

## 第Ⅱ部

(参考)

障害の種類・等級別にみた障害の特徴

## 障害の種類・等級別にみた障害（機能的制限）の特徴

—どのようなことに困難があり、どのようなことは大丈夫か。気をつけることは—

はじめに

障害者の職域の拡大のためには、個々の障害者について職業生活においてできること、困難なこと等を明らかにし、適切な職業への配置や紹介を進める一方で、社会環境や職場環境を障害者に支障のないように改善していくことが必要である。身体機能・構造面での変化（機能障害）による困難性の発生の可能性（機能的制限）と、様々な配慮事項や代償対策によって左右される実際の困難性の発生（能力障害）は明確に区別される必要がある。

障害者の障害程度を専門的に判定する全国共通の基準として現在最も普及しているものは、厚生省の設定した障害等級表、及び知的障害の判定基準である。しかし、この判定は上述の機能障害、機能的制限、能力障害の区別があいまいであり、代償対策や配慮によって実際の職業能力が大きく改善される可能性について位置付けられていない。一方、障害認定基準が我が国において厚生、労働、文部等、一貫して用いられていることには利点もある。したがって、現行の障害認定基準に準拠したかたちで機能的制限についての目安を示すことには、当面の実用的意義があると考えられる。今回のまとめは、この厚生省による改訂身体障害認定基準（1990、視覚障害について 1995 年再改訂）と文部省の特殊児童判別基準による知的障害の分類基準にしたがって、それぞれの障害の種類と程度によって、現在活用できる代償対策との関係を考慮しつつ、どのようなことに困難があり、どのようなことは大丈夫かについてのごく大まかな目安を示し、合理的な配慮事項の開発に資するものとした。

障害等級表は、障害を視覚、聴覚、平衡機能、音声言語・言語機能、そしゃく機能、肢体不自由、内科系疾患の後遺症等による内部障害などに分け、それぞれに障害の程度に応じて1級（最重度）から6級（最軽度）までの等級を設けている<sup>注)</sup>。また、知的障害者の能力障害の判定基準は現在、各都道府県で若干異なっているが、最重度、重度、中等度、軽度の区分が大まかには可能である。

なお、今回のまとめでは、障害等級表の分類基準によって実際に規定されている、あるいは、そこから無理なく想定される機能的制限について目安を示すことに目的を限定した。障害には、例えば成長期や就学時における障害の影響が、経験の制約や心理的な問題とからんで成人してからの能力に無視できない影響をもつ場合があるなど間接的な障害もある。また、いくつかの障害が合併している場合などは、障害等級表による障害程度は、個々の障害種類の障害程度と対応しなくなる。また、逆に障害者は健常者では未発達な機能を発達させている例も多くみられる。しかし、このような場合の能力差は百人百様といってもよく、今回のまとめには取り入れていない。このような場合は、さらに個別に評価を行うことが必要である。（なお、読者の便宜を図るために日本障害者雇用促進協会「障害者雇用ガイドブック」から配慮に必要な事項につき一部ポイントを転載した。あわせて参照されたい。）

---

注) 7級もあるが、今回のまとめでは障害者手帳の対象となる1級～6級の障害者の範囲で表示した。

## 1) 視覚障害（1－6級）

視覚は、明るさや動きの把握、歩行能力に重要な役割があるが、日常生活上で慣れた活動を行う場合にはかなり低いレベルの機能でも用が足りる場合が多い。ただし、読書や視覚に頼った細かい作業、さらに未知の環境への素早く正確な対応には高度に精確な機能を要する。このうち、読書や作業などでは補助具（拡大鏡、拡大映像設備等）の使用によって機能低下をカバーすることが可能である場合も多い。また、使いこなすにはかなりの訓練が必要であるが、視覚情報を触覚情報に変換するオプタコンという機械では印刷文字を読むことができる。

視覚障害には、視力低下と視野狭窄の2つのタイプがあり、個別に状況が異なる場合がある。視力低下に関しては矯正視力に基づいて評価されている。視野は中心だけが見える、周辺だけが見える、見える範囲が不定形などの様々な障害のタイプがある。

**【1級】** 1級の視覚障害者は、歩行に視覚を使用することには無理があり、白杖が必要となる。なお、1級の中でも、明るさが分かるか（明暗弁）、動きが分かるか（手動弁）、また、粗大な形が分かるか（指数弁）、の区別がある。指数弁では視覚を手がかりとした日常生活が可能であり、手動弁でも動きについて、また、明暗弁でも明るさについて、視覚による把握が可能であり、全く視覚が失われた全盲とは区別される。しかし、いずれも拡大鏡、拡大映像設備等の補助具を使用しても読書や視覚に頼った作業が困難であり、読書では点字や音声に頼ることとなる。

**【2級】** 2級の視覚障害者は、視覚障害、視野障害ともに、白杖を用いずに障害物を避けて歩くことができ、日常生活にも物を扱うなど視覚を用いることができる場面が多い。視力障害の場合、補助具を使用しても読書や視覚に頼った細かい作業が困難であり、読書には点字や音声に頼ることとなる。視野障害の場合にはディスプレイ画面の直径10cm内のさらに40%程度しか一度に見ることができない。速度は遅いが、拡大鏡、拡大映像設備等を用いれば新聞等を読むこともできる。

**【3級、4級】** 3級、4級の視覚障害者は、視力障害の場合は能力上の問題の程度はほぼ同程度とみなすことができる。拡大機などなしでは新聞を読むことに著しい困難が生じる視力レベルであるが、拡大機などの使用によって新聞などを不自由なく読むことができる。3級の視野障害の場合にはディスプレイ画面の直径10cm内の70%程度しか一度に見ることができないが、拡大機などの使用によって新聞などを不自由なく読むことができる。4級の視野障害の場合には、ふつうにコンピューターのディスプレイ画面を見る場合には直径5cmくらいの範囲を一度に見ることができ、2m離れば人の顔の全体を見ることができる。なお、ぼんやりと全体的に見る程度であれば、見ることのできる範囲は広がる。

**【5級、6級】** 5級、6級の視覚障害者は能力上の問題の程度はほぼ同程度とみなすことができる。矯正視力で近くのものを読んだりすることには問題のない視力レベルであるが、駅の時刻表や料金表を読むなどの細かさになると支障が生じる。

5級の視野障害の場合には、ふつうにコンピューターのディスプレイ画面を見る場合には直径10cm

くらいの範囲を一度に見ることができ、1m離れば人の顔の全体を見ることができる。なお、ぼんやりと全体的に見る程度であれば、見ることのできる範囲は広がる。

**【重度視覚障害者（1、2級）を中心とする留意事項】**ワープロ文書などは、コンピューターの使用によって音声で読み上げさせたり、点字に自動変換させ点字プリンターで打ち出すことも可能である。特に、中途失明者にとって点字を実用的なレベルで使用することはなかなか難しい。したがって、こうした音声を利用した補助具や、口頭による伝達や録音テープの利用が便利である。また、音声や点字のサポート機能のあるワープロやパソコンで、通常の漢字仮名混じり文を作成したり、市販のデータベースソフトや表計算ソフトも使用できるようになっている。

通勤などは全盲の場合でも最初の数回に晴眼者が同行して歩行情報を教えれば、その後は単独で通勤できる。職場内の移動も当初に同僚と一緒に回るなどすればほとんど問題はない。職場内の点字ブロックやチャイムは、ある方が便利ではあるが慣れれば必ずしもなくともよい。トイレの改造の必要はない。ただ、職場内の通路に物を置かないなどの注意が必要である。

### 視覚障害(視力障害の場合:視力矯正済み)

		明るさの把握	動きの把握	歩行	日常生活での視覚使用	読書能力	
							拡大機使用
1級	全盲	×	×	要白杖	×	要点字	×
	明暗弁	○	△-	要白杖	×	要点字	×
	手動弁	○	○	要白杖	×	要点字	×
	指数弁	○	○	要白杖	△-	要点字	×
2級	-	○	○	○	△-	要点字	△-
3級	-	○	○	○	○	△	○
4級							
5級	-	○	○	○	○	△	○
6級							

(○:問題なし、△-:困難・場合により可能、×:不可能)

### 視覚障害(視野障害の場合)

	一点を見ながら同時にその周辺を見る			ぼんやりとながめる		
	ディスプレイ画面	人の顔全体	人の全身	ディスプレイ画面	人の顔全体	人の全身
2級	直径10cmの40%以下	1m離れて40%以下	10m離れて40%以下	5級の70%以下		
3級	直径10cmの70%以下	1m離れて70%以下	10m離れて70%以下	5級の40%以下		
4級	直径5cm	2m離れる必要	20m離れる必要	直径10cm	1m離れる必要	10m離れる必要
5級	直径10cm	1m離れる必要	10m離れる必要	直径20cm	50cm離れる必要	5m離れる必要

## 2) 聴覚又は平衡機能の障害

### a) 聴覚障害（2、3、4、6級）

聴覚に全く頼らないで行える日常活動は多い。しかし、危険回避、会話による意思疎通等には、聴覚情報の役割が大きい場合も多くある。

【2級】2級の聴覚障害者は聴覚が全く喪失した状態であり、補聴器を使っても聴力の回復はない。

【3級】3級の聴覚障害者は耳元での大声の会話、電車の通過、車のクラクション、サイレン等の非常に大きな音は聞き取れる。しかし、通常の会話の理解は、補聴器を用いてもなお困難を伴い、接近して大声で話す必要がある。

【4級】4級の聴覚障害者は、補聴器がなくとも聴覚情報だけで自分が静かな場所にいるか、騒がしい場所にいるかの判断が可能である。補聴器がなくとも通常会話の半分程度は理解でき、耳元で話すか、大声で話せばほとんど理解できる。補聴器を用いればほとんどの会話が理解できる。

【6級】6級の聴覚障害者は、補聴器なしでも非常に接近（40cm以内）するか、大声で話せば会話を聞き取り、補聴器を使えば健常者と変わらない機能を有する。

【重度聴覚障害（2級）を中心とする留意事項】聴覚障害だから騒音があっても問題がないということではなく、耳鳴りやめまいや残存聴力の低下をきたすケースがあるので避けるべきである。また、聴覚障害者の職場での問題はコミュニケーション不全による部分がほとんどであり、ストレスがたまりやすいとの指摘もある。なお、手話は聴覚障害者にとって最もリラックスできるコミュニケーション手段であり、信頼感や親密感を高める点で効果的であるが、通常の意味疎通の方法としては、筆談や視覚による例示で十分な場合が多く、むしろコミュニケーションをとろうとする姿勢が重要である。

聴覚障害者のほとんどが口話訓練（読唇術）を受けているので、1対1でゆっくりと話せば会話は理解できる。しかし読唇術を会議や集会で使うことは困難な場合が多く、手話や筆談の併用が通常である。

来客や緊急連絡をライトの点滅、振動、送風で示す機器や、電話で筆談するための機器もある。ファックスや電子メールの使用は、電話に代わるよい遠隔コミュニケーション手段である。

#### 聴覚障害

	会話の理解			補聴器使用の場合	聞き取れる音のレベル(目安)	
	通常	耳元で			補聴器なしの場合	補聴器使用の場合
		通常	大声			
2級	×	×	×	×	—	—
3級	×	×	○	△-	バスのクラクション(側方1m)	地下鉄内の騒音
					ピアノの大きな音	騒がしい事務所の騒音
4級	理解50%以下	○	○	○-	地下鉄内の騒音	大声の会話
					騒がしい事務所の騒音	
6級	40cm以内に接近する必要	○	○	○-	大声の会話	普通の会話
					顔に近づいての通常の会話	

(○：問題なし、○-：問題なし・場合により困難、△-：困難・場合により可能、×：不可能)

## b) 平衡機能障害（3、5級）

平衡機能は、三半規管などによる重力や加速度の感覚及び中枢神経系の働きによって姿勢や動きを調節する機能である。この機能の障害により起立の維持や歩行に著しい困難が生じる。

【3級】3級の平衡機能障害者は、開眼での起立維持は視覚等による補償のできるものの、開眼でも10m以上歩くことができず、また、目を閉じた場合には起立維持が不可能である。日常生活上の異常が認められる。

【5級】5級では目を閉じて10mを歩くという比較的レベルの高い課題ができない以外は、目を開けてなら10m以上歩くことができ、起立の維持も開眼でも閉眼でも行うことができる。日常生活上の異常は認められないが、平衡機能が特に要求されるような高所の屋外の作業等は避けるべきである。

### 平衡機能障害

	起立維持		10mの歩行		日常生活上の異常
	開眼	閉眼	開眼	閉眼	
3級	○	×	×	×	認められる
5級	○	○	○	×	特に認められない

(○:問題なし、×:不可能)

### 3) 音声機能・言語機能障害又はそしゃく機能の障害

#### a) 音声機能・言語機能障害（3、4級）

言語機能は、音声を用いた意思伝達の機能である。そのためには、単純な発声機能を複雑に時系列的に構成する神経調節機能、運動機能が必要である。この機能の障害には大きく分けて、咽頭や発声筋等の音声を発する器官の障害である音声機能障害（例えば、何らかの理由で発声筋を切除した場合や発声筋まひ、無咽頭など）と、言語を構成するための神経調節機能の障害である言語機能障害（例えば、脳梗塞による失語症、先天性のろうあなど）に分けられる。

【3級】3級の音声機能・言語機能の障害では、全く音声が発せないか、音声を言語に構成することができないため、意思疎通には音声言語を用いることができない。しかし、3級の音声機能障害者で単純に発声器官の障害による人の中には、咽頭の機能を代用する補助具や、手元のボードの操作により言語を発声させる機械の使用によって機能をかなり回復している例もある。

【4級】4級の音声機能・言語機能の障害では、障害者が発する言葉を家族や肉親などそれに慣れ親しんでいる人には問題なく理解が可能であるが、初めてそれを聞く人には理解できない。音声機能障害の場合には3級と同様に補助具の使用が有効である。

#### 音声機能、言語機能の障害

		家族または肉親との会話		社会生活での会話	
			発声機使用		発声機使用
3級	音声機能障害	×	○	×	○
	言語機能障害		×		×
4級	音声機能障害	○	○	×	○
	言語機能障害				×

(○:問題なし、×:不可能)

#### b) そしゃく機能障害（3、4級）

そしゃく機能は、口を使用した食事の機能である。

【3級】3級のそしゃく機能障害はそしゃく機能を喪失したもので、食事摂取に口を用いることができず、経管栄養（チューブによって直接胃に食物を流し込む）を用いてしか食事摂取ができない。

【4級】4級のそしゃく機能障害は主に唇顎口蓋裂を対象にしており、かみあわせに異常があるため食事が極めて不利、不便（時間がかかるなど）になる。

#### そしゃく機能障害(咬合異常、嚥下障害)

食事摂取の困難度	
3級	経管栄養以外に食事摂取の方法がない。
4級	そしゃく困難で食事摂取が極めて不利、不便になる。

## 4) 肢体不自由

### a) 上肢障害 (1 - 6 級)

上肢の機能は、ものを掴む、持ち上げるといった比較的単純であるがある程度の耐久性を要する機能から、指を用いた複雑な作業まで多岐にわたる。「全廃」とはこれら全ての機能が失われた状態であり、「著しい障害」では箸程度のものは持てるが、かなづちを握って作業をすることはできない。「軽度の障害」では精密な作業が困難になる場合がある。

【1級】1級の上肢障害には、1) 両上肢を手首の関節以上で欠くもの、2) 両腕はあってもその機能が全く失われたものが含まれる。上腕や前腕が残存しており筋骨格系が機能している場合には上腕を使った仕事や前腕まで使った仕事なども可能である。上腕の上部以上で欠損している場合には義手の機能はごく限られる。しかし、肘や前腕が残っている場合には義手の効果は大きい。残っている部分の動きによって指の役割をもつフック等を動かして、多くの機能が発揮できる。作業種類に応じた専用のフックを用いれば、機能面も高めることができる。しかし、現在多くの機能を同時に発揮できる義手はないため、専用フックを頻繁に交換する必要がある作業には不都合が生じる。両腕の機能が全廃している場合には筋骨格系を支持する装具の効果はほとんどない。

【2級】2級の上肢障害には、1) 両手の手首関節より先から全ての指の根本までで欠くもの、2) 片腕を上腕2分の1以上で欠くもの、3) あるいは両腕の著しい障害、また、4) 片腕の機能全廃が含まれる。両手の全指を切断の場合には前腕や手の平を使った作業までが可能になるが、両手の手のひらのほとんどを欠く場合には、手のひらを使った作業ができなくなる。片腕の切断や全廃の場合、両手を多少とも用いる必要のある作業が不可能になるが、残されたもう一上肢だけでできる作業については問題はなく、義肢を使用しないで済ます場合も多い。両腕の著しい障害では、5kg以内のものを持ち上げるなど最も粗大で軽い作業しかできない。義手の機能は、手関節から先に残っている部分が多いほど高い。前腕の動きや手関節の動きを用いてフックを動かせるため、より細かい手を用いた作業が可能となる。ただし、義手の場合はものを把握し続ける力が最高でも通常の3分の1しかない。

【3級】上肢障害の3級には、1) 両手の人差し指と親指を欠くもの、2) 両手の人差し指と親指の機能全廃、3) 片手の手首関節より先から全ての指の根本までで欠くもの、4) 片腕の著しい障害、5) 片腕の全指の機能全廃が含まれる。両手の親指と人差し指が全く使えない場合には、上腕だけでできる作業は可能である。片腕の著しい障害では、健側の手で片手でできる作業には問題がなく、5kg以内のものを持ち上げるなど最も粗大で軽い作業ならば可能である。片手の手のひらのほとんどを欠く場合には、両手を使う必要のある作業に支障があるが、義手を用いればほとんどの作業を問題なく行うことができる。片手の全ての指が全く使えない場合には両手の指を使う必要のある作業だけに支障が生じる。人差し指と親指の欠損の場合は義指を用いれば特に精密な作業や指に力のかかる作業を除いてほとんどの作業には問題がない。



【4級】上肢障害の4級には、1) 両手の親指が全く使えない場合と2) 片手の手首から先の機能が全く失われている場合がある。両手の親指が全く使えない場合には両手の親指を使う必要のある作業だけに支障がある。片手の手首から先の機能が全く失われている場合には両手の手の機能を必要とする仕事だけに支障がある。これらの場合には義手や装具の効果は高く、特に精密な作業や手に力のかかる作業を除いてほとんどの作業を問題なく行うことができる。

【5級】上肢障害の5級には、1) 両手の親指がかなり不自由な場合と2) 片手の手首から先の機能がかなり不自由な場合がある。両手の親指がかなり不自由な場合には両手の親指に力を入れる作業だけに支障がある。片手の手首から先の機能がかなり不自由な場合には両手の手に力を入れる必要とする仕事だけに支障がある。これらの場合には義手や装具の効果は高く、特に精密な作業や手に力のかかる作業を除いてほとんどの作業を問題なく行うことができる。

【6級】上肢障害の6級には、1) 片手の親指の著しい障害の場合と2) 片手の人差し指を含めて2指が使えない場合がある。片手の親指がかなり不自由な場合には、両手の親指に力を入れる必要のある作業に支障がある。片手の人差し指を含めて2指が使えない場合には両手の指を使った複雑な作業に支障がある。これらの場合には義手や装具の効果は高く、ほとんどの作業を問題なく行うことができる。

【留意事項】義手の扱いは訓練の達成度によって個人差が大きく、上肢障害者は口や足を使って上肢機能を巧みに代用している場合も多いので、上肢障害者の能力障害は個別的な評価の余地が大きい。また、片手の機能の障害が利き手に生じた場合、利き手交換が困難な場合もあり、その克服や職種転換に直面する場合がある。

上肢障害(義手、装具を使用しない場合)

		両手を使う作業			片手だけでできる作業		
		上腕だけでできる作業	両手の親指、人差し指が必要	両手の親指が必要	上腕だけでできる作業	親指、人差し指が必要	親指が必要
1級	両腕を肩以上で欠く	×	×	×	×	×	×
	両腕の機能全廃						
	片腕を肩以上で欠き、片腕を上腕1/2以上で欠く	×	×	×	○	×	×
	片腕を肩以上で欠き、片腕を前腕以上で欠く						
両腕を前腕以上で欠く	○	×	×	○	×	×	
片腕を前腕以上で欠き、片腕を手首以上で欠く							
両腕を手首以上で欠く							
2級	両腕の著しい機能障害	×	×	×	×	×	×
	両腕を手首関節～全指で欠く	○	×	×	○	×	×
	片腕を上腕1/2以上で欠く	×	×	×	○	○	○
	片腕の機能全廃						
3級	両手の人差し指と親指を欠く	○	×	×	○	×	×
	両手の人差し指と親指の機能全廃						
	片腕を手首以上で欠く	○	×	×	○	○	○
	片腕の全指の機能全廃						
	片腕の著しい機能障害						
片腕の著しい機能障害	△-	△-	△-	○	○	○	
4級	両手の親指を欠く	○	○	×	○	○	×
	両手の親指の機能全廃	○	×	×	○	○	○
	片手の手の機能全廃						
5級	片手の親指を欠く	○	×	×	○	○	○
	両手の親指の著しい機能障害						
	片手の手の著しい機能障害	○	△-	△-	○	○	○
6級	片手の人差し指を含めて2指を欠く	○	×	○	○	○	○
	片手の人差し指を含めて2指の機能全廃						
	片手の親指の著しい機能障害	○	○	×	○	○	○

(○:問題なし、△-:困難・場合により可能、×:不可能)

上肢障害(義手、装具を使用した場合の目安)

		両手を使う作業			片手だけでできる作業		
		粗大な作業	定型的作業	非定型的作業	粗大な作業	定型的作業	非定型的作業
1級	両腕を肩以上で欠く	×	×	×	×	×	×
	両腕の機能全廃	×	×	×	×	×	×
	片腕を肩以上で欠き、片腕を上腕1/2以上で欠く	×	×	×	○	簡単なもの	×
	片腕を肩以上で欠き、片腕を前腕以上で欠く	×	×	×	○	○	×
	両腕を前腕以上で欠く						
	片腕を前腕以上で欠き、片腕を手首以上で欠く	○	○	×	○	○	×
2級	両腕を手首以上で欠く						
	両腕の著しい機能障害	×	×	×	×	×	×
	両腕を手首関節～全指で欠く	○	○	×	○	○	△-
	片腕を上腕1/2以上で欠く	○	○	○	○	○	△-
3級	片腕の機能全廃	×	×	×	○	○	○
	両手の人差し指と親指を欠く	○	○	△-	○	○	△-
	両手の人差し指と親指の機能全廃						
	片腕を手首以上で欠く	○	○	×	○	○	○
	片腕の全指の機能全廃	○	△-	×	○	○	○
4級	片腕の著しい機能障害	×	△-	×	○	○	○
	両手の親指を欠く	○	○	○	○	○	×
	両手の親指の機能全廃	○	○	○	○	○	×
5級	片手の手の機能全廃	○	△-	×	○	○	○
	片手の親指を欠く						
	両手の親指の著しい機能障害	○	○	○	○	○	○
6級	片手の手の著しい機能障害	○	○	×	○	○	○
	片手の指の障害	○	○	○	○	○	○

(○:問題なし、△-:困難・場合により可能、×:不可能)

## b) 下肢障害（1－6級）

下肢の機能は立位の維持、歩行、階段の昇降、走行、さらに座ることである。

**【1級】** 1級の下肢障害は下肢機能が全く失われた状態である。義足と両側のクラッチ杖を用いれば立位の維持とわずかな歩行は可能である。たたみ上などでは短い義足を用いればそれだけ立位維持や歩行の安定性が増す。しかし、実用的な移動には車椅子を使用することが多い。一般的に、切断と機能障害では、機能障害の場合には腰や腹部の筋力も弱くなっている場合が多く、装具によって筋骨格系を支持したとしても切断よりも能力障害が大きくなる傾向がある。

**【2級】** 2級の障害者には、1) 両脚を下腿2分の1以上で欠くもの、及び2) 両脚の機能の著しい障害の場合がある。1の場合には義足と1本杖を用いれば起立維持や歩行が可能となるが、階段昇降には手すりが必要である。2の場合には下肢の感覚が失われている場合も多く、歩行等の運動調節がより困難であり、個別に評価する必要がある。

**【3級】** 下肢障害の3級では、1) 両脚を足首から、又はかかとを残して欠く、2) 片脚を股・大腿から欠く、及び、3) 片脚の機能全廃の場合がある。両脚に欠損がある場合には起立もできないが、義足を装着して訓練すれば、起立や歩行、階段昇降、さらには走ったりスポーツも制限があるものの可能となる。片脚の欠損の場合には義足を装着して訓練すれば、ほぼ健常者と同様の能力を発揮できるが、歩行には1本杖、階段昇降には手すりが必要となる場合がある。

**【4級】** 下肢障害の4級では、1) 両足の足先を欠く、2) 両足の指機能全廃、3) 片脚の下腿の2分の1を欠く、4) 片脚の機能の著しい障害、5) 人工骨頭や人工関節使用の場合がある。欠損の場合は、義足を用いれば通常の活動には支障がない。人工骨頭や人工関節使用の場合は適切なものであれば術後半年以内には健常者と同様にまで回復するが、磨耗を少なくし耐用年数を延ばすために、これらの関節を酷使することは避けたほうがよい場合もある。片脚の機能の著しい障害では立位の維持が30分以上はできず、歩行も1kmが限度であるが、装具を用いれば改善が可能である。

**【5級】** 下肢障害の5級では、1) 片足を足首から欠く、2) 片足の足関節機能の全廃、3) 片脚の股や膝の機能の著しい障害、4) 人工骨頭や人工関節使用の場合がある。欠損の場合は、義足を用いれば通常の活動には支障がない。また、人工骨頭や人工関節使用の場合は適切なものであれば健常者と同様であるが、磨耗を少なくし耐用年数を延ばすために、これらの関節を酷使することは避けたほうがよい場合もある。片脚の機能の著しい障害では立位や歩行にわずかな程度の限度があるが、装具を用いれば改善が可能である。

**【6級】** 下肢障害の6級では、1) 片足の足先を欠く、及び2) 片足の足関節の著しい障害の場合がある。欠損の場合には義足を用いればほとんど問題はない。足関節の著しい障害では歩行時に動揺があるが、装具を用いれば改善が可能である。

**【留意事項】** 下肢障害の原因としては、切断、脊髄損傷、下肢の筋骨格系の異常に大きく分けられ、そのうち脊髄損傷は下肢の運動機能だけでなく、下半身の感覚や発汗や体温調節、排尿、排便などの自律

神経機能も障害を受けることが多い。長時間の座位の継続による褥瘡の発生、尿路感染などの発症が放置される危険があり定期的な検診が必要である。また発汗作用が障害されているため、暑熱環境は避けるべきである。

### 下肢障害(義足、装具を使用しない場合)

		立つ	立位維持	階段昇降	走る	正座、あぐら、横座り
1級	両脚切断/機能全廃	×	×	×	×	×
2級	両脚下腿切断/著障害	×	×	×	×	△-
3級	両脚を足首で欠く	×	×	×	×	○
	両足を踵を残して欠く	支えが必要	×	×	×	△-
	片脚を股から欠く	×	×	×	×	○
	片脚を大腿から欠く					
	片脚の機能全廃					
4級	両足の足先を欠く	○	○	○	×	○
	両足の指機能全廃					
	片脚の下腿1/2を欠く	×	×	×	×	○
	片脚の著しい機能障害	<30分	<1km	手すりが必要	×	×
	股あるいは膝関節に人工骨頭または人工関節を用いたもの	○	○	○	△-	○
5級	片足を足首から欠く	△-	△-	△-	×	横座り
	片足の足関節の機能全廃					
	片脚の股や膝の著しい機能障害					
	足関節に人工骨頭または人工関節を用いたもの	○	○	○	△-	○
6級	片足の足先を欠く	○	○	○	×	○
	片足の足関節の著しい機能障害	△-	△-	△-	×	横座り

(○:問題なし、△-:困難・場合により可能、×:不可能)

下肢障害(義足、装具を使用した場合)

			立位維持	歩く	階段昇降	走る	正座、あくら、横座り
1級	両脚を股・大腿1/2で欠く	義足+両側ク ラッチ杖	○	わずかな ら○	×	×	○
	両脚の機能全廃	装具	○	×	×	×	×
2級	両脚を下腿1/2で欠く	義足+1本杖	○	△-	手すりが必要	△-	○
	両脚の著しい機能障害	装具	○	×	×	×	△-
3級	両脚を足首で欠く	義足	○	○	○	○	○
	両足を踵を残して欠く	義足					
	片脚を股から欠く	義足+1本杖	○	○	手すりが必要	×	○
	片脚を大腿から欠く	義足	○	○	○	△-	○
	片脚の機能全廃	装具	○	○	○	×	○
4級	両足の足先を欠く	義足	○	○	○	○	○
	両足の指機能全廃	装具					
	片脚の下腿1/2を欠く	義足					
	片脚の著しい機能障害	装具	○	○	○	×	○
	股あるいは膝関節に人工骨頭または人工関節を用いたもの		○	○	○	○	○
5級	全ての場合	義足または装具	○	○	○	○	○
6級	全ての場合	義足または装具	○	○	○	○	○

(○:問題なし、△-:困難・場合により可能、×:不可能)

c) 体幹機能障害（1、2、3、5級）

体幹（頸部、胸部、腹部）部分の骨格、関節、筋の障害により、姿勢の保持が困難になる。

【1級】1級の体幹機能障害では、立位の維持、歩行、座る、立ち上がるの全てができない状態である。コルセットなどの装具によって頸部、胸部、腹部を保持すれば、座位の維持が可能になるが、立位維持については装具の実用性は低い。

【2級】2級の体幹機能障害では、歩行が不可能であり、立ち上がるために介助や杖を必要とし、立位・座位の保持とも10分以内となる。装具によって頸部、胸部、腹部を保持すれば、能力障害は改善可能である。

【3、5級】3級から5級までの体幹機能障害は、立位の維持、座る、立ち上がるなどが普通にできる状態であるが、大まかに3級が歩行距離100m以内、5級は2km以内となり、歩行能力に多少障害がみられる。装具によって頸部、胸部、腹部を保持すれば、能力障害は改善可能である。

**体幹機能障害**

	腰掛け、正座、あぐら、横座り	座位から立ち上がる	立位維持	歩行
1級	×	×	×	×
2級	<10分	介助、杖、支えが必要	<10分	×
3級	○	○	○	<100m
5級	○	○	○	<2km

(○:問題なし、×:不可能)

## d) 脳原性運動機能障害（上肢機能）（1～6級）

脳性まひが多く、乳幼児期以前の脳のレベルでの運動制御機能の障害によって、運動機能の発達が遅れたものである。障害の重症度の判定は、上肢機能と移動機能のそれぞれについて総合的に判断して指標としている。手足を動かそうとすると不随意運動が起こり思い通りに動かせないタイプと、筋肉の緊張が強く動作がぎこちなかったり緩慢だったり片まひがみられたりするタイプに大きく分けることができるが、等級は共通の基準で評価されている。

両上肢の機能障害がある場合は1級から6級までの等級はひも結びテストの速度で評価されている。一上肢の機能に障害がある場合は、上肢機能の障害で判断基準として用いられる動作は、「封筒をハサミで切る時に固定する」、「財布からコインを出す」、「傘をさす」、「健側の爪を切る」、「健側のそで口のボタンをとめる」の5動作である。

【1級】両上肢に障害があり上肢を使用する日常生活動作がほとんどできない。

【2級】障害のある方の手では上記のどれもできない。又は、両手で行う動作が健常者の30%以下程度である。

【3級】障害のある方の手では上記の1つだけできる。又は、両手で行う動作が健常者の40%以下程度である。

【4級】障害のある方の手では上記の2つだけできる。又は、両手で行う動作が健常者の50%以下程度である。

【5級】障害のある方の手では上記の3つだけできる。又は、両手で行う動作が健常者の60%以下程度である。

【6級】障害のある方の手では上記の4つだけできる。又は、両手で行う動作が健常者の70%以下程度である。

### 脳原性運動機能障害(上肢機能)

	【両上肢に障害のある場合】	【一上肢に障害のある場合】
	単純反復作業の速度(目安)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・封筒をはさみで切る時に固定する</li> <li>・財布からコインを出す</li> <li>・傘をさす</li> <li>・健側の爪を切る</li> <li>・健側のそで口のボタンをとめる</li> </ul>
1級	健常者の20%以下	—
2級	健常者の30%以下	上記が全くできない
3級	健常者の40%以下	上記の1つだけできる
4級	健常者の50%以下	上記の2つだけできる
5級	健常者の60%以下	上記の3つだけできる
6級	健常者の70%以下	上記の4つだけできる



## e) 脳原性運動機能障害（下肢機能）（1～6級）

脳性まひが多く、乳幼児期以前の脳のレベルでの運動制御機能の障害によって、運動機能の発達が遅れたものである。障害の重症度の判定は、上肢機能と移動機能のそれぞれについて総合的に判断して指標としている。手足を動かそうとすると不随意運動が起こり思い通りに動かせないタイプと、筋肉の緊張が強く動作がぎこちなかったり緩慢だったり片まひがみられたりするタイプに大きく分けることができるが、等級は共通の基準で評価されている。

移動機能は実際の歩行に関する能力で評価されている。

【1級】1級は、つたい歩きを含めた歩行全て、立位の保持、立ち上がる全てができず、車椅子を使用することが多い。

【2級】2級では車椅子の使用が必要であるが、手すりなどがあればつたい歩きが可能である。直立の保持はできない。

【3級】3級でも依然車椅子の使用が不可欠であるが、10m以内であれば手すりがなくとも歩行が可能である。ただしまっすぐに歩くといった直線歩行の機能や座った状態から立ち上がるなどの筋力の必要な動作ができない。

【4級】4級では、直線歩行ができず、立ち座り動作に困難があり手すりなどの補助が必要であるが、車椅子にはあまり依存せずに歩行が可能となる。

【5級】5級では、立ち座り動作も自力ででき、歩行もできるが、直線歩行ができず、しゃがんで立ち上がるという大きな脚力を必要とする動作ができない。

【6級】6級はしゃがんで立ち上がるという大きな筋力を必要とする動作以外は、通常の歩行ができる状態である。

### 脳原性運動機能障害(移動機能)

	つたい歩き	立位維持	歩行	椅子の立ち座り動作	直線歩行	しゃがんで立ち上がる
1級	×	×	×	×	×	×
2級	○	×	×	×	×	×
3級	○	○	時間がかかる	×	×	×
4級	○	○	時間がかかる	時間がかかる	×	×
5級	○	○	○	○	×	×
6級	○	○	○	○	○	×

(○:問題なし、×:不可能)

## 5) 内部障害

### a) 心臓機能障害（1、3、4級）

心臓は、生活活動強度の増加に応じて全身に必要な血液を送り出すという生命維持の基本的な機能を有している。作業強度の増加に伴って心臓機能への負荷が高まるため、心臓機能障害者では作業時に倦怠感、呼吸困難、手足のむくみ、悪心、嘔吐、あるいは、胸が締め付けられる感じや灼熱感、圧迫感が続くという症状が起こりやすくなる。

【1級】1級は本来は安静時にも心不全や狭心症発作を引き起こす可能性のある状態であるが、社会生活をおくろうとする例は既に人工ペースメーカーや人工弁による治療がなされた状態であり、スポーツ活動も含めて社会活動には全く支障がない。問題となるのは、ペースメーカー装着者が高エネルギー電磁波を出す機械に接近した場合、ペースメーカー本体が誤作動を起こし、その結果失神などを生じて事故につながることである。電気ショック、電気溶接機、大型モーターなどの変動磁界、高電圧送電機近傍の交流磁界、レーダー、高出力送信機のアンテナ近傍の電磁波などは避けるべきである。しかし、電子レンジなどの家庭用品や金属探知器や電気工作機械などの産業設備は問題がない。また、体力的には必ずしも低いとは限らないものの、病歴上、体力の低下している者もおり、作業負荷や残業量は体力に応じて配慮し、過労にならないように注意する必要がある。

【3級】3、4級の心臓機能障害者の方がペースメーカーや人工弁装着者より活動量の制限が多い。3級では、家庭内の極めて温和な日常生活活動には支障がないが、家庭内の通常の活動や極めて温和な社会生活に支障が生じる。通勤の負担をなくし、極めて温和な座業に限れば就労の可能性もある。

【4級】4級は、家庭内の通常の活動や極めて温和な社会生活には支障がないが、それ以上では著しい制限があるため座業程度が限界である。

### 心臓機能障害

		心不全、狭心症発作の回避のための活動強度制限			高エネルギー電磁波を出す機械への接近
		自己周辺の日常生活活動	社会での極めて穏和な日常生活活動	激しい活動	
1級	下記非適用の場合	×	×	×	○
	心臓ペースメーカー適用	○	○	×	×
	人工弁適用	○	○	△-	○
3級	—	○	×	×	○
4級	—	○	○	×	○

(○:問題なし、△-:困難・場合により可能、×:不可能)

・労作性狭心症:突然に起こり、締め付けられる感じ、灼熱感、圧迫感等が1-5分、長くて15分続く。ニトログリセリンの舌下錠が著効。

・心不全:倦怠感、呼吸困難、手足の浮腫、悪心、嘔吐

## b) じん臓機能障害（1、3、4級）

じん臓は、体の適切な水分量や必要な塩分量の調節、老廃物の排泄、血圧や血液成分の数時間から数日にわたる比較的緩やかな継続的な調節を主な機能としてしている。この機能に障害があると、体内の水分量や塩分量を障害者が摂取を調節して行う必要が生じ、また食事でも老廃物を少なくするために調節する必要がある。また、身体活動は、老廃物を多量に発生させたり、発汗による体液量の急激な変化を伴う危険性をもつため、制限する必要がある。また、休養によって老廃物を排泄する過程を十分にもつ必要がある。また、一般に、高温の環境では発汗による脱水が腎機能にしばしば悪影響を及ぼす。一方、寒冷な環境も感冒などにより腎不全の進行の要因となる。地下やトンネルなどの高気圧環境も適さない。

【1級】1級は本来は安静時にも腎不全症状を引き起こす可能性のある状態であるが、社会復帰（希望）者は例外なく透析治療を受けている者であり、透析を受けると活動制限は大幅に緩和され、通常の社会活動には支障がない状態になる。体力的には必ずしも低いとは限らないものの、病歴上、体力の低下している者もあり、作業負荷や残業量は体力に応じて配慮し、過労にならないように注意する必要がある。透析者であっても交替勤務は可能であるが、長期出張が多い職場は定期的な透析が難しいことから困難が大きくなる。鋭利な刃物などを扱う職場では手首に装着された透析用のシャントを傷つけない配慮が必要である。また、腹膜透析者では大気汚染、あるいは塵埃の多い環境は適さない。また、腹部の屈伸や圧迫、腹筋の頻用を要する職種も適さない。なお、透析食という特別の栄養管理が必要であるが、これは通常の食事とほとんどかわりのないものである。透析治療でも、腹膜透析治療とそれ以外の血液透析は治療に要する時間が大きく異なる。腹膜透析治療を受けている場合には本人が一日に3-4回短時間の操作だけが必要なだけであるが、それ以外の透析治療には、一回あたり5時間程度の治療を週に3回必要とする。

【3級】3級では、家庭内の極めて温和な日常生活活動には支障がないが、家庭内の通常の活動や極めて温和な社会生活に支障が生じる。通勤の負担をなくし、極めて温和な座業に限れば就労の可能性もある。

【4級】4級は、家庭内の通常の活動や極めて温和な社会生活には支障がないが、それ以上では著しい制限があるため座業程度が限界である。

【留意事項】3級や4級のじん臓機能障害者では、作業強度について適切に配慮されなければ、食欲の低下や吐き気、記憶力・思考力の低下、怒りっぽくなる、皮膚が黒くなる、皮膚のかゆみ、視力低下、眼底出血、呼吸困難等の症状が起こりやすくなり、障害がさらに悪化する可能性がある。

### じん臓機能障害

		腎不全症状発症の回避のための活動強度制限			不潔、冷環境、過労	普通食
		自己身の日常生活活動	社会での極めて穏和な日常生活活動	激しい活動		
1級	透析をしない場合	×	×	×	×	×
	血液透析適用者	○	○	△+	×	△-
	腹膜透析治療適用者	○	○	△+	×	△-
3級	—	○	×	×	×	×
4級	—	○	○	×	×	×

（○：問題なし、△+：可能・場合により問題あり、△-：困難・場合により可能、×：不可能）

・腎不全症状：食欲がない、吐気、記憶力・思考力の低下、怒りっぽい、皮膚が黒っぽくなる、皮膚のかゆみ、視力低下、眼底出血、呼吸困難（肺浮腫、肺うっ血）、感染症、貧血、出血しやすい

### c) 呼吸器機能障害（1、3、4級）

呼吸は肺や気管支などの機能であり、酸素を取り込み、二酸化炭素を排泄する体内のエネルギー代謝の維持の基本的な機能である。肺疾患や肺手術等によりこの機能に障害が生じると、身体活動に必要な酸素の取り込みと二酸化炭素の排泄が困難となる。また、呼吸機能障害者は一般的に刺激ガス、冷氣、乾燥の環境を避ける必要があり、風邪や肺炎に注意する必要がある。屋内の事務職であっても冷房の風に直接あたらない席を確保するなどきめ細かい配慮が必要となる。また、禁煙や分煙を実施すべきである。

【1級】呼吸機能障害者の1級で社会復帰をしようとする人は酸素療法（軽量透明の鼻チューブ装着）か人工呼吸器を装着する必要がある、音声でのコミュニケーションが不便になる場合がある。呼吸機能障害者の1級で社会復帰をしようとする人は酸素療法か人工呼吸器を装着する必要がある、音声でのコミュニケーションに不便がある場合がある。携帯型の酸素ボンベが使用可能であり、透明軽量の鼻チューブによって酸素療法を行うことができる。携帯型の人工呼吸器もあるが、大部分は病院あるいは自宅での据置型である。この状態においても、就労は座業程度の強度に限られる。また、酸素ボンベや液体酸素を使用するため、火気厳禁である。

【3級】3級では、家庭内の極めて温和な日常生活活動には支障がないが、家庭内の通常の活動や極めて温和な社会生活に支障が生じる。通勤の負担をなくし、極めて温和な座業に限れば就労の可能性もある。

【4級】4級は、家庭内の通常の活動や極めて温和な社会生活には支障がないが、それ以上では著しい制限があるため座業程度が限界である。

### 呼吸器機能障害

	呼吸困難発症の安全性			音声でのコミュニケーション	刺激ガス、冷氣、乾燥の環境		
	自己周辺の日常生活活動	社会での極めて穏和な日常生活活動	激しい活動				
1級	治療なし	—	×	×	○	×	
	酸素療法	据置式	○	×(移動困難)	×	△+	×
		携帯型	○	○	×	△+	×
	人工呼吸器	据置式	○	×(移動困難)	×	×	×
携帯型		○	○	×	×	×	
3級	—	—	×	×	×	×	
4級	—	—	○	○	×	×	

(○:問題なし、△+:可能・場合により問題あり、×:不可能)

#### d) ぼうこう又は直腸機能障害（1、3、4級）

ぼうこうと直腸はそれぞれ、尿と便の貯蔵と排泄調節の機能をもっている。直腸・大腸やぼうこうの摘出手術で、障害者となる例が多い。

【1級】1級は起床しての生活ができず、便や尿の排泄の制御ができない状態である。

【3級】3級は起床して生活できるものの、便や尿の排泄の制御ができない状態であり、おむつの使用が必要となる。

【4級】4級は人工膀胱（尿路変更）、自己導尿、人工肛門の対象者であり、これらの操作に関して十分な習熟さえあれば、能力的には何等の障害もない。ただし、一種の人工臓器が体表面にあるため、それが破損しないような最低限の配慮（ラッシュアワーの通勤、荷物の上げ下ろし、腹部で荷物を支える、きつい衣服、極端な高温・高湿度などを避ける）が必要である。

#### ぼうこう又は直腸機能障害

		起床しての生活	便・尿の排泄の制御
1級	—	×	×
3級	—	○	×
4級	尿路変更、人工肛門、自己導尿	○	○

(○:問題なし、×:不可能)

## e) 小腸機能障害（1、3、4級）

小腸は栄養吸収の機能をもっている。この機能に障害があると、通常の食事だけでは身体活動や精神活動に必要なエネルギーや栄養素が不足し、耐久力等が低下する。静脈への直接栄養注入により、栄養摂取を補充することが必要である。

【1級】1級ではほぼ常時中心静脈栄養を受け続ける必要がある。しかし、携帯型輸液システムを使用した場合、社会生活上の支障はほとんどない。

【3級】3級では1日数時間をかけて中心静脈栄養を行う必要があるが、ただし携帯型輸液システムを使用した場合、社会生活上の支障はほとんどない。

【4級】4級では、1週間に1回程度数時間の中心静脈から栄養の注入を行えばよく、社会生活上全く支障がない。

### 小腸機能障害

		特定の場所(医療施設、在宅)への拘束
1級	据置型輸液	完全拘束
	携帯型輸液システム使用	かなり自由
3級	据置型輸液	一日数時間
	携帯型輸液システム使用	かなり自由
4級	—	一週間に数時間

## f) ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫機能障害（1－4級）

免疫機能は、様々な感染症に対して生体を防御する機能である。この機能に障害があると、日常生活等で人間を取り囲む環境内にある細菌、ウィルス、カビなどの感染源への耐久力が低下する。その結果、健常者では何の問題も生じない環境において、疾患を発生しやすくなる。ヒト免疫不全ウイルス（HIV）は、免疫機能を担うリンパ球への感染と破壊によって、免疫機能を著しく低下させる。なお、HIVに感染し、通常では感染しないような弱い感染源に起因する感染症（日和見感染症）を発症した状態をAIDS（エイズ；後天性免疫不全症候群）という。

障害等級として、1～4級があるが、これは最も免疫機能が低下した時点での認定となっており、治療方法の進歩によって免疫機能の回復が可能となった現状では、その能力障害の判断において注意が必要である。ちなみに、2～4級程度では、治療の効果により、免疫機能の低下はほとんどないといえる状態である。1級認定があった場合でも、2年程度で免疫機能が正常域に回復する例が増えている。一方、服薬の副作用による障害の発生も起こりうる。

【1級】1級認定の直後ではAIDS発症の例も多く、日和見感染症の治療を含めた集中的な治療が必要な状態であり、日常生活がほとんど不可能な状態となっている。

【2～4級】治療効果によっては職業生活が可能な程度にまで免疫機能が回復し、等級の区別が固定的でないことが考えられる。免疫機能が低下している状態では、重労働やストレスの多い勤務を避ける必要があり、日和見感染の危険が高い職場での勤務を避ける必要がある。定期的な治療が必要なため、通院等の休暇が必要となったり、勤務中に規則的な（1日に5～6回）服薬のための休憩が必要となる。服薬の副作用やアレルギーが突発的に生じることがあり、その治療のための休暇や休養が必要となる場合がある。

【留意事項】HIVは血液や体液（唾液では感染しない）による感染の可能性があるため、職場での事故等による血液接触の可能性への対処については、HIV感染者の有無に関わらず、血液への接触を避けるゴム手袋などの装着を行う必要がある。HIV感染についての情報管理によって偏見や差別による参加の制限をなくす必要がある。薬剤が入手できない国への長期派遣などを避ける必要がある。また、国によっては、HIVに感染していないことの証明が求められることにも留意する必要がある。

## 6) 知的障害

知的機能は生後の発達の過程で習得される様々な能力の基盤となる。身体機能面は発達していても、知的機能の障害によって、獲得されるべき能力の発達が遅れる。

【最重度】知的能力はほぼ3歳以下の乳幼児のレベルであり、衣食に絶えず保護が必要となり、身辺整理、環境適応なども単独では不可能である。意思交換も非常に困難である。

【重度】知的能力はほぼ3歳から6歳程度の学童期前のレベルであり、衣食は自立しているが、身辺整理については部分的であり、言語や意思交換にも不十分な面がある。

【中度】知的能力はほぼ8歳までの小学校低学年に相当する。環境適応や意思交換も自立し、言語も幼稚な面があるが使用でき、読み書き、計算も簡単なレベルであれば可能である。

【軽度】知的能力はほぼ小学生中～高学年に相当することが多いが、知的能力のうち推理能力、言語能力、非言語的理解力等、一部の知的機能が障害され、他の知的機能には問題がないという例も含まれる。一般に抽象的思考や推理能力が困難であるが、人によって読み書き、計算を含む知的活動が可能であり言語もほぼ問題なく使用できる。自立した就職が可能となるが、但し一見障害が軽いので周囲から何とかなるだろうと思われ、十分な指導や配慮が行われないために問題の生じることも少なくないので留意が必要である。

【留意事項】知的障害者は重度になるほど、知的な面だけでなく、手足の運動にぎこちなさがあったり、体力的な障害がある場合（5分の1程度の割合）があり、個別的な評価が必要である。

### 知的障害

	精神年齢の目安	衣食	身辺整理	意思交換	環境適応	職業	言語	読書き	計算	抽象的思考・推理
最重度	～3歳	絶えず保護が必要	×	×	×	×	×	×	×	×
重度	3～6歳	○	△(部分的)	△-	×	指導の下に○	×	×	×	×
中度	6～8歳	○	○	○	○	指導の下に○	幼稚	○	部分的	×
軽度	8～12歳	○	○	○	○	自立と競争的就職	○	○	○	△-

(○:問題なし、△-:困難・場合により可能、×:不可能)



視覚障害者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本のテキストファイルをご希望される時も、ご連絡下さい。

## 資料シリーズ No. 19

障害・職種別「就業上の配慮事項」－企業の経験 12,000 事例から－

---

編集・発行	日本障害者雇用促進協会 障害者職業総合センター◎ 〒261-0014 千葉県美浜区若葉3丁目1-3 電話 043-297-9067 FAX 043-297-9057
発行日	1998年12月
印刷・製本	株式会社 弘報社印刷 幕張営業所

---

A large graphic element consisting of a white, thick, double-lined chevron shape pointing to the left, set against a background split diagonally from the top-left to the bottom-right. The upper-left triangle is dark red, and the lower-right triangle is a lighter, pinkish-red.

**NIVR**

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

I S S N 0918-4570