

障害の種類別にみた身体障害者の年次推移

年次	総数	視覚障害	聴覚言語障害	肢体不自由	内部障害	重複障害 (再掲)
推計数(単位:千人)						
昭和26年	512	121	100	291	—	—
30	785	179	130	476	—	—
35	829	202	141	486	—	44
40	1,048	234	204	610	—	215
45	1,314	250	235	763	66	121
55	1,977	336	317	1,127	197	150
62	2,413	307	354	1,460	292	156
平成3年	2,722	353	358	1,553	458	121
8	2,933	305	350	1,657	621	179
13	3,245	301	346	1,749	849	175
構成比(単位:%)						
昭和26年	100.0	23.6	19.5	56.8	—	—
30	100.0	22.8	16.6	60.6	—	—
35	100.0	24.4	17.0	58.6	—	5.3
40	100.0	22.3	19.5	58.2	—	20.5
45	100.0	19.0	17.9	58.1	5.0	9.2
55	100.0	17.0	16.0	57.0	10.0	7.6
62	100.0	12.7	14.7	60.5	12.1	6.5
平成3年	100.0	13.0	13.2	57.1	16.8	4.4
8	100.0	10.4	11.9	56.5	21.2	6.1
13	100.0	9.3	10.7	53.9	26.2	5.4
対前回比(単位:%)						
昭和26年	—	—	—	—	—	—
30	153.3	147.9	130.0	163.6	—	—
35	105.6	112.8	108.5	102.1	—	—
40	126.4	115.8	144.7	125.5	—	488.6
45	125.4	106.8	115.2	125.1	—	56.3
55	150.5	134.4	134.9	147.7	298.5	124.0
62	122.1	91.4	111.7	129.5	148.2	104.0
平成3年	112.8	115.0	101.1	106.4	156.8	77.6
8	107.8	86.4	97.8	106.7	135.6	147.9
13	110.6	98.7	98.9	105.6	136.7	97.8

資料:厚生労働省「身体障害児・者実態調査」

年齢階級別にみた身体障害者数

(単位:千人,%)

	総数	18~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~64歳	65~69歳	70歳以上	不詳
平成13年	3,245	11	70	93	213	468	363	522	1,482	22
	(100.0)	(0.3)	(2.2)	(2.9)	(6.6)	(14.4)	(11.2)	(16.1)	(45.7)	(0.7)
平成8年	2,933	8	72	111	242	435	378	408	1,179	99
	(100.0)	(0.3)	(2.5)	(3.8)	(8.3)	(14.8)	(12.9)	(13.9)	(40.2)	(3.4)
対前回比(%)	110.6	137.5	97.2	83.8	88.0	107.6	96.0	127.9	125.7	22.2

(注)( )内は構成比

資料:厚生労働省「身体障害児・者実態調査」

年齢階級別にみた身体障害者の年次推移(人口千人対)

年次	総数	18~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~64歳	65~69歳	70歳以上
昭和30年	14.4	5.3	7.1	14.5	16.0	20.6	25.4		29.4
35年	13.7	5.2	5.4	10.0	16.0	20.0	28.2		39.1
40年	15.7	3.9	4.1	7.1	15.8	24.8	38.9		63.9
45年	17.9	3.3	4.9	7.7	15.8	29.7	40.9	56.2	63.7
55年	23.8	3.5	4.9	7.0	16.0	33.7	55.8	68.7	87.6
62年	26.7	2.2	4.9	9.1	15.7	31.7	56.9	72.9	88.0
平成3年	28.3	3.9	4.1	8.3	13.4	28.9	54.5	75.9	90.4
8年	28.9	2.3	3.8	7.0	12.2	26.2	49.6	62.3	94.6
13年	31.1	3.7	3.9	5.4	13.0	24.2	46.5	72.1	96.2

(注) 人口千人対の身体障害者算出の基礎人口は、総務庁統計局の「国勢調査」及び「推計人口」における次の調査時の18歳以上の人口を用いた。

昭和30・35・40・45年：各国勢調査の人口  
 昭和55年：昭和54年10月1日現在の推計人口  
 昭和62年：「62年2月1日」  
 平成3年：平成3年11月1日現在の推計人口  
 平成8年：平成8年11月1日現在の推計人口  
 平成13年：平成13年6月1日現在の推計人口

資料：厚生労働省「身体障害児・者実態調査」

障害の種類別・障害の程度別にみた身体障害者数

(単位：千人、%)

	推 計 数(千人)								
	総数	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	不明	
平成13年	3,245 (100.0)	850 (26.2)	614 (18.9)	602 (18.6)	660 (20.3)	260 (8.0)	216 (6.7)	45 (1.4)	
平成8年	2,933 (100.0)	796 (27.1)	470 (16.0)	501 (17.1)	551 (18.8)	291 (9.9)	212 (7.2)	112 (3.8)	
対前回比	110.6%	106.8%	130.6%	120.2%	119.8%	89.3%	101.9%	40.2%	
平成13年	視覚障害	301 (100.0)	105 (34.9)	74 (24.6)	27 (9.0)	28 (9.3)	34 (11.3)	32 (10.6)	1 (0.3)
	聴覚・言語障害	346 (100.0)	1 (0.3)	88 (25.4)	70 (20.2)	64 (18.5)	5 (1.4)	101 (29.2)	17 (4.9)
	肢体不自由	1,749 (100.0)	243 (13.9)	445 (25.4)	341 (19.5)	397 (22.7)	221 (12.6)	83 (4.7)	19 (1.1)
	内部障害	849 (100.0)	501 (59.0)	6 (0.7)	165 (19.4)	170 (20.0)	-	-	7 (0.8)
	重複障害 (再掲)	175 (100.0)	88 (50.3)	47 (26.9)	22 (12.6)	8 (4.6)	4 (2.3)	1 (0.6)	6 (3.4)

(注) ( ) 内は構成比

資料：厚生労働省「身体障害児・者実態調査」

## 知的障害児・者の状況

### (1) 在宅者の状況

#### 年齢階級別・性別にみた知的障害児・者数(在宅者)

(単位: 人, %)

	総数	男	女	不詳
総数	329,200 (100.0)	184,500 (56.0)	130,900 (39.8)	13,800 (4.2)
0～4歳	12,400	7,800	4,600	—
5～9歳	30,100	19,600	10,400	—
10～14歳	33,100	20,000	12,600	400
15～19歳	33,600	21,400	12,000	200
20～29歳	79,800	45,500	33,500	800
30～39歳	50,700	27,700	22,100	1,000
40～49歳	37,700	21,300	16,200	200
50～59歳	22,500	12,400	9,600	400
60歳以上	14,800	7,000	7,600	200
不詳	14,400	1,600	2,200	10,600

(注) ( ) 内は構成比

資料: 厚生労働省「知的障害児(者)基礎調査」(平成12年)

#### 障害の程度別にみた知的障害児・者数(在宅者)

(単位: 人, %)

	最重度	重度	中度	軽度	不詳
総数	45,500 (13.8)	92,600 (28.1)	77,600 (23.6)	73,200 (22.2)	40,300 (12.2)
知的障害児 (18歳未満)	17,800 (19.1)	30,700 (32.8)	17,800 (19.1)	18,300 (19.5)	9,000 (9.6)
知的障害者 (18歳以上)	26,700 (12.1)	59,700 (27.0)	57,400 (25.9)	52,100 (23.6)	25,300 (11.4)
不詳	1,000 (6.9)	2,200 (15.3)	2,400 (16.1)	2,800 (19.4)	6,000 (41.7)

(注) ( ) 内は構成比

資料: 厚生労働省「知的障害児(者)基礎調査」(平成12年)

## 療育手帳の所有状況(在宅者)

(単位:人、%)

	総数	手帳有	手帳無	不詳
総数	329,900 (100.0)	(87.8)	(7.9)	(4.3)
知的障害児 (18歳未満)	93,600 (100.0)	(90.1)	(9.0)	(0.9)
知的障害者 (18歳以上)	221,200 (100.0)	(88.4)	(7.3)	(4.4)
不詳	14,400 (100.0)	(63.9)	(9.7)	(26.4)

(注)( )内は構成比

資料:厚生労働省「知的障害児(者)基礎調査」(平成12年)

## (2) 施設在所者の状況

## 知的障害者の施設数・定員の推移

(単位:箇所人、各年10月1日現在)

	平成9年	10	11	12	13
知的障害者のための施設					
知的障害者更生施設(入所)	1,173(79,386)	1,203(81,616)	1,250(84,083)	1,303(86,823)	1,344(89,242)
知的障害者更生施設(通所)	283(11,100)	310(11,894)	339(12,820)	350(13,661)	366(14,376)
知的障害者授産施設(入所)	213(13,590)	219(13,821)	226(14,200)	228(14,307)	229(14,261)
知的障害者授産施設(通所)	704(26,966)	774(29,457)	839(31,670)	890(34,140)	957(36,620)
知的障害者小規模通所授産施設					71(1,221)
知的障害者福祉ホーム	65(818)	67(838)	68(856)	68(856)	70(871)
知的障害者通勤寮	117(2,775)	116(2,753)	119(2,805)	120(2,827)	121(2,847)
知的障害者福祉工場	29(835)	35(990)	43(1,260)	43(1,271)	49(1,430)
在宅知的障害者デイサービスセンター	64	72	110	147	157

(注)( )内は定員数

資料:厚生労働省「社会福祉施設等調査」等

## 精神障害者の状況

精神病床数・入院患者数・公費負担医療延件数別にみた推移

	平成9年	10	11	12	13
精神病床数	360,432	359,563	358,609	358,597	357,388
入院患者数	336,685	335,847	332,930	333,003	332,714
措置入院	4,772	4,293	3,472	3,247	3,083
医療保護入院	94,827	92,367	91,699	105,359	110,930
任意入院	230,983	233,861	233,509	220,840	215,438
その他	5,893	5,326	4,250	3,557	3,263
公費負担通院医療延件数	422,551	481,677	525,383	574,663	629,916

(注) 1 精神病床数、入院患者数は6月末現在  
2 公費負担通院医療延件数は予算ベース

資料：厚生労働省「病院報告」等

精神障害者社会復帰施設数・定員の推移 (単位：箇所、人、各年10月1日現在)

施設の種類の	平成9年	10	11	12	13
精神障害者生活訓練施設	128 ( 2,672)	149 ( 3,084)	182 ( 3,739)	205 ( 4,223)	232 ( 4,775)
精神障害者福祉ホーム	88 ( 886)	99 ( 1,000)	111 ( 1,123)	115 ( 1,162)	127 ( 1,379)
精神障害者通所授産施設	112 ( 2,536)	127 ( 2,930)	150 ( 3,425)	168 ( 3,896)	183 ( 4,257)
精神障害者入所授産施設	15 ( 424)	18 ( 504)	21 ( 574)	22 ( 604)	25 ( 684)
精神障害者福祉工場	7 ( 210)	8 ( 230)	9 ( 256)	11 ( 315)	12 ( 348)

(注) ( ) 内は定員数

資料：厚生労働省「社会福祉施設等調査」

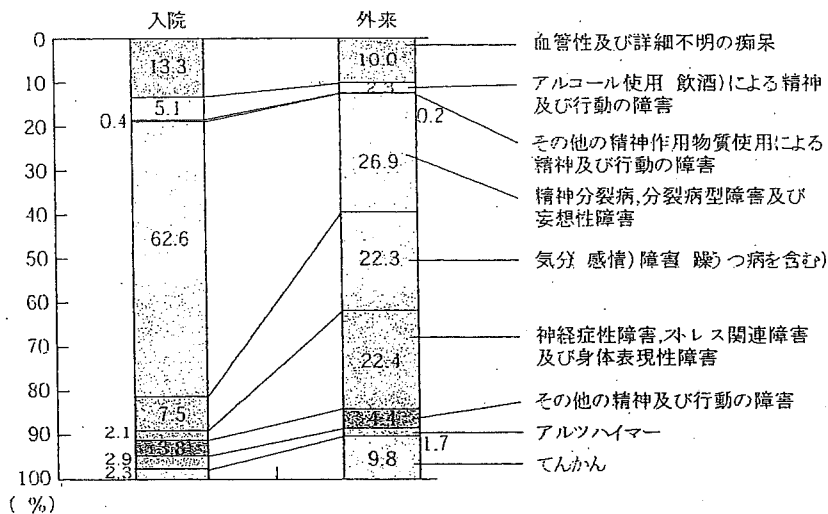
精神障害者の精神疾患の種類別推計患者数

(千人)

精神疾患の分類	入院	外来	総数
血管性及び詳細不明の痴呆	45.7	17.3	63.0
アルコール使用(飲酒)による精神及び行動の障害	17.4	4.0	21.4
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1.4	0.4	1.8
精神分裂病, 分裂病型障害及び妄想性障害	213.5	46.6	260.1
気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	25.5	38.6	64.0
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	7.0	38.8	45.8
その他の精神及び行動の障害	13.0	7.7	20.7
アルツハイマー	10.0	3.0	13.0
てんかん	7.8	16.9	24.7
計	341.3	173.3	514.6

資料: 厚生労働省「患者調査」(平成11年)

精神障害者の精神疾患の種類別構成割合



## サービスの地域差

- ホームヘルプサービスの提供状況(平成15年4月)  
(市町村からの報告ベース。都道府県間比較。)

- サービス利用者のすそ野の広がり(普遍化の度合い)に差がある

地域差

- 支援費支給決定者数 : 7.8倍
- 身体障害者ホームヘルプ利用者数: 5.5倍
- 知的障害者ホームヘルプ利用者数:23.7倍
- 精神障害者ホームヘルプ利用者数:11.6倍 (精神障害者福祉制度)
- 障害児ホームヘルプ利用者数 : 44.4倍

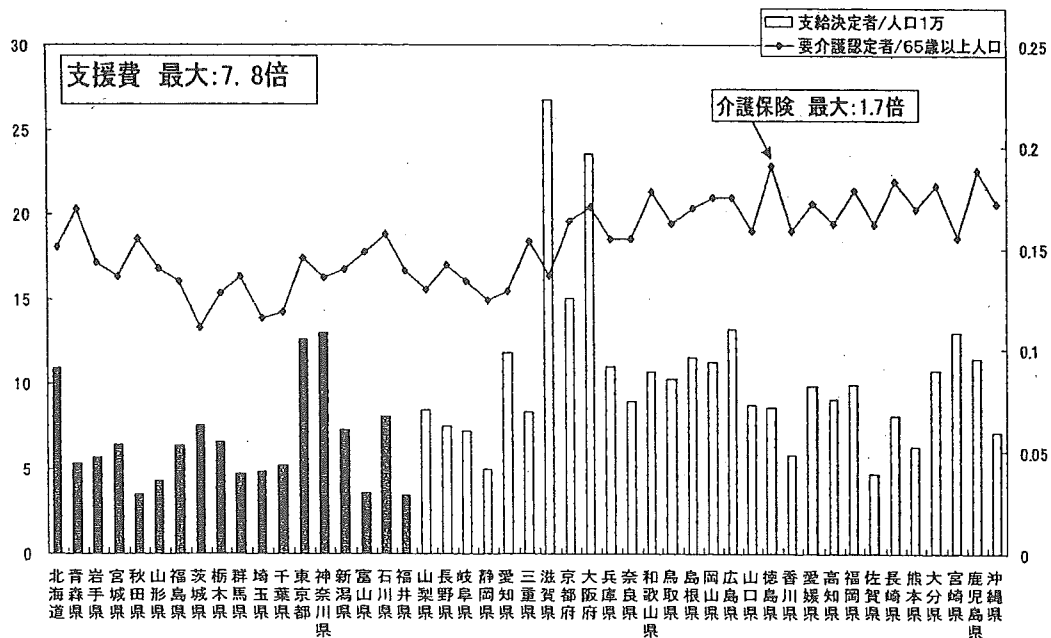
- 支援費ホームヘルプサービスについては、一人当たりの利用時間に差がある

地域差

- 一人当たり平均利用時間 : 4.7倍

## 人口1万対支給決定者数

人口1万人当たりの支援費ホームヘルプサービスの支給決定者数と介護保険の要介護認定者数の割合



身体障害者障害程度等級表

級別	視覚障害		聴覚または平衡機能の障害		音声機能言語機能または平衡機能の障害	上肢		下肢	
	視覚障害	聴覚障害	聴覚障害	平衡機能障害		上肢	下肢	上肢	下肢
一級	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		
二級	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野率による損失率が95%以上のもの	両耳の聴力レベルがそれぞれ100dB以上のもの(両耳全ろう)				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		
三級	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野率による損失率が90%以上のもの	両耳の聴力レベルがそれぞれ90dB以上のもの(耳介に接しなければ大聴語を理解し得ないもの)	平衡機能の極めて著しい障害	音声機能言語機能または平衡機能の喪失		1. 両上肢の母指および示指を欠くもの 2. 両上肢の母指および示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. 両下肢をショーパ一関節以上で欠くもの 2. 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3. 一下肢の機能を全廃したもの		
四級	1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ5度以内のもの	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話語を理解し得ないもの) 2. 両耳による普通話語の最良の聴音明瞭度が50%以下のもの		音声機能言語機能または平衡機能の著しい障害		1. 両上肢の母指の機能を欠くもの 2. 両上肢の母指の機能を全廃したもの 3. 一上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの 4. 一上肢の母指または示指を欠くもの 5. 一上肢の母指および示指の機能を全廃したもの 6. 母指または示指を含めて一上肢の三指を欠くもの 7. 母指または示指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの 8. 母指または示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 2. 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3. 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの 4. 一下肢の機能の著しい障害 5. 一下肢の股関節または膝関節の機能を全廃したもの 6. 一下肢が健側に比して10cm以上または健側の長さの10分の1以上短いもの		
五級	1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの 3. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの		平衡機能の著しい障害			1. 両上肢の母指の機能の著しい障害 2. 一上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害 3. 一上肢の母指を欠くもの 4. 一上肢の母指の機能を全廃したもの 5. 一上肢の母指および示指の機能の著しい障害 6. 母指または示指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害	1. 一下肢の股関節または膝関節の機能の著しい障害 2. 一下肢の足関節の機能を全廃したもの 3. 一下肢が健側に比して5cm以上または健側の長さの15分の1以上短いもの		
六級	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの、両眼の視力の和が0.2を超えるもの	1. 両耳の聴力レベルが70dB以上のもの(40cm以上の距離で発声された会話語を理解し得ないもの) 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				1. 一上肢の母指の機能の著しい障害 2. 示指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3. 示指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1. 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2. 一下肢の足関節の機能の著しい障害		
七級						1. 一上肢の機能の軽度の障害 2. 一上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 3. 一上肢の手指の機能の軽度の障害 4. 示指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害 5. 一上肢の中指、薬指および小指を欠くもの 6. 一上肢の中指、薬指および小指の機能を全廃したもの	1. 両下肢のすべての指の機能の著しい障害 2. 一下肢の機能の軽度の障害 3. 一下肢の股関節、膝関節または足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 4. 一下肢のすべての指を欠くもの 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3cm以上または健側の長さの20分の1以上短いもの		

備考 ①「指を欠くもの」とは、母指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。  
 ②「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、母指については、対向運動障害をも含むものとする。  
 ③上肢または下肢欠損の段端の長さ、実用長(上腕においては腋窩より、大腿においては坐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。  
 ④下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

[注] ①色の実線は、JN運賃割引者のうち、第1種身体障害者(本人および介護者1名が割引対象)の範囲を示す。第2種身体障害者(本人のみ割引対象)は、それ以外の部分である。  
 ②色の点線は、航空旅客運賃割引の対象となる者の範囲を示す。このうち色の実線内は本人および介護者1名が割引対象、それ以外は本人のみ割引対象、いずれも満12歳以上適用。



目 由			心臓、腎臓、呼吸器、膀胱もしくは直腸または小腸の機能の障害																																		
体 幹	乳児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心 臓 機能障害	腎 臓 機能障害	呼 吸 器 機能障害	膀胱または 直 腸 機 能 障 害	小 腸 機 能 障 害																														
	上肢機能	移動機能																																			
体幹の機能障害により座っていることができないもの	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ほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	心臓の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	腎臓の機能の障害により自己の周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自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	膀胱または直腸の機能の障害により自己の周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自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの																														
1. 体幹の機能障害により坐位また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	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・失調等により歩行が極度に制限されるもの																																			
体幹の機能障害により歩行が困難なもの	不随意運動・失調等による上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	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	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	腎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	膀胱また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																														
	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・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	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	腎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	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	膀胱また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																														
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に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会における日常生活活動に支障のあるもの	<b>1. 障害等級の認定方法</b> 二以上の障害が重複する場合の扱い <table border="1"> <thead> <tr> <th>合計指数</th> <th>認定等級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18以上</td> <td>1級</td> </tr> <tr> <td>11~17</td> <td>2級</td> </tr> <tr> <td>7~10</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>4~6</td> <td>4級</td> </tr> <tr> <td>2~3</td> <td>5級</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6級</td> </tr> </tbody> </table> <b>2. 合計指数算定方法</b> 二以上の障害が重複する場合の取扱 <table border="1"> <thead> <tr> <th>障害等級</th> <th>指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1級</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2級</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>3級</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>4級</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5級</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6級</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7級</td> <td>0.5</td> </tr> </tbody> </table>					合計指数	認定等級	18以上	1級	11~17	2級	7~10	3級	4~6	4級	2~3	5級	1	6級	障害等級	指 数	1級	18	2級	11	3級	7	4級	4	5級	2	6級	1	7級	0.5
合計指数	認定等級																																				
18以上	1級																																				
11~17	2級																																				
7~10	3級																																				
4~6	4級																																				
2~3	5級																																				
1	6級																																				
障害等級	指 数																																				
1級	18																																				
2級	11																																				
3級	7																																				
4級	4																																				
5級	2																																				
6級	1																																				
7級	0.5																																				
	不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの																																			
	上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの																																			

級 別	ヒト免疫ウイルスによる 免疫機能障害
一 級	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
二 級	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
三 級	ヒト免疫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
四 級	ヒト免疫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

◆特別児童扶養手当◆等の支給に関する法律  
 (昭和三十九年七月二日法律第百三十四号)  
 最終改正年月日:平成一七年一月七日法律第一二三号

## 第一章 総則

### (この法律の目的)

#### 第一条

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。

### (用語の定義)

#### 第二条

この法律において「障害児」とは、二十歳未満であつて、第五項に規定する障害等級に該当する程度の障害の状態にある者をいう。

2 この法律において「重度障害児」とは、障害児のうち、政令で定める程度の重度の障害の状態にあるため、日常生活において常時の介護を必要とする者をいう。

3 この法律において「特別障害者」とは、二十歳以上であつて、政令で定める程度の著しく重度の障害の状態にあるため、日常生活において常時特別の介護を必要とする者をいう。

4 この法律にいう「配偶者」には、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含み、「父」には、母が障害児を懐胎した当時婚姻の届出をしていないが、その母と事実上婚姻関係と同様の事情にあつた者を含むものとする。

5 障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから一級及び二級とし、各級の障害の状態は、政令で定める。

## 第二章 ◆特別児童扶養手当◆

### (支給要件)

#### 第三条

国は、障害児の父若しくは母がその障害児を監護するとき、又は父母がないか若しくは父母が監護しない場合において、当該障害児の父母以外の者がその障害児を養育する(その障害児と同居して、これを監護し、かつ、その生計を維持することをいう。以下同じ。)ときは、その父若しくは母又はその養育者に対し、◆特別児童扶養手当◆(以下この章において「手当」という。)を支給する。

2 前項の場合において、当該障害児を父及び母が監護するときは、当該父又は母のうち、主として当該障害児の生計を維持する者(当該父及び母がいずれも当該障害児の生計を維持しないものであるときは、当該父又は母のうち、主として当該障害児を介護する者)に支給するものとする。

3 第一項の規定にかかわらず、手当は、障害児が次の各号のいずれかに該当するときは、当該障害児については、支給しない。

一 日本国内に住所を有しないとき。

二 障害を支給事由とする年金たる給付で政令で定めるものを受けるとき。ただし、その全額につきその支給が停止されているときを除く。

4 第一項の規定にかかわらず、手当は、父母に対する手当にあつては当該父母が、養育者に対する手当にあつては当該養育者が、日本国内に住所を有しないときは、支給しない。

5 手当の支給を受けた者は、手当が障害児の生活の向上に寄与するために支給されるものである趣旨にかんがみ、これをその趣旨に従つて用いなければならない。

### (手当額)

#### 第四条

手当は、月を単位として支給するものとし、その月額は、障害児一人につき三万三千三百円(障害の程度が第二条第五項に規定する障害等級の一級に該当する障害児にあつては、五万円)とする。

### (認定)

#### 第五条

手当の支給要件に該当する者(以下この章において「受給資格者」という。)は、手当の支給を受けようとするときは、その受給資格及び手当の額について、都道府県知事の認定を受けなければならない。

2 前項の認定を受けた者が、手当の支給要件に該当しなくなつた後再びその要件に該当するに至つた場合において、その該当するに至つた後の期間に係る手当の支給を受けようとするときも、同項と同様とする。

## 障害者自立支援法の理念と重度障害者等包括支援の意義

分担研究者 島崎謙治(国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

### 1. はじめに

本研究の主たる事業は、重度障害者の生活実態等を踏まえた看護プログラムの作成や関係職種との連携モデルの作成等を行うことにより、重度障害者の生活実態に適合した効果的な支援のあり方を研究することにある。重度障害者の定義については川村教授・石鍋教授が検討しておられ、重度障害者の生活実態や支援状況については遷延性意識障害班やALS班の2つの班ごとに調査が行われているが、これらの障害者(患者)の中には重度障害者等包括支援の対象となる者も想定される。というより、遷延性意識障害やALS患者は重度障害者等包括支援の対象の例示として挙げられてきた。もとより障害者は多様でありその定義を行うことは簡単ではない(そもそも知的障害のように法律上の定義がないものもみられる)が、とりわけ重度障害者等包括支援という概念は障害者自立支援法制定に当たって設けられた概念である。したがって、本研究を進める上で、障害者自立支援法を創設するに至った背景や理念等を改めて確認しておくこともあながち無意味なことではなかろう。本稿は、こうした理由に基づき、2で「障害者自立支援法の理念」、3で「重度障害者等包括支援の意義」を述べ、最後の4の「課題」では、包括支援サービスの展開していくうえで重要な「連携」をめぐる課題について若干論じる。なお、意見にわたる部分は、筆者が属する組織の意見ではないことはもとより本研究会の研究者の総意ということではなく、あくまで筆者の個人的見解であることをあらかじめお断わりしておく。

### 2. 障害者自立支援法の理念

障害者自立支援法では、その第1条で「障害者基本法の基本的理念にのっとり、他の障害者(児)の福祉に関する法律と相まって、障害者(児)がその有する能力及び適正に応じ、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(児)の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関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。」と規定されている。

改めて言うまでもないが、わが国の障害者福祉は戦後だけ捉えても、いわゆる福祉三法の一つとして戦後間もなく制定された身体障害者福祉法(昭和24年制定)が制定されて以降、各種障害福祉立法が制定され、さらに所得保障の面でも、年金制度(障害年金)の充実や特別児童扶養手当が制定されるなど、障害者対策は逐次推進されてきた。特に上記の障害者自立支援法第1条にも引用されている障害者基本法に基づき、平成14年には、障害者施策にかかる長期計画である「障害者基本計画」が策定されている。この計画においては、①社会のバリアフリー化、②利用者本位の支援、③障害の特性を踏まえた施策の展開、④総合的かつ効果的な施策の推進の4点が基本的な方向として示されているが、障害者福祉サービスもこの方向を踏まえて、平成15年度から支援費制度が導入された。支援費制度は平成9年の児童福祉法改正(保育所について措置制度を廃止し利用者が保育所を選択できるよう改正)以降の「社会福祉構造改革」の流れを汲むものであり、サービスの利用はそれまでは市町村による行政処分(措置)であったのが、利用者サービス事業者の契約に基づきサービス提供が行われるように変わった。これは福祉サービスを「お上」からの給付の一時的な対象者として障害者を捉えるのではなく、障害者を権利の主体

として明確化したという意味で積極的な評価を与える見方も少なくない。しかし、反面、特にホームヘルプサービスをはじめとする居宅生活支援サービスについて、サービス利用者の増加、一人当たりの利用量の増加等により1年目からサービス利用量が急増し、国、地方公共団体ともに大幅な予算不足を来すことになり、財源の確保をいかに図るかが大きな課題となった。また、支援費制度においては障害種別ごとの法制の枠が取り払われたわけではなく、特に支援費制度の対象についてみれば、身体障害および知的障害は対象となっているが精神障害は含まれておらず、結果的に障害種別間のサービス水準に大きな格差が生じることとなったのも事実である。さらに、市町村をはじめ多くの関係者からは、支援費は支給決定に関する尺度がない、ケアマネジメントが制度化されていない、一人ひとりの支給量を決める際の基準(勘案事項)が不透明性であるなど、多くの課題が指摘されてきた。

このような課題を解消すべく構想されたのが障害者自立支援法であり、平成17年10月31日に可決成立した。その改革の要点は、①障害者施策の3障害一元化、②利用者本位のサービス体系に再編、③就労支援の抜本的強化、④支給決定の透明化・明確化、⑤安定的な財源の確保、の5つにまとめることができる。以下、その概要を簡単に押さえておく。

#### ① 「障害者施策の3障害一元化」

現状は、高齢化に伴う介護サービスが65歳からはすべて介護保険で一本化されているにもかかわらず、18歳から64歳までは身体障害、知的障害、精神障害に係る3つの法律により、別々に運用されており、かつ制度間の格差や地域間の格差が大きかった。障害者自立支援法成立後は、精神障害者も対象にし、3障害の制度間格差を解消するとともに、市町村に実施主体を一元化することとされている。

#### ② 「利用者本位のサービス体系に再編」および③「就労支援の抜本的強化」

これまで授産施設等において、重症心身障害者のような極めて重度の障害者を通所させる一方で、身体障害療護の位置づけで就労可能性の高い軽度の障害者を長年入所させるなど、障害程度とサービス内容についての乖離が指摘されてきた。障害者自立支援法では、利用者本位の観点から整合性を図りつつ、就労移行支援や就労継続支援といった制度を創設するとともに、雇用施策との連携や規制緩和により就労支援の抜本的強化を図ることとされている。

#### ④ 「支給決定の透明化・明確化」

従来、障害の「重さ」や介護の必要度と、実際に自治体から支給されるサービス量の関連性の低さが指摘されたところである。例えば、家族が介護に追われサービスのニーズを訴えることができない障害者やコミュニケーション面で障害のある者のサービスが他に比べて支給量が少ないなど均衡を欠いているという指摘も少なからずみられた。このため、障害者自立支援法では支援の必要度を総合的に表す障害程度区分(6区分)の導入や共通のアセスメント項目(106項目)の設定により、客観的に障害程度を判定することとされた。

#### ⑤ 「安定的な財源の確保」

支援費制度では毎年ホームヘルプサービスなど居宅生活支援サービスで予算不足が生じるなど、財政基盤に関する不安定要因が存在した。障害者自立支援法では、サービスにかかる費用に対し国および都道府県の負担は裁量的経費から義務的経費となり、併せて利用者も費用の一定部分を負担することで、将来にわたって安定的な給付を維持できる基盤が整備された。サービスを多く利用する者は負担額も大きくなるといった批判もみられるが、負担が過大なものとならな

いよう、毎月の負担上限額が設定されているほか、介護保険の対象となる特定疾病では双方の上限額が合算されて償還される仕組みが設けられているなど、相当きめ細やかな措置が講じられている。端的に言えば、「契約に基づき誰もが利用できるユニバーサルな制度にふさわしい定率負担(1割負担)及び食費等の自己負担という原則的な考え方をとったうえで、低所得者に対する各種配慮を行うというのが自立支援法における利用者負担の考え方」(京極 2005, p.32 参照)である。

上述したように、障害者自立支援法が制定された直接の契機は、支援費制度をめぐる諸問題を解消することにあったことは間違いない。しかし、障害者自立支援法は、以上の5つを改革の柱とするものであり、年齢・障害・疾病などを超えた総合的な障害福祉法に向け第一歩を踏み出したものとみることができる。換言すれば、これまでの障害者福祉は長い歴史の中で逐次推進が図られてきたものの、例えば介護保険制度と比べ総合性や一貫性を著しく欠いており、障害別の縦割りで各々の対策も不十分であった感は否めない。障害者自立支援法はこうした障害者福祉の基本課題を克服しようとするのが基本理念であり、そこに意義がある。もとより様々な批判はあろうし、今後見直されるべき課題も少なからずある。とはいえ、以上のような文脈で捉えなければ、障害者施策の歴史の中における障害者自立支援法の位置づけを見誤ることになりかねない。

### 3. 重度障害者等包括支援の意義

#### (1) 概要と意義

障害者自立支援法では、常時介護を要する在宅の重度障害者に対する新しい給付の類型として、重度障害者等包括支援が設けられている。その基本的な考え方および意義は、定型的介護プラス後方支援による“見守り”等の「包括的なサービス支援」を行うことにより、こうした重度障害者のニーズに応えようすることにある。具体的に言えば、ホームヘルプサービスをはじめ通所サービスなど複数のサービス利用に対し、一つの事業者が責任を持ってサービスの種類や量を設定し、その利用調整から給付管理まで一貫して行うことが想定されている。状態が不安定で緊急にサービスが必要となる場合があるが、臨機応変に(その都度支給変更手続き等を経ることなく)、重度障害者及びその家族は包括的なサービスを受けることができる。また、サービスの種類等にかかわらず、一定額の報酬を支払う仕組みとし、各種サービスの単価の設定や利用サービスの種類や量を自由に設定できる仕組みとすることとされている。

#### (2) 法令上の規定、対象者のイメージと定義

重度障害者等包括支援は、障害者自立支援法上、「常時介護を要する障害者等であって、その介護の必要の程度が著しく高いものとして厚生労働省令で定めるものにつき、居宅介護その他の厚生労働省令で定める障害福祉サービスを包括的に提供することをいう。」(第5条第9項)と規定されている。

「対象者のイメージ」として厚生労働省が審議会等で示してきたものをみると、①身体障害: ALS等の極めて重度の障害者であって専門機関が判定した者、②知的障害: 強度行動障害のある極めて重度の障害者であって専門機関が判定した者、③精神障害: 極めて重度の障害者であって専門機関が判定した者、が挙げられている。具体的な対象者は今後厚生労働省令で定められることになるが、法律上、A:「常時介護を要し(中略)その介護の必要の程度が著しく高い」という要件と、B:「障害福祉サービスを包括的に提供(の対象)」という要件の2つがかかっている。したがって、Aの要件からは、障害程度区分が最重度(区分6)の者がすべて対象になるわけではなく

常時介護を要する特定の者に限られることになるのではないかと考えられる。また、Bの要件からは、複数のサービス利用を包括的に提供する仕組みであることから、仮にAの要件を満たすような対象者像に合致しても、その利用するサービスが居宅介護のみに限られるような場合には、重度障害者等包括支援は適用されず居宅介護の(単独の)支給決定を受けることになるのではないかと考えられる。具体的なサービスの種類についても、今後厚生労働省令で定められることになるが、居宅介護の他に生活介護などの通所サービス、ケアホーム、ショートステイなどが考えられよう。

### (3) 必要なケアと包括報酬の水準を考えるに当たって考慮すべき事項

重度障害者等包括支援事業者は、ケアマネジメント機能、24時間の連絡・対応体制、必要なサービスを十分提供できる体制を有することが必要である。ただし、これらのサービスすべてを包括支援事業者が自らすべて直接提供する必要はなく、むしろ、豊富な知識と経験を有する人材のネットワークを有していることや、医療機関や地域施設との密接な連携が確保できることが重要である。また、重度障害者等包括支援の報酬水準の設定は難しい問題である<sup>1</sup>。常時介護を要する障害者のケアが可能となるような水準とする必要があることは言うまでもないが、他方、(現実として)重度障害者が施設に入所した場合の報酬水準や要介護5の高齢者の報酬水準との均衡にも配慮する必要もあると考えられる。さらに、各種サービスの効率的な運用を図るとともに有機的な連携に配慮しつつ、現制度から新制度へ円滑に移行できるようにする配慮も求められよう。

## 4. 重度障害者等包括支援の課題

### (1) 多様なニーズに対応したサービスの展開

重度障害者等包括支援の対象となる者は、既述したように、障害の種類別にかかわらず、A:「常時介護を要し(中略)その介護の必要の程度が著しく高い」という要件と、B:「障害福祉サービスを包括的に提供(の対象)」という要件の2つを満たすという「共通項」がある。しかし、対象者像は一樣でない。また、障害の態様や置かれている環境等により必要となるサービスも同一ではない。こうした多様なニーズに対応したサービスをいかに効果的・効率的に展開していくかが重要となる。

このため、次の2つのアプローチが必要になると考えられる。一つは、例えば遷延性意識障害者あるいはALS患者(障害者)など、重度障害者等包括支援の対象の類型ごとに障害者やその家族の生活実態とニーズを把握し、適切な「サービスモデル」を作ることである。これが本研究の最も中核的テーマであり、その必要性について多言は要しまい。もう一つは、地域において多様なニーズに柔軟に対応できる仕組みづくりである。障害者自立支援法ないしは重度障害者等包括支援の理念・意義は、縦割りではなく、年齢・障害・疾病などを超えた総合的なサービスの展開にあることは既述した。いくつか重度障害者等包括支援の対象となる類型ごとに「サービスモデル」を作ることには有用であるにしても、それは「モデル」であって、その類型に属する者の中でも個々のニーズは異なる。また、その類型からはみ出す者が生じ得ることは言うまでもない。そうした多様性を地域の中で関係者がこれをどう適切に受け止めることができるかが重要な課題となる。

### (2) 重度障害者等包括支援と医療との関係

障害者自立支援法において「自立支援医療」が設けられ、「障害者等につき、その心身の障害

<sup>1</sup> 本稿の執筆時点(平成18年2月中旬)では公表されていない。

の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療」を政令で定める範囲において提供できる他、療養介護医療費の支給についても行うことができる。また、「自立支援医療」を提供するために、都道府県知事は、「自立支援医療機関」を指定することができる。こうした制度を効率的に運用するためには、利用者本人に着目した医療サービスの提供やライフステージに応じた医療ニーズを踏まえ、医療機関、福祉施設、在宅サービスの提供機関が連携し、一つのネットワークの中で効率的に運用されることが望ましい。

いうまでもなく、こうした課題は障害者福祉サイドからだけアプローチすれば足りる課題ではない。「医療制度改革大綱」でも在宅医療が重要視されているが、在宅医療を普及させるためには、「24時間365日」在宅医療を支えるマインドとスキルを持った在宅医の存在と在宅患者が急性増悪した場合の病院の「受け入れ」体制の整備など多くの課題がある。平成18年度の診療報酬改定では、「在宅療養支援診療所」(仮称)が中心的な役割を担い、これを24時間対応の窓口として、必要に応じ他の機関等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を整備することが案として提示されている。その実施に当たっては、重度障害者も当然のことながらその対象として織り込み、関係者が連携をとりながら在宅医療の確保を図っていくことが重要である。

### (3)「日常的医療」をめぐる問題

3つ目の課題として各論的になりすぎるくらいがあるが、「日常的医療」をめぐる問題について私見を述べておきたい。

ALS患者や遷延性意識障害者の中にはたんの吸引を必要とする者が多いが、たんの吸引は24時間必要となるため家族にとって精神的・肉体的な負担が過重となっているという問題がある。このため、「在宅ALS患者の療養環境の向上を図るための措置」(「新たな看護のあり方に関する検討会分科会：平成15年6月9日報告)を受け「ALS患者の在宅療養の支援について」(平成15年7月17日医政局長通知)が、また、「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会報告」(平成17年3月10日)を受け「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」(平成17年3月24日医政局長通知)が出され、メディカル・コントロールの下に置かれるなど所要の条件を満たせば、医師・看護職や家族以外の者でも、たんの吸引を行うことが認められた。しかし、必ずしも介護職等によるたんの吸引が広がっているとはいえ、現場では相当混乱を来しているという指摘もある。その本質的な理由は、たんの吸引は医行為であるという前提に立つ以上、それは医師・看護職の職能であり、それ以外の者がその職能としてたんの吸引を「業として」行うことができないことに起因すると思われる。この点については、「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会」でも、「違法性阻却論では、本人と家族以外の者の個別的な関係に基づいたものにならざるを得ず、在宅療養の支援として不十分である」といった意見も出されている(『報告書』p.31を参照)ほか、「違法性阻却論は個々の事案を事後的に評価するものであって、事前にこうした行為は違法性があるとかないとかというように事前評価にまで拡大することは許されない」<sup>2</sup>という批判もある。

筆者は、施設から在宅への流れが強まる中で、たんの吸引に限らず、胃ろう、導尿、与薬など

<sup>2</sup> 平林教授の指摘の要旨である(東京都健康局医療サービス部病対策課2004, p.16参照)。なお、樋口範雄教授はこれと異なる考え方に立っているように見受けられる(樋口2004, pp.225-227参照)。

いわゆる「日常的医療」の領域が広がらざるを得ず、個別の行為ごとに検討会を設け「違法性阻却論」により解釈を広げるという方法はいずれ限界が来るのではないかと考える。選択肢としては、大別すれば、A:「日常的医療」は医師法等が対象とする医行為ではないという整理をする、B:「医療行為」だとしても、立法措置を講じ、一定の職能を有する者に研修等を受講させること等を条件に医療職以外の者も行えることとする、C:個別行為ごとではなく大きな類型ごとにまとめ違法性阻却論に基づく解釈により対応する、の3つがある。それぞれ一長一短があるが、筆者は、こうした「日常的医療」は、取り締まり法規たる性格を有する医師法等が規制対象とする行為とは性格が異なっており、こうした規制の対象外として、新たな枠組みの中で、研修の実施、患者・家族の同意など必要最低限の規制を行い、必ずしも医療職でなくとも対応すべき措置を講じることが適当ではないかと考えている。仮にCの対応を採るにしても、本来あるべき姿を見定めた上で当面どのように対応するのかという方針が明示される必要があると思われる。いずれにせよ、ALS通知の3年後見直しが迫っているが、その議論に当たっては、どのような実態が生じているのかという分析をしっかりと行った上で、「先に結論ありき」ではない幅広い検討が求められよう。

## 5. 結びに代えて

4(1)でも述べたが、重度障害者等包括支援が法の目的を達するためには、適切な「サービスモデル」を作ることが重要であるが、対象者のニーズの多様性や地域の社会的資源等の相異を考えれば、できあがった「サービスモデル」を単に当てはめるのではなく、創意工夫を凝らし最も有効で効率的な展開を図るといった柔軟性が求められる。また、異なる職能の関係者の間で役割分担と連携を図り対応していくことが不可欠である。これができるのは住民に最も身近な市町村であるが、障害者に対する取組みの自治体間格差は大きい<sup>3</sup>。福祉関係者等の障害者のニーズを的確に把握する力量とそれをシステムとして構築していく力量が必要であり、いわば地域の「福祉力」の“鼎の軽重”が問われていると言っても過言ではない。同時に、国や都道府県は財政的支援・技術的支援を適切に行い重層的に支えていくことが重要である。

(参考文献)

1. 京極高宣(2005)『障害者自立支援法の解説』全国社会福祉協議会
2. 島崎謙治(2005)『在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会報告書』※ 島崎が主任研究者を務めた厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業の報告書である。
3. 東京都健康局医療サービス部病対策課(2004)『ALS患者の在宅療養の支援について』※ 平林勝政教授(國學院大學法学部)の講演録である。
4. 樋口範雄(2004)「救命促進と法のあり方」樋口範雄編著『ジュリスト増刊ケース・スタディ生命倫理と法』
5. 厚生労働省(2005)『厚生労働白書(平成17年版)』ぎょうせい

<sup>3</sup> 厚生労働省(2005) pp. 67-84 を参照。



遷延性意識障害班

分担研究報告書

# 「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」

## 遷延性意識障害班 分担研究報告書

分担研究者 紙屋 克子 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授

### 1. 遷延性意識障害患者の実態調査

#### A. 研究目的

わが国では、医療費抑制政策に伴う入院期間の短縮化や長期入院是正により、従来ならば医療機関に入院していた「遷延性意識障害患者」(以後、意識障害患者と略す)が余儀なく在宅療養に移行するケースが増えている。意識障害患者は生命を維持することから、食事・保清・排泄等に至る日常生活行動のすべてを介護者に委ねなければならない。加えて意思の疎通も難しい状況での展望のない介護は、介護者である家族の身体的・精神的・経済的負担も大きいと推察される。

在宅意識障害患者の中でも、65歳以上の高齢者(特定疾患においては40歳以上)は介護保険の適応であるものの、交通外傷等の若年層の患者は介護保険対象の枠外であり、利用可能な社会資源も少なく在宅介護は困難な状況にあるといわれている。このような現状から、在宅の介護者は現行の社会保障制度の改善を求め、1995年に遷延性意識障害患者・家族会(以後、家族会と略す)を設立し、各地の家族会は行政に対して患者の実態調査を要請し、1997年に兵庫県、1998年には茨城県において実態調査が実施された。その結果、総患者数は両県とも約650名で、その中に占める在宅患者数はそれぞれ286名(43.7%)、153名(23.3%)であることが明らかになった。しかしながら、これらの調査では、患者の身体機能および介護状況に関する具体的な把握までには至っていなかった。そこで、今年度は全国調査の予備調査として、茨城県在住の遷延性意識障害患者の患者数の把握と在宅療養における生活状況および介護の実態を明らかにすることを研究の目的にした。

#### B. 研究方法

##### 1. 文献調査

###### 1) 意識障害の定義について:

「遷延性意識障害」は、運動・知覚系の障害、および大脳による認知・統合機能などに障害はあるものの、呼吸・循環・消化器などの自律神経系は比較的正常に保たれるため、一般的に「植物状態」「植物症」といわれている。1972年にJennett and Plumは、重症な脳損傷後に呼吸・循環・代謝など脳幹部の機能は維持されるものの、深昏睡から開眼するまでに回復しても周囲との意思疎通に制限のある状態を「persistent vegetative state(遷延性植物状態)」と臨床医学的に定義した。同年、わが国においても日本脳神経外科学会は植物状態に関する検討をはじめ、1976年に「自力で移動ができない」などの6項目と、さらにそれらの6項目を満たす状態がいかなる医療努力によってもほとんど改善することなく、満3カ月以上経過した場合に植物状態とみなすことを定義した(表1)。

遷延性植物症の診断時期の「3カ月」という区切りには、3カ月以上意識障害が継続している患者は回復する可能性の低いことに加え、予後の予測が概ね可能となる3カ月までは、医療従事者や交通事故などに関連した人々の最低限の努力期間として設定されている。また、国外では意識障害が1カ月以上継続した場合に遷延性とする見解もあるものの、受傷後1～3カ月間と3カ月

以降の回復には差が大きく、1 カ月以降を一括して遷延性植物状態とした場合に積極的な治療の機会を失う可能性が大きいことから、わが国の「3 カ月」という期間は妥当であるといわれている。

## 2) 意識障害の発症原因と患者の動向:

意識障害に至る原因には、頭部外傷・脳血管障害・脳腫瘍・脳変性疾患などの脳の器質的疾患や、心疾患・代謝性疾患、低酸素脳症、一酸化炭素および薬物中毒などが挙げられる。わが国における遷延性意識障害患者に関する疫学調査は1974年、1986年に実施され、意識障害に至った主な原因は前者では「頭部外傷」、後者は「脳血管障害」であった。しかしながら、医療や社会情勢の著しい変化に伴い、意識障害患者および家族の状況も変化していると推測されるが、意識障害患者に関する全国規模での調査は約20年間行われていなかった。近年になり家族会の要請により、1997年に兵庫県、1998年に茨城県において県単位での調査が行われ、入院・在宅患者を含め意識障害の主な原因は「脳血管障害」であることが明らかになった。また、岡山県の訪問看護ステーションを対象にした調査では、対象者の約6割は「脳血管障害」の高齢患者であった。その一方で、家族会を対象にした赤松らは、20～30歳代の「頭部外傷」の患者が多いと報告している。これらの結果を見ると、脳血管障害による患者が増加し頭部外傷が減少したように思えるが、頭部外傷患者が決して減少したわけではなく、高齢者数の増加に伴い、脳血管障害患者が急増していることが、わが国の植物症の特徴であるといわれている。

また、遷延性意識障害における患者数に関しては、1994年にアメリカでは成人患者10,000～20,000人、小児は4,000～10,000人であり、イスラエルでは頭部外傷に起因する遷延性意識障害患者数は人口10,000人に対し4例(発生率0.04%)と報告している。一方、イギリスでは意識障害患者の多くは早期に死亡するため、その数は1,000人以下であるが、患者の多くは介助が必要であるといわれている。しかしながら、わが国の意識障害患者数は明らかでなく、近年の茨城県の調査から全国の患者数を推定すると34,400人以上であり、人口10万人あたりに27人の割合で発症していることになる。

また、遷延性意識障害患者の予後については、意識障害患者は比較的脳幹機能が維持され、大脳も機能全体が失われたわけではないので、ときに改善し意識障害を脱するケースもみられる。しかし、植物状態からの脱出例は全体の1%程度といわれ、特に若年症例に限られることが多い。アメリカでは成人に比べ小児が、また非外傷性に比較し外傷性脳損傷患者の予後が良好であると報告されている。さらに、外傷性患者の場合、成人・小児を問わず受傷後12カ月以降、非外傷性患者では受傷後3カ月以降は意識回復の見込みが少ないという見解を示している。また、イギリスのリハビリテーション専門施設に入院している意識障害患者43名のうち、11名は脳損傷後4カ月～3年の期間に注視が起り、4名は話すことが可能になり、最終的にコミュニケーション不能であった患者は1名のみであったと報告されていることから、意識回復の可能性は未知数であるといえる。

## 3) 意識障害患者の治療および看護について:

意識障害に対する治療には、脳代謝賦活薬や脳血流拡張薬を中心とする薬物療法、TRH (thyrotropin releasing hormone) 製剤を投与するホルモン療法、脊髄後索刺激療法 (dorsum column stimulation; DCS)、脳深部および脊髄刺激療法などが挙げられるものの、これらの治療法はいずれもすべての患者に効果があるわけではない。また、これらの医学的な治療以外にリハビリ

テーションの一環として音楽運動療法も行われているが、受傷および発症の早期であり、また若年患者であることなど、やはりその効果は限定されている。一方、わが国の意識障害患者に対する看護は、1971年の北海道大学医学部附属病院脳神経外科看護チームの報告を契機に発展した。それまでの「生命維持」を最大の目標にしていた看護とは異なり、北大看護チームは患者の生活リズムの確立、意思の疎通方法の開発、また意識回復を目的とした視覚・聴覚・臭覚・味覚・触覚を刺激する方法等、意識障害患者に対する積極的な看護実践を提唱した。しかしながら、これらの看護には刺激を継続的に与えるためには看護師のマンパワーが必要であること、また刺激に対する反応がプラトーになると次善の効果的な刺激方法の選択や決定が困難であり患者の変化の程度にも限界があることから、期待されたほどの普及には至らなかった。その後1991年に著者は、大脳に保存される認知性の学習(記憶)と小脳・脳幹に保存される運動性の学習(記憶)の中で、食事・排泄・移動動作などの日常生活行動は運動性の学習により確立されることに着目し、中枢性の運動学習プログラムの開発に至った。これまでの視覚・聴覚等の末梢神経からの感覚刺激入力のみでなく、全身の入浴および入浴時の運動による自律神経系への刺激、また運動のみならず情動への刺激を目的としたトランポリン運動、さらに呼吸器合併症、関節拘縮予防・改善などを目的とした腹臥位姿勢などを取り入れたことにより、患者に著明な意識回復が認められた。これらのプログラム、また類似した方法は現在さまざまな臨床現場で実施され、意識回復した症例報告は国内外において報告されている。しかしながら、意識回復例の多くは疾患・受傷の比較的早期からの働きかけであり、遷延性の意識障害患者に対する看護プログラムの開発は今後の課題である。

## 2. 茨城県における実態調査(予備調査)

在宅遷延性意識障害患者に関する全国調査の予備調査として、茨城県保健福祉部の協力を得て、在宅患者および介護者を対象に2005年4～6月に質問紙調査を実施した。県内83市町村および102の訪問看護ステーションによる調査から在宅患者数は212名であることが明らかになり、調査協力の得られた市町村および訪問看護ステーションに166通の質問紙を郵送した。その結果、35名から回答を得て、記載不備等を除く32名の分析を行った。

調査内容は、意識障害患者の性別・年齢・意識障害に至った原因・意識障害持続期間・在宅療養期間などを調査し、身体機能には、呼吸方法・栄養摂取方法・排泄方法・コミュニケーション方法・意思の伝達の有無・周囲の話しかけに対する理解の状態、また介護状況等についての回答を得た(資料)。

倫理的配慮として、筑波大学の倫理委員会の承諾を得た上で、在宅で療養している意識障害患者および家族には研究目的・方法・プライバシーの保護について、また研究結果は個人が特定されないことを明示した文書を同封し、市町村および訪問看護ステーションの職員に配布してもらった。なお、意識障害患者が研究協力への意思表示および署名ができない場合には、代諾者として家族から書面による同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. 調査結果:

- 1) 平成17年2月現在、茨城県在住の遷延性意識障害患者は212名であった。さらに、質問紙により回答の得られた33名を分析した結果、男性18名(54.5%)、女性15名(45.5%)で