

自治体名

資料1-1

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

1. 認定基準について

(1)現在視覚障害が視力障害と視野障害に分かれているが、それ以外の障害例えば調節障害、動揺視など他の障害を追加する必要はあると思いますか。

(2)視力障害について現在矯正視力値の両眼の和で認定しているが、WHOの認定基準では両眼視で等級認定を行っています。日常生活能力という観点からは両眼視で評価すべきと考えられますがどう思われますか。

(3)視力障害の5級と6級において、片眼の矯正視力が0.1で、他眼の矯正視力が0.2の場合は、両眼の矯正視力の和が0.3となり、5級には対応せず、悪い方の眼の矯正視力が0.1で6級にも対応せず認定の対象とはならないが、片眼が0.01で他眼が0.6の場合は6級に認定される。その実態と運用上の問題があればお書きください。

(4)視野障害について損失率の導入がなされましたがその実態と運用上の問題があればお書きください。

(5)高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などで視覚機能の測定の出来ないときの認定はどのようにすべきと思われますか。

(6)視力測定について最近JISでも対数視力(log MAR視力)が用いられるようになり、他の基準もそろそろ対数視力に変わろうとしています。どのように思われますか。

2. 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

(1)視力障害と視野障害の認定等級を比較したときに、同一等級でありながら日常生活の不便さに差があると思われますが、その実態と運用上の問題があればお書きください。

(2)複視があり、日常生活にかなりの不便が生じている時の認定についてどのように思われますか。

3. 認定時期について

再認定の時期についてその実態と運用上の問題があればお書きください。

4. 症状固定の時期について

症状固定の時期について、その実態と運用上の問題があればお書きください。

5. その他視覚障害の認定に関してご意見があればお書きください。

自治体名

資料1-2

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

※該当する()に○印を記入ください。

1. 障害認定基準運用の実態について

(1) 聴覚障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)と同じですか?

() 同じ、() 異なる

上で異なるとした場合、聴力閾値が100dB以上の場合は

() 105dBとして計算、() 実測値で計算

その他の異なる内容を記入ください。()

(2) 聴取距離による認定(等級表のカッコ書きの部分)はどのような場合に適用していますか。

() 適用していない、() 何らかの理由で聴力検査が不能の場合、() その他

<その他内容>

(3) 1歳未満の乳児期の聴覚障害の認定について、ABR検査のみの認定を行ったことはありますか。またある場合には再認定時期は何歳頃が適当ですか。

() ない、() ある(再認定時期は 歳頃)

(4) 乳幼児の聴覚障害の認定について、等級はどの等級が適当と考えますか。

() ABRないしはCORにての域値に該当する等級、() 前記域値の1級下位の等級、

() 最低等級の6級、() その他

<意見欄>

(5) 乳幼児の聴覚障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を()内に記入してください。

() ない、() ある(内容)

(6) 音声・言語障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)と同じですか?

() 同じ、() 異なる

上で異なるとした場合、その内容()

(7) 知的障害、痴呆などの精神障害についての言語障害認定について

() 認定しない、() 高度難聴があれば考慮する、() その他

<その他内容>

(8) 音声機能または言語機能の著しい障害(4級)の具体例C.中枢性疾患によるものとして、脳血管性障害による仮性球麻痺についての申請がありますか。申請があった場合認定していますか。

() ない、() ある → () 認定している、() 認定していない

(9) 音声・言語障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を記入してください。

() ない、() ある

<内容>

2. 障害認定の原則について

(1) リハビリテーションを中心とした認定基準について

リハビリテーションを中心として障害認定のため、老衰や末期がんなどによる言語障害等は対象としない

こととされています。その実態と運用上の問題点をお書きください。

(2) 装具をつけないでの認定について

現状では、視覚障害以外は装具をつけない状態で認定しています。そのため人工内耳、人工喉頭、食道発声などで聴覚および言語の機能が改善されているにもかかわらず障害認定がされます。この点についてその実態と運用上の問題点があればお書きください。

(3) 日常生活能力の視点導入について

現状では脳原性運動機能障害の認定などで日常生活能力の視点が、基本的には機能障害中心の障害認定が実施されています。聴覚、音声・言語障害にもこのような視点から認定を行う場合に、実際にどのような方法があるでしょうか。その実態と運用上の問題点をお書きください。

(4) 生活の不便さの視点導入について

現状では、免疫機能障害の認定基準に、生ものの摂食制限等が取り入れられています。このような社会的な環境要因をふまえた認定について、聴覚、音声・言語障害の認定に取り入れることが可能か、また運営上の問題点等がありましたら具体的にお書きください。

3. 認定時期について

(1) 3歳未満の乳幼児の聴覚障害認定について、新生児スクリーニング検査の実施に伴い1歳未満での認定の必要性もあると考えられます。月齢何ヶ月くらいで認定するのが適当と考えますか。また再認定の時期については何歳頃が適当と考えますか。

1.認定月齢（ ヶ月）、2.再認定時期（ 才頃）

(2) 教育途上の言語障害認定には苦慮させられることがあります。聴覚障害に伴う言語障害も含めて、言語障害の認定は何歳以降が適当と考えますか。また再認定の必要性はどう考えますか？

1.言語障害認定（ 歳以降）、 2.再認定（ ）必要、（ ）必要なし

(3) 症状固定の時期

幼児の場合、高次脳機能障害がある場合など、認定時期が難しい場合がありますが、その実態と運用上の問題点があればお書きください。

(4) リハビリテーションの観点

乳幼児聴覚障害、失語症などリハビリテーションの観点からは、症状固定を待つよりも早めに障害認定をしてリハビリテーションを実施することが好ましい場合もあると思われれます。これに関して実態と運用上の問題点があればお書きください。

4. その他聴覚障害の認定に関してご意見があればお書きください。

自治体名

資料1-3

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

1. 遷延性意識障害について

※該当する()に○印を記入ください。

意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要さなくなった時点において行うこととされています。なお、入院治療中であっても個々の症例に応じ、医師が常時の医学的管理が必要でないと診断するような場合には、手帳交付の対象にして差し支えないとされていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)発症から3ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮なし

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(2)発症から6ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、四肢・体幹の関節拘縮は多発で著明

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(3)発症から3ヶ月経過、在宅療養中で1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮なし

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(4)その他の意見

2. 高齢者について

加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことはできないが、近い将来において生命の維持が困難となるような場合に手帳を交付することは適当でないとされていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、著明な関節拘縮なし、

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

*年齢が65~85歳だったら判断は変わりますか？

()変わらない ()変わる ()その他

<意見欄>

(2)老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、関節拘縮は多発で著明

()認定しない ()認定する ()その他

*年齢が65~85歳だったら判断は変わりますか？

()変わらない ()変わる ()その他

<意見欄>

(3)脳卒中を発症して以来立ち上がることができない(発病前は屋外独歩、日常生活動作：全自立)、95歳、発症から3ヶ月、在宅療養中

()認定しない ()再認定を条件に認定する ()認定する ()その他

<意見欄>

(4)その他の意見

3. 介護保険との関係について

公的介護保険が導入されたので、65歳以上の高齢者には身体障害者手帳を交付する必要はないとする意見があります。先生はどのようにお考えですか？

<意見欄>

4. 乳幼児について

乳幼児の障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度等級を判定することが可能となる年齢(概ね3歳)以後に行うこととされていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)臨床的にもMRI所見などからみても明らかな重症心身障害児、1歳6ヶ月

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

(2)脳性麻痺、将来ともに杖歩行の見込み、1歳6ヶ月

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

(3)精神運動発達遅滞、3歳、未歩行、6歳頃には独歩可能になる？ 但し、速くは走れないと予測される

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

5. 認定(症状固定)時期について

症状固定の時期については個々の審査を待つべきであり、一律に時期を定めるのは適当でないと言われていますが、以下のような場合、先生はどのように判断されますか？

(1)脳卒中発症後すぐにリハビリテーションを開始、1ヶ月経過、杖歩行可能、上肢・手指の機能は廃用状態

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

(2)外傷性脊髄損傷、受傷から1ヶ月経過、両下肢の完全麻痺は回復せず

認定しない 再認定を条件に認定する 認定する その他

<意見欄>

6. 機能障害程度の判定方法について

機能障害程度の判定は、義肢や装具などの補装具を装着しない状態で行うものとされています。そのため、人工関節(内部装具とみなされる)などでは手術により機能が改善したにもかかわらず等級程度は術前より高い等級になるという矛盾？が認められます。この点について、人工関節置換術後の状態が安定しているなら、これを除去した状態を想定せず、そのままの状態での機能障害程度を判定すべきであるという意見がありますが、先生はどのようにお考えですか？

<意見欄>

7. 下肢の機能障害について

下肢の著しい障害に関して、「一側の機能障害」についての解説はありますが、両側の障害に関しては、別表第5号に「両下肢の機能の著しい障害(2級)」とあるだけで、歩行能力などの具体的な基準が示されていません。この点について、先生は具体的な基準が必要だと思われますか？必要だとすればどのような基準が適当でしょうか。

<意見欄>

8. その他肢体不自由の認定に関してご意見があればお書きください。

<意見欄>

自治体名

資料1-4

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

1. 心臓機能障害

※該当する（ ）に○印を記入ください。

(1)人工ペースメーカーの装着状態でa-hのいずれかの所見を有するが、実質的に生活制限を要しない患者の申請があった場合にどのように扱っていますか。また、認定基準を見直すとすればどのように改めるべきですか。

<意見欄>

(2)心臓機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

2. 呼吸機能障害

(1)ルームエアでの動脈血O₂分圧測定が不可能な場合や指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合などの等級判定が困難なケースにどのように対処していますか。

<対処法>

(2)呼吸器機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

3. 腎臓機能障害

(1)腎臓機能障害の認定は認定基準は国の認定基準（ガイドライン）と同じですか。

() 同じ、() 異なる

<異なる場合の基準>

(2)腎移植を行い透析が不要となった患者の申請にどのように対処していますか。免疫療法の有無により適用を決めるのは適切ですか。 () 適切、() 適切ではない

<意見欄>

(3)腎臓機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

4. 膀胱または直腸機能障害

(1) 腸管のストマ、あるいは尿路変更のストマについて、基準の変更がありました、新たな基準で不合理な点、あるいは認定困難な点はありませんか。 () なし、 () ある
<意見欄>

(2) 膀胱または直腸機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

5. 小腸機能障害

(1) 現行の認定基準である①小腸の残存部位の長さ②中心静脈栄養の程度によって等級を判断することで充分ですか。 () 充分、 () 充分ではない。
<意見欄>

(2) 永続的に小腸機能の①大部分②一部の喪失で等級が異なりますが、その判断が困難なことはありますか。
() ない () ある
<意見欄>

(3) 小腸機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

6. 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機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。

7. その他内部障害の認定に関してご意見があればお書きください。

第2章 身体障害者福祉法における障害認定の課題

—手帳交付認定に係る専門医からの意見聴取結果〈肢体不自由〉—

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンターセンター）

1. 遷延性意識障害について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*回答者による違いが大きく、考え方もバラバラである。

2) 障害認定の問題点

- (1) 意識障害があるので身体障害を特定し難い。
- (2) 意識障害がある間はリハビリテーションの対象になり難い。
- (3) 常時の医学的管理が必要なことが多い（特に入院中）。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 疑義解釈「原疾患について治療が終了し、客観的観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合には、認定の対象となる」に準拠する。
- (2) 病状が安定していれば、発症後3ヶ月程度で再認定を条件に認定する。
- (3) 意識障害が6ヶ月以上続いている場合には、必ずしも再認定の必要はない。

4) 研究協力者の個別意見

- ・著しい関節拘縮が永続的なものであることが確認されれば、入院中、発症から3ヶ月の時点でもそこに着目して認定する。
- ・随意運動がみられないのが麻痺によるものか、意識障害によるものか明確でない場合、発症から3ヶ月では回復の可能性もあるので、6ヶ月まで待って認定する。発症から6ヶ月経過した時点で著明な関節拘縮が多発していれば、そこに着目して認定する。
- ・認定に際しては、検査所見（頭部CT、MRI）、神経学的異常所見、ベッドサイドリハの実施の有無を確認し、関節拘縮だけでなく運動障害を示す他覚的所見を含めて認定する。
- ・発症から3ヶ月でも、診断書に原因と病巣局在と障害状況の経過および社会的支援計画が詳細に記載されていれば脳卒中の認定と同様に考える。
- ・発症から6ヶ月経過の場合、遷延性意識障害であっても障害は固定していると考えべきで、身障法固有の社会資源を活用する余地はあり、認定の対象とすべきと考える。
- ・意識障害についても、広い意味での自立支援があり得る。
- ・意識障害は「保護」目的での交付対象にはなり得るが、「保護」の範囲が問題である。
- ・拘縮など他覚的に分りやすい身体障害があるときに認定対象になるなら、比較的検証しにくい神経生理学的所見も明かにできれば認定してよい。
- ・どんなかたちでも身体障害が明かにできれば認定の対象になるとすると、遷延性意識障害を取り上げた意味がなくなる。
- ・常時の医学的管理が必要な状況と身体障害によるリハビリテーション・保護のサービスの必

要性が両立する場合もあるのではないか。

- ・遷延性における障害認定についての基本的考え方（認定しない理由）がはっきりしていないことが混乱のもとであり、あえて遷延性意識障害が取り上げられた真意を明かにする必要がある。
- ・疑義解釈にある「遷延性意識障害については、一般的に回復の可能性を否定すべきでなく、慎重に取り扱うことが必要である。また、原疾患についての治療が終了し、医師が医学的。客観的な観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合は、認定の対象となるものとする」（59年10月）は、分かりやすいが、認定基準における遷延性意識障害について否定することになりかねない。
- ・遷延性意識障害については、概ね植物状態と考えられているようだが、誰もが同じ認識ではない。
- ・意識障害にこだわりすぎの傾向がある。客観的な肢体の所見によって判定すべきであることを明示する必要がある。
- ・「意識障害」が診断の対象でないことを明記する。

2. 高齢者について（介護保険との関係）

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*年齢に関係なく活動制限で判断すべきであるが、認知障害による活動制限は対象外とする意見が多い。

2) 障害認定の問題点

- (1) 目的が医療費免除などの経済的支援にあると推定されることが多い。
- (2) 寝たきりの超高齢者ではリハビリテーションの対象になり難い。
- (3) 保護の立場からは介護保険によるサービスがある。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 疑義解釈「余命いくばくもない場合を除き、認定基準に基づいて認定する」に準拠する。
- (2) 年齢に関係なく、現状の活動制限を示した診断書の記載に基づき認定する。
- (3) 後期高齢者で、精神及び身体機能全体の衰えによる活動力の低下（老衰）は対象外とする。

4) 研究協力者の個別意見

- ・認定担当者は高齢者でも障害認定の対象になりうるという前提に立って、拘縮の有無など認定理由を見つけようとしている。
- ・疑義解釈を要約すると、余命いくばくもない場合を除き、年齢への考慮は無用で、認定基準に基づいて認定するということになる。
- ・高齢者についての問題は、高齢で精神・身体機能の全体が衰えて（老衰状態で）、機能・能力

が低下している場合をどうするかに限られる。

- ・乳児は歩けなくても障害者ではない、超高齢者（概ね90歳以上）についても同様である。
- ・介護保険との関係では、予算がないから65歳以上は除外するという考えもある。
- ・年齢に関係なく、活動制限で判断すべきである。活動制限の原因が痴呆であっても、必要に応じて身障法の資源を活用すべきだからである。
- ・経済支援の重複を避ける必要があるのなら、身障法でなく別に規定を設けるべきである。
- ・介護保険との関係では、高齢であっても補装具、人的・物的周辺環境の整備支援等、身障法固有のきめ細かいサービスを必要とする人は沢山存在する。財源の多寡が対象除外の理由になってしまうのは弱者切り捨てに等しい。
- ・高齢者の場合もリハビリテーション前置が認定の条件である。
- ・加齢による生理的な運動能力の低下は対象とすべきではない。
- ・切断、関節拘縮・変形、麻痺で障害固定は年齢に関係なく障害認定する。筋力低下のみの場合の判断が難しい。
- ・65歳～85歳であれば、痴呆の程度によるが3か月の寝たきりでも、機能回復の可能性につき照会する。
- ・義肢・装具などの給付が必要な場合は65歳以上でも身障手帳が有用である。保護の部分は介護保険サービスが優先となる。ケアマネジメントの視点で身障手帳が必要な場合のみ申請するよう指導すべきである（市町村窓口で手帳取得の目的を明確にする）。
- ・医療費の助成を目的とした手帳申請で、更生の目的に反すると思われる例に対しては制限を設ける必要がある。例えば、原因疾患が明かでない「廃用性筋力低下」等である。
- ・基本的に年齢を物差しにすることは避けるべきである。介護保険との関係は、現時点では別個のものとして考えるべきである。
- ・「寝たきり」（廃用症候群）に関しても、客観的な機能障害によってのみ認定できることを明記する必要がある。

3. 乳幼児の認定時期について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

- * 3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定（3歳時&6歳時）を条件に認定する。

2) 障害認定の問題点

- (1) 3歳未満では、身の回り動作がおぼつかないうえ意思疎通も困難なため、障害程度を特定し難い。
- (2) 成長に伴い障害程度が変化（改善）する可能性が高い。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定を条件

に認定する。

(2) 永続的に残存すると思われる障害程度で認定し、6歳頃に再認定する。

4) 研究協力者の個別意見

- ・3歳未満、特に1歳未満の早期認定は、診断根拠と予後予測の記述が医学的に reasonable であれば認定可能である。判定にあたっては、動作能力よりも医学的所見への依存度が大きくなる。
- ・障害の変化について、再認定制度用いて対応する必要があることは言うまでもない。
- ・年齢限界を問題にしている理由がわからない。
- ・知的発達障害も検討すべきである。
- ・精神運動発達遅滞児で独歩獲得が6歳ころになるようなケースは、筋力低下や関節の不安定性、外反扁平足など運動器の問題をもっていることが多いので、その点に注目して認定する。
- ・機能障害の医学的根拠が明かな場合は3歳未満でも認定する。3～5年後再認定とする。
- ・杖歩行の見込みがあるような例は、杖が使える上肢機能、歩行能力が予測され、あまり重度でないため、1歳6か月では等級が決定できない。3歳以降の認定が適切である。
- ・乳幼児期の判定に対しては、障害原因によっては、就学期あるいは成人に達した時点で再認定を義務づける。

4. 成人の認定（症状固定）時期について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*急性期リハビリテーションが実施されていても、脳卒中発症後1ヶ月で認定することは、①症状が変化する可能性がある、②身体障害者福祉法によるサービスの必要性が乏しいなどの理由から、不適切であるとの意見が多い。一方、脊髄損傷による完全麻痺では賛否両論で、再認定を前提に認定することを含めれば、「認定する」とした意見が2対1で多数を占めた。

2) 障害認定の問題点

- (1)脳卒中では、「診断の時期を3ヶ月程度を経過した時点」という厚生労働省の通知が遵守されており、明らかに残存すると思われる障害が認められても、発症から3ヶ月未満における認定は難しい。
- (2)今後、急性期リハビリテーションが充実するようになると、福祉施設の利用や補装具の給付など、身体障害者福祉法を利用するニーズがより早期に生じるため、発症から3ヶ月未満の認定が求められる。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1)脳卒中では、機能的予後を高い確率で予測した研究が乏しく、基本的には、発症後1ヶ月の時点で障害を認定することは時期尚早と思われる。
- (2)身体障害者福祉法の利用が早期に必要な場合には、比較的早い時期でも、判断

根拠となる画像所見や臨床像が示され、永続すると思われる障害が明らかであれば、その障害程度を限度に、また再認定を条件に認定し得る。

(3) 脊髄損傷では、仙髄域を含む完全麻痺で MRI 画像と神経生理学的検査所見の併記があれば発症後 1 ヶ月程度でも認定する。

4) 研究協力者の個別意見

- ・脳血管障害・外傷性脊髄損傷後の比較的早い時期でも、臨床像、画像所見、障害が永続する根拠など医学的所見が記載されていれば判定がしやすい。
- ・固定時期、再認定の要否・時期の欄に客観的医学的所見に基づく医師の意見が書かれていれば、認定の時期の判断は容易になる。
- ・脳卒中発症後 1 か月での障害認定は、文献上も障害の予後予測は難しいとされていることから時期尚早である。
- ・脳卒中後 3 か月を経過して障害が固定したと主治医が判断しており、判断根拠となる責任病巣の部位と大きさと障害の経過と程度、および社会的処遇の計画が記載されていれば、再認定を条件にして認定すべきである。
- ・外傷性脊髄損傷後 1 か月での障害認定は、仙髄域を含む完全麻痺であることのはっきりした記載と MRI 画像と神経生理学的検査所見の併記があれば固定を認定してもよい。
- ・脊髄不全損傷では、受傷後 3 か月で画像と神経生理学的検査所見と障害像のきちんとした記載があれば、再認定を条件にして認定すべきである。
- ・脳卒中の早期障害認定は通常、発症後 2-3 か月で、再認定を条件に行う。その際、将来残存すると思われる障害程度で認定するが、制度利用の必要性など社会的判断も早期認定の根拠となる。
- ・外傷性脊髄損傷の早期認定（1 か月）は、画像検査所見を確認し認定する。
- ・脳卒中の障害認定は最短でも 3 か月過ぎまで保留とする。認定に際しては回復の見込みを照会する。
- ・外傷性脊髄損傷の認定は完全麻痺であれば 1 か月、不全麻痺であれば 3 か月過ぎまで待機する。
- ・障害認定の時期を、3 か月、6 か月とする根拠が不明確であることが、診断する医師の混乱の原因となっている。
- ・障害固定の時期は、障害原因によってその根拠も期間も異なり、画一的に決めようとするところに無理がある。
- ・肢体不自由、内部障害、感覚器障害、その他の区分で、各々の障害における判定時期の根拠を簡潔に示すべきである。
- ・障害ごとに、「症状固定」の概念を整理することはできないか。
- ・再認定に対する全国的な制度の整備と指定医に対する教育が必要である。
- ・再認定の時期について、その理由を付記させることによって診断した医師の責任を明確にす

る。

- ・再認定を必要とする条件を明確に示す。

5. 機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

*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。

2) 障害認定の問題点

(1)現状の認定基準では、人工関節置換術などにより機能が回復したのに、等級程度は術前より高くなるという矛盾がある。

(2)義手・義足など、体外部に装着する補装具では、日常的に装着する手間がかかるだけでなく、入浴時や屋内では装着できないこともあるため、装着した状態の機能障害の程度をもって認定することは相当な不利と思われる。

3) 研究協力者の意見のまとめ

(1) 眼内レンズと同様に、人工関節などの体内に内蔵したもの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。

(2) 体内に内蔵しない義肢や装具などについてはこれまでどおり、装着しない状態の機能障害で認定する。

4) 研究協力者の個別意見

- ・人工物の体内留置は広範囲に亘って行われてきているので、人工挿入物に対する考えは変えても良い時期がきている。

- ・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」ということになれば、認定の条件、等級表の見直しなどの検討が必要である。

- ・身障法は更生が目的なので障害を「心身機能」の概念で評価するのは基本原則だが、心身機能障害の評価に固執し続けると、医療技術の進歩を無視する結果になる。

- ・多くの完成途上の人工臓器が近い将来には完成の域に達することを想定して、障害認定の基準を軌道修正すべき時期である。

- ・体内に内蔵した人工臓器は人工であっても臓器であると考え、技術的に未完成な段階の人工臓器は再判定をするという考えはどうか。

- ・身障等級は、人工関節置換術後の障害状況、「活動」の障害概念で決定する。

- ・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」場合、人工関節の耐久性は、半永久的な耐久性を獲得しつつあるので、再判定の機会を残し、問題が起きた時点で更生医療制度を活用して再置換術を行えば支障は起きない。

- ・人工関節＝全廃はいかなものか。外せない補装具というより、人工臓器に近づいている。人工関節を含めた総合的な障害程度で判断すべきである。

- ・人工関節置換術後の認定については、術後の機能について認定すべき時代になってきている。その場合手術成績が反映されることになるので、認定時期も術後6か月以後が妥当である。
- ・すでに、大腿骨頸部骨折後の人工骨頭や膝関節の片側置換術については厚生労働省の疑義解釈の回答にあるように全廃としないでMMTやROMの状況で判断することとなっている。
- ・人工関節置換に関しては、術者の技術格差も無関係とは言えず、患者の抱えている術後のリスクをどのように判断するか問題があるため、現状維持。

6. 下肢の機能障害について

1) 個別ヒアリング及び手帳交付認定に係る専門医からのアンケート結果

- *認定基準が曖昧なため苦慮している回答者が多く、特に両下肢機能障害の認定基準を求めている様子が伺えた。

2) 障害認定の問題点

- (1) 立位・歩行能力に着目した場合、1下肢の障害程度等級を単純に倍加しただけでは両下肢機能を的確に表わせない。
- (2) 立位・歩行能力に着目した場合は、体幹機能障害による立位・歩行障害との整合性をつけなければならない。
- (3) 認定基準に示された歩行時間や距離の根拠が不明確で、30分と60分、1kmと2kmを差別化することは困難である。

3) 研究協力者の意見のまとめ

- (1) 両下肢の機能障害については新たな認定基準を作る必要がある。
- (2) それに合わせて体幹機能障害の認定基準も修正が必要である。

4) 研究協力者の個別意見

- ・かつての疑義解釈は曖昧であるので、新基準をつくるべきである。
- ・等級表との整合性と実際面から2、3、4級に分けるのが妥当であり、これまで用いてきた起立・歩行能力の表記法にこだわらずに新しい評価項目を用いてもよいのではないか。
- ・身障手帳は心身機能で判断すると言いながら、歩行距離や立位保持時間が基準いになっていること自体が矛盾であり、新しいADLの評価概念を導入すべきである。
- ・両下肢の機能障害について、体幹機能障害の基準を活用する診断書が多くみられ、両下肢機能障害の適正な等級を設定すると同時に、体幹機能障害も修正が必要である。
- ・下肢機能の支持機能についての表現も国語学者の知恵も借りて、誤解の余地のないものに修正すべきである。
- ・立位保持、立ち上がる、歩く、と、運動発達の順序性を重視した等級の設定は中枢性の障害認定には疑問である。立ち上がれるが歩けないケースと立ち上がれないが歩けるケースをどのように区別するのか。
- ・両側性障害について、4級×2=2級など機械的に等級をあげるのは不适当である。

- ・ 一下肢機能の障害の認定基準「1km 以上歩行不能、30 分以上起立位を保つことができない、通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらなければならない」という定義は実は両下肢の機能を反映した能力である。
- ・ 両下肢機能障害は歩行距離、起立保持能力（時間）、階段昇降能力、両下肢全体の MMT などで定義する。
- ・ 一下肢の機能障害は、患側の片脚起立能力、一下肢全体の MMT などで定義する。

7. その他の研究協力者の主な意見

- 1) 障害名の適切な表示に必要な障害分類の作成。
- 2) 高次脳機能障害と肢体不自由との境界の明示。
- 3) 感覚障害に対する認定基準の作成。
- 4) 切断レベルの分類の見直しが必要である。
- 5) 再認定制度の全面的な導入。
- 6) 障害程度等級の診断に関する分かり易い手引書の作成必要。
- 7) 身体障害者福祉法による「保護」は、介護保険における「保護」と同義ではない。
各制度の役割を考慮しつつ、保護を目的とした認定基準の作成が必要。
- 8) その他の個別意見
 - ・ 脳原性運動機能障害に関する認定基準（診断書）を乳幼児に用いるのは適当ではない。そのむね、表示が必要である。
 - ・ 認定基準の文言（鉾、金づちなど）を現在の生活スタイルに合わせ、整理する必要がある。
 - ・ 手指機能障害に細かい基準を設ける必要がある。例えば、パーキンソン、運動失調のケースにおいては、握力、MMT より巧緻性を重視すべきである。
 - ・ 障害認定の際、医学的管理、退院の見込みを条件としているが、社会的入院もあり、機能回復が見込めない医学的根拠をもって認定すればよいのではないか。
 - ・ 50 年以上前の実情に合わせて作られた 15 条指定医の認定方法は、実際上は医師として数年の経験があれば誰でも指定されるようになっており、判定にあたって色々な問題を引き起こしている。指定基準を変えたほうがよい。
 - ・ 障害認定の疑義解釈は自治体に任されたわけだが、詳細部分によっては自治体ごとに差が生じることがある。自治体間の差が生じないよう「すり合わせ」のできる仕組み（場所）を考える必要がある。
 - ・ 認定業務の簡素化のため、年金診断書のような、あるいは近年改正された「ぼうこう・直腸障害」の診断書のようなチェックボックス方式があれば、半ば機械的な判定も可能である。このやり方は視力、聴力、呼吸機能障害では実施可能でも肢体不自由の領域では困難かもしれない。

第3章 障害認定に関する文献の整理

寺島彰（浦和大学総合福祉学部）

はじめに

厚生省社会・援護局更生課（1996）によれば、身体障害者福祉法の成立当時、この法律の基本的目的を保護とするか更生とするかについて、身体障害者福祉法制推進委員会において、さかんに議論され、結果的に、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いわゆるリハビリテーション法とし、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とされる。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という。

そして、寺島（2000）によれば、そのリハビリテーション法としての基本的性格は、今日まで一貫して変わっておらず、一方で社会状況が変化するなかで、いろいろな誤解や矛盾を生んできているという。例えば、身体障害者福祉法の障害認定基準が他制度でも準用されているために、その制度の目的が保護的なものであるような場合は、認定基準が不適切であるという意見が述べられることがあったり、あるいは、医療保険制度の不備を身体障害者福祉法が補うようなことを求められ、その結果、リハビリテーション法としての認定基準を貫かれているとはいえないような部分もあるという。

今後の身体障害者福祉法における障害認定を検討する場合に、身体障害者福祉法が今後もリハビリテーション法としての目的を貫くべきであるのか、それとも、時代の変化に応じて、新たな目的を設定すべきであるのかについて、検討することも必要になることが考えられる。そこで、本章では、障害者政策の目的に関して、これまで、どのようにとらえられてきたのかについて、文献レビューを実施した。

文献レビュー

Drake（1999）は、政府の障害者政策を①否定的政策モデル（negative policy model）、②自由放任主義政策モデル（laissez-faire policy model）、③断片的アプローチ（piecemeal approach）、④最大限政策モデル（maximal policy model）⑤社会又は権利に基づくモデル（social or rights-based policy model）の5つのモデルに分類した。

否定的政策モデルは、発展途上国などにみられる障害者の人権と市民権を積極的に否定しようとしている国家のモデルである。

自由放任主義モデルは、国家は障害者の生活に関して最小限度の役割しか果たさな

い。障害者は、自分自身で身を守るものとされる。

断片的アプローチモデルは、国家は、障害者に関してなんらかの対応はするが、積極的ではなく無計画であり、説得力のある慎重な計画的戦略を作成し実行するという考えではなく、むしろ圧力がかかったときや状況が許さなくなったときのみ不承不承に行動する。

最大限政策モデルでは、国家は、障害によるさまざまな不利を明らかにしそれに対応することを目標にするが、障害は個々の損傷から生じるとみなすので、焦点は障害者個人の生理学変化の必要性におかれる。そのために、障害者個人を特定し、ラベルを貼り、個人の状況を改善するための網の目のようなサービスを提供する。その結果、障害者は、制度概念としてまたは精神的に一般の人々と分離される。

社会又は権利に基づく政策モデルは、国家は市民すべてに対する責任を認め、障害は、非障害者のために非障害者がデザインした社会と環境の成果であると認識する。

Droppingら(2000)は、障害政策における政府の対応の違いを分析するためのフレームワークとして、市場主導(market-led)、動機優先(incentive-led)、統合優先(integration-led)、選択優先(choice-led)、戦い優先(fights-led)の5つのモデルを区別した。各々のモデルは、手当やサービスを提供する制度や労働市場への参加傾向をもとに理念的に分類された。

Oliver(1983)は、頸髄損傷者としての収容施設での経験をもとに、障害者に対する既存の考え方は、障害問題を個人に原因を求め、障害から発生すると仮定される機能的制限や心理的な損失から障害問題が生じるとみる医学モデルであるとし、そのモデルを批判した。そして、障害者問題の原因は、どんなものにせよ個人的制限などではなく、社会が適切なサービスを提供し、適切に障害者のニーズを社会が十分考慮することができなかったことが原因であるとする社会モデルを提起した。例えば、個人的偏見、制度上の差別、アクセスできない公共建物・公共輸送機関、分離教育、障害者に対する配慮のない職場環境等が社会的な要因の例であると考えた。

Coudrogrouら(1984)は、障害者制度は、人道主義的関心と労働市場に対する個人の関係によって方向付けられてきたために、障害者は、(a)経済システムの外で、社会の慈善を受けるか、(b)経済システムに対する過去の貢献者として、社会正義のために社会の支援を受けるかの2つの独立した制度が存在する。しかし、その歴史、管理制度および領域の違い、連邦の財政に対する競争的關係により、障害問題に対するアプローチを混乱させてきたという。そして、この問題を解決するための「社会サービスアドボカシーモデル」と「主流化モデル」という2つの行動モデルを提示している。

Oliver(1989)は、産業社会においては、だれもが相互依存の環境で生きるにもかかわらず、障害者については、依存または独立の二分法がおこなわれている。その依存は、経済、政治、専門家その他の力によってもたらされる。福祉国家の危機によりこ

の依存を減らす必要性が生じたが、依存から脱却するには十分ではなく、唯一の方法は、利用者が選択し管理できるように国家はサービス基盤を整備することであるとする。この方法は、短期的には高価になるが、長期的にみれば、全員が相互依存している国家に住むという非常により幸福な環境をつくりだすのに寄与するとする。

Donald (1991) は、1990年に成立した米国障害者差別禁止法 (ADA: Americans with Disability Act) について、ドイツの障害者政策との比較により分析している。すなわち、ADAは、国の予算を伴わない命令制度であるため、一見すると社会にコストをかけないと思われるが、実は、障害者に対する便宜を図ることにかかる費用は、違う肌の色の人や別の性の人に対する便宜より費用がかかるため、企業にコストをもたらし、その企業の製品の消費者にコスト強いることが重要な問題であると指摘している。また、それに加えて、社会の非効率性のコストももたらし、さらに、ADAは、雇主と従業員の契約の柔軟性を失わせることになり、結果的には、障害者の雇用に関して否定的な結果が大きくなると主張する。

Weaver (1991) は、本来、安いコストで障害者の福祉を向上させるためには、命令による制度よりも意欲向上中心のアプローチのほうが本当に有効であるにもかかわらず、1990年に、ADAが成立したことで、意欲向上中心のアプローチは、権利を基礎としたアプローチにとってかわられたとする。市場の考え方からすれば、障害者を雇う際に合理的便宜を提供すれば、それは、コスト増とみなされる。その結果、アメリカのビジネスは、ADAによって重荷を負わされたことになり、経済成長の阻害要因になる可能性が高い。ADAは、障害のある労働者や求職者の心身の制限に対する「便宜」を提供する義務を雇用主に押し付けたために、差別禁止規定と合いまって、市民権の手法をゆがめてしまうと主張している。

Albrecht (1992) は、医学的状态、社会からの逸脱の形式、あるいは、政治的又は少数グループ問題から障害を捉えるのではなく、障害は、「障害ビジネス」の産物であると考え。「生態学的なモデル (Ecological Model)」と名づけられたこのモデルでは、現代米国の、工業化とそれに続くヒューマンサービス部門の成長、そしてより最近のアメリカの障害者運動による「障害者の権利」の政治的問題化が組み合わさって、「障害」と「リハビリテーション」が数百億ドル産業になり、それが、障害者の社会的定義を構築するというものである。彼は、障害は、個人の損傷と「障害のある環境 (disabling environment)」の両方によって構成されるとする。

Bickenbach (1993) は、現状では、生医学的モデル (Biomedical Model)、経済的モデル (Economic Model)、社会政治的モデル (Social-Political Model) という3つの非常に直感的な障害モデルが存在し影響を与えており、ともに展開し、時期に応じてあるものが優勢になったり時には別のものがそうなりしている。しかし、これらのモデルは、障害者が社会環境との相互作用的概念であることを無視しており、さ

らに規範的な構成要素を持たないために核となる概念に収束することが難しいという。そこで単独で障害の概念を正当化し機能する規範的基礎が必要であるとし、そのような規範的基礎として、平等 (Equality) の概念を主張した。

Swain ら (1993) は、障害者の自立を妨げる社会的障壁について取り上げた。障害者に対する一般の人々の態度、障害者調査の不備、医学・心理学などの専門家の対応、障害の定義、介護システムの不備、障害者の権利を保障しない社会制度などを障壁としてとらえ、社会モデルに基づき、さまざまな社会的障壁の存在を分析している。

Barnes (1996) は、障害研究については、構造的機能主義と逸脱理論が強く結びついたアメリカ型アプローチと、マルクス・エンゲルスの唯物理論に強く影響されたイギリス型のアプローチがあるが、これらの研究は、障害者に対する抑圧という価値観と信念に基づいており、文化の役割を過小評価しているという考えから、文化と障害者に対する圧迫の関係を社会政治学的に考察している。その結果、西洋文化における『完全な体』という神話と物質的および文化的勢力の間の相互作用により障害者に対する偏見が文化的に構築されており、人間の違いを認め、尊重し、賞賛する文化の創造することに社会学者は貢献をするべきであると主張する。

Mashaw (1997) は、障害政策の目的は、障害者の完全参加と社会統合であり、その障害者に職業を提供することは、その一つの目的であるとする。そして、その目標として、①労働能力のある障害者の雇用を最大にするための介入をすること。②働くことができない、または、労働能力に制限のある障害者に対して、十分な所得と支援を提供することという二つの目的があるとする。

また、これらの目標を実現する方法として①労働市場政策、②医療政策、③所得政策の3つの主な障害政策領域をとりあげ、そのありかたについて検討した。労働市場政策では、供給側と需要側の両方からの介入が必要であるが、障害者の職業訓練などの供給側に対する介入が中心であり、企業に対する賃金助成などの需要側の介入が少ないことからその充実が望まれるとしている。

また、医療政策に関しては、障害者にとって非常に重要であるにもかかわらず、障害者のニーズに十分応えていないことを問題であるとした。

障害者所得政策においても、社会保障障害保険 (DI) や補足的保障給付 (SSI) は不十分である上に、労災補償、失業保険、老齢年金など所得給付の対象者は減少し続けていることなどの問題があることを指摘している。

Johnsons (1997) は、医学リハビリテーションモデルと市民権モデルの分類を提案した。医学リハビリテーションモデルは、医学的な介入により、健康と機能を回復させようとし、もし、完全な回復ができず損傷が永続した場合には、その制限を補うための個人の能力を高めるために職業リハビリテーションサービスを提供するというものである。また、市民権モデルは二つあり、ひとつは、身体的・精神的な損傷が生

産性を制限することがあることを認めるが、損傷のある人が、雇用に際して評価されなければならないのは、彼らの生産性であって損傷の存在でないと考えるものである。また、もう 1 つの市民権モデルは、障害者が生産するものの市場価格にかかわらず、雇用される権利を持っていることを意味する。著者は、前者の考え方を支持している。

Russell (1998) は、過度の「自由市場」イデオロギーの普及により、企業が政策をコントロールしているために、「福祉と医療の水準は低下し、福祉の受給者が狭められ、少数の富裕層に富が集中し、労働者の大量の解雇、職業の不安を増大させるなどの弊害がおこっており、その状況を評価し改善するには、障害と障害政策（過去、現在、未来において）が、有効なツールとなるとする。すなわち、障害者が生きられる社会は、この企業社会の対極にあり、障害者運動によって世界資本と企業国家によって後退させられてきた、労働者の権利と、市民の権利をとりもどし、民主主義を守ることができる」と考える。そして、失われつつある社会契約を取り戻すことが必要であるとしている。

Drake (1999) は、政策は力の行使であり、その社会の支配的なグループの意思が反映されているという考えから、障害者の悲劇モデルに基づき構築された現在の障害者政策を、障害は物理的および社会的環境の結果生じるものであるという権利モデルの考えに基づくものに変更するための方策について議論している。この政策モデルによれば、国家には市民すべてに対する責任があり、非障害者のために非障害者がデザインした社会と環境が障害者を障害者たらしめていることから、障害者が日常生活の多くの領域から排除されている差別状況を改善できるためには、社会に存在する社会的・物理的な障壁を除去することのみが必要であると考えた。

Priestley (1999) は、英国の「Derbyshire Coalition of Disabled People (DCDP)」という障害者の全国組織が、コミュニティ・ケアに関係して、政府や地方自治体の社会サービス局との交渉で経験した価値観の対立について、なぜ、そのような対立が起こるのか、その対立が障害者政策にどのように影響するのかを検証している。彼は、政策変化をもたらすためには、障害者の結束が必要で、社会運動による効果的な自助組織が障害者解放の必要な必要条件であること、障害者の自助組織による社会モデルの提示により障害者政策は変わることを主張している。

Marks (1999) は、医学モデル対社会モデルに関する議論よりも、実践のための分析方法の確立が必要であり、障害の社会モデル、現象学、ポスト構造主義を統合した手法として精神分析を提案した。精神分析は、医学と社会の両方に足を置いており、両者に挑戦し、社会の構造、個人との関係、意識されない動機づけに関する理解を統合できるという。

Mackelprang (1999) らは、障害を概念化するモデルとして道徳モデル (Moral Model)、医学モデル (Medical Model)、社会/少数派モデル (Social/Minority Model) の 3 つの