



# 熊本県公報

第 1 2 7 3 3 号

平成 30 年 6 月 22 日 (金)

(毎週 火・金発行)

## 目 次

### 告 示

- 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に基づく事業者の指定…………… (障がい者支援課) 1
- 漁船保険義務加入に係る指定漁船調書の縦覧 (鏡町加入区、昭和加入区) …… (団体支援課) 2
- 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に基づく事業者の廃止…………… (障がい者支援課) 2
- 熊本県身体障害者福祉法施行細則第 3 条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式…………… ( ) 2
- 道路の供用開始…………… (道路保全課) 47
- 児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者の指定の更新…………… (障がい者支援課) 47
- 児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者の指定の更新…………… ( ) 47
- 児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者の指定の更新…………… ( ) 47
- 家畜伝染病 (ヨーネ病) の発生について…………… (畜産課) 48
- 指定居宅サービス事業者の指定の廃止…………… (高齢者支援課) 48
- 指定居宅介護支援事業者の指定の廃止…………… ( ) 49
- 指定介護予防サービス事業者の指定の廃止…………… ( ) 50
- 指定介護予防サービス事業者の指定の廃止…………… ( ) 51
- 保安林の指定の解除に関する予定…………… (森林保全課) 53
- 急傾斜地崩壊危険区域の指定…………… (砂防課) 53
- 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に基づく事業者の指定…………… (障がい者支援課) 53
- 造成宅地防災区域の指定…………… (建築課) 54

### 公 告

- 土地改良区の定款変更の認可…………… (農村計画課) 54
- 都市計画法による開発行為に関する工事の完了…………… (建築課) 54
- 都市計画法による開発行為に関する工事の完了…………… ( ) 54
- 平成 29 年度下期熊本県病院事業業務状況…………… (障がい者支援課) 55
- 都市計画法による開発行為に関する工事の完了…………… (建築課) 57
- 熊本都市計画事業合志市竹迫土地地区画整理事業の事業計画変更の認可…………… (都市計画課) 57
- 農用地利用配分計画の認可…………… (農地・担い手支援課) 58

### 登 載 依 頼

- 熊本県議会議員熊本市第二選挙区補欠選挙における立候補予定者説明会の開催…………… (選挙管理委員会) 58
- 第 1 5 1 回熊本県都市計画審議会の開催…………… (都市計画審議会) 58
- 平成 30 年度第 1 回熊本県文化財保護審議会の開催…………… (熊本県文化財保護審議会) 59

## 告 示

### 熊本県告示第 4 9 8 号

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) 第 29 条第 1 項の規定により指定障害福祉サービス事業者として次のとおり指定したので、同法第 51 条の規定により公示する。

平成 30 年 6 月 22 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業所の名称及び所在地	事業者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名	サービスの種類	指定年月日
障害福祉サービス 多機能型事業所 ぱれっと	社会福祉法人 合志福祉会	就労継続支援 B 型	平成 30 年 6 月 13 日

合志市御代志713番1 4	合志市御代志713番1 3 緒方 規子		
------------------	---------------------------	--	--

**熊本県告示第499号**

漁船損害等補償法（昭和27年法律第28号。以下「法」という。）第112条第1項の規定による同意を求めるため、漁船損害等補償法施行令（昭和27年政令第68号）第5条第1項の規定による届出があったので、同条第3項の規定により次の表のとおり公示する。

なお、平成30年6月22日から平成30年7月6日までの間、次の表の縦覧場所に掲げる場所において、当該届出に係る指定漁船調書を縦覧に供する。  
平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

加入区 の名称	発起人の住所及び氏名	法第113条第1項 の申出をする漁業協 同組合	縦覧場所
鏡町加 入区	八代市鏡町北新地602番地 三枝 勝男 八代市鏡町北新地594番地 森口 秀幸 八代市鏡町北新地594番地 宮崎 孝人	鏡町漁業協同組合	鏡町漁業協同 組合
昭和加 入区	八代市昭和同仁町338番地365 山田 義高 八代市昭和明徴町833番地 岩崎 弘幸 八代市昭和明徴町830番地 中村 幸雄	昭和漁業協同組合	昭和漁業協 同組合

**熊本県告示第500号**

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）第46条第2項の規定による指定障害福祉サービス事業の廃止の届出があったので、同法第51条の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業所の名称及び所在地	事業者の名称、主たる事 務所の所在地及び代表者 の氏名	サービスの種類	廃止年月日
天草市社協ヘルパーセン ター新和 天草市新和町小宮地66 9番地1	社会福祉法人 天草市社 会福祉協議会 天草市五和町御領294 3番地 会長 中村 五木	同行援護	平成30年 7月1日

**熊本県告示第501号**

熊本県身体障害者福祉法施行細則（平成7年熊本県規則第16号）第3条の規定に基づき、身体障害者手帳診断書・意見書の様式を次のように定め、平成30年7月1日から施行する。

なお、平成29年5月26日熊本県告示第563号（熊本県身体障害者福祉法施行細則第3条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式）は、廃止する。  
平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

総括表 身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女																
住 所																		
<input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害																		
② 原因となった疾病・外傷名 <span style="float:right;">交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他( )</span>																		
③ 疾病・外傷発生年月日 <span style="float:right;">年 月 日・場所</span>																		
④ 参考となる臨床経過・手術経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)																		
障害固定又は障害確定(推定) <span style="float:right;">年 月 日</span>																		
⑤ 総合所見 (検査所見とADL所見との整合性等)																		
[将来再認定]																		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月																		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要																		
⑥ 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。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号																		
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、_____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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">障 害 部 位</th> <th style="width:10%;">等 級</th> <th style="width:50%;">項 目</th> <th style="width:20%;">指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視力障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>視野障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		障 害 部 位	等 級	項 目	指 数	視力障害				視野障害				合 計			
障 害 部 位	等 級	項 目	指 数															
視力障害																		
視野障害																		
合 計																		
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・外傷名欄には、糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮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。																		

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力					
右眼		×	D	( )	cyl	D	A x °
左眼		×	D	( )	cyl	D	A x °

2 視 野

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価 (I / 4)

① 両眼の視野が中心10度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度 (≤80)
左										度 (≤80)
② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)										

(2) 中心視野の評価 (I / 2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									①	度
左									②	度

(①と②のうち大きい方)

(①と②のうち小さい方)

両眼中心  
視野角度 (I / 2) (  × 3 +  ) / 4 =  度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数  点

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右  ③ 点 (≥26dB)

左  ④ 点 (≥26dB)

(③と④のうち大きい方)

(③と④のうち小さい方)

両眼中心視野  
視認点数 (  × 3 +  ) / 4 =  点

3 現 症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

4 手 術

手術予定	有 (目的: <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し	有 (目的: <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し
------	--	--

※手術予定がある場合、手術目的を記入すること。(例: 白内障、網膜剥離等)

※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。

視  
野  
コ  
ピ  
ー  
貼  
付

※ 視野コピーは添付でも可。

(注) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタがI/4の視標によるものか、I/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障害用)

氏 名	年 月 日生	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  
自然災害・疾病・先天性・その他( )

③ 疾病・外傷発生年月日

年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

⑦ 総合所見

[将来再認定]

<input type="checkbox"/>	軽快・改善による再認定を要する
	再認定の時期 年 月
<input type="checkbox"/>	再認定は不要

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。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

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、\_\_\_\_\_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

障 害 部 位	等 級	項 目	指 数
聴覚障害			
平衡機能障害			
音声機能障害			
言語機能障害			
そしゃく機能障害			
合 計			

※ 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。

- 注意
- 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば両感音性難聴等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、先天性難聴等原因となった疾患名を記入してください。
  - 2 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害の場合は、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。
  - 3 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。
  - 4 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。

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

【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、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

(4) 聴力検査の結果(アのみ又はア及びイの両方を記載すること)

ア 純音による検査

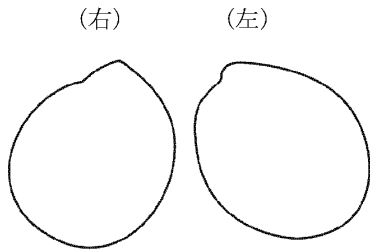
オージオメータの型式 \_\_\_\_\_

(2) 障害の種類

右	伝音性難聴	左	伝音性難聴
	感音性難聴		感音性難聴
	混合性難聴		混合性難聴

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				
110				
dB				

(3) 鼓膜の状態



(5) 身体障害者手帳(聴覚障害に係るものに限る。)の所持状況

有  無

※身体障害者手帳(聴覚障害に係るものに限る。)を所持していない者に対して2級を診断する場合には、他覚的聴覚検査結果の写しを添付すること。

イ 語音による検査

最高語音明瞭度

右	%	dB
左	%	dB

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

(1) 平衡機能の状態

- 四肢体幹に器質的異常がなく他覚的に平衡機能障害を認める
- その他 ※(3)その他の所見欄に記入

(2) 姿勢・歩行能力の状態

- 閉眼にて起立不能(3級相当)
- 閉眼で直線歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの(3級相当)
- 閉眼で直線歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの(5級相当)
- 閉眼で10m超の直線歩行が可能なもの(非該当)

(3) その他の所見

[ ]

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

※所見を記入

( )

(1) 音声機能障害

音声を全く発することができないもの (3級)

- 無喉頭 (喉頭摘出 等)
- 喉頭の障害又は形態異常
- 発声筋麻痺による音声機能障害
- その他 ( )

音声の障害のため、音声のみを用いて意思を疎通することが困難なもの (4級)

- 喉頭の障害又は形態異常
- 発声筋麻痺による音声機能喪失
- その他 ( )

※ 音声機能障害の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動 (場とレベル) の具体的な状況例」を添付すること。(表出面のみ記載)

(2) 言語機能障害

言語機能を喪失したもの (家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさないもの) (3級)

- 運動障害性構音障害
- 器質性構音障害 (唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む)
- 失語症
- その他 ( )

言語機能の著しい障害 (家族又は肉親との会話は可能であるが、家庭周辺において他人にはほとんど用をなさないもの) (4級)

- 運動障害性構音障害
- 器質性構音障害 (唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む)
- 失語症
- その他 ( )

※ 言語機能障害の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動 (場とレベル) の具体的な状況例」を添付すること。

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害程度の等級

そしゃく・嚥下機能の障害 (喪失) (3級) ※経管栄養以外に方法のないもの

- 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
- その他 ( )

そしゃく機能の著しい障害 (4級)

- 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
- その他 ( )



(2) 障害の程度及び検査所見

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できないため、経管栄養を行っている
- 経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している
- 経口摂取のみで栄養摂取ができるが、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 各器官（口唇・下顎・舌・軟口蓋・咽喉頭等）の所見

※異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。<参考 1>

c 嚥下状態の検査と所見

※嚥下状態について詳細に記載すること。<参考 2>  
 ※検査方法：□VF □VE □その他 ( )

<参考 1> 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

<参考 2>  
 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  
 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)

②咬合異常

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 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こと）

( )

c 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こと）

( )

[記入上の注意]

- (1) 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、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合、 $\frac{a+2b+c}{4}$  の算式により算定すること。  
 100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして聴力レベルを算定すること。
- (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」（別様式）の提出を求めるものとする。
- (3) 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。

**障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動(場とレベル)の具体的状況例**

〔 3 級の欄の音声言語機能のレベルに該当すれば 3 級と判定する  
 3 級の欄の項目が可能でも、4 級の欄のレベルであれば 4 級と判定する 〕

※ それぞれの項目について、できる場合は (○) を、できない場合は (×) をご記入下さい。

障害等級	コミュニケーションのレベル		○ ×	表出面	○ ×
	コミュニケーションの場				
3 級	本人 ↓↑ 家族 状況依存度が 高い	・ 本人や家族の名前がわかる		・ 本人、家族の名前が言える (通じる)	
		・ 住所がわかる		・ 住所が言える (通じる)	
		・ 日付、時間がわかる		・ 日付、時間、年齢が言える (通じる)	
		・ 部屋の中の物品を言われてわかる		・ 欲しい物品を要求できる (通じる)	
		・ 日常生活動作に関する指示がわかる <風呂に入って、S T に行って、薬を 2 錠飲んで…>		・ 日常生活動作に関連する訴えができる (通じる) <窓を開けて…> ・ 身体的訴えができる (通じる)	
4 級	本人 ↓↑ 家族 周辺 状況依存度が 低い	・ 問診の質問が理解できる		・ 病歴、病状が説明できる (通じる)	
		・ 治療上の指示が理解できる <P T、薬の飲み方…>		・ 治療上のことについて、質問ができる (通じる) ・ 家族に内容を伝えることができる	
		・ 訪問者の用件がわかる		・ 訪問者に用件を質問できる (通じる) ・ 用件を家族に伝えることができる	
		・ 電話での話がわかる		・ 電話で応答できる ・ 家族に内容を伝えることができる<いつ、誰、何、どこ> ・ 知り合いに電話をかけて用件を伝えることができる (通じる)	
		・ 尋ねた道順がわかる		・ 行先を言える (通じる) ・ 道順を尋ねることができる (通じる)	
		・ おつかいができる<どこで、何を、いくつ、いくら、誰に、いつ>		・ 買物をことばでできる (通じる) <何をいくつ、いくら>	
【特記事項】					

年 月 日

医師氏名

印

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				
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 自然災害・疾病・先天性・その他( )		
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所				
④ 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				
⑨ 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)		<div style="text-align: right;">[将来再認定]</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する  再認定の時期 年 月  <input type="checkbox"/> 再認定は不要 </div>		
⑩ 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)				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号				
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、 _____ 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				
	障 害 部 位	等 級	項 目	指 数
	合 計			
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。				

肢体不自由の状況及び所見

- 1 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・し緩性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・  
腱反射(亢進・減弱・消失)・病的反射・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

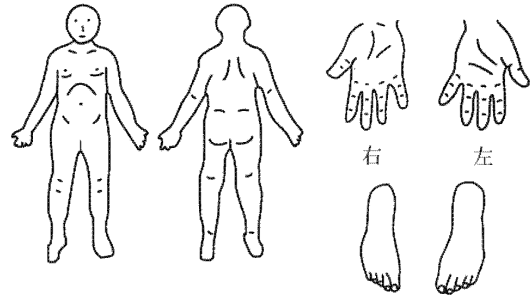
参考図示

2 計 測

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	

計測法:

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



× 変形    ■ 切離断    ▨ 感覚障害    ▨ 運動障害

上腕切離断	健側上腕長cm	
	患側断長cm	
大腿切離断	健側大腿長cm	
	患側断端長cm	
下腿切離断	健側下腿長cm	
	患側断端長cm	

計測法:

上腕切離断: 腋窩レベル～上腕断端までの距離  
 大腿切離断: 股レベル～大腿断端までの距離  
 下腿切離断: 内側膝関節裂隙～下腿断端までの距離

※ 3、4、5については、壁づたい、つえ及び補装具等を使用しない場合での状況を記入すること。

- 3 歩行能力 正常に可能・ m歩行可能・ 歩行不能
- 4 起立位 正常に可能・ 分間以上困難・ 不能
- 5 片脚での起立位保持 (可・不可)

6 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○(下記 注参照)

寝返りする		洋式便器に座る		いすに腰かける		横座り		あぐら		正座	
-------	--	---------	--	---------	--	-----	--	-----	--	----	--

新聞紙をつまむ	右	左	背中を洗う	
丸めた週刊誌を握る	右	左	排泄の後始末をする	
コップで水を飲む	右	左	かぶりシャツを着て脱ぐ	
はしで食事をする	右	左	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
さじで食事をする(自助具)	右	左	靴下をはく	
字を書く	右	左	立つ(手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	
ブラシで歯をみがく(自助具)	右	左	家の中の移動(壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	
顔を洗いタオルでふく			屋外を移動する(家の周辺程度)(つえ、松葉づえ、車いす)	
タオルを絞る			二階まで階段を上って下りる(手すり、つえ、松葉づえ)	
ひもを結ぶ			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るので、( )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る。

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT) (この表は必要な部分を記入) 検査日 ( 年 月 日)

筋力テスト( )		関節可動域		筋力テスト( )		関節可動域		筋力テスト( )	
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90				90 60 30 0 30 60 90				90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	
( ) 前屈		後屈( )	頸	( ) 左屈		右屈( )			
( ) 前屈		後屈( )	体幹	( ) 左屈		右屈( )			
右 ( ) 屈曲		伸展( )	( ) 伸展	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 外転		内転( )	肩	( ) 内転		外転( )			
( ) 外旋		内旋( )	( ) 内旋	( ) 内旋		外旋( )			
( ) 屈曲		伸展( )	肘	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 回外		回内( )	前腕	( ) 回内		回外( )			
( ) 掌屈		背屈( )	手	( ) 背屈		掌屈( )			
( ) 屈曲		伸展( )	母	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	示	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	中	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	環	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	小	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	母	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	示	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	中	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	環	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	小	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 屈曲		伸展( )	股	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 外転		内転( )	( ) 内転	( ) 内転		外転( )			
( ) 外旋		内旋( )	( ) 内旋	( ) 内旋		外旋( )			
( ) 屈曲		伸展( )	膝	( ) 伸展		屈曲( )			
( ) 底屈		背屈( )	足	( ) 背屈		底屈( )			

備考 筋力と動作・活動状況に乖離がある場合は、その理由を必ず記入すること。

- 注：1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。  
 2 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。  
 3 関節可動域の図示は、のように両端に太線をひき、その間を線で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(S)を引く。  
 4 筋力については、徒手筋力テスト段階5により、表( )内に0~5 (又は×△○印)を記入する。  
 ×印は筋力消失又は著減(筋力0、1、2該当)、△印は筋力半減(筋力3該当)、○印は筋力正常又はやや減(筋力4、5該当) (ただし、○印については、筋力正常若しくはやや減、又は、4若しくは5の区別を明記する。)  
 5 (PIP)の項母指は(IP)関節を指す。  
 6 DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。  
 7 図中ぬりつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示 × (2) 伸展 屈曲 (3) △

- 備考 1 異常がある部位は全て記入すること。  
 2 手指の欠損部位を示す場合には、おや指については指骨間関節以上その他の指については近位指節間関節を欠くか否かを明示すること。

## 二つ以上の障害が重複する場合の取扱い

1 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。

合計指数	18以上	17～11	10～7	6～4	3～2	1
認定等級	1級	2級	3級	4級	5級	6級

2 合計指数の算定方法

(1) 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	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
指 数	18	11	7	4	2	1	0.5

(2) 合計指数算定の特例

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か所以上あるとき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) 右上肢のすべての指を欠くもの 3級 等級別指数 7  
 手関節の全廃 4級 " 4  
 合計指数 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) 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  
 合計指数 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。

左上肢の肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

総括表 身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

氏 名	年 月 日生	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  
自然災害・疾病・先天性・その他( )

③ 疾病・外傷発生年月日

年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

⑪ 総合所見

[将来再認定]

<input type="checkbox"/>	軽快・改善による再認定を要する
	再認定の時期 年 月
<input type="checkbox"/>	再認定は不要

⑫ 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。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

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、 \_\_\_\_\_ 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

障 害 部 位	等 級	項 目	指 数
上肢機能障害			
移動機能障害			
合 計			

注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば脳原性運動機能障害(上下肢不随意運動)等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、脳性麻痺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。

## 脳原性運動機能障害用

## 1 上肢機能障害

## ア 両上肢機能障害

〈ひも結びテスト結果〉

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（該当するものを○で囲むこと）

〈5 動作の能力テスト結果〉

a 封筒をはさみで切るときに固定する （可能 ・ 不可能）

b 財布から硬貨を出す （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（該当するものを○で囲むこと）

〈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 いすから立ち上り10m歩行し、再びいすに座る （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ち上る （可能 ・ 不可能）

（注）この様式は、脳性麻痺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。

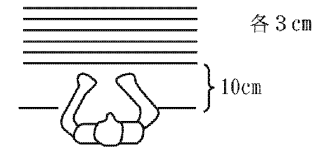


## (備考) 上肢機能テストの具体的方法

## ア ひも結びテスト

事務用とじひも(概ね43cm規格のもの)を使用する。

- ① とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べる。
- ② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。



(注) ○上肢を体や机に押し付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 ひもが落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。
- ⑤ ひも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 封筒をはさみで切るときに固定する。

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

- b 財布から硬貨を出す。

財布を患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手で硬貨を出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

- 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。

立位ではなく座位のままでよい。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。





## 4 その他の所見（該当する場合は記入すること）

## 5 活動能力の程度

- 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起こらないもの（非該当）
- 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級相当）
- 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（4級相当）
- 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、救急医療を繰り返す必要としているもの（3級相当）
- 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの（1級相当）

6 人工弁移植、弁置換 （有・無） 手術日（ 年 月 日）

7 ペースメーカー （有・無） 手術日（ 年 月 日）

## 8 ペースメーカー「有」の場合のみ次を記入

## ●ペースメーカーの適応度（クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ）

※ 「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（2010年合同研究班報告）  
におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をすること。

## ●身体活動能力（運動強度）検査日・判断日（ 年 月 日）（メッツ）

※ メッツ値について、症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は、症状がより  
重度の状態（メッツ値が一番低い値）を記載すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳未満用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)	心臓機能障害	
② 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( )	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日・場所	
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
[将来再認定]		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要		
⑥ 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。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号		
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、_____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。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症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安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。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

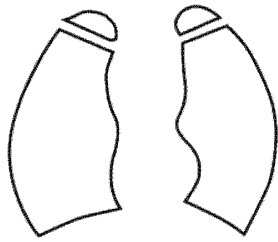
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 ( 年 月 日)

- ア 著しい発育障害 (有・無)      オ チアノーゼ (有・無)
- イ 心音・心雑音の異常 (有・無)      カ 肝腫大 (有・無)
- ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)      キ 浮腫 (有・無)
- エ 運動制限 (有・無)

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 ( 年 月 日)



心 胸 比  
( ) %

- ア 心胸比0.56以上 (有・無)
- イ 肺血流量増又は減 (有・無)
- ウ 肺静脈うっ血像 (有・無)

(2) 心電図所見 ( 年 月 日)

- ア 心室負荷像 (有<右室、左室、両室>・無)
- イ 心房負荷像 (有<右房、左房、両房>・無)
- ウ 病的な不整脈 [種類 ] (有・無)
- エ 心筋障害像 [所見 ] (有・無)

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見 ( 年 月 日)

- ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無)
- イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無)
- ウ その他 ( )

3 養護の区分

- 6か月～1年ごとの観察(非該当)
- 1か月～3か月ごとの観察(4級相当)
- 症状に応じて要医療(4級相当)
- 継続的要医療(3級相当)
- 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継続的治療を要するもの(1級相当)

総括表 身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)	じん臓機能障害	
② 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( )	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日・場所	
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑦ 総合所見		
〔将来再認定〕		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要		
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。		
年 月 日		
診療担当科名	科	15条指定医師氏名 印
病院又は診療所の名称		
所 在 地 〒		
電 話 番 号		
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、_____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。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、慢性糸球体腎炎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。		

じん臓の機能障害の状況及び所見

- 1 身長 ( ) cm ・体重 ( ) kg
- 2 じん臓機能 ( 年 月 日 )  
 ア 内因性クレアチンクリアランス値 ( ml/分) エ 24時間尿量 ( ml/日)  
 イ 血清クレアチニン濃度 ( mg/dl) オ 尿所見 ( )  
 ウ 血清尿素窒素濃度 ( mg/dl)
- 3 その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等) ( 年 月 日 )
- 4 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、裏づける所見を記入すること) ( 年 月 日 )

臨床症状	有 無 (どちらかに○)	裏づける所見 (有の場合に記載)
ア じん不全に基づく末梢神経症	有 無	所見
イ じん不全に基づく消化器症状	有 無	<input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢
ウ 水分電解質異常	有 無	Na ( ) mEq/l K ( ) mEq/l Ca ( ) mg/dl P ( ) mg/dl <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 乏尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 肺うっ血 <input type="checkbox"/> その他( )
エ じん不全に基づく精神異常	有 無	所見
オ X線写真所見における骨異常	有 無	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度
カ じん性貧血	有 無	Hb ( ) g/dl Ht ( ) % 赤血球数 ( ) ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
キ 代謝性アシドーシス	有 無	HCO <sub>3</sub> ( ) mEq/l
ク 重篤な高血圧症	有 無	最大血圧/最小血圧 ( ) / ( ) mmHg
ケ じん不全に直接関連するその他の症状	有 無	所見

5 現在までの治療内容

6 慢性透析治療法の実施の有無

- 有 ( 年 月 日 導入)  
 開始予定 ( 年 月 日 導入予定 ・ 未定 )  
 無

7 日常生活の制限による分類

- 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 (非該当)  
 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、それ以上の活動は著しく制限されるもの (4級相当)  
 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は著しく制限されるもの (3級相当)  
 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの (1級相当)



総括表 身体障害者診断書・意見書(呼吸器機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
-----	--------	-------

住 所

① 障害名 (部位を明記) 呼吸器機能障害

② 原因となった 交通・労災・その他の事故  
 疾病・外傷名 自然災害・疾病・先天性・その他( )

③ 疾病・外傷発生日 年 月 日・場 所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見 (エックス線写真を含む)  
 ※フローボリューム曲線を添付すること。

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日	
在宅酸素療法	人工呼吸管理 (含 NPPV)
<input type="checkbox"/> 有 酸素吸入量 安静時 ( ) L/分、労作時 ( ) L/分 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 時間 <input type="checkbox"/> 無

⑤ 総合所見

[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 年 月  
 再認定は不要

⑥ 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。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

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、 \_\_\_\_\_ 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。

注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、肺結核後遺症、慢性閉塞性肺疾患、肺線維症等原因となった疾患名を具体的に記入してください。  
 2 治療又は手術後の症状が安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。

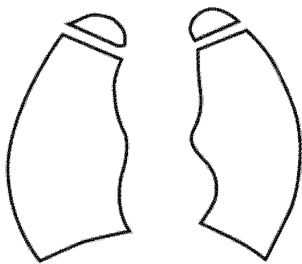
呼吸器の機能障害の状況及び所見呼吸器の機能障害の状況及び所見

1 身体計測 身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg

2 活動能力の程度

- 激しい運動をした時だけ息切れがある (非該当)
- 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある (4 級相当)
- 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある (4 級相当)
- 平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる (3 級相当)
- 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある (1 級相当)

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 線 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 予測肺活量 . L
- イ 実測肺活量 . L
- ウ 実測努力肺活量 . L
- エ 一秒量 . L
- オ 予測肺活量 1 秒率 . %  $(= \frac{I}{P} \times 100)$

(アについては、下記の子測式を使用して算出すること。)

肺活量子測式 (L)

男性 0.045 × 身長 (cm) - 0.023 × 年齢 (歳) - 2.258

女性 0.032 × 身長 (cm) - 0.018 × 年齢 (歳) - 1.178

(子測式の適応年齢は、男性 18-91 歳、女性 18-95 歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

5 動脈血ガス (平成 年 月 日) ※可能な限りルームエアー下で測定すること。

- ア O<sub>2</sub>分圧 : Torr
- イ CO<sub>2</sub>分圧 : Torr
- ウ pH :
- エ BE :
- オ 採血より分析までに時間を要した場合 時間 分
- カ 耳朶血を用いた場合 : ( )
- キ ルームエアーでの測定が困難な場合、その理由及び採血時の酸素投与量を記載

6 その他の臨床所見

- ア SpO<sub>2</sub> 安静時 % 歩行時 %
- イ その他

※ 6 分間歩行試験実施の場合は、歩行距離 [ m ( %) ] を記入すること。

## 裏面

1 活動能力の程度と予測肺活量 1 秒量、動脈血ガス  $O_2$  分圧に不均衡がある場合について

活動能力の程度と予測肺活量 1 秒量（以下「指数」という）及び動脈血ガス  $O_2$  分圧（以下「 $O_2$  分圧」という）に不均衡がある場合は、呼吸器機能障害以外の原因が活動能力の低下に関与していないか慎重に検討する必要があります。もし、活動能力の低下を説明する他の原因がなく、指数・ $O_2$  分圧以外の検査で活動能力の低下を証明できるなら、その所見を診断書の臨床経過欄等に記載してください。（例えば労作時の  $O_2$  分圧（ $SpO_2$  でも可）等）

2 指数と  $O_2$  分圧に不均衡がある場合について

換気機能障害を測るための指数と、ガス交換機能障害を測るための  $O_2$  分圧の間には、相当程度の相関関係があるのが一般的です。しかしながら、指数と  $O_2$  分圧のレベルに不均衡が生じる場合もあり、こうした場合には、指数の方が  $O_2$  分圧より誤差を生じやすいことにも配慮し、努力呼出曲線などの他のデータを活用したり、 $CO_2$  分圧や PH 値の数値も参考にし、総合的な障害等級の判断をお願いします。

なお、このように指数と  $O_2$  分圧に不均衡がある場合については、障害等級をどのような理由で判断したかについて記載いただくようお願いします。判断の根拠となった他の検査データがある場合は、そのデータの記載または添付をお願いします。

## 3 動脈血ガスの検査について

認定基準に示された数値は、急性増悪期ではなく安定期、しかも安静時、ルームエアー吸入時のものです。したがって診断書に記入するのはこの状況下での数値となりますが、ルームエアーでの測定が困難な場合は、その理由及び採血時の酸素投与量を記載してください。また、ルームエアーでの  $SpO_2$  のデータがあれば、参考となりますので併せて御記入ください。

総括表 身体障害者診断書・意見書(ぼうこう又は直腸機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記) <span style="float:right;"> <input type="checkbox"/>ぼうこう機能障害  <input type="checkbox"/>直腸機能障害  <input type="checkbox"/>ぼうこう・直腸機能障害         </span>		
② 原因となった疾病・外傷名 <span style="float:right;">           交通・労災・その他の事故            自然災害・疾病・先天性・その他( )         </span>		
③ 疾病・外傷発生年月日 <span style="float:right;">年 月 日・場所</span>		
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) <span style="float:right;">年 月 日</span>		
⑯ 総合所見 (ストマについては、永久的な造設に関して記載)		
[将来再認定]		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 <span style="float:right;">年 月</span>		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要		
⑳ 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>年 月 日</span> <span>診療担当科名 科</span> <span>15条指定医師氏名</span> <span>印</span> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <span>病院又は診療所の名称</span>  <span>所 在 地 〒</span>  <span>電 話 番 号</span> </div>		
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、 _____ 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。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、ぼうこう腫瘍、クローン病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。		

ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

〔記入上の注意〕

- ・ 「ぼうこう機能障害」及び「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□にレを入れ、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持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

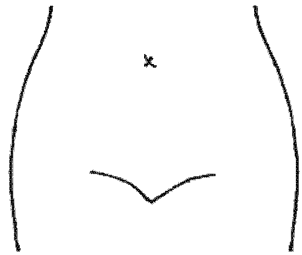
□ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

- 腎瘻 □腎盂瘻
- ① 種類 □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]
- ④ 閉鎖予定 □無 □有 ( \_\_\_\_\_年 月頃)

(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



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 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
  - 空腸ストマ     回腸ストマ
  - 上行結腸ストマ    横行結腸ストマ
  - 下行結腸ストマ    S状結腸ストマ
  - その他 [ \_\_\_\_\_ ]

② 術 式 : [ \_\_\_\_\_ ]

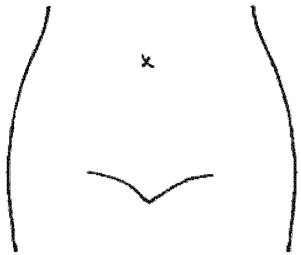
③ 手術日 : [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

④ 閉鎖予定  無  有 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

(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



(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 : [ \_\_\_\_\_ ]

(2) 瘻孔の数 : [ \_\_\_\_\_ ] 個

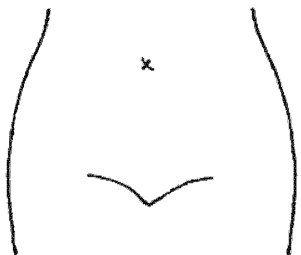
(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分
- 一部分

(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

(2) 排便機能障害の状態・対応

先天性疾患に起因する神経障害  
[ \_\_\_\_\_ ]  
(例：二分脊椎 等)

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

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 ]

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尿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尿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尿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尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、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
- 高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

総括表 身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
-----	--------	-------

住 所

① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害

② 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( )

③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

21 総合所見

[将来再認定]

<input type="checkbox"/>	軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月
<input type="checkbox"/>	再認定は不要

22 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。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

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、\_\_\_\_\_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。

注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、小腸間膜血管閉塞症、クローン病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。



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 : \_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月)

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。

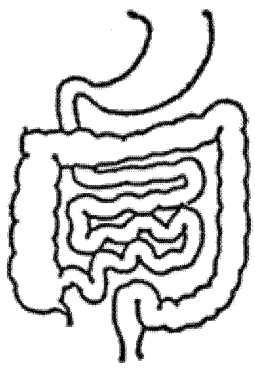
推定残存小腸の長さ、その他の所見

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 ・ 間欠的 )
- ・ 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 ・ 間欠的 )
- ・ 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	10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	血 色 素 量	g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	g/dl	血 清 アルブミン濃度	g/dl
血 清 総 コレステロール濃度	mg/dl	中 性 脂 肪	mg/dl
血 清 ナトリウム濃度	mEq/l	血 清 カリウム濃度	mEq/l
血 清 クロール濃度	mEq/l	血 清 マグネシウム濃度	mEq/l
血 清 カルシウム濃度	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一日当たり熱量は 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 か月間の観察期間を経て行うものとする。

総括表 身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳以上用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記) 免疫機能障害		
② 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( )		
③ 疾病・外傷発生年月日		
年 月 日・場所		
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
23 総合所見		
[将来再認定] <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要		
24 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。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号		
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、 _____ 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。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、HIV感染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 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。		

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

(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 ※ いずれか1つの検査による確認が必要

	検査法	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」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

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
--------------------------	-----------

3 CD4 陽性Tリンパ球数(／ $\mu$ l)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	／ $\mu$ l	／ $\mu$ l
年 月 日	／ $\mu$ l	

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 検査所見及び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	／ $\mu$ l	／ $\mu$ l

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	／ $\mu$ l	／ $\mu$ l

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]
--------------------------

## (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日以上の変動の発熱(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」10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]	

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こと。

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。

総括表 身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳未満用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女			
住 所					
① 障害名(部位を明記) 免疫機能障害					
② 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( )					
③ 疾病・外傷発生年月日					
年 月 日・場所					
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)					
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日					
25 総合所見					
<div style="text-align: right;">[将来再認定]</div> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">再認定の時期 年 月</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 再認定は不要</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する	再認定の時期 年 月	<input type="checkbox"/> 再認定は不要
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する					
再認定の時期 年 月					
<input type="checkbox"/> 再認定は不要					
26 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。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号					
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、_____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。					
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、HIV感染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 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。					

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1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 法	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	/ $\mu$ l	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10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害「身体障害認定基準」(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

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」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

イ 中等度の症状 (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)

臨 床 症 状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症(<1,000/ $\mu$ l)	有・無
30日以上続く貧血(<Hb 8g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症(<100,000/ $\mu$ 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、肺炎または敗血症	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]	

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（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)

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]	

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。

総括表 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
-----	--------	-------

住 所

① 障害名(部位を明記) 肝臓機能障害

② 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( )

③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)  
 (注) 肝臓移植を実施した者であって、抗免疫療法を実施しているものは、次ページの記載は省略可能。

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		

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

27 総合所見

〔将来再認定〕

<input type="checkbox"/>	軽快・改善による再認定を要する
	再認定の時期 年 月
<input type="checkbox"/>	再認定は不要

28 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。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

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、 \_\_\_\_\_ 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。

注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、例えば単に肝硬変という記載にとどめることなく、C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変、ウィルソン病による肝硬変等のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載してください。

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 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。

肝臓機能障害の状況及び所見

1 障害の変動に関する因子（※下記のいずれかが「×」の場合は障害認定の対象外）

	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	○ ・ ×	○ ・ ×

2 肝臓機能障害の重症度

	検査日（第 1 回）		検査日（第 2 回）	
	平成 年 月 日		平成 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 ℓ )		なし ・ 軽度 ・ 中程度以上 (概ね ℓ )	
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
------	---	---	---

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・検査結果を入力すること。

注 2 点数は、Child-Pugh 分類による点数を記入すること。

注 3 1 級、2 級については肝性脳症、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 項目以上の項目において 2 点以上の状態が連続して 2 回以上続くことが必要である。

※ 初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、2 回目の検査時点で Child-Pugh 分類の合計点数が 7 点から 9 点までの状態である場合は、1 年以上 5 年以内の期間内に再認定を実施すること。

<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	2.8 g/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	2.0 mg/dℓ 未満	2.0~3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ 超

注 4 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 5 腹水は、原則として超音波検査、体重増減、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 40 kg 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、薬剤によるコントロールができないものを中程度以上とする。

3 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 5.0 mg/dℓ以上		有・無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度 150 μg/dℓ		有・無
検査日	年 月 日		
補完的な肝機能診断	血小板数 50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有・無
	検査日	年 月 日	
	症状に影響する病歴	原発性肝がんの治療の既往	
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
------	---

## 歯科医師による診断書・意見書

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
現 症		
原因疾患名		
治療経過		
今後必要とする治療内容 (1) 歯科矯正治療の要否  (2) 口腔外科的手術の要否  (3) 治療完了までの見込み  向後 年 月		
現症をもとに上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。  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 ・ 該当しない  年 月 日  病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号  診療担当科名 科 15 条歯科医師氏名 印		

**熊本県告示第502号**

道路法（昭和27年法律第180号）第18条第2項の規定により、次のとおり道路の供用を開始する。

その関係図面は、平成30年6月22日から60日間、熊本県土木部道路都市局道路保全課において一般の縦覧に供する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

## 1 道路の種類、路線名及び供用を開始する区間等

道路の種類	路線名	供用を開始する区間	延長 (メートル)	備考
主要地方道	益城矢部線	上益城郡益城町大字寺迫字日待 1199番1地先から 上益城郡益城町大字寺迫字小柳 1055番1地先まで	45.1	災害復旧 (迂回路設置)

## 2 供用を開始する期日 平成30年6月22日

**熊本県告示503号**

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の3第1項の規定により指定障害児通所支援事業者として次のとおり指定したので、同法第21条の5の24の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業所の名称及び所在地	事業者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名	指定年月日	事業所番号	障害児通所支援の種類
児童発達支援事業所こどもサポートセンターぴゅーぱ 球磨郡多良木町大字多良木字口ノ坪268番地1	一般社団法人児童発達支援事業所こどもサポートセンターぴゅーぱ 球磨郡多良木町大字多良木字口ノ坪268番地1 田村 禎	平成30年4月1日	4351800026	指定児童発達支援 指定放課後等デイサービス

**熊本県告示504号**

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の3第1項の規定により指定障害児通所支援事業者として次のとおり指定したので、同法第21条の5の24の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業所の名称及び所在地	事業者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名	指定年月日	事業所番号	障害児通所支援の種類
ゆいまーる八代市場町高下西町1760	社会福祉法人 権現福祉会 八代市場町35番地2 松本 善孝	平成30年4月1日	4350200079	指定児童発達支援 指定放課後等デイサービス

**熊本県告示505号**

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の3第1項の規定により指定障害児通所支援事業者として次のとおり指定したので、同法第21条の5の24の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業所の名称及び所在地	事業者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名	指定年月日	事業所番号	障害児通所支援の種類
地域療育支援事業	社会福祉法人 慈永	平成30年4月	4353000054	指定児童発

業所 第2はま ゆう療育園 天草市東町28 -20	会 天草郡苓北町上津深 江278番地2 永野 義孝	月1日	達支援 指定放課後 等デイサー ビス
------------------------------------	------------------------------------	-----	-----------------------------

**熊本県告示第506号**

家畜伝染病予防法（昭和26年法律第166号）第13条第1項の規定により、次のとおり家畜伝染病に係る届出があったので、同条第4項の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

病 名	区分	発 生 年 月 日	発生場所	発生戸数及び頭数	摘要
ヨ-ネ病	患畜	平成30年6月12日	玉名市	1戸7頭	乳用牛

**熊本県告示第507号**

次のとおり介護保険法（平成9年法律第123号）第75条第2項の規定による指定居宅サービスの事業の廃止の届出があったので、同法第78条の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業者の名称又は氏名	事業所の名称	事業所の所在地	廃止年月日	サービスの種類
社会福祉法人東陽会	訪問看護ステーションあさぎり	球磨郡あさぎり町免田東333番地3	平成29年10月31日	訪問看護
有限会社青い空	青い空 訪問介護事業所	上益城郡甲佐町横田640番地	平成29年10月31日	訪問介護
医療法人明朋会	訪問看護事業所夕葉町	八代市夕葉町7番地3	平成29年11月1日	訪問看護
医療法人社団金森会	ヘルパーステーションうと本町	宇土市新小路町2番地	平成29年11月30日	訪問介護
社会福祉法人天草市社会福祉協議会	天草市社協ヘルパーセンター御所浦	天草市御所浦町御所浦3527番地	平成30年3月31日	訪問入浴介護
医療法人社団藤岡会	デイサービスセンター 日加里	上益城郡御船町辺田見181番地1	平成29年12月30日	通所介護
株式会社えみのわ	訪問介護事業所えみのわ宇城	宇城市松橋町曲野2528-1	平成29年12月31日	訪問介護
トライアドプラス株式会社	ひご薬局西間店	人吉市西間上町2582	平成29年11月30日	居宅療養管理指導
本里 秀俊	本里内科医院	玉名市大倉1574-4	平成29年12月31日	居宅療養管理指導
本里 秀俊	本里内科医院通所リハビリテーションももだ	玉名市大倉1574-4	平成29年12月31日	通所リハビリテーション
和水町	国民健康保険和水町立病院	玉名郡和水町江田4040番地	平成30年1月31日	短期入所療養介護
特定非営利活動法人コヴェント・ガーデン	デイサービスセンター つくし	阿蘇郡高森町大字高森2151番地1	平成30年1月14日	通所介護
株式会社さくら	訪問介護事業所さくら	八代郡氷川町鹿島628番地1	平成29年9月14日	訪問介護
株式会社さくら	デイサービスセンター さくら	八代市鏡町下有佐字二反田162番6	平成29年10月31日	通所介護
有限会社健康共同ファルマ	たんぼぼ薬局	菊池郡菊陽町原水5587-4	平成21年5月31日	居宅療養管理指導



株式会社アク ト・トゥーワン	株式会社アク ト・トゥーワン	菊池市重味97 3番地1	平成30年1 月31日	福祉用具貸与
株式会社アク ト・トゥーワン	株式会社アク ト・トゥーワン	菊池市重味97 3番地1	平成30年1 月31日	特定福祉用具 販売
株式会社アク ト・トゥーワン	株式会社アク ト・トゥーワン	菊池市重味97 3番地1	平成30年1 月31日	特定介護予防 福祉用具販売
医療法人藤杏会	伊藤医院	荒尾市四ツ山町 三丁目5番2号	平成30年2 月28日	短期入所療養 介護
合同会社ふくろ うの森	訪問介護事業所 ふくろうの森	上益城郡益城町 広崎520番地 12	平成30年3 月31日	訪問介護
医療法人社団順 幸会	上村ぬくもり診 療所	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年8 月28日	訪問看護
医療法人社団順 幸会	上村ぬくもり診 療所	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年8 月28日	訪問リハビリ テーション
医療法人社団順 幸会	上村ぬくもり診 療所	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年8 月28日	居宅療養管理 指導
医療法人社団順 幸会	通所リハビリテ ーションセンタ ー「ぬくもり」	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年8 月28日	通所リハビリ テーション
有限会社あいだ 介護センター	有限会社 あい だ介護センター	人吉市西間上町 842番地の1	平成30年3 月31日	訪問介護
株式会社介護サ ービス合志	デイサービスセ ンター千鳥庵	荒尾市増永27 5番2	平成30年3 月31日	通所介護
社会福祉法人敬 愛会	デイサービスセ ンターさくら湯	八代市日奈久下 西町字大正町5 54番地6	平成30年3 月31日	通所介護
天草市	国民健康保険天 草市立新和病院	天草市新和町小 宮地763-3	平成30年4 月10日	短期入所療養 介護
特定医療法人萬 生会	訪問看護ステー ション 光の森	合志市幾久富1 866番168 0	平成30年3 月31日	訪問看護
有限会社陽楽	生活サポート陽 楽	菊池市泗水町永 2496番地1 2	平成28年3 月31日	訪問介護
有限会社陽楽	デイサービス陽 楽	菊池郡大津町杉 水436番地1	平成28年3 月31日	通所介護

## 熊本県告示第508号

次のとおり介護保険法（平成9年法律第123号）第82条第2項の規定による指定居宅介護支援の事業の廃止の届出があったので、同法第85条の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業者の名称又は氏名	事業所の名称	事業所の所在地	廃止年月日
株式会社南関介護サ ービス	ケアプラン 関の郷	玉名郡南関町大字 関町字町浦16番 地2	平成29年9月 30日
社会福祉法人三ツ葉司 会	居宅介護支援事業所 あいさと	山鹿市鹿央町合里 1013番地3	平成29年11 月30日
有限会社ケアライフ	ケアライフ	水俣市浜4083 番地187	平成29年12 月31日
特定非営利活動法人コ ヴェント・ガーデン	居宅介護支援事業所 つくし	阿蘇郡高森町高森 2151番地1	平成30年1月 14日

一般社団法人いこいの家ひまわりの会	ケアプランサービスひまわり	天草市深海町50番地4	平成30年2月28日
社会福祉法人相愛会	実相園指定居宅介護支援事業所	天草市河浦町河浦1971番地	平成30年3月31日
株式会社介護サービス合志	ケアプランセンターちどり	荒尾市増永275番2	平成30年3月31日
株式会社絆	かすみ居宅介護支援センター	合志市幾久富1909番地1457	平成30年3月1日
医療法人社団とやまクリニク	とやまクリニック介護支援センター	人吉市宝来町12番地7	平成30年3月20日

## 熊本県告示第509号

次のとおり介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の5第2項の規定による指定介護予防サービスの事業の廃止の届出があったので、同法第115条の10の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業者の名称又は氏名	事業所の名称	事業所の所在地	廃止年月日	サービスの種類
社会福祉法人東陽会	訪問看護ステーションあさぎり	球磨郡あさぎり町免田東333番地3	平成29年10月31日	介護予防訪問看護
社会福祉法人不動会	特別養護老人ホーム一本松荘ショートステイ	山鹿市鹿本町津袋450番地	平成30年3月31日	介護予防短期入所生活介護
医療法人明朋会	訪問看護事業所夕葉町	八代市夕葉町7番地3	平成29年11月1日	介護予防訪問看護
社会福祉法人三ツ葉司会	短期入所生活介護事業所あいさと	山鹿市鹿央町合里1039番地	平成29年11月30日	介護予防短期入所生活介護
社会福祉法人高森町社会福祉協議会	社会福祉法人高森町社会福祉協議会訪問入浴介護事業所	阿蘇郡高森町大字高森1258番地1	平成30年1月1日	介護予防訪問入浴介護
社会福祉法人天草市社会福祉協議会	天草市社協ヘルパーセンター御所浦	天草市御所浦町御所浦3527番地	平成30年3月31日	介護予防訪問入浴介護
トライアドプラス株式会社	ひご薬局西間店	人吉市西間上町2582	平成29年11月30日	介護予防居宅療養管理指導
本里 秀俊	本里内科医院	玉名市大倉1574-4	平成29年12月31日	介護予防訪問看護
本里 秀俊	本里内科医院	玉名市大倉1574-4	平成29年12月31日	介護予防訪問リハビリテーション
本里 秀俊	本里内科医院	玉名市大倉1574-4	平成29年12月31日	介護予防居宅療養管理指導
本里 秀俊	本里内科医院通所リハビリテーションももだ	玉名市大倉1574-4	平成29年12月31日	介護予防通所リハビリテーション
和水町	国民健康保険和水町立病院	玉名郡和水町江田4040番地	平成30年1月31日	介護予防短期入所療養介護
有限会社健康共同ファルマ	たんぼぼ薬局	菊池郡菊陽町原水5587-4	平成21年5月31日	介護予防居宅療養管理指導

株式会社アク ト・トゥーワン	株式会社アク ト・トゥーワン	菊池市重味97 3番地1	平成30年 1月31日	介護予防福祉 用具貸与
社会福祉法人湯 前町社会福祉協 議会	社会福祉法人湯 前町社会福祉協 議会	球磨郡湯前町1 693番地37	平成30年 3月31日	介護予防訪問 入浴介護
医療法人社団順 幸会	上村ぬくもり診 療所	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年 8月28日	介護予防訪問 看護
医療法人社団順 幸会	上村ぬくもり診 療所	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年 8月28日	介護予防訪問 リハビリテー ション
医療法人社団順 幸会	上村ぬくもり診 療所	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年 8月28日	介護予防居宅 療養管理指導
医療法人社団順 幸会	通所リハビリテ ーションセンタ ー「ぬくもり」	阿蘇郡南阿蘇村 河陽4457- 1	平成29年 8月28日	介護予防通所 リハビリテー ション
社会福祉法人天 草市社会福祉協 議会	天草市社協訪問 入浴うしぶか	天草市牛深町2 286番地10 3	平成30年 3月31日	介護予防訪問 入浴介護
社会福祉法人天 草市社会福祉協 議会	天草市社協ヘル パーセンター本 渡	天草市今釜新町 3699番地	平成30年 3月31日	介護予防訪問 入浴介護
天草市	国民健康保険天 草市立新和病院	天草市新和町小 宮地763-3	平成30年 4月10日	介護予防短期 入所療養介護
特定医療法人萬 生会	訪問看護ステー ション 光の森	合志市幾久富1 866番168 0	平成30年 3月31日	介護予防訪問 看護

熊本県告示第510号

次のとおり地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）附則第11条及び第14条第2項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第5条の規定による改正前の介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の5第2項の規定による指定介護予防サービスの事業の廃止の届出があったので、公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業者の名称又は氏名	事業所の名称	事業所の所在地	廃止年月日	サービスの種類
有限会社青い空	青い空 訪問介護事業所	上益城郡甲佐町横田640番地	平成29年 10月31日	介護予防訪問 介護
特定非営利活動法人地域たすけあいの会	デイサービス ささえあい奥立願寺	玉名市富尾1202番地1号	平成29年 2月1日	介護予防通所 介護
社会福祉法人双友会	つつじ山荘デイサービスセンター	菊池郡大津町大字大津2061番地	平成30年 3月31日	介護予防通所 介護
医療法人社団金森会	ヘルパーステーションうと本町	宇土市新小路町2番地	平成29年 11月30日	介護予防訪問 介護
医療法人社団藤岡会	デイサービスセンター 日加里	上益城郡御船町辺田見181番地1	平成29年 12月30日	介護予防通所 介護
社会福祉法人合志市社会福祉協議会	合志市社協南ヶ丘デイサービスセンター「ひかり」	合志市幾久富1909番地827	平成29年 12月31日	介護予防通所 介護

特定非営利活動法人コヴェント・ガーデン	デイサービスセンター つくし	阿蘇郡高森町大字高森2151番地1	平成30年1月14日	介護予防通所介護
株式会社さくら	訪問介護事業所 さくら	八代郡氷川町鹿島628番地1	平成29年9月14日	介護予防訪問介護
株式会社さくら	デイサービスセンター さくら	八代市鏡町下有佐字二反田162番6	平成29年10月31日	介護予防通所介護
合同会社デイサービスセンター陽だまり	デイサービスセンター陽だまり	天草市河浦町河浦963番地1	平成30年3月31日	介護予防通所介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター玉名	玉名市滑石2621番1	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター玉名	玉名市滑石2621番1	平成30年3月31日	介護予防通所介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター荒尾宮内	荒尾市宮内844番地1	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター山鹿	山鹿市鹿校通二丁目2番43号ランバービル3F	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
社会福祉法人緑新会	デイサービスセンターたんぼぼ	天草市新和町小宮地763番地2	平成30年3月31日	介護予防通所介護
暖株式会社	デイサービスももサポート	玉名市滑石1090番地	平成30年3月1日	介護予防通所介護
合同会社ふくろうの森	訪問介護事業所ふくろうの森	上益城郡益城町広崎520番地12	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター宇土	宇土市松山町883番地1	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
有限会社あいだ介護センター	有限会社 あいだ介護センター	人吉市西間上町842番地の1	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター水俣	水俣市長野町11番114号1階	平成30年3月31日	介護予防通所介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター水俣	水俣市長野町11番114号1階	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター宇城	宇城市松橋町豊福1683番地1ハイパーモールメルクス松橋	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
合同会社ふくろうの森	デイサービスセンターふくろうの森	上益城郡益城町福富610番地1	平成30年3月31日	介護予防通所介護
株式会社介護サービス合志	デイサービスセンター千鳥庵	荒尾市増永275番2	平成30年3月31日	介護予防通所介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター八代	八代市松江町561番地1	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター八代	八代市松江町561番地1	平成30年3月31日	介護予防通所介護
社会福祉法人敬愛会	デイサービスセンターさくら湯	八代市日奈久下西町字大正町554番地6	平成30年3月31日	介護予防通所介護

株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター本渡	天草市小松原町12番10号ELビル天草103号	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンター大矢野	上天草市大矢野町中478番地26	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンターひとよし	人吉市西間下町字一本杉132番地1サンマリンビルII1階	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンターにしき	球磨郡錦町大字一武1641番地	平成30年3月31日	介護予防通所介護
株式会社ニチイ学館	ニチイケアセンターにしき	球磨郡錦町大字一武1641番地	平成30年3月31日	介護予防訪問介護
社会福祉法人グリーンコープ	デイサービスセンターゆるりの家・天草	天草市本渡町本渡2568番地4	平成30年3月31日	介護予防通所介護
社会福祉法人北斗会	デイサービスセンターひろせ	天草市本渡町広瀬1638番地	平成30年3月31日	介護予防通所介護
有限会社陽楽	生活サポート陽楽	菊池市泗水町永2496番地12	平成28年3月31日	介護予防訪問介護
有限会社陽楽	デイサービス陽楽	菊池郡大津町杉水436番地1	平成28年3月31日	介護予防通所介護

**熊本県告示第511号**

森林法（昭和26年法律第249号）第29条の規定により農林水産大臣から次の保安林の指定を解除する予定である旨の通知があったので、同法第30条の規定により告示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

- 解除予定保安林の所在場所 阿蘇市一の宮町坂梨字大島1096番3（国有林。次の図に示す部分に限る。）・1096番2（国有林）
- 保安林として指定された目的 土砂の流出の防備
- 解除の理由 道路用地とするため  
（「次の図」は、省略し、その図面を熊本県農林水産部森林局森林保全課及び県北広域本部阿蘇地域振興局並びに阿蘇市役所に備え置いて縦覧に供する。）

**熊本県告示第512号**

急傾斜地の崩壊による災害の防止に関する法律（昭和44年法律第57号）第3条第1項の規定により急傾斜地崩壊危険区域を次のとおり指定するので、同条第3項の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

秋葉神社横地区急傾斜地崩壊危険区域（追加指定）

次に掲げる土地に存する標柱1号と標柱2号を結んだ線、標柱2号と標柱31号を結んだ線及び標柱1号と標柱31号を結んだ線に囲まれた土地の区域

標柱番号	市町村	町・大字・字	番 地
1	天草市	牛深町字小和田	1259
2	〃	〃	1260-1
31	〃	〃	1259

**熊本県告示第513号**

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）第29条第1項の規定により指定障害福祉サービス事業者として次のとおり指定したので、同法第51条の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業所の名称及び所在地	事業者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名	サービスの種類	指定年月日
生活介護事業所ちなむ 宇城市松橋町久具258 4番地	社会福祉法人 グリーン コープ 福岡県福岡市博多区博多 駅前1丁目5番1号 行岡 良治	生活介護	平成30年 6月18日

**熊本県告示第514号**

宅地造成等規制法（昭和36年法律第191号）第20条第1項の規定により造成宅地防災区域を次のとおり指定するので、同条第3項の規定により公示する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

下小森地区

阿蘇郡西原村大字小森字小東66番、66番2、76番1、76番2、80番、81番の一部（次の図に示す部分に限る。）、82番、83番、84番、85番、86番、87番、91番、92番、93番、129番、132番、82番地先の水の一部（次の図に示す部分に限る。）、129番地先の水の一部（次の図に示す部分に限る。）、443番2地先の水の一部（次の図に示す部分に限る。）、76番1地先の道の一部（次の図に示す部分に限る。）、92番地先の道、66番地先の道の一部（次の図に示す部分に限る。）  
阿蘇郡西原村大字小森字葉山439番、440番、441番、442番1、443番2

（「次の図」は、省略し、その図面を熊本県土木部建築住宅局建築課及び西原村役場に備え置いて縦覧に供する。）

**公 告****熊本県公告第358号**

球磨郡多良木町に事務所を置く鮎之瀬溝土地改良区理事長から平成30年5月18日付けで申請のあった定款の変更については、平成30年6月12日付けで認可したので、土地改良法（昭和24年法律第195号）第30条第3項の規定により公告する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

**熊本県公告第359号**

都市計画法（昭和43年法律第100号）第29条第1項の許可に係る開発行為に関する工事が完了したので、同法第36条第3項の規定により次のとおり公告する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

- 1 開発区域又は工区に含まれる地域の名称及び面積  
合志市御代志字三角2086番157  
310.77平方メートル
- 2 開発許可を受けた者の住所及び氏名（名称）  
熊本市北区下硯川二丁目7番29号 カームリー201号  
市原 翔太

**熊本県公告第360号**

都市計画法（昭和43年法律第100号）第29条第1項の許可に係る開発行為に関する工事が完了したので、同法第36条第3項の規定により次のとおり公告する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

- 1 開発区域又は工区に含まれる地域の名称及び面積  
合志市豊岡字須屋久保2000番145及び同2000番2582  
2,086.58平方メートル
- 2 開発許可を受けた者の住所及び氏名（名称）  
東京都品川区大崎一丁目11番2号  
株式会社ローソン

**熊本県公告第361号**

地方公営企業法（昭和27年法律第292号）第40条の2第1項の規定により、平成29年度下期の熊本県病院事業の業務の状況を次のとおり公表する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

1 事業の概要

(1)概況

今期の外来患者は、延人数13,196人、1日平均110.0人で前年度同期と比較すると、延人数では399人、1日平均では3.3人の減少となっている。

また、入院患者については、延人数20,122人、1日平均110.6人、病床利用率73.7パーセント（稼働病床150床を基礎として算出）で、前年度同期と比較すると、延人数で3,709人、1日平均では20.3人、病床利用率では13.6ポイントの減少となっている。

なお、外来患者延人数のうち平成24年度から開設した「こころの思春期外来」の患者は801人で、前年度同期と比較すると188人の増加となっている。

(2)患者の状況

① 外来患者の状況

(単位：人)

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延人数	2,329	2,390	2,242	1,992	2,054	2,189	13,196
1日平均	110.9	119.5	112.1	104.8	108.1	104.2	110.0

② 入院患者の状況

(単位：人)

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
定床	150	150	150	150	150	150	
延人数	3,451	3,396	3,592	3,522	2,943	3,218	20,122
1日平均	111.3	113.2	115.9	113.6	105.1	103.8	110.6
利用率	74.2%	75.5%	77.2%	75.7%	70.1%	69.2%	73.7%

③ 入退院調

(単位：人)

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
入院者数	20	16	23	17	9	14	99
退院者数	20	13	19	33	6	13	104
月末患者数	110	113	117	101	104	105	

④ 児童・思春期

(単位：人)

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
延数	140	145	126	124	131	135	801

⑤ 外来患者病名別調（延人数：患者それぞれの外来通院日数の合計）（単位：人）

		10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
器質性精神障害	アルツ型		1	1	1	1	1	5
	血管性							
	その他	5	4	5	4	4	4	26
その他		16	15	18	12	18	12	91
精神作用物質による精神及び行動の障害	アルコール	87	84	74	56	69	82	452
	覚醒剤	27	25	24	33	38	34	181
	その他	3	2	4	2	4	3	18
統合失調症		1,082	1,024	1,035	896	977	1,020	6,034
気分（感情）障害		627	634	591	555	509	545	3,461
神経症性障害、ストレス関連障害等		232	213	224	187	202	218	1,276
生理的障害等		40	36	33	27	32	30	198
成人のパーソナリティ障害		3	3	2	2	3	1	14
知的障害（精神遅延）		22	24	13	19	15	22	115

心理的発達の障害	99	104	110	95	73	98	579
小児期及び青年期に通常発症する行動、情緒障害	30	41	42	45	51	56	265
てんかん	22	25	20	24	20	23	134
その他	34	155	46	34	38	40	347
合計	2,329	2,390	2,242	1,992	2,054	2,189	13,196

⑥ 入院患者病名別調（延人数：患者それぞれの入院日数の合計）（単位：人）

		10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
器質性精神障害	認知症						10	10
	アルツ型							
	血管性							
	その他	9	29					38
	その他	124	117	111	117	84	93	646
精神作用物質による精神及び行動の障害	アルコール	243	181	186	184	140	184	1,118
	覚醒剤	104	114	145	114	56	49	582
	その他							
統合失調症		2,322	2,283	2,295	2,311	2,001	2,119	13,331
気分（感情）障害		309	299	420	412	348	383	2,171
神経症性障害、ストレス関連障害等		63	91	117	72	62	66	471
生理的障害等							18	18
成人のパーソナリティ障害								
知的障害（精神遅延）				27	31	28	48	134
心理的発達の障害		277	270	279	278	224	248	1,576
小児期及び青年期に通常発症する行動、情緒障害			12	12	3			27
てんかん								
その他								
合計		3,451	3,396	3,592	3,522	2,943	3,218	20,122

(3) 職員の状況

職 種 別	H29. 3. 31現在	H30. 3. 31現在
医 師	6	6
医 療 技 術 職 員	9	9
看 護 師	56	62
事 務 職 員	15	17
技 能 労 務 職 員	1	1
計	87	95

（注）特別職である事業管理者1人を除く。

2 経理の状況

(1) 損益計算書（平成29年10月1日から平成30年3月31日まで）（単位：円）

医業収益	367,831,476	
医業費用	801,100,262	
当期営業損失		433,268,786
医業外収益	404,032,739	
医業外費用	33,217,363	
当期営業外利益		370,815,376
当期経常損失		62,453,410



特別利益	0
特別損失	0
当期純損失	62,453,410

3 平成30年度の経営方針

- ・ 県民のための精神科医療機関としての使命を果たす。
- ・ 患者様の権利を擁護し、患者様との相互協力のもと、安心できる医療を実現する。
- ・ 職員一人ひとりが自己研鑽に努め、お互いの専門性と役割を尊重し、チーム医療の推進を図る。
- ・ 患者様の視点に立ちながら、徹底した医療の安全管理に努める。
- ・ 全員参加の経営により、安定した経営基盤を持つ病院づくりに努める。

4 平成30年度当初予算の概要

(1) 事業の予定量

病床数 150床  
 入院患者 41,975人 (1日平均 115人)  
 外来患者 26,840人 (1日平均 110人)

(注) 平成20年4月1日から許可病床200床のうち50床を休床中。

(2) 収益的収入及び支出の予定

(単位：千円)

病院事業収益	1,721,229	医業収益	845,079
		医業外収益	876,150
病院事業費用	1,720,785	医業費用	1,658,962
		医業外費用	61,773
		予備費	50

(3) 資本的収入及び支出の予定

資本的収入	0		0
資本的支出	317,492	建設改良費	98,369
		企業債償還金	219,123

熊本県公告第362号

都市計画法（昭和43年法律第100号）第29条第1項の許可に係る開発行為に関する工事が完了したので、同法第36条第3項の規定により次のとおり公告する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲島郁夫

- 1 開発区域又は工区に含まれる地域の名称及び面積  
 上益城郡嘉島町大字上島字北屋敷1686番1、同1687番、同1690番1、同1690番2、同1691番1、同1691番2、同1692番2、同1692番3、同1692番8、同1696番及び水路の一部  
 1,913.89平方メートル
- 2 開発許可を受けた者の住所及び氏名（名称）  
 熊本市東区健軍一丁目27番1号  
 株式会社愛住宅

熊本県公告第363号

土地区画整理法（昭和29年法律第119号）第39条第1項の規定により熊本都市計画事業合志市竹迫土地区画整理事業の事業計画の変更について認可したので、同条第4項の規定により次のとおり公告する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲島郁夫

- 1 組合の名称 合志市竹迫土地区画整理組合
- 2 事業施行期間 平成28年7月29日から平成32年3月31日まで
- 3 施行地区 熊本県合志市竹迫字桜山及び福原字下小塚の各一部
- 4 組合の事務所の所在地 合志市竹迫1740番地2
- 5 組合の設立認可の年月日 平成28年7月22日
- 6 変更認可の年月日 平成30年6月13日

**熊本県公告第364号**

農地中間管理事業の推進に関する法律（平成25年法律第101号）第18条第1項の規定により次のとおり農用地利用配分計画を認可したので、同条第5項の規定により公告する。

平成30年6月22日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

1 農用地利用配分計画の概要

賃借権の設定等を受ける者		賃借権の設定等を受ける土地
氏名又は名称	住 所	
合同会社上村農園	八代市鏡町宝出	八代市鏡町内田字壱番割1143番1ほか1筆
合同会社上村農園	八代市鏡町宝出	八代市鏡町内田字壱番割1149番ほか4筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町下村字南田中363番1ほか4筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市昭和日進町字日進80番1ほか1筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町内田字徳永377番1ほか1筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町内田字競田687番1ほか4筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町内田字水分232番ほか8筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町内田字登壤566番5ほか5筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町内田字四番割1475番ほか2筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町内田字参番割1339番3ほか1筆
合同会社稲津農産	八代市鏡町内田	八代市鏡町内田字龍宮728番1ほか1筆

2 認可年月日

平成30年6月15日

**登 載 依 頼**

**熊本県選挙管理委員会公告第1号**

熊本県議会議員熊本市第二選挙区補欠選挙における立候補手続等について、次のとおり説明会を行います。

平成30年6月22日

熊本県選挙管理委員会  
委員長 松 永 榮 治

- 1 日 時 平成30年7月2日（月）午後2時から
- 2 場 所 西部公民館 会議室A（熊本市西区役所内）  
熊本市西区小島2丁目7番1号
- 3 対象者 立候補予定者及び政党関係者
- 4 問合せ先 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号  
熊本県選挙管理委員会（熊本県総務部市町村・税務局市町村課選挙班）  
（電話 096-333-2104）

**熊本県都市計画審議会公告第1号**

第151回熊本県都市計画審議会を次のとおり開催します。

平成30年6月22日

熊本県都市計画審議会  
会長 両 角 光 男

- 1 日時 平成30年6月29日（金）午前10時00分から正午まで

- 2 場所  
熊本市中央区水前寺六丁目18番1号  
熊本県庁行政棟本館5階審議会室
- 3 議題  
【審議】  
（1）熊本都市計画区域区分の変更の件  
（2）熊本都市計画道路の変更の件（惣領木山線他1路線：益城町）  
【報告】  
（1）熊本県都市計画区域マスタープラン基本方針の改訂について  
（2）中九州横断道路の都市計画決定及び環境影響評価の手続きについて
- 4 傍聴者の定員  
20名
- 5 傍聴手続  
（1）傍聴を希望される方には、審議会開会の30分前から10分前までに、受付にて整理券を配布します。  
（2）（1）において配布した整理券を持って、審議会開会10分前に受付に集合してください。  
（3）傍聴を希望される方の総数が傍聴者の定員を超える場合は、抽選により傍聴者を決定します。  
（4）傍聴を認められた方は、受付において係員の指示に従い会場に入室することができます。
- 6 傍聴するにあたっての守るべき事項  
傍聴される方は、会議を傍聴するにあたり、次の事項を守ってください。  
（1）会議開催中は、静粛に傍聴することとし、拍手その他の方法により賛成、反対の意向等を表明することはできません。  
（2）はり紙、旗、プラカードの掲示、はち巻、腕章の類を身につける等示威的行為はできません。  
（3）会場内での飲食はできません。  
（4）会場内において、写真撮影、録画、録音等はありません。  
（5）会場内で携帯電話等の通信機器を使用することはできません。  
（6）その他会議開催中に秩序を乱したり、議事を妨害するようなことはできません。  
上記のほか、傍聴される方は、係員の指示に従ってください。  
傍聴される方が以上のことをお守りいただけない場合は、退場していただく場合があります。
- 7 非公開の案件  
今回の審議会では「3 議題」のうち、【審議】（2）については、「審議会等の会議の公開に関する指針」第3公開の基準ア又はイに該当し、非公開となり傍聴はできません。  
なお、公開の案件の審議中であっても、「審議会等の会議の公開に関する指針」第3公開の基準ア又はイに該当する場合に至ったときには、あらかじめ公開・非公開の決定権限を会長に委任しておりますので、会長の判断により公開・非公開の別を決定することとしています。
- 8 問い合わせ先  
熊本市中央区水前寺六丁目18番1号  
熊本県都市計画審議会事務局（熊本県土木部道路都市局都市計画課）  
電話番号：096-333-2520

### 熊本県文化財保護審議会公告第10号

熊本県文化財保護審議会の会議を、次のとおり開催する。

なお、当該会議の傍聴手続は、次のとおりである。

平成30年6月22日

熊本県文化財保護審議会 副会長 山尾 敏孝

- 1 開催日時  
平成30年6月27日（水曜日）午前10時から
- 2 開催場所  
熊本県熊本市中央区水前寺六丁目18番1号  
熊本県庁行政棟 新館7階 教育委員会室
- 3 議題  
（1）報告事項  
ア 熊本県文化課の組織  
イ 被災文化財の復旧状況  
ウ 被災古墳等の復旧状況  
（2）協議事項  
ア 県指定候補文化財の考え方・指定までの流れ  
イ 今後の指定について
- 4 傍聴者の定員  
5人

- 5 傍聴手続  
会議開催15分前に会議会場で先着順に受付を行い、定員になり次第終了する。
- 6 傍聴における留意事項  
報告事項のみ公開する。
- 7 問合せ先  
熊本県熊本市中央区水前寺六丁目18番1号  
熊本県教育庁教育総務局文化課文化財活用班  
(電話096-333-2705)