

## ■S3 群 (脳・知能・人間) - 10 編 (福祉情報)

# 4 章 障 害

(執筆者：中山 剛) [2013 年 6 月 受領]

### ■概要■

障害及び障害者という用語が指し示す範囲や定義は各国において異なっている。日本国内においても法律上の定義なのか、一般名称として利用される場合なのかによっても、障害の定義が異なってくることがある。支援機器の研究開発に際しては、支援対象となる障害者の範囲を明確にして推し進めることが肝要であるが、その障害の定義自体が曖昧であると相互のコミュニケーションに齟齬を生じる危険性がある。本章では、障害とは何か、障害者の現状などについて統計情報を交えながら解説する。

障害の概要では、リハビリテーション、国連障害者の権利条約、障害者基本法、障害者自立支援法と支援制度、障害者心理と受容、欠格条項について国内外の状況を概説する。

国際生活機能分類 (ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health) では、ICF の前のバージョンである国際障害分類をはじめに紹介し、その後、国際生活機能分類へ改訂された背景や目的、ICF におけるモデル、ICF の使用方法などについても紹介する。

障害の分類では、我が国の障害者数などの統計情報を交えながら、障害者の現状について概説し、更に身体障害、発達障害、精神障害についてそれぞれを詳説する。また、身体障害に関しては、視覚障害、聴覚または平衡機能の障害、音声機能、言語機能またはそしゃく機能の障害、肢体不自由、内部障害に細分化してそれぞれについて紹介し、複数の障害がある状態である重複障害についても概説する。

### 【4 章の構成】

本章では、障害者の権利宣言、障害者心理と受容、欠格条項などの概要 (4-1 節)、国際生活機能分類 (4-2 節)、障害の分類 (4-3 節) の 3 節に分けて解説する。更に障害の分類 (4-3 節) では、身体障害 (4-3-1 項)、発達障害 (4-3-2 項)、精神障害 (4-3-3 項) に分けて解説する。

## ■S3群 - 10編 - 4章

### 4-1 概要

(執筆者：山中康弘) [2012年6月受領]

障害 (Impairment) とは、医学的には、身体や臓器の機能が一部または全部損なわれた状態のことをいい、障害がある人のことを障害者といい、主に身体障害者、知的障害者、精神障害者、発達障害者のことをいう。また、18歳未満の場合は、障害児という。

「障害者」という表記を「障礙者」や「障碍者」とも表記されている。身体障害者福祉法<sup>1)</sup>で、「障礙(碍)」の「礙(碍)」が当用漢字の使用制限により使用できないため、一般的に「障害」・「障害者」と使われるようになった。近年では、「障害」という表記に「害」という漢字が使われていることが、あまりよくないとして、「障がい」と表記されることが多くなっている。2009年、日本政府が従来「障害者施策推進本部」を「障がい者制度改革推進本部」<sup>2)</sup>に変更して、これ以降、表記の変更は着実に進んでいる。

#### 4-1-1 リハビリテーション

「障害」を医療モデルで考えた場合に使われる言葉に、リハビリテーション (rehabilitation) というものがある。リハビリテーションの語源はラテン語であり、reの「再び」という意味と habilis の「適した」という意味から成り立っており、「再び適した状態になること」という意味をもっている。リハビリテーションは、身体の機能障害、能力障害などを改善するだけでなく、社会的に生活を送るための手段も含んでいる。

リハビリテーションは、障害が原因で生活上に影響が出てきたときに、多種多様な専門職が連携し、その問題の解決を行うことをいう。病気や障害を医療の方からアプローチすることを医学的リハビリテーションといい、就労の支援を行うことを職業リハビリテーションという。そのほかに、リハビリテーションには、教育分野、社会福祉分野で行われるアプローチもある。

障害は、心身の機能障害だけでなく、日常生活での制限や社会参加の制約など多岐にわたっており、家庭・学校・職場・地域・社会・行政などにも大きく影響を与えている。そのため、リハビリテーションは、このような多岐にわたる問題に解決するために、複数の専門家がチームで取り組んでいる。

とりわけ、医学的リハビリテーションは医師の指示のもとに多様な専門職が連携して行われている。医師は障害の状況を総合的に診察して、リハビリテーションの目的や方針を決定し、看護師は、日常生活の自立を技術指導し、本人と家族への心理的支援を行う。医師や看護婦のほかに、運動療法によって、機能障害の改善を行う理学療法士 (PT)、作業活動によって心身の機能の回復を行ったり、日常生活における作業の改善や職業指導等を行う作業療法士 (OT)、言語治療を行う言語聴覚士 (ST) のほかに、臨床心理士や医療ソーシャルワーカー (MSW) などがチームを組んでアプローチをしている。

#### 4-1-2 障害者の権利宣言、権利条約

障害者の権利宣言<sup>3)</sup>は、1975年12月9日、国連総会において採択された。権利宣言は、

国連憲章でも宣言されている人権、基本的自由の保障、人間の尊厳と価値や社会正義の諸原則に対する信念などを再確認している。また、すでに認定されている世界人権宣言、国際人権規約、子どもの権利宣言やILO、ユネスコ、WHOなどの関係諸機関の憲章、条約、勧告、決議の諸基準を想起している。

そして、1975年5月6日の経済社会理事会で決議された障害の予防と障害者のリハビリテーションについても想起している。また、障害者の諸権利や保護、障害者の福祉やリハビリテーションの必要性を宣言している。心身ともに障害を予防し、障害者が多種多様な活動でその能力を発揮できるように支援・援助し、社会参加の促進の必要性を宣言している。障害者権利宣言での国内的、国際的行動を要請している。

障害者権利宣言では、「障害者」という言葉は、身体的、精神的な能力の不足のために、日常生活または社会参加に必要とされることを、一人では満たすことのできない人を意味している。そして、すべての障害者は、人種、皮膚の色、性別、言語、宗教、社会的な身元などのいかなる状況であっても、この宣言で唱えられたすべての権利を与えられており、人間の尊厳を有している。

この宣言の権利は、健常者と同一の市民の権利や政治的な権利、経済的、社会的保障を受け、相応の生活水準を保つ権利などである。また、障害者の自立を目的としている施策を受ける資格を有し、医学的なりハビリテーション、職業リハビリテーション、学校教育などのサービスを受ける権利などを有している。

#### 4-1-3 国連障害者の権利条約

障害者権利条約 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) <sup>4)</sup> は、2006年12月13日、国連総会において、採択された21世紀では初の国際人権法に基づく人権条約である。この条約の目的は、身体障害、知的障害、精神障害などのあらゆる障害のある人の尊厳と権利を保障するための人権条約であり、サウジアラビア、エクアドルなど20か国が批准し、2008年5月3日に発効した<sup>5)</sup>日本においては、2007年9月28日、国連において障害者権利条約に署名したが、まだ批准していない。

障害者の関連の法律は、リハビリテーションや福祉の視点から創られることが多いが、この権利条約は、人権条約であり、前文に『全ての人権と基本的自由が普遍的であり、不可分であり、相互に依存し、相互に関連している』と明記されている。特に、障害者の女性や子どもの人権を保障している条約である。

権利条約の策定のために、障害者権利条約特別委員会が全8回開催され、「我々のことを我々抜きで勝手に決めるな」(Nothing about us without us!)というスローガンを掲げ、障害当事者の視点からつくられた条約であり、条約の策定に障害者も約70か国から参加したことが特徴的である。

権利条約は、当事者の自尊心、自己決定権を重視し、あらゆる場面における差別禁止されている。「障害差別」とは、障害を理由とし、政治権、経済権、文化権等の全分野にわたる、人権と基本的自由を区別したり、排除したり合理的配慮しないという意味である。また、「合理的配慮」とは障害のある人がほかの人と同様の人権と基本的自由を受けられるように、配慮や調整を行うことである。

条約では、障害者に対する偏見を取り除き、社会全体の意識の向上する必要があることや

インターネットのアクセシビリティを情報保障の必要性も言及されている。また、条約では、障害者に対して、生命の権利を認め、差別したり、殺害したりしてはいけないとされている。障害児の産み分けも禁止している。戦争や武力紛争、天災などの自然災害においては、障害者は安全な場所へ保護する必要があるとされている。

また、障害者も法の下には平等であることを認め、司法へのアクセスに対しても合理的配慮を行う必要があるとされている。障害児者の教育は、公平な機会を与えられることを前提にし、合理的配慮も求められている。障害者の医療や保健などの健康サービスを提供し、障害者の健康にも配慮する必要があるとされている。そして、障害者の生活面で自立できるように、医療、健康、雇用、教育、社会的サービスの分野で包括的なりハビリテーションを実施する必要があるとされている。なお、権利条約は政府によって仮訳されている<sup>4)</sup>。

#### 4-1-4 障害者基本法

日本国内においては、障害者基本法は、昭和 45 年 5 月 21 日、障害者の自立及び社会参加の支援などのための施策に関し、基本的理念を定め、及び国、地方公共団体などの責務を明らかにし、障害者の自立と社会参加の支援などのための施策の基本となる事項を定めることにより、支援のための施策を総合的に推進し、障害者の福祉を増進することのために制定された法律である。障害者基本法における「障害者」とは、『身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう』と定義されている。

障害者基本法は、平成 16 年 6 月 4 日に、基本的な理念や法律の目的、障害者の定義など、大幅に改正され、障害者権利条約の批准に向けて、平成 23 年 8 月 5 日に改正されている。

#### 4-1-5 障害者自立支援法と支援制度

障害者自立支援法は、平成 17 年に障害者及び障害児が自立した生活や社会活動ができるようにすることを目的としてつくられた法律である。障害者自立支援法の特徴は、障害種別（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず福祉サービスを一元化したこと、障害者もっと企業などで働けるようにするための福祉サービスがあること、支援の必要度に応じてサービスを公平に利用できることなどがある。しかし、当初、障害者に費用の原則 1 割負担を求めており、障害当事者から廃案の声も上がっている。

また、障害者の支援制度には、補装具の給付と日常生活用具給付等事業がある。補装具とは、身体の欠損や身体機能の低下を補完または代替するもので、個別に対応して設計・加工されたものであり、身体に装着して日常生活で用いられるものである。例えば、義肢（義手、義足）や車いす、座位保持装置、義眼・眼鏡、補聴器、つえ、重度障害者用意思伝達装置、歩行器などがある。補装具の給付には、医師の判定書が必要である。

日常生活用具給付等事業とは、市町村が行う地域生活支援事業であり、障害者が生活を円滑に暮らせるように、介護・訓練支援用具や自立生活支援用具、情報・意思疎通支援用具等の用具を給付または、貸与することを目的とした事業である。

#### 4-1-6 障害者心理と受容

障害当事者やその家族は、新生児の先天的な障害や疾病の後遺症、事故の後遺症など、様々

な原因で突然の出来事として社会的に表面化して、ショックを受け、落ち込むことがある。

障害者が障害によって、日常生活のなかで日常生活動作ができないことが多くなることを自覚したとき、将来の不安を抱き、一般社会から遠ざかってしまうような恐怖心と孤独感を抱くことが多い。また、食事・排泄・着替えなど日常生活が一人でできなくなると、人間的価値がなくなったような感覚となり、他人の力を借りて生きていくことに対して嫌悪感が大きくなる。

したがって、障害当事者やその家族は、「どう障害を受け入れるのか」が大切になる。決して、障害をもつことは、不幸なことではないということや、社会には様々な障害者がいることを教える心理的なサポートが必要になる。特に、障害当事者どうしが支えあうピアサポートを行っている障害者団体が数多い。

障害の受容に当たっては、障害当事者との人間関係がとても大切であり、障害者の価値を認め、ともに生きていくことを共感しあって、お互いに信頼して、人間関係を構築することで、障害者の価値を見いだし、生きていく希望がもてるようになる<sup>6)</sup>。

#### 4-1-7 欠格条項

欠格条項は、障害がある理由で、免許・資格取得の制限・禁止を定めている条項のことである。欠格条項には、相対的欠格と絶対的欠格の二種類があり、相対的欠格は「資格を与えないことができる」というものであり、絶対的欠格は「資格を与えない」というものである。

例えば、「薬剤師法」では、第4条（とその第2項）で「心身の障害により薬剤師の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるものは（薬剤師の）免許を与えない」と規定されており、第8条では上記の理由で、免許の取消しや業務停止命令ができると規定されている。医療関連業務では、視覚障害、聴覚障害や精神障害が取得できない免許がある。

また、自動車運転免許では、精神・知的・てんかん・視覚・聴覚障害と一部の身体障害者は免許を取ることができないことになっている。また、公営住宅の入居資格が、介護が必要な障害者が単身で入居することができなくなっていたり、議会傍聴や公民館などの施設利用において、精神・知的障害者の利用が制限されているケースがある。

なお、総理府によれば欠格条項は、2001年6月時点では、60制度ほどあるとしているが、障害当事者団体<sup>7)</sup>の調査によれば、300ほどあることが分かっている。

#### ■参考文献

- 1) 身体障害福祉法 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S24/S24HO283.html>
- 2) 障がい者制度改革推進本部 内閣府のHP <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html>
- 3) 障害者の権利宣言 [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo8/gijiroku/020901hg.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo8/gijiroku/020901hg.htm)
- 4) 障害者権利条約 日本政府仮訳文 <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/adhoc8/convention.html>
- 5) <http://www.nginet.or.jp/box/UN/UN.html>
- 6) [http://www.geocities.jp/love2\\_andy/care5.htm](http://www.geocities.jp/love2_andy/care5.htm)
- 7) 「障害者欠格条項なくす会」 <http://www.dpi-japan.org/friend/restrict/>

## ■S3 群 - 10 編 - 4 章

### 4-2 国際生活機能分類

(執筆者：山中康弘) [2012年6月 受領]

#### 4-2-1 国際障害分類

「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH), が 1980 年に WHO より刊行された。ICIDH は, 国際疾病分類 (ICD) を補完するものであり, 疾病や障害を把握するものとして発表された。

それ以前までは障害を医学的なレベルでとらえられていたが, ICIDH では機能障害 (impairment): 生物学的機能レベルの障害, 能力障害 (disability): 個人の生活レベルにおける行為の障害, 社会的不利 (handicap): 社会生活レベルの行為や活動の制限の三つのレベルでとらえようとしている。ICIDH では, 図 4・1 のとおり身体の欠損, 疾患などによって, 機能障害が起り, それによって, 能力障害が生じて, 社会的不利な立場となるということを表している。図 4・1 には, 「バイパス」があるが, 機能障害から直接, 社会的不利が生じてしまう場合がある。例えば, 脳性マヒ脳卒中片マヒなどの場合で, 機能障害として歩行障害が生ずるが, 実際, 歩行には問題がないので, 能力障害がないが, 歩行障害によって, 通勤や通学の混雑を避けるために時間をずらすなどの対応が必要となり, 社会的不利が生じてしまうこともあり得る。このように, ICIDH は, 障害を階層的に, 機能・形態障害, 能力障害, 社会的不利の三つに分けてとらえたものであり, 画期的なものであった。

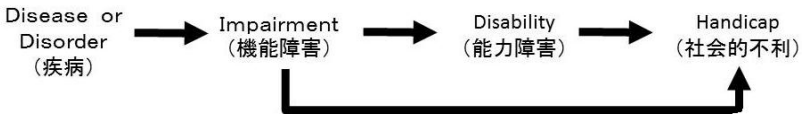


図 4・1 ICIDH : WHO 国際障害分類 (1980) の障害構造モデル

そして, ICIDH は, 人口統計, 実態調査等の統計ツールや利用者のニーズの評価, 健康状態や治療法との対応, リハビリテーション上の評価等の臨床ツール, 社会保障計画, 政策の立案と実施などの政策ツールなど様々な用途で使用された。ただ, ICIDH は, 社会的不利は固定的なものではなく, 流動的なものとしてとらえるべきだという課題や医療を中心とした障害観であること, 精神障害者・知的障害者の領域で必要な項目が詳しい分類がないこと等の課題があった。

#### 4-2-2 ICF の概要

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) は, 2001 年 5 月 22 日, 国際障害分類 (ICIDH, 1980) の改定版として, 第 54 回国際保健会議 (WHO 総会) で採択された。正式名称は, 「生活機能・障害・健康の国際分類」であり, また厚生労働省による公定日本語訳の略称は「国際生活機能分類」である。

ICIDH では, 医学モデルによる分類であった。しかし, 障害や生活機能を理解するためには, 医学モデルだけでは不十分であり, 個人の生活環境や街のバリアフリー化など社会的な

環境を考慮にいれる必要があった。そのため、ICF では、医学モデルに「障害は社会の制約によって作り出されたものであり、社会全体の共同責任で取り組むべきだ」と主張する立場の社会モデルを統合した概念モデルが提案された。ICF では、医学モデルと社会モデルの統合に基づいており、医学的、心理的、社会的アプローチを用いている。したがって、医学的、心理的、社会的な視点から、生活機能や障害をとらえた見方を提供している。

そして、ICF では、「疾患／変調」であったものが、「健康状態」というように中立的な用語を採用している。なぜなら、ICF では障害のみを分類するのではなく、生活機能と障害の分類となり、あらゆる人間を対象として、生活と人生のプラス面とマイナス面をも含めて、すべての項目を分類し、評価するからである。なので、言葉を単に「健康状態」と言い換えるのではなく、疾患や変調、妊娠、高齢、ストレス状態、先天異常などを含むすべての健康状態を表すようになってきている。ICF は、生活機能や障害を三つのレベルで把握しており、中立的用語を用いている。ICF の用語が、「機能障害」は「心身機能・構造」、「能力障害」は「活動」、「社会的不利」は「参加」となり、これらが障害された状態を「機能・構造障害」、「活動制限」、「参加制約」が用いられているようになってきている。また、ICIDH との異なる点として、生活機能と障害に影響する環境を背景因子に加えられた背景因子は、環境因子と個人因子から成り立っている。

#### 4-2-3 ICF の目的

ICF の目的は、健康状況と健康関連状況などを体系的コード化し、研究するための科学的基盤の提供や保健医療関係者、研究者、政策立案者、障害当事者などの様々なユーザと共通言語を提供することで、コミュニケーションを改善することなどの目的で使用されている分類であり、社会保障、労働、教育、社会政策などのような様々な専門分野で用いられ、法律・法令を実施するための手段として役立つことを目的としている。また、国際的なデータの比較のためや健康情報システムに用いるコードの提供の目的でも使用されている。すなわち、ICF は、社会保障政策や医療の評価、社会・国家・地球レベルでの住民実態調査などの批評家と政策立案の両面で活用できる。ICF の特徴は、「個人の生活機能は健康状態だけではなく、社会環境と個人の背景因子との双方向的な相互作用によって決まるものである」ということである。

ICF の対象の範囲は、障害者だけでなく、すべての人にあてはまるものである。したがって、あらゆる健康関連の状況は、ICF によって、記述することができる。また、ICF は、生活機能と障害に関する状況を分類しコード化し、情報を組織化することができ、情報を相互に関連させることができ、容易に利用しうるものになっている。

#### 4-2-4 ICF のモデル

ICF の様々な構成要素間の相互作用を視覚化したものが図 4・2 に示す図式である。図 4・2 は、ICF の構成要素間、健康状態と生活機能の「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、と背景因子の環境因子や個人因子の関係を示しており、すべて両方向の矢印でつないだ相互作用モデルとなっている。

心身機能 (body functions) とは、身体系の生理的機能であり、身体構造 (body structures) とは、器官・肢体などの身体の部分である。機能障害とは、著しく変形したり、喪失したり

といった、心身機能または身体構造上の問題のことであり、心身機能と身体構造は、別々に分類されており、心身機能と身体構造の分類は並列で使用することになっている。

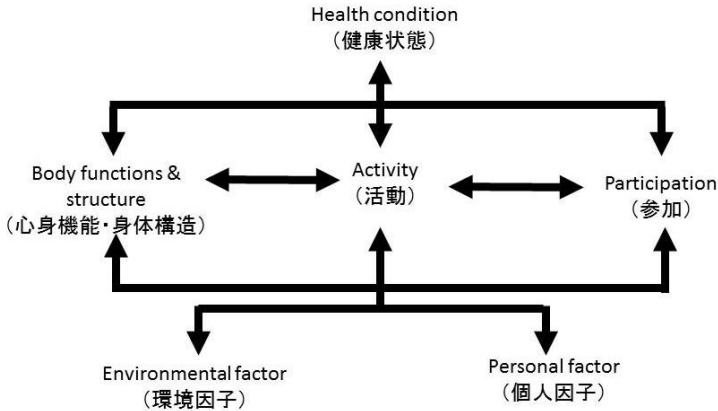


図 4・2 ICF：国際生活機能分類（2001）の生活機能構造モデル

活動（activity）とは、課題や行為の個人による遂行のことであり、参加（participation）とは、生活・人生場面へのかかわりのことである。したがって、対象者が活動するときの困難の状況を活動制限といい、何らかの生活・人生場面において経験する困難さを参加制約という。活動と参加の構成要素は、個人的、社会的の視点からみた生活機能の様々な側面を示している。活動と参加の領域のリストは、「基本的学習」や「対人関係」、「雇用」など、すべての生活や人生の領域が含まれていて、「活動」、「参加」、両方とも用いることができる。

そして、背景因子（contextual factors）は、個々の人生と生活に関する社会環境を表し、個人因子と環境因子の二つの構成要素から成り立っている。個人因子は、家庭、学校、職場、地域など、個人にとって身近な背景のことであり、健康状態以外のその人の特徴である。それは、性別、年齢、その他の健康状態、ライフスタイル、習慣、生育歴、困難への対処方法、教育、職業、経験、性格、個人の心理的資質、そのほかの特質も含まれる。これらのものが、どのレベルの障害においても一定の役割をもち、様々な介入の結果にも影響を及ぼす。

各要素間には、相互関係があり、一つの要素に介入を行えば、少なくとも一つの要素が変化させる可能性がある。これらの相互関係は、双方向であり、必ずしも、予測可能な1対1の関係ではない。例えば、障害の状態が変化すれば、健康状態も変化するからである。

そして、心身機能・身体機能の結果から活動の制限や参加の制約を推定するのではなく、個々に各構成要素のデータを収集して、各要素間の因果関係を研究することが重要である。

ハンセン病や顔にアザがあり、外観が損じていても、個人の能力に問題がない場合や介助がない場合には問題があるが、実際には両親と生活をしており実行状態のうえでは問題がない場合、反対に、福祉施設に入所することによって、社会生活の能力やスキルなどが低下していく場合など、健康に関する状況をすべて記載する場合には、すべての構成要素が有用となる。



#### 4-2-5 ICF の使用

ICF では、各構成要素において、共通の特性別にグループ化されていて、順序づけられており、ICF の分類は、一連の原則に成り立っている。原則は、レベル間の相互関連性と分類の階層性に関連している。ただ、ICF の項目のなかには、階層構造はなく、単に配列になっているところもある。

ICF は健康関連領域に関係している操作上の定義を提供している。この定義は一般的な健康の定義とは異なり、各領域の属性を示していて、各領域について「含まれるもの」と「除かれるもの」という情報を含んでいる。この定義は一般的な評価を含むため、アンケートに転用ができ、既存の評価表の結果を ICF で用いることもできる。

ICF では、健康状況と健康関連状況の記述は、二つの分類があり、多数のコードを使って行われている。第 1 レベルの分類には、心身機能 8、身体構造 8、実行状況 9、能力 9、合計 34 があり、第 2 レベルの分類では 362、より詳細なレベルにおいて 1424 がある。詳しいコード化については、ガイドラインにも記載されていて、所定の研修会を受講することが推奨される。

#### 4-2-6 ICF の活用

ICF の活用により、障害者や家族、保健・医療・福祉などの関係者の間で、障害の状態をお互いに理解することができる。また、病院や障害者福祉施設などで行われる医療、介護サービスや福祉サービス計画や評価、記録などのための実際的な手段として活用することもできる。今後、ICF の一般医療、リハビリテーション、介護、福祉などの実践のなかで全面的に活用を促進していくことが課題である。

障害者に関係している様々な調査や統計について、比較検討する標準的な枠組みとして活用することが期待できるが、具体的な活用のあり方については、現在、検討している段階である。

今日では、ICF の解説書・マニュアルが作成されており、様々な講習会・研修会などが開催され、ICF の普及活動が行われている。そして、特定の障害者の家族や友人など周りにいる第三者に与える障害の概念を普及していくことも今後求められている。今後の課題として、「生活機能と障害の主観的側面」の概念の検討及び分類の作成である。

#### ■参考文献

- 1) 上田 敏, “ICF (国際生活機能分類) の理解と活用—人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか,” 2005.

## ■S3 群 - 10 編 - 4 章

### 4-3 障害の分類

#### 4-3-1 概要

(執筆筆者：山中康弘) [2012年6月 受領]

障害は、主に身体障害、知的障害、精神障害、発達障害がある。

身体障害は、身体障害者福祉法において、「視力障害」「聴覚または平衡機能の障害」「音声機能、言語機能、咀嚼機能の障害」「肢体不自由」「重篤な心臓、腎臓、呼吸器機能の障害」の五つの障害が定義されている。

視覚障害は、糖尿病や緑内障、交通事故などの原因によって、視覚機能の障害のことである。また、出生時の損傷による視覚障害は、全体の視覚障害者の4.5%であり、比較的少ない。視覚障害は、「視力障害」と「視野障害」とに区分して認定されていて、障害の程度に応じて1級から6級までである。一般的に、残存視覚がある「弱視」と、視覚をもたない「盲」（全盲）に分けられる。

聴覚障害は、風疹などによる先天性の原因と、病気、薬の副作用、精神的ストレスなどによる後天性の原因がある。聴覚障害の程度は、医学的にはデシベル〔dB〕で区分され、両耳で70dB以上になると、身体障害者手帳が交付される。なお、欧米では、聴覚障害判定基準は40dB以上である。

言語障害には、「音声機能の障害」と「言語機能の障害」がある。音声機能の障害とは、音声や講音、話し方の障害のことであり、機能性、器質性、運動障害性、聴覚性などの構音障害や話し方の流暢性とリズムの障害などの吃音症などがある。脳性マヒや聴覚障害によっても音声機能障害が生ずる場合がある。また、言語機能の障害は、ことばの理解や表現の障害のことである。そして、咀嚼機能の障害は、主に嚥下機能の障害のことである。

肢体不自由者とは、先天的、後天的どちらにおいても、四肢の麻痺や欠損、体幹の機能障害のために、日常の動作や姿勢の維持に不自由のある人のことであり、身体障害者手帳を交付されている人の約半数に上っている。肢体不自由の原因には、脳や脊髄などの神経系の疾患や、筋原性疾患、骨・関節系疾患、足や手などの四肢切断など、様々なものがある。主に、脊髄損傷、頸髄損傷、四肢の切断、脳性マヒ、筋ジストロフィーなどのものがある。

内部障害とは、身体障害者福祉法で、心臓機能障害、腎臓機能障害、呼吸機能障害、膀胱直腸機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の内臓系の障害として、規定されている。

重複障害とは、視覚、聴覚または平衡機能、音声・言語または咀嚼機能、肢体不自由、内部障害、知的障害、精神障害のなかから二つ以上の障害を併せもつことである。例えば、盲ろう者や重度の身体障害者が該当する。

知的障害とは、知的機能に制約があること、適応行動に制約を伴う状態であること、発達期に生ずる障害であることの三つのことが定義されている。一般的には、読み書き・計算や金銭管理ができにくく、日常生活に支障をきたすことである。

知的障害は、法律上の定義は存在しないが、福祉支援の対象者として、支援の必要性や程度を示すために知的障害を定義されている場合がある。そして、知的障害は、18歳未満の発達期において、知的な遅延が生じたり、明確であったり、それに伴って、生活上に影響がで

てくることを要件にすることが多い。事故による後遺症や認知症などは、知的障害として扱っていない。

知的障害の原因には、病的要因、生理的要因、心理的要因がある。病的要因は、ダウン症候群などの染色体異常・自閉症などの先天性疾患によるものである。また、脳性マヒやてんかんなどを合併しているケースが多い。生理的要因は、特に病的な要因がなく、偶然に知能が低くて障害とみなされる範囲に入っているケースである。このケースは、病的な原因の合併症がなく、健康状態は良好である。心理的要因は、幼児虐待や会話の不足など、発育環境が原因で生ずるものである。

知的障害のレベルは、知能によって分類され、軽度、中度、重度、最重度の四つのレベルがある。軽度のレベルは、本人や家族は、はっきりと知的障害者と気付かず、生活を送っているが、理論のうえでは、知的障害者の約8割がこのレベルに分類される。中度のレベルは、小学生低学年程度の知能があり、合併症を多く見られている。重度のレベルは、概ね4歳程度の知能しかなく、多動などの行為が問題になっており、大部分に合併症を引き起こされている。最重度のレベルでは、実際の精神年齢は、1歳程度であり、寝たきりの状態であることが多い。

また、知的障害に関しては、身体障害者福祉法のような法律はなく、1973年、厚生省の通知の「療育手帳制度について」に基づき、各都道府県知事が知的障害を判定し、療育手帳を発行して知的障害者と認定される。療育手帳は、愛の手帳や緑の手帳とも呼ばれ、療育手帳によって、特別障害者手当や各種料金の免除などの公的支援が受けられる。

精神障害者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において、『「精神障害者」とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう』と定義されている。

精神疾患は、心的・内因性によるストレスなどによって、精神に障害を引き起こされる疾患のことである。精神障害は、統合失調症や躁うつ病などの重度のものや、神経症、パニック障害、適応障害といった中程度の間、軽度のものまでの様々な疾患がある。

精神障害の原因は、心的な原因と外因と内因がある。心的な原因は、過度のストレスなどのもので、うつ病、不安神経症などを起こるケースである。外因は、単純ヘルペスなどの感染や脳卒中、薬物乱用などで精神障害が起こる場合である。内因は、脳の器質的要因といわれているが、現在のところ原因が不明である。

人間の精神には、意識、知能、記憶、感情、思考、行動などの複数の種類があり、そのうち、一つまたは、複数が何らかの原因で障害されることで、精神疾患が起こる。例えば、意識が障害されることで、もうろう状態になったり、昏睡状態になったりする意識障害が起こる。また、脳のなかの様々な情報を処理する知能が障害になることで、精神遅延や痴呆などの症状が起こり、一時的に記憶障害が起こる場合がある。精神障害者は、日常生活のなかで幻視や幻聴などの幻覚や錯覚などの知覚障害が起こる場合や被害妄想などの思考障害が起こる場合もある。精神障害は、行動と密接に関係しており、摂食、排泄、睡眠など、基本的な機能が障害が起こされるほか、多量多酒、暴力などの衝動的な行動が現れることがある。一般的には、適切な食事が難しく、洗面、入浴、更衣、清掃などの生活が困難であり、金銭管理が困難である、一人で外出ができないなどの能力障害がある。

精神障害には、統合失調症や躁病、うつ病、恐怖症性不安障害、パニック障害、PTSD、急

性ストレス障害、適応障害、摂食障害、睡眠障害などがある。

精神疾患の治療法は、薬物療法などの身体的治療、精神療法や作業療法などの言葉や行動を用いた治療、社会的な環境調整の三つに分かれている。そして、症状を緩和されるためのストレスを緩和する方法として、音楽療法、運動療法、ユーモア療法なども行われている。そして、精神疾患の治療には、専門家の意見を聞きつつ、当事者や家族、地域の人々の連携が大切である。また、障害者自立支援法のサービスなどの社会的支援がある。

発達障害は、発達障害者支援法において、『自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの』と定義されている。

この自閉症、アスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性障害のうち、どの障害に当たるのかという診断は大変難しく、それぞれの障害が少しずつ重なり合っていることが数多くあるからである。

自閉症は、遺伝的な要因で先天性の脳機能障害で、約 500 人に 1 人いるといわれていて、軽い人まで含めると約 100 人に 1 人となる。自閉症の特徴は、コミュニケーションや対人関係の障害といった限定している行動パターンをもっている。現在では、自閉症の根本的な原因を治療することはできなく、個別の発達ペースに沿った適切な治療や教育が必要となる。

アスペルガー症候群 (Asperger syndrome) は、広義的な「自閉症」に含まれ、アスペルガー症候群の原因や治療については、自閉症と共通している。コミュニケーションの障害がなく、対人関係の障害と限定している行動パターンをもっていることが特徴である。自閉症との相違点は、言葉の発達の遅れや知的障害がないところであり、知的な発達の遅れがないが、自閉症の特徴を有している障害である。

学習障害は LD の略であり、教育的には、Learning Disorders、また医学的には Learning Disabilities の略称である。LD は、教育的には、話したり聞いたりする力などの学習面の能力の障害を含み、医学的には、読み書きや計算能力の特異的な発達障害を指している。文字を一つひとつ拾って読んだり、単語あるいは文節の途中で区切って読んだりするなどの特徴がある。LD は、適切な診断や治療が必要であり、個々に応じた対策が必要であり、家庭、学校、医療関係者などの連携が必要である。

注意欠陥多動性障害は、ADHD の略であり、Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder の略称である。ADHD は、脳の前頭葉や線条体のドーパミンという物質の機能障害が想定されており、遺伝的要因にも関連があると考えられている。ADHD は、気が散りやすく集中ができないというような「不注意」や静かに遊ぶことができないというような「多動・衝動性」が主な特徴である。ADHD の治療は薬物療法や環境・行動への介入などを組み合わせると効果が高いといわれている。

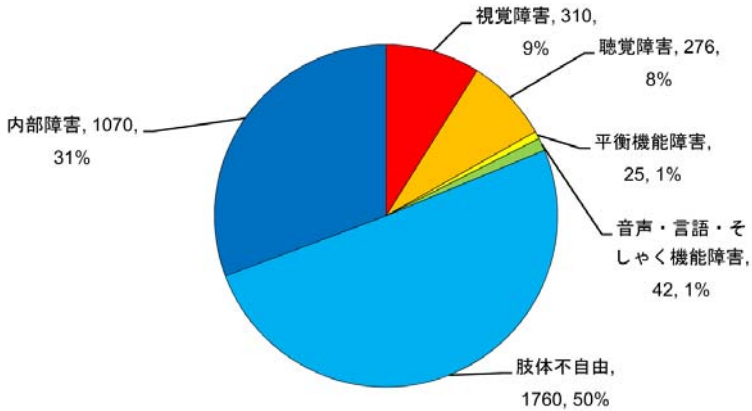
#### 4-3-2 身体障害

(執筆者：硯川 潤) [2012年8月 受領]

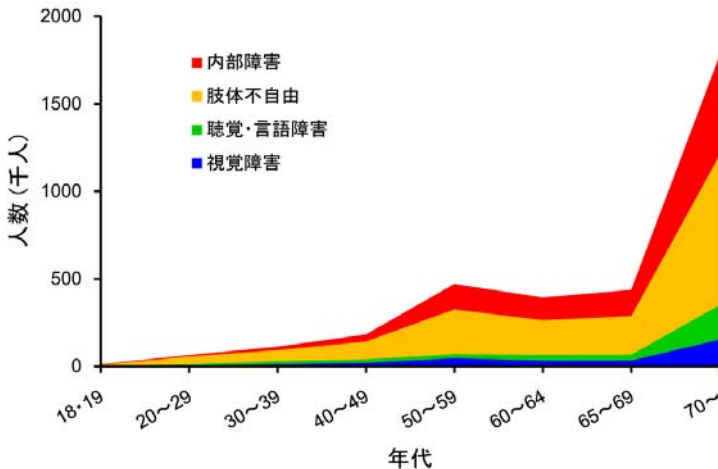
身体障害は、身体障害者福祉法 (以下、身障者法と呼ぶ) によって、①視覚障害、②聴覚または平衡機能の障害、③音声機能、言語機能またはそしゃく機能の障害、④肢体不自由、⑤心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害 (内部障害)、の 5 項目が定義されている。国内の統計調査 (身体障害児・者実態調査) もこの分類に従って実施されているため、本項でもそれに従って各種別の概要を

説明する。なお、**図 4・3** に同調査による身体障害者の障害種類別内訳を示す。肢体不自由が半数を占め、内部障害、視覚・聴覚障害と続く。**図 4・4** に示したように年齢分布は高齢者側に偏っており、ほとんどの障害で 70 歳以上が半数を占める。

国内で最も大規模に実施されている身体障害者に関する統計調査は、上述の身体障害児・者実態調査であり、5 年ごとに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部によって実施されている。最新（2012 年 5 月時点）の調査は平成 18 年度に実施されたものであり<sup>1)</sup>（以下、H18 実態調査と呼ぶ）、厚生労働省のホームページから閲覧できる。



**図 4・3** 身体障害者数の種類別内訳（障害種別，人数（千人），割合；総数 3,480 千人）  
 （H18 実態調査より作成）



**図 4・4** 身体障害者の年齢別内訳（H18 実態調査より作成）

## (1) 視覚障害

眼球の角膜に入射した外界光は、水晶体・硝子体を経て網膜上で結像する。網膜の視細胞によって光は神経信号へ変換され、視神経を介して大脳皮質の視覚野へと伝達される。視覚障害の原因となる疾患には、水晶体が白濁する白内障、網膜の異常である網膜色素変性や黄斑変性、眼圧の異常に起因する緑内障などがある。

身障者法では、最重度の1級は「両眼の視力(矯正後)の和が0.01以下のもの」、最軽度の6級は「一眼の視力が0.02以下 他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を越えるもの」と定義されている。なお、WHOによる定義では、良い方の矯正視力が0.05未満で失明(blindness)、同0.05以上0.3未満で低視力(low vision)となっている。

H18実態調査の結果では、日本国内の視覚障害者の推計総数は31万人である。2010年のWHO推計では、67億人の世界総人口のうち、失明者が3,900万人、低視力者が2億4,600万人とされており<sup>2)</sup>、日本の視覚障害者率は極めて低い水準にあることが分かる。

視覚障害の主な原因は、表4・1のとおりである。認定障害者の疾患調査<sup>3)</sup>と、多治見市の全住民を対象とした疫学調査<sup>4)</sup>の結果をそれぞれ示した。中途視覚障害者は障害認定の交付を受けるとは限らないため、統計に反映されない障害者の存在がかねてから指摘されている。従って、原因疾患の順位も統計のソースによって異なることに注意が必要である。

表4・1 視覚障害の原因疾患

順位	原因疾患、( )内は割合 [%]	
	認定障害者ベース <sup>3)</sup>	疫学的調査 <sup>4)</sup>
1	緑内障 (20.9)	白内障 (35.5)
2	糖尿病網膜症 (19.0)	緑内障 (10.5)
3	網膜色素変性 (13.5)	近視性黄斑変性 (9.2)
4	黄斑変性 (9.3)	強度近視 (6.6)
		加齢性黄斑変性 (6.6)

## (2) 聴覚または平衡機能の障害

空気の粗密振動である音波は、外耳道を通り、内耳の鼓膜で固体の振動に変換される。その後、耳小骨の振動を介して内耳液の波動となった音波は、蝸牛内の有毛細胞で神経細胞の活動電位に変換され、中枢神経へ伝達される。聴覚障害は、蝸牛までの振動伝達系の機能不全で生ずる伝音難聴と、神経信号への変換及びそれ以降の神経伝搬が阻害される感音難聴の2種類に分類される。伝音難聴の原因には先天的奇形・中耳炎・外傷などが、感音難聴の原因には内耳の物理的傷害・抗腫瘍薬・炎症などがそれぞれ挙げられる<sup>5)</sup>。

身障者法で定義される聴覚障害の最重度は2級で、「両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)」、最軽度は6級で、「1. 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの(40cm以上の距離で発生された会話を理解し得ないもの); 2. 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの」とされている。WHOによる定義は表4・2に示した5段階であり、Grade2以上が難聴とされる。なお、聴力レベルは、500, 1000, 2000, 4000kHzでの平均値として算出される。

表 4・2 WHO による聴覚障害の定義

Grade of impairment	Corresponding audiometric ISO value	Performance
0 - No impairment	25 dB or better (better ear)	No or very slight hearing problems. Able to hear whispers.
1 - Slight impairment	26-40 dB (better ear)	Able to hear and repeat words spoken in normal voice at 1 metre.
2 - Moderate impairment	41-60 dB (better ear)	Able to hear and repeat words spoken in raised voice at 1 metre.
3 - Severe impairment	61-80 dB (better ear)	Able to hear some words when shouted into better ear.
4 - Profound impairment including deafness	81 dB or greater (better ear)	Unable to hear and understand even a shouted voice.

H18 実態調査では、聴覚障害者は全国で 27.6 万人と推計されている。WHO の 2004 年の統計では、2 億 7500 万人以上の人々が、Grade 2 以上の聴覚障害を有していると報告されている<sup>6)</sup>。米国の The National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III, 1999-2004) に基づく報告では、20～69 歳の成人 5742 名のうち 16 % に聴力レベル 25 dB 以上の聴覚障害が認められたとされている<sup>7)</sup>。ただし、聴覚障害の定義が、日本のそれと大きく異なることに注意が必要である。小児期の重度聴覚障害に関しては、米国において 3～10 歳の 26 万人のうち、良聴耳の聴力レベルが 40 dB 以上の聴力障害の有病率が 0.11%との報告がある<sup>8)</sup>。

平衡機能障害については、「平衡機能の極めて著しい障害 (3 級) = 四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認め、閉眼にて起立不能、または開眼で直線を歩行中 10 m 以内に転倒もしくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの」または、「平衡機能の著しい障害 (5 級) = 閉眼で直線を歩行中 10 m 以内に転倒または著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの」と定義されている。具体的には、中枢性平衡失調・小脳性平衡失調・末梢性平衡失調などがあり、H18 実態調査の種類別障害者数においては 2 万 5 千人と報告されている。

### (3) 音声機能、言語機能またはそしゃく機能の障害

音声機能障害は、主に器質的疾患による発声障害を意味する。発声の駆動源である呼吸器系、音源である咽頭、共鳴腔としての声道に、先天的または後天的な異常が生じた場合に発現する<sup>9)</sup>。言語機能障害は、失語症に代表されるように、文法、構文、語彙や言葉の意味といった高次の言語処理能力に異常が生ずる障害である。また、広義では、ことばの音の正しい生成に障害のある構音障害を含む。構音障害には、構音器官の形態異常に起因する器質性構音障害、発話に寄与する筋・神経の異常に起因する運動障害性構音障害、難聴に伴う構音異常など前述の 2 種類の異常が無いかかわらず発現する機能性構音障害、の 3 種類が存在する<sup>9)</sup>。

身障者法における音声機能、言語機能またはそしゃく機能の障害の定義を表 4・3 にまとめた。H18 実態調査での推計人数は、4 万 2 千人である。

表 4・3 音声機能, 言語機能またはそしゃく機能の障害の定義 (参考文献 10)より作成)

等級	定義	症状	具体例
3 級	音声機能または言語機能の喪失	音声を全く発することができないか, 発声しても言語機能を喪失したもの	・音声機能喪失: 無喉頭, 喉頭部外傷による喪失, 発声筋麻痺による音声機能喪失 ・言語機能喪失: ろうあ, 聴あ, 失語症
	そしゃく機能の喪失	経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害	・重症筋無力症などの神経・筋疾患によるもの ・延髄機能障害 (仮性球麻痺, 血管障害を含む) 及び末梢神経障害によるもの ・外傷, 腫瘍切除等による顎 (顎関節を含む), 口腔 (舌, 口唇, 口蓋, 頬, そしゃく筋など), 咽頭, 喉頭の欠損などによるもの
4 級	音声機能または言語機能の著しい障害	音声または言語機能の障害のため, 音声, 言語のみを用いて意思を疎通することが困難なもの	・喉頭の障害または形態異常によるもの ・構音器官の障害または形態異常によるもの (唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む) ・中枢性疾患によるもの
	そしゃく機能の著しい障害	著しいそしゃく・嚥下機能または, 咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害	・重症筋無力症などの神経・筋疾患によるもの ・延髄機能障害 (仮性球麻痺, 血管障害を含む) 及び末梢神経障害によるもの ・外傷, 腫瘍切除などによる顎 (顎関節を含む), 口腔 (舌, 口唇, 口蓋, 頬, そしゃく筋など) 咽頭, 喉頭の欠損などによるもの ・口唇, 口蓋裂などの先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

#### (4) 肢体不自由

身障者法で定められた重度肢体不自由 (障害等級 1~2 級) の定義を表 4・4 に示す. 上下肢の物理的損傷と, 上下肢及び体幹の運動神経系の機能不全とに大別できる. 肢体不自由者は, H18 実態調査において 176 万人と推計されており, 身体障害者総数のおよそ半数を占める. 図 4・5 に肢体不自由者の障害種別内訳を, 図 4・6 に原因疾患内訳をそれぞれ示す. 運動機能障害が全体の 9 割以上を占め, 原因疾患は脳血管障害や骨関節疾患といった高齢者に特有のものが上位を占める.

上下肢切断の主原因は外傷であり, 一側上肢切断の原因の 7 割を占める. 一方, 下肢の切断では, 糖尿病や動脈硬化などによる循環障害が近年増加傾向にある<sup>11)</sup>. 運動機能障害は, 多様な原因疾患があり, 病態進行の有無や罹患時期もそれぞれ疾患により大きく異なる. 以下, 主だった原因疾患について詳説する.

【脳血管障害】 脳梗塞や脳内出血などが原因で, 障害血管の領域に対応した脳機能が局所



的に障害を受ける。脳幹よりも上位の運動野が病巣となった場合は、反対側の該当部位の運動機能に障害が現れる片麻痺となる。病巣の部位によっては、言語障害や認知機能の低下を伴う。WHO による 2004 年の世界推計 The Global Burden of Disease では、有病者数 3070 万人と推定されている<sup>12)</sup>。

【関節リウマチ】 関節リウマチは、進行性の自己免疫疾患であり、関節の炎症・疼痛、骨・軟部組織の破壊、関節変形を伴う<sup>12)</sup>。世界推計(2004年)で2300万人が罹患する疾患であり、罹患率は30代から上昇し始め、およそ70歳でピークとなる<sup>13)</sup>。

【脳性まひ】 出生前後に発症した脳の非進行性の病変が原因で、一部の運動機能が永続的に損なわれる障害であり、言語障害や精神発達遅延といった障害を伴う場合がある<sup>14)</sup>。強い痙縮を伴う痙縮型、不随意運動が特徴的なアトトーゼ型など、神経症状からいくつかの類型に分類される。2004年に米国で実施された疫学調査では、罹患率は0.33%程度と推計されている<sup>15)</sup>。

【脊髄損傷】 中枢神経系と末梢神経系を結ぶ神経線維の束である脊髄の損傷により、末梢-中枢間の神経伝達が失われ、運動機能・感覚機能・膀胱・排泄機能などが完全に(完全麻痺)または部分的に(不全麻痺)消失する。損傷部より下位の脊髄神経が支配する末梢系のみが麻痺するため、残存機能は損傷部位によって大きく異なる。米国の脊髄損傷統計センター(National Spinal Cord Injury Statistical Center)による損傷原因の上位5件は、自動車事故(33.5%)、転落・転倒(21.2)、銃創(15.7)、飛び込み(6.2)、バイク事故(6.0)である<sup>16)</sup>。

【神経筋疾患】 中枢・末梢の神経系または筋肉の病変により運動機能の障害が発現する神経筋疾患は、神経難病とも呼ばれ、ほとんどが原因・治療法ともに不明である。国の特定疾患治療研究事業の対象疾患に指定されているパーキンソン病(106,637\*)、脊髄小脳変性症(23,290\*)、多発性硬化症(14,492\*)、筋萎縮性側索硬化症(8,406\*)や進行性筋ジストロフィー、ギランバレー症候群などがある。

[\*数字はH22年度特定疾患医療受給者証所持者数、厚生労働省衛生行政報告例より]

表4-4 重度肢体不自由の定義(身障者法施行規則別表より作成)

等級	上肢	下肢	体幹	乳児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	
				上肢機能	移動機能
1級	1. 両上肢の機能を全廃したもの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの	1. 両下肢の機能を全廃したもの 2. 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により座っていることができないもの	不随意運動・失調などにより上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調などにより歩行が不可能なもの
2級	1. 両上肢の機能の著しい障害 2. 両上肢のすべての指を欠くもの 3. 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4. 一上肢の機能を全廃したもの	1. 両下肢の機能の著しい障害 2. 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1. 体幹の機能障害により座位または起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上ることが困難なもの	不随意運動・失調などにより上肢を使用する日常生活動作が極めて制限されるもの	不随意運動・失調などにより歩行が極めて制限されるもの

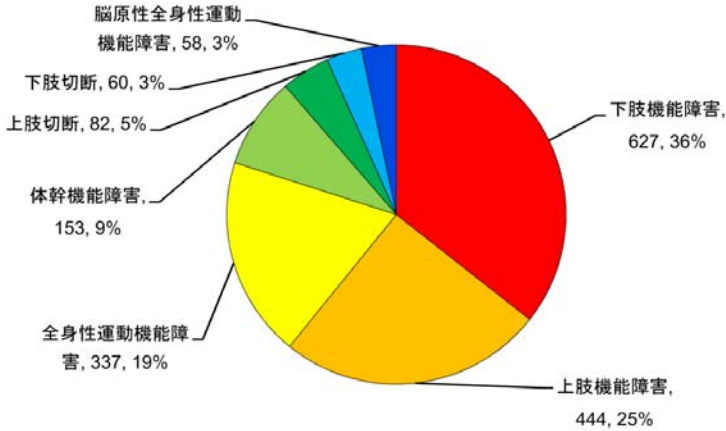


図 4・5 肢体不自由者の障害種別内訳 (障害種別, 人数 (千人), 割合; 総数 1,760 千人)  
(H18 実態調査より作成)

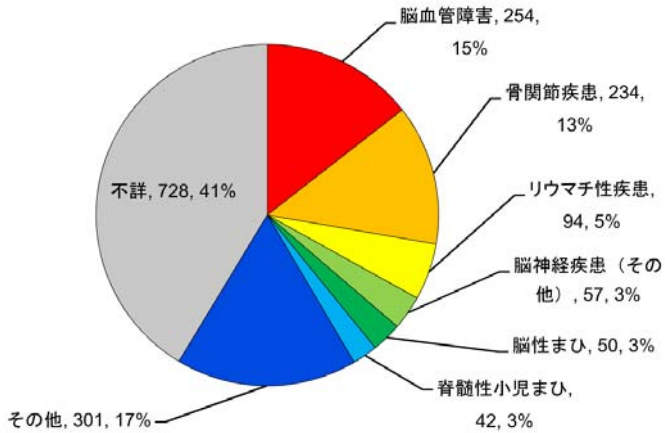


図 4・6 肢体不自由者の原因疾患 (疾患名, 人数 (千人), 割合; 総数 1,760 千人)  
(H18 実態調査より作成)

#### (5) 内部障害

身障者法では、『心臓・じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸・小腸・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害』として、重症度に応じて1級から4級までが定義されている。表 4・5 に、各種別1級の認定基準を示す。心臓機能障害ではペースメーカーの使用，ぼうこう・直腸機能障害ではストマ（人工肛門，人工ぼうこう）造設の有無，じん臓機能障害では人工透析の必要性の有無などが，基準の一つとしてあげられている。H18

実態調査では、重複障害者数は肢体不自由に次ぐ 107 万人と推計されている。図 4・7 に内部障害者の内訳を示す。心臓機能障害が半数以上を占め、じん臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害と続く。

表 4・5 内部障害 1 級の認定基準

障害種別	等級表 1 級基準
心臓機能障害	<p>ア 次のいずれか二つ以上の所見があり、かつ、安静時または自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状または繰り返シアダムスストークス発作が起こるもの。</p> <p>(ア) 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの</p> <p>(イ) 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの</p> <p>(ウ) 心電図で脚ブロック所見があるもの</p> <p>(エ) 心電図で完全房室ブロック所見があるもの</p> <p>(オ) 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの</p> <p>(カ) 心電図で心房細動または粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの</p> <p>(キ) 心電図で ST の低下が 0.2 mV 以上の所見があるもの</p> <p>(ク) 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導(ただし VI を除く)のいずれかの T が逆転した所見があるもの</p> <p>イ 人工ペースメーカを装着したもまたは人工弁移植、弁置換を行ったもの。</p>
じん臓機能障害	<p>じん臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が 10a /分未満、または血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/ℓ以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、または血液浄化を目的とした治療を必要とするものもしくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。</p>
呼吸器機能障害	<p>呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため指数の測定ができないもの、指数が 20 以下のものまたは動脈血 O<sub>2</sub>分圧が 50Torr 以下のもの。</p>
ぼうこうまたは直腸の機能障害	<p>次のいずれかに該当し、かつ、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるものをいう。</p> <p>(1) 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの。</p> <p>(2) 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの。</p> <p>(3) 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態または腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの。</p> <p>(4) 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの。</p> <p>(5) 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの。</p>
小腸機能障害	<p>次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難となるため、栄養所要量の 60%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。</p> <p>(1) 疾患等により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75cm 未満(ただし乳幼児期は 30 cm 未満)になったもの。</p> <p>(2) 小腸疾患により永続的に小腸機能の大部分を喪失しているもの。</p>
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	<p>ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。</p> <p>ア CD4 陽性 T リンパ球数が 200/μℓ以下で、次の項目「(ア)～(シ)」のうち 6 項目以上が認められるもの。</p> <p>(ア) 白血球数について 3,000/μℓ未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。</p> <p>(イ) Hb 量について男性 12g/dℓ未満、女性 11g/dℓ未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。</p>

- (ウ) 血小板数について 10 万/ $\mu$ l未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
  - (エ) ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について 5,000 コピー/a 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
  - (オ) 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある。
  - (カ) 健常時に比し 10%以上の体重減少がある。
  - (キ) 月に 7 日以上の上の発熱 (38°C以上) が 2 か月以上続く。
  - (ク) 1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある。
  - (ケ) 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある。
  - (コ) 口腔内カンジダ症 (顔回に繰り返すもの), 赤痢アメーバ症, 帯状疱疹, 単純ヘルペスウイルス感染症 (顔回に繰り返すもの), 蕁麻疹症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある。
  - (サ) 生鮮食料品の摂取禁止などの日常生活活動上の制限が必要である。
  - (シ) 軽作業を越える作業の回避が必要である。
- イ 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

肝臓機能障害	次のいずれにも該当するものをいう。 ア Child-Pugh 分類の合計点数が 10 点以上であって、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち 1 項目以上が 3 点の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。 イ 次の項目 (a~j) のうち、5 項目以上が認められるもの。 a 血清総ビリルビン値が 5.0 $\mu$ g/dl以上 b 血中アンモニア濃度が 150 $\mu$ g/dl以上 c 血小板数が 50,000 /立方ミリメートル以下 d 原発性肝がん治療の既往 e 特発性細菌性腹膜炎治療の既往 f 胃食道静脈瘤治療の既往 g 現在の B 型肝炎または C 型肝炎ウイルスの持続的感染 h 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月 7 日以上ある i 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある j 有痛性筋けいれんが 1 日に 1 回以上ある
--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

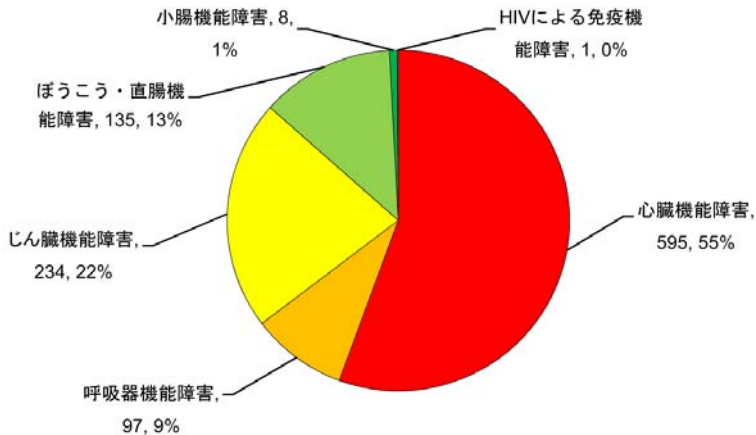


図 4・7 内部障害者数の内訳 (疾患名, 人数 (千人), 割合; 総数 1,070 千人)  
(H18 実態調査より作成)

## (6) 重複障害

複数の障害が重複した重複障害者は、H18 実態調査において 31 万人と推計されている。図 4・8 に障害組合せ別の重複障害者数を示す。身障者法では、障害等級ごとに定められた指数を足し合わせた合計指数をもとに、重複障害の等級が認定される。各障害等級の指数と、合算認定に必要な合計指数を表 4・6 にまとめた。例えば、視覚障害 2 級と肢体不自由 3 級が重複している場合、合計指数は 18 となり 1 級が認定される。

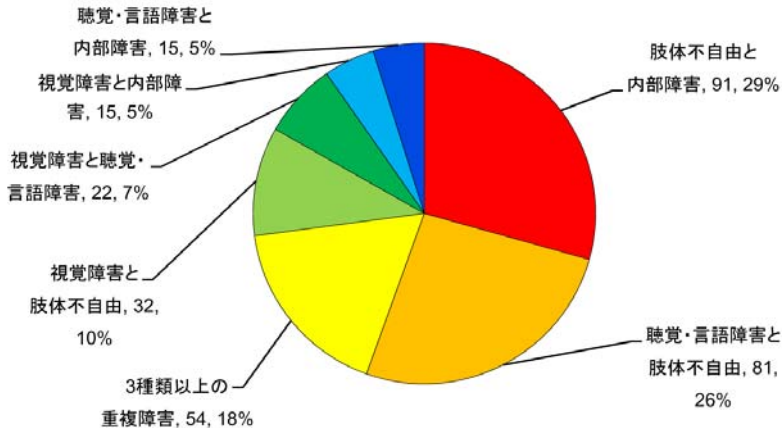


図 4・8 障害組合せ別の重複障害者数 (疾患名, 人数 (千人), 割合; 総数 310 千人)  
(H18 実態調査より作成)

表 4・6 障害等級の指数と認定に必要な合計指数

障害等級	指数	合計指数
1 級	18	18 以上
2 級	11	11~17
3 級	7	7~10
4 級	4	4~6
5 級	2	2~3
6 級	1	1
7 級	0.5	—

## ■参考文献

- 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果, 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課, 2008. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/dl/01.pdf>)
- Pascolini D, Mariotti SPM, “Global estimates of visual impairment: 2010,” British Journal Ophthalmology, 2011. (10.1136/bjophthalmol-2011-300539)
- 中江 他, “眼科学 日本人の視覚障害の原因 15 年前との比較,” 医学のあゆみ, vol.225, pp. 691-693, 2008.

- 4) Iwase A et al., "Prevalence and Causes of Low Vision and Blindness in a Japanese Adult Population The Tajimi Study," *Ophthalmology*, vol.113, pp.1354-1362, 2006.
- 5) 小川 編, "よくわかる聴覚障害—難聴と耳鳴のすべて—," 永井書店, 2010.
- 6) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>
- 7) Agrawal Y, et al., "Prevalence of Hearing Loss and Differences by Demographic Characteristics Among US Adults Data From the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004.," *Arch Intern Med*, vol.168, pp.1522-1530, 2008.
- 8) Mehra S, et al., "The epidemiology of hearing impairment in the United States: Newborns, children, and adolescents," *Otolaryngol Head Neck Surg*, vol.140, pp.461-472, 2009.
- 9) "CLIENT 21-21 世紀耳鼻咽喉科領域の臨床-15.音声・言語," 中山書店, 2001.
- 10) 障害者福祉研究会 監修, "新訂 身体障害認定基準及び認定要領〔補訂版〕 解釈と運用," 中央法規出版, 2005.
- 11) 澤村 編, "義肢学," 医歯薬出版株式会社, 2010.
- 12) WHO, "The Global Burden of Disease: 2004 update," 2008. (ISBN 978 92 4 156371 0)
- 13) Symmons D et al., "The global burden of rheumatoid arthritis in the year 2000," *Global Burden of Disease 2000*, WHO, 2002.
- 14) 宇野野 編, "最新神経難病," 金原出版, 1991.
- 15) Arneson CL et al., "Prevalence of cerebral palsy: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, three sites, United States, 2004," *Disability and Health Journal*, vol.2, pp.45-48, 2009.
- 16) "National Spinal Cord Injury Statistical Center," 2011 NSCISC Annual Statistical Report - Complete Public Version, 2011. (<https://www.nscisc.uab.edu/reports.aspx>)

### 4-3-3 発達障害

(執筆: 榎本容子) [2012年6月受領]

発達障害とは、従来、発達期に生ずる知的障害のほか、脳性麻痺、自閉症やアスペルガー症候群などの広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害とその関連障害、学習障害、発達性協調運動障害、発達性言語障害、てんかん、また、視覚障害、聴覚障害、健康障害において発達期に生ずる諸問題の一部をも含める包括的な概念であった<sup>1)</sup>。しかし、発達障害者支援法(2005年4月施行)が施行されて以降、その概念は大きく変化した。

発達障害者支援法における発達障害の定義では、発達障害とは『自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥／多動性障害その他これに類する脳機能の障害』とされている<sup>2)</sup>。同法は、既に支援の法律があった知的障害等以外の発達障害を支援するためにつくられたという経緯から、それらを含まないかたちで発達障害が定義されたためである。なお、知的障害がある場合でも、併せて「自閉症」に関する診断を受けている場合は、発達障害者支援法の枠組みで支援を受けることができる。

このようななか、発達障害という用語が示す障害像の多様さ、そのつかみにくさから、知的障害を伴わない発達障害を「軽度発達障害」と呼んでいた時期もあった。しかし、軽度という表現が、「障害が軽い」という連想につながりやすく、本人の困り感も軽いという誤解を与えてしまいかねないことから、現在では「軽度」という表現は用いられなくなってきた。

このように、伝統的な発達障害の概念と法律・行政用語として用いられる発達障害の概念は大きく異なる点に注意する必要がある。なお、我が国の動向をみると、法律・行政用語としての発達障害の急速な広まりから、教育現場では、学習障害(LD)、注意欠陥／多動性障害(ADHD)、知的な遅れのない高機能自閉症・アスペルガー症候群を指す言葉として説明さ

れることが一般的になってきている。

本項では、法律・行政用語としての「発達障害」の定義に従い、発達障害に含まれる各障害の概要について説明した後、発達障害のある人の支援技術開発への期待を述べる。

## (1) 学習障害 (LD: learning disability)

### (a) 教育現場における定義・特徴

LD について、文部科学省は、同省の協力者会議の報告に基づき『基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を示すもの』、『その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接的な原因となるものではない』と示している<sup>3)</sup>。

具体的には、通常の学級のなかには、知的な遅れがないにもかかわらず、「教師の指示・説明を理解する、自分の思い・考えを分かりやすく相手に伝える、教科書の文字を読む、ノートに文字・文章を書く、暗算や筆算をする、見取り図や展開図から完成図を想像する」などの特定の能力に一つまたは複数の困難をもち、それらが原因で教科学習につまづきをかかえる子どもが存在する。このような子どもたちは、「すらすらと話すことはできるが、話を聞いて理解することは苦手」「計算することはできるが、教科書を読むことは苦手」など能力に偏り(アンバランスさ)がみられるため、「能力はあるのに怠けている、やる気がないからできない」などと周囲から誤解されてしまうことがある。教科学習のつまづきは、学年を追うごとに拡大しやすく、特別の場で個別指導を受けてもつまづきの解消が困難になったり、それにより学習意欲、自尊心が低下したりするという問題が生ずることがある<sup>4,5)</sup>。

### (b) 診断・統計・原因

LD という用語は、「全般的な発達に遅れがないにもかかわらず、特定の学習に困難を示す状態」を総称するための「教育用語」であり、診断名ではない。支援に向けての教育的な判定は、「聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する」能力において2学年以上(低学年では1学年以上)の遅れを確認することにより行われる。

一方、LD に該当する医学的な診断名としては、「DSM - IV - TR (精神障害の診断と統計の手引き)」の「読字障害」「書字表出障害」「算数障害」「特定不能の学習障害」が挙げられる<sup>6)</sup> (ICD - 10 (国際疾病分類第10版)では、「特異的読字障害」「特異的書字障害」「特異的算数能力障害」「混合性障害」が該当する<sup>7)</sup>)。このように、医学的な LD の診断は、教育的な LD の判定とは異なり、「聞く、話す」を含めず、「読み、書き、算数」の三つの視点からなされる。

我が国では LD に関する正式な疫学調査は存在しないが、読字障害については、公立小学校の54,543名の子どもを対象とする疫学調査から、有病率を0.7~2.2%と報告する研究もある<sup>8)</sup>。なお、文部科学省が担任教師に対して行った調査では、通常の学級に在籍する児童・生徒の4.5%にLDの中核症状である「聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する」ことの著しい困難がみられると推定されている<sup>3)</sup>。

LD の原因は解明されていないが、学習面の困難の背景には、視覚・聴覚からの情報を処理する(情報を受けとめ、整理し、関係づけ、表出する)脳の認知システムの障害が想定されている。

### (c) 支援

LD の学習面の困難に対する支援例をあげると、話すことについては「話の進め方が書いてある台本を用いる」、聞くことについては「具体物や道具などを使って話への注意を喚起したり、内容理解を促したりする」、読むことについては「教科書の文章が一行だけ見えるよう厚紙をくり抜いたシートを用いる」、書くことについては「マスが大きめで、中に点線が入っているノートを使う」、計算・推論することについては「道具を使って数の概念を可視化して理解する、計算の手順カードを用いる」などがある<sup>4,5)</sup>。

なお、LD の中核的な問題は、学習面の困難ではあるが、話す力や聞く力などの弱さは、学校生活のなかで、他の子どもと会話をしたり、遊んだりする場面で困難を招くこともあり、行動面・対人関係面の支援が必要となる場合がある。一方で、LD とともに ADHD や高機能自閉症・アスペルガー症候群を合併することもあり、ほかの障害の影響から行動面や対人関係面の支援が必要となる場合もある。そのほか、運動や手先の不器用さ、ワーキングメモリ（複数の内容を同時に心に留めおく機能）の弱さへの支援が必要となる場合もある。そのため、支援にあたっては、LD の障害特性に応じた支援を追求していく一方で、ほかの障害との重なりを意識し、柔軟かつ包括的に支援を行っていくことも重要である。

## (2) 注意欠陥/多動性障害 (AD/HD: Attention Deficit / Hyperactivity Disorder)

### (a) 教育現場における定義・特徴

ADHD について、文部科学省は、同省の協力者会議の報告に基づき『年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、及び/又は衝動性、多動性を特徴とする行動の障害で、社会的な活動や学業の機能に支障をきたすもの』、『7 歳以前に現れ、その状態が継続し、中枢神経系に何らかの要因による機能不全があると推定される』と示している<sup>3)</sup>。

具体的には、通常の学級のなかには、知的な遅れがないにもかかわらず、「学校の宿題や荷物整理を忘れずに行う、授業中静かに着席しておく（例：おしゃべりや立ち歩き、手遊び、机揺らしをしない）、物事の結果を考え、気持ちを抑えて発言したり行動する（例：気に障ることがあったときにすぐに暴力をふるったり、暴言を吐かない、順番待ちの際に割り込みをしない）」ことに困難をもつ子どもが存在する。このような子どもたちは、悪気はないにもかかわらず、授業を真面目に受けたり、ルールを守って学校生活を送ったりすることができないため、「わがまま、家庭のしつけが悪い」と周囲から誤解されてしまうことがある<sup>9,10)</sup>。低学年の頃は、そのような逸脱も目立ちにくいですが、そのまま適切な対応がなされずにいると、学年を追うごとに、ほかの子どもとの人間関係に亀裂が深まり、自分自身への悲観的な感情が高まったり、他者への反抗性や攻撃性が高まったりするという問題が生ずることがある。

### (b) 診断・統計・原因

ADHD は「DSM - IV - TR (精神障害の診断と統計の手引き)」で定義されている診断名であり医学用語である。DSM - IV - TR では、ADHD の特徴を「不注意」を主とするタイプと「多動性 - 衝動性」を主とするタイプの二つに分類している。前者の特徴をもつ場合は「不注意優性型」、後者の特徴をもつ場合は「多動性 - 衝動性優勢型」、両者の特徴を併せもつ場合は「混合型」と呼ばれる。診断の際は、「6 か月間症状が持続していること、7 歳までに症状が存在していること、二つ以上の場（例えば学校と家庭）で症状が確認できること、生活面や学習面において深刻な問題が生じていること」などが前提とされている<sup>9)</sup> (ICD - 10 (国



際疾病分類第 10 版)」では「多動性障害」が該当する<sup>7)</sup>。

我が国では ADHD に関する正式な疫学調査は存在しないが、3281 名の成人を対象とする疫学調査から、有病率を 2.09%と報告する研究もある<sup>11)</sup>。なお、文部科学省が担任教師に対して行った調査では、通常の学級に在籍する児童・生徒の 2.5%に ADHD の中核症状である不注意、または、多動性・衝動性がみられると推定されている<sup>3)</sup>。

ADHD の原因は解明されていないが、行動面の困難の背景として、脳の前頭葉(短期記憶、推論、注意力、判断、感情のコントロールを司る)や尾状核(行動や運動の調整を司る)、ドーパミン(脳を覚醒させ、集中力ややる気などの感情喚起を司る)の働きの障害を指摘する説が有力である。なお、治療法としては、望ましい行動を強化する行動療法のほか、メチルフェニデートを用いた薬物療法により一定時間、症状を軽減させる方法がとられる場合がある。一般的には、多動性については年齢とともに軽減していくといわれている<sup>9,10)</sup>。

### (c) 支援

ADHD の行動面の困難に対する支援例を挙げると、不注意に対しては「黒板や周囲の壁の掲示物は分かりやすくかつ最小限にする、忘れ物をしないようチェック表を用いる」、多動性・衝動性に対しては「クラスでルールを確認したり練習したりする、教室の壁にルールを掲示しておく、ルールを守れたらシールを貼り達成感を得る」などがある<sup>9,10)</sup>。

ADHD の中核的な問題は、行動面の困難であるが、注意力の弱さや衝動性は、じっくりと授業内容を理解するうえで困難を招くこともあり、学習面の支援が必要となる場合もある。また、行動面の問題は結果的に対人関係面の問題につながりやすい。一方で、ADHD とともに LD や高機能自閉症・アスペルガー症候群を合併することもあり、ほかの障害の影響から学習面や対人関係面の支援が必要となる場合もある。そのほか、運動や手先の不器用さ、ワーキングメモリ(複数の内容を同時に心に留めおく機能)の弱さへの支援が必要となる場合もある。そのため、支援にあたっては、ADHD の障害特性に応じた支援を追求していく一方で、ほかの障害との重なりを意識し、柔軟かつ包括的に支援を行っていくことも重要である。

## (3) 高機能自閉症・アスペルガー症候群

### (a) 教育現場における定義・特徴

高機能自閉症について、文部科学省は、同省の協力者会議の報告に基づき、『3 歳位までに現れ、他人との社会的関係の形成の困難さ、言葉の発達の遅れ、興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害である自閉症のうち、知的発達の遅れを伴わないもの』、『中枢神経系に何らかの要因による機能不全があると推定される』と示している<sup>3)</sup>。

具体的には、通常の学級のなかには、知的な遅れがないにもかかわらず、「人の気持ちや場の空気を読み取る(例:思ったことをそのまま口にしない)、人と話題を共有し会話を続ける(例:自分の好きな話題ばかり話さない)、曖昧な状況や物事の変化に対応する(例:事前に計画されていないことが起こったり、計画が変わったりしてもパニックを起こさない)」ことに困難をもつ子どもが存在する。このような子どもたちは、わざとではないにもかかわらず、相手の気持ちや周囲の状況を汲んだ言動をとることができないため、「自分勝手、家庭のしつけが悪い」と周囲から誤解されてしまうことがある<sup>12,13,14)</sup>。そのまま適切な対応がなされずにいると、ほかの子どもの適切な意思疎通の取り方や人間関係の築き方を学べず孤立し、被害妄想が高まったり、反抗性や攻撃性が高まったりするという問題が生ずることがある。

なお、同様の対人関係面の問題を示す障害として、「アスペルガー症候群」がある。高機能自閉症との相違点は「言語発達に遅れないこと」であるが、両者の障害像を明確に区別できるか否かは、研究者の間でもコンセンサスが得られていないほか、臨床的には両者を区別する必要はないとの意見もある。

そのほか、「広汎性発達障害」「自閉症スペクトラム障害」という用語があるが、これらは高機能自閉症・アスペルガー症候群を含めた自閉症の症状を示す発達障害の総称として用いられており、前者は、自閉症において「精神機能の広範な領域に発達の偏りや問題」があることを示す用語として、後者は、自閉症の症状を示す発達障害の「連続性」を表現する用語として用いられることが多い。

#### (b) 診断・統計・原因

「高機能自閉症」は、「DSM - IV - TR (精神障害の診断と統計の手引き)」で診断名として定義されている「自閉性障害」<sup>6)</sup> (「ICD - 10 (国際疾病分類第 10 版)」では「小児自閉症」が該当する<sup>7)</sup>) のうち、IQ70 以上で知的障害がない自閉症に対して便宜的に用いられる用語である。なお、自閉性障害の主症状としては、「対人的相互反応における質的な障害」「コミュニケーションの質的な障害」「行動、興味、及び活動の限定された反復的で常同的な様式」が挙げられている。

一方、「アスペルガー症候群」は、DSM - IV - TR で定義されている診断名であり医学用語である (ICD - 10 では「アスペルガー障害」が該当する)。DSM - IV - TR では、アスペルガー症候群の主症状として、「対人的相互反応の質的な障害」「行動、興味、及び活動の限定された反復的で常同的な様式」が挙げられている。そのほかの診断基準としては、「著しい言語の遅れない (2 歳までに単語を用い、3 歳までにコミュニケーション的な句を用いる) こと」などが前提とされている。

我が国では高機能自閉症・アスペルガー症候群に関する正式な疫学調査は存在しないが、一般の幼児・児童母集団内での広汎性発達障害の有病率を 0.9~1.6% と推定する研究もある<sup>15)</sup>。なお、文部科学省が担任教師に対して行った調査では、通常の学級に在籍する児童・生徒の 0.8% に高機能自閉症・アスペルガー症候群の中核症状である「対人関係やこだわり等」がみられると推定されている<sup>3)</sup>。

高機能自閉症・アスペルガー症候群の原因は解明されていないが、関連する複数の遺伝子の異常により脳機能に障害が生じているとの説が有力である。そして、脳の複数の部位の機能がうまく働かない結果、脳全体のネットワークに障害が及んでいると考えられている。対人関係面の困難の背景として、扁桃体 (恐怖や不安、快・不快などの情動を司る) や内側前頭前野 (自分の行動の監視、物事の善悪の判断を司る)、ミラーニューロン (他者の行動を見て、自分が同じ行動をとっているように反応 [共感] する機能を司る) の働きに障害を指摘する説が有力である<sup>12, 13, 14, 16)</sup>。

#### (c) 支援

高機能自閉症・アスペルガー症候群の対人関係面の困難に対する支援例を挙げると、社会性に対しては「このときはこうしますと具体的に取るべき行動を伝える、表情や身振りの意味を伝える」、コミュニケーションに対しては「(言語の遅れがある場合) 絵カードなどの視覚的サインを意思疎通に活用する、人との会話の方法を場面別に具体的に伝える」、見通しのもちにくさや変化への対応のしにくさに対しては「スケジュールを視覚的に呈示する、変更

を事前に伝える」などがある<sup>12, 13, 14)</sup>。

高機能自閉症・アスペルガー症候群の中核的な問題は、対人関係面の困難であるが、文脈の読みにくさは、国語の文章題を読み解くうえで困難を招くこともあり、学習面の支援が必要となる場合もある。一方で、高機能自閉症・アスペルガー症候群とともにLDやADHDを合併することもあり、ほかの障害の影響から学習面や行動面の支援が必要となる場合もある。そのほか、運動や手先の不器用さ、ワーキングメモリ（複数の内容を同時に心に留めおく機能）の弱さ、感覚過敏への支援が必要となる場合もある。そのため、支援にあたっては、高機能自閉症・アスペルガー症候群の障害特性に応じた支援を追求していく一方で、ほかの障害との重なりを意識し、柔軟かつ包括的に支援を行っていくことも重要である。

#### (4) 発達障害のある人の支援技術開発への期待

以上、これまで説明した学校教育段階で示される困難は、就労場面において、かたちを変えつつも引き継がれることが多いと考えられる。例えば、「授業に集中することが難しかった場合は、仕事に集中することが難しい」「ノートを書くことが難しかった場合は、仕事の報告文や記録文を書くことが難しい」という困難を予想できる。学校教育段階では、保護者や教師から手厚い支援を受けることも可能であろうが、卒業後は、精神的・経済的な自立や自己肯定感の向上のためにも、できるだけ自分の力で主体的に仕事・家庭生活を送っていくことが重要となる。その際、発達障害のある人が自身の特性に適した様々な支援技術を用いて、苦手な能力を負荷なく補完していくことができれば望ましい。

現在、学校教育段階では、発達障害のある子どもの困難に対し、「言葉による注意喚起」「言葉による教示」「言葉による思考支援（不適切な行動の理由と適切な行動のとり方を考えさせる）」「言葉と実際のモデルの呈示による具体的な教示」「親や教師による行動の代替」などの人的な支援が取り組まれることが多い。また、「取り組むべき内容の視覚による教示」「手順書」「アラート機能（音による注意喚起）」「タイマー機能（時間配分の調整）」「チェックリスト」「使いやすい道具」「人間関係のルールの可視化」「人間関係のルールを学ばせる教材」など、物を利用した支援が取り組まれる場合もある<sup>17)</sup>。今後、人による支援を機器で代行する技術の開発や、既存の支援技術のよりよい改良を通し、発達障害のある人の就労支援技術が豊富になることを期待する。その際、発達障害のある人の既存の支援技術と新たに開発される可能性がある支援技術を整理したリスト<sup>18)</sup>もあるので、参考までにご覧いただきたい。

（厚生労働科学研究成果データベース）にて参照可能 <http://mhlw-grants.niph.go.jp/>）。

#### ■参考文献

- 1) 日本発達障害福祉連盟，“発達障害白書2011,” 日本文化社, 2010.
- 2) 発達障害者支援法 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1b.html>
- 3) 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議，“今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）,” 2003. [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301.htm)
- 4) 上野一彦，“図解よくわかるLD（学習障害）,” ナツメ社, 2008.
- 5) 上野一彦，“LD（学習障害）のすべてがわかる本,” 講談社, 2007.
- 6) American Psychiatric Association, “DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引,” 医学書院, 2003.
- 7) World Health Organization, “ICD - 10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン,” 医学書院, 2005.
- 8) 稲垣真澄, 小枝達也, 林隆, 長尾秀夫, 若宮英司, 細川徹, 杉田克生, 小池敏英, 中村みほ, 山下裕史朗,

- 荻野竜也, “神経学的基盤に基づく発達障害の診断・治療ガイドライン策定に関する総合的研究,” 平成 21 年度 精神・神経疾患研究委託費研究課題報告書, 2010.
- 9) 榎原洋一, “図解よくわかる ADHD (注意欠陥多動性障害),” ナツメ社, 2008.
  - 10) 市川宏伸, “AD/HD (注意欠陥/多動性障害) のすべてがわかる本,” 講談社, 2006.
  - 11) 中村和彦, 森則夫, 辻井正次, 尾内康臣, 武井教使, 大西将史, “成人期 ADHD の疫学調査 中間結果の報告 (その 2) 1 次調査の最終結果,” 成人期注意欠陥・多動性障害の疫学, 診断, 治療法に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金 平成 22 年度総括・分担研究報告書 (研究代表 中村和彦), 2011.
  - 12) 榎原洋一, “図解よくわかる自閉症,” ナツメ社, 2008.
  - 13) 佐々木正美, “アスペルガー症候群 (高機能自閉症) のすべてがわかる本,” 講談社, 2007.
  - 14) 佐々木正美, “自閉症のすべてがわかる本,” 講談社, 2006.
  - 15) “1 歳からの広汎性発達障害の出現とその発達の变化: 地域ベースの横断的および縦断的研究,” 厚生労働科学研究費補助金 平成 22 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 神尾陽子), 2010.
  - 16) Uta Frith, “Mind blindness and the brain in autism,” *Neuron* 32, pp.969-979, 2001.
  - 17) 石渡利奈, “知的障害者の生活の補完的手段の研究,” 知的障害者の地域生活移行に関する支援についての研究, 厚生労働科学研究費補助金 平成 22 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 深津玲子), 2010.
  - 18) 石渡利奈, “生活および労働に関して発達障害者に適した機器の開発,” 青年期発達障害者の円滑な地域生活移行への支援についての研究, 厚生労働科学研究費補助金 平成 21 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 深津玲子), 2009.

#### 4-3-4 精神障害

(執筆: 間宮郁子) [2013 年 4 月 受領]

##### (1) 概要

平成 23 年度障害者白書によれば, 国内の精神障害者は推計 323 万 3 千人であり, その内訳は, 「気分障害 (躁うつ病を含む)」103 万 7 千人, 「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」79 万 3 千人, 「神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」58 万 8 千人, 「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」(アルコール使用 (飲酒) による精神及び行動の障害を含む) 6 万 5 千人, 「てんかん」21 万 4 千人, 「血管性及び詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー病」34 万 2 千人などである<sup>1)</sup>. これに平成 25 年 4 月より高次脳機能障害が障害者の枠組みに加わる。

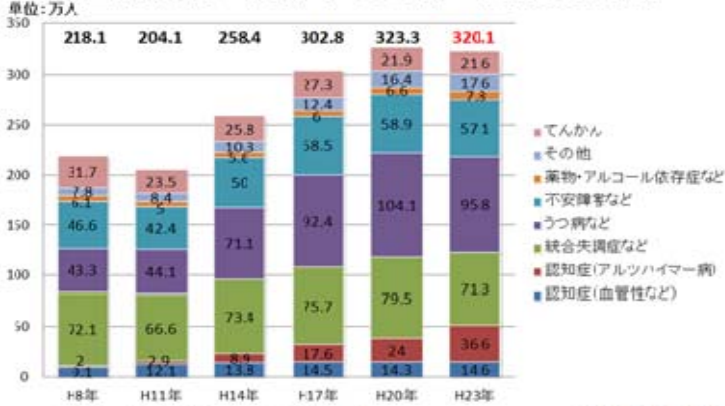
精神障害における入院患者は 29 万 3 千人 (上記患者調査, 精神障害者総数の 10.3%), 外来の精神障害者は 290 万 1 千人である. 入院患者の疾患別内訳をみると, 「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」(18 万 5 千人), 「血管性及び詳細不明の認知症」(2 万 9 千人), 「気分 (感情) 障害 (躁うつ病を含む)」(2 万 5 千人) などとなっている. 外来の精神障害者の疾病別内訳は, 「気分 (感情) 障害 (躁うつ病を含む)」(101 万 2 千人), 「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」(60 万 8 千人), 「神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」(58 万 4 千人), 「てんかん」(21 万 2 千) などである.

平成 14 年度からの 6 年間の外来患者数の傾向を疾患別に見ると, 「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」はほぼ横ばいで推移しているのに対し, 「気分 (感情) 障害 (躁うつ病を含む)」は 1.5 倍近い伸びを示している. また外来の精神障害者の年齢階層別内訳を見ると, 20 歳未満 17 万 3 千人 (6.0%), 20 歳以上 65 歳未満 180 万 8 千人 (62.3%), 65 歳以上 91 万 5 千人 (31.5%) となっている. 65 歳以上の割合の推移を見ると, 平成 14 年から平成 20 年までの 6 年間で, 65 歳以上の割合は 27.2% から 31.5% へと上昇している.

平成 21 年度の精神障害者保健福祉手帳交付者数は 54 万 4314 人であり<sup>2)</sup>, 手帳発給数は 17% 未満と少ない。

# 精神疾患の患者数

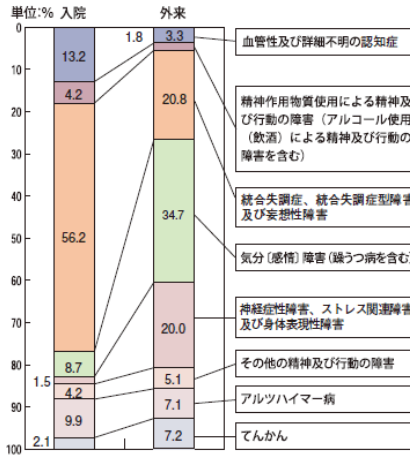
(医療機関に受診する患者の疾病別内訳)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

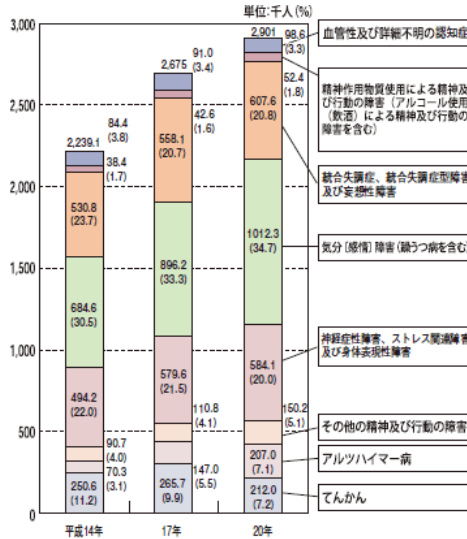
資料：患者調査

図4-9 精神疾患患者数 (患者調査)



資料：厚生労働省「患者調査」(平成20年)より  
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

図4-10 疾患別患者割合 (平成23年度障害者白書)



注：疾患名については調査時点のものである。  
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部で作成

図4・11 外来患者の疾患別患者数の推移 (平成23年度障害者白書)

疾患別に精神科初診時の年齢を見ると、統合失調症では20歳未満が56.2%を占め、40歳以上は6.2%に過ぎないことから、在学中の発病などにより、就職経験もなく社会生活への適応に困難を有する者も多いことがうかがわれる。これに対して、統合失調症以外のうつ病などの疾患では20歳未満が29.3%に止まる一方、40歳以上が30.7%を占め、社会生活上の実績を築き上げてきた後に社会生活への適応に困難を生じている者が多いことがうかがわれる。なお、精神障害者については、身体障害者や知的障害者のような実態調査が行われていないため、医療機関を利用した精神疾患患者数を精神障害者数としていることから、一過性の精神疾患のために日常生活や社会生活上の相当な制限を継続的には有しない者も含まれている可能性がある。

在宅精神障害者の住まいは、家族と同居(76.8%)、一人暮らし(17.9%)、福祉ホームなど(1.7%)、グループホーム(1.7%)、老人福祉施設(0.5%)、その他(1.8%)であるうえ、配偶者のある者は34.6%に止まっており、多くが親や兄弟姉妹と暮らしていると推測される<sup>4)</sup>。なお、統合失調症では配偶者のある者は18.7%であり、統合失調症以外の者で、配偶者のある者が46.0%であることと比べて低い水準にある。これは社会的な偏見差別だけでなく、長期入院治療政策を受けて、独身の高齢者が多いことや、統合失調症が10代半ばから20代半ばの比較的若い時期に発症しやすいことにも一因があるといわれる。

就労状況では、近年雇用者数が増加しているが、平成20年雇用実態調査では雇用された精神障害者は2万9千人(雇用障害者総数44万8千人の6.4%)と、非常に厳しい状態が続いている。

本項では、「気分障害」「統合失調症」「不安障害（強迫障害、摂食障害）」「依存症（アルコール依存症、薬物依存症）」「高次脳機能障害」の説明を記す。「てんかん」は先天性疾患であるため知的障害者福祉にて対処されることが多く、「血管性及び詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー病」は介護保険にて対処されることが多いため、精神障害の項目では記載しない。

## (2) 疾患別概説

### (a) 気分障害

アメリカ精神医学会による DSM-IV の診断基準では、気分障害のなかに、うつ病性障害と双極性障害が分類されている。更に、うつ病性障害のなかに、一定の症状の特徴や重症度をもつ大うつ病性障害と、あまり重症でないが長期間持続する気分変調性障害がある。

### (b) うつ性障害

基本的な症候群としては、(1) 精神症状：抑うつ状態、無価値観、絶望、自殺念慮、(2) 精神運動症状：精神活動の制止、強い焦燥、集中力の低下、(3) 身体症状：睡眠過多や睡眠不足、食欲減退や増進、疲れやすさなどの自律神経症状がある。うつ性障害の疫学的分類は、病因や経過を重視しており、外因性あるいは身体因性、内因性、心因性あるいは性格環境因性と分けている。[1] 身体因性うつ病：脳の疾患や甲状腺機能低下症など、器質的過程の結果として生ずるうつ病。または副腎皮質ステロイドなどの薬物に起因するうつ病。[2] 内因性うつ病：うつ病の古典型。普通は抗うつ薬の効果が見られ、治療しなくても一定期間内によくなるといわれる。躁状態がある場合は、躁うつ病と呼ぶ。[3] 心因性うつ病：性格や環境がうつ状態に強く関係しているうつ病。抑うつ神経症（神経症性抑うつ）と呼ばれることもあり、環境の影響が強い場合は反応性うつ病ともいう。

### (c) 双極性障害

うつ状態とは対極の躁状態も現れ、これらを繰り返す慢性の疾患。躁状態では、ほとんど寝ることなく動き回る一方、一つのことに集中できず、何一つ仕上げることができないケースがある。また高額な買い物をして何千万円という借金をつくってしまったたり、法的な問題を引き起こしたりする場合もある。

双極性障害は、精神疾患のなかでも治療法や対処法が比較的整っており、薬物治療でコントロールすることで、以前と変わらない生活を送ることが可能である。しかし放置していると、何度も躁状態とうつ状態を繰り返す間に、人間関係、社会的信用、仕事や家庭などの人生の基盤を損なう危険性がある。

### (d) 統合失調症

統合失調症は、およそ 100 人に 1 人弱がかかり、脳の意図形成や情緒記憶などにかかわる統合的機能のバランスを崩した症状で、幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患である。本人の感覚や思考、行動が他者と共有されにくく（病識の障害といわれる）、人とのコミュニケーション、家庭や社会での生活に支障が現れることが多い。

統合失調症の症状は大きく二つに分かれ、陽性症状と、陰性症状といわれるものがある。陽性症状の代表的なものは、聴覚の幻覚（幻聴）と事実と異なった体験（妄想）である。幻聴や被害妄想の内容は人によって様々だが、幻覚や妄想の主は他人で、その他人が自分に対して働きかけていると体験される。幻聴や妄想に従った行動に走ってしまう場合もあり、「本

当の声ではない」「正しい考えではない」と説明されても、本人はなかなか信じられない。一方、陰性症状は、考える内容や会話が乏しくなる思考の貧困、喜怒哀楽などの感情の起伏が乏しくなる感情の鈍麻、気力が乏しくなる意欲の減退などがある<sup>5)</sup>。

(e) パーソナリティ障害 (人格障害)

アメリカ精神医学会の診断基準 DSM-IV-TR によれば、パーソナリティ障害とは、パーソナリティが、その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った、内的体験及び行動が持続した状態であり、個人的・社会的状況の幅広い範囲に渡っており、本人が強い苦痛を感じているか、または、社会的、職業的、そのほかの重要な領域において障害となっているものである<sup>5)</sup>。

(f) 不安障害

アメリカ精神医学会の診断基準 DSM-IV-TR は、不安障害を、「社会恐怖や特定の恐怖症などの恐怖症」、「全般性不安障害」、「パニック障害」、「強迫性障害」、「外傷後ストレス障害 (PTSD)」、「急性ストレス障害」、「物質誘発性不安障害」等に細かく分類している。本項では、このうち「強迫性障害」、「外傷後ストレス障害 (PTSD)」に触れる。

(g) 強迫性障害

強迫性障害とは、本人が無意味、不適切と判断し、無視や抑制しようとしているにもかかわらず、気になってしまう思考や衝動及びイメージの障害をいう。過剰であることを自ら認識してやめたいと思いつつも、儀礼的に駆り立てられるように行う行為を伴う。

(h) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

外傷後ストレス障害は、生死にかかわるような実際の危険にあったり、死傷の現場を目撃したりするなどの体験によって強い恐怖を感じ、それが記憶に残ってこころの傷(トラウマ)となり、1 か月を過ぎても症状が持続しているものを外傷後ストレス障害という。症状には、覚せい亢進、再体験、解離、回避などがある。

日本で注目されるようになったのは 1980 年代後半からで、特に阪神・淡路大震災により広く知られるようになった。従来の外傷神経症、災害神経症に該当し、交通事故、単独の犯罪被害、DV (家庭内暴力)、虐待などによっても生ずる。

PTSD への対応で、最も重要と思われるのは、被害体験後のサポートである。相談時に、心ない対応をされるなどの二次的トラウマがあると、回復は妨げられてしまう。また被害に関して適切なサポートが用意されていても、人に言いたくないと思って引きこもってしまい、結果的に症状が長引くこともある。

多くの人ではできるだけトラウマを忘れようとし、無理をしてでも明るく振る舞おうとしている。しかし思わぬ場所で覚せいが生じたり、再体験状態が現れることがある。きっかけは個人的な経験によるものなので、周囲からは分かりにくい。丁寧なサポートが必要である。

(i) 摂食障害

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) が策定する ICD-10 診断基準では、摂食障害は「生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」に分類されている。摂食障害は大きく分けて、神経性食欲不振症 (AN : 神経性無食欲症、神経性食思不振症、思春期やせ症) と神経性過食症 (BN : 神経性大食症) に分類されている。AN は不食を徹底する「制限型」、あるいは無茶食いに対する代償で低体重を維持している「無茶食い/排出型」がある。本邦の摂食障害者の 90~95% は女性であるといわれており、最も頻繁に発症する年齢は 10 代半ば



であるといわれている。摂食障害の発症には、社会・文化的要因、心理的要因、また生物学的要因が複雑に関与しており、遺伝子-環境因子の相互作用による多因子疾患と考えられている<sup>6)</sup>。

(j) アルコール依存症

アルコールは健康問題に加えて社会問題も大きな比重を占めているのが特徴で、世界保健機関は、60 以上上の病気や外傷がアルコールによって引き起こされていると報告している。アルコール依存症の確定診断は ICD-10 診断ガイドラインに従う。

表 4・7 アルコール依存症(alcohol dependence syndrome)の ICD-10 診断ガイドライン

過去 1 年間に以下の項目のうち 3 項目以上が同時に 1 ヶ月以上続いたか、または繰り返し出現した場合

1 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感
2 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して行動をコントロールすることが困難
3 禁酒あるいは減酒したときの離脱症状
4 耐性の証拠
5 飲酒に代わる楽しみや興味を無視し、飲酒せざるをえない時間やその効果からの回復に要する時間が延長
6 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず飲酒

具体的には、アルコールの乱用を重ね、飲酒のために何らかの精神的または身体的障害が存在する状態に陥った場合を指し、飲酒のコントロールができない、離脱症状がみられる、健康問題などの原因が飲酒と分かっているながら断酒ができない、などの症状をいう。

(k) 薬物依存症

薬物依存とは、薬物の乱用を繰り返した結果、生じた脳の慢性的な異常状態であり、その薬物の使用をやめようと思っても、渴望を自己コントロールできない状態である。薬物乱用は、社会規範から逸脱した目的や方法で、薬物を自ら使用することをいう。

薬物には、精神依存だけを引き起こす薬物と、精神依存と身体依存の両方を引き起こす薬物の 2 種類がある。アルコール、モルヒネ、ヘロインは、精神依存のみならず身体依存も引き起こすが、ニコチン、覚せい剤、コカインは強い精神依存を引き起こす一方、身体依存は引き起こさない。慢性中毒は、薬物依存に陥っている人が更に乱用を繰り返した結果として発生する慢性的状態で、中脳の腹側被蓋野から側坐核に至る脳内報酬系と呼ばれる A10 神経系に共通して異常が生じていることが明らかになっている。こうなると、原因薬物の使用を中止しても出現していた症状は自然には消えず、時には進行性に悪化していく<sup>6)</sup>。

(l) 高次脳機能障害

高次脳機能障害は交通事故などの受傷や脳血管性疾患で発症することが多く、受傷部位により障害の様相が異なる。ここでは、代表的なものを紹介する。

- ① 注意障害: 物事に集中できないなどの注意の持続困難、作業が始まるとほかの人の声かけに適切に反応できないなどの注意の分配困難などの障害。
- ② 記憶障害: 新しく記憶することが難しく、直近の記憶を想起しにくい障害。日々の予約や約束を入れにくくなる。

- ③ 遂行機能障害：段取りや計画を立てて物事を進められない障害。
- ④ 行動や感情の障害：自分の行動や感情をコントロールすることが難しくなる障害。
- ⑤ 半側空間無視：視野の空間半分に注意が向かず，認識できない障害。
- ⑥ 失語症：語彙想起が難しく，知っているのに上手く話せない，思った言葉が出ない，文字が読めない，書けないといった障害が現れる。
- ⑦ 失行症：本人も分かっているのに，意図した動作や指示された動作ができなくなる障害。
- ⑧ 半側身体失認：身体の麻痺側へ注意が向かず，認識が低下してしまう障害。
- ⑨ 地誌的障害：場所や位置が分からなくなる障害。よく知っている場所で道に迷ったり，地図が使えなくなったりする。
- ⑩ 失認：見聞きしている物や触っている物が分からなくなる障害。

#### ■参考文献

- 1) 厚生労働省，“平成 20 年患者調査，” 2008.
- 2) 厚生労働省，“平成 21 年度衛生行政報告例結果の概況，” 平成 22 年 3 月末現在，2010.
- 3) 総務省，“平成 23 年度障害者白書，” 2011.
- 4) 厚生労働省，“精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査，” 2003.
- 5) 慶応義塾大学，“医療・健康情報サイト，” <http://kompas.hosp.keio.ac.jp/>
- 6) 厚生労働省，“みんなのメンタルヘルス，” <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/>