

もう一度9ページに戻っていただきまして、「両下肢に機能障害を残すもの」の例示として、両下肢の3つの関節のうち、それぞれ1関節の筋力が半減しているものとしております。これは、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度ですので、障害の状態としては、両下肢のそれぞれ1関節の筋力が半減している程度ではないかと考えました。

この内容が妥当であるかどうか、ご議論いただきたいと存じます。

最後に、「ケ」、9ページの下部分でございますが、ここは一下肢の障害手当金の規定です。「一下肢に機能障害を残すもの」の例示として、一下肢の3つの関節のうち、1関節の筋力が半減しているものとしております。これは、先ほど説明いたしました3級の両足の規定を片足にしたものです。

この内容が妥当であるかどうかをご議論いただきたいと存じます。

今まで説明したのは「下肢の障害」でございますが、「上肢の障害」も同様に修正しております。説明は省略させていただきますが、併せてご検討いただければと存じます。

○（座長） ありがとうございます。

これはちょっと複雑ですので、頭を整理してかからないといけないと思うのですが、いかがでしょうか。何度も〇〇委員に振ってしまつて恐縮ですけれども、現実的に認定を手がけておられて、このあたり、どうお感じになられますか。

○（〇〇委員） 従来、やはり両下肢の機能障害についてのこのような記載がなかったものから、例えば人工股関節、あるいは人工ひざ関節置換術を、1関節ずつ、両下肢に入れた場合と、両股関節、両ひざ関節、すなわち4つの関節置換術を、例えば関節リウマチではあり得るわけですが、そういう場合、判断に若干、相違が見られるかもしれません。それは、かなり以前に、十数年前に、全国で認定医会議というのが開かれたときにも、そのあたりをどのように全国統一的にやっていくかという議論の中で、そういう印象を持った覚えがありましたので、こうしたものがあれば判断しやすいのではないかとはいえます。

むしろ、認定医サイドとしてはそうですが、座長がおっしゃったように、論理的にどうかというのは、今すぐ判断できませんので、それはご議論いただきたい。

○（座長） すぐにイメージをつくるのが困っているのですが、まず、8ページの「ア」の「両下肢の機能に著しい障害を有するもの」の例示はこれでいいでしょうか。不良肢位で強直しているもの、筋力と可動域が半減しているもの、それから筋力がないもの。そうですね。これは、大体、常識的に考えて、余りこれで問題ないように思います。ごくごく特別な場合に

問題になることがありますでしょうか。〇〇委員は、例えばギラン・バレーで、極めて筋力が低下しているような場合は、何か想定できますか。何かこれに反するようなことというのは、想像できますでしょうか。患者さんをご覧になっていたりすることで何かございますか。

○（〇〇委員） 特別ないと思います。

○（座長） ありがとうございます。

○（〇〇委員） 〇〇委員にお伺いしたのは、例えば、シャルコー・マリー・トゥースあたりではいかがでしょうか。3級相当か、2級相当か、1級相当か、こちらでこういう規定がないときにはちょっと判断に、認定上、少しいろいろ総合的にとは申しましても、どのように考えたらいいかということがあったのですが。

○（〇〇委員） 我々が使う病気というのは、やはりこの3大関節の中の2関節以上がとか、そういう感じではないのですよね。単神経炎とか、動かないときは両下肢全体が動かないと。どこの関節に言及をしてとか、そういうことは余りないので、この基準でいいのではないかというか、これから大きく外れるような人はいない。神経疾患の場合はですね。

○（座長） 〇〇委員、どうでしょう。「ア」の部分で何かご意見ございますか。

○（〇〇委員） こういう表現にしてありますが、この人たちが、どういう生活を送っているのかなと思うと、「ア」はちょっと置いておいて、「イ」もやはり歩けないだろうと思うわけでありまして。不良肢位で強直というのが余りイメージできないのですが、でも不良肢位ですから、歩行に障害があると考えたら、どれもこれも歩行困難ということで同等と考えてよいかなと。

○（座長） そうですね。昔のポリオなどではこのような患者さん、いたと思いますけれども、今のところは、我々も実際の患者さんとして目に浮かんでくるような人は、余りいないですね。

だから、それで概念的にというか、これはこれで多少理解が難しいのですが、特に表現としては、これでよろしいのではないかと私は思いますが、よろしいでしょうか。

○（〇〇委員） 例示としましては、例えば骨肉腫で、切断ではなくて、間を人工物で置き換えるとか、それから、これは関節ではないのですが、慢性化膿性骨髄炎で、かなり筋肉が萎縮して、拘縮もあって、注意すれば装具なしでも、屋内は歩けるけれども、階段昇降とか屋外はどうかとか、そういったものは想定されるのですが、そのあたりはそれほど認定上は判断に困ることはないので、私はこれでよろしいのではないかとはいえます。

○（座長） ありがとうございます。では、そのようにさせていただきたいと思います。

次は、「ウ」ですね。

○（〇〇委員） また、例示として、先天性で途中が欠損している、例えばPFFDとか、あとは腓骨なり頸骨なりが一部、間が欠損しているとか、そういうことです。ただそれは、余り認定上は困らないということです。

○（座長） ありがとうございます。

ウはどうでしょうか。これもそれほど、今のようなことから言えば、これでよろしいのかと思えますけれども、よろしいですね。

それから、キです。「身体の機能に、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの」として、「例えば、両下肢の3大関節中それぞれ1関節の筋力が半減しているもの」という例示です。そうですね、これも、労働者にもよるわけで、労働の種類によるわけですから。必ずしも、ただ労働といっても、デスクワークの人はそんなに困らないということもありますし、それから通勤ができないということも労働に差し支えるととれますし、いろいろ言い出したら切りがないと思うのですが、実際は、余り問題ないのですね、〇〇委員。

○（〇〇委員） このあたりも比較的まれな症例になってくるとは思います。

例えば、足部が変形してくる後脛骨筋症候群とか、外反扁平変形が進んで、足関節から、固定術が必要だとか、専門の先生もいらっしゃいますけれども、そういったもので両足でとか、比較的まれなケースにはなってくるとは思います。ただ、基準上はやはり全てを含んでおかなければいけないということで、こういうものが設定されているということだと思います。

あとは外傷ですね。例えば、両足同時に着地した転落で両足関節、踵骨骨折の後の足関節機能障害とか、そういったことかと思えます。

ただし、3級か2級か1級相当かどうか判断する上では、そう認定上は問題はないと思います。

○（座長） 問題はないですね。

例えば、ここに書いてあるのは、身体の機能に著しい制限を受けるかというのですが、私の経験した方は、そのために転職を余儀なくされたという方がいるわけです。転職してしまえば、そこでちゃんとした仕事ができているというような場合には、これはどうしているのでしょうか。それは、身体の機能や労働が著しい制限を受けるかということに該当するのでしょうか。該当すると考えるのでしょうか。

○（事務局） 厚生年金のほうの認定の先生が労働制限を考えられるとき、比較的、収入を

得られて長く働けるかどうかというような観点を見てくださっているのです。ですから、例えば転職したとしても、ある程度の労働ができて、ある程度収入を得られるのであれば、それはさほど労働に制限を受けているとは見られないようなところもあります。

これ、仕事で分けてしまいますと、例えば、肉体労働をしていた人が体に支障が出れば、それは「著しい」になってしまいますし、デスクワークの人と違うのですが、やはりこれ、元々厚生年金法が19年ごろに大体、基準の大もとができていますから、その当時、やはり肉体労働というか、そういった方々がまずはベースで、労働という概念ができていますので、恐らく当初はそうだったのだと思います。ただ、今はもうデスクワークが中心になっていますから、ちょっと言葉的にそぐわないところはあるのかもしれませんが、転職をしてでも、やはり何かしらの仕事ができている、要は一般労働ができているということであれば、それは著しいというふうにとらなくてもいいのではないかというふうに思っております。

○（〇〇委員） 認定で、このところの「労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする」ということと、下のほうの「日常生活における動作に制約が加わることから、その動作を考慮して総合的に判断する」というような場合は、例えば二分脊椎で、水頭症があって、V-Pシャントをやっている、排せつ障害があるけれども、そちらのほうでは自己導尿をなさっていて、いろいろな制限が加わるのですが、内部障害としては該当しないと。

一方、下肢のほうは、足関節が尖足で、比較的下位のほうの障害で、何とか歩いていらっしやるという場合に、やはりこのところをとらえて、この方はかなり制限が加わっているのではないか、あるいは支障があるのではないかということ判断することもありますので、やはりこういう文言を入れておいていただいたほうが認定はしやすいと思います。

○（座長） 分かりました。

これらについては、労働なんかにも、時代によって労働というもののいろいろな価値観とかが変わっていくわけですから、これはこの表現はこういうことで、あとは疑義解釈とかいろいろなところで、明らかにしていただくということになるのだらうと思いますけれども、それでよろしゅうございますね。

○（〇〇委員） すみません、時間とりまして。もう一点ありまして、診断書に、肢体のところですが、実は言語というところがあって、それは他人が理解できるかできないかなどとか、それから、そういうことも含めて、知的障害の方や、あるいは高次脳機能障害の方なども、こういったことで、総合的に判断するというところで認定する場合もございます。それから

あとは脳性麻痺の方とか、アテトーゼ・タイプの方とかですね。

○（座長） 先生、そのことは診断書の㊸欄の「その他の精神・身体の障害の状態」というところにお書きになるわけですね。

○（〇〇委員） そうです。

○（座長） それで、総合的にということになっていくわけですね。

○（〇〇委員） はい。

○（座長） ありがとうございます。

これはよろしいということで、お認めいただけますでしょうか。ありがとうございます。

では、次をお願いします。

○（事務局） 続きまして、資料1の2ページの中段です。「前腕の回内・回外の障害の状態を判断する可動範囲の制限値は、障害の程度として妥当か」についてです。

資料2の4ページも併せてご覧ください。

左側の真ん中の少し下のところ、「シ」の箇所です。ここはちょっと変更がありまして、前回提示した資料4の「たたき台」では、5ページの（4）「関節可動域の測定方法等」の「ア」に注意書きとして記載していましたが、内容が機能障害の状態や程度について表記していますので、「関節可動域の測定方法等」の欄に注意書きとするのは適切でないと判断し、記載箇所をこの機能障害の欄へ移動しました。

また、現行の基準には記載がありませんが、これは各関節の主要な運動は何か、を日本年金機構で検討している際に、前腕の「回内・回外」も「屈曲・伸展」等と同様に、主要な運動とした上で、労働に制限を受ける程度の障害であれば、認定の対象としたほうがよいということで、日本年金機構から要望があり、追加することとしたものです。前腕の回内・回外の他動による運動可動範囲が健側の4分の1以下に制限されている障害の状態は、上記「サ」の障害手当金と同程度の障害として妥当であるかどうか、ご議論いただきたいと存じます。

○（座長） ありがとうございます。

これは、障害手当金の対象となるかどうかですね。

○（事務局） はい。

○（座長） そうですね。分かりました。

その障害手当金の対象になるのは、例えば食事をするとか、スプーンで食事をするとか、顔を洗うとか、用便をするとか、そういうものに何らかの障害があるということをもって障害手当金に該当するような可動域制限であるかどうかということですね。

○（事務局）　そうです。

○（座長）　それから、一足と両足の場合はどう考えるのでしょうか。回内・回外の制限で一番問題、先天性の撓尺骨癒合症というのがあって、これは、片足、要するに片側だけが変形、動かない場合と、両足が動かない場合と、全然、その障害の程度が違うのです。片側だけの場合には、実は余り障害にならないのですが、両側だととてもぐあいの悪いことが起こってくるということがありますので、その辺はどのように。

○（事務局）　先生、今、おっしゃられた病名だと、先天性で、生まれたときからそういった障害が出ているということによろしいですか。そうしますと、ここで言っている手当金相当というのが厚生年金の、要は働くようになってから障害になった方だけが対象になるので、恐らくそういう先天性の方はこの等級で判断することがないのです。

ですので、あるとすれば20歳以降でお勤めしていられる方とかで、外傷性とか、もしくは病気で回内・回外の不便が出たということですので、その上の「例えば」のところ、一上肢の3大関節の1関節の筋力が半減しているというのが例で出ていますけれども、それと同じぐらいと考えたらどうだろうということで、ここに入れてあるのですが、その辺で同じぐらいの程度かなというのを。

○（座長）　分かりました。ありがとうございます。

4分の1、片一方、まあ……。

○（事務局）　もし、あと参考にするのであれば、認定基準、先日本お渡しした認定基準の中に、ここに書いてあります併合判定参考表の10号というのが、100ページあたりですが、この100ページの3級の10号というところに1から15まで、実際は1から10までですが、これが手当金と同じぐらいの障害の程度というふうに考えておりますので、それと比較していただいてもいいのかなと思います。

○（座長）　ありがとうございます。

本当にその4分の1はどこから、要するに回内・回外で、回外側に4分の1なのか、回内側に4分の1なのか、それからその出発地がどこなのかということによって、つまり回内肢位の完全な回内のところから、回外が何度かということ、随分、これまたケースによっては違ってくると思うのですが、〇〇委員、現実的にはそれが問題になるような方は、余りおられないのですね。頭の中ではいくらでも考えられるのですが、現実的にそういう方にお会いになっていて、問題が起こっているかどうかを教えていただきたいのですが。

○（〇〇委員）　私の担当は障害基礎年金のほうなので、この障害手当金の担当ではないの

ですが、例えば、今、おっしゃった回内・回外のことにつきましては、日常生活における動作のほうで顔を洗うところ、これが一応、4段階でつけることになっておりますので、そのあたりも含めて、あとは用便の処置ですね。ジッパーをおろすとか、あるいは後始末です。それから、ボタンをとめるとかそういった、上肢のほうはちょっと巧緻性も絡んでくるのですが、そういったところで総合的に判断できると思います。

○（座長） それから、すみません、この4分の1という数はどこから出てきたのでしょうか。ここを4分の1とした根拠を教えてください。

○（事務局） 日本年金機構側から要望があったものですが、実は労災に同様の規定がございます。労災では10級に該当するとなっております。

○（座長） この4分の1以下が労災の10級ですね。

○（事務局） 10級です。

○（座長） そうすると、大体それは横並びというか、それぐらいと判断してよろしいということですね。

○（事務局） はい、そうです。

○（座長） ありがとうございます。

根拠はそういうところだそうですので、これもよろしゅうございますでしょうか。では、お認めいただくということで、ありがとうございます。

では、次にまいりたいと思います。

○（事務局） 次に、資料1の2ページの下段、『人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについては、「障害の状態が悪化している場合」に上位等級に認定することとしているが、その取扱いの対象は妥当か』についてです。

原則、人工骨頭または人工関節をそう入置換した場合は3級と認定することとしていますが、そう入置換してもなお、状態が悪いときに上位等級にするための規定について、修正したものです。

資料2の9ページも併せてご覧ください。「下肢の障害」で説明いたします。

「ク」の（ア）のところですが、ただし書き以降の「手術前よりも」と、その2行下の「日常生活における動作の制約、その原因及び経過等を十分考慮し、」の文面を削除しています。

「手術前よりも悪化している場合」とすると、判断する時点において、手術前の状態と比べて悪化している場合は、上位等級に認定するということになり、比較する必要が生じます。

この場合、手術前の障害の状態を認定した診断書があれば、障害の状態を比較することはでき

ますが、新規に請求してきた場合は、請求時の診断書のほかに、手術前の障害の状態が記載されている診断書も添付していただくことが必要となり、請求者に負担をかけることとなりますので、関節機能の改善を目的に人工骨頭または人工関節の手術的治療を行っても、その改善が図られないことを悪化と判断することとしました。

また、「日常生活における動作の制約、その原因及び経過等を十分考慮し、」のほうは、上位等級に認定する場合、先ほど説明いたしました「ウ」の両下肢の2級の規定以上のなお書きで、「日常生活における動作に制約が加わることから、その動作を考慮して総合的に判断する」と規定したことから、内容が重複していましたので、削除したものです。

話を元に戻しまして、現行の認定要領では、3級から上位等級である2級以上に認定する規定が、「一下肢の用を全く廃したもの」という表記しかなかったことから、両下肢について、両下肢の機能に相当程度の障害を残すもの程度以上という規定を新たに設けました。その際、2級、1級へと認定する場合の取扱いを、「障害の状態が悪化している場合」としましたが、上位等級に認定する対象として妥当であるかどうかをご議論いただきたいと思います。

なお、「上肢の障害」についても、同様に記載しておりますので、説明は省略させていただきますが、併せてご検討いただければと思います。

あと、最後にこの見直し案における字句の修正、記載順序の変更など、特に医学的な見地でご検討いただく必要がないと思われることについては、説明はしておりませんが、そのような箇所については、ご了承いただいてもよろしいでしょうか。

○（座長） 最後のことですが、もう一度。一番最後に言われたことは理解しにくかったのですが。

○（事務局） 記載の順序がおかしかったり、字句の修正のところも、今回、一緒に見直しており、整合性がとれるように変更しております。医学的な検討は全く必要ないですが、今回のこのような構成、認定基準の構成としてよろしいでしょうかという確認の意味で申し上げました。

○（座長） つまり、実際はここには指摘は青色などにしていないけれども、その辺も直してありますよという、そういう意味ですか。

○（事務局） はい、資料2を見ていただくと、下線を引いてあるだけのところがあると思うのですが、そこです。それは大体、順番を変えたりとか、言葉が合っていなかったので、同じ言葉に変更したところ です。

○（座長） そういう意味ですね。分かりました。



それでは、1つ問題ですけれども、9ページのクの(ア)のところで、「障害の状態が悪化している場合」ということですね。その「障害の状態が手術前よりも悪化している場合」というのを、「障害の状態が悪化している場合」というふうに直すことが適切かどうかです。いかがでしょうか。

いずれにしても、悪化というのは、何らかと比較をしなければ悪化ということは出てこないわけですよ。したがって、この場合、悪化というのをどう判断するのでしょうか。

○(事務局) 元々この両下肢の人工関節については、最初に議論のときにお話しさせていただいたように、本来ですと両下肢に人工関節を入れて可動域がよくなるはずなのに、実際にはそうならなかったケースの方が、状態が悪いにもかかわらず、上位等級に上がらないということで、裁判になったケースですね。それは、日常生活のところ、日常生活動作を余り見ていなかったということで、どうしても上位等級に上がっていけないというところがありましたので、それを見られるようにということで、先ほど両下肢の1級、2級、3級のところの基準を策定させていただいたのですが、ここでは人工関節が入った瞬間に3級相当にしますという、例外規定を元々設けていましたので、そこに上位等級にする場合の条件を一応、もう一回記載しているのです。

元々両下肢のところで見ればいいのですが、人工関節に関しては、こういう場合については上位等級にできますということを丁寧に書き足していますので、その場合に、悪化しているというのをどうとらえるかというところは、やはり人工関節を入れるということは、今までの可動域よりよくなることを想定して、恐らく入れていच्छゃると思いますので、通常の方のほとんどは、ある程度、痛みは残ったりしても、可動域はよくなるというふうに聞いていますので、それがうまく装着しなかったとか、もしくは、ずれてしまうことで痛みがあつて歩けないとかということで、手術前に想定していたよりも実際にはいい状態にならないというようなことをもって、悪化という判断をする。要は、手術前はこのぐらいだったのをよくしたくて入れたにもかかわらず、全くよくなっていないというようなものを、要は、よくならなかったというのは、せっかく入れたにもかかわらずそれが機能していないというのですか、痛みとかその他いろいろな問題でなるのでしょうか、装着したことで改善が図られていないものと考えています。

○(座長) ありがとうございます。この場合の悪化というのは、自然経過として悪化しているということではないのですよね。

○(事務局) はい。

○（座長） そうすると、要するに、手術をしたのですが、3級相当の機能よりも悪かった場合ですよ、簡単に言えば。

○（事務局） そうです。

○（座長） 悪かったという理由がいろいろ、これは医学的にもあるでしょうし、いろんなことが考えられると思うのですが、そういうことに対してこの悪化しているという表現が適当かどうかという話になりますね。

○（事務局） そうです。あとはほかにいい言い回しというか、表現があればと思いついて、意図しているところはそういう形です。

○（座長） これ、非常にセンシティブな表現が必要だと思うのです。手術がうまくいかなかったというような表現は、あまりよくないわけですし、もちろん、手術がうまくいかなかった場合もあるわけです。それから予期せざる合併症が起こった場合もあるわけですし、この場合、悪化しているという言葉で適当かどうかということになるのですが。

○（事務局） あとは、改善が図られていないというのか。そこなんです。

○（座長） そうです。思うに、予期したというか、期待した改善が得られなかった場合とか。どうですか。

○（〇〇委員） そういうことは、実際には時々ありますよね。患者さんが期待したほどによくならない。患者さんは、人工関節だけじゃなくて、脊椎でも、腰部脊柱管狭窄症とか、両下肢がしびれて動かないとか、いろいろなことで手術をすると元どおりになって、本当に飛んで歩けるような気持ちで手術を受けられますが、実際のベースにあるのは、整形外科の先生を前にそんなことを言うてはいけないのですが、これ以上悪くならないために手術をするというのが原則なので、これ、悪化というよりは、何て言えばいいですか。改善が得られないというか。

○（事務局） 恐らくぎりぎりまでは入れないで、要は治療しているのですよね。もうこれ以上無理だと思うところで恐らく入れて、それ以上悪化しないようにというか、少しでも歩けるようにとかいうことで、入れていらっしゃるのでしょうけれども、そんなにすごく改善するわけではないのです。

○（〇〇委員） そうです。特に高齢者で、今、整形外科の先生の技術が非常に進んでいるので、80歳代でも手術されますよね。だけど、それは手術したから機能が戻ってくるというか、関節の機能は戻っても、周りの筋肉とか、いろいろ神経の機能が落ちているがために、機能が戻らない。場合によっては、手術をして安静にしていたことが原因でさらに麻痺は進むと。

でも、痛みは取れたというようなことがあるので、悪化、何と云えばいいですか、先生。そういう状態。

○（座長） そうですね。非常にそれは、悪化という言葉を使った場合に、後で痛みの問題なんかにも絡んでくると思うのですが、この表現はここでもう一回ちょっと、適切な表現を。意図するところは皆さんお分かりになったと思うのです。この悪化という言葉そのものはもう一回考えたほうがいいのではないのでしょうか。

○（事務局） 少なくとも、先生がおっしゃっていた患者さんの期待というよりも、医師がここまでは改善を図れるだろうということで、手術をした……

○（座長） したもののよりも、そこに達しなかったという、そういう意味でしょう。

○（事務局） そうすると、少なくとも、従前の障害の状態よりはよくはなっていないのだと思うのです。なので、そういう場合については、恐らく3級よりも悪い可能性が高いだろうというところで、上位等級にしたいという思いのところですので。

○（座長） そうすると、さっきの診断書が2枚必要になるからということに戻りますが。

○（事務局） そこまですると、やはり5,000円から1万円という診断書の作成料をご負担いただくということは、請求者の方の負担になりますので、できるだけ1枚の診断書の中で判断ができるのであればということと、あと、人工関節を入れる契機が請求のすぐ直近なのか、それとも随分前に入れているのかという時期がやはり違ってきますから、なかなか判断しがたいというところもあるのですが、できる限り、今ある診断書の中である程度判断してあげたいということになると、お医者様として、人工関節とかを入れればこのぐらい改善を図ると思っていただいても、全然よくなっていないねというのであれば、現状の本人の診断書に書かれている可動域とか日常生活の動作を見ていただいて、それはしようがないかなということで、上位等級に上げられるというようなご判断をしていただくのかなと思うのです。

○（座長） それは、手術をした人が書いてくれればいいですけども、そうじゃない場合がありますから、必ずしもそこは比べられませんよね。

○（〇〇委員） そこが大事で、おっしゃる意味はそのとおりだと思うのですが、公文書に悪化という言葉が載っていると、逆に医者側がそれで訴えられてしまうことになりかねないので、そこは非常にセンシティブな問題だと思うのです。どういう表現がいいですかね。

○（座長） それは、むしろその職にある方々のほうがうまい言葉を見つけられるでしょう。

○（〇〇委員） おっしゃることはそのとおりだと思います。

○（〇〇委員） 事務局にちょっとお伺いしたいのですが、「ただし」の前の4行の状態は、

概念的にはどういう状態という表現でしょうか。つまり、何を言いたいかといいますと、上のような状態ではないということですよ。

○（事務局） そうです。

○（〇〇委員） そうしますと、概念的に上のこの状態を何と言うか。抽象的にという表現は、どういうふうになるのでしょうか。一下肢の機能について。

○（座長） 概念的に言ったら、3級と認定する以上の障害があるという、そういう意味ですよ。

○（事務局） そうです。はい。

○（〇〇委員） ですから、一下肢のどのような状態をいうのでしょうか。というのは、そういう状態ではないということ、なお書きでここに入れればいいのではないかと思ったものから。

○（座長） そうですね。これはちょっと考えてもらって。

○（〇〇委員） 認定するに当たって、背景としましては、身体障害者手帳のほうでは関節機能障害というのが個別にありまして、人工関節が入っておりますと、1関節の機能障害全廃ということで、例示ですけれども、4級、両側入って3級という、自動的に指数で合算してやるというような仕組みになっておりまして、その延長線上で両側、トータルヒップをやっていらっしゃると、恐らくそういうことで2級相当に該当するのではないかということで、診断書を提出される、申請される場合もあるのではないかと思いますので、このあたりを確かに、悪化という表現ではなくて、なお書きできちっと入れておいたほうが、こういう方が上位等級になるけれども、そうではない方は3級ですよということを改めて認識していただけるかと思しますので、ぜひ入れていただくとして、それで、今のここの表現を3級相当ではない状態と入れていただければ。

○（座長） よろしいですか。今のほうがはっきりするのではないかと思いますけれども、今、ご指摘の……。

○（〇〇委員） 要するに、これは私は釈然としないのですが、人工関節をそう入したら、自動的に年金としては3級なのですね。

○（事務局） そうです。

○（〇〇委員） ですから、それを受けて、別に「悪化」とか言わなくても、そう入置換術を行ってもなお、一下肢についてはかくかくしかじか程度以上に該当するときと云えばいいのではないですか。

○（〇〇委員） ですから、「全く廃して」というのと、一下肢の全廃というのと、先ほど申しました背景としての身体障害者手帳での1関節の機能障害全廃という、いわゆるその延長線上でお考えになって申請なさっても、実際、障害基礎年金のほうの一下肢の全廃に該当しないわけです。患側下肢を歩行時に使用することができれば3級の12号になると思いますので、ご理解いただくという意味でもここへ入れておいたほうがいいのかと思います。

○（〇〇委員） もちろん、私は抜いても意味が通じるのではないかと言ったことは、障害の状態が悪化している場合という文言がなくても、入れてもなおかつこういう状態ですということが分かれば、それでいいのではないですか。

○（〇〇委員） ただ、論理的にはそうですね、そういう背景があるので丁寧に解説しておいたほうがいいのかと思います。

○（座長） それはよろしいですね。ここのその表現だけは少し考えていただくということで、お願いします。

それは宿題として、次に移りたいと思いますが、時間も押してまいりましたので、お願いします。

○（事務局） 続きまして、資料3「診断書の見直し案（たたき台）」について、説明いたします。

このたたき台も認定基準と同様に、厚生労働省において検討すべきと判断したものや、日本年金機構で認定に携わる先生方、事務担当者からの意見・要望を整理し、どのような点を見直すか等を日本年金機構と議論した上で整理したものです。

変更箇所を順番にご説明いたします。

大変お手数ですが、前回の資料のうち、参考2「診断書（肢体の障害用）」はお手元にございますでしょうか。これが現在使用している診断書でございまして、変更箇所は見比べていただくとよくお分かりいただけたと思います。

まず、診断書⑩欄ですが、血圧の値を記載する欄にて、「最大」を「最高」に、「最小」を「最低」に変更しています。これは今回の見直しとは関係ありませんが、現在は血圧の値を「最大・最小」という表現ではなく、「最高・最低」という表現が一般的であるとのことから、変更したものです。

次に、⑪欄です。現行は切・離断のみとなっており、切断、離断した箇所を部位ごとに丸をつけ、レントゲンフィルムの映像を基に診断書作成医が記載するようになっていました。この切断・離断に加え、変形、感覚障害、運動障害も図式化できるように変更しました。具体的に

は、前と後ろからの全身図、両手、両足の図を示し、それぞれの障害について、バツをつけたり、塗りつぶしや斜線を引くなどして、切断・離断に加え、変形、感覚障害、運動障害がどの部位なのかを具体的に表示できるようにしました。これは、今回の見直しの一つである「他動可動域による評価が適切でない場合の例示や判定方法」で、運動筋力や日常生活における動作の身体機能を総合的に認定するとしたことから、感覚障害や運動障害がある部位も確認できるように表示することとしたものです。

次に、⑫欄「脊柱の障害」です。関節の測定方法を他動可動域に整理しましたので、「脊柱の可動域」に「他動」を追加し、運動の種類欄を削除しました。右側屈、左側屈、右回旋、左回旋に網かけしているのは、各関節の主要な運動を規定しましたので、主要ではない運動を網かけして分かるようにしたものです。

次に、⑬欄、手（足）指関節の可動域を記載する欄ですが、タイトルに「他動」を追加しました。

次に、⑭欄「関節可動域及び運動筋力」ですが、この欄は、他動可動域による評価と整理したことに伴い、自動可動域を記載する欄を削除し、⑫欄「脊柱の障害」と同様に、主要ではない運動、肩関節の内転・外転、股関節の内転・外転を網かけして分かるようにしております。

また、中段に前腕の回内・回外の記載項目を追加しました。これは今回、機能障害に前腕の規定を追加しておりますので、それに伴い設けたものです。

次に、⑮欄はタイトルを「日常生活における動作の障害の程度」に変更しました。これは、認定要領の字句の修正に伴うものです。

次に、⑯欄「補助用具使用状況」ですが、複数の補助用具を使用していた場合でも使用状況を確認できるように変更しました。括弧を設け、使用状況を記載するようにしています。この項目も今回の見直しとは関係ありませんが、日本年金機構から複数の補助用具を使用しているケースも多く、認定する上で参考にしているので、このようにしてほしいとの要望があったものです。

最後に⑰欄「その他の精神・身体の障害の状態」の右側の箇所です。言語機能の障害がある場合に、現行の診断書では、「会話状態」のみ記載できるようになっていますが、これに「発音不能な語音」を追加しております。この項目も今回の見直しとは関係ありませんが、最近、脳血管障害による障害年金の請求が増えており、脳血管障害の場合は、失語症による言語機能の障害が併存しているケースが数多くあります。このようなケースは、本来であれば、別の様式の120号の2、聴覚や言語機能などの障害用の診断書も併せて提出いただくことに

なりますが、「肢体の障害」と「言語機能の障害」が併存しているケースは、この1枚の診断書で障害の状態を判断できるように配慮したものです。

「肢体の障害」と「言語機能の障害」がある場合は、それぞれの障害を足して障害等級を判断することになっています。「肢体の障害」のみで明らかに1級と認定されれば、「言語機能の障害」を考慮する必要はありませんが、「肢体の障害」が2級以下であって、「言語機能の障害」を足すと上位等級になるのであれば、「言語機能の障害」の状態を確認する必要も生じます。肢体の診断書に記載することで、もう1枚の診断書を必要としなくなりますので、請求者の費用の負担を軽減することができ、認定する上でも効率的と考えます。

「言語機能の障害」の認定基準では、「発音不能な語音」と「会話状態」で障害の程度を判断することになっているにもかかわらず、現行の肢体の障害用診断書では、「会話状態」しか記載がありませんでした。このため、日本年金機構から、発音不能な語音が記載してあれば、医師照会などにより、請求者に負担をかけることもなくなるとの意見があり、追記することとしたものです。

以上が診断書の変更箇所です。これで資料3の説明を終わります。

○（座長） ありがとうございます。

今日は時間もありませんので、次回、皆さんによくご覧いただいて、ご意見をいただきたいということにしたいと思うのですが、1つだけ確認です。診断書の最後の㊦欄のところの発音不能な語音の判定ですが、もし、この診断書で言語障害を認定するということになったときに、不都合が起こらないのでしょうか。つまり、言語機能の判定をするという診断書がほかにあるわけですよね。それはまたその診断は、これは耳鼻科医がやっているのですか、どうでしょうか。そこのあたりが大丈夫なのかというのが、大変、私は気になるところです。

つまりこれは、少なくとも、この肢体の診断書に関して言えば、肢体に関する専門性を持った人がこの診断書を書くわけですから、全く言語機能について、分からないということは多分ないのだと思いますが、しかしながら、どれをどの時点をもってカットオフポイントにするかということについては、これは全くコンセンサスも何も訓練もないわけですね。それで、そういう人たちの書いた診断書の有効性を年金機構としてどれぐらい認めるのか。うるさく言えばそういうことになるのだと思いますが、その辺について問題として提起をしておきたいと思います。

○（事務局） 認定するときには、言語の部分は、外部を診てくださっている先生と一緒に認定をしていますので、それもありますので、この中に入れたという経過もあるのですが、今

の認定医の先生というのが、内部疾患系、それから外部疾患系、精神。外部の中では、県によっては、視覚障害については別の先生が診ていただいているところもあるのですが、認定をしていただける先生というのが小さい県ではなかなかいっしょになかったりすると、外部の先生に診ていただくことになるので、恐らく今の〇〇委員が肢体の診断書を診るとき以外も、言語障害とかそういったのを診ていただいているはずですが、認定する場合は、今のところ、日本年金機構では外部の先生が大体、肢体系を診ていっしょの先生が言語も診ていただいているというのが現状でございます。

あとは、作成する側ですが、そこもどこまで信用するかというところですが、判断ができないとなると、正式な診断書を書いてきてくださいとお願いすることになるのですが、それを、言語障害を診てくださる専門医が書いていなかったとしても、書かれた内容をもって判断をせざるを得ないというところではございます。

○（座長） ありがとうございます。

それが今の現状ということでございまして、その辺については。

○（〇〇委員） 私の経験では、肢体で診断書を提出していっしょって、なかなかそれだけでは上位等級に該当しないという場合に、なるべくこのあたりを見て、恐らく事務局サイドで申請なさった方のほうにご連絡していただいて、併せてそういうものをお出しになればどうかとか、そういうことで、かなり事務局サイドにとっては、こことか平衡機能とかそのあたりをご覧になって、作業をしていっしょと理解しております。

ですから、これをもって、肢体の認定医がそれによってということばかりではないと思っております。

○（座長） 多分、それは肢体の認定医は、これで問題ないと思うのです。それは自分たちの判断で丸をして、それを認定のときにどう判断するかという話ですから、肢体の認定医は別に、余り不自由とか問題点というのは感じないでしょうが、外部から見たときどうされるのかということは、それとは別の問題になるのではないかと思うのです。

ですから、その辺は、事務局、年金機構の皆さんで話し合っていたきたいのです。もうちょっとはっきりさせてください。書くほうは書いても、その結果がどういうふうに、書くことについてどういうふうの評価と申しましょうか、どのように使われるのか、また我々の所見というものがどれぐらい信頼されるのかとかいうか、そういう問題も、書くほうとすればあり得ますし、逆に、そういう言語障害を専門にする方の立場から見れば、専門性のない、専門家でもない人たちが言ったことを信用できるのか、信用していいのかというような意見も



出てくると思うのです。

ですから、それは、今までの日本年金機構のやり方というのはそうであったのですが、その辺の問題があるということだけはちょっとお考えいただいて、今回はこれでというのであれば、我々としてはそういうことが意見としてあるということでもあります。

○（〇〇委員） ただし、これがあっても、通常の医者が丸というか、選べないのではないのですか、普通の医者は。というのは、こういう言葉を医学部で教えていないですね。言語障害とかのことは、我々、神経内科が教えておまして、失語症だとか、語音障害だとか、小脳性の言語障害とか、そういう言葉は教えるのですが、この「歯茎硬口蓋音」、「軟口蓋音」、こういうことは医学部で教えないですね。したがって、普通のお医者さんは知らないのではないですかね。僕も初めて、今、見たのです。だから、今、座長がおっしゃった、これがあっても、肢体障害とかの医者がここを判断できないのではないですかね。

○（座長） 医者のほうからすればそういう意見です。ご検討いただければ。

よろしいでしょうか、そういうことで。今日のところはこれで一通り、委員からのご意見を賜ったということで、議論はこれでおしまいにしたいと思います。

次回の日程等について、事務局からお願いいたします。

○（事務局） 次回の日程につきましては、来月、2月24日金曜日の午前10時からの開催を予定しており、後日改めて開催場所のご連絡を差し上げたいと存じます。

それから、今回は、本日いただいたご意見等を踏まえて、認定基準や診断書を整理し、改正案をお示ししたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○（座長） どうもありがとうございました。

長時間にわたりご議論いただきまして、どうもありがとうございます。これで今日の会合は終わりにいたします。

どうもありがとうございました。

（閉会）