

福岡県公報

平成二十二年二月二十四日
第三千七十八号
増刊
①

目次

規則(第六号)

福岡県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

(障害者福祉課) …………… 一

規則

福岡県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成二十二年二月二十四日

福岡県知事 麻生 渡

福岡県規則第六号

福岡県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

福岡県身体障害者福祉法施行細則(平成十二年福岡県規則第二百二十五号)の一部を次のように改正する。

様式第十五号及び様式第十六号を次のように改める。

様式第15号 (第12条関係)

身体障害者診断書・意見書

(障害用)

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (生 歳)	男・女
住所			
① 障害名(部位を明記)			
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、 戦災、疾病、先天性、その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日		昭和 平成	年 月 日 ・ 場 所
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)			
⑤ 障害固定又は障害確定(推定)		昭和 平成	年 月 日
⑥ 総合所見			
⑦ 将来再認定の必要性 再認定を付した理由		【 要 ・ 不要 】 (再認定の時期 年 月)	
※将来再認定を「要」とする場合はいずれかを○で囲んで下さい。 症状が〔 軽 快 ・ 悪 化 〕する見込みがあるため。			
⑧ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 ㊞			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見【障害程度等級についても参考意見を記入】 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 。該当する (級相当) 。該当しない			
注意1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別紙様式)を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			

1 視力

	裸眼	矯正
右	(× DCyl DAx)	
左	(× DCyl DAx)	

2 視野 (視野障害が認められる場合にのみ、記入すること)

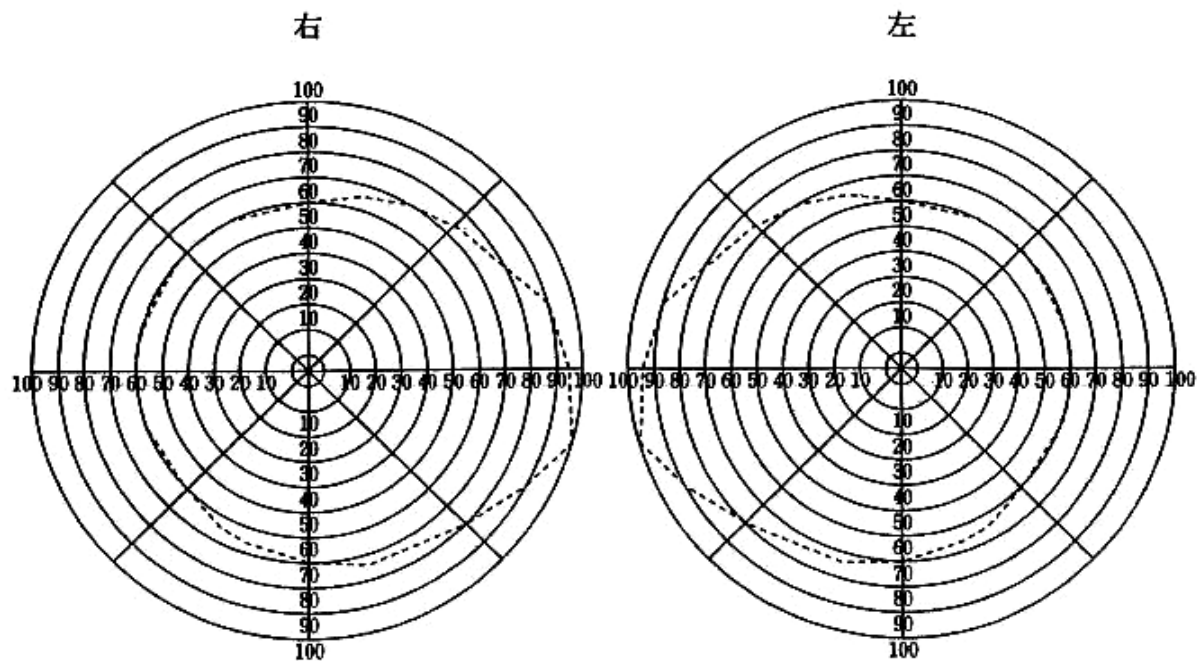
(1) 使用した視野計 (いずれかに○を記入すること)

【 ゴールドマン視野計 , 自動視野計 , その他 () 】

(2) 測定に用いた視標 (/)

(3) 視野狭窄の別 (いずれかに○を記入すること)

【 求心性 , 不規則性 , 半盲性 , その他 () 】

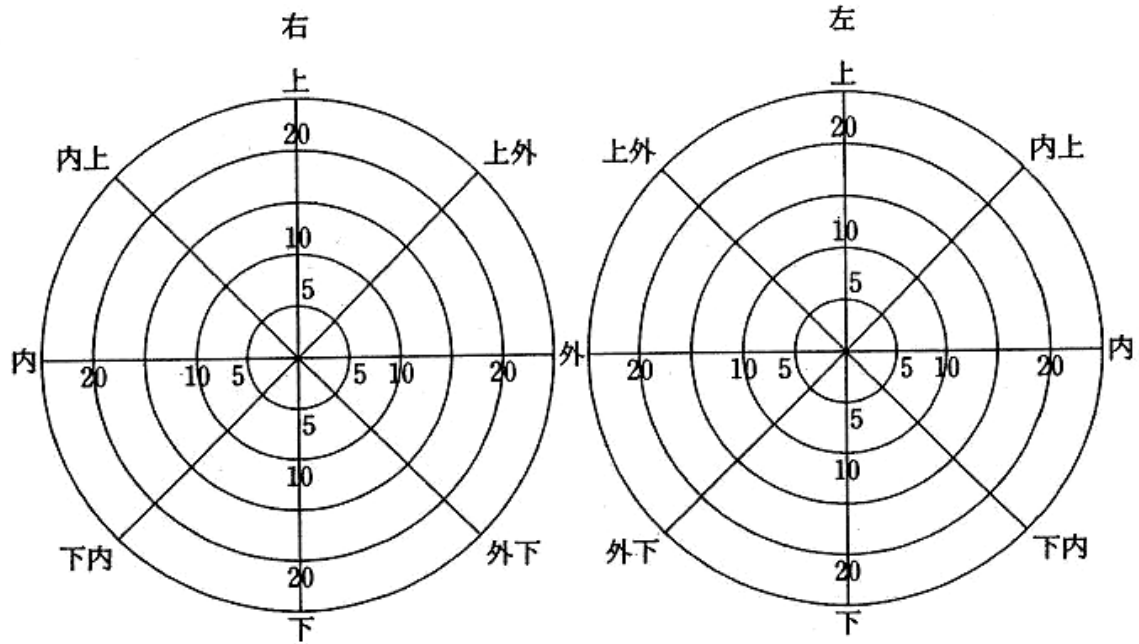


視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

※視野はゴールドマン視野計及び自動視野計又はこれらに準ずるものを用いて測定する。ゴールドマン視野計を用いる場合、中心視野の測定にはI/2の視標を用い、周辺視野の測定にはI/4の視標を用いる。それ以外の測定方法によるときは、これに相当する視標を用いることとする。

3 中心視野（求心性視野狭窄の症状がある者のみ記入）

・ゴールドマン視野計を用いる場合、測定に用いた視標（ / ）



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
										% (①÷560×100)	% (100-②)
	度	度	度	度	度	度	度	度	度		

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
										% (④÷560×100)	% (100-⑤)
	度	度	度	度	度	度	度	度	度		

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

4 現症

	右	左
外眼		
中間透光体		
眼底		

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見

〔はじめに〕（認定要領を参照のこと）

この診断書においては、以下の4つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、□に✓を入れて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合については、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること（各々の障害の合計指数をもって等級決定することはない）。

- 聴 覚 障 害→『1「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 平 衡 機 能 障 害→『2「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 音 声 ・ 言 語 機 能 障 害→『3「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- そ しゃ く 機 能 障 害→『4「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障害」の状態及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(4) 聴力検査の結果

(ア又はイのいずれかを記載する)

ア 純音による検査

オーディオメータの型式 _____

イ 語音による検査

語音明瞭度

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				

dB

右	%
左	%

〔記入上の注意〕

聴力障害の認定に当たっては、JIS規格によるオーディオメータで測定すること。

dB値は、周波数500、1000及び2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合、 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定し、a、b、cのうちいずれか1又は2において100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定すること。

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害の程度及び検査所見

下の「該当する障害」の□に✓を入れ、さらに①又は②の該当する□に✓又は()内に必要事項を記述すること。

- 「該当する障害」
- そしゃく・嚥下機能の障害
→「①そしゃく・嚥下機能の障害」に記載すること。
 - 咬合異常によるそしゃく機能の障害
→「②咬合異常によるそしゃく機能の障害」(次頁)に記載すること。

① そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

- 経口的に食物等を摂取ができないため、経管栄養を用いている。
- 経口摂取のみでは十分に栄養摂取できないため、経管栄養を併用している。
- 経口摂取のみで栄養摂取できるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある。
- その他
()

b 参考となる検査所見

ア 各器官の一般的検査

〈参考〉各器官の観察点

- ・ 口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
- ・ 舌：形状、運動能力、反射異常
- ・ 軟口蓋：挙上運動、反射異常
- ・ 声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

○所見(上記の枠内の「各器官の観察点」)に留意し、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。)

()

イ 嚥下状態の観察と検査

〈参考1〉各器官の観察点

- ・ 口腔内保持の状態
- ・ 口腔から咽頭への送り込みの状態
- ・ 喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
- ・ 食道入口部の開大と流動物 (bolus) の送り込み

〈参考2〉摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点

- ・ 摂取できる食物の内容(固形物・半固形物・流動食)
- ・ 誤嚥の程度(毎回、2回に1回程度、数回に1回、ほとんど無し)

観察・検査の方法

- エックス線検査 ()
- 内視鏡検査 ()
- その他 ()

○所見（上記枠内の〈参考1〉と〈参考2〉の観察点から、嚥下状態について詳細に記載すること。

[]

② 咬合異常によるそしゃく機能の障害

a 障害の程度

- 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。
- その他

[]

b 参考となる検査所見（咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果）

ア 咬合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察する。）

[]

イ そしゃく機能（口唇・口蓋裂では、上下顎の咬合関係や形態異常等を観察する。）

[]

(2) その他（今後の見込み等）

[]

(3) 障害程度の等級

（下の該当する障害程度の等級の項目の□に✓を入れること。）

① 「そしゃく機能の喪失」（3級）とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 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
- 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

② 「そしゃく機能の著しい障害」（4級）とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 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
- 外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- 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

[記入上の注意]

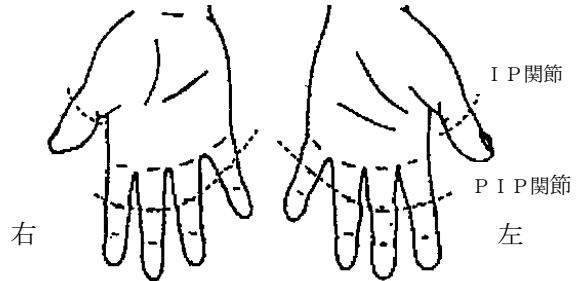
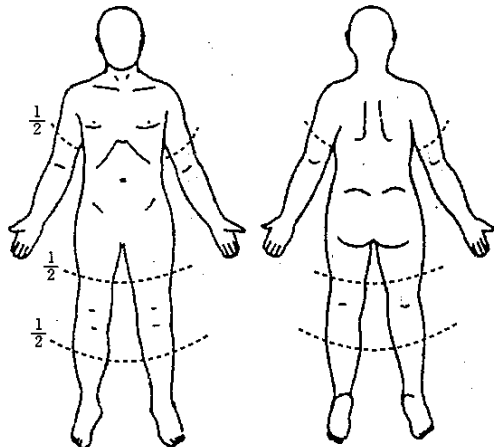
- (1) 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）の提出を求めるものとする。
- (2) 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見(該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入。)

- 1 感覚障害(下記図示) なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害(下記図示) なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- 3 起因部位 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害 なし・あり
- 5 形態異常 なし・あり

参考図示



※上下肢欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれの1/2以上であるか否かを明示すること

※指欠損の場合は、各指骨間関節 (I P・P I P) の有無を明示



(注) 関係ない部分は記入不要

右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、()の中のものを使う時はそれに○
 ※手すり、補装具等を使う場合は、それに印をつけた上で○△×の評価を記入する。

寝がえりする		シャツを着て脱ぐ	
あしをなげ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく(自助具)	右 左
立つ (手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)		顔を洗いタオルで拭く (両手で) タオルを絞る	
家の中の移動 (壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子)		背中を洗う	
洋式便器にすわる		二階まで階段を上って下りる (手すり、杖、松葉杖、義肢、装具)	
排泄の後始末をする		屋外を移動する(家の周辺程度) (杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子)	
(箸で) 食事をする(スプーン、自助具)	右 左		
コップで水を飲む	右 左	公共の乗物を利用する。	

(注) 身体障害者福祉法の等級は、機能障害(impairment)のレベルで認定されますので()の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

計測法

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起 上腕周径：最大周径 大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径
 下肢長：上前腸骨棘→(脛骨)内果 前腕周径：最大周径 (小児等の場合は別記)
 下腿周径：最大周径

※上肢又は下肢欠損の断端の長さは、実用長(上腕においては腋窩より、大腿においては坐骨結節の高さより計測したもの)をもって計測する。

※ この調査表は遷延性意識障害の状態にある場合のみ記入してください。
(例 脳挫傷や脳血管障害等の原因により昏睡等の意識障害がある場合)

身体障害者調査表 (意識障害用)

※ 該当する項目に○をしてください。

1 障害程度

- | | |
|---------------|--------------|
| 1) 自 力 移 動 | (可能 ・ 不可能) |
| 2) 自力での食事摂取 | (可能 ・ 不可能) |
| 3) 意味のある発語 | (可能 ・ 不可能) |
| 4) 簡単な命令に応ずる | (可能 ・ 不可能) |
| 5) 目で物を追認すること | (可能 ・ 不可能) |
| 6) 排せつの失禁状態 | (無 ・ 有) |

2 上記6項目がすべて不可能な場合は、その状態の継続月数

_____ヶ月

3 医学的管理の状況

月_____回の往診により管理可能な状態

4 現在の状況

- | |
|--------------------------------------------|
| 1) 入院している (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から入院) |
| 2) 自宅療養中 (月 _____ 回往診中) |

5 主な医学的管理 (治療) の内容

- | | | | |
|---------|-------------------|------------------|---------|
| 1) 人工呼吸 | 2) 経管栄養 | 3) 血管栄養 | 4) 経腸栄養 |
| 5) 導 尿 | 6) 投薬 (薬名 _____) | 7) その他 (_____) | |

6 介護の状況、退院の可能性等で参考となる事項があれば記載してください。

7 障害の原因となった疾病に対する医学的治療行為は既に終了していますか。

- | |
|------------------------------------------|
| 1) 終了している (終了時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日) |
| 2) 終了していない。 |

※ 「障害の原因となった疾病に対する医学的治療行為」には、現在の状態を維持管理するための医療行為 (栄養・呼吸管理等) 及び合併症の発生予防等の二次的・三次的医療行為は含みません。

脳原性運動機能障害用

(該当するものを○で囲むこと。)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

〈紐むすびテスト結果〉

1 度目の1分間 _____ 本

2 度目の1分間 _____ 本

3 度目の1分間 _____ 本

4 度目の1分間 _____ 本

5 度目の1分間 _____ 本

計 _____ 本

イ 一上肢機能障害

〈5動作の能力テスト結果〉

- a 封筒を鋏で切るときに固定する (・可能 ・不可能)
- b さいふからコインを出す (・可能 ・不可能)
- c 傘をさす (・可能 ・不可能)
- d 健側の爪を切る (・可能 ・不可能)
- e 健側のそで口のボタンをとめる (・可能 ・不可能)

2 移動機能障害

〈下肢・体幹機能評価結果〉

- a つたい歩きをする (・可能 ・不可能)
- b 支持なしで立位を保持しその後10m歩行する (・可能 ・不可能)
- c 椅子から立ち上がり、10m歩行し再び椅子に坐る (・可能 ・不可能)
_____ 秒
- d 50cm幅の範囲内を直線歩行する (・可能 ・不可能)
- e 足を開き、しゃがみこんで再び立上る (・可能 ・不可能)

(注) この様式は、脳性麻痺の場合及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア 紐むすびテスト

事務用とじ紐(概ね43cm規格のもの)を使用する。

- ① とじ紐を机の上、被験者前方に図の如く置き並べる。
- ② 被験者は手前の紐から順に紐の両端をつまんで、軽くひとむすびする。



(注) ・上肢を体や机に押しつけて固定してはいけない。

・手を机上に浮かしてむすぶこと。

- ③ むすび目の位置は、問わない。
- ④ 紐が落ちたり、位置から外れたときには、検査担当者が戻す。
- ⑤ 紐は検査担当者が随時補充する。
- ⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。

イ 5動作の能力テスト

a 封筒を鋏で切るときに固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手で鋏を用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上に乗せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。鋏はどのようなものを用いてもよい。

b さいふからコインを出す。

さいふを患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手でコインを出す。ジッパーをあけてしめることを含む。

c 傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位のままでよい。肩にかついではいけない。

d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e 健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけを通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

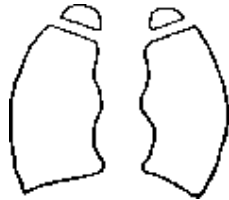
(該当するものを○でかこむこと。)

1 臨床所見

- ア 動悸 (有・無)
- イ 息切れ (有・無)
- ウ 呼吸困難 (有・無)
- エ 胸痛 (有・無)
- オ 血痰 (有・無)
- カ チアノーゼ (有・無)
- キ 浮腫 (有・無)
- ク 心拍数 /分

- ケ 脈拍数 /分
- コ 血圧(最大、最小)
- サ 心音
- シ その他の臨床所見
- ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部エックス線所見(平成 年 月 日)



心胸比(%)

3 心電図所見(平成 年 月 日)

- ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)
- イ 心室負荷像 (有<右室、左室、両室>・無)
- ウ 心房負荷像 (有<右房、左房、両房>・無)
- エ 脚ブロック (有・無)
- オ 完全房室ブロック (有・無)
- カ 不完全房室ブロック (有第 度・無)
- キ 心房細動(粗動) (有・無)
- ク 期外収縮 (有・無)
- ケ STの低下 (有 mV・無)
- コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(但し V₁を除く)のいずれかのTの逆転 (有・無)
- サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)
- シ その他の心電図所見
- ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見(発作年月日記載)

4 活動能力の程度

ア 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ついては支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ 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し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 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おこるもの。

エ 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おこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返す必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰り返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 人工ペースメーカー (有・無) (手術日 平成 年 月 日)
人工弁移植、弁置換 (有・無) (手術日 平成 年 月 日)

6 今後の手術見込・予定
平成 年 月 日

手術名及び内容

[]

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

1 身体計測

身長 cm 体重 kg

2 活動能力の程度

- ア 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。
イ 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらならのぼれる。
ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。
エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。
オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。

3 胸部エックス線写真所見 (平成 年 月 日)

- ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)
イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)
ウ 繊維化 (無・軽度・中等度・高度)
エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)
オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度)
カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)



4 換気機能(平成 年 月 日)

- ア 予想肺活量 ml
イ 1秒量 ml
ウ 予測肺活量1秒率 $\% (= \frac{\text{イ}}{\text{ア}} \times 100)$

(ア・ウについては、裏面のノモグラムを使用すること)

5 動脈血ガス

区分	酸素療法導入前の方	酸素療法を導入している方*	
	① (酸素療法開始前)	② 酸素療法を休止 (空気呼吸時)	③ 酸素療法中 (酸素吸入時)
検査年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
酸素吸入量			ℓ / m
酸素療法休止期間		① 概ね5分 ② 概ね10分 〔該当するものを〕 ○でかこむこと	
O ₂ 分圧	Torr	Torr	Torr
CO ₂ 分圧	Torr	Torr	Torr
pH			
採血より分析までに 時間を要した場合	時間 分	時間 分	時間 分
耳朶血を要した場合			

*酸素療法を導入している方は、上記③に検査結果を記載して下さい。
 また可能であれば、上記②に酸素療法を休止してから概ね10分（困難な場合は概ね5分）
 経過後の状態の動脈血ガスの検査結果を記載して下さい。
 上記①には、酸素吸入を必要としない患者および酸素療法をしている患者では導入直前の動
 脈血ガスの検査結果を記載して下さい。

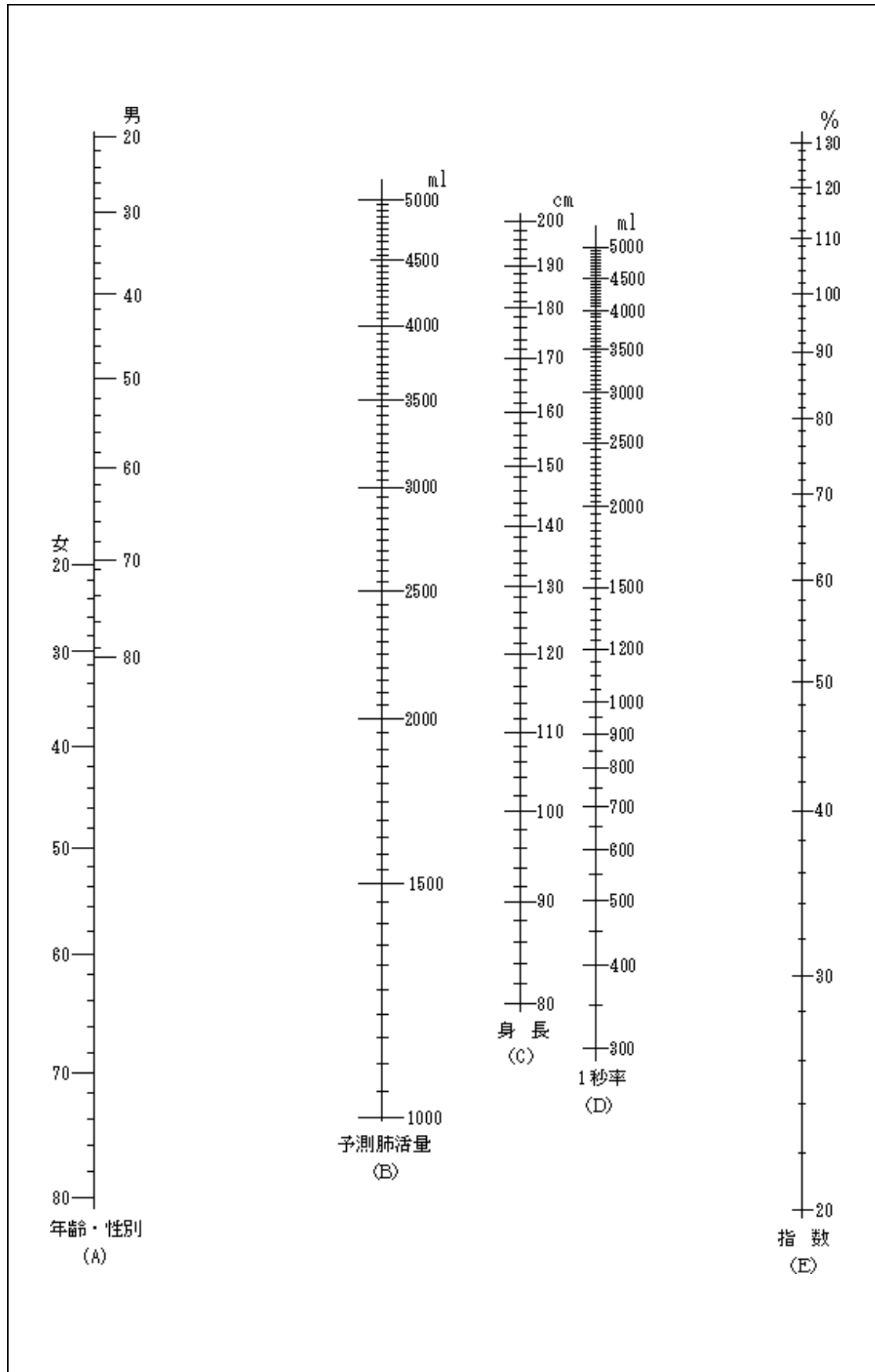
6 酸素療法の施行状況

開始時期 年 月から
 施行状況（頻度・時間等）

7 その他の臨床所見

《ノモグラム（裏面）の使い方》

- 1 (A)と(C)から、(B)上にBaldwinの予測式による予測肺活量が得られる。(B)と(D)とから(E)上
 に予測肺活量に対する1秒率が得られる。
- 2 (D)を1秒量の代わりに実測肺活量とすれば、(B)と(D)とから(E)上にパーセント肺活量が得られ
 る。
- 3 (B)に実測肺活量を代入すれば、(B)と(D)とから(E)上に通常の1秒率が得られる。



ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記述すること。
- ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

1. ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
- 腎瘻 腎盂瘻
 - 尿管瘻 ぼうこう瘻
 - 回腸(結腸)導管
 - その他 [_____]

② 術式： [_____]

③ 手術日： [_____ 年 月 日]



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

(2) ストマにおける排尿処理の状態

長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (理由)
 - 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)。
 - ストマの変形
 - 不適切な造設箇所

無

いずれかをチェックしてください。

(※記入上の注意参照)

ストマ造設は、 永久的である。

永久的でない。

(閉鎖予定である。)

□ 高度の排尿機能障害

(1) 原因

- 神経障害
 - 先天性： [_____]
(例：二分脊椎 等)
 - 直腸の手術
 - ・術式： [_____]
 - ・手術日： [_____ 年 月 日]

- 自然排尿型代用ぼうこう
 - ・術式： [_____]
 - ・手術日： [_____ 年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

カテーテルの常時留置

自己導尿の常時施行

完全尿失禁

その他

[_____]

2. 直腸機能障害

□ 腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
- 空腸・回腸ストマ
 - 上行・横行結腸ストマ
 - 下行・S状結腸ストマ
 - その他 [_____]
- ② 術式： [_____]
- ③ 手術日： [_____ 年 _____ 月 _____ 日]

(2) ストマにおける排便処理の状態

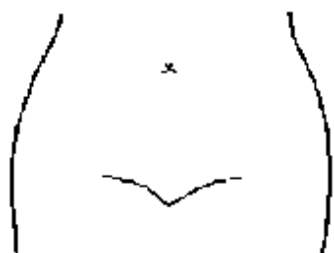
○長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (理由)
- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)。
 - ストマの変形
 - 不適切な造設箇所
- 無

いずれかをチェックしてください。

(※記入上の注意参照)

ストマ造設は、 永久的である。
 永久的でない。
(閉鎖予定である。)



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- ① 放射線障害
- 疾患名： [_____]
- ② その他
- 疾患名： [_____]

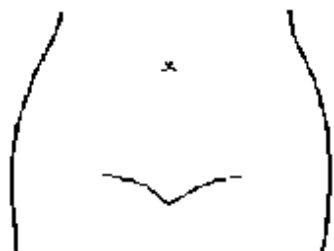
(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

- 大部分
- 一部分

(2) 瘻孔の数： [_____] 個

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)。
- その他 [_____]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

□ 高度の排便機能障害

(1) 原因

□ 先天性疾患に起因する神経障害
[_____]

(例：二分脊椎 等)

□ その他

□ 先天性鎖肛に対する肛門形成術
手術日：[____年 ____月 ____日]

□ 小腸肛門吻合術
手術日：[____年 ____月 ____日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

□ 完全便失禁

□ 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

□ 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

□ その他 [_____]

3. 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

□ 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があるもの

□ 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及び高度の排便機能障害があるもの

□ 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの

□ 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

□ 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

□ 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの

□ 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又は高度の排便機能障害があるもの

□ 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの

□ 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの

□ 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの

□ 高度の排便機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

□ 腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの

□ 治癒困難な腸瘻があるもの

□ 高度の排便機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

小腸の機能障害の状況及び所見

身長	cm	体重	kg	体重減少率	%
				(観察期間)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見 ・切除小腸の部位 , 長さ cm
 ・残存小腸の部位 , 長さ cm
 《手術施行医療機関名 (できれば手術記録の写を添付する)》

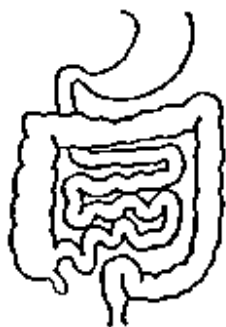
(2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)―(小腸造影の写を添付する)
 推定残存小腸の長さ、その他の所見



2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注)1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 
 病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法 :

・開始日 _____ 年 月 日
 ・カテーテル留置部位 _____
 ・装具の種類 _____
 ・最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に _____ 日間)
 ・療法の連続性 (持続的 ・ 間歇的)
 ・熱量 (1日当たり _____ kcal)

② 経腸栄養法：

- ・開始日 年 月 日
- ・カテーテル留置部位 _____
- ・最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・療法の連続性 (持続的 ・ 間歇的)
- ・熱量 (1日当たり kcal)

③ 経口摂取：

- ・摂取の状態 (普通食, 軟食, 流動食, 低残渣食)
- ・摂取量 (普通量, 中等量, 少量)

4 便の性状：(下痢, 軟便, 正常), 排便回数 (1日 回)

5 検査所見(測定日 年 月 日)

赤血球数	/mm ³
血清総蛋白濃度	g/dℓ
血清総コレステロール濃度	mg/dℓ
血清ナトリウム濃度	mEq/ℓ
血清クロール濃度	mEq/ℓ
血清カルシウム濃度	mEq/ℓ
血色素量	g/dℓ
血清アルブミン濃度	g/dℓ
中性脂肪	mg/dℓ
血清カリウム濃度	mEq/dℓ
血清マグネシウム濃度	mEq/ℓ

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。

3 「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。

4 小腸切除(等級表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。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見(13歳未満用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 _____ 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として以下の(1)及び(2)の検査により確認される。(2)についてはいずれか一つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18か月未満の小児については、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV病原検査の結果」又は(3)の検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性、陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性、陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数(①)	/μℓ
CD4陽性Tリンパ球数(②)	/μℓ
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合([②] / [①])	%
CD8陽性Tリンパ球数(③)	/μℓ
CD4/CD8比([②] / [③])	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検査日	年 月 日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

注5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

イ 中等度の症状

臨床症状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症($< 1,000/\mu\text{l}$)	有・無
30日以上続く貧血($< \text{Hb } 8\text{g/dl}$)	有・無
30日以上続く血小板減少症($< 100,000/\mu\text{l}$)	有・無
1か月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無
生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・無
生後1か月以前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	有・無
生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有・無
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)	有・無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有・無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有・無
ノカルジア症	有・無
播種性水痘	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫	有・無
HIV腎症	有・無
臨床症状の数〔 個〕 …… ①	

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

臨床症状	症状の有無
リンパ節腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。)	有・無
肝腫大	有・無
脾腫大	有・無
皮膚炎	有・無
耳下腺炎	有・無
反復性又は持続性の上気道感染	有・無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有・無
反復性又は持続性の中耳炎	有・無
臨床症状の数〔 個〕 …… ②	

注7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳以上用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性、陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性、陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

注4 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため 助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
-----------------------------	-----------

3 CD4陽性Tリンパ球数(/ $\mu\ell$)

検査日	検査値	平均値
年 月 日	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$
年 月 日	/ $\mu\ell$	

注5 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見、日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$

検査日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g/dl	g/dl

検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$

検査日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA量	copy/ml	copy/ml

注6 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数〔 個〕 …… ①

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1日に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が月に7日以上ある	有・無
健常時に比し10%以上の体重減少がある	有・無
月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	有・無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある	有・無
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	有・無
「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある	有・無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有・無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有・無
日常生活活動制限の数 [個] …… ②	

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

注8 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値(/μl)	/μl
検査所見の該当数(①)	個
日常生活活動制限の該当数(②)	個

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	年	月 日	年	月 日
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ		なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	
腹水	なし・軽度 中程度以上 概ね 0		なし・軽度 中程度以上 概ね 0	
血清アルブミン値	g/dℓ		g/dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	

合計点数	点	点
3点項目の有無 (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)	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。
 注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	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

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。
 注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10以上を軽度、30以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上		有 ・ 無
検査日	年 月 日		
血小板数50,000/mm ³ 以下		有 ・ 無	
検査日	年 月 日		
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		有 ・ 無
最終確認日	年 月 日		
日常生活活動の制限	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		有 ・ 無
	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		有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ 無

該当個数	個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	有 ・ 無

様式第16号 (第13条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

居住地 千
福岡県

電話番号

ふりがな
氏名

(印) (男・女)

明, 大, 昭, 平 年 月 日生

続柄 ()

(※本人が15歳未満の場合のみ申請者の続柄を記入し、下記に本人の氏名等を記入すること)

15才未満の <small>ふりがな</small> 児童の氏名	(男・女) 年 月 日生
----------------------------------------	-----------------

福岡県知事 殿

私は、次(別紙)のとおり

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を <input type="checkbox"/> 障害程度が変更しました <input type="checkbox"/> 障害が加わりました <input type="checkbox"/> 再認定時期(年 月)が到来しました	}	<input type="checkbox"/> 紛失しました <input type="checkbox"/> 破損し使用に堪えません	})ので
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------------------------------------------------------------------	---	-----

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号及び 交付年月日	県第 号 (年 月 日 交付) 再交付		
旧手帳障害名 (再認定時期)			
旧手帳等級	級	第	種
紛失又は 破損の事由			

- 注 1. 身体障害のある15才未満の児童については、保護者が申請することになっている。
この場合には児童の氏名及び生年月日を 欄に記入すること。
2. 不要の文字は抹消すること。
3. 氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。

附 則
この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。