

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。

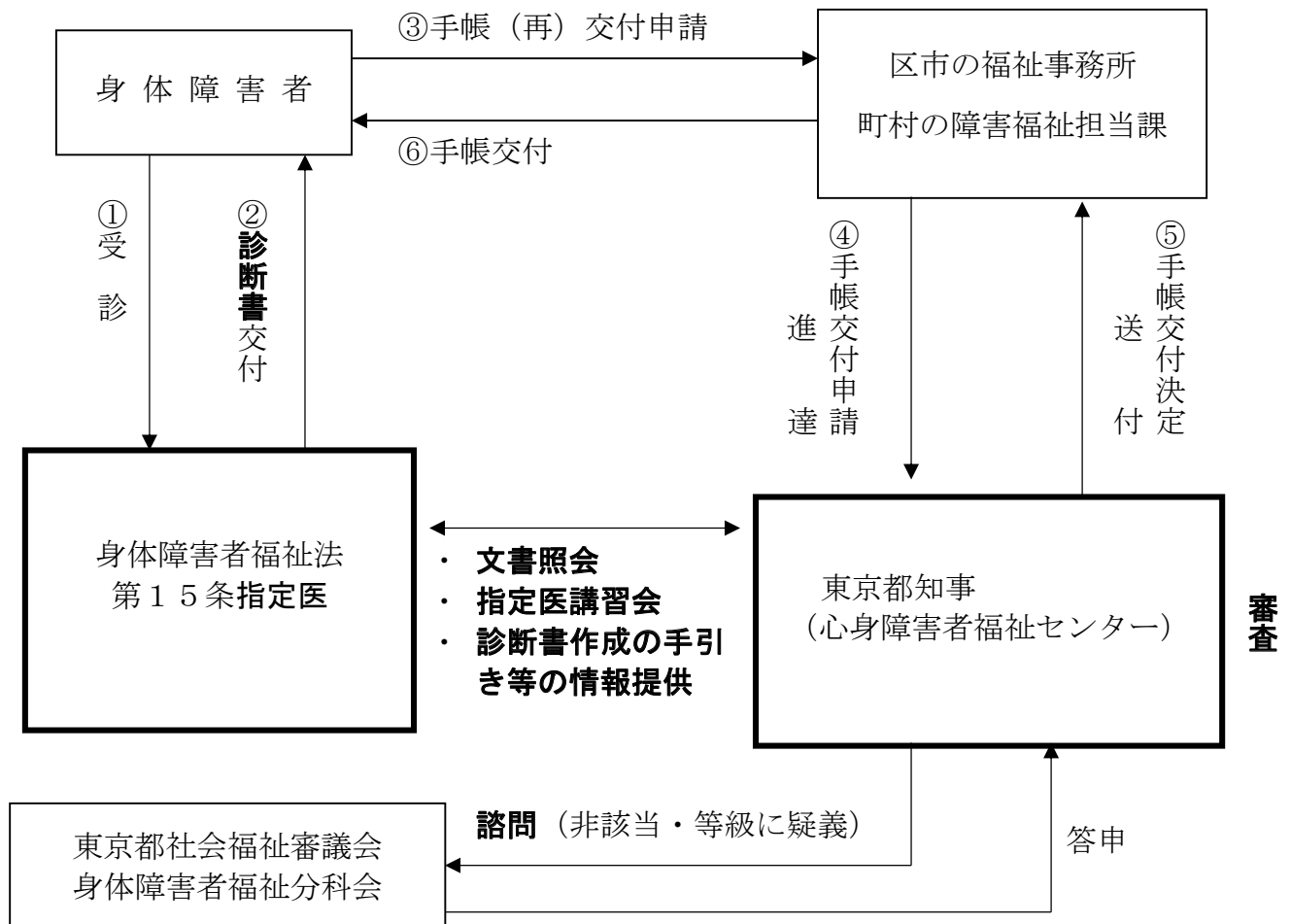
なお、検査ができない等の理由で診断書が作成困難な場合は、他の指定医を紹介する等、ご協力願います。

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 _____

医師氏名 _____ 印

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お届けします。

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		
所 在 地 電 話 番 号		
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		

(記入上の注意)

- 1 2箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事するすべての医療機関の名称及び所在地を併記すること。
- 2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

3 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。

4 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 dB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)

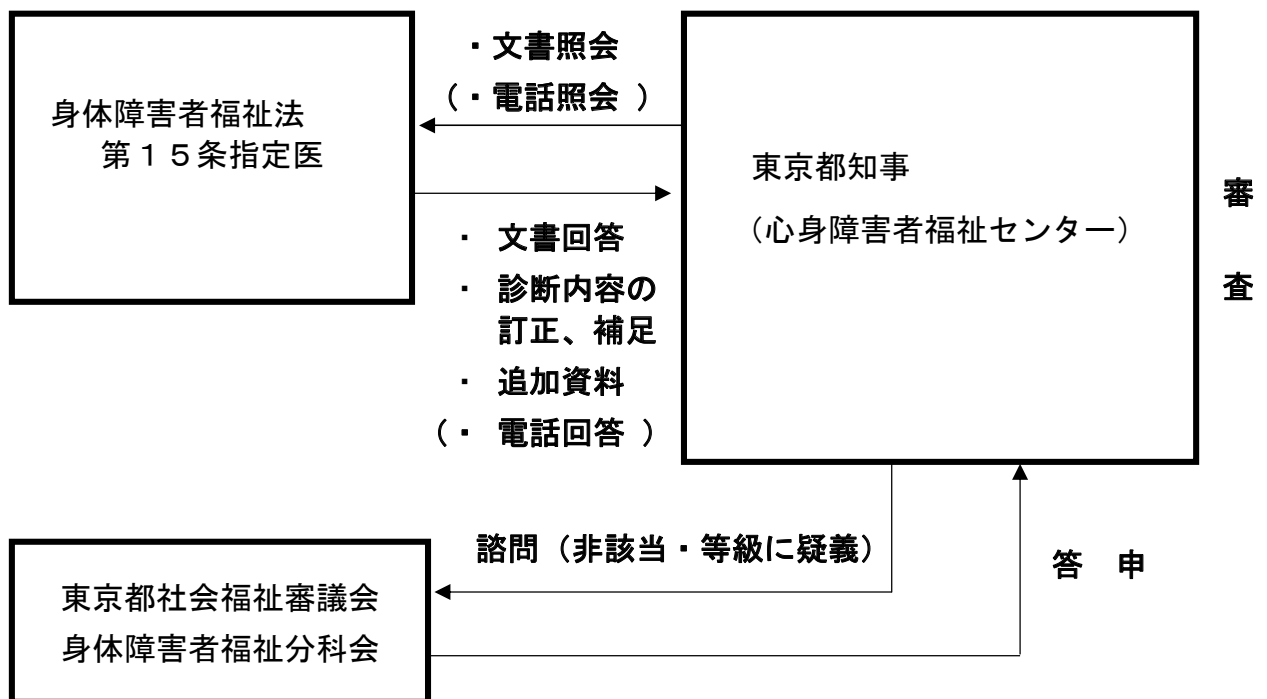
右足関節機能全廃 (5級)

右肩関節機能全廃 (4級)

5 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	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
照 会 内 容	<p>本診断書では、脳出血による失語症で、音声・言語機能喪失3級とのご意見ですが</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳出血発症年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ・ 診断年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 <p>と脳出血発症後△ヶ月あまりでの診断で、認定時期が尚早かとも思われますが、この時点でもうこれ以上の回復は見込めない、と判断された理由、経過を詳しく説明願います。</p> <p>以上、ご検討のうえ、ご回答をお願いいたします。</p>		
ご 回 答	<p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定医名（自署）_____</p>		

