

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))

障害認定基準および障害福祉データの

今後のあり方に関する研究

平成30年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 飛松 好子

平成31(2019)年 3月

目 次

I. 総括研究報告	
障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究	1
飛松好子、岩谷 力、伊藤利之、江藤文夫、森尾友宏、上村鋼平、西村理明、川村智行、北住映二、有賀道生、西牧謙吾、北村弥生、今橋久美子、高橋秀人、寺島 彰、金兼弘和、竹島正	
II. 分担研究報告	
1. 原発性免疫不全症候群の機能制限と医学的指標の関係に関する研究	11
森尾友宏、金兼弘和、今井耕輔、上村鋼平、飛松好子、北村弥生、今橋久美子、寺島 彰、山田 英樹	
(資料) 調査票	
2. 1型糖尿病の生活機能制限との機能制限と医学的指標の関係に関する研究	47
西村理明、川村智行、飛松 好子、北村 弥生、今橋 久美子、寺島 彰、山田 英樹	
(資料) 調査票	
3. 「平成28年生活のしづらさ等に関する調査(厚生労働省)」における調査項目修正の結果	57
北村 弥生、岩谷力、飛松 好子	
4. 平成23年および平成28年「生活のしづらさなどに関する調査(厚生労働省)」における調査票の配布・回収状況の比較	67
北村弥生、今橋久美子、清野絵、飛松好子、岩谷力、米田恵子	
5. 「平成28年生活のしづらさ等に関する調査(厚労省)」と国際生活機能分類とのマッピング	71
高橋秀人、大多賀政昭、林玲子	
6. 韓国における障害認定に関する動向：寺島彰	77
(資料1) 新旧条文対比表 「障害者福祉法 32条」	81
(資料2) 障害等級判定基準 保健福祉部 (障害者権利条約) 支援課	86
7. 国連障害者権利条約締結国会議における議論：北村弥生	141
(資料1) ラウンドテーブル1 背景説明仮訳	151
(資料2) ラウンドテーブル1 発表(北村弥生)	157
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	160

平成 30 年度
厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

総 括 研 究 報 告 書

障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究

研究代表者	飛松 好子	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	岩谷 力	長野保健医療大学
研究分担者	伊藤 利之	横浜市総合リハビリテーションセンター
研究分担者	江藤 文夫	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	森尾 友宏	東京医科歯科大学
研究分担者	上村 鋼平	東京大学大学院
研究分担者	西村 理明	東京慈恵会医科大学
研究分担者	川村 智行	大阪市立大学
研究分担者	北村 弥生	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究分担者	今橋久美子	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究分担者	高橋 秀人	国立保健医療科学院
研究分担者	北住 映二	心身障害児総合医療療育センター
研究分担者	有賀 道生	横浜市東部地域療育センター
研究分担者	西牧 謙吾	国立障害者リハビリテーションセンター病院
研究協力者	寺島 彰	日本障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	竹島 正	川崎市健康福祉局

研究要旨：本研究では、最新の医学的知見と各種要望等を踏まえた身体障害者認定基準見直しの具体案を提言するとともに、障害福祉データの利活用を推進することを目的とし、「認定分科会」と「データ分科会」から構成される。

平成 30 年度は、「認定分科会」では 3 つの分担研究を実施した。①原発性免疫不全症候群については、生活機能制限と医学的指標の関係を明らかにするために質問紙法による調査を実施し、80 名から回答を得た（回収率 85%）。対象者の生活上の困難は示され、医師により分類された「生活機能制限の程度」5 段階は設定した医学的指標（検査値と症状・生活の困難）と 4 割が対応した。

②脊髄損傷による排泄障害については、過去 5～15 年の間に国立障害者リハビリテーションセンター病院に入院した関東地方在住の脊髄完全損傷者 150 名を対象として排泄に関する質問紙法による調査を実施し、49 名の有効回答から、脊髄損傷による失禁および失禁の

不安は胸・腰損者の6割、頸損者の3～4割で生じると推測された。

③国会で採択された「膵臓機能欠損症（1型糖尿病）の子供の総合対策に関する請願」に対応して、1型糖尿病患者の生活機能制限の実態を明らかにするために質問紙法による調査を設計し、倫理審査に申請した。

「データ分科会」では4つの研究を実施した。①「平成28年生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」の詳細統計の作成に着手し、平成23年調査結果と比較して改善点を明らかにした。②国民健康保険団体連合会のデータと障害認定に関するデータを個人ごとに連結した解析を継続した。③身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付台帳等の情報管理に関して、29年度に1741市区町村を対象に行った調査の未回答自治体に対する再調査を実施し回収率を80%とし、96%の市区町村では障害者手帳台帳登載者について住民票の動態情報（死亡、転居）を反映していることを明らかにした。④「平成28年生活のしづらさなどに関する調査」について499回答項目をICFの体系により分類（マッピング）し、活動・参加・環境因子に分類された項目が多いことを示した。

さらに、障害施策の国際動向調査として、韓国における障害等級廃止と国連障害者権利条約締結国会議における障害統計に関する議論について文献調査し、背景と現状を明らかにした。

A．研究目的

昭和24年（1949年）に成立した身体障害者福祉法は、身体障害者の更生、すなわちリハビリテーションを基本的な目的とし、障害の認定と等級評価は医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで認定の公平を期した。

制定時には「職業的能力が損傷されている」ことが身体障害者の定義に含まれ、職業復帰が目的とされたが、内部障害が追加された昭和42年改正では法の目的も改められ、職業復帰のみを目的としているのではないことを強調した。その後、法の目的は単なる社会復帰ではなくより広く自立と社会参加を目指すものへと変化した。さらに、現在では障害者の自立支援については障害者総合支援法により、各種サービスの個別支援計画において、個々に日常生活や社会活動に即したアセスメントが実施され、

障害程度区分が普及し、障害手帳等級の意義は変化しつつある。

身体障害者福祉法の制定後65年を経て、疾病構造の変化、社会生活環境の変化、著しい医学・医療技術の進歩に応じて、対象障害の追加、認定基準の見直しが必要とされ、21世紀に入ってから身体障害者認定のあり方に関する研究が断続的になされてきた。

本研究では、最新の医学的知見と各種要望等を踏まえた身体障害者認定基準見直しの根拠と具体案を提言するとともに、障害福祉データの利活用を推進することを目的とする。平成30年度は、「認定分科会」では、原発性免疫不全症候群と排泄障害について検討を継続し、1型糖尿病について検討を開始した。「データ分科会」では、障害福祉データの利活用の推進に資するために全国在宅障害児者実態調査および行政デー

夕など既存の各種調査・データの実績・課題の整理を継続した。

B. 背景と研究方法

(1) 認定分科会

1) 原発性免疫不全症候群

HIV による免疫不全症候群については平成 9 年に認定基準が定められ、身体障害者手帳が交付されている。原発性免疫不全症候群(以下、PID)についても、平成 9 年に、認定基準策定が試みられたが、疾患の発生機序の多様性により医学的な認定基準を設定することができなかった歴史的経緯がある。

そこで、HIV の認定基準策定から約 20 年を経て、医学の進歩により、PID について明快な医学的指標による認定基準が設定できるか否かを明らかにすることを本分担研究の目的とする。

難病研究班により PID の診断基準が形成されていること、PID の患者団体が医師の協力を得て PID の障害認定基準案を作成したことも本分担研究を後押しした。

具体的には、国際免疫学会連合が定める PID の診断を得ている患者を対象として、患者の生活機能制限と医学的指標が安定した関係を持つか否かを明らかにし、障害認定基準が作成できるか検討する。平成 30 年度には、担当医師を介して PID 患者(児)を対象とした質問紙法による調査を実施した。

2) 脊髄損傷による排泄機能障害

脊髄損傷患者のうちぼうこう直腸機能障害に関して障害認定を得ていない者について、排泄機能障害の実態を明らかにするた

めに、質問紙法による調査を国立障害者リハビリテーションセンターの「障害者の排便排泄に関する臨床的検討委員会」の協力を得て行った。対象は、過去 5～15 年の間に国立障害者リハビリテーションセンター病院に入院した関東地方在住の脊髄完全損傷者 150 名とした。

また、ぼうこう直腸機能障害の対象となりうる他の疾患についての検討を開始した。

3) 1 型糖尿病

平成 26 年第 185 回国会で採択された「膵臓機能欠損症(1 型糖尿病)の子供の総合対策に関する請願」では、以下の 3 点が要望された。

膵臓機能欠損症(1 型糖尿病)患者を膵臓機能障害として身体障害者福祉法施行令の対象者(内部機能障害)に認定すること。

膵臓機能欠損症(1 型糖尿病)患者の生活実態の全国調査を実施すること。

膵臓機能欠損症(1 型糖尿病)の疫学調査研究班をつくること。

このうち、本分担研究では、に資するために、1 型糖尿病と診断されている成人患者について、生活機能制限と医学的指標の関係性を示すための質問紙法による調査を設計した。

(2) データ分科会

1) 平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査(厚労省)」における調査項目修正の結果

厚労省担当部署から平成 23 年および 28 年「生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)」(以下、23 年調査、28 年調査)の有効回答データを表

計算ソフトエクセル形式で入手し、詳細統計の作成に着手した。

平成 30 年度には、28 年調査における調査票の修正点 9 項目が意図した結果を示したか否かを明らかにするために、23 年調査と 28 年調査の結果を比較した。修正は、設問の小さな変更により 23 年調査の結果から無回答を減らすことと結果の改善を目的とした。

10 項目とは以下の通りであった。調査対象者の生活機能制限を明らかにする、
「調査票の記入者」の回答率を上げる、
難病者からの回収を増やす資料とするために難病者の診断名を明らかにする、一か月あたりの平均収入の回答率を上げる、一か月あたりの平均支出の回答率を上げる、
日中生活の記入漏れがないか確認する、
親による代理記入での誤記を減らす、
65 歳以上の療育手帳所持者に高齢化による脳機能の減退が混入しないようにする、
重複障害で先行する障害を明らかにする。

2) 平成 23 年および平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査(厚労省)」における調査票の配布・回収状況の比較

厚労省担当部署から平成 23 年および 28 年「生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)」(以下、23 年調査、28 年調査)の配布・回収状況データを表計算ソフトエクセル形式で入手し、詳細統計の作成に着手した。

3) 市区町村における障害者手帳交付台帳等の管理・運用に関する現況調査

市区町村における情報の管理・運用方法の実態は明らかでなく、障害者手帳の所持

者実数の詳細と支援サービスの利用実態の把握は困難であった。そこで本研究では、平成 29 年度に全国の 1,741 市区町村を対象として、障害者手帳交付台帳等の管理・運用システムの導入状況と他の制度とのデータ連携に関して調査票を郵送配付し、1,168 自治体(67%)から回答を得た。

平成 30 年度には、前年度の調査回答が未回収であった 574 自治体(市区町村)に対し、身体障害者手帳に限って再調査を実施した。

4) 市町村における障害福祉サービス給付実績データを活用した詳細統計分析

行政データの活用の可能性を明らかにすることを目的として、国民健康保険団体連合会において、障害福祉サービス費等の報酬の支払いが行われた実績に係るデータより、3 モデル地域における利用者の障害支援区分、利用しているサービス種類、頻度等についての分析を継続した。

5) 平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査(厚生労働省)」と国際生活機能分類(ICF)とのマッピング

28 年調査について ICF による網羅性を調べた。「生活のしづらさ調査の 39 設問 499 回答項目のそれぞれについて、ICF の L0(分類レベル)と L1(章レベル)の深さで、ICF の概念を構成する身体構造(S 軸)、心身機能(B 軸)、活動制限と参加制約(D 軸)、環境因子(E 軸)がどのように含まれているかの割合を研究者 2 名が独立に求め、レーダーチャートに図示した。

(3) 国際動向

1) 韓国における障害認定政策の動向

韓国の障害等級制度は、わが国の制度をモデルにしているとされていた。しかし、2017年韓国の大統領選挙で、文在寅候補が「障害等級制度の廃止」をマニフェストで取り上げ、就任後には国政課題として2019年7月までに完了することを公約した。そこで、韓国の現在の障害認定基準と新しい障害認定基準について、韓国語文献による調査を行った。

2) 国連障害者権利条約締結国会議における障害統計の議論

第11回国連障害者権利条約締結国会議(2019.6 ニューヨーク)では横断テーマが「データ」とされた。会議では3つのテーマでラウンドテーブルが行われたが、そのうち「国家財政の余地、官民パートナーシップ、条約の実施を強化するための国際協力」について事務局が準備した事前資料を翻訳し、障害者の権利の遂行に関するデータと関係者の役割を整理する。

(倫理面への配慮)

PID、排泄障害、1型糖尿病については、担当する研究分担者および研究協力者の所属機関において研究倫理審査委員会の承諾を得て調査を実施した。一部は審査中である。

「生活のしづらさなどに関する調査」および市区町村を対象とした調査については、研究代表者と担当する研究分担者の所属機関において研究倫理審査委員会に申請し、個人情報を対象としていないため「非該当」の結果を得た。

C. 研究結果及び考察

1) 原発性免疫不全症候群

調査は東京医科歯科大学で実施し、80名から回答を得た(回収率85%)。その結果、以下が明らかになった。対象者のうち「生活機能制限の程度」が最重度の患者が3.8%、第4段階の患者が21.3%であり、治療を受けても感染症に限らずさまざまな合併症のコントロールに難渋し、日常生活に制限を受けていた。医師により分類された「生活機能制限の程度」5段階は、設定した医学的指標(検査値と症状・生活の困難)と4割が対応した。「なんとか通学通勤をしている」(第5段階)に分類された患者は「社会での日常生活活動が著しく制限されている(合理的配慮がなければ働くことは困難)(第4段階)よりも平均入院日数は多く、医学的指標では4割が第4段階に分類された。

2) 脊髄損傷による排泄障害

発送した150通のうち、住所不明19通、回収61通(回収率46.6%)、有効回答数49であった。その結果、外傷性脊髄損傷による完全麻痺と診断された49(頸損25、胸・腰損24)名が回答した。平均年齢は42.6歳、受傷からの期間は平均8.6年であった。排尿は、胸・腰損の88%、頸損の52%が自己導尿を行い自立していた。排便は、胸・腰損の83%、頸損の48%が自立していた。排便の頻度は、胸腰損は毎日から1日おき、頸損は週2~3回が多く、一回の排便時間は、胸・腰損は1時間以内に終了していたが、頸損では2時間以上かかっていた。頸損は緩下剤や座薬を使用している者が多く、胸・腰損で

は自身で摘便している者が多かった。頸損の主な介護者は看護師や家族で、胸・腰損は家族のみであった。過去一ヶ月間の失禁経験については、胸・腰損に尿失禁を経験している者が多く、胸・腰損の58%、頸損の32%は失禁が不安と回答していた。便失禁した者は少ないが、胸・腰損の75%、頸損の52%が排便は煩わしく失禁が不安と回答していた。

3) 1型糖尿病

東京慈恵会医科大学、国立障害者リハビリテーションセンターで研究倫理審査の承諾を得た。大阪市立大学には研究倫理審査の申請をして、次年度に調査を実施する準備を整えた。

(2) データ分科会

1) 平成28年「生活のしづらさなどに関する調査(厚労省)」における調査項目修正の結果

23年調査と28年調査の結果を比較し、以下を明らかにした。非手帳所持非自立支援給付者の生活機能制限の種類は平成23年には発達障害、高次脳機能障害、知的障害、難病の診断の有無に関する設問からは11.2%しか特定されなかった。これに対して、平成28年には対象者の選別に使用したリストに回答を求めることで、対象者の生活機能制限の種類は94%まで明らかになった。記入者の回答率は6割から9割に増加した。非手帳所持者のうち難病の診断を受けた者の比率は平成28年調査では平成23年調査の1.89倍になった。「一か月当たりの平均収入が0円」の記入は増加した。「一か月

当たりの平均支出が0円」の記入は増加しなかった。日中生活の選択肢に下位項目を追加した結果、障害児通所施設利用者は顕著に増加した。親による代理記入での誤記は減った。「40歳以上で療育手帳所持者を取得した」と回答した者から知的障害でない者を除外する試みは意図通りにはならなかった。重複障害については、それぞれの障害者手帳取得年齢についての回答を得た。

一か月の平均支出で目的通りの改善を得なかったことに対しては、支出についての記録を保管しておくように、調査の一か月前には予告するなどの対策をする必要があると推測された。

2) 平成23年および平成28年「生活のしづらさなどに関する調査(厚労省)」における調査票の配布・回収状況の比較

調査票の配布・回収状況については、調査不能世帯率は増加傾向、回収率は減少傾向であった。

また、県・政令指定都市・中核都市では目立たなかったが、市区町村では結果の幅が大きかったことが明らかになった。例えば、調査対象者の割合の幅は、県・政令指定都市・中核都市では1.4%~16.5%であったが、市区町村では0~50%であった。また、調査不能世帯の割合の幅は県・政令指定都市・中核都市では1.3%~79.9%であったが、市区町村では0~97.5%であった。

さらに、調査対象者のうちの障害者手帳所持者の割合には、市町村間で差が大きかった。身体障害者手帳所持率0%は34市区町村(5%)、100%は31市区町村

(4.6%)、療育手帳所持率 0%は 315 市区町村(46.3%)、100%は 29 市区町村(4.3%)であった。

3) 市区町村における障害者手帳交付台帳等の管理・運用に関する現況調査

平成 29 年度に得た結果にデータを追加し、結論を補強した。すなわち、平成 29 年度は 1,167 自治体、30 年度は 278 自治体から回答を得た。計 1,445 自治体(回収率 80%)のうち、障害者手帳台帳登載者と住民票搭載者の突合は 96.1%で実施されていることを明らかにした。

調査結果は、国リハホームページから公開した。

http://www.rehab.go.jp/ri/fukushi/data-fukushi/02kekkahoukokuN1445_310225.pdf

4) 市町村における障害福祉サービス給付実績データを活用した詳細統計分析

3つのモデル自治体(石川県加賀市、大阪府高石市、岡山県高梁市)の協力を得て、利用者の障害支援区分、利用しているサービス種類、頻度について詳細な利用状況を明らかにした。2年目は経年変化を観測中である。

5) 平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査(厚生労働省)」と国際生活機能分類(ICF)とのマッピング

「28 年調査生活のしづらさ等に関する調査」の調査項目を ICF の 0 レベルと 1 レベルに分類し網羅状況を図示した。調査項目が多かった領域(例えば、S1 神経系の構造、D2 一般的な課題と要求、D4 運

動・移動、D8 主要な生活領域、E5 サービス・制度・政策)と、調査項目が少なかった領域(例えば、S6 尿路性器系・生殖系の構造、B2 感覚機能と痛み、B6 尿路・性・生殖の機能、D9 コミュニティライフ・社会生活、E2 自然環境と人間がもたらした環境、E4 態度)が明示された。

(3) 国際動向

1) 韓国における障害認定に関する動向

韓国では、社会モデルに基づいた新しい障害認定制度について、すべての障害者や障害者団体から賛成を得られていなかった。そこで、2019 年 1 月 31 日國務總理をはじめ障害者団体や専門家代表 13 人、各行政部署の長官が参加した「第 20 次障害者政策調整委員会」が開かれ、次のような合意が図られた。

障害者福祉サービスに関して、2019 年 7 月から障害総合支援調査を基にした障害認定制度を実施する。

2019 年 7 月からは、活動支援サービス、緊急安全通報サービス、夜間巡回訪問サービス、歩行訓練支援サービス、補助機器支援サービスなどに障害者総合支援調査の結果を導入する。

2020 年には移動支援に関するサービスに適用し、2022 年までは所得や雇用部分にも適用を拡大する。

税金減免や年金など客観的な指標が必要な場合を想定し、今まで使われてきた等級制度を維持は維持するものの、これまでの 1 級から 3 級までは「障害程度が重い障害者」に、4 級から 6 級までは「障害程度が重くない障害者」に 2 段階に単純化する。

2) 国連障害者権利条約締結国会議における障害統計の議論

ラウンドテーブル3のテーマ「国家財政の余地、官民パートナーシップ、条約の実施を強化するための国際協力」の事前資料のうち横断テーマの「データ」に関する記載は22項目中3項目に限られ、障害に関するデータは不足していることの指摘、障害者権利条約の不足や達成を数値で示した2例にとどまった。

横断テーマを「データ」にしたことは、障害者権利条約に関する議論を理念にとどめず、具体的に目的および達成を示すためと推測された。

我が国からは、ラウンドテーブル3において、東日本大震災直後に国営放送NHKが主導して調査した障害のある被害者の比率が、国際組織から財政支援を受けた障害当事者らにより意識され、1年後に内閣府が正確な値を出した経緯がテーマの一例として紹介された。

複数のサイドイベントで、障害に関するデータ収集にワシントングループ会議の指標を使用していることが言及された一方で、課題の指摘もあった。例えば、二分脊椎協会（英国）の代表は、ワシントングループの指標がICFに基づき2歳以上を対象としていることに対し、「この指標は先天性障害児は2歳まで障害児として認知しないこと」を批判した。

D. 結論

1) 原発性免疫不全症候群

PID患者の生活上の困難は示されたが、生活機能制限を分類する医学的指標（検査

値と症状・生活の困難の項目数）の設定案には修正が必要なことが明らかになった。

また、実態調査としても、対象者の診断、程度、年齢に偏りがあり、患者の実態を反映する結果が求められる。

2) 脊髄損傷による排泄障害

脊髄損傷による失禁および失禁の不安は、胸・腰損者の6割、頸損者の3～4割で生じると推測された。

3) 平成28年「生活のしづらさなどに関する調査（厚労省）」における調査項目修正の結果

「平成28年生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）で修正した9項目は概ね修正の目的を達成した。しかし、支出額の記入は増加しなかった。

4) 平成23年および平成28年「生活のしづらさなどに関する調査（厚労省）」における調査票の配布・回収状況の比較

特に都市部における調査不能世帯率を減らし、回収率を上げるために調査方法の検討が必要と考えられた。

調査地区の世帯数は50であることから、発生頻度の少ない多様な障害者を一つの調査地区から得ることは困難なことが示唆された。

5) 市区町村における障害者手帳交付台帳等の管理・運用に関する現況調査

96%の市区町村では障害者手帳台帳登載者について住民票の動態情報（死亡、転居）を反映していることを明らかにした。

6)平成28年「生活のしづらさなどに関する調査(厚生労働省)」と国際生活機能分類(ICF)とのマッピング

28年調査の質問項目についてICFの体系によるマッピングを行ったところ、ICF項目のうち「活動と参加」と「環境因子」による概念との親和性が高いことが示唆された。

7)韓国における障害認定に関する動向

韓国では、これまでの6等級から2段階「障害程度が重い障害者」と「障害程度が重くない障害者」に変更される合意がなされた。2019年7月から施行される新しい障害等級表および年金の認定制度についても追跡する価値があると考えられた。

8)国連障害者権利条約締結国会議における障害統計の議論

障害者権利条約の理念を実現するために必要な財源確保については、北欧のような福祉先進国から途上国まで、それぞれの状況に応じた課題を抱えていた。障害者権利条約は国が実施主体であるが、「国家財政の余地、官民パートナーシップ、条約の実施を強化するための国際協力」がテーマになるように、国の可能性を広げるとともに民間や国際機関の活用を推進することは重要だと考える。

E. 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	0件
口頭発表	3件
それ以外(レビュー等)の発表	1件

2) 国外

原著論文による発表	0件
口頭発表	4件
それ以外(レビュー等)の発表	4件

・学会発表

1. 北村弥生. 障害者数の変遷. 日本特殊教育学会. 大阪. 2018-09.
2. 井上美紀, 飛松好子, 中山剛, 岩崎洋, 吉田由美子, 清水健, 谷脇路子, 粕谷陽子, 弦間初美, 田中匡, 脊髄損傷者の排泄が生活に及ぼす影響. 第53回日本脊髄障害医学会. 愛知, 2018-11-22/11-23.
3. 今橋久美子, 北村弥生, 岩谷力, 飛松好子. 障害者自立支援等実績データを用いたサービス利用状況分析の試み. 日本リハビリテーション連携科学会. 2019-03.
4. 北村弥生, 岩谷力, 飛松好子. 平成28年生活のしづらさなどに関する調査(厚生省)における調査項目修正の結果. 日本リハビリテーション連携科学会. 2019-03.

・その他

1. Kitamura, Y. Round Table 1: National fiscal space, public-private partnerships and international cooperation for strengthening the implementation of the CRPD. 11th session of the Conference of States Parties to the CRPD, 2018-06-13. New Yoek, U.S.A.
2. 北村弥生. 第18回国連障害統計ワシントングループ会議に参加して. 国リハニュース(web版). 2019-01.
3. 北村弥生第17回国連障害統計に関するワシントングループに出席して. 国リハニュース. 363: 9-10, 2018.
4. 飛松好子, 今橋久美子, 北村弥

生，岩谷力，竹島正．市区町村における障害者手帳交付台帳情報などの管理・運用に関する現況調査 結果報告．

http://www.rehab.go.jp/ri/fukushi/data-fukushi/02kekkahoukokuN1445_310225.pdf

F．知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。） なし

平成 30 年度
厚生労働科学行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

分 担 研 究 報 告 書

原発性免疫不全症候群の機能制限と医学的指標の関係に関する研究

研究分担者	森尾 友宏	（東京医科歯科大学 小児科）
研究協力者	金兼 弘和	（東京医科歯科大学 小児科）
研究協力者	今井 耕輔	（東京医科歯科大学 小児科）
研究分担者	上村 鋼平	（東京大学大学院 情報学環）
研究分担者	北村 弥生	（国立障害者リハビリテーションセンター）
研究分担者	今橋久美子	（国立障害者リハビリテーションセンター）
研究代表者	飛松 好子	（国立障害者リハビリテーションセンター）
研究協力者	寺島 彰	（日本障害者リハビリテーション協会）
研究協力者	山田 英樹	（国立障害者リハビリテーションセンター）

研究要旨：原発性免疫不全症候群（以下、PID）患者の実態の把握、生活機能制限と医学的指標の関係を明らかにすることを目的として、東京医科歯科大学に入院・通院するPID患者（児）に対して、担当医を介して調査票を94部配布し、80部回収した（回収率85%、2019年1月現在）。

平成30年度には、特に、生活機能制限と医学的指標の关系到注目して結果を分析した。医師の判断により、対象者の「生活機能の制限の程度」は「通学通勤をほぼ達成している」80名中59名(73.8%)、「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ている(合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。)」17名(21.3%)、「免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である(ほとんど入院である)」3名(3.8%)に分類された。また、医師が判断したPID患者の「生活機能制限の程度」と症状・「生活の困難」について選択された項目数の間に有意な関連性があることが示された。しかし、「生活機能制限の程度」の分類は、設定した医学的指標(検査値が正常範囲外であることと症状・「生活の困難」から選択された項目数の合計)と対象者の42.5%でしか対応しなかった。PID患者の「生活機能制限の程度」を判定するには、疾患特性にあわせた単一の検査基準値だけでなく、HIVの障害認定基準と同様に、症状・「生活の困難」に加えて、複数の医学的検査値を採用すること、症状と「日常生活の困難」については患者から丁寧に聞き取りをすること、例外に対する基準を設定する必要があると考えられた。

A．背景と研究目的

HIV による免疫不全症候群について身体障害の認定基準を策定する際に、原発性免疫不全症候群（以下、PID）についても障害認定基準策定が試みられた。しかし、疾患の多様性により医学的な障害認定基準を設定することができなかった。そこで、HIV の障害認定基準策定から約 20 年を経て、医学の発展により、明らかな医学的指標による障害認定基準が PID について設定できるか否かを明らかにすることを本分担研究の目的とする。

PID 患者の生活上の困難については、就労できない重度患者への年金、住居保障、感染および感染を予防するために必要となる医療費、就労に際しての配慮を求める記事が患者団体の会報に掲載されており^{1),2)}、患者団体と医師により PID の障害認定基準案が厚労省に提出された。

PID 患者の日常生活や社会生活の困難についての先行研究では、治療に関する経済的負担ありは約半数、高校生において進路への影響ありは約 3 割、18 歳以上の就業率は約 6 割であったことなどが報告された³⁾。しかし、疾患の重症度と日常生活および社会生活の困難の関係は知られていない。

B．研究方法

PID の診断を得ている患者（児）を対象とした質問紙法による調査を、東京医科歯科大学において担当医師を介して実施した。調査期間は平成 30 年 10 月から 12 月であった。同大学病院に入院・通院する PID 患者に調査票を配布し、患者または保護者が記入した後で研究協力者あてに郵送を依頼した。調査依頼の際に、成人患者と患者団体による障害認定基準案に該当しそうな患者は漏らさないように留意した。成

人患者を優先したのは、患者団体からの指摘が強い「不就労」について実態を明らかにするためであった。配布数 94 部、回収数 80 部（回収率 85%）であった。

調査項目は、「生活機能制限の程度」、医学的指標、社会生活とした。「生活機能制限の程度」は内部障害に共通して示されている「障害の程度」⁴⁾を参考にし、医師のみに対して調査した（医師用調査問 3、以下医 3 と省略）。

医学的指標は、患者団体と協力する医師が提案した PID の障害認定基準案を基にして、検査値、症状、医学的理由による生活の困難（以下、「生活の困難」）から構成した。検査値は 17 項目について測定値あるいは異常の有無を医師のみに調査した（医 1 ～ ）。検査値のうち、CD4 陽性 T 細胞・好中球・NK 細胞、単球あるいは樹状細胞・血小板数・治療前の IgG 値、IgG サブクラス値 あるいは IgA 値・先天性補体成分については基準値を示し、正常か異常かの判断を求めた。基準値は患者団体案を使用した（表 1-1 右列）指定難病研究班で作成中の診療ガイドラインと整合性がとられていた。

HIV 障害認定基準では CD4 だけについて基準値が示されたが、PID 認定基準案は複数の免疫不全状態の総称であるため、6 種類の基準値（表 1-1 右列（ア）～（カ））が示された。一方、HIV 認定基準では、CD4 基準値に該当しない場合は、a～d までの一つを基準値とすると設定されていたが、PID 認定基準案には相当する項目の設定はなかった。

PID 認定基準案の 1 級と 2 級に HIV 障害認定基準にはある症状を示す項目は 1 つ（表 1-1 右列 a）しかなかったため、HIV の生活機能制限を示す障害認定基準の 7 項目（表 3-1 ～ 、 ）をそのまま採用したほか、PID 障害認定基準案の a に相当する 1 項目（表 3-1 ）を

修正し、PID 障害認定基準案（3 級、4 級）で追加された咳についての 1 項目を採用した（表 3-1）。担当医師が患者の日常的な症状を十分に把握できていないこともあると推測し、症状は医師だけでなく患者にも調査した。

PID 障害認定基準案（1 級、2 級）に HIV 障害認定基準にはある「生活の困難」を示す項目はひとつもなかったため、先行研究³⁾と患者団体^{1),2)}からの情報により、HIV の障害認定基準に新たに 7 項目（医 - 、患 - ）を追加した。

障害認定基準には直接に関係しないが、患者用調査項目には社会生活の制限に関する設問を含めた。患者用調査問 4 では難病および障害に関するサービスの利用状況を質問し、問 6 では WHO-DAS から他の設問と重複しない 8 項目を採用した。WHO-DAS の結果は、先行研究の結果と比較して PID の社会的な制約を示すことが期待される。「幼稚園・保育園・学校」（患 5）と「就労」（患 3）については、先行研究⁴⁾の調査項目を参考にした。

入力データは統計解析ソフト SAS (SAS Institute)により解析した。

(倫理面への配慮)

担当する研究分担者および研究協力者の所属機関（東京医科歯科大学、国立障害者リハビリテーションセンター）において研究倫理審査委員会の承諾を得た。

C . 研究結果

(1) 対象者の属性など

年齢・診断時年齢

調査対象集団 80 名（男 50 名、女 30 名）の年齢分布は 2~61 歳（2~19 歳が 31 名、20~39 歳が 32 名、40~61 歳が 17 名）であった。

PID の診断時年齢は 0~19 歳が 55 名、20~39 歳が 12 名、40 歳以上が 8 名であった。

診断名・予防的治療・回復不能な合併症・通院頻度

80 名の疾患群および診断名を表 1-2 に示した。調査票に例示した 7 疾患群のうち 6 疾患群、52 疾患中 14 疾患と「その他」として 2 疾患が回答された。多かったのは「液性免疫不全を主とする疾患」41 名のうち分類不能型免疫不全症 23 名、「免疫不全を伴う特徴的な症候群」17 名のうち高 IgE 症候群 14 名であった。12 名は移植を受けたと回答した。

最重度例 1 例を除いた全例が、免疫グロブリン製剤の補充（52 名）、感染予防や G-CSF 等の投与（48 名）、免疫抑制剤や生物学的製剤の投与（55 名）の 3 つのどれかの治療を受けていた。

医師による「回復不能な合併症」の回答は、あり 27 名で、内訳は、自己免疫疾患 5 名（6.3%）、感染症 3 名（3.8%）、がん 3 名（3.8%）、その他 13 名（16.3%）であった。一方、患者による「回復不能な合併症」の回答は、あり 16 名で、内訳は、自己免疫疾患 5 名（6.3%）、感染症 4 名（5.0%）、がん 3 名（3.8%）、その他 6 名（7.5%）であった。その他に挙げられた疾患名を下に挙げたが、医師と患者で回答が一致したのは角膜混濁の一例のみであった。（ ）の中には回答数を記載した。

< 医師の回答例 >

難治性下痢症、蛋白漏出性胃腸症

左角膜混濁、両側慢性中耳炎（難聴）

気管支拡張症(2)、中葉症候群、びまん性細気管支炎、多発肺嚢胞

関節リウマチ、乾癬、VC(2)

高血圧、慢性腎臓病、B 型肝炎

側彎症(2)

精神遅滞、てんかん、知的障害、うつ、適応障害

脳梗塞後遺症、高次脳機能障害

1型糖尿病(2)

<患者の回答例>

左耳が聴こえない、慢性副鼻腔炎、角膜の感染(将来的に、角膜移植が必要)

肺高血圧症、心不全、肺膿胞、気管支拡張症

ATCH 単独欠損

通院頻度は「1か月に1度」39名が最も多く、「1週間に1度」2名から「3か月に1度」6名が回答された。定期通院がない者も1名あった(表1-3)

社会生活

対象者の難病または障害に関するサービス利用状況では(表1-4) 全員が小児慢性特定疾患または指定難病疾患の医療費助成を受給していた。年金法による障害年金受給者7名(診断時年齢は平均23.8歳、幅1歳~34歳)であった。

しかし、指定難病疾患の雇用制度4種類の利用は1件、総合支援法のサービス利用は6件、支援区分を持つ者1名、障害者手帳所持者11名(肢体不自由1級3名、肢体不自由5級1名、呼吸機能3級2名、療育4名、精神2級1名)であった。

WHO-DASへの回答結果を表1-5に示した。社会生活での影響が大きかった順に、「家族の介助負担」28名、「感情的影響」14名、「地域活動の制限」10名、「家族での活動の制限」10名であった。

(2) 医師が判断した「生活機能制限の程度」

(医3)

分布状況

身体障害者福祉法による身体障害は「日常生活能力の制限」と規定されている⁵⁾。表2-1に、担当医師に患者の「生活機能制限の程度」を5段階(6項目)から選択するように依頼した結果を示した。

調査対象集団80名は、最重度「免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である(ほとんど入院である)」3名(3.8%)、第4段階「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ている(合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。)」17名(21.3%)、第5段階「通学通勤をほぼ達成している」59名(73.8%)に分類され、第2段階と第3段階は該当者がなかった。第1段階に分類された3名は、障害者手帳を持っていなかった。

「生活機能制限の程度」と就労・結婚

成人対象者49名について、就労状況を表2-2に示した。重症者ほど常勤率は低かった(第1段階0%、第4段階27.3%、第5段階38.7%)。

対象者の婚姻状況を表2-3に示した。「生活機能制限の程度」に関わらず約半数が既婚で、既婚者の最低年齢は26才であった。

「生活機能制限の程度」と入院日数・治療日数

1年間の入院日数は、年によって変わると予想されたため、過去5年間の最小値と最大値を聞き、その平均値と中央値を表2-4に示した。設問では、「治療日数には入院日数を除く」と記載したが、治療日数だけを記入した回答はなく、同じ数値の記入が多く、0が記入された場合もあり、「治療日数」については正しく聞けなかった。また、0が記入された場合には最低入院日数が得られなかった。

第1段階の重症患者では、重症感染症と例示した一般的な感染症との入院日数平均値は同一であったが、第4・第5段階では一般的な感染症の名称を例示した場合の治療日数は長く回答された。

「生活機能制限の程度」が重度なほど入院日数の中央値は長くなった。すなわち、第1段階は62.5日、第4段階は13.4日、第5段階は7.5日であった。しかし、平均値では「生活機能制限の程度」がより重度の第4段階では第5段階よりも短くなり、第5段階の患者も長期入院をする場合があることを示した。

(3) 症状・「生活の困難」と「生活機能制限」の程度

医師による回答(医2)

HIVの身体障害認定基準では、基本的な検査値(CD4陽性Tリンパ球数)のほかに、一定期間継続する医学的検査値4項目(白血球数、Hb量、血小板数、ヒト免疫不全ウイルスRNA量)、症状6項目(安静、体重減少、発熱、下痢、嘔吐、感染症)と「生活の困難」2項目(生鮮食料品の摂取禁止、軽作業を超える作業の回避)の合計12項目うちの該当する項目数で等級が設定されている。例えば、1級で6項目、2級で3項目、3級で3項目、4級で1項目であった。1・2級と3/4級ではCD4の基準値が異なった。また、例外事例に対する基準も設定された。

HIVと同じ症状6項目と「生活の困難」2項目に対する医師による回答を、「生活機能制限の程度」の段階別に表3-1に示した。最も多く選択されたのは「頻回に繰り返す感染症の既往がある」34名(うち第5段階24名)で、他の7項目の選択数は5以下であった。新規に追加した「咳」は選択されなかった。第1段階(最

重度)で8項目中6項目選択者は3名中1名、第4段階で1項目選択者は17名中13名であった。

新たに設定した「生活の困難」6項目に対する医師による回答で多かったのは、「カビ全般に警戒しなければならないため、周囲の環境に厳重に注意しなければならない」18名(うち第5段階13名)、「公共のプールは入れない」17名(うち第5段階10名)、「温泉施設等には入れない」17名(うち第5段階10名)で、他の7項目の選択数は5以下であった。

「生活機能制限の程度」が第1段階でも、選択された項目数は、HIVの基準にある6以上にならず、第4段階と第5段階の項目選択数の差も顕著でなかった(表3-2)。

症状と「生活の困難」の項目選択数の合計は、「生活機能制限の程度」が第1段階の回答者1~11、第4段階0(17.7%)~6、第5段階0(37.3%)~4と幅があった(表3-5)。

「その他」を選択し内容を記載した7名中、症状・「生活の困難」に相当すると判断されたのは、股関節異常(歩行の困難)3名、感染症による食事1名、感染症による投薬1名であった。

患者による回答と医師による回答の差

表3-3に症状9項目と「生活の困難」6項目に対する患者と医師の回答数を示した。症状9項目中8項目で患者の回答数が医師の回答数を上回った。「生活の困難」では、患者の回答数が医師の回答数を上回ったのは2項目であった(表3-3)。「咳」7名、「公共交通機関を利用できない」6名、「嘔吐」1名は患者のみから回答された。

その他を選択し内容を記載した24名の中には「土にさわらない」5名、「紫外線に注意す

る」3名などがあつた(表3-4)。

「生活機能制限の程度」と症状・「生活の困難」数の関係

「生活機能制限の程度」の分類は、基本となる検査値が正常範囲外であることと症状・「生活の困難」からの項目選択数の合計を基準としたのでは分別できなかった(表3-5, 表3-6)。すなわち、PIDの障害認定基準案による検査値・症状・「生活の困難」の組み合わせが「生活機能制限の程度」による分類と合致したのは80名中43名(42.5%) (第1段階0%、第4段階7.5%、第5段階58.1%)であつた(表3-6の太字)。

しかし、「生活機能制限の程度」が大きくなるほど症状(医2 -)および症状・「生活の困難」(医2 -)から選択される項目数が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、いずれの場合も $p < 0.0001$ となり統計的に高度に有意な差が検出された(表3-5, 表3-7)。

(4) 「生活機能制限の程度」と合併症

「生活機能制限の程度」はPIDそのものだけでなく、合併症(感染症、がん、自己免疫疾患等)があると重症になると推測される。そこで、「生活機能制限の程度」と合併症ありの関連性を解析した。合併症のうち感染症は一過性である点で、がん、自己免疫疾患と異なると考え、合併症ありの割合、合併症ありのうち感染症によるものの割合を分けて分析した。

「生活機能制限の程度」と合併症(患者の回答)

「生活機能制限の程度」が大きくなるほど、患1の合併症ありの割合が多くなるか、患1

の感染症ありの割合が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、 $p = 0.019$ (不明またはNAの症例は除く)、 $p < 0.0001$ (不明またはNAの症例は除く)となり統計的に有意あるいは高度に有意な差が検出された(表4-1, 表4-2)。

「生活機能制限の程度」と合併症(医師の回答)

「生活機能制限の程度」が大きくなるほど、医1の合併症ありの割合が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果は、 $p = 0.0006$ となり統計的に高度に有意な差が検出された(表4-3)。

しかし、「生活機能制限の程度」が大きくなるほど、医1の感染症ありの割合が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果では、 $p = 0.4338$ となり統計的に有意な差は検出されず、またその傾向も認められなかった(表4-4)。

D. 考察

(1) 「生活機能制限の程度」の分類

PID患者の「生活機能制限の程度」の分類は、HIVの障害認定基準に基づいて設定した医学的指標(検査値が正常範囲外であることと症状・「生活の困難」に関する選択項目数の合計)による判定と約4割しか一致しなかった。特に、最重度の第1段階を判定できず、健常と判断された第5段階の41.9%が第4段階と判定されたことは、今後の検討課題である。

しかし、PID患者について医師が判断した「生活機能制限の程度」と症状・「生活の困難」について選択された項目数の間に有意な差があることは示され、PIDの障害認定基準案の方向性は支持されたと考える。

これらから、PID患者の「生活機能制限の程度」を判定するには、疾患特性にあわせた単一の検査基準値だけでなく、HIVの障害認定基準と同様に、症状・「生活の困難」に加えて、複数の医学的検査値（表1-1左列のa~dに相当する項目）を採用すること、および、例外に対する別の基準を設定する必要があると考えられる。

（2）「生活機能制限の程度」の分布

「生活機能制限の程度」と感染症状に関する症状の医師による項目選択数と高度な有意差を示した。このことは、症状に関する項目の表現は、医師が使用する際に感染症の程度を表す指標として有効であることを示すと考える。

本調査の対象者では、「生活機能制限の程度」が最重度の患者が3.8%、第4段階の患者が21.3%であり、治療を受けても感染症に限らずさまざまな合併症のコントロールに難渋し、日常生活に制限を受けていた。

本調査の対象者数は少なく、障害認定されそうな患者を漏れないように調査依頼をしたため、全国のPID患者の重症度の分布、年齢分布を反映していない。しかし、PID患者のうち障害認定されるのは多くても25%程度であることを示唆すると考える。PIDのように診断の専門性が高いために大学病院を介した調査をせざるを得ない場合には、重症例が多くなると推測されるためである。

本調査の結果からは、全国のPID患者数を4000人とすると、最大に見積もっても最重度は150人、第4段階は850人と推測された。患者数を4000人と推測したのは、人口10万人に対して2.3人と推計されてから⁶⁾約10年が経過し、疾患の認知度が上がっていると推測されるからである。

一方、調査対象者の73.8%はPIDの診断後は免疫グロブリン補充療法や抗菌薬の予防内服によって通勤・通学を果たしていたが、「生活機能制限の程度」がより重度な第4段階の対象者よりも入院日数平均・治療日数平均・治療日数中央値は長かった。これは、外出頻度が多く感染機会が多いこと、長期入院・長期治療を経験した患者がいたことによると推測される。また、症状・「生活の困難」の選択項目数は第5段階と判定された対象者の4割は第4段階の対象者と同じで、日常生活における配慮の必要性が示唆された。

（3）医師と患者の回答の差

ただし、「生活の困難」の項目選択数は、患者が医師よりも多かったことから、医師は患者の日常的な感染症の罹患・症状およびPIDと直接に関係する生活の困難について、留意して聞き取る必要があると考える。本調査でも、PIDのための通院頻度で最も多いのは1か月に1回であったことから、患者の日常生活および日常的な感染について、担当医師は十分に情報を得ていない可能性があるためである。

また、医師は合併症の内訳に「その他」を多く選択し、「その他」の記載内容は、医師と患者でほとんど一致せず、何を合併症と認識するかに差があった。ただし、例示した合併症（がん、自己免疫性疾患、感染症）の回答数には医師と患者の差はほとんどなく全国調査の結果（がん2.5%、自己免疫疾患8.5%）とも近い値であった⁶⁾。

（4）対象者・対象疾患の偏り

PIDの実態を知り、安定した障害認定基準を考案するには、PID患者に関するデータを追加することが望まれる。すなわち、疾患の程度、

年齢、診断などの分布が実態を反映することが望まれる。

第一に、本調査では、医師が判断した「生活機能制限の程度」の第2段階・第3段階の対象者を欠いた。

第二に、未成年患者の比率は本調査(38.8%)では全国調査(70.6%)⁶⁾に比べて有意に低かった。障害があると認定される患者数を推計するには、重症度だけでなくPID患者の全国平均と年齢の偏りが多くない疫学調査が望ましい。

認定基準を作成するために、患者数の少ない疾患について何例の検証が必要かは今後の課題である。国際免疫学会連合の定義によるとPIDには約400の疾患が含まれる。しかし、全国調査⁶⁾では31疾患の患者数が84%を占め、患者数が1%以上を占めたのは14疾患であった。本調査の対象疾患数は16で全国調査での患者数上位5疾患のうち4疾患を含んだ。これらのことから、本調査の対象疾患数は少ないものの患者数の多い疾患は漏らしていないと推測される。

E. 結論

PID患者について医師が判断した「生活機能制限の程度」と症状・「生活の困難」について選択された項目数の間に有意な差があることが示された。しかし、「生活機能制限の程度」

の分類は、設定した医学的指標(検査値が正常範囲外であることと症状・「生活の困難」項目数の合計)との対応は42.5%であった。PID患者の「生活機能制限の程度」を判定するには、疾患特性にあわせた単一の検査基準値だけでなく、HIVの障害認定基準と同様に、症状・「生活の困難」に加えて、複数の医学的検査値を採用すること、症状と「日常生活の困難」については患者から丁寧に聞き取りをすること、例外に対する基準を設定する必要があると考えられた。

F. 引用文献

1. PID つばさの会会報. 10号, 2011.
2. PID つばさの会会報. 5号, 2009.
3. 欧州製薬団体連合会(EFPIA Japan) バイオロジクス委員会血液製剤部会. PID患者の受診環境並びにQOLの実態調査. 2019.
4. 厚生労働省. 身体障害者障害程度等級表(身体障害者福祉法施行規則別表第5号).
5. 厚生労働省. 身体障害認定基準. 平成15年.
6. Ishimura, M. et. Al. Nationwide survey of patients with primary immunodeficiency diseases in Japan. J. Clin. Immunol. 31:968-976, 2011.

表 1 - 1 HIV 認定基準と PID 認定基準案における検査値関連項目の比較 (1 級)

HIV 認定基準	PID 認定基準についての患者団体系
ア 等級表 1 級に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいいます。	ア 等級表 1 級に該当する障害は、原発性免疫不全症候群と確定診断され、(ア)から(カ)のいずれかに該当し、かつ a または b がみられるものをいう。なお認定後に造血幹細胞移植や遺伝子治療等により下記基準を満たさなくなった場合には認定を取り消す。
(ア)CD4 陽性 T リンパ球数が 500/μl 以下で、アの項目(a~l)のうち 6 項目以上が認められるもの。	(ア) CD4 陽性 T 細胞が 500/μL 以下あるいは重度の機能異常がある
(イ)CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、アの項目(a~l)のうち a から d までの 1 つを含む 6 項目以上が認められるもの。	(イ) 好中球数が 500/μL 以下あるいは貪食能もしくは殺菌能の低下がある
	(ウ) NK 細胞、単球あるいは樹状細胞の数的低下あるいは機能的異常(キラー活性の低下もしくは抗原提示機能不全)がある
	(エ) 血小板数が 5 万/μL 以下
	(オ) 治療前の IgG 値、IgG サブクラス値、あるいは IgA 値の標準値以下または抗体産生不全
	(カ) 先天性補体成分の欠損
a 白血球数について 3,000/μl 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く	
b Hb 量について男性 12g/dl 未満、女性 11g/dl 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く	
c 血小板数について 10 万/μl 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く	
d ヒト免疫不全ウイルス RNA 量について 5,000 コピー/ml 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く	
	a 入院治療を必要とする細菌、真菌、ウイルスなどの微生物による重症感染症を年間 6 回以上おこす。(補充療法 2-3 週間間隔)
(イ)回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。	b 感染症、癌、自己免疫疾患など合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態である。

: e~l は、症状・「生活の困難」の内容に相当する。

表 1 - 2 対象者の診断名

カテゴリー	診断名	度数	例数	割合 (%)
複合免疫不全症	X連鎖重症複合免疫不全症	2	5	6.3
	その他の複合免疫不全症	2		
	11q 欠損症	1		
免疫不全を伴う特徴的な症候群	ウイスコット・オルドリッチ症	3	17	21.5
	高IgE 症候群	14		
液性免疫不全を主とする疾患	X連鎖無ガンマグロブリン血症	11	42	53.2
	分類不能型免疫不全症	23		
	高IgM症	4		
	APDS type	1		
	その他の液性免疫不全を主とする疾患	3		
免疫調節障害	X連鎖リンパ増殖症	2	5	6.3
	その他の免疫調節障害	3		
原発性食細胞機能不全症および欠損症	慢性肉芽腫症	5	5	6.3
自然免疫異常	免疫不全を伴う無汗性外胚葉形成異常症	1	4	5.1
	慢性皮膚粘膜カンジダ症	3		
先天性補体欠損症		0	0	0
わからない		1		1.3
	合計	79		

欠損値

1

表 1 - 3 原発性免疫不全症のための通院頻度

頻度	人
1週間に1度	2
2週間に1度	8
3週間に1度	6
4 - 5週間に1度(1か月に1度)	39
2か月に1度	16
3か月に1度	6
4か月に1度	0
5か月に1度	0
6か月に1度	0
定期通院は必要なし	1
その他	2
NA	0
合計	80

表 1 - 4 難病および障害サービスの利用状況

患 4		医 3			
		合 計	第 1 段 階	第 4 段 階	第 5 段 階
	小児慢性特定疾患の医療費助成（現在または過去）	38	1	9	28
	特定疾患の医療費助成	42	3	10	29
	特定求職者雇用開発助成金	0	0	0	0
	障害者トライアル雇用事業	0	0	0	0
	障害者雇用安定助成金（障害者職場定着支援コース）	0	0	0	0
	難病患者就職サポーター	1	0	1	0
	総合支援法によるサービス （下のうちどれかひとつでも選択したもの）				
	重度障害者等包括支援	0	0	0	0
	重度訪問会議	0	0	0	0
	療養介護	0	0	0	0
	生活介護	1	0	1	0
	居宅介護	2	0	2	0
	就労移行支援	0	0	0	0
	共同生活介護	0	0	0	0
	就労継続支援 A 型	1	1	0	0
	就労継続支援 B 型	0	0	0	0
	宿泊型自立訓練	0	0	0	0
	自立訓練（生活訓練）	0	0	0	0
	自立訓練（機能訓練）	0	0	0	0
	施設入所支援	0	0	0	0
	行動援護	0	0	0	0

短期入所	1	0	1	0
共同生活援護	0	0	0	0
同行援護	0	0	0	0
地域移行支援	1	0	1	0
地域定着支援	0	0	0	0
短期入所計画相談支援	0	0	0	0
その他	2	0	0	2
障害支援区分	1	0	1	0
身体障害者認定（肢体不自由）	4	0	4	0
身体障害者認定（視覚障害）	0	0	0	0
身体障害者認定（聴覚障害）	0	0	0	0
身体障害者認定（呼吸機能障害）	2	0	0	2
身体障害者認定（心臓機能障害）	0	0	0	0
身体障害者認定（腎臓機能障害）	0	0	0	0
身体障害者認定（小腸機能障害）	0	0	0	0
身体障害者認定（ぼうこう・直腸機能障害）	0	0	0	0
身体障害者認定（肝臓機能障害）	0	0	0	0
年金法による障害年金	7	0	4	3
療育手帳（愛の手帳）	4	0	3	1
精神保健手帳	1	0	1	0
自立支援医療助成（精神）	1	0	0	1

表 1 - 5 WHO-DAS の回答

	非常 にあ ては まる	やや あて はま る	あま りあ ては まら ない	あて はま らな い	NA	合計
病気のために、家事（家の手伝い）をできない	5	16	4	48	7	80
病気のために、偏見・差別にあう	7	11	15	41	6	80
病気のために、地域活動で、できないことがある（例：お祭り、町内会の分担、その他の活動、PTA 活動）	10	15	10	39	6	80
病気のために、友人・同僚との交流に制限がある	7	19	9	39	6	80
病気のために、家族・親戚と一緒にいるあなたの活動に制限があった（例：旅行などの余暇活動、学校行事への参加、宗教的活動など）	10	17	11	37	5	80
あなたの介助のために、家族が仕事・学校を休むことがある	28	16	6	27	3	80
病気のために、感情的に影響を受ける	14	21	21	21	3	80
病気のために、あなたやあなたの家族に、経済的損失をもたらした	23	23	19	13	2	80

表 2 - 1 機能制限の程度

段階		人数	(%)
1-1	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である (在宅で、ほとんど寝たきりである)	0	
1-2	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である (ほとんど入院である)	3	3.8
2	免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されている。 (外出はできない。付き添いありで何とか外来受診できる。)	0	
3	免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されている。 ただし、社会での日常生活のみが著しく制限されている 場合は除く(家庭内の軽作業に限られる。外来に来ると 後が辛い。)	0	
4	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 限されている(合理的配慮なしには働くことは困難。体調 に合わせて外出することはできる。)	17	21.3
5	通学通勤をほぼ達成している	59	73.8
合計		80	100

表 2 - 2 対象者の就労状況(20歳以上)

患 1		合計	第 1 段階	第 4 段階	第 5 段階
仕事有	常勤	15	0	3	12
	非常勤	6	0	3	3
	自営その他	11	3	2	6
仕事なし	通学	3	0	0	3
	家事	5	0	1	4
	その他	5	0	2	3
	合計	49	3	11	31

表 2 - 3 対象者の婚姻状況

患 1 ②④	合計	第 1 段階	第 4 段階	第 5 段階
未婚	18	1	4	13
既婚	18	1	3	14
離別・死別	1	0	1	0
NA	1	0	1	0
合計	38	2	9	27

表 2 - 4 入院日数

		第 1 段階	第 4 段階	第 5 段階
重症感染症による入院日数は 1 年間に何日くらいですか？	最大と最小の平均値の平均	62.5	13.9	18.5
重症感染症による入院日数は 1 年間に何日くらいですか？	最大と最小の中央値の平均	62.5	13.5	7.5
表 1 のような感染症での治療日数は 1 年間に何日くらいですか（入院日数は除いてください）？	最大と最小の平均値の平均	72.5	34.4	42.0
表 1 のような感染症での治療日数は 1 年間に何日くらいですか（入院日数は除いてください）？	最大と最小の中央値の平均	72.5	14.5	18.5

（表 1）過去 5 年間にあなたがかった感染症に○をつけてください。

気管支炎	肺炎	ニューモシスティス肺炎	アスペルギルス肺炎
その他の真菌肺炎	中耳炎	副鼻腔炎	骨髄炎
ぶどう膜炎	胃炎	腸炎	遷延性下痢症
皮膚炎（アトピー性皮膚炎様の皮膚炎、湿疹等）	蜂窩織炎	肛門周囲炎	ヘルペス（带状疱疹を含む）
膿瘍（部位： ）	膿皮症	皮膚真菌症	化膿性リンパ節炎
腎盂炎	口腔カンジダ症	食道カンジダ症	
その他感染			

表 3-1 「生活機能制限の程度」段階別の症状選択数（医師の回答）

医 2		医 3				
		合 計	第 1 段 階	第 4 段 階	第 5 段 階	NA
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある	1	1	0	0	0
	発症前に比し10%以上の体重減少がある。（成長期においては、発症前に比し体重増加を認めない）	2	1	0	1	0
	月に7日以上の上の不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	1	0	1	0	0
	1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある	3	2	1	0	0
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	0	0	0	0	0
	頻回に繰り返す感染症の既往がある	34	1	9	24	0
	生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	4	1	2	1	0
	軽作業を越える作業の回避が必要である	5	2	3	0	0
	睡眠障害を伴う咳が月に7日以上ある	0	0	0	0	0
	か までが6個以上選択されている	1	1	0	0	0
	か までが3個以上選択されている	1	1	0	0	0
	か までが1個以上選択されている	41	3	13	25	0

表 3-2 「生活機能制限の程度」段階別の「生活の困難」選択数（医師の回答）

医 2		医 3				
		合 計	第 1 段 階	第 4 段 階	第 5 段 階	NA
	人が集まる場所に行けない	5	2	2	1	0
	公共交通機関を利用できない	1	1	0	0	0
	カビ全般に警戒しなければならないため、周囲の環境に厳重に注意しなければならない	18	1	4	13	0
	公共のプールは入れない	17	1	6	10	0
	温泉施設等には入れない	17	1	6	10	0
	旅行に行けない	3	1	2	0	0
	その他	7	1	4	2	0

その他の自由記述

- ・ 2018 年死亡
- ・ 両側股関節膝関節人工関節置換術後（2004~2005）
- ・ X 脚（生理的範囲）気をつけの姿勢のとき注意する
- ・ 大腿骨頭壊死あり、松葉杖が必要
- ・ 専門に通っていましたが、移植なしでは資格取得は困難と考えられた。
- ・ シナジス、ハイゼントラ投与中（筆者注：感染症対策と推測される）
- ・ 全粥

表 3 - 3 生活の困難（患者と医師の回答の差）

患 2		合計	患者 医師 共に 選択	患者 のみ 選択	医者 のみ 選択
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある	78	1	15	0
	発症前に比し10%以上の体重減少がある。(成長期においては、発症前に比し体重増加を認めない)	78	1	8	1
	月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	78	1	3	0
	1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある	78	2	10	1
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	78	0	1	0
	頻回に繰り返す感染症の既往がある	78	16	10	17
	生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	78	4	14	0
	軽作業を越える作業の回避が必要である	78	3	9	2
	睡眠障害を伴う咳が月に7日以上ある	78	0	7	0
	人が集まるところに行けない	78	3	10	2
	公共交通機関を利用できない	78	0	6	1
	カビ全般に警戒しなければならないため、周囲の環境に厳重に注意しなければならない	78	8	10	16
⑳	公共のプールは入れない	78	6	11	11
㉑	温泉施設等には入れない	78	6	7	11
㉒	旅行に行けない	78	2	5	1
㉓	その他	102	0	24	7

表3 - 4 「生活の困難」の自由記述（患者の回答）

	その他(自由記述:適宜分類)
1	手洗い・うがい
2	かぎられた生活しかできませんので本当この中ではかききれません。ただ一つだけ、口の中のハミガはかならずやらないと自分の中でゆるせません。
3	・プールに入れない ・土あそびができない ・動物園は行けない
4	・人混みに行くときはマスクをする。 ・あまりきたくない所は行かない。 ・動物は飼わない。動物園は避ける。
5	小児交互性片麻痺でもあるため、寝たきりで、呼吸器使用のため、1人の外出はありません。ケイレン発作の心配があり、人の集まる所、公共交通機関、プール、温泉、旅行は怖くて行けません。もちろん、感染も気になるので。
6	・紫外線をあびすぎないように気をつけること
7	・感染予防の徹底 ・突然の脱力と倦怠感があるため入浴等は介助が必要
8	夏でも屋外ではマスク着用 飲食店は全席禁煙の店しか入れない 登山、長距離走、水泳等肺に負担のかかる運動は避ける
9	・水道水はそのまま(3口までならOK) 水道管にいる菌のため ・動物にちかづかない。動物の体やふんなどにいる菌にふれない様にする ・マスクを1日中つける。風や土にいる菌をすったりしない様につける
10	皮膚を清潔に保ち、保湿する
11	呼吸困難のため歩行による移動に多大な時間を要する
12	水道水飲水禁止 生食禁止 学校生活においてプール、マット運動や落ち葉集めなど感染機会のある活動の禁止
13	紫外線に当たらないように・人ゴミの多いところに行かないように・水遊び土遊び禁止・保育園に行けない
14	垢に気を付ける、土をさわらない、紫外線から身体を守る
15	風邪など早めに薬を飲んで、長引かせないようにする。
16	日焼けに注意
17	CRPが高くなり、抗生物質を服用して、体調管理をしている。
18	遊ぶときに土いじりできるだけやらない。
19	・グレープフルーツ禁・ドライフルーツ禁
20	食べ過ぎ、飲みすぎに気をつける
21	学校での土をさわる活動(草むしりや土いじり)はできるだけしない。
22	腹腔内膿瘍のopeを20年程前に行ってから、腸の調子が悪い。(当時の担当医はごまかし続けていた)それまでの食生活と一部変わってしまった。
23	医師から、「抗生物質の利かない感染症にかからない様にする」と指導あり。
24	人混みをさげ、消費期限の近いものや切れているものは食べない

表 3-5 「生活機能制限の程度」と症状・「生活の困難」の選択項目数の関係（医師の回答）

		医 2 - の選択数								
		0個 %	1個	2個	3個	4個	5個	6個	11個	合計
医 3	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（在宅で、ほとんど寝たきりである）	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（ほとんど入院である）	0	1 33.3	0	1 33.3	0	0	0	1 33.3	3
	免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されている。（外出はできない。付き添いありで何とか外来受診できる。）	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されている、ただし、社会での日常生活のみが著しく制限されている場合は除く（家庭内の軽作業に限られる。外来に来ると後が辛い。）	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	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ている（合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。）	3 17.7	7 41.2	1 5.9	1 5.9	2 11.8	2 11.8	1 5.9	0	17
	通学・通勤をほぼ達成している。	22 37.3	24 40.7	5 8.5	6 10.2	2 3.4	0	0	0	59
	その他（具体的にご記入ください）	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	無回答	0	0	0	1	0	0	1	1	1

医 3 の包括的評価において日常生活の制限の程度が強くなるほど、医 2 - の症状数が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、 $p < .0001$ となり統計的に高度に有意な差が検出された。

表 3 - 6 「生活機能制限の程度」別の医学的指標（検査値、症状・「生活の困難」の項目選択数）

医 1	合計	第 1 段階	第 4 段階	第 5 段階
から のどれかが異常値 + 医 2 - が 6 項目以上	0	0	0	0
から のどれかが異常値 + 医 2 - が 3 - 5 項目	0	0	0	0
から のどれかが異常値 + 医 2 - が 1 - 2 項目	29	2	9	18
から のどれかが異常値 + 医 2 - が 0 項目	28	0	3	25
合計	57	2	12	43

表3 - 7 「生活機能制限の程度」と症状項目の選択数の関係（医師の回答）

			医2 - の選択数				
			0個	1個	2個	6個	合計
医3	1-1	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（在宅で、ほとんど寝たきりである）	0	0	0	0	0
	1-2	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（ほとんど入院である）	0	2(66.7%)	0	1(33.3%)	3
	2	免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されている。（外出はできない。付き添いありで何とか外来受診できる。）	0	0	0	0	0
	3	免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されている、ただし、社会での日常生活のみが著しく制限されている場合は除く（家庭内の軽作業に限られる。外来に来ると後が辛い。）	0	0	0	0	0
	4	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ている（合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。）	4(23.5%)	10(58.8%)	3(17.7%)	0	17
	5	通学・通勤をほぼ達成している。	34(57.6%)	24(40.7%)	1(1.7%)	0	59
		無回答	0	0	0	1	1

医3の包括的評価において日常生活の制限の程度が強くなるほど、医2 - の症状数が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、 $p < .0001$ となり統計的に高度に有意な差が検出された。

表 4 - 1 「生活機能制限の程度」と合併症の有無の関係（患者の回答）

			患 1				
			合併症有	合併症無	不明	N A	合計
医 3	1-1	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（在宅で、ほとんど寝たきりである）	0	0	0	0	0
	1-2	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（ほとんど入院である）	2(66.7%)	0	1	0	3
	2	免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されている。（外出はできない。付き添いありで何とか外来受診できる。）	0	0	0	0	0
	3	免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されている、ただし、社会での日常生活のみが著しく制限されている場合は除く（家庭内の軽作業に限られる。外来に来ると後が辛い。）	0	0	0	0	0
	4	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ている（合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。）	4(23.5%)	5	6	2	17
	5	通学・通勤をほぼ達成している。	10(16.9%)	29	14	6	59
		無回答	0	1	0	0	1

医 3 の包括的評価において日常生活の制限の程度が強くなるほど、患 1 の合併症ありの割合が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、 $p=0.019$ （不明または NA の症例は除く）となり統計的に有意な差が検出された。

表 4 - 2 「生活の機能制限の程度」と感染症の有無の関係（患者の回答）

			患 1		
			感染症 有	感染症 無	合 計
医 3	1-1	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（在宅で、ほとんど寝たきりである）	0	0	0
	1-2	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（ほとんど入院である）	2(100%)	0	2
	2	免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されている。（外出はできない。付き添いありで何とか外来受診できる。）	0	0	0
	3	免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されている、ただし、社会での日常生活のみが著しく制限されている場合は除く（家庭内の軽作業に限られる。外来に来ると後が辛い。）	0	0	0
	4	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ている（合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。）	0	9	9
	5	通学・通勤をほぼ達成している。	2(5.1%)	37	39
		無回答	0	1	1

医 3 の包括的評価において日常生活の制限の程度が強くなるほど、患 1 の感染症ありの割合が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、 $p < .0001$ （不明または NA の症例は除く）となり統計的に高度に有意な差が検出された。

表 4 - 3 「生活機能制限の程度」と合併症の関係（医師の回答）

			医 1				
			合併症有	合併症無	不明	N A	合計
医 3	1-1	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（在宅で、ほとんど寝たきりである）	0	0	0	0	0
	1-2	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（ほとんど入院である）	3(100%)	0	0		3
	2	免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されている。（外出はできない。付き添いありで何とか外来受診できる。）	0	0	0	0	0
	3	免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されている、ただし、社会での日常生活のみが著しく制限されている場合は除く（家庭内の軽作業に限られる。外来に来ると後が辛い。）	0	0	0	0	0
	4	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ている（合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。）	10(58.8%)	7	0	0	17
	5	通学・通勤をほぼ達成している。	14(23.7%)	45	0	0	59
		無回答	0	0	0	1	1

医 3 の包括的評価において日常生活の制限の程度が強くなるほど、医 1 の合併症ありの割合が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、 $p=0.0006$ となり統計的に高度に有意な差が検出された。

表 4 - 4 「生活機能制限の程度」と感染症の関係（医師の回答）

			医 1		
			感染症有	感染症無	合計
医 3	1-1	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（在宅で、ほとんど寝たきりである）	0	0	0
	1-2	免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能である（ほとんど入院である）	0	3	3
	2	免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されている。（外出はできない。付き添いありで何とか外来受診できる。）	0	0	0
	3	免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されている、ただし、社会での日常生活のみが著しく制限されている場合は除く（家庭内の軽作業に限られる。外来に来ると後が辛い。）	0	0	0
	4	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ている（合理的配慮なしには働くことは困難。体調に合わせて外出することはできる。）	0	17	17
	5	通学・通勤をほぼ達成している。	3(5.17%)	55	58
		無回答	0	0	1

医 3 の包括的評価において日常生活の制限の程度が強くなるほど、医 1 の感染症ありの割合が多くなるかのトレンドを評価したカイ二乗検定の結果、 $p=0.4338$ となり統計的に有意な差は検出されず、またその傾向も認められなかった。

平成 30 年度
厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

分 担 研 究 報 告 書

1型糖尿病患者の生活機能制限と医学的指標の関連に関する研究

研究分担者	西村 理明	東京慈恵会医科大学
研究分担者	川村 智行	大阪市立大学
研究分担者	北村 弥生	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究代表者	飛松 好子	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	今橋久美子	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究協力者	寺島 彰	日本障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	山田 英樹	国立障害者リハビリテーションセンター研究所

研究要旨：本研究では、1型糖尿病患者の生活実態の把握と生活機能制限と医学的指標（Cペプチド値）に安定した関係性が見出せるか否かを明らかにすることを目的とする。

東京慈恵会医科大学糖尿病科および大阪市立大学小児科で1型糖尿病と診断された成人患者に対する質問紙法による調査を設計した。患者の医学的検査値等に関しては担当医師から回答を得る予定である。対象者数は200を見込んでいる。

A．研究目的

平成26年第185回国会では、「膵臓機能欠損症（1型糖尿病）の子供の総合対策に関する請願」では、以下の3点が要望され、採択された。

膵臓機能欠損症（1型糖尿病）患者を膵臓機能障害として身体障害者福祉法施行令の対象者（内部機能障害）に認定すること。

膵臓機能欠損症（1型糖尿病）患者の生

活実態の全国調査を実施すること。

膵臓機能欠損症（1型糖尿病）の疫学調査研究班をつくること。

このうち、本分担研究では、
について検討することとした。

と対応しては、すでに、循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「1型糖尿病の実態調査、客観的診断基準、日常生活・社会生活に着目した重症度評価の作成に関する研究」（研究代表者：田嶋

尚子(慈恵医大)平成28~29年度)が実施され、以下の成果が得られた¹⁾。

小児・成人共に1型糖尿病の血中Cペプチド(CPR)値は、ケトosis傾向では0.6ng/ml未満、インスリン分泌の枯渇では0.1あるいは0.2ng/ml未満であった。

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)²⁾を活用して、1型糖尿病の有病者数(小児成人あわせて)117,363名、インスリン分泌が枯渇した1型糖尿病の有病者数92,280名と推算された。

全国8医療機関で診断された成人1型糖尿病患者308名を対象とした質問紙法による調査では、教育歴、就労への1型糖尿病の影響、収入、医療費、結婚への糖尿病の影響、HbA1c値、1日のインスリン量と頻度、低血糖の経験、人生観についてデータを得た³⁾。

しかし、調査対象者に関して、担当医師による生活状況に関する情報とCPR値を欠いていた。そこで、本研究では、患者から得た生活機能制限の実感と担当医師から得た客観的な検査値や重症度の判断に関係性があるか否かを明らかにすることを目的とする。障害と認定する場合には、公平性を担保するために、医師による客観的な指標が必要だからである。

B. 研究方法

東京慈恵会医科大学糖尿病科および大阪市立大学小児科で1型糖尿病と診断さ

れた成人患者を対象とし、担当医師を介して質問紙法による調査を設計した。対象者数は200を見込んでいる。

調査項目は、医学的指標、生活機能制限、社会生活の制約経験、利用している福祉サービスとした。医学的指標に関しては担当医師からCPR値、HbA1c値等を得る予定である。

患者用調査項目のうち「就労」(問3)と「幼稚園・保育園・学校」(問5)は先行研究³⁾⁴⁾を参考にした。問4では難病および障害に関するサービスの使用状況を聴き、問2では社会生活の制約経験に関してWHO-DASから8項目を採用した。

医師用の調査項目は、診断名、医学的指標(検査値、合併症等)、生活機能制限の程度(問2)から構成した。生活機能制限の程度は、身体障害のうち内部障害の程度を示す表現を参考とした。

(倫理審査)

東京慈恵会医科大学と国立障害者リハビリテーションセンターで研究倫理審査を申請し承諾を得た。大阪市立大学では研究倫理審査申請中である。

C. 研究結果と考察

資料に調査票を示した。調査票の一部は「原発性免疫不全症候群の生活機能制限と医学的指標に関する研究」(森尾, 2019)⁴⁾と共通とし、疾患間で生活機能制限の程度に応じて、WHO-DASの結果、就学・就労状況の比較ができるように設計した

D. 結論

平成 30 年度に設計した調査を平成 31 年度に実施し、1 型糖尿病患者の生活実態の把握と生活機能制限と医学的指標（CPR 値）に安定した関係性が見出せるかを明らかにする。

E. 引用文献

1. 田嶋尚子ら. 1 型糖尿病の実態調査、客観的診断基準、日常生活・社会生活に着目した重症度評価の作成に関する研究. 平成 29 年度厚生労働科研(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)総合報告書:3-11, 2018.
2. 村松容子. レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の活用状況. 2017. [https://www.huffingtonpost.jp/nissei-](https://www.huffingtonpost.jp/nissei-kisokenkyujyo/ndb-data-practical-use_b_15400314.html)

[kisokenkyujyo/ndb-data-practical-use_b_15400314.html](https://www.huffingtonpost.jp/nissei-kisokenkyujyo/ndb-data-practical-use_b_15400314.html)

3. 西村理明ら. 1 型糖尿病患者(現在 20 歳以上)における日常・社会生活についての調査に関する研究. 平成 29 年度厚生労働科研(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)分担報告書:29-40, 2018.

4. 森尾友宏ら. 原発性免疫不全症候群の生活機能制限と医学的指標に関する研究. 平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業(身体・知的分野)統括・分担研究報告書. 2019.

F. 研究発表 無し

G. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む。) 無し

平成 30 年度
厚生労働行政推進調査事業費
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

分担研究報告書

「平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」における
調査項目修正の結果

研究分担者 北村 弥生（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究分担者 岩谷 力（長野保健医療大学）

研究代表者 飛松 好子（国立障害者リハビリテーションセンター）

研究要旨：本研究では、平成 28 年の「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」における 9 調査項目の修正が、意図通りに結果に反映されたか否かを明らかにすることを目的とする。担当部局より、有効回答 14,249 件（平成 23 年調査）6,997 件（平成 28 年調査）の入力データの提供を得て詳細統計を作成した。その結果、以下が明らかになった。非手帳所持非自立支援給付者の生活機能制限の種類は、平成 23 年には 6 つの設問から 38.3%しか特定されなかったが、平成 28 年には新しく追加した一つの設問により 94%まで明らかになった。「調査票の記入者」の回答率は 6 割から 9 割に増加した。非手帳所持者のうち難病の診断を受けた者の比率は平成 28 年調査では平成 23 年調査の 1.89 倍になった。「一か月当たりの平均収入が 0 円」の記入は増加した。

「一か月当たりの平均支出が 0 円」の記入は増加しなかった。日中生活の選択肢に下位項目を追加した結果、障害児通所施設利用者は顕著に増加した。親による代理記入での誤記は減った。重複障害については、それぞれの障害者手帳取得年齢についての回答を得た。「40 歳以上で療育手帳所持者を取得した」と回答した者から知的障害でない者を除外する試みは意図通りにはならなかった。すなわち、平成 28 年調査における 9 調査項目の修正中 7 項目については目的通りの改善結果を得たと考える。一か月の平均支出で目的通りの改善を得なかったことに対しては、支出についての記録を保管しておくように、調査の一か月前には予告するなどの対策をする必要があると推測された。

A．背景と研究目的

本研究では、「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）の平成 23 年調査結果と平成 28 年調査結果とを比較する。平成 23 年調査は、それまでの身体障害者実態調査と知的障害者基礎調査を

合体し、さらに、対象に精神障害者、障害者手帳を持たない発達障害者、高次脳機能障害者、難病患者などを加えた。短期間で設計されたため、いくつもの課題が指摘された^{1), 2), 3)}。課題のうち、容易に修正可能と考えられた 10 項目が平成 28 年

調査の調査票では変更された。ここでは、無回答率を減らすことと、結果の矛盾を正すことを目標とした。10項目とは以下のとおりであった。調査対象者の生活機能制限を明らかにする。記入者の回答率を上げる。難病者からの回収を増やす資料とするために難病の診断名を確認する。一か月あたりの平均収入の回答率を上げる。一か月あたりの平均収入の回答率を上げる。日中生活の記入にサービス内容が不明なための漏れがないか確認する。親による代理記入での誤記を減らす。65歳以上の療育手帳所持者に高齢化による脳機能の減退が混入しないようにする。重複障害で先行する障害を明らかにする。

本研究では、調査票の変更により、10項目中9項目（～）について意図通りの結果が得られたか否かを明らかにすることを目的に、2つの調査の結果を比較した。

B. 研究方法

厚生労働省担当部局より、23年および28年の「生活のしづらさ等に関する調査」の有効回答14,249件、6,997件の入力データを表計算ソフトエクセル(Microsoft)のデータ形式で提供を受けSPSSにデータを変換し解析した。収入、支出、日中生活活動については、厚生労働省による結果概要^{4), 5)}の値を比較した。調査地区数は23年4,500、平成28年2,400であった。

(倫理面への配慮)

本研究は、公開された統計および調査に関する文献の記載を対象とし、個人情報扱わない。

C. 研究結果と考察

(1) 調査対象者の生活機能制限(表1, 2)

平成23年調査においては「非手帳所持自立支援非受給者」の生活機能制限が何かを容易に示す設問はなかった。調査対象者として想定した発達障害、高次脳機能障害、難病、知的障害の診断があると回答した者はあわせて11.7%に過

ぎなかった。自立支援給付受給者、「過去6か月に身体及び精神の不調がある者」のうち原因を精神疾患と回答した者(23.4%)を合わせても38.3%であった。介護保険サービスと自立支援法サービスの利用者と利用希望者を加えて57.1%となった。さらに、障害者手帳を所持しない理由で、「程度が基準に達しない」「種類が基準にあわない」「申請中・準備中」をあわせた618名を含めて70.9%となった。残りの1,308名のうち自由記述を記載した136名については、「障害ではない」「経済的な不安」を含めて「生活のしづらさ」の理由が推測できた。最終的に、対象者(有効回答者)の26.2%で「生活のしづらさ」が判明しなかった³⁾。

そこで、28年調査では、23年調査における調査対象の条件を設問に取り入れた(問2)。この条件は、国連障害統計のワシントングループ会議の指標を参考に作成されていた。ただし、紙面の制約から、選択肢はワシントングループが推奨する4段階でなく2段階とした。その回答から、障害者手帳非所持自立支援給付非受給1997名中1486名74.4%の生活機能制限は明らかになった(表2)。生活機能制限は、多い順に、「歩行・階段昇降」65.4%、「外出」44.9%、「記憶・集中」41.4%、「聴覚」41.3%、「微細運動」39.2%、「疲労・しびれ・痛み」37.0%であった(複数回答あり)。

表1 障害者手帳非所持で自立支援給付非受給者の属性

28年調査	人数	%
調査対象総数	6997	100.0
障害者手帳非所持者総数	2287	32.7
自立支援給付	290	4.1
自立支援給付なし	1997	28.5
a-m(表2)のどれか	1486	21.2
a-m無記入	511	7.3
n その他(自由記述あり)	82	1.2
n 記入無(自由記述あり)	7	0.1
n 記入無(自由記述なし)	422	6.0

表2 手帳非所持で自立支援給付非給付者の生活機能分類内訳(問2の選択肢から)

	WG 記号	人数	%
総数		1486	100
a. 眼鏡などを使っても見えにくい	SS1	391	26.3
b. 音や声が聞こえにくい	SS2 ¹	614	41.3
c. 歩いたり、階段を上り下りすることが難しい	SS3	972	65.4
d. 思い出すことや集中すること、新しいことを覚えることが難しい	SS4	616	41.5
e. お風呂に入ったり、衣服を着たりといった身の回りのことを一人でするのが難しい	SS5	464	31.2
f. 話し言葉を使って、自分の考えや気持ちを伝えたり、相手の話を聞いて理解するのが難しい	SS6	280	18.8
g. 物を持ち上げたり、小さなものをつまんだり、容器の蓋を開けたり閉めたりすることが難しい	US2	583	39.2
h. いつも疲れているように感じたり、力が入らなかったり、しびれ、いたみが続いたりする	TIRED1, PAIN1	550	37.0
i. お金の管理や日常の意思決定が難しい		399	26.9
j. 幻覚、妄想、そううつ、けいれん、薬物などの依存、その他精神障害がある		143	9.6
k. 子どものころから対人関係がうまくいかない。ひとつのことに強いこだわりがありやめられない、字の読み書きのみ学習に困難があった、気が散ることが多く同じミスを繰り返す、子どものころ急にとびだすなどの行動があり、現在も衝動性が強い		59	4.0
l. 外出(通勤、通学、余暇活動、行事)が難しい		667	44.9
m. 児童(18歳未満)の場合、発達状況などから見て、特別の支援や配慮を必要としている		38	2.6
n. その他		335	22.5
無回答		429	28.9

1:ワシントングループの指標では、「補聴器などを使用しても」

さらに、問2の自由記述は89名からあり、50名の回答は選択肢a~mに再分類できた。その他の内訳は、病気19名、非該当8名、老化6名、高齢独居2名、要介護2以上1名、分類困難2名であった(表3)。

ここまでで、生活機能制限が特定できなかった回答者422名6.0%の再分類は、日常生活に関する介助の必要性(問11)・要介護度(問2(1))、自由記述(問31)への回答により行った。その結果、223名は問2の選択肢a~mに再分類され、生活機能制限が特定できなかった回答者は125名(有効回答数の1.7%)まで絞り込めた(表3)。

表2のWG列には、ワシントングループが作成した指標の記号を示した⁴⁾。選択肢bの聴覚に関する指標は、ワシントングループの指標では文頭に「補聴器などを使用しても」がつくが、23年調査では聴覚障害者団体から「補聴器を付けることを前提としていること」への批判があり削除された。選択肢dも「話し言葉を使って」

が文頭につく。

とされているが、ワシントングループの指標では「通常使っている言語を使って」となっており、「通常使っている言語」には手話も含まれる。このように、選択肢bでも「補聴器を付けることを前提にしている」わけではない。選択肢dには「補聴器を付けても」を追加し、選択肢fは「通常使っている言語を使って」に変更することが望ましいと筆者は考える。

表3 問2でa~mを選択しなかった回答の再分類

	合計	a~mに再分類	病気	老化	要介護2以上	高齢独居	非該当	分類困難	不明
n その他(自由記述有)	82	49	19	6	1	2	2	3	0
n 記入無(自由記述有)	7	1	0	0	0	0	6	0	0
n 記入無(自由記述無)	422	223	54	1	3	0	7	0	125

(2) 記入者(本人記入・代筆・代理記入)
「調査票の記入者」の回答結果は公開されて

いないが、平成23年調査では「不詳」が33.6%であった。そこで、平成28年調査では「調査票の記入者」項目に設問番号を付加したところ、「不詳」は6.1%に減少した(表4)。

表4 調査票への記入者

	23年		28年	
	人数	%	人数	%
本人が自身で記入	4400	30.9	3407	48.7
本人の意思を代筆で記入	2213	15.5	1596	22.8
家族や介助者が本人の意思を汲み取って代わりに記入	2849	20.0	1566	22.4
無回答	4781	33.6	428	6.1
合計	14243	100.0	6997	100.0

(3) 回答者の属性(表5)

表5に、障害種類別に回答者数と全回答者数中の比率を、平成23年調査、平成28年調査について示した。平成28年調査で比率が変化したのは変化率が大きい順に「非手帳所持者のうち難病の診断を受けた者」(1.89倍)、「聴覚障害4級」(1.45倍)、「障害者手帳なし発達障害」(1.30倍)、「四肢マヒ」(0.64倍)であった。9障害種別等級で比率の変化が3割以上あったが、そのうち、上記以外の5障害種別等級は回答総数が21以下であり増減の議論はできないと考えられた。

表5 調査対象者の障害種別等級内訳

	23年 人数	%	28年 人数	%	28年比率 /23年比率
全データ数	14243	100	6997	100	1.00
障害者手帳なし難病	190	1.33	176	2.52	1.89
障害者手帳なし発達障害	146	1.03	93	1.33	1.30
障害者手帳なし高次脳機能障害	200	1.40	75	1.07	0.76
視覚障害					
1級	216	1.52	91	1.30	0.86
2級	185	1.30	89	1.27	0.98
3級	64	0.45	21	0.30	0.67
4級	63	0.44	20	0.29	0.65
5級	67	0.47	24	0.34	0.73
6級	47	0.33	16	0.23	0.69
聴覚障害					
2級	186	1.31	85	1.21	0.93
3級	84	0.59	35	0.50	0.85
4級	100	0.70	71	1.01	1.45
6級	192	1.35	75	1.07	0.80
肢体不自由上肢と肢体不自由下肢がどちらも1または2で、肢体不自由以外なし(体幹と脳原性運動機能障害は問わず)	229	1.61	72	1.03	0.64
肢体不自由上肢が1または2以外で、肢体不自由下肢が1または2、肢体不自由以外なし(体幹と脳原性運動機能障害は問わず)	215	1.51	95	1.36	0.90
18歳未満に障害が発生し、脳原性運動機能障害上肢と脳原性運動機能障害移動がどちらも1または2	14	0.10	8	0.11	1.16
心臓機能障害のみ					
1級	534	3.75	274	3.92	1.04
3級	140	0.98	50	0.71	0.73
4級	100	0.70	44	0.63	0.90
呼吸器機能障害のみ					
1級	27	0.19	8	0.11	0.60
3級	46	0.32	22	0.31	0.97
4級	14	0.10	6	0.09	0.87

じん臓機能障害のみ	1級	259	1.82	122	1.74	0.96
	3級	8	0.06	9	0.13	2.29
	4級	14	0.10	1	0.01	0.15
ぼうこう・直腸機能障害のみ	1級	5	0.04	2	0.03	0.81
	3級	14	0.10	9	0.13	1.31
	4級	135	0.95	70	1.00	1.06
小腸機能障害のみ	1級	1	0.01	0	0.00	0.00
	3級	1	0.01	0	0.00	0.00
	4級	7	0.05	2	0.03	0.58
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 (他の障害問わず)	1級	7	0.05	2	0.03	0.58
	2級	2	0.01	3	0.04	3.05
	3級	4	0.03	1	0.01	0.51
	4級	2	0.01	0	0.00	0.00
肝臓機能障害のみ	1級	8	0.06	7	0.10	1.78
	2級	0	0.00	0	0.00	
	3級	1	0.01	1	0.01	2.04
	4級	0	0.00	2	0.03	
身体・精神がなく知的障害あり	A	306	2.15	163	2.33	1.08
	B	508	3.57	356	5.09	1.43
身体・知的がなく精神障害あり	1級	127	0.89	61	0.87	0.98
	2級	509	3.57	292	4.17	1.17
	3級	193	1.36	122	1.74	1.29
精神または知的障害で発達障害あり		489	3.43	285	4.07	1.19
精神または知的障害で発達障害なし		1207	8.47	729	10.42	1.23

平成23年度調査では、障害者手帳非所持者の中で「難病と診断されたことがある者」「発達障害と診断されたことがある者」の回答数が少ないことが指摘された^{1),2),3)}。回答数を増やすために有効と提案した調査票の広報・配布方法の変更は実現できなかったが、「難病と診断されたことがある者」「発達障害と診断されたことがある者」の回答数は28年調査では増加した理由を裏付けるデータはないは、調査の認知が広がったためと推測される。

「難病と診断されたことがある」と回答した者に対して診断名の記入を新たに求めた。

難病の疾患名は698名から記載された。上位から7疾患282名40%の障害者手帳所持と自立支援給付状況を表5に示した。手帳所持状況・自立支援給付利用状況により、回答された疾患名の比率には違いがあった。また、「難病と診断されたことがない」と回答した者と無回答者の中にも、ここに難病以外の診断名を記載した者が、それぞれ268名、28名あった。

(4) 一か月当たりの平均収入

平成23年調査の結果概要(厚生労働省)⁴⁾では、一か月当たりの平均収入の結果で「不詳」は18歳から64歳では19.6%、65歳以上では23.4%であった。不詳の中には、収入が0であるために記入しなかった場合があると推測し、平成28年調査では「収入がない場合は0とご回答ください」を質問文の最後に追加した。その結果、障害者手帳所持者と自立支援給付受給者では、「0から1万円」の比率が、18歳から64歳では8.2%から19.0%に、65歳以上では1.5%から7.3%に増加した。「不詳」は18歳から64歳では19.6%から9.5%に、65歳以上では23.4%から19.5%に減少した³⁾。

また、平成23年調査では、収入が純所得なのか総所得なのか設問に指定がなかったため、平成28年調査では「住民税や所得税、社会保険料を差し引かれている場合は、差し引かれる前の金額をご回答ください。」と追加した。

(5) 一か月当たりの平均支出
 一か月当たりの平均支出についても収入と同様に、「支出がない場合は0とご回答ください」を質問文の最後に追加したが、障害者手帳所持者と自立支援給付受給者では、「0から1万円」の比率が、65歳以上では0.9%から8.5%に増加したに留まり、18歳から64歳では期待に反して

2.0%から0.4%に減少した^{2), 3)}。「不詳」も65歳以上では22.9%から14.9%に減少したが、18歳から64歳では20.1%から23.7%にわずかに増加した。支出は記録をつけていないと記入が難しいことから、回答率および回答の精度を上げるには、一か月前に調査項目の予告をするなどの対策が必要であると考えられた。

表6 記入された難病名と障害者手帳および自立支援給付の有無

			パー キン ソン 病	膠原 病、全 身性エ リテマ トーデ ス、強 皮症	リ ウ マ チ	潰瘍 性大 腸炎	網膜 色素 変性 症	ペー チエ ット 病	てん かん	その他
手帳あり	難病有	病名有	387	34	20	36	7	31	4	8
		病名無	36							
	難病無	病名有	194							
		病名無	3007							
	無回答	病名有	16							
		病名無	808							
手帳無自立支援給付有	難病有	病名有	12	3	2	0	0	0	0	2
		病名無	2							コーツ病、早期慢性膵炎
	難病無	病名有	14							
		病名無	205							
	無回答	病名有	2							
		病名無	39							
手帳無自立支援給付無	難病有	病名有	219	26	17	12	33	2	6	1
		病名無	11							
	難病無	病名有	30							
		病名無	1157							
	無回答	病名有	6							
		病名無	48							
手帳不詳	難病有	病名有	80	23	11	2	0	1	1	
		病名無	9							
	難病無	病名有	30							
		病名無	394							
	無回答	病名有	4							
		病名無	11							
	合計		6721	86	50	50	40	34	11	11

(6) 日中活動の選択肢

日中活動の選択肢のうち、「障害者のための通所サービスを利用している」「障害児の通所施設に通っている」は、さらに細かい説明がないと記入漏れの可能性があるかと推測し、サービス種別を下位項目として追加した(図1の枠内)。

その結果、障害者手帳所持者と自立支援給付受給者では、障害児通所施設利用者は0.9%から5.7%に増加し、下位項目追加の目的を達成したと考えられた。一方、非手帳所持自立支援非受給者では、障害児通所施設利用者は0.1%から0.2%への変化しかなかった^{5),6)}。

予想に反して、「障害者のための通所サービス」では下位項目を追加しても結果に変化はなかった^{5),6)}。しかし、選択肢の下位項目により、サービス利用内容の詳細が分析できるようになる意味はあると考える。

【日中活動の状況と希望に関する質問です。】

問25 日中 どのように過ごしていますか。あてはまるものすべてに○をしてください。

- 1 正職員として働いている
→ 障害者向け求人に応募したか、あてはまる方に○をしてください。
(はい いいえ)
- 2 正職員以外(アルバイト、パート、契約職員、派遣職員、日雇い等)として働いている
→ 障害者向け求人に応募したか、あてはまる方に○をしてください。
(はい いいえ)
- 3 自営業 をしている(家の仕事を手伝っている)
- 4 障害者のための通所サービスを利用している
→ 利用している通所サービスに○をしてください。
(a 療養介護 b 生活介護 c 自立訓練 d 就労移行支援
e 就労継続支援A型 f 就労継続支援B型
g 地域活動支援センター h 作業所等)
- 5 介護保険の通所サービスを利用している
- 6 病院等のデイケアを利用している
- 7 リハビリテーションを受けている
- 8 学校に通っている
- 9 放課後児童クラブ(学童保育)に通っている
- 10 保育園・幼稚園・認定こども園に通っている
- 11 障害児の通所施設に通っている
→ 利用している通所サービスに○をしてください。
(a 児童発達支援 b 医療型児童発達支援
c 放課後等デイサービス d 保育所等訪問支援)
- 12 社会活動(ボランティア等)を行っている
- 13 家庭で家事、育児、介護等を行っている
- 14 家庭内で過ごしている
- 15 その他 ()

図1 調査票：日中活動

(7) 親による代理記入での誤記

未成年の対象者について、親が代理記入した場合に、年齢・性別・家族構成の回答を、親(30~40歳代の女性)を中心に記載される場合が、特に、対象者数の少ない発達障害の場合に目立った。しかし、誤記が確認されるのは、自由記述に、子どもの年齢・性別が記載される場合に限られる。

平成17年全国知的障害児者基礎調査(厚生労働省)では、調査票の全てのページの欄外に、縦に、枠付きで、「調査対象者についてお答えください」というような文言が記載されていたが、平成28年調査では、記入者についての設問の直後に、「ご本人以外の方が回答を記入される場合は、問2以降はご本人(調査の対象となる方)の状況についてお答えください。(下線は原文通り)を追加した。

この結果、平成28年調査では、障害者手帳非所持で発達障害の診断のある対象者の中に、母親の年齢・性別が記載されたことが、自由記述から確認された回答はなかった。

(8) 重複障害で先行する障害を明らかにする

平成23年生活のしづらさなどに関する調査の新たな特性の一つは、多様な重複障害に関するデータを得たことであった⁶⁾。全国在宅身体障害児者実態調査では複数の身体障害者手帳に加えて療育手帳の有無を聞く設問があり、全国在宅知的障害児者基礎調査には療育手帳所持に加えて療育手帳非所持の知的障害の有無を聞く設問があった。しかし、平成23年生活のしづらさ調査では、複数の身体障害、療育手帳、精神保健福祉手帳、知的障害・発達障害・高次脳機能障害・難病の診断を独立に質問したため、すべての組み合わせを知ることができた。半面、先行する障害と二次的な障害を区別するための設問、あるいは主たる困難を示す障害を知るための設問はなかった。そこで、平成28年調査では、障害者手帳所持の有無を聞く設問で、その手帳を取得した年齢の記入を求めた。

(9) 65 歳以上の療育手帳所持者

平成 23 年調査では、65 歳以上の「療育手帳所持者」で「生活のしづらさが始まった年齢」は 70 歳以降者が 37.1% で最も多かった。軽度の知的障害者が介護保険利用開始あるいは親亡き後に初めて療育手帳を取得する場合もあると推測されるが、「知的障害」「療育手帳」という言葉は一般に馴染みがなく、認知症や脳に関わる疾患と混同された可能性があると考えられた。例えば、「生活のしづらさが始まった年齢」が 60 歳代で、自由記述に「脳梗塞で生活に困難が始まった」という回答があった。

そこで、28 年調査では、療育手帳の所持を聞く設問に「ここでいう知的障害には、高齢になってからの病気や老化による知的な機能の減退は含まれません」「療育手帳とは、知的障害のある方に交付される手帳です」を追加し、「知的障害」以外の回答者を除外しようと考えた。「発達障害」と「高次脳機能障害」については、23 年調査にも設問中に解説があった。

しかし、28 年調査の結果でも、65 歳以上の「療育手帳所持者」で「生活のしづらさが始まった年齢」は 70 歳以上 32.3% で、ほとんど変わらなかった。28 年調査では、療育手帳を初めて取得した年齢も調べており、70 歳以上は 4.6% であった。従って、65 歳以上の回答者に限ると、70 歳以上の療育手帳所持者の比率が高いのは呼称の誤解ともいえない。老年期の療育手帳所持者の実態については、自由記述や機能制限など他の設問への回答も精査する必要があると考える。

表 7 療育手帳取得年齢と「生活のしづらさが生じた年齢」の関係

		療育手帳取得年齢		
		20-39 歳	40-64 歳	65-85 歳
生活のしづらさが	20-39 歳	8	1	0
生じた年齢	40-64 歳	0	28	3
	65-89 歳	1	3	21

療育手帳所持者 764 名については、「生活のしづらさが生じた年齢」と「療育手帳を取得した年齢」は、ほぼ一致した(表 7)。40 歳以上で療育手帳を取得した 159 名のうち自己記入は 75 名であった。そのうち自由記述に記入した 22 名中 13 名では記入内容から知的障害があることが推測されたが、残りの 9 名では知的障害があることが明確にはならなかった。例えば、次のような記入があった。「ストーマ生活、糖尿病、腰の骨粗鬆症等有るため有事の時のことを思うと不安を通りこしどうしてよいかわかりません」

D . 結論

・平成 28 年調査における 9 調査項目の修正中 7 項目については、おおむね、目的通りの改善結果を得た。7 項目とは、以下の通りであった。障害者手帳非所持自立支援非給付者の生活機能制限を明らかにする。「調査票の記入者」の不詳回答を減らす。難病の診断名を明らかにする。収入の不詳回答を減らす。日中生活の記入漏れを防ぐ。親による代理記入での誤記を減らす。重複障害で先行する障害を明らかにする。

・一か月の平均支出で目的通りの改善を得なかったことに対しては、支出についての記録を保管しておくように、調査の一か月前には予告するなどの対策をする必要があると推測する。

・日中生活の選択肢に下位項目を追加しても、「障害者のための通所サービス」の回答率に変化はなかったが、通所サービスの利用内容を詳しく示す意味はあると考える。

・65 歳以上の療育手帳所持者に高齢化による脳機能の減退が混入していないかについては、さらに、他の設問結果の精査が必要と考えられた。

E . 引用文献

1. 岩谷力他. 障害福祉データ利活用に関する研究. 平成 26 年度厚労科研「障害福祉データ利活用

- に関する研究」統括報告書：1-7，2015.
2. 岩谷力他. 障害福祉データ利活用に関する研究. 平成 28 年度 AMED 研究「障害福祉データ利活用に関する研究」最終報告書：1-7，2016.
 3. 北村弥生, 岩谷力. 平成 23 年生活のしづらさ等に関する調査の詳細統計. リハ研究 No.172: 32-35, 2017.
 4. 北村弥生, 江藤文夫. 国連国際障害統計に関するワシントン・グループ会議：第 16 回会議までの成果. 平成 26-28 年度厚労科研「身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究」総合報告書：39-62, 2017.
 5. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部. 平成 23 年生活のしづらさ等に関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果. Pp.118, 2013.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h23.pdf
 5. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部. 平成 23 年生活のしづらさ等に関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果.pp.150, 2019.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf
 6. 高橋競他. 生活のしづらさなどに関する調査の詳細統計の作成準備：国民生活基礎調査との比較. 平成 26 年度厚労科研「障害福祉データ利活用に関する研究」統括報告書：27-39, 2015.
 7. 北村弥生他. 生活のしづらさなどに関する調査の詳細統計の作成準備：全体像の把握と詳細統計作成の構想. 平成 26 年度厚労科研「障害福祉データ利活用に関する研究」統括報告書：9-26, 2015.

F. 研究発表

1) 国内

・学会発表

1. 北村弥生. 障害者数の変遷. 日本特殊教育学会. 大阪. 2018-09.
2. 北村弥生, 今橋久美子, 清野絵, 岩谷力, 飛松好子. 28 年生活のしづらさなどに関する調査（厚

労省）における調査項目修正の効果. 日本リハビリテーション連携科学会. 2019-03.

平成 30 年度
厚生労働行政推進調査事業費
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

分担研究報告書

平成 23 年および平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」
における調査票の配布・回収状況の比較

研究分担者 北村 弥生（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）
研究分担者 今橋久美子（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）
研究分担者 岩谷 力（長野保健医療大学）
研究代表者 飛松 好子（国立障害者リハビリテーションセンター）
研究協力者 清野 絵（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）
研究協力者 山田 英樹（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）
研究協力者 米田 恵子（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究要旨：本研究では、平成 23 年と平成 28 年の「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」（以下、23 年調査、28 年調査）における調査票の配布・回収状況に差があったか否かを明らかにすることを目的とした。担当部局より、配布・回収状況に関する 8 項目のデータの提供を受けて自治体ごとに分析した。その結果、23 年調査に比べて 28 年調査では、調査不能世帯率が 2 割以上増加した自治体（県・政令指定都市・中核都市）は 55.6%であったこと、県・政令指定都市・中核都市では目立たなかった配布・回収状況の幅が、市区町村では大きかったことが明らかになった。例えば、調査世帯員数に対する調査対象者の割合の幅は県・政令指定都市・中核都市では 1.4%～16.5%であったが、市区町村では 0～50%であった。また、調査不能世帯の割合の幅は県・政令指定都市・中核都市では 1.3%～79.9%であったが、市区町村では 0～97.5%であった。

調査対象者のうちの障害者手帳所持者の割合も市町村間で差が大きかった。身体障害者手帳所持率 0%は 34 市区町村（5%）、100%は 31 市区町村（4.6%）、療育手帳所持率 0%は 315 市区町村（46.3%）、100%は 29 市区町村（4.3%）であった。調査不能世帯を減らす対策、調査対象者を適正に抽出する方法の検討が必要と考えられる。

A. 背景と研究目的

本研究では、「生活のしづらさ等に関する調査（厚生労働省）」の配布・回収状況データについて、23 年調査結果と 28 年調査結

果とを比較した。23 年調査は、それまでの全国身体障害者実態調査と全国的障害者基礎調査を合体し、さらに、対象に精神障害者、障害者手帳を持たない発達障害者、

高次脳機能障害者、難病患者などを加え、障害者基本法による障害の概念に基づいた対象さを想定して設計された。調査の名称および調査方法を変更し、調査対象が拡大されたことにより、実施主体となった自治体での混乱が予想されたことから、2回の調査において調査目的にかなった調査票の配布と回収が行われたかを知ることを本研究の目的とした。

B. 研究方法

厚生労働省担当部局より、23年調査および28年調査を実施した都道府県・政令指定都市・中核都市から提出された調査票の配布・回収に関するデータを表計算ソフトエクセル(Microsoft)のデータ形式で提供を受けた。また、28年調査については、市区町村から提出された調査票の配布状況データを紙媒体で入手し、表計算ソフトエクセル(Microsoft)のデータ形式に入力した。データは、エクセルおよびSPSSで解析した。調査地区数は23年4,500、28年調査2,400であった。調査地区は、国勢調査と同じ調査地区から無作為に選択され、一調査地区当たり約50世帯から構成された。

調査対象自治体数を表1に示した。23年調査では、東日本大震災で被災した県・政令指定都市・中核都市(岩手県、宮城県、福島県、仙台市、盛岡市、郡山市、いわき市)は含まれていなかった。

また、政令指定都市1例の担当職員に、調査票の配布の実際の状況について、メールによる調査を行った。

表1 調査自治体数

	23年調査	28年調査
県	44	47
政令指定都市	19	20
中核市	41	47
市区町村	-	723

提供された調査項目を表2に示した。市区町村による配布データでは、このうち(8)調査票回収部数はなかった。

(倫理面への配慮)

本研究は、公開された統計および調査に関する文献の記載を対象とし、個人情報扱わない。

表2 調査票配布・回収データの項目

世帯数	(1)の うち調 査不能 世帯数	世帯 員数	調査 対象 者数	(4)の うち身 体障害 者手帳 所有者 数	(4)の うち療 育手帳 所有者 数	配布 部数	調査 票回 収部 数
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

(8)は県・政令市・中核市のみ

C. 研究結果と考察

(1) 県・政令指定都市・中核都市および市区町村の配布・回収状況の概要(表3)

表3に、回収率、調査対象者率(表1の(2)/(1))、調査対象者率((4)/(3))、身体障害者手帳所有者率((5)/(4))、療育手帳所有者率((6)/(4))、身体障害者手帳と療育手帳所有者の比率((5)+(6))/(4))を、23年調査の県・政令指定都市・中核市、28年調査の県・政令指定都市・中核市、28年調査の市区町村について示した。

ただし、回収率は県・政令指定都市・中核市のみについて示した。

表3 調査票の配布・回収状況

	23年調査 県・政令市・ 中核市	28年調査 県・政令市・ 中核市	28年調査 市町村
	平均値 (幅)	平均値 (幅)	平均値 (幅)
回収率	68.1 (6.1-100.0)	57.0 (19.6-88.0)	-
調査不能世帯率	24.0 (2)/(1) (0.0-64.6)	31.6 (1.3-79.9)	28.0 (0.0-97.5)
調査対象者率	5.7 (4)/(3) (0.1-12.1)	6.1 (1.4-16.5)	6.2 (0.0-50.0)
身体障害者手帳 所持者率	45.1 (21.3-92.9) (5)/(4)	44.4 (17.9-75.1)	44.8 (0.0-100.0)
療育手帳所持者 率(6)/(4)	6.7 (0.0-15.5)	9.0 (0.0-31.8)	9.1 (0.0-100.0)
身体+療育手帳 所持者率	51.8 (0.0-101.2) ((5)+(6))/(4)	53.4 (17.9-96.7)	54.0 (0.0-116.9)

(2) 回収率と調査対象者率

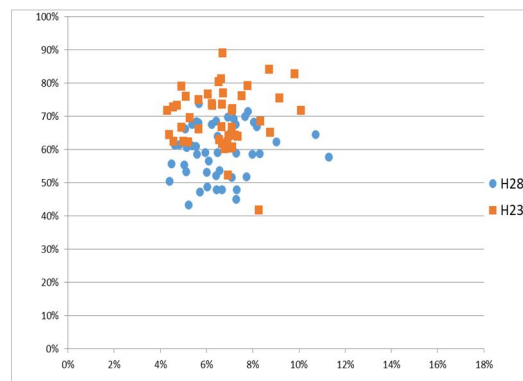
図1と2に、調査票回収率と調査対象者率(配布数/調査地区世帯員数)の関係を示した。回収率は、県単位でも政令指定都市・中核都市単位でも、28年調査では23年調査に比べて全体的に低下した。調査地区の人口に対する調査対象者数(調査票配布す)は、政令指定都市・中核都市単位では、28年調査では23年調査に比べて全体的に増加した。

(3) 調査不能世帯率

県・政令指定都市・中核都市の調査不能世帯率について、28年調査で23年調査と比べて2割以内の増減であった自治体

は28(28.3%)、2割以上の増加は55自治体(55.6%)、2割以上の減少は16自治体(16.2%)であった。

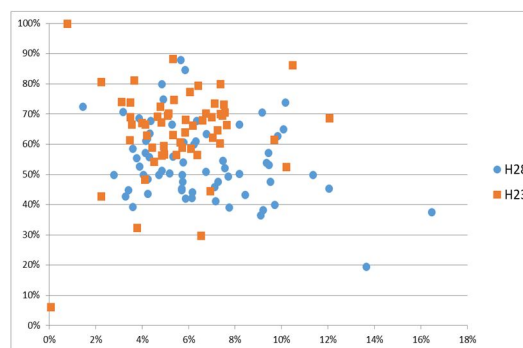
回収率



調査対象者率

図1 都道府県の回収率と調査対象者率の変化 (H23調査とH28調査)

回収率



調査対象者率

図2 政令指定都市・中核都市の回収率と調査対象者率の変化 (H23調査とH28調査)

政令指定都市の担当者への調査では、調査不能世帯の理由は「不在」「オートロックで一棟全体が立ち入りできないマンション」と回答された。今後も都市化により調査不能世帯が増加することが懸念される。

28年調査では、調査不能世帯率0%は82市区町村(12.1%)であった一方、80%以上も少数ながら5市区町村(0.5%)あった。

調査不能世帯率 70%以上は 21 市区町村 (3.1%)で、そのうち東京都内は 10 市区であった。

(4) 回収率

県・政令指定都市・中核都市の回収率について、28年調査で23年調査と比べて2割以内の増減であったのは39自治体(38.2%)、2割以上の増加は5自治体(0.59%)、2割以上の減少は57自治体(55.9%)であった。年とは調査方法が異なり、他の自治体との比較はできない。

(5) 身体障害者手帳所持者数/配布数

23年調査と28年調査では、配布数に対する身体障害者手帳所持者の割合は、ほぼ同じで45%程度であった。

しかし、自治体間には差があり、配布時の確認では身体障害者手帳所持者の割合が70%以上の県・政令指定都市・中核都市は、平成23年6自治体、平成28年2自治体であった。

28年調査における市区町村の結果では、身体障害者率は0%34市区町村(5%)、30%未満168市区町村(24.7%)、70%以上136市区町村(19.1%)、100%は31市区町村(4.6%)であった。

身体障害者率0%であった34市区町村の世帯員数は37~317名、対象者数は1~25名であった。調査地区は約50世帯から構成されるため、多様な「生活のしづらさ」を1地区から抽出できない、逆に言うと、地域における多様な「生活のしづらさ」の分布は、小さな調査地区の累積では把握できないことが示唆された。

身体障害者率 100%の場合も同様と推測される。

(7) 療育手帳所持者数/配布数

調査票配布数に対する療育手帳所持者の割合は、23年調査では6.7%であったが、28年調査では9%に増加した。

療育手帳所持者でも、身体障害者手帳所持者と同様に、自治体間には差があり、療育手帳所持者率0%の自治体は、県・政令指定都市・中核都市では、23年調査では1自治体、28年調査は3自治体であった。市町村では、療育手帳所持者率0%は315自治体(46.3%)、5%未満は345(50.7%)、15%未満は522(76.8%)であった。逆に100%は1自治体、43%以上は20自治体(4.3%)であった。100%だった自治体では調査対象者数が1であった。

療育手帳所持者数は62.2万人と推計され、全人口の0.5%程度に相当するため、療育手帳所持者が0%である調査地区があっても不自然ではない。一方、訪問調査に対して知的障害があることを開示できなかった可能性も否定できず、自治体ごとの療育手帳所持者と値が一致するかを確認することは必要であると考えられる。

D. 結論

特に都市部における調査不能世帯率を減らし、回収率を上げるために調査方法の検討が必要と考えられた。

調査地区の世帯数は50であることから、発生頻度の少ない多様な障害者を一つの調査地区から得ることは困難なことが示唆された。

平成30年度
厚生労働行政推進調査事業費
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

分担研究報告書

「平成28年生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」と
国際生活機能分類(ICF)とのマッピング

研究分担者 高橋秀人 国立保健医療科学院 統括研究官
研究協力者 大野賀政昭 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部主任研究官
研究協力者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部長

研究要旨：国際生活機能分類 ICF は、国際的に障害者施策や高齢化対策に有用と考えられている指標であり、本邦においても社会統計としての整備が求められている。しかし新たな調査として実施することはすぐにはむずかしいため、既存統計に ICF の概念がどこまで含まれているかを検証することは意味がある。本研究は厚生労働省による平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」について ICF による網羅性を調べた。問 1～問 39(計 499 回答項目)のそれぞれの質問項目について、ICF の L0(分類レベル)、L1(章レベル)の深さで、ICF の概念を構成する身体構造(S 軸)、心身機能(B 軸)、活動制限と参加制約(D 軸)、環境因子(E 軸)が、どのように含まれているかの割合を、それぞれの軸で求め、そのバランスをレーダーチャートに図示した。研究者 2 人が、それぞれ独立に検討したが、多少の差異は見られたものの、ともに D 軸、E 軸との親和性が高い結果を得た。

A. 研究目的

障害者権利条約は2006年国連で採択され、本邦は2007年に署名後、2014年に批准書を国連事務総長に寄託し、2016年に条約の効力が発生した^{1,2)}。国連障害者権利条約第31条には、「締約国は、この条約を実効的なものとするための政策を立案し、及び実施することを可能とするための適当な情報(統計資料及び研究資料を含む。)を収集することを約束する」との記述がある³⁾。その一方で、2016年G7保健大臣会合で、第69回WHO総会における高齢化に関する世界戦略・行動計画として、「世界的な高齢化への効果的かつ効率的な対応を容易にする観点から、我々は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD: International Classification of Disease)や国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)といった国際統計分類を活用すること、並びに、既存の調査や定期的な報告のメカニズムに可能な限り統合される形で実施される高齢者の健康やニーズを捉える主要指標に関する国際調査が有用であることについて認識する。(健康

的で活動的な高齢化に備えた保健システムの確立)」とされた⁴⁾。

また途上国の障害女性・障害児の貧困削減について、2014年国連は、国連障害者権利条約に基づき、国連障害統計に関するワシントン・グループ会議のICF理念に基づく質問紙セットを持続可能な開発目標に加えるよう勧告した⁵⁻⁶⁾。

ところで、障害者施策を推進するため統計調査として考えられている統計の一つであるICFは、健康状態を生活機能(「心身機能、構造」と「活動と参加」)であらわし、その規定要因として「環境因子」「個人因子」をとらえる「生活機能モデル」を基にしている(図1)⁷⁾。

このモデルは、その個人の人体の部分的な物理的欠損に関わる「身体構造(S項目: Body Structures)」、人体機能の物的な機能停止に関わる「心身機能(B項目: Body Functions)」、およびその個人の社会との関わりがどの程度制限を受けているのかという「活動制限と参加制約(D項目: Activity limitations and Participation Restrictions)」、そしてどのような条件があれば「社会との関わる」を達成できるかと

という「環境因子(E項目: Environmental Factors)」からなる、いわば「生活実現化モデル」であり、単に障害を記述することを超えて、さまざまな専門分野や異なった立場の人々の中の「共通理解のためのツール」となっている。そしてこのモデルと細かく設定されたICF項目を用いて、「個人の

生活状況」、「生活を支えるための必要な支援」を記述することができるようになり、これにより社会統計として国別比較などのより広い分野でその利用が期待されている。

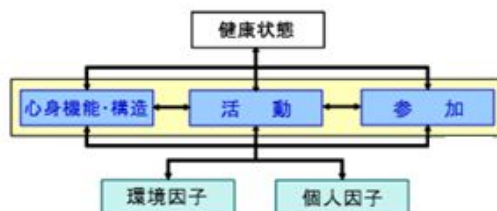


図1 ICFの構成要素⁷⁾

ところで本邦の社会統計は、基幹統計だけでも56あり(2018年4月現在)⁸⁾、統計法の規定により、国の統計調査は、総務大臣の審査・承認が必要となる。審査は、統計調査およびその設計の合理性、妥当性および精度の確保、他の調査との重複性や調査対象になった方々の負担軽減などが考慮される⁷⁾。

ICFは国際的な指標であり、本邦においてICFを用いた指標の整備が求められることから、既存の社会統計において、ICFの概念がどこまでカバーされているのかを明らかにすることは重要である。

本研究の目的は、厚生労働省が実施田「平成28年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査:以下「生活のしづらさ調査」)⁹⁾について、世界保健機関(WHO)が策定したICF(国際生活機能分類)の体系による分類(mapping)により、生活のしづらさ調査をICF項目の軸による網羅性に関する基礎的知見を得ることである。

B. 研究方法

(1) 生活のしづらさ調査(平成28年)⁹⁾

生活のしづらさ調査は問1～問39、計499回答項目からなる調査である。

調査目的

障害者施策の推進に向けた検討の基礎資料とするため、在宅の障害児・者等(難病等患者やこれまでの法制度では支援の対象とならない方を含む。)の生活実態とニーズを把握することを目的としている。全国約2,400国勢調査区(全国の0.024%)に居住する在宅の障害

児・者等(障害者手帳(身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳)所持者、難病等患者及びこれまで法制度では支援の対象とならないが、長引く病気やけが等により生活のしづらさがある者)を対象としている。(国勢調査101万調査区、国民生活基礎調査大規模調査(簡易調査)では世帯票5530(1106)地区、所得票2000(500)単位区)。

(1)訪問調査(調査票を手渡し)、記入及び郵送による返送(自計郵送方式)。調査票は、原則として調査対象者本人が記入(自記式)、必要に応じて、適切な記入の支援を実施。視覚障害者の方に対して、希望に応じて点字版または拡大文字版の調査票を配布、調査対象者が聴覚・言語・音声機能障害者である場合は、手話通訳者の派遣について配慮。障害の状況により本人が記入できない場合、本人の希望に応じて、代筆する。

(2) ICF(2001年度版)⁷⁾

世界保健機構(WHO)により出版されたInternational Classification of Functioning, Disability and Health(2001年)の日本語版を用いた。下記のように、S軸:身体構造、B軸:心身機能、D軸:活動と参加、E軸:環境因子からなるL0(分類レベル)の計4項目、とL1(章レベル):「1ヶタ構造」1)S1～S8の8項目、2)B1～B8の8項目、3)D1～D9の9項目、4)E1～E5の5項目、の計

30項目を用いた。

S軸：身体構造

その個人の人体の部分的物理的欠損

- S1: 神経系の構造
- S2: 目・耳・および関連部位の構造
- S3: 音声と発話に関わる構造
- S4: 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造
- S5: 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造
- S6: 尿路性器系および生殖系に関連した構造
- S7: 運動に関連した構造
- S8: 皮膚および関連部位の構造

B軸：心身機能

体機能の物的な機能停止

- B1: 精神機能
- B2: 感覚機能と痛み
- B3: 音声と発話の機能
- B4: 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能
- B5: 消化器系・代謝系・内分泌系の機能
- B6: 尿路・性・生殖の機能
- B7: 神経筋骨格と運動に関する機能
- B8: 皮膚および関連する構造の機能

D軸：活動と参加

その個人の社会との関わりがどの程度制限を受けているのか

- D1: 学習と知識の応用
- D2: 一般的な課題と要求
- D3: コミュニケーション
- D4: 運動・移動
- D5: セルフケア
- D6: 家庭生活
- D7: 対人関係
- D8: 主要な生活領域
- D9: コミュニティライフ・社会生活

E軸：環境因子

どのような条件があれば「社会との関わる」を達成できるか

- E1: 生産品と用具
- E2: 自然環境と人間がもたらした環境変化
- E3: 支援と関係
- E4: 態度
- E5: サービス・制度・政策

(3) 本解析

生活のしづらさ調査の各質問項目(問1～問39, 計499回答項目)と、国際生活機能分類(ICF:以降ICF項目)の概念項目「s.身体構造」,「b.心身機能」,「d.活動と参加」,「e.環境因子」について、まず、生活しづらさ調査の各項目について、ICF項目との類似性のある項目をL0(分類レベル)で抽出する。この抽出については、客観性を確保した手法がないので、主観的に実施する。

これに関して、L0(分類レベル)の深さのICF項目のS軸「s.身体構造」, B軸「b.心身機能」, D軸「d.活動と参加」, E軸「e.環境因子」のそれぞれが、しづらさ調査の質問項目全499項目において関連するかの割合を各軸で求め、対応する項目の割合の大きさを各軸に表し図形化する(レーダーチャート)。

この抽出を独立に二人の研究者が行う。

さらにパイロット的に、L1(章レベル)において、S軸「s.身体構造」, B軸「b.心身機能」, D軸「d.活動と参加」, E軸「e.環境因子」単位で同様に、しづらさ調査の質問項目全499項目において関連するかの割合をレーダーチャートとして記述する(S軸, B軸, D軸, E軸のそれぞれの軸ごとにレーダーチャートを作成する)。

(倫理面への配慮)

本研究には「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」第3適用範囲(1.適用される研究)ウ「既に学術的な価値が定まり、研究用として広く利用され、かつ、一般に入手可能な試料・情報」に記載される除外規定に該当するため、特に倫理審査を必要とするような「倫理的検討点」はないと考える。また他の倫理指針等にも該当しない。

C. 研究結果

分類レベルにおけるS軸, B軸, D軸, E軸のレーダーチャートを図2に記した。また、章レベルにおけるS軸, B軸, D軸, E軸それぞれにおけるレーダーチャートを、それぞれ図3-1, 図3-2, 図3-3, 図3-4に記した。

生活のしづらさ調査の調査項目(499項目)とICF分類レベル(4項目), 章レベル(S軸8項目, B軸8項目, D軸9項目, E軸5項目, 計30項目)との対応を表にまとめ、それらを分類レベル, および章レベルにおいて軸ごとに図示した。

生活のしづらさ調査で回答する項目は、分類レベルの検討により「d.活動と参加」,

および「e.環境因子」に関連する項目が多いことが示された(図2).

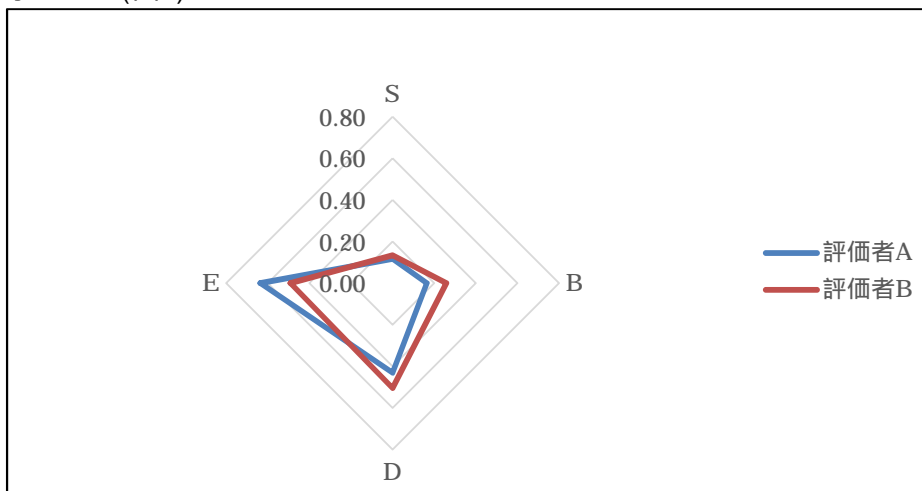


図2 分類レベル (二人の評価者A,Bによる結果)

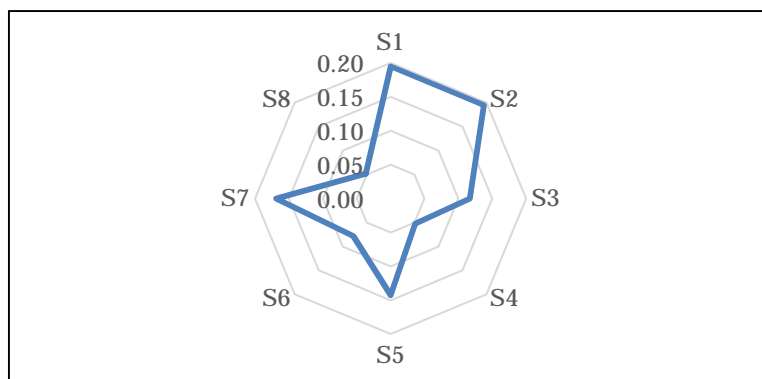


図3-1 章レベル S軸 (評価者Aによる結果)

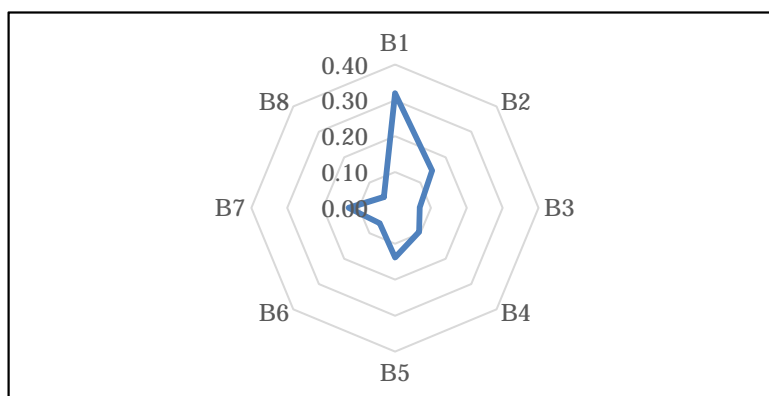


図3-2 章レベル B軸 (評価者Aによる結果)

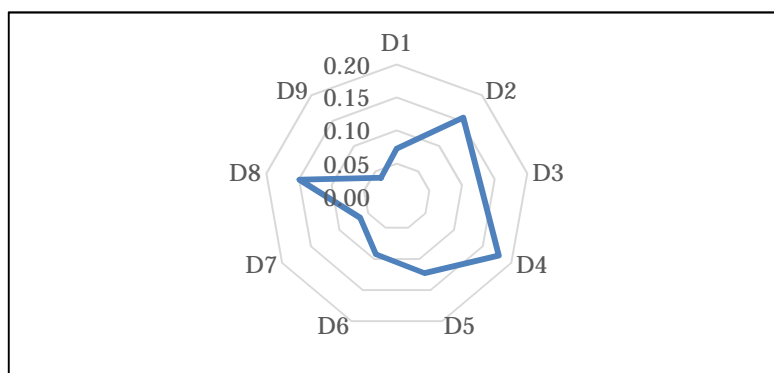


図3-3 章レベル D軸（評価者Aによる結果）

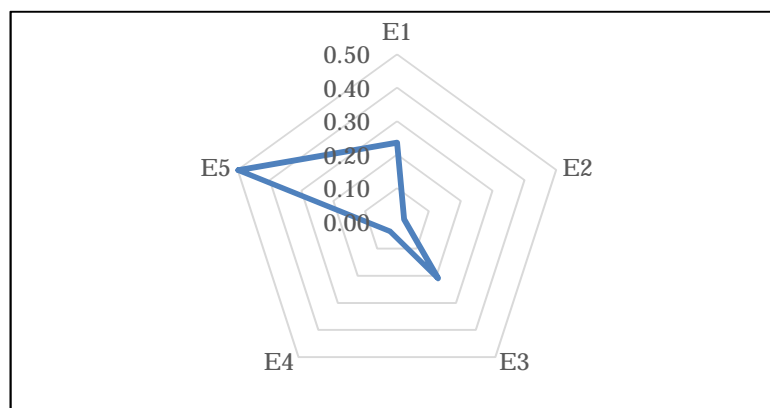


図3-4 章レベル E軸（評価者Aによる結果）

章レベルの下位項目を含めて考えた場合、S軸ではS1神経系の構造、S2目・耳・および関連部位の構造、S5消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造、S7運動に関連した構造の割合が高く、逆にS4心血管系・免疫系・呼吸器系の構造、S6尿路性器系および生殖系に関連した構造、S8皮膚および関連部位の構造の割合が低い(図3-1)。

B軸ではB1精神機能が突出して高く、B8皮膚および関連する構造の機能が低い傾向があった(図3-2)。

D軸ではD2一般的な課題と要求、D3コミュニケーション、D4運動・移動、D8主要な生活領域が他よりも高い。D7対人関係、D9コミュニティライフ・社会生活は他より低い傾向が認められた(図3-3)。

E軸ではE5サービス・制度・政策が突出し

て高く、それにE3支援と関係、E1生產品と用具と続いた。E2自然環境と人間がもたらした環境変化、E4態度は他より低い値用になっている(図3-4)。

これらの結果に対し、まず生活しづらさ調査は、その個人の社会との関わりがどの程度制限を受けているのかという

「活動制限と参加制約(D項目)」と、そしてどのような条件があれば「社会との関わる」を達成できるかという「環境因子(E項目)」をメインに作成されているように思われる。

これは、本調査対象者が主に在宅の障害児・者等であることに由来するのではないかと考える。

また「s.身体構造」、「b.心身機能」の割合が低かったのは、生活のしづらさ調査は。

人体の部分的な物理的欠損に関わる身体構造、人体機能の物的な機能停止に関わる「心身機能」のような物理量は大きく扱っていいないということで、質問項目の直観的な理解と同様の結果になっている。「環境因子(E項目)」の割合が高かったのは、本評価者らが調査項目の内容を広く解釈していたためことも要因として考えられる。

このように、ICFの質問項目を「生活のしづらさ調査」の質問項目で代用できるかという点は、さらなる解析を行う必要がある。

D. 結論

生活のしづらさ調査について、ICFの体系による分類(mapping)を行ったところ、生活のしづらさ調査の質問項目はICF項目のD軸、E軸による概念との親和性が高いことが示唆された。

E. 健康危険情報

本研究に関する健康危険情報は特に報告されていない。

F. 引用文献

1. 外務省. 人権外交, 障害者の権利に関する条約, http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html (2019年4月9日 accessed)
2. 外務省. 報道発表, 「障害者の権利に関する条約」の批准書の寄託, http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_000524.html (2019年4月9日 accessed)
3. 外務省. 日本の安全保障と国際社会の平和と安定, 障害者の権利に関する条約, https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000899.html (2019年4月9日 accessed)
4. 厚生労働省. G7神戸保健大臣会合, 神戸コミュニケ(2016年9月), https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique_ja.pdf (2019年4月9日 accessed)

5. 小林昌之. 障害統計に関する国連の取り組み, 森壮也他「途上国の障害女性・障害児の貧困削減」調査報告書, アジア経済研究所(2016), http://www.ide.go.jp/library/Japanese/Publish/Download/Report/2015/pdf/B114_ch2.pdf (2019年4月9日 accessed)
6. United Nations (2014) Report of the United Nations Expert Group Meeting on Disability Data and Statistics, Monitoring and Evaluation: The Way Forward- a Disability-Inclusive Agenda Towards 2015 and Beyond, Paris, France (8-10 July 2014), https://www.un.org/disabilities/documents/egm2014/EGM_FINAL_08102014.pdf (2019年4月10日 accessed)
7. 世界保健機構(WHO), ICF 国際生活機能分類 - 国際障害統計改訂版 -, 中央法規, (2008).
8. 総務省, 統計制度, http://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/seido/1-1n.htm (2019年4月9日 accessed)
9. 厚生労働省, 平成28年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)の概要. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/shizurasa/h28.html (2019年4月9日 accessed)

G. 知的財産権の出願・登録状況

- | | |
|-----------|---------|
| 1. 特許取得 | 無し(非対象) |
| 2. 実用新案登録 | 無し(非対象) |
| 3. その他 | 無し(非対象) |

H. 研究成果の刊行

1. 書籍 なし
2. 雑誌 なし

平成 30 年度
厚生労働科学行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

分 担 研 究 報 告 書

韓国における障害認定の動向

研究協力者 寺島 彰（日本障害者リハビリテーション協会参与）

研究要旨： 韓国は、2019 年 7 月から障害等級を廃止することとしている。韓国の障害等級制度は、わが国の制度をモデルにしているとされており、6 等級も同じである。しかし、韓国では、障害者団体などにより、等級制度の問題点が厳しく批判され、社会モデルにもとづき、必要サービス量を支援時間で表す新しい障害認定制度が導入される予定である。

この状況については、わが国の障害認定制度への影響も考えられることから、韓国の現状の障害認定基準と新しい障害認定基準について具体的に調査しておくことが必要であると考える。

本研究では、現状について障害等級判定基準を翻訳し、新しい認定基準については、未発表であることから、その概要について紹介した。

A．はじめに

韓国は、2019 年 7 月から障害認定制度を変更することとしている。これまでは、6 等級に分かれていた障害等級を廃止するというもので、すでに障害人福祉法（法律第 15270 号）は、2017.12.19.に一部改正されており、「等級」という用語は、「程度」に変更されている。（資料 1）

もともと、韓国の制度はわが国の障害等級制度を踏襲していたが、わが国に比べて頻繁に修正を加えられてきた。特に、今回の修正は、等級制度という障害認定の根幹にかかわる制度の変更であり、どのように変わろうとしているのか状況を具体的に把握し

ておく必要があると考える。

B．方法

韓国の障害人福祉法の新旧条文対比表と障害等級判定基準(2017.4.13 一部改正)を翻訳し、関連文献を調査した。

C．結果

1．韓国の障害認定制度の推移⁽¹⁾⁽²⁾

韓国の障害認定制度は、国際障害者年の 1981 年に心身障害者福祉法の成立によってはじまる。同法は、障害者の福祉増進のための基本法で、障害者の更生（再活）及び社会保障に関する広範な内容を含んでい

る。

1988年には、障害人福祉法が全文改正され、障害者登録や手帳制度、手当制度等が設けられた。このときは、障害種別は5種類であった。また、国及び地方自治体の障害施策の責任規定及び資金援助施策等が規定されていた。

2000年、障害の種別が拡大され、内部障害を含め10種類になった。

2003年、さらに5種類が追加され、15種類になった。

2007年、4月1日から、国民年金公団による障害等級審査が始まったが、1~3級のみが対象であった。

2011年、介助サービス関連の法律である「障害人活動支援法」が制定され、パーソナルアシスタント制度の導入に伴い障害等級判定基準の見直しが行われた。当初は、サービス利用の申請ができるのは障害等級1級をもつ者に限定されていた。

また、それまでは、医師の診断により等級を決めていたが、2011年4月1日以降は、医師は障害の診断だけを行い、等級の審査は専門機関（国民年金公団障害審査センター）で行うことになった。さらに、それまでは、審査の対象が1~3級のみであったが、対象が拡大され、1~6級が対象となった。

2013年、2級者もパーソナルアシスタントの利用申請ができることとした。

2017年、前述のように、障害人福祉法が一部改正され、2019年7月から等級が廃止となる。

2. 等級廃止の経過

韓国の障害者団体^③は、等級制度について、2つの問題を指摘している。1つ目は、

認定基準が医学モデルであることである。

2つ目は、障害者と認定されても、下位の等級の場合は、何の利益もないことから、障害というスティグマを与えるのみであるということである。

また、障害者サービス利用に関して、より重度の1級の者が利用を認められず2級の者が承認されるというような逆転現象も起こり、等級の意味がないという指摘もあった。^④

また、重複障害があっても等級が同じならば、同じサービス量であり、等級が必要なサービスの提供をさまたげているという指摘もあった。^⑤

国際連合の障害者権利委員会^⑥も、障害等級判定制度が、医学的評価にのみ依存しており、障害者のニーズを考慮、網羅できていないことを指摘し、障害等級により、障害者の福祉サービス及び活動サービス受給資格を制限していることを問題とした。

このようななか、保健福祉部は、障害等級をなくすために2014年から専門家らを集め研究を始めた^⑦。海外の障害認定制度を分析し、医学モデルではなく国際生活分類（ICF）を活用した社会モデル導入した障害者総合支援調査票を作成し、この調査に基づく障害認定制度を構築することとした。

わが国と同じように、韓国でも等級制度は、障害関連制度の多くが活用しており、改正は困難が予想されたが、2017年韓国の大統領選挙で、文在寅大統領候補が障害等級制度の廃止をマニフェストで取り上げ、就任後には国政課題として障害等級制度の廃止を2019年7月まで完了することを公約したために、新しい障害認定制度として、

障害者総合支援調査体系が提案された。

ただし、社会モデルに基づいた新しい障害認定制度について、すべての障害者や障害者団体から賛成を得られていないため、2019年1月31日国務総理をはじめ障害者団体や専門家代表13人、各行政部省の長官が参加した「第20次障害者政策調整委員会」が開かれ、次のような合意が図られた。

障害者福祉サービスに関して、2019年7月から障害総合支援調査を基にした障害認定制度を実施する。

2019年7月からは、活動支援サービス、緊急安全通報サービス、夜間巡回訪問サービス、歩行訓練支援サービス、補助機器支援サービスなどに障害者総合支援調査の結果を導入する。

2020年には移動支援に関するサービスに適用し、2022年までは所得や雇用部分にも適用を拡大する。

税金減免や年金など客観的な指標が必要な場合を想定し、今まで使われてきた等級制度を維持は維持するものの、これまでの1級から3級までは「障害程度が重い障害者」に、4級から6級までは「障害程度が重くない障害者」に2段階に単純化する。

3. 現在の認定基準と新しい認定基準

現状では、新しい認定基準は示されていないため、現在の認定基準を資料2に示す。

新しい認定基準は、今後示されると思われるが、次のような考え方になっている。^⑧

必要なサービス量を時間数で表す。

サービス時間は最長16.5時間(当初は、寝る時間以外の時間として18時間としていたが、予算の都合で減額。会社や学

校に通っている最重度者が該当。それ以外の最重度者は14.5時間)

サービスの最短時間は1時間

ADL関連項目、IADL関連項目、認知・感覚・精神・行動関連項目、社会活動項目、世帯の特性に関する項目により構成された障害総合支援調査票に基づき、サービス量が決定される。

D. 考察

今回の韓国の認定制度の改正内容は、サービスの必要量に応じてサービスを提供できるような認定制度を作成するという点である。わが国で言えば、障害者総合支援法の障害支援区分の認定とよく似ている。しかし、韓国も、障害等級を他の障害関連制度が活用しているために、2つのランクを残さざるを得なかったということである。この点は、わが国も同じで、身体障害者福祉法の制度自体は、障害等級をほとんど活用していないにもかかわらず依然として等級が存在している。

わが国も、等級制度をなくしても障害福祉サービスにはあまり影響を与えないと考えられるが、実際やってみるとどうなのかはよくわからないところがある。その意味で、韓国の取り組みについて、今後も追跡していく必要があると考えられる。

ただし、韓国は、障害認定制度は年金制度と結びついているが、わが国は、別の制度となっている。

以前、米国の障害年金(Social Security Disability Insurance: SSDI)の調査の共同研究^⑨に加わったことがある。米国以外の先進諸国には、障害年金制度に等級があるが、米国にはないため、オールオナッシングの障害認定になっているが、それは、

障害者雇用にプラスかマイナスかを明らかにすることがテーマであった。そこで、オーストラリア、ドイツ、イギリス、日本、オランダ、ノルウェー、南アフリカ、スウェーデンとアメリカ合衆国における障害給付制度を比較した。

その結論の一つとして、等級（部分的給付）があったほうが、全体の年金給付額は多くなるというものがあった。すなわち、等級をなくすと、受給者総体としてみれば、受給額が減るということである。

年金の認定制度についても、追跡する価値があるのではないかと考えられる

E. 引用文献

(1) 鄭鍾和, 佐藤久夫「日韓比較一障害者福祉とリハビリテーション」,日本障害者リハビリテーション協会, 1997

(2) 崔榮繁『韓国の障害者法制 - 障害者差別禁止法を中心に - 』,「アジア諸国の障害者法 - 法的権利の確立と課題 - 」アジア経済研究所, 29-64, 2010

(3) Hyungsook Lee, "Achievement of Disability Rights Movement on Incheon Strategy", HIGH-LEVEL INTERGOVERNMENTAL MEETING ON THE MIDPOINT REVIEW OF THE ASIAN AND PACIFIC DECADE OF PERSONS WITH DISABILITIES Side Event " Employing a multi-stakeholder approach to promoting disability rights", 2-13, 2017

(4) United Nations Committee of Persons with Disabilities, "Concluding observations on initial report of the Republic of Korea", 2014,10.3

(5) 李美貞「韓国の新しい障害認定基準の検討状況」,日本障害者リハビリテーション協会 ,DINF ニュース , No11, 6-8, 2019.2.28, 東京

(6) 朴賛五「韓国における障がい等級制度の存廃をめぐる最近の動き」,日本障害者リハビリテーション協会 , ノーマライゼーション , 33 , 5 , 52-54 , 2013.5.1

(7) 李美貞 同上

(8) 李美貞 同上

(9) Todd Honeycutt & Sophie Mitra, Editors, "Learning from Others:Temporary and Partial Disability Programs in Nine Countries", Program for Disability Research, 2004, New Brunswick

謝辞

資料 1、資料 2 の翻訳は、韓国在住の大野真理さんにしていただきました。感謝申し上げます。

新旧条文対比表

「障害人福祉法 第32条」

障害人福祉法 〔法律 第1489号 2017.9.19.一部改正〕	障害人福祉法 〔法律 第1527号 2017.12.19.一部改正〕
<p>第3条（障害人の登録） ・ （省略）</p> <p>特別自治市長・特別自治道知事・市長・郡守・区庁長は第1項に基づき登録証の交付を受けた障害人の障害の状態の変化によって<u>障害等級</u>の調整のために障害診断を受けさせるなど、障害人や法定代理人などに必要な措置を行うことができる。</p> <p>障害人の障害認定及び等級査定に関する業務を担当するために保健福祉部に障害判定委員会を置くことができる。</p> <p>（省略）</p> <p>特別自治市長・特別自治道知事・市長・郡守・区庁長は第1項に基づく障害人登録及び第3項に基づく障害の状態の変化による<u>障害等級</u>を調整するにあたり、障害人の障害認定及び障害等級査定が適正であるかを確認するために、必要な場合大統領令で定める「公共機関の運営に関する法律」第4条による公共機関に障害程度に関する精密審査を依頼することができる。</p> <p>・ （省略）</p>	<p>第3条（障害人の登録） ・ （現行と同じ）</p> <p style="text-align: right;">程度</p> <p>・</p> <p style="text-align: center;"><u>障害程度</u></p> <p>・</p> <p>（現行と同じ）</p> <p style="text-align: right;">程度を 程度</p> <p>・</p> <p>・ （現行と同じ）</p>
<p>第32条の2（在外同胞及び外国人の障害人登録）</p> <p>同胞及び外国人のうち、次の各号のいずれかひとつに該当する人は第32条に基づき障害人登録をすることができる。</p> <p>1. ～ 4. （省略）</p> <p><u>新設</u></p> <p>（省略）</p>	<p>第32条の2（在外同胞及び外国人の障害人登録）</p> <p>・</p> <p>1. ～ 4. （現行と同じ）</p> <p><u>5. 「難民法」第2条第2号による難民認定者</u></p> <p>（現行と同じ）</p>
<p>第32条の4（福祉サービスに関する障害人支援事業）</p> <p>国家及び地方自治団体は第32条第1条に基づき</p>	<p>第3条の4（サービス支援総合調査）</p> <p>保健福祉部長官又は特別自治市長・特別自治道知事・市長・郡守・区庁長は次の各号のサービス申</p>

<p>登録した障害者に対し、必要な福祉サービスが適時に提供されるよう次の各号の障害者支援事業を実施する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 福祉サービスに関する相談及び情報提供 2. 福祉サービス申請の代行 3. 障害者が個人別に必要とするニーズの調査及び福祉サービス提供計画の樹立支援 4. 福祉サービス提供機関・法人・団体・施設の紹介 <p>国家及び地方自治団体は第1号に基づく障害者支援事業を、大統領令で定めることにより「公共機関の運営に関する法律」第4条による公共機関に委託することができる。この場合、国家及び地方自治団体は予算の範囲で事業遂行に必要な費用の全部又は一部を支援することができる。</p> <p>第1項及び第2項で規定される事項以外で障害者支援事業やその事業に必要な事項は保健福祉部令により定める。〔本条新設 2015.6.22〕〔第32条の3から移動、従来の第32条の4は第32条の5に移動〕</p> <p>新設</p>	<p>請についてサービスの受給資格、量、及び内容などの決定に必要なサービス支援総合調査を実施することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「障害者活動支援（訳注：障害者活動支援＝パーソナルアシスタント）に関する法律」第6条による活動支援給与の申請 2. 「障害者・老人などのための補助機器支援及活用促進に関する法律」第8条による障害者補助機器交付申請 3. 第60条の2による障害者居住施設の利用申請 4. その他大統領令で定めるサービスの申請 <p>保健福祉部長官又は 特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は第1項に基づくサービス支援総合調査を行う場合、保健福祉部令で定めるところにより次の各号の事項を調査し、調査結果書を作成しなければならない。但し、第5号の事項は受給資格の決定及び本人負担金の申請などのために必要な場合にのみ調査しなければならない。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請者のサービス利用現況及びニーズ 2. 申請者の日常生活遂行能力及び認知・行動などの障害特性 3. 申請者の世帯構成、居住環境、社会活動などの社会的環境 4. 申請者に必要なサービスの種類及び内容 5. 申請人とその扶養義務者の所得及び財産など生活水準に関する事項 6. その他、申請者にサービスを支援するために必要な事項として保健福祉部令で定める事項 <p>保健福祉部長官又は 特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は第2項各号の事項を調査するために必要な資料の確保が困難な場合には保健福祉部令で定めるところにより、申請人、その扶養義務者、又はその他の関係人に所得・財産、健康状態及び障害程度などの確認に必要な資料の提出を要求することができる。</p> <p>保健福祉部長官又は 特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は第1項及び第2項によ</p>
---	---

<p>新設</p>	<p>りサービス支援総合調査を実施するために必要だと認められる場合、国税・地方税、土地・住宅・建築物・自動車・船舶・飛行機、国民健康保険・国民年金・雇用保険・産業災害補償保険・報奨給与・軍人年金・私立学校教職員年金・公務員年金・別定郵便局年金・基礎年金・障害人年金、出国又は入国、更生施設・治療看護施設の入所又は出所、兵務、埋葬・火葬・葬式、住民登録・家族関係登録などに関する資料の提供を関係機関の長に要請することができる。この場合、資料提供の要請を受けた関係機関の長は正当な事由がなければ要請に従わなければならない。</p> <p>第1項及び第2項に基づきサービス支援総合調査を行う人は、その権限を表示する証票及び調査期間、調査範囲、調査担当者、関係法令など保健福祉部令で定める事項が記載された書類を持参し、これを関係人に提示しなければならない。</p>
<p>新設</p>	<p>保健福祉部長官又は特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は第1項各号のサービス申請に関連し、申請人及びその他の関係人が第2項に基づく調査に必要な書類・資料の提出及び調査・質問又は第3項に基づく資料の提出の要求を2回以上拒否・妨害又は忌避する場合、第1項のサービス申請を却下することができる。この場合、書面でその理由を明確に示し、申請人及びその他の関係人に通知しなければならない。</p> <p>第2項に基づく調査の手続きなどに関し、必要な事項は大統領令で定める。 [本条新設 2017.12.19] [従来の第32条の4は第32条のdに移動]</p>
<p>新設</p>	<p>第32項の5(障害等級が変動・喪失した障害人などについての情報提供) 特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は第32条による障害人登録過程において、障害等級が変動・喪失した障害人及び障害等級がない申請人に対し、障害等級の変動・喪失による支援の変化についての情報やリハビリテーション及び自立に必要な各種情報を提供しなければならない。</p> <p>第1項に基づく情報提供の対象・基準及び内容や方法などに必要な事項は保健福祉部令で定める。 [本条新設2015.12.29] [第32条の4から移動]</p> <p>国家及び地方自治団体は第1項に基づき業務の委託を受けた公共機関に対して予算の範囲で事業の遂行に必要な費用の全部又は一部を支援することができる。 2017.12.19] [従来の第32条の5は第32条の8に</p>
<p>新設</p>	<p>第32条の6(福祉サービスに関する障害人支援事</p>

	<p>業) <u>国家及び地方自治団体は第32条第1項に基づき登録した障害人に対し、必要な福祉サービスが適時に提供されるよう次の各号の障害人支援事業を実施する。</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>福祉サービスに関する相談及び情報提供</u> 2. <u>障害人虐待など安全問題又は生計困難など危機状態におかれている可能性が高い障害人に対する訪問相談</u> 3. <u>福祉サービス申請の代行</u> 4. <u>障害人個人別に必要なニーズの調査及び福祉サービス提供計画の樹立支援</u> 5. <u>障害人と福祉サービス提供機関・法人・団体・施設との関係</u> 6. <u>福祉サービスなど福祉支援の発掘及びデータベース構築</u> 7. <u>その他福祉サービスの提供に必要な事業</u> <p><u>国家及び地方自治団体は第1項各号の障害人支援事業を遂行するために第58項の障害人福祉施設、「発達障害者権利保障及び支援に関する法律」第33条に基づく発達障害者支援センターなど関係機関に対し協力を要請することができる。この場合、国家及び地方自治団体は予算の範囲で必要な費用を支援することができる。</u></p> <p><u>国家及び地方自治団体は第1項に基づく障害人支援事業を大統領令で定めるところにより「公共機関の運営に関する法律」第4条に基づく公共機関に委託することができる。この場合、国家及び地方自治団体は予算の範囲で事業遂行に必要な費用の全部又は一部を支援することができる。</u></p> <p><u>第1項から第3項にわたり規定された事項以外に障害人支援事業やその事業に必要な事項は保健福祉部令で定める。[本条新設 2015.6.22]</u> <u>[第32条の4から移動]</u></p>
<p><u>新設</u></p>	<p><u>第32条の7(民間協力を通じた事例管理)</u> <u>特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は福祉サービスが必要な障害人を発掘し、公共及び民間の福祉サービスを連携・提供するために民間協力を通じた事例管理を実施することができる。</u></p> <p><u>第1項の事例管理を実施するために民間協議体を置くことができ、該当地方自治団体に「社会保障給与の利用・提供及び受給権者発掘に関する法律」第42条の2第1項の統合事例管理を遂行するための民間協議体が既に設置されている場合、その所属の専門分科を運営することができる。</u></p> <p><u>民間協議体は地域社会内の関係機関・法人・団</u></p>

	<p>体・施設または個人など民間部門との協力を強化するために努力しなければならない、特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は民間協議体の効率的運営のために必要な支援をすることができる。 本条新設 2017.12.19]</p>
<p><u>新設</u></p>	<p>第 32 条の 8 (障害程度が変更した障害人などに対する情報提供))) 特別自治市長・特別自治道知事・市長・群守・区庁長は第 32 条に基づく障害人登録の過程において障害程度が変更された障害人、第 2 条第 2 項に基づく障害の基準に合わなくなった申請人に障害程度の変動、障害人資格の喪失などによる支援の変化についての情報やリハビリテーション及び自立に必要な各種情報を提供しなければならない。</p> <p>第 1 項に基づく情報提供の対象・基準及び内容や方法などについて必要な事項は保健福祉部令で定める。 本条新設 2015.12.29 [第 32 条の 5 から移動]</p>

障害等級判定基準

[施行 2017.4.13] [保健福祉部告示 第2017-65号, 2017.4.13, 一部改正]

保健福祉部 (障害人権益支援課) 044-202-3304

第1章 総論

1. 目的

この基準は、障害人福祉法施行規則第2条及び[別表1]の障害人の障害等級表に基づく障害等級査定基準を具体的に解釈し、標準診断方法を提示し、正確に障害等級を判定するためのものである。

2. 適用範囲

ア. この基準は、障害人福祉法第32条の規定に基づき、特別自治道知事・市長・郡守・区庁長に障害人登録を申請した人の障害等級を診断・判定する際に適用する。

イ. 障害人福祉法第32条の規定に基づき障害人として登録できる人は、下の障害人の分類に該当する人として、障害人福祉法施行規則[別表1]の障害人の障害等級表で定める基準に見合う程度の障害がある人である。

<障害人の分類>

大分類	中分類	小分類	細分類
身体的 障害	外部身 体機能 の障害	肢体障害	切断障害、関節障害、肢体機能障害、変形などの障害
		脳病変障 碍	脳の損傷による複合的な障害（訳注：脳性麻痺など）
		視覚障害	視力障害、視野欠損障害
		聴覚障害	聴力障害、平衡機能障害
		言語障害	言語障害、音声障害、口語障害
		顔面障害	顔面部の推上、陥没、肥厚などの変形による障害
	内部器 官の障	腎臓障害	透析治療中または腎臓移植を受けた場合
		心臓障害	日常生活が顕著に制限される心臓機能異常

	障 碍	肝障碍	日常生活が顕著に制限される 慢性・重症の肝機能異常
		呼吸器障碍	日常生活が顕著に制限される慢性・重症の呼吸器機能異常
		腸瘻・尿瘻障碍	日常生活が顕著に制限される腸瘻・尿瘻 (訳注：ストーマ・尿路ストーマ)
		脳電症障碍 (訳注：日本ではてんかん)	日常生活が顕著に制限される慢性・重症の脳電症
精神的 障碍	発達障碍	知的障碍	知能指数が70以下である場合
		自閉性障碍	小児青少年自閉などの自閉性障碍
	精神障碍	精神障碍	精神分裂症、分裂型情動障碍、両極性情動障碍、反復性うつ障碍

3. 判定基準の適用原則

ア. 障碍類型別の障碍等級は原則的に第2条の障碍類型別判定基準により判定する。

イ. 2種類以上の障碍が重複する場合の障碍等級は、4. 重複障碍の合算基準により判定する。

ウ. 上記のア項、イ項の適用原則以外に個人の身体的・精神的特性などを考慮し判定する必要があると認定される場合には、障碍人福祉法施行規則第3条第4項により告示された障碍等級審査規定第14条の障碍等級審査委員会で、次の事項を考慮し障碍等級を判定することができる。

(1) 2種類以上の重複障碍がある場合で、4. 重複障碍の合算基準にも関わらず、主障碍又は副障碍が、副障碍又は主障碍の身体的・精神的機能などをより深化させる結果をもたらす場合

(2) 障碍程度に変化をもたらす身体的・精神的損傷などが客観的に確認され、その損傷が障碍程度の深化と相当な因果関係があると認定された場合

4. 重複障碍の合算

ア. 2種類以上の障碍が重複している場合、主な障碍(障碍等級が最も高い障碍)と次上位の障碍を合算することができる。

イ. 2種類以上の互いに異なる障碍が同じ等級に該当する際には1等級上の級とし、互いに等級が異なる際には<表2>重複障碍合算時の障碍等級上方調整表に従う。

(1) 重複障害の合算による主な障害等級の上方調整は、2種類の障害を合わせた障害率が、主な障害の次上位等級の障害率と比較して、必ず上方調整する必要がある場合であり、障害率は下の<表1>の通りとし、<表2>の基準を参考にし障害等級を調整することができる。

<表1>障害等級別及び重複障害合算時の障害率

	1級 (85～)	2級 (75～84)	3級 (60～74)	4級 (45～59)	5級 (35～44)	6級 (25～34)
1級 (85～)	97.75	96.25	94.0	91.75	90.25	88.75
2級 (75～84)	96.25	93.75	90.0	86.25	83.75	81.25
3級 (60～74)	94.0	90.0	84.0	78.0	74.0	70.0
4級 (45～59)	91.75	86.25	78.0	69.5	64.25	58.75
5級 (35～44)	90.25	83.75	74.0	64.25	57.75	51.25
6級 (25～34)	88.75	81.25	70.0	58.75	51.25	43.75

<表2>重複障害合算時の障害等級上方調整表

	1級	2級	3級	4級	5級	6級
1級	1級	1級	1級	1級	1級	1級
2級	1級	1級	1級	1級	2級	2級
3級	1級	1級	2級	2級	3級	3級
4級	1級	1級	2級	3級	3級	4級
5級	1級	2級	3級	3級	4級	4級
6級	1級	2級	3級	4級	4級	5級

ウ. 重複障害合算の例外

次の場合、各々を個別の障害として判断しない。

(1) 同一部位の肢体障害及び脳病変障害

脳病変障害（包括的評価）と肢体障害（個別的评价）が重複する場合には、脳病変障害の判定基準に従い障害程度を判定する。但し、肢体障害が上位等級で、脳病変障害が軽微である場合には肢体障害として判定することができる。

(2) 知的障害と自閉性障害

(3) 知的障害、自閉性障害、精神障害とそれに伴う症状の一環として現れる言語障害

(4) 障害部位が同一である場合

- 目と耳は左・右二つで一つの機能を果たしている対称性器官としての特性があるため同一部位とみなす。
- 腕と足は、左・右を各々別個の部位とみなすが、同じ方の腕の上肢3大関節と指関節、及び同じ方の足の下肢3大関節と指関節は同一部位とみなす。

5. 障害診断書の作成基準

ア. 障害類型別の障害診断専門機関及び専門医など

障害類型	障害診断機関及び専門医など
肢体障害	1. 切断障害：X-線撮影施設がある医療機関の医者 2. その他肢体障害：X-線撮影施設など検査装置がある医療機関のリハビリテーション医学科・整形外科・神経外科・神経科又は内科（リュウマチ分科）専門医
脳病変障害	医療機関のリハビリテーション医学科・神経外科又は神経科専門医
視覚障害	視力又は視野欠損程度の測定が可能な医療機関の眼科専門医
聴覚障害	聴力検査室と聴力検査機（オーディオメーター）がある医療機関の耳鼻咽喉科専門医
言語障害	1. 医療機関のリハビリテーション医学科専門医又は言語リハビリテーション士が配置されている医療機関の耳鼻咽喉科・精神健康医学科又は神経科専門医 2. 音声障害は言語リハビリテーション士がいない医療機関の耳鼻咽喉科専門医を含む 3. 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）
知的障害	医療機関の精神健康医学科・神経科又はリハビリテーション医学科専門医
精神障害	1. 障害診断の直前1年以上にわたり持続的に診療した精神健康医学科専門医（但

	<p>し、持続的に診療を受けたというのは3か月以上薬物治療が中断されなかったことを意味する。)</p> <p>2. 1号に該当する専門医がない場合、障害診断の直前3か月以上持続的に診療した医療機関の精神健康医学科専門医が判定を行うことができるが、障害診断の直前1年以上の持続的な精神健康医学科診療記録を診断書又は所見書などで確認し、障害診断を行わなければならない。</p>
自閉性障害	医療機関の精神健康医学科（小児精神健康医学科）専門医
腎臓障害	<p>1. 透析に関する障害判定は障害人登録の直前3か月以上にわたり透析治療を行っている医療機関の医者</p> <p>2. 1号に該当する医者がいない場合、障害診断の直前1か月以上にわたり持続的に透析治療を行っている医療機関医者が判断することができるが、3か月以上の透析記録を確認しなければならない。</p> <p>3. 腎臓移植の障害判定は、腎臓移植を施術したか又は移植患者を診療している医療機関の外科又は内科専門医</p>
心臓障害	<p>1. 障害診断の直前1年以上にわたり診療した医療機関の内科（循環器分科）・小児青少年科又は心臓外科専門医</p> <p>2. 1号に該当する専門医がない場合、医療機関の内科（循環器分科）専門医が判定することができるが、障害診断の直前1年以上にわたり内科（循環器分科）・小児青少年科又は心臓外科の持続的な診療記録などを確認し、障害診断を行わなければならない。</p>
呼吸器障害	障害診断の直前2か月以上にわたり診療した医療機関の内科（呼吸器分科、アレルギー分科）・心臓外科・小児青少年科・結核科又は産業医学科専門医
肝障害	障害診断の直前2か月以上にわたり診療した医療機関の内科（循環器内科）・外科又は小児青少年科専門医
顔面障害	<p>1. 医療機関の形成外科・皮膚科又は外科（火傷の場合）専門医</p> <p>2. 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）</p>
腸瘻・尿瘻障害	医療機関の外科・産婦人科・泌尿器科又は内科専門医
脳電症障害	障害診断の直前6か月以上にわたり診療した医療機関の神経科・神経外科・精神健康医学科・小児青少年科・小児神経科専門医

イ. 障害類型別の障害判定時期

障害類型	障害判定時期
肢体・視覚・聴覚・言語・知的・顔面障害	障害の原因疾患などに関して十分に治療し障害が固着した時に登録し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生後又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする（肢体切断、脊椎固定術、眼球摘出、聴力器官の欠損、喉頭全摘出、先天的知的障害など障害状態の固着が明確な場合は例外とする）。
脳病変障害	1．脳性麻痺、脳卒中、脳損傷などやその他の脳病変（パーキンソン病は除外）がある場合は発病又は外傷後6か月以上持続的に治療した後障害診断を行わなければならない。 2．パーキンソン病は1年以上にわたる誠実で持続的な治療後障害診断を行わなければならない。
精神障害	1年以上にわたる誠実で持続的な治療後、好転の兆しがほとんどない程障害が固着している時に行う。
自閉性障害	全般性発達障害（自閉症）が確実になった時点
腎臓障害	3か月以上持続的に血液透析又は腹膜透析を受けている人、又は腎臓移植を受けた人
心臓障害	1年以上の誠実で持続的な治療後も回復の兆しがほとんどないほど障害が固着しているか、心臓移植を受けた人
呼吸器・肝障害	現在の状態に関連した最初の診断後1年以上が経過し、最近2か月以上の持続的な治療後も好転の兆しがほとんどない程障害が固着しているか、肺又は肝臓移植を受けた人
腸瘻・尿瘻障害	復元手術が不可能な腸瘻（腹会陰切除後のS状結腸瘻（訳注：S状結腸ストーマ）、全大腸直腸切除術後に造られた末端型の回腸瘻（訳注：回腸ストーマ）など）・尿瘻（尿管皮膚瘻、回腸導管など）の場合には、腸瘻（尿瘻）の造成後に診断が可能であり、それ以外の復元手術が可能な腸瘻（尿瘻）の場合には、腸瘻（尿瘻）造成術後1年が過ぎた時点。
脳電症障害	1．成人の場合、現在の状態に関連した最初の診断から2年以上にわたり持続的な治療を受けたにも関わらず好転の兆しがほとんどない程障害が固着した時点 2．小児青少年の場合、電脳症の症状によって最初の診断から規定期間（1年ないしは2年）以上にわたり持続的な治療を受けたにも関わらず好転の兆しが見られないほど障害が固着している人

(1) 障害を診断する医療機関の障害類型別所管専門医は、障害人福祉法令及び「障害等級判

定基準」に基づき障害判定時期及び障害の状態などについて診療記録及び客観的な検査などを通して確認した上で障害を診断し、障害診断書の全ての項目を誠実に記載して、検査結果紙及び診療記録紙など必要書類の提供に協力しなければならない。邑・面・洞長に郵便で送付するものとするが、やむを得ず人づてに届ける場合、封筒の封部分に医療機関の割印を押し送付しなければならない。

氏名・住民登録番号記載後、透明テープで処理しなければならない。

- (2) 医療機関の廃業などのやむを得ない事由により以前の診療記録が確認できない場合、申請人の現在の状態が、専門的判断に基づいて障害判定時期に該当する以前の治療歴が認められるという根拠及び具体的な意見を障害診断書に明示し、障害診断を行うことができる。
- (3) 肢体、視覚、聴覚、言語、知的、顔面障害は障害の状態が固着しているということが専門的判断に基づき認められる場合、以前の診療記録などを確認しないことがある（例：肢体切断、脊椎固定術、眼球摘出、聴力器官の欠損、喉頭全摘出術、先天的な知的障害など）。
- (4) 障害等級を判定する際に今後障害の状態が変化する場合、障害等級の変化が予測される時期を指定し、障害程度を再判定することとする。
- (5) <歩行障害標準基準表>に該当する場合、当然歩行上の障害を認めるが、それ以外の障害類型及び等級について歩行上の障害があると診断する場合、その事由を具体的に明示しなければならない。

< 歩行障害標準基準表 >

区分	障害類型		1級	2級	3級	4級	5級	6級
身体的 障害	肢体障害	上肢切断	○					
		下肢切断	○	○	○	○		
	上肢関節							
	下肢関節	○	○	○	○	○		
	上肢機能							
	下肢機能	○	○	○	○	○		
	脊椎障		○	○	○	○		

		碍					
		变形障碍					○
	脳病变障碍		○	○	○	○	
	視覚障碍		○	○	○	○	○
	聴覚障碍	聴力					
		平衡			○	○	○
	言語障碍						
	腎臓障碍			○			
	心臓障碍		○	○			
	呼吸器障碍		○	○			
	肝障碍		○	○			
	顔面障碍						
	腸瘻・尿瘻			○			
	脳電症障碍						
精神的障碍	知的障碍		○				
	自閉性障碍		○	○			
	精神障碍		○				

※ () は重複障碍の場合

第2章 障碍類型別判定基準

1. 肢体障碍判定基準

ア. 障碍診断機関及び専門医

(1) 切断障碍：X - 線の撮影施設がある医療機関の医師

(2) その他の肢体障碍：X 線の撮影施設など検査設備がある医療機関のリハビリテーション
医学科・整形外科・神経外科・神経科又は内科（リュウマチ分科）専門医

イ. 診療記録などの確認

障碍診断を行う専門医は、原因疾患などについて、6か月以上にわたる十分な治療後障碍が固着したことを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要に応じて、患者に他病院の診療記録などを提出させる。）

但し、障碍の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などの確認は行わない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障碍診断書に明示

しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関する十分な治療の後、障害が固着した時に診断し、その基準時期は、原因疾患又は負傷などの発生又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、肢体の切断、脊椎固定術など障害の固着が明白な場合は例外とする。

(2) 手術又は治療などの医療的措置で機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を手術又は治療などの医療的措置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に、国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術又は治療ができない場合は例外とするが、必ず必要な時期を指定し、再判定を受けるよう診断書に明示しなければならない。

(3) 身体が矮小な人（背が低い人）についての障害診断は、男性の場合満18歳から、女性の場合満16歳から行う。但し、満20歳未満の男性、満18歳未満の女性の場合、2年後に再判定を受けなければならない。但し、軟骨無形成症(achondroplasia)により、矮小症の症状がはっきりしている場合は、満2歳以上で診断することができ、2年後に再判定を受けなければならない。

(4) 今後、障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けさせなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年後とする。

再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を明示しなければならない。

(5) 身体における同一部位の判断は解剖学的な区分による部位別とするが、腕と足は左右を各々別個の部位とみなす。

エ. 細部類型別判断基準

(1) 切断障害

概要

(ア) 切断障害は、切断部位を単純 X-線撮影で確認し、切断部位が明確な場合は、理学的検査で決定することができる。

(イ) 切断には外傷による欠損だけでなく、先天的な欠損も含まれる。

上肢切断障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	両腕を手首関節以上の部位で失った人
2級1号	両手の親指を指関節以上の部位で失い、他の全ての指を近位指節間関節以上の部位で失った人

2級2号	片腕を肘関節以上の部位で失った人
3級1号	両手の親指を指関節以上の部位で失い、人差し指を近位指節間関節以上の部位で失った人
3級2号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、他の全ての指を近位指節間関節以上の部位で失った人
4級1号	両手の親指を指関節以上の部位で失った人
4級2号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、人差し指を近位指節間関節以上の部位で失った人
4級3号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、2本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
5級1号	片手の親指を指関節以上の部位で失い、1本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
5級2号	片手の親指をMP関節以上の部位で失った人
5級3号	片手の人差し指を含めて3本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
6級1号	片手の親指を指関節以上の部位で失った人
6級2号	片手の人差し指を含めて2本の指を近位指節間関節以上の部位で失った人
6級3号	片手の中指、薬指そして小指全てを近位指節間関節以上の部位で失った人

両手の手部切断（切断部位がMP関節以上手首関節以下の部位）は、両手を手首関節以上の部位で失った人（1級1号）とする。

下肢切断障碍

<障碍等級基準>

障碍等級	障碍程度
1級2号	両足を膝関節以上の部位で失った人
2級3号	両足を足首関節以上の部位で失った人
3級3号	両足をショパール関節以上の部位で失った人
3級4号	片足を膝関節以上の部位で失った人
4級4号	両足をリスフラン関節以上の部位で失った人
4級5号	片足を足首関節以上の部位で失った人
5級4号	両足の親指を指関節以上の部位で失い、他の全ての足指を近位指節間関節（第1関節）以上の部位で失った人
5級5号	片足をショパール関節以上の部位で失った人
6級4号	片足をリスフラン関節以上の部位で失った人

(2) 関節障害

概要

- (ア) 関節障害とは、関節の硬直、筋力の弱化、又は関節の不安定（動揺関節、人工関節置換術後の状態など）がある場合を言う。
- (イ) 関節硬直とは、関節が、ある位置で完全に固定（完全硬直）しているか、関節運動範囲が減少している（部分硬直）ことを言い、その程度は Goniometerなど関節運動範囲測定器で測定した関節運動範囲が、該当関節の正常運動範囲に比べ、どの程度減少（％）しているかによって区分する。
- (ウ) この時、関節運動範囲は受動的運動範囲を基準とする。受動的関節運動範囲の測定は、数分の間、該当関節の受動的関節運動をさせた後、検査者が0.5kg重の力を加え、関節を動かした状態で測定する。但し、筋肉の麻痺があったり、外傷後、腱や筋肉の破裂がある場合（能動的関節運動範囲が、受動的関節運動範囲に比べて顕著に小さい場合）には、肢体機能障害と判定し、準用する項目がない場合、能動的関節運動範囲を使用し関節障害を判定することができる。
- (エ) 理学的検査以外の検査が必要な場合、障害判定の根拠となる放射線医学検査や筋電図検査の所見がなければならない。

上肢関節障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	両腕の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
2級1号	片腕の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
2級2号	両腕各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 両腕の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
2級3号	両手の全ての指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
3級1号	両腕各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 両腕の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
3級2号	両手の親指と人差し指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
3級3号	片手の全ての指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
3級4号	片腕の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 片腕の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
4級1号	片腕の肩関節、肘関節又は手首関節のうち一つの関節の運動範囲が75%以上減少している人

	している人 両手の親指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
4級2号	片手の親指と人差し指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
4級3号	片手の親指又は人差し指を含めて3本の指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
4級4号	片手の親指又は人差し指を含めて4本の指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級1号	片腕の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 片腕の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
5級2号	両手の親指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級3号	片手の親指の関節総運動範囲が75%以上減少している人
5級4号	片手の親指と人差し指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級5号	片手の親指又は人差し指を含めて3本の指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
6級1号	片腕の肩関節、肘関節又は手首関節のうち一つの関節の運動範囲が50%以上減少している人 片手の親指の関節総運動範囲が50%以上75%未満減少している人
6級2号	片手の人差し指を含めて2本の指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
6級3号	片手の親指を含めて2本の指の関節総運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
6級4号	片手の中指、薬指、そして小指全ての関節総運動範囲が各々75%以上減少している人

腕の3大関節は、肩関節、肘関節、手首関節を言う。

手の指の3つの関節は、MP関節、近位指節間関節、遠位指節間関節を言う。

肩関節、肘関節、手首関節に人工関節置換術を行い予後が不良な場合（はっきりとした骨融解、挿入物の弛緩、中等度以上の不安定、炎症所見が骨スキャン写真などの映像資料で確認される場合）に、5級1号（2関節以上）や、6号1級（1関節）と認定する。但し、関節機能の寄与度が小さい肘関節の人工橈骨置換術や、手首関節の遠位尺骨置換術のような部分置換術を行った場合は障害等級を認めない。

- 中等度以上の不安定は、放射線上、亜脱臼が見られたり、関節角度運動範囲が該当関節運動範囲の50%以上減少している場合を言う。

下肢関節障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級2号	両足の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
2級4号	両足各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 両足の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
3級5号	片足の3大関節全ての運動範囲が各々75%以上減少している人
4級1号	両足各々の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 両足の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
4級2号	片足の股関節又は膝関節が完全硬直しているか運動範囲が90%以上減少している人
4級5号	片足の3大関節のうち2つの運動範囲が各々75%以上減少している人 片足の3大関節全ての運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人
5級1号	片足の股関節又は膝関節の運動範囲が75%以上減少している人
5級2号	片足の足首関節が完全硬直しているか運動範囲が90%以上減少している人
5級6号	片足の3大関節のうち2つの運動範囲が各々50%以上75%未満減少している人 片足の3大関節全ての運動範囲が各々25%以上50%未満減少している人
5級7号	両足の全ての指の関節総運動範囲が各々75%以上減少している人
6級2号	片足の股関節又は膝関節の運動範囲が50%以上減少している人
6級3号	片足の足首関節の運動範囲が75%以上減少している人

足の3大関節は、股関節、膝関節、足首関節を言う。

股関節、膝関節、足首関節に人工関節置換術を行い予後が不良な場合(はっきりとした骨融解、挿入物の弛緩、中等度以上の不安定、炎症所見が骨スキャン写真などの映像資料で確認される場合)は、5級1号(2関節以上)や、6号2級(1関節)に準用する。但し、関節機能の寄与度が小さい膝蓋骨置換術などのような部分置換術を行った場合は障害等級を認めない。

- 中等度以上の不安定は、放射線上、亜脱臼が見られたり、関節角度運動範囲が該当関節の運動範囲の50%以上減少していたり、足首関節の運動範囲が75%以上減少している場合を言う。

股関節又は膝関節に次のような障害がある人は6級2号に準用する。

ア) '動揺関節'があり、補助器を着用しなくてはならない人

- 動揺関節は、客観的な測定方法によって関節の前方10mm又は後方10mm以上の関節動揺である場合

- 客観的な測定法は、患側の膝関節の動揺を測定し、健側の膝関節の動揺を差し引いて決定するものであるが、前十字靭帯破裂の場合には、膝関節を20～30度屈曲させた状態でストレス放射線撮影をし、後十字靭帯破裂の場合には膝関節を約70～90度屈曲させた状態でストレス放射線を撮影する。但し、両足に動揺関節が発生した場合には、その測定された動揺程度をそのまま認める。

イ) 習慣的な脱臼の程度が深刻で、日常生活に深刻な支障を受ける人(単純な習慣性脱臼は除外)

(3) 肢体機能障害(腕、足、脊椎障害)

概要

(ア) 肢体機能障害は、腕、足の障害と、脊椎障害に大別される。

(イ) 腕、足の機能障害は、腕又は足の麻痺により、腕又は足の全体機能に障害がある場合を言う。

(ウ) 麻痺による腕、足の機能障害は、主に脊髄又は末梢神経系の損傷や筋肉病症などで運動機能障害がある場合で、感覚損失又は痛みによる障害は含まない。

(エ) 腕又は足の機能障害が麻痺による時は、筋力がある程度残っているが機能的ではない程度(筋力検査上Fair以下)でなければならない。

(オ) 筋力は主に徒手筋力検査(Manual Muscle Test)で測定し、筋力はNormal(5), Good(4), Fair(3), Poor(2), Trace(1), Zero(0)と区分する。

(カ) 腕、足の機能障害判定は、筋力測定値を判定資料として活用し判断する。

(キ) 理学的検査以外で障害判定の根拠になる放射線医学や筋電図検査の所見がなければならない。

(ク) 脊髄障害の判定は、脊髄の外傷又は疾患により、脊髄が損傷した場合を対象にする。

(脊髄円錐(conus medullaris)や馬尾(cauda equina)の損傷を含む。)従って、椎間板ヘルニア、脊椎狭窄症などによる神経筋病症から出てくる麻痺は該当しない。

(ケ) 脊髄障害は、最初の判定日から2年後に再判定をしなければならない。但し、障害の重症度や年齢などを考慮した際障害の状態がほぼ変化しないことが予測される場合は再判定を除外することができる。

(コ) 脊髄病変(疾患)は、コンピュータ断層撮影(CT)、核磁気共鳴画像法(MRI)、単一光子放射断層撮影法(SPECT)、陽電子放射断層撮影法(PET)などで確認し、神経学的な欠損がみられる部位と検査所見がお互いに一致しなければならない。

(サ) 脊髄障害であり、小児青少年である場合には、満1歳以上の年齢から可能であり、

該当医師の判断により判定する。

(シ) 脊髄障碍の小児青少年は、満6歳未満で障碍判定を受けた場合、満6歳以上～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。

満6歳以上～満12歳未満の期間に最初の障碍判定又は再判定を受けた場合で今後障碍の状態の変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満で再判定を受けなければならない。

上肢機能障碍

<障碍等級基準>

障碍等級	障碍程度
1級1号	両腕を完全麻痺で全く動かせない人(筋力等級0.1)
2級1号	片腕を完全麻痺で全く動かせない人(筋力等級0.1)
2級2号	両腕を麻痺でやっと動かせる人(筋力等級2)
2級3号	両手の全ての指を完全麻痺で全く動かせない人(筋力等級0.1)
3級1号	両腕を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人(筋力等級3)
3級2号	両手の親指と人差し指を各々完全麻痺で全く動かせない人(筋力等級0.1)
3級3号	片方の手の全ての指を完全麻痺で全く動かせない人(筋力等級0.1)
3級4号	片腕を麻痺でやっと動かせる人(筋力等級2)
4級1号	両手の親指を完全麻痺で各々全く動かせない人(筋力等級0.1)
4級2号	片方の手の親指と人差し指を完全麻痺で各々全く動かせない人(筋力等級0.1)
4級3号	片方の手の親指又は人差し指を含めて3本の指が完全麻痺で各々全く動かせない人(筋力等級0.1)
4級4号	片方の手の親指や人差し指を含めて4本の指が麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人(筋力等級3)
5級1号	片方の腕が麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人(筋力等級3)
5級2号	両手の親指を麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人(筋力等級3)
5級3号	片方の手の親指が完全麻痺で全く動かせない人(筋力等級0.1)
5級4号	片方の手の親指と人差し指を麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人(筋力等級3)
5級5号	片方の手の親指又は人差し指を含め3本の指を麻痺で各々機能的ではないがある程度動かせる人(筋力等級3)
6級1号	片方の手の親指を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人(筋力等級3)

6級2号	片方の手の人差し指を含め2本の指を完全麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）
6級3号	片方の手の親指を含め2本の指を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
6級4号	片方の中指、薬指そして小指全てを麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）

下肢機能障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級 2号	両足を完全麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）
2級 4号	両足を麻痺で各々やっと動かせる人（筋力等級2）
3級 5号	片方の足を完全麻痺で全く動かさない人（筋力等級0.1）
4級 1号	両足を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
4級 5号	片方の足を麻痺でやっと動かせる人（筋力等級2）
5級 6号	片方の足を麻痺で機能的ではないがある程度動かせる人（筋力等級3）
5級 7号	両足の全ての指を完全麻痺で各々全く動かさない人（筋力等級0.1）

脊椎障害

(ア) 判定概要

- 脊椎病変は、単純X線撮影、コンピュータ断層撮影（CT）、核磁気共鳴画像法（MRI）、筋電図などの特殊検査所見と手術部位及び手術の種類を確認しなければならない。
- 脊椎の分節に運動させるように考案された人工椎間板挿入術、DIAM（訳注：Device for Inter vertebral Assisted Motion）インプラント、ワイヤー固定術は固定された分節とみなさない。
- 硬直性脊椎疾患（硬直性脊椎炎など）の場合、放射線検査上の部位が明確でなければならず、仙腸関節所見は別途考慮しない。下肢又は上肢の関節障害を伴う場合には別途判定する。

完全硬直は、放射線写真上、頸椎部、胸椎部又は腰椎部の完全な癒合が確認され、該当する脊椎部位の運動可能範囲（頸椎部 340度、胸・腰椎部 240度）の90%以上が減少している場合を言う。

- 脊椎は、障害部位によって頸部（頸椎）と、体幹（胸・腰椎）に分けられるが、各椎体間の正常な運動範囲は次の通りである。

骨癒合術などで固定された分節は、その分節の運動機能を全て失っているとみなし、

固定された分節以外の分節は運動機能を正常とみなして算出する。

<脊椎運動単位別標準運動機能領域>

頸椎部	後頭 1頸椎	1 - 2 頸椎	2 - 3 頸椎	3 - 4 頸椎	4 - 5 頸椎	5 - 6 頸椎	6 - 7 頸椎	7頸椎 1胸椎	計
運動範囲	13	10	8	13	12	17	16	6	95
胸腰椎部	10 - 11 胸椎	11 - 12 胸椎	12胸椎 1腰椎	1 - 2 腰椎	2 - 3 腰椎	3 - 4 腰椎	4 - 5 腰椎	5腰椎 1仙椎	計
運動範囲	9	12	12	12	14	15	17	20	111

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級5号	頸椎と胸腰椎の運動範囲が正常の4/5以上減少している人
2級6号	硬直性脊椎疾患で頸椎と胸椎及び腰椎が完全硬直している人
3級1号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の4/5以上減少している人
4級1号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の3/5以上減少している人
5級8号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の2/5以上減少している人
5級9号	硬直性脊椎疾患で頸椎と胸椎、又は胸椎と腰椎が完全硬直している人
6級5号	頸椎又は胸・腰椎の運動範囲が正常の1/5以上減少している人
6級6号	硬直性脊椎疾患で頸椎又は腰椎が完全硬直している人

硬直性脊椎疾患により、放射線写真上、頸椎2番以下と胸椎及び腰椎の完全癒合が確認される場合、3級1号に準用する。

(4) 変形などの障害

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
5級1号	-片足が健康な足より10cm以上、又は健康な方の足の長さの10分の1以上短い人
6級1号	-片足が健康な足より5cm以上、又は健康な方の足の長さの15分の1以上短い人
6級2号	-脊椎側弯症があり、湾曲角度が40度以上の人
6級3号	-脊椎側弯症があり、湾曲角度が60度以上の人

6級4号	-成長が止まった満18歳以上の男性で身長が145cm以下の人
6級5号	-成長が止まった満16歳以上の女性で身長が140cm以下の人
6級6号	-軟骨無形成症で小人症に関するはっきりとした症状がある人。但しこの場合満2歳以上で適用可能

足の長さの短縮は必ず放射線医学検査による所見をもとに、正常な側の長さと比較して決定する。

脊椎の湾曲程度は、必ずX-線撮影などの放射線医学による検査所見にもとづき湾曲角度を測定しなければならない。

2. 脳病変障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関のリハビリテーション医学科・神経外科・神経科の専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して、6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、治療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院の診療記録などを提出させる。）

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 脳性麻痺、脳卒中、脳損傷などやその他脳病変（パーキンソン病は除外）がある場合は、発病又は外傷後6か月以上持続的に治療した後、障害診断を行わなければならない。

(2) パーキンソン病は、1年以上にわたる誠実で持続的な治療後に障害診断をしなければならない。

(3) 植物人間又は長期間にわたる意識消失などの場合、発病（外傷）後6か月以上にわたる持続的な治療後に障害診断を行うことができ、このような場合、最初の診断日から2年後に再判定をするよう診断書上に明記しなければならない。

(4) 障害の状態が固着しているとしても、手術をはじめとするその他の治療方法を行えば機能が回復しうると判断される場合には、障害判定を医療的措置後まで留保しなければならない。しかし、合併症の発生、障害人の健康状態などの理由で、1年以内に医療的措置を行うことができない場合は、いったん障害判定を実施した後、必要な時期を指定して、必ず再判定を行わなければならない。

(5) 治療などにより障害程度が変化する脳病変は、最初の判定から2年後以降に一定の時期を定めて再判定しなければならない。再判定時、障害の状態に顕著な変化が予測される場合は、もう一度再判定日から2年後以降に一定の時期を定めて再判定をしなければならない。但し、

再判定の際、重症度や年齢などを考慮し、障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合は再判定を除外することができる。

(6) 小児青少年は、満1歳以上の年齢から障害判定が可能であり、判定時期は該当医師の判断により判定する。

- 満6歳未満で障害判定を受けた場合、満6歳～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。

- 満6歳以上～満12歳未満の期間に最初の障害判定又は再判定を受けた場合、今後障害の状態に変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満の間に再判定を受けなければならない。

エ. 判定概要

(1) 脳病変障害の判定は、脳性麻痺、寝たきりの脳損傷、脳卒中や、その他脳の器質的病変による場合に限る。

(2) 障害の診断は、主な症状である麻痺の程度及び範囲、不随運動の有無などにより、腕・足の機能低下による食事、入浴、身支度、着衣及び脱衣、排便、排尿、トイレの利用、椅子/ベッド間の移動、動作、階段を上るなどの歩行や日常生活動作の遂行能力を基礎に、全体の機能障害程度を判定する。

(3) 全体の機能障害の判定は、理学的検査所見、認知機能評価や修正バーセルインデックス (Modified Barthel Index, MBI) を使用して実施し、診断書に内容を明記する。

(4) 満1歳以上～満7歳未満の小児は、粗大運動能力分類システム (Gross Motor Function Classification System, GMFCS)、粗大運動能力尺度 (Gross Motor Function Measure, GMFM)、ベイリー-発達検査などを参考にすることができる。

(5) 脳病変は、コンピュータ断層撮影 (CT)、核磁気共鳴画像法 (MRI)、単一光子放射断層撮影法 (SPECT)、陽電子放射断層撮影法 (PET) などで確認し、神経学的な欠損がみられる部位と検査所見が互いに一致しなければならない。但し、脳性麻痺などのように、脳の映像資料に脳の病変がはっきりと確認されない場合には臨床的症状を優先とする。

(6) 脳の器質的病変により、視覚・聴覚又は言語上の機能障害や知的障害に準ずる知能低下などが同伴する場合は、重複障害の合算認定基準に従って判定する。

(7) パーキンソン病は、ホーン-ヤールの重症度分類及び診療記録上確認される主要な症状 (平衡障害、歩行障害の程度など)、治療経過などを考慮し、判定する。

十分に薬物治療をしている状態で薬物反応がある時の症状を根拠にし、薬物に反応がない場合には治療経過などを考慮する。

<障害等級基準>

等級	障害程度
1級	<p>一人での歩行は不可能で、歩行には全的に他人の支援が必要な人</p> <p>両腕の麻痺により腕を利用した日常生活動作がほとんどできず、全的に他人の支援が必要な人</p> <p>片腕と片足の麻痺により日常生活動作がほとんどできず、全的に他人の支援が必要な人</p> <p>歩行と全ての日常生活動作の遂行に全的に他人の支援が必要で、修正バーセルインデックスが32点以下の人</p>
2級	<p>片腕の麻痺によりその腕を利用した日常生活動作の遂行が不可能であり、全的に他人の支援が必要な人</p> <p>麻痺と関節拘縮で両手の全ての指の使用が不可能であり、この指を利用する日常生活動作の遂行に全的に他人の支援が必要な人</p> <p>歩行と全ての日常生活動作の遂行に大部分他人の支援が必要であり、修正バーセルインデックスが33～53点である人</p>
3級	<p>麻痺と関節拘縮で片手の全ての指の使用が不可能であり、この指を利用する日常生活動作の遂行に全的に他人の支援が必要な人</p> <p>片足の麻痺で、この足を利用する歩行が不可能であり、歩行の大部分に他人の支援が必要な人</p> <p>歩行と日常生活動作の全てを一人で遂行することが難しく、部分的に他人の支援が必要で、修正バーセルインデックスが54～69点である人</p>
4級	<p>歩行や大部分の日常生活動作は自分で遂行するが、間欠的に他人の支援が必要であり、修正バーセルインデックスが70～80点である人</p>
5級	<p>歩行や大部分の日常生活動作を他人の支援なしで自分で遂行するが、完璧に遂行できない時があり、修正バーセルインデックスが81～89点である人</p>
6級	<p>歩行や大部分の日常生活動作を自分で完璧に遂行するが、時々遂行するのに時間がかかったり、様子が非正常である時があり、修正バーセルインデックスが90～96点である人</p>

<歩行及び日常生活動作の評価(修正バーセルインデックス, Modified Bathel Index)>

総点:

付録の例を参照後、評価する。

遂行程度 評価項目	全くできな い	多くの支援 が必要	中間ほどの 支援が必要	軽微な支援 が必要	完全に一人 で遂行
個人衛生 ¹⁾	0	1	3	4	5
入浴(bathing self)	0	1	3	4	5
食事(feeding)	0	2	5	8	10
排せつ(toilet)	0	2	5	8	10
階段の昇降(stair climb)	0	2	5	8	10
着・脱衣(dressing) ²⁾	0	2	5	8	10
大便調節(bowl control)	0	2	5	8	10
小便調節 (bladder control)	0	2	5	8	10
* <u>移乗</u> ³⁾ (chair/bed transfer)	0	3	8	12	15
* <u>歩行</u> (ambulation)	0	3	8	12	15
* <u>車いす移動</u> (wheelchair) ⁴⁾	0	1	3	4	5

1) 個人衛生：洗面、髪の毛をとかず、歯磨き、髭剃りなど

2) 着・脱衣：ボタンの付け外し、ベルト着用、靴紐を結んだりほどいたりする動作を含む

* 3) 移動：ベッドから椅子へ、椅子からベッドへの移動、ベッドに座る動作を含む

* 4) 車いすでの移動：歩行が全く不可能な場合に評価

3. 視覚障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

視力又は視野欠損程度の測定が可能な医療機関の眼科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。(必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。)但し、障害の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

- (1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、眼球摘出など障害の固着が明白な場合は例外とする。
- (2) 手術又は治療などの医療的措置により機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を措置後まで留保しなければならない。
- (3) 今後障害程度の変化が予想される場合は、必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の判定を留保しなければならない。
- (4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。
- (5) 角膜混濁で角膜移植術が必要な場合や、国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などを受けることができない場合、最初の判定日から3年以降の一定の時期を決め、再判定を行わなければならない。角膜移植術を受けた場合、移植手術の1年後に再判定を受ける。
- (6) 障害人の健康状態などにより白内障の手術を受けられない場合、2年ごとに再判定を受けるようにする。但し、検査などを通して、白内障の手術後も視力改善の余地がないことが確認された場合、再判定をしないこともある。
- (7) 白内障手術を受けた場合は、白内障手術の6か月後に必ず再判定を受けるようにする。

エ. 判定概要

- (1) 視力障害と視野欠損障害に区分して判定する。
- (2) 視力は眼鏡、コンタクトレンズを含む全ての種類の視力矯正法を利用して測定された最大矯正視力を基準とする。
- (3) 視力は公認の視力表によって測定されたものを使用することができる。視力表に規定された距離から、同じ列の様々な視表の中で横に半分以上の視表を正確に読んだ場合のみその列の視力と認める。0.1より悪い視力を測定する場合には、ETDRS視力表や低視力チャート(low vision chart)の使用を奨励する。このような視力表がない場合には、0.1と0.2の視表を表に近づいて見せて測定し、各々を比較する。例えば、4m用の視力表で、0.1視表の3つのうち、2つを読めば0.1となり、0.2視表の5つのうち3つを2mから読んだとすれば視力は0.1(0.2×2/4)となり、この0.2視表を1mから読んだとすれば視力は0.05(0.2×1/4)となる。(矯正視力の記載時、必ず屈折力を表記する。)
- (4) 両眼が指数弁などで表現される視力は全て1級と判定する。
- (5) 片方の目が失明している場合を5級2号と判定することはできない。

(6) 視野検査は動的視野検査が原則であるが、場合によっては静的視野検査を行うことができる。検査機械の種類としてはゴールドマン視野計や、ハンフリー視野計など公認を受けた視野検査計で測定した結果を基準として判定する。ゴールドマン視野検査計とハンフリー自動視野計の動的視野検査を使用する時は、視表はIII-4eとする。オクトパス視野計で行う時は上記の二つの検査の刺激感度である10dBに相応する刺激感度である7dBで行う。被検者の最大矯正視力が0.2未満であったり、末期の緑内障では、視表の大きさを‘V’とする。静的視野検査の結果値の信頼度指標が低い場合には、ゴールドマン視野検査で判断し、この時‘備考欄’に、非検査者の中心部注視程度及び協力度を記録しなければならない。強度近視(-8ジオプトル以上)や、無水晶体眼は、コンタクトレンズを着用した状態で検査し、無水晶体眼はIV-4e視表を使用する。

(7) 客観的な眼の状態に比べ、視力の顕著な低下がある時は、必ず眼底検査、網膜検査、視神経検査を行い、視力の低下が妥当であるかどうかを判断した後、視覚障害の判定をする。また、障害等級を判定するためには角膜や水晶体がその原因であれば、眼底の写真(角膜又は水晶体の写真)を確認し、それ以外には視神経と黄斑が含まれた網膜写真と視覚誘発電位検査を確認しなければならない。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	良い方の目の視力が0.02以下の人
2級1号	良い方の目の視力が0.04以下の人
3級1号	良い方の目の視力が0.06以下の人
3級2号	両目の視野が各々全ての方向で5度以下しか残っていない人
4級1号	良い方の目の視力が0.1以下の人
4級2号	両目の視野が各々全ての方向で10度以下しか残っていない人
5級1号	良い方の視力が0.2以下の人
5級2号	両目の視野が各々正常視野の50%以上減少している人
6級	悪い方の目の視力が0.02以下の人

4. 聴覚障害判定基準

ア. 障害判定医

聴力検査室と聴力検査機(オーディオメーター)がある医療機関の耳鼻咽喉科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が

固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。(必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。)但し、障害の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、聴力器官の欠損など障害の固着が明白な場合は例外とする。

(2) 伝音性又は混合性難聴の場合には、障害診断を手術又は処置などの医療的措置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に、国内の与件又は障害人の健康状態などにより、手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。伝音性難聴又は混合性難聴が疑われる場合、気導及び骨導純音聴力検査を行い、気導 骨導差が6分法によって20デシベル(dB)以内の場合、又は手術後に難聴が固着したことが判断される場合には、再判定を除外することができる。

(3) 今後、障害程度の変化が予想される場合は、必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の判定を留保しなければならない。

(4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ. 聴力障害

(1) 判定概要

(ア) 聴力障害の障害程度評価は、純音聴力検査の気導純音閾値を基準とする。2～7日の反復検査周期で3回行った聴力検査結果のうち、一番良い検査結果を基準とする。また、障害等級を判定するためには、聴性脳幹反応検査を利用した閾値を確認し、気導純音閾値の信頼度を確保しなければならない。但し、聴性定常反応検査を提出した場合には、聴性脳幹反応検査の代わりとすることができる。

- 平均純音閾値は、聴力測定器(オーディオメーター)で測定してデシベル(dB)で表示し、障害等級を判定するが、周波数別に500Hz、1000Hz、2000Hz、4000Hzでそれぞれ聴力検査を実施する。

- 平均値は6分法に基づいて計算する $(a+2b+2c+d/6)$ 。(500Hz(a)、1000Hz(b)、2000Hz(c)、4000Hz(d))6分法の計算で小数点以下は捨てる。もし与えられた周波数で、聴力閾値が100デシベル(dB)以上であるか、聴力計の範囲を超える場合は100デシベル(dB)とみなし、

聴力閾値が0デシベル(dB)以下である場合は0デシベル(dB)とみなす。

(イ) 聴力の減少が疑われるが意思疎通が図れないことから聴力検査を行うことができない場合には、聴性脳幹反応検査を行い、必要な場合、聴性定常反応検査を添付して障害等級を判定する。

(ウ) 耳鳴りが言語の区分能力を低下させることがあるため、聴力閾値検査と耳鳴り検査を一緒に実施し、下のように等級を加重することができる。耳鳴りは客観的な測定が難しいが、2回以上の反復検査で耳鳴りの音質や大きさが相応する時に可能である。

- ひどい耳鳴りがあり、聴力障害の程度が6級である場合、5級とする。

- ひどい耳鳴りがあり、両側の聴力損失が各々40～60デシベル(dB)未満である場合、6級と判定する。

- 但し、ひどい耳鳴りは、1年以上持続して積極的に診断および治療を行ったにも関わらず残存症状がある場合に限り診療記録紙を確認して判定し、診療記録紙には耳鳴りについて反復的な検査の記録が含まれていなければならない。

(エ) 最大語音明瞭度は、次のように検査を行うものとし、2～7日の反復検査周期をとり、3回行った検査結果の中で一番良い検査結果を基準とする。

検査は、録音機、マイク又は聴力測定器で普通の会話の強度で発声し、聴力測定器の音量の強弱を調整して行う。

検査語は“語音明瞭度測定表”を使って2秒から3秒で一つの単語を分けたり、合わせたりして発生し、語音明瞭度の一番高い数値を最大語音明瞭度とする。

$$\text{語音明瞭度(％)} = (\text{被検者が正確に聴いた検査語音の数} / \text{検査語数} \times 100)$$

録音した語音表による反復検査で、語音明瞭度が12%以上の違いをみせる場合には機能性難聴又は詐聴を鑑別する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級	両耳の聴力損失が各々90デシベル(dB)以上の人
3級	両耳の聴力損失が各々80デシベル(dB)以上の人
4級1号	両耳の聴力損失が各々70デシベル(dB)以上の人
4級2号	両耳で聴こえる普通の話し声の最大の明瞭度が50パーセント以下の人
5級	両耳の聴力損失が各々60デシベル(dB)以上の人
6級	片耳の聴力損失が80デシベル(dB)以上、もう片方の耳の聴力損失が40デシベル(dB)以上の人

オ．平衡機能障害

(1) 判定概要

(ア) 平衡機能とは空間内で姿勢及び方向感覚を維持する能力をいい、視覚、固有受容感覚及び前庭器官によって維持される。

(イ) 平衡機能の評価で検査者は、非検査者の日常生活動作遂行における残存機能を考慮し等級を決定しなければならない。1年以上の診療記録などを確認しなければならない。

(ウ) 平衡機能障害は、最初の判定日から2年以降の一定の時期を決めて再判定を行わなければならない。再判定時に障害の状態に顕著な変化が予想される場合は、もう一度再判定日から2年後以降に一定の時期を決めて再判定しなければならない。但し、再判定の際、障害の重症度や年齢を考慮し、障害の状態にほとんど変化がないと予測される場合には再判定を除外することができる。

(エ) 両側の平衡機能を失っている場合、専門的な診断により永久的障害と判断される時には再判定を除外することができる。

(オ) 全ての平衡機能異常の等級決定において、前庭器官異常の客観的な兆候が必ず確認されなければならない。

(カ) 両側の平衡機能の異常は、温度眼振検査又は回転椅子検査で確認し、それ以外に動揺視(oscillosia)、自発及び注視眼振、姿勢(postulography)検査などで客観性を高めることができる。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
3級	両側の平衡機能の消失があり、両目をつぶって立つことが困難であるか、両目を開いて10メートルの距離をまっすぐ歩くと転んでしまい(臨床的にやむを得ない場合は6メートルを歩かせて診断することができる)、日常で自分の身の回りの事以外は他人の支援が必要な人
4級	両側の平衡機能に消失や減少があり、両目を開いて10メートルの距離をまっすぐ歩くと途中でバランスを取るために立ち止まらなければならない(日常的に不可避な場合は6メートルを歩かせて診断することができる)、日常で自分の身の回りの事や簡単な歩行、行動のみ可能な人
5級	両側又は片方の平衡機能に減少があり、両目を開いて10メートルの距離をまっすぐ歩くと中央から60センチメートル以上はずれ(臨床的にやむを得ない場合は6メートルを歩かせて診断することができる)、日常で複合的な身体運動が必要な活動が不可能な人

5. 言語障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 医療機関のリハビリテーション医学科専門医又は言語リハビリテーション士が配置されている医療機関の耳鼻咽喉科・精神健康医学科・神経科専門医

- 但し、音声障害は言語リハビリテーション士がいない医療機関の耳鼻咽喉科専門医を含む

(2) 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要に応じて患者に他病院での診療記録などを提出させる。）但し、障害の状態が固着していることが専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。

(2) 手術又は治療などの医療的措置により機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を措置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定して再判定を行うようにする。

(3) 今後障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の判定を留保しなければならない。

(4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ. 判定概要

(1) 音声障害には単純な音声障害、発音（構音）障害及び流暢性障害（吃音）を含む口語障害が含まれており、言語障害には言語中枢損傷による失語症や発達期に現れる発達性言語障害が含まれている。

(2) 吃音、構音及び言語障害は客観的な検査を通して診断する。

流暢性障害（吃音）：吃音重症度検査

構音障害：絵字音検査（訳注：英語ではPicture Consonant Articulation Test）、3位置構音検査、

韓国語発音検査

言語能力：

- 20歳以上の成人：ボストンネーミングテスト（訳注：英語ではBoston Naming Test）、K-WAB

検査

- 児童：絵語彙力検査、就学前児童の受容言語及び表出言語発達測度（PRES）、乳幼児言語発達検査（SELSI）、文章理解力検査、言語理解・認知力検査、言語問題解決力検査、韓国-ノースウェストン構文選別検査

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
3級1号	発声が不可能であったり特殊な方法（食道発声、人工喉頭）で簡単な会話が可能な音声障害
3級2号	言葉の流れが97%以上妨害を受ける吃音
3級3号	子音正確度が30%未満の構音障害
3級4号	意味をもつ言葉をほとんど話せない表現言語指数が25未満の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合
3級5号	簡単な言葉や質問もほとんど理解できない受容言語指数が25未満の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合
4級1号	発声（音度、強度、音質）が部分的に可能な音声障害
4級2号	言葉の流れが妨害を受ける吃音（子ども41 - 96%、成人24 - 96%）
4級3号	子音正確度30 - 75%程度の不正確な言葉を使う構音障害
4級4号	非常に制限された表現だけができる表現言語指数が25 - 65の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合
4級5号	非常に制限された理解だけができる受容言語指数が25 - 65の場合で、知的障害又は自閉性障害と判定されない場合

6. 知的障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関の精神健康医学科・神経科・又はリハビリテーション医学科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）但し、障害の状態が固着していることが

専門的な診断によって認められる場合、以前の診療記録などを確認しない場合がある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ．障害診断及び再判定の時期

(1) 障害の原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生、又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。但し、満2歳以上で先天性知的障害など障害の固着が明白な場合は例外とする。

(2) 発達段階にある小児青少年は、満6歳未満で障害判定を受けた場合、満6歳以上～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。

- 満6歳以上～満12歳未満の期間の間で、最初に障害判定又は再判定を受けた場合、今後障害の状態に変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満の間で再判定を受けなければならない。

(3) 手術又は治療などの医療的措置により機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定して再判定を行うようにする。

(4) 今後、障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けようとしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の診断日から2年以上経過した後とする。2年以内に障害状態の変化が予想される時には、障害の診断を留保しなければならない。

(5) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ．知的障害の判定手続き

(1) 知的障害は、ウェクスラー式知能検査など個人用知能検査を実施して得た知能指数(IQ)により判定し、社会成熟度検査を参照する。知能指数は、言語性知能指数と動作性知能指数を総合した全体検査知能指数のことをいい、全体知能指数が年齢別最低得点で1級又は2級に該当するかどうかの判別が難しい場合には、GAS及び非言語的知能検査道具(視覚運動統合発達検査：VMI、ベンダー・ゲシュタルトテスト：BGT)を追加実施し、検査内容、検査結果についての詳しい所見を提出する。

(2) 満2歳以上から障害判定を行い、乳児が非常に幼いため上記の標準化された検査が不可能な場合、ヴァインランド(Vineland)社会成熟度検査、ヴァインランド適応行動検査、又は発達検査を行って算出した適応指数や発達指数を知能指数と同一に扱って判断する。

(3) 脳損傷、脳疾患など様々な原因により、成人した後に知能低下が起こった場合にも上記基準に基づき知的障害に準ずる判定ができる。但し、老人性認知症は例外とする。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	知能指数が35未満の人で、日常生活や社会生活の適応が顕著に困難であり、一生を通して他人の保護が必要な人
2級	知能指数が35以上50未満の人で日常生活の単純な行動について訓練が可能であり、ある程度の監督と支援を受ければ、複雑でなく特殊技術を必要としない職業につくことができる人
3級	知能指数が50以上70以下の人で教育を通して社会的・職業的のリハビリテーションが可能な人

7. 精神障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 障害診断直前の1年以上持続的に診療した医療機関の精神健康医学科専門医

持続的に診療を受けたというのは、3か月以上薬物治療が中断しなかったということの意味する。

(2) (1) に該当する専門医がいない場合、障害診断直前の3か月以上持続的に診療した医療機関の精神健康医学科専門医が診断をすることができるが、障害診断の直前1年以上にわたる精神健康医学科の診療記録などを確認しなければならない。

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、障害判定の直前1年以上にわたり治療を受けた患者として、診断時にも適切な治療中であるにも関わらず障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。(必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。)

ウ. 障害診断及び再判定の時期

(1) 1年以上にわたる誠実で持続的な治療後も好転する兆しがほとんどない程障害が固着している時に障害を判定する。

(2) 最初の判定日から2年以降に一定の時期を決めて再判定を行わなければならないが、再判定の際に障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から2年後以降に一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、再判定当時、障害の重症度や年齢などを考慮した際、障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

エ. 精神障害の判定手続き

精神障害の障害等級判定は（１）現在治療中である状態を確認、（２）精神疾患の診断名及び最初の診断時期についての確認、（３）精神疾患の状態(impairment)の確認、（４）精神疾患による精神的な能力障害(disability)状態の確認、（５）精神障害等級の総合的判定、の順序に従って行う。

（１）現在治療中である状態を確認

現在、薬物服用などの治療中である状態で精神障害の判定を行わなければならない。

（２）精神疾患の診断名及び最初の診断時期を確認

我が国で公式的な精神疾患分類体系として使用している国際疾病分類表ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Version)の診断ガイドラインに従ってICD-10 のF20精神分裂病、F25分裂型情動障害、F31両極性情動障害及びF33反復性うつ障害と診断される場合に限り、精神障害判定を行わなければならない。

（３）精神疾患の状態(impairment)

精神疾患の状態についての確認は、診断された精神疾患の状態が精神障害等級判定基準に従ってどの等級が適切なのかを臨床的診断評価過程を通して判断したのち等級を決める。

（４）精神疾患による精神的な能力障害(disability)の状態を確認

概要

- 精神疾患による能力障害についての確認は、精神障害者の臨床的診断評価や保護者及び周囲の人からの情報、精神保健医療サービスを提供している治療者の意見、学業や仕事など日常環境での適応状態などを勘案し等級判定を下す。
- ‘能力障害の状態’は、精神疾患による日常生活又は社会生活における支障の程度及び周囲の手助け（看護、指導）の程度について判断することで障害の程度を判断するための指標として利用される。

能力障害測定基準

1) 適切な飲食摂取

栄養のバランスを考え、自分で準備して食べる飲食摂取の判断などに関する能力障害の有無を判断する。

2) 大小便管理、洗面、入浴、掃除などの清潔維持

洗面、洗足、排せつ後の衛生、入浴など体の衛生維持、掃除などの清潔維持についての判断などに関する能力障害の有無を判断する。これらについて、意思の発動性という観点から自発的に適切に行うことが可能であるかどうか、支援が必要かどうかを判断する。

3) 適切な会話技術及び協力的な対人関係

他人の言葉を聞き取り自分の意思を相手に伝える意思疎通の能力、他人と適切に付き合う能力

に注目する。

4) 規則的な通院・薬物の服用

自発的・規則的に通院及び服薬を行い、病状や副作用などに関して主治医にきちんと話すことが可能であるかどうか、支援が必要であるかどうかを判断する。

5) 所持品及び金銭管理や適切な購買行為

金銭を独立的で適切に管理し、自発的で適切に物を買うことが可能であるかどうか、支援が必要であるかどうかを判断する（金銭の認知、物品詐欺の誘惑、物品詐欺に伴う対人関係処理能力に注目する）。

6) 公共交通機関や一般公共施設の利用

各種申請など社会的な手続きを行ったり、銀行や保健所などの公共施設を適切に利用することが可能かどうかを判断する。

(5) 精神障害等級の総合的な判定

精神疾患の状態や能力障害の状態に関する判定を総合し最終の障害等級判定を下す。但し、精神疾患の状態による等級と、能力障害の状態による等級に差がある場合、能力障害の状態を優先的に考慮する。

精神疾患の状態及び能力障害の状態が時間によって起伏があったり、投薬などの治療を通して状態の変化がある場合には、最近3か月間の症状が最も深刻であった場合と最も好転していた場合の平均的な状態を基準に等級を判定する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級1号	精神分裂症で妄想、幻聴、思考障害、奇怪な行動などの陽性症状又は社会的萎縮のような陰性症状が深刻で、顕著な人格変化があり、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中、3項目以上で全的な支援が必要で、GAF尺度点数が40以下である人（精神病の診断を受けてから1年以上が経過した人に限る。以下同じ）
1級2号	両極性情動障害（躁うつ病）で気分、意欲、行動及び思考障害の症状が、深刻な症状期が持続するか頻繁に繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で全的な支援が必要であり、GAF尺度点数が40以下である人
1級3号	反復性のうつ障害で精神病的症状が伴い、気分、意欲、行動などに関してうつ症状が深刻な症状期が持続していたり頻繁に繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で全的な支援が必要であり、GAF尺度点数が40以下である人
1級4号	分裂型情動障害で第1号ないしは第3号に準ずる症状がある人

2級1号	精神分裂症で妄想、幻聴、思考障害、奇怪な行動などの陽性症状又は社会的萎縮のような陰性症状があり、中等度的人格変化があり、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で多くの支援が必要で、GAF尺度点数が41点以上50点以下である人
2級2号	両極性情動障害（躁うつ病）で気分、意欲、行動及び思考障害の症状が、持続するか頻りに繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で多くの支援が必要であり、GAF尺度点数が41点以上50点以下である人
2級3号	慢性的な反復性うつ障害で幻想などの精神病的症状が伴い、気分、意欲、行動などに関してうつ症状がある症状期が持続していたり頻りに繰り返され、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で多くの支援が必要であり、GAF尺度点数が41点以上50点以下である人
2級4号	慢性的な分裂性情動障害で第1号ないし第3号に準ずる症状がある人
3級1号	精神分裂症で妄想、幻聴、思考障害、奇怪な行動などの陽性症状があるが人格変化や退行は深刻ではない場合で、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で間欠的な支援が必要で、GAF尺度点数が51点以上60点以下である人
3級2号	両極性情動障害（躁うつ病）で気分、意欲、行動及び思考障害の症状が、顕著ではないが症状期が持続したり頻りに繰り返される場合で、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で間欠的な支援が必要であり、GAF尺度点数が51点以上60点以下である人
3級3号	反復性うつ障害で気分、意欲、行動などに関してうつ症状がある症状期が持続していたり頻りに繰り返されている場合で、機能及び能力障害により能力障害判定基準の6項目中3項目以上で間欠的な支援が必要であり、GAF尺度点数が51点以上60点以下である人
3級4号	分裂性情動障害で第1号ないし第3号に準ずる症状がある人

8. 自閉性障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関の精神健康医学科（小児精神健康医学科）専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関する十分な治療後であるにも関わらず障害が固着していることを、診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ．障害診断及び再判定時期

- (1) 広汎性発達障害（自閉症）が確定化した時点（少なくとも2歳以上）で障害を診断する。
- (2) 手術又は治療により回復の見込みがあると判断される場合には、障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とするが、必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。
- (3) 小児青少年は、満6歳未満で障害判定を受けた場合、満6歳以上～満12歳未満で再判定を実施しなければならない。
 - 満6歳以上～満12歳未満の間に初めての障害判定または再判定を受けた場合で今後障害の状態に変化が予想される場合には、満12歳以上～満18歳未満の間に再判定を受けなければならない。
- (4) 今後、障害程度の変化が予想される場合には必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は、最初の診断日から2年以上が経過した後とする。2年以内に障害の状態の変化が予想される時には障害の診断を留保しなければならない。
- (5) 再判定が必要な場合に、障害診断を行う専門医は、障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ．自閉性障害診断の手続き

自閉性障害の障害等級判定は、(1)自閉性障害の診断名についての確認、(2)自閉性障害の状態(impairment)の確認、(3)自閉性障害による精神的能力障害(disability)の状態の確認、(4)自閉性障害等級の総合的な診断、という順序に従ってなされる。

(1) 自閉症障害の診断名についての確認

我が国における公式的な自閉性障害の分類体系として使用されている国際疾病分類表ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)の診断ガイドラインに従う。

ICD-10の診断名がF84広汎性発達障害（自閉症）である場合に自閉性障害の等級判定を行う。

(2) 自閉性障害の状態(impairment)の確認

診断された自閉性障害の状態が、自閉性障害の等級判定基準に沿ってどの等級が適切なのかを臨床的な診断評価過程を通して判断してから等級を決め、自閉症状の深刻度は専門医の判断に従う。また、K-CARSや様々な自閉性尺度を利用し、判断することができる。この場合、使用した尺度とその点数及び判断所見を記述する。

(3) 自閉性障害による精神的能力障害(disability)の状態の確認

自閉性障害に関する臨床的診断評価や、保護者及び周囲の人の情報や日常環境での適応状

態などを勘案し、等級判定を下す。

(4)自閉性障害等級の総合的な診断

自閉性障害の状態とGAS評価を総合して最終的に障害等級診断を下す。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	ICD-10の診断基準による全般的発達障害（自閉症）で、正常な発達の段階が現れず知能指数が70以下であり、機能及び能力障害によりGAS尺度の点数が20以下である人
2級	ICD-10の診断基準による全般的発達障害（自閉症）で、正常な発達の段階が現れず知能指数が70以下であり、機能及び能力障害によりGAS尺度の点数が21～40である人
3級	2級と同一の特徴を持っているが知能指数が71以上であり、機能及び能力障害によりGAS尺度の点数が41～50である人

9. 腎臓障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 透析の場合は、障害診断の直前3か月以上にわたり透析治療をしている医療機関の医者

(2) (1)に該当する医者がいない場合、障害診断の直前1か月以上にわたり透析治療を行っている医療機関の医者が診断することができるが、障害診断の直前3か月以上の透析治療記録などを確認しなければならない。

(3) 腎臓移植の場合は、腎臓移植を施術もしくは移植患者を治療している医療機関の外科、又は内科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ. 障害診断及び再判定時期

(1) 3か月以上の間持続的に血液透析又は腹膜透析治療を受けている人、又は腎臓の移植を受けた人に対して障害人と診断する。

(2) 血液透析や腹膜透析の場合、再判定は2年ごとに行う。

(3) 腎臓移植の場合は、再判定を除外する。

<障害判定基準>

障害等級	障害程度
------	------

2級	慢性腎不全症により3か月以上の間持続的に血液透析又は腹膜透析を受けている人
5級	腎臓移植を受けた人

10. 心臓障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

(1) 障害診断の直前1年以上にわたり持続的に治療した医療機関の内科（循環器分科）・小児青少年科又は心臓外科専門医

(2) (1)に該当する専門医がない場合、医療機関の内科（循環器分科）・小児青少年科又は心臓外科専門医が

診断することができるが、障害診断の直前1年以上の内科（循環器分科）・小児青少年科又は心臓外科の診療記録などを確認しなければならない。

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、障害判定の直前に1年以上持続的に同一疾患について治療したのち固着したということを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ. 障害診断及び再判定時期

(1) 1年以上にわたる誠実で持続的な治療ののち好転する兆しがほとんどないという程障害が固着している時に障害を判定する。

(2) 最初の判定日から2年以降に一定の時期を決めて再判定を行わなければならないが、再判定の際に障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から2年以降の一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、再判定当時、障害の重症度や年齢などを考慮した時に障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

(3) 心臓移植の場合は再判定を除外する。

エ. 判定概要

(1) 障害判定の直前1年以上にわたる診療記録などを確認するが、最近2か月間の患者の状態と臨床及び検査所見で障害等級を診断する。

(2) 障害判定の直前2か月以内に入院歴がある場合、入院治療により検査結果に違い（障害等級が低く、又は高くなる）が出る可能性があるため、退院後2か月が経過した後臨床的に安定した状態で評価し、障害等級を診断するようにする。

但し、最後の退院後から2か月が経過していない場合、検査結果の中で、安定した状態を

反映していないと判断される検査は除外して評価することができる。

(3) 心臓障碍においては、疾患の程度と疾患による能力障碍の程度を次の7種類の臨床所見と検査結果などにより診断する。

(ア) 運動負荷検査又は心臓疾患症状重等度：5点満点

(イ) 心超音波又は放射線医学検査上の左室駆出率、先天性心臓疾患の場合（先天性心臓疾患機能評価）、駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患の場合（左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患の心臓疾患重症度加重基準表）：8点満点

(ウ) 検査所見：10点満点

(エ) 心臓手術及び仲裁施術の病歴：8点満点

(オ) 入院病歴：5点満点、最近9か月以内

(カ) 入院回数：3点満点、最近9か月以内

(キ) 治療病歴：3点満点、最近9か月以内

(4) 心臓障碍判定の際の検査項目及び項目別点数基準

(ア) 運動負荷検査上の基準表又は心臓疾患重症度基準表 - 5点満点

運動負荷検査上の基準表

重等度	Peak METS	点数
1段階	7METS以上	1点
2段階	5~7METS	2点
3段階	2.5~5METS	4点
4段階	2.5MET以下	5点

備考) 可能であれば客観的な基準である運動負荷検査を基準にするが、運動負荷検査が不可能であったり不適切である場合には心臓疾患症状重等度を基準とする。

心臓疾患重等度基準表

重等度	状態	点数
1段階	身体活動をある程度制限する必要がある心臓病患者、家庭内での普通の活動には何の制限もないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	1点
2段階	身体活動を制限する必要がある心臓病患者、家庭内での極めて簡単な活動は関係ないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	2点

3段階	身体活動を極度に制限する必要がある心臓病患者。身の回りの事は辛うじてできるが、それ以上の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	4点
4段階	安静にしている時も心不全の症状又は狭心症の症状が起こり、安静にしていなければその程度がひどくなる場合（訴える程度がひどくなる場合）	5点

(イ) 心超音波又は放射線医学上の左室駆出率 8点満点

心超音波又は放射線医学上の左室駆出率点数表

重等度	左室駆出率	点数
1段階	41～50%	1点
2段階	31～40%	3点
3段階	21～30%	5点
4段階	20%以下	8点

備考)心超音波検査が不可能であるか不適切な場合には、放射線医学検査を利用した左室駆出率で重等度の段階を決める。

先天性心臓疾患機能評価点数表

左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制約を受けている先天性心臓疾患は、心超音波又は放射線医学上の左室駆出率点数表の代わりに下記の点数表を使用する。

状態	点数
1. 矯正手術が不可能な深刻な中心肺動脈高血圧 (大動脈圧の2/3以上の中心肺動脈高血圧)又はアイゼンメンジャー症候群	8点
2. 心室中隔が右心室である両心室奇形	5点
3. 機能的単心室である複雑心奇形	5点
4. 重等度以上の肺動脈高血圧(大動脈圧の1/2以上)	2点

左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患の心臓疾患重等度加重基準表

左室駆出率が正常であるにも関わらず日常生活に制限を受ける心臓疾患(慢性収縮性心膜炎、肥大型心筋症のうち閉鎖性である場合、拘束性心不全)では、心超音波又は放射線医学上の左室駆出率点数表の代わりに下記の基準表を使用する。

重等度	状態	点数
1段階	身体活動をある程度制限する必要がある心臓病患者、家庭内での普通の活	1点

	動には何の制限もないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	
2段階	身体活動を制限する必要がある心臓病患者、家庭内での極めて簡単な活動は関係ないが、それ以外の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	3点
3段階	身体活動を極度に制限する必要がある心臓病患者。身の回りの事は辛うじてできるが、それ以上の活動には心不全の症状又は狭心症の症状が起こる場合	5点
4段階	安静にしている時も心不全の症状又は狭心症の症状が起こり、安静にしていなければその程度がひどくなる場合（訴える程度がひどくなる場合）	8点

(ウ) 検査所見 10点満点

胸部X-線：5点満点とする。

心電図は5点満点とするが、先天性心臓疾患の場合は3点満点とする。

チアノーゼは先天性心臓疾患の場合追加して点数を判定し、3点満点とする。

検査	症状	点数
胸部 X線	1. 肺うっ血、肺水腫	3点
	2. 両側の胸水	2点
	3. 心肥大（心胸郭比60%以上）	2点
心電図	1. 心房粗動、心房細動、非持続性の心室頻脈、心室伝導障害（2度ないしは3度）	3点
	2. 左脚ブロック(C-LBBB)	3点
	3. 心筋梗塞	2点
	4. 心室肥大（左、又は右心室）	2点
	5. ST分節及びT派の異常所見	2点
チアノーゼ	1. 軽度のチアノーゼ （酸素飽和度90-95%、又はヘマトクリット50-55）	1点
	2. 中等度のチアノーゼ （酸素飽和度85-89%、又はヘマトクリット56-60）	2点
	3. 重症のチアノーゼ （酸素飽和度85%未満、又はヘマトクリット61以上）	3点

備考) 1. 胸部X-線や心電図所見は各々5点満点とする。但し、先天性心臓疾患の場合には心電図所見を3点満点とする。

2. 胸部X-線と心電図上で心肥大が重複している場合、どちらか一つだけ適用して2点とする。先天性心臓疾患の場合には 胸部X-線検査で心室拡張が正常値より28D以上である場合、心肥大を2点と判定する。

3. 心電図所見上に次のような2種類以上の所見が重複している場合には次のように認定する。

- 左脚ブロック・心筋梗塞が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・心筋梗塞・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・心室肥大が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・心筋肥大・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 左脚ブロック・ST分節及びT波以上が一緒にある場合 3点
- 心筋梗塞・心室肥大が一緒にある場合 3点
- 心筋梗塞・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 心房細動・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点
- 心室肥大・ST分節及びT波の異常が一緒にある場合 3点

4. 心胸郭比は後前方向撮影(PA)で算出する。

5. 検査所見による点数は合計で10点とする。

6. チアノーゼ項目は先天性心臓疾患の中で患者の病態生理に符号する場合に適用する。

(エ) 心臓手術及びインターベンション施術病歴：8点満点

種類	点数
1. 心臓移植	4点
2. 冠動脈バイパス術	4点
3. 人工弁置換術及び成形術	4点
4. 経皮的冠状動脈風船拡張術(stent挿入術)	3点
5. 経皮的僧帽弁風船拡張術	3点
6. その他経皮的インターベンション	3点
7. ペースメーカー挿入術又は植込み型除細動器(ICD)、心臓再同期療法(CRT)挿入術	3点
8. 先天性の心臓奇形による手術	1回4点、2回6点、3回以上8点

9. 矯正術を行わない場合で深刻な肺高血圧が不可能な場合	4点
矯正術を行わない場合で両心室矯正手術が不可能な複雑な心奇形をもつ患者	4点
10. 先天性心臓疾患で経皮的インターベンション	3点

備考) 1. 人工弁置換術及び形成術の病歴や経皮的僧帽弁風船拡張術の病歴が一緒にある場合は4点

2. 先天性の心臓奇形による手術回数あたりの点数以外の全ての項目は回数に関係なく該当点数を認める。

(オ) 入院病歴 (最近9か月以内) : 5点満点

区分	点数
1. 心不全 入院時に心不全の悪化の客観的な資料がなければならぬ。胸部 X-線上の肺水腫、肺うっ血、心肥大、心超音波の所見上、心室拡大及び左室駆出率の低下	5点
2. 心筋虚血 入院時に心筋虚血の客観的な資料がなければならぬ。心筋酵素の増加による心筋梗塞、又は心電図上の可逆的な心筋虚血の変化	5点
3. 先天性心疾患 入院時に先天性心疾患の主要合併症についての客観的な資料がなければならぬ。心機能や血流力学的所見の悪化、酸素飽和度の減少	5点

備考) 1. 心臓疾患で入院し、心不全という証拠や心筋虚血という証拠がある場合や、入院時に先天性疾患の重要合併症の客観的資料がある場合に限る。

2. 積極的な通院治療にも関わらず症状が悪化し、入院した場合に限る (人為的な薬物投与中止で悪化した場合、他の疾患で入院したり悪化した場合は除外)。

(カ) 入院回数 (最近9か月以内) : 3点満点

区分	点数
2回	2点
3回以上	3点

備考) 1. 心臓疾患で入院し、心不全という証拠や心筋虚血という証拠がある場合や、入院時に

先天性疾患の重要合併症の客観的資料がある場合に限る。

2. 積極的な通院治療にも関わらず症状が悪化し、入院した場合に限る（人為的な薬物投与中止で悪化した場合、他の疾患で入院したり悪化した場合は除外）。

（キ）治療病歴（最近9か月以内）：3点満点

区分	点数
1. 定期的な通院治療（9か月以内に6回以上）	3点
2. 通院治療（9か月以内に1～5回）	2点

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	心臓機能の障害が持続しており、安静時にも心不全の症状又は狭心症の症状などが起こり、エ（3）項の（ア）～（キ）項の臨床所見や検査結果などによる点数が30点以上の人（心臓疾患の診断を受けてから1年以上が経過している人に限る。以下同じ。）
2級	心臓機能の障害が持続しており、身の回りの事はある程度できるが、それ以上の活動をすると心不全の症状又は狭心症の症状などが起こり、エ（3）項の（ア）～（キ）項の臨床所見や検査結果などによる点数が25～29点に該当する人
3級	心臓機能の障害が持続しており、家庭内での軽い活動には支障ないが、それ以上の活動には心不全の症状又は狭心症の症状などが起こり、エ（3）項の（ア）～（キ）項の臨床所見や検査結果などによる点数が20～24点に該当する人
5級	心臓移植を受けた人

11. 呼吸器障害判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

障害診断の直前2か月以上にわたり診療をした医療機関の内科（呼吸器分科、アレルギー分科）・心臓外科・小児青少年科・結核科・産業医学科専門医

イ. 診療記録などの確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して1年以上にわたる十分な治療後も障害が固着しているということを定期的な胸部X-線による所見、肺機能検査、動脈血ガス検査などを含む診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ． 障害診断及び再判定時期

- (1) 現在の状態に関連する最初の診断から1年以上が経過し、最近2か月以上の積極的な治療にも関わらず好転の兆しがほとんどない慢性呼吸器疾患の場合に障害を診断する。
- (2) 手術又は治療により機能が回復しうると判断される場合には障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の条件上その手術を行うことが難しい場合や障害人の健康状態などにより手術などができない場合には例外とするが、国内の与件の変化などを考慮して必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。
- (3) 最初の判定日から2年以降に一定の時期を決め、再判定をしなければならない。また、再判定の際に障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から2年以降に一定の時期を決め、再判定をしなければならない。但し、再判定時に障害の重症度や年齢などを考慮し、障害の状態がほとんど変化しないだろうと予測される場合には再判定を除外することができる。
- (4) 肺移植の場合は再判定を除外する。

エ． 判定概要

- (1) 十分な内科的治療にも関わらず障害が持続的に維持される慢性呼吸器疾患であることを確認しなければならない。
- (2) 障害を判定するためには、障害判定直前の1年以内に 呼吸困難の程度の判定、 胸部 X-線撮影、 肺機能検査、 動脈血ガス検査などによる客観的な検査所見が必ず必要であり、これ以外に必要な場合呼吸器疾患によってはCT、気管支内視鏡、運動負荷肺機能検査、肺換気 - 灌流同位元素検査、肺動脈撮影術などを行って正確な診断を行わなければならない。
- (3) 最低2か月以上にわたり反復して行われた検査結果中、良好な状態の検査結果を用いて判定する。
- (4) 肺機能検査は標準化された検査により1回の検査で3度行われた検査結果の中で一番良い検査結果を基準に障害程度を判定する。気管支拡張剤反応検査を同時に行わなければならない。但し、外傷や手術による場合には気管支拡張剤反応検査を行わないことがある。
肺機能検査は気管支拡張剤反応検査が良性である場合(例えば気管支拡張剤で1秒間で強制呼気量が200ml以上上昇し、比率も12%以上増加する場合)、3か月以上にわたる積極的な治療後に再度評価する。
3か月以上にわたる積極的な治療後も気管支拡張剤反応検査が良性であるにも関わらず肺機能が好転せず持続的に維持されれば判定することができる。

<障害等級基準>

障碍等級	障碍程度
1級1号	肺や気管支など呼吸器官の慢性的な機能不全により安静時でも酸素療法を受けなければならないくらいの呼吸困難があり、平常時の肺換気機能（1秒時の強制呼気量）又は肺拡散能が正常予測値の25%以下であるか、酸素を吸入しない状態でふだん大気中で安静時に動脈血酸素分圧が55mmHg以下の人
1級2号	慢性呼吸器疾患により気管切開管を維持し、24時間人工呼吸器で生活している人
2級	肺や気管支など呼吸器官の慢性的な機能不全により、家の中での移動時にも呼吸困難があり、平常時の肺換気機能（1秒時の強制呼気量）又は肺拡散能が正常予測値の30%以下であるか、酸素を吸入しない状態でふだん大気中で安静時に動脈血酸素分圧が60mmHg以下の人
3級	肺や気管支など呼吸器官の慢性的な機能不全で平地での歩行時にも呼吸困難があり、平常時の肺換気機能（1秒時の強制呼気量）又は肺拡散能が正常予測値の40%であるか、酸素を吸入しない状態でふだん大気中で安静時に動脈血酸素分圧が65%以下である人
5級1号	肺移植を受けた人
5級2号	肋膜瘤がある人

12. 肝障碍判定基準

ア. 障碍診断機関及び専門医

障碍診断の直前2か月以上にわたり診療した医者で、医療機関の内科（消化器分科）・外科・小児青少年科専門医

イ. 診療記録の確認

障碍診断を行う専門医は、原因疾患などに関して1年以上にわたる十分な治療後も障碍が固着しているということを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ. 障碍診断及び再判定時期

(1) 対象者の疾病状態などに関する所管の専門医の最初の診断から1年以上が経過し、最近2か月以上にわたる積極的な治療にも関わらず好転の兆しがほとんどない慢性肝疾患の場合に障碍を診断する。

(2) 手術又は治療で機能が回復しうると判断される場合には、障碍診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件上その手術を行うことが難しい場合や、障

碍人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とすることができる。

(3)最初の判定日から2年後以降の一定の時期を決めて再判定をしなければならない。また、再判定の際、障碍の状態に顕著な変化が予測される場合にはもう一度再判定日から2年以降経った一定の時期を決め、再判定を行わなければならない。但し、再判定時、障碍の重症度や年齢などを考慮し、障碍の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

(4)肝移植の場合は再判定を除外することができる。

エ. 判定概要

(1)十分な内科的治療にも関わらず障碍が持続的に維持される肝硬変、肝細胞癌など慢性肝臓疾患であることを確認しなければならない。

(2)最低2か月以上にわたる反復的な検査結果の中で良好な状態の検査結果を用いて判定する。

(3)残余肝機能の評価

-5～6点は等級A、7～9点はB、10点以上はCと分類

<Child-Pugh分類>

(単位：点)

区分	1点	2点	3点
血清ビリルビン	<2.0	2.0~3.0	>3.0
血清アルブミン	>3.5	2.8~3.5	<2.8
腹水	なし	容易に調整できる	容易に調整できない
神経学的異常	なし	1度～2度	3度～4度
プロトロンビン時間延長(秒)/ INR	<4 / >1.7	4~6 / 1.7~2.3	>6 / >2.3

(4)合併症の評価

-腹水

著名な医学的所見、腹水穿刺、映像検査（腹部超音波及び腹部CTなど）により1か月以上腹水が続いていると証明される場合で、腹水を起こしていると考えられる他の原因が排除される場合

-調節が容易ではない腹水（難治性の腹水）

最近6か月の間に合併症があり、利尿剤を増量できなかつたり、最大容量の利尿剤（spironolactone 400mg/日及びfurosemide 160mg/日を1週間以上など）を投与しても腹水が調節されず、1か月間で最低2回以上の大量腹水穿刺で治療した場合

-自発性細菌性腹膜炎

腹腔内に外科的に治療できる感染原因がなく、腹水多形核細胞数が250/mm³以上であり、

腹水培養検査上良性であるか臨床的に自発性細菌性腹膜炎と診断される場合

-肝性脳症

慢性肝疾患患者で、臨床的に証明される肝性脳症で昏睡状態を起こす他の原因が排除される場合で、脳機能障害の治療を行っているにも関わらず最近6か月間で2度以上の肝性脳症が2回以上繰り返されている場合

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
1級	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Cでありながら次の合併症のうち一つ以上がある人 1) 肝性脳症 2) 内科的治療では調節できない難治性腹水
2級	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Cでありながら次の病歴（2年以内の過去病歴）のうち一つ以上がある人 1) 肝性脳症の病歴 2) 自発性細菌性腹膜炎の病歴
3級1号	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Cである人
3級2号	慢性肝疾患（肝硬変、肝細胞がんなど）の診断を受けた患者の中で残余肝機能がChild-Pugh評価上の等級Bでありながら、次の合併症のうち一つ以上がある人 1) 難治性腹水 2) 肝性脳症
5級	肝移植を受けた人

13. 顔面障害の基準

ア. 障害診断機関及び専門医

- (1) 医療機関の整形外科・皮膚科又は外科（火傷の場合）専門医
- (2) 医療機関の歯科（口腔顎顔面外科）・歯科専属指導専門医（口腔顎顔面外科）

イ. 診療記録の確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して6か月以上にわたる十分な治療後も障害が固着しているということを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）但し、障害の状態が固着しているということが専門的診断により認められる場合、以前の診療記録の確認を行わないこともある。この場合、これについての意見を具体的に障害診断書に明示しなければならない。

ウ. 障害診断及び再判定の時期

- (1) 原因疾患などに関して十分に治療したのち障害が固着した時に診断し、その基準時期は原因疾患又は負傷などの発生又は手術後6か月以上持続的に治療した後とする。
- (2) 手術又は治療により機能が回復しうると判断される場合には障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件上又は障害人の健康状態などにより手術などができない場合には例外とするが、必要な時期を指定し、再判定を受けるようにしなければならない。
- (3) 今後、障害程度の変化が予想される場合には、必ず再判定を受けるようにしなければならない。この場合、再判定の時期は最初の判定から2年以上が経過した後とする。2年以内に障害の状態の変化が予想される時には障害の判定を留保しなければならない。
- (4) 再判定が必要な場合、障害診断を行う専門医は、障害診断書にその時期と必要性を具体的に明示しなければならない。

エ．判定概要

- (1) 顔面障害には、目立つ顔面瘢痕、色素沈着、毛髪欠損、組織の肥厚や陥没、欠損が含まれる。
- (2) ‘陥没や肥厚’とは、軟部組織、骨組織などの陥没や肥厚、萎縮をいう。
- 単純な陥没や肥厚(正常の組織より最大2 cm未満で陥没していたり肥厚している場合)には病変部位を割り出すにあたり、75%で計算する。
- (3) 顔面変形障害は理学的検査で確認し、単純X線撮影、CT、MRIなどで陥没や肥厚の程度を決定することができる。
- (4) ‘顔面部’とは、頭部、顔面部、頸部、耳部のように、上肢や下肢、胴体以外で日常的に露出している部分を意味する。
- (5) ‘露出している顔面部’とは、前頭部と側頭部、耳介後部の頭髪線と、正面から見た時に頸部の前面と後面を区分する垂直線をつなぐ線を境に、顔、耳、首の前面を含む。
- (6) 一つの部位に多様な種類の症状が共存する時は、一番重要な症状のみを考慮する。
- (7) %は、正常部位に対する病変部位の百分率をいう。
- (8) 毛髪欠損は、脱毛症によるものは除外し、瘢痕を同伴する毛髪欠損に局限する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級1号	露出した顔面部の90%以上の変形がある人
2級2号	露出した顔面部の60%以上の変形があり、鼻の形の2/3以上が無くなった人
3級1号	露出した顔面部の75%以上の変形がある人
3級2号	露出した顔面部の50%以上の変形があり、鼻の形の2/3以上が無くなった人

4級1号	露出した顔面部の60%以上の変形がある人
4級2号	鼻の形の2/3以上が無くなった人
4級3号	露出した顔面部の45%以上に変形があり、鼻の形の1/3以上が無くなった人
5級1号	露出した顔面部の45%以上が変形している人
5級2号	鼻の形の1/3以上が無くなった人

14. 腸瘻・尿瘻判定基準

ア. 障害診断機関及び専門医

医療機関の外科・産婦人科・泌尿器科又は内科専門医

イ. 診療記録の確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などに関して十分に治療したのちも障害が固着（復元手術が可能な場合1年以上経過）していることを腸瘻（訳者注：ストーマ）造成術の際の手術記録紙、病理所見書、診断書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ. 障害診断及び再判定時期

(1) 復元手術が不可能な腸瘻（腹会陰切除術後のS状結腸瘻（訳者注：S状結腸ストーマ）、全大腸直腸切除術後に造られた末端型の回腸瘻（訳者注：回腸ストーマ）など）・尿瘻（尿管皮膚瘻、回腸導管など）の場合には、腸瘻（尿瘻）の造成後に診断が可能であり、それ以外の復元手術が可能な腸瘻（尿瘻）の場合には、腸瘻（尿瘻）造成後1年が過ぎた時点で障害を診断する。

－診断医は復元手術が可能かどうかを障害診断書に記載しなければならない。

(2) 手術又は治療で機能が回復しうると判断される場合には、障害診断を処置後まで留保しなければならない。但し、1年以内に国内の与件上その手術が難しい場合や、障害人の健康状態などにより手術などができない場合は例外とすることができる。

(3) 復元手術が可能な腸瘻（尿瘻）の場合には、最初の判定日から3年以降に一定の時期を決めて再判定をしなければならず、再判定の際、復元手術を行う可能性がある場合にはもう一度再判定日から3年以降の一定の時期を決めて再判定を行わなければならない。但し、復元手術が不可能な腸瘻（尿瘻）など、障害の状態が固着していると判断できる場合には再判定を除外することができる。

エ. 判定概要

(1) 排便や排尿のために腹部に人為的に造成された穴（腸瘻又は尿瘻）がある場合、腸瘻・尿瘻障害と診断する。

(2) 尿ろうは回腸導管、尿管皮膚瘻、経皮的腎瘻を含む。

(3) 2級に該当する末端空腸瘻は、小腸の2/3以上を切除した場合に判定する。

(4) 合併症の評価

(ア) 排尿機能障害は、間欠的導尿などが必要な場合をいい、尿水力学検査など神経学的検査の所見や診療記録及び医師の所見で確認しなければならない。前立線肥大症などの他科的な疾患による排尿障害や老化による尿失禁、神経因性膀胱など原発性排尿障害は、腸瘻（尿瘻）障害の合併症として認めない。

(イ) 腸皮瘻孔（膀胱腔瘻孔、直腸腔瘻孔、尿管腔瘻孔を含むなど）は放射線などによる損傷で、腸瘻以外の穴から腸の内容物が持続的に流れ出ている手術などでも治癒する可能性がない場合をいい、写真や放射線検査結果紙などの客観的資料で確認しなければならない。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級1号	-腸瘻とともに尿瘻又は膀胱瘻を持っており、その中の一つ以上の瘻に合併症で腸皮瘻孔又は排尿機能障害がある人
2級2号	-腸瘻又は尿瘻を持っており、合併症で腸皮瘻孔と排尿機能障害が両方ある人
2級3号	排便のための末端空腸瘻を持っている人
3級1号	腸瘻とともに尿瘻又は膀胱瘻を持っている人
3級2号	腸瘻又は尿瘻を持っており、合併症で腸皮瘻孔又は排尿機能障害がある人
4級1号	腸瘻又は尿瘻を持っている人
4級2号	膀胱瘻を持っており、合併症で腸皮瘻孔がある人
5級	膀胱瘻をもっている人

先行性の浣腸瘻を設置した場合は5級に準用する。

コックパウチ、ミトロファノフ手術を行った場合は4級とする。

但し、先行性の浣腸瘻を持っていて、コックパウチ又はミトロファノフ手術を行った場合は4級に準用する。

15. 脳電症（訳注：てんかん）障害判定基準

15-1. 成人

ア. 障害診断機関及び専門医

障害診断の直前6か月以上にわたり診療した医療機関に勤務する神経科・神経外科・精神健康医学科・小児青少年科・小児神経科の専門医

イ．診療記録の確認

障害診断を行う専門医は、原因疾患などが2年以上にわたる持続的で積極的な治療後も障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要に応じて他病院での診療記録などを提出させる。）

ウ．障害診断及び再判定

- (1) 原因疾患などに関して十分に治療した後も障害が固着している時に診断し、その基準時期は現在の状態に関連した最初の診断から2年以上持続的で積極的な治療を受けているにも関わらず好転の兆しがほとんどない程度に障害が固着している時、障害を診断する。
- (2) 最初の判定日から3年以降が経った一定の時期を決めて再判定を行わなければならない。再判定の際、障害の状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から3年以降の一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、再判定の時、障害の重症度や年齢などを考慮し、障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には再判定を除外することができる。

エ．診断概要

- (1) 現在の積極的な治療中である状態で障害を診断する。
- (2) 全ての判断は客観的な義務記録で確認しなければならない。
 - 義務記録には、発作の種類別分類の確固たる根拠（詳しい発作の臨床的特徴、脳波検査所見、脳映像撮影所見、信頼できる目撃者による陳述など）、正確な発生頻度、積極的な治療に関する証拠（患者の順応度、薬物処方、薬物血中濃度、生活管理の誠実度など）が記述されなければならない。
- (3) 重症発作とは全身硬直間代痙攣、全身硬直痙攣、又は全身間代発作を同伴する発作、身体の均衡を維持することができずに倒れてしまう発作、意識障害が3分以上続く発作又は事故や外傷を同伴する発作をいう。
- (4) 軽症発作とは重症発作や、障害等級判定の対象から除外される発作に該当しない発作をいう。
 - 睡眠中に発生する脳電症は重症発作に属するが、日常生活及び社会生活をする上で随時保護管理が必要な場合に該当しないので軽症発作とする。
- (5) 前兆(aura)、失神(absence)、単発的ミオクロニー発作は障害等級判定から除外する。
- (6) 軽症発作と重症発作が全て発生する場合は、軽症発作1回を重症発作0.5回として、又は重症発作1回を軽症発作2回と計算する。但し、2級の場合には重症発作の回数だけで判断する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月8回以上の重症発作が年6回以上あり、発作時に誘発される呼吸障害、吸引性肺炎、深刻な脱力、頭痛、吐き気、認知機能障害などで療養管理が必要であり、日常生活及び社会生活に常に他人の持続的な保護と管理が必要な人
3級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月5回以上の重症発作又は月10回以上の軽症発作が年6回以上あり、発作時に誘発される呼吸障害、吸引性肺炎、深刻な脱力、頭痛、吐き気、認知機能障害などで療養管理が必要であり、日常生活及び社会生活に随時保護と管理が必要な人
4級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月1回以上の重症発作又は月2回以上の軽症発作が年6回以上あり、これによって協力的な対人関係が顕著に困難な人
5級	-慢性的な脳電症に関して積極的な治療にも関わらず月1回以上の重症発作又は月2回以上の軽症発作が年3回以上あり、これによって協力的な対人関係が顕著に困難な人

15-2. 小児青少年（満18歳未満）

ア．障害診断機関及び専門医

障害診断直前の6か月以上にわたり診療した医療機関の小児青少年科・小児神経科・神経科・神経外科又は精神健康医学科専門医

イ．診療記録などの確認

(1) 障害診断を行う専門医は各々の疾患に関して、規定の期間（1年あるいは2年）以上が経過し、持続的で積極的な治療をしたのちも関わらず障害が固着していることを診断書、所見書、診療記録などで確認しなければならない。（必要時、患者に他病院での診療記録などを提出させる。）診療記録には発作の確固たる種類別分類根拠（詳しい発作の臨床的特徴、脳波検査の所見、脳映像撮影所見、信頼できる目撃者の陳述など）、正確な発生頻度、積極的な治療の証拠（患者の順応度、薬物処方、薬物の血中濃度、生活管理の誠実度など）が記述されていなければならない。

-障害評価確認事項

発作の形態(seizure type)と、てんかんの症候群(epilepsy syndrome)別診断と正確な発生頻度、積極的な治療の証拠（患者の順応度、薬物処方、薬物の血中濃度、生活管理の誠実度など）が記録された義務記録、脳波検査の所見、脳映像撮影所見などを確認す

る。

ウ．障害診断及び再判定

- (1) 点頭てんかん (Infantile spasm)、レノックス・ガストー症候群 (Lennox-Gastaut syndrome) などのようなてんかん性脳症 (epileptic encephalopathy) に属する疾患の場合は、最初の診断から1年の治療期間以降に障害判定が可能であり、再判定は3年後とする。
- (2) てんかん性脳症 (epileptic encephalopathy) に属さない疾患でありながら、最初の診断から2年の治療期間以降に障害判定が可能であり、再判定は3年後とする。
- (3) 再判定の際に障害状態に顕著な変化が予測される場合には、もう一度再判定日から3年以降に一定の時期を決めて再判定をしなければならない。但し、障害の重症度などを考慮した時に障害の状態がほとんど変化しないことが予測される場合には、再判定を除外することができる。

エ．小児青少年脳電症の診断名についての確認

- (1) 基本的な発作の形態別診断は1981年ILAEの診断基準に従う。

部分発作 (Partial seizure) については、発作時に意識障害がない単純部分発作 (simple partial seizure) と、発作時に意識障害を伴う複雑部分発作 (complex partial seizure) に分類する。

全身発作 (Generalized seizures) は、数秒間にわたり意識消失がある失神発作 (absence seizure)、患者は意識を完全に失って倒れて強直性の筋収縮や間欠的な筋屈曲を起こす間代期が続いて現れる強直-間代発作 (大発作: generalized tonic-clonic seizure)、強直発作 (tonic seizure) 間代発作 (clonic seizure) 四肢や胴体筋肉の突然で不随意的収縮を起こすミオクロニー発作 (myoclonic Seizures) 筋緊張が消失し、頭から突然前に倒れたり、膝から力が抜ける脱力発作 (akinetic, astatic, atonic seizure) がある。

- (2) 脳電症の症候群別診断は1989年ILAEの診断基準に従う。よく知られている点頭てんかん (Infantile spasm)、レノックス・ガストー症候群 (Lennox-Gastaut syndrome) などのようなてんかん性脳症 (epileptic encephalopathy) 以外にも小児青少年時の年齢にのみ極限される症候群が多数あるのでこれを参照する。

- (3) 抗てんかん薬による積極的な治療にも関わらず発作が続く場合、発作の形態と平均の発作回数によって障害等級を判定する。

<障害等級基準>

障害等級	障害程度
2級1号	-全身発作は1か月に8回以上の発作がある人 (但し、失神発作やミオクロニー発作の場合は下の参考のよう評価)

2級2号	-身体の損傷を引き起こしうる場合で、頭から床に倒れこむ発作(head drop, falling attack) は1か月に4回以上の発作がある人
2級3号	-点頭てんかん (Infantile spasm) 、レノックス・ガストー症候群(Lennox-Gastaut syndrome)などのようなてんかん性脳症(epileptic encephalopathy) は1か月に4回以上の発作がある人
2級4号	-ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が重症(severe)で頻繁に転び怪我をする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場合) は、1か月に4回以上発作がある人
3級1号	-全身発作は1か月に4～7回の発作がある人
3級2号	-身体の損傷を引き起こしうる場合で、頭から床に倒れこむ発作(head drop, falling attack) は1か月に1～3回の発作がある人
3級3号	-点頭てんかん (Infantile spasm) 、レノックス・ガストー症候群(Lennox-Gastaut syndrome)などのようなてんかん性脳症(epileptic encephalopathy) は1か月に1～3回の発作がある人
3級4号	-ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が重症(severe)で頻繁に転びケガをする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場合) は、1か月に1～3回の発作がある人
3級5号	-部分発作は1か月に10回以上の発作がある人
4級1号	-全身発作は1か月に1～3回の発作がある人
4級2号	-身体の損傷を引き起こしうる場合で、頭から床に倒れこむ発作(head drop, falling attack) は6か月間で1～5回の発作がある人
4級3号	-点頭てんかん (Infantile spasm) 、レノックス・ガストー症候群(Lennox-Gastaut syndrome)などのようなてんかん性脳症(epileptic encephalopathy) は6か月間で1～5回の発作がある人
4級4号	-ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が重症(severe)で頻繁に転びケガをする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場合) は、6か月間で1～5回の発作がある人
4級5号	-部分発作は1か月に1～9回以上の発作がある人

<参考>

失神発作(absence seizure)は障害等級から除外する。

ミオクロニー発作(myoclonic seizure)が軽症(mild)である場合は障害判定から除外し、重症 (severe)でよく倒れてけがをする可能性がある場合 (falling attackを引き起こす場

合)のみ含まれる。

一人に様々な形態の発作がある場合(mixed seizures)に、部分、全身、點頭てんかん、レノックス・ガストー症候群などのようなてんかん性脳症、ミオクロニー発作の中で最も深刻な発作一つを選んで障害判定を行う。

付則 <第2017 65号,2017.4.12>

第1条（施行日）この告示は発令した日から施行する。

第2条（経過規定）この告示の施行当時、従前の規定に従い「癇疾」（訳者注：てんかん）障害の判定を受けていた場合には、この告示の改定規定により「脳電症」判定を受けたものとみなす。

平成 30 年度
厚生労働科学行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的分野）

分 担 研 究 報 告 書

国連障害者権利条約締結国会議における障害統計の議論

研究分担者 北村 弥生（国立障害者リハビリテーションセンター）

研究要旨：第 11 回国連障害者権利条約締結国会議（2019.6 ニューヨーク）では横断テーマが「障害統計」とされた。そこで、同会議に参加し、資料・会議での情報収集を行った。しかし、本会議およびサイドイベントで「障害統計」が直接に取り上げられることは少なかった。例えば、ラウンドテーブル1のテーマ「国家財政の余地、官民パートナーシップ、条約の実施を強化するための国際協力」の趣旨説明資料のうち横断テーマの「障害統計」に関する記載は 22 項目中 3 項目に限られ、障害に関するデータは不足していることの指摘、障害者権利条約の不足や達成を数値で示した 2 例にとどまった。

一方、複数のサイドイベントでは、障害に関するデータ収集に国連国際障害統計ワシントングループ会議の指標を使用していることが言及された。指標の課題の指摘もあったが、ワシントングループ会議事務局からの参加者との開かれた議論が成立していた。

これらのことから、横断テーマを「障害統計」にしたことは、障害に関するデータはまだ未整備であるが、障害者権利条約に関する議論を理念にとどめず、具体的に目的および達成を示すために障害統計が重要なことの意識向上に貢献したと考えられた。

A．背景・研究目的・方法

国連障害者権利条約締結国会議（以下、締結国会議）は、同条約の第 40 条に、「締結国は、この条約の実施に関する事項を検討するため、定期的に締結国会議を開催する」と定められている。2008 年以来、ニューヨークの国連本部で開催され、第 11 回会議（2019 年 6 月 12 日から 14 日）¹⁾の横断テーマは、「障害者の権利を実現するための

質の高い障害統計と障害の有無によるデータの分別」であった。そこで、締結国会議で障害統計および障害データについて、どのような意見交換がなされるのかを知るために会議に参加し、外務省から推薦を受けてラウンドテーブル1で発表するとともに文献調査を行った。

B．結果

国連障害者権利条約

国連障害者権利条約は2006年12月13日に第61回国連総会において採択された(61/106)。同条約は2008年4月3日までに中華人民共和国、サウジアラビアも含む20カ国が批准し、2008年5月3日に発効した。

第11回締結国会議

第11回会議の包括テーマは、「障害者権利条約の完全実施により誰も取り残されない」であり、サブテーマは以下の3つであった。

- 1) 条約の実施を強化するための国家財政の余地、官民パートナーシップ、国際協力
- 2) 女性(女兒)障害者
- 3) 政治参加と法もとの平等認識

表1に、本会議場のプログラムを示した。1日目には、議題の採択などが行われた後、2日目にサブテーマと、3日目にのラウンドテーブルが行われた。会議では、9名の障害者権利条約委員会委員の改選選挙も行われた。

ラウンドテーブル1

ラウンドテーブル1について、主催者からの趣旨説明を資料1に、日本からの発表原稿(終了後の編集を含む)を資料2に示した。趣旨説明のうち横断テーマの「障害統計」に関する記載は22パラグラフ中3パラグラフ(パラグラフ9~10)に限られ、障害に関するデータは不足していることの指摘、障害者権利条約の不足や達成を数値で示した2例にとどまった。ほとんどすべての発表・発言は、横断テーマである

「障害統計」に特に配慮されてはいなかった。発表者全員には事前にメールで趣旨説明が送付されたが、発表者間の事前打ち合わせはなかった。

日本からの発表では、新たな「障害に関するデータ収集」が、民間に先導され、国際組織の協力を得た障害者団体により啓発され、重要性が認識された段階で国が完成させた例を紹介した。

発表に続く発言は、事前に発言者が登録されており、発表内容に対する質問や意見を述べるのではなく、締結国の成果あるいは市民団体の成果・要望が述べられた。

スウェーデンからは、「福祉制度が進んでいる国でも、条約施行に際して新たな進展を果たすための財源確保は困難なこと」が発言された。

サイドイベント

本会議場以外に、国連本部ビル内あるいは近隣で多くのサイドイベントが期間中および前日に行われた。サイドイベント一覧を表2に示した。

複数のサイドイベントで、障害に関するデータ収集に国連障害統計シントングループ会議の指標を使用していることが言及された。会議での発表に障害に関するデータが使われていなくても、国あるいは市民団体が収集したデータを整理して刊行していることも、会議後の私的会話で知ることができた。

ワシントングループ会議が開発した指標に対する課題の指摘もあった。例えば、二分脊椎協会(英国)の代表は、ワシントングループの指標が2歳以上を対象としていることに対し、「先天性障害児は2歳まで障

害児として存在を認知されない」と批判した。ワシントングループ事務局である米国CDCからの参加者2名は、手分けして、関連するプログラムに参加して情報収集し、質問や批判に回答していた。対象者の年齢に対する回答は、「生活機能による評価であるため、機能の実施を評価できる年齢に達することが必要」というのがワシントングループ事務局の立場である。しかし、ICFのうち心身機能・身体構造の領域があり、理論的には、この視点から評価すれば出生直後からの評価が可能になる。

参加者の障害種別

参加者の中で、車椅子利用者と視覚障害者は、外見上、目立っていた。外見上、わかりにくい「精神障害者」をテーマにしたサイドイベントは見当たらず、精神障害者団体による発言も筆者が参加したプログラムではなかった。知的障害者については、サイドイベントで支援者と一緒に発言したり、参加者としてコメントする例が複数あった。アフリカからの障害当事者参加も目に付いた。

聴覚障害者については、手話通訳者により存在が知られた。サイドイベント会場で、発表者が手話利用者である場合には、手話通訳者がスクリーンを隠してしまうこともあり、手話通訳者と聴衆の配置の調整が行われた。また、手話利用者による母国語の手話を手話通訳者A(ろう者：図3ではテーブルの中央で背中を向けている)が国際手話に訳し、聴衆からの英語による質問を手話通訳者B1(テーブルの中央、手話通訳者と対面座位)とB2(スクリーンの横立位)が国際手話通訳で訳した後、ろう者の母国

語手話に手話通訳Aが訳す場合もあった。

日本では、総合支援法によるサービスを利用できる「難病」が指定されたり、難病患者あるいは慢性疾患患者が新しい障害種別を作り「障害者の認定を受けたい」と要望する例もある。しかし、締結国会議では本会議でもサイドイベントでも慢性疾患についての言及は主催者からも参加者からもなかった。国際リハビリテーション医学による「慢性疼痛」に関するサイドイベントが、唯一、慢性疾患に関連したと考えられた。ここでは、痛みを持つ多様な疾患、例えばガンも含めた問題提起が行われた。



図1 本会議場

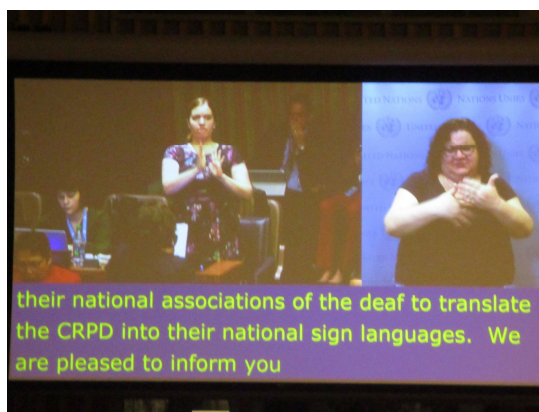


図2 本会議場モニター



図3 サイドイベントで、発表者が手話利用者の場合

s-to-the-convention-on-the-rights-of-
persons-with-disabilities-2/cosp11.html

D . 考察

横断テーマを「障害統計」にしたことは、障害に関するデータはまだ未整備であるが、障害者権利条約に関する議論を理念にとどめず、具体的に目的および達成を示すために障害統計が重要なことの意識向上に貢献したと推測された。

E . 結論

「障害統計、障害データ」に関する意識は締結国・市民団体共に強いことがわかった。「障害統計、障害データ」の体系は未整備ではあるが、障害者権利条約の目標や成果を示す指標としての重要であることは認識され、個々のデータ収集も行われていた。

ワシントングループ会議が開発した指標の利用も広まっていた。ワシントングループ会議の指標への批判もあったが、開発の事務局との開かれた会話も成立していた。

F . 引用文献

国連障害者権利条約締結国会議公式ページ

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/conference-of-states-partie>



Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Distr.: General
29 March 2018

Original: English

Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Eleventh session

New York, 12–14 June 2018

Item 5 (b) (i) of the provisional agenda*

Matters related to the implementation of the Convention: round table discussions

(資料 1 : ラウンドテーブル 1 背景説明 仮訳)

条約の実施を強化するための 国家財政の余地、官民パートナーシップ、国際協力

事務局

この文書は、事務局が国連主催者、市民社会および関連するステイクホルダーの協力を得て、ラウンドテーブルでの議論のテーマである「国家財政の余地、官民パートナーシップ、条約の実施を強化するための国際協力」を進行するために用意された。事務局長は、会議事務局の承認を得て、第 11 回障害者権利条約締結国会議に、この文書を伝達する。

* CRPD/CSP/2018/1.

はじめに

1. 「国家財政の余地、官民パートナーシップ、条約の実施を強化するための国際協力」というテーマに関するこの文書は、障害を包摂する政策とプログラムの資金調達、条約の実施と障害者の視点から持続可能な発展のための2030年アジェンダ¹⁾の実現をどのように支援するか全体の全体像を提供する。障害者は、利用可能なすべての資源を使用して権利を行使する相当な機会を得ることは実証されている。

2. 障害者の人権を非差別的な方法で完全に実現させるという視点で、国の財政の余地、官民パートナーシップ、および国際協力は、障害を包摂する政策・プログラム・プロジェクトの資金源としてさらに拡大する必要がある。財源不足以外の要因が、障害者の施設・仕組み・意思決定のプロセスからの政治的・経済的・社会的な排除を永続させる可能性があることに注意することも重要である。

国際規範的枠組

3. 条約は、明示的な社会開発関連の側面を有する人権文書であり、障害者のすべての人権の実現を確保する国の義務を定める。条約は、障害者が効果的に人権を行使するために適用が必要な分野、障害者の人権が侵害されてきた分野、および彼らの人権の保護が強化されなければならない分野を示す。条約は、国の責任について、アクセシビリティ・自立した生活・コミュニティへの包摂・個人の移動・包摂的な教育・健康・ハビリテーションとリハビリテーション・仕事・生活と社会保護の適切な基準・条約の実現における国際協力を扱う（第9、19、20、24-28および32条）。

4. 2013年に、ミレニアム開発目標および障害者に関して国際的に合意された他の開発目標に関する国連総会の首脳会議において、行動指向の成果文書（決議68/3）が採択され、その中で以下が約束された。

(a) 障害に関連するニーズを満たすために社会的保護を強化し、社会的保護の観点に基づく関連枠組みへのアクセスを促進する。たとえば、所得支援、適切で手頃な価格のサービスへのアクセス、補装具やその他の補助（介助）が含まれる。

(b) あらゆるレベルの開発において持続可能なベースで障害を主流化するために、公的および民間の資源を動員することを奨励し、民間部門の企業には公的部門および市民社会とパートナーになることを促す。

(c) 地域開発銀行および国際開発銀行および金融機関に、すべての開発努力および貸出メカニズムに障害を含めることを奨励する。

5. 2030年のアジェンダでは、締結国は普遍的な目標を達成することを約束した。その目標は、同時に、障害者にも適用されて、各国独自の持続可能な開発目標を通じて行われるが、条約第32条に沿って、国の財政枠組みと国際協力の統合により支援される。

6. 2015年に採択された第3回開発資金調達国際会議（決議69/313）のアディスアベバ行動目標²⁾は、2030年のアジェンダの実施に包摂的な方法で重要な貢献をし、障害者の権利を考慮する。アディスアベバ行動目標では、締結国は以下の約束をした。

(a) 障害者に社会的保護を提供する。

- (b) 障害者にアクセス可能なインフラの開発を推進する。
- (c) 労働市場への障害者の完全参加を奨励する。
- (d) 障害児まで含めたすべての人に質の高い教育を提供する。
- (e) 障害に対して敏感に対応できるように、教育施設の質を向上させる。
- (f) 障害者のために技術のアクセシビリティを推進する。
- (g) 障害によって分別されたデータを増やし利用する。

7. キャパシティが限られている国では、公的開発援助（ODA）は公的資源の動員にとって重要である。したがって、アディスアベバ行動目標では、先進国は ODA を増やす努力、および ODA 目標に到達するための追加の特別な努力を求められた。これを基にして、2017 年の開発資金調達に関するフォーラムにおいて、締結国はいかなる国も人も取り残されることがないことを確保し、挑戦が最大となる領域に努力の焦点を当てることを再確認した。これには、最も遅れている人々を包摂し参加させることを確保することが含まれる（[E/FFDF/2017/3](#)、パラグラフ 3）。

課題および挑戦

8. 経済的および社会的不平等に取り組むためには、専用の投資が必要である。さもなければ、障害者は取り残される可能性がある。条約に定められている義務には財政面での実行がある。たとえば、物理的環境へのアクセスを可能にすること、一般の意識向上キャンペーンの実施、公務員に対する障害者の権利に関する研修、障害児が包摂的な教育を受けるための支援の提供に関する資金である。これらの義務は国内外で存在するため、国の財政政策および官民パートナーシップだけでなく、国際協力にも関連している。

9. 障害に関するデータは不足しているため、障害者の権利を実現するために配分された国家財政の水準を完全に把握することは困難である。

10. 一般に、社会的保護については他の権利よりも多くのデータが入手可能であり、2016 年には世界中の重度障害者の 28%のみが障害給付を受けていることを示した。社会的保護がそれを受け取る障害者の包摂に取り組んでいるかどうかは、補償範囲だけでなく移転の妥当性にもよる。受け取った給付が所得保障を確保するのに不十分な可能性がある場合もあり、グループ間の所得格差を埋めるのに不十分な可能性もある（[A/72/211](#) 参照）。

11. 締結国の約 48%は、部分的または完全な非拠出型の制度を通じて定期的な障害給付を提供し、44%は現金拠出制度のみを提供している。¹部分的または完全な非拠出型の制度が提供されている国では、27 カ国が障害プログラムを広く提供している。60 カ国において、障害プログラムの適格性は、手段に関してテストされている。補償範囲の特徴に関しては、重要な地域差が観察されている。

12. すべての市民に対して、成果と機会の平等を達成するという目的に沿って、障害者に関するより広い社会政策に社会保障政策を組み込むことが重要である。これは、条約の目的に沿っている。特に、全障害者の人権と基本的自由の完全かつ平等な享受を促進し、保護し、確保すること、およびその固有の尊厳の尊重を促進することである。例えば、知的障害や心理社会的障害者にとっ

¹ 国際労働機関の世界社会保護報告 2014/15: 経済回復、包摂的開発と社会正義の構築 (G ジュネーブ、2014) を参照。

ては、社会的障壁を取り除き、地域社会に包摂すること（つまり、施設から地域に移行すること）を実現するためには費用がかかる。包摂的な教育についての証拠の確固たる基盤を作り出すための投資が必要である。他の財政的準備には、パーソナルアシスタンス（介助）、手話通訳、盲導犬などの合理的な配慮の費用が含まれる。

13. 条約に基づく締約国の義務は、民間部門との相互関係にも及ぶ。各国は、民間部門やその他の主体による侵害から障害者の権利を守る義務を負っているだけでなく、積極的な措置を講じなければならない。例えば、その分野における障害者の雇用促進などである。国際労働機関（ILO）は ILO ビジネスと障害者グローバル・ネットワーク³⁾を設立した。多国籍企業、雇用者組織、ビジネスネットワークおよび障害組織やその他の資源団体から構成され、障害者を職場や戦略的な事業計画に含めることを支援する。このネットワークはビジネス主導型で会員ベースのイニシアチブであり、障害者が尊重され、包摂的で、障害者の雇用、維持、専門性の開発を促進するような職場文化の発展を育成する。²

14. 国レベルでは、障害者のためのサービスに融資し、社会への包摂を促進するための官民パートナーシップの使用は、権利に基づいたアプローチに従い、完全な透明性と説明責任を確保しながら、条約に基づいて実施されるべきである。障害者に関する官民パートナーシップの影響について、さらなる研究が必要である。

15. 2006 年の条約の採択以来、障害者のための特別なプログラムの資金調達において国際協力がますます重要な役割を果たしてきた。開発プログラムにおける障害者の権利の認識を確保するための世界的な取り組みは増加しているが、他の周辺領域のグループに比べて資金調達は低いままである。経済協力開発機構（OECD）によると、主流の開発プログラムが障害者を完全に包摂することは依然としてまれである。

16. 障害者の権利を促進するための国連パートナーシップは、年間約 300 万ドルから 500 万ドルを約束している。これに対し、国連児童基金は、児童の権利に関する条約の約束を履行するために 60 億ドルを保有し、女性差別撤廃条約の約束を履行するためにジェンダー平等と女性のエンパワーメントをめざす国連機関（UN Women）⁴⁾は年間 7 億 5,000 万ドルを約束している。障害者に対する約束に関するこの格差は、国連システムによって取り残されるリスクを高めている。

17. 障害ネットワークに関するグローバルアクションは、二国間および多国間の援助資金供与者および機関、国際開発プログラムおよび人道援助活動に障害者の包摂を強化するために機能する民間部門および財団を調整する機関である、国際協力の仕組みの一例である。ネットワークは、障害者の団体と持ち回りの援助国が共同議長を務め、既存のパートナーシップを強化し、障害者の権利をグローバルな開発イニシアチブに包摂することで、障害者の権利のプロファイルをグローバル、地域、国家レベルで向上させる。

今後の道のり

18. 野心的な 2030 年のアジェンダを達成し、「誰も取り残されない」ことを確保するためには、国家財政の余地を強化して障害者が利用できるようにすること、国際協力が開発プログラムへの障害者の包摂を強化すること、民間部門

² www.businessanddisability.org/index.php/en/ 参照

の関与が条約と整合することが不可欠である。それらの条件は、開発のための資金調達のプロセスのすべての段階において、開発の代理人および受益者として、障害者およびその組織の有意義な参加を必要とするであろう。

19. 障害者を包摂する政策の資金調達のために官民パートナーシップを強化する努力は、権利に基づくアプローチに従い、透明性と説明責任を確保しつつ、条約を完全に遵守するべきである。

20. ODA の形での国際協力は、適切に方向づけられれば、包摂的な開発を推進し、障害者の教育・雇用、社会的保護・情報通信技術およびその他の機会・サービス・インフラへのアクセスを促進することができる。さらに、アディスアベバ行動目標（決議 69/313、パラグラフ 52）で約束されているように、最貧国への ODA シェアの低下を逆転させることも、これらの国々が障害者を包摂する開発に移行するのを支援する可能性がある。アディスアベバ行動目標では、締結国と企業部門は、地域および国家機関と協力して活動することも奨励されている。開発のための資金調達において、障害者団体が関与すると、障害者のニーズはより適切に指摘される。さらに、以下の措置を講じることで、障害者を包摂する開発のための資金調達が推進することができる。

(a) 国および国際的な資源の動員と実行に際して、アクセシビリティを規格の要とする。これにより、サービスとインフラを開始時点からすべての者が利用できるようになるであろう。

(b) 支援機器、地域密着型サービス（CBS）、社会保護制度、雇用と自己雇用（自営業）の支援など、障害に関連する支援サービスに割り当てられる国内外の資源の量を漸増させること。

(c) 予算および財政政策の設計、実施、資金調達および監視において障害者を包摂するアプローチを使用すること。

(d) 透明性と説明責任を実現し、持続可能な開発のための資金調達が最も周縁の人口に達することを確保するために、障害によりデータを分別すること。

21. 進展に伴い、以下の点を考慮する必要がある。

(a) 政府は、障害者の効果的な包摂と条約の実施を支援するために、専用の資源の割当てを徐々に増やすべきである。

(b) 利害関係者は、条約に沿って、障害者の権利を促進するための官民パートナーシップの可能なモデルを探るべきである。民間部門の主体は、公的部門と協力して活動しているかどうかに関わらず、障害者の権利を尊重すべきである。また、条約の実施を支援し、持続可能な開発目標を達成する視点からは、障害者のための政府資金調達が民間の金融が補完すべきである。

(c) 国際協力を携わる機関は、主流化と目標を絞ったアプローチを用いて、その開発援助プログラムに障害者を包摂しなければならない。

(d) 「誰も取り残さない」という責務の中に障害者が含まれることを示すためには、国レベルおよび国連システムを含む世界レベルで障害者への資源配分を追跡し報告することが提案される。障害者をすべての資源配分プロセスにおいて、専門家として含めるべきである。

質問と検討

22. 以下の質問をラウンドテーブルディスカッションでの議論のために提示する。

(a) 障害者の権利に、さらに責任をもつ目的を達成するために、国の財政上の余地を変更または設計することについて、政府がどのような努力をしているか（例えば、国の税制度、特に、障害者への税制優遇）。

(b) 国の財政の余地、官民パートナーシップおよび国際協力の問題に関して、市民社会および国内人権機関の代表者と包摂的な対話を行うことで、いかにして条約の実施を強化することにつながるか。

(c) 条約と 2030 年の持続可能な開発アジェンダの実施を視野に入れ、官民パートナーシップが障害者に提供する機会について、締結国と民間部門が理解するために取られた措置は何か。

(d) 最貧国と途上国において、障害者のためのプログラムと政策国際協力に効果的に利益をもたらした国際協力に関して、どのような最近の好事例を挙げることができるか。

(e) 障害者に関して、条約の履行と 2030 年のアジェンダの実現のための財務的約束を追跡するために、国連の開発システムはどのように能力を向上すべきか。

(訳語注)

1) 国連広報センターの HP 参照

http://www.unic.or.jp/activities/economic_social_development/sustainable_development/2030agenda/

2) 日本外務省の 訳を 参照

http://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/gic/page22_002123.html

3) は ILO の HP を 参照

http://www.ilo.org/tokyo/information/pr/MQMS_419765/lang--ja/index.htm

(資料2：発表原稿を和訳・編集)

国連障害者権利条約の実施を強化するための 国家財政の余地、官民パートナーシップ、国際協力

国立障害者リハビリテーションセンター研究所 北村弥生

今日は、第11回国連障害者権利条約締結国会議の横断的テーマの統計やデータについて、国、民間組織、国際機関の役割分担について2つの考えを述べます。ひとつは、新しい統計を追加することについて。もう一つは、国が支援する対象とサービス内容についてです。それぞれの組織は、それぞれに違う強み、限界、機会、制約があります。それぞれができることをし、学んだことを共有することで、障害に関する公平性について必要とされていることの共有を迅速に得ることができます。

第一に、民間組織や国際協力には、率先して、障害に関して、誰に何を支援し、どういう成果を得たかを示す統計やデータ収集を行うことを勧めます。国が新規に統計を作成するには多くの手続きが必要となるのに対し、自由度の高い民間組織が率先してデータを収集することが、国が統計を新規作成する根拠となることが期待されるからです。その際の障害の定義に、国連ワシントングループの指標である短い質問群を使うことで、ニーズを幅広く示すことができるとともに国際比較も可能になります。ワシントングループの事務局は、各国の状況に指標を合わせたり、各国の統計を設計するための研修を提供したりします。

日本における例をあげます。2011年東日本大震災では、公共放送局であるNHKが、被災した地方自治体に対して、震災による障害のある死者・行方不明者数の調査を、震災発生からおよそ3か月後に開始しました。6か月後には障害のある死亡者が一般人口の死亡者の2倍であったことが示されました。この数値は、災害時に障害者に避難支援を行う必要があることの根拠として、国内外で、しばしば引用されます。2万人の死者・行方不明者を出した甚大な被害のさなか、この調査に協力を得ることで地方自治体に負担をかけることには躊躇があったと聞いています。しかし、NHKは日々の取材から調査の必要性を感じ、被災自治体とは他の課題も含めて、毎日、取材する関係があったことから調査を決断しました。調査開始から3か月後には、多くの地方自治体から回答を得たそうです。この調査は、地方自治体による死亡率の差と障害種別による死亡率に差があったことも示しました。地震発生2年後に、内閣府は再調査を実施しました。一部の地方自治体の回答は遅れ、数値の修正もあったためです。その結果、全死亡者数は被災自治体人口の0.75%だったのに対し、国に障害があると登録された者(障害者手帳所持者)の死亡数は被災自治体の障害者人口の1.43%だったことを示しました。放送局がデータ収集を開始し、地方自治体はデ

ータを提供し、障害者団体は企業や国際組織からの財政的助成を得て調査結果を広報し、国が調査を完結させました。これは、データ作成と啓発に関する官民連携のよい例です。一方、国の統計のどれを障害の有無で分別するかの優先順位には議論が必要です。

この例は、データ収集の新しい道は、たとえ完全でなくても、実施されるべきということを示します。誰かがある領域で始めれば、他の人がさらに進展させることができます。了解が得られれば、同じ収集ツールを使えば、収集した情報は統合することができます。

2つ目の例は、Handicap International が行った国際 NGO による災害時の障害者の調査です。国連ワシントン会議が開発した指標、すなわち、6項目から成る短い質問群を使って、難民キャンプでの避難者に障害があるか否かを識別し、障害がある者には特別な配慮をし、効果を数値で示しました。各国は、それぞれの基準で障害者に対してサービスを提供しています。しかし、難民キャンプでは、各国の基準によるサービスはないからこそ、国際的な障害の指標が有効でした。JICA も国際支援を行う際には、既存の障害情報を精査して課題を見極めた後、対策としてワシントングループの指標を使用することも考慮していると聞いています。逆に、東日本大震災における死亡率の調査では、障害者手帳を持っていないけれども障害がある人たちの情報を得ることはできませんでした。

では、2番目の話題に移ります。国のサービスを受けている障害者の比率と、国連権利条約が定める障害者の比率は通常は違うことを確認しておきたいと思います。政府レポートでは、権利条約の定義を使うことが推奨されると推測します。WHO は障害者率を 15% と推計していますが、国費で国民の 15% に障害福祉サービスを提供したり、税金を割引いたりできる国は多くありません。ですから、多くの国および民間組織は、政府レポートのために新しい障害統計を作ることが期待されます。日本でも国が行う全国在宅障害者実態調査では、ワシントングループの指標の活用を 7 年前から検討し、他の調査における活用も検討中です。

一方で、国や地方自治体による障害福祉サービス提供の行政データを活用することにも期待されます。国が地方自治体から行政データを集約して公表したり、地方自治体の行政データから、どういう人がどういうサービスを利用しているのかを知ることは、次のサービス作成に活用できると期待されます。

民間組織や国際は、国がサービスを提供している障害者よりも広い範囲を支援対象にできることは意味があります。多くの場合に、民間組織はニーズに応じた活動を柔軟に行えます。東日本大震災と熊本地震において、障害者団体の連合は、被災地障害者支援センターを先駆的に運営しました。その対象は、国がサービスを提供しないが生活上の困難のあ

る者も含みました。これらの活動資金は、民間組織および個人からの寄付で、1割は海外から提供されました。今、障害者団体と支援者は、この時の実践の一部を国のサービスに移行できるかを検討しています。

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

学 会 等 発 表 実 績

1. 学会等における口頭・ポスター発表

発表した成果（発表題目、口頭・ポスター発表の別）	発表者氏名	発表した場所（学会等名）	発表した時期	国内・外の別
障害者数の変遷（ポスター）	<u>北村弥生</u>	日本特殊教育学会	2018-09	国内
脊髄損傷者の排泄が生活に及ぼす影響（ポスター）	井上美紀, <u>飛松好子</u> , 中山剛, 岩崎洋, 吉田由美子, 清水健, 谷脇路子, 粕谷陽子, 弦間初美, 田中匡	第53回日本脊髄障害医学会	2018-11	国内
障害者自立支援等実績データを用いたサービス利用状況分析の試み（ポスター）	<u>今橋久美子</u> , <u>北村弥生</u> , <u>岩谷力</u> , <u>飛松好子</u>	日本リハビリテーション連携科学会	2019-03	国内
平成28年生活のしづらさなどに関する調査（厚労省）における調査項目修正の結果	<u>北村弥生</u> , <u>岩谷力</u> , <u>飛松好子</u>	日本リハビリテーション連携科学会	2019-03	国内
National fiscal space, public-private partnerships and international cooperation for strengthening the implementation of the CRPD（口頭）	<u>Kitamura, Y.</u>	11th session of the Conference of States Parties to the CRPD	2018-06	国外

2. その他

掲載した論文（発表題目）	発表者氏名	発表した場所（学会誌・雑誌等名）	発表した時期	国内・外の別
第18回国連障害統計ワシントングループ会議に参加して. 国リハニュース(web版)	<u>北村弥生</u>	国リハニュース(web版). 2019-01	2019	国内

市区町村における障害者 手帳交付台帳情報などの 管理・運用に関する現況調 査 結果報告	飛松好子, 今橋 久美子, 北村弥 生, 岩谷力, 竹 島正	国立障害者リハビ リテーションセン ター研究所ホーム ページ	2018	国内
--	---	---	------	----

令和元年5月20日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿
（国立保健医療科学院長）

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター
所属研究機関長 職名 総長
氏名 飛松 好子

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名（所属部局・職名） センター ・ 総長
（氏名・フリガナ） 飛松 好子 ・ トビマツ ヨシコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立障害者リハビリテーションセンター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

所属研究機関長 職名 総長

氏名 飛松 好子

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) センター ・ 顧問
(氏名・フリガナ) 江藤 文夫 ・ エトウ フミオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年5月20日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿
（国立保健医療科学院長）

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター
所属研究機関長 職名 総長
氏名 飛松 好三

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名 （所属部局・職名） 病院 ・ 病院長
（氏名・フリガナ） 西牧 謙吾 ・ ニシマキ ケンゴ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター

所属研究機関長 職名 総長

氏名 飛松 好子

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 研究所 ・ 室長
(氏名・フリガナ) 北村 弥生 ・ キタムラ ヤヨイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立障害者リハビリテーションセンター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年5月20日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立障害者リハビリテーションセンター
所属研究機関長 職名 総長
氏名 飛松 好子

次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 研究所 ・ 研究員
(氏名・フリガナ) 今橋 久美子 ・ イマハシ クミコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立障害者リハビリテーションセンター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年3月7日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 長野保健医療

所属研究機関長 職名 学長

氏名 岩谷 力

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野)

2. 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 学長

(氏名・フリガナ) 岩谷 力 ・ イワヤ ツトム

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 国立障害者リハビリテーションセンターにて審査)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年3月7日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 社会福祉法人
横浜市リハビリテーション
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 大八木 雅之

次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
2. 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) センター ・ 顧問
(氏名・フリガナ) 伊藤 利之 ・ イトウ トシユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由： 国立障害者リハビリテーションセンターにて審査)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年1月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉澤 靖之

次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査と利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名（所属部局・職名） 大学院医歯学総合研究科 ・ 教授
 （氏名・フリガナ） 森尾 友宏 ・ モリオ トモヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。
 ・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月 20日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 2. 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 3. 研究者名（所属部局・職名） 大学院情報学環・特任講師
（氏名・フリガナ） 上村 鋼平・ウエムラ コウヘイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 2月25日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京慈恵会医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 松藤 千弥

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業費（障害者政策総合研究事業）（身体・知的等障害分野）

2. 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究

3. 研究者名（所属部局・職名） 医学部・准教授

（氏名・フリガナ） 西村 理明（ニシムラ リメイ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京慈恵会医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年3月20日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 公立大学法人大

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 荒川哲男

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)

2. 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 発達小児医学分野 ・ 講師
(氏名・フリガナ) 川村 智行 ・ カワムラ トモユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立障害者リハビリテーションセンター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・ 該当する□にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31年 3月 20日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 心身障害児総合医療療育センター
所属研究機関長 職名 所長
氏名 北住 映二

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) センター ・ 所長
(氏名・フリガナ) 北住 映二 ・ キタズミ エイジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

H 31年 3月 7日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 横浜市東部地域療育センター

所属研究機関長 職名 所長 有賀 道生

氏名

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) センター ・ 所長
(氏名・フリガナ) 有賀 道生 ・ アリガ ミチオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 国立障害者リハビリテーションセンターにて審査)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年3月 26日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 福島 靖

次の職員の平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

2. 研究課題名 障害認定基準および障害福祉データの今後のあり方に関する研究

3. 研究者名（所属部局・職名） 統括研究官
（氏名・フリガナ） 高橋 秀人 ・ タカハシ ヒデト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立保健医療科学院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する口をチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。