

19990268 (1/3)

平成11年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

身体障害者福祉法における障害認定の 在り方に関する研究

報 告 書

主任研究者 木村哲彦

研究組織

主任研究者

木村 哲彦 (日本医科大学)
総括

分担研究者

長谷川 恒範 (全国生活協同組合連合会)
障害の範囲・認定－医療の立場から

佐藤 忠 (岩手県立大学)
障害の範囲・認定－福祉の立場から

植村 英晴 (日本社会事業大学)
身体障害者福祉法以外の法律との関連性

香川 眞 (流通経済大学社会学部)
身体障害者の生活実態

研究協力者

木村 博光 (国立伊東重度障害者センター)

佐久間 肇 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

寺島 彰 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

佐藤 哲司 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

小松原 正道 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

石渡 博幸 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

高田 明子 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

佐藤 文子 (国立身体障害者リハビリテーションセンター)

目次

第1章 身体障害者福祉法における障害認定の変遷	1
第2章 身体障害認定の課題	
1. 感覚及び運動機能障害	8
2. 内部障害	16
第3章 諸外国の身体障害の認定	
1. アメリカにおける障害認定	22
2. ドイツにおける障害認定	67
3. フランスにおける障害認定	79
第4章 高次脳機能障害の生活状況調査	
1. 調査の目的/目標/方法	87
2. 結果	88
3. 考察	109
4. 資料	110
第5章 障害認定と身体障害者施策	
1. 身体障害者の障害認定	120
2. 社会保健制度における障害認定	124
3. 災害補償における障害認定	132
4. その他の制度における障害認定	137
5. 身体障害者の福祉施策	148
6. 社会保険制度による福祉施策	180
7. 社会福祉関係税制による施策	186
8. その他の制度による施策	189
まとめ	197

執筆者

第1章 佐藤 忠・寺島 彰

第2章 1 木村 哲彦・木村 博光
2 長谷川 恒範・佐久間 肇

第3章 1 寺島 彰
2, 3 植村 英晴

第4章 香川 眞・寺島 彰・高田 明子・佐藤文子

第5章 佐藤 哲司

第6章 木村 哲彦・寺島 彰

第1章 身体障害者福祉法における障害認定の変遷

1. 身体障害者福祉法成立（昭和24年12月26日）

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

- ① この法律は、保護を基本的な目的とする法ではなく、更生を基本的な目的とする法（以下「更生法」）とし、その更生に必要な限度において、特別な保護を行うこととなった。すなわち、この法では労働年齢にありながら一定の障害のため十分にその能力を発揮できない者に、必要な補装具を交付し、指導・訓練を行うことにより、身体の欠損部分を補充することで、「一般健康人に伍して産業戦線に復帰する」という建前がとられた。
- ② 対象となる障害は、視力障害、聴力障害、言語機能の障害、肢体不自由、中枢神経機能障害の5種にとどめ、当時議論になっていた結核、精神障害については法の施行状況を見たとえ、将来逐次これを包含するという方針をとることとなった。なお、ここでいう中枢神経機能障害は、現在でいう脳血管障害による肢体不自由に相当する。
- ③ 対象者の年齢は、18歳未満の者に対しては児童福祉法との競合を避けてこれを除外し、また高年齢層の者に対しては、必要に応じ所要の処置を行うこととした。
- ④ 医療行政、職業補導行政に対して原則として変更を加えることをせず、これら行政主管部局との協調を密接にする方途によることとした。
- ⑤ 行政の主体は、主として都道府県知事に対する国の委任事務という形式で、実際の行政事務については、ほとんど都道府県中心に処理すべきものとした。
- ⑥ 生活に困窮している身体障害者に対する生計費の支給は、この法に規定せず、従来どおり生活保護法によることとした。
- ⑦ 職業開拓については、更生法としての範囲および程度で可能な便宜を供与すること

とし、おおむね労働行政に委ねることとした。

- ⑧ 更生資金の支給ないし貸付けについては、この法に規定せず、主として国民金融公庫委託で運用されている生業資金貸出制度等の利用を考慮することとなった。
- ⑨ この法による施設は、各種の指導訓練等を行う施設等を中心とし、重症障害者を永久的に収容する施設や単なる住宅提供施設等は含まないこととされた。

2. 昭和 26 年改正〔第 1 次改正〕

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

- ① 身体障害者に対する援護の実施機関を都道府県知事に加え、市長及び福祉事務所を設置する町村の長まで拡大した。
- ② 身体障害者更生相談所を、身体障害者の更生指導における特殊技術面の中核機関として位置づけた。
- ③ 身体障害者の更生指導の現業事務を、基本的に福祉事務所で一括処理することとした。
- ④ 18 歳未満の身体障害児についても、身体障害者福祉法によって身体障害者手帳を交付することができることとした。
- ⑤ 社会福祉法人等による身体障害者更生援護施設の設置を認めた。
- ⑥ 身体障害者の定義「『身体障害者』とは、別表に掲げる身体上の障害のため職業能力が損傷されている 18 歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの」から、職業能力の損傷を削除した。
- ⑦ 身体障害者手帳に等級の記載欄が設けられた。

3. 昭和 29 年改正〔第 2 次改正〕

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

- ① 肢体不自由者更生施設、失明者更生施設に加え、ろうあ者更生施設が設けられた。
- ② 身体障害者福祉審議会に、芸能、出版物等について推薦・勧告を行う権限を認めた。
- ③ 居住地を有しないか明らかでない身体障害者の援護は、都道府県が行うこととした。
- ④ 更生相談所の業務のうちに、補装具の処方及び適合判定を加えた。
- ⑤ 更生医療の給付及びこれに代わる費用の支給に関する規定を設けた。
- ⑥ 補装具の名称を整理し、その種類を厚生大臣が定めることとした。
- ⑦ 障害の範囲について、視力障害、視野狭窄、視野欠損を合わせて「視覚障害」に、聴力障害を「聴覚または平衡機能障害」に、言語機能障害を「音声機能または言語機能障害」にした。また、中枢神経機能障害を肢体不自由に含めた。この時、現在の等級表の原形ができています。

4. 昭和 33 年改正〔第 3 次改正〕

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

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

5. 昭和42年改正〔第4次改正〕

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

- ① 法の目的を「もつて身体障害者の生活の安定に寄与する等その福祉を図ること」と改め、身体障害者福祉法が職業復帰のみを目的としているのではないという昭和26年の改正の趣旨をさらに明確に示した。
- ② 身体障害の範囲に心臓および呼吸器の障害を追加し、内部障害者が身体障害者に含まれた。その障害等級は、1、3、4級と定められた。
- ③ 身体障害者相談員制度が創設された。
- ④ 身体障害者家庭奉仕員制度（ホームヘルパー）創設
- ⑤ 身体障害者更生援護施設として内部障害者更生施設創設
- ⑥ 身体障害施設の通所利用制度を設けた。
- ⑦ 15歳以上の身体障害児を特例的に身体障害者更生援護施設に入所できることとした。

6. 昭和43年改正〔第5次改正〕

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

7. 昭和47年改正〔第6次改正〕

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

の2点であった。

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

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

8. 昭和59年改正〔第7次改正〕

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

- ① 国際障害者年のテーマである「完全参加と平等」の理念を踏まえ、その趣旨を法に盛り込んで、職業復帰や経済的自立のみが法の目的ではないことを明確にする趣旨から、法の目的・理念を規定した第二条の見出しを「更生への努力」から「自立への努力及び機会の確保」とした。
- ② 内臓機能障害として「膀胱又は直腸の機能障害」を政令で指定した。また、それまで音声機能又は言語機能の障害として扱われていた「咀嚼機能の障害」が、唇顎口蓋裂の児童に対して育成医療や更生医療を適用するために、身体障害の範囲に含められた。また、脳原性運動機能障害について障害程度等級表の改定及び障害認定基準全体が見直された。
- ③ 「肢体不自由者更生施設」、「失明者更生施設」、「ろうあ者更生施設」、「内部障害者更生施設」が、「身体障害者更生施設」として法律上統合された。また、小規模な生活施設として「身体障害者福祉ホーム」が創設され、さらに、地域福祉対策の中核として「身体障害者福祉センター」が法文化された。

9. 昭和61年改正

世界的な福祉国家の見直しの流れから、我が国においても、昭和60年頃から、国を

中心とした社会福祉制度全体を見直す動きが顕著となった。昭和 60 年には、国の機関委任事務の整理合理化と許認可権限の地方への移譲等を目的とする「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律案」が成立した。これに伴い、厚生省通知によれば、身体障害者福祉法が次のように改正された。

- ① 地方公共団体の自主性を尊重する等の観点から、①身体障害者更生援護施設への入所措置等、②更生訓練費の支給等、③更生医療の給付等、④補装具の交付・修理等、⑤身体障害児に係る特例措置が団体事務化された。これにより地方公共団体は、入所措置等について法令に基づき、地方の実情に応じて実施することとされた。
- ② 予算措置により実施されてきたショートステイおよびデイサービスの両事業を法律上に位置づけ、それとともに入所措置等と家庭奉仕員派遣を含めた在宅サービスとの連携および調整に関する規定を加えた。
- ③ 国以外の者が開設した病院等を更生医療機関として指定する権限を都道府県知事に委譲した。

10. 昭和 61 年 身体障害者福祉法施行令改正

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

11. 平成 2 年改正

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

- ① 法の目的として「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進する」理念が加えられた。
- ② 在宅福祉サービスの位置づけの明確化がなされ、ホームヘルパー、デイサービス、

ショートステイが法律の中に明確に位置づけられるとともに、身体に障害のある者の発見・相談、身体障害者更生援護施設への入所決定、更生訓練費の支給、補装具の給付、ショートステイの決定等の事務は、都道府県から町村に委譲された。

- ③ 身体障害者更生援護施設の入所決定権等の町村への移譲
- ④ 身体障害者更生相談所に身体障害者福祉司を設置
- ⑤ 点字図書館、点字出版施設、聴覚障害者情報提供施設を視聴覚障害者情報提供施設として位置づけた。

12. 平成7年 身体障害者福祉法施行規則改正

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

13. 平成10年身体障害者福祉法施行令改正

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

第2章 身体障害認定の課題

現行の身体障害者福祉法による等級分類は、戦傷病者のクラス分けに発し、基本的に解剖学的レベルでの機能損傷 Impairment を基準としている。Impairment 及び Dysfunction の最も大きな障害を以って最高位とし、1,2 級を重度障害、3,4 級を中等度障害、5,6 級を軽度障害と位置付けている。これに関して、介護を常時要する程度の者から、日常生活自立の者までが同一等級にランクされるために、同じ等級間での格差が表現されないことが指摘され、これまで再三にわたり各団体及び地方自治体からの見なおし要求があった。これらの要求に対応するため、昭和 37 年当時、数年間に及ぶ見なおし研究が成された〔沖中委員会〕。社会局更生課主催による研究委員会がその後も開かれたが、〔堀口委員会、橋倉委員会〕他法に及ぼす影響の大きなこと、時期尚早であることを理由として、研究事業のまま終わっている。身体障害者の介護に関する検討を行った際、「特別障害者手当」と命名するに至った経緯は、「介護手当」にすると本人の手に渡らなくなる可能性があることとされたことに由来する。本来、特別障害者手当の性格は介護手当に他ならないのであるが、後発の老人介護保険が明確に「介護」とうたっている以上、特別障害者手当は介護のための手当であるとの説明が付き難くなっている。今日、介護保険の等級付けによる「要介護の程度見なおしに際し、身体障害者の要介護度との整合を図る必要」が予見される。ここにいたって我々研究グループに課せられた使命は、過去において検討を重ねた委員会の結果を参照し「介護保険、社会保障、疾病構造、技術革新」等の構造変化と、それに伴って変遷しつつあるニーズに合わせ、新しい方向性を検討することである。

1. 感覚及び運動機能障害

(1) 障害の分類

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

機能の損傷を基準にする分類法では、①精神の障害、②知的障害（精神発達遅滞、現在あまり使われなくなった用語の「精神薄弱」にあたる）及び、③身体障害に大別する。身体障害は、a) 視覚障害、b) 聴覚障害、c) 音声言語・咀嚼機能障害、d) 平衡機能障害、e) 肢体不自由（上肢機能障害、下肢機能障害、体幹機能障害、脳性麻痺等乳幼児期以前の脳病変に基づく運動機能障害）、f) 内部障害としての 6 障害（心臓機能障害、腎

機能障害、呼吸機能障害、膀胱又は直腸機能障害、小腸機能障害、後天性免疫不全による障害)に細分される。ここに述べた身体機能の損傷を基準にする分類法は、身体障害者福祉法がこれに拠っている。当然のことであるが、障害認定には障害の種類ばかりで評価するのではなく障害の程度を含めた認定基準が用いられることになる。

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

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

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

(2) 障害と等級

障害を種類によって区分することは、言わば横の分類であり、程度で分けすることは縦の分類に相当する。すなわち、障害の種類で分けすることは、臓器別にしても、能力障害の分類にしても、不自由な部分が異なるため分類は比較的容易で、常識的な判断が可能である。しかし、不自由の程度を比較する際に、異なった損傷の程度を比較することは、基本的に容易でない部分が多い。例えば、視覚障害と肢体不自由を違った障害とすることについての疑問を持つ者は皆無であろうが、聴力を失った者と両手を切断された者のいずれが障害として重いかと問われれば、各々の障害者はそれぞれ自分の障害の方が重度であるというに相違ない。感覚の障害、運動の障害、内蔵の障害、障害の程度を横並びで合わせることは、日常生活の場面における目的動作遂行能力あるいは稼得能力を尺度にすれば、不可能ではないが、障害者自身に不公平感を持たせるようでは法の主旨に背くことになる。従って、現在の身体障害者福祉法の基準では重度と目されるものを、「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」、中等度の障害は

「家庭内での日常生活が著しく制限されるもの」、軽度の障害を「社会での日常生活が制限されるもの」と大まかに基準設定を行い、各障害における特殊性を加味した細分化を行っている。すなわち、現在の身体障害者福祉法では、障害手帳は6級に細分化され1,2級を重度障害、3,4級を中等度、5,6級を軽度と見なしているが、障害の種類によっては境界線を引くことの困難なものもあり、また、軽度障害は障害の種類によっては該当しないもの、等級の欠損しているものもある。一方肢体不自由のように軽度の障害が多数重なるものがしばしば見られるものについては、軽微障害7級を設け、重複した場合のみ軽度障害として認めている障害もある。(施行規則別表第五号参照)

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

(3) 視覚障害

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

疑問点(質問頻度の高いもの)の解釈

① 問： 眼鏡を使用しても左右視力の和は0.08であるが、弱視眼鏡を利用すると左右各々視力表の0.2まで確認可能である。手帳発給の対象となるか。

回答： 普通の眼鏡使用による測定結果が基準になる。従って、3級と判断される。弱視眼鏡は特殊な拡大機能を持つもので、補装具である。普通の眼鏡を用いて検査する。

② 問： 同じ視覚障害の内に入り、同じ等級内に入る視野障害5級で、且つ、左右視力の和が0.2の場合、如何なる等級にランクするのが適当なのか。

回答： 視力障害と視野障害は重複障害として認定してよい。即ち、5級×2として指数は4級に該当する。4級障害として認定する。

③ 問： 両眼とも視野狭窄があり、各々15度に止まっている。視力は各々0.08である場合、如何なる等級とするべきか。

回答： 視野狭窄があって、10度以上の視野が確保されている場合、欠損する視野が2分の1以上に及んでいれば5級に相当する。この場合にも欠損している視野の範囲は2分の1以上に相当する。一方視力は各々0.08であり左右加算に

よって0.16すなわち同じく5級相当である。従って、双方の指数を加算すると4級に相当することが分かる。

(4) 聴覚・平衡機能・音声言語または咀嚼機能の障害

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

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

疑問点の解釈

問： 脳性あるいは脊髄性の平衡機能障害（本来肢体不自由）との整合は取れているか。

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

(5) 肢体不自由

肢体不自由に関しては、障害の程度は解剖学的レベルでの機能損傷を尺度に区分されているが、乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害（多くは生後1年未満に発病した脳原性麻痺、多くの場合脳性麻痺）についてはのみは移動動作と上半身による日常生活活動動作で評価をしている。すなわち、筋緊張異常、協調動作障害による随意性が問題となり、筋力テスト、関節可動域測定によっては異常を評価できない。それ故、脳原性疾患で最も問題となる日常生活基本動作である歩行移動及び上肢利用の代表的動作として移動能力テスト及び紐結びテスト等、四肢麻痺用、片麻痺用を作成して他の障害との等級間格差を解消するに至った。

疑問点の解釈

① 問： 脳性麻痺と大腿切断を合併するような場合の評価は如何に成されるか。

回答： 大腿切断 3 級の指数に残りの全関節の障害の指数を合計して求める。

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

回答： 一旦獲得していた機能を失った者の評価は障害指数の合算で行う。

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

回答： 併合認定して差し支えない。

- ④ 3 歳児未満の障害認定

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

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

- ⑤ 乳幼児期の障害認定

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

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

- ⑥ 痴呆（精神機能低下）を伴う障害の認定

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

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

- ⑦ 慢性疲労性症候群に伴う廃用性筋萎縮の認定

問： 両上下肢に筋力低下がある場合、障害の認定は可能か。

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

⑧ ジャクソン氏てんかんの障害認定

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

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

⑨ 遷延性意識障害を伴う障害の認定

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

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

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

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

⑩ その他

問： 脊柱への転移性癌により歩行困難となったものを障害認定できるか。

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

⑪ その他

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

回答： 原則としてすべての範囲で判断するべきであるが、障害の程度は肩関節の角度だけでいえるものではなく、レントゲン等その他の状態もあわせて総合的に判断してほしい（3 方向の可動域の制限についても一方向だけがわずかに基準を満たさない場合でも残り 2 方向の状況など、総合的にみて判断するべきである）。

⑫ その他

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

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

⑬ その他

筋力テスト・関節可動域はほぼ正常だが、間欠性跛行があっても筋力テスト及び関節可動域が正常であれば、下肢機能障害とは認められない。

ただし、若干の筋力低下（筋力テスト 4 程度）があり、歩行能力に制限があれば「一下肢機能の軽度の障害」と認定して差し支えない。

身体障害程度の指数と等級

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

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

2. 内部障害

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

内部障害の障害認定は、日常生活活動の制限の状況により等級づけがされるが、認定にあたってはこれを裏付けするに足る客観的条件としての検査値・臨床所見の確認が必要である。詐病の除外も含めて、障害認定の公平性、透明性を確保するためには客観性の確保は重要である。しかし、これらの認定基準とされる検査値・臨床所見が、それぞれの障害の原因となるさまざまな疾患を網羅的に代表することがしばしば困難なことは、内部障害の認定上の大きな問題であり、課題である。原因疾患によって、認定基準を満たしにくい疾患が出てくる場合がありうる。

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

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

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

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

個別の認定上の問題については、以下に検討する。

（1）心臓機能障害

18歳以上では、日常生活活動の制限についての要因を狭心症症状または心不全症状の出現や頻回な頻脈発作出現との関連で規定している。1,3級については、検査所見は胸部エックス線所見と心電図所見についての8項目の中的一致する所見数を認定基準に定め、また、4級では、これとは別に定めた心電図所見4項目のいずれかに該当する