

書面のみでの判定なので、3級・4級いずれか判断に迷うことあり。

#### 知的障害

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

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

なお、一時期支援費重度加算の関係からか、知的障害者の音声・言語障の申請がありました。

#### 理解面と表出面に開きがある場合

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

3級と4級の判断に窮することが時にあり。

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

#### 知的障害者の場合

## 2. 障害認定の原則について

### (1) リハを中心とした認定基準について

#### 実態と運用上の問題点

障害認定基準に合致すれば、認定すべきである。

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

あえて言語障害をとり上げる必要はないので現状でよい。

明らかに原因の場合は認定していないが、書面で判断しにくい場合が多い。

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

特になし、症例なし

認定していません。

大体よく理解、運営されている。

判断が困難であり、認定基準に合致する障害が認められる場合は認定している。

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

事例はない。

是と考えるが、認定基準に明記されていないため、定まった運用が困難である。

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

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

答) 現状でよいと思えます。きりが無いと思えます。

更生の可能性がなければ認めません。

問題なし

原則として認定していない。

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

現行通りで問題なし

老衰や末期がんの言語障害は認定していない。

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

法の趣旨からしてやむを得ないと思えます。

対象としない障害についても、申請そのものは提出されることがあり、リハビリテーションを中心とした障害認定の趣旨と相容れない場合がある。

あくまでリハビリが可能な人を対象としており問題なし

基準に合致すれば認定。

老衰や末期がんとする判断が難しい。

老衰や末期がんの場合でも、状態を考慮して認定できるよう改正されるべきである

実態は申請されない。

## (2) 装具をつけないでの認定

### 実態と運用上の問題点

装具をつけない状態での認定でよい。(装具の必要なくできる食道発声については別。)

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

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

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

現在ガイドラインにしたがっている。障害者の中には不公平感をもつものもいるようである。ペースメーカーや人工関節と同様のあつかいになると見るが、別条件等を付加すべきか

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

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

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

装具をつける以前は、身障の認定を受けているので、人工内耳など装具をつけた状態でも認定でよい。実際は、人工内耳以前聴力、咽頭摘出後(全摘出した事)について判定しています。その後、手帳の返還について請求していません。

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

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

装具をつけても個人差が大きく、評価方法も難しいため現状のままでよいと思う。

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

やはり装具をつけない状態で認定した方がよい。(電池が切れれば、装具をつけない状態になってしま人工内耳、人工喉頭、食道発声を行っても100%機能が回復するものではないので、現状で構わないと思われる。

装具着用による日常生活の制限や機能の改善が不十分な場合もあるので現状の障害認定でよいと考える。装具をつけない状態で認定を行っているが、特に問題はない。

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

答) 補装具をつけない状態が本来の聴力や言語能力ですので、当然非装用での判定をすべきと考えます。補装具をつけない状態での認定、ということで統一しておけば問題ありません。

人工喉頭や食道発声で社会生活上、言語機能が改善されていると認識するか、その発声や音声の質を社会生活上どのように位置付けるか問題があります。しかしこれには長い経験がありますので、問題が提起されてもよく対応できましよう。人工内耳は認定業務については新しい問題提起もあり、慎重を要します。これまでの関連の身障法の整理をし整合性を考える必要があります。

今までのところ特に問題はないと思う。

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

現行通りで問題なし

食道発声は患者さんの努力(練習)によって発声されている。(健康な人と同じ位に)食道発声の下手な人はどうやっても駄目で人工喉頭にこれらの間に差をつけるのも気の毒、今迄通りが妥当。人工内耳も同じ、補聴器も上手に使用している人もおれば下手な人もいる(購入してもなれない人が)

装具をつけない状態で認定している。

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

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

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

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

問題なし

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

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

当案件については、現在のところ問題は起きていない。

### (3) 日常生活能力の視点導入について

#### 実態と運用上の問題点

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

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

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

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

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

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

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

明言できない。各症例毎に慎重に検討し、判定すべきものと思います。

よく分かりません。

(方法について) 特にありません。(実態と運用上の問題点について) 特に問題ありません。

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

コミュニケーションの程度によって認定

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

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

従来の判定方法でよい。

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

日常生活能力については、主担当医の情報に依存せざるを得ない。

コミュニケーション障害、特に言語理解に重点を置いた視点の認定方法を導入すべきかと考える。

現在の基準でよいと思うが、聴覚に関してはABRによる判定を加えることでよりの確かな判断ができると思われる。

答) 質問の意味がよくわかりませんが、現状ではかなり無理があると思います。

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

客観性の高い指標を用いる必要がある。

聴覚、音声・言語の分野で、「この視点の必要性のある具体例（全国各地域の）」を示してほしい。いま、この具体例を列挙してみることが大切と考えています。

現在の基準でよいと思う。

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

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

日常生活能力は機能障害によって大体決まって来るので今のままで良いのではないのでしょうか。日常生活能力を基準化することは運用上むづかしい。

補聴器の利用能力の低い人は等級を上げるというような方法が考えられる。

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

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

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

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

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

引き続き障害認定されるべきである

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

#### (4)生活の不便さの視点導入について

実態と運用上の問題点

現状でよい。

診断基準が明確なものを作るのは困難と思います。

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

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

数値的な基準がないと判断できない 社会的な環境要因をふまえた場合多様性が生じ不公平感が強くなるのでは

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

(3)と同じ様に考えられます。

よく分かりません。

不可能であると考えます。

もっともな提言のように思われますが、このような視点を導入せねばならない具体的な症例を身近に思いつきません。具体的に見られた症例を教えてくださいたいと思います。

特に思いあたらない。

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

不可能だと考えます。

従来からの判定方法でよい。取り入れることは難しい。

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

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

現状でよいと思う。

答) まずは無理と思います。

現段階では考えられません。

客観性の高い指標を用いる必要がある。

もっともな提言だが、(3)の問題とともに、この具体例を広くあつめて検討することが大切。

書面で判断する以上、ある程度数値的な基準がないと判断できない。また、同一状況であっても、社会的な環境要因で左右されると多様性が生じ、不公平感が強くなるのでは。

特に新たに取り入れる必要はないと思われる。

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

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

⇒(3)に同じ。

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

(3)に同じ。

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

可能とは思わない。

### 3. 認定時期について

(1)聴覚障害認定について月齢何ヶ月くらいで認定するのが適当か、再認定の時期

#### 1. 認定月齢

1カ月	1
3ヶ月	3
3~6ヶ月	5
4~6ヶ月	1
6ヶ月	22
6~9ヶ月	1
9ヶ月	1
10ヶ月	1
6~12ヶ月	2
12ヶ月	5
未記入	7
合計	49

コメント：はやければ早いほど良い

コメント：補聴器装用のため

#### 2. 再認定時期

1歳	1
1~3歳	1
1歳半	4
2歳	4
2~3歳	2
3歳	14
3~4歳	1
3~6歳	1
4歳	3
3歳、6歳	1
4~5歳	2
5歳	3
5~6歳	1
6歳	8
未記入	2
その他	1
合計	49

記載

COR等が可能になる→さらにその後再認定必要

CORができるようになってから（1才以上？）

現状では極めて早くから（例えば1~2ヶ月児より）申請されている。認定に適切な月齢を認定する我々側から規定するものではないと思う。家族の心情も分かるが、その時のその症例毎の医学的常識から考えて良い結果が生

\* 県の要綱による

認定から1年後

記載

但し、ASSRが普及すれば、状況は変わると思われる。（3歳）

1はABR単独で判定 2は聴力検査や語音聴力検査(4~5歳)

新生児クリーニング検査の実施に伴い、現状では1～2ヶ月児の極めて早い時期より申請されている。しかし、認定に適切な月齢を当方から示すことは不適切でしょう。

6ヶ月～補聴器装用のため 1歳半～CORで判断できる年齢

再認定要綱で規定しています。

ケースバイケース

## (2) 言語障害認定について、何歳以降が適当か、再認定の時期

### 1. 言語障害認定

1歳	1
1歳半	1
2歳	6
2歳半	1
2～3歳	2
3歳	8
4歳	3
5歳	3
6歳	8
6～9歳	2
10歳	1
12歳	1
15歳	1
18歳	3
その他	2
未記入	6
合計	49

ケースバイケース

### 2. 再認定

必要	42
必要なし	3
未記入	3
合計	48

\*同じプリントで複数回答のため1不足

記載

教育上こまる時、人による

明らかな奇形や欠損の者は例外

現行では18歳？

## (3) 症状固定の時期

実態と運用上の問題点

現在症例なし。

多角的検査、他の合併症状より類推して認定。なお、(1)の乳幼児の認定は早く認定し、再認定時期を早めてもよいのではないか。また、(2)については、はっきりとした考えはまとまっていない。

最終障害認定を誰が行うかが一番問題であろう。

ほんとうに聴覚障害等があるのか判断できない場合がある。言語については高次脳機能障害のある場合は無理。判断する方法がない場合がある。障害程度を判断するのはもっとむずかしい。

程度により検査が出来なければ認定のしようがない。高次脳機能障害の定義をはっきりさせるべき。

認是不可能のものは、然るべき施設に紹介する。

ろう学校などで、言語修得の状況を参考にしたい。

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

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

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

症例の経験がありません。

小児科・精神科・神経内科などの連携が必要で総合的な拠点でないといけない。

6歳、小学校入学を一つの目安としたい。高次脳機能障害、進行性難聴の場合、固定の判断が難しい。身体障害者手帳交付申請が過去にありましたが、幼児の高次脳機能障害は精神機能の未発達によるものであって言語中枢神経の障害ではないので、申請を却下しました。

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

とりあえず下級での認定を行い、将来的に再認定で確定すればよいでしょう。

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

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

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

症例に応じて対応せざると得ない。

脳性小児麻痺一多動性で聴力検査がむづかしい。言語機能検査も又むづかしい人がいる。等級がつけられない。高次脳機能障害で等級新設したら。

認定時期は聴覚障害(の程度)の診断確定時。

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

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

判定が難しい場合は、症状固定としていない。

3-6ヶ月の経過観察後可及的に早期に認定している。

#### (4) リハビリテーションの観点

##### 実態と運用上の問題点

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

乳幼児の聴覚障害では、早期に障害認定を行い、補聴器を装着して、聴覚活用の訓練を行う必要がある。これは近年増加している。早い認定と補装具の交付が望ましい。急を要する場合には再認定時期を1年後とするなどして弾力的に運用するのがよいかもかもしれない。

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

①: 3-(1)で回答 ②: 肢体と同様に状\*により6ヶ月前で認定し、再認定をする

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

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

望ましいことと思う。

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

固定時期を発症から6ヶ月ぐらいに定めています。

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

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

援護上の必要があれば、再認定を付して認定して良いと思う。

失語症などでは半年後に認定可能なのでそれでよいと思う。また、乳幼児聴覚障害は再認定要をつけて、早めに認定するようにしている。

乳幼児聴覚障害は早期発見、早期支援が必須なので、障害認定に従って、各種手当等の円滑な処理をこちらでは乳幼児では言葉を覚える1歳以降でABR等で仮認定し、高志リハビリテーション病院で言語訓練し、就学前に再認定する。

リハビリテーション訓練の実施は医療であり、更生医療の適用対象でもないので早期認定とは無関係。また、リハビリテーション訓練は、専門的なところ、各部門のある総合的な拠点でないとし、リハビリテーション実施による目標が明確であれば、再認定を前提に障害認定してもよいと考える。補聴器の公費負担に関して、できるだけ早期の認定でリハビリを開始することが望ましいが、再認定により取り消しとなる可能性は否定できない。

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

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

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

障害有無の判定は、なるべく早期に行い、補装具をつけることが重要と思われる。

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

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

①乳幼児聴覚障害②失語症は同一に扱うことはできない。①については「3の(1)」で記入する。

②について、肢体と同様で障害の状況によっては6ヶ月以前に認定し改善することも多少あるので、認定1年後に再認定を行う。

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

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

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

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

(6歳時に再認定)

乳児期の聴覚障害では、早期のリハビリテーションの必要性が強調されている。従って、聴覚障害が存在すれば、年齢にかかわらず(有期認定とした上で)認定することが好ましいと考えます。

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

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

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

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

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

リハ実施後、症状の固定を見て認定したい。

#### 4. その他意見

1) 日常生活上・早期訓練上、補聴器が必要な人が障害認定されない場合があり、認定基準の聴力レベルを下げた方がよい(特に乳幼児)。 2) 音声言語障害の認定区分を2級(喪失)、3級(著しい障害)、4級(中等度の障害)にしても、他の障害程度と比べて、整合性は逸しないと思われる。乳幼児の認定については、小児難聴を専門とする耳鼻科医師及び言語聴覚士のいる施設に限定することも将来考慮してもよいか?資格制度がないため現状では不可能。

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

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

ヒアリングセンターの様な精密検査や、リハビリテーションに対応できる施設があることが望ましいと。以前から出ていますように、6級(70 dB)ですが55 dB⇔70 dBの間に、たとえば、7, 8級が定められると、よりよい障害認定が行えると思います。

①機器、測定方法の進歩に応じ、起こった問題をすみやかに検討しうる組織が必要か。②定医のなかには身障法の本旨の認識が深くない人がおり、勉強会・研修会の必要性もありそうだ。

障害認定を両側50 dB以上に平均域地を下げてください。

聴覚障害6級の(聴取距離)の例示は削除すべきである。極めて特殊な事例のことなので。

早期のリハビリ(補聴器装着)により言語獲得可能となり、障害の拡大を最小限にとどめられる可能性がある。このため、早期の認定を積極的に進めるべきである。



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

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

1) 新しく認定医になった方々に勉強して頂くこと。基本を知ってもらうこと。 2) 疑義解釈を早く、ひろくしらせること。 3) 聴覚障害のいままでの認定基準は歴史的にもよく考えられ簡便で有効であったが、何分にも既に無理な点もある。機器も技術も測定も進歩し、臨床研究も進歩しており、新しい基準の検討も必要となっている。疑義解釈で乗り切るばかりでなく、場合により速やかに検討できる組織が必要と考える。

6級よりも軽い等級を設定すべきである。

判断が15条指定医師の能力により左右される。(診断書の書き方による)

判定医の判断にまかされることが多い。

一般によく出される疑義を頻繁に発表していただきたい。

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

4級の聴覚障害の認定聴力レベルで認定するのが良いのか語音明瞭度検査で認定するのが良いのか判断に迷う例がある。(聴力レベルは該当しないが語音明瞭度検査では解50%以下のもの)

①補聴器が最も有効なのは50～70dBであるため、この程度の障害も等級に加えてほしい。(最低でも60dBを7級として認定できるように) ②障害認定とは別かもしれないが、補聴器の両耳装用を積極的に認めてほしい。

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

## 肢体不自由

### 1. 遷延性意識障害について

(1) 発症から3ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮

認定しない	19
再認定を条件に認定	23
認定する	12
その他	2
未記入	3
プリントなし	1
合計	60

#### 意見

臨床経過、画像検査などで回復困難な状況が明瞭に示されていることが望ましい。遷延性意識障害と診断される患者の意識障害程度は一様でない可能性がある。たとえばいわゆる失外套症候群のように、認知機能が完全に失われている場合から、意識レベルに変動があつて、調子の良い日には残存認知機能を示すことができる場合もある。重度意識障害があるが、改善の可能性がある見込まれるような臨床記載がある場合は、発症3ヶ月の時点で障害認定を行つて、6ヶ月あるいは1年の期間ののちに再認定と判断するかもしれない。

寝たきりであり内科的治療は必要である。再認定は、機能訓練を開始した時点で考慮する。未だ症状安定していないため、手帳交付の対象ではないとも思われる。

遷延性意識障害の回復が見込まれないと診断された点（これは現場の医師でしか判断できない）で認定するものと考えます。

改善の見込みがないとしても、近いうちに在宅の介護型長期療養へうつる予定なら認定する。

原因にもよるが、脳血管障害を考えると発症後3ヶ月たつて随意運動がなければ廃用手（足）と思われる。その他の原因で回復可能なものは主治医の判断による。

発症から3ヶ月で症状が固定していないと考えられるため。

関節拘縮なしとのことで再認定を条件に認定する

1年後の再認定を条件とする。

上記のような条件であれば、将来改善される可能性はほとんど無いと考えるが、意志の統一の為には、再認定を条件とする。

原因となる疾患にもよると思われるが、発症からの経過が短いと思われ、四肢の関節拘縮も認めないことより経過観察は必要と判断し、再認定を条件とする

発症から6ヶ月後再認定

意識障害の原因疾患による不可逆性の場合、再認定を条件に認定とするが、可逆性と考えられる場合は、6～12か月後に審査する。

回復見込みがないという前提で。

入院中であり、発症3ヶ月では症状が固定しているとは言い難い。脳卒中も6ヶ月間は認定しないため、最低6ヶ月間は認定出来ないと思われる。

著しい改善の見込みがない場合、認定を行うことがあるが、障害程度の決定が困難である。

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

時期尚早と考える。ただし、原因疾患や部位などから運動機能障害の出現が予測され、かつ障害が残存すると想定される場合には再認定を条件に認定する場合も考えられる。

発症3か月で、このような状態の場合、改善の見込みがないことが多い。脳CT所見で、改善の見込みがないことを確認して、認定する。

条件確認し常時の医学的管理が必要でないなら認定する

医学的管理下

客観的 data 不足のため

関節拘縮なしとのことから、診断医の所見を参考に再認定を付する場合もある。

①急性期の治療が終了し、②障害が固定、③常時の医学的管理を必要としない状態であれば、入院中か在宅療養中かに関わらず認定。再認定については、ケースバイケース。

① 高齢者の場合 ② 70歳以下の場合1年後再認定

(2) 発症から6ヶ月経過、入院治療中だが1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、四肢・体幹の関節拘縮は多発で著明

認定しない	3
再認定を条件に認定	13

認定する	40
その他	1
未記入	3
プリントなし	1
合計	61

\*〇二つ記入あり

**意見**

四肢・体幹の関節拘縮の多発に対する機能訓練をして、再認定を条件に認定。年齢及び病態も考慮に入れる。理学療法・機能訓練をして、四肢体幹の関節拘縮をとるべき時期でもある。再認定をつけるか、つけないかはその他の所見により判断する。

6ヶ月経過し、随意運動なし等

遷延性意識障害の回復が見込まれないと診断された点（これは現場の医師でしか判断できない）で認定するものと考えます。

改善の見込みがないとしても、近いうちに在宅の介護型長期療養へうつる予定なら認定する。

原因にもよるが、脳血管障害を考えると発症後3ヶ月たって随意運動がなければ廃用手（足）と思われる。その他の原因で回復可能なものは主治医の判断による。

指針解説に従っている、各関節に機能障害があるため。

関節拘縮著明、6ヶ月経過のため認定する

一応の期間として6ヶ月経過しており、四肢体幹の関節機能障害も認められることより、15条指定医が症状固定と判断している場合は認定してもよいと考えている。

1/W程度の診療で管理可能であれば退院を促すべきと思う。退院後は認定可能と思われる。

認定基準を根拠に認定が可能と考える。

6ヶ月後、再判定（入院中か在宅かの確認も行う。）

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

意識障害のため随意的な運動が困難でも、観察上で四肢の動きを認める場合は拘縮のみでの認定が適当と考える。

症状固定と判断される

障害固定又は障害確定している場合のみ

6ヶ月経過すれば認定する。

条件確認し常時の医学的管理が必要でないなら認定する

医学的管理下

ROM制限の分だけ勘案する

上記（1）と同じ関節拘縮は回復の可能性が見込めないため、再認定は付さない。

在宅あるいは施設利用が決まれば認定しないとはいえ切れない。

**(3)発症から3ヶ月経過、在宅療養中で1/W程度の診療で管理可能、寝たきりで随意運動なし、著しい関節拘縮なし**

認定しない	10
再認定を条件に認定	26
認定する	19
その他	2
未記入	2
プリントなし	1
合計	60

**意見**

寝たきりでも今後の見込みが少しでもあれば、再認定を条件として回復を待つ。

症状安定していないので、認定の対象ではないとも思われる。

遷延性意識障害の回復が見込まれないと診断された点（これは現場の医師でしか判断できない）で認定するものと考えます。

原因にもよるが、脳血管障害を考えると発症後3ヶ月たって随意運動がなければ廃用手（足）と思われる。その他の原因で回復可能なものは主治医の判断による。

症状が固定していないと考えられる。脳卒中中の認定に同じ。

関節拘縮なしとのことで再認定を条件に認定する

1年後の再認定を条件とする。

上記のような条件であれば、将来改善される可能性はほとんど無いと考えるが、意志の統一の為に、再認定を条件とする。

発症からの経過は短い、主治医（15条指定医）が症状固定と判断している場合、更生援護の目的から認定してよいと考える。しかし、主治医が再認定を要すると判断している場合は、再認定を条件とすべきと思われる。

発症から6ヶ月後再認定

(1)と同様

上記理由により、6ヶ月経過後認定することが適当と思われる。

障害程度の決定が困難であり、6ヶ月の経過が望ましいと考える。

1年後に再判定

筋力テストの測定、神経学的所見などの記入が必要である。

発症から3ヶ月しか経過していなくても通院、その他の理由で患者の移動を要する際、本人の身体状況に合った手押し型車いす（リクライニング式）等が必要な時がある。より早い時期での障害認定が望ましいと思慮されるが、再認定は必要と思われる。

症状固定と判断される

医学的管理下

(1)と同様、客観的data不足のため

関節拘縮なしとのことから、診断医の所見を参考に再認定を付する場合もある。

上記(1)と同じ。

① 高齢者の場合 ② 70歳以下の場合1年後再認定

#### (4)その他意見

発症の時間的経過が回復には必要になるも、再発を繰り返す人及び年齢的なことの考慮も必要と思われる。症状が安定して後遺症が残存するときには、障害認定をすべきと考える。

1/W治療で管理可能なのに入院している点が現実的な設定でないとおもう

具体的な傷病名がないので、判断のむずかしいが、一応、脳血管障害（脳内出血、脳梗塞等）を想定して、判断する。

重度であれば3ヶ月で大体の後遺障害は決めてよいと思う。

発症から3か月ではやや早い、医学的治療・処置が週に1～2回以下であれば、入院中であっても認定している。

原因疾患の状態と程度が最も考慮される点と考える。

回復見込みがないという前提で。

遷延性意識障害については、基準が具体的でないため、判断に戸惑う。

手帳の目的が日常生活の改善にあれば遷延性意識障害を入れてもオシメ等の申請に限られるのではないかと思います。しかし、手帳により障害者年金や医療（県単独事業の重度医療）の申請が行われていることを考えると、他の法律との適合性から手帳の病名に遷延性意識障害を入れるべきと考えます。

リハビリテーションを実施するために手帳診断を早期に行う必要があるといった意見が昨年の報告書に見られたが、その内容に不明な点がある。医学的リハビリテーションを実施したけれども残存してしまう障害をもって固定と考えることが適当である。

ROMで判断しています。

入院中は保険診療の対象とみなすべきであり、発症からの期間のみで認定を行なうことは考え難い

## 2. 高齢者について

(1) 老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、著明な関節拘縮なし

認定しない	27
再認定を条件に認定	8
認定する	20
その他	3
未記入	2
プリントなし	0
合計	60

\*年齢が65～85

変わらない	39
変わる	8
その他	3
未記入	10
プリントなし	0

合計	60
----	----

意見

機能回復訓練をして、寝たきり老人を自立させることも必要と思われる。障害認定よりも、介護の方へ依頼するべきとも思われる。その他の所見をみて、個々に、認定するかしないかを判断する。

本人・御家族の希望であれば、年齢による差別は誤解を招く。又、ことわる法的根拠が明らかでない。但し、等級をつけることは、メリットが何も考えられない、又は、サービスがない場合は、その由を説明し、認定を受けないように指導します。

全般的な加齢に伴う退行ですから、この方を認めると全ての国民がいずれは手帳交付の対象者ということになります。

むずかしい問題ですが、常日頃同様の症例に対して診断書を要求された時、断る訳にもいかず書いています。「本来の主旨とは違っている」と思いますが。

老人性であるため。

認定する(変わらない)

廃用性症候群を含め器質的な原因で筋力低下等が認められる場合認定対象としている。

愛知県では現在上記のような場合でも診断書が出てくれば\*議の上で認定しているが、個人的には認定すべきでないと考えている。

痴呆による日常生活の障害はあると思われるが、四肢・体幹の障害がなければ、肢体不自由として扱うのは不相当と考えられる。今後、認知面(痴呆・高次脳機能障害など)によるADL障害についての基準は必要と思われる。

四肢・体幹の筋力低下が評価できるのか、疑問がある。

回復見込みがないという前提で。

6ヶ月間寝たきりであれば、認定する。

肢体の機能障害を客観的に証明できない場合は認定しない。

1年後再判定

筋力の正確な測定はできないと考えられる。したがって判断の材料がないと考える。

症病名は廃用症候群とする

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し、永続するものである場合には、二次的であるか否かかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。

75歳以上にしたい。

筋力低下が確認されれば認定する

ROM、MMTがWHLと判断されているので。

老人性痴呆症候群をもって認定はしませんが、廃用症候群があり、ROM、MMT等の客観的な器質的障害が認められる場合は認定します。

3ヶ月以上寝たきりであるにもかかわらず、筋力低下がないのは考えにくいので、この条件設定は非現実的だと思われます。この部分を見捨てると、ROMが維持されているのは家族等の努力によるものであり、下記(2)の場合と差をつけられないと思います。

安静臥床から生じる廃用性筋萎縮については、リハビリ等による回復の可能性を勘案しておおよそ3年経過を目安にケースバイケースで認定を行っている。

痴呆ということで区別するのはどうか

年齢に関わらず身体機能障害があれば。生命維持を問題にするなら癩の脊椎骨盤転移を認定できなくなる。

(2) 老人性痴呆症候群で意思疎通困難、90歳、3ヶ月以上寝たきり、四肢・体幹の筋力低下、関節拘縮は多発で著明

認定しない	13
認定する	43
その他	3
未記入	1
プリントなし	1
合計	61

\*○二つ記入あり

\*年齢が65~85

変わらない	42
変わる	5
その他	3
未記入	10
プリントなし	1
合計	61

\*○二つ記入あり

## 意見

老人性痴呆でも努力しだいで回復させることが可能ならば、再認定を条件にして認定も可能かと思われる。

その他の所見をみて、個々に、認定するかしないかを判断する。

上記の理由により、身体障害の原因がなんであれ、結果的に障害があるならば、等級をつけることは可能である。

治療可能な痴呆症を除外すること。

むずかしい問題ですが、常日頃同様の症例に対して診断書を要求された時、断る訳にもいかず書いています。「本来の主旨とは違っている」と思いますが。

現在は指針に従って認定している。各関節に機能障害あるため認定しているが、自立の判断としては認定したくない。

3ヶ月以上寝たきりでそのまま認定する。65～85才の\*\*変らない

廃用性症候群を含め器質的な原因で筋力低下等が認められる場合認定対象としている。

愛知県では現在上記のような場合でも診断書が出てくれば\*議の上で認定しているが、個人的には認定すべきでないと考えている。

明らかに肢体不自由としての所見があれば、現在年齢による明らかな指針はないと思われるので認定してよいと思われる。

筋力低下の評価は別にして、拘縮の程度に応じて認定は可能

再認定を条件に認定する。

6ヶ月間寝たきりであれば、認定する。

将来永続すると考えられる障害が客観的に証明できる場合は認定する。

関節可動域は客観的評価が可能なので、これを基にした診断書であれば認定しないとは言い難い。

症病名は廃用症候群とする

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し、永続するものである場合には、二次的であるか否かかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。

ROM制限がある（客観的）ので認定しています。

老人性痴呆症候群をもって認定はしませんが、廃用症候群があり、ROM、MMT等の客観的な器質的障害が認められる場合は認定します。

関節拘縮は回復の可能性が見込めないため。

70歳以下再認定

### (3)脳卒中を発症して以来立ち上がることができない、95歳、発症から3ヶ月、在宅療養中

認定しない	12
再認定を条件に認定	20
認定する	24
その他	3
未記入	1
プリントなし	1
合計	61

\*○二つ記入あり

## 意見

高齢者でも個人差があるので、一応再認定（一年位をめぐりに）を条件として認定してはどうかと思われる。

発症前がADL全自立できており、リハビリにより回復が期待できる。

その他の所見をみて、個々に、認定するかしないかを判断する。

この場合は単なる高齢だけの問題と言えず、認定しても良いのではないかと考える。年齢だけで線を引くのは問題と思われる、その良い例です。

現在は指針、解説に従って認定している。

固定されたものとして認定する

廃用性症候群を含め器質的な原因で筋力低下等が認められる場合認定対象としている。

発症前のADLは歩行を含め自立しており、脳卒中が障害の原因として明らかで、主治医（15条指定医）が症状固定と判断していれば、在宅療養中でもあり、更生援護の目的で認定してよいと考える。

麻痺の程度、痴呆症状の有無と程度にもよる。

6ヶ月経過後に認定する。

年齢が高齢であるが、発症からの経過が短く、リハビリによる回復の見込みがないことが明らかになった時点で認定すべきである。

1年後再判定

6～12ヶ月後、再認定とする。

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し、永続するものである場合には、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。

MRI所見により認定する場合もある。

Strokeの詳細にもよる。広範囲なdamage（画像）とclinicalが合えば可と判断します。

老人性痴呆症候群をもって認定はしませんが、廃用症候群があり、ROM、MMT等の客観的な器質的障害が認められる場合は認定します。

脳卒中により生じた明らかな麻痺であるなら認定するが、明らかな麻痺で無いなら高齢の要素が大きいと考え、3ヶ月では認定しない。ただし、この状態が6ヶ月以上続き、筋力低下等の廃用が進んでいけば、認定してもよいと考えます。

脳血管障害に起因する肢体不自由障害については、一定の観察期間が必要であることから、原則として発症から1年経過後に認定を行っている。発症から6ヶ月未満での申請の場合は、社会福祉審議会へ諮問することとしており、遷延性意識障害の場合との均衡も考慮し、①急性期の治療が終了し、②障害が固定、③常時の医学的管理を必要としない状態であり、④早期の手帳交付が更生援護の目的にかなっていれば、認定している。

6ヶ月を待つ

おおむね6ヶ月程度の経過をみた上で判断すべきである。

#### (4) その他の意見

高齢であるからといって、近い将来生命維持が困難となるかは判断できない。次の設問3のように、「65歳以上の高齢者には身体障害者手帳を交付しない」との制度改訂が行われるのであれば、その制度に則って判断する。

高齢化社会において、老化と障害の関係はどの程度考慮するかが問題である。

身体障害と介護の混在が、肢体不自由障害の場合は判断が重複する。

但し法令によって年齢制限を制度化してあれば、それに従う必要があるが、何歳であれ基本的人権を尊重し、Q.O.Lの維持が社会的義務である以上、年齢制限は困難と思われる。

個人的な心情では認定すべきと考えるが、いたしかたのないことであろう。

実際は90歳以上の申請希望はまったくありませんが、申請希望があれば、通常と同じでよいとおもいます（余命の予測は困難です）

廃用性の筋力低下・拘縮についてはもう少し詳しい指針があってもよいと考える。判断が難しく、いつも一貫した判定をしているか迷う。

高齢は手帳を交付しない理由とはならず、障害の状態と程度で認定するべきであると思われる。無論、生命維持装置等を装着し、1年以内の死亡が確定的である場合は、適当ではないと考える。

認定基準の「近い将来において生命の維持が困難となるような場合に手帳を交付することは適当でない。」については、昨年の調査で運用上の問題に指摘があったように、検討をしていただきたい。

遷延性意識障害と同様に、手帳の目的、使用できる範囲を明確にして適用すべきと考えます。

(1)と(2)が同じような状態で可動域のみ違ふとすれば、ケアのよい人が認定されず、ケアの悪い人が認定されてしまうということになりかねない。その点は腑に落ちない部分が多い。

(1)(2)について現状では上記判断でよいと思われる。しかし、この議論では老人性痴呆症候群という用語で痴呆性高齢者をひとくくりにしているが、その原因疾患によって経過や運動機能障害は様々である。たとえば、筋力低下が廃用性ではなく疾患そのものによる症状である場合もありうる。年齢、症状名や症候群名ではなく、病名によって判断はかわってくるはずである。

老人性痴呆のみで高齢の場合、障害認定に慎重となるのは当然であり、個々の例によって対応が異なる。とくに入院中であるような場合、認定の対象とすべきではない。

### 3. 介護保険との関係について

#### 65歳以上の高齢者の身体障害者手帳の交付

交付すべき。

高齢に身体障害が合併する場合、たとえば切断や両下肢麻痺では、介護の視点ではなく、身体機能を最大限発揮できるような装具の処方と給付が必要になる。したがって65歳以上であっても、手帳交付を必要とする場合がある。しかし、高齢社会で財源が乏しいため、身障法のサービス維持が困難という事態になるなら、政策的判断によって給付を重点化する必要があるかもしれない。

認定基準がそうなれば、そうしたい。障害者自立支援給付の充実、介護保険が全年齢に適用がされれば、身体障害者手帳そのものが不要と思う。

公的介護保険導入と高齢者に身体障害者手帳を交付することは確かに重複する。老齢になれば身体障害をおこすが、そのことを即身体障害者手帳の交付とはせず、また別なものとしてとらえる必要があると思われる。加齢的なもの、生理原因による肢体障害に対しては交付する必要はない。介護保険と重複しすぎるため、どこかで線引きをするか、重複をさけ統合するのか検討しなければならない。老衰等加齢に伴うものを対象にするのではなく、それ相応の疾病によるもののみを対象とすべきである。加齢的なものとは異なり、神経系統・脊髄損傷を含め四肢欠損などの不慮の事故等には身体障害者手帳は必要である。

高齢のみを理由の身障は認めがたい。

年齢に関係なく、対象者には交付して差しつかえない。公的介護保険と身体障害者福祉法は、もともと趣旨が違いますが、公的サービスが重複するところが多いようならば、考慮する必要があります。しかし一般保険会社の後遺症診断の判定等は、身体障害の等級を参考にしており、介護保険の主治医意見書より、身体障害診断書の方が、より医学的であり、患者さんの実際の機能障害をより忠実に反映しています。よって現時点では、両方が必要と思います。重度の身体障害があっても、生活は自立しているというケースは多々あります。要介護度のみをもって身体障害の程度を測ることは困難だと思います。

従って介護保険があるから身体障害認定は必要ないという議論には無理があるように思います。

介護保険で補装具等が作れるのでしょうか？手当についてはどうなるのでしょうか？

必要である。

税金のためとか駐車違反免除や無料パスの申請のためとかの理由で高齢の方が申請希望していることが多いのが実際のところでは。

そのとおりだと思います

現在は、必要だが、今後の介護保険制度の状況により、交付が必要はないことも考えられる。

加齢の要素が強い場合は対象にならないのではないかと思います。

65才以上の高齢者には身体障害者手帳を交付する必要なし。

両\*の整合性について多方面から検討する必要あり。

その理由がわからないので、意見は差しひかえる。

介護保険と支援費制度の「相乗り」案が現実のものとなれば一本化されるという過程では必要はない身障法による援護の要望があれば、交付すべきである。

介護保険と身体障害者手帳交付とは別の側面があり現状で不要とは考えない。

現在の介護保険では更生装具の支給はされず、障害を持つ人の生活に対する援助は不十分と思われる。

したがって、現状では手帳交付は必要と思われる。今後、サービスの内容についての見直しにより、現在、身障手帳でのみ行われるサービスも介護保険がまかなうのであれば、不要になるかもしれない。

介護保険を優先すべきと考える。

介護保険制度とは異なる。

介護保険と身体障害者手帳の両方の手続きが煩雑、複雑である。一本化すべきである。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付すべきであると考え。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付すべきであると考え。

自立と社会経済活動への参加を促進する理念のもとに更生援護が実施されているが、要介護認定を受ける高齢者を対象とすることは必ずしも適当でない。制度を見直す必要があると考える。

手帳がなければ装具が出せないため、介護保険でカバーできない部分を手帳で補うべきと考えます。

補装具の交付など一部の福祉施策で、介護保険制度の施策と重複するところはあるが、医療費助成、障害者手当の支給など福祉独自の施策による障害者への影響は大きいものとするため、65歳以上の高齢者への身体障害者手帳の交付を必ずしも無意味とは考えない。

残したほうがよい。補装具、義肢など介護保険でカバーされないものもある。

反対です。現時点においては補装具など介護保険では対応できないサービスがある。しかし、これらのサービスが保障されれば、高齢者の更生目的での手帳利用はかなり少ないとも考えられる。

別の制度であるので交付しない理由はない。行政サービスも税や各種割引で異なる。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付すべきであると考え。

65歳という年齢の境界は設定せずに手帳交付しており、今後も続けるべきだと考える

むずかしい問題です。

身体手帳は必要

税金の問題があり、一概に公的介護保険のみとは出来ない。

装具等必要な場合があり、手帳は必要。

ケースバイケースである。対照を限定して交付。一律にできない。（あるいは限定して交付しない）

身体障害者手帳は必要。

公的介護保険と身体障害者手帳とは区別する必要がある。



そのようにしてもよい。

介護保険と身体障害者福祉は別個のものとする。従って、身体障害者手帳は交付すべきであると考ええる。

交付する必用あり。

必要あり

補装具 e t c の点から、一体化するのは良くないと思います。

身障手帳を取得することにより、身障法上の援護、福祉的なサービスが利用できることから必要がないとは思いません。

公的介護保険ではカバーされないサービスが多くあることと障害者統計の維持のためにも、身体障害者手帳の交付は必要だと思います。

反対。介護保険のみでは不十分。(整形)、特に意見はない。(神経内科)

高齢者では、大多数の方が機能低下しており、身障手帳の交付を拡大していくべきだと考えますが、介護保険に移行するならそれもよいと思います。

必要あり

原則的に同意するが、義肢補装具等の交付に際して何らかの別認定制度が必要となる。

必要。

### (1) 臨床的にもMRI所見などからみても明らかな重症心身障害児、1歳6ヶ月

認定しない	2
再認定を条件に認定	43
認定する	13
その他	0
未記入	2
プリントなし	0
合計	60

意見

身体の発達を見て、身体障害者手帳交付も必要と思われる。

乳幼児の場合、明らかな重症心身障害のときは再認定を条件として障害認定をすべきである。

MRI所見で明らかな所見(特に脳室周囲白質軟化症)があれば1才を過ぎれば認定し、3才時に再認定としています。

器質的障害が明らかであるため。

再認定条件に認定する

県の要綱により。3歳未満児については6歳時で再認定を要する。

現行では、3歳児に再認定することとしている。

画像診断によりかなり正確な予後予測が可能になっており、再認定を条件に認定してもよいと考える。

患児、家族救済のため、必要と考える。

3歳未満であっても、更生援護の必要性は高いため、再認定を条件に、将来永続すると考えられる障害程度で認定している。

3歳、6歳、12歳で再判定し、12歳で固定する。

本市の再認定要綱により6歳未満の乳幼児の障害認定にあたっては、満6歳になった日の月末を再認定時期としているが、診断内容により適宜、再認定時期を定めることとしている。

MRIの所見からみても障害の程度の重度さが予想される時もあるため、認定できる。

障害等級を1ランク下げて認定し、3～6歳で再認定する

少子化時代をむかえて、親の不安を早くとってあげたい。

検査機能も進歩し、客観的な評価が出来る場合は早期に認定する必要あり

将来、予測可であること。補装具を作成して、発達を促すことが大切だと思います。

3歳未満児については6歳時に再認定。

3歳未満での認定の場合には、欠損等変化が見込まれない場合を除き、満3歳時点での再認定を付している。

病名および予後が十分に予測できる場合に限られる

### (2) 脳性麻痺、将来ともに杖歩行の見込み、1歳6ヶ月

認定しない	6
再認定を条件に認定	43

認定する	8
その他	2
未記入	1
プリントなし	0
合計	60

意見

認定困難なるも将来の発達機能回復を待つて再認定する。

1才6ヶ月にて杖歩行であれば認定し、やはり3才時に再認定としています。

将来に残存する障害が明らかなため。

再認定条件に認める。

県の要綱により、3歳未満児については6歳時で再認定を要する。

主治医の意見として、将来的に杖歩行が見込まれるならば、まずは3歳児に再認定。その後、必要であれば、何度か再認定を繰り返した上で症状固定と考えられる時点で最終的に判断すべきと考える。

3歳まで待つ。

小児は発達を伴うため、再認定を要する場合があります、再認定の有無はケースバイケースである。

程度による。MRI、脳波等に異常所見が無ければ3歳まで待つこともある。

3歳未満の場合、障害程度の判定が難しいため、再認定が必要と考える。

3歳、6歳、12歳で再判定し、12歳で固定する。

本市の再認定要綱により6歳未満の乳幼児の障害認定にあたっては、満6歳になった日の月末を再認定時期としているが、診断内容により適宜、再認定時期を定めることとしている。

障害等級を1ランク下げて認定し、3～6歳で再認定する

将来が確実に予測される場合は再認定の必要はない。

未発達段階のため

3歳未満児については6歳時に再認定。

「将来ともに」の意味が「1歳6ヶ月で杖歩行可」なら認定しない。「1歳6ヶ月時点で将来良くても杖歩行と判断される程度の脳性麻痺」なら再認定を条件に認定する。

上記(1)と同じ。

1歳6ヶ月で将来とも杖歩行とする根拠がない

(3)精神運動発達遅滞、3歳、未歩行、6歳ころには独歩可能になる？但し、速くは走れないと予測される

認定しない	5
再認定を条件に認定	51
認定する	2
その他	1
未記入	1
プリントなし	0
合計	60

意見

再認定は学齢期前後にしている。ただし障害が軽度になる場合、それまでに受けてきたサービスを受けられなくなることに、保護者が不満を表明する場合がある。制度利用について、そういった事態が起きる可能性についても十分な理解を得てからサービスを開始することが必要と思われる。

機能訓練及び年齢発達により、再認定する必要がある。

3才で未歩行であれば、認定し3年後の6才時に再認定が良いと思います。

障害の原因が明らかな場合か否か、症例によって判断が分かると考える。

再認定条件に認定する(精神運動発達遅滞がどの程度、影響しているのか精神科医に相談してから)

明らかな運動障害を認める場合、6歳時での再認定を付して認定。

主治医の意見として、上記の記載があれば6歳児に再認定が必要と考える。

(2)と同様

ただし、予想は難しいと思うが、3歳の時点で認定をする事が必要か。

発達とともに、障害程度が変化すると予測される場合、再認定が必要と考える。

6歳、12歳で再判定し、12歳で一応固定する。

本市の再認定要綱により6歳未満の乳幼児の障害認定にあたっては、満6歳になった日の月末を再認定時期としているが、診断内容により適宜、再認定時期を定めることとしている。

6歳頃迄歩行できない患児には何らかの運動発達遅延を合併していることが多いため。

難しいcaseは再認定にしています。  
 明らかに運動機能の障害があれば認定し、6歳時に再認定します。  
 精神面の原因が主なものであれば、身体障害としては認定できない。  
 麻痺（身体的所見）なければ認定しない。少しでもあれば再認定つきで。

## 5. 認定時期について

(1)脳卒中発症後すぐにリハビリを開始、1ヶ月経過、杖歩行可能、上肢・手指の機能は廃用状態

認定しない	48
再認定を条件に認定	9
認定する	1
その他	1
未記入	1
プリントなし	0
合計	60

### 意見

ただし臨床経過、画像検査などで、両上肢廃用であることの根拠が明瞭に示されている場合は認定するかもしれない。

半年～1年位は機能回復が徐々に見込まれるので再認定してもよいと思われる。  
 認定時期は早すぎる。

さらに1～2ヶ月待機。

発症後、経過をみる必要あり。

麻痺は1ヶ月で一定していますが、1ヶ月で手帳を持たないといけない状態は考えにくいので3ヶ月程度待つてよいのではないのでしょうか。

本人の申し出がなくとも段階的に時期をみて審査する必要がある。

厚労省の達に従い「3ヶ月を経過した時点」で認定している。

病変にもよるが1ヵ月では固定といえない（改善する可能性が大きい）

どこかで時期を区切らなければならないからケースバイケースで判断するのは公平でない。

発症後3ヶ月は経過をみたい。症状が変化する可能性がある。

認定しない：上肢、手指機能の廃用状態と1ヵ月にて判断するには早すぎると考える

1ヵ月ではあまりにも時期が早すぎると考えます。

3ヶ月以上経過した時点での所見を求める。

発症からの経過が短く、回復期のリハビリテーションを行った上で認定すべきと考える。

リハビリ療法の効果が期待できる。

認定の時期が早すぎる。

麻痺の回復の可能性がまだ望める状態と考える。

1ヶ月では症状の変動が大きすぎるので不適切。（認定しうる事例が皆無とまでは言わないが。）

6ヶ月後を目安にしている。

症状の改善する見込みがあるため、もう少し経過期間が必要と考える。

1年後再判定

本市の再認定要綱により脳血管障害による肢体不自由の障害認定にあたっては、発症後6ヵ月以内（最低3ヵ月以降）の診断については、障害の認定から1年経過した日の月末を再認定時期としている。本件については、リハビリテーションによる更なる回復が見込まれるため、障害の認定をするには時期尚早かと思われる。

1ヶ月経過の後では認定が早期すぎる。

このようなケースは改善の見込みがあり、症状固定までには少なくとも3ヵ月は要する

本人の申し出がなくとも段階的に時期をみて審査する必要がある。

1ヵ月と早く、今後の回復があり得るため。

1ヶ月では予後の予測は難しいと判断します。

脳血管障害の場合、原則発症後3ヶ月以上経過した時点で認定します。3ヶ月未満の場合は、診断書所見を参考に1年後再認定を付した認定をする場合もある。

脳卒中は、少なくとも3ヶ月以上は待つて判断すべきだと考えます。

ケースにもよるが、観察期間が必要と考える。基本的な取り扱いは2（3）によっている。

6ヶ月待つ

1ヶ月はまだ回復期であることが多い。この場合予後判定は医師のレベルで差がでてくるので書類判定では正確が期待できない。

## (2) 外傷性脊髄損傷、受傷から1ヶ月経過、両下肢の完全麻痺は回復せず

認定しない	25
再認定を条件に認定	16
認定する	15
その他	1
未記入	3
プリントなし	0
合計	60

### 意見

ただし臨床経過、画像検査などで、両上肢廃用であることの根拠が明瞭に示されている場合は認定するかもしれない。

画像診断等、主治医からの回復の見込みがないとの明確な所見があれば認定し、回復の可能性があれば再認定を条件にします。

最近では外傷性脊髄損傷も徐々にではあるが回復することがあるので、再認定を条件に経過を見てもよいと思われる。但し、外傷の程度にもよるがケースバイケースである。

脊損で1ヶ月過ぎて麻痺の回復徴候がみられない場合はまず完全回復は望めません。しかしまれに年齢、リハビリ等によって1ヶ月を過ぎてからかなり変化がみられる場合もあるので、再認定を条件にすべきです。1年をめどに判定すべきと思われます。

車椅子を作成するのに必要と思います。

回復の見込みがないものについては早期の認定でよい。

脳卒中に準じて「3ヶ月を経過した時点」で認定している。

1カ月ははやすぎる、癒性がでるぐらいいま\*みたい

微妙な問題なので損傷の程度によって多少の回復が見込める場合もあると考えます。その場合ADLの障害度が変わってくる可能性があります。

ただし脊髄損傷部位が非可逆性障害であることが医学的に証明できるのであれば認定とする。

認定しない、受傷からの1カ月ではあまりにも認定が早すぎる。

回復は今後も期待できないと思うので

3ヶ月以上経過した時点での所見を求める。

愛知県では時期尚早として扱っているが、個人的にはMRI所見麻痺の状態から判断して再認定を条件に交付して良いと考えている。

発症からの経過が短く、回復期のリハビリテーションを行った上で認定すべきと考える。

1ヶ月経過すれば脊髄損傷は回復しない。

完全麻痺で他の検査（MRI及びSEP等の画像や電気生理学的検査等）でも完全損傷の診断がなされれば、時期に関係なくその時点で認定してもよいと考える。

不全麻痺は認定しない。完全麻痺ならその後の所見も確認の上で認定する。

MRI等で回復の見込みが全くなければ認定可能と考える。

損傷の程度が重度の場合、早期の認定は可能と考える。

### 1年後再判定

本市の再認定要綱により脳血管障害による肢体不自由の障害認定にあたっては、発症後6ヶ月以内（最低3ヶ月以降）の診断については、障害の認定から1年経過した日の月末を再認定時期としている。本件については、リハビリテーションによる更なる回復が見込まれるため、障害の認定をするには時期尚早  
受<sub>ぶ</sub>傷<sub>が</sub>から1ヶ月は、まだ、医学的経過観察の時期であると思慮する。

手術所見やMRI検査などで、症状改善の見込みがないことが確認できれば認定する

完全損傷であるかどうかの確認（主治医の意見）を行い完全損傷なら認定してもよい。確認できない場合にも2~3ヶ月待つ。

Frankel A の予後はほぼコンセンサスが得られる。

脊髄損傷で完全麻痺である場合、3ヶ月以上経過経過した時点で認定します。

完全麻痺は早期に認定しているが、受傷後まだ1ヶ月なので、念のため再認定とする。

脊髄損傷については、急性期治療が終了し、障害が固定した時点で認定可能と考える。

発症3ヶ月は待つ。

Frankel分類の予後についての文献をみても1年後に改善例の報告がある。脊髄炎、脊髄出血、脳卒中、脳外傷と同じ中枢神経疾患は同じが良い。

当然入院中と考えられるので、認定を急ぐ必要がない。十分なリハビリテーションを行った後に認定すべきである。

## 6. 機能障害程度の判定方法について