

<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。そのような場合についての質問・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、再認定を確実に行え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「<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ります。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5 都道府県担当者からの要望（小腸）

医師 医師以外 合計

	医師	医師以外	合計
障害の範囲の拡大			
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。せっ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
長さと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、判定が難しい場合が多いとおもいます。	1		1
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。	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。	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6 専門医のヒアリング結果（心臓）

1. 心臓機能障害をとりまく現状

- ・長寿社会をむかえ、心不全は、国民病になりつつある。現在本邦では、慢性心不全患者は約 250 万人 40 歳以上の人 が 100 人いれば 2、3 人心不全に該当する状態。
- ・その中で、人工臓器を使うことで症状を一時的に軽快せしめることが可能になる、S t a g e D 分類の治療抵抗性の難治性患者が 0.6%。
- ・その患者が心不全医療費（約 1 兆円）の 40% 近くを消費していると推定。
- ・1980 年くらいから診断法が非常に進んできた。
- ・機能分類としての 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（BNP：脳性利尿ペプチド、c T n T：心筋トロポニン T）や身体活動能力指数・6 分間歩行テストなどが心臓機能障害を客観的に表すものとして高い信頼性を得ている。

2. 心不全の診断基準改訂の可能性

- ・電氣的不全と機械的心不全の 2 種類がある。
- ・現在の身体障害者福祉法の障害認定は、心奇形と弁膜症を中心とした機械的心不全を念頭においている。
- ・機械的心不全の対象者の比率は低下している。
- ・医学の進歩による検査法を検討する時期である。

3. 診断法の検討

（1）機械的心不全の診断方法

症状・徴候： フラミンガム診断基準（起座呼吸、夜間呼吸困難症、内頸静脈の怒張、肺うっ血、全身浮腫など

臨床生理検査： 胸部 X 線、心電図、心エコー図、心・血管造影図、心筋シンチなど

バイオマーカー： CRP、BNP、c T n T など

治療内容： 薬物療法、心臓・血管手術、補助循環装着（CRT・LVAD）、心臓移植

身体活動能力： NYHA 心機能分類、身体活動能力指数、6 分間歩行テスト

などを駆使すれば、ステージ分類や機能障害の程度を認定することが妥当と思われる。しかしながら、高齢者が圧倒的多数をしめる関係上、精神活動や神経症状、それに加齢による進行を考慮して、他の簡単な総合テスト（ADL テスト、片足立ち試験）、や評価見直し期間（例えば 2 年間）の設置が望ましい。

（2）電氣的心不全

動悸や失神から突然死に至ることもある超急性経過をとる心不全である。通常徐脈型と頻脈型に分かれる。

徐脈型：クラス分類（I、II a、II b、III）に従って適応が決められ安定した成果が上げられている。

従って、クラス I の適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態の患者が障害者一級候補である。それ以外は慎重審査の対象となる。

頻脈型：植え込み型除細動器（ICD: implantable cardioverter-defibrillator）もクラス分類（Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲ）に従って適応が決められているが、Ⅱbであっても予防的観点からの装着も広く認められている。

従って、クラスⅠの適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態の患者が障害者一級候補である。それ以外は慎重審査の対象となる。

また近年、慢性心不全の補助循環として心臓再同調療法（CRT: cardiac resynchronization therapy）が登場してきた。

従って、クラスⅠの適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態患者は障害者一級が妥当ではないか。

その他、植え込み型心房細動徐細動器、肥大型心筋症のペースング療法などがあるが、クラスⅠの適応でペースメーカー植え込み術が行われ、ペースメーカーに依存状態の患者が障害者一級候補である。それ以外は慎重審査の対象となる。

いずれにしてもペースング療法には機械的不具合が時にあり、装着者は突然死、塞栓症、感染症のリスク管理は避けられない。また身体活動能力には comorbidity も関与する。

資料7 専門医のヒアリング結果（腎臓）

慢性腎不全透析導入基準（厚生科学研究 1991）の活用について

- ・透析実施者の障害認定に活用できる可能性がある。
- ・実際に適用してみると、全身の状態を点数で表せる。
- ・自立やリハビリテーションの観点からの基準のあり方も必要ではないか。
- ・日常生活活動の程度についても考慮する必要があると思われる。
- ・3，4級の場合は、クレアチンクリアランスでも可能性がある。
- ・腎不全そのものによる臨床症状についても、きちんと評価しないといけない。
- ・腎臓の機能、臨床症状、日常生活の制限度を総合的に評価することが必要。

慢性腎不全透析導入基準（厚生科学研究 1991）

腎機能、臨床症状、日常生活障害度などを点数で評価し、60点以上で透析導入の適応を決定する。

（1）腎機能：持続な血清クレアチニン（クレアチンクリアランス）

8 mg/dl 以上(10ml/分以下) 30点

5～8mg/dl 未満(10以上～20ml/分未満) 20点

3～5mg/dl 未満(20以上～30ml/分未満) 10点

（2）臨床症状 以下のうち 3項目：30点 2項目：20点 1項目：10点

体液貯留(高度の浮腫、溢水による心不全肺水腫)

体液異常(管理不能の電解質・酸塩基平衡障害)

循環器症状(重篤な高血圧、心不全肺水腫、心包炎)

神経症状(中枢・抹消神経障害、精神障害)

血液異常(高度貧血、出血傾向)

視力障害(尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症)

（3）日常生活障害度

高度 尿毒症にて起床困難 30点

中等度 著しく困難 20点

軽度 通勤・通学が困難 10点

資料8 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9 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る。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）
総合研究報告書
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. 榎本 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、現実に即した改定試案を作成することである。

B. 研究方法

1. 平成15年度（特別研究）

全国都道府県の障害認定担当者を対象に、現行制度の障害認定に係る調査を行い、担当者が抱えている問題点を収集した。

2. 平成16年度

平成15年度の調査結果を受け、調査内容を絞って個別ヒアリングを行うとともに、

全国都道府県で現に障害認定を担当している医師を対象に調査を行い、障害認定に係る課題について検証した。

3. 平成17年度

これまでの調査結果を精査し、肢体不自由に関する障害認定をより公平・適切なものにするため、専門医（研究協力者）によるヒアリングを通して、改定の検討対象とすべき課題を整理した。

4. 平成18年度

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件の認定作業を通して、その是非について検証した。

C. 研究結果&D. 考察

1. 国内調査および専門医からの意見聴取結果の整理（平成15～17年度）

1) 全国都道府県の障害認定担当者の調査結果（資料1：平成15年度）。

(1) 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る

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、痙性麻痺、関節障害、神経疾患を原因とする不随意運動・運動失調など、ROM・MMTの測定結果と障害認定に乖離のあることが多い。

(2) 現行の認定基準が十分適用できない対象がある

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、現行の

認定基準とその解説では十分対応できないことが多い。

(3) 人工関節などの体内装具の取り扱いに疑問がある

人工関節・人工骨頭などの技術進歩を勘案し、施術を受けたことによりADLが改善する場合は、その結果に基づいて障害を認定すべきであるという意見が多い。

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（資料2：平成16年度）。

(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）について

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) 専門医からのヒアリング結果(資料3:平成17年度)

専門医からのヒアリング結果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)について

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。

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が必要。

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。

2. 「認定基準の解説」の改定を前提に、検討すべき課題の整理

1) 長期にわたる遷延性意識障害の認定基準が不明確

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かねることが多い。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。

したがって、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

重症心身障害児など、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なるなど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を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か、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ヶ月を経過しないと認定できず、更生施設など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遅すぎる。将来的にも、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、画像診断や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

人工関節など、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、これまで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

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。

したがって、両下肢機能障害の新たな認定基準を示す解説を作成する必要がある。

3. 肢体不自由の「障害認定基準の解説」に係る改定試案の作成と検証（資料5・6：平成18年度）

1) 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・追記した改定試案（修正・追記部分は斜文字・ゴシック体で示した）を作成した（資料5）。ちなみに、今回の改定試案は法制度（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。

2) 作成した改定試案に基づき、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（資料6）、高い評価が得られ、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、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。

4. 今後の検討課題

1. 認定基準と解説に係る検討課題

1) 遷延性意識障害や後期高齢者に対する認定については、今回の改定試案においてもなお曖昧さが残った。とりわけ意識障害による障害の認定は、そもそも身体障害者福祉法の趣旨に照らして適当か否か、再検討する必要がある。

2) 認定基準は、日常生活レベルに着目するならADLを特定する「機能障害」を基に作成されなければならないが、実際には社会・職業レベルの用語や「活動制限」を表す基準が混在している。今後は、他法との関係を勘案しつつ身体障害者福祉法の趣旨を明確にし、障害レベルを特定した認定基準の見直しが必要である。またこれと合わせて、障害名の適切な表示に必要な障害分類についても検討する必要がある。

3) 人工骨頭や人工関節などの置換術後の認定について、術後から診断までの期間をどの程度とするか、今回の改定試案では客観的な指標を示すことができなかった。今後、個人によって異なることを前提に、具体的にどうすればよいか、多くの経験を基に再検討する必要がある。「

4) 痛み」「痺れ」などの感覚障害に対しては、現状では適切な客観的な認定指標がなく、今回は一定期間の治療と再認定を前提条件とした改定試案にとどまった。しかし、これらはいくまでも姑息的な対策であり、今後、医学・医療技術の進歩に裏づけられ

た新たな指標の開発を待つて、あらためて認定方法や基準の見直しを行うべきである。

5) 高次脳機能障害は「精神障害」に位置づけられているが、身体障害を合併している率は高く、肢体不自由との境界をどこにするかが問題となる。障害者自立支援法の制定により、サービスの受給という点では一定の解決をみたが、肢体不自由としての認定においては依然として曖昧さが残るため、今後、再検討が必要である。

2. 身体障害者診断書に係る検討課題

「診断書及び意見書」に、意識障害の有無(程度)や歩行距離を具体的に記載する欄を設けるなど、改定試案に伴う見直しが必要である。

ちなみに、「診断書及び意見書」については地方自治体によって加筆・修正が許されており、それぞれに異なっているが、今回の改定試案を採用する場合には、あらためて雛形を例示すべきである。その際には、「診断書及び意見書」に付随する「ADL 項目」などについても、改定試案に合わせて再検討が必要である。

E. 結論

平成 18 年度は研究の最終年度であり、過去 3 年間の研究成果を踏まえて、肢体不自由の「障害認定基準の解説」に係る改定試案の作成とその検証を行った。

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ず、今後、他法との関係を勘案しつつ身体障害者福祉法の趣旨を明確にし、障害レベルを特定した認定基準の見直しが必要である。

F. 健康危惧情報

特記すべきことなし

資料1 都道府県担当者からの要望

医師 医師 計
以外

認定時期	医師	医師 以外	計
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p>		1 1 1 1 1	
<p>人工関節</p> <p>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。</p> <p>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。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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	1	1 1 1 1 1	
<p>等級</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	1	1	
<p>診断書様式</p> <p>「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態」欄の（ ）内の選択肢を増やしてほしいという要望）</p> <p>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</p> <p>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。</p>		1 1	1
<p>障害範囲の拡大</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>痛み、痺れによる機能低下（ADL低下）を認めてほしい。</p> <p>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</p>	1 1 1	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。四肢及び体幹マヒで何級と記入する失生が多い。
 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。）
 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、いくつかは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、はたしてそれでよいのか疑問を感じています。

1

1

1

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。
 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。
 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

1

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
 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。
 ADLは悪いが、ROM・MMTがよい場合。またその逆のときの判断客観的所見と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。
 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。
 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
 ROM, MMT, とADLの不一致をどう取り扱うか
 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
 ROM, MMTに反映されにくい、固縮や失調等の認定
 ADLとその他の所見に乖離があるもの
 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
 関節可動域及び筋力テストとADLとの所見が異なる場合
 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
 動作・活動と関節可動域・筋力とに矛盾があるものの認定
 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。
 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
 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
 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

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1