

特別障害者手当等に係る留意事項

1 本庁協議の適切な運用について

- (1) 特別障害者手当等の認定事務を行う各実施機関（県広域振興局保健福祉環境部及び市福祉事務所）は、**障害程度の判定**に関して疑義のある場合は、**県保健福祉部長に協議**するものとしている（平成10年6月24日付け障第387号岩手県保健福祉部長通知「特別障害者手当等の障害程度の認定に係る本庁協議の運用について」1）。

○ 特別障害者手当制度の創設等について（昭和60年12月28日付け社更第160号厚生省社会・児童家庭局長連名通知）

- ・ 障害程度の認定に当たっては、医学的専門的判断を必要とする場合が多いと考えられるので実施機関においては、必要に応じ、審査に当たる医師を囑託し、その意見を求め、適正な認定を行うこと（第二の3(3)）。
- ・ **実施機関において障害程度の認定を行うことが困難な事例については、都道府県本庁に必要に応じて照会することとし、制度の適切、かつ、統一的運用を図ること**（第二の3(4)）。
- ・ 都道府県知事は、障害程度の認定について実施機関から必要に応じて照会があった場合は、当該障害の程度に関し、身体障害者更生相談所、児童相談所、知的障害者更生相談所等の協力を得て適切な判断を行うこと（第二の3(6)）。

○ 障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について（昭和60年12月28日付け社更第162号厚生省社会局長通知）

実施機関において、障害程度の認定に関し疑義を生ずる場合においては当該障害程度の認定について都道府県知事に必要に応じて照会すること（第一の7）。

- (2) 本協議は、実施機関において申請者の障害程度に関し**十分な審査及び実態調査**（必要に応じ**診断した医師の見解を伺うこと**。）を行ったものの判定に関し疑義が生じた場合、**専門的な見地からの医学的知見を問う**ため、県保健福祉部に対し意見を求めるものである。
- (3) 上記のように十分な審査及び実態調査を行ったものの判定に疑義があるような場合には**本庁協議を活用**いただきたい（なお、本庁協議を行うに当たっては、事前に担当者あて協議資料（案）を送付いただき、事前調整を行っていただいた上で協議をお願いしたい。）。

2 入院の状況の確認

医療機関等への入院の状況について医療機関等に確認を行っていない例があることから、入院日等の状況を適切に確認いただきたい。

○ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）

（支給要件）

第二十六条の二 都道府県知事、市長及び福祉事務所を管理する町村長は、その管理に属する福祉事務所の所管区域内に住所を有する特別障害者に対し、特別障害者手当（以下この章において「手当」という。）を支給する。ただし、その者が次の各号のいずれかに該当するときは、この限りでない。

- 一 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に規定する障害者支援施設（次号において「障害者支援施設」という。）に入所しているとき（同法に規定する生活介護（次号において「生活介護」という。）を受けている場合に限る。）。
- 二 障害者支援施設（生活介護を行うものに限る。）に類する施設で厚生労働省令で定めるものに入所しているとき。
- 三 病院又は診療所（前号に規定する施設を除く。）に継続して三月を超えて入院するに至つたとき。

障 第 3 8 7 号
平成10年6月24日

各 市 長 殿

岩手県保健福祉部長

特別障害者手当等の障害程度の認定に係る本庁協議の運用について
このことについて、別紙のとおり取扱いを定め、平成10年7月1日から適用することとしたので通知します。

担当

障害保健福祉課
施設指導係 山田
019-651-3111内線2532

別紙

特別障害者手当等の障害程度の認定に係る本庁協議の運用について

1 障害程度の協議

障害児福祉手当及び特別障害者手当（以下「特別障害者手当等」という。）の認定事務を行う地方振興局保健福祉環境部及び市福祉事務所（以下「実施機関」という。）は、障害程度の判定に関して疑義のある場合は、特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度認定協議書（様式第1号）に認定請求書、診断書等関係書類を添えて、岩手県保健福祉部長に協議するものとする。

2 調査の依頼

岩手県保健福祉部長は、1により協議があったときは、必要に応じて身体障害者更生相談所、精神薄弱者更生相談所又は児童相談所（以下「判定機関」という。）に対して特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度調査依頼書（様式第2号）により調査を依頼するものとする。

3 調査の報告

各判定機関は、2による調査依頼があった場合は、特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度調査報告書（様式第3号）により調査結果を報告するものとする。

岩手県保健福祉部職員が障害程度の調査にあたる場合は、特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度調査書（様式第4号）によるものとする。

4 障害程度の回答

岩手県保健福祉部長は、2及び3の調査等によって障害程度を判定し、特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度協議回答書（様式第5号）によって実施機関に回答するものとする。

5 記録の整理

特別障害者手当等の県担当課は、障害程度の協議があった場合は、その回答にいたるまでの経過を特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度疑義照会処理簿（様式第6号）に記録、整理するものとする。

6 岩手県保健福祉部長が判定を依頼する判定機関の区分は原則として次のとおりとし、事例によって適当と思われる機関に依頼するものとする。

区 分	障 害 児 福 祉 手 当		特 別 障 害 者 手 当	
	年齢区分	判定障害区分	年齢区分	判定障害区分
身体障害者 更生相談所	0～19歳	・精神以外の障害 （視覚、聴覚、肢 体、内部）	20歳以上	・精神以外の障害 （視覚、聴覚、肢 体、内部）
各児童相談所	18歳未満 （0～17歳）	・精神薄弱 （精神障害含む）	—	—
精神薄弱者 更生相談所	18～19歳	・精神薄弱	20歳以上	・精神薄弱
医務主幹 （障害保健福祉課）	18～19歳	・精神障害	20歳以上	・精神障害

注 重複障害については、それらの障害の該当するそれぞれの区分により判定を依頼する。

保健福祉部長 殿
(岩手県保健福祉部長)

〇〇地方振興局長
(〇〇市長又は〇〇市福祉事務所長)

特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度認定協議書

下記の者の特別障害者手当（障害児福祉手当）受給資格について協議します。

障害者名		男・女	年 月 日生
住 所			
障害等の 手帳	(手帳種類)	手帳	級
	県 第 号	年 月 日交付	
医療保険名			
現に受けている又は過去に受けていた障害給付の内容及び期間			
障害程度認定に関する疑義の内容			
障害に関する既往歴			
実態調査の結果			
現在受療中の医療機関名			
その他参考事項・担当者の意見等			

※添付書類 特別障害者手当等認定請求書（写）、診断書（写）、その他参考資料

(判定機関の長) 殿

保 健 福 祉 部 長

特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度調査依頼書

下記の者に係る障害程度の調査を依頼します。

障 害 者 名		男・女	年 月 日生
住 所			
調査依頼事項	政令に定める障害程度に該当するか 1 令第1条第1項 (障害名) 2 令第1条第2項第1号 3 令第1条第2項第2号 4 令第1条第2項第3号 その他		

(注) 1 「調査依頼事項」欄は、該当項目を○でかこみ、障害名称（視覚障害、両上肢機能障害等）を記入すること。

2 障害程度認定協議書、認定請求書、診断書等の写しを添付すること。

保健福祉部長 殿

(判定機関の長)

特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度調査報告書

下記の者に係る障害程度の調査結果を報告します。

調査依頼	年 月 日			障 第	号
障害者名			男・女	年 月 日生	
住 所					
調査依頼事項	政令に定める障害程度に該当するか 1 令第1条第1項 (障害名) 2 令第1条第2項第1号 3 令第1条第2項第2号 4 令第1条第2項第3号 その他				
調査結果	1 該 当 2 非該当 3 その他				

- (注) 1 「調査依頼事項」欄は、該当項目を○でかこみ、障害名を記入すること。
 2 「調査結果」欄は、該当項目を○でかこみ、コメントがあれば記入すること。

特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度調査書

疑義照会	(実施機関)		
	年 月 日	第 号	
障害者名		男・女	年 月 日生
住 所			
調 査 事 項	政令に定める障害程度に該当するか 1 令第1条第1項 (障害名) 2 令第1条第2項第1号 3 令第1条第2項第2号 4 令第1条第2項第3号 その他		
調 査 結 果	1 該 当 2 非該当 3 その他		
調 査 年 月 日	年 月 日		
調査職員職氏名印			印

- (注) 1 本様式は、保健福祉部職員が直接調査にあたる場合に作成すること。
 2 「調査事項」欄は、該当欄を○でかこみ、障害名を記入すること。
 3 「調査結果」欄は、該当欄を○でかこみ、コメントがあれば記入すること。

〇〇地方振興局長 殿
(〇〇市長)

保 健 福 祉 部 長
(岩手県保健福祉部長 印)

特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度協議回答書

年 月 日付け 第 号で協議のあった特別障害者手当（障害児福祉手当）
の障害程度の認定について、下記のとおり回答します。

障害者名		男・女	年 月 日生
住 所			
障害程度に関する意見			
1 該 当 令第1条第 項 第 号			
2 非該当			
3 その他			

様式第6号

特別障害者手当（障害児福祉手当）障害程度疑義照会処理簿

		整理番号	
疑義照会	(実施機関) 第 号 年 月 日		
障害者名		男・女	年 月 日生
住 所			
疑義の内容			
調査依頼	身体障害者更生相談所	障 第 号	年 月 日
	精神薄弱者更生相談所	障 第 号	年 月 日
	児童相談所	障 第 号	年 月 日
調査報告	身体障害者更生相談所	更相第 号	年 月 日
	精神薄弱者更生相談所	精相第 号	年 月 日
	児童相談所	児相第 号	年 月 日
職員調査	調査職員職氏名		年 月 日
			年 月 日
回 答	障 第 号 年 月 日		
	(内容)		