

平成16年度厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

# 身体障害者の障害認定基準の最適化 に関する実証的研究

## 報告書

（第1分冊）

主任研究者

岩谷 力（国立身体障害者リハビリテーションセンター）

分担研究者

柳沢信夫（関東労災病院）

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンター）

平成17年（2005年）3月

## 研究組織

### 主任研究者

岩谷力（国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所長）

### 分担研究者

柳沢信夫（関東労災病院院長）

伊藤利之（横浜市総合リハビリテーションセンターセンター長）

### 研究協力者

佐藤 徳太郎 国立身体障害者リハビリテーションセンター総長

寺島 彰 浦和大学総合福祉学部教授

平成16年度厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

# 身体障害者の障害認定基準の最適化 に関する実証的研究

## 報 告 書

（第1分冊）

平成17年（2005年）3月

## 目次

はじめに

第1章 身体障害者福祉法における障害認定の現状 . . . . . 1  
—障害認定担当医師調査結果—

第2章 身体障害者福祉法における障害認定の課題  
—各分野の専門医からの意見聴取結果（肢体不自由関係）— . . . . . 64

第3章 障害認定に関する文献の整理 . . . . . 72

第4章 諸外国の障害認定の状況 . . . . . 85

- 1 アメリカ合衆国の制度
- 2 ドイツの制度
- 3 フランスの制度
- 4 イギリスの制度
- 5 ニュージーランドの制度
- 6 オーストラリアの制度
- 7 カナダの制度
- 8 デンマークの制度
- 9 スウェーデンの制度
- 10 スペインの制度
- 11 イタリアの制度

まとめ 今後のとりくみについて . . . . . 134

## 第1章 身体障害者福祉法における障害認定の現状

### －障害認定担当医師調査結果－

#### 1. 都道府県実態調査実施内容

##### (1) 目的

身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究の基礎資料とするため、身体障害者手帳交付認定にかかわる専門医を対象として、制度の運用状況や問題点を調査する。

##### (2) 調査対象

都道府県（47カ所）、政令指定都市（13カ所）、中核市（35カ所）計95カ所

##### (3) 調査票 別紙資料1-1、資料1-2、資料1-3、資料1-4

##### (4) 実施期間 平成16年2月1日～平成16年3月31日

##### (5) 調査方法

調査票、および、調査票のEXCELファイルを収録したフロッピーディスクを送付し、調査票に記入後、またはフロッピーディスクにデータを入力後、調査票またはフロッピーディスクを返送、または、EXCELファイルをEメールで送付依頼した。

#### 2. 都道府県実態調査の結果

##### (1) 回収率

①自治体回答数 47/95

②調査票回答数（一部未回答と重複回答がある）

視覚障害用 : 42/95

聴覚障害用 : 47/95

肢体不自由用 : 55/95

内部障害用 : 58/95

##### (2) 結果のまとめ

以下にアンケートの結果をまとめる。

## 視覚障害

### 1. 認定基準について

#### (1) 追加する必要があると思うか

判定しづらいため、現行通りでよい。

患者の立場から2(2)の複視なども追加されることが望ましいが認定基準としては、より難しくなると予想される。

調節障害・動揺視等障害が著明になれば視力障害を生じそのための視力低下をきたすから視力障害の認定で善い。が等級認定基準を両眼視力にするのが早急な改善であり、等級基準の視力値の見直しも当然で長期に放置しすぎである。

必要ない(A医師) 思わない(B医師) 不要(C医師)

複視の評価を現状でない形で評価してあげたい気がします。(現在の複視評価は適切でない)

ないと思います。

追加の必要はないと思います。特に調節障害はあいまいで、自覚的訴えが主となり混乱を招くと思われ

ない

必要なし。理由：例えば、調節障害を加えるとなると老視(老眼)の人はすべて障害者になってしま

必要なし  
調節障害等が視力・視野に反映される障害であれば特別に必要性はないと考える。

今のところ特になんとも思われません。

客観的に数字で判断できれば、追加必要。

基本的に視力障害と視野障害で良いと思う。

追加すべきだが、程度判定が難しい。軽いものを入れると、障害が広がりすぎるおそれがある。

思わない。

原則的には、調節障害、動揺視等についても是非追加するべきである。但し、その判断基準を設定するのは、極めて困難であると思われる。

必要無いと思う。

著しい両眼視機能障害や色素異常も検討すべきと考える。

思わない

高次脳機能障害については別の問題だと思います。

現行でよい

必要はあると思うが、検査方法などの統一化、公正化の徹底が可能か？

認定は難しく、また手帳に該当させる必要はないと思われる。

調節障害などは判断が非常にむづかしいので現在のままでよいと思われる。

ある

不要と考えます。

調節障害は眼鏡で矯正できる。動揺視は視覚障害として把握できる。したがって、調節障害や動揺視を追加する必要はない。

実用視機能を重視する意味で他の障害の追加を検討する事は必要と思います。

必要ないと思う。

調節障害→不要 動揺視→視力障害で判断できそう。

何級にするかは議論しなければならないが、それ以外の障害も追加の方向で考えて下さい。

客観的に障害の判断できる基準の整備が可能であれば、視力・視野に反映されるものであれば必要はないと思います。

動揺視力は追加の必要があると思われませんが、基準の設定が困難と思われま

追加する場合には、日常生活上の支障という観点から、既に認定対象となっている視力、視野各障害とのバランスを考慮しつつ導入の是非を慎重に検討すべきである。

検討したほうが良いと思います。

ある。

必要はあるが、評価判定基準決定が難しいと思われる

追加すべきだが、程度判定が難しい。軽いものを入れると、障害が広がりすぎるおそれがある。

#### (2) 両眼視で評価すべきか

賛成である。以前から、愛知県眼科医会総会などで「両眼視で評価すべき」と中央に働きかけるよう要望している。

両眼視での評価が妥当と思われる。

視力の和で視力値を考えるのが誤りで、議論の余地を認めない無謀（片眼視力が1.5ならばこの人の視力値が3.0となるのを見ても異常さが解るはず）。WHOを参考にすることも無く早期に両眼視で視力検査を行い視力値として等級認定すべきである。

賛成である。以前から、愛知県眼科医会総会などで「両眼視で評価すべき」と中央に働きかけるよう要望している。

両眼視での評価が妥当と思われる。

視力の和で視力値を考えるのが誤りで、議論の余地を認めない無謀（片眼視力が1.5ならばこの人の視力値が3.0となるのを見ても異常さが解るはず）。WHOを参考にすることも無く早期に両眼視で視力検査を行い視力値として等級認定すべきである。

一案であるとはおもうが。

両眼視ですべき。（A医師） 両眼視で評価すべき。（B医師） 両眼視で評価すべきだと思う。（C医師）

その方が実際の状態に添っていると思います。

片眼視で視力障害があっても両眼開放視力で視力がでる場合とでない場合とあり、両眼視のほうがいいかもしれません。是非ご検討下さい。

現在の矯正視力値の両眼の和の方法は単純で明解なやりかたでこのままで良いと思います。両眼視という観点から視れば、立体視つまり遠近感があるかどうかと言うことになり、理論的には、両眼のある程度の視力が必要とされたたとえば片眼が1.5で片眼が0.2や0.3位でも立体視はむつかしく認定の可能性が出てきます。

両眼視で評価

現行でも差し支えなし。但し、WHOに合わせる必要があれば、慎重に基準を決めることが大切。理由：3級を例にとると、「片眼0.08、片眼0」と「両眼0.04」とを比較すると、文字を読むためには、前者がやや有利、行動の面からは後者がやや有利です。ケースバイケースですが、「視能率」という点からは前者でも決しておかしくないと思います。

両眼視視力での判定の方が良いと思う

両眼視にすべきと考える。

同感です。

両眼視力の方が日常生活という観点からは妥当。しかし、複視の場合もあり、評価が難しい。

両眼視での視力評価の方が良いと思うが、片眼が0.1、もう一眼が0の患者と両眼とも0.1の患者が同じ等級になってしまうのも問題がある。

両眼視で評価すべきである。

賛成。

両眼開放下での生活が日常であるので、是非検討するべきである。

両眼視でよいのではないか

両眼の視力の和をもって認定することはおかしいと思われる。両眼での視力をもって認定を行うことが適切かと思う。

片眼視力も考慮した上で最終的には両眼開放視力にて評価すべきと考える。

両眼視で評価すべきと考える。

今まで通りでよい。

両眼開放での最適矯正視力で矯正すべきと考えます。

評価は両眼視でよいが、単眼の視力検査もおそろかにしてはならない。

両眼視での評価が良いと思われます。

WHO基準を採用した方がよい。

両眼視で評価することは日常生活と結びつきがあり評価できる。

両眼視が望ましい

両眼視がよいと思います。

日常生活能力の判定には、両眼視での等級認定の方がよりふさわしい。

両眼視での等級認定について検討する必要があると考えます。

両眼視で評価すべき。

両眼視で評価すべきと思う。複視のある方は、別に考える必要あり。

両眼視の評価に賛成です。

障害者の日常生活能力の観点からは、両眼視で認定する方がよいと思います。

やはり、世界基準の方が意味があると思います。

単なる個別のデータのみを重視することなく、日常生活能力という観点を認定上加味することは重要であると考えます。

両眼視で評価するほうが実際的だと思います。

両眼視で評価すべき。

両眼視も評価すべきでしょう。

両眼視力で評価すべきである。

### (3) 5級と6級の実態と運用上の問題

(2)の判定方法にすれば、解決する。

(2)での評価となれば、解釈されるのではないか。

視力の和とするのが諸悪の根源で、両眼視力で視力値を出し等級認定すべきでそれを放置しておいて、後述の矛盾した視野障害を改善するのはおかしい！視機能障害者の救済をするには視野も重要な項目ですが、結果はやはり視力が主体になり重視されるべきであるはずで、視力の等級認定基準にも救済の方向で手直しすべきです。

認定の細かいところを言えば矛盾に見える所はいくつもあるでしょうが、公平という点からは数字で決めなければいけないので、やむを得ない。

(2)と同様両眼視ですべき。(A医師) 両眼視での評価基準を作るべき。(B医師)

片眼では0.1、0.2でも両眼開放視力で0.2の場合もあれば視力が調節によりでる場合もある。0.01と0.6より0.1と0.2の方の他が見にくさを感じることが多いかもしれないので、改正を検討すべきと思前者の方が後者よりはるかに生活には不自由だと考えられ矛盾しています。因に、後者の方の場合0.6の視力の眼が150°以上の視野があれば原付免許は与えられます。

(2)のように改定すればよい。

等級の不公平は、これに留まりません。等級にそって判定しているので、運用上の問題はありません。最初に決めた意図が分かりませんが、6級は両眼視機能(遠近感・立体視)の障害を重視してあるのではないのでしょうか。5級は現行で妥当だと思います。

両眼視力測定により行えば前者も認定の対象になると思う。

両眼の和ではなく、両眼視を採用することで解決されると思う。

多少の矛盾も感じますが、代替案もなく、現状で問題ないと思われま。

級まで両眼の視力の和で認定していたものが、6級で突然片眼ずつの視力の評価になってしまうので実例のような矛盾が生じる。視力に関しては6級の基準は再考すべきだと思う。

これも両眼視で評価すべきである。

両眼視力で判定すべき。

片眼が光覚であっても他眼が0.6であれば、まず普通の生活が可能である。(2)にあるように、両眼視下での視力で評価するべきで、仮に片眼0.1他眼0.2とすると、両眼視では0.2場合が実態にそぐわない。本人の不自由さを勘案すべきである。

両眼での視力にて認定を行えば、こういう事態は起こらないと可能性が高いと思われる。

5級と6級の程度の違いが分かりづらい。片眼が0.02以下であれば、他眼の視力との和が5級以上に該当するか、又は他眼は正常なため、障害に該当しない事が多い。また、現在の基準では、日常生活能力が明らかに悪い例が認定されない可能性があるため、両眼開放視力を考慮して視力の評価をすべきと考え。

前者の矯正視力の和が0.3と後者の良い眼の視力が0.6を比較すると、認定の対象とならない前者の方が日常生活に不自由していると思われまますが、運用上の問題は、現在のところ、発生していません。

道路交通法では運転免許の視力に関しては両眼視視力である。文中の例では前者は6級にも該当せず原付免許も不可であるが、後者は6級に該当し、しかも原付免許も可となり矛盾が生じる。

特に問題となったことはない。

いつも矛盾を感じています。

問題ないと思う。

今のところなし。

患者への説明が難しい。

ここに述べている様なことが起こるが基準を作るには良い方法の一つであると思う。

視力の和とするのが諸悪の根源で、両眼視力で視力値を出し等級認定すべきでそれを放置しておいて、後述の矛盾した視野障害を改善するのはおかしい！視機能障害者の救済をするには視野も重要な項目ですが、結果はやはり視力が主体になり重視されるべきであるはずで、視力の等級認定基準にも救済の方向で手直しすべきです。

特に問題となった事例はない



0.1以上の時、生活上の「両視力の和」ということはあまり役に立たないと思います。両眼の矯正視力0.3という時は、実質0.3とすべき。0.1以上は片眼でも良い方の視力のみ採用すべき。片眼失明、またはそれに近い状態は、立体視ができない遠近感がないなど、障害の程度が大きい。したがって、現行の認定基準はそれなりの意味はある。視力障害の認定は「両眼矯正視力の和」と「両眼視」の二本立てが望ましい。

(1)(2)と同様な面がありますが、両眼視能の障害を片眼の視力が悪いことから評価できる一面もありますので現在の方法の利点もあるが、数値等を検討する必要があると思います。

運転免許がとれないという意味で他眼0.6は意味あると思う。

問題あり、改善すべき。

今後、両眼視の視力で考えていけば、これらの矛盾は改められると思う。

現行では、認定基準どおり認定しています。日常生活能力を認定に取り入れるならば、上記の両眼視による認定が望まれます。

現状では、基準に従うしかないと思います。

実態としては、視力の和が比較的低いにもかかわらず認定されないケースはある。ただ、統一的な取扱いが求められており、公平の観点からすれば矛盾を抱えたまま認定を行っているのが現状である。

上記のような、中心視力が両眼とも悪い人でも身障者に該当しないケースでは、視覚補助具の購入が全額自己負担という実態を考えると視力障害の等級の見直しが必要なのかと考えます。

現状で良い。

片眼が0.6で視覚障害というのも少し問題があるとも考えられますので、片眼が0.2~0.3以下と限定してもよいでしょう。

これも両眼視力で評価すべきである

#### (4) 視野障害損失率導入の字たちと運用上の問題

視野の判定は「求心性視野狭窄であって、その上で狭いもの。」とされているが、大きな中心暗点の場合や、網膜色素変性症などでは、視野障害はあるのに、該当等級が無いのは問題である。

損失率の理解が完全に成されていないのか視野測定基準が明確でなく理解されていない。全てが560度で考慮されて提出されますが、1/4指標で求心性視野狭窄が10度以内の場合には1/2指標で中心視野を測定して視能率は560度から算定しますが、周辺視野が10度以内で無い場合も1/2指標で中心視野を測定して視能率を560から算定してくるのが大部分で2級と申請がくる。緑内障末期には1/4指標でのイソプターは中心部と周辺部が切れていれば、周辺視野の残存は無視して、1/2指標の中心視野(10度以内)の視能率(当然80度)を出し損失率を出せばよいとなった様ですが、これでも560度で申請されております(結果は同じになりますが560ではなく80です)これでは緑内障以外では救済されにくく、残存周辺視野では実生活に不都合だから救済というならば1/2指標の中心視野測定だけに変更されれば良いのでは?10度が最善ではないから15度以内の中心視野でも良いですが、これだと120度ですから560ではなく120となります。緑内障だけとか病名で差別するのではなく、単純明快に誰がどのようにしても同じような等級になり救済出来るのが本場で、検査のやり方や申請の書き方で2級であったり5級になったりするのとは異常です。視力1.2あるが残存視野が無く2級とかの例もあるそうですが、視力0.1と0.03でも残存視野(周辺)があれば5級です。視野の損失率の出し方が正確になればその率によって視力値の換算(両眼視力が0.08がその50%の0.04)とかする方法を議論して最終的には視機能は視力値が主であるべきでは?

1 記入に際してきわめて面倒。 2 視力・周辺視野と合わない例の多発。

損失率の意義が不明。視力か視野のどちらかですべき。(A医師) 特になし(B医師) 自動視野計による損失率でのデータも認めていただきたい。(C医師)

求心性狭窄がないのに損失率を記入する先生がかなりおり、障害認定基準の視野障害の所にわかるように記載していただきたい。

今のところ特にありません。

視能率で等級が判定される疾患が、網膜色素変性にほとんど限られていることが問題。現行の判定法では、障害の程度からは網膜色素変性なら該当する程度でも、緑内障で不規則な視野狭窄の場合には、10度以内という規定にしばられて視野障害に該当しない場合もでてくる。

ゴールドマン視野計を標準にしたことが問題。視野計をゴールドマン視野計にすると、暗順応した状態でそくていするので、暗順応に障害のある網膜色素変性の場合、他の視野計で測定した場合や明るい箇所での視野よりかなり狭くなる。また、指標も1/4と1/2とで、視能率を測定すると、視力1.2あっても、視能率で95%以上の損失率で2級となってしまう場合もでてきている。この場合、明るいところでは殆ど支障なく、読書などにも支障がない。網膜色素変性以外の疾患で2級(視力障害)の人とかなり不公平な結果となっている。ゴールドマン視野計と限定するならば、視力の縛りも必要と思われる。

求心性視野狭窄のみならず、全てに損失率を導入し、実際の日常生活の不便さに等級を近づける。視野での認定は、まず視野異常（狭窄）をきたす疾患が存在することが前提であるのにもかかわらず、視力低下のみの疾患で単に視標が見えないということで認定を申請する眼科医が多い。ゴールドマン視野計を用いた場合の視標が、周辺視野ではI/4、中心視野ではI/2となっているが、高齢の患者などではこの指標自体での検査が困難なため正確な検査ができず、検査結果が異常となってしまうことが多い。また、「身体障害認定基準の取扱いに関する疑義について」には、求心性狭窄の場合I/4での視野が10度以上であっても、I/2で損失率が100%であれば2級相当であるとなっているが、これは矛盾していると思う。

損失率を算出する上で必要な中心視野を測定できない場合が少なくない。大きい視票を用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。

視野障害が認定基準に追加されたことは良いが、損失率の基準が不明確である。実際に求心性5度以内と10度未満とで、実用的には不自由さは変わりなく大きい。また、周辺部が残っている場合の基準（損失率の計算も含め）が必要と考える。

視野障害については多くの矛盾点がある。10度以外の周辺に残っている島状視野の扱いなど、整理されることを希望する。

中心視野については、10度以内、5度以内、損失率1/2以上の三段階の認定にすれば良いと思う。

原因疾病が複数重なっている場合、I/2、I/4の視標では視野がでないことがあるが、求心性視野狭窄を客観的に証明できない場合、疾病の種類等を根拠としてもよいのか。

I/4で10度以内でない場合損失率は考慮されないということを知らない眼科医が多くて困る。よいと思います。

I-2、I-4だけでは狭窄の内容がわかりづらいのでV-4の視野が必要と思います。

静的視野の評価

現在ゴールドマン視野計を使っている所は非常に少ない。殆どが静的量的視野を測定している。ゴールドマンでI/2の指標は少し視力が低下していれば10°以内の狭窄となり、実際のでない。I/4にすべきである。損失率90%と95%では殆ど差がない。

視野障害の4、3、2級は、I-2の視標で10度以内かつ求心性視野狭窄であることが求められている。秋田県では、内規を作り、求心性狭窄をきたす疾患（緑内障、網膜色素変性症、視神経症ないし、その類似疾患）のみに限定した。

視野のパターンをどう考えるかが眼科医によって異なり、もう少し厳密な規定をつくるべきだと思います。かなり混乱しています。

求心性視野狭窄に該当しない視野障害については視野欠損1/2でしか障害に反映されない。

I/4で10度を少しオーバーして、I/2が全くとれないときでも5級相当というのに違和感を感じます。

①中心性視野狭窄の定義のため、2級と5級との格差が大きいこと。②中心暗点なのか輪状暗点なのかで取扱いが異なること（日常生活上支障については変わらないと思われる）

煩雑である。

もう少し使いやすく工夫すべきです。

損失率を算出する上で必要な中心視野を測定できない場合が少なくない。大きい視票を用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。

#### (5) 高次脳機能障害などの認定はどのようにすべきか

大変難しいが、一般眼科医では判定できない。専門的な医療機関で、認定をすべきである。

脳機能判定を主判定にすべきで、視機能といっても脳機能が元です。

認定しないでもよい。（公平性の観点から安易に認定すべきでない。）

脳障害知能障害者については別の基準を設ける。（A医師） 1級とすべき。（B医師） 実際判定する私も困っています。（C医師）

所見が明確であればそれを認めていく方向がよいと思われる

明らかに視覚野の障害が脳の検査所見でわかれば相当する障害を推定するが、視覚障害の認定は困難と思われる。乳幼児の視力を検査するいくつかの検査を試してみると参考になると思います。

視覚誘（導）発電位（VEP）やERGなどの電気生理学的検査法を取り入れていくべきと思われます。

眼科以外での認定が望ましい。

他覚的所見を重視して、眼科的に判断する。眼底検査で視神経萎縮の所見があるとか、瞳孔反応やCTやMRIなどの画像診断で脳に障害が明らかに認められる場合など、医学的に判定することはそれほど困難なことではない。視力が測定できなければ、手帳の認定をしないというのではなく、専門的に検査できる施設に依頼すべきである。

眼科での認定には無理がある。

眼底所見や対光反応の有無により、明らかな障害を認められる場合は可能と思われる。

申請者の判定。「総合所見」等で所見から推察される機能障害につき第三者にも納得できる説明が書かれるべきだと思われる。申請者の書き方によります。

3歳未満の場合、3歳すぎて認定。VEP等で必要があれば認定する。

眼科学的に高度の視覚障害をきたす病変があれば、推測での認定もある程度可能だと思う。眼科病変がなく、中枢性視覚障害が疑われる場合の認定は難しいと思うが、そのような高度の全身障害がある患者は、視覚障害以外での認定でも充分ではないか。

3歳未満では未熟児網膜症などを除き、発育によって障害程度が変化する可能性があり、1、2級低い程度で認定すべきであろう。

判断できない。

これも、他覚的に評価できる基準を作るべきである。視覚誘発脳波などで評価できる施設はよいが、一般的ではなく、どの施設でも判定し得る方法を定め、暫定的に認定することが望ましい。

脳障害で対応すべき

視機能での認定は出来ないと思う。視力測定のはっきりする6歳以上での認定が適当であると思われる。ただし、特段の指導等を行っている場合は、3歳以上での認定も否定は出来ない。

VEPやPL視力等も測定すべきかもしれませんが、開業医レベルでは困難である。難しいかもしれないが、日常生活での活動性から障害程度を推定する基準の検討が望まれる。

高次脳機能障害を持った者については、正確な測定値が得られないため、判定困難により障害非該当としています。幼児については、身体障害認定基準の疑義解釈にもあるとおり、将来再認定を条件に常識的に安定すると予想し得る等級を認定しています。

視覚障害の程度が判らないので認定が困難である。

ERGやVEPを施行できればよいが施行できない場合は大目にて通してあげている。

正確には不可能です。従って、明確に見えない例以外は困難です。

わかりません。あるいは視覚機能測定不能者として眼科的障害の有無に関わらず視覚以外の認定基準を設けるか否か。

患者の行動から判断することの出来る基準が必要。

客観的根拠（医学的所見）があれば、指定医師の判断でよい

現場にある程度の判断をまかせ、その意見をもとに判定する。

乳幼児視力判定法であるPL法で視覚機能を測定する。

他覚的な検査で評価できるなら、認定はしても良いと思われます。（現在でも認定している例はあると思われます）

1級くらいならおおよそその行動で判断できるが、軽いものは不明である。

現状のように医師が総合的に判定せざるを得ない。

総合的にすればよいと思います。

眼底所見等医学的に根拠のある所見に基づき認定すべきであると思います。

他覚的所見（眼底所見、CT・MRI所見、VECP、ERG、日常行動）を総合して判定してよいことにすべきと考えます。数値にこだわりすぎるのは非人間的対応と思われます。

客観的なデータによることが出来ない場合は、原則、データが得られる段階で評価を行う取扱いとし前眼部・中間透光体・眼底所見と、日常生活行動を総合的に評価して認定するしかないと思います。

眼科専門医の判断で仮の認定を行い、15歳頃に数年経過をみている医師が決定したらよいでしょう。

3歳未満では未熟児網膜症などを除き、発育によって障害程度が変化する可能性があり、1、2級低い程度で認定すべきであろう。

(6)対数視力に変わろうとしているのをどう思うか

まだ、時期尚早と思われる。

現在の日本での測定方法にはなじまないのではないか。

認知度が低く、混乱を招くだけ。先ず両眼視の視力値と基準の改正が必要！現行が何年放置されていたかを考えると生存中には期待してはませんが、抜本的な視機能障害救済基準の完成を精力的に断行してください！一部緑内障末期や網膜色素変性症や糖尿病に限定するので無く、視機能異常者を他の福祉救済以上に手厚くするべきです！

それでもよいが、臨床現場に混乱を生じる。

低視力者については、対数視力の方がよい。(A医師) 時期尚早。(B医師) 分からない。(C医師)

導入が望ましい

一般の眼科(ほとんどの所)は対数視力表がないため、主治医が診断書を書けなくなります。

logMAR視力を採用する必要は現時点では全くないと考えます。LogMAR視力表を設置している医療機関はほとんどなく計算式で換算するのは、かなり複雑です。それに、たとえば小数視力(今のやり方)1.0はlogMARでは0.0で小数視力0.1はlogMARで+1.0となり、一般に理解してもらえるでしょうか。

一般人に分かりにくいいため、現状のままがよい。

視力はあくまで、現行の小数視力で行う。対数視力は、治療効果の判定や、視力の向上などの研究的な視力には有用である。研究面では、対数視力でなくてはものが言えないのはいままでもない。しかし、日常の眼科診療や学校での視力測定などの実際面は小数視力が適している。対数視力は、最近の傾向ではなく、以前からあったもので、実用にそぐわないため普及していません。

今のままでよい(臨床的にはまだ普及していない)

実際ので広く採用されていることが条件と思われる。

当面はlogMARから数値で示して記述してもらえばよいと思われます。いまだに5m視力表からの視力値のほうが圧倒的に多いので。

log MAR視力は、まだ一般的に普及していない。

まだ一般的ではないと思う。

対数視力はまだ一般に用いられていないから適當ではないだろう。

今のままで良い。

賛同する。

当分の間は変更不要

視力測定は現状のままで構わないと思われる。

将来的には対数視力を導入してゆくべきと思うが、普及性を考えると、現時点では時期尚早と思われる。

現状では対数視力はまだ十分普及していないので無理があると思う。

いままででよい。

Log MAR的な段階にすべきだと思います。

両眼で評価するとよいのではないのでしょうか。

ある程度の普及を待ってからが望ましい。

普及していないので現在はむつかしく、又、測定は複雑である。

日常生活能力がより適正に評価できるものであれば導入が望ましい

よくつかわれる一般的な視力表が対数視力に変わるなら、それもよい。

対数視力の方がよい。

現在は対数視力を使用している施設は少ないので、検討課題でまだ良いかと思えます。

対数視力が測定できる装置をもっている所はまだ非常に少く、時期が早い。

クリニックで対数視力表を有しているところがあるかどうか。

log MAR視力はまだ一般的ではないようです。開業医の先生がまだあまり使っておられないようです。

現行と比べ間違いやすい面や慣れもあるかと思われ、今後どの程度普及するかが問題と思われます。

まだまだlog MAR視力がどこでも行える状況ではないため、時期尚早と考えます。

従前の基準との整合性を踏まえつつ、より普遍的な認定基準の導入の是非を慎重に検討すべきである。

当面現行でいいと思えます。

まだ普及するには時間が必要。

対数視力が良いと思われますが、広く使われていませんで時機尚早です。

対数視力はまだ一般に用いられてないから適當ではないだろう。

## 2. 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

### (1) 視力障害、視野障害の実態と運用上の問題

1-(4)と同意見である。

現行の変な中心視野計測基準になって、視野障害者は優遇になった面がありますが、単に視力障害が主の視力障害者の日常生活不便さが冷遇され過ぎです。幾ら視野が狭くても危険を考慮しなければ0.7あれば運転免許は更新可能ですが周辺視野が残っていても0.5では更新できません。まして0.2なら対象外。前述の様に中心視野の損失率を两眼視野の視力値に影響させる計算式を熟慮作成して、判定基準は視力値に統一するという抜本的簡略明解にすべきでしょう！其の規則基準を変更せずに便宜的な一部手直しでは、申請医による差が大きすぎて、あそこへ行けば2級は簡単！あそこは6級にもしてくれないという患者様の噂が出るのは好ましくはない異常です。

全くその通り。最近、高度障害でも、たいていのことが可能な方が多く見受けられる。どちらか等級の重い方をとる。(A医師) その人のライフスタイルにより状況が異なるため、現在のままでよい。(B医師)

視野障害は眼球を動かす(視線をあちことうつつ)域は顔を回転さす事で視野の狭さをある程度代償できますが視力障害は不能です。

視野障害は2級までであるし、現状のままでよい。

手帳の等級は、視力・視野といった客観的に判定できる基準でよい。日常生活能力というあいまいなものは、個人の能力など、視覚以外の要素もあるので、適さない。

重複する場合は等級が上位になることで、対応できていると思われる。

個人差も多いのでは？

視野障害を厳密に審査すればそうでもないと思うが、現在行われている書類審査上では、視野障害についてはかなり甘く、視力障害との不均衡が存在していると思う。

視力と視野の指数を単純に合計する方法は必ずしもよいとは思われない。

①現行の視力基準を两眼視に変更 ②視野基準をもう少し細分化周辺視野と中心視野を数字上で同一視せず、真の視野損失率、視野能率を考慮すると実態に合うと思われる。

付随要素が多いため、日常生活の不便さを視機能から客観的に差をつける事は困難であると思われ

視野障害と視力障害とでは、日常生活の不便さの質が異なるので、どの程度不便さに差があるかは、比較しづらい。

視力障害、視野障害の不便さの比較は難しい。

問題を指摘されたことはない。

行動(移動)と視力による情報取得は別の不便さですから、比較することそのものが難しいです。

(残存視神経線維数を計算できれば統合できるかも知れませんが)

網膜色素変性症の様な場合は、夜盲を伴っているので、等級を上げるべきだと思う。

severeな方(1~2級)はあまり変わらないのですが、それ以下の方に症例により(同じ級数なのに)かなりの差があるようです。

視力障害と視野障害は本質的に異なるので、障害程度を等級で比較することはできない。

視野障害がI-2で判定されるために両等級間の軽重の差が出る人が多い様に思います。V-4等の大きな目のインプターを判断することで視野障害のあいまいな部分を少なくできるのではないかと思  
高度視野障害の方が日常生活でははるかに不便である。(一人歩き不能) 視力障害は高度でも視野が広ければ一人歩きが可能である。自転車にでも乗れる。

むずかしい問題。

視力障害と視野障害の重複する場合は、指数により上位等級となる場合があり対応できていると思われ  
れます。

御指摘の通り差があると考えます。

厚生労働省の示す認定基準上、視力障害における複視の取扱いには記載があるが、視野障害における複視の取扱いについては記載がなく、日常生活上支障があるにもかかわらず、申請すら行われていないケースもあり得ると考えられる(当県では、平成16年に1件申請あり)。

日常生活行動の不自由さは視野障害の2・3級の方が大きいことがあると思います。

問題はありますが、等級の上の方を取ればよいでしょう。

視力と視野の指数を単純に合計する方法は必ずしもよいとは思われない。

## (2)複視がある場合の認定について

片眼遮閉して、良い方の眼の視力で判定する。

認定基準に追加されることが望ましい。

不便さは理解できますが、視力の程度が問題で、片眼遮蔽での生活指導と片眼だけの視力で視力値判定するのが妥当では？

片眼0との判断のままでよい。

複視は別の基準又は従来どおり。(A医師) 単眼視させ、視野視力を単眼として評価。(B医師)

現在の区分は不適切と思われる

プリズムや手術で治らない症状固定している複視に関しては、片眼の良い方の視力視野のみで障害がないか判定する。プリズム等で矯正可能であれば両眼の機能を参照する。

複視では認定の必要はないと思われます。複視は後天性に生じた直後は、かなり生活に不便ですが症状固定の時期では、たいてい片眼の視覚抑制が起こり、それほど生活には不自由しないものです。

特に不便を訴えられた事例がない。

複視については、すでに、片眼しか使えないと考えて、0.6以下であれば6級になっている。これで、良いのではないか。なお、複視は、程度によりプリズム眼鏡あるいは眼筋の手術で矯正できます。

手術、プリズムメガネなどでかなり改善される場合があるので、身障としての認定は難しいと思う。非優位眼の視力を0として取り扱うことで認定している。

結局は片眼を閉鎖した状態での障害認定となるかと思われます。

片眼遮蔽で良い方の視力で認定してはどうか。

非優位眼を0とみなす方式で良いと思う。

高度な場合は認定すべきだが、判定基準を厳密にすべきで、軽いものや一時的なもので認定すべきでない。

プリズム眼鏡や手術の方法あり。また、片眼を遮蔽する方法あり。特に認定は必要なし。(片眼の人と不公平感が出る。)

複視が固定している時は視力の良い者ほど困難を訴える。従って、両眼視での両眼単一視の領域(この測定法は確立している)から判断するようにすべきと考える。

視力障害の判定を両視野で評価することになった場合には、認定基準に加えられるべきである。

慣れの問題もあり、認定は困難であると思われる。

複視のため片眼を遮閉しないと日常生活ができない場合は遮閉眼の視力を0として評価すべきと考える。また、両眼視機能障害を視覚障害のひとつとして検討すべきではないかと考える。

複視は視力、視野障害のように程度を判別するのが難しいと思われる。また、必ずしも、程度と日常生活の不便さが相関しないと思われる。

7級にしてあげてはいかがでしょうか。

片眼で十分見えれば障害認定できないと考えます。(そうでなければ、方眼失明は無条件に障害認定となります。)

難しい問題ではあるが、年月が経てば単眼視となり複視が消失することもあるので、一概に言えないが、実際問題としては5~6級と認定すべきではないか(要再審査の上)

実際に複視がひどいのに視力が良い為、日常生活ができず、かつ、認定がなく苦しんでいる方がたくさんいます。

認定するのは良いが、詐盲と同じことが生じやすいと思われるので注意する必要がある。認定がむづかしいと思う。

認定する場合、複視の程度、日常生活の不便の程度について客観性の高い評価方法を確立する必要がある。

複視については認定しても良いと考えます。

複視で日常生活が不便な場合は片眼を遮蔽する必要がある。したがって、日常生活能力としては、片眼失明と同等に扱われるべきだろう。

内容によっては片眼のみを視力として認定しても良いのかと思います。

正面視での複視でプリズム眼鏡で容易に複視がなくなる場合(血\*斜視など)は非常に不便であるので片眼視と認めればよい。側方視の複視はそれほど不便はない。

片眼失明と考えてよいかどうか、わかりません。

例えば、視力が両眼1.5でも複視があればかなり支障を生じています。特別に障害程度として設けるべきだと思います。

認定基準上、両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼を視力0として扱うことになってい片眼を遮閉すれば、複視は解消するので、仕方ないと思います。

複視の客観的データ及び支障を生じているという指定医師の所見を得られるならば、認定すべきと考えられる(厚生労働省から既に回答あり)。

片眼失明している人でも、他眼が視力0.7以上あれば障害者にはならないことを考えると、複視での認定はこれまでどおりの方針でよいと考えます。

判定の基準が難しい。

複視は治癒することが多く(手術を含め)、恒常性のもののみ認定すべきです。

高度な場合は認定すべきだが、判定基準を厳密にすべきで、軽いものや一時的なもので認定すべきでない。

### 3. 認定時期について

#### 再認定時期、実態と運用上の問題

身体障害者手帳をすでに持っており、白内障の手術をしてずいぶん良くなっているかたが多々ある。手帳交付者全員に対し、5年毎等、定期的に再認定すべきである。（1、2級で症状変化のないかたは除く。）老人性白内障の病名のみで、体調不良（糖尿病、胃炎など）・老衰等の付記があるものは障害認定をしているが、このような場合については体調がよくなり手術を施行する可能性がある。手術を施行したかどうかの確認も兼ね、2年後の再認定としたほうが良いと思われる。乳幼時期に認定したものは、6歳時に必ず再認定すべきである。

改善する視機能異常は少なく、増悪が大部分ですから、悪化すれば不満があれば申請医が判断して再認定申請すれば良い。

特に感じない。

3～5年で再認定すべき。（A医師） 3～5年で全例再認定とすべき（B医師）

手術等で回復可能性のある場合において本人が希望しない場合です。

改善不能な場合の一級は妥当だが、2級や手術加療により、改善するかもしれない疾患の「認定なし」はおかしい。

「5年に一度位は、免許の書き換えのように義務付けたらどうか。3歳以前に判定を受け、大人になっても同じ手帳を所持している人が珍しくない。白内障手術など手術を受けたら必ず再判定が必要と考える。」

3歳未満児については、6歳時点での再認定を要綱で定めている。又、手術等により軽度化が予想される場合も同様に扱っている。

OP拒絶の場合、OP後認定の判断があってもよいと思う。

回復の見込みのない高度障害（1級）は必要ないが、その他は認定医の判断に任せるしかないと思う。再認定の時期を示して、その時期に再度診断してもらうことにしているが、実効性をあげるためにはその時期を過ぎれば失効するぐらいの運用をするのが理想。

日常生活で支障があり、認定による恩恵がある（リハビリが必要と思われる）場合に認定すればよい。しかし、現病が活動性で治癒による回復が望める場合は、当然見あわす。治療中であっても進行性であれば、希望すれば（又はリハビリしたほうが生活が良くなれば）認定してよいと考える。

概ね3年で問題無いと思われる。

手術等による改善が見込まれる場合は、再認定を行う必要がある。しかし、症状が固定していない症例に対して再認定の時期を決定するのは困難なことが多く、一律に統一しておいてもよいのではないかと思う。

再認定が必要という項目があることは大変ありがたいと思っております。

白内障手術後の再認定は、術後半年で行うべきだ。

医師によりかなり、その時期にバラつきがあるようなので、疾患毎のおおまかな参考再認定時期を決めておくとういのではないのでしょうか。

本人が申請しない限り、再認定できないため実効性が十分得られない

どのような条件があれば、再認定の時期について記入するかということがはっきりしていないように思います。

白内障手術後1.0の視力が得られても、なお身障手帳の1～2級を持っている者が時々いる。高度障害の人の再調査をすべきだと思う。あるいは通院先の眼科に現在の視力を聞くとか、何かすべき。

現状でいいと思う。

再認定要綱で3歳未満については、6歳時再認定を付すことになっています。また、診断医の診断により認定時期を付したものと、及び軽減化が予想される所見（手術等）の場合は再認定を付した認定を行います。

疾患ごとにある程度決めた方がわかりやすくなると思います。

何らかの事情により手術を行わない場合には、確認を取った上で、再認定を付さない場合もある。

申請書を書いた医師が判断し、再認定の時期を明記するのがいいと思います。

再認定は同一眼科専門医がすべきで、それが困難なときは再認定医と障害者の理由書が必要とすべきです。

再認定の時期を示して、その時期に再度診断してもらうことにしているが、実効性をあげるためにはその時期を過ぎれば失効するぐらいの運用をするのが理想。

### 4. 症状固定の時期について

## 実態と運用上の問題

治療中の場合、症状固定の時期は難しい。一応症状固定として、1年後に再認定をつけ判定することがある。

個体差がありすぎますから、各症例：申請医の裁量にすべきで行政の関与すべき事案ではない。書く必要はない。

徐々に悪化傾向のあるものについてはその都度認定する。改善の見込みがある者については、発症後6ヶ月。(A医師) 明確な時期は分かりかねる。(B医師)

白内障など治療の前に障害認定をうける場合は、現在の症状としては固定していても、手術等うけた時は必ず再認定をうけるようにしないと適切でないと思います。

この場合も3.と同様に手術後本人が希望しない(拒絶等)の場合です。特に問題はなし。

「症状固定日を記載させられるが、あまり意味がない。進行性の疾患などが症状が固定することはない。」

脳血管障害、球後視神経炎等で、発症後1ヵ月程度で申請があり加療後一定の期間を経過し、症状が固定した時点での診断をお願いしたことがある。

「症状固定」とする判断は難しいと思われまます。

発症後短期間でも回復不可能な疾患もあるので、弾力的に判断していいと思う。

疾病によって異なる。

症状固定しないと認定しないということではなく、回復が望めなく、現在で支障があれば、活動性であっても認定してよいと考える。そのほうがリハビリを早期に開始でき、効果も大きい。

症状固定の時期については、15条指定医の判断に委ねて問題はないと思われる。

症状が固定していない症例に対しては、再認定の時期を設定するので、障害固定時期を記載する必要がないと考える。

白内障による視力障害により身体障害者手帳交付申請される場合が多く見られます。白内障は、手術の予後が良好なため、術後の診断による障害の評価が適当であります。白内障による視力障害の診断が時期尚早であることへの指定医師の理解が浸透していません。障害の評価にあたっては、老化による体力減退により手術を受けられない等諸々の事情が想定されますが、時期尚早により身体障害者手帳交付申請を却下しています。

病気によって違いますので…

固定が明確なものについては、其の時点で検査の上、実態に即した診断、判定を行うべきだと思う詐病に留意

上記3と同様です。特に「オペ」をしたか否かなど、この点に関しても参考基準を作成した方がよいのでは？

症状固定の時期とはどのような事を示すのか、又必ず記入する必要があるのかということがはっきりしていないように思います。

我々には殆ど意味がない。

現状でいいと思う。

脳血管障害が原因とした肢体不自由の場合は、3ヶ月未満の場合再認定を指導する等の疑義解釈があるが、脳血管障害を原因とした視覚障害の場合は固定時期について判断が分かると思います。

症状固定の時期も申請書を書く医師が判断して明記するのがいいと思います。

Case by caseでしょう。

疾病によって異なる。

## 5. その他意見

視力が0.6、周辺視野30度で、中心視野はゴールドマンのI/2で0という申請が時々ある。視力があるため、視野が測定できない点が疑問である。視野の測定についてはもう少し厳密にし、視野の指標基準を見直す必要があるのではないか。

視野は自覚的検査であるが、症状と合わない視野図の記載が余りに多い。

高次脳障害、知能、精神障害者、高齢者、若年者、所得等による等級認定基準。(A医師) 特になし。(B医師) 自動視野計による視野測定の認可を是非お願いします。(C医師)

病院によっては患者さんの希望によって判定基準が異なったり、診断名と検査データが合わないことがあり、困る場合があります。(来所してもらい認定しますが…)



視野障害について、視野狭窄をおこすような疾患がないのに視力が悪いから I/4 の指標がみえないので 5 級相当と求心性視野狭窄はおこりそうにない病名で I/2 の指標が見えないので 2 級を申請される場合がめだちます。周辺視野は V/4 (現在の診断書の周辺視野図の破線でかこまれた正常範囲は V/4 によるものと思いますので V/4 で判定する方がわかりやすいと思います) で行い、求心性視野狭窄についても V/4 での周辺視野を添付していただければ判定しやすいのですが、いかがでしょう。

求心性視野狭窄の判断に困ります。低視力で I-4 の指標が見つらければ結果的に周辺視野も殆んど得られません。元来は網膜色素変性症のような求心性障害をきたす疾患に適用される様考慮されたと思われませんが、糖尿病網膜症(とくにレーザー後)や黄斑変性等にも適用させて申請してくる先生方がいますし、判定者自身も判断に困る事があります。

一般診療医に対する教育をホームページ等を通じて行うとよいと思う。講習会を開いても参加は少ないだろうと思われる。症例集等の具体例をいつでもインターネット上から知ることができるようにすることが望ましい。現在、リハビリテーションに対しては保険点数がつかないので、積極的に認定を希望する医師や人が少ない。そのためは、点数化が急がれる。

視覚障害の判定は自覚症状によるものが強く、他覚的所見と一致しない事が多く判断に窮する場合があります。複数の医師の診断が出来るようなシステムも検討していただきたい。

公平であることと患者さんの役に立ちたいという間で悩みます。

①医師、施設によりバラつきがある。②解釈の仕方にバラつきがある。特に視野障害の求心性視野狭窄に関し疾患と限定するのか(例えば緑内障、網膜色素変性症)、全く限定しないのかなど、統一を図るための勉強会や更新のための研修会をやったらどうでしょうか。

白内障で視力障害があり、本人が手術をしないといわれた場合の認定にとまどう。

診断書を本人に渡さず、直接医師から\*場の方へ送るようにしてほしい。

明らかに詐病と判っても、書くよう強要される。また記載した診断書に不満を云う。

詐病が明らかで診断書を書くことを拒否しても、他院に行って簡単に書いてもらう。この場合、前医師が診断書-詐病の-を役所に送っていけば不正が判ると思う。

新患で身障診断書のみ希望してくる場合には、前医の診断書か紹介状をつけるよう義務づけられたらいいと思う。

視野障害の認定が実態に合わないところがあり、一般眼科医にわかりにくいのではないかと思います。

## 聴覚障害

### 1. 障害認定基準運用の実態について

#### (1) ガイドラインと同じか

同じ	43
異なる	5
未記入	0
プリントなし	0
合計	48

\*同じプリントで複数回答のため1不足

#### 異なる場合、100dB以上の場合

105dBとして	18
実測値	5
未記入	0
合計	23

\* (1) 同じでも回答あり

#### 異なる理由

110dbオーバー→115db、130db→135db

場合により、聴力検査機器、機種名、聴力図を示してもらう

#### (2) 聴取距離による認定の適用

適用していない	32
不能な場合	15
その他	2
合計	49

\*二つ〇あり

#### 記載

申請があれば、これで認定する

耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの 3級、耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの 4級、大声語、話声語、どの程度か正確性に欠けるので適用していない

#### その他内容

殆ど適用していない。

聴力検査が不能の場合、理由を示してもらう。

適用していないが、啓蒙教育活動の時、説明する目安として使う。

#### (3) 1歳未満の乳幼児の聴覚障害の認定について、ABR検査のみの認定があるか、再認定時期は何歳が適当か

ない	12
ある	36
合計	48

\*同じプリントで複数回答のため1不足

#### 再認定時期

1. 5～2歳	1
1歳6ヶ月～2歳	1
2歳	2
2～3歳	2
3歳	17
4～5歳	1
5歳	3
5～6歳	1
6歳	7
3, 6歳	1
未記入	13
合計	49

#### 記載

場合により、ABR検査施行の施設名をきく。施行者の意見を示してもらうことあり。

ABRのみの場合はCOR可能となった1歳半頃再認定を行い、さらにその後決定の為の再認定を行う。

(4) 等級はどの等級が適当か

ABR、COR	26
前記域値の1	9
最低等級	7
その他	4
未記入	2
合計	48

\*同じプリントで複数回答のため1不足

意見

CORなどで確度の高いデータと判断されればその閾値に該当する等級とする。

CORが取れる場合1～3才は有期認定ただし、2級と出ても下位(3級)の等級をつける 3～5才の場合は有期認定で2級と出た場合は2級のまま、で等級をつける

障害の存在は認定しておき、レシーバーによる聴力検査ができるようになってから再認定する  
以後の経過には、良い結果が生まれている経験を得ている。勿論認定医が6級を示している解きは6級としている。事務的にも家族にとっても負担になるが3年後再認定を原則としている。

乳幼児の聴力検査について信頼できる施設で実施された結果で、なおかつ高度難聴が認められる場合、上記として適当と考えている。

CORにての域値を参考とし、今後常識的に予測しうる数値での等級。

診断上、ABRのみでは6級の有期認定とし、再認定を付している。 また、遊戯聴検等の聴力評価が出来ていれば認定基準に合わせて認定している。

必ず再認定が必要である。

再認定により等級が下がる可能性があることを、予め文書によりしっかり説明しておく必要がある。

4～6歳

3年後の再認定を原則としている。

ただし1級未満程度の場合は1級下位が妥当と考える。

CORの閾値に応じて認定する。(高度難聴の場合は当県ではまず4級に認定し、再認定する。)

ABRないしCORにて域値測定が可能な場合はこれで良いが測定できないときは最低等級の6級で認定、再認定時期で等級を変更

日常生活の音への反応等を考慮した上で1～2級下位の等級とした。

ABRのみ：4級を上限 CORのみ：最低2回測定、3級を上限

(5) 認定に窮した事例があるか、内容

ない	28
ある	19
未記入	1
合計	48

\*同じプリントで複数回答のため1不足

内容

岡崎の場合、認定困難なケースは岡崎市民病院へ紹介され、その後、あいち小児保健医療総合センターへ紹介となる。乳幼児の場合の認定は、この2つの医療機関に限られている。

重複障害児でBOA、CORが実施不能のケース。ABR実施も成長すると困難で、痙攣など合併していると実施不能

知的障害を伴った場合

3才でCORを実施して、2級で有期とするか、3級で有期とするか?

ABRの105 dBにも反応のない例

検査不能

少ないがある。申請医師の記載があいまい、不確かなとき、また患者の熱心さが書面に見えるとき、事務上負担あり。

複障害児で検査が困難な事例(発達遅滞+聴覚障害ではBOA、CORは困難)

ABRからの判断

①音に対する反応があるにも係らず、ABR、OAEの域値が取れない場合、②染色体異常などによる精神発達遅滞を伴う場合

ABRによる検査もなく指定医師の経験則で診断された。

等級決定について

知的障害もないのにどうしてもCORができなかった例

ABR, CORでは具体的な等級分類が難しい  
 患者の家族の熱心さが前面に出て、申請医師の記載が曖昧なことがある。  
 知的障害を伴った場合で、十分な聴力検査ができていないもの  
 ABRとCORの不一致  
 年齢が若いと正確性に欠けるので  
 重複障害を合併している場合  
 ASSR検査結果のみ記載の診断書の取扱い  
 知的障害が合併しているのかどうか、不明のとき。

(6) ガイドラインと同じか

同じ	48
異なる	0
未記入	0
合計	48

\*同じプリントで複数回答のため1不足

内容

(7) 知的障害、痴呆などの精神障害についての言語障害認定

認定しない	32
高度難聴あれ	14
その他	2
未記入	1
合計	49

内容

知的障害や痴呆などの精神障害が言語障害の原因であれば、認定しない。

(8) 脳血管性障害による仮性球麻痺についての申請あるか、認定しているか

ない	14
ある	34
未記入	1
合計	49

認定	30
認定していない	2
未記入	1
合計	33

\*あるで未記入1

(9) 認定に窮した事例があるか、内容

ない	29
ある	19
未記入	1
合計	49

内容

痴呆や知的障害によるものやそれをともなったケース、明らかな場合は記\*してないか判断にこまるものが多い

CTなどで明らかな、脳の変化があれば認定はできるだろうが、脳の変化が画面上読めない器質的变化がある時はどうしたらよいか、こまることもある。

窮するほどではないが、認定医の身障法の理解が異なる場面があったり、地域の事務担当者の表現に家族が多く期待を抱いているような初歩的な行き違いがあるときがある。

質問に対し誰でも理解できる言葉で答えるが、その内容がごく簡単な言葉でのみ行われている場合、認定するか否かの境界に悩む。

脳性麻痺における音声・言語障害で画像等で、音声言語中枢に異常のないもの

意思伝達能力の記載があいまいな場合

嚥唾には該当しないが、ある程度聴覚に障害があり、尚かつ幼児期に障害程度に応じた適切な措置を受けることができなかったために言葉が話すことができない事例について国（障害保健福祉部企画課）に照会したところ、嚥唾等によらない社会的な要因の強いものについては障害の対象にならない旨の回答を受けた。しかし、この者は全く言語によるコミュニケーションが取れないにも関わらず、手帳等による福祉を受けることができないため、本当にそれで良いのか不安がある。