身体障害者診断書作成の手引

大　　分　　市

身体障害者診断書作成の手引

目　　次

第1　総 括 的 事 項

Ⅰ　身体障害者手帳 …… 1

Ⅱ　身体障害者の範囲 …… 2

Ⅲ　身体障害者診断書・意見書 …… 3

Ⅳ　身体障害者障害程度等級表 …… 5

Ⅴ　身体障害認定基準について …… 7

Ⅵ　二以上の障害が重複する場合の取扱い …… 8

Ⅶ　疑　義　解　釈 …… 10

第2　視　覚　障　害

Ⅰ　障害程度等級表 …… 17

Ⅱ　身体障害認定基準 …… 18

Ⅲ　身体障害者診断書 …… 21

Ⅳ　認　定　要　領

a　診断書の作成について …… 23

b　障害程度の認定について …… 24

c　疑　義　解　釈 …… 25

第3　聴覚・平衡機能障害

Ⅰ　障害程度等級表 …… 31

Ⅱ　身体障害認定基準 …… 32

Ⅲ　身体障害者診断書 …… 34

Ⅳ　認　定　要　領

a　診断書の作成について …… 38

b　障害程度の認定について …… 39

c　疑　義　解　釈 …… 40

第4　音声・言語・そしゃく機能障害

Ⅰ　障害程度等級表 …… 43

Ⅱ　身体障害認定基準 …… 44

Ⅲ　身体障害者診断書 …… 46

Ⅳ　認　定　要　領
A　音声・言語機能障害
a　診断書の作成について …… 50
b　障害程度の認定について …… 51
B　そしゃく機能障害
a　診断書の作成について …… 55
b　障害程度の認定について …… 57
C　疑　義　解　釈 …… 60

第5　肢 体 不 自 由
Ⅰ　障害程度等級表 …… 63
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 68
Ⅲ　身体障害者診断書 …… 76
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 80
b　障害程度の認定について …… 81
c　疑　義　解　釈 …… 82

第6　心 臓 機 能 障 害
Ⅰ　障害程度等級表 …… 93
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 94
Ⅲ　身体障害者診断書 …… 96
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 99
b　障害程度の認定について …… 100
c　疑　義　解　釈 …… 101

第7　じん臓機能障害
Ⅰ　障害程度等級表 …… 103
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 104
Ⅲ　身体障害者診断書 …… 105
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 106

b　障害程度の認定について …… 107
c　疑　義　解　釈 …… 108

第 8　呼吸器機能障害
Ⅰ　障害程度等級表 …… 109
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 110
Ⅲ　身体障害者診断書 …… 111
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 114
b　障害程度の認定について …… 115
c　疑　義　解　釈 …… 116

第 9　ぼうこう・直腸機能障害
Ⅰ　障害程度等級表 …… 119
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 120
Ⅲ　身体障害者診断書 …… 122
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 125
b　障害程度の認定について …… 126
c　疑　義　解　釈 …… 128

第 10　小腸機能障害
Ⅰ　障害程度等級表 …… 131
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 132
Ⅲ　身体障害者診断書 …… 135
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 137
b　障害程度の認定について …… 138
c　疑　義　解　釈 …… 138

第 11　免疫機能障害
Ⅰ　障害程度等級表 …… 141
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 142

Ⅲ　身体障害者診断書 …… 145
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 151
b　障害程度の認定について …… 153
c　疑　義　解　釈 …… 154

第12　肝臓機能障害
Ⅰ　障害程度等級表 …… 157
Ⅱ　身体障害認定基準 …… 158
Ⅲ　身体障害者診断書 …… 159
Ⅳ　認　定　要　領
a　診断書の作成について …… 161
b　障害程度の認定について …… 163
c　疑　義　解　釈 …… 164

第13　参　考　資　料
Ⅰ　関係法令抜粋 …… 167

総　括　的　事　項

Ⅰ　身体障害者手帳

1　意　　義

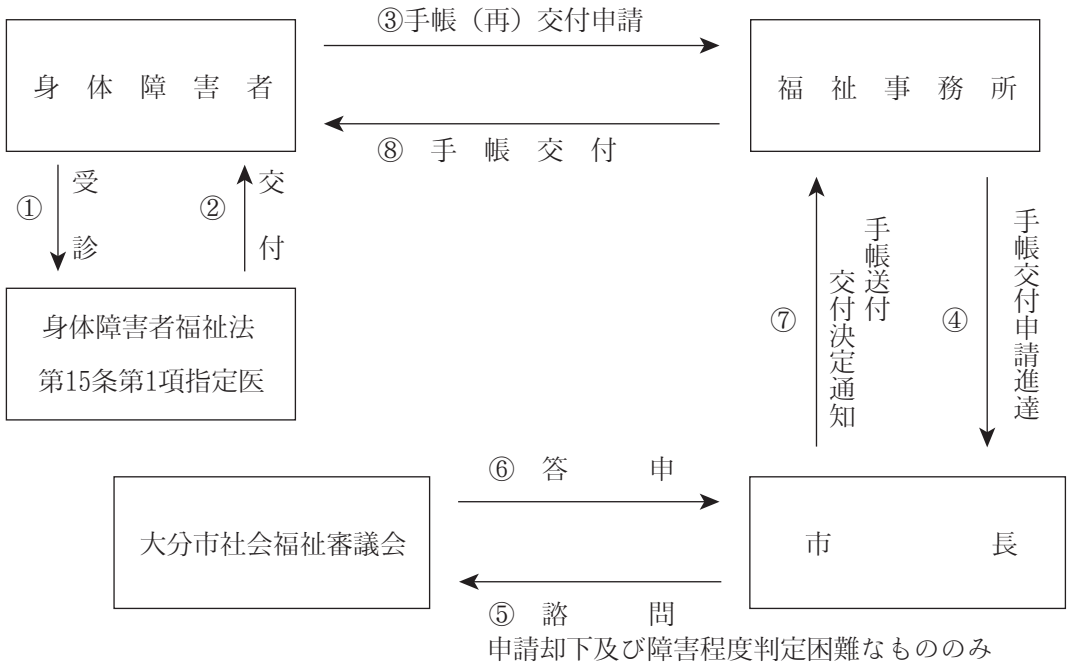
身体障害者福祉法による福祉の措置は、法別表に掲げる一定程度以上の障害を有する者に対して行われていますが、個々の措置を行うに当たり、そのつど障害程度の認定を行うことは、煩雑であり、また、福祉の措置に迅速を欠くことにもなります。そこで、あらかじめ障害程度を認定し、法別表に該当する身体障害がある旨の証票として、身体障害者手帳を交付しています。したがって、身体障害者のための各種制度を受けるためには、この手帳を所持していなければなりません。また都道府県市町村の障害者福祉施策も手帳の等級によって対象が定められている場合が多く、身体障害者にとって大変重要なものとなっています。

2　交付申請

身体の障害のある者は、身体障害者福祉法第15条第１項の規定による指定医師の診断書を添えて、福祉事務所を経由して、都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長に身体障害者手帳の交付申請をすることとしています。なお、本人が15歳未満の児童についてはその保護者が申請するものとしています。

申請書の提出を受けた都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長が、障害程度を審査した結果、その障害が法別表に該当すると認めたときは、申請者に手帳を交付し、該当しないと認めたときは、その理由を附して申請者に通知することとなっています。

また、障害の程度が軽（重）くなるなどの変化のあった場合は上記と同じ手続きで再交付申請することもできます。



Ⅱ　身体障害者の範囲

身体障害者福祉法は身体障害者の範囲を別表で次のとおり定めています。

別表（第４条，第15条，第16条関係）

一　次に掲げる視覚障害で、永続するもの。

1　両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）がそれぞれ０．１以下のもの

2　一眼の視力が０．０２以下、他眼の視力が０．６以下のもの

3　両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの

4　両眼による視野の２分の１以上がかけているもの

二　次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

1　両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの

2　一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの

3　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

4　平衡機能の著しい障害

三　次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

1　音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失

2　音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で，永続するもの

四　次に掲げる肢体不自由

1　一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの

2　一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの

3　一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの

4　両下肢のすべての指を欠くもの

5　一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの

6　１から５までに掲げるもののほか、その程度が１から５までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

五　心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令で定める障害で永続し、かつ、日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

（注）１．昭和59年９月26日政令第288号により身体障害者福祉法施行令の一部が改正され、その第12条で「ぼうこう又は直腸の機能」の障害が定められた。
２．昭和61年９月19日政令第300号により身体障害者福祉法施行令の一部が改正され、第12条に「小腸の機能」の障害が追加された。
３．平成10年１月19日政令第10号により身体障害者福祉法施行令の一部が改正され、第12条に「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能」の障害が追加された。
４．平成21年12月24日政令第298号により身体障害者福祉法施行令の一部が改正され、第36条に「肝臓の機能」の障害が追加された。

Ⅲ　身体障害者診断書・意見書（各障害共通）

身体障害者診断書の様式は大分市身体障害者福祉法施行細則で次のように定められています。

第７号様式（第９条関係）

総括表

（ふりがな） 氏　名	年　　月　　日生（　　）歳	男　　女
住　所		
①　障害名（部位を明記）		
②　原因となった 疾病・外傷名	交通，労災，その他の事故，戦傷，戦災 自然災害，疾病，先天性，その他（　　）	
③　疾病・外傷発生年月日	年　　月　　日・場所	
④　参考となる経過・現在（エックス線写真及び検査所見を含む。） 障害固定又は障害確定（推定）　　年　　月　　日		
⑤　総合所見 〔将来再認定　　要　・　不要〕 〔再認定の時期　　年　　月〕		
⑥　その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年　　月　　日 病院又は診療所の名称 所　　在　　地 診療担当科名　　科　医師氏名		
身体障害者福祉法第15条第３項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入すること。〕 障害の程度は，身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する　　（　　級相当） ・該当しない		
注意．１．障害者には，現在起こっている障害，例えば両眼視力障害，両耳ろう，右上下肢麻痺，心臓機能障害等を記入し，原因となった疾病には，緑内障，先天性難聴，脳卒中，僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入して下さい。 ２．歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付して下さい。 ３．障害区分や等級決定のため，大分市社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。		

Ⅳ　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の機能障害	肢体不自由												
		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，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機能障害						
								上肢機能	移動機能	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう直腸機能障害	小腸の機能障害	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
1級	視力の良い方の眼の視力（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，矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）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座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	心臓の障害により身辺の日常生活活動が制限されるもの	じん臓の機能の障害により自己の身辺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辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ぼうこう直腸又は直腸の機能の障害により身辺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辺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　視力の良い方の眼の視力が0.02以上0.03以下のもの 2　視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの 3　周辺視野角度（Ｉ/4視標による。以下同じ。）の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度（Ｉ/2視標による。以下同じ。）が28度以下のもの 4　両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの	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座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　視力の良い方の眼の視力が0.04以上0.07以下のもの（2級の2に該当するものを除く。） 2　視力の良い方の眼の視力が0.08かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの 3　周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度が56度以下のもの 4　両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの	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そう失	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　両下肢をショ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	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	ぼうこう直腸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。（注１）	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。（注１）
4級	1　視力の良い方の眼の視力が0.08以上0.1以下のもの（3級の2に該当するものを除く。） 2　周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの 3　両眼開放視認点数が70点以下のもの	1　両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの） 2　両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの		音声機能言語機能又はそしゃく機能の著しい障害	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10cm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	心臓の機能の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	じん臓の機能の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	呼吸器の機能の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	ぼうこう直腸又は直腸の機能の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	小腸の機能の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	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の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	肝臓の機能の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
5級	1　視力の良い方の眼の視力が0.2かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの 2　両眼による視野の２分の１以上が欠けているもの 3　両眼中心視野角度が56度以下のもの 4　両眼開放視認点数が70点を超えかつ100点以下のもの 5　両眼中心視野視認点数が40点以下のもの		平衡機能の著しい障害		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５cm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	（注１）社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く						
6級	視力の良い方の眼の視力が0.3以上0.6以下かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの	1　両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの（40cm以上の距離で発声された会話語を理解し得ないもの） 2　一側耳の聴力レベルが90デシベル以上他側耳の聴力レベルが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		（7級はなし）			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３cm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

1　同一の等級について２つの重複する障害がある場合は，１級上の級とする。ただし，２つの重複する障害が特に本表中に指定されているものは，該当等級とする。
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。
3　異なる等級について２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の級とすることができる。
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。
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。
6　上肢又は下肢欠損の断端の長さは，実用長（上腕においては腋窩より，大腿においては座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。
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。

V　　身体障害認定基準について

身体障害者障害程度等級表解説

総　括　事　項

1　身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）は、身体障害者の更生援護を目的とするものであるが、この場合の「更生」とは必ずしも経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであること。従って、加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害についても、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目することによって障害認定を行うことは可能であること。なお、意識障害の場合の障害認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うものであること。

2　法別表に規定する「永続する」障害とは、その障害が将来とも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であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。

3　乳幼児に係る障害認定は、障害の種類に応じて、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満３歳）以降に行うこと。

　また、個別事項の解説は主として18歳以上の者について作成されたものであるから、児童の障害程度の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障害が軽減すると予想されるときは、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定して身体障害者手帳を交付し、必要とあれば適当な時期に診査等によって再認定を行うこと。

4　身体障害の判定に当たっては、知的障害等の有無にかかわらず、法別表に掲げる障害を有すると認められる者は、法の対象として取り扱って差し支えないこと。なお、身体機能の障害が明らかに知的障害等に起因する場合は、身体障害として認定することは適当ではないので、この点については、発達障害の判定に十分な経験を有する医師（この場合の発達障害には精神及び運動感覚を含む。）の診断を求め、適切な取扱いを行うこと。

5　７級の障害は、１つのみでは法の対象とならないが、７級の障害が２つ以上重複する場合又は７級の障害が６級以上の障害と重複する場合は、法の対象となるものであること。

6　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る場合には、法第17条の２第１項の規定による診査によって再認定を行うこと。正当な理由なくこの診査を拒み忌避したときは、法第16条第２項の規定による手帳返還命令等の手段により障害認定の適正化に努めること。

Ⅵ　二以上の障害が重複する場合の取扱い

二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、次により認定する。

1　障害等級の認定方法

⑴　二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定する。

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

⑵　合計指数の算定方法

ア　合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとする。

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

イ　合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（機能障害が２か所以上あるときは上位の部位とする。）から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

（例１）

右上肢のすべての指を欠くもの	3級	等級別指数	7
〃　手関節の全廃	4級	〃	4
		合　　計	11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は７となる。

右上肢を手関節から欠くもの　　3級　　等級別指数　7

（例２）

左上肢の肩関節の全廃	４級	等級別指数	4
〃　肘関節の　〃	４級	〃	4
〃　手関節の　〃	４級	〃	4
		合　　計	12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢を肩関節から欠くもの　　２級　　等級別指数　　11

2　認定上の留意事項

⑴　音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については１の認定方法を適用しない。

⑵　体幹機能障害と下肢機能障害は原則として１の認定方法を適用してさしつかえないが、例えば神経麻痺で起立困難なもの等については体幹及び下肢の機能障害として重複認定すべきではなく、体幹又は下肢の単独の障害として認定するものとする。

⑶　聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、１の認定方法を適用してさしつかえない。

例えば、聴力レベル100dB以上の聴覚障害（２級指数11）と音声・言語機能の喪失（３級指数７）の障害が重複する場合は１級（合計指数18）とする。

⑷　７級の障害は、等級別指数を0.5とし、６級以上の障害と同様に取り扱って合計指数を算定する。

3　上記により認定される障害等級が著しく均衡を欠くと認められるものについては、大分市社会福祉審議会の意見を聞いて別に定めるものとする。

Ⅶ　疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．遷延性意識障害者に対する身体障害者手帳の交付に関して、日常生活能力の回復の可能性を含めて、どのように取り扱うのが適当か。	遷延性意識障害については、一般的に回復の可能性を否定すべきではなく、慎重に取り扱うことが必要である。 また、原疾患についての治療が終了し、医師が医学的、客観的な観点から、機能障害が永続すると判断できるような場合は、認定の対象となるものと考えられる。
2．加齢現象に伴う身体障害及び意識障害を伴う身体障害にも、日常生活能力の可能性、程度に着目して認定することは可能と思われるが、以下の場合についてはどうか。 ア．老衰により歩行が不可能となった場合等でも、歩行障害で認定してよいか。 イ．脳出血等により入院加療中の者から、片麻痺あるいは四肢麻痺となり、体幹の痙性麻痺及び各関節の屈曲拘縮、著しい変形があり、寝たきりの状態である者から手帳の申請があった場合、入院加療中であることなどから非該当とするのか。	ア．加齢のみを理由に身体障害者手帳を交付しないことは適当ではなく、身体障害者の自立と社会経済活動への参加の促進を謳った身体障害者福祉法の理念から、近い将来において生命の維持が困難となるような場合を除き、認定基準に合致する永続する機能障害がある場合は、認定できる可能性はある。 イ．入院中であるなしにかかわらず、原疾患についての治療が終了しているのであれば、当該機能の障害の程度や、永続性によって判定することが適当である。
3．アルツハイマー病に起因した廃用性障害により、寝たきりの生活となり、全面的に介助を要する状態にある場合、二次的な障害として障害認定することは可能か。	アルツハイマー病に限らず、老人性の痴呆症候群においては、精神機能の衰退に起因する日常生活動作の不能な状態があるが、この疾病名をもって身体障害と認定することは適当ではない。 ただし、関節可動域の制限や筋力低下等の状態が認定基準に合致し、永続するものである場合には、二次的であるか否かにかかわらず、当該身体機能の障害として認定することは可能である。

質　　疑	回　　答
4．乳幼児に係る障害認定は、「概ね満3歳以降」となっているが、どのような障害についてもこれが適用されると考えてよいか。	乳幼児については、障害程度の判定が可能となる年齢が、一般的には「概ね満3歳以降」と考えられることから、このように規定されているところである。 しかしながら、四肢欠損や無眼球など、障害程度や永続性が明確な障害もあり、このような症例については、満3歳未満であっても認定は可能である。
5．満3歳未満での障害認定において、四肢欠損等の障害程度や永続性が明らかな場合以外でも、認定できる場合があるのか。 また、その際の障害程度等級は、どのように決定するのか。（現場では、満3歳未満での申請においては、そもそも診断書を書いてもらえない、一律最下等級として認定されるなどの誤解が見受けられる。）	医師が確定的な診断を下し難い満3歳未満の先天性の障害等については、障害程度が医学的、客観的データから明らかな場合は、発育により障害の状態に変化が生じる可能性があることを前提に、 ①将来再認定の指導をした上で、 ②障害の完全固定時期を待たずに、 ③常識的に安定すると予想し得る等級で、障害認定することは可能である。 また、このような障害認定をする際には、一律に最下級として認定する必要はなく、ご指摘の ①満3歳未満であることを理由に、医師が診断書を書かない、 ②満3歳未満で将来再認定を要する場合は、とりあえず最下等級で認定しておく、 などの不適切な取扱いのないよう、いずれの障害の認定においても注意が必要である。 なお、再認定の詳細な取扱いについては、「身体障害者障害程度の再認定の取扱いについて」（平成12年3月31日　障第276号通知）を参照されたい。
6．満3歳未満での障害認定において ア．医師の診断書（総括表）の総合所見において、「将来再認定不要」と診断している場合は、発育による変化があり得ないと判断し、障害	ア．障害程度や永続性が明確な症例においては、再認定の指導を要さない場合もあり得るが、発育等による変化があり得ると予想されるにもかかわらず、再認定が不要あるいは未記載

質　　疑	回　　答
認定してもかまわないか。 イ．また、診断書に「先天性」と明記されている脳原性運動機能障害の場合など、幼少時期の障害程度に比して成長してからの障害程度に明らかな軽減が見られる場合もあるが、「先天性」と「将来再認定」の関係はどのように考えるべきか。	となっている場合には、診断書作成医に確認をするなどして、慎重に取り扱うことが必要である。 イ．１歳未満の生後間もない時期の発症によるものについては、発症時期が明確に定まらないために「先天性」とされる場合がある。先天性と永続性は必ずしも一致しないことから、申請時において将来的に固定すると予想される障害の程度をもって認定し、将来再認定の指導をすることが適切な取扱いと考えられる。
７．医師が診断書作成時に、将来再認定の時期等を記載する場合としては、具体的にどのような場合が想定されているのか。	具体的には以下の場合であって、将来、障害程度がある程度変化することが予想される場合に記載することを想定している。 ア．発育により障害程度に変化が生じることが予想される場合 イ．進行性の病変による障害である場合 ウ．将来的な手術により、障害程度が変化することが予想される場合　等
８．身体障害者福祉法には国籍要件がないが、実際に日本国内に滞在している外国人からの手帳申請に関しては、どのように取り扱うべきか。	日本で暮らす外国人の場合は、その滞在が合法的であり、身体障害者福祉法第１条等の理念に合致するものであれば、法の対象として手帳を交付することができる。 具体的には、在留カード等によって居住地が明確であり、かつ在留資格（ビザ）が有効であるなど、不法入国や不法残留に該当しないことが前提となるが、違法性がなくても「興行」、「研修」などの在留資格によって一時的に日本に滞在している場合は、手帳交付の対象とすることは想定していない。
９．診断書（総括表）に将来再認定の要否や時期が記載されている場合は、手帳本体にも有効期限等を記載することになるのか。	診断書の将来再認定に関する記載事項は、再認定に係る審査の事務手続き等に要するものであり、身体障害者手帳への記載や手帳の有効期限の設定を求めるものではない。

質　　疑	回　　答
10. 心臓機能障害３級とじん臓機能障害３級の重複障害の場合は、個々の障害においては等級表に２級の設定はないが、総合２級として手帳交付することは可能か。	それぞれの障害等級の指数を合計することにより、手帳に両障害名を併記した上で２級として認定することは可能である。
11. 複数の障害を有する重複障害の場合、特に肢体不自由においては、指数の中間的な取りまとめ方によって等級が変わる場合があるが、どのレベルまで細分化した区分によって指数合算するべきか。 （例） 右手指全欠：3級(指数7) 右手関節全廃：4級(指数4) 左手関節著障：5級(指数2) 右膝関節軽障：7級(指数0.5) 左足関節著障：6級(指数1) 視 力 障 害：5級(指数2) （指数合計）　計16.5 特例3級（指数7）（指数2） 3級（指数7） （指数0.5）（指数1）（指数2） 6級（指数1）（指数2） 計12.5　計10 ＊　この場合、６つの個々の障害の単純合計指数は16.5であるが、指数合算の特例により右上肢は３級（指数７）となり、指数合計12.5で総合２級として認定するのか、あるいは肢体不自由部分を上肢不自由と下肢不自由でそれぞれ中間的に指数合算し、３つの障害の合計指数10をもって総合３級とするのか。	肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障害の指数を、視覚障害や内部障害等の指数と同列に単純合算するのではなく、原則として「上肢、下肢、体幹」あるいは「上肢機能、移動機能」の区別の中で中間的に指数合算し、さらに他の障害がある場合には、その障害の指数と合算することで合計指数を求めることが適当である。 指数合算する際の中間とりまとめの最小区分を例示すると、原則的に下表のように考えられ、この事例の場合は３級が適当と考えられる。

合計指数	中間指数	障　害　区　分
		視力障害
		視野障害
		聴覚障害
		平衡機能障害
		音声・言語・そしゃく機能障害
		上肢不自由
		下肢不自由
		体幹不自由
原則排他		上肢機能障害
		移動機能障害
		心臓機能障害
		じん臓機能障害
		呼吸器機能障害
		ぼうこう又は直腸機能障害
		小腸機能障害
		免疫機能障害（ＨＩＶ）

質　　疑	回　　答
	ただし、Ⅵ－１－⑵の「合計指数算定の特例」における上肢又は下肢のうちの一肢に係る合計指数の上限の考え方は、この中間指数のとりまとめの考え方に優先するものと考えられたい。
12. 脳血管障害に係る障害認定の時期については、発症から認定までの観察期間が必要と考えるがいかがか。 また、その場合、観察期間はどの位が適当か。	脳血管障害については、四肢の切断や急性疾患の後遺障害などとは異なり、どの程度の機能障害を残すかを判断するためには、ある程度の観察期間が必要と考えられる。 しかしながら、その期間については一律に定められるものではなく、障害部位や症状の経過などにより、それぞれの事例で判断可能な時期以降に認定することとなる。 なお、発症後３か月程度の比較的早い時期での認定においては、将来再認定の指導をするなどして慎重に取り扱う必要がある。
13. 肢体不自由や内臓機能の障害などの認定においては、各種の検査データと動作、活動能力等の程度の両面から判定することとなっているが、それぞれの所見に基づく等級判定が一致しない場合は、より重度の方の判定をもって等級決定してよいか。 あるいは、このような場合に優先関係等の考え方があるのか。	いずれの障害においても、検査データと活動能力の評価の間に著しい不均衡がある場合は、第一義的には診断書作成医に詳細を確認するか、又は判断可能となるための検査を実施するなどの慎重な対処が必要であり、不均衡のまま重度の方の所見をもって等級決定することは適当ではない。 また、活動能力の程度とは、患者の症状を表すものであって医学的判定とはいえず、これを障害程度の判定の基礎とすることは適当ではない。したがって、活動能力の程度については、検査数値によって裏付けられるべきものとして考えられたい。 しかしながら、障害の状態によっては、検査数値を得るための検査自体が、本人に苦痛を与える、又は状態を悪化させるなど、検査の実施

質　　疑	回　　答
	が極めて困難な場合には、医師が何らかの医学的、客観的な根拠をもって、活動能力の程度を証明できる場合には、この活動能力の程度をもって判定を行うことも想定し得る。
14. 手帳の交付事務に関して、個々の事例によって事務処理に係る期間に差があると思われるが、標準的な考え方はあるのか。	手帳の申請から交付までに要する標準的な事務処理期間としては、概ね60日以内を想定しており、特に迅速な処理を求められるＨＩＶの認定に関しては、１～２週間程度（「身体障害認定事務の運用について」平成８年７月17日障企第20号）を想定しているところである。

視　覚　障　害

Ⅰ　障害程度等級表

視力障害の等級判定表

級　別	視　力　障　害
1　級	視力の良い方の眼の視力（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、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）が 0.01 以下のもの
2　級	1　視力の良い方の眼の視力が 0.02 以上 0.03 以下のもの 2　視力の良い方の眼の視力が 0.04 かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
3　級	1　視力の良い方の眼の視力が 0.04 以上 0.07 以下のもの（2 級の 2 に該当するものを除く。） 2　視力の良い方の眼の視力が 0.08 かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
4　級	1　視力の良い方の眼の視力が 0.08 以上 0.1 以下のもの（3 級の 2 に該当するものを除く。）
5　級	1　視力の良い方の眼の視力が 0.2 かつ他方の眼の視力が 0.02 以下のもの
6　級	視力の良い方の眼の視力が 0.3 以上 0.6 以下かつ他方の眼の視力が 0.02 以下のもの

視野障害の等級判定表

	ゴールドマン型視野計		自動視野計	
	1/4 視標	1/2 視標	両眼開放エスターマンテスト視認点数	10-2 プログラム 両眼中心視野視認点数
2 級	周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下	両眼中心視野角度28度以下	70点以下	20点以下
3 級		両眼中心視野角度56度以下		40点以下
4 級				
5 級	両眼による視野が2分の1以上欠損		100点以下	
		両眼中心視野角度56度以下		40点以下

Ⅱ　身体障害認定基準（視覚障害個別事項）

1　総括的解説

⑴　屈折異常がある者については、最も適正なレンズを選び、矯正視力によって判定する。

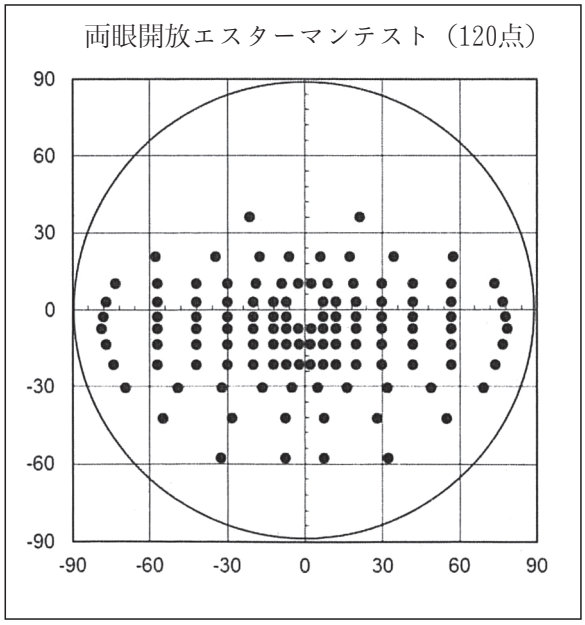
⑵　視力表は万国式を基準とした視力表を用いるものとする。

⑶　視野はゴールドマン型視野計、あるいは自動視野計を用いて測定する。

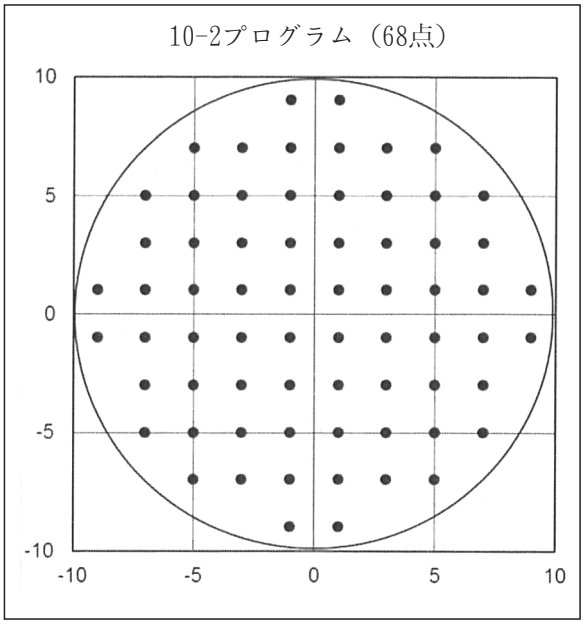
ゴールドマン型視野計を用いる場合は、「周辺視野角度（Ｉ／４視標による）の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの」、「両眼による視野の２分の１以上が欠けているもの」をＩ／４の視標を用い判定する。「両眼中心視野角度（Ｉ／２視標による）」はＩ／２の視標を用いて中心視野角度を測定した値により判定する。

自動視野計を用いる場合は、両眼開放視認点数の算定には、両眼開放エスターマンテスト（図１）で120点を測定する。中心視野視認点数の算定には、10-2プログラム（図２）で中心10度内を２度間隔で68点測定する。

（図１）



（図２）



2　各項解説

⑴　視力障害

ア　視力は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、矯正視力を用いる。

両眼の視力を別々に測定し、視力の良い方の眼の視力と他方の眼の視力とで等級表から等級を求める。等級の換算表（表１）の横軸には視力の良い方の眼の視力、縦軸には他方の眼の視力が示してある。

イ　両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼の視力を０として取り扱う。例えば、

両眼とも視力が0.6で眼筋麻痺により複視が起こっていて、日常生活で片眼を遮閉しなければならないような場合には、一眼の視力を０とみなし６級となる。なお，顕性の眼位ずれがあっても、両眼複視を自覚しない場合には、これには該当しない。

（表１）

枠内等級

他方の眼の視力															
0.03以上			2	3	3	3	3	4	4	4					
0.02		2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	6	6
指数弁・0.01	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	6	6
0～手動弁	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	6	6	6	6
	0.01以下	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6

視力の良い方の眼の視力

＊横軸が視力の良い方の眼の視力、縦軸が他方の眼の視力とり、枠内が等級を示す。

＊指数弁は0.01とする。

⑵　視野障害

ア　ゴールドマン型視野計を用いる場合は、「周辺視野角度（Ｉ／４視標による）の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの」、「両眼中心視野角度（Ｉ／２視標による）」を以下によって判定する。

（ア）　Ｉ／４の視標による８方向の周辺視野角度（上・内上・内・内下・下・外下・外・外上８方向の角度）の総和が左右眼それぞれ80度以下であるかどうかを判定する。８方向の周辺視野角度はＩ／４視標が視認できない部分を除いて算出する。

Ｉ／４の視標で、周辺にも視野が存在するが中心部の視野と連続しない場合は、中心部の視野のみで判定する。

Ｉ／４の視標で、中心10度以内に視野が存在しない場合は、周辺視野角度の総和が80度以下として取り扱う。

（イ）　Ｉ／２の視標による８方向の中心視野角度の総和を左右眼それぞれ求める。８方向の中心視野角度はＩ／２視標が視認できない部分を除いて算出する。さらに、次式により、両眼中心視野角度を計算する（小数点以下は四捨五入し、整数で表す）。

両眼中心視野角度＝（３×中心視野角度の総和が大きい方の眼の中心視野角度の総和＋中心視野角度の総和が小さい方の眼の中心視野角度の総和）／４

なお、Ｉ／２の視標で中心10度以内に視野が存在しない場合は、中心視野角度の総和は０度として取り扱う。

イ　自動視野計を用いる場合は、両眼開放視認点数及び両眼中心視野視認点数を以下の方法で判定する。

（ア）　視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで両眼開放視認点数が70点以下かどうかを判定する。

（イ）　視標サイズⅢによる10-２プログラムで測定を行い、左右眼それぞれ感度が26dB以上の検査点数を数え中心視野視認点数を求める。dBの計算は、背景輝度31.5asbで、視標輝度10,000asbを０dBとしたスケールで算定する。さらに、次式により、両眼中心視野視認点数を計算する（小数点以下は四捨五入し、整数で表す）。

両眼中心視野視認点数＝（３×中心視野視認点数が多い方の眼の中心視野視認点数＋中心視野視認点数が少ない方の眼の中心視野視認点数）／４

ウ　「両眼による視野の２分の１以上が欠けているもの」とは、両眼で一点を注視しつつ測定した視野が、生理的限界の面積の２分の１以上欠損している場合の意味である。

（ア）　視野の生理的限界は、左右眼それぞれに上・内上・内・内下60度、下70度、外下80度、外95度、外上75度である。

（イ）　ゴールドマン型視野計を用いる場合は、左右眼それぞれに測定したⅠ／４の視標による視野表を重ね合わせることで、両眼による視野の面積を得る。その際、面積は厳格に計算しなくてよい。

（ウ）　自動視野計を用いる場合は、両眼開放エスターマンテストで視認点数が100点以下である。

エ　なお、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いた場合の等級判定について、表２のとおり示したので参照されたい。

（表２）

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="2">ゴールドマン型視野計</td><td colspan="2">自動視野計</td></tr>
<tr><td>Ⅰ/4 視標</td><td>Ⅰ/2 視標</td><td>両眼開放エスターマンテスト視認点数</td><td>10-2 プログラム
両眼中心視野視認点数</td></tr>
<tr><td>2 級</td><td rowspan="3">周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下</td><td>両眼中心視野角度28度以下</td><td rowspan="3">70点以下</td><td>20点以下</td></tr>
<tr><td>3 級</td><td>両眼中心視野角度56度以下</td><td>40点以下</td></tr>
<tr><td>4 級</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">5 級</td><td>両眼による視野が2分の1以上欠損</td><td></td><td>100点以下</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>両眼中心視野角度56度以下</td><td></td><td>40点以下</td></tr>
</table>

Ⅲ　身体障害者診断書

視覚障害の状況及び所見

1　視力

	裸眼視力	矯正視力
右眼		×　D ◯ cyl　D　Ax　°
左眼		×　D ◯ cyl　D　Ax　°

2　視野

ゴールドマン型視野計

（1）　周辺視野の評価（Ⅰ／4）

①　両眼の視野が中心10度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度（≦80）
左										度（≦80）

②　両眼による視野が２分の１以上欠損　（はい・いいえ）　□

（2）　中心視野の評価（Ⅰ／2）

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									①	度
左									②	度

両眼中心視野角度（Ⅰ／2）　（①と②のうち大きい方）（　□　×3　＋　（①と②のうち小さい方）□　）／4＝□　度

または

自動視野計

（1）　周辺視野の評価　□　点

両眼開放エスターマンテスト　両眼開放視認点数

（2）　中心視野の評価（10-2プログラム）

右　③　点（≧26dB）

左　④　点（≧26dB）

両眼中心視野視認点数　（③と④のうち大きい方）（　□　×3　＋　（③と④のうち小さい方）□　）／4＝□　点

3　現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野コピー貼付

（注）ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタがＩ／４の視標によるものか、Ｉ／２の視標によるものかを明確に区別できるように記載すること。

Ⅳ　認　定　要　領

ａ…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、眼の障害は視力障害と視野障害とに区分し、原因の如何を問わずそれらの障害の永続する状態について、その障害を認定するために必要な事項を記載する。併せて、障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　「総括表」について

ア　「障害名」について

障害の部位とその部分の機能障害の状態を記載する。（両眼視力障害、両眼視野障害等）

イ　「原因となった疾病・外傷名」について

視覚障害の原因となったいわゆる病名であり、障害の分野別に具体的な傷病名を記載する。（糖尿病網膜症、緑内障、加齢黄斑変性等）

傷病発生年月日の記載については、初診日でもよく、不明確な場合は推定年月を記載する。

ウ　「参考となる経過・現症」について

通常の診療録に記載される内容のうち、身体障害者としての障害認定の参考となる事項を摘記する。

現症については、別様式診断書「視覚障害の状況及び所見」の所見欄に記載された事項から必要に応じ摘記する。

エ　「総合所見」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症を通じて身体障害者としての障害認定に必要な症状の固定又は永続性の状態を記載する。

成長期の障害、進行性病変に基づく障害、手術等により障害程度に変化が予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

⑵　「視覚障害の状況及び所見」について

ア　視力は、万国式試視力表又はこれと同一の原理に基づく試視力表により測定する。視標面照度は500～1,000ルクス、視力検査室の明るさは50ルクス以上で視標面照度を上回らないこととし、試視力表から５ｍの距離で視標を判読することによって行う。

イ　屈折異常のある者については、矯正視力を測定するが、この場合最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を採用する。眼内レンズ挿入眼は裸眼と同等に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を採用する。

ウ　視野の測定には、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いる。ゴールドマン型視野計で判定する場合は、Ｉ／４、Ｉ／２の視標を用いる。自動視野計で判定する場合は、視標サイズⅢを用い、両眼開放エスターマンテスト、ならびに10-2プログラムを用いる。ゴールドマン型視野計では中心30度内は適宜矯正レンズを使用し、30度外は矯正レンズを装用せずに測定する。自動視野計では10-2プログラムは適宜矯正レンズを使用し、両眼開放エスターマンテストは矯正眼鏡を装用せずに実施する。

エ　ゴールドマン型視野計又は自動視野計の結果は、診断書に添付する。

オ　現症については、前眼部、中間透光体及び眼底についての病変の有無とその状態を記載する。

b…障害程度の認定について

⑴　視覚障害は視力障害と視野障害とに区分して認定し、それら両方が身体障害者障害程度等級表に掲げる障害に該当する場合は、身体障害認定基準の障害が重複する場合の取扱いにより、上位等級に認定することが可能である。

⑵　視力の判定は矯正視力によることとされているが、最良視力が得られる矯正レンズの装用が困難な場合や両眼視の困難な複視の場合は、障害認定上の十分な配慮が必要である。

⑶　視野の判定は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計のどちらか一方で行うこととし、両者の測定結果を混在させて判定することはできない。

⑷　自動視野計を用いて測定した場合において、等級判定上信頼性のある測定が困難な場合は、ゴールドマン型視野計で評価する。

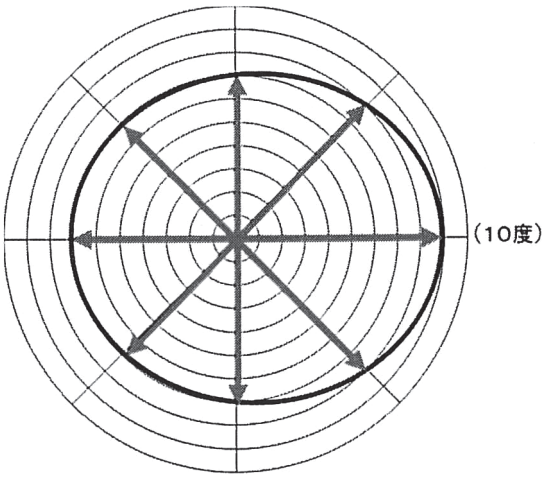
⑸　乳幼児の視覚障害の認定時期については、無眼球など器質的所見が明らかな事例は別として、医学的に判定が可能となる年齢は、一般的には概ね満3歳時以降と考えられるので、その時期に障害認定を行うことが適当である。ただし、視覚誘発電位（ＶＥＰ）、縞視力（preferential looking法（ＰＬ法）とgrating acuity card法（ＴＡＣ））で推定可能なものは、3歳以下で認定しても差し支えない。

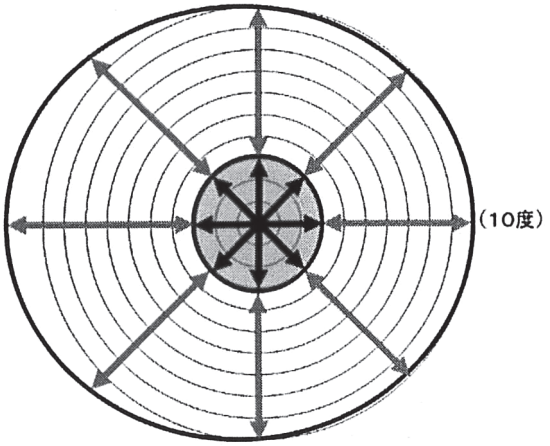
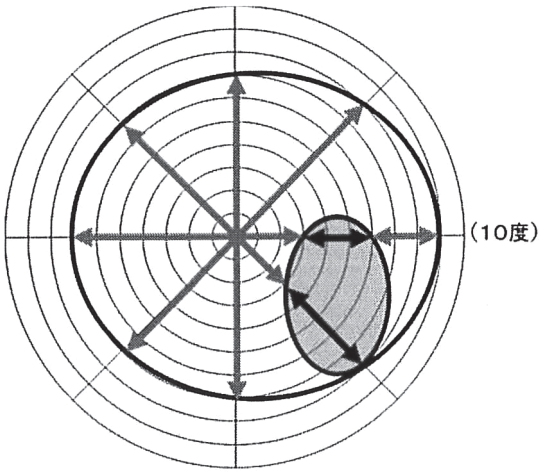
なお、成長期の障害、進行性の障害、近い将来手術の予定される場合等については、将来再認定の要否等について明確に記載する必要がある。

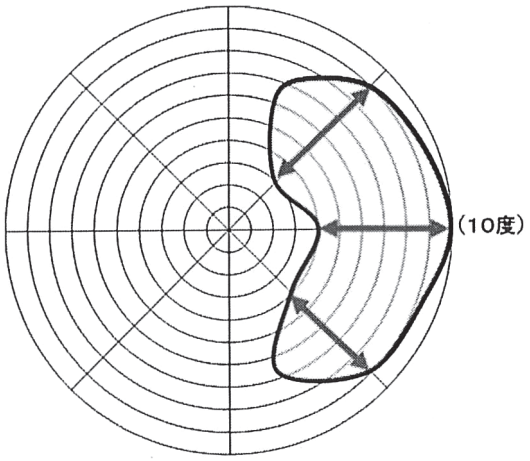
c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
〔視覚障害〕	
1．2歳児で、右眼球摘出による視力0、左眼視力測定不能（瞳孔反応正常）の場合、幼児の一般的な正常視力（0.5～0.6）をもって左眼視力を推定し、6級に認定することは可能か。	乳幼児の視力は、成長につれて発達するものであり、この場合の推定視力は永続するものとは考えられず、6級として認定することは適当ではない。 障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）になってから、認定を行うことが適当と考えられる。
2．片眼の視力を全く失ったものでも、他眼の矯正視力が0.7以上あれば視力障害には該当しないが、片眼の視野が全く得られないことから、視野の1/2以上を欠くものとして視野障害として認定できるか。	片眼の視力を全く失ったもので、他眼の矯正視力が0.7以上ある場合、視覚障害の認定の有無、程度は、他眼の視野の状態により異なるため、通常の流れで視野検査を行い評価する必要がある。
3．視力、視野ともに認定基準には該当しないが、脳梗塞後遺症による両眼瞼下垂のため開眼が困難で、実効的視力が確保できない場合はどのように取り扱うのか。	眼瞼下垂をもって視覚障害と認定することは適当ではない。
4．外眼筋麻痺等による斜視により、両眼視が不可能な場合は、認定基準の「両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼の視力を0として取り扱う」との規定を準用し、両眼視のできない複視と同様に捉えて障害認定を行ってよいか。	これは、眼筋麻痺等によって、片眼を遮閉しないと生活ができない程度の複視の場合に適用される。両眼視のできない場合を、全て複視と同様に扱うことは適当ではない。明らかな眼位の異常があつても両眼複視を自覚しない場合にはこれらに該当しない。
5．視野障害の認定について、次のような中心視野の判断を要するような事例の判断について、	
ア．中心視野を含めた視野全体について、Ⅰ/2の視標のみを用いて測定した結果で申請が出ているが、どのように判断すべきか。	ア．視野障害の申請には、視野図の添付が必要である。Ⅰ/4の視標での周辺視野の測定結果の記載も不可欠であり、Ⅰ/2の視標による計測結果のみをもって判断することは適当ではない。

質　　疑	回　　答
イ．矯正視力が右0.7、左0.3のもので、Ⅰ/4の視標を用いた周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下あるが、Ⅰ/2の視標では視標そのものが見えず、両眼中心視野角度が0度となる場合は、視野障害2級として認定して差し支えないか。	イ．Ⅰ/4の視標による周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下であり、中心視野についてⅠ/2の視標を用いて測定した場合の両眼中心視野角度が0度であれば、中心視力があっても2級として認定することが適当と考えられる。
ウ．ゴールドマン型視野計と自動視野計の両方の測定結果を組み合わせて判定を行ってもよいか。	ウ．ゴールドマン型視野計と自動視野計の測定結果を混在して評価に使用することはできない。それぞれの視野計のみの結果を用い判定を行う必要がある。ただし、どちらの視野計を用いるかは診断医の判断による。 また、自動視野計において等級判定上信頼性のある測定が困難な場合は、ゴールドマン型視野計で評価する。
7．ゴールドマン型視野計のⅠ/4視標、又は両眼開放エスターマンテストが正常範囲であっても、両眼中心視野角度又は両眼中心視野視認点数（10-2プログラム）に異常があった場合、等級判定を行ってよいか。	ゴールドマン型視野計では、Ⅰ/4視標に異常がなくとも、Ⅰ/2視標による両眼中心視野角度が56度以下であれば5級と判定される。自動視野計では、両眼開放エスターマンテストに異常がなくても、10-2プログラムにおける両眼中心視野視認点数が40点以下であれば5級と判定される。
8．ゴールドマン型視野計で周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下とは、どのように算出すればよいか。	ゴールドマン型視野計を用いる場合は、Ⅰ/4視標による8方向の周辺視野角度の総和が左右とも80度以下であるかどうかを判定する。その際には8方向の周辺視野角度はⅠ/4視標が視認できない部分を除いて算出する。（下図）

質　　疑	回　　答
9．ゴールドマン型視野計でⅠ/2視標による8方向の中心視野角度の総和を左右眼それぞれ求める時、中心暗点、傍中心暗点が存在する場合、中心視野が固視点を含まずに偏心している場合の計算はどのように行うか。	8方向の中心視野角度は、Ⅰ/2視標が視認できない部分を除いて算出する（下図）。Ⅰ／2視標で中心10度以内に視野が存在しない場合は、中心視野角度の総和は0度として取り扱う。
10．視野検査の結果は、必要事項を診断書に記載すればよいのか。	ゴールドマン型視野計、自動視野計のいずれを用いた場合も視野図を診断書に添付する必要がある。ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタがⅠ／4の視標によるものか、Ⅰ／2の視標によるものかを明確に区別できるように記載する。 図 周辺視野角度、中心視野角度の算出方法 周辺視野角度はⅠ／4の視標、中心視野角度はⅠ／2の視標を用いる。 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+7+8+9+8)=60(度)

質　　疑	回　　答
	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(度) 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+7+(8-5)+(9-3)+8=52(度)

質　　疑	回　　答
	固視点を含まずに偏心している場合  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(度)

聴覚・平衡機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級別	聴覚障害	平衡機能障害
1級		
2級	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）	
3級	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
4級	1　両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの（耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの） 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	
5級		平衡機能の著しい障害
6級	1　両耳の聴力レベルが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語を理解し得ないもの） 2　1側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの	

Ⅱ　身体障害認定基準（聴覚・平衡機能障害個別事項）

1　聴覚障害

⑴　聴力測定には純音による方法と言語による方法とがあるが、聴力障害を表すにはオージオメータによる方法を主体とする。

⑵　聴力測定は、補聴器を装着しない状態で行う。

⑶　検査は防音室で行うことを原則とする。

⑷　純音オージオメータ検査

ア　純音オージオメータはＪＩＳ規格を用いる。

イ　聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴力レベル（ｄＢ値）をそれぞれａ、ｂ、ｃとした場合、次の算式により算定した数値とする。

$$\frac{a+2b+c}{4}$$

周波数500、1000、2000ヘルツの純音のうち、いずれか１又は２において100dBの音が聴取できない場合は、当該部分のdBを105dBとし、上記算式を計上し、聴力レベルを算定する。

なお、前述の検査方法にて短期間中に数回聴力測定を行った場合は、最少の聴力レベル（dB値）をもって被検査者の聴力レベルとする。

⑸　言語による検査

ア　語音明瞭度の検査語は、次に定める語集による。検査に当たっては、通常の会話音の強さでマイク又は録音機により発声し、その音量を適度に調節し、被検査者に最も適した状態で行う。

検査語はその配列を適宜変更しながら２乃至３秒に１語の割合で発声し、それを被検査者に書きとらせ、その結果、正答した語数を検査語の総数で除して、求められた値を普通話声の最良の語音明瞭度とする。

語音明瞭度検査語集

イ	シ	タ	オ	ノ	マ	ナ	カ	ト	テ
ニ	ク	コ	ワ	デ	ガ	ス	キ	サ	ウ
ラ	モ	ル	ア	ツ	リ	ダ	ヨ	チ	ハ
ミ	レ	エ	ソ	ヤ	ネ	ド	ケ	セ	ロ
バ	ジ	メ	ヒ	フ	ム	ゴ	ホ	ユ	ズ

イ　聴取距離測定の検査語は良聴単語を用いる。大声又は話声にて発声し、遠方より次第に接近し、正しく聴こえた距離をその被検査者の聴取距離とする。

ウ　両検査とも詐病には十分注意すべきである。

2　平衡機能障害

⑴　**「平衡機能の極めて著しい障害」**とは、四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認め、閉眼にて起立不能、又は開眼で直線を歩行中10m以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。

⑵　**「平衡機能の著しい障害」**とは、閉眼で直線を歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。

具体的な例は次のとおりである。

a　末梢迷路性平衡失調

b　後迷路性及び小脳性平衡失調

c　外傷又は薬物による平衡失調

d　中枢性平衡失調

Ⅲ　身体障害者診断書

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見

〔はじめに〕〈認定要領を参照のこと〉

この診断書においては、以下の４つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、□にVを入れて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合については、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること（各々の障害の合計指数をもって等級決定することはしない）。

□ 聴　覚　障　害　→『１「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
□ 平衡機能障害　→『２「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
□ 音声・言語機能障害　→『３「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
□ そしゃく機能障害　→『４「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

１　「聴覚障害」の状態及び所見

⑴　聴力（会話音域の平均聴力レベル）

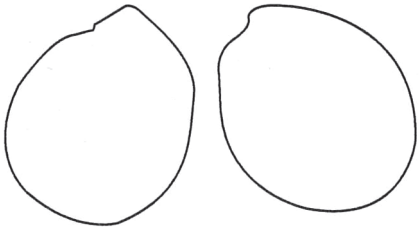
右	dB
左	dB

⑵　障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

⑶　鼓膜の状態

（右）　（左）



⑷　聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記載する）

ア　純音による検査

オージオメータの型式＿＿＿＿＿＿＿＿

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				

dB

※気導域値のみでなく、骨導域値も記載すること

イ　語音による検査

語音明瞭度	右	%
	左	%

⑸　身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況　　有　・　無

（注）２級と診断する場合、記載すること。

2　「平衡機能障害」の状態及び所見

3　「音声・言語機能障害」の状態及び所見

4　「そしゃく機能障害」の状態及び所見

⑴　障害の程度及び検査所見

下の「該当する障害」の□に∨を入れ、さらに①又は②の該当する□に∨又は（　　）内に必要事項を記述すること。

「該当する障害」
- □　そしゃく・嚥下機能の障害
  →「①そしゃく・嚥下機能の障害」に記載すること。
- □　咬合異常によるそしゃく機能の障害
  →「②咬合異常によるそしゃく機能の障害」に記載すること。

①　そしゃく・嚥下機能の障害

a　障害の程度

□　経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている。

□　経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している。

□　経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある。

□　その他

〔　　〕

b　参考となる検査所見

ア　各器官の一般的検査

〈参考〉各器官の観察点

- 口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
- 舌　：形状、運動能力、反射異常
- 軟口蓋：挙上運動、反射異常
- 声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

○　所 見（上記の枠内の「各器官の観察点」に留意し、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。）

〔　　〕

イ　嚥下状態の観察と検査

〈参考１〉各器官の観察点
・口腔内保持の状態
・口腔から咽頭への送り込みの状態
・喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
・食道入口部の開大と流動物（bolus）の送り込み
〈参考２〉摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点
・摂取できる食物の内容（固形物、半固形物、流動食）
・誤嚥の程度（毎回、２回に１回程度、数回に１回、ほとんど無し）

○　観察・検査の方法

□　エックス線検査（　　）
□　内視鏡検査（　　）
□　その他（　　）

○　所 見（上記の枠内の〈参考１〉と〈参考２〉の観察点から、嚥下状態について詳細に記載すること。）

〔　　〕

②　咬合異常によるそしゃく機能の障害

a　障害の程度

□　著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。
□　その他

〔　　〕

b　参考となる検査所見（咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果）

ア　咬合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察する。）

〔　　〕

イ　そしゃく機能（口唇・口蓋裂では、上下顎の咬合関係や形態異常等を観察する。）

〔　　〕

⑵　その他（今後の見込み等）

〔　　〕

⑶　障害程度の等級

（下の該当する障害程度の等級の項目の□に∨を入れること。）

①　「そしゃく機能の喪失」（３級）とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

□　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

□　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

□　外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

②　「そしゃく機能の著しい障害」（４級）とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害を言う。

具体的な例は次のとおりである。

□　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

□　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

□　外傷・腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

□　口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

〔記入上の注意〕

⑴　聴力障害の認定にあたっては、JIS規格によるオージオメータで測定すること。

dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれａ、ｂ、ｃとした場合 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定し、ａ、ｂ、ｃのうちいずれか１又は２において100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定すること。

⑵　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）の提出を求めるものとすること。

⑶　小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

⑴　障害名について

「聴覚障害」「平衡機能障害」の別を記載する。「聴覚障害」の場合には「内耳性難聴」「後迷路性難聴」「中枢性難聴」などの別がわかれば付加記載するのが望ましい。また語音明瞭度を用いた診断には「語音明瞭度著障」などと付加記載する。「平衡機能障害」については、「末梢性平衡失調」「中枢性平衡失調」「小脳性平衡失調」など、部位別に付加記載するのが望ましい。

「ろうあ」で聴覚障害及び言語障害で１級を診断する場合には「聴覚障害及びそれに伴う言語障害」と記載する。

⑵　原因となった疾病・外傷名について

障害をきたすに至った病名、症状名をできるだけ記載するのが望ましい。

例えば、「先天性風疹症候群」「先天性難聴」「遺伝性難聴」「ストレプトマイシンによる難聴」「老人性難聴」「慢性化膿性中耳炎」「音響外傷」「髄膜炎」「メニエール病」「小脳出血」などである。また原因が不明の場合には「原因不明」と記載する。

⑶　疾病・外傷発生年月日について

発生年月日が不明の場合には、その疾病で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月、日について不明の場合には、年の段階にとどめることとし、年が不明確な場合には、○○年頃と記載する。

⑷　参考となる経過・現症について

後欄の状況、及び所見欄では表現できない障害の具体的状況、検査所見などを記載すべきである。例えば先天性難聴では「言語の獲得状況はどうか」などであり、後天性難聴では「日常会話の困難の程度」「補聴器装用の有無、及び時期はいつか」「手術などの治療の経過はどうか」など、障害を裏付ける具体的状況を記載する。また十分な聴力検査のできない乳幼児においては、聴性脳幹反応、蝸電図などの他覚的聴覚検査の結果も記載するのが望ましい。なお、聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、２級を診断する場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(実施した検査方法及び検査所見)を記載し、記録データのコピー等を添付すること。

平衡機能障害についても「介助なしでは立つことができない」「介助なしでは歩行が困難である」など、具体的状況を記載するのが望ましい。

⑸　総合所見について

「④参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項により、総合的な所見を記載する。将来障害が進行する可能性のあるもの、手術などにより障害程度に変化が予測されるもの、また正確な検査の望めない乳幼児の診断は将来の再認定の必要性を有とし、その時期を記載する。

⑹　聴覚障害の状態及び所見について

幼児でレシーバによる左右別の聴力測定が不可能で、幼児聴力検査で両耳聴による聴力を測定した場合は、その旨を記載する。

鼓膜の状態の記載は、具体的に記載する。例えば混濁、石灰化、穿孔などあれば、その形状も含め記載する。また耳漏の有無も記載するのが望ましい。

聴力図による気導域値のみではなく、骨導域値も記載する。

語音による検査の場合、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度を測定するのであるから、必ず両側の語音明瞭度を測定し記載する。

⑺　平衡機能障害の状態及び所見について

該当する等級に沿った状況、所見を具体的に記載する。例えば「閉眼にて起立不能である」「開眼で直線を歩行中10m以内に転倒する」「閉眼で直線を歩行中10m以内に著しくよろめき歩行を中断する」などである。また四肢体幹に器質的異常のない旨、併記するのが望ましい。眼振などの他の平衡機能検査結果も本欄又は「参考となる経過・現症」欄に記載するのが望ましい。

⑻　音声・言語機能障害の状態及び所見について

「ろうあ」で１級を診断する場合、ここに「あ」の状況を記載する。ただ単に「言語機能の喪失」と記載するだけでなく、日常のコミュニケーションの状況、例えば「両親、兄弟とも、意思の伝達には筆談を必要とする」などと具体的に記載する。

b…障害程度の認定について

⑴　聴覚障害の認定は大部分は会話音域の平均聴力レベルをもとに行うので、聴力図、鼓膜所見などにより、その聴力レベルが妥当性のあるものであるかを十分検討する必要がある。

聴力図に記載された聴力レベルと平均聴力レベルが合わないような場合、感音性難聴と記してあるにもかかわらず、聴力図では伝音性難聴となっているような場合などは、診断書を作成した指定医に照会し、再検討するような慎重な取扱いが必要である。

⑵　乳幼児の聴覚障害の認定には慎重であるべきである。乳幼児の聴力検査はかなりの熟練が必要であり、それに伴い検査の信頼度も異なってくるので、その診断書を作成した指定医ないしはその所属する施設の乳幼児聴力検査の経験を考慮し、かつ他覚的聴力検査法の結果など、他に参考となる所見を総合して判断し、必要があれば診断書作成指定医に照会するなどの処置が必要である。

⑶　伝音性難聴の加味された聴覚障害の認定に当たっては、中耳等に急性の炎症がないかどうかを鼓膜所見より判断する必要がある。特に耳漏などが認められる鼓膜所見では、その時点では認定をすべきではないので、その旨診断書作成指定医に通知するのが望ましい。

⑷　慢性化膿性中耳炎など、手術によって聴力改善が期待できるような聴覚障害の認定に当たって

は、それまでの手術などの治療、経過、年齢などを考慮して、慎重に取扱い、場合によっては有期認定とすべきである。

⑸　「ろうあ」を重複する障害として１級に認定する場合、「あ」の状態を具体的にする必要があり、「あ」の状態の記載、例えば「家族とも音声言語をもって意思を通ずることは不可能であり、身振り、筆談をもってすることが必要である」などの記載がないときは、診断書作成指定医に照会するなどの処置が必要である。

⑹　語音明瞭度による聴覚障害の認定に当たっては、年齢、経過、現症、他の検査成績などにより、慎重に考慮し、場合によっては診断書作成指定医に照会するなどの配慮が必要である。

⑺　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、その理由が明確にされている必要がある。経過、現症欄などを参考として、慎重に対処する必要がある。

⑻　平衡機能障害の認定に当たっては、「平衡機能の極めて著しい障害」「平衡機能の著しい障害」のみでは不十分であり、その具体的状況の記載が必要である。また現疾患、発症時期などにより状況がかなり違ってくるので、その取り扱いには慎重を要し、場合によっては診断書作成指定医に照会するなどの処置が必要である。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
１．満３歳未満の乳幼児に係る認定で、ＡＢＲ（聴性脳幹反応検査）等の検査結果を添えて両側耳感音性難聴として申請した場合であっても、純音検査が可能となる概ね満３歳時以降を待って認定することになるのか。	乳幼児の認定においては、慎重な対応が必要である。聴力についてはオージーオメータによる測定方法を主体としているが、それができず、ＡＢＲ等による客観的な判定が可能な場合については、純音聴力検査が可能となる年齢になった時点で将来再認定することを指導した上で、現時点で将来的に残存すると予想される障害の程度をもって設定することが可能である。
２．老人性難聴のある高齢者に対する認定については、どのように考えるべきか。	高齢者の難聴については、単に聴力レベルの問題以外に、言葉が聞き分けられないなどの要因が関与している可能性があり、こうした場合は認定に際して困難を伴うことから、初度の認定を厳密に行う必要がある。また、必要に応じて将来再認定の指導をする場合もあり得る。

質　　疑	回　　答
3．聴覚障害の認定において、気導聴力の測定は必須であるが、骨導聴力の測定も実施する必要があるのか。	聴力レベルの測定には、一般的には気導聴力の測定をもって足りるが、診断書の内容には障害の種類を記入するのが通例であり、障害の種類によっては骨導聴力の測定が必要不可欠となる場合もある。
4．人工内耳埋め込み術後の一定の訓練によって、ある程度のコミュニケーション能力が獲得された場合、補聴器と同様に人工内耳の電源を切った状態で認定できると考えてよいか。	認定可能であるが、人工内耳の埋め込み術前の聴力レベルが明らかであれば、その検査データをもって認定することも可能である。
5．オージオメータによる検査では、100dbの音が聞き取れないものは、105dbとして算定することとなっている。一方、平成12年改正のＪＩＳ規格に適合するオージオメータでは120dbまで測定可能であるが、この場合、120dbの音が聞き取れないものについては、当該値を125dbとして算定することになるのか。	平均聴力レベルの算式においては、ａ、ｂ、ｃのいずれの周波数においても、100db以上の音が聞き取れないものについては、120dbまで測定できたとしてもすべて105dbとして計算することとなる。 使用する検査機器等によって、等級判定に差が生じないよう配慮する必要がある。
6．語音明瞭度の測定においては、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度をもって測定することとなっているが、具体的にはどのように取り扱うのか。	純音による平均聴力レベルの測定においては、左右別々に測定し、低い方の値をもって認定することが適当である。 語音明瞭度の測定においても、左右別々に測定した後、高い方の値をもって認定するのが一般的である。
7．「ろうあ」は、重複する障害として１級になると考えてよいか。	先天性ろうあ等の場合で、聴覚障害２級（両耳全ろう）と言語機能障害３級（音声言語による意思疎通ができないもの）に該当する場合は、合計指数により１級として認定することが適当である。

質　　疑	回　　答
8．認定要領中、「聴覚障害に係る身体障害者手帳を所持しない者に対し、2級を診断する場合、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査を実施」とあるが、 ア．過去に取得歴があり、検査時に所持していない場合はどのように取り扱うのか。 イ．それに相当する検査とはどのような検査か。	ア．過去に取得歴があっても検査時に所持していない場合は、他覚的聴覚検査等を実施されたい。 イ．遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテスト等を想定している。
9.　脊髄性小脳変性症など、基本的に四肢体幹に器質的な異常がないにもかかわらず、歩行機能障害を伴う障害の場合は、平衡機能障害として認定することとされているが、脳梗塞、脳血栓等を原因とした小脳部位に起因する運動失調障害についても、その障害が永続する場合には同様の取扱いとすべきか。	同様に取り扱うことが適当である。 脊髄小脳変性症に限らず、脳梗塞等による運動失調障害による場合であっても、平衡機能障害よりも重度の四肢体幹の機能障害が生じた場合は、肢体不自由の認定基準をもって認定することはあり得る。
10．小脳全摘出後の平衡機能障害（3級）で手帳を所持している者が、その後脳梗塞で著しい片麻痺となった。基本的に平衡機能障害と肢体不自由は重複認定できないため、このように後発の障害によって明らかに障害が重度化した場合、どちらか一方の障害のみでは適切な等級判定をすることができない。 このような場合は両障害を肢体不自由の中で総合的に判断して等級決定し、手帳再交付時には手帳名を「上下肢機能障害」と記載して、「平衡機能障害」は削除すべきと考えるがいかがか。	平衡機能障害は、器質的な四肢体幹の機能障害では認定しきれない他覚的な歩行障害を対象としていることから、肢体不自由との重複認定はしないのが原則である。 しかしながらこのような事例においては、歩行機能の障害の基礎にある「平衡機能障害＋下肢機能障害」の状態を、「下肢機能障害（肢体不自由）」として総合的に等級を判定し、「上肢機能障害（肢体不自由）」の等級指数との合計指数によって総合等級を決定することはあり得る。 このように総合的等級判定がなされる場合には、手帳の障害名には「平衡機能障害」と「上下肢機能障害」の両方を併記することが適当である。

音声・言語・そしゃく機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級　別	音声・言語・そしゃく機能障害
1　級	
2　級	
3　級	音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失
4　級	音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害
5　級	
6　級	

Ⅱ　身体障害認定基準（音声・言語・そしゃく機能障害個別事項）

1　**「音声機能又は言語機能の喪失」**（3級）とは、音声を全く発することができないか、発声しても、言語機能を喪失したものをいう。

なお、この「喪失」には、先天性のものも含まれる。

具体的な例は次のとおりである。

a　音声機能喪失 …… 無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能喪失

b　言語機能喪失 …… ろうあ、聴あ、失語症

2　**「音声機能又は言語機能の著しい障害」**（4級）とは、音声又は言語機能の障害のため、音声、言語のみを用いて意思を疎通することが困難なものをいう。

具体的な例は次のとおりである。

a　喉頭の障害又は形態異常によるもの

b　構音器官の障害又は形態異常によるもの（唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む）。

c　中枢性疾患によるもの

3　**「そしゃく機能の喪失（注1）」**（3級）とは、そしゃく、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

a　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

b　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

c　外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

4　**「そしゃく機能の著しい障害（注2）」**（4級）とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく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　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

b　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

c　外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

d　口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

（注１）「そしゃく機能の喪失」と判断する状態について

そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口的に食物等を摂取することができないため、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）以外に方法がない状態をいう。

（注２）「そしゃく機能の著しい障害」と判断する状態について

「そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）の併用が必要あるいは摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある（注３）状態」又は「口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態」をいう。

（注３）「摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある」と判断する状態について

開口不能のため流動食以外は摂取できない状態又は誤嚥の危険が大きいため、摂取が半固形物（ゼラチン・寒天・増粘剤添加物等）等、極度に限られる状態をいう。

Ⅲ　身体障害者診断書

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見

〔はじめに〕〈認定要領を参照のこと〉

この診断書においては、以下の４つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、□にVを入れて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合については、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること（各々の障害の合計指数をもって等級決定することはしない）。

□ 聴　覚　障　害　→『１「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
□ 平衡機能障害　→『２「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
□ 音声・言語機能障害　→『３「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
□ そしゃく機能障害　→『４「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

１　「聴覚障害」の状態及び所見

⑴　聴力（会話音域の平均聴力レベル）

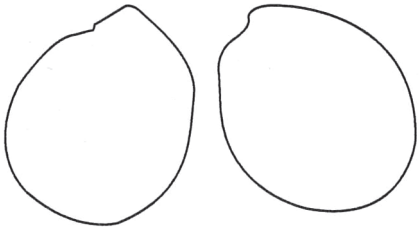
右	dB
左	dB

⑵　障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

⑶　鼓膜の状態

（右）　（左）



⑷　聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記載する）

ア　純音による検査

オージオメータの型式＿＿＿＿＿＿＿＿

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				

dB

※気導域値のみでなく、骨導域値も記載すること

イ　語音による検査

語音明瞭度

右	%
左	%

2　「平衡機能障害」の状態及び所見

3　「音声・言語機能障害」の状態及び所見

4　「そしゃく機能障害」の状態及び所見

⑴　障害の程度及び検査所見

下の「該当する障害」の□に∨を入れ、さらに①又は②の該当する□に∨又は（　　）内に必要事項を記述すること。

「該当する障害」
- □　そしゃく・嚥下機能の障害
  →「①そしゃく・嚥下機能の障害」に記載すること。
- □　咬合異常によるそしゃく機能の障害
  →「②咬合異常によるそしゃく機能の障害」に記載すること。

①　そしゃく・嚥下機能の障害

a　障害の程度

□　経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている。

□　経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している。

□　経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある。

□　その他

〔　　〕

b　参考となる検査所見

ア　各器官の一般的検査

〈参考〉各器官の観察点

- 口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
- 舌：形状、運動能力、反射異常
- 軟口蓋：挙上運動、反射異常
- 声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

○　所 見（上記の枠内の「各器官の観察点」に留意し、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。）

〔　　〕

イ　嚥下状態の観察と検査

〈参考１〉各器官の観察点
・口腔内保持の状態
・口腔から咽頭への送り込みの状態
・喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
・食道入口部の開大と流動物（bolus）の送り込み
〈参考２〉摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点
・摂取できる食物の内容（固形物、半固形物、流動食）
・誤嚥の程度（毎回、２回に１回程度、数回に１回、ほとんど無し）

○　観察・検査の方法

□　エックス線検査（　　）
□　内視鏡検査（　　）
□　その他（　　）

○　所 見（上記の枠内の〈参考１〉と〈参考２〉の観察点から、嚥下状態について詳細に記載すること。）

〔　　〕

②　咬合異常によるそしゃく機能の障害

a　障害の程度

□　著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。
□　その他

〔　　〕

b　参考となる検査所見（咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果）

ア　咬合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察する。）

〔　　〕

イ　そしゃく機能（口唇・口蓋裂では、上下顎の咬合関係や形態異常等を観察する。）

〔　　〕

⑵　その他（今後の見込み等）

〔　　〕

⑶　障害程度の等級

（下の該当する障害程度の等級の項目の□に∨を入れること。）

①　「そしゃく機能の喪失」（３級）とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

□　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

□　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

□　外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

②　「そしゃく機能の著しい障害」（４級）とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害を言う。

具体的な例は次のとおりである。

□　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの

□　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの

□　外傷・腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

□　口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

〔記入上の注意〕

⑴　聴力障害の認定にあたっては、JIS規格によるオージオメータで測定すること。

dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれａ、ｂ、ｃとした場合 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定し、ａ、ｂ、ｃのうちいずれか１又は２において100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定すること。

⑵　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）の提出を求めるものとすること。

⑶　小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

Ⅳ　認　定　要　項

A　音声機能・言語機能の障害

a…診断書の作成について

診断書の様式の項目ごとに記入要領及び記入上の留意事項を記す。

⑴　障害名（部位を明記）について

機能障害の種類と（　　）の中に音声、言語機能障害の類型を記入する。

「音声機能障害」とは、主として喉頭レベルにおける声と発声にかかわる能力の障害をいう。音声機能障害（喉頭摘出、発声筋麻痺など）と記載する。

「言語機能障害」とは、喉頭レベル以上の構音器官（口唇、舌、下顎、口蓋など）における発音（構音）にかかわる能力と、音声言語（話しことば）の理解（意味把握）と表出（意味生成）にかかわる能力をいう。言語機能障害（失語症、運動障害性〈麻痺性〉構音障害など）と記載する。

参考：言語機能障害の類型 …… 失語症、運動障害性構音障害、脳性麻痺構音障害、口蓋裂構音障害、その他の器質性構音障害、ろうあ、聴あ

⑵　原因となった疾病・外傷名について

上記障害の直接原因である疾病名を記入する。

喉頭腫瘍、脳血管障害、唇顎口蓋裂、感音性難聴など

⑶　疾病・外傷発生年月日について

発生年月日が不明の場合には、その疾病で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月、日について不明の場合には、年の段階で留めることとし、年が不正確な場合には、○○年頃と記載する。

⑷　参考となる経過・現症について

「経過」については、症状が固定するまでの経過を簡単に記載する。初診あるいは機能訓練開始日、途中経過の月日などの記載も望ましい。

「現症」は、コミュニケーション活動の能力の程度を裏付ける客観的所見ないしは検査所見を記載する。ただし、客観的所見の代わりに観察結果でも足りる場合がある。

「現症」記載の参考：コミュニケーション能力の程度を端的に裏付ける検査所見や観察結果のみを簡単に記す。以下に、検査又は観察項目、検査法を例示するが、すべて行うことはなく、必要と考えられるものの記載にとどめる

「音声機能障害」

①　喉頭所見（必要なら咽頭部所見も含める）

②　声の状態 …… 失声、嗄声の種類と程度など

③　発声機能 …… 発声持続能力（時間）など

④　検 査 法 …… 音声機能検査、エックス線検査など

「言語機能障害」

①　構（発）音の状態 …… 母音、子音等の正確性、発話全体としての会話明瞭度及び自然性（抑揚、アクセント、発話速度など）

②　構音器官の所見 …… 口唇、舌、下顎、口蓋、咽頭などの運動機能と形態

③　言語理解力 …… 音声言語に関して、単語や文の理解ができるか否か（聴覚的理解）。日常的な単語、簡単な文、やや複雑な文などの視点から理解力の程度をみる。

④　言語表出力 ……　単語や文が言えるか否か（音声言語の表出）。日常的な単語、簡単な文、やや複雑な文、文の形式（構文又は文法）、文による具体的情報伝達（実質語の有無）などの観点から表出力の程度をみる。

⑤　検査法 …… 構音・プロソディ―検査、会話明瞭度検査、構音器官の検査、標準失語症検査（ＳＬＴＡ）、老研版失語症検査、国立リハ版失語症選別検査など。

留意事項：「現症」については、個別の所見欄に該当する項目（別様式「聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見」の「３　音声・言語機能の状態及び所見」）がある場合にはこの欄の記載を省略してよい。この場合、所見欄には現症について詳細に記載することが望ましい。

障害固定又は障害確定（推定）年月日は必ず記入すること。

⑸　総合所見

「④　参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項を総合して、その総合的能力が生活上のコミュニケーション活動をどのように制限しているかを記す。現症欄に記載された事項では表現できない音声・言語機能障害の具体的状況の記載が必要である。すなわち、日常生活におけるコミュニケーション活動の実態を記載するが、それには家庭内（肉親間）あるいは、家庭周辺（家族以外）といった場で、どの程度のコミュニケーションができるか（レベル）の２つの観点から具体的に記載する（表１「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動（場とレベル）の具体的状況例」参照）

障害程度の認定には、この日常的コミュニケーション能力の程度の判定が核心となることを銘記されたい。

b…障害程度の認定について

⑴　身体障害認定基準についての補足説明

①　「音声機能又は言語機能の喪失」の定義は、音声を全く発することができないか、発声しても意思の疎通ができないもの、と解釈すべきである。

② 言語機能喪失をきたす障害類型に、ろうあ、聴あ、失語症が挙げられているが、運動障害性（麻痺性）構音障害、脳性麻痺構音障害も含まれると解釈すべきである。

③ 「音声機能又は言語機能の著しい障害」の項で、“具体的な例は次のとおりである。”以下を次のように改めて解釈すべきである。

1) 音声機能の著しい障害 …… 喉頭の障害又は形態異常によるもの

2) 言語機能の著しい障害

イ 構音器官の障害又は形態異常によるもの（構音器官の障害には唇顎口蓋裂の後遺症による口蓋裂構音障害、末梢神経及び筋疾患に起因する舌、軟口蓋等の運動障害による構音障害、舌切除等による構音器官の欠損によるものなどを含む。）

ロ 中枢性疾患によるもの（失語症、運動障害性（麻痺性）構音障害、脳性麻痺構音障害など。）

⑵ 等級判定の基準

障害程度をどのように等級判定に結びつけるかについては必ずしも理解が容易ではない。このことは診断書（意見書）を実際に作成するに当たって、現症と総合所見の記載内容にしばしば見られる混乱や、更に等級判定が概ね総合所見に基づくことにも十分な認識が得られない結果になる。そこで表２に障害程度と等級判定の認定基準を対比させ理解の一助とした。

等級判定の認定基準は、日常生活におけるコミュニケーション活動の場とレベルの二つからの判断が不可欠である。場は、家庭（肉親または家族間)、家庭周辺（他人との関係 － 但し、不特定の一般社会ではない）の二つの局面に限定される。レベルは、残存する言語機能を表す言語活動の状態である。総合所見欄はその具体的な記載を求められるが、表１に幾つかの例を示したので参照されたい。

表１　障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動（場とレベル）の具体的状況例

（３級の欄の音声言語機能のレベルに該当すれば３級と判定する。３級の欄の項目が可能でも、４級の欄のレベルであれば４級と判定する。）

障害等級	コミュニケーションのレベル／コミュニケーションの場	理　解　面	表　出　面
３級	本人↓↑家族 状況依存度が高い	・本人や家族の名前がわからない。 ・住所がわからない。 ・日付、時間がわからない。 ・部屋の中の物品を言われてもわからない。 ・日常生活動作に関する指示がわからない（風呂に入って、ＳＴに行って、薬を２錠飲んで……）。 本人の所属、時間 日常生活動作、物品に関する指示	・本人、家族の名前が言えないか、通じない。 ・住所が言えない（通じない）。 ・日付、時間、年齢が言えない（通じない）。 ・欲しい物品を要求できない（通じない）。 ・日常生活動作に関する訴えができないか通じない（窓を開けて…）。 ・身体的訴えができない（通じない）。 本人の所属、時間 日常生活動作、物品に関する要求
４級	本人↓↑家族周辺 状況依存度が低い	・問診の質問が理解できない。 ・治療上の指示が理解できない。（ＰＴ、薬の飲み方……）。 ・訪問者の用件がわからない。 ・電話での話がわからない。 ・尋ねた道順がわからない。 ・おつかいができない（どこで、何を、いくつ、いくら、誰に、いつ）。 家族以外の者から、日常生活動作について、質問されたり、指示されたりしたときに、理解できない。	・病歴、症状が説明できない（通じない）。 ・治療上のことについて、質問ができない(通じない)。家族に内容を伝えられない。 ・訪問者に用件を質問できないか通じない。用件を家族に伝えられない。 ・電話で応答できない。家族に内容を伝えられない（いつ、誰、何、どこ）。 ・知り合いに電話をかけて用件が伝えられない。(通じない)。 ・行先が言えない（通じない)。道順を尋ねられない（通じない)。 ・買物をことばでできないか通じない（何をいくつ、いくら)。 家族以外の者に、日常生活動作に関することを説明できない。

表２　等級判定の基準

（大原則：障害程度の判定基準は一次能力障害程度（稼得に関係のない日常生活活動能力の欠損度）に基づく）

障害の程度と等級		認定基準の原則	音声、言語機能障害の場合	障害程度の定義と具体例	等級判定の認定基準－コミュニケーション活動の場とレベルからみた意思疎通困難の程度－
重度(1､2級)		・・・・・・・・・	・・・・・・・・・	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
中程度	3級	家庭内での日常生活活動が著しく障害される	喪　失	音声言語による意思疎通ができないもの 「音声機能障害」－音声を全く発することができない （例：無喉頭、喉頭外傷による喪失、発声筋麻痺による音声喪失〈反回神経麻痺など〉） 「言語機能障害」－発声しても意思疎通ができない （例：重度失語症、聴あ、運動障害性構音障害、脳性麻痺構音障害、ろうあ）	家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさない（日常会話は誰が聞いても理解できない）。 ※具体的状況（コミュニケーション活動の場とレベル）は表１に例示してある。
	4級	家庭周辺での日常生活活動が著しく障害される	著しい障害	音声言語のみ用いて意思を疎通することが困難なもの 「音声機能障害」－喉頭の障害又は形態異常によるもの 「言語機能障害」 イ．構音器官の障害又は形態異常によるもの ロ．中枢性疾患によるもの ※障害類型の例は前項⑴③の具体例参照のこと	家族又は肉親との会話は可能であるが、家庭周辺において他人には殆ど用をなさない。 ※具体的状況（コミュニケーション活動の場とレベル）は表１に例示してある。
軽度 軽微		社会での日常生活が著しく障害される	障害非該当	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	日常の会話が可能であるが不明瞭で不便がある。

B　そしゃく機能障害

a…診断書の作成について

診断書の様式の項目ごとに記入要領及び記入上の留意事項を記す。

⑴　「障害名」について

「そしゃく機能障害（そしゃく・嚥下機能障害、咬合異常によるそしゃく機能障害)」と記載する。

⑵　「原因となった疾病・外傷名」について

上記障害の直接の原因となる疾病名等を記載する。

記載例：「重症筋無力症」「唇顎口蓋裂」「舌腫瘍切除後の舌の欠損」等

⑶　「疾病・外傷発生年月日」…省略

⑷　「参考となる経過・現症」について（エックス線検査、内視鏡検査等の所見を含む）

「経過」については、症状が固定するまでの経過を年月日を付して簡単に記載する。

「現症」については、主たるそしゃく・嚥下機能の障害の内容（「筋力低下によるそしゃく・嚥下機能の喪失」「咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害」等）と、その程度を裏付ける客観的所見ないしは検査所見を記載する。

なお、これらの所見等の詳細については、別様式にある「聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見」欄に記載する。

⑸　「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項を総合して、生活上の食事摂取をどのように制限されているかを記載する。

⑹　「聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見」について

ア　各障害においては、該当する項目の□に∨を入れ、必要事項を記述する。

イ　「４　「そしゃく機能障害」の状態及び所見」（留意点）

㈠　「⑴障害の程度及び検査所見」について

1)　「①そしゃく・嚥下機能の障害」では、そしゃくあるいは嚥下機能の障害について判断することを目的としている。「ｂ　参考となる検査所見」の「イ　嚥下状態の観察と検査」については、食塊ないし流動物（bolus）の搬送の状態を観察する。また、その観察をエックス線検査あるいは内視鏡検査で行うことが理想的であるが、食事（水分）を摂取する場面を観察してもよい。

（観察点）ｉ　各器官の一般的検査（視診、触診、反射）

・　口唇・下顎：運動能力（可動範囲、力、速度等)、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射

・　舌：形状（萎縮、欠損、線維束性収縮等)、運動能力、反射異常

・　軟口蓋：挙上運動（鼻咽腔閉鎖機能の状態、鼻漏出、鼻腔への逆流)、反射異常

・　声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯留

ⅱ　嚥下状態の観察と検査

・　口腔内保持の状態

・　口腔から咽頭への送り込みの状態

・　喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態

・　食道入口部の開大と流動物（bolus）の送り込み

2)　「②咬合異常によるそしゃく機能の障害」では、咬合異常によるそしゃく機能の障害について判断することを目的としている。

「ｂ　参考となる検査所見（咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果)」については、以下の点から観察する。

ア)「ア　咬合異常の程度」

（観察点）そしゃく運動時又は安静位咬合の状態をみる。

上顎歯列と下顎歯列の特に前歯並びに臼歯の接触・咬合状態、開口の程度等の異常な咬合関係をみる。

イ)「イ　そしゃく機能」

（観察点）

ⅰ　そしゃく機能を定量的に簡便かつ正確に測定する方法はないので、そしゃくの 3 作用である食物の粉砕、切断及び混合の状態を観察する。

ⅱ　そしゃく機能障害の状態：口唇・口蓋裂においては、歯の欠如、上下顎の咬合関係、口蓋の形態異常（前後、左右、上下方向の狭小あるいは狭窄化及び残孔）等を観察する。

3)　歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例は、別様式に定める「歯科医師による診断書・意見書」を添付する。

(ｲ)　「(3)障害程度の等級」について

ここでは、そしゃく・嚥下機能の障害、咬合異常によるそしゃく機能の障害における診断内容が、3 級又は 4 級のいずれかの項目に該当するかについて、最終的な判定をすることを目的とする。

該当する等級の根拠となる項目について、1 つだけ選択することとなる。

b…障害程度の認定について

診断書の「そしゃく機能障害」の状態及び所見より、「そしゃく機能の喪失」（3級）、「そしゃく機能の著しい障害」（4級）を判断する。

⑴　「そしゃく機能の喪失」

そしゃく・嚥下機能の低下を起因として、経口的に食物等を摂取することができないため、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）以外に方法がない状態をいう。

⑵　「そしゃく機能の著しい障害」

「そしゃく・嚥下機能の低下を起因として、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）の併用が必要あるいは摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある（注１）状態」又は「口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症（注２）による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態」をいう。

（注１）　「摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある」と判断する状態について

誤嚥の危険が大きく摂取は半固形物（ゼラチン、寒天、増粘剤添加物等）等以外は摂取できない状態又は開口不能のため流動食以外は摂取できない状態をいう。

（注２）　「先天異常の後遺症」とは、「疾患に対して手術、その他の処置を行った後もなお残存する後遺症」を意味する。

（その他の留意事項）

⑴　咬合異常によるそしゃく機能の障害について

判定の手順：障害程度の判定と歯科矯正治療等の適応の判定の２つの判定が含まれる。以下に実際の手順に従って説明する。

ア　まず咬合異常によるそしゃく機能障害の程度を判定する。それには、身体障害認定の要件である①永続する機能障害を有すること、つまり、障害として固定すること、②日常生活活動に相当程度の制限があること、そしゃく困難で食事摂取（栄養、味覚）が極めて不利、不便になるもの、という２点を満たすか否かを判断する。

イ　次いで歯科矯正治療等の適応か否かを決める。すなわち、上記そしゃく機能障害が歯科矯正治療、口腔外科的手術によって改善が得られるか否かを判断する。この法律は、口唇・口蓋裂等の患者の治療を福祉によって支援することを狙いとしていることを理解されたい。

ウ　身体障害者該当の判定：上記「ア」の要件を満たし、さらに「イ」歯科矯正治療等の適応と判断された者を身体障害者に該当すると認める。

（注意事項）

①　歯科矯正治療等の適応については、都道府県知事等の定める歯科医師の「歯科医師による診

断書・意見書」（別様式）の提出を求めるものとする。

② 歯科矯正治療等の適応と判断されても、そしゃく機能障害が軽微～軽度なら身体障害者に該当しない。

③ 軽度そしゃく機能障害（軽度咬合異常による。）は身体障害者に該当しない。

④ 身体障害者の認定は「歯科矯正治療等の適応あり」が基本条件であるから、認定する期間を指定し、再認定の時期を必ず記載する必要がある。

この再認定は歯科矯正治療等の一応の成果が見られる「3か年」を目途にしており、再認定の徹底を期されたい。

⑵ 障害を認定できる時期

「そしゃく機能の喪失」または「そしゃく機能の著しい障害」の状態が固定して改善の見込みがないか、更に進行して悪化の一途を辿ると判断されるとき。

⑶ 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合については、各々の障害の合計指数をもって等級を決定することは適当ではない。

⑷ 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

○口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害に関する歯科医師の診断及び意見の取扱いについて

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害のある者が、身体障害者福祉法第15条に基づき、身体障害者手帳の交付を申請するに際し、医師が「身体障害者診断書・意見書」を作成するときは、あらかじめ都道府県知事等の定める歯科医師の「歯科医師による診断書・意見書」（別紙）の提出を求めるものとすること。

（別　紙）

歯 科 医 師 に よ る 診 断 書 ・ 意 見 書

氏　名	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日生	男・女
住　所		
現　症		
原因疾患名		
治療経過		
今後必要とする治療内容 ⑴　歯科矯正治療の要否 ⑵　口腔外科的手術の要否 ⑶　治療完了までの見込み 向後　　年　　月		
現症をもとに上記のとおり申し述べる。併せて以下の意見を付す。 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する ・該当しない 平成　　年　　月　　日 病院又は診療所 の名称、所在地 標榜診療科名 歯科医師名　　㊞		

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．「ろうあ」に関する認定で、聴覚障害としては100dbの全ろうで、言語機能障害としては「手話、口話又は筆談では意思の疎通が図れるが、音声言語での会話では家族や肉親でさえ通じないもの」に該当する場合、どのように認定するのか。	聴覚障害２級と言語機能障害３級（喪失）との重複障害により、指数合算して１級と認定することが適当である。
2．アルツハイマー病で、疾病の進行により神経学的所見がないにも係わらず、日常生活動作が全部不能となっているケースを身体障害者として認定してよいか。 又、アルツハイマー病による脳萎縮が著明で、音声・言語による意思疎通ができないものは、脳血管障害による失語症と同等の見なし、音声・言語機能障害として認定してよいか。	アルツハイマー病に限らず、老人性痴呆症候群は、精神機能の全般的衰退によるものであって、言語中枢神経又は発声・発語器官の障害ではないことから、これらに起因する日常生活動作の不能の状態や意思疎通のできない状態をもって、音声・言語機能障害と認定することは適当ではない。
3．音声・言語機能障害に関して ア．筋委縮性側索硬化症あるいは進行性筋ジストロフィー等の疾病により気管切開し、人工呼吸器を常時装着しているために発声不能となっている者について、音声機能の喪失としても認定できるか。（本症例はすでに呼吸器機能障害として認定されている。） イ．事故により肺活量が低下し、気管切開してカニューレ挿入している者で、将来とも閉鎖できないと予想される場合については、音声機能の喪失等として認定できるか。	ア．筋委縮性側索硬化症の患者の場合、呼吸筋の麻痺が完全なものであれば、喉頭筋麻痺の有無にかかわらず、発声の基礎になる呼気の発声ができないので、喉頭は無機能に等しい。したがって、音声機能障害の３級として認定することも可能である。 イ．喉頭や構音器官の障害又は形態異常が認められず、中枢性疾患によるものでもないため、気管切開の状態のみをもって音声機能障害又は呼吸器機能障害として認定することは適当ではない。
4．食道閉鎖症により、食道再建術・噴門形成術を行ったもので、経管栄養は行っていない	本症例は、食道の機能障害であることから、そしゃく・嚥下機能障害として認定することは

質　　疑	回　　答
が、誤嚥による肺炎を頻発している場合は、著しいそしゃく・嚥下機能障害として認定できるか。	適当ではない。
5．認定基準及び認定要領中、音声機能障害、言語機能障害、そしゃく機能障害については、各障害が重複する場合は指数合算による等級決定（重複認定）はしないこととなっているが、 ア．手帳における障害名の記載に関しては、障害名の併記は可能と考えてよいか。 イ．また、下顎腫瘍切除術後による「そしゃく機能の著しい障害」（4級）と大脳言語野の病変による「言語機能障害（失語症）」（3級）の合併などの場合は、障害部位が同一ではないことから、指数合算して重複認定（2級）することが必要となる場合もあり得ると考えるが、このような取扱いは可能か。	いずれも可能と考えられる。 認定基準等においては、舌切除等に伴う舌機能廃絶によって構音障害及びそしゃく・嚥下機能障害を同時にきたす場合など、同一疾患、同一障害部位に対して、異なる障害区分から判定したそれぞれの指数を合算して重複認定することは適当ではないとの原則を示したもので、一般的にはより重度と判定された障害区分の等級をもって認定することを意味している。 しかしながら、この事例のように障害部位や疾患が異なり（そしゃく嚥下器官の障害と言語中枢の障害）、どちらか一方の障害をもって等級決定することが明らかに本人の不利益となる場合には、指数合算を要する重複障害として総合的に等級決定することはあり得る。
6．3歳時に知的障害の診断を受けている。 音声模倣は明瞭な発声で行うことができるが、意味のある言語を発する事はできない。したがって、家族との音声言語による意思疎通が著しく困難である。この場合、言語機能の喪失として認定してよいか。	言語機能の障害について、明らかに知的障害に起因した言語発達遅滞と認められる場合は、言語機能の障害として認定することは適当ではない。 このため、必要に応じて発達上の障害の判定に十分な経験を有する医師に対し、これが知的障害に起因する言語発達遅滞によるものか、また、失語症や構音機能の障害等によるものと考えられるかの診断を求め、それに基づき適切に判断されたい。

肢　体　不　自　由

Ⅰ　障害程度等級表

級別	肢体不自由				
	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座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座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	1　両下肢をショ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

級別	肢　体　不　自　由				
	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
3級	5　一上肢のすべての指の機能を全廃したもの				
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	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

級別	肢　体　不　自　由				
	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
4級	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				
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	1　一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの		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

級別	肢　体　不　自　由				
	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
6級	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	2　一下肢の足関節の機能の著しい障害			
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

<table>
<tr><td rowspan="3">級別</td><td colspan="5">肢　体　不　自　由</td></tr>
<tr><td rowspan="2">上　肢</td><td rowspan="2">下　肢</td><td rowspan="2">体　幹</td><td colspan="2">乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害</td></tr>
<tr><td>上肢機能</td><td>移動機能</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="5">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、1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されているものは、該当等級とする。
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。
3　異なる等級について2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の級とすることができる。
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。
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、対抗運動障害を含むものとする。
6　上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長（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。
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。</td></tr>
</table>

Ⅱ　身体障害認定基準（肢体不自由個別事項）

1　総括的解説

⑴　肢体不自由は機能の障害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能力でしてはならない。

例えば、肢体不自由者が、無理をすれば１㎞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、疼痛のために翌日は休業しなければならないようなものは１㎞歩行可能者とはいえない。

⑵　肢体の疼痛又は筋力の低下等の障害も、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

筋委縮、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

⑶　全廃とは、関節可動域（以下、他動的可動域とする。）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。

㈱　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以って評価する。

⑷　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したものであるので、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。

⑸　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。

⑹　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。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。

⑺　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

⑴　上肢不自由

ア　一上肢の機能障害

㈠　**「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。

㈡　**「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

㈢　**「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

㈠　**「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

㈡　**「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

㈠　**「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

㈡　**「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

㈠　「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

㈡　「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

㈠　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。

㈡　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鍬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

㈢　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

⑵　下肢不自由

ア　一下肢の機能障害

㈠　**「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

㈡　**「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　１㎞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

㈢　**「軽度の障害」（７級）**の具体的な例は次のとおりである。

a　２㎞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

㈠　**「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

㈡　**「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

㈢　**「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

㈠　**「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　高度の動揺関節、高度の変形

(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2㎞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　高度の動揺関節、高度の変形

(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、瘢痕、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。これらの多くのもの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、この際二つの重複する障害として上位の等級に編入するの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二つの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分間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２㎞以上の歩行不能のものをいう。

（注１）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った時も、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２）下肢の異常によるものを含まないこと。

⑷　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⑴～⑶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⑴～⑶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

㈠　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）紐むすびテスト

5分間にとじ紐（長さ概ね43㎝）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）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、50㎝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	50㎝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

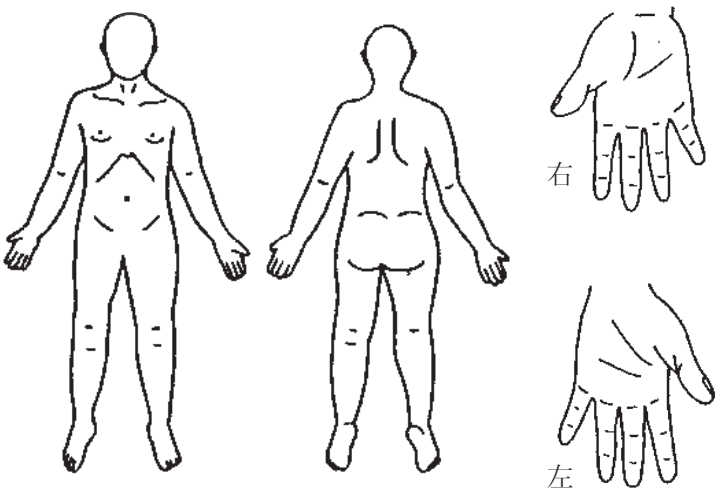
Ⅲ　身体障害者診断書

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○でかこみ、下記空欄に追加所見記入。）

1．感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2．運動障害（下記図示）：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
3．起因部位　：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
4．排尿・排便機能障害　：なし・あり
5．先天奇形　：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参　考　図　示



× 変形　切離断　感覚障害　運動障害

（注）　関係ない部分は記入不要

右		左
	上 肢 長cm	
	下 肢 長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
	握　　力kg	

〈切断の場合〉

上腕切断	健側上腕長	cm
	患側断端長	cm
大腿切断	健側大腿長	cm
	患側断端長	cm
下腿切断	健側下腿長	cm
	患側断端長	cm

〈切断肢の場合～実用長　　cm〉

動作・活動　　自立－○　　半介助－△　　全介助又は不能－×、（　　）の中のものを使うときはそれに○

寝がえりする		シャツを着て脱ぐ	
あしをなげ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具）		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動（壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子）		タオルを絞る	
洋式便器にすわる		背中を洗う	
排泄のあと始末をする		二階まで階段を上って下りる（手すり、杖、松葉杖）	
（箸で）食事をする（スプーン、自助具）		屋外を移動する（家の周辺程度）（杖、松葉杖、車椅子）	
コップで水を飲む		公共の乗物を利用する	

注：身体障害者福祉法の等級は機能障害（impairment）のレベルで認定されますので（　　）の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

※　歩行能力の程度～自立歩行（　　m程度）・介助歩行（　　m程度）

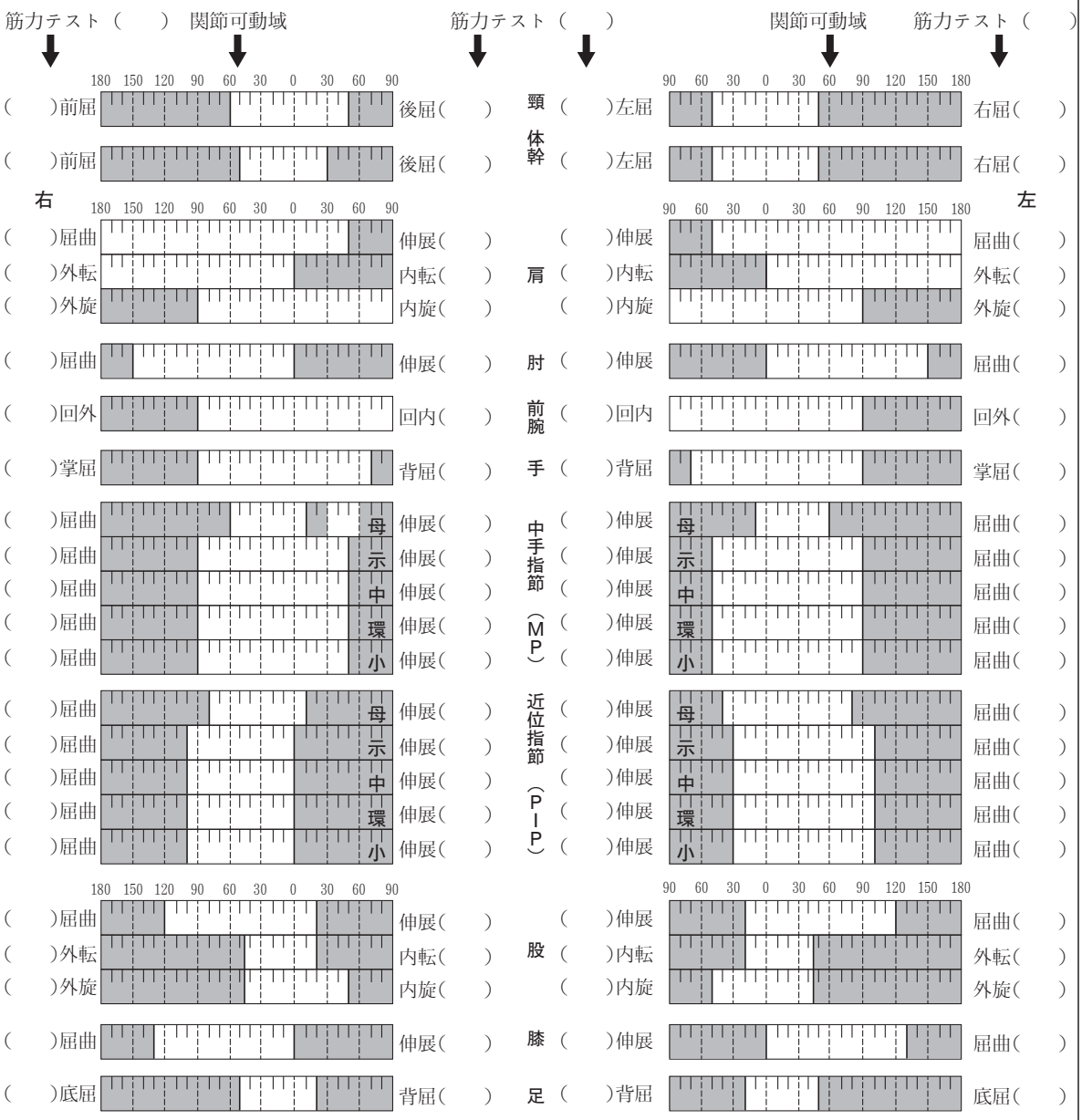
計測法：

上 肢 長 ： 肩峰　→橈骨茎状突起
下 肢 長 ： 上前腸骨棘→（脛骨）内果
上腕周径 ： 最大周径
前腕周径 ： 最大周径
大腿周径 ： 膝蓋骨上縁上10cmの周径
下腿周径 ： 最大周径

〈切断の場合〉

（上腕切断）健側上腕長 ： 腋窩腺→上腕骨外上顆
患側断端長 ： 腋窩腺→断端
（大腿切断）健側大腿長 ： 坐骨結節→膝裂隙
患側断端長 ： 坐骨結節→断端
（下腿切断）健側下腿長 ： 膝裂隙→脛骨内果
患側断端長 ： 膝裂隙→断端

関節可動域（ＲＯＭ）と筋力テスト（ＭＭＴ）（この表は必要な部分を記入）



備　　考

注：

1．関節可動域は、他動的可動域を原則とする。

2．関節可動域は、基本肢位を０度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。

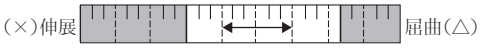
3．関節可動域の図示は ←→ のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線（ ⌇ ）を引く。

4．筋力については、表（　　）内に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失または著減（筋力０．１．２該当）
△印は、筋力半減（筋力３該当）
○印は、筋力正常またはやや減（筋力４．５該当）

5．（ＰＩＰ）の項母指は（ＩＰ）関節を指す。

6．ＤＩＰその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。

7．図中ぬりつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。
例示



脳原性運動機能障害用

（該当するものを○でかこむこと）

1　上肢機能障害

ア　両上肢機能障害

〈紐むすびテスト結果〉

1度目の1分間 _____ 本

2度目の1分間 _____ 本

3度目の1分間 _____ 本

4度目の1分間 _____ 本

5度目の1分間 _____ 本

計 _____ 本

イ　一上肢機能障害

〈5動作の能力テスト結果〉

a　封筒を鋏で切る時に固定する　（・可能　・不可能）

b　さいふからコインを出す　（・可能　・不可能）

c　傘をさす　（・可能　・不可能）

d　健側の爪を切る　（・可能　・不可能）

e　健側のそで口のボタンをとめる　（・可能　・不可能）

2　移動機能障害

〈下肢・体幹機能評価結果〉

a　つたい歩きをする　（・可能　・不可能）

b　支持なしで立位を保持しその後10m歩行する　（・可能　・不可能）

c　椅子から立ち上り10m歩行し再び椅子に坐る　（・可能　・不可能）　_____ 秒

d　50m幅の範囲内を直線歩行する　（・可能　・不可能）

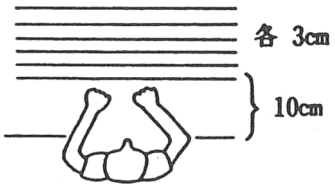
e　足を開き、しゃがみこんで再び立ち上る　（・可能　・不可能）

㈱　この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

（備　考）　上肢機能テストの具体的方法

ア　紐むすびテスト

事務用とじ紐（概ね43㎝規格のもの）を使用する。



①　とじ紐を机の上、被験者前方に図の如く置き並べる。

②　被験者は手前の紐から順に紐の両端をつまんで、軽くひとむすびする。

㈱　◦ 上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

◦ 手を机上に浮かしてむすぶこと。

③　むすび目の位置は問わない。

④　紐が落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。

⑤　紐は検査担当者が随時補充する。

⑥　連続して５分間行っても、休み時間を置いて５回行ってもよい。

イ　５動作の能力テスト

a　封筒を鋏で切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手で鋏を用い封筒を切る。

患手を健手で持って封筒の上にのせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。鋏はどのようなものを用いてもよい。

b　さいふからコインを出す。

さいふを患手で持ち、空中に支え（テーブル面上ではなく）、健手でコインを出す。ジッパーをあけてしめることを含む。

c　傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく座位のままでよい。肩にかついではいけない。

d　健側の爪を切る。

大きめの爪切り（約10㎝）で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e　健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用のワイシャツを用いる。

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

身体障害者障害程度等級表においては、肢体不自由を上肢、下肢、体幹及び乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害に区分している。したがって、肢体不自由診断書の作成に当たっては、これを念頭に置き、それぞれの障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　障害名について

ここにいう障害名とは、あることにより生じた結果としての四肢体幹の障害を指すもので、機能欠損の状態、あるいは目的動作能力の障害について記す。即ち、ディスファンクション又はインペアメントの状態をその障害部位とともに明記することで、例を挙げると、①上肢機能障害（右手関節強直・左肩関節機能全廃）、②下肢機能障害（左下肢短縮・右膝関節機能著障）、③体幹運動機能障害（下半身麻痺）、④脳原性運動機能障害（上下肢不随意運動）等の書き方が標準的である。

⑵　原因となった疾病・外傷名について

病名がわかっているものについてはできるだけ明確に記入することが望ましい。即ち、前項の障害をきたした原因の病名を記入することである。例えば、右手関節強直の原因として慢性関節リウマチと記入し、体幹運動機能障害であれば強直性脊髄炎であるとか脊椎側弯症と記入する。更に、疾病外傷の直接原因については、右端に列挙してある字句の中で該当するものを○印で囲み、該当するものがない場合にはその他の欄に直接記入する。例えば、脊髄性小児麻痺であれば疾病に○印を、脊髄腫瘍の場合にはさらにその他に○印をした上で、（　　）内には肺癌移転と記入する。なお、その他の事故の意味するものは、自殺企図、原因不明の頭部外傷、猟銃暴発等外傷の原因に該当する字句のない場合を指すものであり、（　　）内記入のものとは区別する。

⑶　参考となる経過・現症について

初発症状から症状固定に至るまでの治療の内容を簡略に記入し、機能回復訓練の終了日をもって症状の固定とする。ただし、切断のごとく欠損部位によって判定の下されるものについては、再手術が見込まれない段階に至った時点で診断してよい。現症については、別葉の所見欄に記載された内容を摘記する。

⑷　総合所見について

傷病の経過及び現症の結果としての障害の状態、特に目的動作能力の障害を記入する。

例：上肢運動能力、移動能力、座位、起立位等

なお、成長期の障害、進行性病変に基づく障害、手術等により障害程度に変化の予測される場合は、将来の再認定の時期等を記載する。

⑸　その他参考となる合併症状について

他に障害認定上参考となる症状のある場合に記載する。

⑹　肢体不自由の状況及び所見について

ア　乳幼児期以前に発現した脳原性運動機能障害については、その専用様式を用いることとし、その他の上肢、下肢、体幹の障害については、別葉所見様式の肢体不自由一般のものを用いる。

ただし、痙性麻痺については、筋力テストを課すのは必要最少限にすること。

イ　障害認定に当たっては、目的動作能力に併せ関節可動域、筋力テストの所見を重視しているので、その双方についての診断に遺漏のないよう記載すること。

ウ　関節可動域の表示並びに測定方法は、日本整形外科学会身体障害委員会及び日本リハビリテーション医学会評価基準委員会において示された「関節可動域表示並びに測定法」により行うものとする。

エ　筋力テストは徒手による筋力検査によって行うものであるが、評価は次の内容で区分する。

・　自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような体位では自動可能な場合（著減）、又はいかなる体位でも関節の自動が不能な場合（消失）……×

・　検査の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合（半減）……△

・　検者の手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合（正常）、又は検者の手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合（やや減）……○

オ　脳原性運動機能障害用については上肢機能障害と移動機能障害の双方につき、一定の方法により検査を行うこととされているが、被検者は各動作について未経験のことがあるので、テストの方法を事前に教示し試行を経たうえで本検査を行うこととする。

b…障害程度の認定について

⑴　肢体不自由の障害程度は、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由及び脳原性運動機能障害の別に認定する。

この場合、上肢、下肢、体幹の各障害については、それらが重複するときは、重複障害認定の原則に基づき上位等級に認定することが可能であるが、脳原性運動機能障害については、肢体不自由の中で独立した障害区分であるので、上肢又は下肢の同一側に対する他の肢体不自由の区分との重複認定はあり得ないものである。

⑵　上肢不自由は、機能障害及び欠損障害の二つに大別され、それぞれの障害程度に応じ等級が定められている。

機能障害については、一上肢全体の障害、三大関節の障害及び手指の障害の認定基準が示されているので、診断書の内容を基準によく照らし、的確に認定する。

欠損障害については、欠損部位に対する等級の位置付けが障害程度等級表に明示されているので、それに基づき認定する。

⑶　下肢不自由は、機能障害、欠損障害及び短縮障害に区分される。

機能障害については、一下肢全体の障害、三大関節の障害及び足指の障害の認定基準に照らし、診断書の記載内容を確認しつつ認定する。

欠損障害及び短縮障害については、診断書における計測値を障害程度等級表上の項目に照らし認定する。

⑷　体幹不自由は、高度の体幹麻痺をきたす症状に起因する運動機能障害の区分として設けられているものであって、その原因疾患の主なものは脊髄性小児麻痺、強直性脊椎炎、脊髄損傷等である。

認定基準にも示されているとおり、体幹不自由は四肢にも障害の及ぶものが多いので、特に下肢不自由との重複認定を行う際には、制限事項に十分留意する必要がある。

⑸　脳原性運動機能障害は脳原性障害の中でも特に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乳幼児期以前に発現した障害について特に設けられた区分である。

その趣旨に即して、適切な障害認定を行う必要がある。

c…疑　義　解　釈

⑴　総 括 事 項

質　　疑	回　　答
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。	いずれか一方が該当すれば、認定可能である。
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。	「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。 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。

質　　疑	回　　答
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。	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。 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。
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。	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。
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。	悪化時の状態が障害固定した状態で、永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。
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るべきか。 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。	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。

質　　疑	回　　答
7．膝関節の機能障害において、関節可動域が10度を超えていても、高度な屈曲拘縮や変形により、支持性がない場合、「全廃」（4級）として認定することは可能か。	関節可動域が10度を超えていても支持性がないことが、医学的・客観的に明らかな場合、「全廃」（4級）として認定することは差し支えない。
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	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。
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。	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。 この場合、褥創や全身浮腫を認定の対象とすることは適当ではないが、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。

⑵　上肢不自由

質　　疑	回　　答
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。	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当ではないが、「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。 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。
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級にしかならない場合は、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） ＊合計指数＝6.5（４級）	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。 また、一肢に係る合計指数は、機能障害のある部位（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） 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）となったとしても、「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。

質　　疑	回　　答
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。 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） 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） ウ．同じく「左上肢を肩関節から欠くもの」（2級）	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。 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」 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」 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」

⑶　下肢不自由

質　　疑	回　　答
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動可動域は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。	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。
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。	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。
3．変形性股関節症等の疼痛を伴う障害の場合、 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。	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、認定の対象となりうる。
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。	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。 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。

質　　疑	回　　答
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㎞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。	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。
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㎞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。	「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。 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。
6．下肢長差の取扱いについて 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。 イ．下肢を10㎝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㎝以上であるため４級として認定するのか。	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。 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㎝以上の短縮と考え、４級として認定することが適当である。

⑷　体幹不自由

質　　疑	回　　答
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 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ったときも、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。 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。	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、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。 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。 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るべきである。
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。	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。 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。

⑸　脳原性運動機能障害

質　　疑	回　　答
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。	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。
2．脳原性運動機能障害に関する認定基準中、 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。 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用と肢体不自由一般（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。 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。	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。 　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。 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。 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。

質　　疑	回　　答
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、 ア．時間的条件が規定されていないが、それぞれど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。 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。	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。 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。
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。	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。
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。	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。 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。

心 臓 機 能 障 害

Ⅰ　障害程度等級表

級　別	心　臓　機　能　障　害
1　級	心臓の機能の障害により自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの
2　級	
3　級	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
4　級	心臓の機能の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

Ⅱ　身体障害認定基準（心臓機能障害個別事項）

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以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身辺の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰返し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V_1を除く。）のいずれかのＴが逆転した所見があるもの

(イ)　ペースメーカを植え込み、自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込み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**に該当する障害は次のいずれかに該当するものをいう。

(ア)　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。

(イ)　ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動を著しく制限されるもの。

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返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

(ウ) ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの。

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。

Ⅲ　身体障害者診断書

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

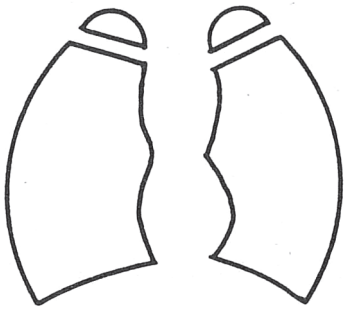
エ　胸　　痛　（有・無）　　コ　血　　圧　（最大　　、最小　　）

オ　血　　痰　（有・無）　　サ　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　ＳＴ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こし、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辺の日常生活活動でも心不全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　ペースメーカ　　（有 ・ 無）

人工弁移植、弁置換　　（有 ・ 無）

6　ペースメーカの適応度　　（ クラスⅠ　・　クラスⅡ　・　クラスⅢ ）

7　身体活動能力（運動強度）　　（　　メッツ）

心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）

（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）

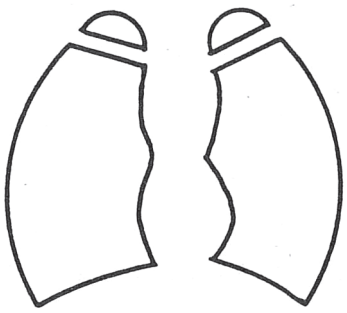
2　検査所見

(1)　胸部エックス線所見（　　年　　月　　日）

ア　心胸比0.56以上　（有・無）

イ　肺血流量増又は減　（有・無）

ウ　肺静脈うつ血像　（有・無）



心胸比

(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

(2)　1か月～3か月毎の観察

(3)　症状に応じて要医療

(4)　継続的要医療

(5)　重い心不全、低酸素血症、アダムスストーク発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの

Ⅳ　認　定　要　項

a…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的に心臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。診断書は障害認定の正確を期するため、児童のための「18歳未満用」と成人のための「18歳以上用」とに区分して作成する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　障害名について

「心臓機能障害」と記載する。

⑵　原因となった疾病・外傷名について

原因疾患名はできる限り正確に書く。例えば、単に心臓弁膜症という記載にとどめず、種類のわかるものについては僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症等と記載する。また、動脈硬化症の場合は冠動脈硬化症といった記載とする。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明の場合は推定年月を記載する。

⑶　参考となる経過・現症について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障害認定のうえで参考となる事項を摘記する。障害固定又は確定（推定）の時期については、手術を含む治療の要否との関連をも考慮し記載する。

⑷　総合所見について

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を摘記する。乳幼児期における診断又は手術等により障害程度に変化の予測される場合は、再認定の時期等を記載する。

⑸　心臓の機能障害の状況及び所見について

ア　臨床所見

臨床所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。その他の項目についても必ず記載すること。

イ　胸部エックス線所見

胸部エックス線所見の略図は、丁寧に明確に画き、異常所見を記載する必要がある。心胸比は必ず算出して記載すること。

ウ　心電図所見

心電図所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。運動負荷を実施しない場合には、その旨を記載することが必要である。ＳＴの低下については、その程度を何mVと必ず記入すること。

エ　心エコー図、冠動脈造影所見（18歳未満用）

乳幼児期における心臓機能障害の認定に重要な指標となるが、これを明記すること。

オ　活動能力の程度（18歳以上用）

心臓機能障害の場合には、活動能力の程度が障害程度の認定に最も重要な意味をもつので、診断書の作成に当たってはこの点を十分留意し、いずれか一つの該当項目を慎重に選ぶことが必要である。

診断書の活動能力の程度と等級の関係は、次のとおりつくられているものである。

ア……非 該 当

イ・ウ…… 4 級相当

エ…… 3 級相当

オ…… 1 級相当

カ　養護の区分（18歳未満用）

18歳未満の場合は、養護の区分の判定が障害程度の認定に極めて重要な意味をもつので、この点に十分留意し、いずれか一つの該当項目を慎重に選ぶこと。

診断書の養護の区分と等級の関係は次のとおりである。

⑴……非 該 当

⑵・⑶…… 4 級相当

⑷…… 3 級相当

⑸…… 1 級相当

b…障害程度の認定について

⑴　心臓機能障害の障害程度の認定は、原則として、活動能力の程度（18歳未満の場合は養護の区分）とこれを裏づける客観的所見とにより行うものである。

⑵　心臓機能障害の認定においては、活動能力の程度（18歳未満の場合は養護の区分）が重要な意味をもつので、活動能力の程度判定の妥当性を検討する必要がある。

活動能力の程度又は養護の区分は、診断書全体からその妥当性が裏づけられていることが必要であり、活動能力の判定の根拠が、現症その他から納得しがたい場合には、診断書を作成した指定医に照会する等により慎重に検討したうえで認定することが望ましい。

⑶　活動能力が「ア」（18歳未満の場合は養護の区分の⑴）であっても、客観的な所見から、相当程度の心臓障害の存在が十分にうかがえるような場合には、機械的に非該当とせずに、念のために活動能力を確認するなどの取り扱いが望まれる。また、客観的所見がなく、活動能力がイ～オ又は⑵～⑸とされている場合には、相互の関係を確認することが必要である。

⑷　乳幼児に係る障害認定は、概ね満 3 歳以降に行うことを適当とするが、先天性心臓障害につ

いては、治療によっても残存すると予想される程度をもって認定し、一定の時期に再認定を行うことは可能である。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
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。	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。
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。	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。 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。
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。	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。
4．ペースメーカを植え込みしたもので、「自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの」（1級）、「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」（3級）、「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」（4級）はどのように判断するのか。	⑴　植え込み直後の判断については、次のとおりとする。 「自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの」（1級）とは、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）のクラスⅠに相当するもの、又はクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2未満のものをいう。 「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」（3級）とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2以上4未満のものをいう。 「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」（4級）とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が4以上のものをいう。 ⑵　植え込みから3年以内に再認定を行うこととするが、その際の判断については次のとおりとする。 「自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの」（1級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が2未満のものをいう。 「家庭内での日常生活活動が著しく制限さ

質　　疑	回　　答
	れるもの」（３級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が２以上４未満のものをいう。 「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」（４級）とは、身体活動能力（運動強度：メッツ）の値が４以上のものをいう。
５．ペースメーカを植え込みした者、又は人工弁移植、弁置換を行った者は、18歳未満の者の場合も同様か。	先天性疾患によりペースメーカを植え込みした者は、１級として認定することとしており、その先天性疾患とは、18歳未満で発症した心疾患を指すこととしている。したがって、ペースメーカを植え込みした18歳未満の者は１級と認定することが適当である。 また、弁移植、弁置換術を行った者は、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。
６．体内植込み（埋込み）型除細動器（ＩＣＤ）を装着したものについては、ペースメーカを植え込みしているものと同様に取り扱うのか。	同様に取り扱うことが適当である。
７．発作性心房細動のある「徐脈頻脈症候群」の症例にペースメーカを植え込んだが、その後心房細動が恒久化し、事実上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。	認定基準の18歳以上の１級の(イ)「ペースメーカを植え込み、自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの」、３級の(イ)「ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」及び４級の(ウ)「ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」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。
８．人工弁移植、弁置換に関して、 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。 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。 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。	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。 イ．人工弁輪による弁形成術のみをもって、人工弁移植、弁置換と同時に取り扱うことは適当ではない。 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。 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。
９．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。	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。
10．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。	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。

じん臓機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級　別	じ　ん　臓　機　能　障　害
1　級	じん臓の機能の障害により自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの
2　級	
3　級	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
4　級	じん臓の機能の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

Ⅱ　身体障害認定基準（じん臓機能障害個別事項）

⑴　**等級表１級**に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10mℓ／分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg／dℓ以上であって、かつ、自己の身辺の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるものをいう。

⑵　**等級表３級**に該当する障害は、じん臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10mℓ／分以上、20mℓ／分未満、又は血清クレアチニン濃度が5.0mg／dℓ以上、8.0mg／dℓ未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は次のいずれか２以上の所見があるものをいう。

ａ　じん不全に基づく末梢神経症

ｂ　じん不全に基づく消化器症状

ｃ　水分電解質異常

ｄ　じん不全に基づく精神異常

ｅ　エックス線写真所見における骨異栄養症

ｆ　じん性貧血

ｇ　代謝性アシドーシス

ｈ　重篤な高血圧症

ｉ　じん疾患に直接関連するその他の症状

⑶　**等級表４級**に該当する障害はじん機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が20mℓ／分以上、30mℓ／分未満、又は血清クレアチニン濃度が3.0mg／dℓ以上、5.0mg／dℓ未満であって、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はないが、それ以上の活動は制限されるか、又は⑵のａからｉまでのうちいずれか２以上の所見のあるものをいう。

⑷　じん移植術を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去（軽減）状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定した場合の状態で判定するものである。

（注１）ｅＧＦＲ（推算糸球体濾過量）が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、ｅＧＦＲ（単位はmℓ/分/1.73㎡）が10以上20未満のときは４級相当の異常、10未満のときは３級相当の異常と取り扱うことも可能とする。

（注２）慢性透析療法を実施している者の障害の判定は、当該療法の実施前の状態で判定するものである。

Ⅲ　身体障害者診断書

じん臓の機能障害の状況及び所見

（該当するものを○でかこむこと）

1　じん機能

ア　内因性クレアチニンクリアランス値　（　　mℓ／分）測定不能

イ　血清クレアチニン濃度　（　　mg／dℓ）

ウ　血清尿素窒素濃度　（　　mg／dℓ）

エ　24時間尿量　（　　mℓ／日）

オ　尿　所　見（　　）

2　その他参考となる検査所見

（胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等）

3　臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔　〕内に記入すること。）

ア　じん不全に基づく末梢神経症　（有・無）〔　　〕

イ　じん不全に基づく消化器症状　（有・無）〔食思不振、悪心、嘔吐、下痢〕

ウ　水分電解質異常　（有・無）〔Na　mEq／ℓ、K　mEq／ℓ
Ca　mEq／ℓ、P　mEq／dℓ
浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血
その他（　　）〕

エ　じん不全に基づく精神異常　（有・無）〔　　〕

オ　エックス線写真所見における骨異栄養症　（有・無）〔高度、中等度、軽度〕

カ　じん性貧血　（有・無）Hb　g／dℓ、Ht　％
赤血球数　×10^4／㎣

キ　代謝性アシドーシス　（有・無）〔HCO_3　mEq／ℓ〕

ク　重篤な高血圧症　（有・無）最大血圧／最小血圧
／　mmHg

ケ　じん不全に直接関連するその他の症状　（有・無）〔　　〕

4　現在までの治療内容

慢性透析療法の実施　〔有（　年　月　日開始、回数　／週）・無〕

5　日常生活の制限による分類

ア　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。

イ　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、それ以上の活動は著しく制限されるもの。

ウ　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は著しく制限されるもの。

エ　自己の身辺の日常生活活動を著しく制限されるもの。

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的にじん臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　障害名について

「じん臓機能障害」と記載する。

⑵　原因となった疾病・外傷名について

じん臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記す。例えば単に「慢性腎炎」という記載にとどめることなく、「慢性糸球体腎炎」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載する。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明確な場合は推定年月を記載する。

⑶　参考となる経過・現症について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障害認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。

現症については、別葉の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。

⑷　総合所見について

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項、特にじん臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記し、併せて再認定の要否、時期等を必ず記載する。

⑸　じん臓機能障害の状況及び所見について

ア　じん機能

障害程度の認定の指標には、内因性クレアチニンクリアランス値及び血清クレアチニン濃度が用いられるが、その他の項目についても必ず記載する。

なお、慢性透析療法を実施している者については、当該療法実施直前の検査値を記入する。

イ　臨床症状

項目のすべてについて症状の有・無を記し、有の場合はそれを裏付ける所見を必ず記入する。

ウ　現在までの治療内容

透析療法実施の要否、有無は、障害認定の重要な指標となるので、その経過、内容を明記する。また、じん移植術を行った者については、抗免疫療法の有無を記す。

エ　日常生活の制限による分類

日常生活の制限の程度（ア～エ）は、診断書を発行する対象者の症状であって、諸検査値

や臨床症状とともに障害程度を判定する際の重要な参考となるものであるので、該当項目を慎重に選ぶ。

日常生活の制限の程度と等級の関係は概ね次のとおりである。

ア……非該当

イ……４級相当

ウ……３級相当

エ……１級相当

b…障害程度の認定について

⑴　じん臓機能障害の認定は、じん機能を基本とし、日常生活の制限の程度、又はじん不全に基づく臨床症状、治療の状況によって行うものである。

⑵　ｅＧＦＲ（推算糸球体濾過量）が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、ｅＧＦＲ（単位はｍℓ/分/1.73㎡）が10以上20未満のときは４級相当の異常、10未満のときは３級相当の異常と取り扱うことも可能とする。

⑶　慢性透析療法を実施している者の障害程度の認定は、透析療法実施直前の状態で行うものであるので、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。

⑷　じん移植術を行った者の障害程度の認定は抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものであるので、諸検査値等がそのような状態で得られたものかどうかを確認すること。

⑸　じん機能検査、臨床症状と日常生活の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．慢性透析療法実施前の医療機関から転院した後に透析療法を開始した場合等で、手帳申請時の診断書に「透析療法実施前のクレアチニン濃度等は不明」と記載されている場合は、どのように等級判定するのか。	すでに透析療法が実施されている者の場合は、透析療法開始直前の検査所見によることとなっており、転院した者であってもこれらの検査所見は保存されているはずであり、確認することが必要である。 なお、やむを得ず透析療法開始前の検査所見が得られない事情のある場合は、次回透析日の透析実施直前における検査所見等を用いることが適当である。
2．血清クレアチニン濃度に着目してじん機能を判定できるのは、主として慢性腎不全によるものであり、糖尿病性じん症の場合は、血清クレアチニン濃度が8mg／dℓ未満であっても自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される場合があるが、この場合の等級判定はどのように取り扱うのか。	糖尿病性じん症等、じん臓機能障害以外の要因によって活動能力が制限されている場合であっても、認定基準のとおり、血清クレアチニン濃度が8mg／dℓを超えるもの又は内因性クレアチニンクリアランス値が10mℓ／分未満のものでなければ１級として認定することは適当ではない。
3．すでにじん移植手術を受け、現在抗免疫療法を継続している者が、更生医療の適用の目的から新規にじん臓機能障害として手帳の申請をした場合、申請時点での抗免疫療法の実施状況をもって認定してよいか。	じん移植を行ったものは、抗免疫療法の継続を要する時間は、これを実施しないと再びじん機能の廃絶の危険性があるため、抗免疫療法を実施しないと仮定した状態を想定し、１級として認定することが適当である。
4．じん臓機能障害で認定を受けていたものが、じん臓移植によって日常生活活動の制限が大幅に改善された場合、手帳の返還あるいは再認定等が必要となるのか。	移植後の抗免疫療法を継続実施している間は１級として認定することが規定されており、手帳の返還や等級を下げるための再認定は要しないものと考えられる。 ただし、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考えられる。

呼吸器機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級　別	呼　吸　器　機　能　障　害
1　級	呼吸器の機能の障害により自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの
2　級	
3　級	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
4　級	呼吸器の機能の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

Ⅱ　身体障害認定基準（呼吸器機能障害個別事項）

呼吸器の機能障害の程度についての判定は、予測肺活量１秒率（以下「指数」という。）、動脈血ガス及び医師の臨床所見によるものとする。指数とは１秒量（最大吸気位から最大努力下呼出の最初の１秒間の呼気量）の予想肺活量（性別、年齢、身長の組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

⑴　**等級表１級**に該当する障害は、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため指数の測定ができないもの、指数が20以下のもの又は動脈血O_2分圧が50Torr以下のものをいう。

⑵　**等級表３級**に該当する障害は、指数が20を超え30以下のもの若しくは動脈血O_2分圧が50Torrを超え60Torr以下のもの又はこれに準ずるものをいう。

⑶　**等級表４級**に該当する障害は、指数が30を超え40以下のもの若しくは動脈血O_2分圧が60Torrを超え70Torr以下のもの又はこれに準ずるものをいう。

Ⅲ　身体障害者診断書

呼吸器の機能障害の状況及び所見

（該当するものを○でかこむこと）

1　身体計測

身長　　cm　　体重　　kg

2　活動能力の程度

ア　激しい運動をした時だけ息切れがある。

イ　平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。

ウ　息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。

エ　平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。

オ　息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

3　胸部エックス線写真所見（　　年　　月　　日）

ア　胸膜癒着　（無・軽度・中等度・高度）

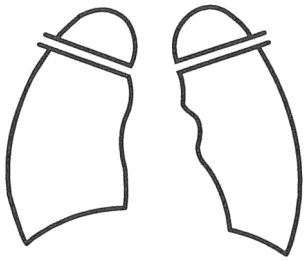
イ　気腫化　（無・軽度・中等度・高度）

ウ　線維化　（無・軽度・中等度・高度）

エ　不透明肺　（無・軽度・中等度・高度）

オ　胸郭変形　（無・軽度・中等度・高度）

カ　心・縦隔の変形　（無・軽度・中等度・高度）



4　換気機能（　　年　　月　　日）

ア　予測肺活量　　␣・␣␣L　　（実測肺活量　　␣・␣␣L）

イ　1秒量　　␣・␣␣L　　（実測努力肺活量　　␣・␣␣L）

ウ　予測肺活量1秒率　　␣␣・␣％（＝$\frac{イ}{ア}$×100）

（アについては、下記の予測式を使用して算出すること。）

肺活量予測式（L）

男性0.045×身長（cm）－0.023×年齢（歳）－2.258

女性0.032×身長（cm）－0.018×年齢（歳）－1.178

（予測式の適応年齢は男性18-91歳、女性18-95歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。）

5　動脈血ガス（　　年　　月　　日）

ア　O_2　分圧：␣␣␣・␣Torr

イ　CO_2 分圧：␣␣␣・␣Torr

ウ　pH　　：␣・␣␣

エ　採血より分析までに時間を要した場合␣␣時間␣␣分

オ　耳朶血を用いた場合：〔　　〕

6　その他の臨床所見

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的に呼吸器機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。

併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　障害名について

「呼吸器機能障害」と記載する。

⑵　原因となった疾病・外傷名について

原因疾患の明らかなものは、「肺結核」「肺気腫」等できる限り正確に記載する。原因疾患の複数にわたるものは個別に列記し、また、肺機能、呼吸筋機能等の区別が明確になるよう記載する。

⑶　参考となる経過・現症について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障害認定のうえで参考となる事項を摘記する。

別様式診断書「呼吸器の機能障害の状況及び所見」の所見欄に記載された内容は適宜省略してよいが、現状の固定、永続性の認定の参考となる治療内容等についても具体的に記載すること。

⑷　総合所見について

経過及び現症から障害認定に必要な事項、特に換気の機能、動脈血ガス値、活動能力の程度を明記し、併せて、障害程度の変化が予測される場合は、再認定の時期等を記載する。

⑸　呼吸器の機能障害の状況及び所見について

ア　身体計測

身体計測（身長・体重）は、正確に記載すること。

イ　活動能力の程度

活動能力は、呼吸困難の程度を５段階に分けて、どの段階に該当するかを見ようとするものであるから、最も適当と考えられるものを一つだけ選んで○印を付けること。

ウ　胸部エックス線所見

胸部エックス線所見略図は、丁寧に明確に画き、それぞれの所見の項目について、該当するものに○印を付けること。

エ　換気の機能と動脈血ガス

呼吸器機能障害の場合、予測肺活量１秒率（以下「指数」という。）と動脈血ガスO_2分圧が障害程度の認定の基本となるので重要である。ただし、両者を全例に必ず実施する必要はなく、実状に応じいずれか一方法をまず実施し、その結果が妥当でないと思われる場合（例えば自覚症状に比し）に他方の検査を実施する。

オ　指数の算出

指数の算出は、2001年に日本呼吸器学会から「日本のスパイログラムと動脈血ガス分圧基準値」として発表された肺活量予測式による予測肺活量を用いて算出すること。

なお、呼吸困難が強いため肺活量の測定ができない場合、その旨を記載し、かつ呼吸困難の理由が明らかになるような説明を現症欄等に記載すること。

b…障害程度の認定について

⑴　呼吸器の機能障害の程度についての認定は、指数、動脈血ガス及び医師の臨床所見によるものとする。

⑵　呼吸器機能障害の検査指標を指数方式又は動脈血ガス方式としているのは、換気機能障害とガス交換機能障害の両面から判定するのが客観的な方法であり、単一の検査による見落としを避け公平を保つ必要があるためである。

⑶　基本的には指数又は動脈血ガスO_2分圧のいずれか低位の数値をもって認定することとなるが、診断書に書かれた指数、動脈血ガスの数値と活動能力の程度、臨床所見等との間に極端な不均衡がある場合には、慎重な取扱いをして認定することが必要である。

⑷　呼吸器機能障害の認定における活動能力の程度の分類は、いわゆる修正ＭＲＣ（Medical Research Council）の分類に準拠している。この分類では必ずしも呼吸器機能障害に由来する活動能力の低下を一義的に表現し得るものではない。そのような意味では、等級の決定と直接結びつくものではない。そのため、呼吸機能検査成績と活動能力の程度との間に“著しい食い違い”がある場合には、呼吸器機能障害以外の原因が活動能力の低下に関与していないか、慎重に検討する必要がある。もし活動能力の低下を説明する他の原因が認められない場合に、何らかの検査（例えば、６分間歩行試験時の酸素飽和度最低値の測定）で活動能力の低下を説明できれば、その結果を採用して等級認定をすることができる。活動能力の程度と障害等級との間にはおおむね次のような対応関係があるものとして、認定上の参考に用いる。なお、活動能力の程度と呼吸器機能障害の程度とは必ずしも一義的な関係にあるとは限らないので注意が必要である。

活動能力の程度（修正ＭＲＣグレード分類）障害等級

ア……非該当

イ・ウ……４　級

エ……３　級

オ……１　級

⑸　「呼吸困難が強いため、指数の測定が不能」ということで１級に該当することもあるが、この場合には、経過、現症、総合所見等から指数の測定が不能であることを十分確認することが必要である。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．一般的に認定基準に関する検査数値と活動能力の程度に差がある場合は、検査数値を優先して判定されることとなっているが、この検査数値間においても、予測肺活量１秒率と動脈血O_2分圧のレベルに不均衡がある場合は、どのように取り扱うのか。 　また、診断書のＣO_2分圧やpH値に関しては、認定基準等では活用方法が示されていないが、具体的にどのように活用するのか。	換気機能障害を測るための予測肺活量１秒率と、ガス交換機能障害を測るための動脈血O_2分圧との間には、相当程度の相関関係があるのが一般的である。しかしながらこのような数値的な食い違いが生じる場合もあり、こうした場合には、予測肺活量１秒率の方が動脈血O_2分圧よりも誤差を生じやすいことにも配慮し、努力呼出曲線などの他のデータを活用したり、診断書のＣO_2分圧やpH値の数値も参考にしながら、医学的、総合的に判断することが適当である。 　なお、等級判定上、活動能力の程度が重要であることは言うまでもないが、認定の客観性の確保のためには、各種の検査数値についても同様の重要性があることを理解されたい。
2．原発性肺高血圧症により在宅酸素療法を要する場合、常時の人工呼吸器の使用の有無にかかわらず、活動能力の程度等により呼吸器機能障害として認定してよいか。	原発性肺高血圧症や肺血栓塞栓症などの場合でも、常時人工呼吸器の使用を必要とするものであれば、呼吸器機能障害として認められるが、在宅酸素療法の実施の事実や、活動能力の程度のみをもって認定することは適当ではない。
3．肝硬変を原疾患とする肺シャントにより、動脈血O_2分圧等の検査値が認定基準を満たす場合は、二次的とはいえ呼吸器機能に明らかな障害があると考えられるため、呼吸器機能障害として認定できるか。	肺血栓塞栓症や肺シャントなどの肺の血流障害に関しては、肺機能の障害が明確であり、機能障害の永続性が医学的、客観的所見をもって証明でき、かつ、認定基準を満たすものであれば、一次疾患が肺外にある場合でも、呼吸器機能障害として認定することが適当である。

質　　疑	回　　答
4．重度の珪肺症等により、心臓にも機能障害（肺性心）を呈している場合、呼吸器機能障害と心臓機能障害のそれぞれが認定基準に該当する場合、次のどの方法で認定するべきか。 ア．それぞれの障害の合計指数により、重複認定する。 イ．一連の障害とも考えられるため、より重度の方の障害をもって認定する。	肺性心は、肺の障害によって右心に負担がかかることで、心臓に二次的障害が生じるものであり、心臓機能にも呼吸器機能にも障害を生じる。 しかし、そのために生じた日常生活の制限の原因を「心臓機能障害」と「呼吸器機能障害」とに分けて、それぞれの障害程度を評価し、指数合算して認定することは不可能であるため、原則的にはイの方法によって判定することが適当である。 このような場合、臨床所見、検査数値などがより障害の程度を反映すると考えられる方の障害（「心臓機能障害」又は「呼吸器機能障害」）用の診断書を用い、他方の障害については、「総合所見」及び「その他の参考となる合併症状」の中に、症状や検査数値などを記載し、日常の生活活動の制限の程度などから総合的に等級判定することが適当である。
5．呼吸器機能障害において、 ア．原発性肺胞低換気症候群によって、夜間は低酸素血症がおこり、著しく睡眠が妨げられる状態のものはどのように認定するのか。 イ．中枢型睡眠時無呼吸症候群などの低換気症候群により、睡眠時は高炭酸ガス血症（低換気）となるため、人工呼吸器の使用が不可欠の場合はどのように認定するのか。	これらの中枢性の呼吸器機能障害は、呼吸筋や横隔膜などのいわゆる呼吸器そのものの障害による呼吸器機能障害ではないが、そうした機能の停止等による低酸素血症が発生する。しかし、低酸素血症が夜間のみに限定される場合は、常時の永続的な低肺機能とは言えず、呼吸器機能障害として認定することは適当ではない。 一方、認定基準に合致する低肺機能の状態が、１日の大半を占める場合には認定可能であり、特に人工呼吸器の常時の使用が必要な場合は、１級として認定することが適当である。

質　　疑	回　　答
6．動脈血O_2分圧等の検査数値の診断書記入に際して、酸素療法を実施している者の場合は、どの時点での測定値を用いるべきか。	認定基準に示された数値は、安静時、通常の室内空気吸入時のものである。 したがって診断書に記入するのは、この状況下での数値であるが、等級判定上必要と考えられる場合は、さらに酸素吸入時あるいは運動直後の値などを参考値として追記することは適当と考えられる。
7．肺移植後、抗免疫療法を必要とする者について、手帳の申請があった場合はどのように取り扱うべきか。（H29.7.21 改正）	肺移植後、抗免疫療法を必要とする期間中は、肺移植によって日常生活活動の制限が大幅に改善された場合であっても１級として取り扱う。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。

ぼうこう・直腸機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級　別	ぼうこう又は直腸機能障害
1　級	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの
2　級	
3　級	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
4　級	ぼうこう又は直腸の機能の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

Ⅱ　身体障害認定基準（ぼうこう又は直腸機能障害個別事項）

⑴　**等級表１級**に該当する障害は、次のいずれかに該当し、かつ、自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるものをいう。

a　腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態（注１）があるもの

b　腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注１）及び高度の排尿機能障害（注２）があるもの

c　尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻（注３）を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態（注１）又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態（注４）があるもの

d　尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態（注１）及び高度な排便機能障害（注５）があるもの

e　治癒困難な腸瘻（注３）があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態（注４）及び高度の排尿機能障害（注２）があるもの

⑵　**等級表３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。

a　腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの

b　腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注１）又は高度の排尿機能障害（注２）があるもの

c　尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻（注３）を併せもつもの

d　尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態（注１）又は高度の排便機能障害（注５）があるもの

e　治癒困難な腸瘻（注３）があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態（注４）又は高度の排尿機能障害（注２）があるもの

f　高度の排尿機能障害（注２）があり、かつ、高度の排便機能障害（注５）があるもの

⑶　**等級表４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。

a　腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの

b　治癒困難な腸瘻（注３）があるもの

c　高度の排尿機能障害（注２）又は高度の排便機能障害（注５）があるもの

⑷　障害認定の時期

ア　腸管のストマ、あるいは尿路変向（更）のストマをもつものについては、ストマ造設直後から、そのストマに該当する等級の認定を行う。

「ストマにおける排尿・排便処理が著しく困難な状態」（注１）の合併によって上位等級に

該当する場合、申請日がストマ造設後6か月を経過した日以降の場合はその時点で該当する等級の認定を行い、ストマ造設後6か月を経過していない場合は、6か月を経過した日以降、再申請により再認定を行う。

イ　「治癒困難な腸瘻」（注3）については、治療が終了し、障害が認定できる状態になった時点で認定する。

ウ　「高度の排尿機能障害」（注2）、「高度の排便機能障害」（注5）については、先天性疾患（先天性鎖肛を除く）による場合を除き、直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）による神経因性ぼうこうに起因する障害又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術に起因する障害発生後6か月を経過した日以降をもって認定し、その後は状態に応じて適宜再認定を行う。特に先天性鎖肛に対する肛門形成術後の場合は、12歳時と20歳時にそれぞれ再認定を行う。

（注1）「ストマにおける排尿・排便（又はいずれか一方）処理が著しく困難な状態」とは、治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形、又は不適切なストマの造設個所のため、長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態のものをいう。

（注2）「高度の排尿機能障害」とは、先天性疾患による神経障害、又は直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）による神経因性ぼうこうに起因し、カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のものをいう。

（注3）「治癒困難な腸瘻」とは、腸管の放射線障害等による障害であって、ストマ造設以外の瘻孔（腸瘻）から腸内容の大部分の洩れがあり、手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のものをいう。

（注4）「腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」とは、腸瘻においてストマ用装具等による腸内容の処理が不可能なため、軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある状態のものをいう。

（注5）「高度の排便機能障害」とは、先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害、又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術（注6）に起因し、かつ、

ア　完全便失禁を伴い、治療によって軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある状態

イ　1週間に2回以上の定期的な用手摘便を要する高度な便秘を伴う状態

のいずれかに該当するものをいう。

（注6）「小腸肛門吻合術」とは、小腸と肛門歯状線以下（肛門側）とを吻合する術式をいう。

（注7）　障害認定の対象となるストマは、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

Ⅲ　身体障害者診断書

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

- 「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- １～３の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に∨を入れ、必要事項を記述すること。
- 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

１．ぼうこう機能障害

□　尿路変向（更）のストマ

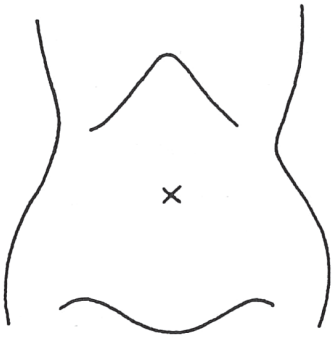
⑴　種類・術式

① 種類
- □ 腎瘻　□ 腎盂瘻
- □ 尿管瘻　□ ぼうこう瘻
- □ 回腸（結腸）導管
- □ その他［　　］

② 術式：［　　］

③ 手術日：［　　年　　月　　日］

□ 永久的　□ 一時的



（ストマ及びびらんの部位等を図示）

⑵　ストマにおける排尿処理の状態

○　長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□　有

（理由）

- □　軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある
  （部位、大きさについて図示）
- □　ストマの変形
- □　不適切な造設箇所

□　無

□　高度の排尿機能障害

⑴　原因

□　神経障害

- □　先天性：［　　］
  （例：二分脊椎　　等）
- □　直腸の手術
  - ・術式：［　　］
  - ・手術日：［　　年　　月　　日］
- □　自然排尿型代用ぼうこう
  - ・術式：［　　］
  - ・手術日：［　　年　　月　　日］

⑴　排尿機能障害の状態・対応

□　カテーテルの常時留置

□　自己導尿の常時施行

□　完全尿失禁

□　その他［　　］

２．直腸機能障害

□　腸管のストマ

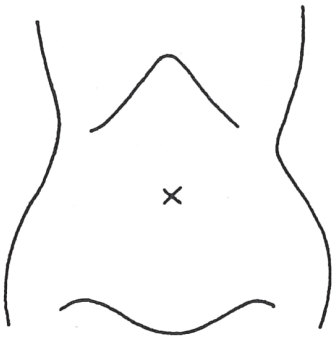
⑴　種類・術式

① 種類
- □ 空腸・回腸ストマ
- □ 上行・横行結腸ストマ
- □ 下行・Ｓ状結腸ストマ
- □ その他［　　］

② 術式：［　　］

③ 手術日：［　　年　　月　　日］

□ 永久的　　□ 一時的



（ストマ及びびらんの部位等を図示）

⑵　ストマにおける排便処理の状態

○　長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□　有

（理由）

- □　軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある（部位、大きさについて図示）
- □　ストマの変形
- □　不適切な造設箇所

□　無

□　治癒困難な腸瘻

⑴　原因

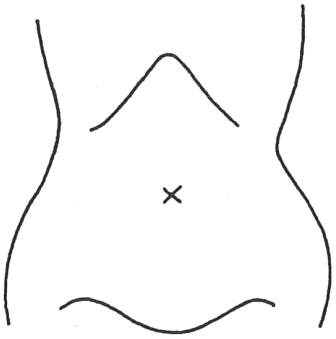
①　放射線障害

□　疾患名：［　　］

②　その他

□　疾患名：［　　］

⑵　瘻孔の数：［　　個　］



（腸瘻及びびらんの部位等を図示）

⑶　腸瘻からの腸内容の洩れの状態

□　大部分

□　一部分

⑷　腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

□　軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある（部位、大きさについて図示）

□　その他

［　　］

□　高度の排便機能障害

⑴　原因

□　先天性疾患に起因する神経障害

［　　］

（例：二分脊椎　等）

□　その他

□　先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日：［　　年　　月　　日］

□　小腸肛門吻合術

手術日：［　　年　　月　　日］

⑵　排便機能障害の状態・対応

□　完全便失禁

□　軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

□　週に２回以上の定期的な用手摘便が必要

□　その他

（　　）

３．障害程度の等級

（１級に該当する障害）

□　腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの

□　腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

□　尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの

□　尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

□　治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

（３級に該当する障害）

□　腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの

□　腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

□　尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの

□　尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの

□　治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

□　高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

（４級に該当する障害）

□　腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの

□　治癒困難な腸瘻があるもの

□　高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、ぼうこう機能障害の場合は、

①「尿路変向（更）のストマ」を造設しているか、

②「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」にあるか、

③「高度の排尿機能障害」があるか、

等の諸点について判定し、直腸機能障害の場合は、

①「腸管のストマ」を造設しているか、

②「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」があるか、

③「治癒困難な腸瘻」があるか、

④「腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」があるか、

⑤「高度の排便機能障害」があるか、

等の諸点について判定することを主目的とする。

記載すべき事項は、障害名、その原因となった疾患、手術、日常生活における制限の状態、障害の認定に関する意見、具体的所見である。

⑴　「障害名」について

「ぼうこう機能障害」「直腸機能障害」と記載する。ただし、この障害名だけでは障害の状態が具体的ではないので、「ぼうこう機能障害（ぼうこう全摘、回腸導管）」「ぼうこう機能障害（尿管皮膚瘻）」「ぼうこう機能障害（高度の排尿機能障害）」「直腸機能障害（人工肛門）」「直腸機能障害（治癒困難な腸瘻）」「直腸機能障害（高度の排便機能障害）」等と記載する。

⑵　「原因となった疾病・外傷名」について

「ぼうこう腫瘍」「クローン病」「潰瘍性大腸炎」「直腸腫瘍」「二分脊椎」「先天性鎖肛」等、原因となった疾病名等を記載する。

⑶　「参考となる経過・現症」について

経過については通常のカルテの記載と同様でよいが、現症については身体障害者診断書の現症欄であるので、ぼうこう機能障害の状態（尿路変向（更）の状態あるいは高度の排尿機能障害の状態等）、直腸機能障害の状態（腸管のストマの状態あるいは高度の排便機能障害の状態等）と、そのために日常生活がどのように制限されているのかを記載する。

⑷　「総合所見」について

認定に必要な事項、すなわち尿路変向（更）の種類、腸管のストマの種類、高度な排尿又は排便機能障害の有無、治癒困難な腸瘻の種類、その他軽快の見込みのないストマや腸瘻等の周辺の皮膚の著しいびらんの有無、又は日常生活活動の制限の状態等を記載する。

なお、症状の変動が予測される場合は、将来の再認定時期についてもその目処を記載する。

⑸ 「ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見」について（留意点）

ア 「１．ぼうこう機能障害」について

「ぼうこう機能障害」については、尿路変向（更）のストマがあるか、あるいは神経因性ぼうこうによる高度の排尿機能障害があるか等について判定する。

尿路変向（更）のストマについては、種類と術式について記載するとともに、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細について診断書の項目にそって記載する。また、ストマの部位やびらんの大きさ等については、詳細に図示する。

高度の排尿機能障害については、神経障害の原因等について診断書の項目にそって記載するとともに、カテーテル留置や自己導尿の常時施行の有無等の状態・対応についても記載する。

イ 「２．直腸機能障害」について

「直腸機能障害」については、腸管のストマがあるか、あるいは治癒困難な腸瘻があるか、あるいは高度の排便機能障害があるかについて判定する。

腸管のストマについては、種類と術式について記載するとともに、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細について診断書の項目にそって記載する。また、ストマの部位やびらんの大きさ等については、詳細に図示する。

治癒困難な腸瘻については、原疾患と瘻孔の数について記載するとともに、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細についても診断書の項目にそって記載する。また、腸瘻の部位や大きさ等については、詳細に図示する。

高度の排便機能障害については、原疾患等を診断書の項目にそって記載するとともに、完全便失禁や用手摘便等の施行の有無の状態・対応についても記載する。

ウ 「３．障害程度の等級」について

ここでは、１ぼうこう機能障害、２直腸機能障害における診断内容が、１級から４級のいずれの項目に該当するかについて、最終的な判定をすることを目的とする。

該当する等級の根拠となる項目について、１つだけ選択することとなる。

b…障害程度の認定について

⑴ ぼうこう機能障害のみの等級について

ぼうこう機能障害単独であっても、「尿路変向（更）のストマ」や「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」あるいは「高度の排尿機能障害」の合併状況によって、障害程度は３級から４級に区分されるので、身体障害認定基準に照らして的確に確認すること。

なお、ぼうこうが残っていても、尿路変向（更）例は認定の対象とする。

⑵　直腸機能障害のみの等級について

直腸機能障害単独であっても、「腸管のストマ」や「治癒困難な腸瘻」あるいはこれらの「排便処理の著しく困難な状態」又は「腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」、さらには「高度の排尿・排便機能障害」の合併によって、障害程度は１級、３級、４級に区分されるので、身体障害認定基準に照らして的確に認定すること。

⑶　ぼうこう機能障害と直腸機能障害が合併する場合について

ぼうこう機能障害と直腸機能障害とが合併する場合は、それぞれの障害におけるストマや腸瘻の有無、さらにはこれらの「排尿・排便又は排泄処理が著しく困難な状態」等によっても等級が１級あるいは３級に区分されるため、身体障害認定基準に照らして的確に認定すること。

⑷　障害認定の時期は、ストマ造設の有無や、排尿・排便処理が著しく困難な状態の有無、あるいは先天性であるかどうかなどの状態によって認定の時期が異なるため、身体障害認定基準に基づいて的確に認定する。また、適宜再認定を行うことが必要となるものもあり、この点についても十分に留意すること。

⑸　合算して等級があがる例について

合併する肢体不自由等の項で障害認定を受けているものは、両者を合算して等級があがる場合があるので両者の関係で留意すること。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．尿路変向（更）のストマについて ア．じん瘻やぼうこう瘻によるストマも対象となると考えてよいか。 イ．また、一方のじん臓のみの障害で尿路変向（更）している場合や、ぼうこうを摘出していない場合であっても認定できるか。	ア．診断書にも例示してあるとおり、じん瘻、じん盂瘻、尿管瘻、ぼうこう瘻、回腸（結腸）導管などを、認定の対象として想定している。 イ．いずれの場合においても、永久的にストマ造設したものであれば、認定の対象として想定している。
2．ストマの「永久的な造設」とは、どのくらいの期間を想定しているのか。 また、永久的に造設されたものであれば、ストマとしての機能は問わないと考えてよいか。	半永久的なもので、回復する見込みがほとんど無いものを想定している。 また、認定の対象となるストマは、排尿、排便のための機能を維持しているものであり、その機能を失ったものは対象としないことが適当である。
3．長期のストマ用装具の装着が困難となるようなストマの変形としては、具体的にどのようなものが例示できるのか。	ストマの陥没、狭窄、不整形の瘢痕、ヘルニアなどを想定している。
4．「治癒困難な腸瘻」において、「ストマ造設以外の瘻孔（腸瘻）」には、ちつ瘻も含まれると考えてよいか。	腸内容の大部分の洩れがあるなど、認定基準に合致する場合は、認定の対象とすることが適当である。
5．「高度の排尿又は排便機能障害」の対象となるものについて ア．認定基準によると、事故などによる脊髄損傷は、「高度の排尿又は排便機能障害」の対象とはなっていないが、厳密には先天性疾患とは言えない脳性麻痺についても、対象とはならないものと考えてよいか。 イ．「直腸の手術」には、子宮摘出などの腹腔内手術全般が含まれると考えてよいか。	ア．脊髄損傷や脳性麻痺などは、この障害の認定対象としては想定していない。 イ．「直腸の手術」とは、主としてストマ造設等に伴って、神経叢に影響を与えるような直腸の手術を想定しており、腹腔内の手術全般によるものまでは想定していない。

質　　疑	回　　答
6．「高度の排尿機能障害」において、診断書では「排尿機能障害の状態・対応」欄に、「完全尿失禁」の選択肢があるが、認定基準上では完全尿失禁に関する記述がないのは、認定の対象とはならないか、あるいは異なる取扱いをすることを意味するのか。	完全尿失禁とは、「カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態」にあるものが、何らかの理由でこれらの対応が取れない場合に結果として生じる状態であり、障害の状態像としては認定基準の規定に含まれるものである。 また、診断書に選択肢として挙げられているのは、認定要領の規定（１－(2)－ア）における「カテーテル留置や自己導尿の常時施行の有無等の状態・対応」の「等」を例示したものである。
7．直腸癌の切除のため、直腸低位前方切除術を行った症例で、腸管は吻合されたためストマの造設は伴わなかったが、癌が神経叢にも転移しており、術後に「高度の排尿機能障害」が生じた。この場合、「高度の排尿機能障害」のみをもって４級と認定できるのか。	６か月間の経過観察の後、認定基準に合致する高度の排尿機能障害の永続性が確認された場合には、４級として認定可能である。
8．小腸肛門吻合術については、６か月を経過した後に認定基準の規定を満たすものであれば認定の対象となるが、「小腸肛門管吻合術」に対しても同様に取り扱ってよいか。	一般的に、小腸肛門吻合術では肛門括約筋が機能しなくなるため、括約筋の機能が残存する小腸肛門管吻合術とは、術後の状態に相当の機能レベルの差が生じることから、両者を同等に取り扱うことは適当ではない。

質　　疑	回　　答
9．認定基準１級の規程文中においてのみ、「・・・次のいずれかに該当し、かつ、自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの」というように、日常生活活動の制限の程度の規定が併記されているが、他の３、４級の規定文中にはこうした記載がないのは、３、４級においては基準上の各項目に合致するものであれば、日常生活活動の制限の程度は問わないものと理解してよいか。 　また、診断書様式中には、こうした制限の程度に関する記載欄がないか、記載が必要な場合はどこに記載するのか。	認定基準及び認定要領は、障害程度等級表の規定に基づき、具体的に項目設定したものであることから、いずれの等級においても、このような日常生活活動の制限の程度を参照しながら判定することは、前提条件と考えられる。 　なお、診断書の様式中には特に記入欄は設けていないが、特記の必要に応じて、総括表の総合所見欄に記載することが適当である。

小腸機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級　別	小　腸　機　能　障　害
1　級	小腸の機能の障害により自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるもの
2　級	
3　級	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
4　級	小腸の機能の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

Ⅱ　身体障害認定基準（小腸機能障害個別事項）

⑴　**等級表１級**に該当する障害は、次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難（注１）となるため、推定エネルギー必要量（表１）の60％以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。

ａ　疾患等（注２）により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75㎝未満（ただし乳幼児期は30㎝未満）になったもの

ｂ　小腸疾患（注３）により永続的に小腸機能の大部分を喪失しているもの

⑵　**等級表３級**に該当する障害は、次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難（注１）となるため、推定エネルギー必要量の30％以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。

ａ　疾患等（注２）により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75㎝以上150㎝未満（ただし乳幼児期は30㎝以上75㎝未満）になったもの

ｂ　小腸疾患（注３）により永続的に小腸機能の一部を喪失しているもの

⑶　**等級表４級**に該当する障害は、小腸切除又は小腸疾患（注３）により永続的に小腸機能の著しい低下があり、かつ、通常の経口による栄養摂取では栄養維持が困難（注１）となるため、随時（注４）中心静脈栄養法又は経腸栄養法（注５）で行う必要があるものをいう。

（注１）　「栄養維持が困難」とは栄養療法開始前に以下の２項目のいずれかが認められる場合をいう。

なお、栄養療法実施中の者にあっては、中心静脈栄養法又は経腸栄養法によって推定エネルギー必要量を満たしうる場合がこれに相当するものである。

１）成人においては、最近３か月間の体重減少率が10％以上であること。（この場合の体重減少率とは、平常の体重からの減少の場合、又は（身長－100）×0.9の数値によって得られる標準的体重からの減少の割合をいう。）

15歳以下の場合においては、身長及び体重増加がみられないこと。

２）血清アルブミン濃度3.2ｇ／dℓ以下であること。

（表１）日本人の推定エネルギー必要量

年　齢（歳）	エネルギー（kcal/ 日）	
	男	女
0～5（月）	５５０	５００
6～8（月）	６５０	６００
9～11(月)	７００	６５０
1～2	９５０	９００
3～5	１，３００	１，２５０
6～7	１，３５０	１，２５０
8～9	１，６００	１，５００
10～11	１，９５０	１，８５０
12～14	２，３００	２，１５０
15～17	２，５００	２，０５０
18～29	２，３００	１，７００
30～49	２，３００	１，７５０
50～64	２，２００	１，６５０
65～74	２，０５０	１，５５０
75以上	１，８００	１，４００

「食事による栄養摂取量の基準」（令和２年厚生労働省告示第10号）

（注２）　小腸大量切除を行う疾患、病態

１）上腸間膜血管閉塞症

２）小腸軸捻転症

３）先天性小腸閉鎖症

４）壊死性腸炎

５）広汎腸管無神経節症

６）外傷

７）その他

（注３）　小腸疾患で永続的に小腸機能の著しい低下を行う場合のあるもの

１）クローン病

２）腸管ベーチェット病

３）非特異性小腸潰瘍

４）特発性仮性腸閉塞症

５）乳児期難治性下痢症

６）その他の良性の吸収不良症候群

（注４）「随時」とは、６か月の観察期間中に４週間程度の頻度をいう。

（注５）「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

（注６）　手術時の残存腸管の長さは腸間膜付着部の距離をいう。

（注７）　小腸切除（等級表１級又は３級に該当する大量切除の場合を除く。）

又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。

（注８）　障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は６か月の観察期間を経て行うものとする。

Ⅲ　身体障害者診断書

小腸の機能障害の状況及び所見

身長　　cm　　体重　　kg　　体重減少率　　%
（観察期間　　）

1　小腸切除の場合

⑴　手術所見：◦切除小腸の部位　　・長さ　　cm

◦残存小腸の部位　　・長さ　　cm

〈手術施行医療機関名　　（できれば手術記録の写を添付する）〉

⑵　小腸造影所見（⑴が不明のとき）－（小腸造影の写を添付する）

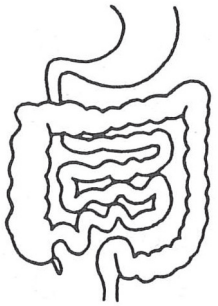
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2　小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

㈱　1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

〔参考図示〕



切除部位

病変部位

3　栄養維持の方法（該当する項目に○をする。）

①　中心静脈栄養法：

・開　　始　　日　　年　　月　　日

・カテーテル留置部位　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・装　具　の　種　類　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・最近6か月間の実施状況　　（最近6か月間に　　日間）
・療法の連続性　　（持続的・間歇的）
・熱量　　（1日当たり　　kcal）

② 経腸栄養法：
・開始日　　年　　月　　日
・カテーテル留意部位
・最近6か月間の実施状況　　（最近6か月間に　　日間）
・療法の連続性　　（持続的・間歇的）
・熱量　　（1日当たり　　kcal）

③ 経口摂取：
・摂取の状態　　（普通食、軟食、流動食、低残渣食）
・摂取量　　（普通量、中等量、少量）

4 便の性状：（下痢、軟便、正常）、排便回数（1日　　回）

5 検査の所見（測定日　　年　　月　　日）

赤血球数	／㎣、	血色素量	g／dℓ
血清総蛋白濃度	g／dℓ、	血清アルブミン濃度	g／dℓ
血清総コレステロール濃度	mg／dℓ、	中性脂肪	mg／dℓ
血清ナトリウム濃度	mEq／ℓ、	血清カリウム濃度	mEq／ℓ
血清クローム濃度	mEq／ℓ、	血清マグネシウム濃度	mEq／ℓ
血清カルシウム濃度	mEq／ℓ		

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
4 小腸切除（等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、小腸切除又は小腸疾患により永続的な小腸機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　障害名について

「小腸機能障害」と記載する。

⑵　原因となった疾病・外傷名について

小腸切除を行う疾患や病態としての小腸間膜血管閉塞症、小腸軸捻転症、外傷等又は永続的に小腸機能の著しい低下を伴うクローン病、腸管ベーチェット病、乳児期難治性下痢症等を記載する。

傷病発生年月日については、初診日でもよく不明確な場合は推定年月を記載する。

⑶　参考となる経過・現症について

通常のカルテに記載される内容のうち、特に身体障害者としての障害認定のために参考となる事項を摘記する。

現症について、別葉の所見欄に記載される内容は適宜省略してもよい。

⑷　総合所見について

経過及び現症からみて、障害認定に必要な事項、特に栄養維持の状態、症状の予測等について記載する。

なお、小腸切除（大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障害の場合は再認定を原則としているので、再認定の時期についても記入すること。

⑸　小腸の機能障害の状況及び所見について

ア　体重減少率については、最近３か月間の観察期間の推移を記載することとし、この場合の体重減少率とは、平常の体重からの減少の割合、又は（身長－100)×0.9の数値によって得られる標準的体重からの減少の割合をいうものである。

イ　小腸切除の場合は、切除小腸の部位及び長さ、残存小腸の部位及び長さに関する所見を、また、小腸疾患の場合は、疾患部位、範囲等の所見を明記する。

ウ　栄養維持の方法については、中心静脈栄養法、経腸栄養法、経口摂取の各々について、最近６か月間の経過観察により記載する。

エ　検査所見は、血清アルブミン濃度が最も重視されるが、その他の事項についても測定値を記載する。

b…障害程度の認定について

⑴　小腸機能障害は、小腸切除によるものと小腸疾患によるものとがあり、それぞれについて障害程度の認定基準が示されているが、両者の併存する場合は、それら症状を合わせた状態をもって、該当する等級区分の認定基準に照らし障害程度を認定する。

⑵　小腸機能障害の障害程度の認定は、切除や病変の部位の状態に併せ、栄養維持の方法の如何をもって行うものであるから、診断書に記載された両者の内容を十分に確認しつつ障害程度を認定する。

　したがって、両者の記載内容に妥当性を欠くと思われるものがある場合は、診断内容を照会する等の慎重な配慮が必要である。

⑶　小腸疾患による場合、現症が重要であっても、悪性腫瘍の末期の状態にある場合は障害認定の対象とはならないものであるので留意すること。

⑷　障害認定は、小腸大量切除の場合以外は6か月の観察期間を経て行うものであるが、その多くは症状の変化の予測されることから、将来再認定を要することとなるので、その要否や時期等については十分確認すること。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．小腸機能障害について、 ア．認定基準の3級の記述のb「小腸機能の一部を喪失」には、アミノ酸等の単一の栄養素のみが吸収できない状態のものも含まれると考えてよいか。 イ．クローン病やベーチェット病による場合などでは、障害の状態が変化を繰り返す場合があり、再認定の時期の目安を示されたい。 ウ．認定基準の4級に記述の「随時」の注書きにおいて、「6か月の経過観察中」とはどの期間を指し、また「4週間」とは連続する期間を指すのか。	ア．小腸機能障害では、通常の栄養補給では推定エネルギー必要量が確保できない場合に認定の対象となるものであり、単一の栄養素が吸収できないことのみをもって認定の対象とすることは適当ではない。 イ．症例によって異なるが、概ね3年後程度とすることが適当である。 ウ．小腸の大量切除以外の場合は、切除後などの障害発生後で、栄養摂取方法が安定した状況での6か月間のうち、中心静脈栄養を実施した日数の合計が4週間程度であると理解されたい。

質　　疑	回　　答
2．生後まもなく特発性仮性腸閉塞症を発症し、2歳になる現在まで中心静脈栄養法を継続実施している者から手帳の申請があった。全身状態は比較的良好で、体重増加もほぼ保たれているが、中心静脈栄養法開始前の血清アルブミン濃度が不明である。こうした場合であっても、現在の障害程度が1級相当と判断されることから、1級と認定してかまわないか。	診断書作成時においてすでに中心静脈栄養法が開始されており、推定エネルギー必要量の60％以上を中心静脈栄養法によって補給している場合は、開始前のアルブミン濃度が確認できない場合であっても、1級として認定可能である。 ただし、乳幼児でもあり、状態の変化が予想されるため、将来再認定の指導を実施することが適当である。
3．クローン病と診断されている成人男性の場合で、種々の治療の効果がなく、中心静脈栄養法を開始して3か月が経過している。中心静脈栄養法開始前のアルブミン濃度は3.1ｇ／dℓで、体重減少はすでに15％に達している。このような場合は、経過観察中であっても1級として認定してかまわないか。	クローン病の場合は、一般的に症状の変動があり、永続的で安定した栄養摂取方法の確認には6か月程度の経過観察期間が必要である。その後も現在と同様の栄養摂取状態であれば1級として認定可能であるが、その際は将来再認定（概ね3年後）の指導をすることが適当である。
4．小腸の切除により、認定基準の4級相当と思われる状態だが、栄養維持の方法が特殊加工栄養の経口摂取となっており、経管栄養法は使用していない。この場合は、4級として認定できるか。	4級における経腸栄養法とは、経管により栄養成分を与える方法を指しており、特殊加工栄養を経口的に摂取し、これにより栄養補給が可能な場合は、認定の対象とすることは適当ではない。

免疫機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級　　別	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
1　　級	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの
2　　級	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの
3　　級	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の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。）
4　　級	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の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

Ⅱ　身体障害認定基準（免疫機能障害個別事項）

1　13歳以上の者の場合

ア　**等級表１級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア)　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数が200／μℓ以下で、次の項目（ａ～ｌ）のうち６項目以上が認められるもの。

ａ　白血球数について3,000／μℓ未満の状態が４週以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続く

ｂ　Ｈｂ量について男性12ｇ／dℓ未満、女性11ｇ／dℓ未満の状態が４週以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続く

ｃ　血小板数について10万／μℓ未満の状態が４週以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続く

ｄ　ヒト免疫不全ウイルス－RNA量について5,000コピー／mℓ以上の状態が４週以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続く

ｅ　一日１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に７日以上ある

ｆ　健常時に比し10％以上の体重減少がある

ｇ　月に７日以上の不定の発熱（38℃以上）が２か月以上続く

ｈ　一日に３回以上の泥状ないし水様下痢が月に７日以上ある

ｉ　一日に２回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に７日以上ある

ｊ　口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある

ｋ　生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である

ｌ　軽作業を超える作業の回避が必要である

(イ)　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のもの

イ　**等級表２級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア)　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数が200／μℓ以下で、アの項目（ａ～ｌ）のうち3項目以上が認められるもの。

(イ)　エイズ発症の既往があり、アの項目（ａ～ｌ）のうち３項目以上が認められるもの。

(ウ)　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数に関係なく、アの項目（ａ～ｌ）のうちａからｄまでの１つを含む６項目以上が認められるもの。

ウ　**等級表３級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア)　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数が500／μℓ以下で、アの項目（ａ～ｌ）のうち3項目以上が認められるもの。

(イ)　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数に関係なく、アの項目（ａ～ｌ）のうちａからｄまでの１つを含む４項目以上が認められるもの。

エ　**等級表４級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア)　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数が500／μℓ以下で、アの項目（ａ～ｌ）のうち１項目以上が認められるもの。

(イ)　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数に関係なく、アの項目（ａ～ｌ）のうちａからｄまでの１つを含む２項目以上が認められるもの。

2　13歳未満の者の場合

ア　**等級表１級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、「サーベイランスのためのＨＩＶ感染症／AIDS診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）が採択した指標疾患のうち１項目以上が認められるもの。

イ　**等級表２級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア)　次の項目（ａ～ｒ）のうち１項目以上が認められるもの。

ａ　30日以上続く好中球減少症（＜1,000／μℓ）

ｂ　30日以上続く貧血（＜Hb 8ｇ／dℓ）

ｃ　30日以上続く血小板減少症（＜100,000／μℓ）

ｄ　１か月以上続く発熱

ｅ　反復性又は慢性の下痢

ｆ　生後１か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染

ｇ　生後１か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎

ｈ　生後１か月以前に発症したトキソプラズマ症

ｉ　６か月以上の小児に２か月以上続く口腔咽頭カンジダ症

ｊ　反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（１年以内に２回以上）

ｋ　２回以上又は２つの皮膚節以上の帯状疱疹

ｌ　細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症（１回）

ｍ　ノカルジア症

ｎ　播種性水痘

o　肝炎

p　心筋症

q　平滑筋肉腫

r　ＨＩＶ腎症

(ｲ)　次の年齢区分ごとのＣＤ４陽性Ｔリンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「重度低下」に該当するもの。

免疫学的分類	児の年齢		
	１歳未満	１～６歳未満	６～13歳未満
正常	≧1,500／μℓ ≧25%	≧1,000／μℓ ≧25%	≧500／μℓ ≧25%
中等度低下	750～1,499／μℓ 15～24%	500～999／μℓ 15～24%	200～499／μℓ 15～24%
重度低下	＜750／μℓ ＜15%	＜500／μℓ ＜15%	＜200／μℓ ＜15%

ウ　**等級表３級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ｱ)　次の項目（ａ～ｈ）のうち２項目以上が認められるもの。

a　リンパ節腫脹（２ヵ所以上で0.5㎝以上。対称性は１ヵ所とみなす）

b　肝腫大

c　脾腫大

d　皮膚炎

e　耳下腺炎

f　反復性又は持続性の上気道感染

g　反復性又は持続性の副鼻腔炎

h　反復性又は持続性の中耳炎

(ｲ)　イの年齢区分ごとのＣＤ４陽性Ｔリンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「中等度低下」に該当するもの。

エ　**等級表４級**に該当する障害はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、ウの項目（ａ～ｈ）のうち１項目以上が認められるもの。

Ⅲ　身体障害者診断書

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳以上用）

1　HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日　　年　　月　　日

⑵についてはいずれかひとつの検査による確認が必要である。

⑴　HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検　査　法	検　査　日	検　査　結　果
判　定　結　果		年　月　日	陽性、　陰性

注１　酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等のうちひとつを行うこと。

⑵　抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検　査　名	検　査　日	検　査　結　果
抗体確認検査の結果		年　月　日	陽性、　陰性
HIV病原検査の結果		年　月　日	陽性、　陰性

注２　「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいう。

注３　「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2　エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	

注４　「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため 介助なしでの日常生活	不　　能　・　可　　能

3　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数（／μℓ）

検　査　日	検　査　値
年　　月　　日	／μℓ
年　　月　　日	／μℓ

平　均　値
／μℓ

注５　左欄には、４週間以上間隔をおいて実施した連続する２回の検査値を記載し、右欄には、その平均値を記載すること。

4　検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1)　検査所見

検 査 日	年　　月　　日	年　　月　　日
白血球数	／μℓ	／μℓ

検 査 日	年　　月　　日	年　　月　　日
Ｈｂ量	g／dℓ	g／dℓ

検 査 日	年　　月　　日	年　　月　　日
血小板数	／μℓ	／μℓ

検 査 日	年　　月　　日	年　　月　　日
HIV-RNA量	copy／mℓ	copy／mℓ

注６　４週間以上の間隔をおいて実施した連続する２回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数　〔　　個〕 ••••• ①

⑵　日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日　常　生　活　活　動　制　限　の　内　容	左欄の状況の有無
１日に１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に７日以上ある。	有 ・ 無
健常時に比し10％以上の体重減少がある。	有 ・ 無
月に７日以上の不定の発熱（38℃以上）が２月以上続く。	有 ・ 無
１日に３回以上の泥状ないし水様下痢が月に７日以上ある。	有 ・ 無
１日に２回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に７日以上ある。	有 ・ 無
「身体障害認定基準」６ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害 ⑴ のアの㈠の ｊ に示す日和見感染症の既住がある。	有 ・ 無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。	有 ・ 無
軽作業を超える作業の回避が必要である。	有 ・ 無
日常生活活動制限の数〔　　個〕 ・・・・・・ ②	

注７　「日常生活活動制限の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

注８　「生鮮食料品の摂取禁止等」の等とは、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」及び「人混みの回避」をいう。

⑶　検査所見、日常生活活動制限の該当数等

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不　能　・　可　能
ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の平均値（／μℓ）	／μℓ
検査所見の該当数（①）	個
日常生活活動制限の該当数（②）	個

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳未満用）

1　HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日　　年　　月　　日

小児のHIV感染は、原則として以下の⑴及び⑵の検査により確認される。⑵についてはいずれかひとつの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18月未満の小児については、さらに以下の⑴の検査に加えて、⑵のうち「HIV病原検査の結果」又は⑶の検査による確認が必要である。

⑴　HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検　査　法	検　査　日	検　査　結　果
判　定　結　果		年　月　日	陽性、　陰性

注１　酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等のうちひとつを行うこと。

⑵　抗体確認検査又はＨＩＶ病原検査の結果

	検　査　名	検　査　日	検　査　結　果
抗体確認検査の結果		年　月　日	陽性、　陰性
HIV病原検査の結果		年　月　日	陽性、　陰性

注２　「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいう。

注３　「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

⑶　免疫学的検査所見

検査日	年　月　日
IgG	mg／dℓ

検査日	年　月　日
全リンパ球数（①）	／μℓ
ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数（②）	／μℓ
全リンパ球数に対するＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の割合（〔②〕／〔①〕）	%
ＣＤ８陽性Ｔリンパ球数（③）	／μℓ
ＣＤ４／ＣＤ８比（〔②〕／〔③〕）	

2　障害の状況

⑴　免疫学的分類

検査日	年　　月　　日	免疫学的分類
ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数	／μℓ	重度低下・中等度低下・正　　常
全リンパ球数に対する ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の割合	％	重度低下・中等度低下・正　　常

注４　「免疫学的分類」欄では「身体障害認定基準」６ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

⑵ のイの㈠ による程度を○で囲むこと。

⑵　臨床症状

以下の臨床症状の有無（既住を含む。）について該当する方を○で囲むこと。

ア　重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	

注５　「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）に規定するものをいう。

イ　中等度の症状

臨　床　症　状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症（＜1,000／μℓ）	有 ・ 無
30日以上続く貧血（＜Hb　8ｇ／dℓ）	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症（＜100,000／μℓ）	有 ・ 無
１月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後１月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有 ・ 無
生後１月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有 ・ 無
生後１月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無

6月以上の小児に2月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有 ・ 無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上）	有 ・ 無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘	有 ・ 無
肺炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
HIV腎症	有 ・ 無
臨 床 症 状 の 数〔　　個〕 ・・・・・・ ①	

注6　「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ　軽度の症状

臨　　床　　症　　状	症状の有無
リンパ節腫脹（2か所以上で0.5cm以上。対称性は1ヵ所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨 床 症 状 の 数〔　　個〕 ・・・・・・ ②	

注7　「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、HIV感染により永続的に免疫の機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。診断書は障害認定の正確を期するため、「13歳以上用」と「13歳未満用」とに区分して作成する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　「総括表」について

ア　「障害名」について

「免疫機能障害」と記載する。

イ　「原因となった疾病・外傷名」について

原因疾患名は「HIV感染」と書く。

障害発生年月日は、ヒト免疫不全ウイルスへの感染が確認された日時を原則とする。不詳の場合は、「参考となる経過・現症」欄にその理由を記載する。

ウ　「参考となる経過・現症」について

障害認定の上で参考となる事項があれば摘記する。個人の秘密に関わる事項を記載する場合には、障害認定に不可欠な内容に限定すること。

障害固定又は障害確定（推定）年月日は、HIV感染が確認され、検査結果や所見等が身体障害認定基準を満たすに至った日とする。この場合、「身体障害認定基準を満たした日」とは、検査結果が判明した日ではなく、検査実施の日と考えてよい。

エ　「総合所見」について

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を摘記する。治療の経過により障害程度に変化の予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

⑵　「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見」について

HIV感染の確認方法は、認定対象者が13歳以上と13歳未満で異なるため、診断書は「13歳以上用」と「13歳未満用」とに区分して作成する。

ア　13歳以上の場合

㈠　ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染の確認方法

「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）を準用する。具体的には、HIVの抗体スクリーニング検査法（酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等）の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合にHIV感染症と診断する。

○抗体確認検査（Western Blot法、蛍光抗体法（IFA）等）

○HIV抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法（PCR等）等の病原体に関する検査

(イ) ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の測定

４週以上の間隔をおいた連続する２回の検査値の平均値のこれまでの最低値とする。

(ウ) 白血球数、Hb量、血小板数、ヒト免疫不全ウイルス－RNA量の測定における、４週以上の間隔をおいた連続する２回の検査の時期は、互いに一致している必要はなく、これまでの最低値とする。

(エ) エイズ発症の診断基準

エイズ発症の診断は、「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準（厚生省エイズ動向委員会、1999）による。

(オ) エイズ合併症

「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）が採択した指標疾患としてあげられている合併症を意味する。

(二) 期間・回数・症状等の確認

７日等の期間、１日３回等の回数、10％等の数値、下痢・嘔気・嘔吐・発熱の症状の確認は、カルテにもとづく医師の判断によるものとする。

(三) 日・週・月の取扱い

特別の断りがない限り以下によるものとする。

１日：０時から翌日の０時前まで（以下同じ）を意味する。

１週：連続する７日を意味する。

１月：連続する30日を意味する。暦月ではない。

(四) 回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥った場合をいい、回復不能の判定は医師の判断による。

(五) 日中

就寝時以外を意味する。

(六) 月に７日以上

連続する30日の間に７日以上（連続していなくてもかまわない）を意味する。

(七) 日常生活上の制限

生鮮食料品の摂取制限以外に、生水の摂取禁止、脂質の摂取制限、長期にわたる密な治療、厳密な服薬管理、人混みの回避が含まれる。

(八) 軽作業

デスクワーク程度の作業を意味する。

イ　13歳未満の場合

(ｱ)　小児のヒト免疫不全ウイルス感染の確認方法

13歳未満の小児のHIV感染の証明は、原則として13歳以上の場合に準じる。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の小児については、HIVの抗体スクリーニング検査が陽性であり、さらに次のいずれかに該当する場合においてヒト免疫不全ウイルス感染とする。

○　抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の病原検査法のいずれかにおいて、ウイルスまたは抗原が証明される場合

○　血清免疫グロブリン値、全リンパ球数、ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数、ＣＤ４陽性Ｔリンパ球の全リンパ球に対する割合、ＣＤ８陽性Ｔリンパ球数、ＣＤ４／ＣＤ８比等の免疫学的検査所見を総合的に判断し免疫機能が著しく低下しており、かつHIV感染以外にその原因が認められない場合

(ｲ)　年齢区分毎の免疫学的分類

当該小児の免疫機能を評価するには、ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数又はＣＤ４陽性Ｔリンパ球の全リンパ球に対する割合を用いるものとし、双方の評価が分類を異にする場合には重篤な分類により評価すること。

(ｳ)　小児のHIV感染の臨床症状

身体障害者認定基準(2)のイの(ｱ)の臨床症状については、その所見や疾患の有無、反復性について判定すること。

b…障害程度の認定について

(1)　免疫の機能の障害の認定は、ヒト免疫不全ウイルス感染に由来するものであり、認定の考え方に関して他の内部障害と異なる場合があるので留意すること。

(2)　急性期の病状で障害の程度を評価するのでなく、急性期を脱し、症状が落ち着いた時点での免疫機能を評価することが、より正確に免疫の機能の障害を評価できるものと考えられる。

(3)　患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に関しては、感染者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。

(4)　ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害においては、認定に際し、感染の事由により、認定の対象から除外されることはないので、認定に際し了知すること。

(5)　身体障害者認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれたい。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．認定基準において、各等級を規定している各種の検査数値は、治療前の数値を用いるのか、あるいは治療開始後の数値を用いるのか。仮に、検査数値が認定基準に合致していたものが、治療が奏功して基準を満たさなくなった場合は、治療をしていなければ明らかに認定されていたとの判断により、認定してかまわないか。	一般的に、身体障害認定基準においては、治療の有無にかかわらず、申請のあった時点での直近の所見や検査数値を用いることを想定している。 ただし、すでに抗ＨＩＶ治療が開始されている者については、治療開始前の検査数値をもって認定して差し支えないが、治療をしなかった場合を想定して認定することは適当ではない。
2．認定基準の「13歳以上の場合」の１級の規程文中、	
ア．「４週間以上の間隔をおいた検査において２回以上続く」とは、どのように解するのか。特に、一般的に毎月同じ曜日に外来日を指定されて受診している場合は、日数的な間隔は常に27日間しか空かないこととなるが、これを４週間と解して取り扱ってかまわないか。	ア．検査値が、当該基準値を下回る（又は上回る）状態が持続することを確認するための規定であり、これによって免疫機能の障害を評価することを想定している。 また、毎月１回、曜日を決めて受診しているような場合は、27日間であっても４週間と見なすことは可能である。
イ．同様に「月に７日以上……」とはどのように解するのか。	イ．外来診察時又は入院回診時、自宅での療養時等において、38度以上の発熱があったことが診療記録等に正確に記載されており、このような状態が連続する30日の間に７日以上（連続している必要はない）確認できるということを想定している。
ウ．強い倦怠感、易疲労、嘔吐、下痢などの項目は、どのように確認するのか。	ウ．イと同様に、診療記録の記載から確認されたい。そのためにも、平素からこれらの症状について、継続的に記録を取っておくことが必要である。

質　　疑	回　　答
3．認定基準における年齢区分の使い分けについて、 ア．診断書の「13歳以上用」と「13歳未満用」を使い分ける年齢は、診断書の作成時点での満年齢と考えてよいか。 イ．認定基準の「13歳未満の者の場合」の免疫学的分類においても、診断書の作成時点の満年齢と考えてよいか。また、この免疫学的区分は年齢によって３区分に分けられているが、対象者の成長に伴って、年齢区分を超えるたびに診断書を作成し、再認定をすることになるのか。	ア．イともに、年齢区分の使い分けは、診断書の作成時の満年齢ではなく、臨床症状や検査数値が認定基準に合致した日の満年齢をもって取り扱うことが適当である。 また、免疫学的区分については、成長の過程で障害程度の変化がある場合は、その時点での区分で再認定することとなるが、変化がない場合は、年齢区分を超えるたびに新たな診断書の作成を要することを想定したものではない。
4．認定基準の「13歳未満の者の場合」の免疫学的分類において、年齢によって３つに区分されているが、この区分はどのような考え方によるものか。また「ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数」による分類と、「全リンパ球に対する割合」による分類とで区分が異なった場合は、どちらの数値で認定するのか。	認定基準における免疫学的分類は、アメリカのＣＤＣ（防疫センター）の分類を採用したものである。また「ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数」による分類と、「全リンパ球に対する割合」による分類とで区分が異なる場合は、検査数値の信憑性を確認した上で、より重度の区分に該当する方の数値をもって等級判定することが適当である。
5．認定要領の１の⑵の「ア　13歳以上の場合」の㈦の規程文中、白血球数、Ｈｂ量、血小板数、ヒト免疫不全ウイルス－ＲＮＡ量の測定値に関して、「検査の時期は、互いに一致している必要はなく、これまでの最低値とする。」とは、どのような意味であるか。	各検査における数値が、それぞれ異なる検査日における数値であって、かつ、同一検査において複数の検査数値が得られている場合には、最も状態の悪い時点での検査数値（最低値）をもって判定することを想定している。 ただし、各検査の実施日がどの程度空いていても有効であるかは、日常生活活動の制限の状況を判断している時期などを参考に、診断書作成医の常識的な判断に委ねられるものである。

質　　疑	回　　答
6．認定基準の「13歳以上の場合」の２級の規程文中の㈼、「アの項目（ａ～ｌ）のうちａからｄまでの１つを含む６項目以上」というように、ａからｄまでの項目が重要視されているのはなぜか。 　また、項目ｆの「健常時に比し10％以上の体重減少」との規定においては、成長期の体重増加に対する配慮はないのか。	ａからｄまでの項目は、医療機器による測定数値として、高い客観性をもっていることによる。このため、該当項目数が同じであっても、ａからｄに該当する項目が含まれていない場合には、下位の等級に認定される場合が考えられる。 　また、「10％以上の減少」の計算にあたっては、成長期における観察期間において、成長の影響が明らかに大きいと判断される場合は、同世代の健常者の身長、体重の増加率を参考に、「体重の減少率」の判断に反映することは適当と言える。
7．認定基準の「13歳未満の場合」のウの㈠のａ～ｈの判定は、診断書作成医の判断で記載してかまわないのか。	肝腫大、脾腫大、皮膚炎、上気道感染等の所見の基準はあえて示していない。 　これは、診断書作成医が、これらの所見に対する一般的な診断基準によって、それぞれの所見に基づく障害程度の判定をすることを想定している。
8．身体障害者手帳の交付を受けた者が、その後、更生医療等の適用により、障害の程度が変化することが予想される場合については、他の障害と同様に再認定を付記し、等級変更等を実施することとして取り扱ってよいか。	抗ＨＩＶ療法を継続実施している間については、この障害の特性を踏まえ、原則として再認定は要しないものと考える。

肝臓機能障害

Ⅰ　障害程度等級表

級　別	肝　臓　機　能　障　害
1　級	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	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	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）
4　級	肝臓の機能の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

Ⅱ　身体障害認定基準（肝臓機能障害個別事項）

ア　**等級表１級**に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。

(ア)　Child－Pugh分類（注26）の合計点数が７点以上であって、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項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む３項目以上が２点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続くもの。

(イ)　次の項目（ａ～ｊ）のうち、５項目以上が認められるもの。

ａ　血清総ビリルビン値が5.0mg／dℓ以上

ｂ　血中アンモニア濃度が150μｇ／dℓ以上

ｃ　血小板数が50,000／㎣以下

ｄ　原発性肝がん治療の既往

ｅ　特発性細菌性腹膜炎治療の既往

ｆ　胃食道静脈瘤治療の既往

ｇ　現在のＢ型肝炎又はＣ方肝炎ウイルスの持続的感染

ｈ　１日１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月７日以上ある

ｉ　１日に２回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に７日以上ある

ｊ　有痛性筋けいれんが１日に１回以上ある

イ　**等級表２級**に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。

(ア)　Child－Pugh分類（注26）の合計点数が７点以上であって、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項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む３項目以上が２点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続くもの。

(イ)　ア(イ)の項目（ａ～ｊ）のうち、ａからｇまでの１つを含む３項目以上が認められるもの。

ウ　**等級表３級**に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。

(ア)　Child－Pugh分類（注26）の合計点数が７点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続くもの。

(イ)　ア(イ)の項目（ａ～ｊ）のうち、ａからｇまでの１つを含む３項目以上が認められるもの。

エ　**等級表４級**に該当する障害は、次のいずれにも該当するものをいう。

(ア)　Child－Pugh分類（注26）の合計点数が７点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続くもの。

(イ)　ア(イ)の項目（ａ～ｊ）のうち、１項目以上が認められるもの。

オ　肝臓移植を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去（軽減）状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定して、１級に該当するものとする。

（注26）Child－Pugh分類

	１　点	２　点	３　点
肝性脳症	な　し	軽度（Ⅰ・Ⅱ）	昏睡（Ⅲ以上）
腹水	な　し	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8～3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70％超	40～70％	40％未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0～3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

Ⅲ　身体障害者診断書

肝臓の機能障害の状態及び所見

1　肝臓機能障害の重症度

	検　査　日（第１回）		検　査　日（第２回）	
	年　　月　　日		年　　月　　日	
	状　態	点数	状　態	点数
肝性脳症	なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ		なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	
腹水	なし・軽度 中程度以上 概ね　　ℓ		なし・軽度 中程度以上 概ね　　ℓ	
血清アルブミン値	g/dℓ		g/dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	

合計点数	点	点
（○で囲む）	5～6点・7～9点・10点以上	5～6点・7～9点・10点以上
肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上における2点以上の有無	有　・　無	有　・　無

注１　90日以上180日以内の間隔をおいて実施した連続する２回の診断・検査結果を記入すること。

注２　点数は、Child－Pugh分類による点数を記入すること。

＜Child－Pugh分類＞

	１　点	２　点	３　点
肝性脳症	な　し	軽度（Ⅰ・Ⅱ）	昏睡（Ⅲ以上）
腹水	な　し	軽　度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8～3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40～70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0～3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注３　肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム（1981年）による。

注４　腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね１ℓ以上を軽度、３ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2　障害の変動に関する因子

	第１回検査	第２回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○　・　×	○　・　×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○　・　×	○　・　×

3　肝臓移植

肝臓移植の実施	有　・　無	実施年月日	年　　月　　日
抗免疫療法の実施	有　・　無		

注５　肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、１、２、４の記載は省略可能である。

4　補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値 5.0mg/dℓ以上		有　・　無
	検 査 日	年　　月　　日	
	血中アンモニア濃度 150μg/dℓ以上		有　・　無
	検 査 日	年　　月　　日	
	血小板数 50,000/㎣以下		有　・　無
	検 査 日	年　　月　　日	
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既住		有　・　無
	確定診断日	年　　月　　日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既住		有　・　無
	確定診断日	年　　月　　日	
	胃食道静脈瘤治療の既住		有　・　無
	確定診断日	年　　月　　日	
	現在のＢ型肝炎又はＣ型肝炎ウイルスの持続的感染		有　・　無
	最終確認日	年　　月　　日	
日常生活活動の制限	１日１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月７日以上ある		有　・　無
	１日に２回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に７日以上ある		有　・　無
	有痛性筋けいれんが１日に１回以上ある		有　・　無

該当個数	個
補完的な肝機能診断又は 症状に影響する病歴の有無	有　・　無

Ⅳ　認　定　要　領

a…診断書の作成について

身体障害者診断書においては、疾患等により永続的に肝臓機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障害程度の認定に関する意見を付す。

⑴　「総括表」について

ア　「障害名」について

「肝臓機能障害」と記載する。

イ　「原因となった疾病・外傷名」について

肝臓機能障害をきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。例えば単に「肝硬変」という記載にとどめることなく、「C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変」「ウィルソン病による肝硬変」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載する。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明確な場合は推定年月を記載する。

ウ　「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障害認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。

現症については、別様式診断書「肝臓の機能障害の状態及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。

エ　「総合所見」について

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項、特に肝臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記し、併せて将来再認定の要否、時期等を必ず記載する。

⑵　「肝臓の機能障害の状態及び所見」について

ア　「肝臓機能障害の重症度」について

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各診断・検査結果について、Child－Pugh分類により点数を付し、その合計点数と肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上における2点以上の有無を記載する。この場合において、肝性脳症の昏睡度分類については犬山シンポジウム（1981年）による。また、腹水については、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

（参考）犬山シンポジウム（1981年）

昏睡度	精神症状	参考事項
Ⅰ	睡眠－覚醒リズムの逆転 多幸気分、ときに抑うつ状態 だらしなく、気にもとめない態度	retrospective にしか判定できない場合が多い
Ⅱ	指南力（時・場所）障害、物を取り違える（confusion） 異常行動（例：お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど） ときに傾眠状態（普通の呼びかけで開眼し、会話ができる） 無礼な言動があったりするが、医師の指示に従う態度をみせる	興奮状態がない 尿、便失禁がない 羽ばたき振戦あり
Ⅲ	しばしば興奮状態または譫妄状態を伴い、反抗的態度をみせる 嗜眠状態（ほとんど眠っている） 外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または従えない（簡単な命令には応じうる）	羽ばたき振戦あり（患者の協力が得られる場合） 指南力は高度に障害
Ⅳ	昏睡（完全な意識の消失） 痛み刺激に反応する	刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめる等がみられる
Ⅴ	深昏睡 痛み刺激にもまったく反応しない	

肝臓機能障害の重症度は、90日以上（180日以内）の間隔をおいた連続する２回の検査により評価するものであり、それぞれの結果を記載する。

なお、既に実施した90日以前（最長180日まで）の検査の結果を第１回の結果とすることとして差し支えない。

イ　「障害の変動に関する因子」について

肝臓機能障害を悪化させる因子であるアルコールを、それぞれの検査日より前に180日以上摂取していないことについて、医師による確認を行う。また、それぞれの検査時において改善の可能性のある積極的治療を継続して実施しており、肝臓移植以外に改善が期待できないことについて、医師による確認を行う。

ウ　「肝臓移植」について

肝臓移植と抗免疫療法の実施の有無について記載する。複数回肝臓移植を行っている場合の実施年月日は、最初に実施した日付を記載する。

エ　「補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限」について

(ア)　原発性肝がん、特発性細菌性腹膜炎、胃食道静脈瘤の治療の既往

医師による確定診断に基づく治療の既往とする。

(ｲ) 現在のＢ型肝炎又はＣ型肝炎ウイルスの持続的感染の確認

HB_S抗原検査あるいはＨＣＶ－ＲＮＡ検査によって確認する。

なお、持続的な感染については、180日以上の感染を意味する。

(ｳ) 期間・回数・症状等の確認

７日等の期間、１日１時間、２回等の頻度、倦怠感・易疲労感・嘔吐・嘔気・有痛性筋けいれんの症状の確認は、カルテに基づく医師の判断によるものとする。

(ｴ) 日・月の取扱い

１日：０時から翌日の０時までを意味する。

１月：連続する30日を意味する。暦月ではない。

(ｵ) 月に７日以上

連続する30日の間に７日以上（連続していなくてもかまわない）を意味する。

b…障害程度の認定について

(1) 肝臓機能障害の認定は、肝臓機能を基本とし、肝臓機能不全に基づく臨床症状、治療の状況、日常生活活動の制限の程度によって行うものである。

(2) 肝臓機能検査、臨床症状、治療の状況と日常生活活動の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。

(3) 患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に際しては、患者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。

(4) 肝臓移植術を行った者の障害程度の認定は、現在の肝臓機能検査の結果にかかわらず、抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものである。

(5) 身体障害認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれたい。

(6) 初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、Child－Pugh分類の合計点数が７点から９点の状態である場合は、１年以上５年以内の期間内に再認定を実施すること。

c…疑　義　解　釈

質　　疑	回　　答
1．障害となった原因を問わず、認定基準に該当する場合は認定してよいか。	肝炎ウイルスに起因するもの以外であっても、肝臓機能障害として認定する。ただし、アルコールを継続的に摂取することにより障害が生じている場合や悪化している場合は、その摂取を止めれば改善が見込まれることもあるため、一定期間（180日以上）断酒し、その影響を排除した状況における診断・検査結果に基づき認定することを条件とする。
2．すでに肝臓移植を受け、現在抗免疫療法を継続している者が、更生医療の適用の目的から新規に肝臓機能障害としての手帳の申請をした場合、申請時点での抗免疫療法の実施状況をもって認定してよいか。	肝臓移植を行ったものは、抗免疫療法の継続を要する期間は、これを実施しないと再び肝臓機能の廃絶の危険性があるため、抗免疫療法を実施しないと仮定した状態を想定し、１級として認定することが適当である。
3．肝臓機能障害で認定を受けていたものが、肝臓移植によって認定している等級の基準に該当しなくなった場合、手帳の返還あるいは再認定等が必要となるのか。	移植後の抗免疫療法を継続実施している間は１級として認定することが規定されており、手帳の返還や等級を下げるための再認定は要しないものと考えられる。 ただし、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考えられる。
4．Child－Pugh分類による合計点数と肝性脳症又は腹水の項目を含む３項目以上が２点以上の有無は、第１回と第２回の両方の診断・検査結果が認定基準に該当している必要があるのか。	第１回と第２回の両方の診断・検査において認定基準に該当していることが必要である。ただし、再認定については疑義解釈13.を参考にされたい。

質　　疑	回　　答
5．肝性脳症や腹水は、どの時点の状態によって診断するのか。	肝性脳症や腹水は、治療による改善が一時的に見られることがあるが、再燃することも多いため、診断時において慢性化してみられる症状を評価する。 なお、関連して、血清アルブミン値については、アルブミン製剤の投与によって、値が変動することがあるため、アルブミン製剤を投与する前の検査値で評価する。
6．腹水の評価において、体重が概ね40kg以下の者の基準を別途定めている趣旨は何か。また、薬剤によるコントロール可能なものとはどういう状態を意味するのか。	超音波検査等の検査技術の確立を踏まえ、腹水量の評価は、その容量を原則的な基準として定めているが、小児等の体格が小さい者については、一定の容量によって重症度を評価することが困難であることを配慮したものである。また、薬剤によるコントロールが可能なものとは、利尿剤等の薬剤により、腹水による腹部膨満や呼吸困難等の症状が持続的に軽減可能な状態を意味する。
7．アルコールを180日以上摂取していないことの確認は、アルコール性肝障害以外についても行うのか。	アルコールは、アルコール性肝障害以外であっても悪化要因となることから、180日以上摂取していないことの確認はアルコール性肝障害に限定しない。
8．180日以上アルコールを摂取していないことについて、どのように判断するのか。	病状の推移及び患者の申告から医師が判断する。例として、アルコール摂取に関連する検査数値（γ－ＧＴＰ値等）や症状の変化、診察時の所見（顔面紅潮、アルコール臭等）等を勘案する。入院等医学的管理下において断酒することにより症状が改善する場合等は、飲酒があったものとする。

質　　疑	回　　答
9．積極的治療を実施とは、どのようなことから判断するのか。	医師の指示に基づき、受診や服薬、生活上の管理を適切に行っているかどうかで判断する。
10．現在のＢ型肝炎またはＣ型肝炎ウイルスの持続的感染の確認については、180日以上の間隔をおいた検査を２回実施しなければならないのか。	現在の症状が肝炎ウイルスに起因すると診断されている場合は、すでにウイルスの持続的な感染が確認されているため、直近の１回の検査によって確認されれば現在の持続的感染と判断してよい。
11．現在のＢ型肝炎又はＣ型肝炎ウイルスの持続的感染の確認とあるが、他の型のウイルスの感染は対象としないのか。	現在確認されている肝炎ウイルスのうち、Ａ型肝炎及びＥ型肝炎は症状が慢性化することは基本的になく、またＤ型肝炎ウイルスについてはＢ型肝炎ウイルスの感染下においてのみ感染するため、Ｂ型肝炎とＣ型肝炎のみを対象としている。今後新たな肝炎ウイルスが確認された場合は、その都度検討する。
12．強い倦怠感、易疲労感、嘔吐、嘔気、有痛性筋けいれんあるいは「１日１時間以上」「月７日以上」等は、どのように解するのか。	外来診察時又は入院回診時、自宅での療養時等において、そのような症状があったことが診療記録等に正確に記載されており、これにより当該項目について確認できるということを想定している。 そのためにも、平素からこれらの症状について、継続的に記録を取っておくことが必要である。
13．初めて肝臓機能障害の認定を行う者の再認定の必要性に関して、	
ア．Child－Pugh分類による合計点数が例えば第１回９点、第２回10点の場合は、再認定を付して認定しなければならないのか。	ア．再認定の必要性については、第２回目の検査時点の結果をもって判断されたい。
イ．Child－Pugh分類による合計点数が７点から９点の状態であり、再認定の際にも同じく７点から９点の状態であった場合、再度、再認定の実施を付しての認定をしなければならないのか。	イ．再認定の際にも７点から９点の状態であった場合は、一律に再認定が必要とするのではなく、指定医と相談のうえ個別に障害の状態を確認し再認定の必要性を判断されたい。

参　考　資　料

Ⅰ　関係法令抜粋

1　身体障害者福祉法（抄）

（昭和24年12月26日
法律第283号）

◎　説　　明

身体障害者福祉法が対象としている身体障害者とは、年令的には18歳以上の者をいいますが、18歳未満の者でも身体障害者手帳の交付は申請することができます。その場合、15歳未満の児童についてはその保護者が児童に代わって申請することになっています。（なお、18歳未満の者に関する対策は児童福祉法により行われていますので念のため）以下、身体障害者福祉法における関係条文を記載することにします。

◎　関係条文抜粋

（身体障害者）

第４条　この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。

（身体障害者手帳）

第15条　身体に障害のある者は、都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、その居住地（居住地を有しないときは、その現住所）の都道府県知事に身体障害者手帳の交付を申請することができる。

但し、本人が15歳に満たないときは、その保護者（親権を行う者及び後見人をいう。但し、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第１項第３号又は第27条の２の規定により里親に委託され、又は児童福祉施設に入所した児童については、当該里親又は児童福祉施設の長とする。以下同じ。）が代わって申請するものとする。

3　第１項に規定する医師が、その身体に障害のある者に診断書を交付するときは、その者の障害が別表に掲げる障害に該当するか否かについて意見書をつけなければならない。

（罰　　則）

第47条　偽りその他不正な手段により、身体障害者手帳の交付を受けた者又は受けさせた者は、６月以下の懲役又は20万円以下の罰金に処する。

別表（身体障害者の範囲）

一　次に掲げる視覚障害で、永続するもの

1　両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）がそれぞれ0.1以下のもの

2　一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの

3　両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの

4　両眼による視野の２分の１以上が欠けているもの

二　次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

1　両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの

2　一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの

3　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

4　平衡機能の著しい障害

三　次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

1　音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失

2　音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続するもの

四　次に掲げる肢体不自由

1　一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの

2　一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの

3　一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの

4　両下肢のすべての指を欠くもの

5　一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの

6　１から５までに掲げるもののほか、その程度が１から５までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

五　心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害その他政令に定める障害で、永続し、かつ日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

本別表 … 全部改正〔昭和29年３月法律28号〕、一部改正〔昭和42年８月法律113号・47年７月法律112号・昭和59年８月法律63号〕

委任「政令」＝〈本法施行令〉12条

2　身体障害者福祉法施行令

（昭和25年４月５日
政　令　第　78　号）

（医師の指定等）

第３条

２　身体障害者福祉法（以下「法」という。）第15条第１項の指定を受けた医師は、60日の予告期間を設けて、その指定を辞退することができる。

３　法第15条第１項の指定を受けた医師について、その職務を行わせることが不適当であると認められる事由が生じたときは、都道府県知事は、地方社会福祉審議会の意見を聞いて、その指定を取り消すことができる。

（障害の認定）

第５条　都道府県知事は、法第15条第１項の申請があった場合において、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。

（身体障害者手帳の再交付）

第10条　都道府県知事は、身体障害者手帳の交付を受けた時に比較してその障害程度に重大な変化が生じ、若しくは身体障害者手帳の交付を受けた時に有していた障害に加えてそれ以外の障害で法別表各項のいずれかに該当するものを有するに至った者又は身体障害者手帳を破り、汚し、若しくは失った者から身体障害者手帳の再交付の申請があったときは、身体障害者手帳を交付しなければならない。

3　身体障害者福祉法施行規則

（昭和25年４月６日
厚生省令第15号）

（手帳の申請）

第２条　法第15条第１項の規定による身体障害者手帳の交付の申請は、申請者に、次に掲げる書類を添えて行うものとする。

一　法第15条第１項に規定する医師の診断書

二　法第15条第３項に規定する意見書

三　身体に障害のある者の写真

２　前項の申請書の様式は、別表第２号のとおりとする。

３　第１項第３号の写真の規格は、別表第３号のとおりとする。

（手帳の記載事項及び様式）

第５条　身体障害者手帳に記載すべき事項は、次のとおりとする。

一　身体障害者の氏名、本籍、現住所及び生年月日

二　障害名及び障害の級別

三　補装具の交付又は修理に関する事項

四　身体障害者が15歳未満の児童であるときは、その保護者の氏名、続柄及び現住所

２　身体障害者手帳の様式は、別表第４号のとおりとする。

３　第１項の障害の級別は、別表第５号のとおりとする。

○ 身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて

（平成21年12月24日・障発1224第３号
各都道府県知事・指定都市市長・中核市市長宛
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）

標記については、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）及び関係法令等に基づき実施されているところであるが、この実施に当たっての取扱いを下記のとおり定め、平成22年４月１日より適用することとしたので、ご了知の上、その取扱いにつき遺憾なきよう願いたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の４第１項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

また、「身体障害者福祉法施行細則準則について」（平成５年３月31日社援更第112号厚生省社会・援護局長通知）及び「身体障害者福祉法第15条第２項の規定による医師の指定基準について」（平成12年３月31日障第275号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）は、平成22年３月31日をもって廃止する。

記

第一　身体障害者手帳の交付手続き

１　交付申請

⑴　身体障害者手帳の交付を受けようとする者は、障害の種別ごとに法第15条第１項に規定する医師の診断書及び同条第３項に規定する意見書（以下「診断書・意見書」という。）を添えて、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地。）の都道府県知事（地方自治法第252条の19第１項に規定する指定都市及び同法第252条の22第１項に規定する中核市にあっては、その長とする。以下同じ。）に対して申請する。

⑵　診断書・意見書は、様式第１のとおりとする。

２　障害の認定

⑴　都道府県知事は、申請時に提出された診断書・意見書に疑義又は不明な点がある場合は、必要に応じて、診断書・意見書を作成した医師に対して申請者の障害の状況につき照会するものとする。

⑵　都道府県知事は、⑴によっても、なお申請者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又は身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「規則」という。）別表第５号身体障害者障害程度等級表（以下「等級表」という。）のいずれに該当するか不明なときは、必要に応じて、再検査、追加検査又は別の指定医による診断等を受けるよう指導することができるものとする。

⑶　都道府県知事は、⑴及び⑵によっても、なお申請者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又は等級表のいずれに該当するか不明なときは、身体障害者福

祉法施行令（昭和25年政令第78号。以下「令」という。）第５条の規定に準じて、地方社会福祉審議会に諮問するものとする。

⑷　令第５条及び⑶による診査の結果、申請者の障害が法別表及び等級表に掲げるものに該当しないと認めたときは、法第15条第５項の規定により様式第２の却下決定通知書により通知するものとする。

３　居住地等の変更

⑴　令第９条第２項及び第４項の規定による居住地等の変更の届け出は、様式第３の身体障害者居住地等変更届書によるものとする。

⑵　令第９条第６項の規定による通知は、様式第４の身体障害者居住地等変更通知書によるものとする。

４　再交付申請等

⑴　規則第７条第１項及び第８条第１項の規定による申請は、様式第５の身体障害者手帳再交付申請書によるものとする。

⑵　令第12条並びに規則第７条第２項及び第８条第２項の規定による身体障害者手帳の返還は、様式第６の身体障害者返還届によるものとする。

５　保健所長への通知

令第８条第２項及び第11条の規定による保健所長への通知は、様式第７の身体障害者交付・記載事項変更通知書によるものとする。

６　身体障害者の死亡の通知

令第12条第２項の規定による通知は、様式第８の身体障害者死亡通知書によるものとする。

第二　法第15条第１項に基づく医師の指定

１　指定手続き等

⑴　法第15条第１項の規定により都道府県知事が定める医師は、障害の種別ごとに指定するものとする。また、指定を受けた医師は、指定を受けた障害の種別について診断書・意見書を作成するものとする。

⑵　令第３条の規定による同意は書面によるものとし、その様式は、様式第９の同意書によるものとする。

⑶　都道府県知事は、法第15条第１項の規定により医師を指定し、又はその指定を取り消したときは、その旨を告示するものとする。

⑷　法第15条第１項の規定により指定を受けた医師は、その旨を標示し、見やすい場所に掲示するものとする。

２　指定基準等

⑴　都道府県知事が法第15条第１項に規定する医師を指定する場合には、視覚障害、聴覚若しくは平衡機能障害、音声、言語若しくはそしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、ぼうこう若しくは直腸機能障害、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又は肝臓機能障害の医療に関係のある診療科名を標榜している病院又は診療所において診療に従事し、かつ、その診断に関する相当の学識経験を有する医師について行うものとする。

⑵ ⑴に掲げる医療に関係のある診療科名は、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第３条の２に規定される診療科とする。参考として⑴に掲げる医療に関係のある診療科名及び留意点を例示すると、概ね別紙のとおりである。

ただし、平成20年３月31日以前から標榜していた呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、気管食道科等については、看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り、引き続き標榜することが認められていることに留意されたい。

⑶ 法第15条第２項の規定に従い、都道府県知事が医師の指定に当たって地方社会福祉審議会の意見を聴く際には、以下の事項について十分に審査を行い、指定医師の専門性の確保に努めるものとする。

ア 医籍登録日

イ 担当しようとする障害分野

ウ 当該医師の職歴

エ 当該医師の主たる研究歴と業績

オ その他必要と認める事項

別 紙

⑴ 視覚障害の医療に関係のある診療科名

眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科

㈱ 眼科以外の診療科にあっては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。

⑵ 聴覚障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科

㈱ 耳鼻科以外の診療科にあっては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。

⑶ 平衡機能障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科

⑷ 音声、言語機能障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、内科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科

⑸ そしゃく機能障害の医療に関係のある診療科名

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科

⑹　肢体不自由の医療に関係のある診療科名

整形外科、外科、小児外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ科、小児科、リハビリテーション科

⑺　心臓機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科

⑻　じん臓機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科

⑼　呼吸器機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科

⑽　ぼうこう又は直腸機能障害の医療に関係のある診療科名

泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小児科、小児外科、産婦人科（婦人科）

⑾　小腸機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科

⑿　ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科

㈱　エイズ治療拠点病院での従事経験があることが望ましい。

⒀　肝臓機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科、肝臓外科、小児科、小児外科

年　　月　　日

大分市長　　殿

申請者　住所

氏名

指　定　申　請　書

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として指定をうけたいので関係書類を添えて申請します。

医師氏名	
医師の勤務する医療機関名	
上記医療機関の所在地	電話番号（　　）　－
指定をうけたい診療科目	
担当したい障害区分	

添付書類
- 同意書
- 医師の履歴書
- 医師免許の写

注　「指定をうけたい診療科目」欄は、申請者が主として標ぼうし、かつそれに関して相当の学識経験を有する診療科目名を記載すること。

様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

大分市長　　殿

医療機関の名称

開 設 者 氏 名

医　師　氏　名

同　　意　　書

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として指定されることに同意します。

なお、診断書の発行は、診療科に関係のある次に掲げる障害のみの診断書を交付します。

医　師　氏　名	
医療機関名及び所　在　地	
診　療　科　名	
担当障害区分	

注　病院、診療所に勤務する医師にあっては、必ず開設者の同意を要すること。

履　　歴　　書

（ふりがな） 氏　　名		生 年 月 日	年　月　日
現　住　所			
関係学会の 加入状況			
医籍登録番号 取得年月日	医 籍 第　　号 年　月　日	学 位	
申請しようとする障害区分と関連のある専門性についての研究歴、論文及び職歴			
医師免許取得後の専門的研究又は臨床経験年数	科　　年　　月		
年　月　日	学　歴・研　究　歴		

年　月　日	経　　歴		
	医　療　機　関　名	担　当　科　名	身　分

㈱　◎　研究・臨床経験年数は、申請時点での年数を記載すること。

◎　指定を受けようとする診療科の臨床経験については、詳細に記載すること。

◎　医療機関については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。

（例）○○医科大学内科学教室又は○○病院内科のように記載すること。

◎　勤務先における身分（医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。

様式第６号（第８条関係）

年　　月　　日

大分市長　　殿

住　所

氏　名

指　定　医　変　動　届

身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師として指定を受けていましたが、今般次のとおり変動を生じましたので届け出ます。

医師氏名		
診療科名		
担当障害区分	視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・肢体不自由 心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓	
変動事項	氏名・勤務場所・廃業・死亡	
旧勤務場所	名称	
	所在地	電話番号（　　）　－
新勤務場所	名称	
	所在地	電話番号（　　）　－
変動年月日	年　　月　　日	

㈱　氏名、勤務場所等に変更があったときに提出すること。

身体障害者福祉法第15条第1項に
規定する医師の辞退届

下記のとおり、身体障害者福祉法第15条第１項に規定する指定を辞退したので届け出ます。

記

医師の氏名		
医療機関	名称	
	所在地	
指定年月日		
辞退予定年月日		
辞退する診療科目		
辞退する理由		

年　　月　　日

大分市長　　殿

医療機関開設者

医　　師

身体障害者診断書作成の手引

令和３年　９月１日発行
大分市福祉事務所障害福祉課
〒870-8504 大分市荷揚町２番31号
TEL 097−537−5786
FAX 097−537−1411

〈この手引は古紙再生紙を使用しています〉