

脊髄損傷

障害程度等級

- ・両側のわずかな運動および知覚機能の損失を伴う不完全な頸髄障害。
膀胱と直腸機能の障害がない。 30-60
- ・両足の部分的麻痺を伴う、不完全な胸髄損傷、腰髄損傷、Kauda 損傷。
膀胱と直腸機能の障害がない 30-60
- ・両足の部分的麻痺を伴う、不完全な胸髄損傷、腰髄損傷、Kauda 損傷。
膀胱と直腸、片方または両者とも機能障害がある 60-80
- ・重症な両手足部分麻痺を伴う、不完全頸髄損傷。
膀胱と直腸機能障害を伴う。 100
- ・完全な両手足の麻痺を伴う完全な頸髄損傷。
膀胱と直腸、片方または両者とも機能の障害がある。 100
- ・両足の完全な麻痺と完全な胸髄損傷、腰髄損傷、Kauda 損傷。
膀胱と直腸、片方または両者ともに機能障害がある。 100

(4) 障害認定の手続き

この重度障害者法に基づき障害の認定を申請する人は、その人が居住する地域を管轄する年金局に関係書類を提出する。申請書類は、年金局のほか福祉事務所、障害者団体の事務所などもある。申請に際しては、申請書類と共に健康診断書、退院の記録、療養の記録など障害の種類と程度を示す書類を添える。傷害保険や年金局からの年金の通知書などすでに障害の程度を示すものがあれば提出する。また、パスポートサイズの写真も提出する。年金局が書類審査し、障害の程度が 50 以上の場合は、重度障害者手帳(重度障害者証明書)が給付される。

この重度障害者手帳の有効期間は、原則として最長 5 年間である。ただし、戦傷者で VB と EB の該当者、および、切断など障害の程度に変化が無いと思われる者は最高 15 年まで認められる。また、10 歳以下の子供は、11 歳になるまで継続が認められている。有効期間を延長するためには、期限の切れる約 3 ヶ月前に延長申請をする。居住地の年金局や地方自治体の役所でほぼ 5 年間の延長が認められる場合が多い。しかし、自治体によっては、前回の有効期間が 5 年に満たない場合、1 年のみの延長となる。最高 2 回まで延長可能である。そして、3 回目以降は新たに証明書を申請することとなる。

この重度障害者手帳の交付対象者は、身体的・精神的・心理的要因によって社会生活全般に支障のある障害者で、その障害が6ヶ月以上持続し、障害程度が10以上の人である。この障害程度は、生活全般に対して上記要因がどのような支障を及ぼすかを10-100までの10段階で評価したもので、生計能力のもの評価とは異なる。たとえば、就労している全盲の人の障害程度は100であるが生計能力は十分にある。重度障害者法では、障害程度50以上を重度障害者として、この50以上の重度障害者と戦傷者で生計能力が最低50%に減少している人に重度障害者手帳（重度障害者証明書）を発行している。障害程度が10以上50未満の人には、必要に応じて障害を証明する書類が発行される。

この重度障害者手帳の給付を受けるとさまざまな福祉サービスが受けられるが、その福祉サービスは重度障害者手帳に記載される記号、すなわち、障害の程度や種類によって異なる。各自治体は、この重度障害者手帳に記載される記号に基づいて、どのような福祉サービスが受けられるのかを示している。

この重度障害者手帳の交付を受けている障害者は、1996年末現在6,359,015人で、その内訳は表1の通りである。

表1 重度障害者手帳の障害別受給者数

記号	障害の種類	受給者数	割合
G	歩行障害	3,391,015人	51.5%
a G	著しい歩行障害	576,937人	8.8%
B	付添人が必要	1,499,813人	22.8%
H	援助が必要	793,014人	12.0%
B I	視覚障害	98,236人	1.5%

最後に、ドイツの重度障害者認定の特徴として次の点が挙げられる。第一に、障害を大変幅広く捉え、障害程度等級表に類似する慢性疾患なども障害に含めている。第二に、身体障害、知的障害、精神障害などすべての障害を含み、統一した基準を作っていること。第三に、アルコールや薬物依存を含めていることなどである。

3. フランスにおける障害認定

(1) フランスの障害者福祉施策

フランスは1998年現在の総人口は5,838万人である。フランスでは障害の概念が各施策によって異なるために、障害者の実態や数についての統一的な調査は実施されていない。しかし、それぞれの施策別に調査が実施されているので、調査年と障害者数の推定値を表1に示す。これらの調査から在宅の重度障害者が約80万人、日常生活に不自由のある者が約513万人と推定されている。

障害の定義は、基本的には国際保健機関(WHO)の国際障害分類を採用し、次の3つの基準が用いられている。

- ① 機能障害(deficiency)：精神的、身体的、解剖学的構造の喪失または変化
- ② 能力障害(incapacity)：通常の活動を行う能力の部分的または全面的な減退
- ③ 社会的不利(disadvantage)：(その人の年齢、性別、および社会的諸要素に比べて)通常の役割および機能の制限

障害の程度は、10%~100%で10%刻みのスケールを用いて比率で表される。このスケールによって障害の程度を認定された人は、「重度障害者」とよばれる。また、障害程度が80%以上の人は、「障害者手帳」を申請することができる。

表1 施策別の障害者数

施策の区分	調査年	推定値
福祉施設を訪れた障害者	1983年	206,696人
60歳以上の重度障害者	1980年	1,213,776人
納税義務家庭での障害者カード所有者数	1987年	1,236,000人
各種手当・年金・労災恩給受給者	1985年	1,506,000人
在宅重度認定障害者	1980年	806,374人
在宅で日常生活が不自由な者	1980年	5,135,151人

(D. WALTISPERGER, Combien de handicapés en France? 社会福祉雇用省「保健衛生連帯・統計調査」1987年)

フランスの障害者施策は、障害者の人権や障害児教育についての要求運動に対応してさまざまな施策が個別的に進められてきた。このために障害者諸施策の関連を見直し、統一と簡素化を図ることを目的に1975年に障害者基本法(*la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées*)が制定された。この法律の第一条で障害者施策を進める上での基本的な方向性が示され、障害の予防と検診、障害児や障害者の介護、教育、職業訓練、雇用、社会参加そしてスポーツや余暇への参加が規定されている。しかし、さまざまな福祉サービスを受給することに伴う障害者の羞恥心や屈辱感を払拭し、社会的な偏見を無くすために障害者に対するさまざまな施策が一般の社会保障制度の枠組みの中で行われている。すなわち、さまざまな優遇措置を講じて、障害者が社会保険に加入できるようにしている。この社

会保険制度の中で、社会保険サービスの一部として障害者に対する福祉サービスを提供している。

福祉サービスにおいて特長的なのは、供給体制が複雑なことである。フランスには、伝統的にアソシエーションといわれる非営利の福祉団体が多数存在し、ボランティア活動も盛んである。これらの団体は、ホームヘルプ、デイサービスなどさまざまな福祉サービスを提供している。さらに、民間企業が長い伝統を破って福祉分野に参入し、商業的営利組織として自由契約のさまざまな福祉サービスを提供している。国が福祉分野への民間企業の参入を奨励していることもあり、近年増えてきている。このように、フランスの障害者施策は、さまざまな施策が個別的に実施されてきたこと、また、その福祉サービス供給体制が多様であることから、それぞれ目的や理念が異なり大変複雑な様相を呈している。

フランスの障害者施策における国・県・地方自治体の役割分担は、地方分権法(1983年7月22日)に基づいて表2に示すように明瞭に区分されている。国は社会保障、社会福祉サービスの基本的な部分を定め、施設の評価などを行う。県は在宅医療補助など障害者サービスの直接の窓口となって、さまざまなサービスを提供している。

表2 障害者施策の役割分担

	国 (国家的連帯政策・国家的政策)	県 (アシスタンス・地方単位の援助・近隣連帯政策)
社会保障	法規定：助成金・手当等の条件、料率 健康保険金庫の監督	
社会援助給付	A. 一般規定：最低料率・給付条件制定 B. 管轄：障害者健康保険料、ホーム、 社会復帰センター	A. 社会事業及び福祉助成金の県規定 B. 権限：在宅医療補助または入院補助/ 老人ケア（住居、家事援助、給食センター）
	C. 国・県が共有する成人障害者援助の管轄	
社会福祉サービス	・障害児 ・社会的不適応者 ・国と他の関係機関とのコーディネーション ・精神保健（精神障害） ・中毒患者対策	・県社会援助事業 ・県社会福祉サービス ・児童教育援助 ⇒ <u>県特別教育委員会</u>
受入施設 手続き	・施設必要性の評価 ・施設の技術的、財政的評価 ・設営認可、料金設定、監査 ・県の決定と適法性コントロール	・県レベルの社会福祉及び医療福祉 ・県の権限内での設営認可、料金設定、監査 ⇒ <u>職業指導・職業再配置専門委員会</u>

フランスでは障害者手当等の給付条件や障害者援助の合理化を図るために、障害者基本法に基づいて単一の障害認定機関が各県に一つずつ設置されている。20歳未満の障害児の障害認定機関は、県特別教育委員会(CDES: Commission d'partementale

de l' éducation spéciale) であり、20 歳以上の障害者に関しては職業指導・職業再配置専門委員会 (COTOREP : Commission technique d' orientation et de reclassement professionnel) である。

(2) 障害の範囲と障害認定

フランスにおける現在の障害者の障害認定は、1975 年 6 月 30 日に制定された障害者基本法に溯る。この法律は、バラバラに実施されてきた障害者に関連する諸施策を整理統合するとともに、単一の障害認定機関を創設した。そして、障害者の自立生活の促進、社会参加、最低所得保障などを規定した。また、障害者基本法の制定に伴って家族および社会扶助に関する法律も改正され、障害者手帳 (Carte d' invalidite) が交付されるようになった。しかし、その障害の認定は、傷痍軍人年金法の基準が準用されたために、児童、知的障害者、精神障害者については認定が困難であった。このためにフランス社会福祉雇用省は、1987 年に「障害分類諮問委員会」を設け、国際保健機関 (WHO) の国際障害分類に基づく障害分類とこの分類に基づく障害認定方法について検討を開始した。3 年余りにわたって研究・検討が行われ、1991 年に障害分類の草案が作成された。この草案を基に障害者団体や関係機関との調整が行われると共に、県特別教育委員会 (CDES) と職業指導・職業再配置専門委員会 (COTOREP) において臨床テストが行われた。そして、1993 年 11 月に「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」が策定された。

(1) 障害の範囲と種類

この「障害者の機能障害および能力障害の評価のための指針」では、次の障害が挙げられている。

① 知的障害および行動の制限

- ・ 小児および青年の知的障害および行動の制限
- ・ 成人の知的障害および行動の制限
- ・ てんかん (てんかんに伴う機能障害)

② 精神障害

- ・ 小児および青年の精神障害
- ・ 成人の精神的機能障害

③ 聴覚の機能障害

④ 言語および発声発語の障害

⑤ 視覚障害

⑥ 内部障害および全身機能の障害

- ・ 心血管系の機能障害
- ・ 呼吸器系の機能障害

- ・ 消化機能の障害
 - ・ 腎泌尿器系の機能障害
 - ・ 内分泌、代謝、および、酸素由来の機能障害
 - ・ 造血系、および、免疫系の機能障害
- ⑦ 運動機能障害
- ⑧ 審美性障害

(2) 障害の程度

障害の程度は、多くの場合 4 段階の能力障害率で示されるが、3 段階や 5 段階の場合もある。また、能力障害率が 80%以上の重度障害者には、障害者手帳が交付され、公共交通機関の割引、所得税や住民税の控除、公共料金の減額などが受けられる。さらに、能力障害率が 50%以上の障害児は、障害児教育の対象となる。

この能力障害率は、次のように区分されている。

能力障害率 0～ 50%：軽度の能力障害

能力障害率 50～ 80%：中度の能力障害

能力障害率 80～ 100%：重度の能力障害

能力障害率は、機能障害や能力障害の程度によって、個々の障害毎に規定されている。また、障害が重複する場合には、それぞれの障害を考慮して総合能力障害率が算定される。

専門医は、数値的でない分析検査・評価を行った後、総合能力障害率を決定する。まず複数の機能障害のうちの一つを評価する。その機能障害について能力障害率が決定した後、その数値を、完全能力を示す 100 から引く。こうして、残存能力が得られる。

ある機能障害と別の機能障害に由来する能力障害は、それだけ独立した数値として評価され、その能力障害率の数字を、第一の機能障害の残存能力を示す数値に掛ける。こうして、第二の機能障害の能力障害率が得られる。総合的能力障害率は、こうして計算された 2 つの能力障害率の和として得られる。この値は、機能障害をどの順で計算しても一定である。

障害が重複する場合の総合能力障害率の算定例

ある機能障害 A は、40%の能力障害をもたらす。この場合、残存能力は 60%である。別な機能障害 B の能力障害は、評価指針で 20%と数値化できたとする。この第 2 の機能障害によってもたらされる能力障害率は、A の残存能力 60%に対する 20%なので、12%となる。

総合的能力障害率は、従って、 $40\%+12\%=52\%$ となる。以後同様である。

この例で、第 3 の機能障害があって、能力障害率を算出しようとする場合、対象となる残存能力は 48%となる。

(3) 障害認定機関

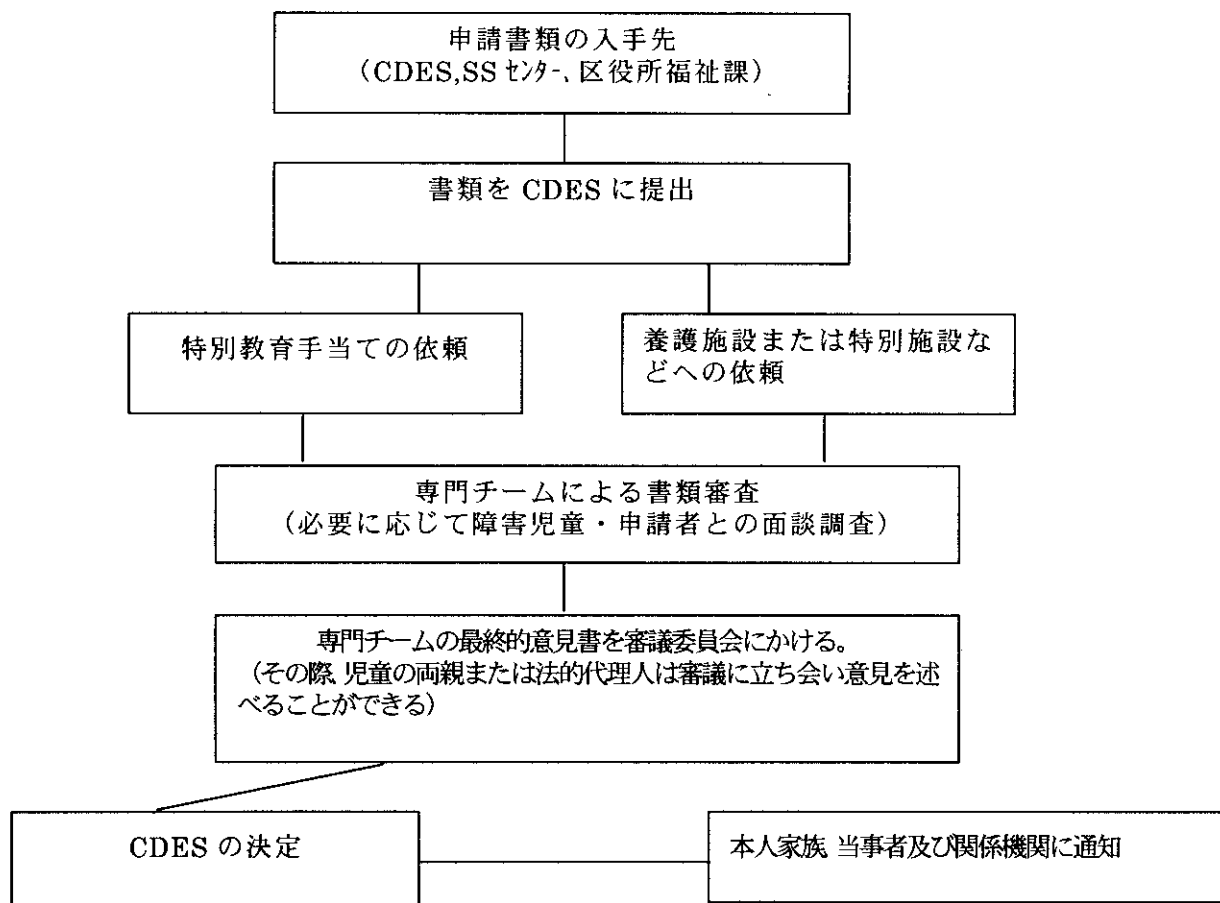
障害認定を求める障害者は、必要な書類を添えて、市役所に申請をする。市役所は、子供については県特別教育委員会(CDES)、大人については職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)に書類を送付し、障害の認定が行われる。そして、能力障害率が80%以上の重度障害者には障害者手帳が交付される。

県特別教育委員会(CDES)は、20歳未満の障害児に対して、次のような審査・決定を行っている。

- ① 能力障害率(障害程度)の決定
- ② 障害者手帳交付の決定
- ③ 特別児童手当受給資格の審査
- ④ 特殊教育手当受給資格の審査
- ⑤ 障害児のニードに合った学校、施設サービスの決定など

この県特別教育委員会(CDES)に提出された申請書類は、図1の流れに従って審査・決定される。まず、技術専門チームが障害程度の診断やテスト、家庭状況などを調べて、審査・決定に必要な書類を作成する。この技術専門チームは、身体障害・知的障害・精神障害など各分野の専門家及び専門医、一般医、学校医、ソーシャルワーカー、心理専門家、障害児学校教師、普通学校教師、教育省代表、非営利福祉団体代表から構成される。技術専門チームが作成した書類は、提出された書類と一緒に審議委員会に上げられ、審査・決定がなされる。この県特別教育委員会(CDES)は、保健省所管の社会・保健事業局と教育省所管の学校教育監督局が共管しているために、この審議委員会の委員長は、両局から交互に任命される。この審議委員会のメンバーは、社会保障機構代表、県特別教育委員会の専任医師、教育省代表、特殊教育施設代表、非営利福祉団体代表であり、県知事が指名する。申請書類の7割は、ほぼ3ヵ月後に最終決定が通知される。決定事項の有効期間は、教育関係決定が最長2年間、補助金関係の決定は1年から5年間である。決定が不服な場合には、再審請求ができる。それでも承服できない場合は、異議申立ての権利がある。

図1 県特別教育委員会の申請書類の流れ



この県特別教育委員会（CDES）に提出された申請書類の提出件数と障害者手帳の交付が認められた件数を表3に示す。1996年から1997年に提出された書類は約17万件、この内21,300件が障害者手帳交付件数である。

表3 県特別教育委員会の処理件数

0～20才未満障害者		92年～93年	94年～95年	96年～97年
CDES 出願件数	出願総数	160,500	166,700	170,500
	内、新規	35,310	49,700	38,700
CDES 障害者手帳認可件数		21,430	21,100	21,300

[対象：フランス全域／出典：労働連帯省 SESI]

職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)は、20歳以上の障害者および16歳から20歳までの障害のある勤労青年を対象にしている。そして、2つのセクションを

持ち、第1セクションは労働省に属し、労働関係に関して、第2セクションは手当や施設への入所等に関して審査・決定を行っている。

第1セクション

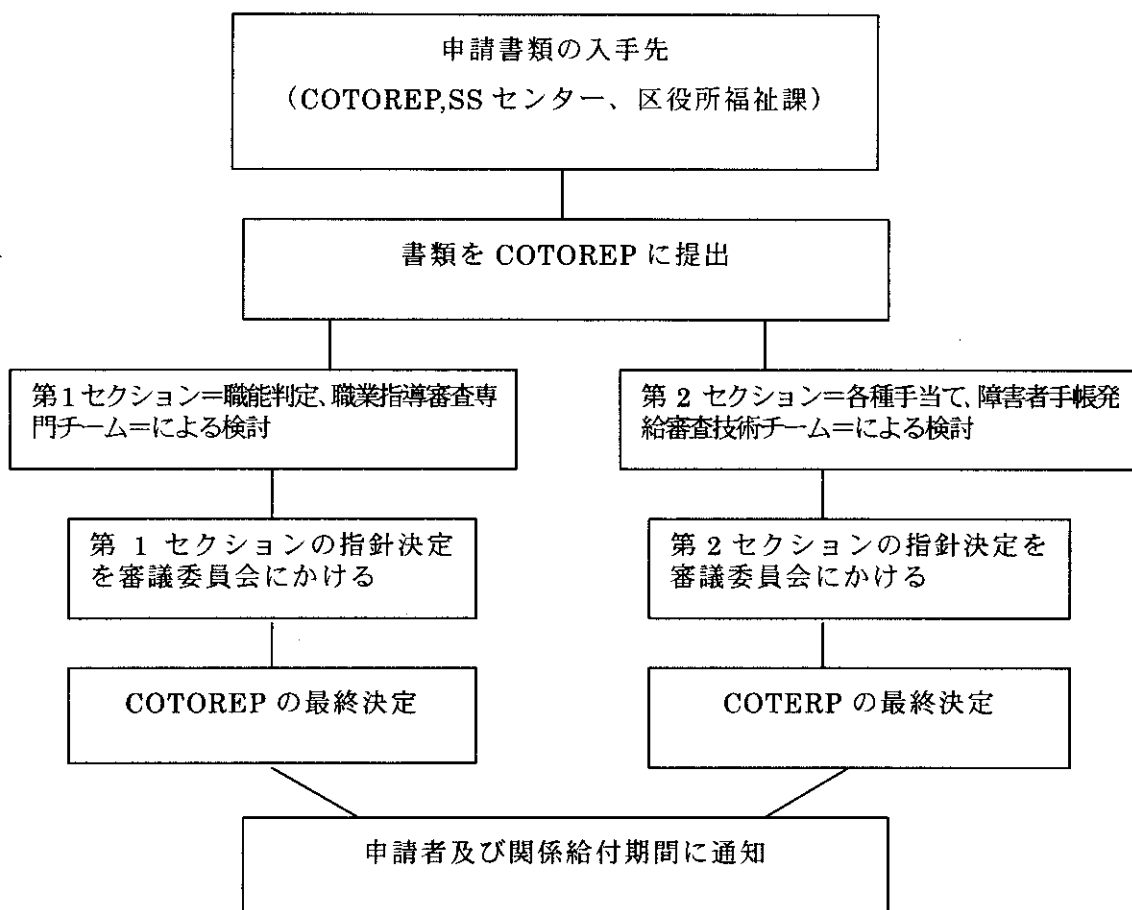
- ① 就労オリエンテーション
- ② 障害のある労働者としての認定
- ③ 優先雇用の決定

第2セクション

- ① 能力障害率(障害程度)の決定
- ② 障害者手帳交付の決定
- ③ 障害者手当受給資格の審査
- ④ 障害者施設への入所の決定

この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)に提出された申請書類は、図2の流れに従って審査・決定される。この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)にも、県特別教育委員会(CDES)と同様に審議委員会がある。この職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)も、労働・連帯省所管の県就労・職業教育局と保健省所管の社会保険事業局が共管しているために、この審議委員会の委員長は、両局から交互に任命される。この審議委員会のメンバーは、国立職業安定所代表、県就労・職業教育局代表、保健省社会保険事業局代表、社会保障機構代表、労働医局の医師、非営利福祉団体代表、県議であり、県知事が指名する。職業指導・職業再配置専門委員会(COTOREP)は、職業や住居を見つけること支援するサービス提供機関ではなく、障害の程度や種類を認定する機関であるために具体的な職場の斡旋や住宅の確保は関係機関が行う。申請者は審議委員会を傍聴もできる。また、決定が不服な場合には、再審請求ができる。それでも承服できない場合は、異議申立ての権利がある。

図 2 職業指導・職業再配置専門委員会 (COTOREP) の申請書類の流れ



最後に、フランスの障害認定の特徴は、第一に国際障害分類を考慮に入れ、身体障害、知的障害、精神障害を含む総合的な障害認定基準が作成されていること、第二に、顔面醜痕なども障害認定の対象にしていること、能力障害に基づいて障害認定基準が作成されていること（ただし、視覚障害と聴覚障害については機能障害に基づいて障害認定基準が作成されている）である。

第4章 高次脳機能障害の生活実態調査報告

1. 調査の目的

高次脳機能障害者は制度のはざままで十分なサービスを受けられずに生活に支障をきたしているといわれている。本調査では、高次脳機能障害者の生活の質の向上に寄与するサービスのあり方を検討する際、および、今後の障害認定のあり方を検討する際の資料を得ることを目的として、高次脳機能障害者本人および家族の生活実態調査を実施する。

調査の目標

1. 高次脳機能障害者および家族の抱える問題と必要としているサービスについて明らかにする。
2. 身体障害者手帳の有無による高次脳機能障害者の生活実態の違いを明らかにする。

調査の方法

1) 調査対象者

重度(介護度の高い)高次脳機能障害者で、

- | | |
|------------------|------|
| ・身体障害者手帳を持っている人 | 10名 |
| ・身体障害者手帳を持っていない人 | 10名 |
| | 計20名 |

2) 調査方法

「生活実態調査票」を作成し、それをもとに、実施者が面接調査を実施した。

3) 調査項目

別添「生活実態調査票」のとおり。

謝辞

本調査では「高次脳機能障害 横浜友の会はばたき」「脳外傷友の会ナナ」の皆様、横浜市総合リハビリテーションセンターの伊藤利之先生、神奈川県総合リハビリテーションセンターの大橋正洋先生に特にご協力をいただきましたことをここに謹んでお礼を申し上げます。

2. 調査の結果

1. 性別

対象者全 20 名のうち、性別はそれぞれ、男性 17 名、女性 3 名であった。

2. 年齢

対象者全 20 名の平均年齢は 29.05 歳であった。

3. 現在の傷害の原因となった病名

頭部外傷 14 名、脳血管障害 4 名、(不明 2 名) であった。(表 1)

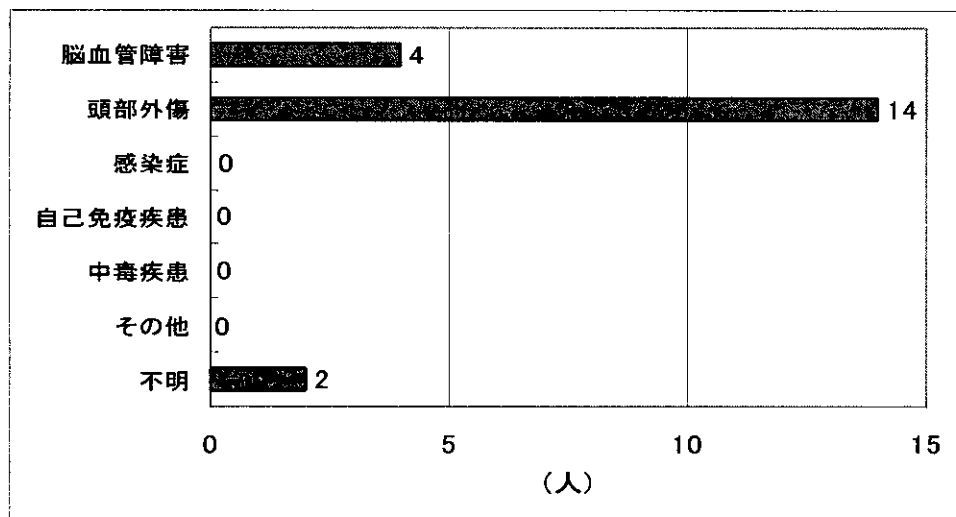


表 1

4. 脳血管障害の分類

クモ膜下出血 3 名、脳内出血 1 名であった。(表 2)

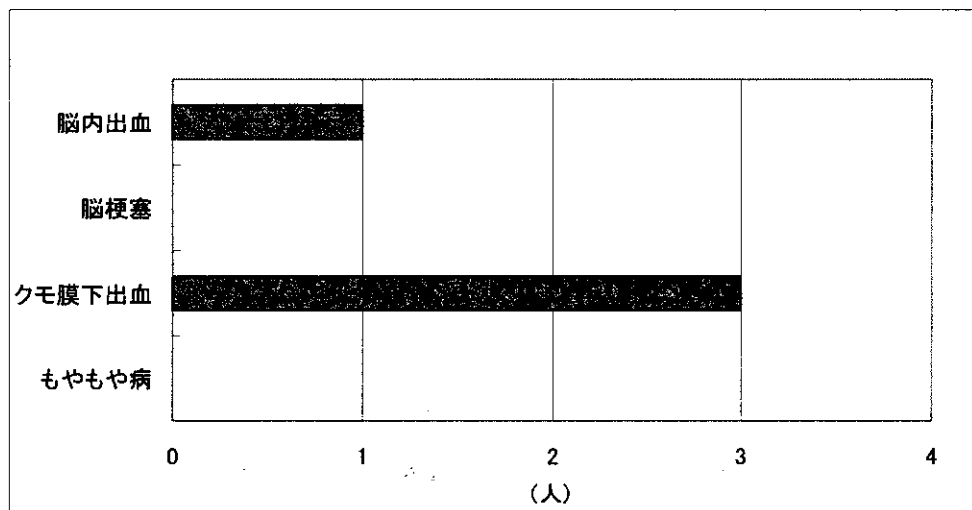


表 2

5. 頭部外傷の分類

脳挫傷 7 名、硬膜下血腫 5 名、脳内出血 2 名、び慢性軸索損傷 1 名であった。(表 3)

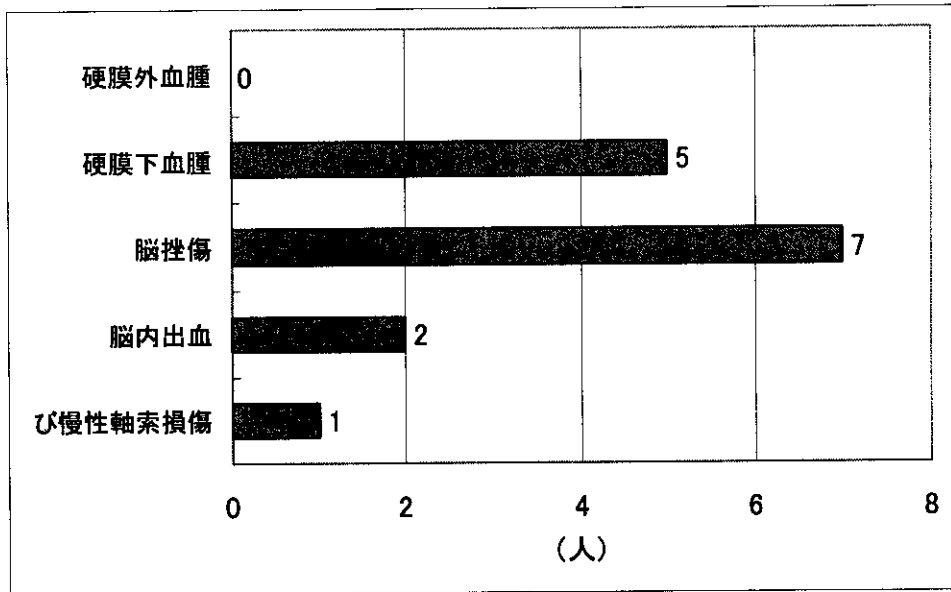


表 3

6. 現在の障害の診断名

(表 4)

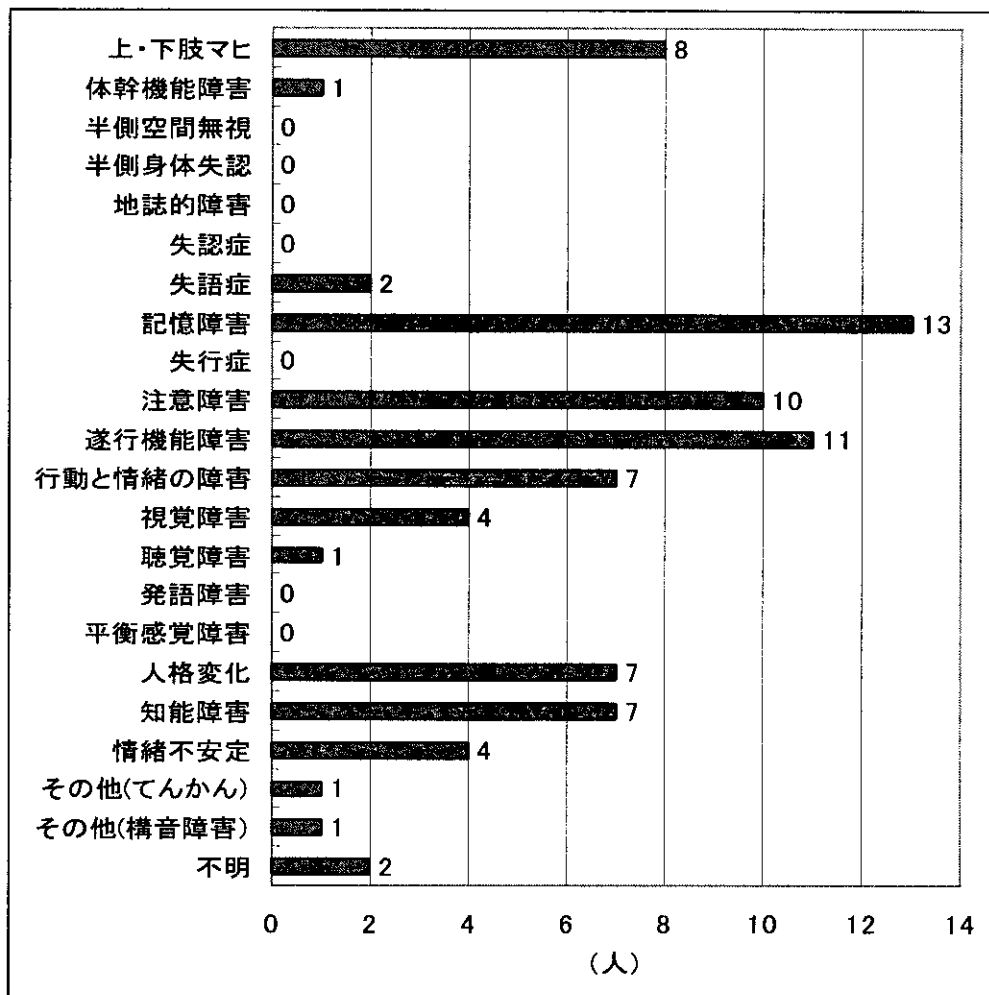


表 4

7. 身体障害者手帳の有無

1級2名、2級5名、3、4級0名、5級1名、6級2名であった。

※2級5名の障害の内容は、四肢体幹機能障害2級、上肢3級+下肢4級、右片マヒ2級+言語障害4級、視野障害2級+左半側マヒ4級、四肢体幹機能障害3級+言語障害4級であった。(表5)

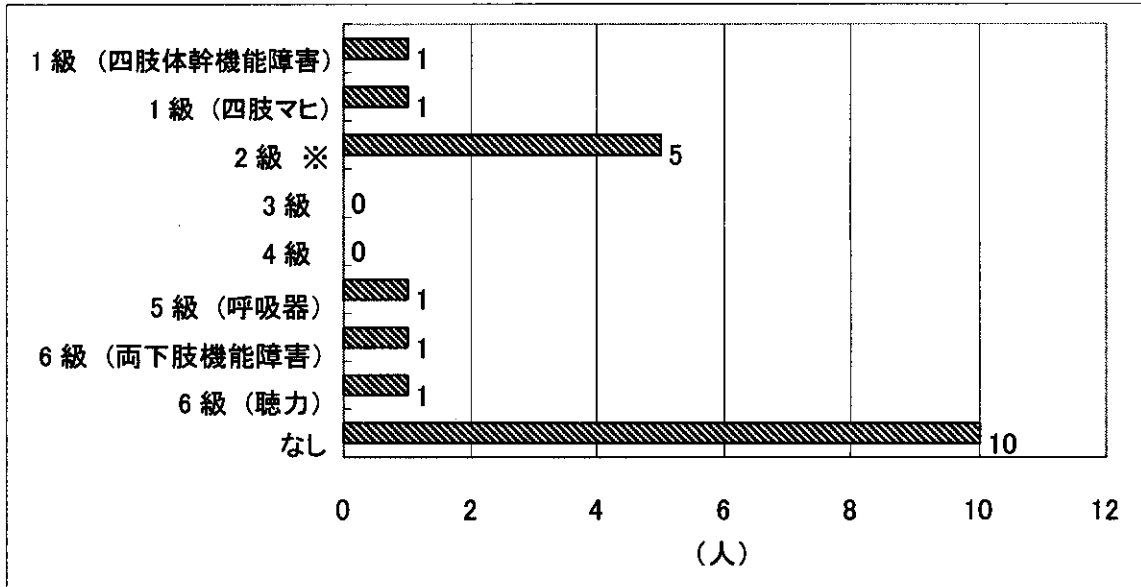


表5

8. 年齢と手帳所持の有無

手帳を所持している対象者の平均年齢は34.4才、所持していない対象者の平均年齢は23.7才であった。手帳所持の比率は20代においてもっとも低くなっている。(表6)

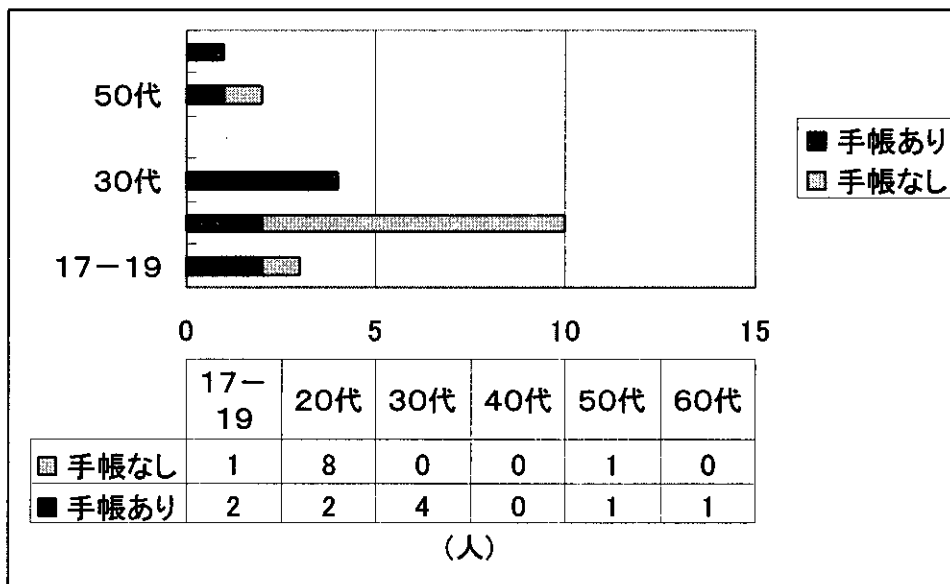


表6

9. その他の認定

2名が精神保健福祉手帳2級の認定を受けていた。この2名は身体障害者手帳を所持していない。また、療育手帳を所持している者は一人もいない。介護保険要介護認定では要介護度2と認定された者は1名おり、身体障害者手帳6級を所持していた。

10. リハビリテーションを受けた期間 (問5.SQ1.)

20名中19名がリハビリテーションを受けたことがあると回答した。リハビリテーションの期間は、半年以下5名、1年以下2名、2年以下3名、3年以下3名、4年以下2名、72ヶ月以下(68ヶ月)が1名であった。(表7)

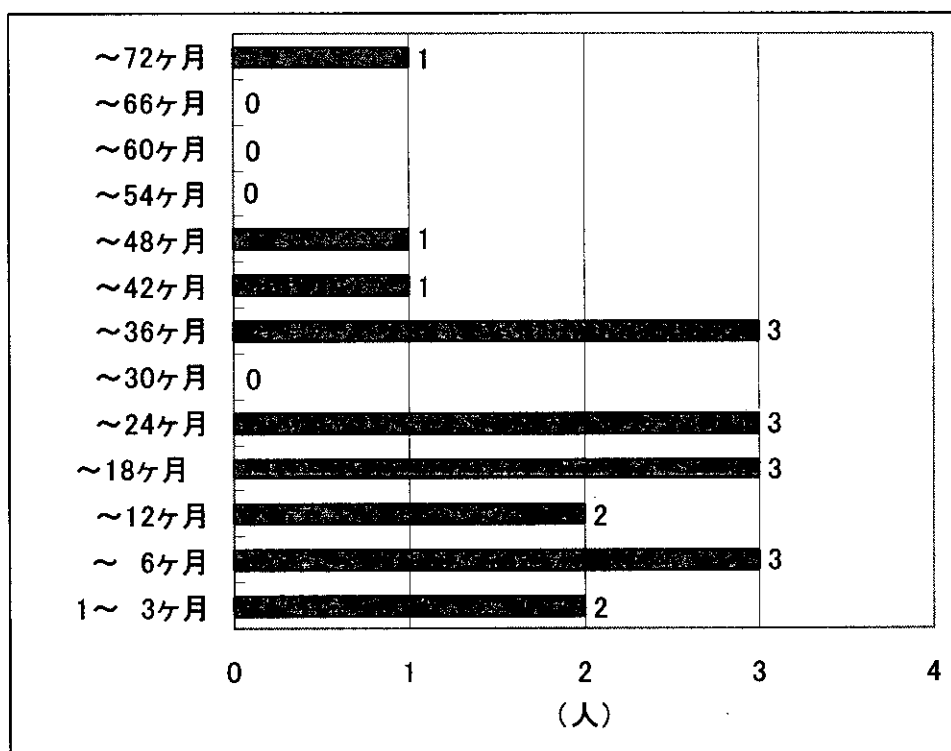
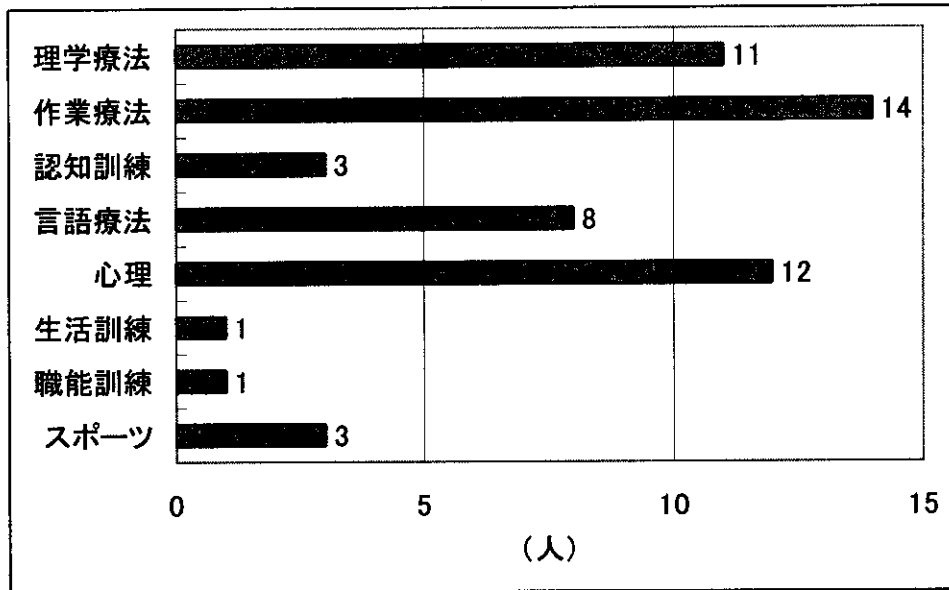


表7

11. リハビリテーションの内容

リハビリテーションの内容は、作業療法 14 名、理学療法 11 名、心理 12 名、言語療法 8 名、認知訓練 3 名、スポーツ 3 名、生活訓練 1 名、職能訓練 1 名であった。(表 8)



対象者	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
期間(ヶ月)	2	2	4	5	6	9	10	13	13	18	24	24	24	36	36	36	38	48	68
理学																			
作業																			
言語																			
認知																			
心理																			
生活訓練																			
職能訓練																			
スポーツ																			

表 8

12. リハビリテーションを受けた場所

病院入院中 12 名、病院通院中 7 名、施設通所 6 名、施設入所 0 名であった。(表 9)

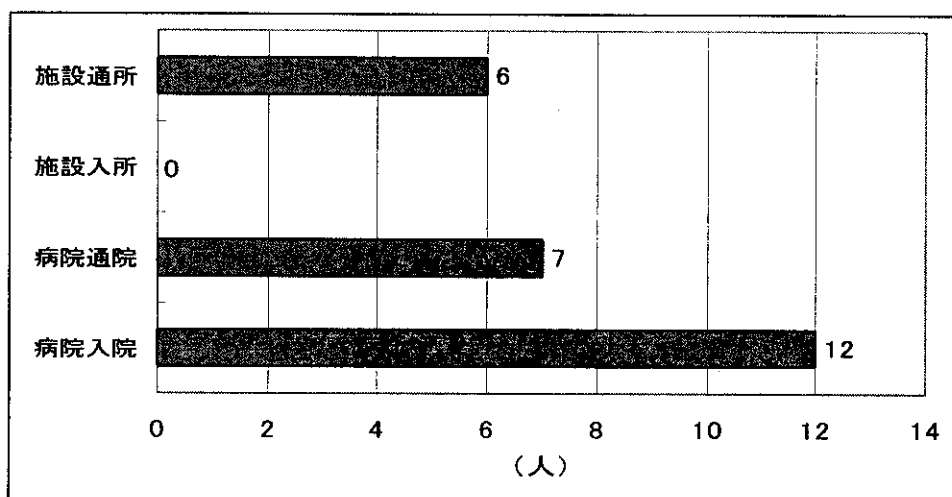


表 9

13. 住宅の改造 (問 4.SQ1.)

手すりや洋式トイレなどの住宅の改造は、手帳所有者に多くみられる。(表 10)

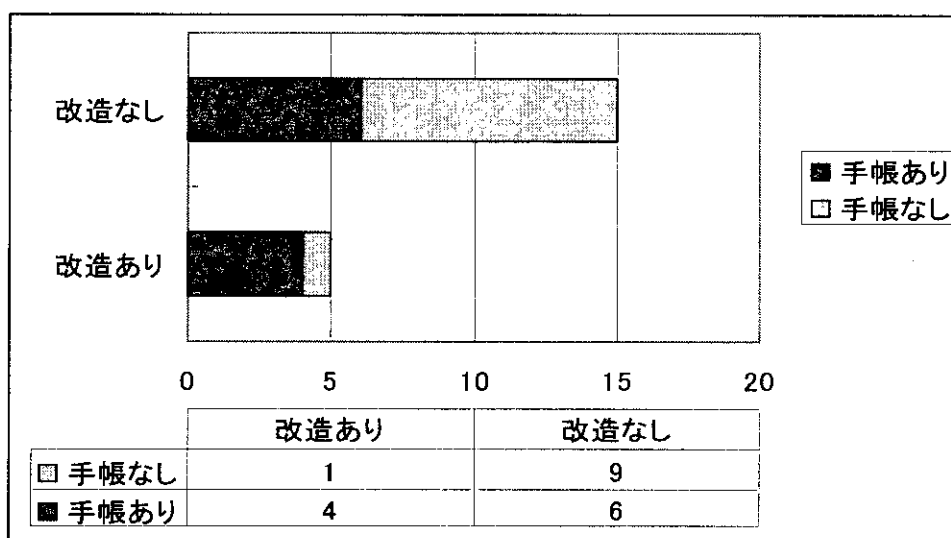
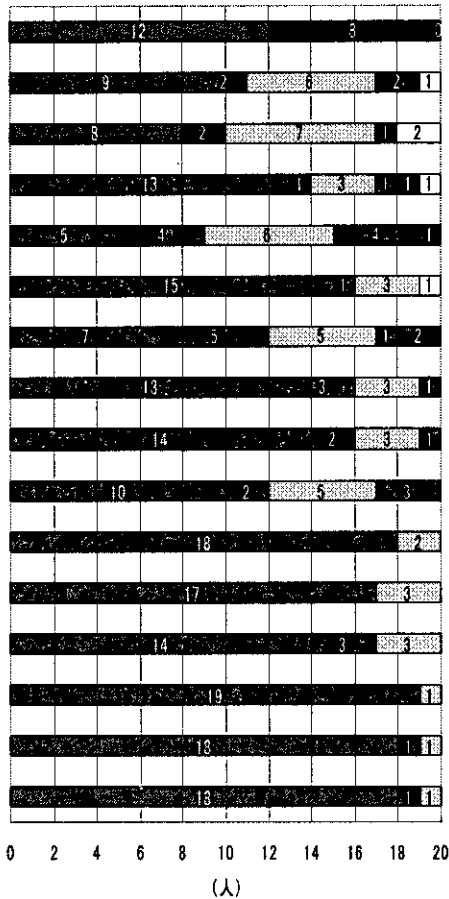


表 10

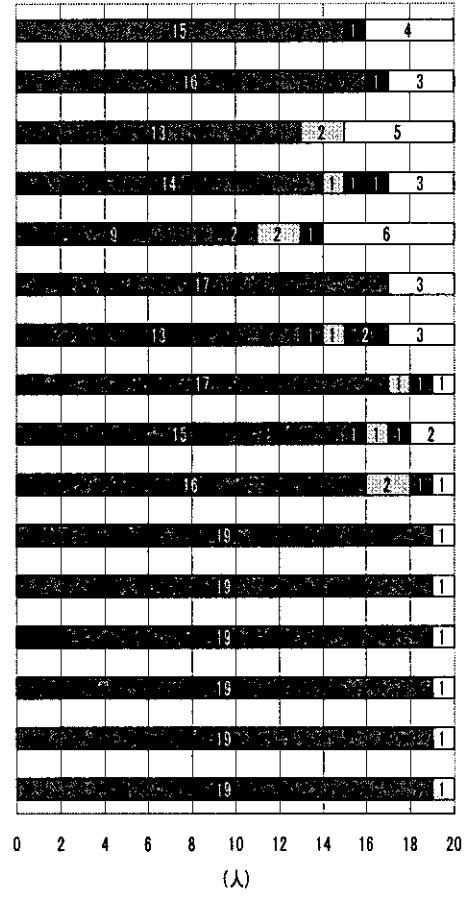
14. 日常生活の様子 (問 7.SQ1.)

日常生活において、「次のようなことが、ひとりでできますか。」と質問した結果、本人は「ひとりでできる」と回答したところを介護者は「指示が必要」または、「全部介助が必要」と回答するというような認識の差がみられた。(表 11)

介護者の回答



本人の回答



■ひとりでできる ■指示が必要 □見守りが必要
 ■全部介助が必要 ■経験がない □無回答

ひとりでできる	指示が必要	見守りが必要	全部介助が必要	経験がない	無回答	活動	ひとりでできる	指示が必要	見守りが必要	全部介助が必要	経験がない	無回答
12	8					家の中の整理整頓	15					4
9	2	6	2		1	金銭の管理	16	1				3
8	2	7	1		2	本人の医薬品の管理	13		2			5
13	1	3	1	1	1	近所づきあい	14		1	1	1	3
5	4	6	4	1		銀行の用事	9	2	2		1	6
15	1	3			1	冷暖房の操作	17					3
7	5	5	1	2		食事の支援	13	1	1		2	3
13	3	3		1		買い物	17		1		1	1
14	2	3	1			電話の応答	15	1	1	1		2
10	2	5	3			外出する	16		2	1		1
18		2				家の中を移動する	19					1
17		3				入浴する	19					1
14	3	3				身だしなみ	19					1
19		1				衣服の着脱	19					1
18	1	1				トイレを使う	19					1
18	1	1				食事をする	19					1

表 11

15. 外出の頻度 (問 8.SQ1.)

手帳の所持にかかわらず、全体の 85% がほとんど毎日外出している。(表 12)

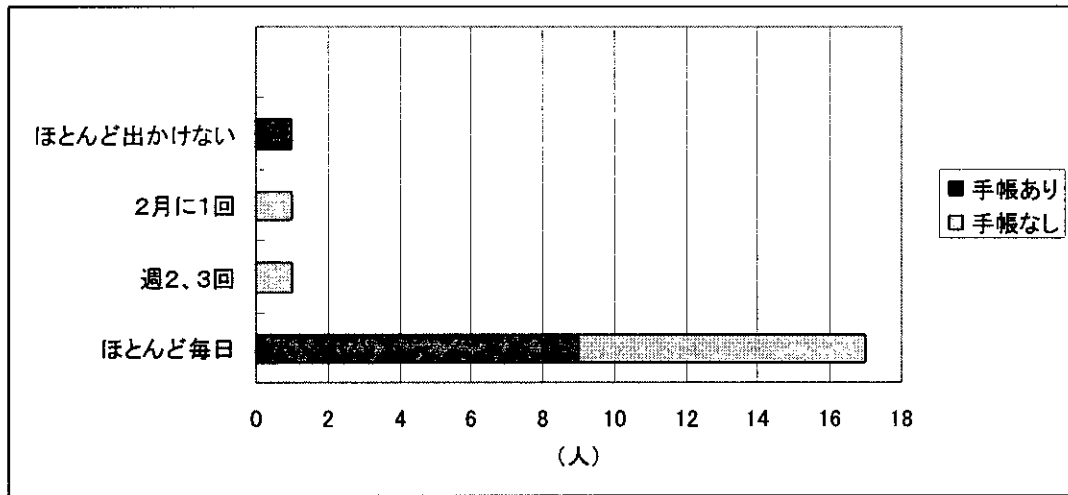


表 12

16. 外出の方法 (問 8.SQ2.)

手帳を所持している人は、介助者を伴って移動する割合が高くなっている。反対に手帳を所持していない人は、一人で外出する割合が高くなっている。(表 13)

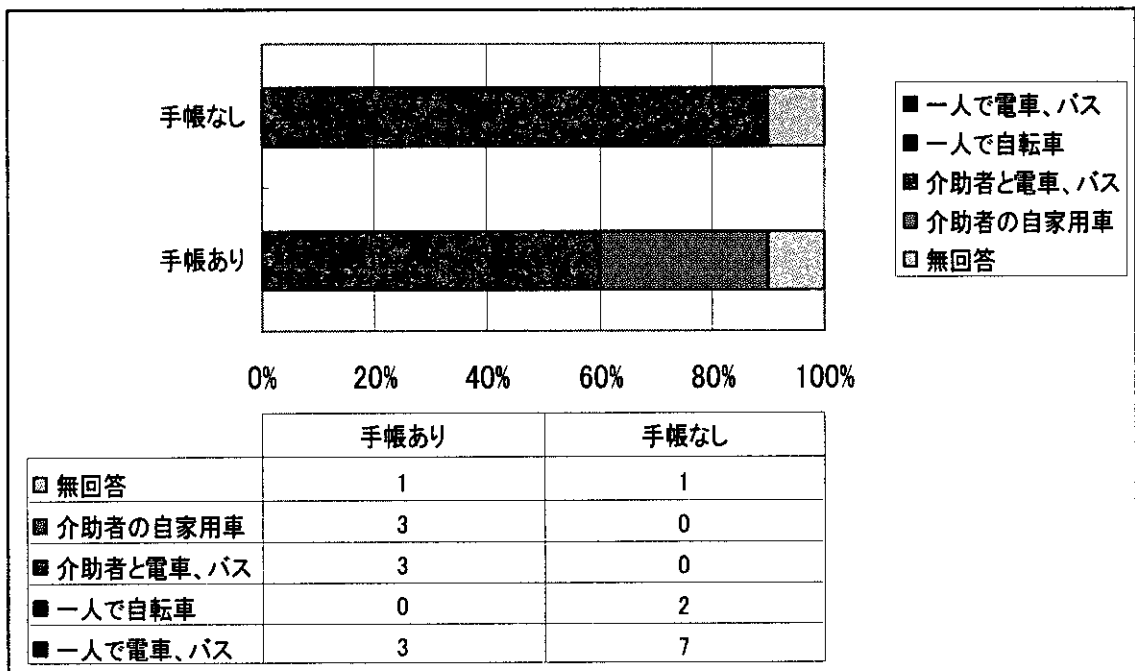


表 13