

ペースメーカー等の障害認定の評価に関する ワーキンググループ（第2回）

平成25年8月19日（月）

18:00～20:00

場所：専用第14会議室（22階）

議事次第

1. 開会
2. 議事
 - (1) ペースメーカー等の障害認定の見直しについて
 - (2) その他
3. 閉会

「配付資料」

- 資料1 ペースメーカー等の障害認定の評価に関するワーキンググループ構成員名簿
 - 資料2 ペースメーカー等の障害認定の評価に関するワーキンググループ開催要綱
 - 資料3 「心臓ペースメーカー等の障害認定の評価」に関する要望書（日本心臓ペースメーカー友の会）
 - 資料4 障害認定の認定見直しに関する意見書（ICD友の会）
 - 資料5 前回のワーキンググループでの議論の内容
 - 資料6 再認定の運用について（案）
- 参考資料 身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて（部長通知）

ペースメーカー等の障害認定の評価に関するワーキンググループ構成員

氏名	所属及び職名
○ 和泉 徹	恒仁会 新潟南病院 統括顧問 北里大学 名誉教授
岩谷 力	国立障害者リハビリテーションセンター 顧問
◎ 江藤 文夫	国立障害者リハビリテーションセンター 顧問
本江 純子	府中恵仁会病院心臓血管病センター附属 イメージング研究所長
奥村 謙	日本不整脈学会会頭 (弘前大学大学院医学研究科循環呼吸腎臓内科学 教授)
小野 稔	東京大学大学院医学系研究科心臓外科 教授
牧田 茂	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 教授

◎ : 座長 ○ : 座長代理

ペースメーカー等の障害認定の評価に 関するワーキンググループ開催要綱

1. 趣旨

身体障害認定におけるペースメーカー等に係る評価について検討を行う。

2. 構成等

- (1) ワーキンググループは、上記検討事項に関連する専門家等有識者のうちから社会・援護局障害保健福祉部長が参集を求める者をもって構成する。
- (2) ワーキンググループに座長を置き、構成員の互選によってこれを定める。座長は、ワーキンググループの会務を総理する。座長に事故があるときは、あらかじめ座長の指名する構成員が、その職務を行う。

3. 招集等

- (1) ワーキンググループは座長が必要に応じて招集するものとする。
- (2) 座長は必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。

4. その他

ワーキンググループの庶務は、社会・援護局障害保健福祉部企画課において行う。

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

「心臓ペースメーカー等の障害認定の評価」に関する要望書

拝啓

平素心臓ペースメーカー、ICD、CRTの患者の医療と福祉の向上にご尽力くださり厚く御礼申し上げます。

さて平成24年4月4日参議院予算委員会での桜井充議員の「1級障害でゴルフをするのは如何」との質問に対し小宮山洋子厚労相(当時)が「検討します」と返答され、以降新聞雑誌が身体障害等級変更について報じることになりました。

ペースメーカー装着者がゴルフを行うことは決して責められることではありません。ペースメーカーの無い時代には寝たきりであった人がペースメーカー装着により元気を回復し、本来の仕事に復帰した上でゴルフを行っているわけです。一方ゴルフはペースメーカー電極に対して張力がかかるため推奨するスポーツとは言えませんが、自己責任のもとでプレイするわけですから問題はないと考えます。

またパラリンピックにおいて義手、義足の選手が好成績を収めた場合、拍手こそすれ、決して非難することではありません。好成績を上げたという理由で等級を下げられるということがあるのでしょうか。これらの方々も普段は社会のために仕事をし、身障者認定による多少の恩典はあるものの、ペースメーカー装着者と同様に納税の義務もはたしていると考えます。ゴルフをすることが身障者等級を下げるごとの根拠は薄弱であるとの印象は払拭できません。

医学と科学の進歩により、多くの身体不能力者が能力者となり、また寝たきり状態が解消され、発作などに対する費用も不要となり医療費の削減に貢献していると考えます。

ペースメーカーは最も進歩した人工臓器といわれていますが、まだ完全なものではありません。個々の不都合な事項について述べることは繁雑にすぎますので簡単に列挙します。

- 1) パルス発生器の故障、電極の断線により刺激パルスが心臓に到達しない場合は突然死を起こす可能性があります。
- 2) 電池寿命が数年であるため一生のうちに数回以上の植え替えを必要とします。

- 3) ペースメーカーは異物であるために一旦感染が発生する（植え替えの回数が増加するほど感染の機会は増加する）とペースメーカー本体および電極を抜去しなければならず、大きな危険を伴います。
- 4) 電磁障害については携帯電話の問題はやや鎮静化しましたが、最近電気自動車の急速充電器のペースメーカーに与える影響などが問題となっています。その他家庭の電気機器、マッサージ機器も問題となる場合があります。
- 5) 電極周辺の血栓形成により上大静脈症候群（上大静脈の閉塞）を起こす可能性もあります。

などです。以上の不具合は先天性、後天性を問いません。

私を含め日本心臓ペースメーカー友の会の役員数名が平成 25 年 6 月 17 日の「ペースメーカー等の障害認定の評価に関するワーキンググループ（第 1 回）」を傍聴いたしました。そこで感じたことは「身障認定の変更」が既定のこととして議論が行われていることでした。等級を変更する場合には学会のガイドライン（資料配布はありました）で示されたペースメーカーの植込み適応をどのように考えるか、また認定する医師をどのように選ぶかの議論もありませんでした。

また従来認定では「ペースメーカー植込み前の病状」で判定するのに対し、今後は「ペースメーカー植込み後」の病状によって判定するといわれています。判定基準の 180 度の転換といえますが、福祉を重点政策の一つとして掲げる政府としての説明も大きな関心事であります。

日本心臓ペースメーカー友の会は決して圧力団体ではないことは従来から主張して来たことであります。しかし安易な身体障害の等級変更は影響が大きいと考えられますので慎重なご審議をお願いする次第であります。ご賢察のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

平成 25 年 7 月

日本心臓ペースメーカー友の会
会長 須磨 幸蔵

〒156-0052

東京都世田谷区経堂 1-15-20-200

TEL/FAX 03-3420-1200

厚生労働大臣

田村 憲久様

平成 25 年 8 月 7 日

ICD 友の会

会長 長谷川 三郎



障害認定の認定見直しに関する意見書

厚生労働省におかれましては、平素から障害者支援に関しましてご理解賜りまことにありがとうございます。

さて、表記の障害認定の見直し案についてICD友の会の意見を申し上げます。

今回の見直し案では、ペースメーカー等という括りでペースメーカーとICD、CRT-D（両室ペーシング機能付き植込み型除細動器）を同等のものとして取り扱うとのことですが、ICD及びCRT-Dは致死性の不整脈に対処するために植え込まれるもので、そのもとになる疾患は多岐にわたります。また、経過年数によってその症状が安定するものでもありませんので、認定の見直しにはなじまないものです。認定後に症状が悪化することは十分考えられます。

○ 従って、ペースメーカーとICD、CRT-Dを別の扱いとし、ICD、CRT-Dは見直しの対象としないで頂きたい。

上記要望が受け入れられない場合には、見直しの方向性（案）と具体的判断基準に関して次のように意見を述べます。

1.

見直しの方向性（案）について

- ① ペースメーカー等への依存の程度及び植込み後の日常生活活動の制限の程度を勘案した上で認定を行う。
- ② 依存の程度については、「不整脈に非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（日本循環器学会）を、日常生活活動の制限の程度については、メッツ（METs）の値を活用する。
- ③ 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。
- ④ 一定期間については、植込みから3年後とする。
- ⑤ 先天性疾患により装着したもの及び人工弁移植、弁置換については、従来どおりの取扱い（1級）とする。

※上記の取扱いは、制度改正後、新たに申請する者に対し、適用する

②に関して、メッツの値の活用を判断基準の一部とすることは理解します。しかし、議事録等を拝見すると、このメッツに対する依存度が高すぎると感じます。ワキンググループの討議のなかで、奥村構成員と和泉構成員の間で要旨次のやりとりがあります。

奥村構成員 写真、心電図だけでなくエコー、血液検査（BNP）、運動負荷試験、ADL、等は、再認定のときに具体的な数値とか設けられるのでしょうか。

和泉構成員 そうしていただかないと整合性がとれなくなっていくと思います。結論だ

けがすごく時代にマッチしていても、方法論が余りにも古過ぎるとどこかで破綻していく脆弱性をもっていると私は思います。

- これを踏まえ、「認定の基礎となる診断書の具体的数値等の適正化を図る。」旨の一文を加えて頂きたい。
- ⑥に関して、先天性疾患により装着したものとの差別化は不公平感を感じます。
- そこで先天性疾患の定義と、見直しから除外する理由を明らかにして頂きたい。

2.

具体的な判断基準（案）について

《植え込み術直後の判断基準》

(1級)

ペースメーカー等を装着し、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの

ペースメーカー等への依存度が絶対的なもの（「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）のレベルと推奨度のグレードがクラスⅠに相当する状態に対して、植え込みを行った場合）

(3級)

ペースメーカー等を装着し、家庭内での日常生活が著しく制限されるもの

ペースメーカー等への依存が相対的なもの（上記がガイドラインのクラスⅡ以下の状態に対して、植え込みを行った場合）であってメッツの値が4未満のもの

(4級)

ペースメーカー等を装着し、社会での日常生活が著しく制限されるもの

ペースメーカー等への依存が相対的なもの（上記がガイドラインのクラスⅡ以下の状態に対して、植え込みを行った場合）であってメッツの値が4以上のもの

《一定期間経過後（再認定）の判断基準》

(1級)

ペースメーカー等を装着し、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの

メッツの値が2未満のもの

(3級)

ペースメーカー等を装着し、家庭内での日常生活が著しく制限されるもの

メッツの値が2以上4未満のもの

(4級)

ペースメーカー等を装着し、社会での日常生活が著しく制限されるもの

メッツの値が4以上のもの

- この判断基準は認定及び再認定ともにメッツの値のみで判断されるとの誤解をされる基準であると思います。このメッツの値を決める診断データを明確にして頂きたい。奥村構成員はワーキンググループで「植え込み型除細動器の場合は、頻拍が起こって意識消失、

命に危険な状態が起こるものということです活動度としては、植え込み前はこの状態であることには、クラスⅠが相当することには間違いのないと思います。」また、「ペースメーカーの場合をちょっと横に置いて、植え込み型除細動器のほう、今回も含まれています。植え込み型除細動器の適用となる患者さんは、1次予防にせよ、2次予防にせよ、もともと心臓の働きが非常に悪い方が多いです。ましてや、CRTと言いますが、両室ペースメーカー、これは除細動機器の多くの場合に取り入れていますけれども、その場合はさらに心臓の働きが落ちて、まさに2メッツあるいはその前後という患者さんが適用になってきますので、例えば除細動器を植えたとしても、余り状態が変わらないことが多いです。」と発言しています。

○ ペースメーカー等と括らずに、ペースメーカーとICD、CRT-Dとは別に認定の基準を考えてはいかがでしょうか。再認定の際の事務負担がなくなると考えます。

次に、この初期認定、再認定とも1、3、4級となっています。これは、心臓病の場合は死と直面しているため、2級という認定は行わず、2級は1級に繰り上げているとききました。添付の参考資料「国民年金の認定基準」では、明確に1級、2級、3級と区別されます。その認定基準では、2メッツ未満を1級、2から4メッツで他の症状を勘案して2級、3から6メッツで他の症状を勘案して3級となっています。

ワキガグループの素案では、2メッツ以上4メッツ未満を3級とするとのことですが、これでは2級に該当する部分がありません。

国民年金の1級もこの素案の1級も2メッツ未満となっていますので、これは1級のみの括りです。1、3、4級としている概念（1、2級を1級とする）を無視したものと云わざるを得ません。

○ 従って、「1級はメッツの値が3未満のもの、3級はメッツの値が3以上5未満のもの、4級はメッツの値が5以上のもの」が妥当だと考えます。

一定期間経過（症状の安定が見込まれる期間）後の再認定を行った場合、その後は認定を行わないということでしょうか。仮に3、4級という認定を受けた後に状態が悪化した場合の再認定は行われるのでしょうか。

○ 再認定後に症状が悪化した場合には再度、認定の見直しができる方法を明示して頂きたい。また、再認定を行う、行わないに拘わらず、見直しの方向性（案）にその旨を明示しておく必要があります。

参考資料

国民年金・厚生年金保険障害認定基準

第11節 心疾患による障害（平成22年11月1日改定）

心疾患による障害の程度は、次により認定する。

1 認定基準

心疾患による障害については、次のとおりである。

令別表	障害の程度	障害の状態
国年令別表	1級	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
	2級	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
厚年令別表第1	3級	身体の機能に、労働が制限を受けるか、又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの

心疾患による障害の程度は、呼吸困難、心悸亢進、尿量減少、夜間多尿、チアノーゼ、浮腫等の臨床症状、X線、心電図等の検査成績、一般状態、治療及び病状の経過等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであつて、長期にわたる安静を必要とする症状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に、また、労働が制限を受けるか又は労働に制限を加えることを必要とする程度のものを3級に該当するものと認定する。

2 認定要領

(1) この節に述べる疾患とは、心臓だけではなく、血管を含む循環器疾患を指すものである。(ただし、血圧については、本章「第17節 高血圧症による障害」で述べるので除く。)心疾患による障害は、弁疾患、心筋疾患、虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症)、難治性不整脈、大動脈疾患、先天性心疾患に区分する。

(2) 心疾患の障害等級の認定は、最終的には心臓機能が慢性的に障害された慢性心不全の状態を評価することである。この状態は虚血性心疾患や弁疾患、心筋疾患などのあらゆる心疾患の終末像である。慢性心不全とは、心臓のポンプ機能の障害により、体の末梢組織への血液供給が不十分となった状態を意味し、一般的には左心室系の機能障害が主体をなすが、右心室系の障害も考慮に入れなければならない。左心室系の障害により、動悸や息切れ、肺うっ血による呼吸困難、咳・痰、チアノーゼなどが、右心室系の障害により、全身倦怠感や浮腫、尿量減少、頸静脈怒張などの症状が出現する。

(3) 心疾患の主要症状としては、胸痛、動悸、呼吸困難、失神等の自覚症状、浮腫、チアノーゼ等の他覚所見がある。臨床所見には、自覚症状（心不全に基づく）と他覚所見があるが、後者は医師の診察により得られた客観的所見なので常に自覚症状と連動しているか否かに留意する必要がある（以下、各疾患に同じ）。重症度は、心電図、心エコー図・カテーテル検査、動脈血ガス分析値も参考とする。

(4) 検査成績としては、血液検査（BNP値）、心電図、心エコー図、胸部X線、X線CT、MRI等、核医学検査、循環器動態検査、心カテーテル検査（心カテーテル法、心血管造影法、冠動脈造影法等）等がある

(5) 肺血栓塞栓症、肺動脈性肺高血圧症は、心疾患による障害として認定する。

(6) 心血管疾患が重複している場合には、客観的所見に基づいた日常生活能力等の程度を十分考慮して総合的に認定する。

(7) 心疾患の検査での異常検査所見を一部示すと、次のとおりである。

区分	異常検査所見
A	安静時の心電図において、0.2mV以上のSTの低下もしくは0.5mV以上の深い陰性T波（aVR誘導を除く。）の所見のあるもの
B	負荷心電図（6 Mets未滿相当）等で明らかな心筋虚血所見があるもの
C	胸部X線上で、心胸郭係数60%以上又は明らかな肺静脈性うっ血所見や間質性肺水腫のあるもの
D	心エコー図で中程度以上の左室肥大と心拡大、弁膜症、収縮能の低下、拡張能の制限、先天性異常のあるもの
E	心電図で、重症な頻脈性又は除脈性不正脈所見のあるもの
F	左室駆出率（EF）40%以下のもの
G	BNP（脳性ナトリウム利尿ペプチド）200pg/ml相当を超えるもの
H	重症冠動脈狭窄病変で左主幹部に50%以上の狭窄、あるいは3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄を認めるもの
I	心電図で陳旧性心筋梗塞所見があり、かつ、今日まで狭心症状を有するもの

(注1) 原則として、以上検査所見があるもの全てについて、それに該当する心電図等を提出（添付）させること。

(注2) 「F」についての補足

心不全の原因には、収縮機能不全と拡張機能不全とがある。近年、心不全症例の約 40% はEF値が保持されており、このような例での心不全は左室拡張不全機能障害によるものとされている。しかしながら、現時点において拡張機能不全を簡便に判断する検査法は確立されていない。左室拡張末期圧基準値 (5—12mmHg) をかなり超える場合、パルスドプラー法による左室流入血流速度波形を用いる方法が一般的である。この血流速度波形は急速流入期血流速度波形 (E波) と心房収縮期血流速度波形 (A波) からなり、E/A比が 1.5 以上の場合は、重度の拡張機能障害といえる。

(注3) 「G」についての補足

心不全の進行に伴い、神経体液性因子が血液中に増加することが確認され、心不全の程度を評価する上で有用であることが知られている。中でも、BNP値 (左室で生合成され、心不全により分泌が亢進) は、心不全の重症度を評価する上でよく使用されるNYHA分類の重症度を良好な相関性を持つことが知られている。この値が常に 100pg/ml 以上の場合は、NYHA新機能分類でⅡ度以上を考えられ、200pg/ml 以上では心不全状態が進行していると判断される。

(注4) 「H」についての補足

すでに冠動脈血行再建が完了している場合を除く。

(8) 心疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。

一般状態区分表

区分	一般状態
ア	無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの
イ	軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や産業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など
ウ	歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の 50%以上は起居しているもの
エ	身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の 50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの
オ	身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの

(参考) 上記区分を身体活動能力にあてはめると概ね次のとおりとなる。

区分	身体活動能力
ア	6 Mets 以上
イ	4 Mets 以上 6 Mets 未満

ウ	3 Mets 以上 4 Mets 未満
エ	2 Mets 以上 3 Mets 未満
オ	2 Mets 未満

(注) Mets とは、代謝当量をいい、安静時の酸素摂取量 (3.5ml/kg 体重/分) を 1 Mets として活動時の酸素摂取量が安静時の何倍かを示すものである。

疾患別認定例

難治性不整脈

障害の程度	障害の状態
1 級	病状 (障害) が重篤で安静時においても、常時心不全の症状 (NYHA 心機能分類クラスIV) を有し、かつ、一般状態区分表のオに該当するもの
2 級	1 異常検査所見の E があり、かつ、一般状態区分表のウ又はエに該当するもの 2 異常検査所見の A、B、C、D、F、G のうち 2 つ以上の所見及び病状をあらわす臨床所見が 5 つ以上あり、かつ、一般状態区分表のウ又はエに該当するもの
3 級	1 ペースメーカー、ICD を装着したもの 2 異常検査所見の A、B、C、D、F、G のうち 1 つ以上の所見及び病状をあらわす臨床所見が 1 つ以上あり、かつ、一般状態区分表のイ又はウに該当するもの

(注1) 難治性不整脈とは、放置すると心不全や突然死を引き起こす危険性の高い不整脈で、適切な治療を受けているにも拘わらず、それが改善しないものを言う。

(注2) 心房細動は、一般に加齢とともに漸増する不整脈であり、それのみでは認定の対象をはならないが、心不全を合併したり、ペースメーカーの装着を要する場合には認定の対象となる。

前回のワーキンググループでの議論の内容

- ペースメーカー等の装着者に対する心臓機能障害の障害認定については、以下の方向性で取り扱うこととまとまる。
 - ・ ペースメーカー等への依存の程度及び植え込み後の日常生活活動の制限の程度を勘案した上で認定を行う。
 - ・ 依存の程度については、「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、日常生活活動の制限の程度については、メッツ(METS)の値を活用する。
 - ・ 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。
 - ・ 先天性疾患により装着したものと及び人工弁移植、弁置換については、従来どおりの取扱い(1級)とする。
 - ・ 上記の取扱いは、制度改正後、新たに申請する者に対し、適用する。
- 再認定を徹底させるための運用については、今後検討する。 → 資料6

(参考) 具体的な判断基準 (案) について

《植え込み術直後の判断基準》

(1級)

ペースメーカー等を装着し、自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの

→ ペースメーカー等への依存が絶対的なもの(「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)のエビデンスと推奨度のグレードがクラスIに相当する状態に対して、植え込みを行った場合)

(3級)

ペースメーカー等を装着し、家庭内での日常生活が著しく制限されるもの

→ ペースメーカー等への依存が相対的なもの(上記ガイドラインのクラスII以下の状態に対して、植え込みを行った場合)であって、メッツの値が4未満のもの

(4級)

ペースメーカー等を装着し、社会での日常生活が著しく制限されるもの

→ ペースメーカー等への依存が相対的なもの(上記ガイドラインのクラスII以下の状態に対して、植え込みを行った場合)であって、メッツの値が4以上のもの

《一定期間経過後（再認定）の判断基準》

(1級)

ペースメーカー等を装着し、自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの

→ メッツの値が2未満のもの

(3級)

ペースメーカー等を装着し、家庭内での日常生活が著しく制限されるもの

→ メッツの値が2以上4未満のもの

(4級)

ペースメーカー等を装着し、社会での日常生活が著しく制限されるもの

→ メッツの値が4以上のもの

再認定の運用について(案)

パースメーカー等の装着者については、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(3年間)経過後に再認定を行うことを原則とするが、その徹底を図るため、具体的な運用については、以下のとおり取り扱うこととはどうか。(身体障害者障害程度の再認定の取り扱いについて(部長通知)を改正)

- 現行においても再認定が必要とされる場合、身体障害者手帳を交付する際、診査を実施する年月について通知しているが、今後は、身体障害者手帳にも記載する。
- 上記の取扱いは、パースメーカー等に係る再認定の場合に限らず、すべての再認定に適用する。
- この取扱いは、制度改正後、新たに申請する者に対し、適用する。

○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