

6. 下肢の機能障害について

- かつての疑義解釈は曖昧であるので、新基準をつくるべきである。
- 等級表との整合性と実際面から 2、3、4 級に分けるのが妥当であり、これまで用いてきた起立・歩行能力の表記法にこだわらずに新しい評価項目を用いてもよいのではないか。
- 身障手帳は心身機能で判断すると言いながら、歩行距離や立位保持時間が基準いなくなっていること自体が矛盾であり、新しい ADL の評価概念を導入すべきである。
- 両下肢の機能障害について、体幹機能障害の基準を活用する診断書が多くみられ、両下肢機能障害の適正な等級を設定すると同時に、体幹機能障害も修正が必要である。
- 下肢機能の支持機能についての表現も国語学者の知恵も借りて、誤解の余地のないものに修正すべきである。
- 立位保持、立ち上がる、歩く、と、運動発達の順序性を重視した等級の設定は中枢性の障害認定には疑問である。立ち上がれるが歩けないケースと立ち上がれないが歩けるケースをどのように区別するのか。
- 両側性障害について、4 級×2=2 級など機械的に等級をあげるのは不適當である。
- 一下肢機能の障害の認定基準「1km 以上歩行不能、30 分以上起立位を保つことができない、通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらなければならない」という定義は実は両下肢の機能を反映した能力である。
- 両下肢機能障害は歩行距離、起立保持能力（時間）、階段昇降能力、両下肢全体の MMT などで定義する。
- 一下肢の機能障害は、患側の片脚起立能力、一下肢全体の MMT などで定義する。

7. その他

- 脳原性運動機能障害に関する認定基準（診断書）を乳幼児に用いるのは適當ではない。そのむね、表示が必要である。
- 認定基準の文言（鉄、金づちなど）を現在の生活スタイルに合わせ、整理する必要がある。
- 手指機能障害に細かい基準を設ける必要がある。例えば、パーキンソン、運動失調のケースにおいては、握力、MMT より巧緻性を重視すべきである。
- 障害認定の際、医学的管理、退院の見込みを条件としているが、社会的入院もあり、機能回復が見込めない医学的根拠をもって認定すればよいのではないか。
- 50 年以上前の実情に合わせて作られた 15 条指定医の認定方法は、実際上は医師として数年の経験があれば誰でも指定されるようになっており、判定にあたって色々な問題を引き起こしている。指定基準を変えたほうがよい。
- 障害認定の疑義解釈は自治体に任せられたわけだが、詳細部分によっては自治体ごとに差が生じることがある。自治体間の差が生じないよう「すり合わせ」のできる仕組み（場所）を考える必要がある。

- ・認定業務の簡素化のため、年金診断書のような、あるいは近年改正された「ぼうこう・直腸障害」の診断書のようなチェックボックス方式があれば、半ば機械的な判定も可能である。このやり方は視力、聴力、呼吸機能障害では実施可能でも肢体不自由の領域では困難かもしれない。

資料4 肢体不自由の認定に関する問題点と検討課題

	問題点	検討課題
1	長期にわたる遷延性意識障害の認定基準が不明確である	<p>身体を随意的に動かすことができない場合の障害の評価基準の検討</p> <p>「常時の医学的管理が必要」な状態を判断する基準の検討</p>
2	高齢者の認定姿勢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	<p>寝たきりの後期高齢者ではリハビリテーションの対象になりにくい。</p> <p>保護の立場からは介護保険があるので、棲み分けが必要である。</p>
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。	<p>3歳未満の認定基準の検討。</p> <p>再判定制度の積極的な導入を図る。</p>
4	脳卒中では発症から3ヶ月経過しないと認定できず、福祉施設などのサービス利用が遅れる。	<p>発症から3ヶ月未満における認定基準を検討。</p> <p>再判定制度の積極的な導入を図る。</p>
5	人工関節置換術等により機能が回復したのに等級程度が術前より高くなる。	人工関節置換術等の技術的制が高まり、術後長期間にわたって安定して使用できるようになった場合は、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。
6	<p>両下肢機能障害の認定基準が不明確である。</p> <p>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。</p> <p>②認定基準の歩行時間や距離の根拠が不明確である。</p>	<p>両下肢機能障害のあらたな認定基準を検討。</p> <p>それにあわせて、体幹機能障害の認定基準の修正が必要である。</p>

【資料 5-1】 身体障害者障害程度等級表 総括事項の改定試案

第1 総括事項

1. 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号、以下「法」という。）は、身体障害者の更生援護を目的とするものであるが、この場合の「更生」とは必ずしも経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の改善を含む広義のものであること。
従って加齢現象に伴う身体機能障害であっても、麻痺や関節拘縮等の不可逆性の障害が認められる場合は、日常生活能力の回復の可能性等に注目することによって障害認定を行うことは可能であること。
2. 意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うこと。「常時の医学的管理を要しない」とは、意識障害は1ヶ月以上継続しているが、在宅医療や家族の介護等により日常の身体的管理が維持できると判断される安定した全身状態であること。
なお、意識障害による活動制限を身体障害として認定することは適当ではないが、麻痺や拘縮等の永続すると思われる身体機能障害が確認できれば、その程度によって障害認定を行うことは可能であること。
この場合、身体機能の随意性の欠如が意識障害によるものか麻痺等によるものかを明確に判別出来ないときは、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。
3. 別表に規定する「永続する」障害とは、その障害程度が将来とも改善する可能性がきわめて少ないものであれば足りるという趣旨であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。
4. 脳血管障害（脳出血や脳梗塞等）や脳損傷に係る障害認定は、発症から1ヶ月以上経過していること及びリハビリテーションを実施した経過や画像等の医学的所見を確認したうえで、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付すること。
この場合、発症から間もないために機能の予後予測に正確さを欠くと判断されるときは、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。
5. 乳幼児に係る障害認定は、3歳未満であっても、永続する障害が医学的に明らかであれば障害認定を行うことは可能であること。
この場合、成長・発達及び治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想

されるときは、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

また、第2の個別事項の解説は主として18歳以上の者について作成されたものであるから、児童の障害程度の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。この場合も、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

6. 身体障害の判定に当たっては、知的障害や認知症等の有無にかかわらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は、法の対象として取り扱って差し支えないこと。
なお、日常生活等の制限が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定することは適当ではないので、この点については、発達障害の判定に十分な経験を有する医師（この場合の発達障害には精神及び運動感覚を含む）の診断を求め、適切な取り扱いを行うこと。
7. 7級の障害は、1つのみでは法の対象とならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合又は7級の障害が6級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものであること。
8. 障害の程度が明らかに手帳に記載されているものと異なる場合には、法第17条の2第1項の規定による審査によって再認定を行うこと。正当な理由なくこの審査を拒み忌避したときは、法第16条第2項の規定による手帳返還命令等の手段により障害認定の適正化に努めること。

【資料 5-2】 身体障害者障害程度等級表 総括的解説&各項解説の改定試案

1 総括的解説

- (1) 肢体不自由は機能の障害の程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行われた一時的能力ではない

例えば、肢体不自由者が無理をすれば1kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1km歩行可能者とはいえない。

- (2) 肢体の疼痛、知覚脱失等の感覚障害又は筋力低下等の障害も、一定期間(例えば6ヶ月)以上継続していることを前提に、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障害として取り扱うことは可能であること。この場合、治療等により軽減の可能性が必ずしも否定出来ないときは、必要に応じて適当な時期に審査等によって再認定を行うこと。

具体的な例は次のとおりである。

a 疼痛による機能障害

筋力テスト、関節可動域の測定又はエックス線写真等により、疼痛による障害があることが医学的に証明されるもの

b 筋力低下による機能障害

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障害があることが医学的に証明されるもの

- (3) 全廃とは、関節可動域(以下、他動的可動域を意味する。)が10度以内、筋力では徒手筋力テストで2(5点法)以下に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

機能の著しい障害とは、以下に示すそれぞれの部位で関節可動域が日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度)のほぼ30%(概ね30度以下)のものをいい、筋力では徒手筋力テスト3に相当するものをいう(肩及び足の各関節は除く。)

軽度の障害とは、日常生活に支障をきたすと見なされる値(概ね90度で足関節の場合には30度を超えないもの。)又は、筋力では徒手筋力テストの各運動方向平均が4に相当するものをいう。

- (注1) 関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力は徒手筋力テストの各運動方向の平均値をもって評する。

- (4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障害の一面を表したものであるので、その判定に当たっては、その機能障害全般を総合した上で定めなければならない。
- (5) 7級はもとより身体障害者手帳交付の対象にならないが、等級表の備考に述べられているように、肢体不自由で、7級相当の障害が2つ以上ある時は6級になるので

参考として記載したものである。

- (6) 肢体の機能障害の程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。ただし、人工骨頭又は人工関節については、術後の日常生活活動の改善が著しく、長期の安定した状態が維持できるようになったことから、術後の経過が安定した時点で、障害状況に応じて当該関節につき4～6級の障害認定を行う。ちなみに、障害状況が非該当であっても6級に該当するものとみなす。
- (7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障害については、その障害の特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものである。

2 各項解説

(1) 上肢不自由

ア 一上肢の機能障害

(ア)「全廃」(2級)とは、肩関節、肘関節、手関節、手指を随意的に動かすことが出来ない等、すべての機能を全廃したものをいう。

(イ)「著しい障害」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、手指の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである

a 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか2関節の機能を全廃したものの

b 機能障害のある上肢では5kg以内のものしか下げることができないもの。
この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよいが、いずれの方法でも出来ないもの

(ウ)「軽度の障害」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

a 精密な運動のできないもの

b 機能障害のある上肢では10kg以内のものしか下げることのできないもの

イ 肩関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域30度以下のもの

b 徒手筋力テストで2以下のもの

(イ)「著しい障害」(5級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域60度以下のもの

b 徒手筋力テストで3に相当するもの

ウ 肘関節の機能障害

(ア)「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 高度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- (イ) 「著しい障害」(5 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 中等度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - d 前腕の回内及び回外運動が可動域 10 度以下のもの
- エ 手関節の機能障害
- (ア) 「全廃」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- (イ) 「著しい障害」(5 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (ウ) 「軽度の障害」(7 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 90 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの
- オ 手指の機能障害
- (ア) 手指の機能障害の判定には次の注意が必要である。
- ① 機能障害のある指の数が増すにつれて幾何学的にその障害は重くなる。
 - ② おや指、次いでひとさし指のきうは特に重要である。
 - ③ おや指の機能障害は摘む、握る等の機能を特に考慮して、その障害の重さを定めなければならない。
- (イ) 一側の五指全体の機能障害
- ① 「全廃」(3 級) の具体的な例は次のとおりである。
握る、摘む、挟むなどいずれの方法を用いてもコップ等を把持し、手放すことができないもの
 - ② 「著しい障害」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 機能障害のある手で 5kg 以内のものしか下げることができないもの
 - b 機能障害のある手の握力が 5kg 以内のもの
 - c 機能障害のある手で、例えばスコップやかなづちの柄を握りそれぞれの作業のできないもの
 - ③ 「軽度の障害」(7 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 精密な運動のできないもの
 - b 機能障害のある手では 10kg 以内のものしか下げることができないもの

- c 機能障害のある手の握力が 15kg 以内のもの
- (ウ) 各指の機能障害
 - ① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テスト 2 以下のもの
 - ② 「著しい障害」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (2) 下肢不自由
 - ア 一下肢の機能障害
 - (ア) 「全廃」(3 級)とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。
具体的な例は次のとおりである。
 - a 下肢全体の筋力低下等のため患肢で体重を支えることができないもの
 - b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で体重を支えることができないもの
 - (イ) 「著しい障害」(4 級)とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うずくまる、膝をつく、座る等の下肢の機能の著しい障害をいう。
具体的な例は次のとおりである
 - a 1 日の歩行が 1km 以下に限られているもの
 - b 30 分以上立位での作業ができないもの
 - c 通常の駅の階段を手すりにすがりつかないと昇降できないもの
 - d 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの
 - (ウ) 「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
 - a 1 日の歩行が 2km 以下に限られているもの
 - b 1 時間以上の立位での作業ができないもの
 - イ 両下肢の機能障害
 - (ア) 「全廃」(1 級)とは、両下肢とも機能を全廃し立位保持や歩行が不能なものをいう。
 - (イ) 「著しい障害」(2 級)とは、両下肢に著しい機能障害を有し、歩行は補助具や手すり等により可能だが屋内に限られているものをいう。
 - (ウ) 「著しい障害」(3 級)とは、両下肢に著しい機能障害を有するが、自宅周囲の歩行 (50~100m 程度) 可能なものをいう。
 - (エ) 「著しい障害」(4 級)とは、両下肢に軽度又は著しい機能障害を有し、歩行能力が一下肢機能の著しい障害と同程度のものをいう。
 - ウ 股関節の機能障害
 - (ア) 「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 各方向の可動域（伸展←→屈曲、外転←→内転等連続した可動域）が 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *股関節が脱臼等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい障害」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
- 小児の関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

エ 膝関節の機能障害

- (ア)「全廃」(4 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *膝関節が高度の動揺関節や変形等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい機能障害」(5 級)
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)
- a 関節可動域 90 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの又は筋力低下で 1 日の歩行が 2km 以下に限られているもの

オ 足関節の機能障害

- (ア)「全廃」(5 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 5 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
 - c *高度の動揺関節や脱臼等により関節機能を完全に喪失したもの*
- (イ)「著しい機能障害」(6 級)
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - c 中等度の動揺関節
- (ウ)「軽度の障害」(7 級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 4 に相当するもの
 - c 軽度の動揺関節

カ 足指の機能障害

(ア)「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

下駄、草履をはくことができないもの

(イ)「著しい機能障害」(両側の場合は7級)とは特別な工夫をしなければ下駄、草履をはくことができないものをいう。

キ 下肢の短縮

計測の原則として上前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

ク 切断

身体障害者の更生援護を図るには、切断部位と義肢との適応関係がきわめて重要である。この点を配慮し、切断部位と障害等級との関係を以下に例示する。

上肢：肩関節離断、上腕切断、肘関節離断	2級
前腕切断、手関節離断、全手指切断	3級
母指または示指を含めて3指切断	4級
母指切断	5級
示指を含めて2指切断	6級
中指、環指、小指切断	7級
下肢：片側骨盤切除	2級
股関節離断、大腿切断、膝関節離断	3級
下腿切断	4級
サイム切断	5級
ショパール関節切断	5級
リスフラン関節切断	6級
前足部切断(足部部分切断を含む)	6級
全趾切断	7級

(3) 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能には各部の運動以外に体位の保持も重要である。

体幹の不自由をきたすのは、四肢体幹の麻痺、運動失調、脊柱変形等による運動機能障害である。

これらの多くのものはその障害が単に体幹のみならず四肢にも及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障害とは、四肢の機能障害を一応切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定したものをいう。従って、このような症例の等級は体幹と四肢の想定した障害の程度を総合して判定するのであるが、この際2つの重複する障害として上位の等級に編入するには十分注意を要する。例えば殿筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障害として2つの2級の重複として1級に編入することは妥当ではない。

- ア 「座っていることができないもの」(1 級)とは、**体幹の機能障害**により腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。
- イ 「座位を保つことの困難なもの」(2 級)とは、10 分間以上にわたり座位を保つことができず、**日常生活上実用性のないもの**をいう。
- ウ 「起立することの困難なもの」(2 級)とは、**体幹の機能障害**により臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、他人の**介護**又は柱、手すり等によりはじめて可能となるものをいう。
- エ 「歩行の困難なもの」(3 級)とは、**体幹の運動失調や変形が著しく歩行が自宅周囲(50~100m 程度)に限られているもの**をいう。
- オ 「著しい障害」(5 級)とは、**体幹の機能障害**により**電車やバスの利用が一人では不可能なもの**をいう。

(注 1) なお、体幹不自由の項では、1 級、2 級、3 級及び 5 級のみが記載され、その他の 4 級、6 級が欠となっている。これは体幹の機能障害は四肢と異なり、具体的及び客観的に表現しがたいので、このように大きく分けたのである。3 級と 5 級に指定された症状の中間と思われるものがあつたときも、これを 4 級とすべきではなく 5 級にとめるべきものである。

(注 2) 下肢の異常によるものを含まないこと。

【資料6-1】

改定(試案)した「障害認定基準の解説」に係る検証

総件数 : 700 件

1	従来の「認定基準の解説」でも適切・容易に認定可能 (特に問題なし)	424 件
2	従来の「認定基準の解説」の方が適切・容易に認定可能 (改定しない方がよい)	0 件
3	改定した「認定基準の解説」により適切・容易に認定可能 (改定が適当)	222 件
4	改定した「認定基準の解説」でも認定が難しい (あらたな解説文の作成・追記が必要)	29 件
5	主に情報不足が原因で認定が難しい (診断医に紹介する必要がある)	25 件
6	改定した「認定基準の解説」に対する意見 別紙参照	

【資料6-2】改定（試案）した「障害認定基準の解説」に対する意見

【安藤徳彦】

評価点&その他の意見

- ① 手引き書が無視して診断書を作成する人が多い。障害を量的に表示することを理解できない人はさらに多い。理想的な手引き書を作成してもそのような人には無効だと考える。残念だがそれも現実である。
- ② 今回検討した診断書は旧来の手引き書を参考にして作成されている。これが新しい手引き書に基づいて作成されるようになれば、旧来よりも良い診断者が作成されるようになることを期待できる。
- ③ 乳幼児の早期診断が合理的になった。診断する医師の記載能力に負うところが大きいとも思われるので、他の地域の委員のご意見を参照すべきかもしれない。
- ④ 切断はきわめて明快になり、判断が非常に容易になった。
- ⑤ 両下肢機能障害を具体的に規定したことで非常に明快になった。従来は疑義解釈に頼って判断していたが、これを文章化して具体的に明示したことは非常に良かったと考える。
- ⑥ 体幹機能の表現を改定し、下肢の機能障害との整合性を整えたことも良い結果につながると思う。

問題点

- ① 人工関節置換術後は大多数が7級または非該当になる。これに対する異論は今後も出ると予想される。逃げ道は筋力低下による支持性の障害（股関節では多くの場合に外転筋力低下が起きているので、これを漏れなく記載するよう勧めれば、解決できると考える。）を残すことだと思う。これをもう一度議論をしていただきたい。
- ② 肩筋力が zero だと肘以下が fair 以上あっても、ADL 欄の上肢作業は全部×になる。ADL 欄に記載されている上肢の作業が指だけの作業がなくて、肩、肘との複合動作のみなので、このようなことが起きる。筋ジスの子供達が指先だけを使う適切な作業を例示できないか？このままだと⑤欄の手指機能を記述する内容の比重が大きくなり、医師の記述能力に依存することになるが、それでよいか？
- ③ パーキンソン病とパーキンソン症候群の無動、立ち直り反応障害による寝返り、起座、起立動作障害を的確に表現する項目をADL欄に作るべきだと考える。上の項目⑥で述べた手部の機能を反映するADL項目の新設を含めて、ADL欄の改変は不可能だったのか？
- ④ 両下肢の機能障害で3級と6級の間がない。自分ならADLと筋力をみて1下肢機能の著障に相当すると考えて4級にするか、6級に落とすか、逆に3級に繰り上げるか、返戻するかを決める。しかし全国の審査部会員にそのようなファジーさを求めてよいかは疑問である。一度議論してほしい。
- ⑤ 多発脳梗塞による両側片麻痺で、麻痺は軽症だが移動能力に強い障害のあるケースが多い。医師に障害評価能力があれば、的確な等級を判断できるのだが、それは期待できない。これを適切に診断できる指標を作成するのは困難か？

【榎本 修】

評価点

- ① 有期認定の活用について：発症後6ヶ月未満の低酸素脳症例、意識障害例などは従来の認定基準では時期尚早との理由から6ヶ月過ぎまで待機し、その時点での障害状況を照会するなどしてきた。その回答例はほとんどが障害状況に変化なしというものである。したがって、積極的に有機認定を採用することで、申請者に対して早期に障害

認定を行えるという観点で利便性が向上すると思われる。

- ② 人工関節について：従来の基準では術後に機能改善が得られたにもかかわらず人工関節置換術が行われたという事実のみで関節機能廃4級と判断されてきた。極端な例では当該関節の可動域、筋力や歩行能力の記載がなくとも病歴で手術の事実確認ができれば認定が可能であった。これは内部障害における心臓機能障害の人工ペースメーカー挿入術、人工弁置換術後に心臓機能に関係なく機能全廃1級と認定されるのと同様に大きな矛盾を感じる点であった。今回検討した100例中照会の必要がある1例を除き、人工骨頭、人工関節例で認定可能な例は5例であった。そのうち廃用性の要素が加わり両下肢機能全廃と判断できる1例を除き4例は明らかに関節機能が改善していた。改定基準では当該関節の機能に着目し、4級から6級に判断するため、実際の障害状況の認定という観点から非常に適切な基準であると思われる。
- ③ 両下肢機能の著しい障害について：従来の基準では移動能力等について具体的な表記がなかった両下肢機能の著しい障害について2級から4級の3段階について具体的な障害状況、移動能力が明記され、認定し易くなったと思われる。

問題点

- ① 従来の基準では補装具を使用しない状態で判断をするという観点から人工関節を体内補装具という捉え方をして、関節機能全廃として判断してきた。改定基準では、人工関節置換術後の関節機能に応じて等級を判断することになった。すなわち、補装具を使用した状態での判断をしていることと同じということになり、この考え方を、他の場合にも統一する必要がある。例えば次に示す②、③の場合がある。
- ② 両下肢機能障害の判断について：屋内歩行が手すりでも可能であり、屋外移動は杖を使用すれば歩行が可能なケースは多い。この場合、自宅周囲の歩行能力を杖なしで判断すると歩けないことになり、両下肢機能の著しい障害2級となる。また、屋内歩行が手すりでも可能であり、屋外移動には車いすを使用するケースも両下肢機能の著しい障害2級となる。しかし、前者と後者では明らかに機能、能力に差があり、同一の級とみなすには矛盾がある。実際の診断書では屋外移動が△か○で杖に○をつけている場合が多い。すなわち、両下肢の著しい障害3級の定義にある自宅周囲の歩行は、移動の手段に杖や下肢装具などの使用をした状態で判断するほうが現場の状況ならびに診断書の様式に即していると思われる。診療の現場では杖や装具なしでは外を歩いたことがないから分からないというケースが多いのが現状である。
- ③ 体幹機能障害の判断について：起立する時に物につかまらなければできないケースで、立ってしまうと杖や手すりでも屋内歩行が可能で、さらに歩行車を押してなら自宅周囲の移動も可能な場合がある。一方、座位は保持出来ても起立する時に物につかまらなければ出来ない上に、歩行ができないケースもある。補助用具は使用しないでの判断となるため、両者とも体幹機能障害2級に該当となる。しかし、前者と後者では明らかに機能、能力に差があり、同一の級とみなすには矛盾がある。改定基準において体幹不自由の「歩行困難なもの」(3級)とは、体幹の運動失調や変形が著しく歩行が自宅周囲に限られているものとなっているが、自宅周囲の歩行が歩行車などの補助具を使用しない状態での判断は難しい。この場合も補助具を使用した状態で判断した方が現場の実情に即していると思われる。

【土肥信之】

評価点

(総括的解説について)

- ① 意識障害の扱いがはっきりして早期に判定ができるようになった。
- ② 脳血管障害の扱いも早期に判定ができるようになり、在宅へプランが立てやすくなると考えられる。

(身体障害者認定基準の解説について)

- ① 上肢、下肢、体幹不自由の解説がより生活に密着した表現になり判定が容易となった。
- ② 切断の判定はすっきりしたし、実用上も十分である。
- ③ 両下肢の機能障害は非常に有効で1～3級をカバーし、判定が確実かつスムーズとなる。他の項目との整合性もよい。級は一部の例で上ったが、妥当と考えられた。
特にリウマチやパーキンソンなど障害部位が多彩であるときにはトータルで考えられるので特に有効であった。

問題点

- ① 多くの診断書に「立つ」という項目があるため、起立のみ可能や立位保持のみ何とか可能だが歩行できないなどの症例が 現在の両下肢機能障害全廃の項目で判断が困難であった。解説の「両下肢の機能障害（ア）」を、「全廃」（1級）とは両下肢とも機能を全廃し立位や歩行が不能なものをいう。として立位という表現を入れたらいかがでしょうか。
- ② 総括事項4の「脳血管障害（脳出血や脳梗塞等）・・・」は使いやすくなったが、無酸素脳症のケースで早期に診断書を書いてもいい症例があった。脳外傷でもそのような場合が考えられる。「脳血管障害（脳出血や脳梗塞等）及びその他の脳損傷・・・」としたらいかがでしょうか。

その他の意見

診断書書式は自治体により違うが、診断書に意識障害の有無(程度)、歩行については歩行距離の欄があったほうが判定に役立つと思います。

【中島咲哉】

評価点

- ① 「両下肢の機能障害」を1～3級に分けて分かりやすく条件設定をしたことにより、従来は診断、認定が困難であったパーキンソン病(症候群)等を含めた異常歩行に起因する障害に対する診断、認定が合理的、且つ容易に行えるようになった。
- ② 切断を診断したときに断端長を記載する欄もなく、断端長の計測を正しく行える指導医はきわめて少ない(医学部で習わない)。もともと四肢切断の診断基準には矛盾があった。
四肢切断の診断基準を、四肢切断の実態に沿って、現状に適応した義肢の処方が出て来るレベルで設定するように改めることにより、四肢切断の診断、認定がきわめて合理的に対処できるようになった。
- ③ 人工関節置換後の再認定の実施方法を最近の人工関節置換術後の実態に合わせて改めたことによって、より現実的な診断、認定が行える可能性が出てきた。
但し、この問題に関しては早急に検討したい問題点が残されている(後述)。
- ④ (総括事項)意識障害に対する診断に関して、「常時の医学的管理を要しない」ことに対する問題は以前に比して分かりやすくなったが、依然として本質的な等級程度の診断に対する問題は残されている(後述)。

問題点

- ① 人工関節置換後の再認定に対して、別表の上・下肢6級には「関節」についての規定が記載されておらず、4級・5級か7級として再診断、再認定せざるを得ない。7級とすれば手帳非該当であり、われわれの意図に反する。
別表の改正が困難な話としても、診断基準か解説の中に「6級に該当するような条件設定」を追記することが出来ないだろうか。
- ② 意識障害に対する問題として、診断書及び意見書に「意識障害の状況」ないしは「随意運動の有無とその状況」を記載し易くする方策を検討する必要がある。

その他の意見

- ① 「身体障害者診断書」の見直し
- ② ADL 項目の検討：対象が拡大したことに対する再検討

③ ROMの記載方法：指定医が書きやすい方法の検討

【福田道隆】

問題点

impairmentとdisabilityとのギャップがあり、解説書にあるどちらを利用して判定するか迷うことがある。

【白野 明】

評価点

- ① 脳血管障害例における発症後期間の問題
発症後期間が明示され、実態に合わせたものとなった。
発症後比較的早期の脳血管障害例における障害程度判定については、適切な判定時期の判断に苦しむ事もあるが、現行基準ではこれらの判定時期について明示されていなかった。改訂基準では、これらにおける認定時期の問題が整理された。
- ② 人工関節置換術後
改訂基準によって、残存機能の実態にマッチした等級が適用されるようになった。
しかしその一方、現行基準では等級判定がきわめて単純・容易であったのに対して、改訂基準では、判定に困難を感じたり、資料が十分でないと「判定不能」になったりする可能性がある。診断書の正確な記載が必要になる。
従来の、「人工臓器に置換されている場合は、自らの臓器が欠損しているのだから“全廃”」とは異なる見解に拠っている。他臓器（心臓、眼など）における人工挿入物への対応との整合性も考える必要があるかもしれない。
- ③ 両下肢機能障害
一下肢機能に重点をおいた現行基準では、両下肢機能障害の障害程度判定には限界がある。この項目の新設により、両下肢機能障害の等級の目安を、従来よりも明確化できると思われる。
実際の判定は、機能障害と能力不全とにより総合的に行われる事になるが、このうち、判定の拠り所になる動作能力（生活上の移動能力）が診断書上で読み取れないと、判定は難しくなる。新たな基準が手引きに記載され、診断医師がそれを念頭において記載される事を期待したい。

【伊藤利之】

評価点

- ① 再認定制度を積極的に導入することにより、より早期に、あるいは曖昧な障害に対しても診断・認定が容易になった。
- ② リハビリテーションの早期介入に伴い、脳血管障害の診断時期を発症後1ヶ月で可能にしたことは、福祉施設の早期利用のニーズが高まるなか、医療から福祉への流れをスムーズにする基盤整備に役立つものと思われる。
- ③ 「両下肢の機能障害」の項目を新設したことにより診断・認定が容易になった。
- ④ 人工骨頭や人工関節の置換を、最近の技術革新にあわせて外部装具とは別扱いにしたことにより、実際の障害状況にあった認定を可能にする可能性が高くなった。

問題点

- ① 意識障害に対する認定基準が依然として曖昧である。
- ② 人工骨頭又は関節置換後の適切な診断・認定時期が曖昧である。

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（視覚障害、聴覚障害・言語障害・音声機能障害・そしゃく機能障害）

分担研究者 寺島 彰

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視覚障害と聴覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定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、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、（4）再認定の方法等の検討課題が示された。

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）そしゃく・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。

研究協力者

小口芳久（慶應義塾大学名誉教授）

飯野ゆき子（自治医科大学耳鼻咽喉科教授）

A. 研究目的

身体障害者福祉法における視覚障害と聴覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定の課題の整理をすることが目的である。

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、視覚障害と聴覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定の課題を整理した。

2. 専門家からの意見聴取

さらに、これらの課題について、視覚障害と聴

覚・言語・音声・そしゃく機能障害の障害認定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 1～2 である。

専門医からのヒアリングの結果は、資料 3～4 のとおりである。

D. 考察

1. 視覚障害の今後の検討課題

（1）認定基準について

視力障害と視野障害に分かれている視覚障害の範囲を、調節障害や動揺視などに拡大することについては、賛成は得られなかった（24/41）。その理由としては、視力障害や視野障害により認定できること（6）や認定方法が難しいこと（4）があげられていた。

一方で、視力障害の認定を両眼視で行うことについては、多くの医師が賛成している（40/46）。また、視力障害の 5 級と 6 級の認定方法について

は、運用上の問題があるという意見が多かった(30/42)が、その原因の主たるものは、両眼視で認定を行っていないことに帰着するという点であった(15/30)。一方で、問題なしとしている医師も12名おられ、全体としては、この点について、医師が問題意識をもっていないことがわかった。

視野障害について損失率の導入については、多くの医師が問題視していた(26/29)。特に、視野測定の際の視標についての意見が多かった(7)。この点については、今後の検討を要するところであろう。

また、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で視覚機能の測定の出来ないときの認定について、多くの医師(42人)が関心をもっているが、具体的にどのように測定すべきかについて有力な意見はなく、今後の検討課題であると考えられた。

対数視力(10gMAR視力)を用いることについては、反対意見が多く(36/44)、時期尚早(20)の意見が多かった。

(2) 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

視力障害と視野障害において、日常生活の不便さに関して公平に等級付けがされていないかどうかについては、問題ありとした医師のほうが多かった(16/28)ものの、多数を占めた意見はなかった。

複視の認定については、片眼遮閉して良い方の眼の視力で判定するという現在の方法で問題ない(15)とする意見が多く、また、程度によっては認定不要であるという意見も10件あった。

再認定については、29件の回答があり、関心の高さを示していたが、時期や方法について多数を占めた意見はなかった。これについても、今後検討していく必要がある。

症状固定の時期については、あまり関心がなく有力な意見もなかった。

2. 聴覚障害について

(1) 国の認定基準の適用について

聴覚障害についての認定基準は、42/47の自治体が国の認定基準(ガイドライン)と同じであり、国の認定基準も大きな問題はないようである。また、音声・言語障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)は、48/48都道府県で同じであり、ガイドラインとして有効に機能している。

(2) 純音聴力検査について

医療機器の進歩により、オーディオメーターは、通常110dBまで測定可能になっており、130dBまで測定できる機器もある。実測値を使用することで等級が変化することもある。オーディオメーターの普及率などを調査し、認定基準検討する必要がある。

(3) 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

近年の医療事情からはかけはなれており検討する必要がある。ただし、聴取距離による認定は適用していないが32/49であり、聴力検査が不能の場合に適用しているが15/49であり、比較的用いられている。

(4) 乳幼児の聴覚障害認定について

1歳未満の乳児期の聴覚障害の認定について、ABR検査のみによる認定を行ったことがある都道府県は、26/48であり、比較的普及していることがわかる。この場合の再認定時期は3歳が適当とした回答が17/48であった。乳幼児の聴覚障害の認定における等級は、ABRないしはCORにての域値に該当する等級とすることが適当であるとの回答が26/48であった。また、再認定の必要性が6/49自治体で示された。幼児聴力検査(プレイオーディオメトリー)で両耳の聴力検査が可能になる時期(3歳以降)に再認定をすることを前提に、早期に認定して、小児の発達を支援することが好ましいだろう。

(5) 知的障害、認知症などの言語障害認定について

認定しない(32/48)、高度難聴が認定する(14/48)であり、聴覚障害がある場合のみの認

定になっている。さらに、知的障害を伴う場合（4/48）や重複障害がある場合（2/48）の聴力検査の困難性が示された。また、知的障害などで発声・発後ができない場合の困難性が 3/48 示された。

（6）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

前回の認定基準改定で、そしやく・嚥下機能障害で、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損によるものも認定の対象となったが、そしやく・嚥下機能に加えて音声機能障害も重複する場合も多いので合計指数の適用ができない。この点に関しては検討を要する。

（7）リハビリテーションを中心とした認定基準について

現状のリハビリテーションを中心とした認定基準で問題なしという回答が 13/48 で多かった。

（8）装具をつけないでの認定について

装具をつけない現状の認定基準でよいという回答が 24/48 であった。また、続いて別の基準を設けるべきという回答が 6/48 あった。

（9）日常生活能力の視点導入について

日常生活能力の視点は、現行の基準で問題ないとする回答が 7/48 で最も多かった。

（10）生活の不便さの視点導入について

従来の判定方法でよい。（9/48）、診断基準が明確なものを作るのは困難。（4/48）であったが、積極的な意見は明確でなかった。

（11）1歳未満の乳幼児の聴覚障害認定について

1歳未満の乳幼児の聴覚障害認定時期は、6ヶ月という回答が最も多かった（22/49）。また、再認定は3歳（14/49）が多かった。

（12）リハビリテーションの観点

乳幼児聴覚障害、失語症などについて、リハビリテーションの観点から症状固定を待つよりも早めに障害認定をしてリハビリテーションを実施することが好ましいのではないかという考えに対しては、再認定でよい（11/49）という考え

がもっとも多かった。

（13）疑義の公表

その他の記述の中で、一般によく出される疑義を頻繁、早く、広く発表していただきたい（3/49）という要望が複数あった。

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視覚障害と聴覚・言語・音声・そしやく機能障害の障害認定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、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。