

慢性疼痛と「障害」認定をめぐる課題 ——障害者総合支援法のこれからに向けて

大野真由子

(日本学術振興会特別研究員 PD／立命館大学)

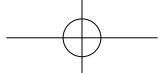
1 背景と目的

日本では、2012年6月に障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）が成立しました。本法によって「障害」の定義のなかに難病が含まれ、難病者が新たに障害者福祉サービスの対象となりました¹⁾。もっとも、すべての難病が対象となるわけではなく、現在、難病患者等居宅生活支援事業にあげられている130疾患（特定疾患）と関節リウマチを基本に疾患名ごとに検討されることがあります。対策に入っていなくても、日常生活や社会生活に深刻な影響を及ぼしている難病は数多く存在し、なかには痛み、痺れ、倦怠感など可視化・数値化できないものを主症状とするものもあります。形式的には難病者が「障害者」として認められても、政府の「難病」リストに入らない限り支援を受けられないのであれば、障害者手帳の有無によって線引きしていたこれまでの制度と結局は同じことになってしまいます。

そこで、本報告では、難病対策の対象とはなっておらず、かつ可視化・数値化が困難な慢性疼痛を主症状とする難治性の病気である複合性局所疼痛症候群（CRPS）²⁾を例に上げ、本法の認定基準の課題を明らかにすることを通して、痛みと「障害」をめぐる問題について検討していきたいと思います。

2 障害程度（支援）区分における認定基準と慢性疼痛

支援を利用するための申請手続きと認定について、ごく簡単に注3に記載し



ましたので、ご覧になっていただけたらと思います³⁾。利用できるサービスは「障害支援区分」によって決定されますが、判定には介護保険制度の「障害程度区分」の基準が暫定的に用いられることとなっており、実際に支援の必要性をどのように判断するかは今後の検討課題となっています。では、この認定基準は慢性疼痛による障害をどの程度捉えられるのでしょうか。例として、下肢に痛みがあるCRPSの場合を考えてみたいと思います。

2.1 心身の状況に関する項目

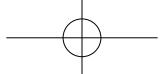
認定調査項目のなかで下肢の動作に関するものには、座位保持、立位保持、歩行、移乗、移動、立ち上がりがあります。例えば、歩行については5m程度、立位保持については10秒間程度を目安に、「(1) できる、(2) 支えがあればできる、(3) できない」の3段階で判断されます。

CRPS患者の場合、それらが一瞬一瞬の動作としては可能であっても、動作自体が強い痛みを伴うものであったり、その動作を継続することが困難——たとえば、30分は立っていられない、歩くことはできるが5分程度に限られるなど——であったりして、広義の意味での日常生活に多大な支障を抱えている人がいます。しかし、そのような事由を記載する箇所は設けられていません。

2.2 社会生活に関する項目

社会生活に関する項目には、調理、掃除、洗濯、買い物、交通手段の利用などがあります。しかし、ここでいう「できる／できない」の判断基準は能力についてです。たとえば、交通手段の利用は、目的地まで一人で「適切に」移動できるかどうかが基準とされています。これはおそらく認知症を患っている方や精神障害・知的障害の方たちが想定されているのではないかと思うのですが、「適切に」利用できるかということと利用が困難であることには大きな異なりがあります。

CRPS患者が公共交通手段を利用できないのは、地下鉄の階段を降り、改札口まで行き、電車を乗り換え、目的地に辿り着くまでに15分以上歩行しなければならないからとか、混んでいて座れなかった場合立ち続けていられないか



らとか、振動によって痛みが悪化するからなどの理由によるものです⁴⁾。ですが、ここでもそのような事情は勘案されないため、社会生活に制約があるにもかかわらず、ないという認定がなされてしまうことが危惧されます。

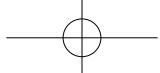
3 慢性疼痛と「障害」認定基準

本来は必要な人が必要な分だけ支援を得られることが望ましいのですが、実際のところ対象者はどこかで絞られることとなります。その際、可視化・数値化できない症状をもつ人をどのような基準によって線引きするのかという問題が生じてきます。もっといえば、痛みのような主観的な症状を支援制度の対象とすると、いわゆる「ニセ患者」が現れるのではないかとの批判があるということです。認定基準の提言にあたって、理想案と現実案の2つをあげさせていただきたいと思います。

先日、調査のためNYを訪れ、慢性疼痛を専門とするある医師にインタビューを行いました。その際、その先生が「痛みは主観的なものだということを政府は真摯に受け止め、適切な支援を行うべきだ」とおっしゃられたので、私は上述のような批判に対してどのように応答したらよいのかと尋ねました。先生はこのような例をあげられました。

泣いている2人の赤ちゃんがいる。一人は痛みのため、もう一人は別の理由によるものである。では、どのようにしてそれを見極めることができるのか。赤ちゃんは言葉を喋れないので私たちにはわからない。だが、わからないから痛みはないと言ってよいことにはならない。もし私たちがその赤ちゃんの傍でずっと居続けることができれば、その子が泣いている理由は痛みによるものだということがきっとわかるだろう。

これは本当にその通りだと思いました。医学的な証明ができないのは現代医療の限界であって、それを患者本人に帰責するのは不当なことです。数週間に1回、それも医療という限られた空間の中でしか患者と接する機会を持てない

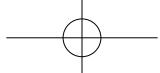


医師の意見書に全てを一任するのではなく、家族、友人、職場の同僚、介護者など患者の身近にいる人たちからも意見を聞き、実際の生活の変化——たとえば、アパートの2階から1階へ引っ越しした、立ち仕事から座り仕事に変えてもらったなど——も勘案して判断がなされるのであれば、ニセ患者の問題はある程度は解消できるのではないか⁵⁾。

ですが、現実的な問題として、個々人に対し政府がそれを調査するには多大なコストがかかります。理想と現実の折り合いをつけられる認定基準とはどのようなものか。私はここ数年のことについてずっと考えているのですが、未だに答えは見つかっていません。ですので、ここでは障害年金制度における認定基準について既に言わわれていることのうち、本法の認定基準とも重なりのある高橋氏らのご意見をお借りしたいと思います。

先に検討した調査項目からもわかるように、身体状況において認定評価の基準とされている日常生活能力は、障害評価の場面では機能障害レベルとしての日常生活動作能力に矮小化されてしまっています（高橋 1998）。また、取り上げられている動作の項目数が非常に少なく、一部の動作で機能障害全体の程度が測定されてしまうことも問題です（高橋 1991）。これらの指摘を踏まえ、現行の基準をもう少し生活上の実際の困難を捉えられるような基準へと広げられないでしょうか。その際には、動作自体を行なうことはできても、それを継続的に行なうことによって症状が悪化してしまう場合なども考慮する必要があります。一瞬の動作としての「できる／できない」ではなく、1日、1週間、1ヶ月といった時間的経緯の中でどのように日常生活や社会生活が制約されているのかといった観点から（茨木ほか 2009: 273）、障害の程度や必要な支援を評価できるような認定基準を作成することが求められています。

韓国では、慢性疼痛を主症状とする病気のなかでも、CRPSに限って痛みを「障害」として認める方向で現在議論がなされています。また、その際の認定基準として、(1)「疼痛の程度」20点、(2)「日常生活を行う際の疼痛の変化」20点、(3)「疼痛による精神的苦痛」20点、(4)「疼痛治療の内容と投薬の程度」20点、(5)「疼痛行動」10点の合計90点に、(6) 医師によって判断される「疼痛行動の真实性」±10点を合計し、100点で算出するという案が出さ



れています（キム 2007）。

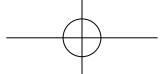
この認定基準が妥当か否かはともかくとして、ここで申し上げたいのは、痛みそれ自体は客觀化できなくても痛みから生じる困難は何らかの形で示すことが可能であること、そして実際に支援が必要な人がいる以上その支援は提供されるべきであるということが韓国では認められつつあるという事実です。痛みと障害をめぐっては日本よりもかなり先行しているような印象を受けました。こうした背景には患者会、医師や弁護士などの専門家、そして DPI を含む障害者団体総連合会の方々の働きがあるとうかがっていますので、よろしければ痛みと認定基準についてどのようにお考えなのか、後の議論のなかでもご意見をお聞かせいただけましたら嬉しく思います。

4 おわりに

以上、障害者総合支援法の認定調査項目から慢性疼痛と「障害」について検討し、認定基準について若干の提言をさせていただきました。

障害者差別禁止法と障害者総合支援法は「車の両輪」のようなものだと言われています。最後に、それについて北野氏らが述べた言葉をご紹介させていただきます。

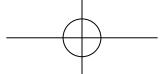
「福祉サービス」が要らない障害者もいるかもしれないし、「差別」を経験しない障害者もいるかもしれない。しかし、そのような障害者には一般施策で十分であり、「差別禁止法」はいらないということにはならない。なぜなら、憲法をはじめ各種の法が、私たちの生活を全体として守り、機能させているからこそ、今の私たちの生活があるからである。……まさに一罰百戒であって、それは、「差別禁止法」を使って、実際に差別を訴える、訴えないにかかわらず、その社会の規範として作用するのだ。「障害者総合福祉サービス法」（障害者総合支援法）もまた、それを必要とする者はもちろんのこと、必要としない者にも、その社会の福祉力として影響をあたえる。（茨木ほか 2009：226-7）



本法は個人の尊厳の理念のもと、必要な人が必要な支援を得られるようサービスの拡充を目指すものです。本報告では、痛みに焦点を絞らせていただきましたが、こうした検討の積み重ねから痛み以外でも可視化・数値化できない症状をもつすべての難病が「障害」として認められるようになること、ひいては、障害者総合支援法が社会の福祉力として正しく機能するような法律となることを願って、私の報告を終わらせていただきたいと思います。

[注]

- 1) これまで、難病は「障害の予防」という枠組みの中でのみ捉えられてきた。同法第三章「障害の予防に関する基本的施策」の第23条3項（「国及び地方公共団体は、障害の原因となる難病等の予防及び治療が困難であることにかんがみ、障害の原因となる難病等の調査及び研究を推進するとともに、難病等に起因する障害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に対する施策をきめ細かく推進するよう努めなければならない」）や、2004年の参議院付帯決議（「『障害者』の定義については、『障害』に関する医学的知見の向上等について常に留意し、適宜必要な見直しを行うよう努めること。また、てんかん及び自閉症その他の発達障害を有する者並びに難病に起因する身体又は精神上の障害を有する者であって、継続的に生活上の支障があるものは、この法律の障害者の範囲に含まれるものであり、これらの者に対する施策をきめ細かく推進するよう努めること」）などから、障害者基本法は、難病者も一応対象としながらも、その判断に当たっては病気そのものを見ているのではなく、難病から起因して生じてくる「身体障害」をもって「障害者」としていると解釈されている（大黒2011）。
- 2) CRPSとは、採血・手術などの医療行為、事故による骨折・捻挫などによる神経損傷を契機とし、感覺神経や運動神経の病的変化によって発症する慢性疼痛症候群である。運動障害や萎縮性変化などを伴う場合もあるが、最も主要な症状は、「激しく」「持続する」「灼熱の」「深く疼く」痛みである。詳しくは下記HPを参照。
Kirkpatrick, A. & International Research Foundation for RSD/CRPS, 2003, "Clinical Practice Guidelines" (=2010, 真下節・柴田政彦訳「国際RSD/CRPS研究財団標準的治療法ガイドライン第3版。」)
- 3) まず、サービスを利用したい本人もしくは保護者が市町村に対して申請を行う。認定には、障害程度（支援）区分認定調査票が用いられ、コンピューターによる

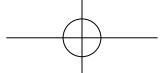


一次判定が行われる。介護給付を希望する者に対しては、さらに市町村審査会による二次判定が行われる。二次判定では、一次判定結果の原案、認定調査票の特記事項、主治医の意見書をもとにして、一次判定が適正であるかどうかなどの審査が行われる。このようにして、障害程度（支援）区分の審査・判定が行われ、支給が決定された場合には、支給量などを記載した障害者福祉サービス受給者証が交付される。

- 4) 「買い物」についても同様である。「適切に必要な商品を選び、代金を支払うこと」が判定基準とされているが、CRPS患者のなかで買い物に支障をきたしているという人の多くは、長時間立ったまま商品を探すことが困難である、思い荷物を持っての移動ができないなどを理由としている。
- 5) もっとも、そうした場合、実際には身体的な痛みが深刻であっても、周囲から様々なサポートを受けられている人はそうでない人よりも日常生活や社会生活がより円滑に行えている可能性が高いため必要な支援の度合いが低く評価されてしまうといった新たな問題が生じることも考えられ得るだろう。

[文献]

- 茨木尚子・大熊由紀子・尾上浩二・北野誠一・竹端寛編, 2009, 『障害者総合福祉サービス法の展望』ミネルヴア書房.
- 김용철, 2007, 「통증질환의 장애인정 여부에 대하여」『대한통증학회지』 20: 1-7
(=2007, キムヨンチヨル, 「慢性疼痛の障害認定可否に関して」『韓国疼痛学会誌』 20: 1-7.)
- 厚生労働省, 2012, 「障害者総合支援法が公布されました」(2012.9.28 取得, http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sougoushien/).
- 大黒宏司, 2011, 「障害者福祉のなかの難病患者の位置づけ」に参加して (2011 年 1 月 10 日取得, <http://t-neko.net/kansaibenkyo/s202.pdf>).
- 障害者生活支援システム研究会, 2010, 『どうつくる? 障害者福祉法——権利保障制度確立への提言』かもがわ出版.
- 衆議院厚生労働委員会議事録, 2012 年 4 月 18 日 (2012 年 9 月 28 日取得, http://www.shugiin.go.jp/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009718020120418011.htm).
- 高橋芳樹, 1991, 「障害年金の等級認定基準を改善するために——日常生活能力の問題点を考える」『障害者問題研究』 66: 53-66.
- 高橋芳樹, 1998, 「年金制度における「障害」概念の問題」『障害者問題研究』 (2012 年 7 月 12 日取得, <http://www.eonet.ne.jp/~pension/gainen.pdf>, 2012.7.12 取得) .



만성통증 (통증질환) 과 「장애」 인정을 둘러싼 과제 ——장애인종합지원법의 미래를 지향하며

오노 마유코 (大野真由子)

(일본학술진흥회 특별연구원 PD / 리즈메이칸대학)

I 배경과 목적

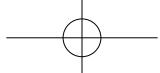
일본은 2012년 6월에 장애인종합지원법이 성립되었습니다. 본 법에 의해 「장애」의 정의 안에 난치병이 포함되면서 난치병 환자도 새롭게 장애인 복지 서비스의 대상이 되었습니다.¹⁾

다만, 모든 난치병환자가 대상이 되는 것이 아니라 현재의 난치병 환자들의 거주생활 지원 사업에 포함되는 130개 질환 (특정질환)과 관절 류마티즘을 기본으로 질환 병명 자체의 검토가 이루어지고 있습니다.

대상에 포함되지 않아도 일상생활이나 사회생활에 심각한 영향을 미치는 난치병을 앓고 있는 수많은 환자들이 있으며, 그 중에는 통증, 마비, 무기력감 등 가시적·수치적으로 나타낼 수 없는 것도 주 증상으로 갖고 있는 경우도 있습니다.

형식적으로 난치병환자가 「장애인」으로 인정되어도 정부의 「난치병」 리스트에 포함되지 않아 지원을 받을 수 없다면, 이것은 장애인수첩의 유무를 가지고 구분해 왔던 지금까지의 제도와 결국에는 다를 바가 없게 됩니다.

그런 면에서 본 보고서에는 난치병 대책의 대상이 되지 않으면서도 가시적·수치적으로 나타내기 어려운 만성통증질환을 주 증상으로 하는 난치병 복합부위통증증후군 (CRPS)²⁾을 예로 들고 본 법의 인정기준을 과제로 통증과 「장애」 관련한 문제에 대하여 검토해 보겠습니다.



II 장애정도 (지원) 구분에 있어서의 인정기준과 만성통증질환

지원을 이용하기 위한 신청수속과 인정에 대하여 매우 간단하게 주 3에 기재해 두었으므로, 참조해 주십시오.³⁾

이용할 수 있는 서비스는 「장애인지원구분」에 의해 결정됩니다만, 판정에는 간병보험제도의 「장애정도구분」 기준이 잠정적으로 사용되고 있어서 실제로 지원의 필요성을 어떤 방법으로 판단할 것인가는 앞으로 검토되어야 할 과제입니다.

그리면, 이 인정기준은 만성통증질환에 의한 장애를 어느 정도까지 파악할 수 있는 것일까요?

그 예로써, 하지에 통증이 있는 CRPS의 경우를 생각해 보겠습니다.

○심신의 상황에 관한 항목

인정조사항목 중 하지동작에 관한 것에는 앉은 자세유지, 선 자세유지, 보행, 승차, 이동, 자리에서 일어서기가 있습니다. 예를 들면, 보행에 대해서는 5m 정도를, 선 자세유지에 대해서는 10 초 정도를 기준으로 「①가능하다」, 「②지탱할 수 있는 것이 있으면 가능하다」, 「③불가능하다」의 3 단계로 판단합니다.

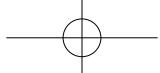
CRPS 환자의 경우, 이것들이 하나하나의 동작으로서는 가능하지만, 동작 자체가 강한 통증을 수반하는 것이거나, 그 동작을 계속하는 것이 곤란한 경우 – 예로 들면, 30 분 서있을 수 없다, 걷는 것은 가능하나 5 분 정도에 불과하다 – 이므로 짚은 의미에서 일상생활에 큰 지장을 느끼고 있는 사람들이 있습니다.

하지만, 이러한 사유를 기재한 항목은 만들어지지 않은 상태입니다.

○사회생활에 관한 항목

사회생활에 관한 항목에는 조리, 청소, 세탁, 물건사기, 교통수단의 이용 등이 있습니다.

그러나 여기에서 말하는 「가능하다 / 불가능하다」의 판단기준은 능력에 달



려 있습니다.

예를 들어, 교통수단의 이용은 목적지까지 혼자서 「적절하게」 이동할 수 있는지 아닌지를 기준으로 하고 있습니다.

이것은 아마도 정신장애나 지적 장애의 분들의 경우를 가정한 것이 아닐까라는 생각이 듭니다만, 「적절하게」 이용할 수 있는가 아닌가의 경우와 아예 이용이 곤란한 경우에는 큰 차이가 있습니다.

CRPS 환자가 공공교통수단을 이용할 수 없는 이유는, 지하철 계단을 내려가고 개찰구까지 걷고, 전철을 갈아타고, 목적지까지 도착하는 데에 15분 이상 보행해야하기 때문이라든가, 지하철이 봄벼 앉을 수 없는 경우에 계속 서서 갈 수 없기 때문에 라든가, 진동에 의해 통증이 악화되기 때문에 등의 이유에 의한 것입니다.⁴⁾

그렇지만, 이 경우에도 그러한 사정은 감안될 수 없기 때문에 사회생활에 제약이 있음에도 불구하고 통증이 없다고 받아들여야 하는 점이 걱정스럽습니다.

III 만성통증질환과 「장애」 인정기준

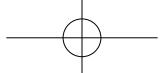
원래는 필요한 사람이 필요한 만큼 지원을 받을 수 있는 것이 바람직합니만, 실제의 대상자들은 어떤 부분에서는 범위가 한정되게 됩니다. 그때 가시적·수치적으로 나타낼 수 없는 증상을 지닌 사람을 어떠한 기준에 의해 구분할 것인가라는 문제점이 생깁니다.

다시 말하면, 통증 같은 주관적인 증상을 지원제도의 대상으로 하면, 흔히 말하는 「가짜 환자」가 나오는 것이 아닐까라는 비판이 생기는 점입니다.

인정기준에 앞서 이상 안과 현실 안 두 개를 들어보겠습니다.

얼마 전, 조사를 위해 뉴욕을 방문하여 어떤 통증전문의사의 인터뷰를 했습니다.

그 의사선생님은 「통증은 주관적이라는 점을 정부는 제대로 인정하고 지원을 해야 한다」라 하셨는데, 저는 이와 같은 비판에 대하여 어떤 응답이 필요 한지 물었고, 그 분은 이러한 예를 들어주셨습니다.



울고 있는 두 아기가 있다. 한 아이는 고통 때문에, 또 한 아이는 다른 이유 때문이다.

그렇다면 우리는 어떻게 그것을 눈으로 구분할 수 있을까? 아기는 말을 할 수 없기 때문에 우리들은 알 수가 없다. 그러나 알 수 없기 때문에 고통이 없을 것이라고 할 수는 없다. 만일 우리들이 그 아기의 옆에 계속 있을 수 있다면, 그 아이가 울고 있는 이유는 고통에 의한 것이라는 점을 반드시 알 수 있을 것이다.

저도 그 생각에 동감합니다.

의학적인 증명이 어려운 것은 현대의료의 한계인데 그것을 본인에게 귀책시키는 것은 부당한 것입니다.

몇 주에 한번, 그것도 의료라는 한정된 공간 속에서만 환자를 접하는 의사의 의견서에 모든 것을 일임하는 것이 아니라, 가족이나, 친구, 직장동료, 간병인 등의 환자와 가까운 곳에 있는 사람들로부터 의견을 듣고 실제 생활의 변화(예를 들면, 2 층에서 1 층으로 이사했다 라든가, 서서 하는 일에서 사무 업무로 바뀌었다 등) 도 감안하여 판단한다면, 가짜 환자 문제는 어느 정도 해결할 수 있지 않을까요?⁵⁾

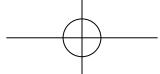
그러나 현실적인 문제점은 개개인에 대하여 정부가 그것을 조사하기에는 막대한 비용이 발생합니다. 이상과 현실의 조화가 이루어지는 인정기준이란 어떤 것인가?

저는 최근 몇 년간 이 점에 대하여 계속 고민해왔습니다만, 아직 그 답은 찾지 못했습니다.

그러므로 장애 연금제도에 있어서의 인정기준에 대하여 이미 의논된 부분 종에서 본 법의 인정기준과 같은 의견인 다카하시 씨의 말씀을 인용해 보겠습니다.

먼저, 검토한 조사항목에서도 볼 수 있듯이, 신체 상황 란에서 인증평가의 기준이 되는 생활능력은 기능장애 레벨로 일상생활의 「동작」 능력입니다. (다카하시 1998)

그리고 채택된 항목수가 상당히 적으므로, 일부의 동작만으로 기능장애 전체의 정도를 측정하도록 되어있습니다. (다카하시 1991)



이 지적을 근거로 현재 이루어지고 있는 기준정도를 일상생활 속에서 실제로 곤란함을 느끼는 기준정도로 조금 더 범위를 넓힐 수는 없을까요?

그 경우에는 동작 자체를 행할 수 있어도 그것을 계속적으로 함으로 해서 증상이 악화되는 경우 등도 고려할 필요가 있습니다.

한 순간의 동작으로서 「가능하다 / 불가능하다」 가 아니라 1 일, 1 주일, 1 개월이라는 시간적 경위 속에서 어느 정도까지 일상생활이나 사회생활이 제약 받는가라는 관점에서 장애의 정도나 필요한 지원을 평가할 수 있는 인정기준의 작성이 요구됩니다.

한국에서는 만성통증질환을 주 중상으로 보는 질환 중에서도 CRPS 만큼은 통증을 「장애」로서 인정하고 있습니다. 또 이 때 인정기준으로서는

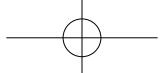
- ① 「통증질환의 정도」 20 점
- ② 「일상생활을 할 때의 통증질환의 변화」 20 점
- ③ 「통증질환에 의한 정신적인 고통」 20 점
- ④ 「통증질환치료의 내용과 투약의 정도」 20 점
- ⑤ 「통증질환 행동」 10 점 합계 90 점으로
- ⑥ 의사가 판단하는 「통증질환행동의 진실성」 ± 10 점

을 합계로 하여, 100 점으로 산출한다는 안이 제출되었습니다. (김대성 2007)

이 인정기준이 타당한가의 여부는 접어두고 여기서 말씀드리고 싶은 것은, 통증 그 자체는 객관화 될 수 없어도 통증 때문에 야기되는 곤란함은 무언가의 형태로서 나타낼 수 있는 점, 그리고 실제로 지원이 필요한 사람이 있는 이상, 그 지원은 제공되어야만 한다는 점이 한국에서는 인정되었다는 사실입니다.

통증질환과 장애를 관련해서는 한국이 일본보다 더 선행되고 있다는 인상을 받았습니다.

이러한 배경에는 환자모임이나 전문가, 그리고 DPI 의 여러분들을 포함하는 장애인단체총연합회의 활동이 있다는 이야기를 들었습니다만, 괜찮으시다면, 통증과 인정기준에 대하여 어떻게 생각하고 계신지, 뒤에 있을 논의시간에 고



견을 들려주시길 부탁드리겠습니다.

IV 마치면서

이상으로 장애인 종합지원법의 인정조사항목에서 만성통증질환과 「장애」에 대하여 검토하고 인정기준에 대하여 약간의 제안을 드렸습니다.

장애인차별금지법과 장애인종합지원법은 「자동차의 양 바퀴」와 같다고들 합니다.

마지막으로, 이 점에 대하여 기타노 씨가 하신 말씀을 소개해 드리겠습니다.

복지 서비스는 필요 없는 장애인이 있을지도 모르고, 차별을 경험한 적 없는 장애인이 있을지도 모른다. 그러나 이러한 장애인에는 일반 시책만으로도 충분하고 차별금지법은 필요 없다라고는 할 수 없다. 이것은 「차별금지법」을 이용하여 실제로 차별을 호소할 수 있다, 호소 할 수 없다가 아니라 그 사회의 규범으로서 작용하는 것이다.

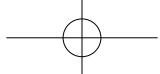
장애인종합복지서비스법 (장애인종합지원법) 도 역시 그것을 필요로 하는 사람은 물론, 필요로 하지 않는 자에게도 그 사회의 복지의 힘으로서 영향을 끼친다 (이바라끼 외 2009: 226-227) .

본 법은 개인의 존엄한 이념을 기준으로 필요한 사람이 필요한 지원을 받을 수 있는 서비스 확충을 목표로 합니다.

본 보고서에서는 통증질환에 초점을 맞췄지만, 이러한 검토가 계속 이루어짐으로써 통증 질환이외에도 가시적·수치적으로 나타낼 수 없는 모든 증상을 가진 난치병이 「장애」로서 인정 되는 것, 나아가서는 장애인종합지원법이 사회복지의 힘으로서 바르게 기능할 수 있는 법률이 되어줄 것을 바라면서 저의 보고를 마치도록 하겠습니다.

[주]

- 1) 지금까지 난치병은 「장애예방」이라는 틀 속에서만 채택되었다. 제 3 장 「장



애예방에 관한 기본적인 시책」의 제 23 조 3 항 ((「국가 또는 지방공공단체는 장애의 원인이 되는 난치병 등의 예방 및 치료가 어려운 사실을 감안하여, 장애의 원인이 되는 난치병 등의 조사 또는 연구를 추진함과 동시에 난치병 등에 기인하는 장애로 인해 계속적으로 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제한을 받는 자에 대한 시책을 완전하게 추진하도록 노력하지 않으면 안 된다」) 과 2004년의 참의원 부대결의 (『장애인』의 정의에 대해서는『장애』에 관한 의학적 지식과 견해의 향상 등에 대하여 항상 유의하여 필요 적절한 재검토를 시행함에 노력한다. 그리고 간질 및 자폐증 그 외의 발달장애가 있는 자와 마찬가지로 난치병에 속하는 신체 또는 정신상의 장애를 갖고 있는 자, 계속적으로 생활상의 지장이 있는 자는 이 법률의 장애인의 범위에 포함되며, 이들에 대한 시책을 완전하게 추진하도록 노력할 것) 등에서 장애인 기본법은 난치병 환자도 같은 대상이 되면서 그 판단으로서 질환 그 자체를 보는 것이 아니라, 난치병이 기인되어 야기되는 「신체장애」를 가진 「장애인」으로 해석하고 있다 (大黑오쿠로 2011).

- 2) CRPS란, 채혈·수술 등의 의료행위, 사고에 의한 골절·염좌 등에 의한 신경 손상을 계기로 하며, 감각신경이나 운동신경의 질병적인 변화에 의해 발병하는 복합부위통증후군이다. 운동장애나 위축성변화 등을 동반하는 경우도 있으나 주요증상으로 「심하다」「지속성」「작열」「심하게 괴롭다」는 통증이다.

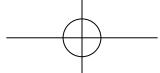
Kirkpatrick, A. & International Research Foundation for RSD/CRPS, 2003, "Clinical Practice Guidelines" (=2010, 마시타 미사오·시바타 마사히코 「국제 RSD/CRP 연구재단 표준적 치료법 가이드라인 제 3판)

(http://www.rsdfoundation.org/ja/ja_clinical_practice_guidelines.html, 2010.8.31 취득).

- 3) 우선, 서비스를 이용하려는 본인 혹은 보호자가 시나 마을에 대하여 신청을 한다. 인정방법에는 장애정도 (지원) 구분인정조사표가 이용되어 컴퓨터에 의한 1차 판정이 실시된다. 간병급부를 희망하는 자에 대해서는 시나 마을 심사회에 의한 2차 판정이 실시된다. 2차 판정에서는 1차 판정의 결과를 원안으로 하여 인정조사표의 특기사항, 주치의 등의 의견서를 기본으로 하여 1차 판정이 적정여부가 심사 된다. 이러한 방법으로 장애정도 (지원) 구분의 심사·판정이 실시되어 지급이 결정된 경우에는 지급수량 등을 기재한 장애인 복지서비스 수급자증이 교부된다.

- 4) 「물건사기」에 대해서도 같다. 「필요 적절한 상품을 선택하고 대금을 지불하는 것」이 판정기준으로 되어있지만, CRPS 환자 중에서 물건사기에 지장이 있다고 하는 사람들 중의 많은 수가 장시간 선 채로 상품을 찾는 것이 곤란하며, 무거운 짐을 들고 이동할 수 없다는 등을 이유로 하고 있다.

- 5) 그러나 이런 경우에, 실제로는 신체적인 통증이 심각하더라도 주위의 도움을



많이 받을 수 있는 사람은 일상생활이나 사회생활을 원만하게 할 수 있다는 점에서 필요한 지원의 정도가 낮게 평가된다는 새로운 문제점이 있다는 것도 생각할 수 있다.

[참고문헌]

- 이바라끼 나오꼬·오오노 유키꼬·이노우에 코지·기타노 세이찌·다케하타 히로시 편,
2009,『장애인종합복지서비스법의 전망』, 미네르바 서점.
- 김용철, 2007, 「통증질환의 장애인정여부에 대하여」『대한통증학회지』 20: 1-7
- 후생노동성, 「장애인 종합지원법이 시행 됩니다」
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sougoushien/, 2012.9.28. 취득)
- 장애인 생활지원 시스템 연구회, 2010,『어떻게 만들까? 장애인복지법——권리보장제도 확립에의 제안』 카모가와 출판.
- 중의원 후생노동위원회의사록, 2012년 4월 18일
(http://www.shugiin.go.jp/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009718020120418011.htm,
2012.9.28 취득)
- 다카하시 요시키, 1991, 「장애연금 등급인정기준을 개선하기 위하여——일상생활 능력의 문제점을 생각한다」『장애인문제연구』 66:53 - 66.
- 다카하시 요시키, 1998,「연금제도에 있어서의 「장애」 개념문제」『장애인문제연구소』
(<http://www.eonet.ne.jp/~pension/gainen.pdf>)HYPERLINK
“<http://www.eonet.ne.jp/~pension/gainen.pdf,%202012.7.12>” , 2012.7.12HYPERLINK
“<http://www.eonet.ne.jp/~pension/gainen.pdf,%202021>