

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16年度～18年度 総合研究報告書

主任研究者 岩 谷 力

平成19(2007)年3月

目 次

I. 総合研究報告	1
1. 身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（内部障害）	
分担研究者 柳澤信夫	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	31
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・聴覚）	
分担研究者 寺島 彰	76
4. 障害者関連制度の制度理念の整理	
分担研究者 寺島 彰	110
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	135

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総合研究報告書

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

3年間の研究により、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・そしゃく機能障害、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。

また、障害認定の理念に関する国外の状況を調査するとともに、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。

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

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。

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ら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

本年度は、内部障害の各分野の専門医からの意見聴取を実施し、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た。その結果、内部障害については、心臓機能障害では、検査法の再検討、体内装具の取り扱いなどについて、呼吸器機能障害については検査法の再検討など、腎臓機能障害については、血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂、慢性透析療法対象者に認定などの課題が明らかになった。

また、肢体不自由に関しては、遷延性意識障害の認定基準、高齢者の認定方法、乳幼児と高次脳機能障害の認定時期、人工関節置換術等の認定の考え方、両下肢機能障害の認定基準などにおける課題が明らかとなった。

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、急性期治療におけるデータベースの整備とその後の回復

期、維持期、終末期におけるきちんとした一貫した追跡調査などの必要性が明らかになった。

加えて、身体障害者福祉法の理念を検討するための基本的資料として、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。その結果、①障害者(児)の福祉の増進、②障害者の(生活)自立促進、③障害者等の安定した生活を保障、④社会防衛、⑤権利保障、⑥便宜提供、⑦平等の確保、⑧国家賠償などの理念があることが明らかになった。

D. 考察

3年間の研究により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・そしゃく機能障害、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。今後の課題としては、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、身体障害者福祉法は、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。(例：遷延性意識障害)

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

3年間の研究により、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・そしゃく機能障害、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。

また、障害認定の理念に関する国外の状況を調査するとともに、わが国の障害者関連制度の理念を整理した。

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）
総合研究報告書

身体障害者福祉法における障害認定の課題の整理（内部障害）

分担研究者 柳澤信夫

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、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5つ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）の結果のうち、今後の障害認定の課題として複数提起されたものを内部障害に関して整理し、さらに、専門医の調査を実施した。

その結果、心臓機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）ペースメーカー等体内装具の取り扱い、（3）急性期の認定についての検討の必要性が明らかになった。

また、呼吸器機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）2級認定の検討の必要性が明らかになった。

腎臓機能障害については、（1）血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂、（2）慢性透析療法対象者は1級認定の課題があきらかになった。

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の検討、（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。

研究協力者

和泉徹（北里大学医学部教授）
住田幹男（関西労災病院リハビリテーション科部長）
原茂子（虎の門病院健康管理センター部長）
松島正浩（東邦大学医学部教授）
望月英隆（防衛医科大学教授）

年度は、心臓機能障害、呼吸器機能障害、腎臓機能障害について、平成18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。

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、内部障害は範囲が広く、6種類あり、平成17

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内部障害に関して整理した。

2. 専門家からのヒアリング

これらの要望について、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。

専門家からのヒアリングの結果は、資料 6～11 のとおりである。

D. 考察

1. 心臓機能障害

（1）検査法の再検討

現状行われている心電図を中心とした検査法については、再検討の要望が多い。特に、心エコー、心臓カテーテルの導入をすすめる意見が多かった。

最近 20 年の医学検査法の進歩は目覚ましいものがあり、NYHA 心機能分類、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチ、バイオマーカー、身体活動能力指数・6 分間歩行テストなど、近年の検査法の進歩を反映させて検査法を検討することも考えられる。

（2）ペースメーカー等体内装具の取り扱い

ペースメーカー植め込みや人工弁置換術後に ADL が改善した場合は、別の認定方法用いるべきであるという意見が多かったが、逆に、

患者の基礎心疾患を重視して、1 級認定が該当という意見もあった。

しかし、ペースメーカーの植め込みに関しては、植め込み前の状態やペースメーカー植え込み術後の依存状態により等級を決定することも考えられる。これについては、（1）とともに検討することが適当である。

（3）急性期の認定

急性心筋梗塞や不安定狭心症など発症と同時に申請をする場合についての取り扱いについて明確にすべきであるというものである。症状固定後の認定とすれば更生医療の対象にならないが、同時申請を可能とすれば対象になる。都道府県で取り扱いが異なるところがあり、具体的に手術が決まっているのであれば手帳が交付されるようにするなど、取り扱い方法を明確にすることが求められている。また、その場合でも、更生医療が成功した後は障害に該当しなくなった場合は、手帳を返上することを制度的に保証する必要があるという意見もある。

身体障害者福祉法がリハビリテーションを目的とするものであれば、対象とすることで障害の除去、軽減に寄与する点からは対象にすべきであるが、対象を障害者とするのであれば、障害の永続性の観点から考えれば、対象にはならない。これらの議論は、身体障害者福祉法の理念にかかわるもので、制度的な議論に委ねたい。

2. 呼吸器機能障害

（1）検査法の再検討

検査法の再検討については、多くの必要性が指摘された。特に、SpO₂ の活用についての意見が多かった。また、在宅酸素療法実施者に対する認定方法についての希望も多かった。近

年の医学的検査法の発達や普及の現状をふまえて、検査法を再検討することも考えられる。

(2) 2級認定

2級認定の要望も多いが、内部障害が身辺活動の制限(1級)、家庭内活動の制限(3級)、社会生活の制限(4級)という区分がなされており、内部障害全体として2級の意味が明らかになるならば、検討可能であるが、現状で、単独の障害で2級を設定するには、検討材料が不足している。

3. 腎臓機能障害

(1) 血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂

最も希望が多かったのが現状の血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂である。クレアチニン値は筋肉量や体格によって異なることから高齢者や女性には不利であるという意見が多かった。これについては、医学的進歩を反映した認定基準を検討する必要がある。

(2) 慢性透析療法対象者は1級認定すること

都道府県調査では、終生透析を要する者はじん機能検査値にかかわらず1級にすべきであるという意見も多かった。逆に、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という意見もあった。

一律に対応することは、合理的に説明できるのかの問題があるので、これも(1)とともに慢性腎不全透析導入基準(厚生科学研究1991)など新たな基準を活用して改訂を検討すべきであると考えられる。

4. 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である。

(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。

5. 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ため、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意見がある。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

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、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5つ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内部障害に関して整理し、さらに、専門家からのヒアリングを実施した。

その結果、その結果、心臓機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）ペースメーカー

一等体内装具の取り扱い、（3）急性期の認定についての検討の必要性が明らかになった。

また、呼吸器機能障害については、（1）検査法の再検討、（2）2級認定の検討の必要性が明らかになった。

腎臓機能障害については、（1）血清クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂、（2）慢性透析療法対象者は1級認定の課題が明らかになった。

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を検討する等の課題が明らかになった。

資料1 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（心臓機能障害）

	医師	医師以外	合計
検査法の再検討			
心電図を中心と検査方法の変更	26	5	31
心電図所見項目と活動能力のズレがある 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。 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。		3	
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。 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。 心電図所見が出ないような事例もある。	2	1	
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、R I検査）による心機能評価項目があってもよいと思う。	1		
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。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。	1		
心臓の認定について、バイパス術等を行った後の再認定時に、心電図所見には異常がなかったり、夜のみ異常が見られる等で、現在の認定基準では障害の該当にならないことについての要望が市民からある。	1		
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、認定基準に追加する方向を示していただきたい。 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。	2		
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。心エコーの記載項目を追加した方がよい。	2		
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。	1		
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。	1		
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。	1		
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	1		
活動能力評価に客観的な検査を加えるべき。例えば運動負荷心電図等。	1		

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。	1		
重症の拡張型心筋症でも心胸比正常がある。	1		
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。	1		
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)	1		
認定に際しては身体的運動能力評価に基づ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」が实际的である。	1		
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。	1		
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きたい。	1		
X-P, E L G, だけで基準外、基準内は妥当ではありません。 将来的なことをふくめた生活能力判断は必要である。	1		
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。	1		
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。	1		
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べき。 例:左室駆出率、心カテ所見など	1		
心臓機能障害の意見書には人工弁・ペースメーカーの有無しか記載がないが、ICD など他のものも記載できるようにして欲しい		1	
認定の原則			
ペースメーカー等体内装具の取り扱い	10	5	15
ペースメーカー植え込み、人工弁置換術等を受けたことにより、ADLが改善する場合は、認定方法を別にすべき。 人工弁置換による心臓機能障害1級などは、支援の必要性をはかる尺度とはならないのではないかと。 体内装具（ペースメーカー、人工弁等）について機能全廃としての問扱いについては、医療の進歩した現在では少々疑問を感じます。 人工ペースメーカー装着した後の障害再認定の基準の必要性 ペースメーカー装着は日常生活上の制限から考えて3級が適当。 ペースメーカー埋め込み術後の患者は活動状況が非常に良好である。呼吸器機能障害と比較しても公平さを欠くように思われる。等級の見直しをしてもよいのではないかと。 心臓機能障害に関して、人工ペースメーカーを装着した場合1級認定となっているが、現在、ペースメーカーの普及により重篤な場合にのみ装着しているとは限らず、従来どおり最上級の1級としてよろしいものか 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。			

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。 ペースメーカー植込み以前は、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、ペースメーカー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。 弁置換、ペースメーカーでの基準を見直すべきである。 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）。			
人工弁と弁形成術の差異解消	1		
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、第三者の意見が全くない所に問題がある。	1		
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。	1		
18歳未満の基準			
心臓機能障害の18歳未満用の認定基準では、先天性の心疾患を患う者の障害状況を十分には汲み取ることができない。 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。	2		
認定時期			
急性期の認定	5	1	6
心臓機能障害で弁置換術を行えば1級となるが、その前段では基準に該当する所見が現れないことがあり手帳が交付されない。具体的に手術が決まっているのであれば手帳（等級は1級でなくても構わない）が交付されるようにしてほしい。 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。 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。 「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か、明記して頂きたいと考えます。 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。 症状の固定化の判断が困難な場合に苦慮している。			

障害の範囲			
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。	1		
傷病名の追加：高度房室ブロック	1		
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。	1		
再認定	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。	1		
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。			
診断書様式			
5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と考える。表現を再検討を要するかと考える。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	2		
「部分的心臓浮腫」を具体的表現に変えてほしい。	1		
4級の認定基準に「臨床所見で部分的心臓浮腫があり、・・・」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。	1		

資料1-2 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（呼吸器機能障害）

検査法の再検討			
日本人を対象としたノモグラフの導入（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。	1		
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。	1		
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。）	1		
02分圧等の基準を緩和するべき。		1	
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。	1		
数値以外の部分（例えばX線所見等）も認定基準項目等に取り入れてほしい。		1	
予測肺活量1秒率や動脈血ガス02分圧の数値測定は酸素吸入を止めた状態で測定した値である。申請者のなかに酸素吸入離脱が難しい場合が多々見受けられるので、吸入量に応じた基準を設けることはできないか。（市民・医師より）	1	1	
SpO2の利用での認定方法	1		

酸素飽和度 (SpO ₂) と PaO ₂ の相対関係を示して頂き、SpO ₂ 値を判定の参考とすることが望ましい。	1		
SpO ₂ は、動脈血ガス O ₂ 分圧の代用として採用する	1		
指数と動脈血 O ₂ 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。SpO ₂ 値で提示された場合の判定基準が必要。	1		
動脈血 O ₂ 分圧等の任意性の少ない基準がより必要と思います。	1		
動脈血 O ₂ 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、SpO ₂ をもって代替すべきである。	1		
O ₂ 分圧の測定データがない場合があるので、SpO ₂ の測定データで障害認定をできるようにしてほしい旨、医師より要望があった。	1		
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 SpO ₂ の低下、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。	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。	1		
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。	1		
安静時の O ₂ 分圧だけでなく体動時の O ₂ 分圧 (SpO ₂) も重要です。又、C O ₂ 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。	1		
O ₂ 分圧数値については労作後の数値と実際の活動能力の程度を考慮してほしい。(障害者から)		1	
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、O ₂ 分圧や CO ₂ 分圧を主にして頂ければ分かりやすいと思う。	1		
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 (SO ₂) 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。	1		
間質性肺炎など、安静時に比して運動時の動脈血 O ₂ 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のでは。	1		
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。	1		
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。	1		
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。	1		
気管切開を想定した認定基準が必要である。	1		
在宅酸素療法実施者の認定基準作成			
在宅酸素療法を実施している者の認定基準の範囲の拡大	1	1	

在宅酸素療法患者に対する等級判定方法。	1		
在宅酸素吸入症例の等級判定	1		
在宅酸素吸入の場合の認定基準が明らかでない。	1		
HOT時の検査	1		
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できます。	1		
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級で申請してくるケースが多く困っている。	1		
80歳以上の超高齢者に対する判定方法。生理的にも肺機能は低下する。	1		
肺を片方摘出した、腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えている。			
現状の診断基準では認定不可能なケースがほとんどでほとんど全ての診断書は、審査会で医師の判断が必要となってしまうている。もう少し実情に合わせた基準（市民への説明をするためにも）が必要である。	1		
障害の範囲拡大			
気道狭窄の認定	1		
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。	1		
2級認定			
2級の創設	4	2	
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	1		
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。	1		
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。	1		
基準緩和			
呼吸器機能障害の認定基準の緩和ができないか。患者の肉体的苦しみの実態が反映されていない。（県審議会ですべて毎回話題になっています）		1	
認定基準の基準緩和	1	1	
呼吸器機能障害において、在宅酸素療法を実施している者は全て1級として欲しい。（呼吸器機能障害者の団体）		1	
1級認定の基準が厳しすぎる。	1		
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02分圧5torr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違いが生ずることも重要であろう。	1		
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。	1		
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。	1		
認定の考え方			

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。	1		
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。	1		
肺癌の末期と考えられる状態（癌性胸膜炎、癌性リパ管症、播種性転移など）の判定に苦慮しています。	1		
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。	1		
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		
80歳以上の超高齢者は現在の基準で評価してよいか。	1		
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、いわゆる更生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。	1		
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。	1		
他臓器機能障害（脳梗塞後・先天性心障害）などとの混合障害の認定に苦慮している。	1		

資料1-3 都道府県調査における認定に関する意見まとめ（じん臓機能障害）

	5	6	11
透析を1級に			
終生透析を要する者はじん臓機能検査値にかかわらず1級として頂きたい	1	5	
慢性透析療法を実施している者については1級として欲しいというもの。		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。	1		
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。	1		
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		
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。	1		
透析導入した者は一律認定してほしい。		1	
クレアチニン濃度を中心とした認定基準の改訂	18	5	23
クレアチニン濃度値を最重視するような基準は改めて欲しい	1		
クレアチニン濃度を重視しているのを見直してほしい。クレアチニン濃度をもってで		1	

は障害程度が反映しないケースもある。			
S-Cr. は筋肉量に強く影響されるものであり、現行基準は腎炎の若年男性に極めて有利で、(全身状態の悪化しやすい) DM 性腎症の高齢女性に極めて不利である。せめて、小腸機能障害の栄養所要量のような年齢性別を反映する基準を設けるか、透析開始から数ヶ月経過・離脱見込みなしを 1 級とするなどの改善が必要。以前と違って腎炎よりも (全身状態の悪化しやすい) DM 性腎症の増加によるものが多いため、S-Cr. 8.0 以上まで待てずに透析に至る事例が少なくない。	1		
クレアチニン値は筋肉量、体格によって異なる。クレアチニ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)、クレアチニ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。	1		
クレアチニン濃度中心の認定に関して、筋肉量をも鑑みた相対的な判定を要望されることが多々ある。	1		
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。	1		
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。	1		
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 時間クレアチニ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。	1		
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ニ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。	1		
クレアチニンクリアランス値での認定は 12 歳未満のみとなっていますが、本人の状態によってはクレアチニン濃度でしか判定できないケースもあると思います。(病名や体重等により) クレアチニンクリアランス値でも認定できればと思います。	1		
12 歳以上は、内因性クレアチニン値ではない、血清クレアチニン濃度の値をもって認定しているが、専門の医師から、肥満の方や高齢の方は、内因性クレアチニン値の数値の方が信用できるはずであるので、基準の見直しをするよう要望された。	1		
じん臓機能障害 (1 級) の S-Cr. 8.0 以上要件の緩和。	1	1	
じん臓機能障害について、血清クレアチニン濃度が 8 mg/dl をこえていない場合、1 級認定することは適当でないとなっているが糖尿病性腎症等、血清クレアチニン濃度が多少低くても臨床症状、活動能力等の状況から 1 級にならないか。	1		
腎臓機能障害について、症状によっては「血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/dl 以上」を超えなくても「1 級相当」の障害に値する可能性があるため、「1 級」の基準の「血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/dl 以上」を「7.0 mg/dl 以上」としてほしい	1		
クレアチニン値と日常生活制限分類が、かい離するケースが多く判定に苦慮します。		1	
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		

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。	1		
クレアチニ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）	1		
血清クレアチニン値が高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。	1		
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。	1		
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。	1		
内因性クレアチニ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	1		
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。	1		
日常生活活動の程度については、不必要と考えられる。	1		
より精確な腎臓機能の残存能力の評価方法において認定を行う。		1	
高齢者にはじん機能検査数値の基準を下げてほしい。	1		
診断書様式			
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。	1		
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。	1		
じん増機能障害用診断書・意見書の様式に、身長・体重の記載をするよう変更をしていただきたい。	1		
その他			
クレアチニンクリアランスの計算式を示してほしい。	1		
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。	1		
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。		1	
等級2級も必要。	1	1	
腎臓を片方摘出したケース。残存部分の機能が正常であっても、一般よりも制限を受けていると考えている。		1	

資料4 都道府県担当者からの要望（ぼうこう・直腸）

医師 医師以外 合計

	医師	医師以外	合計
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日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ます、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
認定方法		
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