

3. 肢体不自由等級判定における問題点について（伊藤利之）

まず、肢体不自由の等級判定を考える前提、背景からお話します。

WHO の障害分類について、ICIDH から ICF にバージョンアップしたことにより変わったことは、健康状態をベースにしたこと、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」の 3 つのレベルが双方向に関わること、そして個人因子と環境因子が加わったことであるが、中でも個人因子と環境因子が加わったことは大きな要件である(2 頁)。

そういうことを背景に、現在の障がい者制度改革推進会議でも、障害認定のあり方として医学モデルから社会モデルへシフトすべきであるといわれている(3 頁)。

医学モデルと社会モデルは互いに競合する問題ではないが、重点をどこに置くべきかといえば、社会モデルへとシフトすべきだという考え方だとご理解いただきたい。

障害は、所属する社会と個人との間に存在する壁である(4 頁)。

この中に、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」という 3 つの層がある。現在の肢体障害に関する認定の方法は、主に「身体機能・構造の障害」を基準にしている。この基準は個人に帰属する率の高い障害に重点を置いている訳だが、一方「参加」の制約は、所属する社会に規定されやすい問題で、障がい制度改革推進会議で問題にされている医学モデルから社会モデルへという考え方は、まさにこの「身体機能・構造」の障害を基準にしていたモデルを所属する社会との間にある壁、「参加」というところにシフトしなさいということである。

しかし、これまであまり重視されてこなかった「参加」に目を向けることは大事であるが、障害認定を「参加」だけに着目して定めることは困難だと思う。では、どうするのが一番適切か。私は、「身体機能・構造」と「参加」の間には「活動」の層があるが、ここが中間的な 1 つの基準になると考えている。要するに、「参加」の障害を基準にした方が良い人と、その逆の人がいるというイメージを持っており、全部を一方だけで考えることは良くないと思っているからである。

その根拠は、我が国の医療や介護保険制度は国民皆保険制度であるが、そこには共通の公平な保障という考え方がある(5 頁)。

そのため、人間として毎日のように必ず行う行為は誰もが行うので、それをどう保障するかを基本に考える必要がある。これを規定するには、標準的 ADL が基本的な基準になると思う。医療保険においても、日常生活に困る部分をどう医療的に保障するかということが主になっていて、決して、プロ野球の選手を再びプロに復帰させることまで保障しているわけではない。要するに、国民皆

保険制度との関係で考えると、国民の生存権を保障する意味で、まずは標準的 ADL を基準にその保障枠を決めることが必要ではないか。

一方、身体障害者福祉法や障害者自立支援法は、就労支援まで謳っているのですが、その意味では必ずしもすべての人が対象ではなく限定的になるが、これも保障の 1 つであるので、標準的 ADL の範囲を超えて、実際の就労が可能か否かも検討しなければならない。その基準は千差万別なので、目的別に考える必要があるとイメージしている。

次に、「等級判定における具体的な問題点」を 4 つ挙げる(6 頁)。

第 1 点目は、「障害認定の基準が機能・形態障害（心身機能・身体構造の障害）にあること」である(7 頁)。

肢体不自由の障害診断の手引きでは、一部、ADL 的評価もあるが、基本的には機能・形態障害を基準に障害認定をすることになっている。機能・形態障害による認定は、補装具や人工臓器を装着しない状態では確かに ADL 制限程度とほぼ同様の障害程度になるといえるが、実際には、補装具が障害者自立支援法のサービス対象になっているし、人工臓器も医療保障の対象になっているので、そういうことを加えると ADL の制限程度と同等にはならない。

人工臓器の問題では、例えば股関節に著しい機能障害のある人は 5 級だが、人工関節を入れると 4 級に上がる。それでいて痛みもなく、歩けるようになる、要するに補装具や人工臓器のサービスを加えることで ADL 制限が軽減するという問題が生じることになる。そうすると一般の人達は、あの人は「あんなにいいのに、1 級なんだとか 4 級なんだ」、という印象を持ってしまおうだろう。

第 2 点目は、医学・医療の進歩により、「障害の重度・重複化が進んでいること」である(8 頁)。

最近では、重度の人が在宅で生活をされることが多くなった。また、環境や補装具の機能も良くなった。その結果、脊髄損傷で両下肢麻痺の人では車いすを使って仕事をして、経済的にも自立した生活をされている人がたくさんいる。その一方で、四肢麻痺で自己決定はできるけれどもベッドから離れられない全介助の生活をしている人もいる。そのいずれもが 1 級ということで、どうも腑に落ちない。重度の人が増えてきた中で、1 級の細分化が必要になっているのではないかと考える。

ちなみに、ADL を基準とする場合に無視できない問題として、精神・心理的障害の合併による影響についても指摘しておきたいと思う。この点は、ADL 評価では重要な要素である。

第 3 点目は、支援費制度以来、「等級判定とは別に障害程度区分が設けられたこと」である(9 頁)。

私たちは、1～6 級までを区分して診断することにいつも悩んでいるが、実際

の福祉サービスは障害程度区分によって決められるので、今ではそんな悩みの意味がなくなり、薄くなってしまった。私たちが行っている等級判定は、その人が障害者であるかどうかを判断するゲートキーパーとしての役割は今もあるかと思うが、それ以上ではないということである。また、医療費負担金の代替払いが地方自治体で行われている関係で、1、2級の等級にして欲しい、という要求が多々ある。等級が何級であってもケアマネジメントとして、適切なサービス提供がなされることはとても良いのだが、では今の等級判定の意味はといえば、ゲートキーパーとしての役割と医療費代替払いの保証を付ける役割しかないということになってしまう。

第4点目の問題は、「高齢者や医療費の軽減目的の診断が目立つということ」である(10頁)。

高齢者の手帳診断率が高まってきている。横浜市の統計では、平成10年からこの10年間で5%増加している。また、15条指定医へのアンケート調査では、「どんな年齢層に診断されていますか」と質問したところ、63%の人が高齢者との回答で、その目的は23.0%が医療費の軽減であるということであった。

ちなみに、高齢者と障害者を分けるかどうかという議論もあるが、障害のある人達が高齢化したり、高齢になってから障害になったり、これをどのように区分するのか、大変難しい問題である。アンケート調査の回答では、現状のようにそれらを区分していないことについて「問題ない」という人と「望ましくない、診断すべきでない」という人とが丁度半々の結果であった。

さて、今後の指針であるが、私案としてお示しすると、身体障害者の判定については、「補装具や人工臓器の装着を前提に診断する必要があるのではないか」ということである(11頁)。

最近では人工臓器も安定してきたので、臓器障害のために装着を余儀なくされていることは考慮すべきであるが、これを全部外した状態で判定をするのは非現実的で違和感がある。その他の補装具についても、装着・装用を前提に評価すべきではないかと思う。

なお、障害認定の診断に当たっては、標準的ADLの障害程度を規定している根拠として、「機能・形態障害や精神・心理的障害との関係を証明する必要がある」だろう。また、就労支援の対象では、「標準的ADLに加えて拡大ADLの障害程度を明らかにする必要がある」と考えるが、拡大ADLの範囲は対象の目的によって大きく異なるし、時期によっても違うので、先にも述べたようにそれらは別々に考える必要があるように思う。

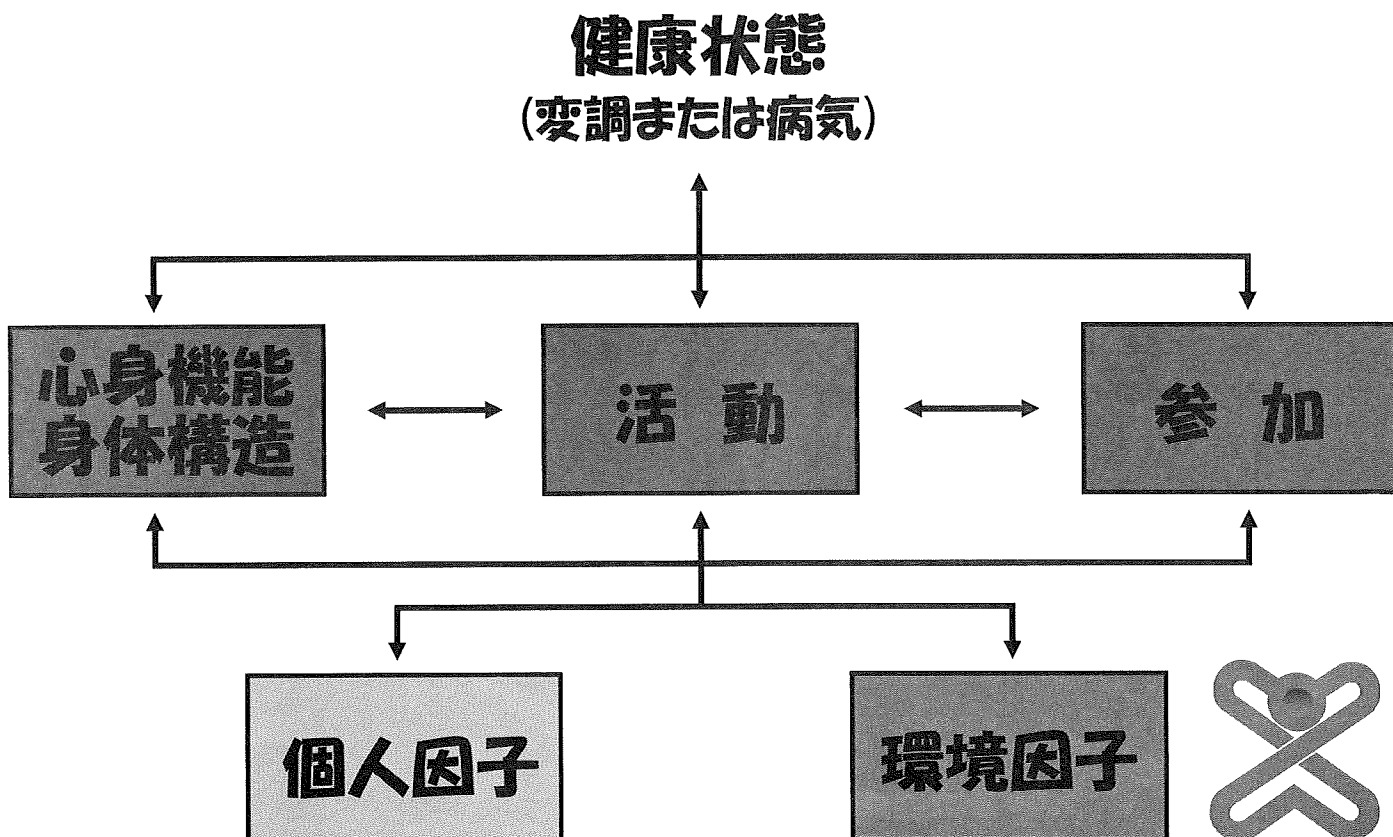
障害認定に当たっては、以上のような指針に沿って等級判定を行うことで「ゲートキーパーとしての役割」を果たすとともに、「等級判定の結果を参考に、サービスの支給範囲を決定する」のが最も適切ではないかと考えている。

＜パネルディスカッション＞
身体障害者福祉法に基づく障害認定制度が抱える課題と
今後の認定制度のあり方

肢体不自由等級判定における問題点

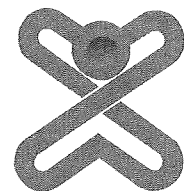
横浜市総合リハビリテーションセンター
伊藤 利之

ICFにおける障害の構成要素

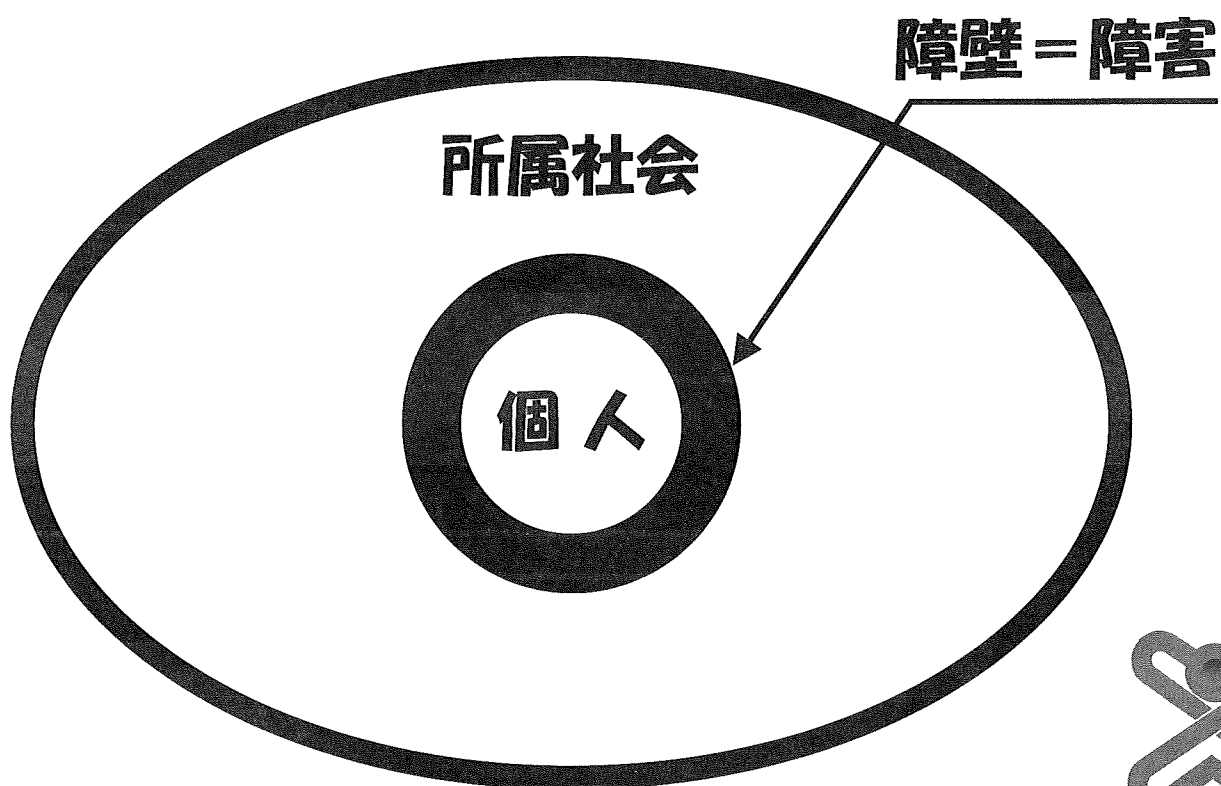


障害認定のあり方
— 障がい者制度改革推進会議 —

医学モデル → 社会モデルへ



障害の概念



わが国における社会保障の範囲

1. 医療保険&介護保険 → 標準的ADL

*** 国民皆保険制度 → 共通保障**

2. 障害者自立支援法(身障福祉法)

→ 就労支援&一般的社会参加支援

*** 国民の相互扶助 → 限定的保障**



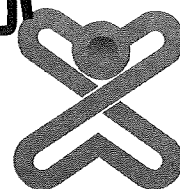
等級判定における問題点

1. 判定基準が主に機能・形態障害であること

2. 対象が重度・重複化していること

3. 障害程度区分が設けられたこと

4. 高齢者や医療費軽減目的の手帳診断が目立つこと



1. 判定基準が主に機能・形態障害であること

* 主な基準は機能・形態障害であり、ADL評価は参考資料

■ 機能・形態障害 \doteq ADLの制限程度



機能・形態障害 + 補装具 \neq ADLの制限程度
(人工臓器を含む)

機能・形態障害 + 補装具(福祉用具) + 住宅改修
 \times ADLの制限程度



2. 対象が重度・重複化していること

■ 1級以上の等級が存在しない



等級判定程度 \neq ADLの制限程度

* 車いす使用でADL全自立～自己決定能力は残存、
但し、ベッド上生活で身体的には全介助

■ 精神・心理的障害の合併による影響

→ 無視 * ADL評価では重要な要素



3. 障害程度区分が設けられたこと

■ 等級判定の意義が薄れた



1. 等級(1~6級)には関係なく、障害者であることを認定するため(gate keeper)

2. 医療費負担金の代替払いサービスなどの対象(1~2級)であることを認定するため
etc.



4. 高齢者や医療費軽減目的の診断が目立つ

■ 高齢者の手帳診断率(横浜市調査:N=約4000件)

65歳以上の高齢者を対象とした診断

平成10年:60.4% / 平成20年:65.4%

15条指定医の意見(N=539件)

* 65歳以上の高齢者を診断している率:63%

* 問題ない・仕方ない :47.2%

望ましくない・診断すべきでない:46.6%

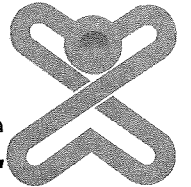
■ 医療費軽減目的 (4都市調査:N=539件)

医療費軽減:23.0% / 障害者手当てなど:19.4%



肢体不自由等級判定の指針（私案）

1. 補装具(人工臓器を含む)の装着・装用を前提に診断
2. 精神・心理的問題を含めてADLの程度を評価
(診断では、根拠となる機能・形態障害を明示)
3. 標準的ADLを基準とする対象と拡大ADLを基準とする対象に分類 → それぞれについて等級を検討
4. 障害認定のgate keeper
5. 等級判定を参考にサービスの支給範囲を特定



4. 心臓機能障害等級における問題点(和泉 徹)

心臓機能障害の等級判定においても解決すべき課題を幾つか抱えている。現状の認定業務ではいわゆるゲートキーパーとしての役割分担さえも危ういであろう。

心臓機能障害において障害認定基準は3つの段階で行われる(表-1)。2級相当患者は1級との判別が困難とされ、1級患者として認定される。当然1級判定患者の予後は極めて不良となることに加え、先の事情も反映して認定業務では1級申請よりも、3級や4級申請が多い。1級は日常生活に支障を来たす2METS相当、3級は家庭内の温和な生活ができる3METS相当を念頭において認定に当たる。METSは患者さんの消耗カロリーから計算され、日常生活レベルを推し量る良い目安となる。4級は温和な社会生活を営むということで6METS相当となる。幾らこのような現代的な解釈を加味して等級判定に当たろうとも、身体障害者福祉法が成立した当時の医学水準や医療水準、それに医学常識が認定基準の内容骨格を決めている。それが現実の認定業務では足かせとなる。特に、評価法と対象疾患は当時の主な疾患の臨床像をそのままに決められている。従って、先天性心疾患や心臓弁膜症の申請ではリワルワールドと違和感なく認定業務が行える。一方、現在では多数患者を占める虚血性心臓病や重症不整脈、それに慢性心不全患者になるとリワルワールドとの不都合・不具合に度々出くわすことになる。

認定に際しては、患者さんからの聞き取りや身体所見、それに胸部X線や心電図を駆使して判断する。聞き取りでは、呼吸困難や狭心痛、それに失神発作等によって如何に日常生活が妨げられるか否か、その病状が6ヶ月以上固定しているか否かが重要視される。心所見では身体所見や胸部X線像、それに心電図結果が加えられる。いわゆる医師の臨床力に全てを依存した申請内容となっている。医師の申請資格は厳正にチェックされているが、その認定業務によるアウトカムについて客観的に検証されたとの報告はない。さらに、現在繁用されている身体運動能力指数や日常生活のモニター結果、心エコー図などの臨床生理検査、それに血中BNP値などのバイオマーカーの参照程度についても特段の配慮は加味されていない(表-2)。また、循環器領域では人工臓器の開発や普及が著しい。その端的な例が心不全や狭心痛、それに失神発作にて日常生活活動がままならなくなった患者へのペースメーカー植え込み術の適応である。本治療により、社会生活や家庭生活を取り戻せるようになる事例は数多い。現在日本ではかかる患者が年間二万人以上も新規に発生していると推定されている。しかもペースメーカー治療では高いADLの回復が達成される。それにも関わらず、申請すれば1級障害認定患者となる。障害者手帳が交付されそれに伴う

恩典を享受できる。一般市民の視線では信じ難い光景であろう。同じように、人工弁置換術を受けた弁膜症患者も一級認定である。これは、患者の生命や生活がペースメーカーや人工弁の装着無しでは守られないとの理解、つまり、当該患者は人工臓器への全面依存なしでは生きていけないとの理解に基づいている。この背景には人工臓器への信頼性が低かった、発展途上の技術レベルとみなされていた時代状況判断が根底には横たわっている。現在では人工臓器の安定度は高く、安全性が頂点まで高められているものが少なくない。これがある種の不具合を生む。例えば、同様の心臓手術である心臓弁修復術である。人工弁置換患者は1級認定であるのに対して、自己弁修復患者は3級あるいは4級認定となる。人工臓器への信頼度が高くなった現在、術後の症状固定時期に身体運動能力指数や日常生活のモニターに基づくアウトカム評価を行い、再認定を行うべきとの指摘は当然生まれるであろう。傾聴すべき意見であり、リアルワールドとのギャップを少なくする効果が生まれるであろう。

さらに、心臓機能障害の身体障害認定年齢が18歳以上と以下で審査基準が分かれていることも違和感を強める(表-2)。恰も小児と若年のみを対象とする障害認定と錯覚する。現実には循環器疾患の大多数を占める壮年者や高齢者がこの診断基準で認定業務が行われることになる。当然ながら、循環器疾患の多くは加齢関連疾患である。加齢問題との係わり合いも認定業務では避けられない。特に、日本は世界に冠たる長寿国である。日本社会の高齢化が進めば進むほど、加齢関連疾患である循環器疾患は増え、結果的に心臓障害者認定申請患者が増加する。ところが、現状では加齢疾患に対するはっきりした視点無しに障害認定業務はとり行われている。例えば循環器疾患の最終像である慢性心不全患者である。1980年当時、慢性心不全患者は恒常的にNYHAIV度状態にもなると6ヶ月以内にあらゆる手を尽くしても殆どが死亡した。それが平均的な医学・医療水準であった。ところが今日、30回もの入退院を繰り返しても生存可能な医療レベルが達成されている。そうなると、壮年で発症した慢性心不全患者さんも高齢化してくる。さらに複雑化する要因として、高齢者の慢性心不全患者も増えてくる。例えば、北里大学病院では年間200人相当の患者さんがNYHAIV度で緊急入院してくる。実態調査を行うと男性は70歳でピークを迎え、女性はそれよりも5年遅れてピークを形成する。全体で見ると65歳以上が2/3、65歳未満が1/3の年齢構成となる。NYHAIV度の65歳未満の慢性心不全患者は心臓障害申請対象、65歳以上は加齢疾患の要因が強いから対象外であるかのような見解は成立しないであろう。加齢関連疾患では実年齢による線引きは不可能である。また、慢性心不全患者の生活能力はどうしても落ちてくる。廃様症候群による脚力の低下は自立能力の低下を招き、自立可能患者は1/3程度となってくる。従って慢性心不全心臓障害認定患者を高齢者の家族がサポートすることも稀ではない。さらに、その支援家族が有病者であることも稀ではない。障害者が心臓障害者を支援するとの構図も生まれて

いる。リワルワールドは高齢者による心臓障害者で満ち溢れていると言っても過言で無い。

医療サイドはこの事態を傍観し、ただ手をこまねいてきたわけではない。循環器疾患における根治的治療法の開発を積極的に推し進め、一次予防や二次予防のシステム整備を心掛けてきた経緯がある。また老化への学際的介入に全力投球している。しかし、日本社会における高齢化比率のスピード、それによる疾病負担の増加スピードの方がはるかに予測を上回る速度で進行している。現状の少子・高齢化状態を概観するだけでも、将来に渡って新たな疾病観に基づく治療体系の整備が緊急課題として登場していることが知れる。高齢者診療ではキュア、根治を目指す医療、とケアに徹する医療が同時的に必要となる。二つの医療は相俟って進行し、どこかのポイントでホスピス診療に全てを託すシナリオとなる。患者さん自身も、どういう人生目標でどの医療をより享受するかの自己決定が問われてくる。当然、その見解は年齢を重ねる毎に変わってくるであろう。一概に高齢患者だからどう、中・高年患者だからどうというドグマ的判断は導入できない。しかしながら、中・高年患者は命や生活を守ってほしいとの願望が多く、高齢患者はむしろ自分のADLを重視しているのも事実である。結局、患者さんの自己決定を尊重した、少子・高齢社会の疾病負担に関する社会的合意が必要となる。今後年毎に少子・高齢化は2055年まで深刻化していく。その間、次世代や次々世代への疾病負担の繰り延べを招かない障害者認定の在り方が問われている、との認識である。

この根源的な問いに答えるためには新しい心臓機能障害モデルの構築が不可欠であろう(図-1)。実際には、病理学的、医学的モデルに加味して社会的モデルをも考慮する必要がある。年齢を調整した健康観を尊重した障害モデル、心理的側面も含めたモデルも考えなければならないかもしれない。

つまり、1) 現在繁用されている身体運動能力指数や日常生活のモニター結果、心エコー図などの臨床生理検査、それに血中BNP値などのバイオマーカーなどを認定参照データとして採用する、2) ペースメーカーをはじめとする人工臓器については依存程度による評価法を作成する、3) 内部疾患における身体障害認定については加齢疾患との関りについて早急に横断的見解をまとめる、そして 4) 少子・高齢化社会の疾病負担に即した心臓障害モデルの作成、が必須であるとの認識を示した。今後50年間、日本の少子・高齢化社会では障害者をサポートすべき健常勤労層がどんどん減少する。今までの身体障害者支援は健常者が負担するとの構造が崩壊しているとの現実を直視すべきである。

表-1 心臓機能障害の身体障害認定基準

一級:心臓の機能の障害により自己の身の日常生活が極度に制限されるもの

二級:なし

三級:心臓の機能障害により家庭内の日常生活が著しく制限されるもの

四級:心臓の機能障害により社会での日常生活が著しく制限されるもの

※ 2級相当患者は1級患者として認定される。

表-2 心臓機能障害の身体障害認定基準

(18歳以上)

病状:日常生活活動(安静時、温和な家庭や生活)が心不全や狭心症症状、失神発作にて妨げられるもの

心所見:2項目(一級)、1項目(三、四級)

ペースメーカー、人工弁、弁置換(装着なし状態を想定)

胸部X線と心電図にて二つ以上(相当のリスクを想定)

(18歳未満)

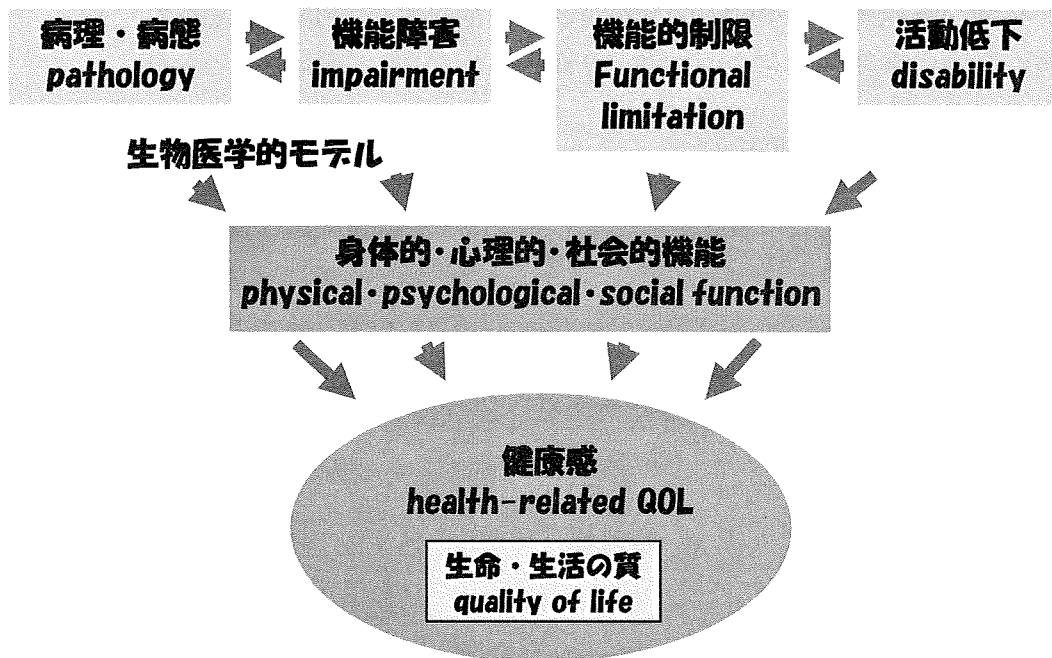
病状:重い心不全や低酸素血症、失神発作、狭心症にて継続的医療が不可欠のもの

所見:6項目(一級)、5項目(三級)、4項目(四級)

a著しい発育障害、b異常な心音・心雑音、多呼吸または呼吸困難、d運動制限、eチアノーゼ、f肝腫大、g浮腫、それにX線、心電図所見など

※ 身体運動能力指数や日常生活のモニター結果、それに心エコー図やバイオマーカーの扱い規定がみられない。

障害モデル：心臓機能障害をどう捉えるべきか？



※ 新しい心臓機能障害モデルの構築が不可欠である。病理学的、医学的モデルに加味して社会的モデルをも考慮する必要がある。年齢を調整した健康観を尊重した障害モデル、心理的側面も含めたモデルも考えなければならない。

5. 手帳所持者の福祉サービス利用の現状(寺島 彰)

本研究についての「問題意識」であるが(2 頁)、障害者自立支援法によって介護の要素が障害者自立支援法の方に移行してしまった。

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」があって、それに必要であれば介護だがその部分が障害者自立支援法に移行した。

もしも身体障害者福祉法が変わるとすれば、社会経済活動への参加(私はリハビリテーションと呼んでいる)という目的に合致した障害認定が考えられないかと思っている。これまで身体障害者福祉法の認定による問題について研究をしてきて、報告書もまとめている(ホームページにも掲載)。

その「研究方法」としては、「障害認定の現状の課題整理」として、現状だけではなく、今後の障害者福祉政策における障害認定の意味の検討や、調査も行っている(3 頁)。また、海外調査も実施した。

2 番目に「自立支援に必要なサービスの推定」として、目的別にどのようなサービスがどの程度必要かについて国リハのご協力をいただき、今回発表する視覚障害者、聴覚障害者などのアンケート調査も実施している。

「研究結果」について報告をしたい(4 頁)。

できれば、目的別にどのようなサービスがどの程度必要かを把握できればいいのだが、これは難しいので、リハビリテーションという観点からいえば、どのように障害認定を行えばいいのか。

例えば、リハビリテーションを行って日常生活能力が向上すると、現在の認定基準だと等級が下がり、都道府県による保障を受けられないという、負のモチベーションを起こしてしまうことがある。

通常の状態であれば、日常生活能力の向上が期待できるが、それに対して、頑張った方には、エンカレッジする障害認定ができないのだろうか。

この点についてはいろいろ調査をしたのであるが、現状では難しく、むしろ、どういう人がどういうニーズを持っているのかというアプローチをした方がいいと考えた、そういう意味で今回の調査に意味があるのではないかと(5 頁)。

「調査対象」は、国立障害者リハビリテーションセンターに来た視覚障害、肢体不自由、聴覚障害の人(それぞれ個別に調査をしたので、回収率 100%)と、それ以外にも障害者団体の方にご協力いただき、東京腎臓病協議会他、全国心臓病の子どもを守る会—子どもとあるが、実際には 2 歳のお子さんから、かなり高齢の方まで含まれている(6 頁)。

埼玉県聴覚障害者協会の方々にも調査させていただいた。

「プロフィール」は 7 頁のとおりであるが、国リハでは、視覚障害が平均年齢 40.8 歳と若い層になっており、また、聴覚障害も若い人である。

国リハでは、訓練を受けられる人が多いので若い人が多くなっている。

また、視覚障害では、1級8名、2級4名と重度となっている。

肢体不自由については、26.8歳が平均年齢である。

表で「内部」とあるのは、障害者団体に調査協力をお願いして回答のあった数字である。こちらは、平均年齢は48.0歳で、高齢の人もあった。心臓病や腎臓病では、ご高齢の人が多かった。

ほとんどの人は1級で、内部障害で2級とよく分からない場合もあるが、3級と何かを重複されているのかもしれない。

聴覚障害は54.0歳で、年齢がかなり高くなっている。

聴覚障害者の1級もよく分からないが、該当されていた。言語障害との重複で1級になっているのではないかと思う。

「障害程度区分の認定者」については、内部障害は17名となっている(8頁)。内部障害全体で155名の人がいるが、そのうち17名しか障害程度区分を受けていない。聴覚障害も7名である。

「周知度の高いサービス」については、質問では、身体障害者手帳が活用できる様々なサービスをリストアップして、「それを知っているか」、「利用したことがあるか」という質問をしている(9頁)。

回答の多い順番にまとめたのがこの表である。

国リハは施設なので、鉄道旅客運賃割引、タクシー運賃割引などが挙げられている。これは国リハの特徴となっている。

国リハの聴覚障害の人は、介護給付等を知っている(10頁)。

肢体不自由の人でみると、あまり介護給付等の周知度が高くない(11頁)。

聴覚障害者団体からの回答では、知っているかどうかで上位に来ているのは、ほとんどは交通機関の割引である(12頁)。補装具は(おそらく補聴器だと思う)は特徴的なものの、他は交通機関の割引である。

利用したことがあるものについては、鉄道旅客運賃割引が一番多い。

重度障害者医療は、この中の38名が利用したことがあるということであった。

内部障害でも、同様に、上に来ているのが交通の割引である(13頁)。

利用したことがあるかでは、重度障害者医療については59名であった。

内部障害なので、都道府県が実施している重度障害者医療を使いたい、利用したいと思われている人が多いと予想していたが、結果はそうではなかった。

それから、14頁以下に、「いろいろな障害者割引制度」として、こんなものもあるということで、調査票にあらかじめ記載した以外にさらに付け加えられた回答があったものを記載した。

重複するものもあって、例えば、映画館、公園入場無料などは、設問の中にも入っていたが、書いた人が多かった。

質問のリストになかったものとしては、デパートの展覧会が無料とか、交通では、ヘリコプターの割引とか、自転車交通保険割引とか、市外通院の交通費を市が半額負担するなど、また、観光地などの割引もあるようだ。

他には、予防接種補助というのがあるそうであるし、生協では配達料が半額とか、携帯電話通話料半額とか、水道料金減免、民間スーパー買い物代金返金制度などの回答もあった。

「まとめ」として、今年度、どういう障害程度の方がどのようなサービスを必要としているかを調べるということで調査を行った。

これまで身体障害者手帳は、身体障害者福祉法や障害者自立支援法のサービス以外に利用されていることが多いのではないかと、おおよそ予想されていたが、具体的にどの程度活用されているかについての調査は行われていなかったもので、これについて新しい知見が得られた。

重度障害者医療の周知度は低く、内部障害の方でさえ、150名中、1級、2級が多いのにもかかわらず、重度障害者医療を知っている人が68%で、利用したことがある人は38%に止まっていた。

最後に、自由記述で、どういうことをサービスとして希望するかを聞いたが、一番多いのが、働きたくても働く場所がないということが書かれていた。

身体障害者福祉法の目的に合致したような認定基準が必要と思うのと同様に、手帳は外出支援（外に出て、社会参加など）で、身体障害者福祉法の趣旨に合う制度を必要としているのではないか。

「福祉サービス利用に関する調査」結果

浦和大学総合福祉学部

寺島彰

問題意識

障害者自立支援法により介護の要素が同法に移行してしまった、今、また、障害者総合福祉法が制定されようとしている、今、身体障害者福祉法の本来の目的であるリハビリテーションという目的に合致した障害認定というのは考えられないか。

研究方法

(1) 障害認定の現状の課題整理

- ・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の検討
- ・外国調査

(2) 自立支援に必要となるサービスの推定

- ・目的別にどのようなサービスがどの程度必要になるかを調査
- ・脳卒中者の自立支援サービス実態調査
- ・視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者、腎臓機能障害者、心臓機能障害者の福祉サービス利用に関するアンケート調査

研究結果

(1) 障害認定の現状の課題

① 認定方法

認定基準が時代遅れになっている

② 認定のあり方

障害認定の目的と手帳利用の目的のあい離がある

(2) 自立支援に必要となるサービスの推定

① 後方視的調査によれば、障害等級は、機能訓練量と生活訓練量にある程度関連するが、自立支援に必要となるサービスの種類と量を前方視的に推計することは困難。

② 税の減免、地方自治体による医療補助、公共運賃割引などの利用状況からの推定

達成度

(1) 障害認定の現状の課題整理

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の検討については達成できたと考えられる。

(2) 自立支援に必要なサービスの推定

機能訓練量と生活訓練量に着目したサービスの推定はできなかった。税の減免、地方自治体による医療補助、公共運賃割引などの利用状況からの推定を実施中である。

調査対象

国立障害者リハビリテーションセンター

視覚障害 20名

肢体不自由 13名

聴覚障害 11名

東京腎臓病協議会 100名

全国心臓病のこどもを守る会 100名

埼玉県聴覚障害者協会 100名