

身体障害認定分科会について

身体障害認定分科会は、疾病・障害認定審査会令（平成12年政令287号）第5条の規定により、「身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号）の規定により審査会の権限に属させられた事項を処理すること」とされている。

身体障害者福祉法施行令の規定において、

- ① 都道府県、指定都市並びに中核市が身体障害者手帳の交付事務を行うにあたり、申請者の障害が身体障害者福祉法別表に掲げる障害に該当しないと認めるには、地方社会福祉審議会に諮問しなければならない
- ② 地方社会福祉審議会が調査審議を行い、なおその状態が身体障害者福祉法別表に掲げる障害に該当するか否かについて疑いがある場合に、身体障害者福祉法施行令第5条第2項の規定に基づき、各都道府県知事より厚生労働大臣あてに認定を求めることができる
- ③ この求めがあった場合には、同条第3項の規定に基づき、厚生労働大臣は疾病・障害認定審査会に諮問を行う

こととされている。

また、自治体の手帳交付事務を行う際のガイドライン（技術的助言）である身体障害認定基準等の改正等についても、必要に応じて医学的・専門的見地から審議を行っている。

（参考）

身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号）（抄）

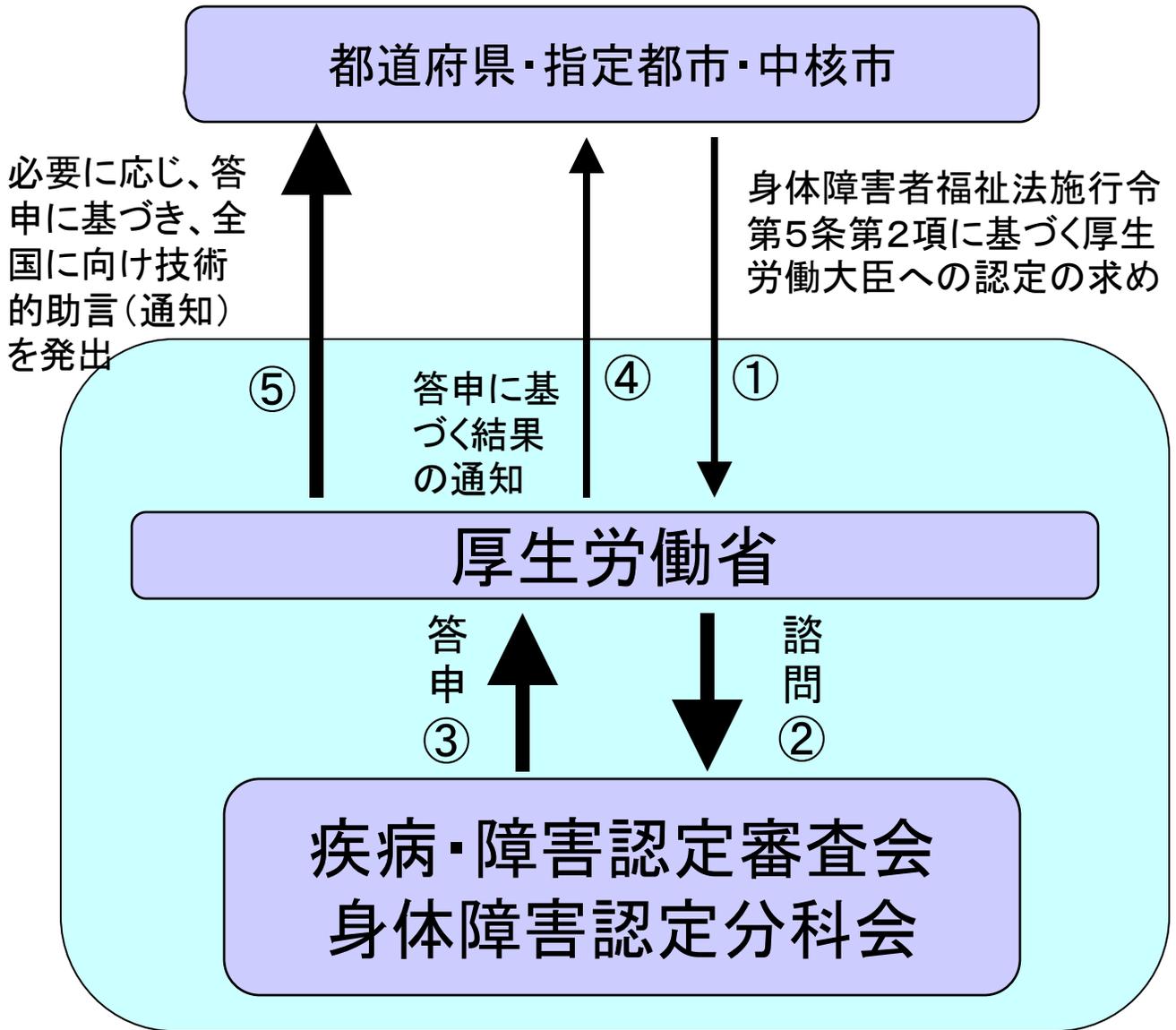
（障害の認定）

第五条 都道府県知事は、法第十五条第一項の申請があつた場合において、その障害が法別表に掲げるものに該当しないと認めるには、地方社会福祉審議会に諮問しなければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定により地方社会福祉審議会が調査審議を行い、なおその障害が法別表に掲げるものに該当するか否かについて疑いがあるときは、厚生労働大臣に対し、その認定を求めなければならない。

3 厚生労働大臣は、前項の規定による認定を求められたときは、これを疾病・障害認定審査会に諮問するものとする。

身体障害認定分科会の役割と活動について



○ これまでの審議状況

開催日	答申等の状況
第1回 (H14. 2. 5)	答申: 3件
第2回 (H14.11.12)	答申: なし 認定基準改正に係る検討
第3回 (H16. 2. 5)	答申: 1件
第4回 (H21. 9. 11)	答申: なし 認定基準改正に係る検討

身体障害認定基準等について

	頁
① 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)	2
② 身体障害認定基準 (抜粋)	5
③ 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について (抜粋)	15
④ 診断書・意見書 (抜粋)	27
⑤ 身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて	30

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	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害	肢 体 不 自 由					心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害						
		聴覚障害	平衡機能障害		上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸の機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	肝臓機能障害
								上肢機能	移動機能							
1級	両眼の視力(万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、きょう正視力について測ったものをいう。以下同じ。)の和が0.01以下のもの				1 両上肢の機能を全廃したもの 2 両上肢を手関節以上で欠くもの	1 両下肢の機能を全廃したもの 2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により坐っていることができないもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	心臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの	じん臓の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸器の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの	小腸の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの	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	1 両眼の視力の和が0.02以上0.04以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95パーセント以上のもの	両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)			1 両上肢の機能の著しい障害 2 両上肢のすべての指を欠くもの 3 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4 一上肢の機能を全廃したもの	1 両下肢の機能の著しい障害 2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1 体幹の機能障害により坐位又は起立位を保つことが困難なもの 2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの						ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの	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	1 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの 2 両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90パーセント以上のもの	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)	平衡機能の極めて著しい障害	音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失	1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3 一上肢の機能の著しい障害 4 一上肢のすべての指を欠くもの 5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1 両下肢をシヨパ一関節以上で欠くもの 2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3 一下肢の機能を全廃したもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの	心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害により日常生活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。)	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。)

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害	肢 体 不 自 由					心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害						
		聴覚障害	平衡機能障害		上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸の機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	肝臓機能障害
								上肢機能	移動機能							
4級	<p>1 両眼の視力の和が0.09以上0.12以下のもの</p> <p>2 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの</p>	<p>1 両耳の聴力レベルがそれぞれ80デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声を理解し得ないもの）</p> <p>2 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの</p>		<p>音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害</p>	<p>1 両上肢のおや指を欠くもの</p> <p>2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの</p> <p>3 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの</p> <p>4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの</p> <p>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの</p> <p>6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの</p> <p>7 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの</p> <p>8 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害</p>	<p>1 両下肢のすべての指を欠くもの</p> <p>2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの</p> <p>3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの</p> <p>4 一下肢の機能の著しい障害</p> <p>5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの</p> <p>6 一下肢が健側に比して10センチメートル以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの</p>		<p>不随意運動・失調等による上肢の機能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</p>	<p>不随意運動・失調等による社会での日常生活活動が著しく制限されるもの</p>							
5級	<p>1 両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のもの</p> <p>2 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの</p>		<p>平衡機能の著しい障害</p>		<p>1 両上肢のおや指の機能の著しい障害</p> <p>2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障害</p> <p>3 一上肢のおや指を欠くもの</p> <p>4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの</p> <p>5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害</p> <p>6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障害</p>	<p>1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害</p> <p>2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの</p> <p>3 一下肢が健側に比して5センチメートル以上又は健側の長さの15分の1以上短いもの</p>	<p>体幹の機能の著しい障害</p>	<p>不随意運動・失調等による上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの</p>	<p>不随意運動・失調等による社会での日常生活活動に支障のあるもの</p>							

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害	肢 体 不 自 由				心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能の障害							
		聴覚障害	平衡機能障害		上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸の機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	肝臓機能障害
								上肢機能	移動機能							
6級	一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもので、両眼の視力の和が0.2を超えるもの	1 両耳の聴カレベルが70デシベル以上のもの(40センチメートル以上の距離で発声された会話を理解し得ないもの) 2 一側耳の聴カレベルが90デシベル以上、他側耳の聴カレベルが50デシベル以上のもの			1 一上肢のおや指の機能の著しい障害 2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2 一下肢の足関節の機能の著しい障害		不随意運動・失調等による上肢の機能の劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの							
7級					1 一上肢の機能の軽度の障害 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 3 一上肢の手指の機能の軽度の障害 4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障害 5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1 両下肢のすべての指の機能の著しい障害 2 一下肢の機能の軽度の障害 3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障害 4 一下肢のすべての指を欠くもの 5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して3センチメートル以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの	上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの								
備考	<p>1 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、一級うえの級とする。ただし、二つの重複する障害が特に本表中に指定せられているものは、該当等級とする。</p> <p>2 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。</p> <p>3 異なる等級について二つ以上の重複する障害がある場合については、障害の程度を勘案して当該等級より上位の等級とすることができる。</p> <p>4 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。</p> <p>5 「指の機能障害」とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害をも含むものとする。</p> <p>6 上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用調(上腕においては腋窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの)をもって計測したものをいう。</p> <p>7 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。</p>															

身体障害認定基準（抜粋）

四 肢体不自由

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な能力ではではない。

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) 肢体の疼痛又は筋力低下等の障害も、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。

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 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、以下に示す各々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で 3(5 点法)に相当するものをいう(肩及び足の各関節を除く。)

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 度で足関節の場合は 30 度を超えないもの。)又は、筋力では徒手筋力テストで各運動方向平均が 4 に相当するものをいう。

(注 4) 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価する。

(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わしたものであるため、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、2の各項解説に定めるところによる。
- (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、手指の全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、指先の機能)、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 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
- b 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

(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

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機能は特に重要である。
- 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。
 - 字を書いたり、箸を持つ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のできないもの
 - 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鋏又は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 精密なる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のできないもの
 - 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 下肢全体の筋力の低下のため患肢で立位を保持できないもの
- b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で立位を保持できないもの

(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 1km 以上の歩行不能
- b 30 分以上起立位を保つことのできないもの
- c 通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらねばできないもの
- d 通常の腰掛けでは腰掛けることのできないもの
- e 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 2km 以上の歩行不能
- b 1 時間以上の起立位を保つことのできないもの
- c 横座りはできるが正座及びあぐらのできないもの

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
- c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

(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。

小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

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

c 膝関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

d 高度の動揺関節

(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

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2km以上の歩行
ができないもの

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

c 足関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

d 高度の動揺関節

(イ) 「著しい障害」(6級)の具体的な例は次のとおりである。

a 関節可動域10度以内のもの

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

オ 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、草履をはくことのできないもの

(イ) 「著しい障害」(両側の場合は7級)とは特別の工夫をしなければ下駄、草履をはくことのできないものをいう。

カ 下肢の短縮

計測の原則として前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

キ 切断

大腿又は下腿の切断の部位及び長さは実用長をもって計測する。従って、肢断端に骨の突出、癍痕、拘縮、神経断端腫その他の障害があるときは、その障害の程度を考慮して、上位の等級に判定することもあり得る。

(3) 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能にはそれら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には、四肢体幹の麻痺、運動失調、変形等による運動機能障害である。

これらの多くのも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。例えば臀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 「座っていることのできないもの」(1級)とは、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 「座位または起立位を保つことの困難なもの」(2級)とは、10分以上にわたり座位または起立位を保っていることのできないものをいう。

ウ 「起立することの困難なもの」(2級)とは、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、他人又は柱、杖その他の器物の介護により初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、100m以上の歩行不能のもの又は片脚による起立位保持が全く不可能なものをいう。

オ 「著しい障害」(5級)とは体幹の機能障害のために2km以上の歩行不能のものをいう。

(注5) 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難いので、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時も、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6) 下肢の異常によるものを含まないこと。

(4) 脳原性運動機能障害

この障害区分により程度等級を判定するのは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によってもたらされた姿勢及び運動の異常についてであり、具体的な例は脳性麻痺である。

以下に示す判定方法は、生活関連動作を主体としたものであるので、乳幼児期の判定に用いることの不適当な場合は前記(1)～(3)の方法によるものとする。

なお、乳幼児期に発現した障害によって脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者で、前記(1)～(3)の方法によることが著しく不利な場合は、この方法によることができるものとする。

ア 上肢機能障害

(ア) 両上肢の機能障害がある場合

両上肢の機能障害の程度は、紐むすびテストの結果によって次により判定するものとする。

区分	紐むすびテストの結果
等級表 1 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 19 本以下のもの
等級表 2 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 33 本以下のもの
等級表 3 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 47 本以下のもの
等級表 4 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 56 本以下のもの
等級表 5 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 65 本以下のもの
等級表 6 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 75 本以下のもの
等級表 7 級に該当する障害	紐むすびのできた数が 76 本以上のもの

(注 7) 紐むすびテスト

5 分間にとじ紐(長さ概ね 43cm)を何本むすぶことができるかを検査するもの

(イ) 一上肢の機能に障害がある場合

一上肢の機能障害の程度は 5 動作の能力テストの結果によって、次により判定するものとする。

区分	5 動作の能力テストの結果
等級表 1 級に該当する障害	—
等級表 2 級に該当する障害	5 動作の全てができないもの
等級表 3 級に該当する障害	5 動作のうち 1 動作しかできないもの

等級表 4 級に該当する障害	5 動作のうち 2 動作しかできないもの
等級表 5 級に該当する障害	5 動作のうち 3 動作しかできないもの
等級表 6 級に該当する障害	5 動作のうち 4 動作しかできないもの
等級表 7 級に該当する障害	5 動作の全てができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの

(注 8) 5 動作の能力テスト

次の 5 動作の可否を検査するもの

- a 封筒をはさみで切る時に固定する
- b さいふからコインを出す
- c 傘をさす
- d 健側の爪を切る
- e 健側のそで口のボタンをとめる

イ 移動機能障害

移動機能障害の程度は、下肢、体幹機能の評価の結果によって次により判定する。

区分	下肢・体幹機能の評価の結果
等級表 1 級に該当する障害	つたい歩きができないもの
等級表 2 級に該当する障害	つたい歩きのみができるもの
等級表 3 級に該当する障害	支持なしで立位を保持し、その後 10m 歩行することはできるが、椅子から立ち上がる動作又は椅子に座る動作ができないもの
等級表 4 級に該当する障害	椅子から立ち上がり 10m 歩行し再び椅子に座る動作に 15 秒以上かかるもの
等級表 5 級に該当する障害	椅子から立ち上がり、10m 歩行し再び椅子に座る動作は 15 秒未満でできるが、50cm 幅の範囲を直線歩行できないもの
等級表 6 級に該当する障害	50cm 幅の範囲を直線歩行できるが、足を開き、しゃがみこんで、再び立ち上がる動作ができないもの
等級表 7 級に該当する障害	6 級以上には該当しないが、下肢に不随意運動・失調等を有するもの

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) 次のいずれか 2 つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返シアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
- g 心電図で ST の低下が 0.2mV 以上の所見があるもの
- h 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導(ただし V₁ を除く。)のいずれかの T が逆転した所見があるもの

(イ) 人工ペースメーカを装着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、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をいう。

ウ 等級表 4 級に該当する障害は次のものをいう。

(ア) 次のうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での普通の日常生活活動又は社会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又は狭心症症状が起こるもの。

- a 心電図で心房細動又は粗動所見があるもの
- b 心電図で期外収縮の所見が存続するもの
- c 心電図で ST の低下が 0.2mV 未満の所見があるもの
- d 運動負荷心電図で ST の低下が 0.1mV 以上の所見があるもの

(イ) 臨床所見で部分的心臓浮腫があり、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障が

ないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

(2) 18歳未満の者の場合

ア 等級表1級に該当する障害は原則として、重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもので、次の所見(a~n)の項目のうち6項目以上が認められるものをいう。

- a 著しい発育障害
- b 心音・心雑音の異常
- c 多呼吸又は呼吸困難
- d 運動制限
- e チアノーゼ
- f 肝腫大
- g 浮腫
- h 胸部エックス線で心胸比0.56以上のもの
- i 胸部エックス線で肺血流量増又は減があるもの
- j 胸部エックス線で肺静脈うっ血像があるもの
- k 心電図で心室負荷像があるもの
- l 心電図で心房負荷像があるもの
- m 心電図で病的な不整脈があるもの
- n 心電図で心筋障害像があるもの

イ 等級表3級に該当する障害は、原則として、継続的医療を要し、アの所見(a~n)の項目のうち5項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄若しくは閉塞があるものをいう。

ウ 等級表4級に該当する障害は、原則として症状に応じて医療を要するか少なくとも、1~3か月毎の間隔の観察を要し、アの所見(a~n)の項目のうち4項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があるものをいう。

身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について（抜粋）

質 疑	回 答
<p>[肢体不自由] (肢体不自由全般)</p> <p>1. 各関節の機能障害の認定について、「関節可動域(ROM)」と「徒手筋力テスト(MMT)」で具体例が示されているが、両方とも基準に該当する必要があるのか。</p> <p>2. 身体障害者診断書の「肢体不自由の状況及び所見」の中の「動作・活動」評価は、等級判定上、どのように取り扱うべきか。</p> <p>3. 肩関節の関節可動域制限については、認定基準に各方向についての具体的な説明がないが、いずれかの方向で制限があればよいと理解してよいか。また、股関節の「各方向の可動域」についても同様に理解してよいか。</p> <p>4. 一股関節の徒手筋力テストの結果が、「屈曲4、伸展4、外転3、内転3、外旋3、内旋4」で、平均が3.5の場合、どのように認定するのか。</p> <p>5. リウマチ等で、たびたび症状の悪化を繰り返し、悪化時の障害が平常時より重度となる者の場合、悪化時の状態を考慮した等級判定をしてかまわないか。</p>	<p>いずれか一方が該当すれば、認定可能である。</p> <p>「動作・活動」欄は、主として多肢機能障害又は体幹機能障害を認定する際に、個々の診断内容が、実際の「動作・活動」の状態と照らし合わせて妥当であるか否かの判断をするための参考となるものである。</p> <p>また、片麻痺などにより機能レベルに左右差がある場合には、共働による動作の評価を記入するなどして、全体としての「動作・活動」の状況を記載されたい。</p> <p>肩関節、股関節ともに、屈曲←→伸展、外転←→内転、外旋←→内旋のすべての可動域で判断することとなり、原則として全方向が基準に合致することが必要である。</p> <p>ただし、関節可動域以外に徒手筋力でも障害がある場合は、総合的な判断を要する場合もあり得る。</p> <p>小数点以下を四捨五入する。この場合は、徒手筋力テスト4で軽度の障害（7級）として認定することが適当である。</p> <p>悪化時の状態が障害固定した状態で、継続するものとは考えられない場合は、原則として発作のない状態をもって判定することが適当である。</p>

質 疑	回 答
<p>6. パーキンソン病に係る認定で、 ア. 疼痛がなく、四肢体幹の器質的な異常の証明が困難な場合で、他覚的に平衡機能障害を認める場合は、肢体不自由ではなく平衡機能障害として認定すべきか。 イ. 本症例では、一般的に服薬によってコントロール可能であるが、長期間の服薬によって次第にコントロールが利かず、1日のうちでも状態が著しく変化するような場合は、どのように取り扱うのか。</p>	<p>ア. ROM、MMTに器質的異常がない場合は、「動作・活動」等を参考に、他の医学的、客観的所見から、四肢・体幹の機能障害の認定基準に合致することが証明できる場合は、平衡機能障害ではなく肢体不自由として認定できる場合もあり得る。 イ. 本症例のように服薬によって状態が変化する障害の場合は、原則として服薬によってコントロールされている状態をもって判定するが、1日の大半においてコントロール不能の状態が永続する場合は、認定の対象となり得る。</p>
<p>7. <u>人工骨頭又は人工関節について、</u> <u>ア. 下肢不自由においては、関節の「全廃」</u> <u>として認定されることとなっているが、上</u> <u>肢不自由においても関節の「全廃」として</u> <u>認定可能か。</u> <u>イ. 疼痛軽減の目的等から人工膝単顆置換術</u> <u>等により、関節の一部をUKAインプラン</u> <u>トの挿入によって置換した場合も、人工関</u> <u>節を用いたものとして、当該関節の「全廃」</u> <u>として認定できるか。</u></p>	<p>ア. <u>可能と考えられる。</u> イ. <u>認定基準における「人工関節を用いた</u> <u>もの」とは、関節の全置換術を指してお</u> <u>り、骨頭又は関節臼の一部にインプラ</u> <u>ント等を埋め込んだ場合は、人工関節等に</u> <u>比べて一般的に予後がよいことから、人</u> <u>工関節等と同等に取り扱うことは適当で</u> <u>はない。この場合は、ROMやMMT等</u> <u>による判定を行うことが適当である。</u></p>
<p>8. 認定基準の中で、肩関節や肘関節、足関節の「軽度の障害（7級）」に該当する具体的な規定がないが、概ね以下のようなものが該当すると考えてよいか。 (肩関節) ・ 関節可動域が 90 度以下のもの ・ 徒手筋力テストで 4 相当のもの (肘関節) ・ 関節可動域が 90 度以下のもの ・ 徒手筋力テストで 4 相当のもの ・ 軽度の動揺関節 (足関節) ・ 関節可動域が 30 度以下のもの ・ 徒手筋力テストで 4 相当のもの ・ 軽度の動揺関節</p>	<p>認定基準の「総括的解説」の(3)の記載からも、このような障害程度のものを7級として取り扱うことは適当である。</p>

質 疑	回 答
<p>9. 疾病等により常時臥床のため、褥創、全身浮腫、関節強直等をきたした者については、肢体不自由として認定してかまわないか。</p> <p>(上肢不自由)</p> <p>1. 「指を欠くもの」について、 ア. 「一上肢のひとさし指を欠くもの」は、等級表上に規定はないが、7級として取り扱ってよいか。 イ. また、「右上肢のひとさし指と、左上肢のなか指・くすり指・小指を欠いたもの」は、どのように取り扱うのか。</p> <p>2. 一上肢の機能の著しい障害（3級）のある者が、以下のように個々の関節等の機能障害の指数を合計すると4級にしかない場合は、どのように判断するのか。 ・肩関節の著障＝5級（指数2） ・肘関節の著障＝5級（指数2） ・手関節の著障＝5級（指数2） ・握力12kgの軽障＝7級（指数0.5）</p>	<p>疾病の如何に関わらず、身体に永続する機能障害があり、その障害程度が肢体不自由の認定基準に合致するものであれば、肢体不自由として認定可能である。</p> <p>この場合、褥創や全身浮腫を認定の対象とすることは適當ではないが、関節強直については永続する機能障害として認定できる可能性がある。</p> <p>ア. 「一上肢のひとさし指」を欠くことのみをもって7級として取り扱うことは適當ではないが、「両上肢のひとさし指を欠くもの」については、「ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの」に準じて6級として認定することは可能である。</p> <p>イ. 一側の上肢の手指に7級に該当する機能障害があり、かつ、他側の上肢のひとさし指を欠く場合には、「ひとさし指の機能は親指に次いで重要である」という認定基準を踏まえ、両上肢の手指の機能障害を総合的に判断し、6級として認定することは可能である。</p> <p>一上肢、一下肢の障害とは、一肢全体に及ぶ機能障害を指すため、単一の関節の機能障害等の指数を合算した場合の等級とは必ずしも一致しないことがある。一肢全体の障害であるか、又は個々の関節等の重複障害であるかは、障害の実態を勘案し、慎重に判断されたい。</p> <p>また、一肢に係る合計指数は、機能障害</p>

質 疑	回 答
<p>*合計指数=6.5 (4級)</p> <p>3. 認定基準中に記載されている以下の障害は、それぞれ等級表のどの項目に当たるものと理解すればよいか。</p> <p>ア. 手指の機能障害における「一側の五指全体の機能の著しい障害」(4級)</p> <p>イ. 認定基準の六の記載中、「右上肢を手関節から欠くもの」(3級)</p> <p>ウ. 同じく「左上肢を肩関節から欠くもの」(2級)</p> <p>(下肢不自由)</p> <p>1. 足関節の可動域が、底屈及び背屈がそれぞれ5度の場合、底屈と背屈を合わせた連続可動域は10度となるが、この場合は「著しい障害」として認定することになるのか。</p> <p>2. 両足関節が高度の尖足位であるため、底屈、背屈ともに自・他動運動が全く不能であり、起立位保持、歩行運動、補装具装着が困難な者の場合、関節の機能障害として認定するのか、あるいは歩行能力等から下肢全体の機能障害として認定するのか。</p>	<p>のある部位(複数の場合は上位の部位)から先を欠いた場合の障害等級の指数を超えて等級決定することは適当ではない。(合計指数算定の特例)</p> <p>この事例の場合、仮に4つの関節全てが全廃で、合計指数が19(1級)になったとしても、「一上肢を肩関節から欠く場合」(2級:指数11)以上の等級としては取り扱わないのが適当である。</p> <p>それぞれ以下のア～ウに相当するものとして取り扱うのが適当である。</p> <p>ア. 等級表の上肢4級の8「おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障害」</p> <p>イ. 等級表の上肢3級の4「一上肢のすべての指を欠くもの」</p> <p>ウ. 等級表の上肢2級の3「一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの」</p> <p>足関節等の0度から両方向に動く関節の可動域は、両方向の角度を加えた数値で判定することになるため、この事例の場合は、「著しい障害」として認定することが適当である。</p> <p>障害の部位が明確であり、他の関節には機能障害がないことから、両足関節の全廃(4級)として認定することが適当である。</p>

質 疑	回 答
<p>3. 変形性股関節症等の疼痛を伴う障害の場合、</p> <p>ア. 著しい疼痛はあるが、ROM、MMTの測定結果が基準に該当しないか又は疼痛によって測定困難な場合、この疼痛の事実をもって認定することは可能か。</p> <p>イ. 疼痛によってROM、MMTは測定できないが、「30分以上の起立位保持不可」など、同じ「下肢不自由」の規定のうち、「股関節の機能障害」ではなく「一下肢の機能障害」の規定に該当する場合は、一下肢の機能の著しい障害(4級)として認定することは可能か。</p>	<p>ア. 疼痛の訴えのみをもって認定することは適当ではないが、疼痛を押してまでの検査等は避けることを前提に、エックス線写真等の他の医学的、客観的な所見をもって証明できる場合は、認定の対象となり得る。</p> <p>イ. このように、疼痛により「一下肢の機能障害」に関する規定を準用する以外に「股関節の機能障害」を明確に判定する方法がない場合は、「一下肢の機能障害」の規定により、その障害程度を判断することは可能である。</p> <p>ただし、あくまでも「股関節の機能障害」として認定することが適当である。</p>
<p>4. 大腿骨頸部骨折による入院後に、筋力低下と著しい疲労を伴う歩行障害により、下肢不自由の認定基準の「1 km以上の歩行困難で、駅の階段昇降が困難」に該当する場合、「一下肢の機能の著しい障害」に相当するものとして認定可能か。なお、ROM、MMTは、ほぼ正常域の状態にある。</p>	<p>ROM、MMTによる判定結果と歩行能力の程度に著しい相違がある場合は、その要因を正確に判断する必要がある。仮に医学的、客観的に証明できる疼痛によるものであれば認定可能であるが、一時的な筋力低下や疲労性の歩行障害によるものであれば永続する状態とは言えず、認定することは適当ではない。</p>
<p>5. 障害程度等級表及び認定基準においては、「両下肢の機能の軽度の障害」が規定されていないが、左右ともほぼ同等の障害レベルで、かつ「1 km以上の歩行不能で、30分以上の起立位保持困難」などの場合は、両下肢の機能障害として4級認定することはあり得るのか。</p>	<p>「両下肢の機能障害」は、基本的には各障害部位を個々に判定した上で、総合的に障害程度を認定することが適当である。</p> <p>しかしながら両下肢全体の機能障害で、一下肢の機能の全廃(3級)あるいは著障(4級)と同程度の場合は、「両下肢の機能障害」での3級、4級認定はあり得る。</p>
<p>6. 下肢長差の取扱いについて、</p> <p>ア. 骨髄炎により一下肢が伸長し、健側に比して下肢長差が生じた場合は、一下肢の短縮の規定に基づいて認定してよいか。</p>	<p>ア. 伸長による脚長差も、短縮による脚長差と同様に取り扱うことが適当である。</p> <p>イ. 切断は最も著明な短縮と考えられるため、この場合は一下肢の10 cm以上の短縮</p>

質 疑	回 答
<p>イ. 下腿を 10 cm以上切断したことで下肢が短縮したが、切断長が下腿の 1/2 以上には及ばない場合、等級表からは 1/2 未満であることから等級を一つ下げて 5 級相当とするのか、あるいは短縮の規定からは 10 cm以上であるため 4 級として認定するのか。</p>	<p>と 考 え、 4 級 として 認 定 す る こ と が 適 当 である。</p>

質 疑	回 答
<p>(体幹不自由)</p> <p>1. 各等級の中間的な障害状態である場合の取扱いについて、</p> <p>ア. 体幹不自由に関する認定基準において、「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」とは、3級の要件を完全に満たしていなければ、下位等級として取り扱うことを意味するのか。</p> <p>イ. 高度脊柱側弯症による体幹機能障害の症例について、「座位であれば10分以上の保持が可能であるが、起立位は5分程度しか保持できない(2級相当)。座位からの起立には介助を要する(2級相当)が、立ち上がった後は約200mの自力歩行が可能(2級非該当)」の状態にある場合、2級と3級の中間的な状態と考えられるが、アの規定から推測して、完全には2級の要件を満たしていないことから、3級にとめおくべきものと考えてよいか。</p> <p>2. 左下肢大腿を2分の1以上欠くものとして3級の手帳交付を受けていた者が、変形性腰椎症及び変形性けい椎症のため、体幹機能はほぼ強直の状態にある。この場合、下肢不自由3級と体幹不自由3級で、指数合算して2級として認定してよいか。</p>	<p>ア. この規定は、どちらの等級に近いかの判断もつかないような中間的な症例については、下位等級にとめおくべきことを説明したものであり、上位等級の要件を完全に満たさなければ、全て下位等級として認定することを意味したものではない。</p> <p>イ. 障害の状態が、連続する等級(この場合は2級と3級)の中間である場合、アの考え方から一律に3級とするのは、必ずしも適当でない。より近いと判断される等級で認定されるべきものであり、この事例の場合は、2級の認定が適当と考えられる。</p> <p>また、診断書の所見のみから判定することが難しい場合は、レントゲン写真等その他の客観的な検査データを取り寄せるなどして、より客観的に障害の状態を判断すべきである。</p> <p>体幹機能の障害と下肢機能の障害がある場合は、上位等級に該当するどちらか一方の機能障害で認定することが原則である。同一疾患、同一部位における障害について、下肢と体幹の両面から見て単純に重複認定することは適当ではない。</p> <p>本事例については、過去に認定した下肢切断に加えて、新たに体幹の機能障害が加わったものであり、障害が重複する場合の取扱いによって認定することは可能である。</p>

質 疑	回 答
<p>(脳原性運動機能障害)</p> <p>1. 特に上肢機能障害に関する紐むすびテストにおいて、著しい意欲低下や検査教示が理解できない、あるいは機能的に見て明らかに訓練効果が期待できるなどの理由によって、検査結果に信憑性が乏しい場合は、どのように取り扱うことになるのか。</p> <p>2. 脳原性運動機能障害に関する認定基準中、</p> <p>ア. 「なお、乳幼児期に発現した障害によって脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」とは、具体的にどのような障害をもつ者を指しているのか。</p> <p>イ. また、「脳性麻痺」及びアの「乳幼児期以前に発現した類似の症状を呈する者」が、いずれも乳幼児期に手帳を申請した場合は、脳原性運動機能障害と肢体不自由一般（上肢、下肢、体幹の機能障害）のどちらの認定基準を用いるべきかの判断に迷う場合があるが、この使い分けについてはどのように考えるべきか。</p> <p>ウ. さらに、「脳原性運動機能障害と類似の症状を呈する者」であるが、「乳幼児期以降」に発現した場合は、どちらの認定基準によって判定するのか。</p> <p>3. 一上肢の機能障害の程度を判定するための「5動作のテスト」に関しては、</p> <p>ア. 時間的条件が規定されていないが、それ</p>	<p>脳原性運動機能障害の程度等級の判定には、認定基準に定めるテストを実施することが原則であるが、乳幼児期の認定をはじめこの方法によりがたい場合は、肢体不自由一般のROM、MMTなどの方法を取らざるを得ない場合もある。</p> <p>ア. 脳原性の障害としては、脳性麻痺の他、乳幼児期以前に発症した脳炎又は脳外傷、無酸素脳症等の後遺症等による全身性障害を有する者を想定している。</p> <p>また、脳原性の障害ではないが類似の症状を呈する障害としては、脊髄性麻痺等のように乳幼児期には原因が明らかにならない全身性障害を想定していることから、認定基準のような表現としたものである。</p> <p>イ. 「脳性麻痺」については原則的に脳原性運動機能障害用の認定基準をもって判定し、「乳幼児期以前に発現した類似の症状を呈する者」については、肢体不自由一般の認定基準を用いることが想定されているが、どちらの場合においても申請時の年齢等によって、それぞれの認定基準によることが困難又は不利となる場合には、より適切に判定できる方の認定基準によって判定するよう、柔軟に取り扱う必要がある。</p> <p>ウ. この場合は、肢体不自由一般の認定基準によって判定することが適当である。</p> <p>ア. 5動作は、速やかに日常動作を実用レベルで行えるかを判定するものであり、具体的な基準を明示することは困難であ</p>

質 疑	回 答
<p>それぞれの程度の時間でできれば、できたものとして判断するのか。</p> <p>イ. また、このテストは、必ず医師によって実施されることを要するのか。</p> <p>4. 生後6か月頃の脳炎の後遺症で、幼少時に肢体不自由一般の認定基準に基づく上下肢不自由で認定されていた者が、紐むすびテスト等の可能となる年齢に達したため、脳原性運動機能障害の認定基準をもって再認定の申請が出された場合は、どのように取り扱うべきか。</p> <p>5. 脳原性運動機能障害の1級が、1分間に18本の紐が結べるレベルであるのに対して、上肢不自由の1級は両上肢の機能の全廃であり、紐むすびが全くできないが、等級の設定に不均衡があるのではないか。</p>	<p>るが、あえて例示するならば、各動作とも概ね1分以内でできる程度が目安と考えられる。</p> <p>イ. 原則として医師が行うことが望ましいが、診断医の指示に基づく場合は、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)等が実施してもかまわない。</p> <p>障害が乳幼児期以前に発症した脳病変によるものであるため、同一の障害に対する再認定であれば、本人の不利にならない方の認定基準を用いて再認定することが適当である。</p> <p>幼少時からの脳原性運動機能障害について紐むすびテストを用いるのは、本人の日常生活における巧緻性や迅速性などの作業能力全般の評価を、端的に測定できるためである。</p> <p>また、この障害区分は、特に生活経験の獲得の面で極めて不利な状態にある先天性の脳性麻痺等の障害に配慮した基準であることを理解されたい。</p>

質 疑	回 答
<p>[心臓機能障害]</p> <p>1. 先天性心疾患による心臓機能障害をもつ者が、満18歳以降に新規で手帳申請した場合、診断書及び認定基準は、それぞれ「18歳以上用」と「18歳未満用」のどちらを用いるのか。</p> <p>2. 更生医療によって、大動脈と冠動脈のバイパス手術を行う予定の者が、身体障害者手帳の申請をした場合は認定できるか。また急性心筋梗塞で緊急入院した者が、早い時期にバイパス手術を行った場合は、更生医療の申請と同時に障害認定することは可能か。</p> <p>3. 18歳以上用の診断書の「3 心電図所見」の「シ その他の心電図所見」及び「ス 不整脈のあるものでは発作中の心電図所見」の項目があるが、認定基準及び認定要領等にはその取扱いの記載がないが、これらの検査データはどのように活用されるのか。</p> <p>4. <u>人工ペースメーカーを装着した者、又は人工弁移植、弁置換を行った者は、術前の状態にかかわらず、すべて1級として認定してよいか。また、18歳未満の者の場合も同様か。</u></p> <p>5. <u>体内植込み型除細動器を装着したものについては、人工ペースメーカーを装着してい</u></p>	<p>それぞれ「18歳以上用」のものを使うことが原則であるが、成長の度合等により、「18歳以上用」の診断書や認定基準を用いることが不適当な場合は、適宜「18歳未満用」により判定することも可能である。</p> <p>心臓機能障害の認定基準に該当するものであれば、更生医療の活用の有無に関わりなく認定可能であるが、更生医療の適用を目的に、心疾患の発生とほぼ同時に認定することは、障害固定後の認定の原則から適当ではない。</p> <p>また、バイパス手術の実施のみをもって心臓機能障害と認定することは適当ではない。</p> <p>診断医が、「活動能力の程度」等について判定する際の根拠となり得るとの理由から、シ、スの2項目が加えられており、必要に応じて当該検査を実施し、記載することとなる。</p> <p><u>年齢にかかわらず、いずれも1級として認定することが適当である。これらは緊急事態を予測して装着するものであり、かつ、これらを取り外すことは生命の維持に支障をきたすのが一般的であることから、認定に当たっては、術前の状態にかかわらず、認定に当たったものとする。</u></p> <p><u>体内植込み（埋込）型除細動器(ICD)や、頻拍停止型の人工ペースメーカーを装着した</u></p>

質 疑	回 答
<p><u>るものと同様に1級と認定して差し支えないか。</u></p> <p>6. <u>発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例に人工ペースメーカを埋め込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上人工ペースメーカの機能は用いられなくなっている。この場合、再認定等の際の等級は、どのように判定すべきか。</u></p> <p>7. <u>人工弁移植、弁置換に関して、</u> <u>ア. 牛や豚の弁を移植した場合も、人工弁移植、弁置換として認定してよいか。</u> <u>イ. また、僧帽弁閉鎖不全症により人工弁輪移植を行った場合も、アと同様に認定してよいか。</u> <u>ウ. 心臓そのものを移植した場合は、弁移植の考え方から1級として認定するのか。</u></p> <p>8. <u>本人の肺動脈弁を切除して大動脈弁に移植し、切除した肺動脈弁の部位に生体弁（牛の弁）を移植した場合は、「人工弁移植、弁置換を行ったもの」に該当すると考えてよいか。</u></p> <p>9. <u>肺高血圧症に起因する肺性心により、心臓機能に二次的障害が生じた場合、検査所見及び活動能力の程度が認定基準に該当する場合は、心臓機能障害として認定できるか。</u></p>	<p><u>ものについても、1級認定することは適当である。</u></p> <p><u>認定基準の18歳以上の1級の(イ)「人工ペースメーカを装着したもの」の規定には該当しないものとして、その他の規定によって判定することが適当である。</u></p> <p><u>ア. 機械弁に限らず、動物の弁（生体弁）を移植した場合も同様に取り扱うことが適当である。</u> <u>イ. 人工弁輪による弁形成術のみをもって、人工弁移植、弁置換と同等に取り扱うことは適当ではない。</u> <u>ウ. 心臓移植後、抗免疫療法を必要とする期間中は、1級として取り扱うことが適当である。</u> <u>なお、抗免疫療法を要しなくなった後、改めて認定基準に該当する等級で再認定することは適当と考えられる。</u></p> <p><u>肺動脈弁を切除した部位に新たに生体弁を移植していることから、1級として認定することが可能である。</u></p> <p><u>二次的障害であっても、その心臓機能の障害が認定基準に該当し、かつ、永続するものであれば、心臓機能障害として認定することが適当である。</u></p>

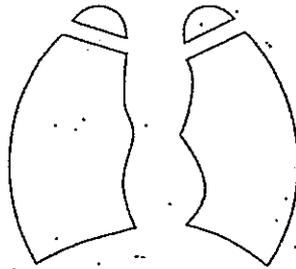
心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳以上用)

(該当するものを○でかこむこと)

1 臨床所見

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| ア 動悸 (有・無) | キ 浮腫 (有・無) |
| イ 息切れ (有・無) | ク 心拍数 |
| ウ 呼吸困難 (有・無) | ケ 脈拍数 |
| エ 胸痛 (有・無) | コ 血圧 (最大 , 最小) |
| オ 血痰 (有・無) | カ 心音 |
| カ チアノーゼ (有・無) | シ その他の臨床所見 |
| ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 | |

2 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比

3 心電図所見 (年 月 日)

- | | |
|--|-------------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞 | (有・無) |
| イ 心室負荷像 | (有<右室, 左室, 両室>・無) |
| ウ 心房負荷像 | (有<右房, 左房, 両房>・無) |
| エ 脚ブロック | (有・無) |
| オ 完全房室ブロック | (有・無) |
| カ 不完全房室ブロック | (有第 度・無) |
| キ 心房細動(粗動) | (有・無) |
| ク 期外収縮 | (有・無) |
| ケ S T の低下 | (有 mV・無) |
| コ 第I誘導, 第II誘導及び胸部誘導(但し V ₁ を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・無) |

サ 運動負荷心電図における ST の

0.1mV 以上の低下

(有・無)

シ その他の心電図所見

ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見 (発作年月日記載)

4 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会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又は狭心症症状がおこるもの。

エ 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 人工ペースメーカー

(有・無)

人工弁移植, 弁置換

(有・無)

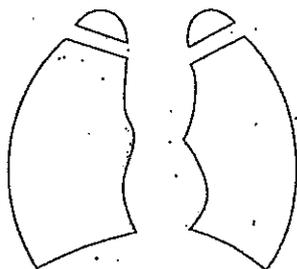
(該当するものを○でかこむこと)

1 臨床所見

- | | |
|-------------------|---------------|
| ア 著しい発育障害 (有・無) | オ チアノーゼ (有・無) |
| イ 心音・心雑音の異常 (有・無) | カ 肝 腫 大 (有・無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無) | キ 浮 腫 (有・無) |
| エ 運 動 制 限 (有・無) | |

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比

- | |
|-------------------|
| ア 心胸比0.56以上 (有・無) |
| イ 肺血流量増又は減 (有・無) |
| ウ 肺静脈うっ血像 (有・無) |

(2) 心電図所見

- | |
|---|
| ア 心室負荷像 [有(右室, 左室, 両室)・無] |
| イ 心房負荷像 [有(右房, 左房, 両房)・無] |
| ウ 病的な不整脈 [種類] (有・無) |
| エ 心筋障害像 [所見] (有・無) |

(3) 心エコー図, 冠動脈造影所見 (年 月 日)

- | |
|--------------------|
| ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無) |
| イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無) |
| ウ その他 |

3 養護の区分

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 6か月～1年毎の観察 | (4) 継続的要医療 |
| (2) 1か月～3か月毎の観察 | (5) 重い心不全, 低酸素血症, アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの |
| (3) 症状に応じて要医療 | |

○身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて

平成 12 年 3 月 31 日 障第 276 号
各都道府県知事・各指定都市・各中核市市長宛
厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知

注 平成 15 年 1 月 10 日障発第 0110004 号改正現在

身体障害者の障害程度の再認定に係る事務については、地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律（以下「地方分権一括法」という。）の施行に伴い、自治事務となる。同事務については、新たに政令で規定するとともに、政令を受けて、再確認のための審査が必要なケースを厚生省令で規定したところであるが、今般、再認定の取扱いに係る事務の詳細を、下記のとおり示すこととしたので、留意の上、引き続き適正な事務の執行に努められたい。

なお、地方分権一括法の施行に伴い、本通知については、地方分権一括法による改正後の地方自治法第 245 条の 4 の規定に基づく「ガイドライン（技術的助言）」として位置づけられるので了知願いたい。

おって、平成 12 年 3 月 31 日をもって、昭和 61 年 5 月 1 日社更第 91 号厚生省社会局長通知「身体障害者障害程度の再認定の取扱いについて」は廃止する。

記

- 1 身体障害者手帳（以下「手帳」という。）の交付を受ける者については、その障害が身体障害者福祉法（以下「法」という。）別表に掲げるものに該当すると都道府県知事が認めたときに手帳を交付されているところであるが、手帳の交付を受ける者の障害の状態が永続的に法別表に定める程度に該当すると認定できる場合には、再認定は原則として要しないものであること。
- 2 手帳の交付を受ける者の障害の状態が更生医療の適用、機能回復訓練等によって軽減する等の変化が予想される場合には再認定を実施すること。
- 3 再認定に係る具体的取扱いについては、次によること。

（1）法第 15 条第 1 項及び第 3 項に規定する身体障害者診断書・意見書に基づ

き、再認定が必要とされる場合は、法第 17 条の 2 第 1 項又は児童福祉法第 19 条第 1 項に基づく診査を行うこととし、診査を実施する年月を決定すること。

- (2) 診査を実施する年月については、手帳を交付する際に、様式第 1 により、手帳の交付を受ける者に対し通知すること。
- (3) 再認定を必要とする者に対しては、診査を実施する月のおおむね 1 か月前までに診査を受けるべき時期等を通知すること。
- (4) 診査を行った結果、障害程度に変化が認められた場合には、身体障害者福祉法施行令第 10 条第 3 項に基づき、手帳の再交付を行うこと。

また、法別表の障害程度に該当しないと認めた場合には、法第 16 条第 2 項に基づき、手帳の交付を受けた者に対し手帳の返還を命ずること。

- (5) 再認定の実施に当たっては、都道府県、指定都市及び中核市においては身体障害者手帳交付台帳に再認定を行うべき年月を記録すること、又は、再認定台帳を設けること等により事務手続きが円滑に行えるようにすること。

4 身体障害者の障害の状態については、医学の進歩等に伴い症状の改善が期待できることとなる場合もあるので、再認定を要しないこととされたもの、又は再認定を必要とするとされたが、その時期が到来しないものであっても、援護の実施機関は必要に応じ随時、法第 17 条の 2 第 1 項又は児童福祉法第 19 条第 1 項により診査を行い、その結果に基づき都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長は再認定を実施するものであること。

5 再認定に係る診査を拒み、又は忌避する者については、次により取り扱うこと。

- (1) 3 又は 4 により診査を受けることを命じたにもかかわらず、これに応じない者については期限を定めて再度診査を受けるように督促すること。この場合、正当な理由がなく診査を拒み、又は忌避したときは法第 16 条第 2 項の規定に基づき手帳の返還を命ずることとなる旨を付記すること。

- (2) (1) により督促したにもかかわらず指定した期限まで診査を受けなかったときは手帳の返還を命ずること。

ただし、診査を受けないことについてやむを得ない事由があると認められたときはこの限りでないこと。

6 都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長は再認定の実施に当たっては、手帳交付の経由機関である福祉事務所長との連携を十分に図ること等により適正な実施が確保されるように努めること。

7 法別表に該当する障害の状態が更生医療の適用等により変化すると予想されると認められた場合は、当該身体障害の症状に応じ、障害認定日又は再認定実施日（時）から1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

なお、再認定を実施する時期は、診断医師の意見を参考にするとともに身体障害者の更生援護に関する相談所の意見を聴取する等医学的判断に基づき決定して差し支えない。

8 参考までに法別表に該当する障害の状態が更生医療の適用等により変化すると予想される疾患の一部を示せばおおむね次のとおりであること。

(1) 視覚障害関係

ア 前眼部障害

パンヌス，角膜白斑

イ 中間透光体障害

白内障

ウ 眼底障害

高度近視，緑内障，網膜色素変性，糖尿病網膜症，黄斑変性

(2) 聴覚又は平衡機能の障害関係

ア 伝音性難聴

耳硬化症，外耳道閉鎖症，慢性中耳炎

イ 混合性難聴

慢性中耳炎

ウ 脊髄小脳変性症

(3) 音声機能，言語機能又はそしゃく機能の障害関係

唇顎口蓋裂後遺症，多発性硬化症，重症筋無力症

(4) 肢体不自由関係

ア 関節運動範囲の障害

慢性関節リウマチ，結核性関節炎，拘縮，変形性関節症，骨折後遺症
による関節運動制限

イ 変形又は骨支持性の障害

長管骨仮関節，変形治癒骨折

ウ 脳あるいは脊髄等に原因を有する麻痺性疾患で後天的なもの

後縦靭帯骨化症，多発性硬化症，パーキンソン病

(5) 内部障害関係

ア 心臓機能障害関係

心筋症

イ じん臓機能障害関係

腎硬化症

ウ 呼吸器機能障害関係

肺線維症

エ ぼうこう直腸機能障害関係

クローン病

オ 小腸機能障害関係

クローン病

様式第 1

第 号
平成 年 月 日

様

都道府県知事
指定都市市長
中核市市長

身体障害者福祉法の障害程度について

標記については下記のとおりであるが、障害程度に変化が予想されるため、再認定を要するので平成 年 月 日に身体障害者福祉法第 17 条の 2 第 1 項（児童福祉法第 19 条第 1 項）の規定に基づく診査を受けること。

なお、詳細については、再認定を行うべき月の 1 か月前に改めて通知するの
で了解されたい。

記

- 1 身体障害者手帳番号
- 2 障害名
- 3 障害程度等級
- 4 再認定を要する理由

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

障害認定の在り方に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

(抜粋)

研究代表者 江藤 文夫

平成25(2013)年3月

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)
総括研究報告書

障害認定の在り方に関する研究

研究代表者 江藤文夫(国立障害者リハビリテーションセンター顧問)

研究要旨

身体障害者福祉法における障害認定の在り方についての基本的な視座に関して検討を深めた。健康は身体的、精神的、社会的に完全に良好(ウェルビーイング)な状態とされ、障害については健康の状態を反映し、機能や形態、日常生活活動、社会活動といった人間のすべての活動領域に関わりを持つものとして重層的に捉える必要がある。さらに、このような重層的な多種多様な問題に対応するための福祉サービスの対象範囲に関する基準や論理の構築に当たっては、機能形態障害と日常生活活動制限や社会参加制約との関係性、ニーズに対する各福祉サービスの効果等が検証されるべきであり、そのための幅広い領域におけるデータの集積を進めていく必要がある。

障害者手帳により、利用したことのある制度やサービスの状況の調査では、交通運賃の減免、自動車税等の減免、公共施設利用の割引等が上位を占め、身体障害者福祉法の本来の目的である障害者の自立援助の直接的サービスとの乖離が示された。また、自立支援法における障害程度区分と障害者手帳の障害等級との相関係数は小さく、調査対象によっては有意性を認めない報告もある。障害者自立支援法が障害者総合支援法に改められ、障害程度区分についても見直しが予定され、障害認定の在り方を含め障害者手帳については抜本的見直しを要するものと考えられる。しかし、障害者手帳が障害福祉に関わる様々なサービスの利用資格としても使用されていることから、課題について広く関心を高めるための啓発活動も必要であるが、未だ十分ではない。

今年度は、これまでの調査の解析、文献の検索に加えて、障害等級判定の公平性等について疑義を生じている事例の中で、人工関節等や心臓ペースメーカー等が体内に埋め込まれている患者の認定基準の見直しについて検討した。また、障害統計に関する国際動向についても引き続き情報の収集に努め、内容を紹介した。

障害認定とそれを利用する制度は機能訓練や自立支援サービス給付以外にも様々であり、障害認定の将来的な役割については、ひとつの姿として、これらの各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくということも考えられる。今後、上記のようなデータに基づく実証、検証を通じて、現行の医学に基盤を置く障害認定と各種制度との関係性を明らかにし、それに立脚した制度の在り方を考えていく必要がある。

研究分担者

岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター顧問)

伊藤利之 (横浜市総合リハビリテーションセンター顧問)
和泉 徹 (北里大学名誉教

授)

寺島 彰 (浦和大学総合福祉学部教授)

飛松好子 (国立障害者リハビリテーションセンター健康増進センター長)

東 修司 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部長)

A. 研究目的

昭和 24 年 (1949 年) に成立した身体障害者福祉法における等級評価は恩給診断の流れをくみ、医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで、認定の公平を期した。その後、障害年金や労災認定など異なる障害程度区分が現われ、統一等級を含めた横並びの問題調整に関する委員会、いわゆる沖中委員会が昭和 30 年代の中ごろ開催され、以来たびたび障害認定の在り方についての課題が指摘されてきた。

障害をめぐる国際的動向としては、1975 年、国連における障害者の権利宣言、翌年の国連障害者年 (1981 年) 決議採択「完全参加と平等」、1981 年の国際障害者年、2006 年には国連障害者の権利に関する条約が採択され、WHO では 2001 年に生活機能障害の分類が刊行されるなど、社会モデル、あるいは権利モデルの採用が促進されてきた。国内では、支援費制度を経て障害者自立支援法が施行され、障害程度区分が採用されたことで、身体障害者福祉法での障害等級から独立して機能障害の重症度が認定されるようになっている。

身体障害者福祉法が施行されて 60 年以上が経過し、この間の障害をめぐ

る国際動向や国内制度の改正により、現在の障害等級を当事者の利用資格認定に用いることの妥当性が問われるようになったことから、医学的診断に基盤を置く障害認定の意義、必要性について検証し、障害認定の在り方について提言することが本研究の目的である。

B. 研究方法

今年度は、これまでの調査の解析、文献の検索に加えて、障害等級判定の公平性等について疑義を生じている事例の中で、人工関節等や心臓ペースメーカー等が体内に埋め込まれている患者の認定基準の見直しについて、改訂試案を作成し、検討討議した。また、障害統計に関する国際動向についても引き続き情報の収集に努め、内容を紹介した。特に、2011 年に WHO と世界銀行により刊行された「障害に関する世界報告書」では、障害に関するエビデンスに基づく最初の国際報告書であり、障害統計についても詳述され、障害者権利条約の実効に向けた提言がなされていることから、その内容を検討した。

C. 研究結果

障害等級の認定については、先行研究においても医療技術の進歩に伴う生活活動水準の改善が反映されず、不公平感を生む要因として指摘された。本年度は社会的関心事として、人工関節置換術施行患者等及び心臓ペースメーカー植え込み患者等に関する障害等級の不公平感が国会においても取り上げられたことから、改めてこれらの事例に関する改定の必要性と改定案の作成について討議した。改定案の

作成と討議のため、研究班会議を5回開催して、人工関節等及び人工ペースメーカー等に関する障害認定について検討した結果、改訂を要すると結論され、改定案を作成した（資料1）。人工ペースメーカー等の障害認定見直しについては、人工弁置換術等についても検討を要することから、第4回会議において関連学会を代表する専門家を招いて討議した。

障害程度の判定においては、「肢体の機能障害の程度の判断は義肢、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」とされ、人工関節等や心臓ペースメーカー等が体内に埋め込まれた事例では本来の臓器機能が全廃した状態として判定され、前者においては手術前に5級であったものが、術後に機能は改善し、日常生活活動における制限が消失しても一律に4級に認定され、後者においては一律に1級と認定されてきた。

体内に埋め込まれた人工臓器或いはデバイスに関して、眼内レンズについては装着した状態での障害認定が既に行われている。人工臓器類については、体外に装着する補装具類と異なり、その都度脱着する手間は不要である。また、医療技術の進歩により、機器の信頼性は明らかに向上しているため、人工関節等については術後のリスクが軽減した時期の機能障害の程度により認定することが適当とされた。しかし、心臓ペースメーカー等では徐脈性不整脈に対するペースメーカーと植え込み型除細動器とでは依存度や不安感により慎重に判断する必要があり、人工弁等についても同様で、機器の不調は生命の危機に直結することから、1級の認定にはリスク保障

の側面も考慮すべきとされた。

障害等級の再認定の可否についての議論では、悪化した場合には本人からの申請がなされるが、改善した場合には「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って」いても、意見書に再認定の必要が記載されていない場合には、事務量など諸般の事情から自治体での対応は困難とされる。そこで、再認定の仕組みを強化する方策も含めて、障害認定の見直しを検討すべきことも指摘された。

その他の障害種別についても検討したが、後天性のぼうこう・直腸機能障害に関しては、既にストマ等に注目して対応されている部分があること、障害認定の対象を拡大するためには介護保険における取扱や年金など所得保障全般を含めて考慮する必要があること、など他制度との関連も含めて総合的に検討を要する課題とされた。

障害認定の国際動向に関して、WHOと世界銀行により刊行された「障害に関する世界報告書」で、障害者人口は世界人口の約15%であり、かつての推計値の10%から、さらに増加していることが報告され、その数値の根拠に関する障害統計の手法が紹介された。その中で、障害統計に関する国連ワシントングループの成果も強調されている。また、国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）による「障害・生活・貧困に関するアクションリサーチ」にわが国も協力して調査を実施したことから、その結果の報告に基づき、わが国の注目点としては、障害年金の重要性（受給者が多い）、家族による支援に対する介護依存度は高くない、仕事をしている（したい）

人は多い、などが抽出された。

D. 考察

昭和 24 年 (1949 年) に成立した身体障害者福祉法は、身体障害者の保護を基本的な目的とする法ではなく、更生、すなわちリハビリテーションを基本的な目的とする法であり、障害のある人々の自立と社会参加を促進する、その更生に必要な限度において、特別な保護を行うこととしている。また、等級評価は恩給診断の流れをくみ、医学的に解剖学レベルでの機能の損失を評価することで、認定の公平を期した。制定時には「職業的能力が損傷されている」ことが身体障害者の定義に含まれ、職業復帰が目的とされたが、内部障害が追加された昭和 42 年改正では法の目的も改め、職業復帰のみを目的としているのではないことを強調した。さらに昭和 59 年の改正では、第 2 条の見出しを「更生への努力」から「自立への努力および機会の確保」と改められ、法の目的は単なる社会復帰ではなくより広く自立と社会参加を目指すものへと変化している。

本法律の施行後、障害年金や労災認定など異なる障害程度区分が現われ、統一等級を含めた横並びの問題調整に関する委員会、いわゆる沖中委員会が昭和 30 年代の中ごろ開催され、以来たびたび障害認定の在り方についての課題が指摘されてきた。特に、国際障害者年 (昭和 56 年) を契機とする社会的な障害者問題に対する関心と理解の深まりを背景として、昭和 57 年 3 月の身体障害者福祉審議会「今後における身体障害者福祉を進めるための総合的方策」答申において、様々な提言がなされた。その中で障害

程度等級に関しては、「身体部位の評価に加え、日常生活活動能力に着目した合理的評価の実現」が記載された。さらに、「内臓機能障害についての能力評価等による等級の見直し」なども記載されている。しかし、この答申を受けた社会局長諮問の身体障害者福祉基本問題検討委員会報告書 (昭和 58 年 8 月) では、現行の程度等級評価の方式は必ずしも適当ではないとしながら、「日常生活能力に着目する評価方法があるが、日常生活能力そのものが本人の意欲、環境による条件等に左右されるものである上、その評価も評価者の主観によって異なることがあると考えられるので」時期尚早と考えると結論し、今日に至っている。

現在では障害者自立支援法が施行され、さらに障害者総合支援法と改められ、各種サービスの個別支援計画においては、個々に日常生活や社会活動に即したアセスメントが実施され、障害程度区分が普及しつつあることから、障害手帳等級の意義は半減している。また、程度区分についても、より一層、自立と社会参加支援の目的に即したものとするため、見直すことが予定されている。

本研究における障害手帳利用者の実態調査により、肢体不自由においては障害等級と日常生活活動、外出、就労等の状況において関係性が認められたが、内部障害 (今回の対象の大多数は心臓機能障害) では、障害等級 1 級であっても ADL は「一人でできる」が大半を占めるなど、日常生活活動や社会活動と障害等級の関係性については必ずしも明確ではない。また、自立支援法における障害程度区分との関係についても必ずしも有意とは限

らず、障害種別や、調査対象によって異なる可能性が示唆される。障害手帳の利用目的については、交通運賃の減免、自動車税等の減免、福祉タクシー制度、所得税・住民税の障害者控除等が多く、間接的には障害者の自立に一定の役割を果たしていると考えられたが、障害等級と手帳の利用状況との相関は明らかでない。

障害等級の認定については、先行研究においても医療技術の進歩に伴う生活活動水準の改善が反映されず、不公平感を生む要因として指摘された。今回、人工関節等及び心臓ペースメーカ等に関する障害認定基準の見直しに関して検討したが、医学的診断に基づく基準であるが、医学・医療技術の進歩に伴う基準の改訂はほとんどなされてこなかったため抜本的な見直しも検討する必要がある。

障害認定とこれを利用する各種制度との関係については、各制度における支援や優遇の対象範囲は本来それぞれの制度の趣旨、目的、性格等に応じて決められるべきものであり、障害認定制度がこれらの異なるすべての制度に適合するような統一的な範囲を定めることに限界があるのであれば、各制度において独自の基準を設けるか、又は、審査コスト等も考慮して障害認定の限界も十分に認識の上で、必要な要件を加味するなどの制度運営上の工夫を行い、障害認定の結果を適切に活用していくことを考えていく必要がある。障害認定の将来的な役割については、ひとつの姿としては、各種制度の共通の基盤となる評価項目に関して審査を行い、その結果に関して情報提供を行うというプラットフォーム的な役割を果たしていくとい

うことも考えられる。

E. 結論

身体障害者福祉法制定当時の主目的は職業復帰支援にあり、障害認定基準は職業能力や日常生活活動（ADL）能力に係る指標として十分に機能していたが、その後60年以上を経て、医学・医療技術の進歩に伴い、障害等級とADL及び社会・職業生活能力との不一致が目立つことが本研究でも確認された。

障害認定の在り方については、障害者総合支援法に基づくサービスと障害者手帳の利用状況等に関する調査の分析をさらに進めていくとともに、国・地方を通じた行政データの収集・分析を進めていくことによって、さらにエビデンスを集積して、障害認定制度とそれを利用する各種制度を含む福祉制度における基準や論理を明らかにしていく必要がある。その上で、医学を基盤とする障害認定とそれを利用する他制度との関係を明らかにし、プラットフォーム的な位置づけも含め、その役割や制度的な位置づけを抜本的に考えていく必要がある。さらに、これらの検討に当たっては、障害統計に関するツールの開発や、米国やヨーロッパ等の国際的な動向にも十分に留意していく必要がある。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

シンポジウム「我が国における障害認定の課題と今後の方向性」（平成25年3月17日、イイノホール）において、研究概要を報告した。

資料1 障害認定の一部見直しについて研究会議で検討された改定案

1. 平成24年会議開催日時、参加者氏名等

第1回研究会議：平成24年6月4日（月）18時～20時、於八重洲倶楽部（第10会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、海野耕太郎、オブザーバー、田中剛

第2回研究会議：平成24年7月23日（月）18時～20時、於八重洲倶楽部（第6会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、海野耕太郎、オブザーバー、田中剛（厚生労働省）

第3回研究会議：平成24年10月1日（月）18時～20時30分、於八重洲倶楽部（第1会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、東修司、オブザーバー、田中剛、青木健一（厚生労働省）

第4回研究会議：平成24年12月20日（木）18時～20時30分、於八重洲倶楽部（第10会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、東修司、我澤賢之、オブザーバー、奥村 謙（弘前大学大学院医学研究科教授）、小野 稔（東京大学医学部付属病院心臓外科教授）、田中剛、青木健一（厚生労働省）

第5回研究会議：平成25年2月14日（木）18時～20時20分、於八重洲倶楽部（第1会議室）、出席者、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、飛松好子、東修司、我澤賢之、オブザーバー、田中剛（厚生労働省）

シンポジウム「わが国における障害認定の課題と今後の方向性」：平成25年3月17日（日）13時30分～16時30分、於イイノ・ホール、シンポジスト、江藤文夫、岩谷力、伊藤利之、和泉徹、寺島彰、吉永勝訓、牧田茂

2. 人工関節置換者等の障害認定の見直し

《第2回、第3回の討議を経て、取り纏められた見直し骨子案》

身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について、において

1 総括的解説

(6) (現行)

肢体の機能障害の程度の判断は義肢、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、2の各項解説に定めるところによる。

2 各項解説

(2) 下肢不自由（現行）

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。

c 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

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。

- 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの
- 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。
 - 股関節に人工骨頭又は人工関節を用いたもの

(見直し骨子案)

肢体の機能障害の程度の判断は義肢、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その限りでなく、術後の経過が安定した時点で必要に応じて再認定し、置換術後の機能障害の程度をもって障害認定を行う。

※その後、平成24年11月28日に開催された厚生労働省の「人工関節等の障害認定の評価に関するワーキンググループ」において、上記の見直し骨子案を踏まえた改正案が検討され、次の内容で了承されている。

(改正案)

肢体の機能障害の程度の判断は義肢、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。

3. 人工ペースメーカ植え込み者等の障害認定の見直し

《第4回、第5回で討議を経て、シンポジウムで報告された提案》

身体障害者障害程度等級表の解説(身体障害認定基準)について、において

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) (現行)人工ペースメーカを装着したもの又は人工弁移植、弁置換術を行ったもの

(提案内容)

- 1) 心臓ペースメーカの絶対適応患者(ガイドラインにおけるクラスIに相当)のみが1級申請可
- 2) ある一定の期間を設けて見直し(軽症化による再認定)をはかっていく
- 3) 認定に関する心臓機能障害の状況および所見の項目の見直し

胸部レントゲン検査と心電図のみでなく、心エコー図、血液検査や運動負荷試験、ADL評価等を用いて日常生活活動の障害程度に着目して判定していく

※ 上記の提案内容は、牧田茂教授(埼玉医科大学国際医療センター心臓リハビリテーション科)によるシンポジウム当日の説明用PPT「等級認定についての問題点:心臓ペースメーカをめぐる」最終頁から引用したもの