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、認定しずらいケースが多い。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。		1	
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		1	
ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ症候群等、筋力等で判断できないものの認定			
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			
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			
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。		1	
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。		1	
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。		1	
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）	1		
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。		1	
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て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。		1	
筋力・関節可動域が認定基準に達していない場合			
種類別			
上肢機能障害			
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。		1	
上肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加	1		
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）		1	
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。		1	
下肢機能障害			
一下肢機能全廃＋一下肢大腿1／2以上欠損の例		1	
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。		1	
大腿骨頚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。		1	
下肢機能障害の著しい障害と軽度の障害の中間の追加	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ものでしょうか。		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いての神経学的所見・整形外科学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すがいかがなものでしょうか。		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、適当ではないが、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	

資料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って、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って、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ヶ月たっ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は，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。
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ヶ月たっ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が、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。
発生から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か月ではやや早いが、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。

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適当と考えられる。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。この部分を無視して考えると、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。65～85才の**変らない
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（一年位をめどに）を条件として認定してはどうかと思われる。発病前が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るが、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、申請希望があえば、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、昨年の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うとすれば，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にしているが、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。

病名および予後が充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なため。
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，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才時に再認定で良いと思います。
障害の原因が明らかな場合か否か、症例によって判断が分かれると考える。
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ヶ月程度待ってよいのではないでしょうか。
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ろう。
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。
１ヶ月経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カ月は要する
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ろう。
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ヶ月以上は待っ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ヶ月経過、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。
最近は外傷性脊髄損傷も徐々にで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されれば認定する

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。

Frannkel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。充分なリハビリテーションを行った後に認定すべきである。

６．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、そのままの状態で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。最近は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（－）。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。

術後一定期間を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ている。

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る。

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、そのままの状態で判定した方が自然かと思われます。

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、術後の状態で等級を決定するべきである。

そのままの状態で判定し、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。そのままの状態で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。（再申請する人とし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な

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。

６．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を組み合わせて解釈すれば可と考える。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。

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

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つかしいとおもいます。

必要であると思います

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ます。歩行能力、立位時間、座位等で決めてもよいと思われます。現在の著しい障害を基準に決めてもよいと思います。

「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るべき。

判断に迷うことが多いため、明確な基準が欲しいと思います。　普通の人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。特に手すりで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。

むずかしい問題です。

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。

７．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がある。
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
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
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るがwo***ing-off,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るべきであると考える。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るべき。（「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。
老人の大腿骨髄部内側骨折で，人工骨髄が入るだけで４級はいかがなものか？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いADLの評価で認定する方が良いと思う。
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中心に等級判定する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。

資料３　専門医による個別意見

１．遷延性意識障害について

・著しい関節拘縮が永続的なものであることが確認されれば、入院中、発症から 3 ヶ月の時点でもそこに着目して認定する。

・随意運動がみられないのが麻痺によるものか、意識障害によるものか明確でない場合、発症から３ヶ月では回復の可能性もあるので、６ヶ月まで待って認定する。発症から６ヶ月経過した時点で著明な関節拘縮が多発していれば、そこに着目して認定する。

・認定に際しては、検査所見（頭部 CT、MRI）、神経学的異常所見、ベッドサイドリハの実施の有無を確認し、関節拘縮だけでなく運動障害を示す他覚的所見を含めて認定する。

・発症から 3 ヶ月でも、診断書に原因と病巣局在と障害状況の経過および社会的支援計画が詳細に記載されていれば脳卒中の認定と同様に考える。

・発症から６ヶ月経過の場合、遷延性意識障害であっても障害は固定していると考えるべきで、身障法固有の社会資源を活用する余地はあり、認定の対象とすべきと考える。

・意識障害についても、広い意味での自立支援があり得る。

・意識障害は「保護」目的での交付対象にはなり得るが、「保護」の範囲が問題である。

・拘縮など他覚的に分りやすい身体障害があるときに認定対象になるなら、比較的検証しにくい神経生理学的所見も明かにできれば認定してよい。

・どんなかたちでも身体障害が明かにできれば認定の対象になるとすると、遷延性意識障害を取り上げた意味がなくなる。

・常時の医学的管理が必要な状況と身体障害によるリハビリテーション・保護のサービスの必要性が両立する場合もあるのではないか。

・遷延性における障害認定についての基本的考え方（認定しない理由）がはっきりしていないことが混乱のもとであり、あえて遷延性意識障害が取り上げられた真意を明かにする必要がある。

・疑義解釈にある「遷延性意識障害については、一般的に回復の可能性を否定すべきでなく、慎重に取り扱うことが必要である。また、原疾患についての治療が終了し、医師が医学的。客観的な観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合は、認定の対象となるものと考える」（59 年 10 月）は、分かりやすいが、認定基準における遷延性意識障害について否定することになりかねない。

・遷延性意識障害については、概ね植物状態と考えられているようだが、誰もが同じ認識ではない。

・意識障害にこだわりすぎの傾向がある。客観的な肢体の所見によって判定すべきであることを明示する必要がある。

・「意識障害」が診断の対象でないことを明記する。

2．高齢者について（介護保険との関係）

- 認定担当者は高齢者でも障害認定の対象になりうるという前提に立って、拘縮の有無など認定理由を見つけようとしている。
- 疑義解釈を要約すると、余命いくばくもない場合を除き、年齢への考慮は無用で、認定基準に基づいて認定するということになる。
- 高齢者についての問題は、高齢で精神・身体機能の全体が衰えて（老衰状態で）、機能・能力が低下している場合をどうするかに限られる。
- 乳児は歩けなくても障害者ではない、超稿齢者（概ね 90 歳以上）についても同様である。
- 介護保険との関係では、予算がないから 65 歳以上は除外するという考えもある。
- 年齢に関係なく、活動制限で判断すべきである。活動制限の原因が痴呆であっても、必要に応じて身障法の資源を活用すべきだからである。
- 経済支援の重複を避ける必要があるのなら、身障法でなく別に規定を設けるべきである。
- 介護保険との関係では、高齢であっても補装具、人的・物的周辺環境の整備支援等、身障法固有のきめ細かいサービスを必要とする人は沢山存在する。財源の多寡が対象除外の理由になってしまうのは弱者切り捨てに等しい。
- 高齢者の場合もリハビリテーション前置が認定の条件である。
- 加齢による生理的な運動能力の低下は対象とすべきではない。
- 切断、関節拘縮・変形、麻痺で障害固定は年齢に関係なく障害認定する。筋力低下のみの場合の判断が難しい。
- 65 歳～85 歳であれば、痴呆の程度によるが 3 か月の寝たきりでも、機能回復の可能性につき照会する。
- 義肢・装具などの給付が必要な場合は 65 歳以上でも身障手帳が有用である。保護の部分は介護保険サービスが優先となる。ケアマネジメントの視点で身障手帳が必要な場合のみ申請するよう指導すべきである（市町村窓口で手帳取得の目的を明確にする）。
- 医療費の助成を目的とした手帳申請で、更生の目的に反すると思われる例に対しては制限を設ける必要がある。例えば、原因疾患が明かでない「廃用性筋力低下」等である。
- 基本的に年齢を物差しにすることは避けるべきである。介護保険との関係は、現時点では別個のものとして考えるべきである。
- 「寝たきり」（廃用症候群）に関しても、客観的な機能障害によってのみ認定できることを明記する必要がある。

3．乳幼児の認定時期について

- 3 歳未満、特に 1 歳未満の早期認定は、診断根拠と予後予測の記述が医学的に reasonable であれば認定可能である。判定にあたっては、動作能力よりも医学的所見への依存度が大きく

なる。
・障害の変化について、再認定制度用いて対応する必要があることは言うまでもない。
・年齢限界を問題にしている理由がわからない。
・知的発達障害も検討すべきである。
・精神運動発達遅滞児で独歩獲得が 6 歳ころになるようなケースは、筋力低下や関節の不安定性、外反扁平足など運動器の問題をもっていることが多いので、その点に注目して認定する。
・機能障害の医学的根拠が明かな場合は 3 歳未満でも認定する。3〜5 年後再認定とする。
・杖歩行の見込みがあるような例は、杖が使える上肢機能、歩行能力が予測され、あまり重度でないため、1 歳 6 か月では等級が決定できない。3 歳以降の認定が適切である。
・乳幼児期の判定に対しては、障害原因によっては、就学期あるいは成人に達した時点で再認定を義務づける。

4．成人の認定（症状固定）時期について

・脳血管障害・外傷性脊髄損傷後の比較的早い時期でも、臨床像、画像所見、障害が永続する根拠など医学的所見が記載されていれば判定がしやすい。
・固定時期、再認定の要否・時期の欄に客観的医学的所見に基づく医師の意見が書かれていれば、認定の時期の判断は容易になる。
・脳卒中発症後 1 か月での障害認定は、文献上も障害の予後予測は難しいとされていることから時期尚早である。
・脳卒中後 3 か月を経過して障害が固定したと主治医が判断しており、判断根拠となる責任病巣の部位と大きさと障害の経過と程度、および社会的処遇の計画が記載されていれば、再認定を条件にして認定すべきである。
・外傷性脊髄損傷後 1 か月での障害認定は、仙髄域を含む完全麻痺であることのはっきりした記載と MRI 画像と神経生理学的検査所見の併記があれば固定を認定してもよい。
・脊髄不全損傷では、受傷後 3 か月で画像と神経生理学的検査所見と障害像のきちんとした記載があれば、再認定を条件にして認定すべきである。
・脳卒中の早期障害認定は通常、発症後 2〜3 か月で、再認定を条件に行う。その際、将来残存すると思われる障害程度で認定するが、制度利用の必要性など社会的判断も早期認定の根拠となる。
・外傷性脊髄損傷の早期認定（1 か月）は、画像検査所見を確認し認定する。
・脳卒中の障害認定は最短でも 3 か月過ぎまで保留とする。認定に際しては回復の見込みを照会する。
・外傷性脊髄損傷の認定は完全麻痺であれば 1 か月、不全麻痺であれば 3 か月過ぎまで待機する。
・障害認定の時期を、3 か月、6 か月とする根拠が不明確であることが、診断する医師の混乱の

原因となっている。

・障害固定の時期は、障害原因によってその根拠も期間も異なり、画一的に決めようとするところに無理がある。

・肢体不自由、内部障害、感覚器障害、その他の区分で、各々の障害における判定時期の根拠を簡潔に示すべきである。

・障害ごとに、「症状固定」の概念を整理することはできないか。

・再認定に対する全国的な制度の整備と指定医に対する教育が必要である。

・再認定の時期について、その理由を付記させることによって診断した医師の責任を明確にする。

・再認定を必要とする条件を明確に示す。

5．機能障害程度の判定方法（人工関節置換術後など）

・人工物の体内留置は広範囲に亘って行われてきているので、人工挿入物に対する考えは変えても良い時期がきている。

・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」ということになれば、認定の条件、等級表の見直しなどの検討が必要である。

・身障法は更生が目的なので障害を「心身機能」の概念で評価するのは基本原則だが、心身機能障害の評価に固執し続けると、医療技術の進歩を無視する結果になる。

・多くの完成途上の人工臓器が近い将来には完成の域に達することを想定して、障害認定の基準を軌道修正すべき時期である。

・体内に内臓した人工臓器は人工であっても臓器であると考え、技術的に未完成な段階の人工臓器は再判定をするという考えはどうか。

・身障等級は、人工関節置換術後の障害状況、「活動」の障害概念で決定する。

・「人工挿入物もケース自身の機能に含めて評価する」場合、人工関節の耐久性は、半永久的な耐久性を獲得しつつあるので、再判定の機会を残し、問題が起きた時点で更生医療制度を活用して再置換術を行えば支障は起きない。

・人工関節＝全廃はいかがなものか。外せない補装具というより、人工臓器に近づいている。人工関節を含めた総合的な障害程度で判断すべきである。

・人工関節置換術後の認定については、術後の機能について認定すべき時代になってきている。その場合手術成績が反映されることになるので、認定時期も術後 6 か月以後が妥当である。

・すでに、大腿骨頚部骨折後の人工骨頭や膝関節の片側置換術については厚生労働省の疑義解釈の回答にあるように全廃としないで MMT や ROM の状況で判断することとなっている。

・人工関節置換に関しては、術者の技術格差も無関係とは言えず、患者の抱えている術後のリスクをどのように判断するか問題があるため、現状維持。