

## 宮城県公報

発行  
宮 城 県  
(総務部県政情報・文書課)  
宮城県仙台市青葉区  
本町三丁目8番1号  
電話 022(211)2267  
(毎週火、金曜日発行)

## 目 次

ページ

## 規 則

- 地方独立行政法人宮城県立子ども病院の業務運営等に関する規則の一部を改正する規則 (医療政策課) 一
- 地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務運営等に関する規則の一部を改正する規則 ( ) 一
- 身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則 (障害福祉課) 二
- 福祉型障害児入所施設条例施行規則の一部を改正する規則 ( ) 三〇
- 在宅心身障害者保養施設条例施行規則の一部を改正する規則 ( ) 三〇
- 障害者支援施設等条例施行規則の一部を改正する規則 ( ) 三〇

## 規 則

地方独立行政法人宮城県立子ども病院の業務運営等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和五年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

## ○宮城県規則第三十五号

地方独立行政法人宮城県立子ども病院の業務運営等に関する規則の一部を改正する規則

地方独立行政法人宮城県立子ども病院の業務運営等に関する規則(平成十八年宮城県規則第四十号)の一部を次のように改正する。

第八条第一項の表一 事業年度における業務の実績及び当該実績について自ら評価を行った結果を明らかにした報告書の項中欄中「年度計画」を「中期計画及び年度計画」に改め、同表二 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績及び当該実績について自ら評価を

行った結果を明らかにする報告書の項中欄中「中期計画」を「中期目標」に改め、同表三 中期目標の期間における業務の実績及び当該実績について自ら評価を行った結果を明らかにする報告書の項中欄中「中期計画」を「中期目標」に改める。

第九条中「キャッシュ・フロー計算書及び行政サービス実施コスト計算書」を「地方独立行政法人会計基準及び地方独立行政法人会計基準注解(平成十六年総務省告示第二百一十一号)に定める行政コスト計算書、純資産変動計算書及びキャッシュ・フロー計算書」に改める。

第十条各号を次のように改める。

- 法人の目的及び業務内容
- 県の政策における法人の位置付け及び役割
- 中期目標の概要
- 理事長の理念並びに運営上の方針及び戦略
- 中期計画及び年度計画の概要
- 持続的に適正なサービスを提供するための源泉
- 業務運営上の課題及びリスクの状況並びにその対応策
- 業績の適正な評価に資する情報
- 業務の成果及び当該業務に要した資源
- 予算及び決算の概要
- 財務諸表の要約
- 財政状態及び運営状況の理事長による説明
- 内部統制の運用状況
- 法人に関する基礎的な情報

## 附 則

この規則は、令和五年四月一日から施行する。

地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務運営等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和五年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

## ○宮城県規則第三十六号

地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務運営等に関する規則の一部を改正する規則

地方独立行政法人宮城県立病院機構の業務運営等に関する規則(平成二十三年宮城県規則第五号)

の一部を次のように改正する。

第八条第一項の表一 事業年度における業務の実績及び当該実績について自ら評価を行った結果を明らかにした報告書の項中欄中「年度計画」を「中期計画及び年度計画」に改め、同表二 中期目標の期間の終了時に見込まれる中期目標の期間における業務の実績及び当該実績について自ら評価を行った結果を明らかにする報告書の項中欄中「中期計画」を「中期目標」に改め、同表三 中期目標の期間における業務の実績及び当該実績について自ら評価を行った結果を明らかにする報告書の項中欄中「中期計画」を「中期目標」に改める。

第九条中「キャッシュ・フロー計算書及び行政サービス実施コスト計算書」を「行政コスト計算書、純資産変動計算書及びキャッシュ・フロー計算書」に改める。

第十条第一項各号を次のように改める。

- 一 法人の目的及び業務内容
- 二 県の政策における法人の位置付け及び役割
- 三 中期目標の概要
- 四 理事長の理念並びに運営上の方針及び戦略
- 五 中期計画及び年度計画の概要
- 六 持続的に適正なサービスを提供するための源泉
- 七 業務運営上の課題及びリスクの状況並びにその対応策
- 八 業績の適正な評価に資する情報
- 九 業務の成果及び当該業務に要した資源
- 十 予算及び決算の概要
- 十一 財務諸表の要約
- 十二 財政状態及び運営状況の理事長による説明
- 十三 内部統制の運用状況
- 十四 法人に関する基礎的な情報

附 則

この規則は、令和五年四月一日から施行する。

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和五年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第三十七号

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則  
 身体障害者福祉法施行細則（平成五年宮城県規則第四十四号）の一部を次のように改正する。  
 様式第七号を次のとおり改める。

様式第7号（第10条関係）

（その1表）

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・令和 年 月 日生（ ）歳	男 女
住 所 宮城県		
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、 自然災害、疾病、先天性、その他（ ）
③ 疾病・外傷発生日 年 月 日（頃）・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。）		

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 要・不要 〕  
〔再認定の時期 年 月〕

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

病院又は診療所の名称  
所 在 地

診療担当科名 科 15条指定医  
医 師 氏 名 (印)  
〔記名押印又は署名〕

意 見 書

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、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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）を添付してください。
  - 3 障害区分や等級決定のため、県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。
- ※ 7級の障害が一つのみ場合は身体障害者手帳の交付対象となりません。

様式7-1(表)

(その1裏)

等級認定	項 目	1種	2種	1級	2級	3級	4級	5級	6級	再 審 査	審 議 会
	認定印										
	障害名										

備考  等級認定欄内は記入しないでください。

等級認定	項 目	1種	2種	1級	2級	3級	4級	5級	6級	再 審 査	審 議 会
	認定印										
	障害名										

備考  等級認定欄内は記入しないでください。

(その2表)

年 月 日

氏名:

視覚障害の状況及び所見

1 視 力 (測定年月日 年 月 日)

	裸眼視力	矯正視力				
右眼		×	D	<input type="text"/> cyl	D	A x °
左眼		×	D	<input type="text"/> cyl	D	A x °

※ 裸眼視力と矯正視力の両方をご記載ください。矯正不能の場合はその旨を記載してください。

2 視 野

※ 視野図を添付してください。

※ 周辺視野と中心視野の両方の評価が必要です。

ゴールドマン型視野計 (測定年月日 年 月 日)

(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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	度 (≤80)
左	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	度 (≤80)

※ 周辺にも視野が存在するが中心部の視野と連続していない場合は、中心部の視野のみで評価すること。

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	① 度
左	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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)

$$\left( \text{ } \times 3 + \text{ } \right) / 4 = \text{ } \text{度}$$

または

自動視野計 (測定年月日 年 月 日)

(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

$$\left( \text{ } \times 3 + \text{ } \right) / 4 = \text{ } \text{点}$$

3 現 症

	右	左
前眼部	<input type="text"/>	<input type="text"/>
中間透光体	<input type="text"/>	<input type="text"/>
眼底	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(その2裏)

年 月 日

氏名：

※ ゴールドマン型視野計, 自動視野計のいずれを用いた場合も視野図を診断書に必ず添付してください。

(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。

視  
野  
コ  
ピ  
ー  
貼  
付

(その3)

年 月 日

氏名：

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃく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）

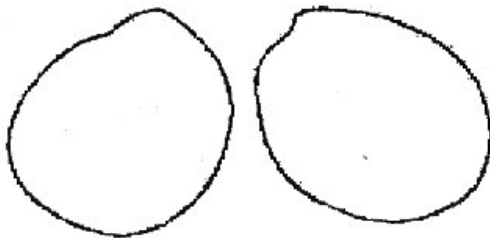
右	d B
左	d B

(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



(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  
オージオメータの型式 \_\_\_\_\_

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

dB

イ 語音（50語）による検査  
最高語音明瞭度

右	% ( / 50 )	(音圧	dB)
左	% ( / 50 )	(音圧	dB)

(5) 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況

有 ・ 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

※「無」の場合は、聴性脳幹反応等の多角的聴覚検査又はそれに相当する検査の結果（実施した検査方法及び検査所見を含む。）を総合所見に記載するとともに、その検査記録の写しを添付すること。

[記入上の注意]

(1) 聴力障害の認定にあたっては、J I S規格によるオージ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。

年 月 日  
氏名：

---

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

※ 四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的な平衡機能障害が認められることが要件です。

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

※ 気管切開を原因とした発声困難は認定の対象となりません。また、意識障害及び認知機能障害など、精神機能の全般的な機能低下によるコミュニケーション困難も認定の対象となりません。

(1) 家庭における家族又は肉親とのコミュニケーションの状況

(2) 家庭周辺における家族以外の他人とのコミュニケーションの状況



年 月 日

氏名：

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」に記載すること。

① そしゃく・嚥下機能の障害

※ 食道の通過障害を原因とした摂食困難は認定の対象となりません。

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 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, 梨状窩の唾液貯留

○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 (上記の枠内の〈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。)

[ ]

年 月 日  
氏名：

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」（別紙）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。

(その4)

年 月 日

氏名：

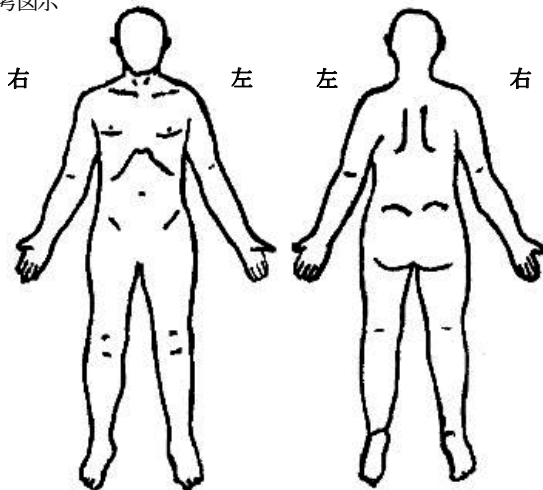
肢体不自由の状況及び所見 (1)

(注) 関係ない部分は記入不要

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○でかこみ、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・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・拘縮・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



右	2 計 測	左
	上肢長 cm (肩峰→橈骨茎状突起)	
	下肢長 cm (上前腸骨棘→(脛骨)内果)	
	上腕周径 cm(最大周径)	
	前腕周径 cm(最大周径)	
	大腿周径 cm (膝蓋骨上縁上10cmの周径(小児等の場合は計測箇所を別に記載すること))	
	下腿周径 cm(最大周径)	
	握 力 kg	

× 変形    切断    感覚障害    運動障害

3 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○

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。

動作・活動の内容	右	左	動作・活動の内容	右	左
寝がえりする			シャツを着て脱ぐ		
あしをなげ出してすわる			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)		
立つ(手すり, 壁, 杖, 松葉杖, 義肢, 装具)			顔を洗いタオルで拭く		
家の中の移動 (壁, 杖, 松葉杖, 義肢, 装具, 車椅子)			タオルを絞る		
洋式便器にすわる			背中を洗う		
排泄のあと始末をする			二階まで階段を上って下りる (手すり, 杖, 松葉杖, 義肢, 装具)		
(箸で) 食事をする (スプーン, 自助具)			屋外を移動する(家の周辺程度) (杖, 松葉杖, 義肢, 装具, 車椅子)		
コップで水を飲む			公共の乗物を利用する		

参考：上肢の状態、歩行能力及び起立位の状況 (補装具を使用しない状態で該当するものを○でかこむ)

- (1) 上肢で下げられる重さ [右] : 正常 ・ ( 10kg ・ 5kg ) 以内可能 ・ 不能  
[左] : 正常 ・ ( 10kg ・ 5kg ) 以内可能 ・ 不能
- (2) 歩行できる距離 正常 ・ ( 2km ・ 1km ・ 100m ・ 10m ) 以上困難 ・ 不能
- (3) 起立位保持 正常 ・ ( 1時間 ・ 30分間 ・ 10分間 ) 以上困難 ・ 不能
- (4) 片脚起立 [右] : 可 ・ 不安定 ・ 不可 [左] : 可 ・ 不安定 ・ 不可

(その5)

年 月 日  
氏名：

肢体不自由の状況及び所見 (2)

4 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)

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 ( )
( ) 前屈		後屈 ( )	頸	( ) 左屈
( ) 前屈		後屈 ( )	体幹	( ) 左屈
<b>右</b>		<b>左</b>		( ) 右屈 ( )
( ) 屈曲		伸展 ( )	肩	( ) 伸展
( ) 外転		内転 ( )	腕	( ) 内転
( ) 外旋		内旋 ( )	肘	( ) 内旋
( ) 屈曲		伸展 ( )	肘	( ) 伸展
( ) 回外		回内 ( )	前腕	( ) 回内
( ) 掌屈		背屈 ( )	手	( ) 背屈
( ) 屈曲		伸展 ( )	中指節 (M P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	中指節 (M P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	中指節 (M P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	中指節 (M P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	中指節 (M P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	近位指節 (P I P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	近位指節 (P I P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	近位指節 (P I P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	近位指節 (P I P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	近位指節 (P I P )	( ) 伸展
( ) 屈曲		伸展 ( )	股	( ) 伸展
( ) 外転		内転 ( )	股	( ) 内転
( ) 外旋		内旋 ( )	膝	( ) 内旋
( ) 屈曲		伸展 ( )	膝	( ) 伸展
( ) 底屈		背屈 ( )	足	( ) 背屈
( ) 底屈		背屈 ( )	足	( ) 底屈 ( )

備考

- 注：1. 関節可動域は、他動的な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引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(〰)を引く。  
 4. 筋力については、表( )内に×△○印を記入する。  
 ×印は、筋力が消失又は著減(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)

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】  
 (×)伸展 屈曲(△)

(その6)

年 月 日  
氏名：

肢体不自由の状況及び所見（3）－脳原性運動機能障害用－

(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。

※ ただし、著しい意識低下や検査指示が理解できないなど、信頼性が乏しい場合はこの方法は適用しない。

(該当するものを○でかこむこと)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害<紐むすびテスト結果>		イ 一上肢機能障害<5動作能力テスト結果>	
1度目の1分間	本	a 封筒を缺で切る時に固定する	・可能 ・不可能
2度目の1分間	本	b さいふからコインを出す	・可能 ・不可能
3度目の1分間	本	c 傘をさす	・可能 ・不可能
4度目の1分間	本	d 健側の爪を切る	・可能 ・不可能
5度目の1分間	本	e 健側のそで口のボタンをとめる	・可能 ・不可能
計	本		

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 椅子から立ち上り10m歩行し再び椅子にすわる	・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

(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付けて固定してはいけない。  
・手を机の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 封筒を缺で切る時に固定する。  
患手で封筒をテーブル上に固定し、健手で缺を用い封筒

を切る。患手を健手で持って封筒の上ののせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。缺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。

(その7)

年 月 日  
氏名：

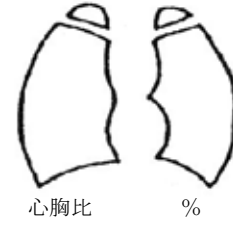
心臓の機能障害の状況及び所見(1) (18歳以上用)

1 臨床所見 ( 年 月 日)

ア 動 悸	有・無	キ 浮 腫	有・無
イ 息 切 れ	有・無	ク 心 拍 数	
ウ 呼 吸 困 難	有・無	ケ 脈 拍 数	
エ 胸 痛	有・無	コ 血 圧	最大 最小
オ 血 痰	有・無	サ 心 音	
カ チアノーゼ	有・無	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

(記入又は該当するものを○でかこむこと)  
2 胸部エックス線所見( 年 月 日)



3 心電図所見 ( 年 月 日)

ア 陳旧性心筋梗塞	有・無	ク 期外収縮	有・無
イ 心室負荷像	有(右室, 左室, 両室)・無	ケ STの低下	有 ( mV) ・無
ウ 心房負荷像	有(右房, 左房, 両房)・無	コ 第I誘導, 第II誘導及び胸部誘導(但しV <sub>1</sub> を除く)のいずれかのTの逆転	有・無
エ 脚ブロック	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
オ 完全房室ブロック	有・無	シ その他の心電図所見	
カ 不完全房室ブロック	有 第 度 ・ 無		
キ 心房細動(粗動)	有・無		
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)( 年 月 日 発作)			

5 人工臓器

人工ペースメーカー 有 (手術日 年 月 日)・無  
 植え込み型除細動器 有 (手術日 年 月 日)・無  
 ※ 植え込み型除細動器の除細動機能の最終作動日 有 ( 年 月 日)・無  
 人工弁移植, 弁置換 有 (手術日 年 月 日)・無

6 ペースメーカーの適応度

(クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ)

※ 様式7-1に診断の根拠となる検査所見等をガイドラインに従って記すこと。

7 身体活動能力(運動強度)

( メッツ)

※ 心臓機能以外に由来する身体活動能力低下の要素を含めず、心臓の状態から生じる運動機能の低下について記載すること。

※ 身体活動能力と等級の関係は以下のとおりである。

- 2メッツ未満……………1級相当
- 2メッツ以上4メッツ未満……3級相当
- 4メッツ以上……………4級相当

※ 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)を記載してください。

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、救急医療を繰返し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返してアダムスストークス発作がおこるもの。

※ 活動能力と等級の関係は次のとおりである。

- ア……………非該当
- イ……………4級相当
- エ……………3級相当
- オ……………1級相当

(その8)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
氏名：

心臓の機能障害の状況及び所見(2) (18歳未満用)

(該当するものを○でかこむこと)

1 臨床所見

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

(1) 6か月～1年毎の観察	(4) 継続的要医療
(2) 1か月～3か月毎の観察	(5) 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医療を要するもの
(3) 症状に応じて要医療	

※ 養護の区分と等級の関係は次のとおりである。

(1) …非該当 (2) ・ (3) …4級相当 (4) …3級相当 (5) …1級相当

(その9)

年 月 日  
氏名：

じん臓の機能障害の状況及び所見

(記入又は該当するものを○でかこむこと)

1 じん機能 ( 年 月 日)

ア 内因性クレアチンクリアランス値	ml/分 測定不能
イ 血清クレアチン濃度	mg/dl
ウ 血清尿素窒素濃度	mg/dl
エ 24時間尿量	ml/日
オ 尿 所 見	

2 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)

3 臨床症状 (該当する項目が有の場合は, それを裏づける所見を右の [ ] 内に記入すること。)

ア じん不全に基づく末梢神経症	有・無 [ ]
イ じん不全に基づく消化器症状	有・無 [食思不振, 悪心, 嘔吐, 下痢]
ウ 水分電解質異常	有・無 ( Na mEq/l, K mEq/l Ca mEq/l, P mg/dl 浮腫, 乏尿, 多尿, 脱水, 肺うっ血, その他 ( ) )
エ じん不全に基づく精神異常	有・無 [ ]
オ エックス線写真所見上における骨異常栄養症	有・無 [高度, 中等度, 軽度]
カ じん性貧血	有・無 Hb g/dl, Ht % 赤血球数 $\times 10^4 / \text{mm}^3$
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 [ ]

4 現在までの治療内容 (慢性透析療法の実施の有無 (有・無 (回数 /週, 期間) 等)

5 日常生活の制限による分類

- ア 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。
- イ 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。

- ウ 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。
- エ 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。

※ 日常生活の制限と障害等級との関係は概ね次のとおりである。

ア…非該当 イ…4級相当 ウ…3級相当 エ…1級相当



(その10)

年 月 日

氏名：

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○でかこむこと)

1 身体計測

身長 cm 体重 kg

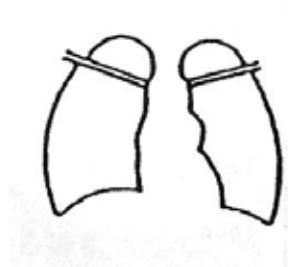
2 活動能力の程度

ア	激しい運動をした時だけ息切れがある。
イ	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。
ウ	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もある。
エ	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。
オ	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。

※ 活動能力の程度と障害等級との関係は概ね次のとおりである。

ア…非該当 イ・ウ…4級相当 エ…3級相当 オ…1級相当

3 胸部エックス線写真所見 ( 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 ( 年 月 日)

ア 予測肺活量 □.□ □L (実測肺活量 □.□ □L)

イ 1秒量 □.□ □L (実測努力肺活量 □.□ □L)

ウ 予測肺活量1秒率 □ □.□ % (=  $\frac{イ}{ア} \times 100$ )

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 (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

(予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。)

※ 予測肺活量1秒率と障害等級との関係は概ね次のとおりである。

20%以下…1級 20%を超え30%以下…3級 30%を超え40%以下…4級 40%超…非該当

5 動脈血ガス(室内気) ( 年 月 日)

ア O<sub>2</sub>分圧: □ □ □. □ Torr

イ CO<sub>2</sub>分圧: □ □ □. □ Torr

ウ pH : □.□ □

エ 採血より分析までに時間を要した場合 時間 分

オ 耳朶血を用いた場合: [ ]

※ 動脈血ガスO<sub>2</sub>分圧と障害等級との関係は概ね次のとおりである。

50Torr以下…1級 50Torrを超え60Torr以下…3級 60Torrを超え70Torr以下…4級 70Torr超…非該当

6 その他の臨床所見

- ・歩行試験時等の酸素飽和度: [ ~ %]  
[ 分 m程度]
- ・人工呼吸器管理の場合 常時・随時 [ 時間/日]





氏名：

**3 障害程度の等級****(1級に該当する障害)**

- 腸管ストマに尿路変向（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

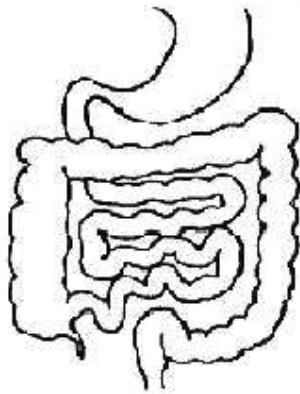
(その12表)



年 月 日  
氏名：

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 )

[参考図示]



切除部位   
病変部位 

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。

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする。)

5 検査所見

①中心静脈栄養法		(測定日 年 月 日)	
・開始日	年 月 日	赤血球数	/mm <sup>3</sup>
・カテーテル留置部位		血清総蛋白濃度	g/dl
・装具の種類		血清総コレステロール濃度	mg/dl
・最近6か月間の実施状況	(最近6か月間に 日間)	血清ナトリウム濃度	mEq/l
・療法の連続性	(持続的・間歇的)	血清クロール濃度	mEq/l
・熱量	(1日当たり kcal)	血清カルシウム濃度	mEq/l
②経腸栄養法		血色素量	g/dl
・開始日	年 月 日	血清アルブミン濃度	g/dl
・カテーテル留置部位		中性脂肪	mg/dl
・最近6か月間の実施状況	(最近6か月間に 日間)	血清カリウム濃度	mEq/l
・療法の連続性	(持続的・間歇的)	血清マグネシウム濃度	mEq/l
・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)	

記入上の留意点は裏面の(注)参照のこと

(その12裏)

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。  
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。

(その13表)

年 月 日  
氏名：

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介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
--------------------------	-----------

3 CD4陽性Tリンパ球数 (/μl)

検査日	検査値	平均値
年 月 日	/μl	
年 月 日	/μl	/μl

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。

(その13裏)

年 月 日  
氏名：

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	/μl	/μl

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	/μl	/μl

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○でかこむこと。

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○でかこ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



(その14表)

年 月 日

氏名：

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)および(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

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

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○でかこむこと。

(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○でかこむこと。

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。

(その14裏)

氏名：

## 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/ $\mu$ 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] ……①	

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○でかこ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○でかこんだ合計数を記載すること。

(その15表)

年 月 日  
氏名：

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		なし・軽度 中程度以上	
	概ね 1		概ね 1	
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
(○でかこむ)	5～6点・7～9点・10点以上	5～6点・7～9点・10点以上
肝性脳症又は腹水の項目を 含む3項目以上における 2点以上の有無	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の間隔に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	3.5 g/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11以上を軽度、31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	○ ・ ×	○ ・ ×

※ 「改善の可能性のある積極的治療の実施とは、医師の指示に基づき、受診や服薬、生活上の管理を適切に行っている状態をいう。

※ 「×」が1つでも該当する場合は障害認定の対象とならない。

(その15裏)

氏名：

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150 $\mu$ g/dl以上	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
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

(別紙)

歯科医師による診断書・意見書

氏 名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( ) 歳	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申し述べる。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

標榜診療科名  
歯科医師名

(印)  
(記名押印又は署名)

様式第九号中「をすることができます。」の次に「ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。」を加へ、「に、宮城県を被告として仙台地方裁判所にこの処分について」と「に宮城県を被告として（訴訟において宮城県を代表する者は宮城県知事となります。）、この処分」の次に「提起することができます。」の次に「ただし、処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができます。」を加へる。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和五年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の身体障害者福祉法施行細則の規定による諸様式で取扱い上著しく支障のないものについては、当分の間、改正後の身体障害者福祉法施行細則の規定によるものとみなす。

福祉型障害児入所施設条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和五年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第三十八号

福祉型障害児入所施設条例施行規則の一部を改正する規則

福祉型障害児入所施設条例施行規則（平成十七年宮城県規則第百五十六号）の一部を次のように改正する。

第三条第一号中「千四百三十円」を「千四百四十円」に改める。

附 則

この規則は、令和五年四月一日から施行する。

在宅心身障害者保養施設条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和五年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第三十九号

在宅心身障害者保養施設条例施行規則の一部を改正する規則

在宅心身障害者保養施設条例施行規則（平成十七年宮城県規則第百五十八号）の一部を次のように

改正する。

第三条第二項第一号中「千四百三十円」を「千四百四十円」に改める。

附 則

この規則は、令和五年四月一日から施行する。

障害者支援施設等条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和五年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第四十号

障害者支援施設等条例施行規則の一部を改正する規則

障害者支援施設等条例施行規則（平成十八年宮城県規則第九十七号）の一部を次のように改正する。

第三条第一号中「千四百三十円」を「千四百四十円」に改める。

附 則

この規則は、令和五年四月一日から施行する。