

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

身体障害者の障害認定基準の最適化に  
関する実証的研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岩谷 力

平成19(2007)年3月

目 次

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

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
総括研究報告書

身体障害者の障害認定基準の最適化に関する実証的研究

主任研究者 岩谷力

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

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

また、肢体不自由については、具体的な認定基準についても提案した。

分担研究者

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

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

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

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

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

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

### C. 研究結果

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

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

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

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

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

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

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

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

### D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

#### E. 結論

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

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

また、肢体不自由については、具体的な認定基準についても提案した。

#### F. 健康危惧情報 特記事項なし。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
分担研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（ぼうこう・直腸、小腸）

分担研究者 柳澤信夫

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

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

研究協力者

望月英隆（防衛医科大学校外科学講座教授）

松島正浩（東邦大学医学部教授）

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 障害認定に関する要望の整理

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

2. 専門家からのヒアリング

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

C. 研究結果

障害認定に関する要望の多い順に整理したものが、資料 1～5 である。

専門医からのヒアリングの結果は、資料 6～10 のとおりである。

## D. 考察

### 1. ぼうこう・直腸機能障害

課題として指摘が複数あったものを取り上げると次のようになる。

(1) 「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」について

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

(2) 「完全尿失禁」の定義について

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

(3) 「完全尿失禁」でなく「著しい尿失禁」等を含めることについて

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

### 2. 小腸機能障害

(1) 経腸栄養法を経管に限らず経口でも認めることについて

成分栄養剤の導入初期には、成分栄養剤はほ

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

(2) 小腸の残存部位の長さによる認定について

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

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

## E. 結論

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

施した。その結果、ぼうこう・直腸機能障害については、(1) 原因によらない「高度の排尿機能障害」及び「高度の排便機能障害」の認定、(2) 「完全尿失禁」の定義の明確化、「完全尿失禁」に加えて「著しい尿失禁」等を含めることの検討の必要性が明らかになった。

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



資料1 都道府県担当者からの要望（ぼうこう・直腸）

医師 医師 合計  
以外

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

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

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

資料2 都道府県担当者からの要望（小腸）

医師 医師 合計  
以外

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

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

### 資料3 専門医の意見1 (ぼうこう・直腸機能障害)

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

現行の膀胱・直腸機能障害の認定基準で、現実にならなくなっている点はないものと考えます。

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

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

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

## 資料4 専門医の意見2 (ぼうこう・直腸機能障害)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### [参考資料]

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

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

厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)分担研究報告書

「ぼうこう又は直腸機能障害の認定基準の見直し」に関する研究

分担研究者 松島正浩 東邦大学医学部附属大橋病院長

#### 研究要旨

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

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

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

#### A. 研究目的

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

#### B. 研究方法

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

#### C. 研究結果

①ぼうこう機能障害を来す疾患の治療の現状

②ぼうこう機能障害の原因の限定の妥当性に関する検討を行った結果

認定基準の変更案として

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

以上3項目を適用拡大とすることが妥当である。

認定基準の変更案(膀胱のみの機能障害とした場合)



4 級：尿路変向（更）のストマをもつもの

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

以上の 1 項目を新たに加えることが妥当である。

#### D. 考察

ぼうこう機能障害を来す疾患・治療の現状

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

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

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

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

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

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

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

ぼうこう機能障害の原因疾患の限定の妥当性に対する検討

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

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

認定基準の変更案として

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

膀胱のみの機能障害とした場合の認定基準の変更案

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

#### E. 結論

認定基準の変更案として

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

認定基準の変更案（膀胱のみの機能障害とした場合）

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

## 資料10 専門医の意見（小腸機能障害）

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

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

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

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

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

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

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

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

### 研究協力者

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

### A. 研究目的

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

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

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

### B. 研究方法

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