

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江藤 文夫

平成 28（2016）年 3 月

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 江藤 文夫

平成 28 (2016) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究・・・・・・・・・・ 1

江藤 文夫、和泉 徹、奥村 謙、伊藤 利之、寺島 彰、岡田 弘
岩谷 力、飛松 好子、北村 弥生、稼農 和久、石川浩太郎

II. 分担研究報告

1. 聴覚障害の認定申請と指定に関する研究・・・・・・・・・・ 7

石川 浩太郎、稼農 和久、北村 弥生、江藤 文夫

2. 心臓機能障害者再認定の評価方法及び評価時期を調査するためのレジストリー研究

奥村 謙、和泉 徹・・・・・・・・・・ 25

III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・ 32

平成27年度
厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
総括研究報告書

身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究

研究代表者	江藤 文夫	国立障害者リハビリテーションセンター顧問
研究分担者	伊藤 利之	横浜市立リハビリテーションセンター
研究分担者	和泉 徹	新潟南病院
研究分担者	奥村 謙	弘前大学
研究分担者	寺島 彰	浦和大学
研究分担者	岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	飛松 好子	国立障害者リハビリテーションセンター病院
研究分担者	稼農 和久	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究分担者	北村 弥生	国立障害者リハビリテーションセンター研究所
研究分担者	石川 浩太郎	国立障害者リハビリテーションセンター病院
研究分担者	岡田 弘	獨協医科大学

研究要旨：本研究では、身体障害者認定制度における認定基準のあり方について、医学的知見を踏まえ考察を行い、認定基準の見直しの具体的な案を提言する。平成27年度においては、聴覚障害、心臓機能障害を取り上げ、膀胱・直腸機能障害の検討準備を行った。また、肝臓機能障害については、平成26年度の当研究班の成果が「肝臓機能障害の認定基準のあり方に関する検討会」に提出され、認定基準の改正に貢献した。

平成26年度1月に通知された聴覚障害の認定基準の改正後の状況については、112認定機関を対象とした調査により、他覚的聴力検査が必要となった2級申請の2級申請数の有意な減少と認定率の有意な低下が認められたことを明らかにし、長期的な状況把握の必要性が示唆された。

心臓機能障害では、新規ペースメーカー植込者の機能変化を明らかにするための調査が開始され、339名が登録された。

膀胱・直腸機能障害では、現在の公費補助の対象となっていない子宮悪性腫瘍に対する手術や放射線治療の結果生じた排尿障害（神経因性膀胱）や尿瘻（膀胱陰瘻・尿管陰瘻）等の患者の実態を明らかにすることを目的とした調査を設計した。

A. 研究目的

昭和24年（1949年）に成立した身体障

害者福祉法は、身体障害者の更生、すなわ

ちリハビリテーションを基本的な目的と

し、障害の認定と等級評価は医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで、認定の公平を期した。

制定時には「職業的能力が損傷されている」ことが身体障害者の定義に含まれ、職業復帰が目的とされたが、内部障害が追加された昭和42年改正では法の目的も改められ、職業復帰のみを目的としているのではないことを強調した。その後、法の目的は単なる社会復帰ではなくより広く自立と社会参加を目指すものへと変化している。さらに、現在では障害者の自立支援については障害者総合支援法により、各種サービスの個別支援計画において、個々に日常生活や社会活動に即したアセスメントが実施され、障害程度区分が普及し、障害手帳等級の意義は半減しつつある。

本法律の制定後65年を経て、疾病構造の変化、社会生活環境の変化、著しい医学・医療技術の進歩に応じて、対象障害の追加、認定基準の見直しが必要とされ、21世紀に入ってから身体障害者認定のあり方に関する研究が断続的になされてきた。

本研究では、身体障害者認定制度における認定基準のあり方について、医学的知見を踏まえ考察を行い、認定基準の見直しの具体的な案を提言する。平成27年度においては、聴覚障害と心臓機能障害の認定基準の改正後の状況を調査し、膀胱・直腸機能障害の検討を開始した。

B. 研究方法

1) 聴覚障害認定基準改正後の状況把握

平成26年2月に、聴覚障害の認定が適正に行われたのか疑念を生じさせるような事案についての報道および国会質問がなされたことを契機に、認定方法について見直しが「聴覚障害認定基準のあり方に関する検討会」および「疾病・障害認定審査会身体障害認定分科会」で行われ、当研究班も協力した。

見直し案は、都道府県・指定都市・中核市の障害保健福祉主管部(局)長に宛てて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長から4つの文書として通知された^{1)~4)}。また、都道府県知事、指定都市市長、中核市市長に宛てては、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から、様式の変更が通知された⁵⁾。

本研究では、これらの通知で言及された2つの改正要件の実施状況を知るために、認定組織112(全国の都道府県、政令指定都市、中核都市)を対象に質問紙法による調査を実施した。2つの改正とは「聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、2級の診断をする場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(実施した検査方法及び検査所見)を記載し、記録データのコピーなどを添付すること」¹⁾および「聴覚障害に係る法第15条第1項に規定する医師については、原則として、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医とする」³⁾であった。

2) 心臓機能障害

平成 26 年度から、従来は一律に一級の認定を受けていたペースメーカー植込者が 3 年後までに再認定を受けることとなった。しかし、ペースメーカー植込み後の身体状況の変化に関する実証データはない。そこで、本研究では、身体障害者認定基準の見直しが行われた平成 26 年 4 月以降に、徐脈性不整脈疾患に対してペースメーカーを新規に植込みした者を対象に、植込み前後の日常生活活動制限・長期予後・自立度の経時的変化を明らかにするために、調査を開始した。

日本不整脈学会のデバイス委員会委員の所属施設 (31 施設) の協力を得て、平成 27 年 4 月より主治医によりデータ登録を行い、カルテ記載および受診時 (3 ヶ月・6 ヶ月・1 年・2 年・3 年) の評価を経時的に比較する。

4) 膀胱・直腸機能障害

現在の公費補助の対象となっていない子宮悪性腫瘍に対する手術や放射線治療の結果生じた排尿障害 (神経因性膀胱) や尿瘻 (膀胱膣瘻・尿管膣瘻) 等の患者の実態を明らかにすることを目的とした調査を設計した。

埼玉県泌尿器科医会に所属する病院 20・診療所 10 を受診した対象疾患患者に対して質問紙法による調査を実施する準備を行った。

5) 海外情報

第 15 回国連障害統計ワシントングループ会議⁶⁾に参加し、国際的な障害認定の動向に関する情報を収集した。

(倫理面への配慮)

心臓機能障害については、研究分担者および研究協力者の所属機関において研究倫理審査委員会の承諾を得て研究を実施した。

膀胱・直腸機能障害については、研究分担者の所属機関において研究倫理審査委員会に申請準備中である。

聴覚障害改正後の状況把握調査については、研究倫理審査委員会に申請し、個人情報を対象としていないため「非該当」の結果を得た。

C. 研究結果及び考察

1) 聴覚障害

87 自治体から回答を得て (回収率 77.7%, 平成 28 年 1 月 28 日現在)、下記の結果を得た。

(1) 他覚的聴力検査が必要となった平成 27 年 11 月時点では、2 級の申請数の前年度比は他の等級に比較して有意に少なかった。また、平成 27 年度の 2 級の認定率 (90.3%) は他の級の認定率および平成 26 年度の 2 級の認定率より有意に低かった。

(2) 2 級申請のため他覚的聴力検査を必要とした申請は 117 件 (約 70%) で、予想よりも多く、乳幼児の申請が多くを占めると推測された。117 件のうち 5 件 (4.3%) は認定されなかった。

(3) 平成 26 年度の「通知」で他覚的聴力検査実施を求めたことに関する課題としては、「検査実施可能施設の分布の制約により申請できない場合があること」と「他覚的聴力検査方法について指定医から質問が出ていること」が明らかになった。

(4) 聴覚障害認定全般に係る課題としては、「乳幼児・認知症者・精神疾患患者の認定」、「語音明瞭度による判定」等が回答され、先行研究による指摘と変化はなかった。

(5) 指定医を日本耳鼻咽喉科専門医に限定すると必要数が充足されない懸念については、「わからない」が 7 割であった。

(6) 障害認定指定医に対する研修を行っている自治体は、定期実施が 3 都県、不定期実施が 2 県と少数にとどまった。今後の開催の予定がない自治体は 76%で、研修を実施しない理由の第一は研修プログラムがないことであった。

3) 心臓機能障害

全国 31 医療機関から登録の意向を確認し、24 医療機関で倫理審査を終了した。患者登録数は 339 名であった（平成 28 年 1 月）。

4) 膀胱・直腸障害

分担研究者の所属機関において倫理審査申請の準備中である。

5) 海外の動向

国連障害統計のワシントングループ会

議で定めた ICF に基づく国勢調査用の 6 つの短い質問群を、各国および国際的な教育・雇用などの統計および持続可能な開発目標の指標で活用することが進められていた。

D. 結論

1) 聴覚障害

認定組織を対象とした調査から、認定基準の改正後に、他覚的聴力検査が必要となった 2 級申請の申請数の有意な減少と認定率の有意な低下、他覚的聴力検査の実施に関する課題が明らかになり、長期的な状況把握の必要が示唆された。

新規指定医に専門医を推奨すること、専門医でない場合には講習を受けることに対する変化は明らかではなかったが、指定医のための研修プログラムの開発が求められると推測された。

2) 心臓機能障害

蓄積されたペースメーカー植込み者の身体機能と心臓機能障害等級再認定状況から、障害等級再認定（評価時期と評価方法）の在り方を提案することが期待される。

3) 膀胱・直腸障害

すでに、国会質問に複数回あがっている現在の公費補助の対象となっていない子宮悪性腫瘍に対する手術や放射線治療の結果生じた排尿障害（神経因性膀胱）や尿瘻（膀胱瘻・尿管瘻）等の患者の実態が、平成 28 年度には明らかになる見込み

である。

4) 海外の動向

持続可能な開発計画（国連）における障害統計など国連障害統計ワシントングループ会議等の動向を引き続き留意することは有用であると考えられる。

引用文献

1. 「身体障害認定基準の取り扱い（身体障害認定要領）について」の一部改正について。障企発0129第1号 平成27年1月29日。
2. 「身体障害認定基準の取り扱い（身体障害認定要領）について」の一部改正について。障企発0204第2号 平成27年2月4日。
3. 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上について。障企発0129第2号 平成27年1月29日。
4. 「身体障害認定基準などの取扱いに関する疑義について」の一部改正について。障企発0129第3号 平成27年1月29日。
5. 「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」の一部改正について。障発0129第3号 平成27年1月29日。
6. 北村弥生. 国連の国際障害統計に関するワシントングループの設問による調査の動向. リハビリテーション研究. 153: 24-27. 2013.

E. 研究発表

1) 国内

原著論文による発表	4件
学会発表	3件
それ以外（レビュー等）の発表	12件

2) 海外

原著論文による発表	3件
-----------	----

・論文発表

1. 北村弥生、石川浩太郎、稼農和久、江藤文夫. 身体障害者福祉法第15条指定医の指定基準と研修：インターネットによる公開情報の解析. 国リハ紀要. 36号. 2016. (受理)
2. 北村弥生、入部寛. 国際連合等の文書に見る障害者に関する統計の目標設定. 国リハ紀要. 34号. 2015.
3. 岡田弘. 生殖医療に対する泌尿器科医の立ち位置. 臨床泌尿器. 67(2).107-116. 2013
4. Nakamura K, Yoshimura N, Ogata T, Akune T, Tobimatsu Y. [The concept of locomotive syndrome and its relationship with frailty and sarcopenia]. Nihon Rinsho. 2015 Oct;73(10):1746-53. Japanese. PubMed PMID: 26529941.
5. Tomita H, Okumura K, Inoue H, Atarashi H, Yamashita T, Origasa H; J-RHYTHM Registry Investigators. Assessment of risk factors for bleeding in Japanese patients with non-valvular atrial fibrillation receiving warfarin treatment: A subanalysis of the J-RHYTHM Registry. Int J Cardiol. 2015;201:308-310.
6. Tomita H, Hagii J, Metoki N, Saito S, Shiroto H, Hitomi H, Kamada T, Seino S, Takahashi K, Baba Y, Sasaki S, Uchizawa T, Iwata M, Matsumoto S, Shoji Y, Tanno T, Osanai T, Yasujima M, Okumura K. Impact of Sex Difference on Severity and Functional Outcome in Patients with Cardioembolic Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015 ;24:2613-2618.
7. Saito C, Ishikawa K, Nakamura KI, Fujita A, Shimizu M, Fukushima N,

Nishino H, Ichimura K. A Melanocytic Lesion Extending From the Right Ear to the Nasopharynx in a Pediatric Patient: A Case Report. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015 Feb 12. pii: 0003489415573071. [Epub ahead of print]

・学会発表

1. 北村弥生、石川浩太郎、江藤文夫. 身体障害者福祉法第15条指定医の認定基準に関するインターネットでの情報整理. 日本障害学会. 2015-11-08. 兵庫県.
2. 北村弥生. 国連国際障害統計ワシントングループ会議について. 「途上国の障害女性・障害児の貧困削減」研究会. 2015-12-08. 幕張.
3. 石川浩太郎、北村弥生、江藤文夫. 聴覚障害の認定基準と医師研修に関する調査研究. 日本耳鼻咽喉科学会. 2016.5. 名古屋 (受理) .

・それ以外

1. 江藤文夫: 認知症の歴史試論、OT ジャーナル、49 (7) : 550 - 557、2015.
2. 岩谷力、飛松好子. 障害と活動の測定・評価ハンドブック (改訂第二版) : 機能からQOLまで. 南江堂. 2015.
3. 岩谷力. 運動器リハビリテーションシラバス. 南江堂. 2014.
4. 伊藤利之<連載: 身体障害者診断書

Q&A>人工関節の取り扱いの変更. 総合リハ43巻5号、2015年5月

5. 伊藤利之<特集: 障害認定の課題と展望>歴史的経緯と現状の課題. 総合リハ42:105-108、2014.
6. 寺島彰, 資料「ESCAP『障害者・生活・貧困に関するアクションリサーチ』」国内調査の結果, 浦和論叢, 51, 51-55, 2014.8
7. 寺島彰, 「障害認定に関わる国際的動向」, 総合リハビリティテーション, 127-134, 2014.2
8. 寺島彰, 「障害認定に関わる国際的動向」, 総合リハビリティテーション, 127-134, 2014.2
9. 北村弥生. 国連の国際障害統計に関するワシントングループ会議に参加して. 国リハニュース. 2015. 1.
10. 石川浩太郎. 【障がい者が東京の街を歩けるか-2020年東京パラリンピック開催に向けて-】聴覚障がい聴覚障がい者の生理機能と病態像とADL上の注意事項.MB Med Reha 2015:187:55-61.
11. 石川浩太郎. 遺伝子診断の実際と問題点-難聴-. 日耳鼻会報 2015;118:1263-1267.
12. 石川浩太郎. 先天性難聴の遺伝子検査の位置づけ. Otol Jpn 2015: 25(2): 135-139.

F. 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む。) 無し

平成 27 年度
厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究
分 担 研 究 報 告 書

聴覚障害者の認定基準と医師研修に関する調査研究

研究分担者 石川浩太郎 国立障害者リハビリテーションセンター 病院 耳鼻咽喉科
研究分担者 北村弥生 国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害福祉研究部
研究分担者 稼農和久 国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害福祉研究部
研究代表者 江藤文夫 国立障害者リハビリテーションセンター 顧問

研究要旨： 平成 27 年 4 月から聴覚障害の認定において、「過去に聴覚障害に係る身体障害者手帳の取得歴が無い者に対し、2 級の診断をする場合は他覚的聴力検査の実施と結果の添付が必要」、「聴覚障害に係る指定医を新規に指定する場合は、原則として日本耳鼻咽喉科学会専門医とする」という改正がなされた。今回、聴覚障害認定の対象となった症例数・認定結果と課題（特に他覚的聴力検査の実施において）、聴覚障害認定指定医のうちの耳鼻咽喉科医の比率や指定医に対する研修実施状況などを明らかにするため、認定組織 112（全国の都道府県、政令指定都市、中核都市）を対象に質問紙法による調査を実施し、87 自治体から回答を得た（回収率 77.7%，平成 28 年 1 月 28 日現在）。平成 26 年度と比較し、平成 27 年度には、他覚的聴力検査が必要となった 2 級申請の申請数の有意な減少と認定率の有意な低下が認められた。また、他覚的聴力検査の実施に関する課題が挙げられた。聴覚障害認定指定医のうちの耳鼻咽喉科医の比率は 76.2%で、これに脳神経外科、神経内科を加えると 96.5%を占めた。障害認定に関する研修は 3 都県が定期的に 2 県が不定期で実施しているのみで、その原因は研修プログラムがないためであることが明らかとなった。

A. 背景と目的

平成 27 年 4 月から聴覚障害の認定において、「聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、2 級の診断をする場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を記載し、記録データのコピーなどを添付すること」（障企発 0129 第 1 号 平成 27 年 1 月 29 日通知「身体障害認定基準の取り扱い（身体障害認定要領）について」の一部改正につ

いて）」、「聴覚障害に係る法第 15 条第 1 項に規定する医師については、原則として、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医とする」（障企発 0129 第 2 号 平成 27 年 1 月 29 日 通知「聴覚障害に係る指定医の専門性の向上について」という改正がなされた。本研究では、これらの改正後の状況を確認するために、他覚的聴力検査の対象となった症例数、認定率、課題（特に他覚的聴力検査の実施について）、聴覚障害認定指定医のうちの耳鼻咽喉科医と日本耳鼻咽喉科専

門医（以下、専門医）の比率、指定医に対する研修実施状況を明らかにすることを目的とする。

また、障害年金についても、これらの通知あるいは通知の根拠となった「聴覚障害の認定方法に関する検討会」（平成 26 年 3 月～12 月）の検討結果に沿い障害認定基準が改定され、「聴覚の障害により障害年金を受給していない者に対し、1 級に該当する診断を行う場合は、オーディオメーターによる検査結果に加えて、聴性脳幹反応検査等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施する。また、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を診断書に記載し、記録データのコピー等を提出（添付）するものとする」となった（年管発 0331 第 1 号平成 27 年 3 月 31 日 通知「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正について（国民年金法）」、年金局）。この年金局の通知によれば、20 歳以前に聴覚障害手帳を所持した者が、20 歳になり障害年金の申請をする際に、他覚的聴力検査が求められる。これは、「聴覚障害の認定方法に関する検討会」では想定されなかったことであったため、障害年金における障害認定基準の変更に該当する可能性のある 20 歳未満の 2 級認定者数の推計を試みた。以下では、障害保健福祉部企画課長による 2 つの通知をあわせて「通知」と記載する。

B. 方法

聴覚障害認定組織（全国の都道府県、政令指定都市、中核都市）112 自治体を対象に質問紙法による調査を実施した。質問項目は、平成 26, 27 年度の聴覚障害認定申請数（級別）・認定数（級別）、2 級認定にあ

たり他覚的聴力検査が必要になった事例数、そのうちの非認定者数、「通知」の伝達方法、聴覚障害認定基準の変更に関する苦情または問題点、今回の変更以外の聴覚障害認定基準に関する苦情または問題点、審査会照会事例数、照会事例の理由、聴覚障害に関する課題、聴覚障害認定指定医数、同指定医中の耳鼻咽喉科医師数、同指定医中の耳鼻咽喉科以外の科目と医師数、耳鼻咽喉科指定医中の専門医数、新規指定医を専門医に限定することの現実性、聴覚障害認定指定医に対する研修実施状況、研修を実施しない理由、研修実施予定、指定医認定にあたり地域性を考慮しているかとした。

本調査は、国立障害者リハビリテーションセンター研究倫理審査委員会に申請し、個人情報を扱わないため、「非該当」と判断された。また提示すべき利益相反はない。

C. 結果

87 自治体から回答を得た（回収率 77.7%、平成 28 年 1 月 28 日現在）。

I. 聴覚障害認定について

1. 平成 26 年度と平成 27 年度の認定者数

表 1 に、平成 26 年度と平成 27 年度の認定者数合計(87 自治体)を級別に示した。平成 27 年度は年度途中での調査のため、平成 26 年度認定者数との比率を算出した。平成 27 年度は 26 年度に比べて、認定者数合計は 3 級から 6 級では 35%から 40%であったのに対して、2 級では 13.3%と 3 分の 1 程度しかなかった。

表1 級別の認定者数合計

	2級	3級	4級	6級
26年	1029	1431	5832	9837
27年	137	508	2263	3942
27年/26年	13.3	35.5	38.8	40.1

2. 平成26年度と平成27年度の認定率

平成27年に2級の認定者数が低い理由を探るために、表2に、級別年度別に、認定率が100%の自治体、100%未満の自治体、100%以上の自治体、申請0の自治体、申請数不明の自治体の数と比率を示した。認定率が100%を超える場合は、前年度の申請が持ち越されて認定された場合と上位の級の申請に対して下位の級が認定された場合があると推測された。

どの級でも、認定率100%の自治体は約6割であった。ただし、平成27年度の2級では認定率100%は37.9%の自治体でしかなく、

前年度に比べて有意に少なかった(p=0.032)。これは、2級では、申請0の自治体が多かったことによると推測される。

表3に、級別年度別の認定率を示した。申請年度と認定年度が一致するとは限らないため、同一案件についての申請数と認定数ではなかったが、認定率を認定数÷申請数として計算した。認定数が申請数を超えた14自治体を除いた73自治体の認定率平均は、2級では、平成27年度(90.3%)は平成26年度(97.3%)に比べて、有意に低かった(p=0.032)。一方、3級以上では、平成26年、27年共に98.2~99.3%の間で、年度間に有意差はなかった。認定率の最小値は0%であったが、認定率が低い自治体では、申請数1に対して認定0、申請3に対して認定1など、対象件数が少ないことが原因であった。

表2 級別年度別の聴覚障害認定率

26年度	100%		100%未満		100%以上		申請なし		申請数不明		合計
	自治体		自治体		自治体数		自治体		自治体		
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	
2級	56	64.4	8	9.2	3	3.4	1	1.1	19	21.8	87
3級	60	69.0	7	8.0	3	3.4	0	0.0	17	19.5	87
4級	53	60.9	11	16	6	6.9	0	0.0	17	19.5	87
6級	49	56.3	19	21.8	2	2.3	0	0.0	17	19.5	87

27年 度	100%		100%未満		100%以上		申請なし		申請数不明		合計
	自治体		自治体		自治体数		自治体		自治体		
	数	%	数	%	自治体数	%	数	%	数	%	
2級	33	37.9	10	11.5	2	2.3	24	27.6	18	20.7	87
3級	57	65.5	7	8.0	3	3.4	3	3.4	17	19.5	87
4級	55	63.2	10	11.5	5	5.7	0	0.0	17	19.5	87
6級	53	60.9	10	11.5	7	8.0	0	0.0	17	19.5	87

注) 申請がない自治体、申請者数が不明の自治体は独立の列に示した

表3 級別年度別認定率

	26年度(認定/ 申請)		27年度(認定/ 申請)	
	平均	最小	平均	最小
2級	97.3	50.0	90.3	0.0
3級	99.3	70.0	98.2	75.0
4級	99.2	74.5	99.2	83.3
6級	99.1	88.9	99.2	87.5

3. 20歳未満の2級認定者数

20歳未満の2級認定者数について記載のあった84自治体の総数は6,727名であった。この設問については複数の自治体から、「18歳未満の数値ならば回答できる」との問い合わせと回答用紙への書き込みがあり、「18歳未満の2級認定者数」を回答した自治体が多かったと考えられる。

厚生労働省のホームページから公開されている「平成26年度福祉行政報告例」における身体障害者手帳交付台帳登録数(自治体別)の聴覚・平衡機能障害(18歳未満)数よりも回答数が大きかった3自治体を除いた81自治体では、20(あるいは18)歳未満の2級認定者数総数は3,818名であった。これは「平成26年度福祉行政報告例」における対応する81自治体の18歳未満の

聴覚障害者総数8,125名の46.9%(幅10.3~82.9%)であった。

この結果を基に18歳未満の全国の聴覚障害者8,684名(「平成26年度福祉行政報告例」)の46.9%である4,072名が2級と推測すると、大まかに、毎年、20歳になった2級聴覚障害者手帳所持者226名が障害年金の申請をすると予測された。これらはすべて年金申請時に、純音聴力検査と共に聴性脳幹反応(ABR)検査などの他覚的聴力検査が必要となる。

4. 初めての申請が2級で他覚的聴力検査を必要とした者と認定が認められなかった者の数

「過去に聴覚障害に関わる身体障害者手帳の取得歴がない者に対し、2級の診断をするため、他覚的聴力検査の実施と検査結果の添付が必要となった症例」の総数は117名(回答61自治体)、そのうち2級の認定が認められなかった者は5名4.3%であった。2級認定申請者総数がわかった44自治体128名中では、91名71.1%が他覚的聴力検査を行っていた。

検討会では、「成人では、耳鼻咽喉科を継続的に受診せずに、いきなり2級の障害者

手帳を申請する疑義事例のような場合は稀である。」との意見が委員から述べられた¹⁾。今回の調査結果で2級申請者の7割で他覚的聴力検査が実施されていた。他覚的聴力検査の実施比率が7割に及んだ理由には、1) 申請者数の回答は全回答の約半数の自治体からしか得られなかったためにデータに偏りがあったこと、2) 乳幼児期に初めて2級を申請する場合の他覚的聴力検査が含まれたこと（本調査では、乳幼児期の申請可否かを判別できない）、3) 「継続的な受診をしていた者」にも他覚的聴力検査が課され

た可能性があることなどが考えられ、さらに実態の分析を要すると考えられた。

5. 平成26年度聴覚障害認定方法の変更に 関する「通知」の指定医への伝達方法

聴覚障害認定に関わる指定医には、直接あるいは医師会・医療機関・日本耳鼻咽喉科学会地方部会を介して「通知」が伝達されていた（表4）。3自治体では、通知に関する研修を実施していた。通知をホームページに掲載したのは20自治体で、そのうち19自治体は都道府県であった。

表4 平成26年度の「通知」の伝達方法（自治体人口規模別）（重複回答あり）

通知の伝達方法	政令指定			合計	比率
	都道府県	都市	中核都市		
聴覚障害指定医への連絡	11	14	31	56	64.4
ホームページ+聴覚障害指定医への連絡	17	0	0	17	19.5
15条指定医全員への連絡	3	5	0	8	9.2
医師会・医療機関・耳鼻咽喉科学会支部への連絡	0	2	3	5	5.7
ホームページのみ	2	1	0	3	3.4
研修(香川県、福岡市、高松市)	1	1	1	3	3.4
NA	0	0	1	1	1.1
合計	34	23	36	93	106.9

6. 今回の変更点に関する苦情・問題点の有無

表5に、「『初めて2級を申請する場合には、他覚的聴力検査結果を添付する』という変更に対する苦情・問題」の有無に関する回答結果を、人口規模別示した。全体では、苦情・問題点なし41.4%、わからない32.2%、あり26.4%で、中核都市群で「なし」の割合が高かった。これは、中核都市では申請数が少ないために、苦情・問題点が生じにくいためと考えられる。

表5 平成26年度の「通知」での変更に関

する苦情と問題点の有無（自治体人口規模別）

苦情・問題点	政令			合計	比率
	都道府県	指定都市	中核都市		
あり	10	6	7	23	26.4
なし	15	6	15	36	41.4
NA	10	5	13	28	32.2
合計	35	17	35	87	100.0

7. 今回の変更点に関する苦情・問題点の内容

20自治体から合計27の課題が記述され、

内容は下記のような6項目に分類された。

①ABRを持つ病院が少ない

- ・自治体は、ABRを持つ病院を把握し、申請希望者に情報提供することを求められた
- ・自治体でも、どこでABR検査ができるのか把握できない
- ・受診中の病院でABRができないため3級で申請した
- ・2級該当の聴力であっても、ABR検査を受けることが難しく(病院までの移動など)、低い級で申請したり、低い級で認定した
- ・(初めての)2級申請書に添付書類がない場合があった(添付を求めた)
- ・地域での相談会では2級の認定ができなくなった

②他覚的聴力検査の例示がほしい(ABR以外で診療所医師が実施可能なもの)

- ・検査法についての問い合わせが多い

③ABRの結果に関する課題

- ・指定医にABR診断が困難であった
- ・ABRの結果に幅があるため判断が難しいとの指摘が指定医からあった
- ・中枢神経疾患ではABRでは判断できない
- ・ABRでは鑑別できない重症事例があった
- ・社会審議会への諮問が必要になった
- ・2級の添付書類の審査には専門家の関与が必要で、手順と時間がかかった

④指定医に、他覚的聴力検査方法の習熟が必要となった

⑤日本耳鼻咽喉科学会専門医でない指定医が受ける講習がない(受講定員が少ない、耳鼻科咽喉医以外が受けるのに不相当)

⑥(最初から2級を申請せずに、低位の級から)申請の更新をしていけば、2級申請に他覚的聴力検査は不要であるため、今回の改正に実質的な意味はない

- ・下位等級から徐々に上位等級への等級変更申請を繰り返していった場合、それが詐病や身体表現性障害等の精神障害に起因するものであっても排除することができない。

8. 今回の通知以外の聴覚障害認定に関する苦情・問題点

今回の「通知」以外の聴覚障害に関する苦情・問題点の有無は、多い順に、わからない54.0%、あり33.4%、なし12.6%であった。苦情・問題点は多い順に、乳幼児、語音明瞭度の判断、105dBルール、加齢性難聴、聴取距離であった(表6)。

表6 聴覚障害の認定に関して、平成26年度の「通知」での変更以外の苦情と問題点(重複回答有)

今回の変更以外の苦情・問題点	自治体数	%
乳幼児	15	17.2
語音明瞭度	12	13.8
105dBルール	5	5.7
加齢性難聴	4	4.6
聴取距離	3	3.4
その他の苦情・問題点を記入	7	8.0
なし	11	12.6
無回答	47	54.0
合計	107	123.0

選択肢以外の苦情・問題点は7自治体から自由記述があった。3自治体は乳幼児の

聴力の判定と語音明瞭度の課題を、下記のように、詳しく記入した。

「純音聴力が測定できない乳幼児の聴覚障害 2 級の認定について、測定可能な年齢期での再認定を付けて 2 級を認定する考えと、測定可能な年齢期までは 3 級までの認定で、測定可能になった時点で 2 級の認定を行う考えとがあり、認定基準に年齢制限等の明確な基準がないため認定に苦慮しています。」

「語音の検査の結論だけを記入する形になっているので純音聴力検査と比べて、医師の検査方法の検証・確認がしにくい。」

「認定基準には、「普通話声の最良の語音明瞭度とする」とあるが、例えば左右共に 67dB(聴力レベルは非該当相当)の聴力の方が、70dB(普通話声)の語音明瞭度が左右 10%という結果でも、当然の結果であり、音声聴取能力が低下している根拠となるのは難しいのではないかと。聴力レベルに比べ、語音聴取力が著しく不良なことを明確にするために、被検査者の聴力レベル+20dB 程度の語音明瞭度(先の例では、90dB での語音明瞭度)を評価するべきではないかという意見がある。」

他には、「精神疾患患者や認知症患者による自覚的検査結果の妥当性」(3自治体)に関する指摘があった。

9. 平成 26 年度中の審査会照会例

平成 26 年度の疑義事例は、あり 55 自治体、なし 26 自治体、無回答 6 自治体で、疑義事例総数は 2,090 であった。

55 自治体のうち申請数の回答があった 45 自治体の疑義発生率は、平均 21.8%、幅は 0.39%から 100%であった。図 1 に、疑

似発生率の分布を示した。

疑義発生率の幅が広いのは、認定審査会で審査する基準が異なるためと推測される。例えば、全例を審査する自治体は全例を疑義事例と回答した。

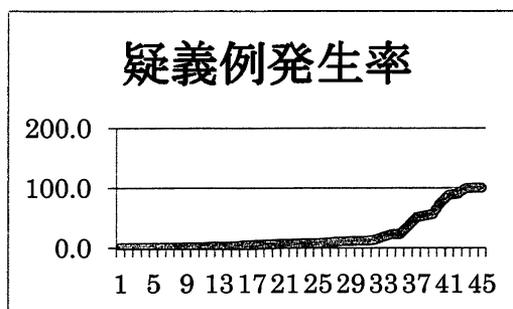


図 1 聴覚障害認定において疑義事例があった 45 自治体における疑義事例発生率

10. 審査会への照会理由

審査会への照会理由は、多い順に、乳幼児の認定 45 自治体、聴力検査結果と認定等級の不一致 23 自治体、聴力検査結果と病歴の不一致 5 自治体であった(重複回答有)。

その他の自由記述を下記に引用する。文末の () 内は記載数である。

- ・ABR と純音聴力検査の結果が乖離している (2)
- ・聴力検査結果における気導閾値と骨導閾値の逆転ケース (2)
- ・初診が近日の場合における障害固定の判断 (2)
- ・認定等級と補装具費支給についての意見書の内容との不一致 (1)
- ・突発性難聴等の障害固定の判断について (1)
- ・認知症患者の認定 (1)
- ・純音聴力検査の再現性が乏しく、聴性定常飯能 (ASSR)、ABR 検査データによる認定が可能か (1)

11. 聴覚障害認定の課題

聴覚障害認定の課題について自由記述を求めた結果は、前述の7と8で記載した4項目について詳細に記入された他、障害固定時期についての記入があった。下記に、項目別に記載内容を引用する。

①他覚的聴力検査関係

- ・ABR検査の結果を認定基準決定のための聴力閾値として記載してくる。
- ・他覚的聴力検査が必要となる場合の検査機器を揃えていない医療機関の取扱い。
- ・指定医師より、「聴覚障害に係る身体障害者手帳の取得歴の無い者へ2級を診断する場合、他覚的聴力検査又はそれに相当する検査として、ステンゲルテストが含まれているが、ステンゲルテストは片耳が聞こえていることが前提となった検査となっているため、両耳100dB以上であるかを確認する検査には適していないのではないか」との意見あり。

②乳幼児の認定関係

- ・乳幼児の認定（特に乳児）について、もう少し具体的な指針が明記されるとよい。乳幼児は障害認定、補聴器装用と言語発達が密接にからんでいるので、不可逆性の音響外傷が起こらないように、かつ本人に不利益が生じないように、どの医師でも問題なく書けるような指針があればよい。
- ・乳幼児や認知症の方で検査を理解できない人の聴力測定方法はどのように対応するのがよいか。
- ・乳幼児の聴覚障害の認定について、他覚的聴力検査においても多少の誤差があると

いうことで難しさを感じている。

- ・乳幼児期における認定が難しい。
- ・乳幼児における聴覚障害認定については、ABR等による検査結果で将来残存すると予想される障害程度をもって認定可能とされているが、純音聴力検査とABR等の他覚的聴力検査の数値は必ずしも合致するものではなく、障害程度の判断は事務方では難しく、診断書内容に明らかな疑義がない限り、障害程度の判断や認定の可否は診断書作成医への一任となっている状況である。乳幼児の聴覚障害認定は専門性を要する点で判断が難しい。また、純音聴力検査適応年齢は4歳以降とされているが、4歳以上の者が何らかの理由により、純音聴力検査の実施ができずABR等の他覚的聴力検査の結果をもって申請があった場合の判断については課題となっている。

③語音明瞭度による認定関係

- ・語音明瞭度による認定で数値のもととなる資料の添付の必要性ありと考える。
- ・語音明瞭度の検査について、病院が所有する検査機器によって検査結果の出し方が異なる。機器による手帳認定のばらつきが生じないように、語音明瞭度による手帳申請時は検査結果を添付するよう病院へ依頼しているが、認定主体による病院への指導に差が出ないように、全国的な認定基準として語音明瞭度による手帳申請時に検査結果を求めるような認定基準の見直しを行ってほしい。
- ・純音聴力検査結果と語音明瞭度による検査結果とのバランスをどう考えるか。
- ・純音検査による聴力レベルと語音明瞭度、どちらでも障害認定基準に該当する場合、

総合等級としては等級の高い方とせざるをえないが、本人にとっての聞こえづらさ、生活のしづらさは、どちらか一方のみの場合とは大きく異なる。特に高齢になってからの難聴者は手話を覚えることも難しく、生活上の困難さと障害等級との間に差があるように感じる。

④認知症、知的障害者の認定関係

- ・認知機能が低下した者にかかる、純音聴力検査結果の信ぴょう性について
- ・重度知的障害者の語音明瞭度認定について、検査語集の理解ができず検査の実施ができない者の認定方法はあるのか。

⑤障害固定時期関係

- ・初診が近日のケースにおいて、障害固定を判断する場合に何回聴力検査を実施するかどうか（再現性の確認）の判断が指定医によって異なる。

II. 聴覚障害指定医と研修について

1. 聴覚障害指定医数

聴覚障害指定医数は 87 自治体から回答があり、合計 10,482 名であった。聴覚障害指定医数と耳鼻咽喉科標榜医数の両方の回答があった 85 自治体では、聴覚障害指定医 10,230 名のうち耳鼻咽喉科標榜医は 7,804 名 76.2%であった。耳鼻咽喉科周辺科（頭頸部外科、耳鼻科、頭頸科、神経耳科、気管食道科、気道食道を含む科）、脳外科（脳神経外科、神経外科を含む）、神経内科（神経科、脳神経科、脳神経内科、内科・神経内科、精神神経内科、小児神経化を含める）を合わせると、聴覚障害指定医の 96.5%に達した。一方、少数ながら、リハビリテー

ション科医 15 名、整形外科医 5 名、呼吸器科医 4 名、形成外科医 3 名、小児科医 2 名、外科医 1 名、アレルギー科医 1 名、歯科口腔外科医 1 名も聴覚障害指定医に指定されていた（表 7）。

指定医中の耳鼻咽喉科医割合を自治体間で比較すると、耳鼻咽喉科医が 80%以上を占めたのは 50 自治体 57.4%、60%未満は 19 自治体 22.9%であった。自治体の人口規模別に見ると、都道府県では 40%未満はなく、政令指定都市では 80%以上の比率は最も高く 7 割を超えたが、累積率では 3 群間に大きな差はなかった（図 2、表 8）。

表 7 聴覚障害指定医の標榜科

標榜科	人数	比率
耳鼻咽喉科	7804	
頭頸部外科	12	
耳鼻科	3	
頭頸科	2	
神経耳科	1	
気管食道科	1	
気道食道科	1	
小計	7824	76.4
脳神経外科	1162	
神経外科	58	
脳外科	1	
小計	1221	11.9
神経内科	786	
神経科	47	
脳神経科	5	
脳神経内科	1	
内科・神経内科	1	
精神神経内科	1	
小児神経科	1	
小計	842	8.2

内科	52	0.5
リハビリテーション科	13	
リハビリテーション神経内科	1	
脳神経内科リハビリテーション科	1	
理学診療科	1	
小計	16	0.2
整形外科	5	0.0
呼吸器科	4	0.0
形成外科	3	0.0
小児科	2	0.0
外科	1	0.0
アレルギー科	1	0.0
歯科口腔外科	1	0.0
その他	6	0.1
不明	80	0.8
無回答	172	1.7
合計	10230	100.0

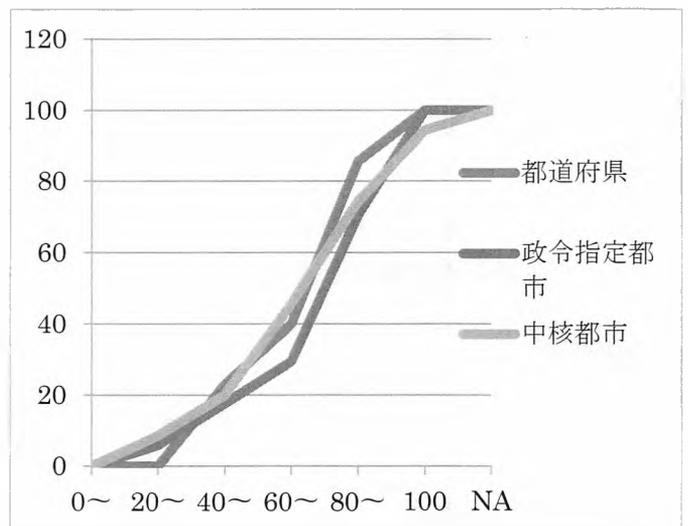


図2 人口規模別の聴覚障害に関する指定医中の耳鼻科医の比率（横軸）と自治体数（縦軸）

表8 聴覚障害に関する指定医中の耳鼻科医の比率（自治体人口規模別）

指定医中の耳鼻科医比率%	自治体数	%	都道府	政令指	中核都
			県	定都市	市
0~19	0	0.00	0	0	0
20~39	4	4.60	0	1	3
40~59	14	16.09	8	2	4
60~79	17	19.54	6	2	9
80~99	33	37.93	16	7	10
100	17	19.54	5	5	7
NA	2	2.30	0	0	2
合計	87	100.00	35	17	35

表9 地方別の指定医中の耳鼻科医比率(都道府県)

地域									都道府県	
	0	1~19	20-39	40-59	60-79	80-99	100	NA	合計	比率
北海道・東北	0	0	0	1	0	4	0	0	5	14.7
関東	0	0	0	1	0	5	0	0	6	17.6
中部	0	0	0	3	1	3	2	0	9	26.5
近畿	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2.9
中国・四国	0	0	0	0	2	3	0	0	5	14.7
九州	0	0	0	3	2	0	3	0	8	23.5
合計	0	0	0	8	5	16	5	0	34	100.0
比率	0.0	0.0	0.0	23.5	14.7	47.1	14.7	0.0	100.0	-

表10 地方別の指定医中の耳鼻科医比率(政令指定都市)

地域									政令指	
	0	1~19	20-39	40-59	60-79	80-99	100	NA	定都市	比率
北海道・東北	0	0	0	1	0	1	0	0	2	11.8
関東	0	0	0	0	0	2	2	0	4	23.5
中部	0	0	1	1	0	2	0	0	4	23.5
近畿	0	0	0	0	2	1	0	0	3	17.6
中国・四国	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5.9
九州	0	0	0		0	1	2	0	3	17.6
合計	0	0	1	2	2	7	5	0	17	100.0
比率	0.0	0.0	5.9	11.8	11.8	41.2	29.4	0.0	100.0	-

表11 地方別の指定医中の耳鼻科医比率(中核都市)

地域									中核都	
	0	1~19	20-39	40-59	60-79	80-99	100	NA	市	比率
北海道・東北	0	0	1	1	3	0	1	0	6	17.6
関東	0	0	0	1	2	0	3	0	6	17.6
中部	0	0	0	1	1	1	2	0	5	14.7
近畿	0	0	0	0	1	5	0	1	7	20.6
中国・四国	0	0	1	0	0	3	1	0	5	14.7
九州	0	0	1	1	1	1	0	1	5	14.7
合計	0	0	3	4	8	10	7	2	34	100.0
比率	0.0	0.0	8.8	11.8	23.5	29.4	20.6	5.9	100.0	-

2. 聴覚障害指定医の中の専門医の割合

聴覚障害指定医中の専門医数は9自治体からのみ回答され、指定医が専門医であるか否かの把握は多くの自治体でなされていないことが示唆された。9自治体においては、耳鼻咽喉科を標榜する指定医の中の専門医の比率は平均80.9%（幅64.3～100.0%）であったが、聴覚障害指定医全体の中の専門医の比率は50.4%（幅32.4～100.0%）であった。

表12 指定医および耳鼻科医である指定医における専門医の比率（9自治体）

	平均	最小	最大
	(%)	(%)	(%)
専門医/指定医 中の耳鼻科医	80.9	64.3	100.0
専門医/指定医	50.4	32.4	100.0

11. 聴覚障害指定医を専門医に限定することについて

検討会の議論のまとめには、「聴覚障害に係る指定医を新規に指定する場合は、原則として日本耳鼻咽喉科学会専門医であることを推奨する。ただし地域の実情等に十分配慮するものとする。」と記載されており、地域によっては新規の指定に際して専門医を指定することが難しい場合もあり得ることが想定された。また、2県2市における聴覚障害指定医中の専門医の比率を比較した結果、人口密度の低い自治体では専門医の比率が低いことが報告された²⁾。

この懸念について87自治体のうち最も多かった回答は「わからない」61自治体70.1%で、「問題ない」23自治体26.4%、「充足できない」1自治体1.1%であった（表13）。

「充足できない」と回答した自治体（県）は、「地域によっては充足しない」と但し書きがされた。

しかし、「問題ない」と回答した23自治体のうち、専門医の数を回答したのは7自治体に留まり、16自治体は専門医の数を「不明」と回答した。

表13 聴覚障害指定医を専門医に限定することに関する問題の有無（87自治体）

専門医に限 定すること	政令			合計	比率
	都道 府県	指定 都市	中核 都市		
問題ない	7	6	10	23	26.4
必要数を充足 できない	1	0	0	1	1.1
わからない	26	11	24	61	70.1
NA	1	0	1	2	2.3
合計	35	17	35	87	100.0

3. 聴覚障害指定医に認定における地域性の考慮

聴覚障害指定医の認定において地域性を考慮しているか否かの結果は、なし64.4%、わからない21.8%、あり11.5%であった（表14）。

表14 聴覚障害指定医の認定に関する地域性考慮の有無

地域性の考慮	政令			合計	比率
	都道 府県	指定 都市	中核 都市		
なし	21	13	22	56	64.4
わからない	5	3	11	19	21.8
あり	7	1	2	10	11.5
NA	2	0	0	2	2.3
合計	35	17	35	87	100.0

指定医に占める耳鼻咽喉科医の割合が平均値よりも小さい自治体と大きい自治体で、地域性の考慮の回答には異なる傾向はなかった（表 15）。耳鼻咽喉科以外の診療科を標榜する聴覚障害指定医は日本耳鼻咽喉学会会員で専門医資格を取得していることは少ないと推測されるが、本調査の回答では懸念の表明は少なかった。

表 15 聴覚障害指定医の認定に関する地域性考慮の必要性和指定医中の耳鼻科医の割合

	あり	なし	わからない	無回答	合計
耳鼻科医/指定医 小	5	22	8	1	36
耳鼻科医/指定医 大	5	33	11	1	50
耳鼻咽喉科医数不明	0	1	0	0	1
合計	10	56	19	2	87

4. 指定医の研修

指定医の研修実施に関しては、定期的実施 7 自治体 8.0%、不定期に実施 4 自治体 4.6%、実施していない 75 自治体 86.2%であった。ただし、主催自治体はあわせて 5 都道府県に限られ(定期的が 3、不定期が 2)、政令指定都市と中核都市は都道府県主催の研修を活用していた。

表 16 指定医の研修の実施状況（自治体の人口規模別）

研修	政令				比率
	都道府県	指定都市	中核都市	合計	
実施していない	29	15	31	75	86.2
定期的実施	3	2	2	7	8.0
実施したが定期的でない	2	0	2	4	4.6
NA	1	0	0	1	1.1
合計	35	17	35	87	100.0

表 17 指定医の研修実施状況

	開催頻度	対象	受講義務	障害種目別・テーマ
A 県	5 年に 1 回	初めて指定された医師	なし	障害種目別
B 県	1 年に 1 回	指定後、5 年に 1 回	指定医全員に義務付け	障害種目別
B1 市	1 年に 1 回	指定後、5 年に 1 回	指定医全員に義務付け	B 県内統一(障害程度診断書における評価・判定の統一性を確保するため、診断書作成の実務に即した情報手協などの専門研修)

B2市	1年に1回	指定後、5年に1回	指定医全員に義務付け	
B3市	1年に1回	指定後、5年に1回	指定医全員に義務付け	
C県	1年に1回	初めて指定された医師 (3年以内に受講)	なし	障害種目別でない
C市	1年に1回	初めて指定された医師	初めて指定された医師	障害種目別でない
D県	平成5年以降 4回実施	指定医全員	なし	身体障害認定基準および診断書・意見書作成の留意事項
D市	約10年に1回	指定医全員	なし	身体障害認定基準
E県	1回(H21.11.)	指定医全員	なし	聴覚障害認定について、補聴器判定の実際
E市	1回	指定医全員	なし	聴覚障害認定について、補聴器判定の実際

表 18 指定医の研修を実施しない理由（自治体の人口規模別）

研修を実施しない理由	比率		政令指定都市	中核都市	合計	比率(全37自治体)
	都道府県	(10自治体)				
研修プログラムがない	8	80.0	5	8	21	56.8
講師が確保できない	2	20.0	1	8	11	29.7
予算獲得が困難	3	30.0	0	3	6	16.2
他の方法で代替え	1	10.0	1	1	2	5.4
場所が確保できない	0	0.0	0	1	1	2.7
合計	14	140.0	7	21	41	110.8

5. 研修を実施しない理由

研修を実施しない理由は 37 自治体から回答された。回答数が少なかったのは、設問の分岐の位置が悪かったためと推測された。

37 自治体の回答の内訳は、研修プログラムがない 56.8%、講師が確保できない 29.7%、予算獲得が困難 16.2%、他の方法で代替えしている 5.4%であった（表 18）。

代替え方法としては、「疑義に関する情報を HP で公開する」、「疑義については、認定できない理由を文書にして返戻」が回答された。

「今後の研修の予定」については、87 自治体中、「予定なし」66 自治体 75.9%、無回答 13 自治体 14.9%、「将来、開催したい」6 自治体 6.9%、「実施確定」2 自治体 2.3%であった（表 19）。

表 19 指定医の研修の実施予定（自治体人口規模別）

今後の研修の予定	都道府県	政令指定都市	中核都市	合計	比率
					(全 37 自治体)
なし	26	11	29	66	75.9
将来、開催したい	3	2	1	6	6.9
実施確定	0	2	0	2	2.3
NA	6	2	5	13	14.9
合計	35	17	35	87	100.0

D. 結論

- 1) 112 自治体を対象にした質問紙法による調査で、77.7%の高い回収率が得られた。
- 2) 聴覚障害 2 級の認定に制度改正が影響したことが示唆された。すなわち、以下の 2 点が明らかになった。
 - ・他覚的聴力検査が必要となった平成 27 年 11 月時点では、2 級の申請数は他の等級に比較して 3 分の 1 に留まった。
 - ・平成 27 年度の 2 級の認定率(90.3%)は他の級の認定率および平成 26 年度の 2 級の認定率より有意に低かった。
- 3) 2 級申請のため他覚的聴力検査を必要とした申請は 117 件（約 70%）でこのうち 5 件（4.3%）は認定されなかった。
- 4) 平成 26 年度の「通知」で他覚的聴力検査実施を求めたことに関する課題としては、検査実施可能施設の分布の制約により申請できない場合があることと他覚的聴力検査方法について疑問が出ていることが明らかになった。
- 5) 聴覚障害認定全般に係る課題としては、乳幼児・認知症者・精神疾患患者の認定、語音明瞭度による判定等が回答され、先行研究による指摘と変化はなかった³⁾。
- 6) 聴覚障害認定の指定医の中で耳鼻咽喉科医が占める割合は 76.2%で、脳神経外科

医、神経内科医を合わせると 96.5%を占めた。

7) 指定医のうちの日本耳鼻咽喉科学会の専門医の割合は 8 割であったが、回答は 9 自治体からしか得られなかった。

8) 指定医を日本耳鼻咽喉科専門医に限定すると必要数が充足されない懸念については、「わからない」が 7 割であった。

9) 指定医の認定において、これまでに地域性を考慮しているという自治体は 8 にとどまった。

10) 障害認定指定医に対する研修を行っている自治体は、定期実施が 3 都県、不定期実施が 2 県と少数にとどまった。今後の開催の予定がない自治体は 76%で、研修を実施しない理由の第一は研修プログラムがないことであった。

引用文献

- 1) 厚生労働省社会援護局. 第 3 回 聴覚障害の認定方法に関する検討会議事録. 2014 年 10 月 30 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000066098.html>
- 2) 北村弥生、石川浩太郎、稼農和久、江藤文夫. 身体障害者福祉法第 15 条指定医の指定基準と研修：インターネットによる公開情報の解析. 国リハ紀要 36. 2018.

3) 岩谷力. 厚生労働科学研究 総合報告書
平成 18 年度. 身体障害の障害認定基準の最適化に関する実証的研究. 2006.

E. 業績

(論文)

北村弥生、石川浩太郎、稼農和久、江藤文夫. 身体障害者福祉法第 15 条指定医の指定基準と研修：インターネットによる公開情報の解析. 国リハ紀要. 36 号. (印刷中)

(学会発表)

1. 北村弥生、石川浩太郎、江藤文夫. 身体障害者福祉法第 15 条指定医の指定基準と研修：インターネットによる公開情報の解析. 日本障害学会. 兵庫. 2015-11.

2. 石川浩太郎、北村弥生、稼農和久、江藤文夫. 聴覚障害者の認定基準と医師研修に関する調査研究. 日本耳鼻咽喉科学会. 愛知. 2016-05-20. (受理)

身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究

～心臓機能障害者再認定の評価方法及び評価時期を調査するための
レジストリー研究（中間報告）～

研究分担者 奥村 謙 弘前大学医学部循環呼吸腎臓内科学
研究代表者 和泉 徹 北里大学・恒仁会 新潟南病院

研究要旨： 心臓機能障害認定基準の改定が平成 26 年 4 月に施行された。改定に際して導入された二つの新しい視点、即ち①ペースメーカー植込み術の臨床成績を加味した心臓機能障害認定、②再認定制度の適切活用の影響度を調査するためにレジストリー研究が日本不整脈学会で企画された。ペースメーカー診療に貢献している国内主要施設が自発参加した。前例のない心臓機能障害者のためのレジストリー観察研究である。ここでは初年度である平成 27 年度の進捗状況をとりとまとめ、報告する。

A. 研究背景並びに目的

これまで、本邦の心臓機能障害の認定においては、ペースメーカー植込み術を受けた患者は一律に障害者一級にとり認定されてきた経緯がある。しかし、近年のデバイス治療の進歩は顕著であり、ペースメーカー植込み患者といえども、術後、大きな心臓機能障害を抱えずに日常生活を営む患者も多い。このような時代背景から障害認定基準の改定が求められ、平成 26 年 4 月に新基準が施行された。改定のポイントは、ペースメーカーへの依存度および日常生活の活動制限(身体活動能力：METS)を判断し、1 級、3 級、それに 4 級とそれぞれ認定し、一定期間(3 年を目途)後に再認定を行う、である 1, 2)。一方、ペースメーカー植込み後 3 年間のどの時期に再評価を行うべきか、どのような方法で再認定の評価を行うべきか、などの科学的なエビデンスが乏しいのも実情である。植込み術後の活動制限のトレンドや社会的支援の変化など判断に必要な基礎データがないため、再認定業務については個々の主治医の主観的立ち位置、判断

に委ねれかねない。そのため、それぞれの患者サポートに格差が生じる懸念が依然として存在する。そこで、ペースメーカーに関する心臓機能障害認定業務の実態と問題点を適時把握し、再認定業務の円滑化・妥当性・公平性を担保する研究の必要性が叫ばれた。この要請に応じて、日本不整脈学会と研究班はこのレジストリー研究を共同企画した。

本研究の目的は、ペースメーカー新規植込み術を受けた心臓機能障害認定患者約 1000 例を多施設共同で登録し、①再認定の評価時期、②再認定の評価法、などの再認定業務の適切化を検索し、ペースメーカー心臓機能障害患者の再認定業務の円滑化・妥当性・公平性に資する基礎的情報を収集することを意図している。

B. 研究対象と方法

1) 参加施設と対象患者

日本不整脈学会 障害認定見直し後の調査に関する小委員会（統括委員長 奥村 謙）はペースメーカー（PM）診療

に主要な貢献を果たしている 31 施設に対して、PM 新規植込み成人患者の植込み前の日常生活活動制限・長期予後・自立度と、植込み後の経時的変化を調査する非介入観察レジストリー研究を依頼した。

認定基準の見直しが行われた平成 26 年 4 月以降、徐脈性不整脈疾患に対して PM を新規に植え込んだ約 1000 名を目標に登録し、植込み時並びにフォロー時（3 ヶ月・6 ヶ月・1 年・2 年・3 年）の評価を観察する。

研究への参加登録に先立ち、担当医師は患者本人に説明文書を用いて説明し、添付された同意書に必要事項および署名の記入を得た。事務局への登録は、個人情報（氏名、住所、生年月日）を伏したうえで、連結可能匿名化して行った。

<対象患者の選択基準>

①徐脈性不整脈疾患患者に対して、日本循環器学会「不整脈の非薬物治療ガイドライン」2) の基準をもとに PM を新規に植込んだ患者。

②年令 20 歳以上、性別は問わない。

<除外基準>

①20 歳未満。

②試験の参加を希望しなかった患者。

③試験への参加・協力が困難と医師が判断した患者。

④心不全に対する両心室ペースメーカー (CRT-P) 植え込み症例。

⑤登録時既に心臓植込み型デバイスが挿入されており、電池交換もしくはアップグレード手術症例。

<患者が研究への参加を中止する場合>

①対象患者が研究への不参加を申し出た場合。

②担当医師が研究の継続が難しいと判断した場合。

③来院が困難となった場合。

2) 登録データ収集と入力の手順

①事務局は登録記載用紙と送付用の封筒を担当あるいは関連部署に送付する。②担当者は患者に対して研究の概要説明を行った上で書面により参加の同意を得た上で、本研究への患者登録を行う。2014 年 4 月以降植込み患者を対象とするため、植込み時のデータについてはカルテ記載及びインタビューにより必要項目を記入し、専用の封筒にて事務局へ送付する。この際、連結方式にて匿名化を行うため、患者氏名など個人を特定できる情報は一切記入されない。なお、入力データと個人情報との連結票は施設の研究責任者が管理する。③事務局入力担当者は送付されたフォームから研究への登録を行う。④事務局は患者の施設通し番号を照合させた一覧表を施設へ通達する。⑤上記の手続きにより事務局は患者を特定できる情報に触れることはなく、郵送した調査票が万が一紛失しても患者の個人情報は保護される。

3) 追跡データの収集と入力

①担当医は植込み後 3 ヶ月・6 ヶ月・1 年後・2 年後・3 年後のフォローアップデータを収集し、登録票の専用の封

筒にて事務局へ送付する。

<データ保存とデータ破棄>

データは登録開始から終了後2年間は日本不整脈学会事務局に保存し、その後破棄する。

4) 試験登録期間

2015年4月1日より2016年3月31日までとするが、小委員会の判断により必要に応じて延長する。この場合、倫理委員会に再度延長の手続きを申し出る。

5) 経過観察期間

植込み時より3年間の追跡を行うため、2015年4月1日より2019年3月31日とする。ただし、調査担当者の判断により必要に応じて延長する。

6) 観察イベント

植込み時前の心臓および他疾患による機能障害認定の有無とその等級・心機能評価(NYHAクラス分類)・デバイス植込み適応(ガイドラインによるクラス分類)・身体機能評価と植込み後の心臓機能障害認定等級・身体機能評価・デバイスフォローアップ情報(アップグレードや抜去) 予後評価(入院および生命予後)を3ヶ月・6ヶ月・1年・2年・3年のインターバルで検討する。

7) 評価項目

<A 植込み時>

1. 患者情報：生年月日・年齢・性別・植込み日・デバイスの種類・心機能評価(NYHA)・植込み前の心臓機能障害認

定の有無および等級

2. ペースメーカー植込み適応クラス分

類：原疾患と日本循環器学会ガイドライン 2) 上の適応基準

3. 機能評価：日常生活動作(Barthel Index^{3, 4})・手段的日常生活動作(IADL 尺度

(Lawton & Brody⁵))・身体活動能力(METs)・主な身体活動能力低下の原因。

4. 植込み後心臓機能障害認定

5. 他疾患による機能障害認定の程度と有無

<B フォローアップ時>

1. 患者情報：心不全およびNYHA心機能分類・心臓機能障害認定等級の変化とその理由

2. デバイスフォローアップ情報：除細動器へのアップグレード・デバイス抜去の有無

3. 機能評価：日常生活動作・手段的日常生活動作(IADL 尺度)・身体活動能力・主な身体活動能力低下の原因

4. 予後評価：入院の有無および理由・生存または死亡・死亡の理由

8) 調査項目

A. 実施調査項目(別紙1参照：調査項目表(登録時)、別紙2参照(観察時)、2011年日本循環器学会 非薬物療法ガイドライン 2)を参照)

B. 調査実施期間

予定登録期間：1年(2015年4月1日より2016年3月31日)

追跡期間：最終症例植込み後3年間(必要に応じて延長)

6. 登録後の経過の中止

患者の参加同意の撤回ないし追跡不

能な状況になった場合には経過観察を中止とし、経過観察表に記入する。

7. 調査の公表

調査結果は、研究報告書および学会で発表の後、専門誌に投稿する。

8. 予測される危険性

本研究は観察研究であり、個々の患者の治療方針は我が国の診療ガイドライン 2) に準拠して選択されるので、本研究に参加することで新たに健康被害が生じる可能性はない。ペースメーカー・CRT-P 植込み時などに合併症が起こりうるが、その多くは既知の合併症であり、生じた場合には担当医師が迅速に対応する。行われる検査も日常診療の範囲内であり、検査に伴う合併症の発生は極めて稀と考えられる。ただし、個人情報漏洩の危険性は完全に否定できないため、それらを最小限にするため、登録票、経過観察票は紛失しないように厳重に管理する。

C. これまでの進捗状況

平成28年1月31日の現状を以下にまとめた。

自発的に本研究への参加を申し出た施設(31 施設)	倫理委員会の審査を終了し、登録を開始した施設(24 施設)
北海道大学医学部	○
弘前大学医学部	○
東北大学医学部	○
筑波大学医学部	○
筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病	

院	
自治医科大学附属さいたま医療センター	
順天堂大学医学部附属浦安病院	○
東京女子医科大学医学部	○
榊原記念病院	○
日本医科大学医学部	○
順天堂大学医学部附属練馬病院	
昭和大学医学部内科学講座	○
昭和大学江東豊洲病院	○
杏林大学医学部	
東海大学医学部付属八王子病院	○
北里大学医学部	○
横浜市立大学医学部	
名古屋大学医学部	○
国立循環器病研究センター	
近畿大学医学部	
大阪市立大学医学部	○
大阪医科大学医学部	○
大阪大学医学部	○
大阪市立総合医療センター	○
岡山大学病院	○
倉敷中央病院	
山口大学医学部	○
産業医科大学医学部	○
JCHO 九州病院	○
九州医療センター	○
済生会熊本病院	○

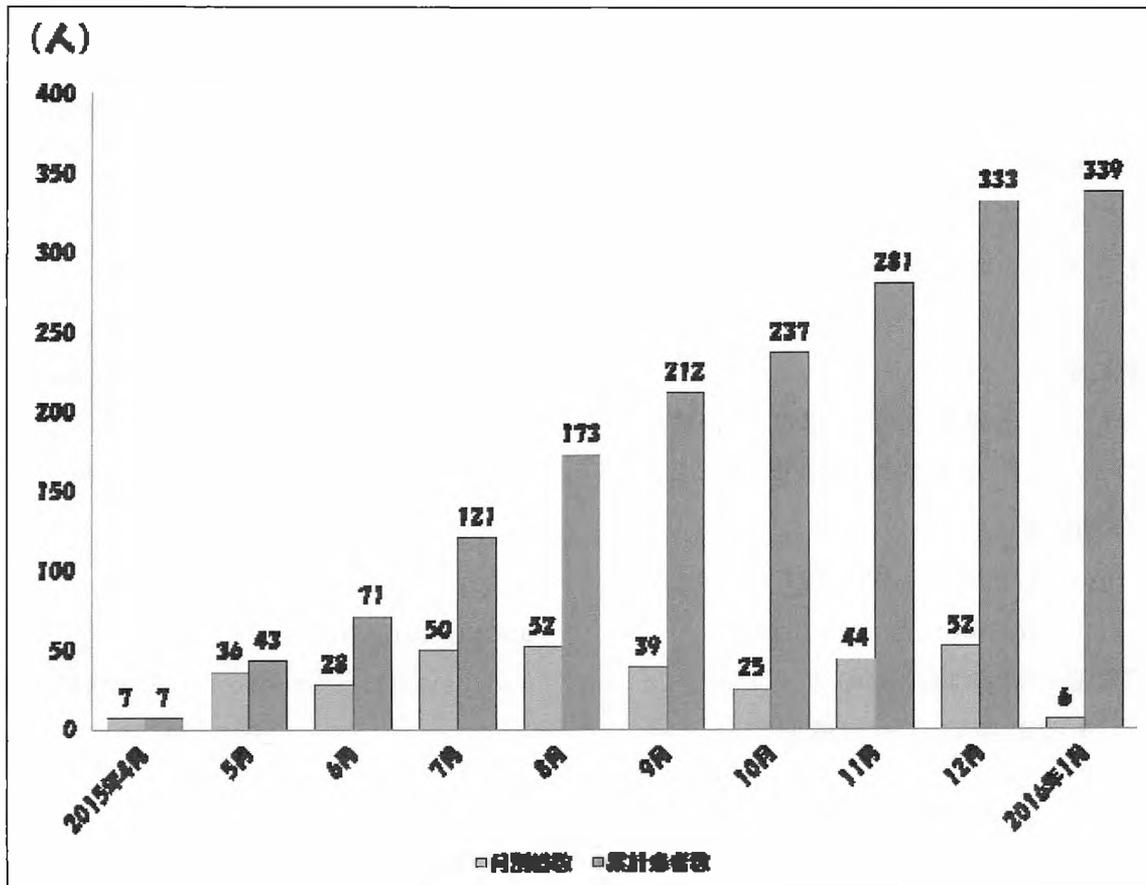


図 1 症例登録状況(総計 339 名)

D. 考察

日本不整脈学会の努力により、症例登録は順調に推移している。本研究は過去に前例をみない画期的な企画であり、日本の主要な施設が参画し、共同でレジストリー研究を遂行している。得られたデータを礎に、適切な障害等級再認定の在り方を決定することができるであろう。目標症例数は 1000 件であるが、推測するところ 500 件以上の登録数であっても意図した現状把握には十分と思われる。本研究は内部障害においては本邦初の本格的な調査である。従って先駆的な役割を担っている

ことから目標症例数に是非到達したいと願望している。各施設の力強い一層の応援を要請するものである。

E. 結論

本邦で行われている心臓機能障害者再認定の評価方法及び評価時期を調査するためのレジストリー研究の進捗状況を中間報告し、考察を加えた。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし。

G. 倫理的配慮

本研究はヘルシンキ宣言およびその2008年修正版の精神、厚生労働省告知「臨床研究に関する倫理指針」に準拠して実施する。実施計画は弘前大学および日本不整脈学会の臨床研究検討委員会で審議され承認を得た。さらに、各参加施設では、倫理審査委員会での審査を受け、承認を得た。

参考文献

1. ペースメーカー等の障害認定基準見直しについて. 日本不整脈学会ホームページ. http://jhrs.or.jp/pdf/news201312_01.pdf accessed December 29th, 2014.
2. 不整脈の非薬物治療のガイドライン(2011年改訂版) 日本循環器学会ホームページ. http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_okumura_h.pdf accessed December 29th, 2014.
3. Mahoney. F.L & Barthel et al: Maryland. State. Mad. J. 14:61-65, 1965.
4. 日本老年医学会編集/発行, 健康長寿診療ハンドブック, 2011.
5. Lawton, M.P & Brody. E.M. Assessment of older people: Self Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontol. 9: 179 168, 1969.

G. 研究業績

奥村 謙

1. Tomita H, Okumura K, Inoue H, Atarashi H, Yamashita T, Origasa H;

- J-RHYTHM Registry Investigators. : Assessment of risk factors for bleeding in Japanese patients with non-valvular atrial fibrillation receiving warfarin treatment: A subanalysis of the J-RHYTHM Registry. Int J Cardiol. 2015;201: 308-10.
2. Tomita H, Hagii J, Metoki N, Saito S, Shiroto H, Hitomi H, Kamada T, Seino S, Takahashi K, Baba Y, Sasaki S, Uchizawa T, Iwata M, Matsumoto S, Shoji Y, Tanno T, Osanai T, Yasujima M, Okumura K. : Impact of Sex Difference on Severity and Functional Outcome in Patients with Cardioembolic Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015;24:2613-8.
 3. Kinjo T, Tanaka M, Osanai T, Shibutani S, Narita I, Tanno T, Nishizaki K, Ichikawa H, Kimura Y, Ishida Y, Yokota T, Shimada M, Homma Y, Tomita H, Okumura K. : Enhanced p122RhoGAP/DLC-1 expression can be a cause of coronary spasm. PLOS ONE in press.
 4. Wilkoff BL, Fauchier L, Stiles MK, Morillo CA, Al-Khatib SM, Almendral J, Aguinaga L, Berger RD, Cuesta A, Daubert JP, Dubner S, Ellenbogen KA, Estes NA 3rd, Fenelon G, Garcia FC, Gasparini M, Haines DE, Healey JS, Hurtwitz JL, Keegan R, Kolb C, Kuck KH, Marinskis G, Martinelli M, McGuire M, Molina LG4, Okumura K, Proclemer A, Russo AM, Singh JP, Swerdlow CD, Teo WS, Uribe W, Viskin

S, Wang CC, Zhang S. 2015
HRS/EHRA/APHRS/SOLAECE Expert
Consensus Statement on Optimal
Implantable Cardioverter-
Defibrillator Programming and
Testing. Heart Rhythm. 2015 Nov 20.
pii: S1547-5271(15)01425-3. doi: 10.
1016/j.hrthm.2015.11.018. [Epub
ahead of print]

5. Itoh T, Kimura M, Tomita H, Sasaki
S, Owada S, Horiuchi D, Sasaki K,
Ishida Y, Kinjo T, Okumura K. :
Reduced residual conduction gaps and
favourable outcome in contact
force-guided circumferential
pulmonary vein isolation. Europace
2015 in press.

6. Higuma T, Soeda T, Abe N, Yamada
M, Yokoyama H, Shibutani S, Vergallo
R, Minami Y, Ong DS, Lee H, Okumura
K, Jang IK. : A Combined Optical
Coherence Tomography and
Intravascular Ultrasound Study on
Plaque Rupture, Plaque Erosion, and
Calcified Nodule in Patients With
ST-Segment Elevation Myocardial
Infarction. Incidence, Morphologic
Characteristics, and Outcomes After
Percutaneous Coronary Intervention.
J Am Coll Cardiol Intv
2015;8:1166-76.

和泉 徹

1. Kamiya K, Masuda T, Tanaka S,

Hamazaki N, Matsue Y, Mezzani A,
Matsuzawa R, Nozaki K, Maekawa E,
Noda C, Yamaoka-Tojo M, Arai Y,
Matsunaga A, Izumi T, Ako J:
Quadriceps Strength as a Predictor of
Mortality in Coronary Artery Disease.
Am J Med. 2015;128:1212-9.

2. 上原彰史、小幡裕明、和泉由貴)、
鈴木順夫、渡邊 恵、山口兼司、宮坂
めぐ美、渡邊未佳、阿部敏弘、土肥正
幸、鈴木正芳、大西昌之、渡部 透、
和泉 徹: Short Physical Performance
Battery (SPPB) 評価は高齢者の独歩退
院をガイドするか? 日循予防誌.
2015 : 50 ; 153-61.

3. 小幡裕明、南野 徹、上原彰史、和
泉由貴、鈴木順夫、和泉 徹: 超高
齢社会におけるフレイルを克服する一
独歩プロジェクト. 日循予防
誌. 2015 ; 50 : 41-7.

4. Sakaida I, Nakajima k, Okita k,
Hori M, Izumi T, Sakura M, Shibasaki
Y, Tachikawa S, Tsubouchi H, Oka H,
Kobayashi H: Can Serum Albumin Level
Affect the Pharmacological Action of
Tolvaptan in Patients With Liver
Cirrhosis? A Post Hoc Analysis of
Previous Clinical Trials in Japan. J
Gastroenterol. 2015;50:1047-53.

5. 小幡裕明、南野 徹、上原彰史、渡
邊 恵、山口兼司、宮坂めぐ美、和泉
由貴、鈴木順夫、和泉 徹: 独歩リ
ハビリと心臓リハビリの関わり. 心臓
リハビリ誌. 2015 : 20 ; 308-12.

別紙1 植込み時登録票

ペースメーカー新規植込み患者心臓機能障害再認定調査登録票
(植込み時)

Fax:03-3219-1955

施設名 () 報告者氏名 () 記入日 (20 年 月 日)

患者情報 研究用 ID : (施設 No. 症例 No.)

A. 生年月日 : (西暦 年 月 日) 年齢 : (歳) 性別 : 男 女

イニシャル (e)

B. 植込み日 : (20¹ 年 月 日)

C. 心不全 : 有 (NYHA class : I II III IV) 無

D. 植込み前の心臓機能障害認定 : 有 () 級 無

ペースメーカー植込み適応

E. 原疾患 : SSS AV block AF bady その他 ()

F. 日本循環器ガイドライン上の植込み適応基準

Class I Class IIa Class IIb Class III

機能評価

G. 日常生活動作 (Activity of daily living; Barthel Index) (点)

H. 手段的日常生活動作 (Instrumental ADL; IADL)

ADL 尺度 (Lawton & Brody) (点)

I. 身体活動能力

() METS

J. 主な身体活動能力低下の原因

有 (心疾患 脳血管・神経疾患 整形外科的疾患 その他 ())

無

植込み後心臓機能障害認定

K. 有 (認定等級 () 級) 無

※ 登録時に障害認定等級が受領されていない場合は3ヶ月後に記載すること。

他疾患による機能障害認定

L. 有 (認定等級 () 級) 無

ペースメーカー新規植込み患者心臓機能障害再認定調査登録票
植込み後 (3ヶ月 6ヶ月 1年 2年 3年)
Fax:03-3219-1955

施設名 () 報告者氏名 () 記入日 (20 年 月 日)

患者情報 研究用 ID: (施設 No. -症例 No.)

A. 生年月日: (西暦 年 月 日) 年齢: (歳) 性別: 男 女

イニシャル(e

B. ペースメーカー植込み日: (20 年 月 日)

C. 心不全: 有 (NYHA class: I II III IV) 無

D. 心臓機能障害認定等級 有 () 級 無

等級変化 有 理由 (i) 無

デバイスフォローアップ情報

E. 除細動器へのアップグレード:

有 (ICD CRT-D) 無

F. デバイス抜去 有 無

身体機能評価

G. 日常生活動作 (Activity of daily life: 点)
Barthel Index (点)

H. 手段的日常生活動作 (Instrumental ADL: IADL)

ADL 尺度 (Lawton & Brody) () 点

I. 身体活動能力 ()

() METS

J. 主な身体活動能力低下の原因

有 (心疾患 脳血管神経疾患 整形外科的疾患 その他 ())

無

予後評価

K. 入院の有無: 有 (心疾患 その他) 無

L. 生命予後: 生存 死亡 (理由: 心疾患 その他 原因不明)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

学 会 等 発 表 実 績

1. 学会等における口頭・ポスター発表

発表した成果（発表題目、口頭・ポスター発表の別）	発表者氏名	発表した場所（学会等名）	発表した時期	国内・外の別
身体障害者福祉法第15条指定医の認定基準に関するインターネットでの情報整理（ポスター）	北村弥生、石川浩太郎、江藤文夫	日本障害学会	2015-11-08.	国内
国連国際障害統計ワシントングループ会議について。（口頭）	北村弥生	「途上国の障害女性・障害児の貧困削減」研究会	2015. 12-08	国内
聴覚障害の認定基準と医師研修に関する調査研究（口頭）	石川浩太郎、北村弥生、稼農和久、江藤文夫	日本耳鼻咽喉科学会	2016. 5-20.	国内

2. 学会誌・雑誌等における論文掲載

掲載した論文（発表題目）	発表者氏名	発表した場所（学会誌・雑誌等名）	発表した時期	国内・外の別
認知症の歴史試論	江藤文夫	OTジャーナル、49（7）：550 - 557	2015	国内
国際連合等の文書に見る障害者に関する統計の目標設定	北村 弥生	国リハ紀要、35号	2015	国内
身体障害者福祉法第15条指定医の指定基準と研修：インターネットによる公開情報の解析	北村弥生、石川浩太郎、稼農和久、江藤文夫	国リハ紀要、36号	2016.	国内
第15回 国連障害統計のワシントングループ会議に参加して	北村 弥生	国リハニュース	2015. 1.	国内
障害と活動の測定・評価ハンドブック（改訂第二版）：機能からQOLまで	岩谷力、飛松好子	南江堂	2015	国内
<連載：身体障害者診断書Q&A>人工関節の取り扱いの	伊藤利之	総合リハ43巻5号	2015	国内

変更.				
生殖医療に対する泌尿器科 医の立ち位置.	岡田弘.	臨床泌尿 器. 67(2). 107-116.	2013	国内
J-RHYTHM Registry Investigators. Assessment of risk factors for bleeding in Japanese patients with non-valvular atrial fibrillation receiving warfarin treatment: A subanalysis of the J-RHYTHM Registry.	Tomita H, Okumura K, Inoue H, Atarashi H, Yamashita T, Origasa H.	Int J Cardiol. 2013;308-310.	2015	国外

(注1) 発表者氏名は、連名による発表の場合には、筆頭者を先頭にして全員を記載すること。

(注2) 本様式は excel 形式にて作成し、甲が求める場合は別途電子データを納入すること。

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
「身体障害者の認定基準の今後のあり方に関する研究」
平成 27 年 総括・分担研究報告書

発行者 江藤 文夫（研究代表者：国立障害者リハビリテーションセンター）
〒359-8555 埼玉県所沢市並木 4 - 1