

資料

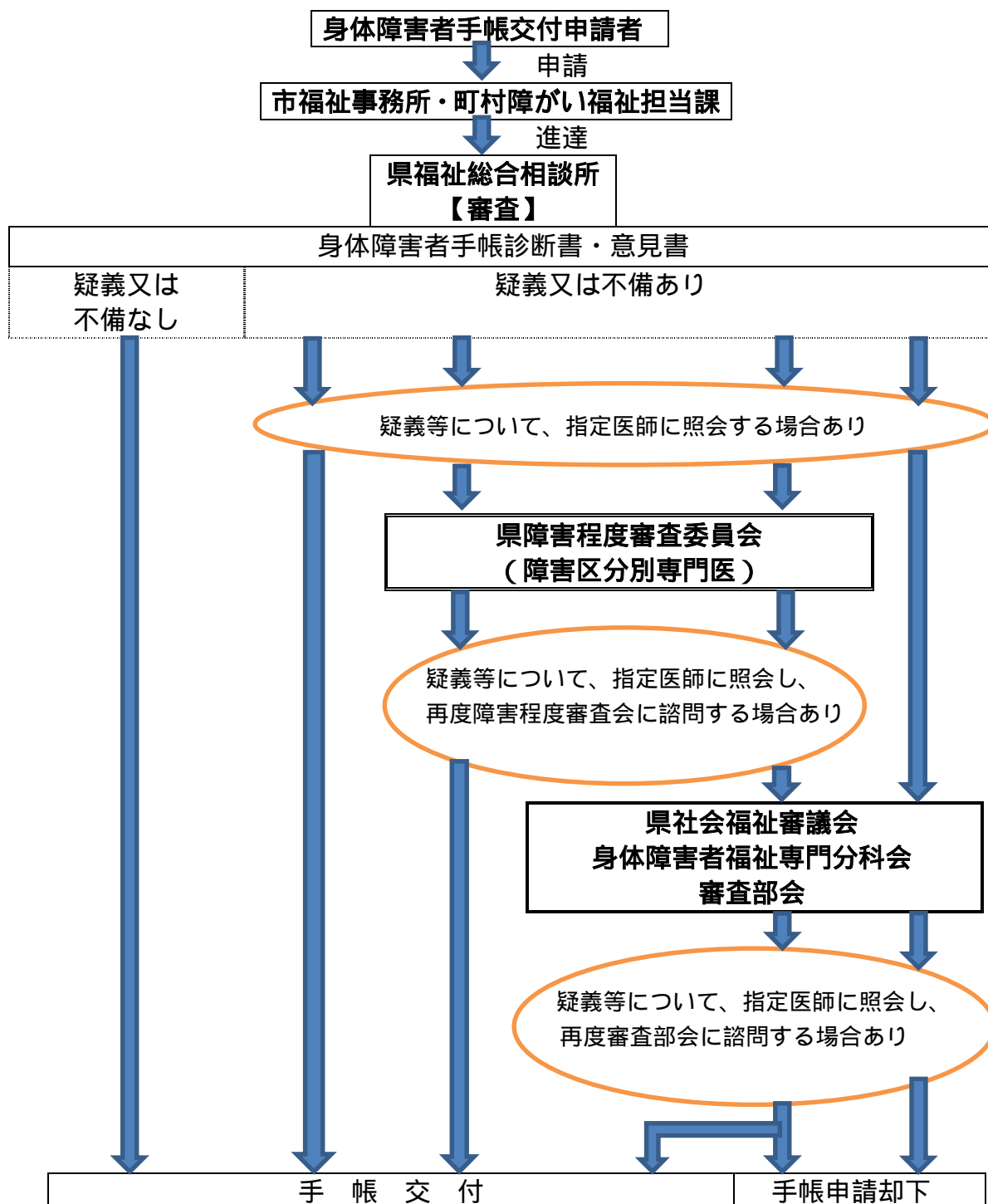
身体障害者手帳の 交付事務等について

< R 7 . 5 . 2 9 事務説明会 >

熊本県福祉総合相談所



身体障害者手帳審査の流れ



- 身体障害者診断書・意見書に疑義又は不備がない場合は、意見書どおり手帳交付。
- 身体障害者診断書・意見書に疑義又は不備がある場合は、指定医師に補正依頼をしたうえで、診断書の補正を確認し、意見書どおりの審査結果であれば手帳交付。

それ以外、専門医の意見聴取が必要な場合又は指定医師の意見書どおりの手帳交付としない可能性がある場合は、障害程度審査委員会又は審査部会へ諮問し、審査結果に基づき、手帳交付又は却下。

身体障害者手帳の交付事務について

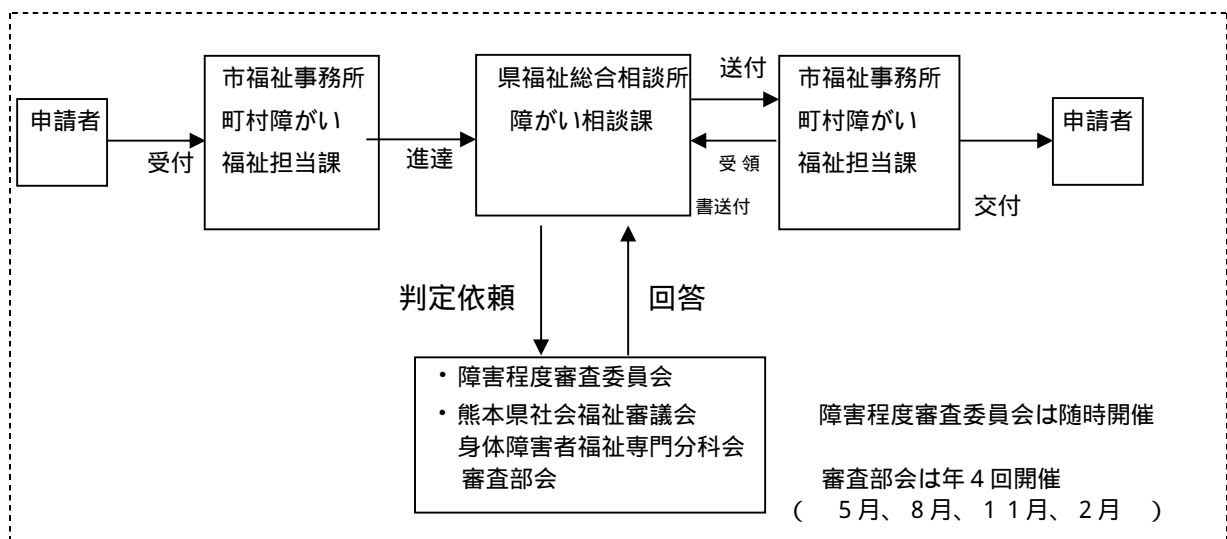
1 身体障害者手帳とは

身体障害者手帳は、身体障害者福祉法で定める「身体障害者」であることの証票として、目、耳、手足、内臓などに永続する障がいがあり、身体障害認定基準に該当する人に知事から交付されます。

（熊本市内にお住まいの人には、熊本市長から交付されます。）

身体障害者手帳所持者は、さまざまな福祉サービスを利用しやすくなります。障がいの範囲は、「視覚障害」、「聴覚障害」、「平衡機能障害」、「音声機能・言語機能・そしゃく機能障害」、「肢体不自由」、「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」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害」、「肝臓機能障害」に分けられ、障がいの程度は、重い方から順に1級から6級（肢体不自由は7級）までの等級があります。（ただし、手帳交付の対象になるのは、総合等級1級から6級までの人です。）

2 身体障害者手帳交付・再交付に係る事務処理の流れ



身体障害者手帳（交付・再交付）申請書、身体障害者手帳（変更・返還）届書は、援護の実施者である市福祉事務所・町村役場障がい福祉担当課（以下「市町村」という。）で受け付ける。

申請者から受け付けた申請書等は、各市町村から県福祉総合相談所障がい相談課（以下「障がい相談課」という。）へ進達。

交付する手帳は、障がい相談課から各市町村へ送付。

（手帳と併せて受領書を送付。担当者受領印の押印及び本人受領年月日を記載のうえ、速やかに返送すること。）

手帳カバーは、各市町村で取付けること。

返還された手帳は、各市町村でシュレッダー等により処分する。死亡、非該当等による返還については、返還届を提出してもらい障がい相談課に進達すること。（手帳の再交付

に伴う旧手帳の返還については、返還届の提出不要。）

手帳交付後は速やかに受領書を県まで送付すること（突合チェックしています）。

3 申請書類について（市町村への依頼事項）

（１）交付・再交付申請書、診断書について

写真

- ・ 本人の識別が可能なものを貼付。裏面には市町村名・生年月日、氏名を記入し糊付け。クリップのみの使用は不可。ポラロイド写真は不可。
- ・ 脱帽、上半身、原則として１年以内に撮影したもの。ただし、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆った写真は可（フセン等で理由の記載をお願いします）。
- ・ 交付時に刻印するため、写真は刻印に耐えうる素材のもの（コピー用紙等は不可）で申請を。

氏名、住所、生年月日、電話番号

- ・ 申請書及び診断書の記載内容を突合し、不一致がある場合は、どちらの記載が正しいか確認のうえ確認した内容を申請書に朱書きすること（診断書の「性別」も確認し、誤りがある場合は同様に対応をお願いします）。

例 『住所(氏名等)確認済：○○(担当者名又は印)「高橋」は「高橋」が正しい。』

- ・ また、再交付申請時に既手帳の内容（氏名、住所、生年月日等）と今回申請の内容に相違があり、変更届が必要な場合は、併せて変更届も提出させること。
- ・ 原則として住民基本台帳のとおりに記載。
- ・ 住民票と実際の居住地が異なる場合は、障がい相談課へ相談すること。

個人番号

個人番号の入力は、ダブルチェックを行う等誤りがないよう注意する。万が一、他者の個人番号を入力した場合には、マイナンバーカードの紐づけ誤りとなり、個人情報流出の被害等が発生する可能性があるため。

既手帳交付内容

- ・ 交付台帳のみなく手帳現物の記載内容で確認のうえ、申請書に記入すること。
- ・ 再認定期限を過ぎても再認定に伴う再交付申請が行われていないことが確認された場合は、再認定を受けるよう申請者に助言する。なお、期限が過ぎているものについては、紛失・破損等による再交付はできない。

診断書

（指定医チェック）

- ・ 診断書を作成した医師は、身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師（以下「指定医師」という。）であるかどうかを確認し、確認済である旨の記載・押印すること。
- ・ 障害種別ごとの診断書を作成できる診療科科目は「身体障害者診断書・意見書を作成できる身体障害者福祉法第１５条指定医師の診療科名」の一覧のとおり。
- ・ 県ホームページに掲載している指定医師名簿の障害区分に「○」がついていない科目の診断書が提出された場合、診療科名一覧を確認し、記載できる科目のものであれば問題ない。
- ・ 診断書を作成した指定医師の指定診療科名が申請する障害の診断書を作成できるか、確認をすること。例えば、循環器内科で指定を受けた医師が呼吸器機能障害の診断書を作成することはできない（資料２を参照）。

- ・ 県外の指定医師については、各市町村より管轄の県又は市へ確認すること。

(障害等級、診断日の記載チェック)

- ・ 「身体障害者福祉法第15条第3項の意見(障害程度等級)」(何級に該当するかの判断)の欄及び診断日が未記載の場合、審査ができないため、申請書受付前に記載するように依頼をお願いします。

また、身体障害者肢体不自由の「7級相当」と記載されていた場合、7級単独では手帳交付対象外となりますので、審査が困難な場合があります。7級相当と記載された診断書が提出された場合には、進達前に障がい相談課へ相談をお願いします。

- ・ 再交付申請で手帳の等級が下がる人(再認定の再交付申請を除く)には、本人の意思の再確認をお願いします。

6級以上の障害と重複する場合は手帳交付対象となります。

進達

- ・ 申請書類は必ず封筒に入れ、写真や書類が紛失しないように封をしたうえで進達すること。
- ・ 緊急を要する申請については、その具体的な理由を申請書の余白に記載のうえ、進達すること。
- ・ 申請時に補装具等の相談があった場合等、フセン紙等により内容を記載すること。
- ・ 診断書には不必要な書き込みはしないこと。

その他

- ・ 細かい確認事項については申請書裏面のチェックリストを御活用ください。

(2) 変更・返還届について(別添(変更・返還)届記載例参照)

変更届書

- ・ 手帳の写し(全ての面がわかるもの)を添付し、手帳は、最新のものであることを確認すること。
- ・ 変更年月日・変更後の居住地を手帳に記入し、福祉事務所長印又は町村長印を押印すること。
- ・ 「変更内容欄」について、「旧」欄は全て記入し、「新」欄に変更内容を記入すること。
- ・ 「変更・返還年月日」、「手帳交付番号等」は必ず記載すること。
- ・ 15歳未満の居住地変更の際は、保護者欄の記載を確認すること。

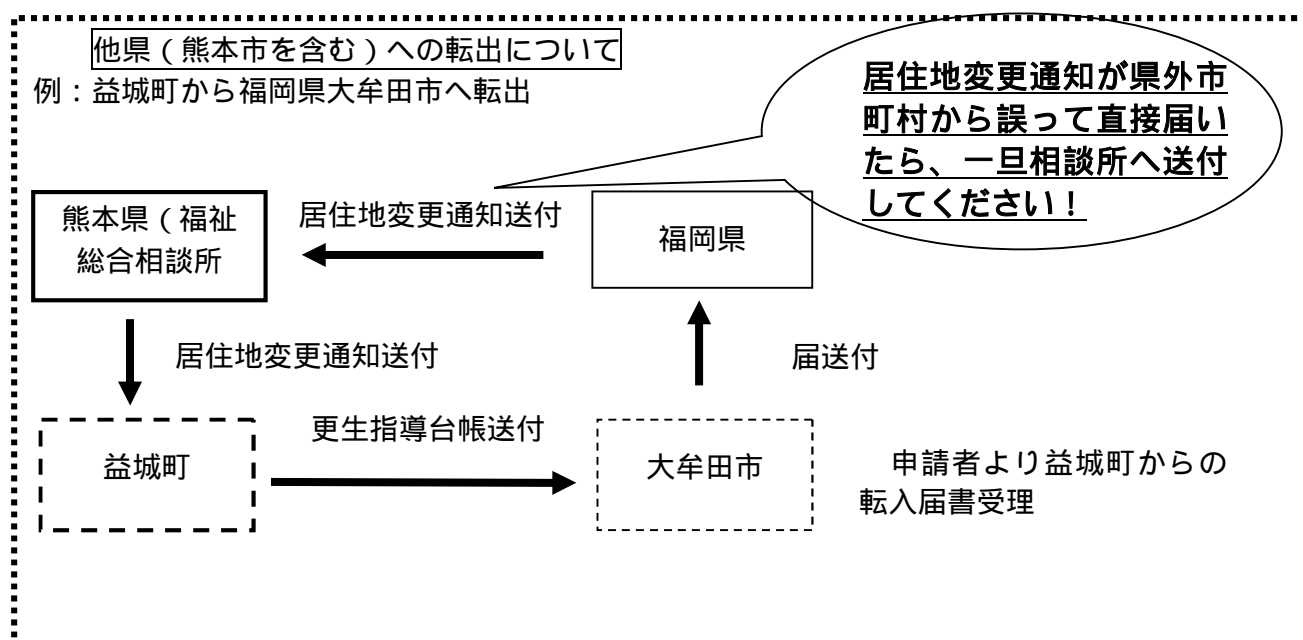
(1 居住地変更)

県内転出・転入

- ・ 県管轄内での居住地変更があった際は、更生指導台帳の送付は直接、市町村間で行うこと。(転入されたら速やかに行う。 県から転出元への通知はしない。)

県外転出・転入

- ・ 県外(熊本市含む)への転出については、転出先にて変更届の手続きが必要である旨を申請者に説明すること。更生指導台帳のやり取りは直接障がい相談課で行うため、市町村から障がい相談課への届出は必要ない。
- ・ 県外から転出の居住地変更通知が直接市町村に届いた場合は、一旦、障がい相談課へ転送すること(県からの通知のもと、転出先に更生指導台帳を送付する。)
- ・ 転入は、手帳には現住所・変更年月日を記入し、市町村の証明印を押印すること。紛失等の為、手帳の写しが無い場合は、先に更生指導台帳を直接取り寄せ、その写しを添付すること。



「返還」

- ・ 「全部返還」又は「一部返還」のどちらかに○をすること。
- ・ 一部返還の場合は、返還する障害種別を必ず記載すること。
- ・ 死亡返還の場合は、死亡日を返還日として記入すること（個人番号は省略可）。
- ・ 「変更内容欄」は、「旧」欄に氏名、生年月日、住所を記入する。
- ・ 「変更・返還年月日」、「手帳交付番号等」は記載する。

（お願い）「〇〇による心臓機能障害（ペースメーカー植込み）（１級）」の方は、再交付申請すれば確実に手帳取得できる（資料４参照）。返還届出が提出された場合、申請者の方の勘違い（非該当だと認識している）かもしれないと感じた場合は、念の為、障がい相談課まで電話で連絡いただくと助かります。昨年度、指定医が認定基準を正しく理解していなかったため、患者が４級相当あるにも関わらず、非該当だから返還するようにと伝えられていたケースがいくつかありました。

（３）再認定（再交付申請）の通知

毎月、月末発送の再認定通知は、「２か月前通知（更生医療との同時申請分を除く）」と「督促通知（期限から２か月後の分・更生医療との同時申請分を含む）」の２種類がある。

過年度の再認定の通知

- ・ 隔年（奇数年）で送付しており、令和７年度通知予定。

その他

- ・ 長期入院等で再認定手続きが困難な場合など、やむを得ない事情により再認定手続きができない時は、再認定延長申請（最長１年）手続きを案内する。

ただし、延長申請ができるのは、再認定の期限が到達していない場合に限る。

身体障害者診断書・意見書を作成できる身体障害者福祉法第15条指定医師の診療科名

熊本県

障 害 種 別	身体障害者診断書・意見書を作成できる診療科名
視覚障害	眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科 神経内科、脳神経外科においては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限り、身体障害者診断書・意見書の作成が可能。
聴覚障害	耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、神経内科、脳神経外科 神経内科、脳神経外科においては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限り、身体障害者診断書・意見書の作成が可能。
平衡機能障害	耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科
音声、言語機能障害	耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、内科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科、気管食道科、 <u>脳外科</u> 、 <u>神経外科</u> 、 <u>整形外科</u>
そしゃく機能障害	耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科、気管食道科
肢体不自由	整形外科、外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ科、小児科、リハビリテーション科、 <u>小児外科</u> 、 <u>呼吸器科</u> 、 <u>呼吸器外科</u> 、 <u>理学診療科</u> 、 <u>放射線科</u>
心臓機能障害	内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科、循環器科
じん臓機能障害	内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科、循環器科、 <u>麻酔科</u>
呼吸器機能障害	内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科、呼吸器科、気管食道科
ぼうこう又は直腸機能障害	泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小児科、小児外科、産婦人科(婦人科)、消化器科(胃腸科)
小腸機能障害	内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科、消化器科(胃腸科)
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科、呼吸器科 エイズ治療拠点病院での従事経験があることが望ましい。
肝臓機能障害	内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科、肝臓外科、小児科、小児外科

(注) 線の診療科については、平成12年8月3日までに指定を受けた医師のみ身体障害者診断書・意見書の作成が可能。

線の診療科については、平成12年8月3日までに指定を受けた医師、又は、平成22年4月1日以降に指定を受けた医師のみ身体障害者診断書・意見書の作成が可能。

「指定診療科に対する障害区分」(上記表の逆引き表)は、「資料2」参照。

4 身体障害者手帳交付と自立支援医療（更生医療）の同時申請について

（１）自立支援医療（更生医療）の概要

自立支援医療（更生医療）（以下「更生医療」という。）は、原因となる疾病が治癒した後に残された機能障害に対し、障害の軽減、改善を目的とした手術を行う等、１８歳以上の手帳所持者が更生を目的とした医療をいう。（１８歳未満の児童については育成医療。）

代表例としては、ペースメーカー植込み術、弁置換術（心臓機能障害）、人工透析療法（じん臓機能障害）等がある。更生医療給付の実施主体は市町村。また、更生医療を担当する医療機関は、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第５９条第１項の規定により指定を受けた医療機関（指定自立支援医療機関）である。

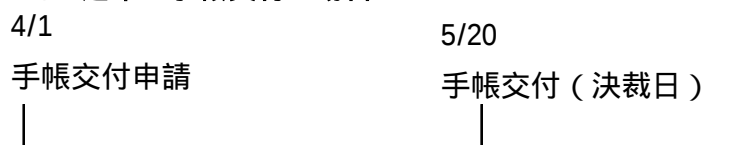
（２）更生医療同時申請制度の経緯

更生医療の給付を受けるためには、更生医療の対象となる障害名が記載された手帳を所持していることが要件である。したがって、手帳未所持の場合や手帳を所持していても手帳に記載のない障害について更生医療の給付を申請する場合は、手帳の交付（再交付）申請を併せて行う必要がある。

しかし、通常、手帳は決裁日をもって交付（再交付）日とされるため（交付日を遡ることはできない）、通常の手帳処理では、手帳交付（再交付）日以降しか更生医療の給付を受けられないということが生じる。

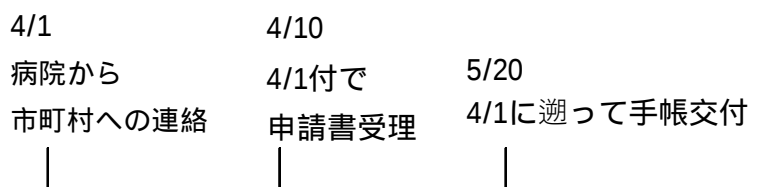
そこで、特例として指定自立支援医療機関（更生医療）から市町村への連絡により更生医療の給付申請と手帳の交付申請が同時にあった場合、市町村から障がい相談課に同時申請に係る手帳の交付（再交付）申請書に所要の記載を行い、申請日と同日付け又は更生医療の適用日で手帳を交付することにより、更生医療の給付を可能とすることができるもの（手帳交付（再交付）日を、手帳決裁日から申請日又は更生医療の適用日まで遡及できるもの）を例外的に認めている。

○ 通常の手帳交付の場合



更生医療は手帳交付日（５月２０日）からしか適用されない。

○ 更生医療同時申請による手帳交付の場合



適用日は病院からの連絡があった日まで遡及可

（３）更生医療同時申請の対象

令和元年５月１日から、次の７つの医療に限って更生医療同時申請を認めている。
（別添３「更生医療の取扱いについてＱ＆Ａ」参照）

【対象となる医療の種類】

ペースメーカー植込み術
人工弁置換術
心臓移植術（抗免疫療法を含む）（以上、心臓機能障害）
慢性透析療法（急性じん不全における血液透析濾過を除く）
じん臓移植術（抗免疫療法を含む）（以上、じん臓機能障害）
肝臓移植術（抗免疫療法を含む）（肝臓機能障害）
抗ＨＩＶ療法（免疫機能障害）

（注意点）

じん臓機能障害（人工透析）に係る透析導入日以前の適用について

同時申請の対象は、「速やかに医療を実施する必要がある、かつ、明らかに障害認定が可能である場合に限る」としているため、同時申請の適用日は、原則、手術当日、透析に関しては透析導入日、もしくは前日の入院までを想定している。

つまり、透析導入日より一定期間前の入院（シャント手術等）については、「速やかに医療を実施する必要がある治療」には該当しないと思われる。

ただし、あくまで更生医療の実施主体は市町村であることから、適用日については各市町村の更生医療担当者と協議のうえ、決定していただきたい。

（更生医療の市町村研修会資料Ｐ３７参照。）

肢体不自由（人工関節置換術）に関する注意点について

人工関節置換術については、同時申請の対象ではない。

ただし、手術を待たず、身体障害認定基準を満たすようになった時点で、あらかじめ手帳の交付を受ければ、更生医療の申請が可能である。（本来は、手術予定があれば障害固定とみなさないため、手帳交付申請ができないが人工関節置換については例外。）

病院からの事前の問い合わせがあった場合は、手帳交付までに時間がかかる（標準処理期間２カ月）ことを見越して、早めに手帳の交付申請を行うよう伝えること。手術直前に申請してしまうと、手術までに手帳交付が間に合わず、更生医療の給付を受けられないということが生じてしまう。

（４）同時申請の場合の適用日・病院への連絡

- ・ 緊急手術等更生医療適用日が休日・閉庁日等の場合は、手帳は、医療機関から市町村へ連絡のあった日（休日・閉庁日の翌日以降）の日付で交付されるが、更生医療は手術等が行われた日までは遡って給付可能としている。（休日の日付での手帳交付はできない。）
- ・ 平日の時間外（閉庁後）に手術等が行われその日に連絡できなかった場合で翌日までに医療機関から連絡を受けた場合は、連絡ができなかった日（時間外）を適用日として取り扱うことが可能。

(5) 申請書への記載方法・進捗管理

- ・ 同時申請に係る交付(再交付)申請書の進捗は、申請書の受付印欄近くの余白に「更生医療同時申請—有—」及び「入院日」、「手術日(導入日)」、「更生医療適用日」を朱書きし、市町村受付日も同時申請受付日と同日により押印すること。
- ・ 市町村の更生医療の同時申請に係る処理については、受付処理簿の整備等により厳格な進捗管理を行い速やかな進捗に努めること。受付をしているのに、申請書の提出がない場合には、申請者に状況確認を行い早めの申請を促すこと。
- ・ 適用日から3か月経過しての更生医療同時申請は顛末書の添付が必要となり、また6か月経過しての更生医療同時申請は原則として受け付けないため、注意すること。
- ・ 同時申請により交付日を遡るには、適用日以前の診断書が必要であるため、添付された診断書の日付が申請日と同日又は以前の日付となっていることを確認する。

5 援護の実施者と現住所の市町村が異なる場合(居住地特例)の取扱い

援護の実施者は、身体障害者福祉法第9条の規定に基づく取扱い(障害者総合支援法に基づく支給決定等の実施主体の取扱いに準ずる。)とする。

(1) 援護の実施者と現住所を管轄する市町村が異なる場合の援護の実施者の確認方法

援護の実施者がどの市町村であるかは手帳の「福祉事務所の長又は町村長の印」欄の印によって確認することになるので、必ず押印すること。

また、援護の実施者は「身体障害更生指導台帳」等により、居住地を確認できるようにしておいてください。

援護の実施者(居住地特例)に係る問い合わせについては、県障がい者支援課総務班(096-333-2250)へお尋ねください。

(2) 申請書の記載方法について

援護の実施者と現住所を管轄する市町村が異なる場合(援護の実施者と異なる市町村の施設に入所している場合等)は、現住所を記載し、申請書の余白に「援護の実施者 ○○市(又は町村)」と朱書きすること。(変更・返還届も同様。)

居住地特例対象施設に入所している場合で、援護の実施者と現住所を管轄する市町村が同一の場合は、現住所を記載し、住民基本台帳等で確認した旨付記すること。(例：余白に「現住所確認済：○○(担当名または印)」と記載)(変更・返還届も同様。)

(3) 援護の実施者の変更はないが、現住所に変更があった場合

援護の実施者において、身体障害者手帳の「現住所」欄に新住所を記載し「福祉事務所の長又は町村長の印」欄に押印する。身体障害者手帳(変更・返還)届書には、現住所のみの変更である旨を明記すること。

6 身体障害者の死亡に係る取扱いについて

身体障害者手帳の交付を受けた者が死亡した場合の取扱いは次のとおり。

- ・ 身体障害者手帳の交付を受けた者が死亡した場合は、その者の親族若しくは同居の縁故者でその身体障害者手帳を所持する者は、速やかに身体障害者手帳を都道府県知事に返還しなければならない(身体障害者福祉法第16条第1項)。
- ・ 市町村の設置する福祉事務所の長又は町村長は、法第16条第1項の規定による身体障害者手帳の返還がなく、かつ、身体障害者本人が死亡した事実が判明したときは、都道府県知事に、速やかにその旨を通知しなければならない(身体障害者福祉法施行令第12条第2項)。

- ・ 身体障害者福祉法施行令第12条第2項の対象となるものは、死亡が判明した場合のみ。他の手続で死亡の事実が確認できた場合には、死亡した方の御遺族等から返還届は省略可。
- ・ 交付（新規）申請中の場合は、申請者の相続人から「取下げ書」を徴取し、進達をお願いします。再交付申請中の場合は、「取下げ書」及び既交付手帳の「返還届」の進達をお願いします。また、申請中に死亡が判明した場合は、誤って手帳が交付されることを防止するため、速やかに障がい相談課への連絡をお願いします。
- ・ 死亡に係る通知は、市福祉事務所・町村が障がい相談課に送付してください。また、通知は市福祉事務所長又は町村長名で、熊本県知事あてにお願いします。

7「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」に係る注意点

（１）窓口での対応

- ・ むやみに「ＨＩＶ」・「エイズ」という発言をしない。
- ・ 手続等の説明を行う際には、相談室等の別室を用意する。
- ・ 手帳が交付された際の受け渡し方法、連絡先について確認しておく。
- ・ 手帳交付後の福祉サービスについても説明を行う。
- ・ プライバシー保護に関する対策についても説明を行う。

担当課内だけでなく、各市町村の総合窓口等へもプライバシーに配慮した対応の周知をお願いしたい。

（２）受付事務について

- ・ 郵送や代理の者による申請も可能。
- ・ 写真は封筒等に入れて添付しても差し支えない。（写真の裏面に氏名・生年月日を記入。）

（３）進達事務について

- ・ 進達に係る決裁ルートは極力短くすること。
- ・ 進達の際は、宛名を障がい相談課担当者（宮本）に指定のうえ、必ず「親展」と朱書きする。親展で送付する書類は、手帳の交付（再交付）申請書に限らず、変更届出（居住地変更など）を含む免疫機能障害に関するもの全てが対象。

令和7年度 担当

熊本県福祉総合相談所 障がい相談課

身体障がい者手帳班 宮本

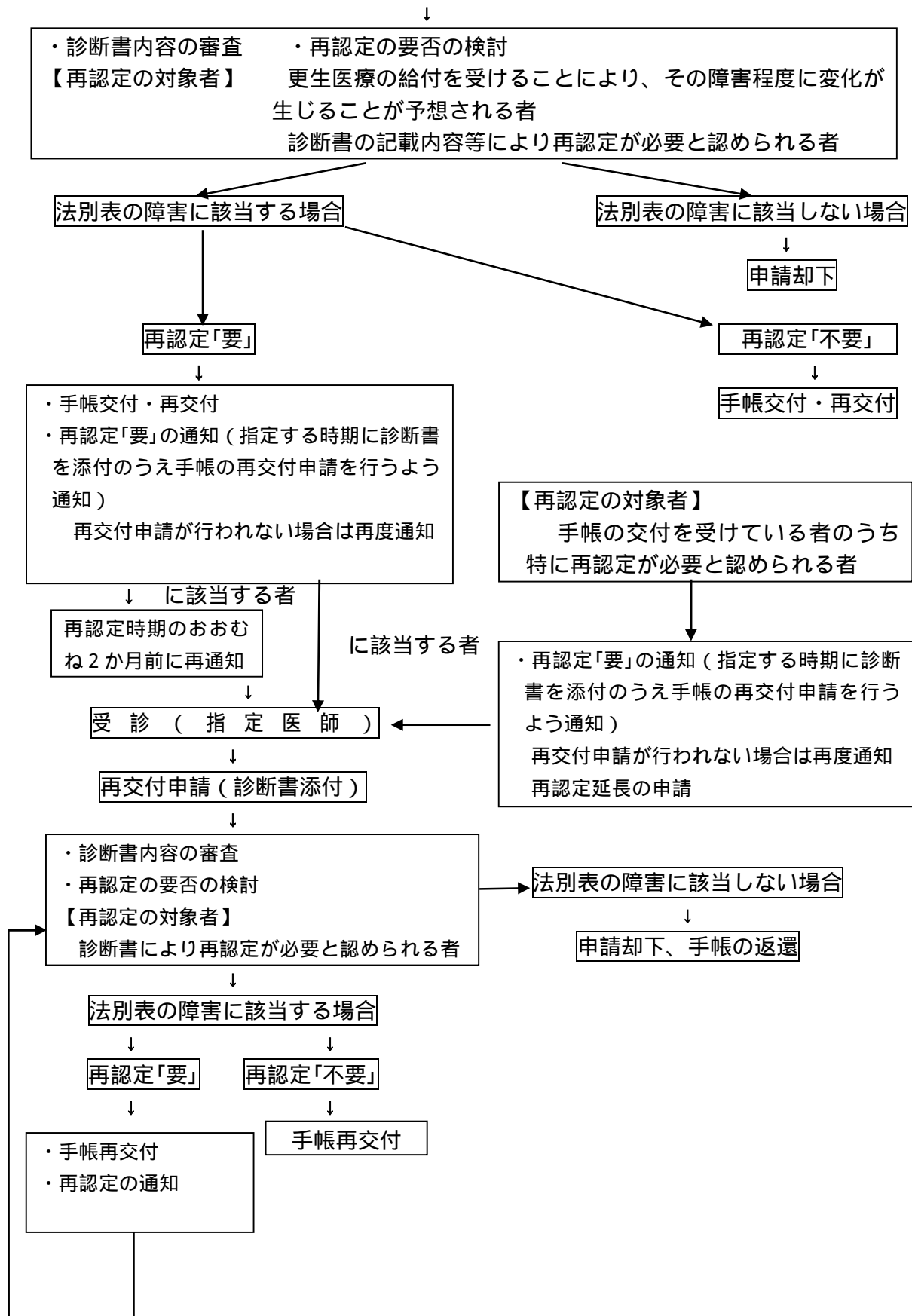
電話 096 - 381 - 4461（直通）

- ・ 手帳は、障がい相談課からも市町村担当者へ親展で送付する。交付する際は、原則本人又は代理人に窓口で手渡しする。郵送の場合は、関係者以外が閲覧できないよう配慮すること。

（４）関係書類の保管について

- ・ 関係書類は鍵のかかる場所に保管するなど、管理には十分注意すること。

再認定事務の流れ 手帳交付・再交付申請（診断書添付）



身体障害者手帳(交付・再交付)申請書

申請日 年 月 日

熊本県知事 様

居住地 _____

(申請者) 氏名 _____

次のとおり申請します。

(申請事由) 該当する項目を○で囲んでください。

1 新規	11 新規交付			
2 再交付	21 障害程度変更	22 障害名変更	23 障害追加	24 破損
	25 紛失	26 その他()		27 再認定

(本人氏名・居住地等)

フリガナ					生年月日	年 月 日
氏名						
個人番号						
居住地						
電話番号	-	-	入所施設名			

(保護者氏名・居住地等) 本人が15歳未満の場合のみ記入してください。

フリガナ			続柄	保護者となつた日	年 月 日
氏名					
居住地					電話番号 - -

(既手帳交付内容等)

手帳番号	J R 割引	等級	交付年月日	再交付年月日
(第) 都道府県・市 号	種	級	年 月 日	年 月 日
障害名			再認定	0 無し 1 有期 年 月
管轄市町村			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
管理番号				

備考 申請者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。

(更生医療同時申請 有 ・ 無)

心臓機能障害、じん臓機能障害及び肝臓機能障害については、必ず記入すること

(市町村記入欄)

申請書				診断書			
	項目	チェック	備考		項目	チェック	備考
	写真				氏名		
	申請者				生年月日		
	氏名				居住地		
	個人番号				診断日・所見		
	生年月日				診断医(指定科目)		
	居住地				等級		
	保護者欄						
	既手帳交付内容等欄						
	援護の実施者						
	更生医療同時申請						
	有期再認定欄						

(福祉総合相談所記入欄)

NO.	傷病名		障害名		級	指数	備考
	コード		コード				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
代表部位			総合等級・指数				JR 割引 航空割引
再認定	無 ・ 有期(障害種別:) (平成 年 月)						

身体障害者手帳交付（再交付）申請受付確認リスト

1 申請書

	項目	確認事項	備考	チェック欄
	写真	サイズ（4 cm × 3 cm）、素材（刻印に耐えうる素材）、原則 1 年以内のもの	写真の裏面に市町村・生年月日・氏名の記載をお願いします。写真に不備がある場合は差替えの依頼をお願いします。	
	申請者		続柄確認をお願いします。	
	氏名	氏名は住民基本台帳のとおりか。	相違がある場合、外字など紛らわしい文字等の場合は、申請書の余白に分かるように表示。また、住基台帳等の写しを添付する場合は、不要な情報は消した上で添付をお願いします。	
		既手帳と相違はないか。	相違がある場合は、別記第 2 号様式 身体障害者手帳（変更・返還）届書（以下「変更届」）を併せて徴取し、進達する。（既手帳の氏名の漢字等が誤りである程度の場合は変更届の提出は不要です。）	
	個人番号	個人番号に相違はないか。	「確認済」の記載（又は押印）をお願いします。	
	生年月日	住民基本台帳のとおりか。		
	居住地	住民基本台帳のとおりか。		
		既手帳と相違はないか。	相違がある場合は、併せて変更届を徴取し、進達提出する。	
	保護者欄	続柄は記載しているか。	15 歳未満の場合に限る。	
	既手帳内容	手帳の原本で確認し、記載しているか。	紛失の場合は更生指導台帳で確認可。	
	援護の実施者	居住地と違う場合は「援護の実施者 ○○市（町村）」と記載しているか。	居住地特例の対象となる施設の住所地ではないか、対象である場合は、本来の援護の実施者の市町村へ確認をお願いします。	
	更生医療同時申請	「更生医療同時申請」の有無を確認しているか。	適用日等を含め、同時申請に関する記載がない場合は、通常の申請として受付けることになります。	
		更生医療適用日等を記載しているか。	入院日、手術日（透析の場合は導入日）、更生医療適用日も併せて <u>朱書きが必要</u> 。	
		受付印は同時申請日であるか。	更生医療適用日が土、日、祝日の場合は、受付印は翌開庁日となります。	
	有期再認定		台帳等で確認のうえ、有期再認定が付されている者については記載をお願いします。	
		申請とは別の障害種別の再認定の時期が過ぎているか。	診断書の提出について、指導をお願いします。	

	受付印	受付から1週間以内に県に提出したか。	10日間を超えて県に提出する場合は、その理由を余白に記載をお願いします。	
	報告事項	緊急を要する場合等に記載をしたか。	(例)「補装具(補聴器)の申請のため早急に交付希望」等と具体的に記載及び付箋紙貼付をお願いします。	

は再交付申請のみ対象

2 身体障害者診断書・意見書

	項目	確認事項	備考	チェック欄
	氏名	申請書と同じか。	相違がある場合は、医療機関に確認し、申請者で間違いのない場合は、その旨付箋等で明記をお願いします。	
	性別・生年月日	性別は住民基本台帳どおりで、生年月日は申請書と同じか。	同上。なお、性別については手帳記載事項でないので、申請書見直しに伴い該当欄削除したが、障害認定上、男女で適用基準が異なるものもあるため診断書上は存置している。	
	居住地	申請書と同じか。	同上	
	診断日	診断書作成日及び診断書所見日の記載はあるか。	未記載の場合は、医療機関へ確認し、記載の依頼をお願いします。	
		診断書の各検査所見日は診断書作成日以前であるか。	各検査所見日が診断書作成日より後の場合は、医療機関に確認し、訂正等の依頼をお願いします。	
		更生医療同時申請の場合、診断書作成日は同時申請日より以前か。	診断書作成日が同時申請日より後の場合は、再提出、訂正等の依頼をお願いします。	
	診断医	身障法15条の指定医師であるか。(指定医師の指定診療科目と診断書の障害種別が整合しているか。)	指定医師でない場合や作成が出来ない診療科名の場合は、医療機関へ確認のうえ、作成可能な指定医師の診断書での再提出を依頼をお願いします。	
		指定医師確認の市町村担当印を押印しているか。	診断書の余白等に作成可能な指定医師であることの確認印をお願いします。	
	等級	等級は記載してあるか。	未記載の場合は、医療機関等へ確認し、申請者に説明のうえ、等級の記載の依頼をお願いします。	
		医師の意見が、7級の場合での新規申請の場合、申請の理由を付記しているか。(肢体不自由のみ)	7級の場合の場合は、審査が困難な場合があります。事前に障がい相談課へご相談ください。(ただし、既に6級以上の障害で手帳所持されている場合は、肢体不自由7級での障害追加も可能)	

身体障害者手帳(変更)・返還)届書

届出日 令和7年4月10日

熊本県知事 様

(届出者) 居住地 水俣市古賀町 番地
氏名 熊本 花子

次のとおり届け出ます。

(届出事由) 該当する項目を○で囲んでください。

1 居住地変更	11 本人居住地変更 13 転入(県外・熊本市から) 手帳の写しを添付してください。	12 本人・保護者居住地変更 14 管轄市町村変更
2 内容変更	21 本人氏名変更 手帳の写しを添付してください。	22 保護者内容変更 23 その他()
3 返 還	31 死亡 32 全部返還 33 一部返還(障害種別:) ()内には返還する障害種別を記載してください。	

(変更内容) 新欄は変更分のみを記入してください。

		新	旧
本人	(フリガナ)		クニタ ハナコ
	氏 名		熊本 花子
	個 人 番 号		××××-○○○○-
	生 年 月 日	年 月 日	昭和27年5月24日
	住 所	水俣市古賀町 番地	水俣市天神町○○番地
	入 所 施 設 名		
	電 話 番 号	0966-63-	0966-62-××××
	管 轄 市 町 村		水俣市
保護者	(フリガナ)		
	氏 名		
	住 所		
	電 話 番 号	— —	— —
	続 柄		
保護者となった日		年 月 日	年 月 日
変更・返還年月日		令和7年4月8日	

(手帳交付番号等)

手帳番号	JR割引	等級	交付年月日	再交付年月日
(熊本)都道府県・市 第13000号	2種	6級	平成2年6月1日	平成9年6月7日
第 号 年 月 日			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
熊本県知事 様 (福祉事務所・町村)長 上記のとおり届出がありましたので進達します。				

備考 届出者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。

身体障害者手帳(変更・返還)届書

届出日 令和5年4月10日

熊本県知事 様

(届出者)

居住地

阿蘇市一の宮町〇〇番地

氏名

熊本 一郎

次のとおり届け出ます。

(届出事由) 該当する項目を○で囲んでください。

1 居住地変更	11 本人居住地変更	12 本人・保護者居住地変更
	13 転入(県外・熊本市から)	14 管轄市町村変更
	手帳の写しを添付してください。	
2 内容変更	21 本人氏名変更	22 保護者内容変更
	23 その他()	
	手帳の写しを添付してください。	
3 返 還	31 死亡	32 全部返還
	33 一部返還(障害種別:)	
	()内には返還する障害種別を記載してください。	

(変更内容) 新欄は変更分のみを記入してください。

		新	旧
本人	(フリガナ)		クマモト イチロウ
	氏 名		熊本 一郎
	個 人 番 号		××××-〇〇〇〇-
	生 年 月 日	年 月 日	昭和20年4月2日
	住 所	阿蘇市一の宮町〇〇番地	菊池市隈府●●番地
	入 所 施 設 名		
	電 話 番 号	0967-22-××××	0968-23-××××
	管 轄 市 町 村	阿蘇市	菊池市
保護者	(フリガナ)		
	氏 名		
	住 所		
	電 話 番 号	— —	— —
	続 柄		
保護者となった日		年 月 日	年 月 日
変更・返還年月日		令和5年4月8日	

(手帳交付番号等)

手帳番号	JR割引	等級	交付年月日	再交付年月日
(熊本)都道府県・市 第14000号	2種	3級	平成22年5月1日	令和2年5月5日
第 号 年 月 日			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
熊本県知事 様				
(福祉事務所・町村)長				
上記のとおり届出がありましたので進達します。				

備考 届出者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。

身体障害者手帳(変更・返還)届書

届出日 令和7年4月1日

熊本県知事 様

(届出者)

居住地 宇城市松橋町〇〇

氏名 熊本 三郎

次のとおり届け出ます。
(届出事由) 該当する項目を○で囲んでください。

1 居住地変更	11 本人居住地変更 13 転入(県外・熊本市から) 手帳の写しを添付してください。	12 本人・保護者居住地変更 14 管轄市町村変更
2 内容変更	21 本人氏名変更 22 保護者内容変更 23 その他() 手帳の写しを添付してください。	
3 返 還	31 死亡 32 全部返還 33 一部返還(障害種別:) ()内には返還する障害種別を記載してください。	

(変更内容) 新欄は変更分のみを記入してください。

		新	旧
本人	(フリガナ)		クニト ハナコ
	氏 名		熊本 花子
	個 人 番 号		××××-〇〇〇〇-
	生 年 月 日	年 月 日	昭和59年9月27日
	住 所	宇城市松橋町〇〇	上天草市大矢町●●
	入 所 施 設 名	障害者支援施設〇〇園	
	電 話 番 号	0964-32-****	0964-58-xxxx
	管 轄 市 町 村	上天草市	上天草市
保護者	(フリガナ)		
	氏 名		
	住 所		
	電 話 番 号	— —	— —
	続 柄		
保護者となった日		年 月 日	年 月 日
変更・返還年月日		令和7年3月8日	

(手帳交付番号等)

手帳番号	JR割引	等級	交付年月日	再交付年月日
(熊本)都道府県・市 第13000号	1種	1級	平成22年6月1日	令和2年9月7日
第 号 年 月 日			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
熊本県知事 様 (福祉事務所・町村)長 上記のとおり届出がありましたので進達します。				

備考 届出者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。「援護の実施者 上天草市」

身体障害者手帳(変更・返還)届書

届出日 令和7年2月10日

熊本県知事 様

(届出者) 居住地 荒尾市西原町○○
氏名 熊本 次郎

次のとおり届け出ます。
(届出事由) 該当する項目を○で囲んでください。

1 居住地変更	11 本人居住地変更	12 本人・保護者居住地変更
	13 転入(県外・熊本市から)	14 管轄市町村変更
	手帳の写しを添付してください。	
2 内容変更	21 本人氏名変更	22 保護者内容変更
	23 その他()	
	手帳の写しを添付してください。	
3 返 還	31 死亡	32 全部返還
	33 一部返還(障害種別:)	
	()内には返還する障害種別を記載してください。	

(変更内容) 新欄は変更分のみを記入してください。

		新	旧
本人	(フリガナ)		ヌヱ ジロウ
	氏 名		熊本 次郎
	個 人 番 号		××××-○○○○-
	生 年 月 日	年 月 日	昭和20年4月2日
	住 所		荒尾市西原町○○
	入 所 施 設 名		荘
	電 話 番 号		0968-85××××
	管 轄 市 町 村	荒尾市	菊池市
保護者	(フリガナ)		
	氏 名		
	住 所		
	電 話 番 号	— —	— —
	続 柄		
保護者となった日		年 月 日	年 月 日
変更・返還年月日		令和7年1月8日	

(手帳交付番号等)

手帳番号	JR割引	等級	交付年月日	再交付年月日
(熊本)都道府県・市 第14000号	2種	3級	平成22年5月1日	平成31年4月2日
第 号 年 月 日			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
熊本県知事 様 (福祉事務所・町村)長 上記のとおり届出がありましたので進達します。				

備考 届出者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。 「援護の実施者 荒尾市」

身体障害者手帳(変更・返還)届書

届出日 令和6年12月10日

熊本県知事 様

(届出者) 居住地 宇城市松橋町○○
氏名 熊本 三郎

次のとおり届け出ます。
(届出事由) 該当する項目を○で囲んでください。

1 居住地変更	11 本人居住地変更 13 転入(県外・熊本市から) 手帳の写しを添付してください。	12 本人・保護者居住地変更 14 管轄市町村変更
2 内容変更	21 本人氏名変更 22 保護者内容変更 23 その他() 手帳の写しを添付してください。	
3 返 還	31 死亡 32 全部返還 33 一部返還(障害種別: 心臓機能障害) ()内には返還する障害種別を記載してください。	

(変更内容) 新欄は変更分のみを記入してください。

		新	旧
本人	(フリガナ)		クニト ユキミ
	氏 名		熊本 蓄
	個 人 番 号		××××-○○○○-
	生 年 月 日	年 月 日	昭和33年2月18日
	住 所		球磨郡錦町●●
	入 所 施 設 名		
	電 話 番 号		0964-58-××××
	管 轄 市 町 村		錦町
保護者	(フリガナ)		
	氏 名		
	住 所		
	電 話 番 号	— —	— —
	続 柄		
	保護者となった日	年 月 日	年 月 日
変更・返還年月日		令和6年12月10日	

(手帳交付番号等)

手帳番号	JR割引	等級	交付年月日	再交付年月日
(熊本)都道府県・市 第25444号	1種	1級	平成22年6月1日	令和3年10月7日
第 号 年 月 日			福祉事務所・ 町村受付印	熊本県 受付印
熊本県知事 様 (福祉事務所・町村)長 上記のとおり届出がありましたので進達します。				

備考 届出者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。
20

総括表

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所	氏名・生年月日・性別 居住地は、申請書と同じか	
障害名(部位を明記)		
原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他()	
疾病・外傷発生年月日	平成 年 月 日・場所	
参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真・CT・MRI等を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
総合所見(脳血管疾患の場合は、部位及び大きさ・発生前後の身体状況の相違について記載)		
人工関節置換術又は人工骨頭置換術日(年 月 日)	〔将来再認定〕	軽快・改善による再認定を要する ☐ 再認定の時期 平成 年 月
人工関節置換術又は人工骨頭置換術日(年 月 日)		☐ 再認定は不要
その他参考となる合併症状(認知症等、障害に影響する傷病)		
診断日の記載はあるか		
上記のとおり診断する。併せて以下の意	15条指定医師氏名	
年 月 日	身障法15条の指定医師であるか (指定診療科目と診断書の障害種別が整合しているか)	
診療担当科名 科	病院又は診療所の名称	
所 在	電 話 番	
身体障害者福祉法第15条第3項		
障害の程度は、 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。		
早見表による根拠 (例)	障 害 部	目 指 数
合 計		
指定医確認済の 市町村担当者の 押印はあるか		
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば上肢機能障害(右手関節強直、右肩関節機能全廃等)を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、慢性関節リウマチ等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。		

(表)

身体障害者手帳

都道府県(市) 第 号

交付日 年 月 日

氏名 年 月 日

生年月日 年 月 日

住所

保護者氏名

続柄 住所

写真

ベスト半裁

障害名

障害程度等級

旅客鉄道株式会社

旅客運賃減額 第一種・第二種身体障害者

都道府県(市)

印

22mm

27.5mm

12mm

53.98mm

85.60mm

(裏)

備考 上肢機能障害(2級)/下肢機能障害(4級)
心臓機能障害(1級)(R6.6再認定)

①令和3年10月10日

②氏名: 熊本 花子

新住所: ●●市●●町●●番地●●

印

注) 住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届を出してください。

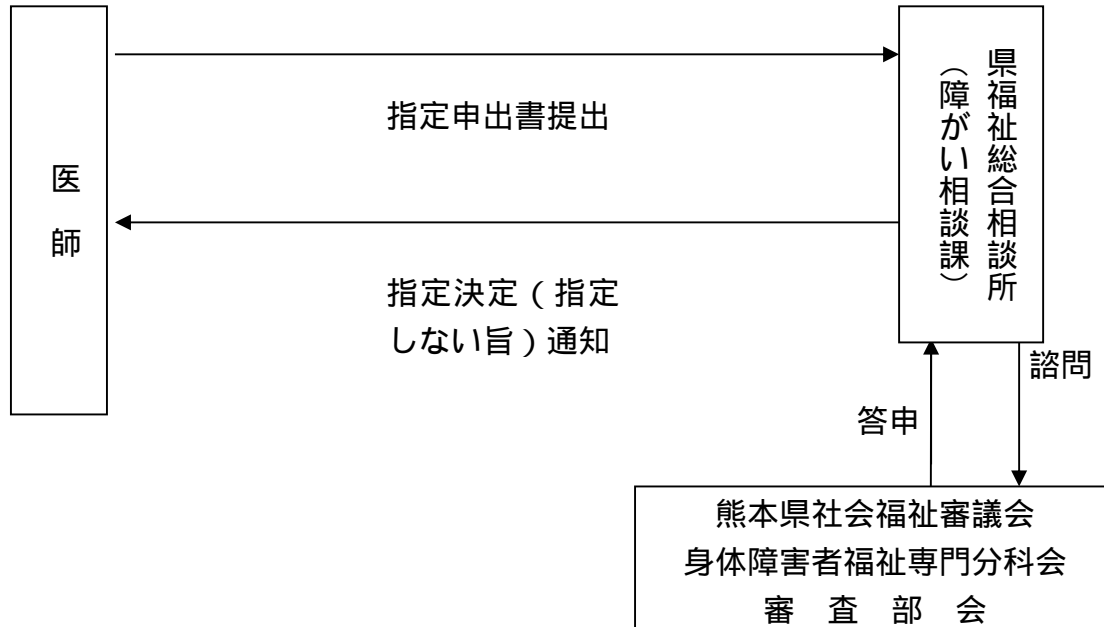
変更年月日
記載事項変更内容
管轄市町村印

有料道路通行料金割引登録等については、裏面の備考欄に記載をお願いします。

裏面が書けなくなった場合は、再交付申請の案内をお願いします。
熊本県手帳再交付の場合、紙手帳となる旨の説明をお願いします。

8 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定について

事務の流れ



(注 1) 医師の経営又は勤務する医療機関の所在地が熊本市内の場合、熊本市（障がい者福祉相談所）に申し出、同市が指定を行う。

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定基準 (熊本県社会福祉審議会決定事項)

大学医学部又はこれと同等程度の機関（ ）において、専門的な臨床研修歴が少なくとも満 5 年以上を経ていること。

なお、新医師臨床研修制度の期間については、前期は専門的な臨床研修歴に含めないが、後期は同研修歴に含めることとする。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、上記基準を満たさない場合でも臨床経験及び業績等経歴を総合的に勘案し、指定することができる。

- (1) 指定を受けようとする診療科に関連する学会の認定医又は専門医に認定されている者
- (2) 指導者等から身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師(以下「指定医師」という。) としての能力を有するとして推薦を受けた者
- (3) 所属する医療機関所在地に指定医師が不足している等地域差を考慮する必要がある者

() 同等程度の機関とは、大学院、医師法第 16 条の 2 第 1 項の規定に基づく臨床研修指定病院又はそれぞれの診療科の関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等をいう。

【提出書類】

- 1 申出書
- 2 経歴書
- 3 同意書
- 4 医師免許証の写し
- 5 学会の認定医又は専門医の認定証の写し（学会の認定医又は専門医の認定を受けている場合に限る。）
- 6 その他知事が必要と認める書類（推薦書）

昭和 60 年度第 4 回熊本県地方社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会におけるその他の諮問事項に係る答申（昭和 61 年 3 月 26 日）

平成 18 年度第 3 回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における諮問事項に係る答申（平成 18 年 12 月 14 日）

平成 21 年度第 1 回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における議決（平成 21 年 5 月 25 日）

平成 24 年度第 3 回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における議決（平成 24 年 9 月 24 日）

平成 25 年度第 2 回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における議決（平成 25 年 7 月 31 日）

所属医療機関の変更に伴う届出について

15条指定医師の所属医療機関に変更があった場合は、次のとおり届出が必要となる。

県外からの転入については、新規申出と同様の取扱い。

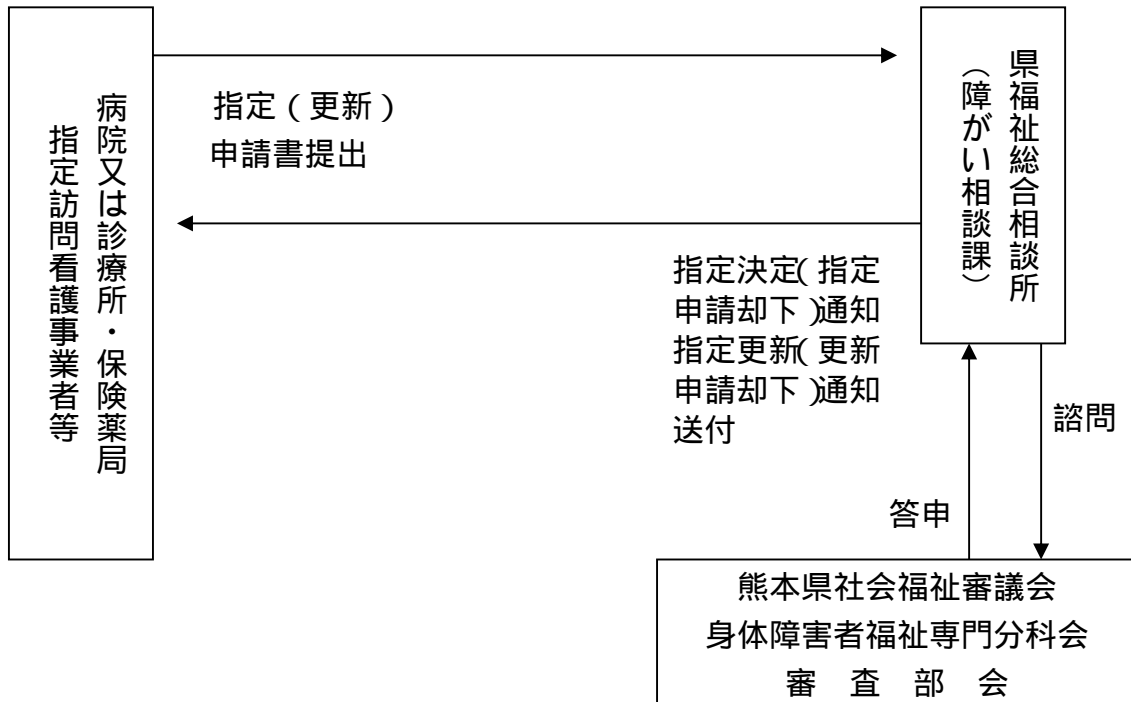
旧所属	新所属 (異動先)	提出書類	提出窓口
熊本県指定医師	熊本県内市町村 (熊本市を除く)	変動届	県福祉総合相談所
	熊本市内	変動届	熊本市障がい者福祉相談所
	熊本県外	辞退届	県福祉総合相談所
熊本市指定医師	熊本市内	変動届	熊本市障がい者福祉相談所
	熊本県内市町村 (熊本市を除く)	変動届	県福祉総合相談所
	熊本県外	辞退届	熊本市障がい者福祉相談所

各様式等のダウンロード「熊本県庁ホームページ」(<http://www.pref.kumamoto.jp/>)より

- ・ トップページ / 健康・福祉・子育て / 高齢者・障がい者・介護 / 障がい者福祉に関すること(障がい者支援課) / 制度・手続・障がい福祉のしおり / 身体障害者福祉法第15条指定医師関連資料(医療機関・指定医師向け)

9 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第 59 条第 1 項に規定する指定自立支援医療機関（更生医療、育成医療）の指定（更新）について

事務の流れ



指定更新は必要と認めた場合のみ諮問

指定自立支援医療機関は、新規指定から 6 年ごとに更新を受けなければその効力を失うため、指定期間満了前に指定更新のための事務処理が発生する。

(注 1) 指定（更新）申請（届出事項変更届及び辞退届を含む。）窓口は、（注 2）以外は、県福祉総合相談所障がい相談課。

(注 2) 医療機関が熊本市内の場合は、熊本市（障がい者福祉相談所）に申請し、同市が指定を行う。

届出事項変更届及び辞退届（又は休止・廃止・再開届）について

- ・ 指定自立支援医療機関は、その届出事項に変更がある場合は届出事項変更届を、廃業、主たる医師又は薬剤師の不在等の場合は辞退届（又は休止・廃止・再開届）を、上記の指定（更新）申請の例に準じて行う必要がある。
- ・ 届出事項変更届のうち「主たる医師又は薬剤師の変更」については、上記の指定（更新）の例に準じて、熊本県社会福祉審議会身体障害者専門分科会審議会に、諮問し答申を得て、変更承認（不承認）を行う。

熊本県指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 指定要領

第1 指定・変更・更新の申請及び変更の届出の事務

1 指定・変更の申請の事務

- (1) 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17年法律第123号。以下「法」という。）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を申請しようとする者（以下「申請者」という。）は、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施行規則（平成18年省令第19号。以下「規則」という。）第57条各項に規定する申請書（以下「申請書」という。）を別紙様式1により作成し、知事に提出するものとする。

なお、申請者は、指定の申請の際に、育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、申請書にその旨明記することとし、特段の申出がない場合については、知事は、育成医療及び更生医療双方の申請があったものとして取り扱うものとする。

- (2) 育成医療、更生医療において担当する医療の種類を変更しようとする者は、申請書を別紙様式1により作成し、知事に提出するものとする。

- (3) 知事は、審査結果に基づく指定に関する通知を、別紙様式4により行うものとする。
なお、指定年月日は、原則として、指定の決定をした日の属する月の翌月初日とするものとする。

2 変更の届出

- (1) 指定自立支援医療機関において、その名称及び所在地その他規則第61条に定める変更を行なうべき事項に変更を生じたときは、法第64条の規定により変更の届出（以下「変更届出」という。）を別紙様式2により作成し、知事に提出するものとする。

- (2) 知事は、前項の規定により提出された変更届出の内容が不相当と認められるときは、別紙様式5により質問及び指導を行うものとする。

3 指定の更新

- (1) 法第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関の更新をしようとする者（以下「更新申請者」という。）は、指定自立支援医療機関に係る指定の更新に関する申請書（以下「更新申請書」という。）を別紙様式3により作成し、知事に提出するものとする。

- (2) 知事は、審査結果に基づく指定に関する通知を、別紙様式6により行うものとする。

4 その他

- (1) 知事は、指定自立支援医療機関の指定（更新を含む。以下この項において同じ。）名称及び所在地の変更、指定の辞退並びに指定の取り消しをした場合は、法第69条の規定に基づき告示し、自立支援医療の支給認定を受けている障害者、障害児の保護者及びその他関係機関に対して、ホームページや広報を通じて広く周知するものとする。

- (2) 知事は、育成医療・更生医療を担当する医療機関の指定等（更新申請を除く）に当たっては、必要に応じ、熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会の意見を聞いて行うものとする。

第2 審査（確認）

知事の審査（確認）は、申請者が次に掲げる事項を満たしているかどうかを判断するものとする。

1 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第65号。以下「療担規程」という。）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であり、かつ、病院及び診療所にあつては、原則として現に自立支援医療の対象となる身体障害の治療を行っていること。

2 患者やその家族の要望に応えて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されていること。

また、病院及び診療所にあつては、育成医療、更生医療を行うため、担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有しており、適切な標榜科が示されていること。

なお、医療機関ごとに特に必要とされる体制及び設備は次のとおりであること。

（1）心臓脈管外科に関する医療を担当する医療機関にあつては、心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有していること。

（2）心臓移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。

なお、心臓移植後の抗免疫療法を担当する医療機関にあつては、心臓移植術実施施設又は心臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により心臓移植後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。

（3）腎臓に関する医療を担当する医療機関にあつては、血液浄化療法に関する機器及び専用のスペースを有していること。

（4）腎移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置（機器）を備えていること。

（5）肝臓移植に関する医療を担当する医療機関にあつては、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること又は「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設であること。

なお、肝臓移植後の抗免疫療法を担当する医療機関にあつては、肝臓移植術実施施設又は肝臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。

（6）免疫に関する医療を担当する医療機関にあつては、各診療科医師の連携により総合的なHIV感染に関する診療の実施ができる体制及び設備であること。

（7）薬局にあつては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験（3年以上の実務経験）のある管理薬剤師を有していること。また、通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていること。

なお、新規開局する保険薬局にあつては、開局後3ヶ月以上経過後の申請であること。

（8）健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定

居宅サービス事業者（同法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護を行う者に限る。）にあっては、原則として現に育成医療、更生医療の対象となる訪問看護等を行っており、かつ、療担規程に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であること。また、そのために、必要な職員を配置していること。

3 病院及び診療所にあつては、育成医療、更生医療を主として担当する医師又は歯科医師が、次に掲げる要件を満たしていること。

（１）当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。

（２）それぞれの医療の種類の専門科目につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、医籍又は歯科医籍登録後、通算して 5 年以上あること。

適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む。）、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 16 条の 2 第 1 項の規定に基づく臨床研修指定病院又はそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指すものであること。

（３）中枢神経、心臓移植、腎臓、腎移植、小腸及び歯科矯正に関する医療を主として担当する医師又は歯科医師にあつては、（１）及び（２）に掲げる要件のほか、次の事項を満たしていること。

ア 中枢神経に関する医療

これまでの研究・診療経験と、育成医療、更生医療で対象としている医療内容に関連性が認められるものであること。

イ 心臓移植に関する医療

心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における心臓移植経験者であること。

なお、心臓移植後の抗免疫療法については、臨床実績を有するもの又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。

ウ 腎臓に関する医療

血液浄化療法に関する臨床実績が 1 年以上あること。

エ 腎移植に関する医療

腎移植に関する臨床実績が 3 例以上あること。

オ 小腸に関する医療

中心静脈栄養法について 20 例以上、経腸栄養法について 10 例以上の臨床経験を有していること。

カ 肝臓移植に関する医療

生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績が 3 例以上あること。

なお、肝臓移植後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。

キ 歯科矯正に関する医療

これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ、かつ、5 例以上の経験を有していること。

第 3 指定の辞退

法第 65 条の規定による指定の辞退をしようとする者は、辞退申出書を別紙様式 7

により作成し、知事に提出するものとする。

第4 その他届出

- 1 規則第63条第1号の規定による業務の休止、廃止、又は再開の届出については、別紙様式8による休止・廃止・再開届出書を知事に提出するものとする。
- 2 規則第63条第2号の規定による処分に係る届出については、別紙様式9による処分に係る届出書を知事に提出するものとする。

第5 自己点検の実施・報告

- 1 指定自立支援医療機関は、年に一度、自己点検を別紙様式10により行い、自己点検の結果、不適当と認められる場合は、その改善策を別紙様式11により作成するものとする。

なお、自己点検結果の報告は、更新申請書を提出する際に、直近に実施した自己点検について、別紙様式10を提出し行うものとする。

また、直近の自己点検において、その改善策を作成した場合は、様式11を併せて提出するものとする。

- 2 知事は、前項の規定により報告のあった自己点検の内容が不適当と認められるときは、別紙様式12により質問及び指導を行うものとする。

附則

1 施行期日

この要領は（以下「新要領」という。）平成18年4月1日から施行する。

2 旧指定要領の廃止

熊本県更生医療機関指定要領（平成13年6月21日決定）（以下「旧要領」という。）は廃止する。

3 旧要領の様式により申請のあったものについては、新要領による申請と見なす。

附則 この要領は平成18年11月30日から施行し、平成18年11月1日から適用する。

附則 この要領は平成22年4月1日から施行する。

附則 この要領は平成24年4月1日から施行する。

附則 この要領は平成24年7月1日から施行する。

附則 この要領は平成24年12月18日から施行し、平成24年12月1日から適用する。

附則 この要領は平成25年4月1日から施行する。

附則 この要領は平成28年4月1日から施行する。

附則 この要領は平成30年10月1日から施行する。

附則 この要領は平成31年4月1日から施行する。

附則 この要領は令和3年8月11日から施行する。

各様式等のダウンロード「熊本県庁ホームページ」(<http://www.pref.kumamoto.jp/>)より

・トップページ / 健康・福祉・子育て / 高齢者・障がい者・介護 / 障がい者福祉に関すること(障がい者支援課) / 自立支援・社会参加 / 【育成医療・更生医療】指定自立支援医療機関の指定について

県庁ホームページアクセス方法

指定医確認等は以下の手順で確認してください。

熊本県庁ホームページ (<https://www.pref.kumamoto.jp>)

「健康・福祉・子育て」をクリック



「障がい福祉に関すること（障がい者支援課）」をクリック

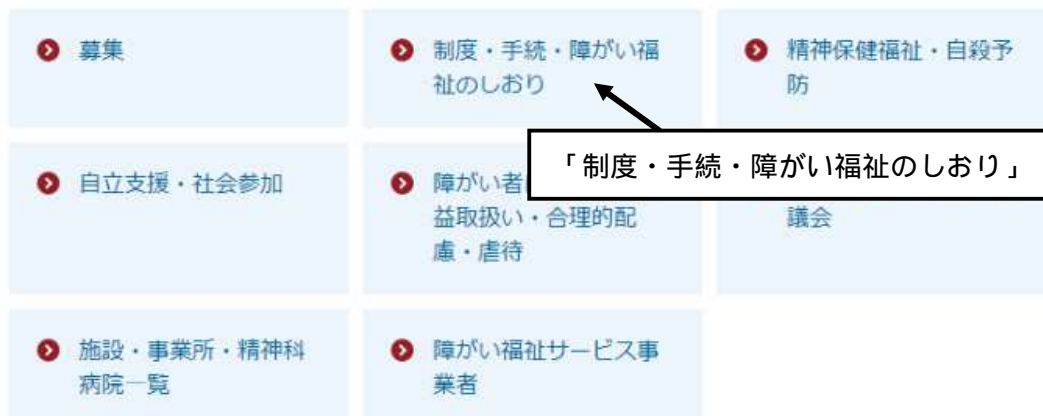


「制度・手続・障がい福祉のしおり」をクリック

障がい者支援課

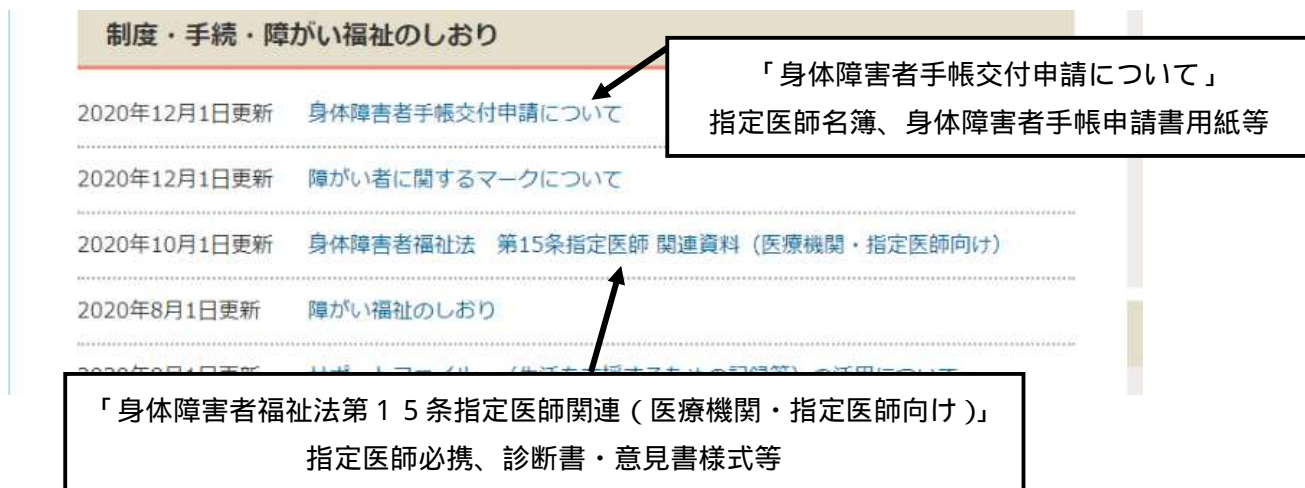
見出し

下記目次をクリックすると、該当の見出しへジャンプします。



「制度・手続・障がい福祉のしおり」

「身体障害者手帳交付申請について」又は「身体障害者福祉法第15条指定医師関連資料（医療機関・指定医師向け）」をクリック



指定診療科目に対応する障害区分一覧表(別表)

資料2

診療科目	肢 体	視 覚	聴覚等				心 臓	じん臓	呼吸器	直腸 ぼうこう	小 腸	免 疫	肝 臓
			聴覚	平衡	音声 言語	そしゃく							
内科	○				○		○	○	○	○	○	○注1	○
外科	○						○	○	○	○	○	○注1	○
小児科	○						○	○	○	○	○	○注1	○
神経内科(神経科)	○	○注2	○注3	○	○	○				○			
小児外科							○	○	○	○	○		○
リハビリテーション科	○			○	○	○	○		○				
脳神経外科	○	○注2	○注3	○	○								
耳鼻咽喉科			○	○	○	○							
気管食道・耳鼻咽喉科			○	○	○	○							
形成外科	○				○	○							
消化器内科(消化器科)										○	○		○
消化器外科										○	○		○
呼吸器内科(呼吸器科) (2000.8.3以前に指定を受けた者に限る)	○								○			○注1	
整形外科 (2000.8.3以前に指定を受けた者に限る)	○				○								
呼吸器内科(呼吸器科) (2000.8.4以降に指定を受けた者に限る)									○			○注1	
循環器内科(循環器科)							○	○					
泌尿器科								○		○			
産婦人科										○		○注1	
眼科		○											
整形外科 (2000.8.4以降に指定を受けた者に限る)	○												
リウマチ科	○												
理学診療科	○												
心臓血管外科							○						
腎臓内科								○					
麻酔科								○					

注1:エイズ拠点病院での従事経験ありが望ましい

注2:腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る

注3:腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る

福総相第 1000 号
平成 31 年（2019 年）1 月 31 日

各市町村長 様

熊本県福祉総合相談所長
（公印省略）

身体障害者手帳における障害認定及び自立支援医療（更生医療）の
適用の適正化について（通知）

身体障がい者の福祉増進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、身体障害者手帳は、障がい固定後に永続する機能障がいをもって認定することとされており、また、自立支援医療（更生医療）は、この身体障がいの認定を受けた者に対し、障がいの除去・軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療費を給付する制度で、本県では、急性発症の医療等で手続きが間に合わない場合等に、身体障害者手帳と自立支援医療（更生医療）を同時に申請すること（以下「同時申請」という。）を認めてきました。

しかし、近年、同時申請において、自立支援医療（更生医療）の適用を目的に、障がいの有無を確認することが困難な状態での身体障害者手帳の交付申請が多数見受けられております。

つきましては、同時申請の適正化を図るため、取扱いを下記のとおりとし、自立支援（更生医療）医療機関に対し、別紙のとおり送付しましたので、お知らせします。

なお、熊本市におきましても、同様の取扱いとなることを申し添えます。

記

1 同時申請の対象

本来、身体障害者手帳の障がい認定、手帳交付には一定の期間を有するものであるが、速やかに医療を実施する必要がある、かつ、明らかに障がい認定が可能である場合に限って、身体障害者手帳交付申請と自立支援医療（更生医療）を同時に申請することを認める。

2 具体的要件

身体障害者手帳の交付を受けていない者が、障がいを軽減する医療を受ける場合に、その医療を受けてもなお、身体障害認定基準を疑義なく満たし、手帳が交付されることが明白であると考えられる、下表に掲げるもの。

障害名	施術名
心臓機能障害	・ペースメーカー植込み術 ・人工弁置換術 ・心臓移植術（抗免疫療法を含む）
じん臓機能障害	・慢性透析療法（急性じん不全における血液透析濾過を除く） ・じん臓移植術（抗免疫療法を含む）
肝臓機能障害	・肝臓移植術（抗免疫療法を含む）
免疫機能障害	・抗 HIV 療法

3 適用日

平成31年（2019年）5月1日以降申請分（仮受付分）

* 参考資料

Q & A 集

照会先
熊本県福祉総合相談所
障がい相談課 吉岡 森下
TEL 096-381-4461
FAX 096-381-4412

福総相第1000号
平成31年(2019年)1月31日

指定自立支援医療機関長 様

熊本県福祉総合相談所長
(公印省略)

身体障害者手帳における障害認定及び自立支援医療(更生医療)の
適用の適正化について(通知)

身体障がい者の福祉増進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、身体障害者手帳は、障がい固定後に永続する機能障がいをもって認定することとされており、また、自立支援医療(更生医療)は、この身体障がいの認定を受けた者に対し、障がいの除去・軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療費を給付する制度で、本県では、急性発症の医療等で手続きが間に合わない場合等に、身体障害者手帳と自立支援医療(更生医療)を同時に申請すること(以下「同時申請」という。)を認めてきました。

しかし、近年、同時申請において、自立支援医療(更生医療)の適用を目的に、障がいの有無を確認することが困難な状態での身体障害者手帳の交付申請が多数見受けられております。

つきましては、同時申請の適正化を図るため、取扱いを下記のとおりとしますので、お知らせします。

なお、熊本市におきましても、同様の取扱いとなることを申し添えます。

記

1 同時申請の対象

本来、身体障害者手帳の障がい認定、手帳交付には一定の期間を有するものであるが、速やかに医療を実施する必要があり、かつ、明らかに障がい認定が可能である場合に限って、身体障害者手帳交付申請と自立支援医療(更生医療)を同時に申請することを認める。

2 具体的要件

身体障害者手帳の交付を受けていない者が、障がいを軽減する医療を受ける場合に、その医療を受けてもなお、身体障害認定基準を疑義なく満たし、手帳が交付されることが明白であると考えられる、下表に掲げるもの。

障害名	施術名
心臓機能障害	・ペースメーカー植込み術 ・人工弁置換術 ・心臓移植術（抗免疫療法を含む）
じん臓機能障害	・慢性透析療法（急性じん不全における血液透析濾過を除く） ・じん臓移植術（抗免疫療法を含む）
肝臓機能障害	・肝臓移植術（抗免疫療法を含む）
免疫機能障害	・抗 HIV 療法

3 適用日

平成31年（2019年）5月1日以降申請分（仮受付分）

* 参考資料

Q & A 集

照会先
熊本県福祉総合相談所
障がい相談課 吉岡 森下
TEL 096-381-4461
FAX 096-381-4412

身体障害者手帳における障害認定と自立支援医療

（更生医療）の取り扱いについてQ & A

同時申請に関するQ & A

【問１】今回、手帳の障害認定と更生医療の適用見直しをする理由は何ですか。

身体障害者手帳は、法に定める身体上の障がいがある者に対して交付するものですが、認定にあたっては、障害固定後に永続することが要件となっています。また、更生医療は、身体障害の認定を受けた者に対して、障害の除去・軽減を図り、自立した日常生活や社会生活を営むために必要となる医療費を給付する制度です。

これまで、熊本県・熊本市では、急性発症の医療等で急を要する場合等に、身体障害者手帳と更生医療を同時に申請することを認めてきました。しかし、近年の申請において、更生医療の適用を目的に、障がいの有無を確認することが困難な状態での手帳申請が数多く行われている状況にあります。

今回、障害固定後の認定の原則に照らし、適切な障がい認定とするために、明らかに障害認定が可能である場合に限り、身体障害者手帳と更生医療を同時に申請することを認めることにしました。

【問２】更生医療における通常申請と同時申請の違いは何ですか。

通常申請とは、すでに身体障害者手帳を所持している方が、更生医療の適用を受けるために行う申請手続きのことです。

一方、同時申請とは、身体障害者手帳を所持していない方が、身体障害者手帳と更生医療の申請を同時に行うことです。これは、速やかに医療を実施する必要がある場合で、かつ、明らかに障がい認定が可能である場合に限り、身体障害者手帳と更生医療を同時に申請することを例外的に認めているものです。

あくまで、通常申請が原則ですので、障がい固定し身体障害者認定基準に該当する場合は、身体障害者手帳申請手続きを早めに行うよう、ご案内をお願いします。

【問 3】今回の見直しでは、全ての診療科目について影響があるのですか。

今回の見直しにより、同時申請の対象となる医療は、以下の7つに限られます。

- ・ペースメーカー植込み術
- ・人工弁置換術
- ・心臓移植術（抗免疫療法を含む）
- ・慢性透析療法（急性じん不全における血液透析濾過を除く）
- ・じん臓移植術（抗免疫療法を含む）
- ・肝臓移植術（抗免疫療法を含む）
- ・抗HIV療法

上に掲げる医療については、手続き等一切変わらずこれまでどおりです。

これまで申請の多かったPCIや冠動脈バイパス術、カテーテルアブレーションなどは、同時申請の対象外となります。症状が落ち着いた段階で、身体障害認定基準に該当する所見がある場合には身体障害者手帳の申請は可能ですが、さかのぼって更生医療を適用することはできません。

また、人工関節置換については、手術を待たず、身体障害認定基準を満たすようになった時点であらかじめ手帳の交付を受けておくことで更生医療の申請ができますので、余裕をもって手続きを済ませておいてください。

なお、人工関節置換に限らず、同時申請の対象となる医療についても、できるかぎり通常申請となるよう、基準に該当するようになった段階で早めに手帳を取得しておくことの周知をお願いいたします。

【問 4】同時申請を認める手術術式を定めた根拠は何ですか。

同時申請は例外的な取り扱いであることから、更生医療が申請できる前提である身体障害者手帳の認定が確実な場合に限り認めることとしました。そのため、従来、同時申請の対象として取り扱っていたPCI、冠動脈バイパス術、カテーテルアブレーション等、治療により改善する可能性が高く、永続する障がいが残存するとは限らない術式は同時申請の対象となりません。また、人工関節置換術等は、急性発症ではなく徐々に悪化していくものであり計画的な実施が可能であることから、身体障害者手帳取得後に行う通常申請のみの取扱いとしました。

なお、骨折の治療のための人工骨頭置換術等は更生医療の対象となりません。

【問 5】現行取扱いによる受付はいつまで可能ですか。

平成 31 年 4 月 30 日（火）まで施行予定の手術に対し、申請者が居住する市町村・区役所へ平成 31 年 5 月 7 日（火）までに仮受付の連絡があったものを対象として取扱います。

平成 31 年 5 月 1 日（水）以降に予定される手術については、「通常申請」でお願いします。

身体障害者手帳に関する Q & A

【問 6】体外式ペースメーカーは同時申請の対象になりますか。

同じく、弁形成術は同時申請の対象になりますか。

ペースメーカーのうち心臓機能障害として認定されるのは、体内植え込み式のものに限られます。また、人工弁置換については、機械弁または生体弁（動物の弁）を置換・移植したものに限られるので、心臓の弁を交換せず温存したまま、弁とその周囲の形を整え、機能を回復させる手術であるいわゆる弁形成術は、人工弁輪が用いられたとしても対象外です。

【問 7】生体腎移植予定日まで日にちに余裕がありますが、診断書の記載は移植手術を行う日まで待ったほうがいいですか。

同時申請での更生医療適用を考えると、移植手術の確認をもって移植日同日付で身体障害者手帳交付を行う必要があります。

生体腎移植は、通常 1 ～ 2 か月前には手術日程が決まりますので、手術前の状態で既に身体障害者認定基準に該当する場合は、通常申請として身体障害者手帳申請手続きを早めに行うよう、ご案内をお願いします。

なお、心臓移植及び肝臓移植についても同様にご対応ください。

【問 8】身体障害者手帳に「再認定」として既に過ぎた年月が記されていますが、

どのような案内を行ったらよいでしょうか。

身体障害者手帳の有効期限を示すものではありません。したがって、既に再認定の年月を過ぎた身体障害者手帳であっても更生医療の申請は可能ですが、再認定は必ず必要となりますので、時期をみて再交付申請をお願いします。

治療後、身体障害者認定基準に該当しない対象者に対しては、手帳返還の手続きをご案内いただくよう、併せてお願いいたします。

更生医療に関するQ & A

【問 9】 更生医療の対象は、疾病への治療ではなく、固定された障がいに対する医療と示されています。どのような症状の場合、申請を考えたらいいですか。

更生医療の対象となる障がいは、臨床症状が消退しその障がいが永続するものに限られます。したがって、同時申請の対象となる医療を除いては、急性期の症状を呈している段階での申請はできません。急激な病状の悪化や不安定な病状への治療の時期を経て、なお永続する障がいがある場合に、申請を検討してください。

【問 10】 内臓機能障害に対する更生医療は、手術以外のものも対象となりますか。

内臓機能障害では、手術により障がいを取り除かれ、または障がいの程度が軽減することが見込まれる場合のみ、更生医療の対象となります。

ただし、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心臓移植術後の抗免疫療法、肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法及び、免疫機能障害における抗HIV療法については、更生医療の対象として取扱います。

資料 4

(A 面)

障害等級別		Ⅲ 体 幹 不 自 由
1 級	(指数18)	(1) 体幹の機能障害により座っていることができないもの（腰かけ、正座、横座り、あぐらのいずれもできない）
2 級	(指数11)	(1) 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの（10分以上にわたり座位又は起立位を保っていることができないもの） (2) 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの（臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で他人、杖、柱、その他の器物の介護により初めて可能であるもの）
3 級	(指数7)	(1) 体幹の機能障害により歩行が困難なもの { (A) 100m以上の歩行不能のもの { (B) 片脚による起立位保持が全く不可能なもの
5 級	(指数2)	(1) 体幹の機能の著しい障害（2km以上の歩行不能のものをいう）

- ① この表中の(A)、(B)、(C)、(D)、(E)については、各項の障害の説明書事項であるので、これらについてはひとつの欄の中で複数該当しても指数合算による等級繰上げはできないものであること。
- ② 同一の等級について二つの重複する障害がある場合は、1級繰上の級とする。ただし、二つの重複する障害が表中に指定されているものは、該当等級とする。(全障害共通事項)
- ③ 肢体不自由においては、7級に該当する障害が2以上重複する場合は、6級とする。なお、7級該当項目が一項目のみでは手帳交付の対象とはならない。
- ④ 指を欠くものとは、おや指については指背間関節、その他の指については第1指背間関節以上を欠くものを含む。
- ⑤ 指の機能障害とは、中手指節関節以下の障害をいい、おや指については、対抗運動障害も含むものとする。
- 6 上肢の各指の全廃とは次のものをいう。
 - (1) 各々の関節可動域10度以下のもの
 - (2) 徒手筋力テストで2以下のもの
- 7 上肢の各指の著しい障害とは次のものをいう。
 - (1) 各々の関節可動域30度以下のもの
 - (2) 徒手筋力テストで3に相当するもの
- 8 徒手筋力テスト評価表

検査の手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合	5
検査の手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合	4
検査の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合	3
自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するよう体位では自動運動可能な場合	2
いかなる体位でも関節の自動は不能であるが、筋の収のみ認めるもの	1
関節の自動、筋の収縮も認めないもの	0

★ 診断書中の早見表の掲載例
 ○右上肢の全指を欠くもの……Ⅰ-3-(4) ○左股関節機能全廃……Ⅱ-4-(5)(A)

障害等級	脳原性運動機能障害（乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害）		
	Ⅳ 両上肢障害	Ⅴ 一上肢障害	Ⅵ 移動障害
1級 指数18	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの (ひと結びのできた数が19本以下)のもの		不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの (つたい歩きができないもの)
2級 指数1	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの (ひと結びのできた数が33本以下)のもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの (5動作の全てができないもの)	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの (つたい歩きのみができるもの)
3級 指数7	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの (ひと結びのできた数が47本以下)のもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの (5動作のうち1動作しかできないもの)	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの (支持なしで立位を保持し、その後10m歩行することはできるが、椅子から立ち上がる動作又は椅子に座る動作ができないもの)
4級 指数4	不随意運動・失調等により上肢の機能障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの (ひと結びのできた数が56本以下)のもの	不随意運動・失調等により上肢の機能障害により社会での日常生活動作が著しく制限されるもの (5動作のうち2動作しかできないもの)	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの (椅子から立ち上がり、10m歩行し再び椅子に座る動作に15秒以上かかるもの)
5級 指数2	不随意運動・失調等により上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの (ひと結びのできた数が65本以下)のもの	不随意運動・失調等により上肢の機能障害により社会での日常生活活動に支障のあるもの (5動作のうち3動作しかできないもの)	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動に支障のあるもの (椅子から立ち上がり、10m歩行し再び椅子に座る動作は15秒未満であるが、50cm幅の範囲を直線歩行できないもの)
6級 指数1	不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの (ひと結びのできた数が75本以下)のもの	不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの (5動作のうち4動作しかできないもの)	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの (50cm幅の範囲を直線歩行できるが、足を開き、しゃがみこんで、再び立ち上がる動作ができないもの)
7級 指数0	上肢に不随意運動・失調等を有するもの (ひと結びのできた数が76本以上)のもの	上肢に不随意運動・失調等を有するもの (5動作のすべてができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの)	下肢に不随意運動・失調等を有するもの (6級以上には該当しないが、下肢に不随意運動・失調等を有するもの)
注意事項	1 「乳幼児期以前」とは学齢期前（胎児期から概ね6歳まで）をさすこと。 2 本表を乳幼児期の判定に用いることが不適当な場合は、A面のⅠ、Ⅱ、Ⅲにより判定すること。 3 ひも結びテスト及び5動作の能力テストは、診断書（脳原性運動機能障害用）の備考欄に記載された方法によること。なお、ひもは事務用じりひもを用いること。		

障害等級	視覚障害
1級 指数18	1 視力の良い方の眼の視力（万国式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、矯正視力によって測ったものをいう。以下同じ。）が0.01以下のもの
2級 指数1	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（1/4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（1/2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40点以下のもの
3級 指数7	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 指数4	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 指数2	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 指数1	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
注意事項	注 1 視覚障害については、矯正視力で算出のこと。また、明暗、光覚、手動を弁するものは0で計算し、指数を弁するもの（50cm以下）については0.01で計算すること。 2 「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の生理的限界の面積が2分の1以上欠損している場合を意味する。 この場合の視野の測定方法は、片眼ずつ測定し、それぞれの視野を重ね合わせることで視野の面積を測定する。その際、面積は厳格に測定しなくてもよいが、図示を必要とする。 3 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。

障害等級	聴覚障害
2級 指数18	(1) 両耳の聴力レベルが100dB以上のもの（両耳全ろう）
3級 指数7	(1) 両耳の聴力レベルが90dB以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解しないもの）
4級 指数4	(1) 両耳の聴力レベルが80dB以上のもの（耳介に接しなければ話声を理解しないもの） (2) 両耳による普通話の最良の語音明瞭度が50パーセント以下のもの
6級 指数1	(1) 両耳の聴力レベルが70dB以上のもの（40cm以上の距離で発声された会話を理解しないもの） (2) 一側耳の聴力レベルが90dB以上、他側耳の聴力レベルが50dB以上のもの
注意事項	1 聴覚障害4級～(2)については両側の語音明瞭度を記載すること。 2 100dB以上の音が聴取できない場合は、105dBとして算定する。

障害等級	平衡機能障害
3級 指数7	平衡機能の極めて著しい障害 (四肢体幹に器質的異常なく、他覚的に平衡機能障害を認め閉眼にて起立不能、又は閉眼で直線を歩行中10m以内に転倒若しくは著しくよるめいて歩行を中断せざるを得ないもの)
5級 指数2	平衡機能の著しい障害 (平衡機能の障害のため閉眼で直線を歩行中10m以内に転倒又は著しくよるめいて歩行を中断せざるを得ないもの)
備考	平衡機能障害の具体的事例は次のとおりである。 (1) 末梢迷路性平衡失調 (2) 後迷路性及び小脳性平衡失調 (3) 外傷または薬物による平衡失調 (4) 中枢性平衡失調

障害等級	音声又は言語機能障害	そしゃく機能障害
3級 指数7	音声機能又は言語機能の喪失 (音声や言語機能を喪失したものをいう。なお、この「喪失」には先天性のものも含まれる。) (例) (1) 音声機能喪失……無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能喪失 (2) 言語機能喪失……ろうあ、聴覚、失語症	そしゃく機能の喪失 (経管栄養以外に方法がないそしゃく・嚥下障害をいう。) (例) (1) 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの (2) 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの (3) 外傷、腫瘍切除等による嚥（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、咽、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
4級 指数4	音声機能又は言語機能の著しい障害 (音声又は言語機能の障害のため、音声、言語のみを用いて意志を疎通することが困難なものをいう。) (例) (1) 喉頭の障害又は形態異常によるもの (2) 構音器官の障害又は形態異常によるもの（唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む。） (3) 中枢性疾患によるもの	そしゃく機能の著しい障害 (1) 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの (2) 延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの (3) 外傷、腫瘍切除等による嚥（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、咽、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの (4) 口唇、口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
注意事項	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、指数合算による等級繰上げはできないものである。	

障害 等級	心臓機能障害 (18歳以上の場合)	心臓機能障害 (18歳未満の場合)	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															
1級	(1) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状、又は繰り返すアダムス・ストークス発作が起こるもの。 (2) 胸部X線で心臓比0.60以上のもの。 (3) 心電図で陈旧性心筋梗塞所見があるもの。 (4) 心電図で脚ブロック所見があるもの。 (5) 心電図で完全房室ブロック所見があるもの。 (6) 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの。 (7) 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの。 (8) 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの。 (9) 心電図で第1誘導、第II誘導及び胸前誘導(ただし、V₁を除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの。 (10) 人工ペースメーカを植え込み、自己の身の日常生活活動が極めて制限されるもの、先天性疾患により人工ペースメーカを植え込み、その又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。	原則として、重い心不全、低酸素血症、アダムス・ストークス発作又は狭心症発作で断続的医療を要するもので、次の所見（ア～セ）の項目のうち6項目以上が認められるもの。 (ア) 著しい発育障害 (イ) 心音・心雑音の異常 (ウ) 多呼吸又は呼吸困難 (エ) 運動制限 (オ) チアノーゼ (カ) 肝腫大 (キ) 浮腫 (ク) 胸部X線で心臓比0.56以上のもの (ケ) 胸部X線で肺血流増大又は減があるもの (コ) 胸部X線で肺静脈うっ血像があるもの (サ) 心電図で心室負荷像があるもの (セ) 心電図で心房負荷像があるもの (タ) 心電図で病的な不整脈があるもの (チ) 心電図で心筋障害像があるもの	熊本県のじん臓機能障害の障害程度認定基準は次のとおりでこれによる認定を行っている。 1 臨床症状 (1) 体積貯留（全身浮腫、高度の低蛋白血症、動水腫） (2) 体液異常（管理不能の電解質・酸塩基平衡異常） (3) 消化器症状（悪心、嘔吐、食欲不振、下痢など） (4) 循環器症状（重篤な高血圧、心不全、心包炎） (5) 神経症状（中枢・末梢神経障害、精神障害） (6) 血液異常（高度の貧血、出血傾向） (7) 視力障害（原発性網膜症、糖尿病性網膜症） 上記の(1)から(7)のうち 3項目以上該当する場合（3点） 2項目該当する場合（2点） 1項目該当する場合（1点） 2 腎機能 血清クレアチニン濃度 6.0mg/dl以上の場合（3点） 5.0mg/dl以上8.0mg/dl未満の場合（2点） 3.0mg/dl以上5.0mg/dl未満の場合（1点） 3 日常生活の制限度 (1) 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの（3点） (2) 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの（2点） (3) 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの（1点） 4 加算項目 (1) 12歳未満の者については1点を加算する。 (2) 65歳以上の者については1点を加算する。 (3) 全身性血管合併症のある者については1点を加算する。 提出された身体障害者診断書・意見書について、上記（障害程度認定基準）により審査を行い、審査の結果、次の総合得点の区分により求めた等級により認定する。 <table border="1"> <tr> <th>総合得点</th> <th>等級</th> </tr> <tr> <td>6点以上</td> <td>1級</td> </tr> <tr> <td>5点</td> <td>2級</td> </tr> <tr> <td>4点</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>3点</td> <td>4級</td> </tr> </table> 審査の結果、次に該当する場合には、熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会等の意見を聞くものとする。 ① 総合得点が2点、1点および0点の場合 ② 臨床症状に該当項目がない場合 ③ 血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl未満の場合 ④ 日常生活の制限度が(1)、(2)及び(3)のいずれにも該当しない ⑤ その他障害程度認定にあたって疑義が生じた場合	総合得点	等級	6点以上	1級	5点	2級	4点	3級	3点	4級	呼吸困難が強い、歩行がほとんどできないものの、呼吸障害のため指数の測定ができないもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。	次のいずれかに該当し、かつ、自己の身の日常生活活動が極めて制限されるものをいう。 (1) 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態（注1）があるもの (2) 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注1）及び高度の排尿機能障害（注2）があるもの (3) 尿路変向（更）のストマに治療困難な腸管（注3）を併せもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注1）又は腸管における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態（注4）があるもの (4) 尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注1）及び高度の排便機能障害（注5）があるもの (5) 治療困難な腸管（注3）があり、かつ、腸管における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態（注4）及び高度の排尿機能障害（注2）があるもの					
総合得点	等級																			
6点以上	1級																			
5点	2級																			
4点	3級																			
3点	4級																			
3級	(1) 上記の(7)から(9)までのいずれかの所見があり、かつ家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし救急医療を必要とするもの。 (2) 人工ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの。	原則として、継続的医療を要し、上記の所見（ア～セ）の項目のうち5項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄若しくは閉塞があるもの。	提出された身体障害者診断書・意見書について、上記（障害程度認定基準）により審査を行い、審査の結果、次の総合得点の区分により求めた等級により認定する。 <table border="1"> <tr> <th>総合得点</th> <th>等級</th> </tr> <tr> <td>6点以上</td> <td>1級</td> </tr> <tr> <td>5点</td> <td>2級</td> </tr> <tr> <td>4点</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td>3点</td> <td>4級</td> </tr> </table> 審査の結果、次に該当する場合には、熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会等の意見を聞くものとする。 ① 総合得点が2点、1点および0点の場合 ② 臨床症状に該当項目がない場合 ③ 血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl未満の場合 ④ 日常生活の制限度が(1)、(2)及び(3)のいずれにも該当しない ⑤ その他障害程度認定にあたって疑義が生じた場合	総合得点	等級	6点以上	1級	5点	2級	4点	3級	3点	4級	指数が20を超え、30以下のもの若しくは動脈血O₂分圧が50Torrを超え60Torr以下のもの又はこれに準ずるもの。	(1) 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの (2) 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注1）又は、高度の排尿機能障害（注2）があるもの (3) 尿路変向（更）のストマに治療困難な腸管（注3）を併せもつもの (4) 尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注1）又は高度の排便機能障害（注5）があるもの (5) 治療困難な腸管（注3）があり、かつ、腸管における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態（注4）又は高度の排尿機能障害（注2）があるもの (6) 高度の排尿機能障害（注2）があり、かつ、高度の排便機能障害（注5）があるもの					
総合得点	等級																			
6点以上	1級																			
5点	2級																			
4点	3級																			
3点	4級																			
4級	(1) 次のうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの、又は頻回に頻脈発作を繰り返す、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。 (2) 運動負荷心電図でS Tの低下が0.1mV以上の所見があるもの (3) 臨床所見で部分的な心臓浮腫があり、かつ家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰り返す、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。 (4) 人工ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの。	原則として、症状に応じて医療を要するが少なくとも、1～3か月毎の隔週の観察を要し、上記の所見（ア～セ）の項目のうち、4項目以上が認められるもの、又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈狭窄若しくは拡張があるもの。	審査の結果、次に該当する場合には、熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会等の意見を聞くものとする。 ① 総合得点が2点、1点および0点の場合 ② 臨床症状に該当項目がない場合 ③ 血清クレアチニン濃度が3.0mg/dl未満の場合 ④ 日常生活の制限度が(1)、(2)及び(3)のいずれにも該当しない ⑤ その他障害程度認定にあたって疑義が生じた場合	指数が30を超え40以下のもの若しくは動脈血O₂分圧が60Torrを超え70Torr以下のもの又はこれに準ずるもの。	(1) 腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの (2) 治療困難な腸管（注3）があるもの (3) 高度の排尿機能障害（注2）または高度の排便機能障害（注5）があるもの															
注意 事項	人工ペースメーカを植え込みましたものの判断については次のとおりとする。 (1) 植え込み直後（植え込みから3年以内）の判断 <table border="1"> <tr> <th>項目</th> <th>不整脈の発現頻度 検査が1回以上(※)A</th> <th>身体活動能力 (運動強度:メッツ)B</th> </tr> <tr> <td>1級</td> <td>クラスI</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2級</td> <td>クラスII以下</td> <td>2未満</td> </tr> <tr> <td>3級</td> <td>クラスIII以下</td> <td>2以上4未満</td> </tr> <tr> <td>4級</td> <td>クラスIV以下</td> <td>4以上</td> </tr> </table> (※)日本循環器学会作成(2011年改訂版) (注)項目Aもいずれも該当することが要件 例:1級は、クラスI(メッツは確認不要) 又はクラスII以下であって、2メッツ未満 ※ 体内植え込み(埋込み)型除細動器(ICD)を装着したもののについては、人工ペースメーカを植え込んでいるものと同等に取り扱う。					項目	不整脈の発現頻度 検査が1回以上(※)A	身体活動能力 (運動強度:メッツ)B	1級	クラスI	-	2級	クラスII以下	2未満	3級	クラスIII以下	2以上4未満	4級	クラスIV以下	4以上
項目	不整脈の発現頻度 検査が1回以上(※)A	身体活動能力 (運動強度:メッツ)B																		
1級	クラスI	-																		
2級	クラスII以下	2未満																		
3級	クラスIII以下	2以上4未満																		
4級	クラスIV以下	4以上																		
	(2) 植え込みから3年以内に再認定を行う際又は植え込みから3年後の判断 <table border="1"> <tr> <th>項目</th> <th>身体活動能力(運動強度:メッツ)</th> </tr> <tr> <td>1級</td> <td>2未満</td> </tr> <tr> <td>2級</td> <td>2以上4未満</td> </tr> <tr> <td>3級</td> <td>4以上</td> </tr> </table> 【その他の留意事項】 ○eGFR（推算糸球体濾過量）が記載されていれば、血清クレアチニンの異常に替えて、eGFR（単位はml/分/1.73m²）が1.0以上2.0未満の場合は4級、1.0未満の場合は3級と取扱うことも可能とする。 ○じん臓移植を行ったものは、抗免疫療法の継続を要する期間は、これを算入しないが仮定した状態を想定し、1級として認定することが適当である。					項目	身体活動能力(運動強度:メッツ)	1級	2未満	2級	2以上4未満	3級	4以上							
項目	身体活動能力(運動強度:メッツ)																			
1級	2未満																			
2級	2以上4未満																			
3級	4以上																			

障害等級	小腸機能障害
1級 (指数18)	次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難（注1）となるため、推定エネルギー必要量（表1）の80%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。 a 疾患等（注2）により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75cm未満（ただし乳幼児期は30cm未満）になったもの b 小腸疾患（注3）により永続的に小腸機能の大部分を喪失しているもの
3級 (指数7)	次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難（注1）となるため、推定エネルギー必要量の30%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。 a 疾患等（注2）により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75cm未満（ただし乳幼児期は30cm以上75cm未満）になったもの b 小腸疾患（注3）により永続的に小腸機能の一部を喪失しているもの
4級 (指数4)	小腸切除または小腸疾患（注3）により永続的に小腸機能の著しい低下があり、かつ、通常の経口による栄養摂取では栄養維持が困難（注1）となるため、随時（注4）中心静脈栄養法又は経腸栄養法（注5）で行う必要があるものをいう。
	（注1）「栄養維持が困難」とは栄養療法開始前に以下の2項目のうちいずれかが認められる場合をいう。なお、栄養療法実施中の者については、中心静脈栄養法又は経腸栄養法によって推定エネルギー必要量を満たしている場合がこれに相当するものである。 1 成人においては、最近3ヶ月間の体重減少率が10%以上であること。（この場合の体重減少率は、平常の体重から減少の割合、又は（身長-100）×0.9の数値によって得られる標準的体重からの減少の割合をいう。）15歳以下の場合には、身長及び体重増加がみられないこと。 2 血清アルブミン濃度3.2g/dl以下であること。 （注2）小腸大量切除を行う疾患、病態 1 小腸間膜血管閉塞症 2 小腸輪軸転位 3 先天性小腸閉鎖症 4 先天性小腸潰瘍 5 腸管狭窄性腸閉塞症 6 腸管憩室性腸閉塞症 7 その他 （注3）小腸疾患で永続的に小腸機能の著しい低下を伴う場合のあるもの 1 クローン病 2 腸管ペーチェット病 3 非特異性小腸潰瘍 4 特異性炎症性腸病 5 乳児期腸炎性下痢症 6 その他の良性的吸収不良症候群 （注4）「随時」とは、6ヶ月の観察期間中に4週間程度の頻度をいう。 （注5）「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。 （注6）手術時の残存腸管の長さは腸管切除部からの距離をいう。 （注7）小腸切除（等重量1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。 （注8）障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術後をもって行うものとし、それ以外の場合は6ヶ月の観察期間を経て行うものとする。

障害等級	肝臓機能障害																								
1級 (指数18)	次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh分類（注1）の合計点数が7点以上であって、肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上が2点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 次の項目（a～j）のうち、5項目以上が認められるもの。 a 血清総ビリルビン値が5.0mg/dl以上 b 血清アンモニア濃度が150μg/dl以上 c 血小板数が50,000/μl以下 d 原発性肝がん治療の既往 e 特発性細菌性胆管炎治療の既往 f 胃食道静脈瘤治療の既往 g 現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染 h 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある j 有痛性肝けいれんが1日に1回以上ある																								
2級 (指数11)	次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh分類（注1）の合計点数が7点以上であって、肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上が2点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 上記の項目（a～j）のうち、aからgまでの1つを含む3項目以上が認められるもの。																								
3級 (指数7)	次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh分類（注1）の合計点数が7点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 上記の項目（a～j）のうち、aからgまでの1つを含む3項目以上が認められるもの。																								
4級 (指数4)	次のいずれにも該当するものをいう。 (ア) Child-Pugh分類（注1）の合計点数が7点以上の状態が、90日以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続くもの。 (イ) 上記の項目（a～j）のうち、1項目以上が認められるもの。																								
	肝臓移植を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障害の除去（軽減）状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定して、1級に該当するものとする。 （注1）Child-Pugh分類 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td>なし</td> <td>軽度（Ⅰ・Ⅱ）</td> <td>昏睡（Ⅲ以上）</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td>なし</td> <td>軽度</td> <td>中程度以上</td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン値</td> <td>3.5g/dl超</td> <td>2.8～3.5g/dl</td> <td>2.8g/dl未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間</td> <td>70%超</td> <td>40～70%</td> <td>40%未満</td> </tr> <tr> <td>血清総ビリルビン値</td> <td>2.0mg/dl未満</td> <td>2.0～3.0mg/dl</td> <td>3.0mg/dl超</td> </tr> </tbody> </table>		1点	2点	3点	肝性脳症	なし	軽度（Ⅰ・Ⅱ）	昏睡（Ⅲ以上）	腹水	なし	軽度	中程度以上	血清アルブミン値	3.5g/dl超	2.8～3.5g/dl	2.8g/dl未満	プロトロンビン時間	70%超	40～70%	40%未満	血清総ビリルビン値	2.0mg/dl未満	2.0～3.0mg/dl	3.0mg/dl超
	1点	2点	3点																						
肝性脳症	なし	軽度（Ⅰ・Ⅱ）	昏睡（Ⅲ以上）																						
腹水	なし	軽度	中程度以上																						
血清アルブミン値	3.5g/dl超	2.8～3.5g/dl	2.8g/dl未満																						
プロトロンビン時間	70%超	40～70%	40%未満																						
血清総ビリルビン値	2.0mg/dl未満	2.0～3.0mg/dl	3.0mg/dl超																						

障害等級	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害 (13歳以上の場合)	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害 (13歳未満の場合)
1級 (指数18)	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。 (ア) CD4陽性リンパ球数が200/μl以下で、次の項目（a～1）のうち6項目以上が認められるもの。 a 白血球数について3,000/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く b Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く c 血小板数について10万/μl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く d ヒト免疫不全ウイルスRNA量について5,000コピー/μl以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く e 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月に7日以上ある f 発熱時に比し10%以上の体重減少がある g 月に7日以上以上の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く h 1日に3回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある j 口腔内カンジダ症（顔回に繰り返すもの）、歯肉アプルー症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（顔回に繰り返すもの）、真菌感染症及び伝染性軟弱腫等の日和見感染症の既往がある k 新鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である l 軽作業を超える作業の回避が必要である (ロ) 回復不能なエイズ合併症のため助かなくては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。 (ア) 次の項目（a～1）のうち1項目以上が認められるもの。 a 30日以上続く好中球減少（＜1,000/μl） b 30日以上続く貧血（＜10g/dl） c 30日以上続く血小板減少（＜100,000/μl） d 1ヶ月以上続く発熱 e 反復性又は慢性的な下痢 f 生後1ヶ月以内に発症したサイトメガロウイルス感染 g 生後1ヶ月以内に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎 h 生後1ヶ月以内に発症したトキソプラズマ症 i 6ヶ月以上の小児に2ヶ月以上続く口腔カンジダ症 j 反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上） k 2回以上又は2つの皮膚病以上の発症 l 細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症（1回） m ノコルジア症 n 播種性水痘 o 肝炎 p 心筋症 q 平滑筋内腫 r HIV腎症
2級 (指数11)	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。 (ア) CD4陽性リンパ球数が200/μl以下で、1級の項目（a～1）のうち3項目以上が認められるもの。 (イ) エイズ発症の既往があり、1級の項目（a～1）のうち3項目以上が認められるもの。 (ロ) CD4陽性リンパ球数に関係なく、1級の項目（a～1）のうちaからdまでの1つを含む6項目以上が認められるもの。	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。 (ア) 次の項目（a～1）のうち2項目以上が認められるもの。 a リンパ球数（2ヶ所以上で0.5cm以上。対称性は1ヶ所とみなす） b 肝臓大 c 脾臓大 d 皮膚炎 e 耳下腺炎 f 反復性又は持続性の上気道感染 g 反復性又は持続性の副鼻腔炎 h 反復性又は持続性の中耳炎 (イ) 2級の年齢区分ごとのCD4陽性リンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「中等度低下」に該当するもの。
3級 (指数7)	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。 (ア) CD4陽性リンパ球数が500/μl以下で、1級の項目（a～1）のうち3項目以上が認められるもの。 (イ) CD4陽性リンパ球数に関係なく、1級の項目（a～1）のうちaからdまでの1つを含む4項目以上が認められるもの。	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。 (ア) 次の項目（a～1）のうち2項目以上が認められるもの。 a リンパ球数（2ヶ所以上で0.5cm以上。対称性は1ヶ所とみなす） b 肝臓大 c 脾臓大 d 皮膚炎 e 耳下腺炎 f 反復性又は持続性の上気道感染 g 反復性又は持続性の副鼻腔炎 h 反復性又は持続性の中耳炎 (イ) 2級の年齢区分ごとのCD4陽性リンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「中等度低下」に該当するもの。
4級 (指数4)	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。 (ア) CD4陽性リンパ球数が500/μl以下で、1級の項目（a～1）のうち1項目以上が認められるもの。 (イ) CD4陽性リンパ球数に関係なく、1級の項目（a～1）のうちaからdまでの1つを含む2項目以上が認められるもの。	ヒト免疫不全ウイルスに感染して、3級の項目（a～1）のうち1項目以上が認められるもの。