

[実態と運用上の問題点]

従来の判定方法でよい。(9)

診断基準が明確なものを作るのは困難。(4)

例えば、市の公会堂の様なホールなどに磁気ルーペ、赤外線などの装置を設置すれば補聴器装用者がより利用しやすくなるが、現状では社会的なインフラ整備が追いついておらず、取り入れたくても取り入れられないのではないのでしょうか。(1)

介護保険で嚥下障害がとりあげられているが、歯科よりこれに関与し、種々の問題が生じている。歯科は摂食、口腔内ケアには関与するが、嚥下に関しては関係ないと思うのに、この分野にまで関与しようとしている。(1)

数値的な基準がないと判断できない。(1)

社会的な環境要因をふまえた場合多様性が生じ不公平感が強くなるのでは。(1)

可能であると思う。騒音下での生活や騒音下で飲酒習慣があると、聴覚障害が進行する。音声・言語障害を改善させるための義務的制約もない。(1)

テレビ視聴を楽しむことは、国民が等しく持つ権利である。70dB以上の高度難聴者には、文字放送デコーダ貸出が行われているが、中等度難聴者にはなされておらず、文字放送デコーダ貸与の幅を拡大すべきと考える。(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思われる。(1)

舌癌、上顎癌切除後のそしゃく障害、音声・言語障害なども考慮すべきと思われる。(1)

客観性の高い指標を用いる必要がある。(1)

もっともな提言だが、(3)の問題とともに、この具体例を広くあつめて検討することが大切。(1)

書面で判断する以上、ある程度数値的な基準がないと判断できない。また、同一状況であっても、社会的な環境要因で左右されると多様性が生じ、不公平感が強くなるのでは。(1)

他覚的に検査が出来るものは生活の不便さの視点導入の必要性はいらないと考えます。運用上これを認めていたら障害者が増加する。(1)

手話通訳者を適切に利用できるか、災害時の警報をすみやかに理解できるか、無咽頭者（気管切開孔のある者）はフロに入るときなどで特別の注意が必要。両側内耳障害による平衡機能障害のある場合の水難事故の危険などを考慮することは不可能ではないと思われる。(1)

現在も総合所見の欄に、日常生活での不便度（特に音声・言語では家族と家族以外に分けて）を記載することになっている。実際の障害の程度と生活の不便度が大きくかけはなれている場合に参考にするのは有効と考えます。(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)

3. 認定時期について

(1) 3歳未満の乳幼児の聴覚障害認定について、新生児スクリーニング検査の実施に伴い1歳未満での認定の必要性もあると考えられます。月齢何ヶ月くらいで認定するのが適切と考えますか。

1 ヶ月	1
3 ヶ月	3
3~6 ヶ月	5
4~6 ヶ月	1
6 ヶ月	22
6~9 ヶ月	1
9 ヶ月	1
10 ヶ月	1
6~12 ヶ月	2
12 ヶ月	5

1-3-1-2 また再認定の時期については何歳頃が適切と考えますか。

1 歳	1
1~3 歳	1
1 歳半	4
2 歳	4
2~3 歳	2
3 歳	14
3~4 歳	1
3~6 歳	1
4 歳	3
3 歳、6 歳	1
4~5 歳	2
5 歳	3
5~6 歳	1
6 歳	8

(2) 教育途上の言語障害認定には苦慮させられることがあります。聴覚障害に伴う言語障害も含めて、言語障害の認定は何歳以降が適切と考えますか。

1 歳	1
1 歳半	1
2 歳	6
2 歳半	1
2~3 歳	2
3 歳	8
4 歳	3
5 歳	3

6歳	8
6~9歳	2
10歳	1
12歳	1
15歳	1
18歳	3
その他	2

また、再認定の必要性はどう考えますか？

必要	42
必要なし	3

(3) 症状固定の時期

幼児の場合、高次脳機能障害がある場合など、認定時期が難しい場合がありますが、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]

多角的検査、他の合併症状より類推して認定。乳幼児の認定は早く認定し、再認定時期を早めてもよいのではないか。(1)

最終障害認定を誰が行うかが一番問題であろう。(1)

ほんとうに聴覚障害等があるのか判断できない場合がある。言語については高次脳機能障害のある場合は無理。判断する方法がない場合がある。障害程度を判断するのはもっとむずかしい。(1) 程度により検査が出来なければ認定のしようがない。高次脳機能障害の定義をはっきりさせるべき。

(1)

認定不可能のものは、然るべき施設に紹介する。(1)

ろう学校などでの、言語修得の状況を参考にしたい。(1)

大変難しく、その後その場で判断しています。聴覚の判定のような基準がないためと考えます。

(1)

これはなかなか難しい。主治医が最もよく状況を把握している。それでその医師の申請によって認定が行われるので症状固定が否かは適切に申請記述されているであろう。申請者とよき十分な意見交換が必要だが、制度上必ずしも容易でない。再認定の自由度を高めたいが、難しい。(1)

県の要綱により、3歳未満児については遅くとも6歳時点で再認定を行うよう定めている。(1)

小児科・精神科・神経内科などの連携が必要で総合的な拠点でないといけない。(1)

6歳、小学校入学を一つの目安としたい。高次脳機能障害、進行性難聴の場合、固定の判断が難しい。(1)

身体障害者手帳交付申請が過去にありましたが、幼児の高次脳機能障害は精神機能の未発達によるものであって言語中枢神経の障害ではないので、申請を却下しました。(1)

実際問題認定はまず無理です。小児科医とよく相談しての対応が必要と考えます。(1)

とりあえず下級での認定を行い、将来的に再認定で確定すればよいでしょう。(1)

主治医が最もよく状況を把握されている。申請者（主治医）と、場合によって意見交換は必要だが、実際はむづかしい。（1）

高次脳機能障害がある場合は聴覚障害以外の申請はほとんどない。聴覚障害は ABR と行動反応を併せて判断すべきであろう。（1）

例えば再認定の場合、その聴力検査が十分にできているものか判断がつかない。最終的に認定は純音であるので COR や BOR しかできない場合は再認定で追いかけていくしかない。言語機能は高次脳機能障害がある場合は現状では認定は困難と思う。（1）

症例に応じて対応せざると得ない。（1）

脳性小児麻痺一多動性で聴力検査がむづかしい。言語機能検査も又むづかしい人がいる。等級がつけられない。高次脳機能障害で等級新設したら。（1）

認定時期は聴覚障害（の程度）の診断確定時。（1）

原則 3 歳以降ですが、3 歳未満で認定したものについては 6 歳時再認定を付します。（1）

このような幼児の場合、正確な聴力の判定はなかなか困難な場合が多いが、明らかに聴覚障害が存在すると考えられる場合は有期認定として判定している。（1）

判定が難しい場合は、症状固定としていない。（1）

3 - 6 ヶ月の経過観察後可及的に早期に認定している。（1）

（4）リハビリテーションの観点

乳幼児聴覚障害、失語症などリハビリテーションの観点からは、症状固定を待つよりも早めに障害認定をしてリハビリテーションを実施することが好ましい場合もあると思われます。これに関して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〕

この場合、即刻リハビリを実施すべきである。そのため、症状固定を待つよりも早めに障害認定をし、再認定を実施すべきである。（1）

これは近年増加している。早い認定と補装具の交付が望ましい。急を要する場合には再認定時期を 1 年後とするなどして弾力的に運用するのがよいかもしれない。（1）

障害の程度・症状とリハビリによる回復の可能性、その程度等により等級快定の時期及再判定の必要性を定める事。（1）

肢体と同様に状態により 6 ヶ月前で認定し、再認定をする。（1）

そのとおりで、後年、難聴がそれほどひどくない事が分かれば、再認定して級を下げればよい。

（1）

乳幼児聴覚障害では特に聴能訓練等の問題があり早めに障害認定を行い、遊戯聴力検査、標準純音聴力検査が可能になった段階（たとえば 3 歳、6 歳）で再認定するのが良いと考える。（1）

援護上の必要があれば、再認定を付して認定して良いと思う。（1）

乳幼児聴覚障害は再認定要をつけて、早めに認定するようにしている。（1）

実態としては、診断がつきしだい認定し、再認定をくりかえしてチェックしている。（1）

乳幼児の場合、早期に療育訓練が望ましく、補装具（補聴器）の必要性等から認定しています。

（6 歳時に再認定）（1）

リハビリテーション実施による目標が明確であれば、再認定を前提に障害認定してもよいと考え

る。(1)

再認定を行うべき。(11)

乳幼児の聴覚障害では、早期に障害認定を行い、補聴器を装着して、聴覚活用の訓練を行う必要がある。(1)

現在6ヶ月をもって症状固定としているが、これは疑問である。もちろん治癒の可能性があれば障害認定はできないが、リハを考えると早く認定してあげることの方が親切と思う。(1)

人工内耳の手術を行う大学病院は増えつつあるが、その障害者のリハビリテーションを実施する施設が障害者の住居近くにないことが多い。言葉は毎日の訓練が望ましい。障害者が通いやすい施設やトレーナーの派遣の充実が望まれる。(1)

固定時期を発症から6ヶ月ぐらいに定めています。(1)

勿論、この分野の早期リハビリテーションの必要性は理解している。このことと症状固定や障害認定のことは、関連はあるも、別個のことと思う。制約して考えるものとは考えない。(1)

失語症などでは半年後に認定可能なのでそれでよいと思う。(1)

乳幼児聴覚障害は早期発見、早期支援が必須なので、障害認定に従って、各種手当等の円滑な処理を行っていただきたい。(1)

こちらでは乳幼児では言葉を覚える1歳以降でABR等で仮認定し、リハビリテーション病院で言語訓練し、就学前に再認定する。(1)

リハビリテーション訓練の実施は医療であり、更生医療の適用対象でもないので早期認定とは無関係。また、リハビリテーション訓練は、専門的なところ、各部門のある総合的な拠点でないと難しい。(1)

補聴器の公費負担に関して、できるだけ早期の認定でリハビリを開始することが望ましいが、再認定により取り消しとなる可能性は否定できない。(1)

ABR検査などにより障害が確認されれば、適切な等級により障害認定を行い、補聴器の交付など福祉サービスを受容されるのが好ましいと考えます。(1)

早期からのリハビリが重要であり、最低ラインの障害があれば認定し、更生援助すべきと思う。問題なのは回復した際、認定を打ち切ることが可能か否かである。(1)

聴覚に関してはそういう方向で実際の判定を行っています。失語症はなんとも言えません。(1)

障害有無の判定は、なるべく早期に行い、補装具をつけることが重要と思われる。(1)

早期リハビリテーションはその必要性をふくめよく理解されている。しかし、認定、症状固定を関連させて早期リハを考えるのは好ましくないだろう。(1)

失語症では数ヶ月程度のリハビリテーションを行った後に、認定の申請がなされている。もっと早期から認めてもよいのではないか。(1)

失語症は肢体と同様に障害の状況によっては6ヶ月以前に認定し改善することも多少あるので、認定1年後に再認定を行う。(1)

発症後3ヶ月~6ヶ月後に症状固定と認められるような重症例は積極的に認定している。(1)

当初等級をつけることはむづかしい。(実態) 障害が運用上あることを認定するだけでリハビリテーションに専念 固定した時に等級をつける。(1)

乳児期の聴覚障害では、早期のリハビリテーションの必要性が強調されている。従って、聴覚障

害が存在すれば、年齢にかかわらず(有期認定とした上で)認定することが好ましいと考えます。

(1)

聴覚障害の場合、オーディオメータ以外の方法も併せ用いて、将来残存すると考えられる障害の程度において認定を行い、基準と実際の運用との乖離の解消を図っている。(1)

早めに認定してその後改善した場合、等級が下がると、医療費負担が増える等のため、文句を言われて困ったことがあった。(1)

障害障害が認定基準を満たしていれば、障害認定を行っている。補聴器制度利用による補聴器等の早期導入のため、身体障害者手帳の早期交付は必要と考えるが、障害児福祉手当、特別児童扶養手当等との整理が必要。(1)

乳幼児聴覚障害児で聴能訓練を受けている患児のなかで、3才くらいまで、反復性中耳炎・滲出性中耳炎患者に対する手助けがあればよいと思う。(1)

ABR等により聴力の判定が可能となった時点で認定し、早期のリハビリを開始している。(1)

リハ実施後、症状の固定を見て認定したい。(1)

4. その他聴覚障害の認定に関してご意見があればお書きください。

一般によく出される疑義を頻繁、早く、広く発表していただきたい。(3)

日常生活上・早期訓練上、補聴器が必要な人が障害認定されない場合があり、認定基準の聴力レベルを下げた方がよい(特に乳幼児)。(1)

障害認定を両側50dB以上に平均域値を下げていただきたい。(1)

6級よりも軽い等級を設定すべきである。(1)

以前から出ていますように、6級(70dB)ですが55dB⇔70dBの間に、たとえば、7,8級が定められると、よりよい障害認定が行えると思います。(1)

音声言語障害の認定区分を2級(喪失)、3級(著しい障害)、4級(中等度の障害)にしても、他の障害程度と比べて、整合性は逸しないと思われる。(1)

乳幼児の認定については、小児難聴を専門とする耳鼻科医師及び言語聴覚士のいる施設に限定することも将来考慮してもよいか?資格制度がないため現状では不可能。(1)

判断を判定医にまかされることが多く、自治体により見ることがある。(1)

単に耳だけの聴力検査のみをもって認定するのはおかしいと思う。だから、2級を書いてくれという人々が増えて来たのだろう。まずは人間全体をみてからでないと、看護師、言語治療士、ケースワーカー、サイコセラピスト、児童心理学者等を更生相談所に十分に配備(単に配備だけでなく)し、連携、勉強が必要だし、これからの日本は予算ないのだから、今のようなたれ流しの手帳の発行や補装具の提供は無駄。更生相談所の充実こそが節約になることに早く気付いてほしい。(1)

純音聴力検査時の障害者の反応には個人差のある場合がある。特に老人では検査純音の聴力レベルと、実際の会話の程度が合致しないことがある。(1)

ヒアリングセンターの様な精密検査や、リハビリテーションに対応できる施設があることが望ましいと思う。(1)

機器、測定方法の進歩に応じ、起こった問題をすみやかに検討しうる組織が必要か。(1)

認定医のなかには身障法の本旨の認識が深くない人がおり、勉強会・研修会の必要性もありそう

だ。(1)

聴覚障害6級の(聴取距離)の例示は削除すべきである。極めて特殊な事例のことなので。(1)
早期のリハビリ(補聴器装着)により言語獲得可能となり、障害の拡大を最小限にとどめられる可能性がある。このため、早期の認定を積極的に進めるべきである。(1)

医学的に回復可能な例(例えば手術で)の認定例がかなり見受けられる。このような場合の対応に苦慮する。(1)

幼児期に2,3級を認定すると、成長して非該当であることが分かっていても、手帳の返還をしない例があります。5~10年に1回、再認定を受けることを決めて頂く必要があると思います。すなわち、手帳の有効期限の設定を希望します。(1)

新しく認定医になった方々に勉強して頂くこと。基本を知ってもらうこと。(1)

聴覚障害のいままでの認定基準は歴史的にもよく考えられ簡便で有効であったが、何分にも既に無理な点もある。機器も技術も測定も進歩し、臨床研究も進歩しており、新しい基準の検討も必要となっている。疑義解釈で乗り切るばかりでなく、場合により速やかに検討できる組織が必要と考える。(1)

判断が15条指定医師の能力により左右される。(診断書の書き方による)(1)

判定医の判断にまかされることが多い。(1)

聴覚障害においては言語獲得前の中重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)

4級の聴覚障害の認定聴力レベルで認定するのが良いのか語音明瞭度検査で認定するのが良いのか判断に迷う例がある。(聴力レベルは該当しないが語音明瞭度検査では解50%以下のもの)(1)
補聴器が最も有効なのは50~70dBであるため、この程度の障害も等級に加えてほしい。(最低でも60dBを7級として認定できるように)(1)

障害認定とは別かもしれないが、補聴器の両耳装用を積極的に認めてほしい。(1)

寝たきり老人等で日常会話を必要としない患者で、時に補聴器を希望することがある。補聴器供与についても、何らかの条件が必要なのではないか。(1)

資料3 専門医からの意見聴取結果（視覚障害）

1. 障害の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い現在の身体障害の認定基準が現実に合わせてきていることについて

近年の高齢化人口の増加に伴い、眼科領域で失明につながる疾患が前回の改訂時に比較して変化が見られる。現在、失明率は、緑内障、糖尿病網膜症、網膜色素変性、加齢性黄斑変性の順であり、今後なおこの順位は変化することが予想される。前回の改訂では主として、網膜色素変性患者の救済という面が有ったように考えられる。即ち求心性視野狭窄を重要視して、視野の障害を最高2級までにした点である。その後の疾患群の変化により、ゴールドマン視野のI/4で10度以内の求心性狭窄のある場合にのみI/2指標にて視野残存率を求める方法は、緑内障患者には適応しにくく不公平が生じている。また最近ではゴールドマン視野よりも静的視野のハンフリー視野計が用いられることが多くなってきているので、今後の改訂に当たっては、視野計の種類を検討も必要になるであろう。また視野障害に関しては、全体の1/2の視野欠損という項目が有るが同じ半音でも、同名半盲よりも下1/2半盲の方が日常生活では遥かに生活に支障をきたす。視力に関しては、現行の左右の視力の和を待って視力をあらわす方法は現実にはそぐわない。両眼で見た最高矯正視力を持って視力とする方が良いと考えられる。

2. 近年の医学的進歩が反映された検査手段・方法について

視機能障害はこれまでには視力と視野の障害の程度により判定されてきた。これ以外に日常の視覚障害の程度を判定する指標となるものは考えにくい。患者の不便さの程度を客観的に評価するには、今後ともに視力、視野が使用されると思われる、視力に関して、現在はわが国では小数視力が用いられているが、視力が低い場合にはその評価はlogMAR視力が便利である。しかしながら、logMAR視力は現在一般の診療所では用いられておらず、運転免許証でも小数視力が用いられているので、時期尚早であると考えられる。視力は現在ランドルト環が用いられ、コントラスト100%の指標で評価がなされている。しかしながら、同じ1.0でもはっきりと見える1.0とぼんやりと見える1.0では視力の質が異なる。これを判別する方法として、コントラスト視力があるが、これも未だ眼科一般臨床医にはそれほど普及しておらず視覚降着の判断の検査としては時期尚早と思われる。視力、視野測定その他覚的検査は未だ完全なものではなく、乳幼児や詐盲の視力の検査方法はない。ただ、ERGやVEPなどの電気生理学的方法で反応が全くない場合には、患者の行動を参考にして判定することは可能である。ただし一般の眼科診療所ではこれらの電気生理学的検査が可能なところは少ない。

資料4 専門医からの意見聴取結果

1. 障害者の原因疾患の変化、病態の変化や医学的進歩に伴い、現在の身体障害の認定基準が現実にあわなくなってきた事はありませんか。

障害者自立支援法の立場から聴覚障害を考えると、身体障害者に認定することにより、聴覚をとりもどす種々のサービスを受ける事がより容易となります。結果的に、聴覚障害者がよりよいかつ自立した社会生活を送る後押しをする事になります。聴覚障害は、以前と比較して遺伝的難聴がかなり明らかになったことを除けば、病態そのものには特にめだつた変化はありません。しかし、医学的あるいは科学的進歩より聴覚障害を補うオプションが非常に増えました。すなわち、より優れた補聴器、人工中耳、人工内耳、脳幹インプラント等です。また中耳手術も格段の進歩をとげ、聴力改善の可能性がさらに広がっております。このようなサービスを聴覚障害者により広く受けていただくためには身体障害者福祉法の障害認定を再検討する必要性は非常に高いと考えます。以下に具体的に示します。

①純音聴力検査について：オーディオメーターでは通常 110dB まで測定可能である。また 130dB まで測定できる機器もある。現行では 100dB で測定不可の場合は 105dB として聴力閾値を算定しているが、このために実際には 2 扱が適応となるものが 4 級に算定されるという事態も生じる。2 級では医療費の自己負担分の助成が受けられるため、この差は非常に大きいといえる。また大声語あるいは和声語、距離による語音の理解度による認定はあまりに近年の医療事情からかけはなれており、そろそろ見直すべき時期と考える。

②語音聴力検査について：高齢化にともなって“音は聴こえても話しの内容がわからない”といった聴覚障害者が増加する可能性がある。しかし現行の語音による検査の検査手順は非常に不明瞭である。今後、語音明瞭度 60%以下で 4 級という項目の検査法、認定基準を見直す必要がある。

③乳幼児の聴覚障害の認定に関しては ABR と COR の両者による認定が不可欠と考える。この際、幼児聴力検査（プレイオーディオメトリー）で両耳の聴力検査が可能になる時期（3 歳以降）に再認定をする必要があるため、期限付きの障害者手帳の発行も考慮すべきであろう。

④良聴耳の聴力が 40dB 以上の場合は補聴器が必要となる。小児の場合は言語発達、社会性などを考慮するなるべく早い時期での補聴器の装用が望ましい。若い両親の経済的負担を考えると、小児に限っては児童福祉法を適用して 7 級あるいは 8 級を制定し、補聴器の給付を行えるようにした方がよい。

⑤前回のそしやく・嚥下機能障害で、外傷・腫瘍切除による顎、口腔、咽頭、喉頭の欠損によるものも認定の対象となった。この際、そしやく・嚥下機能のみならず音声機能障害も同時に有するものが多い。この両者は分けて考えるべきであるのに関わらず、合計指数をもって等級をあげることはできない。この点に関しては再検討を要する。

2. 近年の医学的進歩が反映された検査手段・方法を用いて障害認定を行う事ができるでしょうか。あるいはそのような方法で行う方がよいと考えられますでしょうか。よいと考えられる場合その方法は、全国どつでも実施できるでしょうか。またその場合の費用負担が適切であるかどうかについてもご意見をお願いします。

近年は難聴診断の新しい機器が実際の医療現場で用いられ、特に乳幼児の早期の難聴診断に応

用されている。AABR(Automated auditory brainstem response) や OAE (Otoacoustic emission : 耳音響反射) はスクリーニングとして、中等度から高度難聴耳の選別に用いられる。また、ASSR (Auditory steady-state response : 聴性定常反応) では純音聴力検査に用いられる各周波数の閾値測定が可能である。よって、COR がうまくとれない重複障害児・知的障害児や乳幼児の聴力検査に用いられ障害認定を行う事が可能である。しかしこの ASSR を所有している医療機関は未だ限られているため一般的ではないのが現況である。費用は保険適応がないため、費用負担に関して各施設で任意におこなっているものと思われる。

厚生労働科学研究費補助金・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」

平成 18 年度総括・分担研究報告書

発行者 岩谷力（主任研究者：国立身体障害者リハビリテーションセンター）

〒359-8555 所沢市並木 4 - 1

発行 平成 19 年 3 月 31 日