

身体障害者手帳の診断書・ 意見書を書くためのポイント



岡山市障害者更生相談所



令和6年10月版

はじめに

- ◆ 身体障害者手帳は、法上の各種援護を受ける場合のみならず、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するためのもの
 - ・ 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
- ◆ 岡山市ホームページにも掲載している本書 (<https://www.city.okayama.jp/0000027739.html>) や、身体障害者福祉法指定医師の手引き (<https://www.city.okayama.jp/kurashi/0000018402.html>) 参照

おことわり

- ◆ 身体障害者手帳の判定は、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）に委ねられています
- ◆ 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事は、ご理解ください

目次

I. 総論（すべての障害に共通していること）

1	判定の方法	1
2	交付までの時間	1
3	障害認定の原則	2
4	障害固定までの期間	2
5	「再認定」	2
6	再認定の際の診断書	3
7	他の障害の影響を排除	3
8	3つの要素	3
9	「機能障害」と「ADL」の整合性	3
10	等級の合算	4
11	「身体障害者手帳集団不正取得事件」	5

II. 各論（それぞれの機能障害について）

1	視覚障害	6
2	聴覚障害	10
3	平衡機能障害	11
4	音声・言語機能障害	12
5	そしゃく機能障害	13
6	心臓機能障害	15
7	じん臓機能障害	18
8	呼吸器機能障害	19
9	ぼうこう・直腸機能障害	21
10	小腸機能障害	23
11	HIVによる免疫機能障害	24
12	肝臓機能障害	26
13	肢体不自由	28

I. 総論（すべての障害に共通していること）

1. 判定の方法

- ◆ 診断書から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、手帳交付が可能
 - ◇ 一致しなければ、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ない
 - また、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
 - ◇ 「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級もしくは非該当との等級意見により身体障害者手帳を交付しない場合には、外部有識者委員から構成される審議会に諮り、その答申を元に最終決定する
- ※ 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
- ・ 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ありえる
 - ・ 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

2. 交付までの時間

- ◆ 岡山市では、申請を受理してから概ね1か月程度で交付している
- ◆ 診断書作成医に「照会」になると、さらに2週間以上（診断書作成医からの回答時期による）、「審議会」に諮るなど、場合によっては手帳交付まで数か月を要するため、なるべく正確で丁寧な障害状況の記載をお願いしたい

3. 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
 - ◇ 「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
- ◆ 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
- ◆ 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

4. 障害固定までの期間

- ◆ 切断、臓器・器官摘出は、その時点ですぐに固定と判断可能
- ◆ 岡山市では、脳血管障害等中枢神経に由来する障害によるものと、遷延性意識障害、突発性難聴、高度の排尿・排便機能障害、小腸機能障害での大量切除以外等は、6か月経過後で障害固定としている
 - また上記以外では、外傷性脊髄（頸髄）損傷の完全麻痺（要MRI）は受傷から3か月経過後、脳卒中のうち発症時から重度の麻痺が想定されるケース（要MRI）は発症から3か月経過後、人工関節置換術は手術日から3か月経過後で障害固定とし、その他のものは1年としている

5. 「再認定」

- ◆ 障害の永続性について確実でない場合（改善する可能性を排除しきれない）であっても、車椅子支給の申請など、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ある
 - 例) 脳性麻痺の2歳児
 - 例) 受傷後3か月での完全脊損（MRI等の資料添付）→1年後
 - 例) 発症後3か月での脳卒中（MRI等の資料添付）→1年後
- ◆ 先天性疾患以外のペースメーカー及び体内植え込み型除細動器は、手術から3年以内に再認定
- ◆ 更生医療適用の手術日から1年後に再認定
- ◆ その他、個別の状況による

6. 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・治療内容を必ず記載する
 - ◇ 前回診断書の丸ごとコピーでなく、現在の状態について記載してください
ペースメーカー植え込み等の再認定でも、植え込み後の経過や現在の状態について記載してください
 - ◇ 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

7. 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：意欲の低下による徒手筋力テスト(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
 - 平衡機能低下による歩行障害
 - ◇ 心機能障害：肢体不自由（麻痺など）による活動能力の低下

8. 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
- ◆ 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？
- ◆ 基本は「機能障害」で認定・等級判断する
- ◆ 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？

9. 「機能障害」と「ADL」の整合性

- ◆ 機能障害が重くない割にADLが悪い
- ◆ 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筋力評価
 - ・ 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ない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がある

◆ 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である

- ◇ 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

10. 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

障害等級	指数
1級	18
2級	11
3級	7
4級	4
5級	2
6級	1
7級	0.5

認定等級	合計指数
1級	18以上
2級	11～17
3級	7～10
4級	4～6
5級	2～3
6級	1

◆ 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
- ◇ 同一疾病による体幹機能障害と下肢機能障害の場合はより重度な障害で認定
- ◇ 音声、言語及びそしゃく機能に重複して障害がある場合

◆ 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

- ◇ 3級(7点) + 4級(4点) ⇒ 11点(2級相当)
- 2級(11点) + 3級(7点) ⇒ 18点(1級相当) : 1級上がる
- ◇ 4級(4点) + 5級(2点) ⇒ 6点(4級相当)
- 5級(2点) + 6級(1点) ⇒ 3点(5級相当)
- 6級(1点) + 7級(0.5点) ⇒ 1.5点(6級相当) : 上がらない

11. 「身体障害者手帳集団不正取得事件」

- ◇ 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正な診断書を作成しない
 - ・ 刑法第160条 虚偽診断書等作成 など
- ◆ 2007年11月に北海道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
 - ◇ この医師は、2008年5月に日本耳鼻咽喉科学会を除名、札幌市の聴覚障害指定医師の取り消し、2009年9月に札幌市医師会を除名となった。

Ⅱ. 各 論（それぞれの機能障害について）

1. 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

◆ 視力障害

◇ 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)

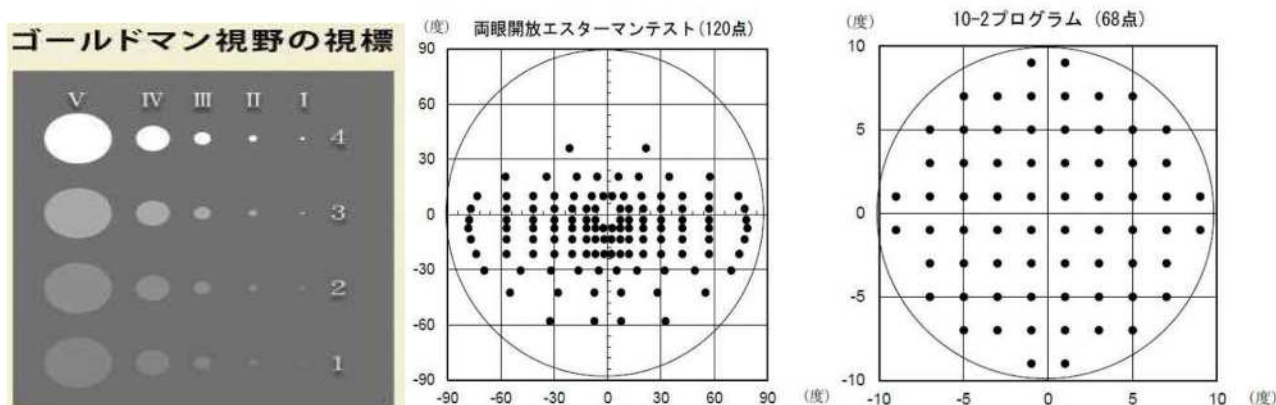
0～0.01	1級
0.02～0.03	2級(他眼が手動弁以下の場合には0.04も2級)
0.04～0.07	3級(他眼が手動弁以下の場合には0.08も3級)
0.08～0.1	4級
0.2 かつ他眼が0.02以下	5級
0.3～0.6 かつ他眼が0.02以下	6級

◇ 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は、非優位眼の視力を0として扱う

◆ 視野障害

◇ 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)



◇ 視野の計測条件（どちらも視野図の添付が必須）

・ 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以上の検査点数（視認点数）

※ 視標サイズⅢ，背景輝度31.5asb

◆ 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

◇ 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 エスターマンテストの両眼開放視認点数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「視野全周10度以内」から変更
- ・ 自動視野計 エスターマンテストの両眼開放視認点数70点以下

◇ 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

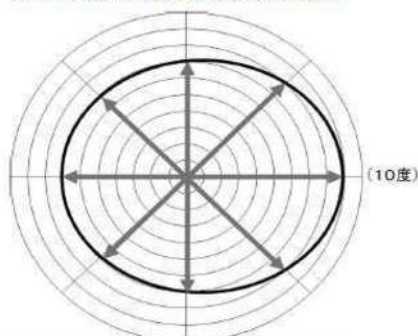
◇ 中心視野“重度”欠損

- ・ 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

◇ 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

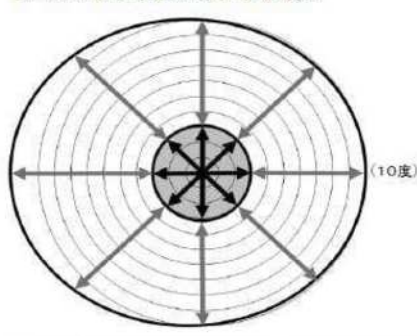
図 1a： 視野角度の総和の算出方法



8方向の経線（上・内上・内・内下・下・外下、外、外上）とイソプタとの交点の角度を視野角度とし、その合計を視野角度の総和とする。

$$7+7+7+7+8+9+8=60(\text{度})$$

図 1b： 中心暗点が存在する場合

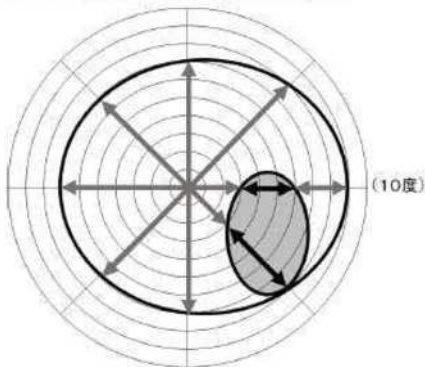


中心暗点が存在する場合は、各経線とイソプタとの交点の角度から、暗点と重なる部分の角度を差し引いて視野角度とし、その合計を視野角度の総和とする。

$$(10-3)+(11-3)+(12-3)+(11-3)+$$

$$(10-3)+(10-3)+(10-3)+(10-3)=60(\text{度})$$

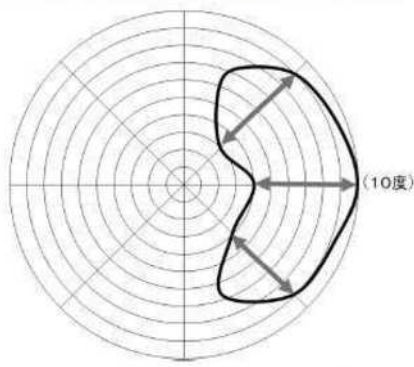
図 1c: 傍中心暗点が存在する場合



傍中心暗点が存在する場合は、各経線とイソプタとの交点の角度から、暗点と重なる部分の角度を差し引いて視野角度とし、その合計を視野角度の総和とする。

$$7+7+7+7+(8-5)+(9-3)+8=52(\text{度})$$

図 1d: 固視点を含まず偏心している場合



イソプタが、固視点を含まずに偏心している場合、イソプタが経線と重なる部分を視野角度とし、その合計を視野角度の総和とする。

$$0+0+0+0+0+5+6+6=17(\text{度})$$

◆ 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

◆ 輪状暗点

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

図 2 a

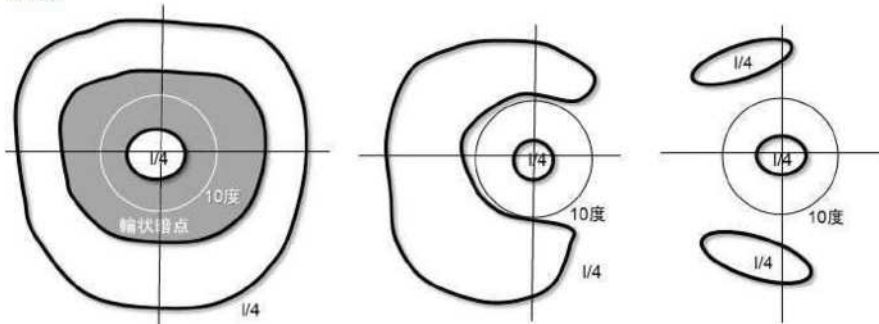
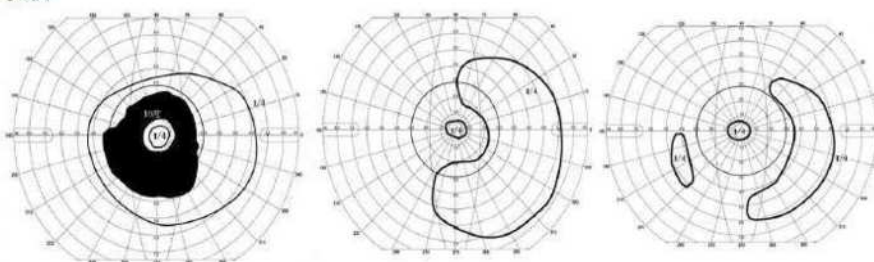


図 2 b

实例



◆ 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

◆ よくある記載もれ・誤り

- ・ 1 ページ①障害名の○と最下段の等級の相違
- ・ 2 ページ2 Aゴールドマン型視野計の場合の(1) 両眼による視野が2分の1以上欠損（はい・いいえ）の○のもれ
- ・ 視野表の添付もれ

2. 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
- ◆ 障害等級は会話音域の平均聴力レベルで判断
 - ◇ 両耳の聴力が 100dB以上 2級
 - 90dB以上 3級
 - 80dB以上 4級
 - 70dB以上 6級
 - ◇ 良い方の聴力が50dB以上で悪い方の聴力が90dB以上 6級
- ◆ 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
 - ◇ 複数回検査を行い、それら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
 - ◇ 初診1回の検査で、過去の経過がない場合は、一時的な悪化か、永続する障害かの判定はできない
- ◆ 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
- ◆ 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
- ◆ 聴覚距離測定による聴覚障害の認定は、なんらかの理由で純音聴力検査ができない場合に適応されるものであり、その理由を経過、現症欄に記載すること
- ◆ よくある記載もれ・誤り
 - ・ 診断書・意見書の2ページ1 (1) 100dB以上の場合は、記入上の注意 (1) のとおり、105dBとして計算する

3. 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)

4. 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・言語によるコミュニケーション能力（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
- ◆ 脳血管疾患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
- ◆ 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
 - ◇ 気管切開だけでは音声・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

5. 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

◆ 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

◆ 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」など

◆ 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（3年後の再認定が必須）

- ・ 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

◇ 口唇・口蓋裂後遺症等で、診断書・意見書を作成する時は、あらかじめ歯科医師の診断書・意見書が必要

6. 心臓機能障害

◆ 18歳未満 ①かつ③、又は②かつ③

◇ 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 (胸部X線/心電図)	②検査所見(心エコー図/ 冠動脈造影)	③養護の区分
1級	6項目以上		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級	5項目以上	冠動脈の狭窄又は閉塞	継続的要医療
4級	4項目以上	冠動脈瘤または拡張	症状に応じて要医療、又は1か月～3か月毎の観察
非該当			6か月～1年毎の観察

◆ 18歳以上 ①かつ②

◇ 18歳以上は心不全を想定している

	①検査所見(胸部X線/心電図)	②活動能力の程度
1級	2項目以上	オ
	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの ・先天性心疾患によるペースメーカーの植え込みをしたもの ・人工弁移植又は、弁置換を行ったもの 	
3級	1項目以上	エ
	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカーを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの 	
4級	心房細動・粗動 期外収縮 ST低下0.2mV未満 運動負荷心電図ST低下0.1mV以上	ウ
	臨床所見で部分的に心臓浮腫があるもの	イ
	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカーを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの 	

◆ 18歳以上の活動能力 ADL低下に相当

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、6メッツ以上に相当

- イ) とウ) 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、4メッツ以上6メッツ未満に相当
 - ・ 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
- 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、2メッツ以上4メッツ未満に相当
 - ・ 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
- 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、2メッツ未満に相当
 - ・ 又は繰り返してアダムストーク発作がおこるもの

◆ 例外その1： 心臓ペースメーカー

- ◇ 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）」（メッツ値）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
- ◇ 初回認定のみ、クラスⅠは無条件で1級
 - ・ クラスⅡ以下はメッツ値で判断
 - ・ 2メッツ未満 1級
 - ・ 2メッツ以上4メッツ未満 3級
 - ・ 4メッツ以上 4級
 - ・ 植え込みから3年以内に再認定を
- ◇ 再認定ではメッツ値で判断（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
- ◇ 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値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
- ◇ 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、その事実をもって診断日から「1級（3年後再認定）」と認定できる

◆ 例外その2： 弁置換術後

◇ 無条件で、術直後より1級となる

- ・ 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

◆ 例外その3： 心臓移植後

◇ 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

◆ よくある悩ましいケース

◇ 活動能力、メッツ値の判断においては、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
- ・ 胸部X線・心電図など検査所見は3カ月以内のもの
3カ月以上前の検査所見の場合は、現在の状態も障害に該当すると考えた理由を記載

◆ よくある記載もれ・誤り

- ・ 診断書・意見書の1ページ最下段の等級誤り
植え込み時のクラスⅡ・Ⅲの場合は、2メッツは3級、4メッツは4級
- ・ 添付の心電図の検査日と、2ページ3の心電図所見日との相違
- ・ メッツ値は数値で記入する。○メッツ未満は適当でない

7. 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

◆ eGFR（推定糸球体濾過量）も適応可

- ・ 10ml/分/1.73m²未満 3級
- ・ 10ml/分/1.73m²以上、20ml/分/1.73m²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

◆ 「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

◆ 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

◆ 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

8. 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
 - ◇ 換気機能と動脈血ガスで、等級を認定
 - ◇ 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
 - ◆ 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
 - 男性： $0.045 \times \text{身長cm} - 0.023 \times \text{年齢} - 2.258$ (18~91歳)
 - 女性： $0.032 \times \text{身長cm} - 0.018 \times \text{年齢} - 1.178$ (18~95歳)
 - ・ 20%以下 1級
 - ・ 20%超、30%以下 3級
 - ・ 30%超、40%以下 4級
 - ・ 40%超 非該当
- 記載誤りが多い
等級に影響するため再確認を！
- ◆ 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
- ◆ 動脈血ガス（室内気）： O_2 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
 - ◇ 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 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
- ◆ CO_2 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

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

9. ぼうこう・直腸機能障害

◆ 3つの要素の数で等級が決まる

「腸管のストマ等」「尿路変更のストマ等」「加重要素」

- ◇ 上記の要素が 1つ 4級
- 2つ 3級
- 3つ 1級

・ 同じ要素に分類される機能障害が複数あっても要素が1つと数える

◆ 「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

◆ 「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

◆ 「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

◆ 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
 - ・ 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

例) 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

- ・ 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

◆ 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

◆ 「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

◆ 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

10. 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（乳幼児期は30cm以上75cm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

◆ 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

◇ 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）

◆ 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年後に再認定

◆ 小腸切除・疾患以外は対象外

◇ 嚥下障害による経腸栄養や悪性腫瘍末期による悪液質は認定対象外である

◆ 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1級

11. 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り、診断書・意見書の様式も違う

- ・ 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、AIDS指標疾患の発症の有無、「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

◇全員： 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
 - ・ 酵素抗体 (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
- ・ 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

◇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
- ・ 検査所見 (4項目)＋ADL制限 (8項目)
 - ・ 4級 2項目以上
 - ・ 「CD4 陽性 T リンパ球数 500/ μ l 以下」も 1 項目分とカウント
 - ・ 3級 4項目以上

- ・ 「CD4陽性Tリンパ球数500/ μ l以下」も1項目分とカウント
(他に3項目必要)
- ・ 2級 6項目以上
 - ・ 「CD4陽性Tリンパ球数200/ μ l以下」「AIDS指標疾患発症の既往」は3項目分とカウント(他に3項目必要)
- ・ 1級 6項目以上かつ「CD4陽性Tリンパ球数200/ μ 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

◇ 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(=AIDS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
- ・ 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
- ・ 年齢区分毎の免疫学的分類(より重度のもので認定する)
 - ・ 「CD4陽性リンパ球数」
 - ・ 重度低下(2級) 1歳未満 < 750/ μ l
 - 1歳以上6歳未満 < 500/ μ l
 - 6歳以上13歳未満 < 200/ μ l
 - ・ 中等度低下(3級) 1歳未満 750-1499/ μ l
 - 1歳以上6歳未満 500- 999/ μ l
 - 6歳以上13歳未満 200- 499/ μ l
 - ・ 「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%

※「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

12. 肝臓機能障害

◆ 1) Child-Pugh分類（肝臓機能障害の重症度）

- ・ 「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

◆ 2) 臨床症状の項目数

- ・ 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

◆ 3) その他の基準

- ◇ Child-Pugh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なるべき内容

◆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

◆ 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

悪化で経過している場合は180日を超えていても可

◇ 「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

13. 肢体不自由

※ 白い部分は第1種、灰色部分は第2種

級別	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	
				上肢機能	移動機能
1級	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
2級	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
3級	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 両下肢をシヨパー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
4級	1 両上肢のおや指を欠くもの 2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 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 4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 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 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 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 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	1 両下肢のすべての指を欠くもの 2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの 4 一下肢の機能の著しい障害 5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの 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		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	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
5級	1 両上肢のおや指の機能の著しい障害 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著しい障害 3 一上肢のおや指を欠くもの 4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障害 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	1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障害 2 一下肢の足関節の機能を全廃したもの 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	体幹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障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの
6級	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・失調等により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

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级以上となり、手帳交付の対象となる

◆ 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原則
- 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

※ 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害

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（肩・肘・手、股・膝・足）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

◆ 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
- ※ 7級1つだけでは手帳交付の対象とならない

◆ 各関節（肩・肘・手・手指、股・膝・足）の「他動的関節可動域（ROM）」と「徒手筋力テスト（MMT）」で認定するのが原則

- ◇ 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

- ◆ 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
- ◆ 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（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
- ◆ 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(2級)： 肩関節、肘関節、手関節、手指の全ての機能を全廃
 - ◇ 著障(3級)： 5kg以内のものしか下げられない
 - ◇ 軽障(7級)： 精密な運動ができない
10kg以内のものしか下げられない
- ◆ 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(3級)： 書字、箸を持つことができないもの
 - ◇ 著障(4級)： 5kg以内のものしか下げられない、握力5kg以内
鍬・かなづちの柄を握って作業できない
 - ◇ 軽障(7級)： 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
- ◆ 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

に頼らないとできない、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・下肢、各関節の機能障害についての等級は次のとおり

28ページ等級表の級と番号に対応

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

◆ 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3指 (「5指全部」も含む)
	母指or示指+他2指	母指+示指
4級 母指	5級 母指	母指or示指+他2指
	6級 示指+他1指	母指
	7級 中指+環指+小指	示指+他1指

※ 著障は1等級減じる

◆ 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

◆ 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）

◇ 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

◇ 下肢

- ・ 全足指欠損（切断）： 7級-④（足指全廃と同じ）
 - ・ 両側の場合は 4級-①
- ・ リファン欠損（切断）： 6級-①（足関節著障と同じ）
 - ・ 両側シヨパール欠損（切断）は 3級-①
- ・ 下腿2分の1以上欠損（切断）： 4級-③（一下肢著障と同じ）
 - ・ 両側の場合は 2級-②
- ・ 大腿2分の1以上欠損（切断）： 3級-②（一下肢全廃と同じ）
 - ・ 両側の場合は 1級-②

※大腿が2分の1以上残存している場合は、下腿を2分の1以上欠くものとして4級となる

◆ 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

◆ 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級にはならない
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や小脳性運動失調 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

※ 同一疾患による体幹と下肢の障害は、より上位の等級を採用するため、重複しての認定はできない

・ 診断書・意見書の1ページ目④参考となる経過・現症⑤総合所見へ障害の状態 (体幹と下肢) を記載し、①障害名にはどちらか一方のみを記載

◆ 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

◆ 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

◇ 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

◆ 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

◆ 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
 - ・ 2級 33本以下
 - ・ 3級 47本以下
 - ・ 4級 56本以下
 - ・ 5級 65本以下
 - ・ 6級 75本以下
 - ・ 7級 76本以上

◇ 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」「健側の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

◆ 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
- ・ 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

◆ 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（IQや療育手帳の有無について照会する事がある）

◇ 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

◆ 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肢・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

◇ 手術・リハビリ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

◆ 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

◇ 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

この状態に対し、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？

◇ 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

◇ 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2つの要件を満たせば、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

◆ よくある記載もれ・誤り

※7級の診断書・意見書

7級単独では、手帳交付の対象とならない

※診断書・意見書4ページの等級表の記載に従って障害名を記載

例) × 右上下肢障害(2級)

→ ○ 右上肢機能全廃(2級) + 右下肢機能の著しい障害(4級) (総合2級)

→ ○ 右上肢機能の著しい障害(3級)+ 右下肢機能の全廃(3級) (総合2級)

→ ○ 右上肢機能の著しい障害(3級)+ 右下肢機能の
著しい障害(4級) (総合2級)

例) × 体幹機能障害(2級)

→ ○ 体幹機能障害(起立保持困難)(2級)

例) 診断書・意見書2ページの動作・活動の記載誤り

()内の補助具を使う場合は、使用する物に○をし、その場合は
ADLは△か×となる

※2ページの参考図示の記載漏れ

障害部位の運動障害や感覚障害等の図示

※記載内容の矛盾

二階まで手すりを使って階段を上がって下りる △ ⇔ 下肢のMMT ×

立っている × ⇔ ズボンをはいて脱ぐ ○ (立っての着脱可)

握力18kg ⇔ 指のMMT △

経過・現症には「立つことができない」⇔ ADLの該当項目 ○

経過・現症には「筋力の低下」⇔ MMTの該当項目 ○

(注) MMTを正しく理解して評価していないと思われるものが散見されます
徒手筋力テストでの筋力評価を正しく行っていただき、診断書を作成し
て頂きますようお願いいたします