

## ○障害等級の決定に係る事務の適正化について

〔平成8年8月1日地基補第233号〕  
〔各支部事務長あて補償課長〕

第1次改正 平成16年3月12日地基補第55号  
第2次改正 平成16年4月19日地基補第105号  
第3次改正 平成17年6月1日地基補第165号  
第4次改正 平成18年3月31日地基補第141号

公務(地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)第55条に規定する一般地方独立行政法人の業務を含む。)又は通勤による傷病が治癒した際、障害を残し、その障害が地方公務員災害補償法施行規則別表第3(以下「施行規則別表第3」という。)に掲げる第1級から第7級までに該当して障害補償年金を支給すべき場合における当該障害等級の決定(障害補償年金の支給が開始された後における障害の程度の変更により、新たに他の障害等級(第1級から第7級までのものに限る。)に該当することとなる場合を含む。)は、本部補償課長照会を経て支部長が行うこととなっております。(第2次改正・一部、第3次改正・一部、第4次改正・一部)

また、施行規則別表第3に掲げる第8級から第14級までの等級に該当する障害については、原則として、支部限りで決定することとなっておりますが、「障害等級の決定について」(昭和51年10月29日地基補第599号)の第2のVによる決定事案及び決定が困難な事案については、本部補償課長照会をしていただくこととしたところです(平成7年11月10日補償課長事務連絡及び「神経系統の機能又は精神の障害の認定と等級決定に関する調査事項並びに医学的資料及び医療機関の意見書等の収集について(平成16年3月12日地基補第54号) )。

(第2次改正・一部、第3次改正・一部、第4次改正・一部)

障害等級の決定は、障害補償年金請求書又は障害補償一時金請求書に添付された医師及び歯科医師の診断書に基づいて判断することとなっておりますが、決定の事務をより一層適正に行うため、今後、当該請求書に添付する診断書については、別紙1「残存障害診断書」又はこれに準ずる様式を用いることとし、上記理事協議又は補償課長照会を行う際には、協議又は照会文書に添付して下さい。

なお、被災職員の障害の状態について、日常生活の状況を把握する必要があるものについては、別紙2「日常生活状況申立書」を添付して下さい。(第1次改正・一部)



種類		残存障害の程度及び内容											
精神・神経・生殖器・泌尿器・胸腹部臓器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)												
	切断・知覚等の障害	(障害の程度を図示又は説明して下さい)											
		脊柱(奇形)の変形及び運動障害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎 ※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他 ( )		前屈	度	後屈	度	コルセット用装	有(一時的・恒久的)・無	コルセットの種類		その他
左屈				右屈									
左回旋			右回旋										
下肢の短縮	左下肢長	cm	短縮の原因				体幹骨長管骨の変形	※部位 イ. 裸体となってわかる程度 ロ. レントゲン写真でわかる程度					
	右下肢長	cm											
上(手・下肢・足の機能を含む)の障害	関節部位	運動種類	自動		他動		関節部位	運動種類	自動		他動		
			左	右	左	右			左	右			
			度	度	度	度			度	度	度	度	
備考													
予後所見	(機能回復の見込み、その他参考所見)												
上記のとおり診断いたします。				所在地									
年 月 日				名称									
				医師氏名				Ⓜ					

**記入上のご注意**

- 1 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。
- 2 ※印欄は自・他覚症状欄又は人体図等空欄を利用し図示又は説明して下さい。
- 3 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付して下さい。

別紙2

日常生活状況申立書

1 日常生活の状況（該当するものを選んで、どれか1つに○をして下さい。）

障害の程度 日常動作		普通の人と同じ にできる	できるが普通の 人より遅い	なんとか一人で できる	手伝ってもらえ ばできる	全くできない
上肢の動作	歯を磨く					
	顔を洗う					
	ドアの開閉					
	タオルをしぼる					
	本のページをめくる					
	文字を書く					
	指で物をつまむ					
	くだものの皮をむく					
下肢の動作	立ち上がる					
	一人で歩く ( m)					
	杖を使って歩く ( m)					
	階段を上る (手すり-要・不要)					
	階段を下りる (手すり-要・不要)					
	物を持って運ぶ					
食事動作	一人で食事をする					
	はしを使う					
	スプーンを使う					
	補装具を使用して食べる					
	茶碗を持って食べる					
	コップで水を飲む					
入浴	浴槽への出入り					
	身体を洗う					
	頭を洗う					
用便	和式トイレの使用					
	洋式トイレの使用					
	後始末をする					
衣服の着脱	シャツの着替え					
	ズボンの着替え					
	靴下の履き替え					
	ボタンのかけはずし					
体幹	寝返りをうつ					
	四つばいになる					
	座位を保つ ( 分)					
	立位を保つ ( 分)					
障害の程度 日常動作		通じる (はい)	少し通じる (少し)	通じない (いいえ)		
会話	家族と話す					
	他人と話す					
	相手の話しの内容がわかる					
	電話の受け答えができる					

障害の程度		できる (はい)	少しできる (少し)	できない (いいえ)	備 考
日常動作					
精神 及 び 神 経	いま何時かわかりますか				
	ここは何処かわかりますか				
	人の名前を覚えていますか				
	物の名前がわかりますか				
	外出して1人で自宅に帰れますか				
	いま聞いたことをすぐ忘れがちですか				
	最近の出来事を忘れがちですか				
	簡単な買い物をして釣銭の計算は出来ますか				
	小便を漏らしますか				
	大便を漏らしますか				
	怒りやすくなりましたか				
	物事を自分からやろうとする意欲がありますか				
	ちょっとしたことで泣き出したり笑い出したりしますか				
	僅かなことで興奮しますか				
	文字を読めますか				
	文章を書けますか				
	頭痛やめまいがありますか				
	時々意識を失うことがありますか				
	訳もなく歩きまわることがありますか				
	新聞やテレビを見て内容を理解出来ますか				

2 全般的な状況（自用を弁じ得る程度、介護の状況、労働能力の状態等を中心として起床から就寝までの日常生活の状況等）

（注1）この申立書は障害認定の補足資料といたしますので正確に詳しく記入して下さい。

（注2）上記事項を家族が代筆する場合は氏名及び請求人との身分関係を明記して下さい。

記載年月日 平成 年 月 日

被災職員名 \_\_\_\_\_

記載者名 \_\_\_\_\_ (印)

(続柄)

(平成 15 年 9 月 30 日以前に支給すべき事由が生じた場合に適用)

## ● 障害等級の決定に係る事務の適正化について

〔平成 8 年 8 月 1 日地基補第 233 号〕  
〔各支部事務長あて補償課長〕  
第 1 次改正 平成 16 年 3 月 12 日地基補第 55 号  
(第 1 次改正により、平成 15 年 9 月 30 日以前に  
支給すべき事由が生じた場合には、従前の例によ  
ることとされる。)

公務又は通勤による傷病が治癒した際、障害を残し、その障害が地方公務員災害補償法別表に掲げる第 1 級から第 7 級までに該当して障害補償年金を支給すべき場合における当該障害等級の決定(障害補償年金の支給が開始された後における障害の程度の変更により、新たに他の障害等級(第 1 級から第 7 級までのものに限る。)に該当することとなる場合を含む。)は、「支部長から理事長に協議すべき事項の指定について」(昭和 42 年 12 月 1 日付地基第 5 号 理事長通知)に基づき理事長協議を経て支部長が行うこととなっております。

また、法別表第 8 級から第 14 級までの等級に該当する障害については、原則として、支部限りで決定することとなっておりますが、決定が困難な事案については、本部補償課長照会をしていただくこととしたところです(平成 7 年 11 月 10 日付補償課長事務連絡)。

障害等級の決定は、障害補償年金請求書又は障害補償一時金請求書に添付された医師及び歯科医師の診断書に基づいて判断することとなっておりますが、決定の事務をより一層適正に行うため、今後、当該請求書に添付する診断書については、別紙 1「残存障害診断書」又はこれに準ずる様式を、脳挫傷等の残存障害のように精神・神経に障害が生じている場合は、別紙 1 及び別紙 2「残存障害診断書(精神・神経の障害)」又はこれに準ずる様式を用いることとし、上記理事長協議又は補償課長照会を行う際には、協議又は照会文書に添付して下さい。

なお、被災職員の障害の状態について、日常生活の状況を把握する必要があるものについては、別紙 3「日常生活状況申立書」を添付して下さい。(第 1 次改正・一部)

残 存 障 害 診 断 書

										認定番号			
氏 名			男・女		生年月日		大正・昭和 年 月 日 ( 歳)						
被災日			年 月 日		治ゆ又は症状固定日			年 月 日		治ゆ 症状固定			
入院期間			年 月 日から ( )日間 年 月 日まで			通院期間		年 月 日から 年 月 日まで		実治療日数 ( )日			
傷病名	(初診時の症状及び経過)					既存障害	(部位・程度・状況等)						
残 存 障 害 の 内 容													
主訴 自覚 又は 症状													
他覚 症状 及 検 査 結 果													
種類	残 存 障 害 の 程 度 及 び 内 容												
眼 球 の 障 害	視 力		調 節 機 能				視 野 狭 窄 (8方向)						
	裸眼	矯 正	近点・遠点・屈折力等		調 節 力	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上
	左				( ) D								
	右				( ) D								
	眼動 球障 運害	1 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる			2 注の 視広 野さ		左 右 両 眼						
眼障 眼 の 害	※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害												
聴 耳 力 介 障 の 害 欠 と 損	オーディオメーター検査成績					語音明瞭度検査		人声聴力検査成績					
	左	$a(\ )+2b(\ )+2c(\ )+d(\ ) = ( \ ) \text{ db}$				最良明瞭度		大 声	不能・接耳・		( ) cmにて		
	6					%		話声語	可能		可能		
	右	$a(\ )+2b(\ )+2c(\ )+d(\ ) = ( \ ) \text{ db}$				最良明瞭度		大 声	不能・接耳・		( ) cmにて		
6					%		話声語	可能		可能			
※耳鳴の有無及びその程度					※耳介の欠損程度								
鼻 障 の 害	※鼻軟骨の欠損程度			※鼻の機能障害 (鼻呼吸・嗅覚等について)									
	全部・大部分・一部分												
言 語 機 能 障 害	※ 1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症…〔運動性・感覚性・その他 ( ) 〕 3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 4 その他…					外歯 ぼ牙 うの の欠 醜損 状障 又害 は		醜状痕の部位、長さ、大きさ、 醜状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつ の方法等					
	※ 1 流動食以外は摂取できない 2 粥食程度なら摂取できる 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があって そしゃくが充分でないもの												

種類		残存障害の程度及び内容													
精神・神経・生殖器・泌尿器・胸腹部臓器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)														
	切断・知覚等の障害	(障害の程度を図示又は説明して下さい)													
		脊柱(奇形)の変形及び運動障害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎 ※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他 ( )		前屈	度	後屈	度	コルセット用装	有(一時的・恒久的)・無					
左屈				右屈		コルセットの種類									
左回旋			右回旋		その他										
下肢の短縮	左下肢長	cm	短縮の原因				体幹骨長管骨の変形	※部位 イ. 裸体となってわかる程度 ロ. レントゲン写真でわかる程度							
	右下肢長	cm													
上・手・下肢・足の機能を含む	関節部位	運動種類	自動		他動		関節部位	運動種類	自動		他動				
			左	右	左	右			左	右					
			度	度	度	度			度	度	度	度			
備考															
予後所見	(機能回復の見込み、その他参考所見)														
上記のとおり診断いたします。				所在地											
				名称											
年 月 日				医師氏名								Ⓜ			

**記入上のご注意**

- 1 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。
- 2 ※印欄は自・他覚症状欄又は人体図等空欄を利用し図示又は説明して下さい。
- 3 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付して下さい。



別紙2

残存障害診断書(精神・神経の障害)

				認定番号	
氏名		男・女	生年月日	大正・昭和	年 月 日 ( 歳)
被災日	年 月 日	治ゆ又は症状固定日		年 月 日	治ゆ 症状固定
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで ( )日間	通院期間	年 月 日から 年 月 日まで ( )日	実治療日数	
傷病名	(初診時の症状及び経過)			既存障害	(部位・程度・状況等)
神 経 の 障 害					
症状及び のび 程度 部位					
精 神 の 障 害					
程度 及頻 び度 等	[痴呆・情意の障害・幻覚・妄想・発作性意識障害・人格変化・その他 ( ) ]				
知能 検査	検査名				記憶障害 [有・無/程度 ( ) ]
	結果及び評価				情動障害 [有・無/程度 ( ) ] 失見当識 [有・無/程度 ( ) ] 知能低下 [有・無/程度 ( ) ] 判断力障害 [有・無/程度 ( ) ] 計算力障害 [有・無/程度 ( ) ] その他 ( )
言語の 機能 障害	1 発声機能の完全喪失	て ん か ん	原因… [外傷・その他 ( ) ]		
	2 中枢性失語症… [運動性・感覚性・その他 ( ) ]		程度及び頻度	服薬  有 無	
3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音)					
4 その他…					
そ の 他 の 事 項					
日 常の 生 活 活 働	1 病床に限定	労 働 能 力	1 現職復帰は可能		
	2 食事、用便等、短時間の離床は可能		2 軽易な雑役務等は可能		
3 通院、自宅周辺等の歩行は可能	3 全く不可能				
4 その他 ( )	4 その他 ( )				
今見 後込 のみ					
上記のとおり診断いたします。		所在地			
		名称			
年 月 日		医師氏名	Ⓜ		

(注) 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。

別紙 3

日常生活状況申立書

1 日常生活の状況（該当するものを選んで、どれか1つに○をして下さい。）

障害の程度 日常動作		普通の人と同じ にできる	できるが普通の 人より遅い	なんとか一人で できる	手伝ってもらえ ばできる	全くできない
上肢の動作	歯を磨く					
	顔を洗う					
	ドアの開閉					
	タオルをしぼる					
	本のページをめくる					
	文字を書く					
	指で物をつまむ					
	くだものの皮をむく					
下肢の動作	立ち上がる					
	一人で歩く ( m)					
	杖を使って歩く ( m)					
	階段を上る (手すり-要・不要)					
	階段を下りる (手すり-要・不要)					
	物を持って運ぶ					
食事動作	一人で食事をする					
	はしを使う					
	スプーンを使う					
	補装具を使用して食べる					
	茶碗を持って食べる					
	コップで水を飲む					
入浴	浴槽への出入り					
	身体を洗う					
	頭を洗う					
用便	和式トイレの使用					
	洋式トイレの使用					
	後始末をする					
衣服の着脱	シャツの着替え					
	ズボンの着替え					
	靴下の履き替え					
	ボタンのかけはずし					
体幹	寝返りをうつ					
	四つばいになる					
	座位を保つ ( 分)					
	立位を保つ ( 分)					
障害の程度 日常動作		通じる (はい)	少し通じる (少し)	通じない (いいえ)		
会話	家族と話す					
	他人と話す					
	相手の話しの内容がわかる					
	電話の受け答えができる					

障害の程度		できる (はい)	少しできる (少し)	できない (いいえ)	備考
日常動作					
精神 及 び 神 経	いま何時かわかりますか				
	ここは何処かわかりますか				
	人の名前を覚えていますか				
	物の名前がわかりますか				
	外出して1人で自宅に帰れますか				
	いま聞いたことをすぐ忘れがちですか				
	最近の出来事を忘れがちですか				
	簡単な買い物をして釣銭の計算は出来ますか				
	小便を漏らしますか				
	大便を漏らしますか				
	怒りやすくなりましたか				
	物事を自分からやろうとする意欲がありますか				
	ちょっとしたことで泣き出したり笑い出したりしますか				
	僅かなことで興奮しますか				
	文字を読めますか				
	文章を書けますか				
	頭痛やめまいがありますか				
	時々意識を失うことがありますか				
	訳もなく歩きまわることがありますか				
	新聞やテレビを見て内容を理解出来ますか				

2 全般的な状況（自用を弁じ得る程度、介護の状況、労働能力の状態等を中心として起床から就寝までの日常生活の状況等）

（注1）この申立書は障害認定の補足資料といたしますので正確に詳しく記入して下さい。

（注2）上記事項を家族が代筆する場合は氏名及び請求人との身分関係を明記して下さい。

記載年月日 平成 年 月 日

被災職員名 \_\_\_\_\_

記載者名 \_\_\_\_\_ (印)

(続柄)