

<資料>

補装具費支給意見書（眼鏡等用）作成上の留意点

1 意見書を作成する医師について

眼科医で、身体障害者福祉法第15条に定める医師及び障害者総合支援法第59条第1項に定める指定自立支援医療機関で当該医療を主として担当する医師(以下併せて「指定医」という)とします。

佐賀県に限らず、他の都道府県で登録されていれば、意見書の作成は可能です。市町で登録を確認するため、どちらで登録をされているか、意見書の署名欄横に登録されている都道府県をご記載ください。

なお、補装具の取り扱いについては、各都道府県で若干異なる場合があります。他都道府県で指定医の登録をされている場合には、特にご注意ください。補装具の範囲や支給要件の詳細については、市町の身体障害福祉担当にお問い合わせください。

2 補装具費支給意見書について

意見書は、地域の指定医の先生方に

- ①障害状況の確認
- ②補装具の処方・適合及び効果の評価
- ③補装具の使用方法的指導等

を行っていただき、補装具費の支給に必要な医学的判定を書面で行うものです。

意見書は、補装具費支給の根拠となるものなので、記載もれのないようお願いいたします。

3 補装具支給数について

原則、1種目1個です。職業上又は学校教育上等真に必要なと認められる場合には、さらにもう1個の交付は可能です。2個目の交付が必要かの判断は、まず市町が行います。2個目が必要と診断される場合は、意見書を作成する前に市町にご相談ください。

4 視覚障害の状況と所見について

視覚障害の状況は、意見書作成時に法の定める障害状態にあることと、補装具費支給の要件を満たしていることを確認するものです。

- ①障害名は、現在所持している障害者手帳の障害名と等級を記載してください。また、視覚障害を伴う指定難病であって、身体障害者手帳を所持していない場合は、当該疾病名（網膜色素変性症等）を記載してください。
- ②「障害の原因となる傷病の経過、現症」「裸眼及び矯正視力」「羞明の有無」は必ず記載してください。
- ③「視野」については、視野障害に該当している場合のみ記載してください。また、記載する際には、視野障害の程度について**視野角度や視認点数**も必ず記載してください。

5 矯正眼鏡の交付対象について

対象は視力障害者であり、視野障害のみの場合は交付されません。遠用・近用の別を記載するとともに、「主たる目的」「使用効果・必要性」の欄に、装用の目的及び装用時の具体的な使用効果や必要性をご記載ください。

6 弱視眼鏡について

交付対象は、屈折矯正を実施して良い方の視力が0.4未満の視力障害者です。

- ① 掛けめがね式・焦点調整式の別及び倍率を記載してください。特に掛けめがね式については、主鏡と近用キャップの倍率を記載してください。
- ② 高倍率弱視眼鏡(近用掛けめがね式主鏡3倍以上をいう)の交付対象者は、「職業上又は教育上真に必要な人」とされています。
- ③ 意見書の「主たる目的」の欄に読みたいものや見たいものを具体的(新聞、雑誌、駅に掲示されている電車の料金表、教室の黒板や掲示板の文字等)に記載し、「使用効果・必要性」の欄に弱視眼鏡の使用による具体的な効果をご記載ください。

具体的な効果の例)

「矯正眼鏡では文字の読み書き等の状態が改善されないものの、弱視眼鏡の使用により文字の読み書き等の状態が改善される」

7 遮光眼鏡について

交付対象は、以下の全ての要件を満たす者

- 1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること。または、視覚障害を伴う指定難病の診断を受けていること。
- 2) 羞明をきたしていること。
- 3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がないこと。
- 4) 「指定医」による選定、処方であること。

※この際、下記項目を参照のうえ、装用効果を確認してください。

- ア) まぶしさや白んだ感じが軽減する
- イ) 文字や物などが見やすくなる
- ウ) 羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する
- エ) 暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる

意見書では前掛け式・掛けめがね式の別及びレンズの製品名とカラータイプを記載してください。

また遮光眼鏡について、視力障害をあわせもつ場合は、矯正の度を入れることができます。

※遮光眼鏡は、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、分光透過率曲線が公表されているものが対象です。

8 コンタクトレンズについて

コンタクトレンズは、両眼に1枚ずつ交付することが可能です。

使い捨てタイプのものや治療用のもの、まぶしさの軽減を目的とするものは支給対象となりません。

9 署名欄について

意見書の記載内容について作成した医師に確認する場合があるため、医師の署名欄には医療機関の住所・電話番号を必ずご記載ください。