

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）

身体障害者の障害認定基準の最適化 に関する研究

報 告 書

主任研究者

柳沢信夫（関東労災病院）

分担研究者

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）

研究組織

主任研究者

柳沢信夫（関東労災病院院長）

分担研究者

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンターセンター長）

研究協力者

安藤徳彦 横浜市立大学医学部リハビリテーション科教授
和泉 徹 北里大学医学部内科学教授
今田 拓 東北文化学園大学前顧問
川城丈夫 国立療養所東埼玉病院院長
木村 哲 国立国際医療センターエイズ治療研究開発センター長
小池純子 横浜市障害者更生相談所所長
中島咲哉 岡山理科大学福祉システム工学科教授
寺島 彰 浦和大学総合福祉学部教授
原 茂子 虎の門病院腎センター内科部長
松島正浩 東邦大学医学部長
望月英隆 防衛医科大学第一外科教授

目 次

第 1 章 身体障害者福祉法における障害認定の変遷	1
1. 身体障害者福祉法の改正経過	
2. 障害認定の変遷	
第 2 章 身体障害者福祉法における障害認定の法的根拠	13
1. 身体障害者福祉法の目的・理念	
2. 身体障害者福祉法の対象者	
3. 身体障害程度等級	
4. 身体障害者手帳	
第 3 章 身体障害者福祉法の障害認定の現状（都道府県実態調査）	17
1. 都道府県実態調査実施内容	
2. 都道府県実態調査結果	
第 4 章 論点整理	38
資料 集計表	43

第1章 身体障害者福祉法における障害認定の変遷

1. 身体障害者福祉法の改正経過

(1) 身体障害者福祉法成立

第二次世界大戦直後、昭和23年のヘレン・ケラー女史訪日などをきっかけとして、身体障害者対策について基本法を作成して積極的な展開を図るべきであるという声が高まり、厚生省は、身体障害者福祉法制推進委員会を設置した。同委員会では、昭和23年12月17日から昭和24年4月末まで、約20回にわたって討議を重ね、次のような観点から身体障害者福祉法案が作成された。

①この法律は、保護を基本的な目的とする法ではなく、更生を基本的な目的とする法（以下「更生法」）とし、その更生に必要な限度において、特別な保護を行うこととなった。すなわち、この法では労働年齢にありながら一定の障害のため十分にその能力を発揮できない者に、必要な補装具を交付し、指導・訓練を行うことにより、身体の欠損部分を補充することで、「一般健康人に伍して産業戦線に復帰する」という建前がとられた。

②対象となる障害は、視力障害、聴力障害、言語機能の障害、肢体不自由、中枢神経機能障害の5種にとどめ、当時、議論になっていた結核、精神障害については法の施行状況を見たとえ、将来逐次これを包含するという方針をとることとなった。なお、ここでいう中枢神経機能障害は、現在でいう脳血管障害による肢体不自由に相当する。

③対象者の年齢は、18歳未満の者に対しては児童福祉法との競合を避けてこれを除外し、また高年齢層の者に対しては、必要に応じ所要の処置を行うこととした。

④医療行政、職業補導行政に対して原則として変更を加えることをせず、これら行政主管部局との協調を密接にする方途によることとした。

⑤行政の主体は、主として都道府県知事に対する国の委理事務という形式で、実際の行政事務については、ほとんど都道府県中心に処理すべきものとした。

⑥生活に困窮している身体障害者に対する生計費の支給は、この法に規定せず、従来どおり生活保護法によることとした。

⑦職業開拓については、更生法としての範囲および程度で可能な便宜を供与することとし、おおむね労働行政にゆだねることとした。

⑧更生資金の支給ないし貸付けについては、この法に規定せず、主として国民金融公庫委託で運用されている生業資金貸出制度等の利用を考慮することとなった。

⑨この法による施設は、各種の指導訓練等を行う施設等を中心にし、重症障害者を永久的に収容する施設や単なる住宅提供施設等は含まないこととされた。

このときに、リハビリテーション法としての身体障害者福祉法が性格付けられた。以来、身体障害者福祉法は、その性格を堅持し続けている。

(2) 昭和26年改正〔第1次改正〕

「生活保護法」「児童福祉法」「身体障害者福祉法」のいわゆる福祉三法が別個に制定・

実施されたため、社会福祉事業全体にわたる共通の基本的事項を総合的に規定する法律として、昭和 26 年に社会福祉事業法が制定・施行された。それに伴い、身体障害者福祉法が改正された。主な改正点は次のとおりである。

- ①身体障害者に対する援護の実施機関を都道府県知事に加え、市長及び福祉事務所を設置する町村の長まで拡大した。
- ②身体障害者更生相談所を、身体障害者の更生指導における特殊技術面の中枢機関として位置づけた。
- ③身体障害者の更生指導の現業事務を、基本的に福祉事務所で一括処理することとした。
- ④18 歳未満の身体障害児についても、身体障害者福祉法によって身体障害者手帳を交付することができることとした。
- ⑤社会福祉法人等による身体障害者更生援護施設の設置を認めた。
- ⑥身体障害者の定義「『身体障害者』とは、別表に掲げる身体上の障害のため職業能力が損傷されている 18 歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの」から、職業能力の損傷を削除した。
- ⑦身体障害者手帳に等級の記載欄が設けられた。

ここで、注目すべきは、身体障害者の定義のなかから、職業能力の損傷を削除したことである。それまでは、職業能力が損傷されていることをもって身体障害者福祉法の対象としたのであるが、本改正により、職業能力の損傷のみではなく、身体障害者が存在すれば身体障害者福祉法の対象としたことで、身体障害者の範囲を拡大した。法成立からわずか、2 年でなぜこのような改正がされたかは、不明であるが、米国のリハビリテーション法が同様の改正を行ったのは、1981 年の国際障害者年に影響を受けた 1983 年のことであり、成立から 50 年以上たっていることを考えると、わが国の関係者の見識の高さが伺われる。

(3) 昭和 29 年改正 [第 2 次改正]

昭和 27 年 4 月に対日平和条約が発効し、GHQ により厳しく制限されていた戦争犠牲者に対する国家補償が可能になり、身体障害者に対する援護の拡充強化を求める要望が強まったのをうけ身体障害者福祉法が改正された。この改正の要点は、次の 7 点である。

- ①肢体不自由者更生施設、失明者更生施設に加え、ろうあ者更生施設が設けられた。
- ②身体障害者福祉審議会に、芸能、出版物等について推薦・勧告を行う権限を認めた。
- ③居住地を有しないか明らかでない身体障害者の援護は、都道府県が行うこととした。
- ④更生相談所の業務のうち、補装具の処方及び適合判定を加えた。
- ⑤更生医療の給付及びこれに代わる費用の支給に関する規定を設けた。
- ⑥補装具の名称を整理し、その種類を厚生大臣が定めることとした。
- ⑦障害の範囲について、視力障害、視野狭窄、視野欠損を合わせて「視覚障害」に、聴力障害を「聴覚または平衡機能障害」に、言語機能障害を「音声機能または言語機能障害」にした。また、中枢神経機能障害を肢体不自由に含めた。この時、現在の等級表の原形ができています。

(4) 昭和 33 年改正 [第 3 次改正]

昭和 33 年の社会事業法改正に伴って改正が行われた。厚生省通知によれば、その主な改正内容は、3 点である。

- ①社会福祉法人の設置する身体障害者更生援護施設も収容委託の対象とした。
- ②身体障害者福祉法の施行に関する事務について民生委員の協力義務を規定した。
- ③社会福祉事業法の改正に伴って、人口 20 万以上の市は指定都市と同様に福祉事務所を 2 以上設置できることとなったので、これに伴い、福祉事務所のいずれかに身体障害者福祉司の置かれている場合には、市内部において技術的援助及び助言を求めることとした。

(5) 昭和 42 年改正 [第 4 次改正]

高度経済成長により国民の生活水準が向上したことで身体障害者対策の充実強化が求められたため、身体障害者福祉法が改正された。その主なる内容は、次の 7 点である。

- ①法の自的を「もって身体障害者の生活の安定に寄与する等その福祉を図ること」と改め、身体障害者福祉法が職業復帰のみを目的としているのではないという昭和 26 年の改正の趣旨をさらに明確に示した。
- ②身体障害の範囲に心臓および呼吸器の障害を追加し、内部障害者が身体障害者に含まれた。その障害等級は、1, 3, 4 級と定められた。
- ③身体障害者相談員制度が創設された。
- ④身体障害者家庭奉仕員制度（ホームヘルパー）創設
- ⑤身体障害者更生援護施設として内部障害者更生施設創設
- ⑥身体障害施設の通所利用制度を設けた。
- ⑦15 歳以上の身体障害児を特例的に身体障害者更生援護施設に入所できることとした。

ここで、注目すべきは、身体障害者福祉法の目的が、職業復帰のみを対象としているのではないことをさらに明確にしたことである。昭和 26 年の法改正の趣旨が社会に十分理解されていなかったことが背景にある。

(6) 昭和 43 年改正 [第 5 次改正]

身体障害者の更生意欲を助長し社会復帰の促進を図るために、身体障害者更生援護施設で訓練を受けている身体障害者に対し、更生訓練費を支給することにするための改正が実施された。

(7) 昭和 47 年改正 [第 6 次改正]

疾病、交通事故等による身体障害者の増加や核家族化等の家族構成の変化によって、家族では介護できない重度身体障害者が増加しているなどから、リハビリテーションの体制整備、施設の近代化及び計画的整備、重度障害者援護対策等についての要望が強くだされた。これを受け、昭和 47 年に身体障害者福祉法が改正された。改正の主な事項は、次の 2 点であった。

- ①身体障害者更生援護施設の種類の、最重度障害者のための療護施設が加えられた。
- ②身体障害者の範囲に腎臓機能障害を加えた。これとともに、腎臓機能障害者に対する人工透析に要する費用が更生医療の対象となった。

本改正が、身体障害者の障害認定に与えた影響は大きい。それは、二つの意味がある。その第一は、法成立当初は、作らないとしていた、「重症障害者を永久的に収容する施設」に相当すると考えられる身体障害者療護施設を認めたことである。このために、法の性格がリハビリテーション法から逸脱したと考えられる。

第二には、腎臓機能障害を認めたことである。この改正の背景には、当時の国民健康保険の自己負担率が5割であったため、在宅の慢性透析患者は、およそ月額40数万円の自己負担があったため、経済的に耐えられず社会問題化したことがあり、そのような透析患者を救済する意味があった。このように、社会問題を解決すべく身体障害者福祉法を活用してきたという歴史があり、柔軟性もありよいことではあるが、腎臓機能障害を認めたことで障害と疾病の区別がつかなくなったともいえる。腎臓機能障害の場合、継続して治療が必要であり、疾病の後障害が残ったという、疾病から障害に移行するというそれまでの考え方が変化した。すなわち、疾病が治癒しないことが障害の要件となった。しかし、疾病が治癒しないことでは、難病患者も同じであり、その違いは、臓器に着目するかどうかの違いくらいである。

(8) 昭和59年改正 [第7次改正]

国際障害者年(昭和56年)を契機とする国民各層における障害者問題に対する関心と理解の深まりを背景として、身体障害者福祉の理念が広く定着してきた状況を踏まえ、身体障害者福祉対策の一層の推進を図るために、身体障害者福祉法が改正された。改正の主な内容は、次のとおりである。

- ①国際障害者年のテーマである「完全参加と平等」の理念をふまえ、その趣旨を法に盛り込んで、職業復帰や経済的自立のみが法の目標ではないことを明確にする趣旨から、法の目的・理念を規定した第二条の見出しを「更生への努力」から「自立への努力及び機会の確保」とした。
- ②内臓機能障害として「膀胱又は直腸の機能障害」を政令で指定した。また、それまで、音声機能又は言語機能の障害として扱われていた「咀嚼機能の障害」が唇顎口蓋裂の児童に対して育成医療や更生医療を適用するために身体障害の範囲に含められた。また、脳原性運動機能障害について障害程度等級表の改定及び障害認定基準全体の見直しをした。
- ③「肢体不自由者更生施設」、「失明者更生施設」、「ろうあ者更生施設」、「内部障害者更生施設」が、「身体障害者更生施設」として法律上統合された。また、小規模な生活施設として「身体障害者福祉ホーム」が創設され、さらに、地域福祉対策の中核として「身体障害者福祉センター」が法文化された。

本改正で、法の目的が、リハビリテーションから自立への努力と機会の確保に改正されたことは重要である。更生への努力と自立への努力の違いは、判然としないが、これまでの経過からみれば、更生は、職業リハビリテーションのみではなく、社会的リハビリテ-

ションを含むということになっていたので、例えば、自宅で自立した生活をおくることや積極的な社会参加などもすでにリハビリテーションとされていたわけである。本改正では、自立しようとして努力している場合も対象としたと考えられるが、リハビリテーションは、そもそも、結果主義ではないので、この努力している場合もすでに含まれていたと考えられる。

(9) 昭和61年改正

世界的な福祉国家の見直しのながれから、我が国においても、昭和60年頃から、国を中心とした社会福祉制度全体を見直す動きが顕著となった。昭和60年には、国の機関委任事務の整理合理化と許認可権限の地方への移譲等を目的とする「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律案」が成立した。これに伴い、厚生省通知によれば、身体障害者福祉法が次のように改正された。

- ①地方公共団体の自主性を尊重する等の観点から、身体障害者更生援護施設への入所措置等、更生訓練費の支給等、更生医療の給付等、補装具の交付・修理等、身体障害児に係る特例措置が団体事務化された。これにより地方公共団体は、入所措置等について法令に基づき、地方の実情に応じて実施することとされた。
- ②予算措置により実施されてきたショートステイおよびデイサービスの両事業を法律上位置づけ、それとともに入所措置等と家庭奉仕員派遣を含めた在宅サービスとの連携および調整に関する規定を加えた。
- ③国以外の者が開設した病院等を更生医療機関として指定する権限を都道府県知事に委譲した。

(10) 昭和61年 身体障害者福祉法施行令改正

昭和59年の身体障害者福祉法改正により、身体障害者の範囲を政令で定めるようになったため、身体障害者福祉法施行令が改正され、小腸の機能の障害が身体上の障害の範囲に加えられた。これについては、昭和57年の身体障害者福祉審議会答申に含まれていたのであるが、小腸機能障害者に対する更生医療が給付できるように中心静脈栄養療法が健康保健の対象になることを待ってこの時期に改正された。

(11) 平成2年改正

高齢化社会に対応するために、身近な市町村で在宅福祉サービスと施設福祉サービスが一元的にしかも計画的に提供される体制づくりを進めるとして、平成2年に、老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法の八つの法律が改正された。身体障害者福祉法の具体的な改正内容は、次のとおりである。

- ①法の目的として「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進する」理念が加えられた。
- ②在宅福祉サービスの位置付けの明確化がなされ、ホームヘルパー、デイサービス、シヨ

ートステイが法律の中に明確に位置づけられるとともに、身体に障害のある者の発見・相談、身体障害者更生援護施設への入所決定、更生訓練費の支給、補装具の給付、ショートステイの決定等の事務は、都道府県から町村に委譲された。

③身体障害者更生援護施設の入所決定権等の町村への移譲

④身体障害者更生相談所に身体障害者福祉司を設置

⑤点字図書館、点字出版施設、聴覚障害者情報提供施設を視聴覚障害者情報提供施設として位置づけた。

(12) 平成7年 身体障害者福祉法施行規則改正

平成7年には、身体障害者福祉法施行規則が改正され、それまで、視野障害は障害程度等級4級と5級の認定であったものを2級から5級まで認定されるように視野障害の認定基準が改正された。

(13) 平成10年身体障害者福祉法施行令改正

平成10年1月に身体障害者福祉法施行令が改正され、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害が内部障害に追加された。

(14) 平成12年改正①

平成12年4月1日に地方分権一括法が施行されたのに伴い、機関委任事務制度廃止とこれに伴う地方公共団体の事務区分の再構成、地方公共団体に対する国の関与の縮減、権限委譲の推進、必置規則の見直し等が実施された。具体的には、以下が改正された。

①機関委任事務の廃止及び事務区分の再構成として、身体障害者手帳交付などに関する事務、更生医療指定医療機関の指定、居宅生活支援事業の開始の届出の受理等の事務を自治事務とした。

②国の関与の縮減として指定医療機関に対する報告徴収等について厚生大臣は、緊急時にものみ実施できる。

③身体障害者福祉司及び身体障害者更生相談所の名称規制の弾力化。

④省令に規定されている地方公共団体の事務の根拠規程の政令への引き上げ。

⑤指定都市又は中核市の長が行った処分にかかる審査請求について都道府県が行った採決に不服がある者の厚生大臣に対する再審査請求の廃止。

(15) 平成12年改正②

平成12年6月7日に社会福祉事業法が改正され社会福祉法となったことに伴い関連法律の1つとして改正された。具体的には、次の内容が改正された。

①身体障害者相談支援事業、手話通訳事業、身体障害者生活訓練事業、盲導犬訓練施設が新規事業として追加された。

②身体障害者福祉サービスの利用制度化（措置制度から支援費支給方式への変更）。

2. 障害認定の変遷

次に、身体障害者福祉法の改正経過から、変化してきた内容と変化していない内容に分けて施策の傾向について考察する。

(1) 変化してきた内容

①法の目的が職業リハビリテーションから自立援助に

表 1-1 は、身体障害者福祉法の目的の変遷を一覧表にしたものである。この表からわかるように、制定当時、法の目的・理念を規定した第二条の見出しは、現在では、「更生への努力」と変化した。また、身体障害者の定義を行っている法第 4 条は、法制定当時は、「『身体障害者』とは、別表に掲げる身体上の障害のため職業能力が損傷されている 18 歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの」とされており、このことから、職業リハビリテーションが法の目的であったといえるが、昭和 26 年の改正で身体障害者の定義から「職業能力が損傷されている」という部分が削除され、職業リハビリテーションだけが目的ではなく、より広くリハビリテーションを目的とした。その考え方は、昭和 42 年の法改正において、法の目的を「もつて身体障害者の生活の安定に寄与する等その福祉を図ること」と改められていることにも示される。さらに、昭和 59 年の改正では、第二条の見出しが「更生への努力」から「自立への努力及び機会の確保」と変化したようにリハビリテーションまでも目的ではなくなり、より広く自立することが目的となってきたと考えられる。

②対象・範囲の拡大

表 1-2 は、身体障害者福祉法の対象・範囲の拡大の経緯を示したものである。法成立当初の身体障害は、視力障害、聴力障害、言語機能障害、肢体不自由であったが、昭和 42 年に心臓および呼吸器機能障害、昭和 47 年に腎臓機能障害、昭和 59 年にぼうこう・直腸の機能障害およびそしゃく機能の障害が対象になり、昭和 61 年には、小腸機能障害、平成 10 年には、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害が対象になった。

この対象者・範囲の拡大については、社会経済状況とのかかわりが強い。例えば、昭和 24 年の成立当時は、財政的な理由から結核後遺症者を身体障害者に認定していなかったが、昭和 42 年改正では、高度経済成長を背景に、心臓機能障害とともに呼吸器機能障害が対象になったこと、昭和 47 年には、人工透析患者が医療費の自己負担ができず社会問題化したことから腎臓機能障害が対象にされたこと、昭和 59 年と昭和 61 の改正には、国際障害者年を契機として身体障害者福祉制度全体の見なおしが行なわれたことが影響している。また、平成 10 年にヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害が対象になったことについては、いわゆるエイズ訴訟の影響がある。

③障害認定基準が機能の制限から日常生活活動の制限へ

法制定当時は、視力低下、聴力低下等の機能の障害や、四肢の欠損等解剖学的な構造の欠損により機能の制限がある場合に身体障害者とされたが、昭和 42 年に内臓機能障害の認定において日常生活活動の制限が障害認定の基準として用いられるようになった。例えば、

昭和 42 年の示された心臓機能障害の認定基準では、「家庭内の普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの」が等級表 4 級に該当するとしているように、活動の制限による障害認定を可能としている。これは、昭和 59 年の改正において、肢体不自由新たに「脳原性運動機能障害」が追加され、その認定基準に「はさみを使う」「傘をさす」というような認定項目が加えられたことにも現れている 18)。さらに、平成 10 年にヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害が追加された時は、「生鮮食料品の摂取禁止」による活動の制限が加わるなど、日常生活活動を含むように変化してきていると考えられる 19)。

④保護理念の拡大

身体障害者福祉法成立時は、この法による施設は、各種の指導訓練等を行う施設等を中心にし、重症障害者を永久的に収容する施設や単なる住宅提供施設等は含まないこととされたが、昭和 47 年には、身体障害者更生援護施設の種類の最重度障害者のための生活施設として身体障害者療護施設が加えられた。身体障害者福祉法は、一貫して個人の努力を要求し、保護は二義的なものであり、法成立当初は、職業的更生が目的とされ、補装具の給付や更生施設の施策が中心であったが、今日の施策においては、ホームヘルパーや療護施設等の生活のための施策の比重が大きくなってきている。例えば、保護を主とした業といえる療護施設の設置数は、全国に約 300 箇所存在し、身体障害者更生援護施設の中ではもっとも多い施設になっている。この点からも、同報が更生を出発として保護的要素を強めてきたといえる。

(2) 変化していない理念

①障害者自身の努力を援助すること

既に述べたように、法の目的・理念を規定した第二条の見出しは、昭和 59 年に「更生への努力」から「自立への努力及び機会の確保」と変化したが、その内容には、一貫して身体障害者自身の努力義務が述べられており、それは一貫していると考えられる。

②障害の永続性

法別表で示されているように障害が「永続」することが身体障害者の定義に含まれている。この障害の永続性は、一貫して変わっていないと考えられる。ただし、永続には、その障害が将来とも回復する可能性が極めて少ない場合が含まれる。そのため、治癒可能なものは「疾病」として非対象となり、肝臓機能障害、膵臓機能障害、血液障害、高血圧症、悪性腫瘍等は対象とはなっていない。

③機能障害中心の障害認定

すでに述べたように、日常生活活動の制限を障害認定に活用するようになってきているが、認定の基本は、機能障害であることに変わりはないと考えられる。視覚障害、聴覚障害、言語障害、音声機能障害、そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、ぼうこう

直腸機能障害、腎臓機能障害、呼吸器機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害それぞれについて詳細な定義がなされているが、これらに共通しているのは、器官・臓器・四肢単位の認定を基本としている点は一貫していると考えられる。すなわち、四肢の切断等の解剖学的な構造の欠損があったり、機能の喪失・低下を医学的検査によって証明できること障害認定の大きな要素となっている。

④障害程度等級

昭和 26 年の改正によって作られたはじめて等級の概念が作られたが、それ以後、一貫して等級の概念が用いられている。当時の解説書によれば、「法の運用の厳密性、画一性を期するためには、能力損傷の程度の判定が厳密になされなければならない」（松本征二、身体障害者福祉法解説）という理由により程度等級が定められた。等級の区分は変化したがる、等級をつけるという考え方は、一貫して取り入れていると考えられる。

⑤制限列举方式による障害認定

制限列举方式とは、あらかじめ身体障害の範囲を決めておく方式である。すなわち、身体障害者福祉法における身体障害者は、視覚障害、聴覚障害、言語機能障害、音声機能障害、そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、ぼうこう直腸機能障害、腎臓機能障害、呼吸器機能障害、小腸機能障害に範囲が限定されている。この点は、一貫しており、これは、身体障害者福祉法のみの特徴的な傾向であり、年金制度等の認定基準には、「その他の疾患」という分類がありあらかじめ決められた疾患以外でも障害年金の対象として認められる場合がある。

⑥専門医師の判断を重要視

身体障害者福祉法第 15 条では、一貫して身体障害者手帳申請に添付する診断書を作成できる医師を指定しているように、医師の判断を重要視していると考えられる。

まとめ

身体に障害のある対象者に対し、何らかの社会的保障が考慮されることは、先進国においては日常の常識的問題として扱われているが、そこに到達するためには近代国家を目指して進んで来たわが国国民の努力があったことは改めて説明するまでもない。このような社会環境において身体障害者は、第二次大戦後までは不具廃疾者(戦傷や戦病などが多かった)として慈恵救民の対象であり社会的保護の対象であった。

本来わが国の社会保障のあり方は、戦傷や産業災害などの第三者行為による災害等に関する流れと、疾病や先天、性障害などの一般的身体的異常に分けられており、処遇形態が異なっている。第三者行為補償については、西南役以来の経験が充実しており、身体障害者の認定における歴史的な意義も小さくない。この領域の問題について、歴史的に関わったのは、明治 25 年頃の森嶋外で、当時軍医学校長として impairment に興味があったようである。この問題についてドイツの Becker からの情報を取り寄せ、障害の種類とその程

度についての分類表示を検討していたようである。その後の大正12年、それまでばらばらであった陸軍、海軍、一般官吏の3システムから国家補償として確立し、現在に到ることになる。

一方社会福祉分野から出発した身体障害者福祉法は昭和25年4月5日、身体障害の範囲についての別表を障害ごとに提示した。

さらに厚生省では、同年7月26日付けで「身体障害者福祉法別表解説—身体障害の範囲—」という解説別冊を示した。この解説は法の本質にかかわる総括的解説と障害別の解説に分かれるが、総括的解説に述べられている基本はつぎのようになっている(一部省略)。

①本法は恩給法、厚生年金法、労災保険、生活保護法等その障害の程度に応じた給付をする賠償的、恩恵的、保護的なものではなく、自立更生のための必要な援護を行うもので、機能障害の範囲はあくまで職業能力の基準(このように表現しているが、利き手、非利き手は区別しない等、現在の impairments を意味している)によって定めるべきもので、原因の如何を問わない。障害は自立更生援助のやりやすい視覚V聴覚などの感覚機能障害と肢体運動機能各障害、視力、聴力、言語機能各障害と肢体運動機能障害(視力、聴力、言語機能各障害、肢切断又は肢体不自由及び中枢神経機能障害の5障害)に範囲を限定し、精神病、精神薄弱、結核、心臓病、中風、脚気等は事実上除外する。また障害範囲の追加は政省令によらず、別表の形で法律による。

②年齢の上限は設けないが、生理的衰老による職業的更生の可能性のない者は個々に審査して断る。

③ 障害が重度の者(脳出血、脊髄損傷で常に就床と複雑な介護を要し回復の見込みのない者)も ②に準ずる。

④症状固定の時期は障害補償等とは関係なく、一般の医学的常識による。

別表は身体障害者福祉行政の範ともなるべき重要な内容の提示であるが、表示された内容から見ると、かなり乱暴な分類になっており、まさに呉越同舟の感なきにしもあらずといえる。とくに範囲の限定については除外されるべき中風、脳出血、結核、精神病等の除外理由が医学的に説明出来ないものになっている。解りやすく言い換えるならば、ここに集められた機能障害は何を表しているのか、理解に苦しむことになりそうで、さらにこれとリハビリテーションの関係は複雑な問題提起となるであろう。特にこれからの差し迫った問題として介護保険制度との接点の問題がある。すでに法文化されている「リハビリテーションとはなにか」「介護とはとはなにか」について、時間をかけて検討することが大切であろう。

引用文献

- 1 厚生省社会局:身体障害者福祉法令通知集 1950
- 2 厚生省社会局更生課監修 身体障害者関係法令通知集 日本肢体不自由児協会 1965
- 3 明治25年軍人傷病疾病恩給等差例 東洋者 1892
- 4 森 林太郎 陸軍衛生制度史 大正2年 陸軍軍医団編纂 1913

表 1-1 身体障害者福祉法の条文の変遷

	法の目的 (第 1 条)	法の理念 (第 2 条)	身体障害者の定義 (第 4 条)
昭和 24 年	この法律は、身体障害者の更生を援助し、その更生のために必要な保護を行い、もつて身体障害者の福祉を図ることを目的とする。	すべて身体障害者は、自ら進んで障害を克服し、すみやかに社会経済活動に参加することができるように努めなければならない。	「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害のため職業能力が損傷されている 18 歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。
昭和 26 年			「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある 18 歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。
昭和 42 年	この法律は、身体障害者の更生を援助し、その更生のために必要な保護を行い、もつて身体障害者の生活の安定に寄与する等その福祉の増進を図ることを目的とする。		
昭和 59 年		1. すべて身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、その有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加することができるように努めなければならない。 2. すべて身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。	
平成 2 年	この法律は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。		

表1-2 身体障害の範囲拡大の経緯と社会的背景

		社会的背景
	障害の範囲	
昭和25年4月1日	身体障害者福祉法施行 [障害の範囲] 視力障害 聴力障害 言語機能障害 肢体不自由	
昭和42年8月1日	障害の範囲拡大 心臓機能障害 呼吸器機能障害	昭和41年11月身体障害者福祉審議会答申。 世界が福祉国家へ向かう動向あり。昭和39年8月1日に結核後遺症による呼吸器機能障害が国民年金制度の対象となっていた。また、昭和41年12月1日には、内部障害が対象になっていた。
昭和47年7月1日	障害の範囲拡大 じん臓機能障害	透析患者が国民健康保険の一部負担金が支払えずに死亡したことが問題となり、更生医療で救済。
昭和59年10月1日	障害の範囲拡大 ぼうこう又は直腸の機能障害	国際障害者年(昭和56年)を背景に昭和57年3月身体障害者福祉審議会答申。
昭和61年10月1日	障害の範囲拡大 小腸の機能障害	昭和57年3月身体障害者福祉審議会答申でも指摘されたが、中心静脈栄養療法が健康保険の対象になったことを待って対象とした。
平成10年4月1日	障害の範囲の拡大 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害	平成8年3月29日エイズ訴訟和解を背景に平成9年12月16日身体障害者福祉審議会答申。

第2章 身体障害者福祉法における障害認定の法的根拠

第2章では、身体障害者福祉法の障害認定の変遷についてみてきたが、本章では、現状の身体障害者福祉法の障害認定にかかわる法的根拠を整理する。

1. 身体障害者福祉法の目的・理念

[身体障害者福祉法]

(法の目的)

第一条 この法律は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(自立への努力及び機会の確保)

第二条 すべて身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、その有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加することができるように努めなければならない

2 すべて身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。

(国、地方公共団体及び国民の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念が実現されるように配慮して、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するための援助と必要な保護（以下「更生援護」という。）を総合的に実施するように努めなければならない。

2 国民は、社会連帯の理念に基づき、身体障害者がその障害を克服し、社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

第3 法の対象者

(身体障害者)

第四条 この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であつて、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう

上からわかるように、現状では、身体障害者福祉法の目的は、自立と社会経済活動への参加であり、そのサービス内容は、援助が主体で保護は必要があればという条件がつけられている。「援助および保護し」でもなく、「援助または保護し」でもない。自立と社会経済活動への参加という社会的リハビリテーションと職業リハビリテーションが主たる目的になっている。

2. 身体障害者福祉法の対象者

第四条には、身体障害者の定義がなされているが、具体的な身体障害については、別表に定められている。この別表では、視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害が定められている。

それ以外の障害では、政令で定められている。その政令は、身体障害者福祉施行令であり、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能が定められている。

身体障害者福祉法別表（第四条、第十五条、第十六条関係）（昭二九法二八・全改、昭四二法一一三・昭四七法一一二・昭五九法六三・一部改正）

一 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

- 1 両眼の視力（万国式試視力表によつて測つたものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測つたものをいう。以下同じ。）がそれぞれ〇・一以下のもの
- 2 一眼の視力が〇・〇二以下、他眼の視力が〇・六以下のもの
- 3 両眼の視野がそれぞれ一〇度以内のもの
- 4 両眼による視野の二分の一以上が欠けているもの

二 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

- 1 両耳の聴力レベルがそれぞれ七〇デシベル以上のもの
- 2 一耳の聴力レベルが九〇デシベル以上、他耳の聴力レベルが五〇デシベル以上のもの
- 3 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が五〇パーセント以下のもの
- 4 平衡機能の著しい障害

三 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害

- 1 音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失
- 2 音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障害で、永続するもの

四 次に掲げる肢体不自由

- 1 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
- 2 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
- 3 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- 4 両下肢のすべての指を欠くもの
- 5 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
- 6 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

五 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

【身体障害者福祉法施行令】

第十二条 法別表第五号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。

- 一 ぼうこう又は直腸の機能
- 二 小腸の機能
- 三 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

3. 身体障害程度等級

身体障害程度等級は、省令である身体障害者福祉法施行規則に身体障害者手帳の記載事項として定められている。具体的な等級は、身体障害者福祉法施行規則別表第五号に掲載されている（表2-1）。

【身体障害者福祉法】

（身体障害者手帳）

第十五条 身体に障害のある者は、都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地）の都道府県知事に身体障害者手帳の交付を申請することができる。

【身体障害者福祉法施行規則】

(身体障害者手帳の記載事項及び様式)

第五条 身体障害者手帳に記載すべき事項は、次のとおりとする。

- 一 身体障害者の氏名、本籍、現住所及び生年月日
 - 二 障害名及び障害の級別
 - 三 補装具の交付又は修理に関する事項
 - 四 身体障害者が十五歳未満の児童であるときは、その保護者の氏名、続柄及び現住所
- 2 身体障害者手帳の様式は、別表第四号のとおりとする。
- 3 第一項の障害の級別は、別表第五号のとおりとする。

4 身体障害者手帳

身体障害の認定は、居住地のある市又は福祉事務所を設置する町村に申請する。その申請は、都道府県（中核市を含む）に進達され、法別表に該当すれば、障害認定がなされ、身体障害者手帳が交付される。該当しない場合は、地方社会福祉審議会の調査・審議を経て却下される。

身体障害者手帳の交付は、市又は福祉事務所を設置する町村を経由して行われる。

[身体障害者福祉法施行令]

(身体障害者手帳の申請)

第一条の三 法第十五条第一項の規定による身体障害者手帳の交付の申請は、市又は福祉事務所を設置する町村の区域内に居住地（居住地を有しないときは、現在地。以下同じ。）を有する者にあつては当該居住地を管轄する福祉事務所の長を、福祉事務所を設置しない町村の区域内に居住地を有する者にあつては当該町村長を経由して行わなければならない。

(障害の認定)

第二条 都道府県知事は、法第十五条第一項の申請があつた場合において、その障害が法別表に掲げるものに該当しないと認めるには、地方社会福祉審議会に諮問しなければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定により地方社会福祉審議会が調査審議を行い、なおその障害が法別表に掲げるものに該当するか否かについて疑いがあるときは、厚生労働大臣に対し、その認定を求めなければならない。

3 厚生労働大臣は、前項の規定による認定を求められたときは、これを疾病・障害認定審査会に諮問するものとする。

4 都道府県知事は、第一項の申請に基いて審査し、その障害が別表に掲げるものに該当すると認めるときは、申請者に身体障害者手帳を交付しなければならない。

5 前項に規定する審査の結果、その障害が別表に掲げるものに該当しないと認めるときは、都道府県知事は、理由を附して、その旨を申請者に通知しなければならない。

(身体障害者手帳の交付の経由等)

第三条 法第十五条第四項の規定による身体障害者手帳の交付は、その申請を受理した福祉事務所の長又は町村長を経由して行わなければならない。

まとめ

身体障害者福祉法の目的・理念、身体障害者福祉法の対象者、身体障害程度等級、身体障害者手帳に関して現在の身体障害者福祉法の根拠を整理した。

表 2-1 身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則施行規則第 7 条第 3 項別表第 5）

級別	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級
両眼の視力	両眼の視力（両目式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ）の和が 0.01 以下のもの	1. 両眼の視力の和が 0.01 以上 0.04 以下のもの 2. 両眼の視野が 10 度以内でかつ両眼による視野における視野率による損失が 95% 以上のもの	1. 両眼の視力の和が 0.05 以上 0.08 以下のもの 2. 両眼の視野が 10 度以内でかつ両眼による視野率による損失が 90% 以上のもの	1. 両眼の視力の和が 0.08 以上 0.12 以下のもの 2. 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内のもの	1. 両眼の視力の和が 0.13 以上 0.2 以下のもの 2. 両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの	1 眼の視力が 0.02 以下、他眼の視力が 0.6 以下のもので、両眼の視力の和が 0.2 を越えるもの	
両耳の聴力	両耳の聴力レベルがそれぞれ 100 デシベル以上のもの（両耳全ろう）	両耳の聴力レベルがそれぞれ 90 デシベル以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）	1. 両耳の聴力レベルが 80 デシベル以上のもの（耳介に接しなくても理解し得ないもの） 2. 両耳による普通話の明瞭度が 50 パーセント以下のもの	1. 両耳の聴力レベルが 70 デシベル以上のもの（40 以上の雑音で発声された全話を理解し得ないもの） 2. 1 個耳の聴力レベルが 90 デシベル以上、他個耳の聴力レベルが 70 デシベル以上のもの			
平衡機能障害			平衡機能の極めて著しい障害		平衡機能の著しい障害		
音声機能、言語機能または、そしやく機能障害			音声機能、言語機能または、そしやく機能のそう失	音声機能、言語機能または、そしやく機能の著しい障害			
肢体不自由	上肢機能障害	1. 両上肢の機能を全廃したのもの 2. 両上肢を手関節以上で欠くもの 3. 1 上肢を上腕の 2 分の 1 以上欠くもの 4. 1 上肢の機能を全廃したのもの	1. 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2. 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したのもの 3. 1 上肢の機能を著しい障害 4. 1 上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5. 1 上肢のすべての指の機能を全廃したのもの	1. 両上肢のおや指を欠くもの 2. 両上肢のおや指の機能を全廃したのもの 3. 1 上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか 1 関節の機能を著しい障害したもの 4. 1 上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5. 1 上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 6. おや指またはひとさし指を含めて 1 上肢の 3 指の機能を全廃したもの 7. おや指またはひとさし指を含めて 1 上肢の 3 指の機能を全廃したもの 8. おや指又はひとさし指を含めて 1 上肢の 4 指の機能を著しい障害	1. 両上肢のおや指の機能を著しい障害 2. 1 上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか 1 関節の機能を著しい障害 3. 1 上肢のおや指を欠くもの 4. 1 上肢のおや指の機能を全廃したもの 5. 1 上肢のおや指及びひとさし指の機能を著しい障害 6. おや指またはひとさし指を含めて 1 上肢の 3 指の機能を著しい障害	1. 1 上肢のおや指の機能を著しい障害 2. ひとさし指を含めて 1 上肢の 2 指を欠くもの 3. 1 上肢の手指の機能を著しい障害 4. ひとさし指を含めて 1 上肢の 2 指の機能を著しい障害 5. 1 上肢のなか指、くすり指及びひとさし指を欠くもの 6. 1 上肢のなか指、くすり指及びひとさし指の機能を全廃したもの	1. 1 上肢の機能を軽度の障害 2. 1 上肢の肩関節、肘関節または手関節のうち、いずれか 1 関節の機能を軽度の障害 3. 1 上肢の手指の機能を軽度の障害 4. ひとさし指を含めて 1 上肢の 2 指の機能を著しい障害 5. 1 上肢のなか指、くすり指及びひとさし指を欠くもの 6. 1 上肢のなか指、くすり指及びひとさし指の機能を全廃したもの
	下肢機能障害	1. 両下肢の機能を全廃したのもの 2. 両下肢を大腿の 2 分の 1 以上欠くもの	1. 両下肢の機能を著しい障害 2. 両下肢を大腿の 2 分の 1 以上欠くもの 3. 1 下肢の機能を全廃したのもの	1. 両下肢をショパ一関節以上で欠くもの 2. 1 下肢を大腿の 2 分の 1 以上欠くもの 3. 1 下肢の機能を全廃したのもの	1. 両下肢のすべての指を欠くもの 2. 両下肢のすべての指の機能を全廃したのもの 3. 1 下肢を大腿の 2 分の 1 以上欠くもの 4. 1 下肢の機能を著しい障害 5. 1 下肢の股関節または膝関節の機能を全廃したもの 6. 1 下肢が踵距に比して、10cm 以上または踵距の長さの 10 分の 1 以上短いもの	1. 1 下肢の股関節又は膝関節の機能を著しい障害 2. 1 下肢の足関節の機能を全廃したもの 3. 1 下肢が踵距に比して 5cm 以上または踵距の長さの 15 分の 1 以上短いもの	1. 1 下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2. 1 下肢の足関節の機能を著しい障害
体幹機能障害	体幹の機能障害により坐っていることができないもの	1. 体幹の機能障害により坐立または起立位を保つことが困難なもの 2. 体幹の機能障害により立ち上がる事が困難なもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの		体幹の機能を著しい障害		
運動機能障害	上肢運動機能障害	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により上肢の機能を著しく制限されるもの	不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により上肢の機能が劣るもの	上肢に不随意運動・失調等を有するもの
	移動機能障害	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のある移動機能が劣るもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの
不全ウイルスによる免疫機能障害	心臓機能障害	心臓の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が著しく制限されるもの	心臓の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	心臓の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの		
	じん臓機能障害	じん臓の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの		
	呼吸器機能障害	呼吸器の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの		
	ぼうこうまたは直腸機能障害	ぼうこうまたは直腸の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこうまたは直腸の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこうまたは直腸の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこうまたは直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの		
	小腸機能障害	小腸の機能の障害により自己の周辺の日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により家庭内の日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの		
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの		

備考
 同一等級について 2 つの重複する障害がある場合は、1 級上の級とする。ただし、2 つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは、当該級とする。
 肢体不自由においては、7 級に該当する障害が 2 つ以上重複する場合は、6 級とする。
 異なる等級について 2 つ以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該級より上の級とすることができる。
 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。
 「指の機能障害」とは、中指指骨間関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害を含むものとする。
 上肢または下肢欠損の段端の長さは、実用長をもって計測したものをいう。
 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

第3章 身体障害者福祉法に障害認定の現状（都道府県実態調査）

1. 都道府県実態調査実施内容

(1) 目的

身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究の基礎資料とするため、身体障害者手帳交付事務を行う自治体担当者を対象として、制度の運用状況や問題点を調査する。

(2) 調査対象

身体障害者手帳交付事務を行う下記の自治体担当者および認定担当者。

都道府県（47カ所）、政令指定都市（13カ所）、中核市（35カ所）計95カ所

(3) 調査票 別紙資料3-1、資料3-2

(4) 実施期間 平成16年3月6日～平成16年3月21日

(5) 調査方法

調査票、および、調査票のEXCELファイルを収録したフロッピーディスクを送付し、調査票に記入後、またはフロッピーディスクにデータを入力後、調査票またはフロッピーディスクを返送、または、EXCELファイルをEメールで送付依頼した。

2. 都道府県実態調査の結果（巻末集計表参照）

(1) 回収率 59/95

(2) 結果のまとめ

以下にアンケートの結果をまとめる。なお、詳細は、巻末資料を参照されたい。

1-(1)認定基準は、国の認定基準（ガイドライン）と同じですか。異なる場合は、その内容を（ ）にご記入ください。

〔視覚障害〕

1箇所のみ認定基準と異なっていた。その内容は、視野障害2・3級の基準であった。

〔聴覚・言語障害〕

3箇所のみ認定基準と異なっていた。その内容は、聴力について、100db以上測定可能な場合は、105dbとせず、その実測値でもって算出、純音オーディオメータはJIS規格（昭和57年8月14日改定）を用いる、純音オーディオメータの規格を従来どおり（JIS規格（昭和57年8月14日改定））としているというものであった。

〔肢体不自由〕

3箇所のみ認定基準と異なっていた。その内容は、大腿切断の場合断端長に関わらず3級認定する、肢体不自由、上肢機能障害及び下肢機能障害について著しい障害と軽度の障害の中間の障害を認定しているというものであった。ここで肢体不自由の内容は不明である。

〔心臓機能障害〕

1箇所のみ認定基準と異なっていた。その内容は、冠動脈狭窄について、狭窄が75%以上90%未満…4級、狭窄が90%以上100%未満…3級、狭窄が100%（=閉塞）…1級 これと活動能力の程度を組み合わせで等級認定をしているというものであった。

[じん臓機能障害]

じん臓機能障害については、16箇所から認定基準が異なるという回答が寄せられた。そのうち、人工透析療法を実施している場合に1級または上位に認定するというものが、12件あった。また、クレアチニンの値のみではなく、年齢、体重、日常生活の制限などを考慮した上で等級判定するとされている例や、さらに進んで、①腎不全に起因する臨床症状②腎機能③日常生活障害度④透析⑤年齢を勘案して点数化し点数の合計で、等級を認定している例もあった。

それ以外には、手術が予定されている場合、有期認定にする等の取扱いをしているというものもあった。

1-(2)認定に係る事務を実際に担当している機関はどこですか。

58箇所中、本庁 34 更生相談所 17 その他(福祉事務所、保健福祉センター) 7で、その他には、地域振興局(県福祉事務所)、県保健福祉事務所、県保健福祉環境事務所、中央保健福祉センター、児童・障害者相談センター、心身障害者福祉センター、健康福祉センターが実施していた。また、更生相談所に移管途中のものが3件あった。以前は、本庁で実施している場合がほとんどであったが、本庁から更生相談所へ移管される傾向がみられる。

1-(3)認定に係る事務を実際に担当している担当者はどなたですか。

58箇所中、医師 2、事務官 44、その他 7であり、主として事務官が事務を担当し、困難ケースや判断に迷った時などに医師に相談するという方法が中心である。

医師と事務官以外では、保健師(2人)、看護師、ケースワーカーが認定事務にあたっていた。

1-(4)認定の判断に窮した事例はありますか。

[視覚障害]

59箇所中26箇所が認定の判断に窮したとされた。その内容としては、視野障害の測定に関するものが20件あった。また、知的障害、精神障害、乳幼児や高齢に伴う場合に視力測定不能の例が、10件あった。視野と視力の重複の合算方法に、手術直後で障害程度が固定していない状態の場合の例がそれぞれ2件ずつあった。それ以外には、視力障害の他覚的な検査が困難な場合、手術等により回復可能性のある原因疾患で、本人が手術を希望していない(拒絶等)の場合、VEP、PL法の結果による視力及び視野の判断の例が示された。

[聴覚障害・言語障害]

59箇所中24箇所が認定の判断に窮したとされた。主な内容としては、聴覚障害に関しては、知的障害、精神障害、痴呆性老人、乳幼児、脳挫傷の場合の聴覚障害認定に関するものが6件あった。

言語障害については、知的障害、痴呆の場合の認定について11件示された。

音声機能障害については、指で気管開孔を閉塞することよりのみ、発声可能である場合、音声機能障害がとできるかどうかという例があった。

そしゃく機能障害の認定に関しては、生後半年未満で歯が生えていない例があった。

[肢体不自由]

59箇所中12箇所が認定の判断に窮したとされた。その主な内容を整理してみると、ADLとROM・MMTの乖離に関するものが23件、高次脳機能障害、遷延性意識障害、脳腫瘍など精神的原因で四肢が動かない場合についての認定が12、運動失調や不随意運動や麻痺のため動作・活動には制限が大きい事例6、体幹不自由と下肢障害を併せ持つ場合5、指定医師の参考等級がガイドラインに合わない場合の取扱い5、乳幼児や知的障害に係る障害認定5、重複加算の方法5、廃用性症候群

の認定4、発症直後の認定4、固定の時期4、加齢による運動機能障害3例であった。

〔内部障害者〕

内部障害は、59箇所中19箇所が認定の判断に窮したことがあるとされた。その内容を整理してみると、心臓機能障害については、X線・ECG等の所見に現れない場合の判断5、障害固定の時期5、ペースメーカー、人工弁移植・弁置換、バイパス術後の所見による等級認定3例があった。

呼吸器機能障害では、肺機能検査及び活動能力の程度に極端な不均衡がある場合の認定10例、ルームエア時の測定ができない場合2例、検査器が無いなどで検査データがとれない場合2例などがあった。SpO₂の数値であったりする。

じん臓機能障害においては、血清クレアチニン濃度8.0mg/dl以上でなくとも体格等の個人差により相当の制限を受けている場合の認定3例、人工透析を行っているもので、血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl未満のもの1級での申請例2例などがあった。

膀胱直腸機能障害については、小児のストマなど人工肛門造設の永続性についての取り扱いが3例あった。

2-(1)リハビリテーションを中心とした認定基準について

第2章で述べたように、リハビリテーションの可能性は、身体障害者福祉法の認定の原則の一つとなっており、老衰や末期ガンなどは、原則対象とされていない。その実態と運用上の問題点を問う設問であった。

老衰や末期ガンなどで余命が少ない場合についても、大半は、障害認定基準に合致すれば認定しているというのが、実態のようである。窓口で余命が少ないから認定できませんと直接的には言えない、余命は確実には予測しがたい、通常診断書に「近い将来において生命の維持が困難となる」ような旨の記載がされることはない、実態として臥床生活により筋骨格の衰退により社会生活の活動が極度に制限されるものとして肢体不自由な該当する事例があると思われる、どの時点から「老衰」、「末期」なのかの判断が難しい、ガンでなくともじん臓や呼吸器など交付直後に亡くなる事例は少なくないなどがその理由である。

しかし、すべて対象としているわけではなく、余命が少ないことが明らかな場合は却下していることが報告されている。

このような場合の申請目的の主なものは、医療費の軽減であり、居宅改善や補装具等の給付等も行われている。

このリハビリテーションを中心とした認定基準については、賛否両論あり、「脳血管障害等による最重度の肢体不自由者等と比較すると不公平感があり、老衰や末期ガンであっても状態を考慮してできるよう改正されることが望ましい」という意見や「末期ガンで障害認定というのは更生援護という観点からも望ましいとは思えない。その他の障害者への施策を圧迫することになるため、他の制度によるフォローが必要と考える」、「重度心身障害者等医療費助成制度が身体障害者手帳3級以上の所持者を対象としているため、上記のような方からも医療費軽減のために申請がある。医療費の制度と別にしないことには、リハビリテーションを中心とした認定は難しい。」といった意見もあった。

2-(2)臓器に着目した認定について

身体障害者福祉法の認定のもう一つの原則として、基本的に臓器に着目して認定されている。そのために、原発性肺機能障害、心因性排尿機能障害など、認定される機能障害などと同様の症状でも認定されないことがある。その実態と運用上の問題点について質問した。

臓器に着目しているために、同様の状態でも認定されない例としては、次のようなものがあげられた。

・脊髄損傷や子宮の手術等による排尿機能障害は認められず、直腸ガンの手術による神経障害では認められている。

- ・大腸クローン病で小腸クローン病と同じような症状が出ているのだが、大腸故に認定できない
- ・眼瞼下垂では視覚障害の認定の対象にならないが事実上目で見ることができないと
- ・ぼうこう、直腸機能障害で脳性麻痺等が原因のものは、却下になる

実際の運用としては、原発性肺高血圧症などの肺循環系の障害に由来する呼吸器機能障害の場合、急性期を脱し、安定した時期に認定基準を満たしていれば障害認定の対象としている、社会福祉審議会身体障害審査部会の意見もふまえ、法別表に定める程度の身体障害が認められれば、認定することがあり得る（ただし、心因性のものについては原則として対象外）、（一定の条件をみたせば）一次疾患が当該臓器外にある場合でも認定を行っているというような柔軟な対応をしているところもあった。

また、臓器に着目した認定についての賛否では、賛成の意見としては、障害等級の認定がより困難になることが予想される、（臓器に着目しない認定では）根拠のあいまいな事例が増えるので詐病を含め問題は少なくない、詐病などが疑われる場合などがあり心因性などの症状も認定するとなると判断が難しい、特に運用上に困難はないなどの意見があった。

反対意見としては、個人の日常生活に対してどういう障害が問題なのかを問うべきである、日常生活活動能力の制限は同じなのに、手帳が交付されず、サービスが受けられない不公平感がある、日常生活で制限のある状態でも、臓器に着目した認定方法があり、特に、申請者への説明に苦慮しているというものなどがあった。

2-(3) 装具をつけない状態での認定について

現状では、視覚障害以外は、補装具をつけない状態で認定するという原則がある。その実態と運用上の問題点を尋ねた。

運用については、「原則は補装具をつけない状態をもって認定していますが、装着している場合もその内容を把握した上で障害程度を判断し認定しています。」という柔軟な対応をしている例もあった。

賛否については、「障害の部位・程度や個人差により、補装具装着の効果には、差が現れると考えられます。このため、装具装着後の状態を以って障害認定をした場合には、原因となる疾病や障害（補装具を装着していない状態）が同様の状態でも、結果として障害等級に大きな差が現れる場合があると思われれます。更生意欲のある者とそうでない者の障害等級が逆転する場合等が考えられることから、認定事務に対する不信感を生むのではないかと考えられます。」「身体障害者手帳が更生の入り口であると理解しているため、補装具をつけない状態での認定は実態に即していると考え。」「眼鏡やコンタクトのように体の機能をそのまま補え、身近で一般的な補装具が他にはないので、視覚以外の障害認定は、補装具を付けない状態で認定するということによいと思います。」「緊急時の対策等を考慮すると現在の認定基準でよい。」「特に支障がない」という補装具反対意見があった。

一方、「常用装具の場合は、装具をつけた状態での判定をすべきと思う。」という全面賛成の意見や、「ペースメーカー＝1級は手厚すぎるのではないかと市民及び心臓以外の審査委員から指摘されている。」（4例）、「聴覚障害に関して、視覚障害と同様、補聴器の装着により症状の改善が見込まれる者に対する認定においては、検討の余地があるとおもわれます」（2例）、「人工関節等はかなりよいものができてきており、補装具にもよるが、永久的に補装具が必要なのかという点で、関節廃

用とみなしてよいものか、今後の議論の対象となるのではないか。」(2例)、「杖無し歩行不可、杖があれば数百m歩行可の体幹機能障害(2級))は、周囲から疑問の声が上がってくる」、「重度の呼吸機能障害がある方で、酸素療法を実施している場合に室内空気吸入時の動脈血ガスを測定する事が困難な場合があります。」(2例)という個別の賛成意見はあった。

また、「肢体不自由の一下肢障害状況について、全廃と著しい障害の判断が困難な場合があり、動作・活動等の評価を装具使用での記載なら、より障害状況の判断が容易と考えます。ただし、本人に合う適切な装具否かで評価に差違がでる可能性があります。」「補装具により大幅な機能の改善が得られる人と、そうでない人との違いは手帳の趣旨からすれば反映させてもいいかもしれないが、反映させるための客観的基準が難しいと考える。」という慎重意見もあった。

2-(4)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等で日常生活能力の視点が導入されているが、基本的には機能障害中心の障害認定が実施されている。その実態と運用上の問題点に関する問いである。

問題となる例については、まず、「心臓機能障害や腎臓機能障害の認定基準に客観的所見(検査所見)を満たし、かつ活動能力等を満たすことがあるが、客観的所見は1級相当であるが、活動能力等が4級や認定対象外などがある。またこれとは逆に活動能力等が1級相当であるのに、客観的所見が4級や認定対象外の時の認定について、苦慮している。」「動作・活動に大きな制限があっても、ROM・MMT等の客観的測定値に低下が見られず、両者に乖離がある場合は、障害等級が軽くなる傾向がある。」(3例)、「関節に限定された機能障害の場合、日常生活が制限されていても、等級に反映されないことが多い。また、その逆もある。」「肢体不自由障害において、日常生活の判断においては、医師によりかなり隔たりがあるようだ。」という検査所見と活動能力の乖離が挙げられている。

また、日常生活能力の視点の導入については、「日常生活能力の判断は、本人が置かれている環境に大きく左右されると考える。」「日常生活能力を重視した場合、精神発達遅滞や痴呆など他の影響を受けるため身体機能そのものの障害程度を判断しづらくなります。このため、神経学的所見、筋力、関節可動域に比重を置き、極力他の要因の影響を除外して認定しています。」「障害者の立場からすれば最も重要な点であると思われる。しかし、認定する際に複数の障害が重複する場合など、個々の障害の日常生活能力を判断するのは難しいと思われる。」「本人の意欲及び一般状態により日常生活能力は変化するので、障害状況が変化する可能性が高いのではと思います。また、有期認定の必要性もあると考えますが、実際には、事務的に再認定に対応ができるか不安です。」「運動機能障害に知的障害が合併する場合、日常生活ではそれぞれの因子を区別できない場合もある。」「脳原性運動機能障害の認定については、器質的障害よりも動作性に着目して認定しているが、同等級の肢体不自由に比べ、介助度等が軽く公平性に疑問がある。」「機能障害を伴わない場合は、障害等級決定の判断が非常に難しい」という消極的な意見や、「脳性麻痺等の場合も、ほとんどが上肢、下肢、体幹機能障害において機能障害の認定を行っている。」(2例)、「脳原性運動機能障害の認定等で日常生活能力の視点を移動機能障害の認定について照らし合わせ導入することで問題はないが、上肢機能における日常生活能力の視点は現状にそぐわないので、機能障害にも着目し認定をおこなっている。」「というようにむしろ積極的に機能障害の認定の方を優先する運用を実施しているところもあった。

逆に、「今後は、日常生活能力の方向に向かっていくと思われる。日常生活能力中心でよい。(介護認定がその方向であるため。)」(2例)、「内部障害においては数値だけでは明確に患者の状況を判断できないケースもあり、やはり日常生活能力の記載は患者の状況をより正確に把握するためにも必要と考える。」「筋力△(MMT3)、筋力×(MMT0-2)が全く参考にならない事例や、著しい錐体外

路症状のある事例などはADL抜きでは評価できないこと。」「じん臓について、クレアチニンの値よりも透析導入を重視する医師側からの批判が強い。」「機能障害の程度と日常生活能力とが必ずしも一致しないことは明らかであり、日常生活能力も評価の対象として導入すべきである。」といった前向きな意見もあった。また、「肢体不自由においては単に関節可動域や筋力テストの結果だけでなく動作、活動についても重要であると考え、総合的な判断をしている。」「内部機能障害等においても日常の活動能力の面を認定の際に考慮している。」と実際に運用している例もあった。

「日常生活能力の視点を組み込むことは、実態に即したきめ細やかな判定になると思われるが、例えば左ききか右ききかなどで障害等級が変化すると膨大な情報を判定に要し運用が難しくなるのではないかと思われる。」「ADLの評価は、障害による生活困難度をよく示しているが、患者からの申告によるものが多く、評価に客観性を欠くため、ばらつきが出現しやすいという欠点があります。一方で、神経系統の疾患では、関節可動域、筋力のみでは的確な評価が得られず、その認定については医師によっても評価が分かれるところです。神経系統の疾患については、脳原性に準じて、日常生活動作に重きを置いた独自の認定基準を設定していただければ効率的認定ができると思われます。」という賛否両面からの意見もあった。

「ADLについては、診断書診察の場面で実態を正確に捉えることは難しいと思います。実際にADL、歩行、起立位については聞き取りによるものが多く、診断書の内容と実態が異なる場合があります。客観的な根拠に基づく認定方法に拠る方が公平性が保たれていると考えます。また、認定する側の認定根拠として成り立ちやすいと思います。」といった認定方法についての提案もあった。

2-(5)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、生ものの節食制限等が取り入れられている。このような、社会的な環境要因を踏まえた認定について、その実態と運用上の問題点を尋ねた。

「現状どおりで特に問題なし。」(6例)、「身体能力の程度を示すための参考とはなるが、今後、認定基準としての項目数が増えることとなれば、検査数値による身体能力の客観的な判断に加えて、社会活動の制限の双方を加味していくことになり、同一等級内での、身体機能、能力の程度に差が現れてくるのが考えられます。また、身体障害者手帳に該当しない疾病により社会生活に著しい制限を有する者が多数いることを鑑みると、認定基準に社会的要因に関する項目を加えすぎると、原因となる疾病の特異性が薄れてしまうと思われます。」「個人によってとらえ方が異なるので全ての障害にあてはめるのは難しいと思われる。」「社会的な環境要因をふまえた認定の場合も、診断書・意見書の記載を国の認定基準に照らして障害認定している。」「あいまいさは否めない。」「障害者の社会的な環境要因(生活環境等)を正確に捉えた診断書を記載するのは困難かと思われ、実態調査を行う必要も考えられます。そのため手帳交付期間が現行より大幅に遅れることも考えられます。」「高次脳機能障害などは生活上の不自由はかなり大きいのが現行の診断書様式に照らすと認知障害等は該当しないため障害認定されない。生活上の不便さを基準に取り入れていくと、介護保険認定に近いものが想定され、医師だけでは作成できなくなることが予想される。」といった消極的意見がほとんどであった。

「自覚的所見(活動能力の程度)を優先すると、「言ったもん勝ち」となる可能性があり、それを裏づける他覚的所見(検査数値など)は絶対に必要である。」という生活の不便さの視点のみの取り扱いに反対する意見もあった。

例えばよく質問があるケースで肢体不自由において、

一方で、「患者の疾病の状態から判断して、医師が社会生活や家庭生活を制限しなければ疾病・障害状況が悪化する虞があるものについては、認定基準に取り入れて差し支えないと思われます。他

の疾病や障害（例えば呼吸器機能障害や腎臓機能障害等）についても、そのような認定基準を加える必要があると思われます。」「今後は、こういった社会的な環境変化に即した視点で、少しずつ取り入れるべきだと思う。」「手帳を取得することで社会参加の促進が得られるなら、生活のしにくさも認定の観点に入れてはどうかと思う。」「国で一定の基準が示されるならば、反映する意味はあると考える。」という賛成の意見もあった。

「医療、医療機器等の発達により障害があっても社会生活を積極的に営む事が可能になってくると思われ、ますます、社会生活上の制限に対する認定も含めるよう要望が出される可能性はあると思う。」という客観的な意見もあった。

3-(1)手帳交付の際の診断書・意見書にもとづき再認定が必要とされた場合、再認定の手続きを実施していますか。

48箇所中、「している」33、「しないときもある」15、「していない」10であった。

「するときもある」または、「していない」理由としては、以下のものがあつた。

- ・再認定が必要な場合の基準自体が作成されておらず、また内部的な調整もすんでいないため。
- ・子供の場合や、手術等によって障害が軽度化されると判断される場合のみ実施。(5)
- ・診断書・意見書の再認定時期については、重度化することを前提として記述しているものが多いため。
- ・県で未実施（準備段階）であり、県に合わせて実施してゆく考え。
- ・発育により障害程度に変化が生じることが予想される場合や将来的な手術により、障害程度が変化することが予想される場合には、再認定を実施しているが、その他については症状の固定・永続性を以って、障害認定を実施していることから、再認定を実施していない場合が多い。
- ・検討中(3)
- ・法別表に掲げる障害に該当するとの判断は障害固定の判断と考えられるため基本的に再認定を付していない。悪化の場合は随時等級変更の手続きができる旨、申請者に伝えている。なお、乳幼児等、特に判断が困難な場合は、社会福祉審議会に諮問の結果、再認定を付しての認定を行うことが必要とされたものについてのみ再認定を行っている。
- ・事務吏員が障害認定を行っているため、今の認定基準では再認定の時期について適正な判断をすることが難しいので実施していない。また、再認定が必要と記載される診断書・意見書が非常に多く、すべてを社会福祉審議会で審査することもできない。
- ・平成16年度中に再認定制度を実施予定。しかし、再認定を要すとの意見が付いたものを全て対象とするものではない。
- ・事務量の関係で、現在の体制では対応できない
- ・審査部に諮問、再認定不要との答申があつた場合は診断書・意見書に再認定が必要とされていても、実施しない場合がある。
- ・対象者が6歳未満の場合、基本的に就学前に再認定を行っている。
- ・18才未満の者に対しては、医師の指示に基づき、実施している。
- ・人工関節置換や人工ペースメーカー植え込み等障害固定が明らかな場合等。
- ・心臓機能障害で障害の状態が軽減される内容や1級の所見であっても、人工弁、ペースメーカーの手術が予定されていない場合、再認定要としている。逆に、聴覚障害で高齢の場合、肢体不自由で人工関節術後は要と記載されていても不要としている。

また、要望として、「全国的な再認定の基準を作成すべきであり、手帳交付を行う自治体毎に再認定基準を作成すると地域格差が生じ、混乱が生じると考える。」という意見があつた。

3-(2)医学等の進歩に伴い症状の改善が期待できる場合等に再認定を実施していますか。

「している」35、「しないときもある」6、「していない」18であった。

「しないときもある」または「していない」理由としては、以下のものがあつた。

- ・再認定が必要な場合の基準自体が作成されておらず、また内部的な調整もすんでいないため。
 - ・平成16年4月より、再認定実施予定。
 - ・再認定の手続きについて県で未実施（準備段階）であり、県に合わせて実施してゆく考え。
 - ・社会福祉審議会で審議されたものについて、審議会の医師が再認定の必要ありと認めた場合は、そのようなこともあり得る。
 - ・どのようなケースにこれを適用するかには、専門的な判断が必要と思われるが、事務レベルでそこまでの判断をすることは非常に困難である。
 - ・更生医療や児童に於ける成長過程により障害が軽減される見込みのある場合には再認定とするが、より重度の障害になる可能性として記載のあるものは程度変更として申請するものとして再認定は実施していない。
 - ・どの障害者が、どの医学的進歩により再認定が可能なのかなどの把握は事実上不可能。
- 診断書・意見書の記載及び審査部会の意見に基づいて対処している。
- ・平成16年度中に再認定制度を実施予定。ただし、医学的進歩を予見して再認定を付すといった専門性の高い判断を、年間数千件の審査に医学的知識の少ない事務員が反映させることは事実上不可能と思われる。
 - ・手術等で明らかに障害の状態が軽快する予測がある場合を除き、「医学等の進歩」といったあやふやな将来の期待による再認定は行っていません。（診断書を取るについて本人の時間的、金銭的負担が掛かるため）
 - ・乳幼児等症状の改善が期待できる場合は実施している。
 - ・診断医により再認定が必要とされた場合、審査部会により再認定が必要とされた場合は再認定を実施している
 - ・対象者の把握が困難であるため。
 - ・医学等の進歩に伴い症状の改善が期待できるといっても、その時期が不明確であり、最認定の実施時期を確定できないため。
 - ・手帳交付後、指定医師の判断により（重くなる又は軽くなるに関わらず）、障害程度が変わった場合は、再申請の手続きを踏まえ、障害程度に見合った認定を行っている。
 - ・現在検討中
 - ・心臓機能障害の場合、人工弁、ペースメーカー等の手術以外は再認定要としている。
 - ・医学的に障害状況が改善されると、交付申請時点で確認できる場合、低位の等級の認定を行っているため。

3-(3)一定の期間毎の再認定を実施するとするとそれは可能ですか。

可能24、不可能9、わからない26であった。不可能またはわからないの理由は以下のとおり。

- ・件数が多いため、把握することが不可能
- ・具体的に示されていない現段階では分からない。
- ・再認定に際しての診断書費用等、障害者負担が大きいと思われる。
- ・有効期間を設けて手帳交付するということは、「障害の永続性」によって、「身体障害者」と認定されるという従来の考え方とは異質であり、固定期間等の意義や必要性も薄れてくるのではないか。

- ・再認定の手続きについて県で未実施（準備段階）であり、県に合わせて実施してゆく考え。
- ・次回再認定期日を常時把握できる体制が必要となるが、本市においては、現在のところ手作業による管理であり、電算化等の対応が必要となるため。
- ・再認定申請を行った者と怠った者の不公平感が生じないためにも、対象者全員に再認定を受けさせなければならないが、事務的にはかなり手間がかかるものと予想される。
- ・認定事務が煩雑になるため、頻度や対象者数によっては困難と考えます
- ・実際の運用面（人員、費用等）について不明な点が多い
- ・可能と思われるが、「一定の期間毎の再認定」がどのように設定されるのか具体性がないため、現時点では可能か不可能かわからない。
- ・再認定を実施する場合、再認定を受けるよう通知をしても、軽快していれば手続きをしないことが十分考えられるので、実効性を欠くおそれがある。たとえば原因疾病など明確な基準及び再認定を受けなかった場合の手帳の効力についての規定が全国共通で定められれば可能と考える。
- ・1ヶ月前の通知が必要であり、通知のシステム作りが必要となるため、準備期間と相当の費用が必要となる。
- ・障害が固定してはじめて交付が可能となるにもかかわらず、再認定を要すること自体が「障害」の概念を分かりにくくしてしまう恐れあり。
- ・現在、知的障害者の手帳（療育手帳）では、個別に再認定が付されていることが多いが、更新の手続きを行わない場合に、手帳に付随するサービスを停止するべきかどうかの判断が非常に困難であることから、再認定を受けない場合でも効力を継続させる場合には、当初の認定を「最低限の等級」ととどめるべきと思われる。
- ・全件の再認定を行った場合、診査を受けない者への督促や返還命令など福祉事務所の事務が増大すると考えられるため
- ・心臓機能障害においてペースメーカー又は人工弁置換を実施した者以外には一定期間の再認定を付しており、部位によって可能と思われる。再認定では申請に診断書の添付が必要となるが、すべての障害で実施する場合、病院での診断書作成料が高額なため本人の財政状況に負担がかかり、運営上批判の対象になりかねないと思われる。
- ・障害固定の原則にもとづいて認定しているため、再度の診断の手間や負担など不利益が生じる可能性がある。ただ、ストマの穴がふさがれるなど障害対象から外れる例もあるため、一概にはいえない。
- ・障害児についてはすでに実施している。
- ・現状でも年数を1～5年で区切って（障害の状態により、個々実施している。全体で区切っては実施していない。）実施している。
- ・障害固定の状況で障害手帳を交付するのが原則であるので、もしあまりに変化が予想されるのであれば身障手帳は交付されないはずである。その後状況が変わるかどうかは新規申請時に指定医師が判断するべきものでありその後一律に再認定をするのは身障者の労苦を考えると現実的ではない。
- ・一定の期間毎の再認定の手続きについて、現在検討中。
- ・当市の手帳所持者数は約7万人、新規交付だけでも年間約6000件。10年毎としても更新事務は年間数千件の審査の増加を招くものであり、到底不可能。再認定対象者だけを有期認定にする方が現実的。「症状の変動も否定しきれないが、症状固定で一応永続しうる」という論理よりはわかりやすい。
- ・身更相への事務移管を検討中で、移管後の体制による
- ・期間毎の再認定が適当なものと不適當のものがあると考え。それらを判断しうるか現時点では

わからない。また申請者に一定期間毎に診断の負担をしいることになる。また認定件数が膨大なものになるのではないかと予想される。

- ・審査件数が何倍になるか想定しないと可能かどうか
- ・再認定の期間や認定すべき件数等によります。ただし、再認定は障害者に負担をかけることになるので、一律に全員を再認定の対象とすることは避けるべきかと思えます。また電算処理の変更や医師への通知などに準備期間が必要です。
- ・全ての身体障害者を対象に再認定を実施した時、当センターの人員配置では実務上対応できない虞があります。
- ・面積が広く、医師が都市部に偏在するという当県の特異性もありますが、地域に指定医がおらず、容易に他の地域の医療機関に受診に行くことができない重度の人が取り残される虞があります。
- ・人員・経費負担が大きいため。
- ・寝たきり等で再診困難な対象者に対して手帳を有期としても、再診を不可能な場合が考えられる。
- ・すべての身障手帳所持者に再認定を実施すると、行政側としては事務処理しきれないし、障害者側は診断書・顔写真などをその都度用意しなければならないため負担が大きくなる
- ・事務量の増大が見込まれることによるマンパワーの確保の必要性、手帳所持者の理解が必要となるものと考えます。また、障害種別により適切な再認定の時期が異なっているため、一定期間を定めての再認定は不適當と考えます。
- ・身障手帳の所持者はあまりに多く、全員に一定の期間毎の最認定の義務付けは、市町村、県の負担が増大し、何よりも障害者の理解が得られないのではないかと。現状のとおり、心臓の更生医療(PM、弁置換以外)や医師の指示があったものに必って再認定を実施したい。
- ・一人一人の診断書を取り出して再認定が必要かどうか判断することは困難と思われる。
- ・機械的に一定の期間ごとに再認定を行うこと自体は可能と考えるが、障害の状態が固定化した者にまで再認定を行うことは意味がないと思われ、一律に一定の期間ごとに再認定を行うことが妥当かどうか分からないため。
- ・診断書料などの患者の負担の増大、事務量の増大などの問がある。

3-(4) 症状固定の時期 高次脳機能障害、幼児、人工透析の場合など、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。

[乳幼児]

- ・3才未満の場合は、3才を過ぎてからの認定を原則としつつ、残存しうるであろうと予想される範囲で客観的な所見(BOA, ABR, 視覚誘発脳波など)があれば、認定し、3才以降再認定を指示。
- ・幼児については、医学的判断が可能であれば、認定を行っている。但し再認定をつけている。
- ・年齢が低いためにできないものと、認定基準に合致する永続する機能障害によってできないものとの判別が難しい
- ・症状固定の時期は特に定めていないが、申請があった場合は障害の種別を問わず市社会福祉審議会の答申に基づいている。
- ・乳幼児の先天性疾病等を原因とした障害については、これまでも、再認定時期を設定して障害認定をしているが、近年該当者が低年齢化してきており、生活年齢に応じた運動能力と障害に起因した運動能力の見極めが困難である。しかしながら、早期の機能訓練による回復の可能性を考えると、障害者認定に伴う福祉施策の実施は本人、及び保護者にとっては、必要な扶助であると思われる。
- ・幼児の認定は6才時再認定を実施している。
- ・手帳交付はおおむね3歳以降に行うものとされているが、診断時に3歳未満の場合、欠損・切断

以外は症状固定の判断を事務レベルで行うことが非常に困難であるため、必ず社会福祉審議会に諮問している。実際、手帳を交付後に障害が軽減されても、手帳が返還されることは見込めないため、認定には慎重を期さなければならないと考えている。慎重を期すのであれば、上位等級での認定は避けるべきではないかと思われる。3歳未満の申請は主に脳性麻痺、先天性疾患、染色体異常を原因とするケースが多いが、特に心臓機能障害については1歳未満での申請が増加傾向にある。なかでも、先天性心臓疾患で、根治手術を含む一連の手術が予定されているにもかかわらず、申請が出されることが多い。手術を前にして、根治術終了後にどの程度の障害が残存するかを予測することは現実的でない。審議会では「重度であることは理解できるが、障害固定との判断は困難」、また「一旦、1歳の誕生日が過ぎれば再度の申請を」と結論が出ることが多い。できるだけ早く手帳のサービスを使いたい保護者からの納得は得にくいところである。保護者の会のネットワークがあるため、〇〇市では認定になった、という情報がすばやく浸透する。発行機関それぞれで審議会をもつため、判断は地域で異なり、個人差もあるということを理解していただくほかはない。なお、当初は該当項目をすべて満たしていたが、諮問により却下後、数回の手術を行い再申請されたところ、認定の対象外であったというケースもあった。該当項目を満たしていても、事務レベルのみで認定することは今後も考えていない。なお、極めて重度の場合には1歳未満であっても認定可能と判断されることがある。視覚障害（眼底所見などから）、聴覚障害、心臓機能障害（ペースメーカー置換、予後不良のトリソミー）など。

- ・幼児の場合や脳血管障害の場合など、様子見の期間経過時間の具体的な基準が明確でないため、どこのサイドでも混乱がある。
- ・幼児については、ケースにもよるが、症状が固定していれば認定はする。ただし、6歳児に再認定を必ず実施する。
- ・幼児について、聴覚障害 ABR 等で所見があれば乳幼児も認定。その他の障害については、審議会に諮り3～5歳児又は術後再認定として交付。
- ・特に幼児の脳原性機能障害（移動機能障害）については、加齢にともない筋力が増加あるいは減少し移動能力が変わる事が多いため、10歳程度で再認定を行うべきとの医師からの意見がありました。
- ・幼児の場合は成長に伴う変化があるため、原則は再認定を付しての認定としている。
- ・幼児については、原則として疑義解釈に則って認定している。
- ・幼児の場合は、3歳未満児について原則的に6歳時に再認定として有期認定しています。
- ・2歳未満の乳幼児については全て審査部会での審査としている。
- ・幼児については、障害内容、程度により再認定を実施する場合があります。
- ・乳幼児については、切断等によるものを除き、すべて審査会に諮問している。
- ・幼児についても医師の判断によるが、障害程度や永続性が明確でない場合には再認定を行っている。
- ・乳幼児（3歳未満）の認定について、特に肢体不自由（欠損を除く）の場合、正確な判定が困難。正確さを期するためにも一定の年齢制限等は必要。
- ・幼児の場合、3才未満で障害固定が明らかなものは別として、障害が永続すると判断できかねる場合は障害認定するべきか、数年様子観察した後再申請してもらうべきか判断に迷うことがある。
- ・乳幼児に係る障害認定は、「概ね満3歳以降」ということになってはいますが、実際には、聴覚、肢体不自由および内部障害などで、3歳未満での申請もかなり見られます。
- ・幼児については、再認定を設け、成長による障害変化に対応している。
- ・医療技術の発達から、幼児（特に3歳未満）からの申請も出ている状況であるが、判断に苦慮す

る例はある。

- ・診断結果が認定基準を満たしている場合は障害認定を行っているが、おおむね3歳になった際、再認定を行うよう指導している。
- ・今後の発育過程で回復が見込まれる場合は3歳以降、見込まれない場合には有期認定として3歳以前でも認定することもある。
- ・幼児に対しては15年4月より3歳未満児における6歳児時点での再認定を設けている。
- ・認定に必要な諸検査を実施できない幼児の場合、判断できなければ時期をまってということにしているが、その場合、受けられるサービスを利用できないということで不満の訴えがある。

[人工透析]

- ・透析導入前の数値を原則としつつ、導入後の数値でも認定(再申請による上級等級への認定も可。)
- ・透析開始日のデータだけでなく、透析導入に至るまで数回、透析導入時、透析導入した後、数回の血清クレアチニン濃度(最大間隔透析前値)の数値を明記してもらい、それらを総合的に判断している。
- ・発症後2ヶ月を経過しても、腎機能が回復しない場合で透析維持が必要である場合は認定している。
- ・腎臓機能障害は急性期のものについては経過観察後、慢性腎不全に至った場合障害認定をしている。ただし、認定時期が困難な場合(6才前の幼児については全て)は社会福祉審議会審査部会に諮問している。
- ・人工透析を実施していれば1級として認定している。
- ・人工透析の場合、導入時期ではなく、血清クレアチニン濃度で認定。ただし、透析導入後、3ヶ月経過している場合は、この限りでなく所見により認定。
- ・透析離脱困難との意見がついていても離脱した事例もあるが、多くは再認定を適切に付すことで対応できよう。
- ・人工透析は平成15年4月1日から血液浄化を目的とした治療をすでに行っているものは血清クレアチニン値に関わらず1級認定している。
- ・人工透析は永続的な人工透析が導入されれば認定を行っている
- ・透析を施行されている者については、透析離脱の可能性がない場合(医療機関に照会を行い確認)に認定しております。
- ・血液浄化療法を定期的に6ヵ月以上継続して実施している場合には血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl未満でもすべて1級として認定している(ただし糖尿病性腎症では、血液浄化療法を定期的に3ヵ月以上継続して実施の場合)
- ・人工透析については、本県の場合、人工透析が導入され、その後も人工透析を永続的に行う必要のある者については1級と認定しているため、そういう場合は申請があれば認定を行っている。
- ・人工透析の場合は、継続しての透析が必要であれば認定対象としている。
- ・人工透析については、透析をもって1級の申請がある場合がかなり見受けられる。
- ・基準においては、血清クレアチニン濃度(内因性クレアチニンクリアランス値)の検査数値が条件を満たしており、かつ、透析を開始していなければ障害認定を行わないこととなっている。
- ・人工透析を行っていれば、日常生活の制限においては、検査数値などは関係ないことから、透析を行っている場合の認定基準は見直しを検討しても良いのではないか。
- ・人工透析の場合、離脱困難で4級以上のCr値を満たしている場合は1級相当。

[高次脳機能障害]

- ・障害認定基準に照らして認定できるもの(失語症など)は認定する。

・高次脳機能障害については現在対象としていない。人工透析については、人工透析実施前の検査数値が分かる場合は、その数値により認定を行っている。

・高次脳機能は、医学的・客観的な観点から、機能障害が持続するものと判断することが難しい。

・高次脳機能障害等の中枢神経障害の認定は発症後基本的には6ヶ月経過後としている

・そもそも障害認定の対象とならないことが多い分野の障害であるが、廃用症候群で筋力が著しく低下し、回復の見込みがない場合には肢体障害の認定が可能であると考えている。

・言語障害、記憶障害などは、症状に変動があり、医師の判断が混乱するように思われる。

・脳血管障害及び意識障害 発症から通常6ヶ月経過後に症状固定の判断をすることを原則としているが、指定医師が障害固定と判断される場合は3ヶ月を目安としている。3ヶ月未満であれば審議会に諮問する。重度の場合、3ヶ月未満で医師から改善の見込みなしと聞かされた家族からの相談は多い。

・発症から通常6ヶ月経過後に症状固定の判断をすることを原則としているが、指定医師が障害固定と判断される場合は3ヶ月を目安としている。3ヶ月未満であれば審議会に諮問する。重度の場合、3ヶ月未満で医師から改善の見込みなしと聞かされた家族からの相談は多い。

・個々の事例で認定時期に個人差があるため、脳血管障害等疾患の場合で発症年月日から約6ヶ月経過していない場合には医学的判定を要すると思われるため審査部会委員へ諮問答申し交付している。また、障害が軽減する可能性がある場合には再認定を付している。

・高次脳機能障害は、病状の改善と同時に早期のリハビリが必要となる。関節拘縮や筋力増強のためにも認定が難しいが、脳梗塞等と同様症状固定に6ヶ月みている。早くても3ヶ月。

高次脳機能障害の認定は、3ヶ月経過後であれば障害認定を受けているため、手帳交付後に身体機能の改善が著しく手帳の等級と本人の障害状況が異なることがあります。特に高次脳機能障害においては、身障者の判断が難しく、仮に身障手帳が取得できてもその後のケアが身障者の制度でフォローすることに非常な困難が伴うのではないだろうか。個別の判断基準とケアの体系が必要と考える。また、幼児の認定においては早めのケアや福祉側のフォローが当該幼児における回復に大きな影響を与えることを考えるなるべく認定をすることが必要と考える。そのための判断基準も個別に必要と考える。

・高次脳機能障害については、運動機能障害が生じていれば認定、幼児の場合は国ガイドラインどおりに6歳時再認定、人工透析の認定時期は国ガイドラインどおりである。

・高次脳機能障害を対象として身体障害者手帳の認定はしていません。(4)

・高次脳機能障害の障害認定は、事務レベルでは判断困難であり審査部会での審査としている。

・失語症を除く高次脳機能障害については、身障法に基づく障害者に当たらないものとして判断しています。

・高次脳機能障害については、医師の判断による。

・高次脳機能障害があることにより身体機能の障害認定に問題があるか？ということであれば、痴呆と同じように、関節可動域の制限や筋力低下が認められれば、障害認定を行なっている。高次脳機能障害と肢体不自由がある場合、肢体不自由が軽度の場合が多く、早期のリハビリテーション実施が好ましいが、症状固定の判断について障害認定時に見解が分かれてしまう。

・脳血管疾患及び頭部外傷は3～6ヶ月後

・高次脳機能障害、遷延性意識障害については、別途基準を設ける必要があるのではないかと考えている。

[医師の判断]

・どの場合でも、指定医師の判断が非常に重要になってくるが、身障法の理念を理解されていない、

あるいは対象者からの依頼が熱心であることが多いように思われる。特に上位等級での申請の場合、リハビリテーションの観点からの認定というよりは、医療費助成の観点からの認定という色合いが濃くなってきているのではないだろうか。どの場合でも、指定医師の判断が非常に重要になってくるが、身障法の理念を理解されていない、あるいは対象者からの依頼が熱心であることが多いように思われる。特に上位等級での申請の場合、リハビリテーションの観点からの認定というよりは、医療費助成の観点からの認定という色合いが濃くなってきているのではないだろうか。

・障害が固定しているかどうかは、医師の判断以外に判定する要素がないので、障害発生から非常に短い期間で障害が固定したと診断されていることがあり、疑義が生じることもあるが、診断書・意見書に障害固定日が記載されていれば、障害が固定したと判断しています。

・原則として指定医師の判断にゆだねている。

・医師の専門的な判断を仰いでいるため運用上問題はない。実態との整合性については再認定を行うことで適正を図っている。

・基本的には医師が将来において改善の見込みが殆どないと判断していればそれをもって認定を行っている。

・原則としてガイドラインの規定により認定を行っており、判断困難な事例は県社会福祉審議会に諮問している。

・指定医師の判断にて認定している。再認定（1～5年）を設けている。

・脳血管障害や3歳未満の障害認定の場合は、医学的判断や客観的データの有無などの確認は診断書上は判断しにくく、医師に連絡し確認をとる場合が多い。

・極力診断書記入医師に状態を確認し、必要があれば更生相談所、審議会の意見等を聞くようにしている。

[認定時期]

・認定時期については、指定医が障害固定と判断した時期となるが、個々の事例が全て医学的に妥当かどうか判断が難しい。高次脳機能障害は現行基準での認定に困難さがあり、人格面、記憶力、思考力面の認定基準が必要である。

・認定時期の決定が困難であるとは考えていません。

・少なくとも、半年間の経過観察を行い、短期間での再認定を定めて交付している。

・先天性内部障害については、有期認定をしています。肢体不自由については、個別に判断していますが、関節可動域や筋力からの判断はできず、疾病の状態と診断医の総合所見によっています。

3-(5)リハビリテーションの観点 遷延性意識障害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ベッドサイドから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。

・遷延性意識障害の認定については、在宅や常時の医学的管理を要しない者には認定を行っているが、ほとんどの場合は人工呼吸器管理を要する状態での入院であり、認定対象外となるケースが多い。実際、認定を行ってから、在宅等での医療ケアを行う方が本人の更生及び家族の為によいのは？と思う。(手帳を所持することで、日常生活用具、補装具、医療費助成等のサービスを受けられる点から。)

・現在のところ、症状固定した後に障害認定を行っている。

・症状固定を待って申請してくる場合、リハビリを実施して申請をしてこない場合など、身障法15条指定医師の判断にゆだねられている。

・障害原因別に認定時期のガイドラインを示していただくことが望ましい。

- ・遷延性意識障害について、固定期間を6ヶ月として定めているが、適当といえるか。
- ・身体障害者認定が障害者の更生援護を目的に実施するものであることを鑑みると、障害者認定を行い、比較的早期から機能訓練を実施していくことにより、日常生活能力の回復が期待できる場合が考えられます。該当者にとっては、障害認定に伴う医療費扶助制度が利用できる時期が早まるメリットがある反面、自治体にとっては医療費負担等、扶助的経費が増加するデメリットが考えられます。また、何時の時点をもって認定とするのか、認定時期の判断が難しいと思われまます。
- ・常時の医学的管理を要しなくなった時点に行うこととされてきたことから、発症後少なくとも3ヶ月以降に認定しています。この時期までの急性期・回復期のリハビリテーションは医学的治療に位置づけられ、更生援護とは区別してよいと考えます。
- ・リハビリテーション実施経過後の予後の状態が明確になってから認定するとしており、基本的に発症後6ヶ月を目途にしている。しかし、リハビリを実施するまで至らない遷延性意識障害の6ヶ月経過しない場合の早めの障害認定に苦慮している。
- ・意識障害の場合、常時の医学的管理を要しなくなった時点で障害の認定を行うこととされているが、この「常時の医学的管理を要しなくなった時点」の判断基準が曖昧である。
- ・先に再認定制度を確立する必要がある。
- ・遷延性意識障害の場合は、6カ月経過していれば認めている。早い時期のリハビリテーションという観点から見ると矛盾しており、検討中である。
- ・早めに障害認定をすることは、「常時の医学的管理を要しなくなった時点において認定する」という意識障害を伴う者の障害認定の基準に沿わないとも思われる。また、もし障害認定をした場合、リハビリテーションを実施することにより多少の回復が見込まれることから、再認定の期間を設けることが望ましいと思われるが、その期間の設定が難しいと考える。
- ・現実には、医療費助成など制度利用に着目した申請がほとんどであり、どのような観点にせよ、早期の認定を可能とした場合、申請が一挙に増加することが危惧される。ベッドサイドのリハビリテーションが在宅で行われるものであるならば、早期の認定も必要かもしれないが、症状固定の原則を崩す場合は現在の手帳制度を理念から見直すことが必要になると思う。繰り返しになるが、求められているのは障害認定ではなく物質的助成であり、手帳がなくてもリハビリ等の支援が受けられるように検討されてもよいのではないだろうか。
- ・障害固定がなされていない状態では、障害認定はしていません。障害等級によっては、医療助成があるので、早めに障害認定することにより医療費の本人負担額を軽減させリハビリを促すことができます。しかし現状では、長期入院の医療費を軽減させるため、医療機関に手帳の診断書・意見書の記載を促すケースが増えています。今後、早めに障害認定したとしても、社会復帰につながるケースが増えるかは疑問です。
- ・遷延性意識障害は早期リハビリが好ましい。障害認定は期間を定めて、再認定するのが好ましいが、即認定とするかは問題である。見込みはつけにくいですが、15条指定医師が診断書をかける状態であれば、再認定をつけ、認定する。
- ・実際には病院に入院させておけず、在宅サービスを利用するために、手帳の申請をするケースもある。
- ・発症から3ヶ月経過後の状況で障害認定を受けているので、これ以上の早期認定の必要性は身体福祉法上から感じられません。
- ・そもそも遷延性意識障害の認定基準があいまいであるので認定が難しいのが現状である。やはりもう少しデジタルな認定基準が必要。
- ・身体障害者福祉法別表に規定する身体障害に該当することが診断書・意見書の記載内容から確認

できれば、審査部会の意見もふまえ、例示のような場合でも認定している。

- ・障害認定とベッドサイドリハビリテーション訓練は無関係では。手帳認定による対象者世帯の医療費負担の問題と各医療機関のリハ訓練の方針とは別問題ゆえ。症状固定による永続性という論理からは、三ヶ月未満での認定は困難な事例が多いと思われる。

- ・数か月単位の再認定を複数回要すると考えられ、手続き的に障害者・県とも手間がかかりすぎるのでないか。

- ・遷延性意識障害については、医学的な処置が終わった時点で障害認定を行っているため、事実上、他の障害よりも早い時期での交付となっている。

- ・障害認定をしなくても早期からリハビリテーションを実施すべきであり、障害認定の時期は在宅生活への準備を始められる状態の頃と考えます。

- ・脳梗塞などの場合、3ヶ月を目処に退院させる病院が多いため、その時期に認定して欲しいとのニーズがあります。そのため、重症な場合は比較的早い時期で認定し、再認定を設定しています。

- ・脳血管障害と同様に、3か月を目安としての認定が適当と思われる。

- ・急性期治療が終了して症状が安定し常時の医学的管理が必要でなくなった場合で、医師が一応の症状固定と判断した場合は認定を行っている。

- ・原疾患の治療が終了し、発症から概ね3か月が経過した時点で医師が機能障害が永続すると判断した場合には認定の対象としています。

- ・リハビリテーション後の障害であるのに、リハビリテーションをするための障害制度の利用という矛盾があり、順序が逆になっている。補装具、リハビリテーション等の医療行為を充実されるべきである。

- ・症状の固定を待って障害認定している。障害固定を待たず障害認定すると、再認定が必要となってくるため、身体障害者診断書・意見書の再提出が必要となり、身体障害者の金銭的負担増加が問題として考えられる。

- ・遷延性意識障害の認定については、医師が「原疾患についての治療が終了し、医学的、客観的に機能障害が永続する」と判断した内容の記載がある診断書によって認定しています。

- ・遷延性意識障害がある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で行うこととしている。

- ・麻痺など、将来残存すると予想されうる障害の程度をもって早めに認定をする場合があります。その為、リハプランなどを併記してもらっています。

- ・症状固定を原則としている。身体障害者手帳の交付と、医療行為は、直接関係していない。

- ・遷延性意識障害については、医師が医学的、客観的にみて機能障害が永続すると判断できるような場合は認定対象としている。

- ・意識障害のある患者については、現行の意思疎通が必要とする評価方法では無理な点がある。また、痴呆を含めて、意思疎通ができない場合の評価基準を新たに設定する必要がある。

- ・リハビリテーションが維持期に入った段階で症状固定と判断し、障害認定しています。

- ・遷延性意識障害に関しては、原疾患についての治療が終了していることを前提に、観察期間ということで、一応6か月という期間を経過しているものについては、その時点で障害認定を行うということで対応していますが、実際には、6か月より前の段階でも障害認定を行ってよいのではと思われるケースが見られます。

- ・若くして脳血管障害により肢体不自由となった場合、復職や福祉的就労を目指すため、リハビリテーションを早期に開始したいが、症状固定の判断について障害認定時に見解が分かれてしまう。

(リハビリテーションで回復する見込みのあるものが障害の固定といえるのか?) 身体障害者手帳を所持していないと更生施設等の利用ができないため、早期のリハビリテーション開始が必要と認

められる場合は発症から6ヶ月から1年後に再認定を行なうこととし障害認定を行なうこともある。

・症状固定の時期については、期間を短くしてほしいとの要望もある。確かに、障害認定を早く行いリハビリテーションの実施は好ましいことと思われる。しかしながら、病気治療と障害の区別を行うことが必要であることから、障害固定は必要であると思われる。ただし、固定時期（固定期間）については、どれくらいの期間が適当であるかは、今後検討する必要があると思われる。

・関節の拘縮、回復可能な筋力低下が認められれば、その部分に着目して認定している。また、発症から6ヶ月経過後、体幹障害として認定する場合もある。

・原疾患に対する治療が終了し、急性期のリハビリを実施しており、なおかつ、早急な援護の必要性を認められる場合には、再認定を付して早期の障害認定を行っている。

・障害が変わることがないと思われる場合は固定を待つより、即認定する方がリハビリの面からよい。専門の施設に入るためには、手帳が必要な場合があり、本人にとっても施設に入ることができない場合が生じる。

・症状固定をどの時期にするかは、医学的にもまた種々の制度上も判断が難しいと思われるが更生医療の適用などをすれば身体機能の改善が見込まれる場合は、交付してよいと考える。

・障害認定は、「障害固定後認定の原則」であることから、設問の趣旨に理解はできるが、認定はすべきではないと考える。ただし、医学的、客観的なデータにより認定が可能な場合は、認定を行うべきと考える。

・どこまでが治療段階で、どこからが認定可能かという一定の判断基準を示して欲しい。

4. その他

4-(1)認定基準の見直しについて貴職が受けた要望

巻末参考資料集計表参照

4-(2)認定基準の見直しに対する貴職自身の要望にはどのようなものがありますか。

巻末参考資料集計表参照

4-(3)障害範囲の拡大について貴職が受けた要望にはどのようなものがありますか。それは、どこからの要望ですか。

巻末参考資料集計表参照

4-(4)障害範囲の拡大について貴職自身の要望にはどのようなものがありますか。

巻末参考資料集計表参照

4-(5)手帳に有効期間を設けるとしたら、それに伴う運用上の問題点についての意見をお書きください。

巻末参考資料集計表参照

4-(6)手帳の様式に関して意見があればお書きください。

巻末参考資料集計表参照

4-(7)障害等級のあり方

巻末参考資料集計表参照

4-(8)更生と障害認定との関係について意見があればお書きください。

巻末参考資料集計表参照

4-(9)その他、認定基準全体の運用における諸問題、今後の障害認定のあり方等について貴職の意見をお聞かせください。

巻末参考資料集計表参照

資料3-1 平成15年度厚生科学研究費補助金特別研究事業

「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」に係る調査のお願い

身体障害者福祉法における身体障害者の認定および福祉施策は、視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由を対象として発足し、その後内部障害等を包含する形で進展してきました。身体障害にとりいれられた当時は合理的な理由があったと考えられますが、身体障害者福祉法における更生の概念の変化、医療技術の進歩、障害の重度・重複化、ICF（国際生活機能分類：国際障害分類改定版）による新たな障害概念の普及等により、障害認定の対象がわかり難くなりつつあります。そこで、本年度、「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」（主任研究者：柳澤信夫関東労災病院長）として、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、障害認定のありかたについて、障害認定及び実際のリハビリテーションを行っている現場からの視点で、論点を整理し、その対応策を検討することにより、今後の厚生労働省における障害認定基準に係る施策の企画、立案に資することを目的として研究を実施しております。

つきましては、下の要領により身体障害者手帳交付事務を行う自治体担当者のかたを対象としたアンケート調査を実施することといたしました。お忙しいなか恐縮ですが、ご趣旨をご理解の上、ご尽力を賜るようお願い申し上げます。

1 調査目的

身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究の基礎資料とするため、身体障害者手帳交付事務を行う自治体担当者を対象として、制度の運用状況や問題点を調査する。

2 調査対象

身体障害者手帳交付事務を行う下記の自治体担当者。

都道府県（47カ所）、政令指定都市（13カ所）、中核市（35カ所）計95カ所

3 調査票 別紙

4 締め切り 平成16年3月21日（日）

5 調査方法

同封の調査用紙に記入しご返送いただくか、または、フロッピーディスクのEXCELファイルに入力しご返送いただくか下のメールアドレスまで添付ファイルでお送りください。EXCELの記入欄は、Alt+Enterを入力すると行が下がって行きますので自由にご記入ください。

【担当者・問合せ先】

〒336-0974 さいたま市大門3551 TEL/FAX 048-878-4069

Email terasima@urawa.ac.jp

浦和大学総合福祉学部 教授 寺島彰

【郵送による送付先】

〒359-0042 所沢市並木4-1 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所気付
寺島彰

身体障害者手帳交付認定事務に関して、該当する番号を□に記入してください。記述が必要なところは()内に記入してください。Excelで記入される場合、Alt+Enterを入力すると行が下がって行きますので自由にご記入ください。

なお、回答については、事務担当者が回答困難な場合は、認定担当者(医師)に協力をいただき全体を回答いただきますようお願いいたします。その場合、回答用紙が2枚になっても結構ですのでよろしくお願いたします。

回答者	所属	氏名	職種
-----	----	----	----

1. 認定基準運用の実態について

(1) 認定基準は、国の認定基準(ガイドライン)と同じですか。異なる場合は、その内容を()にご記入ください。

視覚障害 (1.同じ、2.異なる) (内容:)

聴覚・音声・言語障害 (1.同じ、2.異なる) (内容:)

肢体不自由 (1.同じ、2.異なる) (内容:)

内部障害 (1.同じ、2.異なる) (内容:)

(2) 認定に係る事務を実際に担当している機関はどこですか。()内にご記入ください。

1.本庁 2.更生相談所 3.その他 (内容:)

(3) 認定に係る事務を実際に担当している担当者とはどなたですか。その他は、()内にご記入ください。

1. 医師 2.事務官 3.その他 (内容:)

(4) 認定の判断に窮した事例はありますか。ある場合は、()内にその事例をご記入ください。

視覚障害 (1.ない、2.ある) (事例:)

聴覚・音声・言語障害 (1.ない、2.ある) (事例:)

肢体不自由 (1.ない、2.ある) (事例:)

内部障害 (1.ない、2.ある) (事例:)

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た認定基準について

現状では、リハビリテーションを中心とした障害認定が行われております。そのために、老衰や末期がんを対象にしないこととされておりますが、その実態と運用上の問題点をお書きください。

()

(2) 臓器に着目した認定について

現状では、基本的に臓器に着目した認定方法となっています。そのために、原発性肺機能障害、心因性排尿機能障害など、認定される機能障害など同様の症状でも認定されないことがあります。その実態と運用上の問題点があればお書きください。

()

(3) 装具をつけない状態での認定について

現状では、視覚障害以外は、補装具をつけない状態で認定しています。その実態と運用上の問題点があればお書きください。

()

(4) 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等で日常生活能力の視点が導入されていますが、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。その実態と運用上の問題点があればお書きください。

()

(5) 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、生ものの節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踏まえた認定について、その実態と運用上の問題点があればお書きください。

()

3. 認定時期について

(1) 手帳交付の際の診断書・意見書にもとづき再認定が必要とされた場合、再認定の手続きを実施していますか。

- 1.実施している
- 2.実施しないときもある
- 3.実施していない

	2.3の場合 の理由()
--	------------------

(2) 医学等の進歩に伴い症状の改善が期待できる場合等に再認定を実施していますか。

- 1.実施している
- 2.実施しないときもある
- 3.実施していない

	2.3の場合 の理由()
--	------------------

(3) 一定の期間毎の再認定を実施するとするとそれは可能ですか。

- 1.可能
- 2.不可能
- 3.わからない

	2.3の場合 の理由()
--	------------------

(4) 症状固定の時期

高次脳機能障害、幼児、人工透析の場合など、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。

()

(5) リハビリテーションの観点

遷延性意識障害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ベッドサイドから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。

()

4. その他

(1) 認定基準の見直しについて貴職が受けた要望にはどのようなものがありますか。それは、どこからの要望ですか。

()

(2) 認定基準の見直しに対する貴職自身の要望にはどのようなものがありますか。

()

(3) 障害範囲の拡大について貴職が受けた要望にはどのようなものがありますか。それは、どこからの要望ですか。

()

(4) 障害範囲の拡大について貴職自身の要望にはどのようなものがありますか。

()

(5) 手帳に有効期間を設けるとしたら、それに伴う運用上の問題点についての意見をお書きください。

()

(6) 手帳の様式に関して意見があればお書きください。(例: 障害名の記載方法等)

()

(7) 障害等級のあり方に関して意見があればお書きください。(例: 等級の必要性等)

()

(8) 更生と障害認定との関係について意見があればお書きください。(例: 更生との関係が希薄等)

()

(9) その他、認定基準全体の運用における諸問題、今後の障害認定のあり方等について貴職の意見をお聞かせください。

()

第4章 障害認定にかかる論点の整理

本章では、これまでの身体障害者福祉法にかかわる歴史的考察、法律・制度からの考察およびアンケート調査結果から、今後の身体障害者福祉法の障害認定のとりくみについて、その方向付けに役立つことを目的として論点の整理を試みる。

1. 障害認定の原則について

(1) 更生（リハビリテーション）か保護かについて

身体障害者福祉法第一条において、「この法律は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もつて身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。」とされているように、身体障害者福祉法の主要な目的はリハビリテーションであり、保護はそれを支える役割を与えられている。そのために、現状では、リハビリテーションを中心とした認定基準が設定されている。例えば、老衰や末期がんなどは、リハビリテーションの可能性が低いとして、原則、障害認定されない。

しかし、この原則については、いくつかの整理が必要である。その第一は、リハビリテーションという目的のための障害認定基準として必要十分なものであるかどうかである。肢体不自由の場合は、車椅子などの補装具の活用を想定した認定基準であるともいえるが、このような例ばかりではなく、必ずしも、リハビリテーションを想定した認定基準になっていない場合もある。リハビリテーションの原則に立ち戻って、障害認定基準を検討することも考えられる。

第二には、職業リハビリテーションのありかたについてである。労働施策の発展により、身体障害者福祉法は、法律制定当時から考えれば、その守備範囲を縮小している。職業リハビリテーションからみれば、現状では、身体障害者福祉法の対象者は、一般就労を目指す身体障害者が、職業訓練を受けるまでの支援や福祉的保護下の就労を目指す者に対する職業リハビリテーションサービスが中心である。このような現状にあった障害認定も考えられる。たとえば、医学リハビリテーション重視の認定もあり得る。

第三は、保護の認定基準についてである。保護は、第一の目的ではないものの法的目的の一部である。この目的を実現するための認定基準があるのかということも検討する必要がある。この場合、介護保険との関係を考慮する必要がある。介護保険の対象となる保護と身体障害者福祉法の対象となる保護は違うはずである。その点を整理し、それに適合した認定基準の検討もあり得るだろう。

第四は、実際の運営についてである。上で述べたように、リハビリテーションを目的としているために老衰や末期がんなど原則対象としないとしているが、アンケート結果にもあるように、現実的に対象外とするのは、難しい側面がある。いくら年齢が高いといっても、リハビリテーションの可能性がないとは、なかなか言えないのである。また、疾病が治癒しないとは誰も言えないのである。そのために、身体障害者手帳交付申請者の多くは、高齢者でしかもかなりの高齢の人も多いという実態が報告されている。

第五は、地方自治体との関係である。地方自治体の単独事業には、身体障害者手帳の

等級を活用しているものも多い。その中には、身体障害者福祉法の目的を補うような制度もある。本末転倒かもしれないが、現状を認識するならば、それらの制度活用を前提とした障害認定も検討されてよいかもしれない。

第六は、リハビリテーションの意欲問題である。リハビリテーションをすることで障害が軽減した場合は、障害程度が軽くなるが、そのために、制度活用の範囲が狭められることになる。これは、当然といえば当然なのであるが、人間の心理として一度獲得したものは、離したくないことから、せっかく努力して障害が軽くなったら損をしたというような意識をもつことが一般的である。このような心理的な抵抗をどう克服するかについても検討されてよいかもしれない。

(2) 臓器に着目した認定について

現状では、基本的に臓器に着目した認定方法となっている。そのために、同様の症状でも認定される場合とされない場合がある。例えば、アンケートにおいても指摘されていたように、ぼうこう機能障害で高度の排尿機能障害があり、カテーテル留置していても、ぼうこう自体の機能障害者ではないために、手帳が認定にならない例や、眼瞼下垂により、事実上見ることはできないが、視覚の機能ではないために認定外になるなどの例がある。また、この考え方は、医学モデルであり、社会環境との関係で生活のし難くさを勘案したホリスティックな評価が必要であるとの意見もある。

しかし、一方で、身体的・社会的な制限の程度や症状に着目した障害認定を実施すると、社会的要因や生活動作・能力等を考慮する必要が生じるので、業務量や誰がどうやって実施するかという具体的な方法論の問題も指摘されている。これらの点を含めて、臓器に着目した認定についてそのあり方について検討するとともに、具体的な認定方法を検討することもあり得ると考えられる。

(3) 装具をつけた状態での認定について

現状では、視覚障害以外は、補装具をつけない状態で認定している。しかし、補装具等の進歩により一律に装具をつけない状態での認定は時代に合わないこともある。アンケートからは、日常生活上の困難さからみたペースメーカーの1級認定の見直しや、人工関節の認定基準の見直しも指摘されている。

また、逆に障害認定は、更生の入り口であることから、装具をつけない状態で実施すべきであるという意見もある。これももったもなことで、その障害の除去軽減をはかるために更生医療や補装具を給付するという原則からいけば、最初は装具をつけない状態で認定する必要があるだろう。その後は、補装具などのサービスの提供に合わせて障害認定を繰り返すことも考えられるが、いつの時点で認定するのかということも困難が予想される。たとえば、義足などが処方され訓練が終わった時点で認定するのか、少し慣れてから認定するのかという問題もある。また、義足が合わなくなってきたら再認定するのか、どのようなことが現実的かどうか検討の余地がある。

(4) 日常生活活動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に、この視点が導入されている。アンケート結果からみれば、原則的には、日常生活活動中心の認定は受け入れられているが、実際の

運用に関しては、頻繁な再認定が現実に行えるのかという心配や、左ききか右ききかで障害程度が異なるというような微妙な対応による業務負担増が心配されている。

(5) 生活の不便さの視点導入について

社会的な環境要因を踏まえた認定についての要望もある。現状でも、H I Vについては、生ものの摂取制限を認定基準で用いている。その他の障害でも同様に基準を設けることも考えられるが、アンケート結果からは、生活の不便さに加えてなんらかの客観的な基準の必要性をあげる例が多かった。

(6) 個別認定の導入

現状では、制限列挙方式により、あらかじめ障害範囲を限定している。障害種別を固定せずに、同程度の障害を個別に認定することも考えられる。アンケートからも、若い障害を受けた人をすべて障害認定できるような制度についての希望があった。また、遷延性意識障害、幼児の認定について個別の基準と運用が必要という指摘もあった。

2. 身体障害者の範囲について

(1) 障害種別の拡大

アンケートから、肝機能障害、顔面麻痺、高次脳機能障害、ナルコレプシー〔睡眠障害〕、味覚障害、胃全摘出により経管栄養を行い日常生活制限や医療費の負担が大きい者、腓胝、外反母趾、糖尿病、血液疾患、眼瞼下垂、潰瘍性大腸炎による大腸機能障害、色覚、胃、食道、臭覚、首の機能障害が障害種別の拡大に関して要望があった。一方で、拡大についての問題点や拡大は不要であるという指摘もあった。次の障害別障害範囲の拡大も同じであるが、これらについては、障害認定の原則から導かれる必要があり、まず、それを検討し、その後このテーマについて検討することが妥当であると思われる。

(2) 障害別障害範囲の拡大

アンケート結果からは、「著しい」尿失禁状態、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、手指切断の範囲拡大、呼吸器機能障害の基準緩和に対する要望があった。

3. 認定時期について

(1) 再認定のありかた

再認定の実施については、アンケートからは、有効期間経過後の手帳を無効にする方法、返還方法、再認定を受けない者についての対応をどのような事務的問題が多く指摘された。また、これに伴う事務作業量とコストの増大と、医療費助成、老人保健法25条の認定、医療機関の窓口等での混乱、有効期間内に日常生活用具など給付を受けようとするための給付量の増加、障害者自身の診断書料等の経済的負担、時間的負担など多くの問題点が指摘された。

さらに、障害固定の原則から考えれば、再認定は原則を否定するものであるという考えや、身体障害者福祉法第15条指定医師の業務増、手帳交付事務の増大に伴う研修体制の整備なども指摘された。

再認定に関しては、かなりの検討が必要と考えられる。

(2) 症状固定の時期

認定時期を6カ月待つこと等を指示している場合があるが、医療技術の進歩により身体障害者が予測される場合は、より柔軟な対応も検討することが考えられる。アンケート調査からは、実際には、柔軟な運用がなされており、症状固定についての問題はないようである。

(3) 早期の認定

リハビリテーションの観点からは、「永久に残ることが予想される範囲で障害を認定する」べきで、ベッドサイドからリハビリテーションを実施することが好ましい場合も考えられる。このような認定を実現できる方法を検討することも必要であろう。アンケートでも、同趣旨の指摘がなされている。

4. 障害程度等級について

(1) 程度等級の障害間の調整

現状では、日常生活活動制限(1, 2級)、家庭生活活動制限(3, 4級)、社会生活活動制限(5, 6級)の基準にもとづき等級を決定している。障害を横断的にみて不合理なものがあれば調整も考えられる。

アンケート結果からは、特に指摘はなかったが、この点について、これまで、あまり検討されてこなかったので、例えば、ICFの活用の研究が進めば、その成果を適用できる可能性はあると考えられる。

(2) 各障害における等級の検討

アンケート結果からは、両上(下)肢全廃(1級)、両上(下)肢の著しい障害(2級)、両上(下)肢の軽度の障害(6級)において、2級と6級との差がありすぎる、一上肢の著障(3級)と軽障(7級)、一下肢の著障(4級)と軽障(7級)との間に等級格差が大きすぎる、肢体不自由7級は不要などの意見があった。特に肢体不自由については、診断書・意見書に総合等級の記載があるのみという場合が多く、医師も当該者の状態を全体ひっくるめて総合的に等級を判断していることが多い。そのため、等級表上の個別等級での指数計算との間に矛盾が生じているという指摘があった。

また、日常生活用具等における福祉行政サービスにおいて1・2級と3級以下の区分け以外では顕著な差別化がなく、また、補装具の義肢等は判定による個別対応もあることから、手帳等級による詳細な程度の必要性に疑問があるという意見もあった。これについては、1級と2級など、実際に使える制度にほとんど差がないものもあるので、障害毎には指数のみで等級を定めず、総合等級で3～4段階にすることも研究の余地があると思うという意見もあった。

さらに、一般的には「1級=重度=ねたきり」というイメージが強く、ペースメーカーを入れているが、普通に生活している人が1級というのが、なかなか理解してもらえないという指摘もあった。

(3) 等級の必要性

当初、障害程度により援護の手段が異なることから、同一程度の障害に対して均等なサービスを提供することを目的として等級が作成されたが、現状では、身体障害者福祉法よりも税金の減免や地方自治体の身体障害者サービスなど周辺のサービスにおいて活用されている面が強い。そのため等級不要論もある。

アンケート結果からは、現在の福祉サービスは身体障害者手帳の等級を基準にしており、廃止は困難である、現状では財源等の問題から障害等級は必要、障害等級のみで福祉制度の適用、不適用を判断するので、等級は必要不可欠、一つの目安として、例えば窓口では肢体障害の等級を見ればだいたいの身体状況が想定できるため、相談にのりやすい、日常生活用具では各障害の等級に応じて品目が定められ、便利な仕組みである、福祉施策の実施においては、その障害の部位、内容、及び障害等級により、施策の該当範囲やサービス量・金額等の差異を定めており、等級の設定は必要であると思われるというようにほとんど等級の必要性を述べていた。

5. その他

(1) 医学の進歩に伴った細やかな改正

アンケートにもあったが、医学の進歩などにより、現状で指示されている検査方法の検討や診断書書式の変更も期待されている。また、指定医について、運転免許更新のような最新の認定基準を理解するための資格更新の機会を与えるべきという指摘もある。

(2) 認定担当者について

アンケートによれば、認定基準を独自で解釈している部分も多く、たとえ間違った解釈をしてもそれに気づきにくいので、認定についての担当者の研修会が欲しいという研修会の開催の必要性も指摘されていた。また、認定基準を知っていても、医学知識がない限り適切な審査は難しいため、OT・PT・Nsなどが複数で審査にあたる体制を義務付ける必要があること、また、肢体不自由の指定医師については、診断等級の判定が幅広く、等級認定についても差が生じやすいため、差を縮めるために国立身体障害者リハビリテーションセンター学院で開催されている研修以外の研修が必要という指摘があった。このような担当者の研修などのとりくみの検討も考えられる。

(3) 認定基準について

アンケートでは、独自の障害認定基準を定める自治体があったり、各自治体の社会福祉審議会によって、同じような症例を障害認定したりしなかったりすることがあるので、障害認定を受ける当事者や、障害を認定し福祉サービスを提供する自治体が戸惑うことがある。また、医療の進歩に沿うよう、また社会福祉審議会に諮問することが極力無いように障害認定をしていく必要があり、そのため、認定基準が必要だと考えるという意見があった。

(4) 認定業務軽減について

アンケートで、近年改正された「ぼうこう・直腸障害」にかかる診断書のようにチェックボックス等があれば、認定業務が軽減されるとの指摘があった。このような認定業務軽減についての取組みも考えられる。

資料

集計結果表

1、認定基準運用の実態について

(1) 認定基準は、国の認定基準(ガイドライン)と同じですか。異なる場合は、その内容を()にご記入ください。

視覚障害

1. 同じ	58
2. 異なる	1
無記入	0
合計	59

2.の内容

視野障害2・3級の基準

聴覚・言語

1. 同じ	56
2. 異なる	3
無記入	0
合計	59

2.の内容

聴力について、100db以上測定可能な場合は、105dbとせず、その実測値をもって算出
純音オージオメータはJIS規格(昭和57年8月14日改定)を用いる
純音オージオメータの規格を従来どおり(JIS規格(昭和57年8月14日改定))としている。

肢体

1. 同じ	56
2. 異なる	3
無記入	0
合計	59

2.の内容

大腿切断の場合、断端長に関わらず3級認定
下肢不自由
上肢機能障害及び下肢機能障害について、著しい障害と軽度の障害の中間の障害を認定している。

内部

1. 同じ	41
2. 異なる	18
無記入	0
合計	59

2.の内容

心臓	心臓機能障害…冠動脈狭窄…冠動脈狭窄…3級、狭窄が90%以上100%未満…4級、狭窄が75%以上90%未満…5級、狭窄が60%以上75%未満…6級、狭窄が50%以上60%未満…7級、狭窄が40%以上50%未満…8級、狭窄が30%以上40%未満…9級、狭窄が20%以上30%未満…10級、狭窄が10%以上20%未満…11級、狭窄が100% (=閉塞)…12級 これと活動能力の程度を組み合わせ等級認定をしている。
腎臓	腎臓機能障害については、社会福祉審議会で内規を定め、それに基づいて認定している。ただし、手術が予定されている場合、有期認定にする等の取扱いをしている。腎臓機能障害の判定に当たっては、原則的にガイドラインどおりであるが、クレアチニンの値のみではなく、高齢の方や体重の少ない方、日常生活が制限されている方については、患者さんの現状を考慮した上で等級判定することとしているので、総合所見欄又は具体的な状況を明記してもらっているため、クレアチニンの値が上昇しない理由が明確なものについては上位等級で認定している。 じん臓機能障害…血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl未満であっても、人工透析を定期的に行っている場合は1級の認定をしている。 じん臓機能障害：人工透析(腹膜透析を含む)を導入し、長期的に継続を要する者については、内因性クレアチニンクリアランス値および血清クレアチニン濃度にかかわらず、1級を認定します。このうち、血清クレアチニン濃度が5.0mg/dl以下の者は、人工透析離脱が期待できるため1年後に再認定します。 じん臓機能障害については人工透析を実施していれば1級と認定する。 人工透析療法からの離脱が困難な者のじん臓機能障害の認定については、血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl以上8.0mg/dl未満のものについてはも診断医の意見等を参考に等級を決定する場合あり。 腎臓機能障害については、血清クレアチニン濃度が8.0mg/dlに満たない場合であっても「慢性透析療法を実施している者」、「臨床症状、日常生活の制限度等総合的見地から、慢性透析療法の導入が極めて近い将来必要と考えられる者」は1級としています。 血液浄化療法を定期的に6ヶ月以上継続して実施している場合には、血清クレアチニン濃度8.0/dl未満でもすべて1級認定にすること。(ただし、糖尿病性腎症では、血液浄化療法を定期的に3ヶ月以上継続して実施する場合とする。) じん臓機能障害において神奈川県下統一で診断書の各項目に点数を付して点数の合計で、等級を認定していくようにしている。 原則として同一であるが、各種(検査)所見から医学的に重度で症状固定と明らかに判断されるのであれば、基準を満たさない事例の認定もありうる。 じん臓機能障害の場合、血液浄化を目的とした治療をすで行い、永続的に必要と判断される場合は、血清クレアチニン値に関わらず1級認定 じん臓機能障害で血清クレアチニン濃度が、8.0mg/dl未満であっても、透析導入後3か月経過後であれば、審議会の審査を経て1級を認定する。 じん臓障害においては、透析を継続して実施する者を1級としている。

<p>じん臓機能障害 慢性人工透析を3カ月以上経過しても離脱できない場合において、血清クレアチニン濃度が3級以上(5.0mg/dl)の所見があるもの。ただし、3級未満のものについては、審査部会にて答申を受ける。</p>
<p>じん臓機能障害で、血清クレアチニン濃度が国の基準に満たなくても、臨床症状等総合的に判断し慢性透析導入者に対し上位等級で認定する場合がある。</p>
<p>「じん臓機能障害で透析を施行されている者の認定について」原則はガイドラインに基づき認定を行っているところですが、透析からの離脱が困難で2～3回/週施行されている者で、クレアチニン値が障害基準(3.0mg/dl)を満たしている場合は、医師の意見を含め1級で認定している事例もあります。クレアチニン値が障害基準に満たない場合は社会福祉審議会に諮問しています。</p>
<p>じん臓機能障害において、國基準を基本としているが、同基準をもって認定することが適当ではないと判断した場合、市要綱に定める次の1から5までの指標により得点を加算し、60点以上の場合にじん臓機能障害1級と認定し、同じく50点以上60点未満の場合に同3級、40点以上50点未満の場合に同4級とする。</p>
<p>1 腎不全に起因する臨床症状 (1)体液貯留(全身性浮腫、肺水腫、胸水、腹水) (2)体液異常(管理不能な電解質異常・酸塩基平衡異常) (3)消化器症状(悪心、嘔吐、食思不振、下痢) (4)循環器症状(重篤な高血圧、心不全、心包炎、著しい全身性血管障害) (5)神経症状(中枢・末梢神経障害、精神障害) (6)血液異常(Epo 抵抗性又は禁忌の重度貧血、出血傾向) (7)視力障害(尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症) (8)栄養障害(低アルブミン血症)</p>
<p>これら、(1)～(8)項目のうち3項目以上に該当する場合、高度(30点)、2項目に該当する場合中等度(20点)、1項目に該当する場合を軽度(10点)とする。</p>
<p>2 腎機能</p>
<p>(1)血清クレアチニン濃度(mg/dl)8以上の場合30点、5以上8未満の場合20点、3以上5未満の場合10点とする。</p>
<p>(2)12歳未満の場合は、内因性クレアチニンクリアランス値(ml/分)10未満の場合30点、10以上20未満の場合20点、20以上30未満の場合10点とする。ただし、内因性クレアチニンクリアランス値については満12歳を超えるものに適用することを要しないものとする。</p>
<p>3 日常生活障害程度</p>
<p>尿毒症等のために起床できないものを高度(30点)、同じく日常生活が著しく制限されるものを中等度(20点)、同じく通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となった場合軽度(10点)とする。</p>
<p>4 透析例に対する加算</p>
<p>すでに定期的人工透析が実施されている場合、10点加算とする。</p>
<p>5 年齢による加算</p>
<p>10歳未満及び70歳以上の場合10点を加算する。</p>

(2) 認定に係る事務を実際に担当している機関はどこですか。()内にご記入ください。

1. 本庁	34
2. 更生相談所	17
3. その他	7
合計	58

30の内容

地域振興局(県福祉事務所)
県保健福祉事務所
県保健福祉環境事務所
中央保健福祉センター
児童・障害者相談センター
心身障害者福祉センター
健康福祉センター

(3) 認定に係る事務を実際に担当している担当者ほどなたですか。

1. 医師	2
2. 事務官	44
3. その他	7
合計	53

2.3の内容

認定基準に照らし判断できないものは社会福祉審議会委員(医師)に諮る。

認定基準に合致しない案件は審査部会にて当会委員(医師)に諮問する

障害程度判定困難なものは医師に諮問

地域振興局は2、本庁は3(保健師)、社会福祉審議会は1

保健師(2)

判定医(15条指定医師)制度を設け、判定医(視覚1名、聴覚1名、肢体2名、内部2名)が認定。その他の事務は事務職員が行う。

看護師

等級の認定は医師が行っているが、これに係る事務は全て事務職員が行っている

事務職員および認定困難ケースについては医師

内容矛盾や疑問に思ったときは、その都度、嘱託医に尋ねている。

事務レベルで判断困難なものは医師である審査部会委員の審査により審査部会で障害等級を決定する

ケースワーカー・事務吏員

(4) 認定の判断に窮した事例はありますか。ある場合は、()内にその事例をご記入ください。

1. ある	26
2. ない	32
無記入	1
合計	59

視覚障害

視覚障害

求心性視野狭窄と認められるものか、否か。自動視野計からゴールドマン視野計による視野計測結果に基づき、どのように認定すべきか。
視力障害の他覚的な検査が困難な場合(現在は非該当としている)
手術等により回復可能性のある原因疾患で、本人が手術を希望していない(拒絶等の)場合。
視野障害を事由とする認定において、事務担当者レベルの判断は、かなり困難である。
知的障害に伴う視力測定不能の障害認定について
判断困難な事例は社会福祉審議会に諮問するが、事務レベルで判断困難となるケースについて記載する(以下の各障害同じ) 高齢・乳幼児・知的障害等により視力が測定できない場合 視力障害と視野障害を併せ持ち、視能率による損失率が100%となっている場合、単に指標が見えないのか、認定の対象となる視野障害なのか分からない。
一眼の視力が0.15のものについて法別表には該当しないが等級表上該当する場合があるため
視野障害の認定について、診断書・意見書において①原因疾患が黄斑変性症と視神経萎縮で、1/2、1/4指標による視野の測定が不能と記載されている場合や②視野標の残存視野は求心性視野狭窄の典型的な形状ではないが、総合所見等に求心性視野狭窄を認めるとの記載がある場合に、両眼の視野10°以内として認定すべきかどうか判断に窮することがあります。
満3歳未満での申請等
視野の測定法はもう少し厳密にならないのか。(ゴールドマン視野計に準ずるものもあるが、これよりも計ることができる視野計があるため。)
視野と視力の重複は合算可能であるが、もう少し合算の方法が厳密にならないのか。
網膜色素変性症で年齢が10歳未満、視力は0.6以上あり視野で測定する場合、視野での測定が正しくできていないか、誘導があつてはならないため。)2~3ヶ月ほどおいて3回程度測定をし、認定するのが好ましい。
視野障害の2、3、4級については、社会福祉審議会・審査部会で障害程度等級を決定しているが、審査にあたり周辺視野の測定にV-4の指標の可否の判断について
緑内障等で大きな中心暗点があり、視野障害(2級)の意見の付いた事例。医師いわく「輪状暗点の症状が進行し、中心明点が消失しただけである。よって、中心明点の視野0度から損失率100%。中心暗点は視野障害(2級)であるべき」と。
知的・精神疾患の影響で検査が困難なもの
視野の認定について、周辺視野が広範囲に確保されている場合の視野認定

<p>求心性視野狭窄の定義が具体的に示されておらず、また求心性視野狭窄に該当するか否かを診断書のどの部分から判断するのかが現行のガイドラインでは不明確である。</p>
<p>視力右0.03、左0.06Pで3級の意見が付された申請があった。詳細を確認したところ3つの指標のうち、1つしか見えないとのことであったので、3級として認定した。</p>
<p>視野障害の認定において、周辺視野と中心視野の関連が良く理解されておらず、求心性視野障害の有無を、原因疾病、視野図、現症等で判断しているが、迷ったときは嘱託医に尋ねている。</p>
<p>認定を行う上で、自覚的検査を要するが、重度の知的障害等で検査が不能な場合、手帳交付非該当若しくは推定できる限度において判定を行うこととされているが、平成15年4月1日の身体障害認定基準の改正にもないこの取扱いについての疑義解釈が削除されたため、判断に窮している。</p>
<p>手術直後で、障害程度が固定していない状態の場合</p>
<p>15条指定医が「求心性視野狭窄」の視野障害として参考意見(等級)を述べているものを、社福審委員が障害認定基準に照らすと該当しないと審査決定するケースがあり、等級決定に困難を来たす場合がある。</p>
<p>知的障害のため、視力が正確に測定できない場合。</p>
<p>視野について診断書から範囲を読み取ることが困難なときがある。</p>
<p>知的障害がある場合の評価が難しい場合がある。</p>
<p>求心性視野狭窄として視野障害認定をしてよいかどうか迷ったケースがあった。</p>
<p>障害等級に疑問が生じた場合、審査部会にて対応。</p>
<p>視力が普通にある者の視野障害(検査結果の妥当性等)の認定</p>
<p>発症から間もなく申請されたもの</p>
<p>視野障害の取扱いについて判断が困難であったもの</p>
<p>求心性視野狭窄を呈する原因疾病が認められないが、中心視野が求心性視野狭窄と同様の所見を示している診断例、知的障害、乳幼児等で視力測定不可との診断例</p>
<p>視覚障害での申請の場合、視力障害については視力表をみて等級の判断は可能であるが、視野障害については、医学的にみて求心性視野狭窄が起るものか判断に苦慮している。具体的な指針等考慮して頂きたい。</p>
<p>求心性視野狭窄の取扱い</p>
<p>自動視野計による視野障害の判断</p>
<p>乳幼児、知的障害、精神障害により、視力及び視野が測定困難な場合の判断</p>
<p>VEP、PL法の結果による視力及び視野の判断</p>

聴覚・言語

1. ある	24
2. ない	34
無記入	1
合計	59

聴覚・言語事例

	<p>聴覚障害の等級表における括弧内の具体例(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの、等)をいかに取り扱うか。これを基準として用いて良いのか。</p> <p>聴覚:オージオメーターで聴力測定ができない場合。</p> <p>聴覚障害で、補聴器使用の必要性があるため、基準外での申請等</p> <p>100dB以上は105dBでの計算であるが、実際には130dBまでは測定可能なものもあるため、実数値での計算にはならないのか。</p> <p>聴覚の認定で1～2歳時にABRを使用して判定したケース</p> <p>乳幼児における(ABR等での検査結果に基づく)判断が困難である。</p> <p>知的障害者、痴呆性老人の聴覚障害認定</p> <p>脳挫傷等による応答不明瞭のためオージオメーターでの測定不可でABRIによる診断例</p> <p>知的障害、精神障害による聴カレベル測定困難の判断</p> <p>知的障害により言語獲得されていないものを言語機能障害として認定するのは、適当ではないが、言語中枢性疾患に起因するものか、知的障害に起因するものか、判断が難しい。</p> <p>知的障害者の言語機能障害認定</p> <p>言語障害について著しい障害において失語症でも意思疎通可能な場合があり認定基準と整合性が取れない事例がある。</p> <p>知的障害を伴う、言語機能障害の認定</p> <p>知的障害者、痴呆性老人の聴覚障害認定</p> <p>知的障害者の言語機能障害の認定で、知的によるものかそれ以外によるものかの判断が困難な場合がある。器質的障害が確認できない場合は、却下している。</p> <p>言語の認定で知的障害を伴うケース</p> <p>知的障害を伴う言語機能障害(本年3月に、発達障害が重度の場合は非該当と厚生労働省からの回答あり)</p> <p>知的障害が明らかに起因する言語障害は、認定することに適当でないとの国の認定基準にあるが、障害が知的によるものか中枢性疾患によるものか鑑別が困難な場合に判断に苦慮した。</p> <p>脳性麻痺等による言語機能障害の認定において、知的障害のため言語能力の習得がされたかどうかについての判断が困難な場合。</p> <p>知的障害がある場合の評価が難しい場合がある。</p> <p>知的障害等に起因するかどうか明らかでない者の言語障害の認定</p>
聴覚	
言語	

音声	<p>事故により喉頭に受傷。声門閉鎖。気管開孔があり、指で閉塞することよりのみ、発声可能である場合、音声機能障害がとれるかどうか。この方の場合は、社会福祉審議会の医師にも相談して、喉頭そのものに異常があるということで音声機能障害を認めた。ただし、指でのどを押さえさえすれば、限りなく普通の人と同じようにコミュニケーションがとれるので、手帳には該当しない、との意見もあった。</p>
音声・言語	<p>知的障害者(児)の言語機能障害(知的障害に起因するのか、構音器官のまひ等に起因するのか)が指定医師も判断しにくいとのこと。)音声言語: 窓口で本人から相談を受けた際に会話ができれば認定は無理と思われが、実際に診断書が認定可能な所見を含んで提出された場合。</p> <p>音声言語: 重度の知的障害の場合。</p> <p>脳性麻痺者の音声・言語機能障害の申請</p> <p>先天性知的障害等に起因する音声・言語障害の取り扱い。</p> <p>音声・言語については、障害の状態及び所見を以って認定することから、障害程度を基に等級判定の基準に結び付けていくことが困難。</p> <p>音声言語: 重度の知的障害の場合。</p> <p>知的障害者の音声・言語機能障害の認定。</p> <p>原因が脳血管障害による場合の音声・言語機能障害の認定時期が不明確である。</p> <p>支援費重度重複加算の絡みかと思われませんが、知的障害者入所中の者を対象とした、音声・言語機能障害での診断書による申請があり、先天性ろうあ等か否かの判断ができない場合があります。</p> <p>知的障害を原因とする音声言語障害認定。耳鼻科的には問題ないと思われものの、脳障害により実際の聴力測定が困難なもの。</p> <p>三歳未満の児童の障害認定について</p> <p>6歳児未満の認定。発症から問もなく申請されたもの。</p> <p>児童の聴力検査について判断できなかったもの、原因疾患が音声・言語障害として該当するんのか、専門的判断を要したもの</p> <p>知的障害等を伴っているため、音・言語機能障害の主因が判然としない診断例</p> <p>音声、言語については脳梗塞等により発症する例がある。現在の意見書では大まかな所見しか記載できないので、もう少し詳しい設問等で判断できるようにお願いしたい。</p>
そしゃく 平衡	<p>そしゃくの認定で生後半年未満(歯が生えていない)ケース</p> <p>平衡機能障害について認定基準どおりの記載でない事例がある</p>

肢体

1. ある	12
2. ない	46
無記入	1
合計	59

肢体不自由事例

精神的なものが原因で四肢が動かかない者について、認定するのは、適当ではないが、実際に動かないと言われると返答に窮している。
診断書上、同程度の障害状況だが医師の等級意見が異なる場合がある。
指定医師が等級表上の等級の間の等級を指示してきた場合の取扱い（例：一上肢軽度機能障害7級～一上肢著しい障害3級…4, 5級等ADLとROM・MMTの測定結果に乖離がある場合の取扱い
関節障害でROM・MMTが基準まで低下していない場合の取扱い
脊柱管狭窄症等で間歇跛行があり、ROM・MMTの数値が障害程度を表さない場合の取扱い
平衡機能障害で認定されたものが重度化し肢体不自由で再交付したもの
関節可動域・筋力テスト結果と、ADLの状況、障害名との間に乖離がある場合。脳血管障害に起因し麻痺に加え、主として高次脳機能障害で立位保持不能であるなど。
一下肢機能全廃＋一下肢大腿1/2以上欠損の例
ADLは悪いが、ROM・MMTがよい場合。またその逆のときの判断
体幹不自由と下肢障害を併せ持つ場合の認定
乳幼児に係る障害認定
パーキンソン症候群等、筋力等で判断できないものの認定
筋力・関節可動域の値と障害状態及び所見との間に不均衡があるもの
廃用性症候群、知的障害、高次脳機能障害、脳腫瘍、医学的 management が常時必要と思われる遷延性意識障害等の認定について
認定基準の具体的な例に合致していない等級で医師が判断してきた場合。
客観的所見とADLに食い違いがある場合：例）一下肢のMMTは4レベル、1km以上歩行不能かつ階段昇降に手すり要のため著しい機能障害（4級相当）とされている場合。
高齢や内臓疾患等による臥床期間が長く、廃用症候群となった場合。回復の見込みについては指定医師の判断によるほかない。
発症からの経過期間が非常に短く、指定医師の症状固定の判断が適切かどうかの判断が非常に困難である場合。
遷延性意識障害の場合。原疾患への治療が終了し、医学的・客観的な観点から機能障害が永続すると判断されれば認定可能であるが、経過期間が非常に短い場合は判断が困難である。
知的障害・痴呆・高次脳機能障害などを併せ持つ場合。
客観的器質的な要因による障害の程度によらず、ADLの程度によって障害程度が診断されている場合の取り扱いについて

<p>筋骨格変形や振せん等の障害によるものでMMTやROMから器質的障害が判断しにくい事例について、等級認定に苦慮することが多い。</p> <p>肢体不自由の認定において、診断書・意見書には筋力テスト・関節可動域、動作・活動、その他の所見が記載されており、いくつかが認定基準の具体例に合致するが、それぞれ別々の等級の具体例に該当している場合は、医師の参考等級をもって障害認定しているが、はたしてそれによいのか疑問を感じています。</p>
<p>著しい障害か全廃かの判断等</p>
<p>脳性まひの児童のテストを理解できない年齢での肢体不自由診断書での判定について。肢体不自由診断書においての神経学的所見・整形外科学的所見では障害のあまり見られない診断書となる運動発達遅滞児童は、実際の障害より軽い障害等級となってしまう。総合所見に追記させているが医師の考え方による差が大きく、障害者相談センターの医師に諮ることが多い。</p>
<p>人工関節・人工骨頭の場合は全廃とみなしてよいが、人工以外のもの(偽関節等)の場合は全廃とはならない。人工のものについて所見を参照に等級を認定するようにはならないのか。人工のものについてはかなりよいものができてきているため。</p>
<p>運動障害の所見があり、筋力テスト・関節可動域はほぼ正常値を示している場合の診断に、脳原性運動機能障害用の診断内容を参考所見として提出を求めてもかまわないか。</p>
<p>ブロンストロームによるステージ、ホーン・ヤールの重症度分類を用いられることが多いが、いかにがなものか。</p>
<p>体幹と下肢との重複は妥当ではないとの解釈があるが、上肢についての重複はいかにがなものか。</p>
<p>原因となった疾病名により、上肢・下肢、体幹機能障害のどの認定がよいものか、参考になるものがあれば教えていただきたい。</p>
<p>ROM, MMT, とADLの不一致をどう取り扱うか。</p>
<p>診断書・意見書の情報では情報不足の点を、どう情報を入力し、認定していくか。(指定医によりばらつきがあるため。)</p>
<p>①感覚障害を主としたもの ②体幹と下肢の重複障害について ③高次脳機能障害等のあるもの</p>
<p>指定医師の参考等級があいまいで、個別に上肢下肢の重複障害について ④高次脳機能障害等のあるもの</p>
<p>法の基準に合致しない等級を記載するケースがある。</p>
<p>下肢障害と、体幹障害を合算し参考等級を記載し、上位等級としているケース。</p>
<p>遷延性意識障害、高次脳機能障害の認定のケース</p>
<p>MMTに生活困難さを勝手に加味して診断する事例。MMT0-2で握力8kg、MMT3で握力15kgなど、筋力は参考にならないことも。</p>
<p>精神症状を合併しているもの</p>
<p>ROM,MMTに反映されにくい、固縮や失調等の認定</p>
<p>両股関節が強直し、可動域0度でそれぞれ全廃(4級)に相当。指数合算から、合計等級は「3級」に認定したが、一下肢が4級相当の著しい障害から両側にあり「2級」に該当することと矛盾を感じた。</p>
<p>パーキンソン病で、長期に薬を服用したため1日の中でも症状が大きく変動するケース</p>
<p>神経系の疾患で、筋力や関節可動域には低下がそれほど認められないが、筋の緊張や知覚障害、シビレやふるえるなどにより、歩行や日常の動作についてはかなりの制限が見受けられるケース</p>
<p>体幹機能障害についてのとらえかた(特に脳血管障害での半身マヒにおいて、「立ち上がれない」ということを体幹機能の障害としてとらえていいのか。)</p>

<p>脳原性移動機能障害で、年齢が高齢化するにつれて筋力の低下が生じ、脳原性の基準では比較的軽度の障害となるが、実際は長時間の歩行ができない(肢体不自由一般の認定基準では重度の認定になる)ケース</p>
<p>脳血管障害、パーキンソン病等ROM、MMTIに障害が反映しにくいもの</p>
<p>下肢機能障害</p>
<p>脳血管障害に基づく障害の認定時期について、現行ガイドラインでは『発症から6ヶ月』との記述がなくなっているが、従来どおりの取扱で良いか否かが不明確である。</p>
<p>脳出血等による一上肢の障害。筋力は全体に「3」程度。握力5kg以上15kg未満。筋力に重きを置いて判断して著障とすべきか、握力から7級と判断して差し支えないか。あるいは動作・活動を加味して判断すべきか。動作・活動は客観性に欠けるといふ意見もあり障害程度審査委員会においてその都度議論の分かれるところです。</p>
<p>神経系疾患による肢体不自由の申請が増加している。可動域、筋力とも正常。しかし、運動失調や不随意運動のため動作・活動には制限が大きい事例の場合、現在の認定基準では、診断医の意見に比較して障害程度を低く認定せざるを得ず、診断医から神経疾患への理解が足りない点をお叱りをいただいています。</p>
<p>脳原性運動機能障害と知的障害を重複するため、細かな指示の理解が出来ず、上肢にかかるといふ各種動作ができない場合がある。このような場合、下肢は脳原性で、上肢については、肢体不自由で認定するのが、実態を反映していることでもあります。こうした場合、患者の費用負担の軽減を考え、肢体不自由の診断書に脳原性テストの結果を記載したもので判断しても差し支えないと思われまいますがいかがなものでしょうか。</p>
<p>脳血管障害によるものや、乳幼児の障害認定申請が増えているが、障害固定時期や障害程度の判定が困難である。脳血管障害により肢体不自由と失語症の障害が残ったとき、診断書が別になっているため申請者に経済的負担になっている。高齢者の廃用による寝たきり状態や痴呆による寝たきり状態の認定。</p>
<p>大腿骨頸部骨折が原因となった場合、股関節機能障害として認定すべきものと考えているが、廃用、疼痛等を伴うことにより一下肢全体を障害することがあり、一下肢の機能障害と評価すべきではないか、と考えたことがある。膝関節の機能障害も同様である。</p>
<p>介護保険、支援費制度においてはADLに着目していることの影響からか、診断書内容がADLを障害程度の評価として記載されている場合が多く、客観的な器質的障害の程度と整合がとれないケースがあります。また、痛み、痺れ、高次脳機能障害によりADLの低下を主とした診断書も多く見受けられます。</p>
<p>筋力・関節可動域が認定基準に達していない場合</p>
<p>加齢に基づく運動機能の衰退の程度をもって診断書・意見書に参考意見（等級）を付記して行く場合の対応</p>
<p>乳児の、「テイ・サックス病」を原因とした四肢・体幹機能障害による手帳の交付申請があったが、「テイ・サックス病」が、非常にまれな病気であり、四肢および体幹機能障害との関連の判断に苦慮した。</p>
<p>四肢及び体幹マヒで何級と記入する失生が多い。</p>
<p>関節可動域、筋力テストについての記載と動作・活動についての記載との間に乖離が見られるケース</p>
<p>知的障害がある場合の評価が難しい場合がある。</p>

<p>障害等級に疑問が生じた場合、審査部会にて対応。</p>
<p>認定について疑義がある場合は長崎市社会福祉審議会に諮問している</p>
<p>動作・活動と関節可動域・筋力とに矛盾があるものの認定</p>
<p>発症から間もなく申請されたもの。関節可動域の制限、筋力低下と日常生活動作の制限に開きがあるケース。障害固定の時期について。</p>
<p>遷延性意識障害があるもの、ADLとその他の所見に乖離があるもの</p>
<p>脳梗塞による半身麻痺であるが、体幹機能障害で診断している例、MMT,ROMIは保たれているが、ADLの介助度を重視し重度で診断している例</p>
<p>下肢の一関節の障害であるが、歩行能力が低下したとして、一下肢の障害と診断している例</p>
<p>全ての年齢(老人と一般人)を同じ基準で判断するのはなぜか？老人は一関節の障害でも歩行困難となる。</p>
<p>関節可動域及び筋力テストとADLとの所見が異なる場合</p>
<p>股関節機能障害で著しい障害(5級)と軽度の障害(7級)の中間程度の障害の場合</p>
<p>下肢と体幹に重複して障害があるときの判断</p>

内部

1. ある	19
2. ない	39
無記入	1
合計	59

内部事例

	<p>心臓機能障害における客観的所見(X線・ECGには現れにくい症例)</p> <p>心臓機能障害一心電図所見では該当項目がないが、高度の狭窄が見られる場合の判断。</p> <p>心臓機能障害: 虚血性心疾患の更生医療給付を目的とする申請者については、申請時点においては治療過程にありかつ日常生活制限は永続するとは認め難い者もあるため、障害認定には時期尚早であると考えます。そこで、審査では内科的治療の経過、冠動脈造影検査、心エコー検査の所見を参考にして、認定の可否や障害程度を判断しています。</p> <p>心臓機能障害 先天性心疾患による心臓機能障害で、生後間もない場合。手術が計画されている場合。体力がつき次第手術が予定されている場合は時期が未確定のため特に判断し難い。</p> <p>成人の心疾患で、初診日の心電図等所見が基準に該当している場合。</p> <p>心臓機能障害の認定について、診断書・意見書では活動能力が4級相当、心電図所見では3級相当と記載されている場合等、活動能力と心電図所見の内容が不統一の場合に等級を決定するのが難しいです。</p> <p>心臓機能障害で、心電図所見等にあらわれない場合等</p> <p>心臓機能障害において、ペースメーカー、人工弁移植・弁置換は所見に関係なく1級認定可能であるが、所見を参照に等級を認定するようにはならないのか。</p> <p>心臓機能障害において、ニューヨーク心臓協会による心機能分類が用いられることが多いが、いかがなものか。</p> <p>(心)認定対象とならない急性期の診断書と対象となる障害固定後の診断書の区別が困難</p> <p>心臓機能障害における障害固定の時期</p> <p>心臓機能障害でバイパス術等を行うことにより、障害が軽減しているケース。</p> <p>心臓機能障害で洞不全症候群で洞停止のある場合や、運動負荷検査の難しい狭窄の場合実際の障害程度と認定とが異なる場合がある。</p> <p>心臓機能障害における「障害の永続性」の判断</p> <p>心臓機能障害認定で、冠動脈バイパス術及び経皮的冠動脈形成術後の再認定。</p> <p>呼吸器で指数、0・分圧及び活動能力の程度の認定基準がどれも一致しない。</p> <p>呼吸器機能障害において、指数、動脈血O₂分圧、及び活動能力の程度の間に極端な不均衡がある場合の認定</p> <p>呼吸器機能障害 肺活量の測定、動脈血ガスO₂分圧のRoomAirでの測定がともに不可である場合。</p> <p>呼吸器機能障害において、肺機能検査及び活動能力の程度に等級認定上著しい食い違いがある事例が多く、また、動脈血ガスの数値を重要視するも酸素療法実施下での数値である場合も多く、適正な判断に苦慮している。</p>
心臓	

<p>呼吸器機能障害において、動脈血O2分圧が使用されているが、動脈血酸素飽和度の測定を用いるケースが増えているため、両者の換算表を用いて等級表解釈をするよう解説に載らないのか。</p> <p>呼吸器機能障害において認定基準と合致することがほとんどなく、ほとんど全てが審査会医師による等級認定となってしまう。</p> <p>(呼)指数とO2分圧に差がある場合</p> <p>(呼)ルームエア時の測定ができない場合</p> <p>呼吸器機能障害:呼吸器O2分圧がO2吸入時の数値であったり、検査器が無い為SPO2の数値であったりする。</p> <p>呼吸器機能障害で、予測肺活量1秒率、動脈血ガスO2分圧及び活動能力の程度のレベルが異なり等級判断が難しい</p> <p>小児の肺機能障害の申請の場合、肺活量、動脈血ガスの測定ができないケースがあり、審査委員会の判定に必要なデータ等の指示を依頼し、担当医師に追加補足をお願いしている。</p> <p>呼吸器機能障害において予測肺活量1秒率と動脈血酸素分圧のレベルに不均衡があるケース</p> <p>呼吸器。動脈血酸素飽和度により医師が診断しているときや酸素流量3ℓ/分などの条件下での診断のときが多く、基準が使えず障害者相談センターの医師に諮っている。</p> <p>呼吸器機能障害が原因となった場合は、予測肺活量1秒率と酸素分圧のそれぞれの測定結果を活動能力の程度と勘案しながら障害を評価しているが、心臓やじん臓のように測定結果と活動能力の程度を「かつ条件」で評価する方法と異なり、測定結果が乖離した場合は、評価し難い。</p> <p>「呼吸器機能障害について」閉塞性肺疾患(肺気腫等)については、安静時O2分圧は安定し、障害基準に非該当になるケースが少しの労作でも急激に低下する例があると聞いています。このため、実際の日常生活上の活動能力の程度との差があり、疾病によってはO2分圧の数値をもって判断できないものもあると思われまます。</p> <p>高齢による呼吸器機能障害認定</p> <p>呼吸器機能障害における酸素吸入下の検査成績の判断</p> <p>じん臓機能障害において、血清クレアチニン濃度8mg/dl未満であるが、低身長である者の1級での申請</p> <p>腎臓機能障害において、血清クレアチニン値が6.0～8.0mg/dl未満だったり、8.0mg/dl以上が一定していなくても「1級」と判断してき場合。</p> <p>じん臓機能障害 血清クレアチニン濃度8.0mg/dl以上でなければ1級の認定はできないが、低値であっても体格等の個人差により相当の制限を受けている場合。</p> <p>じん臓機能障害において、12歳未満の者には内因性クレアチニンクリアランス値の適用があるが、12歳以上の者でも体型により(体が小さい等)血清クレアチニン濃度ではなく、内因性クレアチニンクリアランス値の適用をするようにはできないのか。</p> <p>じん臓機能障害における急性期の事例について</p> <p>じん臓機能障害で、高齢のため筋力が無く、クレアチニンクリアランス値は基準に該当するが、血清クレアチニン濃度は基準に該当しない人工透析を行っているもので、血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl未満のもの</p>	<p>呼吸器</p> <p>じん臓</p>
---	-----------------------

	人工透析、HOT導入されているが、認定基準上非該当となる診断例 じん臓。高齢であったり、筋肉量が少ない、ADLが低いなどの理由によりCre値が上がらない者もいる。3級の値しかでないが1級相当のものもいるとの医師の意見があり、障害者相談センターの医師に判断をゆだねている。 小児のストマは成長により閉じる可能性があり、「閉じた時は手帳を返還して下さい」と案内はするが、全件返還されているとはいいがた い。
ぼうこう・直腸	ぼうこう・直腸機能障害 人工肛門造設の永続性について指定医師から明確な意見のない場合。 ぼうこう又は直腸機能障害における「永久的人工肛門」の解釈について 膀胱直腸機能障害で、人工肛門に腸瘻が加わり上位等級での診断例、 小腸。栄養所要量の表は幼少から障害を持って成熟が未発達であるときは適用できない。年齢相応の成長をしていないためその栄養所要量は摂取できないため。体重に対応した摂取量を判断をすべきであるとの医師の判断にゆだねている。） 小腸機能障害の認定基準本文中(注18)にある「栄養所要量を満たさしめる場合」とは、具体的によりのような場合を指すのかについての解釈が不明確である。
小腸	活動能力の程度の低下のみで、客観的所見が伴わないものがある。 認定基準に当てはまりにくい疾患(心筋症など、検査所見が時に出てにくい疾患)の方は不利になりやすく診断医と意見が割れることが。 障害認定の時期について
全般	検査所見の該当数や数値と活動能力の程度が一致しない場合 発症から間もなく申請されたもの。 検査数値と日常生活活動の様子に開きがあるケース。 活動能力の程度とその他の所見に乖離があるもの

1)リハビリテーションを中心とした認定基準について

<p>加齢によるものであっても障害認定基準に合致すれば認定している(国の疑義解釈通り)余命が少ない者については、認定の対象外としているが、窓口で余命が少ないから認定できませんと直接的には言えず、対応に苦慮している。</p>
<p>診断書に老衰や末期ガンの記載がなく、他の病名で記載されていれば確認は困難である。</p>
<p>末期ガンについては、障害ではなく疾病による日常生活活動の制限であり対象としていないが、老衰については、筋固縮等により筋力テスト、関節可動域の制限が、障害程度に合致していれば、対象としている。</p>
<p>基本は原則通り行っているものの、近年、身体障害者手帳交付申請は年々増加しており、その中で高齢者の方の申請が多くなっている。加齢によるものと、認定基準に合致する永続する機能障害によるものとの判別が難しい。</p>
<p>脳血管障害等による最重度の肢体不自由者等と比較すると不公平感があり、老衰や末期ガンであっても状態を考慮してできるよう改正されることが望ましい。</p>
<p>原因疾患名に「老衰」あるいは「末期ガン」という記載がない限り、行政側で判断し対象外として扱うか区別することが困難である。</p>
<p>心臓1級の元気な人が認定を受けて、寝たきりの状態の受けるのは何故かとの質問されるが、答えようがない。</p>
<p>現在、新たに障害者手帳を取得しようとする者の大半が高齢者であり、医療費の軽減を目的とした取得がほとんどであります。このため、認定基準に合致する永続する機能障害があることを以って、障害認定を受けるもの、日常生活能力の回復の可能性は低く、また、更生・援護を目的とした福祉施策は、介護保険制度の支援施策を活用することとなるため、身体障害者手帳取得に伴う効果としては、本人への生活扶助としての給付事業が中心となっているのが、現状です。</p>
<p>肢体不自由については、平成15年2月27日付障企第0227001号「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」[[肢体不自由]9の回答のとおり扱い、原因疾患にかかわらず身体に永続する障害があり、その障害程度が肢体不自由の認定基準に合致する場合は認定しています。</p>
<p>老衰や末期ガンであるとの記載はほとんどないが、廃用性症候群や悪性腫瘍との記載で申請があり、ROM、MMT、動作・活動から障害認定をすることがある。最近死期がせまっていると記載することと記載することと異なるDr.がおり、返戻し、主旨を説明するが身体障害者福祉法の理念が理解してもらえない。</p>
<p>永続する障害があり、ADL及び筋力等の低下があり、医学的管理を要しない場合は対象としている。老衰や末期ガンのみでは対象としていない。問題点はない。</p>
<p>老衰に他の疾病等が加わることはあるが老衰のみでというケースはほとんどない。ぼうこう・直腸機能障害でガンによるものが多いが末期かどうか診断書からは判断しにくいので医師の診断に委ねている。</p>
<p>重度心身障害者等医療費助成制度が身体障害者手帳3級以上の所持者を対象としているため、上記のような方からも医療費軽減のために申請がある。医療費の制度と別にしないことには、リハビリテーションを中心とした認定は難しい。</p>

厚生労働省のガイドライン中、「身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について」により、「加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことは適当ではなく…認定基準に合致する永続する機能障害がある場合は、認定できる可能性はある。」との解釈があることから、現状では、「老衰のみ」を理由に申請を拒否することはできず受付している状況である。また、その中で、「近い将来において生命の維持が困難となるような場合は認定できない」とこととなっているが、そのような者の判断が困難であり、手帳交付前に亡くなるケースもあり、矛盾を感じている。
基準の疑義解釈で「近い将来において生命維持が困難となるような場合を除き、認定基準に合致する永続する機能障害がある場合は認定できる可能性がある」とある。また「関節可動域や筋力低下等の状態が認定基準に合致しない場合は、二次的であるか否かにかかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である」との回答があり、老衰や末期ガンの場合でも基準を満たせば認定している。特に65歳未満の場合、末期ガンで在宅終末期治療となるに際し、身障手帳の日常生活用具給付・補装具交付制度を利用する目的で身体障害者手帳の申請をされることが多い。なお、「近い将来」の生命維持の判断は、診断書を作成する指定医師が障害固定と判断し、診断書を作成している場合は、認定させるを得ない。終末期に生命維持の困難を理由に却下とすることは、申請者の納得が得られにくい。
通常診断書に、「近い将来において生命の維持が困難となる」ような旨の記載がされることはなからう。従って、申請者が超高齢である場合や転移性の直腸癌により人工肛門を増設した場合などについても、客観的器質的機能障害が確認できる場合は、認定対象とせざるを得ない。そのため手帳申請中に死亡するような例も実際存在する。
老衰や末期がん等は直接的には認定基準上身体障害にあたらなと思われれるが、実態として、臥床生活により筋骨格の衰退により社会生活の活動が極度に制限されるものとして肢体不自由な該当する事例があると思われれる。
国の認定基準で、加齢を理由とする障害認定の可能性はあることだから、認定基準に合致していれば老衰により生じた障害についても障害認定を行っていただきます。また認定基準で、将来生命維持が困難な者を障害認定の対象から除くとしても、申請者が末期ガンであっても、ガンを理由に生命維持が困難であるということまでは確認することができないので、末期ガンであったとしても認定基準に合致すれば障害認定を行っています。
老衰や末期ガンでも、機能的な障害であれば認定するというのが現状である。全く対象にしない場合、理解をえられないと思われる。
脳梗塞、パーキンソン病等、年齢が80歳以上寝たきり状態の方の申請も多い。老衰ではないかと思われれる診断書も多々ある。
介護保険での対応ではないか。
意識障害のあるものについては、常時の医学的管理を要しない場合に見つからず対応に苦慮している。しかし、老衰や末期癌については、診断医師の記載内容で判断することになるので、逆に手帳交付をしない理由が見つからず対応に苦慮している。
肢体不自由において…現実的には肢体不自由障害などでは、老衰で筋力低下などで、肢体不自由の認定基準に合致すれば、認定している。(老衰のみを根拠の認定は行っていない。)しかし、こうなると寝たきりの老人は診断書の書き方によってはほとんど障害者になってしまう。もう少し明確の基準を規定しないと現場は非常に混乱する。また末期ガンで障害認定というのは更生援護という観点からも望ましいとは思えない。その他の障害者への施策を圧迫することになるため、他の制度によるフォローが必要と考える。
加齢に伴う生理的老衰のみについては、原則として身体障害認定の対象外である。ただし、加齢によることのみをもって一律に対象外とするのではなく、日常生活活動の制限の程度及び治療による快復の可能性等に着目し、当市の社会福祉審議会身体障害審査部会の意見もふまえ、法別表に定める程度の身体障害が認められれば、認定することはあり得る。

<p>特に無し。しかし、癌でなくとも交付直後に亡くなる事例は少なくない(じん臓、呼吸器など)。</p> <p>近い将来、生命の維持が困難な場合は認定できないことになっているが、診断書に記載されているのを除き、個々の事例において、その確認を取ることとは不可能であり、認定基準に該当しているのであれば、認定している。(医師は明言したかたらない)</p> <p>原則として老衰や末期ガンが直接の原因となっている認定は不適当と考えるが、実態としては二次的な機能障害を認めていることから、交付直後の死亡例が少なくなく、事実としてこれらの事例も包含する形となっているのではないだろうか。</p> <p>ALSなど進行性疾患の場合、早期の障害認定により補装具、日常生活用具の給付を行い、残存機能のQOL向上を図っている。</p> <p>老衰については申請はほとんどありません。ただし骨折等に伴い寝たきりになり廃用性による筋力低下があった場合は認定の対象にしています。末期ガンについても診断書にそうと明記されていない場合は認定の対象となっています。(診断書所見のみでは末期がんか判断できないため)また末期がんであっても、基準に該当する場合はそれを理由に却下はしないと思います。(今までそういう申請はありません)</p> <p>老衰の場合でも長期臥床による筋力低下があれば、廃用症候群として認定。また末期がんで見られる場合でもある程度(6か月以上を目安)の余命が見込まれ、四肢に運動機能障害が見込まれれば認定可能としている。</p> <p>手帳交付後間もなく、あるいは申請中に死亡されるような方がいないことはありません。また、それらの方の中に老衰や末期ガンの方がいたかもしれません。しかし、診断書にはそのような記載があるわけではなく、そうした疑いが読み取れないものについてまで内容を直接医師に確認するといったことはできません。もちろん、認定を行えるのは基準に照らして障害の存在が客観的に診断所見から判断できる場合であることは同じです。</p> <p>老衰や末期ガンが原因となる申請は頻度こそ少ないが、申請があつた場合はすべて県社会福祉審議会に諮問し判断を仰いでいる。(過去の事例では却下との判断がほとんどである。)</p> <p>疑義解釈総括事項の2において、「近い将来において生命の維持が困難となるような場合を除き、認定基準に合致する永続する機能障害がある場合は、認定できる可能性がある」とされています。余命は確実には予測しがたいものですので、老衰又は末期癌と推定される申請についても、認定基準に合致するものは認定しています。「近い将来生命の維持が困難になること」を理由に却下することは、本人及び家族の立場に立ったとき、現実的に不可能です。一方で、「老衰」は当たり前のことで、「障害」ではないとす声もあります。しかし、年老いても命尽きる直前まで、かくしゃくとしていてる人がいることを考えると、実態として認定基準に該当する障害が出現していれば、認定せざるを得ないのではないかと考えます。</p> <p>老衰や末期ガンの場合、手帳を取得しても日常生活上何の活用性もない。しかし、親族は手帳を取得し、医療費の助成を受けたために申請をしてくる。</p> <p>原因疾病にかかわらず、現状において回復不能な障害を有していると判断されれば認定せざるおえない。しかし、末期癌の治療中は医療行為であり、障害認定するのは抵抗がある。また、老衰についても同様である。入院中の者は、医療費助成を目的として身障認定申請があるが、社会復帰の可能性がないことを理由に却下することは難しい。</p>
--

心臓機能障害認定において、

- ①急性期治療前に、更生医療を希望するために手帳申請がなされるが、本来の急性期治療後の後遺症としての障害認定ではなく、矛盾を感じている。
- ②ペースメーカー埋込型徐細動器、人工弁手術にて、回復され、通常の生活が送れる状態になっても「1級」認定に疑問を感じる。術後は「4級」程度でよいのではないか。
- ③バイパス術後1年間の状態を見て再認定を行っているが、術後、全身的には状態が改善されているのに、狭窄した冠動脈の残存をもつて、なお、状態悪化と判断される矛盾がある。これも、治療行為と保存的医療の区分が明確でないため、後遺症としての障害認定に合致しないと考える。
- ④血液疾患の化学療法にて、血行動態となつて二次性心筋症を理由に障害申請されたことがあるが、心臓機能そのものによる障害ではないと却下した。原因疾患は問われないべきだが、どこまで因果関係を見るのか判断が困難である。(様々な遠因で、心臓機能に影響が出ると考えられる。)
- ⑤診断書内容は現状で良いのか、心電図やエコー図の添付は必要ではないかと考える。また、運動負荷心電図の義務化の検討が必要。

老衰や末期ガンの身体状況であっても、筋力低下や拘縮による関節可動域の制限がある場合は、機能障害と認めている。

老衰、末期ガンであっても、診断書にその旨記載なく、筋力、関節可動域等障害があれば、障害認定する可能性あり

診断書に必ずしも予後について記載されているとは限らず、手帳を交付している例はあると思われれます。また、病院等で在宅に戻す等の処置が行われている場合、在宅での福祉的補装具、日常生活用具、医療助成等が必要となるケースも多く、本人及び介護者(家族)の援護を考えれば、末期であることとを理由として手帳を交付しないことは困難と思えます。(特に手帳認定と援護を行う市において)

廃用性障害として診断書が提出された場合、認定せざるをえない

老衰や末期ガンについては、法や認定基準に沿っており、原則として対象としていません。ただし、診断書・意見書が上がってきた場合には固定した症害の程度に着目して障害認定する場合があります。

国の認定基準に準じて認定しております。加齢のみを理由に手帳の交付を行わないことはありません。末期ガン等で近い将来において生命の維持が困難となる場合にかかわらず、認定基準に機能障害が合致しない場合は、手帳の交付対象外です。

筋力低下や、筋拘縮については、状況に応じ「廃用症候群」「廃用性筋萎縮」の病名で交付することがある。

老衰や末期ガンについては市民から聞かれたことはない。

厚生労働省による疑義解釈において、「加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことは適当ではない」旨示されていることから、加齢によると思われれるものも、身体の具体的な状況を勘案し、実際に機能低下が認められる場合は認定の対象としている。なお、末期ガンについては具体例がない。

老衰や末期ガン患者についても、リハビリテーションを名目として障害認定を行っているのが現状である。

老衰の場合、筋力低下等認められれば認定している。末期ガンも余程、明白な場合を除き認定している。

老衰や末期ガンにより、肢体の筋力や関節他動域等の判定から、障害認定は該当する場合もある。(指定医師の判断)

老衰や末期ガンであることのみでの障害認定はしていないが、体の部位に着目して疾病等により認定基準に該当していれば障害認定することはある。

本来であれば、近い将来において生命の維持が困難となるような場合は、障害認定の対象とはならないところであるが、実際には、申請中に死亡したり、手帳交付直後に死亡したというケースが幾つか見られます。

実際には老衰や末期ガンと思われる申請も多く、場合によっては認定していることもある。

<p>申請者の多くが高齢者であり、医療費の助成を目的とした申請が多い。末期ガンによる障害認定の申請を却下としたことがあるが、却下の理由付けが難しく、申請者にとっては理解しづらい。</p>
<p>老衰や末期ガンをもつての障害認定は行っていない。障害認定は、更生を目的にしていることから、運用上やむを得ないと思われる。</p>
<p>加齢現症等に伴う身体障害であっても、日常生活能力の回復の可能性または障害の程度によっては認定可能な症例もある。また、末期ガン等で診断書に余後不良と記載されている場合でも、医療行為が終了しており、医学的管理を要しないことが確認できるものについては、障害の程度によっては認定となる症例もある。</p>
<p>申請者からは、居宅改善や補装具等の援護を求められており、認定を行っている。</p>
<p>原因疾患があってもあきらかに障害が予想できる場合全身症状との分離は困難で認定せざるを得ない。</p>
<p>更生を目的とした手帳交付制度であるが、実際は、医療費補助の面から交付を希望する者がある。</p>
<p>老衰や末期がんの方からの申請に関して、国のガイドラインの表現が曖昧であり、運用に苦慮するところである。明確な考え方を国は示すべきと考える。加齢のみをもって、障害認定は行っておらず、医学的、客観的な所見を元に障害認定は行っているところである。</p>
<p>どの時点から「老衰」、「末期」なのかの判断が難しい</p>

2-(2)臓器に着目した認定について

<p>同じ完全尿失禁でも、脊損では認められず、直腸ガンの手術による神経障害では認められている点について、市民からクレームがあった。</p>
<p>臓器に着目した認定をおこなっている。</p>
<p>脊髄損傷や子宮の手術等による排尿機能障害等、機能障害としては重度であっても認定されないものについては、症状によって認定できるよ う改正されることが望ましい。</p>
<p>身体障害者の更生援護を目的に障害認定を実施していることから、身体的・社会的に制限を受けている場合には、身体障害者認定を認めると いう考え方もありますが、症状に着目した障害認定を実施した場合には、認定基準に数値基準以外の社会的要因や生活動作・能力等 を考慮する必要があると思われまので、障害等級の認定がより困難になることが予想されます。</p>
<p>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などは、認定対象者と同様の症状、障害をもつため申請がありますが、国の 基準どおり非該当としています。</p>
<p>社会福祉審議会審査部会に諮問するが臓器に着目した認定をしており、問い合わせに対しては臓器に着目した認定であることを説明してい る。</p>
<p>たまに申請はあるが認定対象に含まれるかどうかの判断に苦慮している。</p>
<p>原因が決められているため、同じような機能障害が出ているにもかかわらず、認定ができない場合がある。特に、例のようにぼうこう・直腸機 能障害に多いように感じる。後は、大腸クローン病で、小腸クローン病と同じような症状が出ているのだが、大腸故に認定できないという例が あった。</p>
<p>例えば、ぼうこう・直腸機能障害については、原因疾病が限定されているため、基準に該当しない原因疾病の場合は諮問のうえ却下となって います。排尿機能について、基準該当者と同様の所見があるにもかかわらず認定とならないため、納得が得られていません。</p>
<p>上記のように、臓器以外の部位に障害原因があり、認定される機能障害と同等の症状がある場合には、社会福祉審議会で審査しています が、どの部位までを障害認定すべきかは、判断が難しいです。</p>
<p>実生活上の不便さ・大変さがあるという状態は障害認定の対象となっても同じであるのに、認定されるかされないかで援助が有る 無しになってしまふ。他に例えば障害福祉課以外での援助体制があればまだよいが、ない場合、どうすることもできなくて困ってしまう。</p>
<p>臓器別、疾患別に認定するのではなく、個人の日常生活に対してどういう障害が問題なのかを問うべきである。</p>
<p>確かに設問のような問題があります。日常生活活動能力の制限は同じなのに、手帳が交付されず、サービスが受けられない不公平感を県民 の皆さんにはあるようですが、当県は国のガイドラインの認定基準にしたがっておこなっております。</p>
<p>現実的な困難な状況は、原因の如何に関わらず、存在するはずであるので、できれば原因に関わらず障害認定を行えば、と考えます。排尿 機能障害、排便機能障害においては、直腸に起因する障害以外には認定ができないが、現実には脊髄などの疾病が根拠となり排尿排便障 害が残存しているケースが多い。その場合は状況としては、カテーテル留置等同じであるのに、認定ができないこととなるが、障害を抱えてい る者の労苦は排尿排便障害の人と同じである。これは問題ではないか？</p>

<p>例示のものについては、当市の社会福祉審議会身体障害審査部会の意見もふまえ、法別表に定める程度の身体障害が認められれば、認定することがあり得る(ただし、心因性のものについては原則として対象外)。</p>
<p>心因性や高次脳機能障害は程度判定が難しく、また根拠のあいまいな事例が増えるので、詐病を含め問題は少なくない。</p>
<p>基準どおりの認定方法をとっています。そのため、ぼうこう機能障害で高度の排尿機能障害について、カテーテル留置していても原因疾患等により認定対象外の場合、(本人の状態(不便さ)は変わりがないと思われが、)手帳が認定にならないこととさまざまな場合に障害者としての扱いを受けられないケースがありました。また、眼瞼下垂では視覚障害の認定の対象になりませんが、事実上目で見ることができないと思われるので、当該者にとっては不公平に思われるようです。</p>
<p>同じ症状でも認定されていないので、今後認定基準の拡大をお願いしたい。</p>
<p>原発性肺高血圧症などの肺循環系の障害に由来する呼吸器機能障害の場合、急性期を脱し、安定した時期に認定基準を満たしていれば障害認定の対象としている。排尿障害については、認定基準で示されているとおりの認定を行っています。社会福祉審議会の委員からは、子宮頸がん等により完全尿失禁になるケースでは障害認定を行える方向で検討してほしいとの要望があがっている。</p>
<p>本県では具体的な審査事例がなく、詳細は不明である。</p>
<p>原発性肺機能障害については、疑義解釈により認定しています。心因性排尿機能障害については申請がありませんが、心因性が明白なものについて、身体障害の認定をするのはいかがなものでしょうか。</p>
<p>設問のような場合は、本市では認定していません。しかし、同様の症状であるため申請者への説明に苦慮している。</p>
<p>現行の身体障害認定基準どおり認定している。特に、問題点はないと思われる。</p>
<p>ガイドラインどおり手帳認定を行っております。</p>
<p>認定基準のとおり取り扱いとしている</p>
<p>あくまでも、障害認定基準に基づく障害認定を行っている。特に運用上に困難を生じてはいません。</p>
<p>国の基準に準じて認定しております。法別表に掲げる、身体上の障害がある方について、手帳を交付しています。</p>
<p>日常生活で制限のある状態でも、臓器に着目した認定方法があり、特にぼうこう、直腸機能障害で脳性麻痺等が原因のものは、却下になるため、申請者への説明に苦慮しているところである。</p>
<p>具体的に問題となった事例がない。</p>
<p>内部機能障害において、それぞれの障害認定基準を満たし、機能障害の永続性が認められる場合には、一次疾患が当該臓器外にある場合でも認定を行っている。</p>
<p>呼吸器機能障害の認定にあたり、指数やO2分圧のみで単純に判断できない場合があり、評価方法を検討すべきである。</p>
<p>ぼうこう機能障害について、交通事故などによる脊髄損傷により自己導尿を行っているが、障害認定の対象となるかという問い合わせがある。</p>
<p>臓器の機能障害以外の認定は行っていない。同様に日常生活動作に制限がありながら、障害認定ができないケースなどは本人及び家族の理解が得られにくい。</p>

原因疾患を重視し判断している。
援護の必要性を求められながら、認定が出来ないケースはある。実例として多いのは、脊髄損傷、癌等による神経因性膀胱(排尿機能障害)である。
詐病などが疑われる場合などがあり心因性などの症状も認定することとなると判断が難しい。
結果として同じ障害状況を呈していないながら、臓器に着目していることや、原因疾病が限定されていることにより、認定されないケースがある。そうしたことに対しては、手帳担当としても苦慮しているところである。
基本的に認定基準、疑義解釈どおりの認定を行っている。

2-(3) 2-③ 装具をつけない状態での認定について

「ペースメーカー1級」は手厚すぎるのではないかと市民及び心臓以外の審査委員から指摘されている。

現状どおりで特に問題なし。

「◎ 上肢の状態、歩行能力及び起立位の状態」は、補装具を使用しない状態での測定となっているが、壁・手すり等を用いても良いのか。

障害の部位・程度や個人差により、補装具装着の効果には、差が現れると考えられます。このため、装具装着後の状態を以って障害認定をした場合には、原因となる疾病や障害(補装具を装着していない状態)が同様の状態でも、結果として障害等級に大きな差が現れる場合があると思われまします。更生意欲のある者とそうでない者の障害等級が逆転する場合等が考えられることから、認定事務に対する不信感を生むのではないかと思われまします。ただし、聴覚障害に関して、視覚障害と同様、補聴器の装着により症状の改善が見込まれる者に対する認定においては、検討の余地があると思われまします。

原則は補装具をつけない状態をもって認定していますが、装着している場合もその内容を把握した上で障害程度を判断し認定しています。

視覚障害以外は、補装具をつけない状態で認定しており、運用上特に問題はない。ただし、ペースメーカー装着の1級認定等については他者から理解されにくい面がある。

そのまま認定しており、特に問題もなし。

肢体不自由の診断書作成に際し、装具をつけない状態での認定ということの医師への周知徹底がたりない。また、「装具を使って歩けるから～級」というように、独自の判断基準でもって診断書を作成している医師が多く、判断基準にばらつきがあるように思われる。

ADLのみで認定することはしていないため、特に問題はないものと思われる。

眼鏡やコンタクトのように体の機能をそのまま補え、身近で一般的な補装具が他にはないので、視覚以外の障害認定は、補装具を付けない状態で認定するということによいと思えます。

人工関節等はかなりよいものが出てきており、補装具にもよるが、永久的に補装具が必要なのかという点で、関節廃用とみなしてよいものか、今後の討論の対象となるのではないか。

常用装具の場合は、装具をつけた状態での判定をすべきと思う。

肢体不自由の一下肢障害状況について、全廃と著しい障害の判断が困難な場合があり、動作・活動等の評価を装具使用での記載なら、より障害状況の判断が容易と考えます。ただし、本人に合う適切な装具否かで評価に差違がでる可能性があるがあります。

身体障害者福祉法別表に規定する身体障害に該当することが診断書・意見書の記載内容から確認できれば、審査部会の意見もふまえて、例示のような場合でも認定している。

補装具があれば、良好な能力をもつ事例(野良仕事をするペースメーカー装着者。杖無し歩行不可、杖があれば数百m歩行可の体幹機能障害(2級))は、周囲から疑問の声が上がることがある。

身体障害者手帳が更生の入り口であると理解しているため、補装具をつけない状態での認定は実態に即していると考えます。

更生医療は、障害を軽減することを目的にしているが、心臓機能障害4級のものやペースメーカーを埋め込み後、1級に認定されてしまう。

基準どおりの認定方法を取って特に問題はありません。ただし補装具ではありませんが呼吸器で在宅酸素療法をとっている場合に、血ガスの値を酸素吸入下で取られることが多く、ルームエアでの検査やり直しをしてもらうことがあります。

<p>肢体不自由では、杖使用・下肢装具を付けることにより、歩行能力等に相当な差が生じるが、日常生活の制限への影響は大きい。また、補装具を付けた場合、指定医の診断書にばらつきが多くなると思われる。</p>
<p>つえ使用により屋外移動の評価が△あるいは○となっている症例でも、つえなしでは歩けないため一下肢の機能全廃3級としてくるケースがある。この場合下肢の運動性・支持性などを考慮すると3級の判断は妥当ではないと考えるが、患肢で立位を保持できないことを理由にされると反論が難しい。</p>
<p>本県では特に問題等は発生していない。</p>
<p>補装具及び装具を着けない状態で認定しています。装具(切断による義足。義手は除く)を装着しての動作性によって等級づけがなされてもよいという考えもありますが、緊急時の対策等を考慮すると現在の認定基準でよいと考えます。ただし、心臓ペースメーカー、人工関節については、医療の進歩によりADLが著しく改善されてきているので、一律に1級又は該当関節の全廃とする認定は、他の障害等級とのバランスに欠けると思われます。例えば膀胱直腸機能障害のストマ装着のように一律4級認定とし、何らかの支障のあるものについては、上位等級に認定できるというのはいかがでしょうか。</p>
<p>肢体不自由の場合の補装具の取り扱いの困難さと比べると、視覚障害の眼鏡の取り扱いが容易で生活にも密着している現状から、矯正視力での認定は妥当と考えられる。しかし、聴覚障害での補聴器も眼鏡と同程度と考えられ、聴覚障害も補装具使用状態での聴力により認定すべきだと考える。補聴器については、近年、安価なデジタル補聴器が発売されており、基準品として認めるべきではないかと考える。</p>
<p>現行の身体障害認定基準どおり認定している。特に、問題点はないと思われる。</p>
<p>ガイドラインどおり手帳認定を行っております。</p>
<p>認定基準のとおり取り扱いとしている</p>
<p>障害認定基準に基づく障害認定を行っており、特に支障はありません。</p>
<p>補装具をつけない状態で認定しています。重度の呼吸機能障害がある方で、酸素療法を実施している場合に室内空気吸入時の動脈血ガスを測定する事が困難な場合があります。</p>
<p>具体的に問題となった事例がない。</p>
<p>補装具を装着しない状態で認定を行っている。</p>
<p>呼吸器機能障害の場合、O2分圧は原則ルームエアでの数値を記入してもらいますが、ルームエアでの測定ができない場合はO2吸入下での数値を参考に記入してもらったことがある。</p>
<p>補装具無しの状態での認定を行っている。</p>
<p>補装具により大幅な機能の改善が得られる人と、そうでない人との違いは手帳の趣旨からすれば反映させてもいいかもしれないが、反映させるための客観的基準が難しいと考える。</p>

2-(4) 日常生活能力の視点導入について

<p>心臓機能障害や腎臓機能障害の認定基準に客観的所見(検査所見)を満たすことがあるが、客観的所見は1級相当であるが、活動能力等が4級や認定対象外などがある。またこれとは逆に活動能力等が1級相当であるのに、客観的所見が4級や認定対象外の時の認定について、苦慮している。心臓機能障害等は活動能力を認定において重視することとある事から、活動能力の低下を裏付ける客観的所見がない場合に、指定医に確認する項目が医学的知識が負しい事務職レベルでは困難である。</p>
<p>脳性麻痺等の場合も、ほとんどが上肢、下肢、体幹機能障害において機能障害の認定を行っている。</p>
<p>動作・活動に大きな制限があっても、ROM・MMT等の客観的測定値に低下が見られず、両者に乖離がある場合は、障害等級が軽くなる傾向がある。</p>
<p>乳幼児の判定に当たって、年齢が低いためにできないものと、認定基準に合致する永続する機能障害によってできないものとの判別が難しい。</p>
<p>日常生活能力の判断は、本人が置かれている環境に大きく左右されると考える。</p>
<p>筋力・関節可動域の検査結果等に基づき、客観的に等級判定を実施していく方法が望ましいと思われませんが、生活経験の獲得という点で不利な状況に置かれている乳幼児期以前に発症した脳原性運動機能障害の認定における日常生活能力の視点は、考慮されるべきであると思われま</p>
<p>す。</p>
<p>機能障害中心に認定している。日常生活能力を重視した場合、精神発達遅滞や痴呆など他の影響を受けるため身体機能そのものの障害程度を判断しづらくなります。このため、神経学的所見、筋力、関節可動域に比重を置き、極力他の要因の影響を除外して認定しています。</p>
<p>脳原性運動機能障害の認定等で日常生活能力の視点を移動機能障害の認定について照らし合わせ導入することで問題はないが、上肢機能における日常生活能力の視点は現状にそぐわないので、機能障害にも着目し認定をおこなっている。上肢機能に運用することは問題があると思われる。</p>
<p>障害者の立場からすれば最も重要な点であると思われる。しかし、認定する際に複数の障害が重複する場合など、個々の障害の日常生活能力を判断するのは難しいと思われる。</p>
<p>実態としては、基準どおりの認定を行っています。高齢その他の理由により、機能障害の程度に比しADLが極端に悪い場合もありますが、特に問題は無いものと思われる。</p>
<p>機能障害中心の障害認定を行っています。国の認定基準において必要とされている場合には、日常生活能力を障害等級決定に反映させています。</p>
<p>関節に限定された機能障害の場合、日常生活が制限されていても、等級に反映されないことが多い。また、その逆もある。</p>
<p>脳原性運動機能障害用の診断書での診断ケースなし。</p>
<p>今後は、日常生活能力の方向に向かっていくと思われる。日常生活能力中心でよい。(介護認定がその方向であるため。)しかし、整形外科の視点では、関節機能重視になっているのが現状である。</p>
<p>本人の意欲及び一般状態により日常生活能力は変化するので、障害状況が変化する可能性が高いのではと思います。また、有期認定の必要性もあると考えますが、実際には、事務的に再認定に対応ができるか不安です。</p>

肢体不自由障害において、日常生活の判断においては、医師によりかなり隔たりがあるようだ。例えば本人の申告に基づき日常生活能力を判断しているケースではほとんど能力的にあるという判断がなされるが実際的には筋力などはほとんどなく、実生活能力としてはないケースが多くあった。その場合やはり認定業務に支障がある。しかし、内部障害においては数値だけでは明確に患者の状況を判断できないケースもあり、やはり日常生活能力の記載は患者の状況をより正確に把握するために必要と考える。(例：呼吸器機能障害)

脳原性運動機能障害にかかる障害認定については、日常生活動作の視点での診断書・意見書となっているが、事例によっては、肢体不自由にかかる診断書もあわせて障害認定に使用している。

「1(4)J」にも回答したような筋力△(MMT3)、筋力×(MMT0-2)が全く参考にならない事例や、著しい錐体外路症状のある事例などはADL抜きでは評価できないこと。

原発性肺疾患については、H15.4より認定対象となり、運用が円滑となったが、以前は苦情が多かった。呼吸器については、血液ガスの値と本人の呼吸苦の差から等級に対する苦情が多い。

じん臓について、クレアチニンの値よりも透析導入を重視する医師側からの批判が強い。

日常生活能力の視点を組み込むことは、実態に即したきめ細やかな判定になると思われるが、例えば左ききか右ききかななどで障害等級が変化するとすると膨大な情報を判定に要し運用が難しくなるのではないかと思われる。

運動機能障害に知的障害が合併する場合、日常生活ではそれぞれ因子を区別できない場合もある。

特に肢体不自由では、「動作・活動」として生活能力の記載欄がありますが、実際の認定に際しては参考程度の位置付けです。しかし、神経障害などの場合は筋力や関節可動域に制限が少なく、「動作・活動」としては制限が多いため認定がしづらくなっています。

乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変による場合は、一般の診断書と脳原性運動機能障害用の様式とで適当と思われる方を医師が判断して診断書を作成している。ただし、脳原性で申請があがってきても被験者が乳幼児であるうちは正確な評価が得られないことから、少なくとも就学年齢以前であれば通常の診断書における評価に置き換えてもらうよう医師と調整をしている。

本県では特に問題等は発生していない。

ADLの評価は、障害による生活困難度をよく示しているが、患者からの申告によるものが多く、評価に客観性を欠くため、ばらつきが出現しやすいという欠点があります。一方で、神経系統の疾患では、関節可動域、筋力のみでは的確な評価が得られず、その認定については医師によっても評価が分かれるところですので、神経系統の疾患については、脳原性に準じて、日常生活動作に重きを置いた独自の認定基準を設定していただければ効率的認定ができると思います。

脳原性運動機能障害の認定については、器質的障害よりも動作性に着目して認定しているが、同等級の肢体不自由に比べ、介助度等が軽く公平性に疑問がある。また、その対象者を乳幼児期以前の発現者に限り、それ以後に疾病や事故などで同様の障害になった者との間に不均衡がある。

現行の身体障害認定基準どおり認定している。特に、問題点はないと思われる。

ADLについては、診断書診察の場面で実態を正確に捉えることは難しいと思います。実際にADL、歩行、起立位については聞き取りによるものが多く、診断書の内容と実態が異なる場合があり、客観的な根拠に基づく認定方法に拠る方が公平性が保たれていると考えます。また、認定する側の認定根拠として成り立ちやすいと思います。

機能障害を伴わない場合は、障害等級決定の判断が非常に難しい障害認定基準に基づく障害認定を行っており、特に支障は有りません。
機能障害によって日常生活能力が変わってくるため、基本的に機能障害による認定となっております。又、機能障害以外の原因による身体上の障害でない方については交付の対象ではありません。
具体的に問題となった事例がない。
肢体不自由においては単に関節可動域や筋力テストの結果だけでなく動作、活動についても重要であると考え、総合的な判断をしている。また、内部機能障害等においても日常の活動能力の面を認定の際に考慮している。問題点としては、客観的な検査・数値と活動能力との間に乖離のあるケースがあることが挙げられる。
機能障害の程度と日常生活能力とが必ずしも一致しないことは明らかであり、日常生活能力も評価の対象として導入すべきである。また、子供の認定についても、正確な評価が難しく、また、知的障害のある者等の評価方法についても検討すべき。
機能障害があるものの、日常生活能力が高い者について重度の認定をする場合があり、他制度(手当等)の認定基準と整合性が取れない場合がある。
筋力、関節可動域には問題がないが、日常生活動作が制限されるケースがあり、認定に支障をきたしている。肢体不自由の診断書・意見書中、「動作・活動」欄があるが、認定基準との関連がうすい。可能であれば、特別障害者手当の診断書の項目と統一をしてみたい。申請者の経済的負担、手間を省略することができ、行政の事務効率も向上する。
基本的にはADL中心での認定を行っているが、機能障害での認定結果が得られやすい場合は、肢体不自由での認定を行っている事例もある。
機能障害を重視し判断している。機能障害とADLに乖離、矛盾が見られる場合には適宜診断医に照会をしている。今後はADLの視点をより加味していくべきと考える
肢体不自由において、器質的低下は軽度であるが、歩行能力が落ちている、ADLの介助度が高い点から重度の診断がされるが、下位等級で認定せざるを得ない場合があり、申請者及び介護を行う家族からは、診断等級及び種別について不満が寄せられる場合がある。
機能障害での様式で申請があっても申請等級と診断内容がかけ離れている、また診断書から認定が困難な場合は脳原性運動機能障害の認定で診断書を書いていただき判定を行っている。
本県においても、基本的には認定基準に基づき機能障害中心の認定を行っている。

2-(5)生活の不便さの視点導入について

<p>自覚的所見(活動能力の程度)を優先すると、「言ったもん勝ち」となる可能性があり、それを裏づける他覚的所見(検査数値など)は絶対に必要である。</p>
<p>現状どおりで特に問題なし。</p>
<p>日常生活の制限等、社会的な環境要因は、医師の問診等により確認される事項であり、身体能力の程度を示すための参考とはなるが、今後、認定基準としての項目数が増えることとなれば、検査数値による身体能力の客観的な判断に加えて、社会活動の制限の双方を加味していくことになり、同一等級内での、身体機能、能力の程度に差が現れてくるのが考えられます。また、身体障害者手帳に該当しない疾病により社会生活に著しい制限を有する者が多数いることを鑑みると、認定基準に社会的要因に関する項目を加えずと、原因となる疾病の特異性が薄れてしまふと思われまふ。</p>
<p>免疫機能障害の認定は1名の申請があっただけで、今のところ設問のような認定について特に問題はない。</p>
<p>個人によってとらえ方が異なるので全ての障害にあてはめるのは難しいと思われる。</p>
<p>実態としては、基準どおりの認定を行っています。高齢その他の理由により、機能障害の程度に比しADLが極端に悪い場合もありますが、特に問題はなにもと思われまふ。</p>
<p>平成15年4月から手帳発行業務をおこなっていますが、免疫機能障害の認定実績がありませんので、特筆すべきことはありません。</p>
<p>特に、問題はないが生もの節食制限等の具体的な内容が必要かという疑問はあります。</p>
<p>社会的な環境要因をふまえた認定の場合も、診断書・意見書の記載を国の認定基準に照らして障害認定している。</p>
<p>免疫特有の問題だから良いと思われまふ。ただし、あいまさは否めない。(小脳性運動失調者などを歩行能力で認定する事例も同様ではあるが)今の基準で認定して特に問題はありまふせん。</p>
<p>例えばよく質問があるケースで肢体不自由において、高次脳機能障害などは生活上の不自由はかなり大きいのが現行の診断書様式に照らすと認知障害等は該当しないため障害認定されまふない。生活上の不便さを基準に取り入れまふと、介護保険認定に近いものが想定され、医師だけでは作成できまふないことが予想されまふ。</p>
<p>本県では特に問題等は発生してまふない。</p>
<p>患者の疾病の状態から判断して、医師が社会生活や家庭生活や家庭生活を制限しなければ疾病・障害状況が悪化する虞があるものについては、認定基準に取り入れまふて差し支えまふないと思われまふす。他の疾病や障害(例えば呼吸器機能障害や腎臓機能障害等)についても、そのような認定基準を加える必要があると思われまふす。</p>
<p>現行の身体障害認定基準どおり認定してまふている。特に、問題点はないと思われまふる。</p>
<p>現行の書類審査による障害認定制度において、前出(4)と同様に障害者の社会的な環境要因(生活環境等)を正確に捉えまふた診断書を記載するのには困難かと思われ、実態調査を行う必要も考えまふられます。そのため手帳交付期間が現行より大幅に遅れることも考えまふられます。</p>
<p>国の基準に準じて認定してまふります。生鮮食料品の摂取禁止についても、認定に使用する項目の1つです。運用上の問題は特にありまふせん。</p>
<p>今後は、こういった社会的な環境変化に即した視点で、少しづつ取り入れまふべきだと思ふ。</p>
<p>具体的に問題となつた事例がない。</p>
<p>免疫機能障害については認定基準にしたがって判断してまふている。</p>

障害の特性から、環境要因を含めた認定は問題は無いと思われる。

医療、医療機器等の発達により障害があっても社会生活を積極的に営む事が可能になってくると思われ、ますます、社会生活上の制限に対する認定も含めるよう要望が出される可能性があると思う。現在は、等級ではなく種別の面で1種を希望する申請者が多い。

本県では事例がありません。よほどしっかりとらした認定基準がないと混乱をまねく。

血友病患者が幼稚園に入園する際、回りに認識してもらおう意味で、身障手帳の交付を望むケースがあった。手帳を取得することで社会参加の促進が得られるなら、生活のしにくさも認定の観点に入れてはどうかと思う。

現行は、認定基準通りに行っているが、国で一定の基準が示されるならば、反映する意味はあると考える。

3. 認定時期について

(1) 手帳交付の際の診断書・意見書にもとづき再認定が必要とされた場合、再認定の手続きを実施していますか。

1. 実施	33
2. しないときもある	15
3. していない	10
無記入	0
合計	58

*1,2という回答あり

理由の記載

本市において、再認定が必要な場合の基準自体が作成されておらず、また内部的な調整もすんでいないため。

重度化が予想される場合は、再認定を実施しない。

診断書・意見書の再認定時期については、重度化することを前提として記述しているものが多いため。

対象者が6歳未満の場合、基本的に就学前に再認定を行っている。

国の通知にもとづく再認定の手続きについて県で未実施(準備段階)であり、県に合わせて実施してゆく考え。

発育により障害程度に変化が生じることが予想される場合や将来的な手術により、障害程度が変化するから、再認定を実施しているが、再認定を実施していない場合が多い。

検討中

児童以外は、基本的に、回復の可能性がある場合のみ、再認定を行っている。

手帳の交付を受ける者の障害の状態が継続的に法別表に定める程度に該当すると認定できる場合に、再認定は原則として要しないとされている。原則として指定医師の法別表に掲げる障害に該当すると判断イコール障害固定の判断と考えられるため、少なくとも改善の見込みはないものとみなし、基本的に再認定を付していない。悪化の場合は随時等級変更の手続きができる旨、申請者に伝えていく。なお、乳幼児等、特に判断が困難な場合は、社会福祉審議会に諮問の結果、再認定を付しての認定を行うことが必要とされたものについてのみ再認定を行っている。

事務吏員が障害認定を行っているため、今の認定基準では再認定の時期について適正な判断をすることが難しいので実施していません。また、再認定が必要と記載される診断書・意見書が非常に多く、すべてを社会福祉審議会で審査することもできないため。

子供の場合や、手術等によって障害が軽度化されると判断される場合のみ

再認定が必要とされた場合、診断書・意見書の記載に基づき、審査部会の意見も聞いたうえで、その手帳に「再認定の時期 平成〇〇年〇月」という形で再認定の時期を記載している。

平成16年度中に再認定制度を実施予定。しかし、再認定を要すとの意見が付いたものを全て対象とするものではない。

事務量の関係で、現在の体制では対応できないため

現在のところ本県では再認定の制度が制定されていないが、現在、制定に向けた検討を行っている。

<p>障害の程度が増悪すると思われる場合は、増悪後に等級変更による再交付申請を考慮して、再認定の手続きを実施していない。</p> <p>審査部会に諮問、再認定不要との答申があった場合は診断書・意見書に再認定が必要とされていても、実施しない場合がある。</p> <p>悪化を前提にした再認定は実施していない</p> <p>18才未満の者に対しては、医師の指示に基づき、実施している。</p> <p>手帳交付後、指定医師の判断により(重くなる又は軽くなるに関わらず)、障害程度が変わった場合は、再申請の手続きを踏まえ、障害程度に見合った認定を行っている。</p> <p>人工関節置換や人工ペースメーカー植え込み等障害固定が明らかかな場合等。</p> <p>現在検討中</p> <p>医師の意見書で要・不要を1つの目安に判断している。中には心臓機能障害で障害の状態が軽減される内容や1級の所見であっても、人工弁、ペースメーカーの手術が予定されていない場合、再認定要としている。逆に、聴覚障害で高齢の場合、肢体不自由で人工関節術後は要と記載されていても不要としている。</p> <p>全国的な再認定の基準を作成すべきであり、手帳交付を行う自治体毎に再認定基準を作成すると地域格差が生じ、混乱が生じると考える。</p>
--

(2) 医学等の進歩に伴い症状の改善が期待できる場合等に再認定を実施していますか。

1. 実施	35
2. しないときもある	6
3. していない	18
無記入	0
合計	59

理由

<p>本市において、再認定が必要な場合の基準自体が作成されておらず、また内部的な調整もすんでいないため。 平成16年4月より、再認定実施予定。 国の通知にもとづく再認定の手続きについて県で未実施(準備段階)であり、県に合わせ実施してゆく考え。 社会福祉審議会で審議されたものについて、審議会の医師が再認定の必要ありと認めた場合は、そのようなこともあり得る。 どのようなケースにこれを適用するかには、専門的な判断が必要と思われるが、事務レベルでそこまでの判断をすることは非常に困難である。 更生医療や児童に於ける成長過程により障害が軽減される見込みのある場合には再認定とするが、より重度の障害になる可能性として記載のあるものは程度変更として申請するものとして再認定は実施していない。</p>
<p>3. (1)に同じ</p>
<p>ケースなし。</p>
<p>どの障害者が、どの医学的進歩により再認定が可能なのかなどの把握は事実上不可能。 診断書・意見書の記載及び審査部会の意見に基づいて対処している。</p>
<p>平成16年度中に再認定制度を実施予定。ただし、医学的進歩を予見して再認定を付すといった専門性の高い判断を、年間数千件の審査に医学的知識の少ない事務員が反映させることは事実上不可能と思われる。 手術等で明らかに障害の状態が軽快する予測がある場合を除き、「医学等の進歩」といったあやふやな将来の期待による再認定は行っておりません。(診断書を取るに本人の時間的、金銭的負担が掛かるため) 乳幼児等症状の改善が期待できる場合は実施している。 診断医により再認定が必要とされた場合、審査部会により再認定が必要とされた場合は再認定を実施している 対象者の把握が困難であるため。 医学等の進歩に伴い症状の改善が期待できるとしても、その時期が不明確であり、最認定の実施時期を確定できないため。 手帳交付後、指定医師の判断により(重くなる又は軽くなるに関わらず)、障害程度が変わった場合は、再申請の手続きを踏まえ、障害程度に見合った認定を行っている。</p>
<p>現在検討中</p>
<p>心臓機能障害の場合、人工弁、ペースメーカー等の手術以外は再認定要としている。</p>

医学的に障害状況が改善されると、交付申請時点で確認できる場合、低位の等級の認定を行っているため。

(3) 一定の期間毎の再認定を実施するとするとそれは可能ですか。

可能	24
不可能	9
わからない	26
無記入	
合計	59

理由

<p>件数が多いため、把握することが不可能具体的に示されていない現段階では分からない。</p> <p>再認定に際しての診断書費用等、障害者負担が大きいのと思われる。</p> <p>有効期間を設けて手帳交付するということは、「障害の継続性」によって、「身体障害者」と認定されるという従来の考え方は異質であり、固定期間等の意義や必要性も薄れてくるのではないか。</p> <p>国の通知にもとづく再認定の手続きについて県で未実施(準備段階)であり、県に合わせて実施してゆく考え。</p> <p>次回再認定期日を常時把握できる体制が必要となるが、本市においては、現在のところ手作業による管理であり、電算化等の対応が必要となるため。</p> <p>再認定申請を行った者と怠った者の不公平感が生じないためにも、対象者全員に再認定を受けさせなければならぬが、事務的にはかなり手間がかかるものと予想される。</p> <p>認定事務が煩雑になるため、頻度や対象者数によっては困難と考えます</p> <p>実際の運用面(人員、費用等)については不明な点が多い</p> <p>可能と思われるが、「一定の期間毎の再認定」がどのように設定されるのか具体性がないため、現時点では可能か不可能かわからない。(4. その他の(5)も参照願います)</p> <p>再認定を実施する場合、再認定を受けるよう通知をしても、軽快していれば手続きをしないことが十分考えられるので、実効性を欠くおそれがある。たとえば原因疾病など明確な基準及び再認定を受けなかった場合の手帳の効力についての規定が全国共通で定められれば可能と考える。1ヶ月前の通知が必要であり、通知のシステム作りが必要となるため、準備期間と相当の費用が必要となる。ただ、障害が固定してはじめて交付が可能となるにもかかわらず、再認定を要すること自体が「障害」の概念を分かりにくくしてしまう恐れあり。現在、知的障害者の手帳(療育手帳)では、個別に再認定が付されていることが多いが、更新の手続きを行わない場合に、手帳に付随するサービスを停止するべきかどうかの判断が非常に困難であることから、再認定を受けない場合でも効力を継続させる場合には、当初の認定を「最低限の等級」にとどめるべきと思われる。</p> <p>全件の再認定を行った場合、診査を受けない者への督促や返還命令など福祉事務所の事務が増大すると考えられるため(質問がどの障害部位でどの範囲で実施を想定しているか不明だが)山形県では、心臓機能障害においてペースメーカー又は人工弁置換を実施した者以外には一定期間の再認定を付しており、部位によって可能と思われる。再認定では申請に診断書の添付が必要となるが、すべての障害で実施する場合、病院での診断書作成料が高額なため本人の財政状況に負担がかかり、運営上批判の対象になりかねないと思われる。</p>

<p>障害固定の原則にもとづいて認定しているため、再度の診断の診断の期間や負担など不利益が生じる可能性がある。ただ、ストマの穴がふさがれるなど障害対象から外れる例もあるため、一概にはいえない。</p>
<p>障害児についてはすでに実施している。</p>
<p>現状でも年数を1～5年で区切って(障害の状態により、個々実施している。全体で区切っては実施していない。)実施している。</p>
<p>障害固定の状況で障害手帳を交付するのが原則であるので、もしあまりに変化が予想されるのであれば身障手帳は交付されないはずである。その後状況が変わるかどうかが新規申請時に指定医師が判断すべきものであり、その後一律に再認定をすれば身障者の労苦を考えると現実的ではない。</p>
<p>一定の期間毎の再認定の手続きについて、現在検討中。</p>
<p>当市の手帳所持者数は約7万人、新規交付だけでも年間約6000件。10年毎としても更新事務は年間数千件の審査の増加を招くものであり、到底不可能。再認定対象者だけを有期認定にする方が現実的。「症状の変動も否定しきれないが、症状固定で一応永続しうる」という論理よりはわかりやすい。</p>
<p>身更相への事務移管を検討中で、移管後の体制による</p>
<p>期間毎の再認定が適当なものと不適當なものがあると考え。それらを判断しうるか現時点ではわからない。また申請者に一定期間毎に診断の負担をさせることになる。また認定件数が膨大なものになるのではないかと予想される。</p>
<p>審査件数が何倍になるか想定しないと可能かどうか</p>
<p>再認定の期間や認定すべき件数等によります。ただし、再認定は障害者に負担をかけることになるので、一律に全員を再認定の対象とすることは避けるべきかと思えます。また電算処理の変更や医師への通知などに準備期間が必要です。</p>
<p>全ての身体障害者を対象に再認定を実施した時、当センターの人員配置では実務上対応できない虞があります。</p>
<p>面積が広く、医師が都市部に偏在するという当県の特異性もありますが、地域に指定医がおらず、容易に他の地域の医療機関に受診に行くことができない重度の人が取り残される虞があります。</p>
<p>人員・経費負担が大きいため。</p>
<p>寝たきり等で再診困難な対象者に対して手帳を有期としても、再診を不可能な場合が考えられる。</p>
<p>すべての身障手帳所持者に再認定を実施すると、行政側としては事務処理しきれないし、障害者側は診断書・顔写真などをその都度用意しなければならぬため負担が大きくなる</p>
<p>事務量の増大が見込まれることによるマンパワーの確保の必要性、手帳所持者の理解が必要となるものと考えます。また、障害種別により適切な再認定の時期が異なっているため、一定期間を定めての再認定は不適當と考えます。</p>
<p>身障手帳の所持者はあまりに多く、全員に一定の期間毎の最認定の義務付けは、市町村、県の負担が増大し、何よりも障害者の理解が得られないのではないかと懸念。現状のとおり、心臓の更生医療(PM、弁置換以外)や医師の指示があったものに必って再認定を実施したい。</p>
<p>一人一人の診断書を取り出して再認定が必要かどうか判断することは困難と思われる。</p>
<p>機械的に一定の期間ごとに再認定を行うこと自体は可能と考えますが、障害の状態が固定化した者にまで再認定を行うことは意味がないと思われ、一律に一定の期間ごとに再認定を行うことが妥当かどうか分からないため。</p>

診断書料などの患者の負担の増大、事務量の増大などの問題がある。

(4) 症状固定の時期 高次脳機能障害、幼児、人工透析の場合など、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。

乳幼児：3才未満の場合は、3才を過ぎてからの認定を原則としつつ、残存しうるであろうと予想される範囲で客観的な所見(BOA, ABR, 視覚誘発脳波など)があれば、認定し、3才以降再認定を指示。人工透析：透析導入前の数値を原則としつつ、導入後の数値でも認定(再申請による上級等級への認定も可。)高次脳：障害認定基準に照らして認定できるもの(失語症など)は認定する。
高次脳機能障害については現在対象としていない。幼児については、医学的判断が可能であれば、認定を行っている。但し再認定をつけている。人工透析については、人工透析実施前の検査数値が分かる場合は、その数値により認定を行っている。
以下のいずれも、診断書で判断せざるを得ないが、・高次脳機能…医学的・客観的な観点から、機能障害が永続するものと判断することが難しい。・幼児…年齢が低いためにできないものと、認定基準に合致する永続する機能障害によってできないものとの判別が難しい。・人工透析…透析開始日のデータだけでなく、透析導入に至るまで数回、透析導入時、透析導入した後、数回の血清クレアチニン濃度(最大間隔透析前値)の数値を明記してもらい、それらを総合的に判断している。
幼児…症状固定の時期は特に定めていないが、申請があつた場合は障害の種類を問わず市社会福祉審議会の答申に基づいている。
人工透析…発症後2ヶ月を経過しても、腎機能が回復しない場合で透析維持が必要である場合は認定している。
乳幼児の先天性疾病等を原因とした障害については、これまでも、再認定時期を設定して障害認定をしているが、近年該当者が低年齢化してきており、生活年齢に応じた運動能力と障害に起因した運動能力の見極めが困難である。しかしながら、早期の機能訓練による回復の可能性を考えると、障害者認定に伴う福祉施策の実施は本人、及び保護者にとっては、必要な扶助であると思われる。
高次脳機能障害等の中枢神経障害の認定は発症後基本的には6ヶ月経過後としており、幼児の認定は6才時再認定を実施している。腎臓機能障害は急性期のものについては経過観察後、慢性腎不全に至つた場合障害認定をしている。ただし、認定時期が困難な場合(6才前の幼児については全て)は社会福祉審議会審査部に諮問している。
人工透析を実施していれば1級として認定している。
特別なケースを除き診断医の判断に委ねている。さまざまなケースがあるので基準を定めるとしてもある程度幅をもたせる必要はあると思われる。
①高次脳機能障害 そもそも障害認定の対象とならないことが多い分野の障害であるが、廃用症候群で筋力が著しく低下し、回復の見込みがない場合には肢体障害の認定が可能であると考えられている。また、言語障害、記憶障害などは、症状に変動があり、医師の判断が混乱するようになってしまう。

②幼児 手帳交付はおおむね3歳以降に行うものとされているが、診断時に3歳未満の場合、欠損・切断以外は症状固定の判断を事務レベルで行うことが非常に困難であるため、必ず社会福祉審議会に諮問している。実際、手帳を交付後に障害が軽減されても、手帳が返還されることは見込めないため、認定には慎重を期さなければならぬと考えている。慎重を期すのであれば、上位等級での認定は避けるべきではないかと思われ。3歳未満の申請は主に脳性麻痺、先天性疾患、染色体異常を原因とするケースが多いが、特に心臓機能障害については1歳未満での申請が増加傾向にある。なかでも、先天性心臓疾患で、根治手術を含む一連の手術が予定されているにもかかわらず、申請が出されることが多い。手術を前にして、根治術終了後にどの程度の障害が残存するかを予測することは現実的でない。審議会では「重度であることは理解できるが、障害固定との判断は困難」、また「一旦、1歳の誕生日が過ぎれば再度の申請があるため、〇〇市では認定になった、という情報がすばやく浸透したい保護者からの納得は得にくいところである。保護者は地域で異なり、判断は地域で異なり、個人差もある」ということを理解していただくほかはない。なお、当初は該当項目を発行機関それぞれで審議会をもつため、判断は地域で異なり、個人差もある」ということを理解していただくほかはない。なお、当初は該当項目をすべて満たしていたが、諮問により却下後、数回の手術を行い再申請されたところ、認定の対象外であったというケースもあった。該当項目を満たしていても、事務レベルのみで認定することは今後とも考えていない。なお、極めて重度の場合には1歳未満であっても認定可能と判断されることがある。視覚障害(眼底所見などから)、聴覚障害、心臓機能障害(ペースメーカー置換、予後不良のトリソミー)など。

③脳血管障害及び意識障害 発症から通常6ヶ月経過後に症状固定の判断をすることを原則としているが、指定医師が障害固定と判断される場合は3ヶ月を目安としている。3ヶ月未満であれば審議会に諮問する。重度の場合、3ヶ月未満で医師から改善の見込みなしと聞かされた家族からの相談は多い。発症から通常6ヶ月経過後に症状固定の判断をすることを原則としているが、指定医師が障害固定と判断される場合は3ヶ月を目安としている。3ヶ月未満であれば審議会に諮問する。重度の場合、3ヶ月未満で医師から改善の見込みなしと聞かされた家族からの相談は多い。④指定医師の判断 どの場合でも、指定医師の判断が非常に重要になってくるが、身障法の理念を理解していない、あるいは対象者からの依頼が熱心であることが多いように思われる。特に上位等級での申請の場合、リハビリテーションの観点から認定というよりは、医療費助成の観点からの認定という色合いが濃くなっている。指定医師の判断が非常に重要になってくるが、身障法の理念を理解していない、あるいは対象者からの依頼が熱心であることが多いように思われる。特に上位等級での申請の場合、リハビリテーションの観点からの認定という色合いが濃くなっている。指定医師の判断が非常に重要になってくるが、身障法の理念を理解していない、あるいは対象者からの依頼が熱心であることが多いように思われる。特に上位等級での申請の場合、リハビリテ-

個々の事例で認定時期に個人差があるため、脳血管障害等疾患の場合で発症年月日から約6ヶ月経過していない場合には医学的判定を要すると思われるため審査部会委員へ諮問答申し交付している。また、障害が軽減する可能性がある場合には再認定を付している。

障害が固定しているかどうかは、医師の判断以外に判定する要素がないので、障害発生から非常に短い期間で障害が固定したと診断されていることがあり、疑義が生じることもあるが、診断書・意見書に障害固定日が記載されていれば、障害が固定したと判断しています。

幼児の場合や脳血管障害の場合など、様子見の期間経過時間の具体的な基準が明確でないため、どこかのサイドでも混乱がある。

原則として指定医師の判断にゆだねている。

高次脳機能障害は、病状の改善と同時に早期のリハビリが必要となる。関節拘縮や筋力増強のために認定が難しいが、脳梗塞等と同様症状固定に6ヶ月みている。早くても3ヶ月。

幼児については、ケースにもよるが、症状が固定していれば認定はする。ただし、6歳児に再認定を必ず実施する。

人工透析の場合、導入時期ではなく、血清クレアチニン濃度で認定。ただし、透析導入後、3ヶ月経過している場合は、この限りでなく所見により認定。
① 高次脳機能障害の認定は、3ヶ月経過後であれば障害認定を受けているため、手帳交付後に身体機能の改善が著しく手帳の等級と本人の障害状況が異なることがあります。
特に高次脳機能障害においては、身障害者の判断が難しく、仮に身障害手帳が取得できてもその後のケアが身障害者の制度でフォローすることに非常な困難が伴うのではないだろうか。個別の判断基準とケアの体系が必要と考える。また、幼児の認定においては早めのケアや福祉側のフォローが当該幼児における回復に大きな影響を与えることを考える必要がある。そのための判断基準も個別に必要と考える。
身体障害者福祉法別表に規定する身体障害に該当することが診断書・意見書の記載内容から確認できれば、審査部会の意見もふまえ、例示のような場合でも認定している。
特に無し。透析離脱困難との意見がついていても離脱した事例もあるが、多くは再認定を適切に付すことで対応できよう。
幼児について、聴覚障害ABR等で所見があれば乳幼児も認定。その他の障害については、審議会に諮り3～5歳児又は術後再認定として交付。人工透析については、特に難しいと考えたケースはない。
医師の専門的な判断を仰いでいるため運用上問題は無い。実態との整合性については再認定を行うことで適正を図っている。
人工透析は平成15年4月1日から血液浄化を目的とした治療をすで行っているものは血清クレアチニン値に関わらず1級認定している。
特に幼児の脳原性機能障害(移動機能障害)については、加齢にともない筋力が増加あるいは減少し移動能力が変わる事が多いため、10歳程度で再認定を行うべきとの医師からの意見がありました。
高次脳機能障害については、運動機能障害が生じていれば認定、幼児の場合は国ガイドラインどおりに6歳時再認定、人口透析の認定時期は国ガイドラインどおりである。
基本的には医師が将来において改善の見込みが殆どないと判断していればそれをもって認定を行っている。幼児の場合は成長に伴う変化があるため、原則は再認定を付しての認定としている。人工透析は東京都の場合、永続的な人工透析が導入されれば認定を行っている。
原則としてガイドラインの規定により認定を行っており、判断困難な事例は県社会福祉審議会に諮問している。
1 幼児については、原則として疑義解釈に則って認定している。先天性内部障害については、有期認定をしています。肢体不自由については、個別に判断していますが、関節可動域や筋力からの判断はできず、疾病の状態と診断医の総合所見によっています。
2 高次脳機能障害を対象として身体障害者手帳の認定はしていません。
認定時期については、指定医が障害固定と判断した時期となるが、個々の事例が全て医学的に妥当かどうか判断が難しい。高次脳機能障害は現行基準での認定に困難さがあり、人格面、記憶力、思考力面の認定基準が必要である。

<p>特に問題なし。高次脳機能障害をもって認定はしておりません。器質的障害の程度を基本にADLを参考に認定しています。幼児の場合は、3歳未満児について原則的に6歳時に再認定として有期認定しています。透析を施行されている者については、透析離脱の可能性がない場合（医療機関に照会を行い確認）に認定しております。</p>
<p>高次脳機能障害の障害認定は、事務レベルでは判断困難であり審査部会での審査としては全て審査部会での審査としている。血液浄化療法を定期的（6ヵ月以上継続して実施している場合には血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl未満でもすべて1級として認定している（ただし糖尿病性腎症では、血液浄化療法を定期的（3ヵ月以上継続して実施の場合）</p>
<p>失語症を除く高次脳機能障害については、身障法に基づき障害者に当たらないものとして判断しています。幼児については、障害内容、程度により再認定を実施する場合があります。その他、認定時期の決定が困難であるとは考えていません。</p>
<p>少なくとも、半年間の経過観察を行い、短期間での再認定を定めて交付している。</p>
<p>高次脳機能障害のみでは、障害認定をしていない。乳幼児については、切断等によるものを除き、すべて審査会に諮問している。</p>
<p>具体的に問題となった事例がない。</p>
<p>高次脳機能障害については、医師の判断による。幼児についても医師の判断によるが、障害程度や継続性が明確でない場合には再認定を行っている。また、人工透析については、本県の場合、人工透析が導入されその後も人工透析を継続的に行う必要のある者については1級と認定している。そのため、そういう場合は申請があれば認定を行っている。</p>
<p>乳幼児（3歳未満）の認定について、特に肢体不自由（欠損を除く）の場合、正確な判定が困難。正確さを期するためにも一定の年齢制限等は必要。</p>
<p>指定医師の判断にて認定している。再認定（1～5年）を設けている。</p>
<p>幼児の場合、3才未満で障害固定が明らかかなものは別として、障害が継続すると判断できかねる場合は障害認定するべきか、数年様子観察した後再申請してもらうべきか判断に迷うことがある。</p>
<p>乳幼児に係る障害認定は、「概ね満3歳以降」ということになっていますが、実際には、聴覚、肢体不自由および内部障害などで、3歳未満での申請もかなり見られます。</p>
<p>高次脳機能障害があることにより身体機能の障害認定に問題があるか？ということであれば、痴呆と同じように、関節可動域の制限や筋力低下が認められれば、障害認定を行なっている。高次脳機能障害と肢体不自由がある場合、肢体不自由が軽度の場合が多く、早期のリハビリテーション実施が好ましいが、症状固定の判断について障害認定時に見解が分かれてしまう。幼児については、再認定を設け、成長による障害変化に対応している。また、人工透析の場合は、継続しての透析が必要であれば認定対象としている。</p>

<p>医療技術の発達から、幼児(特に3歳未満)からの申請も出ている状況であるが、判断に苦慮する例はある。診断結果が認定基準を満たしている場合は障害認定を行っているが、おおむね3歳になった際、再認定を行うよう指導している。また、人工透析については、透析をもって1級の申請がある場合がかなり見受けられる。基準においては、血清クレアチニン濃度(内因性クレアチニンクリアランス値)の検査数値が条件を満たしており、かつ、透析を開始していなければ障害認定を行わないこととなっている。人工透析を行っていれば、日常生活の制限においては、検査数値などには関係ないことから、透析を行っていない場合の認定基準は見直しを検討しても良いのではないかと。</p>
<p>特に定めておらず、原疾患に応じて判断している。脳血管疾患及び頭部外傷は3～6ヶ月後、また、今後の発育過程で回復が見込まれる場合は3歳以降、見込まれない場合には有期認定として3歳以前でも認定することもある。高次脳機能障害、遷延性意識障害については、別途基準を設ける必要があるのではないかと考えている。</p>
<p>高次脳機能障害は認定対象としていない。幼児に対しては15年4月より3歳未満児における6歳児時点での再認定を設けている。人工透析の場合、離脱困難で4級以上のCr値を満たしている場合は1級相当。</p>
<p>認定に必要な諸検査を実施できない幼児の場合、判断できなければ時期をまわってということにしているが、その場合、受けられるサービスを利用できないということでの不満の訴えがある。</p>
<p>脳血管障害や3歳未満の障害認定の場合は、医学的判断や客観的データの有無などの確認は診断書上は判断しにくく、医師に連絡し確認をとる場合が多い。</p>
<p>極力診断書記入医師に状態を確認し、必要があれば更正相談所、審議会の意見等を聞くようにしている。</p>

(5)リハビリテーションの観点
 遷延性意識障害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ベッドサイドから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ます。これに関する実態と運用上の問題点があればお書きください。

<p>遷延性意識障害の認定については、在宅や常時の医学的管理を要しない者には認定を行っているが、ほとんどの場合は人工呼吸器管理を要する状態での入院であり、認定対象外となるケースが多い。実際、認定を行ってからの在宅等での医療ケアを行う方が本人の更生及び家族の為によいのでは？と思う。(手帳を所持することで、日常生活用具、補装具、医療費助成等のサービスを受けられる点から。)</p>
<p>現在のところ、症状固定した後に障害認定を行っている。</p>
<p>症状固定を待って申請してくる場合、リハビリを実施して申請をしてこない場合など、身障法15条指定医師の判断にゆだねられている。</p>
<p>障害原因別に認定時期のガイドラインを示していただくことが望ましい。</p>
<p>遷延性意識障害について、固定期間を6ヶ月として定めているが、適当といえるか。</p>
<p>身体障害者認定が障害者の更生援護を目的に実施するものであることを鑑みると、障害者認定を行い、比較的早期から機能訓練を実施していくことにより、日常生活能力の回復が期待できる場合が考えられます。該当者にとっては、障害認定に伴う医療費扶助制度が利用できる時期が早まるメリットがある反面、自身体に与っては医療費負担等、扶助的経費が増加するデメリットが考えられます。また、何時の時点をもって認定とすのか、認定時期の判断が難しいと思われまます。</p>
<p>常時の医学的管理を要しなくなった時点に行うこととされてきたことから、発症後少なくとも3ヶ月以降に認定しています。この時期までの急性期・回復期のリハビリテーションは医学的治療に位置づけられ、更生援護とは区別してよいと考えまます。</p>
<p>リハビリテーション実施経過後の予後の状態が明確になってから認定するとしており、基本的に発症後6ヶ月を目途にしている。しかし、リハビリを実施するまで至らない遷延性意識障害の6ヶ月経過しない場合の早期の障害認定に苦慮している。</p>
<p>意識障害の場合、常時の医学的管理を要しなくなった時点で障害の認定を行うこととされているが、この「常時の医学的管理を要しなくなった時点」の判断基準が曖昧である。</p>
<p>先に再認定制度を確立する必要がある。</p>
<p>遷延性意識障害の場合は、6カ月経過していれば認めている。早い時期のリハビリテーションという観点から見ると矛盾しており、検討中である。</p>
<p>早めに障害認定をすることは、「常時の医学的管理を要しなくなった時点において認定する」という意識障害を伴う者の障害認定の基準に沿わないとも思われる。また、もし障害認定をした場合、リハビリテーションを実施することにより多少の回復が見込まれることから、再認定の期間を設けることが望ましいと思われるが、その期間の設定が難しいと考える。</p>
<p>現実には、医療費助成など制度利用に着目した申請がほとんどであり、どのような観点にせよ、早期の認定を可能とした場合、申請が一挙に増加することが危惧される。ベッドサイドのリハビリテーションが在宅で行われるものであるならば、早期の認定も必要かもしれないが、症状固定の原則を崩す場合は現在の手帳制度を理念から見直すことが必要になると思う。繰り返しになるが、求められているのは障害認定ではなく物質的助成であり、手帳がなくてもリハビリ等の支援が受けられるように検討されてもよいのではないだろうか。</p>

障害固定がなされない状態では、障害認定はしていません。障害等級によっては、医療助成があるので、早めに障害認定することにより医療費の本人負担額を軽減させリハビリを促すことができます。しかし現状では、長期入院の医療費を軽減させるため、医療機関に手帳の診断書・意見書の記載を促すケースが増えています。今後、早めに障害認定したとしても、社会復帰につながるケースが増えるかは疑問です。

遷延性意識障害は早期リハビリが好ましい。障害認定は期間を定めて、再認定するのが好ましいが、即認定とするかは問題である。見込みはつけにくい。15条指定医師が診断書をかける状態であれば、再認定をつけ、認定する。

実際には病院に入院させておけず、在宅サービスを利用するために、手帳の申請をするケースもある。

発症から3ヶ月経過後の状況で障害認定を受けているので、これ以上の早期認定の必要性は身体福祉法上から感じられません。

そもそも遷延性意識障害の認定基準があいまいであるので認定が難しいのが現状である。やはりもう少しデジタルな認定基準が必要。

身体障害者福祉法別表に規定する身体障害に該当することが診断書・意見書の記載内容から確認できれば、審査部会の意見もふまえ、例示のような場合でも認定している。

障害認定とベッドサイドリハビリテーション訓練は無関係では。手帳認定による対象者世帯の医療費負担の問題と各医療機関のリハビリ訓練の方針とは別問題ゆえ。症状固定による継続性という論理からは、3ヶ月未満での認定は困難な事例が多いと思われる。

数か月単位の再認定を複数回すると考えられ、手続的・法的にも手間がかかりすぎるのではないか。

遷延性意識障害については、医学的な処置が終わった時点で障害認定を行っているため、事実上、他の障害よりも早い時期での交付となっている。

障害認定をしなくても早期からリハビリテーションを実施すべきであり、障害認定の時期は在宅生活への準備を始められる状態の頃と考えます。

脳梗塞などの場合、3ヶ月を目処に退院させる病院が多いため、その時期に認定して欲しいとのニーズがあります。そのため、重症な場合は比較的早い時期で認定し、再認定を設定しています。

脳血管障害と同様に、3か月を目安としての認定が適当と思われる。

急性期治療が終了して症状が安定し常時の医学的管理が必要でなくなった場合で、医師が一応の症状固定と判断した場合は認定を行っている。

本県では特に問題等は発生していない。

原疾患の治療が終了し、発症から概ね3か月が経過した時点で医師が機能障害が継続すると判断した場合には認定の対象としています。

リハビリテーション後の障害であるのに、リハビリテーションをするための障害制度の利用という矛盾があり、順序が逆になっている。補装具、リハビリテーション等の医療行為を充実されるべきである。

症状の固定を待って障害認定している。障害固定を待たず障害認定すると、再認定が必要となってくるため、身体障害者診断書・意見書の再提出が必要となり、身体障害者の金銭的負担増加が問題として考えられる。

<p>「早めの障害認定をしてベッドサイドからリハビリテーションを実施する」とは？ リハビリは医療の範疇と捉えています。医師が「原疾患についての治療手帳の交付により医療費の助成制度を適用させようか？ 遷延性意識障害の認定については、医師が「原疾患についての治療が終了し、医学的、客観的に機能障害が永続する」と判断した内容の記載がある診断書によって認定しています。</p>
<p>遷延性意識障害がある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で行うこととしている。</p>
<p>麻痺など、将来残存すると予想される障害の程度をもっと早めに認定をすすめる場合があります。その為、リハビリなどを併記してもらっています。</p>
<p>症状固定を原則としている。身体障害者手帳の交付と、医療行為は、直接関係していない。</p>
<p>具体的に問題となった事例がない。</p>
<p>遷延性意識障害については、医師が医学的、客観的にみて機能障害が永続すると判断できるような場合は認定対象としている。</p>
<p>意識障害のある患者については、現行の意思疎通が必要とする評価方法では無理な点がある。また、痴呆を含めて、意思疎通ができない場合の評価基準を新たに設定する必要がある。</p>
<p>リハビリテーションが維持期に入った段階で症状固定と判断し、障害認定しています。</p>
<p>遷延性意識障害に関しては、原疾患についての治療が終了していることを前提に、観察期間ということ、一応6か月という期間を経過しているものについては、その時点で障害認定を行うということに対応していますが、実際には、6か月より前の段階でも障害認定を行ってよいのではと思われるケースが見られます。</p>
<p>若くして脳血管障害により肢体不自由となった場合、復職や福祉的就労を目指すため、リハビリテーションを早期に開始したいが、症状固定の判断について障害認定時に見解が分かれてしまう。(リハビリテーションで回復する見込みのあるものが障害の固定といえるのか?) 身体障害者手帳を所持していないと、更生施設等の利用ができないため、早期のリハビリテーション開始が必要と認められる場合は、発症から6ヶ月から1年後に再認定を行なうこととし、障害認定を行なうこともある。</p>
<p>症状固定の時期については、期間を短くしてほしいとの要望もある。確かに、障害認定を早く行いリハビリテーションの実施は好ましいことと思われ。しかしながら、病氣治療と障害の区別を行うことが必要であることから、障害固定は必要であると思われる。ただし、固定時期(固定期間)については、どれくらいの期間が適当であるかは、今後検討する必要があると思われる。</p>
<p>関節の拘縮、回復可能な筋力低下が認められれば、その部分に着目して認定している。また、発症から6ヶ月経過後、体幹障害として認定する場合もある。</p>
<p>原疾患に対する治療が終了し、急性期のリハビリを実施しており、なおかつ、早急な援護の必要性を認められる場合には、再認定を付して早期の障害認定を行っている。</p>
<p>障害が変わることがないと思われる場合は固定を待つより、即認定する方がリハビリの面からよい。専門の施設に入るためには、手帳が必要な場合があり、本人にとっても施設に入ることができない場合が生じる。</p>
<p>症状固定をどの時期にするかは、医学的にもまた種々の制度上も判断が難しいと思われるが更生医療の適用などをすれば身体機能の改善が見込まれる場合は、交付してよいと考える。</p>

障害認定は、「障害固定後認定の原則」であることから、設問の趣旨に理解はできるが、認定はすべきではないと考える。ただし、医学的、客観的なデータにより認定が可能な場合は、認定を行うべきと考える。

どこまでが治療段階で、どこからが認定可能かという一定の判断基準を示して欲しい。

4. その他

(1) 認定基準の見直しについて貴職が受けた要望にはどのようなものがありますか。それは、どこからの要望ですか。

	<p>一眼を摘出し、他眼は比較的視力が保たれているため認定対象外となるが、義眼の交付を受けた。なぜ認定されないのか。同様に、片耳が失聴しているケース。市民からの要望</p>
視覚	<p>視力障害で例えば 右0.2、左0.03では非該当になる点(右0.6、左0.02では6級認定) 視覚障害で、白内障による視力低下にも認定して、その後手術を行った場合、よくなれば再認定(取消等)するべきである。(眼科医より) 先天性白内障の児童について、白内障手術後、コンタクトレンズ使用で矯正できるため障害認定にならない。視力発達期にあるためコンタクトが必要であるが、補装具サービスが受けられない(医療費扱いにもならない)</p>
聴覚	<p>聴覚障害の認定について、聴カレベル重視の等級判定では日常生活の実情を反映できていない。語音明瞭度についてももう少し考慮してほしい。(聴覚障害3級手帳保持者より)</p>
聴覚	<p>「聴力喪失」の概念は医学的に明確でないので認定には使用しないでほしい(日本耳鼻咽喉科学会香川県地方部会)</p>
音声	<p>一眼を摘出し、他眼は比較的視力が保たれているため認定対象外となるが、義眼の交付を受けた。なぜ認定されないのか。同様に、片耳が失聴しているケース。市民からの要望</p> <p>音声言語機能障害で、言語を用いたコミュニケーションは、ことばの合間に余分な音が入るため社会生活を円滑に送るほど流暢ではないが、相手の理解があれば何とか可及となるため4級の認定の対象となるほどの制限ではない。舌がんで舌を切除した場合、ことばに多少の制限がある場合も同じ。市民からの要望。</p>
そしやく	<p>そしやく機能障害の1、2級の創設(患者家族)</p>
	<p>肢体不自由について、外傷・疾病発生日から2～3か月で認定して欲しいというもの。申請者の家族から。 平成16年4月1日から適用された疑義解釈の認定基準における「人工関節を用いたもの」とは関節の全置換術を指している。という解釈にたいして、一部のDr.から、「では全置換でない場合の認定基準を示して欲しい。」と要望を受けた。 体幹機能障害4級の追加、上・下肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加について医師からの要望がある。 肢体不自由障害においては、7級の個別等級が設定されているが7級ひとつでは手帳の交付対象ではないことから、そのことについて申請者の理解を得ることが難しいため、7級の場合手帳の代わりの証明書交付するか、又は7級ひとつでも障害者手帳の交付対象としてほしい旨、医師より要望があった。</p>
肢体	<p>「身体障害者診断書・意見書(肢体不自由障害)」の様式が実際の体の症状と合致していないので見直ししてほしい旨、申請者から要望があった。(具体的には、「上肢の状態、歩行能力及び起立位の状態」欄の()内の選択肢を増やしてほしいという要望) 手指の欠損の基準を満たさない切断についても、何等かの認定を行うべき。市民からの要望 神経麻痺で起立困難なもの等について体幹と下肢の重複認定はすべきでない点 肢体不自由：等級に該当しないような切断だが、物がにぎれないなど日常生活には影響がある。 肢体不自由：加齢に伴う障害は、介護保険で対応すべきである 肢体不自由について、基準が整形外科的であり神経難病などの中枢性錐体外路性障害では(基準に該当せず)認定しづらいので、別個の認定基準が欲しい(指定医師)</p>

	<p>肢体不自由の基準が非常に整形外科的要素が強く、痛みによる障害であると神経内科領域の障害が反映されにくいため見直してほしい。 医師</p> <p>痛み、痺れによる機能低下(ADL低下)を認めてほしい。(却下ケースから)</p> <p>肢体不自由に対する早期の認定(発症から1ヶ月以内)、内部障害に対する早期の認定(発症、手術施行から1ヶ月以内)、いずれも申請者の家族からです。</p> <p>人工ペースメーカー装着した後の障害再認定の基準の必要性(身体障害者福祉審査部会委員より)</p> <p>心臓の認定基準について実状あっていないのでは、と医師から苦情あり。心電図所見が出ないような事例もあるとのことだった。</p> <p>心臓機能障害について、心電図所見項目と活動能力のズレ</p> <p>心臓機能障害で弁置換術を行えば1級となるが、その前段では基準に該当する所見が現れないことがあり、手帳が交付されない。具体的に手術が決まっているのであれば手帳(等級は1級でなくても構わない)が交付されるようにしてほしい。(更生医療の関係) 医師</p> <p>ペースメーカー装着は日常生活上の制限から考えて1級ではなく3級が適当ではないか。 住民、医師</p> <p>ペースメーカー埋め込み術後の患者は活動状況が非常に良好である。呼吸器機能障害と比較しても公平さを欠くように思われる。等級の見直しをしてもよいのではないか。(医師・一般)</p> <p>心臓人工ペースメーカーを装着した場合の等級について(指定医師から)</p> <p>診断書を作成した医師および障害児を抱える保護者から、心臓機能障害の18歳未満用の認定基準では、先天性の心疾患を患う者の障害状況を十分には汲み取ることができないとのことのご意見をいただきました。</p> <p>心臓の認定について、バイパス術等を行った後の再認定時に、心電図所見には異常がなかったり、夜のみ異常が見られる等で、現在の認定基準では障害の該当にならないことについての要望が市民からある。</p> <p>心臓機能障害に関して、人工ペースメーカーを装着した場合1級認定となっているが、現在、ペースメーカーの普及により重篤な場合にのみ装着しているとは限らず、従来どおり最上級の1級としてよろしいものか:医療機関医師</p> <p>在宅酸素療法を実施している者の判定についても、現状では換気機能データ・動脈血ガスデータによって判断しているが、同療法を施行している者が認定基準に該当しない者や軽度の障害で認定している場合が多くあることから、認定基準の範囲を拡大してほしい。〔個人、指定医師:複数〕</p> <p>呼吸器機能障害について、予測肺活量1秒率や動脈血ガスO2分圧の数値測定は酸素吸入を止めた状態で測定した値である。申請者のなかに酸素吸入離脱が難しい場合が多々見受けられるので、吸入量に応じた基準を設けることはできないか。(市民・医師より)</p> <p>呼吸器機能障害について、O2分圧の測定データがない場合があるので、SPO2の測定データで障害認定をできるようにしてほしい旨、医師より要望があった。</p> <p>肺を片方摘出した、腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えられている。</p> <p>呼吸器:基準緩和、気道狭窄、HOT時の検査</p> <p>呼吸器機能障害で、O2分圧数値については労作後の数値と実際の活動能力の程度を考慮してほしい。(障害者から)</p> <p>呼吸器機能障害について、2級の設定が欲しいとの要望(在宅酸素療法を実施中の障害者・市会議員)</p>
呼吸器	

	<p>呼吸器機能障害の認定基準の緩和ができないか。患者の肉体的苦しみの実態が反映されていない。(県審議会で毎回話題になっていきます)</p> <p>呼吸器機能障害において、在宅酸素療法を実施している者は全て1級として欲しい。(呼吸器機能障害者の団体)</p> <p>呼吸器機能障害等内部機能障害の2級の創設(指定医師等)</p>
	<p>難病者団体連絡協議会より、透析導入した者は一律認定してほしい。</p> <p>じん臓機能障害について、慢性透析療法を実施している者については1級として欲しいというもの。病院関係者から。</p> <p>じん臓機能障害について、血清クレアチニン濃度が8mg/dlをこえていない場合、1級認定することは適当でないとなっているが糖尿病性腎症等、血清クレアチニン濃度が多少低くても臨床症状、活動能力等の状況から1級にならないか。</p> <p>腎臓機能障害について、症状によっては「血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上」を超えなくても「1級相当」の障害に値する場合があります。ため、「1級」の基準の「血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上」を「7.0mg/dl以上」としてほしい旨、医師より要望があった。</p> <p>肺を片方摘出した、腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えている。</p> <p>じんぞう機能障害用診断書・意見書の様式に、身長・体重の記載をするよう変更をしていただきたい。(医師より)</p> <p>電話などの口頭での非公式の要望・じん臓：透析即1級</p> <p>じん臓機能障害(1級)のS-Cr. 8.0以上要件の緩和。 ケースワーカーや医師。</p> <p>指定医からじん臓機能障害のクレアチニン濃度中心の認定に関して、筋肉量をも鑑みた相対的な判定を要望されることが多々ある。</p> <p>腎臓機能障害において人工透析を実施しているものについては、1級としてよいのではないだろうか。糖尿病の場合、全身への負担を考えるとクレアチニン濃度が基準が基準に達しなくても人工透析を実施せざるを得ません。こういう人達を救う制度であってよいのではないだろうか。(医師)</p> <p>腎臓機能障害の透析患者の「3級」認定者を「1級」認定への要求について。(福岡県腎臓病患者連絡協議会、福岡県透析医会、本市嘱託医)</p> <p>じん臓機能障害の認定基準のうち、12歳以上は、内因性クレアチニン値ではない、血清クレアチニン濃度の値をもって認定しているが、専門の医師から、肥満の方や高齢の方は、内因性クレアチニン値の数値の方が信用できるはずであるので、基準の見直しをするよう要望された。</p> <p>じん臓：クレアチニン濃度を最重視するような基準は改めて欲しい→審査部会委員</p> <p>透析のために勤務時間中に一時会社を抜け出さなければならぬという障害者を雇用している会社の上司にあたる方から、じん臓機能障害に2級の等級を設けてほしいとの要望を受けました。</p> <p>人工透析実施者はすべて1級の障害認定をすべきである。申請者、障害者団体より以下の要望を受けている。</p> <p>透析患者は全て1級に(福岡県難病団体連絡会)</p>
<p>ぼうこう 直腸</p>	<p>ぼうこう、直腸機能障害の「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について、認定基準では原因を限定しているの、原因を限定せず状態からみた認定が可能となるようにしてほしいとの要望が個人からあった。</p> <p>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級に認定するよう、県内の障害者団体(日本二分脊椎症協会茨城県支部)から要望があった。</p>

小腸 固定時期	本市審査委員及び指定医師より、経腸栄養法は経管に限らず、経口でも認めてほしい。(小腸機能障害)
排尿・ 排便	障害の固定期間を全国的に一律に定めることはできないのか。 脊髄損傷や脳性麻痺等による排尿・排便機能障害も認定の対象としてほしい。〔個人：複数〕 ぼうこう・直腸機能障害について、15年度より新基準になり「ストマをもつもの」にとしては認定基準が緩やかになったが、「二分脊椎による排尿・排便機能障害があるもの」にとしては、基準が厳しくなると、申請者から意見があった。 原因不明(医療ミスの可能性あり)の排尿機能障害について、原因疾病以外は基準を満たさず場合。市民からの要望 排尿障害の拡大 要望者：本人、家族
高次脳	市民より・排尿排便機能障害において、直腸機能に起因なくとも認定してほしいとの要望。 MMTやROMのみで判断されると確かに軽度であるが、高次脳機能障害があり、ADLの制限も著明で、常時介護が必要であるので、それを考慮して欲しい。市民からの要望
手帳交付	高次脳機能障害について、身体障害者手帳の対象にならないのかと、身障施設より要望がある。 発症からの短期間での手帳の交付 要望者：本人、家族
等級	現在の1～6級の等級を細分化してほしい。又、同じ級でも、障害の状態によって型をわけ、それによって、各社会制度の優遇措置を、本当に必要な人のみを対象とすることができるようにしてほしい。 他に第1種、第2種の区別を無くしてほしい。(障害者から) 医師の判断としては、2級該当なのだが、別表5号の等級表では該当するものがないということがあった。 内部障害の2級を設けるよう障害者団体等から要望あり。 肢体不自由に対する早期の認定(発症から1ヶ月以内)、内部障害に対する早期の認定(発症、手術施行から1ヶ月以内)、いずれも申請者の家族からです。
肝臓・胃	肝臓、胃は障害認定の対象にならないのかと、市民からの問い合わせがある。 肝臓機能障害(特に肝臓移植)にも身障手帳交付を求め(香川県難病患者、家族団体連絡協議会) 内部障害に2級の障害認定を設けるべきである。申請者、障害者団体より以下の要望を受けている。 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。 障害認定と介護認定との統一が望ましいが、身体障害者の等級認定の方が優先されるべきである。(医師より)

(2) 認定基準の見直しに対する貴職自身の要望にはどのようなものがありますか。

視覚	<p>視覚障害：運転免許証の交付対象とならない程度まで、一種の適用範囲を広げて頂きたい(身体障害者旅客運賃割引規則)</p> <p>視力障害の判定に「両眼の視力の和」が使用されているが、「両眼開放視力」を使用するべきである。</p> <p>視覚障害 視野障害の判定にゴールドマンではなくハンフリーで検査してくるケースがあるため、ハンフリー用の基準を定めてほしい。</p>
聴覚	<p>視覚、聴覚において例えば片目、片耳の能力が0(ゼロ)の時の取扱い</p> <p>聴覚障害の認定にあたり、会話域の測定値のうち100dBの音が聴取できない場合は105dBとし算定することになっているが、現在ほとんどのオージオメータが110dBまで測定可能である。等級の食い違いが生じるため、実測値での判定をするべきである。</p> <p>聴覚距離測定による認定をせざるを得ない場合の「痴呆」「知的障害」「反射神経障害」等を証明するための方法について具体的に明示していただきたい。</p> <p>視覚、聴覚において例えば片目、片耳の能力が0(ゼロ)の時の取扱い</p> <p>特障害の認定に当たっては、身障手帳取得時の診断書で判断できる場合は、申請者の負担軽減の観点から、手当用の診断書を省略できることとなっている。しかしながら、身障手帳用の診断書の項目と特障害の項目が若干異なるために、判断がつかずに手当用の診断書を徴して判断せざるを得ない状況が多々ある。ついては、身障手帳用の診断書(肢体不自由用)の『動作・活動』欄に「どじひもを結ぶ」「ワイシャツのボタンをとめる」の項目を加えて頂きたい。</p> <p>肢体不自由について、各障害部位での「全廃」「著しい障害」「軽度の障害」の程度を示す具体例を増やしてほしい。</p> <p>肢体不自由について、脳血管障害以外の疾病や事故等についても認定時期についての期間を示してほしい。</p> <p>人工関節置換での全廃、ペースメーカー・人工弁置換による心臓機能障害1級などは、支援の必要性をはかる尺度とはならないのではないか。</p> <p>肢体不自由：疑義解釈で「両下肢障害での3級、4級認定はありうる」とあるのを、基準を明確にし等級表に入れてほしい。</p> <p>上段の質問事項で医師からの要望もあつた通り、認定基準に7級があるために7級ひとつでも手帳の交付対象となってしまう申請者も多く、窓口対応で7級申請者とのトラブルケースもある。7級ひとつでも手帳の交付対象とするか、6級に含める等、肢体不自由障害の上肢7級、下肢7級のあり方についてご検討願います。</p> <p>肢体不自由障害においては、個々の様々なケースがあり、各関節の機能障害以外の部分では認定が難しく判断に迷う場合もあることから、診断書に基づき具体的な例をもう少し提示していただくよう要望します。(特に、「一上肢の機能障害」、「一下肢の機能障害」、「両下肢の著しい障害」(両下肢2～4級の差異を明確に)</p> <p>肢体障害について、ブルンストロームステージ、SIAS、その他いろいろな評価法を複数組み合わせることで等級の判断ができるよう明示された基準があれば、診断書作成医と認定側のトラブルが軽減できるのではないか。現状では、MMTとROMのみで判断材料が乏しい。</p> <p>高齢者の認定について、加齢による筋力低下を身体障害として認定することには違和感を感じている。年齢制限を設けるといったことも検討された</p>

<p>切断欠損、リウマチ、脳血管障害、神経系疾患、意思疎通できない場合の脳性麻痺などさまざまな原因によって生じる、表れ方も様々な肢体障害を一つの診断書・基準で認定していることに疑問がある。複雑化しすぎるかもいけないが、疾病の特質を取り入れた基準づくりを期待したい。</p>
<p>4-(1)に同じ、 肢体不自由の基準の明確化</p>
<p>人工関節等によってほぼ永久的に機能を回復したものは、全廃とせず、見直すべきである。</p>
<p>手術等を受けたことにより、ADLが改善する場合は、手術(人工関節置換術、ペースメーカー植え込み、人工弁置換術等)を受けたこと自体を対象とするのは見直すべきである。</p>
<p>体内装置(人工関節、人工骨頭、ペースメーカー、人工弁等)については、機能全廃としての問扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。</p>
<p>肢体不自由障害において、現状の診断書では認定の判断が非常に難しい。他の障害分野と同様によりデジタルな認定基準が必要である。</p>
<p>上肢・下肢機能障害の認定に関わり、一上肢の著障(3級)と軽障(7級)、一下肢の著障(4級)と軽障(7級)との間に、等級格差が大きすぎるように考えられる。</p>
<p>肢体不自由の一上肢の障害については、全廃2級・著障3級からいきなり軽度7級になるので、特に中程度の障害という場合に認定しづらい。この間で等級があればと思います。</p>
<p>肢体不自由について、MMT・ROMに異常が現れにくい障害について、支援費のように日常生活の不能の程度を点数化して、等級を決定する</p>
<p>肢体不自由で、痙性マヒなどで筋力低下は基準に満たないが歩行能力はかなり制限されているなど、特に神経障害の関係で基準にいう具体例には該当するが、筋力・関節可動域は基準に該当せず、認定しづらいケースが多い。こういった場合にどう考えるかの指針があればと思います。</p>
<p>アルツハイマー病等の老人性痴呆性疾患を原因とする肢体不自由の障害認定について、現行ガイドラインでは基準が曖昧となっているので、より具体的かつ詳細な基準を策定願いたい。(『関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致』する場合は認定可能としているが、実際には『本人に意思能力がなく測定不能』として医師所見1級との診断書が作成されており、対応に非常に苦慮している。)</p>
<p>一(両)上肢及び一(両)下肢全体の認定基準について、関節可動域、筋力のほか、動作・活動のどのような項目に制限が生じた場合に〇級になるというように、動作・活動とタイアップした認定基準を定めていただけたらと思います。</p>
<p>一上肢は2、3、7級)、一下肢は3、4、7級と等級間隔が大きくなり、肢体の他の部位等の障害と比較しても大きくバランスを欠いているように思われます。間に級を設定することを検討いただけないものでしょうか。</p>
<p>神経疾患を原因とする不随意運動、しんせん、運動失調等による肢体不自由の認定が公平にかつ効率的にできるよう分かりやすい認定基準を定めていただきたい。</p>
<p>筋力の記載は〇△×ではなく、1～5の数字で表記する方がわかりやすいと思われれます。</p>
<p>両下肢機能の著しい障害が2級で、その次が軽度の6級と開きがありすぎるため、中間の4級程度の基準を望む。</p>

肢体

	<p>肢体不自由においてROM,MMMTが良好にもかかわらず、認定基準にある「～動作ができない」「～km以上歩行不能」ということで上位等級の申請がみられる。判断が困難。</p> <p>肢体不自由では特に年齢差による障害の能力が加味されていない。(例、歩行距離、握力等)高齢者は、手帳がとりやすいものとなり、(それは間接的に老衰、老化の要因も含まれてしまう。)それ以外の層には不利になっている。例えば、年齢70歳以上は、3級を握力5kg→3kgに下げるといふことも必要だと思ふ。</p>
内部	<p>内部障害(免疫以外)の2級を設け、その基準をつくってほしい。</p> <p>人工関節置換での全廃、ペースメーカー・人工弁置換による心臓機能障害1級などは、支援の必要性をはかる尺度とはならないのではないか。</p>
心臓	<p>更生医療の適用を目的に心疾患の発生とほぼ同時に心臓機能障害を認定するのは認定の原則から適当でないといわれたが、そのような申請が多々あり、認定せざるを得ないのが現状で、心臓機能障害における認定基準及び更生医療の見直しが必要ではないだろうか。</p> <p>心臓:狭心症なども反映する診断書所見に見直しをしてほしい。</p> <p>施術等を受けたことにより、ADLが改善する場合は、施術(人工関節置換術、ペースメーカー植え込み、人工弁置換術等)を受けたことと自体を対象とするの見直しすべきである。</p> <p>体内装置(人工関節、人工骨頭、ペースメーカー、人工弁等)について機能全廃としての問扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。</p>
呼吸	<p>呼吸器機能障害において、現状の診断基準では認定不可能なケースがほとんどでほとんど全ての診断書は、審査会で医師の判断が必要となってしまう。もう少し実情に合わせた基準(市民への説明をするためにも)が必要である。</p> <p>呼吸器について、O2分圧等の基準を緩和すべき</p> <p>呼吸器機能障害において、数値以外の部分(例えばX線所見等)も認定基準項目等に取り入れてほしい。聴覚の認定基準の全面的見直し。</p> <p>じん臓機能障害:終生透析を要する者はじん臓機能検査値にかかわらず1級として頂きたい(または高齢者にはじん臓機能検査数値の基準を下げてほしい)</p>
腎臓	<p>じん臓:クレアチニン濃度を重視しているのを見直してほしい。クレアチニン濃度をもってでは障害程度が反映しないケースもある。</p> <p>S-Crは筋肉量に強く影響されるものであり、現行基準は腎炎の若年男性に極めて有利で、(全身状態の悪化しやすい)DM性腎症の高齢女性に極めて不利である。せめて、小腸機能障害の栄養所要量のような年齢性別を反映する基準を設けるか、透析開始から数ヶ月経過・離脱見込みなしを1級とするなどの改善が必要。以前と違って腎炎よりも(全身状態の悪化しやすい)DM性腎症の増加によるものが多いため、S-Cr. 8.0以上まで待たずに透析に至る事例が少なくなない。</p>
肝臓	<p>じん臓機能障害で、クレアチニンクリアランス値での認定は12歳未満のみとなっていますが、本人の状態によってはクレアチニン濃度でしか判定できないケースもあると思います。(病名や体重等により)クレアチニンクリアランス値でも認定できればと思います。</p> <p>腎臓機能障害の認定基準の見直し(より正確な腎臓機能の残存能力の評価方法において認定を行う。)</p> <p>肝臓機能障害をはじめの内部障害全般について日常生活活動の制限の観点からも障害認定すべきでは。</p>

痴呆	<p>痴呆の患者の場合の障害認定についても基準があいまい。痴呆であっても筋力低下等で判断基準を満たせば実質的には身体障害者の認定が可能になってしまいが、本当に障害者福祉の利用でフォローが可能であるのか疑問である。</p>
意識	<p>意識障害者について具体的な認定基準を明確にしてほしい。</p>
	<p>障害年金の認定では発症から一定期間経過の原則があると思うが、身障手帳認定ではほとんど期間の明示がない。現在の指定医師各自の判断に障害固定の判断を委ねることによるメリットもあるものの、苦慮することも多い。</p>
	<p>認定基準及び等級を簡素化してほしい。</p>
	<p>再認定の基準を充実させてほしい。</p>
	<p>一度認定を受けたら一生有効というのは無理が生じるため、改善したら等級の見直しをする等、再認定は必要である。</p>
	<p>医療とリハの進歩に見合った基準の設定が望まれます。</p>
全体	<p>リハビリテーションを中心とした認定、日常生活能力の視点導入、症状固定の時期、疎通ができない場合の評価基準など新たに設ける必要があると思われる。</p>
	<p>認定基準の見直しの情報を、経過も含めて早めに行政側にも示して欲しい。経過がわからず、突然決定があっても、対応困難なことがある。</p>
	<p>原疾患にこだわらず、認定基準に合致する症状が継続的に認められ、なおかつ、援護の必要性が求められるものについては、認定対象としてほしい。</p>
	<p>国が認定基準(ガイドライン)の見直しを行った際の経過等の資料を地方自治体へ提供すべきである。地方自治体の担当者の考えを聞いた上で、認定基準(ガイドライン)を示すべきと考える。</p>

(3)障害範囲	<p>の拡大について貴職が受けた要望にはどのようなものがありますか。それは、どこからの要望ですか。 色盲、肝臓、胃、膵臓、首の肢体不自由、外反母趾、糖尿病、も身体障害者手帳がとれるようにしてほしい。(窓口で市民より)</p>
視覚	<p>パーキンソン病により脛が下がり、実際にはものを見ることが不可能であるのに、障害と認定されないのは遺憾であると、申請者から意見があった。</p>
首	<p>色盲、肝臓、胃、膵臓、首の肢体不自由、外反母趾、糖尿病、も身体障害者手帳がとれるようにしてほしい。(窓口で市民より)</p> <p>首を動かすことができず、ADLに大きな制限があったが却下となった。首の機能障害も認定の対象とされるべきだ。市民から。</p>
外反母趾	<p>色盲、肝臓、胃、膵臓、首の肢体不自由、外反母趾、糖尿病、も身体障害者手帳がとれるようにしてほしい。(窓口で市民より)</p>
肝臓	<p>肝臓についても対象としてほしい(一般の方から)</p> <p>肝臓の機能障害について対象とすべき[個人]・1眼の視力が0の者は、他眼の視力が0.6以上であっても対象としてほしい(視野の面からも)[個人]</p> <p>肝機能障害について。申請者の家族から。</p> <p>肝機能障害(医師・市民から)</p> <p>本人等、時に肝臓機能障害がないかと尋ねられることがある。</p> <p>肝臓機能障害：年金で認定になることがある。市民から</p> <p>肝臓機能障害、膵臓機能障害及び高次脳機能障害について、該当障害をもつ県民からの要望がある。</p>
膵臓	<p>色盲、肝臓、胃、膵臓、首の肢体不自由、外反母趾、糖尿病、も身体障害者手帳がとれるようにしてほしい。(窓口で市民より)</p>
糖尿病	<p>色盲、肝臓、胃、膵臓、首の肢体不自由、外反母趾、糖尿病、も身体障害者手帳がとれるようにしてほしい。(窓口で市民より)</p>
胃	<p>胃をガンで半分切除していたり、嗅覚や味覚に障害をもつ市民から胃についても認定の対象にしてほしいとの要望があり、なぜ心臓の手術(ペースメーカー、弁置換)を行い、健常者と全く変わらないまでに回復している者を重度障害と認定しているにもかかわらず、胃を切除し普通の日常生活を送ることができないものを認定しないのかという意見がありました。</p>
大腸	<p>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べき。市民から</p>
睡眠	<p>ナルコレプシー[睡眠障害]の重度の者について対象としてほしい[個人]</p>
高次脳	<p>高次脳機能障害(医師・市民から)</p> <p>肝臓機能障害、膵臓機能障害及び高次脳機能障害について、該当障害をもつ県民からの要望がある。</p> <p>「完全」でなく「著しい」尿失禁状態等(医師・市民から)</p>

排尿

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の者(指定医師からの要望)、胃全摘出により経管栄養を行い、日常生活制限(活動耐性低下)や医療費の負担が大きい者(当事者個人からの要望)
嗅覚の障害はないのか(市民)
高齢化の問題(老化による対象者の拡大)と障害範囲の拡大は問題点が多いのではないかと思われる。(審査部会等)
味覚、臭覚、肝臓、膵臓機能障害について 要望者:本人、家族
糖尿病を障害者として認めて欲しいとの要望があった。
特に受けていない。
永続性・症状固定に限るのではなく障害年金のような有期認定でよいので手帳の認定をしてほしい。肝臓病やその他の難病も対象に入れたい。
患者、ケースワーカー、保健婦など。
病院から、じん臓機能障害のように日常生活に影響のあるような肝臓機能障害の認定もすべきである
当事者から肝臓の障害は身体障害者の該当にならないかという要望があった。
福祉事務所より高次脳機能障害の要望
高次脳機能障害に際して、記憶ができない、計算ができないといった障害についても認定して欲しいとの要望(市民)
ぼうこう機能障害:自己尊尿の常時実施までには至らないが、1日2回等の指導を受けている場合、又は尿失禁が認められる場合
前記の設問でもお答えしましたが、排尿機能障害の範囲の拡大に関する要望は住民、医療機関、社会福祉審議会の委員などからあがっています。高次脳機能障害で現行の認定基準の中で具体的な運動障害としては現れない認知障害などを対象としてほしい 住民
日常生活上の制限の程度で等級判断をしてもらいたい。例えば股関節のみ機能全廃で4級であるが日常生活はほぼ車椅子で大変な不自由を余儀なくされている等 手帳申請者
遷延性意識障害について、従来の肢体不自由1級ではなく独自の障害として認定し、これに併せた福祉措置を講じるよう、県内の障害者団体(遷延性意識障害患者の会)から要望があった。
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(医師)
肝臓移植等の臓器移植についても、障害認定の対象にしてみたい(一般)
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。(一般)
小児の肢体不自由認定について(小児の子どもを持つ親の会)、肝臓機能障害の認定について(肝臓友の会)、血友病の障害認定について(血友病患者の会)、心因性排尿障害の原因疾患の拡大について(患者友の会(未組織))
高次脳機能障害を加えてほしい。(家族等)
難病、低身長、顔面の障害(眼瞼の下垂など)、胃・食道全摘、後天性の神経因性膀胱、基準に至らない指の切断等
肝臓機能障害を身障手帳の認定に加えて欲しい。難病患者の団体から
胃ろう患者から身体障害者にならないかとの要望があった。
肝臓の機能障害についても障害の対象としてほしいとの要望が個人からあった。
個人から肝臓機能障害への拡大

嗅覚

<p>肝臓機能障害の追加(本人から)</p> <p>市町村役場を通じて、患者本人から問い合わせがあったということで、肝臓機能障害に関するものが何件かありました。</p> <p>市民より…肝臓機能障害も認めて欲しい。／心臓機能障害の意見書には人工弁・ペースメーカーの有無しか記載がないが、ICDなど他のものも記載できるようにして欲しい</p> <p>聴覚障害について、両耳ではなく、片耳だけで認定できないかと市民から要望がある。視覚障害について、両眼ではなく、片眼だけで認定できないかと市民から要望がある。指の切断について、第1指節間関節(PIP関節)以下でも対象にならないか、また一上肢の一指でも対象にならないかと市民から要望がある。</p> <p>内部障害に2級を設定する。(県身体障害者連合会) 聴覚障害に、1級を設定する。(医師)</p> <p>先天的な食道狭窄等による嚥下障害についてもそしゃく・嚥下機能障害として認めてほしい: 医療機関ケースワーカーより要望</p> <p>色覚障害、高次脳機能障害(記憶障害等)、いずれも申請者本人又は家族からです。</p> <p>視力障害の方で片方の視力は矯正不能、片眼は手帳等級外の場合片眼で物をみることに困難さについてりかいていけるかという方からの要望について厚生労働省へ申し入れをお願いしたいと対象者からの要望があります。申請者、障害者団体</p> <p>小人症の患者について、現行基準では十分な認定ができないとの要望あり。(福岡県難病団体連絡会)</p>
--

(4) 障害範囲の拡大について貴職自身の要望にはどのようなものがありますか。特別障害者手当の認定では肝臓や血液疾患でも認定されるが、身体障害者手帳はもらえない(認定基準にない)のはなぜか、疑問に感じている。

上記(3)の内容、他県からの回答等を踏まえ、見直し、改正をご検討いただきたい。

高次脳機能障害

現行の非該当手指切断についての障害範囲の拡大。

障害認定の目的から、加齢や廃用によって障害が進行した者よりも、むしろ若年で障害をおった者をもれなく認定できる基準が望ましいと考えます。

医学的なことは専門でないので、医療関係者で検討して欲しい。

どのような範囲に拡大されるのかが分からないが、拡大の要望が多いのは後天的疾病による制限についてのことを想定して回答した。先天性障害とわりわけ肢体障害と、後天的疾病による内臓機能障害が同じ身体障害者手帳を所持することが個人的には未だに疑問に思える。確かに、社会的制限があり、各種サービスを必要としているのだが、「狭心症と診断されたが、なにか手帳がもらえないんですか」といった質問を受けるたび、「障害」とは何かを考えさせられる。障害の状況を端的に外部に示す証明であるのに、あたかも上位等級が有利であるといった考えが蔓延したり、ともすれば「疾病証明書」としてとらえられかねない拡大は避けるべきと思われる。一般的には身体障害者手帳の本来の意義や目的に対する理解がないまま、医療費助成やその他の割引・減免制度の適用を目的に手帳が取得される。この現状が望ましいとは思えないが、一度拡大を始めたものを縮小することは困難であるためやむを得ない。サービス適用方法の見直しも必要と思われる。

現状維持でよいと思います。

呼吸器機能障害について、他の内部障害と比べ認定が厳しいため、もう少し緩和されないものか。

今のところ、特別希望はありません。

例えば内部障害において、現状の臓器が障害認定可能であるならば胃、肝臓、食道などの臓器の障害の認定も必要ではないか。

遷延性意識障害、幼児の認定について個別の基準と運用が必要。

加齢による障害についても基準があいまいであるので障害の範囲の拡大というよりはより明確な判断基準が必要である。

生体肝移植などの移植医療を受けた者を認定対象にいれること。臓器の機能を廃絶したものであり、免疫抑制療法を生涯継続する必要があり、食事、労働、医療費など社会的制限・負担が少なくないため(特定疾患の対象には1年間しかならないため医療費負担も少なくなはず)。更生の援護のためにも機能全廃(3級)のみ設定してもよいのでは。(1級は重過ぎるよう思われるゆえ、音声言語機能と同程度では)

(3)の要望のように、肝機能障害も認定すべき

色覚障害の検討を要するのではないか。

高次脳機能障害の障害認定は必要である。日常生活上、社会生活上に大きな障害をきしており、失語症は障害認定の対象になっているのであるから。

小腸やぼうこう直腸などで、同じ症状であっても原因疾患により認定対象外となる場合がありますが、この制限をなくして欲しいと思います。

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だろうか。

小人症、血友病、高次脳機能障害は障害認定が必要と考える。

肝機能障害を身障手帳の認定に加えて欲しい。

現実に障害を持ち、社会に参加できない人には障害範囲を拡大すべき

障害範囲の拡大の情報を、経過も含めて早めに行政側にも示して欲しい。経過がわからず、突然決定があっても、対応困難なことがある。

腎臓機能障害の認定について、人工透析をしている方のクレアチニン濃度が8.0以下の方について1級認定にはならないので、透析開始したら1級とはならないのか。

内部障害に2級の障害認定を設けるべきである。

人工透析実施者はすべて1級の障害認定をすべきである。

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。

介護保険との統合の中で、社会的に困難のある人を極力援護しうる様な対策をお願いします。

(5) 手帳に有効期間を設けるとしたら、それに伴う運用上の問題点についての意見をお書きください。

手帳の有効期間が切れれば、障害者施策すべてを受けられないと全国統一してほしい。ねたきりで受診できない方や重度知的障害と重複する方への対応をどのようにするか。

有効期間が経過した人の把握、督促、返還命令等の対応が件数が多いため不可能。

再認定の際に速やかに診断書が提出されない場合について、より具体的に事務取扱規程、通知によって事務処理をする必要がある。永久的に障害が固定している手帳所持者への負担が増大する。

更新に関する手続き等、当初は混乱を生じると思われる。

そもそも有効期間を設けて手帳交付するということは、「障害の永続性」によって、「身体障害者」と認定されるという従来の考え方とは異質であり、固定期間等の意義や必要性も薄れてくるのではないか。

再認定を徹底するための方策としては効果的とも考えられる。(再認定という要件つきで障害認定をすれば、軽度化または治癒での再交付・返還に必要ないケースもありうるため、あらかじめ有効期間を示した手帳を交付する。)

事務が繁雑になる。

専門医の判定の基づく手帳に対して一律に有効期間を設けることは、手帳の最認定の業務増加に反映され、事務の繁雑化につながると思われる。

有効期間を設けること事態無理である。

更新時期到来に伴う通知業務が新たに発生する。

更新手続きを怠った場合には、手帳の効力が消滅すると考えられることから、期限到来を以って一律に資格喪失となるため、再認定による障害程度の見直しに比べると、障害者間の不均衡・不公平がなくなる反面、手帳再取得前に失効した場合に、従来受けていた福祉サービス等が一時的に中断されることから、各種手当の追求・返納事務や医療費の制度間調整が必要になると予想される。

有効期間を経過した後に、更新申請をしないまま、旧手帳を所持して福祉サービスを受け続けようとする者が現れる可能性が大きい。

認定事務、交付事務の煩雑化

手帳システムが導入されているので、事務的には問題ないが、手帳にも有効期限を記載し、有効期限がせまっていることの通知も市町村をとおして送付しても、実際再認定を受けない者についての対応をどのようにするか問題がある。

更新の際に法第15条指定医師の診断書を添付せざるを得ないが、診断書料等の経済的負担を伴うこととなる点。

障害固定しており再認定を必要としない人には手間になるだけであり、必要な場合のみ再認定をすればよい。

すべての手帳に同時期の有効期間を設けるのであれば、問題ないと考えますが、再認定に係る有効期間であるとすると、現在、再認定を要する期間については「1～5年」の期間内で決定することになっており、個々の障害の症状によって再認定の期間が違ってしまうため、公平で適正な期間を設定することが難しいと考えます。尚、有効期間を設けた場合、再診査を受けられないものに対しての資格について何らかの対処が必要と考えます。又、現在船橋市では、年間約1,800件の手帳交付申請があり、すべての手帳に有効期間を設けた場合、再認定診査の通知や再認定の申請が増え、再診査を受けられないものに対しての督促、返還命令も予想されるため、認定事務担当者の観点から考えると、手帳所持者の有効期間の把握、それに伴う事務処理がスムーズに行えるかどうか、管理上の問題が考えられます。

<p>手帳交付事務の増大が生じるので、現在体制で定められた期間内(本県28日)に手帳を交付することは困難と思われる。</p> <p>既交付手帳所持者の取扱いが大きな問題になると考えられます。東京都には統計上約38万人の所持者がいるため新たに取得する方だけにこの制度を適用すると既得権とはいっても全体的な不公平感はでてくると思います。もう一つは年間の審査件数が新規更新合わせて約3万件あるため、有期とすることでいずれも標準化すれば全体の審査件数は倍増することになります。再認定制度を14年度から実施しているが、診断書未提出者の処理が事務的に重いものになっている。有効期間方式のほうがそのようなことなく、全員に平等であり有効であると思います。</p>
<p>有効期間の設定により再認定不要の障害者についても更新のための手続が求められることとなるので、認定機関側の事務量の増大はもとより、障害者団体等からの反発が予想される。また、本人の入院や施設入所等により更新の手続がなされなかつた場合に対する救済措置についても併せて検討する必要があります。</p>
<p>事務処理上、対応できない虞があります。</p>
<p>医師過疎地域に居住する者の負担が大き。(指定医師の診察を求めるとの移動時間、費用、介護者の負担等)</p>
<p>等級に変更のないものも再認定を行うことになると事務量が倍になる。</p>
<p>業務量の増加に伴う体制整備や切断等も一律に取り扱うかどうかの検討、および、既障害認定者や指定医などの理解が必要である。</p>
<p>再認定を実施しなければならなくなるため、認定事務が煩雑になる。</p>
<p>軽度化が予想されるものについては、有効期間を設ける必要があると思います。ただし、再申請の場合に診断書料金の負担増、有効期間の設定(期限、障害区分、原因疾病、医療の進歩により軽度化が考えられる場合等)検討が必要かと思えます。</p>
<p>有効期間がすぎた場合、どうするのか。再交付や返還の手続をすれば行政側にも障害者にも大きな負担となることが予想される。</p>
<p>再認定を促しているにも係らず、従わなかつた場合が考えられるが、具体的に返還させる方法をどうするか難しい。</p>
<p>障害種別に有効期限を設けることは、期限をどのように定めるのか、その理由は何かなど非常に大きな問題点がある。</p>
<p>有効期間切れを防ぐために、対象者は、再認定の手続を行うこととなるが、障害が重い方にとっては、診断書をとるために、病院を受診することは大変な負担となる。又、病氣や障害を理由に受診せず、期間が切れた場合に、各社会サービスを停止してしまうことは、実態として困難であると思われる。</p>
<p>行政機関の負担増の他、障害者の負担が多すぎる。身障手帳は、永続的な障害をもつ場合に交付されるもので、定期的に再認定を全員に義務づけることと矛盾する。</p>
<p>等級が変更にならなかつた者から、診断書料や手続にかける労力についての苦情が予想される。</p>
<p>更新手続を失念する者が相当数生ずると思われ、そうした者への対応が必要となる。また、有効期間を徒過した手帳所持者が有効期間徒過の事実気付かず各種の福祉の制度を利用しようとしてトラブルが生ずることが考えられる。</p>
<p>有効認定を行った場合、手帳所持者にとって診断料が負担となるので、診断費用の無料化が必要。また、その対象者について、新規交付者だけでは公平性に欠けることとなるので、既に交付者に対しても適用する必要がある。</p>
<p>有効期間切れに伴う返還手続を適正に実施していくことができるかという問題があります。</p>

<p>再認定の実施方法について、どこで、どのように行なうのかが問題となる。手帳交付申請と同様に医師の診断書が必要になると、障害者の経済的負担が増加し、その補助についても問題となる。外出が困難な障害者についてはどのように診査を行うのか？訪問診査を行うとなると、行政の事務負担と公費負担が増加する。また、有効期間はどれくらいにするのか？障害は年齢、障害部位、障害程度により障害の変化が異なるため、期間を一律に設定するのは困難と思われる。有効期間を設ける場合、全ての障害を対象としていくのかも問題となる。幼児は成長により障害の変化の可能性があるため有効も効果的だと思いが、高齢者については、年齢とともに障害が重度化していく傾向にあり、障害軽減の可能性は低いことから、全ての障害者について有効にするのは疑問を感じる。</p> <p>手続きの遅れ等により、現在受けているサービスが受けられなくなる場合も考えられる。また、障害を持っていることや体調等の状況により、更新手続きが十分に行なうことができない場合もあり、有効期限の設定は慎重に検討すべきである。</p> <p>有効期間後の様々な制度やサービスの適用についての考え方</p> <p>日常生活上の不便さ、就職が不利なことに変わりがないにもかかわらず、手帳を返還しなければならぬ場合、所持者は不満を申し立てると思われる。</p> <p>ほとんど寝たきりで有効期限が過ぎても病院に行くことができず、新たな手帳申請ができず、また有効期限が過ぎても手帳を返還しない人への返還命令、強制執行をどこまで行えるかなどの問題がある。</p> <p>過去に認定を受けている者の取扱</p> <p>身体障害者手帳は、障害が永続する状態をもって交付することが原則であるため、有効期限を設けることは「障害固定後、認定の原則」に反する。</p> <p>再認定により手帳に有効期限を設けるとした場合、国は全国統一の見解を地方自治体へ示すべきと考える。</p> <p>再認定及び有効期間の取扱い、各地方自治体個別の基準を設けるべきではない。全国的な障害者福祉施策の運用に地域格差が生じる原因になると考えられる。</p> <p>申請件数の増及びそれに伴う事務量の増、患者負担の増大</p>
--

(6) 手帳の様式に関して意見があればお書きください。

本籍を記載することになっているが、その必要性が不明である。

都道府県(市)で標記が一律ではない。(ある県では右上肢機能障害4級などと、具体性に欠ける標記がある)

本籍地の記載不要

磁気カード等の形式にしてほしい旨の意見が個人からあった。

手帳の記載事項が増え、(ex.有料道路割引スタンプ、自動車税減免)、記載欄に苦慮している〔市町村から〕

肢体不自由について、「下肢機能障害3級」としか記載していない自治体もあるので、指数計算がわかるよう各関節の障害状態を記載するよう徹底されたい。

HIVによる免疫機能障害は、通知より「障害名は『免疫機能障害』とする」となっているが、それ以外の記載方法を検討してほしい。(身体障害者手帳所持者で、障害名が「免疫機能障害」であれば第3者からもHIV感染者と推測されやすい。)

本籍地は不要ではないか。

カードサイズにできないか。

各種割引制度を利用する際に手帳を提示する機会が多いことから、障害の内容、及び原因となる疾病名の記載が他者の目に触れてしまう可能性があまりあります。原因を特定するために詳細な疾病名を記載すべきであると思われませんが、他者に誤解を与えたり、差別を受けることがないようプライバシー保護の観点から、詳細な疾病名称を記載しないケースも必要であると思われま。

障害区分毎に等級を記載(例 両上肢機能障害2級、体幹機能障害2級)

他県では、疾病名を記載せず、障害名のみ記載を実施しているところもあるが、当県では疾病名を記載している。その疾病名を特定疾病名に変えて欲しいとの要望があることがあり疾病名の記載についての必要性についての疑問である。

障害の原因についても記載ある方が望ましい。

運転免許証と同様に全国統一の仕組をとることが望ましい。転出入にも対応しやすく、今後有効期限を設けることになった場合にも有効であると思う。近年、手帳発行・管理のシステム化がすすんでいるが、各発行機関ごとのシステム作成を余儀なくされ、規定にそのまま従った表記方法をとることができなくなっているようだ。

原因疾患名及び障害名について、全国共通の身体障害にかかる福祉サービス享受の観点より、国レベルで表現の統一化を図ってほしい。

手帳の様式については、自治体ごとに違いますが、現状のままでもよいと思います。

等級・種別の記載してある欄に障害名・原因が明記してある点は改善すべきと考える。(公共料金の割引を受ける際、提示の必要があるため)

障害名はすべて記載するのが望ましい。(特定疾病、介護保険等との関係があるため。)

ぼうこう・直腸機能障害用診断書は非常に便利です。特に、3. 障害程度の等級は役に立っております。

原因名は全く記載せず、左上下肢麻痺(1級)や四肢麻痺(1級)とする自治体もあり、各制度利用の参考にならないことが、別表第五号のどこに当たるのかくらはいは明記するべき。

語音明瞭度の認定に際して、スピーチオージオグラムの記載欄があればより信頼性が増すのではないか。

<p>手帳の提示が、各種窓口で求められる場合があります。(公共交通機関や施設利用の割引を受けるときなど)この場合に障害名は関係ないことが多いので障害名の記載欄をプライバシーを守れるようにできればいいと思います。</p>
<p>障害名の記載方法は、全国で統一できればと思います。また等級表上のどれに該当するかの明示があればと思います。</p>
<p>手帳にある補装具の記載欄は、事実上使用していないと思えますので、削除してもいいと思います。</p>
<p>各県の障害原因の表示の有無がまちまちで、統一されておらず、国のガイドラインで統一されたい。</p>
<p>ICカード化</p>
<p>当初交付日と再発行日の2行に</p>
<p>再認定診査年月の欄追加</p>
<p>「職業又は教育」の項目は不要ではないでしょうか。</p>
<p>有料道路通行料金割引制度が平成15年12月から改正され、従前の利用券による方式から「手帳の備考欄にスタンプを押印し料金所で提示する」方式に変更されているが、現行様式では備考欄が手帳の最後面にあるため、料金所通過の際にいちいち頁をめくって備考欄を出すことの手間や、手帳の毀損が多数発生することへの不満が数多く出されている。このため、手帳の第2面や第3面にスタンプ押印のための欄を設けていただきたい。</p>
<p>プライバシー保護の上からは、傷病名を記載しないことで、全国的に統一する必要がある。</p>
<p>右下肢機能障害、左膝関節機能障害、そしゃく機能障害等と記載し、その程度にについては、等級で表記することによいのではないか。(全廃・著しい障害の表現は必要ないと思われ)</p>
<p>どのような表記方法であっても、全国的に統一した記載方法が望ましい。</p>
<p>団体等からの要望により、手帳を小型化し、OA端末による印刷により省力化したのが、有料道路助成制度の変更があり業務量の増加が見込まれ、不満を感じる。内部障害において、ペースメーカー等の装着を明記する必要があるのではないか。</p>
<p>原因疾病を記載せずに「疾病」「外傷」等にす。</p>
<p>カード式の意見もありますが、交付事務のベースにのるもので有れば、検討しても良いと考えます。具体的な書式等については検討していません。障害名の記載については、詳細な記載一電算入力上の制約、プライバシーの問題、簡略記載一福祉サービスを決定する上で障害部位の特定が困難なとの弊害が考えられます。</p>
<p>平成16年1月から、各種公共機関を利用する際、障害名を料金徴収者等に知られないよう、プライバシー保護に配慮した様式を作成した。</p>
<p>自治体で異なるように規定してほしい。</p>
<p>障害名の記載において、その原因(疾病の名称等)は記載しなくてもよいと思う。</p>
<p>財布等に入れることができるように携帯性を持たせ、クレジットカード形式とし、必要なデータは磁気読み取りとする。また、現在、各都道府県において様式等がバラバラであることから、行政のみならず関係機関等においても対処に苦慮している状況であり、全国統一の形態とすべきである。また、形態を導入するにあたっては、国庫補助金が必要。</p>

<p>上記(5)の有効期間に関連して、再認定時期を記載することが望ましいと思われれます。その他に、本県では障害原因を記載するようになっていますが、全ての疾病名に対応することは困難であり、また、他県では必ずしも障害原因が記載されていないものもあり、そのような者が本県へ転入してきた場合に、手帳の記載内容のみでは、本県の交付台帳に正しく反映できないという問題があります。</p>
<p>障害名の記載方法について、統一されるのが望ましい。</p>
<p>障害名の記載については、プライバシーに配慮し、見開きで障害名が見えないように配慮している。病名の記載については、本人に知らせたくない病名もあると思われるため、記載してもいい内容か判断に困ることもある。逆に、他の障害サービス利用時(例:補装具交付、更生医療等)に、病名が記載されていないと事務に支障をきたすこともある。介護保険との関係で考えると、障害が介護保険の特定疾病によって生じたものかどうか判断するため、病名の記載が必要と思われる。手帳の大きさについては、カードサイズにして欲しいという要望が多い。</p>
<p>備考記入欄の拡大:有料道路等の割引制度が2年更新となったことに伴い、その都度スタンプ等の押印が必要となったため</p>
<p>特定疾患等以外で特に記載する必要がない場合は、疾病名は省略して良いのではないか。</p>
<p>本籍が必要なのか。現在は印字している。各県の取り扱いが異なっている。全国共通のものには出来ないのか、転入紛失の場合、自分の県で認定している内容に合わせるよう工夫している。四肢機能障害2級の場合上肢、下肢についてどうなのか判別しにくい。</p>
<p>当県では電算化した際に規則別表第五号に準じて障害名を記載するようにしたが、それ以前の手帳の記載は判断に苦慮する場合がある。</p>
<p>最近の有料道路割引有効期限新設に伴い、手帳様式を変える必要がでてきた。</p>
<p>原因疾患は、個人のプライバシー保護の観点から明記すべきではない。</p>

<p>(7) 障害等級のあり方に関して意見があればお書きください。 一般的には「1級＝重度＝ねたぎり」というイメージが強く、ペースメーカーを入れていくのが、なかなかか 解してもらえない。内部障害(HIVを除く)に2級、5級、6級がないのはなぜか。</p>
<p>1級と2級など、実際に使える制度にほとんど差がないものもあるもので、障害毎には指数のみで等級を定めず、総合等級で3～4段階にすること も研究の余地があると思う。</p>
<p>内部障害(免疫以外)の2級があってもよいのではないか。</p>
<p>肢体について、両上(下)肢全廃(1級)、両上(下)肢の著しい障害(2級)、両上(下)肢の軽度の障害(6級)だが、2級と6級との差がありすぎる のではないか。</p>
<p>肢体不自由7級は必要か。</p>
<p>7級は等級表からは除外し、点数表に“0.5”として掲載して欲しい。(誤解多い為)</p>
<p>福祉施策の実施においては、その障害の部位、内容、及び障害等級により、施策の該当範囲やサービス量・金額等の差異を定めており、等級の 設定は必要であると思われれます。</p>
<p>等級と福祉サービスの関係は密接なので、厳密な認定事務が今後求められている。そのためにも、診断書作成の15条指定医師に障害認定に ついてよく理解してもらおう必要がある。</p>
<p>ある程度簡素化してもよいのでは。</p>
<p>一つの目安として、等級は有効と思う。例えば窓口では肢体障害の等級を見ればだいたいの身体状況が想定できるため、相談にのりやすい。日 常生活用具では各障害の等級に応じて品目が定められ、便利な仕組みである。実情と等級にギャップがある場合は、まず等級変更の手続きをし ていただかなければならず、柔軟性に欠ける一面もある。障害の種類が多数あり、同じ等級でも、ADLに相当の差があるため、適正な認定が行 われているのかどうか、市民に誤解を受けやすい。また、身障法、国民年金法、労災それぞれ障害の程度等級が異なることも、理解されにくい。</p>
<p>等級の簡素化をしていただきたい。日常生活用具等における福祉行政サービスにおいて1・2級と3級以下の区分け以外では顕著な差別化がな く、また、補装具の義肢等は判定による個別対応もあることから、手帳等級による詳細な程度の必要性に疑問があるため。</p>
<p>障害福祉の制度によっては、障害等級のみで、その制度の適用、不適用を判断するので、等級は必要不可欠だと思います。しかし現在の等級 表では、同じ等級であっても、障害の種類によって日常生活における支障の程度に格差があるので、障害等級表については、見直す必要がある と思います。</p>
<p>障害等級は必要であるが、著しい、困難なもの等に医師の主観が入りやすい。</p>
<p>身体福祉法によるサービスを提供する上で、障害程度等級は必要だと思います。障害状況に無関係に必要なサービスを必要だけ提供できる社 会状況が望ましいでしょうが、現状では財源等の問題から障害等級は必要だと思います。</p>
<p>上肢・下肢機能障害の認定に関わり、上肢の著障(3級)と軽障(7級)、下肢の著障(4級)と軽障(7級)との間に、等級格差が大きすぎるよ うに考えられる。また、上肢・下肢については7級があるものの、7級の障害1つのみでは手帳の交付には至らないという点もあり、7級のあり方 についても見直す余地があるように思われる。</p>
<p>7級の手帳を認めることは反対。</p>

ほとんど障害のない人でも7級や7級×2とあえて医者が診断する事例も少なくない。最低等級でも利用できる制度は非常に多く、7級レベルの人をそこまで優遇する理由はない。
仮に7級の手帳を認定するとしたら、不況の中、7級狙いで医療機関を巡る事例が多発すると思われる。
(7級は、歩行能力2km未満や巧緻動作困難など、軽い基礎疾患さえあれば客観性の乏しい認定が続出しやすく、抜け穴となる)等級は障害程度を表し、その程度に応じて、各種サービスがあるので、必要だと考える
7級の必要性について疑問がある。
特に肢体不自由については、診断書・意見書に総合等級の記載があるのみという場合が多く、医師も当該者の状態を全体ひっくめて総合的に等級を判断していることが多いです。そのため、等級表上の個別等級での指数計算との間に矛盾が生じています。(片麻痺で総合4級など)
現在の福祉サービスを身体障害者手帳の等級を基準にしており、廃止は困難である。
福祉サービスが等級によって定められているものが多く、新たな支給要件等を設定できなければ現行の等級制度は必要だと思います。
身障法による各種サービスが障害の種別と等級によって規定されている以上、等級は必要です。
内部障害には他の障害に比べ「2級」がないため、申請者からの疑問・質問が多い。「2級」設定が必要である。
支援費制度等においては現行の等級との関連は薄いと思われ、より大きな区分でもよいかと考えますが、他の制度利用の場合には対象(等級、障害区分、部位、原因疾病等)が細かく規定されていることから、現行の等級見直しには検討が必要だと思います。
支援費制度との関係で言えば、「症害の有無」だけでよいという考えもあります。
各種福祉サービスを受けられる際に、等級別で判断することも多く、等級を撤廃すると、それぞれの制度で判断する必要に迫られ、場合によっては、それぞれで診断書を添付する事態になりかねない。
等級の必要性はある。しかし評価の方法に問題がある。例えば、肢体不自由の下肢欠損で大腿の1/2より遠位で欠くものと下腿1/2以上で欠くものは同じ等級になってしまう。膝関節が残存しているか否かは、日常生活動作上も全く異なってくるので、障害内容と等級の見直しが必要である。
福祉サービスの提供に当たり、身体障害者手帳の等級により福祉サービスの利用が可能かどうか判断するため、障害等級は必要と思われる。身体障害者手帳の障害等級は1級が重度であるのに対し、介護保険の要介護認定は5が重度のため、わかりづらい。旅客鉄道株式会社旅客運賃減額の1種、2種の区分けがわかりづらい。同じ上肢機能障害の2級でも、1種と2種があるため、説明が難しい。二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて認定するが、その指数での計算がわかりづらい。
等級を細かく分ける必要性はないと思う(肢体不自由も身辺活動制限、日常生活制限、日常生活制限等)。等級にこだわらず、援護の必要性に対応できれば良いと思う。
肢体不自由についてのみ7級の等級があります。他の障害があると手帳交付可能ですが、単独では交付対象にはなりません。内部障害との均衡がとれないのではないかと。

等級及び等級に関する基準が細分化されすぎであり、労力がかかる。障害の有無のみをもって、各福祉施策が利用できるように検討していくべきと考える。

<p>ねたきり高齢者の肢体不自由の認定は、障害の定義が介護等との関係から問題がある。</p> <p>中核市では、障害認定も補装具等の給付事業も同じ部署で行っています。そのためよく耳にするのが「このサービスを受けるために(必要となる)この等級が欲しい」という障害者の考えです。(例えば足関節全廃で歩行できないケースでは、等級上は下肢3級以上になるのは不可能で、車椅子の給付は受けられません。それで「歩行不能」を捉えて下肢全体の障害として等級を判定した診断書が出てくる場合があります。)そのためまず「サービス有りき」の申請になっていることが増えてきています。等級と各種給付との関係を捉えなおす必要があるのかと思います。</p> <p>各種補装具や酸素吸入装置等は日常生活上必要不可欠なもので、それらが障害認定されることにより提供されるわけですが、この段階よりも次の段階、例えば自立のための機能回復訓練等が障害認定と直結しているかという点と現行ではあまりされていないと思います。手帳の障害認定でそこまで広範囲にカバーすることは難しいのではないのでしょうか。</p> <p>1 障害認定により、身障法による各種サービスを受けることで、障害者の生活環境が整備され、日常生活能力の向上や社会参加意欲の向上に役立っていると思われれます。</p> <p>2 障害者雇用制度の改正とも相まって、障害者の就労活動の促進の一助になっていると思われれます。</p> <p>現在、本来の手帳による更生(援護)を目的としたものよりも、手帳取得により得られるその他制度の利用を目的とした申請が多いように感じます。</p> <p>法の理念、更生援護の目的によって障害認定がなされるべきであると考えます。</p> <p>更生医療の適用と手帳交付の関係について、自治体によって取り扱いが異なっており、原則を通しては本県などには大変迷惑を被っている。また、パースメーカーや人工関節を施行することにより、通常の生活に戻れる者についても、手帳交付の対象とすべきか大いに疑問がある。</p> <p>例に記載があるように、関係が希薄ということは感じます。</p> <p>申請の大部分が医療費の助成を目的とした高齢者の申請と思われれる。医療費、手当の受給等、経済的支援を希望し、申請を行う人が多いのではないだろうか。身体障害者手帳を利用し、リハビリテーションを希望し障害の軽減を図る人は、ごくわずかではないかと思われる。</p> <p>症状によっては必ずしも更生といえない場合があると思われる。</p> <p>税の免除、障害年金等の経済的援助を受けることを目的に手帳の取得を希望するケースが多いと感じる。</p> <p>免疫機能障害について「治療の経過による障害程度に変化が予測される場合は将来再認定の時期等を記載する」とある。免疫機能障害の手帳所持者が更生医療を利用して症状が改善し、再認定の結果障害等級に該当しなくなった場合、手帳を返還することになるが、更生医療との関係からするとそれも本人にとって不都合を生じる。免疫機能障害について再認定が必要なのか検討していただきたい。</p> <p>最近の高齢者の手帳新規取得の急増をみると、加齢現象に伴う身体障害(寝たきりによる筋力低下など)の場合更生の可能性をどのくらいとみるか判断しにくいところ</p> <p>心臓機能障害の場合更生医療の適用を目的に心疾患の発生とほぼ同時に認定するか否か考慮している。</p>
--

(9)その他、認定基準全体の運用における諸問題、今後の障害認定のあり方等について貴職の意見をお聞かせください。

このアンケートを集計した結果について、私たちにもフィードバックしてほしい。

更生医療の適用を身体障害者手帳所持者に限定する必要はないと思う。

障害固定と再認定との関係について、再認定を要件として障害認定を行うようになれば、「障害」が固定し永続するもの」とは言えなくなると考える。今後の動向の中で、再認定要件付きでの障害認定を行うようになれば、「障害」自体の考え方も変わってくるのではないかと。

本市において、障害認定事務は今後とも、障害者福祉担当課の事務職員が実施していくことになると思われるが、認定基準が多岐にわたり、かつ専門的判断を必要とすることから、医学的知識に乏しい事務職員が認定基準及び認定要綱の解釈や運営の真意を理解し、身体障害者診断書・意見書の記載内容の適否等を判断しなければならぬ現在の状況は技術的にかなり困難であります。特に肢体不自由については、複数の部位にわたる障害を総合的に判断するケースが多く、今後とも判断に窮する場面が多くなると予想されます。

人工関節置換術、ペースメーカー埋め込み術や人工弁置換術を受けた者は上位級を認定していますが、公平性の観点から日常生活の制限が改善した者はその実態にあった障害等級になるよう基準を変更する方がよいと考えます。

今後とも複雑多岐にわたる疾病による障害認定の申請があると思われ、障害認定のあり方も社会情勢にあったものにせざるを得ないであろう。

指定医の認定基準の理解不足のためか、認定困難な事例が多く、医師照会や社会福祉審議会に諮問するのが全体の2割程度でかなりの事務量がある。よりわかりやすい様式や認定基準の改正を要望する。また、指定医の認識を高める必要がある。さらに指定医について、運転免許更新のような最新の認定基準を理解するための資格更新の機会を与えるべきである。

認定基準の検討には障害当事者の意見も広く参考にする必要があると思われる。

指定医師から、「障害者の機能障害が認定基準通りでない場合もあり、認定基準を見直す必要があるのではないか」との意見を受ける時もあることから、実際に医療の現場で認定を行っている指定医師の意見・要望を受け、認定基準に定期的に反映させていく必要があるのではないかと考えます。

心臓機能障害については、現在、更生医療の適用等により障害が軽減されると思われる場合(バイパス手術等)再認定期間を設けているが、過去の手帳取得者においては再認定期間の設定が徹底されていないケースもあることから、障害が軽減されないにもかかわらず、障害者として手帳を持っている可能性があると考えられます。障害者の公平性、妥当性という点を考慮し、そのような者に対して見直しを行う必要があるかどうか、その対応について国からの方向性・見解を提示していただきたい。

医師の診断書の書き方が基準に沿っていないために認定が困難となるケースが非常に多い。特に肢体障害に目立ち、客観的判断材料が不足した内容、基準に合致しない内容で診断書を作成される。さらに、患者に〇級認定で問題なしですと予め説明しているケースもある。認定困難で確認のため返戻すると反発を受けることもある。診断書を窓口で渡すときには、医師に相談のうえ該当する場合は作成していただくよう申し伝えるが、医師によっては役所が診断書を渡すイコール認定可能と曲解され、市民とのトラブルが起こる。医師の指定に際しては、各医師に基準を配布しているが、読まれていることや、誤解をされていることが多い。最も多いのは肢体障害の認定研修の機会を設けるべきとは思われるが、実現には至っていない。病院によっては、診療科内で勉強会をされているところもあるようだ。専門的知識の欠如した私どもからの照会にも快く応じてくださる場合とそうでない場合があり、手帳その他社会資源に関する知識を持ち、その適正な利用に理解のある医師の増加が期待される。また、労災・年金の障害認定等級、要介護認定の介護度とは基準が違ふことが一般にはなかなか理解されないため、トラブルが多い。自治事務になる、不服申立てを受けることも今後はあると思う。本来、認定を行う課と申立てを受ける課が別であるべきと思われ、機構上、それを実現することは難しい。また、審議会の決定による地域間格差についての苦情も多い。今年度から支援費サービスを利用する場合には個別の訪問調査を行うようになって、制限はあるが障害級によらずに程度区分を決定しているため、身障手帳所持のみが問題となり、等級についてはほぼ無関係と言える。これによって、制限はあるが障害認定の対象とならない障害についても加味することも可能となり、将来的に介護保険と同様の認定方法をとる可能性もあられると思われ。

現在の身体障害者福祉法の制度の中では、客観的な器質的障害を基本にしつつも、ADL等の評価が客観化出来るのであれば、基準に加味していくことも考えてもいいのではないかと。

診断書・意見書の様式について、認定業務軽減の観点より見直しをしていただきたい。(具体的には、近年改正された「ぼうこう・直腸障害」にかかる診断書のようにチェックボックス等を設けるなど)

独自の障害認定基準を定める自治体があったり、各自自治体の社会福祉審議会によって、同じような症例を障害認定したり、しなかったりすることがあります。障害認定を受ける当事者や、障害を認定し福祉サービスを提供する自治体が戸惑うこともあります。医療の進歩に沿うよう、また社会福祉審議会に諮問することが極力無いように障害認定をしていく必要があり、そのための認定基準が必要だと思います。

肢体不自由の指定医師については、診断等級の判定が幅広く、等級認定についても差が生じやすい。差を縮めるためにも研修が必要と思われるが、国立身体障害者リハビリテーションセンター学院で開催されているもの他に研修はないのか。

担当職員の研修会はないのか。(指定医師については研修があるため。)

身体障害者として認定されると、優遇される利点が多くあり、そのために申請する人も多くなるのは考えていく点である。

身体障害の認定と、介護認定との問題点を今後も考えていくべきである。

障害名の記載方法が、手帳交付箇所により異なり、転入時の取扱に苦慮する場合があります。身体障害者手帳の主旨からも、どこでも均一なサービスが受けられるような障害名の記載を望みます。

上記に記載の通り、高齢者、痴呆性疾患の患者、遷延性意識障害者、幼児の障害認定においてはまだまだ問題が多いと感じる。医療の世界との関係があるので全てがYES、NOで判断できるわけではないと思われ、やはりもう少し明確な基準が必要である。

身体障害者手帳所持者の約6割強が65歳以上の方で占められており、補装具の給付等で、手帳に基づく福祉制度と介護保険制度との重複が見受けられ、制度利用者にとってわかりにくい面も生じてきている。今後、社会福祉制度の見直しのなかで、身体障害者手帳の交付対象年齢に上限を設ける等、認定のあり方を見直すことも検討に値するかと考えられる。

<p>認定基準を知っていても、医学知識がない限り、適切な審査は非常に難しい(視力と聴覚は別)適切に審査を行っていくためには、定期的に人事異動する医学的知識の少ない事務職員では、負担が非常に大きい。これから大量に供給されてくるOT・PT・Nsなどが審査(審査会の設置だけでなく、審査自体)に複数人あたる体制を義務付けられない限り、制度への不信は拭えない。(臨床を知らない人間に裁かれていくという抵抗感が医師には根強い)</p> <p>自治事務となり、独自の基準を設け、統一的な基準の取扱いができないため、他県で交付された手帳も有効とするのは問題だと思われる。(施行令9条)</p>
<p>医学の進歩に伴った細やかな改正が今後とも必要なのではないかと思われる。</p> <p>従来より認定基準を独自で解釈している部分も多く、たとえ間違った解釈をしてもそれに気づきにくいと思いますので、認定についての担当者の研修会があればと思います。</p>
<p>障害認定は医師の診断書を認定基準に照らし行っており、あくまでも医学的な所見からのみ審査していて、その方の日常生活上の不自由さと必ずしも一致していない場合があります。認定基準にもう少し日常生活上の不自由さの観点を取り入れてもよいかと思います。ただし、この考え方を進めていくと介護保険や支援費の制度と重なってくる部分があるので、全体を包括的に捉えていくことには想定されず。交通機関割引の種別の範囲の明文化をもう少し細かく規定してほしい。特に肢体不自由においてはいろいろ組み合わせがあるので1種か2種かの判断が困難なため。</p>
<p>障害者が都道府県間移動をした場合や他の都道府県の医師が診断した場合に等級が変わることのないよう全国的にばらつきがなく、公平でだれにも分りやすい認定ができるような認定基準を定めていただきたい。</p>
<p>医療技術が進み、心臓における検査方法も精密になってきている。また、治療においても腎臓では透析導入時期が以前より早期になってきている。その様な状況を踏まえ、診断書・意見書の基準としてみる項目内容、基準値等の検討が必要である。また、支援費制度導入により知的障害者からの身体障害認定申請が増加しているが、重度知的障害者の場合、検査についての理解が得られず判定が困難である(特に視覚障害、聴覚障害)。他覚的に判断できる方法の検討が必要である。</p>
<p>現在の障害認定基準は、過去の医療技術、リハビリのレベルを前提としており、今日の進歩した医療技術等に対応できていないことにより、障害認定上齟齬が生じています。今後、幅広い検討を実施し、必要に応じた基準の見直しが必要だと思います。</p>
<p>障害認定は、自治事務となり、国からのガイドラインに基づいて、各自自治体それぞれ認定基準をもつことが可能となっているが、障害範囲を、認定手法に関する知見の集積や現行の手帳制度との整合性の確保等に関し、十分な検討がないまま、各自自治体が拡大実施してしまうのは、いかかかと思う。今後ともことと障害の認定のメルクマールは、ある程度は国が、画一的にもつようにして欲しい。</p>
<p>今後高齢化傾向が進み、障害を持つ人が増加してくることは間違いない。限られた財源のなかで、障害を持つ人の福祉を実践するには、広く浅く(認定基準の拡大、緩和しメリットを多くする)か、狭く深く(認定基準を縮小、限定してメリットを多くする)するしかない。いずれにしても障害認定制度そのものあり方を根本から考える良い機会と考える。</p>
<p>第1種、第2種の区分について見直しの必要あり。(内部障害は概ね4級まで第1種であるが、その他は2級の一部か3級の一部となっている)</p>
<p>適切な認定事例をもっと多く示して頂けたらありがたいと思います。</p>
<p>老齢によって、少なからず誰にでも起こりうる身体的機能の低下(耳が遠くなるか、足腰が弱るなど)を障害と捉えることにはささかの疑問を感じます。その他に、診断書を作成する医師の診断書・意見書の記載内容に相当のばらつきがあるのを感じます。</p>

障害の多様化、医療技術の進歩等、障害を取り巻く環境の変化が著しく、障害認定に際して医学的判断を求めることが多くなってきている。実際に障害認定を行うのは事務員であり、医学的知識に乏しいため、認定基準の見直しの際にはその部分への配慮が必要だと思ふ。また、認定事務担当者の研修を行なっていくことも重要と思われる。

高齢者からの身体障害者手帳申請が大変多く、手帳所持者も65歳以上の障害者が7割近くを占めている状況である。身体障害者手帳についても、高齢者とそれ以外の者と分けた手帳制度を今後検討しても良いのではないか。

身体障害は手帳の所持により厚生援護以外の税の減免、運賃割引、駐車禁止の解除、その他様々なサービスが受けられる昨今であるが、認定基準に該当せず手帳の交付を受けられないにも関わらず、手帳所持者と同様の介護、援護の必要がある方々にとっては、その不公平感は強くなっていると感じられる。手帳は本来の更生援護に特化し、手帳に付帯するサービスとして実施されているものは介護保険等の受給者であれば受けられるような福祉サービスとすべきである。

肢体不自由などは判定基準があまりで、外部に説明が難しくまた判定も難しい。また診断書を作成した指定医からもどうして違ふのかというクレームが多い。判定基準がもう少しわかりやすくないか。

JR運賃割引等のサービス対応の区分(種別)の判断について明確なガイドラインを示してほしい。

地域格差が生じてよいと考えているようだが、その考え方は安易である、国民に混乱を生じさせる原因となっている。

手帳交付事務は自治事務ではあるが、新たに等級を地方自治体で設けることはできないとされており、仮に設けた場合、身体障害者福祉法に基づく身体障害者手帳となり得ず、全国的な障害者福祉施策が利用できない。

障害認定を各地方自治体の考えにより行えと国が考えるならば、身体障害者福祉法の抜本的な改正を行うべきであり、かつ、全国的な障害者福祉施策(支援費制度、各種減免、旅客運賃の割引)の調整も併せて行っていくべきと考える。

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）

「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」報告書

発行者 柳沢信夫（主任研究者：関東労災病院）

〒211-8510 神奈川県川崎市中原区木月住吉町 2035

発行 平成 16 年 3 月 31 日