

再置換例の増加もあって、現状の体内装具扱いで良い。症状のみに捉れると等級が上下することになり人工関節術後、安定しているもの、不安定なもの、次第に不安定化するもの等、様々であり、安定しているか不安定なものか（安定－4級、不安定－5級相当か）、判定が難しいと考えられる。

6. 下肢の機能障害について

具体的な基準について

設問6の場合と同様に、歩行能力を根拠として判断すべきもののように思われる。

中枢神経麻痺の障害認定として、動作能力、移動能力の基準を明確にした方が分かり易いと思います。

人間は総合的な機能でみるべきであり、両下肢の歩行能力などの具体的な基準がより厳しく規定されるべきかと思われる。1km以上の歩行とか30分以上の起立位等を基準にする必要はない。一下肢4級を基準にADLとROM・MMTを組み合わせると解釈すれば可と考える。但し、両下肢の著しい障害はすべて2級とするのではなく、3級4級の事もあり得ると解釈すべきである。

総合的、合理的基準が必要。

一下肢全体の障害、三大関節の障害及び足趾の障害が示されているが、一下肢のみならず、両下肢の障害の機能評価があってもよいのではないか。一下肢機能障害の認定で全廃、以下、著障（4級）から軽度の障害（7級）の判定基準に問題があり、あくまで支持性だけで判定すべきである。運動性を取り上げればあいまいになるので、立位歩行で例えれば、①歩行器が必要、②必ず松葉杖が必要、③1本杖が必要等と分け、歩行距離はあいまいで考慮すべきではない。故に両下肢の機能障害（著障）は3級又は、2級と分け判断基準を指示性を主として明確にすべき

立てなければ1級、歩けなければ2級。

完全に歩行能力がない場合は別に障害認定すべきである。

両下肢全般に渡る障害があり、立位または歩行が困難なもの。

体幹障害で対応していることが多いようにおもいます。原因や症状がさまざまなので基準をつくるのはむづかしいとおもいます。

必要であると思います

座位、立位、歩行の程度を加味した基準が必要と考える。

必要なし、左右を合わせて指数計算すればよい。両下肢の著しい機能障害は④+④→③3級とすればよい
具体的な評価基準が必要である。

必要と考える。身体障害認定基準（3訂版又はそれ以前のもの）を参考にしている。

必要はない。歩行能力（歩行距離など）を一側下肢の機能で実際には区別は困難。一側のみが障害されていてもキョリは変わらない。各々（下肢）をやはり筋力、可動域それに耐久性などのImpairment評価で判断するしかない。

等級間の整合を図る為にも、体幹機能障害の歩行能力に相当させることが妥当と思われる。

補装具なしでは歩行不能（0m）もしくは10m以内（但しこの障害をうらづける他覚的根拠が必要である。

具体的な基準は必要と思われる。歩行能力、立位時間、座位等で決めてもよいと思われる。現在の著しい障害を基準に決めてもよいと思います。

「両下肢の機能の著しい障害(2級)」は「四訂身体障害認定基準解釈と運用」の284ページにある「独歩は不能であるが室内における補助的歩行の可能であるもの(補装具なし)」を基準に判断している。事案により「両下肢の機能障害(3級)」「両下肢の機能障害(4級)」という認定をすることもある。

基準はあった方が望ましい。歩行不可・起立不可であれば2級等。

一側の機能障害を2つ合わせて両下肢の機能障害になるものではなく、一側の機能障害と両下肢の機能障害は質的にも異なるものであると考える。しかし、歩行能力ではその判定が困難である。起居・起立・移乗動作等、複合動作に関連した項目を設定することが好ましいと考える。

具体的基準が必要。

不必要。なまじ不適切な距離を例示するから認定がややこしくなっているのが実情。一下肢機能障害著明（4級）は1km以上歩行不可などという長距離でなく、もっと短い距離の例示に変更すべき。

判断に迷うことが多いため、明確な基準が欲しいと思います。普通の人には両足で歩く場合が多いので、歩行能力で等級を決めるのなら両足で歩いた場合の距離や階段の昇降等のADLの制限の状態を基準として示していただきたい。

「両下肢機能の著しい障害（2級）」については、各一側の下肢が「下肢の著しい障害（4級）」の状態であれば良いので、現状の基準で運用可能であるが、「一下肢の機能の全廃（3級）」と同程度の「両下肢機能障害（3級）」を認定する場合は運用が困難である。一下肢の障害を想定した場合にはなく、両下肢障害の基準である、「脳原性移動障害（3級）」の基準や「体幹機能障害の歩行の困難なもの（3級）」の基準で認定すべきである。

基準が必要と考える。具体的には、室内での実用歩行不可、日常的に車椅子が必要、立位には半介助が必要、等

必要である。歩行の程度による。

具体的基準が必要

両下肢筋力が△であったとしても、両下肢著障2級とは必ずしも判断せず、両下肢機能障害3級相当と考える場合がある。具体的な基準があれば利用したいが、今までの判断と相違があると困る。

必要と考えられる。具体的なことについては、今後研究を要す。

両側で歩行能力を評価すべき。特に手すりでつかまり歩きできるか、杖歩行か、杖なしでの歩行か、装具なしの状態像で等級を決定すべき。

独歩は不能であるが、室内における補助的歩行の可能なもの、を言う

両下肢機能として「歩行の不可能なもの」であれば両下肢機能の全廃（1級）、「独歩は不能であるが、室内における補助的歩行の可能であるもの（補装具なし）」であれば両下肢機能の著しい障害（2級）の認定と考える。

むずかしい問題です。

必要、バスのステップ、歩行速度、up and go tent など

具体的な基準が必要（案）著しい歩行制限（数歩以下）、起立困難

必要である。ただし、歩行距離では判定困難である。加齢のみでも歩行距離は低下する。

床からの立ち上がり、歩行可能な時間及び長さ。

必要である。移動能力を基準とする。

具体的な基準は必要ない。

歩行能力、例えば両松葉杖歩行か車いすのみか、等の判断が両下肢の機能として必要と考えます。

両側の機能障害がある場合、3級、4級の基準を作ってはどうかと考える。

余り条件の設定は必要ないと考えている

具体的な考えはないが、認定の際に判断に迷うことが多い。具体的な基準があれば、判断しやすい。

必用と思う、中等度障害などの基準も加える

両側は除外した方がわかりやすいと思う。片側ずつ検討が良い。

両下肢2級：歩行困難、3級：歩行100m、4級：歩行1km、5級：2kmとして体幹機能障害による歩行能力を参考とする。

必要であると思います。基準としては、補助具使用時と非使用時の両方の歩行能力で、細かく規定するのがよい。

歩行能力、立位、移動等の基準が必要。（整形外科）機能障害の程度を表す、客観的な数値基準が必要。現在も例示のみを根拠とする参考意見があり、認定に苦慮している。（神経内科）

一下肢の著しい機能障害は、両下肢の機能障害としてとらえる方がよいのでは。

必要である。独歩不能、両手すりがあれば歩ける程度など。

特段の必用を感じない。両下肢切断あるいは、体幹の基準と同等の障害と考えるのが実際的である。

不要。

7. その他の意見

具体的な例を示すことができないが、機能障害部位が多数であるとき、点数を加算してゆくと、臨床に記載されている状態像よりも重度の障害として認定せざるを得なくなる場合がある。そのときに臨床像に合うような等級にすると、計算根拠を示せなくなることがある。

1) 関節機能、筋力低下、切断についての基準は比較的明確ですが、中枢神経麻痺（痙性、運動失調など）により生じる障害の認定は、機能障害と能力障害に混乱がみられ、整理が必要と思います。2) 運動補足野や頭頂葉の障害により生じる運動機能障害の認定は可能で、アルツハイマー病など全般的脳機能障害により生じる運動機能障害は認定（廃用を除く）されないことには、釈然としない。3) 上腕2分の1以上、大腿の2分の1以上の基準は、他の基準と整合性がない。

高齢化と身体障害との関係はどうしても一致してしまう。その点の線引きがこれからの問題と思われる。肢体不自由の状態及び所見の部分でADLとROM・MMTが不一致と思われる意見書が比較的多い。特に内科医からの提出のものに多く見られる。ADLを優先とすべきなのかどうか検討が必要である。介護保険が導入され、高齢化とともに肢体不自由の条件も重複することが多いが、ADLを重視して認定すべ3才以下は等級に問題があるとされているが、重度により3才以下であっても対象に考慮できないか？全体として6級、7級は廃止すべきである。等級の判断基準を出来るだけ簡単にし、実状に則して、医師による判定のバラツキを少なくする工夫が必要である。等級は1級から4級程度まで、4段階で十分である。上肢、下肢の切断の判断基準が複雑すぎるので、もう少し簡単（シンプル）にすべきである。医療の進歩に伴い早期に濃厚な治療をした結果として症状固定しているのであれば、3才まで認定を待つべきではなく、1才を過ぎれば認定を可能とすべきで

多くのDrが意見書の書き方と主旨を理解していないようです。その為の啓蒙が必要でしょう。極めて杜撰なものには、書き方についての簡単なパンフレットを送るなど。是非やってもらいたい。

「体幹不自由」は採用の仕方によってかなり幅がでますね。

各種障害（片麻痺、切断、関節障害・・・など）と等級の関係をもう一度整理して等級を付け直す。

パーキンソン病で薬物がある時間有効であるがwo***ing-off, on, offがつよくありその状態が長くつづいて**例の審査のとき認定に困った（症状が日内変動しその状態が固定している例）

パーキンソン病で症状はほぼ固定しているのにも関わらず、日内変動がみられる場合があります。その場合どのレベルで判定すべきか困っております。時間的に多い方のレベルで判断するのか、それとも平均的(?)な所で判断するのか。(例えばオフ時に寝たきりに近い状態であるが、オン時には自立歩行が可能である場合など)

①切断の級の分け方を変更すべき、大関節が残っているかどうかで分けるべき。②1側上下肢の級をももう少し細かく、上肢2, 3, 7→2, 3, 5, 7級とか 下肢3, 4, 7→3, 4, 5, 7級など

各等級の具体例の中には、疑問に思う所が散見される。整合性をはかるべきと考える。

1. 著障と軽障の中間の障害が必要(軽障では手帳でない場合) 2. 手指の切断の等級の見直が必要(3, 4, 5指は軽んじられており手帳の対象とみなされていない) 3. 医療費免除の恩典との関係が水面下にある 4. 医療から在宅へのタイムリーな移行には現在も手帳は大きな公的援助として有効であるので、できれば早くに認定をし、手帳のサービスを在宅の準備に利用できるようにしてほしい。

指定医の診断書記載が不備な物が多く、判断に困るので診断書の精度を上げることが望まれる。

四肢の感覚障害(特に異常感覚、知覚過敏)によるADLの障害についての評価・認定が困難に感じる。診断書は、筋力は5段階、角度は定数で記載すべきである。現状ではあいまい。

中枢性障害に関しては、関節可動域の記載は不要である。何故記載しなければならないのか。筋力の記載のみで十分である。人工関節を用いたものなど、手術施行や治療により改善し等級が変動したと思われるものに対して、チェックがなされていません。明らかな切断や完全麻痺を除いて、等級の上級変更を義務づけるか、定期的な更新を義務づけるべきであると思います。

リハビリテーション治療の期間等も判定の目安とするべきであると考えます。同様の症例でも、リハビリを行わない者が1級、リハビリを行った者は2級というケースが多く不合理を感じる。

「かなづち」「1km以上」など不適切な具体例が多い。「かなづち」を(実用レベルでは)使用できない、というだけで4級申請する事例が絶えないので改善すべき。(「不良肢位拘縮のために、ROM・MMTが良好でもできない。」など。) 下腿大腿切断の「2分の1以上」要件も外すべきでは。2分の1以上とそれ以下との違いはなく、むしろ断端が長過ぎる方が継ぎ手の位置決めなど臨床上困難が各自治体が、障害認定の際に苦慮している疾患や病名については、認定基準の解釈や適用方法を、また現状の認定基準で対応できないものについては、新たな基準を考えていただきたい。

幼児期に1級となり、改善したにもかかわらずそのまま1級でいた人がいます。年金の申請時、20歳の時に、一律再判定をすべきと考えます。

老人の大腿骨髄内側骨折で、人工骨髄が入るだけで4級はいかなものか? 6の質問と同じと考える。

多くのDrが意見書の書き方と主旨を理解していないようです。その為の啓蒙が必要でしょう。極めて杜撰なものには、書き方についての簡単なパンフレットを送るなど。是非やってもらいたい。

7級の項目が医師、患者双方に混乱をあたえている。7級ではなく、補足項目とでもするのがよいと思われる。

現行の脳原性運動機能障害に関する認定基準はもっと認定しやすい形式のものに作り直すべきである。

関節可動域、筋力よりももっと細かいADLの評価で認定する方が良いと思う。

15条指定医のレベルはまちまちで、意見書の認定に苦慮することが非常に多い。研修やその他レベルアップが必要。又、指定医ならどの疾患でも認定できるということもおかしいと思う。もっと、狭い範囲(専門部のみ)でもいいのでは?

第4、5指の機能が第2指に比べて軽視されすぎていたり、足部の機能がよく検討されていなかったり、同じ下肢切断でも「1/2を欠く」などという非現実的な基準で差がつけられているなど、医学的に判断して問題のある部分が多いと思います。そろそろしっかりと準備期間を設けて現場の意見を重視しながら、全面的な障害程度基準の見直しが必要と考えます。

昔に比べ疾患が多様化しており(特に中枢神経疾患)、従来の筋力や関節可動域による判定では、無理が生じることがある。肢体不自由(+平衡機能障害)をいくつかの疾患群ごとに分類し、その疾患群に見合った書式を新たに作成する時期にきていると考える。(神経内科)

impairmentでなく、disability中心に等級判定する方が簡単ではないか。

定見もなく基準の変更を企図するのは愚である。

足・足趾の障害での歩行障害が強い場合、重い等級がとり難い。下肢の一関節の全廃でも、下肢全廃に相当する例がある。この場合、関節障害のほうを優先することとなっている。あまり具体例で判定医の裁量を妨げないほうがよい。

表 2-3 専門家による個別意見

1. 遷延性意識障害について

- ・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 ヶ月まで待つて認定する。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か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」と考える」（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）

- ・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

- ・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、再認定制度を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

- ・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）

- ・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。
- ・体内に内臓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

- ・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適當である。
- ・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

- ・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當ではない。そのむね、表示が必要である。
- ・認定基準の文言（鋏、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。

表 2-4 肢体不自由の認定に関する問題点と検討課題

	問題点	検討課題
1	長期にわたる遷延性意識障害の認定基準が不明確である	<p>身体を随意的に動かすことができない場合の障害の評価基準の検討</p> <p>「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準の検討</p>
2	高齢者の認定姿勢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	<p>寝たきりの後期高齢者ではリハビリテーションの対象になりにくい。</p> <p>保護の立場からは介護保険があるので、棲み分けが必要である。</p>
3	乳幼児の認定時期は 3 歳以降が望ましいとされているため、3 歳未満ではサービスを受けられない。	<p>3 歳未満の認定基準の検討。</p> <p>再判定制度の積極的な導入を図る。</p>
4	脳卒中では発症から 3 ヶ月経過しないと認定できず、福祉施設などのサービス利用が遅れる。	<p>発症から 3 ヶ月未満における認定基準を検討。</p> <p>再判定制度の積極的な導入を図る。</p>
5	人工関節置換術等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。	人工関節置換術等の技術的制が高まり、術後長期間にわたって安定して使用できるようになった場合は、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。
6	<p>両下肢機能障害の認定基準が不明確である。</p> <p>①立位・歩行能力に着目した場合、一下肢の機能障害を単純に倍加しただけでは的確さに欠ける。</p> <p>②認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確である。</p>	<p>両下肢機能障害のあらたな認定基準を検討。</p> <p>それにあわせて、体幹機能障害の認定基準の修正が必要である。</p>

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

障害者関連制度の制度理念の整理

分担研究者 寺島 彰

障害者関連制度は、それぞれ、目的をもっており、それは、障害をどのようにとらえるかというなんらかの理念を反映していると考えられる。そこで、身体障害者福祉法の理念を検討するための基本的資料として、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。その結果、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国家賠償などの理念があることが明らかになった。

A. 研究目的

総務省のホームページで法令検索してみると、「障害者」という単語を含む法律は、200件以上ヒットした。障害者関係福祉法や年金各法における障害年金等の障害者を直接対象とした制度は当然として、それ以外にもさまざまな制度が障害者に対する施策を実施している。例えば、税金の減免、公営住宅の優先入居、通信等でも障害の範囲を定めてサービスを提供している。また、地方自治体の条例においても多くの障害者施策が規定されている。さらに、鉄道、バス、タクシー等民間企業のサービスまで含めればさらに多くの障害者施策が存在すると考えられる。実際、東京都の自治体の福祉の手引きによれば、約100種類の障害者サービスがあげられている。

それぞれの制度は、目的をもって実施している。それは、障害をどのようにとらえるかというなんらかの理念を反映しているはずである。わが国ほど、多くの法律で広範な領域にわたって障害を規定している国はないのではないと考えられる。すなわち、わが国の法律を検証することで、人間性のなかに存在する障害の捕らえ方がしめされていると考えるのである。そこで、本稿では、わが国の障害者関連制度の理念を整理することとする。

B. 研究方法

わが国の障害者関連法の条文を整理し、法の目的、目標、方法に分けて整理分析する。

目的とは、その制度の意義ともいえるもので、例えば、社会福祉制度なのか、社会保険制度なのか、国家賠償のための制度なのか等である。

目標とは、そのサービスを提供することでどのようなことを実現しようとしているのかということであり、家計の安定、社会参加や自立支援、保護等である。

方法は、所得の確保・補助、医療提供、福祉サービス提供等の制度の目的を実現するための方法である。

C. 研究結果

1. 障害者関係

(1) 障害者自立支援法（平成十七年十一月七日法律第二百二十三号）

第一条で「この法律は、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(昭和三十五年法律第二百二十三号)、児童福祉法(昭和二十二年法律第六十四号)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とする。」とされており、法の目的は、「障害者および障害児の福祉の増進」であり、目標は、「障害者および障害児の日常生活および社会生活の自立」であり、それを実現する方法は、「障害者福祉サービスの給付その他の支援を行う」ことである。

(2) 障害者基本法（昭和四十五年五月二十一日法律第八十四号）第一条で、「この法律は、障害者のための施策に関し、基本的理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進することを目的とする。」としており、目標は、「障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進」することであり、目的は、「障害者自立と社会・経済・文化等すべての分野への参加促進」である。

(3) 身体障害者福祉法

身体障害者福祉法（昭和二十四年十二月二十六日法律第二百八十三号）は、第一条に「この法律は、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、及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を目的とする。」としており、目的は、「身体障害者の福祉の増進」を図ることである。ここで、福祉とは何かということが問題になるが、文脈からして、この定義は、日本国憲法の定義と同じで、いわゆる広義の福祉すなわち、「幸福」という意味に近いと考えられる。言い換えれば、身体障害者の本研究の趣旨からいえば、主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ことにより身体障害者の幸福がもたらされ

るということである。また、この法の目標は、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進」することである。その方法として、「身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護」する。

(4) 知的障害者福祉法

知的障害者福祉法（昭和三十五年三月三十一日法律第三十七号）は、第一条で「この法律は、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ことを目的とする。」としており、身体障害者福祉法と同様に、目的は、「知的障害者の福祉」すなわち幸福であり、目標は、「自立と社会経済活動への参加を促進」することである。その方法として、「知的障害者を援助するとともに必要な保護を行」うことであり、身体障害者福祉法と同じである。

(5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年五月一日法律第二百二十三号）は、その第一条で「この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、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ことを目的とする。」としており、目的は、「精神障害者の福祉の増進」と「国民の精神保健の向上」であるが、目標は、精神障害者の「社会復帰の促進」、「自立」、「社会経済活動への参加の促進」、障害「発生の予防」、「国民の精神的健康の保持及び増進」である。

目的を達成するための方法としては、「医療」と「保護」、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、障害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」ということになる。

2. 社会福祉関係

(1) 生活保護法

生活保護法（昭和二十五年五月四日法律第百四十四号）第三十八条（種類）に、保護施設の種類が定められており、同第二項で「救護施設」とは、「身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設とする。」とされている。また、同第三項では、「更生施設は、身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設とする。」とされ、第五項では、「授産施設は、身体上若しくは精神上の理由又は世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長することを目的とする施設とする。」とされている。このように身体障害、精神障害を対象としている。

同法第一条（この法律の目的）では、「この法律は、日本国憲法第二十五条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。」としている。つまり目的は、日本国憲法第二十五条の理念の実現であり、目標は、生活の保障と自立の助長であり、方法は、「必要な保護を行うこと」である。

(2) 介護保険法

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）では、「要介護状態」について、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分のいずれかに該当するものをいう。（第七条）」と障害の存在を要件としている。

第一条では、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」としており、すなわち、目的は、「国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」であり、目標は、「自立生活」であり、その方法は、「必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付」である。

(3) 生活福祉資金

「生活福祉資金の貸付けについて(平成二年八月一四日厚生省社第三九八号各都道府県知事あて厚生事務次官通知)」において、「低所得者、障害者又は高齢者に対し、資金の貸付けと必要な援助指導を行うことにより、その経済的自立及び生活意欲の助長促進並びに在宅福祉及び社会参加の促進を図り、安定した生活を営ましめることを目的」として生活福祉資金を貸付けるものとしている。

制度の目的は、障害者等の「安定した生活を営ましめること」であり、目標は、障害者等の「経済的自立及び生活意欲の助長促進並びに在宅福祉及び社会参加の促進を図る」ことであり、その方法は、資金の貸付けと必要な援助指導である。

3. 公的年金制度

各年金制度は、障害年金を給付しており、障害者に対するサービスを実施している。

(1) 国民年金法

国民年金法（昭和三十四年四月十六日法律第百四十一号）では、「第一条 国民年金制度は、日本国憲法第二十五条第二項に規定する理念に

基き、老齡、障害又は死亡によつて国民生活の安定がそこなわれることを国民の共同連帯によつて防止し、もつて健全な国民生活の維持及び向上に寄与することを目的とする。」とされており、目的は、「健全な国民生活の維持及び向上に寄与すること」である。目標は、「国民生活の安定がそこなわれることを防止」することである。

その目的を実現する方法としては、「第二条 国民年金は、前条の目的を達成するため、国民の老齡、障害又は死亡に関して必要な給付を行うものとする。」とあり具体的には、障害に関しては、第十五条により、老齡基礎年金、障害基礎年金、遺族基礎年金、付加年金、寡婦年金及び死亡一時金が給付される。つまり、年金を給付することで生活の安定がそこなわれることを防止することである。

(2) 厚生年金保険法

厚生年金保険法（昭和二十九年五月十九日法律第百十五号）は、「第一条 この法律は、労働者の老齡、障害又は死亡について保険給付を行い、労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とし、」とあるように、「労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与すること」が目的である。「労働者の老齡、障害又は死亡について保険給付を行」うことが、目標である。

目的を達成する方法として、第三十二条に、保険給付の種類として、老齡厚生年金、障害厚生年金及び障害手当金、遺族厚生年金が定められている。つまり、年金を給付することで労働者及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与するための制度である。

(3) 心身障害者扶養共済制度

独立行政法人福祉医療機構法（平成十四年十二月十三日法律第百六十六号）第十二条に基づき実施されている制度で、地方自治体が制度を運用し、「心身障害者」を扶養する者を加入者とし、加入者の死亡及び重度の障害により心身障害者に対

して給付金が支給されるものである。

制度の目的については、文言としては示されていないが、保護者が亡くなった後に心身障害者の所得を確保することが目標または手段であると考えられる。

4. 手当関係

(1) 特別児童扶養手当等の支給に関する法律

特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和三十一年七月二日法律第百三十四号）第一条（この法律の目的）では、「この法律は、精神又は身体に障害を有する児童について特別児童扶養手当を支給し、精神又は身体に重度の障害を有する児童に障害児福祉手当を支給するとともに、精神又は身体に著しく重度の障害を有する者に特別障害者手当を支給することにより、これらの者の福祉の増進を図ることを目的とする。」とされている。つまり、目的は、「精神又は身体に障害を有する児童」「精神又は身体に重度の障害を有する児童」「精神又は身体に著しく重度の障害を有する者」の「福祉の増進を図ること」であり、その方法は、「特別児童扶養手当」「障害児福祉手当」「特別障害者手当」を支給することである。

(2) 児童扶養手当法

児童扶養手当法（昭和三十六年十一月二十九日法律第二百三十八号）第一条では、「父と生計を同じくしていない児童が育成される家庭の生活の安定と自立の促進に寄与するため、当該児童について児童扶養手当を支給し、もつて児童の福祉の増進を図ることを目的とする。」としている。そして、同法第四条で、「都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する児童の母がその児童を監護するとき、又は母がないか若しくは母が監護をしない場合において、当該児童の母以外の者がその児童を養育するときは、その母又はその養育者に対し、児童扶養手当を支給する。」としており、第三号で、「父が政令で定める程度の障害の状態にある児童。」を含めている。

本法の場合、障害者を定めている目的は、「児

童の福祉の増進」であり、目標は、障害者を父にもつ児童の家庭の生活の安定と自立の促進であり、方法は、手当の給付である。

5. 雇用・労働

(1) 障害者の雇用の促進等に関する法律

障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年七月二十五日法律第二百二十三号）第一条では、「この法律は、身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置、職業リハビリテーションの措置その他障害者がその能力に適合する職業に就くこと等を通じてその職業生活において自立することを促進するための措置を総合的に講じ、もつて障害者の職業の安定を図ることを目的とする。」としている。目的は、「障害者の職業の安定」であり、目標は、障害者の「職業生活における自立促進」である。方法は、「身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置」、「職業リハビリテーションの措置」「その他障害者がその能力に適合する職業に就くこと」が規定されている。ここで、「身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置」とは、雇用反則金制度等をさしており、また、「職業リハビリテーションの措置」は、職業斡旋、職業訓練等が含まれる。さらに、同法第十一条(特定身体障害者等)では、あん摩マッサージ指圧師の「特定職種」については、一定の視覚障害で永続するものを「特定身体障害者」として0.7の特定身体障害者雇用率を適用している。

(2) 雇用保険法

雇用保険法（昭和四十九年十二月二十八日法律第百十六号）第一条では、「雇用保険は、労働者が失業した場合及び労働者について雇用の継続が困難となる事由が生じた場合に必要な給付を行うほか、労働者が自ら職業に関する教育訓練を受けた場合に必要な給付を行うことにより、労働者の生活及び雇用の安定を図るとともに、求職活動を容易にする等その就職を促進し、あわせて、

労働者の職業の安定に資するため、失業の予防、雇用状態の是正及び雇用機会の増大、労働者の能力の開発及び向上その他労働者の福祉の増進を図ることを目的とする。」としており、目的は、「労働者の生活及び雇用の安定を図る」と「労働者の職業の安定に資する」ことであり、その目的を達成するために、労働者が失業した場合及び労働者について雇用の継続が困難となる事由が生じた場合に必要な給付を行うほか、労働者が自ら職業に関する教育訓練を受けた場合に必要な給付を行う。

(3) 最低賃金法

最低賃金法(昭和三十四年四月十五日法律第三十七号)は、「賃金の低廉な労働者について、事業若しくは職業の種類又は地域に応じ、賃金の最低額を保障することにより、労働条件の改善を図り、もつて、労働者の生活の安定、労働力の質的向上及び事業の公正な競争の確保に資するとともに、国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする（第一条）。」としているが、その第八条で、「次に掲げる労働者については、当該最低賃金に別段の定めがある場合を除き、厚生労働省令で定めるところにより、使用者が都道府県労働局長の許可を受けたときは、第五条の規定は、適用しない。」として「精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者」を同法による最低賃金が適用除外される者として障害を規定している。つまり、障害者を定めている目標は、適用することで「労働者の生活の安定、労働力の質的向上及び事業の公正な競争の確保に資するとともに、国民経済の健全な発展に寄与すること」にならない者を区別するためである。これは、著しく労働能力の低い者に対して最低賃金の支払いを義務付けた場合の影響を恐れる社会防衛上の目的があると考えられる。

(4) 一般職の職員の給与に関する法律

一般職の職員の給与に関する法律（昭和二十五年四月三日法律第九十五号）第一条（この法律の

目的及び効力)では、「この法律は、別に法律で定めるものを除き、国家公務員法第二条に規定する一般職に属する職員の給与に関する事項を定めることを目的とする。」としている。

同法第十一条(扶養手当)では、扶養手当を扶養親族のある職員に支給することが定められており、その扶養親族として「重度心身障害者」があげられている。この場合の目標は、扶養の費用の補償であると考えられる。

6. 労働災害補償

(1) 労働基準法

労働基準法(昭和二十二年四月七日法律第四十九号)でも、第七十七条で「労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり、治つた場合において、その身体に障害が存するときは、使用者は、その障害の程度に応じて、平均賃金に別表第二に定める日数を乗じて得た金額の障害補償を行わなければならない。」としてその障害を定めている。この目標は、金銭給付による補償である。

(2) 労働者災害補償保険法

労働者災害補償保険法(昭和二十二年四月七日法律第五十号)第一条は、「業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由又は通勤により負傷し、又は疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り、もつて労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする。」としており、目的は、「労働者の福祉の増進に寄与すること」であり、目標は、「労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護」をすることおよび、「疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者及びその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り社会復帰の促進、労働条件の確保」である。

目標達成の方法としては、第二条の二で、「第一条の目的を達成するため、業務上の事由又は通

勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に関して保険給付を行うほか、労働福祉事業を行うことができる。」としており、保険給付としては、「療養補償給付」、「休業補償給付」、「障害補償給付」、「遺族補償給付」、「葬祭料」等の手当金と、「傷病補償年金」、「傷病年金」等の、金銭給付と、「療養給付」、「二次健康診断等給付」などの現物給付がある。労働福祉事業としては、「療養に関する施設」「リハビリテーションに関する施設」の設置及び運営等が含まれる。

(3) 国家公務員災害補償法

国家公務員災害補償法(昭和二十六年六月二日法律第九十一号)第一条(この法律の目的及び効力)は、「この法律は、国家公務員法(昭和二十二年法律第二十号)第二条に規定する一般職に属する職員(未帰還者留守家族等援護法(昭和二十八年法律第六十一号)第十七条第一項に規定する未帰還者である職員を除く。以下「職員」という。)の公務上の災害(負傷、疾病、障害又は死亡をいう。以下同じ。)又は通勤による災害に対する補償(以下「補償」という。)を迅速かつ公正に行い、あわせて公務上の災害又は通勤による災害を受けた職員(以下「被災職員」という。)の社会復帰の促進並びに被災職員及びその遺族の援護を図るために必要な事業を行い、もつて被災職員及びその遺族の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。」としている。第九条(補償の種類)には、「療養補償」、「休業補償」、「傷病補償年金」、「障害補償補償年金」、「障害補償一時金」、「介護補償」、「遺族補償」、「遺族補償年金」、「遺族補償一時金」、「葬祭補償」が規定されている。

すなわち、本法の目的は、公務上の公務上の災害又は通勤による災害を受けた一般職国家公務員の「生活の安定と福祉の向上に寄与すること」であり、本人の「社会復帰の促進」と本人及びその遺族の「援護」が目標である。また、方法は、上記の年金や一時金の支給である。

(4) 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

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（昭和二十七年七月二十九日法律第二百四十五号）第一条（目的）では、「この法律は、警察官の職務に協力援助した者の災害（負傷、疾病、障害又は死亡をいう。以下同じ。）につき、療養その他の給付を行うことを目的とする。」としている。第二条（国及び都道府県の責任）では、「職務執行中の警察官がその職務執行上の必要により援助を求めた場合その他これに協力援助することが相当と認められる場合に、職務によらないで当該警察官の職務遂行に協力援助した者がそのため災害を受けたとき、又は政令で定める場所以外の場所において、殺人、傷害、強盗、窃盗等人の生命、身体若しくは財産に危害が及ぶ犯罪の現行犯人がおり、かつ、警察官その他法令に基き当該犯罪の捜査に当たるべき者がその場に行かない場合に、職務によらないで自ら当該現行犯人の逮捕若しくは当該犯罪による被害者の救助に当たった者（政令で定める者を除く。）がそのため災害を受けたときは、国又は都道府県は、この法律の定めるところにより、給付の責に任ずる。」とし国と都道府県の責任であるとしている。同条第2項では、「前項の場合のほか、水難、山岳における遭難、交通事故その他の変事により人の生命に危険が及び又は危険が及ぼうとしている場合に、自らの危難をかえりみず、職務によらないで人命の救助に当たった者（法令の規定に基づいて救助に当たった者その他政令で定める者を除く。）がそのため災害を受けたときも、同項と同様とする。」

第五条（給付の種類）では、この法律により行う給付の種類を定めており、「療養給付（警察官の職務に協力援助した者（以下「協力援助者」という。）が負傷し又は疾病にかかった場合における必要な療養又は当該療養に要する費用の給付）、「傷病給付（協力援助者が負傷し又は疾病にかかり治っていない場合において存する障害に対する給付）」、「障害給付（協力援助者が負傷

し又は疾病にかかり治った場合においてなお存する障害に対する給付）」、「介護給付（協力援助者が傷病給付又は障害給付の給付の事由となった障害により必要な介護を受けている場合における給付）」、「遺族給付（協力援助者が死亡した場合におけるその遺族に対する給付）」、「葬祭給付（協力援助者が死亡した場合における葬祭を行う者に対する給付）」等が定められている。

すなわち、本法の目的は、国及び都道府県の責任として警察官の職務に協力援助した者が障害を受けるなどの災害を追った場合に、給付を行うことであり、その方法は、「傷病給付」、「障害給付」、「介護給付」、「遺族給付」、「葬祭給付」等である。

(5) 河川法

河川法（昭和三十九年七月十日法律第百六十七号）第一条（目的）では、「この法律は、河川について、洪水、高潮等による災害の発生が防止され、河川が適正に利用され、流水の正常な機能が維持され、及び河川環境の整備と保全がされるようにこれを総合的に管理することにより、国土の保全と開発に寄与し、もつて公共の安全を保持し、かつ、公共の福祉を増進することを目的とする。」とされている。

本法の第第二十二條（洪水時等における緊急措置）第2項には、「河川管理者は、前項に規定する措置をとるため緊急の必要があるときは、その附近に居住する者又はその現場にある者を当該業務に従事させることができる。」とあり、さらに、第6項には、「第二項の規定により業務に従事した者が当該業務に従事したことにより死亡し、負傷し、若しくは病気にかかり、又は当該業務に従事したことによる負傷若しくは病気により死亡し、若しくは障害の状態となつたときは、河川管理者は、政令で定めるところにより、その者又はその者の遺族若しくは被扶養者がこれらの原因によつて受ける損害を補償しなければならない。」とされている。

河川法施行令（昭和四十年二月十一日政令第十

四号)第十四条(洪水時等における緊急措置に係る損害補償の額等)では、「法第二十二條第六項に規定する損害補償は、非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令(昭和三十一年政令第三百三十五号)中水防法(昭和二十四年法律第九十三号)第十七條の規定により水防に従事した者に係る損害補償の基準を定める規定の例に準じて行なうものとし、この場合における手続その他必要な事項は、国土交通省令で定める。」としている。

そして、河川法施行規則(昭和四十年三月十三日建設省令第七号)第十條(損害補償の手続等)では、補償の内容として、療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償又は葬祭補償をあげている。また、休業補償については、従事者の扶養親族に重度心身障害者が含まれるときは、障害者加算がなされる。

本法で障害を定めている目的は、「損害補償」であり、その方法は、療養補償、休業補償、障害補償、遺族補償又は葬祭補償などの金銭給付である。

7. 戦傷病者関係

(1) 戦傷病者戦没者遺族等援護法

戦傷病者戦没者遺族等援護法(昭和二十七年四月三十日法律第二百二十七号)では、「第一条 この法律は、軍人軍属等の公務上の負傷若しくは疾病又は死亡に関し、国家補償の精神に基き、軍人軍属等であつた者又はこれらの者の遺族を援護することを目的とする。」としており、目的は、国家補償であり、目標は、「軍人軍属等であつた者又はこれらの者の遺族を援護すること」である。

その援護の内容は、第五条で、「障害年金及び障害一時金の支給」、「遺族年金及び遺族給与金の支給」、「弔慰金の支給」であり、金銭の給付である。

なお、本法による援護は、軍人恩給の復活に先立って実施されていたが、昭和29年の軍人恩給の復活により、軍人及びその遺族に対する年金は、おおむね恩給方の増加恩給などに引き継がれた。

(2) 戦傷病者特別援護法

戦傷病者特別援護法(昭和三十八年八月三日法律第六十八号)第一条では、「この法律は、軍人軍属等であつた者の公務上の傷病に関し、国家補償の精神に基づき、特に療養の給付等の援護を行なうことを目的とする。」としており、目的は、「国家補償」であり、目標は、「特に療養の給付等の援護を行なうこと」である。

援護の内容は、第九条で、「療養の給付」、「療養手当の支給」、「葬祭費の支給」、「更生医療の給付」、「補装具の支給及び修理」、「国立の保養所への収容」、「鉄道及び連絡船への乗車及び乗船についての無賃取扱い」とされている。ここで着目すべきは、「更生」すなわち、リハビリテーションのための医療を援護の内容としていることである。

(3) 恩給法

恩給法(大正十二年四月十四日法律第四十八号)第一条では、「公務員及其ノ遺族ハ本法ノ定ムル所ニ依リ恩給ヲ受クルノ権利ヲ有ス」とあり、目的は「権利保障」であることがわかる。恩給の内容については、第二条で、「普通恩給」、「増加恩給」、「傷病賜金」、「一時恩給」、「扶助料」、「一時扶助料」が規定されている。「普通恩給」、「増加恩給」、「扶助料」は年金であり、残りは一時金である。「普通恩給」は在職期間が一定以上*の場合に給付される。「増加恩給」は、公務上の傷病により障害者になった場合に普通恩給と合わせて支給される。「扶助料」は、公務傷病などにより死亡した場合にその遺族に支給される。「傷病賜金」は、年金であり、残りは一時金である。また、附則(昭和八年四月一〇日法律第五〇号)により「傷病年金」が規定されており、公務に起因する傷病により、増加恩給の程度には達しないが、一定程度以上の障害を有する者に年金が給付される。その他、障害にかかわる制度として、昭和16.12.8以後、本邦等で職務に関連して受傷罹病し、障害を有する旧軍人等に給付される「特例傷

病恩給」がある。

*准士官と将校は13年以上在職、下士官と兵は12年以上。

8. 税制関係

(1) 所得税法

所得税法（昭和四十年三月三十一日法律第三十三号）第七十九条では、「障害者」は、「その者のその年分の総所得金額、退職所得金額又は山林所得金額から二十七万円」が控除され、「特別障害者」である場合には「四十万円」が控除されるとしており、障害者に対して所得税額の根拠となる総所得金額から一定額を控除することで税額を減額するとしている。

同法は、第一条で、「この法律は、所得税について、納税義務者、課税所得の範囲、税額の計算の方法、申告、納付及び還付の手續、源泉徴収に関する事項並びにその納税義務の適正な履行を確保するため必要な事項を定めるものとする。」としているのみであり、法律の目的は規定されていない。また、なぜ、障害者の税額を減額するのについても規定されていない。

(2) 地方税法

地方税法（昭和二十五年七月三十一日法律第二百二十六号）でも、第二十四条の五で、「障害者」は、前年の合計所得金額が百二十五万円以下の場合、非課税とされ、また、所得割課税については、「障害者」の場合二十六万円、「特別障害者」の場合三十万円が控除される。

また、第七十二条第5項で、「あん摩、マッサージ又は指圧、はり、きゅう、柔道整復その他の医業に類する事業（両眼の視力を喪失した者その他これに類する政令で定める視力障害のある者が行うものを除く。）」とされており、重度の視力障害者は、事業税を免除される。

このように、地方税法も、障害者に対する税金の控除や減免があるものの、その目的についての規定はない。

また、地方税法に関連して、条例で自動車取得税、

自動車税、軽自動車税が減免される。

(3) 相続税法

相続税法（昭和二十五年三月三十一日法律第七十三号）では、第十二条では、「次に掲げる財産の価額は、相続税の課税価格に算入しない。」として心身障害者共済制度の給付金を受ける権利は、相続税の非課税財産であるとしている。

また、第十九条の四では、「相続又は遺贈により財産を取得した者が当該相続又は遺贈に係る被相続人の前条第一項に規定する相続人に該当し、かつ、障害者である場合には、その者については、第十五条から前条までの規定により算出した金額から六万円（その者が特別障害者である場合には、十二万円）にその者が七十歳に達するまでの年数を乗じて算出した金額を控除した金額をもつて、その納付すべき相続税額とする。」とあり、障害者に対する相続税の控除を規定している。

法第二十一条の三では、心身障害者共済制度の給付金を受ける権利は、贈与税の非課税財産であるとしている。また、第二十一条の四では、特別障害者を受益者とする信託契約に基づき、金銭等の財産が信託されたときは、6000万円を限度として贈与税が非課税とされる。

このように、相続税法にも障害者に対する特別な非課税措置があるが、その目的については明記されていない。障害者が親から財産を贈与することに優遇措置を与えることの意味を考えると、障害故に余分にかかる費用を親が援助することを奨励するためであるのか、単に費用負担を軽減しようとしているのか、いろいろまことが考えられるが、明確な目的は記載されていない。

同様に、なぜ、障害者の親が障害者に遺産を相続することを優遇するのかは、障害者自身の生活の安定であるのか、親に安心感を与えることなども考えられるが、明確な目的は記載されていない。

(4) 関税定率法

関税定率法（明治四十三年四月十五日法律第五

十四号)第十四条は、無条件免税の対象として「身体障害者用に特に製作された器具その他これに類する物品で政令で定めるもの」と定めている。これらの物品については、関税定率法施行令第十六条の二で、「肢体不自由者用の義肢及び人工代用筋、車椅子並びに装着式尿収器」、「盲人用の点字器、タイプライター、時計、はかり、温度計及び体温計」、「体障害者用に特に製作された器具その他の物品で財務省令で定めるもの」と定められている。

これも、障害者用物品を業者が安価に購入できることで、障害者関係業者を保護しようとしているのか、購入する障害者の経済的負担を軽減しようとしているのかいろいろなことが考えられるが、その目的についての記述はない。

9. 交通関係

(1) 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

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（平成十二年五月十七日法律第六十八号）第一条は、「この法律は、高齢者、身体障害者等の自立した日常生活及び社会生活を確保することの重要性が増大していることにかんがみ、公共交通機関の旅客施設及び車両等の構造及び設備を改善するための措置、旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を推進するための措置その他の措置を講ずることにより、高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の利便性及び安全性の向上の促進を図り、もって公共の福祉の増進に資することを目的とする。」としており、目的は、「公共の福祉の増進」であり、目標は、「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の利便性及び安全性の向上の促進を図」ることである。また、その目的を実現するための方法は、「公共交通機関の旅客施設及び車両等の構造及び設備を改善するための措置」、「旅客施設を中心とした一定の地区における道路、駅前広場、通路その他の施設の整備を

推進するための措置」「その他の措置」を講ずることである。

(2) 道路交通法

道路交通法（昭和三十五年六月二十五日法律第百五号）第一条（目的）では、「この法律は、道路における危険を防止し、その他交通の安全と円滑を図り、及び道路の交通に起因する障害の防止に資することを目的とする。」としている。

同法第八条（通行の禁止等）では、「歩行者又は車両等は、道路標識等によりその通行を禁止されている道路又はその部分を通行してはならない。」とされているが、第二項で、「車両は、警察署長が政令で定めるやむを得ない理由があると認めて許可をしたときは、前項の規定にかかわらず、道路標識等によりその通行を禁止されている道路又はその部分を通行することができる。」としており、道路交通法施行令（昭和三十五年十月十一日政令第二百七十号）第六条（通行を禁止されている道路における通行の許可）では、第二項で「身体の障害のある者を車両の通行を禁止されている道路又はその部分を通行して輸送すべき相当の事情がある」時には、道路標識等によりその通行を禁止されている道路又はその部分を通行することができる」とされている。この場合、障害者の移動のためには、禁止事項を除外される。その目的については、明確な規定はない。

また、同法第十四条（目が見えない者、幼児、高齢者等の保護）では、「目が見えない者（目が見えない者に準ずる者を含む。）は、道路を通行するときは、政令で定めるつえを携え、又は政令で定める盲導犬を連れていなければならない。」また、同条第一項では、「目が見えない者以外の者（耳が聞こえない者及び政令で定める程度の身体の障害のある者を除く。）は、政令で定めるつえを携え、又は政令で定める用具を付けた犬を連れて道路を通行してはならない。」とある。道路交通法施行令第8条第4項では、「法第十四条第二項の政令で定める程度の身体の障害は、道路の通行に著しい支障がある程度の肢体不自由、視