

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者福祉法における今後の障害
認定のありかたに関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩 谷 力

平成20(2008)年3月

目 次

I. 総括研究報告	1
II. 分担研究報告1	
1. 身体障害者福祉法における障害認定の現状の課題と今後の可能性 分担研究者 柳沢信夫	6
2. 自立支援に必要なサービスの種類と量に関する研究 分担研究者 伊藤利之	67
3. 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義 分担研究者 寺島 彰	74
[資料] 脊髄損傷と加齢 研究協力者 住田幹男	107

厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
総括研究報告書

身体障害者福祉法における今後の障害認定のありかたに関する研究

主任研究者 岩谷力

身体障害者福祉法の目的を達成するためには、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。そこで、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題が明らかになった。しかし、リハビリテーションを支援するための障害認定の適切な基準の確立のためには、いろいろな、評価の組み合わせや新たな基準の設定の必要性が示された。

また、自立支援に必要なサービスの種類と量の推定のための予備調査として、更生施設での後方視的調査を実施したところ、麻痺の重症度、歩行能力、ADL の自立度が訓練量に影響している可能性が示唆された。しかし、入所時の社会的目標と訓練量との関連は確認できなかった。

障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義については、現状の国内の障害認定制度を分析し、社会保障政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。その結果、身体障害者福祉法の認定基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とする複数の制度の共通の基準となる可能性が示された。

分担研究者

柳沢信夫 関東労災病院
伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター
寺島 彰 浦和大学

しかし、障害者自立支援法の成立により、身体障害者福祉法の目的の1つである「保護」の機能は、同法に移行したために、身体障害者福祉法における障害認定は、本来の機能であるリハビリテーション支援の観点からの認定に立ち戻る必要があると考えられるようになった。本研究の目的は、日常生活能力の回復を支援するための障害認定、日常生活の自立を支援する障害認定、福祉的就労を支援するための障害認定、職業的自立を支援するための障害認定等のリハビリテーションを想定しながら、これらを支援するための身体障害認定制度のありかたを検討することである。

A. 研究目的

平成15年度特別研究(単年度)において、今回申請の分担研究者である柳澤が主任研究者となって「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」を実施し、現在の身体障害者福祉法の障害認定基準をめぐる論点の総論的な整理を行った。さらに、申請者が主任研究者として、「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究」(平成16-18年度)を実施し、身体障害者福祉法における障害認定の障害別の課題を整理するとともに、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基準のあり方を示した。

B. 研究方法

身体障害者福祉法の「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、もつて身

体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。そこで、柳澤は、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめた。

また、伊藤は、障害の重症度、年齢などから、自立支援に必要なサービスの種類と量を推定するために、その予備的調査として、更生施設利用者を対象として後方視的に調査を行った。

さらに、寺島は、現状の国内の障害認定制度を分析し、障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。

C. 研究結果

(1) 障害認定の現状の課題

具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題があった。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害を

とらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

(2) 自立支援に必要なサービスの種類と量の推定

① 入所時と退所時の比較

麻痺の重症度(下肢のBrunnstrom stage)には変化なかったが、歩行能力やADLの自立度に改善を認めている。発症から入所までの期間は平均222.5日、入所期間は平均160.3日間で、発症から長期間が経過している症例において、更生施設入所中の機能訓練、生活訓練による効果を確認できた。

② 相関係数による検討結果

機能訓練量と有意な相関を認めたのは、身障手帳の等級、入所時の下肢の麻痺重症度、入所時の10m歩行速度および入所時のBIであった。麻痺の重症度、歩行能力、ADLの自立度が訓練量に影響している可能性がある。

③ 訓練量の差と障害像について

対象を機能訓練の「少ない群」と「多い群」に分けて、検討したところ、「多い群」の方が機能障害、能力障害ともに重度である傾向を認めた。当然の結果と考えられるが、身体障害者手帳が1～2級、下肢の麻痺が重度、歩行能力が低いあるいはADLの自立度が低い場合は機能訓練量が多く必要であることが示唆された。今回、機能訓練量を理学・作業・言語療法の延べ訓練回数と規定したため、機能訓練量の「多い群」の方が、失語症を

有する症例が多くみられた。

入所時の社会的な目標を比較したが、機能訓練量の「少ない群」、「多い群」で差は認められなかった。そのためか、施設内の生活訓練プログラムの内容についても、訓練量の「少ない群」、「多い群」で大きな差はなかった。

(3) 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義

現状の国内の障害認定制度を分析した結果、身体障害者福祉法の障害認定は、障害に共通するサービスについては、障害者自立支援法の障害程度区分に譲ってしまっており、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たすのみになっている。すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているともいえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような複数の制度の共通の基準となるような使われ方になることが予想された。

D. 考察

(1) 障害認定の現状の課題

身体障害者福祉法の障害認定には、現状の認定に関して、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することと、さらに、認定時期をはやめることや再認定を行うことなど、身体障害者福祉法の理念からみて、本来あるべき認定をすべきであるという課題がある。

身体障害者福祉法の目的は、「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、

もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」であり、その目的に沿った認定基準を検討するために、実際にリハビリテーションセンターで実施されている評価方法を検討したが、そのまま活用できる評価方法はない。

また、近年、注目されているICFについても、現状では、基本的な統計に活用できる程度であり、身体障害者福祉法の目的を評価できる認定基準として活用するのは、まだ、十分に研究されていないことがわかった。

身体障害者福祉法の「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、もつて身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要があるが、適切な基準の確立のためには、いろいろな、評価の組み合わせや新たな基準の設定が必要であろう。

(2) 自立支援に必要なサービスの種類と量の推定

更生施設入所者のリハビリテーションを計画している立場から、社会的目標について、復職など就労を目標としている症例と、家庭復帰が主目的で何らかの社会参加の検討を目標としている症例を比較すると、前者の方が比較的障害が軽度で訓練量も少ないのではないかと仮説を立てた。しかし、訓練量が「少ない群」と「多い群」で検討したとき、障害の重さについては仮説が当てはまらなかったが、社会的目標については明らかな差を認めず、仮説は当てはまらなかった。その理由としては、この間に行われた社会保障制度の改定が考えられる。今回の調査期間である平成 14 年度から平成 18 年度には、更生施設入所に関わる法制

度が措置制度、支援費制度、そして障害者自立支援法へと変更になった。中でも障害者自立支援法では入所に伴う費用(ホテルコスト)が実費となり、入所者の経済的負担が増加した。また、平成12年に導入された介護保険制度により、その後地域の社会資源が徐々に整ってきた。そのため、家庭復帰に向けた準備が以前よりも容易になってきた。そして、平成18年4月の診療報酬制度の改定によりリハビリテーションの算定日数の上限が設けられたことで、発症から更生施設入所までの期間が変化し、入所者の障害の重症度も変化した。これら3点が複合して機能訓練量の減少化(入所期間の短縮化)が生じ、調査の基本的条件が変容したことが大きく影響したものと思われた。今後は、先に述べた仮説を前方視的調査で確認していく必要がある。

(3) 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義

① 障害認定の意味

障害を定義するということは、政策や制度の対象となる障害者の範囲を決めることである。なぜ、このようなことを行う必要があるのか。その理由の第一は、ある施策を実施しようとする場合、その対象者が誰なのかを確定しないと具体的なサービス内容を決定できないし、予算も立てられないということがある。これは、障害者福祉、障害者手当、バリアフリー対策などあらゆる障害者関連制度に共通する。しかし、障害の定義があっても、障害認定がなされないときもある。

障害者認定が必要なのは、何らかの理由で政策や制度の対象者を限定する必要がある場合である。その一つの例としては、ある政策や制度の予算に限りがある場合、あまり多くの人にばら撒いたのでは効果がなくなることから、予算を使う人を限定したいということがあるだろう。

② 認定制度をもつ制度ともたない制度

わが国の制度で障害を規定している法律を障害認定制度をもつものと持たないものに分かれる。認定制度をもつものは、個人を特定してサービスを提供しようとするものである。基本法など理念を規定したものやバリアフリー関係法など個人を特定しないものについては、認定制度をもたない。

また、認定制度をもついても、独自に認定基準をもつものと、他の制度の認定基準を活用するものがある。

③ 身体障害者福祉法の認定のありかた

身体障害者法の目的は、「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、もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」である。ところが、本法は、ホームヘルパーなどの障害に共通するサービスを障害者自立支援法に譲っているため、本法では、障害予防のみを行うだけである。むしろ、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たしている。

この基準が今後も活用されるとすれば、複数の制度の共通の基準となるような使われ方になるだろう。例えば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような使われ方である。

E. 結論

(1) 障害認定の現状の課題

身体障害者福祉法の「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、もつて身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を

達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。

そこで、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられた。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。

しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないことがわかった。

(2) 自立支援に必要なサービスの種類と量の推定

発症から長期間が経過している症例でも、機能訓練、生活訓練の効果があることを後方視的調査により確認できた。麻痺の重症度、歩行能力、ADLの自立度が訓練量に影響している可能性が示唆された。しかし、入所時の社会的目標と訓練量との関連は確認できなかった。今後はこの結果をふまえ、前方視的調査で検討していく必要がある。

(3) 障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義

現状の国内の障害認定制度を分析し、障害者福祉政策における身体障害者福祉法の障害認定の意義を検討した。その結果、身体障害者福祉法の障害認定は、障害に共通するサービスについては、障害者自立支援法の障害程度区分に譲ってしまっており、本法の認定基準は、税金の減免、重度障害者医療等の地方自治体のサービス、公共運賃割引等民間事業者のサービスの提供対象者を限定するための機能を果たすのみになっている。

すでに、身体障害者福祉法の認定基準は、意味を失っているともいえるが、この基準が今後も活用されるとすれば、国、地方自治体、民間事業者で、障害者の自立と社会経済活動への参加を目的とした制度の場合は、本法の認定基準を活用するというような複数の制度の共通の基準となるような使われ方になることが予想された。

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

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

身体障害者福祉法における障害認定の現状の課題と今後の可能性

分担研究者 柳澤信夫

身体障害者福祉法の「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」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。

そこで、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられた。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

研究協力者
江藤文夫(国立身体障害者リハビリテーションセンター)
寺島彰(浦和大学)
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)
三好尉史(国立身体障害者リハビリテーションセンター)
我澤賢之(国立身体障害者リハビリテーションセンター)

ンター)
A. 研究目的
本研究の目的は、身体障害者福祉法における障害認定の現状の課題を整理し、障害認定の方法の可能性について探ることにある。
B. 研究方法
これまでの研究成果を整理するとともに、実態調査および会議への参加により現状を調査した。

C. 研究結果

1. 身体障害認定の現状の課題整理

(1) 身体障害者福祉法の障害認定

身体障害者福祉法の目的は、「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、もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」である(表4-1-1)。そして、その対象は、身体障害者福祉法別表に定められている。この別表では、視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害が定められている。

また、それ以外の障害では、政令で定められている。その政令は、身体障害者福祉施行令であり、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能が定められている(表4-1-2)。

さらに、省令である身体障害者福祉法施行規則には、身体障害程度等級が、身体障害者手帳の記載事項として定められている(表4-1-3)。具体的な等級は、身体障害者福祉法施行規則別表第五号に掲載されている(表4-1-4)。

(2) 障害認定の課題

これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめると次のようになる。

① 視覚障害

検査法について、現状では、両眼の視力の和が用いられているが、両眼視力で評価するほうが生活実態を反映することができるという意見が多い。視力障害の5級と6級の認定に関する運用上の問題についても、両眼視による認定により解決できると考えられる。

また、視野障害の視能率の導入について、視野測定の見準についての意見が多く今後の検討が必要である。

さらに、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について関心が高い。

また、再認定の必要性に対する関心が高く、時期や方法について今後検討していく必要がある。

② 聴覚・言語・そしゃく・嚥下機能障害

検査法については、純音聴力検査について、医療機器の進歩により、オージオメーターは、通常110dB まで測定可能になっており、オージオメーターの普及率などを調査し、認定基準検討する必要がある。

また、大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定について、近年の医療事情からはかけはなれており、検討する必要がある。

さらに、乳幼児の聴覚障害認定について、幼児聴力検査(プレイオージオメトリー)で両耳の聴力検査が可能になる時期(3歳以降)に再認定をすることを前提に、ABR 検査などにより早期に認定して、小児の発達を支援することが好ましいという意見ある。

認定基準については、そしゃく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定において、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損による場合、そしゃく・嚥下機能に加えて音声機能障害も重複する場合も多いので合計指数の適用ができないという指摘もある。

③ 肢体不自由

遷延性意識障害の認定基準として、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と「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準の検討が指摘されている。

また、高齢者の認定は、医療費免除などの経済的支援のための認定と推定されることが多く、寝たきりの後期高齢者では、保護の立場からであれ

ば、介護保険の対象とするなどの棲み分けが必要である。

さらに、乳幼児の認定時期について、現状では、乳幼児の認定は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という問題がある。3歳未満の認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要である。

脳卒中の認定時期について、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。発症から3ヶ月未満における認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要である。

人工関節置換術等により機能が回復した場合の認定について、人工関節置換術等の技術的制度が高まり、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必要がある。

両下肢機能障害の認定基準について、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ことと認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確であるという問題がある。

④心臓機能障害

検査法として、現状行われている心電図を中心とした検査法については、再検討の要望が多い。特に、心エコー、心臓カテーテルの導入をすすめる意見が多かった。最近20年の医学検査法の進歩は目覚ましいものがあり、NYHA心機能分類、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチ、バイオマーカー、身体活動能力指数・6分間歩行テストなど、近年の検査法の進歩を反映させて検査法を検討することも考えられる。

ペースメーカー等体内装具の取り扱いで、ペー

スメーカー植め込みや人工弁置換術等後にADLが改善した場合は、別の認定方法を用いるべきであるという意見が多かったが、逆に、患者の基礎心疾患を重視して、1級認定が該当という意見もあった。しかし、ペースメーカーの植め込みに関しては、植め込み前の状態やペースメーカー植え込み術後の依存状態により等級を決定することも考えられる。

急性期の認定として、急性心筋梗塞や不安定狭心症など発症と同時に申請をする場合についての取り扱いについて明確にすべきであるというものである。症状固定後の認定とすれば更生医療の対象にならないが、同時申請を可能とすれば対象になる。都道府県で取り扱いが異なるところがあり、具体的に手術が決まっているのであれば手帳が交付されるようにするなど、取り扱い方法を明確にすることが求められている。また、その場合でも、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなった場合は、手帳を返上することを制度的に保証する必要があるという意見もある。

⑤呼吸器機能障害

検査法の再検討については、多くの必要性が指摘された。特に、SpO₂の活用についての意見が多かった。また、在宅酸素療法実施者に対する認定方法についての希望も多かった。近年の医学的検査法の発達や普及の現状をふまえて、検査法を再検討することも考えられる。

また、2級認定の要望も多いが、内部障害が身辺活動の制限(1級)、家庭内活動の制限(3級)、社会生活の制限(4級)という区分がなされており、内部障害全体として2級の意味が明らかになるならば、検討可能であるが、現状で、単独の障害で2級を設定するには、検討材料が不足している。

⑥腎臓機能障害

現状の血清クレアチニン濃度を中心とした認定

基準の改訂についての要望が多い。クレアチニン値は筋肉量や体格によって異なることから高齢者や女性には不利であるという意見が多かった。これについては、医学的進歩を反映した認定基準を検討する必要がある。

慢性透析療法対象者は1級認定することについて、都道府県調査では、終生透析を要する者はじん機能検査値にかかわらず1級にすべきであるという意見も多かった。逆に、透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じるという意見もあった。

一律に対応することは、合理的に説明できるのかの問題があるので、これも(1)とともに慢性腎不全透析導入基準(厚生科学研究 1991)など新たな基準を活用して改訂を検討すべきであると考え

る。

⑦ぼうこう・直腸機能障害では、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について、現状では、ぼうこう・直腸機能障害の認定において、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があることが要件になっているが、原因が制限されているために、同様の「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があっても、ぼうこう・直腸機能障害に認定されない場合がある。例えば、産婦人科や泌尿器の手術に伴う神経因性膀胱は対象にならない。これに対して、完全尿失禁や永続的な摘便などの実態に着目して認定対象にすることを検討すべきであるという意見が多い。

また、「完全尿失禁」の定義についても現状の認定基準では、「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどのような場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか明確ではないという意見である。

また、高度の排尿機能障害の概念が不明瞭であることから、「完全尿失禁」だけでなく「著しい尿失禁」等を含めるべきという意見もある。

⑧小腸機能障害

成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほとんど経管的に投与されていたが、現在は、フレーバー等の開発が進み、ほとんどが経口摂取するようになった。そのため、小腸機能障害認定基準として、経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めるようにする必要があるという専門医の意見があった。

また、小腸の残存部位の長さによる認定について、現行の認定基準では、小腸の残存部位の長さ、中心静脈栄養の程度によって等級を判断しているが、残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能とは比例しないため、全身的な栄養状態(TR・アルブミン・微量元素)やADLの評価が必要であるという意見があった。また、身長から算出した標準体重を維持するために必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかや、栄養状態、日常生活の質も加えるべきであるという意見もあった。

これらをまとめると、表4-1-5のようになる。さまざまな課題があるが、大きく分けると、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられる。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。

しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

2. 他の認定基準の可能性

(1) 既存の評価方法

国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。その結果、障害程度区分調査表、健康診断、1次アセスメント表、アセスメント調査表、S-M社会生活能力検査、パーセルインデックス、老研式社会生活能力検査、運動の実施にかかる自己式スクリーニング、体育評価・運動負荷テスト、訓練支援評価、心理評価などが使用されていたが、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった(表4-1-6~8)。

(2) ICFの可能性

近年、障害認定について有望視されているのが、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF 2002年)である。ICFは、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で、卓越しており(図4-1-1)、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待される。そこで、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したものが、資料4-1である。

同資料から、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

D. 考察

身体障害者福祉法の障害認定には、現状の認定に関して、医学の進歩などにより精度の高い検

査法を適用することと、さらに、認定時期をはやめることや再認定を行うことなど、身体障害者福祉法の理念からみて、本来あるべき認定をすべきであるという課題がある。

身体障害者福祉法の目的は、「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、もつて身体障害者の福祉の増進を図ること」であり、その目的に沿った認定基準を検討するために、実際にリハビリテーションセンターで実施されている。評価方法を検討したが、そのまま活用できる評価方法はない。

また、近年、注目されているICFについても、現状では、基本的な統計に活用できる程度であり、身体障害者福祉法の目的を評価できる認定基準として活用するのは、まだ、十分に研究されていないことがわかった。

身体障害者福祉法の「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、もつて身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要があるが、適切な基準の確立のためには、いろいろな、評価の組み合わせや新たな基準の設定が必要であろう。

E. 結論

身体障害者福祉法の「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、もつて身体障害者の福祉の増進を図る」という法の目的を達成するためには、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立など幅広い

い観点から、リハビリテーションを支援するための障害認定のあり方を検討する必要がある。

そこで、これまでの研究の結果から、障害認定の現状の課題をまとめたところ、具体的な認定方法に関する課題と、認定のあり方に関する課題に分けられた。前者は、医学の進歩などにより精度の高い検査法を適用することであり、後者は、身体障害者福祉法の理念からみて、認定時期をはやめることや再認定を行うことなどの課題である。

しかし、日常生活能力の回復、日常生活の自立、福祉的就労、職業的自立などの観点は、明確に示されておらず、機能障害の認定がほとんどであった。

そこで、国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所生活訓練課に協力をいただき、同センターでどのような検査法、評価法が活用されているかを調査した。しかし、社会経済活動への参加との関連で単独で評価できる基準となるものはなかった。

また、近年、障害認定について有望視されている国際生活機能分類(ICF)は、機能障害だけではなく、能力障害や環境問題までも対象に障害をとらえようとしている点で卓越しており、もし、これを使えば、社会経済活動への参加という観点からも活用できることが期待されるため、現在の、ICFの実際場面での活用について検討しているワシントングループの状況について調査したが、現状のワシントングループの検討状況は、統計的な処理に関する検討を行っている段階で、本研究で活用可能な検討までは行われていないということがわかった。

F. 健康危惧情報

・特記事項なし。

表4-1-1 身体障害者福祉法の目的・理念

[身体障害者福祉法]

(法の目的)

第一条 この法律は、この法律は、障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）と相まって、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(自立への努力及び機会の確保)

第二条 すべて身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、その有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加することができるように努めなければならない。

2 すべて身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。

(国、地方公共団体及び国民の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念が実現されるように配慮して、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するための援助と必要な保護(以下「更生援護」という。)を総合的に実施するように努めなければならない。

2 国民は、社会連帯の理念に基づき、身体障害者がその障害を克服し、社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

(身体障害者)

第四条 この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう

表4-1-2 身体障害者福祉法の対象者

身体障害者福祉法別表(第四条、第十五条、第十六条関係)(昭二九法二八・全改、昭四二法一一三・昭四七法一一二・昭五九法六三・一部改正)

一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

- 1 両眼の視力(万国式試視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。)がそれぞれ〇・一以下のもの
- 2 一眼の視力が〇・〇二以下、他眼の視力が〇・六以下のもの
- 3 両眼の視野がそれぞれ一〇度以内のもの
- 4 両眼による視野の二分の一以上が欠けているもの

二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

- 1 両耳の聴力レベルがそれぞれ七〇デシベル以上のもの
- 2 一耳の聴力レベルが九〇デシベル以上、他耳の聴力レベルが五〇デシベル以上のもの
- 3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が五〇パーセント以下のもの
- 4 平衡機能の著しい障害

三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害

- 1 音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失
- 2 音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障害で、永続するもの

四 次に掲げる肢体不自由

- 1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
 - 2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
 - 3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
 - 4 両下肢のすべての指を欠くもの
 - 5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
 - 6 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害
- 五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

[身体障害者福祉法施行令]

第十二条 法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。

- 一 ぼうこう又は直腸の機能
- 二 小腸の機能
- 三 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

表4-1-3 身体障害程度等級

[身体障害者福祉法]

(身体障害者手帳)

第十五条 身体に障害のある者は、都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、その居住地(居住地を有しないときは、その現在地)の都道府県知事に身体障害者手帳の交付を申請することができる。

[身体障害者福祉法施行規則]

(身体障害者手帳の記載事項及び様式)

第五条 身体障害者手帳に記載すべき事項は、次のとおりとする。

- 一 身体障害者の氏名、本籍、現住所及び生年月日
 - 二 障害名及び障害の級別
 - 三 補装具の交付又は修理に関する事項
 - 四 身体障害者が十五歳未満の児童であるときは、その保護者の氏名、続柄及び現住所
- 2 身体障害者手帳の様式は、別表第四号のとおりとする。
- 3 第一項の障害の級別は、別表第五号のとおりとする。

表4-1-1-4 身体障害者障害程度等級表(身体障害者福祉法施行規則施行規則第7条第3項別表第5)

級別	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	両眼の視力(万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう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10度以内かつ両眼による視野について視能率による損失が99%以上のもの	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10度以内かつ両眼による視野について視能率による損失が99%以上のもの	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10度以内のもの	1. 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの 2. 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの	1眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの 2. 両眼の視力の和が0.2を越えるもの	
聴覚障害		両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大音声を理解し得ないもの)	1. 両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ普通話の最良の音明瞭度が10パーセント以下のもの) 2. 両耳による普通話の最良の音明瞭度が10パーセント以下のもの		1. 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの(40dB以上の音で発声された会話を理解し得ないもの) 2. 1側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの	
平衡機能障害			平衡機能の極めて著しい障害		平衡機能の著しい障害		
音声機能、言語機能または、そしやく機能障害			音声機能、言語機能または、そしやく機能の著しい障害	音声機能、言語機能または、そしやく機能の著しい障害			
上肢機能障害	1. 両上肢の機能を全廃したのもの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの	1. 両上肢の機能を著しい障害 2. 両上肢のすべての指を欠くもの 3. 1上肢を上腕の2分の1以上欠くもの 4. 1上肢の機能を全廃したのもの	1. 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2. 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したのもの 3. 1上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか1関節の機能を全廃したのもの 4. 1上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5. 1上肢のすべての指の機能を全廃したのもの	1. 両上肢のおや指を欠くもの 2. 両上肢のおや指の機能を全廃したのもの 3. 1上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか1関節の機能を全廃したのもの 4. 1上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5. 1上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したのもの 6. おや指またはひとさし指を含めて1上肢の3指の機能を全廃したのもの 7. おや指またはひとさし指を含めて1上肢の4指の機能を著しい障害	1. 両上肢のおや指の機能を著しい障害 2. 1上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか1関節の機能を著しい障害 3. 1上肢のおや指を欠くもの 4. 1上肢のおや指の機能を全廃したのもの 5. 1上肢のおや指及びひとさし指の機能を著しい障害 6. おや指またはひとさし指を含めて1上肢の3指の機能を著しい障害	1. 1上肢のおや指の機能を著しい障害 2. ひとさし指を含めて1上肢の2指を欠くもの 3. ひとさし指を含めて1上肢の2指の機能を全廃したのもの 4. 1上肢のなか指、くすり指及びひとさし指を欠くもの 5. 1上肢のなか指、くすり指及びひとさし指の機能を全廃したのもの	1. 1上肢の機能を軽度の障害 2. 1上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか1関節の機能を軽度の障害 3. 1上肢の手指の機能を軽度の障害 4. ひとさし指を含めて1上肢の2指の機能を著しい障害 5. 1上肢のなか指、くすり指及びひとさし指の機能を全廃したのもの
下肢機能障害	1. 両下肢の機能を全廃したのもの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上欠くもの	1. 両下肢の機能を著しい障害 2. 両下肢を大腿の2分の1以上欠くもの	1. 両下肢をショウバー関節以上で欠くもの 2. 1下肢を大腿の2分の1以上欠くもの 3. 1下肢の機能を全廃したのもの	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のもの 3. 1下肢を大腿の2分の1以上欠くもの 4. 1下肢の機能を著しい障害 5. 1下肢の股関節または膝関節の機能を全廃したのもの 6. 1下肢が健側と比べて、10cm以上または健側の長さの10分の1以上短いもの	1. 1下肢の股関節又は膝関節の機能を著しい障害 2. 1下肢の足関節の機能を全廃したのもの 3. 1下肢が健側と比べて5cm以上または健側の長さの15分の1以上短いもの	1. 1下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2. 1下肢の足関節の機能を著しい障害	1. 両下肢のすべての指の機能を著しい障害 2. 1下肢の機能を軽度の障害 3. 1下肢の股関節、膝関節または足関節のうち、いずれか1関節の機能を軽度の障害 4. 1下肢のすべての指を欠くもの 5. 1下肢のすべての指の機能を全廃したのもの 6. 1下肢が健側と比べて3cm以上または健側の長さの20分の1以上短いもの
体幹機能障害	体幹の機能障害により坐っていることができないもの	1. 体幹の機能障害により立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事が困難なもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの		体幹の機能の著しい障害		
上肢機能障害	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活活動がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する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・失調等により上肢の機能の劣るもの	上肢に不随意運動・失調等を有するもの
下肢機能障害	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行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	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	不随意運動・失調等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・失調等により下肢の機能の劣るもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの
心臓機能障害	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		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	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			
じん臓機能障害	じん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		じん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	じん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			
呼吸器機能障害	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		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	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			
ぼうこうまたは直腸機能障害	ぼうこう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		ぼうこう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	ぼうこう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			
小腸機能障害	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		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	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			
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の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動を除く。)	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫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			

備考
同一等級について2つの重複する障害がある場合は、1級上の級とする。ただし、2つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、当該級とする。
肢体不自由においては、7級に該当する障害が2つ以上重複する場合は、6級とする。
異なる等級について2つ以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該級より上の級とすることができる。
「指を欠くもの」とは、おや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。
「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害を含むものとする。
上肢または下肢欠損の段端の長さは、実用長をもって計測したものをいう。
下肢の長さは、前脚骨より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

表4-1-5 障害認定の主な課題

視覚障害	(1)検査法	<p>現状では、両眼の視力の和が用いられているが、両眼視力で評価するほうが生活実態を反映することができるという意見が多い。視力障害の5級と6級の認定に関する運用上の問題についても、両眼視による認定により解決できると考えられる。</p> <p>視野障害の視能率の導入について、視野測定の見標についての意見が多く今後の検討が必要である。</p> <p>また、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について関心が高い。</p>
	(2)再認定	<p>再認定の必要性に対する関心が高く、時期や方法について今後検討していく必要がある。</p>
聴覚・言語・そしやく・嚥下機能障害	(1)検査法	<p>純音聴力検査について、医療機器の進歩により、オージオメーターは、通常110dB まで測定可能になっており、オージオメーターの普及率などを調査し、認定基準検討する必要がある。</p> <p>大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定について、近年の医療事情からはかけはなれており、検討する必要がある。</p> <p>乳幼児の聴覚障害認定について、幼児聴力検査(プレイオージオメトリー)で両耳の聴力検査が可能になる時期(3歳以降)に再認定をすることを前提に、ABR検査などにより早期に認定して、小児の発達を支援することが好ましいという意見がある。</p>
	(2)認定基準	<p>そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定において、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損による場合、そしやく・嚥下機能に加えて音声機能障害も重複する場合も多いので合計指数の適用ができないという指摘もある。</p>
肢体不自由	(1)遷延性意識障害の認定基準	<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と「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準の検討が指摘されている。</p>
	(2)高齢者の認定	<p>医療費免除などの経済的支援のための認定と推定されることが多く、寝たきりの後期高齢者では、保護の立場からであれば、介護保険の対象とするなどの棲み分けが必要である。</p>
	(3)乳幼児の認定時期	<p>現状では、乳幼児の認定は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という問題がある。3歳未満の認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要。</p>
	(4)脳卒中の認定	<p>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</p>

	定時期	用が遅れる。発症から3ヶ月未満における認定基準の検討や再判定制度の積極的な導入を図ることが必要。
	(5)人工関節置換術等により機能が回復した場合の認定	人工関節置換術等の技術的制度が高まり、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)両下肢機能障害の認定基準	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。②認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確である。という問題がある。両下肢機能障害のあらたな認定基準を検討し、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。
心臓機能障害	(1)検査法	現状行われている心電図を中心とした検査法については、再検討の要望が多い。特に、心エコー、心臓カテーテルの導入をすすめる意見が多かった。 最近20年の医学検査法の進歩は目覚ましいものがあり、NYHA心機能分類、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチ、バイオマーカー、身体活動能力指数・6分間歩行テストなど、近年の検査法の進歩を反映させて検査法を検討することも考えられる。
	(2)ペースメーカー等体内装具の取り扱い	ペースメーカー植め込みや人工弁置換術等後にADLが改善した場合は、別の認定方法を用いるべきであるという意見が多かったが、逆に、患者の基礎心疾患を重視して、1級認定が該当という意見もあった。 しかし、ペースメーカーの植め込みに関しては、植め込み前の状態やペースメーカー植え込み術後の依存状態により等級を決定することも考えられる。これについては、(1)とともに検討することが適当である。
	(3)急性期の認定	急性心筋梗塞や不安定狭心症など発症と同時に申請をする場合についての取り扱いについて明確にすべきであるというものである。症状固定後の認定とすれば更生医療の対象にならないが、同時申請を可能とすれば対象になる。都道府県で取り扱いが異なるところがあり、具体的に手術が決まっているのであれば手帳が交付されるようにするなど、取り扱い方法を明確にすることが求められている。また、その場合でも、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなった場合は、手帳を返上することを制度的に保証する必要があるという意見もある。 身体障害者福祉法がリハビリテーションを目的とするものであれば、対象とすることで障害の除去、軽減に寄与する点からは対象にすべきであるが、対象を障害者とするのであれば、障害の永続性の観点から考えれば、対象にはならない。これらの議論は、身体障害者福祉法の理念にかかわるもので、制度的な議論に委ねたい。
呼吸器	(1)検査法	検査法の再検討については、多くの必要性が指摘された。特に、SpO ₂ の活用についての意見が多かった。また、在宅酸素療法実施者に対する認定方法についての希望も多かった。近年の医学的検査法の発達や普及の現状をふまえて、

機		検査法を再検討することも考えられる。
能	(2)2級認定	2級認定の要望も多いが、内部障害が身辺活動の制限(1級)、家庭内活動の制限(3級)、社会生活の制限(4級)という区分がなされており、内部障害全体として2級の意味が明らかになるならば、検討可能であるが、現状で、単独の障害で2級を設定するには、検討材料が不足している。
障	(1)血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂	最も希望が多かったのが現状の血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂である。クレアチニン値は筋肉量や体格によって異なることから高齢者や女性には不利であるという意見が多かった。これについては、医学的進歩を反映した認定基準を検討する必要がある。
害	(2)慢性透析療法対象者は1級認定すること	都道府県調査では、終生透析を要する者はじん機能検査値にかかわらず1級にすべきであるという意見が多かった。逆に、透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じるという意見もあった。 一律に対応することは、合理的に説明できるのかの問題があるので、これも(1)とともに慢性腎不全透析導入基準(厚生科学研究1991)など新たな基準を活用して改訂を検討すべきであるとする。
ほ	(1)「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について	現状では、ぼうこう・直腸機能障害の認定において、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があることが要件になっているが、原因が制限されているために、同様の「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があっても、ぼうこう・直腸機能障害に認定されない場合がある。例えば、産婦人科や泌尿器の手術に伴う神経因性膀胱は対象にならない。これに対して、完全尿失禁や永続的な摘便などの実態に着目して認定対象にすることを検討すべきであるという意見が多い。
機	(2)「完全尿失禁」の定義について	現状の認定基準では、「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどういふ場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか明確ではないという意見である。
能	(3)「完全尿失禁」でなく「著しい尿失禁」等を含めることについて	上とも関連があるが、高度の排尿機能障害の概念が不明瞭であることから、著しい尿失禁も含めるべきであるという意見が2件あった。
障	(1)経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めることについて	成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほとんど経管的に投与されていたが、現在は、フレーバー等の開発が進み、ほとんどが経口摂取するようになった。そのため、小腸機能障害認定基準として、「経腸栄養」の規定を変更する必要があるという専門医の意見があった。同様の意見は、都道府県認定医からも複数(3例)提起されている。また、QOLを考えて、経口栄養管理に切り替えてもその結果、認定基準から外れるという矛盾を生じているという主張もある。
害	(2)小腸の残存	現行の認定基準では、①小腸の残存部位の長さ、②中心静脈栄養の程度に

部位の長さによる認定について	<p>よって等級を判断している。</p> <p>しかし、残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能とは比例しないため、全身的な栄養状態(TR・アルブシン・微量元素)や ADL の評価が必要であるという意見がある。身長から算出した標準体重を維持するために必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかや、栄養状態、日常生活の質も加えるべきであるという意見も複数ある。</p>
----------------	--