

厚生労働行政推進調査事業費
(障害者政策総合研究事業)

現状の障害認定基準の課題の整理ならびに

次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 飛松 好子

令和4(2022)年 3月

令和3年度 統括・分担研究報告書

目 次

I. 総括研究報告

現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究・・・ 1
飛松好子

II. 分担研究報告

1. 身体障害認定基準等の改正経緯の整理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
飛松好子、伊藤利之、江藤文夫、今橋久美子、齋藤崇志、北村弥生、寺島彰

2. 原発性免疫不全症候群患者が感じる社会参加に関する制限・・・・・・・・・・ 60
飛松好子、江藤文夫、今橋久美子、北村弥生、森尾友宏、金兼弘和、寺島彰、上村鋼平

3. 次期「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」における災害に関する設問の有用性と課題・・ 66
岩谷 力、北村弥生、今橋久美子、飛松好子

4. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の特徴 次期「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」のプレ調査の結果から・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 79
飛松好子、岩谷 力、北村弥生、清野 絵、今橋久美子

5. 「生活のしづらさなどに関する調査」における原因疾患・・・・・・・・・・・・・・ 89
岩谷 力、北村弥生、今橋久美子、飛松 好子

6. 飯山市健康老人調査における国際連合の国際障害統計ワシントン・グループの指標の選択状況・・ 98
岩谷 力、北村弥生、今橋久美子、飛松好子、江藤文夫

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

I 令和3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
総括研究報告書

現状の障害認定基準の課題の整理ならびに
次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究

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

研究要旨：本研究は、1) 身体障害者認定基準に関する研究と、2) 障害福祉制度・障害統計に関する研究から成る。

1) については、これまで行われた心臓機能障害（ペースメーカー等植え込み者）、肢体不自由（人工関節等置換者）、聴覚障害、肝臓機能障害、じん臓機能障害、視覚障害の認定基準改正等の経緯を整理した。また、原発性免疫不全症候群（PID）の社会参加制約について分析した。

2) については、次期全国在宅障害児・者等実態（生活のしづらさなどに関する）調査項目に、災害時避難を入れた。また、余暇・スポーツ活動については、吟味が必要なことを指摘し、原因疾患については、次期調査から外すことを提案した。さらに、同調査に導入予定の国際障害者統計のワシントン・グループの指標を高年齢調査に試験的に用いた。

研究分担者

岩谷力 長野保健医療大学、伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター、江藤文夫・今橋久美子・清野絵 国立障害者リハビリテーションセンター、森尾友宏 東京医科歯科大学

定められており、また、その施行規則では身体障害の等級の基準が定められている。しかし、身体障害の程度と、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス以外のサービスのニーズは必ずしも一致していない、身体障害の程度を評価する基準が必ずしも整合的でない、などの意見がある。

研究協力者

金兼弘和 東京医科歯科大学、上村鋼平 東京大学、北村弥生・深田聡・齋藤崇志 国立障害者リハビリテーションセンター、寺島彰 日本障害者リハビリテーション協会、外里富佐江・北澤一樹 長野保健医療大学

そこで、平成11年から身体障害者認定のあり方に関する研究が始まり、その時期に課題になった認定のあり方について、研究班の素案が厚生労働省の検討会で審議とりまとめられ、疾病・障害認定審査会（身体障害認定分科会）において承認を得てきた。これまで、心臓機能障害、肢体不自由（人工関節）、肝臓機能障害、聴覚障害、消化機能障害、原発性免疫不全症候群、ぼ

A. 研究目的

身体障害者福祉法では身体障害の基準が

うこう直腸機能障害、1型糖尿病、失語症について個別に検討されてきた。これらの見直しの背景には、国内外における障害の概念あるいは疾病構造の変化があり、データに裏付けられた根拠を示す必要性も高まっている。

そこで本研究では、これまでに実施された身体障害者認定基準の見直しの経緯を体系的に整理することにより、今後の身体障害者認定基準の見直しのあり方を明らかにした。また、見直しの根拠となる障害福祉データの利活用を推進し、障害福祉制度および障害福祉データに関する国内外の動向把握も併せて行った。

B. 研究方法

1) 身体障害者認定基準に関する研究

1. 身体障害者認定基準等の改正経緯の整理

これまで行われた心臓機能障害（ペースメーカ等植え込み者）、肢体不自由（人工関節等置換者）、聴覚障害、肝臓機能障害、じん臓機能障害、視覚障害の認定基準改正等について、各検討会で用いられた資料および通知改正等を収集し、改正までの経緯、見直しの方向性、改正点を整理した。

2. 原発性免疫不全症候群患者が感じる社会参加に関する制限

平成30年度および令和2年度に行った調査結果のうち、診断時年齢、調査時年齢、医師による「生活機能制限の程度」の判断結果、WHODAS2.0の8項目を用いて、FisherのExact法による検定を行った。

2) 障害福祉制度・障害統計に関する研究

1. 次期「生活のしづらさなどに関する調査」における災害に関する設問の有用性と

課題

令和2年度に行ったプレ調査のうち、災害に関する4設問の回答について詳細に分析した。

2. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の特徴

令和2年度に行ったプレ調査のうち、余暇・スポーツ活動に関する設問の回答を人口ベースの調査結果と比較した。余暇活動については、「余暇時間の活用と旅行に関する世論調査（内閣府，1999）」と比較し、スポーツ活動については「スポーツの実施状況等に関する世論調査（スポーツ庁，2019）」と比較した。

3. 「生活のしづらさなどに関する調査」における原因疾患

令和2年度に行ったプレ調査のうち、原因疾患に関する設問の回答について、障害種別に集計した。

4. 飯山市健康老人調査における国際連合の国際障害統計ワシントン・グループの指標の選択状況

長野県飯山市が介護保険サービスを使用していない65才以上の高齢者6,251名

（年度末段階年齢）を対象に毎年行っている基本チェックリスト調査に、WGの指標のうちWG-SS（短い質問群）6項目とWG-SS Enhancedから上肢2項目を追加して質問紙法による調査を実施した。

（倫理面への配慮）

研究者が各所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 身体障害者認定基準に関する研究

1. 身体障害者認定基準等の改正経緯の整理

心臓機能障害・肢体不自由

医学・医療技術の進歩により、日常生活活動の制限の程度が改善する可能性があることを踏まえ、ペースメーカー植え込みから一定期間後に再認定を行うこととなった。また、人工骨頭又は人工関節については、置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定することとなった。

聴覚障害

詐聴や機能性難聴が疑われる場合、他覚的聴力検査を実施するとともに、聴覚障害に係る指定医の専門性の向上を図ることとなった。

肝臓機能障害

日常生活の制限が長期間続いている実態にあわせて認定基準を緩和し、対象を拡大した。

じん臓機能障害

既存の指標に加え、臨床的に有用な検査を指標として追加した。

視覚障害

両眼の視力の和ではなく、良い方の眼の視力で認定すること、新しい計測機器による認定基準を新たに設けることとなった。

2. 原発性免疫不全症候群患者が感じる社会参加に関する制限

回答者 155 名のうち障害等級に相当すると医師が判断したのは 37 名 23.8%(重症群)であった。②重症群と軽症群の間で WHODAS2.0 による社会参加に関する制限に有意差が最も多かったのは未成年診断成人群であった。

2) 障害福祉制度・障害統計に関する研究

1. 次期「生活のしづらさなどに関する調査」における災害に関する設問の有用性と課題

①単独避難可能と回答した者は 244 名 42.2%であったが、そのうち 24.6%は避難に関する困難を回答した。②災害時に近隣支援者がいると回答した者は 220 名 38.1%であったが、そのうちの 5.5%は「救助を求めることができない」と回答した。単独避難ができずに、かつ、近隣支援者がいない者は 238 名 41.2%、そのうち災害時避難行動要支援者名簿に登録されていると推測される者は 96 名 40.4%であった。③災害経験有群は無群に比べ、災害時における情報入手の困難を有意に多く回答した。④多くの自治体が災害時避難行動要支援者と定義している「身体障害者手帳 1, 2 級、療育手帳 A 1, 精神保健福祉手帳 1 級」の者とそれ以外の者の間で、災害時の困難の差は「投薬・治療」「補装具」に関する項目のみであった。⑤介護保険法と総合支援法によるサービス利用状況を 4 群に分けて比較したところ、総合支援法のみサービスの利用者の「災害時の困難」が最も多様であった。

2. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の特徴

プレ調査の結果を人口ベースの調査の結果と比較すると、①選択率が高かった余暇活動の種類は同じであったが、「テレビ・ラジオ」、「パソコン・インターネット・テレビゲーム」は有意に多く、「趣味・娯楽」「鑑賞・見物」「地域や社会のための活動」「日帰りの行楽」「遊園地・テーマパークなどで遊ぶ」「余暇時間・休みはない」は有意に少なかった。②「運動・スポーツをしない者」は有意に多く、「屋外以外の実施場所」と「週 1 日未満の実施」は有意に少なかった。

3. 「生活のしづらさなどに関する調査」 における原因疾患

①身体障害者手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳のみの所持者について、障害種別に対応する原因疾患の選択率を集計したところ、主要な疾患の選択率の合計には障害種別による差があり、最も低かったのは下肢障害のみ群で56.4%あった。②下肢障害のみ群のうち、原因疾患について「その他」を選択した43名中41名は、記入された疾患名から選択肢にあった原因疾患に再分類できた。③所持する身体障害者手帳の障害種別と異なる心身症状に関する原因疾患を回答した者があった。④精神障害者保健福祉手帳所持者では84.7%で原因疾患が選択された。

4. 飯山市健康老人調査における国際連合の国際障害統計ワシントン・グループの指標の選択状況

返信のうち基本チェックリスト(KCL)25項目にひとつでも回答した5,683件を有効回答とした(回収率90.9%)。

- ① WG 指標 8 項目への回答率は 91.8～97% (無回答率 3～8.8%) であった。
- ② 最も無回答率が高かった設問は「補聴器を使用しても、聞き取りに苦労しますか」であった。
- ③ WG-SS の 6 項目 (設問 26～31) に 1 項目でも「はい」と回答した者の割合 (障害発生率) は 42.4% であった。
- ④ WG-SS による障害発生率は高齢になるとともに高かった。(65～69 才群 31.4%、70 才代群 36.9%、80 才代群 61.2%、90 才以上群 78.7%)
- ⑤ WG-SS に上肢機能に関する 2 設問 (設問 32, 33) のいずれかに「はい」と回答

した者を加えると障害発生率は 1.4～4.7% 高くなった。(65～69 才群 8.0%、70 才代群 39.4%、80 才代群 63.5%、90 才以上群 81.4%)

⑥ 障害発生率は、80 才未満では男性が女性より、80 才以上では女性が男性より高かった。

⑦ 身体運動を伴う活動 (設問 28, 32, 33) への障害発生率はすべての年齢群で女性が男性より高かった。

D. 考察

1) 身体障害者認定基準に関する研究

1. 身体障害認定基準等の改正経緯の整理
過去の認定基準の見直しは、医療環境の変化(医療技術の発展、新たな知見の創出など)と社会環境の変化(当事者団体の意見や各種報道に基づく世論など)を契機として、各種実態調査や専門家による検討会を経て、実施されてきたことが明らかとなった。医学的側面と社会的側面の双方のバランスを取り、その時代に求められる適切な身体障害認定基準を模索してきたと言える。

2. 原発性免疫不全症候群患者が感じる社会参加に関する制限

診断時年齢、調査時年齢、生活機能制限の程度に関わらず、PID 患者は社会参加に関して多様な制限を感じていることが明らかになった。特に、未成年で診断を受けた成人 PID 患者の重症群は社会参加に制限を強く感じていることが示唆された。

2) 障害福祉制度・障害統計に関する研究

1. 次期「生活のしづらさなどに関する調査」における災害に関する設問の有用性と課題

①障害種別により災害時の困難が異なることに対しては、それぞれの対策を調整す

ることが望まれる。②等級が重度か否かに関係した災害時の困難は、医療や補装具の確保のみであったことは注目される。自治体が作成する災害時避難動要支援者名簿登載者以外の障害者手帳所持者も災害時の困難は同等であることに留意が必要であると考える。

③総合支援法のみ利用者に対する特性に応じた準備を早く行う必要があることが示唆された。

2. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の特徴

障害者手帳所持者の余暇活動および運動・スポーツ活動は、自宅内で行う活動が多く自宅外で行う活動が少ない原因として、外出を支援する介助者の他に、活動実施場環境と活動方法、時間のゆとり、経済的ゆとりについての検討が求められると考えられた。

3. 「生活のしづらさなどに関する調査」における原因疾患

①身体障害では、原因疾患の選択肢についてレベルの統一が求められる。下肢障害のみ群で「その他」の選択が多かった理由の一つは、選択肢のレベルが多様であり回答しにくかったことと考えられたためである。②複数の障害（生活のしづらさ）がある場合を想定した設問あるいは回答欄の作成が有効と考えられる。

4. 飯山市健康老人調査における国際連合の国際障害統計ワシントン・グループの指標の選択状況

障害の有無による余暇活動などを比較する場合には、WGの指標による「障害者」の中には、高齢群には健康老人も含まれることに留意が必要なが示唆された。一方、

教育については25才未満、就労については65才未満を対象に論ずることが多いため、WG-SSによる「障害者」に加齢により機能が低下した者が入ることへの懸念は少ないと考えられる。

E. 結論

1) 身体障害者認定基準に関する研究

1. 身体障害認定基準等の改正経緯の整理
医学的側面と社会的側面の双方を考慮し、その時代の要請にかなう身体障害認定基準を設定していく努力を続けていくことが肝要と考える。

2. 原発性免疫不全症候群患者が感じる社会参加に関する制限

成人期に達する前から、成人期に制限が多いことが示された項目への対処及び支援策の検討を開始することは今後の課題である。

2) 障害福祉制度・障害統計に関する研究

1. 次期「生活のしづらさなどに関する調査」における災害に関する設問の有用性と課題

次期調査における災害に関する設問案を、個別避難計画を構成する要素の準備が整っているかどうかを聞くように再構成して提案した。

2. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の特徴

障害者手帳所持者では、屋外で行う余暇活動、運動・スポーツ活動の実施に制約が大きいことが明らかになった。ただし、スポーツ庁による障害者を対象としたスポーツの参加促進のための施策策定と連動した調査も定期的に行われていることから、次期調査での余暇・スポーツ活動に関する設

問の採用については今後の課題とし、存在する調査結果をどのように活用するかについて十分に検討することを提言する。

3. 「生活のしづらさなどに関する調査」における原因疾患

障害の原因を尋ねる設問については、以下を提案する。

①原因疾患を調査するのか、健康状態を調査するのか、施策に生かすためには分析の目的を明確にすることが必要であるため、時間をかけて検討する。

②原因疾患を調査する場合には、知的障害など除外する障害種別を明記し、障害種別ごとに選択肢の設定に工夫が求められる。H18 調査と H23 調査の比較からは、以下を提案する。

③医療機関の受診頻度に関する設問は、H18 調査のように1年間の受診日数とする。さらに、「障害に関する受診」と「それ以外の受診」を分けて聞くことで、平成18年以前との比較が可能になり、また、受診の意味も明確になると考える。

④3障害別だけでなく、身体障害内の障害種別および障害等級別の集計を加える。

4. 飯山市健康老人調査における国際連合の国際障害統計ワシントン・グループの指標の選択状況

WG-SS は、介護保険サービスを利用していない65才以上の高齢者（健康老人）の約4割を「障害がある」と判定することを明らかにした。年齢階層別には、60才代群では約3割、70才代群では約3.5割、80才代群では約6割、90才代群では約8割が「障害がある」と判定された。また、WG-SSによる健康老人の障害発生率の判定には性差があり、若年層ほど性差がある項

目が多かった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 岩谷 力、北村 弥生、今橋 久美子、飛松 好子、外里 富佐江、北澤 一樹. 飯山市における障害者手帳所持者の実態. 長野保健医療大学紀要（印刷中）
2. 今橋久美子、北村弥生、岩谷力、飛松好子. 行政データを用いた障害福祉サービス利用状況分析－施設入所者と在宅生活者の状態像比較－. 日本健康開発雑誌 42, 57-61, 2021
3. Takashi Saito, Nobuko Matsui, Kazuhiro P Izawa. Gender difference in body mass index in West New Britain Province, Papua New Guinea: A sub-analysis of a cross-sectional questionnaire study. *Tropical Doctor* 51(2) 280-282, 2021
4. Takashi Saito, Kazuhiro P. Izawa. Effectiveness and feasibility of home-based telerehabilitation for community-dwelling elderly people in Southeast Asian countries and regions: a systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research* 33(10) 2657-2669, 2021
5. Hosaka S, Kido T, Imagawa K, Fukushima H, Morio T, Nonoyama S, Takada H. Vaccination for patients with Inborn errors of immunity: a

- nationwide survey in Japan. J Clin Immunol. [Epub ahead of print]
6. Kato K, Yabe H, Shimozawa N, Adachi S, Kurokawa M, Hashii Y, Sato A, Yoshida N, Kaga M, Onodera O, Kato S, Atsuta Y, Morio T. Stem cell transplantation for pediatric patients with adrenoleukodystrophy: A nationwide retrospective analysis in Japan. *Pediatr Transplant*. [Epub ahead of print]
 7. Tanita K, Sakura F, Nambu R, Tsumura M, Imanaka Y, Ohnishi H, Kato Z, Pan J, Hoshino A, Suzuki K, Yasutomi M, Umetsu S, Okada C, Takagi M, Imai K, Ohara O, Muise AM, Okada S, Morio T, Kanegane H. Marked Clinical and immunological heterogeneity in Japanese patients with Gain-of-Function variants in STAT3. *J Clin Immunol*. 41:780-790, 2021.
 8. Okamoto K, Morio T, Nakamura Y, Hataya H, Mizuta K, Mori M. Hospitalisations due to respiratory syncytial virus infection in children with Down syndrome before and after palivizumab recommendation in Japan. *Acta Paediatr*. 110:1299-1306, 2021.
1. 北村弥生、岩谷力、外里富佐江、北澤一樹、古川智巳. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の実態と課題. 日本公衆衛生学会. 2022-03. オンライン開催.
 2. 北村弥生、岩谷力、外里富佐江、北澤一樹、古川智巳. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の実態と課題. 日本公衆衛生学会. 2021-12-21/23. オンライン開催.
 3. 北澤一樹、古川智巳、外里富佐枝、岩谷力、北村弥生. 「全国在宅障害児・者等実態調査」予備調査結果の概要. 日本公衆衛生学会. 2021-12-21/23. オンライン開催.
 4. 齋藤崇志, 松井伸子, 井澤和大. パプアニューギニアの地域住民を対象とした自己の身長体重に関する測定機会とその知識の正確性に関する横断調査. 国際リハビリテーション研究会 2021-11-13. オンライン開催.
 5. Kitamura, Yayoi. Analysis of Descriptive Answers in the National Survey on Disabilities. *Rehabilitation International World Congress 2021*. 2021-9-9/13. オンライン開催.
 6. 北村弥生. 障害者のニーズ把握に関する設問形式の検討. 日本保健医療社会学会. 2021-05-15/16. オンライン開催.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む.)
なし

2. 学会発表

1. 北村弥生、今橋久美子、江藤文夫、飛松好子. 原発性免疫不全症候群患者にお

Ⅱ 令和3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
分担研究報告書

身体障害認定基準等の改正経緯の整理

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	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	今橋久美子	国立障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	齋藤 崇志	国立障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	北村 弥生	国立障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	寺島 彰	日本障害者リハビリテーション協会

研究要旨：これまで行われた身体障害の認定基準改正等について、各検討会で用いられた資料および通知改正等を収集し、改正までの経緯、見直しの方向性、改正点を整理した。心臓機能障害・肢体不自由では、医学・医療技術の進歩により、日常生活活動の制限の程度が改善する可能性があることを踏まえ、ペースメーカ植え込みから一定期間後に再認定を行うこととなった。また、人工骨頭又は人工関節については、置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定することとなった。聴覚障害では、詐聴や機能性難聴が疑われる場合、他覚的聴力検査を実施するとともに、聴覚障害に係る指定医の専門性の向上を図ることとなった。肝臓機能障害では、日常生活の制限が長期間続いている実態にあわせて認定基準を緩和し、対象を拡大した。じん臓機能障害では、既存の指標に加え、臨床的に有用な検査を指標として追加した。視覚障害では、両眼の視力の和ではなく、良い方の眼の視力で認定すること、新しい計測機器による認定基準を新たに設けることとなった。今後も、医学的側面と社会的側面の双方を考慮し、その時代の要請にかなう身体障害認定基準を設定していく努力を続けていくことが肝要と考える。

A. 研究目的

身体障害者福祉法では身体障害の基準が定められており、また、その施行規則では身体障害の等級の基準が定められている。しかし、身体障害の程度と、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス以外のサービスのニーズは必ずしも一致していない、身体障害の程度を評価する基準が必ずしも

整合的でない、などの意見がある。

そこで、平成11年から身体障害者認定のあり方に関する研究が始まり、その時期に課題になった認定のあり方について、研究班の素案が厚生労働省の検討会で審議とりまとめられ、疾病・障害認定審査会(身体障害認定分科会)において承認を得てきた。これまで、心臓機能障害、肢体不自由

(人工関節)、肝臓機能障害、聴覚障害、消化機能障害、原発性免疫不全症候群、ぼうこう直腸機能障害、1型糖尿病、失語症について個別に検討されてきた。これらの見直しの背景には、国内外における障害の概念あるいは疾病構造の変化があり、データに裏付けられた根拠を示す必要性も高まっている。

そこで本研究では、これまでに実施された身体障害者認定基準の見直しの経緯を体系的に整理することにより、今後の身体障害者認定基準の見直しのあり方を明らかにした。なお、平成12年(2000年)までの改正については、平成15年(2003年)に報告しているため、それ以降に行われた心臓機能障害(ペースメーカー等植え込み者)、肢体不自由(人工関節等置換者)、聴覚障害(平成27年4月)、肝臓機能障害(平成28年4月)、じん臓機能障害(平成30年4月)、視覚障害(平成30年7月)の認定基準改正の経緯を整理した。

B. 研究方法

各身体障害者の認定基準に関する検討会において用いられた資料および通知改正等を収集し、改正までの経緯、見直しの方向性、改正点を整理した。

C. 研究結果

1) 心臓機能障害(ペースメーカー等植え込み者)(平成26年4月)

1 改正までの経緯

・心臓機能障害の認定に当たって、ペースメーカー装着等の場合は、この人工臓器は緊急事態を予測して装着するものであり、取り外すことは生命の維持に支障を来すのが

一般的であることから、1級として認定されている。

・ペースメーカー装着者等の日常生活の制限の度合いは、医療技術の進歩(安全性・機能性の向上、機器・器具の小型化、電池寿命の長期化や耐久性の向上)により、相対的に軽くなっており、術後は社会生活に大きな支障がない程度にADLが改善される者が多い。

・厚生労働科学研究「障害認定の在り方に関する研究」(主任研究者:国立障害者リハビリテーションセンター顧問 江藤文夫)において、「医学・医療技術の進歩を踏まえ、基準の改訂を検討する必要がある」との指摘がある。

・平成24年4月4日の参議院予算委員会において、小宮山厚生労働大臣(当時)が見直しを進める旨の答弁をしている。

2 見直しの方向性

・ペースメーカーや体内植え込み型除細動器(ICD)への依存度、日常生活活動の制限の程度(身体活動能力:メッツ)を勘案して1級、3級又は4級に認定する。依存度については、「不整脈の非薬物治療ガイドライン(2011年改訂版)」(日本循環器学会)を活用する。

・日常生活活動の制限の程度が改善する可能性があることを踏まえ、一定期間経過後に再認定を行うことを徹底する。一定期間については、植え込みから3年後とする。先天性疾患(18歳未満で発症した心疾患)により植え込みしたもの及び人工弁移植・弁置換については、従来どおり1級とする。

・再認定の徹底を図るため、診査年月を手

帳にも記載する。

・制度改正後（平成26年4月以降）、新たに申請する者に対して適用する。

3 見直し後の新基準の注意事項

・見直し前に申請した者には新基準は適用しない。

・ICDを植え込んだ者も同じ基準を適用
・メッツ値について、症状が変化する場合は、症状がより重度の状態（1番低い値）を採用する

・3年以内に再認定を行う（1級：メッツ値2未満、3級：メッツ値2以上4未満、4級：メッツ値4以上）

以上を踏まえて以下のとおり認定基準の見直しが行われ、改正された。

身体障害認定基準（心臓機能障害抜粋）

五 内臓の機能障害

1 心臓機能障害

(1) 18歳以上の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) (略)

(イ) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

イ 等級表3級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) アのaからhまでのうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症

症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし救急医療を繰り返し必要としているもの

(イ) ペースメーカーを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの
ウ 等級表4級に該当する障害は次のものをいう。

(ア) ～ (イ) (略)

(ウ) ペースメーカーを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
(2) (略)

3 ～ 7 (略)

六 (略)

なお、上記に合わせて、別添1-1～1-4の通知がなされた。

2) 肢体不自由（人工関節等置換者）（平成26年4月）

1 改正までの経緯

・身体障害者手帳の認定に当たって、関節に人工骨頭又は人工関節を用いている場合は、関節が全廃しているものとして取扱い、股・膝関節：4級、足関節：5級として認定されている。

・人工骨頭又は人工関節を用いている者の日常生活の制限の度合いは、医療技術の進歩（安全性・機能性の向上、耐久性の向上など）により相対的に軽くなっている。また手術の安全性も高まり、術後は障害認定に該当しない程度にADLが改善される者が殆どである。

・厚生労働科学研究「障害認定の在り方に関する研究」（主任研究者：国立障害者リハビリテーションセンター総長江藤文夫）において、「人工関節等の技術進歩を勘案

し、施術を受けたことにより ADL が改善する場合は、その結果に基づいて障害を認定すべきであるという意見が多い」といった報告がある。

・医療技術の進歩と高齢化に伴い、人工骨頭又は人工関節の手術件数は、約 10 年間でおよそ 2 倍に増えている。

(参考) 人工関節手術件数：13 年：3.3 万件→22 年：8.4 万件

人工骨頭手術件数：13 年：1.8 万件→22 年：3.5 万件

2 問題提起

・手術後に大幅に ADL が改善される場合が多く、法別表に掲げる「永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの」に必ずしも該当しないため、一律 4、5 級とする現行の取扱いとは他の障害とのバランスを欠いているのではないか。

・平成 24 年 4 月 4 日の参議院予算委員会において、小宮山厚生労働大臣（当時）が見直しを進める旨の答弁をしている。

3 見直しの方向性

・人工骨頭又は人工関節を用いている者については、

①手術後 ADL が大幅に改善される事例が多いこと

②これらについては、体内に埋め込まれ、日常的に着脱する手間がないことから、手術後の障害の状態を評価し、認定を行うこととしてはどうか。

(ただし、制度改正後、新たに申請する者に適用し、既に認定されている者については再認定を要しない取扱いとする)

以上を踏まえて、身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）が次のとおり改正された。

(1)改正通知 身体障害認定基準（肢体不自由抜粋）

四肢体不自由

1 総括的解説

(1)～(5) (略)

(6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。なお、人工骨頭又は人工関節については、人工骨頭又は人工関節の置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定する。

(7) 略

2 各項解説

(1) 略

(2) 下肢不自由

ア (略)

イ 股関節の機能障害

(ア)「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。

a 各方向の可動域(伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域)が 10 度以下のもの

b 徒手筋力テストで 2 以下のもの

(削除)

(イ)～(ウ) (略)

ウ 膝関節の機能障害

(ア)「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域 10 度以下のもの

b 徒手筋力テストで 2 以下のもの

(削除)

c 高度の動揺関節、高度の変形

(イ)～(ウ) (略)

エ足関節の機能障害

(ア)「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域5度以内のもの

b 徒手筋力テストで2以下のもの

(削除)

c 高度の動揺関節、高度の変形

(イ) (略)

オ (略)

(3)～(4) (略)

なお、上記の通知に合わせて、新旧対照表(別添2)が出された。

3) 聴覚障害(平成27年4月)

1. 改正前の認定基準の考え方

- ・ 聴覚障害の認定における聴力測定は、純音オーディオメータ(*)を主体として行うこととされている。

* 純音オーディオメーター

電氣的に発生した検査音を聞かせ、対象者の認知応答(聞こえたらボタンを押す)により、聴力を検査する。

- ・ 障害程度の認定においては、聴力図、鼓膜所見等により、その聴力レベルが妥当性のあるものであるかを十分に検討する必要があるとされており、必要に応じて(指定医等の判断で)、他覚的聴力検査(ABR検査(*)等)が実施されている。

* ABR(聴性脳幹反応検査:
auditory brainstem response)

耳と頭部等に電極を取り付け、ヘッドホ

ンからの音による脳波の変化(聞こえると脳が反応して脳波に変化が生じる)により、聴力を検査する。

2. 平成27年改正の経緯

- ・ 平成26年2月に、聴覚障害の認定が適正に行われたのか疑念を生じさせるような事案の報道がなされたことを契機に、認定方法の見直しについて検討することが、課題となった。

- ・ 「聴覚障害の認定方法に関する検討会」は、今後同様の事案を生じさせないための方策について検討を行った。

(参考)「聴覚障害の認定方法に関する検討会」の開催状況

第1回3月26日:現状の認定方法について、今後の進め方 等

第2回9月2日:関係団体ヒアリング、研究班からの報告 等

第3回10月30日:意見交換、議論のまとめ 等

3. 聴覚障害の認定方法に関する検討会における議論

- ・ 検討会において、以下のような意見があった。
 - 詐聴や機能性難聴が疑われる場合のABR等の他覚的聴力検査の実施について、どのように考えるか
 - 指定医の専門性の向上を目指すべきではないか
 - 認定を受ける者の負担が過度にならないといった点にも留意する必要がある

- ・ 上記の意見を踏まえ、今後の対応策と

して、検討会では以下の認識に至った。

1) 詐聴や機能性難聴が疑われる場合、他覚的聴力検査を実施する

2) 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上を図る

4. 新たな認定基準（改正後の対応）

1) 他覚的聴力検査の実施について

- ・ 詐聴や機能性難聴が疑われる場合には、A B R等の他覚的聴力検査等を実施し、総合的に判断することが必要である。
- ・ しかしながら、定期的な検査の実施や申請者全員への検査の義務付けについては、以下の理由により、現実的ではないのではないか。
 - 認定を受ける者の負担感（関係団体ヒアリングでの意見）
 - 医療機関における他覚的聴力検査機器の設置状況

（参考）A B Rの設置状況

指定医のいる医療機関全体で23.1%（うち、病院68.4%、診療所4.9%）

- ・ このため、以下の場合について、他覚的聴力検査を行うこととする。

過去に聴覚障害に係る身体障害者手帳の取得歴のない者に対し、2級（両耳全ろう）の診断をする場合はA B R等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、申請の際には診断書に当該検査方法及び検査所見を記載し、その結果（記録データのコピー等）を添付することとする。

2) 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上について

- ・ 聴覚障害の診断は専門的な技能を要し、現在においても耳鼻咽喉科医が指定医

の中核を担っていると考えられるため、指定医の中でも耳鼻咽喉科医の専門性を向上させる必要がある。

（参考）

- 横浜市の平成22年度の調査によれば、聴覚障害の申請789件は、全て耳鼻咽喉科の指定医が診断書・意見書を記載している。
- 横浜市で平成25年度に新規に指定した聴覚障害の指定医（12名）は全て耳鼻咽喉科医である。

- ・ 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定については、指定を受ける障害種別の診断に関する相当の学識経験を有する医師について行うこととなっているが、聴覚障害に係る指定医の新規の指定に当たっては、以下の条件を加えることとする。

聴覚障害に係る指定医を新規に指定する場合には、原則として、日本耳鼻咽喉科学会の専門医であることを推奨する。ただし、地域の実情等に十分配慮するものとする(*)。

*例えば、離島等においては専門医ではない耳鼻咽喉科の医師又は耳鼻咽喉科以外の医師を指定する場合も考えられるが、こうした場合においては聴力測定技術等に関する講習会の受講を推奨することなど。

- ・ なお、新規以外のすべての指定医の専門性の向上を図るため、講習会等(*)を活用することも考えられる。

* 例

- 日本聴覚医学会の聴力測定技術講習会

(聴覚医学・医師講習会)

- ▶ 国立障害者リハビリテーションセンターの補聴器適合判定医師研修会 等

以上の経緯を踏まえ、次のとおり認定基準が改正された。下線部が平成27年改正で加筆された箇所である(別添3)。

身体障害認定要領

第2 聴覚又は平衡機能の障害

1 診断書の作成について

(1) 「総括表」について

ア 「障害名」について

「聴覚障害」「平衡機能障害」の別を記載する。「聴覚障害」の場合には「内耳性難聴」「後迷路性難聴」「中枢性難聴」等の別がわかれば付加記載するのが望ましい。

また語音明瞭度を用いた診断には「語音明瞭度著障」等と付加記載する。「平衡機能障害」については、「末梢性平衡失調」「中枢性平衡失調」「小脳性平衡失調」等、部位別に付加記載するのが望ましい。

「ろうあ」で聴覚障害及び言語障害で1級を診断する場合には「聴覚障害及びそれに伴う言語障害」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

障害をきたすに至った病名、症状名をできるだけ記載するのが望ましい。例えば、「先天性風疹症候群」「先天性難聴」「遺伝性難聴」「ストレプトマイシンによる難聴」「老人性難聴」「慢性化膿性中耳炎」「音響外傷」「髄膜炎」「メニエール病」「小脳出血」等である。また原因が不明の場合には「原因不明」と記載する。

ウ 「疾病・外傷発生日」について

発生日が不明の場合には、その疾病

で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月、日について不明の場合には、年の段階にとどめることとし、年が不明確な場合には、〇〇年頃と記載する。

エ 「参考となる経過・現症」について

後欄の状況、及び所見欄では表現できない障害の具体的状況、検査所見等を記載すべきである。例えば先天性難聴では「言語の獲得状況はどうか」等であり、後天性難聴では「日常会話の困難の程度」「補聴器装用の有無、及び時期はいつか」「手術等の治療の経過はどうか」等、障害を裏付ける具体的状況を記載する。また十分な聴力検査のできない乳幼児においては、聴性脳幹反応、蝸電図等の他覚的聴覚検査の結果も記載するのが望ましい。なお、聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、2級を診断する場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(実施した検査方法及び検査所見)を記載し、記録データのコピー等を添付すること。

平衡機能障害についても「介助なしでは立つことができない」「介助なしでは歩行が困難である」等、具体的状況を記載するのが望ましい。

オ 「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項により、総合的な所見を記載する。将来障害が進行する可能性のあるもの、手術等により障害程度に変化が予測されるもの、また確定的な検査の望めない乳幼児の診断は将来再認定の必要性を有とし、その時期を記載する。

(2) 「1 「聴覚障害」の状態及び所見」について

幼児でレシーバによる左右別の聴力測定が不可能で、幼児聴力検査で両耳聴による聴力を測定した場合は、その旨を記載する。

鼓膜の状態の記載は、具体的に記載する。例えば混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する。また耳漏の有無も記載するのが望ましい。

聴力図には気導域値のみではなく、骨導域値も記載する。

語音による検査の場合、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度を測定するのであるから、必ず両側の語音明瞭度を測定し記載する。

(3) 「2 「平衡機能障害」の状態及び所見」について

該当する等級に沿った状況、所見を具体的に記載する。例えば「閉眼にて起立不能である」「開眼で直線を歩行中 10m 以内に転倒する」「閉眼で直線を歩行中 10m 以内に著しくよろめき歩行を中断する」等である。また四肢体幹に器質的異常のない旨、併記するのが望ましい。眼振等の他の平衡機能検査結果も本欄又は「参考となる経過・現症」欄に記載するのが望ましい。

(4) 「3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見」について

「ろうあ」で1級を診断する場合、ここに「あ」の状況を記載する。ただ単に「言語機能の喪失」と記載するだけでなく、日常のコミュニケーションの状況、例えば「両親、兄弟とも、意思の伝達には筆談を必要とする」等と具体的に記載する。

2 障害程度の認定について

(1) 聴覚障害の認定は大部分は会話音域の平均聴力レベルをもとに行うので、聴力図、鼓膜所見等により、その聴力レベル

が妥当性のあるものであるかを十分検討する必要がある。

聴力図に記載された聴力レベルと平均聴力レベルが合わないような場合、感音性難聴と記してあるにもかかわらず、聴力図では伝音性難聴となっているような場合等は、診断書を作成した指定医に照会し、再検討するような慎重な取扱いが必要である。

(2) 乳幼児の聴覚障害の認定には慎重であるべきである。乳幼児の聴力検査はかなりの熟練が必要であり、それに伴い検査の信頼度も異なってくるので、その診断書を作成した指定医ないしはその所属する施設の乳幼児聴力検査の経験を考慮し、かつ他覚的聴力検査法の結果等、他に参考となる所見を総合して判断し、必要があれば診断書を作成した指定医に照会するなどの処置が必要である。

(3) 伝音性難聴の加味された聴覚障害の認定に当たっては、中耳等に急性の炎症がないかどうかを鼓膜所見より判断する必要がある。特に耳漏等が認められる鼓膜所見では、その時点では認定をすべきではないので、その旨診断書を作成した指定医に通知するのが望ましい。

(4) 慢性化膿性中耳炎等、手術によって聴力改善が期待できるような聴覚障害の認定に当たっては、それまでの手術等の治療、経過、年齢等を考慮して、慎重に取扱い、場合によっては再認定の指導をするべきである。

(5) 「ろうあ」を重複する障害として1級に認定する場合、「あ」の状態を具体的に必要があり、「あ」の状態の記載、例えば「音声言語をもって家族とも意思を通ずることは不可能であり、身振り、筆談をも

ってすることが必要である」等の記載がないときは、診断書を作成した指定医に照会する等の対処が必要である。

(6) 語音明瞭度による聴覚障害の認定に当たっては、年齢、経過、現症、他の検査成績等により、慎重に考慮し、場合によっては診断書を作成した指定医に照会する等の配慮が必要である。

(7) 聴覚距離測定による聴覚障害の認定は、なんらかの理由で純音聴力検査ができない場合に適応されるものであり、その理由が明確にされている必要がある。経過、現症欄等を参考として、慎重に対処する必要がある。

(8) 平衡機能障害の認定に当たっては、「平衡機能の極めて著しい障害」「平衡機能の著しい障害」のみでは不十分であり、その具体的状況の記載が必要である。また現疾患、発症時期等により状況がかなり違ってくるので、その取扱いには慎重を要し、場合によっては診断書を作成した指定医に照会する等の対処が必要である。

4) 肝臓機能障害 (平成 28 年 4 月)

1. 改正までの経緯

平成 22 年 4 月より肝臓機能障害が身体障害認定の対象となった。当初の認定基準では、① 血液検査等の値に応じた点数による国際的な肝臓機能障害の重症度分類 Child-Pugh (チャイルド・ピュー) 分類における 3 段階 (A・B・C) のうち、最重度のグレード C に該当する患者が対象であり、② これに日常生活の制限の程度も勘案して、1～4 級を認定していた。

この基準による平成 25 年度末時点の肝臓機能障害の認定者数は、合計 6,787 人 (1

級 5,672 人、2 級 627 人、3 級 317 人、4 級 171 人)であったが、患者団体からは「認定基準 (Child-Pugh 分類 C) は厳しすぎ、Child-Pugh 分類 B の患者であっても、日常生活の制限が長期間続いている実態がある」との意見があった。

これを受けて、平成 26 年度の厚生労働科学研究費補助金「障害認定の在り方に関する研究」にて、分担研究「肝硬変患者の生命予後の検討」が実施された。

さらに平成 27 年 5 月には、この研究結果を踏まえて検討を行うため、「肝臓機能障害の認定基準に関する検討会」が開催された。

2. 肝臓機能障害認定基準の評価

1) 肝硬変患者の実態と生命予後について

前述の「肝硬変患者の生命予後の検討」研究の結果、以下が明らかとなった。

- Child-Pugh 分類 C 患者の 3 年目の累積生存率は 30.7%と低く、本認定基準の対象者の約 7 割が 3 年以内に死亡していた。
- Child-Pugh 分類 B の患者の 51.3%は、3 年後に死亡または Child-Pugh 分類 C に移行するなどして、悪化していた。
(B→死亡 : 30.8%、B→C : 20.5%、B→B : 35.9%、B→A : 12.8%)

これらの結果から、この認定基準を継続した場合、その福祉サービスを受給できる期間および対象者は限定的かつ、Child-Pugh 分類 B と C の病態は、基本的には不可逆的であり、その中から Child-Pugh 分類 A にまで改善する例は少ないと考えられた。

2) 肝臓機能障害の認定と障害福祉サービスの利用状況について

指定都市、中核市のうち 12 市の調査(平成 27 年 6 月厚生労働省)の結果、以下が明らかとなった。

- ・ 肝臓機能障害で新規に身体障害者手帳を交付された者のうち、1 級認定者の約 6 割が肝臓移植を受けたことによる認定であった。
- ・ 身体障害者手帳の認定期間(保有期間)については、平成 22 年度に交付を受けた者のうち、肝臓移植を受けていない者の交付から死亡までの平均期間は約 300~500 日間であった。
- ・ 平成 22 年度から平成 26 年度までで、肝臓移植を受けていない者の死亡割合は、認定等級に関わらず約 60%であった。
- ・ 肝臓機能障害で認定を受けた者のうち、障害福祉サービスを利用している人の割合は約 1.9% であり、年間一人あたりの障害福祉サービスの利用平均額は 89 万 9 千円であった(肝臓機能障害で必要とされるサービスとは関連性が低いと思われる共同生活援助および補装具代を除く)。肝臓機能障害で認定を受けた者が利用する障害福祉サービスは、主に居宅介護、就労支援、障害児通所支援であった。

3) 肝炎疾患患者の QOL について

平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金「ウイルス性肝疾患に係る各種対策の医療経済評価に関する研究」等の結果、以下が明らかとなった。

- ・ QOL を測る指標(SF-36 スコア)について、身体機能、日常役割機能(身体)、全体的健康感、活力、社会生活機能、

日常役割機能(精神)に関しては、Child-Pugh 分類 B の患者の方が、慢性肝炎および Child-Pugh 分類 A の患者より有意に低下していた。

- ・ Child-Pugh 分類 B の患者の EQ5D 効用値(健康が 1.0、死亡が 0)は 0.5~0.6 となっており、リハビリが必要な他の疾患と近い値となっている(例:関節リウマチ 0.8、透析実施者 0.75、脊髄損傷(退院時) 0.62、脳卒中後のリハビリ実施者 0.5)。

3. 肝臓機能障害の認定基準の見直しの方 向性

1) 基本的考え方

- ・ Child-Pugh 分類 B の患者は同分類 C の患者と同様に、その病態が基本的に不可逆的であり、Child-Pugh 分類 A にまで改善する例は少ないことから、長期の療養を要すると考えられる。
- ・ Child-Pugh 分類 B の患者の QOL は Child-Pugh 分類 A の患者よりも低く、日常生活において相当程度の制約があり、障害福祉サービスなどの支援を必要としている例もみられる。
- ・ 他の障害認定とのバランスについても、非代償性肝硬変患者の QOL について、SF-36 スコアや EQ5D 効用値のデータを勘案すれば、Child-Pugh 分類 B は、他の内部障害と同様に日常生活に相当程度の制約があると考えられる。
- ・ 以上のことから、肝臓機能障害の認定基準として、Child-Pugh 分類 B の患者についても肝臓機能障害の認定の対象とする等の見直しを行うことが適当である。

4. 具体的な認定基準について

国際的な肝臓機能障害の重症度分類である Child-Pugh 分類の3段階（A・B・C）において、分類Bは評価項目の点数の合計が「7～9点」とされており、これを細分化することは適当ではないと考えられることから、分類B（7点以上）を対象とすることが提案された。さらに、1級および2級においては、日常生活の制限の程度を測る指標として、Child-Pugh 分類の評価項目のうち「血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち1項目以上が3点」とされているが、

- ・ Child-Pugh 分類Bの患者を新たに認定対象とすること
- ・ SF-36 や ALBI-Grade による患者の QOL 等の評価
- ・ 腹水や肝性脳症の状態は患者の QOL と密接に関連すること

等を勘案し、この指標については「肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上が2点以上」とすることが適当であると提案された。

Child-Pugh 分類

	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ 超	2.8～3.5 g/dℓ	2.8g/dℓ 未満
プロトロンビン	70%超	40～70%	40%未 満

ン時間			
血清総 ビリル ビン値	2.0 mg/ dℓ未満	2.0～3.0 mg/dℓ	3.0 mg/ dℓ超

A: 5～6 点 B: 7～9 点 C: 10～15 点

各等級における日常生活活動の制限を示す項目（a～j）の該当数については、肝臓機能障害による日常生活活動の制限の状態について、他の障害とのバランスも考慮した上で設定されているものであり、見直すべきとする新たな知見が得られていないことから従前通りとされた。

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)

級 別	肝 臓 機 能 障 害
1 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの
2 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの
3 級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの (社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)
4 級	肝臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

5. 再認定について

Child-Pugh 分類Bの状態にある患者を認定する場合、一部に状態が改善する事例も想定されること、さらに、今後、C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎や代償性肝硬変につ

いて、新薬による影響も踏まえる必要があることから、Child-Pugh 分類 B で認定された者については、1 年以上 5 年以内に再認定を求めることとなった。

以上を踏まえて別添 4 のとおり認定基準が改正された。

5) じん臓機能障害（平成 30 年 4 月）

1 改正までの経緯（日本腎臓学会と日本透析医学会の連名で厚生労働省宛に下記の要望書が提出された。

- ・ 昭和 47 年に身体障害者福祉法における身体障害の範囲として腎臓機能障害が加えられるとともに、腎臓に関する人工透析療法などが自立支援医療の給付対象となった。
- ・ じん臓機能障害の認定に際しては、検査データと、活動能力の程度の両面から判定することとなっているが、現行基準において、12 歳を超える者をじん臓機能障害として認定する場合、検査データについては、「血清クレアチニン濃度」（筋肉から排出される老廃物の濃度そのものであり、末梢血液検査から求められる値）の異常値の基準を満たす必要がある。
- ・ 一方、12 歳以下のみに対しては、「内因性クレアチンクリアランス値」（血清クレアチニン濃度に対するクレアチニンの尿中排泄量の値を基本に、身長・体重を加味した値）も、検査データの指標として適用されている。
- ・ 「血清クレアチニン濃度」については、高齢者や女性など、小児以外の者

においても、腎臓機能障害による日常生活の困難度に比して低い値となることが指摘されている。

- ・ 一方、「内因性クレアチンクリアランス値」は、血清クレアチニン濃度に対するクレアチニンの尿中排泄量の値を基本に、身長・体重を加味した値であるため、体格等に関わらず、腎臓機能障害による日常生活の困難度を正確に反映する観点で、有用な指標と言える。
- ・ したがって、小児以外を含めた全ての者に対して、また 1 級、3 級、4 級全ての等級に対して、既存の指標「血清クレアチニン濃度」に加え、「内因性クレアチンクリアランス値」を検査データの指標として追加することが適当である。
- ・ 更に、診療現場においては、「血清クレアチニン濃度」を年齢・性別で補正して得られる「eGFR」も、糸球体濾過量を反映する推算値として広く用いられている。前述の通り、「血清クレアチニン濃度」では、高齢者や女性など、腎臓機能障害による日常生活の困難度が過小評価される事例があるが、一方で「内因性クレアチンクリアランス値」は、蓄尿を要するなど検査が煩雑であり、人工透析導入を決定する段階など、特殊なタイミングを除き、計測されることはない。
- ・ したがって、3 級、4 級の認定においては、「血清クレアチニン濃度」の要件を満たさなくとも、「eGFR」の異常が高度である場合、「血清クレアチニン濃度」の異常と同等とみなすこと

が適当である。

- ・ なお、平成 26 年に開催された「障害年金の認定（腎疾患による障害）に関する専門家会合」における障害認定基準の見直しの議論を経て、血清クレアチニン濃度 3mg/dl の異常には eGFR20ml/分/1.73 m²を、血清クレアチニン濃度 5mg/dl の異常には eGFR10ml/分/1.73 m²をそれぞれ対応させることとされており、今回新たに「血清クレアチニン濃度」に加えて導入を提案する「eGFR」に当てはめる異常値については、一定の妥当性がある。

以上の経緯を踏まえ、別添 5-1～5-3 のとおり認定基準の見直しが行われた。

6) 視覚障害（平成 30 年 7 月）

1. 改正前の認定基準の考え方

1) 視力障害について

「両眼の視力の和」で認定する。

2) 視野障害について

- ・ 求心性視野狭窄の場合に、「両眼の視野が 10 度以内」を認定する。
- ・ 視野の欠損について視能率による損失率で評価する。
- ・ ゴールドマン視野計による測定についてのみ基準を明示する。

（参考）平成 28 年度末時点の視覚障害の認定者数

合計 337,997 人（1 級 111,272 人、2 級 100,356 人、3 級 25,039 人、4 級 27,062 人、5 級 47,412 人、6 級 26,856 人）

2. 平成 30 年改正の経緯

平成 28 年 8 月に「視覚障害の認定基準の改定に関する取りまとめ報告書」が、公益財団法人日本眼科学会視覚障害者との共生委員会、公益社団法人日本眼科医会身体障害認定基準に関する委員会との合同委員会により作成された。本報告書において、現行の認定基準に関して、以下の課題が指摘された。

1) 視力障害について

- ・ 両眼の視力の和について

日常生活は、両眼開放で行っていることを考えれば、両眼の視力の和ではなく、良い方の眼の視力で認定することが妥当。当事者団体からも両眼の視力の和ではなく、良い方の眼の視力で認定を行うように希望がある。

2) 視野障害について

- ・ ゴールドマン型視野計の製造中止ならびに日常診療における自動視野計の普及

ゴールドマン型視野計、自動視野計どちらでも等級認定できるようにする必要があるが、自動視野計の運用方法に対する具体的な記述がない。

- ・ 求心性視野障害や輪状暗点の評価について

現状の判定では、I/4 イソプタで両眼とも 10° 以内の症例は、それに続く I/2 イソプタを用いた判定基準で 4 級、3 級、2 級に進むことができる。しかし、求心性視野障害が偏心し、I/4 イソプタが少しでも 10° を超えた場合は I/4 イソプタの面積がたとえ同程度であっても 5 級判定となる。また、輪状暗点の定義が明確でなく、病期が進行した症例の

ほうが軽度の等級になるなどの問題がある。

3) その他

- ・ Functional Vision Score の導入の検討
国際基準にもなる米国の American Medical Association (AMA) の推奨する評価法であり、視力、視野を統合して Score で示すものである。両者を統合して判定する方法は一定の合理性がある。

3. 視覚障害の認定基準の見直しの方向性 (基本的考え方)

1) 視力障害について

現行の視力障害は、「両眼の視力の和」で認定されることとなっているが、日常生活は、両眼開放で行っていることから、視力の認定も、両眼の視力の和でなく、良い方または両眼視力で判定することが望ましい。日常の眼科診療では、通常片眼ずつの視力を測定し、両眼視力は特別な場合を除き測定しないため、「良い方の眼の視力」で認定することとする。

2) 視野障害について

現行のゴールドマン型視野計による認定基準に加え、自動視野計による認定基準を新たに設ける。

3) その他

- ・ 今後の視覚障害認定基準の改善に向け、Functional Vision Score 等に関する調査研究を行い、データを蓄積することとする。

- ・ 当事者団体等から、視力障害および視野障害による視覚障害認定では障害認定されないが、見づらさを抱えている当事者への配慮を検討してほしいことなどの意見があり、視覚障害認定基準の改善のための調査研究の中で、これらについても検討を行い、その結果を踏まえ検討する。

4. 新たな認定基準

1) 視力障害について

- ・ 視力障害の各等級の境界値については、客観性・公平性を期した合同委員会の案を基本とし、0.1 以下の視力について「logomark 値」の 0.6 ~1.7 の範囲を 12 段階に細分化し、3 段階ずつ 2~5 級の各障害等級に割り当て、その結果を日常診療で用いられている小数視力に換算したものにより設定する。
- ・ その例外として、良い方の眼の視力が 0.04 かつ他方の視力が手動弁以下の場合と、良い方の視力が 0.08 かつ他方の視力が手動弁以下の場合については、日常生活の困難度という観点から等級を下げるべき強い根拠が現時点であるわけではないことを踏まえ、経過的な取扱いとして、新規認定分も含め現行の等級を維持する。

2) 視野障害について

- ・ 視能率、損失率の用語を廃止し、ゴールドマン視野計においては I / 4 イソプタによる視野角度の総和、I / 2 イソプタによる両眼中心視野角度により判定し、自動視野計においては視標サイズ III による両眼開放エスターマンテスト

で両眼開放視認点数、視標サイズⅢによる 10-2 プログラムによる中心視野視認点数により判定する。

- ・ 周辺の視野狭窄が進み中心部の視野も欠損した場合や、周辺視野に異常がなくとも中心視野が重度の障害を呈している場合についての評価を明確にする。

以上の経緯を踏まえ、別添 6 のとおり認定基準が改正された。

D. 考察

これまでに実施された身体障害者認定基準の見直しの経緯を体系的に整理した。その結果、過去の認定基準の見直しは、医療環境の変化（医療技術の発展、新たな知見の創出など）と社会環境の変化（当事者団体の意見や各種報道に基づく世論など）を契機として、各種実態調査や専門家による検討会を経て、実施されてきたことが明らかとなった。医学的側面と社会的側面の双方のバランスを取り、その時代に求められる適切な身体障害認定基準を模索してきたと言える。医療を含む日常の様々な場面におけるデジタル化の進展や人工知能といった先端技術の応用、さらには世界規模で進む気候変動など、生活環境は今後も劇的かつ急激に変化していくものと予想される。

E. 結論

医学的側面と社会的側面の双方を考慮し、その時代の要請にかなう身体障害認定基準を設定していく努力を続けていくことが肝要と考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

身体障害者手帳

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiushahukushi/shougaiushatechou/index.html?msclkid=cf20546ad0d111ec9eb1bf392a7cbb67

障発0121第2号
平成26年1月21日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」
の一部改正について

身体障害認定基準については、「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）の一部改正について」（平成26年1月21日障発0121第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）によりその一部が改正されたことに伴い、今般、「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」（平成21年12月24日障発1224第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の様式第1について、下記のとおり改正し、平成26年4月1日から適用することとしたので、留意の上、その取扱いにつき遺憾なきようお願いしたい。

なお、平成26年3月31日までの旧様式については、当分の間、使用することができる。この場合においては、必要に応じて追記を行う等、適切に取り扱うよう留意されたい。

本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

記

様式第1中、「心臓の機能障害の状況及び所見（18歳以上用）」について別紙のとおり改める。

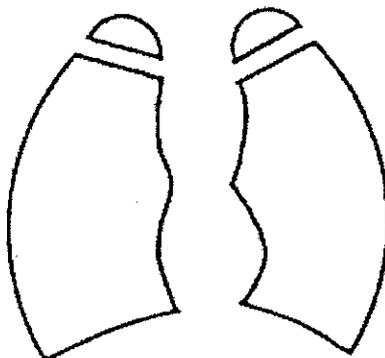
心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○でかこむこと)

1 臨床所見

- | | | | |
|---------|-------|------------|------------|
| ア 動悸 | (有・無) | キ 浮腫 | (有・無) |
| イ 息切れ | (有・無) | ク 心拍数 | |
| ウ 呼吸困難 | (有・無) | ケ 脈拍数 | |
| エ 胸痛 | (有・無) | コ 血圧 | (最大 , 最小) |
| オ 血痰 | (有・無) | サ 心音 | |
| カ チアノーゼ | (有・無) | シ その他の臨床所見 | |
- ス 重い不整脈発作のある場合は, その発作時の臨床症状, 頻度, 持続時間等

2 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比

3 心電図所見 (年 月 日)

- | | |
|---|-------------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・無) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室, 左室, 両室>・無) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房, 左房, 両房>・無) |
| エ 脚ブロック | (有・無) |
| オ 完全房室ブロック | (有・無) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・無) |
| キ 心房細動 (粗動) | (有・無) |
| ク 期外収縮 | (有・無) |
| ケ S T の低下 | (有 mV・無) |
| コ 第Ⅰ誘導, 第Ⅱ誘導及び胸部誘導 (但し V ₁ を除く) のいずれかのTの逆転 | (有・無) |

サ 運動負荷心電図におけるSTの

0.1mV以上の低下

(有・無)

シ その他の心電図所見

ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見 (発作年月日記載)

4 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの。

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 ペースメーカー

(有・無)

人工弁移植、弁置換

(有・無)

6 ペースメーカーの適応度 (クラスI ・ クラスII ・ クラスIII)

7 身体活動能力(運動強度)

(メッツ)

障発0121第3号
平成26年1月21日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

「身体障害者障害程度の再認定の取扱いについて」の一部改正について

身体障害者の障害程度の再認定の取扱いに係る事務の詳細については、「身体障害者障害程度の再認定の取扱いについて」（平成12年3月31日障第276号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）により示しているが、本通知の一部について、別紙のとおり改正し、平成26年4月1日から適用することとしたので、留意の上、その取扱いにつき遺憾なきようお願いしたい。

なお、改正内容につき、平成26年3月31日までに申請のあったものについては、従前の取扱いのとおりとする。ただし、平成26年3月31日までに身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書及び同条第3項に規定する意見書が作成された場合であって、同年4月1日から同年6月30日までに申請のあったものについては、同年3月31日までに申請があったものとみなし、従前の取扱いのとおりとする。

本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

改正後	現行
<p style="text-align: center;">身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて</p> <p>(略)</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 診査を実施する年月については、<u>手帳に記載するとともに、手帳を交付する際に、様式第1により、手帳の交付を受ける者に対し通知すること。</u></p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>4～6 (略)</p> <p>7 法別表に該当する障害の状態が更生医療の適用等により変化すると予想されると認められた場合は、当該身体障害の症状に応じ、障害認定日又は再認定実施日(時)から1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。 なお、再認定を実施する時期は、診断医師の意見を参考にするとともに身体障害者の更生援護に関する相談所の意見を聴取する等医学的判断に基づき決定して差し支えない。 <u>ただし、ペースメーカー及び体内植え込み(埋込み)型除細動器(ICD)を植え込みした者(先天性疾患により植え込みしたものを除く。)</u> <u>については、当該植え込みから3年以内の期間内に再認定を実施すること。</u></p>	<p style="text-align: center;">身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて</p> <p>(略)</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1～2 (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 診査を実施する年月については、手帳を交付する際に、様式第1により、手帳の交付を受ける者に対し通知すること。</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>4～6 (略)</p> <p>7 法別表に該当する障害の状態が更生医療の適用等により変化すると予想されると認められた場合は、当該身体障害の症状に応じ、障害認定日又は再認定実施日(時)から1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。 なお、再認定を実施する時期は、診断医師の意見を参考にするとともに身体障害者の更生援護に関する相談所の意見を聴取する等医学的判断に基づき決定して差し支えない。</p>

改正後	現行
8 (略) 様式1 (略)	8 (略) 様式1 (略)

障企発0121第1号
平成26年1月21日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
（公印省略）

「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」の一部改正について

身体障害認定基準については、「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）の一部改正について」（平成26年1月21日障発0121第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）によりその一部が改正されたところであるが、これに係る疑義に回答するため、下記のとおり「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」（平成15年2月27日障企発第0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）の一部を別紙のとおり改正し、平成26年4月1日から適用することとしたので、留意の上、管内の関係諸機関への周知等その取扱いに遺憾なきようお願いしたい。

なお、改正内容につき、平成26年3月31日までに申請のあったものについては、従前の取扱いのとおりとする。ただし、平成26年3月31日までに身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書及び同条第3項に規定する意見書が作成された場合であって、同年4月1日から同年6月30日までに申請のあったものについては、同年3月31日までに申請があったものとみなし、従前の取扱いのとおりとする。

本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

改正後	現行
<p>[総括事項] ～ [音声・言語・そしゃく機能障害] (略)</p> <p>[肢体不自由]</p> <p>(肢体不自由全般)</p> <p>1～6 (略)</p> <p>(質疑)</p> <p>7. <u>膝関節の機能障害において、関節可動域が10度を超えていても、高度な屈曲拘縮や変形により、支持性がない場合、「全廃」(4級)として認定することは可能か。</u></p> <p>(回答)</p> <p><u>関節可動域が10度を超えていても支持性がないことが、医学的・客観的に明らかな場合、「全廃」(4級)として認定することは差し支えない。</u></p> <p>8～9 (略)</p> <p>(上肢不自由) ～ (脳原性運動機能障害) (略)</p>	<p>[総括事項] ～ [音声・言語・そしゃく機能障害] (略)</p> <p>[肢体不自由]</p> <p>(肢体不自由全般)</p> <p>1～6 (略)</p> <p>(質疑)</p> <p>7. <u>人工骨頭又は人工関節について、</u> <u>ア. 下肢不自由においては、関節の「全廃」として認定されることとなっているが、上肢不自由においても関節の「全廃」として認定可能か。</u> <u>イ. 疼痛軽減の目的等から人工膝単顆置換術等により、関節の一部をUKAインプラントの挿入によって置換した場合も、人工関節を用いたものとして、当該関節の「全廃」として認定できるか。</u></p> <p>(回答)</p> <p><u>ア. 可能と考えられる。</u> <u>イ. 認定基準における「人工関節を用いたもの」とは、関節の全置換術を指しており、骨頭又は関節臼の一部にインプラント等を埋め込んだ場合は、人工関節等に比べて一般的に予後がよいことから、人工関節等と同等に取り扱うことは適当ではない。この場合は、ROMやMMT等による判定を行うことが適当である。</u></p> <p>8～9 (略)</p> <p>(上肢不自由) ～ (脳原性運動機能障害) (略)</p>

改正後	現行
<p>[心臓機能障害] 1～3 (略)</p> <p>(質疑)</p> <p>4. <u>ペースメーカーを植え込みしたもので、</u> <u>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)、</u> <u>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」</u> <u>(3級)、</u> <u>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)はどのように判断するのか。</u></p> <p>(回答)</p> <p><u>(1) 植え込み直後の判断については、</u> <u>次のとおりとする。</u></p> <p><u>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)とは、日本循環器学会の「不整脈の非薬物治療ガイドライン」(2011年改訂版)のクラスIに相当するもの、又はクラスII以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。</u></p> <p><u>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、同ガイドラインのクラスII以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。</u></p> <p><u>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、同ガイドラインのクラスII以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。</u></p>	<p>[心臓機能障害] 1～3 (略)</p> <p>(質疑)</p>

改正後	現行
<p><u>(2) 植え込みから3年以内に再認定を行うこととするが、その際の判断については次のとおりとする。</u></p> <p><u>「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。</u></p> <p><u>「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。</u></p> <p><u>「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。</u></p>	
<p>(質疑)</p> <p><u>5. ペースメーカを植え込みした者、又は人工弁移植、弁置換を行った者は、18歳未満の者の場合も同様か。</u></p>	<p>(質疑)</p> <p><u>4. 人工ペースメーカを装着した者、又は人工弁移植、弁置換を行った者は、術前の状態にかかわらず、すべて1級として認定してよいか。また、18歳未満の者の場合も同様か。</u></p>
<p>(回答)</p> <p><u>先天性疾患によりペースメーカを植え込みした者は、1級として認定することとしており、その先天性疾患とは、18歳未満で発症した心疾患を指すこととしている。したがって、ペースメーカを植え込みした18歳未満の者は1級と認定することが適当である。</u></p> <p><u>また、弁移植、弁置換術を行った者は、年齢にかかわらずいずれも1級として認定することが適当である。</u></p>	<p>(回答)</p> <p><u>年齢にかかわらず、いずれも1級として認定することが適当である。これらは緊急事態を予測して装着するものであり、かつ、これらを取り外すことは生命の維持に支障をきたすのが一般的であることから、認定に当たっては、術前の状態にかかわらないこととしたものである。</u></p>

改正後	現行
<p>(質疑)</p> <p>6. 体内植込み(埋込み)型除細動器(ICD)を装着したの<u>ものについては、ペースメーカを植え込みしているものと同様に<u>取り扱うのか。</u></u></p>	<p>(質疑)</p> <p>5. 体内植込み(埋込み)型除細動器(ICD)を装着したの<u>ものについては、人工ペースメーカを装着しているものと同様に<u>1級として認定して差し支えないか。</u></u></p>
<p>(回答)</p> <p><u>同様に<u>取り扱うことが適当である。</u></u></p>	<p>(回答)</p> <p><u>体内植込み(埋込)型除細動器(ICD)や頻拍停止型の人工ペースメーカを装着したの<u>ものについても、1級認定することは適当である。</u></u></p>
<p>(質疑)</p> <p>7. 発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例に<u>ペースメーカを植え込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上ペースメーカの機能は用いられなくなっている。この場合、再認定等の際の等級は、どのように判定すべきか。</u></p>	<p>(質疑)</p> <p>6. 発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例に<u>人工ペースメーカを埋め込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上人工ペースメーカの機能は用いられなくなっている。この場合、再認定等の際の等級は、どのように判定すべきか。</u></p>
<p>(回答)</p> <p><u>認定基準の18歳以上の1級の(イ)「ペースメーカを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの」、3級の(イ)「ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」及び4級の(ウ)「ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</u></p>	<p>(回答)</p> <p><u>認定基準の18歳以上の1級の(イ)「人工ペースメーカを装着したもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</u></p>
<p><u>8～10 (略)</u></p> <p>[じん臓機能障害]～[肝臓機能障害] (略)</p>	<p><u>7～9 (略)</u></p> <p>[じん臓機能障害]～[肝臓機能障害] (略)</p>

障企発0121第2号
平成26年1月21日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
（公印省略）

心臓機能障害の認定（ペースメーカー等植え込み者）に当たっての留意事項について

標記については、今般、「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」（平成15年1月10日障発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）等を改正し、平成26年4月1日から適用することとしたところであるが、その取扱いに当たっては、下記に留意の上、その取扱いに遺憾なきようお願いしたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

記

1. ペースメーカー（体内植込み（埋込み）型除細動器（ICD）を含む。以下「ペースメーカー等」という。）を植え込んだことにより身体障害者手帳（以下「手帳」という。）の交付を受けた者から、再認定の期限前や再認定後に、手帳交付時に比較してその障害程度に重大な変化が生じたとして再交付の申請があり、障害程度に変化が認められた場合には、身体障害者福祉法施行令第10条第1項に基づき、手帳の再交付を行うこととなる。

その際は、当該再交付の申請が、ペースメーカー等の植え込みから3年以内であれば、平成15年2月27日障企発第0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」（以下「疑義解釈通知」という。）の〔心臓機能障害〕の4の質疑の回答（1）と同様に、また、当該再交付の申請が、ペースメーカー等の植え込みから3年より後であれば、同質疑の回答（2）と同様に取り扱うこと。

2. ペースメーカー等を植え込みした者の等級の認定に当たっては、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値を用いることとしているが、症状が重度から軽度の間で変動する場合は、症状がより重度の状態（一番低いメッツ値）を用いること。
3. 先天性疾患によりペースメーカー等を植え込みした者は、引き続き心臓機能障害1級と認定することとなるが、先天性疾患とは、18歳未満で発症した心疾患を指すものであること。
4. 植込み（埋込み）型除細動器（ICD）を植え込んだ者であって心臓機能障害3級又は4級の認定を受けた者であっても、手帳交付を受けた後にICDが作動し、再交付の申請があった場合は、心臓機能障害1級と認定すること。
ただし、この場合においては、疑義解釈通知の[心臓機能障害]の4の質疑の回答（2）に従い、再交付から3年以内に再認定を行うこと。

(別紙)

改正後	現行
<p style="text-align: center;">身体障害認定基準</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 個別事項</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 肢体不自由</p> <p>1 総括的解説</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。<u>なお、人工骨頭又は人工関節については、人工骨頭又は人工関節の置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定する。</u></p> <p>(7) 略</p> <p>2 各項解説</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 下肢不自由</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 股関節の機能障害</p> <p>(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。</p> <p>a 各方向の可動域(伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域)が10度以下のもの</p>	<p style="text-align: center;">身体障害認定基準</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 個別事項</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 肢体不自由</p> <p>1 総括的解説</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。<u>ただし、人工骨頭又は人工関節については、2の各項解説に定めるところによる。</u></p> <p>(7) 略</p> <p>2 各項解説</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 下肢不自由</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 股関節の機能障害</p> <p>(ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。</p> <p>a 各方向の可動域(伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域)が10度以下のもの</p>

改正後	現行
<p>b 徒手筋力テストで2以下のもの <u>(削除)</u> (イ)～(ウ) (略)</p> <p>ウ 膝関節の機能障害 (ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。 a 関節可動域10度以下のもの b 徒手筋力テストで2以下のもの <u>(削除)</u> <u>c 高度の動揺関節、高度の変形</u> (イ)～(ウ) (略)</p> <p>エ 足関節の機能障害 (ア) 「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。 a 関節可動域5度以内のもの b 徒手筋力テストで2以下のもの <u>(削除)</u> <u>c 高度の動揺関節、高度の変形</u> (イ) (略) オ (略)</p> <p>(3)～(4) (略)</p>	<p>b 徒手筋力テストで2以下のもの <u>c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの</u> (イ)～(ウ) (略)</p> <p>ウ 膝関節の機能障害 (ア) 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。 a 関節可動域10度以下のもの b 徒手筋力テストで2以下のもの <u>c 膝関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの</u> <u>d 高度の動揺関節</u> (イ)～(ウ) (略)</p> <p>エ 足関節の機能障害 (ア) 「全廃」(5級)の具体的な例は次のとおりである。 a 関節可動域5度以内のもの b 徒手筋力テストで2以下のもの <u>c 足関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの</u> <u>d 高度の動揺関節</u> (イ) (略) オ (略)</p> <p>(3)～(4) (略)</p>

障企発0129第1号
平成27年1月29日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
（ 公 印 省 略 ）

「身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について」の一部改正について

身体障害認定基準については、「身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について」（平成15年1月10日障企発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）により取り扱っているところであるが、今般、身体障害認定要領の一部を下記のとおり改正し、平成27年4月1日から適用することとしたので、留意の上、その取扱いに遺憾なきようお願いしたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

記

別紙「身体障害認定要領」の「第2 聴覚又は平衡機能の障害」を別添のとおり改める。

身体障害認定要領

第2 聴覚又は平衡機能の障害

1 診断書の作成について

(1) 「総括表」について

ア 「障害名」について

「聴覚障害」「平衡機能障害」の別を記載する。「聴覚障害」の場合には「内耳性難聴」「後迷路性難聴」「中枢性難聴」等の別がわかれば付加記載するのが望ましい。また語音明瞭度を用いた診断には「語音明瞭度著障」等と付加記載する。「平衡機能障害」については、「末梢性平衡失調」「中枢性平衡失調」「小脳性平衡失調」等、部位別に付加記載するのが望ましい。

「ろうあ」で聴覚障害及び言語障害で1級を診断する場合には「聴覚障害及びそれに伴う言語障害」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

障害をきたすに至った病名、症状名をできるだけ記載するのが望ましい。例えば、「先天性風疹症候群」「先天性難聴」「遺伝性難聴」「ストレプトマイシンによる難聴」「老人性難聴」「慢性化膿性中耳炎」「音響外傷」「髄膜炎」「メニエール病」「小脳出血」等である。また原因が不明の場合には「原因不明」と記載する。

ウ 「疾病・外傷発生日」について

発生日が不明の場合には、その疾病で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月、日について不明の場合には、年の段階にとどめることとし、年が不明な場合には、〇〇年頃と記載する。

エ 「参考となる経過・現症」について

後欄の状況、及び所見欄では表現できない障害の具体的状況、検査所見等を記載すべきである。例えば先天性難聴では「言語の獲得状況はどうか」等であり、後天性難聴では「日常会話の困難の程度」「補聴器装用の有無、及び時期はいつか」「手術等の治療の経過はどうか」等、障害を裏付ける具体的状況を記載する。また十分な聴力検査のできない乳幼児においては、聴性脳幹反応、蝸電図等の他覚的聴覚検査の結果も記載するのが望ましい。なお、聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、2級を診断する場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を記載し、記録データのコピー等を添付すること。

平衡機能障害についても「介助なしでは立つことができない」「介助なしでは歩行が困難である」等、具体的状況を記載するのが望ましい。

オ 「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項により、総

合的な所見を記載する。将来障害が進行する可能性のあるもの、手術等により障害程度に変化が予測されるもの、また確定的な検査の望めない乳幼児の診断は将来再認定の必要性を有とし、その時期を記載する。

(2) 「1 「聴覚障害」の状態及び所見」について

幼児でレシーバによる左右別の聴力測定が不可能で、幼児聴力検査で両耳聴による聴力を測定した場合は、その旨を記載する。

鼓膜の状態の記載は、具体的に記載する。例えば混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する。また耳漏の有無も記載するのが望ましい。

聴力図には気導域値のみではなく、骨導域値も記載する。

語音による検査の場合、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度を測定するのであるから、必ず両側の語音明瞭度を測定し記載する。

(3) 「2 「平衡機能障害」の状態及び所見」について

該当する等級に沿った状況、所見を具体的に記載する。例えば「閉眼にて起立不能である」「開眼で直線を歩行中 10m 以内に転倒する」「閉眼で直線を歩行中 10m 以内に著しくよろめき歩行を中断する」等である。また四肢体幹に器質的異常のない旨、併記するのが望ましい。眼振等の他の平衡機能検査結果も本欄又は「参考となる経過・現症」欄に記載するのが望ましい。

(4) 「3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見」について

「ろうあ」で1級を診断する場合、ここに「あ」の状況を記載する。ただ単に「言語機能の喪失」と記載するだけでなく、日常のコミュニケーションの状況、例えば「両親、兄弟とも、意思の伝達には筆談を必要とする」等と具体的に記載する。

2 障害程度の認定について

(1) 聴覚障害の認定は大部分は会話音域の平均聴力レベルをもとに行うので、聴力図、鼓膜所見等により、その聴力レベルが妥当性のあるものであるかを十分検討する必要がある。

聴力図に記載された聴力レベルと平均聴力レベルが合わないような場合、感音性難聴と記してあるにもかかわらず、聴力図では伝音性難聴となっているような場合等は、診断書を作成した指定医に照会し、再検討するような慎重な取扱いが必要である。

(2) 乳幼児の聴覚障害の認定には慎重であるべきである。乳幼児の聴力検査はかなりの熟練が必要であり、それに伴い検査の信頼度も異なってくるので、その診断書を作成した指定医ないしはその所属する施設の乳幼児聴力検査の経験を考慮し、かつ他覚的聴力検査法の結果等、他に参考となる所見を総合して判断し、必要があれば診断書を作成した指定医に照会するなどの処置が必要である。

(3) 伝音性難聴の加味された聴覚障害の認定に当たっては、中耳等に急性の炎症がないかどうかを鼓膜所見より判断する必要がある。特に耳漏等が認められる鼓膜所見では、その時点では認定をすべきではないので、その旨診断書を作成した指定医に

通知するのが望ましい。

- (4) 慢性化膿性中耳炎等、手術によって聴力改善が期待できるような聴覚障害の認定に当たっては、それまでの手術等の治療、経過、年齢等を考慮して、慎重に取扱い、場合によっては再認定の指導をするべきである。
- (5) 「ろうあ」を重複する障害として1級に認定する場合、「あ」の状態を具体的に示す必要があり、「あ」の状態の記載、例えば「音声言語をもって家族とも意思を通ずることは不可能であり、身振り、筆談をもってすることが必要である」等の記載がないときは、診断書を作成した指定医に照会する等の対処が必要である。
- (6) 語音明瞭度による聴覚障害の認定に当たっては、年齢、経過、現症、他の検査成績等により、慎重に考慮し、場合によっては診断書を作成した指定医に照会する等の配慮が必要である。
- (7) 聴覚距離測定による聴覚障害の認定は、なんらかの理由で純音聴力検査ができない場合に適応されるものであり、その理由が明確にされている必要がある。経過、現症欄等を参考として、慎重に対処する必要がある。
- (8) 平衡機能障害の認定に当たっては、「平衡機能の極めて著しい障害」「平衡機能の著しい障害」のみでは不十分であり、その具体的状況の記載が必要である。また現疾患、発症時期等により状況がかなり違ってくるので、その取扱いには慎重を要し、場合によっては診断書を作成した指定医に照会する等の対処が必要である。

- 身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について（平成 15 年 1 月 10 日障発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（抄）

（変更点は下線部）

新	旧
<p>別紙 身体障害認定基準</p> <p>第 1 (略)</p> <p>第 2 個別事項 一～四 (略)</p> <p>五 内臓の機能障害 1～6 (略)</p> <p>7 肝臓機能障害 ア 等級表 1 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh 分類（注 26）の合計点数が <u>7</u> 点以上であって、<u>肝性脳症、腹水</u>、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち <u>肝性脳症又は腹水の項目を含む 3</u> 項目以上が <u>2 点以上</u> の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。 (イ) (略)</p> <p>イ 等級表 2 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh 分類（注 26）の合計点数が <u>7</u> 点以上であって、<u>肝性脳症、腹水</u>、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち <u>肝性脳症又は腹水の項目を含む 3</u> 項目以上が <u>2 点以上</u> の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。 (イ) (略)</p> <p>ウ 等級表 3 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものを</p>	<p>別紙 身体障害認定基準</p> <p>第 1 (略)</p> <p>第 2 個別事項 一～四 (略)</p> <p>五 内臓の機能障害 1～6 (略)</p> <p>7 肝臓機能障害 ア 等級表 1 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh 分類（注 26）の合計点数が <u>10</u> 点以上であって、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち <u>1</u> 項目以上が <u>3</u> 点の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。 (イ) (略)</p> <p>イ 等級表 2 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh 分類（注 26）の合計点数が <u>10</u> 点以上であって、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち <u>1</u> 項目以上が <u>3</u> 点の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。 (イ) (略)</p> <p>ウ 等級表 3 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものを</p>

<p>いう。</p> <p>(ア) Child-Pugh 分類 (注 26) の合計点数が <u>7</u> 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>エ 等級表 4 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。</p> <p>(ア) Child-Pugh 分類 (注 26) の合計点数が <u>7</u> 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>オ (略)</p> <p>(注 26) Child-Pugh 分類 (略)</p> <p>六 (略)</p>	<p>いう。</p> <p>(ア) Child-Pugh 分類 (注 26) の合計点数が <u>10</u> 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>エ 等級表 4 級に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。</p> <p>(ア) Child-Pugh 分類 (注 26) の合計点数が <u>10</u> 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>オ (略)</p> <p>(注 26) Child-Pugh 分類 (略)</p> <p>六 (略)</p>
---	---

障 発 0226 第 6 号
平成 30 年 2 月 26 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」
の一部改正について

身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）の別表第5号「身体障害者障害程度等級表」については、「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」（平成15年1月10日障発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「身体障害認定基準」により取り扱っているところであるが、今般、身体障害認定基準の一部を別添のとおり改正し、平成30年4月1日から適用することとしたので、留意の上、その取扱いに遺漏なきようお願いしたい。

なお、改正内容につき、平成30年3月31日までに身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書及び同条第3項に規定する意見書が作成された場合については、従前の取扱いのとおりとする。

本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

○ 身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について（平成 15 年 1 月 10 日障発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（抄）

（変更点は下線部）

新	旧
<p>別紙 身体障害認定基準</p> <p>第 1 (略)</p> <p>第 2 個別事項 一～四 (略)</p> <p>五 内臓の機能障害 1 (略)</p> <p>2 じん臓機能障害</p> <p>(1) 等級表 1 級に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0mg/dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるものをいう。</p> <p>(2) 等級表 3 級に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分以上、20ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 5.0mg/dl 以上、8.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は次のいずれか 2 つ以上の所見があるものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> a じん不全に基づく末梢神経症 b じん不全に基づく消化器症状 c 水分電解質異常 d じん不全に基づく精神異常 e エックス線写真所見における骨異栄養症 f じん性貧血 g 代謝性アシドーシス h 重篤な高血圧症 	<p>別紙 身体障害認定基準</p> <p>第 1 (略)</p> <p>第 2 個別事項 一～四 (略)</p> <p>五 内臓の機能障害 1 (略)</p> <p>2 じん臓機能障害</p> <p>(1) 等級表 1 級に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0mg/dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるものをいう。</p> <p>(2) 等級表 3 級に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分以上、20ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 5.0mg/dl 以上、8.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は次のいずれか 2 つ以上の所見があるものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> a じん不全に基づく末梢神経症 b じん不全に基づく消化器症状 c 水分電解質異常 d じん不全に基づく精神異常 e エックス線写真所見における骨異栄養症 f じん性貧血 g 代謝性アシドーシス h 重篤な高血圧症

<p>i じん疾患に直接関連するその他の症状</p> <p>(3) 等級表 4 級に該当する障害はじん機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 20ml/分以上、30ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 3.0mg/dl 以上、5.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は(2)の a から i までのうちいずれか 2 つ以上の所見のあるものをいう。</p> <p>(4) じん移植術を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去(軽減)状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定した場合の状態と判定するものである。</p> <p>(注 9) <u>eGFR(推算糸球体濾過量)が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、eGFR(単位は ml/分/1.73 m²)が 10 以上 20 未満のときは 4 級相当の異常、10 未満のときは 3 級相当の異常と取り扱うことも可能とする。</u></p> <p>(注 10) 慢性透析療法を実施している者の障害の判定は、当該療法の実施前の状態で判定するものである。</p> <p>3～7 (略)</p> <p>六 (略)</p>	<p>i じん疾患に直接関連するその他の症状</p> <p>(3) 等級表 4 級に該当する障害はじん機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 20ml/分以上、30ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 3.0mg/dl 以上、5.0mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は(2)の a から i までのうちいずれか 2 つ以上の所見のあるものをいう。</p> <p>(4) じん移植術を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去(軽減)状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定した場合の状態と判定するものである。</p> <p>(注 9) <u>内因性クレアチンクリアランス値については、満 12 歳を超える者に適用することを要しないものとする。</u></p> <p>(注 10) 慢性透析療法を実施している者の障害の判定は、当該療法の実施前の状態で判定するものである。</p> <p>3～7 (略)</p> <p>六 (略)</p>
--	--

障企発 0226 第 2 号
平成 30 年 2 月 26 日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
（ 公 印 省 略 ）

「身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について」の一部改正について

身体障害認定基準については、「「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」の一部改正について」（平成30年2月26日障発0226第6号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）によりその一部が改正されたところであるが、この身体障害認定基準の取扱いについて、「身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について」（平成15年1月10日障企発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）の別紙「身体障害認定要領」の一部を別添のとおり改正し、平成30年4月1日から適用することとしたので、留意の上、管内の関係諸機関への周知等その取扱いに遺漏なきようお願いしたい。

なお、改正内容につき、平成30年3月31日までに身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書及び同条第3項に規定する意見書が作成された場合については、従前の取扱いのとおりとする。

本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

- 身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について（平成 15 年 1 月 10 日障企発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）（抄）

（変更点は下線部）

新	旧
<p>別紙 身体障害認定要領</p> <p>第 1～第 5 （略）</p> <p>第 6 じん臓機能障害 1 診断書の作成について 身体障害者診断書においては、疾患等により永続的にじん臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。</p> <p>(1) 「総括表」について ア 「障害名」について 「じん臓機能障害」と記載する。 イ 「原因となった疾病・外傷名」について じん臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。例えば単に「慢性腎炎」という記載にとどめることなく、「慢性糸球体腎炎」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載する。 傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明な場合は推定年月を記載する。 ウ 「参考となる経過・現症」について 傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障害認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。 現症については、別様式診断書「じん臓の機能障害の状況及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。</p>	<p>別紙 身体障害認定要領</p> <p>第 1～第 5 （略）</p> <p>第 6 じん臓機能障害 1 診断書の作成について 身体障害者診断書においては、疾患等により永続的にじん臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。</p> <p>(1) 「総括表」について ア 「障害名」について 「じん臓機能障害」と記載する。 イ 「原因となった疾病・外傷名」について じん臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。例えば単に「慢性腎炎」という記載にとどめることなく、「慢性糸球体腎炎」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載する。 傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明な場合は推定年月を記載する。 ウ 「参考となる経過・現症」について 傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障害認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。 現症については、別様式診断書「じん臓の機能障害の状況及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。</p>

<p>エ 「総合所見」について 経過及び現症からみて障害認定に必要な事項、特にじん臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記し、併せて将来再認定の要否、時期等を必ず記載する。</p> <p>(2) 「じん臓の機能障害の状況及び所見」について</p> <p>ア 「1 じん臓機能」について 障害程度の認定の指標には、内因性クレアチニンクリアランス値及び血清クレアチニン濃度が用いられるが、その他の項目についても必ず記載する。 なお、慢性透析療法を実施している者については、当該療法実施直前の検査値を記入する。</p> <p>イ 「3 臨床症状」について 項目のすべてについて症状の有無を記し、有の場合にはそれを裏付ける所見を必ず記述する。</p> <p>ウ 「4 現在までの治療内容」について 透析療法実施の要否、有無は、障害認定の重要な指標となるので、その経過、内容を明記する。また、じん臓移植術を行った者については、抗免疫療法の有無を記述する。</p> <p>エ 「5 日常生活の制限による分類」について 日常生活の制限の程度（ア～エ）は、診断書を発行する対象者の症状であって、諸検査値や臨床症状とともに障害程度を判定する際の重要な参考となるものであるため、該当項目を慎重に選ぶ。 日常生活の制限の程度と等級の関係は概ね次のとおりである。</p> <p>ア……非該当 イ……4級相当 ウ……3級相当 エ……1級相当</p> <p>2 障害程度の認定について</p> <p>(1) じん臓機能障害の認定は、じん臓機能を基本とし、日常生活の制</p>	<p>エ 「総合所見」について 経過及び現症からみて障害認定に必要な事項、特にじん臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記し、併せて将来再認定の要否、時期等を必ず記載する。</p> <p>(2) 「じん臓の機能障害の状況及び所見」について</p> <p>ア 「1 じん臓機能」について 障害程度の認定の指標には、内因性クレアチニンクリアランス値及び血清クレアチニン濃度が用いられるが、その他の項目についても必ず記載する。 なお、慢性透析療法を実施している者については、当該療法実施直前の検査値を記入する。</p> <p>イ 「3 臨床症状」について 項目のすべてについて症状の有無を記し、有の場合にはそれを裏付ける所見を必ず記述する。</p> <p>ウ 「4 現在までの治療内容」について 透析療法実施の要否、有無は、障害認定の重要な指標となるので、その経過、内容を明記する。また、じん臓移植術を行った者については、抗免疫療法の有無を記述する。</p> <p>エ 「5 日常生活の制限による分類」について 日常生活の制限の程度（ア～エ）は、診断書を発行する対象者の症状であって、諸検査値や臨床症状とともに障害程度を判定する際の重要な参考となるものであるため、該当項目を慎重に選ぶ。 日常生活の制限の程度と等級の関係は概ね次のとおりである。</p> <p>ア……非該当 イ……4級相当 ウ……3級相当 エ……1級相当</p> <p>2 障害程度の認定について</p> <p>(1) じん臓機能障害の認定は、じん臓機能を基本とし、日常生活の制</p>
--	--

<p>限の程度、又はじん不全に基づく臨床症状、治療の状況によって行うものである。</p> <p>(2) <u>eGFR(推算糸球体濾過量)が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、eGFR(単位は ml/分/1.73 m²)が 10 以上 20 未満のときは 4 級相当の異常、10 未満のときは 3 級相当の異常と取り扱うことも可能とする。</u></p> <p>(3) 慢性透析療法を実施している者の障害程度の認定は、透析療法実施直前の状態で行うものであるので、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。</p> <p>(4) じん移植術を行った者の障害程度の認定は抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものであるので、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。</p> <p>(5) じん機能検査、臨床症状と日常生活の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。</p> <p>第 7～第 11 (略)</p> <p>表 1～表 2 (略)</p>	<p>限の程度、又はじん不全に基づく臨床症状、治療の状況によって行うものである。</p> <p>(2) <u>満 12 歳未満の者については、じん機能のうち、内因性クレアチニンクリアランス値あるいは血清クレアチニン濃度のいずれかが認定基準に該当すれば認定できるが、満 12 歳以上の者については、血清クレアチニン濃度が認定基準に該当しなければ、認定はできない。</u></p> <p>(3) 慢性透析療法を実施している者の障害程度の認定は、透析療法実施直前の状態で行うものであるので、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。</p> <p>(4) じん移植術を行った者の障害程度の認定は抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものであるので、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。</p> <p>(5) じん機能検査、臨床症状と日常生活の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。</p> <p>第 7～第 11 (略)</p> <p>表 1～表 2 (略)</p>
---	--

障企発0226第3号
平成30年2月26日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
（公印省略）

「身体障害認定基準等取扱いに関する疑義について」の一部改正について

今般、「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」（平成15年2月27日障企発0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）の別紙の一部を別添のとおり改正し、平成30年4月1日から適用することとしたので、留意の上、管内の関係諸機関への周知等その取扱いに遺漏なきようお願いしたい。

なお、改正内容につき、平成30年3月31日までに身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書及び同条第3項に規定する意見書が作成された場合については、従前の取扱いのとおりとする。

本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

- 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について（平成15年2月27日障企発0227001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知）（抄）

（変更点は下線部）

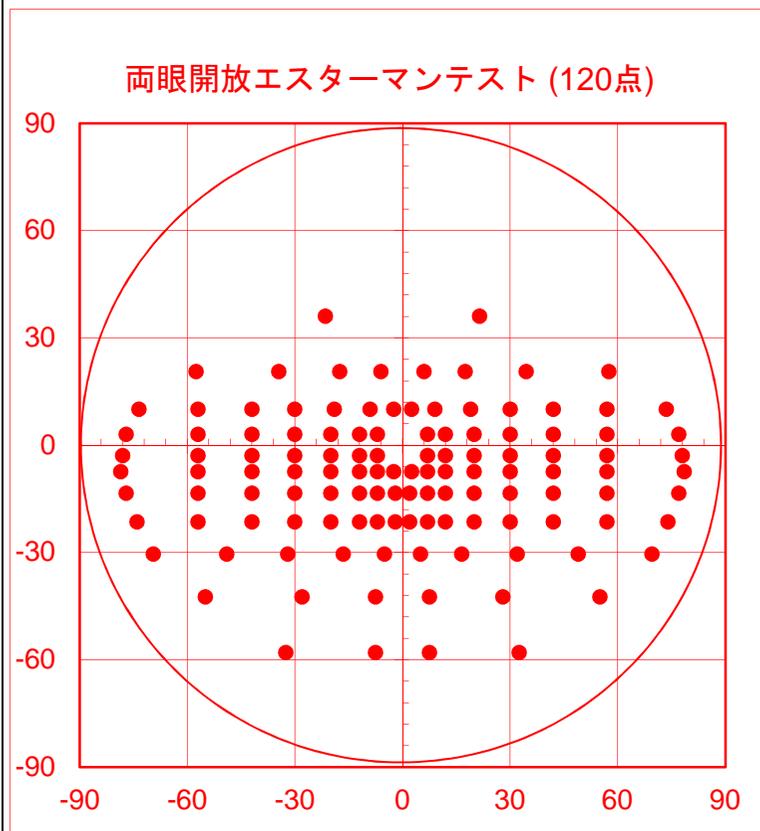
新	旧
<p>別紙</p> <p>身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について</p> <p>[総括事項]～[心臓機能障害]（略）</p> <p>[じん臓機能障害]</p> <p>1（略）</p> <p>（質疑）</p> <p>2. 血清クレアチニン濃度に着目してじん臓機能を判定できるのは、主として慢性腎不全によるものであり、糖尿病性じん症の場合は、血清クレアチニン濃度が8 mg/dl未満であっても自己の身の日常生活活動が極度に制限される場合があるが、この場合の等級判定はどのように取り扱うのか。</p> <p>（回答）</p> <p>糖尿病性じん症等、じん臓機能障害以外の要因によって活動能力が制限されている場合であっても、認定基準のとおり、血清クレアチニン濃度が8 mg/dlを超えるもの <u>又は内因性クレアチンクリアランス値が1.0ml/分未満のもの</u> でなければ1級として認定することは適当ではない。</p> <p>3（略）</p> <p>4（略）</p> <p>[呼吸器機能障害]～[肝臓機能障害] （略）</p>	<p>別紙</p> <p>身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について</p> <p>[総括事項]～[心臓機能障害]（略）</p> <p>[じん臓機能障害]</p> <p>1（略）</p> <p>（質疑）</p> <p>2. 血清クレアチニン濃度に着目してじん臓機能を判定できるのは、主として慢性腎不全によるものであり、糖尿病性じん症の場合は、血清クレアチニン濃度が8 mg/dl未満であっても自己の身の日常生活活動が極度に制限される場合があるが、この場合の等級判定はどのように取り扱うのか。</p> <p>（回答）</p> <p>糖尿病性じん症等、じん臓機能障害以外の要因によって活動能力が制限されている場合であっても、認定基準のとおり、血清クレアチニン濃度が8 mg/dlを超えるものでなければ1級として認定することは適当ではない。</p> <p>3（略）</p> <p>4（略）</p> <p>[呼吸器機能障害]～[肝臓機能障害] （略）</p>

○身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について（平成 15 年 1 月 10 日障発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知（抄）

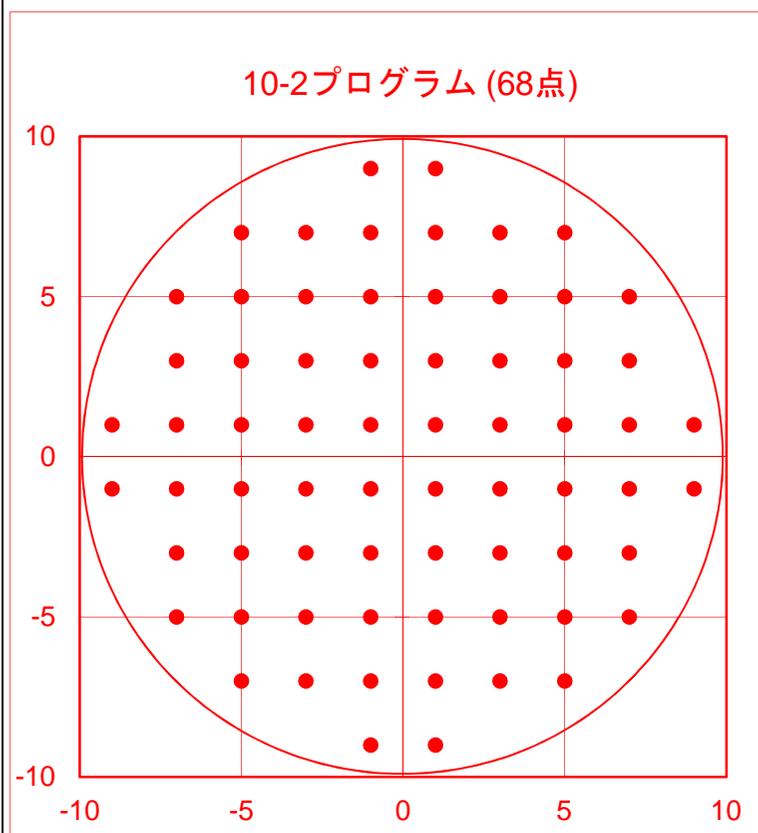
（変更点は下線部）

新	旧
<p>別紙</p> <p style="text-align: center;">身体障害認定基準</p> <p>第 1 (略)</p> <p>第 2 個別事項</p> <p>一 視覚障害</p> <p>1 総括的解説</p> <p>(1) <u>屈折異常がある者については、最も適正なレンズを選び、矯正視力によって判定する。</u></p> <p>(2) 視力表は万国式を基準とした視力表を用いるものとする。</p> <p>(3) 視野は<u>ゴールドマン型視野計、あるいは自動視野計を用いて測定する。</u></p> <p><u>ゴールドマン型視野計を用いる場合は、「周辺視野角度（I/4 視標による）の総和が左右眼それぞれ 80 度以下のもの」、「両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの」を I/4 の視標を用い判定する。「両眼中心視野角度（I/2 視標による）」は I/2 の視標を用いて中心視野角度を測定した値により判定する。</u></p> <p><u>自動視野計を用いる場合は、両眼開放視認点数の算定には、両眼開放エスターマンテスト（図 1）で 120 点を測定する。中心視野視認点数の算定には、10-2 プログラム（図 2）で中心 10 度内を 2 度間隔で 68 点測定する。</u></p>	<p>別紙</p> <p style="text-align: center;">身体障害認定基準</p> <p>第 1 (略)</p> <p>第 2 個別事項</p> <p>一 視覚障害</p> <p>1 総括的解説</p> <p>(1) <u>視力の屈折異常がある者については、眼科的に最も適当な矯正眼鏡を選び、矯正後の視力によって判定する。</u></p> <p>(2) 視力表は万国式を基準とした視力表を用いるものとする。</p> <p>(3) 視野は<u>ゴールドマン視野計及び自動視野計又はこれらに準ずるものを用いて測定する。ゴールドマン視野計を用いる場合、中心視野の測定には I/2 の視標を用い、周辺視野の測定には I/4 の視標を用いる。それ以外の測定方法による場合は、これに相当する視標を用いることとする。</u></p>

(図 1)



(図2)



2 各項解説

(1) 視力障害

ア 視力は万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力を用いる。

両眼の視力を別々に測定し、視力の良い方の眼の視力と他方の眼の視力とで等級表から等級を求める。等級の換算表(表

2 各項解説

(1) 視力障害

ア 等級表中「両眼の視力の和」とは両眼視によって累加された視力の意味ではなく、両眼の視力を別々に測った数値の和のことである。

これを図解すれば次の表のとおりである。

1) の横軸には視力の良い方の眼の視力、縦軸には他方の眼の視力が示してある。

イ 両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼の視力を0として取り扱う。例えば、両眼とも視力が0.6で眼筋麻痺により複視が起きている、日常生活で片眼を遮閉しなければならぬような場合には、一眼の視力を0とみなし6級となる。なお、顕性の眼位ずれがあっても、両眼複視を自覚しない場合には、これには該当しない。

すなわち横軸及び縦軸に両眼の視力をとれば上段は視力の和、下段は等級を示す。

例えば一眼の視力0.04、他眼の視力0.08ならばその和は0.12となり4級となる。

イ 視力0.01にみたないものの内、明暗弁のもの又は手動弁のものは視力0として計算し、指数を弁ずるもの(50cm以下)は0.01として計算する。例えば一眼明暗、他眼0.04のものは、視力の和は0.04となり2級となる。

ウ 両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼の視力を0として取り扱う。例えば両眼とも視力が0.6で眼筋麻痺により複視の起きているものは一眼の視力を0とみなし6級となる。

(表1)

枠内等級															
0.08以上			2	3	3	3	3	4	4	4					
0.02		2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	6	
指数弁・0.01	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	6	
0~手動弁	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	6	6	6	
	0.01以下	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6

視力の良い方の眼の視力

*横軸が視力の良い方の眼の視力、縦軸が他方の眼の視力をとり、枠内が等級を示す。

*指数弁は0.01とする。

0.1																0.2 5														
0.09																0.18 5	0.19 5													
0.08															0.16 5	0.17 5	0.18 5													
0.07															0.14 5	0.15 5	0.16 5	0.17 5												
0.06															0.12 4	0.13 5	0.14 5	0.15 5	0.16 5											
0.05															0.1 4	0.11 4	0.12 4	0.13 5	0.14 5	0.15 5										
0.04															0.08 3	0.09 4	0.1 4	0.11 4	0.12 4	0.13 5	0.14 5									
0.03															0.06 3	0.07 3	0.08 3	0.09 4	0.1 4	0.11 4	0.12 4	0.13 5								
0.02															0.04 2	0.05 3	0.06 3	0.07 3	0.08 3	0.09 4	0.1 4	0.11 4	0.12 4	0.22 6	0.32 6	0.42 6	0.52 6	0.62 6		
0.01															0.02 2	0.03 2	0.04 2	0.05 3	0.06 3	0.07 3	0.08 3	0.09 4	0.1 4	0.11 4	0.21 6	0.31 6	0.41 6	0.51 6	0.61 6	
0															0 1	0.01 1	0.02 2	0.03 2	0.04 2	0.05 3	0.06 3	0.07 3	0.08 3	0.09 4	0.1 4	0.2 5	0.3 6	0.4 6	0.5 6	0.6 6
															0	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6

(2) 視野障害

ア ゴールドマン型視野計を用いる場合は、「周辺視野角度 (I / 4 視標による) の総和が左右眼それぞれ 80 度以下のもの」、「両眼中心視野角度 (I / 2 視標による)」を以下によって判定する。

(ア) I / 4 の視標による 8 方向の周辺視野角度 (上・内上・内・内下・下・外下・外・外上 8 方向の角度) の総和が左右眼それぞれ 80 度以下であるかどうかを判定する。8 方向の周辺視野角度は I / 4 視標が視認できない部分を除いて算出する。

I / 4 の視標で、周辺にも視野が存在するが中心部の視野と連続しない場合は、中心部の視野のみで判定する。

I / 4 の視標で、中心 10 度以内に視野が存在しない場合は、周辺視野角度の総和が 80 度以下として取り扱う。

(イ) I / 2 の視標による 8 方向の中心視野角度の総和を左右眼それぞれ求める。8 方向の中心視野角度は I / 2 視標が視認できない部分を除いて算出する。さらに、次式により、両眼中心視野角度を計算する (小数点以下は四捨五入し、整数で表す)。

両眼中心視野角度 = (3 × 中心視野角度の総和が大きい方の眼の中心視野角度の総和 + 中心視野角度の総和が小さい方の眼の中心視野角度の総和) / 4

なお、I / 2 の視標で中心 10 度以内に視野が存在しない場合は、中心視野角度の総和は 0 度として取り扱う。

イ 自動視野計を用いる場合は、両眼開放視認点数及び両眼中心視野視認点数を以下の方法で判定する。

(ア) 視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで両眼開放視認点数が 70 点以下かどうかを判定する。

(イ) 視標サイズⅢによる 10-2 プログラムで測定を行い、左

(2) 視野障害

ア 「両眼の視野が 10 度以内」とは、求心性視野狭窄の意味であり、輪状暗点があるものについて中心の残存視野がそれぞれ 10 度以内のものを含む。

イ 視野の正常域の測定値は、内・上・下内・内上 60 度、下 70 度、上外 75 度、外下 80 度、外 95 度であり、合計 560 度になる。

ウ 両眼の視能率による損失率は、各眼毎に 8 方向の視野の角度を測定し、その合算した数値を 560 で割ることで各眼の損失率を求める。さらに、次式により、両眼の損失率を計算する。損失率は百分率で表す (各計算における百分率の小数点以下は四捨五入とし、整数で表す)。

(3 × 損失率の低い方の眼の損失率 + 損失率の高い方の眼の損失率)

4

エ 「両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの」とは、両眼で一点を注視しつつ測定した視野の生理的限界の面積が 2 分の 1 以上欠損している場合の意味である。したがって両眼の高度の不規則性視野狭窄又は半盲性視野欠損等は該当するが、交叉性半盲症等では、該当しない場合もある。

この場合の視野の測定方法は、片眼ずつ測定し、それぞれの視野表を重ね合わせることで視野の面積を測定する。その際、面積は厳格に測定しなくてもよいが、診断書には視野表を添付する必要がある。

右眼それぞれ感度が 26dB 以上の検査点数を数え中心視野視認点数を求める。dB の計算は、背景輝度 31.5asb で、視標輝度 10,000asb を 0 dB としたスケールで算定する。さらに、次式により、両眼中心視野視認点数を計算する（小数点以下は四捨五入し、整数で表す）。

両眼中心視野視認点数 = (3 × 中心視野視認点数が多い方の眼の中心視野視認点数 + 中心視野視認点数が少ない方の眼の中心視野視認点数) / 4

ウ 「両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの」とは、両眼で一点を注視しつつ測定した視野が、生理的限界の面積の 2 分の 1 以上欠損している場合の意味である。

(ア) 視野の生理的限界は、左右眼それぞれに上・内上・内・内下 60 度、下 70 度、外下 80 度、外 95 度、外上 75 度である。

(イ) ゴールドマン型視野計を用いる場合は、左右眼それぞれに測定した I / 4 の視標による視野表を重ね合わせることで、両眼による視野の面積を得る。その際、面積は厳格に計算しなくてよい。

(ウ) 自動視野計を用いる場合は、両眼開放エスターマンテストで視認点数が 100 点以下である。

エ なお、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いた場合の等級判定について、表 2 のとおり示したので参照されたい。

(表2)

	ゴールドマン型視野計		自動視野計		
	1/4 視標	1/2 視標	両眼開放エスターマン テスト視認点数	10-2 プログラム 両眼中心視野視認点数	
2 級	周辺視野角度 の総和が 左右眼それぞれ 80 度以下	両眼中心視野角度 28 度以下	70 点以下	20 点以下	
3 級		両眼中心視野角度 56 度以下		40 点以下	
4 級					
5 級		両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損		100 点以下	
			両眼中心視野角度 56 度以下		40 点以下

二～六 (略)

二～六 (略)

令和3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
分担研究報告書

原発性免疫不全症候群患者が感じる社会参加に関する制限

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 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
研究協力者 金兼 弘和 東京医科歯科大学
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 上村 鋼平 東京大学

研究要旨

【目的】本研究では、原発性免疫不全症候群（PID）患者について得た WHODAS2.0 の8項目に関する調査結果を、診断時年齢と調査時年齢で比較し、社会参加に関する制限の実態をさらに詳しく知ることが目的とする。

【方法】PID患者155名について平成30年および令和2年に行った調査結果から、診断時年齢、調査時年齢、医師による「生活機能制限の程度」についての判断結果、WHODAS2.0の8項目を使用し、FisherのExact法による検定を行った。

【結果】①PID回答者155名のうち障害等級に相当すると医師が判断したのは37名23.8%（重症群）であった。②認定等級相当群と軽症群の間でWHODAS2.0による社会参加に関する制限に有意差が最も多かったのは未成年診断成人群であった。

【考察】診断時年齢、調査時年齢、生活機能制限の程度に関わらず、PID患者は社会参加に関して多様な制限を感じていることが明らかになった。特に、未成年で診断を受けた成人PID患者の重症群は社会参加に制限を強く感じる事が示唆された。

A. はじめに

1.背景と研究目的

身体障害者福祉法における「障害」の定義は以下のように変遷している。まず、昭和24年（1949年）に成立した身体障害者福祉法では、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、障害支援区分が普及し、障害者手帳等級の意義は変化しつつある¹⁾。

身体障害者福祉法の制定後70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、国際的な障害概念の変化に応じて、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。

本研究班および先行する研究班では、患者団体から障害認定の希望が出た原発性免疫不全症候群（以下、PID）について生活機能制限の程度を客観的に示す障害認定基準になりうる医学的指標を探索した。PIDを取り上げた理由は、HIV感染による後天性免疫不全症候群が障害に認定された際に、「原因疾患を問わない」という原則によりPIDの認定基準策定も検討したが、疾患の発生機序が多様なためにPIDについては認定基準が作成できなかったことが理由であった。20年を経て医学および検査方法の進歩により障害認定の基準になる医学的基準を策定できる可能性が期待されたために、再検討された。しかし、疾患に特異的な医学的指標による分別は困難であることが判明した。すなわち、PID患者のうち「PIDにより日常

生活に制限がある」と医師が判断した者（以下、重症群）は約20%いたが、生活機能制限の有無及び程度と医学的指標は、必ずしも、対応しなかった^{2),3)}。

一方、社会参加に関する制限（以下、社会的制限）をWHODAS2.0（The World Health Organization Disability Assessment Schedule）の第4領域「人との交わり」、第5領域「生活」、第6領域「参加」から選んだ8項目により測定した結果では、回答者の50%以上が「制限があった」と回答した項目は、PIDで重症群では2項目（病気のために経済的損失をもたらした、介助のために家族が仕事・学校を休むことがある）であった。

そこで、本研究では、先行研究でPID患者について得たWHODAS2.0の8項目に関する結果を、診断時年齢と調査時年齢で比較し、社会参加の制限（以下、社会的制限）の実態を明らかにすることを目的とする。診断時年齢に着目したのは、未成年診断群では教育過程における制限が就労および成人期の社会生活に制限をもたらすと推測されたためであった。活動と社会参加を取り上げた理由は、構造・機能に並ぶICF（国際生活機能分類）の基本的な要素であるため、慢性疾患患者および障害者について生活機能制限だけでなく社会的制限を詳しく知ることは有意義であると考えからである。

2. PIDへの公的支援

PIDについて障害認定を受けたいという希望が患者団体及び専門医から出された理由は公的支援の不足であった。すでにPIDは小児慢性特定疾患に指定されており、20

歳未満の患者に対する医療費助成、日常用具支給制度、普及啓発および地域における総合的な支援の推進が図られている。

PIDは指定難病にも指定されており、医療費助成、普及啓発および地域における総合的な支援事業は継続して実施されている。PID患者がさらに障害認定を要望する理由の一つは、障害者雇用率制度の対象となり就労機会を確保することであると、患者団体から指摘されている⁴⁾。障害者雇用率制度は間接的に障害等級に関わるが、障害認定の元となる身体障害者福祉法に直接の根拠を置く施策ではない。従って、患者団体が障害者雇用率制度を理由に障害認定を希望することは、制度の趣旨を踏まえると合理的ではないことは留意すべきである。

指定難病は障害者雇用率制度の対象にはなっていないが、特定求職者雇用開発助成金、障害者トライアル雇用事業、障害者雇用安定助成金、難病患者就職サポーターなどの制度がある。しかし、先行研究におけるPID回答者のうち、これらの事業を利用した者は80名中1名であった²⁾。患者からは、特定求職者雇用開発助成金制度は就職活動に際する難病患者の支援に有効でないことの指摘がある⁵⁾。

B. 研究方法

平成30年および令和2年に行った調査結果^{2),3)}は担当医師と患者から回答を得た。PID回答者数は155名（東京医科歯科大学、国立成育医療研究センター、京都大学、広島大学、九州大学）であった。まず、医師による「生活機能制限の程度」に

ついでに判断結果を使用し、重症群と軽症群に分けた。

また、診断時年齢と調査時年齢から、3群に分け、重症群と軽症群の間でWHODAS2.0から選択した8項目について、Fisher's Exact testを行った。3群とは、診断時年齢と調査時年齢が共に20歳未満群（未成年診断未成年群）、診断時年齢は20歳未満で調査時年齢は20歳以上群（未成年診断成人群）、診断時年齢と調査時年齢が共に20歳以上群（成人診断群）とした。

（倫理面への配慮）

担当する研究分担者及び研究協力者の所属機関（国立障害者リハビリテーションセンター、東京医科歯科大学、国立成育医療研究センター、京都大学、広島大学、九州大学）において研究倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 生活機能制限の程度

PID回答者について、生活機能制限の程度の分類を医師に依頼した結果を表1に示した。分類は、他の内部障害で使われている障害等級に対応する機能制限の程度の表現に基づき、さらにPIDの専門医による注釈を追加した。PID回答者155名のうち障害等級に相当すると医師が判断したのは37名23.8%（以下、重症群）であった。

2. 社会的制限

(1)PID回答者のうち重症群と軽症群の比較（表2）

未成年診断未成年群では、重症か否かで WHODAS2.0 の 8 項目に有意差はなかった。しかし、重症群では 8 項目中 5 項目「地域活動でできないことがある」「家族と行う活動に制限があった」「介助のために家族が仕事・学校を休むことがある」「感情的に影響を受ける」「経済的損失をもたらした」で 50%以上が「制限がある」と回答した。

未成年診断成人群では、8 項目中 5 項目「友人・同僚との交流に制限がある」「介助のために家族が仕事・学校を休むことがある」「家族・親戚と行う活動に制限があった」「地域活動でできないことがある」「差別・偏見にあう」で重症群は軽症群より「制限がある」を有意に多く回答した。また、重症群の 50%以上が「制限がある」と回答したのは 6 項目であった（「差別・偏見にあう」「地域活動でできないことがある」「友人・同僚との交流に制限がある」「家族・親戚と行う活動に制限がある」「介助のために家族が仕事・学校を休むことがある」「感情的に影響を受ける」）。

成人診断群では、2 項目、「家事（家の手伝い）をできない」「介助のために家族が仕事・学校を休むことがある」で重症群は軽症群より「制限がある」を有意に多く回答した。重症群の 50%以上が「制限がある」と回答したのは 4 項目であった（「家事をできない」「友人・同僚との交流に制限がある」「介助のために家族が仕事・学校を休むことがある」「経済的損失がある」）。

D. 考察

1. 社会参加の制限

診断時年齢、調査時年齢、生活機能制限の程度に関わらず、PID 患者は社会参加に関して多様な制限を感じていることが明らかになった。特に、未成年で診断を受けた成人 PID 患者の重症群は社会参加に制限を強く感じることを示唆された。

2. 経済的損失

指定難病として医療費助成があるにも関わらず成人患者で、重症群も軽症群も 50%以上が「経済的損失がある」と回答したことは注目された。その理由としては、患者団体からの要望のように就労が困難な場合があることの他に、合併症として認められない症状に対する医療費の負担、専門医が少ないために遠距離の通院に必要とされる交通費の負担があると推測される。経済的損失の内容については、対策を検討するためにも、さらなる調査が必要と考えられる。

E. 結論

PID 患者が社会参加に関する制限を感じていることは明らかになった。特に、未成年で診断された成人患者が社会的制限を多く感じることを示された。成人期に達する前から、成人期に制限が多いことが示された項目への対処及び支援策の検討を開始することは今後の課題である。

F. 引用文献

1. 飛松好子ら. 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. 令和 2 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）「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」統括・分担報告書：1-4, 2021.

2. 森尾友宏ら. 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. 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）「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」統括・分担報告書：11-18, 2019.

3. 森尾友宏ら. 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
3. 令和2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）「現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国

在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究」統括・分担報告書：5-15, 2021.

4. PID つばさの会会報. 10号, 2011.

5. PID つばさの会会報. 投稿欄, 13号, 2012.

G.発表

1. 北村弥生、今橋久美子、江藤文夫、飛松好子. 原発性免疫不全症候群患者における社会参加に関する制約. 日本リハビリテーション連携科学会, 2022-03-06. (日本リハビリテーション連携科学学会・第6回発表優秀賞受賞)

表1 PID 回答者の生活機能制限の程度

障害	番	生活機能制限の状態	人数(%)
相当	1	PID の機能障害により日常生活がほとんど不可能(在宅で寝たきり)	0 (0.0%)
	2	PID の機能障害により日常生活がほとんど不可能(ほとんど入院)	4 (2.6%)
	3	PID の機能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ができる。)	1 (0.6%)
	4	PID の機能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。)	2 (1.3%)
	5	PID の機能障害により社会での日常生活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。)	30 (19.4%)
軽症	6	通勤・通学をほぼ達成している	112 (72.3%)
NA			6 (3.9%)
計			155 (100.0%)

表2 .PID 回答者(診断時年齢と調査時年齢別の WHODAS 項目の検定)

	診断時も調査時も 20 歳未満 (n=70)			診断時が 20 歳未満で調査時に 20~64 歳 (n=49)			診断時も調査時も 20~64 歳 (n=30)		
	重症	軽症	p 値	重症	軽症	p 値	重症	軽症	p 値
人数	11	59	-	18	31	-	8	22	-
病氣のために、家事(家の手伝い)をできない	非常にあてはまる 1 (11.1%) ややあてはまる 1 (11.1%) あまりあてはまらない 0 (0.0%) あてはまらない 7 (77.8%)	0 (0.0%) 5 (9.1%) 10 (18.2%) 40 (72.7%)	0.127	3 (18.8%) 4 (25.0%) 3 (18.8%) 6 (37.5%)	1 (3.3%) 6 (20.0%) 2 (6.7%) 21 (70.0%)	0.081	1 (14.3%) 4 (57.1%) 0 (0.0%) 2 (28.6%)	0 (0.0%) 4 (18.2%) 0 (0.0%) 18 (81.8%)	0.016
病氣のために、差別・偏見に会う	非常にあてはまる 2 (22.2%) ややあてはまる 1 (11.1%) あまりあてはまらない 1 (11.1%) あてはまらない 5 (55.6%)	2 (3.6%) 9 (16.1%) 10 (17.9%) 35 (62.5%)	0.217	1 (6.3%) 8 (50.0%) 3 (18.8%) 4 (25.0%)	4 (13.3%) 3 (10.0%) 10 (33.3%) 13 (43.3%)	0.034	1 (14.3%) 1 (14.3%) 0 (0.0%) 5 (71.4%)	1 (4.5%) 3 (13.6%) 1 (4.5%) 17 (77.3%)	0.809
病氣のために、地域活動でできないことがある	非常にあてはまる 2 (22.2%) ややあてはまる 4 (44.4%) あまりあてはまらない 0 (0.0%) あてはまらない 3 (33.3%)	6 (10.7%) 12 (21.4%) 8 (14.3%) 30 (53.6%)	0.234	4 (25.0%) 4 (25.0%) 4 (25.0%) 4 (25.0%)	1 (3.3%) 3 (10.0%) 5 (16.7%) 21 (70.0%)	0.010	1 (14.3%) 2 (28.6%) 0 (0.0%) 4 (57.1%)	2 (9.1%) 1 (4.5%) 3 (13.6%) 16 (72.7%)	0.285
病氣のために、友人・同僚との交流に制限がある	非常にあてはまる 1 (11.1%) ややあてはまる 3 (33.3%) あまりあてはまらない 0 (0.0%) あてはまらない 5 (55.6%)	7 (12.5%) 15 (26.8%) 7 (12.5%) 27 (48.2%)	0.895	2 (12.5%) 8 (50.0%) 3 (18.8%) 3 (18.8%)	4 (13.3%) 2 (6.7%) 5 (16.7%) 19 (63.3%)	0.002	0 (0.0%) 4 (57.1%) 0 (0.0%) 3 (42.9%)	3 (13.6%) 0 (0.0%) 3 (13.6%) 16 (72.7%)	0.004
病氣のために、家族・親戚と行うあなたの活動に制限があった	非常にあてはまる 1 (11.1%) ややあてはまる 6 (66.7%) あまりあてはまらない 0 (0.0%) あてはまらない 2 (22.2%)	9 (15.8%) 15 (26.3%) 7 (12.3%) 26 (45.6%)	0.155	4 (25.0%) 7 (43.8%) 3 (18.8%) 2 (12.5%)	5 (16.7%) 3 (10.0%) 5 (16.7%) 17 (56.7%)	0.008	0 (0.0%) 1 (14.3%) 1 (14.3%) 5 (71.4%)	2 (9.1%) 2 (9.1%) 3 (13.6%) 15 (68.2%)	1.000
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	非常にあてはまる 4 (50.0%) ややあてはまる 1 (12.5%) あまりあてはまらない 1 (12.5%) あてはまらない 2 (25.0%)	26 (45.6%) 14 (24.6%) 3 (5.3%) 14 (24.6%)	0.616	5 (31.3%) 9 (56.3%) 1 (6.3%) 1 (6.3%)	5 (17.2%) 5 (17.2%) 6 (20.7%) 13 (44.8%)	0.005	3 (37.5%) 2 (25.0%) 0 (0.0%) 3 (37.5%)	1 (4.5%) 3 (13.6%) 0 (0.0%) 18 (81.8%)	0.024
病氣のために、感情的に影響を受ける	非常にあてはまる 2 (22.2%) ややあてはまる 4 (44.4%) あまりあてはまらない 1 (11.1%) あてはまらない 2 (22.2%)	6 (10.5%) 18 (31.6%) 14 (24.6%) 19 (33.3%)	0.557	6 (37.5%) 6 (37.5%) 3 (18.8%) 1 (6.3%)	8 (27.6%) 9 (31.0%) 8 (27.6%) 4 (13.8%)	0.763	3 (37.5%) 0 (0.0%) 2 (25.0%) 3 (37.5%)	4 (18.2%) 2 (9.1%) 6 (27.3%) 10 (45.5%)	0.813
病氣のために、あなたやあなたの家族に、経済的損失をもたらした	非常にあてはまる 3 (33.3%) ややあてはまる 3 (33.3%) あまりあてはまらない 0 (0.0%) あてはまらない 3 (33.3%)	11 (19.0%) 17 (29.3%) 13 (22.4%) 17 (29.3%)	0.441	5 (31.3%) 2 (12.5%) 8 (50.0%) 1 (6.3%)	14 (46.7%) 8 (26.7%) 6 (20.0%) 2 (6.7%)	0.202	2 (25.0%) 5 (62.5%) 0 (0.0%) 1 (12.5%)	10 (45.5%) 4 (18.2%) 0 (0.0%) 8 (36.4%)	0.137

検定は各項目 4×2 の Fisher's Exact test。有意差があった項目(p<0.05)を黄色に、「非常に当てはまる」と「当てはまるの合計が 50%以上の項目に緑色を着色した。

令和3年度
厚生労働科学行政推進調査事業費
障害者政策総合研究事業
分担研究報告書

次期「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」における
災害に関する設問の有用性と課題

研究分担者 岩谷 力 長野保健医療大学
研究協力者 北村 弥生 長野保健医療大学
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

研究要旨

【目的】本研究では、厚生労働省による次期「生活のしづらさなどに関する調査（以下、次期調査）」において災害に関する設問を追加することの有用性と課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】令和2年に長野県飯山市で行ったプレ調査において、「自治体の障害福祉計画に関するPDCA調査案（厚労省）」のうち災害に関する4設問（図1：問29～32）を改変して試行し結果を集計した。

【結果】①単独避難可能と回答した者は244名42.2%であったが、そのうち24.6%は避難に関する困難を回答した。②災害時に近隣支援者がいると回答した者は220名38.1%であったが、そのうちの5.5%は「救助を求めることができない」と回答した。単独避難ができず、かつ、近隣支援者がいない者は238名41.2%、そのうち災害時避難行動要支援者名簿に登録されていると推測される者は96名40.4%であった。③災害経験有群は無群に比べ、災害時における情報入手の困難を有意に多く回答した。④多くの自治体が災害時避難行動要支援者と定義している「身体障害者手帳1,2級、療育手帳A1,精神保健福祉手帳1級」の者とそれ以外の者の間で、災害時の困難の差は「投薬・治療」「補装具」に関する項目のみであった。⑤介護保険法と総合支援法によるサービス利用状況を4群に分けて比較したところ、総合支援法のみ利用者の「災害時の困難」が最も多様であった。

【考察】①障害種別により災害時の困難が異なることに対しては、それぞれの対策を調整することが望まれる。②等級が重度か否かに関係した災害時の困難は、医療や補装具の確保のみであったことは注目される。自治体が作成する災害時避難行動要支援者名簿登録者以外の障害者手帳所持者も災害時の困難は同等であることに留意が必要であると考えられる。③総合支援法のみ利用者に対する特性に応じた準備を早く行う必要があることが示唆された。

【結論】次期調査における災害に関する設問案を、個別避難計画を構成する要素の準備が整っているかどうかを聞くように再構成して提案した。

A. 目的と背景

本稿では、次期「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」（以下、次期調査）において災害に関する設問を追加することの有用性と課題を明らかにすることを目的とする。災害に関する設問を追加する理由の第一は、災害発生時に障害者は地域住民に比べて多様な困難を経験することは知られているが対策は構築中であるため、改善状況を定期的に知ることは有意義と考えられるためである。多様な困難とは、危険を認知する困難、避難行動の困難、避難生活の困難などである¹⁾。

第二の理由は、次期調査のためのプレ調査（本調査）において「必要な支援」に関する設問（問 51）では、「災害対策」は 27%から選択され（3位）²⁾、障害者手帳所持者からの関心が高いことが明らかになったためである。

これまでは、全国身体障害児・者実態調査でも全国的障害児者基礎調査でも、対象者に対して災害時の課題に関する設問はなかった。その理由は、全国身体障害児・者実態調査を実施する根拠である身体障害者福祉法には災害に関わるサービスがないためと推測される。身体障害者福祉法ができた 1950 年には、災害時における障害者の困難は、まだ話題になっていなかった。

新聞と国会質疑が障害者や高齢者を災害弱者と呼び始めたのは 1982 年長崎大水害からで、1995 年阪神淡路大震災では避難行動および避難生活での苦労が報道された。また、2004 年 7 月に発生した一連の風水害等への対応に関し、避難勧告等の発令や高齢者等の避難体制の整備等の課題が明らかとなったことから、内閣府は有識者等によ

る検討会を設置し、「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」と「避難勧告等の判断・伝達マニュアル作成ガイドライン」を取りまとめた。

2011 年東日本大震災で障害者手帳所持者の死亡率が全人口の死亡率の 2 倍であったことから³⁾、2013 年には災害対策基本法に災害時要配慮者および災害時避難行動要支援者という用語が記載され、自治体に災害時避難行動要支援者名簿作成が義務付けられた。しかし、名簿の運用方法に関する規定はなく、個別避難計画の作成に至らない場合がほとんどである。

2021 年 5 月には、災害対策基本法が改正され、5 年を目途に、優先度の高い災害時避難行動要支援者の個別避難計画の作成を市町村の努力義務化とした。また、相談支援専門員またはケアマネジャーが障害児者および高齢者の個別支援計画を作成する際に個別避難計画を立てることが例示された。個別避難計画作成については、地方交付税により 1 件あたり約 7000 円を執行することも提案された。併せて、福祉避難所設置・運営ガイドラインの改正により、直接避難や事前のマッチングも推奨された。そこで、次期調査で個別避難計画が作成される進捗状況を把握することは有用と考えられる。

国際的にも、国連障害者権利条約 11 条（危険な状況及び人道上の緊急事態）には、「締約国は、国際法（国際人道法及び国際人権法を含む。）に基づく自国の義務に従い、危険な状況（武力紛争、人道上の緊急事態及び自然災害の発生を含む。）において障害者の保護及び安全を確保するための全ての必要な措置をとる。」と記載された。わが国では、武力紛争と人道上の緊急事態よりも自

然災害の発生時の障害者の保護及び安全が注目されると考えられる。そこで、国連障害者権利条約の権利条約委員会に提出する政府レポートに、国としての障害者の災害準備状況を示すためには次期調査で災害準備に関する設問を設けて結果を得ることに意味はあると考えられる。

B. 方法

次期調査の設問案の妥当性を検証するためのプレ調査（以下、R2プレ調査）を、長野県飯山市（人口約2万人）において、障害者手帳所持者1,221名（身体867名、療育154名、精神200名）を対象に郵送法で実施した。調査は令和2年11月に行った。飯山市は長野県北東部に位置し全国有数の豪雪地帯にあって北陸新幹線の停車駅がある。

災害に関する設問としては、「自治体の障害福祉計画に関するPDCA調査案（厚労省）（以下、PDCA調査案）」⁴⁾のうち災害に関する4問を使用した。図1に示したように、問29「火事や地震・水害等の災害時に一人で避難できますか」、問30「家族が不在の場合や一人暮らしの場合、火事や地震・水害等の災害時に近所にあなた（障害者手帳所持者）を助けてくれる人はいますか」、問31「今まで火事や地震・水害等の災害にあったことはありますか」、問32「災害時に困ったこと（困ると思われること）は何ですか」であった。問32については、PDCA調査案の選択肢10個に加えて、先行研究から指摘されている災害時に障害者が出会う困難事象4個を選択肢とした。追加した選択肢は、「地域の災害リスクの情報（防災マップなど）が入手できない」「復旧に関する情報が入手できない」「家の片付けなどができない」「通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない」とした。

なる状況で、買い物などの物資の入手ができない」とした。

589名（回収率48.2%：身体407名、療育75名、精神80名、重複19名、不明8名）から回答を得たが、障害者手帳の種類が不明の8名と問29または問30に複数回答した3名を除いた578名を有効回答とした。検定はFisher's Exact testにより行った。

（倫理審査）

本研究は、国立障害者リハビリテーションセンターおよび長野保健医療大学の倫理審査委員会に申請を行い、承認を得た。

【災害についてお聞きします。】		
問29 火事や地震・水害等の災害時に一人で避難できますか。あてはまるの1つに○をしてください。		
1. できる	2. できない	3. わからない
問30 家族が不在の場合や一人暮らしの場合、火事や地震・水害等の災害時に近所にあなた（障害者手帳所持者）を助けてくれる人はいますか。あてはまるの1つに○をしてください。		
1. いる	2. いない	3. わからない
問31 今まで火事や地震・水害等の災害にあったことはありますか。あてはまる方に○をしてください。		
1. ある	2. ない	
問32 災害時に困ったこと（困ると思われること）は何ですか。あてはまるのすべてに○をしてください。		
1. 地域の災害リスクの情報（防災マップなど）が入手できない		
2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない		
3. 救助を求むことができない		
4. 安全なところまで、迅速に避難することができない		
5. 避難場所の設備（トイレ等）や生活環境が不安		
6. 周囲とコミュニケーションがとれない		
7. 検査や治療が受けられない		
8. 補装具の使用が困難になる		
9. 補装具・日常生活用具・医薬品の入手ができなくなる		
10. 復旧に関する情報が入手できない		
11. 家の片付けなどができない		
12. 通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない		
13. その他()		
14. わからない		

図1 災害に関する設問

C. 結果

（1）単独避難と近隣支援者

問29「火事や地震災害などの時に一人で避難できますか（以下、単独避難の可否）」に対する回答は、できる244名42.2%、できない231名40.0%、わからない・無回答103名17.8%であった。

問 30「家族が不在や一人暮らしの場合、火事・災害の時にあなたを助けてくれる近所の人はいませんか（以下、近隣支援者の有無）」に対する回答は、いる 220 名 38.1%、いない 130 名 22.5%、わからない・無回答 228 名 39.4%であった。

問 29 と問 30 の回答を表 1 に示した。「単独避難不可」で「近隣支援者」が無または不明の 238 名 41.2%（表 1 の網掛け部分）は逃げ遅れる可能性が高いと考えられる。そのうち、96 名 40.4%（全体の 16.6%）は災害時避難行動要支援者と推測された（表 2 の網掛け部分）。

災害時避難行動要支援者の定義は自治体ごとに異なる。本稿での定義は、障害者手帳所持者に関しては、多くの自治体が採用し

ている「身体障害者手帳 1, 2 級、療育手帳 A 1, 精神保健福祉手帳 1 級」の条件に当てはまる者とした。他に、障害者手帳所持者全員とする場合がある。介護保険制度の要介護度 3 以上の者も、多くの自治体で、災害時避難行動要支援者に定義されている。

表 1. 単独避難の可否と近隣支援者の有無

		単独避難						合計	
		可能		不可能		わからない・無回答		人数	%
		人数	%	人数	%	人数	%		
近隣支援者	あり	124	50.8	70	30.3	26	25.2	220	38.1
	なし	39	16.0	75	32.5	16	15.5	130	22.5
	わからない・無回答	81	33.2	86	37.2	61	59.2	228	39.4
	合計	244	100	231	100	103	100.0	578	100

表 2 災害経験の有無、単独避難の可否、近隣支援者の有無の関係

問 30 近隣支援者	問 29 単独避難	合計	災害時避難行動要支援者		それ以外の人	
いる	できる	124	44	(35.5%)	80	(64.5%)
	できない	70	34	(48.6%)	36	(51.4%)
	わからない・未回答	26	5	(19.2%)	21	(80.8%)
	計	220	83	(37.7%)	137	(62.3%)
いない	できる	39	19	(48.7%)	20	(51.3%)
	できない	75	35	(46.7%)	40	(53.3%)
	わからない・未回答	16	6	(37.5%)	10	(62.5%)
	計	130	60	(46.2%)	70	(53.8%)
わからない・未回答	できる	81	20	(24.7%)	61	(75.3%)
	できない	86	36	(41.9%)	50	(58.1%)
	わからない・未回答	61	19	(31.1%)	42	(68.9%)
	計	228	75	(32.9%)	153	(67.1%)
全体	できる	244	83	(34.0%)	161	(66.0%)
	できない	231	105	(45.5%)	126	(54.5%)
	わからない・未回答	103	30	(29.1%)	73	(70.9%)
	計	578	218	(37.7%)	360	(62.3%)

(2) 災害経験の有無

問 31「これまで火事や地震・水害など災害にあったことはありますか。」（以下、災害経験の有無）に対しては、あり 200 名 34.8%、なし 349 名 59.9%、わからない・無回答 29 名 5.3%であった。

① 単独避難の可否と災害経験の有無

災害経験の有無と単独避難の可否（問 29）の関係を表 3 に示した。災害経験の有無に

より「単独避難の可否」に有意差はなかった。

② 近隣支援者の有無と災害経験の有無

災害経験の有無と近隣支援者の有無（問 30）について表 3 に示した。災害経験有群では災害経験無群より「近隣支援者無」の割合が低い傾向にあった（ $p=0.157$ ）。これは、事前に救助の約束が確実でなくても、災害が起こった際に、近所の人実際に助けてく

れた場合があったことを示すと推測される。

(3) 災害時の困難

① 災害経験の有無と災害時の困難

表4に、問32「災害時に困ったこと（困ると思われること）」（以下、災害時の困難）を災害経験の有無別に示した。災害経験の有無に関わらず、「災害時の困難」の比率は高い順に「5. 避難所の環境」38.4%、「4. 避難行動」36.5%、「11. 家の片付けができない

い」31.0%、「7. 投薬・治療が受けられない」27.3%、「12. 物資入手ができない」23.5%であった。

災害経験有群が災害経験無群よりも「災害時の困難」の比率が有意に高かったのは、情報入手に関わる3件、「2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない」（ $p=0.011$ ）、「10. 復旧に関する情報が入手できない」（ $p=0.030$ ）、「1. 地域の災害リスクの情報が入手できない」（ $p=0.031$ ）であった。

表3. 災害経験の有無と単独避難の可否および近隣支援者の有無

	人数	問31 災害経験				全体	p値			
		ある	ない	未回答	全体					
問30 近隣支援者	いる いない わからない・未回答	200 69 51 80	100 34.5 25.5 40	349 143 74 132	100 40.9 21.2 37.8	29 8 5 16	100 2.3 1.4 4.6	578 220 130 228	100 63.0 37.3 65.3	- 0.157
問29 単独避難	できる できない わからない・未回答	85 85 30	42.5 42.5 15	150 135 64	43.0 38.7 18.3	9 11 9	2.6 3.2 2.6	244 231 103	69.9 66.2 29.5	0.628

検定は各項目2×2のFisher's Exact test

表4. 災害経験と災害時の困難

	人数 n=578	問31 災害経験				p値	未回答 n=29
		ある n=200	ない n=349	未回答 n=29	全体		
1.地域の災害リスクの情報が入手できない	46 8.0	23 11.5	21 6.0	0.031	2 6.9		
2.被害状況、避難場所などの情報が入手できない	84 14.5	40 20.0	41 11.7	0.011	3 10.3		
3.救助を求めることができない	80 13.8	28 14.0	49 14.0	1.000	3 10.3		
4.安全なところまで、迅速に避難することができない	211 36.5	69 34.5	133 38.1	0.385	9 31.0		
5.避難場所の設備や生活環境が不安	222 38.4	82 41.0	135 38.7	0.631	5 17.2		
6.周囲とコミュニケーションがとれない	89 15.4	36 18.0	53 15.2	0.394	0 0.0		
7.投薬や治療が受けられない	158 27.3	49 24.5	107 30.7	0.127	2 6.9		
8.補装具の使用が困難になる	39 6.7	15 7.5	24 6.9	0.862	0 0.0		
9.補装具・日常生活用具・医薬品の入手ができなくなる	93 16.1	33 16.5	58 16.6	1.000	2 6.9		
10.復旧に関する情報が入手できない	54 9.3	26 13.0	25 7.2	0.030	3 10.3		
11.家の片付けなどができない	179 31.0	70 35.0	106 30.4	0.276	3 10.3		
12.通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない	136 23.5	50 25.0	82 23.5	0.749	4 13.8		
13 その他	15 2.6	8 4.0	5 1.4	0.078	2 6.9		
わからない・1~13 いずれも未回答	163 28.2	54 27.0	94 26.9	-	15 51.7		

検定はFisher's Exact test

② 単独避難可否と災害時の困難

表5には、単独避難の可否により「災害時の困難」（問32）の結果を比較した。単独避難可能群は単独避難不可能群に比べて、「災害時の困難」9項目（表5の網掛け部分）の選択率が有意に低かった。

単独避難可群であっても、単独避難に必要と考えられる3項目について困難と回答した者は、「1. 地域の災害リスクの情報（防災マップなど）が入手できない」8.2%、「2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない」4.9%、「4. 安全な所まで、迅速に避

難することができない」11.8%であった。この3つの項目のどれかを選択したのは、単独避難できると回答した者244名中60名24.6%であった。また、「避難場所の設備や生活環境が不安」は31.1%であった。

③ 近隣支援者の有無と災害時の困難

表6には、近隣支援者の有無により「災害時の困難」(問32)の結果を比較した。近隣支援者有群は近隣支援者無群に比べて、「災害時の困難」5項目の選択率が有意に低かった(表6の網掛け部分)。

しかし、近隣支援者がいると回答した者のうち、「3. 救助を求めることができない」を12名5.5%が選択し、避難行動に関する3項目について、「1. 地域の災害リスクの情報が入手できない」6.4%、「2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない」8.6%、「4. 安全なところまで、迅速に避難することができない」34.5%が選択された。

④ 災害時避難行動要支援者と災害時の困難

表7には、災害時避難行動要支援者か否かにより、問32「災害時の困難」の結果を比較した。避難行動要支援者群では「投薬や治療が受けられない」が有意に多く、(p=0.003)「補装具の使用が困難になる」が有意に少なかった(p=0.041)。しかし、他の

12項目には有意差はなかった。

⑤ 障害種別と災害時の困難

表8に障害種別により「災害時の困難」(問32)の結果を比較した。全数集計での上位5項目(避難場所の設備が不安、迅速に避難できない、片付けができない、投薬・治療が受けられない、被災後に物資入手ができない)は7つの障害種別すべてで概ね2割以上が選択した。

その他の項目では、障害種別により2割以上が「災害時の困難」と回答したのは以下の5つであった(表8の網掛け部分)。「6. 周囲とコミュニケーションがとれない」は療育手帳所持者で37.9%、精神保健福祉手帳所持者25.7%、聴覚障害者で20.0%が選択した。「3. 救助を求めることができない」は療育手帳所持者34.8%、聴覚障害者25.0%、上肢障害者20.0%が選択した。「2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない」は療育手帳所持者30.3%が選択した。「1. 地域の災害リスクの情報が入手できない」は視覚障害者21.7%と上肢障害者20.0%が選択した。「9. 補装具・日常生活用具・医薬品の入手ができなくなる」は内部障害者29名2.7%が選択した。また、「わからない・未回答」はすべての障害種別で20%以上が選択した。

表5 単独避難の可否と災害時の困難

	人数 578	問29 単独避難				p値	未回答 n=103	
		できる n=244	できない n=231					
1.地域の災害リスクの情報が入手できない	46	14	5.7	21	9.1	0.377	11	10.7
2.被害状況、避難場所などの情報が入手できない	84	20	8.2	44	19.0	0.004	20	19.4
3.救助を求めることができない	80	12	4.9	53	22.9	<0.001	15	14.6
4.安全なところまで、迅速に避難することができない	211	41	16.8	138	59.7	<0.001	32	31.1
5.避難場所の設備や生活環境が不安	222	69	28.3	121	52.4	<0.001	32	31.1
6.周囲とコミュニケーションがとれない	89	24	9.8	46	19.9	0.012	19	18.4
7.投薬や治療が受けられない	158	51	20.9	79	34.2	0.018	28	27.2
8.補装具の使用が困難になる	39	11	4.5	24	10.4	0.051	4	3.9

9.補装具・日常生活用具・医薬品の入手ができなくなる	93	28	11.5	45	19.5	0.071	20	19.4
10.復旧に関する情報が入手できない	54	13	5.3	27	11.7	0.045	14	13.6
11.家の片付けなどができない	179	48	19.7	86	37.2	<0.001	45	43.7
12.通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない	136	39	16.0	64	27.7	0.022	33	32.0
13 その他	15	5	2.0	6	2.6	1.000	4	3.9
わからない・1~13 いずれも未回答	163	98	40.2	46	19.9	-	19	18.4

検定は Fisher's Exact test

表6 近隣支援者の有無と災害時の困難

	人数	問30 近隣支援者						
		いる n=220		いない n=130		p値	未回答 n=228	
1.地域の災害リスクの情報が入手できない	46	14	6.4	11	8.5	0.676	21	9.2
2.被害状況、避難場所などの情報が入手できない	84	19	8.6	29	22.3	0.002	36	15.8
3.救助を求めることができない	80	12	5.5	32	24.6	<0.001	36	15.8
4.安全なところまで、迅速に避難することができない	211	76	34.5	62	47.7	0.123	73	32.0
5.避難場所の設備や生活環境が不安	222	78	35.5	58	44.6	0.474	86	37.7
6.周囲とコミュニケーションがとれない	89	21	9.5	34	26.2	<0.001	34	14.9
7.投薬や治療が受けられない	158	62	28.2	49	37.7	0.326	47	20.6
8.補装具の使用が困難になる	39	13	5.9	14	10.8	0.219	12	5.3
9.補装具・日常生活用具・医薬品の入手ができなくなる	93	33	15.0	23	17.7	0.881	37	16.2
10.復旧に関する情報が入手できない	54	11	5.0	16	12.3	0.040	27	11.8
11.家の片付けなどができない	179	69	31.4	49	37.7	0.717	61	26.8
12.通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない	136	36	16.4	41	31.5	0.007	59	25.9
13 その他	15	5	2.3	2	1.5	0.706	8	3.5
わからない・1~13 いずれも未回答	163	65	29.5	23	17.7	-	75	32.9

検定は Fisher's Exact test

表7 避難行動要支援者か否かと災害時の困難

	人数	災害時避難行動要支援者 n=218		それ以外の人 n=369		p値
		人数	割合	人数	割合	
1.地域の災害リスクの情報が入手できない	46	13	6.0	33	9.2	0.154
2.被害状況、避難場所などの情報が入手できない	84	33	15.1	51	14.2	0.902
3.救助を求めることができない	80	33	15.1	47	13.1	0.615
4.安全なところまで、迅速に避難することができない	211	87	39.9	124	34.4	0.301
5.避難場所の設備や生活環境が不安	222	86	39.4	136	37.8	0.926
6.周囲とコミュニケーションがとれない	89	34	15.6	55	15.3	1.000
7.投薬や治療が受けられない	158	76	34.9	82	22.8	0.003
8.補装具の使用が困難になる	39	9	4.1	30	8.3	0.041
9.補装具・日常生活用具・医薬品の入手ができなくなる	93	38	17.4	55	15.3	0.636
10.復旧に関する情報が入手できない	54	19	8.7	35	9.7	0.658
11.家の片付けなどができない	179	66	30.3	113	31.4	0.630
12.通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない	136	48	22.0	88	24.4	0.407
13 その他	15	6	2.8	9	2.5	1.000
わからない・1~13 いずれも未回答	163	52	23.9	111	30.8	-

表8 障害種別と災害時の困難

	総数		視覚障害のみ		聴覚障害のみ		上肢障害のみ		下肢障害のみ		内部障害のみ (全体、級問 わず)		療育手帳のみ 所持		精神保健福祉 手帳のみ所持	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
5. 避難場所の設備(トイレ等)や生活環境が不安	222	(38.4%)	11	(4.78%)	4	(20.0%)	5	(33.3%)	48	(51.6%)	37	(28.9%)	21	(31.8%)	28	(37.8%)
4. 安全なところまで、迅速に避難することができない	211	(36.5%)	13	(56.5%)	5	(25.0%)	5	(33.3%)	41	(44.1%)	39	(30.5%)	20	(30.3%)	12	(16.2%)
11. 家の片付けなどができない	179	(31.0%)	7	(30.4%)	1	(5.0%)	5	(33.3%)	36	(38.7%)	34	(26.6%)	21	(31.8%)	25	(33.8%)
7. 投薬や治療が受けられない	158	(27.3%)	8	(34.8%)	5	(25.0%)	2	(13.3%)	21	(22.6%)	43	(33.6%)	13	(19.7%)	21	(28.4%)
12. 通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない	136	(23.5%)	7	(30.4%)	4	(20.0%)	4	(26.7%)	21	(22.6%)	20	(15.6%)	20	(30.3%)	26	(35.1%)

9. 補装具・日常生活用具・医薬品の入手がなくなる	93	(16.1%)	3	(13.0%)	2	(10.0%)	1	(6.7%)	15	(16.1%)	29	(22.7%)	10	(15.2%)	8	(10.8%)
6. 周囲とコミュニケーションがとれない	89	(15.4%)	4	(17.4%)	4	(20.0%)	2	(13.3%)	5	(5.4%)	6	(4.7%)	25	(37.9%)	19	(25.7%)
2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない	84	(14.5%)	4	(17.4%)	3	(15.0%)	2	(13.3%)	8	(8.6%)	13	(10.2%)	20	(30.3%)	14	(18.9%)
3. 救助を求めることができない	80	(13.8%)	4	(17.4%)	5	(25.0%)	3	(20.0%)	5	(5.4%)	4	(3.1%)	23	(34.8%)	8	(10.8%)
10. 復旧に関する情報が入手できない	54	(9.3%)	4	(17.4%)	2	(10.0%)	1	(6.7%)	4	(4.3%)	9	(7.0%)	13	(19.7%)	9	(12.2%)
1. 地域の災害リスクの情報（防災マップなど）が入手できない	46	(8.0%)	5	(21.7%)	2	(10.0%)	3	(20.0%)	4	(4.3%)	7	(5.5%)	11	(16.7%)	6	(8.1%)
8. 補装具の使用が困難になる	39	(6.7%)	3	(13.0%)	1	(5.0%)	1	(6.7%)	8	(8.6%)	8	(6.3%)	3	(4.5%)	1	(1.4%)
13. その他	15	(2.6%)	1	(4.3%)	0	(0.0%)	1	(6.7%)	1	(1.1%)	2	(1.6%)	4	(6.1%)	3	(4.1%)
わからない・未回答	163	(28.2%)	6	(26.1%)	9	(45.0%)	4	(26.7%)	22	(23.7%)	37	(28.9%)	23	(34.8%)	23	(31.1%)

表9 利用サービスと災害時の困難

災害時の困難	総数 n=578	障害福祉サービスと介護保険サービス利用者 n=38	障害福祉サービスのみの利用者 n=40	介護保険サービスのみの利用者 n=37	どちらのサービスも利用していない人（無回答を含む） n=463
5. 避難場所の設備（トイレ等）や生活環境が不安	222 (38.4%)	12 (31.6%)	18 (45.0%)	20 (54.1%)	172 (37.1%)
4. 安全なところまで、迅速に避難することができない	211 (36.5%)	19 (50.0%)	18 (45.0%)	24 (64.9%)	150 (32.4%)
11. 家の片付けなどができない	179 (31.0%)	12 (31.6%)	16 (40.0%)	10 (27.0%)	141 (30.5%)
7. 投薬や治療が受けられない	158 (27.3%)	11 (28.9%)	13 (32.5%)	16 (43.2%)	118 (25.5%)
12. 通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない	136 (23.5%)	7 (18.4%)	16 (40.0%)	12 (32.4%)	101 (21.8%)
9. 補装具・日常生活用具・医薬品の入手がなくなる	93 (16.1%)	7 (18.4%)	10 (25.0%)	8 (21.6%)	68 (14.7%)
6. 周囲とコミュニケーションがとれない	89 (15.4%)	7 (18.4%)	15 (37.5%)	5 (13.5%)	62 (13.4%)
2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない	84 (14.5%)	8 (21.1%)	11 (27.5%)	6 (16.2%)	59 (12.7%)
3. 救助を求めることができない	80 (13.8%)	7 (18.4%)	13 (32.5%)	6 (16.2%)	54 (11.7%)
10. 復旧に関する情報が入手できない	54 (9.3%)	3 (7.9%)	6 (15.0%)	6 (16.2%)	39 (8.4%)
1. 地域の災害リスクの情報（防災マップなど）が入手できない	46 (8.0%)	0 (0.0%)	4 (10.0%)	3 (8.1%)	39 (8.4%)
8. 補装具の使用が困難になる	39 (6.7%)	4 (10.5%)	1 (2.5%)	3 (8.1%)	31 (6.7%)
13. その他	15 (2.6%)	0 (0.0%)	3 (7.5%)	2 (5.4%)	10 (2.2%)
わからない・未回答	163 (28.2%)	11 (28.9%)	6 (15.0%)	5 (13.5%)	141 (30.5%)

表10 避難行動要支援者か否か、介護保険法・総合支援法サービス使用の有無、近隣支援者の有無の関係

	人数 n=578	問30 近隣支援者						
		いる n=220		いない n=130		わからない・未回答 n=228		
災害時避難行動要支援者	障害福祉サービスと介護保険サービス利用者	18	7	3.2	3	2.3	8	3.5
	障害福祉サービスのみの利用者	32	9	4.1	11	8.5	12	5.3
	介護保険サービスのみの利用者	37	10	4.5	12	9.2	15	6.6
	上記3つの計	87	26	11.8	26	20.0	35	15.4
	障害福祉サービスも介護保険サービスも利用なし（無回答含む）	131	57	25.9	34	26.2	40	17.5
	全体	218	83	37.7	60	46.2	75	32.9
それ以外の人	障害福祉サービスと介護保険サービス利用者	20	7	3.2	7	5.4	6	2.6
	障害福祉サービスのみの利用者	29	7	3.2	7	5.4	15	6.6
	介護保険サービスのみの利用者	46	18	8.2	13	10.0	15	6.6
	上記3つの計	95	32	14.5	27	20.8	36	15.8
	障害福祉サービスも介護保険サービスも利用なし（無回答含む）	265	105	47.7	43	33.1	117	51.3
	全体	360	137	62.3	70	53.8	153	67.1

⑥ サービス利用状況と災害時の困難

表9には、①総合支援法によるサービス

と介護保険法によるサービスを両方の利用

者、②総合支援法によるサービスだけの利

用者、③介護保険法によるサービスだけの利用者、④どちらのサービスも利用していない者の4群について、「災害時の困難」(問32)の結果を比較した。

回答者の2割以上が選んだ項目の数は、多い順に、「総合支援法によるサービスだけの利用者」が9項目、「介護保険法によるサービスだけの利用者」が6項目、「どちらのサービスも利用していない人」が5項目、「2つのサービス利用者」が4項目であった。

サービス利用の有無と近隣支援者の有無の関係を表10に示した。対象者578名のうち総合支援法のサービスまたは介護保険サービスを利用していたのは182名19.9%、そのうち近隣支援者があると回答したのは58名31.9%(全体の10.0%)であった(表10の網掛け部分)。

D. 考察

(1) 単独避難と近隣支援者

「火事や地震災害などの時に一人で避難できますか(問29)」、「家族が不在や一人暮らしの場合、火事・災害の時にあなたを助けてくれる近所の人はいますか(問30)」の回答には多様な場合が含まれるため、より具体的な条件を「災害時の困難」(問32)の選択肢とすることが望ましいと考えられる。

例えば、単独避難可能群のうち「地域の災害リスクの情報が入手できない」、「被害状況、避難場所などの情報が入手できない」、「安全なところまで、迅速に避難することができない」と答えた者は合わせて60名24.6%おり、安全な単独避難は難しいと考えられたからである。

また、近隣支援者有群のうち「救助を求め

ることができない」「地域の災害リスクの情報が入手できない」「被害状況、避難場所などの情報が入手できない」「安全なところまで迅速に避難することができない」と答えた場合に、近隣支援者が支援できるのか否かはわからないと考えられた。

(2) 災害経験の有無について

災害経験有群は無群よりも、情報入手に関して「困ったこと」が有意に多かったことは興味深い。災害時における情報入手の困難は、視覚障害・聴覚障害による代替手段の必要性は指摘されていたが、予報・警報・被害・救援に関する情報の発信元を知り、通信方法を試しておくことが災害準備として有効なことを示唆すると考えられる。災害経験有群からは経験に基づく具体的なニーズが得られると期待されることから、次期全国調査でも災害経験の有無は聞く価値があると考ええる。

ただし、「災害経験」が何を指すかは、プレ調査ではあいまいであった。災害種別の特定はせず「火事または地震・水害どの災害の経験があるか」と尋ねた。調査の対象地は、調査の前年になる令和元年東日本台風の被災地であったことから、多くは直近の台風について回答したと推測される。しかし、災害経験有群には、自宅が浸水した場合もしなかった場合もあったと考えられる。自宅が浸水しなくても、調査地の各所で交通機関の停止および公共機関・商店などの活動停止はあり、対象者は何かしらの水害の影響を体験あるいは見聞きしたと考えられるからである。

次期調査では、設問における「災害の経験」を幅広く指定するために、「※自宅が被

害を受けなくても、公共交通機関の停止・公共機関・商店などの活動停止による影響等も含む」のような但し書きを追加することを提案する。

（3）次期「生活のしづらさなどに関する調査」での災害の設問について

本研究の問 32 では、「自治体の障害福祉計画に関する PDCA 調査案（厚労省）」のうち災害に関する設問を利用して、「災害時に困ったこと（困ると思ったこと）」を選択肢から選ぶように求めた。一方、本研究における調査実施の後で行われた日本放送協会（NHK）と日本障害者フォーラムによる「障害と防災」に関するアンケート 2020.12-2021.1)⁵⁾では、「災害に備えて取っている対策」を選択肢から選ぶように求めた。2つの調査の選択肢は、表 11 に示すように類似していた。

「生活のしづらさなどに関する調査」等、今後の調査で災害に関する設問を使用する場合には、「困ったこと」を聞くよりも、NHK による調査の設問のように「対象者による事前準備」を聞くほうが準備状況の進捗を明らかにするためには有用だと考えられる。なぜならば、対象者の災害準備のうち遅れている項目を明らかにし、促進方法を検討するために調査結果を使用できるからである。

前述したように、「単独避難ができるかどうか」と「近隣支援者がいるかどうか」は、より具体的な指標に置き換えた準備項目に変更することを提案する（表 11 の中央列および表 12）。例えば、問 30「家族が不在や一人暮らしの場合、火事・災害の時にあなたを助けてくれる近所の人はいますか」の質

問は、「危険の声掛け（安否確認）」と「危険時の自宅からの救出」を含んでいると考えられるため分割して質問すること、および、「避難所までの移動を手伝ってくれる人はいるか」も加えることで避難準備の有無を具体的に明らかにできると考えられる。

災害準備項目を総合した質問項目としては「災害時避難計画の作成の有無」を追加することを提案する。災害対策基本法の改正で、災害時避難計画は自治体の努力義務になったためである。また、日本障害者フォーラムが国連障害者権利条約の権利委員会に提出したパラレルレポート⁶⁾において国に要望された災害準備事項にも個別避難計画の作成の推進があったためである。

ただし、現段階では、避難行動要支援者に対して、地域支援者をマッチングさせることだけを「個別避難計画」と呼ぶ場合もあり、災害準備項目をすべて満たす場合は少ないことに注意が必要である。個別避難計画作成のモデルになっている大分県別府市でも、「個別避難計画」の中心は地域支援者のマッチングであり、さらに詳しい災害準備項目については別に「ケアプラン」の作成を進めている。現段階では、内閣府が示した「個別避難計画」のひな形を基に自治体が、それぞれの個別避難計画の様式を開発している。

小問の数は 20 で、PDCA 案の 2 倍になったため、全国調査では、予備調査により数を絞ることも検討の余地があると考えられる。表 12 には 20 項目中、優先順位が高いと買いが得られる 10 項目を太字で示した。

（4）災害時避難計画は、誰から作るか？

① 障害等級は関係しない

すでに、個別避難計画作成の優先度の理由を特定することが困難なことは先行事例の経験から指摘されている⁷⁾。本研究は、個別避難計画作成の優先度の理由として障害等級だけでは十分でないことを実証的に示したと考えられる。

すなわち、障害者手帳所持者の中では等級による災害時の困難の差は少なかった。すなわち、等級が高い(重度の)群では、「災害時の困難」10項目のうち「投薬や治療が受けられない」だけが有意に多く、「補装具の使用が困難になる」は有意に少なかった。ただし、困難を「有無」だけでなく、段階的に評価することで、困難に差異を示す可能性はある。そこで、設問の選択肢では、準備状況を、「できている、一部できている、できていない」の3段階とした。

② 総合支援法サービスだけ利用している人は優先度が高い

障害者手帳所持者の中でも、総合支援法だけのサービス利用者は災害時の困難項目の数、選択比率共に多かったために、早期に災害準備を整える必要があることが示唆された。まず、災害リスクの高い地区に居住する総合支援法によるサービス利用者について個別避難計画を作成することを提案する。

E. 結論

- ① 次期「生活のしづらさなどに関する調査」において災害に関する設問の追加案を示した(表12)。
- ② 単独避難、近隣支援者、災害時の困難については、個別避難計画の構成要素が整っているかどうかにより、災害準備ができていないかを聞くと、より正確に実情を

示す。

- ③ 災害経験については、PDCA案に以下の但し書きをつける。「これまで火事や地震・水害など災害にあったことはありませんか。※自宅が被害を受けなくても、公共交通機関の停止・公共機関・商店などの活動停止による影響等も含む」

F. 引用文献

1. 北村弥生. 災害時の障害者に対する福祉的支援の在り方. 週刊医学界新聞. 第3410号(3), 2021.
2. 飛松好子ら. 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. 令和2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)「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」統括・分担報告書: 1-4, 2021.
3. NHK「福祉ネットワーク」取材班. 東日本大震災における障害者の死亡率. 月刊ノーマライゼーション. 2011年11月号
4. 厚生労働省. 障害福祉計画策定に係る実態調査及びPDCAサイクルに関するマニュアル. 2020.
5. NHKハートネット. 「障害者と防災」に関する当事者アンケート. https://www.nhk.or.jp/heart-net/topics/19/anq_touji.html
6. 日本障害者フォーラム. 障害者権利条約日本の総括所見用パラレルレポート: 15-19, 2021.
7. 立木茂雄. 誰一人取り残さない防災をめざして～根本原因に対する根本的対策とその具体的な段取りを中心に～, 消防防災の科学, No. 145, 2021年夏季号, 9-15.

G. 発表

1. 北村弥生. 障害者手帳所持者が災害の時に感じる困難. 災害情報学会. 2021-11-27. Zoom 開催.
2. 北村弥生. 障害者手帳所持者が災害時

に感じる困難—障害種別および等級による差—. 日本保健医療社会学会. 2022-05-28. Zoom 開催.

表 11 災害に関する設問の比較 (赤は追加、青は修正、緑はニーズを準備に変更)

R2 プレ調査	今後の調査のための案	NHK 調査 現在、あなたが災害に備えて取っている対策として以下であてはまるものをすべて選んで下さい。
問 31 今まで火事や地震・水害等の災害にあったことはありますか	問 1 これまで火事や地震・水害など災害にあったことはありますか。*自宅が被害を受けなくても、居住自治体が被災地で、公共交通機関の停止・公共機関・商店などの活動停止による影響等も含まれます。	
	問 2 火事や地震水害などの災害への準備状況を選んでください (できている、一部できている、できていない)	
	1.自治体の広報の情報を自分で得る、あるいは、家族・知人から聞くことができる	
	2.自治体の防災メールの情報を自分で得る、あるいは、家族・知人から聞くことができる	
問 29 火事や地震災害などの時に一人で避難できますか		
	3.浸水の危険・近所の火事・自宅の倒壊の場合に、その日のうちに安否確認に来てくれる人がいる (同居の家族も含まれます)	a. 避難行動要支援者名簿の地域での共有
	4.近所の火事・自宅の倒壊の場合に、助け出してくれる人がいる (同居の家族も含まれます)	
問 30 家族が不在や一人暮らしの場合、火事・災害の時にあなたを助けてくれる近所の人はいますか	5. 浸水の危険・近所の火事・自宅の倒壊の場合に避難所まで移動を助けてくれる人はいる (同居の家族も含まれます)	
	6 個別避難計画を作成した	
問 32 火事や地震水害などの災害時に困ったこと (困ると思うこと) に○をつけてください。		
1. 地域の災害リスクの情報 (防災マップなど) が入手できない	7 地域の災害リスク情報 (防災マップなど) を確認した	
2. 被害状況、避難場所などの情報が入手できない	8. 被害状況を知るための情報源と方法を確認した	
3. 救助を求めることができない	9. 近隣支援者との連絡方法を確認した	b. 個別 (避難) 計画の作成 (安否確認をする近隣支援者の調整)
4. 安全なところまで、迅速に避難することができない	10 避難所までの経路を確認した	c. 避難所までの経路を確認
5. 避難場所の設備 (トイレ等) や生活環境が不安	11 避難所の設備 (トイレ等) ・環境を確認した	e. 避難所の環境確認
6. 周囲とコミュニケーションがとれない	12 周囲とのコミュニケーション方法を確認した	
7. 投薬や治療が受けられない	13 災害時に利用できる医療機関と薬局を確認した	
8. 補装具の使用が困難になる		
	14 障害に関係する物資、機材を備蓄した (医療機器のための電源も含まれます)	f. 医療機器等のための電源の確保
9. 補装具・日常生活用具・医薬品の入手ができなくなる	15 補装具・医薬品等の調達先と連絡方法を知っている	g. 障害に関係する物資、機材の備蓄
10. 復旧に関する情報が入手できない	16 復旧に関する情報入手先と方法を知っている	
11. 家の片付けなどができない	17 家の片付けや買い物などを依頼するためのボランティア等の依頼方法を知っている	
12. 通常と異なる状況で、買い物など物資の入手ができない		
	18. 地域の防災訓練に参加した	d. 地域の防災訓練への参加
	19. 地域の防災担当者と連絡先の交換をした	
	20 家具の固定、備蓄、持ち出し荷物の準備など一般的な災害準備をした	h. 家具の固定、備蓄、持ち出し荷物の準備など一般的な災害準備
13. その他	21 その他	
14. わからない		

表 12 今後の調査のための案（表 11 の中央の列を整形、太字は優先順位の高い項目）

問1 これまで火事や地震・水害など災害にあったことはありますか。※自宅が被害を受けなくても、居住自治体が被災地で、公共交通機関の停止・公共機関・商店などの活動停止による影響等も含まれます。	
問2 下のそれぞれの項目について、火事や地震水害などの災害への準備状況について当てはまるものを右から一つずつ選んでください	
1.自治体の広報の情報を自分で得る、あるいは、家族・知人から聞くことができる	できている、一部できている、できていない
2.自治体の防災メールの情報を自分で得る、あるいは、家族・知人から聞くことができる	できている、一部できている、できていない
3.浸水の危険・近所の火事・自宅の倒壊の場合に、危険を知らせに来てくれる人がいる（同居の家族も含まれます）※すでに危険に巻き込まれていたなら、救出のために近隣（及び避難所）で情報共有する	できている、一部できている、できていない
4.近所の火事・自宅の倒壊の場合に、助け出してくれる人がいる（同居の家族も含まれます）	できている、一部できている、できていない
5. 浸水の危険・近所の火事・自宅の倒壊の場合に避難所まで移動を助けてくれる人はいる（同居の家族も含まれます）	できている、一部できている、できていない
6. 個別避難計画を作成した	できている、一部できている、できていない
7. 地域の災害リスク情報（行政の防災マップ、国交省の重ねるハザードマップなど）を確認した	できている、一部できている、できていない
8. 被害状況を知るための情報源と方法を確認した	できている、一部できている、できていない
9. 近隣支援者との連絡方法を確認した	できている、一部できている、できていない
10. 避難所までの経路を確認した	できている、一部できている、できていない
11. 避難所の設備・環境を確認した	できている、一部できている、できていない
12. 周囲とのコミュニケーション方法を確認した	できている、一部できている、できていない
13. 災害時に利用できる医療機関と薬局を確認した	できている、一部できている、できていない
14. 障害に関係する物資・機材を備蓄した（医療機器のための電源も含まれます）	できている、一部できている、できていない
15. 補装具・医薬品等の調達先と連絡方法を知っている	できている、一部できている、できていない
16. 復旧に関する情報入手先と方法を知っている	できている、一部できている、できていない
17. 家の片付けや買い物などを依頼するためのボランティア等の依頼方法を知っている	できている、一部できている、できていない
18. 地域の防災訓練に参加した	できている、一部できている、できていない
19. 地域の防災担当者と連絡先の交換をした	できている、一部できている、できていない
20. 家具の固定、備蓄、持ち出し荷物の準備など一般的な災害準備をした	できている、一部できている、できていない
21 その他	あり（具体的に： ） ない

令和3年度
厚生労働科学行政推進調査事業費
障害者政策総合研究事業
分担研究報告書

余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の特徴
次期「生活のしづらさなどに関する調査（厚生労働省）」のプレ調査の結果から

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
研究協力者 北村 弥生 長野保健医療大学
研究分担者 清野 絵 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

研究要旨

【目的】本研究では、障害者手帳所持者の外出の実態の派生として余暇・スポーツ活動の実態を、「生活のしづらさなどに関する調査」のプレ調査の結果から明らかにすることを目的とする。また、次期の「生活のしづらさなどに関する調査」（以下、次期調査）において、余暇・スポーツ活動に関する設問を採用するか否かを検討する。

【方法】令和2年に長野県飯山市で行ったプレ調査において、余暇・スポーツ活動に関する設問を人口ベースの調査結果と比較した。余暇活動については、「余暇時間の活用と旅行に関する世論調査（内閣府，1999）」と比較し、スポーツ活動については「スポーツの実施状況等に関する世論調査（スポーツ庁，2019）」と比較した。

【結果】プレ調査の結果を人口ベースの調査の結果と比較すると、①選択率が高かった余暇活動の種類は同じであったが、「テレビ・ラジオ」、「パソコン・インターネット・テレビゲーム」は有意に多く、「趣味・娯楽」「鑑賞・見物」「地域や社会のための活動」「日帰りの行楽」「遊園地・テーマパークなどで遊ぶ」「余暇時間・休みはない」は有意に少なかった。②「運動・スポーツをしない者」は有意に多く、「屋外以外の実施場所」と「週1日未満の実施」は有意に少なかった。

【考察】障害者手帳所持者の余暇活動および運動・スポーツ活動は、自宅内で行う活動が多く自宅外で行う活動が少ない原因として、外出を支援する介助者の他に、活動実施場環境と活動方法、時間のゆとり、経済的ゆとりについての検討が求められると考えられた。

【結論】障害者手帳所持者では、屋外で行う余暇活動、運動・スポーツ活動の実施に制約が大きいことが明らかになった。ただし、スポーツ庁による障害者を対象としたスポーツの参加促進のための施策策定と連動した調査も定期的に行われていることから、次期調査での余暇・スポーツ活動に関する設問の採用については今後の課題とし、存在する調査結果をどのように活用するかについて十分に検討することを提言する。

本研究では、障害者手帳所持者の余暇・スポーツ活動の実態を、次期の「生活のしづらさ等に関する調査」（以下、次期調査）のプレ調査（以下、プレ調査）の結果から明らかにすることを目的とする。すでに、プレ調査のスポーツに関する設問については、実施状況が障害種別、等級、性別、年代により異なることが報告された¹⁾。また、次期調査へのスポーツに関する設問の追加については、調査目的、結果の活用可能性、調査票全体の量を踏まえて、さらなる検討が必要なことが指摘された。

本稿では、さらに、障害者手帳所持者を対象としたプレ調査と人口ベースの調査との間で、余暇とスポーツ活動に関する結果に差があるか否かを明らかにすることを目的とした。

2. 背景

①設問の変化

平成 23 年から 5 年ごとに実施されている「生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）に先行する全国身体障害児・者実態調査の平成 8 年調査から平成 18 年調査には、「過去 1 年間の外出頻度」「外出時の介助者」「外出時に困ること」「外出先でトラブルが起きた場所」「過去 1 年間にした余暇活動、趣味、学習、スポーツ、社会活動」「今後したい余暇活動、趣味、学習、スポーツ、社会活動」があった。その選択肢は、①コンサート・映画、②スポーツ鑑賞、③教室・大会への参加、④学習活動、⑤趣味の同好会活動、⑥ボランティアなどの社会活動、⑦障害者団体などの活動、⑧自治会活動、⑨パソコンの利

用、⑩その他、⑪特にないであった（図 1）。

しかし、平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査では、「過去 1 年間の外出頻度」「外出時に支援が必要か」「一人で外出できない場合の方法」「外出支援を使用したい頻度」は残ったが、「外出時の困難」と「余暇活動、趣味、学習、スポーツ、社会活動」に関する設問は割愛された。

問22 あなたは、どのような目的で外出することが多いですか。（あてはまるものすべてに○）	
1. 通勤・通学・通所	6. 趣味やスポーツをする
2. 訓練やリハビリに行く	7. グループ活動に参加する
3. 医療機関への受診	8. 散歩に行く
4. 買い物に行く	9. その他（ ）
5. 友人・知人に会う	
問23 外出する時に困ることは何ですか。（あてはまるものすべてに○）	
1. 公共交通機関が少ない（ない）	
2. 列車やバスの乗り降りが困難	
3. 道路や駅に階段や段差が多い	
4. 切符の買い方や乗換えの方法がわかりにくい	
5. 外出先の建物の設備が不便（通路、トイレ、エレベーターなど）	
6. 介助者が確保できない	
7. 外出にお金がかかる	
8. 周囲の目が気になる	
9. 発作など突然の身体の変化が心配	
10. 困った時にどうすればいいのか心配	
11. その他（ ）	

図 1 平成 18 年「生活のしづらさ等に関する調査」における余暇活動に関する質問

②障害福祉サービスにおける余暇・レクリエーション・スポーツの位置づけ

余暇活動に関する設問が身体障害児・者実態調査に少ない理由は、全国身体障害児・者実態調査を実施する根拠である身体障害者福祉法（昭和 25 年施行）には余暇活動に関わるサービスが少ないためと推測される。同法に「余暇」の文字はなく、「レクリエーション」は第 31 条に「身体障害者福祉センターは、無料又は低額な料金で、身体障害者に関する各種の相談に応じ、身体障害者に対し、機能訓練、教養の

向上、社会との交流の促進及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与する施設とする。」と記載されるのみである。

総合支援法（平成 25 年施行）には、余暇もレクリエーションも記載されていない。

ただし、「自治体の障害福祉計画に関する PDCA 調査案（厚労省）（以下、PDCA 調査案）」では、外出目的の選択肢として、「通勤・通学・通所」「訓練・リハビリ」「医療機関」「買い物」「友人・知人に会う」に次いで、「趣味やスポーツをする」「グループ活動に参加する」「散歩する」が挙げられている。

③障害者のスポーツ参加促進に関する背景

障害者基本法（昭和 45 年施行）には、「（文化的諸条件の整備等）第 25 条 国及び地方公共団体は、障害者が円滑に文化芸術活動、スポーツ又はレクリエーションを行うことができるようにするため、施設、設備その他の諸条件の整備、文化芸術、スポーツ等に関する活動の助成その他必要な施策を講じなければならない。」と記載されている。

国際的には、国連障害者権利条約委員会から日本政府への意見書にも条約 30 条（文化的な生活、レクリエーション、余暇およびスポーツへの参加）についての改善が指摘されている。

④スポーツ庁による障害者のスポーツ参加促進に関する調査

スポーツ庁が業務委託する「障害者のスポーツ参加促進に関する調査研究」は、平成

25 年度から令和元年度までは 2 年に 1 回、令和元年度からは毎年、モニターを対象にしたインターネット調査を約 5,000 人の障害者を対象として実施してきた。この調査では障害種別、等級別、性別の解析を行うと共に、7 才から 19 才群と成人群に分けて集計し、学校における対策を特化している。

一方、高齢の障害者が多いことを考慮すると、成人群を 64 歳以下群と 65 歳以上群に分けることで、より明確な対策が検討できると考える。また、モニターを対象にしたインターネット調査であるため、インターネットを利用できない障害者の回答を捕捉できない課題がどの程度あるかは確認が求められる。特に、上肢障害者、視覚障害者、知的障害者からの回答に漏れないかは留意したい。

B. 方法

次期調査の設問案の妥当性を検証するためのプレ調査を、長野県飯山市（人口約 2 万人）において、障害者手帳所持者 1,221 名（身体 867 名、療育 154 名、精神 200 名）を対象に郵送法で実施した。調査は令和 2 年 11 月に行った。飯山市は長野県北東部に位置し全国有数の豪雪地帯にあつて斑尾スキー場、戸狩温泉スキー場等がある。また、北陸新幹線の停車駅がある。

余暇とスポーツ活動に関する設問では、健常者との比較ができるように、一般人口について国が行った調査における設問を用いた。すなわち、余暇活動については、「余暇時間の活用と旅行に関する世論調査（内閣府、1999）」（以下、H11 内閣府調査）の設問の一部を（図 2）、スポーツ活動について

は「スポーツの実施状況等に関する世論調査（スポーツ庁，2019，2020）」（以下、R1 スポーツ庁調査，R2 スポーツ庁調査）の設問の一部を修正して使用した（図3）。一部の選択肢は、障害者の生活実態に合わせて修正した。

589名（回収率48.2%：身体407名、療育75名、精神80名、重複19名、不明8名）から回答を得たが、障害者手帳の種類が不明の8名を除いた581名を有効回答とした。検定はFisher's Exact testにより行った。

比較対象には①H11 内閣府調査（2,146名）、②R1 スポーツ庁調査（20,000名）から小都市（人口10万人未満の市）の集計表とローデータ（5,959名）および③R2 スポーツ庁調査のうち小都市（5,979名）の集計表を使用した。R2 スポーツ庁調査と令和2年「障害者のスポーツ参加促進に関する調査（スポーツ庁）」（以下、R2 スポーツ庁障害者調査）のローデータは未公表であったため、一部の比較は次年度に先送りにする。また、平成28年社会生活基本調査（総務省）の余暇活動の結果（8179,297名）とも比較した。

（倫理審査）

本研究は、国立障害者リハビリテーションセンターおよび長野保健医療大学の倫理審査委員会より承認を得た。

問19 余暇時間(週末などの2日以内の休日)には、主にどのようなことをして過ごしていますか。あてはまるものすべてに○をしてください。

1. 何もしないでんびりする	<input type="checkbox"/>
2. テレビを見たりラジオを聞いて過ごす	<input type="checkbox"/>
3. 新聞、雑誌などを読んで過ごす	<input type="checkbox"/>
4. 友人などとの交際	<input type="checkbox"/>
5. 軽い運動やスポーツ活動(散歩、ジョギング、水泳、テニス、スキーなど)	<input type="checkbox"/>
6. 趣味・娯楽(家庭菜園、釣り、マージャン、パチンコなど)	<input type="checkbox"/>
7. パソコン、インターネット、テレビゲームなど	<input type="checkbox"/>
8. 鑑賞・見物(絵画、陶器、祭り、神社、仏閣など)	<input type="checkbox"/>
9. 学習活動(外国語教室、陶芸教室など)	<input type="checkbox"/>
10. 地域や社会のための活動(祭り、各種ボランティア活動への参加など)	<input type="checkbox"/>
11. 飲食・ショッピング	<input type="checkbox"/>
12. ドライブ	<input type="checkbox"/>
13. 日帰りの行楽(ハイキング、温泉など)	<input type="checkbox"/>
14. 遊園地・テーマパークなどで遊ぶ	<input type="checkbox"/>
15. 家族とのたんらん	<input type="checkbox"/>
16. その他()	<input type="checkbox"/>
17. 余暇時間・休みはない	<input type="checkbox"/>

図2 プレ調査における余暇活動の質問

問20 運動やスポーツをしていますか。あてはまるものすべてに○をしてください。

1. 散歩	2. 体操	3. スポーツ()	4. 運動やスポーツはしない
-------	-------	------------	----------------

【運動やスポーツをしている方にも聞きます。】

問21 どこで運動やスポーツをしていますか。あてはまるものすべてに○をしてください。

1. 屋外	2. 家庭内	3. 障害者センター	4. 障害者センター以外の公共施設
5. 民間施設(スポーツジムなど)	6. その他()		

問22 運動やスポーツを、どのくらいの頻度で行っていますか。あてはまるの1つに○をしてください。

1. 週3日以上	2. 週1～2日	3. 月1～3日
4. 3ヶ月に1～2日	5. 年に1～3回	6. わからない

図3 プレ調査における運動・スポーツ活動の質問

C. 結果

(1) 余暇時間の使い方（表1）

「余暇時間（週末などの2日以内の休日）には、主にどのようなことをして過ごしていますか。あてはまるものすべてに○をしてください（以下、余暇活動）」（問19）で選択された項目の順位は、プレ調査とH11内閣府調査とほぼ同じであった（表1）。プレ調査では、多い順に、「テレビ、ラジオ」65.4%、「新聞、雑誌」35.3%、「家族とのたんらん」31.5%、「何もしないでゆっくりする」25.1%、「飲食・ショッピング」22.4%、「友人などとの交際」20.0%、「趣味・娯楽」17.4%であった。

余暇活動の選択率は、プレ調査では H11 内閣府調査よりも、「テレビ、ラジオ、新聞、雑誌」、「パソコン、インターネット、テレビゲーム」は有意に多く、「趣味・娯楽」「鑑賞・見物」「地域や社会のための活動」「日帰りの行楽」「遊園地・テーマパークなどで遊ぶ」「余暇時間・休みはない」は有意に低かった。

さらに、平成 28 年社会生活基本調査（以下、H28 社会生活基本調査）の余暇に関する設問から対応する項目の選択率を表 1 の一

番右の列に示した。「軽い運動・スポーツ」「趣味・娯楽」「学習活動」「地域・社会活動」「日帰りの行楽」は、H28 社会生活基本調査ではプレ調査の 4 倍から 37 倍の比率で選択された。

R1 スポーツ庁調査でも、「運動・スポーツ」以外に、日頃、行っている趣味・娯楽」を 28 項目から選ぶことを求めているが、28 項目を H11 内閣府調査および H28 社会生活基本調査の項目と対応させるのは難しかった。

表 1 余暇時間（週末などの 2 日以内の休日）に何をするか（問 19）

	R2 予備調査 N=581		内閣府調査 H11 年 8 月 N=2,146	p 値	総務省 社会生活 基本調査 H28 n=179,297
	人数	%	%		
何もしないでのんびりする	146	25.1	26.6	0.422	-
テレビ・ラジオなどの見聞き	380	65.4		-	-
新聞・雑誌などの見聞き	205	35.3		-	-
※テレビ、ラジオ、新聞、雑誌などの見聞き	394	67.8	43.5	<0.001	
家族とのだらん	183	31.5	32.9	0.472	-
友人などとの交際	116	20.0	22.7	0.116	-
軽い運動やスポーツ活動(散歩, ジョギング, 水泳, テニス, スキーなど)(支援機関の利用2名を含む)	99	17.0	16.9	0.928	68.8
趣味・娯楽(家庭菜園, 釣り, マージャン, パチンコなど)	101	17.4	24.7	<0.001	87.0
パソコン, インターネット, テレビゲームなど	97	16.7	5.4	<0.001	
鑑賞・見物(絵画, 陶器, 祭, 神社, 仏閣など)	26	4.5	5.6	0.238	19.4
学習活動(外国語教室, 陶芸教室など)	6	1.0	2.8	0.010	36.9
地域や社会のための活動(祭り, 各種ボランティア活動への参加など)	18	3.1	6.8	<0.001	26.0
飲食・ショッピング	130	22.4	27.6	0.005	
ドライブ	77	13.3	15.7	0.105	
日帰りの行楽(ハイキング・温泉など)	61	10.5	16	<0.001	59.3
遊園地・テーマパークなどで遊ぶ	3	0.5	5	<0.001	
1泊2日の宿泊旅行			6.9	-	
2泊3日以上宿泊旅行			2.4	-	
家事・帰省のための旅行			2.8	-	
その他	17	3.2	2.3	<0.001	
余暇時間・休みはない	8	1.4	6.4	<0.001	

プレ調査で比率が有意に高い場合に黄色、有意に低い場合に緑、著しく比率が小さい場合にオレンジで示した。

(2) 運動やスポーツをしているか

「運動やスポーツをしていますか（複数回答）」（問 20）に対して、「散歩」「体操」「スポーツ」「運動やスポーツはしない」を選択肢とした結果では、多い順に、「運動やスポーツはしない」47.8%、「散歩」30.5%、「体操」10.5%、「スポーツ」10.5%であった（表 2）。

プレ調査の結果を R1 および R2 スポーツ庁調査の結果と比較すると、どの種目の実施率も有意に低かった（表 2）。

スポーツの種類は 17 種類 50 件の記入があり、多い順に、スイミング 9 名、マットゴルフ 9 名、バドミントン 6 名であった（表 3）。マットゴルフは、1977 年に福井県で誕生したスポーツで、体力を必要とせず、ゴルフに比べ非常に安価に実施（1 プレイ数百円程度）できることも手伝い、老若男女の生涯スポーツとして普及が目指されている。現在、もっとも盛んに実施されているのは長野県で、老若男女問わず大勢のプレイヤーがいるという（ウイキペディア）。

表 4 に、問 19 で「軽い運動またはスポーツをする」と回答した 99 名が問 20「運動やスポーツをしていますか」にどのように回答したかを示した。その結果、散歩、体操、スポーツの内訳の比率は問 19 の結果と問 20 の結果について同様であった。

表 2 運動やスポーツをしていますか（問 20）

	R2 プレ調査		R1 スポーツ庁	p 値	R2 スポーツ庁	p 値
	人数 N=581	%	N=20000 %		N=20000 %	
散歩	177	30.5	61.9	<0.001	65.3	<0.001
体操	61	10.5	14.2	0.011	16.9	<0.001
スポーツ	61	10.5	27.3	<0.001	*1	
しない	278	47.8	18	<0.001	16.2	<0.001
NA	52	9.0	2.5	<0.001	2.0	<0.001

*1 は、ローデータの発表がないため算出できなかった。

表 3 スポーツの種目

種目	人数
スイミング	9
マットゴルフ	9
バドミントン	6
筋トレ	3
ゴルフ	3
ゲートボール	3
フィットネスクラブ	3
リハビリ	2
スキー	2
ジョギング	2
サッカー	2
剣道	1
野球	1
自転車	1
ソフトボール	1
ソフトバレー	1
アーチェリー	1
ラジオ体操	1
散歩	1

表 4 運動・スポーツに関する 2 問の結果の関係

問 20 の内訳	R2 プレ調査	
	問 19 で散歩、運動、スポーツを選んだ者 N=99	%
散歩	70	70.7
体操	22	22.2
スポーツ	36	35.4
しない	1	1.0
NA	3	3.0

(3) 運動やスポーツを行っている場所（表 5）

問 20 で「運動やスポーツをしている」と答えた 251 名について、「どこで運動やスポーツをしていますか（複数回答可）」（問 21）の結果は、多い順に、「屋外」42.6%、「家庭内」22.7%、「障害者センター」8.8%、「民間施設（スポーツジムなど）」6.0%、「障害者センター以外の公共施設」5.2%であった。

R1 および R2 スポーツ庁調査の結果と比べると、プレ調査の結果は、「屋外」以外では有意に使用率は低く、未回答は有意に多かった。

(4) 運動やスポーツの頻度 (表6)

問20で「運動やスポーツをしている」と答えた251名に対して、「どのくらいの頻度で行っていますか」(問22)の結果は、多い順に、「週3日以上」35.1%、「週1~2日」27.5%、「月に1~3日」9.2%、「わからない」

6.8%、「3か月に1~2日」1.2%、「年に1~3日」1.2%であった。

プレ調査の結果をR1およびR2スポーツ庁調査の結果と比べると、プレ調査の結果は、「週3日以上」では差はなかった。それ以外でプレ調査の結果が有意に少なかったのは未回答が多かったためと考えられる。

表5 運動やスポーツを行っている場所 (問21)

	R2予備調査 n=251			スポーツ庁 令和元年 小都市 n=5,959	p値	スポーツ庁 令和2年 小都市 n=4,750	p値
	人数	%		%		%	
			道路	45.3	-	45.5	-
			公園	24.2	-	23.2	-
			山岳・森林・海・川など自然環境	18.4	-	16.2	-
			空地	2.8	-	2.9	-
屋外	108	43.0	上記4項目のどれか	47.0	0.207		
家庭内	57	22.7	自宅または自宅敷地内	28.3	0.049	34.0	<0.001
障害者センター	22	8.8			-		
公共施設 (センター外)	15	6.0	公共体育・スポーツ施設	20.6	<0.001	16.8	<0.001
	2	1.0	公民館	3.1	-	2.5	
学校体育施設	5	2.0	学校体育施設	6	0.008	4.5	0.055
民間施設	16	6.4	民間インドア施設	16.3	<0.001	11.8	0.008
			民間アウトドア施設	11.5	-	9.2	
デイサービス	4	1.6			-		
その他	10	4.0	その他	4.9	0.501	2.7	0.209
未回答	56	22.3		5.1	<0.001	2.0	<0.001

表6 運動やスポーツの頻度

	R2予備調査 N=251		スポーツ庁 令和元年 小都市 n=4,588	p値	スポーツ庁 令和2年 小都市 n=4,747	p値
	人数	%	%			
週3日以上	88	34.7	31.3	0.251	35.9	0.682
週1または2日	69	27.5	32.3	0.078	35.6	0.005
月に1~3日	23	9.2	20.0	<0.001	16.5	<0.001
月に1日未満	6	2.4	16.4	<0.001	9.1	<0.001
わからない	17	6.8	-	-	2.9	0.001
複数回答・未回答	52	20.7	-	-	-	-

D. 考察

(1) 障害者手帳所持者の余暇活動に関する制約

プレ調査と H11 内閣府調査の間で、余暇活動の実施状況を比較した結果、障害者手帳所持者では屋内活動が多く、屋外活動が少ないことが明らかになった。その原因は、外出時の介助者不足、移動手段の整備不足、余暇活動実施環境の整備不足²⁾、余暇活動の実施方法の制約³⁾の4つが推測される。

H18 調査では、障害者手帳所持者の外出時の困難について、介助者不足と移動手段の整備状況を調査したが、余暇活動実施環境と余暇活動の実施方法の実態についても明らかにすることは、今後の課題と考えられる。

余暇活動の実施方法の制約とは、障害があるために通常の実施方法が取れないことを意味する。例えば、選択肢の趣味・娯楽に例示された「釣り、マージャン、パチンコ」を実施するためには障害種別によっては特殊な道具やルールが必要となる。

(2) 社会生活基本調査との結果の格差

社会生活基本調査ではプレ調査に比べて5項目(友人などとの交際、趣味・娯楽、学習活動、地域活動、日帰りの行楽)の余暇活動の実施比率が極めて高かった。その理由は2つ考えられる。第一は、社会生活基本調査では「過去1年間にしたことがあること」を聞いたのに対し、プレ調査では「週末などの2日以内の休日の余暇活動」を聞いたために平日および長期休暇中の活動が漏れたことである。

第二は、社会生活基本調査では余暇活動

の例を細かく上げて実施日数を聞いたのに対し、プレ調査では例示が少なかったために漏れが出たことである。社会生活基本調査の趣味では33項目、学習では28項目、スポーツでは21項目、ボランティアでは10項目について回答を求めた。

(3) 障害者手帳所持者の運動・スポーツ活動に関する制約

「週末の余暇活動(問19)」では「軽い運動やスポーツ活動(散歩, ジョギング, 水泳, テニス, スキーなど)」は17.0%で、「運動とスポーツをしている(問20)」の52.2%の3分の1に過ぎなかったのは、問19では週末の活動に限ったためと推測される。

プレ調査ではR1およびR2スポーツ庁調査に比べて、運動・スポーツをする者と公共施設の利用は有意に少なかった。R2スポーツ庁障害者調査では、スポーツおよびレクリエーション(以下、スポーツ等)の実施の障壁は多い順に、①体力がない、②時間がない、③金銭的余裕がない、④移動手段がない、⑤仲間がいない、⑥やりたいと思わないが挙げられた⁴⁾。これに対し、R2スポーツ庁調査の人口ベースの調査で、スポーツを実施できなかった理由は多い順に、①仕事や家事が忙しい、②面倒くさい、③年をとった、④お金に余裕がないで、障害者の場合と異なった。

余暇活動における屋外活動が少なかったことと同様に、運動・スポーツを行う場所に公共施設の利用が少なかった理由には、外出時の介助者不足、運動・スポーツ活動実施環境の整備不足⁵⁾、運動・スポーツ活動の実施方法の制約もあると推測される。スポ

一ツ実施状況は年齢による影響も多いと考えられるため、年齢階層を絞って比較することは今後の課題である。スポーツを実施しない原因等についてのさらに詳細な調査はスポーツ庁でも新規に取り組みされると報告されている⁶⁾。

(4) 次期「生活のしづらさなどに関する調査」での余暇活動および運動・スポーツ活動の設問について

次期「生活のしづらさなどに関する調査」で余暇活動および運動・スポーツ活動の設問を追加することについては慎重な吟味が必要と考えられた。すでに平成28年「生活のしづらさなどに関する調査」でも設問数は31と多いことと、障害福祉サービス等の施策に調査結果をどう関連付けるかを検討することが必要と考えられるからである。

社会生活基本調査（総務省、対象者19万人）でも、令和3年調査からEurostatによる障害の指標MEHM（Minimum European Health Module）を取り入れることが決まった⁷⁾。生活項目に費やす時間数および社会生活の実施状況を、障害のある人とない人の中で比較することができる見込みである。その結果でも把握できない内容を、今後の生活のしづらさなどに関する調査の質問項目として検討することが期待される。

E. 結論

1. 障害者手帳所持者では、屋外で行う余暇活動と運動・スポーツ活動の実施に制約が大きいことが明らかになった。外出に同行する支援者に加えて、活動方法の開発と活動環境の整備に関する基礎情報の収集は検

討課題と考える。

2. 次期調査での余暇・スポーツ活動に関する設問の採用については今後の課題とし、得られた調査結果をどのように活用するかについて十分に検討することを提言する。

F. 引用文献

1. 清野絵ら. 障害者のスポーツ実施の実態および手帳種別、等級、性別、年代との関連：「生活のしづらさなどに関する調査」のプレ調査における項目の検討. 令和2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）統括・分担研究報告書：114-120, 2021.
2. 内閣府. 令和元年度バリアフリー・ユニバーサルデザインに関する意識調査報告書. 2020.
3. 土田耕司. 身体障害者への余暇活動援助. 川崎医療福祉学会誌. 9(2):269-273, 1999.
4. (株)リベルタス・コンサルティング. スポーツ庁障害者スポーツ推進プロジェクト委託事業「障害者のスポーツ参加促進に関する調査研究報告書」. 2021-03.
5. 飯田研吾. 日本の障害者スポーツを取り巻く環境. Sports medicine. 128:34-35, 2011.
6. スポーツ庁. 令和2年度「障害者のスポーツ参加促進に関する調査研究」の調査結果について（速報値）. 2021-03-25.
7. 北村行伸. 諮問第144号の答申 社会生活基本調査の変更について. 統計委第1号. 令和3年2月8日.

G.発表

1. 北村弥生、岩谷力、外里富佐江、北澤一樹、古川智巳. 余暇・スポーツ活動についての障害者手帳所持者の実態と課題. 日本公衆衛生学会. 2021-12-21/23. Zoom 開催.
2. 北澤一樹、古川智巳、外里富佐枝、岩谷 力、北村弥生. 「全国在宅障害児・者等実態調査」予備調査結果の概要. 日本公衆衛生学会. 2021-12-21/23. Zoom 開催

令和3年度
厚生労働科学行政推進調査事業費
障害者政策総合研究事業
分担研究報告書

「生活のしづらさなどに関する調査」における原因疾患

研究分担者 岩谷 力 長野保健医療大学
研究協力者 北村 弥生 長野保健医療大学
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

研究要旨

【目的】「平成23年生活のしづらさなどに関する調査（厚労省）」（以下、H23調査）では、平成18年全国身体障害児・者実態調査（厚労省）（以下、H18調査）にあった原因疾患に関する設問がなくなり、代替設問の意味が曖昧であった。そこで、本研究では、障害者を対象とした全国調査において原因疾患を明らかにするための設問の有効性と課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】令和2年に行ったプレ調査において、H18調査とH23調査における原因疾患の選択肢を参考にした設問を使用し、障害種別に原因疾患を集計した。

【結果】①身体障害者手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳のみの所持者について、障害種別に対応する原因疾患の選択率を集計したところ、主要な疾患の選択率の合計には障害種別による差があり、最も低かったのは下肢障害のみ群で56.4%あった。②下肢障害のみ群のうち、原因疾患について「その他」を選択した43名中41名は、記入された疾患名から選択肢にあった原因疾患に再分類できた。③所持する身体障害者手帳の障害種別と異なる心身症状に関する原因疾患を回答した者があった。④精神障害者保健福祉手帳所持者では84.7%で原因疾患が選択された。

【考察】①身体障害では、原因疾患の選択肢についてレベルの統一が求められる。下肢障害のみ群で「その他」の選択が多かった理由の一つは、選択肢のレベルが多様であり回答しにくかったことと考えられたためである。②複数の障害（生活のしづらさ）がある場合を想定した設問あるいは回答欄の作成が有効と考えられる。

【結論】障害の原因を尋ねる設問については、以下を提案する。

- ① 原因疾患を調査するのか、健康状態を調査するのか、施策に生かすためには分析の目的を明確にすることが必要であるため、時間をかけて検討する。
- ② 原因疾患を調査する場合には、知的障害など除外する障害種別を明記し、障害種別ごとに選択肢の設定に工夫が求められる。H18調査とH23調査の比較からは、以下を提案する。
- ③ 医療機関の受診頻度に関する設問は、H18調査のように1年間の受診日数とする。さらに、「障害に関する受診」と「それ以外の受診」を分けて聞くことで、平成18年以前との比較が可能になり、また、受診の意味も明確になると考える。
- ④ 3障害別だけでなく、身体障害内の障害種別および障害等級別の集計を加える。

A. 目的と背景

(1) 障害の原因疾患を聞く質問の変化

昭和 26 年に開始された全国身体障害児者実態調査(厚生労働省)は平成 23 年に「生活のしづらさなどに関する調査」(以下、H23 調査)に改変された。その際に、障害の原因疾患を聞く設問はなくなった。代替え設問では、「調査日までの 6 か月間に身体的精神的に具合の悪いところはあるか(一時的な風邪やけが等によるものは含めない)」を尋ね(問 13、図 1)、「ある」と回答した者に、症状を 36 の選択肢から、病気を 41 の選択肢から(問 13-(2)、図 2)選ぶように求めた。さらに、医療機関に通院する頻度を質問した(問 13-(3)、図 3)。

(2) 症状と病気

H23 調査では、症状および病気の選択肢は国民生活基礎調査の調査票を参考に設定された。平成 18 年全国身体障害児・者実態調査(以下、H18 調査)までは、身体障害でよく知られている原因疾患を選択肢としていたのに対し、H23 調査では対象者の拡大により幅広い症状と病気を選択肢に入れなければならなかったことと、医学的な用語を使わないことを心掛けたために、選択肢を国民生活基礎調査から利用したと推測される。

しかし、国民生活基礎調査では「ここ数日」の状態を聞いたのに対し、H23 年調査では「調査日までの 6 か月間」の状態を聞いていた。「調査日までの 6 か月間」と指定したのは、身体障害の障害認定は受傷等から一定期間経過して障害が固定した後に行われ、その期間の一つとして 6 か月が過去に例示されたためと推測する^{1)・2)}。すなわち、こ

の設問では、障害者手帳所持者に加えて「障害が固定する前の者」および「症状に変動があり固定しない者」を捕捉することを見込んだと推測される。H23 調査では、「身体的精神的に具合の悪いところがある」と回答したのは対象者の 9 割以上であったことから、目的通りに、「障害が固定する前の者」および「症状に変動があり固定しない者」も補足したと考えられる。

しかし、この設問で原因疾患が明らかになったわけではなかった。第一に、療育手帳所持者(知的障害者)、発達障害者、高次脳障害者については原因疾患の回答は求めず、別の設問で、知的障害、発達障害、高次脳機能障害か否かの回答を求める指示を付記した。しかし、症状と病気の集計に療育手帳所持者の欄があり、自覚症状では精神症状 77%が、病気では精神・神経 57.5%が最大であったが、多様な自覚症状と病気が回答された。原因疾患の設定が難しい療育手帳所持者に対し、症状および疾患を質問する意味については検討が必要であると考えられる。

第二に、この設問で障害の原因が回答されるのであれば、視覚障害者は「目の症状」

「目の病気」を選択すると予想されたが、等級に関わらず、3 割しか「目の症状」「目の病気」を選択しなかった⁴⁾。他の障害種別についても同様の結果であった。つまり、障害者手帳の原因となる症状あるいは疾患について回答した者と、障害以外の「身体的精神的に具合の悪いところ」について回答した者が混在したと推測される。

平成 28 年「生活のしづらさなどに関する調査」(以下、H28 調査)では、障害に関する症状と病気について回答を促すために、設問の次に「※ 6 ヶ月以上継続している場

合も含まれます。」を追加したところ、「具合の悪い」者の比率はわずかに減り、視覚障害者における「目の症状」「目の病気」の選択率は増加したが、大きな変化ではなかった⁵⁾。

そこで、次期の「生活のしづらさなどに関する調査」(以下、次期調査)では、身体障害については H18 調査の設問および選択肢に戻すことで、障害の原因疾患に関する回答を得られるか否かを明らかにすることを

プレ調査の目的の一つとした。

【障害の状態等に関する質問です。】

問 10 おおむね6ヶ月以内(平成23年6月1日～平成23年11月30日)に、身体的又は精神的に具合が悪いところはありましたか。
あてはまる方に○をしてください。
※一時的な風邪やけが等によるものは含めないでください。

1 はい(問10-(1)・問10-(2)・問10-(3)へお進みください)
 2 いいえ(問11へお進みください)

図1 平成23年調査の設問(問10)

問10-(1) あなたの症状はどのようなものですか。主なものを3つまでを下の表から選んで○をしてください。(「36 その他」に該当する場合は、具体的な内容を記入してください。)
※問10で「1 はい」に○をした場合のみ回答してください。
※一時的な風邪やけが等によるものは含めないでください。

01 熱が出る	22 動悸
02 発汗・冷汗	23 息切れ
03 体温調整ができない	24 胸痛
04 体が力が入らない	25 下痢
05 体がだるい・疲れやすい	26 便秘
06 眠れない	27 腰痛
07 いらいらしやすい	28 かみにくい・飲み込みにくい
08 もの忘れする	29 頭痛
09 薬中が緩かない	30 手足の関節の動きが悪い・痛い
10 落ち着かない・衝動的になる	31 手足の動きが悪い・痛い
11 気分がぼんやり・意識がわかない	32 手足のしびれ・まひ
12 適切な判断ができない	33 手足の切筋
13 気になると頭を離れない・こだわりが強い	34 尿が出にくい・排尿時痛い
14 頭痛	35 尿失禁
15 めまい	36 その他 ()
16 けいれん・ひきつけ・意識消失	
17 ものが見づらい・見えない	
18 聞こえにくい・聞こえない	
19 声がない	
20 音声・言語がはっきりしない	
21 音声・言語が話せない	

問10-(2) どのような病気で体の具合が悪い状態が生じていますか。主なものを3つまでを下の表から選んで○をしてください。(「40 その他」に該当する場合は、具体的な内容を記入してください。)
※問10で「1 はい」に○をした場合のみ回答してください。
※知的障害、発達障害、高次脳機能障害については、問13～15でお聞きするため、この問で回答する必要はありません。

01 糖尿病	22 肺・気管支等呼吸器系の病気
02 甲状腺の病気	23 胃・十二指腸の病気
03 その他内分泌・代謝の病気	24 肝臓・胆のうの病気
04 気分障害(うつ・そう)	25 大腸・直腸の病気
05 神経症性障害(不安障害・適応障害等)	26 小腸の病気
06 統合失調症	27 その他消化器系の病気
07 摂食障害	28 歯の病気
08 睡眠障害	29 皮膚の病気
09 アルコール・薬物依存	30 リウマチ性疾患
10 認知症	31 関節症
11 その他の精神疾患	32 腰痛症(椎間板ヘルニア・脊柱管狭窄症等)
12 パーキンソン病	33 骨粗鬆症
13 てんかん(けいれん、ひきつけ、意識消失など)	34 その他の筋骨格系の病気
14 その他の神経の病気	35 腎臓の病気
15 眼の病気	36 ぼうこうの病気
16 耳の病気	37 その他の泌尿器系の病気
17 高血圧症	38 免疫の病気
18 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	39 血液の病気
19 脳挫傷	40 その他 ()
20 狭心症・心筋梗塞	41 不明
21 その他の循環器系の病気	

図2 平成23年調査の設問(問10-(1), (2))

問10-(3) どのくらい医療機関にかかっていますか。もっとも近いもの1つに○をしてください。
※問10で「1 はい」に○をした場合のみ回答してください。
※風邪やけが等の一時的なものを除き、身体的または精神的に具合が悪いために医療機関にかかっている回数についてお答えください。
※住診、訪問診療の回数を含まず。

1 1週間に4回以上	5 3ヶ月に1回程度
2 1週間に1～3回	6 6ヶ月に1回程度
3 2週間に1回程度	7 入院中
4 1ヶ月に1回程度	8 医療機関にかかっていない

図3 平成23年調査の設問(問10-(3))

B. 方法

次期調査の設問案を検討するためのプレ調査（以下、R2 プレ調査）を、長野県飯山市（人口約2万人）において、障害者手帳所持者1,221名（身体867名、療育154名、精神200名）を対象に郵送法で実施した。調査は令和2年11月に実施した。飯山市は長野県北東部に位置し全国有数の豪雪地帯にあって北陸新幹線の停車駅がある。

障害（あるいは生活のしづらさ）の原因となる疾患を聞く設問においては、身体障害についてはH18調査における原因疾患の選択肢（図4）を、精神障害についてはH23調査の精神疾患の選択肢（図5）を参考にした。H18調査の選択肢のうち眼科疾患は角膜疾患、水晶体疾患、網膜脈絡膜・視神経疾患が、耳鼻科疾患は中耳性疾患と内耳性疾患が選択肢では示されていたが、プレ調査では、疾患名を選択肢から外し自由記述するための（ ）を置いた。H18調査の結果では、視覚障害と聴覚・言語障害の原因疾患について不詳が多かったためであった。すなわち、障害種別の原因疾患の回答のうち不詳が、視覚障害で36.1%、聴覚・言語障害で51.0%、肢体不自由で15.4%、内部障害で16.4%であった。

療育手帳所持者については過去の全国調査でも原因疾患は調査されておらず、原因疾患を示す選択肢を設定することができなかった。療育手帳所持者を想定した症状に関する選択肢も設定できなかった。

得られたデータから原因疾患の選択率を障害種別ごとに集計した。また、原因疾患を特定できずに「その他」を選択した場合の記載内容を選択肢にあてはめて再分類を試みた。データはExcel(Microsoft社)に入力し、

変換してSAS(SAS Institute Inc.)で分析した。

問37 身体障害者手帳を取得する原因となった疾患は何ですか。障害者手帳に記載されている疾患名に○をしてください。

1. 眼科疾患	2. 耳鼻科疾患	3. 脳性まひ
4. 神経性骨粗しょう症	5. 骨髄質骨Ⅰ(骨まひ)	6. 骨髄質骨Ⅱ(四肢まひ)
7. 脳筋(上肢)	8. 脳筋(下肢)	9. 奇形筋疾患
10. リウマチ性疾患	11. 進行性筋萎縮性疾患	12. 筋性疾患
13. 筋性疾患	14. その他の筋性疾患	15. 心臓疾患
16. 呼吸器疾患	17. じん臓疾患	18. 腎臓疾患
19. 天候疾患	20. 小腸疾患	21. 腸管運動障害
22. 併発疾患	23. その他()	

図4 R2 プレ調査において身体障害者手帳所持者の原因疾患を聞く設問

問40 精神障害者保健福祉手帳を取得する原因となった疾患・障害は何ですか。あてはまるものすべてに○をしてください。

1. 気分障害(うつ病)	2. 神経症(神経衰弱、神経官能症等)	3. 統合失調症
4. 躁鬱病	5. 強迫性障害	6. アルコール・薬物依存
7. 認知症	8. その他の精神疾患	9. パーキンソン病
10. てんかん	11. 発達障害	12. 高次脳機能障害
13. その他の精神疾患	14. その他()	

図5 R2 プレ調査において精神障害者保健福祉手帳所持者の原因疾患を聞く設問

(倫理審査)

本研究は、国立障害者リハビリテーションセンター倫理審査委員会および長野保健医療大学倫理審査委員会に申請を行い、承認を得た。

C. 結果

589名(48.2%:身体407名、療育75名、精神80名、重複19名、不明8名)から回答を得た。

(1) 主要な原因疾患の選択率(表1、2)

表1に、障害種別による原因疾患の選択率を示した(複数回答有)。主要な疾患の選択率は「視覚障害のみ群」では81.8%、「聴覚障害のみ群」では75.0%、「下肢障害のみ群」では69.8%、「上肢障害のみ(体幹障害を含む)軍」では73.3%、「心臓機能障害群」では91.4%、「腎臓機能障害群」では90.9%、「精神障害者保健福祉手帳所持者」では

122.2%であった。複数選択があるため、精神保健福祉手帳所持者では主要な原因疾患の合計は100%を超えた。

(2) 障害種別による原因疾患の選択状況の差異

原因疾患の選択状況には障害種別による差があった。

① 身体障害者手帳所持者 (表1)

「視覚障害のみ群」22名では、原因疾患の選択は眼科疾患18名81.8%、「その他」2名8.7%、無回答2名8.7% (複数回答あり) であった。「その他」を選んだ2名のうち1名は「網膜の病気」と記入した。自由記述欄に記入された疾患名は他に以下の通りであった。緑内障、網膜色素変性症、黄斑変性糖尿病性網膜症、角膜創傷、白内障。

「聴覚障害のみ群」20名では、原因疾患は耳鼻科疾患15名75.0%、その他2名10.5%、無回答2名10.5% (複数回答あり) であった。「その他」を選んだ2名は感音性難聴1名、聴覚障害1名と記載した。自由記述欄に記入された疾患名は他に難聴4名、感音性難聴3名、突発性難聴1名、慢性中耳炎1名、耳1名であった。

肢体不自由者のうち「上肢のみ (体幹を含む群)」15名については、原因疾患は切断5名33.3%、脳挫傷4名26.7%、骨関節疾患2名13.3%、「その他」3名20%が選択された。

「その他」を選んだ3名中2名が疾患名を記入し、若年性一側性上肢筋委縮症、合短指症であった。

肢体不自由のうち「下肢障害のみ群」94名では、原因疾患は骨関節疾患36名38.3%、脳血管障害4名17.5%、「その他」33名35.1%であった。「その他」を選択した者43名全

員が疾患名などを記入した。内訳は、変形性股関節症10名、変形性膝関節症7名、脳出血2名、脊柱管狭窄症2名、脳腫瘍2名で、1名は骨折、頸髄損傷、小児麻痺、骨形成不全症、シャルコーマリートウス病、骨肉腫、脳こうそく (漢字は記入の通り)、多発性神経炎、後縦靭帯骨化症、先天性股関節脱臼、関節拘縮、低酸素脳症、好酸球性肺炎であり、「事故、外傷」と記入した2名以外は選択肢による再分類が可能であった。

内部障害のうち回答者が多かった心臓機能障害群81名と腎臓機能障害群22名は、それぞれ心臓疾患74名91.4%、腎臓疾患は20名90.9%を選択した。「その他」への記入は心臓機能障害では5名中4名にあり、急性心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症、股関節の障害、脳梗塞が記載された。股関節の障害、脳梗塞と記載した回答者は肢体不自由でも障害者手帳を所持していた。

腎臓機能障害では、「その他」を選択した1名は疾患名などを記入しなかった。

② 精神障害者保健福祉手帳所持者 (表2)

精神障害者保健福祉手帳所持者で疾患名を「その他」と答えたのは85名中6名7.1%で、「その他」の自由記述はパニック障害1名であった。また、疾患名を選択しなかったのは7名8.2%であった。

D. 考察

(1) 身体障害の原因についての選択肢のレベルの統一

下肢障害のみ群では、「その他」が多く選択されたが91.0%は再分類された。下肢障害のみ群で「その他」が多く選択された理由のひとつは、選択肢のレベルが不統一だった

ことと推測される。選択肢の中に脊髄損傷のような疾患名、骨関節疾患のような疾患群、脳血管障害のような障害名が混在していたからである。視覚障害・聴覚障害に対する選択肢は眼科疾患・耳鼻科疾患のように診療科別、内部障害に対する選択肢は腎臓疾患のように臓器別であり、全体としての統一性に欠けた。

「生活のしづらさなどに関する調査」で原因疾患を調べる場合は、①回答者が迷わない選択肢（再分類が少なく済む選択肢）、②分析目的に応じた選択肢を設定することが望ましいと考えられる。

（２）重複障害における原因疾患の記入方法

２つの障害種別で障害者手帳を持っている場合や障害者手帳以外に慢性疾患がある場合に、それぞれの原因疾患を聞くための対策を講じる必要があると考える。心臓機能障害者の中に肢体不自由の原因を記入した者があったからである。例えば、①「複数の障害（生活のしづらさ）がある人はすべての原因を選択すること」等の注記を追加する、②原因疾患について複数の記入欄を設定する等の対策が考えられる。

（３）医療機関への受診頻度

R2 プレ調査ではH23 調査の設問のままとしたが、医療機関への受診頻度の設問についても再考が必要と考える。

H23 調査、H28 調査の設問の流れでは、「調査日までの 6 か月間に身体的精神的に具合の悪いところ」についての医療機関の受診頻度が回答されたと考えられる。すなわち、障害に関する受診と障害以外の心身症状へ

の受診が混在して回答されたと推測される。

また、H18 調査までは「1 年間の受診日数」が聞かれたのに対し、H23 調査からは「医療機関への受診頻度」が聞かれたため、H18 調査の結果と H23 調査の結果は単純に比較できなくなっていた。受診頻度を聞く場合には定期的な受診を前提としている印象がある。

次期調査では1年間の受診日数を、「障害に関する受診」と「それ以外の受診」を分けて聞くことで、平成18年以前との比較が可能になり、また、障害（または生活のしづらさ）のための受診であることが明確になると考える。

（４）集計方法

受診頻度の結果は身体障害手帳所持者、療育手帳所持者、精神障害者保健福祉手帳所持者、非手帳所持者について集計され、身体障害手帳所持者内の障害種別（視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害等）の集計はなかった。その結果、医療機関への受診頻度には3障害の間に大きな差はなく、「1 か月に1回」が最も多く約40%であった³⁾。

一方、H18 調査では、「障害に関して1年間に医療機関にかかった日数」を聞き、身体障害の中でも障害種別により受診日数に差があることを示した⁶⁾。このことは、受診頻度については、身体障害手帳所持者全体だけでなく障害種別による集計に意義があることを示すと考えられる。

E. 結論

過去の全国調査を組み合わせたプレ調査により、障害の原因を尋ねる設問については、以下を提案する。

1. 生活のしづらさなどがある者について原因疾患を調査するのか、日常生活における健康状態を聞くのかを明らかにすること、施策に生かすために分析する目的を明らかにすることが必要であるため、時間をかけて検討する。
2. 原因疾患を調査する場合には、障害種別ごとに選択肢の設定には配慮が求められる。
 - (i) 身体障害では、分析目的に応じて、選択肢のレベル（疾患名、疾患群、診療科、臓器別、機能障害のどれか）を決め、回答しやすい選択肢を設定する必要がある。
 - (ii) 複数の障害（生活のしづらさ）がある場合に、複数の原因疾患の選択がされるように、「複数の障害（生活のしづらさ）がある人はそれぞれの原因を選択すること」等の注を追加したり、回答欄を複数設定したりする等の対策が必要とされる。
 - (iii) 精神障害福祉手帳所持者については、平成 23 年生活のしづらさ等に関する調査の病気を示す選択肢は約 85%から選択され、有効であると考えられた。
 - (iv) 療育手帳所持者については過去の全国調査でも原因疾患は調査されておらず、原因疾患を示す選択肢を提案することはできなかった。H23 調査でも、知的障害、発達障害、高次脳機能障害、難病については附問において「病気の種類の回答を求めていること」を付記したが回答され集計もされたことから、原因疾患を尋ねる場合には、最初に除外する

障害種別を示し、集計からも外すと統一できると考えられる。

プレ調査では検討していないが、H18 調査と H23 調査の比較から、関連して以下も提言したい。

1. 医療機関の受診頻度に関する設問は、H18 調査のように 1 年間の受診日数とする。さらに、「障害を原因とする受診日数」と「それ以外の受診日数」を分けて調査する。
2. 3 障害別だけでなく、身体障害内の障害種別および障害等級別の集計を加える。

引用文献

1. 愛知県 障害固定時期の目安について。
<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/shogai/0000071135.html>
2. 中央法規. 新訂第五版 身体障害認定基準及び認定要領：解釈と運用. 中央法規. 2019.
3. 厚労省. 平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査結果。
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h23.pdf
4. 高橋競、北村弥生、岩谷力、熊本奎吾. 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について～. 平成 26 年度 総括・分担報告書 厚労科研「障害福祉データ利活用に関する研究」（事業主任者：岩谷力）. 2015: 27-39.
5. 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（厚生労働省）」における調査項目修正の

結果. 平成 30 年度 総括・分担報告書
厚労科研「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) . 2019:57-66.

6. 厚労省. 平成 18 年全国障害児・者実態
調査結果.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/d1/01.pdf>

表1 身体障害者手帳取得の際の原因疾患（障害種別）

	視覚障害のみ		聴覚障害のみ		肢体不自由（上肢障害のみ）		肢体不自由（下肢障害のみ）		心臓機能障害		腎臓機能障害	
	人数	%	人数	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
対象者数	22		20		15		94		81		22	
眼科疾患	18	81.8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.5
耳鼻科疾患	1	4.3	15	75.0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
脳性まひ	0	0	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
脊髄性小児まひ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脊髄損傷Ⅰ（対まひ）	0	0	0	0	0	0	4	4.3	0	0	0	0
脊髄損傷Ⅱ（四肢まひ）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
切断（上肢）	0	0	0	0	5	33.3	1	1.1	0	0	1	4.5
切断（下肢）	0	0	0	0	0	0	4	4.3	0	0	0	0
骨関節疾患	0	0	0	0	2	13.3	36	38.3	0	0	0	0
リウマチ性疾患	0	0	0	0	0	0	2	2.1	0	0	0	0
進行性筋萎縮性疾患	0	0	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
脳血管障害	0	0	0	0	0	0	4	17.5	0	0	0	0
脳挫傷	0	0	0	0	4	26.7	0	0	0	0	0	0
その他の脳神経疾患	0	0	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
心臓疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	74	91.4	1	4.5
呼吸器疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.5	0	0
じん臓疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	90.9
ぼうこう疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大腸疾患	0	0	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
小腸疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
後天性免疫不全症候群	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肝臓疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	2	8.7	2	10.0	3	20.0	33	35.1	5	6.1	1	4.5
無回答	2	8.7	2	10.0	1	6.7	8	8.5	3	3.7	0	0
主要疾患合計		81.8		75.0		73.3		61.2		91.4		90.9

一番下の行の主要疾患合計は、障害種別の原因疾患として主要な疾患（網掛けセル）の合計を示した。複数選択があるため、一部の障害では主要疾患の合計が100%を超えた。

表2 精神障害者保健福祉手帳取得の際の原因疾患

	精神障害者保健福祉手帳所持者	
	人数	%
対象者数	85	100
気分障害	24	28.2
神経症性障害（不安障害・適応障害等）	15	17.6
統合失調症	42	49.4
摂食障害	1	1.2
睡眠障害	11	12.9
アルコール・薬物依存	3	3.5
認知症	2	2.4
その他の精神疾患	5	5.9
パーキンソン病	2	2.4
てんかん	5	5.9
発達障害	12	14.1
高次脳機能障害	2	2.4
その他の神経疾患	2	2.4
その他	6	7.1
無回答	7	8.2

令和3年度
厚生労働科学行政推進調査事業
障害者政策総合研究事業
分担研究報告書

飯山市健康老人調査における
国際連合の国際障害統計ワシントン・グループの指標の選択状況

研究分担者	岩谷 力	長野保健医療大学
研究協力者	北村 弥生	長野保健医療大学
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

研究要旨：

【目的】本稿では、国際連合の国際障害者統計のワシントン・グループ（以下、WG）の指標が介護保険サービスを利用していない高齢者を、どの程度「障害がある」と判定したかを明らかにすることを目的とした。

【方法】長野県飯山市が介護保険サービスを使用していない65才以上の高齢者6,251名（年度末段階年齢）を対象に毎年行っている基本チェックリスト調査に、WGの指標のうちWG-SS（短い質問群）6項目とWG-SS Enhancedから上肢2項目を追加して質問紙法による調査を実施した。返信のうち基本チェックリスト(KCL)25項目にひとつでも回答した5,683件を有効回答とした（回収率90.9%）。

【結果】① WG指標8項目への回答率は91.8～97%（無回答率3～8.8%）であった。

② 最も無回答率が高かった設問は「補聴器を使用しても、聞き取りに苦労しますか」であった。

③ WG-SSの6項目（設問26～31）に1項目でも「はい」と回答した者の割合（障害発生率）は42.4%であった。

④ WG-SSによる障害発生率は高齢になるとともに高かった。（65～69才群31.4%、70才代群36.9%、80才代群61.2%、90才以上群78.7%）

⑤ WG-SSに上肢機能に関する2設問（設問32, 33）のいずれかに「はい」と回答した者を加えると障害発生率は1.4～4.7%高くなった。（65～69才群8.0%、70才代群39.4%、80才代群63.5%、90才以上群81.4%）

⑥ 障害発生率は、80才未満では男性が女性より、80才以上では女性が男性より高かった。

⑦ 身体運動を伴う活動（設問28, 32, 33）への障害発生率はすべての年齢群で女性が男性より高かった。

【考察】これらの結果から、障害の有無による余暇活動などを比較する場合には、WGの指標による「障害者」の中には、高齢群には健康老人も含まれることに留意が必要なが示唆された。一方、教育については25才未満、就労については65才未満を対象に論ずることが多いため、WG-SSによる「障害者」に加齢により機能が低下した者が入ることへの懸念は少ないと考えられる。

【結論】WG-SSは、介護保険サービスを利用していない65才以上の高齢者（健康老人）の約4割を「障害がある」と判定することを明らかにした。年齢階層別には、60才代群では約3割、70才代群では約3.5割、80才代群では約6割、90才代群では約8割が「障害がある」と判定された。

・WG-SSによる健康老人の障害発生率の判定には性差があり、若年層ほど性差がある項目が多かった。

A. 研究の目的と背景

本稿では、国連の国際障害者統計のワシントン・グループ（以下、WG）の指標が介護保険サービスを利用していない高齢者を、どの程度「障害がある」と判定するかを明らかにすることを目的とした。

① WG の指標

WG は障害発生率の国際比較を目的にした共通指標の開発を目的に結成された国連のシティ・グループで、2001年に作られた。障害発生率が国によって大きく異なることが問題になっていたためである。WG が開発する指標は ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health:国際生活機能分類）に準拠することとされ、最初に、国勢調査または全国調査で使用することを目的に6項目から成る短い質問群（ショートセット；以下、WG-SS）が開発された。6項目とは、「視覚」「聴覚」「移動」「記憶・集中」「セルフケア」「コミュニケーション」であり、4段階の選択肢（できない、とても苦労がある、多少苦労がある、全く苦労はない）のうち「できない、とても苦労がある」の選択者を「障害者」と定義する^{1)~5)}。

WG-SS では知的障害、精神障害、上肢障害が捕捉しにくいことは早い段階から指摘され、WG-SS Enhancedとして、WG-SS6項目に、上肢機能2項目（粗大運動、微細運動）、不安2項目（頻度、程度）、憂うつ2項目（頻度、程度）を加えた12項目を使用することが、米国の全国調査の結果を根拠にして勧められている⁶⁾。

② WG の指標の使用状況

WG-SS は2021年現在では85か国で使用されており⁷⁾、国内でも利用の準備が進められている。

国連障害者権利条約では障害統計の充実がうたわれ、各国の基幹調査で障害発生率を明らかにする際に、WGの指標を使うことが推奨されている。我が国は国連障害者権利条約締結国として国連に対して定期的に行う政府報告⁸⁾および日本障害者フォーラムが国連に提出したパラレルレポート⁹⁾に「データ・統計の充実」は記載されており、同条約の「障害者の権利に関する委員会」でも日本の審査の際に課題になる可能性がある¹⁰⁾。

これまでは、国内の全国規模の公的統計では、WGの指標は、WGが推奨するようには使用されていなかった。平成23年「生活のしづらさなどに関する調査」（以下、H23調査）では、調査員が調査地区（一地区当たり約50世帯）を全戸訪問し調査対象者を示すためのスクリーナー12項目に、WG-SSと拡張質問群（以下、WG-ES）から一部を修正して使用した。しかし、H23調査では、この12項目は調査項目ではなく回答を求めなかったために、対象者をWG-SSあるいはWG-ESの指標で分別することはできなかった。

平成28年「生活のしづらさなどに関する調査」（以下、H28調査）では、12項目を23項目に修正し調査項目としたが、結果は公表されなかった。また、WGの指標から作成した23項目は、障害者手帳所持、難病指定とあわせて一つの設問中の選択肢とされたために、「障害者手帳を所持する」と選択した者の多くは、後ろに配置されたWGの指標の中に当てはまる選択肢があつて

も選択しなかった。例えば、身体障害者手帳を所持する視覚障害者は、「身体障害者手帳所持」を選択すると、後にある「眼鏡をかけても見るのが困難である」を選択しなかった。また H28 調査の選択肢は紙面の制約から 2 段階（はい、いいえ）とされた。2 段階の選択肢では、「できない」と回答しにくいことはワシントン・グループによる調査で示されている¹¹⁾。

国内では、障害統計の充実は、障害者政策委員会での議論（2016）¹²⁾、第 4 次障害者基本計画（2018～2022）¹³⁾、障害者の安定雇用・安心就労の促進を目指す議員連盟（略称、インクルーシブ雇用議連）からの提言書（2019）^{14,15)}などで指摘され、他の国際指標よりも WG-SS は障害を適切に捕捉することが示された¹⁶⁾。

WG-SS は、令和 4 年国民生活基礎調査（厚生労働省）で採用されることが決定したほか¹⁷⁾、令和 4 年「生活のしづらさなどに関する調査」で原形に沿った使用が提案されている¹⁸⁾。

③ WG の指標と高齢者

障害発生率は全人口中の障害者の比率であるため、WG の指標で示される障害発生率は各国の障害福祉サービス対象の基準や医学的な診断と異なることに注意が必要である。例えば、老化による自然な機能減退は、わが国では原則として障害福祉サービスの対象ではないが、WG の指標による「障害」には含まれる。そこで、高齢者について、WG の指標で、どのように分類されるかを確認しておくことが望ましいことが指摘されている¹¹⁾。

例えば、国民生活基礎調査のように障害

者手帳所持状況や診断名を聞かない調査では、WG の指標で判別された「障害」から国の福祉サービス対象である「障害」を区別することは難しいと考えられる。そこで、本研究では、介護保険の支援対象になっていない高齢者（健康老人）が、どの程度、WG の指標で「障害」と判別されること知するために調査を実施した。国民生活基礎調査では、WG の指標による障害発生率の算出の他に、教育、就労、その他の活動の機会が障害の有無により差があるか否かが比較されることが期待される。高齢者における比較では、WG-SS により判別された「障害者」から「健康老人」を減じて解釈すべき場合もあると考えるからである。

④ 基本チェックリスト KCL

基本チェックリスト(KCL)とは、近い将来介護が必要となる危険の高い高齢者（二次予防事業対象者）を抽出するスクリーニング法として開発され、2006 年の介護保険制度改正の際に、介護予防把握事業の一部として導入された。KCL は「はい」または「いいえ」で回答する自記式質問票で、全 25 問は日常生活関連動作 5 問、運動器 5 問、栄養 2 問、口腔機能 3 問、閉じこもり 2 問、認知機能 3 問、うつ 5 問の 7 領域からなる。「それぞれの領域に設定された項目数が選択された場合」および「うつ以外の 20 項目のうち 10 項目に機能減退があった場合」に、二次事業参加候補者として機能低下予防・向上事業への参加を促すことが提案された。多くの自治体で基本チェックリストは利用されているが、予防プログラム参加者数は伸び悩んでおり、2015 年からの「介護予防・日常生活支援総合事業」では、介

護予防相談者の状況の評価するツールという位置づけになった^k。

一方、KCL をフレイル評価に使い、25 項目の合計が 4~7 点をプレフレイル、8 点以上をフレイルと判定することも提案されている¹⁹⁾。

B. 研究方法

長野県飯山市（人口約 2 万人）において市役所が実施した調査票に WG-SS6 項目と WG-SS Enhanced のうち上肢 2 項目を追加した。飯山市は長野県北東部に位置し全国有数の豪雪地帯にあって北陸新幹線の停車駅がある。

飯山市の調査では、介護保険サービスを使用していない 65 才以上の高齢者 6251 名を対象とし、基本チェックリスト（以下、KCL）25 項目を 2011 年から毎年、調査している。返信者のうち KCL25 項目にひとつで

も回答した 5683 名を有効回答とした（回収率 90.9%）。このうち、WG の指標 8 項目すべてに無回答だったのは 161 名（2.8%）であった。

WG-SS Enhanced の残りの 4 項目（「不安の頻度」「不安の程度」「うつの頻度」「うつの程度」）も含めることが望ましかったが、調査票の紙面の制約により割愛した。また、同様に紙面の制約により選択肢は 4 段階でなく 2 段階（「はい」「いいえ」）とした。

WG-SS と WG-SS Enhanced の定訳はないため仮訳¹⁶⁾を使用した。

（倫理審査）

本研究は、長野保健医療大学倫理審査委員会に申請を行い、承認を得て実施した。

日常生活でどのような苦労がありますか。それぞれの項目について当てはまるものに○をしてください。

設問番号	質問内容	1 はい	0 いいえ
26	眼鏡を使用しても、見ることに苦労しますか	1	0
27	補聴器を使用しても、聴き取りに苦労しますか	1	0
28	歩行や階段を上るのに苦労しますか	1	0
29	思い出したり集中したりするのに苦労しますか	1	0
30	人の話を理解したり、人に話を理解させることに苦労しますか	1	0
31	身体を洗ったり衣服を着るような身の回りのことに苦労しますか	1	0
32	2 リットルの水のボトルを腰から目の高さに持ち上げることに苦労しますか	1	0
33	手と指を使って、ボタンをつまんだり、瓶の蓋を開け閉めすることに苦労しますか	1	0

図 1 WG の指標を使った設問（仮訳）

C. 結果

1. 性別・年齢階層別分布

表 1 に、対象者の分布を、性別・年齢階

層別に示した。約半数は 70 才代であった。80 才以上群では、女性は男性の 1.4 倍の人数であった。

表1 性別・年齢階層別対象者数

	男性		女性		全体	
	人数	%	人数	%	人数	%
69才以下	751	27.9	782	26.1	1533	27.0
70-79才	1321	49.2	1342	44.8	2663	46.9
80-89才	539	20.1	760	25.4	1299	22.9
90才以上	76	2.8	112	3.7	188	3.3
合計	2687	100.0	2996	100.0	5683	100.0
平均年齢 (標準偏差)	74.3(6.9)才		75.3(7.4)才		74.9(7.2)才	
中央値 年齢 (最小～最大)	73.0才 (64～100)		74.0才 (64～100)		73.0才 (64～100)	

2. 設問ごとの無回答率

表2に全33項目について無回答率を多い順に示した。最大はKCLのうちBMI (Body Mass Index)の13.5%で、身長と体重の両方の記入が求められるためと考えられる。2番目に多かったのはWG-SSの聴覚に関する設問の8.8%で、「補聴器をつけても」という条件について、「補聴器をつけていないので回答しなかった」という但し書きをした回答もあった。

それ以外の設問に対する無回答率は4.7～0.2%で、WGの指標に対する無回答率は3.8～3.0%であった。

表2 設問別の無回答率

設問番号	設問	無回答 (%)
12	BMI<18.5	13.5
27	補聴器を使用しても、聴くことに苦労しますか	8.8
11	6ヵ月間で2～3kg以上、体重が減りましたか	4.7
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	4.5
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	3.9
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	3.9
31	人の話を理解したり、人に話を理解させることに苦労しますか	3.8
29	思い出したり集中するのに苦労しますか	3.8

21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	3.8
20	今日が何月何日か、わからないことがありますか	3.8
32	2リットルの水のボトルを腰から目の高さを持ち上げることに苦労しますか	3.7
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	3.7
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった	3.6
28	歩いたり階段を上るのに苦労しますか	3.4
26	眼鏡を使用しても、見ることに苦労しますか	3.4
33	手と指を使って、ボタンをつまんだり、瓶の蓋を開け閉めすることに苦労しますか	3.2
30	身体を洗ったり衣服を着るような身の回りのことに苦労しますか	3.0
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	3.0
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.8
5	家族や友人の相談にのっていますか	1.1
1	バスや電車で、1人で外出していますか	1.1
4	友人の家を訪ねていますか	0.8
15	口の渴きが気になりますか	0.7
7	椅子に座った状態から、何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.7
13	半年前に比べて、固いものが食べにくくなりましたか	0.6
9	この1年間に転んだことがありますか	0.6
8	15分くらい続けて歩いていますか	0.6
6	階段を、手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.6
17	昨年と比べて外出回数が減っていますか	0.4
16	週に1回以上は外出していますか	0.4
14	お茶や汁物でむせることがありますか	0.3
2	日用品の買い物をしていますか	0.3
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.2

WGの指標に着色した

3. WGの指標への回答の性別および年齢階層別特徴

(1) WG-SSによる障害発生率と年齢(附表1)

附表1に、性別および年齢階層別にWGの指標の選択率を示した。WG-SS6項目(No.26～31)のうちひとつでも「はい」と回答した者の比率(障害発生率)は、全体で42.4%、64～69才群で31.4%、70才代群で36.9%、80才代群で61.2%、90才以上群で78.7%であった。

WG-SS Enhancedで追加された上肢機能

(no. 32, 33)のひとつでも「はい」と回答した者の比率は、全体で 14.4%、64～69 才群で 8.0%、70 才代群で 11.3%、80 才代群で 24.0%、90 才以上群で 45.7%であった。

上肢機能に関する 2 項目 (No. 32, 33) のどちらかに「はい」と回答した者を WG-SS 6 項目による障害発生率に加えると、全体で 44.5%、64～69 才群で 32.8%、70 才代群で 39.4%、80 才代群で 63.5%、90 才以上群で 81.4%となり、WG-SS により障害発生率に比べて 1.4%～4.7%増加し、年齢が上がる と増加率は増える傾向にあった。

WG-SS Enhanced のうち不安、憂鬱に関する設問の代わりとして、「気分の落ち込み」(no. 21～25) で 2 つ以上「はい」と回答した者を WG-SS6 項目による障害発生率に加えると、全体で 45.4%、64～69 才群で 34.6%、70 才代群で 40.0%、80 才代群で 64.0%、90 才以上群で 81.4%となり、WG-SS による障害発生率に比べて 2.7%～3.8%増加したが、年齢が上がる と増加率は減る傾向にあった。

(2) WG の指標の項目別回答の年齢階層別特徴

項目別の回答は、90 才以上群では、障害発生率が高い順に「歩いたり階段を上るのに苦勞する (移動)」58.0%、「思い出したり、集中するのに苦勞する (記憶・集中)」47.3%、「2 リットルの水のボトルを腰から目の高さに持ち上げることに苦勞する (上肢粗大運動)」34.0%であり、他は 20～30%であった。

80 才代群でも順位は同じだったが、障害発生率は移動 51.6%、記憶・集中は 30.8%、上肢粗大運動は 19.1%で、他は 7.5～18.4%

と移動以外では低かった。

(3) WG-SS の指標と性差

表 3 に WG の指標および KCL の分類別得点について性別による有意差の数、より多く「苦勞がある」と回答した性別の数を示した。附表 2 には、WG-SS6 項目と WG-SS Enhanced のうち上肢に関する 2 項目の選択率について、年齢階層別に性差があるか否かの検定結果を示した。附表 3 には、KCL の全体と 7 領域のうち日常生活関連動作領域を除いた 6 領域の得点について、年齢階層別に性差があるか否かの検定結果を示した。

WG の指標では、高齢群ほど、性別による差がある項目数は減り、男性が女性よりも障害発生率が高い項目数は減った。WG-SS による障害発生率は、80 才未満群では男性が女性より、80 才以上群では女性が男性より高かった。また、身体運動を伴う活動 (設問 28, 32, 33) への障害発生率はすべての年齢群で女性が男性より高率であった。一方、視覚とセルフケアの障害発生率では、2 つ以上の年齢階層について、男性が女性より高率であった。

これに対して、KCL の領域別得点では性差のパターンが異なり、70 才代群と 80 才代群で性別による有意差がある項目が多かった。障害発生率が有意に高かったのは 70 才代男性の認知機能、80 才代女性の栄養、複数の年齢階層における女性の閉じこもりと運動機能であった。

表 3 年齢階層別の WG の指標と KCL の領域別得点における性差がある項目数 (個)

年齢階層	64 ～ 69	70 ～ 79	80 ～ 89	90 ～	全体

W	有意差がある項目数	6	5	4	1	5
G	男性が高率の項目数	4	2	1	0	2
	女性が高率の項目数	2	3	3	1	3
K	有意差がある項目数	1	4	4	1	4
C	男性が高率の項目数	0	2	0	0	1
	女性が高率の項目数	1	2	4	1	3

D. 考察

1. WG の指標の回答率

本調査でのWGの指標への回答率はKCLの回答率と同等であったと考えられる。WG-SSの第2項目「補聴器を使用しても、聴き取るのに苦労する」への回答率は、本研究ではWGの指標のうち最も低く91.2%であったが、飯山市において障害者手帳所持者を対象にした調査で同じ設問への回答率が81.3%¹⁷⁾であったのに比べると高かった。

2. 健康老人は、どの程度、WGの指標で「障害」に分類されたのか？

本調査の結果は、健康老人のうち70才代までは3割から4割、80才代では約6割、90才以上では約8割がWG-SSおよびWG-SS Enhancedにより「障害」と判別されることを示した。WG-SSにWG-SS Enhancedのうち上肢2項目を加えると「障害」と判別された回答者は、どの年代群でも数%増加した。

WGの「不安」と「憂うつ」については本調査では確認していないが、不安障害やうつ病などの精神疾患がある人を見つけるための調査手法であるK6 (Kessler 6 Scale、日本語版気分・不安障害調査票) に相当する5項目(no. 21~25)のうち2項目以上の該当者を加えると、「障害」と判別された回答者は、どの年代群でも数%増加した。国民生活基礎調査ではK6とWG-SSが使用されることから捕捉関係を全年代に亘り確認することが期待される。

ただし、8項目それぞれに対する障害率は低く、65~69才群で3.5~14.9%、70才代群で5.7~18.9%、80才代群で7.5~45.5%、90才以上群で22.9~58.0%であった。

3. WG-SSによる障害の有無の比較での留意点

本調査の結果から、障害の有無による余暇活動などを比較する場合には、高齢群には健康老人も含まれることに留意が必要と考える。一方、教育については25才未満、就労については65才未満を対象に論ずることが多いため、WG-SSによる「障害者」に加齢による機能減退者が入ることへの懸念は少ないと考えられる。

本調査の対象者(健康老人)の中には障害者手帳所持者も含まれる。健康老人における障害者手帳所持か否かによるWG-SSの障害発生率の差、障害者手帳所持で介護保険を利用する高齢者におけるWG-SSによる障害発生率を知ることは今後の課題である。

E. 結論

- WG-SSは、介護保険サービスを利用していない65才以上の高齢者(健康老人)の約4割を「障害がある」と判定することを明らかにした。年齢階層別には、60才代群では約3割、70才代群では約3.5割、80才代群では約6割、90才以上群では約8割が「障害がある」と判定された。

- WG-SS 6項目による健康老人の障害発生率には性差があり、若年層ほど性差がある項目が多かった。

F. 発表

1. 北村弥生. 長野県飯山市での健康老人調査における国連の国際障害統計ワシントン・グループの指標の選択状況. 第29回視覚障害リハビリテーション協会研究発表大会. 2022-07-16/17. Zoom 併用会議 (名古屋).

引用文献

1. 北村弥生. 国連の障害統計に関するワシントン・グループの設問による調査の動向. リハビリテーション研究. 153: 24-27. 2011.
2. 北村弥生. 講座 障害統計 第二回 障害統計の国際動向: 国連国際障害統計に関するワシントン・グループ会議. リハビリテーション研究. 170. 2016.
3. 北村弥生. 国連の障害統計に関するワシントン・グループの取組. ノーマライゼーション. 36(422), 2016.
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n424/n424005.html>
4. 北村弥生, 江藤文夫. 国際障害統計ワシントン・グループの活動 (第16回会議まで). 「身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究」平成26-28年度総合研究報告書:41-62. 2017.
5. 北村弥生. 国連国際障害統計に関するワシントン・グループ: 第17回から第20回年次会合までの成果を中心に. 「現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究」令和2年度統括・分担報告書: 79-91. 2021.
6. 北村弥生. 国連国際障害統計に関するワシントン・グループ: WG-SS Enhanced と労働力モジュール. 障害福祉 NEW. 2021年

5月 (No. 38): 7-9.

7. Golden, C. WG Country Reports: Reported COVID and Disability Data Collection Activities. The 20th Washington Group Meeting, 2020.
8. 外務省. 障害者の権利に関する条約 第1回日本政府報告 (日本語仮訳). 2016.
9. 日本障害者フォーラム. 日本障害者フォーラムの平行レポート (日本への事前質問事項向け). 2019.
http://www.normanet.ne.jp/~jdf/data.html#page_top2
10. 飛松好子ら. 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29年度～令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費 障害者政策総合研究事業 総合研究報告書:27-28, 2020.
11. Mont, D. Activities of UN Washington Group Meeting on International Disability Statistics. 2018.
12. 内閣府. 障害者政策委員会 (第28回) 議事録. 2015.
13. 内閣府. 第4次障害者基本計画 (2018-2022). 2018.
14. 障害者の安定雇用・安心種朗の促進を目指す議員連盟 (略称、インクルーシブ議連). 2019年度予算概算要求に向けた提言～障害者施策の基礎となる統計調査の整備の充実～. 2018.
15. 野村総合研究所. 令和元年度障害者統計の充実に係る調査研究事業報告書. P. 43 令和2年3月.
16. 第166回統計委員会. 資料2 諮問第152号の答申「国民生活基礎調査の変更について (案)」 2021.7.30.

https://www.soumu.go.jp/main_content/000761857.pdf

17. 北村弥生, 今橋久美子, 飛松好子, 江藤文夫, 岩谷力. 障害者手帳所持者における国連国際障害統計ワシントン・グループ会議の指標の選択状況. 「現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅

障害児・者等実態調査の検討のための調査研究」令和2年度統括・分担報告書: 63-78. 2021.

18. 佐竹昭介. 基本チェックリストとフレイル. 日本老年医学会誌. 66(3):319-328, 2018.

附表1 性別・年齢階層別のWGの指標の選択率(%)

番号	年齢階層	-69才			70-79才			80-89才			90才-			全体		
		男	女	全体	男	女	全体	男	女	全体	男	女	全体	男	女	全体
	性別															
	人数	751	782	1533	1321	1342	2663	539	760	1299	76	112	188	2687	2996	5683
26	眼鏡を使用しても、見ることに苦勞しますか	17.4	11.8	14.5	15.7	9.8	12.7	18.2	14.5	16.0	27.6	25.9	26.6	17.0	12.1	14.4
27	補聴器を使用しても、聴くことに苦勞しますか	4.9	2.0	3.5	6.6	4.8	5.7	13.9	11.7	12.6	25	28.6	27.1	8.1	6.7	7.4
28	歩いたり階段を上るのに苦勞しますか	11.5	13.8	12.7	16.9	20.9	18.9	36.7	51.6	45.4	52.6	61.6	58	20.4	28.3	24.6
29	思い出したり集中するのに苦勞しますか	16.5	13.4	14.9	20.3	17.4	18.8	31.4	30.4	30.8	51.3	44.6	47.3	22.3	20.7	21.4
30	身体を洗ったり衣服を着るような身の回りのことに苦勞しますか	2.7	1.2	1.9	4.4	1.9	3.1	11.7	7.5	9.2	27.6	19.6	22.9	6.0	3.8	4.8
31	人の話を理解したり、人に話を理解させることに苦勞しますか	6.1	3.6	4.8	7.6	5.8	6.7	14.3	14.6	14.5	18.4	28.6	24.5	8.9	8.3	8.6
32	2リットルの水のボトルを腰から目の高さに持ち上げることに苦勞しますか	3.2	5.4	4.3	4.8	7.7	6.3	8.5	19.1	14.7	21.1	42.9	34.0	5.6	11.3	8.6
33	手と指を使って、ボタンをつまんだり、瓶の蓋を開け閉めすることに苦勞しますか	3.9	7.2	5.5	6.3	8.3	7.3	12.6	18.4	16	26.3	30.4	28.7	7.4	11.4	9.5
	26から31のどれかが「はい」	33.6	29.4	31.4	38.2	35.6	36.9	56.6	64.5	61.2	76.3	80.4	78.7	41.7	43.0	42.4
	32と33のどちらかが「はい」	5.5	10.5	8.0	9.2	13.3	11.3	17.1	28.9	24	36.8	51.8	45.7	10.5	18.0	14.4
	26から33のどれかが「はい」	34.1	31.6	32.8	39.7	39.0	39.4	57.7	67.6	63.5	76.3	84.8	81.4	42.8	46.0	44.5
	21から25のスコアが2以上	13.7	11.1	12.4	17.0	14.8	15.9	29.9	28.8	29.3	32.9	42.9	38.8	19.1	18.5	18.8
	(21から25のスコアが2以上)または(26から31のどれかが「はい」)	37.8	31.5	34.6	41.6	38.4	40.0	60.5	66.6	64.0	76.3	84.8	81.4	45.3	45.5	45.4
	(21から25のスコアが2以上)または(26から33のどれかが「はい」)	38.1	33.5	35.7	42.6	41.3	41.9	61.6	69.1	66.0	76.3	87.5	83	46.1	48.0	47.1

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
今橋久美子, 北村弥生, 岩谷力, 飛松好子.	行政データを用いた障害福祉サービス利用状況分析 施設入所者と在宅生活者の状態像比較.	日本健康開発雑誌	42	57-61	2021
岩谷力, 北村弥生, 今橋久美子, 飛松好子, 外里富佐江, 北澤一樹.	飯山市における障害者手帳所持者の実態.	長野保健医療大学紀要			印刷中
Hosaka S, Kido T, Imagawa K, Fukushima H, Morio T, Nonoyama S, Takada H.	Vaccination for patients with Inborn errors of immunity: a nationwide survey in Japan.	J Clin Immunol.		Epub ahead of print	
Kato K, Yabe H, Shimozawa N, Adachi S, Kurakawa M, Hashii Y, Saito A, Yoshida N, Kagami M, Onodera O, Kato S, Atsuta Y, Morio T.	Stem cell transplantation for pediatric patients with adrenoleukodystrophy: A nationwide retrospective analysis in Japan.	Pediatr Transplant.		Epub ahead of print	
Tanita K, Sakura F, Nambu R, Tsumura M, Imamura Y, Ohnishi H, Kagami Z, Pan J, Hoshino A, Suzuki K, Yasutomi M, Umetsu S, Okada C, Takagi M, Imai K, Ohara O, Muise AM, Okada S, Morio T, Kanegane H.	Marked Clinical and Immunological Heterogeneity in Japanese Patients with Gain-of-Function Variants in STAT3.	J Clin Immunol.	41	780-790	2021
Okamoto K, Morio T, Nakamura Y, Hataya H, Mizuta K, Mori M.	Hospitalisations due to respiratory syncytial virus infection in children with Down syndrome before and after palivizumab recommendation in Japan.	Acta Paediatr	110	1299-1306	2021

令和4年5月27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 森 浩一

次の職員の令和3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補助金 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立障害者リハビリテーションセンター・センター・顧問

(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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年5月27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 森 浩一

次の職員の令和3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補助金 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立障害者リハビリテーションセンター・研究所・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年5月27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 森 浩一

次の職員の令和3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補助金 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立障害者リハビリテーションセンター・研究所・室長
(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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年5月27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 森 浩一

次の職員の令和3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補助金 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立障害者リハビリテーションセンター・研究所・室長
(氏名・フリガナ) 清野 絵・セイノ カイ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年4月28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事業団

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 小 出 重 佳

次の職員の令和3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補助金 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 横浜市総合リハビリテーションセンター・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：国立障害者リハビリテーションセンター)
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4年4月28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 長野保健医療大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 岩谷 力

次の職員の令和3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補助金 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 長野保健医療大学・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)
人を対象とする生命科学・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"/>	長野保健医療大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

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 田 中 雄 二 郎

次の職員の令和3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
2. 研究課題名 現状の障害認定基準の課題の整理ならびに次期全国在宅障害児・者等実態調査の検討のための調査研究
3. 研究者名 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。