

令和5年度東京都身体障害者福祉法第15条指定医講習会資料

視覚障害編

東京都心身障害者福祉センター

令和5年度身体障害者福祉法第15条指定医講習会

目次

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載	1
2 事例	
事例1 視力障害の適切な事例	11
事例2 視力障害の適切な事例	14
事例3 ゴールドマン型視野計の適切な事例	17
事例4 ゴールドマン型視野計の適切な事例	21
事例5 ゴールドマン型視野計の適切な事例	25
事例6 ゴールドマン型視野計の不適切な事例	29
事例7 自動視野計の適切な事例	33
事例8 自動視野計の不適切な事例	39
3 東京都身体障害認定基準	45
4 身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について	51
5 視覚障害等級表と診断のポイント	
障害程度等級表	60
障害程度等級表解説	60
「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧	67
視覚障害の等級診断のポイント(早見表)	68

参考資料 指定医制度の概要等について

1 指定医制度	71
2 身体障害者手帳審査などの流れ	72
3 指定医に関するQ&A	74
4 診断書作成上の主な留意事項	76
5 障害等級の認定方法	77
6 文書照会・審議会への諮問	80

補装具支給意見書作成のポイント	85
-----------------	----

身体障害者手帳認定基準のポイント

1 診断書の様式と記載

記 載 要 領 （視 覚）

総括表 身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

① 「障害名」

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）

② 「原因となった疾病・外傷名」

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）

③ 「疾病・外傷発生年月日」

疾病・外傷発生年月日が不明確な場合は、申請者から聴き取りした推定年月日を記載する。

④ 「参考となる経過・現症」

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。

⑤ 「総合所見」

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。

※将来再認定について

将来再認定の「要・不要」の別について必ずどちらかに○印を記載する。

将来再認定を「要」とする場合は、「軽度化・重度化」の別も必ずどちらかに○印を記載する。

特に乳幼児期での申請や更生医療、又はその他治療・訓練により障害程度が将来軽減されると予測される（「軽度化」を選択した）場合等においては、将来再認定の時期等も必ず記載する。

再認定が必要な例 【将来再認定 ○（軽度化・重度化）・不要】

【再認定の時期 1年後・3年後・5年後】

⑥ 診断年月日、医療機関名、診療担当科名、医師氏名欄を必ず記載し、押印すること。

⑦ 身体障害者福祉法第15条第3項の意見（指定医の意見）

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 のどちらかに○印を記入してください。

総合等級 ○ 級相当

内訳	等 級
視力	△ 級
視野	△ 級

必ず等級を記入してください。

第2号様式の2(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)												
総括表												
氏 名	年 月 日生	男 女										
住 所												
必ず、両眼又は右、左をご記入下さい。												
① 障害名(部位を明記)												
② 原因となった疾病・外傷名 外傷・疾病 先天性・その他()												
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日												
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)												
手術歴がありましたら、ご記入下さい。												
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日												
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)												
これらの事項も必ずご記入下さい。												
〔将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要〕 〔再認定の時期 1年後・3年後・5年後〕												
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 電話 () 所在地 科 医師氏名 診療担当科名 (印)												
身体障害者福祉法第15条第3項の意見												
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。		障害程度等級についての参考意見 級相当 <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">内訳</td> <td style="padding: 2px 10px;">等</td> <td style="padding: 2px 10px;">級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">視力</td> <td></td> <td style="padding: 2px 10px;">級</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">視野</td> <td></td> <td style="padding: 2px 10px;">級</td> </tr> </table>		内訳	等	級	視力		級	視野		級
内訳	等	級										
視力		級										
視野		級										

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

(日本産業規格A列4番)

記 載 要 領 （ 視 覚 ）

診断書様式 視覚障害の状況及び所見

1 「視 力」

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。

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。

2 「視 野」

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。

ゴールドマン型視野計又は自動視野計の結果は、必ず診断書に添付する。

3 「現 症」

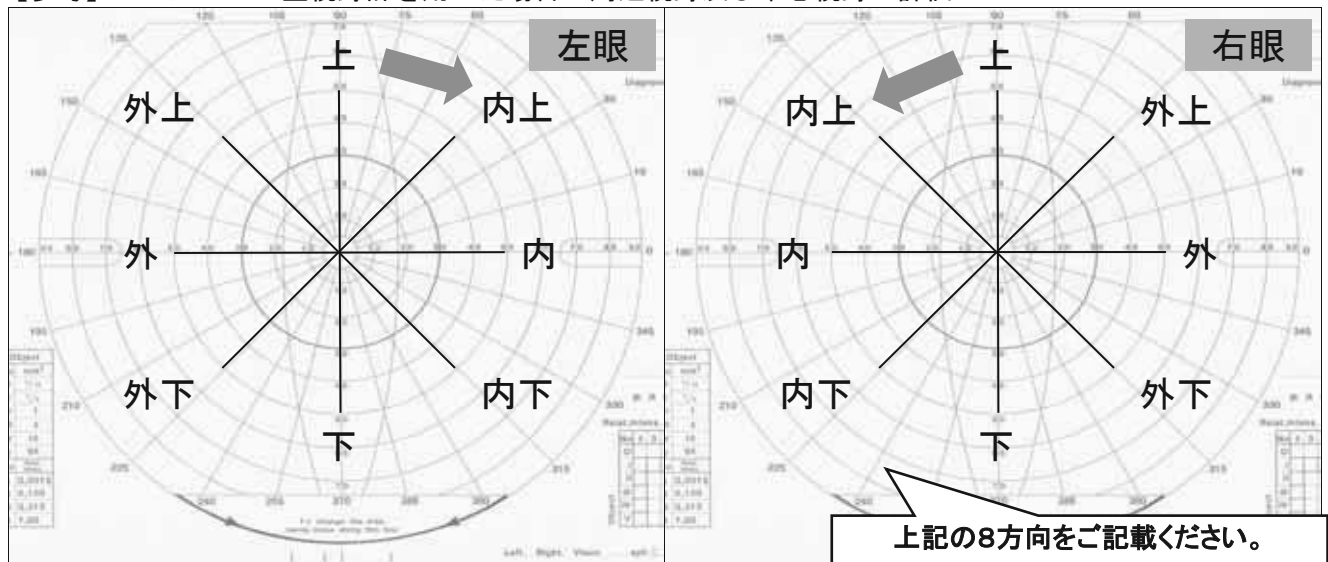
現症については、前眼部、中間透光体及び眼底についての病変の有無とその状態を記載する。

記載例 前 眼 部：異常なし、角膜混濁等

中間透光体：異常なし、水晶体混濁、偽水晶体眼、白内障、無水晶体等

眼 底：異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

【参考】ゴールドマン型視野計を用いた場合の周辺視野及び中心視野の評価について



第3号様式（第3条関係）
視覚障害の状況及び所見

矯正できる場合は必ずご記入ください。
矯正できない場合も、「矯正不能」など必ずご記入ください。

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

ゴールドマン型視野計を使用した場合は、
こちらにご記入ください。

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

または

自動視野計

自動視野計を使用した場合は、こちらにご記入ください。

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

右 ③ 点(≥26dB)
左 ④ 点(≥26dB)

見えた (seen) の数

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

3 現 症

	右	左
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		

記 載 要 領 （視 覚）

障害程度の認定について

- （１） 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。
- （２） 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。
- （３） 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。
- （４） 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。
- （５） 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（V E P）、縞視力（preferential looking 法、grating acuity card 法、teller acuity card 法）など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。

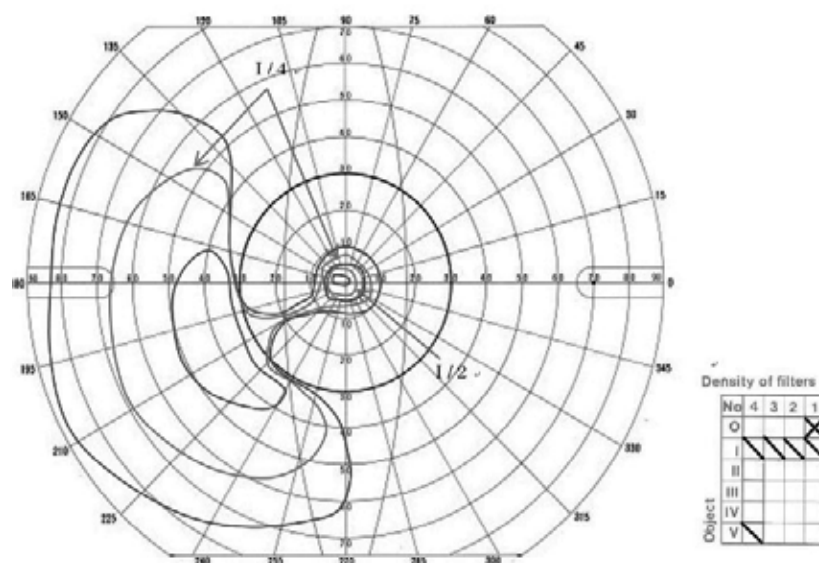
なお、成長期の障害、進行性の障害、近い将来手術の予定される場合等については、将来再認定の要否等について明確に記載する必要がある。

視野
コピー貼付

ここに視野図を添付してください。

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、必ず I / 4、I / 2 を記載してください。

左眼



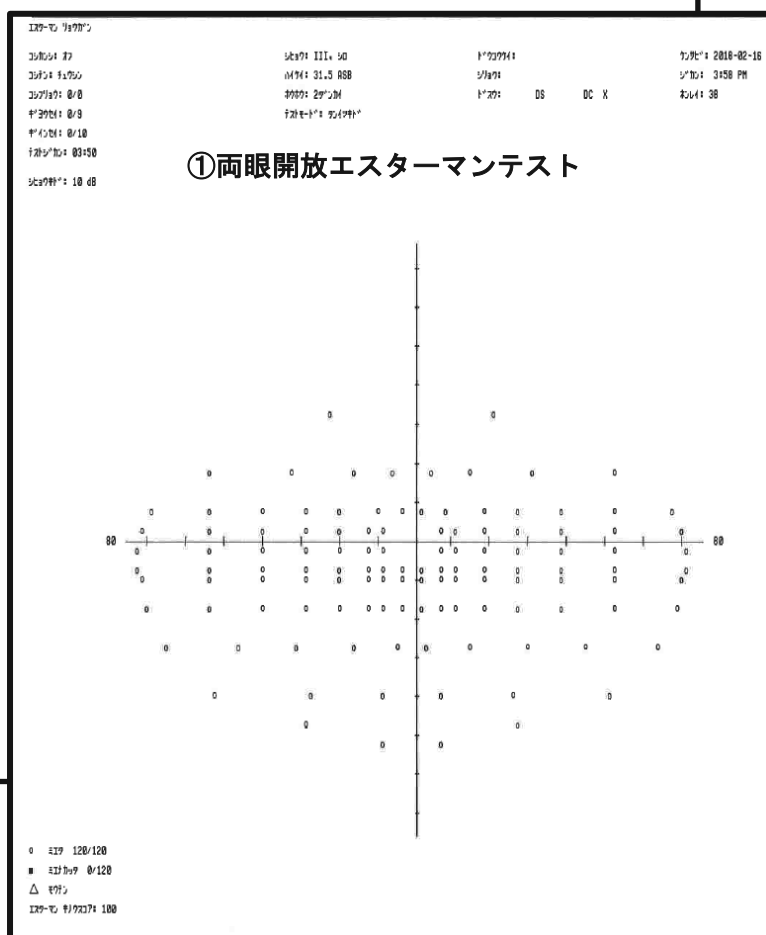
(注) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが I / 4 の視標によるものか、I / 2 の視標によるものかを明確に区別できるように記載すること。

(日本産業規格 A 列 3 番)

視野コピ―貼付

②中心視野の評価（10-2 プログラム）（右）

①両眼開放エスターマンテスト



— 8 —

2 事 例

【事例 1】視力障害の適切な事例

第 2 号様式の 2 (第 3 条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)												
総括表												
氏 名	〇〇 〇〇	令和 4 年 1 2 月 1 日生	☒ 男 ☐ 女									
住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇											
① 障害名(部位を明記)	両眼 視力障害											
② 原因となった 疾病・外傷名	視神経萎縮	外傷・疾病 ☒ 先天性 ☐ その他()										
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日											
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 生来、物を見ようとしない。両眼の眼底視神経乳頭蒼白、対光反射消失しており、 視力不良性眼振を認める。 視覚誘発電位にても両眼失明と判断できる。 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日												
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 対光反射も認めないことから、視力障害 1 級である。 視力回復の見込みはないと思われるが、幼少のため将来再認定を要する。 [将来再認定 ☒ 要(軽度化)・重度化)・不要] [再認定の時期 1 年後 ☒ 3 年後・5 年後]												
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。 令和 5 年 7 月 1 日 病院又は診療所の名称 〇〇病院 電話 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇区〇〇町〇〇番地 診 療 担 当 科 名 眼 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒ 印												
身体障害者福祉法第15条第3項の意見												
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。		障害程度等級についての参考意見 1 級相当 <table border="1"> <tr> <td>内訳</td> <td>等</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>1</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td></td> <td>級</td> </tr> </table>		内訳	等	級	視力	1	級	視野		級
内訳	等	級										
視力	1	級										
視野		級										
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。												

(日本産業規格 A 列 4 番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力					
右眼	0（推定）	不能	×	D	⊖	cyl	D Ax °
左眼	0（推定）	不能	×	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 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
視野角度（Ⅰ／2） (× 3 +) / 4 = 度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(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 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
視認点数 (× 3 +) / 4 = 点

3 現 症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	異常なし	異常なし
眼 底	視神経萎縮	視神経萎縮

事例 1 解説

(視力障害の適切な事例)

○診断書・意見書について

記載事項は適切である。

○障害認定について

視力は、両眼とも光覚がないことから 1 級に該当する。

乳幼児の視覚障害の認定時期については、一般的には、概ね満 3 歳時以降とされている。この事例は、眼底所見に加え視覚誘発電位などの他覚的所見もあり、この時期の認定および視覚障害 1 級の判定は適切である。

また、視力回復の見込みはないが、判定時期が生後 7 か月と幼少であるので、将来再認定が要であると考えられる。

〔参照〕身体障害認定要領（記載要領）

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、grating acuity card 法、teller acuity card 法）など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。

【事例2】視力障害の適切な事例

第2号様式の2(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)									
総括表									
氏 名	〇〇 〇〇	昭和26年 2月 1日生	☒ 男 ☐ 女						
住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇								
① 障害名(部位を明記)	両眼 視力障害								
② 原因となった 疾病・外傷名	外転神経麻痺	外傷 ☒ 疾病 先天性・その他()							
③ 疾病・外傷発生年月日	令和3年 4月 3日								
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)	2年前に急に内斜視となり、複視が出現した。診断は、左眼の外転神経麻痺である。発症以来複視のため片眼を遮閉している。								
障害固定又は障害確定(推定)		令和5年 1月 日頃							
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)	視力右 0.6(矯正不能)、左 0.5(矯正不能)であるが、日常、複視のために左眼に眼帯をしている。外直筋麻痺の原因は特になく、保存的治療では効果がなかった。高齢のため手術療法は行えないので、症状固定と考え、両眼同時に使用できない複視と認めて、左眼視力0とするので、6級である。 〔将来再認定 要(軽度化・重度化)・☒不要 〔再認定の時期 1年後・3年後・5年後〕								
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。 令和 5 年 7 月 1 日 病院又は診療所の名称 〇〇病院 電話 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇区〇〇町〇〇番地 診 療 担 当 科 名 眼 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒印								
身体障害者福祉法第15条第3項の意見									
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。		障害程度等級についての参考意見 6 級相当 <table border="1"> <tr> <td>内訳</td> <td>等 級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>6 級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>級</td> </tr> </table>		内訳	等 級	視力	6 級	視野	級
内訳	等 級								
視力	6 級								
視野	級								

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。

(日本産業規格A列4番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力					
右眼	0. 6	不能	×	D	⊖	cyl	D Ax °
左眼	0. 5	不能	×	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 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
視野角度 (I / 2) (× 3 +) / 4 = 度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(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 (③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
視認点数 (× 3 +) / 4 = 点

3 現 症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	軽度白内障	軽度白内障
眼 底	異常なし	異常なし

事例 2 解説

(視力障害の適切な事例)

○診断書・意見書について

外転神経麻痺の発症から 2 年以上経過しており、複視の状態は固定したと判断できる。
したがって、記載事項は適切である。

○障害認定について

視力は、右 0. 6 (矯正不能)、左 0. 5 (矯正不能) であるが、両眼同時に使用できない複視があるので、左眼視力 0 とみなし 6 級に該当する。

P 6 1 [参照] 障害程度等級表解説

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。

【事例3】ゴールドマン型視野計の適切な事例

第2号様式の2(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)												
総括表												
氏 名	〇〇 〇〇	昭和23年 1月 1日生	☒ 男 ☐ 女									
住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇											
① 障害名(部位を明記)	両眼 視力・視野障害											
② 原因となった 疾病・外傷名	正常眼圧緑内障	外傷 ☒ 疾病 先天性・その他()										
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳 年 月 日											
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 初診時、すでに中心視野狭窄あり、点眼加療するも徐々に進行し、中心視野が喪失した。視野はゴールドマン型視野計で測定。												
		障害固定又は障害確定(推定)	令和5年 7月 1日									
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 矯正視力右眼0.08、左眼0.06で、視力障害4級。 両眼の周辺視野角度、中心視野角度はともに0度で視野障害は2級。 視力・視野障害の重複障害の合計指数は15点のため、視覚障害は2級。 将来視力障害悪化の可能性あり。												
[将来再認定 ☒ 要 ☐ 軽度化 ☒ 重度化 ☐ 不要] [再認定の時期 1年後 ☒ 3年後 ☐ 5年後]												
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。 令和 5 年 7 月 1 日 病院又は診療所の名称 〇〇病院 電話 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇区〇〇町〇〇番地 診 療 担 当 科 名 眼 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒ 印												
身体障害者福祉法第15条第3項の意見												
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。		障害程度等級についての参考意見 2 級相当 <table border="1"> <tr> <td>内訳</td> <td>等</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>4</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>2</td> <td>級</td> </tr> </table>		内訳	等	級	視力	4	級	視野	2	級
内訳	等	級										
視力	4	級										
視野	2	級										
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。												

(日本産業規格A列4番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力					
右眼	0.08	矯正不能	×	D	⊖	cyl	D Ax °
左眼	0.06	矯正不能	×	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	度(≤80)
左	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	① 0	度
左	0	0	0	0	0	0	0	0	② 0	度

両眼中心視野角度 (I / 2) ((①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方))
 (0 × 3 + 0) / 4 = 0 度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

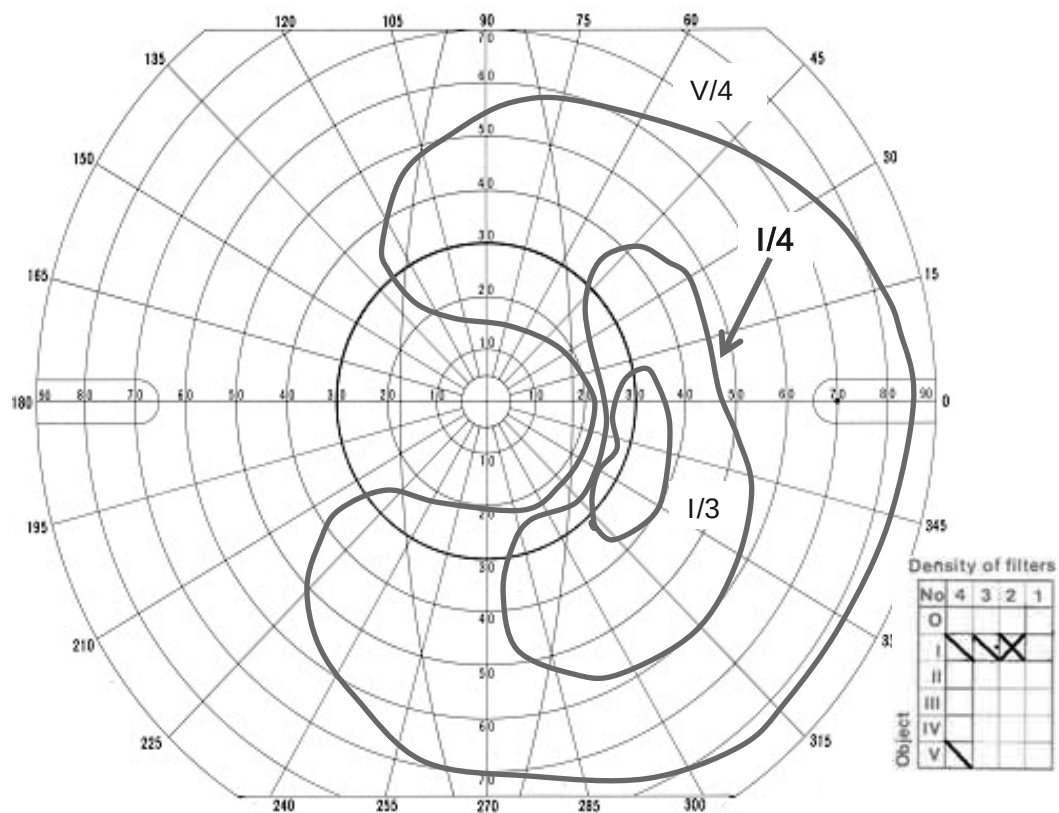
右 ③ 点(≥26dB)
 左 ④ 点(≥26dB)

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

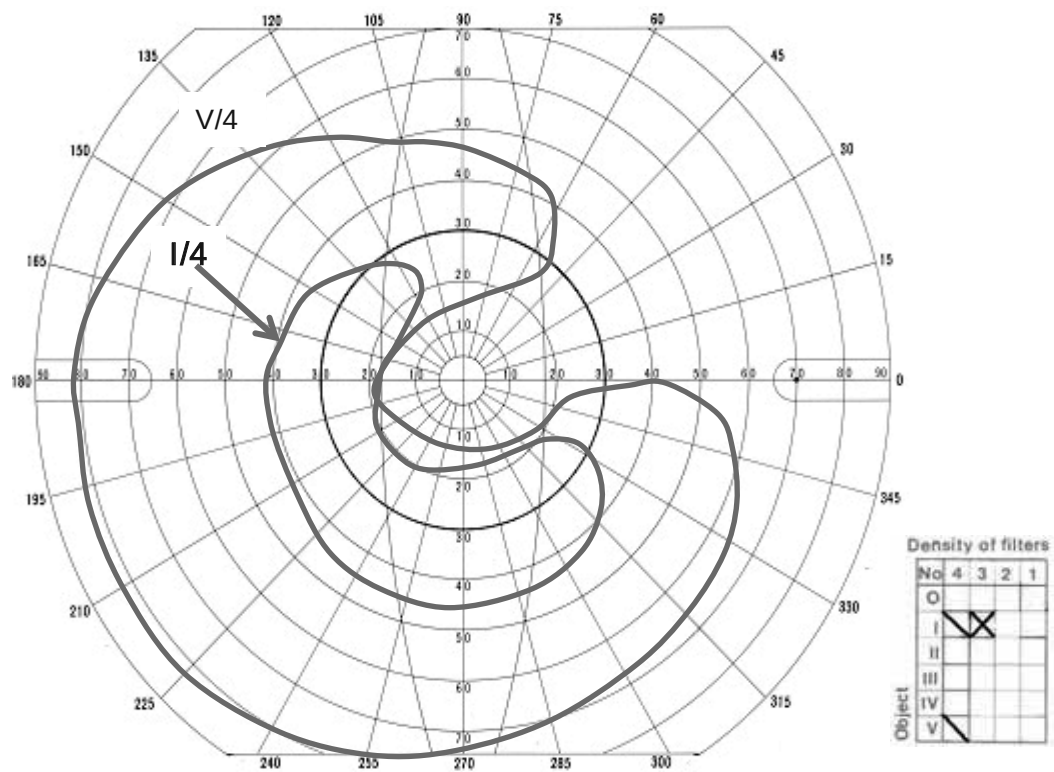
3 現 症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	初発白内障	初発白内障
眼 底	緑内障性視神経萎縮	緑内障性視神経萎縮

右眼



左眼



(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。

(日本産業規格 A 列 3 番)

事例 3 解説

(ゴールドマン型視野計の適切な事例)

○診断書・意見書について

記載事項は適切である。

○障害認定について

視力は、右 0.08 (矯正不能)、左 0.06 (矯正不能) であることから 4 級に該当する。

視野は、中心 10 度内に I / 4、I / 2 イソプタともになく、両眼の周辺視野角度は、中心視野角度はともに 0 度である。両眼中心視野角度は 28 度以下のため、視野障害は 2 級。

合計指数は視力障害 4 点、視野障害 11 点で計 15 点となり、視覚障害は 2 級となる。

P62〔参照〕障害程度等級表解説

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。

【事例 4】ゴールドマン型視野計の適切な事例

第 2 号様式の 2 (第 3 条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)												
総括表												
氏 名	〇〇 〇〇	昭和 17 年 3 月 3 日生	男 ☐ 女 ☒									
住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇											
① 障害名(部位を明記)	両眼 視野障害											
② 原因となった 疾病・外傷名	①右眼視神経炎 ②左眼正常眼圧緑内障	外傷 ☒ 疾病 ☐ 先天性・その他()										
③ 疾病・外傷発生年月日	①令和 3 年 7 月 日 ②不詳											
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)												
緑内障で通院加療中、令和 3 年 7 月に右眼視神経炎を発症。加療受けるも視力は白内障もあり 0. 1 にとどまり、中心暗点も残存している。左眼は緑内障による視野障害を上下視野に認め、白内障もあり視力は 0. 6 である。												
障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 7 月 1 日												
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)												
視力障害は右 0. 1、左 0. 6 で非該当。視野は、周辺視野に生理的限界の二分の一以上の欠損、10 度内狭窄が認められないが、両眼中心視野角度が 46 度であることから視野障害 5 級と判定される。 白内障、緑内障の悪化による障害の悪化の可能性あり。												
[将来再認定 ☒ 要 ☐ 軽度化 ☒ 重度化 ☐ ・ 不要] [再認定の時期 1 年後 ☒ 3 年後 ☐ ・ 5 年後]												
⑥ その他参考となる合併症状 現在、白内障の程度は軽度												
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。												
令和 5 年 7 月 1 日												
病院又は診療所の名称 〇〇病院 電話 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇												
所 在 地 〇〇区〇〇町〇〇番地												
診 療 担 当 科 名 眼 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒												
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見												
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		障害程度等級についての参考意見										
☒ 該当する ☐ 該当しない。		5 級相当 <table border="1"> <tr> <td>内訳</td> <td>等</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td></td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>5</td> <td>級</td> </tr> </table>		内訳	等	級	視力		級	視野	5	級
内訳	等	級										
視力		級										
視野	5	級										
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。												

(日本産業規格 A 列 4 番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力							
右眼	0. 0 8	0. 1	×	-0. 5 0	D	⊖	cyl	D	Ax °
左眼	0. 5	0. 6	×	+1. 0 0	D	⊖	cyl	-0. 5 0 D	Ax 4 5 °

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	
									度(≤80)
									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	0	0	0	0	0	0	0	0	① 0	度
左	0	0	0	10	18	16	12	5	② 61	度

両眼中心 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
視野角度 (I / 2) (61 × 3 + 0) / 4 = 46 度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

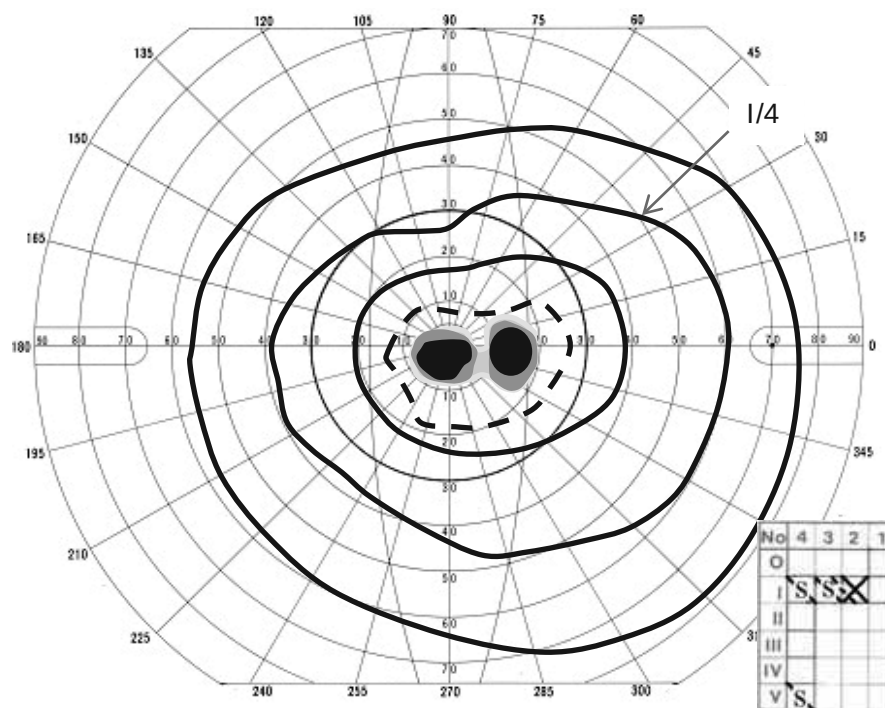
右 ③ 点(≥26dB)
左 ④ 点(≥26dB)

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

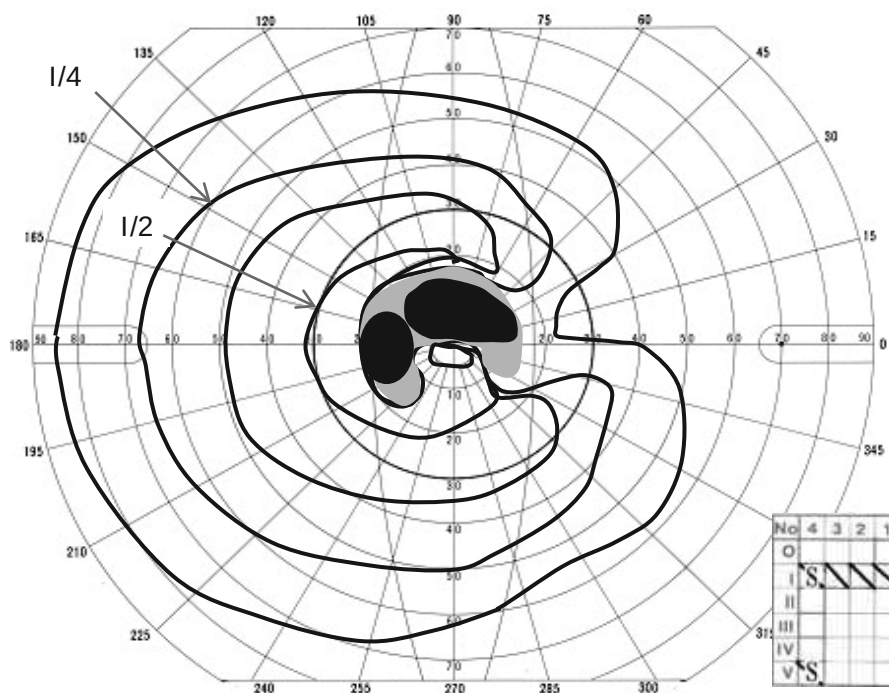
3 現 症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	白内障	白内障
眼 底	視神経萎縮	緑内障性視神経萎縮

右眼



左眼



(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。

(日本産業規格 A 列 3 番)

事例 4 解説

（ゴールドマン型視野計の適切な事例）

○診断書・意見書について

記載事項は適切である。

○障害認定について

視力は、矯正視力が右（0. 1）、左（0. 6）であることから非該当である。

視野は、周辺視野に生理的限界の2分の1以上の欠損が認められない。

両眼中心視野角度が46度（注1）とあり、56度以下であることから視野障害は5級である。

（注1） 計算すると45. 7度であるが、小数点以下は四捨五入し整数で表すため、46度となる。

P62〔参照〕障害程度等級表解説

8方向の周辺視野角度は1／4 視標が視認できない部分を除いて算出する。

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。

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。

両眼中心視野視認点数は、小数点以下は四捨五入し、整数で表す。

第2号様式の2(第3条関係)

(日本産業規格A列4番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力			
右眼	0.09	0.2	×	-1.00 D	⊖ cyl -0.50 D Ax 110°
左眼	0.05	0.07	×	-2.50 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	3	3	3	3	3	3	3	3	24	度(≤80)
左	2	2	2	2	2	2	2	2	16	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 0	度
左									② 0	度

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

両眼 I / 2 測定不能

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

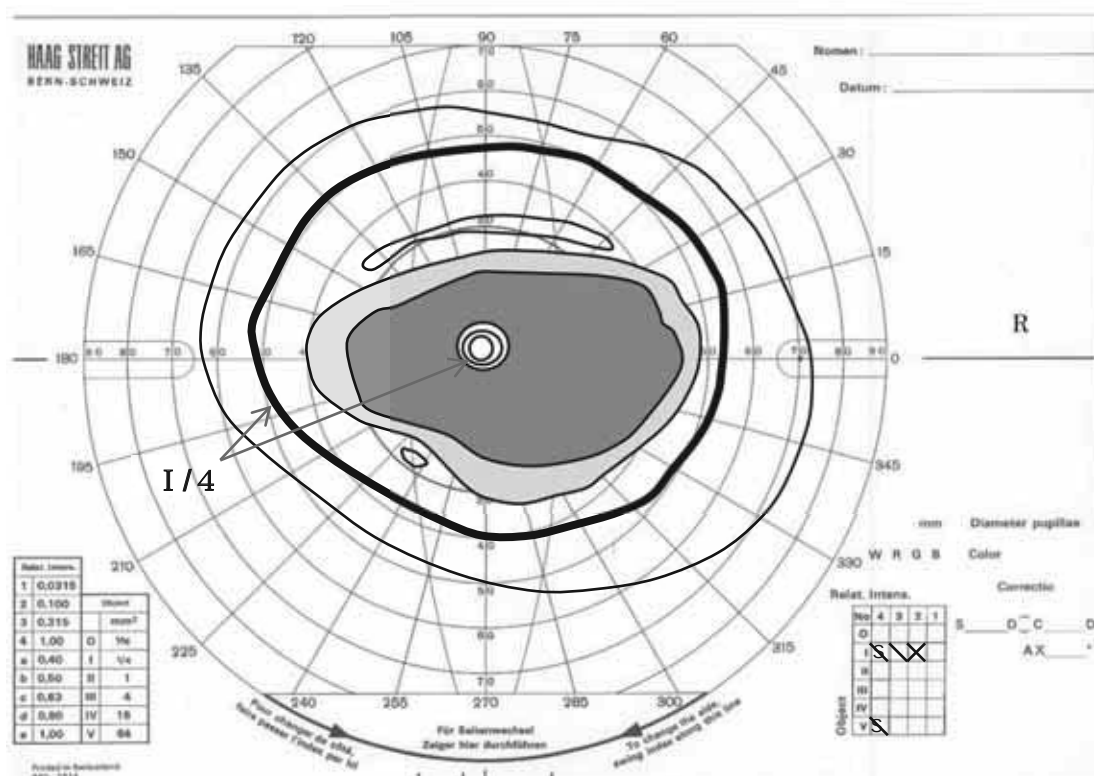
右 ③ 点(≥26dB)
左 ④ 点(≥26dB)

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

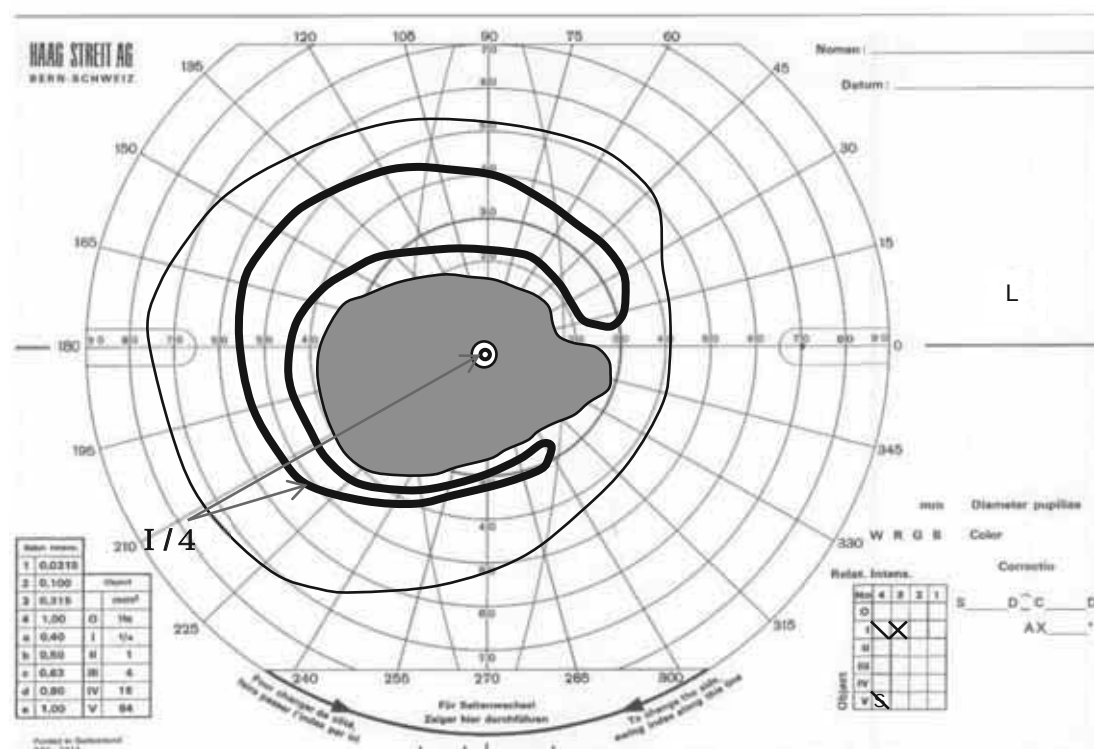
3 現 症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	白内障	白内障
眼 底	網膜色素変性	網膜色素変性

右眼



左眼



(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。

(日本産業規格 A 列 3 番)

事例 5 解説

（ゴールドマン型視野計の適切な事例）

○診断書・意見書について

記載事項は適切である。

○障害認定について

視力は、矯正視力が右（0. 2）、左（0. 07）であることから非該当である。

視野は、I／4 イソプタで中心と周辺が完全に分離している。

その場合、中心部のみで評価すればよいので、右が24度、左は16度となる。

中心視野については、両眼I／2測定不能と記載されていることから0度となり、視野障害は2級となる。

P62〔参照〕障害程度等級表解説

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。

【事例6】ゴールドマン型視野計の不適切な事例

第2号様式の2(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)												
総括表												
氏 名	〇〇 〇〇	昭和30年 5月 5日生	☒ 男 ☐ 女									
住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇											
① 障害名(部位を明記)	両眼 視野障害											
② 原因となった 疾病・外傷名	正常眼圧緑内障	外傷 ☒ 疾病	先天性・その他()									
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳 年 月 日											
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)												
令和1年視野狭窄感にて受診、緑内障と診断。初診時すでに中心・周辺残存視野の状態、湖崎分類Ⅳ期相当であった。点眼治療にて眼圧も下降し、現在まで眼圧も視野も安定した状態である。両眼白内障も軽微である。視野は、ゴールドマン型視野計で測定。右眼Ⅰ／４イソプターは、中心と周辺が完全に分離しており、左眼Ⅰ／４イソプターは1点のみで中心と周辺が繋がっている状態で、機能的には中心・周辺が分離しているものと考えられるため、中心視野のみで評価した。 障害固定又は障害確定(推定) 令和5年 7月 1日												
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)												
周辺視野角度は右59度、左65度とともに10度内狭窄と判定、両眼中心視野角度は39度で、視野障害3級。 [将来再認定 ☒要 ☐軽度化 ☒重度化 ☐不要] [再認定の時期 1年後 ☒3年後 ☐5年後]												
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。 令和5年 7月 1日 病院又は診療所の名称 〇〇病院 電話 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 所 在 地 〇〇区〇〇町〇〇番地 診 療 担 当 科 名 眼 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒印												
身体障害者福祉法第15条第3項の意見												
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。		障害程度等級についての参考意見 3 級相当 <table border="1"> <tr> <td>内訳</td> <td>等</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td></td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>3</td> <td>級</td> </tr> </table>		内訳	等	級	視力		級	視野	3	級
内訳	等	級										
視力		級										
視野	3	級										
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。												

(日本工業規格A列4番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力					
右眼	0. 7	1. 0	×	-0. 5 0	D	⊖	cyl-1. 0 0 D Ax4 0 °
左眼	0. 8	1. 0	×	-0. 2 5	D	⊖	cyl-1. 2 5 D Ax120 °

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	
6	8	7	9	8	8	7	6	59	度(≤80)
7	6	7	8	8	10	7	7	60	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	5	5	5	5	4	5	5	5	①39	度
左	4	4	5	5	5	5	5	5	②38	度

両眼中心 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
 視野角度 (I / 2) (39 × 3 + 38) / 4 = 39 度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

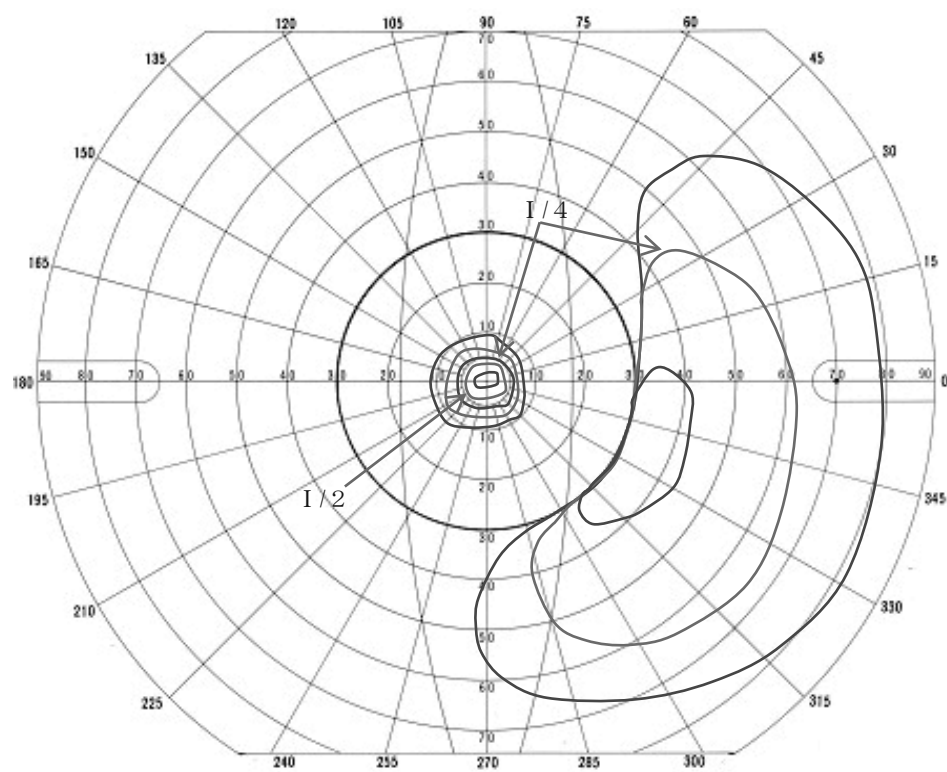
右 ③ 点(≥26dB)
 左 ④ 点(≥26dB)

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

3 現 症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	初発白内障	初発白内障
眼 底	緑内障性視神経萎縮	緑内障性視神経萎縮

右眼

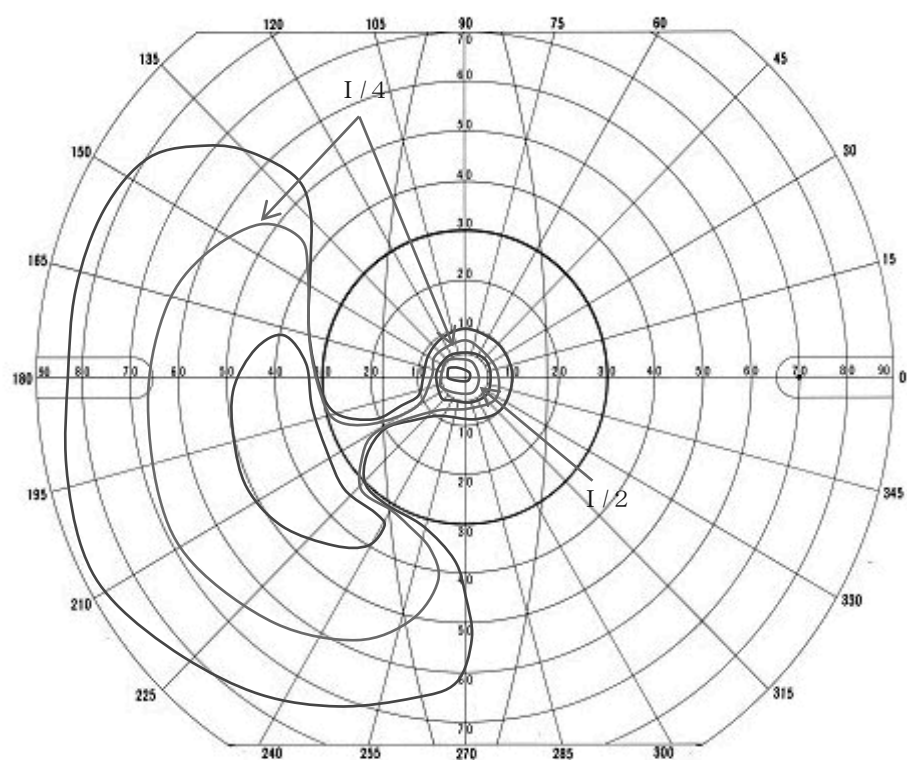


Density of filters

No	4	3	2	1
O				X
I				
II				
III				
IV				
V				

Object

左眼



Density of filters

No	4	3	2	1
O				X
I				
II				
III				
IV				
V				

Object

(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。

(日本工業規格 A 列 3 番)

事例 6 解説

(ゴールドマン型視野計の不適切な事例)

○診断書・意見書について

記載事項は不適切である。

「参考となる経過・現症」において、左眼 I / 4 イソプタは外下 1 点のみで中心と周辺が繋がっている状態で、機能的には周辺・中心が分離しているとの見解だが、I / 4 イソプタが中心と周辺で連続している以上、周辺・中心視野の分離とは判定できない。

○障害認定について

視力は、矯正視力が右 (1. 0)、左 (1. 0) であることから非該当である。

視野は、右眼は周辺と中心が分離しているので、周辺視野角度は診断書通りである。

左眼は、I / 4 イソプタが周辺・中心で連続していることから分離しているとは認められない。再計算すると、左眼の合計は 60 度ではなく、外下が 45 度、外が 41 度となるので、合計は 129 度となり 80 度を超える。

I / 2 は診断書通りとなることから、両眼中心視野角度が 56 度以下のものとして、視野障害は 5 級となる

P62【参照】障害程度等級表解説

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。

【事例 7】自動視野計の適切な事例

第 2 号様式の 2 (第 3 条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)							
総括表							
氏 名 ○○ ○○	昭和 17 年 7 月 7 日生 ☒ 男 ☐ 女						
住 所 ○○○○○○○○○							
① 障害名(部位を明記) 両眼 視野障害							
② 原因となった 疾病・外傷名 落屑緑内障	外傷 ☒ 疾病 先天性・その他()						
③ 疾病・外傷発生年月日 不詳 年 月 日							
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) 平成 15 年、健診で緑内障を指摘されるも放置。平成 20 年視力低下自覚し、眼科受診。白内障、緑内障を指摘され、平成 21 年両眼の白内障・緑内障手術を受けたが、右眼矯正視力 0.3、左眼矯正視力は 1.2。手術以後、緑内障は点眼併用で眼圧コントロールされ、視野障害も明らかな進行はない。視野は自動視野計で測定。 障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 7 月 1 日							
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入) 視力は、右 0.5、左 0.7 で等級に該当せず。 視野は、エスターマン・テストの視認点数：54 点 両眼中心視野の視認点数 19 点で、視野障害 2 級。 〔将来再認定 要(軽度化・重度化) ☒ 不要〕 〔再認定の時期 1 年後 ・ 3 年後 ・ 5 年後〕							
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。 令和 5 年 7 月 1 日 病院又は診療所の名称 ○○病院 電話 (○○○○)○○○○ 所 在 地 ○○区○○町○○番地 診 療 担 当 科 名 眼 科 医師氏名 ○○○○ ☒ 印							
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見							
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。	障害程度等級についての参考意見 2 級相当 <table border="1"> <tr> <td>内訳</td> <td>等 級</td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>2 級</td> </tr> </table>	内訳	等 級	視力	級	視野	2 級
内訳	等 級						
視力	級						
視野	2 級						
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。							

(日本産業規格 A 列 4 番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力					
右眼	0.3	0.5	×	-0.75	D	⊖	cyl-1.50 D Ax90°
左眼	0.4	0.7	×	-0.50	D	⊖	cyl-2.00 D Ax80°

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

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

右 点(≥26dB)
左 点(≥26dB)

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

3 現 症

	右	左
前 眼 部	虹彩縁に落屑物質沈着	虹彩縁に落屑物質沈着
中間透光体	眼内レンズ挿入眼	眼内レンズ挿入眼
眼 底	緑内障性視神経萎縮	緑内障性視神経萎縮

名前 : ○○○○○○

ID : ****

検査眼 : リョウガン

タソジヨビ : 1942-XX-XX

イスターマン リョウガン

固視監視 : オフ

固視点 : 中心

固視不良 : 0/0

偽陽性 : 4/14

偽陰性 : 3/15

テスト時間 : 07:11

視標キド : 10 dB

視標 : III 白色

背景 : 31.5 ASB

方法 : 2段階測定

検査モード : 単一輝度

瞳孔径 :

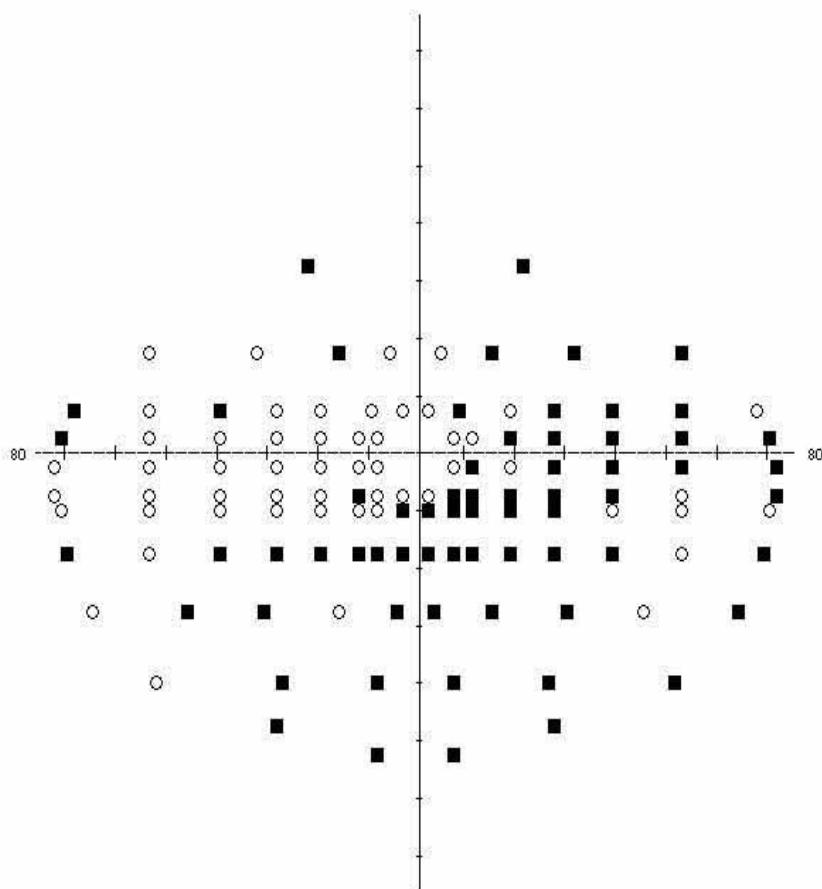
視力 :

度数 : DS DO X

検査日 : 2023-06-XX

時間 : 11:33 AM

年齢 : 80



○ 見えた 54/120

■ 見えなかった 66/120

△ 盲点

イスターマン キノクスIT 45

©2010 Carl Zeiss Meditec

HF All

単一視野解析

検査眼：右

名前：*****

タシヨビ：1942-**-**

ID：*****

中心10-2 閾値

固視監視：注視/盲点

視標：III, 白色

瞳孔径：6.3 mm

検査日：2023-06-XX

固視点：中心

背景：31.5 ASB

視力：0.4

時間：3:14PM

固視不良：2/17

方法：SITA-Standard

度数：+0.00 DS -0.50 DC X 90

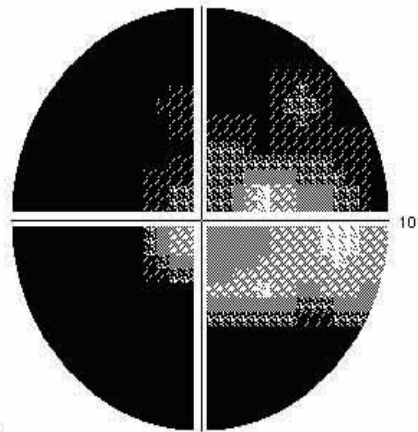
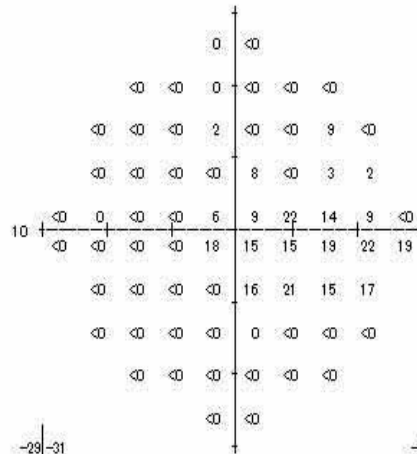
年齢：80

偽陽性：2%

偽陰性：0%

テスト時間：08:28

中心窓：29 dB ■



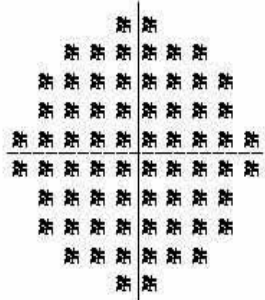
-29 -31
-32 -32 -30 -32 -32 -31
-32 -33 -33 -29 -33 -33 -21 -31
-33 -33 -34 -34 -23 -34 -28 -29
-33 -32 -34 -34 -26 -23 -10 -18 -23 -32
-33 -34 -34 -34 -14 -17 -13 -10 -11
-33 -34 -34 -34 -17 -11 -17 -14
-33 -34 -34 -34 -32 -34 -34 -33
-33 -33 -33 -33 -33 -33
-33 -33

-12 -14
-15 -15 -13 -15 -14 -14
-15 -16 -16 -12 -16 -16 -4 -14
-16 -16 -16 -17 -6 -16 -11 -11
-15 -14 -17 -17 -9 -6 7 -1 -6 -15
-15 -17 -17 -17 -3 0 0 4 7 6
-16 -17 -17 -17 1 6 0 3
-16 -16 -17 -17 -15 -17 -16 -16
-16 -16 -16 -16 -16 -16
-15 -15

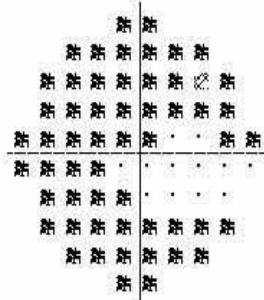
MD -28.71 dB P<1%

PSD 7.61 dB P<1%

トータル偏差



パターンの偏差



□ < 5%

□ < 2%

■ < 1%

© 2010 Carl Zeiss Meditec

HF All

単一視野解析

検査眼：左

名前：*****

タリョウヒ：1942-XX-XX

ID：*****

中心10-2 閾値

固視監視：盲点

視標：III 白色

瞳孔径：

検査日：2023-05-XX

固視点：中心

背景：31.5 ASB

視力：0.7

時間：3:26PM

固視不良：5/20 x

方法：SITA-Standard

度数：+0.75 DS -2.00 DC X 90

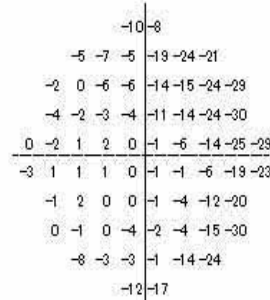
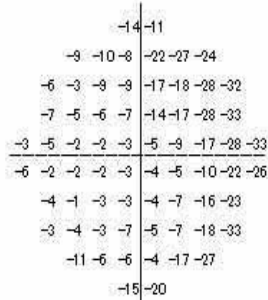
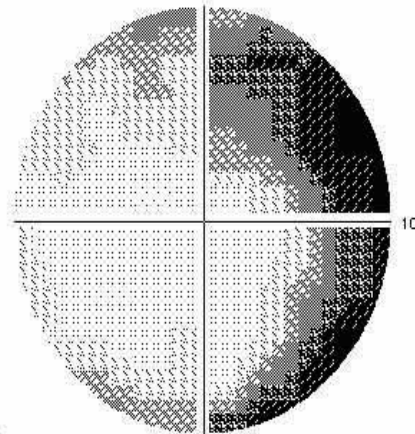
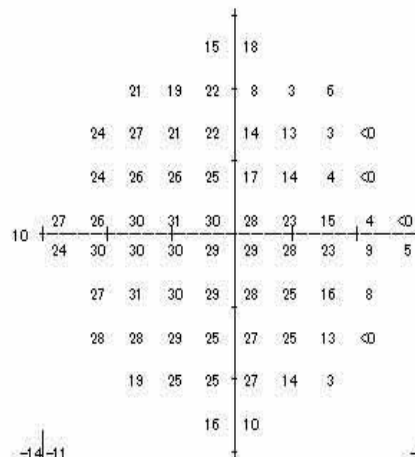
年齢：80

偽陽性：3 %

偽陰性：2 %

テスト時間：08:00

中心窩：32 dB



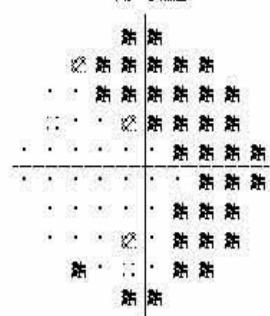
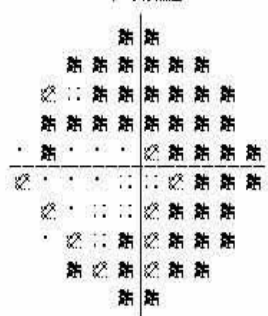
患者の信頼係数が低い

MD -11.67 dB P<1%

PSD 9.61 dB P<1%

トータル偏差

パターン偏差



● < 5%

● < 2%

● < 1%

2010 Carl Zeiss Meditec

HF41

(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。

(日本産業規格 A 列 3 番)

事例 7 解説

（自動視野計の適切な事例）

○診断書・意見書について

記載事項は適切である。

○障害認定について

視力は、矯正視力が右（0.5）、左（0.7）であることから非該当である。

なお、眼内レンズ挿入眼で測定した視力は、この事例のように裸眼視力と同等に扱う。

視野は、エスターマンテストの視認点数が54点、両眼中心視野の視認点数が19点で、視野障害は2級に該当する。

	ゴールドマン型視野計		自動視野計	
	I/4 視標	I/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

【事例 8】自動視野計の不適切な事例

第 2 号様式の 2 (第 3 条関係)

身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)									
総括表									
氏 名	〇〇 〇〇	昭和 1 6 年 6 月 1 2 日生	男 ☐ 女 ☒						
住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇								
① 障害名(部位を明記)	両眼 視力・視野障害								
② 原因となった 疾病・外傷名	右視神経萎縮、左緑内障	外傷 ☒ 疾病 ☐	先天性・その他()						
③ 疾病・外傷発生年月日	不詳 年 月 日								
④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)									
平成 1 5 年、右海面静脈洞瘻にて手術うけるもその後、右眼外転障害、視神経障害出現し、視力は眼前手動弁。平成 2 5 年左眼白内障手術を受け、同時期緑内障と診断され点眼治療を開始。令和 1 年当院初診、視力右 1 5 c m 手動弁、左 0. 3 (0. 4)、右視神経萎縮、左緑内障性視神経乳頭陥凹あり、緑内障点眼治療中。視力右光覚のみ、左 0. 2 (0. 4)。視野は自動視野計で測定し、右眼測定不能、左眼上半視野障害を認めるも、障害は当院初診以後著変なし。									
		障害固定又は障害確定(推定) 令和 5 年 7 月 1 日							
⑤ 総合所見(再認定の項目も記入)									
視力右 0、左 0. 4 で視力障害 6 級。 視野はエスターマンテスト視認点数 5 9 点、両眼中心視野視認点数 3 2 点で 3 級。 以上より、視覚障害 3 級。									
[将来再認定 要(軽度化・重度化) ☒ 不要 ☐ [再認定の時期 1 年後 ・ 3 年後 ・ 5 年後]									
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。 令和 5 年 7 月 1 日 病院又は診療所の名称 〇〇病院 電話 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 所 在 地 〇〇区〇〇町〇〇番地 診 療 担 当 科 名 眼 科 医師氏名 〇〇〇〇 ☒									
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見									
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		障害程度等級についての参考意見							
☒ 該当する。 ☐ 該当しない。		3 級相当 <table border="1"> <thead> <tr> <th>内 訳</th> <th>等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視力</td> <td>6 級</td> </tr> <tr> <td>視野</td> <td>3 級</td> </tr> </tbody> </table>		内 訳	等 級	視力	6 級	視野	3 級
内 訳	等 級								
視力	6 級								
視野	3 級								
注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせる場合があります。									

(日本産業規格 A 列 4 番)

第3号様式（第3条関係）

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力					
右眼	光覚弁	矯正不能	×	D	⊖	cyl	D Ax °
左眼	0. 2	0. 4	×	0. 5 0	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	
									度(≤80)
									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 (①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)
 視野角度 (I / 2) (× 3 +) / 4 = 度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

右 点(≥26dB)
 左 点(≥26dB)

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

3 現 症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	白内障	眼内レンズ挿入眼
眼 底	視神経萎縮	緑内障性視神経乳頭萎縮

Patient: 0000000
Date of Birth: Sep ** 1922
Gender: Female
Patient ID: *****



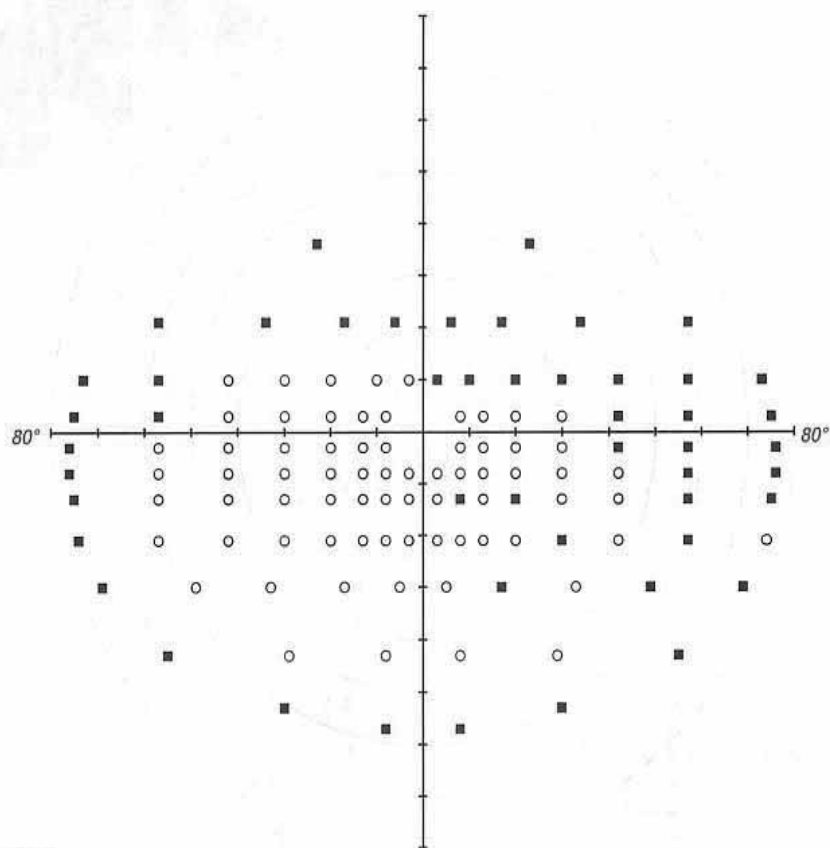
OU Suprathreshold

Esterman Binocular Suprathreshold Test

Fixation Monitor: Off
Fixation Target: Central
Fixation Losses: 0/0
False POS Errors: 0/15
False NEG Errors: 5/14 XX
Test Duration: 06:57
Stimulus Intensity: 10dB

Stimulus: Ill, White
Background: 31.5 asb
Strategy: Two Zone
Test Mode: Single Intensity
Pupil Diameter:
Visual Acuity:
Rx:

Date: Jul ** 2023
Time: 10:45 AM
Age: 82



○ Seen 71/120
■ Not Seen 49/120
△ Blind Spot

Esterman Efficiency Score: 59

Comments

Signature



(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。

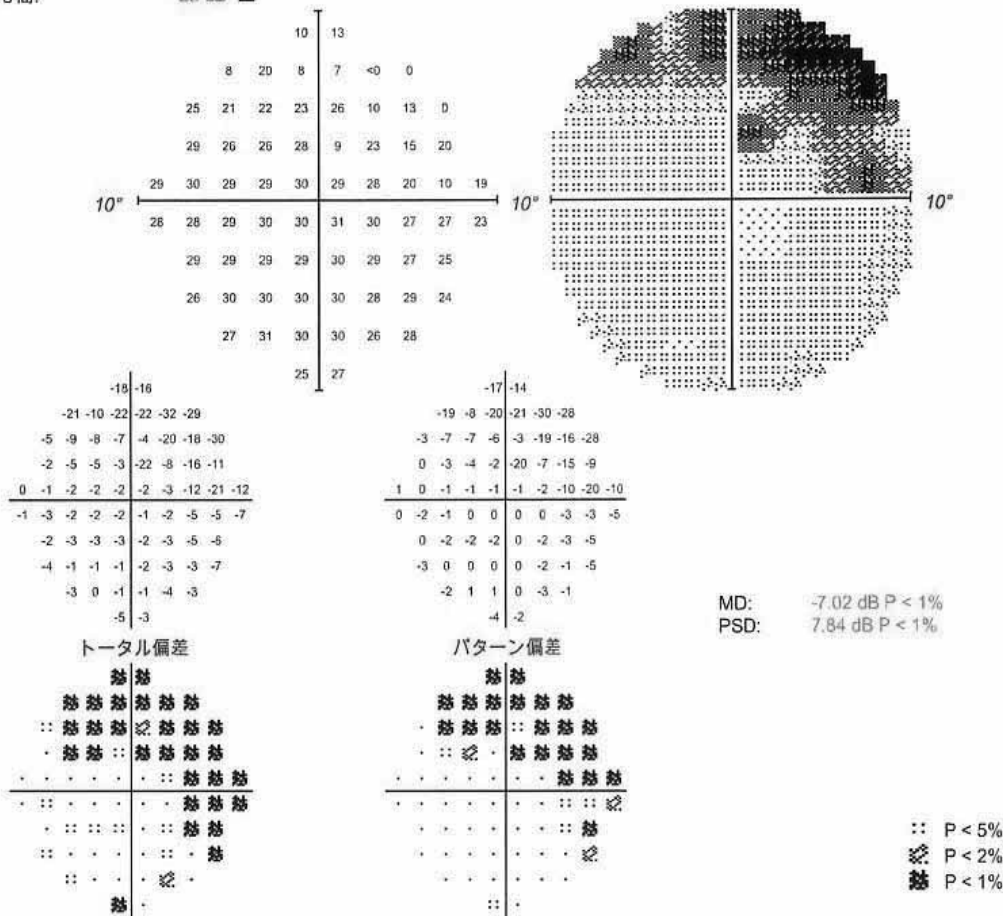
名前: 0000000
生年月日: 1941/09/xx 1941
性別: 女性
ID: ****



OS 単一視野解析

中心10-2 閾値テスト

固視監視: ゲイズ/盲点 刺激: III, 白色 日付: 2023/07/xx
固視点: 中心 背景: 31.5 asb 時間: 11:05
固視不良: 1/13 方法: SITA-Fast 年齢: 82
偽陽性: 0% 瞳孔径: 4.6 mm *
偽陰性: 17% 視力: 度数: +2.75 DS
テスト時間: 06:25
中心窩: 28 dB ■



コメント

サイン



(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。

(日本産業規格 A 列 3 番)

事例 8 解説

（自動視野計の不適切な事例）

○診断書・意見書について

記載事項は視力は適切であるが、視野は不適切である。

○障害認定について

視力は、右光覚弁、左（0.4）で視力障害は6級である。

視野は、両眼開放エスターマンテスト視認点数59点としているが、これはエスターマンキノウスコア（Esterman Efficiency Score）の数値である。

正しくは、見えた（seen）の数を記入する。両眼開放エスターマンテスト視認点数は71点となり、視野障害5級となる。

合計指数は視力障害1点、視野障害2点で計3点となり、視覚障害は5級となる。

	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

3 東京都身体障害認定基準

東京都身体障害認定基準

(目的)

第1条 身体障害者の障害程度の認定については、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号。以下「政令」という。）、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「省令」という。）及び東京都身体障害者手帳に関する規則（東京都規則第215号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この基準に定めるところによる。

(障害の定義)

第2条 法別表に規定する「永続する」障害とは、原則として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良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

(乳幼児の障害認定)

第3条 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）以降に行うこととする。しかし、3才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として18歳以上のものを想定していることから、児童の場合その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定する。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時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

(加齢現象及び意識障害を伴う身体障害)

第4条 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は、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみ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ところから、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し障害認定を行うこととする。

なお、意識障害を伴う身体障害の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

(知的障害をもつ者の身体障害)

第5条 身体障害の判定にあたっては、知的障害等の有無に係わらず、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うものとする。ただし、身体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しないこととする。

(7級の障害及び重複障害)

第6条 7級の障害は1つのみでは法の対象とはならないが、7級の障害が2つ以上重複する場合または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。

第7条 二以上の障害が重複する場合の障害等級は、次により認定することとする。

1 障害等級の認定方法

(1) 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、次により認定することとする。

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

(2) 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か所以上ある時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

右上肢の手関節の全廃 4 級 等級別指数 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 〃	4級	〃	4
〃 手関節 〃	4級	〃	4

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

ウ 肢体不自由の場合の特例

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」の区分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算定することとする。指数合算する際の間とりまとめの区分は下表のとおりとする。

ただし、前記イの「合計指数算定の特例」における同一の上肢又は下肢に係る合計指数の上限の規定は、この中間指数のとりまとめの規定に優先するものである。

合計指数	中間指数	障害区分（指数合算の中間とりまとめ区分）
↓ 原則 排除 ↑ {		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
		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
		肝臓機能障害

2 認定上の留意事項

- (1) 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。
- (2) 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差し支えない

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である。

(3) 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差し支えない。

例えば、聴力レベル100 d B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。

(4) 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。

(5) この指数加算方式により障害程度認定を行う必要があると認める場合には、診断書総括表中の①障害名欄の余白に各障害部位別に障害程度等級の意見を記載すること。

(例) 総合等級2級の場合 左全手指切断 (3級)
右足関節機能全廃 (5級)
右肩関節機能全廃 (4級)

3 その他

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、東京都社会福祉審議会の意見を聞くものとする。

(個別障害基準について)

第8条 身体障害程度等級における個別の障害種目に係る認定基準については、別紙「障害程度等級表解説」のとおりとする。

(障害再認定対象者)

第9条 政令第6条第1項の規定に基づき、法第17条の2第1項の規定による区市町村長の診査又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条第1項の規定による保健所長の診査を受けるべき旨の通知を行う再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。

ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。

(再認定のための診査の期日)

第10条 政令第6条第1項の規定に基づき知事が指定する診査の期日は、身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

4 身体障害認定基準等の 取扱いに関する疑義について

身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について

質 疑	回 答
〔総括事項〕 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。 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。 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。	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。 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。 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のか。	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り扱いについて」（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、障害認定してかまわない	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となっている場合に

質 疑	回 答
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。	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）に将来再認定の可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べきか。	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」の区分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。																																				
(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 7) (指数 2) (指数 0.5) (指数 1) (指数 2) 3 級 (指数 7) 6 級 (指数 1) (指数 2) 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。																																				
* 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。	<table><tr><th>合計指数</th><th>中間指数</th><th>障 害 区 分</th></tr><tr><td rowspan="15">原則 ↓ 排除 ↑</td><td></td><td>視力障害</td></tr><tr><td></td><td>視野障害</td></tr><tr><td></td><td>聴覚障害</td></tr><tr><td></td><td>平衡機能障害</td></tr><tr><td></td><td>音声・言語・そしゃく機能障害</td></tr><tr><td></td><td>上肢不自由</td></tr><tr><td></td><td>下肢不自由</td></tr><tr><td></td><td>体幹不自由</td></tr><tr><td></td><td>上肢機能障害</td></tr><tr><td></td><td>移動機能障害</td></tr><tr><td></td><td>心臓機能障害</td></tr><tr><td></td><td>じん臓機能障害</td></tr><tr><td></td><td>呼吸器機能障害</td></tr><tr><td></td><td>ぼうこう又は直腸機能障害</td></tr><tr><td></td><td>小腸機能障害</td></tr><tr><td></td><td>免疫機能障害 (HIV)</td></tr></table>	合計指数	中間指数	障 害 区 分	原則 ↓ 排除 ↑		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		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)
合計指数	中間指数	障 害 区 分																																			
原則 ↓ 排除 ↑		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																																			
		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)																																				
	ただし、認定基準中、六-1-(2)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枝に係る合計指数の上限の考え方																																				

質 疑	回 答
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。	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。 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。

質 疑	回 答
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H I V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。

5 視覚障害等級表と診断のポイント

第 1 視覚障害

障害程度等級表

級 別	視 覚 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 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
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
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
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
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

一 障害程度等級表解説

1 総括的解説

（1）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。

（2）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。

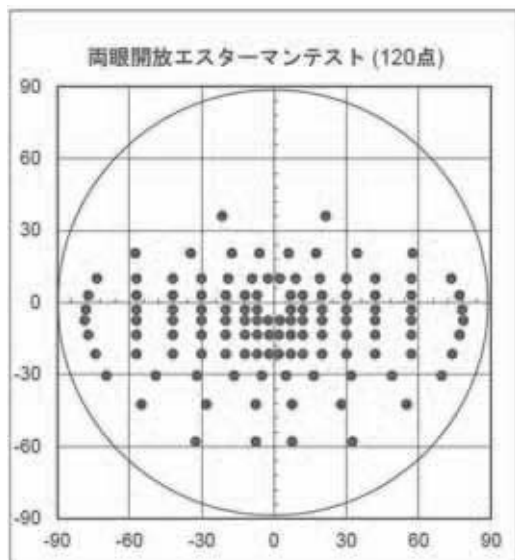
（3）視野はゴールドマン型視野計、あるいは自動視野計を用いて測定する。

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。

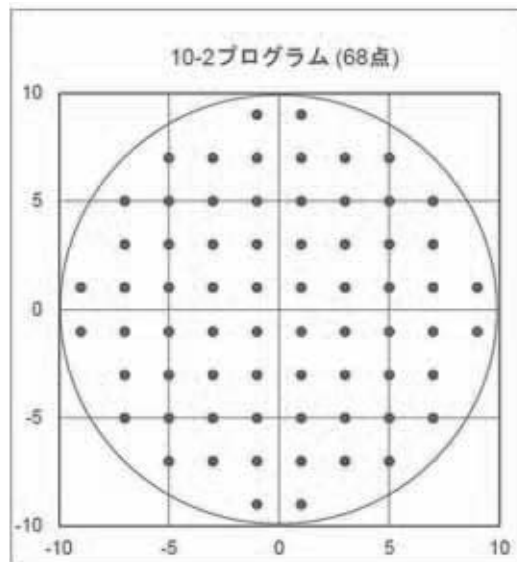
自動視野計を用いる場合は、両眼開放視認点数の算定には、両眼開放エスターマン

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

（1）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、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
	指数弁・0.01	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	6
	0～手動弁	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	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
良い方の眼の視力															

*横軸が良い方の眼の視力、縦軸が他方の眼の視力を取り、枠内が等級を示す。

*指数弁は 0.01 とする。一眼の視力 0.15 のものについては、0.1 として計算する。

(2) 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 0 dB 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)

	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

3 身体障害認定基準の取扱いに関する疑義について

Q 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。

A 1. 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。

Q 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。

A 2. 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。

Q 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。

A 3. 両眼または一眼眼瞼下垂等のため開眼が困難で、日常生活における視力が確保されないとしても、視覚障害としての認定は行わない。

Q 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。

A 4. 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っ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。

Q 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、

① 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。

② 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。

A 5. ① 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。

② 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。

Q 6. 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る判定を行ってもよい。

A 6. 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。

Q 7. ゴールドマン型視野計の I / 4 視標、または両眼開放エスターマンテストが正常範囲であっても、両眼中心視野角度また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。

A 7. 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とも、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。

Q 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。

A 8. ゴールドマン型視野計を用いる場合は、I / 4 の視標による 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)

Q 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。

A 9. 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。

Q 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。

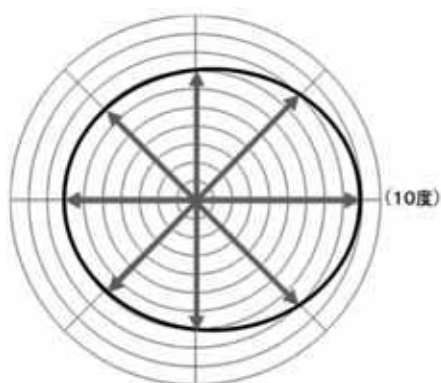
A 10. ゴールドマン型視野計、自動視野計のいずれを用いた場合も視野図を診断書に添付する必要がある。ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが I / 4 の視標によるものか、I / 2 の視標によるものかを明確に区別できるように記載する。

(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。

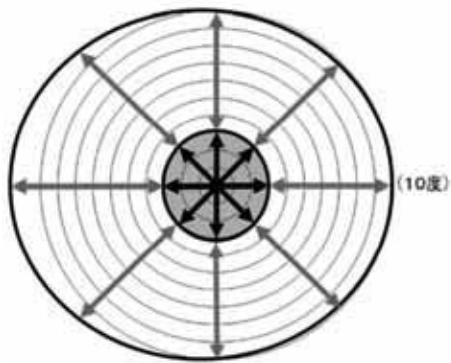
視野角度の総和の算出方法



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。

$$7+7+7+7+7+8+9+8=60(\text{度})$$

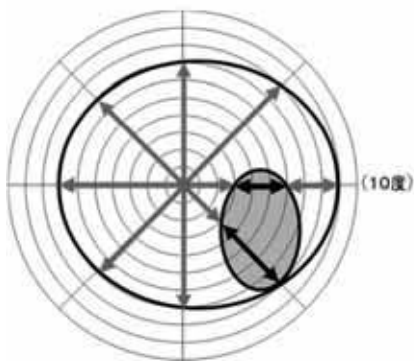
中心暗点が存在する場合



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

$$(10-3)+(11-3)+(12-3)+(11-3)+(10-3)+(10-3)+(10-3)+(10-3)=60(\text{度})$$

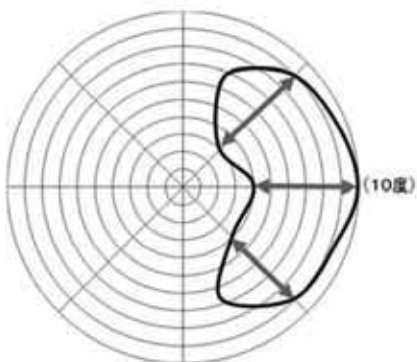
傍中心暗点が存在する場合



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。

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

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。

$$0+0+0+0+0+5+6+6=17(\text{度})$$

「再認定」対象とする際の疾患・症例一覧（視覚）

一 発育によりその障害程度に変化が生じることが予想されるとき

- ・ 医師の意見を踏まえて再認定対象者に該当するかどうか判定する。
- ・ ただし、3歳未満で認定するものは「先天的な四肢欠損、形成不全」以外、原則として全て再認定対象者とする。
- ・ 具体的な例は、次のとおりである。

疾患・症例	留意事項
・ 未熟児網膜症 ・ 先天性緑内障 ・ 先天性黒内障 等	・ 手術や治療による改善が見込まれる事例がある。 ・ 視覚誘発脳波（VEP）、選択視（PL法）、眼球の所見等から推定可能なものは、3歳未満で障害認定する場合もある。 ・ 医学的に視力障害の判定が可能となる年齢、時点で、再認定のための診査を行うこととする。

二 進行性の病変による障害を有するとき

- ・ 進行性の病変による障害を有するときは、障害程度の重度化が予想されるため、障害更新申請の手続きによることとし、**原則として、再認定のための診査を義務づけることはしない。**

三 更生医療によりその障害程度に変化が生じることが予想されるとき

- ・ 更生医療の適用により障害程度の軽減が予想されることが身体障害者診断書で明らかなものは、再認定対象者とする。
- ・ 具体的な例は次のとおりである。

障害種目 更生医療の内容	留意事項
・ 網膜剥離手術 ・ 水晶体摘出・眼内レンズ挿入(術) ・ 角膜移植 ・ 虹彩切除術（瞳孔）	水晶体摘出・眼内レンズ挿入（術）では、短期間に視力の改善が見込まれる例があるため、再認定のための診査の期日は概ね1年後とする。

四 その他、障害程度に変化が生じると予想されるとき

- ・ 医師の意見を踏まえて再認定対象者に該当するかどうか判定する。
- ・ 具体的な例は次のとおりとする。

疾患、症例	留意事項
機能低下の要因として身体障害と併せて知的障害、認知症等などがある場合	・ 当該障害の認定に必要な検査が十分に行うことができず医学的根拠に基づき推定できる限度において障害認定を行うことがある。 ・ 症状の変化により、検査が可能になることも想定される場合、その時点で再認定のための診査を行うこととする。

視覚障害の等級診断のポイント（早見表）

視

矯正視力ですか

YES ↓

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0.3以上0.6以下かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの

NO

再検査

NO

非該当

YES

等級	指数
6級	1

YES

等級	指数
5級	2
4級	4
3級	7
2級	11
1級	18

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

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)

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

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

視力の良い方の視力が0.01以下のもの

力

【注意】

視力が0.01に満たないものの内、光覚弁のもの又は手動弁のものは視力0として計算し、指数を弁ずるものは0.01として計算する。

視力が0.15のものは、0.1として計算する。

視野	視	周辺視野の評価 (1/4視標)		中心視野の評価 (1/2視標)	YES	等級	指数
		両眼による視野が 2分の1以上欠損					
	ゴ ー ル ド マ ン 型 視 野 計			両眼中心視野 角度56度以下	→	5級	2
					→	4級	4
		両眼視野角度の 総和が左右眼 それぞれ80度以下		両眼中心視野 角度56度以下	→	3級	7
				両眼中心視野 角度28度以下	→	2級	11
視野	自動視野計	両眼開放エスターマンテスト 視認点数		両眼中心視野 視認点数(10-2プログラム)	YES	等級	指数
		100点以下					
				40点以下	→	5級	2
					→	4級	4
		70点以下		40点以下	→	3級	7
				20点以下	→	2級	11

(指数計算)

視力

+

視野

総合等級

診斷年月日欄

**医療機関名、
指定医氏名欄**

再認定欄

は記載済みですか。

指定医制度の概要等について

指定医制度の概要等について

1 指定医制度

(1) 指定医制度について

○手帳取得に不可欠な診断書

身体に障害のある方は**指定医の診断書**を必ず添付し、区市町村を經由して都知事に身体障害者手帳の交付申請を行います。

○障害者への福祉サービス供給に不可欠な診断書

認定した等級に基づき、障害者の自立と社会参加を促進する様々な福祉サービスが供給されます。その認定は**指定医の診断書に基づいて審査**します。

○診断書の的確な記載

上記のことから、「**指定医の診断書は障害者にとって非常に重要である**」ということができ、診断書の作成に当たっては「**身体障害者診断書作成の手引き**」により所要の事項についての**的確に**記載してください。

(2) 指定医としての心構え

○指定医の診断について

指定医は診断書作成をすることができると同時に、指定医として診断の責務もあります。受診を希望されたときは、できるだけ診断書作成にご協力願います。

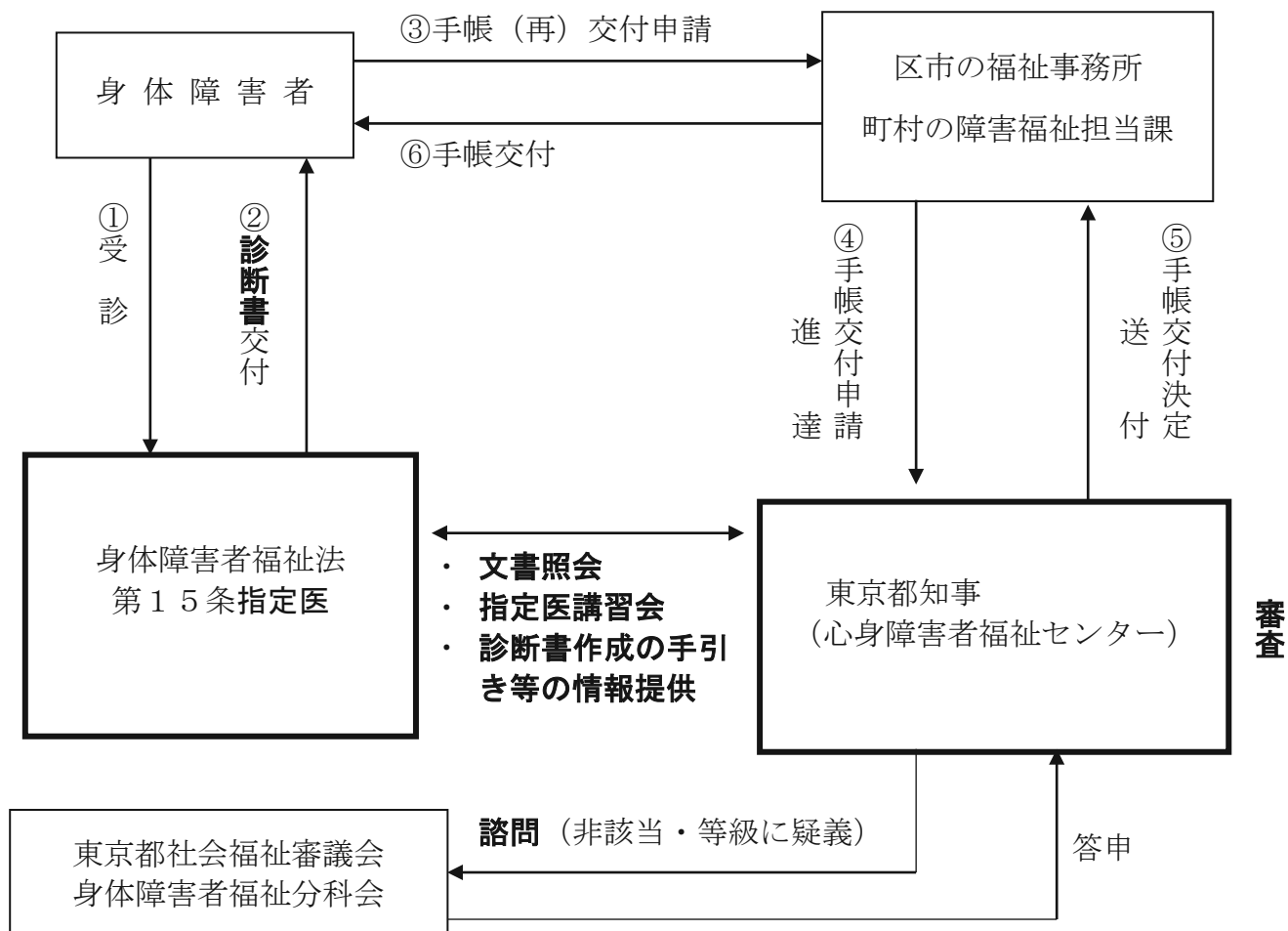
なお、検査ができない等の理由で診断書が作成困難な場合は、他の指定医を紹介する等、ご協力願います。

また、再認定のための診断で、非該当になる場合でも診断書が必要になる場合がありますので、ご協力願います。

○指定医の届出義務

診断に従事する医療機関等に変更があった場合や診療をやめる場合などには、速やかに所定の様式で区市町村長（福祉事務所長）を經由して知事に**届出を行な**ってください。

2 身体障害者手帳審査などの流れ



（注1）東京都社会福祉審議会に諮問するケース

- ・ 法別表に掲げる障害には該当しないもの
- ・ 障害等級が更新されているとは認められないもの
- ・ 障害等級意見に疑義があるものに限られる

（注2）障害再認定

再認定対象者は、原則として別表「身体障害者福祉法施行規則第3条の規定による疾患・症例一覧」で再認定が必要とされている疾患・症例に該当する者とする。ただし、進行性の病変による障害を有し、将来、障害程度の重度化が予想される者は本条の再認定対象者とはしない。**再認定診査の期日**は身体障害者手帳交付時から1年以上5年以内とする。

（注3） 指定医の指定内容変更などの届出については、区市町村が窓口となっております。（届出様式…次ページ参照）

指 定 内 容 変 更 届

年 月 日

東京都知事

殿

診療科名 _____

担当科目 _____ の診断、 _____ の診断

医師氏名 _____

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
医 師 氏 名		
診 療 に 従 事 す る 医 療 機 関 の 名 称	①	①
	②	②
	③	③
所 在 地 及 び 電 話 番 号	① (電話番号： - -)	① (電話番号： - -)
	② (電話番号： - -)	② (電話番号： - -)
	③ (電話番号： - -)	③ (電話番号： - -)
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

(記入上の注意)

- 2 箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事する全ての医療機関の名称、診療科名及び所在地を併記すること。
- 届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

事務担当者所属・氏名

(連絡先)

3 指定医に関する Q&A

(1) 勤務する医療機関が変わる場合の手続きを知りたい

(八王子市を除く都内医療機関)

原則として、変わった先の医療機関の所在地を管轄している区市町村に、変更届をご提出ください。

なお、区市町村の窓口で届出を受理した時点から、変更後の医療機関で作成された診断書が有効となります。

変更の手続きが完了しましたら「指定内容変更確認書」を東京都からお送りします。なお、「指定内容変更確認書」をお待ちいただくなくとも、変更手続きをとられている場合は、診断書は有効です。

変更届は受理したもののから順番に処理しております。お時間を要する場合もございますのでご了承ください。

(2) 勤務する医療機関が変わる場合の手続きを知りたい

(都外医療機関及び八王子市に存する医療機関)

東京都外の医療機関に転出され、都内の医療機関では診断書を作成しない場合は、指定内容の変更ではなく、指定の辞退となりますので、変更届ではなく辞退届を、指定を受けていた医療機関の所在地を管轄している区市町村にご提出ください。

なお、都の指定を受けていたとしても、他道府県では新規申請の扱いとなります。具体的な手続き等については、転出先の道府県にお尋ねください。

他道府県へ転出し、今後東京都に戻る予定がある場合は、辞退届は提出せず、その旨をファクシミリ等でお知らせください。指定医師名、指定医師登録番号(わかれば)、指定科目、直近の登録してある病院名、診療科名、担当者名、担当者連絡先を記載ください。※様式は自由です。

(3) 新たに診断書を作成する医療機関を増やしたい場合の手続きを知りたい

原則として、新たに診断書を作成する医療機関の所在地を管轄している区市町村に、変更届をご提出ください。その際、変更届には、診断書を作成する都内の医療機関を全て記載してください。新たに診断書を作成する医療機関のみが記載されていると、それまで診断書を作成していた医療機関では診断書を作成できなくなります。

（４）診断書を作成する医療機関を減らしたい場合の手続きを知りたい

原則として、診断書を作成しなくなる医療機関の所在地を管轄している区市町村に、変更届をご提出ください。その際、変更届には、変更届提出後も診断書を作成する都内医療機関を全て記載してください。診断書を作成する都内の医療機関がなくなる場合は、変更届ではなく辞退届を提出していただくことになります。

（５）指定内容の変更手続きを忘れていた場合の手続きを知りたい

早急に変更届をご提出ください。そのままでは作成した診断書が無効になります。

（６）指定書を紛失してしまい、再発行してほしい場合はどうすればよいか

知事公印が押印された指定書は再発行できません。必ず大切に保管してください。

（７）様式等をダウンロードしたい

様式等が掲載されているサイトは以下のとおりです。

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/jigyo/ishishitei.html>

※「東京都福祉局 15 条指定医」で検索

4 診断書作成上の主な留意事項

（１）二種類以上の障害

種別の違う障害が二つ以上ある場合は、各々の障害についてそれぞれ担当する指定医の診断書が必要である。

（２）「永続する」障害

法別表に規定する「永続する」障害とは、原則として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良く、必ずしも将来にわたって障害程度が不変のものに限らないものとする。

（３）乳幼児に係る障害認定

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）以降に行うこととする。しかし、３才未満においても四肢の欠損等身体機能の障害が明らかな場合は、障害認定を行うこととする。

ただし、本認定基準は主として１８歳以上のものを想定していることから、**児童の場合その年齢を考慮して**妥当と思われる等級を認定する。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時は、残存すると予想される障害の限度でその障害を認定することとする。

（４）加齢現象や意識障害を伴う身体障害

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は、法に言う「更生」が経済的、社会的独立のみ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ところから、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し障害認定を行うこととする。

なお、**意識障害を伴う身体障害**の場合、その障害認定については常時の医学的管理を要しなくなった時点で行うものとする。

（５）知的障害等

身体障害の判定にあたっては、**知的障害等**の有無に係わらず、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うものとする。ただし、身体の障害が明らかに**知的障害等に起因する**場合は、身体障害として認定しないこととする。

5 障害等級の認定方法

(1) 二つ以上の障害の重複

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、次により認定することとする。

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

(2) 合計指数の算定方法

ア 合計指数算定の基本

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 同一の上肢又は下肢の重複障害の合計指数算定

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か所以上ある時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
右上肢の手関節の全廃	4級	等級別指数	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 〃	4級	〃	4
〃 手関節 〃	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
---------------	----	-------	----

（３） 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

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指数を合計できない。

（４） 体幹機能障害と下肢機能障害の重複

体幹機能障害と下肢機能障害は原則として指数を合計しない。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である。

（５） 聴覚障害と音声・言語機能障害の重複

聴覚障害と音声・言語機能障害が重複する場合は、指数を合計して差し支えない。例えば、聴力レベル100 d B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。

（６） ７級の障害

７級の障害は１つのみでは法の対象とはならないが、７級の障害が２つ以上重複する場合または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。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。

（７） 障害等級の記載

指数加算方式により障害程度認定を行う必要があると認める場合には、診断書総括表中の①障害名欄の余白に各障害部位別に**障害程度等級の意見を記載**すること。

（例）総合等級２級の場合 左全手指切断 （３級）

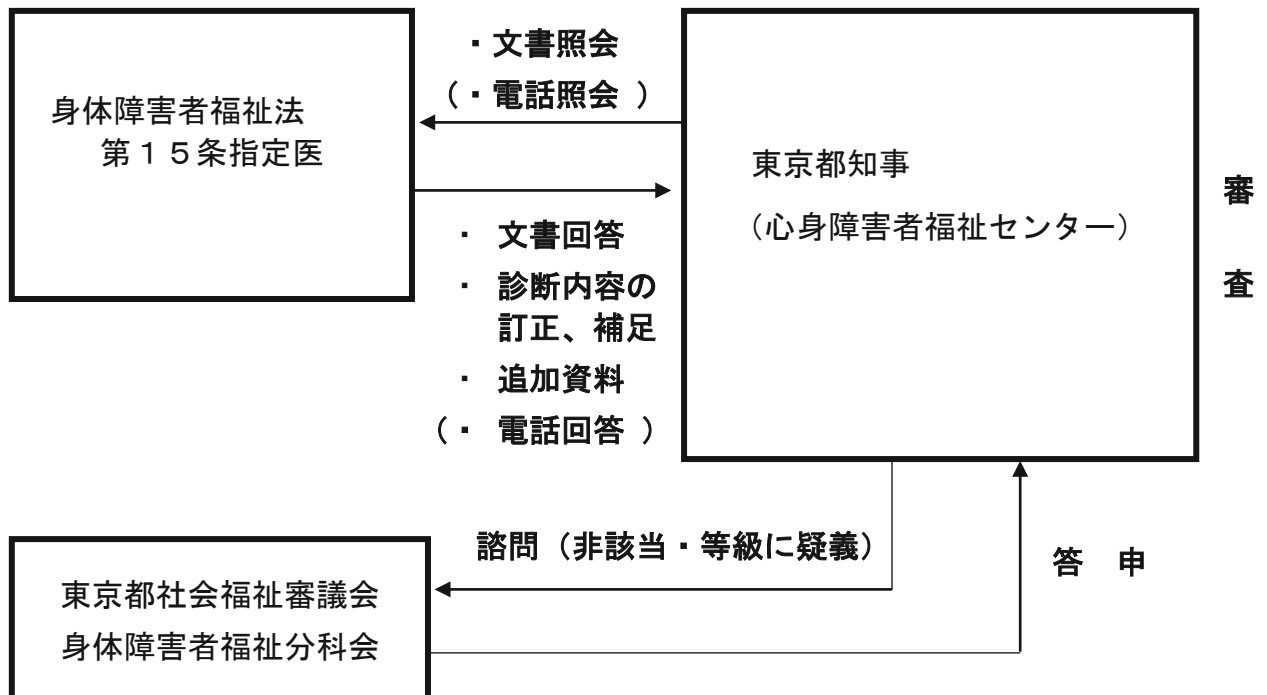
右足関節機能全廃（５級）

右肩関節機能全廃（４級）

6 文書照会・審議会への諮問

(1) 文書照会・審議会への諮問などの流れ

診断書の記載内容に不明点があるときは、東京都から改めて**照会**することがある。また、障害等級の認定が困難な診断書及び法別表に該当しないと思われる診断書については、**東京都社会福祉審議会に諮問**して決定する。



(注) 東京都社会福祉審議会の審議の結果、なお、その障害が法別表に掲げるものに該当するか否か疑義があるときは、**厚生労働大臣に障害認定を求める**こととする。

(2) 文書照会表の例

次頁以降を参照。

診断書・意見書の照会表

手帳申請者氏名	〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
手帳申請者住所	〇〇〇〇〇〇〇〇		
診 断 年 月 日	令和5年7月21日		
照 会 内 容	本診断書では、視力障害（2級）視野障害（2級）総合等級1級とのご意見ですが、右眼については ・ 令和5年6月頃、視神経炎が発生 ・ 診断年月日 令和5年7月21日 とのことで、診断時期が発症後1ヶ月と尚早であり、「ステロイドパルス治療するも回復せず経過観察中」「将来再認定 3年後」とあることから、診断時点では症状未固定と思われますが、いかがでしょうか。 以上、ご検討のうえ、ご回答をお願いいたします。		
ご 回 答	令和 年 月 日 指定医名（自署）_____		

補装具費支給意見書作成のポイント

補装具費支給意見書作成のポイント

1 意見書の様式と記載要領	87
「1 身体障害者手帳」	87
「2 視覚障害の状況と所見」	87
「3 補装具」	89
「4 補装具(複数支給同時申請用)」	91
2 事例	93
事例1 異なる種類の眼鏡の併給について	95
事例2 同じ種類の眼鏡の複数支給について	98
3 障害者総合支援法に基づく補装具費の支給について	102
(1)補装具の概念	102
(2)補装具費支給事務の概要	102
1)視覚障害用補装具の種目、名称、価格等	102
2)補装具費支給の対象	103
3)支給事務と実施主体	103
4)補装具費の支給に必要な医学的判断	103
5)他の制度との適用関係	103
6)特例補装具費の支給について	104
7)補装具費の支給対象となる補装具の個数	104
8)複数支給(2個支給)	104
9)耐用年数と再支給	104
10)難病患者等に対する補装具費支給事務について	104

参考資料

〈資料1〉各種眼鏡の説明と留意点	109
〈資料2〉補装具費支給意見書(視覚障害用)作成上の留意点	113
〈資料3〉補装具費支給意見書(視覚障害用)見本	115

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	区郡 町 丁目 番 号 市 村 (方)		

- 1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害 級	手帳交付日	年 月 日
視野障害 級		

- 2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

--

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正
右 眼	(x D 〇 cyl D A)	
左 眼	(x D 〇 cyl D A)	

- (3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

- 1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

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)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

- 1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点

- 2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

- (4)現症

	右	左
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		

1 意見書の様式と記載要領

「1 身体障害者手帳」

- ・必ず身体障害者手帳の内容を確認し、視力障害等級、視野障害等級、手帳交付日を記入してください。
- ・障害者総合支援法施行令で定める難病患者等の方は、現状で視覚障害に該当し、各補装具の支給要件を満たしていることが確認できれば、身体障害者手帳を所持していなくても補装具費支給の対象となる場合があります。

「2 視覚障害の状況と所見」

(1)原因となった疾患・外傷名

- ・意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(2)視力

- ・裸眼視力と矯正視力、屈折矯正については、必ず記入してください。
- ・裸眼視力と矯正視力に差がなくても、眼鏡(矯正用)の実際の使用効果が認められる場合には、矯正不能とはせず、屈折矯正值を記入してください。

例)

	裸 眼	矯 正
右 眼	0.08	(0.08 x −3.00 D ⊂ cyl D A)
左 眼	0.05	(0.05 x −5.00 D ⊂ cyl D A)

(3)視野

- ・視力障害が認められればご記入の必要はありません。
- ・身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

(4)現症

- ・前眼部、中間透光体、眼底の現状での所見を記入してください。

3 補装具

- (1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

- (2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

遮光用機能が必要な場合 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

- (3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

前掛式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

使用目的及び具体的な効果

- (4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

- (5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名()

主鏡(倍) 近用キャップ(倍・D)

焦点調整式 品名等() 倍率又はジオプトリー(倍・D)

使用目的及び具体的な効果

- (6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 □

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 □

登録場所 東京都 他道府県[]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 □

・難病法第6条第1項に規定する指定医 □

登録場所 東京都 他道府県[]

令和5年4月から

「3 補装具」

(1)義眼

- ・オーダーメイドとレディメイドの2種類があります。通常はオーダーメイドを指定してください。
- ・レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。

(2)眼鏡(矯正用)

- ・視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。
- ・矯正不能と記入した場合、遠用は支給対象となりません。遠用を処方する場合は、必ず屈折矯正値を記入してください。
- ・近用については、遠用が矯正不能であっても、近方視の改善や接近拡大による文字の読み書きの改善などの具体的効果があれば、支給対象となります。

遮光用機能が必要な場合（＊1）

- ・品名（メーカー名を含む）、カラータイプ、遮光率を記入してください。
- ・使用目的及び具体的な効果についても、必ず記入してください。

（＊1）遮光用レンズは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線の公表されたものとされています。

(3)眼鏡(遮光用)（＊1）

掛けめがね式 及び 前掛式

- ・視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。
- ・品名（メーカー名を含む）、カラータイプ、遮光率を記入してください。
- ・使用目的及び具体的な効果についても、必ず記入してください。

(4)眼鏡(コンタクトレンズ)

- ・視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。
- ・矯正不能と記入した場合、遠用は支給対象となりません。遠用を処方する場合は、必ず屈折矯正値を記入してください。
- ・近用については、遠用が矯正不能であっても、近方視の改善や接近拡大による文字の読み書きの改善などの具体的効果があれば、支給対象となります。
- ・コンタクトレンズ装用時の視力も記入してください。

(5)眼鏡(弱視用)

- ・視力障害または視野障害が対象です。
- ・掛けめがね式については、品名（メーカー名を含む）、主鏡の倍率、近用キャップの倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。
- ・焦点調整式については、品名等（単眼鏡か拡大鏡かの指定、メーカー名を含む）、倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。
- ・使用目的と具体的な効果を記入してください。

(6)備考

眼鏡を使用する場合の注意点や特記事項があれば、記入してください。

4 補装具(複数支給同時申請用)

(氏名

)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。

オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

遮光用機能が必要な場合

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

前掛式

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

使用目的及び具体的な効果

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式

品名(

)

主鏡(

倍)

近用キャップ(

倍・D)

焦点調整式 品名等(

) 倍率又はジオプリー(

倍・D)

使用目的及び具体的な効果

(6)備考

え

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年

月

日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

令和5年4月から

「4 補装具(複数支給同時申請用)」

同じ種類で2つ目の補装具費支給を同時申請する際に記入してください。
職業または教育上等、特に必要と認められる場合に限られます。

(1)義眼

- ・義眼を両眼に装用する場合は、「4 補装具(複数支給同時申請用)」ではなく、「3 補装具」の欄を使用し、装用眼に「両眼」を選択してください。

(2)眼鏡(矯正用)

- ・複数支給の例
遠用と近用
遠近両用

遮光用機能が必要な場合

- ・複数支給の例
遮光率や屈折矯正の異なるもの

- ・屋外用と室内用という指定だけでは複数支給の理由とはなりません。職業または教育上等の具体的理由を記入してください。

(3)眼鏡(遮光用)

- ・複数支給の例
掛けめがね式と前掛式
遮光率の異なるもの
矯正用(遮光用機能が必要な場合)と遮光用(掛けめがね式)

- ・屋外用と室内用という指定だけでは複数支給の理由とはなりません。職業または教育上等の具体的理由を記入してください。

(4)眼鏡(コンタクトレンズ)

- ・コンタクトレンズを両眼に装用する場合は、「4 補装具(複数支給同時申請用)」ではなく、「3 補装具」の欄を使用し、左右の処方欄に記入してください

(5)眼鏡(弱視用)

- ・複数支給の例
倍率の異なるもの
焦点調整式単眼鏡(遠用)と拡大鏡(近用)
弱視用と拡大を目的とする眼鏡(矯正用 近用)

2 事 例

【事例 1】異なる種類の眼鏡の併給について

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名	〇〇 〇〇	生年月日	1991 年 4 月 1 日生 (32 歳)
住所	〇〇 区郡 〇〇〇〇 町 1 丁目 1 番 号 市 村 (方)		

1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害	4 級	手帳交付日	平成20年 12 月 10 日
視野障害	3 級		

2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

〔 網膜色素変性 〕

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正
右 眼	0.04	(0.1 x -1.25 D ⊂ cyl -1.00D A 90°)
左 眼	0.03	(0.1 x -2.50 D ⊂ cyl -1.00D A 90°)

(3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

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)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点

2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

(4)現症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	人工水晶体	人工水晶体
眼 底	骨小体色素沈着	骨小体色素沈着

3 補装具

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用) (遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	-1.00D	-1.00D	90度
左	-2.25D	-1.00D	90度
瞳孔間距離	右 32mm 左 32mm		

使用目的及び具体的な効果
遠方視が大幅に改善される。

遮光用機能が必要な場合 品名(東海光学 CCP

) カラータイプ(OG) 遮光率(54%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	-1.00D	-1.00D	90度
左	-2.25D	-1.00D	90度
瞳孔間距離	右 32mm 左 32mm		

使用目的及び具体的な効果
晴天時の屋外でのまぶしさが軽減し、日陰や屋内に入っても見えづらさは見られない。

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm 左 mm		

使用目的及び具体的な効果

前掛式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

使用目的及び具体的な効果

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名(

主鏡(

倍)

近用キャップ(

倍・D)

焦点調整式 品名等(拡大鏡 エッセンバツハ社 ワイドライトルーペ) 倍率又はジオプトリー(7 (倍・D)

使用目的及び具体的な効果

10 ポイント文字の文章を滑らかに読むことができる。

(6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

2023 年 8 月 1 日

医療機関名 ○○総合病院

診療担当科 眼科

医師名 ○○ ○○

電話又はFAX ○○-○○○○-○○○○

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 ☒

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 ☐

登録場所(東京都 他道府県[]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 ☐

・難病法第6条第1項に規定する指定医 ☐

登録場所 東京都 他道府県[]

令和5年4月から

事例 1 解説

（異なる種類の眼鏡の併給について）

機能の異なる眼鏡については、必要と認められた場合、併給することができます。

○「眼鏡（矯正用）」

事例1は、視力障害4級の身体障害者手帳を所持しているので、眼鏡（矯正用）の補装具費支給は適当です。

○「眼鏡（矯正用）」と「眼鏡（矯正用 遮光用機能が必要な場合）」の併給

屈折矯正を目的とする眼鏡（矯正用）とまぶしさの軽減を目的とする眼鏡（矯正用 遮光用機能が必要な場合）では機能が異なります。（＊2）

支給要件を満たせば、併給は可能です。

＊2 まぶしさを軽減する眼鏡の選択について

品名（メーカー名を含む）、カラータイプ、遮光率を指定してください。

○「眼鏡（弱視用）」

対象像の拡大を目的とする眼鏡（弱視用）は、眼鏡（矯正用）とも眼鏡（遮光用）とも機能が異なります。支給要件を満たせば、併給は可能です。

眼鏡（弱視用）については、品名（メーカー名を含む）、レンズの倍率又はジオプトリーを記入してください。

使用目的と具体的な効果を記入してください。

【事例 2】 同じ種類の眼鏡の複数支給について

補装具費支給意見書(視覚障害用)

氏名	〇〇 〇〇	生年月日	1976 年 4 月 1 日生 (47 歳)
住所	〇〇 区郡 〇〇〇〇 町 1 丁目 1 番 号 (方)		

- 1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害	6 級	手帳交付日	平成18年 8 月 10 日
視野障害	級		

- 2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

〔 糖尿病網膜症 〕

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正
右 眼	0. 1	(0. 4 x -1. 00 D ⊂ cyl -1. 00D A 90°)
左 眼	0. 01	(0. 02 x -1. 00 D ⊂ cyl D A)

- (3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

- 1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

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)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

- 1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点

- 2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

- (4)現症

	右	左
前 眼 部	異常なし	異常なし
中間透光体	人工水晶体	人工水晶体
眼 底	糖尿病網膜症	糖尿病網膜症

3 補装具

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用) **遠用**・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	-1.00D	-1.00D	90度
左	-1.00D	D	度
瞳孔間距離	右 32mm	左 32mm	

使用目的及び具体的な効果

遠方視が改善される。別紙近用と合わせ一つの眼鏡とする。職務上、遠近両用とすることが認められる(備考欄参照)。

遮光用機能が必要な場合 品名(

) カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

前掛式

品名(

) カラータイプ(

遮光率(

%)

使用目的及び具体的な効果

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名(

)

主鏡(

倍)

近用キャップ(

倍・D)

焦点調整式 品名等(

) 倍率又はジオプトリー(

倍・D)

使用目的及び具体的な効果

(6)備考 **現在、勤務先で窓口での住民対応や行政相談を担当しており、事務室内を移動したり書類を確認したりする必要がある。こうした場面での迅速な対応には遠近両用の眼鏡(矯正用)が必要である。**

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

2023 年 8 月 30 日

医療機関名 **〇〇総合病院**

診療担当科 **眼科**

医師名 **〇〇 〇〇**

電話又はFAX **〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 ☒

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 ☐

登録場所 **東京都** 他道府県[]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 ☐

・難病法第6条第1項に規定する指定医 ☐

登録場所 東京都 他道府県[]

令和5年4月から

4 補装具(複数支給同時申請用)

(氏名)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・**近用**) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	+2.00 D	-1.00 D	90 度
左	+2.00 D	0 D	度
瞳孔間距離	右 31 mm	左 31 mm	

使用目的及び具体的な効果

近方視が改善される。別紙遠用と合わせ一つの眼鏡とする。

遮光用機能が必要な場合 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

使用目的及び具体的な効果

前掛け式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

使用目的及び具体的な効果

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

使用目的及び具体的な効果

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名()

主鏡(倍) 近用キャップ(倍・D)

焦点調整式 品名等() 倍率又はジオプリー(倍・D)

使用目的及び具体的な効果

(6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

2023 年 8 月 30 日

医療機関名 ○○総合病院

診療担当科 眼科

医師名 ○○ ○○

電話又はFAX ○○-○○○○-○○○○

令和5年4月から

事例 2 解説

(同じ種類の眼鏡の複数支給について)

機能の同じ眼鏡については、支給できる個数は原則として1個です。

職業又は教育上等、特に必要と認められる場合は、複数支給が可能です。

○「眼鏡(矯正用)」

遠用と近用、あるいは遠近両用とする場合は、複数支給となります。

遠近両用の場合、遠用は「3 補装具」に、近用は「4 補装具(複数支給同時申請用)」に記入し、「使用目的及び具体的な効果」欄に「遠用と合わせ一つの眼鏡とする」等の説明を記入してください。

複数支給が必要な職業上又は教育上の理由を、「使用目的及び具体的な効果」の欄に記入してください。

事例2では、職務上、窓口での対応や行政相談を担当しており、事務室内を移動したり書類を確認したりする必要があるため、職業上、眼鏡(矯正用 遠近両用)の必要性が認められます。

3 障害者総合支援法に基づく補装具費の支給について

(1) 補装具の概念

障害者総合支援法に基づく補装具とは、以下の3つの条件を満たしたものと定義されています。

- ①障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、その身体への適合を図るように製作されたものであること
- ②障害者等の身体に装着することにより、その日常生活において又は就労若しくは就学のために、同一の製品につき長期間にわたり継続して使用されるものであること
- ③医師等による専門的な知識に基づく意見又は診断に基づき使用されることが必要とされるものであること

(障害者総合支援法施行規則 第六条の二十より)

(2) 補装具費支給事務の概要

1) 視覚障害用補装具の種目、名称、価格等

補装具費を支給する際の、補装具の名称、型式、基本構造、耐用年数、基準となる価格などについては、厚生労働省の告示「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」(以下「告示」という。)に定められています。医学的な判断を必要とする視覚障害用補装具を、表1、表2に示します。

表1 義眼の種類、告示価格、耐用年数

種 類(名称)		告示価格(円)	耐用年数
義眼	レディメイド	17,000	2年
	オーダーメイド	82,500	

表2 眼鏡の種類、告示価格、耐用年数

種 類 (名称)		価格 (円)		耐用年数
矯正用	球面レンズ		乱視矯正 (円柱レンズ付加)	4 年
	6D 未満	17,600	21,800	
	6D～10D 未満	20,200	24,400	
	10D～20D 未満	24,000	28,200	
	20D 以上	24,000	28,200	
	遮光用機能を含む場合	30,000	34,200	
遮光用	前掛け式	21,500		
	掛けめがね式	30,000		
コンタクトレンズ		15,400		
弱視用	掛けめがね式	36,700		
	主鏡3倍以上*3	58,500		
	焦点調整式	17,900		

*3 弱視用主鏡3倍以上については、職業上又は教育上真に必要な場合に対象となる。
(令和5年3月31日付改正)

2)補装具費支給の対象

補装具費の支給を受けるには、原則として支給を申請する時点で身体障害者手帳を所持しているか、又は障害者総合支援法施行令で定める難病患者等であり、補装具を必要とする障害状況が認められることが必要です。

3)支給事務と実施主体

補装具費支給事務の取り扱いについては、原則として厚生労働省の「補装具費支給事務取扱指針」に基づいて行っています。

補装具費の支給は、各区市町村が決定します。

4)補装具費の支給に必要な医学的判断

区市町村は、補装具費の支給決定するにあたり、必要があると認められる場合には、判定依頼又は意見照会を身体障害者更生相談所等に行います(*4)。

18歳以上の身体障害者の場合、東京都では、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく自立支援医療(更生医療)を主として担当する医師(以下、あわせて「指定医」という。)が補装具費支給意見書を作成することとしています。

18歳未満の身体障害児の補装具費支給には、指定医、又は保健所の医師が作成した補装具費支給意見書が原則として必要です。

本書では、18歳以上の身体障害者及び難病患者等への補装具費支給について説明します。

表3 身体障害者と身体障害児の補装具費支給

	身体障害者	身体障害児
実施機関	区市町村	
支給対象	18歳以上	18歳未満
判定依頼(者) 意見照会(児)	身体障害者更生相談所	自立支援医療(育成医療)機関 保健所、指定医等

*4 身体障害者更生相談所:東京都の場合は、東京都心身障害者福祉センターと同センター多摩支所です(以下、あわせて「センター」という)。

5)他の制度との適用関係

障害者総合支援法以外にも視覚障害を対象とする下記の補装具の給付制度があります。いずれかの制度の対象となる場合には、障害者総合支援法に優先して、その制度が適用されます。

- ①健康保険での療養給付(小児弱視等治療用眼鏡、眼鏡摘出後の眼窩保護用義眼)
- ②労働者災害補償保険法による給付
- ③船員保険法の労働災害による給付
- ④戦傷病者特別援護法による給付

6) 特例補装具費の支給について

身体障害者(児)の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、基準に定められる名称、型式、基本構造等によりすることができない補装具を特例補装具といいます。

18歳以上の身体障害者に特例補装具費の支給の必要が生じた場合は、全てセンターの直接判定に基づき、区市町村が支給決定するものとなります。ただし、特例補装具を必要とする明確な理由が認められる必要があります。

身体障害者更生相談所では18歳未満の身体障害児への補装具費支給についての判定は行いません。しかし、身体障害児に対する特例補装具費の支給に当たって、区市町村は必要に応じて技術的な助言をセンターに求めることができます。

7) 補装具費の支給対象となる補装具の個数

補装具費の支給の対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個とされています。

しかし、補装具としての眼鏡には機能の異なるものが複数含まれます。このため、視覚障害の程度や生活環境等の状況に応じて、必要性が認められれば、以下の機能の眼鏡をそれぞれ1個支給することができる場合もあります。

- ①屈折矯正 ……矯正用又はコンタクトレンズ
- ②まぶしさの軽減 ……矯正用(遮光用機能のついた場合)又は遮光用
- ③対象像の拡大 ……弱視用又は拡大を目的とする矯正用(近用)

8) 複数支給(2個支給)

区市町村は、障害の状況等を勘案して、職業又は教育上等特に必要と認められる場合は、同じ機能の眼鏡について、2個支給することができます。

9) 耐用年数と再支給

補装具では、通常の装着等状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数(耐用年数)が、種目や型式ごとに、目安として定められています。

障害状況の変化等で身体に適合しなくなった場合や、著しく破損し修理不可能な場合は、耐用年数内でも再支給が可能な場合があります。ただし、耐用年数の経過後でも、修理等により継続して使用可能な場合は、再支給の対象にはなりません。

10) 難病患者等^{*5}に対する補装具費支給事務について

平成25年4月1日より難病患者等(130疾病)も障害者総合支援法の対象となり、その後何度か改正を経て令和3年11月1日より対象疾病が366疾病に拡大されました^{*6}。判定方法等の手続きは基本的に前項までに説明した従来どおりとなりますが、以下の点に留意して意見書の作成等をお願いします。

①難病患者等の補装具対象者について

政令等で定められる難病患者等の、疾患名や疾患群で補装具の項目種目を限定されることはありません。「補装具費支給事務取扱指針」に基づき、個々の身体状況等の変動状況や日内変動等を勘案し、身体機能を補完又は代替するものとして、日常生活や社会生活上の必要性が認められる場合に対象となります。

②身体症状等の変動状況や日内変動等について

現状で身体障害者手帳の等級基準と同程度の身体障害の程度に該当することの確認が必要です。身体症状等の変動状況や日内変動等がある場合は、補装具支給意見書にその内容の記載をお願いします。

補装具費支給意見書や身体障害者更生相談所等を通じ、他の身体障害者・児と同様に個々の身体状況等に応じて必要性を判定した結果、支給されない場合もあります。

- * 5 難病患者等とは、障害者総合支援法第4条第1項に定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって十八歳以上であるもの」及び児童福祉法第4条第2項で定める「治療方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障害の程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である児童」をいいます。
- * 6 対象疾病については、厚生労働省ホームページ「ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 障害者福祉 > 施策情報 > 障害者総合支援法の対象疾病(難病等)> 令和3年11月から」をご確認ください。

參考資料

〈資料1〉各種眼鏡の説明と留意点

1 矯正用

機 能	屈折や調節を矯正するもので、以下のようなものがある。また、まぶしさの軽減を目的に遮光用機能を付加することができる。 ア 遠用 屈折矯正を目的とするもの。日常生活で常時使用する。 イ 近用 ①調節の矯正を目的とするもの 屈折矯正に加えて、眼の調節力を補い、手元の対象物などに焦点が合うようにする。読書や食事、作業時に使用する。 ②対象像の拡大を目的とするもの 屈折矯正に加えて、焦点の合う距離を短く調整し、対象物に眼を近づけることで接近による拡大効果を得るもの。 ウ 遠近両用 多焦点レンズや多重累進レンズにより、遠用・近用として使用する(中間距離に焦点が合うようにしたものも含める)。
基本構造	レンズはプラスチック又はガラス
型 式	眼鏡枠と単体のレンズからなるもの。
対象障害	視力障害
留意点	①遠近両用の矯正用は、遠用と近用の機能を有するので、複数支給として扱うことが適当と考えられる。 ②対象物への接近による拡大効果を目的とし、対象像の歪み(収差)を軽減するために非球面凸レンズや複数レンズ、回折レンズを使用するものは、いずれも近用として扱うことが適当と考えられる。 ③プリズムを含む矯正レンズについては、矯正用として扱うことが適当と考えられる。

2 コンタクトレンズ

機 能	屈折や調節の矯正
基本構造	主材料－プラスチック
型 式	眼球に直接装着する単体のプラスチックレンズ。
対象障害	視力障害
留意点	①コンタクトレンズと矯正用のいずれでも同程度の視力改善が望める場合、相談者がいずれか一つを選択することができる。 ②コンタクトレンズは屈折や調節の矯正を目的とするものであり、角膜保護や薬剤の充填、角膜矯正等を目的とする治療用コンタクトレンズなど、基本的な屈折矯正を目的としないものについては、支給対象とならない。 ③遠近両用コンタクトレンズは、遠用と近用の機能を有するので、複数支給として扱うことが適当と考えられる。 ④カラーコンタクトレンズや虹彩付きのカラーコンタクトレンズが、屈折矯正ではなくまぶしさの軽減のために使用される場合がある。まぶしさの軽減のための補装具としては遮光用が定められており、上記のものは支給対象とはならない。

3 遮光用

機 能	強いまぶしさを軽減
基本構造	レンズはプラスチック又はガラスとする。
型 式	ア 掛けめがね式 眼鏡枠とカラーフィルターレンズからなる。 イ 前掛式 眼鏡装着用器具とカラーフィルターレンズからなる。
対象障害	強いまぶしさを伴う視力障害及び視野障害
留意点	①遮光用レンズは、羞明(強いまぶしさ)を軽減するために可視光のうちの一部の透過を抑制するものとされる。分光透過率曲線の公表されたものが支給の対象とされており、メーカー、製品シリーズ、カラータイプの指定が必要である。 ②「遮光率」は、視感透過率を 100%から引いた値を示している。一般的な遮光率の定義とは異なるので注意されたい。 ③視力障害があり、屈折矯正を必要とする場合には、矯正用の遮光用機能を含むもので対応する。 ④視野障害のみで(視力障害がなく)屈折矯正が必要な場合は、所持の矯正用に遮光用前掛式を装着するか、所持の矯正用の上からオーバーサングラスタイプの掛けめがね式を装用するか、又は遮光用掛けめがね式に差額自己負担で屈折矯正を付加する。 ⑤遮光用の目的は強いまぶしさを軽減であり、整容や疾患の進行予防などを目的とする場合は、支給の対象とすることは適当ではないと考えられる。

表4 カラーフィルターレンズの例とカラータイプ及び遮光率

製 品	カラータイプと遮光率(%)																				
	低い		遮光率																高い		
HOYA レチネックス	SY	YE	PN	SYD	OO	YG	PY	GN	BY	OG	DG	OBL	PU	OR	GY	PUD	GYD	RE	YB	DGD	OB
	16%	25%	28%	28%	34%	35%	36%	36%	45%	45%	47%	48%	50%	53%	57%	62%	68%	69%	72%	72%	88%

東海光学 CCP	LY	YL	OG	OY	YG	BR	UG	RO
	ライト	イエロー	オリーブ	オレンジ	イエロー	ブラウン	アンバー	レッド
	イエロー		グリーン	イエロー	グリーン		グリーン	オレンジ
	40%	47%	54%	61%	68%	68%	79%	81%

東海光学 CCP400	RS	TS	AC	SP	SA	LG	NA	LV	SC	
	レギュラーシェン	テンダーシェン	オートムカラー	スプラウト	サンバット	ライトグレー	ニューオートム	ライトバイオレット	スプラウトカラー	
	17%	19%	19%	24%	25%	25%	26%	28%	32%	
	MG	FL	MV	NL	WH	HG	CH	FR	TR	
	ミドルグレー	フォーリン	ミドル	ニューリーブス	ウッディ	ヘビークレー	カカオ	ハニー	フォレスト	トレンクス
		リーブス	バイオレット		ヒーリング					
	46%	49%	50%	54%	67%	68%	68%	83%	84%	

東海光学 調光レンズ CCG	YL	OY	BR	YG	RO	UG
	イエロー	オレンジイエロー	ブラウンレッド	イエローグリーン	ブラウンレッド	アンバーグリーン
	60%→75%	69%→78%	74%→80%	80%→88%	80%→88%	86%→91%

(メーカーのカタログより抜粋)

4 .弱視用

I 共通事項

機 能	矯正用やコンタクトレンズによる屈折矯正だけでは、作業や文字の読み書き、環境の確認等に必要な視覚が得られない場合に、対象像を光学的に拡大することで、これらを可能にする。
基本構造 及び 型 式	ア 掛けめがね式 イ 焦点調整式 単眼鏡 ウ 焦点調整式に準ずる拡大鏡
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。
留意点	①通常の文字の読書には 0.4 以上の視力を必要とする。良い方の矯正視力が 0.4 未満の場合には、弱視用の適用が考えられる。 ②視力の程度にかかわらず、障害状況や見ようとする対象の性質から拡大を要する場合には、具体的な理由とその効果が認められれば、支給の対象とすることは可能である。

II 各弱視用

ア 掛けめがね式

機 能	遠用の望遠鏡による拡大と近用凸レンズによる視距離調整又は接近拡大効果から対象像を拡大する。
型 式	眼鏡枠とケプラー式又はガリレオ式の小型望遠鏡と近用レンズキャップからなり、単焦点のもの。
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。

イ 焦点調整式 単眼鏡

機 能	焦点距離を調整できる小型望遠鏡により対象像の拡大を得る。
型 式	焦点距離を調整できる小型望遠鏡
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。

ウ 焦点調整式 拡大鏡

機 能	凸レンズの虚像により対象像の拡大を得る近用弱視用。
型 式	単体の凸レンズ(フレンネルレンズや複数のレンズで構成された無収差レンズを含む)、あるいは凸レンズと持ち柄又はスタンドからなるもの。
対象障害	対象像を光学的に拡大する必要がある視力障害及び視野障害。

弱視用

ア 掛けめがね式



焦点調整式

イ 単眼鏡



単眼鏡

ウ 拡大鏡



スタンプルーペ



スタンド式ルーペ



手持ち式ルーペ



携帯用ルーペ

<資料 2> 補装具費支給意見書（視覚障害用）作成上の留意点

1 身体障害者手帳

- ・所持している身体障害者手帳の内容を確認し、等級、手帳交付日を記入してください。
- ・障害者総合支援法施行令で定める難病患者等の方は、身体障害者手帳を所持していない場合でも、現状で視覚障害に該当し、各補装具の支給要件を満たしていることが確認できれば、補装具費支給の対象となる可能性があります。

2 視覚障害の状況と所見

(1)原因となった疾患・外傷名

- ・意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(2)視力

- ・裸眼視力と矯正視力、屈折矯正については、必ずご記入ください。

(3)視野

- ・視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野障害が認められることの確認が必要となるため、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。視野障害の手帳を所持している場合は、ご記入の必要はありません。

(4)現症

- ・前眼部、中間透光体、眼底の現状での所見を記入してください。

3 補装具

(1)義眼

- ・オーダーメイドとレディメイドの2種類があります。通常はオーダーメイドを指定してください。
- ・レディメイドについては、取扱う業者が限られます。

(2)眼鏡(矯正用)

- ・視力障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害に該当すること)、矯正の効果があることが支給要件です。視野障害のみの場合は対象になりません。

(3)眼鏡(遮光用)

- ・視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。
- ・遮光用レンズは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線の公表されたものとされています。確認できるように、品名(メーカー名を含む)、カラータイプ、遮光率を指定してください。

(4)眼鏡(コンタクトレンズ)

- ・視力障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害に該当すること)、矯正の効果があることが支給要件です。視野障害のみの場合は対象になりません。
- ・コンタクトレンズ装用時の視力についても記入してください。

(5)眼鏡(弱視用)

- ・視力障害または視野障害の身体障害者手帳を所持していること(難病患者等については、視力障害または視野障害に該当すること)、視対象の拡大を必要とすることが支給要件です。
- ・掛けめがね式、焦点調整式のいずれかを指定してください。
- ・掛けめがね式については、品名(メーカー名を含む)、主鏡の倍率、近用キャップの倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。

- ・焦点調整式については、品名等(単眼鏡か拡大鏡かの指定、メーカー名を含む)、倍率又はレンズのジオプトリーを指定してください。
- ・使用目的と具体的な効果をお書きください。

(6)備考

特記事項があれば、お書きください。

(7)その他

- ・作成年月日、医療機関名、診療担当科、医師名、電話又はFAXを記入してください。
- ・該当する資格と登録場所(都道府県等)を記入してください。
- ・意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する眼科医師が作成してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能です。

4 補装具(複数支給同時申請用)

補装具費の支給は、原則1種目につき1個です。眼鏡は1つの種目ですが、補装具費支給の要件を満たし、効果が認められる場合には、下記①～③の異なる機能の眼鏡ごとに1個の眼鏡を支給対象とすることも可能です。

- ①屈折矯正 …… 矯正用、コンタクトレンズ
- ②対象像の拡大 …… 弱視用
- ③まぶしさの軽減 …… 遮光用

同じ機能の眼鏡については1個の支給が原則ですが、職業上または教育上等で特に必要と認められる場合には、2個目の支給(複数支給)が可能です。支給の判断は、区市町村の補装具費支給担当部署が行います。

複数支給には、下記①～③の例があります。

①矯正用、コンタクトレンズでの例

- ・遠用と近用
- ・遠近両用

②遮光用、矯正用遮光用機能つきでの例

- ・遮光率や屈折矯正の異なるもの

※屋外用と室内用という指定だけでは複数支給の理由とは判断できません。職業上または教育上等の具体的な理由をお書きください。

③弱視用での例

- ・倍率の異なるもの
- ・焦点調整式単眼鏡(遠用)と拡大鏡(近用)

※義眼又はコンタクトレンズの両眼装用について

義眼又はコンタクトレンズを両眼に装用する場合は、複数支給ではなく、「3 補装具」の欄を使用してください。義眼であれば装用眼に「両眼」の選択、またコンタクトレンズであれば左右の処方欄に処方をお書きください。

問合せ先：東京都心身障害者福祉センター
障害認定課 身体障害担当
TEL 03-3235-2965
FAX 03-3235-2959

<資料3>

補装具費支給意見書(視覚障害用)見本

氏名			生年月日	年	月	日生 (歳)
住所	区郡 市	町 村	丁目	番	号	(方)

- 1 身体障害者手帳 所持の身体障害者手帳の内容についてご記入をお願いいたします。

視力障害	級	手帳交付日	年	月	日
視野障害	級				

- 2 視覚障害の状況と所見 意見書作成時の状態についてご記入をお願いいたします。

(1)原因となった疾病・外傷名

--

(2)視力 必ずご記入ください。

	裸 眼	矯 正			
右 眼	(x)	D	cyl	D	A)
左 眼	(x)	D	cyl	D	A)

(3)視野 視力障害が認められればご記入の必要はありません。身体障害者手帳の交付を受けていない難病患者等で、視力障害が認められない場合は、視野の記入と視野図の添付をお願いいたします。

ゴールドマン型視野計

1) 周辺視野の評価 (I / 4)

①周辺視野角度の総和がそれぞれ 80 度以内

右 () 度 左 () 度

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)

両眼中心視野角度 () 度

または

自動視野計

1) 周辺視野の評価 (両眼開放エスターマンテスト)

両眼開放視認点数 () 点 (≤ 80)

2) 中心視野の評価 (10-2 プログラム)

両眼中心視野視認点数 () 点

(4)現症

	右	左
前 眼 部		
中間透光体		
眼 底		

3 補装具

- (1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。
オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

- (2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

（使用目的及び具体的な効果）

遮光用機能が必要な場合 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

（使用目的及び具体的な効果）

- (3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

（使用目的及び具体的な効果）

前掛式 品名() カラータイプ() 遮光率(%)

（使用目的及び具体的な効果）

- (4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

（使用目的及び具体的な効果）

コンタクトレンズ装用時の視力 右[] 左[]

- (5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式 品名()

主鏡(倍) 近用キャップ(倍・D)

焦点調整式 品名等() 倍率又はジオプトリー(倍・D)

（使用目的及び具体的な効果）

- (6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

該当する項目へのご確認(□の✓)をお願いいたします

◎身体障害の場合

・身体障害者福祉法第15条第1項に基づく眼科指定医 □

・障害者総合支援法第59条第1項に基づく眼科更生医療を主として担当する医師 □

登録場所 東京都 他道府県[]

◎難病患者等の場合 現状で視覚障害に該当することが必要です

・保健所の医師 □

・難病法第6条第1項に規定する指定医 □

登録場所 東京都 他道府県[]

4 補装具(複数支給同時申請用)

(氏名

)

(1)義眼 レディメイドについては取扱う事業者が限られるため、事業者を確認した上で処方をお願いいたします。

オーダーメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕 レディメイド 装用眼〔両眼・右眼・左眼〕

(2)眼鏡(矯正用 遠用・近用) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔使用目的及び具体的な効果〕

遮光用機能が必要な場合

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔使用目的及び具体的な効果〕

(3)眼鏡(遮光用) 視力障害はあるが屈折矯正を必要としない場合や、視野障害の場合が対象です。

掛けめがね式

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

レンズ	球面	円柱	軸
右	D	D	度
左	D	D	度
瞳孔間距離	右 mm	左 mm	

〔使用目的及び具体的な効果〕

前掛式

品名(

) カラータイプ(

) 遮光率(

%)

〔使用目的及び具体的な効果〕

(4)眼鏡(コンタクトレンズ) 視力障害が対象です。視野障害のみの場合は対象になりません。

レンズ	B. C.	P.	S.
右	mm	D	mm
左	mm	D	mm

〔使用目的及び具体的な効果〕

コンタクトレンズ装用時の視力 右〔 〕 左〔 〕

(5)眼鏡(弱視用) 視力障害または視野障害が対象です。

掛けめがね式

品名(

)

主鏡(

倍)

近用キャップ(

倍・D)

焦点調整式 品名等(

) 倍率又はジオプリー(

倍・D)

〔使用目的及び具体的な効果〕

(6)備考

以上の通り、補装具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関名

診療担当科

医師名

電話又はFAX

令和5年4月から