

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者の障害認定基準の最適化に
関する実証的研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩 谷 力

平成19(2007)年3月

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者の障害認定基準の最適化に
関する実証的研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩 谷 力

平成19(2007)年3月

目 次

I. 総括研究報告	-----	1
II. 分担研究報告 1		
1. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害）		
分担研究者 柳沢信夫	-----	4
2. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（肢体不自由）		
分担研究者 伊藤利之	-----	18
3. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（視覚障害、聴覚障害・言語障害・音声機能障害・咀嚼機能障害）		
分担研究者 寺島 彰	-----	35

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括研究報告書

身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究

主任研究者 岩谷力

平成16年度、平成17年度にかけて、身体障害者福祉法の理念に基づき、肢体不自由および内部（心臓、呼吸器、腎臓）機能障害について障害認定の課題を整理した。

研究の最終年度として、視覚障害、聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害と未実施であった内部障害（直腸・膀胱、小腸）に関して課題を整理した。

また、肢体不自由については、具体的な認定基準についても提案した。

分担研究者

柳沢信夫 関東労災病院
伊藤利之 横浜市総合リハビリテーションセンター
寺島 彰 浦和大学

準の考え方をまとめることを目的している。また、同時に、適切な運用を支えるための障害者関連情報を収集し、再認定システムのなど制度のあり方の考察を行うことももう一つの目的としている。

A. 研究目的

昭和24年に成立した身体障害者法では、最初に、視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者に対する身体障害者福祉施策を開始し、その後、心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害の内部障害を包含するようになった。それに伴い、身体障害者福祉法における更生の概念も、従来の経済的・社会的自立から日常生活能力の回復をも含む広義なものへと変化してきた。さらに、近年においては、障害者自立支援法の成立など、障害者の幅広い自立に着目した障害者制度が構築されつつある。このような状況の中、本研究は、身体障害者福祉法が本来目的とする更生援護を適切に達成し、かつ、真に必要な人に、必要なサービスを、適切な時期に提供するために、事例検討や実証的データに基づき、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基

B. 研究方法

平成16年度は、現状の認定基準の問題点を把握するために、都道府県の障害認定担当医師を対象に調査を実施した。この調査では、45の都道府県自治体から回答をいただいた。さらに、その結果に基づき、肢体不自由に関して専門医師に対するヒアリングを行い、より詳細な調査を行った。また、障害認定の理念に関する国外の状況を調査した。

平成17年度は、平成16年度に実施した調査結果に基づき、内部障害の各分野の専門医からの意見聴取を実施した。また、これまでの調査結果をふまえて、肢体不自由および内部障害（心臓、呼吸器、腎臓）の身体障害者福祉法における障害認定の課題を整理し、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基準のあり方を検討した。さらに、脊髄損傷者の加齢的変

化の現状と障害認定上の問題についても整理した。また、国内の関連する障害者制度における障害の捕え方についても調査・整理した。

平成 18 年度は、視覚障害、聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害と残りの内部障害（直腸・膀胱、小腸）に関して専門医の調査を実施した。そして、これらの障害について障害認定の課題を整理した。肢体不自由については、具体的な認定基準についても提案した。

C. 研究結果

内部障害のぼうこう・直腸機能障害については、（１）原因によらない「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」の認定の検討、

（２）「完全尿失禁」の定義の明確化、「完全尿失禁」に加えて「著しい尿失禁」等を含めることの検討の必要性が明らかになった。

また、小腸機能障害については、（１）経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めること、

（２）小腸の残存部位の長さによる認定以外の全身的な栄養状態や日常生活の質も加えることについての検討課題が明らかになった。

肢体不自由については、平成 17 年度にまとめた現行制度の課題について検討し、障害認定基準に係る課題を解決すべく、「身体障害者障害程度等級表に係る総括事項」と肢体不自由に係る「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」を修正・追記した改定案を作成した。今回の改定案は法制度（別表）そのものには手をつけず、障害程度等級表の解説に係る改定にとどめた。

また、作成した改定案に基づき、青森県の身体障害者診断書 100 件および横浜市における診断書 600 件を対象に、専門医（研究協力者）による認定作業を通して検証を行った。その結

果、高い評価が得られ、改定案は概ね障害認定の便宜に供すると判断された。しかし、障害程度等級表の解説を改定するだけでは、意識障害や高齢化に伴う障害などに係る問題を解決することはできなかった。

視覚障害の認定については、（１）視力障害の認定を両眼視で行うこと。（２）視野障害の測定方法の再検討、（３）高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などの視覚機能の測定方法についての検討、（４）再認定の方法についての検討の課題が示された。

聴覚障害については、（１）純音聴力検査で実測値を使用すること、（２）大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定方法、（３）乳幼児の早期認定と再認定方法、（４）知的障害、認知症などの言語障害認定方法、（５）そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定、（６）疑義の公表方法が検討課題として示された。

D. 考察

3 年かけて、身体障害者福祉法における、視覚障害、聴覚・平衡機能障害・音声・言語・そしやく機能障害、肢体不自由および内部障害（心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害）の障害認定の課題を整理した。

このうち、肢体不自由については、「身体障害者障害程度等級表に係る総括事項」と肢体不自由に係る「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」を修正・追記した改定案を提起した。

今後の課題として、他の障害についても、このような具体的な改定案を提起していく必要がある。

また、身体障害福祉法は、本来リハビリテーション法としての性格をもっていたにもかかわらず、社会的要請により、障害者保護の要素が強くなってきており、それが、障害認定基準にも反映されている。そのため、「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進する」という身体障害者福祉法の本来の目的を超えて障害範囲が拡大している。

しかし、障害者自立支援法の成立により介護給付等が制度化され、身体障害者福祉法の役割も変化してきており、今後、身体障害者福祉法の認定のありかたも再検討されていくと考えられる。

そこで、このような現状をふまえ、今後は、本来の身体障害者福祉法の目的にあった障害認定のありかたについて検討することも必要であろう。

具体的には、日常生活能力の回復を支援するための障害認定、日常生活の自立を支援する障害認定、福祉的就労を支援するための障害認定、職業的自立を支援するための障害認定などがどうあるべきかを検討することが想定される。

E. 結論

昨年度までに、身体障害者福祉法の理念に基づき、肢体不自由および内部（心臓、呼吸器、腎臓）機能障害について障害認定の課題を整理した。

研究の最終年度として、視覚障害、聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害と未実施であった内部障害（直腸・膀胱、小腸）に関して課題を整理した。

また、肢体不自由については、具体的な認定基準についても提案した。

F. 健康危惧情報 特記事項なし。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（ぼうこう・直腸、小腸）

分担研究者 柳澤信夫

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理として、ぼうこう・直腸機能障害について整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを各障害について整理し、さらに、専門家への調査を実施した。その結果、ぼうこう・直腸機能障害については、（1）原因によらない「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」の認定の検討、（2）「完全尿失禁」の定義の明確化、「完全尿失禁」に加えて「著しい尿失禁」等を含めることの検討の必要性が明らかになった。

また、小腸機能障害については、（1）経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めること、（2）小腸の残存部位の長さによる認定以外の全身的な栄養状態や日常生活の質も加えることなどの検討課題が明らかになった。

研究協力者

望月英隆（防衛医科大学校外科学講座教授）

松島正浩（東邦大学医学部教授）

A. 研究目的

身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理をすることが目的である。ただし、内部障害は6種類あり、昨年度は、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害の3つについて課題の整理をした。今年度は、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害について整理をした。なお、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害については、障害認定の歴史も浅く、平成15年度に実施した都道府県障害認定担当者に対する調査でも、また、平成16年度に実施した都道府県障害認定医師に対する調査でも、特段の課題が指摘されなかったため、本研究では取り上げないこととした。

B. 研究方法

1. 障害認定に関する要望の整理

本研究では、これまで、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）を行った。その結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものをぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害について整理した。

2. 専門家からのヒアリング

これらの要望について、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害の各分野の専門医に意見を求めた。

C. 研究結果

障害認定に関する要望の多い順に整理したものが、資料1～5である。

専門医からのヒアリングの結果は、資料6～10のとおりである。

D. 考察

1. ぼうこう・直腸機能障害

課題として指摘が複数あったものを取り上げると次のようになる。

(1) 「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について

現状では、ぼうこう・直腸機能障害の認定において、「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があることが要件になっているが、原因が制限されているために、同様の「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」があっても、ぼうこう・直腸機能障害に認定されない場合がある。例えば、産婦人科や泌尿器の手術に伴う神経因性膀胱は対象にならない。これに対して、完全尿失禁や永続的な摘便などの実態に着目して認定対象にすることを検討すべきであるという意見が多い。(29/49件)

(2) 「完全尿失禁」の定義について

現状の認定基準では、「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどのような場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか明確ではないという意見がある。

(3) 「完全尿失禁」でなく「著しい尿失禁」等を含めることについて

上とも関連があるが、高度の排尿機能障害の概念が不明瞭であることから、著しい尿失禁も含めるべきであるという意見が2件あった。

2. 小腸機能障害

(1) 経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めることについて

成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほ

とんど経管的に投与されていたが、現在は、フレーバー等の開発が進み、ほとんどが経口摂取するようになった。そのため、小腸機能障害認定基準として、「経腸栄養」の規定を変更する必要があるという専門医の意見があった。同様の意見は、都道府県認定医からも複数(3例)提起されている。また、QOLを考えて、経口栄養管理に切り替えても、その結果、認定基準から外れるという矛盾を生じているという主張もある。

(2) 小腸の残存部位の長さによる認定について

現行の認定基準では、①小腸の残存部位の長さ、②中心静脈栄養の程度によって等級を判断している。

しかし、残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能とは比例しない。そこで、全身的な栄養状態(TR・アルブミン・微量元素)やADLの評価が必要であるという件がある。身長から算出した標準体重を維持するために必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかや、栄養状態、日常生活の質も加えるべきであるという意見も複数ある。

E. 結論

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における内部障害認定の課題の整理として、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害について整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査(平成15年度)、都道府県障害認定医師に対する調査(平成16年度)結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを各障害について整理し、さらに、専門家への調査を実

施した。その結果、ぼうこう・直腸機能障害については、(1) 原因によらない「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」の認定、

(2) 「完全尿失禁」の定義の明確化、「完全尿失禁」に加えて「著しい尿失禁」等を含めることの検討の必要性が明らかになった。

また、小腸機能障害については、(1) 経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めること、

(2) 小腸の残存部位の長さによる認定以外の全身的な栄養状態や日常生活の質も加えることについての検討についての必要性が明らかになった。

資料1 都道府県担当者からの要望（ぼうこう・直腸）

医師 医師以外 合計

	医師	医師以外	合計
障害の範囲の拡大			
「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について、原因を限定せず状態からみた認定が可能をして欲しい。「直腸肛門吻合術」が原因である場合など。	3	3	6
心因性排尿障害に拡大。		2	2
子宮の手術に起因する神経因性膀胱を排除する理由がわからない。	1		1
産婦人科や泌尿器の手術に伴う排尿機能障害について、認定の対象とならないか。		1	1
婦人科疾患に原因を有する膀胱または直腸機能障害に対しても認定されるよう、基準を変更することが望ましい。	1		1
脊髄損傷や子宮癌などの手術による神経因性膀胱も認定対象として検討してもよいのでは。（完全尿失禁や永続的な摘便などの事実は存在する。不完全尿失禁者などと違い、制度で救済する必要性は比較的に高いと思われる。）	1		1
ストマのない膀胱・直腸機能障害（例えば神経因性膀胱など）を先天性疾患のみに限るのは、非現実的で説得力に欠けると思うが……。	1		1
先天性疾患の神経因性膀胱に基づく高度の排尿障害や直腸術後の高度の排尿障害は障害者福祉法の障害として認定されているが、前立腺癌など同じ骨盤腔内の癌の手術による高度の排尿障害は福祉法の障害の対象にならないのは不公平の様に思われるが、如何なものでしょうか。	1		1
退行性病変の者もぼうこう・直腸機能障害の障害認定をすべきである。		1	1
15年度より新基準になり「二分脊椎による排尿・排便機能障害があるもの」にとっては、基準が厳しくなった。		1	1
潰瘍性大腸炎による大腸機能障害についても認定の対象とするべき。		1	1
脊髄損傷や脳血管障害による排尿機能障害および排便機能障害を対象にして欲しい。	1		1
膀胱拡大術に伴う高度排尿機能障害についても、障害認定してよいのではないか。	1		1
「完全尿失禁」でなく「著しい尿失禁」等を含めて欲しい。	1	1	2
手術の対象が直腸に限ることの根拠は何であろうか。	1		1
子宮の手術に起因する神経因性膀胱を排除する理由がわからない。	1		1
二分脊椎等の先天性疾患に限る根拠も不明。	1		1
最近、特に小児外科領域において、複雑な先天性疾患が極めて早期に予見され、救命可能となったが、担当医師又は地方審査部会の裁量のバラつきを最小とするため、up to date な中央統一見解を求められることが多くなるだろう。	1		1
一時的ストーマでも長期となる場合があり、例えば60日以上ストーマ状態にある状態にある場合等は認定してもよいのではないか。	1		1
子宮癌などの骨盤内悪性腫瘍術後には、直腸癌術後と同様に自己導尿が必要となる排尿障害が発生する場合があり、このような症例と認定してもよいのではないか。	1		1
上記に同じ。障害の状態が同じでありながら、原因により手帳が非該当となるケースがあり、申請者の納得を得るのに苦慮しています。	1		1
放射線による障害について、「腸瘻」以外は明記されていないが、近年の放射線治療の状況から考えると排便・排尿機能障害についても放射線による障害を想定するべきだと思います。	1		1
等級			
二分脊椎症を原因とするぼうこう・直腸機能障害については、排尿機能障害・排便機能障害の別によることなく一律に3級または1級に認定して欲しい。		1	1

ストマ造設患者（オストメイト）はQOLの低下が著しく、社会生活を送る上でも障害が大きいと感じています。このため障害の級をもっと上げてほしいのではないかと考えます。	1		1
認定方法			
器質的な障害については判定し易いと思いますが、機能障害の程度については判定が困難な場合があります。	1		1
「～に準じる障害の程度」と申請された場合の判定に苦慮することがあります。	1		1
高度の排尿機能障害に該当するかどうか人がによって意見がわかる。「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどういう場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか、判断に迷う。	1		1
治癒困難な腸瘻の判断が少し困難かと考えます。認定基準では、「腸内容の大部分の漏れがあり、手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のもの」と記載してありますが、実際には、「手術等によって治癒を試みたのか否か、そしてその結果として腸瘻が治癒困難となったのか」ということが判断しがたいと感じています。	1		1
ストマ造設の「永久」の判断は、医師及び本人が「永久」とすればそれでよいのかどうか、判断に迷う。	1		1
ストマ造設直後、直ぐに4級が取れる様になったことは良いことと思われるが、6ヶ月以上過ぎないと3級にならないのは不合理と思われる。	1		1
ストマにおける排尿排便処理の状態の有の場合、変形の有無が少しでもあれば認められるのか。この項にレ点を入れれば3級になるケースが多くなるように思われる。	1		1
「長期にわたるストマ用装具の装着困難」のうち「長期」とは具体的にどの位の期間か？（ストマ用装具は附着部分（ワク）と収納器に分かれた形のものが多いが、袋のみを頻繁にかえるものをいれてもよいものか不明）	1		1
排便の質、量がかなり異なっていますので、小腸のストマと大腸のストマは分けて考えるべきと思います。	1		1
常時カテーテルが必要となる等排尿機能障害の者が、基準に定める原因に該当しないため手帳非該当となる場合があります。	1		1
本来は永続的なストマの造設を認定対象としているが、6ヶ月要件の撤廃により、一時的造設のストマの申請が増大した。ストマ用装具が健康保険適用にならないことが、一因と考えられる。これらを却下とするか、一定期間が経過した後に再認定を促すか、考え方を整理する必要がある。	1		1
ダブルストマの状態でも、次のように等級判断が分かれる。腸管のストマ+尿路変更のストマ……3級 腸管のストマ+腸管のストマ……4級 尿路変更のストマ+尿路変更のストマ……4級 尿路変更のストマ+治療困難な腸ろう……3級 腸管のストマ+治療困難な腸ろう……4級	1		1
自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）は、ストマ造設と同様に、手術をした時点で4級と認定してはいかがでしょうか。	1		1
腸管ストマの場合は、造設時、永久的ストマにするつもりでも、数年後に考えが変わり、ストマ閉鎖を希望する患者がいる。「永久的」という判断の目安が必要。または、ストマ造設期間は身体障害者として認定する方向にすすめればよい。	1		1

<p>直腸癌に対する超低位前方切除術における吻合部を温存するため一時的人工肛門や、吻合が可能な部位であるが緊急手術等でとりあえず人工肛門を造設するようなケースが多くなっています。そのような場合に関しての質問・意見です。①一時的人工肛門として造設したものが、閉鎖できずに結果的に永久的人工肛門となる場合があります。そのような際に、遑って認定することが可能であると患者は助かるのですが、そのようなシステムにすることは無理でしょうか。②数年間経過観察した後に人工肛門閉鎖を考慮するというような場合も多くあります。状態からみて永久的人工肛門になる確率が非常に高いと考えられる場合は認定してもよいと考えておりますが、いかがでしょうか。③以上の事項に関しては、再認定を確実にできるシステムがあれば問題がなくなると考えております。</p>	1		1
<p>高度の排尿機能障害について 新訂身体障害者認定基準及び認定要領（2003年6月15日発行）（中央法規出版LL）の441頁に記載されている等級表4級C項、特に「注12」について、具体的に例示して頂きたい。最近前立腺癌手術を受けたが、単に「排尿が困難である。」とか「新ぼうこうでは尿がもれるので尿パットを1日数回かえなければならぬ」域は「昼間は何とか自己排尿が出来るが、夜間は尿パットを当てなければいけない」と簡単に1～2行記入して4級を求めてくる診断書が多くて困惑している。然も診断書の「<input type="checkbox"/>カテーテルの常時留置」「<input type="checkbox"/>自己導尿の常時施行」「<input type="checkbox"/>完全尿失禁」には印がなく（白紙である）、すべてが「<input type="checkbox"/>その他」の項に1～2行簡単に記入されているのみである。法規「注12」に記載されている様に「カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のもの」に限定してよいものか、非常にわずらわしい。事例欄に「適切な事例」、「不適切な事例」として数例ずつ記載して頂きたい。</p>	1		1
<p>診断書様式</p>			
<p>事務的に処理する場合、永久ストマか一時ストマかの判断に迷うことがある。永久か一時的かを記載する項目があれば便利。</p>	1		1
<p>再認定</p>			
<p>現行のシステムでは、患者が自己申告しない限り再認定を行うことは不可能ですが、確実に再認定を行えるようにできないものでしょうか。経過中に等級が下がったり、認定基準からはずれ認定取り消しとなる症例が再審査されていない可能性があると思います。逆に、再認定を受けるまでは認定可能な症例も多くあると思います。期間を区切って更新するようなシステムにすると改善される可能性があるのではないのでしょうか。</p>	1		1

資料2 都道府県担当者からの要望（小腸）

医師 医師 合計
以外

	医師	医師 以外	合計
障害の範囲の拡大			
経腸栄養法は経管に限らず、経口でも認めてほしい。	1		1
中心静脈栄養法は施行していないが、経口的経腸栄養剤でのみ生命を維持している患者に対しても認定されるよう、基準を変更することが望ましい。	1		1
QOLを考え、できるだけ経口栄養管理としてあげたいのが治療者の願い。せっかくその方向にもって行ってあげても、認定基準に外れるという矛盾を生じている。治療の進歩に適応していただけると、患者の幸せとなる。	1		1
適応して輸液や経腸栄養が不必要になる可能性もあることで、判断が困難となります。	1		1
認定方法			
手術を担当した外科医でなく、後日内科医等が申請される場合、小腸の残存部位、長さが十分判定できないことが多いです。検査データからは中心静脈栄養が必要な状態と理解できるが、患者さんが入院せず、又在宅中心静脈栄養もできない状況での申請もあり、判定に苦慮することが多々あります。	1		1
全身的な栄養状態（TR・アルブミン・微量元素）やADLの評価を必要と考えます。	1		1
残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能と一対一対応では無いため。臨床医にとっても回答しにくい設問である。身長から算出した標準体重を維持するために必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかで残存小腸機能を推測するのが適当ではないか	1		1
栄養状態、日常生活の質も加えることが必要だと思われる。	1		1
小腸疾患で「著しい機能低下」を伴う、とは具体的に？曖昧になることあり。	1		1
残存部位の長さ、中心静脈栄養の程度のみでは、判断困難と考える。	1		1
長さと中心静脈栄養の程度がQOLとどのような関係があるのか再評価して長さが75cm、150cm栄養程度が60%、30%の基準でよいのか再検討する必要があると思います。	1		1
小腸切除がされている症例では難しいことはありませんが、中心静脈栄養療法がされていても病態が不安定な患者では、判定が難しい場合が多いとおもいます。	1		1
バウヒン弁が温存されているか否かも重要なファクターです。	1		1
残存部位の長さを診断書から判断するのに苦慮しています。また、切除していなくても小腸癒着により小腸が一塊になり機能喪失している例がありました。	1		1
できれば参考になる血液情報が必要と思う。	1		1
中心静脈栄養あるいは経腸栄養の常時と随時との期間の差が大きい場合。	1		1
適応して輸液や経腸栄養が不必要になる可能性もあることで、判断が困難となります。	1		1
小腸疾患（クローン病等）では、病期により食事は摂れないが、経口的に経腸栄養剤を内服している場合がある。「経腸栄養法」とは、経管的に成分栄養を与える方法と規定されているが、小腸疾患で経管的に栄養を摂っている患者は極めて稀である。	1		1

大部分を流動食の経口摂取に頼っている場合は、現行基準では認定できない。しかし、経管か否かといった嚥下の仕方ではなく消化吸收の障害という観点からは、なんらかの認定基準があってよいのでは。	1		1
栄養所要量、体重減少率についての近年の考えや数値に変更する必要はないか？	1		1
クローン病患者では、数年単位の長期間、経腸栄養療法を行って治療してみないと小腸機能の判定ができないことも多くあります。前項の問題と同じですが、再認定を確実に行うシステムがあると判定に苦慮しなくとも済む場合が多いと思います。	1		1
悪性腫瘍の末期であっても、化学療法にて長期生存やまれに治癒までもっていった症例もあるのですが、末期で治療中の者について、機能障害としての認定はやはり不可でしょうか。	1		1
小腸残存の原因のみが時に見られるが、残存長さを必ず入れて欲しい。	1		1
入院処置の軽重によって判定を行うように見える。生活の質（日常生活、食事の制限）の障害によって判定できないだろうか。	1		1
等級			
1級と3級の違いは、常時中心静脈栄養を行なっているか、その依存率60%以上か30%以上かであると解釈しています。（そうでないと該当しない、と解釈）すると、体重減少や血清アルブミン値はどう参考にするのか、よくわかりません。	1		1

資料3 専門医の意見1 (ぼうこう・直腸機能障害)

(1) 障害の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い現在の身体障害の認定基準が現実合わなくなってきたことがありますか。

現行の膀胱・直腸機能障害の認定基準で、現実合わなくなってきた点はないものと考えます。

現行の認定基準についての「都道府県の認定医の意見」についても、認定基準の注意事項等を熟読すれば適切に判断可能なものがほとんどであると考えます。

(2) 近年の医学的進歩が反映された検査手段、方法を用いて障害認定を行うことができるでしょうか、あるいはそのような方法で行うほうがよいと考えられるでしょうか。よいと考えられる場合、その方法は、全国どこでも実施できるでしょうか。また、その場合の費用負担が適切であるかどうかについてもご意見をお願いします。

直腸機能障害の検査手段として、直腸肛門管内圧検査 (manometric test) や排便時のビデオ画像による機能検査 (defecography) 等がありますが、それらを行える医療機関はきわめて限られております。したがって、それらの検査を直腸機能障害の客観的判定に導入することは現実的ではありません。

資料4 専門医の意見2 (ぼうこう・直腸機能障害)

都道府県の認定医の膀胱または直腸機能障害の認定に関する主なご意見は下記の如くであり、これらの意見は、全てもつともな意見であると理解している。

1. 高度の排尿機能障害、排便機能障害を限定している理由がわからない。
2. 自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）は、ストーマ造設と同様に、手術をした時点で4級と認定してはいかがでしょうか。
3. 一般の神経因性膀胱にも適応範囲を拡大できないのか。

上記について、手術の対象が直腸に限る事の根拠は何であろうか。子宮の手術に起因する神経因性膀胱を排除する理由がわからない。また、二分脊椎等の先天性疾患に限る根拠も不明。

4. 高度の排尿機能障害に該当するかどうか人がによって意見がわかれる。「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどういう場合を高度の排尿機能障害」と認定すべきか、判断に迷う。
5. 婦人科疾患に原因を有する膀胱または直腸機能障害に対しても認定されるよう、基準を変更することが望ましい。
6. 脊髄損傷や子宮癌などの手術による神経因性膀胱も認定対象として検討してもよいのでは。(完全尿失禁や永続的な摘便などの事実は存在する。不完全尿失禁者などと違い、制度で救済する必要性は比較的に高いと思われる。)
7. ストマのない膀胱・直腸機能障害(例えば神経因性膀胱など)を先天性疾患のみに限るのは、非現実的で説得力に欠けると思うが・・・。
8. 先天性疾患の神経因性膀胱に基づく高度の排尿障害や術後の高度の排尿障害は身体障害者福祉法の障害として認定されているが、前立腺癌など同じ骨盤腔内の癌の手術による高度の排尿障害は身体障害者福祉法の障害の対象にならないのは不公平の様に思われるが、如何なものでしょうか。
9. 高度の排尿機能障害について新訂身体障害者認定基準及び認定要領(2003年6月15日発行)(中央法規出版)の441頁に記載されている等級表4級C項、特に『注12』について、具体的に例示して頂きたい。最近前立腺癌手術を受けたが、単に「排尿が困難である。」とか『新膀胱では尿がもれるので尿パットを1日数回かえなければならぬ』あるいは「昼間は何とか自己排尿が出来るが、夜間は尿パットを当てなければいけない」と簡単に1~2行記入して4級を求めてくる診断書が多くて困惑している。然も診断書の「カテーテルの常時留置」「自己導尿の常時施行」「完全尿失禁」には印がなく(白紙である)、すべてが「その他」の項に1~2行簡単に記入されているのみである。法規「注12」に記載されている様に「カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のもの」に限定してよいものか、非常にわずらわしい。事例欄に「適切な事例」、「不適切な事例」として数例ずつ記載して頂きたい。

[参考資料]

平成11年4月に厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)総括研究報告書「ぼうこう又は直腸機能障害認定基準の見直しに関する研究(主任研究者:望月英隆防衛医科大学校外科学第一講座教授)の分担研究報告である。新訂身体障害者認定基準及び認定要項(2003年6月15日

発行)との違いがご理解頂けると思います。新訂身体障害者認定基準に私達が提出した「ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直し」が十分に反映されて居らず残念です。

厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業) 分担研究報告書

「ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直し」に関する研究

分担研究者 松島正浩 東邦大学医学部附属大橋病院長

研究要旨

ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直しに関する研究のうち、ぼうこう機能障害を来す疾患・治療の現状(直腸手術以外)とぼうこう機能障害の原因の限定の妥当性に関する検討を行った結果、この4半世紀における尿路変向(更)術の進歩は著しく、種々の禁制型の自己導尿型尿路変向術から最も新しい腸管を利用した自然排尿型の代用膀胱(新膀胱)の時代に突入している。よって従来のぼうこう又は直腸機能障害の認定基準では対応できかねる症例が増加している。

また二分脊椎のみに限定された従来の認定基準も不公平感がある。よって認定基準の変更案として

1. 同じ“神経因性膀胱”の所見があれば、二分脊椎以外の基礎疾患(脳血管障害、脊椎損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害)糖尿病性神経障害など)も認める。
 2. 導尿代用膀胱(CUR)は4級にする。
 3. 新膀胱(OUR)では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。
- 以上3項目を新たに適応拡大とすることが妥当であるとの結論に達した。

A. 研究目的

ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直しに関する研究のうち、ぼうこうの機能障害を来す疾患・治療の現状(直腸手術以外)と、ぼうこう機能障害の原因の妥当性に関する検討を行った。

B. 研究方法

身体障害認定基準(解釈と運用)、厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課、中央法規、1997のぼうこう又は機能障害の認定基準と事例を照らし合わせながら、その矛盾点を洗い出し、最近10年間の日本泌尿器科学会の全国膀胱がん患者登録調査報告の尿路変向術の術式を参考にして最近の尿路変向術の傾向を把握し、現認定基準の不合理的な問題点を指摘すると同時に、二分脊椎とそれに準ずる疾患に関しての問題点を調べる。

C. 研究結果

①ぼうこう機能障害を来す疾患の治療の現状

②ぼうこう機能障害の原因の限定の妥当性に関する検討を行った結果

認定基準の変更案として

1. 同じ“神経因性膀胱”の所見があれば二分脊椎以外の基礎疾患(脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害、糖尿病性神経障害など)も認める。
2. 導尿代用膀胱(CUR)は4級にする
3. 新膀胱(OUR)では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。

以上3項目を適用拡大とすることが妥当である。

認定基準の変更案(膀胱のみの機能障害とした場合)

4 級：尿路変向（更）のストマをもつもの

但し、尿路変向（更）とは腎ろう、尿管ろう、回（空、結）腸導管、禁制尿路変向（更）および著しい尿失禁を認めるか、頻回の導尿を要する新膀胱

以上の 1 項目を新たに加えることが妥当である。

D. 考察

ぼうこう機能障害を来す疾患・治療の現状

ぼうこう機能障害を来す疾患、すなわち本来の膀胱機能である尿の貯留が、膀胱の種々の器質的・機能的な疾患のために不可能となる状態となる疾患である。器質的なものとしては、浸潤性膀胱癌に代表される膀胱全摘除術、その他の骨盤内悪性腫瘍（子宮癌、直腸癌、前立腺癌など）で膀胱全摘除術が施行される症例が挙げられる。機能的なものとして従来良性疾患の神経因性膀胱のうち、2 分脊椎がその対象である。

尿は腎で作られ、尿管を経て膀胱で一定時間貯留し、尿道を経て体外へ排出される。この経路を変える手術を尿路変向（更）術という。尿路変向術には腎ろう術、腎盂ろう術、尿管ろう術、膀胱ろう術があり、一時的と永久的尿路変向術に 2 大別されていた。昨今では超音波ガイド下の経皮的腎ろう術などが一時的尿路変向術として全世界に普及している。

腸管を用いる尿路変向術は 1851 年に Simon による膀胱外皮症の尿管を直接、直腸に吻合する手術が最初で、1950 年には Bricker の回腸導管という、回腸皮膚癌術の報告により、尿路変向術として画期的な発展を遂げてきた。前者の尿路直腸吻合法は尿管 S 状結腸吻合と共に一時期普及したが晩期合併症の腎盂腎炎に起因する腎後性腎不全の問題が予後に左右する為に消退していった。後者の回腸導管を含むこれまでの種々のろう術はすべて失禁型のため、術後の生活の質の低下は社会的な問題となっていた。

1980 年代に腸管を利用した種々の非失禁型（禁制）の自己導尿型尿路変向術があいついで報告され、世界的に主流をなすようになった。Kock pouch、Indiana pouch、Meinz pouch などである。

その後、尿道と尿道括約筋が健全な症例に対し、腸管を使用した新膀胱と尿道を吻合して、尿道口より自然に排尿可能な自然排尿型の代用膀胱（新膀胱）が報告され、我が国にもしだいにこの方法が増加傾向にある。

全国膀胱癌患者登録調査報告（1981 年以後）を調べると 1985 年と 1995 年を比較すると尿路変向術の術率は、1985 年には回腸導管 54%、尿管癌 36%、禁制型を含むその他 2%であったものが、1995 年では回腸導管 56%、禁制型代用膀胱 4.2%、自然排尿型代用膀胱 13%となり、回腸導管は安全な尿路変向術としてその首位を保っているが、しだいに自然排尿型代用膀胱が増加していることが現状である。

一方二分脊椎に対する尿指変向術は膀胱機能を温存させ自然排尿を続けることに意味がないと考えられた場合にのみ適応となり、陣旧制の神経因性膀胱で尿路荒廃が著しい場合を除いて実際の適応となる例は今日では極めて稀となっている。すなわち小児期より間欠性自己導尿法の訓練開始により膀胱尿管逆流現象や水尿管に起因する腎後性腎不全への発展が防止できる時代になってきているのが現状である。

ぼうこう機能障害の原因疾患の限定の妥当性に対する検討

現行のぼうこう又は直腸機能障害の認定基準における泌尿器等の原因疾患では、尿路変向（更）のストマをもつもの、二分脊椎による高度の排尿機能障害があるもの、二分脊椎による排便機能障害及び排尿機能障害があるものと限定されている。

しかるに尿路変向（更）は従来の失禁型の尿路変向から、非失禁型の導尿型代用膀胱と自然排尿型新膀胱の時代に移行しつつあるので、これらの新しい尿路変向を含めた対応が必要と考える。また、従来、二分脊椎のみが対象となってきた神経因性膀胱もこれと同等の神経因性膀胱を有する疾患が多く認められ、これが除外されていることに関する不満が以前より存在している。よって神経因性膀胱をきたす疾患の適応の拡大が必要であると考え。二分脊椎とそれに準ずる疾患として脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後の神経障害、糖尿病性神経障害などに起因する高度な排尿機能障害もこの対象となるべきと考え。但し、高度の排尿機能障害に客観性を持たせるために、膀胱内圧測定、尿道内圧測定、尿流測定、残尿量の検査所見を添付することが必要であるという提言も必要と考える。

認定基準の変更案として

1. 同じ”神経因性膀胱”の所見があれば、二分脊椎以外の基礎疾患（脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害、糖尿病性神経障害など）も認める。
2. 導尿代用膀胱（CUR）は4級にする
3. 新膀胱（OUR）では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。

以上3項目を新たに適応拡大とすることが妥当である。

膀胱のみの機能障害とした場合の認定基準の変更案

- 4 級：尿路変向（更）のストマをもつもの、但し、尿路変向（更）とは腎ろう、尿管ろう、膀胱ろう、回（空、結）腸導管、禁制尿路変向（更）および著しい尿失禁を認めるか、頻回の導尿を要する新膀胱以上の1項目を新たに適応拡大とすることが妥当である。

E. 結論

認定基準の変更案として

1. 同じ‘神経因性膀胱’の所見があれば、二分脊椎以外の基礎疾患（脳血管障害、脊髄損傷、多発性硬化症、骨盤腔臓器の手術後神経障害、糖尿病性神経障害など）も認める。
2. 導尿代用膀胱（CUR）は4級にする。
3. 新膀胱（OUR）では著しい失禁があるか、残尿が多く頻回の自己導尿を要する場合に限る。

以上3項目を新たに適応拡大とする。

認定基準の変更案（膀胱のみの機能障害とした場合）

- 4 級：尿路変向（更）のストマをもつもの、但し、尿路変向（更）とは腎ろう、尿管ろう、膀胱ろう、回（空、結）腸導管、禁制尿路変向（更）および著しい尿失禁を認めるか、頻回の導尿を要する新膀胱との結論に達した。

資料10 専門医の意見（小腸機能障害）

(1) 障害の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い現在の身体障害の認定基準が現実合わなくなっていることがありますか。

現行の小腸機能障害の認定基準で、現実合わなくなっているものとして、以下の点が挙げられます。

等級表4級に該当する障害として、「随時経腸栄養法で行なう必要があるもの」との規定があり、注22で、『「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう』との規定があります。成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほとんどが経管的に投与されていたのですが、現在ではフレーバー等の開発が進み、成分栄養剤を日常的に経口摂取している場合が極めて多くなっています。このような症例も、小腸機能に関する病態的には経管的に投与している症例と異なるところはないため、「経腸栄養」の規定を変更する必要があるものと考えます。

現行の認定基準に関しての「都道府県の認定医の意見」についても、この点についての問題を指摘する意見が多いです。

(2) 近年の医学的進歩が反映された検査手段、方法を用いて障害認定を行うことができるでしょうか、あるいはそのような方法で行うほうがよいと考えられるでしょうか。よいと考えられる場合、その方法は、全国どこでも実施できるでしょうか。また、その場合の費用負担が適切であるかどうかについてもご意見をお願いします。

低栄養評価の基準として、血清の低アルブミンと体重減少以外に、現在は血清のトランスフェリン、レチノール結合蛋白、プレアルブミン等があり、また、身体計測で皮下脂肪厚、上腕三頭筋周囲長等が有益であることが指摘されています。これらは現在では全国どこでも評価可能と思われませんが、しかし、それらを用いて栄養状態を評価する場合、かなり煩雑になりますので、極めて単純な現行の基準が実用上は有益と考えます。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書
身体障害者福祉法における障害認定の現状と検討課題（肢体不自由）
分担研究者 伊藤利之

現行の身体障害者福祉法における障害認定の問題点について全国調査し、その結果を基に、肢体不自由に関する障害認定課題の整理を行った。そのうえで、整理された事項について専門医（研究協力者）による検討を行い、「身体障害者障害程度等級表に関する総括事項」と肢体不自由に関する「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」の改定試案をまとめた。改定試案の作成に当たっては、横浜市および青森県における身体障害者手帳診断書700件を対象とした認定作業を行い、その是非について検証を行った。その結果、認定の迅速性、曖昧性、不公平性などについて改善が認められ、改定試案は概ね障害認定の便宜に供すると判断された。しかし、障害程度等級表の解説を改定するだけでは、遷延性意識障害や高齢化に伴う障害に係る問題を解決することはできなかった。

研究協力者

1. 安藤徳彦（横浜市立大学市民総合医療センターリハビリテーション科 前教授）
2. 樫本 修（宮城県身体障害者更生相談所長・宮城県拓杏園長）
3. 小池純子（横浜市総合リハビリテーションセンター 副センター長）
4. 土肥信之（広島県立保健福祉大学リハビリテーション科 教授）
5. 中島咲哉（岡山理科大学工学部福祉システム工学科 整形外科 前教授）
6. 白野 明（川崎市社会福祉事業団れいんぼう川崎 前所長）
7. 福田道隆（青森県立保健大学理学療法学科 前教授）

A. 研究目的

現行の身体障害者福祉法における障害認定においては、高齢化社会の到来、医学・医療の進歩、画像診断の普及、早期リハビリテーションの実現、障害の重度・重複化などの種々の要因により、診断の時期や認定基準とその解釈について、現場から様々な疑義が寄せられている。

本研究は、現行制度における肢体不自由領域の問題点を明らかにするとともに、その解決のために、とりあえず法制度の枠内

で可能と思われる「認定基準の解説」について検討し、臨床現場で実際に役立つ、現実に応じた改定試案を作成することである。

B. 研究方法

平成 17 年度に整理された事項について、専門医（研究協力者）による検討を行い、「身体障害者障害程度等級表に関する総括事項」と肢体不自由に関する「障害程度等級表解説（肢体不自由個別事項）」の改定試案を作成、横浜市および青森県における身体障害者手帳診断書700件の認定作業を

通して、その是非について検証した。

C. 研究結果&D. 考察

(1) 肢体不自由の「障害認定基準の解説」に係る改定試案の作成と検証 (資料1・2)

1) 平成17年度にまとめた現行制度の課題について検討し、障害認定基準に係る課題を解決すべく、「身体障害者障害程度等級表に係る総括事項」と肢体不自由に係る「障害程度等級表解説(肢体不自由個別事項)」を修正・追記した改定試案(修正・追記部分は斜文字・ゴシック体で示した)を作成した(資料1)。ちなみに、今回の改定試案は法制度(別表)そのものには手をつけず、障害程度等級表の解説に係る改定にとどめた。

2) 作成した改定試案に基づき、青森県の身体障害者診断書100件および横浜市における診断書600件を対象に、専門医(研究協力者)による認定作業を通して検証を行った。その結果(資料2)、高い評価が得られ、改定試案は概ね障害認定の便宜に供すると判断された。しかし、障害程度等級表の解説を改定するだけでは、意識障害や高齢化に伴う障害などに係る問題を解決することはできなかった。

(2) 今後の検討課題

1. 認定基準と解説に係る検討課題

1) 遷延性意識障害や後期高齢者に対する認定については、今回の改定試案においてもなお曖昧さが残った。とりわけ意識障害による障害の認定は、そもそも身体障害者福祉法の趣旨に照らして適当か否か、

再検討する必要がある。

2) 認定基準は、日常生活レベルに着目するならADLを特定する「機能障害」を基に作成されなければならないが、実際には社会・職業レベルの用語や「活動制限」を表す基準が混在している。今後は、他法との関係を勘案しつつ身体障害者福祉法の趣旨を明確にし、障害レベルを特定した認定基準の見直しが必要である。またこれと合わせて、障害名の適切な表示に必要な障害分類についても検討する必要がある。

3) 人工骨頭や人工関節などの置換術後の認定について、術後から診断までの期間をどの程度とするか、今回の改定試案では客観的な指標を示すことができなかった。今後は、個々人によって異なることを前提に、具体的にどうすればよいか、多くの経験を基に再検討する必要がある。

4) 「痛み」「痺れ」などの感覚障害に対しては、現状では適切な客観的な認定指標がなく、今回は一定期間の治療と再認定を前提条件とした改定試案にとどまった。しかし、これらはいくまでも姑息的な対策であり、今後、医学・医療技術の進歩に裏づけられた新たな指標の開発を待って、あらためて認定方法や基準の見直しを行うべきである。

5) 高次脳機能障害は「精神障害」に位置づけられているが、身体障害を合併している率は高く、肢体不自由との境界をどこにするかが問題となる。障害者自立支援法の制定により、サービスの受給という点では一定の解決をみたが、肢体不自由としての認定においては依然として曖昧さが残るため、今後、再検討が必要である。

2. 身体障害者診断書に係る検討課題

「診断書及び意見書」に、意識障害の有無(程度)や歩行距離を具体的に記載する欄を設けるなど、改定試案に伴う見直しが必要である。

ちなみに、「診断書及び意見書」については地方自治体によって加筆・修正が許されており、それぞれに異なっているが、今回の改定試案を採用する場合には、あらためて雛形を例示すべきである。その際には、「診断書及び意見書」に付随する「ADL 項目」などについても、改定試案に合わせて再検討が必要である。

E. 結論

平成 18 年度は研究の最終年度であり、過去 3 年間の研究成果を踏まえて、肢体不自由の「障害認定基準の解説」に係る改定試案の作成とその検証を行った。

その結果、認定の迅速性、曖昧性、不公平性などについて改善が認められ、改定試案は概ね障害認定の便宜に供すると判断された。しかし、障害程度等級表の解説を改定するだけでは、遷延性意識障害や高齢化に伴う障害に係る問題を解決することはできず、今後、他法との関係を勘案しつつ身体障害者福祉法の趣旨を明確にし、障害レベルを特定した認定基準の見直しが必要である。

【資料 1-1】 身体障害者障害程度等級表 総括事項の改定試案

第1 総括事項

1. 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号、以下「法」という。）は、身体障害者の更生援護を目的とするものであるが、この場合の「更生」とは必ずしも経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の改善を含む広義のものであること。従って加齢現象に伴う身体機能障害であっても、**麻痺や関節拘縮等の不可逆性の障害が認められる場合は、日常生活能力の回復の可能性等に注目することによって障害認定を行うことは可能であること。**
2. 意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うこと。「**常時の医学的管理を要しない**」とは、**意識障害は1ヶ月以上継続しているが、在宅医療や家族の介護等により日常の身体的管理が維持できると判断される安定した全身状態であること。**
なお、**意識障害による活動制限を身体障害として認定することは適当ではないが、麻痺や拘縮等の永続すると思われる身体機能障害が確認できれば、その程度によって障害認定を行うことは可能であること。**
この場合、**身体機能の随意性の欠如が意識障害によるものか麻痺等によるものかを明確に判別出来ないときは、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。**
3. 別表に規定する「永続する」障害とは、その**障害程度が将来とも改善する可能性がきわめて少ないものであれば足りる**という趣旨であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。
4. **脳血管障害（脳出血や脳梗塞等）や脳損傷に係る障害認定は、発症から1ヶ月以上経過していること及びリハビリテーションを実施した経過や画像等の医学的所見を確認したうえで、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付すること。**
この場合、**発症から間もないために機能の予後予測に正確さを欠くと判断されるときは、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。**
5. 乳幼児に係る障害認定は、**3歳未満であっても、永続する障害が医学的に明らかであれば障害認定を行うことは可能であること。**
この場合、**成長・発達及び治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想**

されるときは、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

また、第2の個別事項の解説は主として18歳以上の者について作成されたものであるから、児童の障害程度の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。この場合も、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

6. 身体障害の判定に当たっては、知的障害や認知症等の有無にかかわらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は、法の対象として取り扱って差し支えないこと。
なお、日常生活等の制限が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定することは適当ではないので、この点については、発達障害の判定に十分な経験を有する医師（この場合の発達障害には精神及び運動感覚を含む）の診断を求め、適切な取り扱いを行うこと。
7. 7級の障害は、1つのみでは法の対象とならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合又は7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものであること。
8. 障害の程度が明らかに手帳に記載されているものと異なる場合には、法第17条の2第1項の規定による審査によって再認定を行うこと。正当な理由なくこの審査を拒み忌避したときは、法第16条第2項の規定による手帳返還命令等の手段により障害認定の適正化に努めること。

【資料 1-2】 身体障害者障害程度等級表 総括的解説&各項解説の改定試案

1 総括的解説

- (1) 肢体不自由は機能の障害の程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行われた一時的能力ではではない

例えば、肢体不自由者が無理をすれば1 kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1 km歩行可能者とはいえない。

- (2) 肢体の疼痛、知覚脱失等の感覚障害又は筋力低下等の障害も、**一定期間（例えば6ヶ月）以上継続していることを前提に、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障害として取り扱うことは可能であること。この場合、治療等により軽減の可能性が必ずしも否定出来ないときは、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。**

具体的な例は次のとおりである。

a 疼痛による機能障害

筋力テスト、関節可動域の測定又はエックス線写真等により、疼痛による障害があることが医学的に証明されるもの

b 筋力低下による機能障害

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障害があることが医学的に証明されるもの

- (3) 全廃とは、関節可動域（以下、他動的可動域を意味する。）が10度以内、筋力では徒手筋力テストで2(5点法)以下に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

機能の著しい障害とは、以下に示すそれぞれの部位で関節可動域が日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度)のほぼ30%(概ね30度以下)のものをいい、筋力では徒手筋力テスト3に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

軽度の障害とは、日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度で足関節の場合には30度を超えないもの。)又は、筋力では徒手筋力テストの各運動方向平均が4に相当するものをいう。

- (注 1) 関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力は徒手筋力テストの各運動方向の平均値をもって評する。

- (4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障害の一面を表したものであるので、その判定に当たっては、その機能障害全般を総合した上で定めなければならない。
- (5) 7級はもとより身体障害者手帳交付の対象にならないが、等級表の備考に述べられているように、肢体不自由で、7級相当の障害が2つ以上ある時は6級になるので

参考として記載したものである。

- (6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。ただし、人工骨頭又は人工関節については、術後の日常生活活動の改善が著しく、長期の安定した状態が維持できるようになったことから、術後の経過が安定した時点で、障害状況に応じて当該関節につき4～6級の障害認定を行う。ちなみに、障害状況が非該当であっても6級に該当するものとみなす。
- (7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものである。

2 各項解説

(1) 上肢不自由

ア 一上肢の機能障害

(ア)「全廃」(2級)とは、肩関節、肘関節、手関節、手指を随意的に動かすことが出来ない等、すべての機能を全廃したものをいう。

(イ)「著しい障害」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、手指の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである

a 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか2関節の機能を全廃したものの

b 機能障害のある上肢では5kg以内のものしか下げることができないもの。
この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよいが、いずれの方法でも出来ないもの

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

a 精密な運動のできないもの

b 機能障害のある上肢では10kg以内のものしか下げることのできないもの

イ 肩関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域30度以下のもの

b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域60度以下のもの

b 徒手筋力テストで3に相当するもの

ウ 肘関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 高度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- (イ)「著しい障害」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 中等度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - d 前腕の回内及び回外運動が可動域 10 度以下のもの
- エ 手関節の機能障害
- (ア)「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- (イ)「著しい障害」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 90 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの
- オ 手指の機能障害
- (ア)手指の機能障害の判定には次の注意が必要である。
- ① 機能障害のある指の数が増すにつれて幾何学的にその障害は重くなる。
 - ② おや指、次いでひとさし指のきのうは特に重要である。
 - ③ おや指の機能障害は摘む、握る等の機能を特に考慮して、その障害の重さを定めなければならない。
- (イ)一側の五指全体の機能障害
- ① 「全廃」(3 級)の具体的な例は次のとおりである。
握る、摘む、挟むなどいずれの方法を用いてもコップ等を把持し、手放すことができないもの
 - ② 「著しい障害」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 機能障害のある手で 5kg 以内のものしか下げることができないもの
 - b 機能障害のある手の握力が 5kg 以内のもの
 - c 機能障害のある手で、**例えばスコップやかなづちの柄を握りそれぞれの作業の**できないもの
 - ③ 「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 精密な運動のできないもの
 - b 機能障害のある手では 10kg 以内のものしか下げることができないもの

- c 機能障害のある手の握力が 15kg 以内のもの
- (ウ) 各指の機能障害
 - ① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テスト 2 以下のもの
 - ② 「著しい障害」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (2) 下肢不自由
 - ア 一下肢の機能障害
 - (ア) 「全廃」(3 級)とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。
具体的な例は次のとおりである。
 - a 下肢全体の筋力低下等のため患肢で**体重を支えることができないもの**
 - b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で**体重を支えることができないもの**
 - (イ) 「著しい障害」(4 級)とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うずくまる、膝をつく、座る等の下肢の機能の著しい障害をいう。
具体的な例は次のとおりである
 - a 1 日の歩行が 1km 以下に限られているもの
 - b 30 分以上立位での作業ができないもの
 - c 通常の駅の階段を手すりにすがりつかないと昇降できないもの
 - d 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの
 - (ウ) 「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 1 日の歩行が 2km 以下に限られているもの
 - b 1 時間以上の立位での作業ができないもの
 - イ 両下肢の機能障害
 - (ア) 「全廃」(1 級)とは、両下肢とも機能を全廃し立位保持や歩行が不能なものをいう。
 - (イ) 「著しい障害」(2 級)とは、両下肢に著しい機能障害を有し、歩行は補助具や手すり等により可能だが屋内に限られているものをいう。
 - (ウ) 「著しい障害」(3 級)とは、両下肢に著しい機能障害を有するが、自宅周囲の歩行 (50~100m 程度) 可能なものをいう。
 - (エ) 「著しい障害」(4 級)とは、両下肢に軽度又は著しい機能障害を有し、歩行能力が一下肢機能の著しい障害と同程度のものをいう。
 - ウ 股関節の機能障害
 - (ア) 「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 各方向の可動域（伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域）が 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *股関節が脱臼等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい障害」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
- 小児の関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

エ 膝関節の機能障害

- (ア)「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *膝関節が高度の動揺関節や変形等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい機能障害」(5 級)
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)
- a 関節可動域 90 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの又は筋力低下で 1 日の歩行が 2km 以下に限られているもの

オ 足関節の機能障害

- (ア)「全廃」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 5 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *高度の動揺関節や脱臼等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい機能障害」(6 級)
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの
 - c 軽度の動揺関節

カ 足指の機能障害

(ア)「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

下駄、草履をはくことができないもの

(イ)「著しい機能障害」(両側の場合は7級)とは特別な工夫をしなければ下駄、草履をはくことができないものをいう。

キ 下肢の短縮

計測の原則として上前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

ク 切断

身体障害者の更生援護を図るには、切断部位と義肢との適応関係がきわめて重要である。この点を配慮し、切断部位と障害等級との関係を以下に例示する。

上肢：肩関節離断、上腕切断、肘関節離断	2級
前腕切断、手関節離断、全手指切断	3級
母指または示指を含めて3指切断	4級
母指切断	5級
示指を含めて2指切断	6級
中指、環指、小指切断	7級
下肢：片側骨盤切除	2級
股関節離断、大腿切断、膝関節離断	3級
下腿切断	4級
サイム切断	5級
ショパール関節切断	5級
リスフラン関節切断	6級
前足部切断(足部部分切断を含む)	6級
全趾切断	7級

(3) 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能には各部の運動以外に体位の保持も重要である。

体幹の不自由をきたすのは、四肢体幹の麻痺、運動失調、脊柱変形等による運動機能障害である。

これらの多くのもはその障害が単に体幹のみならず四肢にも及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障害とは、四肢の機能障害を一応切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定したものをいう。従って、このような症例の等級は体幹と四肢の想定した障害の程度を総合して判定するのであるが、この際2つの重複する障害として上位の等級に編入するには十分注意を要する。例えば股筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障害として2つの2級の重複として1級に編入することは妥当ではない。

- ア 「座っていることができないもの」(1級)とは、**体幹の機能障害**により腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。
- イ 「座位を保つことの困難なもの」(2級)とは、10分間以上にわたり**座位を保つ**ことができず、**日常生活上実用性のないもの**をいう。
- ウ 「起立することの困難なもの」(2級)とは、**体幹の機能障害**により臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、**他人の介護**又は柱、手すり等によりはじめて可能となるものをいう。
- エ 「歩行の困難なもの」(3級)とは、**体幹の運動失調や変形が著しく歩行が自宅周囲(50~100m程度)**に限られているものをいう。
- オ 「著しい障害」(5級)とは、**体幹の機能障害**により**電車やバスの利用が一人では不可能なもの**をいう。

(注1) なお、体幹不自由の項では、1級、2級、3級及び5級のみが記載され、その他の4級、6級が欠となっている。これは体幹の機能障害は四肢と異なり、具体的及び客観的に表現しがたいので、このように大きく分けたのである。3級と5級に指定された症状の中間と思われるものがあつたときも、これを4級とすべきではなく5級にとめるべきものである。

(注2) 下肢の異常によるものを含まないこと。

【資料2-1】

改定(試案)した「障害認定基準の解説」に係る検証

総件数 : 700 件

- | | | |
|---|---|-------|
| 1 | 従来の「認定基準の解説」でも適切・容易に認定可能
(特に問題なし) | 424 件 |
| 2 | 従来の「認定基準の解説」の方が適切・容易に認定可能
(改定しない方が良い) | 0 件 |
| 3 | 改定した「認定基準の解説」により適切・容易に認定可能
(改定が適当) | 222 件 |
| 4 | 改定した「認定基準の解説」でも認定が難しい
(あらたな解説文の作成・追記が必要) | 29 件 |
| 5 | 主に情報不足が原因で認定が難しい
(診断医に紹介する必要がある) | 25 件 |
| 6 | 改定した「認定基準の解説」に対する意見
別紙参照 | |

【資料2-2】改定（試案）した「障害認定基準の解説」に対する意見

【安藤徳彦】

評価点&その他の意見

- ① 手引き書を無視して診断書を作成する人が多い。障害を量的に表示することを理解できない人はさらに多い。理想的な手引き書を作成してもそのような人には無効だと考える。残念だがそれも現実である。
- ② 今回検討した診断書は旧来の手引き書を参考にして作成されている。これが新しい手引き書に基づいて作成されるようになれば、旧来よりも良い診断者が作成されるようになることを期待できる。
- ③ 乳幼児の早期診断が合理的になった。診断する医師の記載能力に負うところが大きいとも思われるので、他の地域の委員のご意見を参照すべきかもしれない。
- ④ 切断はきわめて明快になり、判断が非常に容易になった。
- ⑤ 両下肢機能障害を具体的に規定したことで非常に明快になった。従来は疑義解釈に頼って判断していたが、これを文章化して具体的に明示したことは非常に良かったと考える。
- ⑥ 体幹機能の表現を改定し、下肢の機能障害との整合性を整えたことも良い結果につながると考える。

問題点

- ① 人工関節置換術後は大多数が7級または非該当になる。これに対する異論は今後も出ると予想される。逃げ道は筋力低下による支持性の障害（股関節では多くの場合に外転筋力低下が起きているので、これを漏れなく記載するよう勧めれば、解決できると考える。）を残すことだと思う。これをもう一度議論をしていただきたい。
- ② 肩筋力が zero だと肘以下が fair 以上あっても、ADL 欄の上肢作業は全部×になる。ADL 欄に記載されている上肢の作業が指だけの作業がなくて、肩、肘との複合動作のみなので、このようなことが起きる。筋ジスの子供達が指先だけを使う適切な作業を例示できないか？このままだと⑤欄の手指機能を記述する内容の比重が大きくなり、医師の記述能力に依存することになるが、それでよいか？
- ③ パーキンソン病とパーキンソン症候群の無動、立ち直り反応障害による寝返り、起座、起立動作障害を的確に表現する項目を ADL 欄に作るべきだと考える。上の項目⑥で述べた手部の機能を反映する ADL 項目の新設を含めて、ADL 欄の改変は不可能だったのか？
- ④ 両下肢の機能障害で3級と6級の間がない。自分なら ADL と筋力をみて1下肢機能の著障に相当すると考えて4級にするか、6級に落とすか、逆に3級に繰り上げるか、返戻するかを決める。しかし全国の審査部会員にそのようなファジーさを求めてよいかは疑問である。一度議論してほしい。
- ⑤ 多発脳梗塞による両側片麻痺で、麻痺は軽症だが移動能力に強い障害のあるケースが多い。医師に障害評価能力があれば、的確な等級を判断できるのだが、それは期待できない。これを適切に診断できる指標を作成するのは困難か？

【榎本 修】

評価点

- ① 有期認定の活用について：発症後6ヶ月未満の低酸素脳症例、意識障害例などは従来の認定基準では時期尚早との理由から6ヶ月過ぎまで待機し、その時点での障害状況を照会するなどしてきた。その回答例はほとんどが障害状況に変化なしというものである。したがって、積極的に有機認定を採用することで、申請者に対して早期に障害

認定を行えるという観点で利便性が向上すると思われる。

- ② 人工関節について：従来の基準では術後に機能改善が得られたにもかかわらず人工関節置換術が行われたという事実のみで関節機能廃4級と判断されてきた。極端な例では当該関節の可動域、筋力や歩行能力の記載がなくとも病歴で手術の事実確認ができれば認定が可能であった。これは内部障害における心臓機能障害の人工ペースメーカー挿入術、人工弁置換術後に心臓機能に関係なく機能全廃1級と認定されるのと同様に大きな矛盾を感じる点であった。今回検討した100例中照会の必要がある1例を除き、人工骨頭、人工関節例で認定可能な例は5例であった。そのうち廃用性の要素が加わり両下肢機能全廃と判断できる1例を除き4例は明らかに関節機能が改善していた。改定基準では当該関節の機能に着目し、4級から6級に判断するため、実際の障害状況の認定という観点から非常に適切な基準であると思われる。
- ③ 両下肢機能の著しい障害について：従来の基準では移動能力等について具体的な表記がなかった両下肢機能の著しい障害について2級から4級の3段階について具体的な障害状況、移動能力が明記され、認定し易くなったと思われる。

問題点

- ① 従来の基準では補装具を使用しない状態で判断をするという観点から人工関節を体内補装具という捉え方をして、関節機能全廃として判断してきた。改定基準では、人工関節置換術後の関節機能に応じて等級を判断することになった。すなわち、補装具を使用した状態での判断をしていることと同じということになり、この考え方を、他の場合にも統一する必要がある。例えば次に示す②、③の場合がある。
- ② 両下肢機能障害の判断について：屋内歩行が手すりでも可能であり、屋外移動は杖を使用すれば歩行が可能なケースが多い。この場合、自宅周囲の歩行能力を杖なしで判断すると歩けないことになり、両下肢機能の著しい障害2級となる。また、屋内歩行が手すりでも可能であり、屋外移動には車いすを使用するケースも両下肢機能の著しい障害2級となる。しかし、前者と後者では明らかに機能、能力に差があり、同一の級とみなすには矛盾がある。実際の診断書では屋外移動が△か○で杖に○をつけている場合が多い。すなわち、両下肢の著しい障害3級の定義にある自宅周囲の歩行は、移動の手段に杖や下肢装具などの使用をした状態で判断するほうが現場の状況ならびに診断書の様式に即していると思われる。診療の現場では杖や装具なしでは外を歩いたことがないから分からないというケースが多いのが現状である。
- ③ 体幹機能障害の判断について：起立する時に物につかまらなければできないケースで、立ってしまうと杖や手すりでも屋内歩行が可能で、さらに歩行車を押してなら自宅周囲の移動も可能な場合がある。一方、座位は保持出来ても起立する時に物につかまらなければ出来ない上に、歩行ができないケースもある。補助用具は使用しないでの判断となるため、両者とも体幹機能障害2級に該当となる。しかし、前者と後者では明らかに機能、能力に差があり、同一の級とみなすには矛盾がある。改定基準において体幹不自由の「歩行困難なもの」(3級)とは、体幹の運動失調や変形が著しく歩行が自宅周囲に限られているものとなっているが、自宅周囲の歩行が歩行車などの補助具を使用しない状態での判断は難しい。この場合も補助具を使用した状態で判断した方が現場の実情に即していると思われる。

【土肥信之】

評価点

(総括的解説について)

- ① 意識障害の扱いがはっきりして早期に判定ができるようになった。
- ② 脳血管障害の扱いも早期に判定ができるようになり、在宅へプランが立てやすくなると考えられる。

(身体障害者認定基準の解説について)

- ① 上肢、下肢、体幹不自由の解説がより生活に密着した表現になり判定が容易となった。
- ② 切断の判定はすっきりしたし、実用上も十分である。
- ③ 両下肢の機能障害は非常に有効で1～3級をカバーし、判定が確実かつスムーズとなる。他の項目との整合性もよい。級は一部の例で上ったが、妥当と考えられた。
特にリウマチやパーキンソンなど障害部位が多彩であるときにはトータルで考えられるので特に有効であった。

問題点

- ① 多くの診断書に「立つ」という項目があるため、起立のみ可能や立位保持のみ何とか可能だが歩行できないなどの症例が 現在の両下肢機能障害全廃の項目で判断が困難であった。解説の「イ両下肢の機能障害（ア）を、「全廃」（1級）とは両下肢とも機能を全廃し立位や歩行が不能なものをいう。として立位という表現を入れたらいかがでしょうか。
- ② 総括事項4の「脳血管障害（脳出血や脳梗塞等）・・・」は使いやすくなったが、無酸素脳症のケースで早期に診断書を書いてもいい症例があった。脳外傷でもそのような場合が考えられる。「脳血管障害（脳出血や脳梗塞等）及びその他の脳損傷・・・」としたらいかがでしょうか。

その他の意見

診断書書式は自治体により違うが、診断書に意識障害の有無(程度)、歩行については歩行距離の欄があったほうが判定に役立つと思います。

【中島咲哉】

評価点

- ① 「両下肢の機能障害」を1～3級に分けて分かりやすく条件設定をしたことにより、従来は診断、認定が困難であったパーキンソン病(症候群)等を含めた異常歩行に起因する障害に対する診断、認定が合理的、且つ容易に行えるようになった。
- ② 切断を診断したときに断端長を記載する欄もなく、断端長の計測を正しく行える指導医はきわめて少ない(医学部で習わない)。もともと四肢切断の診断基準には矛盾があった。
四肢切断の診断基準を、四肢切断の実態に沿って、現状に適応した義肢の処方が出るレベルで設定するように改めることにより、四肢切断の診断、認定がきわめて合理的に対処できるようになった。
- ③ 人工関節置換後の再認定の実施方法を最近の人工関節置換術後の実態に合わせて改めたことによって、より現実的な診断、認定が行える可能性が出てきた。
但し、この問題に関しては早急に検討したい問題点が残されている(後述)。
- ④ (総括事項)意識障害に対する診断に関して、「常時の医学的管理を要しない」ことに対する問題は以前に比して分かりやすくなったが、依然として本質的な等級程度の診断に対する問題は残されている(後述)。

問題点

- ① 人工関節置換後の再認定に対して、別表の上・下肢6級には「関節」についての規定が記載されておらず、4級・5級か7級として再診断、再認定せざるを得ない。7級とすれば手帳非該当であり、われわれの意図に反する。
別表の改正が困難な話としても、診断基準か解説の中に「6級に該当するような条件設定」を追記することが出来ないだろうか。
- ② 意識障害に対する問題として、診断書及び意見書に「意識障害の状況」ないしは「随意運動の有無とその状況」を記載し易くする方策を検討する必要がある。

その他の意見

- ① 「身体障害者診断書」の見直し
- ② ADL項目の検討：対象が拡大したことに対する再検討

③ ROM の記載方法：指定医が書きやすい方法の検討

【福田道隆】

問題点

impairment と disability とのギャップがあり、解説書にあるどちらを利用して判定するか迷うことがある。

【白野 明】

評価点

① 脳血管障害例における発症後期間の問題

発症後期間が明示され、実態に合わせたものとなった。

発症後比較的早期の脳血管障害例における障害程度判定については、適切な判定時期の判断に苦しむ事もあるが、現行基準ではこれらの判定時期について明示されていなかった。改訂基準では、これらにおける認定時期の問題が整理された。

② 人工関節置換術後

改訂基準によって、残存機能の実態にマッチした等級が適用されるようになった。

しかしその一方、現行基準では等級判定がきわめて単純・容易であったのに対して、改訂基準では、判定に困難を感じたり、資料が十分でないと「判定不能」になったりする可能性がある。診断書の正確な記載が必要になる。

従来の、「人工臓器に置換されている場合は、自らの臓器が欠損しているのだから“全廃”」とは異なる見解に拠っている。他臓器（心臓、眼など）における人工挿入物への対応との整合性も考える必要があるかもしれない。

③ 両下肢機能障害

一下肢機能に重点をおいた現行基準では、両下肢機能障害の障害程度判定には限界がある。この項目の新設により、両下肢機能障害の等級の目安を、従来よりも明確化できると思われる。

実際の判定は、機能障害と能力不全とにより総合的に行われる事になるが、このうち、判定の拠り所になる動作能力（生活上の移動能力）が診断書上で読み取れないと、判定は難しくなる。新たな基準が手引きに記載され、診断医師がそれを念頭において記載される事を期待したい。

【伊藤利之】

評価点

① 再認定制度を積極的に導入することにより、より早期に、あるいは曖昧な障害に対しても診断・認定が容易になった。

② リハビリテーションの早期介入に伴い、脳血管障害の診断時期を発症後 1 ヶ月で可能にしたことは、福祉施設の早期利用のニーズが高まるなか、医療から福祉への流れをスムーズにする基盤整備に役立つものと思われる。

③ 「両下肢の機能障害」の項目を新設したことにより診断・認定が容易になった。

④ 人工骨頭や人工関節の置換を、最近の技術革新にあわせて外部装具とは別扱いにしたことにより、実際の障害状況にあった認定を可能にする可能性が高くなった。

問題点

① 意識障害に対する認定基準が依然として曖昧である。

② 人工骨頭又は関節置換後の適切な診断・認定時期が曖昧である。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（視覚障害、聴覚障害・言語障害・音声機能障害・咀嚼機能障害）

分担研究者 寺島 彰

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における視覚障害と聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害の障害認定について整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを各障害について整理し、さらに、専門家への調査を実施した。その結果、視覚障害の認定については、（1）視力障害の認定を両眼視で行うこと、（2）視野障害の測定方法の再検討、（3）高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などの視覚機能の測定方法についての検討、（4）再認定の方法についての検討の課題が示された。

聴覚障害については、（1）純音聴力検査で実測値を使用すること、（2）大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定方法、（3）乳幼児の早期認定と再認定方法、（4）知的障害、認知症などの言語障害認定方法、（5）そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定、（6）疑義の公表方法が検討課題として示された。

研究協力者

小口芳久（慶應義塾大学名誉教授）

飯野ゆき子（自治医科大学耳鼻咽喉科教授）

A. 研究目的

身体障害者福祉法における視覚障害と聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害の障害認定の課題の整理をすることが目的である。

B. 研究方法

1. 障害認定に関する要望の整理

本研究では、これまで、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）を行った。その結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを、視覚障害と聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害の障害認定の課題を整理した。

2. 専門家からの意見聴取

さらに、これらの要望について、視覚障害と聴

覚・言語・音声・咀嚼機能障害の障害認定の専門医に意見を求めた。

C. 研究結果

障害認定に関する要望の多い順に整理したものが、資料1～2である。

専門医からのヒアリングの結果は、資料3～4のとおりである。

D. 考察

1. 視覚障害の今後の検討課題

（1）認定基準について

視力障害と視野障害に分かれている視覚障害の範囲を、調節障害や動揺視などに拡大することについては、賛成は得られなかった（24/41）。その理由としては、視力障害や視野障害により認定できること（6）や認定方法が難しいこと（4）があげられていた。

一方で、視力障害の認定を両眼視で行うことについては、多くの医師が賛成している（40/46）。また、視力障害の5級と6級の認定方法について

は、運用上の問題があるという意見が多かった(30/42)が、その原因の主たるものは、両眼視で認定を行っていないことに帰着するということであった(15/30)。一方で、問題なしとしている医師も12名おられ、全体としては、この点について、医師が問題意識をもっていないことがわかった。

視野障害について損失率の導入については、多くの医師が問題視していた(26/29)。特に、視野測定の際の視標についての意見が多かった(7)。この点については、今後の検討を要するところであろう。

また、高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などで視覚機能の測定の出来ないときの認定について、多くの医師(42人)が関心をもっているが、具体的にどのように測定すべきかについて有力な意見はなく、今後の検討課題であると考えられた。

対数視力(10gMAR視力)を用いることについては、反対意見が多く(36/44)、時期尚早(20)の意見が多かった。

(2) 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

視力障害と視野障害において、日常生活の不便さに関して公平に等級付けがされていないかどうかについては、問題ありとした医師のほうが多かった(16/28)ものの、多数を占めた意見はなかった。

複視の認定については、片眼遮閉して良い方の眼の視力で判定するという現在の方法で問題ない(15件)とする意見が多く、また、程度によっては認定不要であるという意見も10件あった。

再認定については、29件の回答があり、関心の高さを示していたが、時期や方法について多数を占めた意見はなかった。これについても、今後検討していく必要がある。

症状固定の時期については、あまり関心がなく有力な意見もなかった。

2. 聴覚障害について

(1) 国の認定基準の適用について

聴覚障害についての認定基準は、42/47の自治体が国の認定基準(ガイドライン)と同じであり、国の認定基準も大きな問題はないようである。また、音声・言語障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)は、48/48都道府県で同じであり、ガイドラインとして有効に機能している。

(2) 純音聴力検査について

医療機器の進歩により、オーディオメーターは、通常110dBまで測定可能になっており、130dBまで測定できる機器もある。実測値を使用することで等級が変化することもある。オーディオメーターの普及率などを調査し、認定基準検討する必要がある。

(3) 大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定

近年の医療事情からはかけはなれており検討する必要がある。ただし、聴取距離による認定は適用していないが32/49であり、聴力検査が不能の場合に適用しているが15/49であり、比較的用いられている。

(4) 乳幼児の聴覚障害認定について

1歳未満の乳児期の聴覚障害の認定について、ABR検査のみによる認定を行ったことがある都道府県は、26/48であり、比較的普及していることがわかる。この場合の再認定時期は3歳が適当とした回答が17/48であった。乳幼児の聴覚障害の認定における等級は、ABRないしはCORにての域値に該当する等級とすることが適当であるとの回答が26/48であった。また、再認定の必要性が6/49自治体で示された。幼児聴力検査(プレイオーディオメトリー)で両耳の聴力検査が可能になる時期(3歳以降)に再認定をすることを前提に、早期に認定して、小児の発達を支援することが好ましいだろう。

(5) 知的障害、認知症などの言語障害認定について

認定しない(32/48)、高度難聴が認定する(14/48)であり、聴覚障害がある場合のみの認

定になっている。さらに、知的障害を伴う場合(4/48)や重複障害がある場合(2/48)の聴力検査の困難性が示された。また、知的障害などで発声・発後ができない場合の困難性が3/48示された。

(6) そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定

前回の認定基準改定で、そしやく・嚥下機能障害で、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損によるものも認定の対象となったが、そしやく・嚥下機能に加えて音声機能障害も重複する場合も多いので合計指数の適用ができない。この点に関しては検討を要する。

(7) リハビリテーションを中心とした認定基準について

現状のリハビリテーションを中心とした認定基準で問題なしという回答が13/48で多かった。

(8) 装具をつけないでの認定について

装具をつけない現状の認定基準でよいという回答が24/48であった。また、続いて別の基準を設けるべきという回答が6/48あった。

(9) 日常生活能力の視点導入について

日常生活能力の視点は、現行の基準で問題ないとする回答が7/48で最も多かった。

(10) 生活の不便さの視点導入について

従来の判定方法でよい。(9/48)、診断基準が明確なものを作るのは困難。(4/48)であったが、積極的な意見は明確でなかった。

(11) 1歳未満の乳幼児の聴覚障害認定について

1歳未満の乳幼児の聴覚障害認定時期は、6ヶ月という回答が最も多かった(22/49)。また、再認定は3歳(14/49)が多かった。

(12) リハビリテーションの観点

乳幼児聴覚障害、失語症などについて、リハビリテーションの観点から症状固定を待つよりも早めに障害認定をしてリハビリテーションを実施することが好ましいのではないかという考えに対しては、再認定でよい(11/49)という考えがもっとも多かった。

(13) 疑義の公表

その他の記述の中で、一般によく出される疑義を頻繁、早く、広く発表していただきたい(3/49)という要望が複数あった。

E. 結論

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、身体障害者福祉法における視覚障害と聴覚・言語・音声・咀嚼機能障害の障害認定について整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査(平成15年度)、都道府県障害認定医師に対する調査(平成16年度)結果のうち、今後の障害認定の課題として提起されたものを各障害について整理し、さらに、専門家への調査を実施した。その結果、視覚障害の認定については、(1)視力障害の認定を両眼視で行うこと。

(2)視野障害の測定方法の再検討、(3)高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などの視覚機能の測定方法についての検討、(4)再認定の方法についての検討の課題が示された。

聴覚障害については、(1)純音聴力検査で実測値を使用すること、(2)大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定方法、(3)乳幼児の早期認定と再認定方法、(4)知的障害、認知症などの言語障害認定方法、(5)そしやく・嚥下機能障害と音声機能障害の重複障害の認定、(6)疑義の公表方法が検討課題として示された。

資料1 国内調査および各分野の専門医からの意見聴取結果の整理（視覚障害）

1. 国内調査結果の整理（視覚障害）

1-1 認定基準について

1-1-1 現在視覚障害が視力障害と視野障害に分かれているが、それ以外の障害例えば調節障害、動揺視など他の障害を追加する必要はあると思いますか。

思う	思わない	条件付・消極的賛成
8	24	9

[思わない理由として記述されたもの] ()内は件数。

○視力障害や視野障害により認定できる。(6)

○認定方法が難しい。(4)

○調節障害を加えるとなると老視（老眼）がすべて障害者になってしまう。(1)

[条件付・消極的賛成の理由として記述されたもの]

○客観的な認定基準が作れば賛成。(9)

1-1-2 視力障害について現在矯正視力値の両眼の和で認定しているが、WHO の認定基準では両眼視で等級認定を行っています。日常生活能力という観点からは両眼視で評価すべきと考えられますがどう思われますか。

賛成	反対	条件付・消極的賛成	わからない
40	3	2	1

[反対の理由として記述されたもの]

○障害能率の観点からは、現行でも差し支えない。(1)

○現在の矯正視力値の両眼の和の方法は単純で明解なやりかたでこのままで良い。(1)

[条件付・消極的賛成として記述されたもの]

○片眼視力も考慮した上で最終的には両眼開放視力にて評価すべきと考える。(1)

○評価は両眼視でよいが、単眼の視力検査もおろそかにしてはならない。(1)

1-1-3 視力障害の5級と6級において、片眼の矯正視力が0.1で、他眼の矯正視力が0.2の場合は、両眼の矯正視力の和が0.3となり、5級には対応せず、悪い方の眼の矯正視力が0.1で6級にも対応せず認定の対象とはならないが、片眼が0.01で他眼が0.6の場合は6級に認定される。その実態と運用上の問題があればお書きください。

問題あり	問題なし
30	12

[問題ありとして記述されたもの]

○両眼視力で評価すべきである。(15)

○視力の和とするのが諸悪の根源で、両眼視力で視力値を出し等級認定すべきでそれを放置しておいて、後述の矛盾した視野障害を改善するのはおかしい！視機能障害者の救済をするには視野も重要な項目ですが、結果はやはり視力が主体になり重視されるべきであるはずで、視力の等級認定基準にも救済の方向で手直しすべきです。(1)

○片眼では0.1、0.2でも両眼開放視力で0.2の場合もあれば視力が調節によりでる場合もある。0.01と0.6より0.1と0.2の方の他が見にくさを感じる人が多いかもしれないので、改正を検討すべきと思います。(1)

○実態にそぐわない。本人の不自由さを勘案すべきである。(1)

○5級まで両眼の視力の和で認定していたものが、6級で突然片眼ずつの視力の評価となってしまうので実例のような矛盾が生じる。視力に関しては6級の基準は再考すべきだと思う。(1)

○5級と6級の程度の違いが分かりづらい。片眼が0.02以下であれば、他眼の視力との和が5級以上に該当するか、又は他眼は正常なため、障害に該当しない事が多い。(1)

○また、現在の基準では、日常生活能力が明らかに悪い例が認定されない可能性があるため、両眼開放視力を考慮して視力の評価をすべきと考える。(1)

○道路交通法では運転免許の視力に関しては両眼視視力である。文中の例では前者は6級にも該当せず原付免許も不可であるが、後者は6級に該当し、しかも原付免許も可となり矛盾が生じる。(1)

○0.1以上の時、生活上の「両視力の和」ということはあまり役に立たないと思います。両眼の矯正視力0.3という時は、実質0.3とすべき。0.1以上は片眼でも良い方の視力のみ採用すべき。(1)

○両眼視能の障害を片眼の視力が悪いことから評価できる一面もありますので現在の方法の利点もあるが、数値等を検討する必要があると思う。(1)

○実態としては、視力の和が比較的低いにもかかわらず認定されないケースはある。ただ、統一的な取扱いが求められており、公平の観点からすれば矛盾を抱えたまま認定を行っているのが現状である。

○中心視力が両眼とも悪い人でも身障者に該当しないケースでは、視覚補助具の購入が全額自己負担という実態を考えると視力障害の等級の見直しが必要なのかと考える。(1)

○片眼が0.6で視覚障害というのも少し問題があるとも考えられますので、片眼が0.2~0.3以下と限定してもよいでしょう。(1)

[問題なしとして記述されたもの]

○片眼失明、またはそれに近い状態は、立体視ができない遠近感がないなど、障害の程度が大きい。したがって、現行の認定基準はそれなりの意味はある。視力障害の認定は「両眼矯正視力の和」と「両眼視」の二本立てが望ましい。(1)

○6級は両眼視機能(遠近感・立体視)の障害を重視してあるのではないのでしょうか。5級は現行で妥当だと思います。(1)

○運転免許がとれないという意味で他眼0.6は意味あると思う。(1)

○認定の細かいところを言えば矛盾に見える所はいくつもあるでしょうが、公平という点からは数字で決めなければいけないので、やむを得ない。(1)

I-1-4 視野障害について損失率の導入がなされましたがその実態と運用上の問題があればお書きください。

問題あり	問題なし
26	3

[問題ありとして記述されたもの]

○もう少し使いやすく工夫すべきです。(3)

○損失率の理解が完全に成されていないのか視野測定基準が明確でなく理解されていない。全てが

560度で考慮されて提出されますが、1/4指標で求心性視野狭窄が10度以内の場合には1/2指標で中心視野を測定して視能率は560度から算定しますが、周辺視野が10度以内で無い場合も1/2指標で中心視野を測定して視能率を560から算定してくるのが大部分で2級と申請がくる。緑内障末期には1/4指標でのイソプターは中心部と周辺部が切れていれば、周辺視野の残存は無視して、1/2指標の中心視野（10度以内）の視能率（当然80度）を出し損失率を出せばよいとなった様ですが、これでも560度で申請されております（結果は同じになりますが560ではなく80です）これでは緑内障以外では救済されにくく、残存周辺視野では実生活に不都合だから救済というならば1/2指標の中心視野測定だけに変更されれば好いのでは？10度が最善ではないから15度以内の中心視野でも良いですが、これだと120度ですから560ではなく120となります。緑内障だけとか病名で差別するのではなく、単純明快に誰がどのようにしても同じような等級になり救済出来るのが本当で、検査のやり方や申請の書き方で2級であったり5級になったりするのとは異常です。視力1.2あるが残存視野が無く2級とかの例もあるそうですが、視力0.1と0.03でも残存視野（周辺）があれば5級です。視野の損失率の出し方が正確になればその率によって視力値の換算（両眼視力が0.08がその50%の0.04）とかする方法を議論して最終的には視機能は視力値が主であるべきでは？（1）

○視野での認定は、まず視野異常（狭窄）をきたす疾患が存在することが前提であるのにもかかわらず、視力低下のみの疾患で単に視標が見えないということで認定を申請する眼科医が多い。ゴールドマン視野計を用いた場合の視標が、周辺視野ではI/4、中心視野ではI/2となっているが、高齢の患者などではこの指標自体での検査が困難なため正確な検査ができず、検査結果が異常となってしまうことが多い。また、「身体障害認定基準の取扱いに関する疑義について」には、求心性狭窄の場合I/4での視野が10度以上であっても、I/2で損失率が100%であれば2級相当であるとなっているが、これは矛盾していると思う。（1）

○損失率を算出する上で必要な中心視野を測定できない場合が少なくない。大きい視票を用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。（1）

○視野障害が認定基準に追加されたことは良いが、損失率の基準が不明確である。実際に求心性5度以内と10度未満とで、実用的には不自由さは変わりなく大きい。また、周辺部が残っている場合の基準（損失率の計算も含め）が必要と考える。（1）

○視野障害については多くの矛盾点がある。10度以外の周辺に残っている島状視野の扱いなど、整理されることを希望する。（1）

○中心視野については、10度以内、5度以内、損失率I/2以上の三段階の認定にすれば良いと思う。（1）

○原因疾病が複数重なっている場合、I/2、I/4の視標では視野がでないことがあるが、求心性視野狭窄を客観的に証明できない場合、疾病の種類等を根拠としてもよいのか。（1）

○I/2、I/4だけでは狭窄の内容がわかりづらいのでV/4の視野が必要と思います。（1）

○静的視野の評価（1）

○現在ゴールドマン視野計を使っている所は非常に少い。殆どが静的量的視野を測定している。ゴールドマンでI/2の指標は少し視力が低下していれば10°以内の狭窄となり、実際的でない。I/4にすべきである。損失率90%と95%では殆ど差がない。（1）

○視野障害の4、3、2級は、I/2の視標で10度以内かつ求心性視野狭窄であることが求められている。秋田県では、内規を作り、求心性狭窄をきたす疾患（緑内障、網膜色素変性症、視神経症ないし、

その類似疾患)のみに限定した。(1)

○I/4で10度を少しオーバーしていて、I/2が全くとれないときでも5級相当というのに違和感を感じます。(1)

○求心性視野狭窄のみならず、全てに損失率を導入し、実際の日常生活の不便さに等級を近づける。(1)

○求心性視野狭窄に該当しない視野障害については視野欠損1/2でしか障害に反映されない。(1)

○中心性視野狭窄の定義のため、2級と5級との格差が大きいこと。(1)

○中心暗点なのか輪状暗点なのかで取扱いが異なること(日常生活上支障については変わらないと思われる)(1)

○視野の判定は「求心性視野狭窄であって、その上で狭いもの。」とされているが、大きな中心暗点の場合や、網膜色素変性症などでは、視野障害はあるのに、該当等級が無いのは問題である。(1)

○自動視野計による損失率でのデータも認めていただきたい。(1)

○求心性狭窄がないのに損失率を記入する先生がかなりおり、障害認定基準の視野障害の所にわかるように記載していただきたい。(1)

○I/4で10度以内でないと損失率は考慮されないということを知らない眼科医が多くて困る。(1)

○視野のパターンをどう考えるかが眼科医によって異なり、もう少し厳密な規定をつくるべきだと思います。かなり混乱しています。(1)

○損失率の意義が不明。視力か視野のどちらかですべき。(1)

○損失率を算出する上で必要な中心視野を測定できない場合が少なくない。大きい視標用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。(1)

○視力・周辺視野と合わない例の多発。(1)

1-1-5 高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などで視覚機能の測定の出来ないときの認定はどのようにすべきと思われますか。

[記述内容]

○眼科以外での認定が望ましい。(2)

○視覚障害の程度が判らないので認定が困難である。(2)

○脳機能判定を主判定にすべき(2)

○一般眼科医では判定できない。専門的な医療機関で、認定をすべきである。(1)

○認定しないでよい。(公平性の観点から安易に認定すべきでない。)(1)

○脳障害知能障害者については別の基準を設ける。(1)

○1級とすべき。(1)

○所見が明確であればそれを認めていく方向がよいと思われる(1)

○明らかに視覚野の障害が脳の検査所見でわかれば相当する障害を推定するが、視覚障害の認定は困難と思われる。乳幼児の視力を検査するいくつかの検査を試してみると参考になると思います。(1)

○視覚誘(導)発電位(VEP)やERGなどの電気生理学的検査法を取り入れていくべきと思われます。(1)

○他覚的所見を重視して、眼科的に判断する。眼底検査で視神経萎縮の所見があるとか、瞳孔反応やCTやMRIなどの画像診断で脳に障害が明らかに認められる場合など、医学的に判定することはそれほど困難なことではない。視力が測定できなければ、手帳の認定をしないというのではなく、専門的に検査できる施設に依頼すべきである。(1)

- 眼底所見や対光反応の有無により、明らかな障害を認められる場合は可能と思われる。(1)
- 申請者の判定。「総合所見」等で所見から推察される機能障害につき第三者にも納得できる説明が書かれるべきだと思われる。申請者の書き方によります。(1)
- 3歳未満の場合、3歳すぎて認定。VEP等で必要があれば認定する。(1)
- 眼科学的に高度の視覚障害をきたす病変があれば、推測での認定もある程度可能だと思う。(1)
- 眼科病変がなく、中枢性視覚障害が疑われる場合の認定は難しいと思うが、そのような高度の全身障害がある患者は、視覚障害以外での認定でも充分ではないか。(1)
- 3歳未満では未熟児網膜症などを除き、発育によって障害程度が変化する可能性があり、1、2級低い程度で認定すべきであろう。(1)
- 他覚的に評価できる基準を作るべきである。視覚誘発脳波などで評価できる施設はよいが、一般的ではなく、どの施設でも判定し得る方法を定め、暫定的に認定することが望ましい。(1)
- 視機能での認定は出来ないと思う。視力測定のはっきりする6歳以上での認定が適当であると思われる。ただし、特段の指導等を行っている場合は、3歳以上での認定も否定は出来ない。(1)
- VEPやPL視力等も測定すべきかもしれませんが、開業医レベルでは困難である。難しいかもしれないが、日常生活での活動性から障害程度を推定する基準の検討が望まれる。(1)
- 高次脳機能障害を持った者については、正確な測定値が得られないため、判定困難により障害非該当としています。幼児については、身体障害認定基準の疑義解釈にもあるとおり、将来再認定を条件に常識的に安定すると予想し得る等級を認定しています。(1)
- ERGやVEPを施行できればよいが施行できない場合は大目にみて通してあげている。正確には不可能です。従って、明確に見えない例以外は困難です。(1)
- 視覚機能測定不能者として眼科的障害の有無に関わらず視覚以外の認定基準を設けるか否か。(1)
- 患者の行動から判断することの出来る基準が必要。(1)
- 客観的根拠(医学的所見)があれば、指定医師の判断でよい。(1)
- 現場にある程度の判断をまかせ、その意見をもとに判定する。(1)
- 乳幼児視力判定法であるPL法で視覚機能を測定する。(1)
- 他覚的な検査で評価できるなら、認定はしても良いと思われます。(現在でも認定している例はあると思われます)(1)
- I級くらいならおおよそその行動で判断できるが、軽いものは不明である。(1)
- 現状のように医師が総合的に判定せざるを得ない。(1)
- 総合的にすればよいと思います。(1)
- 眼底所見等医学的に根拠のある所見に基づき認定すべきであると思います。
- 他覚的所見(眼底所見、CT・MRI所見、VECP、ERG、日常行動)を総合して○判定してよいことにすべきと考えます。数値にこだわりすぎるのは非人間的対応と思われます。(1)
- 客観的なデータによることが出来ない場合は、原則、データが得られる段階で評価を行う取扱いとしている。(1)
- 丸前眼部・中間透光体・眼底所見と、日常生活行動を総合的に評価して認定するしかないと思います。(1)
- 眼科専門医の判断で仮の認定を行い、15歳頃に数年経過をみている医師が決定したらよいでしょう。(1)

○3歳未満では未熟児網膜症などを除き、発育によって障害程度が変化する可能性があり、1、2級低い程度で認定すべきであろう。(1)

○視力測定について最近JISでも対数視力(log MAR視力)が用いられるようになり、他の基準もそろそろ対数視力に変わろうとしていますけどどのように思われますか。(1)

1-1-6 視力測定について最近JISでも対数視力(log MAR視力)が用いられるようになり、他の基準もそろそろ対数視力に変わろうとしていますけどどのように思われますか。

賛成	反対	条件付賛成	わからない
5	36	2	1

[反対として記述されたもの]

○時期尚早(20)

○log MAR視力はまだ一般的ではないようです。開業医の先生がまだあまり使っておられないようです。(1)

○一般の眼科(ほとんどの所)は対数視力表がないため、主治医が診断書を書けなくなります。(1)

○現在の日本での測定方法にはなじまないのではないかと。(1)

○認知度が低く、混乱を招くだけ。(1)

○それでもよいが、臨床現場に混乱を生じる。(1)

○logMAR視力を採用する必要は現時点では全くないと考えます。LogMAR視力表を設置している医療機関はほとんどなく計算式で換算するのは、かなり複雑です。それに、たとえば小数視力(今のやり方)1.0はlogMARでは0.0で小数視力0.1はlogMARで+1.0となり、一般に理解してもらえるでしょうか。(1)

○視力はいくまで、現行の小数視力で行う。対数視力は、治療効果の判定や、視力の向上などの研究的な視力には有用である。研究面では、対数視力でなくてはものが言えないのはいまでもない。しかし、日常の眼科診療や学校での視力測定などの実際面は小数視力が適している。対数視力は、最近の傾向ではなく、以前からあったもので、実用にそぐわないため普及していません。(1)

○当面はlogMARから数値で示して記述してもらえばよいと思われます。いまだに5m視力表からの視力値のほうが圧倒的に多いので。(1)

○一般人に分かりにくいので、現状のままがよい。(1)

○今のままで良い。(3)

○両眼で評価するとよいのではないのでしょうか。(1)

○日常生活能力がより適正に評価できるものであれば導入が望ましい(1)

○よくつかわれる一般的視力表が対数視力に変わるなら、それもよい。(1)

○クリニックで対数視力表を有しているところがあるかどうか。(1)

○現行と比べ間違いやすい面や慣れもあるかと思われ、今後どの程度普及するかが問題と思われます。(1)

○従前の基準との整合性を踏まえつつ、より普遍的な認定基準の導入の是非を慎重に検討すべきである。(1)

1-2 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

1-2-1 視力障害と視野障害の認定等級を比較したときに、同一等級でありながら日常生活の不便さに差があると思われませんが、その実態と運用上の問題があればお書きください。

問題あり	問題なし
16	12

〔問題ありとして記述されたもの〕

○現行の変な中心視野計測基準になって、視野障害者は優遇になった面がありますが、単に視力障害が主の視力障害者の日常生活不便さが冷遇され過ぎです。幾ら視野が狭くても危険を考慮しなければ0.7あれば運転免許は更新可能ですが周辺視野が残っていても0.5では更新できません。まして0.2なら対象外。前述の様に中心視野の損失率を両眼視野の視力値に影響させる計算式を熟慮作成して、判定基準は視力値に統一するという抜本的簡略明解にすべきでしょう！其の規則基準を変更せずに便宜的な一部手直しでは、申請医による差が大きすぎて、あそこへ行けば2級は簡単！あそこは6級にもしてくれないという患者様の噂が出るのは好ましくはないし異常です。(1)

○全くその通り。最近、高度障害でも、たいていのことが可能な方が多く見受けられる。

○視野障害を厳密に審査すればそうでもないと思うが、現在行われている書類審査上では、視野障害についてはかなり甘く、視力障害との不均衡が存在していると思う。(1)

○視力と視野の指数を単純に合計する方法は必ずしもよいとは思われない。(1)

○現行の視力基準を両眼視に変更(1)

○視野基準をもう少し細分化周辺視野と中心視野を数字上で同一視せず、真の視野損失率、視野能率を考慮すると実態に合うと思われる。(1)

○視野障害は眼球を動かす(視線をあちこち移す)あるいは、顔を回転さす事で視野の狭さをある程度代償できますが視力障害は不能です。(1)

○網膜色素変性症の様な場合は、夜盲を伴っているので、等級を上げるべきだと思う。(1)

○severeな方(1~2級)はあまり変わらないのですが、それ以下の方に症例により(同じ級数なのに)かなりの差があるようです。(1)

○視野障害がI/2で判定されるために両等級間の軽重の差が出る事が多い様に思います。V/4等の大き目のイソプターを判断することで視野障害のあいまいな部分を少なくできるのではないかと思います。(1)

○高度視野障害の方が日常生活でははるかに不便である。(一人歩き不能) 視力障害は高度でも視野が広ければ一人歩きが可能である。自転車にでも乗れる(1)。

○御指摘の通り差があると考えます。(1)

○厚生労働省の示す認定基準上、視力障害における複視の取扱いには記載があるが、視野障害における複視の取扱いについては記載がなく、日常生活上支障があるにもかかわらず、申請すら行われていないケースもあり得ると考えられる。(1)

○日常生活行動の不自由さは視野障害の2・3級の方が大きいことがあると思います。(1)

○問題はありますが、等級の上の方を取ればよいでしょう。(1)

○視力と視野の指数を単純に合計する方法は必ずしもよいとは思われない。(1)

〔問題なしとして記述されたもの〕

○どちらか等級の重い方をとる。(1)

○視野障害は2級までであるし、現状のままでよい。(1)

- 手帳の等級は、視力・視野といった客観的に判定できる基準でよい。日常生活能力というあいまいなものは、個人の能力など、視覚以外の要素もあるので、適さない。(1)
- 重複する場合は等級が上位になることで、対応できていると思われる。(1)
- 個人差も多いのでは？(1)
- 付随要素が多いため、日常生活の不便さを視機能から客観的に差をつける事は困難であると思われる。(1)
- 問題を指摘されたことはない。(1)
- 行動(移動)と視力による情報取得は別の不便さですから、比較することそのものが難しいです。(残存視神経線維数を計算できれば統合できるかも知れませんが)(1)
- 視野障害と視力障害とでは、日常生活の不便さの質が異なるので、どの程度不便さに差があるかは、比較しづらい。(1)
- 視力障害と視野障害は本質的に異なるので、障害程度を等級で比較することはできない。
- 視力障害、視野障害の不便さの比較は難しい。(1)
- 視力障害と視野障害の重複する場合は、指数により上位等級となる場合があり対応できていると思われます。(1)
- その人のライフスタイルにより状況が異なるため、現在のままでよい。(1)

2-2-2 複視があり、日常生活にかなりの不便が生じている時の認定についてどのように思われますか。

[記述内容]

- 片眼遮閉して、良い方の眼の視力で判定する方法でよい。(15)
- 「複視については、すでに、片眼しか使えないと考えて、0.6以下であれば6級になっている。これで、良いのではないか。なお、複視は、程度によりプリズム眼鏡あるいは眼筋の手術で矯正できます。」(1)
- 特に不便を訴えられた事例がない。(1)
- 複視では認定の必要はないと思われます。複視は後天性に生じた直後は、かなり生活に不便ですが症状固定の時期では、たいてい片眼の視覚抑制が起こり、それほど生活には不自由しないものです。(1)
- 高度な場合は認定すべきだが、判定基準を厳密にすべきで、軽いものや一時的なもので認定すべきでない。(1)
- 慣れの問題もあり、認定は困難であると思われる。(1)
- 片眼で十分見えれば障害認定できないと考えます。(そうでなければ、方眼失明は無条件に障害認定となります。)(1)
- 複視は治癒することが多く(手術を含め)、恒常性のもののみ認定すべきです。(1)
- 高度な場合は認定すべきだが、判定基準を厳密にすべきで、軽いものや一時的なもので認定すべきでない。(1)
- 内容によっては片眼のみを視力として認定しても良いのかと思います。(1)
- 視力障害の判定を両視野で評価することになった場合には、認定基準に加えられるべきである。(1)
- 両眼視機能障害を視覚障害のひとつとして検討すべきではないかと考える。(1)
- 複視が固定している時は視力の良い者ほど困難を訴える。従って、両眼視での両眼単一視の領域(この測定法は確立している)から判断するようにするべきと考える。(1)

- プリズムや手術で治らない症状固定している複視に関しては、片眼の良い方の視力視野のみで障害がないか判定する。プリズム等で矯正可能であれば両眼の機能を参照する。(1)
- 手術、プリズムメガネなどでかなり改善される場合があるので、身障としての認定は難しいと思う。(1)
- プリズム眼鏡や手術の方法あり。また、片眼を遮蔽する方法あり。特に認定は必要なし。(片眼の人と不公平感が出る。)(1)
- 認定基準に追加されることが望ましい。(1)
- 現在の区分は不適切と思われる(1)
- 複視は視力、視野障害のように程度を判別するのが難しいと思われる。また、必ずしも、程度と日常生活の不便さが相関しないと思われる。(1)
- 7級にしてあげてはいかがでしょうか。(1)
- 難しい問題ではあるが、年月が経てば単眼視となり複視が消失することもあるので、一概に言えないが、実際問題としては5～6級と認定すべきではないか(要再審査の上)(1)
- 実際に複視がひどいのに視力が良い為、日常生活ができず、かつ、認定がなく苦しんでいる方がたくさんいます。(1)
- 認定するのは良いが、詐盲と同じことが生じやすいと思われるので注意する必要がある。(1)
- 認定がむつかしいと思う。(1)
- 認定する場合、複視の程度、日常生活の不便の程度について客観性の高い評価方法を確立する必要がある。(1)
- 複視については認定しても良いと考えます。(1)
- 正面視での複視でプリズム眼鏡で容易に複視がなくなる場合は非常に不便であるので片眼視と認めればよい。側方視の複視はそれほど不便はない。(1)
- 片眼失明と考えてよいかどうか、わかりません。(1)
- 例えば、視力が両眼1.5でも複視があればかなり支障を生じています。特別に障害程度として設けるべきと思います。(1)
- 複視の客観的データ及び支障を生じているという指定医師の所見を得られるならば、認定すべきと考えられる(厚生労働省から既に回答あり)。(1)
- 判定の基準が難しい。(1)

1-2-3 再認定の時期についてその実態と運用上の問題があればお書きください。

[記述内容]

- 身体障害者手帳をすでに持っており、白内障の手術をしてずいぶん良くなっているかたが多々ある。手帳交付者全員に対し、5年毎等、定期的に再認定すべきである。(1、2級で症状変化のないかたは除く。)老人性白内障の病名のみで、体調不良(糖尿病、胃炎など)・老衰等の付記があるものは障害認定をしているが、このような場合については体調がよくなり手術を施行する可能性がある。手術を施行したかどうかの確認も兼ね、2年後の再認定としたほうが良いと思われる。乳幼時期に認定したものは、6歳時に必ず再認定すべきである。(1)
- 改善する視機能異常は少なく、増悪が大部分ですから、悪化すれば不満があれば申請医が判断して再認定申請すれば良い。(1)

- 特に感じない。(1)
- 3～5年で再認定すべき。(1)
- 3～5年で全例再認定とすべき。(1)
- 手術等で回復可能性のある場合において本人が希望しない場合です。(1)
- 改善不能な場合の一級は妥当だが、2級や手術加療により、改善するかもしれない疾患の「認定なし」はおかしい。(1)
- 5年に一度位は、免許の書き換えのように義務付けたらどうか。3歳以前に判定を受け、大人になっても同じ手帳を所持している人が珍しくない。白内障手術など手術を受けたら必ず再判定が必要と考える。(1)
- 3歳未満児については、6歳時点での再認定を要綱で定めている。又、手術等により軽度化が予想される場合も同様に扱っている。(1)
- OP拒絶の場合、OP後認定の判断があってもよいと思う。(1)
- 回復の見込みのない高度障害(1級)は必要ないが、その他は認定医の判断に任せるしかないと思う。(1)
- 再認定の時期を示して、その時期に再度診断してもらうことにしているが、実効性をあげるためにはその時期を過ぎれば失効するぐらいの運用をするのが理想。(1)
- 日常生活で支障があり、認定による恩恵がある(リハビリが必要と思われる)場合に認定すればよい。しかし、現病が活動性で治癒による回復が望める場合は、当然見あわす。治療中であっても進行性であれば、希望すれば(又はリハビリしたほうが生活が良くなれば)認定してよいと考える。(1)
- 概ね3年で問題無いと思われる。(1)
- 手術等による改善が見込まれる場合は、再認定を行う必要がある。しかし、症状が固定していない症例に対して再認定の時期を決定するのは困難なことが多く、一律に統一しておいてもよいのではないかとと思う。(1)
- 再認定が必要という項目があることは大変ありがたいと思っております。(1)
- 白内障手術後の再認定は、術後半年で行うべきだ。(1)
- 医師によりかなり、その時期にバラつきがあるようなので、疾患毎のおおまかな参考再認定時期を決めておくとういのではないのでしょうか。(1)
- 本人が申請しない限り、再認定できないため実効性が十分得られない(1)
- どのような条件があれば、再認定の時期について記入するかということがはっきりしていないように思います。(1)
- 白内障手術後1.0の視力が得られても、なお身障手帳の1~2級を持っている者が時々いる。高度障害の人の再調査をすべきだと思う。あるいは通院先の眼科に現在の視力を聞くとか、何かすべき。(1)
- 再認定要綱で3歳未満については、6歳時再認定を付すことになっています。また、診断医の診断により認定時期を付したものの、及び軽減化が予想される所見(手術等)の場合は再認定を付した認定を行います。(1)
- 疾患ごとにある程度決めた方がわかりやすくなると思います。(1)
- 何らかの事情により手術を行わない場合には、確認を取った上で、再認定を付さない場合もある。(1)
- 申請書を書いた医師が判断し、再認定の時期を明記するのがいいと思います。(1)
- 再認定は同一眼科専門医がすべきで、それが困難なときは再認定医と障害者の理由書が必要とすべき

です。(1)

○再認定の時期を示して、その時期に再度診断してもらうことにしているが、実効性をあげるためにはその時期を過ぎれば失効するぐらいの運用をするのが理想。(1)

現状でいいと思う。(1)

1-2-3 症状固定の時期について、その実態と運用上の問題があればお書きください。

○疾病によって異なる。(5)

○現状でいいと思う。(2)

○治療中の場合、症状固定の時期は難しい。一応症状固定として、1年後に再認定をつけ判定することがある。(1)

○徐々に悪化傾向のあるものについてはその都度認定する。改善の見込みがある者については、発症後6ヶ月。(1)

○明確な時期は分かりかねる。(1)

○白内障など治療の前に障害認定をうける場合は、現在の症状としては固定していても、手術等うけた時は必ず再認定をうけるようにしないと適切でないと思います。(1)

○この場合も3.と同様に手術後本人が希望しない(拒絶等)の場合です。(1)

「症状固定日を記載させられるが、あまり意味がない。進行性の疾患などが症状が固定することはない。」(1)

○脳血管障害、球後視神経炎等で、発症後1ヵ月程度で申請があり加療後一定の期間を経過し、症状が固定した時点での診断をお願いしたことがある。(1)

○「症状固定」とする判断は難しいと思われます。(1)

○発症後短期間でも回復不可能な疾患もあるので、弾力的に判断していいと思う。(1)

○症状固定しないと認定しないということではなく、回復が望めなく、現在で支障があれば、活動性であっても認定してよいと考える。そのほうがリハビリを早期に開始でき、効果も大きい。(1)

○症状固定の時期については、15条指定医の判断に委ねて問題はないと思われる。(1)

○症状が固定していない症例に対しては、再認定の時期を設定するので、障害固定時期を記載する必要性がないと考える。(1)

○白内障による視力障害により身体障害者手帳交付申請される場合が多く見られます。白内障は、手術の予後が良好なため、術後の診断による障害の評価が適当であります。白内障による視力障害の診断が時期尚早であることへの指定医師の理解が浸透していません。障害の評価にあたっては、老化による体力減退により手術を受けられない等諸々の事情が想定されますが、時期尚早により身体障害者手帳交付申請を却下しています。(1)

○固定が明確なものについては、其の時点で検査の上、実態に即した診断、判定を行うべきだと思う詐病に留意(1)

○「オペ」をしたか否かなど、この点に関しても参考基準を作成した方がよいのでは?(1)

○症状固定の時期とはどのような事を示すのか、又必ず記入する必要があるのかということがはっきりしていないように思います。(1)

○我々には殆ど意味がない。(1)

○脳血管障害が原因とした肢体不自由の場合は、3ヶ月未満の場合再認定を指導する等の疑義解釈があ

- るが、脳血管障害を原因とした視覚障害の場合は固定時期について判断が分かれると思います。(1)
- 症状固定の時期も申請書を書く医師が判断して明記するのがいいと思います。(1)
 - 書く必要はない。(1)

資料2 国内調査および各分野の専門医からの意見聴取結果の整理（聴覚障害）

1 障害認定基準運用の実態について

(1) 聴覚障害についての認定基準は国の認定基準（ガイドライン）と同じですか？

同じ	異なる
42	5

[異なる内容] ()内は件数。以下同じ。

110db オバを 115db とする。(1)

130db を 135db とする。(1)

場合により、聴力検査機器、機種名、聴力図を示してもらう(1)

聴力閾値が 100dB 以上ですか。

105dB	実測値
18	5

(2) 聴取距離による認定（等級表のカッコ書きの部分）はどのような場合に適用していますか。

適用していない	不能の場合適用している	その他
32	15	2

[その他の内容]

申請があれば、適用する。(1)

耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの 3 級、耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの 4 級、大声語や話声語ほどの程度か正確性に欠けるので適用していない。(1)

(3) 1 歳未満の乳児期の聴覚障害の認定について、ABR 検査のみの認定を行ったことはありますか。

ある	ない
36	12

ある場合には再認定時期は何歳頃が適当ですか。

1. 5～2 歳	1
1 歳 6 ヶ月～2 歳	1
2 歳	2
2～3 歳	2
3 歳	17
4～5 歳	1
5 歳	3
5～6 歳	1
6 歳	7

3, 6歳	1
未記入	13
合計	49

[意見]

場合により、ABR検査施行の施設名をきく。施行者の意見を示してもらうことあり。

ABRのみの場合はCOR可能となった1歳半頃再認定を行い、さらにその後決定の為の再認定を行う。

(4) 乳幼児の聴覚障害の認定について、等級はどの等級が適切と考えますか。

ABRないしはCORにての域値に該当する等級	26
前記域値の1級下位の等級	9
最低等級の6級	7
その他	4

[意見]

障害の存在は認定しておき、レシーバーによる聴力検査ができるようになってから再認定する。(1)
必ず再認定が必要である。(1)

再認定により等級が下がる可能性があることを、予め文書によりしっかり説明しておく必要がある。(1)

3年後の再認定を原則としている。(1)

診断上、ABRのみでは6級の有期認定とし、再認定を付している。(1)

高度難聴の場合は当県ではまず4級に認定し、再認定する。(1)

ABRないしCORにて域値測定が可能な場合はこれで良いが測定できないときは最低等級の6級で認定、再認定時期で等級を変更する。(1) 再認定(6)

CORなどで確度の高いデータと判断されればその閾値に該当する等級とする。(1)

CORが取れる場合1～3才は有期認定。ただし、2級と出ても下位(3級)の等級をつける。(1)

3～5才の場合は有期認定で2級と出た場合は2級のままで等級をつける。(1)

CORにての域値を参考とし、今後常識的に予測しうる数値での等級。(1)

遊戯聴検等の聴力評価が出来ていれば認定基準に合わせて認定している。(1)

1級未満程度の場合は1級下位が妥当と考える。(1)

CORの閾値に応じて認定する。(1)

日常生活の音への反応等を考慮した上で1～2級下位の等級とした。(1)

ABRのみ：4級を上限、CORのみ：最低2回測定、3級を上限。(1)

(5) 乳幼児の聴覚障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を()内に記入してください。

ある	ない
19	28

[内容]

染色体異常などによる精神発達遅滞を伴う場合。(1)

知的障害を伴った場合。(1)

知的障害を伴った場合で、十分な聴力検査ができていないもの。(1)

知的障害が合併しているのかどうか、不明のとき。(1)

重複障害児で検査が困難な事例（発達遅滞+聴覚障害ではBOA、CORは困難）(1)

知的障害のあるとき(4)

重複障害児でBOA、CORが実施不能のケース。ABR実施も成長すると困難で、痙攣など合併していると実施不能。(1)

重複障害を合併している場合(1)。

重複障害があるとき(2)

患者の熱心さが書面に見えるとき、事務上負担あり。(1)

患者の家族の熱心さが前面に出て、申請医師の記載が曖昧なことがある。(1)

患者が熱心なとき。(2)

3才でCORを実施して、2級で有期とするか、3級で有期とするか？(1)

ABRの105dBにも反応のない例(1)

検査不能(1)

音に対する反応があるにも関わらず、ABR、OAEの域値が取れない場合(1)

ABRによる検査もなく指定医師の経験則で診断された。(1)

知的障害もないのにどうしてもCORができなかった。(1)

ABR,CORでは具体的な等級分類が難しい(1)

申請医師の記載があいまい、不確かなとき。(1)

ABRとCORの不一致。(1)

年齢が若いと正確性に欠ける(1)

ASSR検査結果のみ記載の診断書の取扱い(1)

(6) 音声・言語障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)と同じですか？

同じ	異なる
48	0

(7) 知的障害、認知症などの言語障害認定について

認定しない	32
高度難聴あれば認定する	14
その他	2

[その他]

知的障害や認知症などが言語障害の原因であれば、認定しない。

(8) 音声機能または言語機能の著しい障害(4級)の具体例C.中枢性疾患によるものとして、脳血管性障害による仮性球麻痺についての申請がありますか。

ある	ない
----	----

34	14
----	----

申請があった場合認定していますか。

認定している	認定していない
30	2

(9) 音声・言語障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を記入してください。

ある	ない
19	29

[認定に窮した内容]

知的障害の場合。(2)

発生・発語ができない原因に身体機能の障害と知的障害等の原因が重複している場合。検査不能でデータが得られない場合。経過等が不明の場合等。(1)

認知症や知的障害によるものやそれをともなったケース、明らかな場合は判断にこまるものが多い。(1)

認知症や知的障害による、または、それを伴った音声・言語障害が非常に多く、明らかにそれをはっきりしている場合はガイドラインにそって認定はしていないが、判断できない場合が多い。

(1)

知的障害などで発声・発後ができない場合。(3)

CTなどで明らかな、脳の変化があれば認定はできるだろうが、脳の変化が画面上読めない器質的変化がある時はどうしたらよいのか、こまることがある。(1)

窮するほどではないが、認定医の身障法の理解が異なる場面があったり、地域の事務担当者の表現に家族が多くの期待を抱いているような初歩的な行き違いがあるときがある。(1)

質問に対し誰でも理解できる言葉で答えるが、その内容がごく簡単な言葉でのみ行われている場合、認定するか否かの境界に悩む。(1)

脳性麻痺における音声・言語障害で画像等で、音声言語中枢に異常のないもの。(1)

意思伝達能力の記載があいまいな場合。(1)

聾啞には該当しないが、ある程度聴覚に障害があり、尚かつ幼児期に障害程度に応じた適切な措置を受けることができなかつたために言葉が話すことができない事例について国(障害保健福祉部企画課)に照会したところ、聾啞等によらない社会的な要因の強いものについては障害の対象にならない旨の回答を受けた。しかし、この者は全く言語によるコミュニケーションが取れないにも関わらず、手帳等による福祉を受けることができないため、本当にそれで良いのか不安がある。(1)

書面のみでの判定なので、3級・4級いずれか判断に迷うことあり。(1)

認定医の身障法への理解が異なっていることがある。地域の事務担当者の説明で家族が誤解したり多大な期待をいただいていることがある。(1)

理解面と表出面に開きがある場合。(1)

3級と4級の判断に窮することが時にあり。(1)

生後4ヶ月の乳幼児の事例：先天性の著しい呼吸困難があり、気管切開している事例。単に気管切開のみでは障害認定対象とはならないが、声帯麻痺があったため音声機能障害として認定した。

(1)

2. 障害認定の原則について

(1) リハビリテーションを中心として障害認定のため、老衰や末期がんなどによる言語障害等は対象としないこととされています。その実態と運用上の問題点をお書きください。

[実態と運用上の問題点]

認定していない。(4)

現行通りで問題なし。(2)

あえて言語障害をとり上げる必要はないので現状でよい。(1)

現状でよいと思います。きりがないと思います。(1)

更生の可能性がなければ認めません。(1)

あくまでリハビリが可能な人を対象としており問題なし。(1)

大体よく理解、運営されている。(1)

末期癌や老衰の場合はリハビリ、リハビリ、更生援護がほとんど不可能でありかつ将来的に社会生活・日常生活への復帰はまずあり得ないことが明白である。他の障害と同様に認定することは問題ありと思う。(1)

法の趣旨からしてやむを得ないと思います。(1)

リハビリテーションを中心とした障害認定で問題なし。(13)

事例はない。(3)

認定基準に合致する障害が認められる場合は認定している。(2)

認定基準に合致すれば障害として認定しています。援護上手帳が必要な場合があります。(1)

癌では管、顎切除後のそしゃく障害、音声障害などについては、リハビリの視点も考慮して認定を考えるべきである。(1)

障害認定基準に合致すれば、認定すべきである。(1)

重障度分類の基準を細かく決めたとしても評価するのが実際には困難かと思います。(1)

明らかに原因の場合は認定していないが、書面で判断しにくい場合が多い。(1)

老衰、末期がんをどうやって判定するのか、検査方法は？ただ見ただけで判定するのなら、定義は不要。老衰と末期がんの定義が不明。家庭訪問をして老衰か末期がんか確定の必要あり。老衰の場合は耳鼻科医が言語障害と照らし合わせてはじめて、老衰又末期がんには対象としないと言える。(1)

末期の場合、一時的に貸し出す人工喉頭、補聴器を持っているため、それを貸し出す。(1)

認定基準に明記されていないため、定まった運用が困難である。(1)

明らかに老衰や末期がんが原因の場合には対象としていない。書面から判断できない場合が多く、問い合せてもはっきりした回答が得られないことがある。(1)

対象としない障害についても、申請そのものは提出されることがあり、リハビリテーションを中

心とした障害認定の趣旨と相容れない場合がある。(1)

老衰や末期がんとする判断が難しい。(1)

老衰や末期がんの場合でも、状態を考慮して認定できるよう改正されるべきである。(1)

(2) 装具をつけないでの認定について

現状では、視覚障害以外は装具をつけない状態で認定しています。そのため人工内耳、人工喉頭、食道発声などで聴覚および言語の機能が改善されているにもかかわらず障害認定がされます。この点についてその実態と運用上の問題点があればお書きください。

[実態と運用上の問題点]

現状の装具をつけない状態での認定で問題なし。(5)

食道発声を除き、装具をつけない状態での認定でよい。(1)

人工内耳、人工喉頭、食道発声は、ペースメーカーや人工関節ほど、正常な状態に近づいていないので、現状の認定基準でよい。(1)

装具をつけても個人差が大きく、評価方法も難しいため現状のままでよいと思う。(1)

現状通りで良いと思います。そもそも障害があるため装具を要するわけで、身体そのものが治ゆ、改善したこととは異なると思います。(1)

人工咽頭、食道発声については、それにより機能改善がされているわけではない。人工内耳については、現在のところは、補聴器の一種とみなしてよい。ただし、現在のものより進歩してチャンネル数が増えれば聴覚上機能改善が期待できる。(1)

ADL重視の考え方に立つならば、体内装具装着後の状態で認定を行うことになるが、障害者がリハビリを行い、装具によりある程度の自立が可能となったとしても、その状態が障害非該当の状態に直ちになりえるか疑問が残る。(1)

現状の装具なしでの認定がよい。特に乳幼児では、たとえ人工内耳、補聴器を装用しても、依然、聴能訓練は必須である。(1)

身障法は社会復帰を目的としたものと考えます。従って、人工内耳も人工喉頭も社会復帰のために使用する補装具の一種であり、しかも両者とも装着後相当の訓練を要します。人によって必ずしも成功するとは限らない（特に食道発声には相当の努力が必要である）点等を考えると、装具をつけない状態での認定が、現時点では合理的と考えます。(1)

電池が切れれば、装具をつけない状態になってしまうやはり装具をつけない状態で認定した方がよい。(1)

人工内耳、人工喉頭、食道発声を行っても 100%機能が回復するものではないので、現状で構わないと思われる。(1)

装具着用による日常生活の制限や機能の改善が不十分な場合もあるので現状の障害認定でよいと考える。(1)

装具をつけない状態で認定を行っているが、特に問題はない。(1)

装具を付けて改善があっても、本来の機能はなく種々の不都合、不利、活動の制限などがあることは事実であることから、装具なしの判定で妥当と思います。(1)

補装具をつけない状態が本来の聴力や言語能力ですので、当然非装用での判定をすべきと考えます。(1)

装具をつけない状態で認定している。(1)

現時点で人工内耳での申請がみられる時 Case by Case で判断して認定している。(1)

人工内耳、人工咽頭、食道発声それぞれ、社会生活上すべての人がそれらを問題なく生活できているとは限らない。人工内耳はうまく使えているとしても、機械故障や再手術を要することもある。人工咽頭も機械の故障がおこる。(1)

現状のままでよい。(24)

聴覚障害の場合、補聴器装用による聴力改善があっても、裸耳の聴力が障害認定となる。従って、人工内耳ならば術前の聴力が、人工咽頭や食道発声訓練前の状態が障害認定基準となる。しかし、診断書に治療後は障害がどの程度改善されているのか、追加すべきである。(1)

機能検査方法の統一はかなり困難であろうと推測される。装具をはずせば障害があることには変わりなく現状でもよいと思うが、この点について考えがまとまっていない。(1)

ペースメーカーや人工関節と同様のあつかいになると見るが、別条件等を付加すべきか。(1)

現在は人工内耳・人工咽頭・食道発声の症例においてもガイドラインに従っている。ペースメーカーや人工関節と似たところがあり、今後の検討課題と思う。健常人と同様に機能が改善されているわけではないので、手術を施行していたり、技術を獲得できていない人と同様に扱うのも問題があり、別条件を付加すべきか？(1)

同様に心臓ペースメーカー、除細動器埋め込み後の障害者も考えられますが、体内装具を装着し、日常的な機能は改善したとしても、障害に該当しないものとするかは検討が必要かと思われま

す。(あるいは、現行より下位等級で認定する等) ADL を主とした認定方法をとるのであれば、装具装着後の状態で認定すべきだと思います。(1)

他の障害区分との整合性を図りつつ、認定条件の見直しを慎重に検討すべきである。(1)

別の認定基準を作るべき。(6)

障害よりの改善後の基準が出来ていない。現在は一度認定した等級が変更される例がない。既得権の様に考えられている事をまず変えねばならない。装具をつける時にこれによる改善があれば等級変更が行われる事を条件とし、明記すべきであろう。(1)

現在ガイドラインにしたがっている。障害者の中には不公平感をもつものもいるようである。(1)

装具をつける以前は、身障の認定を受けているので、人工内耳など装具をつけた状態でも認定でよい。(1)

実際は、人工内耳以前聴力、咽頭摘出後(全摘出した事)について判定しています。その後、手帳の返還について請求していません。(1)

この項の「改善されているにもかかわらず」のとりあげ方に問題があると考えます。人工喉頭、食道発声で言語機能が改善されていると認識するか、その発声や音声の値を社会生活上にどのように位置づけるか。この項の問いかけでは認定の上では問題はあります。しかし、長い経験がありますので新たな問題が提起されてもよく対応できます。しかし、人工内耳に関しては認定業務にとって新しい事実もあり慎重を要します。それでこれまでの身障法の歴史から流れを整理し、整合性を考える必要があります。(1)

人工喉頭や食道発声で社会生活上、言語機能が改善されていると認識するか、その発声や音声の質を社会生活上どのように位置付けるか問題があります。しかしこれには長い経験がありますので、問題が提起されてもよく対応できましよう。人工内耳は認定業務については新しい問題提起

もあり、慎重を要します。これまでの関連の身障法の整理をし整合性を考える必要があります。食道発声は患者さんの努力（練習）によって発声されている。（健康な人と同じ位に）食道発声の下手な人はどうしても駄目で人工喉頭にこれらの間に差をつけるのも気の毒、今迄通りが妥当。人工内耳も同じ、補聴器も上手に使用している人もおれば下手な人もいる（購入してもなれない人が）（1）

（3）日常生活能力の視点導入について

現状では脳原性運動機能障害の認定などで日常生活能力の視点が、基本的には機能障害中心の障害認定が実施されています。聴覚、音声・言語障害にもこのような視点から認定を行う場合に、実際にどのような方法があるでしょうか。その実態と運用上の問題点をお書きください。

[実態と運用上の問題点]

現在の基準で特に問題なし。（3）

聴力、音声・言語障害の程度は、日常生活能力とある程度相関するし、日常生活能力は、他の障害により影響を受けるので、あえて導入しなくてもよいと思います。（1）

現行でも音声言語障害については、コミュニケーション活動（場とレベル）、意思疎通困難な程度を基に医師の所見から認定しています。（1）

日常生活能力は機能障害によって大体決まって来るので今のままで良いのではないのでしょうか。

日常生活能力を基準化することは運用上むづかしい。（1）

今までのところ、特に「日常生活能力の視点から認定」について、さしせまった点を感じていません。（1）

現行の基準で問題ない。（7）

聴覚についてはコミュニケーション障害の立場からすれば、もう少し語音明瞭度による認定基準が設けられると良い。（1）

実際には会話能力を評価する検査を要すと思うが、その実施には多くの困難が伴うと推測される。（1）

介護保険での認定に問題がある以上に、大きな問題を含んでいると思われる。内科主治医のみならず整形外科や耳鼻科・眼科等、生活環境が関連する各科と、介護・看護を実際に行っている人や、家族の状況等、運用上には多くの問題要素があり、どの様にまとめるか大変な事だと思う。

書面からの判断のためだれが書いてもだれが見ても公平さを保てる基準がないと運用しにくいので、身体障害者認定とは別の運用基準がよいのでは。（1）

日常生活能力の視点～介護保険との整合性を考えなければならない。そのためには、看護師、言語治療士、ケースワーカーが実際の生活状況を観察しなければならない。公平性を保ち、身障法を悪用して不当に手当てをもらっている人を排除し、税金のむだ使いを防ぐにはベストな方法である。（1）

機能障害中心～医師の書類審査のみでも OK だから、不公平感あり。（1）

日常生活での聴こえや音声・言語がどの程度役立っているのか観察する必要がある。しかし、時には障害を装う場合もあり、判定困難な時もある。（1）

明言できない。各症例毎に慎重に検討し、判定すべきものと思います。（1）

コミュニケーションの程度によって認定する。（1）

小児の中等度難聴（50～70 dB）では、明らかな学習障害が生じる。しかし、現状でのレベルでは、障害認定がなされておらず、高価な補聴器を自費購入している。小児については、認定基準を中等度難聴まで含めるべきと思われる。（1）

日常生活能力からすれば、例えば聴覚で左右同程度なら両耳装用しステレオ効果を考えてあげるべきでしょうが、補聴器交付意見書には「両耳」はなく、自治体の負担が倍になるので難しいと思われる。（1）

会話によるコミュニケーション障害の程度による認定とし、段階をもう少し細かくすることを検討してもよいのではないかとと思われる。（1）

日常生活能力については、主担当医の情報に依存せざるを得ない。（1）

コミュニケーション障害、特に言語理解に重点を置いた視点の認定方法を導入すべきかと考える。現在の基準でよいと思うが、聴覚に関してはABRによる判定を加えることでよりの確な判断ができると思われる。（1）

質問の意味がよくわかりませんが、現状ではかなり無理があると思います。（1）

更生能力の向上、支援の立場から、とりあえず、聴覚障害に対する補聴器、音声言語機能に対する人工喉頭の取得を目的とした認定が可能になれば有用と考えます。（1）

客観性の高い指標を用いる必要がある。（1）

聴覚、音声・言語の分野で、「この視点の必要性のある具体例（全国各地の）」を示してほしい。

いま、この具体例を列挙してみることが大切と考えています。（1）

書面からの判断のため、判定する方法、基準に差が生じやすい。別法（身体障害者認定とは）を設けるべきではないか。（1）

聴覚障害においては言語獲得前の中等度難聴の小児が身障基準に適合せず、補聴器購入に補助を得られないでいる。成人と小児では事情が異なる事を取り入れて欲しい。（1）

補聴器の利用能力の低い人は等級を上げるというような方法が考えられる。（1）

基本的に聴覚機能、音声・言語機能に対する障害の認定であり、現行もそのような視点から機能障害として認定しています。今後、出来れば他の領域の障害との整合性を考慮して等級表を改正してほしい。（聴覚障害に1・5級がない点、平衡機能障害に4級がない点等）（1）

客観性の確保、他の障害区分における認定基準との整合性を図りつつ、認定基準の見直しを慎重に検討すべきである。（1）

寝たきりの人等で詳しい検査ができない場合もあるので、そのような方法があることが望ましいが、思いつかない。（1）

音声・言語障害の認定に付帯事項を参考にするのは、判定医の主観も入る。客観的事例をあくまで参考にするのがよいと思われる。（1）

聴覚：純音、語音検査が、日常生活能力を反映している。音・言：複数の検者による会話明瞭度で認定して得る。（3人で聞いて、皆がわからない時は、4級以上）（1）

（4）生活の不便さの視点導入について

現状では、免疫機能障害の認定基準に、生ものの摂食制限等が取り入れられています。このような社会的な環境要因をふまえた認定について、聴覚、音声・言語障害の認定に取り入れることが可能か、また運営上の問題点等がありましたら具体的にお書きください。

〔実態と運用上の問題点〕

従来の判定方法でよい。(9)

診断基準が明確なものを作るのは困難。(4)

例えば、市の公会堂の様なホールなどに磁気ループ、赤外線などの装置を設置すれば補聴器装用者がより利用しやすくなるが、現状では社会的なインフラ整備が追いついておらず、取り入れたくても取り入れられないのではないのでしょうか。(1)

介護保険で嚥下障害がとりあげられているが、歯科よりこれに関与し、種々の問題が生じている。歯科は摂食、口腔内ケアには関与するが、嚥下に関しては関係ないと思うのに、この分野にまで関与しようとしている。(1)

数値的な基準がないと判断できない。(1)

社会的な環境要因をふまえた場合多様性が生じ不公平感が強くなるのでは。(1)

可能であると思う。騒音下での生活や騒音下で飲酒習慣があると、聴覚障害が進行する。音声・言語障害を改善させるための義務的制約もない。(1)

テレビ視聴を楽しむことは、国民が等しく持つ権利である。70dB以上の高度難聴者には、文字放送デコーダ一貸出が行われているが、中等度難聴者にはなされておらず、文字放送デコーダ一貸与の幅を拡大すべきと考える。(1)

会話によるコミュニケーション障害の程度による認定とし、段階をもう少し細かくすることを検討してもよいのではないかとと思われる。(1)

舌癌、上顎癌切除後のそしゃく障害、音声・言語障害なども考慮すべきと思われる。(1)

客観性の高い指標を用いる必要がある。(1)

もっともな提言だが、(3)の問題とともに、この具体例を広くあつめて検討することが大切。(1)
書面で判断する以上、ある程度数値的な基準がないと判断できない。また、同一状況であっても、社会的な環境要因で左右されると多様性が生じ、不公平感が強くなるのでは。(1)

他覚的に検査が出来るものは生活の不便さの視点導入の必要性はいらないと考えます。運用上これを認めていたら障害者が増加する。(1)

手話通訳者を適切に利用できるか、災害時の警報をすみやかに理解できるか、無咽頭者（気管切開孔のある者）はフロに入るときなどで特別の注意が必要。両側内耳障害による平衡機能障害のある場合の水難事故の危険などを考慮することは不可能ではないと思われる。(1)

現在も総合所見の欄に、日常生活での不便度（特に音声・言語では家族と家族以外に分けて）を記載することになっている。実際の障害の程度と生活の不便度が大きくかけはなれている場合に参考にするのは有効と考えます。(1)

音声・言語障害の認定に付帯事項を参考にするのは、判定医の主観も入る。客観的事例をあくまで参考にするのがよいと思われる。(1)

3. 認定時期について

(1) 3歳未満の乳幼児の聴覚障害認定について、新生児スクリーニング検査の実施に伴い1歳未満での認定の必要性もあると考えられます。月齢何ヶ月くらいで認定するのが適切と考えますか。

1 ヲ月	1
3 ヲ月	3
3~6 ヲ月	5
4~6 ヲ月	1
6 ヲ月	22
6~9 ヲ月	1
9 ヲ月	1
10 ヲ月	1
6~12 ヲ月	2
12 ヲ月	5

1-3-1-2 また再認定の時期については何歳頃が適当と考ゑますか。

1 歳	1
1~3 歳	1
1 歳半	4
2 歳	4
2~3 歳	2
3 歳	14
3~4 歳	1
3~6 歳	1
4 歳	3
3 歳、6 歳	1
4~5 歳	2
5 歳	3
5~6 歳	1
6 歳	8

(2) 教育途上の言語障害認定には苦慮させられることがあります。聴覚障害に伴う言語障害も含めて、言語障害の認定は何歳以降が適当と考ゑますか。

1 歳	1
1 歳半	1
2 歳	6
2 歳半	1
2~3 歳	2
3 歳	8
4 歳	3
5 歳	3

6 歳	8
6~9 歳	2
10 歳	1
12 歳	1
15 歳	1
18 歳	3
その他	2

また、再認定の必要性はどう考えますか？

必要	42
必要なし	3

(3) 症状固定の時期

幼児の場合、高次脳機能障害がある場合など、認定時期が難しい場合がありますが、その実態と運用上の問題点があればお書きください。

[実態と運用上の問題点]

多角的検査、他の合併症状より類推して認定。乳幼児の認定は早く認定し、再認定時期を早めてもよいのではないか。(1)

最終障害認定を誰が行うかが一番問題であろう。(1)

ほんとうに聴覚障害等があるのか判断できない場合がある。言語については高次脳機能障害のある場合は無理。判断する方法がない場合がある。障害程度を判断するのはもっとむずかしい。(1) 程度により検査が出来なければ認定のしようがない。高次脳機能障害の定義をはっきりさせるべき。

(1)

認定不可能のものは、然るべき施設に紹介する。(1)

ろう学校などでの、言語修得の状況を参考にしたい。(1)

大変難しく、その後その場で判断しています。聴覚の判定のような基準がないためと考えます。

(1)

これはなかなか難しい。主治医が最もよく状況を把握している。それでその医師の申請によって認定が行われるので症状固定が否かは適切に申請記述されているであろう。申請者とよき十分な意見交換が必要だが、制度上必ずしも容易でない。再認定の自由度を高めたいが、難しい。(1)

県の要綱により、3歳未満児については遅くとも6歳時点で再認定を行うよう定めている。(1)

小児科・精神科・神経内科などの連携が必要で総合的な拠点でないといけない。(1)

6歳、小学校入学を一つの目安としたい。高次脳機能障害、進行性難聴の場合、固定の判断が難しい。(1)

身体障害者手帳交付申請が過去にありましたが、幼児の高次脳機能障害は精神機能の未発達によるものであって言語中枢神経の障害ではないので、申請を却下しました。(1)

実際問題認定はまず無理です。小児科医とよく相談しての対応が必要と考えます。(1)

とりあえず下級での認定を行い、将来的に再認定で確定すればよいでしょう。(1)

主治医が最もよく状況を把握されている。申請者（主治医）と、場合によって意見交換は必要だが、実際はむづかしい。（1）

高次脳機能障害がある場合は聴覚障害以外の申請はほとんどない。聴覚障害は ABR と行動反応を併せて判断すべきであろう。（1）

例えば再認定の場合、その聴力検査が十分にできているのか判断がつかない。最終的に認定は純音であるので COR や BOR しかできない場合は再認定で追いかけていくしかない。言語機能は高次脳機能障害がある場合は現状では認定は困難と思う。（1）

症例に応じて対応せざると得ない。（1）

脳性小児麻痺—多動性で聴力検査がむづかしい。言語機能検査も又むづかしい人がいる。等級がつけられない。高次脳機能障害で等級新設したら。（1）

認定時期は聴覚障害（の程度）の診断確定時。（1）

原則 3 歳以降ですが、3 歳未満で認定したものについては 6 歳時再認定を付します。（1）

このような幼児の場合、正確な聴力の判定はなかなか困難な場合が多いが、明らかに聴覚障害が存在すると考えられる場合は有期認定として判定している。（1）

判定が難しい場合は、症状固定としていない。（1）

3—6 ヶ月の経過観察後可及的に早期に認定している。（1）

（4）リハビリテーションの観点

乳幼児聴覚障害、失語症などリハビリテーションの観点からは、症状固定を待つよりも早めに障害認定をしてリハビリテーションを実施することが好ましい場合もあると思われます。これに関して実態と運用上の問題点があればお書きください。

〔実態と運用上の問題点〕

この場合、即刻リハビリを実施すべきである。そのため、症状固定を待つよりも早めに障害認定をし、再認定を実施すべきである。（1）

これは近年増加している。早い認定と補装具の交付が望ましい。急を要する場合には再認定時期を 1 年後とするなどして弾力的に運用するのがよいかもしれない。（1）

障害の程度・症状とリハビリによる回復の可能性、その程度等により等級快定の時期及再判定の必要性を定める事。（1）

肢体と同様に状態により 6 ヶ月前で認定し、再認定をする。（1）

そのとおりで、後年、難聴がそれほどひどくない事が分かれば、再認定して級を下げればよい。

（1）

乳幼児聴覚障害では特に聴能訓練等の問題があり早めに障害認定を行い、遊戯聴力検査、標準純音聴力検査が可能になった段階（たとえば 3 歳、6 歳）で再認定するのが良いと考える。（1）

援護上の必要があれば、再認定を付して認定して良いと思う。（1）

乳幼児聴覚障害は再認定要をつけて、早めに認定するようにしている。（1）

実態としては、診断がつきしだい認定し、再認定をくりかえしてチェックしている。（1）

乳幼児の場合、早期に療育訓練が望ましく、補装具（補聴器）の必要性等から認定しています。

（6 歳時に再認定）（1）

リハビリテーション実施による目標が明確であれば、再認定を前提に障害認定してもよいと考え

る。(1)

再認定を行うべき。(11)

乳幼児の聴覚障害では、早期に障害認定を行い、補聴器を装着して、聴覚活用の訓練を行う必要がある。(1)

現在6ヶ月をもって症状固定としているが、これは疑問である。もちろん治ゆの可能性があれば障害認定はできないが、リハを考えると早く認定してあげることの方が親切と思う。(1)

人工内耳の手術を行う大学病院は増えつつあるが、その障害者のリハビリテーションを実施する施設が障害者の住居近くにないことが多い。言葉は毎日の訓練が望ましい。障害者が通いやすい施設やトレーナーの派遣の充実が望まれる。(1)

固定時期を発症から6ヶ月ぐらいに定めています。(1)

勿論、この分野の早期リハビリテーションの必要性は理解している。このことと症状固定や障害認定のことは、関連はあるも、別個のことと思う。制約して考えるものとは考えない。(1)

失語症などでは半年後に認定可能なのでそれでよいと思う。(1)

乳幼児聴覚障害は早期発見、早期支援が必須なので、障害認定に従って、各種手当等の円滑な処理を行っていただきたい。(1)

こちらでは乳幼児では言葉を覚える1歳以降でABR等で仮認定し、リハビリテーション病院で言語訓練し、就学前に再認定する。(1)

リハビリテーション訓練の実施は医療であり、更生医療の適用対象でもないので早期認定とは無関係。また、リハビリテーション訓練は、専門的なところ、各部門のある総合的な拠点でないと難しい。(1)

補聴器の公費負担に関して、できるだけ早期の認定でリハビリを開始することが望ましいが、再認定により取り消しとなる可能性は否定できない。(1)

ABR検査などにより障害が確認されれば、適切な等級により障害認定を行い、補聴器の交付など福祉サービスを享受されるのが好ましいと考えます。(1)

早期からのリハビリが重要であり、最低ラインの障害があれば認定し、更生援助すべきと思う。問題なのは回復した際、認定を打ち切ることが可能か否かである。(1)

聴覚に関してはそういう方向で実際の判定を行っています。失語症はなんとも言えません。(1)

障害有無の判定は、なるべく早期に行い、補装具をつけることが重要と思われる。(1)

早期リハビリテーションはその必要性をふくめよく理解されている。しかし、認定、症状固定を関連させて早期リハを考えるのは好ましくないだろう。(1)

失語症では数ヶ月程度のリハビリテーションを行った後に、認定の申請がなされている。もっと早期から認めてもよいのではないか。(1)

失語症は肢体と同様で障害の状況によっては6ヶ月以前に認定し改善することも多少あるので、認定1年後に再認定を行う。(1)

発症後3ヶ月~6ヶ月後に症状固定と認められるような重症例は積極的に認定している。(1)

当初等級をつけることはむづかしい。(実態)障害が運用上あることを認定するだけでリハビリテーションに専念 固定した時に等級をつける。(1)

乳児期の聴覚障害では、早期のリハビリテーションの必要性が強調されている。従って、聴覚障

害が存在すれば、年齢にかかわらず(有期認定とした上で)認定することが好ましいと考えます。

(1)

聴覚障害の場合、オージオメータ以外の方法も併せて用いて、将来残存すると考えられる障害の程度において認定を行い、基準と実際の運用との乖離の解消を図っている。(1)

早めに認定してその後改善した場合、等級が下がると、医療費負担が増える等のため、文句を言われて困ったことがあった。(1)

障害認定が認定基準を満たしていれば、障害認定を行っている。補聴器制度利用による補聴器等の早期導入のため、身体障害者手帳の早期交付は必要と考えるが、障害児福祉手当、特別児童扶養手当等との整理が必要。(1)

乳幼児聴覚障害児で聴能訓練を受けている患児のなかで、3才くらいまで、反復性中耳炎・滲出性中耳炎患者に対する手助けがあればよいと思う。(1)

ABR等により聴力の判定が可能となった時点で認定し、早期のリハビリを開始している。(1)

リハ実施後、症状の固定を見て認定したい。(1)

4. その他聴覚障害の認定に関してご意見があればお書きください。

一般によく出される疑義を頻繁、早く、広く発表していただきたい。(3)

日常生活上・早期訓練上、補聴器が必要な人が障害認定されない場合があり、認定基準の聴力レベルを下げた方がよい(特に乳幼児)。(1)

障害認定を両側50dB以上に平均域値を下げていただきたい。(1)

6級よりも軽い等級を設定すべきである。(1)

以前から出ていますように、6級(70dB)ですが55dB⇔70dBの間に、たとえば、7,8級が定められると、よりよい障害認定が行えると思います。(1)

音声言語障害の認定区分を2級(喪失)、3級(著しい障害)、4級(中等度の障害)にしても、他の障害程度と比べて、整合性は逸しないと思われる。(1)

乳幼児の認定については、小児難聴を専門とする耳鼻科医師及び言語聴覚士のいる施設に限定することも将来考慮してもよいか?資格制度がないため現状では不可能。(1)

判断を判定医にまかされることが多く、自治体により見ることがある。(1)

単に耳だけの聴力検査のみをもって認定するのはおかしいと思う。だから、2級を書いてくれという人々が増えて来たのだろう。まずは人間全体をみてからでないと、看護師、言語治療士、ケースワーカー、サイコセラピスト、児童心理学者等を更生相談所に十分に配備(単に配備だけでなく)し、連携、勉強が必要だし、これからの日本は予算ないのだから、今のようなたれ流し的手帳の発行や補装具の提供は無駄。更生相談所の充実こそが節約になることに早く気付いてほしい。(1)

純音聴力検査時の障害者の反応には個人差のある場合がある。特に老人では検査純音の聴力レベルと、実際の会話の程度が合致しないことがある。(1)

ヒアリングセンターの様な精密検査や、リハビリテーションに対応できる施設があることが望ましいと思う。(1)

機器、測定方法の進歩に応じ、起こった問題をすみやかに検討しうる組織が必要か。(1)

認定医のなかには身障法の本旨の認識が深くない人がおり、勉強会・研修会の必要性もありそう

だ。(1)

聴覚障害6級の(聴取距離)の例示は削除すべきである。極めて特殊な事例のことなので。(1)
早期のリハビリ(補聴器装着)により言語獲得可能となり、障害の拡大を最小限にとどめられる可能性がある。このため、早期の認定を積極的に進めるべきである。(1)

医学的に回復可能な例(例えば手術で)の認定例がかなり見受けられる。このような場合の対応に苦慮する。(1)

幼児期に2,3級を認定すると、成長して非該当であることが分かっても、手帳の返還をしない例があります。5~10年に1回、再認定を受けることを決めて頂く必要があると思います。すなわち、手帳の有効期限の設定を希望します。(1)

新しく認定医になった方々に勉強して頂くこと。基本を知ってもらうこと。(1)

聴覚障害のいままでの認定基準は歴史的にもよく考えられ簡便で有効であったが、何分にも既に無理な点もある。機器も技術も測定も進歩し、臨床研究も進歩しており、新しい基準の検討も必要となっている。疑義解釈で乗り切るばかりでなく、場合により速やかに検討できる組織が必要と考える。(1)

判断が15条指定医師の能力により左右される。(診断書の書き方による)(1)

判定医の判断にまかされることが多い。(1)

聴覚障害においては言語獲得前の中等度難聴の小児が身障基準に適合せず、補聴器購入に補助を得られないでいる。成人と小児では事情が異なる事を取り入れて欲しい。(1)

4級の聴覚障害の認定聴力レベルで認定するのが良いのか語音明瞭度検査で認定するのが良いのか判断に迷う例がある。(聴力レベルは該当しないが語音明瞭度検査では解50%以下のもの)(1)
補聴器が最も有効なのは50~70dBであるため、この程度の障害も等級に加えてほしい。(最低でも60dBを7級として認定できるように)(1)

障害認定とは別かもしれないが、補聴器の両耳装用を積極的に認めてほしい。(1)

寝たきり老人等で日常会話を必要としない患者で、時に補聴器を希望することがある。補聴器供与についても、何らかの条件が必要なのではないか。(1)

資料3 専門医からの意見聴取結果（視覚障害）

1. 障害の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い現在の身体障害の認定基準が現実に合わせてきていることについて

近年の高齢化人口の増加に伴い、眼科領域で失明につながる疾患が前回の改訂時に比較して変化が見られる。現在、失明率は、緑内障、糖尿病網膜症、網膜色素変性、加齢性黄斑変性の順であり、今後なおこの順位は変化することが予想される。前回の改訂では主として、網膜色素変性患者の救済という面が有ったように考えられる。即ち求心性視野狭窄を重要視して、視野の障害を最高2級までにした点である。その後の疾患群の変化により、ゴールドマン視野のI/4で10度以内の求心性狭窄のある場合にのみI/2指標にて視野残存率を求める方法は、緑内障患者には適応しにくく不公平が生じている。また最近ではゴールドマン視野よりも静的視野のハンフリー視野計が用いられることが多くなってきているので、今後の改訂に当たっては、視野計の種類検討も必要になるであろう。また視野障害に関しては、全体の1/2の視野欠損という項目が有るが同じ半音でも、同名半盲よりも下1/2半盲の方が日常生活では遥かに生活に支障をきたす。視力に関しては、現行の左右の視力の和を待って視力をあらわす方法は現実にそぐわない。両眼で見た最高矯正視力を持って視力とする方が良いと考えられる。

2. 近年の医学的進歩が反映された検査手段・方法について

視機能障害はこれまでには視力と視野の障害の程度により判定されてきた。これ以外に日常の視覚障害の程度を判定する指標となるものは考えにくい。患者の不便さの程度を客観的に評価するには、今後ともに視力、視野が使用されると思われる、視力に関して、現在はわが国では小数視力が用いられているが、視力が低い場合にはその評価はlogMAR視力が便利である。しかしながら、logMAR視力は現在一般の診療所では用いられておらず、運転免許証でも小数視力が用いられているので、時期尚早であるとする。視力は現在ランドルト環が用いられ、コントラスト100%の指標で評価がなされている。しかしながら、同じ1.0でもはっきりと見える1.0とぼんやりと見える1.0では視力の質が異なる。これを判別する方法として、コントラスト視力があるが、これも未だ眼科一般臨床医にはそれほど普及しておらず視覚降着の判断の検査としては時期尚早と思われる。視力、視野測定その他覚的検査は未だ完全なものはなく、乳幼児や詐盲の視力の検査方法はない。ただ、ERGやVEPなどの電気生理学的方法で反応が全くない場合には、患者の行動を参考にして判定することは可能である。ただし一般の眼科診療所ではこれらの電気生理学的検査が可能なところは少ない。

資料4 専門医からの意見聴取結果

1. 障害者の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い、現在の身体障害の認定基準が現実にあわなくなってきた事はありませんか。

障害者自立支援法の立場から聴覚障害を考えると、身体障害者に認定することにより、聴覚をとりもどす種々のサービスを受ける事がより容易となります。結果的に、聴覚障害者がよりよいかつ自立した社会生活を送る後押しをする事になります。聴覚障害は、以前と比較して遺伝的難聴がかなり明らかになったことを除けば、病態そのものには特にめだつた変化はありません。しかし、医学的あるいは科学的進歩より聴覚障害を補うオプションが非常に増えました。すなわち、より優れた補聴器、人工中耳、人工内耳、脳幹インプラント等です。また中耳手術も格段の進歩をとげ、聴力改善の可能性がさらに広がっております。このようなサービスを聴覚障害者により広く受けていただくためには身体障害者福祉法の障害認定を再検討する必要性は非常に高いと考えます。以下に具体的に示します。

①純音聴力検査について：オーディオメーターでは通常 110dB まで測定可能である。また 130dB まで測定できる機器もある。現行では 100dB で測定不可の場合は 105dB として聴力閾値を算定しているが、このために実際には 2 扱が適応となるものが 4 級に算定されるという事態も生じる。2 級では医療費の自己負担分の助成が受けられるため、この差は非常に大きいといえる。また大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定はあまりに近年の医療事情からかけはなれており、そろそろ見直すべき時期と考える。

②語音聴力検査について：高齢化にともなって“音は聴こえても話しの内容がわからない”といった聴覚障害者が増加する可能性がある。しかし現行の語音による検査の検査手順は非常に不明瞭である。今後、語音明瞭度 60%以下で 4 級という項目の検査法、認定基準を見直す必要がある。

③乳幼児の聴覚障害の認定に関しては ABR と COR の両者による認定が不可欠と考える。この際、幼児聴力検査（プレイオーディオメトリー）で両耳の聴力検査が可能になる時期（3 歳以降）に再認定をする必要があるため、期限付きの障害者手帳の発行も考慮すべきであろう。

④良聴耳の聴力が 40dB 以上の場合は補聴器が必要となる。小児の場合は言語発達、社会性などを考慮するなるべく早い時期での補聴器の装用が望ましい。若い両親の経済的負担を考えると、小児に限っては児童福祉法を適用して 7 級あるいは 8 級を制定し、補聴器の給付を行えるようにした方がよい。

⑤前回のそしやく・嚥下機能障害で、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損によるものも認定の対象となった。この際、そしやく・嚥下機能のみならず音声機能障害も同時に有するものが多い。この両者は分けて考えるべきであるのに関わらず、合計指数をもって等級をあげることはできない。この点に関しては再検討を要する。

2. 近年の医学的進歩が反映された検査手段・方法を用いて障害静定を行う事ができるでしょうか。あるいはそのような方法で行う方がよいと考えられますでしょうか。よいと考えられる場合その方法は、全国どとでも実施できるでしょうか。またその場合の費用負担が適切であるかどうかについてもご意見をお願いします。

近年は難聴診断の新しい機器が実際の医療現場で用いられ、特に乳幼児の早期の難聴診断に応

用されている。AABR(Automated auditory brainstem response) や OAE (Otoacoustic emission : 耳音響反射) はスクリーニングとして、中等度から高度難聴耳の選別に用いられる。また、ASSR (Auditory steady-state response : 聴性定常反応) では純音聴力検査に用いられる各周波数の閾値測定が可能である。よって、COR がうまくとれない重複障害児・知的障害児や乳幼児の聴力検査に用いられ障害認定を行う事が可能である。しかしこの ASSR を所有している医療機関は未だ限られているため一般的ではないのが現況である。費用は保険適応がないため、費用負担に関して各施設で任意におこなっているものと思われる。

厚生労働科学研究費補助金・障害保健福祉総合研究事業

「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究」

平成 18 年度総括・分担研究報告書

発行者 岩谷力（主任研究者：国立身体障害者リハビリテーションセンター）

〒359-8555 所沢市並木 4 - 1

発行 平成 19 年 3 月 31 日

