

提 言

身体障害者との共生社会の構築を目指して：
視覚・聴覚・運動器障害認定に関する諸問題



平成 20 年（2008 年）6 月 26 日
日本学術会議
臨床医学委員会 障害者との共生分科会

この提言は、日本学術会議 臨床医学委員会「障害者との共生分科会」の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議臨床医学委員会障害者との共生分科会

委員長	本田 孔士 (第二部会員)	大阪赤十字病院 院長
副委員長	加我 君孝 (連携会員)	国立病院機構東京医療センター感覚器センター センター長
幹事	石橋 達朗 (連携会員)	九州大学大学院医学研究院眼科学分野教授
幹事	芳賀 信彦 (特任連携会員)	東京大学医学部リハビリテーション医学教授
	飯野ゆき子 (連携会員)	自治医科大学附属大宮医療センター耳鼻咽喉科 教授
	高橋 清久 (連携会員)	藍野大学 学長
	中村 耕三 (連携会員)	東京大学大学院医学系研究科整形外科学教授
	岩谷 力 (特任連携会員)	国立身体障害者リハビリテーションセンター 総長
	金子 敏郎 (特任連携会員)	千葉大学医学部 名誉教授
	久保田伸枝 (特任連携会員)	帝京大学医学部 名誉教授
	湯沢美都子 (特任連携会員)	日本大学医学部眼科 教授

視覚障害者との共生小委員会

本田 孔士 (第二部会員)
石橋 達朗 (連携会員)
久保田伸枝 (特任連携会員)
湯沢美都子 (特任連携会員)
郷家 和子 (オブザーバー) 東京都心身障害者福祉センター 主事
臼井 千恵 (オブザーバー) 日本視能訓練士協会 会長

聴覚障害者との共生小委員会

加我 君孝（連携会員）

飯野ゆき子（連携会員）

金子 敏郎（特任連携会員）

八木 聡明（オブザーバー） 日本医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科
教授

運動器障害者との共生小委員会

芳賀 信彦（特任連携会員）

中村 耕三（連携会員）

岩谷 力（特任連携会員）

要 旨

1. 作成の背景

社会構成員の高齢化が進み、今、すべての人が何時自分が障害者の立場にたたされないとも限らない時代にある。最近ようやく、障害者に配慮した社会資本の充実に力が注がれるようになってきたが、障害者を社会に包摂し、共に生きてこそ真の優れた人間社会であるとの認識が社会に広がってきたからであろう。障害を持つ人達が、気兼ねなく共生する社会は、人の心を豊かにする。この分科会では、共生社会の構築を目指し、直面する問題点を整理することから始め、我々に今、何ができるかを提言としてまとめた。

2. 現状及び問題点

現在、障害者福祉に関連する様々な法制度において、保護、援助などの公的支援サービスを受ける資格の認定のために、障害認定が行われている。身体障害者手帳は「身体障害者福祉法」の目的（自立と社会経済活動への参加を促進するために援助と必要に応じての保護）を達成するために交付されるものであるが、目的の異なる他のいくつかの制度における障害認定に準用されている。そのため、障害等級と利用できる公的サービスとの整合性が問題になることが多い。身体障害者福祉法における認定基準においても遷延性意識障害者、超高齢者などの最近の医学・医療の進歩に伴う新たな疾病、病態への対応が問題となるなど、現行の等級認定基準が実情にそぐわなくなって来ている。また、新しい治療法が開発され、機能回復が可能になり日常生活活動制限が大幅に軽減されたにもかかわらず重度と認定される障害がある。再認定が十分に行われていない実情もあって、現在の認定制度が社会的な不公平感を生む一因となっている。

3. 報告の内容

第二次世界大戦後に芽生えたノーマライゼーション原理のもとに、障害を持つ人への処遇が保護から自立を目標に行われるようになり、リハビリテーションの理念さらに法制度に大きな変革がみられた。障害は、医学モデルのみならず生物・心理・社会モデルあるいは社会モデルによりとらえられるようになった。2002年には障害者基本計画が閣議決定され、「21世紀に我が国が目指すべき社会は、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会とする」ことが目標とされた。2006年には国連総会で「障害者権利条約」が採択された。この条約では、障害を機能障害と社会・環境による障壁との相互作用により生じるものととらえ、障害を持つ人が他の人と平等に完全かつ効果的に社会に参加するための互いに納得でき

る合理的配慮を政府に求めている。

4. 提言

共生社会の構築に向けて、医学・医療が関与する領域における問題点、課題を整理し、以下の提言をまとめた。

- 1) 障害を持つ人々の活動し参加する力の向上を支援するため、関連学会へ以下の提言をする。
 - (1) 障害に関する総合的学術領域の振興を図ること。
 - (2) ・国際生活機能分類（ICF、資料10参照）を用いて障害の予防・治療・リハビリテーションをとらえなおすこと。
 - ・障害に起因する診療場面でのバリアを検証し、解消を図ること。
 - ・福祉・雇用・就労関連分野との連携、協働し、自立生活を支援すること。
- 2) 福祉機器等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進するため、医学・医療分野と工学分野の研究者が協働し、研究に取り組むことを提言する。
- 3) 社会のバリアフリー化に貢献するため、関連学会が価値中立的な障害のとらえ方を国民に啓蒙する活動に取り組むことを提言する。
- 4) 自立基盤の強化と支援の最適化のため、障害の範囲、互いに納得できる合理的配慮の範囲、認定の仕組みの見直しを提言する。さらに我々は、この自立基盤の強化と支援の基礎となる昭和24年に制定された身体障害者福祉法に基づく障害認定について、視覚、聴覚、運動器障害、及びそれらの重複障害に絞って、現行の認定制度を医学的・医療的視点から検討した結果、多くの矛盾点を具体的に指摘することができた。それらの矛盾点は、社会的公平性の確保の視点から、早急に解決すべきであることを提言する。

目 次

はじめに	1
1. 検討の経緯	2
2. 障害者との共生の基本理念と医学・医療の果たすべき役割	4
1) 疾病、事故等の予防・防止と治療・リハビリテーション : 活動し参加する力の向上	5
2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進 : 福祉工学との協働	7
3) 自立生活のための社会生活基盤の整備：社会のバリアフリー化	7
4) 自立基盤の強化と支援の最適化 : 障害等級認定の仕組みの見直し	7
3. 現行の障害認定基準に関する問題点	10
1) 視覚障害認定に関する問題点	10
2) 聴覚障害認定に関する問題点	12
3) 肢体不自由（運動器障害）認定に関する問題点	15
4) 重複障害認定に関する問題点	17
4. 提言	19
参考資料	21
文 献	34

はじめに

社会構成員の高齢化が進み、今、すべての人が障害者の立場に何時たたされなくても限らない時代に突入した。長い人の生涯を考えれば、「未障害者」という言葉を、誰しも切実に意識せざるをえない。身体に何らかの障害を持つ事態に直面し、自助努力で苦勞しながら生活している人達を見ていると、何とか生活しやすい社会を作ろうという気持ちが自然に募ってくるのは、人が人たる所以である。障害を持つ人達が、障害を持たない人達と一緒に生活できる社会の構築は、どちら側から見ても、当然のことなのである。最近、ようやく障害を持つ人に配慮した法制度の整備がなされるようになり、例えば、「車椅子の人が生活しやすいように階段をバリアフリー化する」、「歩道に点字ブロックを敷く」、「テレビニュースを手話で放送する」等の社会的支援が広がっている。一昔前は、障害者を社会から隔離するようなことが日常的に行われていた。障害者を一般社会の中に取り込み、共に生きてこそ真の優れた人間社会であるとの認識がようやく広がってきたのである。どんなに物質的に豊かになっても、障害者との共生が行われないうちは、世界から尊敬される国とはなれない。若年から高齢まで、障害を持つ人達が、何の気兼ねなく共生する社会は、人の心を豊かにする。この分科会は、このようなゴールを目指して、我々に何ができるかを考えてきた。今回は、限られた期間と委員会の規模という制限があり、視覚障害、聴覚障害、運動器障害に焦点を絞って議論を進めてきたが、社会資本としての諸設備、支援システム等に問題が多いことを確認する結果となった。さらに障害の学際的理解、疾病・損傷から障害が発生する機序や障害化過程（disablement）の解明などの学問的基盤の確立、障害の回復、軽減、補償、代償手段の研究開発、障害者福祉サービス制度などに多くの課題があることを確認した。我々は、これらの問題を多面的・包括的に検討し、課題解決に向かう努力を払うべきことを国、関連学会に提言するとともに、喫緊の課題として、障害を持つ人々の自立基盤に強い関連性がある障害認定基準が実態にそぐわないことを具体的に指摘し、障害認定基準の見直しを行うべきとの結論に至った。

1. 検討の経緯

第20期日本学術会議(第二部関連)臨床医学委員会に所属する「障害者との共生分科会」は、障害者との共生に係る重要事項を審議するために、平成18年3月に発足した。本分科会では、平成18年7月の第1回から計8回の議論を通じて、身体障害者との共生のあり方について議論を深めてきた。最初の議論の段階で、精神障害者との共生問題については、第18期日本学術会議の精神障害者との共生特別委員会対外報告書「精神障害者との共生社会の構築をめざして」(平成15年6月24日)にて十分に議論がつくされているとの認識に至り、当委員会では、今回の構成委員の専門性から、視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者(運動器障害者)との共生問題を集中的に扱うのが適当であるとの結論に達した。そこで、幹事会の承認を得て、下記の3つの小委員会を立ち上げた。

視覚障害者との共生小委員会

聴覚障害者との共生小委員会

運動器障害者との共生小委員会

各小委員会では、各対象障害別に障害者との共生を充実させるための社会的基盤や医療従事者が障害者との共生に寄与できること等について検討を進めた。

全体会議で、小委員会での検討事項を持ち寄り、当分科会で可及的速やかに取り組まねばならない課題について検討を進めてきた結果、「障害等級認定」について現在の医療技術の進歩を踏まえた観点から問題を浮き彫りにし、その改善の提言を行うのが今回の使命ではないかとの結論に至った。

委員会開催日程は以下の如くであった。

障害者との共生分科会

第1回 平成18年 7月 21日

第2回 平成18年 12月 15日

第3回 平成19年 3月 5日

第4回 平成19年 6月 18日

第5回 平成19年 10月 22日

第6回 平成19年 12月 3日

第7回 平成20年 1月 28日

第8回 平成20年 6月 2日

視覚障害者との共生小委員会

- 第1回 平成18年 9月 1日
- 第2回 平成18年 11月 21日
- 第3回 平成19年 1月 16日
- 第4回 平成19年 5月 15日
- 第5回 平成19年 8月 7日
- 第6回 平成19年 10月 22日
- 第7回 平成20年 1月 8日

聴覚障害者との共生小委員会

- 第1回 平成18年 10月 3日
- 第2回 平成18年 12月 2日
- 第3回 平成19年 6月 4日
- 第4回 平成19年 11月 29日
- 第5回 平成19年 12月 3日

運動器障害者との共生小委員会

- 第1回 平成18年 12月 5日
- 第2回 平成19年 2月 26日
- 第3回 平成19年 6月 18日
- 第4回 平成19年 10月 18日
- 第5回 平成19年 11月 27日
- 第6回 平成19年 12月 3日

2. 障害者との共生の基本理念と医学・医療の果たすべき役割

平成 14 年 12 月に閣議決定された「障害者基本計画」(資料 1) では、「21 世紀に我が国が目指すべき社会は、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会とする必要がある。共生社会においては、障害者は、社会の対等な構成員として人権を尊重され、自己選択と自己決定の下に社会のあらゆる活動に参加、参画するとともに、社会の一員としてその責任を分担する。」と唱われている。そして、共生社会を構築し、障害を持つ人々の社会への参加、参画を実質的なものとするために、障害者の活動を制限し、社会への参加を制約しているソフト、ハード両面にわたる社会のバリア(障壁)の除去(社会のバリアフリー化)、障害特性に応じた健康管理、機能の回復・代償・代替、生活能力の向上による能力発揮の支援(活動し参加する力の向上)、さらに雇用・就労、年金、手当等による経済的な基盤確立(経済自立基盤の強化)などが必要であると述べられている。

我々は、この障害者基本計画に共感し、共生社会の構築に積極的に参画・参加すべきと考える。

第二次世界大戦以降、今日の障害概念、障害者福祉の基本的思想は、憐れみ、保護、隔離を脱して基本的人権保障へと転換し、法律が改定され、制度の整備が進められてきた。近年、医学・医療が依拠してきた障害概念や障害者に対する基本的理念や態度は社会とりわけ当事者からの批判に曝され、態度の変更、学理の見直し、理論の再構築、治療方針の変更が迫られた。そして、障害に関わる医学・医療人には障害を医学モデル(資料 2)と社会モデル(資料 3)を統合した視点からとらえ、ノーマライゼーション、自立生活、完全参加、機会平等、差別禁止、多様性尊重などの理念(資料 4, 5, 6, 7, 8, 9)に基づいて、障害者福祉に係る他分野・他職種と連携・協働することが求められている。さらに、我が国は少子高齢社会となり、加齢による健康状態の変化、心身機能の低下により、障害を持つ高齢者が増え、機能維持・回復、障害の軽減は、健康施策における重要な課題となっている。

共生社会の構築に当たっては、まず今日の障害者福祉の基本的思想、理念を理解しなければならない。今日、障害は疾患に起因する機能、行動能力、生活機能と社会との関係性のなかでとらえられている。世界保健機関(WHO)は国際生活機能分類(資料 10)(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health 2001)により、人の生活機能(functioning)に関連する要因を健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、個人的因子、環境因子の 6 要素からとらえ、機能、活動、参加の状態を生物学、心理学、社会学の側面から価値中立的に記述する生物・心理・社会

モデルを提案している。

障害または障害者はそれらを取り上げる観点あるいは対応により様々な異なる定義がなされている。WHO は、障害者を「先天性か否かにかかわらず、身体的精神的能力の障害のために通常の個人的生活並びに社会生活に必要なことを自分自身では、完全にまたは部分的にできない人」と定義している。我が国の障害者基本法（資料 11）では、「障害者は、身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」とされている。身体障害者福祉法では「別表に掲げる身体上の障害のある者で、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの」とされ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律では「統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」とされる。発達障害者支援法では「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」であり、「発達障害者とは発達障害を有するために日常生活または社会生活に制限をうける者」とされている。知的障害者については法律上の定義はない。

国連の障害者権利条約（資料 12）では、「障害者は長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な障害（impairment）を有する者であって、様々な障壁との相互作用により他の者と平等に社会に完全かつ効果的に参加することを妨げられることのあるものを含む（日本政府仮訳）」とされている。

医学・医療はこれらの多様な障害・障害者のとらえ方の影響を受け、障害の範囲、診断、評価、治療体系の見直しと関連領域との合意形成が迫られている。

我々は、障害者基本計画に「重点的に取り組むべき課題」として取り上げられている「疾病、事故等の予防・防止と治療・リハビリテーション」、「福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進」、「自立生活のための地域基盤の整備」、「経済的基盤の強化」の 4 課題を中心に、医学・医療の果たすべき役割について、以下の提言をする。

1) 疾病、事故等の予防・防止と治療・リハビリテーション：活動し参加する力の向上

活動し参加する能力は、障害の原因となる疾病の予防・治療、リハビリテーション（機能回復、機能代償、器官の代替、機器の利用）による能力開発により向上がはかれるが、能力開発によっても乗り越えることができない能力差は他者からの介護・介助（身辺介助、社会資源利用）により補われて

いる。医学・医療はこれらの活動の中心的な位置を占めている。この分野の課題解決のため、以下の点について提言する。

(1) 生物・心理・社会モデルの定着

障害の特性を構成する健康、心身機能、身体構造、活動、参加の状態を、価値中立的な立場から医学・心理・社会的モデルを用いて、論理的に表象することは、医療による能力開発支援においてのみならず、福祉的支援の仕組みを論理的、効率的に構築し、運用するためには不可欠である。ICF（資料 10）に依拠し、障害を持つ人の障害（機能障害、活動制限、参加制約）を生物・心理・社会的にとらえる考え方を障害者福祉に関連する領域で共有、浸透させていくことが必要である。障害を多角的にとらえ、社会との関係性のなかで障害の軽減をはかる総合的な学術分野（障害科学）の振興を求めたい。

(2) 医療におけるアクセシビリティの保障

障害を持つ人々の保健・医療領域サービスへのアクセシビリティは制限されている（資料 13）。視覚障害、聴覚障害、肢体不自由をもつ患者に対してバリアフリーの診療環境が整った医療機関は少ない。視覚障害者、肢体不自由者が自由に移動できる医療施設内の環境、自由に通院できる社会環境の整備は遅れている。

視覚障害者は服用薬剤を誤りなく選ぶことが困難である。聴覚障害者は病状を医療関係者に正しく伝えることが困難であり、医療者が病状、治療法を正確に聴覚障害者に伝えることができる医療環境は極めて限られている。このように、我が国の医療環境にも障害を持つ人々にとって様々なバリアが多数存在する。これらのバリアにより障害を持つ人々が健康上の不利益を被ることがあってはならない。障害者の社会における自立生活が目標とされる今日、地域において基本的な保健医療サービスへのアクセスが障害を理由に制限されることは解消されなければならない。関連学会が、それぞれに関係している障害種別について、医療環境、診療技術、支援サービスなどの整備に関する問題点と課題をまとめ、その解決に向け活動すべきことを提言する。

(3) 時代の科学を動員した障害科学の振興

医学、工学の基礎研究は急速な発展を遂げている。しかし、それらの成果を障害者医療、リハビリテーションに活かす研究への取り組みは遅れている。医学、工学、社会福祉学など、関連分野の時代の先端科学を動員して、健康管理、疾患治療、障害予防（とりわけ二次的障害の予防）、機能回復・代償、生活機能向上を目指す医学・医療の発展をはかる視点からも、障害科学の学術振興を提言する。

(4) 福祉、雇用・就労との連携体制の強化

障害を持つ人々の社会参加の支援に関係する医療、更生援護、雇用・就労支援、自立生活支援の専門職種間の相互理解、協働体制の整備が遅れている。障害概念、理念、評価などに関する言語を共有し、医療の成果を福祉、雇用、就労、自立生活に活かすことができる体制の整備が喫緊の課題である。関連学会が、関連する障害を持つ人々の社会生活支援に関連する福祉、教育、雇用、労働など関連領域に関心を払い、協働的に取り組むことを提言する。

2) 福祉用具等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進：福祉工学との協働

心身機能、生活機能の回復に限界があるとき、福祉用具による機能の代償、代替は障害を持つ人々の能力向上をはかる極めて有力な手段である。個人の障害特性とニーズに応える用具の開発と供給体制整備、日常生活用具のユニバーサルデザイン化に医学と工学とが協働を推進することが求められる。

3) 自立生活のための社会生活基盤の整備：社会のバリアフリー化

社会のバリアは、建物、移動、情報、制度・慣行、心理・態度などにわたって存在する。バリアフリー化に医学・医療が果たしうる寄与は少なくない。関連学会が障害と障害者について関連諸団体と協働して社会貢献活動に取り組むことを要請する。

(1) 建物、移動、情報バリアフリー化への寄与

建築物、設備のバリアフリー化の達成には、利用者の心身特性、行動特性に適したデザインが必要である。医学的な心身特性、行動特性データを集積し、提供し、成果の検証に参加することにより、これらの分野におけるバリアフリー化に寄与すべきである。

(2) 心理・態度のバリアフリー化への寄与

偏見・差別は、障害を持つ人々の心身機能や身体構造の特性に由来する外見、動作行動が社会の主流をなす人々のそれらから偏位していることと強く関連している。障害に関連する特性を生物学的、心理学的に価値中立的に表象し、障害を持つ人々の外見、動作、行動に障害のない人との違いを論理的に理解することは、障害を持つ人々との共感を促進することになるであろう。このことにおいて、医学・医療は大きな役割を果たすべきである。

4) 自立基盤の強化と支援の最適化：障害等級認定の仕組みの見直し

障害を持つ人々の経済自立基盤強化のために、医療給付、福祉用具の交付、技術指導、援助、各種福祉サービス、年金、手当、貸し付け、公営住宅の優先入居、運賃割引、情報保障、環境整備、教育、税の減免などの法律、制度が整備されている。これらの制度利用の資格認定のために、制度ごとに障害程度の判定基準が一部定められているものの、多くの場合、身体障害者福祉法における障害等級が準用されている。

準用で矛盾が生じているのは、支援、援助の目的が制度ごとに異なっているからである。例えば、身体障害者福祉法の目的は「自立と社会経済活動への参加を促進するために援助と必要に応じての保護」であり、障害年金の目的は「健全な生活の維持」であり、特別児童手当は「重度の障害ゆえに生ずる特別の負担の一助」であり、特別児童扶養手当は「福祉の増進」である。所得税・地方税の減免は特に規定はないが、「稼働上又は生活上のハンディキャップ」に対する特別控除と考えられる（資料 14）。

元々、身体障害者福祉法では障害等級は心身機能低下・身体構造異常の重症度と日常生活活動の自立度により判定され、その等級により医療、福祉サービスの受給資格が認定されている（資料 15）。したがって、更生援護を目的とする法における認定基準が、「健全な生活の維持」、「特別の負担」、「住宅の困窮」などを目的とした支援サービス利用の資格判定に、身体障害者福祉法の認定がそのまま準用されていることが、利用者の中に不公平感が生じる大きな要因と考えられる。

したがって、障害概念が医学モデルから脱却するなかで、障害の範囲、障害程度判定の意味、意義を多面的に検討するにあたり、それぞれの法制度の目的にあった障害程度の判定基準を整備することが、公平で公正な福祉の発展のために、必要な時期に来ていると考える。

医学の進歩、保健医療制度の整備により、障害の診断、評価、治療、リハビリテーション、福祉用具などに大きな進歩が生じた。新技術により精細な機能評価が可能となり機能障害と活動制限、参加制約の対応関係が明らかになりつつある。また、新しい治療法の開発により大幅に活動能力が回復し障害程度の軽減された障害があるが、これらの進歩は現在の障害認定基準に反映されていない。さらに、疾病構造の変化により加齢のために生じた障害、遷延性意識障害、高次脳機能障害、発達障害などの障害認定上、検討すべき病態が増えている。

このような障害認定に関する医学的、制度的な矛盾や不完全さ、障害認定によって規定されるサービス利用における不公平感の解消などのために、障害認定のあり方を広い立場から検討すべき時期にあると考える。

以下に、現行の身体障害者福祉法における視覚障害、聴覚障害、運動器障害、重複障害の障害認定基準の問題点を医学・医療の立場から具体的に指摘しその改善を求めるものである。

3. 現行の障害認定基準に関する問題点

1) 視覚障害認定に関する問題点

身体障害者福祉法による福祉のサービスは、身体障害者手帳の所持を前提として行われているが、視覚障害者の場合、全盲などの重度障害の場合を除き、必ずしも第三者にその障害が正しく理解されているとは言えない。したがって、実生活上、身体障害者手帳の等級数が重要になってくる。平成7年4月に施行規則の一部が改正され、視野障害に視能率（資料16）の概念が導入されたものの、等級判定に関して未だ混乱が続いている。したがって、視力障害・視野障害の評価法が、現在の身体障害者手帳の障害認定基準が制定された時代と比べ著しく進歩していることを鑑み、最新の診療技術を採用しながら認定基準の見直しを行う必要がある。

併せて、眼科医療現場における視覚障害者の指導、検査、補装具の処方・指導等に十分な時間を割けるよう、保険診療における「ロービジョン指導料（資料17）」などの医科診療報酬点数表への収載、視能訓練士（資料18）のこの分野への活動誘導が望まれる。

以下に、現在の等級表（資料19）の問題点を例示する。

(1) 視力障害の認定

① 両眼の視力の和を用いることの問題点

通常は両眼で見たときの視力か、視力の良い方の眼の視力で判定されているが、身体障害者の等級は両眼の視力の和で判定している（資料20）。そもそも、等比級数でない小数視力を和とすることに疑問がある。

例えば、1眼0.08、他眼0の場合と、両眼とも0.04の場合とは、ともに3級であるが、両者を比較すると、文字を読むには前者、歩行などの行動には後者の方が有利である。一方、両眼で見たときの視力、あるいは良い眼の視力が0.08で判定する場合、他眼の視力が0から0.08までであることになるから、両眼の視力の和は0.08～0.16となり、3級から5級までに分散してしまう（資料21）。

② 視覚障害の範囲の捉え方の問題点

現行規定では、例えば、両眼の視力がそれぞれ0.1以下のものは5級になり、一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のものは6級になる。そもそも後者を視覚障害として扱うかが問題である。すなわち、片眼視力が0.6あれば、文字を使う生活には困難がない。一方、一眼の視力が0.03以上の場合、他眼の視力が0.2だと手帳に該当しないとい

う判定には問題がある。

③ 「矯正視力」を用いることの問題点

各眼の矯正視力で判定するが、眼精疲労を伴うなどの理由で眼鏡が装用できない場合が問題となる。国のガイドラインで、矯正手段がない場合は裸眼で判定してよいとされるが（資料 22）、これを許すと、強度近視などで眼鏡装用を拒否しているケースまで障害者に認定されることになる。

(2) 視野障害の認定

① 障害の範囲

例えば、両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの（4 級）、両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの（5 級）を比較した場合、前者では両眼の視野を各々評価しており、後者では、両眼の視野を両眼重ねて評価している。また、両眼の視野がそれぞれ 10 度以内については、求心性視野狭窄（資料 23）の場合、視能率からの判定が必要になる。

以上は、平成 7 年 4 月に身体障害者福祉法の施行規則の一部改正での問題点であるが、さらに視能率の測定要件の基準の理解が国、地方自治事務官及び眼科指定医によって統一されておらず、混乱を招いている。特に、求心性視野狭窄の解釈に問題が多い。すなわち、残存視野が各方向とも完全に中心 10 度以内にないと、国のガイドラインでは求心性視野狭窄とは認められない（資料 24）。すなわち、一方向でも 10 度を超えるものがあると求心性視野狭窄と判定されない。

求心性視野狭窄であるかどうかは、視能率を測定するかどうかの分かれ目となり、視能率を測定するものは 2～4 級、測定しなければ 5 級となる（資料 25）。したがって、同じような視野障害であっても、障害認定の場ではかなり異なった等級になってしまう。逆に同じ等級であっても障害の程度にかなりの差が生ずる。

② 測定上の問題

視野はゴールドマン視野計（資料 26）I/4 視標で測定し、視能率は I/2 視野で測定して損失率を求めることになっている。

現在、日常診療でゴールドマン視野計を用いている施設は少なく、ハンフリー（資料 27）などの自動視野計が普及している。国のガイドラインでは、自動視野計で測定しても良いことになっているが、自動視野計による身体障害者等級別判定のプログラムは試行の段階にあり、ゴールドマンと同じような判定は困難なのが現状である。

また、資料 25 に記したように、視力が 1.2 であっても I/2 の指標が見えない場合、2 級に判定されているケースもあり、実状に合わない。

③ 視能率の測定

視野の正常値を、8方向を合計し560度としているが、視能率を測定するI/2視標の8方向の合計はそれよりかなり狭く、正常者でも視能率100%（損失率0%）にはならない。8方向の合計560度は、ゴールドマン視野計ではV/4指標、フェルステル視野計（資料28）（診断書にある視野用紙）の白視標の正常値である。ゴールドマン視野計のI/4指標では385度、I/2指標では230度が正常値である。したがって、I/2指標で測定した場合は、視野異常がなくても2分の1以上が欠けていることになってしまう。このように、現行の視能率の正常値の設定は、眼科学あるいは視覚生理学の通説から見て、著しく矛盾している。

④ 疾患による不公平

視野の周辺から障害される網膜色素変性（資料29）の場合、現在の認定基準では2級、3級に該当する割合が多くなった。また、網膜色素変性では、周辺視野が残存していても、輪状暗点（資料30）の場合は中心の残存視野がそれぞれ10度以内のものも求心性視野狭窄としている。しかし、加齢黄斑変性（資料31）のように大きな中心暗点、緑内障（資料32）のように不規則狭窄の場合など、この基準では視野での障害認定が非該当になることが少なくない。実際、網膜色素変性の輪状暗点で周辺視野がかなり残存している場合と、緑内障で周辺に残存している視野の場合を比較すると、どちらが視能率が悪いか判定にとまどうケースにしばしば遭遇する。

このように、現在の障害程度認定法が実際の視覚障害者の不自由さの状態を妥当に反映しているとは言いがたい。これらの矛盾を解決するため、最新の診断法を取り入れながら、現行の認定基準を改訂する必要がある。

2) 聴覚障害（資料33）認定に関する問題点

身体障害者福祉法の「聴覚」は、過去何十年もの間、障害認定基準が変わらないため、医学の進んだ現状にそぐわない点が多い。6級、4級、3級、2級の4つの判定基準からなるこの障害認定基準（資料34）が出来上がった頃は、他覚的聴覚検査としての聴性脳幹反応（ABR）（資料35）はまだなく、乳幼児や心因性難聴の診断が困難であったこと、先天性難聴（資料36）の早期診断、早期教育のための新生児聴覚スクリーニング（資料37）が、始まってまだ10年も経っておらず、中等度難聴は、5～6歳で発見されていたこと、高齢者の難聴は内耳性難聴に中枢性聴覚障害が伴うと見なされていたことなどが原因である。また、新たに発見された Auditory

Neuropathy（資料 38）や聴皮質性難聴の語聾や皮質聾（聴覚失認）（資料 39）は従来の判定基準にそぐわない。このように、医学の進歩によって難聴の診断や治療としての新たな補聴器（資料 40）、人工内耳（資料 41）の普及や教育に著しい変化をもたらされており、これにふさわしい障害認定基準を考える必要がある。

現在の聴覚障害の障害等級認定の問題点は、各現行法規定の不統一性が以前から指摘されていたが、その他に以下の問題があげられる（資料 42）。

(1) 純音聴力検査による認定

障害認定はオーディオメーター（資料 43）を用い、500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz の 4 分法平均聴力により等級が認定される。現行では 100 dB 以上の音が聴取できない場合は当該部分の dB 値を 105 dB として聴力レベルを算定している。しかし近年の機器の進歩により、現在ほとんどの施設で使用されている平成 12 年改正の JIS 規格に適合するオーディオメーターは 120 dB まで測定可能である。また 130 dB まで測定できる機器もある。105 dB 以上の聴力レベルをすべて 105 dB として計算した場合、実測値では 2 級（両耳の聴力 100 dB 以上）と認定されるべきものが 3 級（両耳の聴力 90 dB 以上）と認定されるという事態も生じる。2 級では医療費の自己負担分の助成が受けられるため、この差は非常に大きい。このように診断器機の進歩に追いついてゆけない現行の障害認定基準に問題がある。さらに音声又は言語機能の障害が重複する場合はどのように認定すべきかの問題が残る（資料 44）。

(2) 語音による認定

① 聴取距離による認定

純音聴力検査が不可能な場合、現行では耳介に接しなければ大声語を理解しえないものを 3 級、耳介に接しなければ和声語を理解しえないものを 4 級、40 cm 以上の距離で発声された会話音を理解し得ないものを 6 級としている。これらの手段による認定は非常に不正確であり、さらに被検者の意識レベルや検者の発声法でもかなり結果は変わってくる。よってこの方法による認定はあまりに近年の診断技術からかけはなれており、見直すべき時期と考える。

② 語音明瞭度による認定

いくつかの疾患においては、純音聴力検査の結果に比較して語音聴力検査の結果が非常に悪いことがわかっている。例えば 高齢者では“音が聞こえても内容がわからない”といった訴えがある。老人性難聴では

その障害部位がらせん神経節にある場合は語音明瞭度（資料 45）がきわめて悪い。また聴皮質の損傷による聴覚障害は、純音聴力検査のみでは聴力は軽度の閾値上昇しか示さない。しかし、語音聴力検査では最高明瞭度が 20%以下となる。新たに Auditory Neuropathy（資料 38）という新しい疾患概念が提案された。これは純音聴力検査の結果に比し語音聴力検査の結果が著しく悪く、中枢性聴覚障害のように見えるが耳音響放射正常、ABR 無反応という矛盾した結果を示す。現在のところ、感覚細胞のシナプスレベルの何らかの障害と考えられている。

このような難聴疾患の存在と病態が明らかになったにもかかわらず、これまでの認定基準では良聴耳の明瞭度が 50%以下の場合、4 級と診断されるのみである。さらにきめ細かい語音明瞭度による認定基準が望まれる。一方、現行の語音による検査の検査手順は非常に不明瞭であり、混乱を招いている。今後、語音明瞭度の検査法、さらに認定基準を見直す必要がある。

(3) 乳幼児の聴覚障害の認定

① 高度難聴児

新生児聴覚スクリーニングが 2000 年から厚生労働省のモデル事業として始まり、先天性難聴児には生後 6 か月までに精密聴力検査を経て、なるべく早期に補聴器（資料 40）を装用させ教育するようにすすめられるようになった。また人工内耳（資料 41）埋込術の年齢も年々低年齢化している。このような実態から、聴覚障害の診断書の発行並びに補聴器交付意見書が早くから必要となった（資料 46）。同時に周産期医学の進歩は NICU（資料 47）での難聴を伴う重複障害児の出現率を高め、早期にルーチンの聴覚の評価が行われるようになった。

通常幼児に対しては、聴性脳幹反応(ABR)（資料 35）と条件詮索反応検査(COR)（資料 48）の両者による認定が不可欠であるが、COR が可能となるのは 1 歳前後であり、さらにより正確な幼児聴力検査（プレイオージオメトリー）（資料 37）で両耳の聴力検査が可能になるのは 3 歳以降である。したがって、必ず再認定が必要であるため、期限付きの障害者手帳の発行を考慮すべきである。人工内耳術後は聴力検査上の閾値は 45 dB 前後まで改善するが、難聴であることには変わらないので、等級を変えるべきか否か検討を要する（資料 49）。

② 軽・中等度難聴児

軽・中等度の難聴児は、これまでは就学直前に初めて発見されることが多かったが、現在では新生児聴覚スクリーニングで発見されるようになった。このように乳幼児の難聴の診断が可能となったのは診断機器の

テクノロジーの進歩によるものである。良聴耳の聴力が 40 dB 以上の場合は補聴器が必要となる。小児の場合は言語発達、社会性などを考慮すると、なるべく早い時期での補聴器の装用が望ましい。若い両親の経済的負担を考えると、小児に限っては、児童福祉法を適用して新たに 7 級あるいは 8 級を制定し、補聴器の給付を行えるようすべきと考える。

(4) 補装具（補聴器）の供与について

耳は 2 つある。眼も 2 つある。2 つあることの意義は空間的情報処理のためである。聴覚の場合は方向感効果とカクテルパーティ効果が主な役割である。すなわち鋭敏に音源を定位することと音の移動を知覚することと同時に、騒がしい環境の中にあっても聞きたい音を抽出して聞きわけることである。そのため高度難聴に限らず中等度難聴であっても両耳補聴が望ましい。テクノロジーの進歩で補聴器のデジタル化が進み、アナログ型の補聴器では対応できなかったオーディオグラムを示す難聴でもかなりの補聴効果がえられるようになってきた。しかし、デジタル補聴器や両耳装用で福祉対応のものはまだ限られている。そのワクを拡大して支援することが望まれる。

3) 肢体不自由（運動器障害）認定に関する問題点

「肢体不自由（運動器障害）」とは、運動器すなわち筋・骨格系に生じた impairment に起因する障害であり、四肢・体幹の障害とも言い換えることができる。その原因が運動器そのものにある場合のみならず、運動器を支配する神経系にある場合も包含する。したがって運動器障害は、身体障害者福祉法における「肢体不自由」に相当し、肢体不自由者は身体障害者全体の過半数を占めている（資料 50）。

運動器障害者の社会生活能力を向上させるには多くのアプローチが考えられるが、その中に福祉や補装具などの補助が含まれ、これらの一部は身体障害者福祉法の身体障害認定基準に基づいて行われる。例えば、運動器障害者の日常生活において移動の障害は大きな問題であり、外出の頻度が少ない、本人のみで外出する割合が少ないといった問題点がある（資料 51）。適切な補装具の処方、福祉による援助（交通費の援助、身体障害者用自動車購入に対する補助など）により運動器障害者の移動機能は向上する。

また、共生社会の重要な一面である障害者の就労についても、法定雇用率のカウントは身体障害、知的障害、精神障害の障害認定を受けた者を対象として行われる。身体障害者の就業率は一般就業率と比較して低く（資料 52）、就業のために障害者手帳は大きな役割を果たしている。

以上の他にも多くの点で、身体障害者手帳の有無と等級は運動器障害者

の社会生活能力の向上と関連する一方、評価法・基準に問題点が指摘される。

以下に運動器障害の認定に関する具体的な問題点を列記する。

(1) 先天性疾患の認定時期

先天性疾患などの乳幼児に係る障害認定は、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行うことが定められており（資料53）、先天性の四肢の欠損等では乳児期の認定を受けられることが多い。一方、例えば脳性麻痺や神経筋疾患のように外見上の障害が明らかでなく、病状が年齢により変化する疾患の場合、3歳未満での認定を受けられないことがあり、特に重症心身障害児では福祉サービスを受けることができないことによるデメリットは計り知れない。近年は画像診断、神経生理学的診断等の進歩により乳児においても障害の予後予測が可能になっており、認定に相当する障害が残ると判断できる場合には、再認定を前提として乳児期の認定を積極的に行うべきである。

(2) 脳血管障害等の認定時期

脳血管障害等の認定は、機能障害の残存が明らかになる、発症後3から6か月まで受けられないことが多い。しかし近年は、発症後早期の急性期リハビリテーションが定着しつつあり（資料54）、画像診断、神経生理学的診断等の進歩と相俟って発症後3か月経過しなくてもある程度の予後予測が可能であることも多い。早期リハビリテーションの流れにより、福祉サービス利用の時期が早まってきていることを考えると、機能障害の残存が強く予想される場合には、必要に応じ再認定を前提とした認定を積極的に行うべきである。

(3) 治療により機能障害が改善する疾患の認定

四肢・体幹の変形や疼痛による機能障害に対する関節再建手術や脊椎手術、麻痺による機能障害に対する脊椎・脊髄手術や末梢神経手術、脚長不等に対する脚延長手術など、かつては治療できなかった病態に対する治療の進歩は著しい。また今後、脊髄損傷等に対する再生医療、人工椎間板など新たな医療技術が導入され、障害の軽減が図られたり、態様の変化が生じる可能性が高い。このような医療の進歩に対して、従来からの基準で障害認定を行うことには無理があり、認定基準、認定手順などについて見直しが必要である。特に従来、人工関節に関しては、義肢や装具と同様に装着しない場合を想定して認定するという原則があり（資料53）、このため手術により機能や日常生活動作が改善したにもかかわらず、新たに障害認

定を受けたり等級が上がったりするという事態が生じていた。どのような治療を受けた場合でも、その成績の予測あるいは実際の結果で障害等級を判断するという見解が必要であろう。

(4) 遷延性意識障害患者の認定

意識障害が遷延した場合の取扱いについて、現状では、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うとされている(資料 53)。しかし「常時の医学的管理を要しない」の定義が不明確でありこれを明確にするとともに、患者の協力が得られない場合(四肢の徒手筋力検査など)の対応も明確にする必要がある。また、身体障害者福祉法以外の制度による福祉サービス利用のために、障害等級認定が申請されることもあり、他の制度におけるサービス利用資格との整合性を検討することが求められる。

(5) その他

認定のための意見書には、機能障害の評価と能力低下の評価が混在しており、意見書にある能力低下の評価項目がどのように認定に取り入れられるか不明な点が多い。現状では、肢体不自由は機能障害の程度をもって判定するが、判定は強制されて行われた一時的な能力ではしないとされており(資料 53)、能力低下が判定にどのように取り入れられているかが不明確である。障害の等級認定が実際の生活に強く結びつく現状から、多様な障害認定の目的に適った公的サービスの対象としての障害認定の在り方について幅広い検討が必要である。

以上、運動器障害に関して、障害認定の問題点を指摘した。運動器の障害は多様であり、これを包括的に評価することは現実的に困難である。しかし、適切な障害評価は、様々な面から共生社会の構築に向けて重要な課題であり、今後障害評価法の開発と実践に関する医学的研究を進める必要がある。

4) 重複障害認定に関する問題

「障害者白書」(内閣府：平成 18 年版度)によれば、重複障害で最も多いのは、肢体不自由と内部障害(29.1%)、続いて、聴覚・言語障害と肢体不自由(28.6%)、視覚障害と肢体不自由(16.6%)、視覚障害と内部障害(8.0%)、視覚障害と聴覚・言語障害(7.4%)、3種類以上の重複障害(5.7%)、聴覚・言語障害と内部障害(4.6%)である。これらは、在宅の障害者での割合であり、本人とその周囲の関係者の自己努力は如何ばかりかと想像する。固定した、これら治療不可能な重複障害を持つ人の社会とのコミュニケーションでの社会の支援は十分か、大いに疑問に思われる。

これらの重複障害者の認定に当たって、等級をどのように調整するかが問題になる。例えば、種類の違う障害等級を加算する、重い方を中心に補正する、等の現実的な対応の妥当性が問題になろう。

- (1) 現行規定では、2つ以上の障害を、おのをおのを指数化して単純に加算して判定しているが、障害の種類をも考慮すべきである。例えば、視覚障害と聴覚障害の重複は、情報の取得、コミュニケーションの成立に関して、単純加算以上の不都合を来たしている。運動器障害者の視覚障害での加算と事情がかなり異なる。
- (2) 知的障害者で身体障害を伴う場合、社会適応に困難を伴う。特に、このような合併は、先天障害、出生時障害に多く、本人とその周囲の困難さは殊のほか厳しく、しかも長期にわたるので格段に配慮する必要がある。特に、このような重複障害は、乳幼児期といえども、早期の認定が必要である。特に、治療中であっても、その困難さに鑑み、早めの認定が望ましい。それで不都合が起こる可能性があれば、再認定制を着実に実行すべきである。
- (3) 重複障害は、生活の困難さを作業項目できめ細かく評価し、実際的な総合判定をすべきである。

4. 提言

共生社会の構築に向けて、医学・医療が関与する領域における問題点、課題を整理し、以下の提言をまとめた。

- 1) 障害を持つ人々の活動し参加する力の向上を支援するため、関連学会へ以下の提言をする。
 - (1) 障害に関する総合的学術領域の振興を図ること。
 - (2) ・国際生活機能分類（ICF、資料10参照）を用いて障害の予防・治療・リハビリテーションをとらえなおすこと。
 - ・障害に起因する診療場面でのバリアを検証し、解消を図ること。
 - ・福祉・雇用・就労関連分野との連携、協働し、自立生活を支援すること。
- 2) 福祉機器等の研究開発とユニバーサルデザイン化の促進するため、医学・医療分野と工学分野の研究者が協働し、研究に取り組むことを提言する。
- 3) 社会のバリアフリー化に貢献するため、関連学会が価値中立的な障害のとらえ方を国民に啓蒙する活動に取り組むことを提言する。
- 4) 自立基盤の強化と支援の最適化のため、障害の範囲、互いに納得できる合理的配慮の範囲、認定の仕組みの見直しを提言する。さらに我々は、この自立基盤の強化と支援の基礎となる昭和24年に制定された身体障害者福祉法に基づく障害認定について、視覚、聴覚、運動器障害、及びそれらの重複障害に絞って、現行の認定制度を医学的・医療的視点から検討した結果、多くの矛盾点を具体的に指摘することができた。それらの矛盾点は、社会的公平性の確保の視点から、早急に解決すべきであることを提言する。

なお、「内部障害」についても同様の検討がなされるべきであるとの認識で委員の意見の一致を見たが、今回の委員構成から、その作業には限界があり、今後の問題として積み残した。また、精神障害については、第18期日本学術会議の精神障害者との共生特別委員会対外報告書「精神障害者との共生社会の構築をめざして」（平成15年6月24日）にて、既に議論がつくされているとの委員会判断から、今回は言及しなかった。

障害者権利条約では、国に障害を持つ人々の権利を保障するため合理的配慮（reasonable accommodation）を求めている。医学・医療は、障害認定制度において障害を持つ人々が経験している活動制限・社会参加制約に対する「合理的配慮の範囲」に合理的説明論理を提供する立場にあると考えるが、さら

に日本学術会議及び関連学会は、部門を超えた障害科学の振興を通して、共生社会の構築に寄与すべきである。

参考資料（用語解説）

1) 障害者基本計画

(<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonkeikaku.pdf>)

我が国の障害施策の長期計画である。平成14年12月に閣議で決定された。基本的な考え方として、「21世紀に我が国が目指すべき社会は、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会とする必要がある。共生社会においては、障害者は、社会の対等な構成員として人権を尊重され、自己選択と自己決定の下に社会のあらゆる活動に参加、参画するとともに、社会の一員としてその責任を分担する。」とある。また、横断的な視点として「社会のバリアフリー化の推進」、「利用者本位の支援」、「障害の特性を踏まえて施策の展開」、「総合的かつ効果的な施策の推進」が、重点的に取り組むべき課題として「活動し参加する力の向上」、「活動し参加する基盤の整備」「精神障害者施策の総合的取組み」、「アジア太平洋地域における域内協力の強化」があげられている。

2) 医学モデル（国際生活機能分類—国際障害分類改訂版— 世界保健機構（WHO）中央法規 2002 p18）

障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷、その他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療という形での医療を必要とするものとみる考え方である。障害への対処は、治療あるいは個人のよりより適応と行動変容を目標になされる。主な課題は医療であり、政治的レベルでは、保健ケア政策の修正や改革が主要な対応となる。

3) 社会モデル（国際生活機能分類—国際障害分類改訂版— 世界保健機構（WHO）中央法規 2002 p18）

障害を主として社会によって作られた問題と見なし、基本的に障害のある人の社会への完全な統合の問題としてみる。障害は個人に帰属するものではなく、諸状態の集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されたものとみる考え方である。この問題に取り組むには社会的行動が求められ、障害のある人の社会生活の全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする。したがって、問題は社会変化を求める態度上又は思想上の課題であり、政治的なレベルにおいては人権問題とされる。このモデルでは、障害は政治的問題となる。

4) ノーマライゼーション

障害者を特別視するのではなく、一般社会の中で普通の生活が送れるような条件を整えるべきであり、共に生きる社会こそノーマルな社会であるとの考え方。第二次世界大戦後に北欧で芽生えた思想。

- 5) 自立生活
身辺自立や職業的自立が困難な重度障害者が必要な支援を受けつつ、自らの選択と決定によって、地域で生活を主体的に送ることによって自己形成をはかるという考え方。「人の助けを借りて 15 分で衣服を着て、仕事に出かけられる障害者は、自分で衣服を着るのに 2 時間かかるため家にいるほかない障害者より自立している」という言葉に代表される。
- 6) 完全参加
社会のあらゆる活動に参加する権利があるという国際障害者年のテーマとなった理念。
- 7) 機会平等理念
1982 年の国連の「世界障害者年行動計画」で主テーマとなった理念。障害者は保護的な扱いを受けるよりも、社会参加の機会を平等に保障されることがその人権を保障するためにより望ましいとする考え。アメリカの ADA(Americans with Disabilities Act 1990)、国連の「障害者の均等化に関する基準規則 1993 The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities」に反映されている。
- 8) 差別禁止
障害者の機会平等を保障するためには、社会のあらゆる領域における障害を理由とした不合理な差別を法的に禁止する考え。アメリカの ADA、オーストラリアの障害差別禁止法 (Disability Discrimination Act 1992)、英国の障害差別禁止法 (Disability Discrimination Act 1995 : DDA) として法制化されている。国連障害者権利条約では、第 5 条で障害を理由とした差別の禁止が謳われている。
- 9) 多様性尊重
国連の「障害者の権利に関する条約」の「前文 (i) 障害者の多様性を認め」及び「第 3 条 (d) 人間の多様性及び人間性の一部として、障害者の差異を尊重し、及び障害者を受け入れること」にあるように、共生社会は障害を持つ人々の一般社会への「同化・融合」ではなく、「違いは、違いとして認めつつ、社会を構成する一員として一緒に生きる」という「多文化共生」の思想が根底にある。
- 10) 国際生活機能分類 (ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health 2001)
国際生活機能分類—国際障害分類改訂版— 世界保健機構 (WHO) 中央法規 2002
2001 年に WHO が発表した。国際障害分類 (ICIDH : International Classification of Impairment, Disability and Handicap 1980) の改訂版。

人の健康と安寧のうち健康に関連する構成要素を定義したものである。健康領域と健康関連領域の二つの領域が含み、ある人の健康状態とその人が関連している様々な領域を、（１）心身機能と身体構造、（２）活動と参加 に分類して記載する。生活機能（functioning）とは心身機能・身体構造、活動、参加のすべてを包括する用語であり、障害は、機能障害、活動制限、参加制約のすべてを包括する用語である。ある健康状態にある人の状態を生活機能として価値中立的に示すことも、その人が持つ機能障害、活動制限、参加制約としての問題点を障害として示すこともできる。

11) 障害者基本法

昭和 45 年に国の心身障害者対策の基本方針を定めるものとして心身障害者対策基本法が制定された。平成 5 年に障害者を取り巻く社会経済情勢の変化に対応して、障害者の自立と社会参加の一層の促進をはかるために改定がなされ、障害者基本法となった。障害者基本法では、「障害者は、身体障害、知的障害又は精神障害以下「障害」と総称する。）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」と定義されている。平成 16 年に改正され、障害を理由として差別その他の権利利益の侵害が禁止された。

12) 国連の障害者権利条約（Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities）

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>（アクセス 2008 年 3 月）

政府仮訳：

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/pdfs/shomei_32.pdf（アクセス 2008 年 3 月）

2006 年 12 月に国連総会で採択された障害を持つ人の人権条約。障害を機能障害と様々な社会、環境における障壁との相互作用により生じるものにとらえ、政府に障害を持つ人が他の人と平等に完全かつ効果的に社会に参加するための合理的配慮を求める。

13) 保健・医療領域サービスへのアクセシビリティ制限

障害者が医療機関を受診する際、障害特性によって建物、設備利用のみならず、検査、治療、入院生活などの諸場面で不自由を経験し、障害のない人と同等の医療サービスを受けることができないことがある。例えば、視覚障害者では、移動におけるガイド、複数の薬剤を判別して服用するための指導など、聴覚障害者では、手話通訳、文字盤によるコミュニケーションなど、車椅子利用者では、診察ベッド、X-P 撮影台等への移動、トイレなど、障害に対応した施設、設備が整備されていないために、地域で適切な保健・医療

サービスに到達できず、受診の機会を失ったり、遠方の医療機関を受診しなくてはならないことが多い。障害を理由に健康的な社会生活が制限されないようにするために、障害者の医療へのアクセシビリティを改善することが求められる。

14) 法、制度における支援、援助の目的

障害者が障害程度に応じて利用できる制度とその根拠法の目的を表に示す。これらの法における障害程度の判定基準は身体障害者福祉法の障害等級認定基準が準用されている。

法律	法の目的	サービスの種類
身体障害者福祉法	自立と社会経済活動への参加促進	医療給付、福祉用具交付、支援費支給
国民年金法	健全な国民生活の維持、向上	年金
特別児童手当等の支給に関する法律	重度の障害ゆえに生ずる特別の負担の一助	手当
特別児童扶養手当等の支給に関する法律	福祉の増進	手当
公営住宅法	障害からくる種々の悪条件による著しい住宅の困窮	公営住宅への優先入居
独立行政法人福祉医療機構法	保護者亡き後の生活の安定	終身年金
労働者災害補償保険法	業務上の負傷、疾病、障害、死亡等に公正な保護	特別支給金、年金、援護費
自動車損害賠償保障法	被害者保護、自動車運送の健全な発達	保険金
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	特殊な被害に総合的な支援	介護手当
独立行政法人医薬品医療機器総合機構法	健康被害の救済	年金、養育年金

15) 身体障害者福祉法の障害等級判定の対象

障害種別		障害程度判定
視覚障害		視力・視野
聴覚又は平衡機能の障害	聴覚障害	聴力
	平衡機能障害	機能の極めて著しい障害
音声、言語機能又はそしゃく機能の障害		機能の喪失、著しい障害
肢体不自	上肢	欠損または機能の障害
	下肢	欠損または機能の障害

由	体幹		座位、起立位の保持、起立動作、歩行動作の困難
	脳原性運動機能障害	上肢機能	日常生活活動の支障、不随意運動・失調
		移動機能	歩行、日常生活活動制限
内部障害	心臓、腎臓、呼吸器、膀胱又は直腸、小腸 機能の障害		日常生活活動制限
	HIVによる免疫障害		日常生活制限

16) 視能率

個人ごとの各種の事情を無視して、物理的に機能が発揮される度合を表現するもので、機能障害の評価の一種である。視機能がすべて健常であれば、視能率は100%である。これに対して全盲の場合は0%である。一般には「視能率の損失率」で障害の程度を表す。

17) ロービジョン

低視力の意味であるが、視覚障害の盲と弱視を含めてロービジョンとする場合と弱視だけをロービジョンとする場合とがある。世界保健機関（WHO）では、矯正視力0.05から0.3までをロービジョンと定義している。本邦では、視力・視野のみでなく、視覚障害のために日常生活に不自由のある状態をも含めて「ロービジョン」が使われている。

18) 視能訓練士

斜視・弱視の視能訓練、視力・視野などの眼科検査を行う国家資格を持つスペシャリスト。視覚障害者のリハビリテーションの場でも活躍している。

19) 視覚障害の障害程度等級表

級 別	視 覚 障 害
1 級	両眼の視力（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、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ。）の和が0.01以下のもの
2 級	1. 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95パーセント以上のもの
3 級	1. 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90パーセント以上のもの
4 級	1. 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの

5 級	1. 両眼の視力の和が 0.13 以上 0.2 以下のもの 2. 両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの
6 級	一眼の視力が 0.02 以下、他眼の視力が 0.6 以下のもので、両眼の視力の和が 0.2 を超えるもの

20) 視覚障害認定の現行法規定の不統一性

- (1) 身体障害者福祉法では、基本的に「両眼の視機能の和」。
- (2) 学校教育法（施行令第 22 条の 3）では、「両眼の視力」。
- (3) 入試センター試験障害者受験特別措置では、「良い方の眼の視力」。
- (4) 障害年金・手当では、1 級及び 2 級は「両眼の視力の和」、3 級は「両眼の視力」。
- (5) 自動車運転適正試験基準では、「両眼での視力」。
- (6) 労働者災害補償保険・自動車損害賠償責任保険後遺症診断書では、「1・4・9 級は両眼の視力」、「2・3・5・7 級が一眼が失明し、他眼の視力」、「9・10・13 級が一眼の視力(患眼)」。

21) 視力の和による等級判定の問題点

	視力の和	良い方または両眼視力の場合
1 級	0. 0 1	同じく 1 級
2 級	0. 0 4	同じく 2 級
3 級	0. 0 8	両眼 0.04 の人は 2 級 両眼 0.08 の人は 5 級
4 級	0. 1 2	0.12 の視力は視力表にない 片眼 0.08 以下は 3 級
5 級	0. 2	
6 級	0. 6	片眼 0.6 であれば他眼 0～0.6 で視覚障害者になってしまう

22) 国のガイドライン（障害者福祉研究会（監修）：新訂 身体障害認定基準及び認定要領【補訂版】解釈と運用. 中央法規出版, 東京, 94, 2005）より抜粋
屈折異常のある者については、矯正視力を測定するが、この場合最も適正に常用しうる矯正眼鏡又はコンタクトレンズによって得られた視力によるもので、眼内レンズの装着者についても、これを装着した状態で行う。ただし、矯正不能のもの又は医学的にみて矯正に耐えざるものは裸眼視力による。

23) 求心性視野狭窄

視野全体が狭くなるもの。網膜色素変性、緑内障の末期等でみられる。

24) 国のガイドラインの疑義解釈（障害者福祉研究会（監修）：新訂 身体障害

認定基準及び認定要領【補訂版】解釈と運用．中央法規出版，東京，97，2005）より抜粋

質疑：求心性視野狭窄とは認められないと診断医は判定しているが、I/2及びI/4の視標を用いて測定すると、いずれにおいても視野が10度以内となる場合は、どのように認定するのか。

回答：本事例については、診断医が求心性視野狭窄とは認められないとしていることから、I/4の視標での測定結果が10度以内ではあるが、「両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの」として5級に該当するものと考えられる。

- 25) 国のガイドラインの疑義解釈（障害者福祉研究会（監修）：新訂 身体障害認定基準及び認定要領【補訂版】解釈と運用．中央法規出版，東京，97-98，2005）より抜粋

質疑：矯正視力が右0.7、左0.3のもので、I/4の視標を用いた視野表では左右とも10度以内で視野障害3～4級程度と認められるが、I/2の視標を用いた中心視野表では視標そのものが見えず、視能率による損失率100%となる場合は、視野障害2級として認定して差し支えないか。

回答：本症例については、まず求心性視野狭窄と認められるか否かについて診断医に確認が必要である。その上で求心性視野狭窄と認められ、I/4の視標による視野がそれぞれ10度以内であり、中心視野についてI/2の視標を用いて測定した場合の視能率による損失率が100%であれば、中心視力があっても2級相当として認定することが適当と考えられる。

- 26) ゴールドマン視野計とI/4視標、I/2視標

指標の大きさと明るさを変化させて、視野を量的に測定する視野計である。指標の大きさがI～V、明るさが1～4あり、その組み合わせで指標を決める。

通常、V/4、I/4、I/3、I/2、I/4、I/1の視標で視野を測定する。視標が大きく明るいほど視野は広い。したがって、V/4が一番広く、I/4～I/1と狭くなっていく。身体障害者手帳の判定にはI/4とI/2の指標の視野が用いられる。

- 27) 自動視野計（ハンフリー）

コンピュータ制御の自動視野計で、現在日本ではハンフリー製のものが普及している。測定が容易であることから、一般眼科での使用頻度が高い。各種のプログラムがあるが、ゴールドマン視野計との対比はまだ困難である。

- 28) フェルステル視野計

古典的な視野計で周辺視野の測定に用いられる。白10mmの指標がゴールドマン視野計のV/4視標にほぼ相当する。

29) 網膜色素変性

網膜が周辺から中心へと進行性に変性して視野・視力が徐々に障害される。中高年以降に症状が進行する。中途失明の原因疾患として重要。

30) 輪状暗点

中心部と周辺部の視野が残っていて、その中間に輪状の視野欠損がみられるもの。網膜色素変性の初期にみられる。

31) 加齢黄斑変性

加齢により網膜の中心部が変性する疾患。眼底に出血と増殖が起こる。視力障害が 50 歳以降に強度になる。

32) 緑内障

眼圧が高くなり視神経が萎縮する。急性と慢性があり、慢性のものは中高年に発病し、視野障害が進行する。視野は不規則に狭くなっていく。先進国の失明原因として重要。眼圧が正常範囲のものもある。

33) 聴覚障害

外耳道、中耳の障害による伝音難聴、蝸牛の障害による感音難聴、蝸牛神経の障害による神経性難聴、脳幹から大脳の聴皮質に至る聴覚伝導路障害による中枢性聴覚障害に分類される。

34) 聴覚障害の障害程度等級表

級 別	聴 覚 障 害
1 級	該当なし
2 級	両耳の聴力レベルがそれぞれ 100 デシベル以上のもの（両耳全ろう）
3 級	両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの）
4 級	1. 両耳の聴力レベルが 80 デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの） 2. 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が 50 パーセント以下のもの
5 級	該当なし
6 級	1. 両耳の聴力レベルが 70 デシベル以上のもの（40 センチメートル以上の距離で発声され会話語を理解し得ないもの） 2. 1 側耳の聴力レベルが 90 デシベル以上、他側耳の聴力レベルが 50 デシベル以上のもの

35) 聴性脳幹反応（ABR）

Auditory Brainstem Response の略。脳波誘発反応の一つで、起源は脳幹聴

覚伝導路にある。他覚的聴力検査法として、現在、世界中で利用されている。

36) 先天性難聴と後天性難聴

先天性難聴：1,000人の出生に約1人の割合で、どの国でも生まれつきの感音性難聴が生じる。コルチ器の感覚細胞の大多数が障害されている。生後6か月までに補聴器を装用させて聴覚活用させるべく教育を行う。後天性難聴：髄膜炎の内耳への波及、アミノグルコシド系の薬剤投与、聴神経腫瘍などで生じる。

37) 新生児聴覚スクリーニング・幼児聴力検査（プレイオーディオメトリー）

1999年米国のイタノが、先天性難聴は生後自動聴覚脳幹反応検査か耳音響放射検査によりスクリーニングをして発見し、6か月までに補聴器を装用させ教育すると、3歳児の時点で健聴児の90%の言語力が身につくことを報告した。この考えに基づいた先天性難聴を新生児期に発見するプロジェクトを新生児聴覚スクリーニングという。幼児の発達とともに聴力検査の方法が異なる。幼いうちは条件付けを用いた方法（条件詮索反応聴力検査）で行い、3歳頃になると検査音が聴こえたとおはじきを入れて行うプレイオーディオメトリーを用いる。

38) Auditory Neuropathy

1996年にKagaらが聴神経病として、Starrらが聴神経症として同年、別々に報告した。内耳の感覚細胞から蝸牛神経へのシナプスの伝達障害と考えられている。純音聴力検査では低音部の感音難聴が特徴で、語音明瞭度検査では最高明瞭度が著しく悪い。ABRは無反応であるが、しかし耳音響放射は正常である。先天性の場合は人工内耳が有効。

蝸牛のコルチ器には感覚細胞である内有毛細胞と外有毛細胞の2種類がある。内有毛細胞は上行性すなわち蝸牛神経の興奮性シナプス結合があり、外有毛細胞には蝸牛神経の下行性すなわち抑制性のシナプス結合がある。原因には、感覚性細胞のシナプスのうち、興奮性シナプスに問題がある可能性が推測されている。

39) 聴皮質性難聴・皮質聾（聴覚失認）

左右大脳半球の両側の聴皮質が障害されて音声、音楽、環境音を知覚できない状態をいう。ただし音の存在はわかる。2回の脳血管障害やヘルペス脳炎で生じる特殊な難聴。

40) 補聴器

難聴に対して聴力を改善するための補助装置。気導補聴器と骨導補聴器がある。気導補聴器は外耳道を利用して鼓膜に音を増幅して伝える。形式から箱型、耳掛型、耳穴式に分かれる。現在はデジタル補聴器が従来のアナログ方式のものに加えて使われている。骨導補聴器は頭蓋骨を振動させることで直

接蝸牛に音を伝える。

41) 人工内耳

人工内耳は先天性並びに後天性の高度難聴で補聴器によっても効果の乏しい場合、蝸牛に電極を移植する。音声はマイクとスピーチプロセッサを経由して頭皮下の内部装置へ電磁誘導で伝えられ、最終的に電極に届き、蝸牛神経が刺激される。その成果は画期的で、世界中で実施されている。

42) 聴覚障害認定の現行法規定の不統一性

(1) 身体障害者福祉法では、「両耳の聴力レベルがそれぞれ 70 デシベル以下のもの」、「一耳の聴力レベルが 90 デシベル以上、他耳の聴力レベルが 50 デシベル以上のもの」、「両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が 50%以下のもの」。

(2) 学校教育法（施行令第 22 条の 3）では、「両耳の聴力レベルがおおむね 60 デシベル以上のもののうち、補聴器等の使用によって通常の和声を解することが不可能又は著しく困難な程度のもの」。

(3) 入試センター試験障害者受験特別措置では、「両耳の平均聴力レベルが 60 デシベル以上の者（手話通訳士の配置、注意事項等の文書による伝達（注 1）、座席を前列に指定、補聴器の持参使用（注 2）」、「それ以外の聴覚障害者（注意事項等の文書による伝達（注 1）、座席を前列に指定、補聴器の持参使用（注 2）」。

注 1：試験室で監督者が口頭で指示をすることを文書にし、その都度受験者に配布する

注 2：FM 式携帯補聴器を持参使用する場合は、FM 電波受信機能のスイッチを切って使用

(4) 障害年金・手当では、「1 級は両耳の平均純音聴力レベル値が 100 デシベル以上のもの」、「2 級は両耳の平均純音聴力レベル値が 80 デシベル以上で、かつ最良語音明瞭度が 30%以下のもの」、「3 級は両耳の聴力が 40 センチメートル以上では通常の話声を解することができない程度に感じたもの（両耳の平均聴力純音レベル値が 70 デシベル以上かつ 50 デシベル以下でかつ最高明瞭度が 50%以下）」、障害手当金は、「一耳の聴力が耳殻に接しなければ大声による話を解することができない程度に感じたもの（一耳の純音聴力レベル値が 80 デシベル以上）」。

(5) 自動車運転適性試験基準では、「10 メートルの距離で、90 ホンの警音器の音が聞こえること、ただし第二種免許については補聴器の使用はできない」。

(6) 労働者災害補償保険・自動車損害賠償責任保険後遺症診断書では、「両耳の聴力」、「片耳の聴力」、「片耳の耳かくの大部分の欠損」。

43) オーディオメーター・純音聴力

純音聴力とは純音すなわち厳密に人工的に正弦波で作成した周波数別の音に関する聴こえのこと。純音のオーディオメーターとは、125、250、500、1K、2K、4K、8K の周波数別に自覚的な聴力を測定する装置をいう。純音聴力は、オーディオメーターを用いて、純音すなわち周波数別に聴力を測定する検査。

44) 国のガイドラインの疑義解釈（東京都心身障害者福祉センター：身体障害者手帳診断書作成の手引．東京、2006）より抜粋

質疑:聴覚障害と音声又は言語機能の障害が重複する場合の障害程度等級についてはどのようにするのか。

回答:聴覚障害と音声又は言語機能の障害は別個の障害であるので、重複障害として認定することができる。したがって、例えば、先天的な原因により聴覚障害 2 級（両耳 100 dB 以上）及び言語機能障害 3 級（音声言語をもって意思を通ずることができない）に該当する場合は、指数加算により 1 級となる。

45) 語音明瞭度

日本語は 100 の単音節からなる。その中から日本聴覚医学会が選り作成した語表に基づき、何%聴き取れるか調べたものを語音明瞭度という。

46) 国のガイドラインの疑義解釈（東京都心身障害者福祉センター：身体障害者手帳診断書作成の手引．東京、2006）より抜粋

質疑:乳幼児の聴力測定のあとはどのように認定するのか。

回答:原則として聴能訓練を行いながら聴力測定が可能となる時期を待って測定を行うこととする。ただし、幼児の年齢に応じた聴力測定（ABR、COR 等）が行える場合、医学的に判断しうる限度においてその障害程度の認定を行うこととする。

47) NICU

Neonatal Intensive Care Unit の略で、新生児集中治療室のことをいう。

48) 条件詮索反射聴力検査（COR）

Conditioned Orientation Reflex Audiometry の略。1960 年に鈴木篤郎によって開発された。3 か月以降の年齢の幼小児の行動反応聴力検査の一つ。

49) 国のガイドラインの疑義解釈（東京都心身障害者福祉センター：身体障害者手帳診断書作成の手引．東京、2006）より抜粋

質疑:人工内耳埋込術を行った場合は術後改善した聴力あるいは術前の聴力で認定するのか。

回答:人工内耳埋込術を行った場合は、訓練することにより、声や周囲の音を識別できるようになる場合が多いが、術前の状態で障害の認定を行うこととする。

- 50) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成 18 年度社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）結果の概況．（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/06/index.html>）
本調査によると、平成 18 年度末現在の身体障害者手帳交付台帳登録数 4,895,410 人（18 歳未満 108,777 人、18 歳以上 4,786,633 人）のうち肢体不自由は 2,720,337 人（55.6%）を占めている。
- 51) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：身体障害児・者実態調査結果（平成 13 年 6 月 1 日調査）．（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0808-2c2.htm>：アクセス 2008 年 2 月）
本調査によると、在宅の肢体不自由者（18 歳以上 70 歳未満）の 60%以上が週に 2～3 回以上の頻度で外出しているのに対し、10.7%が年に数回の外出にとどまり、8.1%は外出なしである。また本人のみで外出するのは 36.9%であり、介助者としては配偶者（21.7%）、子供（8.7%）などの家族が多く、ホームヘルパーは 3.6%にとどまる。
- 52) 厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部：身体及び知的障害者就業実態調査の調査結果について．（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0327-3.html> 表 1-1 アクセス 2008 年 3 月）
本調査によると、15 歳以上 64 歳以下の身体障害者（運動器障害者を含む）の就業率は 41.7%であり、同年の一般就業率 58.9%と比べて低く、重度の障害者に限ると 33.0%とさらに低い。
- 53) 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 3 月 20 日付け 14 障福第 399 号健康福祉部長通知）．
第 1「総括事項」の 1 に「意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うものであること。」と記載されている。
また、第 1「総括事項」の 3 に「乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満 3 歳）以降に行うこと。」と記載されている。
また、第 2「個別事項」の 4「肢体不自由」に「肢体不自由は機能の障害の程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行われた一時的な能力ではではない。」と記載されている。
また、同じ第 2「個別事項」の 4「肢体不自由」に「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。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。」とある。これにより下肢の大関節に人工骨頭・人工関節手術を行った場合、無条件で関節機能は全廃とされ、股関節・膝関節では 4 級、足関節では 5 級の等級が認められている。

54) 脳卒中合同ガイドライン委員会：脳卒中治療ガイドライン，2004. (<http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>)

脳卒中の一部の急性期に専用治療病棟で治療を行うことにより、死亡率の減少、在院期間の短縮、自宅退院率の増加、長期的な ADL と QOL の改善をはかることができるとされている。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部 : 平成 18 年度社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例) 結果の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/06/index.html>
- 2) 日本肢体不自由児協会 : <http://www.normanet.ne.jp/~jsdc/>
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 : 身体障害児・者実態調査結果(平成 13 年 6 月 1 日調査). <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0808-2.html>
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部 : 平成 12 年度社会福祉施設等調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/00/index.html>
- 5) 厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部 : 身体及び知的障害者就業実態調査の調査結果について. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0327-3.html>
- 6) 総務省統計局 : 労働力調査. <http://www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/zuhyou/lt02.xls>
- 7) 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 : 身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究—平成 16 年度～18 年度総合研究報告書(主任研究者 岩谷 力), 2007
- 8) 日本学術会議 精神障害者との共生社会特別委員会 : 精神障害者との共生社会の構築をめざして, 2003
- 9) 生瀬克己 : 共生社会の現実と障害者. 明石書店, 2000
(肢体不自由者としての経験をふまえながら、社会と障害者の歴史、21 世紀の日本社会と障害者の展望等の概説)
- 10) 石川 准、長瀬 修 : 障害学への招待—社会、文化、ディスアビリティ. 明石書店, 1999
- 11) 石川 准、倉本智明 : 障害学の主張. 明石書店, 2002
- 12) 坂本洋一 : 改訂視覚障害者リハビリテーション概論. 中央法規, 2007
- 13) 高柳泰世 : 視覚代行リハビリテーション(視覚障害者と高齢者のために). 名古屋大学出版会, 2005
- 14) 吉野由美子 : 介護ハンドブック 視覚障害者の自立と援助. 一橋出版, 2001
- 15) 福島 智 : 盲ろう者とノーマライゼーション —癒しと共生の社会をもとめて. 明石書店, 1997
- 16) 遠藤織枝 : 視覚障害者と差別語. 明石書店, 2003
- 17) 佐藤正八 : 教育から共生共育に大転換を 学校教育の崩壊を救う道. 新生

- 出版, 2004
- 18) 清水貞夫 : 特別支援教育と障害児教育. クリエイツかもがわ(かもがわ出版), 2003
 - 19) 斎藤佐和, 他 : 講座特別支援教育 1 特別支援教育の基礎理論. 教育出版, 2006
 - 20) 井上茂樹 : ユニバーサルを創る ソーシャル・インクルージョンへ. 岩波書店, 2006
 - 21) 梶本久夫(監修) : ユニバーサル・デザインの考え方. 丸善, 2002
 - 22) 村田純一(編) : 共生のための技術哲学「ユニバーサル・デザイン」という思想. 未来社, 2006
 - 23) 松井 進 : 見えない目で生きるということ. 明石書店, 2003
 - 24) 小林照幸 : 全盲の弁護士 竹下義樹. 岩波書店, 2005
 - 25) 鈴木篤郎、田中美郷 : 幼児難聴. 医歯薬出版, 1979
 - 26) Northern JL, Downs MP : Hearing in Children. Williams & Wilkins, 1991
 - 27) 田中康夫 : 誘発耳音響放射の臨床. 金原出版, 1996
 - 28) 鈴木篤郎 : 幼児難聴 特にその早期発見. 金原出版, 1997
 - 29) 小寺一興 : 補聴器フィッティングの考え方. 診断と治療社, 1999
 - 30) 加我君孝 : 聴覚障害. 折茂 肇(編) : 新老年医学 第2版. 東京大学出版会, pp484-502, 1999
 - 31) 加我君孝 : 中枢性聴覚障害の基礎と臨床. 金原出版, 2000
 - 32) 加我君孝 : 新生児聴覚スクリーニング 早期発見・早期教育のすべて. 金原出版, 2005
 - 33) 東京都心身障害者福祉センター : 身体障害者手帳診断書作成の手引, 2006
 - 34) 小寺一興 : 補聴の進歩と社会的応用. 診断と治療社, 2006
 - 35) Rosenbaum PL, et al : Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: Creation of motor development curves. JAMA 288 : 1357-1363, 2002
 - 36) Nakagawara J, et al : Incomplete brain infarction of reperfused cortex may be quantitated with iomazenil. Stroke 28 : 124-132, 1997
 - 37) Langhorne P, et al : Does the organization of postacute stroke care really matter? Stroke 32 : 268-274, 2001
 - 38) 中村雅也, 他 : 脊髄損傷に対する再生医療の臨床治験はどこまで進んでいるか : 世界の動向とデータについて. 脊椎脊髄ジャーナル 20 : 1224-1231, 2007
 - 39) Sakalkale DP, et al : A historical review and current perspective on the intervertebral disc prosthesis. Pain Physician 6 : 195-198, 2003