

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（肢体不自由）

分担研究者 伊藤利之

これまでの研究成果を踏まえ、今年度は認定基準の改定を念頭に、身体障害者福祉法における肢体不自由に関する障害認定課題の整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成15年度）、個別ヒアリングおよび都道府県障害認定医師に対する調査（平成16年度）結果、専門医のヒアリング調査を活用した。その結果、現行の肢体不自由の認定基準について、改定が必要ないいくつかの項目が明らかになった。

A. 研究目的

身体障害者福祉法における肢体不自由に関する障害認定課題の整理が目的である。一昨年、昨年の成果を活用して、今年度は、今後、改定を前提に検討すべき具体的な認定基準の項目を抽出する。

B. 研究方法

本研究では、これまで、平成15年度に都道府県障害認定担当者に対する調査を実施し、都道府県担当者が抱えている身体障害者福祉法に係る認定の課題を収集した。その結果を受け、平成16年度には、調査内容を絞って、個別ヒアリングおよび都道府県障害認定医師に対する調査を行った。さらに、これらの結果を受けて、専門家にヒアリングを行った。今年度は、これらの結果を精査し、今後の肢体不自由の障害認定をより公平で適切なものにするため、改定すべき具体的なテーマの抽出を行う。

C. 研究結果

1. 都道府県障害認定担当者の調査結果（平成15年度）

都道府県障害認定担当者による障害認定に

関する要望を整理したものが、表2-1である。この調査結果から、次のことが明らかになった。

a. ROM・MMTの測定結果と障害程度に乖離がある場合が数多く報告されたこと

脊柱管狭窄症、筋骨格変形、振せん、脳血管障害、パーキンソン病、痙性マヒ、関節障害、神経疾患を原因とする不随意運動、運動失調等の場合、ROM・MMTの測定結果と障害程度に乖離がある場合が数多くあり、検査方法の検討に対する要望が多くあること。

b. 現在の認定基準が十分適用できない対象者があること

乳幼児、高齢者、遷延性意識障害者、高次脳機能障害者、知的障害者など、現在の認定基準では、十分対応できない対象者が多い。

c. 人工関節など体内装具の取り扱い

人工関節置換術を受けたことで一律に障害程度を決定することについての意見も多かった。人工関節・人工骨頭などの技術進歩を勘案し、施術等を受けたことによりADLが改善する場合は、その結果に基づき障害を認定すべきという意見が多かった。

2. 個別ヒアリングおよび都道府県障害認定担当医師の調査結果（平成16年度）

1の調査結果を受け、平成16年度には焦点

を絞り、医師を対象とした個別ヒアリングと都道府県の障害認定担当医師を対象とした調査を実施した。

(1) 問題点

それぞれの調査項目における問題点は次のとおりである。

(1) 遷延性意識障害について

① 意識障害があるので身体障害を特定し難い。

② 意識障害がある間はリハビリテーションの対象になり難い。

③ 常時の医学的管理が必要なことが多い(特に入院中)。

(2) 高齢者について

① 目的が医療費免除などの経済的支援にあると推定されることが多い。

② 寝たきりの超高齢者ではリハビリテーションの対象になり難い。

③ 保護の立場からは介護保険によるサービスがある。

(3) 乳幼児の認定時期について

① 3歳未満では、身の回り動作がおぼつかないうえ意思疎通も困難なため、障害程度を特定し難い。

② 成長に伴い障害程度が変化(改善)する可能性が高い。

(4) 成人の認定(症状固定)時期について

① 脳卒中では、「診断の時期を3ヶ月程度を経過した時点」という厚生労働省の通知が遵守されており、明らかに残存すると思われる障害が認められても、発症から3ヶ月未満における認定は難しい。

② 今後、急性期リハビリテーションが充実するようになると、福祉施設の利用や補装具の給付など、身体障害者福祉法を利用するニーズがより早期に生じるため、発症から3ヶ月未満の認定が求められる。

(5) 機能障害程度の判定方法(人工関節置換術後など)

① 現状の認定基準では、人工関節置換術などにより機能が回復したのに、等級程度は術前より高くなるという矛盾がある。

② 義手・義足など、体外部に装着する補装具では、日常的に装着する手間がかかるだけでなく、入浴時や屋内では装着できないこともあるため、装着した状態の機能障害の程度をもって認定することは相当な不利と思われる。

(6) 下肢の機能障害について

① 立位・歩行能力に着目した場合、1下肢の障害程度等級を単純に倍加しただけでは両下肢機能を的確に表わせない。

② 立位・歩行能力に着目した場合は、体幹機能障害による立位・歩行障害との整合性をつけなければならない。

③ 認定基準に示された歩行時間や距離の根拠が不明確で、30分と60分、1kmと2kmを差別化することは困難である。

(2) 都道府県障害認定担当医師に対する調査結果

都道府県障害認定担当医師に対する調査結果は、表2-1のとおりであり、また、個別ヒアリングの結果とまとめると次のようになる。

(1) 遷延性意識障害について

回答者による違いが大きく、考え方もバラバラである。

(2) 高齢者について

年齢に関係なく活動制限で判断すべきであるが、認知障害による活動制限は対象外とする意見が多い。

(3) 乳幼児の認定時期について

3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定(3歳時&6歳時)を条件に認定する。

(4) 成人の認定(症状固定)時期について

急性期リハビリテーションが実施されてい

ても、脳卒中発症後1ヶ月で認定することは、①症状が変化する可能性がある、②身体障害者福祉法によるサービスの必要性が乏しいなどの理由から、不適切であるとの意見が多い。一方、脊髄損傷による完全麻痺では賛否両論で、再認定を前提に認定することを含めれば、「認定する」とした意見が2対1で多数を占めた。

(5)機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

人工関節などの挿入物は、それが安定して機能している限り「本人自身の機能に含めて評価する」という意見が大半を占めた。

(6)下肢の機能障害について

認定基準が曖昧なため苦慮している回答者が多く、特に両下肢機能障害の認定基準を求めている様子が伺えた。

3. 専門家からのヒアリングの結果

専門家からのヒアリング結果は、表2-2のとおりであり、それをまとめると次のようになる。

(1) 遷延性意識障害について

(1) 疑義解釈「原疾患について治療が終了し、客観的観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合には、認定の対象となる」に準拠する。

(2) 病状が安定していれば、発症後3ヶ月程度で再認定を条件に認定する。

(3) 意識障害が6ヶ月以上続いている場合には、必ずしも再認定の必要はない。

(2) 高齢者について（介護保険との関係）

(1) 疑義解釈「余命いくばくもない場合を除き、認定基準に基づいて認定する」に準拠する。

(2) 年齢に関係なく、現状の活動制限を示した診断書の記載に基づき認定する。

(3) 後期高齢者で、精神及び身体機能全体の衰えによる活動力の低下（老衰）は対象外とする

(3) 乳幼児の認定時期について

(1) 3歳未満でも、画像診断等により適切な診断が行われていれば、再認定を条件に認定する。

(2) 永続的に残存すると思われる障害程度で認定し、6歳頃に再認定する。

(4) 成人の認定（症状固定）時期について

(1) 脳卒中では、機能的予後を高い確率で予測した研究が乏しく、基本的には、発症後1ヶ月の時点で障害を認定することは時期尚早と思われる。

(2) 身体障害者福祉法の利用が早期に必要な場合には、比較的早い時期でも、判断根拠となる画像所見や臨床像が示され、永続すると思われる障害が明らかであれば、その障害程度を限度に、また再認定を条件に認定し得る。

(3) 脊髄損傷では、仙髄域を含む完全麻痺でMRI画像と神経生理学的検査所見の併記があれば発症後1ヶ月程度でも認定する。

(5) 機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

(1) 眼内レンズと同様に、人工関節などの体内に内蔵したものは人工臓器とみなし、置換術後の障害状況に応じて認定する。

(2) 体内に内蔵しない義肢や装具などについてはこれまでどおり、装着しない状態の機能障害で認定する。

(6) 下肢の機能障害について

(1) 両下肢の機能障害については新たな認定基準を作る必要がある。

(2) それに合わせて体幹機能障害の認定基準も修正が必要である。

(7) その他の研究協力者の主な意見

(1) 障害名の適切な表示に必要な障害分類の作成。

(2) 高次脳機能障害と肢体不自由との境界の明示。

(3) 感覚障害に対する認定基準の作成。

(4) 切断レベルの分類の見直しが必要である。

(5) 再認定制度の全面的な導入。

(6) 障害程度等級の診断に関する分かり易い手引書の作成必要。

(7) 身体障害者福祉法による「保護」は、介護保険における「保護」と同義ではない。各制度の役割を考慮しつつ、保護を目的とした認定基準の作成が必要。

D. 考察

以上の結果に基づき、今後、改定を前提に検討すべき認定基準に関わる問題点と検討課題は次のとおりである。

1. 長期にわたる遷延性意識障害の認定基準が不明確である

遷延性意識障害では、麻痺のために随意運動ができないのか意識障害のために随意運動ができないのか、診断書の書面だけでは判断し兼ねることが多い。また、「常時の医学的管理が必要」な状態とはどのような状態か、医療機関への入院がイコール常時の医学的管理の必要性を表していない現状では、公平な判断をすることが困難である。

そこで身体を随意的に動かすことができない場合の評価基準を検討すること、および「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準を検討する必要がある。

2. 高齢者の認定申請が医療費免除などの経済的支援にあると推定されることが多い

とりわけ後期高齢者では、加齢による機能低下との違いを見分けることが困難であり、同時に身体障害者福祉法の主目的であるリハビリテーションの対象にもなり難い。また、保護の立場からは介護保険が導入されたことから、本法と介護保険との棲み分けも必要である。

3. 乳幼児の認定時期は3歳以降が望ましいとされているため、3歳未満ではサービスを受けられない。

重症心身障害児等、3歳未満でも明らかに障害認定の可能な児もいるが、成長により障害が

大きく変化するとの理由から障害認定されず、その結果として福祉サービスが受けられないことがある。

このような不公平性を解消するためには、3歳未満の認定基準を新たに作成するとともに、再判定制度の積極的な導入を図ることにより、成長による障害の変化に対処することが必要である。

4. 脳卒中では発症から3ヶ月経過しないと認定できず、福祉施設等のサービス利用が遅れる。

急性期リハビリテーションが重視されるなか、医療機関におけるサービスが急性期にシフトするとともに短期化している。その結果、社会・職業リハビリテーションへの移行も早まり、福祉施設利用のために障害認定を受けるニーズも早期化している。

そのため、発症から3ヶ月を経過してからの障害認定では、事務手続きなどを含めると現状でも遅すぎるといわざるを得ない。将来的には、医療機関における入院治療がさらに早まることが予想されるため、3ヶ月未満における認定基準を検討することは焦眉の課題である。なお、この時期に判定することによる障害特定の困難さは、再判定制度の導入を図ることにより解決すべきであろう。

5. 人工関節置換術等により機能が回復したのに等級程度が術前より高くなる。

人工関節等、体内に埋め込む人工臓器は感染や拒絶反応など様々なトラブルが生じる可能性があり、当初は体外に装着する義肢や装具と同様に、装着しない場合を想定して認定することを原則としてきた。

しかし、最近では人工関節置換術等の技術的精度が高まり、術後長期間にわたって安定して使用できるようになっており、体外部に装着する義肢装具に比べて有利な条件が整ってきた。

そのため、人工関節等については外部に装着する義肢装具とは別扱いとし、置換術後の障害

状況に応じて認定するように基準の変更を検討する必要がある。

6. 両下肢機能障害の認定基準が不明確である。

①立位・歩行能力に着目した場合、一下肢の機能障害を単純に倍加しただけでは的確さに欠ける、②認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確であるという問題がある。

そこで両下肢機能障害のあらたな認定基準を検討することと、それにあわせて、体幹機能障害の認定基準の修正が必要である。

これらを一覧表にすると表 2-4 のようになる。

E. 結論

これまでの研究成果を踏まえて、今年度は、

認定基準の改定を念頭に、身体障害者福祉法における肢体不自由に関する障害認定課題の整理を行った。整理に当たっては、都道府県障害認定担当者に対する調査（平成 15 年度）、個別ヒアリングおよび都道府県障害認定医師に対する調査（平成 16 年度）結果、専門医のヒアリング調査を活用した。その結果、肢体不自由に関する認定基準について、改定を前提に検討すべき項目が明らかになった。

F. 健康危惧情報

特記事項なし。

表2-1 都道府県担当者からの要望

認定時期			
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。		1	
肢体不自由に対する早期の認定（発症から1ヶ月以内）申請者の家族		1	
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。		1	
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		1	
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		1	
人工関節			
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。	1		
人工関節置換での全廃などは、支援の必要性をはかる尺度とはならない。		1	
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）を受けたこと自体を対象とするのは見直すべきである。		1	
体内装具（人工関節、人工骨頭等）について機能全廃としての間扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。		1	
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。		1	
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。		1	
等級			
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ると思っている申請者も多く、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。		1	
7級の場合手帳の代わりに証明書を交付するか、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。	1		
診断書様式			
「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況」欄の（ ）内の選択肢を増やしてほしいという要望）		1	
筋力の記載は○△×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ま		1	
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。			1
障害範囲の拡大			
7級ひとつでも障害者手帳の交付対象としてほしい、医師より要望	1		
非常に整形外科的要素が強く、痛みによる障害であるとか神経内科領域の障害が反映されにくいため見直ししてほしい。 医師	1		
痛み、痺れによる機能低下（ADL低下）を認めてほしい。	1		
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		1	

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。		1
診断書様式		
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。		1
四肢及び体幹マヒで何級と記入する失生が多い。		1
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。）		1
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。		1
取扱要領		
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。		1
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。		1
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、診断書に基づく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」、「両下肢の機能全廃」、「両下肢の著しい障害」（両下肢2～4級の差異を明確に））		1
検査方法		
ADLとROM・MMTの測定結果に乖離がある場合の取扱い		
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		1
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。		1
ADLは悪いが、ROM・MMTがよい場合。またその逆のときの判断		1
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。		1
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。		1
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		1
ROM, MMT, とADLの不一致をどう取り扱うか		1
脳血管障害、パーキンソン病等ROM, MMTに障害が反映しにくいもの		1
ROM, MMTに反映されにくい、固縮や失調等の認定		1
ADLとその他の所見に乖離があるもの		1
MMT, ROM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		1
関節可動域及び筋力テストとADLとの所見が異なる場合		1
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		1
動作・活動と関節可動域・筋力とに矛盾があるものの認定		1
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。		1
ROM, MMTに異常が現れにくい障害についての認定基準の作成		1
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る		1
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		1

<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>			1
<p>肢体不自由においてROM, MMT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</p>			1
<p>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</p>			
<p>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</p>			
<p>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</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>			1
<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>			1
<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>			1
<p>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>		1	
<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しれないが、疾病の特質を取り入れた基準づくりを期待したい。</p>			1
<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と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>			1
<p>筋力・関節可動域が認定基準に達していない場合</p>			
<p>種類別</p>			
<p>上肢機能障害</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るべきか、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う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>			1
<p>上肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加</p>		1	
<p>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級等を指す）</p>			1
<p>一下肢は3, 4, 7級と等級間隔が大きくあいており、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ご検討いただけないものでしょうか。</p>			1
<p>下肢機能障害</p>			
<p>一下肢機能全廃+一下肢大腿1/2以上欠損の例</p>			1
<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ると「2級」に該当することと矛盾を感じた。</p>			1
<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>			1
<p>下肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加</p>		1	

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。		1	
一下肢3、4、7級と等級間隔が大きくあいており、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ご検討いただけないのでしょうか。		1	
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		1	
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		1	
体幹機能障害			
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。）	1		
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	1		
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			
体幹機能障害4級の追加	1		
脳原性			
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		1	
現在の認定基準が十分適用できない場合の対応			
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。		1	
身障手帳用の診断書（肢体不自由用）の『動作・活動』欄に「とじひもを結ぶ」「ワイシャツのボタンをとめる」の項目を加えて頂きたい。		1	
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。		1	
知的障害などを伴う場合			
知的障害・痴呆・高次脳機能障害などを併せ持つ場合。		1	
知的障害がある場合の評価が難しい場合がある。		1	
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用診断書での判定について。肢体不自由用診断書における神経学的所見・整形外科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。		1	
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せんか。		1	
高次脳機能障害等のあるもの		2	
高齢者			
加齢に伴う障害は、介護保険で対応すべきである		1	
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。		1	

全ての年齢（老人と一般成人）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。		1	
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）を付記してくる場合の対応		1	
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。年齢制限を設けることも検討されたい。		1	
乳幼児			
乳幼児にかかる障害認定		1	
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、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。		1	
廃用性症候群			
廃用性症候群の認定		1	
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		1	
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。		1	
廃用性症候群、知的障害、高次脳機能障害、脳腫瘍、医学的管理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		1	
遷延性意識障害			
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。		1	
医学的管理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		1	
遷延性意識障害があるもの		1	
遷延性意識障害		1	
〔体幹と下肢の重複障害認定〕			
体幹不自由と下肢障害を併せ持つ場合の認定		1	
体幹と下肢の重複障害		1	
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。		1	
下肢と体幹に重複して障害があるときの判断		1	
重複認定			
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		1	
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がなものか。		1	
その他			
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		1	
〔四肢・体幹の機能障害以外の原因による肢体不自由〕			
精神的なものが原因で四肢が動かない者について、認定するのは、適切ではないが、実際に動かないと言われると返答に窮している。		1	
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。		1	
精神症状を合併しているもの		1	
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		1	
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とのお叱りをいただいています。		1	

感覚障害を主としたもの		1	
[その他]			
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。		1	
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。		1	
著しい障害か全廃かの判断等		1	
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。		1	
指定医師の参考等級があいまいで、個別に上肢下肢の等級がよくわからない場合。		1	
法の基準に合致しない等級を記載するケース。		1	
廃用性症候群、知的障害、高次脳機能障害、脳腫瘍、医学的管理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		1	

表2-2 都道府県担当医師の意見まとめ

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

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

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。

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か月経過しており、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言い切れない。

（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

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ヶ月たって随意的な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、意志の統一の為には、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

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癌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

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。

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

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れば、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ますが、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. 乳幼児について

(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

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

認定困難なるも将来の発達機能回復を待って再認定する。

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でないため。

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。

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

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。

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。

4. 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

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ヶ月经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ヶ月经過、両下肢の完全麻痺は回復せず

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。

最近の外傷性脊髄損傷も徐々に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ヵ月ははやすぎる、痙性がでるぐらいま*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ヵ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ヵ月以内（最低ヵ3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。

受傷から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。充分なりハビリテーションを行った後に認定すべきである。

5. 機能障害程度の判定方法について

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。

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。

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。

現状でよいと思う

そのままの状態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を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、そのままの状態を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、そのままの状態を判定した方が自然かと思われ。

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、術後の状態で等級を決定すべきである。

そのままの状態を判定し、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って認定。

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。そのままの状態を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。

そのままの状態を判定すべき

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）