

欧米諸国における障害認定制度

2009年4月

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

まえがき

障害者職業総合センターでは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、我が国における職業リハビリテーションサービス機関の中核として、職業リハビリテーションに関する調査・研究をはじめとして、さまざまな業務に取り組んでおります。

そのような調査・研究の一環として、当センターの研究部門では、「職業生活における支援の必要性に応じた障害認定のあり方に関する研究」を実施しており、その中で欧米諸国における障害の認定制度についての調査・分析を行いました。本資料は、その調査・研究成果の一部として、欧米主要5カ国の障害認定制度について取りまとめたものです。

本資料が、関係者の方々の参考となり、我が国における職業リハビリテーションを前進させるための一助となれば幸いです。

最後に、本資料の取りまとめに際しては、各国の障害者対策に精通した多くの方々から多大なご協力を賜りました。ここに厚く感謝申し上げます。

2009年4月

独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構
障害者職業総合センター
研究主幹 上村俊一

執筆担当（執筆順）

佐渡 賢一（障害者職業総合センター事業主支援部門統括研究員）・・・はじめに 第1, 第6章

石川 球子（障害者職業総合センター事業主支援部門主任研究員）・・・第2, 第3, 第4, 第5章

資料の翻訳については、杉田史子（当センター事業主支援部門研究協力員）、加賀沙智美（当センター事業主支援部門研究協力員）が参画した。

目次

はじめに

1 本資料の趣旨	1
2 研究の方法	1
3 本資料の内容	1

第1章 概説

1 各国の障害認定基準の特徴	3
2 変化を与える要因	4

第2章 フランスの障害認定制度

1 障害の認定制度の変遷	7
2 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針	8
3 2005年の障害者権利法及びその後の障害認定	11
4 障害者の補償の必要性を評価するための手引（GEVA）	15

第3章 ドイツの障害認定制度

1 障害の定義	23
2 障害の認定、証明	24

第4章 米国の障害認定制度

1 障害の定義	29
2 障害者に対する所得保障プログラム	30
3 障害認定のプロセス	31
4 身体的残存能力の評価	35
5 精神的残存能力の評価	38

第5章 オランダの障害認定制度

1 障害の定義	43
2 障害の認定に関連する主な法律	43
3 障害認定のプロセス	46
4 機能評価リスト（FML）	50

第6章 英国の障害認定制度

1 障害の定義	67
2 福祉改革による給付制度の変更	67
3 就業能力評価の概要	68

巻末資料

1 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針（仏）	
総括序論	83
第6章 内部及び全身の機能障害	87
2 障害者の補償の必要性を評価するための手引（GEVA） 各種様式（仏）	99
3 障害者の補償の必要性を評価するための手引（GEVA） 附属マニュアル（仏）	147
4 医学的鑑定業務手引（2008年版）（独）	207

はじめに

1 本資料の趣旨

障害者の雇用促進をめぐる検討・議論において、その対象である障害・障害者の定義及び認定に関心が及ぶことは少なくない。最近、国際機関においても ICF に代表される障害認定に大きな影響を及ぼす検討が進展しており、国内においても障害の定義、認定手続きに及ぶ制度の再検討を求める声も高まってきている。障害者職業総合センターでもこうした動きを受け、いくつかの調査研究において障害の定義、認定手続きを視野に置きつつ進めているが、その一環として諸外国における障害の定義・認定の実情把握に努めてきた。本資料はこれまでの取り組みを取りまとめたものである。

2 研究の方法

本資料作成の趣旨は上述のとおりであり、具体的には以下の方法によった。

(1) 文献の収集・分析

ネットワークを含む公開情報を活用するとともに内外の研究機関を介して、欧米諸国の障害の定義や認定手続きにかかる資料を収集・分析した。収集に当たっては各国の最近の動向に注意を払いつつ、最新のものの入手に努めた。

(2) 翻訳

英語以外の言語の文献中必要なものについては全文の翻訳を行い、分析に活用した。

3 本資料の内容

本資料の内容は上記の活動による分析の成果であるが、重要な資料については、本文中にその概要を紹介するとともに、全文の翻訳を本文中又は巻末に収録した。

第 1 章

概説

第1章 概説

諸外国の障害者を対象とする施策については、当センターにおいても雇用支援や差別禁止の分野を中心に、これまで数次にわたり研究対象に取り上げ、随時成果物として公表してきた。本資料もその一環であるが、今回は各施策の対象に焦点を当て、検討の題材としている。すなわち、各国の様々な施策の対象である障害者はどの範囲か、それをどのように規定しているかという障害の定義、またどのようにしてそれら施策の対象者であることを認めるかという認定の手續について、できるだけ近年の動向を把握しつつ検討を加え、特に関心の高いものについては、その基礎資料である各国の障害認定の手引等の原典を収録した。

本章では上記の主題に関し各国の実情やその基礎資料を検討するに当たって、有用と思われるいくつかの着眼点について、説明を加える。

1 各国の障害認定基準の特徴

各国では、種々の施策についてその制度の特性に応じてそれぞれ対象者が定義され、認定の手續が定められている。本資料においては、当センターの趣旨に即して雇用支援につながる施策を中心に、障害者が対象となる諸施策にかかる定義や認定手續の数々を、「障害・障害者の定義及び認定手續」とし、これらにかかる基礎資料を収集した上で整理・解説している。個々の定義、認定手續に接する際留意が必要と思われる点をいくつか示したい。

(1) 定義、認定の適用範囲

まず、着目している障害・障害者の定義、認定手續がどのような制度におけるものか、意識しておく必要がある。ともすれば、「どのような場合に障害者とみなされるか」「どのような手續で認定されるか」に注意が集中しがちであるが、その定義や認定手續がどのような制度に適用されるかも重要である。中心的、あるいは代表的なものと認識される認定手續がある国でも、その手續が適用される制度がどの範囲か、他の制度において別の定義・認定手續が適用されていないか、そのような場合、他の定義・認定手續との関連はどうか等について注意する必要がある。例えば、ドイツにおいては社会法典第9編に障害者、重度障害者の定義が明記され、障害の有無と程度に関する認定手續が定められ、そのための詳細な認定基準も整備されている。上記第9編に規定されている雇用率制度、解雇規制等の諸制度の対象はこれら定義・認定の対象となる重度障害者（及び同等扱いの者）であり、そういった事情から上記の定義、認定手續が「ドイツにおける障害者の定義・認定」と認識されている。しかし、こうした定義や認定手續の及ぶ範囲はあくまでも社会法典第9編（特に第2部）とその周辺であって、その汎用性には限界がある。例えば、障害者（の一部）を対象とする年金の支給対象にはこの認定結果は直接適用されない。支給対象者には別の定義が定められており、支給資格も別途審査・認定されている。こうした例が示すように、制度間の関係を正確に把握することが、1国の障害認定制度の全体像を混乱なく理解するために必要となる。

（２）認定手続の目的

また、必ずしも障害者としての認定を目指すものではない基準も存在する。例えばフランスで2008年に制定されたGEVAの略称を持つ認定基準は、基準に沿って回答、記入を進めて行くことで最適な支援策が決定されるように設計されており、一定の定義に即した障害者であることを認定することは主目的とはなっていない。

（３）認定を伴わない定義

加えて、障害の定義が存在しても認定手続を有していない場合もある。米国における「障害のあるアメリカ人法（ADA）」がその例で、同法は第3条で障害の定義を定めているが、個人についてその定義に即して障害者であるかという認定は行われていない。差別案件の審理などの必要な場において当事者がADAの保護対象者になるか、当該行為が「障害を理由とする」差別行為であったかが問題とされる。

このように障害の定義、認定のありかたは国や制度によって異なっている。また、上のドイツの例が示唆するように、1国について複数の定義、認定手続が定められている場合も少なくない。本資料では、種々の制度について、原典も交えて解説を加えているが、個々の定義や具体的な認定手続といった内容とともに、それらの定義、認定手続が適用される制度、その適用対象といった位置づけ、枠組みへも注意を払うことが望まれる。

2 変化を与える要因

制度を考えるに当たっては、その現状だけでなくその変更、改革も関心の対象となる。障害者にかかる定義、認定手続についても最近の動向、変更の実態が注目される。

こうした制度変更の要因はいくつかある。制度そのものが変革、再編成された場合は、対象者やそれを定める手続についても改訂の波が及ぶ。また、障害の定義、認定そのものについて再検討を促すような変化も存在する。本章の後半ではこれらについて整理しよう。

（１）新たな国際分類基準

制度変更を促す要因として最近注目されるのが、国際的な統一的基準等にどのように対応していくか、ということである。その観点から2つの話題を取り上げたい。

1つは、WHOが2001年に採択した新しい分類基準「国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF）」に、各国がいかに取り組んでいるかという点である。

ICFはそれ以前の障害にかかる分類と比較して画期的な視点の変更と新たな発想を伴うものと評価されている。例えばそれに先立つ分類基準である「国際障害分類（ICIDH）」では、「機能障害（impairment）」、「能力低下（disability）」、「社会的不利（handicap）」の3つの概念に基づく分類が行われていた。この分類についてもそれまでにはない体系性を持つと評されていたが、例えば上記の3つの概念が「低下」「不利」といった、いわばマイナス面からの接近という側面を持つ等について

は、従来の発想に沿っている。

これに対して ICF では「環境因子」等の要素を新たに勘案することに加え、生活機能というプラス面からの評価を行うことを提唱し、それまでとは大きく異なる分類体系となった。

このように、ICF はその正当性・先進性が評価される一方で、実用面での煩雑さも認識されている。各国における障害者の定義や認定手続に関する近年の再検討に当たり、ICF の発想がどの程度取り入れられているかが 1 つの注目点となる。

(2) 国際条約がもたらす制度変更

もう 1 つは、国連で検討され 2006 年 12 月採択された「障害者の権利のための条約」である。「障害者の権利の確保」をうたうこの条約への対応は各国の障害者に関する諸制度の変更を促す可能性を持ち、それが障害の定義、認定手続に影響を及ぼすことも十分考えられる。

権利条約においては、障害の定義そのものについても、条文に明記しようとする試みが、検討・交渉の過程で続けられてきた。最終的には第 1 条の後段に障害の概念について触れ、「障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な障害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。」と述べることで決着し、明確な定義は各国に委ねる形で採択されている。

権利条約の批准に向け、各国において障害者に関係する国内法制の検討が進められている。定義そのものについての扱いは上記のとおり各国が自由度を留保する結果となっているが、個別の法制や制度を検討する過程で、その対象である障害者の定義や認定について、(1) であげたような他の国際的な動向をも踏まえた再検討が及ぶ可能性がある。そうした意味では、権利条約に代表される国際的な取り組みとの関連についても、注意を払う余地がある。

なお、こうした国際的な取り決めへの対応については、時系列的に権利条約と前後が逆転するが、EU における差別禁止等に向けた各種の取り組みも念頭に置くべきと思われる。1998 年のアムステルダム条約、2000 年の雇用均等一般枠組指令による各国の差別禁止法制については、これまでも当センターにおいて調査研究を進め、報告書等を取りまとめてきているが、これら各国の取り組みは障害者の定義や認定手続にも影響している。フランスにおけるいわゆる 2005 年法は、障害者施策に関し多岐にわたる制度変更を盛り込んだ大規模な法律であるが、障害者支援施策の枠組みにも及んでおり、前述の GEVA という新たな基準もこうした取り組みの 1 つの現れである。そのような影響力を持つ 2005 年法の契機としては、既に述べた ICF の採択とともに、差別禁止、あるいは障害者施策における統合アプローチの導入といった EU の取り組みが指摘されている（総合センター、2008）。ここで紹介したフランスの例をはじめ、EU 諸国での取り組みは、今後障害者権利条約がもたらすさまざまな制度変更、更にそれに伴う障害者の定義、認定手続の変更にもつながる動きを先取りするものとして、検討を加える価値がある。

(3) 社会保障制度の再検討

最後に、本資料の趣旨からはやや遠ざかるが、社会保障制度の再検討も障害の認定に影響を与える要因として留意が必要である。多くの国において財政問題等に起因する社会保障制度の再検討は大きな課題となっており、これまでの種々の見直し、制度改革の実例がある。こうした諸制度の中には障害者を対象とするものも少なくなく、これらの制度変更に伴いその対象者の認定手続やそれに用いられる基準等が新たに導入あるいは改訂されることによって、認定手続が変更される場合もある。

本資料においても、最近新たに設けられた制度が紹介されているが、その中にはここで述べたような経緯から行われた制度変更に伴って新たに導入されたものも存在する。

このように、障害者の定義、認定に関する諸制度を変更する要因についてもいくつかの流れがあり、それらが関連して影響を与えていることも考えられる。現存の制度の実態のみならず、それらの変化及び変化の背景を把握することによって、今後の課題等を示唆することもできよう。本資料に収録した諸施策に関する資料は、そうした全体像や国際的な要因にも影響した変化を把握する手がかりとしても、活用されることが望まれる。

【参考文献】

障害者職業総合センター：諸外国における障害者雇用施策の現状と課題，資料シリーズ No.41(2008)

第2章

フランスの障害認定制度

第2章 フランスの障害認定制度

フランスでは、行政目的に応じた法体系が整備されており、障害者に係るものとしては、労働法典 (Code du travail) が雇用就労の分野で、社会福祉・家族法典 (Code de l'action sociale et des familles) が福祉全般の分野で各種施策の根拠となっており、障害 (者) の認定のための制度についても両法典の関連条文で規定されている。本章では、2005年の障害者権利法を紹介しつつ、そのようなフランスの障害認定制度と認定に用いられる具体的指針及びマニュアルについて解説する。

1 障害の認定制度の変遷

(1) 背景

フランスでは障害を認定・評価する共通の基準がなかったため、世界保健機関(WHO)の提唱する概念に基づく障害評価基準の作成に取り組むこととなり、1993年に行政で共通に使用できる「障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針」(Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées)が策定され、政令により公布施行されることとなった。

この指針は、県特殊教育委員会(CDES)及び職業指導・職業再配置専門委員会(Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, COTOREP)向けのものであった。この指針が策定された背景として、1975年の障害者職業指導法の施行令が依拠していた障害評価基準は、傷病軍人年金及び戦争犠牲者法の障害評価基準の1つであったが、第1に外傷による成人障害者を対象としていたため、小児及び成人の先天性障害、精神疾患などいくつかの障害類型に対応していなかったこと、第2に共通の参照基準がなかったため、県や委員会ごとに評価結果に相違が生じていたこと、第3に多くの研究論文が障害を評価するには機能障害(déficience)を考慮すべきと結論づけていることが挙げられる。

本評価指針は、WHOの提唱する障害概念すなわち、機能障害(déficience)、能力低下(incapacité)、社会的不利(désavantage)の3水準で捉え、病気の診断(diagnostic)、機能障害、能力低下及び社会的不利の4つの観点から障害(handicap)を定義しようとするものである。

本指針は、本指針を定める「社会福祉・家族法典」付属文書 2-4の修正に関する「2007年11月6日の政令第2007-1574号」により、新たに総括序論(Introduction générale)が加えられ、その第6章が大幅に修正された。

(2) 指針の一部修正

前述したように、本指針は、2007年に一部の修正が行われ、1993年の指針が策定された際に発出された実施通達にあるような解説が総括序論として加えられるとともに、その第6章が以下の表2-1のように大幅に修正された。このように修正された理由としては、医学的疾患の状況ばかりでなく、機能障害、機能面での能力低下、及びそれに由来する社会的不利の程度を基本として判断する能力低下率の評価が、内部障害及び全身機能の障害では、他の障害に比べて環境との相互作用によって個人差が大きいため、その点について解説を詳しくしたこと、また、障害の種類を追加して判定をより容易にできるようにしたことが考えられる。

修正後の第6章については、当センターで仮訳したものを巻末資料に記載したので参照されたい。なお、旧版の指針は全文が木村（2000）により紹介されている。

表 2 - 1 指針第6章新旧比較

1993年当初の指針第6章	修正後の指針第6章
第6章 内部及び全身の機能障害 第1節：心臓血管系の機能障害 第2節：呼吸器系の機能障害 第3節：消化機能の障害 第4節：腎泌尿器系の機能障害 第5節：内分泌、代謝及び酵素由来の機能障害 第6節：造血系及び免疫系の機能障害	第6章 同左 第1節：内部及び全身の機能障害 I 心臓呼吸器系の機能障害 II 消化機能の障害 III 肝機能の障害 IV 腎泌尿器系の機能障害 V 内分泌、代謝及び酵素由来の機能障害 VI 免疫・血液系の機能障害 VII 皮膚の機能障害及び皮膚付属物の障害 VIII 生殖器、性、及び生殖の機能障害 第2節 人の状況を評価する際に考慮すべき要素 第3節 能力低下率を決定するための実用的指針

2 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針

(1) 指針に含まれる障害

本指針は、総括序論を除くと8つの章からなり、各章ごとにそれぞれ異なるタイプ(type)の機能障害及び能力低下について述べられており、全体構成は以下の表2-2のようになっている。

表 2 - 2 指針の全体構成

章	障害
1	知的機能障害及び行動の障害(déficiences intellectuelles et difficultés du comportement)
2	精神障害(déficiences du psychisme)
3	聴覚の機能障害(déficiences de l'audition)
4	言語及び発声発語の障害(déficiences du langage et de la parole)
5	視覚の機能障害(déficiences de la vision)
6	内部及び全身の機能障害(déficiences viscérales et générales)
7	運動機能障害(déficiences de l'appareil locomoteur)
8	審美障害(déficiences esthétiques)

(2) 指針の目的

ここでは、2007年に政令第2007-1574で付加された「総括序論」に基づき、指針の目的について、以下にまとめておく。

本指針は、「社会福祉・家族法典」L114条で定義されている障害 (handicap) のある者に対する社会的優遇措置 (avantages sociaux) として法律を適用するために、能力低下率 (taux d'incapacité) を定めることができるようにすることである。

また、本指針は、対象となる障害者の年齢にかかわらず、その障害の原因となる疾患について、医学的性格だけでなく、その人の機能障害と日常生活の中での結果 (conséquence) をもとにして、能力低下率を定めることができるようにするものである。

能力低下率は、次の3つの側面の相互作用を分析することにより決定される。機能障害 (déficience) は、心理的、生理的、解剖学的構造や機能の、完全な欠損又は変化である。機能障害には、病変 (lésionnel) という面が関与し、障害の定義においては、機能の変化 (altération de fonction) という概念に相当する。

能力低下 (incapacité) は、機能障害から生じる人間として通常と考えられるやり方や限度で活動を行う能力の、部分的又は完全な低下である。能力低下は、身体又は精神を構成するすべての機能に関するものであり、障害の定義においては、活動の制限 (limitation d'activité) 概念に相当する。

社会的不利 (désavantage) は、年齢、性別、社会的文化的因子に見合った通常の社会的役割を果たそうとする際の制限あるいは不可能性 (impossibilité) である。社会的不利 (つまり、障害の具体的な状態) は、機能障害及び/又は能力低下のある人とその人の環境との相互作用から生じる。

この3つの側面は密接に絡み合っているが、それぞれの程度は必ずしも比較できるものではなく、病因又は病理が同じであっても、個人差がかなりある。また、異なる進行の経過を示す可能性がある。実際、診断だけでは障害の評価 (évaluation) はできず、その評価は、進行の段階、実施された治療、その人と環境との相互作用によって異なってくる。

とはいえ、診断という要素は、当事者の日常生活における健康状態の結果を説明するには不十分であ

るが、その人がどのような状態にあるかを知り、これからの病状の進行と予後についての指標とするには便利である。

(3) 能力低下率の捉え方

本指針は、正確な能力低下率を定めるものではない。むしろ能力低下率の許容変動範囲(fourchettes)を示すものであり、障害の重さ (sévérité) は、ほとんどの場合が4段階であるが、章によって3段階から5段階に分けられる。

これらの区分は、1～15%を軽度 (légère) の型 (forme)、20～45%を中度 (modérée)、50～75%を中重度(importante)、80～95%を重度 (sévère) 又は最重度 (majeure) である。50%と80%の境界値に達すると、様々な優遇措置 (avantage) や給付 (prestation) を受ける権利が与えられる。

50%という率は、障害者の社会生活にかなりの支障がある、やや重度の困難 (trouble) に相当する。その支障をその人の生活の中で具体的に位置づけ、その社会生活が維持できるように補うことは可能であるが、そのためにはかなりの努力 (efforts importants) と個別の補償を行わなければならない。しかし、日常生活の基本的な行為(actes)では、自立は保たれている。

80%以上という率は、当事者が個人の自立 (autonomie individuelle) を成し遂げるには日常生活にかなり重度の支障がある、重度の困難に相当する。この「個人の自立」とは、日常生活でその人自身で行わなければならない行動全体と定義される。完全又は部分的な介護(aidé)、あるいは見守り (surveillée) が必要であり、その行動を行う際に複数の極めて大きな困難 (les plus grandes difficultés) を伴う場合には、80%となる。1つの機能が喪失 (abolition) した重度 (sévère) の機能障害も同様に80%となる。

100%という率は、植物人間状態や昏睡状態など、全面的な能力低下がある場合に限られる。

なお、各章に出てくる「基本的又は不可欠と形容されることが多い日常生活行為(actes de la vie quotidienne)」は特に表2-3に示す活動である。

表2-3

基本的又は不可欠と形容されることが多い日常生活行為

1	論理的及び良識的な方法で行動すること
2	時間と場所の中に自分を位置づけること
3	身体的衛生を確保すること
4	適切な方法で服の脱ぎ着をすること
5	料理した食べ物を食べること
6	尿及び便の排泄の衛生を確保すること
7	動作 (立ち上がる、腰掛ける、横になる) 及び移動 (少なくとも建物の内部) を行うこと

指針に定められている能力低下率を決定するための評価では、以下のアプローチをとることが必要である。

- 個別的 (individualisée) : 重度の機能障害でも、実際には能力低下が中程度の場合がある。逆に、

中程度の機能障害でも、顕著な精神的脆弱性など他の障害があり、結果は重度化する可能性がある。同様に機能障害が（どのようなものであれ）治療によって補われている場合には、社会、教育、職業における参入において、特に治療面の制約があるために、かなり重度の社会的不利がある場合がある。

・全体的 (globale) : 異なる機能障害の位置づけは必要であるが、能力低下率を決定する際には、その章で算術的に加えることが明記されている場合を除き、各章で述べられた率を算術的に加えることはできない。

若者が関与している場合には、小児期と青年期が発達段階であるという特殊性を考慮に入れて分析を行わなければならない。その機能障害がまだ、能力低下や社会的不利へ直接に影響を与えていなくても、一定期間内に発達の妨げとなるかもしれないからである。次の段階に進むことを防ぎ、様々な補償の方法があることを早い時期に知らせることは、若者と身近な人々の生活や人生に大きな影響を与える可能性がある。分析の際には、この点も考慮しなければならない。

その人の医学的状況が安定しなければ、能力低下率の決定ができないということはないが、能力低下率を定めるためには、結果の予測期間 (durée prévisible) は少なくとも1年以上となるものでなければならない。

3 2005年の障害者権利法及びその後の障害認定

(1) 概況

2005年2月の「障害者の権利と機会の平等、参加及び市民権に関する2005年2月11日付け法律」(Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) が制定された。この法律の8つの柱は、総則、予防・研究・ケア、補償と財源、アクセシビリティ、障害者の必要の評価と権利の認定、市民権及び社会生活への参加、諸規定、経過措置である(大曾根,2007,P16)。

この法律により、CDES(県特殊教育委員会)及びCOTOREP(職業指導・職業再配置専門委員会)が統合されて障害者権利・自立委員会(Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées: CDAPH)が設置され、新たに多分野専門家チーム(équipe pluridisciplinaire)の活動を統括する県障害者センター(Maison départementale des personnes handicapées,MDPH)が設置され、障害の認定・評価の仕組みが改善された。

これまで障害者の定義として、労働法典ではL323-10条第1項(現L5213-1条)で、「障害労働者(travailleur handicapé)とは、1つ又は複数の、身体的、感覚的、知的、精神的機能が変化したために、雇用の獲得又は継続の可能性が実際に減少している全ての者をいう」との規定が用いられてきた。そして、障害労働者の資格は、労働法典に定めるCOTOREPによって認定されるという仕組みになっていた。

一方、2005年の障害者権利法により修正された社会福祉・家族法典L114条では、上記の規定に加え障害(handicap)に関して以下のように定義をして、これまでの3基準に加えて、WHOの提唱する新しい障害概念を取り入れている。

社会福祉・家族法典L114条「現行法の意味するところにおいて、障害(handicap)とは、身体、感

覚、知能、認知又は精神の機能のうち、1つ又は複数の機能の実質的 (substantielle)、継続的 (durable) 又は決定的な低下のほか、重複障害 (polyhandicap) 又は日常生活に支障をきたす健康障害のために自らの環境において被るあらゆる活動の制限又は社会生活への参加の制約を指す。

2005年の障害者権利法が実施段階に入り、障害の認定制度も大きく様変わりしている。本法律の規定に従い、能力低下率 (incapacité) 等の判定を行うのは、MDPH であり、CDAPH が最終的な認定を行うというシステムになっている。就労不能程度の判定は、障害者に支援と権利を与える多くの機会を提供するための基本的かつ有用な手段である。障害補償給付(PCH)に関しては、2005年法第12条で社会福祉・家族法典に大きな修正が加えられ、障害者に個別の「補償」の権利が与えられた。また、成人障害者手当(AAH)に関しては、2005年法第16条により、社会保障法典に修正・挿入が行われた。これにより、所得補足手当により経済活動収入との柔軟な二重取得が、さらに、自立生活加算で自立生活のための増額支給が可能になった¹。

MDPHには、医師などの専門家によって構成される多分野専門家チームが配置され、評価のための指針 (guide-barème) により機能障害の程度や能力低下率を判定するとともに、2008年に新たなツールとして導入された「障害者の補償の必要性を評価するための手引」(Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, GEVA) によって、個々の障害者の置かれた環境や障害の状況を多面的に評価して、各種制度の適用の可否・資格判定の資料とするとともに、個別の必要性に応じた障害補償プランを提案する。

このようにフランスにおいては、障害を医学モデルで捉える従来のシステムから、社会モデルを加えた多面的な評価を導入したことからもうかがえるように、最近のWHOの提唱するICFの概念と障害者権利条約の理念を行政施策の中に取り入れようとする動きを示している。

本報告書の巻末資料に、評価指針の修正後第6章とGEVA及びGEVA付属マニュアルを当センターにおいて翻訳して収録した。

(2) 県障害者センター(MDPH)及び障害者自立委員会(GDAPH)が行う障害の認定

ア 障害労働者の資格の認定 (RQTH, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)

障害労働者(労働法典L5213-1条)の資格はCDAPHによって認定される(労働法典L5213-2条)が、障害労働者の資格の認定を得ると、以下の権利が与えられる。それらは、①CDAPHによる適合企業(EA)、労働支援機関・サービス(ESAT)への進路指導、②職業訓練・研修、③Cap Emploi(企業と障害者に対して、求職に関するあらゆる支援を行うサービス機関をネットワーク化した県の制度。ANPEのサービスを補完する²)のサービス、④民間機関、公的機関に対する雇用義務の対象となる、⑤障害者職業編入基金(AGEFIPH)の助成金(aide)である。

申請は、障害者自身、両親、法定代理人、世話を引き受けている医療福祉施設などが行うことができ、申請者はMDPHに所定の様式の書類を提出する。

¹ 大曾根 寛：「フランスにおける障害者雇用施策の現状と課題」、資料シリーズNo.41、P.32(2008)

² Cathorine Delpech 他、'Les droits des personnes handicapées', berger-levrault, P.159

CDAPH は、MDPH からの書類を審査して判定するが、その判定方法には、以下の 3 種類がある³。

- ① 単純な拒否：申請された障害が明らかに存在しない場合
- ② 書類審査後の拒否：特別な措置がなくても働く能力があると判断された、あるいは、非常に重篤な能力低下のため、働く能力をもつことが不可能であると判断された場合
- ③ 明確な認定プロセスを経るもの：特に判定が難しい場合には、**préorientation**（進路指導前の職業能力評価）を行っているセンターを用いる。CDAPH はその報告書に基づき、判定を下す。

労働法典 R5213-6: **préorientation** に基づき、**centre de préorientation**（予備指導センター）は、その者の希望や知的・身体的職業適応能力について、詳細な報告書を CDAPH に提出する。

RQTH は、2005 年までは障害程度によってカテゴリー A、B、C に分けられていたが、2006 年 1 月 1 日より「障害重度認定」（**reconnaissance de la lourdeur du handicap**）となった。ただし、「障害重度認定」は職務への調整に対して雇用主（自営の場合は本人）へ行われる補償で使われる概念であり、障害労働者の資格の認定ではない。障害者の雇用義務の対象者ならば誰でも（従業員も自営も）、「障害重度認定」を申請する権利がある。「障害重度認定」の申請は、雇用義務の対象者である証明書、職務への調整にかかった費用、（恒久的能力低下率が 80% 以上の場合には調整にかかると思われる費用）を示す書類などを添えて、県労働・雇用・職業訓練総局(**directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle: DDTEFP**)に対して申請する。DDTEFP がかかった額を計算した上で判定する⁴。

CDAPH により労働支援機関サービス(ESAT)、一般就労、職業再訓練センターに行くよう進路指導(orientation)がなされた場合も、障害労働者の資格の認定に値する（労働法典 L5213-2）。

イ 主要な障害者福祉制度

(ア) 障害者カード(**carte d'invalidité**)

保有者が障害をもつことを証明するためのカードである。申請があれば、指針による判定のもとに以下の者に与えられる。

- ① 恒久的能力低下率が 80% 以上の者
- ② 社会保障法典の障害年金のカテゴリー 3 の受給資格をもつ者

障害者カードがあれば、様々な権利や優遇措置（公共交通機関・公共施設の優先座席、公共の列での優先権、場合によっては視聴覚機器の使用料金の支払い免除、商業を営む組織が自由に定める税金面での減額）が得られるが、年金や手当の受給資格とはならない。

申請は、所定の書類に記入し、生活設計(**projet de vie**)、医師の診断書などを添えて、MDPH に提出する。申請に対して、CDAPH によって通知がなされる。

有効期限は 1 年から 10 年である。更新は自動的にはなされないのが新たに上記と同様の方法で申請する必要がある。特記事項には、①記載なし、②要介護、③失明の 3 種類がある。2005 年法により、障害者カードの保有者も雇用義務の対象となった。

³ Guide Néret 2005 P.70

⁴ Guide des personnes handicapées 2008, P.52

(イ) 成人障害者手当 (Allocation aux adultes handicapés, AAH)

国による障害者への最低所得保障制度であり、・受給できるのは、以下の恒久的能力低下率を満たした者である。

①80%以上

②又は、50-79%。さらに、障害のために就労することができず、手当の申請を行ってから1年間職に就いていない

能力低下率は、指針 (guide barème) によって評価される。なお、AAHは基本的には、60歳以上には支給されない。60歳になると、障害をもつ退職者の制度に移行する。

(ウ) 所得補足手当 (complément de ressources, CRP)

所得保障のために AAH に追加される手当で、能力低下率が 80%以上で、稼働能力 5%以下、申請前の1年間に就労による収入を得ることができない障害者に支給される。

(エ) 自立生活加算 (Majoration pour la vie autonome)

自立生活加算は、能力低下率が80%以上であり、就労による収入だけでは十分な収入を得ることができない者に支払われる。

(オ) 障害補償給付 (Prestation de compensation du handicap, PCH)

障害補償給付は、社会福祉・家族法典第2編第4部第5章 L245-1 から L245-14、R245-1 から R245-78 において規定されているとおり、障害の結果生じた必要性を満たすための費用を個別に補償するためのものである。全国自立連帯金庫 (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA) により管理される。以下の条件を満たす障害者が障害補償給付を受給することができる。

① フランスに居住する (EU以外の外国籍の者は滞在許可証が必要である) (社会福祉・家族法典 R245-1)

② 以下の障害が1年以上続く見込みである

- ・基本的な活動を1つ行う際に、完全な(absolue)困難を伴う
- ・基本的な活動を2つ以上行う際に、重度(grave)の困難を伴う

③ (申請時に) 60歳未満である

成人に満たない者も PCH を受給できる。また、医療施設や福祉施設に入所している者、自宅で介護サービスを受けている者も利用できる。

障害者は、希望を述べた生活設計(projet de vie)など定められた書類を添えて、MDPH に申請する。

保障給付は、個人補償プラン (plan personnalisé de compensation : このプランは障害補償給付以外にも使われる) を作成することで決定される。専門家チームは、申請者を交えて話し合いながら、申請者の補償のニーズを評価する (専門家チームが生活の場を訪れる場合もある)。できあがった個人補償プランは、申請者に渡され、その後の 15 日間このプランについて申請者が検討する。CDAPH がこのプランに基づいて決定を下す。この際、申請者が選んだ介助者や代理人が出席してもよい。決定は

CDAPH の委員長によって当該者や関係機関に通知される。県会を通した、緊急支給の申請方法もある。また、CDAPH の決定に不服の場合には、訴えることができる。

* 「社会福祉・家族法典 D245-4 : …障害補償給付を受給する権利、あるいは受給審査の権利を得ることができるのは、付属文書 2-5 で定義や条件が示されているように、1 つの活動を行うのに完全な困難を示す、あるいは 2 つの活動を行うのに重度の困難を示す者である。この活動を行う際に示される困難は決定的(définitif)であり、1 年以上続く見込みがなければならない。」

* 「基本的な活動」は、社会福祉・家族法典付属文書 2-5 に定義されている。移動、セルフケア、コミュニケーション、環境の中で自分の居所を知り利益を守る能力の 4 つの分野に大きく分けられる。

障害補償給付には、①人的支援、②技術的支援、③住宅・自動車の改修費支援・交通に係る超過費用、④特別・例外的負担、⑤動物による支援の 5 種類がある。(L245-3)

4 障害者の補償の必要性を評価するための手引 (GEVA)

MDPH の多分野専門家チームにとって、不可欠なものとなっているこの「障害者の補償の必要性を評価するための手引 (Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, GEVA)」(以下、GEVA という。)は、障害者の補償のニーズと恒久的能力低下を評価する際、基準にすることと規定されている (社会福祉・家族法典第 L146-8 条)。

ここでは、GEVA を最も有効に活用できるようにするために、全国自立連帯金庫 (CNSA) の発行した GEVA 付属マニュアル (Manuel D'Accompagnement du GEVA) を参考に、以下に GEVA による障害者の補償の必要性の評価について紹介する。

(1) GEVA の概要

GEVA の内容は、2008 年 2 月 6 日付の政令 (décret) 第 2008-110 号及び同日付の省令 (arrêté) によって規定されている。

「障害者の権利と機会の平等、参加及び市民権」に関する 2005 年 2 月 11 日法で、補償の必要性の評価及び個別の要求に応じた補償プランの作成を委ねられているのは、MDPH に配置された多分野専門家チームである。障害者の置かれた状況及び障害者の要求に関する評価は、2005 年法に規定された障害の定義に基づいている。

このため、この評価は、各種の個人向け扶助、住宅、交通、就学、就労、生活資金など、障害者の置かれた状況に関する様々な側面を対象とする。したがって、この評価について重要な点は、第 1 に、1 つ又はそれ以上の給付に関して受給資格があるかを判断するためのみの必要材料の収集に限定しない包括的な方法による実施、第 2 は、障害者の置かれた状況の様々な側面へのアプローチの必要性である。この評価に含まれるのは、障害者の個人的な因子と障害者の置かれた環境、さらにその両者の間に存在する相互作用に対するアプローチである。さらに、本評価には、障害者によりすでに実行済みのこの他の手続きに加え、障害者がすでに享受している扶助及び支援について調査とまとめも含まれる。

(2) 生活設計 (Projet de Vie)

評価において、「専門家チームは、生活設計 (Projet de Vie) 及び法的措置によって定められた基準に基づいて障害者の補償の必要性及びその永久労働不能性を評価し、個別の要求に応じた障害補償プランを提案する (以下省略)。」MDPH では障害者の生活設計について、私の生活設計 (Mon projet de vie) という所定の様式により、希望 (souhaits) や必要性 (besoins) を把握する。

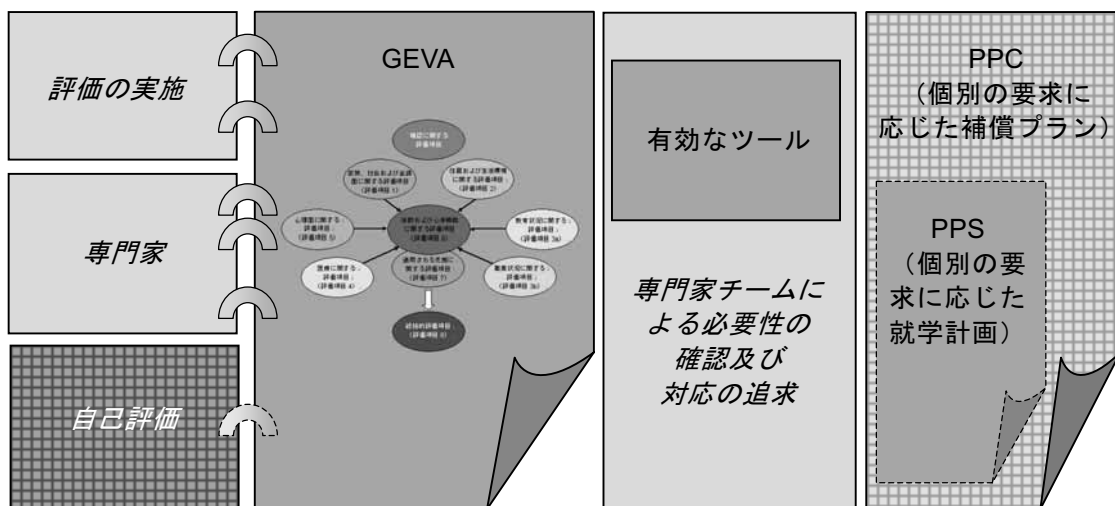
MDPH に提出するこの文書は、秘密情報であり、障害者の希望や必要性について自由に記述する。評価を行う多分野専門家チームが個人補償プランを立てる際の非常に重要な資料となる。

GEVA の「生活設計」は、個人的側面、社会的側面、余暇などが記述されるが、障害者本人の「生活設計」の明確な記述がない場合、評価過程において多分野専門家チームが聴取した希望、必要性等に関する障害者自身の発言の他に、専門家チームとの会話から推測され、障害者が表明する可能性のあるものであれば、後見人の理解による表現であるとしてもこの欄に記載できる。

(3) GEVA による障害者の補償の必要性の評価

GEVA の枠組みにおいて、障害の評価とは、適切な対応を準備することを目的として、「障害者の要求を確認するために実施する手続き」である。この評価には、情報の収集、収集した情報の分析及びその情報に基づいた将来への見通しの判断が必要である。この評価に基づくと同時に、生活設計に示された障害者の要求と希望を考慮して、専門家チームは、個別の必要性に応じた障害補償プランを提案する。

次に、CDAPH が、この評価及び補償プランのほか、生活設計に示された障害者の希望に基づいて、現行の法規定の範囲内で、その管轄領域に関する決定を下すことになる。



(出典：CNSA,2008)

図 2-1 多分野専門家チームによる GEVA による評価と補償の必要性の決定過程

（４）多分野専門家チームの構成と機能

図 2-1 に示したように、GEVA は、県障害者センター（MDPH）の専門家チームの構成員による評価を基にした情報収集、情報形成及び情報の共有に対する普遍的サポートを共有するものである。

評価の際には、専門家チームは、それぞれの判断で自発的に、あるいは要請に応じて、障害者本人、障害者が未成年の場合にはその両親、又は法定代理人から話を聞く。専門家チームは、判断能力がある限りにおいては、子供であっても障害者本人から話を聞く。チームはまた、自発的に、あるいは障害者からの要求に応じて、障害者の生活の場に赴く。

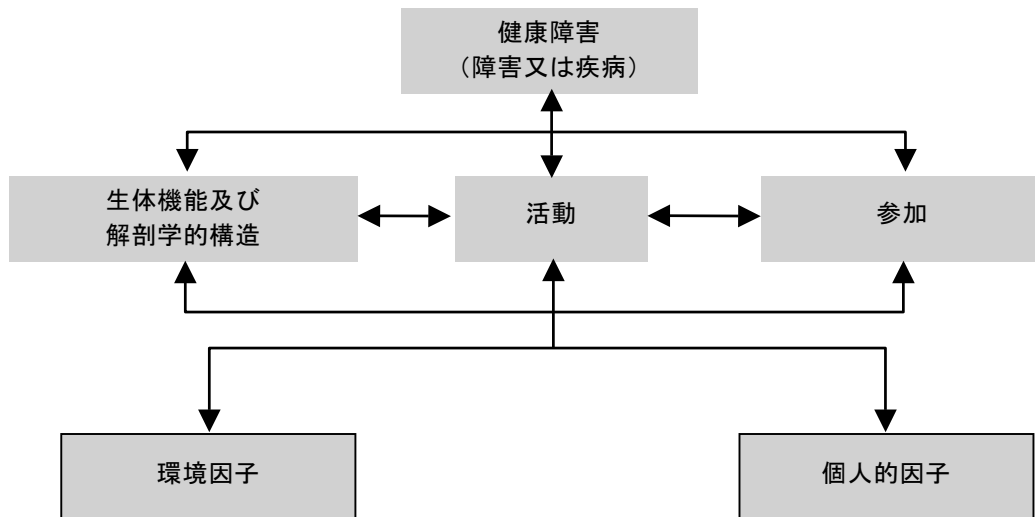
本評価の実施に当たり、障害者本人、障害者の両親又は法定代理人は、自らの選択により任意の 1 名を同席させることが可能である。専門家チームの構成は、補償の必要性のほか、永久労働不能性の評価の対象となる障害の性質に応じて変更が可能である。必要に応じて、あるいは関係者からの要請により、社会福祉・家族法典第 L.312-1 条第 11 項の 1 の対象となる人材センター、あるいは稀少病又は稀少病に類する疾患治療センターとして指定されたセンターに協力を求めることも可能である。

（５）国際生活機能分類（ICF）と GEVA の基本概念

従来 WHO が採用してきた国際障害分類（ICIDH）について、以下の批判があった。第 1 に障害者に過度の焦点が置かれていること、第 2 に主に生物医学的なアプローチであること、第 3 に時代遅れの障害概念を用いていること、第 4 にあまりにも直線的な厚みのないモデルであること、第 5 に環境の果たす役割への配慮が不十分ではないかと考えられることなどであった。これらの批判に応じて、2001 年に発表されたものが国際生活機能分類（ICF）である。

ICF が用いているのは、より中立的な語彙である。その評価項目に含まれるのは、図 2-2 に示すように、身体の解剖学的構造及び生体機能、活動（国際障害分類のなかで用いられていた、活動の制限によって引き起こされる不能の概念）及び社会参加（日常生活のなかで障害者が自分の社会参加を阻害されていると感じる制約）、国際分類では初めて、（すべての人間は）完全に平等な権利を有するという見地から対象となった環境因子といったものである。

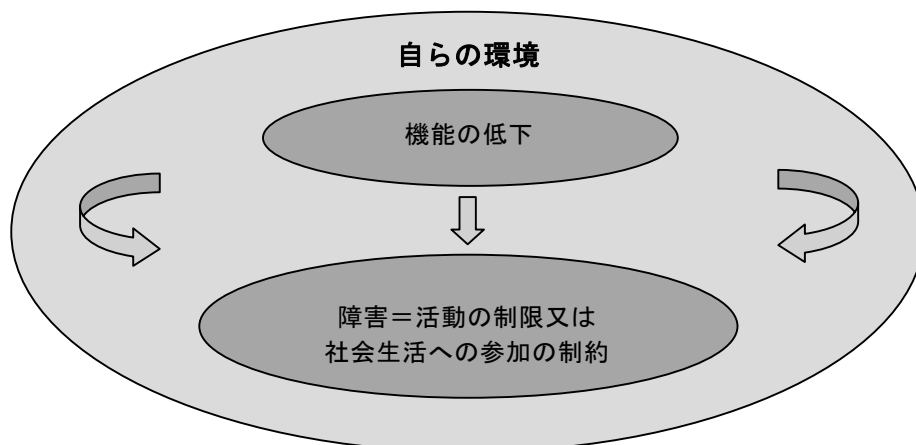
ICF で、最も重要な部分は、プラス面にもマイナス面にもなりうる環境因子（建築環境、個人環境、社会文化環境など）である。その特徴として、様々なプラン相互間の境界も直線的なものではなくなり、あらゆる側面は、相互作用が可能である。さらに、無能力のレベルの格付けによるのみではなく、ネガティブな経験を減らせる能力について格付けを行い、障害の概念にアプローチしている。この概念の提示もまた、これまで以上に障害者の期待と一致するものである。2005 年法に規定されている障害の定義は、このアプローチを考慮したものである。



(出典：CNSA,2008)

図 2 - 2 ICF の概念

社会福祉・家族法典第 L.114 条においては、「現行法の意味するところにおいて、障害 (handicap) とは、身体、感覚、知能、認知又は精神の機能のうち、1つ又は複数の機能の実質的 (substantielle)、継続的 (durable) 又は決定的な低下のほか、重複障害 (polyhandicap) 又は日常生活に支障をきたす健康障害のために自らの環境において被るあらゆる活動の制限又は社会生活への参加の制約を指す」と規定されている。



(出典：CNSA,2008)

図 2 - 3 機能の低下と活動の制限

こうした ICF の様々な評価項目は、特に補償給付 (社会福祉・家族法典第 R.245-1 条から D.245-78 条の補償給付に関する条文及び社会福祉・家族法典の付属文書 2-5 にある「補償給付受給のための参考

基準)の受給基準として、評価の手引きをはじめ、2005年の障害者権利法が適用される複数の参考資料の典拠としても用いられる。この両分類の関連性(図2-3)は、2007年に改定され、今日では国際障害分類だけではなくICFも参考にしている「障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針」(社会福祉・家族法典の附属文書2-4)の序文の中に明確に示されている。

(6) GEVAによる評価項目

GEVAは、障害者を支援するために、障害者の直面している状況と障害者の希望することがらについて、図2-4に示す9領域についての評価項目を用意している。GEVAの評価項目の特徴は、障害者の性格及び障害者が置かれた環境を考慮しつつ、これらの要素が障害者の活動制限に与える影響、生活上の制約、さらにはこれらの要素が引き起こす相互作用への配慮を目的としている点である。

さらに、GEVAでは、障害者がその生活設計のなかで示した希望や必要に配慮した評価を行うことが特徴的である。このため、まず障害者の置かれた環境及び状況について、家族環境及び社会環境、住宅などを評価、把握する。さらに、医学的・心理学的側面における障害者の特徴、とりわけ、これらの障害の治療、介護をはじめとする補償手段の実施に関連する障害因子と制約の分析の他、障害が与える影響と動員できる心理的能力を分析する項目も含まれている。

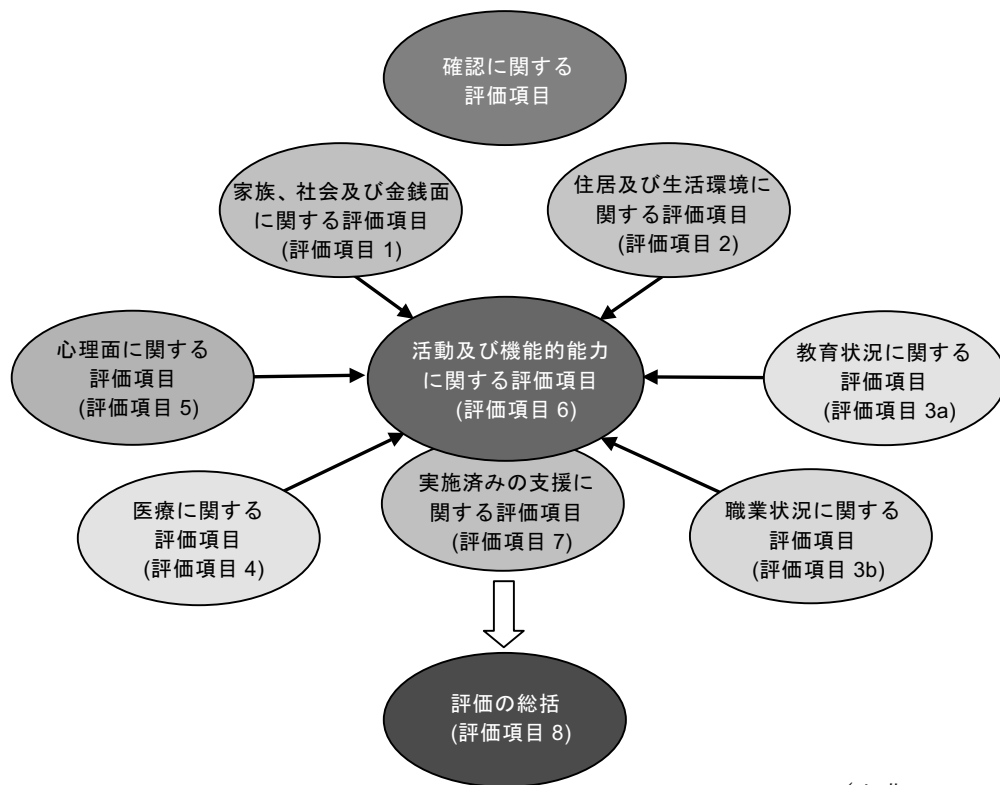
この他、就学及び初期職業訓練に関する項目(高等教育の他に有償の職業訓練の問題を含む)や職業に関する項目(職業計画、職業訓練、職業状況及び就労の実現に必要な条件など)を評価する。

また、一定の活動について、障害者の活動上の制約だけではなく、潜在能力の目安をも把握する。この目的のために障害者の能力を分析する過程で、これらの要素全体を考慮に入れるものとし、実際の生活環境におけるその活動の効果的な実行についても考慮に入れ作成している。

様々な領域については、一般的な動作及び要件-他者との関係、移動-操作、セルフケア、コミュニケーション、家庭生活及び日常生活、知識の応用及び実習、就学及び初等教育に関連する動作と要件、労働に関連する動作と要件に関する各項目を用いて調査している。

これらの活動の実現に介入するあらゆる性質のものについて、これを助長するもの(プラス面)及び阻害するもの(マイナス面)を査定して格付けする。プラス面とは、たとえば、障害者がすでに受けている支援、介護及び保護などである。一方、身体的な環境又は周囲の人々の態度が、場合によっては、障害者の活動及び参加にとって障害因子(マイナス面)として影響を及ぼすことがあるとしている。こうしたGEVAに含まれる各領域の評価結果は、障害労働者の認定(RQTH)をはじめ、障害者カードの発行、障害者給付及び補完給付の決定など各種制度の利用の対象の可否決定の基準となる。

これらの評価は、第1に障害者の性格及び障害者を取りまく環境に関係なく、障害者個人に関する様々な補償の必要性の評価のための必要情報の収集、第2に法文に規定された権利及び給付の様々な受給基準の確認を可能にする。GEVAの評価項目の詳細は巻末に掲載している。



(出典：CNSA,2008)

図 2 - 4 GEVA の評価項目

(7) GEVA による精神障害者の評価

GEVA を用いた精神障害者の評価に関して、CNSA(2008)及び Charzat(2002)を参考に以下にまとめておく。GEVA は ICF の考えかたに基づいた構成となっており、環境の影響を考えつつ、評価することが必要である。この観点から GEVA 付属マニュアルでは、Charzat(2002)を参照し、精神障害者の日常生活上の困難に留意しつつ、評価を行うことが必要であるとしている。

精神障害を有する者の恒常的な特徴は、障害の表れ方や原因の多様性にかかわらず、それに苦しむ人及びその家族が日常生活において困難に直面していることである。日常的な困難には、特に以下のことが含まれる。

第 1 に、精神病に対する差別や無知が顕著であることから、障害者の社会的立場が変わる度に差別が新たに生じることがあるため、こうしたことは、障害者に対する新たな困難のリスクをもたらす。

第 2 に、精神障害は、人をその思考、記憶、自己評価、世間との関係、他者とのコミュニケーションという最も深い部分の傷をもたらす。こうしたことから生じる苦しみは、本人及び周囲にとってその精神上の本質が理解しづらいため、本人の苦しみとなる。こうした苦しみと精神障害との相互作用による悪循環が生じ、治療と人間的で具体的な支援が絶対的に必要となる。こうした精神的な苦しみは、日常生活を犠牲にしなければ治療の効果が得られないため、障害の大きな原因である。

第 3 に、精神障害に苦しむ者が陥っている障害の状況の 1 部はもろさに関係している。例えば、恐怖症のある人は、恐怖の対象であるものや状況を避ける必要があるが、こうしたことは日常生活や職業活動に多大な拘束を生む。

第4は、うつ状態やコミュニケーションの障害などによる孤立のリスクである。このため、自助のための独立した住居を提供するだけでは不十分である。精神障害を有する者のあらゆる権利が尊重された状態で適切な付き添いが行われなければ、常に再発の危険（又はあらゆる影響を受ける危険）にさらされている。このため、サービスの質には、高いレベルが求められる。

第5に、本人の潜在的能力（病気になる前の資格レベルなど）と実際の活動が対照的であるため、雇用主などから、「やる気に関して」否定的な判断が下る可能性がある。こうした変化を周りが理解しない場合がある。こうした、本人と周囲との相互作用の結果である変化性は、人的環境の役割を強調するものである。

第6は、長期間の病的過程に起因する精神障害に対する永続的かつ順応性のある対応が必要である。こうした対応のために、援助者が必要である。

第7は、薬剤による副作用である。例えば、副作用によるだるさ、体重の増加であり、日常生活に支障を来し、障害の原因となる。

第8は、家族や周囲の苦しみと負担とそれに対する援助である。家族や周囲と本人との間に生じる危機的状況に際して介入する支援者が必要である。

【参考文献】

Agefiph (2007) Rapport Annuel

Berzin,C. (2005) Disability and integration in France:A study in Picardy,Inclusive and Supportive Education Congress

Charzat,M. (Mar.2002) Rapport A Madame Ségolène Royal Ministre Déléguée à la Famille, A l'Enfance et aux Personnes Handicapées

CNSA (2008) Manuel D'Accompagnement du GEVA.

CNSA(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) & Les MDPH: (2008.10) vers la maturité? Rapports annuels et statistiques 2007

CTNERHI (2005) Guide Néret Droit des personnes handicapées 2005, Éditions Liaisons

木村哲彦 (2000) [フランス] 障害者の機能障害及びの能力低下の評価のための指針 (仮訳)

監訳 白坂泰俊 植村英晴, 平成 11 年度厚生科学研究費補助金 (障害保険福祉総合研究事業)

障害者職業総合センター (2008) EU 諸国における社会的企業による障害者雇用の拡大

Ministère du travail, des Relations Sociales,de la Famille et de la Solidarité (6.Mai. 2008) Journal Officiel de la République Française Texte 7 sur 104

日本障害者協議会グループ (2006) 障害の法的定義・認定に関する国際比較

大曾根寛 (2008) フランスにおける障害者雇用施策の現状と課題, 「障害者職業総合センター資料シリーズ」, No.41

大曾根寛 (2007.4) フランスの新しい障害者所得保障政策—2005 年法のシステム, 「ノーマライゼーション」 2007 年 4 月号,pp16-17

寺島彰 (2002.6) WHO 国際生活機能分類 (ICF) と障害認定の課題—フランスの認定基準の分析を通して, 「ノーマライゼーション」 2002 年 6 月号

第3章

ドイツの障害認定制度

第3章 ドイツの障害認定制度

ドイツの社会法典に記載されている障害者雇用やリハビリテーション対策の中心を担っているのは、連邦労働社会省(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS)である。

ドイツは障害者雇用に関して、わが国と同様に雇用率制度を実施しており、重度障害者を含む障害者の定義にかかる法原則は、社会法典第9編(SGBIX)「障害者のリハビリテーションと参画」(Rehabilitation und Teilhabe Behinderter Menschen) (以下、社会法典第9編という。)第2条に規定されている。障害の有無及び程度の認定は、連邦援護法の実施管轄官庁である州援護庁及び援護庁が、同法を所管する連邦労働社会省の医療診断基準に基づいて決定する。本章では、こうしたドイツの障害の認定制度についてまとめた。

1 障害の定義

障害の程度は、0 (軽微な症状の場合は0と判断することもある) から100までを10刻みした数値により判定が行われているが、20以上を障害者、50以上を「重度障害者」(Schwerbehinderte)と定義し、該当者には、その申請に基づき、州援護庁(Landesversorgungsamt)及び援護庁(Versorgungsamt)が認定している。

社会法典第9編の第1部「障害者及び障害のおそれのある者に関する規定」第2条において、障害(Behinderung)は以下のように規定されている(表3-1)。なお、障害程度が30以上50未満の者の障害程度は軽度障害であるが、重度障害者と同等の扱いがなければ職に就くか、又は保持することができない場合には、同第2条3項により重度障害者と同等に扱われる。また、社会法典第9編の第2部「重度障害者の参画に関する特別規定(重度障害者法)」68条1項(適用範囲)では、この部の規定は、重度障害者及び重度障害者と同等に扱われる障害者に対して適用されると規定されている。

表3-1 社会法典第9編(SGBIX)第2条の障害の定義

第2条(1)	ある人の身体的機能、知的能力又は精神状態が、6ヶ月以上にわたり、その年齢に典型的な状態とは異なる確率が高く、そのため社会生活への参画が侵害されているならば、障害があるという。侵害が見込まれている場合には、障害のおそれがあるという。
第2条(2)	ある人の障害度が50以上であり、かつその住所、通常滞在所又は職場での就業場所が、法に則り本法典の適用範囲内にあるならば、第2部の趣旨による重度障害者である。
第2条(3)	障害度が30以上50未満であり、前項のその他の前提条件を満たす障害者は、その障害のために重度障害者との同等扱いがなければ適切な職場を得る、あるいは保持することができない場合には、重度障害者と同等に扱われる(同等扱いの障害者)。

(障害者職業総合センター, 2008)

2 障害の認定、証明

社会法典第9編第69条に障害の認定、証明（Feststellung der Behinderung, Ausweise）について規定されているが、その中で障害の有無及び障害程度の認定は、障害者の申請に基づいて連邦援護法の実施管轄官庁により実施されることとなっている。

この障害の程度の認定は、多様な補助及び権利に関連し、とりわけ、職業への参画の推進のための給付金の支給や雇用率制度による保護のための前提となる。こうした障害及びその程度の認定については、社会生活への参画に対して障害が及ぼす影響に基づき判断がなされる（IDRM,2007）。

以下に、社会法典第9編に基づく障害認定のための手引きである「医学的鑑定業務手引」（Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit, AHP）について紹介する。この手引は、医学や法的基盤の変化や進歩に伴い改訂、修正が行われてきており、本報告書の巻末資料に、最新の2008年版を当センターにおいて翻訳したものの内、A及びBの部の全文を収録した。

（1）全体の構成及び共通原則

この手引（以下、AHPという。）全体の構成は、序文に続き、Aの部、Bの部、Cの部で成り立っている。

序文ではAHPの設定目標について、健康障害の影響を相互関係に配慮した上で統一的な評価を行うための指導要綱として、援護に関する医学的鑑定に役立てることとしている。

Aの部は共通原則（Gemeinsame Grundsätze）がまとめられており、鑑定（Begutachtung）の実施、基本概念（Grundbegriff）、障害等級・就労制限等級（GdB/MdE-Tabelle）となっている。

Bの部は社会法典第9編第2部（重度障害者法）による鑑定、Cの部は、社会補償法（Sozialen Entschädigungsrecht）の評価という表題がついている。

（2）基本概念

ア 損傷の結果

配慮されるべき損傷（Schädigung）と因果関係にあるあらゆる健康障害（Gesundheitsstörung）が損傷の結果と呼ばれ、損傷結果がどのように影響するかは、就労制限等級（Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit, MdE）により評価される（AHP,2008）。

イ 障害

障害は、「ある人の身体機能、知的能力又は精神的健康が6か月以上の間、高い確率でその年齢に典型的な状態とは異なる状態にあり、そのため社会生活への参加が阻害されている場合」である。社会生活への参加に障害がどの程度影響しているかは、障害等級で10刻みに区分される。障害とみなされるのは、障害等級が20以上である場合のみである。

ウ 就労制限等級と障害等級

鑑定人が重度障害者法にもとづき、障害等級評価を要請される場合、鑑定人はほかの法律にもとづき行われた査定には拘束されない。逆のことも当てはまる。

将来的に生じると予想される健康障害は、障害等級・就労制限等級評価では考慮されない。障害等級は10刻みで、就労制限等級の表記はパーセンテージであり、10の倍数の数値のみの記載である。

障害等級・就労制限等級で包括的に評価される機能システムは、精神を含む脳、眼、耳、呼吸、心臓循環系、消化管、泌尿器官、生殖器官、皮膚、血液製造組織と免疫システムを含む血液、内分泌腺と代謝、腕、脚、体幹である。

この他に障害等級・就労制限等級評価では、精神的付随現象と痛みにも配慮することが必要であるとしている。

障害等級・就労制限等級に関して常に前提となっているのは、その年齢に典型的な状態とは異なることである。小児・児童、高齢者にもこの前提が当てはまるとされている。したがって、年齢にもとづく物理的変化は、障害等級・就労制限等級評価では考慮されない。

複数の機能障害がある場合、個々の機能障害による影響の相互関係を考慮した上での総合評価を行うこととしている。

(3) 援護に関する医学的鑑定

鑑定では個々の事例が、すべての所与の条件を考慮し、余すところなく鑑定されなければならない。さらに、医療上のデータ及びその結果は、鑑定に重要な法規定、法規命令、行政規定、条例、回状及び原則に配慮し、明確で説得力のある、わかりやすい表現の鑑定にまとめることである。

純粋な医学面の判断では、鑑定人は自由な立場にあるが、一般的な医学教育上の意見と異なる意見の場合は、それと明記して詳しい理由が必要である。専門家は、客観的な鑑定を導き出すために、学術上の知見と医師としての経験を総合することが必要である。鑑定に当たる医師が連携をとるのは、その分野の開業医、国防軍所属の医官、社会保険機構、保健関連官庁、労働・社会関連官庁、医療機関、保険医連盟、障害者団体である。

(4) 社会法典第9編第2条3項に基づく障害者の同等扱い

ア 法適用に関する指示事項

社会法典第9編第2条3項において、「障害度が30以上50未満であり、前項のその他の前提条件を満たす障害者は、その障害のために重度障害者との同等扱い (Gleichstellung) がなければ第73条の趣旨による適切な職場を得る、あるいは保持することができない場合には、重度障害者と同等に扱われる (同等扱いの障害者)」。

同等扱いは、社会法典第9編第68条の規定に従い、障害者の申請に基づき連邦雇用機構 (Bundesagentur für Arbeit) により認定される。同等扱いは、法体系的に原則的に、2つの効力要素を展開する。それらは、

自由な職場をめぐる競争における求職中、とりわけ失業中の障害者の競争力の強化である。とりわけ、社会法典第9編第71条に基づいた雇用義務に含まれるグループへの算入と、特別の給付の開始による強化である。

同等扱いの申請についての決定のプロセスは、個別に行われ、障害者が障害のために不足している競争力を補うための労働市場における法律の助けの必要性に基づいて判断を下す。同等扱いが必要と判断されるのは、個人的及び法的前提が存在する場合である。一方、同等扱いによって意図される目的が達成不可能である場合、拒否の決定が適切である。例えば、老齢年金の受給、適切な職場獲得への興味の不足が例として挙げられる。

同等扱いは、申請者が永続的にその保護を必要とする場合、原則として期限は付けないが、例外として、例えば就労許可の終了 (Ablauf einer Arbeitserlaubnis) や援護庁による期限付き確認決定が挙げられる。また、同一使用者が繰り返し期限を付けることは避けるべきであるとしている。

同等扱いにおける労働市場での競争力不足の本質的な原因は、障害であり、障害のない者にも同様に関係する一般的な経営上の変更、高齢、資格不足、一般的な不利、困難な労働市場の状況といったものは本質的な原因とはならない。また、同等扱いは、適切な職場 (社会法典第9編第73条) の獲得又は保持のためののみ考慮されるべきである。

対象となる者は、無職又は／職業訓練を受ける求職中の障害者、就業中の障害者及び特別のグループである。特別のグループとしては、終身雇用の公務員及び身分保証を受けている社員/被雇用者、在宅勤務者/家内労働者、派遣従業員、兵士、外国人労働者、軍隊における兵役代替勤務者が挙げられる。

就業中の障害者が、職を失うのではないかという懸念から同等扱いの申請を行った場合、その原因が健康上の制限の影響にあることが調査されるべきである。こうした障害によって職場が脅かされる根拠として、以下のようなことが調査される。それらは、度重なる障害を原因とする欠勤、適切な設備のある職場における労働能率の低下、負荷能力の永続的な低下、障害による業務能力の低下との関連における賠償の申し出、同僚からの援助を永続的に必要とすること、障害に基づく職業的及び／あるいは地域的な変動の制限である。

公務員など特別のグループの障害者が特別の事情を申告した場合、同等扱いによる職場確保のための援助が必要となる。

イ 手続き

申請は、障害者又はその委任者のみにより、形式は口頭、電話、書面でも可能である。障害の程度が30以上であることが証明されない限り、受理されない。決定及び変更の権限を持つのは、障害者の居住地又は近隣の職業安定所 (Agentur für Arbeit) である。

障害者の同等扱いの申請理由が度重なる障害による欠勤のためである場合、安定所の専門業務 (医学業務、心理学的業務、技術的業務) とりわけ、医学業務の介入により、欠勤の原因が障害であることを明らかにすることが必要である。こうした実態解明のために以下のプロセスが行われている。

職業安定所側から雇用主への調査が行われる。さらに、社会法典第9編第93条～第95条に挙げられる代

表委員及び重度障害者代表委員も質問を受ける。このような結果をもとに、職業安定所は決定を行う。

そして、同等扱いの決定がなされた場合、同等扱いの継続に影響を与えうる状況について報告するよう指示される。

【参考文献】

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht

Geist,F.,Petermann, B., & Widhammer,V. (2005.1.7) Disability Law In Germany. GEIST ARTICLE24-4.DOC, 563-608

http://www.law.uiuc.edu/publications/CLL&PJ/archive/vol_24/issue_4/GeistArticle24-4.pdf

IDRM (2007) IDRM Regional Report of Europe. Germany, 169-209

<http://www.ideanet.org/content.cfm?id=5F55>

小西啓文 (2004) ドイツ重度障害者法における雇用政策の展開—就労支援・職業能力形成・配慮義務の観点から—,三重短期大学法経学会,三重法経,第 125 号 (2004 年度,第 3 号) ,35-57.

Kock,M. (2004) Disability Low in Germany: An Overview of Employment, Education and Access Rights. German Law Journal, 5, 1374-1392

<http://www.germanlawjournal.com/article.php?id=515>

森下昌浩 (2006) ドイツにおける国と地方の役割分担. 財務総合政策研究所「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書—総論・連邦国家 4 カ国編 (3 分冊の 1) —,287-351

POMONA POMONA II (2005-2008) Second Interim Report ANNEX VIII:GERMANY, 202-213

<http://www.pomonaproject.org/report.php>

障害者職業総合センター (2008) 諸外国における障害者雇用施策の現状と課題, 資料シリーズ No.41

第4章

米国の障害認定制度

第4章 米国の障害認定制度

米国では障害者に対する政策的アプローチは、差別禁止法制によるものが基本となっており、1973年のリハビリテーション法や障害のあるアメリカ人法（ADA）などの基本的枠組みにおいて、障害（者）に関する定義規定はあるものの、障害の内容や程度を厳密に認定する仕組みはない。

ただし、障害者に対する所得保障については、制度の公正な運用を図るために認定を行い、障害者の機能障害、収入活動、就労能力等の状況が審査されている。

本章では、障害者に対する公的所得保障制度である社会保障障害保険等のプログラムで行われている障害認定の仕組みについてまとめた。

1 障害の定義

（1）2008年ADA改正法における障害の定義

米国では、障害者は保護の対象ではなく、人権を保障すべきという観点から、1973年にリハビリテーション法が、1990年にはADAが制定され、障害者に対する差別の禁止が広範囲に適用されることとなった。リハビリテーション法を基礎としたこのADAの第3条に規定される「障害の定義（definition of disability）」は、表4-1に示すように、3つの部分に分けられる。ただし、この定義は、差別禁止の観点を反映しているものであり、給付関係法の定義とは必ずしも同様ではない。

表4-1 ADAにおける障害者の定義

1	主要な生活活動（major life activities）の1つ又は複数に相当に（substantially）制限する身体的又は精神的な損傷（impairment）を有する
2	又はそのような損傷の経歴（record）を有する
3	又はそのような損傷をもつとみなされる

2008年9月に成立し、2009年1月に発効したADA改正法（ADA Amendments Act 2008）（以下、ADAAという。）では、1990年のADA成立当初の議会の意図と整合性を取り、障害をより広く、より明確に定義している。

ADAAにおける障害の定義をADAと対比させてみると主な変更は以下のとおりとなる。

ア 主要な生活活動（major life activity）

ADAAでは、第4条で障害の定義と解釈のルールを規定しており、「主要な生活活動」は、ADAよりも広く定義され、一般的なもの他に「主要な身体的諸機能（major bodily functions）」というものが新たに加えられた。

この他、身辺処理、操作、見る、聞く、食事、睡眠、歩く、立つ、持ち上げる、屈む、話す、呼吸、学習、

読む、集中、コミュニケーション、労働が挙げられているが、これらに限らないことが明記されている。

イ 損傷 (impairment)

損傷については以下の点が明確化されている。

ADAAでは、障害とみなされる損傷は、主要な生活活動の1つを相当に制限するもので、その他の主要な生活活動を制限する必要はない。さらに、損傷が一時的 (episodic) あるいはおさまっていても (in remission)、活性 (active) 時に主要な生活活動を相当に制限する場合は障害と解釈する。ただし、損傷が非常に軽い (minor)か、実際の又は予想される継続期間が6ヶ月以下のような一時的 (transitory) なものには障害の定義は適用されない。

ウ 緩和手段 (mitigating measures)

損傷が主要な生活活動を相当に制限するものかどうかを決定するときは、緩和手段による改善効果は考慮しないこととされている。考慮される緩和手段は眼鏡とコンタクトレンズである。

(2) 障害給付の対象となる障害の定義

社会保障障害保険 (SSDI) 及び障害を理由とする補足的所得保障 (SSI) の給付対象となる障害は、社会保障法 (Social Security Act) 第 223 条 d 項及び第 1614 条 a 項 3 号において、「障害 (disability) とは、死に至ることもあり得るものであるか、12ヶ月以上継続したか、継続すると予期できるものであつて、かつ、医学的に決定可能である身体的又は精神的損傷 (impairment) のために、いかなる実質的な収入活動にも従事できない状態をいう。」と定義されている。

ここでいう医学的に確定可能な機能障害とは、臨床・検査診断が可能な解剖学上・生理学上・心理学上の異常から生じる機能障害である。こうした身体的・精神的機能障害は、症状の自己申告とともに、徴候・症状・検査所見からなる医学的証拠により立証されることが必要である (百瀬,2008)。

2 障害者に対する所得保障プログラム

(1) 社会保障障害保険 (Social Security Disability Insurance, SSDI)

米国における社会保険方式の障害年金は、社会保障障害保険 (Social Security Disability Insurance, SSDI) である。就労期間があり、社会保障税拠出記録を一定期間有する者が老齢年金支給開始年齢前に、障害の状態に至った場合に支給される現金給付である。就労者本人に対する給付が中心であるが、家族に対する給付もある。

(2) 公的扶助・補足的所得保障 (Supplemental Security Income, SSI)

補足的所得保障 (Supplemental Security Income, SSI) は、所得及び資産が一定水準以下の高齢者と障害者及び視覚障害者に支給される現金給付で、連邦による運営と財源負担 (一般財源) である。補足的社会保

障 (SSI) の他に、州政府や地方政府が独自に行う扶助として存在するのが、一般扶助 (General Assistance) である。

3 障害認定のプロセス

障害認定のプロセスについて、以下に百瀬 (2008) を引用してまとめておく。

給付申請は、障害年金申請者が行い、申請先は社会保障事務所である。社会保障事務所は、申請者が拠出要件を満たしているか否か、実質的収入活動 (Substantially Gainful Activity, SGA) の基準以上で就労しているか否かなどの基本的な受給条件を審査する。さらに、申請者の居住する州の障害認定事務所 (Disability Determination Service, DDS) において、申請者の障害状態が給付対象となるか否かを判断する。州の障害認定事務所における審査を担当するのは、障害審査官及び医師・心理士である。障害認定事務所の認定チームは、申請者が治療を受けた医師、病院、施設などから医療情報を収集し、それを基にして、申請者の障害の状態が、給付対象であるか否かを判断する。担当医の情報が不十分であるなど、さらなる医療情報が必要な場合は、社会保障管理局 (Social Security Administration, SSA) の費用負担による新たな検査 (Consultative Examinations) の必要性が生じる場合がある。申請者の障害の状態を判断する認定過程は5段階の連続的な審査によるが、以下にこれらの段階をまとめておく。

(1) 障害認定第1段階

認定の第1段階は、申請者の就労状況に関する判断である。もし、申請者が就労しており、実質的収入活動 (SGA) の基準以上の収入活動をしているならば、どのような医学的状态であっても障害とは認められない。申請はこの段階で却下される (20 CFR § 404.1520(b))。2009年の実質的収入活動 (SGA) は月980ドル (視覚障害者の場合は1,640ドル) である (Social Security Administration, 2007.10.17)。但し、SGAに従事しているかどうかを判断する際に用いられる収入は、対象者の実際の収入から機能障害に関連する労働経費 (Impairment Related Work Expense) を控除したものである (20 CFR § 404.1576)。

(2) 障害認定第2段階

認定の第2段階は申請者の機能障害の程度の判断である。申請者の有する機能障害は、以下の3項目を満たすことが必要である。第1は、医学的に確定可能である。第2は死に至るか1年以上継続するものである。第3はその機能障害が労働に関連する基本的な活動 (Basic Work Activities) を妨げるような深刻なものである。労働に関連する基本的活動とは、仕事をするために必要となる能力・素質を意味しており、例えば、歩く・立つ・持ち上げる・運ぶといった肉体的機能、見る・聞く・話すための能力、単純な指示の理解・実行・記憶、監督者や同僚に対する適切な対応などが含まれる (20 CFR § 404.1521)。

申請者の障害の状態がこのような深刻なものであれば、DDSの認定業務は次の段階に移行する。もし、そうでなければ、この段階で申請が却下される (20 CFR § 404.1520(c))。なお、申請者が複数の機能障害を有する場合の判断は、それらを総合した深刻度である (20 CFR § 404.1523)。

(3) 障害認定第3段階

第3段階の判断事項は、申請者のもつ機能障害と SSA の定めたリストに記載される機能障害の種類と程度における整合性である。

SSA は、14 の主な部位（筋骨格系、視聴覚・言語、呼吸器、心臓血管、消化器、泌尿器、血液・リンパ、皮膚・皮下組織、内分泌、神経、複数の生体機能、精神疾患、悪性新生物、免疫）について、部位ごとに機能障害のリストを整備している。

申請者が障害状態にあると認定されるのは、申請者のもつ機能障害がこのリストに記載されている機能障害に合致する、あるいはリストにある機能障害と同程度であると判断された時点である。しかし、リストに合致するか等しい機能障害を申請者がもたない場合であっても、申請が却下される訳ではなく、次の段階の審査が行われる（20 CFR § 404.1520(d)(e)）。

上記のリストの内から、精神疾患のリストを例として以下に掲載する。

精神疾患のリストは9つの診断群で構成されている。それらは、器質性精神障害、統合失調症、妄想性障害及び他の精神病性障害、感情障害、精神遅滞、不安関連障害、身体表現性障害、人格障害、物質依存症、自閉性障害及び他の広汎性発達障害である。

障害認定の重要な判断事項は、第1に各カテゴリの基準Aの臨床所見の存在、第2に各カテゴリの基準Bの機能的制限が複数あるか否かである。

基準Aについては、各カテゴリの基準Aに挙げられている臨床所見が少なくとも1つ以上存在することが必要である。基準Aは診断群ごとに異なる。例えば、統合失調症、妄想性障害及び他の精神病性障害では、基準Aを満たすためには、表4-2に示す症状のうちの1つ以上が連続的又は間欠的な持続の医学的証明が必要である。

表4-2 精神障害に関する基準Aの臨床的所見

1	幻想又は幻覚
2	緊張病性行動又は著しく解体した行動
3	情動の鈍化、情動の平板化、不適切な情動のひとつを伴った支離滅裂、連合弛緩、非論理的思考、会話内容の貧困、
4	感情的引きこもりや孤立

(Social Security Administration (2006a) ; 百瀬(2008)をもとに作成)

基準Aのこうした臨床的所見の結果として、基準Bに挙げられている以下の機能的制限が複数生じていることが必要である。それらは、1.日常生活動作の著しい制限、2.社会的機能を維持することの著しい困難、3.集中、持続、ペースを維持することの著しい困難、4.一定期間継続する代償不全の度重なる発生である。

いくつかの診断群では、基準Bが満たせない場合でも、障害と認定される場合がある。また、精神遅滞と物質依存症はリストの形式自体が異なる。また、リストに合致しない場合でも、申請は却下されず、第4段

階以降の審査に進む。

(4) 障害認定第4段階

第4段階の判断項目は、申請者が過去に従事していた仕事の遂行が可能かどうかである。もし、第3段階で申請者が障害状態にあると認定されなかった場合、障害認定事務所はケース記録に基づいて申請者の残存能力 (Residual Functional Capacity) を評価する。

残存能力については、身体的残存能力と精神的残存能力の両方が含まれる。残存能力とは、機能障害やそれに関連する苦痛などの症状によって身体的・精神的機能が制限される中で、申請者が労働に関連する活動をどの程度行えるかのことである。

身体的残存能力評価 (Physical Residual Functional Capacity Assessment) の評価項目を示したものが表4-3である。

表4-3 身体的残存能力アセスメント項目

力を要する運動	持ち上げる、運ぶ、立つ、歩く、座る、押す、引く
姿勢	階段等を登る、体の平衡を保つ、かがむ、ひざを曲げる、しゃがむ、這う
手を使う	すべての方向に伸ばす、手を触れる、指使い、皮膚で感知する
視覚	近視、遠視、奥行き知覚、順応、色覚、視野
コミュニケーション	聞く、話す
環境	寒さ、暑さ、水気、湿度、騒音、振動、煙霧・臭気・埃・ガス・密閉、危険

(SSA Physical Residual Functional Capacity Assessment Form SSA-4734BK(1-89)をもとに作成)

(5) 障害認定の第5段階

こうした評価の他に、申請者が他の種類の仕事ができるかどうかも検討する。すなわち、もし第4段階で、申請者の残存能力では過去に従事していた仕事を遂行することができないと認定された場合、障害認定事務所は、残存能力だけでなく、年齢、教育、労働経験などの職業的要素も考慮して、国民経済に多数存在するような他の仕事を申請者が遂行できるかどうかを判断する (20 CFR§404.1520(g), §404.1560(c))。

ここでの年齢とは、生活年齢のことである。申請者の年齢が高いことは、他の仕事に順応する能力を制限する要素として考慮される。教育とは、職業的な要求に応じるための能力 (例えば、理解能力、コミュニケーションスキル、算術能力) の向上に寄与する学校教育やその他の訓練である。通例、教育を受けていないこと、あるいは、英語での伝達ができないことは、他の仕事に順応するための能力を制限する要素として考慮される。労働経験とは、直近15年以内の就労を通じて獲得されたスキルや能力である。申請者が未熟練・低熟練である、あるいは、スキルが転用不能であるほど、障害の状態にあると認定されやすくなる (20 CFR§404.1563~404.1565)。

DDSは、申請者の就労に関する残存能力と以下の職業的要素を組み合わせることで認定を行う。この認定を行うに際しては、一定のガイドライン (Medical-Vocational Guidelines) が定められている (20 CFR Appendix

2 to Subpart P of Part 404)。

まず、力を要する運動での残存能力をもとに、申請者が、座業、軽労働、中労働、重労働の4分類のいずれまでが遂行可能かを分類する。残存能力により座業かそれ以上が可能と判断された場合、年齢、教育、労働経験を組み合わせた一覧表をもとに、障害であるか否かを認定する。例えば、残存能力により中労働まで可能と分類されても、60歳以上で教育経験が少なく技能もなければ、障害と認定される。ただし、力を要する運動以外での制限や精神面での制限がある場合、このガイドラインですべてが決まるわけではない。

以上の審査の結果、申請者は他の仕事に順応することができないと判断されれば、「障害の状態にある」と認定される。逆に、申請者の残存能力と職業的能力によって、国民経済に多数存在するような他の仕事を遂行できると判断された場合、例え申請者が景気状態などのために失業していたとしても、「障害の状態にはない」と認定される(20 CFR § 404.1520(g), § 404.1566(c))。

(6) 不服申し立ての手続き

障害認定事務所により支給認定か申請却下の決定が行われるが、その決定に不服がある場合、申請者は不服申し立てをすることができる。不服申し立てにおいて、申請者は、新たな証拠の提出をすることや、弁護人を立てることもできる。

申請者から不服申し立てがあった場合、まず、DDSで最初の決定を行った審査官とは別の審査官による「再審」が行われる。また、再審の決定にも不服である場合、申請者が要求できるのは、行政手続法によって行政庁から一定の独立性が保たれている行政法審判官^{注)}による「聴聞」である。聴聞での決定にも同意できない場合は、社会保障管理局(SSA)の上訴評議会による再審査を求めることもできる。上訴評議会での決定に申請者が同意できない場合、あるいは、上訴評議会が再審査を行わないという決定をした場合、申請者は、連邦地方裁判所で訴訟を起こすことができる。

注) 行政法審判官は、人事管理庁が行う試験をパスした有資格者の中から行政庁によって任命される。

4 身体的残存能力の評価

身体的残存能力の評価について、SSA の FormSSA-4734BK(1-89)によりまとめておく。

(1) 制限 (LIMITATIONS)

下記のアからカについて、入手した全ての証拠（臨床及び試験による所見、症状、観察、日常生活の報告その他）をもとに判断する。下記の「頻繁に」は、就業時間 8 時間の 3 分の 1 から 3 分の 2 程度の割合（合計して、連続的でなく）で発生していることを意味する。「時折」は、まれにから就業時間 8 時間の 3 分の 1 程度発生していることを意味する。

ア 運動の制限 (EXERTIONAL LIMITATIONS)

運動の制限がある場合は、どのような制限があるのかチェックを入れる（制限がない場合はイ〈姿勢の制限〉に進む）。

- **項目 1** 時折（上方向に引くことを含む）持ち上げ、かつ／又は運ぶこと（最大値）について：
①10 ポンド以下②10 ポンド③20 ポンド④50 ポンド⑤100 ポンド以上、で回答する。もしかかる時間が 3 分の 1 以下、又は可能な重さが 10 ポンド以下の場合は、項目 6 において程度（時間／ポンド）を説明する。
- **項目 2** 頻繁に（上方向に引くことを含む）持ち上げ、かつ／又は運ぶこと（最大値）について、①10 ポンド以下②10 ポンド③20 ポンド④50 ポンド以上、で回答する。もしかかる時間が 3 分の 2 以下、又は 10 ポンド以下の場合は、項目 6 において程度（時間／ポンド）を説明する。
- **項目 3** （適度な休憩をとりつつ）立つ、かつ／又は歩くことについて、① 8 時間の就業時間のうち、2 時間以下、② 8 時間の就業時間のうち、少なくとも 2 時間、③ 8 時間の就業時間のうち、およそ 6 時間、で回答する。また、医学的に、歩行には手持ちの補助具が必要とされる場合にも別途チェックを入れる。
- **項目 4** （適度な休憩をとりつつ）座ることについて、① 8 時間の就業時間のうち、およそ 6 時間以下、② 8 時間の就業時間のうち、およそ 6 時間、で回答する。また、痛みや不安を取り除くために、定期的に立ったり座ったりを繰り返さなければならない場合にも、別途チェックを入れる。ここにチェックした場合は、項目 6 で説明する。
- **項目 5** 押す、かつ／又は引く（手、かつ／又は足による操作を含む）ことについて、①持ち上げ、かつ／又は運ぶことで示された以外に制限はない、②上肢に制限がある、③下肢に制限がある、で回答する。②、③に回答した場合は、種類や程度を記述する。
- **項目 6** 項目 1 から 5 において、どのように及び何故結論を導きだしたのかを、具体的な事実を引用して説明する。（(4) 追加の意見にさらなるコメントを付加する）

イ 姿勢の制限 (POSTURAL LIMITATIONS)

姿勢の制限がある場合は、どのような制限があるのかチェックを入れる（制限がない場合はウに進む）。

以下の項目1～6について、制限が①頻繁にある②時々ある③全くない、のいずれかで回答する。

- ・項目1 傾斜／階段、はしご／ロープ／台に上る
- ・項目2 平衡を保つ
- ・項目3 かがむ
- ・項目4 膝を曲げる
- ・項目5 しゃがむ
- ・項目6 這う
- ・項目7 できる時間が3分の2以下なことが頻繁にあったり、3分の1以下なことが時々ある場合は、十分に記述し説明する。また、項目1から6において、どのように及び何故結論を導き出したのかを、具体的な事実を引用して説明する。

ウ 手技の制限 (MANIPULATIVE LIMITATIONS)

手技の制限がある場合は、どのような制限があるのかチェックを入れる（制限がない場合はエに進む）。

以下の項目1～4について、①制限あり②制限なし、で回答する。

- ・項目1 すべての方向に手を伸ばす（頭上含む）
- ・項目2 動かす（大まかな操作）
- ・項目3 指使い（細かい操作）
- ・項目4 感じる（皮膚感覚器官）
- ・項目5 “制限あり”にチェックした活動がどのように損なわれているかを記述する。また、項目1から4において、どのように及び何故結論を導き出したのかを具体的な事実を引用して説明する。

エ 視覚の制限 (VISUAL LIMITATIONS)

視覚の制限がある場合は、どのような制限があるのかチェックを入れる（制限がない場合はオに進む）。

以下の項目1～6について、①制限あり②制限なし、で回答する。

- ・項目1 近視
- ・項目2 遠視
- ・項目3 奥行きに関する感覚
- ・項目4 順応
- ・項目5 色覚
- ・項目6 視野
- ・項目7 “制限あり”にチェックした技能がどのように損なわれているかを記述する。また、項目1から4において、どのように及び何故結論を導き出したのかを、具体的な事実を引用して説明する。

オ 伝達の制限 (COMMUNICATIVE LIMITATIONS)

伝達の制限がある場合は、どのような制限があるのかチェックを入れる（制限がない場合はカに進む）。

以下の項目 1、2 について、①制限あり②制限なし、で回答する。

- ・項目 1 聴く
- ・項目 2 話す
- ・項目 3 “制限あり” にチェックした活動がどのように損なわれているかを記述する。また、項目 1 と 2 において、どのように及び何故結論を導き出したのかを、具体的な事実を引用して説明する。

カ 環境の制限 (ENVIRONMENTAL LIMITATIONS)

環境の制限がある場合は、どのような制限があるのかチェックを入れる（制限がない場合は「(2) 症状」に進む）。

以下の項目 1～8 について、①制限がない②過度には晒されないようにする③なるべく晒されないようにする④全く晒されないようにする、で回答する。

- ・項目 1 極寒
- ・項目 2 極暑
- ・項目 3 水気
- ・項目 4 湿度
- ・項目 5 騒音
- ・項目 6 振動
- ・項目 7 煙、におい、ほこり、ガス、換気が悪いこと等
- ・項目 8 危険（機械、高さ等）
- ・項目 9 これらの環境要因がどのように活動を阻害し、避けるべき危険をどのように同定しているのかを記述する。

項目 1 から 8 において、どのように及び何故結論を導き出したのかを、具体的な事実を引用して説明する。（(4) 追加の意見にさらなるコメントを付加する）

(2) 症状 (SYMPTOMS)

申請者 (claimant) が身体的な制限の原因となると主張している症状について、「(1) 制限」で次のことが述べられてきていない場合は、以下の A～C を検討する。

- A. あなたの判断では、その症状は医学的に判定できる損傷に起因するか。
- B. あなたの判断では、その症状の重症度や持続時間は、申請者の医学的に判定できる損傷に基づいて予測される重症度や持続時間とは不釣り合いであるか。
- C. あなたの判断では、症状の重症度や理由として申し立てている機能への影響は、申請者やその他の者による記述や日常生活における活動や習慣や癖の変化の観察を含む総合的な医学的・非医学的な証拠と一

致するか。

(3) 出典の記述の検討 (TREATING EXAMINING SOURCE STATEMENT(S))

A 申請者の身体的能力に関する治療又は調査の出典は、保管されているか。

はい/いいえで回答する。いいえの回答には、出典がない、又はその出典に患者の身体的な能力についての記述がないという状況を含む。

B 「はい」と回答した場合、申請者の制限 (limitation) 又は制約 (restriction) に関して、あなたの見解と顕著に異なる治療又は調査の出典があるか？

はい/いいえで回答する。

C 「はい」と回答した場合、保管されている証拠を支持するものでないのかを説明する。

(4) 追加の意見 (ADDITIONAL COMMENTS)

追加の意見があれば記入する。

以上の記載により、障害認定の医学的な部分が完結した場合、にチェックを入れる。

5 精神的残存能力の評価

精神的残存能力の評価 (Mental Residual Functional Capacity Assessment) の項目について、SSA の Form SSA-4734BK-SUP(8/85)により、以下にまとめておく。

(1) 結論の概要 (SUMMARY CONCLUSIONS)

このセクションは証拠をもとにした結論の概要を示したものである。各精神的活動について、通常の1就業日及び1就業週に関する活動についての個人の能力を評価する。各カテゴリにおける制限に関する詳しい説明 (下記アからエ)、その他の適当と考えるアセスメントに関する情報は「(3) 能力の評価」に記録する。

なお、各精神的活動に関して、①特に制限はない、②中程度の制限がある、③著しい制限がある、④制限を示す証拠がない、⑤手持ちの証拠では評価できない、の5つの選択肢から1つを選ぶ。

⑤を選択した場合は、「(2) 所見 (REMARKS)」の欄にアセスメントに必要な証拠を述べる。もしも証拠となる書類が不十分であり、正確な残存能力評価が不可能な場合は、「(2) 所見 (REMARKS)」に必要な新事実について述べる。その場合、「(3) 能力の評価 (FUNCTIONAL CAPACITY ASSESSMENT)」の部分は記入しない。

ア 理解と記憶 (UNDERSTANDING AND MEMORY)

- ・項目 1 場所や仕事のような手順を覚える能力
- ・項目 2 短く単純な指示を理解し覚える能力
- ・項目 3 詳細な指示を理解し覚える能力

イ 集中力の維持と持続性 (SUSTAINED CONCENTRATION AND PERSISTENCE)

- ・項目 4 非常に短く単純な指示を実行する能力
- ・項目 5 詳細な指示を実行する能力
- ・項目 6 長期間注意と集中を維持する能力
- ・項目 7 予定内に活動を行い、精勤を維持し、通常の誤差の範囲内で時間を守る能力
- ・項目 8 特別な監視なしに普通の習慣的な動作を維持する能力
- ・項目 9 動揺することなく他人と連携又は接近できる能力
- ・項目 10 仕事に関連した単純な判断を下すことができる能力
- ・項目 11 心理学的に基づく症状によって中断することなく普通の 1 日又は 1 週間の就業時間を終えることができ、不当な (unreasonable) 回数や長さの休息をとらずに一貫したペースで仕事を行うことができる能力

ウ 社会的交流 (SOCIAL INTERACTION)

- ・項目 12 一般市民と適切につきあえる能力
- ・項目 13 単純な質問をしたり、手伝いを求めたりする能力
- ・項目 14 指示を受け入れ、上司からの批評に適切に応える能力
- ・項目 15 過激な行動を示したり動揺したりすることなく、職場の仲間や同僚と良い関係を築ける能力
- ・項目 16 社会的に適切な行動を持続させ、整然・清潔な状態を守る能力

エ 適応 (ADAPTATION)

- ・項目 17 職場の環境の変化に適切に反応する能力
- ・項目 18 一般的な危険に気づき、適切な予防策をとる能力
- ・項目 19 知らない土地を旅行し、公共交通機関を利用する能力
- ・項目 20 現実的な目標を設定し、他人に依存せずに計画をたてることができる能力

(2) 所見 (REMARKS)

先の (1) の項目のうち、⑤にチェックをしたものがある場合、又はその他の書類の欠損が確認された場合は、どの追加書類が必要であるかを明記する。項目番号や他の特定の欠損に言及し、求めている展開を示す必要がある。

(3) 能力の評価 (FUNCTIONAL CAPACITY ASSESSMENT)

先述した能力の詳細を記録する。評価は「(1) 結論の概要 (Summary Conclusions)」のセクションを終えた後で記入する。結論の概要の記入内容を文章で説明する。これには制限や機能を明らかにする、いかなる情報も含まれる。医学的な情報源により得られる結論や個人の主張とは異なった結論を説明するときは特に注意が必要である。

以上の記載により、障害認定の医学的な部分が完結した場合、にチェックを入れる。

【参考文献】

- Barnhart, JA. (2006)“The Social Security Administration's Disability Service Improvement Process”,
Social Security Bulletin ,66(3)
- Library of Congress ADA Amendments Act of 2008. 110th Congress 2d Session S.3406
- 百瀬優 (2008) 米国および公的扶助における障害認定. 会議配布資料
- 百瀬優 (2006.5) 欧米諸国における障害年金給付改革－障害年金を中心に 大原問題研究所雑誌 No570
- National Council on Independent Living Major Progress on ADA Restoration: A Potential Deal with
Business Community
<http://www.ncil.org/news/ADARADea12.html>
- Robinson,J.,&Claire,W. (2000)“Social Security Disability Insurance and Supplemental Security Income”,
in Robert Rondinelli and Richard Katz (eds) Impairment Rating and Disability Evaluation, W.B.
Saunders Company
- 連邦行政規則集 Code of Federal Regulations, Title 20
- 社会保障庁サイト <http://www.ssa.gov/>
- Social Security Administration (2007.10.17) Substantial Gainful Activity
<http://www.ssa.gov/OACT/COLA/sega.html>
- Social Security Administration (2006) Disability Evaluation Under Social Security (Blue Book)
<http://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/>.
- Social Security Administration (2008) Annual Statistical Supplement, 2007
- Social Security Advisory Board (2003) The Social Security Definition of Disability
- Social Security Advisory Board (2006) Disability Decision Making: Data and Materials
- Social Security Administration Physical Residual Functional Capacity Assessment FormSSA-4734BK
(1-89)
- Social Security Administration Mental Residual Functional Capacity Assessment FormSSA-4734BK-
SUP(8/85)
- Sulewski,J.S., Gilmore,D.S., & Foley,S.M. (2006) Medicaid and Employment of People with Disabilities ,
Journal of Disability Policy Studies, Vol.17(3), 158-165
- Szymendera,S. (2006.4.24) Social Security Disability Insurance (SSDI) and Supplemental Security
Income (SSI):Proposed Changes to the Disability Determination and Appeals Process
Congressional Research Service.
http://assets.opencrs.com/rpts/RL33179_20060424.pdf
- U.S. Social Security Administration Office of Policy SSI Monthly Statistics (2008a)
Table 6.Total payments, by eligibility category, age, and source of payment, December 2007–
December 2008

http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/ssi_monthly/2008-12/table06.html

U.S. Social Security Administration Office of Policy SSI Monthly Statistics (2008b)

http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/ssi_monthly/2008-12/table01.html

table 1 Recipients (by type of payment), total payments, and average monthly payment, December 2007–December 2008

Wheeler, P.M., Kearney, J.R., & Harrison, C.A. (2001/2002) The U.S. Study of Work Incapacity and Reintegration. *Social Security Bulletin*, 64(1)

Wittenburg, D. & Loprest, P. A More Work Focused Disability Program? Challenges and Options, The Urban Institute

<http://www.urban.org/publications/411013.html>

第5章

オランダの障害認定制度

第5章 オランダの障害認定制度

オランダでは、1947年の障害者雇用法以来我が国と同様の雇用率制度を中心として保護雇用にも力を入れ障害者雇用対策を推進してきたが、その後年金の受給者や保護雇用の就業者が増大して、財政上の負担が問題となり、給付を削減し、就労促進を図るための種々の立法措置がとられ、さらに、2003年には障害者差別禁止法も導入された。

本章では、オランダにおける障害者の定義とその障害の程度等を認定する制度について紹介する。

1 障害の定義

オランダの障害者雇用対策の基本をなす1998年の障害者再統合法（Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten）では、第2条で障害者は次のように定義されていた。

第2条：障害者

1. 本法令及び本法令中の規定においては、障害者（Arbeidsgehandicapte）とは次のように定義する。
 - a. 障害保険法（WAO）、自営業者障害保険法（WAZ）又は若年障害者支援法（WAJONG）に基づき、障害年金を受給する権利を有する者。
 - b. 就労する可能性を維持、回復あるいは高めるための助成金が支給されているかされたことのある者。
 - c. （以下略）

また、第3条では第2条で述べる障害の存在の判断は全国社会保険機関が行うと規定されている。このように同法では、障害の状態や程度に関する具体的規定はなく、障害認定のための仕組みは、厳密かつ公正な審査が必要となる金銭的給付に関わる法律の中の規定に委ね、障害認定業務は法律でいう全国社会保険機関として障害年金や失業保険を運営する労働者保険機構（Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV）が行うこととなっている。

なお、障害者再統合法は、労働能力に応じた労働及び所得に関する法律（WIA）（2（3）参照）の制定に伴い、同法及び若年障害者支援法（WAJONG）（2（2））のそれぞれに引き継がれることとなった。

2 障害の認定に関連する主な法律

長期又は永続する障害による就労能力の損失を補うためのオランダの障害年金制度は、労働者、自営業者、幼少時からの障害のための労働経験のない住民及び学生を対象とする3つのプログラムから構成されている（Dean et al., 2006）。この中で特に重要であるのが、障害者に対して、賃金関連給付を1年以上提供する障害保険法（WAO）の障害年金プログラムである。この他の2つの年金プログラムは、自営業者を対象に最低賃金水準の給付金を付与する自営業者障害保険法（WAZ）と必要最低限の給付金を

先天性障害者や学生に給付する若年障害者支援法（WAJONG）である。これらは、障害の定義、認定の手続き、定額給付、18歳からの社会的必要最低限の給付を行うという点において障害保険法（WAO）の年金プログラムと同様である。なお、自営業者障害保険法（WAZ）は2004年に終了し、高齢者又は部分的障害者の所得保障法（IAOZ）等に引き継がれた。また、2006年以降に障害により年金を受給することとなる者には、WAOではなく、就労能力に応じた労働及び所得に関する法律（WIA）が適用されることとなっている。

（1）障害（就労不能）保険法（Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, WAO）

障害者の所得保障として、疾病や障害のために就労能力を失った障害者に年金給付を行う1967年に制定された法律で、同法においては、障害者は就労能力が完全に又は部分的に低下している者としており、低下の程度により相応した給付や支援が行われる。

その後WAOに基づく障害認定基準や障害の医学的定義を厳しくするような法改正が行われ、現在では就労能力に応じた労働及び所得法（WIA）に引き継がれているが、障害又は能力低下を所得保障の観点と密接に結びつけて捉えようとしているのが特徴的である。

WAO及びWIAに基づく年金制度は、社会・雇用省（Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, SZW）の管轄するUWVによって運営されている。

（2）若年障害者支援法（Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, WAJONG）

若年障害者支援法（WAJONG）は、若年障害者に対する最低限の給付水準を規定している。法の対象は17歳になった時点で全能力の25%が障害の状態にある人、又は17歳以降30歳までに職業能力の25%が障害の状態にある人及び職業的な障害の状態になる前に最低6か月間は学生であった人たちである。WAJONGによる給付は、障害程度と若年階層の最低賃金に基づき算定される。完全障害のある人の場合は、最低賃金の70%を支給する（プリント,2007）。この法律は必要最低限の給付金を先天性障害者や学生に付与するものである。

（3）就労能力に応じた労働及び所得に関する法律（Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA）

オランダでは疾病給付法（Ziektewet, ZW）が廃止された後導入された保険方式のもとで、雇用主は、疾病給付（給料の70%を支給）を支払うよう義務づけられているが、それに伴い、雇用主は、疾病を患う労働者ができるだけ早く職場に復帰し、不必要に就労不能と判定されないような措置をとっている。

オランダ政府は、旧障害保険法（WAO）を2006年1月に、「就労能力に応じた労働及び所得に関する法律」（WIA）に改正したが、この改正の目的は、障害保険法が多数の者に障害手当を支給している状況を改善し、障害者の就労促進を図ることであった。「病気や障害により労働に制約のある労働者の職場復帰を促進すること。つまり、健康面で（一時的に）労働上の制約のある労働者の長期的な再雇用を増やすこと」である（プリント,2007）。

本法の特徴は、労働者ができないことよりも「何ができるか」に焦点を当てていること、手当の支給よりも就労促進、職場復帰に重点を置いていることである。

また、本法による年金の支給額の算出根拠は、WAOと同様残存する就労能力であるが、部分的給付の認定は表5-1のように35%未満の障害率の者には部分的給付が支給されないなど、より給付を抑制する形に改められた（WIA第61条）。

なお、2004年以前に受障しWAOの障害年金を受給している者は、引き続きWAOの制度による年金を受給している。

表5-1 障害率と支給額の割合（WIA）

障害率	支給額
0～35%未満	0%
35～45%未満	以前の賃金の28%
45～55%未満	以前の賃金の35%
55～65%未満	以前の賃金の42%
65～80%未満	以前の賃金の50.75%
80%以上	以前の賃金の70%

WIAは、障害により完全に就労不能となった者に対する所得保障に関する規定（Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten, IVA）と部分的な障害を持つ者の再雇用に関する規定（Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten, WGA）という2つの法的規定から構成されている。

ア 障害により完全に就労不能となった者に対する所得保障に関する規定（IVA）

障害により完全に就労不能となった者に対する所得保障に関する規定（IVA）（以下、IVAという。）は完全に就業が不可能である者に対する制度であるが、完全な就労能力低下と長期の就労能力低下の2つで構成されている。

「完全な就労能力低下」と定義されるのは、障害前の俸給の20%以上を稼ぐことができない場合である。このための認定方法は、医学的知見のみによる認定と医学的及び労働関連の要因の双方による認定の2種類がある。

医学的知見のみによる認定が可能なグループには、以下のような場合が含まれる。施設に入所している、寝たきりの状態、身辺処理が困難（日常生活活動が困難）、重大な心理的な問題により個人的又は対人的な交流が難しく、就労が明らかに非常に困難と判断される場合である。

医学的及び労働関連の要因の双方による認定の対象となるのは、疾患により重大な能力低下があるが、就労の可能性のある場合である。

「長期の就労能力低下」と定義されるのは、回復が見込まれない、長期間の就労能力の喪失である。疾患による就労不能期間の評価を行うのは、保険の医師である。この過程で判定するのは、以下の2点で

ある。第1点は、医学的に安定した状態であるか、将来的にみて回復又は改善の可能性があるか、又は状態は悪化する一方であるかである。第2点は、「わずかな回復の見込み」があるかである。「わずかな回復の見込み」のある場合は、受障後最初の5年間に就労に関する再評価を受ける。

イ 部分的な障害を持つ者の再雇用に関する規定 (WGA)

部分的な障害を持つ者とは、少なくとも35%の就労能力の低下と判定された者である (OECD,2007, P13)。

こうした部分的な障害を持つ者の再雇用に関する規定 (WGA) による給付金は、受障後2年を経過した者に与えられる。最初に、賃金に関する WGA 給付金を受給し、フォローアップ給付金に移行する。賃金に関する WGA 給付金の受給期間は、部分的な障害を持つ本人の職歴によるが、3ヶ月から最長38ヶ月である。

賃金に関する WGA 給付金の受給内容の決定は、仕事 (自営業を含む) に就き、収入を得ているかどうかによる。仕事に就いていない者に対する給付は、(最高) 日額の70%である。就労中の者に対する給付は、(最高) 日額と就労による本人の収入の差額の70%である。

賃金に関する WGA 給付金の長所は、就労能力の損失を補填するという WGA の役割を明確に果たしていること、部分的な障害を持つ者が働くほど、より高い収入を得ることができること、申請手続きがより簡素な (就労中の者は WAO のみに、失業中の者は WAO 及び失業保険制度 (WW) に申請する) ことである。

賃金に関する WGA 給付金の給付期間の終了後に、部分的障害を持ち、失業中又は十分な報酬のある仕事 (その収入の月額が少なくとも残存就労能力の50%にあたる仕事) に就くことが困難である場合に、フォローアップ給付金の受給が可能である。フォローアップ給付金は、最低賃金の70%に就労能力の低下率をかけた額である。

また、十分な報酬のある仕事に就いている場合は、賃金補足手当の受給が可能である。賃金補足手当の額は、最低賃金 (日額) と十分な報酬のある仕事から得られる収入の差額の70%である。

部分的な障害を持つ者は、フォローアップ給付金又は賃金補足手当のいずれかを65歳になるまで受給できる。

3 障害認定のプロセス

(1) 障害認定の基本的流れ

障害認定のガイドラインは2000年に公布された規則に規定されている。障害認定は保険医師と労働市場専門家により別々に審査する。そのプロセスは、まず、労働者保険機構 (UWV) の保険医師が給付請求のための証拠を集め、労働者が完全な就労不能状態にあるかどうかを「能力プロフィール」を作成し、評価する。

この第1段階の審査の後、労働市場専門家が「受給者に障害がない」時の所得 (受障以前の賃金) と

残存就労能力による所得を比較する。残存就労能力を能力プロフィールによる能力リストと機能情報システム（Functie Informatiesysteem, FIS）⁵とを比較し決定する。機能情報システムは、オランダ労働市場の約 8,200 の仕事に必要とされている精神的及び身体的能力、賃金水準、学歴、特殊な要件に関する記載、1日の勤務時間等を主な内容とするデータベースである（Van Oorschot,2001）。

こうした審査の目的は、受給者が残存機能を使ってできる仕事を最低3種類決定することにある。これらの仕事に必ず就く必要はなく、受給者の教育水準や過去の職業経験を考慮する必要はない。全額給付となるのは、こうした3種類以上の仕事が見つからなかった場合である。3種類以上見つかった場合には、最も所得水準の高いものが3つ選ばれ、「就労能力」の基本となるのは2番目の仕事の賃金額である。さらに、この「就労能力」と受給者の前職での賃金との差が「就労能力の損失」であり、就労不能に関するレベルを示す。

就労能力の損失の範囲については、前職の85%以上の就労能力である場合の「障害なし」、前職の20%未満の就労能力しかない場合の「就労不能レベル80%以上」までの幅である。この就労能力に関する専門家の審査終了後に保険医は障害年金の決定事項の報告書を作成する。この決定に関して、UWVが最終的な決定を下す。その結果申請が却下された場合に申請者は、UWVに対して不服申し立てを行い、その対応如何により裁判所に訴えることも可能である。

障害状況の再審査が行われるのは、障害年金給付開始後1年、その後5年毎であるが、再審査の基準は、障害年金給付が始まる時と同様のものが用いられる。再審査時に雇用されている者は部分的給付となり、給付停止となるのは障害以前の賃金にほぼ相当する賃金を得ている場合である。また、収入が不安定な場合は全額障害年金を受ける権利が3年まで継続する。すべての収入は、障害年金から控除され、障害年金対象者に戻るのは雇用が継続されなかった場合である。

このようにオランダの障害年金プログラムの特徴は、労働者の（国内のどのような職でも遂行できる）残存就労能力を障害前の収入と比較し、15%未満から80%以上まで8段階に障害率を分類している点である。部分的障害年金給付額を決定するのは、この分類による障害程度である。表5-2は、WAOの第21条に規定されている部分的年金給付の場合の障害率と支給額を示したものである。給付額は、障害率の分類の中間点に0.7をかけた額である。

なお、全額給付年金は80%以上の障害率の労働者に給付されるが、その給付額は障害前の賃金の70%だったが、2007年の法改正でこれが75%と変更された。

⁵ 現行では、FISの認知及び社会機能の面を見直し、WHOのICFを取り入れるなどの改善を施したCBBSと呼ばれるデータベース（後述3(2)参照）が整備されている。

表 5 - 2 障害率と支給額の割合 (WAO)

障害 (就労不能) 率	支給額
15%未満	ゼロ
15~25%未満	以前の賃金の 14%
25~35%未満	以前の賃金の 21%
35~45%未満	以前の賃金の 28%
45~55%未満	以前の賃金の 35%
55~65%未満	以前の賃金の 42%
65~80%未満	以前の賃金の 50.75%
80%以上	以前の賃金の 75%

(2) 機能評価リストによる障害認定

オランダの就労能力に基づく障害認定のプロセスには、障害者の現在の機能障害を査定する保険医と、労働収入の査定をするために、障害者が就くことが可能な仕事の種類を確定する労働関係専門家が関わる。保険医が評価を行うのは、障害又は活動に関する機能面の制限の内容と程度、損傷又は機能といった健康上の原因である。こうした2つの分野の専門家による評価の結果として得られるのは、健康の問題がひきおこす機能の制限による労働市場への参画の全面的又は部分的な減少の結果である就労能力の低下の程度である。

こうした障害認定プロセスに用いられているのが、機能評価リスト (Functionele Mogelijkheden Lijst, FML) である。FML は、70 の異なった機能について、医師により評価が行われる。これらの機能は、個人的機能 (persoonlijk functioneren)、社会的機能 (sociaal functioneren)、物理的環境への適応 (aanpassing aan de fysieke omgevingseisen)、動的動作 (dynamische handelingen)、静止姿勢 (statische houdingen)、就業時間 (werktijden) の6つに大別される。

FML は、医学的評価結果を示す基準である。この結果により、障害者が障害をもつ以前に就いていた仕事ができないと判断された場合、労働分野の専門家により、FML の結果に現れた機能制限の範囲内でオランダ国内のどのような仕事が可能かを判断する。さらに、これらの仕事に就いた場合に、障害者が就労で得られると予想する収入を査定する。労働分野の専門家は、評価の結果を具体化するために、仕事に関する国のデータベース CBBS (Claim Beoordelings-en Borgingssysteem) を用いる。このデータベースに納められているのは、国内の 3,500 社に存在する約 7,500 種の仕事である。データベース CBBS に納められているこれらの仕事それぞれについて、必要な資格、職務、職場の環境、給料に関する情報が入力されているが、これらの情報を常に必要に応じて更新しているのは 25 人の職務分析の専門家である (UWV,2008)。

CBBS による照合の結果をもとに、判断を下すのは労働分野の専門家であるが、照合結果が複雑又は曖昧な場合には保険医との合意のもとに決定する。

FML の構成内容を、UWV(2008)を参考に以下にまとめておく。本リストは、個人のフルタイム就労（最低 8 時間勤務）における一般的機能に関するものである。

4 機能評価リスト (FML)

本リストは、個人の1日の就業（最低8時間）における総合的な機能評価を概観するものである。標準値に関するこれらの機能への制限が、保険会社の医師の意見の中で、病気、就労不能、事故に基づくと評価される時は、別のリストに示される。日常生活に必要な標準的な機能レベルが標準値となっている。特に記述されていない限り、示された機能レベル以上となることもあり得る。

このリストは、機能・能力と制限の関連性を評価し、分析、記述する保険医の報告に添付される場合のみ使用すべきものである。

名前：

国民保険番号：

性別：男／女

診断コード：

最後／現在の仕事：

(時間／週：))

再開した仕事：

(時間／週：))

結果：

- 長期間働く能力がある
- 長期間働く能力がない

説明：

- クライアントは、自分の仕事／職務で完全に機能を果たすことができる
- クライアントは、正常に機能を果たすことができる（各区分参照）
- クライアントの正常な機能は損なわれている（各区分参照）
- その他、保険会社の医師による報告を参照
- クライアントの個人的機能及び／又は社会的機能は著しく制限されている（第Ⅰ区分、第Ⅱ区分参照）
- クライアントは、病院又は高額医療費補償法(AWBZ)により承認された施設に入院している
- クライアントは、(長期間、1日の大部分を)寝たきりである
- クライアントは、日常生活活動(ADL)のほとんどを依存している
- クライアントの機能又は機能の損失は非常に変化しやすい(3ヶ月から1年以内)

日付： 保険医：

第 I 区分：個人的機能

1. 注意の集中

- 0 正常、少なくとも 30 分は情報源（本、テレビやラジオでのドキュメンタリー）に集中できる
- 1 制限がある、情報源（新聞、ラジオやテレビの番組）に 30 分以上集中することができない
- 2 かなり制限がある、情報源（広告冊子、テレビやラジオの広告）に 5 分以上集中できない

2. 注意の分配

- 0 正常、多数の情報源の中で少なくともその半分に集中することができる（交通量の多い道路で自動車や自転車に乗ることができる）
- 1 制限がある、多数の情報源の中の半分も集中することができない（交通量の多い道路で自動車や自転車に乗ることができる）
- 2 かなり制限がある、多数の情報源の中で 5 分以上集中することができない（交通量の多い道路を 1 人で横断する）

3. 記憶

- 0 正常、特別な手助けを用いることなく、大抵は関連した事柄をすぐに思い出すことができる
- 1 制限がある、行動を続けていくための記憶補助として、頻繁に物事を書き留めておかなければならない
- 2 かなり制限がある、毎日の必要な事柄（時間、場所、人、対象）を思い出すことができず、また記憶補助を用いてもそれを補うことができない

4. 自身の能力についての認識

- 0 正常、自身の能力と制限について、ほぼ正確に評価している
- 1 制限がある、大抵は自身の能力についてかなり過大評価している
- 2 制限がある、大抵は自身の制限についてかなり過大評価している

5. 効果的な行動（課題遂行）

（協調的行動、自身の活動を目的の実現に向けて調整する）

- 0 正常、日常の習慣（時間通りに起きる、シャワーを浴びる、服を着る、朝食の準備をする、朝食を食べる、家に鍵を掛ける、約束に間に合う）での効果的な行動に対して特に制限はない
- 1 制限がある、目的を実現するための活動を時間通りに開始しない
- 2 制限がある、必要な活動を、論理的な順番で行わない
- 3 制限がある、活動の進行を確認しない
- 4 制限がある、いったん目的に到達しても又は到達できなくても、活動をやめない
- 5 その他効果的な活動を行うのに制限がある、すなわち.....(記述欄)

6. 自立した行動（自発的な課題の実行）

- 0 正常、日常生活における自立した活動に特に制限がない
- 1 制限がある、大抵、活動を開始しない
- 2 制限がある、大抵、自身の目的を設定しない
- 3 制限がある、大抵、課題における変化について自立して考えない
- 4 制限がある、大抵、遂行に最も適したアプローチを自立して決定しない
- 5 制限がある、大抵、決定したアプローチが不十分であったときに気づかない
- 6 制限がある、大抵、代替案や異なった目的の設定を行うという自立した決定を下さない
- 7 制限がある、大抵、目的を達成するまで、自ら進んで、続けない
- 8 制限がある、状況の求めに応じて、すぐに他人に助けを求めることをしない
- 9 その他自立した行動に制限がある、すなわち.....(記述欄)

7. 行動速度

- 0 正常、日常生活における行動の速度に特に制限がない
- 1 制限がある、行動の速度がかなり遅い

8. 個人的機能の他の制限

- 0 正常、その他の日常生活における個人的機能に特に制限がない
- 1 制限がある、その他の個人的機能の制限はすなわち.....(記述欄)

9. 職場における個人的機能に関する特定の条件

(前述の制限やクライアントの代償行動のために、労働機能は特定の条件に依存しているか?)

- 0 いいえ、個人的な労働機能に対して特定の条件はない
- 1 はい、クライアントは事前に完全にスケジュール化された勤務計画：具体的、一方的な指示（なにを、いつ、どのくらいの長さ；1回の指示に1つの課題）、そして所定の実行順序（どうやるか）に従うように言われている
- 2 はい、クライアントは固定され、慣れた仕事に従うように言われている（習慣的依存）
- 3 はい、クライアントは直接的な監督のもとで（一貫したフィードバックがくる）及び／又は集中的な監督の下で仕事をするように言われている
- 4 はい、クライアントは他人の活動で気を散らされないような職場で働くように言われている
- 5 はい、クライアントは状況や仕事内容がよく変化するような職場に柔軟に対応することができないので、仕事が予測できる職場で働くように言われている
- 6 はい、クライアントは妨害や混乱が続いて影響を受けることのない職場で働くように言われている
- 7 はい、クライアントは締め切りや生産ピークに追われないような職場で働くように言われている
- 8 はい、クライアントは速い行動速度が必要でない職場で働くように言われている
- 9 はい、クライアントは個人的な危険が多くない職場で働くように言われている
- 10 はい、その他の特定の条件は、すなわち（記述欄）

第Ⅱ区分：社会的機能

1. 視力

- 0 正常、日常の機能において特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち...(記述欄).....

2. 聴力

- 0 正常、日常の機能において特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち...(記述欄).....

3. 言葉

- 0 正常、日常の機能において特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち...(記述欄).....

4. 書き

- 0 正常、日常の機能において特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち...(記述欄).....

5. 読み

- 0 正常、日常の機能において特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち...(記述欄).....

6. 他人の感情的な問題への対応

- 0 正常、大抵は他人の問題に共感することができるが、行動や経験に関しては自身を切り離して考えることもできる
- 1 制限がある、大抵は他人の問題にのめり込んでしまう。行動面では距離を置けるが、経験としては距離を置けず、気持ちの上で同じ経験をしているように思ってしまう。
- 2 かなり制限がある、大抵は他人の問題と自分を同一視し、行動も経験も自身と他人を切り離して考えることができない

7. 個人的な感情の表現

- 0 正常、大抵は個人的な感情を他人に受け入れられる方法で、言語的にも行動的にも表現することができる。
- 1 制限がある、予測できない又は型破りな方法で感情を表現し、他人を混乱させる
- 2 かなり制限がある、大抵は感情を表現することができないか、他人の感情にお構いなく抑制のないやり方で感情を表現する

8. 争いへの対処

- 0 正常、攻撃的又は理不尽な人との争いに直接対処することができる
- 1 制限がある、攻撃的又は理不尽な人との争いに、電話又は書面でのみ対処することができる
- 2 かなり制限がある、大抵は争いに対処することができない

9. 他人との就業

- 0 正常、他人と一緒に仕事をする事ができる（協力）
- 1 制限がある、自分の行う仕事が事前にはっきりと決められている場合のみ、他人と仕事をする事ができる
- 2 かなり制限がある、原則として他人と仕事をする事はできない

10. 移動

- 0 正常、自分で自動車や自転車を運転したり、公共交通機関を使用したりすることができる
- 1 制限がある、移動は他人に依存している

11. その他の社会的機能の制限

- 0 正常、日常生活におけるその他の社会的機能には特に制限がない
- 1 制限がある、その他特定の制限がある、すなわち.....(記述欄).....

12. 社会的機能についての仕事における特定の条件

(前述の制限やクライアントの代償行動のために、仕事における社会的機能は特定の条件に依存するか?)

- 0 いいえ、仕事における社会的機能に対して特定の条件はない
- 1 はい、クライアントは顧客と直接の接点がないような職場で働くように言われている（サービス分野の職業）
- 2 はい、クライアントは患者や助けを必要としている人と直接の接点がない、又はほとんどないような職場で働くように言われている（医療・保健分野の職業）
- 3 はい、クライアントは必要なときに同僚や上司にすぐに助けを求められるような職場で働くように言われている（単独の仕事ではない）
- 4 はい、クライアントは同僚との直接の接触がほとんど求められないような職場で働くように言われている
- 5 はい、クライアントは管理的な面がない職場で働くように言われている
- 6 はい、その他の特定の条件がある、すなわち.....(記述欄).....

第Ⅲ区分：物理的環境への適応

1. 暑さ

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち(記述欄).....

2. 寒さ

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち(記述欄).....

3. 通風

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち(記述欄).....

4. 皮膚の接触

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち(記述欄).....

5. 保護対策

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち.....

6. ほこり、煙、ガス、蒸気

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち(記述欄).....

7. 騒音

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち(記述欄).....

8. 振動

- 0 正常、特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち(記述欄).....

9. その他の身体的調整能力についての制限

- 0 正常、その他の身体的調整能力については特に制限がない
- 1 アレルギー、すなわち...(記述欄).....
- 2 感染症への感受性の増大、すなわち...(記述欄).....
- 3 皮膚の保護の弱体化、すなわち...(記述欄).....
- 4 その他の制限、すなわち...(記述欄).....

10. 物理的な職場環境への適応に対する特定の条件

(前述の制限やクライアントの代償行動のために、職場環境に対する調整は特定の条件に依存するか?)

- 0 いいえ、物理的な職場環境への適応に対して特定の条件はない
- 1 はい、物理的な職場環境への適応に対して特定の条件がある、すなわち...(記述欄).....

第Ⅳ区分：動的動作

1. 優位性

- 0 当てはまらない
- 1 右
- 2 左

2. 定位の制限

- 0 右にも左にもない
- 1 右
- 2 左
- 3 左右両方

3. 手と指の使用

- 0 正常、日常生活における手と指の使用に特に制限はない
- 1 制限がある、全ての指を使って物（ボールなど）を握ることがほとんどできないか、できない
- 2 制限がある、ペンを握る時のように主として親指と人差し指で物を握り、中指等で支えることがほとんどできないか、できない
- 3 制限がある、親指と人差し指を使って、物をつまむことができる時とできない時がある
- 4 制限がある、手を握ったり、開いたりすることができる時とできない時がある
- 5 制限がある、手を（シリンダーをつかむ時のように）Oのような形にまるめることができる時とできない時がある

4. 触る

- 6 制限がある、手／指を使って、絞ったり、強く握ったりすることができる時とできない時がある
- 7 制限がある、手／指を細かく動かすことが、ほとんどできない
- 8 制限がある、手／指を繰り返し動かすことができないか、ほとんどできない

5. キーボードとマウスの使用

- 0 正常、日常生活の上で特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち.....(記述欄).....
- 0 正常、必要な動作が全てできる
- 1 制限がある、すなわち.....(記述欄).....

6. キーボードとマウスを使っの就業

- 0 正常、必要であれば就業日の大部分でキーボードとマウスを使用することができる
(専門的な文書処理、プログラミング、CAD/CAM 作業、電子販売)
- 1 わずかに制限がある、1 就業日の半分ほど (およそ 4 時間) はキーボードとマウスを使用することができる (企画労働者)
- 2 制限がある、必要であれば、1 就業日の 1 部分 (およそ 1 時間) であればキーボードとマウスを使用することができる (電子メールの送信)
- 3 かなり制限がある、1 就業日の中で 30 分以下しかキーボードとマウスを使用できない

7. ねじる動き一手と腕

- 0 正常、日常生活の上で特に制限はない
- 1 制限がある、すなわち (記述欄).....

8. 腕を伸ばす

- 0 正常、腕を伸ばせる (コーヒーカップを出す)
- 1 わずかに制限がある、腕をわずかに伸ばせる (肩一手の距離 = 50 - 60cm)
- 2 制限がある、腕をわずかに伸ばせる (肩一手の距離 = 50cm 未満)

9. 仕事に頻繁に腕を伸ばすことができる (1 分間に 20 回程度)

- 0 正常、必要であれば、就業日の全時間の間に頻繁に腕を伸ばすことができる
(卸売りのレジ、箱づめの仕事)
- 1 わずかに制限がある、必要であれば、就業日のおよそ 4 時間は頻繁に腕を伸ばすことができる
- 2 制限がある、必要であれば、就業日のおよそ 1 時間は頻繁に腕を伸ばすことができる
- 3 かなり制限がある、就業日の 1 時間も頻繁に腕を伸ばすことができない

10. からだを曲げる

- 0 正常、90 度ぐらいからだを曲げることができる (床から紙を拾う)
- 1 制限がある、60 度ぐらいからだを曲げることができる (床からバッグを取る)
- 2 かなり制限がある、45 度ぐらいからだを曲げることができる (椅子からゴミを拾う)

11. 仕事中に頻繁にからだを曲げる（1分間に10回程度）

- 0 正常、必要であれば、就業日の全時間の間に頻繁にからだを曲げることができる
- 1 わずかに制限がある、必要であれば、就業日のおよそ4時間は頻繁にからだを曲げることができる
- 2 制限がある、必要であれば、就業日のおよそ1時間は頻繁にからだを曲げることができる
- 3 かなり制限がある、就業日の1時間も頻繁にからだを曲げることができない

12. 回す／ねじる

- 0 正常、胴を少なくとも45度回すことができる（サイクリング中、後ろを振り返る、車の前部座席から後部座席のバッグを取るために手を伸ばす）
- 1 制限がある、すなわち（記述欄）.....

13. 押す／引く

- 0 正常、15kg重を押ししたり又は引いたりできる（ワインボトルから、抜きにくいコルクを抜く）
- 1 制限がある、10kg重を押ししたり又は引いたりできる（いっぱいのごみ容器）
- 2 かなり制限がある、5kg重を押ししたり又は引いたりできる（ドアクローザーのついたドアを開ける）

14. 運ぶ／持ち上げる

- 0 正常、15kgぐらいの物を運べる（よちよち歩きの幼児）
- 1 わずかに制限がある、10kgぐらいの物を運べる（歩行前の乳児）
- 2 制限がある、5kgぐらいの物を運べる（ジャガイモ1袋）
- 3 かなり制限がある、1kgぐらいの物を持ち上げられる（牛乳1リットル）

15. 仕事で軽い物を頻繁に取り扱う（1時間に10回程度）

- 0 正常、必要であれば、就業日の全時間の間に、1kg程度の物を頻繁に取り扱うことができる（注文の本）
- 1 わずかに制限がある、必要であれば、就業日のおよそ4時間の間に1kg程度の物を取り扱うことができる
- 2 制限がある、必要であれば、就業日のおよそ1時間の間に1kg程度の物を取り扱うことができる
- 3 かなり制限がある、就業日の1時間の間も1kg程度の物を取り扱うことができない

16. 仕事で重い物を頻繁に取り扱う（1時間に10回程度）

- 0 正常、必要であれば、就業日の1時間の中に、頻繁に15kg程度の物を取り扱うことができる
- 1 制限がある、就業日の1時間の中に、15kg程度の物を頻繁に取り扱うことができない

17. 頭の動き

- 0 正常、問題なく頭を動かすことができる
- 1 制限がある、限られた範囲で頭を動かすことができる
- 2 かなり制限がある、頭を横に動かすことがほとんどできない
- 3 かなり制限がある、頭を上下に動かすことがほとんどできない

18. 歩行

- 0 正常、およそ1時間続けて歩ける（徒歩）
- 1 わずかに制限がある、およそ15分から30分続けて歩ける（ぶらぶら歩く）
- 2 制限がある、およそ5分から15分続けて歩ける（郵便受けまで）
- 3 かなり制限がある、5分未満しか続けて歩けない（室内）

19. 仕事中の歩行

- 0 正常、必要であれば、就業日のほとんどを歩いて過ごすことができる（郵便配達人）
- 1 わずかに制限がある、必要であれば、就業日の半日を歩いて過ごすことができる（4時間程度）
- 2 制限がある、必要であれば、就業日の限られた時間を歩いて過ごすことができる（1時間程度）
- 3 かなり制限がある、就業日の30分未満の時間しか歩いて過ごすことができない

20. 階段を上がる

- 0 正常、1度に、少なくとも2階分の階段の上がり降りができる（2階分）
- 1 わずかに制限がある、1度に少なくとも1階分の上がり降りができる（1階分）
- 2 制限がある、1度に、2階から1階に降りることができる
- 3 かなり制限がある、1度に、浅い段を上がるか、降りるかのみできる

21. よじ登る

- 0 正常、はしごを少なくとも登り降りができる
- 1 わずかに制限がある、家庭用脚立の登り降りができる
- 2 制限がある、踏み台の登り降りができる（50cm、足のついた）
- 3 かなり制限がある、登り降りができない

22. ひざまずく又はしゃがむ

- 0 正常、ひざまずく又はしゃがむ時に、手を地面につけることができる
- 1 制限がある、ひざまずく又はしゃがむ時に、かろうじて地面に手をつくことができる、又は全くできない

23. その他の動的動作に関する制限

- 0 正常、日常生活において、動的動作に他には特に制限はない
- 1 その他の特定の制限がある、すなわち...(記述欄).....

24. 仕事における動的動作のための特定の条件

(前述の制限やクライアントの代償行動のために、仕事における動的動作は特定の条件に依存するか?)

- 0 いいえ、仕事における動的動作のための特定の条件はない
- 1 はい、仕事における動的動作のための特定の条件がある、すなわち...(記述欄).....

第V区分：静止姿勢

1. 座る

- 0 正常、続けておよそ2時間座ることができる（車での旅行）
- 1 わずかに制限がある、続けておよそ1時間座ることができる（映画）
- 2 制限がある、続けておよそ30分ぐらい座ることができる（食事）
- 3 かなり制限がある、続けて15分未満までしか座ることができない（テレビのニュース）

2. 座って仕事をする

- 0 正常、必要であれば、就業日のまる1日座っていることができる（流れ作業、レジ、管理的仕事）
- 1 わずかに制限がある、必要であれば、就業日の1日の大半、座っていることができる（6～8時間）
- 2 制限がある、必要であれば、就業日の半日は、座っていることができる（4時間程度）
- 3 かなり制限がある、就業日の1日のうち、4時間未満しか座っていることができない

3. 立つ

- 0 正常、続けておよそ1時間立っていられる（スポーツ観戦）
- 1 わずかに制限がある、続けておよそ15分から30分立っていられる（テーマパークでの行列）
- 2 制限がある、続けておよそ5分から15分立っていられる（食器を洗う）
- 3 かなり制限がある、続けておよそ5分未満しか立っていられない（歯磨き）

4. 仕事中立っている

- 0 正常、必要であれば、就業日のまる1日立っていることができる（販売業、製造業）
- 1 わずかに制限がある、必要であれば、就業日の半日は立っていることができる（4時間程度）
- 2 制限がある、必要であれば、就業日の限られた時間（1時間程度）立っていることができる
- 3 かなり制限がある、1日の就業時間のうち、30分未満までしか立っていることができない

5. ひざまずく又はしゃがむ

- 0 正常、少なくとも5分はひざまずく又はしゃがむことができる（ガーデニング）
- 1 制限がある、連続して5分未満しかひざまずく又はしゃがむことができない（台所の食器戸棚のドアをきれいにする）

6. 曲げている 及び／又は ねじっている

- 0 正常、少なくとも5分間、曲げている又はねじっていることができる（階段を掃く）
- 1 制限がある、連続して5分未満しか曲げている又はねじっていることができない（靴のひもを結ぶ）

7. 肩より上の高さの活動

- 0 正常、少なくとも5分間、肩より上の高さの活動ができる（カーテンをつるす）
- 1 制限がある、続けて5分未満しか肩より上の高さの活動ができない（電球を取り替える）

8. 仕事に、頭を一定の位置に保つ

- 0 正常、必要であれば、就業日1日中、頭を一定の位置に保つことができる（選別の仕事、品質管理）
- 1 わずかに制限がある、必要であれば、就業日の半日、頭を一定の位置に保つことができる（4時間程度）
- 2 制限がある、必要であれば、限られた時間（1時間程度）頭を一定の位置に保つことができる
- 3 かなり制限がある、就業日の30分未満しか、頭を一定の位置に保つことができない

9. 姿勢を変える

- 0 正常、順番に様々な姿勢をとるという必要性はない
- 1 制限がある、様々な姿勢をとるという特定の必要性がある、すなわち（記述欄）

10. その他の静止姿勢に関する制限

- 0 正常、日常生活において、他には特に制限はない
- 1 その他の特定の制限がある、すなわち（記述欄）

11. 仕事における静止姿勢に関する特定の条件

（前述の制限やクライアントの代償行動のために、仕事における静止姿勢は特定の条件に依存しているか？）

- 0 いいえ、仕事における静止姿勢に関して、特に条件はない
- 1 はい、仕事における静止姿勢に関して、特定の条件がある、すなわち（記述欄）

第VI区分：就業時間

1. 1日の時間帯（24時間）

- 0 正常、必要であれば、夜間を含め1日のいかなる時間でも働くことができる
- 1 制限がある、深夜は働くことはできない（0：00～6：00）
- 2 制限がある、夕方は働くことができない（18：00～24：00）

2. 1日当たり就業時間

- 0 正常、少なくとも1日8時間働くことができる
- 1 やや制限がある、平均して1日およそ8時間以上働くことはできない
- 2 わずかに制限がある、平均して1日およそ6時間以上働くことはできない
- 3 制限がある、平均して1日およそ4時間以上働くことはできない
- 4 非常に制限されている、平均して1日およそ2時間以上働くことができない

3. 1週当たり就業時間

- 0 正常、平均して少なくとも週40時間働くことができる
- 1 やや制限がある、平均しておよそ週40時間働くことができる
- 2 わずかに制限がある、平均しておよそ週30時間働くことができる
- 3 制限がある、平均しておよそ週20時間働くことができる
- 4 非常に制限されている、平均しておよそ週10時間働くことができる

4. 就業時間に関するその他の制限

- 0 正常、就業時間について、他には特に制限はない
- 1 その他の制限、すなわち（記述欄）.....

【参考文献】

- Arts, L., & De Jong, P. (2003) The Dutch Disability Experience. In C. Prinz (Ed.) European disability pension policies, 11 country trends 1970-2002 Hampshire, UK Ashgate
- De Jong, P. (2004) New directions in Dutch disability policy. Ub B. Martin, C. Prinz, and M. Queiseer (Eds.), Transforming disability welfare policies. Hampshire, UK Ashgate
- Dean, D., Prins, R., & Veerman, T (2006) 第8章「オランダの障害年金制度の運用と改定」, 9カ国の一時的・部分的障害プログラム「他国から学ぶ」最終報告書 (財)日本障害者リハビリテーション協会
- Gregore, O. (2003) National Profiles of Work Integration Social Enterprises Belgium European Research Network
- ハンス・プリント(2007) 障害所得保障プログラム 社会雇用制度 その歴史的背景と現状, オランダ, きょうされん第30回全国大会
- IDRM (2007) IDRM Regional Report of Europe, Netherland,,301-322
<http://www.ideanet.org/content.cfm?id=5F55>
- UWV (2008) Disability assessment in the Netherlands, in short. Knowledge Centre of the Employee Insurance Authority (UWV)
<http://www.uwv.nl/overuwv/kennis-publicaties/kennis/index.aspx>
- 厚生労働省 (2007) 生活機能分類の活用に向けてICF (国際生活機能分類) : 活動と参加の基準
- Ministry of Social Affairs and Employment (2008) The Work and Social Assistance Act (WWB) in a nutshell: From social assistance to work in the Netherlands, 1-18
http://docs.minszw.nl/pdf/4/2008/4_2008_1_20561.pdf
- 日本障害者協議会政策委員会 (2006) 障害の法的定義・認定に関する国際比較
- OECD (2007) Sickness and Disability Schemes in the Netherland: Country memo as a background paper for the OECD Disability Review
- 労働政策研究・研修機構 (2006.12) 最近のオランダの社会・雇用政策
http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2006_12/holland_01.htm
- 労働政策研究・研修機構 (2005.10) 2006年の社会問題雇用省関係予算
http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2005_10/holland_01.htm
- 障害者職業総合センター (2007) EU諸国における障害者差別禁止法制の展開と障害者雇用施策の動向調査研究報告書No.81
- Van Oorschot, W. (2001) International comparison of disability definitions: The Netherlands. Version 3, Tilburg, e Netherlands: department of Sociology, Tilburg University

第6章

英国の障害認定制度

第6章 英国の障害認定制度

本章では、英国における障害の定義と認定手続として障害者差別禁止法（Disability Discrimination Act, DDA）における障害・障害者の定義を確認したあと、社会保障制度の一環である疾病や障害のため就業に制約を有する場合の給付制度における能力評価の内容につき、最近の制度変更にも注意して概説する。

1 障害の定義

英国における障害者差別禁止法制の支柱である障害者差別禁止法（Disability Discrimination Act, DDA）は、第1条を対象となる障害、障害者の定義にあてている。すなわち第1項で「本法において『障害』とは、通常の日常生活を行う能力に対して相当程度のかつ長期的悪影響を及ぼす身体的又は精神的機能障害（impairment）のある状態をいう」と障害を定義し、続く第2項で「『障害者』とは、障害をもっている者をいう」と障害者を定義している。更に第2条の規定により、障害歴を持つ者にも同法（第1編～第3編）が適用される^{（注1, 2）}。

この障害者の定義はすべての個人に適用して障害者であるか否かの判定を行うといった性格のものではなく、個々の事案において、それが障害者に対する差別とみなされるかを判定する際に適用されるものである。

2 福祉改革による給付制度の変更

社会保障制度の一環として設けられている、就業に関係する能力等、生活に必要な能力が大きく制限されている場合の給付制度においても、その対象者であるかを判定する基準や手続きが定められている。これは申請者という範囲においてはすべての者に適用され、支給対象者たるかの判定につながるものであり、その点は上述した DDA における定義とは性格を異にする。

以下では、この社会保障制度における定義・認定手続きについて、最近の変化にも触れつつ概説するが、ここでは 2007 年に成立した法律によって翌 2008 年に実施されたいわゆる福祉改革に伴う制度変更について説明する。

（1）就労不能給付と福祉改革

これまで、疾病や障害を理由として働くことができない場合には、就労不能給付（Incapacity Benefit）が支給されてきた。この給付の対象者の増加や受給期間の長期化に対処し、かつ就労への復帰を促進することを目指した制度改革が検討され、2007 年 5 月に福祉改革法が成立した。この法律により、就労不能給付は所得補助（Income Support）と併せ、新たに設けられた雇用及び生活補助手当（Employment and Support Allowance）に移行することとなった。新しい手当は 2008 年 10 月に発足し、これ以降の新規申請者はこの雇用及び生活補助手当を受給することとなり、現在就労不能給付を受給している者も 2010

年4月以降は新しい手当に即した能力評価（後述）を受けることとされている。

（2）評価制度の変更

新旧いずれの制度においても受給資格の審査に当たり能力評価を受けるが、制度変更に伴いこの評価制度も見直された。従来の個人能力評価（Personal Capability Assessment）に替わり、就業能力評価（Work Capability Assessment）と呼ばれる新たな評価方式が導入された。評価方式の変更は「だれが給付対象者となるのか」「それをどのようにして決めるのか」という給付対象決定のありかたを変えることになる。制度所管官庁である雇用年金省（Department for Work and Pensions）によれば、変更の趣旨は福祉改革の趣旨に添い、対象者が「できない事」より「できる事」に注目する、より前向きな評価に改めることであり、具体的な変更点を同省の説明^(註3)に即して列挙すると、以下のようなものがあげられる。

- ・ 身体機能に関する記述形態やその評価を見直し、行動や機能がより良好に反映されるようにする、
- ・ 精神機能に関する評価を認知障害や学習障害のある人の問題が反映されるよう拡充する、
- ・ 精神機能に関する評価方式を身体機能と整合性が取れるよう改める、
- ・ 就業に焦点を置いた健康関連評価（work-focused health-related assessment）等の新たな評価を開発する。

更に、この評価は期間を置いて再度実施されることとなっている。そこで手当支給の条件を満たさないと判定された場合、就職に向けた支援が展開され、その意味で新しい制度では最終目標が就業の実現であることがより明確になったといえる。本制度の窓口はジョブセンタープラス（Jobcentre Plus）であるが、生活保障と就職支援を有機的に組み合わせた新制度には、雇用促進と福祉の機能を併せ持つジョブセンタープラスの機能が十全に発揮されるという側面も認められる。

3 就業能力評価の概要

雇用及び生活補助手当を申請してから第13週までは評価段階（assessment phase）と呼ばれ、第14週以降の主段階（main phase）と区別される。就業能力評価は若干の例外を除き雇用及び生活補助手当を申請した者全員に対して、申請から第13週までの評価段階の内に実施され、手当て支給の要件を満たしているか等、第14週以降の主段階に申請者が受ける支援の内容を判定する材料を提供する（図6-1参照）。ここではその前身である「個人能力評価」とも対比させつつ、評価の内容を概説する。

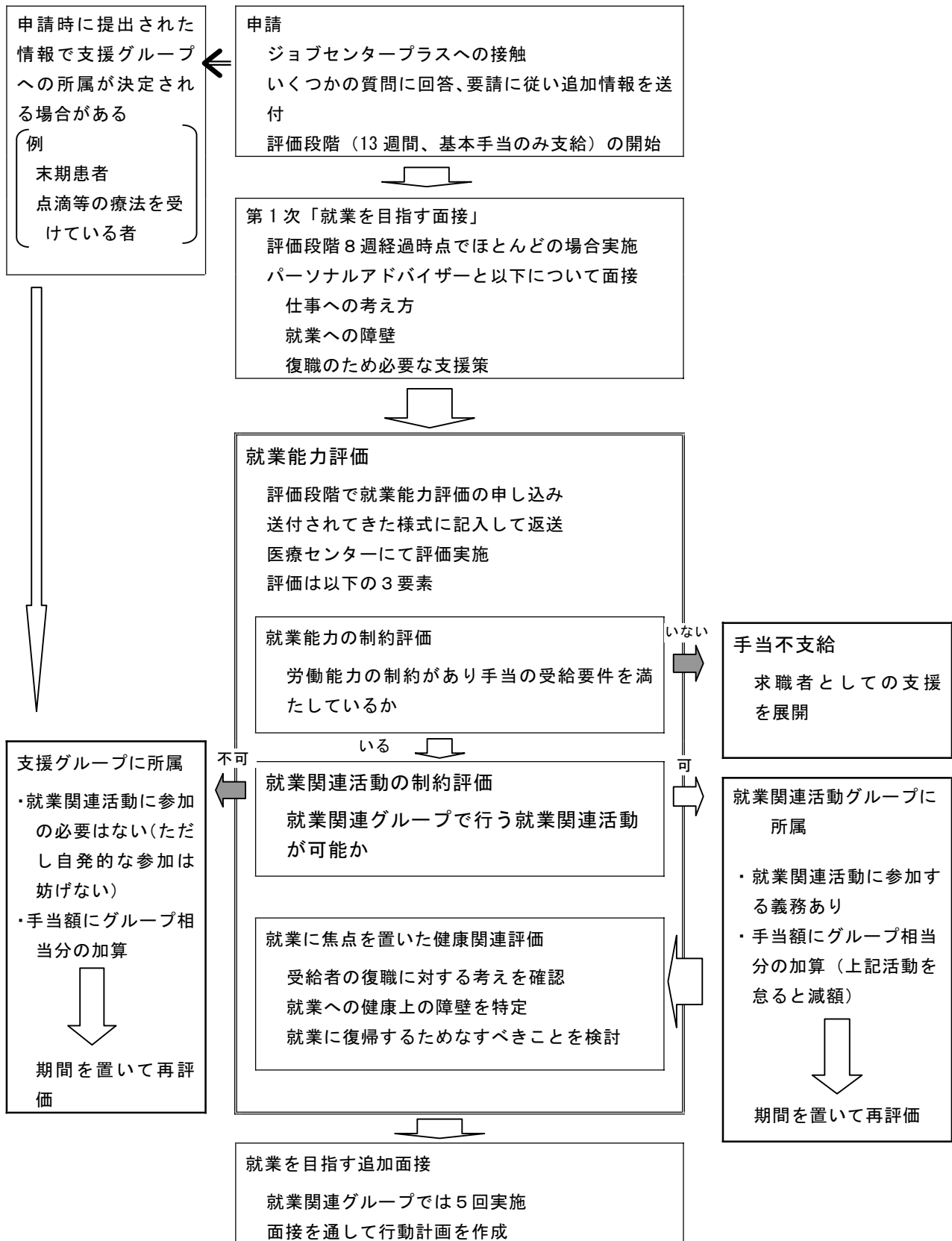


図6-1 雇用及び生活補助手当申請からの手続

（１）評価の構成

この評価は３つの評価からなる。手当支給要件に直接関係するのは「就業能力の制約」に関する評価である。これは申請者の就業能力がどのように、またどの程度制約を受けているかを評価し、点数表示する。この点数が判定条件を上回っているかが支給のための決定的な要件となる。ここで用いられる評価方法は前身の「就労不能給付」においても用いられているが、新しい手当の導入に即して、見直しが行われている。

上記の他に２つの評価が就業能力評価を構成している。１つは「就業関連活動への制約」に関する評価である。これは申請者に対する支援のあり方を決めるためのもので、就職に向けたアドバイザーとの相談等の就職に向けた諸施策を受ける就業関連活動グループに所属するのが適切か、それには制約があり、支援重点の支援グループに属するべきかの判定に用いられる。この評価において把握された申請者の制約状況に応じて必要な支援策が検討される。

就業能力評価を構成する最後の評価は「就業に焦点を置いた健康関連評価」で、医療専門家との面談を通して、申請者の疾病や障害が就業に対しどのような形で障害となっているかを把握するものである。この結果は手当に関する判定材料としては用いられず、ジョブセンタープラスのアドバイザーに提供され、健康の面からの助言材料となる。後の２つの評価は就業能力評価において新たに導入されたものである。

（２）就業能力の制約に関する評価

就業能力評価の概要は上に述べたとおりであり、以下ではこれを構成する評価のうち「就業能力の制約」評価「就業関連活動への制約」評価に関し、その手順や評価基準について説明する。

まず「就業能力の制約」に関する評価について述べると、ここではそれぞれの活動に関する分類項目について、申請者がどのような制約を受けているかを把握し、それを点数化する方法がとられている。各活動においてはその制約の状況が何通りかに叙述されている。どれが申請者に当てはまるかによって、その活動が受けている制約の状況が定まり、対応する点数を用いて点数化される。複数の活動において制約が確認された場合はそれぞれの点数の合計が総合的な制約の度合として判定に用いられる。各活動における点数は最高 15 に設定され、この 15 は支給が認められる下限値でもある。

評価の対象となる活動項目を、その前身の「個人能力評価」におけるものと対比させると、表 6-1 のとおりである。表が示すとおり、就業能力評価では身体的な制限に関する項目が整理され、項目数は個人能力評価における 14 項目から 11 項目へと減少した^(注4)。上記の説明にあるとおり、複数の項目で制約がある場合を考慮すると、評価項目数の減少は認定が得られにくくなる効果をもっている。その意味では今回の見直しにより、従来の形態の制約に対しては給付を制約する方向での制度変更とみなすこともできる。一方精神機能の制約については項目数が 4 項目から 10 項目に増え、増強が図られている。

各評価項目における評価の内容については後出の表6-3にあるとおり、制約の状況を描写した文章（descriptor と呼ばれる）がいくつか用意されており、申請者の状況に当てはまるものに対応する点数が、この評価項目における制約にかかる点数となる。

表6-1 評価項目一覧（就業能力評価と個人能力評価の比較）

就業能力評価	個人能力評価
《身体的活動に関するもの》 歩く 立つ、座る かがむ、膝を曲げる 腕を伸ばす 持ち上げ、動かす 手先の器用さ 話す 聴く 視力 排泄の自制 意識の維持	《個々の活動に関するもの》 座る 立ち上がる 屈む、膝を曲げる 立ち続ける 歩く 階段を昇降する 手先の器用さ 腕を伸ばす 持ち上げ、運ぶ 視力 話す 聴力 意識の維持 排泄の自制
《精神的・認知的・知的機能に関するもの》 課題遂行における学習又は理解 危険に対する意識 記憶と集中 課題の遂行 個人的行動の開始と持続 変化に対応する 歩きまわる 人間関係の対処 他者に対する礼儀正さ 他者との関係	《メンタルヘルスに関するもの》 課題の遂行 日常生活 プレッシャーの克服 他者との関係

制約の深刻度が増すに従って点数は増加し、前述のとおり15点が各項目において最大となる。「個人能力評価」から「就業能力評価」への見直しに際して、この評価項目毎の内容（descriptor の選択と表現、点数の設定）も見直しが行われた。両評価に共通する「手先の器用さ」を例にとって詳細に比較すると（表6-2）、上に述べたとおり descriptor が見直され、点数の設定にも変更が加えられている。例えばペンや鉛筆の使用に関する点数の設定が変更され、新しい評価ではこれだけで受給資格が成立し

ないようになっている。

なお、見直しの視点は種々あるが、情報機器の普及に伴う職場形態の変化もその1つに挙げられている。この項目で新たにキーボードやマウスの使用に関する制約が加えられていることにも、そうした視点からの見直しの痕跡がうかがえる。

表6-2 「手先の器用さ」に関する評価内容の比較

就業能力評価		個人能力評価	
制約に関する記述(descriptor)	点数	制約に関する記述(descriptor)	点数
a) どちらの手でも、上部が星形の蛇口を回すことができない	15	a) どちらの手でも、本のページをめくることができない	15
b) どちらの手でも、1ポンド硬貨又はそれと同様のものを拾い上げることができない	15	b) どちらの手でも、流し台の蛇口や調理器の調節ノブを回すことができない	15
c) どちらの手でも、本のページをめくることができない	15	c) どちらの手でも、直径2.5センチ以下の硬貨を拾い上げることができない	15
d) 物理的にペンや鉛筆を使うことができない	9	d) ペンや鉛筆を使うことができない	15
e) 物理的に普通の(conventional)キーボードやマウスを使うことができない	9		
f) シャツやブラウスのような小さなボタンの掛け外しができない	9	e) ひもや糸で蝶結びができない	10
g) 片手で上部が星形の蛇口を回すことはできないが、両手を使えばできる	6	f) 片手で流し台の蛇口や調理器の調節ノブを回すことができないが、もう片方を添えればできる	6
h) 片手で1ポンド硬貨又はそれと同様のものを拾い上げることはできないが、両手を使えばできる	6	g) 片手で直径2.5センチ以下の硬貨を拾い上げることはできないが、もう片方を添えればできる	6
i) 液体で満たされ、口の開いた0.5リットルの容器から液体を注ぐことができない	6		
j) 上述にはあてはまらない	0	h) 手先の器用さについては問題がない	0

また、精神的、認知的、知的機能に分類される諸項目についての点数配分が変わった点も特徴的である。「個人能力評価」においてメンタルヘルスに関する項目は独自の点数配分（最高2点）がなされ、総合的な制約への反映方法も特殊なものとなっていたが、「就業能力評価」においては上記の諸項目も身体機能同様最高15点に編成され、総合的な制約には身体的な制約と区別をつけずに加算法を適用することとなっている。先にも書いたとおり「両者の整合性が図られるように」という今回の見直しの視点の1つが反映しているといえる。

評価の実施に先立って、申請者にはあらかじめ評価の対象となる各項目における制約状況について自己申告するための様式が送付される。評価に当たる医療専門家は申請者との面談及び診察を通じた評価に当たっては、記入・返送されてきたこの様式を参照しつつ実施する。ESA50と呼ばれるこのフォームは必ずしも評価に直結した descriptor を忠実に設問化したものではなく、申請者が答えやすいよう設計されている。例えば上に例示した「手先の器用さ」の項目は、次のような設問構成になっている。

- ① 両手を困難なく使えるならば、該当欄をチェックして次の評価項目の設問に進む、
- ② 手を用いた動作が列挙（ペンの使用、コインのような小さいものの拾い上げ、コンピューターの使用、蛇口の回転、ボタンがけ、口の開いた小容器からの注ぎ、電話の使用）してあり、それらにつき一括して「いくつかはできる」、「どれもできない」、「状況による」の3つから選択する。
- ③ 問題がある場合は「片手で」「両手で」のいずれかを選択する、
- ④ 自由既述欄が設けられており、問題が生じる動作、その理由、状況による場合はその詳細などの記入が促される。

評価を実施した医療専門家はこれらを活用しつつ面接や診察などを踏まえて評価を行い、その結果を報告書にまとめる。報告書では各項目について申請者に該当する最初の（すなわち最も得点が高い）**descriptor** がチェックされ、その他必要な所見や追加情報が随時書き込めるよう、様式が設計されている。

以下表6-3において、新たに導入された就業能力評価における「就業能力の制約にかかる評価項目」の全貌を一括して示す。

表 6-3 就業能力の制約にかかる評価項目

評価項目及び制約に関する記述 (descriptor)	点数
《身体的活動に関するもの》	
1. 通常杖やその他の補助具を使用している場合それらを使用して、歩く	
a) 全く歩くことができない	15
b) 何度も立ち止まること、深刻な症状が出ることなしに、平地を 50m 以上歩けない	15
c) 手すりにつかまっても、階段 2 段分を昇降することができない	15
d) 立ち止まったり、深刻な症状が出たりせずに、平地を 100m 以上歩くことができない	9
e) 立ち止まったり、深刻な症状が出たりせずに、平地を 200m 以上歩くことができない	6
f) 上述にはあてはまらない	0
2. 立つ、座る	
a) 座り込まなければならなくなる前に自由に動き回って良いとしても、他の人の支えなしに 10 分以上立ってられない	15
b) 不快症状が座ってられないほど強いため、背もたれが高く、肘掛けがない椅子に、10 分以上座ってられない	15
c) 他の人の身体的な支えなしに、背もたれが真っ直ぐな椅子から立ち上がることができない	15
d) 他の人の身体的な支えなしに、座っている所からその隣の座席に移動することができない	15
e) 座り込まなければならなくなる前に自由に動き回って良いとしても、30 分以上立ってられない	6
f) 不快症状が座ってられないほど強いため、背もたれが高く、肘掛けがない椅子に、30 分以上座ってられない	6
g) 上述にはあてはまらない	0
3. かがむ、膝を曲げる	
a) かがんで膝に触り、その後体を再びまっすぐに伸ばすことができない	15
b) 他人の支えなしに床から 15cm の低い棚に置かれた一片の紙のような軽いものを拾うように、かがんだり、膝を曲げたり、しゃがんだりし、その後再びまっすぐに体を起こすことができない	9
c) 他人の支えなしに、床から軽いものを拾うようにかがんだり、膝を曲げたり、しゃがんだりし、その後再びまっすぐに体を起こすことができない	6
d) 上述にはあてはまらない	0
4. 腕を伸ばす	
a) どちらの腕もコートやジャケットの 1 番上のポケットに何かを入れるように上げることができない	15
b) どちらの腕もコートやジャケットを着るように後ろに回すことができない	15
c) どちらの腕も帽子をかぶるように頭の上に上げることができない	9
d) どちらの腕も何かに手を伸ばすように頭よりも高く上げることができない	6
e) 上述にはあてはまらない	0
5. 上体と腕を使って何かを持ち上げ、動かしたり移動したりする(他で指定されたすべての活動を除く)	
a) 液体で満たされた 0.5 リットルの容器をどちらの手でも持ち上げ、動かすことができない	15
b) 液体で満たされた 1 リットルの容器をどちらの手でも持ち上げ、動かすことができない	9
c) 両手を使うことが要求されるような、空の段ボール箱のような軽くてかさばるものを、持ち上げ動かすことができない	6
d) 上述にはあてはまらない	0

表 6-3 就業能力の制約にかかる評価項目(その2)

6. 手先の器用さ	
a) どちらの手でも、上部が星形の蛇口を回すことができない	15
b) どちらの手でも、1ポンド硬貨又はそれと同様のものを拾い上げることができない	15
c) どちらの手でも、本のページをめくることができない	15
d) 物理的にペンや鉛筆を使うことができない	9
e) 物理的に普通の (conventional) キーボードやマウスを使うことができない	9
f) シャツやブラウスのような小さなボタンの掛け外しができない	9
g) 片手で上部が星形の蛇口を回すことはできないが、両手を使えばできる	6
h) 片手で1ポンド硬貨又はそれと同様のものを拾い上げることはできないが、両手を使えばできる	6
i) 液体で満たされ、口の開いた0.5リットルの容器から液体を注ぐことができない	6
j) 上述にはあてはまらない	0
7. 話す	
a) 全く話すことができない	15
b) 話したことを他人が理解できない	15
c) 話したことを他人が理解するのに非常な困難を覚える	9
d) 話したことを他人が理解するのにある程度の困難を覚える	6
e) 上述にはあてはまらない	0
8. 補聴器やその他の補助具を普段使っている場合はそれを用いて、聴く	
a) 全く聴くことができない	15
b) 静かな部屋で大きな声で話している人の声を、話された単語が分かるほどはっきり聞き取れない	15
c) 静かな部屋で普通の声で話している人の声を、話された単語が分かるほどはっきり聞き取れない	9
d) 交通量の多い道路で大きな声で話している人の声を、話された単語が分かるほどはっきり聞き取れない	6
e) 上述にはあてはまらない	0
9. 眼鏡や他の補助具を普段使う場合はそれを用いた、日中や明るい照明下での視覚的活動や視野を含む視力	
a) 全く見ることができない	15
b) 20cmより離れた距離から16ポイントの活字が判別できるほどよく見ることができない	15
c) 50%以上の視野の欠損がある	15
d) 少なくとも5mの距離から友人を認識できるほどよく見ることができない	9
e) 25%以上、しかし50%未満の視野の欠損がある	6
f) 少なくとも15mの距離から友人を認識できるほどよく見ることができない	6
g) 上述にはあてはまらない	0
10. (a) 人口肛門や採尿器を使用していない場合の遺尿(夜尿症)を除く排泄の自制(contenance)	
i) 《ii》排便《排尿》の自発的な制御ができない	15
iii) 少なくとも月に1度は腸の制御ができず排便を完全に制御できなくなる	15
iv) 少なくとも週に1度は膀胱の制御ができず排尿を完全に制御できなくなる	15
v) たまに腸の制御ができず排便を完全に制御できなくなる	9
vi) 少なくとも月に1度は膀胱の制御ができず排尿を完全に制御できなくなる	6
vii) すぐトイレに行けないならば、腸又は膀胱が制御できず排便又は排尿を完全に制御できない恐れがある	6
viii) 上述にはあてはまらない	0

表 6-3 就業能力の制約にかかる評価項目（その3）

10. (b) 大半の時間採尿器（留置尿道又は恥骨上のカテーテルを含む）を使用している場合の排泄の自制（省略）	
10. (c) 人口肛門をつけている場合の遺尿（夜尿症）を除く排泄の自制（省略）	
11. 起きている間の意識の維持	
a) 少なくとも週に1回、不随意な意識の喪失又は（水準）変化が起き、その結果認識又は集中が非常に妨げられる	15
b) 少なくとも月に1回、不随意な意識の喪失又は（水準）変化が起き、その結果認識又は集中が非常に妨げられる	9
c) アセスメントまでの6ヶ月に少なくとも2回、不随意な意識の喪失又は（水準）変化が起き、その結果認識又は集中が非常に妨げられる経験があった	6
d) 上述の何れにも当てはまらない	0
《精神的・認知的・知的機能に関するもの》	
12. 課題遂行における学習又は理解	
a) 目覚まし時計をかけるといった単純な課題をいかにやりとげるか学習又は理解することが全くできない	15
b) 簡単な作業をいかにやりとげるか学習又は理解するためには、同じ時に2回以上実演してみせることが必要である。しかし、翌日更に実演がなければ同じ仕事をやりとげることができない	15
c) 簡単な課題をいかにやりとげるか学習又は理解するためには、1回実演してみせることが必要である。しかし、翌日他の人から口頭の注意喚起を受けることなしに同じ仕事をやりとげることができない	9
d) 洗濯機を使い衣類を正しく洗うといった中程度の課題をいかにやりとげるか学習又は理解するためには、1回実演してみせることが必要である。しかし、翌日他の人から口頭の注意喚起を受けることなしに同じ仕事をやりとげることができない	9
e) 簡単な課題の正しい遂行の仕方を学習又は理解するために、口頭による注意喚起が必要である。しかし、1週間以内に、他の人から口頭の注意喚起を受けることなしに同じ仕事をやりとげられなくなる	6
f) 上述の何れにも当てはまらない	0
13. 危険に対する意識	
a) 日々の危険によるリスク（熱湯や尖ったものなど）に対する認識の低さにより、 i) 自身の負傷又は他人の負傷、又は ii) 財産又は所有物への多大な破損の 日常的な事例又は危うく回避される状況が日々の生活全般が良好に維持されないほど発生する	15
b) 日々の危険によるリスクに対する認識の低さにより、他者の指導がなければ、大半の時間帯で i) 自身の負傷又は他人の負傷、又は ii) 財産又は所有物への多大な破損の 事例又は危うく回避される状況が日々の生活全般が良好に維持されないほど発生する	9
c) 日々の危険によるリスクに対する認識の低さにより、 i) 自身の負傷又は他人の負傷、又は ii) 財産又は所有物への多大な破損の 頻繁な事例又は危うく回避される状況が今までに発生したことがある、又は発生するだろうが、起きた時に日々の生活全般が維持できない程には至らない	6
d) 上述の何れにも当てはまらない	0

表 6-3 就業能力の制約にかかる評価項目（その4）

14. 記憶と集中	
a) 誰か他の人が口頭で注意喚起しないと日々の生活全般が良好に維持できないほどの忘却や集中の欠如が日常的に生じる	15
b) 誰か他の人が口頭で注意喚起しないと日々の生活全般が良好に維持できないほどの忘却や集中の欠如が大半の時間帯で生じる	9
c) 日常生活を構成しているやるべき用務がすべて記載されたりストのような、事前の計画があってはじめて日々の生活全般が良好に維持できる程の忘却や集中の欠如が頻繁に生じる	6
d) 上述の何れにも当てはまらない	0
15. 課題の遂行	
a) 日常生活のすべての課題をやりとげることができない	15
b) 対象者が慣れている日常生活の課題をやりとげるのに、精神的な障害のない者の2倍を超える時間を要する	15
c) 対象者が慣れている日常生活の課題をやりとげるのに、精神的な障害のない者の1.5倍を超えるが2倍以下の時間を要する	9
d) 対象者が慣れている日常生活の課題をやりとげるのに、精神的な障害のない者の1.5倍の時間を要する	6
e) 上述の何れにも当てはまらない	0
16. 個人的な行動の開始及び持続	
a) 認知の不全又は感情又は行動の重大な不調(disorder)により、いかなる個人的な行動(計画作り、組織化、問題解決、優先順位の決定又は仕事の切り替え)を始めることも持続することもできない	15
b) 認知の不全又は感情又は行動の重大な不調により、他者からのその場での口頭の注意喚起を日常的に求めなければ、個人的な行動を始めることも持続することもできない (注4)	15
c) 認知の不全又は感情又は行動の重大な不調により、大半の時間帯における他者からのその場での口頭の注意喚起を求めなければ、個人的な行動を始めることも持続することもできない	9
d) 認知の不全又は感情又は行動の重大な不調により、頻繁な他者からのその場での口頭の注意喚起を求めなければ、個人的な行動を始めることも持続することもできない	6
d) 上述の何れにも当てはまらない	0
17. 変化への対応	
a) 日々の生活が維持できないほど、日常的に予想されるごく小さな変更に対応できない	15
b) 日々の生活全般が顕著に困難度を増すほど、日常的に予想される変更(すでに決まっていた昼休みの時間の永久的な変更等)に対応できない	9
c) 日々の生活全般が顕著に困難度を増すほど、日常的な予定外の小さな変更(当日の予約時間の変更等)に対応できない	6
d) 上述の何れにも当てはまらない	0
18. 歩きまわる	
a) 顧客が熟知している、又は熟知しているであろう特定の場所に、行くことができない	15
b) その都度他者が付き添っていなければ、顧客が熟知している特定の場所に、行くことができない	15
c) 他者が付き添っていなければ、顧客が熟知している特定の場所に、大抵の場合行くことができない	9
d) 他者が付き添っていなければ、顧客が熟知している特定の場所に、しばしば行くことができない	6
e) 上述の何れにも当てはまらない	0

表 6-3 就業能力の制約にかかる評価項目（その5）

19. 人間関係の対処	
a) 知らない場所の訪問、社交的な交流といった普通の活動が、抗しがたい恐れ又は不安によりできない	15
b) 知らない場所の訪問、社交的な交流といった普通の活動が、抗しがたい恐れ又は不安により大抵できなくなってしまう	9
c) 知らない場所の訪問、社交的な交流といった普通の活動が、抗しがたい恐れ又は不安によりしばしばできなくなってしまう	6
d) 上述の何れにも当てはまらない	0
20. 他者に対する礼儀正さ	
a) 突然の攻撃的、抑制の効かない又は風変わりな行動を勃発させ、 (i) 日常的に他者に混乱を及ぼす、又は (ii) 日常的には至らない頻度で、理性的な他者が許容することが期待できない深刻さを持つ	15
b) 些細な出来事又は批判に対し、脅迫行為又は身体的暴力を引き起こすような激情といった、全面的に不釣り合いな反応がみられる	15
c) 突然の攻撃的、抑制の効かない又は風変わりな行動が、大体において混乱を引き起こす程ひどく頻繁である	9
d) 些細な出来事又は批判に対し、日々の生活全般を維持できなくなる程、非常に不釣り合いな反応がみられる	9
e) 突然の攻撃的、抑制の効かない又は風変わりな行動が、しばしば混乱を引き起こす程ひどく頻繁である	6
f) 些細な出来事又は批判に対し、一定の不釣り合いな反応を頻繁に見せるが、それらが発生しても、日々の生活全般を維持できなくなる程ではない	6
g) 上述の何れにも当てはまらない	0
21. 他者との関係	
a) 自身の行為が他者に及ぼす影響に気付かないために、 (i) 2～3時間といったほんの僅かな時間でも、他者との関係を作ることが困難又は (ii) 日常的に他者に対して、苦痛の原因となる。	15
b) 自身にとって日常的に非常な苦痛となる程、他者の言葉又は言葉によらないコミュニケーションを誤解する。	15
c) 自身の行為が他者に及ぼす影響に気付かないために、 (i) 1日又は2日といった長い期間、他者との関係作りが困難又は (ii) 大抵の場合、他者に対して、苦痛の原因となる。	9
d) 自身にとって大抵非常な苦痛となるほどに、他者の言葉又は言葉によらないコミュニケーションを誤解する	9
e) 自身の行為が他者に及ぼす影響に気付かないために、 (i) 1週間といった長い期間、他者との関係作りが困難又は (ii) しばしば、他者に対して、苦痛の原因となる	6
f) 自身にとってしばしば非常な苦痛となるほどに、他者の言葉又は言葉によらないコミュニケーションを誤解する	6
g) 上述の何れにも当てはまらない	0

(3) 就業関連活動への制約に関する評価

既述のとおり、就業関連活動への制約に関する評価は手当支給対象となった申請者が就業関連活動グループに属するか、支援グループに属するかを判定するため実施される。

就業関連活動グループでは就業に向けた種々の活動が行われており、このグループに属する受給者にはこれら活動に参加する義務を負う（怠る場合は減額などの措置を受ける）。一方支援グループはこうした活動への参加は強制されない（自発的な参加は妨げない）。また、14 週目以降の本段階では基本手当に加え所属するグループに即した加算分が支給されるが、支援グループの額が若干就業関連活動グループを上回っている。

こうした特徴をもつ両グループのどちらに属するかの判定に用いられるのが就業関連活動への制約に関する評価である。

就業関連活動への制約にかかる評価項目は 11 項目ある。前述の就業能力の制約にかかる項目と類似しているものもあれば、「清潔の保持」「食べる及び飲む」といった独自の項目も設けられている。各評価項目にはいくつかの制約の状況を表現した文（同じく **descriptor** と呼ばれる）が列挙されている。記述内容により深刻度が異なっているが、前表の場合とは異なり深刻度に応じて増加するような点数は付されていない。

これは判定方法の違いによる。この評価の主目的は対象者が就業関連活動グループに属するか支援グループに属するかを判定することにあるが、列挙されている制約に 1 つでも該当すれば支援グループに属する、という判定方法がとられている。従って、前出の就業能力の制約の評価のような点数の使用は行われず、そのためにこの評価項目においては点数が表示されていない。

ただし、どの制約に該当したかは今後どのような支援を行ってゆくかを判断する上での資料として活用されることとなっている。

以下表 6 - 4 において、就業関連活動に関する制約にかかる評価項目を一括して示す。

表 6-4 就業関連の活動に関する能力の制限

1. 平地の歩行又は移動

何度も立ち止まったり、息が切れたり又は激しい不快感なしに、30m 以上

 - a: 歩く(通常杖やその他の補助具を使用している場合は使用して)
 - b: 動く(通常松葉杖を使用している場合は使用して) 又は
 - c: 自身の車いすを手を進める

のいずれもできない。
2. 座位から立ち上がり座っている所から別のところに移る

次の行動の両方をやりとげることができない

 - a: 他の人の身体的な補助なしに、背もたれが真っ直ぐな椅子に座った状態から立ち上がる、及び
 - b: 他の人の身体的な補助なしに、座っている所からその隣に座り直す
3. 上体と腕を使って何かを持ち上げ、動かしたり移動したりする

(立ち上がる、座る、体をかがめる、膝を曲げる、その他別記の活動を除く)

液体で満たされた 0.5 リットルの容器をどちらの手でも持ち上げ、運ぶことができない
4. 腕を伸ばす

どちらの腕もコートやジャケットの 1 番上のポケットに何かを入れるように上げることができない
5. 手先の器用さ

以下のどちらを行うこともできない

 - a: どちらかの手で、上部が星形の蛇口を回す 又は
 - b: どちらかの手で、1 ポンドコイン又はそれと同様のものを拾い上げる
6. 排泄の自制(contenance)

(a) 人口肛門や採尿器を使用していない場合の遺尿(夜尿症)を除く排泄の自制

 - a: 排便の自発的な制御ができない
 - b: 排尿の自発的な制御ができない
 - c: 少なくとも週に 1 度は腸の制御ができず排便を完全に制御できなくなる
 - d: 少なくとも週に 1 度は膀胱の制御ができず排尿を完全に制御できなくなる
 - e: 少なくとも週に 1 度は激しい感情又は行動の不調のため排便を完全に制御できなくなる 又は
 - f: 少なくとも週に 1 度は激しい感情又は行動の不調のため排尿を完全に制御できなくなる

(b) 大半の時間、採尿器(留置尿道又は恥骨上のカテーテルを含む)を使用している場合の排泄の自制 (省略)

(c) 人口肛門をつけている場合の遺尿(夜尿症)を除く排泄の自制 (省略)
7. 清潔さを保つ
 - a: 他者の援助がなければ、身体の前面を洗うことができない
 - b: 何回も休止し、息切れ、激しい不快感を伴うことなしに身体の前面を洗うことができない
 - c: 常に他者からの注意喚起を受けなければ、体の前面を洗うことができない、 又は
 - d: 感情又は行動の激しい不調により、下記 (i) (ii) がなければ、身体の前面を洗うことに失敗する
 - (i) 他者からの身体的な支え 又は (ii) 他者からの恒常的な注意喚起

表 6 - 4 就業関連の活動に関する能力の制限 (その 2)

8. 食べる及び飲む

(a) 食べ物又は飲み物を口に運ぶ

- a: 他者からの身体的な支えがなければ、食べ物も飲み物も口に運ぶことができない
- b: 何回も休止し息切れ、激しい不快感を伴うことなしに食べ物も飲み物も口に運ぶことができない
- c: 常に他者からの注意喚起を受けなければ、食べ物も飲み物も口に運ぶことができない、又は
- d: 感情又は行動の激しい不調により、下記 (i) (ii) がなければ、食べ物又は飲み物を口に運ぶことに失敗する
 - (i) 他者からの身体的な支え又は (ii) 他者からの恒常的な注意喚起

(b) 食べ物又は飲み物を噛む又は飲み込む

- a: 食べ物も飲み物も噛む又は飲み込むことができない
- b: 何回も休止し、息切れ、激しい不快感を伴うことなしに食べ物も飲み物も噛む又は飲み込むことができない
- c: 常に他者からの注意喚起を受けなければ、食べ物も飲み物も噛む又は飲み込むことができない、又は
- d: 感情又は行動の激しい不調により、下記 (i) 又は (ii) に失敗する
 - (i) 食べ物又は飲み物を噛む又は飲み込む
 - (ii) 他者からの恒常的な注意喚起なしに、食べ物又は飲み物を噛む又は飲み込む

9. 課題遂行における学習又は理解

- a: あたためた飲み物を準備するといった、簡単な作業をどのようにやりとげるか学習又は理解することがまったくできない
- b: 簡単な作業をいかにやりとげるか学習又は理解するためには、同じ時に 2 回以上実演してみせることが必要である。しかし、翌日更に実演がなければ同じ仕事をやりとげることができない、又は
- c: 激しい感情又は行動の不調により、(a) (b) に記載された事柄のいずれも失敗する

10. 個人的な行動 (personal action)

- a: いかなる個人的な行動 (計画作り、組織化、問題解決、優先順位の決定又は仕事の切り替え) を始めることも持続することもできない
- b: 他者からのその場での口頭の注意喚起を日常的に求めなければ、個人的な行動を始めることも持続することもできない、又は
- c: 激しい感情又は行動の不調により、他者からのその場での口頭の注意喚起を日常的に求めなければ、基本的な個人的な行動を始める又は持続することに失敗する

11. コミュニケーション

- a: 下記の形態のコミュニケーションのいずれも行えない
 - (i) 話す (他人が理解できる程度)
 - (ii) 書く (他人が理解できる程度)
 - (iii) 文字等の入力 (他人が理解できる程度)
 - (iv) 第 3 レベル英国手話に相当する水準の手話
- b: 感情及び行動の激しい不調により、(a) のいずれのコミュニケーションも行えない
- c: 自身にとって日常的に非常な苦痛となる程に、言葉又は言葉によらないコミュニケーションを誤って解釈する、又は
- d: 感情及び行動の激しい不調による現実からの分離により、効果的に他者に理解されるようにすることができない

【注】

- (1) 英国では 1995 年の同法制定まで、雇用率制度が設けられていたが、これを含む障害者雇用施策は障害者雇用法に規定されていた。この法律における障害者の定義は同法 1 条(廃止)にあり、それによれば、「本法において『障害者(disabled person)』とは、負傷あるいは先天的な障害(deformity)を理由として、その年齢・経験・資質からみて負傷・疾病・障害がなければふさわしい仕事を、得たり維持したり自力で始めることに、相当な不利を持つ人を意味する」とされていた。本文に記載した現行障害者差別禁止法での定義に比して、語法、概念等に時の隔たりが現れている。
- (2) 同法付則 1 では障害、障害者に定義に用いられている用語につき解説が施されている。例えば「長期的影響」の「長期」については、①少なくとも 12 ヶ月継続している、②少なくとも 12 ヶ月継続する見込みがある、③終生継続する見込みがある、のいずれかであるとされている。なお、同付則は「機能障害に該当するもの」「機能障害に該当しないもの」として取り扱われるべき状態について、別途規定を定めることができるとしている。これに該当する規定としては 1996 年に制定された「障害者差別禁止(障害の定義)規定」(The Disability Discrimination (Meaning of Disability) Regulations 1996) があり、ここでは「アルコール、ニコチン等の中毒(医療行為に起因するものは除かれる)は機能障害とみなさない」「放火癖、盗癖等は機能障害とみなさない」といった若干の「該当しないもの」を明示する内容となっている。
- (3) Department for Work and Pensions : Transformation of the Personal Capability Assessment
(<http://www.dwp.gov.uk/welfarereform/pca.asp>)
- (4) 新旧制度の制約にかかる評価項目の根拠規定は次のとおり
- 就労不能給付(個人能力評価) : 1995 年社会保障(就労不能)(一般)規定(The Social Security (Incapacity for Work) (General) Regulations 1995) 附則
- 雇用及び生活補助手当(就業能力評価) : 2008 年雇用及び生活補助手当規定(The Employment and Support Allowance Regulations 2008) 附則 2 及び附則 3
- (5) 就業能力の制約に係る評価項目中 16 b) の実際の表現はそれに続く c) のものとまったく同じである。これは 2008 年雇用及び生活手当規定の誤りと認識されており、最近の説明資料等においては“verbal prompting given by another person in the claimant’s presence for the majority of the time”を“daily verbal prompting given by another person in the claimant’s presence”に修正している。表 6-2 ではこの修正後の表現によった。

【参考文献】

- 障害者職業総合センター : 英国における障害者差別禁止法(仮訳)資料シリーズ No.15(1997)
- Disability Alliance : A guide to ESA for people with a disability and long-term health condition
2008-2009
- Medical Services (On behalf of the Department for Work and Pensions) : Training & Development
ESA Handbook (2008)

卷 末 資 料

資料 1

障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針 (仏)

総括序論

第 6 章 内部及び全身の障害

障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針

(guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées: 訳注: 以下、「指針」) を定める「社会福祉・家族法典」附属文書 2-4 の修正に関する「2007年11月6日の政令第2007-1574号」(仮訳)

NOR: M TSA0756880D

首相はここに、
労働・社会関係・連帯省の報告に基づき、
社会福祉・家族法典に鑑み、
国务院(社会部門)の承認の下、

政令として布告する

第1条 — 「障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針」を定める「社会福祉・家族法典」附属文書 (annexe) 2-4 は以下のように修正される。

- I. — 第1章の前に、附属文書1で示される総括序論 (introduction générale) を挿入する。
- II. — 第6章は、附属文書2で示される規定に置き換える。

第2条 — 労働・社会関係・連帯省大臣、及び担当の大臣補佐が、フランス共和国の官報に掲載される本政令の担当部分を履行する責任を負う。

2007年11月6日 パリにて作成

FRANÇOIS FILLON

首相:

労働・社会関係・連帯省
XAVIER BERTRAND

連帯担当大臣補佐
VALÉRIE LÉTARD

附属文書 1

障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針を定める「社会福祉・家族法典」附属文書 2-4 の修正に関する「2007年11月6日の政令第2007-1574号」

総括序論 (introduction générale)

本指針は、「社会福祉・家族法典」L114 条で「現行法の意味するところにおいて、障害とは、身体、感覚、知能、認知又は精神機能のうち、1 つ又は複数の機能の実質的、継続的あるいは決定的な低下のほか、複数の障害又は日常生活に支障を来す健康障害のために自らの環境において被るあらゆる活動の制限又は社会生活への参加の制約を指す」と定義されている障害 (handicap) をもつ人 (注1) への社会的優遇措置 (avantages sociaux) において法律を適用するために、能力低下率 (taux d'incapacité) を定めることを目的としている。

本指針は、どのような年齢の者でも、障害の原因となる疾患について、医学的性格だけでなく、その人の機能障害と日常生活の中での結果 (conséquence) をもとに、能力低下率を定めることができるようにするものである。

能力低下率 (taux d'incapacité) は、3つの側面の相互作用を分析することにより決定される：

Déficience (機能障害)：心理的、生理的、解剖学的構造や機能の完全な欠損又は変化である。機能障害には、病変という面が関与し、障害の定義においては機能の変化 (altération de fonction) という概念に相当する。

Incapacité (能力低下)：機能障害から生じる、人間として正常と考えられる方法や範囲で活動を行う能力の部分的あるいは完全な低下である。能力低下は、身体又は精神を構成する全ての機能に関するものであり、障害 (handicap) の定義においては、活動の制限 (limitation d'activité) 概念に相当する。

Désavantage (社会的不利)：年齢、性別、社会的文化的因子に見合った通常の社会的役割を果たそうとする際の制限 (limitation) (あるいは不可能性 (impossibilité)) である。社会的不利 (つまり、障害の具体的な状態) は、機能障害及び／又は能力低下をもつ人とその人の環境との相互作用から生じる。

この3つの側面は密接に絡み合っているが、それぞれの程度は必ずしも比較できるものではなく、病因又は病理が同じであっても、人によってかなり異なる。さらに、この3つの側面は異なる進行の経過を示す可能性がある。

実際、診断だけでは障害の評価はできず、その評価は進行の段階、実施された治療、その人とその環境との相互作用によって異なる。

ただし、診断という要素は、当該者の日常生活における健康状態の結果を説明するにはそれだけでは不十分であるが、その人がどのような状態にあるかを知り、これからの病状の進行と予後の指標とするには便利である。

本指針は8つの章からなり、1つの章がそれぞれ1つのタイプ (type) の機能障害について述べている。

- I. – 知的機能障害及び行動の障害 (déficiences intellectuelles et difficultés de comportement)
- II. – 精神障害 (déficiences du psychisme)

- III.－聴覚の機能障害 (déficiences de l'audition)
- IV.－言語及び発声発語の障害 (déficiency du langage et de la parole)
- V.－視覚の機能障害 (déficiency de la vision)
- VI.－内部及び全身の機能障害 (déficiency viscérales et générales)
- VII.－運動機能障害 (déficiency de l'appareil locomoteur)
- VIII.－審美障害 (déficiency esthétiques)

本指針は、正確な能力低下率を定めるものではない。むしろ能力低下率の許容変動範囲を示すものである。重篤度 (sévérité) は、章によって3段階から5段階 (ほとんどの場合4段階) に分けられる。

軽度 (léger) の型 : 1～15%

中度 (modéré) の型 : 20～45%

中重度 (important) の型 : 50～75%

重度 (sévère) 又は最重度 (majeur) の型 : 80～95%

境界値の50%及び80%に達すると、さまざまな優遇措置 (avantage) や給付 (prestation) を受ける権利が与えられる。

50%という率は、当該者の社会生活にかなりの支障 (gêne) がある、中重度の (important) 困難 (trouble) に相当する。その支障 (entrave) をその人の生活の中で具体的に位置づけ、社会生活が維持できるよう補うことは可能であるが、そのためにはかなりの (important) 努力が必要であり、個別の補償を行わなければならない。しかし、日常生活の基本的行為 (actes) では、自立 (autonomie) は保たれている。

80%以上という率は、当該者が個人の自立 (autonomie individuelle) を成し遂げるには日常生活に最重度の (majeur) 支障 (entrave) がある、重度の (grave) 困難 (trouble) に相当する。この「個人の自立」とは、日常生活でその人自身で行わなければならない行動 (action) 全体と定義される。完全又は部分的な手助け (aidé)、あるいは見守り (surveillée) が必要であり、その行動を行う際に複数の (訳注: 複数形なので、「複数の」を挿入した) 極めて大きな困難 (les plus grandes difficultés) を伴う場合には、80%となる。1つの機能が喪失 (abolition) した重度 (sévère) の機能障害も同様に80%となる。

基本的又は不可欠と形容されることが多い日常生活行為 (acts de la vie quotidienne) は、各章に出てくるが、特に以下の活動を意味する :

- －論理的及び良識的な方法で行動すること
- －時間と場所の中に自分を位置づけること
- －身体的衛生を確保すること
- －適切な方法で服の脱ぎ着をすること
- －料理した食べ物を食べること

－尿及び便の排泄の衛生を確保すること

－動作（立ち上がる、腰掛ける、横になる）や移動（déplacement）（少なくとも建物の内部）を行うこと

100%という率は、植物人間状態や昏睡状態など、完全な（total）能力低下がある場合に限られる。

能力低下率を決定するための評価（évaluation）では、以下のようなアプローチをとらなければならない。

－個別的（individualisée）：重度（grave）の機能障害でも、実際には能力低下が中度（modéré）の場合がある。逆に、中度（modéré）の機能障害でも、顕著な（notable）精神的脆弱性（vulnérabilité）など他の障害（trouble）があり、結果（conséquence）は重度化（lourd）する可能性がある。同様に、機能障害が（どのようなものでも）治療によって補われている場合には、社会、教育、職業面での参入において、特に治療面の制約があるために、最重度（majeur）の社会的不利がある場合がある。

－全体的（globale）：異なる機能障害の位置づけは必要であるが、能力低下率を決定する際には、その章で算術的に加えることが明記されている場合を除き、各章で述べられた率を算術的に加えることはできない。

若者（jeunes）が関与している場合には、小児期（enfance）と青年期（adolescence）が発達段階であるという特殊性（particularité）を考慮に入れて分析を行わなければならない。その機能障害がまだ、能力低下や社会的不利へ直接に影響を与えていなくても、一定期間内に発達の妨げとなるかもしれないからである。次の段階に進むことを防ぎ、さまざまな補償の方法があることを早い時期に知らせることは、若者と身近な人々（一般に家族、身近な人々もその若者のためにさまざまな制約を抱えている）の生活や人生に大きな影響を与える可能性がある。分析の際には、この点も考慮しなければならない。

その人の医学的状況が安定しなければ、能力低下率の決定ができないということはない。しかし、能力低下率を定めるためには、結果が少なくとも1年間は継続しているもの（durée prévisible）でなければならない。

（注1）法令（・規制）によって（réglementairement）能力低下率の認定（reconnaissance）が定められている場合を除き、「社会福祉・家族法典」L.241-5条に示される委員会によって出される決定の中には、その他の条件を満たさなければならないものもある。この条件は、場合によっては本指針（guide-barème）の決定を助けるツール（outil）にも適用される。

第6章 内部及び全身の機能障害

はじめに

特にこの章においては、まず、能力低下率の評価 (évaluation) が、その人が罹患した医学的疾患の性格ばかりでなく、機能障害、機能面での能力低下、及びそれに由来する社会的不利の程度 (importance) を基本にしていることを思い起こしてほしい。

第1節では、この章で扱うさまざまなタイプの機能障害を示す。病理学的に、補足的検査結果に基づいて、あるいは治療法に基づいて具体的に例示したとしても、医学技術の進展とともに内容が急速に古くなってしまう。そのため、この章ではこのような個々の部分については言及していない。

第2節では、能力低下率を定めるための機能障害以外の要素について示す。この1つは、能力低下や社会的不利を引き起こしやすいあるいは増大させやすい症状 (symptômes) であり、もう1つは、日常生活における能力低下とさらには制約 (contrainte) である。

実際、慢性的疾患のさまざまなケースで考えなければならないのは、機能障害又は能力低下という疾患の直接的影響よりはむしろ、日常生活においてどのような結果 (consequence) をもたらすかである。医学的治療の進歩や補償 (compensation) の技術により、病理学的進行が食い止められ、(免疫機能を改善しようとするHIV治療のように) 機能障害が消退する、あるいは(膵臓の内分泌不全を抑えるためのインシュリン注射療法のように) 機能障害が補われることもある。しかし一方では、他の機能障害を引き起す副作用や、社会、学校、就労への参入を損う日常生活の重い (lourd) 制約を代償とする場合もある。

小児期の者 (enfants) や青年期の者 (adolescents) に関しては、自然な生活環境の中でその子どもの存在を最良の状態に保ち、小児には望ましくないと考えられている病院への入院や施設への入所を避けるため、家族が受ける制約についても考えておくとよい。この節のそのことにも触れている。

第3節では、能力低下及び社会的不利と制約の分析に基づいた、能力低下率の許容変動範囲 (fourchettes) のスケール (gradation) について述べている。他の章と同様、境界値の50%と80%を定める基準について、特に注意を払うとよい。

内部及び全身の機能障害がもたらした結果は、以下のように4つの段階に区分して評価できる。

1. 稀な禁忌 (interdit) や自覚症状 (trouble subjectif) という支障はあるが、社会生活、学校生活、就労生活、日常生活においては実質的な能力低下は伴わない、軽度 (léger) の困難 (trouble)
2. いくつかの禁忌やいくつかの機能面での兆候 (signe) は認められるが、当該者の自立と社会生活、学校生活、就労生活、日常生活への参入は維持されている、中度 (importance moyenne) の困難 (trouble)

3. 日常生活でかなりの調整 (*aménagement*) を行う必要があり、住居や周囲の環境が制限され、社会生活、学校生活、就労生活、日常生活を通常レベルに維持するための手助けや特別の努力を必要とする、中重度 (*important*) の困難 (*trouble*)。しかし、本指針の総括序論で定義されている個人の自立に関する行為 (*action*) については、かなり大きな (*majeur*) 努力を行わずに維持できる。この段階の困難 (*trouble*) は50%以上である。

4. 個人の自立性の低下 (*réduction*) を伴う重度 (*grave*) 又は最重度の (*majeur*) 困難 (*trouble*)。この場合、80%の境界値に達している。

内部及び全身の機能障害とその他の障害(精神、視覚、運動など、二次的か否かは問わず)との合併症がしばしば見られるが、この場合には関係がある機能障害の章も参照するとよい。例えば、糖尿病関連の内分機能障害の場合、視覚障害、運動障害などを伴うことがあるが、その疾患の進行とともに、目の病変、切除などの項目を参照する。

第1節 内部及び全身の機能障害

I. 心臓呼吸器系の機能障害

I-1. 心筋機能の障害

病因(遺伝的なものと医原性のものが含まれる)の如何にかかわらず、心不全では、影響レベル (*niveau de retentissement*) は一般に機能障害レベル (*niveau de déficience*) との関連性が高い。両者の関連性の高さは、実質的にはその機能を測る準臨床的検査(超音波、シンチグラフィなど)によって客観化できる。しかし、肥満のような内因的に関連した要因やその人の実際上の能力に大きな影響を与える地理的又は天候上の条件のような環境的因子の分析も怠ってはならない。心筋機能の機能障害には、以下のような場合がある。

一ほとんど治療上の制約がなくうまく管理された場合、全く結果が生じない(第2節参照)

一食餌療法や活動において中重度の (*important*) 制約がある。臨床の状態が非常に不安定であり、わずかな病変 (*écart*) で代償不全 (*décompensation*) に陥る。

一進行の最終段階 (*stade*) では、ベッドや椅座位から動けずに外出できず、わずかな運動で呼吸困難が生じ、全ての活動が妨げられる。

代償不全の頻度、及び、その人の生活の中でどのような結果が生じているかの分析が、まず調べなければならない主要な点である。

このような病因をもつ機能障害の病理では進行(突然の進行、又は、特定の治療を行った場合)という側面も考慮に入れるとよい。

I-2. 心臓機能の障害

冠動脈循環の機能障害は、特に運動時に制約や制限を伴う場合がある。さらに一定期間内に心筋機能に結果が生じる場合があり、その影響自体についても分析する必要がある。(前記参照)

治療にもかかわらず重篤な障害 (*crisis*) が起こる頻度、活動面での推奨される方法は、その人

の日常生活と社会参加における結果 (conséquence) を考慮に入れて分析しなければならない。

I-3.不整脈に関する機能障害

その人の生活における結果は、治療と器機 (appareillage) の選択によってかなり異なる。活動を制限する特定の状態 (環境因子との対峙など) によって示される能力低下とともに、治療の結果についても、丁寧に評価するとよい。

I-4.動脈、静脈、リンパ腺由来の末梢血管機能障害

その人の起立位と移動能力への影響は、その結果生じる能力低下が同じ性格であるため、運動機能障害の影響と同じような考え方をする必要がある。

また、審美障害や皮膚機能の障害を伴う場合があり、関連する章も参照するとよい。

I-5.呼吸器系の機能障害

呼吸不全に関しては、病因の如何にかかわらず、影響レベルは一般に障害自体のレベルとの関連性が高い。これは準臨床的検査で客観化できるが、検査を行っている状況は日常生活の状況と実行状況 (performance) のレベルが異なる場合があることを考慮に入れる必要がある。さらに、特定の状況に置かれた場合に生じる能力低下 (環境汚染やアレルゲンなどの環境的要素との接触、感染病原体に対する感受性の増加など) がこの種の障害ではよく見られる。

また、運動に関する能力低下もしばしば見られる。

さらに、このタイプの機能障害には、繰り返し制約された治療を必要とする場合があり (下記第2節参照)、そのことも考慮に入れなければならない。

最後に、進行するとベッドや椅座位から動けずに外出できず、わずかな運動でも呼吸困難を生じ、全ての活動が妨げられる状況に至る場合がある。避けては通れないことが多いため、この側面も考慮に入れる必要がある。

I-7.組織への酸素運搬機能の障害

酸素運搬機能疾患の原因とレベルの如何にかかわらず (血液学を含む: 下記 6.1 参照)、全ての組織と器官に影響 (conséquence) が生じる可能性がある。そのため、能力低下と社会的不利の側面に影響があり、全般的に異なる章を参照して分析するとよい。

II. 消化機能の障害

消化器の機能障害の機能的影響を評価するには、特に以下の要素を調べる必要がある。摂食に関する障害 (trouble) には、特に以下のものが挙げられる。

- 摂食機能の支障 (gêne) (固形または液体の食べ物を摂取することができない、唾を出すことができない)
- 食欲障害 (trouble)
- 嚥下障害

—人工経管栄養又は非経口栄養の必要性

—吐き気、嘔吐

通過障害 (trouble) 、特に以下のもの

—治療効果がみられない下痢

—日常生活に重大な影響を与える便秘

括約筋の機能障害、特に以下のもの

—部分又は完全便失禁

—ストマ (訳注：人工肛門) とその日常生活における影響

全身状態の変調と消化機能の症状は、特に疼痛、衰弱、やせのように、発作的で持続的である場合がある。

Ⅲ. 肝機能の機能障害

肝機能は生物学的に複雑な機能であり、その変調はその人の日常生活にさまざまな影響を与える。以下がその例である。

—うっ血

—意識障害

—行動に関するもの (不安、眠気、苛立ち…)

—全身症状 (疲れ、やせ…)

肝機能の生物学的尺度では、日常生活の乱れ (perturbation) という結果が反映されないので、この尺度に限定せず、機能障害が生じた時に関係する章を参照して障害を評価するとよい。

他の内部障害と同様に、また肝機能が生命に必須であることを考慮すると、この機能の変調は積極的治療の対象となる場合もあり、非常に特殊な場合には臓器移植も行われる。

このような治療の場合、治療が生命に与える結果のほうが機能への作用よりはるかに重要なことがあるが、それは、このような治療が、後に重度 (grave) の合併症へと進行しさらには死に至ることを阻止するためのものだからである。

そのため、さらなる治療を行った場合の影響、及び、その治療が自立・社会参加・就労へ与える制約を評価することが不可欠である。

Ⅳ. 腎泌尿器系の機能障害

いくつかのタイプの機能障害が認められる。

—浄化機能に関するもの：ろ過と排泄

—排尿機能に関するもの

—腎臓で行われる内分泌機能に関するもの

これらの異なるタイプの機能障害には、さまざまな合併症がある場合があり、治療法も同様に多様である。

IV-1. 浄化機能に関する機能障害：ろ過と排泄

この機能障害の進行を遅らせるために用いられる衛生・食餌療法による治療や方法は、一般に制約がある。また、このような治療自体が他の機能障害を引き起こすことがあるため、関連する章を参照するとよい。

さらに進行した段階では、非常に大きな (*extrêmement*) 制約があり、特に特定の状況で現れる、中重度 (*important*) の能力低下が生じる可能性がある治療を行わなければ、延命ができない場合がある。このような能力低下と制約は、本章の第2節を用いて評価する。特に内分泌的、精神的合併症の影響は、関連する章を参照するとよい。

IV-2. 排尿機能に関する機能障害

前述の影響の他に、この機能障害は外科的治療などの対象となることが多く、その人のその後の日常生活への制約に関し、どのような結果が生じているかを評価する必要がある。器械的な治療による一時的又は恒久的な排尿が必要な場合には、どのような影響があるかも特に評価する。

IV-3. 腎臓により行われる内分泌機能の機能障害

ろ過機能の機能障害との合併症があるため、該当する章を参照すること。

V. 内分泌、代謝、及び、酵素由来の機能障害

病因の如何を問わず、内分泌、代謝、及び、酵素由来の機能障害は、その機能的支障 (*gêne*) (移動能力、活動能力の低下、など) の程度によって評価されるが、しかし同様に、時には長期となる治療の医学的制約の重さだけで評価される。病理学的過程と機能障害はうまく管理されていることが多いが、それは頻繁な薬剤の服用、副作用、禁忌など、さまざまな支障を代償としている。医学的な処置で、病因となる機能障害は減少し、予後に死に至る可能性は多かれ少なかれ遠のいたとしても、このような代償自体が障害 (*handicap*) となる。

そのため、(準臨床的検査の結果を用いて) 代謝疾患の重篤度 (*importance*) を評価するばかりでなく、その結果を丁寧に分析する必要がある。障害 (*trouble*) の重篤度と必ずしも関連しているわけではないが、特に医療専門家によって提案された治療の進展状況によって結果が変わる可能性があるからである。

V-1. 血糖調整の機能障害

成人の場合、治療と食事に関する正しい教育を受けている人では自身で管理することができるが、入院を繰り返し、特に近くで見守り (*surveillance*) をしていかなければならない不安定な合併症のある症例だけは、中重度 (*important*) の制約を伴う。

治療初期の小児期や成年期の者の場合、その合併症を予防し、更なる障害 (*surhandicap*) が起きないようにできるかは、この初期治療が大きく左右する。自立に向けて自身の健康を管理することを教えるには、特定の方法を取り、特別な教育へと組み込んでいく必要がある。そのため、日常生活の影響と家族への制約をよく吟味する必要がある。特に非常に低年齢の小児の場合には、

制約は重く持続するため、配慮が必要である。しかし、一般的には一時的であり、定期的な再評価が必要であろう。

いかなる場合も進行とともに合併症が出てくるので、本指針の該当する章を参照して結果を評価する必要がある。

V-2. 体重調整の機能障害

最重度 (*majeur*) の肥満がある場合には、この機能障害は特に移動 (姿勢、体の使い方、位置の変更) や体の使い方における能力低下、及び、中重度 (*important*) で持続的な活動の減退を伴う場合がある。食餌療法もまた制約となるが、一般に通常の社会生活と両立できる。

悪液質もまた、病因や予後にかかわらず、移動における能力低下と活動の持続的減退を引き起こす。

この健康障害は、他の性質 (運動機能、精神機能、内部機能など) の機能障害を伴う、あるいは合併症を引き起こす場合があり、その点も評価する必要がある。

V-3. 身長機能障害

この機能障害は、一般に環境に関連した機能面で結果を生じる。そのため、満足できる活動及び社会的参入ができるように、各人の状況を評価する必要がある。移動能力と (合併症がある場合には) その機能障害に特に注目するとよい。

V-4. その他の内分泌、及び、酵素由来の機能障害

この機能障害は非常に多様で、進行によって診断と治療が特に大きく左右する傾向がある。そのため、各状態に合わせて以下の点を考慮に入れながら、その影響を丁寧に評価するとよい。

— 特殊な状況で生じる能力低下：特殊な環境因子 (生理的、食物性、中毒性、薬によるなど) に直面したことによる禁忌

— 時間とともに変化する能力低下

— 特殊な食餌療法、学校や職場への適応、治療や設備の因子によって現在の生活に生じている制約

VI. 免疫・血液系の機能障害

血液系の機能は、疾患の原因と同じように多様である。

他の内部障害と同様に、またこの機能が生命に必須であることを考慮すると、この機能の変調は積極的治療の対象となる場合もあり、非常に特殊な場合には臓器移植も行われる。このような治療の場合、治療が生命に与える結果のほうが機能への作用よりはるかに重要なことがあるが、それは、このような治療が、後に重度 (*grave*) の合併症へと進行しさらには死に至ることを阻止するためのものだからである。

そのため、その後の治療の影響、及び、その治療がその人の社会参加・就労や自立に与える制約を評価することが不可欠である。

一方、この機能障害に関連する疾患は、他の型の極めて多様な機能障害に合併したり、又は、そのような機能障害を引き起こしたりする場合がある。そのため、その人の状況を総合的に分析するには、関連する章を参照して結果を考慮する必要がある。

この機能障害は以下の3タイプに分けることができる。ただし、血液系の機能は全体が繋がっているため、合併症を起こす場合がある。

VI-1. 組織への酸素運搬機能の障害

この機能障害は、心臓と呼吸器系の特定の機能障害と同じように、中重度 (**important**) の影響を全身状態に与える。主に、疲れやすさ、運動時の忍耐の欠如が、探索すべき結果 (**consequence**) である。

VI-2. 免疫系の機能障害

病因の如何にかかわらず、ほぼ慢性的な疲労を引き起こし、感染病原体に罹患しやすくなるなどの特定の状況や、一般に治療が長期化するなどの医学的制約により、能力低下が生じる。

VI-3. 止血物質の機能障害

機能障害が長期化すると、繰り返し関節に疾患がでて運動機能障害を引き起こす場合があり、このことを考慮に入れなければならない。

上記の3つのタイプの機能障害に関しては、病理学的過程と機能障害はうまく管理されていることが多いが、その代償として重度化 (**lourd**) するかもしれないという制約がある。治療で副作用がでる、頻繁に薬を服用しなければならないなど、さまざまな禁忌や支障が生じることも多い。これらの要素自体もまた、社会的不利を構成する。

最後に、これらの機能障害は予後に重篤となる場合があり、特定の状況下で機能障害が能力低下を引き起こし、また特に活動によっては危機的な制約が生じる。そのため、これらの要因についても分析する必要がある。

VII. 皮膚組織の機能障害、及び、皮膚付属器の障害

皮膚は、社会生活で非常に大きな (**majeur**) 要素となる器官である。この疾患は、精神障害、審美障害、運動機能障害など他の付加的な機能障害を引き起こし、そのレベルに直接的な影響を与える。そのため、本指針の他の章を参照する必要がある。

疼痛又は痒み、さらに、さまざまな能力低下により、家族生活、社会生活、学校生活、就労生活、又は個人の自立が大きく制止される場合がある。

さらに、皮膚のかなりの (**important**) 面積が罹患した場合には、治療がかなり制限される場合があるので、その人の日常生活での結果を評価する際に特に注意を払うとよい。

本章の他の機能障害と同様に、よく見られる合併症などの影響を総合的に評価する必要がある。

VIII. 生殖器、性及び生殖の機能障害

これらの機能障害は、複数の分野（身体、精神など）で結果が示され、人によって異なるため、それぞれの章を参照して評価する必要がある。

特に結果は実施された治療に関連している場合があり、結果については、この機能障害自体がその人の現在の生活と社会的統合に直接影響を与える可能性がある。しかし、この制約は原則として恒久的ではない。これまでに挙げた機能障害とは異なり、死に至る性格ではなく、我慢できないほどではあっても治療は長期に及ぶものではない。

第2節 その人の状態を評価する際に考慮しなければならない要素

本章で述べる社会的不利は能力低下と制約から生じるものであるが、特定の症状や治療の副作用によって増大する場合があるので、その社会的不利が長期的に続く場合には考えておかなければならない。

I. 能力低下及び社会的不利を引き起こしやすい、又は増大させやすい、目印となる症状

本節では、その影響の程度を知るために注意して調べなければならない症状を、非網羅的に列挙する。

これらの症状は、原因となる疾患の結果として生じたもの、あるいは治療によって引き起こされたもので、社会生活、学校生活、就労生活、日常生活における支障（entrave）を増大させやすい。例えば以下のようなものである。

- －身体的又は精神的な疼痛
- －衰弱、疲労感、緩慢さ
- －不眠、極度の眠気
- －精神的脆弱性
- －吐き気
- －下痢、お腹の張り、便秘
- －やせ
- －肥満
- －浮腫
- －呼吸困難
- －咳と痰
- －身長・体重の増加に関する障害
- －痒み

II. 能力低下 (incapacité)

内部及び全身の機能障害は、さまざまな能力低下を引き起こすことがある。

さらに、その人の全身状況を見て、他の機能障害が能力低下を引き起こしていないことを確認する必要がある。特に内部及び全身の機能障害が精神面へ影響を与えていないか、系統的に評価すべきである。

本章では、最も顕著に見られる3つのタイプの能力低下を、非網羅的に示すことにする：

II-1. 運動機能に関する能力低下

内部及び全身の機能障害は、移動能力よりはむしろ移動の質に影響を与えている。例えば、疲れ、疼痛、呼吸困難、筋委縮により、やや間欠的に適切なレベルの維持が非常に困難になることが多い。そのため、能力の具体的内容、及び、時間の経過とともに生じる変化に注目しなければならない。

II-2. 身の回りの世話に関する能力低下

更衣、食事など、セルフケアが困難になる場合がある。その行為を行うために第三者の手助け (aide) が必要か、どの程度の手助けかについて、例えば以下のような点を知ることが大切である。ある場所に落ち着かせ (installation) 身体を動かす準備をするための手助けか、その人に代わって一部又は全部の動きを行わなければならないか。

便や尿の排泄：自分の意思で行うことができるか。防具あるいは装具 (appareillage) を必要とするか。恒常的に必要か。そのための補足的な作業が必要か。

II-3. 特定の状況に置かれた場合に生じる能力低下

生命の危機、病態の進行、頻繁な治療法の変更、さらに時間の経過あるいは治療法で変動する能力低下によって、特定の活動ができなくなる場合がある。

身体的あるいは精神的な忍耐力の減退、姿勢保持あるいは活動リズムの保持能力の低下により、活動の質と時間が制限される場合がある。

また、以下のような環境要因に耐えられない場合がある：寒さ、暑さ、悪天候、埃、化学物質、湿気、明るさ、感染性のある物質

III. 制約 (contrainte)

原因である疾患自体、あるいは、治療の必要性 (完治する場合もあれば、機能障害を補うだけの場合もある) によって、制約は異なる。社会的不利 (handicap) を構成する要素は、一般に、長期的にその制約を受けなければならないこと、その人の生活をしばしば大幅に再調整する必要があること、社会参加と自立が大きく妨げられることである。

非網羅的に列挙した以下の要素も、合併して互いを悪化させる場合があるため、並行して分析しなければならない。

- －地理的な制約：常にケア (soin) やサポート (assistance) が近くで受けられる状態にする必要性
- －生存のための必要性に関する制約、すなわち、特別に訓練が必要な複雑な設備や住居の改修が生命の維持に必要であること。
- －絶対に行わなければならない治療の時間、服薬、実施（注射、灌流、吸入など）の管理方法に関する制約
- －繰り返しによる制約：日常的あるいは準日常的に行わなければならない複雑な治療は、極めて重大な (très important) 支障となる
- －治療のために費やされる時間に関する制約：この時間が多く (important) になればなるほど、その人の参入と自立が侵され、他の活動を行う時間もなくなる
- －第三者の存在 (présence) やサポート (assistance) に関する制約：第三者の助けを必要とすることは、第三者が使わなければならない時間とその第三者の技術力によって制約の程度が変化することである
- －特定の方法 (technique) やケア (soin) の技術を習得しなければならないという制約
- －薬剤治療の相互作用で、特定の機能障害を代償する治療ができないという制約
- －食物に関する制約：特定の食べ物を全くあるいは一部除いた食事、自分で特定の食材を手に入れなければならない、時間を分けて摂取しなければならない、あるいは、通常とは異なる時間帯に摂取しなければならない
- －障害による金銭的負担 (charge affective des troubles) に関する制約

IV.－小児・青年の状態

小児や青年の生活における内部及び全身の機能障害の結果は、以下の点を参照して分析しなければならない：

- －機能障害がない小児や青年の家族における通常の依存状態
- －身体的ばかりでなく精神的にも発達途上にある小児や青年の特殊性
- －一定の年齢や期間に習得しなければならないことが、この時期には種々あること

そのため、小児や青年においては、特に以下の要素に注意するとよい。

- －機能障害、能力低下、治療に関して、家族に過重にかかる制約
- －当事者の障害や当事者の面倒を見る必要性に対峙しながら、自立させていかななければならないという（高学年の小児と青年に特有の）教育面での過重な制約
- －自立を普通に学んだり、さまざまなことを習得したりする際には支障があり、その結果、このような事柄の習得がその小児や青年の将来に与える影響を、家族が実際より過小視してしまうという制約

第3節 能力低下率を決定するための実用的指針

以下に示すのは、スケールに割り当てていく際の基準となる指標 (*repère*) である。しかし、ここで挙げるものが全てではなく、実際に評価を行う場合には、委員会は担当する症例に似たものを用いて評価を下す。

I. ー社会生活、学校生活、就労生活、あるいは日常生活において支障が1つ (*une gêne*) あり、稀な禁忌又は自覚症状 (*trouble subjectif*) がいくつか認められるが、実質的な能力低下はない、軽度 (*légers*) の困難 (*trouble*) 。 (0～15%)

装具 (*appareillage*) の助けを借りることがあるが、制約を自分で管理し、機能障害を補うことは可能である。

長期治療や検診は、統合された場での教育、社会生活、家庭生活、就労生活の支障とはならない。

食餌療法では外食ができないわけではなく、小さないくつかの調整を行うだけでよく、第三者の存在は必要としない。

II. ー禁忌と機能面での能力低下の兆候はいくつか認められるが、個人の自立、及び社会生活、学校生活、就労生活への参入は通常範囲内に維持される、中度の (*importance moyenne*) 困難 (*trouble*) 。 (20～45%)

能力障害は装具や支援機器を用いることで補うことができ、自主管理が可能で、社会生活、家庭生活、就労生活、あるいは統合された場での教育は妨げられない。

治療は教えればその人自身で行うことができ、固定されたあるいはほとんど動かさない機械に縛られることはなく、さらに他の社会生活、学校生活、就労生活で活動が一定期間行えなくなるような制約はない。

再教育を行えば、統合された場での教育、社会生活、家庭生活、就労生活は妨げられない。

食餌療法においては、調整を行うか、あるいは食べ物を持参することで外食はできるが、第三者の存在は必要ない。

小児に関しては、教育面の制約が年齢に応じてあり、又、補足的に援助を得ようとする、その量は援助者が通常範囲の家庭生活、社会生活、就労生活を行いながら実施できる範囲に限られる。

III. 日常生活でかなり (*notable*) の調整が必要であり、社会生活、学校生活、就労生活へ参入し、これを通常レベルに維持するためには手助け (*aide*) と特別な努力が必要である、中重度 (*important*) の困難 (*trouble*) 。しかし、自立は、個人の自立に関する行為に限られている。 (50～75%)

能力低下は装具や支援機器を用いることで管理でき、自立は維持できる。

本章第2節で定義される制約があるため、社会や家庭での活動の維持を保障するためには第三者の手助けが必要である。

治療、再教育や器機・機器の使用の必要性に関連した制約はあるが、調整 (aménagement) という代償を払えば、社会的活動や家庭での活動は維持できる。しかし、調整を行っていない一般就労の場での就労生活、普通学級での統合教育には障害 (obstacle) がある。

装置 (équipement technique) を使用したり管理したりするには、その人自身や能力のある周囲の人が技術を習得 (acquisition) して使わなければならないという制約がある。

食餌療法においては、大幅な調整を行うか、あるいは障害のない同じ年齢層の人とは異なる生活リズムにしなければ、外食はできない。

困難や症状は頻繁に出現するか管理が難しく、家事にも手助け (aide) が必要であるなど、社会生活を行うには、中重度 (important) の制限がある。しかし、外出ができないことはなく、第三者による日常的なサポート (assistance) や見守り (surveillance) は必要ではない。

IV. 個人の自立の減退を伴う重度 (grave) あるいは最重度 (majeur) の困難

以下の条件を満たせば境界値の 80% に達したことになる :

80% 以上であれば、本指針の総括序論で定義した個人の自立の減退に相当する。この自立の減退は、本章第2節で定義される能力低下が1つ又は2つ以上、当てはまるかで決まる。この中には、困難や症状が頻繁に発現したり管理が難しいことによって生じる能力低下であるかどうかも含まれる。また、このような能力低下が治療によって生じる場合もある。さらに、1つの機能が完全に喪失した重度の (sévère) 機能障害も、80% 以上に相当する。

以下の2つのような場合、80% の能力低下率の認定を受ける権利が得られる。

一装具や支援機器の使用又は治療によっても、能力低下を補うことが困難である、又は、能力低下を補うことができない。

一能力低下は、本章第2節に示された中重度の (important) 制約 (人的支援を含む) と引き替えでなければ補うことはできない。

能力低下率 100% の認定を受ける権利があるのは、持続的植物人間状態だけである。

資料 2

障害者の補償の必要性を評価するための手引き

(GEVA)

各種様式

(仏)

デクレ、アレテ、通達

一般的な法令

労働・社会関係・家族・連帯省

社会福祉・家族法典第 R.146-28 条の定める障害者の補償の必要性の評価のための
手引きに適用される基準ならびに分類表に関する 2008 年 2 月 6 日付アレテ (省令)

NOR : M TSA0802991A

労働・社会関係・連帯大臣及び連帯担当副大臣は、
社会福祉・家族法典、特に同 L.146-3 条、L.146-8 条及び L.247-2 条、R.146-28 条及び R.146-39
条、
全国障害者諮問委員会の 2007 年 12 月 11 日付答申に鑑み、

[アレテとして] 以下のとおり定める：

第 1 条—社会福祉・家族法典 R.146-28 条の定める評価ガイドに適用される基準ならびに分類表は、
このアレテの付則 1 において、これを規定する。基準ならびに分類表により、県障害者センター
の専門家チームが障害者の状況を把握できることとなる。

本条にいう分類表は、社会福祉・家族法典 L.247-2 条及び R.146-39 条の定める情報システムに、
これが適用される。

第 2 条—付則 1 の定める基準ならびに分類表に基づき作成した評価ガイドの様式は、付則 2 にこ
れを収載する。

第 3 条—労働・社会関係・連帯省・社会福祉 [総] 局長が、フランス共和国官報に掲載するこの
アレテの実施に当たる。

2008 年 2 月 6 日、パリにて作成

労働・社会関係・連帯大臣
委任により大臣の代理として
社会福祉局長
J.-J. トゥレゴア

連帯担当副大臣 [女性]
委任により副大臣の代理として
社会福祉局長
J.-J. トゥレゴア

付則 1

障害者への補償の必要性の評価ガイドに適用される基準ならびに
分類表を定める 2008 年 2 月 6 日付アレテ

序説

評価ガイドは、障害者が県障害者センター〔MDPH〕へ申請を提出した場合、個別補償プランの策定のため、また社会福祉・家族法典第 L.241-6 条の定める権利もしくは給付あるいは第 L.241-3-2 条にいう〔駐車〕証の付与のため、障害者の補償の必要性の評価に当たり考慮に入れるべき障害者の状況について、その諸構成要素に関する主な情報を規定する。これは殊に、これら権利もしくは給付の取得に係る特定規則の決める準拠枠を用いる上で必要な情報に関するものである。

特に障害者の申請や問題点に即し、評価それぞれの目標に応えるために役立つ情報に限定して、検索すべきである。本人の状況において妥当と考えられない設問又は項目には、回答として「対象外」と記入する。一部の項目については、回答は、詳述された分類表を拠り所として、或いは必要な場合以下に記載する評価付け体系を拠り所とする。

年月日が要明記の特定の時点において評価ガイドに記載の標準に基づいて実施する情報収集は、本人に特化し、障害者との面談、またそれがならないときにはその者の身近の者との面談という枠組みの中で行わなければならない。聴取した情報は、県障害者センターの専門家チームの諸構成員であって、評価に直接寄与した者及び、これら情報の一部を含む文書・資料（例：入院又は検査の報告書、実習・試用期間の総括報告あるいは障害者の受入れ若しくは支援を行う職業従事者へ求めた補足情報、追加の専門的調査など）の伝達を受けた者のいずれか一方もしくは双方が、これを記録する。

(以下、付則 1 は省略)

障害者への補償の必要性の評価ガイドに関する 2008 年 2 月 6 日付アレテの 付則 2

付則 1 に定めた基準ならびに分類表に基づき作成した評価ガイドの様式

評価年月日：

評価ガイド／確認事項

確認 氏[Mr] 夫人[Mrs] 嬢[Miss]

申請書類 No.：

出生時の姓：

名：

使用している姓：

申請理由 (1つ又は2つ以上)：

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RQTH[障害労働者 (資格) 認定] | <input type="checkbox"/> 就職指導 | <input type="checkbox"/> 労働市場 |
| <input type="checkbox"/> ESAT[労働支援機関サービス] | <input type="checkbox"/> 職業訓練 | |
| <input type="checkbox"/> 障害者カード | <input type="checkbox"/> 優先カード | <input type="checkbox"/> 駐車許可カード |
| <input type="checkbox"/> AAH[成人障害者手当] | <input type="checkbox"/> AAH 所得補足手当 | |
| <input type="checkbox"/> 障害補償給付 | <input type="checkbox"/> 代償[調整]手当 | |
| <input type="checkbox"/> 老齢保険加入 | <input type="checkbox"/> 医療福祉施設向けガイダンス (クルトン継続 ¹ を含む) | |
| <input type="checkbox"/> AEEH[障害児教育手当] | <input type="checkbox"/> AVS[学校生活補助] | <input type="checkbox"/> 通学の交通手段 |
| <input type="checkbox"/> 適応教育用機器・教材 | | <input type="checkbox"/> 就学の調整のための助言 |
| <input type="checkbox"/> 試験条件の調整のための助言 | | |

生活設計 - 本人の希望及び計画

障害者は、生活設計 (就転職計画、職業訓練計画も含む) を表明するために助力を求めた。

- 本人が生活設計を表明した
本人が、生活設計を表明することを拒む、と述べた
申請書類には生活設計が含まれない

評価中に障害者が表明した生活設計の補足又は変更：

身近の者及び／又は法定代理人の意見 (未成年及び被保護成人については必ず、また、特に[障害の]否認あるいは病識の欠損の場合など、全法的能力のある成人については事情に応じて。意見聴取手続は、障害者へこれを告知すること。) 回答者の身元を特定する事項及び同人の資格を明記する。

¹ 訳注：1989年1月13日付法律への「クルトン修正」は、医療福祉機関が受け入れる障害児につき、適応する解決策を待って、20歳超の青年障害者を同機関が受入れ継続することを許す。

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／家族、社会及び金銭面の部 (第1部)

この部の項目全般は、第6面において[環境と]活動との相互作用を視野に入れ、促進／支障という観点からも検討しなければならない。

家族状況

未婚 既婚 寡夫／寡婦 別居中 離婚 [同性のカップルも含む婚外の] PACS = 連帯民事協約 内縁関係 不詳

右記に該当の場合を除き、世帯名簿の全員を記入する：単身者 不詳

続柄	年齢

所見：

社会生活の状況

活動又は雇用に対する現在の状況

- 未就学児 (該当する場合、下表に保育形態を示す)
- 就学、初期職業訓練及び／又は他の無償の職業訓練 (該当する場合、第3A部において情報を提供する)
- 職業活動、たとえ無給であっても：労働支援機関サービス[ESAT]、見習、有給職業訓練、一時的な医療休業などを含む
(該当する場合、第3B部において情報を提供する)
- 活動していない成人：該当する場合、下欄で情報を提供する：
 - 障害、老齢、傷病で労働不可
 - 失業 定年退職者
 - 在宅 早期退職者
 - 父母[育児]休暇 その他の不活動
 - 不詳

障害者は以下の期間、この状況にある：

- 1年未満
- 1年～5年
- 5年を超える
- 不明

(就学又は未就学) 児童について、該当する場合、保育形態を記入する：

保育形態	保育時間 (1週当たりの時間数) 及び1週当たりの泊数	施設の名称、所在地の市町村名
託児所[3歳未満児]		
開業保母		
本人宅での託児		
保育所[生後3ヶ月～5歳児の一時預け]		
小学校[・同付設幼稚園]課外受け入れ		
レジャー・センター		
休暇センター		
その他		

関係[障害]者：

評価年月日：

障害者の個人収入：

- 対象外
(例えば子供など、本人が収入を得ることが予想・期待されない者に限る)
- 給与その他勤労所得
- 失業手当
- 医療保険の[疾病]手当
- 障害年金 第1種 第2種 第3種 (MTP[第三者加算])
- 障害付加手当 (ASI)
- その他の年金 (障害又は能力低下別の制度 - 保険による補償など)
具体的に：
- 前記年金の第三者加算を併給 (あれば[加算]率など)
- AAH[成人障害者手当]、金額を記入：収入補助 自立生活加算
- RMI[就職促進最低所得保障]
- その他の手当 (具体的に)
- 退職[年金・恩給]
- その他の所得 (具体的に)
- 個人収入なし
- 不詳

別の支給請求が審査中か？ (例えば、障害年金申請)：はい いいえ
(「はい」の場合、具体的に)

家族給付 (具体的に)：

「公選職」、すなわち障害者もしくはその家族の代表が正当な権利として議席を有する決定機関もしくは機構への参加

(追加費用のため補償給付を申請した場合に限る)

- 対象外
- 公選による下記の職に在任：
- 地方議員[・市町村長] (市町村議会、県議会、地方[地域圏]議会)
- 国民議会[下院]議員、上院議員
- ヨーロッパ議会の議員
- [公職]選挙法典に属する他の公選による職 (具体的に)

下記決定機関における代表的な障害者団体の代表：

- CDAPH[障害者権利自立委員会]
(訳注：フランスではしばしばCDAと表記されるがCDAPHに統一した)
- CDCPH[県障害者諮問委員会]
- CNCPPH[全国障害者諮問委員会]
- CNSA[全国自立のための連帯金庫]理事会
- 市町村易アクセス性[バリアフリー]委員会
- 障害者の代表が正当な権利として議席を有する、他の決定機関 (具体的に)

任期満了日：

人的支援等のニーズ (この職の枠組みにおける)：なし あり (具体的に)
他のニーズ (この職の枠組みにおける)：なし あり (具体的に)

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／住居及び生活環境の部 (第2部)

この部の項目全般は、第6面において[環境と]活動との相互作用を視野に入れ、促進／支障という観点からも検討しなければならない。

住宅

居住形態

- 個人の持ち家
- 家族の持ち家
- 同居
- 医療福祉施設
- 介護又は見守り付き住宅
- SDF = 住所不定[ホームレス]
- 下宿[ホストファミリー]
- ホテル
- その他 (具体的に)

状況 (住居名義人に関して)

- 所有者[持家]
- 賃借人 (民間家主)
- 賃借人 (「福祉」家主)
- 無償での占有者
- 官舎・社宅
- その他 (具体的に)

住宅の種類

- 一戸建て
- 住環境：
- 都市部
- アパート／ワンルーム
- 農村部
- 間借り
- 半都市部
- 一時的住居、移動式住居

住宅の特徴

		存在		適応		面積	所見 (特にホーム・オートメーションについて記入する)
		あり	なし	適	不適		
外部からの アクセス	アプローチ						
	駐車場又は駐車						
	建物入口						
	共用部						
	エレベータ						
	特定した他の要素						
バリアフリー／改修・適応化	リビング						
	キッチン						
	寝室						
	WC						
	浴室						
	屋内上下移動						
	屋内水平[同一階]移動						
	その他の部屋						
快適性	房						
	給						
	ガス						
	電気						
	特定した他の要素						

改修の技術的実現可能性の面で問題となる老要素：なし あり (具体的に)

施工済み改修・整備：なし あり
「あり」の場合、改修施工日 .. /.. /....
施工済み改修・整備について具体的に：

改修・整備が要検討：いいえ はい
人的支援の観点から検討する改修等については、第6部及び第7部において詳しく扱う。

転居が要検討：いいえ はい 「はい」の場合：改修等が不能 いいえ はい
改修等が高額すぎると思われる いいえ はい

関係[障害]者：

評価年月日：

障害者にアクセスの不便を強いる環境：

関係するサービス：	対象外*	障害者のアクセス			直面する困難の種類：
		可	不可	部分的に可	
商店[買物]					
銀行					
郵便局					
小学校[付設幼稚園]、託児所、課外受け入れなど					
近所の他の公共サービス					
文化もしくは 楽施設					
公共交通機関					
その他 (具体的に)					

* 当該サービス等の必要性がない、或いは必要としない者 (例えば、乳児に対する銀行サービスや子のいない者での託児所サービスなど)

公共交通機関に関する詳細 (複数回答可)：

- 公共交通機関を利用
- 公共交通機関を利用、付き添いが1名同乗
- 公共交通機関あるいは代替交通手段は一切利用しない
- その他 (具体的に)

通学の交通手段に関する詳細： 対象外

- 傷病者搬送手段を利用、付き添いが2名同乗
- 傷病者搬送手段を利用、付き添いが1名同乗
- 家族の自家用車以外の特別に改造した車両により搬送 (改造点を明記する)

- 通常の個人交通手段を利用、運転手付き
 - 家族の自家用車で付き添い
 - 普通[法]の集団通学交通手段を利用
- 所見/未対応のニーズ：

本人又は家族所有の車

本人所有の自家用車を利用
「はい」の場合

- いいえ はい
- 同乗者 ドライバー
- なし あり

車両改造の必要性

車両が改造済みの場合： 改造年月日

改造車又は要改造の車両の所有者

- 障害者 その他 (身元を特定する事項と障害者との続柄を記入する)

保険：特殊項目、制限項目、付加保険料：

- なし あり (具体的に)

障害者がドライバーである或いは希望する場合：

免許証はないが、車両はある：

- いいえ はい

運転免許証：

- なし あり

教習中

免許証「あり」の場合： 有効期間の期限付き

- いいえ はい (終了日を記入する：)

車両改造の特記事項

- なし あり (記載の改造点を記入する)

教習中の場合：教習所教官の意見

- なし あり (具体的に)

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／教育状況の部 (第 3A 部)

- 就学していない
- 現在は非就学
- 現在就学中：
 - 1校のみ
 - 複数校

教育機関

- 通常学校
- 通常学校以外の学校
- 高等教育機関

それ以外の種類の機関

- 医療福祉機関
- 保健・医療機関
- その他 (具体的に)

- 通信教育 (機関名を記入する)：.....
- 自宅で： SAPAD[在宅教育支援サービス]：.....
他の就学又は自宅学習の方式：.....
- その他 (具体的に)：.....

就学の評価：

- 普通の就学状況：当該年齢層の平均と同程度の習得のペース及び内容
- 習得を可能とする調整を伴う、就学
- 調整によっても当該年齢層の平均的習得度に達することができない就学状況

就学又は高等教育計画

生徒あるいは学生は：

- 自立して進める就学もしくは高等教育計画を有する
- 自分の計画の立案に参加することができる
- 計画を理解できるものの、それへ積極的に参加することができない
- [計画を]十分に理解できず、計画の立案にも参加できない

職業的観点からの総括 (特に就学フォローアップ・チームの構成員等に関して)：

(危険因子、長所、短所、養成の見通し、提言する進路など)

就学もしくは高等教育計画を達成するために、普通[法]の枠組みの中で明らかにすべき学習指導[内容]があるかどうか示すこと

関係[障害]者：

評価年月日：

a) 就学もしくは高等教育の履歴

就学記録：

対象外

学年度又は学年度群	初等中等又は高等教育機関に在籍	単位数*	学級水準	医療福祉機関また保健・医療機関での就学	単位数*	学級水準

現在在籍中：

対象外

学年度又は学期	初等中等又は高等教育機関に在籍	単位数*	学級水準	医療福祉機関また保健・医療機関での就学	単位数*	学級水準

* 1 週当たり半日を 1 単位として

b) 国定カリキュラム及び大学レベルの知識を基準とした、学力の評価

[初等中等]学校又は大学レベルの評価：

対象外

評価の識別	教科	全面实施 (はい/いいえ)	部分実施 (どの部分かを記入する)	実施方法*	成績

*実施方法の評価： 1=標準 2=追加時間を要するも、独力で 3=大人の支援を借りて

受けた試験[合格者定員なし]又は選抜試験：

対象外

試験又は選抜試験の標題	年月日	成績	試験の調整：(ある場合、具体的に)

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／職業状況の部 (第3B部)

就学及び／又は初期職業訓練の概括

注：現在進行中の就学と初期職業訓練の情報については、試験条件の調整を含めて、この部ではなく第3A部において提供する。

就学

最終学歴 (複数回答可)

- 就学したことがない
 - [小学校付設]幼稚園
 - 小学校： 普通学級 CLIS[学校同化学級]
 - 医療福祉中間機関において就学 (IME[医療育成院]、IMPRO[医療職業教育院]、ITEP[治療育成教育院]など)
 - コレージュ[前期中等学校]： 普通学級 UPI[同化教育教室]
 - リセ[後期中等学校]： 普通学級 UPI
 - 短期技術又は職業教育 (CAP[職業適性証]、BEP[職業教育修了証]また同等資格)
 - 長期技術又は職業教育 (技術者免状[BT]、職業教育バカロレアなど)
 - 大学もしくは他の高等教育 (技術高等教育も含む)
 - 不詳
- 場合によっては、詳細をわかり易く：

- 卒業証書・修了証等の取得 なし あり (具体的に)
- 備考：試験条件の調整を受益したことがあるか 対象外 不詳 なし あり (具体的に)

現在の職業訓練レベル： I II III IV V V bis VI

職業訓練及び／又は実習の履歴 対象外

当該詳細が関係するのは、右記年月日現在における最後の 職業訓練 又は 実習.....年.....月.....日現在 [養成等を] 予定 実施中 修了 中退

表題及び／又は内容：

開始日.. /.. /.... 期間..... 機関.....

実施地..... フランス 外国.....

この職業訓練の手当： 無給 有給

職業訓練による資格付与： なし あり

備考：

職業訓練の履歴に関するその他の情報

受講した職業訓練の一覧表

年月日	機関	職業訓練の表題又は対象	資格付与		所見
			あり	なし	
.. /.. /....					
.. /.. /....					
.. /.. /....					

職歴や職業面の知識に関する、その他の事項

関係[障害]者：

評価年月日：

職業状況

障害者が表明した就転職計画

- 本人が表明した就転職計画はない
- 本人が表明した就転職計画：
 就職を希望
 転職を希望
 現在の職にとどまることを希望
 その他

具体的に：

就業状況

- 就業したことがない
(該当する場合、下記設問は対象外、「失業」欄へ進む)
- 就業したことがあるが、現在非就業 (該当する場合、直近の就業についての情報を提供する。また場合に応じて「活動の一時中断」の欄あるいは「現在の休職」の欄において提供する)
- 現在就業中

職業活動 (現在もしくは直近において)

- 民間部門被用者
 適応企業の被用者
 公共部門被用者
 自営業
 ESAT (ex CAT) [労働支援機関サービス (旧労働支援センター)]

契約の種類 (現在もしくは直近の雇用)

	開始日	終了日	所見
<input type="checkbox"/> 見習			
<input type="checkbox"/> 実習生			
<input type="checkbox"/> 支援付き労働の契約			
<input type="checkbox"/> CDD[期限付き契約]			
<input type="checkbox"/> CDI[無期限契約]			
<input type="checkbox"/> 派遣			
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に)			
<input type="checkbox"/> 不詳			

時間数： フルタイム パートタイム (具体的に)

職種

- 農業経営者 手工業者、企業主 管理職 中間職
 事務労働者 生産労働者 退職者 職業活動を行っていない他の人々
 不詳

雇用主 (現在もしくは直近において)

担当部署 (当該部署の特性、部署在勤年数など)

- 担当部署の整備の実施の有無 対象外 あり なし 不詳
- 部署への適性 適 適性上の制約あり 不適
- 産業医の最終回の意見の年月日：... /... /....

わかり易く[平文]で記入する：

関係[障害]者：

評価年月日：

- 見通し（「不適」又は「適性上の制約あり」に該当する場合）

内部配転 労働環境の整備

該当する場合、雇用維持対策 の関与：あり なし
要関与 対象外

詳細を示す：

配置転換（具体的に）
解雇検討中
その他（具体的に）

活動の一時中断（労働契約の破棄でも自営業の廃業でもないこと）

産休

職場復帰予定日：... /.. /....

育児休暇

職場復帰予定日：... /.. /....

疾病休業又は AT/MP[休業/職業病]

就業停止日：... /.. /....

復帰前検診日：... /.. /....

疾病長期休暇又は長期休暇

就業停止日：... /.. /....

復帰前検診日：... /.. /....

その他の休暇（具体的に）：

現在の休職

延べ就業期間：.....

延べ休職期間：.....

就業終了日：... /.. /....

休業の理由：

失業中の場合：

ANPE[全国職業安定所]への登録 なし あり

ANPE 登録日：... /.. /....

ID No.

(注：実施した措置・対策については、第6部と第7部で詳しく扱う)

職務評価

能力検査 対象外

検査日：... /.. /....

成績

AFPA[成人職業訓練協会]心理士の意見 対象外

面談日：

職業訓練計画に関する意見：対象外（障害者が職業訓練計画を表明しなかった場合）

推奨する進路：

その他の意見 対象外

（職業指導準備センター[CPO]、UEROS[脳病変患者評価再訓練社会/社会職業指導ユニット]など機関を明示すること）

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／医療関連の部 (第4部)

障害の原因疾患 (1つ又は2つ以上)

障害の原因となる主な疾患：

ICD²コード：

- 基幹センターに従属する稀少病か はい いいえ (ORPHANET³参照)

障害の原因となる主な疾患の起因：

- 事故、年月日： 私生活の事故 IPP[部分的恒久能力低下].....
労働災害 IPP.....

- 出生に関連 染色体異常
先天性奇形
妊娠合併症
分 合併症

- 疾病、発生年度：
職業病 IPP.....
遺伝的原因
その他

原因不明

障害発現年月日： / /

合併する疾患 (障害に関連があるもの)： ICD コード：

既往症、手術歴

(小児については：周産期既往症、分 時の母親年齢、医学的支援を受けた出産、妊娠期間、双生児出生、多[]産、出生時体重・身長・頭囲など)

病歴

(発症状況、外傷の場合には当初の検査報告、重症[化]因子、障害状況の進行など)

臨床的記述

身長： 体重： 体格指数[BMI]：
利き手 (障害前)： 右 左 両手利き

視覚 矯正時視力： 非矯正時視力：
遠位： 右眼.....左眼..... 遠位： 右眼.....左眼.....
近位： 右眼.....左眼..... 近位： 右眼.....左眼.....
視野の制限 なし あり (詳しく記入する)

歩行範囲：200m 超 200m 以下

聴覚 非矯正時の聴力損失： 右耳.....左耳.....
非矯正時の明瞭度・了解度測定 (語音聴力図)

臨床的記載 (機能障害、[生活]機能面への影響、ある場合は臨床補助検査の有意な結果を詳述)

² 訳注：英略号：国際疾病分類

³ 訳注：<http://www.orpha.net/> - 稀少病及び稀用薬に関するデータベース

関係[障害]者：

評価年月日：

機能障害及び能力低下を増大させる症状 (心理面の影響、衰弱、易疲労、緩慢、疼痛、痙性、痩せ、浮腫、通過障害、吐き気、痒み、咳又は喀痰などを記入する。当該症状は治療がその原因かどうか示す)

-
-
-
-
-

心身機能制限の予想期間

- 1年超
 1年以下

具体的に：

今後の傾向 (総合的な判断)

- 改善
 安定
 悪化
 能力低下にゆらぎ
 生命の危険

更新[申請]の場合、前回申請以降の経過：

- 改善
 安定
 悪化

機能障害の概要表

(最も重度の機能障害また活動制限の面で影響のある機能障害 - 分類表参照)

	機能障害 1	機能障害 2	機能障害 3
<input type="checkbox"/> 知的及び認知機能障害			
<input type="checkbox"/> 精神機能障害			
<input type="checkbox"/> 聴覚機能障害			
<input type="checkbox"/> 言語機能障害			
<input type="checkbox"/> 視覚機能障害			
<input type="checkbox"/> 内部機能障害			
<input type="checkbox"/> 運動機能障害			
<input type="checkbox"/> その他の機能障害			

主な機能障害：

[患者] 介護

定期的治療： なし あり 治療の種類、服用頻度、服用方法、服用[遵守]状況、耐性などを記入する

定期的な介護： なし あり

種類、頻度などを明確に示す

- 専門医その他医師による定期的治療 (具体的に)
 繰り返し或いは計画的入院 (具体的に)
 運動療法士
 看護師
 言語障害療法士
 臨床心理士
 作業療法士
 その他 (具体的に)

関係[障害]者：

評価年月日：

その他の定期的ケア等： なし あり 該当するケア等を記入する

予防を確実にする必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
「あり」の場合、処置を記入する	自分で予防	第三者が行う予防	頻度
<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> 泌尿器及び腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> 循環器系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> [温]熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

詳細：

制約

夜間のケアあるいは治療の有無： なし あり 「あり」の場合、種類及び頻度を示す

治療又はケアに関連したその他の制約： なし あり 具体的に：

- ケア装置又は補助装置の近くにいる必要性
- ケア等に要する時間
- 時間割当
- 投与経路
- 技術の習得
- 第三者の介護
- 感情面の負担
- その他

機器・装具の存在：

なし あり

装具等、その**適応性**、**耐性**、使用状況、ならびに障害者が自分だけで使えるかに関する**詳細**

- 小型装具 (具体的に)
- 大型機器・装具 (具体的に)
- 杖 1 本
- 杖 2 本、歩行器
- 車椅子
- 補聴器
- 膀胱ストーマ
- 導尿カテーテル
- 消化器ストーマ
- 胃又は十二指腸ストーマによる栄養補給
- 気管開口
- 呼吸機器 (具体的に)
- それ以外の機器への依存 (具体的に)
- その他の装具 (具体的に)

食事面の制約： なし あり 具体的に：食事療法、適合食料品など

関係[障害]者：

評価年月日：

- 外部因子への曝露に関連する制約：なし あり 具体的に：
- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寒さ | <input type="checkbox"/> 暑さ | <input type="checkbox"/> 悪天候 | <input type="checkbox"/> 湿気 |
| <input type="checkbox"/> 塵埃 | <input type="checkbox"/> 化学的因子 | <input type="checkbox"/> 感染性因子 | |
| <input type="checkbox"/> ストレス | <input type="checkbox"/> 騒音 | <input type="checkbox"/> 明るさ | <input type="checkbox"/> 人込み |
- その他 (具体的に)

それ以外の制約：なし あり 具体的に：

機能回復訓練

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 実施済み | <input type="checkbox"/> 訓練中 | <input type="checkbox"/> 対象外 |
| | | <input type="checkbox"/> 勧められている |

その他の質問

依存行為：アルコール、タバコその他有毒物質の摂取 (産品・薬物の種類及び摂取方法、量、ならびに必要なに応じて所有の監視、止める意思などを記入する)

- 摂取 用 中毒

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／心理関連の部 (第5部)

心理検査、神経心理学検査あるいは記憶テストが施行されている場合は、詳細を示す。

テスト

なし あり (テスト及び成績について記入する)

テスト及びバージョン	実施日	数値で示した結果及び解釈

心理臨床的状況分析

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／活動及び機能的能力の部 (第6部)

以下に挙げる活動は、補償給付一般及び特に人的支援等の要素 (CASF[社会福祉・家族法典]・付則 2-5 による) を受ける資格の評価判定 (人的又は物的支援等の一切ない中で、障害者の機能的能力 (capacité fonctionnelle) を、健康問題のない同年齢の者に対し予想される能力を基準として評価判定) するためのものであるが、活動の機能的能力 (capacité fonctionnelle) については、ICF[国際生活機能分類]に照らして次のように評価付けする：

- «0»：困難なし
- «1»：軽度の困難
- «2»：中等度の困難
- «3»：重度の困難
- «4»：完全な困難
- «9»：該当なし

各分野は、以下のように、障害者が**直面し得る困難の総合的評価付け**の対象となる：

「対象外」 (障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)

「いいえ」 (すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)

「はい」 (すなわち、当該分野の諸項目が審査を要する)

「はい」と評価付けされた諸分野については、各主要活動と、必要な場合にはニーズに応じて二次的活動が、下記の評価付けの対象となる：

[活動を] **実際に**行い得るかについて (障害者が現実の状況において、ある活動を実際に行う場合その者が直面する困難、健康問題のない同年齢の者の予想される実行状態を基準とし、特に易疲労性、鈍さ、痛み、などを考慮に入れた評価判定)、次のように評価付けする：

- «A»：人の支援なしに、困難もなく、1人で実行できる活動
- «B»：第三者による支援及び代りの両方又はそのいずれかにより、部分的な困難を伴いつつ部分的に実行できる活動
- «C»：第三者による再三にわたる支援及び継続的な見守りの両方又はそのいずれかにより、一定の困難を伴いつつ実行できる活動
- «D»：実行できない活動

環境因子が「**促進性**」あるいは「**支障**」 (評価時に利用・実施を確認し、補助等やサポート (促進因子)、及び諸活動を実際に行う上で障害者が直面する困難に関わる環境因子 (支障) をいう) のいずれかにより、当該活動が実際に行えるかに対して影響を及ぼす**環境**を、次の場合で評価付けする：

- «H»：人的環境
- «T»：技術的環境
- «L»：住居
- «S»：サービス
- «A»：動物による支援

分野の全て及び活動全般について、以下の点を明確に示す必要がある：

人的環境が促進性の場合であって、該当するときは：1日当たりの実際の介護等の確認できた時間

技術的環境が促進性の場合：ある場合は、ISO 9999 コード又は LPPI (医療保険) 可償選製品及び役務供与一覧表]コード (参照コードのある支援機器等に関して)

関係[障害]者:

評価年月日:

一般的な課題と要求、対人関係

困難:

- 「対象外」(障害以外の理由のため、障害者は当該活動分野には関係しない)
- 「いいえ」(すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のどのような形態もない)
- 「はい」(すなわち、当該分野の諸項目は検討を要する)

能力					実際に 行えるか	促進					所見					
0	1	2	3	4		9	H	T	L	S	A	H	T	L	S	A
						1.1 - 時間感覚がある										
						1.2 - 場所の空間感覚がある										
						1.3 - 注意を集中する										
						1.4 - 記憶する										
						1.5 - 決定する										
						1.6 - 自分から進んで										
						1.6.1 - 自分から助けを求め (必要に応じて 周辺の補助手段を見付け利用できる)										
						1.6.2 - 自ら他人と関わる										
						1.6.3 - 自ら単純な活動にとりかかる										
						1.6.4 - 自ら複雑な活動にとりかかる										
						1.7 - 自分の安全性を管理する										
						1.7.1 - 本人及び/又は他人の生命を危険に さらさない										
						1.7.2 - 危険な事態に直面して適切に反応す る (危険を感じし、対処するための行動をと る)										
						1.8 - 生活の決まりを守る										
						1.9 - 社会規律に適合して他人と関係を持つ										
						1.10 - 他者との関係において自分の行動を抑制す る										
						1.11 - 仲間と関係を持つ										
						1.12 - 愛情関係及び性的関係を持つ										

関係[障害]者：

評価年月日：

「一般的な課題と要求、対人関係」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等（促進因子）を次のように方式別に記載する：

支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度	
周囲の人々による支援	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> それ以外の親族 <input type="checkbox"/> 友人、隣人	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	
	保健・医療機関による介護 <input type="checkbox"/> 昼夜入院 <input type="checkbox"/> HADI[自宅入院] <input type="checkbox"/> 部分入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所観察 <input type="checkbox"/> 治療のためのホームステイ		時間数（1日当たり） 時間数（半日／週単位） 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	医療福祉機関による受入れ <input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け <input type="checkbox"/> 高齢者向け	<input type="checkbox"/> デイスタイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ <input type="checkbox"/> ホストファミリー	時間数（半日／週単位） 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
職業従事者による支援等	医療福祉サービスの付添支援 <input type="checkbox"/> SAMSAH[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> SESSAD[在宅特殊教育／ケア・サービス]（種類を記入） <input type="checkbox"/> CAMSP[早期医療福祉活動センター] <input type="checkbox"/> CMPP[医療心理療法教育センター] <input type="checkbox"/> BAPI[大学心理療法援助事務局] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる]、その他の受入れ：具体的に		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	
	その他の被用者による支援等 <input type="checkbox"/> サービス業従事者による役務供与（認定者向けサービス） <input type="checkbox"/> 委託サービス <input type="checkbox"/> 直接雇用（身近の者も含む）		時間数（1日当たり） 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の支援等	<input type="checkbox"/> 互助団体への通所 <input type="checkbox"/> その他の事業（具体的に）		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	

関係[障害]者：

評価年月日：

支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度
住居について 住居適応状況	<input type="checkbox"/> 家族宅に居住 <input type="checkbox"/> 医療福祉施設に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 保健・医療機関に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 住居の改修・適応化（第2部参照） <input type="checkbox"/> 見守り付き住居		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
動物による支援	<input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

運動・移動、操作

困難：

- 「対象外」 (障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)
- 「いいえ」 (すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)
- 「はい」 (すなわち、当該分野の諸項目が審査を要する)

能力					実際に 行えるか	促進					支障					所見
0	1	2	3	4		9	A	B	C	D	H	T	L	S	A	
						2.1 立つ										
						2.1.1 - 寝そべる										
						2.1.2 - 座る										
						2.2 移動する										
						2.3 身体を支える箇所を変える										
						2.4 座ったままている										
						2.5 立ったままている										
						2.6 歩行する										
						2.7 住居内を移動する、外出する										
						2.7.1 - 住居内を移動する										
						2.7.2 - 屋外を移動する										
						2.7.2.1 - 変化に富んだ土地で移動する										
						2.7.2.2 - 起伏の多い土地で移動する										
						2.7.2.3 - 傾斜地で移動する										
						2.8 階段を使う										
						2.9 公共交通機関を利用する										
						2.10 自家用車を使う										
						2.11 車を運転する										
						2.12 利き手の掴む力を利用する										
						2.13 利き手ではない手の掴む力を利用する										
						2.14 細かな器官機能を要する活動を実行する										
						2.15 両手の協調を有する										
						2.16 (移動中も含めて) 物品を持ち上げ運ぶ										

関係[障害]者：

評価年月日：

「運動・移動、操作」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等（促進因子）を次のように方式別に記載する：		量に関して	障害者の満足度	
支援等の種類	方式			
周囲の人々による支援	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） <input type="checkbox"/> 夜入院 <input type="checkbox"/> HADI[自宅入院] <input type="checkbox"/> 部分入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所観察 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> それ以外の親族 <input type="checkbox"/> 友人、隣人	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	
	保健・医療機関による介護 <input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け <input type="checkbox"/> 高齢者向け	<input type="checkbox"/> デイステイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ <input type="checkbox"/> ホストファミリー <input type="checkbox"/> その他の受入れ（具体的に）	時間数（1日当たり） 時間数（半日／週単位） 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	医療福祉機関による受入れ	<input type="checkbox"/> SAMSARI[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> SESSAD[在宅特殊教育／ケア・サービス]（種類を記入） <input type="checkbox"/> CAMSPI[早期医療福祉活動センター] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる]、その他の支援（具体的に）	頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	職業従事者による支援等 その他の被用者による支援等	<input type="checkbox"/> サービス業従事者による役務供与（認定者向けサービス） <input type="checkbox"/> 委託サービス <input type="checkbox"/> 直接雇用（身近の者も含む）	時間数（1日当たり）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の支援等（具体的に）			<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	
住居について			<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	

関係[障害]者：

評価年月日：

支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度
住居について			
住居適応状況	<input type="checkbox"/> 家族宅に居住 <input type="checkbox"/> 医療福祉施設に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 保健・医療機関に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 住居の改修・整備 (活動ごとに具体的に) <input type="checkbox"/> 見守り付き住居		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
動物による支援			
動物による支援	<input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

また、次の諸活動については、活動ごとに、下記の補助等の方式別に記述する：

- 2.8 - 公共交通機関を利用する：
 - 公共交通機関を利用する、付き添いが1名同乗
 - 代替交通手段を利用する
 - 追加費用を伴う交通手段を利用する
 - その他 (具体的に)
- 2.9 - 自家用車を使う：
 - 家族又は本人所有の自家用車を改造して
 - 家族又は本人所有の自家用車に乗り降りするため人の支援をかりて
- 2.10 - 車を運転する：
 - 免許証に記載の運転席の改造を伴って
 - 乗降車のための改造を伴って

そのため、当該活動について、「免許証に記載の制限事項」という支障あり

関係[障害]者：

評価年月日：

セルフケア

困難：

- 「対象外」 (障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)
- 「いいえ」 (すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)
- 「はい」 (すなわち、当該分野の諸項目が審査を) 要する

能力	実際に 行えるか						促進						支障						所見		
	0	1	2	3	4	9	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L		S	A

関係[障害]者：

評価年月日：

「セルフケア」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等（促進因子）を次のように方式別に記載する：		量に関して	障害者の満足度
支援等の種類	方式		
周囲の人々による支援	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） <input type="checkbox"/> ／ <input type="checkbox"/> それ以外の親族 <input type="checkbox"/> 友人、隣人	時間数（1日当たり）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	保健・医療機関による介護 <input type="checkbox"/> 昼夜入院 <input type="checkbox"/> HADI[自宅入院] <input type="checkbox"/> 部分入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所観察 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）	時間数（半日／週単位） 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
職業従事者による支援等	医療福祉機関による受入れ <input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け <input type="checkbox"/> 高齢者向け <input type="checkbox"/> デイステイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ <input type="checkbox"/> ホストファミリー <input type="checkbox"/> 医療福祉機関[による]、 その他の受入れ（具体的に）	時間数（半日／週単位）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	医療福祉サービスの付添支援 <input type="checkbox"/> SAMSARI[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> SESSAD[在宅特殊教育／ケア・サービス]（種類を記入） <input type="checkbox"/> CAMSPI[早期医療福祉活動センター] <input type="checkbox"/> SSIAD[在宅看護サービス] <input type="checkbox"/> SAAD[援助・在宅支援サービス] <input type="checkbox"/> SPASAD[援助・在宅介護多機能サービス] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる]、その他の支援（具体的に）	頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の被用者による支援等	<input type="checkbox"/> サービス業従事者による役務供与（認定者向けサービス） <input type="checkbox"/> 委託サービス <input type="checkbox"/> 直接雇用（身近の者も含む）	時間数（1日当たり）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度
その他の支援等	<input type="checkbox"/> 他では介護が受けられない障害に関連した看護・ケア等 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
住居について			
住居適応状況	<input type="checkbox"/> 家族宅に居住 <input type="checkbox"/> 医療福祉施設に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 保健・医療機関に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 住居の改修・整備（活動ごとに具体的に） <input type="checkbox"/> その他の適応住居：具体的に		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

コミュニケーション

困難：

- 「対象外」 (障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)
- 「いいえ」 (すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)
- 「はい」 (すなわち、当該分野の諸項目が審査を要する)

能力					実際に 行えるか	促進					支障					所見
0	1	2	3	4		9	A	B	C	D	H	T	L	S	A	
						4.1 - 話す										
						4.2 - 聞く (音声を感知し理解する)										
						4.2.1 - 音を聞く										
						4.2.2 - 向き合った人の話し言葉を理解する										
						4.2.3 - 集団の中で話し言葉を理解する										
						4.2.4 - 周囲が騒々しくても言葉を理解する										
						4.2.5 - 音の発生源の位置がわかる										
						4.3 - 見る (見て識別する)										
						4.4 - コミュニケーション用の機器及び技術を利用する										
						4.4.1 - 電話を使う										
						4.4.2 - その他の通信機器及び技術を利用する										
						4.5 - 簡単な文章を理解する										
						4.6 - 会話する										
						4.7 - 言葉によらないメッセージを作成・受領する										

関係[障害]者：評価年月日：

「コミュニケーション」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等（促進因子）を次のように方式別に記載する：

支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度
周囲の人々による支援	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） <input type="checkbox"/> それ以外の親族 <input type="checkbox"/> 友人、隣人	時間数（1日当たり）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
保健・医療機関による介護	<input type="checkbox"/> 昼夜入院 <input type="checkbox"/> 部分入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所観察 <input type="checkbox"/> 治療のためのホームステイ	時間数（半日／週単位） 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	<input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け <input type="checkbox"/> 高齢者向け	<input type="checkbox"/> デイステイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ <input type="checkbox"/> ホストファミリー <input type="checkbox"/> 医療福祉機関[による]、その他の受入れ（具体的に）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
職業従事者による支援等	<input type="checkbox"/> SAMSAH[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> SESSAD[在宅特殊教育／ケア・サービス]（種類を記入） <input type="checkbox"/> CAMSP[早期医療福祉活動センター] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる]、その他の支援（具体的に）	頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	<input type="checkbox"/> サービス業従事者による役務供与 <input type="checkbox"/> 委託サービス <input type="checkbox"/> [外国語]通訳専門サービス <input type="checkbox"/> 直接雇用（身近の者も含む） <input type="checkbox"/> LPC[補完話し言葉]エンコーダー <input type="checkbox"/> LSF[フランス式手話]通訳 <input type="checkbox"/> 書き言葉技術者	時間数（1日当たり又は1ヶ月当たり；具体的に）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の支援等（具体的に）：			<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度
住居について			
住居適応状況	<input type="checkbox"/> 家族宅に居住 <input type="checkbox"/> 医療福祉施設に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 住居の改修・整備（活動ごとに具体的に） <input type="checkbox"/> 見守り付き住居		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
動物による支援について			
動物による支援	<input type="checkbox"/> 介助		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

家庭生活及び日常生活

困難：

- 「対象外」 (障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)
- 「いいえ」 (すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)
- 「はい」 (すなわち、当該分野の諸項目が審査を要する)

評価年月日：

	実際に 行えるか				促進因子				支障				所見	
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L		S
5.1- 買い物をする														
5.2- 簡単な食事を準備する														
5.3- 掃除をする														
5.4- 下着及び衣類の手入れをする														
5.5- 家族の世話をする														
5.6- 家計を管理及び行政手続きをする														
5.6.1 - 日常のお金を管理する														
5.6.2 - 銀行口座を管理する														
5.6.3 - 行政手続きをする														
5.7- 独立した住居に1人で暮らす														
5.8- 隣人と形式ばらない関係をもつ														
5.9- 共同体生活、社会生活、及び市民生活に参加する														
5.9.1 - 自由時間の管理、レクレーション活動、文化活動、スポーツ活動、レジャー活動に参加する														
5.9.2 - 権利に関連した要求を表明する														
5.9.3 - 地域生活に参加する														
5.10- 休暇に出かける														

関係[障害]者：

評価年月日：

「家庭生活及び日常生活」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等（促進因子）を次のように方式別に記載する：

支援等の種類		方式	量に関して	障害者の満足度
周囲の人々による支援		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> それ以外の親族 <input type="checkbox"/> 友人、隣人	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	保健・医療機関による介護	<input type="checkbox"/> 昼夜入院 <input type="checkbox"/> 部分入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所観察 <input type="checkbox"/> 治療のためのホームステイ	<input type="checkbox"/> 回数（半日／週単位） <input type="checkbox"/> 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	医療福祉機関による受入れ	<input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け <input type="checkbox"/> 高齢者向け	<input type="checkbox"/> デイステイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ <input type="checkbox"/> ホストファミリー <input type="checkbox"/> 医療福祉機関[による]、 その他の受入れ（具体的に）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
職業従事者による支援等	医療福祉サービスの付添支援	<input type="checkbox"/> SAMSAH[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> SAAD[援助・在宅支援サービス] <input type="checkbox"/> SPASAD[援助・在宅介護多機能サービス] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる、]その他の支援：具体的に	<input type="checkbox"/> 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	その他の被用者による支援等	<input type="checkbox"/> サービス従事者による役務供与（認定者向けサービス） <input type="checkbox"/> 委託サービス <input type="checkbox"/> 直接雇用（身近の者も含む）	<input type="checkbox"/> 時間数（1日当たり）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の支援等（具体的に）		<input type="checkbox"/> 司法保護（具体的に） <input type="checkbox"/> 食事の宅配 <input type="checkbox"/> 追加費用を伴う専門レジャー（具体的に）		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

	支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度
住居	住居適応状況	<input type="checkbox"/> 家族宅に居住 <input type="checkbox"/> 医療福祉施設に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 保健・医療機関に夜間宿泊 <input type="checkbox"/> 住居の改修・整備（活動ごとに具体的に記入） <input type="checkbox"/> 見守り付き住居		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

知識の応用、習得

困難：

- 「対象外」 (障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)
- 「いいえ」 (すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)
- 「はい」 (すなわち、当該分野の諸項目が審査を要する)

	実際に 行えるか				促進				支障				所見		
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L		S	A
6.1 - 読む															
6.2 - 書く															
6.3 - 計算する															
6.4 - ノウハウを習得する															
6.5 - ノウハウを応用する															

関係[障害]者：

評価年月日：

「知識の応用、習得」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等（促進因子）を次のように方式別に記載する：		量に関して	障害者の満足度	
支援等の種類		方式		
周囲の人々による支援	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> それ以外の親族 <input type="checkbox"/> 友人、隣人	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	
	保健・医療機関による介護 <input type="checkbox"/> 昼夜入院 <input type="checkbox"/> HADI[自宅入院] <input type="checkbox"/> 部分入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所観察		時間数（半日／週単位） 頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	医療福祉機関による受入れ <input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け <input type="checkbox"/> 高齢者向け	<input type="checkbox"/> デイステイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ <input type="checkbox"/> ホストファミリー <input type="checkbox"/> CRP-CPO[職業リハビリテーション・センター - 職業指導準備センター] <input type="checkbox"/> UEROS[脳病変患者評価再訓練社会／社会職業指導ユニット] <input type="checkbox"/> 医療福祉[機関よる、]その他の受入れ；具体的に	時間数（半日／週単位）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	職業従事者による支援等			
その他の支援等（具体的に）	医療福祉サービスの付添支援 <input type="checkbox"/> SAMSAH[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> SESSAD[在宅特殊教育／ケア・サービス]（種類を記入する） <input type="checkbox"/> CAMSP[早期医療福祉活動センター] <input type="checkbox"/> CMPP[医療心理療法教育センター] <input type="checkbox"/> BAPU[大学心理療法援助事務局] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスよる、]その他の支援；具体的に		頻度（関与回数／週）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	その他の被用者による支援等 <input type="checkbox"/> サービス従事者による役務供与（認定者向けサービス） <input type="checkbox"/> 委託サービス <input type="checkbox"/> 直接雇用（身近の者も含む）		時間数（1日当たり）	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の支援等（具体的に）	<input type="checkbox"/> 特殊訓練施設への通所 <input type="checkbox"/> 職業訓練の環境・条件の整備・調整 <input type="checkbox"/> その他；具体的に			<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

学校や初期職業訓練に関係する課題と要求

困難：

- 「対象外」 (障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)
- 「いいえ」 (すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)
- 「はい」 (すなわち、当該分野の諸項目が審査を要する)

	実際に 行えるか				促進				支障				所見	
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L		S
7.1- 読み方を習得する														
7.2- 書き方を習得する														
7.3- 計算を習得する														
7.4- コミュニケーション技術を習得する														
7.5- 基本的な社会ルールを習得する														
7.6- 基本ルールを遵守する														
7.6.1 - 時間に正確である														
7.6.2 - 精勤である														
7.6.3 - 仕事の段取りをつける														
7.6.4 - 仕事を管理する														
7.6.5 - 指示を受け取る														
7.6.6 - 指示に従う														
7.6.7 - 学校生活に適応する														
7.6.8 - チームとして働く														
7.6.9 - 校則を守る														
7.7- クラスに身を落ち着ける														
7.8- 教育上の支援を利用する														
7.9- 本人の障害に適応した教材を利用する														
7.10- ノートをとる														
7.11- 試験及びテストの条件に順応する														
7.12- 校外の課外活動に参加する														
7.13- その他 (具体的に)														

関係[障害]者：

評価年月日：

「学校や初期職業訓練に関係する課題と要求」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等（促進因子）を次のように方式別に記載する：

支援等の種類		方式	量に関して	障害者の満足度
周囲の人々による支援		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） <input type="checkbox"/> 昼夜入院 <input type="checkbox"/> HAD[自宅入院] <input type="checkbox"/> 部分入院 <input type="checkbox"/> 通院・通所観察 <input type="checkbox"/> 治療のためのホームステイ	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> それ以外の親族 <input type="checkbox"/> 友人、隣人	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	保健・医療機関内の教育ユニットにおいて 職業従事者による支援等	<input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け	<input type="checkbox"/> デイステイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
医療福祉機関による受入れ		<input type="checkbox"/> SAMSAHI[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVSI[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> SESSAD[在宅特殊教育/ケア・サービス]（種類を記入する） <input type="checkbox"/> CAMSP[早期医療福祉活動センター] <input type="checkbox"/> CMPP[医療心理療法教育センター] <input type="checkbox"/> BAPU[大学心理療法援助事務局] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる、] その他の支援：具体的に	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	
	医療福祉サービス 職業従事者による支援等	<input type="checkbox"/> AVS i[「個人」学校生活補助] <input type="checkbox"/> AVS co[「集団」学校生活補助] <input type="checkbox"/> LPC[補完話し言葉]エンコーダー <input type="checkbox"/> LSF[フランス式手話]通訳 <input type="checkbox"/> 書き言葉技術者 <input type="checkbox"/> RASED[困難な状況にある生徒への専門援助ネットワーク] <input type="checkbox"/> 遠隔教育サービス <input type="checkbox"/> 在宅教育サービス	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない	
その他の専門家の付 添支援	<input type="checkbox"/> サービス業従事者による課題支援サービス <input type="checkbox"/> 委託課題支援サービス <input type="checkbox"/> 直接雇用の課題支援	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない		

関係[障害]者：

評価年月日：

支援等の種類	方式	量に関して	障害者の満足度
技術的環境について			
適応した教育用機器材・教材	<input type="checkbox"/> 聴覚障害用機器材 <input type="checkbox"/> 視覚障害用機器材 <input type="checkbox"/> 標準情報及び視聴覚機器 <input type="checkbox"/> 調度品及び小型機器材		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の支援等			
<input type="checkbox"/> 学校環境・就学条件の整備・手直し <input type="checkbox"/> 試験又は選抜試験の調整			<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
			<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

関係[障害]者：

評価年月日：

労働に関する課題と要求

困難：

- 「対象外」(障害以外の理由のため、障害者が当該活動分野に関係しない場合に限る)
- 「いいえ」(すなわち、制限が一切なく、補助等又は代償のいかなる形態もない)
- 「はい」(すなわち、当該分野の諸項目が審査を要する)

	実際に 行えるか				促進因子				支障				所見		
	A	B	C	D	H	T	L	S	A	H	T	L		S	A
8.1 基本ルールを遵守する															
8.1.1 時間に正確である															
8.1.2 精動である															
8.1.3 上下関係を尊重する															
8.1.4 会合に参加する															
8.2 仕事の段取りをつける(職責に応じて)															
8.3 自分の仕事を管理する															
8.4 一般の人々と接触する															
8.5 指導・統率を行う															
8.6 チームで働く															
8.7 肉体的な仕事を行う															
8.7.1 荷を持ち上げ、移動させる															
8.7.2 体軀を曲げた状態で仕事をする															
8.7.3 さざまな姿勢で仕事をする															
8.7.4 しやがんで仕事をする															
8.7.5 高い所で仕事をする(脚立、梯子、足場など)															
8.7.6 地面から離れて仕事をする(橋、屋根、バルコニーなどの上)															
8.7.7 利き腕を肩の高さよりも上へあげて作業する															
8.7.8 利き腕ではない方の腕を肩の高さよりも上へあげて作業する															
8.7.9 足で制御装置を使う															
8.8 特殊な環境で仕事を行う															
8.8.1 色を識別する															
8.8.2 立体感・興行きを感じ取る															
8.8.3 夜間に仕事をする															
8.8.4 労働時間の変更を受け入れる															
8.8.5 危険な道具及び/又は機械を使用する															
8.8.6 振動を伴う仕事をする															
8.8.7 騒音の中で仕事をする															
8.8.8 特殊な呼吸環境の中で仕事をする															
8.8.9 皮膚への危険を伴う仕事をする															
8.8.10 悪天候、特殊な大気にさらされる															
8.8.11 その他(明示すること)															

「労働に関する課題と要求」の分野について、当該分野の全体に渡り、実施済みの支援等(促進因子)を次のように方式別に記載する

関係[障害]者：

評価年月日：

支援等の種類		方式		量に関して	障害者の満足度
人的環境について					
職業従事者による 支援等	医療福祉機関による受入れ	<input type="checkbox"/> 小児向け <input type="checkbox"/> 成人向け	<input type="checkbox"/> デイステイ <input type="checkbox"/> 一時受入れ <input type="checkbox"/> ホストファミリー <input type="checkbox"/> CRP - CPO[職業リハビリテーション・センター - 職業指導準備センター] <input type="checkbox"/> UEROS[脳病変患者評価再訓練社会/社会職業指導ユニット] <input type="checkbox"/> ESAT[労働支援機関サービス <input type="checkbox"/> 医療福祉[機関よる、]その他の受入れ：具体的に	時間数 (半日/週単位)	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	医療福祉サービスの付添支援	<input type="checkbox"/> SAMSAH[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる、] その他の支援：具体的に	<input type="checkbox"/> SAMSAH[成人障害者向け医療福祉支援サービス] <input type="checkbox"/> SAVS[社会生活支援サービス] <input type="checkbox"/> 医療福祉[サービスによる、] その他の支援：具体的に	頻度 (関与回数/週)	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	その他の仕組みによる支援	<input type="checkbox"/> SAE[企業へのアクセス実習] ⁴ <input type="checkbox"/> CAP Employ [「進路・雇用」] <input type="checkbox"/> 地域特命室 <input type="checkbox"/> その他 ([何かを]明記する)	<input type="checkbox"/> SAE[企業へのアクセス実習] ⁴ <input type="checkbox"/> CAP Employ [「進路・雇用」] <input type="checkbox"/> 地域特命室 <input type="checkbox"/> その他 ([何かを]明記する)		<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
	その他の支援等	<input type="checkbox"/> LPC[補完話し言葉]エンコーダー <input type="checkbox"/> LSF[フランス式手話]通訳 <input type="checkbox"/> 書き言葉技術者 <input type="checkbox"/> チューター制 <input type="checkbox"/> その他 (明記する)	<input type="checkbox"/> LPC[補完話し言葉]エンコーダー <input type="checkbox"/> LSF[フランス式手話]通訳 <input type="checkbox"/> 書き言葉技術者 <input type="checkbox"/> チューター制 <input type="checkbox"/> その他 (明記する)	時間数 (1日当たり)	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない
その他の支援等					
職場の整備					<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 少し満足 <input type="checkbox"/> 全く満足しない

4 訳注：雇用の前に、企業（場合によっては職業訓練機関）において有給の職業訓練を受ける制度

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド / 実施済みの支援の部 (第7部)

身近の者の関与

□対象外

補助者の氏名			
連絡先 (障害者の連絡先と違う場合)			
主な補助者か はい/いいえ			
独居の親か (はい/いいえ)			
障害者[雇用]による被用者か (はい/いいえ)			
退職者か (はい/いいえ)			
補助者が補償を受けている、又は 20 未満の青少年の親である場合、障害者を介護するためその者が下記のいずれかをせざるを得なかったか：			
就労を断念			
休業			
勤務時間を短縮			
「はい」の場合：パートタイム勤務時間数を記入する：			
補助者が表明したニーズ			

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド／識別・確認事項

職業的補助者の関与

対象外

組織又は仕組みの名称			
連絡先 (障害者の連絡先と違う場合)			
主任者			
受入れ[開始]あるいは入所日			
出所あるいは受入れ終了案 (あり／なし)			
期間			

定期的に関与する職業的補助者の概括

- ホームヘルパー
生活補助者
医療心理療法補助者
看護師
運動療法士
作業療法士
精神運動訓練士
言語障害療法士
[臨床]心理療法士
[学校教育以外の]教育従事者
社会福祉部局のワーカー
社会・家庭教育カウンセラー
LPC[補完話し言葉]エンコーダー
LSF[フランス式手話]通訳
書き言葉技術者
その他 ([何かを]明記する)

職業的補助者と家族補助者の間の連携に関する詳細： (及びその実施条件：補助者への援助など)

対象外

実施済み補助等に関する係争中案件についての詳細

(例えば医療保険、雇用主、保険などにつき障害と関連して) 実施済み或いは要実施補助等に関する係争中案件の存在：あり なし

具体的に：

関係[障害]者：

評価年月日：

表 1：標準的な一日の構成（夜間の関与がある場合、夜間も含める）

対象外

時間[帯]	障害者の活動	支援者及び補助等の種類

関係[障害]者：

評価年月日：

表 2：就学計画又は高等教育計画に協力する職業従事者

□対象外

	氏名	任務	1週当たりの延べ関与時間	備考
学校長・施設長				
就学/[高等]教育計画コーディネータ				
主任教員				
補助教員				
校医/PMI[母子保護医]/大学[嘱託]医				
学校心理療法師、心理指導カウンセラー又は他の心理療 法士				
RASED[困難な状況にある生徒への専門援助ネットワー ク]				
社会福祉士				
個人的支援 (AVSI[個人]学校生活補助)/AVU[大学生 活補助]、LPC[補完話し言葉]エンコーダー、LSF[フラン ス式手話]通訳、チューター制、書き言葉技術者、等)				
作業療法師				
看護師[女性]				
その他 (具体的に)				

注：医療福祉サービス及び機構については、第6部と第7部冒頭で情報を提供する。

関係[障害]者：

評価年月日：

表 3：標準的週間時間割：

対象外

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
8 時より前							
午前中							
昼食							
午後							
夕食							
日没[夕食]～就寝							
夜間							

関係[障害]者：

評価年月日：

評価ガイド / 評価の総括 (第 8 部)

CDAPH[障害者権利自立委員会]へ伝えるべき特記事項

障害者の表明した生活設計 (願望、ニーズ、意向) について、また評価プロセス中に変更があればそれについて

障害者の家庭状況について

その社会生活面の状況について

自立性について

該当する場合、障害者の就学又は初期職業訓練の状況について

該当する場合、その就業又は職業訓練の状況について

評価に関する障害者との意見交換

関係[障害]者：

評価年月日：

受給資格要件に関する項目であって、CDAPH が決定を判断できるための項目

機能障害及びその影響：

- 盲目 聴覚障害 (両側 700dB 超)

労働能力又は就職に対する機能の変異 (altérations de fonctions) の影響：

諸活動に対する機能の変異 (altérations de fonctions) の影響：

- 絶対的な困難のある活動 (いくつでも) ：
 重度の困難のある活動 (いくつでも) ：

徒歩運動性及び屋外移動に対する機能の変異 (altérations de fonctions) の影響：

補償の必要性の提示

特定した補償の必要性	詳細	予定する回答
1° - 医療・ケア面の必要性		
2° - 自立面の必要性		
	本人の必要不可欠な行為を成し遂げるため (移動も含めて)	
	本人の家事[活動]を遂行するため	
	住居内で生活するため	
	生徒としての生活を送るため	
	学生生活を送るため	
	日中の活動を行うため	
	職業に参入するため	
	自分の権利を享受するため	
	社会生活を送るため	
自立面での[分野の 根を越えた]横断的な必要性		
	コミュニケーションを取るため	
	安全を確保するため	
	親や補助者の休息のため	
	親や補助者へ[そばに]いてもらうため	
3° - 収入面の必要性		
4° - その他の必要性		

資料3

障害者の補償の必要性を評価するための手引き (GEVA) 付属マニュアル (仏)

**障害者の補償の必要性を
評価するための手引き
(GEVA) 付属マニュアル**

障害者の補償の必要性を評価するための
手引き

2008 年 5 月

はじめに

「障害者の補償の必要性を評価するための手引き（略称 GEVA）」は、以下に示す社会福祉・家族法典（Code de l'action sociale et des familles）L.146-8 条によって規定されたガイドラインである。

「専門家チームは、生活設計及び法令（・規則）によって定められた基準に基づいて障害者の補償の必要性及びその恒久的能力低下を評価し、個別の障害補償プランを提案する（以下省略）」

GEVA は、2008 年 2 月 6 日付のデクレ（政令 : décret）第 2008-110 号及び 2008 年 5 月 6 日付の官報において公布された 2008 年 2 月 6 日付のアレテ（省令 : arrêté）によって規定されている。

県障害者センター（MDPH : Maison départementale des personnes handicapées）の専門家チームが、いまや不可欠なものとなっているこのガイドラインを最も有効に活用できるようにするために、いくつかの付属ツールが作成されたが、そのなかに本マニュアルが含まれている。

目次

Iー評価の手引き利用のポイント	149
I.1ーはじめに	149
I.2ー評価の手引きの紹介	151
I.3ー基本概念	154
I.4ー関係利用者	156
I.5ー評価の手引きの利用	157
I.6ー収集された情報に対する障害者からのアクセス	158
IIー評価の手引きのさまざまな評価項目	159
II.1ー「確認」に関する評価項目	159
確認	159
障害者の生活設計、本人の希望及び／又は計画	159
II.2ー評価項目 1：家族、社会及び金銭面	160
家族状況	160
社会生活の状況	160
公選職及び決定機関への参加	162
II.3ー評価項目 2：住居及び生活環境	163
住宅	163
障害者にアクセスの不便を強いる環境：	164
障害者本人又は家族所有の車	165
II.4ー評価項目 3A：教育状況	165
就学形態の定義：	166
就学の方法：	166
就学の評価：	166
就学又は高等教育計画：	166
職業的観点からの総括：	166
教育状況及び学習能力評価：	167
II.5ー評価項目 3B：職業状況	167
就学及び／又は初期職業訓練の概括	168
職業状況：	169
職務評価	172
II.6ー評価項目 4：医療に関する評価項目	172
障害の原因疾患（1つ又は2つ以上）	172
既往歴、手術歴	173
病歴	173
臨床的記述	173
機能障害の概要表	174

介護	179
制約	179
II.7ー評価項目 5 : 心理面に関する評価項目	180
II.8ー評価項目 6 : 活動及び機能的な能力 (capacités fonctionnelles)	181
機能的な能力 (capacité fonctionnelle) の定義及び評価付け	181
活動の効果的な実行	184
プラス面 (促進因子) 及びマイナス面 (阻害因子) :	187
「所見」欄.....	188
「実施済みの支援」欄.....	189
II.9ー評価項目 7 : 実施済みの支援.....	190
身近の者の関与	190
職業的補助者による関与	190
職業的補助者と家族補助者との連携に関する詳細	191
実施済み補助等に関する係争中案件についての詳細	191
表 1 : 標準的な一日の構成	191
表 2 : 「現在の就学計画に協力する職業従事者」	191
表 3 : 標準的週間時間割	191
II.10ー評価項目 8 : 評価の総括.....	191
特に CDAPH に報告すべき点	192
評価に関する障害者との意見交換.....	192
受給資格要件に関する項目であって、CDAPH が決定を判断できるための項目	192
補償の必要性の提示	192
IIIー活動に関する索引	193
III.1ー一般的な課題と要求、対人関係	193
III.2ー運動・移動、操作	194
III.3ーセルフケア	196
III.4ーコミュニケーション	197
III.5ー家庭生活及び日常生活	198
III.6ー習得、知識の応用	199
III.7ー学校や初期職業訓練に関する課題と要求	199
III.8ー労働に関する課題と要求	200
IVー用語解説	203
Vー略号及び短縮記号.....	204

I-評価の手引き利用のポイント

I.1-はじめに

「障害者の権利と機会の平等、参加及び市民権」に関する2005年2月11日法では、県障害者センター(MDPH)によって配置された専門家チームに、補償の必要性の評価及び個別補償プランの作成を委ねることとしている。

この枠組みにおいて、障害の評価とは、適切な対応を準備することを目的として、障害者の要求を確認するために実施する手続きである。この評価には、情報の収集、収集した情報の分析及びその情報に基づいた将来への見通しの判断が必要となる。この評価に基づくと同時に、生活設計に示された障害者の要求と希望を考慮して、専門家チームは、個別障害補償プランを提案する。その中には、上のようにして明らかにされた障害者の補償の必要性に対する適切な対応に対する提案が盛り込まれている。次に、

「障害者権利自立委員会」(CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées : 訳注 フランスではしばしばCDAと表記されるが、日本語訳ではCDAPHに統一したが、この評価及び補償プランのほか、生活設計に示された障害者の希望に基づいて、現行の法規定の範囲内で、その管轄領域に関する決定を言い渡すことになる。

評価の際には、専門家チームは、それぞれの判断で自発的に、あるいは要請に応じて、障害者本人、障害者が未成年の場合にはその両親、又は法定代理人から話を聞く。専門家チームは、判断能力がある限りにおいては、子どもであっても障害者本人から話を聞く。チームはまた、自発的に、あるいは障害者からの要求に応じて、障害者の生活の場に赴く。この評価にあたっては、障害者本人、障害者の両親又は法定代理人は、自らの選択により任意の1名を同席させることができる。専門家チームの構成は、補償の必要性のほか、恒久的能力低下の評価の対象となる障害の性質に応じて変えることができる。必要に応じて、あるいは関係者からの要請があれば、社会福祉・家族法典第L.312-1条第11項の1の対象となる情報提供センター、あるいは稀少病の基幹センターとして指定されたセンターに協力を求める。

障害者の置かれた状況及び障害者の必要性に関する評価は、2005年法に規定された障害の定義に基づいている。

「現行法の意味するところにおいては、障害とは、身体、感覚、知能、認知又は精神の機能のうち、1つ又は複数の機能の実質的、継続的又は決定的な変化のほか、重度の重複障害(polyhandicap)又は日常生活に支障をきたす健康障害のために自らの環境において被るあらゆる活動の制限又は社会生活への参加の制約を指す。」

このため、この評価は、各種の個人向け扶助、住宅、交通、就学、就労、生活資金など、障害者の置かれた状況に関するさまざまな側面を対象とする。実際には、法律が規定しているとおり、障害の補償は、

「市民権と自立能力、サービス提供の開発又は整備の十分な行使に必要な小児保育、就学、教育、養育、就労、居所又は労働環境の整備に関する必要性に応えるものとする。(中略) また、通常環境又は改変・整備された環境のなかで生活するために、個人又は施設に対してあらゆる性質の支援を提供するものと

する。」

したがって、この評価は、1つ又はそれ以上の給付に関して受給資格があるかを判断するためのみに必要な材料を収集することに限定せず、包括的な方法で実施しなければならない。また、障害者の置かれた状況のさまざまな側面にアプローチする必要がある。この評価には、障害者の個人的な因子と障害者の置かれた環境、さらにその両者の間に存在する相互作用に対するアプローチが含まれる。さらに、障害者によってすでに実行されているこの他の手続きのほか、障害者がすでに享受している扶助及び支援を調べてまとめることも要求している。

本評価の手引きの目的は、MDPHの専門家チームが評価に必要な材料を収集し、その評価材料を用いて、適切かつ公正な方法で、普遍的かつ学際的な言葉で障害者の補償の必要性を判断して報告できるようにすることにある。

その一方で、いくつかの権利（障害者カード、優先カード、障害労働者資格認定など）又は給付（補償給付、障害児教育手当、成人障害者手当など）を受けることのできる条件は法文に規定されており、そのなかには、特に以下に示すように、これらの給付基準に関して詳細な説明を記した参考基準を示したものがあ

- 障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針（社会福祉・家族法典付属文書 2.4、2007年11月6日付デクレ第 2007-1574 号によって修正された 1993年11月4日付デクレ第 93-1216 号を参照のこと）
- 補償給付受給のための基準（2005年12月19日付の障害者への在宅における補償給付に関するデクレ第 2005-1591 号によって導入された社会福祉・家族法典付属文書 2.5 を参照のこと）
- 障害児に対する教育手当の補足給付のための評価の手引き（社会保障法典第 R.541-2 条に適用された 2002年4月24日付アレテの付属文書）
- 駐車許可カード給付の判断を助ける参考基準（社会福祉・家族法典第 R.241-17 条に適用されたアレテの付属文書）
- 生活資金の補足給付に必要とされる稼得能力 5%以下の定義（2006年1月26日付通達 DGAS/IC 第 2006-37 号）
- 社会保障法典第 L.821-2 条として規定されている成人障害者手当（AAH : Allocation aux adultes handicapés）の受給に必要な「雇用獲得に対する実質的かつ継続的な制限」の条件の評価方法を明確にするために、デクレを用いて手引きを広める必要がある。

専門家チームによって作成された評価の総括は、CDAPHがその判断の拠りどころとすることができるようなものでなければならず、そのため、上に掲げたすべての基準を評価することのできる要素も盛り込むものとする。

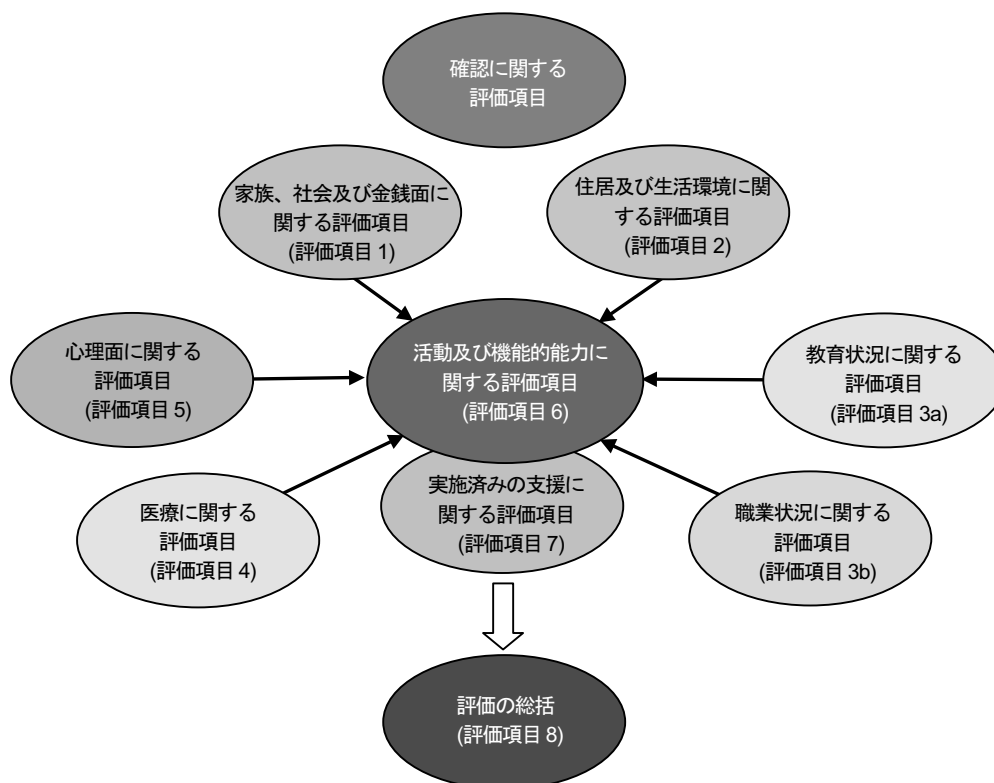
本マニュアルは、包括的な枠組みのなかで GEVA を紹介し、評価の実施責任を負うチームが GEVA に対応できるようにすることを目的としている。

本マニュアルは、評価タイプの過程を説明しようとするものではなく、評価機能を定義しようとするものでもない。これらの要素は、それぞれのMDPH(県障害者センター)固有の組織によって異なるものであると考えられる。その分野に関しては、とりわけ適正な実践規範の共通事項を明らかにすることを目的に、「全国自立連帯金庫」(CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)の科学評議会の後援のもとで実施されている研究が現在進行中である。

1.2-評価の手引きの紹介

GEVAは、専門家チームのメンバーによる評価を基にした情報収集、情報形成及び情報の共有に対して普遍的サポートを提供するものである。

GEVAは方法論的ツールであり、対象となる1人の障害者に関連のあるすべての側面において、評価者による状況の分析を容易にするために立案された複数の評価項目を有している。それぞれの状況に応じて、掘り下げるべき側面に対応する評価項目を決定するのは専門家チームである。



これにより、以下のことを可能にするものとする。

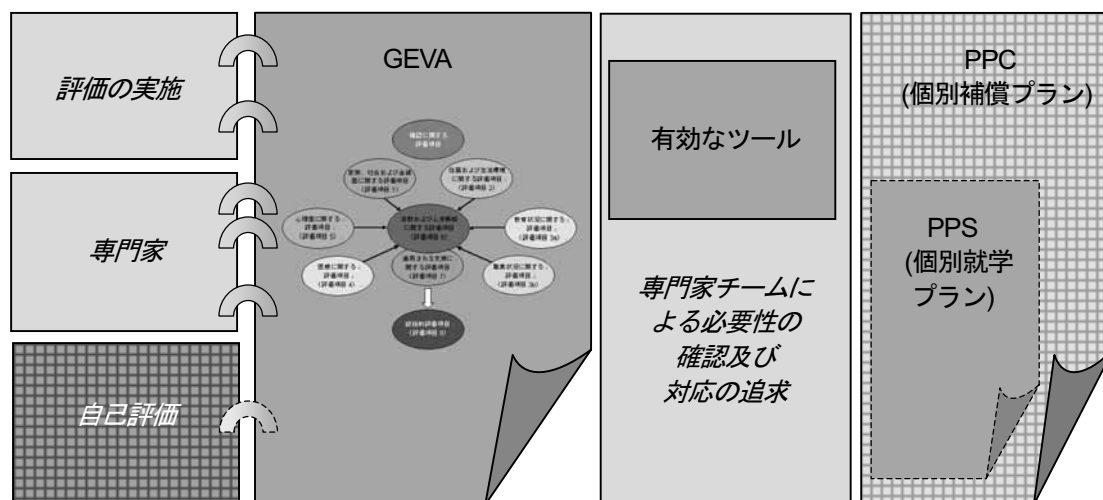
- 障害者の個人的性格及び障害者が置かれた環境に関係なく、1人の障害者に対するあらゆる性質の補償の必要性を評価するために必要な材料を収集すること
- 法文に規定されている権利及び給付のさまざまな受給基準を確認すること

この評価は、それぞれの障害のタイプに適応させるものとする。

この評価の手引きを利用する前に、現場の協力者は専門家チームに対して、必要と思われる「臨床」情報を提供する。この評価の手引きは、いかなる場合も、多彩な現場の専門家がこれらの情報を提供するために用いるツールに代わるものではない。そうではなく、この手引きによる評価は、現場の情報からもたらされる結果を加味して総合的に作成されるものでなければならない。

補償の必要性を決定した後、MDPHの専門家チームには、障害者と連携して、個別補償プランを作成する責任がある。この補償プランには、「障害者権利自立委員会」(CDAPH)に対する推奨される行動と決定に関する提案の両方又はそのいずれかが含まれており、CDAPHが障害者の願望、希望及び期待に対して適切かつ一貫性のある方法で、確認された必要性のすべて又は一部に応じることができるように考慮されている。

これらの諸段階は、専門家チームによって実施される評価の共有と混同してはならない。専門家チームによる評価は、個別補償プラン(PPC)の作成のほか、場合によっては、個別就学プラン(PPS)の作成を目的として実施されるものである。



さまざまな評価項目は、障害者との話し合いのなかで、障害者の個人的性格及び障害者が置かれた環境を考慮するだけでなく、これらの要素が障害者に課された活動制限に与える影響、社会生活上の制約、さらにはこれらのさまざまな要素が引き起こす相互作用に配慮することを目的としている。

このため、障害者とその生活設計のなかで示した希望、願望及び要求に配慮して評価する必要がある。

- 障害者の置かれた環境及び状況：家族環境及び社会環境、住宅など。
- 医学的・心理学的側面における障害者の特徴。とりわけ、これらの障害の治療、ケアをはじめとする補償手段の実施に関連する機能障害と制約の分析のほか、機能障害が与える影響と動員できる心理的能力の分析に関する側面。

場合によっては、以下の項目も検討するものとする。

- 就学及び初期職業訓練に関する項目 (高等教育のほか、次の評価項目のなかで取り扱われている有償の職業訓練の問題を含む)
- 職業に関する項目 (職業計画、職業訓練、職業状況及び就労の実現に必要な条件など)

一定の活動に対しては、障害者の適性を分析する過程で、これらの要素全体を考慮に入れるものとし、実際の生活環境におけるその活動の効果的な実行も考慮に入れるものとする。これにより、その障害者の活動上の制約だけではなく、潜在能力の目安を把握することができる。

さまざまな領域については、一般的な動作及び要件—他者との関係、移動—操作、セルフケア、コミュニケーション、家庭生活及び日常生活、知識の応用及び実習、就学及び初等教育に関連する動作と要件、労働に関連する動作と要件に関する各項目を用いて調査するものとする。

これらの活動の実現に介入するあらゆる性質のものについて、これを助長するもの (プラス面) 及び阻害するもの (マイナス面) を査定して評価付けする。プラス面とは、たとえば、障害者がすでに受けている援助、介護及び支援などである。これとは逆に、たとえば身体的な環境又は周囲の人々の態度が、場合によっては、障害者の活動及び参加にとって阻害因子 (マイナス面) として影響を及ぼすことがある。

MDPH が共通の評価ツールを用いることによって、国内全体にわたって、補償の必要性の評価に関する共通のアプローチを持つことができる。

このツールは、専門家チームのさまざまな専門家を同一のアプローチ及び共通の言語のもとに集め、この評価の学際的性格の重要性を強めることに適したものである。

必要な情報を形式化することにより、専門家チーム以外の関係者が評価に貢献することが容易になる。特に、専門家ネットワーク (基幹センター、特定の病院サービス、CMP¹ (精神医療センター) のほか、UEROS (職業別評価・再訓練・指導課)、医療福祉機関、就労関連の団体をはじめとする特に他分野に及ぶ人材チーム) による貢献が注目される。また、これにより、一致協力して、MDPH の外部協力団体 (専門家、障害者支援サービス及び施設、学校、大学、AFPA (成人職業訓練協会)、ANPE (職業安定所)、障害者雇用ネットワーク、雇用維持団体、社会保障組織など) との分担及び交流の改善を目指すことができる。

¹ 本マニュアルの終わりに略号一覧が付されている。

この評価ツールはまた、利用者が他の県に転居しても情報が消失しないようにする手段となる。

最後に、MDPH に登録した障害者をさらによく知ることができるようにする共通ツールの利用は、法

律に規定された情報の共有の一環として必要なものである。この目的において、このアレテ (中略) は情報システムに関する法文にも適用されており、GEVA のさまざまな評価項目に採用された項目一覧は、情報システムにおいても不可欠なものである。このため、項目一覧の利用が可能である限り、この形式に基づいてさまざまな情報が収集されていることを監視することが特に重要である。

評価の手引きの目的

- ☝ 専門家チームのさまざまなメンバーにとって、評価を行うことで得られる情報を収集・分析するための共通支援ツールとなること。
- ☝ それぞれの障害者が置かれた状況に応じて、その活動及び社会生活への参加の広がりを全体を網羅するアプローチを可能にすること。
- ☝ MDPH 間の活動の調和を促進すること。
- ☝ 障害者をさらによく知ることのできる情報を収集すること。

1.3—基本概念

国際障害分類 (CIH : la classification internationale des handicaps²[訳注 : 英語では ICIDH、以後 ICIDH と表記する]) に対しては、障害者に過度の焦点が置かれていること、主に生物医学的なアプローチであること、静的な障害概念を用いていること、あまりにも直線的なモデルであること、環境の果たす役割への配慮が不十分ではないかと考えられることなどの批判があり、WHO による改訂作業が 1993 年から進められてきたが、その結果として 2001 年に国際生活機能分類 (CIF : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé³[訳注 : 英語では ICF、以下 ICF と表記する]) が発表された。

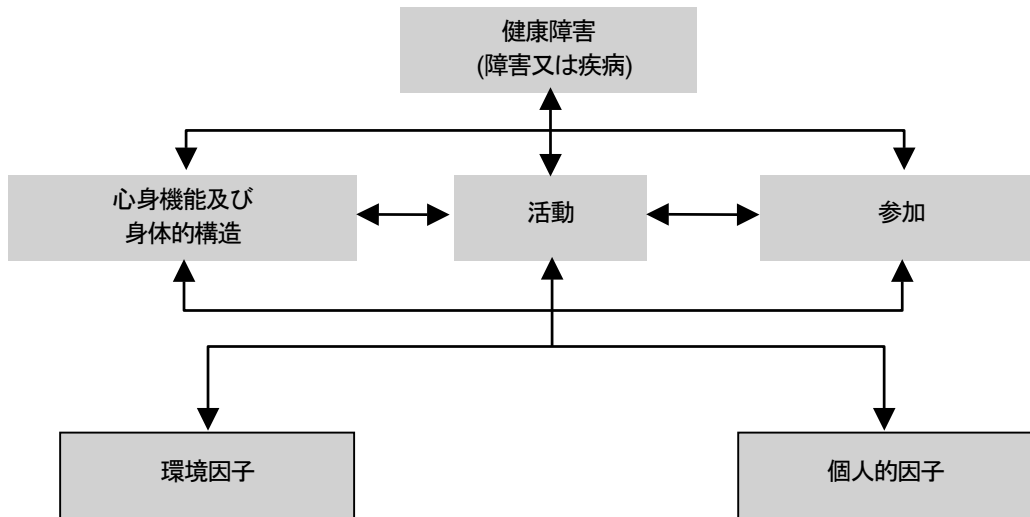
² この分類では、機能障害、能力低下及び社会的不利の 3 つの側面から障害にアプローチしている (これらの違いについては用語解説に定義されている)。

³ フランス語版の ICF は、WHO のウェブサイト上で閲覧可能である。その概念を規定した序文は、次のアドレスから入手することができる。<http://www3.who.int/icf/intros/CIF-Fre-Intro.pdf>
分類そのものについては、次のアドレスから入手することができる。
<http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm?undefined&version=2>

ICF は、より中立的かつ否定的な色彩の少ない語彙を用いている。そのさまざまな評価項目には、次のようなものが含まれる。

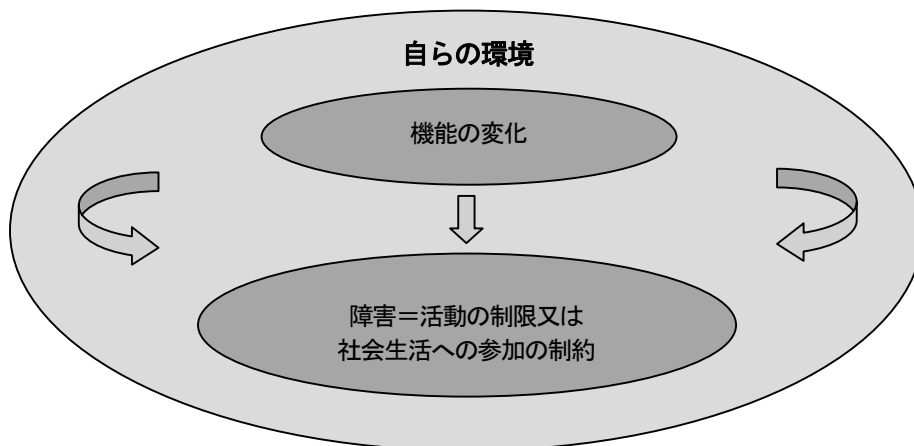
- 身体の構造及び機能 (その変化は機能障害となる)
- 活動 (その制限は ICIDH で用いる能力低下の概念を引き起こす) 及び社会参加 (その制限はその者が日常生活で体験する障害と考えられる)
- 環境因子は国際分類で初めて、全体にかかわる構成要素となった

ICFでは、最も重要な部分として、プラス面にもマイナス面にもなりうる環境(建築環境、個人環境、社会文化環境など)が考えられている。さまざまなプラン相互間の境界も直線的なものではなく、あらゆる側面は、相互作用が可能になっている。不足しているもののレベルの評価付けだけではなく、ネガティブな経験を減らすことができるような手段の評価付けによって、障害の概念にアプローチしている。この概念の提示もまた、これまで以上に障害者の期待と一致するものである。



2005年2月11日法に規定されている障害の定義は、このアプローチを考慮したものである。

「第L114条—現行法の意味するところにおいては、障害とは、身体、感覚、知能、認知又は精神の機能のうち、1つ又は複数の機能の実質的、継続的又は決定的な変化のほか、重度の重複障害 (polyhandicap) 又は日常生活に支障をきたす健康障害のために自らの環境において被るあらゆる活動の制限又は社会生活への参加の制約を指す。」



このため、とりわけ活動に関する評価項目をはじめとするICFのさまざまな評価項目は、特に補償給付⁴の受給基準として、評価の手引きをはじめ、2005年2月11日法が適用される複数の参考資料の典拠として用いられる。2001年以前に作成された「障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針」は2007

年に改定され、今日ではICIDHだけではなくICFも参考にしており、この両分類の関連性はその序文のなかに明確に示されている⁵。

⁴ 社会福祉・家族法典第R.245-1条からD.245-78条の補償給付に関する条文及び社会福祉・家族法典の付属文書2-5にある「補償給付受給のための参考基準」を参照のこと。

⁵ 1993年11月4日付デクレ第93-1216号に付属する「障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針」であり、ウェブサイト<http://www.legifrance.gouv.fr>から入手できる社会福祉・家族法典の付属文書2-4に記載されている。

GEVAの「マーガレット形」の図式は、評価項目の間に引くことのできる境界を示している。この図式は、ICFを応用して、障害者と障害者の置かれた背景のさまざまな性格を描き出し（評価項目1～5）、これらの性格に照らし合わせてその活動、参加のほか、プラス面にもマイナス面にもなると考えられる環境と障害者との間の相互作用に与える結果を評価する（評価項目6）ために立案されたものである。評価項目7は、評価項目6と密接に関連しており、活動の制限を補償するためにすでに実施されている措置に関するものである。これは、領域ごとに、場合によっては活動ごとに、評価項目6にプラス面として詳述されている。これに対し、評価項目7には、包括的な方法で、この支援に関わる当事者の連絡先を記入することになっている。

評価項目8では、評価結果をCDAPH（障害者権利自立委員会）に提出するために、最も適切な情報を総括できるようになっている。

1.4-関係利用者

この手引きは、評価に直接携わった者及び情報（試験報告書、実習、試験期間の総合評価、あるいは現場専門家に対して要求された障害者の受け入れ又は介護を保証する補足情報、補完的鑑定書など）を収集した者をはじめとする**専門家チームのさまざまなメンバーに勤めるに足るものである。**

各専門家は、自らの専門分野に関する情報を報告する。複数の専門家が同一領域の情報を提供する場合には、学際的な作業を行なうことによって、全員が共有できる評価結果を示すように共同でGEVAに情報を提供できるようにするものとする。

専門家チームのメンバーは、医療と同様にその他の領域においても、職業上の秘密に関して守秘義務を遵守することを忘れてはならない。

専門家チームは、評価に際してコンサルタント又は外部チームの協力を求めることができる。協力を求める際には、専門家チームが完全性を高めたいと考える側面あるいは掘り下げたいと考える側面から、特に評価の手引きの評価項目、領域又は設問と整合的な詳細な質問表を作成することとする。このようにして協力を求められた場合には、保健衛生分野及び医療福祉分野の専門家は、専門家チームから提出されたこの独自の質問に対する回答を含む詳細な報告書を提供しなければならない。質問の形式が

GEVA と直接的には互換性をもたない場合であっても、分かりやすい回答による報告書の作成を心がけるものとする。こうして提出された文書は、この他の出所からのあらゆる報告書及び総合評価とともに、評価書類に添付するものとする。

1.5-評価の手引きの利用

この手引きは、特に、障害者の生活設計と障害者が抱える問題に応じて、それぞれの評価の目的に合わせて個別化して用いる必要がある。

専門家が、面接の際に頼るべき質問表でも面接の手引きでもない。 本手引きは、障害者との会話を助けるためのものであり、あらかじめ計画された設問リストに沿って体系化された面接の際の拠り所とするものではない。それぞれの専門家が、その本来の専門分野及び取り扱う領域の範囲内において用いているツールにとって代わるものではない。

ただし、要求の種類に応じて、評価項目によっては一段と体系的な方法で調査しなければならない場合がある。

実施すべき調査の最初の包括的アプローチを可能にするために、専門家チームによる書類審査の第一段階 (又は初回評価の段階) の時点で、評価を実施するための個別手続きを決定することができるものとする。

もちろん、障害者が要求を「再表明」したり生活設計を明確にしたりせざるを得なくなった場合には、その後の手続きの途中で調整を実施しなければならない可能性がある。下に示す表は、要求の種類別に情報提供の実施基準となる評価項目を**参考までに**示したものである。

評価の過程をたどり、さまざまな情報源についての記録を残しておくために、GEVA に加えて、評価のベンチマーク (fil rouge) となる補足文書を付すこともできる。

多面的評価の手引き		カード (障害者カード、優先カード、駐車許可カード)	AAH (成人障害者手当) 及び補足給付	障害児教育手当及びその補足給付	就学に関する進路指導及び支援	障害補償給付	医療福祉サービス又は施設に向けた進路指導	RQTH 及び CAT への職業指導
確認に関する評価項目	確認事項 I	×	×	×	×	×	×	×
	障害者本人及び法定代理人の両者あるいはそのいずれかの希望及び計画			×	×	×	×	×
評価項目 1	家族、社会及び金銭面に関する評価項目		×	×	×	×	×	×
評価項目 2	住居及び生活環境に関する評価項目			×		×		
評価項目 3A	教育状況に関する評価項目			×	×		×	
評価項目 3B	職業状況に関する評価項目		×					×
評価項目 4	医療に関する評価項目	×	×	×	×	×	×	×
評価項目 5	心理面に関する評価項目	障害者の置かれた状況又は障害に応じて、心理的診断の必要性を評価する						
評価項目 6	機能的能力—活動	×	×	×	×	×	×	
評価項目 6 (続き)	機能的能力—活動 (労働に関連する任務及び責務)		×					×
評価項目 7	適用済みの支援			×	×	×	×	
評価項目 8	評価の総括			×	×	×	×	×

1.6—収集された情報に対する障害者からのアクセス

「記名文書へのアクセスに関する法律」⁶及び「病人の権利と保健衛生制度の質に関する法律」⁷に則つて、**障害者又はその法定代理人は、公衆衛生法典第 L.1111-7 条に規定されている条項にあるとおり、医学的格の情報を含め、自分自身の書類に含まれる情報にアクセスすることができる。**この規定は、評価の手引きに含まれる情報にも適用される。

⁶ 1978 年 7 月 17 日法

⁷ 2002 年 3 月 4 日法第 2002-303 号

II—評価の手引きのさまざまな評価項目

多面的評価の手引きに含まれるさまざまな評価項目は以下のとおりである。

- 確認に関する評価項目
- 評価項目 1：家族、社会及び金銭面に関する評価項目
- 評価項目 2：住居及び生活環境に関する評価項目
- 評価項目 3a：教育状況に関する評価項目
- 評価項目 3b：職業状況に関する評価項目
- 評価項目 4：医療に関する評価項目
- 評価項目 5：心理面に関する評価項目
- 評価項目 6：活動及び機能的能力 (*capacité fonctionnelle*) に関する評価項目
- 評価項目 7：実施済みの支援に関する評価項目
- 評価項目 8：評価の総括に関する評価項目

以下に詳述する各章では、この多面的評価の手引きに対応するさまざまな評価項目の活用に必要な詳しい説明を提供する。

II.1—「確認」に関する評価項目

確認

障害者の戸籍の詳細な記載事項は、GEVA には報告されない。これらは、障害者の行政文書、特に行政文書の中に含まれる本人確認書及び申請書に記載されているためである。このため、この評価項目には、GEVA を当該障害者の一般文書と関連づけるために必要な事項のみを記載する。評価方法のほか、この手引きの情報源となっている人々及び組織又はそのいずれかに関する詳細については、GEVA そのものには記載されないが、評価過程において「ベンチマーク (*fil rouge*)」の役割を果たし、その追跡可能性を保証することのできる付属文書に記載するものとする。

障害者の生活設計、本人の希望及び／又は計画

生活設計とは、個人的側面、社会的側面、余暇などの側面を指す。この欄への障害者の自由記述による記入は必須ではない。多面的評価の手引きの冒頭に据えられた「生活設計」の欄には、障害者本人が思い描いている生活設計を記載してもよいし、何も書かなくてもよい。また、この欄には、障害者本人が「生活設計」書に明確に記述することはないと思われる場合、評価過程において専門家チームが聴取した希望、要求、願望を書き加えてもよい。それらは障害者自身の発言のほか、専門家チームと障害者との間に交わされた会話から推測され、障害者が表明する可能性のあるものである限り、また後見人の理解による表現であるとしてもこの欄に記載することとする。この最後の例の場合には、さらに、後見人の意見も併せて記入するものとする。

この欄では特に、以下の項目にアプローチする。

- 広義においては社会参加の意味で、狭義においては障害者の願望へのアプローチ
- 障害を補償し、願望を実現できるようにするため実施する障害者の要求の適切な分析へのアプローチ
- 願望を実現するために、専門家チーム及び CDAPH に対して表明する希望及び要求へのアプローチ

状況によっては、法的保護措置の影響下でない障害者について、特にその身近の者が日常生活の支援をしている場合には、その人々の意見を収集することが役立つことがある。これは、障害者が自らの障害を認識していない場合（疾病失認）、又は現実否認の状況にある場合など、障害の種類によっても当てはまることもある。いずれの場合も、障害者に対してこの手続きを通知するものとする。

その一方で、障害者が未成年者であっても、部分的にでも自分の意見を表明する能力がある場合には、法的保護の下に置かれている障害者本人の意見を収集することが必要である。

II.2—評価項目 1：家族、社会及び金銭面

この評価項目の設問はすべて、評価項目 6 において、活動との相互作用の観点から、プラス面／マイナス面も検討するものとする。

家族状況

障害者の家族状況及び世帯構成に関する情報を記入する欄である。

- 「所見」：この欄には、必要に応じて、家族関係又は社会関係が障害者の支援の必要性に影響を与えている場合には、その関係に関する補足情報を提供するものとする。この欄には体系的に記入する必要はない。

社会生活の状況

— 活動又は雇用に対する現在の状況

この欄に記入する情報は、これ以降の評価項目において、場合によっては起こり得る事象の詳細を必要とする。しかし、ここでは第一段階の現状証明書とでもいべき表を作成することが重要である。

いくつかの設問について、その詳細を説明する。

- 「就学及び／又は初期職業訓練又は有償 (rémunérées) のその他の職業訓練」の欄 (訳注：「社会福祉・家族法典 R.146-28 条の定める障害者の補償の必要性の評価のための手引きに適用される基準ならびに分類表に関する 2008 年 2 月 6 日のアレテ (省令)」では「無償 (non rémunérées)」となっているが、原文通り表記した)：レベルに関係なく、大学又は初期職業訓練を含めて、あらゆる就学の状況を記入するための欄である。注意：職業現場でも実施されている見習いをはじめとするこの他の代替訓練に関しては、理論的な訓練の内容が示されている場合には、評価項目 3a 及び 3b にも同時に記入するのが適切である。
- 「職業活動への従事」の欄：有給か無給かを問わず、契約の種類に関係なく、たとえ無報酬であったとしても、職業的性格をもつ活動について記入する。ILO(国際労働機関)⁸が示す見解において雇用に分類される職業訓練の実習もこの範疇に入れることができる。この活動は、臨時雇用を含む通常環境 (労働市場) におけるものであっても、保護環境 (ESAT：労働支援機関サービス) におけるものであっても構わない。これに該当する場合は、職業評価項目 3b でさらに詳しくその詳細を記入するものとする。ここでは、障害者が、たとえば長期間であっても一時的に医療休業などにより通常の職業から離れているものの、雇用契約はなお維持されているような状況に言及している。6 ヶ月を超える医療休業及び継続的介護の両方又はそのいずれかを必要とする長期疾患 (社会保障法典第 L.324-1 条) の場合には、評価項目 3b に詳細を記入するものとする。

⁸ 国際労働機関：<http://www.ilo.org/global/lang-fi/index.htm>

- 「活動していない成人」の欄：この欄の設問に沿って、雇用という意味合いにおけるこの不活動のさまざまな理由を記入する。自由記述形式によってその理由を書き記してもよい。
 - **失業**：ANPE(全国職業安定所)に登録している求職者及び積極的に有償雇用先を探している者の両方又はそのいずれかを指す。
 - **障害**：ここでは、身体状況に関係なく、世間的に認められる障害を問題とする。そのため、障害者からの健康上の理由による休業又は辞職の単純な申し出は除外する。これについては、「その他の不活動」欄に記入するものとする。
 - **退職者**：定年前の退職又は通常の定年退職との違いは、障害児を介護する親の職業活動の減少という概念を評価するためには重要である。

その状況の継続年数については、期間の側面による評価付けであるが、経験上、この点について障害者がそれ以上正確に言及するのが困難であることを示している。

- **保育形態**：児童の就学の有無、保育形態及び保育時間を表に詳しく記入すること。

一 「収入」の欄

障害者の固有の収入を指し、世帯の他の構成員の収入は除く。ただし、厳密に言えば障害者の収入ではなく障害者への補償である第三者に対する加算はこの欄に記入する。この加算が常に基礎年金から独立しているためである。

- 一 「対象外」の欄：この欄は、定義上、自分自身で収入を獲得することが期待できない人々、つまり、子どもに対してのみ用いることとする。外で働かず家庭に留まっている人々の場合は、「個人収入はなし」の欄に記入するものとする。
- 一 障害年金：社会保障法典(第 L.341-1 条第 1 項～第 4 項)に規定されている障害年金を指す。この年金のカテゴリーは、第 1 カテゴリー、第 2 カテゴリー、第 3 カテゴリー(第三者加算)に明確に区分する必要がある。
- 一 部分障害年金(部分能力低下)及び完全障害年金(完全能力低下)：独立した年金金庫(職人、商人など)が示している特定の職業又は全職業に対する障害年金を指す用語である。
- 一 軍人障害年金又は戦争犠牲者年金：年金支給率のほか、場合によっては第三者要求の資格として認められた加給を明確に記入する必要がある。
- 一 障害による退職：文武官吏退職年金法典第 L.29 条から第 L.33bis 条に規定された公務員に対する障害年金の名称。この障害年金においても、第三者要求の資格として認められた加給がある。
- 一 その他の支給請求：評価に際して、障害者がさまざまな給付に関して、その権利全体を行使しているかどうかを確認するための欄である。場合によっては、これに基づいて PPC(個別補償プラン)が推奨される。障害者が自らの障害に起因する影響に関連して、他の組織に対して手続きを進めている場合(障害年金の請求、賠償手続きの開始など)はここに記入するものとする。
- 一 家族給付：障害者が、特に育児休暇の一環として PAJE(乳幼児迎え入れ手当て)を受給している場合、又は AJPP(児童に対する親の付き添い日当)を受給している場合は、これを明示するものとする。この給付が、この他のいくつかの給付の割り当てに対して考慮の対象となる可能性があるからである。

公選職及び決定機関への参加

障害者がある職務に関連して追加費用の名目で補償給付の申請を行なう場合に限り、この欄に記入するものとする。

これに該当する公選職とは、選挙法典に規定されている職務、又は条文が定める施設における障害者団体の公式な代表職である。これらの役職のリストは、参考として GEVA に示されているが、法規書の変

遷に応じて修正されることがある。

記入すべき「人的支援等のニーズ」及び「他のニーズ」とは、これらの役職の遂行に直接関連するものであって、評価項目 6 及び 8 においてアプローチする基本的活動をはじめとする活動のための要求ではない。

II.3—評価項目 2：住居及び生活環境

この評価項目には、3 つの欄が含まれる。住宅の特徴に関する記述、アクセスのよさという観点からみた近隣のサービス、交通手段の調査の 3 つである。

評価過程で、状況から「住宅」又は「移動」の問題が、障害者の自立の改善の「てこ」として浮上しない限り、この評価項目には体系的に記入する必要はない。

ここでは、教育環境又は職業環境に関する質問に対する回答は求めない。これらはそれぞれ対応する評価項目で取り扱うこととする。

住宅

— 居住形態

- **個人の持ち家**：住居が障害者本人のほか、場合によっては、配偶者、内縁関係にある者、民事連帯契約を結んでいる者の個人名義の所有である場合を指す。
- **家族の持ち家**：障害者が家族（尊属、卑属、親族、又は配偶者もしくは配偶者に準ずる者の卑属又は親族）の所有する住居に住んでいる場合を指す。
- **介護付き又は見守り付き住宅**：連帯アパート（*appartement associatif*）タイプの様式全体、再編住居（*habitat regroupé*）、サービス住宅（*logement-service*）、監督付き家庭（*famille gouvernante*）、療護施設（*maison-relais*）など、医療福祉施設を除く、障害者の参加の制約を補償する性質を有するあらゆる種類の実験的住居を指す。

— 状況

集合住宅の場合には、この欄に記入する必要はない。

居住形態が「個人の持ち家」である場合には、この状況は障害者本人所有となる。それ以外の場合、障害者が居住している住宅の所有者が問題となる。

一 住宅の種類

集合住宅の場合には、この欄に記入する必要はない。

「半都市」の概念とは、人口密度 1km^2 当たり 200～500 人に対応する場所を指し、農村と都市との中間に位置するものである。

一 住宅の特徴

この欄には、障害者の住居に向く専門家チームのすべてのメンバーが記入することができる。位置づけが難しい場合には、作業療法士及び建築技師の両方又はそのいずれかの介入により、この最初の評価の妥当性の可否を確認することが可能であり、その結果、場合によっては評価を変更することもできる。

各設問につき、2つの側面から検証する。

- 一 **存在**: 住宅に設備又は部屋が存在するかどうか。(アパートの庭又は住居と同じ階にトイレがある場合は、回答はノーとする。)
- 一 **適応**: 住宅の構成要素は障害者の障害に合わせて改造してあるかどうか。(たとえば、車椅子で移動する障害者について、ドアが狭すぎて寝室に入れない場合には、寝室に関しては、回答はノーとする。)

重篤かつ持続性の精神障害を示していることから精神障害者とされる人々に対しては、補助者又は社会医療サービスの介入、あるいは住宅の適応形態のひとつである見守り付き住宅という間接的手段を用いて、正常な人的環境との橋渡しができるようにすることとする。

「所見」欄を利用して、特に住宅の特異性(そのなかには、場合によっては衛生面での問題が含まれる)を明らかにし、直面している困難を明確にすることのできる所見を記入してもよい。この欄は、住宅を改造する必要があるかどうかや、場合によってはさらに詳細な診断を行う必要性を確認するための最初のアプローチである。

障害者にアクセスの不便を強いる環境：

この設問は主に、障害者の習慣や生活の場にあるさまざまな情報源や利用施設について、これらのサービスへのアクセスのよさを総合評価できるようにすることを目的としている。

障害者にとって有用なサービス、障害者が有効に利用することができるサービスあるいは利用する必要のあるサービスのみ限定した見解を記入することが重要である。

ただし、この設問は、障害者がこの活動に参加するかどうかを評価するためのものではない。このため、

最重度の知的障害が疑われる障害者については、その障害が理由で、自分自身に関する行政手続きを実行することができなければ、回答は「対象外」とすることができる。

「対象外」の概念には、銀行を利用する必要のない幼児、あるいは託児所又は地区の学校をまったく利用する必要のない、子どものいない障害者も含むものとする。

一 通学の交通手段に関する詳細

評価時に確認した方法にしたがって記入するものとする。特に、該当する児童がすでに県議会によって手配されたこの種の交通手段を利用している場合には、その手段を記入する。

障害者本人又は家族所有の車

- 一 **運転免許証**：とりわけ、障害者が自動車の運転席の改造に対する補償給付を請求している場合には、この欄には詳しく記入する必要がある。運転席の改造には、交通機関に関連する許可又は追加措置が必要とされている。この情報は、就労の枠組み及び社会生活においても重要となる可能性がある。

県知事が免許の一時停止又は取り消しを言い渡した場合は、運転免許証は「有効である」とはみなされない。特に免許の取得後に障害を来したため、再度有効化する必要がある場合など、場合によっては補足情報を記入することができる。

運転免許証の有効期間内であれば、運転免許証に記載されている自動車の改造について記入することとする。

運転教習中の障害者については、教習所教官によって作成された通知書に運転席の改造の必要性及びその詳細を記入してもらう。

II.4—評価項目 3A：教育状況

この評価項目には、義務教育を課されている青少年のほか、義務教育以外であっても、就学している場合又は初期職業訓練コースを受講中の場合は、体系的に記入するものとする。初期職業訓練コースのなかには、学生又は青少年向けの代替教育訓練も含まれる。この場合、実際の労働現場で行なわれている職業訓練の一部と見なすため、「職業状況」の評価項目にも記入するものとする。

評価項目 3A は就学している青少年の状況を概括するものではなく、障害者の置かれた状況の全体的な評価の一部を構成するものである。教育状況に関する要求も含めた障害者の要求を明らかにするためには、この青少年について関連性のある他の評価項目と合わせて、教育状況の全体を見渡す必要がある。

就学形態の定義：

青少年は、通常教育施設（幼稚園又は小学校などの初等教育施設、中等教育施設、高等教育施設など）、家庭教育、通信教育又は社会医療・保健施設などの場所を問わず、学校教育を受けている場合には、就学しているという。

「就学したことがない」の欄は、障害者が一度もいかなる学校教育も受けていない場合に限り用いることとする。

この状況は、就学の種類に関係なく、一時は学校教育を受けていた青少年が一時的又は最終的にその過程を中断していることを指す「現在は非就学」の欄と区別しなければならない。

就学の方法：

評価項目 3A を記入する際に、この欄で、2種類の主な教育利用形態について確認することができる。その青少年が1つの施設でのみ教育を受けているか、又は通常2つを超えることはないが複数の異なる種類の組織（たとえば、通常教育施設及びIME（医療教育施設））において教育を受けているかである。このため、複数の種類の施設に同時にチェックを入れることができる。

就学の評価：

この欄では、知識習得という教育目的に関して、青少年の学校教育の状況を全体的に評価付けする。実際には、障害をもつ青少年に対して十分な考慮もなく他の青少年と同じ学校教育プログラムが課されているが、これは本来、障害者の能力のみに基づいて、異なる学習内容又は時間的な幅をもたせた学習という方向性で準備されるべきものである。

就学又は高等教育計画：

この欄では、青少年の就学計画作成に対する参加レベルを評価する。ただし、未成年者である場合には、この就学計画はその法定代理人（一般にはその両親）によって示される。

職業的観点からの総括：

この欄には、包括的な方法で、学生に対しては学校教育の見通しを評価し、学生以外の青少年に対しては学習継続の見通しを評価する就学フォローアップ・チーム又は多次的チームの意見を記入する。この多次的チームは、就学の追跡調査チームによって提出された評価要素以外にもより詳細に、GEVAの他の評価項目及び他の欄に関する情報を提供することができる。障害上の理由であっても、その青少年の教育レベル上の理由であっても、就学計画が依然として今後提案させる可能性のある指導決定に委ねられたままである場合は、ここにその旨を記入するものとする。

教育状況及び学習能力評価：

「就学又は高等教育の履歴」の欄にまとめられた内容から、学年ごと又は教育課程ごとにこれまでの就学状況を明らかにすることができる。「履修レベル」とは必ずしもその生徒が取得した資格のレベルを指すものではなく、生徒を受け入れてくれるクラスのレベルとする。「就学歴」のレベル欄は「現在の就学状況」ほど詳しく記す必要はなく、場合によっては、これより以前に記入した過去の就学の詳細を示した GEVA の前のバージョンを参照してもらう。

「学力の評価」の欄にまとめられた内容から、CE2(初等科2年：8歳児)及び第6学年(11歳児)のクラスで体系的に実施される全国学習評価における児童の成績を収集することができる。このほか、たとえば幼稚園年長組(5歳児)及びCP(小学校準備科：6歳児)で実施される評価もあるが、こちらは全国的な評価付けを目的としたものではない。この欄には、児童の学力レベルを評価するために有用な評価結果であれば、いかなる評価結果を記入してもよい。

しかし、この欄では、学校のテストの成績を重視するような青少年の教育評価全体は重要なものではなく、専門家チームによって詳細に記入する必要はない。

学習能力の概念は、フランス国民高等教育学院 (Ecole Supérieure de l'Education Nationale) によって、「具象的な活動において、一定の状況下で問題を解決するための諸知識の動員、実存的知識及び態度、知識及び手段の組み合わせ」と定義されている。

この欄では、たとえば回答速度に関して教育上の調整をしている場合であってもしていない場合であっても、障害者の学校教育における習得度が総合的に標準に近い軌跡をたどっている様子、あるいは、習得に関して同年齢のクラスメートに匹敵するレベルに達することができず、困惑している様子を総合的に評価するものである。

教育に付随するさまざまな措置の詳細については、この評価項目には記入しないが、評価項目6において、特に「実習、知識の応用」及び「教育及び初期職業訓練に関連する動作及び要件」に関連する形で、さらに評価項目7「実施されている支援」において、とりわけ表2「就学計画に協力する専門家」及び表3「週決めタイプの雇用」に包括的な方法で記入する。

II.5—評価項目 3B：職業状況

この欄は、次の場合に記入するものとする。

- 障害者の生活設計において就労に関する要求が明らかにされている場合 (RQTH(障害労働者資格認定) 及び労働市場又は ESAT(労働支援機関サービス) に対する職業指導)
- CSS(社会保障法典) 第 L.821-2 条に規定された資格としてであるか、AAH(成人障害者手当)

の収入補完 (CSS 第 L.821-1 条第 1 項) であるかに関係なく、AAH を請求している場合

試験条件の変更を要求した場合を含めて、現在履修中の学校教育及び初期職業訓練は、この欄には記入せずに評価項目 3A に記入するものとする。代替的職業訓練 (たとえば見習い) を受けている場合は、その両方の評価項目の欄に記入するものとする。

就学及び／又は初期職業訓練の概括

－ 就学：

- － 履修した最後の学校教育が通常環境と特殊環境の学校教育の組み合わせである可能性がある場合には、「最終学歴」の欄には複数の回答が可能である。障害者が通学して到達した最も高いレベルの情報を記入するものとする。このレベルは、同級生よりレベルが低いにもかかわらず同学年での履修を維持している場合や、障害のために出席日数が不足するなどの副次的な理由で学校教育の習得が遅れている場合など、実際に証明されているレベルとは異なる場合もある。
- － 取得した最終の学業修了証書のほか、試験条件に変更が許された場合にはその条件を記入するためにこの欄を使用する。
- － 現在の職業訓練レベルとは、評価時に障害者が実際に示したレベルであり、下に掲げた職業訓練レベルの一覧表⁹に照らし合わせて決定される。証明されているレベルと取得した学校教育の最終レベルに食い違いがある場合には、障害の種類 (精神障害、頭部外傷に起因する認知障害など) によってはその食い違いを評価付けすることがきわめて重要である。これらの障害については、このような状況が特徴的に付随する場合が多いためである。

⁹ 2002 年 4 月 26 日付デクレ第 2002-616 号及び第 2002-617 号の対象となっており、1969 年 3 月 21 日に職業訓練諮問委員会の決定により承認され、フランス職業資格認定委員会によって利用されている。

職業訓練レベルを示す表

	定義	適用
VI	義務教育を超える訓練を必要としない職に就いている者。	義務教育を修了 (16歳) せず修了証書を取得せずに中退した場合。
V bis	前期中等教育、職業訓練修了証書レベルを超えて最長1年間の特殊職業訓練を課す職についている者。	水準Vの修了証明書を取得するために少なくとも1年間は学業を継続した場合。
V	通常、職業教育修了証 (BEP)、又は同格の第1期成人職業訓練修了証 (CFPA) と同等の教育訓練レベル (CAP) を要求する職に就いている者。	このレベルは、その修了証に記載されている機器及び技術を利用する能力による特定の活動に対して、完全な資格を有していることを示すものである。この活動とは主に、その技術が属する範囲内で就業者が自立的に行える制作の仕事である。
IV	高度な資格を有する教職又は工員職に就いており、職業免状 (BP) 又は技術者免状 (BT)、職業バカロレア又は技術バカロレアのレベルと同等の職業訓練レベルを証明することができる者。	レベルIVの資格とは、これに先立つレベルよりも高水準の理論的知識を伴うものである。この活動は主に、自立的に実行することが可能であり、場合によっては幹部 (職工長) 及び調整役の責任を担う技術的な仕事である。
III	通常、工業技術短期大学修了証 (DUT)、上級技術者免状 (BTS) 又は高等教育前期修了レベルの職業訓練を必要とする職に就いている者。	レベルIIIの資格は、高等教育レベルの知識及び能力に相当するが、それでもなお、該当分野の科学的根拠には習熟していないことを示す。習得した能力及び知識によって、自立又は独立したやり方で、概念形成、組織形成、管理の責任を担うことができる。
II	通常、学士号又は修士号レベルに匹敵する職業訓練を必要とする職に就いている者。	このレベルでは、サラリーマン又は独立業者としての職業活動に必要な科学的根拠に習熟しており、一般的に自立的にこの活動を実行している。
I	通常、修士号レベル以上の職業訓練を必要とする職に就いている者。	レベルIの資格には、職業活動の科学的根拠の確かな知識に加えて、概念形成又は研究プロセスの習熟を必要とする。

一 職業訓練及び／又は実習の履歴

この欄には、該当する場合において、職業訓練の履歴を記入するものとする。その形態に関係なく、障害者が一度も職業訓練を受けたことがない場合には、「対象外」の欄にチェックを入れ、そのまま次の欄に進むことができる。訓練を完了できた時、又はできなかった時に障害者がどのようなことを考えたか分かる場合には、特に、訓練の評価付けをすることが重要である。このため、この欄に明確なコメントを記入することも可能である。

職業状況：

一 障害者が表明した就転職計画：

この欄では、障害者自身によって示された就転職計画が存在する場合には、それを記入するものとする。

この欄は、「生活設計」の項目に記入された障害者自身の自由記述文に代わるものではないが、たとえば、MDPH (県障害者センター) 又はその提携先の専門家との面接の際に障害者が副次的に自分の考えを示した場合には、生活設計を補完する形で記入することができる。

－ 就業状況：

この欄は、評価項目1の「活動」の欄を補足し、詳細を明らかにしようとするものである。

これ以下の欄は、障害者が現在就労している職業活動又はこれまでに就労したことのある職業活動に関するものである。この欄では、その職業活動の種類とその条件をさらに詳細にわたって明らかにすることを目的としている。明確にする情報は、すでに知られている最新の活動に関するもののみではない。場合によってはかなり以前のものであっても、職業訓練の正確な時期及び種類など、障害者が提供するの難しい情報があればこれを記入する。

- － 労働支援を伴う仕事の契約の種類に関しては、そのタイトル及び時間内に行なう内容の多様性を考慮して、その一覧表はいずれも掲載されておらず、タイトルを明らかにすることが求められている¹⁰。

¹⁰ さらに詳しい情報については、ウェブサイト

<http://www.cohesionsociale.gouv.fr/plan-cohesion-sociale/emploi/7.html> を参照のこと。

- － 職種：使用されている一覧表は、INSEE (国立統計経済研究所) によって用いられた2003年版の職業別社会階層リストの第1段階¹¹である。階層の結びつきに関して質問がある場合には、このリストを参照することができる。

¹¹ ウェブサイト http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/nomenclatures/prof_cat_soc/html/L03_N3.HTM を参照のこと。

INSEE によって使用されている 2003 年版職業別社会階層一覧表の第 1 段階の表：

農業経営者	中小又は大規模経営の農業者
手工業者、企業主	手工業者、商人又はその相当者、10 人以上の従業員がいる企業主
管理職	自由業、公的機関の管理職、教授、科学者、情報・美術・興行関連業従事者、企業の総務・商務分野の管理職、エンジニアリング企業などの技術管理職
中間職	学校教師又はその相当者、公衆衛生及び社会労働の中間職、聖職者、宗教家、公的機関の中間管理職、企業の総務・商務分野の中間管理職、技術者、現場監督、職工長
事務労働者	公的機関の民事部門事務職又はサービス部門従事者、警官及び軍人、企業の事務職従事者、商業従事者、特定の直接サービス業従事者
生産労働者	産業分野の有資格労働者、手工業分野の有資格労働者、運転手、荷物、倉庫及び輸送分野の有資格労働者、産業分野の無資格労働者、手工業分野の無資格労働者、農業労働者
退職者	
職業活動を行っていないその他の人々	一度も就労したことのない失業者、徴収兵、生徒、学生、職業活動を行っていない 60 歳未満のさまざまな人々 (退職者を除く)、職業活動を行っていない 60 歳以上のさまざまな人々 (退職者を除く)

－ 担当部署：

この欄では、障害者が就労した最新の担当部署に関して、担当部署の適性及び整備状況の問題点についてすでに推奨されている措置又は実施されている措置を明らかにする。産業医による最終診察日及び所見の欄には、回復前に産業医による診察を受けていれば、その診察日を記入する。適性に対する制約が明らかにされている場合には、その制約を明確に示す必要がある。

－ 見通し：

この欄は、産業医が障害者の現在の職務に対してその適性に制約があると認めた場合に、あまりにも迅速な措置 (たとえば、職務をこなせないことによる解雇) が取られることを防ぎ、場合によっては雇用主の決定に沿った措置を実施することができるようにすることを目的としている。

－ 「活動の一時中断」の欄

この欄は、長期休暇を含め、労働契約又は独立業が完全に中断されていない場合に限って使用するものとする。

－ 現在の休職：

この欄は、過去には職業活動を行っていたものの、現在はまったく職業活動のない障害者のみを対象

とする。失業の場合には、初めて労働市場に参入する障害者も対象とする。

職務評価

この欄では、障害者の職業状況の改善又は就労準備の一環としてすでに実践に移すことができるさまざまな意見及び総合評価を収集する。

II.6—評価項目 4 : 医療に関する評価項目

この評価項目は、要求又は障害の種類に関係なく、いずれの場合も記入することとする。

障害の原因疾患（1つ又は2つ以上）

疾病に関する情報は、国際疾病分類 (CIM 10¹² : classification internationale des maladies [訳注 : CIM の英語の略語は ICD、以後 ICD と表記する]) に基づいてコード化されている。

¹² ICD-10 (国際疾病分類第 10 版) フランス語版は、次のスイスのウェブサイト <http://www.icd10.ch/> から入手することができる。

一 障害の原因となる主な疾患

ここに記載する主診断は、必ずしも、たとえば、致命的な予後又は進行性の疾患といった最も重要な診断である必要はなく、また、最も古いものである必要もないが、評価時の障害者が呈している障害のうち、日常生活に最も大きな支障を来す障害の原因についての診断でなければならない。

しかし、最初の疾患がさらに大きな障害を引き起こす新たな疾患に主診断の座を譲っているものの、その疾患が最初の疾患と直接関連がある場合には、障害の完全な病因をそのまま残しておくために、ここに記載すべき主診断は2つのうち古い方の疾患とする。その際、必ず診断の関連性を示すように注意する。

合併する疾患については、特に、これらの疾患が行動の制限、進行性又は予後の悪化という意味において障害に影響を与えているか又は与える危険性を有している場合には、「合併する疾患」の欄に明確に記載することができる。

該当欄に明示することとされている障害に直接関係のある ICD の項目については、必ずしもコード化する必要はない。

疾病が稀少病¹³である場合にはここに記載する必要があり、場合によっては、この稀少病に対応する基

幹センターに疾病の存在を届け出る必要がある。実際、社会福祉・家族法典第L.146-8条は、障害者が基幹センターからの意見を求めた場合あるいはこの意見が有用であることが明らか場合には、専門家チームに対してこの意見を考慮に入れるように規定している。

¹³ オーフアネット (Orphanet) サイト

http://www.orpha.net/consor/cgibin/serv_desc.php?Service=Pro&Asb=Dsc&PHPSESSID=7cd31db3d905aa2830e695fc0a2642b2 を参照。

一 (主な疾患の) 起因

障害の発現を引き起こした主な疾患の原因を確認するための欄である。

事故に関しては、IPP(部分的恒久能力低下)の割合が一定になるとされている場合には、これを明示すること。

既往歴、手術歴

乳幼児については、周産期の母親の既往歴、出産時の母親の年齢、医学的支援を受けた出産、妊娠期間、双生児出生、多産、出生時の体重及び頭囲を記入してもらう必要がある。

病歴

この欄では、発症からの疾病の進行、その発症に起因する特異な状態、障害者の活動制限及び参加の制約に影響を与えた可能性のある疾病の進展に言及する。

臨床的記述

この欄には、障害者が直面している健康上の困難を詳細に記入する。とりわけ、その障害と機能 (fonctionnel) への影響を記載する。この段階では、さまざまな障害給付又は障害手帳の受給資格を評価するために必要な要点が示されている。特に、視力については、一方では能力低下率、他方ではPCH(障害補償手当) という異なる資格基準のために、矯正視力及び裸眼視力を二段階評価しなければならない。

一 能力低下を増大させる症状：

心理的影響、衰弱、易疲労、緩慢、疼痛、痙性、痩せ、浮腫、通過障害、吐き気、痒み、咳又は喀痰など、多くの症状は能力低下を増大させる性質のものである。

重度の精神障害 (錯乱、譫妄、幻覚、自傷行為) も、それ自体が労働能力を減退させることがある。

同じく、疾病失認又は現実否認も、障害者の社会生活において活動制限を引き起こし、さらにその活動制限によって生じる悪影響を合併する性質のものである。

さらに、結果として活動制限をもたらす可能性のある治療の副作用(例：長期間にわたる神経弛緩薬治療によって、眠気、振戦、硬直のほか、流涎、視覚の重篤な障害、かなりの体重増加、歯科疾患など、重大な影響を来すことがある)はここに記入すべきである。

一 心身機能制限の予想期間：

ここには、時とともに様相が変動する疾病の成り行き(変遷状態、病期ごとの小康状態及び発作状態)を詳細に記入する必要がある。

特に精神障害に関しては、病状の安定は、環境因子の均衡のほか、特に付随する因子の均衡が保たれていることに依存している。このため、必要性レベルの評価は実現できる最も低いレベルになるように決定する。これがリスクとなるレベルであるためである(脆弱性の概念、Charzat¹⁴の報告書を参照のこと)。

¹⁴ ウェブサイト <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000350/index.shtml> で閲覧することができる。

機能障害の概要表

機能障害—あるいは機能 (fonction) の変化—とは、解剖学的構造又は器官機能あるいは生理機能の喪失又は異常のことである。この場合、「異常」という用語は、該当する領域において母集団の平均と比較して大きな隔たりがあることを示すために用いられる。

一 機能障害：

この表では、さらに体系的かつ調和のとれた方法で障害に関する情報を整理し、特に、障害者の特徴に関する体系的な情報を取り込む。臨床的記述、活動に対する影響に関しては、評価項目 6 にさらに細かく記載されている情報を補足するものである。

障害に関する情報収集は、必ずしもすべてを網羅する必要はなく、障害者の生活において長引く傾向のある障害及び生活に制約をもたらす障害のリストを作成しようとするものである。これらの障害は互いに関連しあう可能性があり、場合によっては同じ項目内でも重複することがある。この場合、評価項目 4 の概要表には、機能への影響度に応じて、種類ごとに異なる障害の上位 3 つまでを記入することとする。この概要表の記入には、後述する分類表を用いることとする。

地域によっては専門家チームが希望する明確な説明のレベルに応じて、2 桁又は 3 桁の数字を用いたレベル分けを行ってもよい。

一 主要な機能障害：

この主要な機能障害とは、概要表から判断したものであり、この概要表によって、評価時に障害者に対して最も大きな影響を与える機能障害の分類を示すことが可能であり、提出された回答又は提案された回答の種類を整理することができる。主要な機能障害は、表に記載された8項目から成る機能障害の大分類のうちの1つとする。主要な機能障害を1つに決定することができない場合は、以下の分類のなかから1つを選択するものとする。

- 一 **シュールハンディキャップ (surhandicap)** とは、身体的な機能障害又は知的機能障害が精神機能障害 (学習障害又は対人障害) と合併したものであると定義される。
- 一 **プリュリハンディキャップ (plurihandicap)** とは、運動機能障害、軽度又は中等度の知的機能障害、聴覚機能障害、視覚機能障害又は障害を引き起こす稀少病による機能障害などのうち、重症度の同じ2つ以上の機能障害が合併したものであり、いずれの機能障害が主要であるか判断できないものであると定義される。
- 一 **ポリハンディキャップ (polyhandicap)** とは、重度の機能障害と中等度、重度又は最重度の精神遅滞が合併したものであり、そのすべてがさまざまな面にわたって自立に極度の制限をもたらしているものであると定義される。
- 一 **持続的植物状態**とは、意思をもった運動反応がないこと、意思の疎通が不可能か又は不可能に近い状態であること、理解可能な発話ができないこと又は単純な命令への返答ができないことが合併した状態が持続している状態であると定義される (2002年5月3日付の通達を参照のこと)。

一 機能障害の分類表

1	知的機能障害		
1.1	精神遅滞	1.11	最重度精神遅滞 (IQ20 未満又は成人では精神年齢 3 歳未満) *
		1.12	重度精神遅滞 (IQ20～34 又は成人では精神年齢 3～6 歳) *
		1.13	中等度精神遅滞 (IQ35～49 又は成人では精神年齢 6～9 歳) *
		1.14	軽度精神遅滞 (IQ50～69 又は成人では精神年齢 9～12 歳) *
		1.15	精神遅滞を伴わない認知障害、習得障害及び学習障害
		1.19	特定不能
1.2	全認知症		
1.3	まだら認知症又は部分的認知症		
1.4	その他の記憶機能障害		
1.5	思考過程の機能障害		
1.8	他の分類項目に該当しないこの他の知的機能障害		
1.9	特定不能の知的機能障害		
2	精神機能障害		
2.1	意識及び覚醒の障害	2.11	意識消失、昏睡
		2.12	失見当識 (時間・空間認識の喪失)、精神錯乱
		2.13	断続的な意識障害 (癲癇)
		2.14	その他の意識機能障害
2.2	行動障害、人格障害及び対人能力障害		
2.3	情緒障害又は意欲障害	2.31	情緒、感情、気分の障害
		2.32	意欲障害 (無気力、服従、強迫など)
2.4	精神運動障害		
2.5	知覚障害又は注意障害		
2.6	欲動障害		
2.8	他の分類項目に該当しないこの他の精神機能障害		
2.9	特定不能の精神機能障害		

* 世界保健機関の定義による

3	言語・発話機能障害		
3.1	重度の意思疎通障害		
3.2	書き言葉及び話し言葉の習得障害		
3.3	発音障害又は発声障害		
3.8	他の分類項目に該当しないこの他の言語・発話機能障害		
3.9	特定不能の言語・発話機能障害		
4	聴覚機能障害		
4.1	両側聴覚機能障害	4.11	最重度の両側聴覚機能障害 (90 dB (デシベル) 超)
		4.12	重度の両側聴覚機能障害 (71~90dB)
		4.13	中等度の両側聴覚機能障害
		4.14	軽度の両側聴覚機能障害
		4.19	他に適応のない両側聴覚機能障害
4.2	一側聴覚機能障害		
4.3	耳鳴り		
4.4	前庭機能障害及び平衡機能障害		
4.8	他の分類項目に該当しない聴覚機能障害		
4.9	特定不能の聴覚機能障害		
5	視覚機能障害		
5.1	視覚障害	5.11	両眼に最重度の視覚機能障害
		5.12	片眼が最重度の視覚機能障害、もう片眼が弱視
		5.13	両眼に中等度の視覚機能障害
		5.14	片眼に視覚機能障害、もう片眼は正常
		5.19	特定不能の視力障害
5.2	視野障害		
5.3	眼球運動障害 (眼球振盪)		
5.4	他の分類項目に該当しないこの他の視覚機能障害 (斜視、色覚など)		
5.9	特定不能の視覚機能障害		
6	内部機能障害		
6.1	心臓呼吸器障害	6.11	心血管機能障害
		6.12	呼吸機能障害
6.2	肝・消化器障害	6.21	消化機能障害
		6.22	肝機能障害
6.3	腎・泌尿器障害	6.31	腎機能障害
		6.32	排尿機能障害
6.4	代謝、内分泌又は酵素由来の機能障害		
6.5	血液又は免疫系の機能障害		
6.8	他の分類項目に該当しないこの他の内部機能障害		
6.9	特定不能の内部機能障害		

7	運動機能障害		
7.1	四肢欠損による運動障害	7.11	上肢の近位切断
		7.12	下肢の近位切断
		7.13	四肢の1つの遠位部の切断
		7.14	その他の切断及び複数の切断
		7.19	他の適応症を伴わない一肢又は複数肢の完全欠損又は部分欠損
7.2	神経命令の損傷による運動障害	7.21	四肢の完全な障害
		7.22	四肢の部分的な障害
		7.23	両下肢の完全な障害
		7.24	両下肢の部分的な障害
		7.25	同側二肢の完全な障害
		7.26	同側二肢の部分的な障害
		7.27	一肢又は複数肢の完全な障害又は部分的な障害
		7.29	他に特定の障害のない四肢の完全な障害又は部分的な障害
7.3	頭部及び体幹の運動障害	7.31	平衡感覚及び姿勢の障害
		7.32	筋緊張障害
		7.33	その他の頭部又は体幹の運動機能障害
7.4	機械的障害	7.41	一肢又は複数肢の関節強直
		7.42	複数の四肢の不安定
		7.43	一肢又は複数肢の奇形、変形
7.5	一肢又は複数肢の筋障害、運動減少又は運動喪失(ミオパチー)		
7.6	複合性の運動機能障害	7.61	運動異常
		7.62	その他の運動調整障害
7.8	他の分類項目に該当しないこの他の運動機能障害		
7.9	特定不能の運動機能障害		
8	その他の機能障害		
8.1	審美障害	8.11	頭部及び体幹の審美障害
		8.12	四肢の審美障害
		8.19	その他の審美障害
8.4	慢性疼痛		
8.5	慢性疲労		
8.8	他の分類項目に該当しないこの他の機能障害		
8.9	特定不能の機能障害		

介護

- **定期的な治療**：この欄には、特に現在受けている治療を正確に記すものとする。この欄はまた、薬の服用頻度、服用方法、服用遵守のほか、薬の耐性又は場合によっては治療の副作用に関する情報を収集することを目的としている。
- **定期的な介護**：一般医による定期的な健康調査及び専門医による定期的検査又は治療の両方又はそのいずれかに関する欄である。専門医の場合は、その専門領域を明確に示さなければならない(たとえば、精神科医による定期検査)。この欄はまた、その多少を問わず、定期的なものになっている入院のほか、さまざまな種類の外来治療も対象にしている。いずれの場合も、追跡調査の頻度に関する情報を記入しなければならない。
- **予防を確実にする必要性**：その実施頻度とともに、自己予防であるか又は第三者によって実施されている予防かを明確にして、効果的に実行されている予防措置を記入することが重要である。

制約

- **夜間のケア又は治療の有無**：この欄には、該当する場合、どのような介護が実施されているかを詳細に記入しなければならない。ここでの介護とは積極的な介入のことである(ただ付き添っているのみの場合は夜間の介護又は治療とはみなさないものとする)。このため、介護の性質及び頻度のほか、介護を担当する人の身分(障害者自身、直近の補助者、介護士など)を明記することが不可欠である。
- **治療又はケアに関連するこの他の制約**：障害者の活動レベル又は参加に影響を及ぼす可能性のあるこれらすべての要因を入念に調査する必要がある。
- **機器・装具の存在**：この欄は、治療上の必要性のほか、場合によっては技術的支援と本質的に直接関連する医療設備及び医療機器に関して記入する欄である。償還給付対象製品リスト(社会保障法典第L.165-1条に規定された償還給付対象製品リスト(LPPR : liste des produits et prestations remboursables))に記載された大部分の製品が対象となる。技術的支援については、その支援によって容易になる活動に関連して、評価項目6に記入するものとする。場合によっては、機器に関して、その適応性、耐久性、利用状況の詳細を記入するほか、障害者が機器を利用する上での自立性に関する明記が必要がある。
 - **小型装具**：特に小さな装具。たとえば、上肢装具、医療用装具靴など。
 - **大型機器**：四肢の人工装具、複数の体節にまたがる装具、車椅子など。
 - **呼吸機器**：特に、酸素療法及び器械呼吸の両方又はそのいずれか、予防的呼吸補助(Bird社製品など)、間欠的呼吸補助(夜間の換気・酸素吸入)又は永久的呼吸補助が必要な場合は、その詳細を明記すること。該当する機器(例：持続陽圧呼吸機器)の詳細を明記することが不可欠である。
 - **その他の機器への依存**：制約を生み出している機器について記入する欄である。該当する機器(例：夜間灌流用の電気注射)を明確にすることが不可欠である。

- **食物面の制約**：障害者の活動又は社会参加のレベルへの影響を考慮に入れる必要がある。
- **外部因子への曝露に関連する制約**：この因子とは、主に精神障害又は全身性臓器障害に関連する障害者の発作又は活動制限の悪化の引き金となる因子などを指す。
- **機能回復訓練**：すでに実施済み、実施中又は勧められている場合のいずれにしても、障害者の置かれた状況に影響を与える可能性がある又は確実に影響を与えるものであれば、ここに記入するものとする。

— **依存行為**：

この欄では、障害の原因である可能性のある因子又は障害を悪化させる可能性のある因子を考慮する。また、場合によっては障害者ととも、然るべき位置づけをしなければならない付随物又は仲介物を検討することができる。

製品及び摂取物の種類、数量、場合によっては必要となる見守り、やめるための動機付け及び困難の両方又はそのいずれかを明確にすることが有用である。

摂取物の種類については、その人物の習慣から識別する。

危険を伴う使用 (又は摂取)：この語は、その摂取の状況 (行為)、その摂取の様態 (早熟、摂取物の累積)、あるいは危険のレベルが一定の許容範囲を超えているという理由から、その人物による摂取が即座に害をもたらすことはないが、害をもたらす可能性のある場合に適用する。

有害な使用 (又は乱用)：(ICD-10 の定義)：健康に害をもたらす精神作用物質の摂取形態を指す。その合併症は、身体的なもの (たとえば、本人による精神作用物質の注入の結果として生じた肝炎) であることも、精神的なもの (たとえば、アルコールの多量摂取に伴う鬱病エピソード) であることもある。精神作用物質の摂取に関連する何らかの社会的損害 (雇用の喪失、周囲の者に対する暴力、法的問題など) も考慮に入れて、有害な使用の概念を広げることが勧告されている。

依存 (症) (ICD-10 の定義) (又は中毒)：精神作用物質の反復摂取の後に生じる行動的、認知的及び生理学的現象全体を指し、典型的な症状には、麻薬を摂取したいという強い欲望、その摂取をコントロールすることの困難さ、有害な結果が生じるにもかかわらず摂取を続けること、この麻薬の摂取のために他の活動及び義務に対して漸進的に精神集中を欠くようになること、薬物耐性の増大、さらに往々にして身体的禁断症状が挙げられる。

II.7—評価項目 5：心理面に関する評価項目

心理面に関する総合評価の必要性は、障害者の置かれた状況又は障害者のもつ障害に応じて評価される。

記憶の総合評価と同様に、認知困難、学習の特殊障害などに関する神経心理学的な総合評価がある。

目的に応じて用いるテストの種類 (投影検査法、心理試験、神経心理検査など) をはっきりと示すのは心理学者の役目である。場合によっては、そのバージョン、使用する評価付けの種類、試験の背景及び作成された日付に関するコメントのほか、試験結果の総括及び必要に応じてその結果を元にした勧告を示す。

「心理臨床学的状況分析」欄は、自由記述による報告とすることができる。この報告には、心理学者によって実施された心理学的評価によって明らかにされた障害の状況に関連のある適切な要因をまとめるものとする。

II.8—評価項目 6 : 活動及び機能的な能力 (capacités fonctionnelles)

この評価項目は、いずれの場合においても記入しなければならない。この評価項目では、障害者の機能的な能力 (capacités fonctionnelles) を診断すると同時に、障害者の行動に関してその実現の効率のほか、プラスにもマイナスにも作用する可能性のある環境とその相互作用を明らかにすることを目的としている。このアプローチにより、参加の制約の程度を評価付けすることが可能になり、それに基づいて、たとえば、プラス面の強化 (人的支援、技術的支援、各種の整備など) 又はマイナス面の除去 (住居、学校へのアクセスに関して一般法を有効にするなど) など、実施すべき補償を決定するアプローチが可能になる。

この能力 (capacités) 及び活動の効果的な実現は、健康問題を抱えていない同年齢の人間に期待される能力と比較して体系的に評価する。

子どもに関しては、必要に応じて、「障害児に対する教育手当を補完する 6 つのカテゴリーからなる給付条件」に関する 2002 年 4 月 24 日付アレテの付属文書の冒頭部分を参照することとする。

評価項目 6 の最初のページは、一方では機能的な能力 (capacité fonctionnelle) 、他方では行動の実現の効率の評価付けに関して、各々のルールを確認するものである。

機能的な能力 (capacité fonctionnelle) の定義及び評価付け

ICF では、「機能的な能力 (capacité fonctionnelle) 」という概念は、標準化した環境で課題を遂行する能力 (aptitude) 又は行動する能力と定義されている。ある一定の活動に対しては、その活動の動機、活動に対する意欲又は結末を加味せずに、標準化された試験によってその能力を評価することができる。

その法文の適用については、社会福祉・家族法典の付属文書 2-5 「補償給付の受給に関する基準」に定義されている。この付属文書には、活動に関する補足情報についても、ICF を参照しなければならないと明示されている。

「困難のレベルは、健康障害のない同年齢の人間が行なう活動と比較して決定される。その決定は、支援がどのような性格のものであれ、提供されている支援を考慮に入れずに決定されるその者の能力であ

る機能的能力 (capacité fonctionnelle) の分析の結果による。また、症状が長時間にわたって進行する場合には、困難を悪化させる可能性のある症状 (痛み、不快感、疲労度、反応の鈍さなど) を考慮に入れる。」

したがって、**障害者が支援** (人的支援、及び／又は技術的支援、及び／又は住居の改造、及び／又は動物による支援) なしにひとりで**実行する活動**を分析して機能的能力 (capacité fonctionnelle) を評価することが重要である。「支援なし」とは、活動における刺激、誘導又は支持など、あらゆる支援が欠如している状態であると理解することができる。

同文書では、困難度の評価付けは、2つのレベルに対しては次の方法で定義されている。

困難度は、次の2つに規定される。

—4 **完全な困難**：障害者自身ではまったく活動が実行できない場合

—3 **重度の困難**：通常の活動の実行に比べて、困難を伴い通常とは異なる方法で活動が実行される場合

この他の困難度は、次の方法で評価付けされている。

—0 **困難なし**：障害者は、何の問題 (全く、いかなる欠如も、取るに足らないことも) も何の支援もなく、すなわち自発的、総合的に、正確かつ通常通りに活動を実行する。

—1 **軽度の困難**：わずかな、軽度の、弱い、小さな困難。
この困難が活動の実行に影響を与えることはない。

—2 **中等度の困難**：中程度で看過できる困難。

活動の実行には困難を伴うが、最終的な結果は正常である。たとえば、活動の実行速度が通常より遅い、活動の実行に特別な準備又は条件 (十分な照明、衣服を決まった順番に並べておくことなど) が必要であるなど。

—9 **該当なし**：評価時に、この活動を調査する必要がない場合。特に、障害者の生活様式、年齢、家族内での位置づけ、障害者が生活している環境、生活設計などの理由から活動が実行されない場合。

能力欄には、評価付けシステムを利用して得られた数字 (0、1、2、3、4又は9) を記入する。

注意：いずれの場合においても、たとえ、他の活動を実行する困難度又は不可能性からこの活動が実行されないことが推論される場合であっても、その活動が実行されない場合は4と評価付けしなければならない。この場合、「該当なし」の評価付けを用いてはならない。「該当なし」とすることによって、障害者が示す能力の制限に関する包括的評価において、重要な部分を削除してしまう恐れがあるからである。

例：

— 完全な四肢麻痺がある障害者に対する「細かな器官機能の活動を有する」活動は、9(該当な

し)ではなく4(完全な困難)と評価付けする。

- － 「身だしなみを整える」活動について、あまりにも幼い幼児でそのような活動の実行を期待できない場合には、「該当なし」と評価付けする。
- － 重い (important) 発声障害を持つ障害者に対する「話す」活動は、訓練された第三者がその発声を理解できない場合には、3(重度の困難)と評価付けする。

GEVA の評価項目 6 では、その評価の実施にあたって、機能的能力 (capacité fonctionnelle) について付属文書 2-5 の参考基準に規定されている 19 の活動のみを評価付けするものとする。実際に、補償給付の給付基準を評価するために用いるのはこの機能的能力 (capacité fonctionnelle) である。このため、この資格に関する活動のみについて、その能力 (capacité) を評価付けする。ICF では、これらの活動は以下のように定義されている。

時間感覚がある	昼間及び夜、1日のうちのある瞬間、日、月及び年を認識していること。対象外：時間に正確であること。
空間感覚がある	自分のいる場所、たとえば直近の環境、住んでいる村又は国、自分のいる部屋を認識していること。
自分の安全性を管理する	危険を避ける方法を知っていること。対象：危険を避けること。危険に身をさらさないこと。
他者との関係において自分の行動を抑制する	他者との関係において、状況に応じ、かつ礼儀を尊重して、感情及び欲動、言葉又は身体的な攻撃性を抑制すること。
立つ	立った姿勢をとること。又は立った姿勢を崩すこと。
移動する	ある平面から別の平面に移動すること (例：ベッドから椅子に移ること)。対象：座っている状態又は寝た状態のまま移動すること。対象外：肘の位置を変えること。
歩行する	足を一步一步前に出すこと。
住居内を移動する	家の中を歩くこと又は移動すること。対象：ある階から別の階へ、あるいはバルコニー、玄関、庭に移動すること。対象外：移動すること。歩くこと。
外出する	
利き手の掴む力を利用する	利き手で物体を扱うこと、取ること、握ること、及び放すこと。
利き手ではない手の掴む力を利用する	利き手ではない手で物体を扱うこと、取ること、握ること、及び放すこと。

細かな器官機能を要する活動を実行する	貨幣を取り扱う、ボタンをかける、ねじを締める、ねじを緩めるなど、何かを管理、制御又は誘導するために、手、4本の指及び親指を利用すること。
身体を洗う	入浴、シャワー、手足の洗浄、洗面及びタオルで身体を拭くことなど、水及び適切な製品又は方法を用いて自分の身体全体又は身体の一部を洗うこと又は乾かすこと。
排泄を行う、トイレを使う	自分自身で排尿又は排便の準備をし、管理すること。すなわち、排尿又は排便の必要があることを示し、適切な場所に行って必要な行為を実行すること。
自分で服を着る／脱ぐ	順序よく衣服を着脱するために必要な行為を実行すること。対象：上半身、身体中部、下半身の衣服の着脱をすること。状況に応じた服装をすること。
食事をとる (食べる、飲む)	配膳された食物を食べ、口に運ぶために必要な動作を調整すること。対象：食物を切ること。噛むこと。飲み込むこと。食事をとるのに必要な動作を実行すること。対象外：食事を準備すること。
話す	言葉の統合的機能。対象外：言葉以外のメッセージを作成すること。
聞く (聴覚)	音を知覚して理解すること。聴覚刺激を感知するために、意図的に感覚器官を利用すること。
見る	識別・確認すること。視覚刺激を感知するために、意図的に感覚器官を利用すること。
コミュニケーション用の機器及び技術を利用する	コミュニケーション目的のために、機器、技術をはじめとする手段を利用すること。対象：電話、ファックス、コンピュータ、タイプライターなどの日常使用機器のほか、電話警報サービス、点字タイプライター、音声合成機器などの特殊コミュニケーション機器を利用すること。

活動の効果的な実行

上に示した機能的能力 (capacités fonctionnelles) のほかに、評価項目 6 では、障害者が自らの置かれた環境のなかで、動員できる支援及び直面する困難に応じて、自然環境又は人間環境 (家族環境及び社会環境の両方又はそのいずれか) を問わず、その環境との関係において日々の活動をどの程度効果的に行っているかを評価付けする。

この評価付けは、特に、易疲労、緩慢、疼痛などを考慮して、健康障害のない同年齢の人間に期待される活動の実行を参考にして行なわれる。この活動を実行するために通常用いられる方法あるいは平均し

て用いられる方法を示すことが重要である。それが最も日常的な実行のレベルに相当するものだからである。

活動の実行レベルにばらつきがある場合又はこの実行レベルに変化を引き起こす環境が存在する場合には、「所見」欄にその情報を記入するものとする。

活動の効果的な実行は、次の4段階で評価付けする。

「A」：人的支援なしに、困難もなく、1人で実行できる活動

「B」：第三者による支援及び代行の両方又はそのいずれかにより、部分的な困難を伴いつつ部分的に実行できる活動

「C」：第三者による再三にわたる支援及び継続的な見守りの両方又はそのいずれかにより、一定の困難を伴いつつ実行できる活動

「D」：実行できない活動（その理由がいかなるものであれ、その理由を「所見」欄に記入してもよい）

例1：視覚機能障害を来した障害者が、危険を受けたという理由から、一部困難を伴いながら1人で戸外へ移動するとする。これに対して、この障害者は「一定の困難」に該当すると判断するに足る困難を有していることになるが、夜間に移動しなければならないとすれば、この行動はこの障害者の生活習慣を考慮すればめったにないことである。このような場合、記入すべきレベルは、障害者の生活様式及び生活設計を考慮して、最も習慣的に遭遇する状況に対応するレベル（ここではレベルB）である。困難度のレベルがこれを上回るような状況に関しては、「所見」欄に記入するものとする。

例2：精神障害を来した障害者は、安定期には1人で身づくろいをしているが、同時に定期治療を受けている。この障害者が何度も治療を中断し、そのため身づくろいに対しても助けと見守りが必要となる場合には、この例では、たいていの場合、1人ではその活動を実行できないため、再三にわたる支援及び継続的な見守りの両方又はそのいずれかが必要であるという理由から、記入すべきレベルは「C」の評価付けである。

活動の効果的な実行のような能力 (capacité) に関するさまざまな項目は、そのほとんどがICFに由来するものである。項目は、8つの大きな行動領域に分けられている。

- － 一般的な課題と要求、対人関係
- － 運動・移動、操作
- － セルフケア
- － コミュニケーション
- － 家庭生活及び日常生活
- － 知識の応用、習得
- － 学校や初期職業訓練に関する課題と要求
- － 労働に関する課題と要求

この最後の2つの領域については、初期職業訓練中の若者、就学中又は就学していない学齢の若者、就

劣に関して要求できる範囲にある成人など、その障害者の状況がその領域の評価を必要としている場合にのみ記入するものとする。

このさまざまな項目は、日常生活及び社会生活の広範囲にわたる活動を網羅している。これらの活動から、日常生活においてさまざまな分類に属する機能障害 (知的障害、精神障害、感覚障害、内部障害、運動障害) から生じる影響の主な側面にアプローチすることができる。

各領域は2つの部分に分かれている。1つ目は活動に関する表であり、困難のレベル及び活動の効果的な実行のレベルを評価付けすることができる。この表のすぐ隣に、2つ目の欄があり、プラス面、すなわち、すでに実施されているあらゆる性質の支援について詳細を記入することができる。

多面的評価の手引きのこの評価項目に記載されたさまざまな領域は、必ずしもあらゆる状況について網羅的に記入しなければならないというわけではない。包括的な評価の対象とすることのできるグループごとの項目が重要であり、その詳細は、検討されている活動領域に対してそれと認められる困難がある場合にのみ明らかにする必要がある。ただし、そのうちのいくつかは、何らかの給付又は権利の受給基準と直接関連性があることを知らせるべきである。

以上のことから、各領域の冒頭には、検討されている領域の活動一般に対して困難があるかないかを判断してその可能性を記入する。この領域の活動に対していずれか1つでも困難がある場合には、この領域の活動全体に対してその評価付けの詳細を記すものとする。場合によっては、最も詳しく記入した活動が提出される場合もある。さらに細かい第3段階の記入欄は、適応措置を施した回答を提案する目的で効果的な実行を評価する場合にのみ用いるものとする。したがって、関連する活動のいくつかの特異性を明確にする必要がある場合に限ってこの項目の評価付けを行なうものとする。ただし、この第3段階がその1つ前の段階の徹底的な偏差を表すものではないことに留意する必要がある。この前の段階には、障害者の置かれた状況の特異性を考慮に入れて、第3段階の評価付け (任意) とは異なるやり方で記入するものとされている。

例：

項目 1.7 「自分の安全性を管理する」の後にはさらに詳しい項目が2つある。

- 1.7.1—本人及び／又は他人の生命を危険にさらさない
- 1.7.2—危険な事態に直面して適切に反応する (危険を感知し、対処するための行動をとる)

この2つの項目は、自分自身の安全管理を補足する2つの側面であるが、安全管理の総合的偏差を表すものではない。このため、「自分の安全性を管理する」の項目は包括的に評価付けし、必要に応じて、2つの活動 1.7.1 及び 1.7.2 の補足的評価付けを用いることによって、状況のさらに細かな見通しを得ることができる。ただし、この補足的評価付けによって、ここでは取り上げていない別の側面をもつ最初の評価付けが左右されるものではない。

障害者の障害及び制限を知ったうえで評価を実施する専門家は、障害者があらかじめ、下に示す諸領域における機能上の影響を提示しないと思われる場合には、これらの能力又は活動の大きなまとまりごとに評価を実施し、包括的な方法で1つずつ調査するものとする。

- － その障害者は、日常生活の基本的動作 (洗顔、着替え、食事、家の中での移動) を困難なく行なうことができるか。
- － その障害者は、日常的な行政手続きを困難なく行なうことができるか。
- － その障害者には、家の中又は戸外での移動に困難があるか。
- － その障害者には、勉強又は仕事をするうえで困難があるか。
- － その障害者には、仕事又は新しい活動の学習及び実行において困難があるか。
- － その障害者には、仕事又は日常生活において、人間関係に困難があるか。

回答が「はい」である場合に限り、関連する領域のさまざまな項目について詳しく調査するものとする。

情報の収集は、以下の項目に基づいて、状況に応じて適切な方法で実行するものとする。

- － 障害者本人又はその身近の者の話
- － 障害者に関して作成された書類 (証明書、別の専門家によって実施された評価の報告書など)
- － 試験又は障害者との面接に基づいて作成された所見
- － 障害者の家庭訪問に基づいて作成された所見
- － 場合によっては現場チームによって、実際のシミュレーションにおいて実施される総合評価 (例: 専門家による実地報告書、UEROS (職業別評価・再訓練・指導チーム) の報告書、SESSAD (特殊教育及び治療教育サービス) による現場での総合評価など)

プラス面 (促進因子) 及びマイナス面 (阻害因子) :

障害者が実生活のなかで行なうことを参考にして実施する評価付けは、活動が実行される状況によって「資格を与え」られる。このため、「プラス面 (促進因子)」であるか又は「マイナス面 (阻害因子)」であるかに応じて、この活動の効果的な実行に影響を与える環境を評価付けすることとする。項目にチェックを入れることによって、評価時にその実施を確認することのできる支援及び援助 (人的支援、技術的支援など) (プラス面) と、さまざまな活動の効果的な実行において、現在、障害者の困難の原因となっている環境因子 (マイナス面 (阻害因子)) を次の方式にしたがって示すものとする。

- **H 人的環境:** 活動の実現について日常的に補助者に依頼している場合には、補助者の身分 (家族補助者又は有償の第三者、市町村サービス) 及び支援の性質及び大きさ (全面支援又は部分支援、刺激又は見守り (直接支援又は間接支援)) に関係なく、ここにプラス面として記入するものとする。同様に、障害者の身近の者の態度及び行動が支援を促進する因子となっている場合には、場合によっては、これを適切な支援によってさらに強固なものにすること

ができるようにするためにも、ここに記入することが重要であると考えられる (例: 障害者を見守り、必要に応じて警告するアパートの管理人)。これとは逆に、適切な支援がないために、活動がまったく実行できない場合、一部しか実行できない場合、又は正しく実行できない場合など、マイナス面 (障害となるもの) もこの欄に記入するものとする。また、簡単な妥協にも応じない敵意のある隣人など、「人的」性質の障害物を記入してもよい。

- **T** 技術的環境：支援機器は、フランス工業規格 NF EN ISO 9999¹⁵に、「機能障害、能力低下又は社会的不利を予防、補償、緩和又は中和することを目的として、特別に作成されるか又は現在市場に存在するもので、障害者によって使用されるあらゆる製品、器具、機器又は技術システム」と定義されている。また、関連する領域に応じて、場合によってはプラス面にもマイナス面にも評価付けすることができる自動車、職場などの日常環境もこの範疇に含めることができる。同様に、薬剤も、活動の実行の条件にも逆に足かせにもなり得る。その薬剤をこの欄に記入することによって、その薬剤の効果とその薬剤が相互作用する活動とを特異的に結びつけることができる。

¹⁵ この規格は、次のウェブサイトのリンクから注文することができる。

http://www.boutique.afnor.org/NEL5DetailNormeEnLigne.aspx?MSCSProfile=EA30C420C2E67456193939653819C0BA6330E3E4FC8C54BE3A41E0D3B01DF5D672E35A1644082D5526EB4A6246CFC8752198858EEF6FBC969DD9354EE408DA90ADCF5D19408FB5BC97FBFF9C7F8F18A688754CEA9CF6704668B3584C463C98E249B067390A303B2CEF1EE4F203E708724300E94B0DC6D2F978B2A34501DE96AAA50CEED760814C5C&nivCtx=Z0Z&aff=1422&ts=855103&CLE_ART=FA138358

- **L** 住居：関連する領域に応じて、住居のさまざまな改造、すなわち、不動産とみなすことのできるあらゆる住居に施された適応措置¹⁶、又は自動車に施された適応措置、職場の整備などもプラス面になることがある。逆に、アクセスの便が悪く、障害者の移動に困難が生じる場合には、住居は障害物になる。

¹⁶ 固定されていて、建物を損傷することなく取り外すことができないあらゆるものは、不動産とみなされる。

- **S** サービス：ここでは、その存在によって活動が可能になるような共同態勢 (例：通常の学校教育環境を維持するための SESSADS)、あるいは逆に、サービスを利用できないために活動が制限されること (例：障害者対応の輸送サービスがないために一定の移動に支障を来すこと、あるいは、障害者がアクセスできない普通法のサービスに関連する障害物) を問題にする。
- **A** 動物による支援は、この欄に記入する。

「所見」欄

プラス面及びマイナス面に関するこの情報はいずれも、明確に記入するものとする。(プラス面もマイナス面も含めて) この情報は、障害者の補償の必要性を決定し、個別補償プランを作成するためには不可欠なものである。ただ、実際には、その情報のひとつの評価付けがこの情報の豊かさを説明するに足

るものではない。この文書では、動作の「てこ」となるものは概して、一方では特定の促進因子(プラス面)の実施又は強化であり、もう一方ではその経路上で障害者が直面している阻害因子(マイナス面)を軽減することである。困難が示された場合又は障害物が報告された場合には、活動が実行される状況あるいは実行されない状況を説明するために、「所見」欄にその詳細を明確に記入することが推奨される。

この欄には、必要に応じて、特に以下の事項を明示するものとする。

- 困難が持続する状況(なぜ、いつ、どのように)、困難を変動させる要因のほか、場合によっては、他の活動との関連性(共通する困難、プラス面又はマイナス面など)。
- 1つ又は複数の活動と直接関係があり、その存在が確認されている促進因子(プラス面)。たとえば、この段階で記入することができるのは、すでに活用されている技術的支援の場合が多い。1つ又は複数の領域を一段と包括的に対象とする促進因子(これは概して人的支援の場合である)はむしろ、活動の各領域に関して特別に設けられた欄に記入するものとする。(下記を参照のこと)
- 「障害物」とは、さらに明確に示された説明を参照すると、たとえば、「適応措置が施されていない労働環境又は職業訓練環境」「介護サービスの欠如」「理解不能な公共交通機関の表示」であり、評価項目8「評価の総括」に記入すべき補償の必要性を確認させることができるものである。また、「個別補償プラン」に記入すべき行動の提案を明示させることができるものである。
- この活動が実行される背景：広義における環境とは、直接的にマイナス面にもプラス面にもならない場合には、考慮すべき解決策の選択肢に影響を与えることができるものである。
- 障害者の希望：生活設計を参考にして、収集した要素と障害者のこの活動への結びつきの大きさ、障害者が達成したいと欲している目標、障害者が最初に検討する解決策とを比較検討してみることが適切であると思われる。障害者の要求の確認・分析には、障害者とともに検討する段階が大切である。このプロセスによって、障害者はその生活設計を進展させることができる。

「実施済みの支援」欄

プラス面(促進因子)をさらに細かく説明するために、活動の8つの領域のそれぞれについて、すでに実施されているあらゆる性質の支援を詳細に記すことのできる表が対になって記載されている。誰が(両親、隣人、専門家)。なぜ(要請、見守り、代行、代理)。どのようにして(何時間、定期性、契約など)。また、さまざまな支援には、種々の費用及び追加費用がかかることがあるが、この費用を明記するものとする。人によっては、子どもに対しては「障害児に対する教育手当」の補足給付によって、それ以外の者に対しては補償給付の項目4(特別な例外的費用負担)によって全額負担してもらえらるものと考えている場合があるためである。

障害者の満足度レベル：障害者の意見を調査するものとし、その中には、法的保護措置を受けている場合も含むものとする。障害者の意見を聴取することができない場合には、法定代理人から聴取した回答とする。この評価は、家族補助者又は専門家によって提供される人的支援を対象とする。

ここに記載されている支援の種類以外にも、評価項目 7 には移動補助者の概要が記載されている。

II.9—評価項目 7：実施済みの支援

評価項目 6 に領域ごとに記入された要素の補完として、ここでは、障害者の生活にすでに定着している補償介入について、補助者等の連絡先及び概要をまとめるものとする。

身近の者の関与

この欄は、近親者による関与に関する欄であり、専門家による関与に関しては、次の項目でアプローチする。

この欄には、補助者 3 名まで記入することができるようになっている。というのも、補助者として指名される障害者の近くにいる家族が 4 名以上であることはまずないと考えられるためである。障害者が家族補助者に対して給与を支払っている場合であっても、記入する欄は「身近の者の関与」欄とする。青少年に関しては、「障害児に対する教育手当」の補足給付の特別規則又は「片親加算」に応じて、一定の特別な情報、とりわけ、2002 年 4 月 24 日付アレテの付属文書の項目に関連する情報を収集する必要がある。このため、場合によっては、たとえば、両親が仕事を辞めている障害者に対しては、ETP の時間割合分を取得する必要がある。同じく、成人障害者の家族補助者に対しては、その身分は給付による補償の対象となっているか否かに依存することになる。

補助者の連絡先の収集は、補助者に対する補足情報が必要になった場合に、情報収集を容易にすると同時に、実施された介護のその後の追跡調査を容易にすることを目的としている。

- **補助者が表明したニーズ**：これらのニーズは、さまざまな性質のものである可能性がある（休息、職業訓練、精神的支えなどのニーズ）。

職業的補助者による関与

この欄では、厳密に言えば、評価項目 6 で活動領域ごとにさらに厳密に確認された障害者の障害及び介入の種類に応じて、現在実施されている介護に介入しているさまざまな構造を包括的に確認するものとする。

この欄にはまた、定期的介入しているさまざまなタイプの専門家の概要を記入する。これには、組織だったサービス以外のサービスも含むものとする（たとえば、自由業）。

職業的補助者と家族補助者間の連携に関する詳細

この欄には、とりわけ専門仲介者を通じた補助者への支援に関して記入する。

実施済み補助等に関する係争中案件についての詳細

この要素によって、実施されている支援、さらに包括的には個別化された補償プランが脆弱なものになる可能性がある。

必要に応じて、数日間及び数週間の生活状況に関する包括的な見通しを立て、すでに実施されている介入全体の一貫性を確保することができるようにするために、概要表は、評価項目7でも入手することができる。

表1：標準的な一日の構成

この表は一般的には、基本的行為に支援の必要がある障害者（幼児又は成人）に対してのみ用いるものである。1日の生活状況のなかで現れてくるようなさまざまな必要性に配慮し、この支援の時間編成の方法を確認することができるようにするものである。

青少年に対しては、家族によって行われている介護に関わる必要性についても記入するものとする。

夜間の介入の必要性は必ず記入するものとする。

表2：「現在の就学計画に協力する職業従事者」

現在就学中又は初期職業訓練受講中の青少年についてのみ用いるものとする。

表3：標準的週間時間割

障害者が曜日によって異なる時間編成を経験している場合に、この表に記入するものとする。（例：週末を含む1週間又は休暇中の時間編成に注目し値する定期的な変化がある場合）

II.10—評価項目8：評価の総括

この評価項目では、専門家チームが作成する決定に関する提案を支持するものとして、生活設計及び個別補償プランを交えて、「障害者権利自立委員会」（CDAPH）に提出する評価の総括を作成する。

特に CDAPH に報告すべき点

これらの点は、評価の過程で表面化した要素のうち、CDAPH に報告する必要がある要素の総括において、領域ごとに確認していくこととする。

評価に関する障害者との意見交換

この欄では、専門家チームに対して、評価期間中に浮かび上がってきた要素を明らかにすることができるようにするものである。評価期間中は一般に、障害者とその身近の者の両方又はそのいずれかとの接触がもたれた。障害者による能力及び困難の認識は、専門家の認識とは異なっていることがあるため、活動によっては障害者の認識を優先し、専門家チームが主張した別の認識の却下を要望することができる。

受給資格要件に関する項目であって、CDAPH が決定を判断できるための項目

この欄には、CDAPH の決定に従って給付される各種給付に対応するさまざまな受給資格の評価に必要な基準の要約を明らかにするものとする。確かに、専門家チームと CDAPH の間の明瞭な線引きにとつて、CDAPH の決定を引き出すことを目的として、個別化された補償プランのなかで専門家チームが作成することになっている提案を裏づけるために、特定の情報が CDAPH にもたらされることは不可欠であることが明らかになった。

補償の必要性の提示

この欄は、評価の過程で専門家チームによって確認されたさまざまなタイプの補償の必要性を明らかにするものである。この補償プランによって、専門家チームは、すでに実施されている支援を目の前にしながら、首尾一貫して適応措置を施し、個別化された補償プランを提案することができる。実際、場合によってはその場で利用できる解決方法に応じて、その資格の有無に関係なく、確認されたさまざまな必要性を明示することは不可欠であることが明らかになった。何よりもまず生活設計にそのように表明された希望あるいは専門家との意見交換の過程でさらにくだけた形で表明された希望を参考にして、一方では隠されていようがまいが、そうした必要性を明らかにすると同時に、他方ではこの必要性に対する対応を検討することができるのはこの方法なのである。

厳密な意味での個別化された補償プランの作成とは、評価の一部をなすものではなく、したがって、GEVA に記載されるものでもないが、この評価の総括を拠りどころとする特定のツールによって利用することができるものである。

III-活動に関する索引

この索引では、さまざまな活動の定義を明確にすると同時に、場合によっては、特殊な点、対象となる活動及び対象外となる活動に関する詳細を明らかにしている。

また、活動に対する能力の評価付けが補償給付の給付資格を評価するために参照される場合は、その活動のセルの色を変えて表示している。この章に記載している記述は、これらの活動に対するその効果的な実行に対応している。能力の評価付けについては、評価項目 6 について書かれた第 II-8 章を参照のこと。

III.1—一般的な課題と要求、対人関係

時間感覚がある	昼間及び夜、1日のうちのある瞬間、日、月及び年を認識していること。 対象外：時間に正確であること。
空間感覚がある	自分のいる場所、たとえば直近の環境、住んでいる村又は国、自分のいる部屋を認識していること。 特殊な点：身近の者を識別すること。
注意を集中する	必要とされる一定時間について、外的刺激又は内的経験に注意を集中させること。 対象：注意の維持機能、注意の移動、注意の分割、注意の共有、集中力。
記憶する	情報を記憶して保持すること。 対象：短・長期間の記憶、思い出すこと、覚えていること。 対象外：ノウハウを習得すること、ノウハウを利用すること。
決定する	さまざまな選択肢の中から1つを選択すること。選択した選択肢を実行して、その選択の結果を評価すること。 対象：これから住む場所、これから選択する職業訓練を決めること。 対象外：問題を見つけ出して解決すること、簡単な仕事又は複雑な仕事を企画すること。
自分から進んでする	
自分から助けを求める	対象：必要に応じて、自分の周囲にあるリソースを見つけて活用すること。
自ら他人と関わる	
自ら単純な活動にとりかかる	自立した方法で、簡単な仕事を企画すること。 対象外：その仕事を実行すること、ノウハウを習得すること、問題を解決すること、意思決定を行なうこと。
自ら複雑な活動にとりかかる	自立した方法で、複雑な仕事を企画すること。 対象外：その仕事を実行すること、ノウハウを習得すること、問題を解決すること、意思決定を行なうこと。
自分の安全性を管理する	危険を避ける方法を知っていること。

	対象：危険を避けること、危険に身をさらさないこと。
本人及び／又は他人の生命を危険にさらさない	
危険な事態に直面して適切に反応する	危険を評価し、それに対処するために行動を適応させること。
生活の決まりを守る	
社会規則に適合して他人との関係を持つ	他者との関係において自立した方法で対応し、他者との関係における各自の役割、立場をはじめとする社会的なあらゆる位置づけを決定している社会的慣習に従うこと。
他者との関係において自分の行動を抑制する	他者との関係において、状況に応じるとともに礼儀を尊重して、感情及び欲動、言葉又は身体的な攻撃性を抑制すること。
仲間との関係を持つ	対象外：権威者との関係。
愛情関係及び性的関係を持つ	

III.2—運動・移動、操作

立つ	立った姿勢をとること。又は立った姿勢を崩すこと。
移動する	ある平面から別の平面に移動すること (例：ベッドから椅子に移ること)。 対象：座っている状態から又は寝た状態のまま移動すること。 対象外：肘の位置を変えること。
寝そべる	寝た姿勢をとること又は寝た姿勢を崩すこと。
座る	座った姿勢をとること又は座った姿勢を崩すこと。
身体を支える箇所を変える	痲皮 (かさぶた) ができないようにするために肘の位置を変えること。
座ったままている	必要に応じて、一定の時間、座ったままていること。
立ったままている	必要に応じて、一定の時間、立ったままていること。
歩行する	足を一步一步前に出すこと。 対象：杖又は歩行器を用いる場合も含む。 対象外：車椅子など車の支援を借りて移動すること。

住居内を移動する	<p>家の中を歩くこと又は移動すること。車椅子又は歩行器などの機器を用いる場合を含む。</p> <p>対象：ある階から別の階へ、あるいはバルコニー、玄関、庭に移動すること。</p> <p>対象外：移動すること。歩くこと。問題なし：障害者が車椅子を利用して自立した方法で困難なく移動する場合を含む。</p>
外出する	
変化に富んだ土地で移動する	<p>自然の中の土地又は舗装された土地などさまざまな土地を歩くこと。舗装してある土地、砂地、砂利、草地など。</p>
起伏の多い土地で移動する	<p>石、木の枝、水、小岩など、越えなければならない障害物のある土地を歩くこと。</p> <p>対象外：段を越えること。</p>
傾斜地で移動する	<p>5%以上の傾斜のある土地を、上り方向にも下り方向にも歩くことができること。</p>
階段を使う	<p>障害物を乗り越えること。段、岩、梯子、縁石、井筒をはじめとする物体の上に乗る場合のように、全身を上方向又は下方向に、平面又は物体の上に移動させること。</p> <p>対象：階段を上り下りすること。障害物を乗り越えること。</p>
公共交通機関を利用する	<p>旅客として公共交通機関を利用すること。</p> <p>対象外：特殊機器を利用して移動すること。自動車を運転すること。</p> <p>特殊な点：この側面は、障害者の運動能力のみではなく、公共交通機関利用の妨げになる心理状態又は精神状態も調査する。</p>
自家用車を使う	<p>旅客として自家用車を利用すること。</p> <p>対象外：公共交通機関を利用すること。</p>
車を運転する	<p>自家用車を運転すること。</p> <p>対象外：電動車椅子などの特殊機器を運転すること。</p> <p>特殊な点：障害者が有効な運転免許証を所持していない場合は、この活動は9「対象外」と評価付けする。</p>
利き手の掴む力を利用する	<p>利き手で物体を扱うこと、取ること、握ること、及び放すこと。</p>
利き手ではない手の掴む力を利用する	<p>利き手ではない手で物体を扱うこと、取ること、握ること、及び放すこと。</p>
細かな器官機能を要する活動を 実行する	<p>貨幣を取り扱う、ボタンをかける、ねじを締める、ねじを緩めるなど、何かを管理、制御又は誘導するために、手、4本の指及び親指を利用すること。</p> <p>対象：取り扱うこと。</p> <p>対象外：物体を集めること、掴むこと、持ち上げること、持つこと。</p>
物品を持ち上げ運ぶ	<p>物体を持ち上げて、ある場所から別の場所に移動させること。</p>

III.3ーセルフケア

身体を洗う	入浴、シャワー、手足の洗浄、洗面及びタオルで身体を拭くことなど、水及び適切な製品又は方法を用いて自分の身体全体又は身体の一部を洗うこと又は乾かすこと。 対象外：頭髪を洗うこと、爪の手入れをすること。
排泄を行う トイレを使う	自分自身で排尿又は排便の準備をし、管理すること。すなわち、排尿又は排便の必要があることを示し、適切な場所に行って必要な行為を実行すること。
服を着る／脱ぐ	順序良く衣服を着脱するために必要な行為を実行すること。 対象：上半身、身体中部、下半身の衣服の着脱をすること。状況に応じた服装をすること。
食事をとる (食べる、飲む)	配膳された食物を食べ、口に運ぶために必要な動作を調整すること。 対象：食物を切ること。噛むこと。飲み込むこと。食物を摂取するのに必要な動作を実行すること。 対象外：食事の準備をすること。
自身のケアをする	皮膚、歯、有毛頭皮、爪などの身体の部分について、身体を洗浄して乾かす行為よりもさらに多くのことが必要になる手入れをすること。 対象：皮膚、歯、頭髪、手足の爪の手入れをすること。化粧をすること。髭をそること。 対象外：健康に気をつけること。
自分の健康に気をつける	バランスのとれた食事をとること、適度に身体を動かすこと、暑さ寒さに対応すること、たとえば避妊用具を用いて安全性を確保した性関係をもつことのほか、予防接種をする、定期健康診断を受けるなどして、身体の快適さ及び心身の充足を確保すること。 対象：食事のとり方及び健康状態の見守りをすること。健康を守ること。必要に応じて専門家の診察を受けること。薬を服用すること。健康を損なわないようにすること。自分自身に対して治療行為を実行すること (インスリン注射、自己導尿、気管内吸引)。
自分の呼吸機能を用いる	
健康管理をする	健康であることの必要性を認識し、医師をはじめとする医療専門家の忠告にしたがって自分の健康に気をつけること。
自分の食事療法に注意する	栄養のある食物を選択して摂取し、自分の健康に気をつけること。
日々の休息を管理する	
治療の要求を示す	専門家に相談して自分の健康に気をつけること。
各種保険・医療システムを利用する	

III.4ーコミュニケーション

話す	言葉の統合的機能。 対象外：言葉以外のメッセージを作成すること。
聞く (聴覚)	音を知覚して理解すること。聴覚刺激を感知するために、意図的に感覚器官を利用すること。
音を聞く	音の感知に関係する感覚器官。
向かい合った人の話し言葉を理解する	話し言葉であることの確認及び話し言葉と他の音との違いの識別に関する感覚器官。
集団の中で話し言葉を理解する	複数の人々の会話のなかで、話し言葉であることの確認及び話し言葉と他の音の識別に関する感覚器官。
見る	識別・確認すること。視覚刺激を感知するために、意図的に感覚器官を利用すること。
コミュニケーション用の機器及び技術を利用する	コミュニケーション目的のために、機器、技術をはじめとする手段を利用すること。 対象：電話、ファックス、コンピュータ、タイプライターなどの日常使用機器のほか、電話警報サービス、点字タイプライター、音声合成機器などの特殊コミュニケーション機器を利用すること。
簡単な文章を理解する	話し言葉によるメッセージのありのままの意味を理解すること。
会話する	公式の場か非公式の場であるかに関係なく、知人か知り合いか見知らぬ人であるかに関係なく、1人又は複数の人との間で、話し言葉、書き言葉、身振り又はその他のあらゆる言葉を用いて示される考え及び意見の交換を開始し、維持し、終了させること。 対象：会話を開始し、維持し、終了させること。1人又は複数の人と会話すること。対象外：話すこと。簡単な文章を理解すること。
言葉によらないメッセージを作成・受領する	メッセージを伝えるために、身振り、シンボル、図形を用い、その意味を理解すること。言葉によらないメッセージを作成・受領すること。

III.5—家庭生活及び日常生活

買い物をする	たとえば、商店又は市場で食品、飲み物、手入れ用製品、家庭用品又は衣類を選択する、欲しい品物の品質及び値段を比較する、選択した製品及びサービスの対価を支払って持ち帰るなど、お金と引き換えに日常生活に必要な製品及びサービスを手に入れること。 対象：買い物のお使いを頼んだ相手に対する忠告、見守りを含む。
簡単な食事を準備する	自分のために、簡単な食事と飲み物の計画を立て、準備、調理して給仕すること。すなわち、献立を立て、食料及び飲み物を選び、内容物をひとつにまとめて調理の準備をし、加熱する、あるいは冷たい食物及び飲み物を準備するなどして食事を給仕すること。 対象：簡単な食事を準備すること。 対象外：食べること。飲むこと。手の込んだ食事を準備すること。
掃除をする	家を掃除する、手入れ用製品を用いるなどして、家事を管理すること。 対象：整理整頓すること。掃くこと。埃を払うこと。家中のすべての部屋を掃除すること。換気扇を掃除すること。日常用品を倉庫に入れること、ごみを捨てること。窓ガラスを拭くことなど。 対象外：食事の準備をすること。下着及び衣類の手入れをすることなど。
下着及び衣類の手入れをする	下着及び衣類を洗濯して乾燥させ、アイロンをかけること。 対象：下着を手で洗うこと。洗濯機、乾燥機及びアイロンを使用すること。 対象外：衣類を買うこと。
家族の世話をする	家族の学習活動、コミュニケーション活動、身づくろい、屋内又は屋外での動き及び移動について、家族（特に幼児）の手助けをすること。家族をはじめとする他者の幸福を気遣うこと。 対象：他者の身づくろい、移動、コミュニケーション、対人関係、健全な食事、健康管理について、手助けをすること。 対象外：有償の雇用。
家計の管理及び行政手続きをする	行政書式に記入すること。請求書の支払いをすること。銀行の明細書を理解すること。身分証明書を請求すること。団体活動の申し込みをすること。収入を申告すること。
日常のお金を管理する	食料品を買うためにお金を使うこと又はお金を節約することなど、あらゆる形態の単純な商取引に携わること。
銀行口座を管理する	複雑な商取引に携わること。
行政手続きをする	身分証明書、社会保護の受給など、行政上の権利を活用するために必要な活動に着手すること。
独立した住居に1人で暮らす	住まいを利用するために必要な活動に着手すること。独立した住居での日常生活に関連する制約を管理すること。家賃、管理費負担分を支払うこと。家庭のごみを捨てることなど。
隣人と形式ばらない関係をもつ	近隣に暮らす人々との人間関係を構築し、維持すること。
共同体生活、社会生活及び市民生活に参加する	家庭の外に組織された社会生活に力を注ぐこと。 対象：公式又は非公式の団体、余暇、芸術及び文化。 対象外：有償又は無償の労働。
自由時間の管理、レクリエーション活動、文化活動、スポーツ活動、レジャー活動に参加する	さまざまな形態の遊び、レクリエーション活動又は余暇活動に力を注ぐこと。映画館に行くこと。趣味に没頭すること。気晴らしに読書すること。音楽を奏でること。
権利に関連する要求を表明する	
地域生活に参加する	市民として都市の社会生活、政治生活に参加すること。
休暇に出かける	旅行すること。

III.6一習得、知識の応用

読む	書かれた文章を理解し、説明するために必要な活動を実行すること。 対象：点字による文章を読むこと。 対象外：読み方を習うこと。
書く	意味のある情報を伝えるために象徴を用いること。 対象：点字で書くこと。 対象外：書き方を習うこと。
計算する	数学の規則にしたがって計算をすること。 対象外：計算の仕方を習うこと。
ノウハウを習得する	一体化した行為又は動作全体を実行するために必要な基礎能力又は複合能力を習得すること。 対象：基礎ノウハウ又は複合ノウハウを習得すること。 対象外：ノウハウを利用すること。記憶すること。

III.7一学校や初期職業訓練に関する課題と要求

この表には、学校教育環境にも関係のある「労働に関する課題と要求」の一部を取り入れている。

読み方を習得する	文章を流暢かつ正確に読むために必要とされる能力を開発すること（点字を含む）。 対象外：読むこと。
書き方を習得する	点字を含め、文章形式の象徴を作成するために必要とされる能力を開発すること。 対象外：書くこと。
計算を習得する	数字を操作し、数学的処理を実行するために必要とされる能力を開発すること。 対象外：計算をすること。
コミュニケーション技術を習得する	
基本的な社会ルールを習得する	さまざまな状況に応じて、社会的礼儀を守って他人との関係をもつことを習得すること。
基本ルールを遵守する	
時間に正確である	対象：待ち合わせの時刻に遅れないこと。職場に遅刻せずに到着すること。 対象外：時間感覚があること。

精勤である	対象：勤務に規則正しさがあること。 対象外：ストレス、危機、不測の事態に直面すること。
仕事の段取りをつける	
仕事を管理する	自分の活動を評価すること。 対象外：仕事の段取りをつけること。 特殊な点：明確にするには複雑な概念。
指示を受け取る	
指示に従う	
学校生活に適応すること	
チームとして働く	
校則を守る	
クラスに身を落ち着ける	
教育上の支援を利用する	
本人の障害に適応した教材を利用する	
ノートをとる	
試験及びテストの条件に順応する	
校外の課外活動に参加する	
その他 (具体的に)	

III.8ー労働に関する課題と要求

基本ルール of 遵守	
時間に正確である	対象：待ち合わせの時刻に遅れないこと。職場に遅刻せずに到着すること。 対象外：時間感覚があること。
精勤である	対象：勤務に規則正しさがあること。 対象外：ストレス、危機、不測の事態に直面すること。
上下関係を尊重する	権力をもつ地位にある人と特定の関係を構築し、維持すること
会合に参加する	
仕事の段取りをつける	職責に応じて

記憶する	情報の記憶及び蓄積のほか、必要に応じて、情報の想起に特異的な精神機能。
自分の仕事を管理する	自分の活動を評価すること。 対象外：仕事の段取りをつけること。 特殊な点：明確にするには複雑な概念。
一般の人々と接触する	
指導・統率を行う	
チームで働く	
肉体的な仕事を行う	
荷物を持ち上げ、 移動させる	
体躯を曲げた状態で仕事をする	
さまざまな姿勢で仕事をする	
しゃがんで仕事をする	
高所で仕事をする	脚立、梯子、足場などの上
地面から離れて仕事をする	橋、屋根、バルコニーの上など
利き腕を肩の高さより上へ 上げて作業する	
利き腕でない方の腕を肩の高さより 上に上げて作業する	
足で制御装置を使用する	
特殊な環境で仕事を行う	特殊な環境条件の下で遂行すること
色を識別する	
立体感・奥行きを感知する	
夜間に仕事をする	
労働時間の変更を受け入れる	
危険な道具及び／又は機械を 使用する	
振動を伴う仕事をする	
騒音の中で仕事をする	
特殊な呼吸環境の中で仕事を すること	
皮膚の危険を伴う仕事をする	

悪天候、特殊な大気にさらされる	
その他 (明示すること)	

IV－用語解説

活動 (Activité) (ICF)	課題の遂行、あるいは、個人が何かを行うことである (生活機能 (fonctionnement) を個人の観点からみたもの)
能力 (Capacité)	標準化した環境 (environnement normalisé) において、ある課題や行為を遂行する個人の能力 (aptitude)。特定の活動について、その活動の動機、欲求又は結末を加味せずに、実施した標準テスト (tests standardisés) によって、その能力を評価することができる。
基準 (Critère)	ある評価を下すために参考とする原則
機能障害 (Déficiência) (ICF)	機能障害とは、著しい変化や喪失といった、心身機能 (fonctions organiques) 又は解剖学的構造上の問題を指す。 これに関連して、「異常 (anormalie)」という語は、確立された統計的標準と比べて大きく乖離している状態を指す場合に限り用いる。
社会的不利 (Désavantage) (ICIDH)	保健の領域において、その個人に生じた社会的不利益は、機能障害や能力低下の結果として生じ、(年齢、性別、社会文化的因子からみて) 正常な役割を果たすことが制限されたり、妨げられたりすることである。社会的不利は、障害の 状態 の側面に関連している。
能力低下 (Incapacité) (ICIDH)	保健の領域において、能力低下とは、人間として正常とみなされる方法や範囲で活動していく能力の、部分的あるいは完全なさまざまな減退 (機能障害に起因する) である。 <i>能力低下は、障害の機能の側面に関連している。</i>
指標 (Indicateur)	直接観察できないプロセスに関する情報を提供してくれる情報ツールである。特に、状態を知りたい又は推移を追跡したいと考えている複雑なシステムに関する情報を入手するためにこれを用いる。指標は、決して現象全体を把握することができるものではなく、その重要ないくつかの側面を反映しているのみである。
活動の制限 (Limitation des activités) (ICF)	活動の遂行において個人がもつ困難である。
参加 (Participation) (ICF)	実際の生活・人生場面への関わりである。(生活機能 (fonctionnement) を社会的観点からみたもの)
実行状況 (Performance) (ICF)	個人が日常環境で行っていることで、特に、技術的支援を伴う場合を含む。能力と実行状況とのギャップは、日常生活の環境と標準化された環境との間の効果の差を反映している。

V-略号及び短縮記号

AAH	Allocation aux adultes handicapés (成人障害者手当)
ACFP	Allocation compensatrice pour frais professionnels (専門家費用助成補償手当)
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne (第三者補償手当)
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (障害児教育手当)
AES	Allocation d'éducation spéciale (特別支援教育手当)
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes (成人職業訓練協会)
AI	Association intermédiaire (雇用仲介アソシアション)
AJPP	Allocation journalière de présence parentale (児童に対する親の付き添い日当)
ANPE	Agence nationale pour l'emploi (全国職業安定所)
AVSco	Auxiliaire de vie scolaire collectif (集団学校生活補助者)
AVSi	Auxiliaire de vie scolaire individuel (個別学校生活補助者)
BAPU	Bureau d'aide psychologique universitaire (精神的支援大学事務所)
BEP	Brevet d'enseignement professionnel (職業教育修了証)
BIT	Bureau International du travail (国際労働事務局)
CAE	Contrat d'accompagnement dans l'emploi (雇用支援契約)
CAMSP	Centre d'accueil médico-social précoce (早期社会医療活動センター)
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle (職業適性証明)
CASF	Code de l'action sociale et des familles (社会福祉・家族法典)
CDA	Commission des droits et de l'autonomie ([障害者]権利自立委員会) [訳注：日本語訳では障害者の部分が入った CDAPH で表記した]
CDD	Contrat à durée déterminée (期限付き雇用契約)
CDI	Contrat à durée indéterminée (終身雇用契約)
CEC	Contrat emploi consolidé (雇用補強契約)
CES	Contrat emploi solidarité (雇用連帯契約)
CI	Carte d'invalidité (障害者カード)
CIE	Contrat initiative emploi (雇用主導契約)
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (国際生活機能分類) [訳注：英語では ICF、本文では英語読みで表記した]
CIH	Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages (国際障害分類：機能障害、能力低下、社会的不利) [訳注：英語では ICIDH、本文では英語読みで表記した]
CIM10	Classification internationale des maladies – 10 ^{ème} révision (国際疾病分類第 10 版) [訳注：英語では ICD10、本文では英語読みで表記した]
CIVIS	Contrat d'insertion dans la vie sociale (社会生活参入契約)
CLIS	Classe d'intégration scolaire (統合教育クラス)
CMP	Centre médico-psychologique (精神医療センター)
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique (精神教育医療センター)
CPO	Centre de pré-orientation (職業前教育センター)
CRP	Centre de rééducation professionnelle (職業再教育センター)
ESAT	Etablissement ou service d'aide par le travail (労働支援機関サービス)
ETTI	Entreprise de travail temporaire d'insertion (臨時労働参入斡旋会社)
FAM	Foyer d'accueil médicalisé (医療ホーム)

HAD	Hospitalisation à domicile (在宅入院)
IME	Institut médico-éducatif (医療教育施設)
IMPro	Institut médico-professionnel (職業医療研究所)
IPP	Incapacité partielle permanente (部分的恒久能力低下)
ISO	Organisation internationale de normalisation (国際標準化機構)
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (教育治療研究所)
LPC	Langage parlé complété (聴覚障害者のための話し言葉)
LSF	Langue des signes française (フランス手話)
MAS	Maison d'accueil spécialisée (特殊ホーム)
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées (県障害者センター)
MTP	Majoration pour tierce personne (第三者加算)
ORP	Orientation professionnelle (職業指導)
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant (乳幼児迎え入れ手当)
PMI	Protection maternelle et infantile (母子保護)
RASED	Réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté (障害学童特殊支援ネットワーク)
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (障害労働者としての資格認定)
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (成人障害者社会医療付帯サービス)
SAPAD	Service d'assistance pédagogique à domicile (家庭教育支援サービス)
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale (社会生活付帯サービス)
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (特殊教育及び治療教育サービス)
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (在宅介護支援多目的サービス)
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile (在宅看護サービス)
UEROS	Unité d'évaluation, de ré-entraînement et d'orientation socioprofessionnelle (職業別評価・再訓練・指導チーム)
UPI	Unité pédagogique d'intégration (統合教育ユニット)

資料 4

医学的鑑定業務のための手引き (2008 年版)
(独)

はじめに

社会賠償法、重度障害者法（社会法典第9編第2部）にもとづく医学鑑定のための手引は、援護法のすべての鑑定に際して注意すべき基準を提示する。「手引【Anhaltspunkte】」という名称のつく最も古い鑑定指針は、1916年に「ヴィルヘルム皇帝アカデミー学術評議会の協議をもとに」作成、1920年に増補され、それ以来そのとき労働・社会分野を管轄する省により刊行されてきた。手引は最初は「援護制度」のみ、すなわちとくに戦傷被害者の鑑定に用いとされた。1974年以降は、重度障害者法にもとづく鑑定にも適用されている。1983年以降、手引は「社会賠償法における、重度障害者法にもとづく医学鑑定のための手引」というタイトルとなり、両方の法律分野で有効となっている。

医学、法的基盤の変化、手引を利用する際の経験における新しい知見と進歩により、定期的に改訂、補足、修正、削除が行われている。

この手引には2007年12月31日までのすべての変更が入っており、引き続き準法律的基準のように、また予想される専門家鑑定として、新版が出るまでの体系的改訂の結果とみなされる。

手引の設定目標は不変である。健康障害の非常に様々な影響を相互関係の事実在即して配慮を行ったうえで、事実在即し、異論の余地がなく、事実関係が同じ場合には統一的な評価を行うためのガイドライン及び基盤として、援護医による鑑定に貢献することである。これまで同様、手引は教科書でもハンドブックでもなく、それらの代わりになることもできない。すべての事実関係を説明することもできない。手引が提示するのは通常の事例であって、個々の事例で入念な根拠付けの伴う場合、逸脱も許容される。

2008年版の手引は、利用者にこれまで同様、書籍形態でも連邦労働社会省のホームページからのダウンロードでも入手可能である。次回改訂版刊行までの変更点は、省合同官報、上記のURL、回状で各州に公開されている。

ドイツ連邦労働社会省

社会賠償法及び重度障害者法（社会法典第9編第2部）にもとづ
く医学的鑑定業務のための手引

2008年

目次

Aの部 共通原則

鑑定の実施

1 社会賠償法及び重度障害者法における鑑定のための一般指針（援護医学上の鑑定）	209
2 鑑定人に求められる専門知識	209
3 責任者である医師の任務	209
4 鑑定の調査とその他の準備	210
5 書類状況からの鑑定判断	211
6 鑑定診断	211
7 病歴	211
8 所見	212
9 特別な診断法	215
10 健康障害の判定と描写	215
11 再鑑定のための提案	217
12 健康状態に関する情報提供	218
13 法定の申請及び届け出義務の注意	218
14 鑑定の吟味	218
15 損傷結果の承認又は援護行政による障害確認に関する決定	218

基本概念

16 損傷の結果	219
17 障害	219
18 就労制限等級、障害等級	219
19 総合障害等級・就労制限等級	221
20 就労不能、就労制限	222
21 要支援状態	223
22 小児青少年における要支援状態評価の特殊性	224
23 盲目と高度の視覚障害	227
24 状態の重要な変化	228
25 行政決定の撤回	228

障害等級・就労制限等級表

26.1 障害等級・就労制限等級表に関する一般的注意事項	229
26.2 頭部と顔	230
26.3 神経系と精神	231
脳障害	231
ナルコレプシー	233
脳腫瘍	233
小児・青少年期における知的能力の阻害	234
小児期における発達障害	234

義務教育開始・青少年期における知的能力の制限	234
特別に小児期に始まる精神障害	235
統合失調症と感情面の精神病	235
神経症、人格障害、心的外傷の結果	236
アルコール疾患、アルコール依存症	236
薬物依存症	236
脊髄損傷	236
多発性硬化症	237
多発神経障害	237
二分脊椎	237
26.4 視覚器官	237
26.5 耳と平衡器官	241
26.6 鼻	245
26.7 口腔、咽頭腔、上気道	245
26.8 胸郭、気道深部、肺	248
結核	249
サルコイド症	249
26.9 心臓と循環系	250
心臓疾患	250
心拍障害	251
26.10 消化器官	253
食道疾患	253
胃腸疾患	253
肝臓、胆管、すい臓の疾患	255
26.11 ヘルニア	258
26.12 泌尿器官	259
腎臓障害	259
尿路の損傷	260
26.13 男性生殖器	261
26.14 女性生殖器	263
26.15 代謝、内分泌	265
26.16 血液、血液生成器官、免疫系	267
26.17 皮膚	270
26.18 支持器官と運動器官、リウマチ疾患	273
全般	273
四肢の損傷全般	276
上肢の損傷	277
下肢の損傷	279

B の部 社会法典第9編第2部（重度障害者法）にもとづく鑑定

法的基盤 特別な概念 不利益調整のための前提条件	
27 社会法典第9編第2部にもとづく鑑定の法的基盤	284
28 恒常的な身体運動障害	287
29 典型的な職業病	287
30 道路交通におけるいちじるしい運動能力障害（注意記号「G」）	287
31 通常でない歩行障害	288
32 常に同行者を連れて行く必要性	289
33 放送受信料免除のための健康上の条件	289
34 2等車両の乗車証明で1等車両を利用するための健康上の条件	289

C の部 社会補償法の評価（目次のみ掲載）

法的根拠 特殊用語	
35 援護請求権の法的根拠及び条件	
36 原因概念	
37 因果関係の判定のための事実	
38 因果関係の蓋然性	
39 任意援護（Kannversorgung）	
40 間接的な健康被害効果	
41 故意に惹起された健康被害	
42 発生の意味での認定及び悪化の意味での認定	
43 悪化の種類	
44 専門的に見て妥当な治療の欠如	
45 診断学的処置、予防措置及び医療措置の効果	
46 健康被害と死亡の因果関係	
47 前駆障害、後続障害（Nachschaden）、続発障害	
48 職業上の特殊な影響の考慮	
49 重度障害者加算手当	
50 介護加算手当、介護加算手当等級	
51 一時払い支給金	
52 福祉医の相談任務	

各病状における因果関係判定

感染症

53 総論	
54 感染症各論	
55 結核症	

予防接種被害

- 56 総論
- 57 予防接種各論

神経系及び精神

- 58 脳震盪
- 59 頸椎の加速損傷
- 60 脳損傷
- 61 脳疾患
- 62 外傷性脊髄損傷
- 63 脊髄疾患
- 64 多発性硬化症
- 65 筋障害
- 66 脳脊髄膜の疾患
- 67 末梢神経の障害
- 68 神経痛、灼熱痛、断端痛
- 69 統合失調症及び気分障害
- 70 神経症
- 71 精神的外傷の効果
- 72 異常人格
- 73 薬物依存及びアルコール依存
- 74 自殺、自殺未遂

眼

- 75 眼瞼疾患及び結膜疾患
- 76 角膜疾患
- 77 緑内障 (Gruener Star、Glaukom)
- 78 弱視
- 79 眼の屈折誤差
- 80 網膜及び脈絡膜の外傷性障害
- 81 網膜及び脈絡膜の疾患
- 82 視神経疾患
- 83 光覚及び色覚の疾患

耳鼻咽喉

- 84 外耳疾患
- 85 中耳疾患
- 86 内耳疾患
- 87 鼻及び副鼻腔の疾患
- 88 扁桃炎
- 89 咽頭の疾患

気道深部及び肺

- 90 気管支、肺及び肋膜の非結核性疾患

循環器系

- 91 総論
- 92 動脈硬化症
- 93 炎症性動脈疾患
- 94 動脈瘤、動静脈瘻
- 95 その他の血管症候群
- 96 静脈疾患
- 97 血圧障害（高血圧症、低血圧症）
- 98 慢性肺性心
- 99 心臓弁膜症
- 100 心筋症
- 101 冠状血管性心臓疾患、心筋梗塞
- 102 心膜疾患

消化器

- 103 歯及び歯牙支持組織
- 104 外力作用による歯の喪失又は損傷
- 105 食道疾患
- 106 胃及び十二指腸の疾患
- 107 小腸及び大腸の疾患
- 108 肝臓、胆管及び膵臓の疾患
- 109 内臓ヘルニア
- 110 腎臓の機能障害及び解剖学的異常
- 111 腎臓疾患
- 112 尿結石症
- 113 尿管の疾患

生殖器

- 114 男性生殖器の疾患
- 115 女性生殖器の疾患

物質代謝

- 116 脂肪過多症
- 117 通風
- 118 ヘモクロマトーシス

内分泌腺

- 119 総論
- 120 糖尿病
- 121 甲状腺の内分泌障害

血液及び造血器官

- 122 血液疾患

皮膚

- 123 皮膚病

姿勢運動器官

- 124 総論
- 125 骨髄炎
- 126 四肢関節の変形変化
- 127 関節内遊離体
- 128 脊柱の疾患
- 129 肢喪失
- 130 脱臼
- 131 ブデック萎縮症候群
- 132 無菌性骨壊死
- 133 肩
- 134 手関節、手根
- 135 中手
- 136 股関節
- 137 膝関節
- 138 足

その他の疾患

- 139 捕虜生活収容所生活拘禁障害
- 140 リューマチ性病態圏内の疾患
- 141 サルコイドーシス
- 142 腫瘍
- 143 物理的及び化学的病毒による疾患

A の部 共通原則

鑑定の実施

1. 社会賠償法及び重度障害者法における鑑定のための一般指針（援護医学上の鑑定）

援護医学上の（versorgungsärztliche）による鑑定では、個々の事例がすべての所与の条件を考慮し、余すところなく鑑定されなければならない。医療上のデータ及びその結果は鑑定に重要な法規定、法規命令、行政規定、条例、回状及び要綱に配慮し、明確で、説得力があり、医療のしろうともわかりやすい表現の鑑定でなければならない。純粋に医学面の判断では専門家は自由であり、他の指示に従う必要はない。一般的な医学教育上の意見と異なる意見の場合は、それと銘記して詳しく理由をあげるものとする。専門家は学術上の知見と医師としての経験から、客観的な鑑定を導き出すことが望ましい。

2. 鑑定人に求められる専門知識

鑑定業務のためには特別な教育と経験が必要であるが、どの医師にも基本的にその前提条件が備わっているわけではない。援護医学上の鑑定人には、健康阻害の原因、障害の及ぼす影響、及び鑑定に重要となる法的概念及び援護医療的概念に関する特別な知見が求められる。

鑑定人には、法、命令、行政規定などのほかに、また様々な重要な解釈や判断のほかに十分な専門文献が提供されなければならない。

専門文献をもとに常に研究するほかに、鑑定人には補足的に「援護医学」の修得、援護制度（Versorgungswesen）の継続研修、並びに特にその専門の学会・会議への派遣も重要である。社会裁判所での援護医や医学鑑定人、援護部門の長や判事たちの間での議論は、社会裁判権の共通理解を得るうえで大いに貢献する。

特に社会賠償法における鑑定で、援護医が様々な職業において必要とされる能力を知っていることは重要である。加えて、特に職業上の問題に取り組む部署（労働行政、援護の主官庁、国の事業所医、企業の嘱託医など）での経験が役に立つ。そのほか、鑑定人が企業視察などで自己の知見を広めるのも推奨したい。

3. 責任者である医師の任務

一つの援護官庁又は医療事業所の責任者である医師は、その管轄下にある医師及び医療補助者の業務を監督し、援護官庁又は州援護局に対し、役所の医療業務又はその事業所に関し責任を負う。

医師責任者は業務の分配、その円滑な進行並びに医師の適切な投入をその責任範囲で行う。援護事業所外部の鑑定が必要と思われた場合は、一般に医師責任者が委託の決定を行う。医師責任者は特別な労働の分野の専門知識に通じていなければならない。

医師責任者による鑑定内容の吟味の方法については、14号を参照。

鑑定にもとづく個別面談のほかに、医師責任者は定期的会合による援護医の継続教育に配慮しなければならない。医師責任者は援護医の援護法に関わる問題（社会裁判権の基本的判断）及び現在の医学・学術上の諸問題に関し、援護医を指導する。

医師による鑑定諮問会議（援護医療部門）での根拠を挙げた（これを変更、補足、言及する）決議は公表される（連邦官報、連邦労働社会省（BMAS）ホームページ、回状）。

援護官庁の医師責任者間、また援護医療検査機関・整形外科福祉事業所の援護医との間では、密接な連絡を持つべきである。医師責任者たちは、その分野の開業医、国防軍所属の医官、社会保険機構、保健関連官庁、労働・社会関連官庁、医療機関、保険医連盟、障害者団体と連携し、請求権者のケアが医療・職業上の社会的支援を手厚くする努力がなされなければならない。

州援護官庁の医師責任者は、その管轄分野で統一的観点に基づく鑑定とその検討が行われるよう配慮する。また各援護官庁の医療従事部署及び医療業務において、鑑定人が医療機器・医療文献が整った状態で高度な業務ができるよう配慮する。

援護医の研修は、特に州援護官庁の医師責任者の重要な義務である。専門の継続研修の要望は支援・促進されなければならない。

4. 鑑定の調査とその他の準備

(1) すべての医師鑑定には、必要な調査が実施済みであることが前提である。これは初回申請だけでなく、その後必要なすべての鑑定について当てはまる。

(2) 行政側の調査は医療部署への書類提出前に完了しているものとする。

これには援護行政側に既存の関係書類、特に下記の援用のすべてを整えることも含まれる。

- ・ 申請者を外来治療又はそのような治療の範囲で診察した医師の報告、
- ・ 社会保険の保険者（保険会社の場合もある）、労働行政、又は裁判所が作成した鑑定書、
- ・ 病院、療養所又は特殊リハビリ施設（障害者の作業所、聴覚障害者の学校、特殊学校など）、
- ・ 保健官庁、「障害児支援機構」（コンテルガン障害）財団又はその他の医療部門（健康保険の医療部署、人事部門又は産業医部署）で作られた関係書類、
- ・ 並びに健康保険明細書。

社会賠償法における鑑定では、ほかに特別な、中には文書庫に保管される（国防軍、連邦軍又は民間代替役務の）書類も提出されるものとする。

したがって、その後の処理の基盤となる申請は、入念に記載されていなければならない。

(3) 特に重度障害者の手続きに必要な所見報告請求では、質問されるべき医師には、診断の記載だけでなく、現在ある機能障害と病的所見を詳細に述べ、必要があれば医師の元にある別の医師の現在所見報告を補足する必要があることが、示唆されなければならない。ただしこの現在所見報告書が医師書面援用承認書に含まれている場合に限る。

判断に重要で閲覧のみ認められている書面類は、複写をとり書類つづりに入れることが望ましい。

(4) 医療事業所への書状は、標準的文書内容と、法的状況及び個別事例に適切な問題提起が十分示唆された内容であるものとする。

このように準備された書面が医療事業所に届いてのち、書面の検討、さらに必要と思われる補足調査などが開始される。

(5) 援用された医師の書類については、医師の職業秘密と個人情報保護法の規定に配慮することに注意することが重要である。一時借用した書類は可及的速やかに返却される。

(6) 特別緊急の場合（重病、障害者の解雇など）は、優先鑑定すべく努力する。

書面内容から特定分野の鑑定が必要と認められれば、迅速に専門鑑定の手配を行うものとする。

入念な鑑定には、鑑定人に十分な時間の余裕を与えることが前提である。時間に追われると鑑定の質が落ち、役に立たないものとなる。鑑定業務が量的観点を優先して判断されてはならない。

5. 書類状況からの鑑定判断

医師の書面を援用した意見陳述により必要な判定が出せる場合、重度障害者法にもとづく鑑定では特に、二重診察回避のために診察をせず済ませることができる。その前提は、書類が適用されるすべての障害の種類と規模を十分に描写できる説得力のあることである。相互に補足しあい、また確認する書類が多いほど、診察なしでの判定の可能性がより高くなる。

6. 鑑定診断

(1) 調査書類が判定に不十分であれば、主張されたどの健康障害、又はどの鑑定上の疑問が提出書類をもとにして判定できないかを決定し、範囲と必要に応じ専門分野を決定できる診断を実施しなければならない。

(2) 診察されるべき人間が診察の出頭の際し、それ以前の何時間か食事や飲み物を取らず、禁煙して準備するように指示を受けていれば、診察は負担が軽く、迅速に行われうる。通知書式への下記の注意が有効であるとの結果が出ている。「あなたの健康障害にかかわる既存書類のすべて(病歴カルテ、医師報告、X線写真、心電図所見など)をご持参ください。」

7. 病歴

(1) 病歴のアンケートは鑑定の問題提起に沿ったものでなければならない。アンケートで病気の様々な段階の詳細、手術、事故、主張される障害の経過、事例の状況により学歴・職歴と労働状況も含まなければならない。記載された健康障害の期間、特に入院治療が行われたかどうか、どの治療方法が用いられたか、そして必要があれば就労不能期間の長さを常に尋ねなければならない。

(2) 病歴アンケートは、検査されるべき現在の不調状態の説明で締めくくる。どんな状態かできるだけ正確に、時には使われた言葉のまま再現する。どのような不調が質問によって初めてあがってきたか、認識が可能となる。

(3) 社会賠償法における鑑定では、因果関係の観点から病歴を特に詳細に質問する。

元兵士の鑑定では、兵役について、徴兵検査の始まりと終わり、その結果、採用診察と兵役解除診察、免除理由、適格度の変化、兵科、特殊任務能力（飛行適格性又は熱帯適格性など）、任務と出動の種類と場所についてといった既往症のアンケートが重要な意味を持つ。障害者が捕虜だった場合、拘置者及びその期間、捕虜収容所の種類と場所、労働グループ分類、労働出動、その期間を質問する。特定の収容所の特殊性に注意する。

負傷、疾病、事故はその詳細（症状、治療の種類、入院治療期間とその種類、治癒の時期、任務の変更、出動再開の時点）を時系列で記述する。またいつ、どこで疾病又は事故が発生したか、たとえば部隊で、休暇中、捕虜期間、などを記載する。

(4) 質問は客観的で、あらゆる批判から自由でなければならない。誘導質問は避ける。回答が矛盾する場合は鑑定の最後で明確にすべく努力する。

8. 所見

(1) 所見は必要があれば既存書類を引用し、被診断者の身体的・心理的状态の全体を伝える。

(2) 所見アンケートは一般所見（年齢、身長、体重、一般的状态、脈拍、血圧、尿検査）と諸器官の詳細な所見を含む。

(3) 小児・児童では身体的及び/又は精神的発達の程度により適切な検査方法をとる。これには、発達神経学及び発達心理学、並びに内分泌学検査が含まれる。必要に応じレントゲン所見も援用する。

(4) 内臓疾患の詳細な検査では、血小板沈降反応、血液の完全検査、特別な内臓にかかわる検査と機能検査が欠かせない。検査値では検査ラボの方法と参照分野も記載する。

そのほか、とくに社会賠償法における鑑定では、器具による検査が必要となりうる。

・肺の疾病で考慮すべきものは、肺機能検査が安静時、課負荷、血清における薬の濃度及びホルモン数値（呼吸運動・肺活量描写、気道抵抗の測定、血液ガス分析、誘発テスト、可逆性テスト）並びに追加の心肺検査（安静時及び過負荷状態での小循環系における圧力測定など）である。呼吸運動・肺活量描写では、欧州石炭鉄鋼共同体（EGKS）の下の目標値をもととし、通常は目標値からの 20% 以上のずれがあつて初めて臨床的に重要となる。

・心臓及び循環系障害では考慮すべきものは、心電図、長時間心電図、エコーカルディオグラフィ、作業測定、血圧長時間測定、心筋シンチグラフィである。適応する兆候には左及び/又は右心臓カテーテル検査も考慮する。

・四肢のうっ血障害では、皮膚の温度、色が青っぽい、赤、血色がない、という情報が欠落してはならない。脈拍と最高及び最低血圧は常に比較する。痛みなく歩行できる区間を質問する。客観的測定方法は臨床検査を補足するとされる（ラチョフ体位検査、ドップラー圧力測定、負荷圧力測定、ランニング・マシンでの検査、静脈ダイナモ理論）。相応する兆候では血管のレントゲン比較検査又は同価値の映像を見る検査を行う。

・腹部の内臓疾患では、超音波検査法、内視鏡検査法、また組織検査も必要なことが多い。特に肝臓疾患で、それ以外の方法では解明できない事例の場合、組織検査をすべきである。個別事例で追加検査（特殊撮影法又は機能検査など）と、相応の兆候がある場合は X 線検査も必要である。

・泌尿器疾患では特別な腎機能検査（クレアチニン検査、クリアランス検査、その他の質的・量的尿検査）のほかに超音波検査法、必要に応じて尿道膀胱検査法、尿量動態検査、該当する兆候がある場合は放射線医学の手法及び X 線検査が適切である。腎臓の組織検査は特別な場合にのみ留保されるべきである。

(5) 婦人科系疾患、特に社会賠償法における鑑定では、超音波検査法を用いた専門医の検査が、個別事例では腹腔鏡検査も求められる。

(6) 皮膚科及びアレルギー疾患の種類・規模の検査のためには一般に、特に社会賠償法における鑑定では、皮膚科の検査が必要である。これに当たり外見、位置及び皮膚の変化の広がり詳しい描写が必要である。必要があれば皮膚の所見を、写真撮影、図形のスタンプ、又はスケッチで記録する。組織学、アレルギー学、免疫学、ウイルス学、菌類学、細菌学、皮膚の検査を追加で求めることができる。

(7) 特に社会賠償法における鑑定では、負傷結果の鑑定の場合は傷跡のすべてを詳細に説明し、何によってそれが生じたか、常に付け加えなければならない。そうした所見は必要があればスケッチや写真記録で補足する。軟部組織だけでなく骨、神経、血管又は内蔵も傷ついていないか、常に確認する。銃創管の動きは、検査を受ける者が体勢を述べるか、負傷の瞬間にどの姿勢を取ろうとしていたかを説明して、初めてわかるものもある。

(8) ゆがみがある場合は、写真撮影が望ましい。

(9) 歯の損傷では、損傷が確認できた部分の正確な情報を含めた、歯の正確な状態を図に記入する。

R(右)	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	L(左)
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	

傷跡の形成、又は口の軟部組織又はあごのその他の変化、特に外傷による歯の損失と思われる場合に注意する。

(10) 四肢の喪失又は四肢の一部喪失の場合は、感覚鈍磨 (**Stumpfverhältnisse**) の正確な描写が必要である。測定基準点を含めた体の側、鈍痛の長さの記述を忘れてはならない。所見により、装具を付けた場合とそうでない場合の機能はどうか、又はなぜ装具をなぜ付けられないかという情報が与えられる。

(11) 指の障害では、検査された者がなにを握るか、保持できるか、その際に繊細感覚障害が重要でありうることを記載する。使用による傷み (**Gebrauchsspuren**) に注意する。指の場合、第一関節、第二関節、第三関節又は手首ではなく、基節骨、中節骨、末節骨、又は基節関節、中節関節、末節関節について述べる。測定にはニュートラル・ゼロ法が推奨される。

(12) 脚部の障害の場合、靴の有無や整形外科的装具を付けた場合と付けない場合の歩行に注意し、足裏の魚の目 (**Beschwielung**) の種類を診察する。「正常な」歩行イメージのほかに、様々な起立・歩行形態をチェックする (足裏を丸めて立つ、かかと立ち、かがみ立ち、開脚立ち、片足立ち、両脚交互でのジャンプ、座位及び横臥位での脚の姿勢)。

(13) 関節の運動能力を記載する。その際、運動に限界があるだけの場合は、こわばりとは記入しない。常に自分で動かしたか他人が動かしたか、痛みなくできる動きか痛みを伴う動きか、負荷をかけた場合も検査する。

四肢の測定は、常に両側とも行う。骨の固い位置の上で測定し、鑑定に正確に記さなければならない。測定にはニュートラル・ゼロ法が望ましい。記録には可能であれば、企業同業者傷害保険組合グループ発行の測定カードを用いる。

(14) 脊柱の形態と動きやすさ、補装具がある場合はその種類と使用は、詳細に記述されなければならない。さらに測定方法の応用も、測定位置の正確な情報、たとえば指と床との間隔、あごと胸骨の間隔、Schober による巻き尺区間法（立位で印をつけた第一仙椎から 10 センチ上までの測定区間の、最大屈曲時における変化）とオットによる巻き尺区間法（立位で印をつけた第七頸椎から 30 センチ下までの測定区間の、最大屈曲時における変化）並びに分節ごとの検査が望ましい。

(15) 視覚障害の判定は第一に矯正視力（メガネなどをかけての検査）で行うのが標準的である。視力は基本的に DIN58220 にもとづき検査を行い、例外的に（病床にある者、小児など）これと類似の方法で行う。そのほかの部分的視覚機能の検査は、ドイツ眼科医協会（DOG）のガイドラインに沿った鑑定判断が認められた機器や様々な手法を用いてのみ行う。視野の特定については、ゴルトマン III/4 商標に沿った徒手運動的視野測定の結果のみが使用を許される。

盲目と確定されるには、鑑定諸原則に沿って行われた特殊眼科医検査にもとづく所見があることが前提である。

(16) 聴覚障害では、特別な聴覚検査、特に音響聴力図における可聴域値と言語聴力図にもとづく聴覚能力テストが必要である。聴覚喪失のパーセンテージはまず言語聴力図により確認され、例外的に音響聴力図を用いる（周波数表 4 Röser による 1973 年。高音響喪失の場合は騒音難聴型、周波数表 3 Röser による 1980 年。（26.5 号も参照））。脈絡のある質問判定では、域値上の測定、インピーダンス聴力測定検査、必要があれば誘発電位誘導及び/又は耳音響放射などの補足的検査が必要である。耳鳴りがある場合は、聴力測定分析が必要である。主に自律神経失調の付随現象がある場合、精神科の追加検査が望ましい。

(17) 平衡異常の場合、前庭機能検査が必要である。障害等級/就労制限評価には、詳細な痛みの記述のほかに、負荷を次第に増やしていく歩行・立位試験（Romberg、Unterberger、目を閉じて行う Tandem-Romberg、目を閉じて行う綱渡り歩行）が重要である。

(18) 嗅覚・味覚障害では、該当する機能検査を行う。

(19) 音声・発声・言語障害はしばしば特別な音声医学、時には神経言語学の検査を必要とする。

(20) 精神的障害はしばしば—特に社会賠償法における初回鑑定ではいずれにしても—特別な精神的鑑定、幼年期の該当する小児神経学及び/又は小児精神科検査が必要である。神経学的・精神医学的検査はしばしば一般的病歴にとどまらず、長期間に及ぶ履歴書のような既往歴調達まで含めなければならない。それらのほかにも人格診断を含む、鑑定に重要な成功心理学的（leistungpsychologisch）な検査が望ましい。脳の損傷の心理学的結果の鑑定では、基本的に同じことがあてはまる。

外傷又は脳の損傷の後には、入院観察が必要なケースがある。これは特に、症候からその病気の原因や、鑑別診断の点で明確な分類が不可能である発作が主張されている場合に当てはまる。

追加の検査として脳波検査が、ドップラー超音波検査法、核スピン断層撮影（同義語：核磁気共鳴画像）、シンチグラフィ、及び誘発電位誘導が考慮にあげられる。該当する兆候では、CT 及び脳動脈撮影検査も必要となる。場合によってはさらに耳鼻咽喉科又は眼科の医師による検査などを実施する。

前頭葉、側頭葉又は頭頂葉の障害は、特にその結果の捕捉が難しい。それには特に詳細な検査が必要である。

病歴と所見から脳の障害が確実であれば、鑑定人はこれを社会賠償法にもとづく判定においてははっきりと記録しておかなければならない。

(21) 周辺神経障害の種類と規模、また筋肉の病気の把握には一般に、社会賠償法の初回鑑定の場合には特に、神経学的検査が必要であり、特に電気物理学の手法がしばしば援用され、時には画像による診断も行われる。

(22) レントゲンの処方には注意が必要である。放射線による不要な負担を避けるため、レントゲン処方は批判的に応用されねばならない。つまり、別の個所のレントゲン所見をまず援用し、併せて活用すべきである。すべてのレントゲン検査実施には、医師の指示が必要である。すなわちこの種の検査は、そのほかの負荷の高くない検査手法（超音波検査など）が十分解明しえない場合にのみ、考慮される。

9. 特別な診断法

(1) 事例のいくつかでは、健康障害の確定に特別な診断法が必要となる。これらの事例の一部は、特に検査に痛みが伴わず、合併症の危険が非常に低い場合、検査を受ける者にさほどの負担をかけずにすむ（社会法典第 I 編第 65 条第 2 項）。

時にはこれらの方法には事前の説明の後に明確な了承が必要となる。このような方法はしかし多くの場合、社会賠償法の範囲内でのみ考慮されることが多い。

(2) 事前の説明の後に明確な了承が必要となるのは、特に腰椎穿刺、大槽穿刺、内視鏡、腹腔鏡、組織検査、造影剤や放射性物質の注射、作業量測定、心臓カテーテル、特別な誘発テストである。

(3) 病状を把握するためにはこれらの方法を用いなければならず、そのような方法が拒否されるときは、これを記録に残さなければならない。そしてそれにもかかわらず、書類の状況とわかった所見から判定を行わなければならない。

10. 健康障害の判定と描写

(1) 存在する健康障害が明確になった後、鑑定人が申請の重要性について決定を行うための問題の判定を行う。

(2) 主張されている健康障害から出発し、病歴と所見に関するすべての書類が批判的に検討される。その際鑑定人は中立的評価を行うよう努めなければならない。鑑定人の義務は、好意的な評価も狭量な厳格さも許さないことである。

よく使われる表現「疑わしきは患者の利益に」は、刑法の（疑わしきは罰せず）から取り入れられ、変化した。社会賠償法においても、重度障害者法においても、この文言は認められていない。

(3) 判定は通常、損傷の結果又は障害の説明から始まる。これは完全かつ信頼のおける判断の根拠をなさなければならない。この名称は、その影響を認定させる。なかでも機能的又は解剖学的な変化を表わすものとする。臨床診断はしばしば名称として適切なものとはならない。

「...後の状態」「...の結果」という一般的な言い方は用いない。同じく「わずかな」「ふつうの」「重要でない」などの評価する形容詞も通常避けるべきである。健康障害の規模は障害等級・就労制限評価の程度から導かれる。

(4) 損傷の結果又は障害が複数の場合は、それらを機能システム（第 18 号第 4 項を参照）に沿って重度順に記載する。

(5) その名称は判定許可後に不要に変更してはならない。

(6) 四肢損傷という名称の場合、特に関節のこわばり又は動きが限定されているか、ある場合はどの関節かが明記されなければならない。常にどちらの側かも記載しなければならない。

(7) 内科疾患の場合も可能性にもとづき、肺機能が制限される気管支ぜんそく（肺の病気ではない）、心臓弁膜欠陥があるときの心臓機能の弱さ（心臓の病気ではない）などの機能障害の種類もわかるように記載する。「自律神経失調」、「神経循環制御障害」などのような多義の複数症状の孤立した名称は避ける。単独でなくほかの障害（精神障害又は緊張低下など）と結びついてのみ、又は脳損傷の表れとして重要でありうるからである。

(8) 一つの病気が機能の制限なしに回復した場合、その限りにおいて障害は存在しない。したがって「結果を残さず治癒した骨折」を記載することなどは誤りである。

(9) 健康障害の名称は、医学の素人にもわかりやすいよう、できるだけドイツ語で行われるものとする。しかし、特に健康障害の申請書に専門用語が用いられている場合は、医学の専門用語をカッコに入れて添えることが必要となる場合がある。

(10) 鑑定人が用いた名称が通常は通知に使われ、また申請者並びに家族も別の場所でそのことを知ることがあるため、精神的負担になったり恥をかかせるような表現は避ける。たとえば「ゆがむ」、「アルコール性脂肪肝」、「喫煙による気管支炎」は用いない。同じ意味で「ばか」のかわりに「知的障害」、「精神分裂」の代わりに「精神障害」と記入する。同様に悪性腫瘍の場合は、特に書類の内容から申請者が自身の健康障害の種類と重さを通知されていないと推定できる場合は、言い換えが用いられる。そのような言い換えでは、その健康障害の名称を詳しく説明し、障害等級・就労制限評価度などのさらなる判定の参考になるようにすることが目的にかなうと思われる。

(11) 鑑定人は健康状況に関する書類の閲覧が申請者に不利に働きうるかどうかにも検討しなければならない。その可能性がある場合、書類閲覧許可に当たり医師を一名参加させることを提案することができる（社会法典第 10 編第 25 条第 2 項）。

(12) 確認された障害の障害等級/就労制限評価においては、あらゆる機能体系に対する障害等級/就労制限評価を個別に記載する。そして最後に、すべての確認された健康障害が生じた総合障害等級/就労制限等級を判定する（第 18 号第 4 項及び第 19 号を参照）。

(13) 鑑定で別の所見が用いられる場合は、どの書類（ページ数を記載）を判定が論拠としているのか注をつける。それによりチェック担当の医師と管轄責任者の書類確認の負担を軽減でき、さらにはのちの再鑑定（第 11 号参照）でどれが標準的な前回所見かを明確にできる。

(14) 主張はされないが、書類の内容又は検査から生じ、損傷の結果や障害となる健康障害も、申請者の利益のために考慮される。ただし、障害の種類から申請者の意思にもかかわらず推論しうる（性病など）障害は除く。

(15) 判定の根拠に漏れや矛盾があり、主張されるすべての健康障害の判定が不可能であれば、その不備を明確に指摘する。

(16) 鑑定人が、以前に別の部署から行われている鑑定に同意しない場合、鑑定人の意見の相違の根拠を述べる。

(17) 再鑑定で確定した損傷結果又は障害の事情において、重要な変化が証明できる場合、どこにそれが生じているかを明確にする。

(18) 社会賠償法における判定では、関連質問に答えるために、影響を及ぼすすべての条件を提示し、科学的原因を病理論的要因全体の考察の中で触れなければならない。その際、「体質的」「年齢的」「運命的」といった言葉による主張は行うべきではない。

さらに、損傷にもとづく健康障害とそれによる影響で生じるマイナスをはっきり示し、損傷結果と区別する。

(19) 重度障害者法にもとづく判定では、以下の項目に注意する。

健康状態との相違を主張するがそれが障害を構成しない場合、判定の中でその詳細に立ち入りはするが、障害の描写との関連においてのみ行う。たとえば次のような文である。「主張される...は障害等級を追加しない」

11. 再鑑定のための提案

(1) 鑑定人はその鑑定を提出する際、再鑑定を提案するか否か、するとすればどの時点か、を考慮しなければならない。その際新しい所見をのちに援用できるよう、どの健康障害に再鑑定を関連付けるべきかを記載する。

(2) 鑑定人は今後何年かでどう変化するかを予測しなければならない。その際障害等級・就労制限評価等級の主な変化への影響だけではなく、その他の医学的所見にかかわる診断も考慮しなければならない（社会賠償法における最重度障害者手当、介護手当、特別衣服又は洗濯による摩耗、又は重度障害者法にもとづく不利益調整金のための特徴）。

いくつかの健康障害（悪性腫瘍など）では必要な治療観察期間に注意し（第 18 号第 7 項及び第 24 号第 3 項を参照）、はっきりと注を付ける。

(3) 変化がもはや期待できない場合、再鑑定は見合わせる。社会賠償法の鑑定では、連邦援護法第 62 条第 2 項に記載している 2 年の期限にかんがみて、型にはまった 2 年の間隔をおいた再鑑定の推奨をすべきではない。しばしばそれよりも長い期間を待機しなければならないが、また一方では、治療行為によりはるかに良好な状態になった場合、2 年が経過する前に、より低い就労制限等級の決定が認められていることにも注意しなければならない。

12. 健康状態に関する情報提供

(1) 検査時に、特別な方法又は行動が必要な場合、鑑定人は対象者及びその了解のもとで治療担当医師にも通知しなければならない。通知は書類に記録する。

(2) 検査を受ける者自身がその健康状態を知りたいと望む場合、口頭による通知が誤解されたりゆがめられうることに配慮しなければならない。そのため個別の所見について、治療担当医師にのみ通知を行うのが望ましい（被検査者の了解のもと）。鑑定人は、治療担当医師による被鑑定者の治療に介入してはならない。治療方法を批判するあらゆる意見表明は避けなければならない。

13. 法定の申請及び届け出義務の注意

鑑定人は伝染性疾患時の申請義務及び職業病罹患時の届け出義務の法的規定について教示し、適切な行為を行わなければならない。申請又は届け出は書類に記録する。

14. 鑑定の吟味

(1) 申請者は、標準的な規定をできる限り一様な、差異のない適用を求める権利を持つ。それは特に統一的基本原則にもとづき、個別事例の特別な状況を尊重して、医師による鑑定が行われることを前提とする。尊重とは、客観性の保持と過小評価・過大評価の回避によってのみ達成される。幹部医師、又は幹部医師により定められた、専門的前提条件を満たす援護医による医師鑑定の吟味は、この目標に役立つ。吟味は、関係者と社会裁判所などに対する鑑定の価値を高める。鑑定人は吟味を望ましい共同吟味とみなすべきである。

(2) 特に経験のある援護医、又は外部鑑定人としてすでに長年援護医担当業務を行っている医師の鑑定の場合、吟味を放棄しうる。吟味を行う医師が使える時間内に、必要な入念さで処理可能である以上の量の鑑定書が提出される事態は回避されなければならない。

(3) 鑑定の吟味では、吟味担当医は申請者によって主張されるすべての健康障害が鑑定に捕捉され、すべての鑑定上の疑問に言及されているか、またその際有効な規定が配慮されているかどうかに注意しなければならない。鑑定に誤解しやすかったり、決定通知にその他の理由で適切でない表現があったりした場合、吟味医は必要な手段をとり、明快さを心がけなければならない。吟味医が別の意見を有する場合は、鑑定人との調整の努力をしなければならない。

15. 損傷結果の承認又は援護行政による障害確認に関する決定

損傷結果の承認又は障害確認に関する決定を行うのは医師ではない。鑑定人は医学・学術上の知見を根拠とし、社会賠償法の鑑定では因果関係の問題に関する判定を下す。また医学上の観点にもとづき、障害等級/就労制限評価等級概念の内容に沿って、障害等級/就労制限評価等級を決定し、重度障害者法による鑑定では、医学上の観点から重度障害者の不利益調整手当の前提を判定する。決定を行うのは行政である。

被検査者の検査結果がどう影響していくだろうかという質問には、鑑定人は医師の鑑定は行政の義務ではなく、その決定をするための一提案なのだ、という示唆によって答えられるのみである。さらに鑑定人は、その鑑定が通常、鑑定業務分野で特に経験を積んだ医師による吟味を受けることを看過してはならない。鑑定人の予想される又は下された決定に対する発言は、官庁、鑑定人、被検査者自身の困難にたやすく結びつきかねない。

基本概念

16. 損傷の結果

社会賠償法においては、相当する法にもとづき配慮されるべき損傷と因果関係にあるあらゆる健康障害が、損傷の結果と呼ばれる。

損傷結果の影響がどのように影響するか、就労制限等級により評価される。

損傷結果には就労制限等級の原因とならない、健康でない状態も含まれる（機能的に重要でない傷跡、歯の喪失など）。

17. 障害

ある人の身体機能、知的能力又は精神的健康が6か月以上のあいだ、高い確率でその年齢に典型的な状態とは異なる状態にあり、そのため社会生活への参加が阻害されている場合をいう。

社会生活への参加に障害がどの程度影響しているかは、障害等級により10きざみで区分される。障害等級が20以上である場合のみ、障害とみなされる。

18. 就労制限等級、障害等級

(1) 就労制限等級と障害等級は同じ基本原則で定められる。両概念の違いは、就労制限等級には（損傷結果だけが）理由として適用され、障害等級には（その原因にかかわらずすべての健康障害が）結果として適用されることだけである。両概念は生活のあらゆる分野における機能障害に影響しており、その内容は通常の職業生活における制限だけを意味しない。就労制限等級と障害等級は、健康が損なわれたための機能障害による、身体的、知的、精神的、そして社会的影響を図る尺度である。

障害等級・就労制限等級から能力の範囲を推し量ることはできない。障害等級・就労制限等級は基本的に以前従事していた、又は目指していた職業にかかわらず判定されなければならない。ただし、社会賠償法の鑑定で、ある障害が職業上特別に深刻な打撃を考慮しなければならない場合を除く（第48号を参照）。

年金事業者による就労能力制限の認定、又は就業不能又は労働不能の認定では、障害等級・就労制限等級への帰納的推理をしたり、逆に障害等級・就労制限等級から、別の法分野で述べられた給付の前提条件を推論したりすることは許されない。

(2) 障害等級・就労制限等級は常に、その年齢に典型的な状態とは異なっていることを前提とする。これは小児・児童と同じく高齢者にも当てはまる。

したがって年齢にもとづく物理的変化は、障害等級・就労制限等級評価では考慮されない。その年齢に通常の、すなわちその年齢として典型的な種類や範囲である身体的、精神的な能力の制限は、そうした変化とみなすべきである。

それには以下のものなどが含まれる。

- ・ 高齢化に伴う一般的な身体能力の低下（力、持久力、負荷能力の低下）
- ・ 物理的組織老化による心肺の能力範囲の一般的低下（欧州石炭鉄鋼共同体の年齢別目標値に準拠—第8号第4項を参照）

- ・四肢と脊柱の動きの軽度の低下（＝ナチュラル・ゼロ法にもとづく運動測定の通常値をわずかに下回る－第8号第10項から第14項を参照）
- ・性欲・情動の減退
- ・記憶、知的活動性、精神的負荷能力の高齢化にもとづく減退
- ・視力・聴力（老眼＝近接適応力の困難から喪失まで。老人性難聴＝高齢化にもとづく高音難聴）
年齢特有の減退

これに対し典型的でなく、高齢者以外にも見られる健康障害などは病的な変化である。たとえば、

- ・腫瘍
- ・内臓疾患にもとづく動脈硬化症の結果（脳卒中、心筋梗塞、冠状動脈性心疾患による心不全、動脈閉塞症）
- ・年齢相応と判断できない、関節症による強度の運動障害、
- ・退行性脊柱変化の場合の疼痛症候群（肩腕症候群、腰痛など）、
- ・年齢に典型的な範囲をはるかに超えた脳器官縮小（アルツハイマー型認知症、又は脳血管不全の場合など）は、障害等級・就労制限等級評価の際に配慮する。それが高齢ではじめて発症したか、「老人性疾患」（「老人性糖尿病」、「老人性白内障」など）と呼ばれる場合にも、等級評価の際に配慮する。

（3）障害等級は10きざみ、就労制限等級はパーセンテージで表記する。その際様々な健康障害を評価する数値は、連邦援護法第30条のための重度身体障害向け行政規定－障害者鑑定時にも配慮すべきである－第5号に記載されている、最小パーセンテージから導く。

障害等級・就労制限等級表に記載されている数値は、この最小パーセンテージに適合している。このパーセンテージは長い経験から割り出されたもので、年齢とは（訓練にも）かかわりのない中間値を示す。個別事例の特別な状況により、その事情を示す裏付けによって表の数値から調整することが可能である（特別な疼痛、又は精神的な付随現象－第8項を参照－又は申請時の治癒観察期間のほぼ完全な経過など）。

（4）障害等級・就労制限等級はその性質からいっておよその決定が可能なだけであり、障害等級評価の際に10きざみのみの評価、就労制限等級では通常、10の倍数の数値のみが記載される。その場合一般に、以下の機能システム、すなわち精神を含む脳、眼、耳、呼吸、心臓循環系、消化管、泌尿器官、生殖器官、皮膚、血液製造組織と免疫システムを含む血液、内分泌腺と代謝、腕、脚、体幹が包括的に評価されるものとする。障害等級・就労制限等級表ではまだわずかに5きざみの等級が留保されているが、すべてそれ単独ではまれで、正確に描写することの困難な型と特徴を持つ健康障害と非常に密接に結びついている。そのため、障害等級評価に対し、健康障害が障害等級・就労制限等級表に記載されている5きざみの評価よりほんの少しだけでも有利な事例では、その下の10きざみの評価をとるように配慮すべきである。健康障害が記載通りに当てはまるか、少し不利であった場合、その5きざみの評価の上の10きざみ評価をとるべきである。

（5）障害等級・就労制限等級は、一時的なだけではなく、6か月以上続く健康障害を前提としている。それにもとづき、健康障害が治癒した場合は、6か月以上続いたか、続いていると予測される損傷にもとづいて数値が確定する。

病気・障害が長く続くとき、健康状態に波がある場合は平均値が考慮される。これは、病気の開始から6か月以上にわたり、健康状態の改善と悪化が繰り返しみられる（たとえば胃がん、慢性気管支炎、皮膚病、発作疾患）場合、生活全体に絶えず病気が影響を及ぼしている点にかんがみて、その一

時的な悪化を一時的な健康障害とみなすべきではない、という意味である。それに応じて、そのような事例では障害の「平均的な」規模を出発点としなければならない。

(6) 申請者が障害発生後6カ月以内に死亡した場合、医師の経験にもとづき、障害発生から6カ月経過後に予想されるであろう障害等級・就労制限等級が、この健康障害に対し査定される。しかし障害発生と死亡が同時に起きた場合、障害等級・就労制限等級を査定することはできない。健康障害の発生と死亡が同じ瞬間に起きた場合、二つの出来事は同時に起きただけではない。これはむしろ、健康障害が非常にすばやく進展して死亡に至ったので、普通に観察した場合、障害の発生と死亡は統一的事象を示している、ということである。

(7) 将来になって初めて予想されうる健康障害は、障害等級・就労制限等級評価においては考慮されない。再発しがちな健康障害で治癒観察の待機期間が必要であることは、別の状況の説明である(これについては第24号第3項を参照)。治癒観察の待機中には、確定した損傷から生じるよりも高い障害等級・就労制限等級評価を行うことが正当である。

(8) 障害等級・就労制限等級評価では、精神的付随現象と痛みにも配慮しなければならない。

障害等級・就労制限等級表に記されている数値は、通常、精神的付随現象(顔面のゆがみ、女性の乳房の喪失の場合など)が考慮されている。

精神的付随現象が器質的変化に沿った通常、精神的付随現象の範囲を著しく超えている場合、より高位の障害等級・就労制限等級評価が適切である。しかし公正な評価のために、比較の尺度はその身体的損傷でまったく苦しんでいないか、ほとんど苦しんでいない障害者ではない。その評価の根拠となるのは、常に通常の影響にかんがみた一般的な医師の経験である。精神療法などの、こうした障害の特別な医療行為を必要とする性質の心的反応障害がたえず見られれば、通常でない精神的付随現象が想定される。

痛みへの配慮にも、類似のことが当てはまる。障害等級・就労制限等級評価表に記されている数値は、通常存在する痛みを考慮に入れており、経験的に特別な疼痛のある状態にも配慮している。病的変化の個所と大きさにより、通常、範囲を超える、特別な医療行為を必要とする疼痛が想定される事例では、より高い数値を査定することが可能である。これは特に、四肢の切断後の灼熱痛と強い鈍痛に当てはまる(鈍い神経痛、幻肢痛)。幻覚だけでは障害等級・就労制限等級評価を追加することはできない。

(9) 鑑定人が重度障害者法にもとづき、障害等級評価を要請される場合、鑑定人はほかの法律にもとづき行われた査定には拘束されない。逆のことも当てはまる。

19. 総合障害等級・就労制限等級

(1) 複数の機能障害がある場合、個々の障害等級・就労制限等級を(第18号第4項に配慮して)記載しなければならない。しかしすべての機能障害による総合障害等級・就労制限等級を確定する場合、個々の数値の合計は認められない。ほかの計算方法も総合障害等級・就労制限等級を確定するには不適切である。個々の機能障害による影響を、その相互関係を考慮した上で全体として評価するのが標準である。

(2) 様々な機能障害の総合評価の場合、あらゆる社会医学上の経験を考慮して、その障害に対し等級表に明確な障害等級・就労制限等級評価が記載されている健康障害と比較を行う。

総合障害等級・就労制限等級の 50 は、片手や片方の下腿を失ったり、脊柱の大部分の完全な固縮、心臓循環系の障害、又は軽度の負荷ですでに肺機能に障害が確認される（第 26.8 号及び第 26.9 号を参照）、中程度の障害がある脳損傷など、様々な機能障害の影響全体が非常に大きい場合にのみ想定されうる。

(3) 総合障害等級・就労制限等級評価では、通常は最高の個別障害等級・就労制限等級を条件とする機能障害を前提とし、そののちにすべてのそれ以外の機能障害にかんがみ、障害に対しすべて合わせて公正であるために、それらの障害によって障害の範囲が広がるか否か、またどの程度広がるか、またその結果それ以外の機能障害により、最初の障害等級・就労制限等級に 10 又は 20 ポイントを追加すべきかどうかを評価する。

機能障害の影響を全体的に、その相互関係に配慮して査定するために、医学上の全体的観点から機能障害相互の関係が様々でありうることに配慮しなければならない。

・個々の機能障害の影響は互いに無関係でありえ、その結果日常生活の中でまったく異なる分野にかかわることがありうる。

例：インシュリン注射をしなければならない糖尿病患者に、聴力障害と歩行障害が重なる場合、その障害者は日常生活の 3 つの異なる分野で問題に直面する。その際、一つ一つの分野が個々の健康障害の困難さに応じて、総合評価時に配慮されなければならない。

・一つの機能障害はまた別の機能障害に対し、特別に不利に影響する場合がある。

これは特に、機能障害が対をなす四肢又は内臓、すなわち両腕又は両脚又は左右の腎臓又は両眼の場合である。

・機能障害の影響は重なり合う場合がある。

例：重度の機能低下を伴う心臓障害のほかに肺気腫と足の軽度の損傷がある場合。歩行能力と全体能力はすでに心臓障害により著しく制限されているため、そのほかの二つの健康障害はわずかな影響しか及ぼせない。

・機能障害の影響は、さらにひとつの障害が付け加わっても強められない。

例：同じ脚の比較的近い位置にある腓骨神経麻痺と足関節の固縮。

(4) 例外（重度の両眼視力の制限があるときの片耳の高度の難聴など）を別として、障害等級・就労制限等級 10 度の軽度の機能障害が加わっても、総合評価の際に配慮しうるような全体障害の範囲が広がることはない。複数のそうした軽度の障害が併存している場合でも同じである。障害等級・就労制限等級 20 度の軽度の機能障害が複数ある場合でも、障害の範囲を大きく広げるのは公正ではない。

20. 就労不能、就労制限

(1) 「就労不能」と「就労制限」という概念は、複数の法律に異なった内容で存在する。その際鑑

定人にとって特に重要なのは、一方では社会賠償法における定義であり、また一方では法定年金保険のそれである。

(2) 社会賠償法では、90ポイント以上の就労制限等級がある場合に就労不能と想定される(連邦援護法第31条第3項)。

(3) 法定年金保険における就労制限(一部又は完全)は、障害等級・就労制限等級とは無関係である。ここでは就労制限という概念は、ある範囲の期間に職務に従事する可能性が制限されること自体に関連している。就労制限年金受給の条件は、社会法典第6編第43条に定められている。

(4) 所得税法については27号を参照。

21. 要支援状態

(1) 社会賠償法における介護手当(連邦援護法第35条1項)の認定には、障害者が(障害の結果)「要支援状態」であるという基本条件がある。この同じ概念が重度障害者法(社会法典第9編第145条第1項)及び所得税法(第33a条、第33b条、27号を参照)に見いだされる。要支援状態を想定するための基本的な前提条件は、上記の法律分野と同様である。要支援状態の概念は、社会法典第9編第14条及び連邦社会扶助法第68条又は連邦援護法第26c条にもとづく要介護の概念とは区別されなければならない。

(2) 健康障害の結果—社会法典第9編第2部及び所得税法にもとづき—毎日の生活においてその個人的生存を保障するために、「一時的だけでなく」頻繁に定期的にくり返す一連の活動に、他者の支援をたえず必要とする者は、要支援状態とみなされる。前述の活動に対する見届けか指導の形でその支援が必要な場合か、又は絶えず支援しなくともよいが、常に支援できるよう待機が必要な場合も、この前提は満たされる。

(3) 毎日の生活においてその個人的生存を保障するために、頻繁に定期的にくり返す一連の活動とは、とりわけ衣類の着脱、栄養の摂取、身体の衛生保持、用便である。さらに運動の必要性、知的刺激、コミュニケーションの可能性に配慮する。要支援状態とは第2項にもとづき、精神的・知的障害者が日常生活の活動に助力は不要であるが、意欲が低い結果、常に監視していないと行動を起こさない場合にも当てはまる。たえず待機しているとは、生命の危機が急に起こり、頻繁かつ突然に助力が必要になるなどの場合にも、想定される。

(4) 頻繁に定期的にくり返される活動においては、必要な助力の範囲は非常に大きいはずである。これは、助力がたえず、頻繁に定期的にくり返される多くの活動で必要とされる場合に該当する。生きる上で必要であり、毎日の生活の中でくり返し行われても、個々の活動は十分ではない(衣類の一枚一枚を着るときの助力、旅行や散歩に必要な同伴、路上交通での助力、簡単な傷の治療や治療行為、さらなる援助が不要な自宅での透析時の援助など)。その人の介護と直接に関係のない活動(家事の援助など)は考慮対象から外さなければならない。

(5) 要支援の状態が成立するかどうかは、医学上の所見だけにもとづいて査定できない構成要件の問題である。この問題はむしろ、個別事例の考慮対象となるすべての状況を考慮して決断すべきである。その際、障害者に苦痛の種類と広がりからいって、どの負担を求めることが可能かが重要になる。

(6) 重度の複数の障害が、その種類とそれにより及ぼされる特別な影響のために、定期的に広範囲にわたる助力を必要とする場合、一般により詳細な検査を行うことなく、要支援状態である条件が満たされているとみなされる。

これは常に、以下の場合に当てはまる。

- ・ 盲目及び高度の視力障害（第 23 号を参照）、
- ・ 脊髄損傷及びその他の継続的かつ常に、居住区域内でも車椅子の利用が必要な障害。

また通常は以下の場合にも当てはまる。

・ 脳損傷、発作疼痛、精神障害及び精神病で、これらの障害だけで障害等級・就労制限等級 100 の条件を満たす場合、

・ 2 本又はそれ以上の四肢の喪失で、両脚の下腿又は両足の切断を除く。その場合常に個別査定が必要である。（四肢 1 本の喪失と認められるのは、少なくとも片手全体か片足全体喪失の場合）

(7) 障害の結果常に病床にいたることになった場合は、要支援状態とみなす条件も常に満たされている。長く病床にいたことは、障害者が病床を全く離れられないことを前提としない。

(8) 障害者が健康障害の発生後 6 カ月以内に死亡した場合、要支援状態の問題は第 18 号第 6 項の類推で査定される。

(9) 社会賠償法の介護手当等級の条件については、第 50 号を参照。

22. 小児・青少年における要支援状態評価の特殊性

(1) 小児・青少年における要支援状態の評価では、第 21 号第 3 項第 1 段、第 2 段に記載の「活動」だけに配慮するのでは不十分である。これらの「活動」への指導と身体的・知的発展（四肢の使い方の指導や、周囲の出来事を理解する助力、並びに言語習得）の促進、並びに必要な見届けが援助に含まれ、要支援状態の問題にとって重要である。

(2) 必要な支援のうち、健康な同年齢の子供よりも障害によって支援の範囲が広がる部分のみに、常に配慮しなければならない。障害によって必要となる援助範囲は、非常に大きいはずである。

生後一年間にすでに障害の結果として、要支援状態想定のための条件が満たされるような範囲の援助が必要になりうる（盲目の小児、障害等級・就労制限等級 100 の脳損傷のある小児など）。

(3) 小児期の特徴から、障害の範囲と障害により必要となる援助の範囲の間にいつも相関関係があるわけではないため、成人と異なり障害等級・就労制限等級が低くとも、要支援状態とみなせる。

(4) 新生児の場合や、小児期に起きた障害の場合は、個別に以下の内容に配慮する。

a) 知的障害の場合、障害等級・就労制限等級がしばしば 100 以下の場合であっても、そしてその場合通常 19 歳未満のうち、また特にその小児が行動障害のため常に未届けを必要とする場合は、要支援状態が考慮される。要支援状態の認定は、重度の脳損傷の証明などにより乳児期にすでに可能である。

b) 自閉症候群並びに、長期にわたる著しい適応障害を伴うその他の情動・心理社会的障害の場

合、通常 16 歳まで、いくつかの事例ではそれ以降も、要支援状態が認められる。

c) 脳器官の発作障害の場合、成人の場合よりも頻繁に、障害等級・就労制限等級がしばしば 100 以下であっても、発作の種類、頻度、場合によっては行動の目立つ点に配慮して、要支援状態を設定することが正当である。

d) 盲目や高度の視力障害の場合のように子供の場合も、単独で障害等級・就労制限等級が最低 80 を条件とする視力制限の場合、そしてこのような障害者が視覚障害者向け特殊学校教育の修了するまで、要支援状態として認められる。

e) 聾（ろう）者と聾（ろう）に近い難聴の場合は、早期援助の開始に始まり、特にこの期間に高まるコミュニケーションの必要性の点から、通常は教育修了まで、要支援状態と認められる。この関連で教育に含まれるのは、義務教育機関、専門学校機関、高等教育機関、職業訓練機関、職業継続研修機関、並びに職業教育のための類似の手段である。

f) 口唇裂・顎裂・口蓋裂及び完全な軟口蓋裂の障害では、初回治療の終了まで（通常 5 歳）要支援状態が認められる。子どもたちはこの期間、同年齢の健康な子供たちをはるかに超えて、広範囲にわたる援助、特に栄養摂取（呼吸障害、誤嚥の危険）、口腔及び鼻腔・咽頭腔の清浄保持、言語の習得並びに遊戯の際の監督を必要とする。

g) 重度の気管支ぜんそくの場合（第 26.8 号を参照）、要支援状態は通常 16 歳まで認められる（継続的未届けと支援の必要、重度の発作の連続による生命の危険を理由とする援助者の継続的待機）。

h) 生まれつきか小児期に患った心臓障害の場合、重度の能力障害があれば、第 26.9 号に挙げられているグループ 3 と 4 に沿い、要支援状態が認められる（心臓循環系への危険な負担、又は抗血液凝固剤治療によるけがの危険を避けるために、子供たちは常に監督されていなければならない）。すなわち（手術などにより）体調が改善するまで、長ければ 16 歳になるまで要支援状態が認められる。

i) 人工透析治療の場合、要支援状態は通常 16 歳まで認められる（子どもの透析は成人の場合より複雑であり、透析時だけでなく、透析をしない日も絶えず監視が必要である。）。腎不全だけで障害等級・就労制限等級が 100 の場合、同様の規模で援助が必要であるため、ここでも 16 歳になるまで要支援状態を認定する根拠となる。

k) 糖尿病では、要支援状態は 16 歳になるまで認められる。代謝異常状態が持続する場合は、18 歳になるまで要支援状態が認められる（低血糖症ショックの危険、厳格な食事制限、インシュリンの配量、ならびに運動の必要により、常に監視が必要）。

l) フェニルケトン尿症では、診断確定から通常は 14 歳まで要支援状態が認められる（厳格な食事制限のため、絶えず監視が必要）。14 歳以上でも要支援状態継続が考慮の対象となるのは、通常同時に知的発達に重要な障害がみられる場合のみである。

m) 腭線維症では、広範囲の看護方法（気管支ドレナージと吸入にかかわる恒常的監督、栄養摂

取指導と監督、心理的指導)が必要な場合、一般に16歳まで要支援状態が認められる。単独で障害等級・就労制限等級が50に査定される腓線維症では、常にそうである(第26.15号を参照)。16歳からは、重度・最重度の制限(第26.15号を参照)における要支援状態の場合、18歳まで考慮される。

n) 悪性の病気の場合(急性白血病など)、細胞増殖抑制性の集中治療期間について、要支援状態が認められる(感染・出血の危険のため常時監視が必要)。

o) 生まれつきか、患ったか、治療が原因の(内臓移植後など)重度の免疫欠損では、感染の危険のため常時監視が必要な免疫不足の間、要支援状態が認められる。

p) 血友病で補充療法が必要な場合、そしてそれを行っても抗血友病グロブリンの残余活性が5%かそれ以下の場合には、つねに6歳まで、それ以降はしばしば出血傾向(年に2つかそれ以上のはっきりとした関節出血)と成熟度により、さらに何年か要支援状態が認められる。

q) 若年性慢性多発関節炎では、関節の状態がその部分を用いるときに、常に監督又は継続的援助を、通常16歳まで必要とする限り、並びに運動訓練の指導を必要とする限り、要支援状態が認められる。ただし運動障害だけが要支援状態の条件である場合を除く。関節の状況だけが要支援状態の根拠にならなければ、組織(系統)的進行形(スティール症候群)とほかの組織的結合組織疾患(紅斑性狼瘡、シャープ症候群、皮膚筋炎など)の場合は活動段階においては要支援状態と認められる。

つづいて要支援状態は、活動進行の結果(心膜炎、心筋炎、アミロイド症など)が妥当な援助を必要とする限り、なお考慮される。その場合16歳になるまで援助されることが多い。

r) 骨形成不全の場合に要支援状態の問題は、四肢の機能制限だけで要支援状態が成立しない以上、骨折の頻度にかかっている。通常一年に2回又はそれ以上の骨折が要支援状態の条件となる。そうした骨折傾向にもとづく要支援状態は、骨折が起きなくとも2年が経過するまでは有効であるが、長くても16歳までである。

s) 回避困難なアレルギー抗原(特定の食品など)に対し、臨床的に安全にされたI型アレルギーでは、これまでの経過から生命に危険を及ぼすアナフィラキシー・ショックを推論できるため、通常12歳になるまで要支援状態が認められる(厳格な食事制限などによるアレルギー抗原回避の常時監視、アナフィラキシー・ショックの危険に備えた介助者の常時待機の必要性)。

t) セリアック症候群では、この疾患の確定が遅かったため患者がすでに深刻な影響を被っている場合にのみ、要支援状態が例外的に考慮される。そのような場合でも、適切な食事制限への適合に時間がかかり、約一年後にしか状態の統合が達成されない。その後、セリアック症候群の早期確定後のいつであっても、同疾患の影響は子供の場合は、時に食事制限の間違いがあっても非常に少なく、要支援状態の認定を正当化するような範囲の援助を必要としない。フェニルケトン尿症や糖尿病などの子供と比べ、セリアック症候群に必要な援助範囲は、基準よりはるかに小さい。

(5) 第4項に挙がっていない比較的まれな障害では、要支援状態の問題は個々の事例でどの程度援

助が求められているかを判定すべきである。

(6) 小児・青少年に要支援状態が確認された場合、状態の重要な変化を判定するには、以下の点に注意する。

要支援状態の認定条件は健康障害の改善の結果だけではなく、思春期が終わるなど障害者が成長して、障害により必要な、それまで援助者が行うか監督していなければならなかった対策を、自らの責任で自立して行えるため、もはや考慮されない場合もある。

23. 盲目と高度の視覚障害

(1) 連邦援護法、社会法典第9編第2部及び所得税法、並びに道路交通法にもとづき、盲目であるかどうかの質問への回答が提出されなければならない。

(2) 視力が完全に欠けている場合、その障害者は盲目である。その視力(第26.4号を参照)が片目又は両目の検査で0.02(50分の1)以下とみなせるか、あるいは視覚の別の障害がある場合、この視力障害と同等とみるべきであるような障害者も、盲目とみなせる。

(3) 片方の視力低下が0.02(50分の1)かそれ以下と同程度の視力障害は、ドイツ眼科学協会のガイドラインにもとづき(第26.4号を参照)、以下の事例グループに分けられる。

a) 片方の視野の狭窄で、片方の視力が0.033(30分の1)かそれ以下の場合、残余視覚の境界がどの方角でも30度以上中心から離れており、残余視覚が50度以上は見えない、

b) 片方の視野の狭窄で、視力が0.05(20分の1)かそれ以下の場合、残余視覚の境界がどの方角でも15度以上中心から離れており、残余視覚が50度以上は見えない、

c) 片方の視野の狭窄で、視力が0.1(10分の1)かそれ以下の場合、残余視覚の境界がどの方角でも7.5度以上中心から離れており、残余視覚が50度以上は見えない、

d) 片方の視野の狭窄で視力正常の場合も、視野の盲点の境界がどの方角でも5度以上中心から離れており、残余視覚が50度以上は見えない、

e) 視野の中心部分の大きな暗点で、視力が0.1(10分の1)以下で、50度の視野で水平子午線の下半分、半分以上が消失している場合、

f) 同名性半盲で、視力が0.1(10分の1)以下、かつ水平視野が30度以下の場合、

g) 両側頭半盲又は両鼻側半盲で、視力が0.1(10分の1)以下、かつ両眼視がない場合、

(4) 皮質盲の完全な欠損が証明された障害者も、盲人と認められるが、視覚的失認又はその他の認識障害のある障害者は盲人とは認められない。

(5) 要支援状態の確定(第21号第6項を参照)には、そのほかに重度の視覚障害があるかどうかも重要である。

片眼でも両眼でも視力が 0.05（20 分の 1）以下か、重さが同等の別の視覚機能障害がある場合、視覚能力に重度の障害があるとみなされる。視覚の制限が障害等級・就労制限等級評価 100 を条件とし、まだ盲目になっていない場合である。

24. 状態の重要な変化

（1）損傷の結果又は障害に関し、拘束力を持つ決定がある場合、新規申請、又は再鑑定においても、職務上社会法典第 10 編第 48 条にもとづき、行政書類の交付に際し提出した実情又は法的事情において、主要な変化が生じたかどうかの評価されなければならない。

（2）新規認定は、その前の認定後に事情が大幅に変わった場合にのみ認められる。損傷結果や障害の範囲における重要な変化とは、健康状態の変化が 6 ヶ月以上続くか、続くと予想でき、障害等級・就労制限等級評価の変化が 10 以上である場合をいう。社会賠償法（介護手当など）におけるさらなる給付のための決定的前提条件か、又は障害者のための不利益の調整条件が満たされるか消失した場合も、重要な変化があったとみなされる。小児・青少年要支援状態の重要な変化については、第 22 号第 6 項を参照する。

（3）再発しやすい疾患（悪性腫瘍、骨髄炎など）の治療後、及び内臓移植後は、障害等級・就労制限等級評価の低下には控えめな姿勢で臨む。兆候に変化がなくても、新規査定がのちに認められる。治癒観察期間は状況の大きな変化と言えるからである。これについては第 18 号第 7 項も参照する。

（4）状況の大きな変化による評価の吟味と新規認定では、常に当時実際に存在した機能障害の影響を出発点とする。つまり、決定時に標準的な障害等級・就労制限等級評価の判定基準にもとづき、高く設定されすぎ、拘束力のあった事例では、健康状態のいちじるしい悪化など、状態の大きな変化が必ずしも障害等級・就労制限等級評価の上昇につながらない。

（5）社会賠償法では、55 歳以上の人々で査定後 10 年間に変化がなかった場合、健康状態が改善しても就労制限等級と重度障害者手当を下げることはしない（連邦援護法第 62 条第 3 項）。

（6）社会賠償法における査定では、疼痛範囲が広がった場合、さらなる疼痛も障害の結果かどうかを検討する（第 42 号第 2 項及び第 3 項、第 47 号第 2 項及び第 3 項を参照）。

外観に変化がなくても、まず外観のもととなった損傷による障害が改善するか元に戻ったが、疼痛の印象は新しい原因により存続している場合、健康状態に大きな変化がありうる（「存在根拠の変位」）。

25. 行政決定の撤回

（1）状況に大きな変化がみられなかった場合、損傷結果又は障害に関する拘束力を持った決定は、特定の条件下でのみ考慮される。

社会法典第 10 編第 44 条（違法に便宜を図らない行政行為の撤回）にもとづく、当事者の利益になる決定の撤回と、社会法典第 10 編第 45 条（違法に便宜を図る行政行為の撤回）にもとづく、当事者の不利益になる決定の撤回のみが、鑑定人にとって重要である。

（2）社会法典第 10 編第 44 条にもとづく当事者の利益になる行政行為の撤回は、行政行為の通達時にその法を不正確に適用したか、正しくないとわかった事実関係を出発点においたことを前提とする。鑑定の決定というものは、不正確でありうる。たとえば存在する健康障害が間違っただけで判定された（誤

診、健康障害の範囲の見積もりが不正確など)か、鑑定時に社会賠償法で想定された健康障害の事実関係又は因果関係の判定が不正確と分かり、初回の決定時に配慮すべきという基本原則にもとづき、当事者に対しより有利な判定が行われるべきである場合などである。

(3) 社会法典第 10 編第 45 条にもとづく違法な行政決定は、当事者の不利益になる場合、信頼保護の原則に配慮し、厳格な前提条件のもとでのみ撤回される。これら諸条件は、特に行政の側の認定に依存している。違法性の判定に当たり鑑定人にとって重要なのは、検討時点における医学上可能な知見と科学の到達水準であり、以前の決定時点におけるそれではない。

障害等級・就労制限等級表

26.1 障害等級・就労制限等級表に関する一般的注意事項

(1) 以下にあげる障害等級・就労制限等級は根拠となる数値である。身体的、知的、精神的分野に影響する能力を減じるすべての障害は、各個別事例で配慮すべきである。判定の幅は個別事例の特殊性に配慮したものである。第 18 号と第 19 号を参照。

(2) 下記に記載がない健康障害は、障害等級・就労制限等級に比較しうる健康障害をもとに判断する。

(3) 内臓移植後及び再発しがちな特定疾患の治療後は、障害等級・就労制限等級の判定に際して治療観察期間が過ぎるのを待つ(第 18 号第 7 項と第 24 号第 3 項を参照)。

これは特に再発をくり返した腫瘍の場合に当てはまる。もっとも頻繁かつ重要なその種の疾患には、以下の障害等級・就労制限等級表に数値が挙がっている。これらの数値は、手術又はそのほかの手段での腫瘍除去後の状態をもとにしている。治療観察期間は、通常 5 年間である。2～3 年の治療観察期間は特定の、障害等級・就労制限等級表に特記された、医学的・学術的に腫瘍の除去後 2、3 年で再発の危険が非常に小さくなると保証された腫瘍の型の場合にのみ考慮される。治療観察期間の一般的な基準点は、腫瘍が手術又はその他の主な治療法により除去されたとみなされうる時点から開始する。追加の補助的療法は、治療観察期間の開始には影響を持たない。記載された障害等級・就労制限等級表の数値は、通常残った臓器及び四肢の損傷が参考となる。長期にわたりくり返しおこなわれる化学療法の重大な影響など、通常とは異なる結果又は治療の付随現象がある場合は、補足的に配慮される。下記に記載されていない悪性腫瘍疾患では、以下の基本原則が前提となる。治療観察期間の終了、すなわち腫瘍除去から通常 5 年が経過するまで、除去しなかった臓器や四肢だけで障害等級・就労制限等級数値が 50 を超えない事例は、一般に腫瘍の早期除去後は障害等級・就労制限等級数値が 50、その他の段階での除去は障害等級・就労制限等級数値が 80 と設定される。残った臓器や四肢の損傷及び/又は治療の通常とは異なる結果や付随現象は障害等級・就労制限等級数値が 50 又はそれ以上、が治療観察期間経過までに設定されるべき数値で、それに応じて高い数値が付いている。

(4) 上皮内癌は基本的には治療観察期間が認められない。ここから例外とされるのは、臨床上の特殊性から治療観察期間の待機に根拠がある、膀胱の上皮内癌と乳腺の上皮内癌である。

26.2 頭部と顔

頭蓋骨の物質喪失や頭蓋骨折が単独で起きることは稀であり、むしろ頭蓋に収納されている器官による障害との関連で評価される。

障害等級・就労制限等級

乳様突起陥没後の癍痕	0
治癒過程で合併症のない単純頭蓋骨骨折	0
頭蓋骨の比較的小さな骨の孔、内容物の損失 (比較的大きな塞がれた骨の孔も含む)	0-10
脳の機能障害を伴わない頭蓋骨の癍痕、骨質の多大な損失を伴う (ゆがみの発生も含む)	30
これには特に、外傷で生じたすべての多大な(塞がれていない)頭蓋の内部の骨薄片 【innere Knochenblatt】も含めた内容物損失が含まれる。	
単純な顔面のゆがみ	
さほど気にならない	10
その他	20-30
(ゆがみについては 26.17 を参照)	
偏見を起こさせる顔面のゆがみ	50
障害者とあまり接触しない人々に、通常驚き、偏見、又は長期的に障害者を避けるような過敏な反応を起こしうる場合、偏見を起こさせる顔面のゆがみがあるとみなす。 通常でない心的反応障害を伴ういちじるしい顔面のゆがみでは、相応の高い数値が考慮される。	
顔面の知覚能力障害	
軽度	0-10
重度、口腔部分を含む	20-30
顔面神経痛	
(三叉神経痛など)	
軽度	
(たまの軽い痛み)	0-10
中度	
(より頻繁な、軽度から中度の痛み、わずかな刺激でも生じうる)	20-40
重度	
(頻繁な、月に何度も強い痛み又は痛みの発作が起きる)	50-60
特に重度	
(たえず強い痛み、又は痛みの発作が週に何度も起きる)	70-80
真性偏頭痛	
発作の頻度と長さ、付随現象の強さによる(自律神経障害、視力症候群、その他の脳の刺激症候)	
軽度の進行形	
(平均月一度の発作)	0-10
中度の進行形	
(より頻繁な発作、それぞれ2、3日続く)	20-40
重度の進行形	
(強い付随現象を伴う持続する発作、発作の間隔が数日間)	50-60
末梢顔面神経不全麻痺	

片側	
うわべのさほど気にならない残部不全麻痺	0-10
いちじるしい残部不全麻痺又は拘縮	20-30
完全麻痺又は歪んでいる拘縮	40
両側の完全麻痺	50

26.3 . 神経系と精神

脳障害

脳障害を負った者とは、脳の発達が悪化されたか外部からの暴力、疾病、毒物の影響、又は血液供給障害により、器質的な変化を被り、その影響が続いていることを証明できる者である。

脳の負傷又は疾患の後、急性期症状の段階が収まって、器質的な変化の症状が確認された場合、脳障害が証明されたとみなされる。これはのちの検査で脳器質の機能障害と能力の障害がもはや見られなかったとしても、当てはまる（障害等級・就労制限等級は、自律神経の不調などの20の軽いもの、開放性脳外傷後など30以上のものも含む）。

障害等級・就労制限等級評価に決定的役割を果たすのは、脱落症状が残っている範囲である。その場合の神経学上の所見、病前性格を尊重した精神分野の脱落症状、そしてもしあればてんかんに注意する。

脳障害の結果生じる状況が多様であるため、障害等級・就労制限等級評価は20から100の間で行われる。

子供の場合、脳損傷の影響は成長過程しだいでかなり異なった推移(改善か悪化)をしようするため、再鑑定が通常何年かのちに行われている。

弁を治療に用いる水頭症の場合、障害等級・就労制限等級は30以上で評価される。

脳震盪後の一過性だけではない自律神経障害（可逆性の、形態学上証明できない脳全体の機能障害）は、事故後一年目に10から20の障害等級・就労制限等級が認められる。

以下の脳障害の障害等級・就労制限等級表では、Aに挙げられた総評価が重要となる。Bに挙げられた単独で表れるか、主要な症候群は、評価の補助的な役割にとどまる。

障害等級・就労制限等級

A. 脳損傷の総評価の基本原則

1. 軽度の能力障害を伴う脳損傷	30-40
2. 中程度の能力障害を伴う脳損傷	50-60
3. 重度の能力障害を伴う脳損傷	70-100

B. 個別発症症候又は主要症候群の脳損傷評価（社会賠償法における鑑定の場合、また重度障害者手当の確定目的にも使用）

器質的・精神的障害

ここでは脳器質の一般的徴候、知的後退（痴呆症）、脳器質的な人格変化の間で区別を行うが、しばしばこのうちいくつかを組み合わせられ、あるいははっきりした区別が存在しない。

脳器質の一般的徴候（「脳機能の低さ」）には、とくに注意力・集中力の阻害、神経過敏、興奮しやすさ、疲れやすさ、要約・転換能力の欠如、自律神経の不安定さ（頭痛、血管運動神経障害、睡眠障害、感情の不安定など）が含まれる。

脳器質的人格変化（「脳器質的な本性変化」）は、意欲、気分、感情面での障害、批判能力と周囲との接触能力の低下、並びに特別な人格特徴の強調を伴う人格の零落と粗暴化により、特徴づけられる。

器質的・精神的変化の土台の上に、追加の心的反応障害が発展することが珍しくない。

障害等級・就労制限等級

精神的障害を伴う脳障害

（先に説明の種類により）

軽度（日常生活での影響はわずか）	30－40
中度（日常生活ではっきり影響がある）	50－60
重度	70－100

脳の持続的障害の現れとしての中枢自律神経障害（睡眠・覚醒リズム、血管運動調節、発汗調節の障害など）

軽度	30
中度、まれに失神発作	40
頻繁な発作、又は通常状態にいちじるしい影響	50

立位・歩行時の難度を含めたターゲット運動【Zielmotorik】障害と
巧緻運動障害の範囲にもとづく、（脊髄）小脳を原因とする協調障害

及び平衡感覚障害（これには 26.5 号も参照）	30－100
--------------------------	--------

認知能力障害を伴う脳損傷（失語症、失行、失認など）

軽度（ある種の言語機能障害(Restaphasie)など）	30－40
中度（中度から重度までのコミュニケーション障害を伴う失語症など。）	50－80
重度（広範囲に及ぶ失語症など）	90－100

脳に起因する部分麻痺と完全麻痺

四肢緊張障害と軽度の残部麻痺	30
----------------	----

よりはっきりした部分麻痺と完全麻痺では、障害等級・就労制限等級は、
以下に記載の四肢喪失、末梢麻痺、及びその他の四肢機能損傷との比較で導き出す。

腕・脚の完全麻痺（半身不随）	100
----------------	-----

パーキンソン症候群

身体の片側又は両側、動作の軽度の障害、平衡感覚障害なし、動作は軽度の緩慢	30－40
動作に明確な障害、平衡感覚障害、方向転換時の不安定、動作は非常に緩慢	50－70
重度の動作障害から動作不能まで	80－100

運動増加症も含むその他錐体外路症候群は、動作進行障害の種類と範囲及びとその抑制能力の可能性にもとづく類推で評価する。局部障害（痙攣性斜頸など）の場合は、全体障害（舞踏病様症候

群など) の場合よりも障害等級・就労制限等級は低くなる。

障害等級・就労制限等級

てんかん発作

種類、重度、頻度、一日のうちどの時間帯に起きるかによる

非常にまれ

(広汎性(大発作)又は複合焦点が、一年以上の間隔をおく複合焦点の発作、
複数月の間隔をおく単焦点の小発作) 40

まれ

(広汎性(大発作)で、複数月の間隔をおく多焦点の発作。
小規模、複数週の間隔を置く単焦点発作) 50-60

中程度の頻繁

(広汎性(大発作)で、複数週の間隔をおく複合焦点の発作、
数日の間隔をおく単焦点の小発作) 60-80

頻繁

(広汎性(大発作)で、毎週又は全般性痙攣発作・焦点強調又は
多焦点の発作の連続。毎日小発作・単焦点発作が起きる) 90-100

3年間発作がなく、さらに必要があれば抗痙攣治療 30

薬剤投与なしに3年間発作が起きなかった場合、発作は快癒したとみなされる。脳損傷の証明がなければ、障害等級・就労制限等級はもはや認められない。

ナルコレプシー

頻度、強度、複合症候群(日中の眠気、睡眠発作、脱力発作、疲労現象の範囲内である自動的行動、入眠時幻覚としばしば結びつく睡眠麻痺)により、一般に障害等級・就労制限等級は50から80で設定される。障害等級・就労制限等級40(日中の軽度の眠気が、睡眠麻痺及び入眠時幻覚とまれに結びつくなど)や、80以上(非常に強度の場合)もまれに見られる。

脳腫瘍

脳腫瘍の障害等級・就労制限等級は、その影響とともに、とくにその種類と価値、広がりにより異なる。

良性腫瘍(脳膜腫、神経鞘腫など)の除去後、障害等級・就労制限等級は、残った障害のみによって評価される。

乏突起神経膠腫、脳室上衣細胞腫、星細胞腫グレード2のような腫瘍では、腫瘍の完全除去が保証されていない場合、障害等級・就労制限等級が50未満に設定されることはない。

悪性腫瘍(星細胞腫グレード3、多形神経膠芽腫、髄芽細胞腫など)の場合、障害等級・就労制限等級は80以上に設定される。

治癒観察期間の待機(5年間)は通常、小児の悪性小脳腫瘍(髄芽細胞腫など)除去後の場合の

み考慮される。この期間中（早期段階における）の障害等級・就労制限等級は、わずかな機能障害の場合は50になる。

小児・青少年期における知的能力の阻害

知的発達阻害を障害等級・就労制限等級で認定する場合、知能発達の遅れ具合とそれを図るテストの結果だけで行ってはならない。テストはある特定の時点における障害の一部のみを示すものだからである。また情動・感情分野での人格発達、欲動面や社会的統合の可能性に及ぼすすべての影響を含めた環境の影響も、つねに配慮しなければならない。

小児期における発達障害

適切なテストによる標準的な所見のアンケートと発達指数（EQ）決定が評価の前提となる（学齢期到達時に事後審査）。

障害等級・就労制限等級

運動機能、言語又は知覚、注意力の分野の発達障害の説明

軽度、発達全体で大きな阻害なし	0-10
その他（平均まで）	
発達全体の阻害による	20-40
特に重度の特徴（まれ）	50
全般的発達障害（言語・コミュニケーション、知覚と遊戯行動、運動機能、自立性、社会的統合の諸分野での制限）	
社会的統合障害と行動障害（活動亢進、攻撃性など）の範囲による	
影響はわずか	30-40
影響大（EQ は 70 から 50 以上）	50-70
影響甚大（EQ は 50 以下）	80-100

義務教育開始・青少年期における知的能力の制限

障害等級・就労制限等級

認知に関する部分的な能力遅滞

（読み書き障害、計算障害など）

軽度、学業の重大な障害なし	0-10
その他、集中力・注意力障害に配慮しても一平均まで	20-40
特に重度の障害（まれ）	50

成人で、ほぼ 10 歳から 12 歳の精神年齢に応じた知能遅滞を伴う知的能力障害（IQ はほぼ 70 から 60）

- ・学齢期における理解力、記憶力、精神的負荷能力、社会的統合、発声、言語、又はその他知覚上の部分的な能力の軽度な障害、又は義務教育終了後、なお習得能力を示し、大きな社会的統合の困難な人格障害がない場合、又は障害者向け特別規定を適用し、職業教育に到達可能な人物
- 30-40

- ・学齢期における上記の障害が大きいか、学業についていけないと予想される場合、
又は
学業終了後自立して生活する能力の障害又は社会的統合の障害が推測される場合、
又は
障害者が職業助成を受ける機会（特殊なりハビリ施設などで）があり、障害者用特別規定を用いても、その障害のために職業資格を得られない場合…………… 50－70
- 教育の可能性が非常に限られている知能の不足、言語習得のいちじるしい不足、成人で精神年齢 10 歳以下に相当する知能遅滞（IQ60 以下）
- ・人格発達と社会的適応力が比較的高度（特殊学級での一部成績良好、いくつかの限定分野での生活自立、一般的職業生活における統合、単純運動能力がまだある）…………… 80－90
- ・統合の可能性は非常に限定的、自立性・教育の可能性はいちじるしく不足、
言語発達の遅滞、労働市場の状況にかかわらず長期の就業は障害者作業所での労働のみ可能…………… 100

特別に小児期に始まる精神障害

障害等級・就労制限等級

自閉症症候群

- 軽度（アスペルガー型など）…………… 50－80
- その他…………… 100

その他感情面・社会心理面の障害（「行動障害」）

- 長期にわたる統合がいちじるしく困難（通常の学校への通学は不可能など）…………… 50－80

統合失調症と感情面の精神病

障害等級・就労制限等級

顕症期における長期にわたる（半年以上続く）精神病

- 職業的・社会的適応能力の欠如に応じて…………… 50－100

統合失調症の残存状態（集中力欠如、対人関係障害、生気の欠如、感情面の平準化）

軽度で個別の残存症候群

- 社会的適応の問題はない…………… 10－20
- 軽度の社会的適応の困難…………… 30－40
- 中度の社会的適応の困難…………… 50－70
- 重度の社会的適応の困難…………… 80－100

比較的短期だが頻繁にくり返す段階の感情面の精神病

- 一年に複数週の長さの段階を 1 回から 2 回反復
種類と影響による…………… 30－50
- 複数週の段階がより頻繁に反復される…………… 60－100

長期にわたる幻覚妄想状態の治癒後は、通常治癒観察期間を 2 年設ける（例外は以下）。

- この期間中の障害等級・就労制限等級は、
すでに複数の躁状態又は躁・鬱状態が先行している場合…………… 50

その他・・ 30

最初の疾患段階として、又は以前の疾患段階の後、10年以上たつて初めて一極進行の鬱状態が続いていた場合、治癒観察を待つ必要はない。

障害等級・就労制限等級

神経症、人格障害、心的外傷の結果

軽度の自律神経障害又は精神障害・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	0-20
強い障害	
体験能力・造形能力の大きな制限（比較的強度の鬱、心気妄想、 無力症又は恐怖症、病気を伴う発達、身体表現性障害）	30-40
重度の障害（重度の強迫神経症など）	
中度の社会的適応障害・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	50-70
重度の社会的適応障害・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	80-100

アルコール疾患、アルコール依存症

慢性的アルコール消費が身体及び/又は精神の損傷を及ぼした場合、アルコール疾患という。

障害等級・就労制限等級は、内臓の損傷程度とその結果（肝臓障害、多発神経障害、器質的・精神的変化、脳器質的発作）及び/又は依存の程度と依存症特有の人格変化により、定められる。依存が証明され、制御を失い、意志の自由がいちじるしく制限される場合、慢性的アルコール消費の結果の総合障害等級・就労制限等級は、50以上となる。

依存が証明され、禁断療法がおこなわれた場合、治癒観察期間の待機が必要である（通常2年間）。この期間中は、通常障害等級・就労制限等級は30とされる。ただし内臓障害に対し、より高い等級が設定された場合を除く。

薬物依存症

薬物（麻薬）を慢性的に摂取し、身体的及び/又は精神的に依存状態となり、相応の精神的変化があり、社会生活を営むことが困難になった場合、薬物依存という。

通常障害等級・就労制限等級は、精神的変化と社会的統合の困難の度合いにより、50以上と推測される。依存が証明され、禁断療法が行われた場合、治癒観察期間の待機が必要である（通常2年間）。この期間中は、通常障害等級・就労制限等級は30が想定される。

障害等級・就労制限等級

脊髄損傷

両側のわずかな運動欠陥と感覚欠陥を伴う、不完全で軽度の頸髄損傷、 膀胱と大腸機能の障害なし	30-60
胸髄、腰髄又は尾髄の不完全な損傷、 両脚の部分麻痺を伴い、膀胱と直腸機能の障害なし	30-60
胸髄、腰髄又は尾髄の不完全な損傷、 両脚の部分麻痺を伴い、膀胱及び/又は直腸機能の障害あり	60-80
両腕と両脚の重度の部分麻痺を伴う、不完全な頸髄損傷、 膀胱及び/又は直腸機能の障害あり	100
両腕と両脚の完全麻痺を伴う、不完全な頸髄損傷、 膀胱及び/又は直腸機能の障害あり	100

両脚の完全麻痺を伴う、胸髄、腰髄又は尾髄の完全な損傷、
膀胱及び/又は直腸機能の障害あり…………… 100

「脊髄麻痺」の名称は、脊髄全体を通るすべての経路が一定の高さで完全に途切れている事例に留保される。

多発性硬化症

障害等級・就労制限等級は、とくに脳と脊髄の欠落症状にもとづき設定される。補足的に臨床経過から生じる病気の進行に配慮する。

多発神経障害

多発性神経障害では、一部その原因に依存するが、機能障害は主に運動欠陥（筋委縮を伴う）又はそれ以上から、あるいは感覚障害と刺激現象だけから生じうる。運動欠陥の障害等級・就労制限等級は、末梢神経損傷（26.18を参照）の類推で設定される。感覚障害と疼痛がある場合、すでに軽度の障害が繊細な動きの際などに阻害されている可能性があることを考慮に入れる。

二分脊椎

障害等級・就労制限等級は、脊髄損傷（上記参照）の範囲により定められる。そのほかにしばしば、水頭症とそれに応じた脳損傷を考慮しなければならない。

26.4 視覚器官

視覚障害はすべての視力の障害を包括する。評価では、まず矯正視力（眼鏡による検査）が標準的である。そのほかに特に視野及び注視野の欠落を考慮する。

視力機能のほかに、刺激現象、流涙、外部刺激（光、ほこり、化学物質など）に対する過敏症並びにその他眼科疾患とその周辺疾患に注意する。

視力は基本的に、DIN 58220にもとづくドイツ眼科医協会の推奨に沿って検査しており、ここからの逸脱は例外的にのみ認められる（入院中、小児の場合など）。その他の視力の部分的機能は、機器やドイツ眼科医協会のガイドラインに沿った鑑定に重要な実証済みの評価を可能とする方法でのみ検査を行う。眼球震盪の場合、障害等級・就労制限等級は、ランドルト環 1 つごとに最大 1 秒の読み取り時間で視力を確定される視力に沿って設定される。

視野確定に関し、これはゴルトマン III/4 の商標に沿った徒手式・運動式視野計による計測結果だけが評価を認められる、ということを意味する。

視力障害の評価では、形態学上の所見が視力障害を説明する、ということに注意する。

視力低下の場合の障害等級・就労制限等級評価の基礎は、238 ページにあるドイツ眼科医協会の就労制限等級表である。

障害等級・就労制限等級

長期にわたる治療で治癒できなかった眼窩の化膿による片目喪失…………… 40

水晶体喪失

片眼（眼球内の義眼又はコンタクトレンズにより矯正）

視力 0.4 以上…………… 10

視力 0.1 から 0.4 未満…………… 20

両眼

両眼視力による障害等級・就労制限等級は、10 プラスする。

障害等級・就労制限等級の数値は、コンタクトレンズに耐えられることを前提とする。客観的所見が標準となる。

矯正不能の場合は、障害等級・就労制限等級の数値は、残存視力にもとづいて設定する。

白内障眼鏡の供給は両眼視力から生じる障害等級・就労制限等級数値に 10 プラスする。盲目の場合又はもう片方の目を喪失した場合は 20 プラスする。

ドイツ眼科医協会の就労制限等級表

右眼 視力		1.0	0.8	0.63	0.5	0.4	0.32	0.25	0.2	0.16	0.1	0.08	0.05	0.02	0
左眼		5/5	5/6	5/8	5/10	5/12	5/15	5/20	5/25	5/30	5/50	1/12	1/20	1/50	0
1.0	5/5	0	0	0	5	5	10	10	10	10	15	20	20	25	*25
0.8	5/6	0	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30
0.63	5/8	0	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	30	40
0.5	5/10	5	5	10	10	10	15	20	20	25	30	30	35	40	40
0.4	5/12	5	10	10	10	20	20	25	25	30	30	35	40	50	50
0.32	5/15	10	10	10	15	20	30	30	30	40	40	40	50	50	50
0.25	5/20	10	10	15	20	25	30	40	40	40	50	50	50	60	60
0.2	5/25	10	15	20	20	25	30	40	50	50	50	60	60	70	70
0.16	5/30	15	20	20	25	30	40	40	50	60	60	60	70	80	80
0.1	5/50	20	20	25	30	30	40	50	50	60	70	70	80	90	90
0.08	1/12	20	25	30	30	35	40	50	60	60	70	80	90	90	90
0.05	1/20	25	30	30	35	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100
0.02	1/50	25	30	30	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100
0	0	*25	30	40	40	50	50	60	70	80	90	90	100	100	100

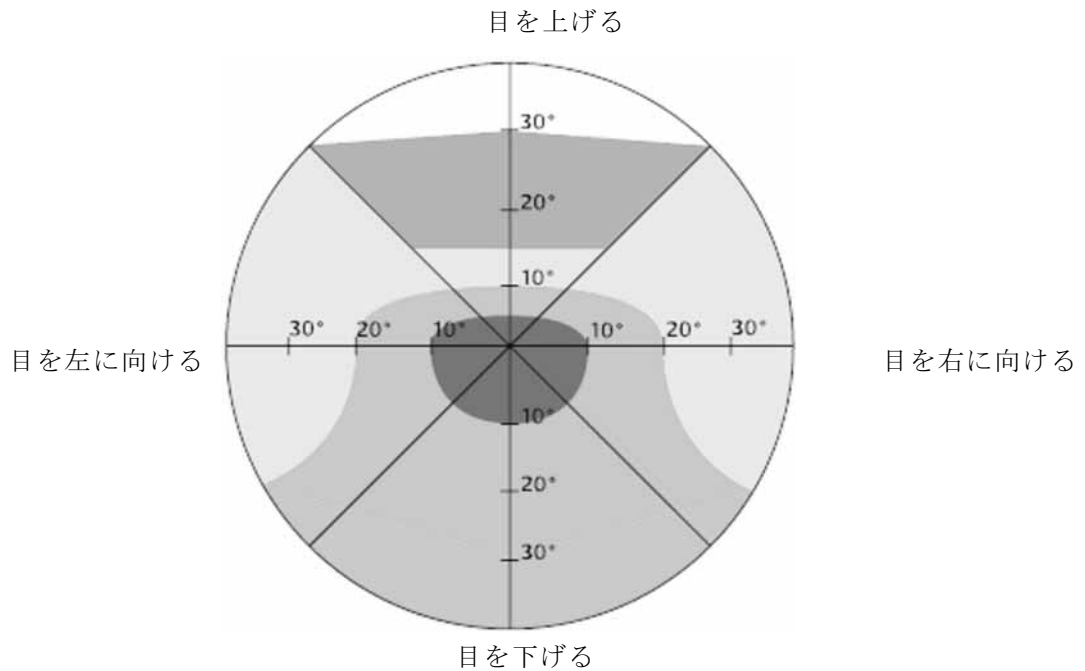
注

1. 眼科医による視力検査は片眼と両眼とで行うものとする。両検査の結果が異なる場合、両眼視力の評価が視力数値として設定される。
2. *が付いている数値の個所は、連邦援護法第 30 条に関する行政規定 5 号にもとづく場合、障害等級・就労制限等級 30 となる。

眼筋麻痺、斜視

二重に見えるため、片眼を閉じなければならない場合 30

注 視野のいくつかの領域でのみ二重に見える場合、
それ以外は正常に両眼の場合、障害等級・就労制限等級は
以下の Haase と Steinhorst による図式から設定する。



慣れ（排除）とそれに応じた二重像の消滅により、片側の像を下に下げる場合 10
視力の制限（弱視など）又はいちじるしく歪んで見える場合は、場合によっては配慮の対象となる。

眼の修正不可能な完全な閉鎖を伴う上瞼の麻痺 30

その他 10-20

瞼の位置のずれ、流涙を伴う涙道のずれ

片側 0-10

両側 10-20

視野の欠落

完全な片側及び四分円の欠落

同側半盲症 40

両側頭性半盲症 30

両鼻側性半盲症

両眼で見る場合 10

両眼視力で見られない場合 30

同側四分円 上 20

同側四分円 下 30

障害等級・就労制限等級

両方の視野半分の欠落	60
もう片方の眼の喪失又は盲目時の片側の視野半分の欠落	
鼻側性	60
側頭性	70

不完全な片側及び四分円の欠落の場合、障害等級・就労制限等級は相応に低く設定される。

視野狭窄

もう片方の目の視野が正常な場合の全方位狭窄	
中心から 10 度のずれ	10
中心から 5 度のずれ	25
両側の全方位狭窄	
中心から 50 度のずれ	10
中心から 30 度のずれ	30
中心から 10 度のずれ	10
中心から 5 度のずれ	100
もう片方の眼がない場合の全方位狭窄	
中心から 50 度のずれ	40
中心から 30 度のずれ	60
中心から 10 度のずれ	90
中心から 5 度のずれ	100
不規則な視野欠落、水平経線下半分の視野 50 度における暗点、両眼	
3分の1以上が欠落部分	20
3分の2以上が欠落部分	50

片眼喪失の場合、暗点は相応に高く評価される。

色彩感覚の欠落 0

暗順応（夜盲症）又は薄明視 0-10

眼の疾患（緑内障、網膜疾患など）の場合、障害等級・就労制限等級はとくに視力障害の範囲によって定められる（視力、視野など）。さらなる障害等級・就労制限等級数値は、補足的に視力制限を超えるいちじるしい障害がある場合にのみ、考慮される。

角膜移植後は、障害等級・就労制限等級数値は視力だけをもとに定められる。

悪性眼腫瘍（黒色腫、網膜眼細胞腫など）の除去後、最初の 5 年間の治癒観察期間を待機しなければならない。この間の障害等級・就労制限等級は

腫瘍が眼球に限定の場合（眼球除去の場合も）	50
その他	80 以上

26.5 耳と平衡器官

耳の障害の場合、障害等級・就労制限等級評価の標準となるのは言語聞き取り能力の低下である。それは補聴手段を用いずに検査することで定められる。評価にはドイツ耳鼻咽喉科・頭部外科・頸部外科協会が推奨する評価表（D 表 243 ページを参照）がもとになる。音響・言語聴力図検査の実施後、聴力喪失の度合いが対応する表から導かれる（242 ページ）以降と 8 号第 16 項を参照。

障害等級・就労制限等級表に含まれる聴力障害用の障害等級・就労制限等級数値は、補聴器による部分的調整の可能性を考慮している。

聴力障害に耳鳴り、平衡感覚障害、調音障害、異常な心的障害などの他の症状が結びついている場合（18 号第 8 項参照）、障害等級・就労制限等級数値は相応に高く設定される。

障害等級・就労制限等級

生まれつき又は 7 歳までに獲得（言語習得に大きな障害となるため）	100
後に獲得（8 歳から 18 歳までのあいだ）、 重大な言語障害（音声言語の理解が困難、語彙は少ない）を伴う	100
その他 言語障害の状況による	80-90

表 A

聴力喪失のパーセンテージ算出のために、言語聴力測定検査の数値から（Boenninghaus と Röser による、1973 年）作成、242 ページを参照。

表 B

聴力喪失のパーセンテージ算出のために、音響聴力曲線の不規則な進行の場合の音響聴力図から作成。聴力喪失のパーセンテージは 4 つの部分コンポーネント（4 つの周波数表 Röser による、1973 年）の合計により算出される。242 ページを参照。

表 C

3 つの周波数表、Röser による、1980 年。
騒音難聴型の高音聴力喪失時の判定用、243 ページを参照。

表 D

障害等級・就労制限等級算出のために、両耳用の難聴等級から作成。243 ページを参照。

表 A

		聴力喪失 数値 単位：デシベル											
		<20	20 以上	25 以上	30 以上	35 以上	40 以上	45 以上	50 以上	55 以上	60 以上	65 以上	70 以上
	< 20	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	20 以上	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	100
	35 以上	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	95	100
総 単 語 理 解 度	50 以上	80	80	80	80	80	80	80	80	80	90	95	100
	75 以上	70	70	70	70	70	70	70	70	80	90	95	100
	100 以上	60	60	60	60	60	60	60	70	80	90	95	
	125 以上	50	50	50	50	50	50	60	70	80	90		
	150 以上	40	40	40	40	40	50	60	70	80			
	175 以上	30	30	30	30	40	50	60	70				
	200 以上	20	20	20	30	40	50	60					
	225 以上	10	10	20	30	40	50						
	250 以上	0	10	20	30	40							

総単語理解度は単語理解曲線から算出する。60、80、100 デシベルでの理解率の合計により算出（単純単語理解合計）。

難聴から 40%の聴力喪失まで算出する際に、重要さの程度を考慮した総単語理解度（Feldmann、1988 年）を用いた。60 デシベル時の 3 回の理解率+80 デシベル時の 2 回の理解率+100 デシベル時の 1 回の理解率、合計数÷2

表 B

音響聴力喪失 デシベル	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz
10	0	0	0	0
15	2	3	2	1
20	3	5	5	2
25	4	8	7	4
30	6	10	9	5
35	8	13	11	6
40	9	16	13	7
45	11	18	16	8
50	12	21	18	9
55	14	24	20	10
60	15	26	23	11
65	17	29	25	12
70	18	32	27	13
75	19	32	28	14
80	19	33	29 30	14
85 以上	20	35		15

表 C

デシベルの範囲		1 キロヘルツの場合の音響喪失										
		0	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
		5	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2 キロヘルツと3キロヘルツの時の合計	0-15 デシベル	0	0	0	0	5	5	聴力喪失 (%)				
	20-35	0	0	0	5	10	20	30				
	40-55	0	0	0	10	20	25	35 45				
	60-75	0	0	10	15	25	35	40	50	60		
	80-95	0	5	15	25	30	40	50	60	70	80	
	100-115	5	15	20	30	40	45	55	70	80	90	100
	120-135	10	20	30	35	45	55	65	75	90	100	100
	140-155	20	25	35	45	50	60	75	85	95	100	100
	160-175	25	35	40	50	60	70	80	95	100	100	100
	80-195	30	40	50	55	70	80	90	100	100	100	100
200 以上	40	45	55	65	75	90	100	100	100	100	100	

表 D

右耳	通常聴力	0-20	0	0	10	10	15	20
	軽度の難聴	20-40	0	10	15	20	30	30
	中度の難聴	40-60	10	20	20	30	40	40
	高度の難聴	60-80	10	20	30	40	50	50
	聾(ろう)に近い難聴	80-95	15	30	40	50	60	70
	聾(ろう)	100	20	30	40	50	70	80
	聴力喪失パーセンテージ	0-20	20-40	40-60	60-80	80-95	100	
		通常聴力	軽度の難聴	中度の難聴	高度の難聴	聾(ろう)に近い難聴	聾(ろう)	
左耳								

平衡感覚障害

(装置を用いて行われた神経耳科学的検査所見における正常値からのずれは、それだけでは障害等級・就労制限等級を構成しない)

大きな症状なし

- ・ 日常生活の負担（歩行、かがみこみ。起立、頭の向きを変える、姿勢を変えながら軽度の作業）に、場合によっては苦痛を伴わない不安定感
- ・ 軽度の不安定感、高度の負荷時（重い物の持ち上げ、暗い所の歩行、突然の体の動きなど）にわずかにめまい感（よろめく）
- ・ 通常でない負荷（足場の上で立位・歩行、急な運動を伴うスポーツ練習など）がかかった場合にのみめまいを伴う強度の不安定感（転落しそう、片側に引く）
- ・ 歩行・立ちあがりの試みにさほどの逸脱はない……………0-10

軽度の症状

- ・ わずかに不安定、揺れるなどのめまい症状、つまずき、日常的負荷で歩行脱落
- ・ 負荷が高まった時に、より不安定さが増し、めまいの症状
- ・ より高い負荷がかかった場合、歩行時や立ち上がろうとしたときに軽い逸脱…………… 20

中度の症状

- ・ 日常的負荷でもかなり不安定、倒れそうになるめまい症状
- ・ より高い、通常を超える負荷で激しいめまい（自律神経症状、時に不快感、嘔吐）
- ・ 低い段階の負荷でも、歩行時や立ち上がろうとしたときにはっきりした逸脱…………… 30-40

重度の症状

- ・ 激しいめまい、いちじるしい不安定さ、日中の歩行時や立位、その他の日常的負荷でも困難、時おり歩行時の介助が必要…………… 50-70
- ・ 支えなしで歩く、又は立つことができない…………… 80

耳鳴り

- これといった精神的付随現象はない……………0-10
- 激しい自律神経的な付随現象を伴う…………… 20
- 体験能力・構成能力の大きな制限（はっきりしたうつ障害など）…………… 30-40
- 重度の精神的障害と社会的適合の困難…………… 50以上

メニエール病

- 年に1、2回の発作……………0-10
- 発作はより頻繁、重さによって異なる…………… 20-40
- 月に複数回重い発作がある…………… 50
- 聴力障害と耳鳴りが残る場合は、追加で評価する。

慢性中耳炎

- 分泌物なし、又は片側で時おり分泌物あり…………… 0
- 片側で絶えず分泌物、又は時おり両側で分泌物あり…………… 10
- 絶えず両側で分泌物あり…………… 20

根治的手術の空洞

- 刺激なし…………… 0

表皮被覆が不完全で絶えず分泌物あり

片側	10
両側	20
片方の耳介の喪失	20
両方の耳介の喪失	30

26.6

障害等級・就労制限等級

鼻の完全な喪失	50
鼻の一部喪失、鞍鼻	
さほど気にならない	10
その他	20-30
臭鼻（臭鼻症）、かさぶた形成の範囲と悪臭による	20-40
鼻道の狭窄	
片側、呼吸障害の程度による	0-10
両側、軽度から中程度の呼吸障害	10
両側、いちじるしい呼吸障害	20
慢性副鼻腔炎	
軽度（はなはだしい付随現象や後遺症はない）	0-10
重度（たえずいちじるしい膿の分泌、三叉神経刺激現象、ポリープ形成）	20-40
嗅覚の完全な喪失と、それと結びつく味覚認知の障害	15
味覚の完全な喪失	10

26.7 口、頭、上気道

顎、顎関節、舌と唾液腺を含む口腔の軟部の負傷や疾患の後遺症は、言語能力、咀嚼能力、嚥下能力への影響範囲によって評価する。顔のゆがみは別途考慮する。

障害等級・就労制限等級

たえず唾液が流れる唇の障害	20-30
外部の唾液瘻、フレイ症候群	
分泌物少量	10
その他	20
唾液分泌の障害	
（流涎症、口の渇き）	0-20
組織喪失、癬痕性固着又は麻痺による舌の重度機能障害、	
その範囲と構音障害による	30-50
開口障害	
（切端間隔が5ミリから25ミリ）栄養摂取にいちじるしい影響	20-40
流動食又はつぶした食物の摂取を必要とする牙関緊急と相当する言語障害	50

弛緩性偽関節症を伴う下顎の一部喪失	
咀嚼と構音のいちじるしい障害なし	0-10
咀嚼機能と構音のいちじるしい障害あり	20-50

上顎の一部喪失	
美容上・機能上のいちじるしい障害なし	0-10
ゆがみの影響、鼻と副鼻腔のいちじるしい障害 (かさぶた形成、たえず分泌物あり)	20-40

広範囲の歯の喪失	
半年以上にわたり義歯を装着しても機能は不十分	10-20
歯槽突起の大半の喪失、義歯では完全にカバーできないいちじるしい機能障害	20
義歯の位置はあっているが損傷のため、口蓋の広範囲の障害	30
適切な義歯によっても修正不可能な口蓋喪失(栄養補給の障害)	50

子どもの口唇裂、顎裂、口蓋裂、軟口蓋裂、治療の終了まで	
独立して完全に形成された口唇裂(片側又は両側)	
治療終了まで(通常手術後1年間)飲み込み障害、 表情筋の障害、発声障害の程度による	30-50

口唇裂・顎裂	
初回治療終了まで(通常手術後1年間)	60-70
顎裂閉鎖まで	50

口唇裂・顎裂・口蓋裂	
初回治療終了まで(通常手術後1年間)、通常それと結びつく 聴力障害(耳管通気障害)と鼻呼吸障害を考慮する	100
顎裂閉鎖まで	50
完全な口蓋裂と軟口蓋裂、顎裂は伴わない	
初回治療終了まで(通常手術後1年間)持続する口唇裂・顎裂・口蓋裂 と類似の影響のため	100
独立した軟口蓋裂、粘膜下口蓋裂の初回治療終了まで、構音障害の程度による	0-30
いちじるしい聴力障害は場合によっては追加で考慮する。	

上記記載のそれぞれの治療期間終了後は、つねに残った機能障害にもとづき、障害等級・就労制限等級を判定する。

障害等級・就労制限等級

嚥下障害	
いちじるしい栄養摂取障害なし、苦痛の程度による	0-10
いちじるしい栄養摂取障害、程度による(食事形態の制限、時間が長くかかる)	20-40
頻繁な吸気と、体力状態・栄養状態のいちじるしい障害を伴う	50-70
喉頭の喪失	
良好な補償発声があり付随現象がない場合、身体能力の障害(腹圧欠如)を考慮する	70
その他すべての事例	80

障害等級・就労制限等級

継続する重度の気管支炎と頸部と肩の部分の神経麻痺による障害は、さらに考慮する。

悪性腫瘍による喉頭喪失の場合、最初の5年間は治癒観察期間として待機する。

この期間の障害等級・就労制限等級…………… 100

喉頭の部分的喪失

言語能力と身体能力の障害による…………… 20-50

悪性腫瘍による喉頭の一部喪失の場合、最初の5年間は治癒観察期間として待機する。

この期間の障害等級・就労制限等級は

早期の腫瘍除去の場合 (T1 N0 M0) …………… 50-60

その他…………… 80

気管切開

刺激なし、又はわずかに刺激症状あり (気管炎、気管支炎)、話声良好…………… 40

いちじるしい刺激症状及び/又はいちじるしい話声障害から

言語能力喪失まで (喉頭がはなはだしく変化した場合など) …………… 50-80

呼吸機能の制限は場合によっては追加的に考慮される。

気管切開を伴わない気管の狭窄

障害等級・就労制限等級は呼吸障害の程度により肺機能の恒常的制限の類推で評価する (26.8を参照)。

機能的・器官的発声障害 (声帯麻痺など)

負荷とかかわりの少ない枯れ声…………… 0-10

恒常的な枯れ声…………… 20-30

ささやき声のみ…………… 40

完全な声の喪失…………… 50

呼吸障害は場合によっては追加で評価する (肺機能の恒常的制限の類推で行う。26.8を参照)。

構音障害

口腔又は咽頭腔の麻痺又は変化による

言語が理解可能…………… 10

言語の理解が困難…………… 20-40

言語の理解不可能…………… 50

どもり

軽度…………… 0-10

中程度、状況による…………… 20

重度、動きが同時にあり、目立つ…………… 30-40

言語の理解不可能…………… 50

通常でない心的反応障害 (身体表現障害を含む) は、場合によっては追加で考慮する (18号第8項を参照)。

26.8 気道深部、

気管支と肺実質の慢性疾患並びに胸膜肺腫の場合、障害等級・就労制限等級はとくに臨床症候性にもとづき、全体状態に及ぼす影響によって評価される。とくに肺機能の制限、ほかの器官システムへの後遺症にもとづく疾患（肺性心など）は、アレルギー性疾患の場合はアレルギー源の回避を考慮しなければならない。

疾患や負傷、手術の結果として胸郭と横隔膜の形態とダイナミズムが変化すると、それだけにとどまることは珍しいので、内部の胸部器官の障害と合わせて評価する。

障害等級・就労制限等級

胸郭の骨（肋骨、胸骨、鎖骨）の骨折ないし損傷	
機能障害なしに快癒、損傷の広がりによる	0-10
胸膜肺腫を伴う肋骨の損傷	
著しい機能障害はなし	0-10
歪んだ印象を伴う非常に広範な損傷の場合	20
胸膜癒着と胸膜肺腫	
いちじるしい機能障害はなし	0-10
肺組織又は胸郭帯に異物	
反応なしに快癒	0
慢性気管支炎、気管支拡張症	
独立した疾患、肺機能の恒常的制限なし	
軽度（症状の出るまでの間隔が数か月、咳が少なく、喀出も少ない）	0-10
重度（ほとんどたえず咳と喀出があり、急性の変化が頻繁にある）	20-30
塵肺症（珪肺症、石綿症など）	
肺機能の重大な制限なし	0-10
呼吸器疾患	
（胸膜肺腫、慢性閉塞性「癒攣性」又は「喘息様」も含めた一気管支炎、気管支拡張症、肺気腫、塵肺症、肺線維症、不活性肺結核など）	
肺機能の恒常的制限を伴うもの	
・軽度	
中程度の負荷（時速5-6 kmの力強い歩行、中程度の肉体労働など）時に通常範囲内の呼吸困難。静止時と運動時の肺機能検査の測定値が目標値より3分の1低い（8号第4項を参照）。血液ガスが正常範囲内。	20-40
・中度	
日常的な軽度の負荷（時速3-4 kmの散歩、2階への移動、軽い肉体労働など）ですでに通常範囲内の呼吸困難。静止時と運動時の肺機能検査の測定値が目標値より3分の2低い（8号第4項を参照）。呼吸作用の一部不全。	50-70
・重度	
軽度の負荷又は安静時でも呼吸困難。静止時と運動時の肺機能検査の測定値が目標値より3分の2以上低い（8号第4項を参照）。呼吸作用全体が不全。	80-100

負傷の後遺症と肺の外科手術の後遺症は、相応に評価する。

肺移植後は治癒観察期間の経過を待つ（通常2年間）。この期間中の障害等級・就労制限等級は、

100 と設定する。その後の障害等級・就労制限等級は、治癒経過が良い場合でも免疫抑制が必要なため、70 未満の評価をしてはならない。

悪性腫瘍の除去、又は気管支腫瘍の除去後は、最初の 5 年間は治癒経過を観察のため待機する。
この期間中の障害等級・就労制限等級…………… 80 以上
肺機能の制限、中程度から重度…………… 90－100

障害等級・就労制限等級

気管支ぜんそく

恒常的肺機能制限はなし

たまの（季節的な）及び/又は軽度の発作を伴う過敏反応…………… 0－20
頻繁な（月に複数回）及び/又は重度の発作を伴う過敏反応…………… 30－40
重度の発作が続く過敏反応…………… 50
肺機能の恒常的な過敏反応は、追加で考慮する。

子どもの気管支ぜんそく

・軽度

（たまの（季節的な）及び/又は軽度の発作を伴う過敏反応、呼吸機能の恒常的な制限はなし、気管支炎は年に 6 週間を超えない）…………… 20－40

・中度

（頻繁な（月に複数回）及び/又は重度の発作を伴う過敏反応、中程度の恒常的な呼吸機能の制限あり、気管支炎は年に約 2－3 か月継続する）…………… 50－70

・重度

（重度の発作が続く過敏反応、呼吸機能の重度障害、気管支炎は年に 3 か月以上継続）…………… 80－100

閉塞性又は混合性の睡眠時無呼吸症（睡眠実験室での検査により証明）

継続的に鼻で加圧呼吸する必要なし…………… 0－10
継続的に鼻で加圧呼吸する必要あり…………… 20
鼻で加圧呼吸実施が不可能…………… 50 以上
後遺症又は合併症（心拍障害、高血圧症、肺性心など）は追加で考慮する。

結核

結核性胸膜炎

障害等級・就労制限等級は後遺症にもとづき設定する。

肺結核

感染性（6 か月以上継続）…………… 100

非感染性

肺機能に制限なし…………… 0

肺機能に制限あり…………… P248 を参照

肺外性結核の形態は類推で評価する。

サルコイド症

障害等級・就労制限等級は、全身状態への影響を伴う活動と、ほかの器官（とくに胸郭のリンパ

節と肺、しかし肝臓、秘蔵、心臓、眼、中枢神経系、皮膚などのその他器官も）への影響により、評価する。

臨床的活動兆候を伴う慢性進行形と全身状態への影響がある場合、該当する器官の機能障害がなければ、障害等級・就労制限等級は30を想定する。該当器官の機能障害があれば、追加で考慮する。

損傷状態の場合、機能的脱落症状だけで判断する。

26.9 心 と 環系

障害等級・就労制限等級の算定には、心臓・循環器系疾患の種類ではなく、むしろその時の疾患の段階による様々な能力の欠如のほうが決定的である。障害等級・就労制限等級の判定では、まずは基本的に臨床像と日常生活における機能制限から出発する。負荷心電図データとそのほかのパラメータは、単に臨床像を補足する係数を表わすに過ぎない。心電図のずれだけでは、通常能力欠如という帰納的推理は認められない。

苦痛がほかの器官（肺、肝臓、脳、腎臓など）に与える影響に配慮する。

心臓疾患（心臓弁欠損、冠状血管性心疾患、心筋疾患、先天性の心臓欠陥など）

障害等級・就労制限等級

1. 大きな機能障害がなく（呼吸困難、狭心症性の痛みのような不全症状はなし）、通常の強めの負荷（時速7－8 kmの早歩き、重度の肉体労働など）にも作業負荷時の目標値の制限はない。子どもや乳児の場合（年齢によって）、手足のバタつき、ずり這い、歩行、階段昇りなどのときにいちじるしい運動障害がなく、頻呼吸、発汗もない。……………0－10
2. 中程度の負荷（時速5－6 kmの力強い歩行、中程度の肉体労働など）時に能力障害が現れ、75ワットの作業負荷（2分以上）で苦痛と病的な測定値が出る。子どもや乳児の場合、飲み込み障害があり、軽い発汗、軽い頻呼吸と呼吸困難、軽いチアノーゼ、内臓うっ血はなく、体重1キログラム当たり1ワットの作業負荷で苦痛と病的な測定値が出る。……………20－40
3. 日常的な軽い負荷（時速3－4 kmの散歩、2階への階段移動、軽度の肉体労働など）でも、能力障害を伴う。50ワットの作業負荷（2分以上）で苦痛と病的な測定値が出る。子どもや乳児の場合、明確に飲み込み障害があり、はっきりとした発汗、頻呼吸と呼吸困難、はっきりしたチアノーゼ、再発性の肺感染症、心臓の発育不全、体重1キログラム当たり0.75ワットの作業負荷で苦痛と病的な測定値が出る。…50－70
時おり一時的な代償不全症状が現れる……………80
4. 安静時でも能力障害を伴う（安静時の機能不全、固着した肺高血圧症の時なども）子どもや乳児の場合低酸素血症発作、明確な内臓うっ血、心臓栄養障害もある。…90－100
（成人向けに挙げたワット数は、中年の人に座った姿勢で負荷をかけた場合の数値）

そのほかに能力評価のための客観的なパラメータがある場合、相応に配慮する。

必然的な身体的能力制限（例えば重度の大動脈弁狭窄症、栄養過多・閉塞性の心筋疾患などの場合）は能力障害のように評価する。

手術又はそのほかの心臓に対する治療的介入（バルーン拡張など）後、障害等級・就労制限等級は残された能力障害にかかっている。人工心臓弁膜の場合、障害等級・就労制限等級は30未満の評価は認められない。この数値には抗凝血薬の継続治療が含まれている。

心筋梗塞の後の障害等級・就労制限等級評価は、残された能力障害にかかっている。

心臓移植後は、治癒観察期間の待機が必要である（通常2年間）。この期間の障害等級・就労制限等級評価は100になる。その後、障害等級・就労制限等級評価は、治癒観察期間が無事終了しても、免疫抑制が必要なことに配慮し、70未満の評価は認められない。

心筋内部又は心膜内部の異物

- 反応なしに快癒・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 0
- 心臓の能力障害を伴う・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 上記参照

心拍障害

障害等級・就労制限等級評価は、とくに心臓の能力障害にもとづいておこなわれる。

発作的に生じる血流力学的で重大な心拍障害（発作性心悸亢進など）は、頻度、持続時間、主観的障害により評価される。

障害等級・就労制限等級

- ・恒常的な心臓の能力障害がない場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10-30
- ・恒常的な心臓能力障害がある場合、相応に評価に加える。
- 心臓ペースメーカーの移植後・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 電氣的除細動器の移植後・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50以上
- 子どもの年齢で心室の心悸亢進心拍障害で、埋め込み型除細動器はなし・・・・・・・・ 60以上

血管疾患

動脈閉塞疾患、脚の動脈閉塞症（再疎通術の後も）

- ・十分な残存血液循環、片脚又は両脚に苦痛がないか、わずかな苦痛を伴う脈拍欠落（急いで歩いた時の腓腹と足の違和感）、・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 0-10
- ・制限を伴う残存血液循環（間欠性跛行症）第二段階
 - 500メートル以上の平地区間を片脚又は両脚の痛みなしで歩く。・・・・・・ 20
 - 100～500メートル以上の平地区間を片脚又は両脚の痛みなしで歩く。・・・・ 30-40
 - 50～100メートルの平地区間を片脚又は両脚の痛みなしで歩く。・・・・・・ 50-60
 - 片脚又は両脚の痛みなしで歩けるのは50メートル未満の区間で
安静時の痛みはない。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70-80
- ・歩けるのは50メートル未満の区間で安静時の痛みを伴い（第三段階）、栄養障害を含む（第四段階）
 - 片側・・ 80
 - 両側・・ 90-100

器械による測定法（ドップラー加圧など）は、重度の一般的な目安を与えられるだけである。

上肢の動脈閉塞症では障害等級・就労制限等級評価は、同様に苦痛と機能制限の範囲によりその他の上肢の損傷と比較して一定められる。

抗凝血薬の継続治療を含む完全補償を伴う、

比較的大規模の血管外科的治療（プロテーゼの移植など）後・・・・・・・・・・・・ 20

動静脈瘻

障害等級・就労制限等級評価は、心臓及び/又は末梢への血流力学的な影響にもとづき行う。

動脈瘤（位置と大きさによる）

局所的機能障害なし、負荷能力の制限なし・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 0-10

障害等級・就労制限等級

局所的機能障害なしか、わずかな局所的機能障害あり、負荷能力の制限あり	20-40
大きな動脈瘤あり	50以上
これにはつねに剥離性の大動脈の動脈瘤と、腹部大動脈と骨盤大動脈の大動脈瘤が含まれる。	
単純静脈瘤	0
慢性静脈不全（静脈瘤などの場合）、血栓症後症候群	
負荷とあまりかかわりのない水腫、潰瘍性でない皮膚変化を伴う。重度のうっ血による苦痛はない。	
片側又は両側	0-10
いちじるしい水腫形成、頻繁に（年に何回か）炎症が再発	
片側又は両側	20-30
慢性の再発潰瘍を伴う、広がりや頻度による（関節性うっ血症候群を含む）	
片側又は両側	30-50
骨盤又は大静脈部分の血栓症後症候群の場合、より高い障害等級・就労制限等級は考慮されない。	
リンパ浮腫	
四肢のどれか	
いちじるしい機能障害はなし。圧迫包帯が必要条件	0-10
機能障害によってはいちじるしい範囲の拡大（3センチ以上）を伴う	20-40
範囲によっては、該当四肢の使用能力にいちじるしい障害を伴う	50-70
四肢全体の使用不能	80
ゆがみがはなはだしい場合は、程度によっては追加で考慮される。	
高血圧症	
軽度	
能力障害なしか、わずか（あっても軽い眼底変化程度）	0-10
中程度	
器官に軽度から中程度のかかわり（眼底変化－高血圧眼底Ⅰ－Ⅱ－及び/又は左心臓栄養過多及び/又は蛋白尿）、治療にもかかわらず最低血圧が何度も	
100以上になる。能力障害の程度によって異なる。	20-40
重度	
複数の器官への関わり（重度の眼底変化と心臓機能、腎臓機能の障害又は/及び脳出血）を伴う。能力障害の種類と範囲によって異なる。	50-100
悪性	
最低血圧がつねに130mmHG以上、高血圧眼底Ⅲ－Ⅳ（乳頭水腫、静脈うっ血、滲出液、出血、重度の動脈血管変化）、器官（心臓、腎臓、脳）へのかかわりを含む。	100
機能的な心臓血管症候群（起立性協調障害など）	
軽度の苦痛を伴う	0
重度の苦痛と虚脱傾向を伴う	10-20

26.10 化器官

障害等級・就労制限等級

食道疾患

牽引性憩室

大きさと苦痛による 0-10

圧出憩室

いちじるしい栄養摂取障害なし、大きさと苦痛による 0-10

いちじるしい栄養摂取障害あり、全身状態への影響による 20-40

食道の機能的狭窄（食道痙攣、無弛緩症）

いちじるしい栄養摂取障害なし 0-10

明白な栄養摂取障害を伴う 20-40

体力状態と栄養状態のいちじるしい障害を伴う。頻繁な吸気。 50-70

隣接器官への影響（吸気によるなど）は、追加で評価する。

食道の器質的狭窄（生まれつき、酸・アルカリなどの腐食性薬物の誤飲、瘢痕性狭窄、消化性狭窄症など）

栄養摂取のいちじるしい障害はなし、大きさと苦痛による 0-10

栄養摂取のあきらかな障害を伴う、

影響（食物形態の制限、食事に時間がかかる）による 20-40

体力及び栄養の状態にいちじるしい障害を伴う 50-70

食道の逆流疾患

継続する逆流による苦痛、範囲による 10-30

隣接器官への影響は追加で評価する。

悪性食道腫瘍除去後は、最初の5年間治癒観察の待機期間。

この期間の障害等級・就労制限等級評価は、

体力・栄養状態の障害による 80-100

食道の代替物

障害等級・就労制限等級は（嚥下障害、逆流、瘢痕などの）影響によるが、20未満で評価してはならない。

胃腸疾患

胃腸管の器質的・機能的疾患では、障害等級・就労制限等級評価は全身状態の障害と器官障害の重度、及び特別な食事療法の必要性によって評価される。アレルギー性疾患の場合、アレルギー源の回避が重要である。

障害等級・就労制限等級

胃、又は十二指腸の潰瘍（慢性・再発性腫瘍、間隔をおいた痛み）

2～3年の間隔をおいて再発 0-10

より頻繁な再発と栄養状態・体力状態の障害 20-30

いちじるしい合併症（胃の出口の狭窄など）、継続的でいちじるしい

栄養状態・体力低下を伴う 40-50

選択的近位迷走神経切断後は、手術後の腸障害又は基本的痛みの影響がまだある限り、障害等

級・就労制限等級の評価に考慮される。

障害等級・就労制限等級

慢性胃炎（組織学上確認された胃粘膜の変化）	0-10
胃刺激症（機能的消化不良）	0-10
胃の部分切除、胃腸吻合術	
機能良好、苦痛による	0-10
持続する苦痛を伴う（ダンピング症候群、再発した消化性空腸潰瘍）	20-40
胃の完全切除	
体力・栄養状態の障害はなし、苦痛による	20-30
体力・栄養状態の障害及び/又は合併症（ダンピング症候群など）	40-50

胃の悪性腫瘍除去後、治癒観察待機期間が設けられる。

2年間の治癒観察待機期間中の障害等級・就労制限等級評価は、 早期胃がんの除去後	50
5年間の治癒観察待機期間中の障害等級・就労制限等級評価は、 その他のすべての胃の悪性腫瘍除去後、病気の段階と全身状態への影響による	80-100

慢性腸障害（過敏性腸、憩室症、憩室炎、腸の部分切除）

いちじるしい苦痛と影響がない場合	0-10
比較的強力で頻繁に再発するか、持続する症候群（下痢、痙攣など）	20-30
体力・栄養状態の低減がいちじるしい場合	40-50
生まれつきの腸の運動障害（ヒルシュスプルング病、神経症、形成異常症など）	
いちじるしい成長・発達障害を伴わない	10-20
わずかな成長・発達障害を伴う	30-40
中程度の成長・発達障害を伴う	50
重度の成長・発達障害を伴う	60-70
子どもの年齢での短腸症候群	
中程度の成長・発達障害	50-60
重度の成長・発達障害（人工栄養の必要など）	70-100
成長終了後の後遺障害（小人症など）は、追加で考慮する。 2年から3年の間隔で再鑑定が行われる。	

潰瘍性大腸炎、クローン病（局所性腸炎）

影響が少ない（苦痛はわずか、体力・栄養状態の障害が少し又はなし、まれに下痢）	10-20
中度の影響（頻繁に再発するか苦痛が長く持続する、体力・栄養状態の軽度から中度の障害、頻繁な下痢）	30-40
重度の影響（持続するか頻繁に再発するいちじるしい苦痛、体力・栄養状態のいちじるしい障害、頻繁で毎日の、夜間も含めた下痢）	50-60
最もはなはだしい影響（頻繁に再発するか、持続する重度の苦痛、体力・栄養状態の重度障害、いちじるしい貧血）	70-80

瘻、狭窄、手術後の後遺症状態（短腸症候群、ストーマ合併症など）、腸管外発現（関節炎など）、子どもの場合は発達・成長障害も、追加で評価する。

ツェリアキー、スプルー

食事療法のもとでのいちじるしい後遺症はなし…………… 20

グルテン抜き食事(まれ)を十分に食べない状態が続く場合は、体力・栄養状態の障害の程度により、より高い数値の評価が適切である。

腸の悪性腫瘍除去後は、治癒観察期間が設けられる。

2年の治癒観察期間中の障害等級・就労制限等級評価は、
早期の腸の悪性腫瘍、又は局所性腸がんの除去後…………… 50

人工肛門装着(一時的でなく装着)…………… 70-80

5年の治癒観察期間中の障害等級・就労制限等級評価は、
その他の腸の悪性腫瘍除去後…………… 80以上

人工肛門装着(一時的でなく装着)…………… 100

腹膜癒着

重要な影響なし…………… 0-10

いちじるしい通過障害…………… 20-30

頻りに腸閉そくが再発…………… 40-50

痔疾

いちじるしい障害なし、わずかな出血傾向…………… 0-10

頻りに炎症再発、血栓形成又は大量出血…………… 20

直腸脱

小、環納性…………… 0-10

その他…………… 20-40

肛門括約筋が弱い

珍しい、特別な負荷に対してのみ生じる無意識の排便…………… 10

その他…………… 20-40

肛門括約筋の機能喪失…………… 50以上

肛門周辺の瘻

少なく、たまの分泌…………… 10

その他…………… 20-30

人工肛門

ケアが良好…………… 50

その他(腹壁ヘルニア、狭窄、内陥、脱出、癬痕、位置の不都合など)…………… 60-80

汚れやすい直腸脱の拡大、人工肛門又は分泌が多い糞瘻では、場合によっては通常でない心的付随現象に対し、追加で配慮する。

肝臓、胆管、すい臓の疾患

肝臓、胆管、すい臓の疾患への障害等級・就労制限等級評価は、器官並びに機能喪失の変化の種類と範囲、苦痛の範囲、全身状態の障害、特別な食事形態の必要によって定められる。抗体の血清学的証明は、行われた感染の証明として、それだけではまだ障害等級・就労制限等級の裏付けとならない。

慢性肝炎

「慢性肝炎」という概念のもと、すべての慢性肝炎の進行形が総括された（以前は「慢性肝炎、進行形なし」（慢性・継続性肝炎）と「慢性肝炎、進行形あり」（慢性・活動性肝炎））。これにとくにウイルス性肝炎、自己免疫性肝炎、医薬品肝炎、原因不明肝炎が含まれる。

慢性肝炎の鑑定評価は、機能上重要な炎症性壊死活動等級と線維化の段階（ステージング）の病因学並びに組織病理学上の実験室パラメータを含む臨床所見証明にもとづいている。さらにきめ細かな進行コントロールと鑑別診断の注意が必要である。これはまた、主張されている苦痛の経過の悪化にもあてはまる。障害等級・就労制限等級評価と苦痛の描写は下記の表から生じる。ただし、通常存在障害は、肝外の発現は別だが、すでに配慮されている。

障害等級・就労制限等級

慢性肝炎

（臨床的に）炎症性の活動を伴わない	20
以前：非進行性の慢性肝炎	
（臨床的に）わずかな炎症性の活動を伴う	30
以前：進行性の慢性肝炎、わずかな炎症性の活動	
（臨床的に）緩やかな炎症性の活動を伴う	40
以前：進行性の慢性肝炎、緩やかな炎症性の活動	
（臨床的に）激しい炎症性の活動を伴う	
以前：進行性の慢性肝炎、激しい炎症性の活動	
機能障害による	50-70
単なるウイルス増殖（「健康なウイルス保有者」）	10
C型肝炎ウイルスの場合、肝炎の組織学上の排除後のみ	

組織学上の所見がある場合、ウイルス性肝炎には以下の特徴があてはまる。

慢性ウイルス性肝炎の名称は、壊死炎症活動（Grading）と線維化の等級（Staging）を包括している。慢性ウイルス性肝炎は障害等級・就労制限等級評価のように、以下の表から生じている。その際上述の障害等級・就労制限等級評価は通常臨床的影響を包括している。

壊死炎症 活動性	線維化		
	0-わずか	中度	強度
わずか	20	20	30
中度	30	40	40
強度	50	60	70

注：

組織学上の所見の評価は変化した組織学上の活動インデックス（HAI）にもとづいて行う。わずかな壊死炎症活動性は、1から5、中程度の場合は6から10、重度の壊死炎症活動性では11から18に相当する。線維化が見られないか、わずかであれば0から2、中程度なら3、重度の場合は4から5とする。

C型ウイルス性肝炎では化学検査パラメータにかんがみて、下記の特徴に当てはまる。

参照領域のALAT/GPT数値は、慢性肝炎が証明されたC型肝炎ウイルスの増殖は（臨床的）炎症性がない場合に相当する。

参照領域の上限の3倍までのALAT/GPT数値は、慢性肝炎が証明されたC型肝炎ウイルスの増殖は、軽度の（臨床的）炎症性に相当する。

参照領域の上限の3倍から6倍までのALAT/GPT数値は、慢性肝炎が証明されたC型肝炎ウイルスの増殖は、中程度の（臨床的）炎症性に相当する。

参照領域の上限の6倍以上のALAT/GPT数値は、慢性肝炎が証明されたC型肝炎ウイルスの増殖は、重度の（臨床的）炎症性に相当する。

これらの評価は、それまでの経過の臨床的全体像に挿入する場合にのみ、認められる。

障害等級・就労制限等級

肝臓の線維化

合併症なし……………0-10

肝硬変

代償性

非活動性……………30

軽度の活動性……………40

重度の活動性……………50

非代償性（腹水、門脈性うっ血、肝炎性脳症）……………60-100

脂肪肝（過栄養性・中毒性も）

間葉系反応なし……………0-10

中毒性肝臓障害

障害等級・就労制限等級評価は、慢性肝炎又は肝硬変に相当する活動性と進行により、判定する。

肝臓の循環系障害（門脈血栓症など）

障害等級・就労制限等級評価は、代償不全の肝硬変と相応させて評価する。

肝臓部分切除後の障害等級・就労制限等級評価は、機能障害が残ったか、残った場合はどの程度かだけをもとに評価する。

悪性の原発性肝臓腫瘍を切除後は、最初の5年間を治癒観察期間として待機する。

この間の障害等級・就労制限等級評価は……………100

肝臓移植後は、治癒観察期間として待機する（通常2年）。

この期間の障害等級・就労制限等級評価は……………100

その後は治癒経過が良い場合も、免疫抑制の必要にかんがみ……………60以上

原発性の胆汁様の硬変症、原発性硬化性胆管炎

障害等級・就労制限等級評価は、慢性肝炎又は肝硬変に相当する活動性と進行により、判定する。

障害等級・就労制限等級

胆嚢疾患と胆管疾患

（結石症、慢性的な炎症再発）

仙痛は数か月置き、炎症は何年か置き……………0-10

より頻繁な仙痛と炎症、並びに間隔をおいた痛み……………20-30

長く続く炎症又は合併症……………40-50

生まれつきの肝内・肝外の胆汁輸送障害（肝内・肝外胆管閉鎖症など）、代謝異常（モレイグラハト（Meulengracht）病など）

機能障害はなし、痛みなし……………0-10

痛みあり（仙痛、脂肪の不適合、かゆみ）肝硬変なし……………20-40

肝硬変を伴う	50
代償不全の肝硬変	60-100
継続状態は付随的に評価する。	

胆嚢の喪失

重要な障害なし	0
痛みが存続する場合 胆管疾患の場合と同様	

悪性の胆嚢腫瘍、胆管腫瘍、又は乳頭腫瘍の除去後は、最初の 5 年間を治癒観察期間として待機する。

この間の障害等級・就労制限等級評価は

胆嚢腫瘍と胆管腫瘍の場合	100
乳頭腫瘍の場合	80
慢性の膵臓疾患（排泄機能）は全身状態、痛みの頻度と範囲の影響による。	
重要な痛みなし、体力・栄養状態の障害なし	0-10
軽度から重度の痛みまで、軽度から中程度の体力・栄養状態の障害	20-40
重度の痛み、脂肪便、体力・栄養状態の明白な低下からいちじるしい低下	50-80

膵臓の一部又は完全除去後、場合によってはさらに機能障害（糖尿病、オステオパシー、又は胆管の慢性的炎症の結果、胃の部分的切除と膵臓喪失など）に配慮する。この間の障害等級・就労制限等級評価は

100

26.11 ヘルニア

障害等級・就労制限等級

鼠径ヘルニア又は大腿ヘルニア、その大きさと整復可能性による

片側又は両側	0-10
負荷能力の制限がいちじるしい場合	20
臍ヘルニア又は白線ヘルニア	0-10

臍ヘルニア、生まれつきの腹壁ヘルニアと腹壁故障

重要な障害なし、大きさによる	0-10
腹壁の弱い部分の広がり、及び腹圧の欠如又は限定	20
通過障害の場合の腹部器官障害、いちじるしい合併症なし	20-30
頻繁に再発する腸閉塞症	40-50

重度の生まれつきの腹壁故障で相応の腹部器官の予備胸部器官の障害は、より高度の障害等級・就労制限等級評価を考慮する。

横隔膜ヘルニア（横隔膜弛緩症を含む）

滑脱ヘルニア	0-10
他の小さな横隔膜ヘルニア、重要な機能障害なし	0-10
比較的大きい横隔膜ヘルニア、機能障害による	20-30
合併症は付随的に評価する。	

内部器官の胸郭への移動と肺組織の発達遅滞を伴う、生まれつきの横隔膜損傷

肺機能のわずかな制限	40
それ以外は該当する器官の機能障害による	50-100

26.12 尿器官

障害等級・就労制限等級評価は泌尿器官の障害の場合、腎機能の内分泌性及び外分泌性障害及び/又は膀胱輸送障害の範囲による。範囲は特殊な検査（8号第4項を参照）により確認される。

ほかに、そのほかの器官の関与（心臓/循環系、中枢神経系、骨格）、炎症進行の活動性、全身状態への影響及び生活上の制限の必要を考慮する。

下記で用いられる概念「腎機能の制限」は、尿に移行すべき物質の停滞と理解する。

障害等級・就労制限等級

腎臓障害

腎臓の一つの喪失、脱落、又は欠損、もうひとつの腎臓は正常	25
腎臓の奇形（尿管排出狭窄時の腎臓の空洞システムの拡大、腎臓発育不全、嚢胞腎、骨盤腎など）、ネフロプトーゼ	
重要な障害、重要な機能制限ともになし	0-10
重要な障害を伴い、機能制限はなし	20-30
腎臓結石症、腎機能制限なし	
複数月の間隔において仙痛	0-10
より頻繁な仙痛、間隔をおいた痛み、反復する尿路感染	20-30
腎機能の制限を伴わない腎臓障害（糸球体疾患、尿細管間質性腎症、血管性腎症など）、苦痛なし、病的膀胱所見あり（蛋白及び/又は赤血球又は白血球排出）	0-10
腎機能の制限のない腎臓障害、苦痛あり	
再発性肉眼血尿、頻度による	10-30
ネフローゼ症候群	
代償（浮腫なし）	20-30
代償不全（浮腫あり）	40-50
免疫抑制治療が必要なシステム疾患の場合	50
片方の腎臓に損傷がある場合のもう片方の腎臓の喪失、脱落 又は欠損。腎機能の制限なし、病的膀胱所見あり	30

腎機能の制限を伴う腎臓障害

血清クレアチニン値が正常域にある場合のクレアチンクリアランスが 50-80ml/min で軽度の制限の場合、測定可能な障害等級・就労制限等級とはならない。

腎機能の制限

軽度

（血清クレアチニン値が 2 mg/dl 以下（クレアチンクリアランスは約 35-50 ml/min）で全体症状は低下していないか、わずかに低下している程度。能力制限なし）	20-30
（血清クレアチニン値がたえず 2 mg/dl と 4 mg/dl の間に上がり、全体症状は少し下がり、軽度の能力制限がある）	40

中度

（血清クレアチニン値がたえず 4 mg/dl と 8 mg/dl の間に上がり、全体症状はかなり低下、中程度の能力制限がある）	50-70
---	-------

重度

(血清クレアチニン値がたえず 8 mg/dl 以上、全体症状はかなり悪化、
子どもの場合は通常の学習はもはや不可能) …………… 80-100

片方の腎臓を喪失、脱落、又は欠損し、もう片方に機能制限

軽度 …………… 40-50

中度 …………… 60-80

重度 …………… 90-100

血液浄化治療の継続実施が必要 (血液透析、生体透析など) …………… 100

機能制限のあるすべての腎臓障害では、続発病 (高血圧、極度の貧血 (ヘモグロビン値 8 g/dl 以下)、多発神経障害、オステオパシーなど) は追加として評価する。子どもたちの場合成人より頻繁にある。

腎臓移植後は治癒観察待機期間を設ける (通常 2 年)。この期間中の障害等級・就労制限等級は 100 とする。その後障害等級・就労制限等級は残った機能障害により決定する。しかし免疫抑制が必要なことを考慮して、障害等級・就労制限等級は 50 未満とはしない。

悪性の腎臓腫瘍又は腎盂瘍除去後は、治癒観察期間を設ける。

治癒観察期間が 2 年間の場合この間の障害等級・就労制限等級は、

腎細胞がん (ハイパーネフローマ) の除去後は T1 N0 M0 ステージ (Grading G1) …… 50

腎盂瘍除の除去後は Ta N0 M0 ステージ (Grading G1) …………… 50

治療観察期間が 5 年間の場合この間の障害等級、就労制限等級評価は、

腎臓摘出を伴う腎細胞がん (ハイパーネフローマ) の除去後

ステージ T1 (Grading G2 以上)、T2 N0 M0 …………… 60

その他のステージ…………… 80 以上

腎臓と輸尿管を含む腎盂瘍除の除去後

ステージ T1-2 N0 M0 …………… 60

その他のステージ…………… 80 以上

腎芽細胞腫の除去後

ステージ I と II …………… 60

その他のステージ…………… 80 以上

障害等級・就労制限等級

尿路の損傷

慢性尿路炎 (とくに慢性膀胱炎)

軽度 (重要な排尿障害なし) …………… 0-10

重度 (いちじるしく、頻繁な排尿障害) …………… 20-40

委縮膀胱を伴う慢性膀胱炎 (収容量が 100ml 以下、排尿しぶり) …………… 50-70

次のような健康障害の場合は、付随現象 (皮膚障害、尿路炎症など) を場合によっては追加で評価に加える。

膀胱からの排出困難（尿管狭窄も理由）	
軽度（わずかな残尿形成、後のしたたりなど）	10
重度（手を使って排出、膀胱ペースメーカーの使用、いちじるしい残尿形成、 排尿時の痛み）	20-40
規則的カテーテル挿入、留置カテーテル、恥骨上の膀胱瘻カテーテルが必要、 蓄尿器は不要、重要な付随現象はなし	50

悪性の膀胱がんの除去後は、治癒観察期間の待機がある。

2年間の治癒観察期間の障害等級・就労制限等級評価は	
膀胱を残した初期腫瘍除去後（Ta-1 N0 M0、Grading G1）	50
5年間の治癒観察期間の障害等級・就労制限等級評価は	
ステージ Tis の除去後	50
ステージ T2 から 3a N0 M0 での除去後	60
人工導尿を含む膀胱除去を伴う	80
その他のステージでの除去後	100

尿の失禁

一部尿失禁

負荷をかけた場合の軽度の放尿（ストレス失禁第1段階）	0-10
日夜放尿（ストレス失禁第2段階から第3段階）	20-40
完全尿失禁	50
ケアの状態が良好でない	60-70
括約筋プロテーゼの移植後、機能良好	20
尿失禁の場合、前の尿管に尿管一皮膚瘻	10
肛門失禁の場合、尿路一腸瘻。尿管経由の空気と便の排出による	30-50

人工導尿（腎機能障害なし）

腸の中へ	30
外へ	
ケア良好	50
その他（狭窄、収縮、気密性の問題など）	60-80
十分な収容量のある腸のネオブラーゼ【Darmneoblase】、重要な排出障害なし	30

26.13 性 器

障害等級・就労制限等級

陰茎の喪失	50
陰茎の一部喪失	
亀頭の一部喪失	10
亀頭の喪失	20
その他	30-40

悪性の陰茎腫瘍除去後は、最初の5年間は治癒観察期間として待機する。

この期間の障害等級・就労制限等級評価は
初期段階での除去後（T1 から T2 N0 M0）

障害等級・就労制限等級

陰茎の一部喪失の場合	50
陰茎の喪失の場合	60
陰茎の完全除去を伴う	80
その他のステージでの除去後	90-100
片方の睾丸が完全な場合、もう片方が発育不全、喪失、又は委縮	0
両方の睾丸の発育不全、喪失、又は委縮	
高齢の場合（ほぼ 80 歳以上）	10
それ以外では補充によるホルモンバランスの調整による	20-30
身体発育終了前	20-40
通常でない心的反応障害（18 号第 8 項を参照）及び追加の身体障害は、場合によっては考慮する。	
副睾丸の喪失又は委縮	0
両睾丸の喪失又は完全委縮及び/又は生殖不能	0
若年層でまだ子供を希望している場合	20
治療の効果がなかったことが証明された場合の性交不能	20
通常でない心的反応障害は場合によっては追加して考慮する（18 号第 8 項を参照）。	
水瘤（いわゆる陰嚢水腫破裂）	0-10
静脈瘤（いわゆる静脈瘤破裂）	0-10
悪性の辜瘻障害等級・就労制限等級評価は辜丸腫瘍除去後、治癒観察期間の待機がある。	
2 年間の治癒観察期間中の障害等級・就労制限等級評価は	
ステージ T1 から T2 N0 M0 での精子がん又は非精子がんの除去後	50
5 年間の治癒観察期間中の障害等級・就労制限等級評価は	
ステージ T1 から T2 N1 M0 又は T3 N0 M0 での精子がんの除去後	50
ステージ T1 から T2 N1 M0 又は T3 N0 M0 での非精子がんの除去後	60
その他	80
慢性の細菌性前立腺炎症又は非細菌性前立腺症	
重要な排尿障害なし	0-10
たえず排尿障害と痛みを伴う	20
前立腺線種	
障害等級・就労制限等級評価は膀胱排出障害と腎機能への反応にもとづく。	
悪性の前立腺腫瘍除去後は、治癒観察期間の待機がある。	
2 年間の治癒観察期間中の障害等級・就労制限等級評価は	
ステージ T1a N0 M0（Grading G1）	50
その他のステージでの除去後	80 以上
悪性の前立腺がん	
治療不要	50
継続的にホルモン補充	60 以上

26.14 性 器

障害等級・就労制限等級

乳房の喪失（乳房切除）

片側	30
両側	40
乳房の部分又は平面の切除	0-20

手術又は放射線治療の結果として肩甲骨、腕又は脊柱の機能制限（リンパ浮腫、筋肉損傷、神経損傷、姿勢不良など）並びに通常でない心的反応障害（18号第8項を参照）は場合によっては追加的に考慮する。

乳房再建のためのプロテーゼを伴うプラスチック、結果により（莢膜線維症、プロテーゼの離開、対称性など）

乳腺切除後

片側	10-30
両側	20-40

皮下乳腺切除後

片側	10-20
両側	20-30

乳房再建のためのプラスチックの後に自身の組織を使う場合は、障害等級・就労制限等級評価はより低くなるよう考慮される。

悪性の乳腺がん除去後は、最初の5年間を治癒観察待機期間とする。障害等級・就労制限等級評価はこの期間中（手術結果と場合によってはその他の治療結果も含む。ただしこれらがそれだけでは最低50の障害等級・就労制限等級にならない場合に限る）は

ステージ T1 から T2 pN0 M0 で除去の場合	50
ステージ T1 から T2 pN1 M0 で除去の場合	60
その他ステージ	80以上

手術結果及び場合によってはその他の治療手段も障害等級・就労制限等級50又はそれ以上の場合、2年間の治癒観察期間中に設定されるべき障害等級・就労制限等級は、相応により高く設定される。

乳腺の原発がん除去後は、2年間の治癒観察期間は障害等級・就労制限等級は50である。

子宮の喪失及び/又は不妊

若年層でまだ子供の希望がある場合	20
通常でない心的反応障害は、場合によっては追加として配慮する（18号第8号を参照）	

悪性の子宮がん除去後は、治癒観察期間がある。

2年の期間中の障害等級・就労制限等級は、	
ステージ T1a N0 M0 で子宮頸がん除去（微細がん）除去後	50

早期 (Grading G1、子宮筋層内部の最大3分の1 浸入) に子宮体がん (微細がん) 除去後	50
5年間の治癒観察期間中の障害等級・就労制限等級評価は、	
子宮頸がんの除去後	
ステージ T1 b から 2a N O M0	50
ステージ T2 b N O M0	60
その他	80
子宮体がんの除去後	
ステージ T1 N O M0 (Grading G2-3、子宮筋層内部の3分の1 を超えて浸入)	50
ステージ T2 N O M0	60
その他	80
卵巣の喪失	0
両方の卵巣の発育不全、喪失、脱落	
子どもの希望がなく、ホルモンバランスへの重要な影響がない場合—常にポストメノポーズのさなか	
	10
若年層でまだ子どもの希望がある場合、又は補充による十分な	
ホルモンバランスの調整がない場合	20-30
身体の発育終了以前でホルモン途絶の調整の可能性による	
	20-40
通常でない心的反応障害 (18号第8項を参照) とさらに身体の障害があれば、場合によっては追加で考慮される。	
内分泌にかかわる卵巣の機能障害は、治療が十分可能なので、通常障害の持続は予想されていない。まれに合併症 (不妊、異常脱毛など) がある場合は特別に配慮する。	
悪性の卵巣腫瘍除去後は、最初の5年間は治癒観察期間として待機する。この期間の障害等級・就労制限等級は、	
ステージ T1 NO M0 での除去	50
その他のステージ	80
慢性又は慢性・再発性の子宮付属器及び/又は子宮旁結合組織の炎症プロセス	
その種類、範囲、影響の組み合わせ (付着の苦痛、慢性の痛み、性交時の苦痛など) による	
	10-40
子宮内膜症	
軽度 (広がりはずか、痛みはないかほとんどなし)	0-10
中度	20-40
重度 (隣接器官への侵食、強い痛み、全身状態のいちじるしい障害、不妊など)	50-60
腔瘻	
尿路腔瘻	50-60
直腸腔瘻	60-70
尿路直腸腔瘻 (排泄腔形成)	100

機能的障害がわずかな瘻は、相応に低く評価する。

膣壁の低下、膣脱及び/又は子宮脱

尿失禁又はわずかなストレス失禁（第1段階）	0-10
強度の尿失禁及び/又は強度の脱による痛み	20-40
完全な尿失禁を伴う	50-60
ケアが良好でない	70

潰瘍形成は場合によっては追加で考慮する。

独立の膣後壁低下

軽度の汚物排除障害を伴う	0-10
--------------	------

強度の機能制限には 26 号第 10 項を参照。

膣・子宮発育不全、プラスチックなし、14 歳以降（不妊を含む） 40

外陰委縮症

軽度（苦痛なし、又はわずかの苦痛）	0-10
中度（いちじるしい苦痛、第二次性徴なし）	20-30
重度（強い苦痛、治療で治すのが困難な第二次性徴）	40
外陰の完全な除去	40

悪性の膣腫瘍除去後、最初の 5 年間は治癒観察期間として待機する。この期間中の障害等級・就労制限等級評価は

ステージ T1 N0 M0 での除去	60
その他	80

治療の後遺症（とくに放射線治療後）は場合によってはさらに評価を追加する。

外陰部の悪性の腫瘍除去後、最初の 5 年間は治癒観察期間として待機する。この期間中の障害等級・就労制限等級評価は

ステージ T1 から 2 N0 M0 での除去	50
その他	80

26.15 内分

障害等級・就労制限等級は代謝障害・内分泌障害の場合、これらの障害の影響によって定められる。この段落では触れられない生まれつきの代謝障害は、ここからの類推とその多様な影響を考慮して評価する。

検査数値からの逸脱は、それだけでは障害等級・就労制限等級の条件とはならない。

障害等級・就労制限等級

糖尿病

1 型 ダイエットと自己注射による治療

—コントロール良好	40
—コントロール困難（しばしば子供の場合）、時おりいちじるしい低血糖	50

障害等級・就労制限等級

- 2型 ダイエットのみ（血糖値を調節する薬の処方なし）と、又はダイエットと
ー及び炭水化物再吸収遅延剤又はビグアナイド系糖尿病薬（それだけでは低血糖にならない経口糖尿病薬）で十分コントロール可能…………… 10
ー及びインシュリン分泌性の効果（他の経口糖尿病薬の追加処方でも）を持つ経口糖尿病薬で十分コントロール可能…………… 20
ー及び経口糖尿病薬と補足的又は単独のインシュリン治療で十分にコントロール可能…………… 30
- 頻繁な、いちじるしい低血糖並びに器官合併症はその効果に応じて追加して評価する。

痛風

障害等級・就労制限等級評価では、該当する関節の機能制限、痛み、炎症性の突きの頻度と重度、及び内部器官のかかわりを考慮に入れる。

脂肪代謝疾患

障害等級・就労制限等級は、基本的に後遺症の範囲によって決まる。

- 必要がある場合は LDL アフェレーシス …………… 30

食事性の脂肪過多症、過脂肪症

過脂肪症単独では障害等級・就労制限等級の条件にはならない。その結果障害と付随現象（とくに心肺システム又は支持・運動器官で）障害等級・就労制限等級の設定が裏付けられなければならない。同じことが特に病的肥満（Adipositas permagna）にもあてはまる。

フェニールケトン尿症

理解可能な後遺症なし

- 小児期から 16 歳まで …………… 30

- その後必要に応じさらにダイエット実施…………… 10

脳障害がある場合は障害等級・就労制限等級はとくに知的障害とその他の結果（脳器官の発作など）の範囲による。

嚢胞性線維症

- 活動療法により、成長と栄養は年齢相応…………… 20

- 活動と肺機能の療法により少し制限、成長と栄養はなお年齢相応…………… 30-40

- 活動と肺機能は明白に制限、しばしば成長と栄養の障害、通学と就労は通常なお可能…………… 50-70

- 活動、肺機能、栄養状態の制限は高度から最高度…………… 80-100

後遺症（糖尿病、インポテンツ、肝硬変など）は場合によっては追加で配慮する。

甲状腺疾患

甲状腺機能障害の評価は、通常特に軽い事例では、現代的検査手法による診断が保障されていることが前提である。

甲状腺機能障害（過剰亢進と機能低下[甲状腺切除後も]）は治療効果が高いため、通常は持続する障害は予想されていない。まれに現れる器官合併症（眼球突出症、機関狭窄など）は特別に評価する。

手術によらない治療がされた甲状腺腫では、障害等級・就労制限等級は機能的影響にもとづき評価される。

悪性の甲状腺腫瘍除去後は、最初の5年間を治癒観察期間とする。

この期間の障害等級・就労制限等級は、

乳頭又は小胞腫瘍の除去後、リンパ節の発生はなし…………… 50

その他…………… 80

除去後に残った器官障害が障害等級・就労制限等級50又はそれ以上の場合、治癒観察期間に設定すべき障害等級・就労制限等級は、相応により高く設定する。

テタニー

治療可能であるため、通常持続的な障害は予想されていない。

慢性副腎皮質不全（アジソン症候群）

治療可能であるため、通常持続的な障害は予想されていない。まれに現れる機能障害は、機能低下の類推で（起立性制御不能など）相応に評価する。

クッシング症候群

障害等級・就労制限等級は筋力弱化と各種器官システム（高血圧、心不全、糖尿病、オステオポローズ、精神的変化）への影響により定められる。

ポルフィリン症

赤血球生成ポルフィリン（ギンター病）…………… 100

肝臓ポルフィリン症

急性間欠性ポルフィリン症…………… 30

晩発性皮膚ポルフィリン、重要な苦痛なし…………… 10

器官合併症はそれぞれ追加で配慮する。

26.16 液、液生成器官、系

障害等級・就労制限等級の高さは、血液、血液生成器官、及び免疫系の疾患では、血液学上の変化の大きさ、器官の機能障害、他の器官への反動、全身状態への影響、感染の頻度にもとづき定められる。

障害等級・就労制限等級

脾臓の喪失

小児期の早期に喪失した場合は、8歳まで…………… 20

その後又はそれより後での喪失…………… 10

合併症の発生はまれであるが（血栓など）、その場合はさらに考慮を加える。

ホジキン病

ステージⅠからⅢAまで

長く持続する（6ヵ月以上持続する）治療の場合、全身状態への

影響により集中治療の終了まで…………… 60-100

完全寛解後、3年間（治癒観察期間）…………… 50

障害等級・就労制限等級

治癒観察期間終了後、障害等級・就労制限等級は残った器官障害にもとづいて決める。

ステージⅢB からⅣまで

集中治療終了まで	100
完全寛解後、3年間（治癒観察期間）	60
治癒観察期間終了後、障害等級・就労制限等級は残った器官障害にもとづいて決める。	

非ホジキンリンパ腫

慢性リンパ性白血病とその他の広汎化した低悪性度非ホジキンリンパ腫

影響は少ない（重要な痛みなし、全身症状なし、治療の必要なし、

重要な病気の進行なし）

中程度の影響（治療が必要）

重度の影響、強度の進行（強度の貧血、強度の血小板減少、再発性感染、

脾臓のいちじるしい肥大など）

局所性低悪性度非ホジキンリンパ腫

完全寛解（腫瘍の除去）後、3年間（治癒観察期間）

治癒観察期間終了後、障害等級・就労制限等級は残った器官障害にもとづいて決める。

高悪性度非ホジキンリンパ腫

集中治療終了まで

その後完全寛解の場合は、3年間（治癒観察期間）

治癒観察期間終了後、障害等級・就労制限等級は残った器官障害にもとづいて決める。

プラズマ細胞腫（骨髄腫）

影響は少ない（全身状態への重大な影響なし、治療の必要なし、

不快感なし、重大な進行なし）

中程度の影響あり（治療が必要）

重度の影響あり（強度の貧血、強い痛み、腎機能制限など）

慢性骨髄性白血病

慢性期

全身状態への影響、また治療にもよる。脾臓の肥大の規模

急性期（加速化、骨髄芽細胞の病状悪化）

他の慢性骨髄増殖性疾患（真性赤血球増加症、真性血小板血症、骨髄硬化症など）

影響はわずか（治療不要）

中程度の影響

比較的重度の影響（中程度の貧血、軽度の血小板減少症など）

重度の影響（強度の貧血、重度の血小板減少症、いちじるしい

脾臓肥大、出血傾向及び/又は血栓傾向など）

急性白血病

集中治療終了まで

その後3年間（治癒観察期間）

骨髄異形成症候群

影響はわずか（バランスがとれ、重要な全身障害はなし）	10-20
中程度の影響（時おりの輸血など）	30-40
比較的重度の影響（絶えず輸血の必要、再発感染など）	50-80
重度の影響（たえず輸血の必要、頻繁な感染、出血傾向、白血病の転移など）	100

再生不良性貧血、顆粒球減少症

障害等級・就労制限等級は再生不能性貧血又は顆粒球減少症の場合、治療後も骨髄異形成症候群との類推で評価する。

骨髄移植

自己骨髄又は血液幹細胞移植の後は、障害等級・就労制限等級は原病に応じて評価する。

同種の骨髄移植後、3年間（治癒観察期間）

その後の障害等級・就労制限等級は、残った影響と場合によっては器官障害によるが、30以下の評価をしてはならない。

貧血

症候性貧血（鉄欠乏性貧血、ビタミン依存貧血など）は、通常治療効果があり、一時的な正確のものである。

治療が困難な貧血（特定の溶血性貧血、サラセミア、赤血球酵素異常など）

影響はわずか（調整可能、重要な全身障害なし）	0-10
中程度の影響あり（時おり輸血など）	20-40
重度の影響あり（たえず輸血が必要）	50-70

内臓合併症は追加で評価する。

血友病と相応する血漿性出血疾患（出血傾向による）

軽度の形

抗血友病性グロブリン（AHG）の残余活性が5%を超える

中程度の形

出血はまれ

頻繁な（年に複数回）出血、量も大目

重度の形 - 抗血友病性グロブリンが1%以下

出血の後遺症は追加的に評価する。

その他出血疾患

重要な影響なし

中程度の影響あり

重度の影響あり（軽度の外傷でも大量出血する）

いつも臨床的に顕性の出血傾向を伴う（自然出血、生命に関わる危険のある出血）

抗凝血薬による治療は、原病（心臓弁膜プロテアーゼ、血管プロテアーゼ、血栓形成傾向など）において配慮される。基本疾患がもはや存在しない場合、又は障害等級・就労制限等級の条件をもはや満たさないが抗凝結薬による継続治療が必要な場合は、その他の出血疾患の類推で、通常は障害等

級・就労制限等級 10 が設定される。

免疫不全

生まれつきの体液・細胞の免疫不全（アデノシンアミナーゼ異常、DiGeorge 症候群、永続的 B 細胞異常、敗血症性肉芽腫症など）

臨床症状なし	0
治療にもかかわらず感染しやすいが、異常な感染ではない	20-40
治療にもかかわらず、感染しやすさのほかにも通常でない感染（年に 1、2 回）	50

深刻な進行形の場合は、より高い障害等級・就労制限等級を考慮する。

後天性免疫不全症候群（HIV 感染）

臨床症状のない HIV 感染	10
臨床症状のある HIV 感染	
わずかな能力障害（リンパ節疾患（LAS））	30-40
より大きな能力障害（AIDS 関連の合併症（ARC））	50-80
重度の能力障害（AIDS の完全形）	100

通常でない精神的な付随現象は、場合によっては考慮に加える。

26.17 皮膚

皮膚疾患の障害等級・就労制限等級評価では、種類、広がり、位置、全身状態への影響、（かゆみ、湿気、灼熱感、不快でいやなおいのような）付随現象と、再発の可能性又は慢性化、並びに反復する入院治療の必要に配慮する。痛みの経過が大きく揺れ動く皮膚疾患では、障害等級・就労制限等級の平均値（18 号第 5 項を参照）が考慮される。しばしば通常でない心的反応障害（18 号第 8 項を参照）は、追加で考慮する。皮膚疾患は子どもたちの場合、成人よりも大きな影響を及ぼす。

傷跡はその広がり、性状（硬直化、薄化、輪郭など）、位置、又は周囲への作用により、障害をもたらす。やけど、腐食などの後に残る広がりのある傷跡の場合は、さらに保護、排泄、感覚器官としての皮膚が考慮されなければならない。これらの障害が障害等級・就労制限等級の高さを決定する。

ゆがみがある場合は、職業生活や他人との接触に不愉快さ並びに精神的摩擦が生じうることに配慮する。とくに顔のゆがみがそれに該当する。

障害等級・就労制限等級

湿疹

接触性湿疹（刺激性・アレルギー性の接触性湿疹）

広がり少なく、年 2 回まで何週間かの間発生する	0-10
その他	20-30

アトピー性湿疹（「体質性神経皮膚炎」、「内因性湿疹」）

特定の位置に限定されたわずかな広がりが年に 2 回まで、何週間かの間発生する	0-10
より長くどまる場合	20-30
広汎化した皮膚症状、とくに顔面に発生	40
入院又は類似の集中的外来治療が年に何回か必要	50

とくにアトピー症候群（アレルギー性ぜんそく、アレルギー性鼻炎/結膜炎など）では、その他の器官がかかわる場合は追加で評価する。

脂漏性湿疹

- 広がり少なく、特定の位置に限定……………0-10
- その他、広がりによる……………20-30

慢性再発性じんましん/クインケ浮腫

- まれ、年に2回まで発生、病毒又はアレルギー源を回避しやすい……………0-10
 - 頻繁に病状悪化、病毒とアレルギー源の回避が難しい……………20-30
 - 重度で慢性、何年にもわたって続いてきた……………40-50
- (胃腸域又は循環系などの) 全身におよぶ場合は、場合によりさらに配慮する。

ニキビ

尋常性ニキビ

- 軽度から中度……………0-10
- 重度、単発の膿瘍と結節形成と、相当するいちじるしい美容上の障害を伴う……………20-30

凝塊性ニキビ

- 特定の位置に限定される頻繁な膿瘍と瘻形成、局所限定の障害……………30-40
- 最も重篤な形態、再発性で膿をもち、痕の残る腋窩・鼠径部と項部膿瘍を伴い、
場合によってはさらに毛巣囊を伴う……………50以上

酒さ、酒瘤

- わずかな広がり、美容上はほとんど気にならない……………0-10
- より大きな広がり、歪みがある……………20-30

結合組織の自己免疫疾患の場合 (エリテマトーデス、皮膚筋炎、
進行する全身性靭帯硬化症など)、皮膚の変化。

- 特定の位置に限定され、広がりが少ない場合……………0-10
 - 特定の位置に限定され、広がりがより大きい場合。美容上及び機能上の影響による……………20-40
 - 特定の位置を超えて広がり、場合によっては潰瘍形成もある……………50-70
- 関節の動きに制限があり、その他器官にかかわる場合はさらに考慮する。

水泡を形成する皮膚疾患 (天疱瘡、類天疱瘡など)

- 限定された皮膚と粘膜での発生、わずかな広がり……………10
 - その他……………20-40
 - 広汎化した皮膚と粘膜での発生の場合……………50-80
- 進展した段階では、全身状態への重度の障害の場合もより高い評価。

尋常性乾癬

- 特定の位置に限定……………0-10
 - 拡大しているが、症状のない期間が何ヵ月もある……………20
 - たえず広がり続けるか、局所限定で重篤 (手など) ……30-50
- 爪に通常でない影響が出ており (爪甲の損傷)、並びに関節・脊柱に影響が出ている場合はさらに評価に加える。

紅皮症

疾患の進行はゆるやか	40
疾患の進行は中程度、全身状態に重要な影響はない	50-60
全身状態に重要な影響が伴う	70-80

魚鱗癬

軽度、主に体幹と末梢部分に限定され、皮膚は乾燥、軽度の表皮剥離、大きな変色なし	0-10
中度、主に体幹と末梢部分に限定され、皮膚の乾燥が強く、表皮剥離、変色あり	20-40
重度、皮膚全体のいちじるしい表皮剥離と変色、とくに関節屈曲部と顔面	50-80

真菌症

皮膚での限定な発生	0-10
すべての手指と足指の爪に発生の場合、場合によっては爪甲の損傷を伴う	20
全身真菌症では、内臓にかかわる場合はさらに評価に加える。	

慢性再発性丹毒

リンパ浮腫が残っていない場合	10
その他、リンパ浮腫の程度による	20-40

慢性・再発性の単純ヘルペス

広がりはずか、年3回まで再発する	0-10
広がりが大きい、頻繁に再発する	20

完全脱毛

(まゆ・まつ毛の欠如)	30
通常でない精神的反応障害は場合によってはさらに配慮する(18号第8項を参照)。	

母斑

障害等級・就労制限等級は、生じうるゆがみの範囲によってのみ評価する。

色素障害(白斑など)

手及び又は顔

わずか	10
広がっている	20
その他	0
通常でない心的反応障害は場合によってはさらに配慮する(18号第8項を参照)。	

悪性の皮膚腫瘍除去後は、最初の5年間は治癒観察期間として待機する(例外は基底細胞がん、ボーエン病、原発黒色腫など)。この期間の障害等級・就労制限等級評価は、

ステージ I (pT1 から 2、pN0 M0) の黒色腫除去後、又は	
ステージ I pT1 から 2、pN0-2 M0 の別の皮膚がん	50
その他のステージ	80

除去後に残った器官損傷が障害等級・就労制限等級 50 以上であれば、治癒観察期間中に設定される障害等級・就労制限等級は、相応により高く評価される。

26.18 支持器官と運動器官、リウマチ疾患

全般

この段落は姿勢障害、退行性変化、オステオペニー疾患、外傷後の状態、慢性骨髄炎、炎症性リウマチ疾患、膠原病、血管炎並びに軟部の非炎症性疾患を包括する。

先天性・後天性の姿勢保持器官と運動器官の損傷障害等級・就労制限等級は、機能障害（運動の阻害、負荷可能性の低下）の影響とその他の器官体系の関わりにより、定められる。通常生じる苦痛は、その際ともに考慮される。

通常でない痛みは、場合によってはさらに考慮される（18号第8項を参照）。痛みがあつて関節の動きに制限がある場合は、固縮より重度でありうる。

姿勢保持の損傷及び/又は四肢関節・脊柱の退行性変化（関節症、骨軟化症など）では、関節の腫脹、筋肉のこり、拘縮又は萎縮症も考慮に加える。

画像診断により確認された変化（退行性のものなど）だけでは、障害等級・就労制限等級はまだ正当化されない。同様にある四肢又は脊柱の手術（半月板手術、椎間板手術、滑液除去など）が行われたという事実だけでは、障害等級・就労制限等級設定の根拠とはならない。

異物が筋肉や骨の中で反応を起こさず快癒していれば、そしてその位置から関節、神経又は血管に悪影響を及ぼさなければ、異物は身体の機能を損なわない。

軟部の損傷の場合の障害等級・就労制限等級は、血液システムとリンパ管システムの機能損傷と障害により定められる。筋膜損傷の場合は、まれに障害等級・就労制限等級を構成する筋ヘルニアが発生しうる。

炎症性・リウマチ性の疾患では、構造的・機能的損傷のほかに疾患の推移に配慮し、その全身状態への影響を含む活動性とさらなる器官の関与も考慮に入れる。膠原病と血管炎にも準用される。

いちじるしいオステオペニー疾患（骨粗鬆症、ホルモン障害があるオステオペニー、腸管内再吸収障害、腎障害など）では、障害等級・就労制限等級はとくに機能障害と痛みによって左右される。もっぱら測定技術にもとづき証明される骨量低下だけでは、障害等級・就労制限等級の設定を正当化されない。

障害等級・就労制限等級

関節又は/及び脊柱の炎症性・リウマチ性疾患（強直性脊椎炎など）

重要な機能制限なし、軽度の痛みあり	10
わずかな影響（軽度の機能障害と苦痛、関節での発生の範囲と種類による、疾患の活動性が低い）	20-40
中程度の影響を伴う（たえずいちじるしい機能障害と苦痛、治療で対応困難な疾患の活動性）	50-70
重度の影響（原状に復し得ない機能障害、高度の進行）	80-100

6か月以上続く攻撃的治療の影響は、場合によっては考慮する。

膠原病

（全身性エリテマトーデス、進行性全身性硬化症、多発筋炎/皮膚筋炎）

血管炎

（結節状汎動脈炎、巨細胞動脈炎、リウマチ状多発筋症など）

膠原病と血管炎の場合の障害等級・就労制限等級の評価は、それぞれの器官のかかわりの種類と範囲、並びに全身状態への影響により、決定する。その際、筋肉疾患への類推も考慮される。6か月以上続く攻撃的治療期間には、障害等級・就労制限等級は50を下回らない。

軟部の非炎症性疾患の評価では、それぞれの器官が関与する種類と範囲、並びに全身状態への影響が重要である。

繊維筋痛

繊維筋痛と類似の身体化症候群（慢性疲労症候群/化学物質過敏症など）は、それぞれ個別事例で機能的影響に応じて類推して評価する。

慢性骨髄炎

障害等級・就労制限等級評価では、病気の位置と広がりから生じる機能障害、病気に内在する活動性とその全身状態への影響と、さらになんらかの後遺症（貧血、アミロイドーシスなど）に配慮する。経過にいちじるしい変化がある場合は、障害等級・就労制限等級の平均値をとる。

障害等級・就労制限等級

休止性骨髄炎（最低5年間非活動）	0-10
慢性骨髄炎	
軽度（狭く限定、活動性はわずか、瘻の化膿はわずか）	20以上
中度（疾患がより拡大、頻繁に、又はたえず瘻が化膿、活動兆候は検査所見でも見られる）	50以上
重度（頻繁に熱を伴う重度の変動、軟部のいちじるしい浸潤、化膿と分離骨切除、活発な活動兆候が検査所見でも見られる）	70以上

病気の安静化による重要な改善を想定できるのは、複数年にわたる病気の進行ののちに、2年以上前から一何十年にもわたる病気の経過ののちは、5年前から一瘻がなくなり、他の所見（レントゲン画像と検査室の所見を含む）からも活動兆候が見られなくなった場合である。その際通常障害等級・就労制限等級は、20から30だけ低く推定され、残った障害により障害等級・就労制限等級が決定されるまで、2年から4年間の治癒観察期間が設定される。

障害等級・就労制限等級

筋肉疾患

障害等級・就労制限等級の評価は、以下の機能障害の場合に想定する。

筋肉の低下

影響はわずか（疲れやすさ、筋肉使用時の不安定さ）	20-40
中程度の影響（関節の拘縮と変形、仰臥位からの起き上がりができなくなる、階段登りが不可能）	50-80
重度の影響（立位・歩行と腕の使用が不可能に至るまで）	90-100

個別の筋肉疾患で内臓への追加の影響（胸郭変形による肺機能及び/又は心臓機能の制限）又は眼筋障害、嚥下障害、又は言語障害（筋無力症の場合など）に配慮する。

小人症

成長終了後の身体の大きさ

130cmを超えて140cmまで	30-40
120cmを超えて130cmまで	50

120cm とそれ以下の場合、相応により高い数値が考慮される。

これらの障害等級・就労制限等級数値はバランスのとれた体格にもとづく。

補足的に考慮される（軟骨無形成、骨形成不全などの場合）のは、小人症と結びつく障害だけである。

- ・ 身体のバランスが十分でない
- ・ 四肢の形成異常
- ・ 関節機能、筋肉機能、静力学の障害
- ・ 神経障害
- ・ 感覚器官の障害
- ・ 内分泌の欠落
- ・ 通常でない精神的反応障害（18号第8項を参照）

巨人症

巨人症だけでは障害等級・就労制限等級は想定できない。心的反応障害に特に注意する。

脊柱損傷

先天性と後天性の脊柱損傷（椎間板損傷、ショイエルマン（Scheuermann）病、脊椎迂り症、脊髄管狭窄といわゆるポストディスコトミー症候群など）では、第一に運動機能制限、脊柱変形及び脊柱の不安定さ、並びに該当する脊柱区分から、障害等級・就労制限等級評価が得られる。

不安定さという概念には、二つの椎骨が相互に物理的負荷のもと通常でない動きをし、そこから軟部の変化と痛みが生じることが含まれている。いわゆる脊柱症候群（肩腕症候群、腰部症候群、坐骨神経痛、並びにその他神経刺激及び筋肉刺激症状のような）は、不安定な場合と脊髄管又は椎間孔の狭窄の場合に生じる。

慢性再発性椎間板症候群には、十分長い期間にわたる既往データと臨床検査が参考になり、重要である。苦痛のないインターバルの時期には、客観的検査所見がわずかな意味しか持たないことがある。

障害等級・就労制限等級

脊柱の損傷

運動の制限が乃至不安定がない	0
機能的影響がわずかにある（変形、再発性又は持続的運動制限又は軽度の不安定、まれに短期的に軽い脊柱症候群が起きる）	10
一つの脊柱区分に中度の機能的影響（変形、頻繁に再発又は持続する運動制限又は中度の不安定、頻繁に再発し、何日も続く脊柱症候群）	20
一つの脊柱区分に重度の機能的影響（変形、頻繁に再発するか持続する運動制限又は重度の不安定、頻繁に再発し、何週も続く脊柱症候群）	30
二つの脊柱区分に中度から重度の機能的影響	30-40
特に重度の影響（脊柱の大きな部分の固縮、脊柱の3つの区分をカバーする体幹補装具により、静止位置の持続など重度の脊柱側弯症（コブ法で70度））	50-70
歩行・立位が不可能な最重度の負荷不全の場合	80-100

神経根圧迫による運動の脱落傾向を伴う持続的機能障害、又は脊柱管狭窄の場合は間欠性障害、並びに内臓への影響（呼吸機能障害など）は追加して考慮する。

通常でない痛み症候群（18号第8項を参照）では、証明可能な神経性脱落症状（ポストディスコトミー症候群など）なしでも30以上の障害等級・就労制限等級を考慮できる。

神経症的跛行は類似の動脈の閉鎖疾患の場合の歩行能力制限より少し評価が有利である。

骨盤損傷

機能的影響なし	0
わずかな機能的影響を伴う（安定した骨盤輪、仙腸関節の退行性変化など）	10
中度の機能的影響（続発性関節症を含む不安定な骨盤輪など）	20
重度の機能的影響と変形	30-40

神経症的、産婦人科的、泌尿器科的機能障害並びに股関節変化は、場合によっては配慮を追加する。

四肢の損傷全般

四肢が損傷した場合の障害等級・就労制限等級は、相当する四肢の喪失の障害等級・就労制限等級との比較から生じる。末端が保持されていても、場合によっては状態が喪失よりも不都合であることもある。

記載されている四肢喪失の場合の障害等級・就労制限等級は、別の記載がない場合、断端と隣り合う関節の良好な状態を前提としている。この断端の状態が非常に悪ければ、一時的な断端疾患並びに隣り合う関節の重要でない機能障害の場合、この率は通常、身体のプロテーゼを装着するか否かにかかわらず、10だけ高くされる。

四肢の喪失及び体幹の機能障害の場合、それによって損傷だけを前提とする障害等級・就労制限等級障害の等級を変えることなく、身体のプロテーゼ、整形外科その他の補助装具は喪失による影響を軽減する。

関節症の評価には、273 ページを参照する。

偽関節症の障害等級・就労制限等級の場合は、緊張性偽関節症のほうが、弛緩性偽関節症よりも有利に評価される。

習慣性脱臼の場合、障害等級・就労制限等級の程度は、四肢の機能損傷による以外は脱臼の頻度によって定められる。

関節の埋め込みプロテーゼの場合、障害等級・就労制限等級は残った機能制限と負荷の可能性による。以下の最小障害等級・就労制限等級が適切である。

障害等級・就労制限等級

股関節

片側	20
両側	40

膝関節

片側	30
両側	50

他の大きな関節の埋め込みプロテーゼは、膝関節のプロテーゼに相当する評価を行う。

無菌壊死

必要な負荷をかけている間の骨頭壊死（ペステル（Perthes）病など）	70
必要な固定の最中の月状骨軟化症	30

その後の障害等級・就労制限等級は、それぞれ残った機能障害により定められる。

上肢の損傷

両手又は両腕の喪失	100
片腕と片脚の喪失	100
肩関節からの片腕の喪失又は非常に短い上肢断端	80

非常に短い上肢断端とは、肩関節からの腕の喪失のような同じ機能損傷を前提とすると理解する。これは、切断レベルが外科頸の高さにある場合は、つねに対象となる。

上腕又はひじ関節の部分からの片腕喪失	70
前腕部分からの片腕喪失	50
前腕部分からの片腕喪失、断端の長さは7センチ以下	60
片手全体の喪失	50
有利な位置での肩関節の固縮、肩甲帯の動きは良好	30
約45度の開排角度での肩関節の固縮と軽度の保持は、機能的に有利とみなされる。	
不利な位置での肩関節の固縮又は肩甲帯の動きに支障	40-50
肩関節の運動制限（肩甲帯を含む）	
腕は120度ぐらいまでしか上げられず、 相応に回転能力と開張能力が損なわれている場合	10
腕は90度ぐらいまでしか上げられず、 相応に回転能力と開張能力が損なわれている場合	20

肩関節の不安定

軽度、まれに脱臼もあり（1年かそれ以上の間隔で）	10
中度、より頻繁な脱臼もあり	20-30
重度（動揺関節も）、つねに脱臼もあり	40

鎖骨偽関節症

緊張	0-10
弛緩	20
腕が4cmまで短くなり、大きな肩関節は自由に動く	0

上腕の偽関節症

緊張	20
弛緩	40
長い二頭筋の腱の断裂	0-10

前腕の回転運動の阻止を含むひじ関節の固縮

良好な位置	30
位置が不良	40-50
80度から100度の間の角度で固縮（ニュートラル・ゼロ法）、前腕の中間の回内位置の場合 は、使用位置として良好とみなされる。	

ひじ関節の運動制限

軽度（0-30-120までの伸展/屈曲で、前腕の回転運動が自由）	0-10
重度（とくに屈曲、前腕の回転運動の制限を含む）	20-30

前腕の回転運動を個別に阻止	
良好な位置（中間の回内位置）	10
位置が不良	20
極端な回外位置	30
ひじ関節・動揺関節	40
前腕偽関節症	
緊張	20
弛緩	40
尺骨又は橈骨の偽関節症	10-20
手関節の固縮	
良好な位置（軽度の背屈伸展）	20
位置が不良	30
手関節の運動制限	
軽度（30-0-40 までの伸展/屈曲など）	0-10
重度	20-30
快癒しなかったか、変形を伴って治癒した手根骨又は複数の中手骨の一つの骨折 又は脱臼で、続発性の機能障害を伴う	10-30
片方の親指関節の固縮、良好な位置	0-10
両方の親指関節と中手骨-手根骨関節の固縮、良好な位置	20
一本の指が固縮、良好な位置（使用位置の真中）	0-10
伸展又は強度の屈曲位置での指の固縮は、しばしば完全な喪失より障害となる。	
親指末節の喪失	0
親指末節と基節半分の喪失	10
片手の親指の喪失	25
両手の親指の喪失	40
中手骨を含む片手の親指の喪失	30
人差指の、中指、薬指又は小指の喪失、それに付随する中手骨の一部も含む	10
指2本の喪失	
親指を含む	30
人差指と中指、人差指と薬指	30
その他	25
指3本の喪失	
親指を含む	40
人差指と中指と薬指	40
その他	30
指4本の喪失	
親指を含む	50
その他	40
両手の人差指、中指、薬指、小指の喪失	80
片手の指5本全部の喪失	50

両手の指5本全部の喪失・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 100

上記数値は、断端の刺激がない場合の指すべての喪失に当てはまる。個別の指の節の喪失の場合には、低くされる。断端の状況が良くない場合は、高くする。

中手関節と末節関節からの指の断端は痛みのある傷跡を形成し、軟部のカバーが不都合であることを示す。指、とくに親指と人差指の感覚障害は、手の使用能力に重要な影響を及ぼす。

神経脱落（完全）

腕神経叢・・ 80
上腕神経叢・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50
前腕神経叢・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 60
腋窩神経・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
関節上結節・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
筋皮神経痛・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

橈骨神経

神経全体・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
中間領域又は遠位・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

尺骨神経

近位又は遠位・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30

正中神経

近位・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40
遠位・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
橈骨神経と腋窩神経・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50
橈骨神経と尺骨神経・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50
橈骨神経と正中神経・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50
尺骨神経と正中神経・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50
橈骨神経と尺骨神経と正中神経、前腕部分・・・・・・・・・・・・・・ 60

栄養状態は追加で考慮する。上述神経の一部脱落は相応に低めて評価する。

障害等級・就労制限等級

下肢の損傷

両脚の大腿部分の喪失・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 100
片脚の大腿部分ともう片方の脚の下腿部分・・・・・・・・・・・・・・ 100
片脚と片腕の喪失・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 100
片脚を股関節部分又は非常に短い大腿断端から喪失・・・・・・・・・・ 80
非常に短い大腿断端とは、股関節部分からの脚の喪失と同じ機能損傷を前提とする断端をいう。
切断平面が小転子の高さにある場合が、つねにそうである。
片脚の大腿部分からの喪失（Grittiによる切断を含む）・・・・・・・・・・ 70
脚全体の負担軽減の必要（坐骨支持など）・・・・・・・・・・・・・・ 70
下腿からの片脚喪失、関節の断端の機能性は十分・・・・・・・・・・・・ 50
片脚の下腿の負担軽減が必要（脛骨骨頭支持など）・・・・・・・・・・ 50
下腿からの片脚喪失、断端と関節の機能性不十分・・・・・・・・・・・・ 60
両脚の下腿からの喪失・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80
片脚の断端状態が不良・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 90

両脚の断端状態が不良	100
足の部分喪失、切断	
Pirogow による	
片足、断端は良好	40
両足	70
Chopart による	
片足、断端は良好	30
両足、足の位置不良	30-50
両足	60
Lisfranc による、又は中足骨部分は Sharp による	
片足、断端は良好	30
片足、足の位置不良	30-40
両足	50
足指の喪失	0
足の親指喪失	10
第一中足骨小骨頭の喪失を伴う足の親指喪失	20
足の第二指から第五指又は第一指から第四指の喪失	30
両側の股関節固縮、位置による	80-100
股関節の固縮	
位置は良好	40
位置は不都合	50-60
約 10 度の軽度の開張位置における片側股関節の固縮、中間の回転位置と軽度の屈曲位置は、有利であるとみなされる。	
強度の内転位置、外転位置、又は屈曲位置にある股関節の固縮は、不利とみなされる。	
股関節の運動制限	
軽度（伸展/屈曲が 0-10-90 までで相応の回転能力と開張能力制限がある場合など）	
片側	10-20
両側	20-30
中度（伸展/屈曲が 0-30-90 までで相応の回転能力と開張能力制限がある場合など）	
片側	30
両側	50
重度	
片側	40
両側	60-100
股関節形成異常（先天性股関節脱臼を含む）	
恒久的に完全固定	100
その後開張の治療終了まで	50
最後に、そして治療不能な場合は障害等級・就労制限等級は機能障害の不安定にもとづき設定する。	
股関節切除、機能障害による	50-80
股関節のばね音	0-10

脚を短くした	
2.5cm まで	0
2.5cm を超え、4 cm まで	10
4 cm を超え、6 cm まで	20
6 cm を超える	30 以上
大腿偽関節症	
緊張	50
弛緩	70
筋膜脱落（筋ヘルニア）	0-10
両脚膝関節の固縮	80
片脚膝関節の固縮	
位置良好（10 度から 15 度の屈曲位置）	30
位置不良	40-60
膝靭帯器官のゆるみ	
筋肉で代償可能	10
不完全な代償が可能、歩行は不安定	20
支持器具の用意が必要、軸位置の位置不良による	30-50
膝蓋骨折	
骨質状に治癒せず、伸展器官の機能制限なし	10
骨質状に治癒せず、伸展器官の機能制限あり	20-40
習慣性膝蓋脱臼	
まれに脱臼（1 年かそれ以上の間隔で）	0-10
より頻繁	20
膝関節の運動制限	
軽度（伸展/屈曲 0-0-90 までなど）	
片側	0-10
両側	10-20
中度（伸展/屈曲 0-10-90 までなど）	
片側	20
両側	40
強度（伸展/屈曲 0-30-90 など）	
片側	30
両側	50
膝関節のいちじるしい軟骨損傷（膝蓋軟骨軟化症ステージⅡからⅣなど）	
片側	
運動制限なし	10-30
運動制限あり	20-40

脛骨偽関節症

緊張	20-30
弛緩	40-50
腓骨の部分喪失又は偽関節症	0-10
上部距骨関節の固縮、位置は良好（足底屈5度から15度）	20
下部距骨関節の固縮、位置は良好（中間位置）	10

上下の距骨関節固縮

位置は良好	30
位置は不良	40

上部距骨関節の運動制限

軽度	0
中度（持ち上げ/下げ0-0-30）	10
強度	20

下部距骨関節の運動制限 0-10

内反足、機能制限による

片側	20-40
両側	30-60

その他足の変形

重要な静的影響なし（扁平・開張足、底足、外反足など、外傷後のものも含む）	0
静的影響、機能障害による	
軽度	10
強度	20

片足のすべての足指の固縮

位置は良好	10
位置は不良	20

親指以外の足指の固縮又は湾曲 0

親指関節の固縮

位置は良好	0-10
位置は不良（基関節の足底屈10度以上）	20

かかとと足底のより大きな実質喪失後の傷跡

軽度の機能障害	10
強度の機能障害	20-30

神経脱落（完全）

腰椎神経叢	80
-------	----

障害等級・就労制限等級

上臀神経	20
下臀神経	20
外側大腿皮神経	10
大腿神経	40
坐骨神経	
近位	60
遠位（総腓骨神経と脛骨神経の脱落）	50
総腓骨神経又は深腓骨神経	30
浅腓骨神経	20
脛骨神経	30
栄養障害は追加で考慮する。上述の神経の部分的な脱落は、相応に低く評価する。	
脚の完全な使用不能	80

B の部 社会法典第 9 編第 2 部（重度障害者法）にもとづく鑑定

法的基 特別な概念 不利 調整のための前提条件

27. 社会法典第 9 編第 2 部にもとづく鑑定の法的基

社会法典第 9 編第 2 部にもとづく法的基盤のほかに、下記に障害者のための不利益調整を意図した規定と規則を抜粋して再掲載した。その内容は連邦の重要な規定に載っている。州法による規定並びにその他の不利益調整にかかわる規則等は通常、配慮されない。

引用した規定と規則は、本手引きの刊行時点で有効な文言である。

(1) 社会法典第 9 編第 1 部（障害者と障害の事態に している人々のための規定）

社会法典第 9 編第 1 部第 2 条第 2 項は重度障害（Schwerbehinderung）の概念を規定している。

「50 以上の障害等級認定を受けており、同社会法典の適用範囲に住居、通常の居所、又は第 73 条の意味における職場を有している者は、社会法典第 9 編第 2 部の意味において重度障害者である。」

社会法典第 9 編第 2 条は同等待遇（Gleichstellung）の概念を規定している。

「30 以上 50 未満の障害等級認定を受けており、第 2 項のその他の条件に該当する人々が、その障害により第 73 条の意味における同等待遇なしでは、適切な職場を獲得できないか保持できない場合、重度障害者と同等待遇となる。」

社会法典第 9 編第 2 条第 1 項は障害（Behinderung）の概念を規定している。

「その身体機能、知的能力又は精神的健康が、6 か月以上のあいだその年齢にとって典型的な状態からはずれ、そのため社会生活への参加が阻害される高い可能性がある場合、その人は障害を有する。」

(2) 社会法典第 9 編第 2 部（重度障害者の参加のための特別規定）

社会法典第 9 編第 69 条第 1 項第 3 文及び第 4 文は障害等級（Grad der Behinderung）の概念を規定している。

「社会生活に参加することへの影響は、障害の等級として 10 きざみの段階別に定められている。連邦援護法第 30 条第 1 項の枠内で定められている基準が準用される。」

社会法典第 9 編第 69 条は、不利益調整の請求と障害証明の発行の前提として、障害、障害の等級及びその他の健康上の目安の確定の仕方を定めている。

社会法典第 9 編第 69 条第 1 項第 1 文、第 2 文、第 5 文 障害の認定

「障害者の申請により、連邦援護庁の実施を管轄する官庁が障害の存在と等級を認定する。戦争犠牲者援護行政規定法は、社会法典第 10 編に適用がない限りにおいて、準用される。障害等級が 20 以上の場合のみ、認定が行われる。」

社会法典第 9 編第 69 条第 2 項 他の法規定による障害等級・就労制限等級(MdE GdB)の認定

「年金決定通知、相当する行政決定又は裁判所決定、又はその決定を管轄する事務所の一時証明において、障害の存在とその障害を根拠とする就労制限等級(Minderung der Erwebsfähigkeit)に関

する認定がすでに行われていた場合、第1項にもとづく認定は行われぬ。ただし、その障害者が第1項にもとづく別の認定に対する関心を疎明する場合を除く。第1文にもとづく確定は、同時に障害等級の認定とみなされる。」

第2項第1文の条件文の部分は、他の法規定とそこで有効な評価基準（この手引と一致していない法定災害保険など）にもとづく就労制限等級が認定された場合、特に重要である。

社会法典第9編第69条第3項 数の障害

「社会生活への参加に複数の障害が存在する場合、その全体としての障害の影響により、その相互関係に配慮して障害等級が定められる。決定の中ですでに第2項にもとづく総合評価が行われている場合を除き、この決定には第1項が適用される。」

社会法典第9編第69条第4項 それ以外の健康上の特徴

「ある障害があることのほかにさらに健康上の特徴が不利益調整請求の条件である場合、連邦援護法の実施を管轄する諸官庁は、第1項にもとづく手続きの中で必要な認定を行う。」

社会法典第9編第69条第5項 証明

「障害者の申請により、連邦援護法の実施を管轄する諸官庁は障害の認定を根拠に、重度障害者の特徴、障害等級に関して、並びに第4項の事例の場合はそれ以外の健康上の特徴に関して証明を発行する。」

社会法典第9編第145条 償送

社会法典第9編第145条は、公共旅客輸送等における重度障害者の無償輸送請求に対し、以下の条件を挙げる。

1. 道路交通における運動能力のいちじるしい阻害
2. 要支援状態
3. 聴覚喪失
4. つねに同行者を連れて行く権利

社会法典第9編第146条は1号と4号で挙げた個人の条件について解説している。

「第1項： 歩行能力（内的疾患又は、発作又は見当識障害の結果も含む）に制限がある結果、通常はまだ徒歩通行が可能な市内交通の道・区間を、自身や他人にいちじるしい困難又は危険をおよぼすことなく進んでいけない者は、道路交通における運動能力がいちじるしく損なわれている。」

第2項： 公共交通機関の利用時に、その障害のためくり返し援助を必要としている重度障害者は、同行者を連れていく権利を有する。しかしその認定は、重度障害者が同行者を連れていない場合、自身や他人に危険をおよぼすことを意味しない。」

(3) 所得法 (EStG)

税金上の不利益調整を得るのは、とくに所得税法第9条（必要経費）と所得税法第4条（利潤）にもとづき、以下の人々である。

「障害等級が70以上の障害者」、並びに「障害等級が50以上70未満でその道路交通における運動能力がいちじるしく損なわれている障害者」。

所得税法第33a条（世帯における通常でない負担、家庭における援助者の雇用）にもとづく納税義務者、又はそのつねに別居しているのではない配偶者、又は納税義務者の家庭に属している子、又はその家庭に属し扶養されている者が、「第33b条の意味における要支援状態であるか、重

度障害者である（中略）」場合、納税義務者は家庭における援助者雇用のための支出に対し、【訳注：文が不完全】

所得税法第 33b 条（障害者、遺族、介護者のための一括額）にもとづく

「(2) 一括額を得るのは、下記の者である。

1. 障害等級が 50 以上と認定されている障害者。
2. 障害等級が 25 以上 50 未満と認定されている障害者で、以下の者とする。
 - a) その障害のため法規定にもとづき年金又はその他の給付が認められている（中略）場合。
又は
 - b) 障害により身体の運動機能が継続的に損なわれるか、典型的な職業病による障害の場合。

(3) 一括払いの金額は、障害の持続的等級（中略）によって決まる。

第 6 項の意味で要支援の障害者と視覚障害者に対しては、一括額は高くなる。（中略）

(6) 一時的でない要支援状態の人物を世話するために、納税義務者に通常でない負担が増大した場合、納税義務者がそのために収入を得られない場合は、納税義務者は第 33 条にもとづく税負担軽減に代わって一括額を（中略）要請できる（介護一括額）。第 1 文の意味において要支援とは、毎日の生活の中で頻繁にくり返す、個人的生存を確実にするための一連の活動のため、ある人物が他者の助けをたえず必要とすることを意味する。第 2 文に挙げられた活動に対する見届け又は指導の形で支援が必要である場合、又はたえず助けられなくても済むが、つねに支援行動が行えるよう待機が必要な場合も、これらの条件は満たされる。

所得税法ガイドライン第 189 段落（疾患、障害、死亡）の交通費（その他に自家用車の経費も含む）のための示唆にもとづく。

障害等級 80 以上の障害者、又は障害等級 70 以上の障害者で、路上交通でいちじるしい運動能力障害を持ち（歩行障害、立位障害：注意記号「G」）、並びに注意記号 aG、BI、H を持つ障害者。

（4）道路交通法（StVG）と道路交通令のための一般行政規則（VwV-StVO）

道路交通法（StVG）第 6 条にもとづき、通常でない歩行障害を伴う障害者と視覚障害者には、駐車負担軽減が保証される。

道路交通令（StVO）第 46 条のための一般行政規則（VwV）には、そのために以下の内容が定められている。

1. 通常でない歩行障害を伴う障害者とは、その障害が重度であるため他者の助けによってのみ、又は非常な努力によってのみ、その乗用車から移動できる人物をいう。

脊髄麻痺、両脚大腿切断、両脚下腿切断、義肢を付けることがたえずできない者、又は骨盤郭プロテーゼだけを身につけられる者か、又は同時に下腿又は腕を切断した者、並びに援護医の認定にもとづき、その疾患を理由としても前述の人々のグループと同等とみなせる他の重度障害者が、これに含まれる。
2. 通常でない歩行障害を伴う運転許可を得ていない重度障害者と、車の使用に頼る視覚障害者、及び他人の助けを借りてのみ動くことが可能な者は、同様に例外許可を受け取れる。」

通常でない歩行障害が認定されたかどうかにかかわらず、上記の行政規定にもとづき、手のない者（腕のない者）と身長が 1.39 メートル以下の小人症の人物は、特別な駐車負担軽減措置を獲得する。

28. 恒常的な身体運動障害

所得税法第 33b 条（27 項を参照）で用いられる「恒常的な身体運動障害」の概念は、判例にもとづき狭義に解釈されるべきではなく、身体をとくにある場所から別の場所へと移動できる能力の障害にかかわる。そのような身体運動能力の損傷は、この障害が支持器官・運動器官の損傷にもとづき、それだけでは障害等級 25 以上に該当せず、また別の障害が成立して両方まとまったのみ障害等級 30 から 40 に該当する場合にも認められる。

恒常的な身体運動障害は特別な場合には、通常でない負荷がかかると身体運動機能障害に至る内的疾患（障害等級・就労制限等級 30 の心肺機能障害など）、又は感覚器官の損傷（視覚・聴覚障害などは障害等級 30 でも）にも認められる。

29. 典型的な職業病

所得税法第 33b 条（27 項を参照）から生じる典型的な職業病とは何か、という問いは、障害等級・就労制限等級が 25 以上 50 未満という条件は別として、障害者が法定災害保険の被保険者でない場合にのみ重要となる。典型的な職業病は被保険者に関し有効な職業疾患規定と関連付けて、社会法典第 7 編第 9 条第 1 項に規定する職業病と認定されるのと同様の前提条件のもと、その時に認められる。

30. 道路交通におけるいちじるしい運動能力障害（注意記号「G」）

（1）社会法典第 9 編第 146 条第 1 項及び所得税法第 9 条（27 項を参照）にもとづき、障害者がその障害の結果、道路交通における運動能力がいちじるしく阻害されているかどうかが評価される。

要支援状態の者、聾（ろう）者はそれとかかわりなく、公共旅客輸送において、つねに無償輸送の請求権を有する（社会法典第 9 編第 145 条第 1 項）。この規定の意味において、聾（ろう）者は両耳が聴覚喪失である聴覚障害者だけでなく、そのほかに重度の言語障害（理解困難な音声言語、わずかな語彙）がある場合は、両耳が聴覚喪失に非常に近い難聴の聴覚障害者も含められる。これは通常、聴覚喪失に非常に近い聴覚障害が先天性か、小児期にかかった後天性の障害の場合である。

（2）歩行能力が制限された結果、また内的疾患による場合、又は発作又は見当識能力の障害の結果、通常はまだ徒歩通行が可能な市内交通の道・区間を、自身や他人にいちじるしい困難又は危険をおよぼすことなく移動できない者は、道路交通における運動能力がいちじるしく損なわれている。

この前提が満たされているか、という問題の検査にあたり、個別事例の具体的な地域の状況は重要でなく、一般にどのような区域が、すなわち障害者以外の年齢にかかわらず、徒歩で進んでいけるか、ということが重要である。判例によれば、地域で普通の道・区域はこの意味でおよそ 2 キロメートル程度、30 分程度で移動できる範囲があてはまる。18 号 2 項にもとづき高齢者において生理学的な制限が障害が引き起こす移動能力の制限の判断のために援用されることはなく、（高齢者の障害の通念に反して）それだけでは障害とはみなされない。子どもにも同様のことがあてはまる。

乳児と小児の場合も、道路交通における運動能力がいちじるしく損なわれているという鑑定評価は必要である。評価には、同じ健康障害を持つ成人の場合と同じ基準が標準的である。実際にこの関連の障害にもとづく不利益が存在するかどうか、又は障害による追加支出があるかどうかを吟味する必要はない。

（3）歩行能力に影響する、これだけで 50 以上の障害等級の条件である下肢及び/又は脊柱腰部の機能障害が存在する場合、歩行能力制限の結果である道路交通におけるいちじるしい運動能力障害を想定する条件は、満たされたとみなされる。さらに下肢の障害等級 50 未満で、障害等級 40 の股関節の固縮、膝関節又は足関節の不都合な位置の固縮、動脈閉塞疾患の場合など、これらの障害が

ある場合は、特別に影響し、条件が満たされうる。

内的疾患の場合も評価に決定的な役割を果たすのは、歩行能力の制限である。それに応じていちじるしい歩行能力制限は、とくに心拍機能障害を伴う少なくともグループ3（26.9を参照）による心臓障害の場合、また肺機能の恒常的な制限を伴う呼吸障害の場合には、中程度以上（26.8を参照）が想定される。極度の貧血を伴う慢性腎不全（26.12を参照）などの、その他の著しい機能障害を伴う内的疾患の場合も、条件は満たされたと考えられる。

（4）脳器官の発作では、評価は発作の種類と頻度、並びに発生の時間帯によって決まる。通常、運動能力のいちじるしい障害があるかどうかは、発作の大半が日中に起きる場合、中程度の発作頻度になってからはじめて決定可能となる（26.3を参照）。

高血糖を伴う糖尿病の場合にも、類似のことがあてはまる。

（5）運動能力のいちじるしい障害をもたらす見当識障害は、障害等級70以上のすべての視覚障害、障害等級50又は60のすべての視覚障害では、平衡機能のいちじるしい障害（両耳の高度の難聴、精神障害など）との組み合わせの場合にのみ、設定される。聴覚障害の場合、そのような設定は聴覚喪失又は小児期の聴覚喪失に非常に近い難聴（通常16歳まで）か、又は成人ではこれら聴力障害は、平衡機能のいちじるしい障害（視覚障害、精神障害など）との組み合わせの場合にのみ、設定される。

精神障害者では、障害者が日常的に使っているのではない道路交通の路上で、困難を伴いつつ道がわかるだけ、という場合に、見当識の相当する障害を前提とする。こうした状況のもと、障害等級100の精神障害者に運動能力のいちじるしい障害がある場合にはつねに、そしてまた障害等級80か90の精神障害者にもたいていの場合は、歩行障害が認定される。80以下の障害等級の場合、そのような歩行能力障害は特別な状況の個別事例で考慮される。

31. 通常でない歩行障害

（1）駐車負担軽減保証については道路交通法にもとづき、道路交通令のための一般行政規則と結びついて、通常でない歩行障害が存在するか否か、の問題が評価される（27を参照）。

乳児と小児の場合も、通常でない歩行障害の鑑定評価は必要である。評価には、同じ健康障害を持つ成人の場合と同じ基準が用いられる。実際にこの関連の障害にもとづく不利益が存在するかどうか、又は障害による追加支出があるかどうかを吟味する必要はない。

（2）通常でない歩行障害を伴う重度障害者とは、その苦痛が重いため、つねに他者の助けがなければ、又は非常な努力がなければその車から外へ出られないような人々をいう。

（3）ここでは道路交通令のための一般行政規則にもとづき、脊髄麻痺、両脚大腿切断、両脚下腿切断、股関節離断及び義肢を付けることがつねにできない片脚の大腿切断、又は骨盤郭プロテーゼだけを身につけられる者か、又は同時に下腿又は腕を切断した者、並びに他の重度障害者で援護医の認定にもとづき、その疾患を理由として前述の人々のグループと同等とみなされる者が、これに含まれる。

（4）判例によれば通常でない歩行障害の設定は、歩行能力の制限のみにかかわり、別の種類の運動障害に関連付けることは認められない。下肢障害を伴う障害者の同等待遇の問題では、歩行能力が最大限に制限されていなければならず、そのため比較基準としてはむしろ両足大腿切断の場合の歩行能力が援用されるべきであることに注意しなければならない。これはまた、歩行障害者が車い

すを用いることにもあてはまる。該当の障害者が車いすがなければ他者の助けによってしか、又は非常な努力によってしか前進できないので絶えず車椅子に頼らなければならないと判定されるだけでは十分ではない。

同等とみなされることを正当化する内臓器官の疾患としては、重度の代償不全症状か安静時不全を伴う心臓障害、並びに重度の肺機能制限を伴う呼吸器官の疾患などがあげられる。

32. 常に同行者を連れて行く必要性

(1) 社会法典第9編第145条第2項1号にもとづく同行者の無償輸送に対しては、社会法典第9編第146条第2項と結びつけて、常に同行者を連れて行く権利(27を参照)が評価の対象となる。

乳児と小児の場合も、常に同行者を連れて行く権利の鑑定評価は必要である。評価には、同じ健康障害を持つ成人の場合と同じ基準が用いられる。実際にこの関連の障害にもとづく不利益が存在するかどうか、又は障害による追加支出があるかどうかを吟味する必要はない。

(2) 恒常的に同行者を請求する権利は、重度障害者(これらの人々には注意記号「G」又は「H」の条件が認定される)で、その障害の結果、公共交通機関を利用する場合に自身や他人への危険を回避するためくり返し他者の助けを求めている者に与えられる。

それに応じて、公共交通機関の利用の際、乗降時又は車両走行中にくり返し他者の助けを必要としているか、待機していなければならないか、又は見当識障害の調整の助け(視覚障害、精神障害の場合など)が必要かどうか注意すべきである。

(3) 恒常的同行を請求する権利は、以下の場合に想定される。

- ・ 脊髄麻痺、
 - ・ 手の喪失、
 - ・ 視覚障害、
 - ・ 30号の第4項と第5項に挙げられた視覚障害、聴覚障害、精神障害、及び発作疾患の障害者。
- これらの障害者には、道路交通におけるいちじるしい運動能力障害を想定することが正当である。

33. 送受 料金 除のための健康上の条件

2005年4月1日発効の放送受信料金の国家契約改定に関する第8国家契約(第8放送改定国家契約)は、第5章第6条において自然人の料金免除を規定している。同時に各州の放送受信料免除規定は失効した。

この改定により放送受信料支払い義務の免除については、もはや社会保障関連官庁ではなく、各州放送庁が実施することとなり、各州放送庁からケルン放送料金徴収センター(GEZ)へ、業務を集中処理する委託を行っている。

34. 2等車両の 車証明で1等車両を利用するための健康上の条件

(1) この不利益調整は重度の戦傷被害を負った人々、連邦補償法の意味で被害を受けた、就労制限等級70以上の人々が対象となる。

(2) 2等車両の乗車証明で1等車両を利用するための健康上の条件は、鉄道では通常、厳密な基準のもとで認定された障害結果にもとづき、身体状態からみて1等車両での移動が必要である、と認定されている場合に認められている。3つの最高介護手当等級を受給する重度の戦傷被害者並びに戦傷による視覚障害者、またおなじく手を喪失した者、脊髄麻痺の戦傷者も、この条件を満たしている。

視覚障害その他の理由で活字のままではこの本を利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することを認めます。その際は下記までご連絡下さい。

障害者職業総合センター企画部企画調整室

電話 043-297-9067

FAX 043-297-9057

なお、視覚障害者の方等でこの報告書（文章のみ）のテキストファイルをご希望される
ときも、ご連絡ください。

資料シリーズ No. 49

欧米諸国における障害認定制度

編集・発行	独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター 〒261-0014 千葉県美浜区若葉 3-1-3 電話 043-297-9067 FAX 043-297-9057
発行日	2009年4月
印刷・製本	株式会社 あをばぷりんと
