



# 身体障害者手帳の診断書を書くためのポイント

---

岡山市障害者更生相談所

令和元年11月版





## はじめに

- ◆ 身障手帳の判定において、等級程度の判断が最も重要で、最も難しい
- ◆ 身障手帳の診断書の書き方については、レクチャーを受ける機会は乏しく、見よう見まねで経験を積んでいることが多い



# おことわり

- ◆ 身障手帳の判定は、国の示す基準（身体障害者福祉法、厚生労働省通達）はあるが、最終判断は自治体（都道府県、政令指定都市、中核市）に委ねられている
- ◆ 細部においては自治体によって微妙な解釈や判断の違いがあることは否めない
- ◆ このマニュアルは岡山市の考え方を示したものである



---

すべての障害に共通していること

# 総論



# 判定の方法

- ◆ 診断書を読んで推察される障害像から導き出される等級と、診断書に記載された等級意見とを比較する
  - ◆ 一致すれば、すんなり手帳交付が可能
  - ◆ 一致しなければ、何かがおかしい
    - ◆ 診断書の記載内容の問題（誤り、不足）により、判定側が正確に障害像を推察できていない
    - ◆ 判定側と診断書作成医との基準解釈の相違により、導き出される等級への見解が異なる



# 一致しないときの対応

- ◆ 「照会」: 診断書作成医へ問い合わせる
  - ◆ 診断書の記載内容の問題(説明不足、内容の矛盾など)により、判定側が障害像をうまく推察できない場合、追加の説明を求める
  - ◆ 単純な記載ミスなど、適切な解釈を示すことで診断書作成医の自発的な等級意見の訂正を促すことが期待できる場合も照会する
  - ◆ 照会の結果、見解の一致が得られれば交付の方向へ



# 一致しないときの対応

- ◆ 「**審議会**」: 岡山市社会福祉審議会へ諮問
  - ◆ 障害像による等級判定が困難な場合、基準解釈の相違等により診断書作成医の等級意見よりも**等級を低く認定すべきとの判定結果**に至った場合、及び**7級もしくはは非該当との等級意見**により身障手帳を交付しない場合には、外部の有識者を委員とした審議会に諮り、その決議をもって最終決定する
    - ※ 審議会で診断書作成医に「照会」をするよう決議されることもある



# 一致しないときの対応

要件を満たしていれば

- ◆ 判定側の判断で、等級意見よりも高い等級に引き上げることも稀にある
- ◆ また、再認定の条件を付けたり、外したり、再認定までの期間の変更を行うことも、判定側の判断で行うことがある



# 交付までの時間

- ◆ 岡山市では、診断書を添えて申請されてから概ね1か月以内の手帳発行を目標としている
- ◆ 「照会」になるとさらに2週間以上（診断書作成医の回答の早さ次第）、「審議会」に諮ると場合によっては数か月、手帳発行が遅くなる
  - ◆ なるべく正確で丁寧な障害状況の説明をお願いしたい



# 障害認定の原則

- ◆ 「身体障害認定基準に該当する機能障害」が存在し、その障害が「永続する」と見込まれること
- ◆ その機能障害により、日常生活が一定以上の制限を受けていること



# 障害認定の原則

- ◆ 等級程度の判断は、「機能障害」の程度で判断するのが基本的な考え方
  - ◆ それに見合う日常生活上の制限がなければ等級を軽減する
  - ◆ 機能障害の程度が評価(数値化)できないものについては、日常生活上の制限の程度をもって機能障害の程度を推察している



# 障害の永続性

- ◆ 「永続する障害」とは、程度が「不変」であることではなく、「回復する可能性が極めて少ない」ものであれば足りるという趣旨
  - ◆ 「悪化」という変化は「永続する」に含む
  - ◆ 一般的には、発症や観察開始から一年経過しても回復しない障害は永続すると考えてもよいとされる



# 障害固定までの期間

- ◆ 一般的には「一年」とされている
- ◆ 切断、臓器・器官摘出
  - ◆ その時点ですぐに固定と判断可能
- ◆ 脳血管障害等中枢神経に由来する障害によるものは、6か月程度で障害固定としてもよい



## 障害固定までの期間

- ◆ 疾患別リハビリテーション料の標準算定日数は、機能回復の限界を考える上でひとつの根拠となり得る数値であると思われる
  - ◆ 脳血管疾患： 180日(6か月)
  - ◆ 運動器、心大血管：150日(5か月)
  - ◆ 廃用症候群： 120日(4か月)
  - ◆ 呼吸器： 90日(3か月)
    - ◆ この期間内はまだ回復が見込める時期では？



# 「再認定」

- ◆ 障害の永続性について確実にない場合（改善する可能性を排除しきれない）であっても、  
例）脳性麻痺の2歳児  
早期に障害者福祉制度の利用が必要な場合には、1-5年後の再認定を条件に障害認定・手帳交付をすることができる
  - ◆ 受傷後2か月での完全脊損への手帳交付  
⇒ 車椅子支給の申請 など
- ◆ 3歳未満児は、6歳時を再認定時期とする



# 再認定の際の診断書

- ◆ 再認定の際には、前回診断書作成以降の経過・治療内容が大事
  - ◆ 前回診断書の丸ごとコピーでは通用しない
  - ◆ 障害像が悪化している場合には、その増悪した分は回復の可能性があるのか否かが重要
  - ◆ 障害が軽減している場合には、等級が下がることは十分にあり得る



# 他の障害の影響を排除

- ◆ 等級認定において、他の機能障害の影響を排して、当該障害の程度を考える
  - ◆ 肢体不自由：
    - 意欲の低下によるMMTの低評価  
(実際の筋力を反映していない)
    - 認知機能障害によるADL低下
  - ◆ 心機能障害：
    - 麻痺による活動能力の低下
    - など...



## 3つの要素

### 「病名・病歴」「機能障害」「ADL低下」

- ◆ これらが合致すれば障害認定は容易
  - ◆ よくある典型例
- ◆ 合致しなければ障害認定は容易でない
  - ◆ 特殊なケース？
    - ◆ より詳細な状況説明が求められる
  - ◆ 診断・検査・基準解釈・記載の誤り？



## 3つの要素

- ◆ 基本は「機能障害」で認定・等級判断する
  - ◆ 肢体不自由ではMMT・他動的ROMで判断
- ◆ これに相当する「ADL低下」の有無を確認
  - ◆ 機能障害に見合わないADLの時は要注意
- ◆ 「病名・病歴」から、次のことを確認
  - ①示された「機能障害」を生じうる状況か？
  - ②障害固定・永続性の判断は妥当か？
  - ③典型的でない障害像であるか？



## 3つの要素

- ◆ 例) パーキンソン病による歩行障害
  - ◆ 下肢筋力はMMT 4以上、ROM制限なし
  - ◆ 歩行能力は杖無しでは100m歩けない
- ◆ に対して
  - ◆ この筋力・可動域だと、普通は長距離歩行も可能と思われるが...
    - ◆ 「機能障害」と「ADL」のミスマッチが生じている
    - ◆ MMT・ROMでは示されない固縮、姿勢反射障害の影響が大きいのでは？



# 「機能障害」と「ADL」

- ◆ 機能障害が重くない割にADLが悪い
  - ◆ 示されていない別の機能障害が影響している
    - ◆ 障害認定に含むべき機能障害
      - ◆ 例) 肢体不自由における痙縮、運動失調  
⇒この部分の存在・程度についても詳細な説明が必要  
ADL低下を基に総合的な機能障害の程度を考える
    - ◆ 障害認定に含むべきでない機能障害
      - ◆ 例) 肢体不自由における認知症  
⇒この部分の影響を排除して等級判断をする必要がある  
ADL低下はあまり参考にできない



# 「機能障害」と「ADL」

- ◆ 機能障害が重い割にADLが良すぎる
  - ◆ 機能障害を正確に評価できていない
    - ◆ 十分に筋力を発揮していない状況でのMMT
    - ◆ 最大努力をしていない状況でのスパイロメトリー  
⇒適切な検査ができているか照会することになる
  - ◆ ADLが正確に評価できていない
    - ◆ 実用的でない最大瞬間的な能力を「日常的にできる」と過大評価して記載している可能性



# 「機能障害」と「ADL」

- ◆ 複数の機能障害を合併している(と推察される)ケースは障害像を説明するのに詳細な説明が必要
  - ◆ 特に認定基準にない他の機能障害について
- ✓ 等級判断に含めるものも含めるべきでないものも、記載されていないものは読み取れない



## 例) 痛みの強いケース

- ◆ 筋力低下・可動域制限はないが、痛くて動かせない
  - ◆ 痛みについては次の要件を満たせば  
肢体不自由として認定できる機能障害となる
    - ◆ 1) 難治性で、一日の大半で痛みが続いている
    - ◆ 2) 痛みの原因となる神経・関節などの病変の存在を客観的に(画像所見、電気生理学的検査などで)示せる
      - ◆ Xp上強い変形の関節症、梗塞巣が示された視床痛、伝導障害が示された末梢神経損傷 など...



# 等級の合算

- ◆ 2つ以上の障害が重複する場合、合計指数に応じて認定する
  - ◆ 指数： 7級=0.5、 6級=1、 5級=2、  
4級=4、 3級=7、 2級=11、  
1級=18
  - ◆ 合計指数： 1以上⇒6級、 2以上⇒5級、  
4以上⇒4級、 7以上⇒3級、  
11以上⇒2級、18以上⇒1級



# 等級の合算

- ◆ 合計指数の算定には特例がある
  - ◆ 同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合
  - ◆ 音声、言語及びそしゃく機能に重複して障害がある場合
  - ◆ その他(同一疾病による体幹機能障害と下肢機能障害の場合)



# 等級の合算

- ◆ 2つ以上の障害が重複する場合、合計指数に応じて認定する
  - ◆ 同じ等級を2つ合計すると1級上がる
  - ◆ 3級以上は1級下と合計すると1級上がるが、4級以下は1級下と合計しても1級上がらない
    - 3級 + 4級 ⇒ 2級、2級 + 3級 ⇒ 1級 : 1級上がる
    - 4級 + 5級 ⇒ 4級、5級 + 6級 ⇒ 5級、6級 + 7級 ⇒ 6級 : 上がらない



# 長期保存

- ◆ 診断書は長期保存されます
  - ◆ 警察や裁判所からなど、法的根拠を有する照会があれば、診断書は開示される
    - ◆ 多くの場合、証拠として裁判所に提出される
  - ◆ 虚偽の内容、他の医師名を騙った診断書など不適切な内容の診断書を作成すると取り返しのつかない事態になるおそれがある
    - ◆ 刑法第160条 虚偽診断書等作成 など



## 「身体障害者手帳集団不正取得事件」

- ◆ 2007年11月に滝川市生活保護費不正受給事件の一環で発覚
  - ◆ 札幌市のある医師により、健常者でも簡単な診察だけで聴覚障害2級（聴覚完全喪失）の診断が下されていたことが発覚
  - ◆ この医師は、社会保険庁から障害年金約1億6800万円をだまし取った**詐欺罪**で告訴され、**懲役8年の実刑判決**を受ける結果となった
    - ◆ 別途、損害賠償責任を負う可能性も十分ある



それぞれの機能障害についての細かいこと

## 各論その1

(内部障害系：肢体不自由以外)



# 視覚障害

- ◆ 「視力障害」と「視野障害」とでそれぞれ等級を算出して、2つを合算する
- ◆ 視力は左右の矯正視力の**良い方が基本**となる ※平成30年7月より改正
- ◆ 視野はゴールドマン型視野計 or 自動視野計で判断 ※平成30年7月より改正
- ✓ 視力と視野で判定できる場合、ADLは加味しない



# 視覚障害

- ◆ 視力は左右の矯正視力の良い方が基本となる
  - ◆ 0～0.01                      1級
  - ◆ 0.02～0.03                  2級
    - ◆ 他眼が手動弁以下の場合には0.04も2級
  - ◆ 0.04～0.07                  3級
    - ◆ 他眼が手動弁以下の場合には0.08も3級
  - ◆ 0.08～0.1                    4級





# 視覚障害

- ◆ 視力0.01に満たないものは次のとおりとして扱う
  - ◆ 光覚弁、手動弁 視力 0
  - ◆ 指数弁 視力 0.01
- ◆ 視力0.15は0.1として扱う
- ◆ 複視により両眼を同時に使用できない場合には、非優位眼の視力を0として扱う



# 視覚障害

## ◆ 視野はゴールドマン型視野計

もしくは 自動視野計で判断

- ◆ 5級 周辺視野“軽度”欠損

または 中心視野“軽度”欠損

※平成30年7月より改正

- ◆ 4級 周辺視野“重度”欠損
- ◆ 3級 周辺視野“重度”欠損 かつ 中心視野“軽度”欠損
- ◆ 2級 周辺視野“重度”欠損 かつ 中心視野“重度”欠損

# 視覚障害



## ◆ 視野の計測条件

### ◆ ゴールドマン型視野計

- ◆ 周辺視野 I/4視標
- ◆ 中心視野 I/2視標

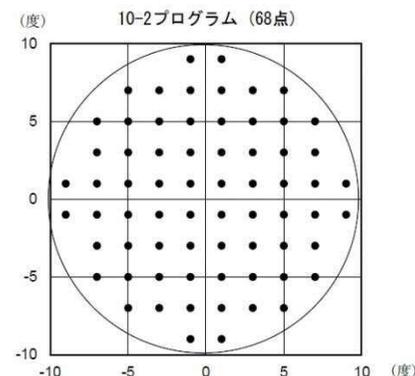
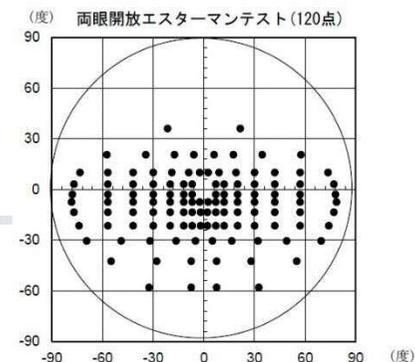
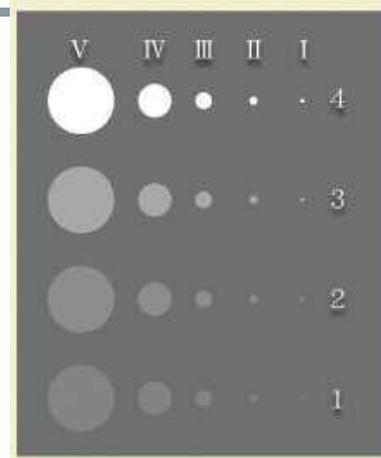
### ◆ 自動視野計

- ◆ 周辺視野 両眼開放エスターマンテストの視認点数
- ◆ 中心視野 10-2プログラムで感度26dB以上の測定点数

※視標サイズIII, 背景輝度31.4asb

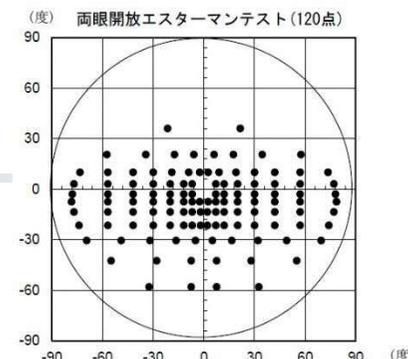
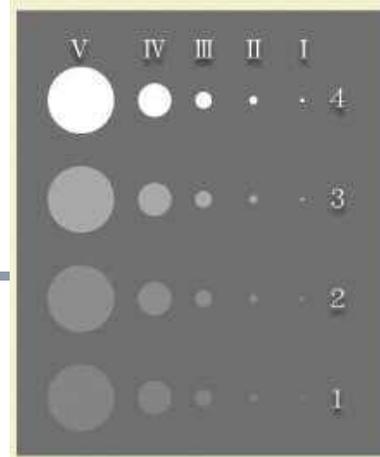
✓ どちらも視野図の添付が必須となった

ゴールドマン視野の視標



# 視覚障害

ゴールドマン視野の視標



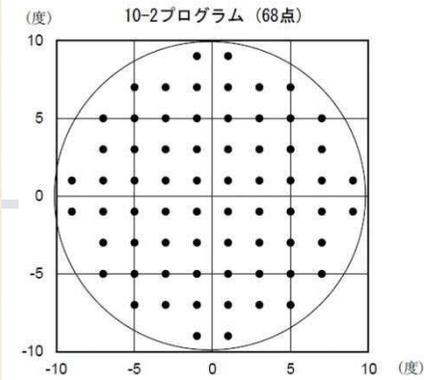
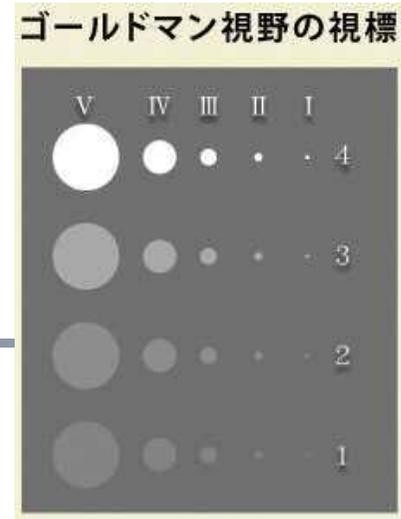
## ◆ 周辺視野“軽度”欠損

- ◆ ゴールドマン型 両眼による視野が1/2以上欠損
- ◆ 自動視野計 視認点数100点以下

## ◆ 周辺視野“重度”欠損

- ◆ ゴールドマン型 周辺視野角度の総和80度以下  
※平成30年7月より従来の「視野10度以内」から変更
- ◆ 自動視野計 視認点数70点以下

# 視覚障害



- ◆ 中心視野“軽度”欠損
  - ◆ ゴールドマン型 両眼中心視野角度56度以下
  - ◆ 自動視野計 両眼中心視野視認点数40点以下
- ◆ 中心視野“重度”欠損
  - ◆ ゴールドマン型 両眼中心視野角度28度以下
  - ◆ 自動視野計 両眼中心視野視認点数20点以下



# 視覚障害

- ◆ 両眼中心視野角度・視認点数とは？
  - ◆ (「良い方の中心視野角度の総和・視認点数」× 3  
+「悪い方の中心視野角度の総和・視認点数」× 1)  
／4
  - ◆ 小数点以下は四捨五入

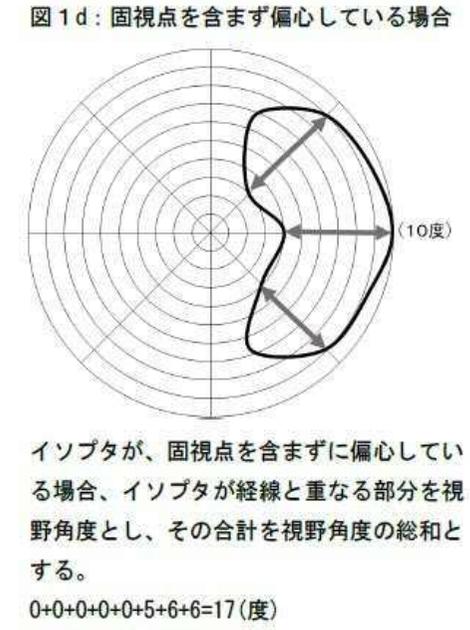
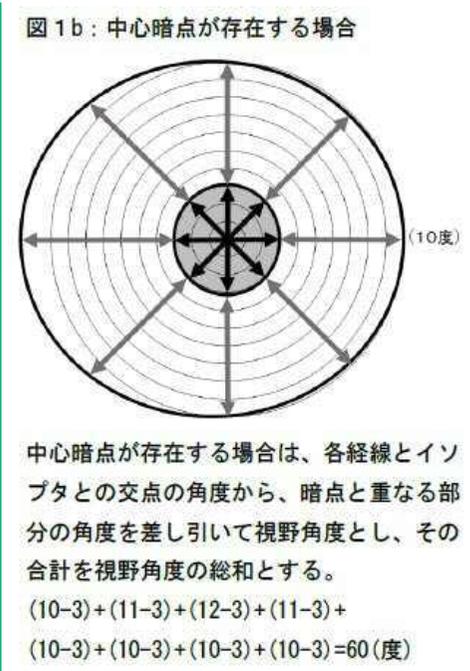
# 視覚障害

- ◆ 旧基準の「周辺視野10度以内」と新基準の「視野角度総和80度以下」

との違いは...

- ◆ 中心暗点や偏心がある場合に、一部に10度を超える領域に視野が残存していても、条件を満たすことがありうる

<条件の一部緩和>





# 視覚障害

- ◆ 中心10度以内に視野がない場合の対応
  - ◆ 周辺視野角度の総和は、I/4視標にて中心10度以内に存在しない場合は80度以下とする
  - ◆ 中心視野角度の総和は、I/2視標にて中心10度以内に存在しない場合は0度とする
  - ◆ I/4視標にて中心10度以内に視野が存在しない場合は、より条件の厳しいI/2視標でも視野が存在しないと考えられるため、これだけで視野2級と判定できる



# 視覚障害

## ◆ 輪状暗点

- ◆ ゴールドマンI/4視標にて、  
周辺の見野が残存していても、  
中心部の見野と連続していない場合には、  
中心部の見野のみで評価する

図 2 a

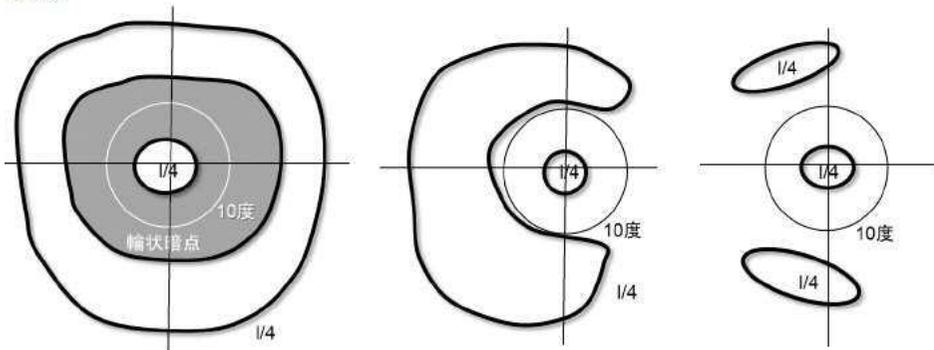
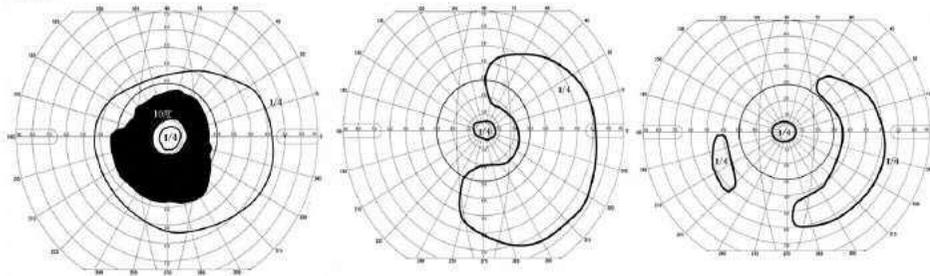


図 2 b

实例





# 視覚障害

- ◆ よくある悩ましいケース
  - ◆ 意識障害や重度の認知症・知的障害などで検査が十分にできず、「測定不能」と記載している場合
    - ◆ 他覚的に視覚喪失が確認できる眼球摘出・無眼球は視力0と認定できる
    - ◆ 眼所見(あるいは脳の画像診断)や行動観察などから障害があると推定される場合は認定できる



# 聴覚障害

- ◆ 聴力は会話音域の平均聴力レベルで判断
  - ◆ 500Hz(a)、1000Hz(b)、2000Hz(c)の3つの周波数の純音に対する聴力レベル(dB値)から  $(a + b \times 2 + c) \div 4$  で算定する
    - ◆ 複数回検査した場合には最も良い値で扱う
    - ◆ 補聴器無しで測定
    - ◆ 100dBが聴取できない周波数は105dBとして計算



# 聴覚障害

- ◆ 聴力は会話音域の平均聴力レベルで判断
  - ◆ 良い方の聴力が 100dB以上 2級
  - 90dB以上 3級
  - 80dB以上 4級
  - 70dB以上 6級
- ◆ 良い方が50dB以上で悪い方が90dB以上 6級



# 聴覚障害

- ◆ 検査所見のみでは、示された聴力低下が一過性の症状か、永続する機能障害か、判断できないため、「経過・現症」の記載内容も重要である
  - ◆ 慎重を期して複数回検査を行っている場合には、それら複数回の結果をきちんと示した方が「単回の検査での診断結果でない」ことが示され、障害固定についての信頼性が高まる



# 聴覚障害

- ◆ 初回の聴覚障害申請でいきなり2級(両耳全ろう)と診断する場合、聴性脳幹反応などの他覚的聴覚検査の記録の写しを添付する必要がある
  - ◆ 突然、両耳全ろうになるケースは多くなく、年単位の経過により徐々に悪化して全ろうに至るのが典型的であり、より低い等級から等級変更を経て2級に至るのが自然と考えられるので、詐病を防ぐべく他覚的聴覚検査を義務づけている



# 聴覚障害

- ◆ 語音明瞭度50%以下で4級とする場合、他の機能障害（特に認知機能障害）による聴理解不能でないことに十分注意する必要がある



# 平衡機能障害

- ◆ 立位・歩行障害の程度により3級か5級かを定める
  - ◆ 閉眼起立不能 3級
  - ◆ 開眼10m歩行不能 3級
  - ◆ 閉眼10m歩行不能 5級
- ◆ 平衡機能障害の取扱には慎重を要するため、経過や所見の記載内容が重要である
  - ◆ 他覚的平衡機能検査の所見の記載は必須



# 平衡機能障害

- ◆ 平衡機能障害は
  - 1) 四肢体幹に器質的異常がなく
  - 2) 他覚的に平衡機能障害を認める  
立位・歩行障害が認定対象となる
- ◆ 四肢体幹の器質的異常によって同様の立位歩行障害を呈する肢体不自由の体幹機能障害とは等級の合算はしない  
(基本的には重複認定しない)



# 音声・言語機能障害

- ◆ 音声機能障害とは喉頭レベルと発声筋における発声能力の障害をいう
  - ◆ 気管の障害(気管切開など)は手帳の対象外
- ◆ 言語機能障害とは喉頭レベル以上の構音器官による発音能力の障害と、音声言語の理解(意味把握)と表出(意味生成)の能力の障害をいう
  - ◆ 意識障害、認知機能障害は手帳の対象外



# 音声・言語機能障害

- ◆ 音声・言語によるコミュニケーション能力  
(つまり日常生活上の制限)で判断する
  - ◆ 3級(喪失): 音声言語による意思疎通が  
できないもの
    - ◆ 家庭において家族でも会話の用をなさないもの
  - ◆ 4級(著障): 音声言語による意思疎通が  
困難なもの
    - ◆ 家庭外で他人との会話の用をなさないもの



# 音声・言語機能障害

- ◆ 脳卒中などの失語症の場合、一般的に言語機能の回復はプラトーに達するまでに時間がかかるとされているため、発症から半年程度では障害固定とは言えない場合があることに留意する必要がある
  - ◆ 十分な言語のリハビリテーションが行われたか、治療状況を経過から確認する必要がある
  - ◆ 半年程度では再認定を要することが多いと思われる



# 音声・言語機能障害

- ◆ よくある悩ましいケース
  - ◆ 意識障害や認知機能障害は精神機能の全般的な機能障害であり、言語中枢や発声・発語器官の障害ではないため、音声言語機能障害として認定することはできない
    - ◆ 意識障害や認知機能障害があっても、言語野の明らかな損傷が確認されるなど、言語中枢に著障以上の言語機能障害に相当する損傷があると根拠を持って示された場合には認定可能



# 音声・言語機能障害

- ◆ よくある悩ましいケース
  - ◆ 気管切開は音声・言語機能障害としての手帳交付の対象外であるため、気管以外の器官（喉頭や舌、言語野など）にも著障以上に相当する器質的異常があると根拠をもって示された場合（例えば舌の部分切除など）にのみ、認定の対象となる
    - ◆ 単に発声できないという事実のみでは、認定不能



# そしゃく機能障害

- ◆ そしゃく機能障害は、
  - 1) 神経・筋疾患
  - 2) 延髄機能障害及び末梢神経障害
  - 3) 顎・口腔・咽頭・喉頭の欠損等によるそしゃく・嚥下機能の障害
- ◆ 意識障害や重度の認知機能障害による経口摂取困難は精神機能の全般的な機能障害であり、そしゃく・嚥下器官の障害ではないため、そしゃく機能障害としての手帳交付の対象外



# そしゃく機能障害

- ◆ 栄養摂取の内容・方法の制限で判断する
    - ◆ 3級(喪失):
      - ◆ 経口的に食物等を摂取できない
        - 訓練やお楽しみレベルも含めて経口摂取が一切できない
      - ◆ 経管栄養以外に水分・栄養の摂取方法が無い
    - ◆ 4級(著障):
      - ◆ 摂取できる食物の内容、方法に著しい制限がある
      - ◆ 経管栄養の併用が必要
- ※ 小腸機能障害による制限は含めない



# そしゃく機能障害

- ◆ 4級（著障）の「摂取できる食物の内容、方法に著しい制限がある」とは？
  - ◆ 開口不能のため流動食に限られる
  - ◆ 誤嚥の危険が大きく、半固形物等に限られる
    - ◆ 学会分類2013の「0j・t～2-2」
    - ◆ スマイルケア食の「0～2」

学会分類2013		他分類			
学会分類2013	特例用途食品	UDF	スマイルケア食		
0j	0j (開始食)	特別用途食品 I	UDF	ゼリー状 0	
0t	0t (とろみ食)	—	—	ゼリー状 0	
1j	L1-L2 (嚥下食I-II)	特別用途食品 II	特別用途食品 II	ムース状 1	
2-1	L3 (嚥下食III)	特別用途食品 III	特別用途食品 III	ペースト状 2	
2-2	L3 (嚥下食III)	特別用途食品 III	特別用途食品 III	かまなくてよい 2	
3	L4 (移行食)	—	—	つぶせる 3	
4	L4 (移行食)	—	—	嚥下できる 4	



# そしゃく機能障害

- ◆ 4級(著障)には、「口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常」も含まれる
  - ◆ そしゃく困難で食事摂取が極めて不利かつ
  - ◆ 歯科矯正治療、口腔外科手術の適応あり
    - ◆ 口唇・口蓋裂等の患者の治療を福祉で支援すること(自立支援医療の活用)が目的なため
    - ◆ 3年後再認定が必須



# そしゃく機能障害

- ◆ よくある悩ましいケース
  - ◆ 食道はそしゃく・嚥下器官ではないため、食道狭窄による食塊の通過障害はそしゃく機能障害としての手帳交付の対象外
    - ◆ ただし、食道入口部に限っては喉頭の一部として見なすことができるため、輪状咽頭筋弛緩不全や線維化などによる通過障害も手帳交付の対象となる



# そしゃく機能障害

- ◆ 音声・言語機能障害と基本的には指数合算はしない
  - ◆ 同一疾患・同一障害部位に対して、異なる障害区分から重複認定することはしない
    - ◆ 舌癌摘出術後による音声言語障害とそしゃく障害
  - ◆ 例外的に失語症による音声言語機能障害と、下顎腫瘍摘出術後によるそしゃく機能障害、のように異なる疾患による異なる部位の障害は、それぞれ認定し、指数合算できる



# 心臓機能障害

- ◆ 18歳未満か18歳以上かで判断基準が全く異なる
  - ◆ 18歳未満は、基本的には先天性心疾患を想定している
    - ◆ 1)臨床・検査所見、2)養護の区分 で判断
  - ◆ 18歳以上は心不全を想定している
    - ◆ 1)所見(心電図・レントゲン)、2)活動 で判断
- ※ 1)2)の両方で基準を満たす必要がある



# 心臓機能障害

## ◆ 18歳未満： 1) 臨床・検査所見

機能障害  
に相当

- ◆ 臨床所見、検査所見(胸部X線、心電図)が
  - ◆ 6項目以上 1級
  - ◆ 5項目以上 3級
  - ◆ 4項目以上 4級
- ◆ 検査所見(心エコー図、冠動脈造影)が
  - ◆ 冠動脈の狭窄又は閉塞 3級
  - ◆ 冠動脈瘤または拡張 4級



# 心臓機能障害

## ◆ 18歳未満： 2) 養護の区分

ADL低下  
に相当

- ◆ (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 1級
- ◆ (4) 継続的要医療 3級
- ◆ (3) 症状に応じて要医療
- (2) 1か月～3か月毎の観察 4級
- ◆ (1) 6か月～1年毎の観察 非該当



# 心臓機能障害

機能障害  
に相当

- ◆ 18歳以上： 1) 検査所見(胸部X線、心電図)
  - 「CTR 0.6以上」、「陳旧性梗塞」、「脚ブロック」、
  - 「完全房室ブロック」、「II度以上の不完全房室ブロック」、
  - 「Af/AF(脈拍欠損 10拍/分以上)」、
  - 「ST低下 0.2mV以上」、「T波逆転」
- ◆ 2項目以上 1級
- ◆ 1項目以上 3級
  - 「心臓浮腫」、「Af/AF(脈拍欠損は不問)」、「期外収縮」、
  - 「ST低下(0.2mV未満)」、「運動負荷心電図ST低下」
- ◆ 1項目以上 4級



# 心臓機能障害

## ◆ 18歳以上： 2)活動能力

ADL低下  
に相当

- ◆ オ) 身辺動作が極度に制限されるもの 1級
  - ◆ NYHA心機能分類 クラスIV、2Mets未満に相当
  - ◆ 又は繰り返してアダムストーク発作がおこるもの
- ◆ エ) 家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの 3級
  - ◆ NYHA心機能分類 クラスIII、2Mets以上4Mets未満に相当
  - ◆ 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
- ◆ ウ)・イ) 社会での日常生活活動が著しく制限されるもの 4級
  - ◆ NYHA心機能分類 クラスII、4Mets以上6Mets未満に相当
  - ◆ 又は頻回に頻脈発作を繰り返し、日常生活や社会生活に妨げとなるもの
- ◆ ア) 社会での日常生活活動が著しく制限されることがないもの 非該当
  - ◆ NYHA心機能分類 クラスI、6Mets以上に相当



# 心臓機能障害

- ◆ 例外その1: 心臓ペースメーカー
  - ◆ 先天性心疾患による埋め込みした者は1級
    - ◆ 18歳未満で発症した心疾患を想定
  - ◆ その他、18歳以上は「ペースメーカーの適応度」(クラス)と「身体活動能力(運動強度)」(メッツ数)で判断する
    - ◆ ICDや両室ペーシングも同じ
    - ◆ クラスは日本循環器学会の「不整脈の非薬物治療ガイドライン(2011年改訂版)」を用いる



# 心臓機能障害

- ◆ 例外その1: 心臓ペースメーカー
  - ◆ 初回認定のみ、クラス Iは無条件で1級
    - ◆ クラスII以下はメッツ数で判断
      - ◆ 2Mets未満 1級
      - ◆ 2Mets以上4Mets未満 3級
      - ◆ 4Mets以上 4級
    - ◆ 3年以内に再認定を
  - ◆ 再認定ではメッツ数で判断(クラスは関係なし)
    - ◆ 上記の基準で1級、3級、4級

ADL低下  
に相当



# 心臓機能障害

- ◆ 例外その1: 心臓ペースメーカー
  - ◆ 初回認定においては適応度を判断した根拠となる所見を、ガイドラインの基準に合わせて、経過・現症の欄などで示す必要がある
    - ◆ 無症候性でクラス Iと判断できるのは、HR40未満など一部の高度・完全房室ブロックに限られる
  - ◆ 再認定においては、前回診断書作成からのメッツ数の推移がわかるような臨床経過を、経過・現症の欄に記すことが求められる



# 心臓機能障害

- ◆ 例外その1: 心臓ペースメーカー
  - ◆ ICD、CRT-P、CRT-Dはそれぞれの機器に応じた適応度を用いる
    - ◆ CRT-P、CRT-Dの適応度の判断には「NYHAクラス」、「EF」、「QRS幅」、「洞調律 or Af」といった情報が必要
  - ◆ ICD、CRT-Dは除細動器が作動したら、その事実をもって「1級(3年後再認定)」と認定できる



# 心臓機能障害

- ◆ 例外その2: 弁置換術後
  - ◆ 無条件で、術直後より1級としている
    - ◆ 人工弁、生体弁の種類は問わない
    - ◆ 開胸手術、経皮的(血管内治療)の術式は問わない
  - ◆ 心臓移植後で免疫抑制剤が必要な期間も1級
    - ◆ 免疫抑制剤が不要になった後は、通常の基準で判定する



# 心臓機能障害

- ◆ よくある悩ましいケース
  - ◆ 活動能力、メッツ数の判断においては、肢体不自由や認知機能障害といった他の機能障害による活動低下の要素を含めるのは適当ではない
    - ◆ 他の機能障害の要素を排した状態を類推し、「心臓機能障害による活動制限の程度は？」という観点で判断する
    - ◆ 心エコーなど客観的な検査所見を参考に



# じん臓機能障害

- ◆ 血清クレアチニン濃度で判断が基本
  - ◆ 8.0mg以上 1級
  - ◆ 5.0mg以上、8.0mg未満 3級
  - ◆ 3.0mg以上、5.0mg未満 4級
- ◆ 内因性CCrの基準も適応可 (12歳以上も可)
  - ◆ 10mL/分未満 1級
  - ◆ 10mL/分以上、20mL/分未満 3級
  - ◆ 20mL/分以上、30mL/分未満 4級



# じん臓機能障害

- ◆ eGFR(推定糸球体濾過量)も適応可
  - ◆ 10ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満 3級
  - ◆ 10ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上、20ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満 4級
- ※ eGFRに1級の基準はない(最高で3級)
- ◆ Crea、CCr、eGFR のいずれか悪い値で判定
  - ◆ CCrが比較的早期に基準を満たす印象



# じん臓機能障害

- ◆ 「日常生活の制限による分類」は補助的要件
  - ◆ ア 非該当
  - ◆ イ 4級
  - ◆ ウ、臨床症状2個以上 3級
  - ◆ エ、透析が必要 1級
- ◆ 「透析を必要としているから無条件で1級」という認定基準ではない
  - ◆ 血清クレアチニン濃度等の基準も満たす必要がある



# じん臓機能障害

- ◆ 腎臓の機能障害は不可逆的なことが多い  
ためか、「経過・現症」の記載に空欄や乏しい  
記述が目立つ
  - ◆ 記載された検査値が一過性の増悪ではなく、  
永続する機能障害であることを示すのは、経  
過の記載として重要である



# じん臓機能障害

- ◆ 腎移植術後
  - ◆ 術後の抗免疫療法を継続実施している間は無条件で1級



# 呼吸器機能障害

- ◆ 「換気機能」「動脈血ガス」の検査値での判断が基本となる
  - ◆ 換気機能と血ガスとで、より重い等級で認定
  - ◆ 活動能力は補助的要件
  - ◆ 一過性の増悪が生じやすい指標を用いているため、示された検査値が一過性の増悪ではなく永続する機能障害を反映していることを経過・現症の記載から判断する



# 呼吸器機能障害

- ◆ 換気機能：予測肺活1秒率
  - ◆  $1\text{秒量(mL)} / \text{予測肺活量(mL)} \times 100$ 
    - ◆ 予測肺活量は性別・年齢・身長より算出
  - ◆ 20%以下 1級
  - ◆ 20%超、30%以下 3級
  - ◆ 30%超、40%以下 4級
  - ◆ 40%超 非該当



# 呼吸器機能障害

- ◆ 換気機能は「検査時に十分な換気努力がなされたか」という検査値の信頼性が重要
  - ◆ 認知機能障害などで十分な努力がなされないと低値に出てしまう
  - ◆ 適正に行われた検査の再現性はある程度高いと信頼できる
    - ◆ 肺炎等による一時的な増悪の影響を受けにくい



# 呼吸器機能障害

- ◆ 動脈血ガス(室内気): O<sub>2</sub>酸素分圧
  - ◆ 50Torr以下 1級
  - ◆ 50Torr超、60Torr以下 3級
  - ◆ 60Torr超、70Torr以下 4級
  - ◆ 70Torr超 非該当
  
- ◆ CO<sub>2</sub>酸素分圧は低換気を示唆する補助的な指標として活用することもある



# 呼吸器機能障害

- ◆ 動脈血ガス(室内気): $O_2$ 酸素分圧
  - ◆ どうしても室内気での検査ができない場合に(持続的酸素投与を中断できない状態など)は酸素投与下での検査結果を記載する
    - ◆  $O_2$ 酸素分圧は室内気での検査結果よりも高値になるため、酸素投与下での検査であることを明記する
      - ◆ 酸素投与量も必ず記載する



# 呼吸器機能障害

- ◆ 動脈血ガスは回復可能な肺炎等による「短期間の一時的な増悪ではないこと」の確認が極めて重要
  - ◆ 単回の検査値のみでは「障害の永続性」が確認しづらい
  - ◆ 期間をおいてからの再検査などで、結果の再現性が示されると信頼性が高まる
    - ◆ 経時的に悪化した検査値の推移が示されると一時的な増悪でないことが確認しやすい



# 呼吸器機能障害

- ◆ 急性増悪直後の検査値のみでは「永続する障害」の程度は確認できない
  - ◆ 一通りの治療を行った上で、結果として回復しなかった機能障害が「永続する障害」では？
    - ◆ 治療開始直後の検査値では等級判断は困難
    - ◆ 急性増悪から90日経過するとこれ以上の回復は難しいとも言える（呼吸器リハの算定上限日数）
    - ◆ 急性増悪前の検査値は参考になり得る
      - ◆ 永続する障害のベースラインと考えられる



# 呼吸器機能障害

- ◆ 肺移植術後
  - ◆ 術後の抗免疫療法を継続実施している間は無条件で1級





# ぼうこう・直腸機能障害

## ◆「腸管のストマ等」

- ◆ 腸管のストマ

- ◆ 治癒困難な腸瘻

- ◆ 高度の排便障害 下記を原因とするものに限る

- ◆ 先天性疾患

- ◆ 直腸手術

- ◆ 先天性鎖肛による肛門形成術or小腸肛門吻合術



# ぼうこう・直腸機能障害

- ◆ 「尿路変更のストマ等」
  - ◆ 尿路変更のストマ
  - ◆ 高度の排尿障害      下記を原因とするものに限る
    - ◆ 先天性疾患
    - ◆ 直腸手術
    - ◆ 自然排尿型代用ぼうこう(新ぼうこう)

※「治癒困難な膀胱瘻」は認定対象外



# ぼうこう・直腸機能障害

## ◆「加重要素」

- ◆ ストマにおける排便・排尿管理が著しく困難
- ◆ 腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難

※「高度の排便障害」「高度の排尿障害」  
に関する加重要素は設けられていない



# ぼうこう・直腸機能障害

- ◆ 腸管または尿路変更のストマ
  - ◆ 障害認定対象となるストマとは、**排尿・排便のための機能**をもち、**永久的に造設**されるもの
    - ◆ 造設直後から障害認定可能
    - ◆ ぼうこう摘出や肛門温存の有無は問わない
      - ◆ 自然な排泄経路が温存されている場合には、将来的なストマ閉鎖の可能性について明示すべきであり、必要に応じて再認定を行う
        - ◆ 吻合不全などの非悪性腫瘍例
        - ◆ ストマ閉鎖術を行う可能性の高い若年者 など



# ぼうこう・直腸機能障害

- ◆ 腸管または尿路変更のストマ
  - ◆ 障害認定対象となるストマとは、**排尿・排便のための機能**をもち、**永久的に造設**されるもの
    - ◆ 経管栄養や投薬、洗浄を目的としたものは対象外
      - ◆ 例) 重度嚥下障害に対する腸管栄養のための腸瘻
    - ◆ 手術等で意図的に設けた「ストマ」であって、合併症等で意図せず生じた「瘻孔」は含まれない
      - ◆ 瘻孔を排尿・排便に有効活用していても、自然の瘻孔のままではストマに含まれないが、形成術を施した場合はストマに含まれる



# ぼうこう・直腸機能障害

## ◆ 治癒困難な腸瘻

- ◆ ストマ以外の瘻孔から腸内容の大部分の漏れがあり、手術等によって閉鎖の見込みのない状態のものをいう
  - ◆ 手術等で閉鎖ができない見込みを示されないと認定できない
  - ◆ 漏出量の少ない腸瘻は対象外

※ 膀胱瘻(からの尿漏れ)は手帳交付の対象外



# ぼうこう・直腸機能障害

- ◆ 「高度の排便・排尿障害」の対象疾患
  - ◆ 神経損傷による排便・排尿障害をきたす疾病は多数あるが、身障手帳交付の対象となるものはその一部に限られている
    - ◆ (二分脊椎などの)先天性疾患
    - ◆ 直腸手術や自然排尿型代用ぼうこうによる神経因性膀胱
    - ◆ 先天性鎖肛による肛門形成術or小腸肛門吻合術
  - ◆ 脊髄損傷による神経因性膀胱は認定対象外



# ぼうこう・直腸機能障害

- ◆ 障害認定可能な時期
  - ◆ ストマは造設直後から認定可能
  - ◆ 治癒困難な腸瘻は、治療が終了して、手術等でも閉鎖できない見込みと診断されてから
  - ◆ 高度の排尿・排便障害、ストマ・腸瘻による排便・排尿管理が著しく困難、は術後6か月以降から



# 小腸機能障害

- ◆ 1) 小腸の障害像  
2) エネルギー補充の必要性  
の2つで等級認定する
- ◆ 1)、2)のすべての条件を満たす必要がある
  - ◆ より低い方の等級で認定する



# 小腸機能障害

- ◆ 1) 小腸の障害像
  - ◆ 小腸大量切除による残存空・回腸長の減少
    - ◆ 75cm未満(乳幼児期は30cm未満) 1級
    - ◆ 75cm以上、150cm未満 3級
    - ◆ 150cm以上(※大量切除とは見なされない) 4級
  - ◆ 小腸疾患による永続的な小腸機能の低下
    - ◆ 疾患名は等級認定に影響しない



# 小腸機能障害

- ◆ 2) エネルギー補充の必要性
  - ◆ 栄養維持が困難 【必須条件】
    - ◆ 栄養療法開始前に次のどちらかが認められる
      - ◆ 最近3ヶ月間の体重減少率が10%以上  
(15歳以下は身長・体重増加がみられないこと)
      - ◆ 血清アルブミン濃度が3.2g/dl以下
    - ◆ 既に栄養療法(中心静脈栄養、経腸栄養)を実施中



# 小腸機能障害

## ◆ 2) エネルギー補充の必要性

### ◆ 栄養療法を行う必要がある

- ◆ 1級 推定エネルギー必要量の60%以上を  
常時中心静脈栄養で補う
- ◆ 3級 推定エネルギー必要量の30%以上を  
常時中心静脈栄養で補う
- ◆ 4級 随時中心静脈栄養や経腸栄養で補う
  - ◆ 「随時」とは、6ヶ月間に4週間程度の頻度  
(≒月あたり4-5日、週あたり1日)



# 小腸機能障害

- ◆ 再認定は必須
  - ◆ 小腸大量切除(残存空・回腸長が150cm未満、すなわち1・3級相当)を除いて、3年後再認定を付することになっている
- ◆ 小腸切除・疾患以外は対象外
  - ◆ 嚥下障害による経腸栄養はもちろん、悪性腫瘍末期による悪液質も認定対象外である



# 小腸機能障害

---

- ◆ 小腸移植術後
  - ◆ 術後の抗免疫療法を継続実施している間は無条件で1級



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 13歳以上と13歳未満で診断基準が異なる
  - ◆ 13歳以上 後天的なHIV感染を想定
    - ◆ 1)「HIV感染の確認」は必須条件
    - ◆ 2)CD4陽性Tリンパ球数、エイズ発症、「検査所見」+「ADL制限」の項目数 で等級認定
  - ◆ 13歳未満 母子感染を想定
    - ◆ 1)「HIV感染の確認」は必須条件
    - ◆ 2)免疫学的分類、HIV感染の臨床症状で等級認定



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 1) HIV感染の確認
  - ◆ HIV抗体スクリーニング検査法の結果が陽性
    - ◆ 酸素抗体(ELISA)法、粒子凝集(PA)法、免疫クロマトグラフィー(IC)法など
  - かつ
  - ◆ 抗体確認検査又はHIV病原体検査が陽性
    - ◆ Western Blot法、蛍光抗体(IFA)法など
    - ◆ ウイルス分離、核酸診断法(PCR法)など



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 1) HIV感染の確認
  - ◆ 例外的に、母子感染と思われる生後18か月未満の小児においては、抗体確認検査の代わりに「HIV感染以外に原因が認められない免疫機能の著しい低下」でもってHIV感染としてよいこととしている
    - ◆ この場合でも、HIV抗体スクリーニング検査陽性は必須



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 13歳以上： 2) 「検査所見」+「ADL制限」
  - ◆ 検査所見(4項目)
    - ◆ 白血球減少、Hb減少、血小板減少、HIV-RNA量
      - ◆ 4週以上の間隔をおいた検査で連続して基準を満たすと「1項目該当」とする
  - ◆ ADL制限(8項目)
    - ◆ 倦怠感・易疲労性、体重減少、発熱、下痢、嘔吐・嘔気、日和見感染症、生もの摂取禁止、安静



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 13歳以上： 2) 「検査所見」+「ADL制限」
  - ◆ 検査所見(4項目)+ADL制限(8項目)
    - ◆ 2級 6項目以上
      - ◆ 「CD4陽性Tリンパ球数200/ $\mu$ l以下」「エイズ発症の既往」は3項目分とカウント(他に3項目必要)
    - ◆ 3級 4項目以上
      - ◆ 「CD4陽性Tリンパ球数500/ $\mu$ l以下」も1項目分とカウント(他に3項目必要)
    - ◆ 4級 2項目以上
      - ◆ 「CD4陽性Tリンパ球数500/ $\mu$ l以下」も1項目分とカウント



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 13歳以上： 2) 「検査所見」+「ADL制限」
  - ◆ 検査所見(4項目)+ADL制限(8項目)
    - ◆ 1級                      6項目以上  
かつ  
「CD4陽性Tリンパ球数200/ $\mu$ l以下」
  - ◆ 「回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態」は無条件で1級となる



# HIVによる免疫機能障害

## ◆ 13歳未満： 2) 免疫学的分類、臨床症状

### ◆ 1級 重度の症状あり

- ◆ 「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」の23の指標疾患（＝エイズ発症）

### ◆ 2級 中等度の症状あり

- ◆ 好中球減少症、貧血、血小板減少症、発熱、下痢、CMV感染、HSV気管支炎・肺炎・食道炎、トキソプラズマ症、口腔咽頭カンジダ症、反復性HSV口内炎、帯状疱疹、細菌性髄膜炎・肺炎・敗血症、ノカルジア症、播種性水痘、肝炎、心筋症、平滑筋肉腫、HIV腎症



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 13歳未満： 2) 免疫学的分類、臨床症状
  - ◆ 3級 軽度の症状 2項目以上
  - ◆ 4級 軽度の症状 1項目以上
- ◆ リンパ節腫脹、肝腫大、脾腫大、皮膚炎、耳下腺炎、反復性or持続性上気道感染、反復性or持続性副鼻腔炎、反復性or持続性中耳炎



# HIVによる免疫機能障害

## ◆ 13歳未満： 2) 免疫学的分類、臨床症状

### ◆ 年齢区分毎の免疫学的分類

#### ◆ 「CD4陽性リンパ球数」

◆ 重度低下(2級)	1歳未満	< 750/ $\mu$ l
	1歳以上6歳未満	< 500/ $\mu$ l
	6歳以上13歳未満	< 200/ $\mu$ l
◆ 中等度低下(3級)	1歳未満	750-1499/ $\mu$ l
	1歳以上6歳未満	500- 999/ $\mu$ l
	6歳以上13歳未満	200- 499/ $\mu$ l



# HIVによる免疫機能障害

- ◆ 13歳未満： 2) 免疫学的分類、臨床症状
  - ◆ 年齢区分毎の免疫学的分類
    - ◆ 「全リンパ球に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合」
      - ◆ 重度低下(2級) 年齢によらず 15%未満
      - ◆ 中等度低下(3級) 年齢によらず 15~24%

※ 免疫学的分類はより重度のもので認定する

「臨床症状」「CD4陽性Tリンパ球数」「割合」のうち  
最も重い等級で認定する



# 肝臓機能障害

- ◆ 1) Child-Pugh分類(肝臓機能障害の重症度)  
2) 臨床症状の項目数 で等級認定
- ◆ 3) その他の基準も忘れなく



# 肝臓機能障害

## ◆ 1) Child-Pugh分類

- ◆ 「肝性脳症」「腹水」「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5項目
- ◆ 「5項目の合計点数が7点以上（Grade B・C）」は手帳交付の必須条件
  - ◆ 1・2級については、「肝性脳症」or「腹水」を含む3項目以上が2点以上であることも要件
- ◆ これらが90日以上180日以内の間隔をおいた検査において連続2回以上続くこと



# 肝臓機能障害

## ◆ 2) 臨床症状

- ◆ 補完的な肝機能診断: 「血清総ビリルビン値高値」、「血中アンモニア濃度高値」、「血小板減少」
- ◆ 病歴: 「原発性肝がん」、「特発性細菌性腹膜炎」、「胃食道静脈瘤」、「B・C型肝炎ウイルスの持続的感染」
- ◆ ADL制限: 「倦怠感及び易疲労感」、「嘔吐・嘔気」、「有痛性筋けいれん」

- ◆ 5項目以上 1級
- ◆ 3項目以上 2級・3級 (※ADL制限のみは不可)
- ◆ 1項目以上 4級



# 肝臓機能障害

- ◆ 3) その他の基準
  - ◆ Child分類の検査は、次の2つの状況下で行われていることが条件
    - ◆ 180日以上アルコールを摂取していない
      - ◆ アルコール性肝障害に限らず必須条件
      - ◆ 患者申告に加えて病状の推移から医師が判断
    - ◆ 改善の可能性のある積極的治療を実施
      - ◆ 「積極的治療」とは「受診」「服薬」「生活上の管理」といった医師の指示も含むかなり幅広い概念
      - ⇒非代償期であっても実施されてしかるべき内容



# 肝臓機能障害

- ◆ 例外) 肝移植術後
  - ◆ 術後の抗免疫療法を継続実施している間は無条件で1級
  
- ◆ 再認定
  - ◆ 初回認定においてChild-Pugh分類の5項目の合計点数が7-9点 (Grade B) の場合には、1-5年後に再認定を行う



# 肝臓機能障害

- ◆ よくある悩ましいケース
  - ◆ Child-Pugh分類の検査日が90日以上180日以内の間隔でない
    - ⇒90日以上180日以内の検査日のデータを示すよう照会する
  - ◆ 「改善の可能性のある積極的治療を実施」が「×」になっている
    - ⇒「改善の可能性のある積極的治療」の定義を改めて確認してもらうべく照会する



---

それぞれの機能障害についての細かいこと

# 各論その2 (肢体不自由)



# 肢体不自由

- ◆ 肢体不自由は4つの機能障害から成る
  - ◆ 上肢不自由
  - ◆ 下肢不自由
  - ◆ 体幹不自由
  - ◆ 脳原性運動機能障害
    - ◆ 上肢機能障害
    - ◆ 移動機能障害

乳幼児期以前の  
非進行性の脳病変  
による運動機能障害



# 肢体不自由

- ◆ 肢体不自由は4つの機能障害から成る
    - ◆ 上肢不自由
    - ◆ 下肢不自由
    - ◆ 体幹不自由
    - ◆ 脳原性運動機能障害
      - ◆ 上肢機能障害
      - ◆ 移動機能障害
- 機能障害の程度での認定が基本
- 日常生活上の制限を材料に機能障害の程度を推定して認定



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 上(下)肢不自由は次の区分から成る
  - ◆ 機能障害
    - ◆ 一上(下)肢全体の障害、三大関節の障害、手(足)指の障害の基準が示されている
  - ◆ 欠損障害
    - ◆ 欠損部位に対する等級が明示されている
  - ◆ 短縮障害
    - ◆ 短縮の程度に対する等級が明示されている
    - ◆ 上肢不自由には短縮障害の概念はない



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 機能障害の程度は「全廃」「著障」「軽障」の3段階が基本
  - ◆ 「全廃」: 機能を全廃したもの
    - ◆ 「欠損(切断)」は機能全廃と同様の扱い
  - ◆ 「著障」: 機能の著しい障害
  - ◆ 「軽障」: 機能の軽度の障害
- ◆ これに機能障害の範囲を考慮して障害等級が決まる



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 機能障害の程度は「全廃」「著障」「軽障」の3段階が基本
  - ◆ 「全廃」:
  - ◆ 「著障」: 「全廃」から1等級減
  - ◆ 「軽障」: 基本的に7級相当
    - ◆ 7級単独では手帳交付の対象とならないが、複数の障害を併せ持つことで6級以上となり、手帳交付の対象となる



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 各関節（肩・肘・手・手指、股・膝・足）の「他動的ROM」と「MMT」で認定するのが基本
  - ◆ 全廃：可動範囲10度以下、MMT 0-2、高度の動揺関節
    - ◆ 肩関節は30度以下、足関節は5度以下
  - ◆ 著障：可動範囲30度以下、MMT 3、中等度の動揺関節
    - ◆ 肩関節は60度以下、足関節は10度以下、
    - ◆ 「前腕の回内外の可動範囲10度以下」も肘関節著障
  - ◆ 軽障：可動範囲90度以下、MMT 4
    - ◆ 足関節は30度未満

注) 屈曲20度・伸展10度の可動範囲は30度である  
MMTは各運動方向の平均値をもって評価する



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 一上肢全体に及ぶ機能障害については、まとめて判定することもある
  - ◆ 全廃： 肩関節・肘関節・手関節・手指5本の  
上肢全ての機能が全廃
  - ◆ 著障： 肩関節・肘関節・手関節・手指5本の  
全ての機能の平均が著障相当  
肩関節・肘関節・手関節のうち  
2関節の機能全廃



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 一下肢全体に及ぶ機能障害については、  
まとめて判定することもある
  - ◆ 全廃： 股関節・膝関節・足関節の  
下肢全ての機能が全廃
  - ◆ 著障： 股関節・膝関節・足関節の  
全ての機能の平均が著障相当



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 上(下)肢不自由は機能障害の程度で判定するが、ROM・MMTのみでは上手く説明できない機能障害(痙縮、運動失調など)については「日常生活の支障」を材料にその機能障害の程度を推定して総合的に判断する

例)小脳性運動失調では手指の麻痺は生じないためROM・MMTでは非該当レベルだが、運動失調により書字が全くできない場合、この運動失調による上肢の機能障害は手指全廃(3級)相当と判断される



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 一上肢全体に及ぶ機能障害については、  
(MMT・ROMでは示せない機能障害も含めて)  
日常生活の支障の程度を参考にまとめて  
判定することもある
  - ◆ 全廃:
  - ◆ 著障: 5kg以内のものしか下げられない
  - ◆ 軽障: 精密な運動ができない  
10kg以内のものしか下げられない



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 手指5指全体に及ぶ機能障害については、  
(MMT・ROMでは示せない機能障害も含めて)  
日常生活の支障の程度を参考にまとめて  
判定することもある
  - ◆ 全廃： 書字、箸を持つことができないもの
  - ◆ 著障： 5kg以内のものしか下げられない、握力5kg以内  
鋏・かなづちの柄を握って作業できない
  - ◆ 軽障： 精密な運動ができない  
10kg以内のものしか下げられない、握力15kg以内



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 一下肢全体に及ぶ機能障害については、  
(MMT・ROMでは示せない機能障害も含めて)  
日常生活の支障の程度を参考にまとめて  
判定することもある
  - ◆ 全廃： 患肢で立位を保持できない
  - ◆ 著障： 1km以上の歩行不能、30分以上の起立位保持不能、  
階段昇降は手すりにすがらないとできない、  
通常の腰掛けに腰掛けられない、横座りができない
  - ◆ 軽障： 2km以上の歩行不能、1時間以上の起立位保持不能、  
正座・あぐらができない



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 上肢・下肢、各関節の機能障害についての等級は次のとおり

	上肢全体	下肢全体	一関節	
◆ 全廃:	2級-④	3級-③	4級-③	4級-⑤
◆ 両側は	1級-①	1級-①	足関節は	5級-②
◆ 著障:	3級-③	4級-④	5級-②	5級-①
◆ 両側は	2級-①	2級-①	足関節は	6級-②
◆ 軽障:	7級-①	7級-②	7級-②	7級-③



# 上肢不自由・下肢不自由

## ◆ 手指の機能障害

両側の全廃・欠損は	全廃・欠損(切断)	著障
2級: 5指全部	◆ 3級: 5指全部	
3級: 母指+示指	◆ 4級: 母指+示指 母指or示指+他2指	母指or示指+他3指 (「5指全部」も含む)
4級: 母指	◆ 5級: 母指	母指+示指 母指or示指+他2指
	◆ 6級: 示指+他1指	母指
	◆ 7級: 中指+環指+小趾	示指+他1指

著障は  
1等級  
減じる



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 足指の機能障害は「下駄・草履をはくことができるか」という日常生活の支障の程度で5指まとめて判定する
  - ◆ 全廃： 下駄・草履をはくことのできないもの
    - ◆ 7級-⑤ 両側の場合は 4級-②
  - ◆ 著障： 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
    - ◆ 非該当 両側の場合のみ 7級-①
- ✓ 足指1本毎のMMT・ROMで判定するものではない



# 上肢不自由・下肢不自由

## ◆ 欠損障害（切断）については下記のとおり

### ◆ 上肢

◆ 全手指切断

3級-④（上肢著障、手指全廃と同じ）



両側だと 2級-②

◆ 手関節離断

同上（3級）



両側だと 1級-②

◆ 前腕切断

同上（3級）

両側だと 1級-②

◆ 上腕切断：

2級-③（上肢全廃と同じ）



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 欠損障害（切断）については下記のとおり
  - ◆ 手指
    - ◆ 欠損（切断）とは「母指はIP関節、その他の指はPIP関節以上を欠くもの」であり、同関節が物理的に温存されている末節の部分切断は欠損（切断）として扱わない
      - ◆ 残存した部分のROM・MMTで機能障害を判断する
    - ◆ 欠損（切断）は、当該手指の「全廃」と同じ等級



# 上肢不自由・下肢不自由

## ◆ 欠損障害（切断）については下記のとおり

### ◆ 下肢

- ◆ 全足趾欠損（切断）： 7級-④（足指全廃と同じ）
  - ◆ 両側の場合は 4級-①
- ◆ リスフラン欠損（切断）： 6級-①（足関節著障と同じ）
  - ◆ 両側ショパール欠損（切断）は 3級-①
- ◆ 下腿欠損（切断）： 4級-③（一下肢著障と同じ）
  - ◆ 両側の場合は 2級-②
- ◆ 大腿欠損（切断）： 3級-②（一下肢全廃と同じ）
  - ◆ 両側の場合は 1級-②



# 上肢不自由・下肢不自由

- ◆ 下肢の短縮障害については短縮の程度（脚長差）で認定
  - ◆ 10cm(or 1/10)以上短縮：  
4級-⑥（一関節全廃と同じ）
  - ◆ 5cm(or 1/15)以上短縮：  
5級-③（一関節著障と同じ）
  - ◆ 3cm(or 1/20)以上短縮：  
7級-⑥（一関節軽障と同じ）
- ◆ 上肢の短縮は認定の対象外



# 上肢不自由・下肢不自由

## ◆ 合計指数算定の特例

- ◆ 一肢に関わる合計指数は、機能障害のある部位から先の欠損（切断）の障害等級指数を超えることはない

- ◆ 例) 一上肢の肘から先の機能全廃

手指全廃(3級:指数7) + 手関節全廃  
(4級:指数4) + 肘関節全廃(4級:指数4)  
= ~~合計指数15~~ → 2級

肘関節離断(3級:指数7)の等級・指数が上限



# 体幹不自由

- ◆ 体幹（頸部・胸部・腹部・腰部）の運動および体位保持の機能障害を体幹不自由として認定する
  - ◆ 例） 脊髄損傷による体幹筋麻痺  
小脳性運動失調 など
  - ◆ 障害が体幹のみならず四肢にも及ぶ場合が多いが、体幹と下肢の2つの重複する機能障害として合算しない
    - ◆ より上位の等級を採用する



# 体幹不自由

- ◆ 機能障害の程度は、姿勢保持や歩行といった日常生活の支障の程度で判定する
  - ◆ 1級： 座位がとれないもの
  - ◆ 2級： 座位・起立位を10分以上保てないもの  
起立することの困難なもの
  - ◆ 3級： 100m以上歩行不能  
片脚起立保持が全くできないもの
  - ◆ 5級： 2km以上歩行不能



# 体幹不自由

- ◆ 下肢の異常による姿勢保持・歩行能力低下は体幹不自由として認定できない
  - ◆ 変形性股関節症による歩行能力低下は、下肢不自由であって体幹不自由ではない
  - ◆ 脳卒中片麻痺による歩行能力低下は、体幹不自由の基準ではなく下肢不自由の基準で判定する
    - ◆ 2km以上歩行不能は体幹5級ではなく下肢7級



# 脳原性運動機能障害

- ◆ 脳原性運動機能障害は、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を対象とする
  - ◆ 例) 脳性麻痺 など
- ◆ 生活経験の獲得という点で極めて不利な状態に置かれていることへ特別に配慮している
  - ◆ 通常の上肢・下肢・体幹不自由よりも甘めの基準になっている
  - ✓ 通常の上肢・下肢・体幹不自由での認定も可能



# 脳原性運動機能障害

- ◆ 脳原性運動機能障害の認定基準は、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持つ者も対象となりうる
  - ◆ 例) 脊髄性小児麻痺 など
  - ◆ 「脳原性」と銘打っているが、原因疾患が脳原性であることではなく、乳幼児期の全身性の障害で生活経験の獲得において不利であったことが対象を考える上では重要



# 脳原性運動機能障害

- ◆ 真の「脳原性」運動機能障害
  - ◆ 例) 脳性麻痺 など
  - ◆ 脳原性運動機能障害の診断基準を第一に
  - ◆ 困難な場合は肢体不自由一般の基準を
- ◆ 脳原性運動機能障害と類似の症状
  - ◆ 例) 脊髄性小児麻痺 など
  - ◆ 肢体不自由一般の認定基準を第一に
  - ◆ 困難・著しく不利な場合は脳原性の基準も可



# 脳原性運動機能障害

## ◆ 上肢機能障害

### ◆ 両上肢の機能障害がある場合

#### ◆ 紐むすびテストの結果で判定

◆ 5分間に43cmの紐を何本結ぶことができるか

◆ 1級 19本以下

◆ 5級 65本以下

◆ 2級 33本以下

◆ 6級 75本以下

◆ 3級 47本以下

◆ 7級 76本以上

◆ 4級 56本以下



# 脳原性運動機能障害

## ◆ 上肢機能障害

### ◆ 一上肢の機能障害がある場合

#### ◆ 5動作テストの結果で判定

- ◆ 封筒を固定，財布からコインを取り出す，傘さし，健側の爪切り，健側そで口のボタン留め

◆ 2級 全て不可

◆ 3級 1動作可能

◆ 4級 2動作可能

◆ 5級 3動作可能

◆ 6級 4動作可能

◆ 7級 5動作可能だが  
不随意運動・失調  
などがある



# 脳原性運動機能障害

## ◆ 移動機能障害

### ◆ 下肢・体幹機能の評価で判定

- ◆ 1級 つたい歩き不可
- ◆ 2級 つたい歩きのみ可能
- ◆ 3級 支持なし立位可能, 10m歩行可能,  
椅子からの立ち座り不可
- ◆ 4級 椅子から立ち上がり, 10m歩行し,  
椅子へ着座するのに15秒以上



# 脳原性運動機能障害

## ◆ 移動機能障害

### ◆ 下肢・体幹機能の評価で判定

- ◆ 5級 椅子から立ち上がり, 10m歩行し, 椅子へ着座するのに15秒未満だが, 50cm幅の範囲を直線歩行不能
- ◆ 6級 50cm幅の範囲を直線歩行可能だが, スクワット動作が不能
- ◆ 7級 6級以上には該当しないが, 下肢の不随意運動・失調等があるもの



# 脳原性運動機能障害

- ◆ 各検査は日常動作を想定したテスト課題となっているため、課題内容の理解、課題への動作習熟がなされた状態で評価することとなっている
  - ◆ 重度の知的障害の合併など、課題遂行に肢体不自由以外の要素が影響している場合には、脳原性での評価・等級認定は困難である
    - ◆ その場合は、肢体不自由一般のMMT・ROMをベースとした認定基準を用いざるを得ない



# 脳原性運動機能障害

- ◆ 1つの疾患に由来する障害に対しては、脳原性運動機能障害と上・下肢・体幹不自由を混在させて認定することはできない
  - ◆ 脳原性上肢機能障害＋下肢不自由
  - ◆ 上肢不自由＋脳原性移動機能障害 は不可



# 肢体不自由

- ◆ 肢体不自由の機能障害の程度の判定は、次の条件で行う
  - ◆ 一時的な最大能力ではなく、日常的に無理なく発揮可能な能力で評価する
    - ◆ 「無理すれば可能」は可能とは扱わない
  - ◆ 義肢・装具等の補装具を装着しない状態で判定する
  - ◆ 人工関節・人工骨頭は、置換術後の経過が安定した時点の機能障害の程度で判定する



# 肢体不自由

- ◆ 肢体不自由には「7級」の基準があるが、単独では身障手帳交付の対象とならないものの、2つ以上ある時は合算により6級となり身障手帳交付の対象となる
  - ◆ 手帳交付に至らなければ、法的には障害者として庇護を受ける権利が得られない
    - ◆ 補装具費支給などの障害福祉サービス利用
    - ◆ 障害者枠での雇用



# 肢体不自由

- ◆ よくある悩ましいケース
  - ◆ 変形性股関節症による下肢全体の機能障害
    - ◆ 二次的障害(廃用性筋萎縮・拘縮など)が膝関節・足関節にも及んでいることが明示されないと下肢全体の障害としては認定できない
      - ◆ 股関節のみの障害としては認定可能