

Ⅱ 令和3年度  
厚生労働行政推進調査事業費  
障害者政策総合研究事業  
分担研究報告書

身体障害認定基準等の改正経緯の整理

研究代表者	飛松 好子	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	伊藤 利之	横浜市総合リハビリテーションセンター
研究分担者	江藤 文夫	国立障害者リハビリテーションセンター
研究分担者	今橋久美子	国立障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	齋藤 崇志	国立障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	北村 弥生	国立障害者リハビリテーションセンター
研究協力者	寺島 彰	日本障害者リハビリテーション協会

研究要旨：これまで行われた身体障害の認定基準改正等について、各検討会で用いられた資料および通知改正等を収集し、改正までの経緯、見直しの方向性、改正点を整理した。心臓機能障害・肢体不自由では、医学・医療技術の進歩により、日常生活活動の制限の程度が改善する可能性があることを踏まえ、ペースメーカ植え込みから一定期間後に再認定を行うこととなった。また、人工骨頭又は人工関節については、置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定することとなった。聴覚障害では、詐聴や機能性難聴が疑われる場合、他覚的聴力検査を実施するとともに、聴覚障害に係る指定医の専門性の向上を図ることとなった。肝臓機能障害では、日常生活の制限が長期間続いている実態にあわせて認定基準を緩和し、対象を拡大した。じん臓機能障害では、既存の指標に加え、臨床的に有用な検査を指標として追加した。視覚障害では、両眼の視力の和ではなく、良い方の眼の視力で認定すること、新しい計測機器による認定基準を新たに設けることとなった。今後も、医学的側面と社会的側面の双方を考慮し、その時代の要請にかなう身体障害認定基準を設定していく努力を続けていくことが肝要と考える。

**A. 研究目的**

身体障害者福祉法では身体障害の基準が定められており、また、その施行規則では身体障害の等級の基準が定められている。しかし、身体障害の程度と、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス以外のサービスのニーズは必ずしも一致していない、身体障害の程度を評価する基準が必ずしも

整合的でない、などの意見がある。

そこで、平成11年から身体障害者認定のあり方に関する研究が始まり、その時期に課題になった認定のあり方について、研究班の素案が厚生労働省の検討会で審議とりまとめられ、疾病・障害認定審査会(身体障害認定分科会)において承認を得てきた。これまで、心臓機能障害、肢体不自由

(人工関節)、肝臓機能障害、聴覚障害、消化機能障害、原発性免疫不全症候群、ぼうこう直腸機能障害、1型糖尿病、失語症について個別に検討されてきた。これらの見直しの背景には、国内外における障害の概念あるいは疾病構造の変化があり、データに裏付けられた根拠を示す必要性も高まっている。

そこで本研究では、これまでに実施された身体障害者認定基準の見直しの経緯を体系的に整理することにより、今後の身体障害者認定基準の見直しのあり方を明らかにした。なお、平成12年(2000年)までの改正については、平成15年(2003年)に報告しているため、それ以降に行われた心臓機能障害(ペースメーカー等植え込み者)、肢体不自由(人工関節等置換者)、聴覚障害(平成27年4月)、肝臓機能障害(平成28年4月)、じん臓機能障害(平成30年4月)、視覚障害(平成30年7月)の認定基準改正の経緯を整理した。

## B. 研究方法

各身体障害者の認定基準に関する検討会において用いられた資料および通知改正等を収集し、改正までの経緯、見直しの方向性、改正点を整理した。

## C. 研究結果

1) 心臓機能障害(ペースメーカー等植え込み者)(平成26年4月)

### 1 改正までの経緯

・心臓機能障害の認定に当たって、ペースメーカー装着等の場合は、この人工臓器は緊急事態を予測して装着するものであり、取り外すことは生命の維持に支障を来すのが

一般的であることから、1級として認定されている。

・ペースメーカー装着者等の日常生活の制限の度合いは、医療技術の進歩(安全性・機能性の向上、機器・器具の小型化、電池寿命の長期化や耐久性の向上)により、相対的に軽くなっており、術後は社会生活に大きな支障がない程度にADLが改善される者が多い。

・厚生労働科学研究「障害認定の在り方に関する研究」(主任研究者:国立障害者リハビリテーションセンター顧問 江藤文夫)において、「医学・医療技術の進歩を踏まえ、基準の改訂を検討する必要がある」との指摘がある。

・平成24年4月4日の参議院予算委員会において、小宮山厚生労働大臣(当時)が見直しを進める旨の答弁をしている。

## 2 見直しの方向性

・ペースメーカーや体内植え込み型除細動器(ICD)への依存度、日常生活活動の制限の程度(身体活動能力:メッツ)を勘案して1級、3級又は4級に認定する。依存度については、「不整脈の非薬物治療ガイドライン(2011年改訂版)」(日本循環器学会)を活用する。

・日常生活活動の制限の程度が改善する可能性があることを踏まえ、一定期間経過後に再認定を行うことを徹底する。一定期間については、植え込みから3年後とする。先天性疾患(18歳未満で発症した心疾患)により植え込みしたもの及び人工弁移植・弁置換については、従来どおり1級とする。

・再認定の徹底を図るため、診査年月を手

帳にも記載する。

・制度改正後（平成26年4月以降）、新たに申請する者に対して適用する。

### 3 見直し後の新基準の注意事項

・見直し前に申請した者には新基準は適用しない。

・ICDを植え込んだ者も同じ基準を適用  
・メッツ値について、症状が変化する場合は、症状がより重度の状態（1番低い値）を採用する

・3年以内に再認定を行う（1級：メッツ値2未満、3級：メッツ値2以上4未満、4級：メッツ値4以上）

以上を踏まえて以下のとおり認定基準の見直しが行われ、改正された。

身体障害認定基準（心臓機能障害抜粋）

#### 五 内臓の機能障害

##### 1 心臓機能障害

(1) 18歳以上の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) (略)

(イ) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

イ 等級表3級に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) アのa からh までのうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症

症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし救急医療を繰り返し必要としているもの

(イ) ペースメーカーを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの  
ウ 等級表4級に該当する障害は次のものをいう。

(ア) ～ (イ) (略)

(ウ) ペースメーカーを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの  
(2) (略)

3 ～ 7 (略)

六 (略)

なお、上記に合わせて、別添1-1～1-4の通知がなされた。

2) 肢体不自由（人工関節等置換者）（平成26年4月）

#### 1 改正までの経緯

・身体障害者手帳の認定に当たって、関節に人工骨頭又は人工関節を用いている場合は、関節が全廃しているものとして取扱い、股・膝関節：4級、足関節：5級として認定されている。

・人工骨頭又は人工関節を用いている者の日常生活の制限の度合いは、医療技術の進歩（安全性・機能性の向上、耐久性の向上など）により相対的に軽くなっている。また手術の安全性も高まり、術後は障害認定に該当しない程度にADLが改善される者が殆どである。

・厚生労働科学研究「障害認定の在り方に関する研究」（主任研究者：国立障害者リハビリテーションセンター総長江藤文夫）において、「人工関節等の技術進歩を勘案

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」といった報告がある。

・医療技術の進歩と高齢化に伴い、人工骨頭又は人工関節の手術件数は、約 10 年間でおよそ 2 倍に増えている。

(参考) 人工関節手術件数：13 年：3.3 万件→22 年：8.4 万件

人工骨頭手術件数：13 年：1.8 万件→22 年：3.5 万件

## 2 問題提起

・手術後に大幅に ADL が改善される場合が多く、法別表に掲げる「永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの」に必ずしも該当しないため、一律 4、5 級とする現行の取扱いとは他の障害とのバランスを欠いているのではないか。

・平成 24 年 4 月 4 日の参議院予算委員会において、小宮山厚生労働大臣（当時）が見直しを進める旨の答弁をしている。

## 3 見直しの方向性

・人工骨頭又は人工関節を用いている者については、

①手術後 ADL が大幅に改善される事例が多いこと

②これらについては、体内に埋め込まれ、日常的に着脱する手間がないことから、手術後の障害の状態を評価し、認定を行うこととしてはどうか。

(ただし、制度改正後、新たに申請する者に適用し、既に認定されている者については再認定を要しない取扱いとする)

以上を踏まえて、身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）が次のとおり改正された。

(1)改正通知 身体障害認定基準（肢体不自由抜粋）

四肢体不自由

1 総括的解説

(1)～(5) (略)

(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。なお、人工骨頭又は人工関節については、人工骨頭又は人工関節の置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度により判定する。

(7) 略

2 各項解説

(1) 略

(2) 下肢不自由

ア (略)

イ 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

(削除)

(イ)～(ウ) (略)

ウ 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

(削除)

c 高度の動揺関節、高度の変形

(イ)～(ウ) (略)

エ足関節の機能障害

(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度以内のもの

b 徒手筋力テストで2以下のもの

(削除)

c 高度の動揺関節、高度の変形

(イ) (略)

オ (略)

(3)～(4) (略)

なお、上記の通知に合わせて、新旧対照表(別添2)が出された。

3) 聴覚障害(平成27年4月)

1. 改正前の認定基準の考え方

- ・ 聴覚障害の認定における聴力測定は、純音オーディオメータ(\*)を主体として行うこととされている。

\* 純音オーディオメーター

電氣的に発生した検査音を聞かせ、対象者の認知応答(聞こえたらボタンを押す)により、聴力を検査する。

- ・ 障害程度の認定においては、聴力図、鼓膜所見等により、その聴力レベルが妥当性のあるものであるかを十分に検討する必要があるとされており、必要に応じて(指定医等の判断で)、他覚的聴力検査(ABR検査(\*)等)が実施されている。

\* ABR(聴性脳幹反応検査: auditory brainstem response)

耳と頭部等に電極を取り付け、ヘッドホ

ンからの音による脳波の変化(聞こえると脳が反応して脳波に変化が生じる)により、聴力を検査する。

2. 平成27年改正の経緯

- ・ 平成26年2月に、聴覚障害の認定が適正に行われたのか疑念を生じさせるような事案の報道がなされたことを契機に、認定方法の見直しについて検討することが、課題となった。

- ・ 「聴覚障害の認定方法に関する検討会」は、今後同様の事案を生じさせないための方策について検討を行った。

(参考)「聴覚障害の認定方法に関する検討会」の開催状況

第1回3月26日:現状の認定方法について、今後の進め方 等

第2回9月2日:関係団体ヒアリング、研究班からの報告 等

第3回10月30日:意見交換、議論のまとめ 等

3. 聴覚障害の認定方法に関する検討会における議論

- ・ 検討会において、以下のような意見があった。
  - 詐聴や機能性難聴が疑われる場合のABR等の他覚的聴力検査の実施について、どのように考えるか
  - 指定医の専門性の向上を目指すべきではないか
  - 認定を受ける者の負担が過度にならないといった点にも留意する必要がある

- ・ 上記の意見を踏まえ、今後の対応策と

して、検討会では以下の認識に至った。

1) 詐聴や機能性難聴が疑われる場合、他覚的聴力検査を実施する

2) 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上を図る

#### 4. 新たな認定基準（改正後の対応）

##### 1) 他覚的聴力検査の実施について

- ・ 詐聴や機能性難聴が疑われる場合には、A B R等の他覚的聴力検査等を実施し、総合的に判断することが必要である。
- ・ しかしながら、定期的な検査の実施や申請者全員への検査の義務付けについては、以下の理由により、現実的ではないのではないか。
  - 認定を受ける者の負担感（関係団体ヒアリングでの意見）
  - 医療機関における他覚的聴力検査機器の設置状況

（参考）A B Rの設置状況

指定医のいる医療機関全体で23.1%（うち、病院68.4%、診療所4.9%）

- ・ このため、以下の場合について、他覚的聴力検査を行うこととする。

過去に聴覚障害に係る身体障害者手帳の取得歴のない者に対し、2級（両耳全ろう）の診断をする場合はA B R等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、申請の際には診断書に当該検査方法及び検査所見を記載し、その結果（記録データのコピー等）を添付することとする。

2) 聴覚障害に係る指定医の専門性の向上について

- ・ 聴覚障害の診断は専門的な技能を要し、現在においても耳鼻咽喉科医が指定医

の中核を担っていると考えられるため、指定医の中でも耳鼻咽喉科医の専門性を向上させる必要がある。

（参考）

- 横浜市の平成22年度の調査によれば、聴覚障害の申請789件は、全て耳鼻咽喉科の指定医が診断書・意見書を記載している。
- 横浜市で平成25年度に新規に指定した聴覚障害の指定医（12名）は全て耳鼻咽喉科医である。

- ・ 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定については、指定を受ける障害種別の診断に関する相当の学識経験を有する医師について行うこととなっているが、聴覚障害に係る指定医の新規の指定に当たっては、以下の条件を加えることとする。

聴覚障害に係る指定医を新規に指定する場合には、原則として、日本耳鼻咽喉科学会の専門医であることを推奨する。ただし、地域の実情等に十分配慮するものとする(\*)。

\*例えば、離島等においては専門医ではない耳鼻咽喉科の医師又は耳鼻咽喉科以外の医師を指定する場合も考えられるが、こうした場合においては聴力測定技術等に関する講習会の受講を推奨することなど。

- ・ なお、新規以外のすべての指定医の専門性の向上を図るため、講習会等(\*)を活用することも考えられる。

\* 例

- 日本聴覚医学会の聴力測定技術講習会

(聴覚医学・医師講習会)

- ▶ 国立障害者リハビリテーションセンターの補聴器適合判定医師研修会 等

以上の経緯を踏まえ、次のとおり認定基準が改正された。下線部が平成 27 年改正で加筆された箇所である (別添 3)。

## 身体障害認定要領

### 第 2 聴覚又は平衡機能の障害

#### 1 診断書の作成について

##### (1) 「総括表」について

##### ア 「障害名」について

「聴覚障害」「平衡機能障害」の別を記載する。「聴覚障害」の場合には「内耳性難聴」「後迷路性難聴」「中枢性難聴」等の別がわかれば付加記載するのが望ましい。

また語音明瞭度を用いた診断には「語音明瞭度著障」等と付加記載する。「平衡機能障害」については、「末梢性平衡失調」「中枢性平衡失調」「小脳性平衡失調」等、部位別に付加記載するのが望ましい。

「ろうあ」で聴覚障害及び言語障害で 1 級を診断する場合には「聴覚障害及びそれに伴う言語障害」と記載する。

##### イ 「原因となった疾病・外傷名」について

障害をきたすに至った病名、症状名をできるだけ記載するのが望ましい。例えば、「先天性風疹症候群」「先天性難聴」「遺伝性難聴」「ストレプトマイシンによる難聴」「老人性難聴」「慢性化膿性中耳炎」「音響外傷」「髄膜炎」「メニエール病」「小脳出血」等である。また原因が不明の場合には「原因不明」と記載する。

##### ウ 「疾病・外傷発生日」について

発生日が不明の場合には、その疾病

で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月、日について不明の場合には、年の段階にとどめることとし、年が不明確な場合には、〇〇年頃と記載する。

##### エ 「参考となる経過・現症」について

後欄の状況、及び所見欄では表現できない障害の具体的状況、検査所見等を記載すべきである。例えば先天性難聴では「言語の獲得状況はどうか」等であり、後天性難聴では「日常会話の困難の程度」「補聴器装用の有無、及び時期はいつか」「手術等の治療の経過はどうか」等、障害を裏付ける具体的状況を記載する。また十分な聴力検査のできない乳幼児においては、聴性脳幹反応、蝸電図等の他覚的聴覚検査の結果も記載するのが望ましい。なお、聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、2 級を診断する場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果 (実施した検査方法及び検査所見) を記載し、記録データのコピー等を添付すること。

平衡機能障害についても「介助なしでは立つことができない」「介助なしでは歩行が困難である」等、具体的状況を記載するのが望ましい。

##### オ 「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項により、総合的な所見を記載する。将来障害が進行する可能性のあるもの、手術等により障害程度に変化が予測されるもの、また確定的な検査の望めない乳幼児の診断は将来再認定の必要性を有とし、その時期を記載する。

##### (2) 「1 「聴覚障害」の状態及び所見」について

幼児でレシーバによる左右別の聴力測定が不可能で、幼児聴力検査で両耳聴による聴力を測定した場合は、その旨を記載する。

鼓膜の状態の記載は、具体的に記載する。例えば混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する。また耳漏の有無も記載するのが望ましい。

聴力図には気導域値のみではなく、骨導域値も記載する。

語音による検査の場合、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度を測定するのであるから、必ず両側の語音明瞭度を測定し記載する。

(3) 「2 「平衡機能障害」の状態及び所見」について

該当する等級に沿った状況、所見を具体的に記載する。例えば「閉眼にて起立不能である」「開眼で直線を歩行中 10m 以内に転倒する」「閉眼で直線を歩行中 10m 以内に著しくよろめき歩行を中断する」等である。また四肢体幹に器質的異常のない旨、併記するのが望ましい。眼振等の他の平衡機能検査結果も本欄又は「参考となる経過・現症」欄に記載するのが望ましい。

(4) 「3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見」について

「ろうあ」で1級を診断する場合、ここに「あ」の状況を記載する。ただ単に「言語機能の喪失」と記載するだけでなく、日常のコミュニケーションの状況、例えば「両親、兄弟とも、意思の伝達には筆談を必要とする」等と具体的に記載する。

## 2 障害程度の認定について

(1) 聴覚障害の認定は大部分は会話音域の平均聴力レベルをもとに行うので、聴力図、鼓膜所見等により、その聴力レベル

が妥当性のあるものであるかを十分検討する必要がある。

聴力図に記載された聴力レベルと平均聴力レベルが合わないような場合、感音性難聴と記してあるにもかかわらず、聴力図では伝音性難聴となっているような場合等は、診断書を作成した指定医に照会し、再検討するような慎重な取扱いが必要である。

(2) 乳幼児の聴覚障害の認定には慎重であるべきである。乳幼児の聴力検査はかなりの熟練が必要であり、それに伴い検査の信頼度も異なってくるので、その診断書を作成した指定医ないしはその所属する施設の乳幼児聴力検査の経験を考慮し、かつ他覚的聴力検査法の結果等、他に参考となる所見を総合して判断し、必要があれば診断書を作成した指定医に照会するなどの処置が必要である。

(3) 伝音性難聴の加味された聴覚障害の認定に当たっては、中耳等に急性の炎症がないかどうかを鼓膜所見より判断する必要がある。特に耳漏等が認められる鼓膜所見では、その時点では認定をすべきではないので、その旨診断書を作成した指定医に通知するのが望ましい。

(4) 慢性化膿性中耳炎等、手術によって聴力改善が期待できるような聴覚障害の認定に当たっては、それまでの手術等の治療、経過、年齢等を考慮して、慎重に取扱い、場合によっては再認定の指導をするべきである。

(5) 「ろうあ」を重複する障害として1級に認定する場合、「あ」の状態を具体的に必要があり、「あ」の状態の記載、例えば「音声言語をもって家族とも意思を通ずることは不可能であり、身振り、筆談をも

ってすることが必要である」等の記載がないときは、診断書を作成した指定医に照会する等の対処が必要である。

(6) 語音明瞭度による聴覚障害の認定に当たっては、年齢、経過、現症、他の検査成績等により、慎重に考慮し、場合によっては診断書を作成した指定医に照会する等の配慮が必要である。

(7) 聴覚距離測定による聴覚障害の認定は、なんらかの理由で純音聴力検査ができない場合に適応されるものであり、その理由が明確にされている必要がある。経過、現症欄等を参考として、慎重に対処する必要がある。

(8) 平衡機能障害の認定に当たっては、「平衡機能の極めて著しい障害」「平衡機能の著しい障害」のみでは不十分であり、その具体的状況の記載が必要である。また現疾患、発症時期等により状況がかなり違ってくるので、その取扱いには慎重を要し、場合によっては診断書を作成した指定医に照会する等の対処が必要である。

#### 4) 肝臓機能障害 (平成 28 年 4 月)

##### 1. 改正までの経緯

平成 22 年 4 月より肝臓機能障害が身体障害認定の対象となった。当初の認定基準では、① 血液検査等の値に応じた点数による国際的な肝臓機能障害の重症度分類 Child-Pugh (チャイルド・ピュー) 分類における 3 段階 (A・B・C) のうち、最重度のグレード C に該当する患者が対象であり、② これに日常生活の制限の程度も勘案して、1～4 級を認定していた。

この基準による平成 25 年度末時点の肝臓機能障害の認定者数は、合計 6,787 人 (1

級 5,672 人、2 級 627 人、3 級 317 人、4 級 171 人)であったが、患者団体からは「認定基準 (Child-Pugh 分類 C) は厳しすぎ、Child-Pugh 分類 B の患者であっても、日常生活の制限が長期間続いている実態がある」との意見があった。

これを受けて、平成 26 年度の厚生労働科学研究費補助金「障害認定の在り方に関する研究」にて、分担研究「肝硬変患者の生命予後の検討」が実施された。

さらに平成 27 年 5 月には、この研究結果を踏まえて検討を行うため、「肝臓機能障害の認定基準に関する検討会」が開催された。

##### 2. 肝臓機能障害認定基準の評価

###### 1) 肝硬変患者の実態と生命予後について

前述の「肝硬変患者の生命予後の検討」研究の結果、以下が明らかとなった。

- Child-Pugh 分類 C 患者の 3 年目の累積生存率は 30.7%と低く、本認定基準の対象者の約 7 割が 3 年以内に死亡していた。
- Child-Pugh 分類 B の患者の 51.3%は、3 年後に死亡または Child-Pugh 分類 C に移行するなどして、悪化していた。  
(B→死亡 : 30.8%、B→C : 20.5%、B→B : 35.9%、B→A : 12.8%)

これらの結果から、この認定基準を継続した場合、その福祉サービスを受給できる期間および対象者は限定的かつ、Child-Pugh 分類 B と C の病態は、基本的には不可逆的であり、その中から Child-Pugh 分類 A にまで改善する例は少ないと考えられた。

###### 2) 肝臓機能障害の認定と障害福祉サービスの利用状況について

指定都市、中核市のうち 12 市の調査(平成 27 年 6 月厚生労働省)の結果、以下が明らかとなった。

- ・ 肝臓機能障害で新規に身体障害者手帳を交付された者のうち、1 級認定者の約 6 割が肝臓移植を受けたことによる認定であった。
- ・ 身体障害者手帳の認定期間(保有期間)については、平成 22 年度に交付を受けた者のうち、肝臓移植を受けていない者の交付から死亡までの平均期間は約 300~500 日間であった。
- ・ 平成 22 年度から平成 26 年度までで、肝臓移植を受けていない者の死亡割合は、認定等級に関わらず約 60%であった。
- ・ 肝臓機能障害で認定を受けた者のうち、障害福祉サービスを利用している人の割合は約 1.9% であり、年間一人あたりの障害福祉サービスの利用平均額は 89 万 9 千円であった(肝臓機能障害で必要とされるサービスとは関連性が低いと思われる共同生活援助および補装具代を除く)。肝臓機能障害で認定を受けた者が利用する障害福祉サービスは、主に居宅介護、就労支援、障害児通所支援であった。

### 3) 肝炎疾患患者の QOL について

平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金「ウイルス性肝疾患に係る各種対策の医療経済評価に関する研究」等の結果、以下が明らかとなった。

- ・ QOL を測る指標(SF-36 スコア)について、身体機能、日常役割機能(身体)、全体的健康感、活力、社会生活機能、

日常役割機能(精神)に関しては、Child-Pugh 分類 B の患者の方が、慢性肝炎および Child-Pugh 分類 A の患者より有意に低下していた。

- ・ Child-Pugh 分類 B の患者の EQ5D 効用値(健康が 1.0、死亡が 0)は 0.5~0.6 となっており、リハビリが必要な他の疾患と近い値となっている(例:関節リウマチ 0.8、透析実施者 0.75、脊髄損傷(退院時) 0.62、脳卒中後のリハビリ実施者 0.5)。

### 3. 肝臓機能障害の認定基準の見直しの方 向性

#### 1) 基本的考え方

- ・ Child-Pugh 分類 B の患者は同分類 C の患者と同様に、その病態が基本的に不可逆的であり、Child-Pugh 分類 A にまで改善する例は少ないことから、長期の療養を要すると考えられる。
- ・ Child-Pugh 分類 B の患者の QOL は Child-Pugh 分類 A の患者よりも低く、日常生活において相当程度の制約があり、障害福祉サービスなどの支援を必要としている例もみられる。
- ・ 他の障害認定とのバランスについても、非代償性肝硬変患者の QOL について、SF-36 スコアや EQ5D 効用値のデータを勘案すれば、Child-Pugh 分類 B は、他の内部障害と同様に日常生活に相当程度の制約があると考えられる。
- ・ 以上のことから、肝臓機能障害の認定基準として、Child-Pugh 分類 B の患者についても肝臓機能障害の認定の対象とする等の見直しを行うことが適当である。

#### 4. 具体的な認定基準について

国際的な肝臓機能障害の重症度分類である Child-Pugh 分類の3段階 (A・B・C) において、分類Bは評価項目の点数の合計が「7～9点」とされており、これを細分化することは適当ではないと考えられることから、分類B (7点以上) を対象とすることが提案された。さらに、1級および2級においては、日常生活の制限の程度を測る指標として、Child-Pugh 分類の評価項目のうち「血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち1項目以上が3点」とされているが、

- ・ Child-Pugh 分類Bの患者を新たに認定対象とすること
- ・ SF-36 や ALBI-Grade による患者の QOL 等の評価
- ・ 腹水や肝性脳症の状態は患者の QOL と密接に関連すること

等を勘案し、この指標については「肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上が2点以上」とすることが適当であると提案された。

#### Child-Pugh 分類

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ 超	2.8～3.5 g/dℓ	2.8g/dℓ 未満
プロトロンビン	70%超	40～70%	40%未満

ン時間			
血清総ビリルビン値	2.0 mg/dℓ 未満	2.0～3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ 超

A: 5～6点    B: 7～9点    C: 10～15点

各等級における日常生活活動の制限を示す項目 (a～j) の該当数については、肝臓機能障害による日常生活活動の制限の状態について、他の障害とのバランスも考慮した上で設定されているものであり、見直すべきとする新たな知見が得られていないことから従前通りとされた。

#### 身体障害者障害程度等級表

(身体障害者福祉法施行規則別表第5号)

級別	肝臓機能障害
1級	肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの
2級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの
3級	肝臓の機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの (社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)
4級	肝臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

#### 5. 再認定について

Child-Pugh 分類Bの状態にある患者を認定する場合、一部に状態が改善する事例も想定されること、さらに、今後、C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎や代償性肝硬変につ

いて、新薬による影響も踏まえる必要があることから、Child-Pugh 分類 B で認定された者については、1 年以上 5 年以内に再認定を求めることとなった。

以上を踏まえて別添 4 のとおり認定基準が改正された。

## 5) じん臓機能障害 (平成 30 年 4 月)

1 改正までの経緯 (日本腎臓学会と日本透析医学会の連名で厚生労働省宛に下記の要望書が提出された。

- ・ 昭和 47 年に身体障害者福祉法における身体障害の範囲として腎臓機能障害が加えられるとともに、腎臓に関する人工透析療法などが自立支援医療の給付対象となった。
- ・ じん臓機能障害の認定に際しては、検査データと、活動能力の程度の両面から判定することとなっているが、現行基準において、12 歳を超える者をじん臓機能障害として認定する場合、検査データについては、「血清クレアチニン濃度」(筋肉から排出される老廃物の濃度そのものであり、末梢血液検査から求められる値) の異常値の基準を満たす必要がある。
- ・ 一方、12 歳以下のみに対しては、「内因性クレアチニンクリアランス値」(血清クレアチニン濃度に対するクレアチニンの尿中排泄量の値を基本に、身長・体重を加味した値) も、検査データの指標として適用されている。
- ・ 「血清クレアチニン濃度」については、高齢者や女性など、小児以外の者

においても、腎臓機能障害による日常生活の困難度に比して低い値となることが指摘されている。

- ・ 一方、「内因性クレアチニンクリアランス値」は、血清クレアチニン濃度に対するクレアチニンの尿中排泄量の値を基本に、身長・体重を加味した値であるため、体格等に関わらず、腎臓機能障害による日常生活の困難度を正確に反映する観点で、有用な指標と言える。
- ・ したがって、小児以外を含めた全ての者に対して、また 1 級、3 級、4 級全ての等級に対して、既存の指標「血清クレアチニン濃度」に加え、「内因性クレアチニンクリアランス値」を検査データの指標として追加することが適当である。
- ・ 更に、診療現場においては、「血清クレアチニン濃度」を年齢・性別で補正して得られる「eGFR」も、糸球体濾過量を反映する推算値として広く用いられている。前述の通り、「血清クレアチニン濃度」では、高齢者や女性など、腎臓機能障害による日常生活の困難度が過小評価される事例があるが、一方で「内因性クレアチニンクリアランス値」は、蓄尿を要するなど検査が煩雑であり、人工透析導入を決定する段階など、特殊なタイミングを除き、計測されることはない。
- ・ したがって、3 級、4 級の認定においては、「血清クレアチニン濃度」の要件を満たさなくとも、「eGFR」の異常が高度である場合、「血清クレアチニン濃度」の異常と同等とみなすこと

が適当である。

- ・ なお、平成 26 年に開催された「障害年金の認定（腎疾患による障害）に関する専門家会合」における障害認定基準の見直しの議論を経て、血清クレアチニン濃度 3mg/dl の異常には eGFR20ml/分/1.73 m<sup>2</sup>を、血清クレアチニン濃度 5mg/dl の異常には eGFR10ml/分/1.73 m<sup>2</sup>をそれぞれ対応させることとされており、今回新たに「血清クレアチニン濃度」に加えて導入を提案する「eGFR」に当てはめる異常値については、一定の妥当性がある。

以上の経緯を踏まえ、別添 5-1～5-3 のとおり認定基準の見直しが行われた。

## 6) 視覚障害（平成 30 年 7 月）

### 1. 改正前の認定基準の考え方

#### 1) 視力障害について

「両眼の視力の和」で認定する。

#### 2) 視野障害について

- ・ 求心性視野狭窄の場合に、「両眼の視野が 10 度以内」を認定する。
- ・ 視野の欠損について視能率による損失率で評価する。
- ・ ゴールドマン視野計による測定についてのみ基準を明示する。

（参考）平成 28 年度末時点の視覚障害の認定者数

合計 337,997 人（1 級 111,272 人、2 級 100,356 人、3 級 25,039 人、4 級 27,062 人、5 級 47,412 人、6 級 26,856 人）

## 2. 平成 30 年改正の経緯

平成 28 年 8 月に「視覚障害の認定基準の改定に関する取りまとめ報告書」が、公益財団法人日本眼科学会視覚障害者との共生委員会、公益社団法人日本眼科医会身体障害認定基準に関する委員会との合同委員会により作成された。本報告書において、現行の認定基準に関して、以下の課題が指摘された。

### 1) 視力障害について

- ・ 両眼の視力の和について

日常生活は、両眼開放で行っていることを考えれば、両眼の視力の和ではなく、良い方の眼の視力で認定することが妥当。当事者団体からも両眼の視力の和ではなく、良い方の眼の視力で認定を行うように希望がある。

### 2) 視野障害について

- ・ ゴールドマン型視野計の製造中止ならびに日常診療における自動視野計の普及

ゴールドマン型視野計、自動視野計どちらでも等級認定できるようにする必要があるが、自動視野計の運用方法に対する具体的な記述がない。

- ・ 求心性視野障害や輪状暗点の評価について

現状の判定では、I/4 イソプタで両眼とも 10° 以内の症例は、それに続く I/2 イソプタを用いた判定基準で 4 級、3 級、2 級に進むことができる。しかし、求心性視野障害が偏心し、I/4 イソプタが少しでも 10° を超えた場合は I/4 イソプタの面積がたとえ同程度であっても 5 級判定となる。また、輪状暗点の定義が明確でなく、病期が進行した症例の

ほうが軽度の等級になるなどの問題がある。

### 3) その他

- ・ Functional Vision Score の導入の検討  
国際基準にもなる米国の American Medical Association (AMA) の推奨する評価法であり、視力、視野を統合して Score で示すものである。両者を統合して判定する方法は一定の合理性がある。

## 3. 視覚障害の認定基準の見直しの方向性 (基本的考え方)

### 1) 視力障害について

現行の視力障害は、「両眼の視力の和」で認定されることとなっているが、日常生活は、両眼開放で行っていることから、視力の認定も、両眼の視力の和でなく、良い方または両眼視力で判定することが望ましい。日常の眼科診療では、通常片眼ずつの視力を測定し、両眼視力は特別な場合を除き測定しないため、「良い方の眼の視力」で認定することとする。

### 2) 視野障害について

現行のゴールドマン型視野計による認定基準に加え、自動視野計による認定基準を新たに設ける。

### 3) その他

- ・ 今後の視覚障害認定基準の改善に向け、Functional Vision Score 等に関する調査研究を行い、データを蓄積することとする。

- ・ 当事者団体等から、視力障害および視野障害による視覚障害認定では障害認定されないが、見づらさを抱えている当事者への配慮を検討してほしいことなどの意見があり、視覚障害認定基準の改善のための調査研究の中で、これらについても検討を行い、その結果を踏まえ検討する。

## 4. 新たな認定基準

### 1) 視力障害について

- ・ 視力障害の各等級の境界値については、客観性・公平性を期した合同委員会の案を基本とし、0.1 以下の視力について「logomark 値」の 0.6 ~1.7 の範囲を 12 段階に細分化し、3 段階ずつ 2~5 級の各障害等級に割り当て、その結果を日常診療で用いられている小数視力に換算したものにより設定する。
- ・ その例外として、良い方の眼の視力が 0.04 かつ他方の視力が手動弁以下の場合と、良い方の視力が 0.08 かつ他方の視力が手動弁以下の場合については、日常生活の困難度という観点から等級を下げるべき強い根拠が現時点であるわけではないことを踏まえ、経過的な取扱いとして、新規認定分も含め現行の等級を維持する。

### 2) 視野障害について

- ・ 視能率、損失率の用語を廃止し、ゴールドマン視野計においては I / 4 イソプタによる視野角度の総和、I / 2 イソプタによる両眼中心視野角度により判定し、自動視野計においては視標サイズ III による両眼開放エスターマンテスト

で両眼開放視認点数、視標サイズⅢによる 10-2 プログラムによる中心視野視認点数により判定する。

- ・ 周辺の視野狭窄が進み中心部の視野も欠損した場合や、周辺視野に異常がなくとも中心視野が重度の障害を呈している場合についての評価を明確にする。

以上の経緯を踏まえ、別添 6 のとおり認定基準が改正された。

#### D. 考察

これまでに実施された身体障害者認定基準の見直しの経緯を体系的に整理した。その結果、過去の認定基準の見直しは、医療環境の変化（医療技術の発展、新たな知見の創出など）と社会環境の変化（当事者団体の意見や各種報道に基づく世論など）を契機として、各種実態調査や専門家による検討会を経て、実施されてきたことが明らかとなった。医学的側面と社会的側面の双方のバランスを取り、その時代に求められる適切な身体障害認定基準を模索してきたと言える。医療を含む日常の様々な場面におけるデジタル化の進展や人工知能といった先端技術の応用、さらには世界規模で進む気候変動など、生活環境は今後も劇的かつ急激に変化していくものと予想される。

#### E. 結論

医学的側面と社会的側面の双方を考慮し、その時代の要請にかなう身体障害認定基準を設定していく努力を続けていくことが肝要と考える。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

身体障害者手帳

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaiushahukushi/shougaiushatechou/index.html?msclkid=cf20546ad0d111ec9eb1bf392a7cbb67](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiushahukushi/shougaiushatechou/index.html?msclkid=cf20546ad0d111ec9eb1bf392a7cbb67)