合です。2というのは、重力方向には動かないのですが、重力を除いた方向には、可動域いっぱい動かせるということです。例えば、股関節の外転というのは、足を横に広げるような動きです。横を向いて広げると重力に抗した方向です。上を向いた状態ですと重力がかからない方向の運動になります。横を向いては上にあげられないけれども、あおむけになったときには横に広げられる状態が、徒手筋力テストの2にあたります。3番目に、股関節に人工骨頭や人工関節を用いれば、ほかの条件に関わらず全廃となります。

5級に関しては、著しい障害ですが、全廃よりは軽度で、可動域30度以下、これでも患者さんにとっては、おつらいものです。徒手筋力テストで3にあたるもの。重力に抗して可動域いっぱい関節を動かせる。股関節を横に向いて広げることができますが、ちょっと抵抗を加えると動かない。

次に軽度の障害としては、スライドのような定義がされています。

次に膝関節です。股関節に準じています。

全廃に当たるのは、まず可動域が10度以下。ほとんど膝の動きは、曲げ伸ばしの一方方向のイメージでされています。10度しか動かないのは、ほとんど動かさず、棒足に近い、膝の曲がった状態のままに近い状態です。それから、徒手筋力テストで2に当たるもの。3番目に膝関節に人工骨頭または人工関節を用いたもの。人工骨頭は股関節に用いるのが一般的で、膝関節に用いることはない。股関節とは違い、4番目に高度の動揺関節の規定が入っています。

5級にあたる著しい障害の具体例としては関節可動域が30度以下、徒手筋力テストで3に相当、中等度の動揺関節。

膝に関しては4、5、7級。

7級は軽度の障害として、具体例が出ています。7級は、これ1つですと身体障害者手帳が発給されません。手帳は6级以上ですので7级以上が2つ以上ないと出ませんので、暫定的に7級という等級が設けられています。

足関節は、全廃でも足関節は5級です。著しい障害として6級が設けられています。足関節の場合も人工骨頭ではなく普通に使われるのは人工関節です。これを使っただけで全廃の形です。

基本的には人工関節や人工骨頭を入れると患者さんは手術前より楽になりますが、なぜ用いると全廃とされてきたのか。これらの人工関節は、私が医者になった頃には使われていました。40年くらい前に臨床的に使われ始めたと思います。

当初、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体外に装着する義肢や装具と同じ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のですが、現在では、装具などをのぞいた状態でADLを見る形が障害認定の基準になっています。人工関節、人工骨頭も装具としてみなした場合、股関節でも膝関節でもこれらを外した場合は関節はぐらぐらになるので、激しい動揺性もあるし、その関節は全廃に相当すると、想定されて現在に至っています。

仮想症例を提示します。

右の膝の内側で軟骨がつぶれてしまって、進行した変形性膝関節症の状態です。膝が40~70度、真っすぐ伸びた状態が0ですから、40度という少し曲がった状態から可動域30度しかないという表現をします。筋力も重力に抗してやっと膝が伸ばせるが、抵抗を加えると伸ばせない3の状態、この人は著しい障害で5級の手帳が出ます。この方がこの状態ですらという事で、人工関

節の手術を受けた場合、手術後には可動域が非常によくなり、普通の方と変わらないぐらい10～120度となった。動く範囲は30～110度に劇的に改善します。手術後トレーニングをするので、前よりも筋力も上がる。

この方は機能的には、よくはなっています。運動機能としては、人工関節を入れた状態ではよくはなっていますが、等級としては4級。すなわち手術前より高い等級の手帳が出ることになります。

6ヶ月と書きましたが、人工関節が入った状態で全廃の手帳が出るということでもかなり早い段階で4級を取れることもあります。ただし人工関節が入ってこれだけの機能があるとなると、機能的には7級、あるいは非該当になってしまうかもしれません。

結構、このような状況が起きています。似たような話で、お年寄りに多い股関節、股のつけ根が折れる骨折が、いろいろ起こります。それに対して、これが股関節ですが、股関節の頸部の辺りの骨折で、中枢に近いところで折れた場合は、普通、人工骨頭が入れられます。この場合、人工骨頭ですから股関節は全廃で4級が出ます。しかし同じような折れ方をしても、例えば、頸部に釘を入れてつないだ場合、これがうまくついた場合、術後の股関節機能に応じた等級が出されます。一般的に機能がよくなるので、全廃には至らないことが多いのです。

頸部よりもう少し外側で、昔、外側骨折と呼んでいたもので現在は転子部骨折と呼びますが、この場合は一般的に人工骨頭を入れないでプレートと釘の手術をします。

皆さん、術後は結構歩けるようになります。この場合も、術後の股関節機能に応じた等級の手帳が出される。場合によっては手帳の対象になりません。ちょっとした折れ方と、どういう手術を選択するかによって、左の方は4級になりますし、右2つの方はいきなり4級にはなりません。こういう問題もあるのです。

岩谷先生が平成19年度からの障害者認定に関する厚生労働省の案件について話されまして、これはその前だと思います。16～18年度、岩谷先生が主任研究者で、最適化に関する実証研究というもの。その中の身体障害者福祉法における障害認定の現状と検討課題を分担研究者の伊藤先生がされています。

この頃、実態についていろいろな意見調査が行われました。

1) 平成15年、全国都道府県の障害認定担当者の調査結果としておまとめになった文章そのままです。

人工骨頭あるいは人工関節などの技術進歩を勘案し、施術を受けたことにより

ADL が改善する場合は、その結果に基づいて障害を認定すべきであるという意見が多い。

2) 個別ヒアリング及び都道府県障害認定担当医師の調査結果（平成 16 年）
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。

3) 専門医からのヒアリング結果（平成 17 年）

眼内レンズと同じように、人工関節などの体内に内蔵したものについて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。

このような調査結果に基づき、分担研究の中の最終的な提言として、人工関節置換術により機能が回復したのに等級程度が実際より高くなるという課題に関しては人工関節など体内に埋め込む人工臓器は感染や拒絶反応など様々なトラブルが生じる可能性がありこれまでは体外に装着する義肢や装具と同様に、装着しない場合を想定して認定することを原則としてきた。

しかし、最近では人工関節置換術の技術的精度が高まり、術後長期にわたって安定して使用できるようになっており、体外に装着する装具に比べて有利な条件が整ってきた。そのため人工関節については外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害状況に応じて認定するように基準の変更を検討する必要がある。このような結論を書いてらっしゃいます。

しばらく時間があきまして、最近、厚労省のワーキンググループの中で検討されている改正案を示します。今までお話ししたな理由で、人工骨頭あるいは人工関節については手術が実施されただけで全廃とはせず、置換術後の経過が安定した時点の機能障害による等級を判定する。すなわち、先ほどお示した、膝関節、股関節など人工関節が入って全廃というのを規程から外すことが検討されています。

もう 1 つは今日の本題とは外れますが、このワーキングの中で、動揺関節が規定にありましたが、変形があつて同じような機能障害を持つ方がいらっしゃるので、「変形等」を加えたらどうかという意見もありました。

実際にこういう形になるかどうかはわかりませんが、改正された場合に幾つか考えなければならないことがあります。例えば置換術後の経過が安定した時点をどう定義して運用するか。特に手術前に手帳を持っている方で、術後に再認定を受けていただく仕組みをどう構築するか。すなわち手帳申請は現在、自主的に行われているのが中心になっていますので手術をした方が、自主的に申請してくれるか、という問題です。

人工関節は、平成 22 年だけでも、10 万人を超えるような方が受けていて、

累積すると相当数の方が人工関節を入れています。すでに手術を受けて全廃で手帳を受けている方が、新たに再認定をしっかりとくださるかという問題もあります。また、自立支援法を使用されている場合、都道府県や自治体で人工関節の手術がされたとわかりますが、そういうものを使わない方は、行政では手術したことを把握できないので、運用上の不公平感が生じないかという問題が危惧されるところです。

まとめです。現在検討中の改定案のポイントは先ほど申したとおりです。その後いろいろな問題が起こりうる可能性があるので、実務的な検討を行い、皆が納得し不公平感のない運用に向けた準備が必要だと考えます。以上です。

認定基準の課題

— 人工関節をめぐって —

千葉県千葉リハビリテーションセンター
吉永 勝訓

お話のポイント

- 現在、関節に人工骨頭・人工関節を用いている場合はその関節の「全廃」として扱い、
股関節・膝関節：4級 足関節：5級
として認定されている。
- しかし、これらの患者で、手術前に比べて手術後には、下肢の運動機能が改善し、疼痛も軽減している場合が多いのに、関節の「全廃」として扱うのは如何か？

現行の規定：股関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的例

- a. 各方向の可動域(伸展⇔屈曲、外転⇔内転等連続した可動域)が10度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで2*以下のもの
- c. 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的例

- a. 可動域30度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで3*に相当のもの

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的例

小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

* : 徒手筋力テスト 2: 重力を除けば可動域一杯に関節を動かせる
3: 抵抗を加えなければ重力に抗して可動域一杯に関節を動かせる

現行の規定：膝関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的例

- a. 関節可動域が10度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで2以下のもの
- c. 膝関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- d. 高度の動揺関節

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的例

- a. 関節可動域30度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで3に相当のもの
- c. 中等度の動揺関節

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的例

- a. 関節可動域90度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで4*に相当するもの
又は筋力低下で2km以上の歩行ができないもの

* : 徒手筋力テスト 4: かなりの抵抗を加えても重力にうちかって可動域一杯に関節を動かせる

現行の規定：足関節の機能障害

(ア)「全廃」(5級)の具体的例

- a. 関節可動域が5度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで2以下のもの
- c. 足関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- d. 高度の動揺関節

(イ)「著しい障害」(6級)の具体的例

- a. 関節可動域10度以下のもの
- b. 徒手筋力テストで3に相当のもの
- c. 中等度の動揺関節

なぜ、人工骨頭や人工関節を用いると「全廃」とされてきたのか？

当初「人工関節」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、体外に装着する義肢や装具と同様に、それを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。

→人工関節を外した状態では、その関節は「全廃」に該当すると想定

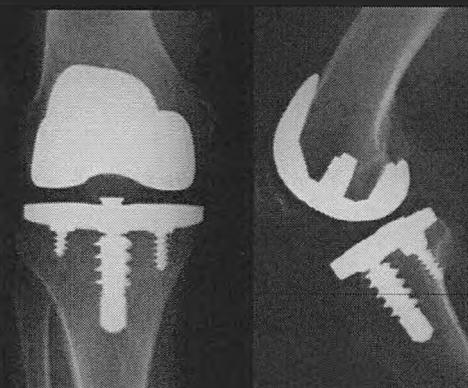
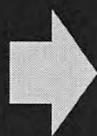
変形性膝関節症の例(仮想症例)



手術前

膝関節可動範囲 40° ~ 70°
(可動域 30°)
筋力 MMT 3

「著しい障害」 5級



手術後6ヶ月

膝関節可動範囲 10° ~ 120°
(可動域 110°)
筋力 MMT 4~5

「全廃」 4級

(人工関節でなければ
機能的には 7級又は非該当?)



大腿骨頭部骨折に対する手術

転子部骨折に対する手術



人工骨頭置換手術

骨接合術

骨接合術



股関節「全 廃」

術後の股関節機能に応じた等級

厚労科研

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〕
平成16年度～18年度 総合研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の現状と
検討課題(肢体不自由)〔分担研究者 伊藤利之〕

- 1) 全国都道府県の障害認定担当者の調査結果(平成15年)
人工骨頭・人工関節などの技術進歩を勘案し、施術を受けたことによりADLが改善する場合は、その結果に基づいて障害を認定すべきであるという意見が多い。
- 2) 個別ヒアリング及び都道府県障害認定担当医師の調査結果(平成16年)
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。
- 3) 専門医からのヒアリング結果(平成17年)
眼内レンズと同じように、人工関節などの体内に内蔵したものについて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。

- 検討すべき課題の整理

「人工関節置換術により機能が回復したのに
等級程度が術前より高くなる。」

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

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

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

検討されている改正案

- ①人工骨頭又は人工関節については、その手術が実施されただけで「全廃」とはせず（各関節の「全廃」規定から「人工骨頭又は人工関節を用いたもの」を削除）、置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により等級を判定する。
- ②膝関節全廃（4級）、足関節全廃（5級）の項目にある「高度の動揺関節」を「高度の動揺関節、変形等」と改変する。

改正された場合に懸念される問題点の例示

①について

- 「置換術後の経過が安定した時点」を、実際にはどのように運用するのか？
- 手術前に各関節の「著しい障害」、「全廃」での手帳を持っている方が多い中で、手術後に再認定を受けていただく仕組みをどう構築するか。
(手帳申請は自主的に行うのが原則)
- すでに人工骨頭又は人工関節手術を受けて、全廃に該当する手帳を取得している方も、現在の機能に基づいた再認定をするのか？

(")

参考：平成22年実施 人工関節手術 8.4万人、人工骨頭手術 3.5万人

- 例えば、自立支援医療を利用される方とされない方との間で不公平感が生じる、ということが起こらないか？

②について

- 「重度の変形」をどのように定義するか？ など

まとめ

- 身体障害認定基準に関して、人工関節をめぐる課題について解説した。
- 現在検討されている改定案のポイントは、人工骨頭又は人工関節術を受けた場合に、現行規定では当該関節の「全廃」と判定されるが、これを全廃とはせずに「手術後の機能障害の程度により判定」することに変更する、ことである。
- もし改正を実施する場合には、その後に起こりうる諸問題点について、事前に十分な検討を行い、皆が納得し不公平感がない規則の運用に向けた準備が必要と考える。

4. 等級認定についての問題点：心臓ペースメーカーをめぐって（牧田茂・和泉徹）

こんにちは。埼玉医大の牧田です。

吉永先生は人工関節でしたが、私は心臓ペースメーカー、心臓機能障害について具体的な臨床での問題点を発表します。

このシンポジウムは、江藤文夫先生を班長とする障害認定の在り方に関する研究の総まとめです。和泉先生がずっと班員として関わっておられましたので、和泉先生と共同の名前として出させていただきます。

心臓機能障害といっても、対象となる疾患はいろいろです。冠動脈疾患の中の狭心症、心不全、今回問題とするのはペースメーカー、あとは弁移植、弁置換です。心臓といってもいろいろあるということで、これを1つの意見書、診断書で判断し、等級まで考慮して申請している状況です。

今回の対象は心臓ペースメーカー。

問題点として、心臓ペースメーカーはガイドラインに示されているように、絶対的な適応と相対的な適応があります。絶対的な適応は、心臓の専門家、循環器の専門医誰が見ても、絶対入れなければいけないという病態。相対的な適応というのは、ペースメーカー植込みに対して意見が分かれる病態であるということです。

もう1つの問題点は、心臓ペースメーカーを入れた段階で1級認定になる。それが生涯、続くわけです。全く見直しのない状況です。

あとは等級を見直す場合の運用をどうすればいいかといったことが問題です。これをお話しします。

心臓ペースメーカーは1970年代に開発され、当初は徐脈性不整脈、脈が遅くなって失神したり、意識障害を起こすなどの治療のために用いられました。開発当時、これだけ大きなペースメーカーですが、今ではご覧のように小さいものでは20グラムです。電池の耐用年数が6～10年もつというような、いわゆる小型のコンピュータになっています。皮下に植え込みます。非常に性能が良くなっており、耐用年数も増えてきました。

近年では、CRT（心室再同期療法）、ICD（植込み型除細動器）など、ペースメーカーに似たものが出てきています。

ペースメーカー、性能はよくなっていますが、診断書の様式、判定方法は全く変わっていません。どういった患者さんにペースメーカーを入れたらいいかは決まっています。日本循環器学会学術集会が今週の金曜～日曜の3日間、横浜で行われており、私も今朝、横浜からこちらに来ました。循環器の専門医が一堂

に会する権威のある学会です。そこで心臓ペースメーカ適応のガイドラインがすでに出されています。それによると、適用の基準を分けています。

クラスⅠとクラスⅡ。

クラスⅠは、どの専門医が診ても、この方にペースメーカを入れることに異論がないということ。クラスⅡは、その意見の多寡によって変わりますが、専門家によって植え込みについていろいろ意見がある。

私たちの考えとしては、クラスⅠ、絶対になければその方の命も危ういということなら、1級障害相当で問題ないと思います。ただ、クラスⅡで、いろいろな意見があることに関して、1級申請は問題があるのではということです。

絶対適応はどういったものかということと徐脈、脈が遅くなることで症状が出る、脳血流が不足して、ふらついたり、意識障害、失神発作を起こしたりする場合があります。

等級わけについては、1つは症状があるかどうかということとあとは検査所見で判定します。また、症状にともなう日常活動制限がどの程度かによって等級が分かれています。心臓機能障害は1、3、4級の3つの級しかありません。2級や5級以下はありません。

1級は心不全、狭心症、不整脈。アダムスストークス発作、失神発作です。こういった症状があり、その程度により、どの程度、日常活動が制限されているか。それとともに、インペアメントを重視すると先ほど言われていましたが、胸部レントゲンや心電図の検査所見で異常が2つ以上あるかどうか。

このように、1、3、4級。4級になると日常活動の制限が社会生活レベルで制限される。3級は家庭内の活動レベルが制限される。こういうことで判定しますがペースメーカの場合、入れることが1級相当ということです。入れる時点では、患者さんの心不全の症状や、日常活動がかなり制限されるので、ペースメーカーを入れざるを得ない、そうしないと命も危ないということです。

ところが入れてしばらくすると、この患者さんは、通常は元気になられます。そうすると3級や2級のレベルになります。ペースメーカーを入れて、職場復帰ができます。しかも軽いスポーツもできる。等級と活動制限が乖離してきています。

なぜそうなったのかは、吉永先生も言われて、伊藤先生からも説明がありましたが、補装具の概念から言うと、等級の判定には補装具を外した状態で判定しなさいという大原則があったために、ペースメーカーを入れた人が外すと元に戻ってしまい、心不全や失神発作を起こします。当然、1級は当たり前で入れてしまえば1級ということでした。

現実的には、ペースメーカを外すことはまずあえません。昔は感染やトラブルが結構ありましたが今は性能がすごく良くなっているので、外すことはまれになりました。1級の方が普通の生活を送っている現状が実際に見られています。意見書に書いてあります。こういう活動制限の場合とはいうことで、イウエオとありますが、アは抜けています。日常生活と社会生活の活動の制限が全くないのがア。オが一番強くて、安静時、自己の身の日常活動が極度に制限されるもの。エは、家庭内の日常生活が制限される。ウは、温和な社会生活。イも同じです。こういった活動能力の程度と、レントゲンと心電図の所見が一致していないと、つじつまが合わなくなります。

これは心臓の患者さんを相手にするときに常に使うのですが、心不全の重症度分類です。臨床でよく使います。NYHA 分類。息切れや疲労など心不全の症状がいろいろな活動をする時にどのくらい起こるか。I～IV度まで。IV度が一番症状が強くて、安静時でも心不全の症状がある。III度は安静時には無症状だが通常以下身体活動ですぐ心臓の症状が出てくる。II度は、安静時にも症状がないけれども通常の身体活動で症状を生じる。日常の身体活動の程度において心不全の症状がどのくらい出るか。先ほどお示した活動能力の程度とよく似ています。

NYHA 分類と意見書に書いた活動能力の程度、これがよく一致しています。そういうふうにつくってあるのですが、IV度のオは1級です。IIIはエ、3級。II度はイ、ウに当たり4級です。

具体的な行動ですが、運動強度と具体的な活動を書きました。数字で2-4とか書いてあります。METs という概念で、安静時、皆様方のように静かにイスに座っている強さが1とした場合、いろんな活動をした場合、何倍の酸素を使って体を動かしているか。数字が多ければ多いほど多くの酸素を必要として動かなければならないということです。ですから1級相当になる2というのは、もうベッドから離れられない。ベッド周りの生活でやっとなんかというものです。

3級相当は、平均が3METs です。どのくらいかというと、入院して病棟内の生活が介護なしで送れるレベル。家庭の中できわめて穏和な生活を送れる。

4級は平均6METs。社会活動がある程度できます。外にも出て歩けるし早いテンポのダンスもできるといったように、活動能力の程度に応じて等級が決められています。

心臓のペースメーカを入れてお元気になられて、ダンスもできれば買い物にも行ける。けども1級だよと。それは我々が普段、臨床で患者さんを見ると乖離を感じて奇異な印象を持ちます。

心臓機能障害の患者さんは状態が固定しているわけではありません。ペースメーカの治療がうまくいき日常生活が著しく改善し、QOLが高い生活をする患

者さんもいっぱいおられます。

それは患者さんにとって非常に喜ばしいことです。ただ、1級でそのままでもいいのか。それは多くの循環器の医師が感じています。だから臨床現場での乖離と肢体不自由の等級とのアンバランス。肢体不自由では1級であれば、すべて介護が必要という状態ですが、心臓障害の方はペースメーカで元気で歩き、仕事も元気いっぱいやっているのに1級だというアンバランス。

そしてもう一つ、ある一定の観察期間を置いて等級の再認定をしたらどうか。

意見書の欄には、「将来再認定」という欄が設けてあります。ただしペースメーカの場合は再認定の不要がありません。ここに○をつける必要はない。

ペースメーカ入れるだけで1級、再認定は不必要です。○をつけるのは医者ですから例えば、半年から1年で再認定し、等級を見直したらどうか。その後も、ある一定期間で見直すと。もちろん等級が変わらなければそのまま。入れたときは1級ですが、ある一定の期間で、お元気になって社会生活も送られている方は見直して等級を下げさせていただくのはどうかというものです。

心臓の機能は悪くても元気な方はいっぱいいます。

心不全の患者さんで心臓のポンプ機能が半分以下に落ちた方でも仕事している方は多いです。心臓のポンプ機能と持続的な体力は相関しません。心臓ポンプの力が落ちて、歩く力は十分ある心不全の患者さんがいっぱいおられます。既に論文が出ています。安静時の心機能と運動、要するに体力は相関しない。心機能が落ちているから強心剤を打って心機能を上げてみても体力は全然上がらないのです。

そしてもう一つ、意見書の中では安静時の検査所見しか書くところがありません。胸部レントゲンと心電図は全部安静時の評価です。運動したり日常の身体活動をしたときの客観的な評価も加える必要があるのではないかとことです。

最後です。提案です。

- 1) 心臓ペースメーカの絶対適応患者（ガイドラインにおけるクラス I に相当）のみが 1 級申請可
- 2) ある一定の期間を設けて見直し（軽症化による再認定）をはかっていく
- 3) 認定に関する心機能障害の状況および所見の項目の見直し

3) は安静時のレントゲンの検査と心電図のみではなく、多くの有用な検査、例えば心臓のエコー検査、血液検査でも BNP という非常に鋭敏なマーカーがあります。それとか運動負荷試験とか、ADL、社会生活の評価を用いて、日常生活活動の障害程度に着目して判定していく必要があるのではないかと感じている

等級認定についての問題点： 心臓ペースメーカーをめぐって

埼玉医科大学国際医療センター
心臓リハビリテーション科
牧田 茂
北里大学 名誉教授
和泉徹

心臓機能障害といってもいろいろある

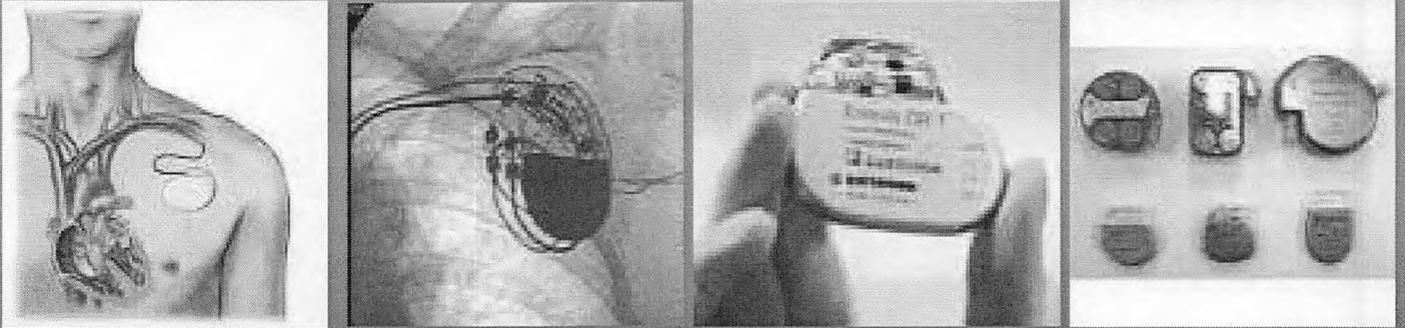
- 1) 冠動脈疾患（狭心症）
- 2) 心不全
- 3) 心臓ペースメーカー・・・今回の検討対象
- 4) 弁移植、弁置換

問題点

- ・心臓ペースメーカー植込み基準には絶対適応と相対適応がある
- ・心臓ペースメーカー植込み患者は1級障害認定（見直しなし）
- ・等級再認定制度の運用は？

心臓ペースメーカー

1970年代： 徐脈性不整脈（アダムスストークス症候群等）の治療に用いられた当初は自己心拍と全く無関係に作動していた。



ペースメーカーの小型軽量化ならびに心拍応答機能のついたDDD方式も普及して性能が一段と向上した・・・小型コンピュータジェネレータ 20g 電池の耐用年数 6-10年

近年では、CRT（心室再同期療法）、ICD（植込み型除細動器）といった機能をもつデバイスも出てきている・・・これも今回の検討対象

→ 意見書の様式や判定方法は全く変わっていない

心臓ペースメーカー適用基準について

日本循環器学会による心臓ペースメーカー適用のガイドライン：不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）を基にして判断すべきである。

クラスⅠ：有益であるという根拠があり、適応であることが一般に同意されている

クラスⅡa：有益であるという意見が多いもの

クラスⅡb：有益であるという意見が少ないもの

クラスⅠ（絶対適応）については、1級障害該当で問題ないと思われる。

例）・房室ブロックのうち、徐脈による明らかな症状を有する第2度、高度または第3度房室ブロック

・洞機能不全症候群のうち、明らかな症状あるいは心不全があり、洞結節機能低下によるものと確認された場合

クラスⅡ（相対適応）については専門家間でも意見が別れる・・・1級申請は問題あり

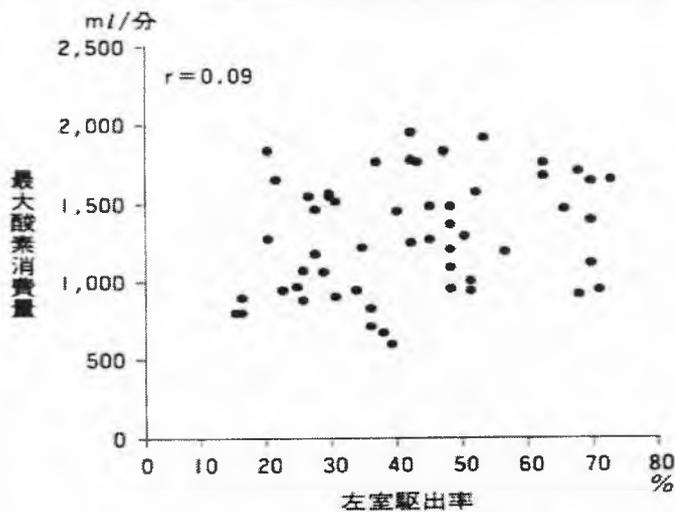
足は第2の心臓

安静時心機能と運動耐容能は関連しない

Am J Cardiol 1981;47:33-39

心機能をよくしても運動耐容能は改善しない

Am J Cardiol 1983;51:177-182



安静時の心機能評価のみでなく
運動時や身体活動時の客観的評価も重要

↓
運動負荷試験や
ADL評価等

心臓ペースメーカーに関する提案

- 1) 心臓ペースメーカーの絶対適応患者（ガイドラインにおけるクラス I に相当）のみが1級申請可
- 2) ある一定の期間を設けて見直し（軽症化による再認定）をはかっていく
- 3) 認定に関する心機能障害の状況および所見の項目の見直し

胸部レントゲン検査と心電図のみでなく、心エコー図、血液検査や運動負荷試験、ADL評価等を用いて日常生活活動の障害程度に着目して判定していく

身体障害者手帳（心機能障害）

	日常活動制限	症状	検査所見	その他
4級	社会活動レベル	心不全 狭心症		部分的心臓浮腫
3級	家庭内活動レベル	心不全 狭心症 不整脈 (頻回の頻脈発作)	胸部レントゲン 心電図 1つ以上	
臨床現場での乖離				
1級	安静・自己身边レベル	心不全 狭心症 不整脈 (アダムスストークス発作)	胸部レントゲン 心電図 2つ以上	ペースメーカー 弁置換

意見書：活動能力の程度

- イ. 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの
- ウ. 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症状が起こるもの
(温和な社会生活レベル：社会での日常生活活動が著しく制限されるもの)
- エ. 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返す必要としているもの
(温和な家庭生活レベル：家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの)
- オ. 安静時若しくは自己身边の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症状が起こるもの又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの
(安静・自己身边レベル：自己の身边の日常生活活動が極度に制限されるもの)

心不全の重症度分類 (NYHA分類)



身体活動と症状によって分類
(息切れ、疲労感、動悸)

NYHA分類
New York Heart Association



- II度: わずかな身体活動に制限がある。安静時には症状がないが、通常の身体活動で疲労、動悸、息切れ、狭心症を生じる。
- III度: 著しい身体活動の制限を示す。安静時には無症状であるが、通常の労作以下の身体活動で疲労、動悸、息切れ、狭心症を生じる。
- IV度: 無症状では身体活動が行えない。安静時にも心不全や狭心症の症状が起こる。また、どのような労作でも症状は増悪する。

意見書の基準 (等級) と身体活動レベル

NYHA分類	活動能力の程度	運動強度 (具体的活動)
II	イ、ウ (4級)	5-7 (平均6) METs (早歩き、坂道歩き、庭仕事、速いテンポのダンス)
III	エ (3級)	2-4 (平均3) METs (平地歩行、窓ふき、掃除機、調理、シャワー、着替え、ゴルフ、ボウリング)
IV	オ (1級)	2 METs未満 (ベッドから離れられない)

5. ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」分析

－これまでの調査結果との比較から－（寺島彰）

こんにちは。浦和大学の寺島です。

私が担当しているのは、海外の状況について調べることで、外国の障害認定の基準が変わったりしたときその内容を報告してきました。本日はアジアのことについて、報告させていただきます。

まず最初に、本研究における私の問題意識についてお話します。身体障害者福祉法ができてから63年たち、少子高齢化など社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法の制度、あるいは社会モデル、ICFの登場など、身体障害者福祉法における認定制度の今後のあり方についての方向付けが必要になってきたため、これまで、認定制度の活用状況、外国の状況などを調査してきました。

例えば、医療保険制度の充実について例を挙げます。透析療法は、現在、自立支援医療の更生医療の対象になっており、腎臓機能障害者の自己負担はほとんどないようになっています。しかし、更生医療の対象になった当時、国民健康保険の自己負担は5割でした。そのため、医療費に耐えられず自殺する人が相次ぎました。それを救うために、身体障害者福祉法の更生医療が腎臓機能障害を対象にし、自己負担分を補助しました。

現在は、医療保険制度に高額療養費制度ができていて、更生医療としての役割は健康保険の自己負担1万円あるいは2万円分を補助するだけになっています。

あるいは、高齢障害者に対するホームヘルパーの派遣は、以前は、身体障害者福祉法で実施していたのですが、現在は、介護保険制度の対象になっています。

身体障害者福祉法は、本来、リハビリテーションを目的にした法律ですが、いろいろな外的な要因により、本来の目的以上の役割を担ってきたところがあります。しかし、いろいろな制度が充実してきたことにより、今後、身体障害者福祉法の制度の趣旨を反映させて、どのように障害認定すれば良いかが、今、問われているのではないかと思います。

例えば、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に着目した障害認定にもどることも考えていく必要があるかと思います。

これまで西洋国家を中心に、アメリカやイギリス、ドイツ、フランスなどの障害認定基準を調べたり、あるいは障害認定の動向を報告してきましたが、今回、国連経済社会委員会（ESCAP）の依頼で、アジアの地域を調べる機会がありました。

私が調査を担当しましたので、本研究の意義である障害認定の意義、認定制度の活用の視点から紹介してみたいと思います。

調査の名称は、「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」です。

対象国は、フィジー、インド、日本、カザフスタン、韓国、パキスタン、フィリピン、タイの8カ国です。

調査内容は2つです。調査1は量的アンケートで、世界共通のアンケートです。調査2は質的調査で、各国で独自にライフストーリーを回答者に語っていただく調査です。

この調査結果は、昨年12月に ESCAP から世界の状況について報告書が出ていますが、日本での報告書は、この結果を含めて今年度末につくる予定になっています。日本では、4月15日～5月31日に日本の障害者団体が集っている団体である日本障害フォーラム (JDF) 加盟の11団体に調査書を eメールで送り、回答していただき、それを集計をしました。

各国の回答者数はこの表のとおりです。

次の表は各国の収入状況を示しています。調査項目はたくさんありましたが、その中で特徴的なものを取り上げています。

驚くことに日本が1番ではないんですね。「生活に必要な収入がある」と答えているのは、タイが一番多いです。「ぎりぎり生活に必要な収入がある」と答えているのはパキスタンです。両方あわせて1番はパキスタンで、日本は3番目です。

次の表は雇用形態についてです。日本は「被用者」の割合が突出しています。インドの「自営者」と同じぐらい突出しています。フィジーで一番多いのは、「働いていないし求職もしていない」で、分かる気がします。また、韓国も同様に多いです。日本は少ない。

アクセシビリティについては、日本が1番ではなく、韓国が1番です。しかし、日本も結構高い位置にいます。こういう調査で難しいのは、「介助があればアクセシブル」と答える方が多いことです。この辺が障害認定に関わっているとところなんですけど、まず、どういう人が対象者なのかという障害の定義が、この調査ではっきりしていません。自分が障害者だと言った人が対象になっています。それが影響していると思われます。

もう1つは、サービス内容がきちんと定義されていない点です。「アクセシブルですか」と聞いた場合はきちんと出るとは思いますが、「介助があればアクセシブル」だといろいろな考え方ができます。

日本人の場合、例えば、地下鉄に乗るときに駅員さんが板を持ってきてくれる、この介助があれば電車に乗れるというつもりで答えていると思います。しかし、ほかの国の方は車椅子を持ち上げてくれるなら電車に乗れますという意

味で、答えているかもしれない。このような、問題がありますそのためにこの数字からは、きちんと比較できていないと思います。

次は、「家計に対する行政の支援」についてです。1番「はい」の回答が多いのはタイです。とても実態を表しているとは思えないです。

次は、「医療機関に定期的に通院している」かどうかです。日本が一番多いのは理解できるのですが、インドやフィジーは分からない。インドと日本が医療機関を受診することを競り合うのは、よく分からないですね。

次は、行政から十分な情報を得ているかどうかです。日本よりもフィリピン、インドが上にあることになっています。

この調査でわかったことは、障害認定には、インペアメントの評価も重要であることです。そうでないと比較にならないというのが1つです。それからサービスを具体的に取扱わないと、制度の比較が困難だということ。

最後のスライドです。日本での調査結果を示しています。日本で調査をして、それを ESCAP に英訳して送りました。その比較可能なデータを ESCAP が、外国の国々との比較という形でまとめました。

しかし、調査は、実際にはもっと詳細なもので、その結果をまとめて記述しました。

まず障害年金の重要性です。8カ国の中で障害年金をきちんと持っているのは日本だけです。国民皆年金は、世界的にも珍しいですが、回答者の74%が年金、手当を受給しています。

また、家族の支援による介護依存度はそれほど高くないということがわかります。日本も家族による依存度が高くなっているのではないかとと言われることもあります。この調査によると、日常生活活動に介護を必要としている人は43人おられますが、そのうちの93%の方が十分に受けていると言っており、さらにそのうちの家族介護は20%なんです。自立生活を送っている方も、これにカウントしている方もおられるし、また、家族と一緒に生活している方々もおられると思いますが、家族介護はそれほど高くないというのが、この調査からでています。

それから、仕事をしたい人が多いのは日本の特徴です。日本の障害年金制度は、先天性以外は所得にこだわりません。年金プラス収入ということになります。働けば働くほど収入が増えるという特徴があります。ほかの先進国の場合、働けばどこかで、その分、年金が減らされる制度になっています。そのため、障害のある方の労働意欲がかなり低くて、いろんな国々では、それをどうするかと、アメリカ、イギリスで取り組みをしています。日本はそんなことをしなくても労働意欲が高いということです。

そして、医療に対する信頼は微妙です。定期的に医療機関を受診している人95人のうち、これ以上、受診を望む人は36%。望んでいないという人が半分以上います。医療が充実していることと言えそうですが、もう行きたくないと言っている方もおられるようです。

ほかの国では、そういう意味ではなくて、もっと受診したいけど、医療機関に行けないという意味が多いのではないかと思います。そんな中、日本だけが特殊だと考えられます。

それから行政からの情報が十分、伝わっていない。ここは少し考えておく必要があると思います。インドよりも情報の伝わりが悪いということがあります。こういったことが問題状況としてわかるのではないかと思います。

今回、直接研究に関する報告ではありませんが、こういったアジアの国々の状況を見てみると日本の反面教師というか、日本の状況がかなり鮮明になったのではないかと私自身は思っています。

どういうところでどういう調査を実施しているかといった情報については、日本障害者リハビリテーション協会という団体があり、私がお手伝いをしていますが、そこのブログにいろいろな国、世界の状況、障害認定制度、調査の内容などいろいろ調査を実施して情報をアップしています。もしお時間がありましたら日本障害者リハビリテーション協会のホームページをご覧ください。以上で終わります。

ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」分析

—これまでの調査結果との比較から—

浦和大学総合福祉学部

寺島 彰

本研究における問題意識

- * 身体障害者福祉法成立から63年
- * 少子高齢化など社会情勢の変化
- * 年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法による制度の充実
- * 社会モデル、ICFの登場など
- * 
- * 身体障害者福祉法における認定制度の今後のありかたについて方向付けが必要
- * 認定制度の活用状況(日本)、外国の状況などを調査

障害認定の意味

- 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

「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」

調査期間

2012年4月15日～2012年5月31日

* 調査対象

* 男性16歳～64歳、女性16～59歳の障害者

* 調査内容(調査数)

* 調査1:量的調査(アンケート調査)

* ①プロフィール

* ②生活の質

* 調査2:質的調査(自筆が困難な場合代筆)

* ライフストーリーライフストーリーを回答者が記述

* 調査方法

* JDF加盟の障害者団体11団体に調査票をeメールで送付、調査書記入後、所属団体がまとめて日本の事務局に返信、集計・翻訳後ESCAP事務局に送付

回答者数

	全体(人)	男性	女性	男性(%)	女性(%)
フィジー	183	114	69	62	38
インド	230	128	102	56	44
日本	128	92	36	72	28
カザフスタン	240	122	118	51	49
韓国	154	92	62	60	40
パキスタン	200	105	95	52	48
フィリピン	273	161	112	59	41
タイ	360	211	149	59	41
計	1,768	1,025	743	58	42

収入状況

	生活に必要な 収入がある	ぎりぎり生活に必 要な収入はある	生活に必要な収 入はない
フィジー	6	50	44
インド	8	78	14
日本	35	54	10
カザフスタン	15	80	5
韓国	6	47	47
パキスタン	13	84	3
フィリピン	25	47	27
タイ	41	39	20
平均	19	60	21

雇用形態(%)

	被用者	自営	働いていない	働いていないし求職もしていない
フィジー	4	12	27	56
インド	9	61	29	1
日本	60	10	10	21
カザフスタン	40	4	33	22
韓国	7	20	3	70
パキスタン	29	13	32	26
フィリピン	25	27	31	17
タイ	25	49	18	8
平均	25	24	23	28

あなたにとって公共交通機関・道路・建築物はアクセシブルですか(%)

	アクセシブル	介助があればアクセシブル	アクセシブルでない
フィジー	35	45	20
インド	25	28	47
日本	59	40	1
カザフスタン	53	30	17
韓国	66	29	5
パキスタン	25	37	39
フィリピン	63	25	12
タイ	58	37	5
平均	48	34	18

家計への行政の支援はありますか(%)

	はい	いいえ
フィジー	32	68
インド	79	21
日本	74	26
カザフスタン	72	28
韓国	59	41
パキスタン	3	97
フィリピン	32	68
タイ	99	1

医療機関に定期的に通院している(%)

	はい	いいえ
フィジー	60	40
インド	74	26
日本	77	23
カザフスタン	68	32
韓国	76	24
パキスタン	6	94
フィリピン	39	61
タイ	53	47
平均	57	43

行政から十分な情報を得ている (%)

	はい	いいえ
フィジー	54	46
インド	81	19
日本	74	26
カザフスタン	56	44
韓国	68	32
パキスタン	54	46
フィリピン	82	18
タイ	55	45
平均	65	35

日本の調査結果の注目点

- (1) 障害年金の重要性
 - * 74%が年金・手当を受給
- * (2) 家族による支援に対する介護依存度はそれほど高くない
 - * 日常生活活動に介助が必要としている人(43人)の93%が十分な介護を受けており、そのうち家族介護は20%
- * (3) 仕事をしている(したい)人は多い

被雇用者	自営	働いていない(求職中)	働いていない(求職していない)
76人	12人	12人	26人
60.0%	10%	10%	21%

- * (4) 医療に対する信頼は微妙
 - * 定期的に医療機関を受診している人(95人)のうちこれ以上の受診を望む人は36%
- * (5) 行政からの情報が十分伝わっていない

【参考資料】

医療サービスと福祉サービスの棲み分け —補装具の支給を具体例とした整理—

横浜市リハビリテーション事業団

伊藤 利之

【図1】

わが国の社会保障制度において、医療保険によるサービスと福祉制度によるサービスとの関係は、基本的に医療サービスが優先されることになっている。脳卒中患者に対する装具などの支給を例にとれば、同じ型式の下肢装具でも、治療期間中は医療保険による「治療用装具」として支給され、その後、身体障害者手帳の認定を受ければ、必要に応じて「更生用装具（補装具）」として福祉制度から継続して支給される。すなわち同じ型式の装具でも、目的が「治療用」と「更生用」に分けられ、別制度による同一サービスの重複支給を避けている。医療保険が優先して利用されることを鑑みれば、障害認定を境に装具作製に利用される制度も変わるという、基本的な制度の棲み分けができています。

切断に対する義足の支給においても同様で、過去では外科的に切断した時点で障害認定が行われて福祉制度の対象となったが、医療保険では義足が支給されなかったことから、実際には断端の創治癒や成熟を待つて福祉制度により義足が支給されてきた経緯がある。しかし近年になり、術直後からの義足装着訓練や義足歩行訓練の有用性が認められ、医療保険において治療の一環として仮義足が支給されることになった。これにより、障害認定の時機は治療期間中に

入り込むが、義足のない期間がなくなり、福祉制度による本義足の支給へとスムーズに移行することができるようになった。

脳卒中や切断における障害認定と補装具支給の関係は、当然のことながら、福祉制度によって支給されるものは障害認定後に補装具として支給されることである。また、わが国の生活様式では脱着を余儀なくされることが多く、その利便性の評価にあたっては一定の配慮が必要なことである。

【図2】

人工関節や心臓ペースメーカについては、すでに関節障害や心臓機能障害によって障害認定を受けている場合は別として、現状では、それらの挿入手術を前提に障害認定を受け、手術に当たっては自立支援医療制度などが利用されている。その場合、当初は人工関節や心臓ペースメーカの体内挿入のリスクが高かったことから、それらを内部装具として位置づけ、外部装具である装具や義足と同様に、人工関節や心臓ペースメーカを装着しない状態で障害認定を行ってきた（関節機能の全廃&心臓機能の全廃として認定）。

その後の技術革新により、人工関節については耐久性を含めてリスクが激減していることから、いわゆる「人工臓器」と見做し、それを装着した状態で機能障害の程度

を評価、その結果で障害認定を行うとの意見が多数を占めるようになってきた。この意見に則れば、人工関節置換術は医療保険によるサービスとして他の人工臓器と同様の範疇として位置づけられ、医療サービスにより機能の改善が行われたにもかかわらず、障害認定の程度等級が重くなるという長年の矛盾は解消する。また同時に、医療保険と福祉制度によるサービスの重複も解消され、相互の関係は基本形に立ち戻ることになる。

一方、心臓ペースメーカーにおいてはやや複雑で、近年の技術革新により大幅なリスクの減少はあるものの、人工関節と同様には考えられない。その理由としては、リスクが減少したとはいえ安全性が十分に担保されているとはいえず、ペースメーカーに全面的に依存している人では機器のトラブルが生命に直接関わること、事実トラブルの頻度は必ずしも少ないとはいえないこと、それを装着した状態で機能障害の程度を評価・認定するには、病状が安定するまで一定の観察期間が必要なこと、などの意見が多い。

そこで、現状では心臓ペースメーカー挿入時に1級の認定を行っているが、それはそのままとして、その後1年程度の観察期間を経て病状が安定した後に、あらためてペースメーカーを装着した状態での機能障害の程度をもって再認定することを義務付けてはどうか、との提案がある。この提案では、図1の脳卒中例で示した基本形のように、医療サービスと福祉サービスのすっきりとした棲み分けは未だ困難である。しかし、心臓ペースメーカーの安全性などを総合的に考慮すれば、将来に向けた過渡期の方策と

しては意義のある提案ではないかと思われる。

図1 医療サービスと福祉サービスの棲み分け

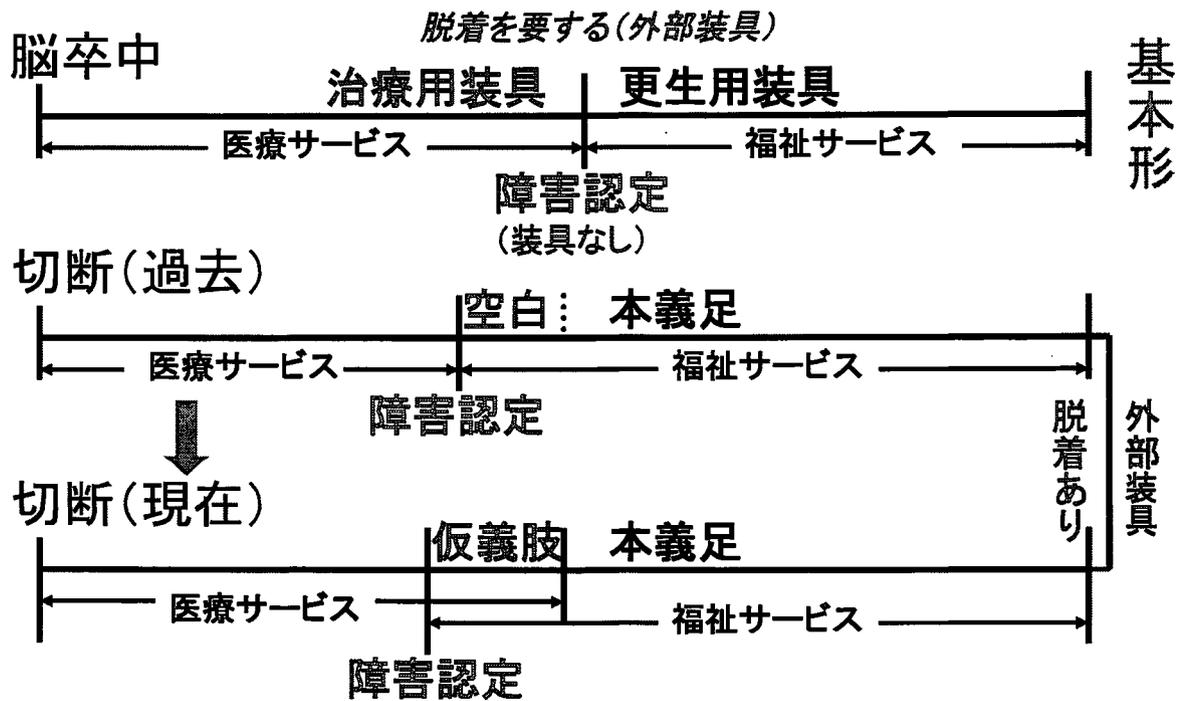
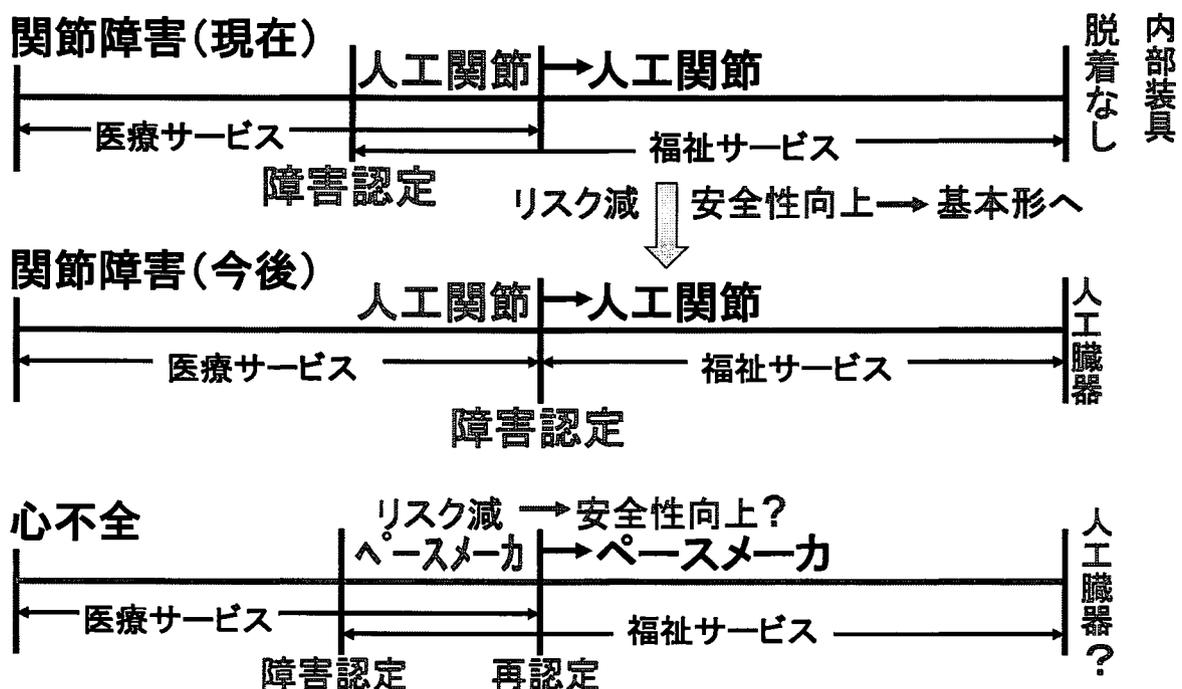


図2 人工関節・ペースメーカーの扱い



ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」の結果の分析

分担研究者：寺島彰 浦和大学

少子高齢化の進展などの社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法など制度の充実などにより身体障害者福祉法の障害認定の意義は変化しており、認定制度のありかたについて新たな方向付けが求められている。

本研究は、アジア地域の障害者の生活についての調査に参加し、わが国の身体障害者福祉法の障害認定のありかたを検討した。その結果、①障害認定となるサービスの明確化、②サービス評価基準の明確化、③機能障害の明確化が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

少子高齢化の進展など社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法など制度の充実などにより身体障害者福祉法の障害認定の意義は変化しており、認定制度のありかたについて新たな方向付けが求められている。

本研究では、アジアの地域の障害者の生活についての調査結果を分析することで、わが国の身体障害者福祉法の障害認定のありかたについて検討するための視点を得ることを目的とした。

B. 研究方法

ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」調査に参加し、その調査データを分析した。

調査内容は、次の2つである。

①調査1：量的調査（アンケート調査）

(1)プロフィール調査（資料参照）

(2)生活の質調査

②調査2：質的調査

障害者個人のライフストーリー調査

C. 研究結果

別添。

D. 考察

（1）障害認定となるサービスの明確化

障害認定は、あくまでも目的があって行うものであり、その目的を明確にして障害認定を行うべきである。

（2）サービス評価基準の明確化

目的が達成されたかどうかについては、認定の結果提供されるサービスが適切に提供されているかを評価することが重要である。

（3）機能障害の明確化

機能障害の程度が示されないとサービスの評価は困難である。社会モデルなどによる評価が取り上げられることが増えているが、サービスを前提にした障害認定においては、機能障害が明確にされている必要がある。

F. 健康危機情報

特記すべきことなし。

(別添) ESCAP「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」の結果の分析

浦和大学総合福祉学部 寺島 彰

はじめに

身体障害者福祉法成立から63年がたち、少子高齢化の進展など社会情勢の変化、年金制度、医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法など制度の充実などにより身体障害者福祉法の障害認定の意義は変化している。

例えば、障害者に対するホームヘルパーの派遣は、身体障害者福祉法のサービスとして提供されてきたが、高齢身体障害者および特定疾病に該当する40歳以上の身体障害者に対するホームヘルパーの派遣は、平成12年から介護保険法により提供されている。また、それ以外の身体障害者に対するホームヘルパーの派遣についても、平成18年から障害者自立支援法（平成25年4月1日からは障害者総合支援法に名称変更）により提供されている。

更生医療についても、本来、身体障害者福祉法に定める障害の除去・軽減を目的に制度化されたものであるが、昭和47年に腎臓機能障害を身体障害の種別に加え、人工透析を提供しはじめてからは、障害の除去・軽減よりも社会参加が主な目的になっている。しかも、医療保険制度により高額療養費が導入されてからは、更生医療は、医療費の自己負担分1万円（または2万円）を負担しているにすぎない。また、障害者自立支援法（同上）施行後は同法によりそれが、提供されている。

このように、身体障害者福祉法は、身体障害者に対するサービス提供の役割を免除されているのである。また、社会モデルの普及により、従来の医学関連リハビリテーションに対する批判が強まり、さらに、国際生活機能分類（ICF）の登場により、機能障害に加えて社会参加の視点、環境の視点が障害認定に求められるようになってきている。

このような状況の変化のもと、身体障害者福祉法における認定制度のありかたについて再検討が迫られており、新たな方向付けが求められている。

本研究では、これまで、このような新たな方向付けの試みを行ってきた。例えば、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に着目した障害認定基準の検討や、制度活用の観点からの障害認定を評価し直すなどの取り組みを行ってきた。また、諸外国の障害認定制度も調査してきており、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスなど、西欧諸国を中心に障害認定基準を調べたり、障害認定の動向を調べたりしてきた。

しかし、今回、アジアの地域の障害者の生活について調査する機会があったので、その調査結果を分析することで、わが国の身体障害者福祉法の障害認定のありかたについて検討するための参考にすることにする。

1. 国際調査の概要

(1) 調査の名称

「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」(Action Research on Disability, Poverty and Livelihoods)

(2) 調査目的

障害者自身の声を集め、障害・生活・貧困のダイナミズムを理解することに焦点を当て、各国の障害・生活・貧困に関する新しいデータを集めること。

(3) 調査実施者

国連経済社会委員会（E S C A P）および参加各国障害者関係団体

（４）調査対象

フィジー、インド、日本、カザフスタン、韓国、パキスタン、フィリピン、タイの８か国の男性１６歳～６４歳、女性１６～５９歳の障害者

（５）調査内容

①量的調査

(1)プロフィール

1) E S C A Pからの質問

2) 各国の質問（各国の障害者関係団体が関心をもっている内容を追加することができる）

(2)生活の質

参加各国障害者関係団体が採用したQ O L指標を用いた質問

②質的調査

障害者の質的データと障害者の声を集めるためのライフストーリー調査（各国で独自に作成する）

（６）調査方法

① E S C A Pがプロフィール調査票を作成し、参加各国の障害者関係団体に eメールで送付する。

②参加各国障害者関係団体は、生活の質調査票とライフストーリー調査票を独自に作成し、母国語に翻訳したプロフィール調査票とともに参加各国障害者団体が調査を実施する。調査に当たっては、男女比、地域性（都市・農村）、障害種別が偏らないように配慮する。

③参加各国障害者関係団体は、プロフィール調査票を母国語に翻訳し、独自調査票を加えて、調査を実施し、調査結果を整理し、英語に翻訳したのちE S C A Pに送付する。

（７）調査期間

① 2012年3月 E S C A Pプロフィール調査の調査票を母国語に翻訳

② 2012年4月 各国での調査実施

③ 2012年5月 データ整理・翻訳

④ 2012年6月 E S C A Pにデータ提出

3. 国内調査の概要

（１）調査実施者

日本障害者フォーラム（J D F）

（２）調査対象

次のJ D F加盟団体の会員（男性１６歳～６４歳、女性１６～５９歳の障害者）

社会福祉法人 日本身体障害者団体連合会

社会福祉法人 日本盲人会連合

財団法人 全日本ろうあ連盟

社会福祉法人 日本障害者協議会

特定非営利活動法人 D P I 日本会議

社会福祉法人 全日本手をつなぐ育成会

財団法人 全国精神障害者家族会連合会

全国「精神病」者集団

社会福祉法人 全国盲ろう者協会

(3) 調査内容

①調査1：量的調査（アンケート調査）

(1)プロフィール調査（資料参照）

(2)生活の質調査

②調査2：質的調査

障害者個人のライフストーリー調査

(4) 調査方法

JDF加盟団体（障害者団体11団体）にeメールにより調査票を送付し、各団体で性別、地域（都市、地方）など集中しないように配慮し、その調査票をeメールまたは印刷物で送付してもらった。

調査結果は、各加盟団体に集約し、回答者番号を記入し、実名を消去をしたのち、JDF事務局に送付してもらった。

(5) 調査期間

①ESCAPプロフィール調査の調査票を母国語に翻訳 2012年3月1日～3月31日

②各団体での調査 2012年4月15日～5月31日

③データ整理・翻訳 2012年6月1日～6月30日

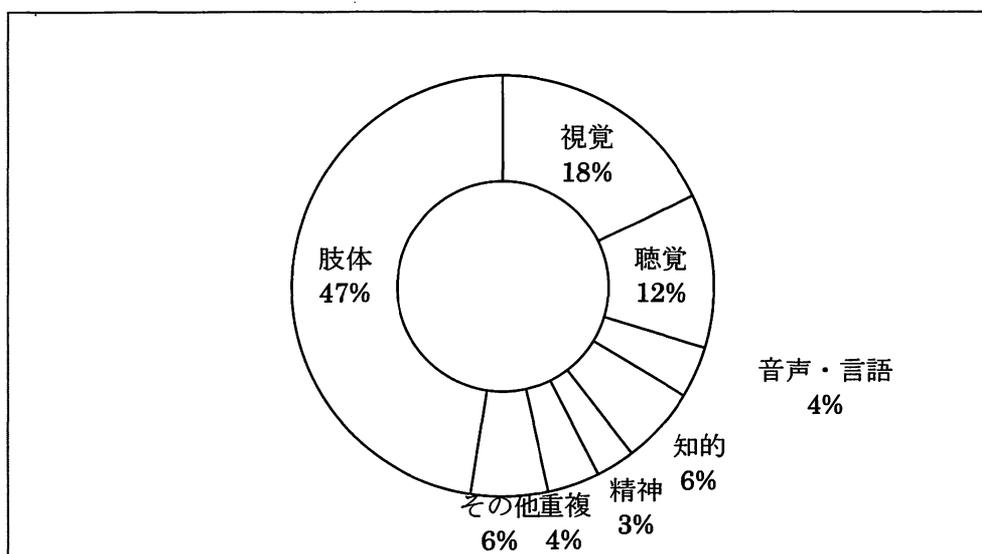
④ESCAPへデータ送付 7月15日2012年6月

4. 各国の調査結果

(1) 回答者数

	全体（人）	男性（人）	女性（人）	男性（%）	女性（%）
フィジー	183	114	69	62	38
インド	230	128	102	56	44
日本	128	92	36	72	28
カザフスタン	240	122	118	51	49
韓国	154	92	62	60	40
パキスタン	200	105	95	52	48
フィリピン	273	161	112	59	41
タイ	360	211	149	59	41
計	1,768	1,025	743	58	42

(2) 障害種別



(3) 収入状況

①生活に必要な収入があるか

	生活に必要な収入がある (%)	ぎりぎり生活に必要な収入はある (%)	生活に必要な収入はない (%)
フィジー	6	50	44
インド	8	78	14
日本	35	54	10
カザフスタン	15	80	5
韓国	6	47	47
パキスタン	13	84	3
フィリピン	25	47	27
タイ	41	39	20
平均	19	60	21

②自分の生活を支えるだけの収入があるか

	はい (%)	いいえ (%)
フィジー	27	73
インド	43	57
日本	66	34
カザフスタン	22	78
韓国	19	81
パキスタン	30	70
フィリピン	36	64
タイ	44	56
平均	36	64

(5) 家計

①被扶養者がいるか

	はい (%)	いいえ (%)	被扶養者の数 (平均)
フィジー	74	26	3.6
インド	53	47	2.5
日本	24	76	1.6
カザフスタン	44	56	1.8
韓国	60	40	2.1
パキスタン	19	81	2.4
フィリピン	56	44	3.1
タイ	31	69	2.4
平均	44	56	3.6

②被扶養者の生活を支えるのに十分な収入があるか

	はい (%)	いいえ (%)
フィジー	20	80
インド	20	80
日本	29	71
カザフスタン	8	92
韓国	8	92
パキスタン	25	75
フィリピン	20	80
タイ	27	73
平均	20	80

(6) 雇用形態

	被用者 (%)	自営 (%)	働いていない (%)	働いていないし求職もしていない (%)
フィジー	4	12	27	56
インド	9	61	29	1
日本	60	10	10	21
カザフスタン	40	4	33	22
韓国	7	20	3	70
パキスタン	29	13	32	26
フィリピン	25	27	31	17
タイ	25	49	18	8
平均	25	24	23	28

(7) 公共交通機関・道路・建築物のアクセシビリティ

	アクセシブル (%)	介助があればアクセシブル (%)	アクセシブルでない (%)
フィジー	35	45	20
インド	25	28	47
日本	59	40	1
カザフスタン	53	30	17
韓国	66	29	5
パキスタン	25	37	39
フィリピン	63	25	12
タイ	58	37	5
平均	48	34	18

(8) 行政からの家計への支援

	はい (%)	いいえ
フィジー	32	68
インド	79	21
日本	74	26
カザフスタン	72	28
韓国	59	41
パキスタン	3	97
フィリピン	32	68
タイ	99	1

(9) 教育を受けた機関

	普通学校 (%)	特別な支援がある学校 (%)	その他(公的以外の教育) (%)
フィジー	87	13	1
インド	98	2	0
日本	70	21	9
カザフスタン	58	40	2
韓国	81	1	15
パキスタン	46	51	3
フィリピン	91	8	1
タイ	70	12	17
平均	75	18	6

(10) 卒業したかどうか

	はい (%)	いいえ (%)
フィジー	24	76
インド	48	52
日本	71	29
カザフスタン	85	15
韓国	75	25
パキスタン	63	37
フィリピン	49	41
タイ	70	30
平均	61	39

(11) 職業訓練を受けたことがあるか

	はい (%)	いいえ (%)
フィジー	22	78
インド	40	60
日本	29	71
カザフスタン	45	55
韓国	27	73
パキスタン	22	78
フィリピン	53	47
タイ	47	53
平均	39	61

(12) 職業訓練以外の訓練を受けたか

	はい (%)	いいえ (%)
フィジー	26	74
インド	27	73
日本	18	82
カザフスタン	55	45
韓国	12	88
パキスタン	35	65
フィリピン	53	47
タイ	38	62
平均	36	64

(13) 医療機関に定期的に通院しているか

	はい	いいえ
フィジー	60	40
インド	74	26
日本	77	23
カザフスタン	68	32
韓国	76	24
パキスタン	6	94
フィリピン	39	61
タイ	53	47
平均	57	43

(14) 行政から十分な情報を得ているか

	はい	いいえ
フィジー	54	46
インド	81	19

日本	74	26
カザフスタン	56	44
韓国	68	32
パキスタン	54	46
フィリピン	82	18
タイ	55	45
平均	65	35

5. 国内調査の主結果

(1) 居住地

市	町	村	その他
118	7	3	0

(2) 家計収入(週) 回答数 106 平均家計収入 112,887 円 (\$1,414)

(3) 行政からの手当を受けている世帯 回答数 117 中 88 世帯 (82.2%)

(4) 持ち家率 回答数 115 中 80 世帯 (70%)

(5) 障害種別

肢体	視覚	聴覚	言語・音声	知的	精神	重複	その他	不明	全体
66	17	24	15	11	17	20	21	0	191
35%	9%	13%	8%	6%	9%	10%	11%	0%	100%

(6) 福祉機器使用者 回答数 128 中 77 人 (60.2%)

(7) 日常生活に支援を必要としている人 回答数 125 中 43 人 (34.4%)

(8) 日常生活で十分な支援を受けている人 回答数 41 中 40 人 (97.6%)

(9) 教育で特別な支援を受けていた人 回答数 127 中 37 人 (29.1%)

(10) 就労状況

被雇用者	自営	働いていない(求職中)	働いていない(求職していない)	全体
76	12	12	26	126
60.0%	9.5%	9.5%	20.6%	100%

(11) 家計に貢献している人 回答数 113 中 67 人 (59.3%)

(12) 行政からの手当を受給している人 回答数 124 中 92 人 (74.2%)

(13) 定期的に医療機関を受診している人 回答数 124 中 95 人 (76.6%)

(14) さらに医療機関を受診することを希望している人 回答数 119 中 43 人 (36.1%)

考察

障害認定のありかたについて検討する視点から本調査から得られる知見について検討する。

(1) サービス評価基準の明確化

各国調査の結果をみていると、国際的な比較をするためにアジア太平洋地域の8カ国に調査を依頼したにもかかわらず、十分な比較ができていないという結果になっている。また、経験的な感覚からずれている。

例えば、「(7) 公共交通機関・道路・建築物のアクセシビリティ」について、「介助があればアクセシブル」と答えているのは、フィジーが45%で第1位、日本が40%で第2位、パキスタンとタイが37%で第3位となっている。経験的には、フィジーには鉄道網がなく、バスが主な交通手段である

ために、公共交通機関を車いす使用者や視覚障害者が利用するのは困難にもかかわらず、日本のように鉄道網が発達し、駅にはエレベーターがあり、駅のホームにはホームドアが設置されている国よりもアクセシブルとは考えられない。しかし、回答では、フィジーの方がアクセシブルになっている。

この原因として考えられるのは、介助の意味が定義されていないことではないかと考えられる。例えば、「介助があれば」という意味について、フィジーは、車いす使用者をバスのスタッフや乗客が「抱え上げてバスに乗せてくれれば」というような意味で介助をとらえているのではないだろうか。ところが、日本の車いす使用者は、電車に乗る際に駅員がボードをもって手伝ってくれれば電車を利用できるという意味で使っているかもしれないのである。

適切に比較するためには、どういう状態がアクセシブルなのかについて具体的に示さなければならない。例えば、「ラッシュ時ではないとき駅員がボードを駅のホームと電車のフロアの中間のギャップ敷いてくれれば電車を利用できますか」というような具体的な質問をしないと比較できない。

ただし、このような鉄道の利用についていえば、フィジーのように鉄道のない国の場合は回答不能ということになるので、比較対象になっている国々に共通の質問を考えなければならない。このような比較のための質問項目も研究が必要であろう。

(2) 機能障害の明確化

やはり、同じ質問項目で、「(7) 公共交通機関・道路・建築物のアクセシビリティ」について、「アクセシブル」と回答しているのは、韓国が66%で第1位であり、フィリピンが63%で第2位、日本が59%で第3位となっている。

しかし、これについても、機能障害の程度が示されていないと、アクセシビリティの比較はできない。機能障害が軽い場合は、手を支えることでバスに乗車できるのかもしれないが、車いす使用者の場合は、無理ということもある。

本研究においては、「Ⅱ. 障害者個人プロフィール」において、「障害の状態について簡単に記述してください。」という項目があるが、簡単に記述しても比較は難しいであろう。これらの点については、本報告書にもあるワシントングループについての報告が参考になると思うが、障害の状態を簡潔に把握できる質問項目にしておかなければ比較は無理であろう。ICFの活用やパラリンピックの障害レベルの評価なども参考になると思われる。

(3) サービスの明確化

「(14) 行政から十分な情報を得ているか」という質問があるが、どんな情報のことかわからないので回答が大雑把になってしまう。例えば、「月1回程度の市政だよりが自宅に届くか」とかサービスを明確にしないと比較はできない。「(8) 行政からの家計への支援」があるかという質問もあるが、どのような支援なのかが明確でない。例えば、金銭給付のことなのか食糧券のようなものなのかを区別する必要があると考えられる。その程度も問題であるが、これは、(1)の評価基準の明確化に含まれる。

(4) 質問の意味の明確化

「(13) 医療機関に定期的に通院しているか」という質問項目があるが、どのような目的でそれを訪ねているのかがわからない。例えば、医療機関を定期的に利用できた方が生活の質が高いからその質問をしているのか、定期的に通院する医療機関があることで医療制度が充実していることを明らかにしたいのか、いろいろ質問の意味が考えられる。この質問では、単に医療機関に定期的に通院しているかを尋ねているので回答できるように思われるが、実は、報告書にはないが、質問項目には続きがあり、「5.8 医師や保健師・看護師に今以上に診察や指導を受けたいですか。」という質問がなされる。この意味は、不明確で、医師や保健師が信頼できないからこれ以上医療を受けたくないのか、受診費用が支

払えないから医療機関を受診したくないのか、医療機関が遠いため体力的に無理なのかなど、いろいろ理由は考えられる。やはり、なぜ、「医療機関を今以上に受診したくない」のかという理由を書くべきところである。

以上のことから、障害認定基準を研究する本研究に対する知見としては次のことが考えられる。

認定基準を研究する際には、どのようなサービスを提供するために認定基準を設けるのかを明確にする。その際、サービスを評価する明確な基準を明確にする必要がある。また、機能障害者は考慮しなければならないといえる。

参考文献

UN ESCAP(2012)Disability, Livelihood and Poverty in Asia and the Pacific, United Nations Publication

調査1 量的調査

障害団体名：	調査 No：
--------	--------

記載者（本人、代筆（本人との関係））

I. 世帯のプロフィール（障害者を含む世帯全体について記入してください。）

1. 居住地域（該当するものに○をお願いします。）

大都市（東京都又は政令指定都市）
 市（大都市以外の市）
 町
 村
 その他
 （ ）

2. 家族構成（障害者本人を含めて世帯全体を記入してください。）

構成員 No	世帯主との関係	性別	年齢	未婚・既婚	教育歴（最終学歴・専攻、職業訓練・専門、資格などを具体的に記入してください。）
1.		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	
2.		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	

9.		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	
----	--	--	--	--	--

3. 収入と財産

3.1 収入のある人（2の家族構成員のうち職業による収入のある人をすべて記入してください。）

上表の構成員 No を記入	職業		
	産業分野（農林漁業、鉱工業、サービス業等。職種を具体的に記入。）	就労形態（常勤・非常勤・季節労働・日雇）	雇用主、従業員、日雇、自営、派遣等
	<input type="checkbox"/> 農業、 <input type="checkbox"/> 漁業、 <input type="checkbox"/> 工業、 <input type="checkbox"/> サービス業、 <input type="checkbox"/> その他 （ ） 職種（ ）	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 季節労働 <input type="checkbox"/> 日雇	<input type="checkbox"/> 雇用主 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他 （ ）
	<input type="checkbox"/> その他 （ ） 職種（ ）	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 季節労働 <input type="checkbox"/> 日雇	<input type="checkbox"/> 雇用主 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他 （ ）

3.2 その他の収入（○印）

仕送り
 国または地方自治体の手当
 国や地方自治体以外の手当

その他（財産収入、投資収入、貯金利息、生活保護など：具体的に

3.3 ひと月の平均世帯収入はどのくらいですか。（ ）円くらい

3.4 あなたの世帯は次の金融機関等との取引（資金の借り入れや預金など）がありますか。

銀行

地域の組織（農協、社会福祉協議会の生活福祉資金、母子・寡婦福祉資金など） 具体的に
 （ ）

コミュニティーの組織（講や無尽など） 具体的に
 （ ）

個人の互助団体 具体的に
 （ ）

マイクロファイナンス 具体的に

(
 その他 (消費者金融、質屋など) 具体的に
 ()

3.5 主な資産 (お持ちのものに○印。その他の資産がありましたら記入してください。)

土地 自宅 車 船 オートバイ 自転車 別荘 その他
 ()

4. 住宅

4.1 所有関係 (○印)

持家
 借家・アパート その他
 ()

4.2 住宅の状況 (○印、数字、または内容を記入してください。)

部屋数: () 室
 構造: 木造 鉄筋コンクリート その他
 ()
 壁の材質: 木 鉄筋コンクリート その他 ()
 屋根の材質: 瓦 トタン わら コンクリート その他 ()
 床の材質: 木 畳 樹脂パネル その他 ()

4.3 生活設備 (○印または内容)

	屋内にある	自宅からの距離 (前半は、屋内にない場合に記述してください)
上水道	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
電気	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
トイレ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
下水/汚水タンク	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
舗装道路		
未舗装道路		
公共交通機関		

5. 社会サービス (○印または内容)

5.1 世帯として、ホームヘルパーの派遣など社会 (福祉) サービスを受けていますか。(公的サービス、ボランティアサービスなどあらゆるものを含みます。) はい いいえ

[はいと答えた方に] どのようなサービスですか。いくつでも下に記入してください。

5.2 受けているサービスの中に、所得補助のための手当等がありますか。 はい いいえ

[はいと答えた方に]

5.3 これらの所得補助のための手当等は、世帯全体の収入の何パーセントくらいになりますか。

II. 障害者個人プロフィール (障害のある人それぞれについて記入してください)

1. 基礎情報

1.1 年齢: _____ 1.2 性別: 男 女

1.3 世帯主との関係 (世帯主の _____)

1.4 あなたには扶養者はいますか。 はい いいえ

1.5 [はいと答えた方に] 何人ですか。 (_____) 人

1.6 障害の種類 (○印または内容。複数可。)

	障害の状態について簡単に記述してください。
身体障害	
<input type="checkbox"/> 視覚障害	
<input type="checkbox"/> 聴覚障害	
<input type="checkbox"/> 言語障害	

<input type="checkbox"/> 知的障害	
<input type="checkbox"/> 精神障害	
<input type="checkbox"/> 重複障害	
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 不明	

1.7 障害の原因は何ですか。 ()

障害の発症年齢は何歳ですか。 () 歳

1.8 障害は進行性ですか。 はい いいえ

1.9 介助なしで移動できる範囲 屋内のみ 屋外も可

1.10 外出時、公共交通機関、道路、建物などはアクセシブルですか。

単独で利用できる 補助してもらえれば利用できる どうしても利用できない

1.11 あなたにとって、移動の際の一番のバリアは何ですか。

1.12 あなたはいま福祉機器を使用していますか。 はい いいえ

[使用している方へ] どのような福祉機器を使用していますか。下にいくつでも記入してください。

1.13 あなたは、食事、入浴、衣服の着脱、トイレなど生活介助が必要ですか。 はい いいえ

[はいと答えた方に] その介助を受けていますか。 はい いいえ

その介助の介助者は、だれですか。 家族 家族以外の人

1.14 福祉機器は持っていない人にお伺いします。福祉機器があれば、日常生活の役に立つと思いますか。 はい

いいえ

2. 教育・訓練

2.1 全体で何年学校に行きましたか。 () 年

2.2 最終学歴 (中学卒、高校卒、大学卒、大学院卒 その他 ())

2.3 どのような学校に行きましたか。(すべて記入してください。)

普通学校 () 年 (うち特殊学級 年)、特殊学校 () 年、その他 ()

2.4 在学中に追加の教育・訓練(補習や歩行訓練等)を受けましたか。 はい いいえ

[はいと答えた方に] 具体的にその内容を下に記入してください。

2.5 学校を中退したことがありますか。 はい いいえ

[はいと答えた方に] その理由は何ですか。下に記入してください。

2.6 職業訓練を受けたことがありますか。 はい いいえ

[はいと答えた方に] 具体的にどのような訓練を受けましたか。下に記入してください。

2.7 他に教育・訓練を受けましたか。(公的または民間とも含みます。) はい いいえ

[はいと答えた方に] どんな教育・訓練を受けましたか。下に記入してください。

3. 雇用

3.1 現在働いていますか。

雇用されている 自営 無職(求職中) 無職(求職していない)

その状態はどのくらい続いていますか。() 年

3.2 職歴

職務内容/ 役職	働いていた期間	辞職した理由	所在地(都市)	仕事の種類	仕事の対価
	年 月			<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 非正規職員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 賃金 <input type="checkbox"/> 現物給付 <input type="checkbox"/> 無給
	年 月			<input type="checkbox"/> 正職員	<input type="checkbox"/> 賃金
				<input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 無給

- 3.3 [働いていない方に] 働きたいと思っていますか。 はい いいえ
- 3.4 [働いていない方に] 何が働くことのバリアになっていますか。下に記入してください。
4. 収入
- 4.1 [雇用されている方または自営の方に] あなたの収入だけであなた自身が生活していけますか。
はい いいえ
- 4.2 [雇用されている方または自営の方に]あなたの収入で扶養者を養うことができますか。
はい いいえ
- 4.3 あなたは、世帯の家計を助けていますか。 はい いいえ
- 4.4 あなたは、扶助制度や家族等からの経済的支援を受けていますか。 はい いいえ
[受けている方に] その支援はあなたの収入全体の何%くらいにあたりますか。() %
- 4.5 収入を得られる活動にこれまでの人生全体で何年くらい従事していましたか。約 () 年
- 4.6 緊急の場合、必要な金銭的支援を得られますか。 はい いいえ
[はいと答えた方に] 具体的にどのような支援かをお答えください。
- 4.7 あなたは金銭的支援のための福祉サービスを利用できますか。 はい いいえ
[はいと答えた方に] そのサービスを実際利用したことがありますか。 はい いいえ
- 4.8 あなたは、個人の互助団体に所属していますか。 はい いいえ
- 4.9 あなたのお金の使い道はだれが決めますか。
あなた自身 世帯主 その他 相談して決める
- 4.10 あなたにとって最も大切な財産はなんですか。(具体的に:)
- 4.11 国や地方自治体による融資制度を活用する資格があなたにあるかどうか知っていますか。 はい いいえ
- 4.12 あなたは、所得支援制度を利用したことがありますか。 はい いいえ
- 4.13 これらの所得支援制度を活用できる資格があるにもかかわらず、利用していない方にお聞きします。その理由は何ですか。
5. 収入以外の事項
- 5.1 日常生活での支援を受けていますか。 はい いいえ
[はいと答えた方に] 一日平均何時間くらい支援を受けていますか。() 時間。
- 5.2 家族の生活に関する決定に参加していますか。 はい いいえ
[いいえと答えた方に] なぜ自分で決めていないのか具体的に記述してください。
- 5.3 旅行など家族の活動に参加していますか。 はい いいえ
[いいえと答えた方に] なぜ参加していないのか具体的に記述してください。
- 5.4 地域の活動に参加している はい いいえ
[いいえと答えられた方に] なぜ参加していないか具体的に記述してください。
- 5.5 地域のプロジェクトや政府のプログラムやサービス、あるいは、ボランティア団体などの活動について十分な情報を得ていますか。 はい いいえ
[いいえと答えられた方に] なぜ情報を得られないか具体的に記述してください。
- 5.6 医師や保健師・看護師の診察や指導を定期的に受けていますか。 はい いいえ
- 5.7 医療に関して次のサービスの評価してください。
医療費の自己負担額は適当ですか。 はい いいえ
あなたの医療ニーズに合っていますか はい いいえ
病院の建物の物理的なアクセスは良いですか はい いいえ
医療機関は自宅近くにありますか はい いいえ
医療は信頼できますか。 はい いいえ
- 5.8 医師や保健師・看護師に今以上に診察や指導を受けたいですか。 はい いいえ
- 5.9 あなたの生活状況は次のどれにあてはまりますか。

生活ニーズを満たすことができる。

生活ニーズを満たすことができるが、かなり難しい。

生活ニーズを満たすことができない。

全く満足していない 満足していない 満足しているともいないともいえない

満足している 非常に満足している

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「障害認定の在り方に関する研究」
平成 24 年度 総括・分担研究報告書
平成 25 年 3 月発行

発行者 江藤文夫（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