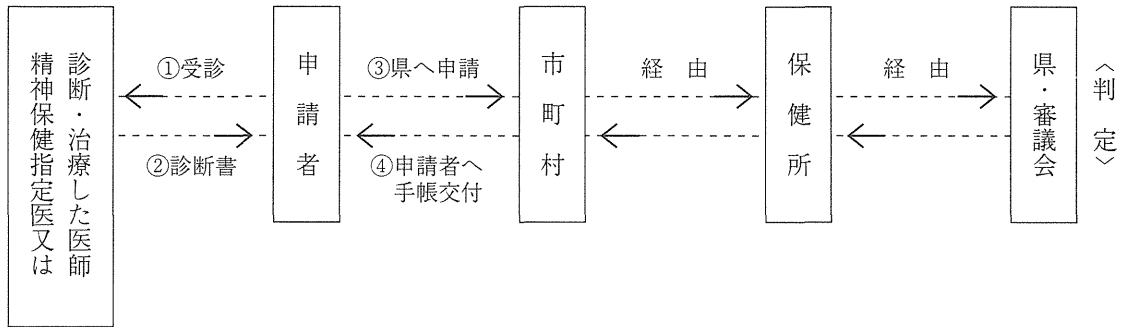


### ③申請方法



※精神障害者年金の年金証書（写し）がある場合は、地方精神保健福祉審議会の判定を要せずに、年金1級であれば1級、年金2級であれば2級、年金3級であれば3級の手帳の交付を受けることができる（障害年金と級は同じ扱い）。

### <参考9> 頭部外傷・後遺症について

1 から 3 の場合、日常生活または社会生活に制約がある場合に限り、精神障害者手帳の申請が可能。

1. 外傷性痴呆

2. 認知障害

①失語、失行、失認などの巣症状

②記憶障害（順向健忘、想起障害など）

③注意障害（特定の対象に注意を向ける、対象に注意を向け続ける、複数課題を同時に遂行する、自分の行為に対して注意を保つ、などができないこと）

3. 人格情動障害

①刺激性、易怒、挿間性脱抑制、②感情不安定、気分変動、③自発性喪失、無関心 ④うつ、不安、破局反応 など

### 3. 療育手帳（資料1, 2, 3, 16, 17, 18）

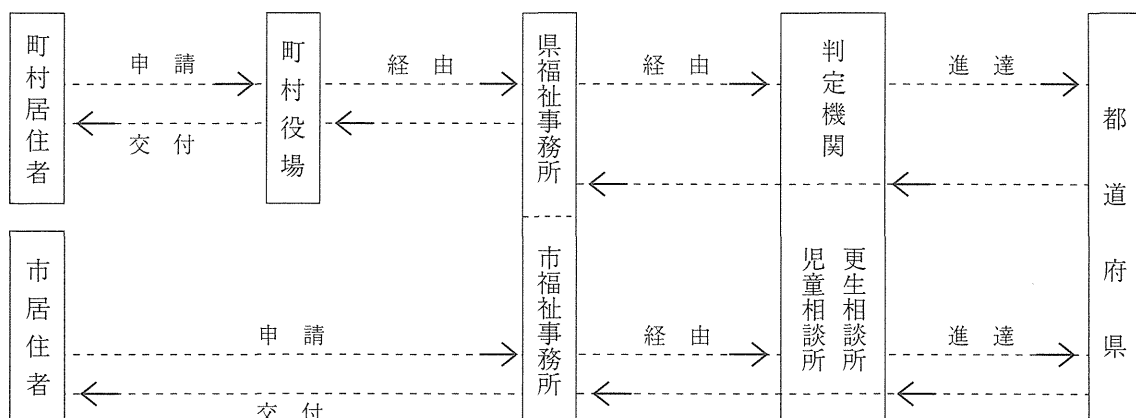
#### ①申請の条件

発達期（概ね18歳）までの精神発達遅滞の障害をもつ者。

#### ②対象となる疾患

疾患は問わない。このため、18歳以前に発生した痴呆疾患、てんかん、脳障害、頭部損傷、精神分裂病等も含まれる。

#### ③申請方法



※療育手帳は、児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害と判定された者に対して交付する。

## V. 障害者年金について

身体障害  
 知的障害  
 精神障害

障害年金として同一に取り扱われている。(資料4, 5, 14, 18)

### 1. 申請の条件

1. 病気（知的、精神障害を含む）やケガにより初診日から1年6カ月経過した日、またはその期間内に症状が固定した日において、障害の状態が法律で定める基準に該当する場合。
2. 20歳前に上記の条件を満たし、障害者になったときは、20歳から請求できる。但し、本人に所得がある場合は、年取額により支給停止となる場合がある。

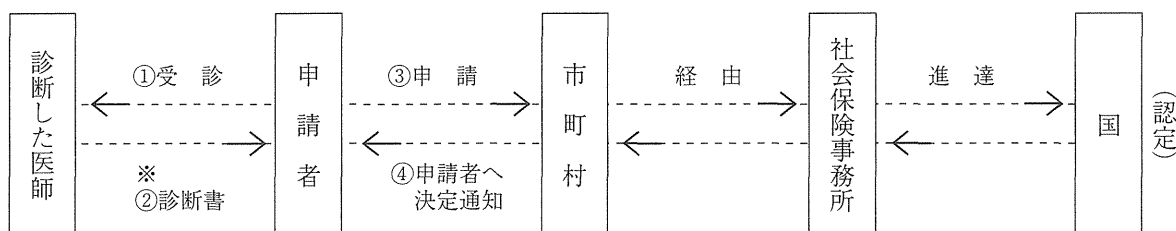
### 2. 対象となる疾患

国民年金法施行令、厚生年金保険法施行令に定めている、「障害等級」にそれぞれ該当する疾患が含まれる（別表参照）。

### 3. 申請方法

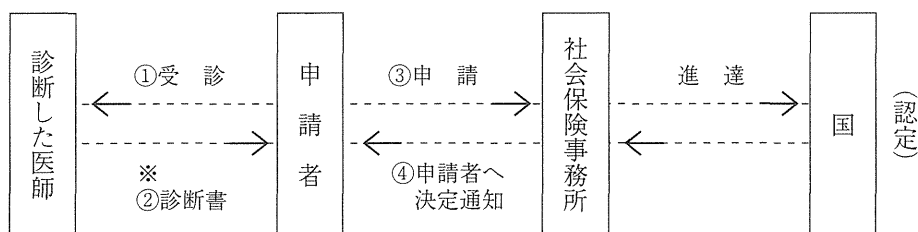
#### ①障害基礎年金

初診日が国民年金の被保険者の場合は、市町村役場へ申請する。認定は国が行い、1級または2級の障害と認定された場合、障害基礎年金の給付を受けられる。



#### ②障害厚生年金

初診日が厚生年金の被保険者の場合は、社会保険事務所へ申請する。認定は国が行い、1級または2級の障害と認定された場合、障害基礎年金と障害厚生年金が給付される（上乗せ給付）。但し、3級の障害と認定された場合は、障害厚生年金のみ給付される。



※②診断書は、障害別に指定されている書式による（市町村、社会保険事務所等に備えてある）。

#### 4. 受給要件

- ①障害の原因となった傷病の初診日（一部発症日）が、国民年金又は厚生年金保険の被保険者期間中にあること。
- ②障害認定日において、障害の程度が政令に定められた一定の基準以上の状態であること。  
※年金給付については、国民年金では1級か2級に該当、厚生年金保険では、1級、2級または3級に該当すること。また、障害手当金については、傷病が固定し、かつ厚生年金保険法施行令別表第二に該当するもの。  
※障害認定日とは、傷病が治っていない（固定していない）場合には初診から1年6ヵ月を経過した日、または傷病が治った（固定した）場合には、治ったと認められた日とし、初診日から1年6ヵ月経過していても良い。
- ③初診日の前日までに一定期間の保険料が納付されていること。  
※厚生年金保険の被保険者期間であればよく、6ヵ月以上という要件は、平成6年改正で削除された。しかし、初診日の前日において、初診日の属する月の前前月までの国民年金の被保険者期間のうち、3分の2以上の保険料納付済期間があることが必要。

#### 5. 年金受給の改正事項

- ①障害年金の事後重症制度  
障害認定日には、年金支給の障害の程度に至らなかったとしても、その後65歳に達する日の前日までに障害が悪化し、年金支給の障害の状態に至った場合は、65歳に達する日の前日までに請求を行い、年金の支給を受けることができる。
- ②はじめて2級による年金の制度  
一定の障害の状態（3級以下）にあるものが、新たに発症した傷病のために障害が重くなった場合、新たな障害と既存の障害を併合して年金の請求が出来る。ただし、これも、65歳に達する日の前日までの請求が有効。  
※平成6年11月9日以前には、障害等級3級に該当のまま3年が経過すると、失権となる規定は、上記のように改定された。
- ③20歳前傷病による障害基礎年金  
20歳に達する前に初診日がある病気・けがで障害になった場合、20歳に達したとき、またはその障害認定日に、障害の程度が1級又は2級の状態にあれば、障害基礎年金が支給される。
- ④精神の障害用診断書の作成  
傷病の性質上特に精神保健指定医または精神科を標榜する医師により作成すること。但し、肢体障害の認定は、専門医師に関する制限がないが、経験ある専門医師による診断書の作成をすすめている。

## Ⅵ. 現在の制度では対応が困難な疾患について

### 1. 18歳より39歳までの若年期の痴呆性疾患

#### ①施設

現在の制度においては、身体症状を有する場合、身体障害者手帳取得ののち、身体障害者施設への入所は可能である。しかし、身体症状を有しない者、または身体障害者手帳の取得が困難な者に対しては、入所施設はない。但し、精神症状が強い場合、精神科への入院は可能である（医療保険の利用は可能。但し原則として、医療保護入院または措置入院の形態が必要）。

#### ②在宅サービス

精神症状を有する者は、精神科訪問看護サービスや精神科デイケアの対象になる（医療保険の利用は可能）。しかし、福祉サービスでのデイサービスやヘルパー支援は市町村により異なる。

#### ③手帳・年金

痴呆は、精神障害者手帳及び精神障害者年金の取得が可能である。また、身体障害を合併する場合、身体障害者手帳及び身体障害者年金の取得が可能である。

※国民年金ないし厚生年金に非該当の場合も、手帳の取得は可能である。

### 2. 40歳より64歳までの、いわゆる老化に伴って発症したものでない痴呆性疾患

①現在の制度において、処遇内容は、18歳から39歳の若年期の痴呆性疾患と同じである。

②老化に伴って発症したものでない疾患は、以下の通りである。

#### 1. 代謝疾患

- ①肝不全（肝性脳症、肝炎など）
- ②腎不全（透析脳症、尿毒症など）
- ③心不全（特発性心筋症、心臓弁膜症、不整脈など）
- ④低血糖（インスリノーマ、内分泌疾患、薬物、糖蓄積病など）
- ⑤電解質異常（水中毒など）

#### 2. 内分泌疾患

- ①甲状腺機能障害【甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、甲状腺機能低下症（粘液水腫）など】
- ②副甲状腺機能障害（副甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症など）
- ③副腎皮質機能障害（アジソン病、クッシング病など）
- ④下垂体機能障害【シモンズ病、下垂体機能亢進症、下垂体後葉機能障害（尿崩症、ADH分泌過剰症候群）など】

#### 3. 膠原病

- ①全身性エリテマトーデス
- ②結節性動脈周囲炎
- ③シェーグレン症候群
- ④神経ベーチェット（Neuro-Behcet）病

#### 4. ビタミン欠乏症

- ①ビタミンB1欠乏症
- ②悪性貧血（ビタミンB12欠乏症）
- ③ペラグラ脳症（ニコチン酸欠乏症）
- ④葉酸欠乏症

#### 5. 頭部外傷

- ①外傷性痴呆
- ②慢性硬膜下血腫
- ③外傷後遺症

## <参考10> 介護保険の対象疾患となるもの ― 老化に伴って生じる疾患（資料15）

1. 血管性痴呆
2. 血管障害
  - ①脳梗塞（脳血栓、脳塞栓を含む）
  - ②脳出血
  - ③くも膜下出血
3. 神経変性疾患
  - ①アルツハイマー病
  - ②レビー小体病（パーキンソン病を含む）
  - ③進行性核上麻痺（PSP）
  - ④前頭側頭型痴呆（ピック病を含む）
  - ⑤筋萎縮性側索硬化症
  - ⑥皮質基底核変性症
  - ⑦進行性皮質下膠症（グリオーシス）
  - ⑧視床変性症
  - ⑨その他の変性症
4. プリオン病
  - ①クロイツフェルト・ヤコブ病
  - ②G S S（Gerstmann-Strausler-Scheinker）病
5. 中枢性感染症
  - ①梅毒（脳梅毒、進行麻痺）
  - ②ウイルス性脳炎【エイズ（AIDS）脳症、日本脳炎、単純ヘルペス脳炎、麻疹脳炎、その他のウイルス性脳炎（インフルエンザ脳炎など）、その他の脳炎（リケッチア、真菌、原虫）】
  - ③髄膜炎（結核性髄膜炎、その他の細菌性髄膜炎、急性良性リンパ球性髄膜炎）
  - ④脳膿瘍
  - ⑤進行性多巣性白質脳症（PML）
  - ⑥亜急性硬化性全脳炎（SSPE）
  - ⑦脳マラリア
  - ⑧日和見感染症（トキソプラズマ脳症、クリプトコッカス脳症、サイトメガロウイルス脳症）
6. 中毒性疾患
  - ①一酸化炭素中毒症
  - ②金属（銅、鉛、マンガン、砒素、錫、アルミニウム、タリウム、水銀など）
  - ③薬物中毒【抗ガン剤、向精神薬（炭酸リチウムなど）、インターフェロン、リー（Leigh）脳症
  - ④化学物質（二硫化炭素、有機水銀、有機溶剤など）
7. 遺伝疾患
  - ①ハンチントン舞踏病
  - ②小脳脊髄変性症
  - ③ウイルソン病
  - ④DRPLA
  - ⑤リビドーシス
  - ⑥結節性硬化症
  - ⑦副腎脳白質ジストロフィー
8. 筋疾患
  - ①ミトコンドリア脳筋症
  - ②筋緊張性ジストロフィー
  - ③デュシェンヌ型筋ジストロフィー

- 9. 慢性アルコール中毒
  - ①アルコール性痴呆
  - ②ウェルニッケーコルサコフ症候群
  - ③橋中央髄鞘融解症
- 10. 腫瘍性疾患
  - ①脳腫瘍（原発性、転移性を含む）
  - ②癌性髄膜炎
  - ③術後後遺症
- 11. 正常圧水頭症
- 12. 多発性硬化症
- 13. てんかん
- 14. 代謝障害
  - ①糖尿病
  - ②呼吸不全（肺気腫、塵肺、珪肺）
  - ③低酸素脳症
  - ④急性間欠型ポルフィリア

## <参考 1 1> 介護保険法の要介護状態区分の状態像（平成10年度：資料19）

### 1. 要支援状態（要介護状態とは認められないが社会的支援を要する状態）

日常生活の活動の際に、残存能力を保持し向上させる必要が認められる場合、失われた能力を取り戻すような支援が必要な場合等をいう。日常生活を遂行する能力は基本的に備わっているが、「歩行」、「両足・片足での立位保持」、「立ち上がり」などに不安定さがみられ、「つめ切り」に一部介助が必要な場合が出てくる場合、「浴槽の出入り」、「洗身」などに一部介助が必要な場合、「薬の内服」「金銭の管理」等の社会生活の上で一部介助が必要な場合等がある。

### 2. 要介護状態区分1（生活の一部について部分的介護を要する状態）

日常生活を遂行する能力の中では、「立ち上がり」、「両足・片足での立位保持」、「歩行」、「座位保持」など全般にわたり不安定さが見られることが多く、「排尿後の後始末」、「排便後の後始末」の間接的な介助を必要とする場合や、「浴槽の出入り」、「洗身」などの「入浴」に関連する一部介助又は全介助が必要な場合が多い。また、「口腔清掃」、「洗顔」、「整髪・洗髪」、「つめ切り」などの「清潔・整容」（以下、「清潔・整容」）全般に一部介助が必要な場合が多く、「ボタンのかけはずし」、「上衣の着脱」、「ズボン等の上下」、「靴下の着脱」などの「衣服着脱」（以下、「衣服着脱」）に関し一部介助等が必要な場合や、「居室の掃除」、「薬の内服」、「金銭の管理」等の社会生活の上で一部介助又は全介助が必要な場合が多い。「物忘れ」などが見られることがあるが、それ以外に問題行動はほとんどない場合が多い。

### 3. 要介護状態区分2（中等度の介護を要する状態）

日常生活を遂行する能力の中では、「立ち上がり」、「両足・片足での立位保持」、「歩行」、「座位保持」など自力ではできない場合が多く、「排尿後の後始末」、「排便後の後始末」の間接・直接的な介助を必要とする場合が増加し、「浴槽の出入り」、「洗身」などの「入浴」に関連する一部介助又は全介助が必要な場合が多い。また、「清潔・整容」全般に一部介助が必要な場合が多く、「衣服着脱」に関し、見守り等が必要な場合、「居室の掃除」、「薬の内服」、「金銭の管理」等の社会生活の上で一部介助又は全部介助が必要な場合が多い。「毎日の日課」や「直前の行為」の理解の一部に低下が見られる場合、「物忘れ」や「まわりのことに関心がない」といった行動が見られる場合が多い。

#### 4. 要介護状態区分3（重度の介護を要する状態）

日常生活を遂行する能力の中では、「立ち上がり」、「両足・片足での立位保持」、「歩行」、「座位保持」など自力ではできず、「排尿後の後始末」、「排便後の後始末」の全面的な介助を必要とする場合が増加し、「浴槽の出入り」、「洗身」に全介助が必要な場合が多い。また、「清潔・整容」全般に一部介助や全介助が必要な場合が多く、「衣服着脱」に関し全介助が必要な場合や、「居室の掃除」、「薬の内服」、「金銭の管理」等の社会生活の上では全介助が必要な場合が多い。「毎日の日課」、「生年月日」、「直前の行為」、「自分の名前」など理解全般にわたって低下が見られる場合、「物忘れ」、「まわりのことに関心がない」ほか、「昼夜逆転」、「暴言・暴行」、「大声を出す」、「助言や介護に抵抗する」といった行動が見られるようになる。

#### 5. 要介護状態区分4（最重度の介護を要する状態）

日常生活を遂行する能力はかなり低下しており、「入浴」、「排せつ」、「衣服着脱」、「清潔・整容」全般にわたって全面的な介護が必要な場合が多い。その他、「食事摂取」の見守りや部分的な介助が必要で、「尿意」、「便意」がみられなくなる場合が多い。「毎日の日課」、「生年月日」、「直前の行為」、「自分の名前」など理解全般にわたって低下が見られ、「物忘れ」や「まわりのことに関心がない」ほか、「昼夜逆転」、「暴言・暴行」、「大声を出す」、「助言や介護に抵抗する」、「野外への徘徊」、「火元の管理ができない」といった問題行動が増えてくる。

#### 6. 要介護状態区分5（過酷な介護を要する状態）

日常生活を遂行する能力は著しく低下しており、生活の全般に渡って全面的な介護が必要である。特に、「嚥下」に障害がある場合は自力での摂取が困難なため必要な介護度が増加する傾向がみられ、「意思伝達」がほとんど又は全くできない場合が多い。「毎日の日課」、「生年月日」、「直前の行為」、「自分の名前」など理解全般に渡って低下が見られ、「物忘れ」や「まわりのことに関心がない」ほか、「昼夜逆転」、「暴言・暴行」、「大声を出す」、「助言や介護に抵抗する」、「野外への徘徊」、「火元の管理ができない」といった問題行動がみられる場合が多い。

※要介護1以上であれば、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群（病院）の各施設に入所することができる。

### <参考12> 障害に適用する法律

1. 身体障害者福祉法(S 24.12.26法律283)
2. 知的障害者福祉法(S 35.3.31法律37)
3. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(S 25.5.1法律123)
4. 児童福祉法(S 22.12.12法律164)
5. 老人福祉法(S 38.7.11法律133)
6. 戦傷病者特別救護法(S 38.8.3法律168)

## VII. 諸外国における若年期痴呆の実状について

過去10年間に、痴呆の臨床研究や調査報告を行っている欧米を中心とした著名な研究者（デンマーク、スウェーデン、英国、オランダ、イタリア、フランス、ドイツ、オーストリア、カナダ、アメリカ合衆国、オーストラリア、インド）に対して、次のような質問を送り、回答を得た。

1. 日本では、老年期と老年期以下に分け、老年期についてのみ施設や在宅支援のシステムがありますが、貴国では、年齢による処遇の区別があるのでしょうか。  
(In Japan, the demented patients are divided into over 65 years old and under 65 years old. Establishments and at-home support organisation exist only for over 65 years old patients. Are there any difference in treatment by age in your country?)
2. 若年期の痴呆患者に限定した施設、支援システムや経済的な補償制度はあるのでしょうか。  
(Are there any establishments, human resources or economic supports which are dedicated to the young demented patients in your country?)
3. もし、若年期を中心に処遇している施設がありましたら、その施設の見学は可能でしょうか。また、その場合、どの機関に申し込めば見学の許可が下りるのでしょうか。  
(Would we be able to visit your establishment which is devoted to the younger demented patients? In this case, how can we get the permission for an observation tour?)
4. 頭部外傷後遺症をもつ患者や植物状態の患者さんの専門施設ないし専用施設はあるのでしょうか。  
(Are there any special establishment for posttraumatic syndrome patients?, or patients in the vegetative state?)

### <回答>

#### 1 デンマークについて

コペンハーゲン大学医学部社会医学研究所主任研究員 伊藤敬文先生より  
(Institute of Social Medicine, University of Copenhagen)

1. 現在のところ年齢による痴呆疾患患者の処遇に違いはありません。高齢者と一緒です。最近、アルツハイマー協会が高齢者以外の痴呆処遇の必要性を提言しているようです。市町村レベルでは患者の絶対数が少ないので、県レベルで行われる可能性が大きいです。いずれにしても議論が始まったばかりというところです。具体的な調査研究もまだ僕の知る限りありません。
2. 障害者など67歳以下の介護は県と市町村が半々で財政負担をしています。今後もそうなると思いますが、家族や友達、あるいは隣人を介護者に雇用できるシステムになると思います。ヘルパーの場合、デンマークでは既に高齢者でこの制度が導入されています。
3. 若年層の為の施設は今のところありませんので、視察はできません。ただ、普通の施設やグループホームは場所によって視察は可能です。
4. 専用施設はありません。普通の高齢者施設で主に看護婦の看護・介護で生活していますが、過度な延命医療・介護はしていません。



## 2 イギリスについて

1) From Dr. John Hodges (cc Carol Gregory), Professor of Behavioural Neurology, Medical Research Council (MRC) Cognition and Brain Science Unit.

1. In Britain, there is not a well developed support service for presenile patients, and services, vary between regions. In the Cambridge area it is the psychiatrists for the elderly who eventually care for such patients. To my knowledge, there is not a single home in our area, which has a special interest in presenile cases.

2. I am not aware of any particular nationally organised resources. I think the best person to contact on this is Dr Richard Harvey at the Dementia Research Group. The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, Queen Square, London WC1N 3BG. Richard has recently completed his thesis on the epidemiology of presenile dementia and is writing a chapter for a book, which I am editing on the topic.

3. We do not have an establishment devoted to younger demented patients. Were you coming to Britain, it is possible that you could visit our presenile dementia research clinic, which operates twice monthly, although we do have quite a number of visitors. I think a better option would be to find out via Richard Harvey, as services are available in London and elsewhere in Britain.

4. There are number of particular establishments for patients with post-traumatic damage. One such centre is the Oliver Zangwill Centre in Ely, directed by Professor Barbara Wilson. There is also a home in London which specialises in the vegetative state, but I am afraid I cannot recall the exact details.

2) From Dr. Richard J Harvey, Institute of Neurology & Division of Neurosciences, Imperial College School of Medicine.

1. We have recently completed a similar study, and a full report of our results can be downloaded from the Internet via our web site at <http://dementia.ion.ucl.ac.uk/> (ここに政府に提出した報告書が載っており、誰でもダウンロードできる)

2. There is also a special hospital(The Royal Hospital and Home for Incurable) in Putney, South London who care for people in vegetative states.

## 3 スウェーデンについて

1) 高知医科大学精神科高橋正彦先生より  
Department of Psychogeriatrics, Lund University (Dr. Olle Hagnell) に留学中

これは、スコーネ地方（ルンド市、マルメ市を含むスウェーデン最南端）中心の情報だそうです。

### 1. 初老期痴呆対策

#### ①経済的支援、在宅支援サービス

基本的に、スウェーデンの社会サービスはニーズベースで、年齢制限はないので、必要があれば年齢に制限なく全てのサービスが利用できます。従って、初老期のために特別に制度が設けられていることはありません。従って、高齢者と同じように、デイサービス、ヘルパー、住宅補助などの全てのサービスが利用できます。また、年金についても、日本の障害者年金に相当する年金が社会性障害の程度に応じて支給されます。

#### ②デイサービス

ストックホルムに、初老期痴呆専用のデイサービスが1カ所あります。それ以外には少なくともスコーネ地方では調べ得た範囲では、初老期痴呆用のデイサービスは現在の所存在しないようでした。

#### ③ケア施設

スコーネには、前頭側頭型痴呆専用のホームが1カ所あり、当然のことながら、初老期の患者さんがたくさん入所しているようです。確か、7年ほど前には、初老期アルツハイマー型痴呆のグループホームがあるという噂を聞きましたが、今回調べた範囲では見つけれませんでした。閉鎖されたのかもかもしれません。

## 2. 初老期痴呆をめぐる諸問題

ご存じの通り、初老期痴呆の頻度は大変低いものです。従って、そのようなサービスをするためには、人口がたくさんいる必要があります。ところが、スウェーデンでは人口密度が低く、従って、たとえばデイサービスをするとしても長時間かけて対象者を運んでこななければなりません。実際に、ストックホルムでのデイサービスは対象者が1時間以上かけて通ってくるようです。これは双方にとって大変なことです。スウェーデンのサービスは基本的に自宅に近いところで行うべきだと考えられています。たとえば、スウェーデンで3番目に大きなマルメ市は人口24万人程度ですが、市内を10の地区に分け、それぞれが独自の保健福祉計画に基づいて地域密着型のケアを行っています。従って、広域規模のケアは、スウェーデンではあまり歓迎されていません。また、入所型施設についても出来るだけ、自宅の近くの施設に入所するのが基本方針ですから、初老期痴呆の施設を作ったとしてもあまり遠く離れるとなると、本人も家族も入所を望まないようです。本人が長年住んでいた地域にある施設に引き続き居住し、家族からも近くの施設に居住するのが基本方針です。

以上のような理由から、スウェーデンでは、基本的に初老期痴呆のためのサービスというものはあまり整備されていないと言わざるをえません。しかし、日本で見られるような老人施設にうまく適応できないのは一緒でしょうし、スウェーデンでもそのような初老期のための特別なサービスの必要性を感じており、マルメ市では検討委員会が結成され、現在対策をまとめているところです。近い将来、本格的な対策が立てられるものと思います。

## 3. 外傷後脳障害について

基本的に、外傷後脳障害については、痴呆でないので老年精神科の領域ではありません。以下のようになっています。

### ①在宅サービス

これは痴呆性疾患と同じく、ニーズベースなので基本的にヘルパーや訪問看護の利用が可能です。経済的支援についても同様です。

### ②診察・リハビリシステム

大学病院の、リハビリテーションクリニック科の中に外傷後脳障害治療プログラムがあります。急性期のアセスメントと治療はここで行われます。

### ③入所サービス

治療が終了した後は、基本的に在宅への復帰が原則ですが、重度の障害のため自宅での生活が少ないケースについては、障害の程度によって、外傷後脳障害専門のグループホームに、さらに重症の場合は高齢者と同じ、日本の特別養護老人ホームに相当する施設に入所することになっています。

グループホームは少なくともスコネ地方では4カ所、通常は1施設あたり、グループホームの入所者は6~10名程度ですから、定員は少なくとも40名程度というところでしょうか。

数年前の法改正で、基本的に65歳以下の方は全て在宅で生活する方針が基本です。従って、人によっては在宅で24時間のケア付きで生活している人もいます。しかしこれは大変なコストがかかりますから、通常は65歳以上の外傷性脳障害については特別養護老人ホームで、65歳以下でも知的機能の障害が最重度であったり、身体合併症が激しい場合は特別養護老人ホームに入所するケースが多いようです。それ以外で在宅が難しいケースについては、グループホームで対応するようになっているようです。

デンマークでも、最近外傷後脳障害専用のリハビリ施設が数カ月前に開設されました。一定の条件の下で障害者を受け入れ、リハビリテーションを行うというものでした。

## 4 フィンランドについて

### 本研究班の宮永のユバスキュラ (Jyvaskyla) 地方の福祉施設の視察より

年齢による施設入所や在宅サービスの制限は見られなかった。しかし、フィンランド全体については不明だが、ユバスキュラ地方には若年用の施設は見られなかった。なお、介護が必要な若年期の痴呆患者は一人登録されていたが、在宅にて家族やヘルパーの援助の下で生活していた。

## 5 オランダについて

From Ms. Irene Smoor , Alzheimerstichting, Staff officer.

- 1 . In our country, at some places (6), there are special facilities for demented patients under 65 years old. Some nursing homes have special day care and a special "living room" for patients under 65 years.
- 2 . Many carers of younger demented patients have financial problems. They need special economic support.
- 3 . If you like to visit our country I can organize an introduction to some residential homes for younger patients. You can contact me by e-mail.

## 6 アメリカ合衆国について

1) From Dr. James T Becker. Ph.D.(cc: S.T. DeKosky, M.D.),  
Professor of Psychiatry Neurology, University of Pittsburgh Medical Center.

- 1 . In the United States various funded mechanisms for supporting individuals begin at age sixty-five, as they do in Japan. These are both federal and state funded programs and rely on tax dollars.
- 2 . There are no support mechanisms specifically designed for individuals under the age of sixty-five with a diagnosis of dementia. There are mechanisms in place that can be used by such individuals, but there is no age-specific treatment or management system for them.
- 3 . I have forwarded a copy of your letter to the Director of our Alzheimer's Disease Research Center here at the University of Pittsburgh Medical Center, Dr. Steven DeKosky, for review. I am sure we will be able to accommodate you in some way.
- 4 . There are rehabilitation hospitals that manage the vast majority of post-traumatic injuries. These facilities are designed for acute and recovery phase from illness. Nursing Homes are available for longer stays and residence, but they are not designed specifically for post-traumatic patients.

2) From Gerda G. Fillenbaum, Department of Neurology,  
Duke University Medical Center.

- 1 . Treatment. I do not think that there are differences in treatment as a function of age. The differences in treatment that occur are more likely to be a function of stage of disease. Persons at the early stages of dementia are more likely to be eligible to participate in drug trials and in behavioral interventions than are those at later stages, simply because treatment may be more likely to work at the milder stages of disease.
- 2 . I know of no establishments specifically intended for younger demented patients. These patients are eligible for nursing home beds. While the majority of those in nursing homes are over the age of 65, and about 25% of the population over 85 resides in nursing homes. These places also accept younger persons with disorders that make them unable to care for themselves.  
If the patient has been in the labor force for a certain length of time (I do not recall the precise duration, but I don not think it is very long), and can no longer work because of disability, social security will provide disability payments, and medical care and medications can be obtained essentially free. This is through a program called Medicaid, or, in California, Medical, the generosity of which varies with the state. I would expect that public support (welfare and food stamps) would also be available to those persons who are unable to work and have not worked a sufficient length of time to be eligible for disability benefits. Incidentally, at the age of 65, social security disability benefits are converted into social security retirement payments, which may be amplified by Supplemental Security Insurance.  
The latter payments are only available to persons below a particular income level. The amounts are barely sufficient to live on.
- 3 . I know of no establishments here devoted to younger demented patients. It is possible that special facilities exist for those with Down syndrome who become demented. If Dr. Welsh-Bohmer has further information on this I am sure that she will get in touch with you.
- 4 . Regarding patients with post-traumatic syndrome and those who are in a vegetative state, I suspect that nearly all nursing homes have patients in the latter, unfortunate, condition. While special units have been developed in some nursing homes for the care of patients with Alzheimer's disease, I do not know to what extent these people are maintained on special units once they become severely impaired. It has been my impression that these special wards were designed for those at the mild or moderate stage of disease.

In summary, I do not know of any treatments or residential arrangements in the US that focus primarily on those with early onset dementia. The treatments, social and economic supports for which they are eligible are those for which all persons in need are eligible.

## 7 オーストラリアについて

From Dr. GA Broe, Professor of Geriatric Medicine,  
University of Sydney Department of Medicine.

1. At home support organisations for dementia patients are available to all age groups, not just for the over 65's. These have been developed through a program funded by the Australian Government's "National Action Plan for Dementia Care". The dementia services are delivered through local district based Geriatric and psychogeriatric Units and through district base "Aged Care Assessment Teams" and Dementia Teams. They include at home services, Dementia Day Respite Services(Day Centres) and Nursing Home or Hostel respite services. Counselling and support services for carers of dementia patients are also delivered through the Alzheimer's Association support groups at a local level throughout Australia.

2. There are very few, if any, services devoted solely to younger demented patients(other than the Brain Injury group). The Alzheimer Associations do run some carer support groups for young dementia patients which are very useful.

3. You are welcome to visit our local service which has examples of all these programs. And that should be possible in Feb. 1999. Contact Dr John Cullen or Sharon Kratuik-Wall. I will send a description of the service(IWGRS) and of our research unit(CERA).

4. There are special Brain Injury units which we set up over the past 10 years in NSW, Victoria and South Australia. Contact Associate Professor Robyn Tate and say I refered you to her to visit the Liverpool Brain Injury Rehabilitation Service in Sydney.

## ま と め

### 1. 若年期の痴呆を扱う施設について

現在の所オランダとイギリスに見られるが、他の国では年齢による制限がないため、特別の施設ができない可能性が指摘された。しかし、年齢制限のないオランダやイギリスにおいても若年期の痴呆を対象とした施設が作られていることや、施設のない国からも施設の必要性の回答を得たことは、本邦の若年期の痴呆患者を対象とした在宅サービスや施設を新設する上で、大きな支持と根拠を得たことになる。

### 2. 頭部外傷の施設及び植物状態を扱う施設について

頭部外傷や植物状態を扱う施設は、各国に存在する。但し、詳細は不明であった。今後、本班とは別な形で研究班が組織されて、疾患の調査研究が実施される場合、これらの国からの資料の提供や施設の視察は有用であると思われる。

## VIII. 参考－オランダ視察の報告－

本研究班の宮永、山崎、千葉の3人が、平成11年2月、オランダ国ユトレヒト市にあるアルツハイマー協会を訪問し、Ms. Smoorと会見し、その後、施設の見学をした。以下、概略を報告する。

- ◎オランダの64歳以下の痴呆の対象人口は、1万人程度である。在宅が多い。
- ◎若年期の痴呆を扱う施設は全国に数カ所あるが、見学して参考になる入所施設は、アムステルダムなどにある。また、デイサービス/デイケアについては、アインドホーベンの施設がよい。

### アインドホーベンの施設見学

#### 1. デイケアの現状

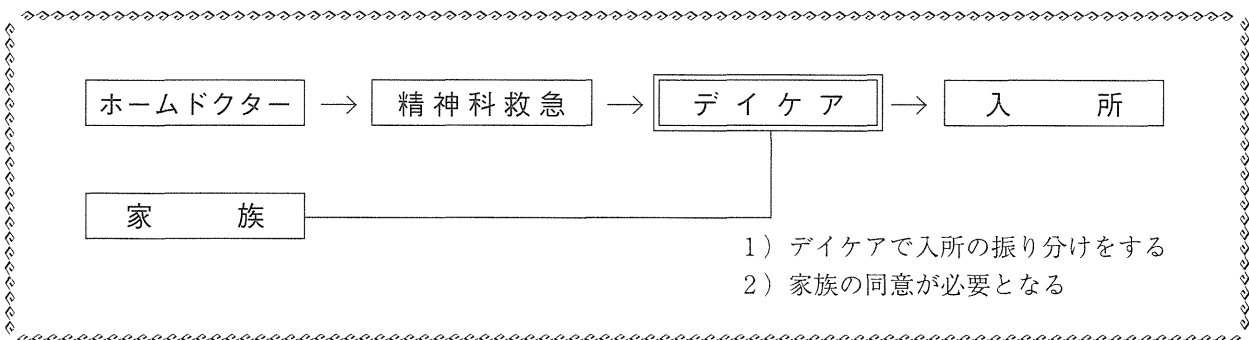
- ①現在の通所者は、42歳～70歳の38人で、週3回みる（他の日は休み、また同じ患者のみ）。
- ②痴呆の種類は、血管性痴呆とアルツハイマー病が大部分で、比率はほぼ半数ずつである（若年期の痴呆は、血管性痴呆が多い）。他に、アルコール性痴呆（ウェルニッケ症候群）、外傷性痴呆や変性疾患（ヤコブ病やピック病＝前頭型痴呆）がいる。
- ③対応困難なことは、初期に見られる。いわゆる、本人の感情面への対応が大変である（安定するまでに、拒絶や衝動行為があるため）。
- ④対応方法（介護）は、ゲーム、スポーツ（フィットネス、プール）、音楽療法、言語療法（失語のため）、理学療法、意思疎通のトレーニング（SSTに近いものか?）を行っている。
- ⑤高齢層（65歳以上）の通所範囲は15km、若年層（64歳以下）は30km程度である。若年者の対応は、高齢者より職員を1.5人分多くつけている。
- ⑥職員構成は、看護免許取得者が70%、残り30%は、介護の下級免許取得者である。

#### 2. クリニックについて

- ①患者は、36歳～50歳の9人が通院している。
- ②クリニックの責任者のDr. Schoenmakersが、2000年（来春）より、若年期を専門にみるユニットを作る計画をしている（現在は無い）。

#### 3. 入所の現状

- ①入所者は37人で、若年期は現在9人いる。将来は、15人までベッドを増やしたい。
- ②職員配置は、8人（朝7時30分～午後4時00分）、4人（午後2時30分～午後11時00分）、1.5人（午後10時45分～午前7時45分）の3交代制である。結局、入所者37人に対して、24時間で13.5人で対応している。
- ③入所期間は、平均2.5年で、最長は13年。ほぼ全員が死亡して退院。他に、家族の希望で転院（所）したり、病院に転院したり、入所不適當な（身体障害が中心となり、グループホームへ転出する）人がある。
- ④入所方法



#### 4. 財団アルツハイマー協会の所有する施設

- ①痴呆施設……………1カ所
- ②精神科救急……………1カ所
- ③老人施設……………2カ所
- ④バンガロー（共同住宅?）…4カ所
- ⑤混合型の施設……………1カ所

## 参考文献

1. 大塚俊男、本間昭監修. 高齢者のための知的機能検査の手引き. ワールドプランニング, 東京, 1991.
2. 厚生省保健医療局精神保健課監修. 精神保健福祉関係法令通知集. ぎょうせい, 東京, 1996.
3. 上里一郎監修. 心理アセスメントハンドブック. 西村書店, 新潟, 1993.
4. 臨床精神医学講座第12巻 老年期精神障害. 中山書店, 東京, 1998.
5. 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課監修. 精神障害者保健福祉手帳の手引き (診断書作成・障害等級判定マニュアル). 日本公衆衛生協会, 東京, 1997.
6. 厚生省社会・援護局保護課、厚生省社会・援護局監査指導課監修. 生活保護手帳 '97. 全国社会福祉協議会, 東京, 1997.
7. 長谷川和夫監訳. 痴呆. 情報開発研究所, 東京, 1986 (ジェフリー L. カミング、D. フランクベンソン著. Dementia)
8. 厚生省社会・援護局監査指導課監修. 社会保障の手引 '98. 社会福祉振興・試験センター, 東京, 1998.
9. 社会保険庁運営部企画・年金管理課、年金指導課、他監修. 障害者年金と診断書ー障害基礎年金・障害厚生年金ー. 年友企画, 東京, 1998.
10. 本間昭. 痴呆の新しい評価法. 老年期痴呆 7: 111-118, 1993.
11. 融道男、他. ICD-10 精神および行動の障害ー臨床記述と診断ガイドラインー. 医学書院, 東京, 1993.
12. 加藤正明、他編集. 新版精神医学事典. 行文堂, 東京, 1993.
13. 梅棹忠夫、他監修. 日本語大辞典. 講談社, 東京, 1989.

# 資料

# 1. 手帳の種類と対象疾患について

区分	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	老人福祉法・老人保健法・介護保険法
障害の程度	<p>【身体障害者手帳】</p> <p>1. 対象となる障害</p> <p>①視覚障害</p> <p>②聴覚又は平衡機能障害</p> <p>③音声機能、言語機能又は咀嚼機能の障害</p> <p>④肢体不自由</p> <p>⑤内部機能障害（心臓、腎臓、呼吸器、膀胱又は直腸、小腸）</p> <p>⑥ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害</p> <p>2. 障害の程度により、1級～7級に区分さる。</p> <p>・手帳の交付は6級の障害までが対象。</p> <p>・7級の障害は、1つでは法の対象にならない。</p>	<p>【療育手帳】</p> <p>重度は「A」、その他は「B」に分類される。</p> <p>1. 重度「A」</p> <p>日常生活において常時介護を要する程度のもので、次に該当する程度の障害。</p> <p>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もの</p> <p>ア. 日常生活における基本的な動作（食事、排泄、入浴、洗面、着脱衣等）が困難であって、個別的指導及び介護を必要とする者。</p> <p>イ. 失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行動を有し、常時注意と指導を必要とする者。</p> <p>2. その他「B」</p> <p>重度以外の程度の者</p>	<p>【精神障害者保健福祉手帳】</p> <p>1. 対象となる疾患と障害の程度</p> <p>精神分裂病、そううつ病、非定型精神病、てんかん、中毒精神病、器質精神病及びその他の精神疾患を有する者のうち、日常生活又は社会生活への制約がある者</p> <p>2. 障害の等級は、1～3級に区分される。</p> <p>1級：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</p> <p>2級：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</p> <p>3級：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</p>	<p>【手帳はなし】</p> <p>老人保健法： 老人医療受給者証（70歳以上）</p>
手帳の活用	<p>1. 診査・更生相談</p> <p>2. 補装具の交付</p> <p>3. ホームヘルプサービス</p> <p>4. ショートステイ</p> <p>5. デイサービス</p> <p>6. 日常生活用具の給付</p> <p>7. 更生医療</p> <p>8. 更生訓練費</p> <p>9. 国税、地方税の諸控除及び減免</p> <p>10. 旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引等</p> <p>11. 公営住宅の優先入居等</p>	<p>1. 一貫した指導・相談</p> <p>2. デイサービス</p> <p>3. 日常生活用具の給付</p> <p>4. ショートステイ</p> <p>5. 国税、地方税の諸控除及び減免</p> <p>6. 公営住宅の優先入居</p> <p>7. 旅客鉄道株式会社（JR）等の旅客運賃の割引等</p>	<p>1. 通院医療費の公費負担の申請手続きの簡略化</p> <p>2. 精神障害者社会復帰施設等の利用</p> <p>3. 国税、地方税の諸控除及び減免</p> <p>4. 生活保護法の障害者加算</p> <p>5. その他の支援</p> <p>①NTT番号案内無料</p> <p>②公共交通機関の運賃割引や各種施設の利用料割引等</p>	
摘要	<p>身体障害者とは、手帳の交付を受けた者をいう。</p>	<p>処遇上必要とする場合手帳を交付する。</p>	<p>処遇を必要とする場合、手帳の交付を受ける（知的障害者を除く）。</p>	

参考：手帳には、他に、母子健康手帳、（老人）健康手帳、戦傷病者手帳、被爆者健康手帳、公害医療手帳などが有る。



## 2. 保護する障害者の範囲及び年齢制限について

区 分	適 用 範 囲	年 齢 制 限
身体障害者福祉法	18歳以上で、身体障害者手帳を所持している者	あり。ただし、介護保険法との関係で「要検討」
知的障害者福祉法	18歳までに、精神発達遅滞が認められた18歳以上の者	あり。ただし、介護保険法との関係で「要検討」
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質、その他の精神疾患を有する者	特になし。精神症状で入院治療を要しない者は、他法の適用ができる。
老人福祉法	原則：65歳以上 特例：65歳未満、60歳以上（原則と同程度に該当するとき） 特例：60歳未満（初老期痴呆に該当するとき等） 特例：身体障害者手帳を持っている人（3級以上で、65歳以上70歳未満）	あり
老人保健法	原則：70歳以上（老人医療受給者証を持っている人） 特例：65歳未満（アルツハイマー、ピック病と診断された初老期痴呆性）	あり
介護保険法	原則：施設入所は65歳以上 特例：40歳～64歳まで、脳血管疾患、初老期の痴呆等の特定疾病候補一覧（15区分）	あり

※現状は、施設の関係で暗黙の制限をしている。

## 3. 上記に該当しない障害者、又は施設が利用できない障害者について

区 分	適 用 さ れ な い 障 害 者
身体障害者福祉法	1. 身体障害者手帳を所持していない者： 頭部外傷、脳腫瘍、アルコール依存等で身体に障害がない者。 2. 施設により入所が不可能な者： 要医療管理の者（たとえば、人工呼吸器装着の者）。 3. 入所が不可能な者： 植物状態の者。
知的障害者福祉法	頭部外傷、その他の疾病で18歳以降の発病で知能低下した者（18歳以降の発症は精神遅滞に該当しない）。
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	痴呆症状を有する精神障害者は、援護寮等の精神障害者施設入所等は困難である。
介護保険法	39歳以下の若年期発症の痴呆、40歳～64歳の間の脳血管疾患、初老期の痴呆等の特定疾病候補一覧（15区分）以外の痴呆疾患の者。

## 4. 障害等級表（障害年金）

1級 障害の状態	2級 障害の状態	3級（厚生年金保険対象者のみ）障害の状態
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 両眼の視力の和が0.04以下のもの</li> <li>2. 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの</li> <li>3. 両上肢の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>4. 両上肢のすべての指を欠くもの</li> <li>5. 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>6. 両下肢の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>7. 両下肢を足関節以上で欠くもの</li> <li>8. 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの</li> <li>9. 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることが不能ならしめる程度のもの</li> <li>10. 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの</li> <li>11. 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの</li> <li>2. 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの</li> <li>3. 平衡機能に著しい障害を有するもの</li> <li>4. そしゃくの機能を欠くもの</li> <li>5. 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの</li> <li>6. 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの</li> <li>7. 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>8. 一上肢の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>9. 一上肢のすべての指を欠くもの</li> <li>10. 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>11. 両下肢のすべての指を欠くもの</li> <li>12. 一下肢の機能に著しい障害を有するもの</li> <li>13. 一下肢を足関節以上で欠くもの</li> <li>14. 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの</li> <li>15. 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</li> <li>16. 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの</li> <li>17. 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 両眼の視力の和が0.1以下に減じたもの</li> <li>2. 両耳の聴力が、40センチメートル以上では通常の話し声を解することができない程度に減じたもの</li> <li>3. そしゃく又は言語の機能に相当程度の障害を残すもの</li> <li>4. 脊柱の機能に著しい障害を残すもの</li> <li>5. 一上肢の三大関節のうち、二関節の用を廃したもの</li> <li>6. 一下肢の三大関節のうち、二関節の用を廃したもの</li> <li>7. 長管状骨に偽関節を残し、運動機能に著しい障害を残すもの</li> <li>8. 一上肢のおや指及びひとさし指を失ったもの又はおや指若しくはひとさし指を併せ一上肢の三指以上を失ったもの</li> <li>9. おや指及びひとさし指を併せ一上肢の四指の用を廃したもの</li> <li>10. 一下肢をリスフラン関節以上で失ったもの</li> <li>11. 両下肢の十趾の用を廃したもの</li> <li>12. 前各号に掲げるもののほか、身体の機能に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの</li> <li>13. 精神又は神経系統に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの</li> <li>14. 傷病が治らないで、身体の機能又は精神若しくは精神系統に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するものであって、厚生大臣が定めるもの</li> </ol>

（備考）

視力の測定は、万国式視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

（備考）

1. 視力の測定は、万国式視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。
2. 指を失ったものとは、おや指は指節間関節、その他の指は近位指節間関節以上を失ったものをいう。
3. 指の用を廃したものとは、指の末節の半分以上を失い、又は中手指節間関節若しくは近位指節間関節（おや指にあっては指節間関節）に著しい運動障害を残すものをいう。
4. 趾の用を廃したものとは、第一趾は末節の半分以上、その他の趾は遠位趾節間関節以上を失ったもの又は中趾節間関節若しくは近位趾節間関節（第一趾にあっては趾節間関節）に著しい運動障害を残すものをいう。

## 5. 身体障害者福祉法の障害程度等（1-7級）

級 別		1 級	2 級	3 級
視 覚 障 害		両眼の視力（万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のあるものについては、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ）の和が0.01以下のもの	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	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
聴覚障害又は平衡機能の障害	聴 覚 障 害		両耳の聴力レベルがそれぞれ100db以上のもの（両耳全ろう）	両耳の聴力レベルが90db以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）
	平衡機能障害			平衡機能の極めて著しい障害
音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害				音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失
肢 体 不 自 由	上 肢	1. 両上肢の機能を全廃したもの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの	1. 両上肢の機能の著しい障害 2. 両上肢のすべての指を欠くもの 3. 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4. 一上肢の機能を全廃したもの	1. 両上肢のおや指及びびとさし指を欠くもの 2. 両上肢のおや指及びびとさし指の機能を全廃したもの 3. 一上肢の機能の著しい障害 4. 一上肢のすべての指を欠くもの 5. 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
		1. 両下肢の機能を全廃したもの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	1. 両下肢の機能の著しい障害 2. 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1. 両下肢をショウバー関節以上で欠くもの 2. 一下腿を大腿の2分の1以上で欠くもの 3. 一下腿の機能を全廃したもの
	下 肢	1. 両下肢の機能を全廃したもの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	1. 両下肢の機能の著しい障害 2. 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1. 両下肢をショウバー関節以上で欠くもの 2. 一下腿を大腿の2分の1以上で欠くもの 3. 一下腿の機能を全廃したもの
体 幹		体幹の機能障害により座っていることができないもの	1. 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの
乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	上肢機能	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの
	移動機能	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの
内 部 障 害	心臓機能障害	心臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの		心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
	じん臓機能障害	じん臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの		じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
	呼吸器機能障害	呼吸器の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの		呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
	ぼうこう又は直腸機能障害	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの		ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
	小腸機能障害	小腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの		小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの（社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く）

4 級	5 級	6 級	7 級
1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの	1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの	一眼の視力が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	
2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの	2. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの		
1. 両耳の聴力レベルが80db以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）		1. 両耳の聴力レベルがそれぞれ70db以上のもの（40cm以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの）	
2. 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの		2. 一側耳の聴力レベルが90db以上、他側耳の聴力レベルが50db以上のもの	
	平衡機能の著しい障害		
音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害			
1. 両上肢のおや指を欠くもの	1. 両上肢のおや指の機能の著しい障害	1. 一上肢のおや指の機能の著しい障害	1. 一上肢の機能の軽度の障害
2. 両上肢のおや指の機能を全廃したもの	2. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害	2. ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの	2. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害
3. 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの	3. 一上肢のおや指を欠くもの	3. ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	3. 一上肢の手指の機能の軽度の障害
4. 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの	4. 一上肢のおや指の機能を全廃したもの		4. ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害
5. 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの	5. 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害		5. 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの
6. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの	6. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害		6. 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの
7. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの			
8. おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害			
1. 両下肢のすべての指を欠くもの	1. 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害	1. 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの	1. 両下肢のすべての指の機能の著しい障害
2. 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの	2. 一下肢の足関節の機能を全廃したもの	2. 一下肢の足関節の機能の著しい障害	2. 一下肢の機能の軽度の障害
3. 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	3. 一下肢が健側に比して5cm以上又は健側の長さの15分の1以上短いもの		3. 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害
4. 一下肢の機能の著しい障害			4. 一下肢のすべての指を欠くもの
5. 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの			5. 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの
6. 一下肢が健側に比して10cm以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの			6. 一下肢が健側に比して3cm以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの
	体幹の機能の著しい障害		
不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	上肢に不随意運動・失調等を有するもの
不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの
心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	※太線左側は第一種身体障害者、右側は第二種身体障害者をさす。 両上肢・下肢の場合は、第一種身体障害者、一上肢・下肢の場合は、第二種身体障害者となる。		
じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	<p style="text-align: center;">備 考</p> <p>1. 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、二つの重複する障害がに本表中に指定されているものは、該当等級とする。</p> <p>2. 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は6級とする。</p> <p>3. 異なる等級について2以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して、当該等級より上の級とすることができる。</p> <p>4. 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については、第1指骨間関節以上を欠くものをいう。</p> <p>5. 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害をも含むものとする。</p> <p>6. 上肢又は下肢欠損の断端の長さは実用長（上腕においては腋窩より、大腿においては座骨結節の高さより計測したもの）をもって計測したものをいう。</p> <p>7. 下肢の長さは前腸骨棘より内くるおし下端までを計測したものをいう。</p>		
呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
ぼうこう又は直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			