

# 身体障害者福祉法障害認定専門医調査における障害認定の課題（1）

## －視覚障害－

寺島 彰<sup>1)</sup> 岩谷 力<sup>2)</sup> 柳澤 信夫<sup>3)</sup> 伊藤 利之<sup>4)</sup>

### The Problems Found in the Survey of Medical Evaluation Experts of the Law for Persons with Physical Disabilities in Japan (1)

#### - The Visual Impairment -

Akira Terashima<sup>1)</sup>, Tsutomu Iwaya<sup>2)</sup>, Nobuo Yanagisawa<sup>3)</sup>, Toshiyuki Ito<sup>4)</sup>

#### 要約：

身体障害者福祉法の障害の範囲は、成立当時の視覚障害、聴覚障害、肢体不自由等の障害から、現在は内部機能障害にまで障害の範囲が拡大されてきている。そのために、疾患との区別がわかりにくくなり障害の概念が複雑になった。そこで、著者らは、平成15年度から、身体障害者福祉法が本来目的としている更生援護を適切に達成し、かつ、真に必要な人に、必要なサービスを、適切な時期に提供するための障害認定のありかたについて検討してきた。本研究は、研究の基礎的資料を得るために平成17年2月から3月にかけて各都道府県の障害認定専門医に対して行った調査の結果の一部であり、視覚障害の認定に関する調査結果をまとめている。研究の結果、視覚障害の認定に関して、視力障害の測定を両眼視で行うこと、視野障害の測定方法を再検討すること、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の視覚機能の測定方法についての基礎的研究を行うこと、再認定の方法について基礎的研究を行うことなどの課題が明らかになった。

キーワード：身体障害、身体障害者福祉法、障害認定専門医、実態調査、視覚障害

#### はじめに

日本の障害者福祉制度は、従来の行政による措置制度から、障害者の主体性を尊重し、利用者のニーズに基づき、自らサービスを選択してゆく方向に大きく転換し、障害者の地域生活を支える具体的なサービスの充実が進められている。しかし、一方で、制度の基本となる障害認定制度について、実際のリハビリテーションやサービス提供の現場の状況と合致しない側面が出現し、医学的に妥当かつ横断的に整合性のとれた認定基準のあり方を

示すことは緊急の課題となっている。

身体障害者福祉法は、視覚障害、聴覚・音声・言語障害、肢体不自由を対象として発足し、その後、心臓、呼吸器、腎臓、膀胱・直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を包含する形で進展してきた。しかし、身体障害者福祉法成立当時に比べて内部機能障害にまで障害の範囲が拡大されたために、疾患との区別がわかりにくくなったことや、医療技術が進歩するなどにより障害の概念が複雑になってしまっている。そこで、平成15年度に厚生労働科学特別研究事業として、

1) 浦和大学総合福祉学部 Faculty of Comprehensive Welfare, Urawa University

2) 国立身体障害者リハビリテーションセンター National Rehabilitation Center for the Disabled

3) 関東労災病院 Kanto Rosai Hospital

4) 横浜市総合リハビリテーションセンター Yokohama Rehabilitation Center

「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」（主任研究者：柳澤信夫関東労災病院長）を実施し、さらに、平成16年度には、「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」（主任研究者：岩谷力国立身体障害リハビリテーションセンター総長）を実施し、身体障害者福祉法が本来目的としている更生援護を適切に達成し、かつ、真に必要な人に、必要なサービスを、適切な時期に提供するための障害認定のありかたについて検討してきた。

本稿は、その研究において、研究の基礎的資料を得るために実施した、各都道府県の障害認定専門医に対する意見聴取のための調査の結果の一部であり、視覚障害に関する調査結果を報告する。なお、本研究に先立って各都道府県の認定関係職員に対する実態調査を実施しており、それについては、参考文献などを参考にされたい。

## 1. 身体障害認定医師調査の内容

### 1-1 目的

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

### 1-2 調査対象

各都道府県の身体障害者手帳交付認定にかかわる専門医。

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

### 1-3 調査内容

別紙資料調査票参照

### 1-4 実施期間

平成17年2月1日～平成17年3月31日

### 1-5 調査方法

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

### 1-6

- (1) 自治体回答数 47 / 95
- (2) 調査票回答数（一部未回答と重複回答がある）  
視覚障害用 : 42 / 95

聴覚障害用	: 47 / 95
肢体不自由用	: 55 / 95
内部障害用	: 58 / 95

## 2. 障害認定にかかる調査結果（視覚障害）

### 2-1 認定基準について

2-1-1 現在視覚障害が視力障害と視野障害に分かれているが、それ以外の障害例えば調節障害、動揺視など他の障害を追加する必要はあると思いますか。

思う	思わない	条件付・消極的賛成
8	24	9

[思わない理由として記述されたもの]

( ) 内は件数。

- 視力障害や視野障害により認定できる。(6)
  - 認定方法が難しい。(4)
  - 調節障害を加えるとなると老視（老眼）がすべて障害者になってしまう。(1)
- [条件付・消極的賛成の理由として記述されたもの]
- 客観的な認定基準が作れば賛成。(9)

2-1-2 視力障害について現在矯正視力値の両眼の和で認定しているが、WHOの認定基準では両眼視で等級認定を行っています。日常生活能力という観点からは両眼視で評価すべきと考えられますがどう思われますか。

賛成	反対	条件付・消極的賛成	わからない
40	3	2	1

[反対の理由として記述されたもの]

- 障害能率の観点からは、現行でも差し支えない。(1)
  - 現在の矯正視力値の両眼の和の方法は単純で明解なやりかたでこのままで良い。(1)
- [条件付・消極的賛成として記述されたもの]
- 片眼視力も考慮した上で最終的には両眼開放視力にて評価すべきと考える。(1)
  - 評価は両眼視でよいが、単眼の視力検査もおろそかにしてはならない。(1)

2-1-3 視力障害の5級と6級において、片眼の矯正視力が0.1で、他眼の矯正視力が0.2の場合は、両眼の矯正視力の和が0.3となり、5級には対応せず、悪い方の眼の矯正視力が0.1で6級に

も対応せず認定の対象とはならないが、片眼が0.01で他眼が0.6の場合は6級に認定される。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
30	12

[問題ありとして記述されたもの]

- 両眼視力で評価すべきである。(15)
- 視力の和とするのが諸悪の根源で、両眼視力で視力値を出し等級認定すべきでそれを放置しておいて、後述の矛盾した視野障害を改善するのはおかしい！視機能障害者の救済するには視野も重要な項目ですが、結果はやはり視力が主体になり重視されるべきであるはずで、視力の等級認定基準にも救済の方向で手直しすべきです。(1)
- 片眼では0.1、0.2でも両眼開放視力で0.2の場合もあれば視力が調節によりでる場合もある。0.01と0.6より0.1と0.2の方の他が見にくさを感じることが多いかもしれないので、改正を検討すべきと思います。(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実例のような矛盾が生じる。視力に関しては6級の基準は再考すべきだと思う。(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)

2-1-4 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、I/4視標で求心性視野狭窄が10度以内の場合にはI/2視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I/2視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I/4視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、I/2視標の中心視野（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I/2視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級であったり5級になっ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視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1/2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ない。殆どが静的量的視野を測定している。ゴールドマンでI/2の視標は少し視力が低下していれば10度以内の狭窄となり、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I/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かかわらずに記載していただきたい。(1)
  - I/4で10度以内でないと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。視力か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)
  - 視力・周辺視野と合わない例の多発。(1)
- 2-1-5 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)
- 1級くらいならおおよ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)
- 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)

2-1-6 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。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)
- 今のままで良い。(3)
- 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いため、現状のままがよい。

- (1)
- 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)

## 2-2 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

2-2-1 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ますが、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の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、たいいの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が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事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しれませんが。）(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。(15)
- 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らない場合は非常に不便であるので片眼視と認めればよい。側方視の複視はそれほど不便はない。(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だと思います。(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)

### 2-2-3 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、当然見あわず。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思います。（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と、及び軽減化が予想される所見（手術等）の場合は再認定を付した認定を行います。（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）

#### 2-2-4 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ヶ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)

### 3 考察

#### 3-1 認定基準について

視力障害と視野障害に分かれている視覚障害の範囲を、調節障害や動揺視などに拡大することについては、半数以上が反対であった(24/41)。その理由としては、視力障害や視野障害により認定できること(6)や認定方法が難しいこと(4)があげられていた。

一方で、視力障害の認定を両眼視で行うことについては、多くの医師が賛成している(40/46)。また、視力障害の5級と6級の認定方法については、運用上の問題があるという意見が多かった(30/42)が、その原因の主たるものは、両眼視で認定を行っていないことに帰着するということがあった(15/30)。一方で、問題なしとしている医師も12名おられ、全体としては、この点について、医師の問題意識が高くないようである。

視野障害における損失率の導入については、多くの医師が問題視していた(26/29)。特に、視野測定の際の視標についての意見が多かった(7)。

この点については、今後の検討を要するところであろう。

また、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について、多くの医師(42人)が関心を持っているが、具体的にどのように測定すべきかについて有力な意見はなく、今後の検討課題であると考えられた。

対数視力(logMAR視力)を用いることについては、反対意見が多く(36/44)、時期尚早(20)の意見が多かった。

#### 3-2 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

視力障害と視野障害において、日常生活の不便さに関して公平に等級付けがされているかどうかについては、問題ありとした医師のほうが多かった(16/28)ものの、多数を占めた意見はなかった。

複視の認定については、片眼遮閉して良い方の眼の視力で判定するという現在の方法で問題ない(15)とする意見が多く、また、程度によっては認定不要であるという意見も10件あった。

再認定については、29件の回答があり、関心の高さを示していたが、時期や方法について多数を占めた意見はなかった。これについても、今後検討していく必要があろう。

症状固定の時期については、あまり関心がなく有力な意見もなかった。

#### 3-3 まとめ

以上から判断すると、視覚障害の認定について専門医師から提出された課題をまとめると次のようになろう。

- 視力障害の認定を両眼視で行うこと。
- 視野障害の測定方法の再検討。
- 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の視覚機能の測定方法について研究を行うこと。
- 再認定の方法について研究を行うこと。

## 参考文献

1. 障害者福祉研究会監修，『身体障害認定基準及び認定要領』，中央法規，東京，2006
2. 柳澤信夫，『平成15年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）「身体障害者の障害認定基準の最適化に関する研究」報告書』，2004.3
3. 岩谷力，『平成16年度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」報告書（第1分冊）』，2005.3

## Abstract

The range of the disabilities of the Law for Persons with Physical Disabilities has been expanded to internal disabilities from formation. As the distinction between disability and disease has been confused, the definition of disability has been complicated. The authors have been discussing an adequate definition of disability to offer the sufficient service to those who really need when they need since 2003. An survey of medical evaluation experts of each prefecture was carried out to investigate the reality of disability determination in order to get a basic information. This article is one part of result of the survey and reports the problems of the disability determination of visual impairment. The measurement of visual acuity with both eyes, reexamining the measurement method of the visual field, the need of study about the measurement method of visual functions such as the infants who cannot speak and cognitive functional disorder, and the study about the method of reassessment of impairment are found as the problems.

**Key Words:** disability, the Law for Persons with Physical Disabilities,  
medical experts of disability evaluation, survey, visual impairment

## 資料

自治体名

[昨年度報告書の集計結果もご参照ください。]

## 1. 認定基準について

- (1)現在視覚障害が視力障害と視野障害に分かれているが、それ以外の障害例えば調節障害、動揺視など他の障害を追加する必要はあると思いますか。
- (2)視力障害について現在矯正視力値の両眼の和で認定しているが、WHOの認定基準では両眼視で等級認定を行っています。日常生活能力という観点からは両眼視で評価すべきと考えられますがどう思われますか。
- (3)視力障害の5級と6級において、片眼の矯正視力が0.1で、他眼の矯正視力が0.2の場合は、両眼の矯正視力の和が0.3となり、5級には対応せず、悪い方の眼の矯正視力が0.1で6級にも対応せず認定の対象とはならないが、片眼が0.01で他眼が0.6の場合は6級に認定される。その実態と運用上の問題があればお書きください。
- (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。
- (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。
- (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かどのように思われますか。

## 2. 日常生活能力、生活の不便さの視点の導入について

- (1)視力障害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。
- (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。

## 3. 認定時期について

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。

## 4. 症状固定の時期について

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。

## 5. その他視覚障害の認定に関してご意見があればお書きください。