

人工関節置換術後の判定

人工関節置換術後の状態が安定しているなら、そのままの状態でも機能障害程度を判定すべき。

ご指摘のような矛盾は感じていた。装具をつけない状態で、という文言を根拠に判断することは、装具をはずせない人工股関節置換術患者の場合には、あまり意味をなさない。筋力低下、痛みなどを原因とした歩行能力を根拠として判断すべきもののように思われる。

同意見です。

最近の人工関節はかなり長期に使用できる機能があるので、一律に人工関節置換術を施行したものに等級を与えるのはどうかと思われる。最近手術例も増加しているので、考慮すべきである。

再認定を条件にして、ADLの状態でも判断しても良いと思われる。

人工関節は半永久的に体内に浸透するものであり、内部装具ではあるが、同時に身体の一部と考えてよい。従ってこれにより機能的改善が認められれば再認定をするべきである。(手術後1年で再認定)等級も当然なことと思われる。人工関節置換術に更生医療が適応となり、更生できたのにもかかわらず、全廃の等級のままの扱いは、理に合わない。医療費の面からも再検討の必要があると思われる。

術前こそ機能障害あり、術後はほぼ身障(一)。但し有症状や5年毎位に身障再認定を。

現在の人工関節は耐用年数、手術手技等の発達により、術前の機能障害は大きく改善されます。故に手術を受けていない患者さん又は、何らかの理由で受けられない患者さんの機能障害と比較して大きな不公平感を生じています。故に人工関節等の手術を受け、機能改善が明らかであれば、その時点での判定をする必要があると思われる。

人工関節は近年極めて成績がよくなっていますので、それぞれに認定すべきです。ただし、その為に手術を希望しなくなるかもしれませんね。

上記意見の通りだと思います。

術後一定期間において機能障害判定審査すべきである。

賛成である。

そのとおりだと思います

現状でよいと思う

ご意見のとおり

同感

そのままの状態でも機能障害の程度を判定すべき。

将来における再置換術の可能性も含めて、現在の関節機能評価を考慮して検討すべきと考える。

その通りと考える

人工関節手術の術後成績は以前(20~30年前)より格段に向上しているといえる。よい手術成績例は等級は軽く、悪い成績例は重くなるということではないか。これまでのように一律人工関節は全廃担当という時代ではなくなってきた。

ADL重視の方向であれば、装着後で認定

人工関節の技術、耐用年数等で大きな進歩があり人工関節だからとして一律きめることは反対である。

現状の機能で判断すべきである

現在、膝関節の著しい機能障害(5級)で更生医療により人工膝関節置換術が行われている。機能的には改善するにも関わらず、等級があがり矛盾を感じている。人工関節の等級を下げるか、若しくは手術後の再認定(術後経過期間を決めなければならないが)が必要ではないかと思われる。

現在は全廃としているが、人工関節置換後の機能の状態でも判断すべきと考えている。

人工関節を挿入すれば、術前より疼痛・動揺・変形が改善し、可動域・歩行能力も向上します。従って股・膝関節の全廃(4級)と言えない例が多数見受けられますので、「人工骨頭及び人工関節を用いたもの」の項目を削除すべきであると考えます。

生体内の補装具と考えられるため、術後の判定は現状のままでもよいと考える。但し、術前の状態でADL重度の者は、術後と同等の認定を術前から行うべきであると考えます。

人工関節置換術後の状態が安定しているなら、そのままの状態でも機能障害程度を判定すべきである。

状態が良ければ関節機能障害著明として認定し、合併症などで状態が悪ければ関節機能全廃という扱いに変更するといった検討もしてよいのでは。

どちらの意見も一理あると思われしますので、最終的にその時点での認定基準に従います。ただし、そのままの状態でも判定した方が自然かと思われします。

人工関節置換術を行った場合、何らかの等級で手帳を交付することを前提に、術後の状態でも等級を決定すべきである。

そのままの状態でも判定し、説明部分に人工関節置換術後と明記し、兆候が悪化(人工関節の破壊等)があれば、再判定と記載すべきと考える。

つけた状態では判定すべき。

人工関節を行って状態がよい患者に対し、等級が上がることはおかしい。人工関節患者に不都合が生じた時点で再認定すべきであり、改正すべきと思われる。

同様に考える。

人工関節は近年極めて成績がよくなっていますので、それぞれに認定すべきです。ただし、その為に手術を希望しなくなるかもしれませんね。

その通り矛盾があると思われる。これは、眼科と耳鼻科でも扱いが異なっており、各科共通した再討議が必要と思われる。

人工関節置換術後は、関節置換後の身体移動能力のレベルによって等級判断すべきと思う。

手術前は5級であっても、人工関節置換をすると、機能は向上したのに等級が4級になることには大きな疑問を感じます。人工関節を入れた状態での機能評価をすべきと考えます

同感です。

賛成です。

除去した場合を想定せず、そのままの状態での日常生活能力によって認定することが望ましい。

その通りである。人工関節の場合、その後の状態で判定すべきである。

現段階では人工関節は必ずしも安定していない状況が水準と思われるため現行でよい。

現在存在する障害をもとに判定すべき。人工関節にて改善すればその時点における障害度にあつて認定。

人工関節置換術後の状態で機能障害程度を判定すべきである。

人工関節の手術を受ければ等級が決定する現在の判定は誤りと考えます。そのままの状態での機能障害を判定すべきと考えます。

人工関節の耐久性、効果の時期が長期間有効の例もあるため、人工関節挿入で一律の等級を与えず、機能障害（歩行能力・上肢機能の程度）で細かく等級を判定してはどうか。眼科での人工レンズ挿入例ではどのような傾向にあるのか、それも参考にして決めたい。

今までの認定がよい、明快である。

人工関節も安定した成績が得られており、機能が改善したにもかかわらず、機能の全廃となるのは誰が考えてもおかしい。心臓ペースメーカーについても、活動範囲が広がるのに1級は矛盾している。

そのままの状態での判定すべき

統一されていないと困惑しますので、従来のすべて除去した状態とする方がわかりやすいと思う。

ADLを主とした認定方法をとるのであれば、装着後の状態で認定すべきかと思われます。

人工関節は耐用年数もあり、万能なものではないので、現状の等級設定でよいと考えます。手術により障害程度を軽くした場合に生ずる混乱の方が問題となると思います。（再申請する人とならない人の間で不公平が生ずる、など）

賛成。人工関節は補装具ではない。（整形外科）医療技術が進歩しており見直しは必要である。これまでの認定との均衡をどうするかが課題。（神経内科）

人工関節、ペースメーカーなど機能回復している例では、身障の認定は必要ない。再置換を考慮するだけでよいのでは。

その通り。（同じことは内服薬についてもある）

再置換例の増加もあって、現状の体内装具扱いで良い。症状のみに捉れると等級が**上下することに人工関節術後、安定しているもの、不安定なもの、次第に不安定化するもの等、様々であり、安定しているか不安定なものか（安定-4級、不安定-5級相当か）、判定が難しいと考えられる。

7. 下肢の機能障害について

具体的な基準について

設問6の場合と同様に、歩行能力を根拠として判断すべきもののように思われる。

中枢神経麻痺の障害認定として、動作能力、移動能力の基準を明確にした方が分かり易いと思います。

人間は総合的な機能でみるべきであり、両下肢の歩行能力などの具体的な基準がより厳しく規定されるべきかと思われる。

1km以上の歩行とか30分以上の起立位等を基準にする必要はない。一下肢4級を基準にADLとROM・MMTを組み合わせれば可と考える。但し、両下肢の著しい障害はすべて2級とするのではなく、3級4級の事もあり得ると解釈すべきである。

ADLの状態からの判断基準を重視すべきと考える。

総合的、合理的基準が必要。

一下肢全体の障害、三大関節の障害及び足趾の障害が示されているが、一下肢のみならず、両下肢の障害の機能評価があってもよいのではないか。一下肢機能障害の認定で全廃、以下、著障（4級）から軽度の障害（7級）の判定基準に問題があり、あくまで支持性だけで判定すべきである。運動性を取り上げればあいまいになるので、立位歩行で例えれば、①歩行器が必要、②必ず松葉杖が必要、③1本杖が必要等と分け、歩行距離はあいまいで考慮すべきではない。故に両下肢の機能障害（著障）は3級又は、2級と分け判断基準を指示性を主として明確にすべきである。両下肢機能の障害はたびたび認定の対象となることがあるにもかかわらず、基準があいまいなために判定に苦慮することがあります。歩行能力を基準として採用することが適当ではないかと考えます。歩行能力に関し、補助具使用で可能かどうか等の基準はやはり必要かと思われます。

立てなければ1級、歩けなければ2級。

完全に歩行能力がない場合は別に障害認定すべきである。

両下肢全般に渡る障害があり、立位または歩行が困難なもの。

体幹障害で対応していることが多いようにおもいます。原因や症状がさまざまなので基準をつくるのはむづかしいとおもいます。

必要であると思えます

座位、立位、歩行の程度を加味した基準が必要と考える。

必要なし、左右を合わせて指数計算すればよい。両下肢の著しい機能障害は④+④→③3級とすればよい
具体的な評価基準が必要である。

必要と考える。身体障害認定基準（3訂版又はそれ以前のもの）を参考にしている。

必要はない。歩行能力（歩行距離など）を一側下肢の機能で実際には区別は困難。一側のみが障害されていてもキョリは変わらない。各々（下肢）をやはり筋力、可動域それに耐久性などのImpairment評価で判断するしかない。

等級間の整合を図る為にも、体幹機能障害の歩行能力に相当させることが妥当と思われる。

補装具なしでは歩行不能（0m）もしくは10m以内（但しこの障害をうらづける他覚的根拠が必要である）。具体的な基準は必要と思われれます。歩行能力、立位時間、座位等で決めてもよいと思われれます。現在の著しい障害を基準に決めてもよいと思えます。

「両下肢の機能の著しい障害(2級)」は「四訂身体障害認定基準解釈と運用」の284ページにある「独歩は不能であるが室内における補助的歩行の可能であるもの（補装具なし）」を基準に判断している。事案により「両下肢の機能障害(3級)」「両下肢の機能障害(4級)」という認定をすることもある。

基準はあった方が望ましい。歩行不可・起立不可であれば2級等。

一側の機能障害を2つ合わせて両下肢の機能障害になるものではなく、一側の機能障害と両下肢の機能障害は質的にも異なるものであると考える。しかし、歩行能力ではその判定が困難である。起居・起立・移乗動作等、複合動作に関連した項目を設定することが好ましいと考える。

具体的基準が必要。

不必要。なまじ不適切な距離を例示するから認定がややこしくなっているのが実情。一下肢機能障害著明（4級）は1km以上歩行不可などという長距離でなく、もっと短い距離の例示に変更すべき。

判断に迷うことが多いため、明確な基準が欲しいと思えます。普通の人とは両足で歩く場合が多いので、歩行能力で等級を決めるのならば両足で歩いた場合の距離や階段の昇降等のADLの制限の状態を基準として示していただきたい。

「両下肢機能の著しい障害（2級）」については、各一側の下肢が「下肢の著しい障害（4級）」の状態であれば良いので、現状の基準で運用可能であるが、「一下肢の機能の全廃（3級）」と同程度の「両下肢機能障害（3級）」を認定する場合は運用が困難である。一下肢の障害を想定した場合ではなく、両下肢障害の基準である、「脳原性移動障害（3級）」の基準や「体幹機能障害の歩行の困難なもの（3級）」の基準で認定すべきである。

基準が必要と考える。具体的には、室内での実用歩行不可、日常的に車椅子が必要、立位には半介助が必要、等

必要である。歩行の程度による。

具体的基準が必要

両下肢筋力が△であったとしても、両下肢著障2級とは必ずしも判断せず、両下肢機能障害3級相当と考える場合がある。具体的基準があれば利用したいが、今までの判断と相違があると困る。

必要と考えられる。具体的なことについては、今後研究を要す。

両側で歩行能力を評価すべき。特に手すりをつかまり歩きできるか、杖歩行か、杖なしでの歩行か、装具なしの状態像で等級を決定すべき。

独歩は不能であるが、室内における補助的歩行の可能なもの、を言う

両下肢機能として「歩行の不可能なもの」であれば両下肢機能の全廃（1級）、「独歩は不能であるが、室内における補助的歩行の可能であるもの（補装具なし）」であれば両下肢機能の著しい障害（2級）の認定と考える。

むづかしい問題です。

必要、バスのステップ、歩行速度、up and gotent など

具体的な基準が必要（案）著しい歩行制限（数歩以下）、起立困難

必要である。ただし、歩行距離では判定困難である。加齢のみでも歩行距離は低下する。

床からの立ち上がり、歩行可能な時間及び長さ。

必要である。移動能力を基準とする。

具体的な基準は必要ない。

歩行能力、例えば両松葉杖歩行か車いすのみか、等の判断が両下肢の機能として必要と考えます。

両側の機能障害がある場合、3級、4級の基準を作ってはどうかと考える。

余り条件の設定は必要ないと考えている

具体的な考えはないが、認定の際に判断に迷うことが多い。具体的な基準があれば、判断しやすい。必用と思う、中等度障害などの基準も加える

両側は除外した方がわかりやすいと思う。片側ずつ検討が良い。

両下肢2級：歩行困難、3級：歩行100m、4級：歩行1km、5級：2kmとして体幹機能障害による歩行能力を参考とする。

必要であると思います。基準としては、補助具使用時と非使用時の両方の歩行能力で、細かく規定するのがよい。

歩行能力、立位、移動等の基準が必要。(整形外科) 機能障害の程度を表す、客観的な数値基準が必要。現在も例示のみを根拠とする参考意見があり、認定に苦慮している。(神経内科)

一下肢の著しい機能障害は、両下肢の機能障害としてとらえる方がよいのでは。

必要である。 独歩不能、両手すりがあれば歩ける程度など。

特段の必用を感じない。両下肢切断あるいは、体幹の基準と同等の障害と考えるのが実際的である。不要。

8. その他の意見

具体的な例を示すことができないが、機能障害部位が多数であるとき、点数を加算してゆくと、臨床に記載されている状態像よりも重度の障害として認定せざるを得なくなる場合がある。そのときに臨床像に合うような等級にすると、計算根拠を示せなくなることもある。

1) 関節機能、筋力低下、切断についての基準は比較的明確ですが、中枢神経麻痺(痙性、運動失調など)により生じる障害の認定は、機能障害と能力障害に混乱がみられ、整理が必要だと思います。2) 運動補足野や頭頂葉の障害により生じる運動機能障害の認定は可能で、アルツハイマー病など全般的脳機能障害により生じる運動機能障害は認定(廃用を除く)されないことには、釈然としない。3) 上腕2分の1以上、大腿の2分の1以上の基準は、他の基準と整合性がない。

高齢化と身体障害との関係はどうしても一致してしまう。その点の線引きがこれからの問題と思われる。肢体不自由の状態及び所見の部分でADLとROM・MMTが不一致と思われる意見書が比較的多い。特に内科医からの提出のものに多く見られる。ADLを優先とするべきなのかどうか検討が必要である。介護保険が導入され、高齢化とともに肢体不自由の条件も重複することが多いが、ADLを重視して認定すべきと考える。

3才以下は等級に問題があるとされているが、重度により3才以下であっても対象に考慮できないか? 全体として6級、7級は廃止すべきである。等級の判断基準を出来るだけ簡単にし、実状に則して、医師による判定のバラツキを少なくする工夫が必要である。等級は1級から4級程度まで、4段階で十分である。上肢、下肢の切断の判断基準が複雑すぎるので、もう少し簡単(シンプル)にすべきである。医療の進歩に伴い早期に濃厚な治療をした結果として症状固定しているのであれば、3才まで認定を待つべきではなく、1才を過ぎれば認定を可能とすべきである。

多くのDrが意見書の書き方と主旨を理解していないようです。その為の啓蒙が必要でしょう。極めて杜撰なものには、書き方についての簡単なパンフレットを送るなど。是非やってもらいたい。

「体幹不自由」は採用の仕方によってかなり幅がでますね。

各種障害(片麻痺、切断、関節障害・・・など)と等級の関係をもう一度整理して等級を付け直す。

パーキンソン病で薬物がある時間有効であるがoff-on, on-offがつよくありその状態が長くつづいて**例の審査のとき認定に困った(症状が日内変動しその状態が固定している例)

パーキンソン病で症状はほぼ固定しているのにも関わらず、日内変動がみられる場合があります。その場合どのレベルで判定すべきか困っております。時間的に多い方のレベルで判断するのか、それとも平均的(?)な所で判断するのか。(例えばオフ時に寝たきりに近い状態であるが、オン時には自立歩行が可能である場合など)

①切断の級の分け方を変更すべき、大関節が残っているかどうかで分けるべき。②1側上下肢の級をもう少し細かく、上肢2, 3, 7→2, 3, 5, 7級とか 下肢3, 4, 7→3, 4, 5, 7級など

各等級の具体例の中には、疑問に思う所が散見される。整合性をはかるべきと考える。

1. 著障と軽障の中間の障害が必要(軽障では手帳でない場合) 2. 手指の切断の等級の見直が必要(3, 4, 5指は軽んじられており手帳の対象とみなされていない) 3. 医療費免除の恩典との関係が水面下にある 4. 医療から在宅へのタイムリーな移行には現在も手帳は大きな公的援助として有効であるので、できれば早くに認定をし、手帳のサービスを在宅の準備に利用できるようにしてほしい。

指定医の診断書記載が不備な物が多く、判断に困るので診断書の精度を上げることが望まれる。

四肢の感覚障害(特に異常感覚、知覚過敏)によるADLの障害についての評価・認定が困難に感じる。診断書は、筋力は5段階、角度は定数で記載すべきである。現状ではあいまい。

中枢性障害に関しては、関節可動域の記載は不要である。何故記載しなければならないのか。筋力の記載のみで十分である。人工関節を用いたものなど、手術施行や治療により改善し等級が変動したと思われるものに対して、チェックがなされていません。明らかな切断や完全麻痺を除いて、等級の上級変更を義務づけるか、定期的な更新を義務づけるべきであると思います。

リハビリテーション治療の期間等も判定の目安とすべきであると考え。同様の症例でも、リハビリを行わない者が1級、リハビリを行った者は2級というケースが多く不合理を感じる。

「かなづち」「1km以上」など不適切な具体例が多い。「かなづち」を（実用レベルでは）使用できない、というだけで4級申請する事例が絶えないので改善すべき。（「不良肢位拘縮のために、ROM・MMTが良好でもできない。」など。）下腿大腿切断の「2分の1以上」要件も外すべきでは。2分の1以上とそれ以下との違いはなく、むしろ断端が長過ぎる方が継ぎ手の位置決めなど臨床上困難が多い。

各自治体が、障害認定の際に苦慮している疾患や病名については、認定基準の解釈や適用方法を、また現状の認定基準で対応できないものについては、新たな基準を考えていただきたい。

幼児期に1級となり、改善したにもかかわらずそのまま1級でいた人がいます。年金の申請時、20歳の時に、一律再判定をすべきと考えます。

老人の大腿骨髄内側骨折で、人工骨髄が入るだけで4級はいかなものか？6の質問と同じと考える。

多くのDrが意見書の書き方と主旨を理解していないようです。その為の啓蒙が必要でしょう。極めて杜撰なものには、書き方についての簡単なパンフレットを送るなど。是非やってもらいたい。

7級の項目が医師、患者双方に混乱をあたえている。7級ではなく、補足項目とでもするのがよいと思われる。

現行の脳原性運動機能障害に関する認定基準はもっと認定しやすい形式のものに作り直すべきである。

関節可動域、筋力よりももっと細かいADLの評価で認定する方がよいと思う。

15条指定医のレベルはまちまちで、意見書の認定に苦慮することが非常に多い。研修やその他レベルアップが必要。又、指定医ならどの疾患でも認定できるということもおかしいと思う。もっと、狭い範囲（専門部のみ）でもいいのでは？

第4、5指の機能が第2指に比べて軽視されすぎていたり、足部の機能がよく検討されていなかったり、同じ下肢切断でも「1/2を欠く」などという非現実的な基準で差がつけられているなど、医学的に判断して問題のある部分が多いと思います。そろそろしっかりと準備期間を設けて現場の意見を重視しながら、全面的な障害程度基準の見直しが必要と考えます。

昔に比べ疾患が多様化しており（特に中枢神経疾患）、従来の筋力や関節可動域による判定では、無理が生じることがある。肢体不自由（+平衡機能障害）をいくつかの疾患群ごとに分類し、その疾患群に見合った書式を新たに作成する時期にきていると考える。（神経内科）

impairmentでなく、disability中心に等級判定の方が簡単ではないか。

定見もなく基準の変更を企図するのは愚である。

足・足趾の障害での歩行障害が強い場合、重い等級がとり難い。下肢の一関節の全廃でも、下肢全廃に相当する例がある。この場合、関節障害のほうを優先することとなっている。あまり具体例で判定医の裁量を妨げないほうがよい。

内部障害

1. 心臓機能障害

(1)人工ペースメーカーで申請があった場合の扱い、認定基準はどのように改めるべきか。

現在は人工ペースメーカー植込みありは、1級としている

人工ペースメーカー植込み後の状態により等級を決定すべき。

人工ペースメーカー装着者については、現状即1級認定をしている。

見直しについては、必要である。1級ではなく、生活制限を重視し減級すべきである。

ペースメーカーに作動不全がなく順調に経過していても何らかの事態で作動不全に陥った時は問題か、認定基準は再検討する必要がある。

認定基準通りに審査しています。人工物を装着している場合、一律に機能全廃とすることには、疑問を感じます。

人工ペース・メーカー移植前は患者さんの日常生活での制限の程度に応じて判定しています。

人工ペース・メーカー移植後はほとんど、例外なく通常の日常生活に復帰しています。この点を考えますと、移植後の身体障害者としての認定は不要と考えています。是非、人工ペース・メーカー移植後の1級はじめ身体障害者認定を廃止していただきたいと思います。

ペースメーカー挿入のケースについてはペースメーカーを装着しなければどうかという判断をするものと認識しており、1級申請を無条件で容認している。人工弁にも、ペースメーカーにも装着後に心臓機能障害があるのかどうか判断し、普通に日常生活が出来、働ける人には身障認定は必要ないものと考えている。そのように改めるべきと考える。

身体障害者障害程度等級表の解説に則り1級として認定している。(A医師) 認定基準を見直す必要はない。携帯電話など実際はペースメーカーに大きな影響は及ぼさないが、患者の中には常に注意をしながら生活している人もいる。実質的には生活制限を要していないように見えても全く制限のない患者はいないと考えられるため。(B医師)

実質的な生活制限を要しない場合は、下位等級(例えば3級)でもよいと考えます。実際に、主治医によっては一律1級の申請ではなく3級で、申請にこられる場合もあります。妥当と考えられる場合はその等級で認定しています。

現時点ではペースメーカーを装着していれば、症状に関わらず、1級と認定していますが、ペースメーカー装着後症状がなく、生活が送れるようになっても1級であることには疑問を持っています。やはり症状に応じて等級を考えるべきではないでしょうか。

1級障害として扱っている。

現在の認定基準では1級として判定する以外ない。ペースメーカーへの依存度により判定するべきである。基本的にペースメーカーを装着したものは、弁置換後と同様に症状の有無に関わらず、1級でよろしいかと思います。また、その様に取り扱っております。

原則として1級として認定している。再認定を設け、1級としてではなく、3、4級も可能な基準をつくらばよい。

これまでペースメーカー挿入例は全て、障害者手帳の対象となり、その後1級申請が可能となった。ペースメーカー挿入の結果無症状となったもので、なければ生命の危険もある。従って手帳申請は妥当であろう。

たとえばa-hの所見がなくても、人工ペースメーカー装着後は1級認定。見直しについては、ペースメーカーの種類が増えてきているため、すべてのペースメーカーを1級と認めるか議論が必要。例：治療として完全房室ブロックを作ったための、ペースメーカー植え込み。伝導障害の治療ではなく、心機能を向上させるための両室ペーシング。

ペースメーカー装着、人工弁、弁置換により活動能力が正常に回復しているものはせいぜい3級相当として、1級にすべきか否かは総合所見による方がよいかと思います。呼吸器機能障害の人工呼吸器装着者を1級に認定する状況とはかなり異なると思われます。

すべて1級に認定しています。

人工ペースメーカー、弁置換の患者さんは、1級認定としている。→ペースメーカー手術時は高額であり、公費負担が必要だが、その後、生活制限なければ1級認定は不要と考える。ペースメーカー自体が生命維持に不可欠であることを考慮すれば、従来通りの認定でよい。

疑義解釈にペースメーカー装着時は1級と認定するとされているので、従っている。しかし、ペースメーカー等人工臓器で生活活動がよくなれば、薬剤治療で活動能力がよい場合は等級は軽い方に認定されているので、同じようにしてよいと思う。

1級としています。人工ペースメーカー装着者はa-hの所見がなくても、これを取りはずすことは生命の維持に支障を来すことがあるためという、従来の基準に従っています。

人工ペースメーカー装着予定の患者では、a-hの所見が2つ以上なくても、1級にすべきと考えます。

現時点では、人工ペースメーカー装着者は全て1級と認定している。しかし、心機能が良好で、ペースメーカー術後、失神、めまいの消失した症例に対しては、今後、見直しが必要であると考え、認定基準を変更しない限り、自治体の独自判断で1級の申請を却下することは不可能である。

人工ペースメーカー装着は全て1級の基準なので1級としております。しかし、医療の進歩により、生活制限を要しなくなっているのですから、等級を下げた方（3級位）が良いと考えます。

認定基準どおりに1級としている。人工ペースメーカー装着者は受けることのできない検査もあるなど制約も少なくないため現行基準のままでよい。

実質的には1級として診断しているが、症状に合わせて3級又は4級として認定出来るように認定基準を見直してもよいと思われる。

人工ペースメーカーを装着すれば、認定基準の規定どおり1級として認定している。4級以上で認定することを前提に、活動能力や心電図所見により、等級を決定すべきである。

人工ペースメーカーの装着があれば、規定どおり1級としている。

ペースメーカーの有無は要件に入れず、実質的な身体能力を基準にすべきである。

人工ペースメーカーは、改善が図られたとはいえ、人工産物であり、安全性からはいつ欠陥が生じないとは限らないことを考慮し、認定している（生命の危険性）

日常生活上支障がなければ、再認定して3級でも良いか。

委員1・これまでペースメーカー装着例は1級と認定されていた。しかし、この様な例は多くの場合通常の社会生活が可能である。しかし、定期的診療が必要であることを考えると、「3級」または「4級」と判定してよいと思う。委員2・ペースメーカー装着は1級と判断。実際、装着後はペースメーカー他がないで良い場合もあり。

ペースメーカーを装着しているだけで、無条件に1級としている。しかし、ペースメーカー装着にて健常人と同様の生活可能となるわけであり、ペースメーカー装着で身体障害者と認定するのはおかしい。

人工ペースメーカー、人工弁を装着した者は、QOLに全く関係なく自動的に1級に認定。これは障害程度等級表解説に明記されている。しかし、ペースメーカー、人工弁装着者に関しては身体機能は著しく改善しているにも拘らず、1級と言うのは矛盾である。例えば同じ程度の僧帽弁膜症で、弁形成が行われた人は多少症状が残っていても3級か、4級にしかならないという事例がある。

人工ペースメーカーの装着だけで1級認定していますが、実質的な生活制限（活動能力の程度）によって判定すべきだと思います。

必要なし

現行の取扱い

「ペースメーカーを装着したもの」に該当するため1級を認定している。見直し案として、人工ペースメーカーを装着しかつ次の2点の両方を満たす者のみ認定する ①実質的に生活制限を有する ②心エコー等で心機能低下が認められる・・・心電図ではペースメーカーリズムとなり心臓機能が適正に評価できないため

①現状では1級としています。 ②昭和50年代と比べ、ペースメーカー自体改善、植え込み可能医師も増え、予めの診断技術も進歩しており、これからますます増えるでしょう。結論としては「級」を下げてよいと考えます。個々のケースで作動しているかいないか確認していく作業は、指定医師にとっても大変な作業量増大で現実的でないと考えます。

生活制限の程度によって等級を決定すべきで、画一的に1級とする必要はないのではないかと。

ペースメーカーの依存度により分類法を作成することも一法。

規則上一級認定であるが通常の生活を送ることを目的とした人工ペースメーカー移植術の施行であることからすれば機能障害は実在するとしても一律1級認定は実状に合わない。しかし何級にするかあるいは非該当とするかは難しい問題を有す。

現在は1級、場合により3、4級もありうるとしてもいい。

ペースメーカー装着後は心電図所見等がなくても1級で認定しています。

人工ペースメーカー及び除細動器の永久的な埋め込み術を実施された方は、1級として認定している。現時点では、上記のように認定しているが、ペースメーカー装着者の中には心機能が良好で日常生活、労働に何の不自由もない者が多くある。ペースメーカー（人工弁）＝1級の認定制度には問題がある。再認定で等級を下げる等の処置が望まれる。

基準により等級を認定している

① 認定しています。 ② 1級にはならないと考えます。

原則として3~4級に位置づける。申請のDrがADLについて明確に理解していない例が多い。

認定基準どおり、1級として認定している。

身体障害認定基準に基づき、「1級」に認定しているが、この認定基準は大いに問題ありと考える。

（2）心臓機能障害の認定に関する意見

評価には、超音波所見も加えるべきではないか。

①4級の認定基準に「臨床所見で部分的な心臓浮腫があり、・・・」との記載がありますが、臨床所見キ浮腫(有・無)をもって部分的な心臓浮腫ありとするのか、胸部エックス線所見の心胸比をもって判断するのか、明確でない。②重度の心不全で、認定基準の心電図所見がない場合もありうる。

心臓疾患などで、書類から判断して、患者さんから強く身体障害認定を求められて書いたと思われる事例があります。申請書は是非、客観的に判断して提出して頂きたいと考えています。

現在は心電図所見が主たる基準となっており、心筋梗塞既往の患者さんの場合は心機能の程度の如何に拘らず、概ね1級認定の要件を満たすが、カスリ傷の人も多く、いわゆる行動範囲が著しく制限されるケースは少ない。今後は心機能に基づき真に仕事が出来ないとか単独で外出が出来ないというケースに限り1級認定するよう見直すべきと考えている。

ペースメーカー装着後は症例によっては3、4級相当と考えられる。再審査が妥当である。客観的所見(特に心電図)と活動能力とが乖離する症例がある。要検討。(A医師)書類を読んでいて病状説明と活動能力の判定が合わないように感じる書類が多い。活動能力は障害の級に合わせて記載されているように感じる。現在の障害者認定は主治医書類の記載内容だけでされており、第3者の意見が全くない所に問題がある。(B医師)

昨年度の集計の中より、心**所見等で以上を認めない場合でも、それに変わる所見(例えば心*で閉塞や高度狭窄をみとめる)があれば同等の扱いをして認定しています。(小児は担当外ですが、認定基準を拝見して、先天性心疾患を、18才未満の基準でカバーするのは、難しいと感じます。)

いちばん問題となるのは、認定時期についてです。急性心筋梗塞、不安定狭心症の発症と同時に申請があります。「急性期治療が終了して症状固定後認定を受けるように」という説明で非該当として返していますが、主治医が急性期治療を更生医療で行うため同時申請しており(すでに主治医が治療は更生医療を行える、と患者に説明している)更生医療を却下することになるので、患者さん側から不服申立があります。

心臓カテーテル、心臓超音波による心機能評価があった方がよろしいかと考える

ペースメーカー、人工弁が入れば必要1級になるのはおかしい。人工弁を入れてもほとんど通常人と同じ生活ができる人も非常に多い。

特に問題はないと考えますが、1級の(1)a~hの所見については、もう少し簡略化できないか。

再認定の時期を原則として2年とかの基準を設けてほしい。

ペースメーカ植込み以前は、植込みの必要患者の平均余命は六ヶ月とされていた。目下内科的治療も進歩をとげ、延命可能は認められるが、ペースメーカ植込み術に勝る治療法はない。患者の基礎心疾患を重視して、やはり一級手帳が該当と思われる。

認定基準が病状を反映していない。特に脚ブロックや期外収縮は健康人にも見られ、重症度とはほぼ無関係。また冠動脈疾患では、左主幹部病変や回旋枝病変では、有意な心電図変化がないことも多い。重症の拡張型心筋症でも心胸比正常がある。冠動脈造影所見や、心エコー所見なども入れて、病状に不公平なく評価したい。

心エコー、心カテは、ほとんどの場合施行されているので18才以上の場合の、認定基準に追*する方向を**していただきたい。

心電図所見に該当項目がないため、活動能力、治療経過から高度の狭窄が考えられても非該当にせざるをえない。

上行大動脈瘤~弓部大動脈瘤~胸部下行大動脈瘤で心機能障害を有する患者を心臓機能障害でカバーしているが、両方を包括するような(例えば、心臓・大血管機能障害等)障害認定としたらいかがでしょうか。

「部分的な心臓浮腫」を具体的表現に変えてほしい。

心電図所見を重視しすぎているように思う。心電図がb-hに該当しなくても重症冠動脈疾患や、重症心筋症の場合がときどきある。a-hのうち、心機能に関する項目が心胸比だけであるが、他の検査成績(エコー、RI検査)による心機能評価項目があってもよいと思う。

現在、心エコーによる診断が広く用いられているため、心エコー所見を記入する欄が必要であると考え弁置換術に関しても同様に考えたいと思います。人工弁と弁形成術の差異も解消されたいと考えます。現行基準では実際の心機能を反映していない。重症度を反映しうるように、他の検査所見も認定基準に加えるなどするべき。例:左室駆出率、心カテ所見など

心臓機能障害と認めるのか、認めないのか難しい原因疾病や部位については、自治体によって考え方が異なるため、症例による一定の基準が必要と考える。

更生医療を受ける予定の者が身体障害者手帳を取得する場合、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなる可能性が高い。このため、このような者については要件を付し、更生医療の施術後、一定の期間が経過した後に手帳を返上することを明文化する必要があるのではないかと考える。また、心エコーの記載項目を追加した方がよい。

傷病名の追加：高度房室ブロック

生活習慣からの心不全と不整脈：アルコール依存心臓機能障害は生活指導では改善の見込みがないが・・・再認定をお願いしている。

虚血性心臓病による心不全：治療による再認定をするよう勧める。

内部障害による認定希望が今後増加すると考えられるので認定基準を厳格にした方が良いのではないかな。

委員1・認定に際しては身体的運動能力評価に基いて行われるべきと考える。心機能検査の細かい数値にこだわる必要はないと思う。米国のNew York Heart Associationの機能分類「NYHA分類」が実際的である。委員2・現在の認定基準では、心不全の認定が十分ではありません。

弁置換、ペースメーカーでの基準を見直すべきである。

歴史的には更生医療又は育成医療によって心臓の修復手術を受けるために、身体障害者の認定取得が行われてきた経緯がある。本来身体障害の認定は障害が固定し、修復が不可能な時点で行うべきでは。医療費の自己負担軽減のためには他の方策を取るべきであろう。もし従来どおりとすれば一定期間後に再認定を行い障害認定の変更、取り消しも有り得るとすべきである。

心電図所見のイ、ウは判定基準が曖昧であり、右脚ブロックは病状の判定に役立たないので削除してもよい、と思います。期外収縮については、上室性・心室性の記載と頻度の記載が必要と思います。心エコー図、冠動脈造影、シンチグラムの所見を記載する項目を加えたらよいと思います。

他自治体に照会したところ、虚血性心疾患で更生医療を同時に申請した者の「障害の永続性」の判断基準が異なっていた。滋賀県では、別紙のように治療の経過、冠動脈造影検査、心エコー検査を参考にして認定の可否を判断している（改善の可能性が高い者は時期尚早のため却下）（意見）冠動脈造影検査、心エコー検査、LVEFの所見で心臓機能を評価して認定するよう認定基準を改正していただく

①このままでは虚血性心臓病での認定がますます増えるでしょう。PTCA、バイパス手術については、必ず再認定とし、その活動能力評価に客観的な検査を加えるべきと考えます。例えば運動負荷心電図等です。②「症状固定」という大原則との乖離があります。更生医療（＝心臓手術）適用の為の身障手帳交付が見受けられます。急性期の手術はどうするか、明記して頂きたいと考えます。

①5段階の生活制限の程度の記事表現が非常に分かりづらく、記載者側もその違いが明確化しづらいのではないかな。表現を再検討を要するかと考える。②心電図中心の所見であり、臨床現場の判断と差があるのではないかな。心エコー所見、心カテ所見、BNP値処方内容等の一部も所見に入れてはどうか。

日常生活上の区別をもう少し合理的にまとめる方法をそろそろ検討すべき時期ではないかと考える能力とその他の所見との整合性に疑問を感じる。CTR、NYHA、LVEFなど、もう少し他覚的所見で等級を決定する方が判断しやすい。

病状と認定基準が合致しない例があります。例：CTRは55%だが、心エコー上左室運動障害、駆出率20%以下に低下し心不全状態だが、心電図所見なく、認定基準に合致しない。

大動脈瘤は手術しなければ高頻度に破裂するため手術が必要である。多くは無症状であり、心電図変化もなく、なかなか認定されにくい。少なくとも4級が認定されるよう、例えば「6cm以上の胸部大動脈瘤はそれだけで4級」などの処置が望ましい。同様に、無症状の先天性疾患で手術が必要な場合も認定されにくい。手術適応は確立したものであり、手術を受ける者が4級を認定されるよう、心エコーや心臓カテーテル検査を項目に入れた方がよい。

①X-P、ELG、だけで基準外、基準内は妥当ではありません。②将来的なことをふくめた生活能力判断は必要である。③{人工弁 人工ペースメーカ} 植込み予定などは、その時点で認定すべき。

症状の固定化の判断が困難な場合に苦慮している。手術又はペースメーカー装着後の無症状に近い症例の判定（含期間）。

心エコー図等の新しい検査の項目があってもよいのではないかな。

身体障害者診断書、意見書の様式はあまりに古く改訂が必要と考える。（例えば、心エコー所見、冠動脈造影所見を加える、など）

2. 呼吸機能障害

(1) 等級判定が困難なケースの対処

活動能力、動脈血ガス（不可能な場合は、経皮的**飽和度を参考）、指数、診断書内容をみて総合的動脈血O₂分圧重視で判定を行っている。場合によっては、SPO₂を問い合わせることもある指数は意図的な悪化が起こる可能性があるため、動脈血O₂分圧を優先すべきである。

臨床所見、X線所見、活動能力の程度などから総合的に判断しています。

SPO₂を参考としている。指数PaO₂分圧の差の大きい場合は基礎疾患が何であるかにより対処している。

動脈血O₂分圧測定不能例については、指で測定するSpO₂を参考に判断している。（換算表があるので、あくまで参考値ではあるが仕方なかならうと思います。）解離の大きなケースでは病歴やレ線所見などから病状を判断するようにしている。何も書いてなくて困るケースもあるし、あまりに呼吸困難の強いケースでは悪い方のデータで判定することもあります。

換気機能、画像、活動能力など総合的に評価している。酸素吸入中のPaO₂はO₂流量、PaO₂の値（高値である場合は呼吸機能障害が強い）も参考にする。また酸素吸入開始前の血液ガス測定値を要求し、参考とすることも多い。（C医師）

基本的には判定基準に添って判断していますが、検査実施の不可能な実況や、その他の参考になる所見があれば総合的に考えて、認定するようにしています。症例ごとに背景が異なるため、補助的な検査結果や所見でも、参考になるものであれば欄外に書いて頂けますと助かります。（不足する場合は、追加検査をお願いしています）。

Po₂測定不能時、酸素飽和度を参考にします。指数とPo₂の解離が大きいときなど活動能力の程度、胸写所見などを参考にして決めます。他のケースとの接合性にも留意します。

呼吸障害指数も定量的なメルグマールであるが、日常で症状に関係するのは、O₂分圧と考えられるので、解離が認められる時は、O₂分圧を採用することが良いと考える。

SP0₂値を参考にしている。指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合、COPDでは「労作時のSP0₂↓あり」それも参考にしている。

①PaO₂>80Tow以上で「室内気での測定不可」等の場合は、室内気の水ガスを要求していますが、PaO₂70Tow以下では、その他の所見で判断しています。②指数は閉塞性障害を**可疾患以外は参考所見で考えるべきと存じます。

酸素飽和度で代用する。その場合室内気で飽和度90以下を4級相当と考えている。指数と酸素分圧の解離が大きい時は、より客観性が高いと思われる後者を優先する。

O₂分圧、S p O₂は、測定値の状況により結果がかなり異なる為、原因疾患、経過により総合的に判断している。胸部レントゲン、活動能力も評価している。

判定基準の文面にあるように（指数が20以下のもの又は動脈血O₂分圧…）いずれか数値の悪い方を優先している

吸入酸素濃度から動脈血酸素分圧を推定している。

指数と動脈血酸素分圧の解離が大きい場合は客観的な動脈血酸素分圧を重視している。

解離が大きい場合は、O₂分圧を参考にする。ルームエアでの分圧測定がない場合は、活動能力や理学的所見を参考に判断している。認定事例もあいまいで、判定に困っている。

①ルームエアでのO₂分圧測定不可例は、通常O₂吸入継続、人工呼吸器にある人であり、その場合はFIO₂記入して、動脈血分圧測定。PaO₂/FIO₂の値で250以下を低O₂血と判断している。②指数とPaO₂値の解離のケース。X p 所見、症状を勘案し総合判断。指数、PaO₂のうち、重症所見の方を重視して判定している。

解離が大きい場合は、客観的指標のPaO₂値を重視している。O₂吸入時のPaO₂値で判断することは難しいが、略々の換算値が示されれば、判定に助かる。

ルームエアでの動脈血酸素分圧が測定不可能である時は吸入酸素濃度をできるだけ低下させた際のデータを参考にしている。指数と動脈血酸素分圧の解離が大きいあ場合の対応としては、原則として動脈血酸素分圧を重視するが、疾患の種類や症状も参考にし審査している。

医学的に説明がつかずならば、ルームエアではない動脈血O₂分圧を参考として認定したり、指数と動脈血O₂分圧の解離があっても認定は可能と考える。

パルスオキシメーター値で判定可能と考えられる。

子供で気管切開を行っている場合、再認定を条件に、原因疾病や現状で得られるデータから、障害程度を予測している。指数と動脈血O₂分圧のどちらかが、基準を満たしていれば、障害認定を行って総合的に見て判断する。日常のADLと合致するDATE（検査値）の等級を重視する。

総合的判断による。

委員1・いずれかの検査値のうち、悪い値を参考に判定している。

委員2・指数と分圧の解離の場合は分圧を優先と考えています。O₂分圧測定不可能な場合はSaO₂で代行を考えてください。

主治医の意見を尊重している。

診断医から直接状況を伺うこと、またPCO₂を参考にしたりすることがあります。

O₂分圧が測定できない場合はSP0₂の値を参考にしています。病名から酸素分圧と指数の乖離が理解できる場合は、悪いほうの値で判定しています。

可能な限り酸素**を一時的にも中断した状態で検査し数値を記載してもらっていただければ、解離が大きい場合はO₂分圧を重視している。

経皮的動脈血酸素飽和度検査の結果などを参考にしている。

酸素吸入中であれば、O₂の流量、PaCO₂などを参考とし、その他換気機能、画像、活動能力など総合的に評価、O₂吸入開始前のデーターをできるだけ集めるようにしている。O₂分圧と指数が乖離することもあるが、その時はPaCO₂など総合的に評価。1級判定の時は、できるだけ他覚的所見を得よう努力をしている。

総合所見、呼吸機能、活動能力の程度の内容が実際にルームエアでの動脈血O₂分圧測定不能と考えられるもの（おそらく1級相当）であれば臨床状況を勘案して請求通りに1級として認定。これらの所見がルームエアでの測定が出来る状態と考えられる場合は判定不能として返戻。指数と動脈血酸素分圧の解離はよく見られる現象である。間質性肺炎などの拘束性疾患では通常、指数は基準に達していても酸素分圧は低く、肺気腫などの閉塞性疾患では指数は低値にもかかわらず酸素分圧は低下していないことがしばしばみられる。このように単数や安静時の酸素分圧が基準に達していない場合には、総合所見や労作後の動脈血酸素分圧や労作時のSpO₂などの附記、CO₂貯留の有無、拘束性疾患では拡散能など、附記があればそれを参考にそれぞれの疾患に応じ該当、非該当や等級を決定する。診断書から等級を読みとる作業には、実際にどのような疾患でどの程度の病状のものが記載されているようなデータを示す可能性があるか、審査委員が実際に多くの患者を診断した経験をもつ必要がある。このような問題について認定に普遍性、透明性を持たせるためには、疾患個々の数値基準などが必要なのであろう。しかし、そのような複雑な基準を設けることが認定業務の改善に繋がると思はれる。指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合は、主治医の意見をさらに聞くようにしている。

規則通り動脈血O₂分圧を主として認定する。この動脈血O₂分圧は現在の値でなくともO₂吸入治療前のデータも参考とする。またSaturation（経皮O₂分圧測定）を参考ともする。

酸素投与下で70Torr以下であれば、状況（病歴や活動度）から判断しています。酸素投与下で80Torr以上ある方は、room airでの動脈血分圧を要求したいと思えます。検査値の再現性や客観性から動脈血O₂分圧を基本にしています。

安静時（検査時）にはO₂分圧が安定しているが、負荷後急激に低下する疾患については、負荷後のO₂分圧を参考に認定する場合があります。また、SaO₂値から認定する場合があります。

本来、呼吸器機能障害の認定は、患者さんのすべての状況から実施するものと考えています。ルームエアでの動脈血O₂分圧測定が不可能な場合は、これまでの臨床経験にて、およそのルームエアでの動脈血O₂分圧を予測しております。勿論、基礎疾患、病態により決まった数字はありませんが、他の身体状況（活動能力、病歴、呼吸機能検査、胸部エックス線所見）から、その患者さんのおよその状況は推測が可能だと思います。指数と動脈血O₂分圧の解離が大きい場合は当然あり、COPDでは、動脈血O₂分圧が保たれていても、指数が低ければそれに従っております。（ここに2級認定の必要性がでてくるのではないかと思います。）間質性肺炎は予後も悪く、指数は高くても、動脈血O₂分圧が低い方は、そちらを重視した方がよいのではないかと思います。酸素吸入量を評価している。動脈血酸素分圧が70mmHg以下でも、酸素を3L吸入している場合は、ルームエアで酸素分圧は50mmHg以下であると推定し、認定している。

極力、分圧を測定してもらっている。どうしても測定が不可能な場合は、酸素吸入時のデータを参考にしている。

疾患名と現在の病態、病状、XP所見、ADL、指数、O₂分圧（SpO₂）から総合的に判断しています。例えば肺繊維症では指数は悪くなりませんがO₂分圧がさがり解離が大きくなります。内容に矛盾があり判断に困る場合は要再認定としています。

基本的にP_{O₂}を重視。P_{O₂}の再検査を依頼する場合があります

SaO₂で代用換算することがある。指数と動脈血O₂のかい離が大きいときは再検査をし、変わらなければO₂分圧を優先している。

SO₂は不可能ではないので、これを参考にしつつ、XPとりよせなどの補助的手段を駆使して、総合的判断を行なうように対処している。

(2)呼吸器機能障害の認定に関する意見

他の内部障害と比較すると、等級の基準が厳しいため、調整すべきである。動脈血O₂は採血が必要であり、体動時等の継続的な変化が簡単には測定できないので、SPO₂をもって代替すべきである。中枢性睡眠時無呼吸症候群、閉塞性睡眠時無呼吸症候群も認定に加えるべきである。呼吸器そのものの呼吸器機能障害ではないが、常に睡眠中に機能障害が永続するものであり、障害として認定に加えるべきではないか。

全体として呼吸器機能障害の程度と等級が合わないように思う。障害の程度より等級が軽いように思われる。

特にありません。現症などきちんと書かれていないケースは保留などで逃げることも多いです。

①在宅酸素療法患者に対する等級判定。②80歳以上の超高齢者に対する判定。生理的にも肺機能は低下する。③等級2級の導入。④日本人を対象としたノモグラフ（日本呼吸器学会での肺活量、血液ガスの標準値が発表されている。（C医師）

昨年度の集計の中より、HOTのことについての記載がいくつかありますが…HOTは、呼吸器機能障害の認定がなくても、治療法として取り入れることが出来ます。又、次のことは、呼吸器以外の全ての認定についても該当することですが、申請された全てを認定することは難しいということ。できるかぎり平等に地域差が少なく認定されることが、理想だと思います。大筋の基準にそってそれにあてはまらない部分は個々の症例で、検討していくという、フレキシブルな部分も必要だと考えます。追、SPO₂は、動脈血ガスO₂分圧の代用として採用しています。

肺癌の末期と考えられる状態（癌性胸膜炎、癌性気管症、播種性転移など）で申請が出ることがあります。原則として「治療中なので非該当」ですが、在宅療養中で予後**以上と考えられる例もあり、判定に苦慮しています。

1秒率を指数として用いることは、高齢化社会では呼吸機能測定を正確に測定することは困難であることも多いので、O₂分圧やCO₂分圧を主にして頂ければ分かりやすいと思う。

閉塞性障害が主な認定で、拘束性（肺結核後遺症など）で在宅酸素療法中で状態が悪いのに、指数が高い例がある。拘束性障害（肺結核後遺症、間質性肺炎）についても検討して欲しい。

非該当相当の酸素分圧なのに、ストレッチャーでしか動けない人もいれば、1級相当の酸素分圧で、杖をついて歩くおばあちゃんもいる。痛みと同じで呼吸困難のつらさは個人差があり、どう評価するのが公平か迷う。

労作時に*度低s何祖血*となり、活動能力が*度に傷害されている方がみえるが、*正*評価基準が示されていない。現在は総合判断としている。

指数と動脈血O₂分圧の解離について専門家に質問したがはっきりした回答はいただけなかった。SpO₂値で提示された場合の判定基準が必要

1級認定の基準が厳しすぎる。

PaO₂が測定困難で、オキシメーターによる酸素飽和度モニターを提出する事例が少なくない。さらに運動負荷をかけた場合に飽和度が低下するデータを提出してくるものがある。①SaO₂の利用での認定方法と、②測定を運動時のものを用いてよいか、について検討してほしい。

PaO₂が測定困難で、オキシメーターによる酸素飽和度モニターを提出する事例が少なくない。さらに運動負荷をかけた場合に飽和度が低下するデータを提出してくるものがある。①SaO₂の利用での認定方法と、②測定を運動時のものを用いてよいか、について検討してほしい。

酸素飽和度（SpO₂）とPaO₂の相対関係を示して頂き、SpO₂値を判定の参考とすることが望ましい。

2級があればより障害者に適格な認定審査が可能と思われる。また、動脈血酸素分圧に測定は、主に患者さんへ負担が大きいことから、以前に比べてあまり行われなくなり、酸素飽和度（SO₂）が代わって頻用されてきている現状であり、酸素飽和度を参考とする審査基準が望まれる。

間質性肺炎など、安静時に比して運動時の動脈血O₂分圧に大きな低下が見られる場合の基準がなく対処に苦慮することがある。どの程度の運動でどこまで低下したら何級といった基準があってもよい。気管切開を想定した認定基準が必要である。

現行の認定基準は肺気腫を想定した基準です。これでは、間質性肺炎の方の認定が行えない状況があります。疾患ごと、肺気腫、間質性肺炎、肺癌などで基準を分けることも必要ではないかと考えます。特に間質性肺炎については必要と思われます。

①日常生活活動障害を認定するという観点から、最も客観的指標であるパルスオキシメーター装置下における低酸素血症の存在の有無を判定根拠の一つとして加えるべきと思われる。②指数の判定にはフローボリューム曲線のコピーを資料として提出すべきである。

委員1・心臓機能障害の場合と同様、身体的活動能力、呼吸機能能力を簡潔かつ明解に評価できる基準を作成すべきである。運動負荷時の血中酸素分圧の変化を参考にするのもひとつ。

委員2・在宅酸素吸入の場合の認定基準が明らかでない。

呼吸器は2級がなく、3→1級とするのは患者さんの負担が重いように考えますが。

心臓機能障害、じん臓機能障害の判定基準には「かつ・・・」の条件があるのに、呼吸器の機能障害にはこのような条件がない。整合性を欠くと思われる。

1級の判定基準をもっと具体的に詳しく記載して欲しい。最近、在宅酸素療法患者が1級で申請してくる①在宅酸素吸入症例の等級判定 ②80歳以上の超高齢者は現在の基準で評価してよいか。③指数測定が、外国人の正常値からなされている。（日本呼吸器学会による日本人での測定値を用いるべきでないか。）④2級等級があったほうがよい。

呼吸器機能障害の認定基準は厳しすぎるという声がある。実際、1級相当では認定を受けても外出すら出来ないであろう。しかし、基準を例えばO₂分圧5too r 変えただけでも税でまかなわれる数々の補助に相当額の像いかが生ずることも重要であろう。また、最近では90歳以上の高齢者からの申請も見られ今後ますます増えると考えられる、人間は事故死でない限り、死に至る際には必ずいずれかの器官が機能不全になるわけで、悪性腫瘍の進行による呼吸機能不全を対象外とするように加齢現象による機能不全も対象外となるはず、しかしこれらの人がどの程度の社会生活が営めているのか、いわゆる更正の範疇にはいるのか、診断書からだけでは読みとれず、数値が基準に達していれば疑問を感じながらも認定せざるを得ない場合も多く、悩ましい。障害認定により与えられる社会的、経済的保護の範囲と目的についての再確認が必要と思われる。

呼吸器機能障害には2級が存在しないのは、呼吸機能障害の患者にとって不利益であり、設定を検討していただきたい。現在の認定基準のほかに、肺高血圧の有無や、睡眠時または運動負荷時の経皮酸素飽和度SpO₂の低下、さらに、非侵襲的陽圧換気療法を要するような高炭酸ガス血症についても考慮していただきたい。

限られた data から障害認定する以上、時には状況判断も必要ですが、誰にも（1級、3級、4級になった人）ある程度了解できる判断基準（理由）が必要です。この点から動脈血O₂分圧等の任意性の少ない基準がより必要と思います。

上記の（1）の内容等から、2級の等級を是非設定してもらいたいと思います。

指数だけではなく、DLCO（拡散能）も項目に入れた方が肺気腫や間質性肺炎の評価能が向上する。安静時のO₂分圧だけでなく体動時のO₂分圧（SpO₂）も重要です。又、C O₂分圧の程度は肺の状態を反映するので考慮する事にしたいと思います。実際にはこのような点も考慮して判定してしま他臓器機能障害（脳梗塞後・先天的心障害）などとの混合障害の認定に苦慮している。

3. 腎臓機能障害

(1) 認定基準と同じか

同じ	21
異なる	19
未記入	17
合計	57

異なる場合の基準

すでに、血液浄化を目的とする治療を行っており、今後も継続する必要があると判断される場合は1級としています。

認定期間の中に再認定不要という欄があります。例えば、肢体切断のような明らかな固定した所見だけでなく、機能回復が望めそうな症例でもそういった申請が見受けられます。申請する側も判定する側も作業が大変ではありますが、認定期間についてもある程度基準がひつようと考えます。

透析中又は近い将来透析導入となるケースについて、血清クレアチニン値が8mg/dl未満の場合、12才以上であっても内因性クレアチンクリアランス値を用いる。内因性クレアチンクリアランス値の10ml/分以上であれば1級とする。実測困難の場合、推定式を用いる。（Lockcroft-Gaultの式）

透析導入維持となれば、クレアチニン値3以上はすべて1級としている。

腎臓機能障害の基準としての検査成績では、血清クレアチニン値は内因性クレアチンクリアランスのいずれか又は両者が条件を満たすことで認定している。なお、内因性クレアチンクリアランスについては、実測値又はCockcroft-Gaultの換算式のいずれかをとりも良いとしている。その他の項目は国の基準に準ずる。（D医師）

血清クレアチニン値が4級相当以上で医事透析を行っている場合は1級で認定している。

3ヶ月以上透析を施行し、離脱困難と認められる場合は1級に認定している

血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl未満でも、3ヶ月以上透析療法を実施している者に対しては審査会での1級判定を依頼している

継続的に血液浄化療法が必要な方が、その方の筋肉量、運動量なら、クレアチニン値が腎機能を正しく反映していないと考えられる場合に、8（クレアチニンが）以上なくても、8に近ければ1級と認定しております。

人工透析実施者に限っては、S-Crが認定基準に足りない場合でも所見に応じて上位等級に認定する。

人工透析を受けている者については1級に認定している。

3ヵ月以上慢性透析療法を実施して当該治療法から離脱できない場合で、血清クレアチニン濃度が5.0mg/dl以上のときは、じん臓機能障害1級と認定している。また、血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl以上、5.0mg/dl未満乃至3.0mg/dl未満のときは、審査部会の答申により障害認定している。

慢性腎不全で透析をしている者は、血清クレアチニンの値にかかわらず1級を認定している。

国腎学会透析導入基準をモデルに県独自のもの。

透析患者はすべて1級としている。

血清クレアチニン値が3.0mg/dl以上で透析施行（離脱困難）されている場合は、1級で認定しています。また、高齢者、低身長・低体重の者の場合、血清クレアチニン値は低値であることがあるが、内因性クレアチンクリアランス値、臨床症状、活動能力、等の所見から認定したケースがあります。クレアチニンの値のみではなく、高齢の方や筋肉量の少ない方、また、実際に日常生活が制限される方などについては、具体的な状況を診断書の総合所見欄に記載いただくか、意見書（様式任意）を添付していただければ、これらを考慮して審査することといたしております。

ネフローゼの有無、検査数値を確認し、該当の場合は相応の等級で認定している。

血清クレアチニン濃度が8ml/dl以下でも血液検査、臨床症状、生活障害程度などより1級と判定する。3級、4級についても同じ考え方で結局クレアチニン濃度のみを重要視しないことである。

永続的な維持透析導入例については1級として認定

(2) 透析が不要となった患者の申請に対する対処

適切	24
適切でない	13
未記入	20
合計	57

意見

慢性拒絶反応が起こることもあり得るので、免疫療法の有無では決定できない。

腎移植が成功し、透析が不要になれば慢性腎不全ではないことから障害者ではなくなる。しかし、免疫抑制薬が高額であるので、何らかの補助を求められる。

私が判定させていただくようになってからは、腎移植により透析が不要になった患者の申請書類が廻って来ておらず何とも言えませんが、ペースメーカーに準じて判断すれば、免疫療法している人には現段階では認定してあげるべきかもしれません。

透析を離脱できても、高価な免疫抑制剤を服用することは不可欠であるということ。また、いつグラフ機能が傷害されるか保障はない。従って移植後も基本的には腎不全として欲しい。

現在は免疫療法の有無により認定している。個人的には身体障害者より、難病の特定疾患としての取扱いの方が適切ではないかと考える。(D医師)

抗免疫療法を必要となくなった時点まで認定を続けている。

移植により機能回復が得られ薬物療法により維持されている場合は、残存する障害により認定するのが適切と思われる。

抗免疫療法を行っている間は1級としている。

これが不適切なら、ペースメーカー、人工弁、人工関節、杖使用など全て見直しが必要。

対処の経験はないが、免疫療法を施行中であるとはいえ、既に腎不全は寛解しているのであるから、腎不全としての障害としては適切ではないと考える。但し、治療費が高額医療の域にかかるのであれば、手数がかかるので止むを得ない場合がある。

基本的にはやむを得ないと考えられるが、一度中止できても再び必要になる場合、あるいは拒絶反応がおこって移植腎機能が低下する場合などであり、症例ごとに対応を決めなくてはならない場合がある

現実に免疫療法を行っていない者はいないので、活動能力により判定したほうがよいと思う。

それ以外に適切な方法がないゆえ。

心臓移植後の取扱いと統一するとよい。(移植後の抗免疫療法を必要とする期間は1級)

腎機能に準拠すべきである。

一卵性双子例では使用しない時もあります

移植後も同じ申請をしている。

抗免疫療法が要しなくなるまで障害の除去がされたことにならない考えから、抗免疫療法が要しなくなった時点まで認定しています。

免疫療法の有無は1つの目安となると思われますが、免疫療法から離脱しても腎性合併症が残存している間は、障害が継続する場合があると思われます。免疫療法の離脱に加えて臨床症状、合併症の有無まで判断した方がよいと思われます。

腎移植を行ったものについては、透析の有無に関係なく、じん臓機能障害1級で認定している。

本来なら、移植になったら障害認定を取り消すべき。しかし、取消しの方法が明記されていないので、そのままになっているケースがむほとんどと思われる。きちんとした制度を作るべき。

免疫療法が必要と考えて適用を決めていますが、それが適切かどうか判定しかねています。

(3) 認定に関する意見

血清クレアチニン濃度は筋肉量も反映しているので、体の小さい女性の場合等は低値となる。

糖尿病性腎症の時には、時々尿蛋白が多くなり、全身浮腫、心不全傾向が強くなるので、尿蛋白量を加えるべきである。

私も透析にはかかわったことがあり、現場での対応においてクレアチニン8.0は時に悩ましい問題である。心不全の強い例など8.0に達しなくても透析導入にて救命しなければならないケースも多く、一旦導入すれば、腎機能は間違いなく悪化するものであり、導入後の申請も多い。安易な早期導入は問題であるが、身障1級になる8.0を待つがために患者を苦しめることになってはならないと思う。

①人工透析が導入され、数ヶ月を経て今後将来の透析離脱が見込まれない場合は、血清クレアチニンの如何に拘らず、1級と認定すべきである。②現行の認定基準は血清クレアチニンのレベル重視の方針であるが、生命維持に透析が必要とされるか否かを重視すべきと考える。

例えば、年齢・体格（体重）等は、とくに(1)CCRや(2)血清クレアチニンは大きく体重、年齢に影響されるので、これらをファクターとして不慮して欲しい。

クレアチンクリアランスの基準は不必要（測定誤差が多く、混乱をまねく）

腎移植後は、免疫療法の有無に関わらず、等級を下げるべきである。

肢体不自由や、視力障害などの認定に比べ、腎臓機能の障害基準は高い障害と認定している印象を持つ。透析療法により、健康者に近い状態で社会復帰している者も1級と認定することは疑問を感じる。QOLやADLに重点を置いた基準にすべきではないかと考える。（D医師）

血清クレアチニン値が高くなくても維持透析が必要な症例の等級を現状よりも上位に規定して欲しい。クレアチニン値は筋肉量、体格によって異なる。クレアチンクリアランスを参考にしてもよいと思うが、筋肉量等でクレアチニン値が変わる場合（少なく出る場合）、クレアチンクリアランスを参考にしてもよいとして、成人の基準をつくってほしい。

糖尿病性腎症のネフローゼ症候群で全身浮腫の強い例では、血清クレアチニン濃度が8.0mg/dlを越さなくても、定期的な透析療法ができるような基準が必要だと思います。

高齢者は血清クレアチニン濃度が上がりやすく、また、糖尿病性腎症の患者は血清クレアチニン濃度8mg/dl未満で透析導入される場合が多いため、血清クレアチニン濃度中心の判定は、一考を要すると考える。

小柄な女性やADLの極めて低い方では、筋肉量が少ない為、クレアチニン値で腎機能評価ができません。このような方の場合、是非24時間クレアチンクリアランス等の別の評価法も取り入れていただきたいと考えます。

年齢、性別、体格に大きく左右されるS-Crでは重症度を反映しきれない。重症度をより反映していると思われるクレアチンクリアランスの現行基準での年齢制限を外したり、人工透析導入時の実際のS-Crの統計的な平均値をもとにその数値に幅を持たせたものを新しい認定基準にしたりといった改善も必要では。

診断書の（5）日常生活の制限による分類の項には「透析をする前の状態」と注を付ける必要がある。障害名（部位を明記）は、心臓機能障害・慢性腎不全と予め表示しておき、チェックする方が判りやすい。

日常生活活動の程度については、不必要と考えられる。

内因性クレアチンクリアランスをどう評価するのか、明確な基準が欲しい。具体的には血清クレアチニン8.0mg/dl未満、クリアランス10ml/分以下という患者をどう扱うかということである。クレアチンクリアランスの計算式を示してほしい。1月以上、週2回以上の定時透析を行っている場合、離脱することはないので1級認定とする。

透析導入直前の判定で1級以外（主に3級に認定されたもの）で、この等級が1生永続するのは問題。何らかのガイドラインが必要でしょう。例えば、1年透析を継続した時点で1級認定をすとか。

1級、3級、4級にわかれ、2級も必要では。クレアチニン値と日常生活制限分類が、かい離する場合が多く判定に苦慮します。

4. 膀胱または直腸機能障害

(1) ストマについて、基準で不合理な点、認定困難な点

なし	33
ある	7
未記入	12
プリントな	6
合計	58

*○と×の両方回答あり

意見

器質的な障害については判定し易いと思いますが、機能障害の程度については判定が困難な場合があります。・・・に準じる障害の程度と申請された場合の判定に苦慮することがあります。

治癒困難な腸瘻の判断が少し困難かと考えます。認定基準では、「腸内容の大部分の漏れがあり、手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のもの」と記載してありますが、実際には、「手術等によって治癒を試みたのか否か、そしてその結果として腸瘻が治癒困難となったのか」ということが判断しがたいと感じています。

新しい認定基準により、客観性が出てスッキリした様に思います。

ストマを作成したら、4級の認定となり、明解となった。

高度の排尿機能障害について、原因疾患が該当しないため、非該当となることが多い。

ストマ造設の「永久」の判断は、医師及び本人が「永久」とすればそれでよいのかどうか、判断に迷う。

照会、調査、合議により複雑な事例を判定しており、認定困難で立往生したことはない。新基準が一部指定医に徹底していないようだ。

但し、神経因性膀胱の事例で、完全尿失禁ではないのに認定してしまう自治体がいずれ多数出てこよストマ造設直後、直ぐに4級が取れる様になったことは良いことと思われるが、6ヶ月以上過ぎないと3級にならないのは不合理と思われる。

委員1・ストマにおける排尿排便処理の状態の有の場合、変形の有無が少しでもあれば認められるのか。この項にレ点を入れれば3級になるケースが多くなるように思われる。

委員2・(注11)「長期にわたるストマ用装具の装着困難」のうち「長期」とは具体的にどの位の期間か？(ストマ用装具は附着部分(ワク)と収納器に分かれた形のものが多いが、袋のみを頻繁にかえるものをいれてもよいものか不明)

以前よりクリア・カットに判定できるようになったと思う。

基準の変更により適応が拡大され改善した。

次項目も合わせて全般に関わる問題です。現行のシステムでは、患者が自己申告しない限り再認定を行うことは不可能ですが、確実に再認定を行えるようにできないものでしょうか。経過中に等級が下がったり、認定基準からはずれ認定取り消しとなる症例が再審査されていない可能性があると思います。逆に、再認定を受けるまでは認定可能な症例も多くあると思います。期間を区切って更新するようなシステムにすると改善される可能性があるのではないのでしょうか。

小腸のストマと大腸のストマは分けて考えるべきだと思います。排便の質、量がかなり異なっていますので、常時カテーテルが必要となる等排尿機能障害の者が、基準に定める原因に該当しないため手帳非該当となる場合があります。

①本来は永続的なストマの造設を認定対象としているが、6ヶ月要件の撤廃により、一時的造設のストマの申請が増大した。ストマ用装具が健康保険適用にならないことが、一因と考えられる。これらを却下とするか、一定期間が経過した後に再認定を促すか、考え方を整理する必要がある。②新たに「高度の排便機能障害」が加えられたが、認定対象となる原因が限定列挙されているため、もう少し緩和してもよいのではないか。例えば、原因の一つとして「小腸肛門吻合術」が挙げられているが、状態としては「高度の排便機能障害」に該当するものの、「直腸肛門吻合術」が原因である場合などは対象外になってしまうなど不都合が見受けられる。③ダブルストマの状態でも、次のように等級判断が分かれる。腸管のストマ+尿路変更のストマ……3級 腸管のストマ+腸管のストマ……4級 尿路変更のストマ+尿路変更のストマ……4級 尿路変更のストマ+治療困難な*ろう……点3級 腸管のストマ+治療困難な*ろう……4級
非常に分かりやすい認定基準で、助かっている。

(2)膀胱または直腸機能障害の認定に関する意見

高度の排尿機能障害、排便機能障害の原因を限定している理由が分からない。

自然排尿型代用ぼうこう(新ぼうこう)は、ストマ造設と同様に、手術をした時点で4級と認定してはいかがでしょうか。

現在のところはありません。

一般の神経因性膀胱にも適応範囲を拡大できないか。

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

高度の排尿機能障害に該当するかどうか人がによって意見がわかる。「完全尿失禁」とは100パーセントのことか、カテーテル留置、自己導尿の常時施行、完全尿失禁以外の「その他」の場合、具体的にどのような場合を「高度の排尿機能障害」と認定すべきか、判断に迷う。

婦人科疾患に原因を有する膀胱または直腸機能障害に対しても認定されるよう、基準を変更することが望ましい。

最近、特に小児外科領域において、複雑な先天性疾患が極めて早期に予見され、救命可能となったが、担当医師又は地方審査部会の裁量のバラつきを最小とするため、up to date な中央統一見解を求められることが多くなるだろう。

脊髄損傷や子宮癌などの手術による神経因性膀胱も認定対象として検討してもよいのでは。(完全尿失禁や永続的な摘便などの事実は存在する。不完全尿失禁者などと違い、制度で救済する必要性は比較的が高いと思われる。)

ストマ造設患者(オストメイト)はQOLの低下が著しく、社会生活を送る上でも障害が大きいと感じています。このため障害の級をもっと上げてよいのではないかと考えます。

腸管ストマの場合は、造設時、永久的ストマにするつもりでも、数年後に考えが変わり、ストマ閉鎖を希望する患者がいる。「永久的」という判断の目安が必要。または、ストマ造設期間は身体障害者として認定する方向にすめればよい。

事務的に処理する場合、永久ストマか一時ストマかの判断に迷うことがある。永久か一時的かを記載する項目があれば便利。

ストマのない膀胱・直腸機能障害（例えば神経因性膀胱など）を先天性疾患のみに限るのは、非現実的で説得力に欠けると思うが……。

先天性疾患の神経因性膀胱に基づく高度の排尿障害や直腸術後の高度の排尿障害は障害者福祉法の障害として認定されているが、前立腺癌など同じ骨盤腔内の癌の手術による高度の排尿障害は福祉法の障害の対象にならないのは不公平の様に思われるが、如何なものでしょうか。

①一時的ストマでも長期となる場合があり、例えば60月以上ストマ状態にある状態にある場合等は認定してもよいのではないかと。②子宮癌などの骨盤内悪性腫瘍術後には、直腸癌術後と同様に自己導尿が必要となる排尿障害が発生する場合があります、このような症例と認定してもよいのではないかと、と思います。

直腸癌に対する超低位前方切除術における吻合部を温存するため一時的人工肛門や、吻合が可能な部位であるが緊急手術等でとりあえず人工肛門を造設するようなケースが多くなっています。そのような場合に関しての質問・意見です。1:一時的人工肛門として造設したものが、閉鎖できずに結果的に永久的人工肛門となる場合があります。そのような際に、遡って認定することが可能であると患者は助かるのですが、そのようなシステムにすることは無理でしょうか。2:数年間経過観察した後に人工肛門閉鎖を考慮するというような場合も多くあります。状態からみて永久的人工肛門になる確率が非常に高いと考えられる場合は認定してもよいと考えておりますが、いかがでしょうか。3:以上の事項に関しては、再認定を確実にできるシステムがあれば問題がなくなると考えております。

上記に同じ。障害の状態が同じでありながら、原因により手帳が非該当となるケースがあり、申請者の納得を得るのに苦慮しています。

放射線による障害について、「腸瘻」以外は明記されていないが、近年の放射線治療の状況から考えると排便・排尿機能障害についても放射線による障害を想定するべきだと思います。

高度の排尿機能障害について 新訂身体障害者認定基準及び認定要領（2003年6月15日発行）（中央法規出版LL）の441頁に記載されている等級表4級C項、特に「注12」について、具体的に例示して頂きたい。最近前立腺癌手術を受けたが、単に「排尿が困難である。」とか「新ぼうこうでは尿がもれるので尿パットを1日数回かえなければならない」域は「昼間は何とか自己排尿が出来るが、夜間は尿パットを当てなければいけない」と簡単に1～2行記入して4級を求めてくる診断書が多くて困惑している。然も診断書の「カテーテルの常時留置」「自己導尿の常時施行」「完全尿失禁」には印がなく（白紙である）、すべてが「その他」の項に1～2行簡単に記入されているのみである。法規「注12」に記載されている様に「カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のもの」に限定してよいものか、非常にわずらわしい。事例欄に「適切な事例」、「不適切な事例」として数例ずつ記載して頂きたい。

5. 小腸機能障害

(1)①と②によって等級を判断することに充分か

充分	26
充分でない	15
未記入	11
プリントな	6
合計	58

*1枚で二機関回答あり

意見

充分ではないが、やむをえないと思う。

手術を担当した外科医でなく、後日内科医等が申請される場合、小腸の残存部位、長さが十分判定できないことが多いです。検査データからは中心静脈栄養が必要な状態と理解できるが、患者さんが入院せず、又在宅中心静脈栄養もできない状況での申請もあり、判定に苦慮することが多々あります。

充分とはいえないが、こうするしかないと思っている。(E医師)

全身的な栄養状態（TR・アルブシン・微量元素）やADLの評価を必要と考えます。

残存小腸の長さを把握することは実務上も困難であり、残存小腸機能と一対一対応では無いため。臨床医にとっても回答しにくい設問である。身長から算出した標準体重を維持するのに必要なカロリーを経口摂取、経管栄養、中心静脈栄養でどのような割合で摂取できているかで残存小腸機能を推測するのが適当ではないか

中心静脈栄養法は施行していないが、経口的経腸栄養剤でのみ生命を維持している患者に対しても認定されるよう、基準を変更することが望ましい。

いたしかたない。

栄養状態、日常生活の質も加えることが必要だと思われる。

注20) 小腸疾患で「著しい機能低下」を伴う、とは具体的に？曖昧になることあり。

残存部位の長さ、中心静脈栄養の程度のみでは、判断困難と考える。

長さや中心静脈栄養の程度がQOLとどのような関係があるのか再評価して長さが75cm、150cm栄養程度が60%、30%の基準でよいのか再検討する必要はあると思います。

小腸切除がされている症例では難しいことはありませんが、中心静脈栄養療法がされていても病態が不安定な患者では、判定が難しい場合が多いとおもいます。

クローン病などの小腸疾患も考慮されているので、これで良いと考えます。

パウヒン弁が温存されているか否かも重要なファクターです。

残存部位の長さを診断書から判断するのに苦慮しています。また、切除していなくても小腸癒着により小腸が一塊になり機能喪失している例がありました。

できれば参考になる血液情報が必要と思う。

QOLを考え、できるだけ経口栄養管理としてあげたいのが治療者の願い。せつかくその方向にもって行ってあげても、認定基準に外れるという矛盾を生じている。治療の進歩に適応していただけると、患者の幸せとなる。

(2) 判断が困難なことがあるか

ない	23
ある	15
未記入	14
プリントな	6
合計	58

*1枚で二機関回答あり

意見

確定診断された病名、疾患の性質を考えて判断する。又は判断せざるを得ないと思われれます。

1級と3級の違いは、常時中心静脈栄養を行なっているか、その依存率60%以上か30%以上かであると解釈しています。(そうでないと該当しない、と解釈)すると、体重減少や血清アルブミン値はどう参考にするのか、よくわかりません。

経験がないので分かりません。

中心静脈栄養あるいは経腸栄養の常時と随時との期間の差が大きい場合。

栄養法の程度で等級を決定するため

適応して輸液や経腸栄養が不必要になる可能性もあることで、判断が困難となります。

確かにそういう点はある。しかし、細かく決めてもやはり悩むのはどう決めても同じだと思う。

(3) 認定に関する意見

小腸疾患(クローン病等)では、病期により食事は摂れないが、経口的に経腸栄養剤を内服している場合がある。「経腸栄養法」とは、経管的に成分栄養を与える方法と規定されているが、小腸疾患で経管的に栄養を摂っている患者は極めて稀である。

大部分を流動食の経口摂取に頼っている場合は、現行基準では認定できない。しかし、経管か否かといった嚥下の仕方ではなく消化吸収の障害という観点からは、なんらかの認定基準があつてよい栄養所要量、体重減少率についての近年の考えや数値に変更する必要はないか?

中心静脈栄養あるいは経腸栄養の常時と随時との期間の差が大きい場合。

クローン病患者では、数年単位の長期間、経腸栄養療法を行って治療してみないと小腸機能の判定ができないことも多くあります。前項の問題と同じですが、再認定を確実にを行うシステムがあると判定に苦慮しなくとも済む場合が多いと思います。

悪性腫瘍の末期であっても、化学療法にて長期生存やまれに治癒までもつていった症例もあるので、末期で治療中の者について、機能障害としての認定はやはり不可でしょうか。

小腸残存の原因のみが時に見られるが、残存長さを必ず入れて欲しい。

入院処置の軽重によって判定を行うように見える。生活の質(日常生活、食事の制限)の障害によって判定できないだろうか。

6. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

認定に関する意見

経験がないので意見はとくにありません。

HIV感染防止の観点から、感染経路について調査してもよいのではないかと。特に個別の案件をhcおうさする目的ではないので、血液製剤、輸血歴など医療に関連する感染が疑われるかどうかの記入欄があつてもよいと思う。

特になく、現状の判定基準で良いと思われる。

4週間の間を空けて2回検査が必要だが、重症の場合、それだけの時間的ゆとりがない場合もある。検査は1回で済むようにできれば、患者の負担が軽くなる。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の認定に関してご意見があればご記入ください。認定前の検査と4週間空けての再検を1回でも可能にすることができないかと考える。

現行で特に問題はないと思う。

最低1ヶ月間をおいて2回の測定の平均値で級数を決定しますが、治療が有効であった人は級数が下がらないでしょうか。症状の重症度について、客観的に判断できるポイント制で評価できないでしょうか。

医学の進歩に伴い、「HIVによる免疫機能の障害者」も現在の医療現場では慢性疾患として認知・対処されるに至っており、抗HIV療法の決めて（成功）には規則正しい服薬を続けることであるとも言われる。身体障害者福祉法の目的は「自立への努力及び機会の確保」とされ、身体障害者自身の努力義務が求められている。HIVによる免疫機能障害者の認定時、機能制限や日常生活活動の制限が認定基準として用いられている。しかし、再（継続）認定の際、身体障害者自身の努力を評価する項目（基準）（たとえば、服薬状況、療養態度など）が含まれていない。もし、これらに関する評価項目として追加されても、障害程度等級の判定に如何に反映すべきかは十分なる検討を要するが…再認定の取扱について、2年に1度とするなど、認定基準に取り入れることを検討すべきであると思います。新ガイドラインでは、治療中の方について、治療前の数値でも認定できることとなったが、本人の忌避等によって治療の継続性が図られなかった場合など、各種給付を受ける側の責任についても考慮した認定としてよいのではないかと思います。（特に更生医療の給付など）

日常生活活動制限については、どうしても本人の主訴によるところが大きくなってしまっているので、なるべく客観的な数値を重視した認定基準としていくべきだと思います。

現在の基準（等級における）にCD4とHIV-RNA数が測定期間2ポイントに設定されているが初診の1回のみでよいのでは。申請時地元の市町村とされているが、県庁に統一すべきと考えます。

現行どおりでよいと考える。

（1）治療を急ぐケースがあります。その場合、4週間隔で2回の検査というのが問題になります。早急に治療を要する場合は1回の検査で良いという特例を設けていただきたいと思います。（2）療開始が必要な場合があります。しかしウイルス量が多いにもかかわらずCD4値や他の検査値に異常がない場合がしばしばあり2～3級へ認定が困難です。ウイルス量をもっと重視するようお願いしたいと思います。（3）再認定が必要かどうか問うところがあります。よく知らない人が再認定が必要とチェックすると再認定となる場合があります。しかしその時は治療により検査値はすべて正常となっており、障害認定不可となってしまいます。エイズでは薬は続ける必要がありますので再認定というのは意味がないと思います。

7. その他内部障害の認定に関する意見

小児の身障基準についてきちんとしたガイドラインを示して欲しい。3才未満は症状固定の固定が出来かねるケースも多く、原則認定しないのなら何らか別の方法で医療費など救済してあげるべきではないか？いつもあやふやな激論でえいやで押しきっての認定が多く釈然としない。

どこまで判断基準を解釈するか（・・・に準じた状態、を拡大解釈できるか）が問題かと思われま

小児の認定基準をつくってほしい。

在宅医療において、PEG（胃ろう）造設の患者が増えている。これらの人々は、基本的に、このPEGにて終生栄養補給となる人であり、身体障害者として認定していくべきと考える。

学会などの専門医の集団に認定基準について意見の集約をはかっているか。そうすれば、臨床との著しい相違といった現在の問題もかなり解消されよう。

① 基本的に臓器に注目して認定されるのは現状ではやむを得ないと思われる。しかし、最近、動脈硬化、糖尿病を背景に多臓器の障害をもつ患者が増加している。こういう方に主に単一臓器のみの障害の知見をそのまま適応できるか今後の課題と思われる。もはやその数は上昇の一途であり、例外的にという対処ではすまされないとと思われる。

心臓機能障害、ことに虚血性心臓病については治療の進歩もあり10年前の等級（ことに1級）と現在の等級に大きな違いがあります。可能であれば、1級に限り、すべて再認定すべきではないでしょうか。

近年、高齢者が増加している。高齢者を対象とした基準値は必要ないか。（呼吸器機能障害）

申請者がもう少し、手引きを読む必要があります。

内部障害者に共通する事項として、H I Vの場合と同様に身体障害者自身の努力を評価する項目（基準）を考慮する必要はないでしょうか。

内部障害の対象範囲に、特に、初回書類申請時の年齢について、生理的衰老を加味した基準を設けて欲しいとの声も聞かれるが…

身障を悪利用（航空チケットを安く手に入れる、税金が安くなる他）する知恵のある方が増えていきます。やはり一般の人にとっても理解できる客観的基準が必要と思うことがあります。

2.（2）と関連するが、2つ以上の臓器の障害は一つだけの障害の申請可とするも、他臓器認定のメリットも併せ、有利になるようにシステムを構築していいのではないかと考えています。