

○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人が多いかもしれないので、改正を検討すべきと思います。(1)

○実態にそぐわない。本人の不自由さを勘案すべきである。(1)

○5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となってしまうので事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。(1)

○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。(1)

○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る。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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う。(1)

○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。

○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る。(1)

○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。(1)

[問題なしとして記述されたもの]

○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)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

1-1-4 視野障害について損失率の導入がなされましたがその実態と運用上の問題があればお書きください。

| 問題あり | 問題なし |
|------|------|
| 26 | 3 |

[問題ありとして記述されたもの]

○もう少し使いやすく工夫すべきです。(3)

○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好いのでは？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当で、検査のやり方や申請の書き方で2級であつたり5級になつたりするのは異常です。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）

○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。（1）

○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。（1）

○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。（1）

○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。（1）

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

○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。（1）

○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。（1）

○静的視野の評価（1）

○現在ゴールドマン視野計を使っている所は非常に少い。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、実際的でない。I/4にすべきである。損失率90%と95%では殆ど差がない。（1）

○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。(1)

○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)

○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。(1)

○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。(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。(1)

○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)(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○I/4で10度以内でない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。(1)

○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と思います。かなり混乱しています。(1)

○損失率の意義が不明。視力が視野のどちらかですべき。(1)

○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。大きい視標用いるなど測定方法を工夫する余地もあるだろう。(1)

○視力・周辺視野と合わない例の多発。(1)

1-1-5 高次脳機能障害や言葉でのやりとりの出来ない幼児などで視覚機能の測定の出来ないときの認定はどのようにすべきと思われますか。

[記述内容]

○眼科以外での認定が望ましい。(2)

○視覚障害の程度が判らないので認定が困難である。(2)

○脳機能判定を主判定にすべき(2)

○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。(1)

○認定しないでよい。(公平性の観点から安易に認定すべきでない。)(1)

○脳障害知能障害者については別の基準を設ける。(1)

○1級とすべき。(1)

○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(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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み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。(1)
- 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。(1)
- 患者の行動から判断することの出来る基準が必要。(1)
- 客観的根拠(医学的所見)があれば、指定医師の判断でよい。(1)
- 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。(1)
- 乳幼児視力判定法であるPL法で視覚機能を測定する。(1)
- 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)
- I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。(1)
- 現状のように医師が総合的に判定せざるを得ない。(1)
- 総合的にすればよいと思います。(1)
- 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。(1)
- 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ている。(1)
- 丸前眼部・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。(1)
- 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。(1)

○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。(1)

○視力測定について最近JISでも対数視力(logMAR視力)が用いられるようになり、他の基準もそろそろ対数視力に変わろうとしていますけどどのように思われますか。(1)

1-1-6 視力測定について最近JISでも対数視力(logMAR視力)が用いられるようになり、他の基準もそろそろ対数視力に変わろうとしていますけどどのように思われますか。

| 賛成 | 反対 | 条件付賛成 | わからない |
|----|----|-------|-------|
| 5 | 36 | 2 | 1 |

[反対として記述されたもの]

○時期尚早(20)

○logMAR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。(1)

○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。(1)

○現在の日本での測定方法にはなじまないのではないか。(1)

○認知度が低く、混乱を招くだけ。(1)

○それでもよいが、臨床現場に混乱を生じる。(1)

○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ないでしょうか。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○一般人に分かりにくいため、現状のままがよい。(1)

○今のままで良い。(3)

○両眼で評価するとよいのではないのでしょうか。(1)

○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(1)

○よくつかわれる一般的視力表が対数視力に変わるなら、それもよい。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

1-2 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

1-2-1 視力障害と視野障害の認定等級を比較したときに、同一等級でありながら日常生活の不便さに差があると思われませんが、その実態と運用上の問題があればお書きください。

| 問題あり | 問題なし |
|------|------|
| 16 | 12 |

[問題ありとして記述されたもの]

○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両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し異常です。(1)

○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。

○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。(1)

○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)

○現行の視力基準を両眼視に変更(1)

○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。(1)

○視野障害は眼球を動かす(視線をあちこち移す)あるいは、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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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等の大き目のイソ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います。(1)

○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(1)。

○御指摘の通り差があると考えます。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○問題はありますが、等級の上の方を取ればよいでしょう。(1)

○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)

[問題なしとして記述されたもの]

○どちらか等級の重い方をとる。(1)

○視野障害は2級までであるし、現状のままでよい。(1)

- 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。(1)
- 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。(1)
- 個人差も多いのでは？(1)
- 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る。(1)
- 問題を指摘されたことはない。(1)
- 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)(1)
- 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。(1)
- 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。
- 視力障害、視野障害の不便さの比較は難しい。(1)
- 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ます。(1)
- 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。(1)

2-2-2 複視があり、日常生活にかなりの不便が生じている時の認定についてどのように思われますか。

[記述内容]

- 片眼遮閉して、良い方の眼の視力で判定する方法でよい。(1 5)
- 「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。」(1)
- 特に不便を訴えられた事例がない。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 慣れの問題もあり、認定は困難であると思われる。(1)
- 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。)(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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るべきと考える。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。)(1)

○認定基準に追加されることが望ましい。(1)

○現在の区分は不適切と思われる(1)

○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。(1)

○7級にしてあげてはいかがでしょうか。(1)

○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)(1)

○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。(1)

○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。(1)

○認定がむつかしいと思う。(1)

○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。(1)

○複視については認定しても良いと考えます。(1)

○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は非常に不便であるので片眼視と認めれば良い。側方視の複視はそれほど不便はない。(1)

○片眼失明と考えてよいかどうか、わかりません。(1)

○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と思います。(1)

○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)。(1)

○判定の基準が難しい。(1)

1-2-3 再認定の時期についてその実態と運用上の問題があればお書きください。

[記述内容]

○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。(1)

○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。(1)

- 特に感じない。(1)
- 3～5年で再認定すべき。(1)
- 3～5年で全例再認定とすべき。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- OP拒絶の場合、OP後認定の判断があってもよいと思う。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 概ね3年で問題無いと思われる。(1)
- 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と思う。(1)
- 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。(1)
- 白内障手術後の再認定は、術後半年で行うべきだ。(1)
- 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。(1)
- 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(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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の、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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)
- 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。(1)

○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。(1)

現状でいいと思う。(1)

1-2-3 症状固定の時期について、その実態と運用上の問題があればお書きください。

○疾病によって異なる。(5)

○現状でいいと思う。(2)

○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。(1)

○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。(1)

○明確な時期は分かりかねる。(1)

○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。(1)

○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。(1)

「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。」(1)

○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。(1)

○「症状固定」とする判断は難しいと思われます。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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。(1)

○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性がないと考える。(1)

○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。(1)

○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(1)

○「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？(1)

○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。(1)

○我々には殆ど意味がない。(1)

○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れると思います。(1)
- 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。(1)
 - 書く必要はない。(1)

資料2 国内調査および各分野の専門医からの意見聴取結果の整理（聴覚障害）

1 障害認定基準運用の実態について

(1) 聴覚障害についての認定基準は国の認定基準（ガイドライン）と同じですか？

| | |
|----|-----|
| 同じ | 異なる |
| 42 | 5 |

[異なる内容] ()内は件数。以下同じ。

110db オバを 115db とする。(1)

130db を 135db とする。(1)

場合により、聴力検査機器、機種名、聴力図を示してもらう(1)

聴力閾値が 100dB 以上ですか。

| | |
|-------|-----|
| 105dB | 実測値 |
| 18 | 5 |

(2) 聴取距離による認定（等級表のカッコ書きの部分）はどのような場合に適用していますか。

| | | |
|---------|-------------|-----|
| 適用していない | 不能の場合適用している | その他 |
| 32 | 15 | 2 |

[その他の内容]

申請があれば、適用する。(1)

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、大声語や話声語ほどの程度が正確性に欠けるので適用していない。(1)

(3) 1 歳未満の乳児期の聴覚障害の認定について、ABR 検査のみの認定を行ったことはありますか。

| | |
|----|----|
| ある | ない |
| 36 | 12 |

ある場合には再認定時期は何歳頃が適当ですか。

| | |
|--------------|----|
| 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 |

[意見]

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) 乳幼児の聴覚障害の認定について、等級はどの等級が適当と考えますか。

| | |
|---------------------------|----|
| ABR ないしは COR にての域値に該当する等級 | 26 |
| 前記域値の 1 級下位の等級 | 9 |
| 最低等級の 6 級 | 7 |
| その他 | 4 |

[意見]

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。(1)
必ず再認定が必要である。(1)

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。(1)

3年後の再認定を原則としている。(1)

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。(1)

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。(1)

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する。(1) 再認定 (6)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

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。(1)

1 級未満程度の場合は 1 級下位が妥当と考える。(1)

COR の閾値に応じて認定する。(1)

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。(1)

ABR のみ：4 級を上限、COR のみ：最低 2 回測定、3 級を上限。(1)

(5) 乳幼児の聴覚障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を () 内に記入してください。

| | |
|----|----|
| ある | ない |
| 19 | 28 |

[内容]

染色体異常などによる精神発達遅滞を伴う場合。(1)

知的障害を伴った場合。(1)

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。(1)

知的障害が合併しているのかどうか、不明のとき。(1)

重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）(1)

知的障害のあるとき(4)

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。(1)

重複障害を合併している場合(1)。

重複障害があるとき(2)

患者の熱心さが書面に見えるとき、事務上負担あり。(1)

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。(1)

患者が熱心なとき。(2)

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？(1)

ABRの105dBにも反応のない例(1)

検査不能(1)

音に対する反応があるにも関わらず、ABR、OAEの域値が取れない場合(1)

ABRによる検査もなく指定医師の経験則で診断された。(1)

知的障害もないのにどうしてもCORができなかった。(1)

ABR,CORでは具体的な等級分類が難しい(1)

申請医師の記載があいまい、不確かなとき。(1)

ABRとCORの不一致。(1)

年齢が若いと正確性に欠ける(1)

ASSR検査結果のみ記載の診断書の取扱い(1)

(6) 音声・言語障害についての認定基準は国の認定基準(ガイドライン)と同じですか？

| | |
|----|-----|
| 同じ | 異なる |
| 48 | 0 |

(7) 知的障害、認知症などの言語障害認定について

| | |
|-------------|----|
| 認定しない | 32 |
| 高度難聴あれば認定する | 14 |
| その他 | 2 |

[その他]

知的障害や認知症などが言語障害の原因であれば、認定しない。

(8) 音声機能または言語機能の著しい障害(4級)の具体例C.中枢性疾患によるものとして、脳血管性障害による仮性球麻痺についての申請がありますか。

| | |
|----|----|
| ある | ない |
|----|----|

| | |
|----|----|
| 34 | 14 |
|----|----|

申請があった場合認定していますか。

| | |
|--------|---------|
| 認定している | 認定していない |
| 30 | 2 |

(9) 音声・言語障害について、認定に窮した事例はありますか。あればその内容を記入してください。

| | |
|----|----|
| ある | ない |
| 19 | 29 |

[認定に窮した内容]

知的障害の場合。(2)

発生・発語ができない原因に身体機能の障害と知的障害等の原因が重複している場合。検査不能でデータが得られない場合。経過等が不明の場合等。(1)

認知症や知的障害によるものやそれをともなったケース、明らかな場合は判断にこまるものが多い。(1)

認知症や知的障害による、または、それを伴った音声・言語障害が非常に多く、明らかにそれがはっきりしている場合はガイドラインにそって認定はしていないが、判断できない場合が多い。

(1)

知的障害などで発声・発後ができない場合。(3)

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変化がある時はどうしたらよいのか、こまることがある。(1)

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の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。(1)

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。(1)

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。(1)

意思伝達能力の記載があいまいな場合。(1)

嚙舌には該当しないが、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つたために言葉を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、嚙舌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係わらず、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。(1)

書面のみでの判定なので、3級・4級いずれか判断に迷うことあり。(1)

認定医の身障法への理解が異なっていることがある。地域の事務担当者の説明で家族が誤解したり多大な期待をいただいていることがある。(1)

理解面と表出面に開きがある場合。(1)

3級と4級の判断に窮することが時にあり。(1)

生後4ヶ月の乳幼児の事例：先天性の著しい呼吸困難があり、気管切開している事例。単に気管切開のみでは障害認定対象とはならないが、声帯麻痺があったため音声機能障害として認定した。

(1)

2. 障害認定の原則について

(1) リハビリテーションを中心として障害認定のため、老衰や末期がんなどによる言語障害等は対象としないこととされています。その実態と運用上の問題点をお書きください。

[実態と運用上の問題点]

認定していない。(4)

現行通りで問題なし。(2)

あえて言語障害をとり上げる必要はないので現状でよい。(1)

現状でよいと思います。きりがないと思います。(1)

更生の可能性がなければ認めません。(1)

あくまでリハビリが可能な人を対象としており問題なし。(1)

大体よく理解、運営されている。(1)

末期癌や老衰の場合はリハビリ、リハビリ、更生援護がほとんど不可能でありかつ将来的に社会生活・日常生活への復帰はまずあり得ないことが明白である。他の障害と同様に認定することは問題ありと思う。(1)

法の趣旨からしてやむを得ないと思います。(1)

リハビリテーションを中心とした障害認定で問題なし。(13)

事例はない。(3)

認定基準に合致する障害が認められる場合は認定している。(2)

認定基準に合致すれば障害として認定しています。援護上手帳が必要な場合があります。(1)

癌では管、顎切除後のそしゃく障害、音声障害などについては、リハビリの視点も考慮して認定を考えるべきである。(1)

障害認定基準に合致すれば、認定すべきである。(1)

重障度分類の基準を細かく決めたとしても評価するのが実際には困難かと思います。(1)

明らかに原因の場合は認定していないが、書面で判断しにくい場合が多い。(1)

老衰、末期がんをどうやって判定するのか、検査方法は？ただ見ただけで判定するのなら、定義は不要。老衰と末期がんの定義が不明。家庭訪問をして老衰か末期がんか確定の必要あり。老衰の場合は耳鼻科医が言語障害と照らし合わせてはじめて、老衰又末期がんには対象としないと言える。(1)

末期の場合、一時的に貸し出す人工喉頭、補聴器を持っているため、それを貸し出す。(1)

認定基準に明記されていないため、定まった運用が困難である。(1)

明らかに老衰や末期がんが原因の場合には対象としていない。書面から判断できない場合が多く、問い合せてもはっきりした回答が得られないことがある。(1)

対象としない障害についても、申請そのものは提出されることがあり、リハビリテーションを中

心とした障害認定の趣旨と相容れない場合がある。(1)

老衰や末期がんとする判断が難しい。(1)

老衰や末期がんの場合でも、状態を考慮して認定できるよう改正されるべきである。(1)

(2) 装具をつけないでの認定について

現状では、視覚障害以外は装具をつけない状態で認定しています。そのため人工内耳、人工喉頭、食道発声などで聴覚および言語の機能が改善されているにもかかわらず障害認定がされます。この点についてその実態と運用上の問題点があればお書きください。

[実態と運用上の問題点]

現状の装具をつけない状態での認定で問題なし。(5)

食道発声を除き、装具をつけない状態での認定でよい。(1)

人工内耳、人工喉頭、食道発声は、ペースメーカーや人工関節ほど、正常な状態に近づいていないので、現状の認定基準でよい。(1)

装具をつけても個人差が大きく、評価方法も難しいため現状のままでよいと思う。(1)

現状通りで良いと思います。そもそも障害があるため装具を要するわけで、身体そのものが治ゆ、改善したこととは異なると思います。(1)

人工咽頭、食道発声については、それにより機能改善がされているわけではない。人工内耳については、現在のところは、補聴器の一種とみなしてよい。ただし、現在のものより進歩してチャンネル数が増えれば聴覚上機能改善が期待できる。(1)

ADL重視の考え方に立つならば、体内装具装着後の状態で認定を行うことになるが、障害者がリハビリを行い、装具によりある程度の自立が可能となったとしても、その状態が障害非該当の状態に直ちになりえるか疑問が残る。(1)

現状の装具なしでの認定がよい。特に乳幼児では、たとえ人工内耳、補聴器を装用しても、依然、聴能訓練は必須である。(1)

身障法は社会復帰を目的としたものと考えます。従って、人工内耳も人工喉頭も社会復帰のために使用する補装具の一種であり、しかも両者とも装着後相当の訓練を要します。人によって必ずしも成功するとは限らない（特に食道発声には相当の努力が必要である）点等を考えると、装具をつけない状態での認定が、現時点では合理的と考えます。(1)

電池が切れれば、装具をつけない状態になってしまうやはり装具をつけない状態で認定した方がよい。(1)

人工内耳、人工喉頭、食道発声を行っても 100%機能が回復するものでは無いので、現状で構わないと思われる。(1)

装具着用による日常生活の制限や機能の改善が不十分な場合もあるので現状の障害認定でよいと考える。(1)

装具をつけない状態で認定を行っているが、特に問題はない。(1)

装具を付けて改善があっても、本来の機能はなく種々の不都合、不利、活動の制限などがあることは事実であることから、装具なしの判定で妥当と思います。(1)

補装具をつけない状態が本来の聴力や言語能力ですので、当然非装用での判定をすべきと考えます。(1)

装具をつけない状態で認定している。(1)

現時点で人工内耳での申請がみられる時 Case by Case で判断して認定している。(1)

人工内耳、人工咽頭、食道発声それぞれ、社会生活上すべての人がそれらを問題なく生活できているとは限らない。人工内耳はうまく使えているとしても、機械故障や再手術を要することもある。人工咽頭も機械の故障がおこる。(1)

現状のままでよい。(24)

聴覚障害の場合、補聴器装用による聴力改善があっても、裸耳の聴力が障害認定となる。従って、人工内耳ならば術前の聴力が、人工咽頭や食道発声訓練前の状態が障害認定基準となる。しかし、診断書に治療後は障害がどの程度改善されているのか、追加すべきである。(1)

機能検査方法の統一はかなり困難であろうと推測される。装具をはずせば障害があることには変わりなく現状でもよいと思うが、この点について考えがまとまっていない。(1)

ペースメーカーや人工関節と同様のあつかいになると見るが、別条件等を付加すべきか。(1)

現在は人工内耳・人工咽頭・食道発声の症例においてもガイドラインに従っている。ペースメーカーや人工関節と似たところがあり、今後の検討課題と思う。健常人と同様に機能が改善されているわけではないので、手術を施行していたり、技術を獲得できていない人と同様に扱うのも問題があり、別条件を付加すべきか？(1)

同様に心臓ペースメーカー、除細動器埋め込み後の障害者も考えられますが、体内装具を装着し、日常的な機能は改善したとしても、障害に該当しないものとするかは検討が必要かと思われます。

(あるいは、現行より下位等級で認定する等) ADL を主とした認定方法をとるのであれば、装具装着後の状態で認定すべきだと思います。(1)

他の障害区分との整合性を図りつつ、認定条件の見直しを慎重に検討すべきである。(1)

別の認定基準を作るべき。(6)

障害よりの改善後の基準が出来ていない。現在は一度認定した等級が変更される例がない。既得権の様に考えられている事をまず変えねばならない。装具をつける時にこれによる改善があれば等級変更が行われる事を条件とし、明記すべきであろう。(1)

現在ガイドラインにしたがっている。障害者の中には不公平感をもつものもいるようである。(1) 装具をつける以前は、身障の認定を受けているので、人工内耳など装具をつけた状態でも認定でよい。(1)

実際は、人工内耳以前聴力、咽頭摘出後(全摘出した事)について判定しています。その後、手帳の返還について請求していません。(1)

この項の「改善されているにもかかわらず」のとりあげ方に問題があると考えます。人工喉頭、食道発声で言語機能が改善されていると認識するか、その発声や音声の値を社会生活上にどのように位置づけるか。この項の問いかけでは認定の上では問題はあります。しかし、長い経験がありますので新たな問題が提起されてもよく対応できます。しかし、人工内耳に関しては認定業務にとって新しい事実もあり慎重を要します。それでこれまでの身障法の歴史から流れを整理し、整合性を考える必要があります。(1)

人工喉頭や食道発声で社会生活上、言語機能が改善されていると認識するか、その発声や音声の質を社会生活上どのように位置付けるか問題があります。しかしこれには長い経験がありますので、問題が提起されてもよく対応できましょう。人工内耳は認定業務については新しい問題提起

もあり、慎重を要します。これまでの関連の身障法の整理をし整合性を考える必要があります。食道発声は患者さんの努力（練習）によって発声されている。（健康な人と同じ位に）食道発声の下手な人はどうやっても駄目で人工喉頭にこれらの間に差をつけるのも気の毒、今迄通りが妥当。人工内耳も同じ、補聴器も上手に使用している人もおれば下手な人もいる（購入してもなれない人が）（1）

（3）日常生活能力の視点導入について

現状では脳原性運動機能障害の認定などで日常生活能力の視点が、基本的には機能障害中心の障害認定が実施されています。聴覚、音声・言語障害にもこのような視点から認定を行う場合に、実際にどのような方法があるでしょうか。その実態と運用上の問題点をお書きください。

[実態と運用上の問題点]

現在の基準で特に問題なし。（3）

聴力、音声・言語障害の程度は、日常生活能力とある程度相関するし、日常生活能力は、他の障害により影響を受けるので、あえて導入しなくてもよいと思います。（1）

現行でも音声言語障害については、コミュニケーション活動（場とレベル）、意思疎通困難な程度を基に医師の所見から認定しています。（1）

日常生活能力は機能障害によって大体決まって来るので今のままで良いのではないのでしょうか。

日常生活能力を基準化することは運用上むづかしい。（1）

今までのところ、特に「日常生活能力の視点から認定」について、さしせまった点を感じていません。（1）

現行の基準で問題ない。（7）

聴覚についてはコミュニケーション障害の立場からすれば、もう少し語音明瞭度による認定基準が設けられると良い。（1）

実際には会話能力を評価する検査を要すと思うが、その実施には多くの困難が伴うと推測される。

（1）

介護保険での認定に問題がある以上に、大きな問題を含んでいると思われる。内科主治医のみならず整形外科や耳鼻科・眼科等、生活環境が関連する各科と、介護・看護を実際に行っている人や、家族の状況等、運用上には多くの問題要素があり、どの様にまとめるか大変な事だと思う。

書面からの判断のためだれが書いてもだれが見ても公平さを保てる基準がないと運用しにくいので、身体障害者認定とは別の運用基準がよいのでは。（1）

日常生活能力の視点～介護保険との整合性を考えなければならない。そのためには、看護師、言語治療士、ケースワーカーが実際の生活状況を観察しなければならない。公平性を保ち、身障法を悪用して不当に手当てをもらっている人を排除し、税金のむだ使いを防ぐにはベストな方法である。（1）

機能障害中心～医師の書類審査のみでも OK だから、不公平感あり。（1）

日常生活での聴こえや音声・言語がどの程度役立っているのか観察する必要がある。しかし、時には障害を装う場合もあり、判定困難な時もある。（1）

明言できない。各症例毎に慎重に検討し、判定すべきものと思います。（1）

コミュニケーションの程度によって認定する。（1）

小児の中等度難聴（50～70 d B）では、明らかな学習障害が生じる。しかし、現状でのレベルでは、障害認定がなされておらず、高価な補聴器を自費購入している。小児については、認定基準を中等度難聴まで含めるべきと思われる。（1）

日常生活能力からすれば、例えば聴覚で左右同程度なら両耳装用ステレオ効果を考えてあげるべきでしょうが、補聴器交付意見書には「両耳」はなく、自治体の負担が倍になるので難しいと思われる。（1）

会話によるコミュニケーション障害の程度による認定とし、段階をもう少し細かくすることを検討してもよいのではないかとと思われる。（1）

日常生活能力については、主担当医の情報に依存せざるを得ない。（1）

コミュニケーション障害、特に言語理解に重点を置いた視点の認定方法を導入すべきかと考える。現在の基準でよいと思うが、聴覚に関しては ABR による判定を加えることでよりの確な判断ができると思われる。（1）

質問の意味がよくわかりませんが、現状ではかなり無理があると思います。（1）

更生能力の向上、支援の立場から、とりあえず、聴覚障害に対する補聴器、音声言語機能に対する人工喉頭の取得を目的とした認定が可能になれば有用と考えます。（1）

客観性の高い指標を用いる必要がある。（1）

聴覚、音声・言語の分野で、「この視点の必要性のある具体例（全国各地域の）」を示してほしい。いま、この具体例を列挙してみることが大切と考えています。（1）

書面からの判断のため、判定する方法、基準に差が生じやすい。別法（身体障害者認定とは）を設けるべきではないか。（1）

聴覚障害においては言語獲得前の中等度難聴の小児が身障基準に適合せず、補聴器購入に補助を得られないでいる。成人と小児では事情が異なる事を取り入れて欲しい。（1）

補聴器の利用能力の低い人は等級を上げるというような方法が考えられる。（1）

基本的に聴覚機能、音声・言語機能に対する障害の認定であり、現行もそのような視点から機能障害として認定しています。今後、出来れば他の領域の障害との整合性を考慮して等級表を改正してほしい。（聴覚障害に1・5級がない点、平衡機能障害に4級がない点等）（1）

客観性の確保、他の障害区分における認定基準との整合性を図りつつ、認定基準の見直しを慎重に検討すべきである。（1）

寝たきりの人等で詳しい検査ができない場合もあるので、そのような方法があることが望ましいが、思いつかない。（1）

音声・言語障害の認定に付帯事項を参考にするのは、判定医の主観も入る。客観的事例をあくまで参考にするのがよいと思われる。（1）

聴覚：純音、語音検査が、日常生活能力を反映している。音・言：複数の検者による会話明瞭度で認定して得る。（3人で聞いて、皆がわからない時は、4級以上）（1）

（4）生活の不便さの視点導入について

現状では、免疫機能障害の認定基準に、生ものの摂食制限等が取り入れられています。このような社会的な環境要因をふまえた認定について、聴覚、音声・言語障害の認定に取り入れることが可能か、また運営上の問題点等がありましたら具体的にお書きください。