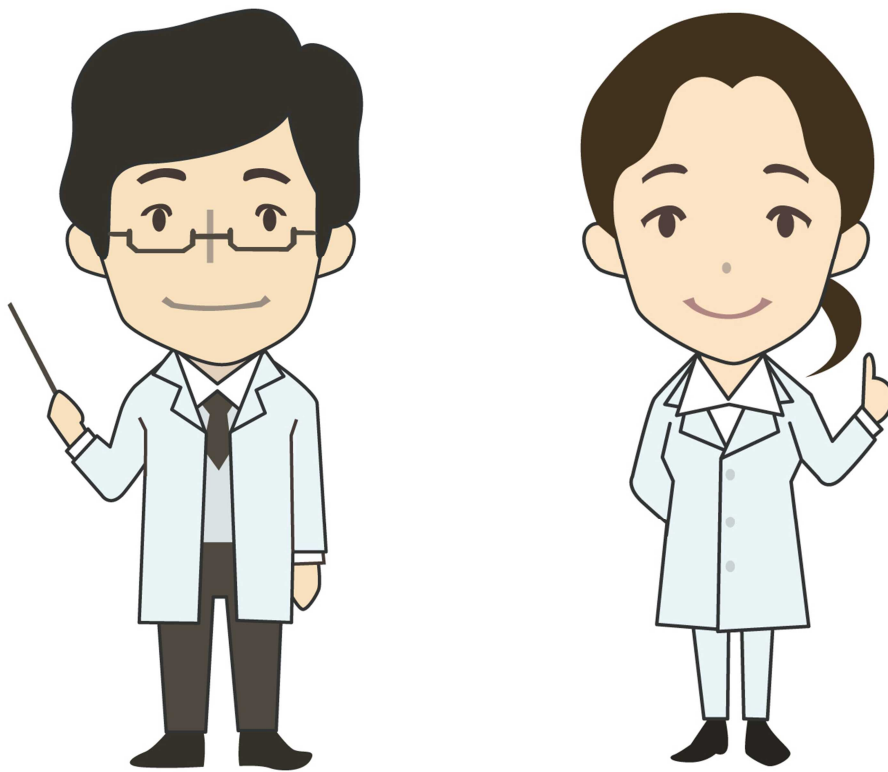


身体障がい者手帳

身体障害者福祉法第 15 条第1項

指 定 医 師 必 携



宮 崎 市

この冊子は、厚生労働省による身体障害認定基準及び身体障害認定要領（平成15年1月10日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知／同企画課長通知）に基づいて作成したものです。

（平成30年4月1日から「五 内部障がい」の「B じん臓機能障がい」、平成30年7月1日から「一 視覚障がい」、令和2年4月1日から「五 内部障がい」の「E 小腸機能障がい」の規定が変更されました。）

目 次

I	身体障がい者手帳	1
II	身体障がい認定基準及び診断書の作成方法	2
第1	総括事項	2
	【2つ以上の障がい重複する場合の障がい等級の認定方法】	3
第2	個別事項	
一	視覚障がい	5
二	聴覚又は平衡機能の障がい	12
三	音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障がい	
A	音声機能又は言語機能の障がい	17
B	そしゃく機能障がい	23
四	肢体不自由	32
五	内部障がい	
A	心臓機能障がい	49
B	じん臓機能障がい	61
C	呼吸器機能障がい	67
D	ぼうこう又は直腸機能障がい	73
E	小腸機能障がい	82
F	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい	88
G	肝臓機能障がい	102
III	身体障がい者障がい程度等級表	109
IV	身体障害者福祉法第15条 第1項の規定による医師の指定	111
	【診療科名と障がい区分の対応表】	113
	【身体障害者福祉法第15条に基づく指定医師異動届】	114

I 身体障がい者手帳

身体障がい者手帳は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定により市長が交付するもので、身体障がい者手帳を持つことによって、更生医療や補装具の交付などの福祉サービスが受けられるようになります。身体障がい者障がい程度等級表（身体障害者福祉法別表第5号）により区分が設けられています。

1 身体障がい者手帳の交付申請

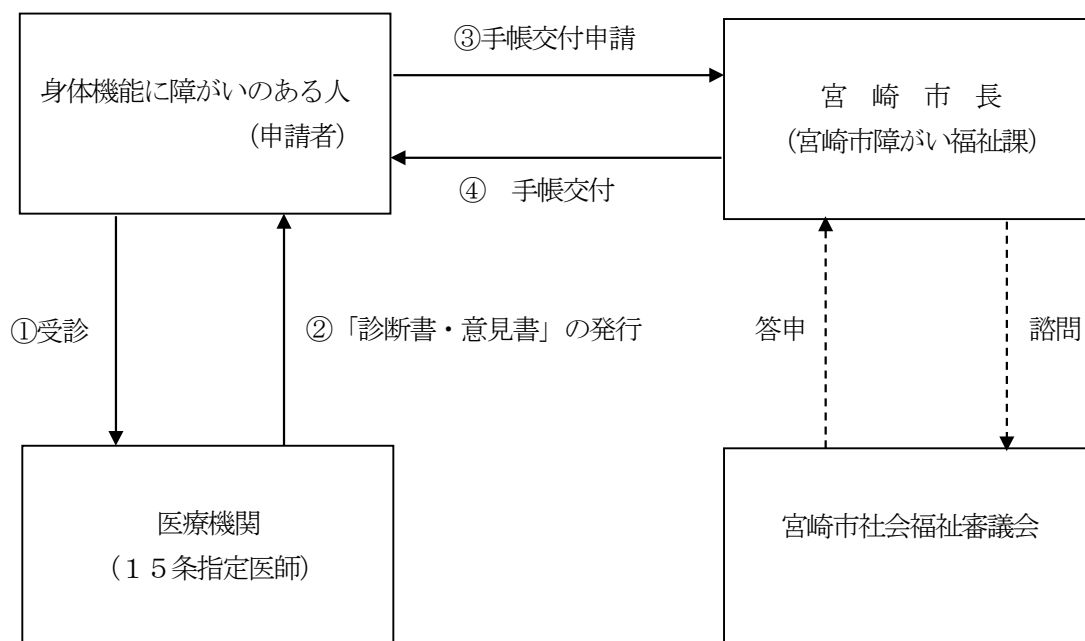
身体機能に障がいのある人は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定により市長が定める医師（「15条指定医師」といいます）の診断書・意見書を添え、身体障がい者手帳の交付申請をすることができます。

なお、本人が15歳未満の場合は、その保護者が申請することとされています。

【申請時の必要書類】

- ・ 身体障がい者手帳交付申請書
- ・ 15条指定医師の診断書・意見書
- ・ 写真（たて4cm、よこ3cm）
- ・ マイナンバーに係る関係書類

2 身体障がい者手帳交付申請から交付まで事務の流れ



- ・ 障がい程度に疑義があるとき
 - ・ 障がい法別表に該当しないとき
 - ・ 3歳未満の乳幼児
- について申請があったときは、
宮崎市社会福祉審議会に諮問した上で認定を行います。

Ⅱ 身体障がい認定基準及び診断書の作成方法

第1 総括事項

- 1 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律 283 号。以下「法」という。）は、身体障がい者の更生援護を目的とするものであるが、この場合の「更生」とは必ずしも経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものであること。従って、加齢現象に伴う身体障がい及び意識障がいを伴う身体障がいについても、日常生活能力の回復の可能性又は身体障がいの程度に着目することによって障がい認定を行うことは可能であること。なお、意識障がいの場合の障がい認定は、常時の医学的管理を要しなくなった時点において行うものであること。
- 2 法別表に規定する「永続する」障がいとは、その障がいが将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば足りるという趣旨であって、将来にわたって障がい程度が不変のものに限られるものではないこと。
- 3 乳幼児に係る障がい認定は、障がいの種類に応じて、障がいの程度を判定することが可能となる年齢（概ね満 3 歳）以降に行うこと。
また、第 2 の個別事項は主として 18 歳以上の者について作成されたものであるから児童の障がい程度の判定については、その年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定すること。この場合、治療や訓練を行うことによって将来障がいが軽減すると予想されるときは、残存すると予想される障がいの限度でその障がいを認定して身体障がい者手帳を交付し、必要とあれば適当な時期に診査等によって再認定を行うこと。
- 4 身体障がいの判定に当たっては、知的障がい等の有無にかかわらず、法別表に掲げる障がいを有すると認められるものは、法の対象として取り扱って差し支えないこと。なお、身体機能の障がい明らかに知的障がい等に起因する場合は、身体障がいとして認定することは適当ではないので、この点については、発達障がいの判定に十分な経験を有する医師（この場合の発達障がいには精神及び運動感覚を含む。）の診断を求め、適切な取り扱いを行うこと。
- 5 7 級の障がいは、1 つのみでは法の対象とならないが、7 級の障がい 2 つ以上重複する場合又は 7 級の障がい 6 級以上の障がいと重複する場合は、法の対象となるものであること。
- 6 障がいの程度が明らかに手帳に記載されているものと異なる場合には、法第 17 条の 2 第 1 項の規定による診査によって再認定を行うこと。正当な理由なくこの診査を拒み忌避したときは、法第 16 条第 2 項の規定による手帳返還命令等の手段により障がい認定の適正化に努めること。

【 2 つ以上の障がい重複する場合の障がい等級の認定方法 】

1 合計指数算定による障がい等級の認定

各々の障がいの等級に応じ次の表の指数が割り当てられる。

障がい等級	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 つ以上の障がい重複する場合の障がい等級は、上の表で各々の障がい等級に割り当てられた指数を合算した合計指数に応じて次の表により認定する。

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

2 上肢又は下肢の重複障がいの場合の合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障がいがある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障がいのある部位（機能障がいがある部位が2カ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がい等級に対応する指数の値を限度とする。

例1	右 upper limb のすべての指を欠くもの	3 級 (指数 7 点)
	〃 手関節の機能全廃	4 級 (指数 4 点)
		合計 11 点

上記の場合、指数の合計は 11 となるが次の障がいの指数が限度となるため合計指数は 7 となる。

- ・ 右 upper limb を手関節から欠くもの 3 級 (7 点)

例2	左 upper limb の肩関節の全廃	4 級 (指数 4 点)
	〃 肘関節の全廃	4 級 (指数 4 点)
	〃 手関節の全廃	4 級 (指数 4 点)
		合計 12 点

上記の場合、指数の合計は 12 となるが次の障がいの指数が限度となるため合計指数は 11 となる。

- ・ 左 upper limb を肩関節から欠くもの 2 級 (11 点)

3 肢体不自由に関する合計指数の算定方法

肢体不自由に関しては、個々の関節や手指等の機能障がいの指数を単純に合算するのではなく、原則として「上肢、下肢、体幹」あるいは「脳原性（上肢機能）、脳原性（移動機能）」の区分の中で中間的に指数合算し、さらに他の障がいがある場合にはその障がいの指数を合算することで合計指数を求める。

(例)					
上肢	右手指全欠	:	3 級 (指数 7)	} 特例 3 級 (指数 7) (指数 2)	} 3 級 (指数 7)
	右手関節全廃	:	4 級 (指数 4)		
	左手関節著障	:	5 級 (指数 2)		
下肢	右膝関節軽障	:	7 級 (指数 0.5)	(指数 0.5)	} 5 級 (指数 2)
	左足関節著障	:	5 級 (指数 2)	(指数 2)	
(指数計 15.5)					(指数計 9)

この例の場合、5つの個々の障がいの単純合計は15.5であるが、前記2の指数特例により右上肢は3級（指数7）となり、さらに上肢と下肢を中間的に指数計算するとそれぞれ3級（指数7）と5級（指数2）になるため、合計指数9をもって3級と認定する。

4 重複障がいの認定に関するその他の留意事項

- (1) 音声機能障がい、言語機能障がい及びそしゃく機能障がい重複する場合は、原則として前記1の合計指数による認定方法を適用せず、最も重度と判定された障がい等級をもって認定する。ただし、障がい部位や原因疾病が異なる場合（例えば、そしゃく嚥下器官の障がいと言語中枢の障がいとが重複する場合）は、重複障がいとして合計指数により認定する。
- (2) 体幹の機能障がいと下肢の機能障がい重複する場合は、原則として上位の等級に該当するどちらか一方の機能障がいとして認定する。ただし、障がい部位や原因疾患が異なる場合（例えば、体幹機能障がいと下肢の切断とが重複する場合）は、重複障がいとして合計指数により認定する。
- (3) 聴覚機能障がいと音声・言語機能障がい重複する場合は、前記1の合計指数による認定方法を適用して差し支えない。
(例) 聴覚機能障がい2級(11点) + 言語機能喪失3級(7点) = 1級(18点)
- (4) 7級の障がいは、等級別指数を0.5とし、6級以上の障がいと同様に取り扱って合計指数を算定する。

5 上記により認定される障がい等級が著しく均衡を欠くと認められるものについては、宮崎市社会福祉審議会の意見を聞いて別に定めるものとする。

第2 個別事項

一 視覚障がい

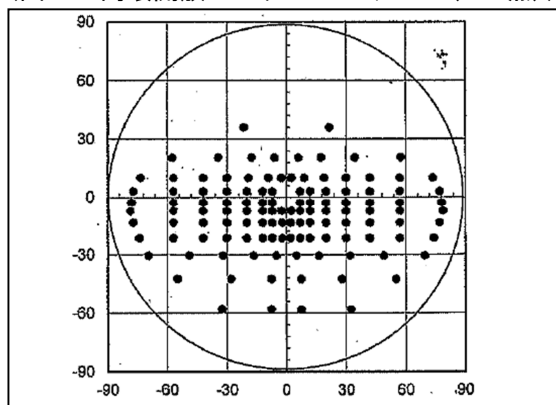
1 総括的解説

- (1) 屈折異常がある者については、最も適正なレンズを選び、矯正視力によって判定する。
- (2) 視力表は万国式を基準とした視力表を用いるものとする。
- (3) 視野はゴールドマン型視野計、あるいは自動視野計を用いて測定する。

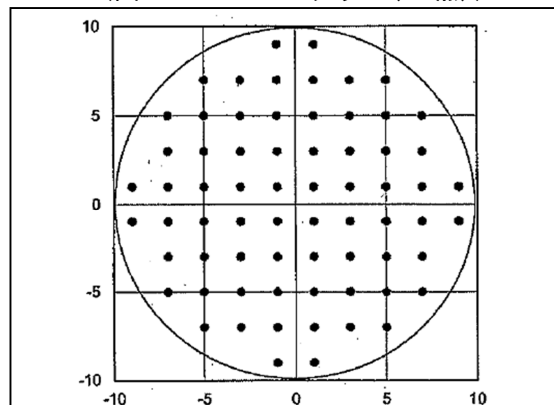
ゴールドマン型視野計を用いる場合は、「周辺視野角度（I/4 視標による）の総和が左右眼それぞれ 80 度以下のもの」、「両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの」を I/4 視標を用い判定する。「両眼中心視野角度（I/2 視標による）」は I/2 の視標を用いて中心視野角度を測定した値により判定する。

自動視野計を用いる場合は、両眼開放視認点数の算定には、両眼開放エスターマンテスト（図 1）で 120 点を測定する。中心視野視認点数の算定には、10-2 プログラム（図 2）で中心 10 度内を 2 度間隔で 68 点測定する。

（図 1：両眼開放エスターマンテスト(120 点)）



（図 2：10-2 プログラム(68 点)）



2 各項解説

(1) 視力障がい

ア 視力は万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力を用いる。

両眼の視力を別々に測定し、視力の良い方の眼の視力と他方の眼の視力とで等級表から等級を求める。等級の換算表（表 1）の横軸には視力の良い方の眼の視力、縦軸には他方の眼の視力が示してある。

イ 両眼を同時に使用できない複視の場合は、非優位眼の視力を 0 として取り扱う。例えば、両眼とも視力が 0.6 で眼筋麻痺により複視が起こっていて、日常生活で片眼を遮閉しなければならないような場合には、一眼の視力を 0 とみなし 6 級となる。なお、顕性の眼位ずれがあっても、両眼複視を自覚しない場合には、これには該当しない。

(表 1)															枠内等級	
他 方 の 眼 の 視 力	0.03 以上			2	3	3	3	3	4	4	4					
	0.02		2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	6	6
	0.01・指数弁	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	6	6
	0～手動弁	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	6	6	6	6
		0.01 以下	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6
視力の良い方の眼の視力																

※横軸が視力の良い方の眼の視力、縦軸が他方の眼の視力を取り、枠内が等級を示す。

※指数弁は 0.01 とする。

(2) 視野障がい

ア ゴールドマン型視野計を用いる場合は、「周辺視野角度（I／4 視標による）」の総和が左右眼それぞれ 80 度以下のもの、「両眼中心視野角度（I／2 視標による）」を以下によって判定する。

(ア) I／4 視標による 8 方向の周辺視野角度（上・内上・内・内下・下・外下・外・外上 8 方向の角度）の総和が左右眼それぞれ 80 度以下であるかどうかを判定する。8 方向の周辺視野角度は I／4 視標が視認できない部分を除いて算出する。

I／4 視標で、周辺にも視野が存在するが中心部の視野と連続しない場合は中心部の視野のみで判定する。

I／4 視標で、中心 10 度以内に視野が存在しない場合は、周辺視野角度の総和が 80 度以下として取り扱う。

(イ) I／2 視標による 8 方向の中心視野角度の総和を左右眼それぞれ求める。8 方向の中心視野角度は I／2 視標が認識できない部分を除いて算出する。さらに、次式により、両目中心視野角度を計算する（小数点以下は四捨五入し、整数で表す）。

両眼中心視野角度＝（3×中心視野角度の総和が大きい方の眼の中心視野角度の総和＋中心視野角度の総和が小さい方の眼の中心視野角度の総和）／4

なお、I／2 視標で中心 10 度以内に視野が存在しない場合は、中心視野角度の総和は 0 度として取り扱う。

イ 自動視野計を用いる場合は、両眼開放視認点数及び両眼中心視野視認点数を以下の方法で判定する。

(ア) 視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで両眼開放視認点数が 70 点以下かどうかを判定する。

(イ) 視標サイズⅢによる、10-2 プログラムで測定を行い、左右眼それぞれ感度が 26 dB 以上の検査点数を数え中心視野視認点数を求める。dB の計算は、背景輝度 31.5 asb で、視標輝度 10,000 asb を 0 dB としたスケールで算定する。さらに、次式により、両眼中心視野視認点数を計算する（小数点以下は四捨五入し、整数で表す）。

両眼中心視野視認点数＝（3×中心視野視認点数が多い方の眼の中心視野視認点数＋中心視野視認点数が少ない方の眼の中心視野視認点数）／4

ウ 「両眼による視野の 2 分の 1 以上が欠けているもの」とは、両眼で一点を注視しつつ測定した視野が、生理的限界の面積の 2 分の 1 以上欠損している場合の意味である。

(ア) 視野の生理的限界は、左右眼それぞれに上・内上・内・内下 60 度、下 70 度、外下 80 度、外 95 度、外上 75 度である。

(イ) ゴールドマン型視野計を用いる場合は、左右眼それぞれに測定した I / 4 視標による視野表を重ね合わせることで、両眼による視野の面積を得る。その際、面積は厳格に計算しなくてよい。

(ウ) 自動視野計を用いる場合は、両眼開放エスターマンテストで視認点数が 100 点以下である。

エ なお、ゴールドマン型視野計は自動視野計を用いた場合の等級判定について、表 2 のとおり示したので参照されたい。

(表 2)

	ゴールドマン型視野計		自動視野計	
	I / 4 視標	I / 2 視標	両眼開放エスターマンテスト視認点数	10-2 プログラム 両眼中心視野視認点数
2 級	周辺視野角度の総和が 左右眼それぞれ 80 度以下	両眼中心視野角度 28 度以下	70 点以下	20 点以下
3 級		両眼中心視野角度 56 度以下		40 点以下
4 級				
5 級	両眼による視野が 2 分の 1 以上欠損		100 点以下	
		両眼中心視野角度 56 度以下		40 点以下

3 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては、眼の障がいは視力障がいと視野障がいに区分し、原因の如何を問わずそれらの障がいの永続する状態について、その障がいを認定するために必要な事項を記載する。併せて、障がい程度の認定に関する意見を付す。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

障がいの部位とその部分の機能障がいの状態を記載する(両眼視力障がい、両目視野障がい等)。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

視覚障がいの原因となったいわゆる病名であり、障がいの分野別に具体的な傷病名を記載する(糖尿病網膜症、緑内障、加齢黄斑変性等)。

傷病発生年月日の記載については、初診日でもよく、不明確な場合は推定年月日を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

通常の診療録に記載される内容のうち、身体障がい者としての障がい認定の参考となる事項から摘記する。

現症については、別様式診断書「視覚障がいの状況及び所見」の所見欄に記載された事項から必要に応じ摘記する。

エ 「総合所見」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症を通じて身体障がい者としての障がい認定に必要な症状の固定又は永続性の状態を記載する。

成長期の障がい、進行性病変に基づく障がい、手術等により障がい程度に変化が予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

(2)「視覚障がいの状況及び所見」について

ア 視力は、万国式試視力表又はこれと同一の原理に基づく試視力表により測定する。視標面照度は500～1,000ルクス、視力検査室の明るさは50ルクス以上で視標面照度を上回らないこととし、試視力表から5mの距離で視標を判読することによって行う。

イ 屈折異常のある者については、矯正視力を測定するが、この場合最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を採用する。眼内レンズ挿入眼は裸眼と同等に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を採用する。

ウ 視野の測定には、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いる。ゴールドマン型視野計で判定する場合は、Ⅰ／4、Ⅰ／2の視標を用いる。自動視野計で判定する場合は、視標サイズⅢを用い、両眼開放エスターマンテスト、ならびに10-2プログラムを用いる。ゴールドマン型視野計では中心30度内は適宜矯正レンズを使用し、30度外は矯正レンズを装用せずに測定する。自動視野計では10-2プログラムは適宜矯正レンズを使用し、両眼開放エスターマンテストは矯正眼鏡を装用せずに実施する。

エ ゴールドマン型視野計又は自動視野計の結果は、診断書に添付する。

オ 現症については、前眼部、中間透光体及び眼底についての病変の有無とその状態を記載する。

4 認定基準の補足説明

- (1) 視覚障がいは視力障がいと視野障がいとに区分して認定し、それら両方が身体障がい者障がい程度等級表に掲げる障がいに該当する場合は、身体障がい認定基準の障がいが重複する場合の取扱いにより、上位等級に認定することが可能である。
- (2) 視力の測定は矯正視力によることとされているが、最良視力が得られる矯正レンズの装用が困難な場合や両眼視の困難な複視の場合には、障がい認定上の十分な配慮が必要である。
- (3) 視野の判定は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計のどちらか一方で行うこととし、両者の測定結果を混在させて判定することはできない。
- (4) 自動視野計を用いて測定した場合において、等級判定上信頼性のある測定が困難な場合は、ゴールドマン型視野計で評価する。
- (5) 乳幼児の視覚障がいの認定時期については、無眼球など器質的所見が明らかな事例は別として、医学的に判定が可能となる年齢は、一般的には概ね満3歳時以降と考えられるので、その時期に障がい認定を行うことが適当である。ただし、視覚誘発電位（VEP）、縞視力（preferential looking法（PL法）とgrating acuity card法（TAC））で推定可能なものは、3歳以下で認定しても差し支えない。

なお、成長期の障がい、進行性の障がい、近い将来手術の予定される場合等については、将来再認定の要否等について明確に記載する必要がある。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 視覚障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 両眼の視力障がい・視野障がい（求心性視野狭窄）		
②原因となった 疾病・外傷名 網膜色素変性	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）	
③疾病・外傷発生年月日 不明 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。） 令和〇年頃より夜盲を自覚。その後徐々に悪化している。 令和〇年〇月に両白内障手術をする。 検査上求心性視野狭窄を認む。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 視力 右0.04 左0.04（3級） 視野 周辺視野角度80度以下 中心視野角度28度以下（2級） 現在症状固定しているが将来的には憎悪の可能性を残す。 （将来再認定 <u>要</u>・不要） （再認定の時期 令和 〇 年 〇 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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 眼 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに <u>・該当する</u> (2 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分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

両眼中心
視野角度 (I / 2)

(①と②のうち大きい方) (①と②のうち小さい方)

(× 3 +) / 4 = 度

小数点以下
四捨五入

又は
自動視野計

ゴールドマン型視野計又は自動視野計の
どちらかの検査結果を記入

(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)

小数点以下
四捨五入

両眼中心視野
視認点数

(③と④のうち大きい方) (③と④のうち小さい方)
(× 3 +) / 4 = 点

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野
コピー
貼付

※ 視野図を貼付または添付してください。

(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／Ⅳの視標によるものか、Ⅰ／Ⅱ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。

二 聴覚又は平衡機能の障がい

A 聴覚障がい

- (1) 聴力測定には純音による方法と言語による方法とがあるが、聴力障がいを表すにはオーディオメータによる方法を主体とする。
- (2) 聴力測定は、補聴器を装着しない状態で行う。
- (3) 検査は防音室で行うことを原則とする。
- (4) 純音オーディオメータ検査

ア 純音オーディオメータは JIS 規格を用いる。

イ 聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数 500、1,000、2,000 ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB 値）をそれぞれ a、b、c とした場合、次の算式により算定した数値とする。

$$\frac{a + 2b + c}{4}$$

周波数 500、1000、2000 ヘルツの純音のうち、いずれか 1 又は 2 において 100 dB の音が聴取できない場合は、当該部分の dB を 105 dB とし、上記算式を計上し、聴力レベルを算定する。

なお、前述の検査方法にて短期間中に数回聴力測定を行った場合は、最小の聴力レベル（dB 値）をもって被検査者の聴力レベルとする。

- (5) 言語による検査

ア 語音明瞭度の検査語は、次に定める語集による。検査に当たっては、通常の会話音の強さでマイク又は録音機により発声し、その音量を適度に調節し、被検査者に最も適した状態で行う。

検査語はその配列を適宜変更しながら 2 秒から 3 秒に 1 語の割合で発声し、それを被検査者に見せつけ、その結果、正答した語数を検査語の総数で除して、求められた値を普通話声の最良の語音明瞭度とする。

語 音 明 瞭 度 検 査 語 集

イ	シ	タ	オ	ノ	マ	ナ	カ	ト	テ
ニ	ク	コ	ワ	デ	ガ	ス	キ	サ	ウ
ラ	モ	ル	ア	ツ	リ	ダ	ヨ	チ	ハ
ミ	レ	エ	ソ	ヤ	ネ	ド	ケ	セ	ロ
バ	ジ	メ	ヒ	フ	ム	ゴ	ホ	ユ	ズ

イ 聴取距離測定の検査語は良聴単語を用いる。大声又は話声にて発音し、遠方より次第に接近し、正しく聞こえた距離をその被検査者の聴取距離とする。

ウ 両検査とも詐病には十分注意すべきである。

B 平衡機能障がい

- (1) 「平衡機能の極めて著しい障がい」とは、四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障がいを認め、閉眼にて起立不能、又は開眼で直線を歩行中 10m以内に転倒若しくは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。
- (2) 「平衡機能の著しい障がい」とは、閉眼で直線を歩行中 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をいう。具体的な例は次のとおりである。
 - a 末梢迷路性平衡失調
 - b 後迷路性及び小脳性平衡失調
 - c 外傷又は薬物による平衡失調
 - d 中枢性平衡失調

1 診断書の作成について

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「聴覚障がい」「平衡機能障がい」の別を記載する。「聴覚障がい」の場合には「内耳性難聴」「後迷路性難聴」「中枢性難聴」等の別がわかれば付加記載するのが望ましい。また語音明瞭度を用いた診断には「語音明瞭度著障」等と付加記載する。「平衡機能障がい」については、「末梢性平衡失調」「中枢性平衡失調」「小脳性平衡失調」等、部位別に付加記載するのが望ましい。

「ろうあ」で聴覚障がい及び言語障がいで 1 級を診断する場合には「聴覚障がい及びそれに伴う言語障がい」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

障がいをきたすに至った病名、症状名をできるだけ記載するのが望ましい。例えば、「先天性風疹症候群」「先天性難聴」「遺伝性難聴」「ストレプトマイシンによる難聴」「老人性難聴」「慢性化膿性中耳炎」「音響外傷」「髄膜炎」「メニエール病」「小脳出血」等である。また原因が不明の場合には「原因不明」と記載する。

ウ 「疾病・外傷発生年月日」について

発生年月日が不明の場合には、その疾病で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月、日について不明の場合には、年の段階にとどめることとし、年が不明確な場合には、〇〇年頃と記載する。

エ 「参考となる経過・現症」について

後欄の状況、及び所見欄では表現できない障がいの具体的状況、検査所見等を記載すべきである。例えば先天性難聴では「言語の獲得状況はどうか」等であり、後天性難聴では「日常会話の困難の程度」「補聴器装用の有無、及び時期はいつか」「手術等の治療の経過はどうか」等、障がいを裏付ける具体的状況を記載する。また十分な聴力検査のできない乳幼児においては、聴性脳幹反応、蝸電図等の他覚的聴覚検査の結果も記載するのが望ましい。なお、聴覚障がいで身体障がい者手帳を所持していない者に対し、2 級を診断する場合には、聴性脳幹反応等の他覚的聴覚検査又はそれに相当する検査（遅延側音検査、ロンバールテスト、ステンゲルテスト等）を実施し、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を記載し、記録データのコピー等を添付すること。平衡機能障がいについても「介助なしでは立つことができない」「介助なしでは歩行が困難である」等、具体的状況を記載するのが望ましい。

オ 「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項により、総合的な所見を記載する。将来障がいが増進する可能性のあるもの、手術等により障がい程度に変化が予測されるもの、また確定的な検査の望めない乳幼児の診断は将来再認定の必要性を有とし、その時期を記載する。

(2) 「1「聴覚障がい」の状態及び所見」について

幼児でレシーバによる左右別の聴力測定が不可能で、幼児聴力検査で両耳聴による聴力を測定した場合は、その旨を記載する。

鼓膜の状態の記載は、具体的に記載する。例えば混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する。また耳漏の有無も記載するのが望ましい。

聴力図には気導域値のみでなく、骨導域値も記載する。

語音による検査の場合、両耳による普通話声の最良の語音明瞭度を測定するのであるから、必ず両側の語音明瞭度を測定し記載する。

(3) 「2「平衡機能障がい」の状態及び所見」について

該当する等級に沿った状況、所見を具体的に記載する。例えば「閉眼にて起立不能である」「開眼で直線を歩行中 10m以内に転倒する」「閉眼で直線を歩行中 10m以内に著しくよろめき歩行を中断する」等である。また四肢体幹に器質的異常のない旨、併記するのが望ましい。眼振等の他の平衡機能検査結果も本欄又は「参考となる経過・現症」欄に記載するのが望ましい。

4 認定基準の補足説明

- (1) 聴覚障がいの認定は大部分は会話音域の平均聴力レベルをもとに行うので、聴力図、鼓膜所見等により、その聴力レベルが妥当性のあるものであるかを十分検討する。(聴力図に記載された聴力レベルと平均聴力レベルが合わないような場合等)
- (2) 乳幼児の聴覚障がいの認定は慎重に行う必要がある。オーディオメーターによる純音検査が実施不能で、ABRやCOR等他覚的聴力検査法により客観的な判定が可能な場合は、認定は可能であるが、純音聴力検査が可能となる年齢に達した時点での再認定を条件とする。
- (3) 伝音性難聴の加味された聴覚障がいの認定に当たっては、中耳等に急性の炎症がある場合（耳漏等が認められる鼓膜所見がある場合など）はその時点での認定は適当ではない。
- (4) 慢性化膿性中耳炎等、手術によって聴力改善が期待できるような聴覚障がいについては、それまでの手術等の治療、経過、年齢等を明記し、場合によっては再認定を必要とする。
- (5) 「ろうあ」を重複する障がいとして1級に該当する場合、「あ」の状態を具体的にすることがある。「あ」の状態（例えば、「音声言語をもって家族とも意思を通ずることは不可能であり、身振り、筆談をもってすることが必要である」等）の記載をする。
- (6) 語音明瞭度による場合は、年齢、経過、現症、他の検査成績等により慎重に診断する必要がある。
- (7) 聴覚距離測定による場合は、純音聴力検査ができない理由を明確にする。
- (8) 平衡機能障がいの認定に当たっては、「平衡機能の極めて著しい障がい」「平衡機能の著しい障がい」のみでは不十分であり、その具体的状況を記載する。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障がい用）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男</u> ・女
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 聴覚障がい（両側内耳性難聴）		
②原因となった 疾病・外傷名 不 明	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・外傷発生日月 年 月 日・場所 〇歳頃		
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。） 〇歳頃より、両耳難聴出現。 令和〇年〇月めまい発作あり 左>右の耳鳴あり。 この頃より、歩行時ふらつきがある。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 両耳感音性難聴、両耳迷路機能障がいがある。 語音明瞭度50%以下（4級） （将来再認定 要・<u>不要</u>） （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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 耳鼻咽喉 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに <u>・該当する</u> (4 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分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がいの状態及び所見

〔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つの障がい区分のうち、認定を受けようとする障がいについて、□に✓を入れて選択し、その障がいに関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障がい、言語機能障がい及びそしゃく機能障がい重複する場合については、各々について障がい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（各々の障がいの合計指数をもって等級決定することはない。）

☒ 聴 覚 障 が い → 『1「聴覚障がい」の状態及び所見』に記載すること。

☐ 平 衡 機 能 障 が い → 『2「平衡機能障がい」の状態及び所見』に記載すること。

☐ 音 声 ・ 言 語 機 能 障 が い → 『3「音声・言語機能障がい」の状態及び所見』に記載すること。

☐ そ しゃ く 機 能 障 が い → 『4「そしゃく機能障がい」の状態及び所見』に記載すること。

1「聴覚障がい」の状況及び所見

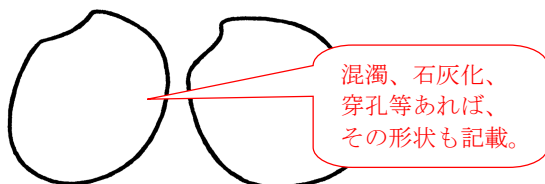
(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右	70.0	dB
左	73.3	dB

(2) 障がいの種類

	伝	音	性	難	聴
○	感	音	性	難	聴
	混	合	性	難	聴

(3) 鼓膜の状態
(右) (左)



(4) 身体障がい者手帳（聴覚障がい）の所持状況
(注) 2級と診断する場合、記載すること。

有 ・ 無

2「平衡機能障がい」の状態及び所見

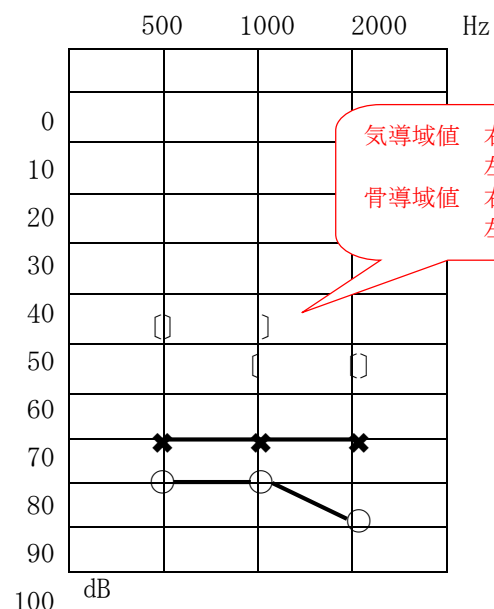
3「音声・言語機能障がい」の状態及び所見

- ☐ 家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさない（日常会話は誰が聞いても理解できない）。
- ☐ 家族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殆ど用をなさない。
- ☐ 日常会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

(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

オーディオメーターの型式 AA-71



イ 語音による検査

語音明瞭度

右	45%	(80 dB で検査)
左	40%	(80 dB で検査)

三 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障がい

A 音声機能又は言語機能の障がい

1 認定基準

- (1) 「音声機能又は言語機能の喪失」(3級)とは、音声や言語を全く発することができないか、発声しても言語機能を喪失したものをいう。
なお、この「喪失」には先天性のものも含まれる。具体的な例は次のとおりである。
- a 音声機能喪失……無喉頭、喉頭部外傷による喪失、発声筋麻痺による音声機能喪失
 - b 言語機能喪失……ろうあ、聴覚失語症
- (2) 「音声機能又は言語機能の著しい障がい」(4級)とは、音声又は言語機能の障がいのため、音声、言語のみを用いて意思を疎通することが困難なものをいう。具体的な例は次のとおりである。
- a 喉頭の障がい又は形態異常によるもの
 - b 構音器官の障がい又は形態異常によるもの(唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む)
 - c 中枢性疾患によるもの

2 診断書の作成について

診断書の様式の項目ごとに記入要領及び記入上の留意事項を記す。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

機能障がいの種類と()の中に音声、言語機能障がいの類型を記載する。

「音声機能障がい」とは、主として喉頭レベルにおける声と発声にかかわる能力の障がいをいう。音声機能障がい(喉頭摘出、発声筋麻痺等)と記載する。

「言語機能障がい」とは、喉頭レベル以上の構音器官(口唇、舌、下顎、口蓋等)における発音(構音)にかかわる能力と、音声言語(話しことば)の理解(意味把握)と表出(意味生成)にかかわる能力をいう。言語機能障がい(失語症、運動障がい性、〈麻痺性〉構音障がい等)と記載する。

参考：言語機能障がいの類型……失語症、運動障がい性構音障がい、脳性麻痺構音障がい、口蓋裂構音障がい、その他の器質性構音障がい、ろうあ、聴覚

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

上記障がいの直接原因である疾病名を記載する。例えば、「喉頭腫瘍」「脳血管障がい」「口唇口蓋裂」「感音性難聴」等である。

ウ 「疾病・外傷発生年月日」について

発生年月日が不明の場合には、その疾病で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月、日について不明の場合には、年の段階でとどめることとし、年が不明な場合には、〇〇年頃と記載する。

エ 「参考となる経過・現症」について

「経過」については、症状が固定するまでの経過を簡単に記載する。初診あるいは機能訓練開始日、途中経過の月日等の記載も望ましい。

「現症」は、コミュニケーション活動の能力の程度を裏付ける客観的所見ないしは検査所見を記載する。ただし、客観的所見の代わりに観察結果でも足りる場合がある。

「現症」記載の参考：コミュニケーション能力の程度を端的に裏付ける検査所見や観察結果のみを簡単に記載する。以下に、検査又は観察項目、検査法を例示するが、すべて行うことはなく、必要と考えられるものの記載にとどめる。

「音声機能障がい」

- ①喉頭所見（必要なら咽頭部所見も含める）。
- ②声の状態……………失声、嗄声の種類と程度等
- ③発声機能……………発声持続能力（時間）等
- ④検査法……………音声機能検査、エックス線検査等

「言語機能障がい」

- ①構（発）音の状態……………母音、子音等の正確性、発話全体としての会話明瞭度及び自然性（抑揚、アクセント、発話速度等）
- ②構音器官の所見……………口唇、舌、下顎、口蓋、咽頭等の運動機能と形態
- ③言語理解力……………音声言語に関して、単語や文の理解ができるか否か（聴覚的理解）。日常的な単語、簡単な文、やや複雑な文等の視点から理解力の程度をみる。
- ④言語表出力……………単語や文が言えるか否か（音声言語の表出）。日常的な単語、簡単な文、やや複雑な文、文の形式（構文又は文法）、文による具体的情報伝達（実質語の有無）等の観点から表出力の程度をみる。
- ⑤検査法……………構音・プロソディー検査、会話明瞭度検査、構音器官の検査、標準失語症検査（SLTA）、老研版失語症検査、国立リハ版失語症選別検査など。

留意事項：「現症」については、個別の所見欄に該当する項目（別様式「聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障がいの状態及び所見」の「3「音声・言語機能障がい」の状態及び所見」）がある場合にはこの欄の記載を省略してよい。この場合、所見欄には現症について詳細に記載することが望ましい。

障がい固定又は障がい確定（推定）年月日は必ず記載すること。

オ 「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項を総合して、その総合的能力が生活上のコミュニケーション活動をどのように制限しているかを記載する。現症欄に記載された事項では表現できない音声・言語機能障がいの具体的状況の記載が必要である。すなわち、日常生活におけるコミュニケーション活動の実態を記載するが、それには家庭内（肉親間）あるいは、家庭周辺（家族以外）といった場で、どの程度コミュニケーションができるか（レベル）の2つの観点から具体的に記載する（（表1）「障がい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」参照）。

障がい程度の認定には、この日常的コミュニケーション能力の程度の判定が核心となることを銘記されたい。

3 認定基準の補足説明

- (1) 「音声機能又は言語機能の喪失」の定義は、音声を全く発することができないか、発声しても意思の疎通ができないもの、と解釈すべきである。
- (2) 言語機能喪失をきたす障がい類型に、ろうあ、聴あ、失語症が挙げられているが、運動障がい性（麻痺性）構音障がい、脳性麻痺構音障がいも含まれると解釈すべきである。
- (3) 「音声機能又は言語機能の著しい障がい」の項で、「具体的な例は次のとおりである。」以下を次のように改めて解釈すべきである。

ア 音声機能の著しい障がい……喉頭の障がい又は形態異常によるもの

イ 言語機能の著しい障がい

- 1) 構音器官の障がい又は形態異常によるもの（構音器官の障がいには唇顎口蓋裂の後遺症による口蓋裂構音障がい、末梢神経及び筋疾患に起因する舌、軟口蓋等の運動障がいによる構音障がい、舌切除等による構音器官の欠損によるものなどを含む。）
- 2) 中枢性疾患によるもの（失語症、運動障がい性（麻痺性）構音障がい、脳性麻痺構音障がい等。）

4 等級判定の基準

障がい程度をどのように等級判定に結びつけるかについては必ずしも理解が容易ではない。このことは診断書（意見書）を実際に作成するに当たって、現症と総合所見の記載内容にしばしば見られる混乱や、さらに等級判定が概ね総合所見に基づくことにも十分な認識が得られない結果になる。そこで表2に障がい程度と等級判定の認定基準を対比させ理解の一助とした。

等級判定の認定基準は、日常生活におけるコミュニケーション活動の場とレベルの2つからの判断が不可欠である。場は、家庭（肉親又は家庭間）、家庭周辺（他人との関係一但し、不特定の一般社会ではない）の2つの局面に限定される。レベルは、残存する言語機能を表す言語活動の状態である。総合所見欄はその具体的な記載を求められるが、表1に幾つかの例を示したので参照されたい。

表 2 等級判定の基準

大原則：障がい程度の判定基準は一次能力障がい（稼得に関係のない日常生活活動能力の欠損度）に基づく

障がいの程度と等級		認定基準の原則	音声、言語機能障がいの場合	障がい程度の定義と具体例	等級判定の基準ーコミュニケーション活動の場とレベルからみた意思疎通困難の程度ー
重度（1、2 級）		……………	……………	……………	……………
中程度	3 級	家庭内での日常生活活動が著しく障がいされる	喪失	音声言語による意思疎通ができないもの 「音声機能障がい」ー音声を全く発することができない（例：無喉頭、喉頭外傷による喪失、発声筋麻痺による音声喪失＜反回神経麻痺など＞） 「言語機能障がい」ー発声しても意思疎通ができない（例：重度失語症、聴あ、運動障がい性構音障がい、脳性麻痺構音障がい、ろうあ）	家族において、家族又は肉親との会話の用をなさない（日常会話は誰が聞いても理解できない）。 ＊具体的状況（コミュニケーション活動の場とレベル）は表 1 に例示してある。
	4 級	家庭周辺での日常生活活動が著しく障がいされる	著しい障がい	音声言語のみ用いて意思を疎通することが困難なもの 「音声機能障がい」ー喉頭の障がい又は形態異常によるもの 「言語機能障がい」ー イ. 構音器官の障がい又は形態異常によるもの ロ. 中枢性疾患によるもの ＊障がい類型の例は 3 ウの具体例参照のこと	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殆ど用をなさない。 ＊具体的状況（コミュニケーション活動の場とレベル）は表 1 に例示してある。
軽度	軽微	社会での日常生活が著しく障がいされる	障がい非該当	……………	日常の会話が可能であるが不明瞭で不便である。

【 記入例 】

様式第 4 号（第 6 条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 平成 令和 (〇 歳)	男・女
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 言語機能障がい（失語症）		
②原因となった 疾病・外傷名 脳血管障がい		
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・外傷発生年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 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。） 令和〇年〇月〇日より言語治療を行うが、なお重度の表出・理解の障がいを残す。 C T にても脳病変を確認。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 家庭において家族との間で、日常生活に関する動作や物品の要求をことばで理解したり、 伝えたりすることは困難である。 (将来再認定 (再認定の時期 要・不要) 年 月)		
⑥その他参考となる合併症状 右上下肢麻痺		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 耳鼻咽喉 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第 1 5 条第 3 項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに ・該当する (3 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓 機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」 （別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について 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がいの状態及び所見

〔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つの障がい区分のうち、認定を受けようとする障がいについて、□に✓を入れて選択し、その障がいに関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障がい、言語機能障がい及びそしゃく機能障がい重複する場合については、各々について障がい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（各々の障がいの合計指数をもって等級決定することはない。）

□聴 覚 障 が い→『1「聴覚障がい」の状態及び所見』に記載すること。

□平 衡 機 能 障 が い→『2「平衡機能障がい」の状態及び所見』に記載すること。

✓☒音 声 ・ 言 語 機 能 障 が い→『3「音声・言語機能障がい」の状態及び所見』に記載すること。

□そ しゃ く 機 能 障 が い→『4「そしゃく機能障がい」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障がい」の状況及び所見

(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

オーディオメーターの型式 _____

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

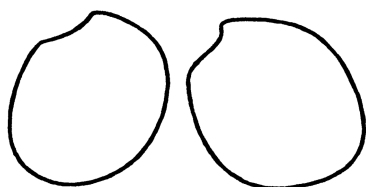
(2) 障がいの種類

	伝	音	性	難	聴
	感	音	性	難	聴
	混	合	性	難	聴

(3) 鼓膜の状態

(右)

(左)



(4) 身体障がい者手帳（聴覚障がい）の所持状況

（注）2級と診断する場合、記載すること。

有 ・ 無

イ 語音による検査

語音明瞭度

右	% (dB で検査)
左	% (dB で検査)

2 「平衡機能障がい」の状態及び所見

3 「音声・言語機能障がい」の状態及び所見

ウェルニッケ失語の状態である。

理解力：簡単な日常的単語でも誤ることがある。

文は全く困難である。

表出力：語、文とも困難で、慣用語句が話せる程度である。

- ✓☒家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさない（日常会話は誰が聞いても理解できない）。
- 家族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殆ど用をなさない。
- 日常会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

B そしゃく機能障がい

1 認定基準

- (1) 「そしゃく機能の喪失^(注1)」(3級)とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障がいをいう。具体的な例は次のとおりである。
- a 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
 - b 延髄機能障がい(仮性球麻痺、血管障がいを含む)及び末梢神経障がいによるもの
 - c 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がい^(注2)」(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がいをいう。具体的な例は次のとおりである。
- a 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
 - b 延髄機能障がい(仮性球麻痺、血管障がいを含む)及び末梢神経障がいによるもの
 - c 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
 - d 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

(注1)「そしゃく機能の喪失」と判断する状態について

そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口的に食物等を摂取することができないため、経管栄養(口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管(チューブ)を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法)以外に方法がない状態をいう。

(注2)「そしゃく機能の著しい障がい」と判断する状態について

そしゃく・嚥下機能の低下に起因して、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経管栄養(口腔・鼻腔・胃瘻より胃内に管(チューブ)を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法)の併用が必要あるいは摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある^(注3)状態、又は、口唇、口蓋裂等の先天異常の後遺症による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態をいう。

(注3)「摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある」と判断する状態について

開口不能のため流動食以外は摂取できない状態又は誤嚥の危険が大きいと、摂取が半固形物(ゼラチン・寒天・増粘剤添加物等)等、極度に限られる状態をいう。

2 診断書の作成について

診断書の様式の項目ごとに、記入要領及び記入上の留意事項を記す。

(1)「総括表」について

ア 「障がい名」について

「そしゃく機能障がい(そしゃく・嚥下機能障がい、咬合異常によるそしゃく機能障がい)」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

上記障がいの直接の原因となる疾病名等を記載する。例えば、「重症筋無力症」「唇顎口蓋裂」「舌腫瘍切除後の舌の欠損」等である。

ウ 「疾病・外傷発生年月日」

発生年月日が不明の場合には、その疾病で最初に医療機関を受診した年月日を記載する。月日について不明の場合には、年の段階でとどめることとし、年が不明確な場合には「〇〇年頃」

と記載する。

エ 「参考となる経過・現症」について（エックス線検査、内視鏡検査等の所見を含む）

「経過」については、症状が固定するまでの経過を年月日を付して簡単に記載する。

「現症」については、主たるそしゃく・嚥下機能の障がいの内容（筋力低下によるそしゃく・嚥下機能の喪失」「咬合異常によるそしゃく機能の著しい障がい」等）と、その程度を裏付ける客観的所見ないしは検査所見を記載する。

なお、これらの所見の詳細については、別様式にある「聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃく機能障がいの状態及び所見」欄に記載する。

オ 「総合所見」について

「参考となる経過・現症」又は個別の所見欄に書かれた現症の事項を総合して、生活上の食事摂取をどのように制限されているかを記載する。

（2）「聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃく機能障がいの状態及び所見」について

ア 各障がいにおいては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記述する。

イ 「4「そしゃく機能障がい」の状態及び所見」について（留意点）

1）「（1）障がいの程度及び検査所見」について

i 「①そしゃく・嚥下機能の障がい」では、そしゃくあるいは嚥下機能の障がいについて判断することを目的としている。「b 参考となる検査所見」の「イ 嚥下状態の観察と検査」については食塊ないしは流動物（bolus）搬送の状態を観察する。また、その観察をエックス線検査あるいは内視鏡検査で行うことが理想的であるが、食事（水分）を摂取する場面を観察してもよい。

（観察点）

①各器官の一般的検査（視診、触診、反射）

- ・口唇・下顎……運動能力（可動範囲、力、速度等）、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
- ・舌……形状（萎縮、欠損、線維束性収縮等）、運動能力、反射異常
- ・軟口蓋……挙上運動（鼻咽腔閉鎖機能の状態、鼻漏出、鼻腔への逆流）、反射異常
- ・声帯……内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

②嚥下状態の観察と検査

- ・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

ii 「②咬合異常によるそしゃく機能の障がい」では、咬合異常によるそしゃく機能の障がいについて判断することを目的としている。「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）」については、以下の点から観察する。

「ア 咬合異常の程度」

(観察点)

①そしゃく運動時又は安静位咬合の状態をみる。上顎歯列と下顎歯列の特に前歯並びに臼歯の接触・咬合状態、開口の程度等の異常な咬合関係をみる。

「イ そしゃく機能」

(観察点)

①そしゃく機能を定量的に簡便かつ正確に測定する方法はないので、そしゃくの3作用である食物の粉碎、切断及び混合の状態を観察する。

②そしゃく機能障がいの状態：口唇・口蓋裂においては、歯の欠如、上下顎の咬合関係、口蓋の形態異常（前後、左右、上下方向の狭小あるいは狭窄化及び残孔）等を観察する。

iii 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例は、別様式に定める「歯科医師による診断書・意見書」を添付する。

2) 「(3) 障がい程度の等級」について

ここでは、そしゃく・嚥下機能の障がい、咬合異常によるそしゃく機能の障がいにおける診断内容が、3級又は4級のいずれかの項目に該当するかについて、最終的な判定をすることを目的とする。

該当する等級の根拠となる項目について、1つだけ選択することとなる。

3 認定基準の補足説明

(1) 「そしゃく機能の喪失」

そしゃく・嚥下機能の低下を起因として、経口的に食物等を摂取することができないため、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）以外に方法がない状態をいう。

(2) 「そしゃく機能の著しい障がい」

そしゃく・嚥下機能の低下を起因として、経口摂取のみでは十分な栄養摂取ができないために、経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻より胃内に管（チューブ）を挿入して流動食を注入して栄養を補給する方法）の併用が必要あるいは摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある^(注1)状態、又は、口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症^(注2)による著しい咬合異常があるため、歯科矯正治療等を必要とする状態をいう。

(注1) 「摂取できる食物の内容、摂取方法に著しい制限がある」と判断する状態について誤嚥の危険が大きく摂取が半固形物（ゼラチン、寒天、増粘剤添加物等）等以外は摂取できない状態又は開口不能のため流動食以外は摂取できない状態をいう。

(注2) 「先天異常の後遺症」とは、「疾患に対して手術、その他の処理を行った後もなお残存する後遺症を意味する

4 その他の留意事項

(1) 咬合異常によるそしゃく機能の障がいについて

判定の手順：障がい程度の判定と歯科矯正治療等の適応の判定の2つの判定が含まれる。

ア まず咬合異常によるそしゃく機能の障がいの程度を判定する。それには、身体障がい認定の要件である①永続する機能障がいを有すること、つまり、障がいとして固定すること、②日常生活活動に相当程度の制限があること、そしゃく困難で食事摂取（栄養・味覚）が極めて不利、不便になるもの、という2点を満たすか否かを判断する。

イ 次に歯科矯正治療等の適応か否かを決める。すなわち、上記そしゃく機能障がいと歯科矯正治療、口腔外科的手術によって改善が得られるか否かを判断する。この法律は、口唇・口蓋裂等の患者の治療を福祉によって支援することを狙いとしていることを理解されたい。

ウ 身体障がい者該当の判定。上記「ア」の要件をみたし、さらに「イ」歯科矯正治療等の適応と判断されたものを身体障がい者に該当すると認める。

注意事項：歯科矯正治療等の適応については、都道府県知事等の定める歯科医師の（別紙）「歯科医師による診断書・意見書」の提出を求めるものとする。

歯科矯正治療等の適応と診断されても、そしゃく機能障がいが軽微～軽度なら身体障がい者には該当しない。

軽度そしゃく機能障がい（軽度咬合異常による。）は身体障がい者に該当しない。

身体障がい者の認定は「歯科矯正治療等の適応あり」が基本条件であることから、認定する期間を指定し、再認定の時期を必ず記載する必要がある。この再認定は、歯科矯正治療等の一応の成果が見られる「3か年」を目途にしており、再認定の徹底を期されたい。

(2) 障がいを認定できる時期

「そしゃく機能の喪失」または「そしゃく機能の著しい障がい」の状態が固定して改善の見込みがないか、更に進行して悪化の一途を辿ると判断されるとき。

(3) 音声機能障がい、言語機能障がい及びそしゃく機能障がい重複する場合については、各々の障がいの合計指数をもって等級を決定することは適当ではない。

(4) 小腸機能障がい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、どちらの障がいによるものであるか等について詳細に診断し、該当する障がいについて認定することが必要である。

【口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障がいに関する歯科医師の診断書・意見書について】

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障がいのある者が、身体障害者福祉法第15条に基づき身体障がい者手帳の交付を申請するに際し、医師が「身体障がい者診断書・意見書」を作成するときは、あらかじめ都道府県知事等の定める歯科医師の「歯科医師による診断書・意見書」の提出を求めるものとする。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） そしゃく機能障がい（そしゃく・嚥下機能障がい）		
②原因となった 疾病・外傷名 脳血管障がい（仮性球麻痺） 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）		
③疾病・外傷発生年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日・場所 自宅		
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。） 令和〇年〇月より、嚥下機能、構音機能喪失に対して機能回復訓練を開始。下顎舌の運動が若干改善するが、嚥下機能は不良。舌の挺出、拳上運動は僅少である。流動食の摂取では、bolus を口腔に保持したり、咽頭への送りこみ動作が困難で、頭位を後屈させて、受動的に半固形 bolus を咽頭食道部に下降させる。1回の食事の所要時間は45～60分である。むせることも頻発する。体重の減少も著しく（入院時40.7kg→令和〇年〇月33～34kg）、経管栄養の併用が必要。 障がい固定又は障がい確定（推定） 年 月 日		
⑤総合所見 そしゃく・嚥下障がいあり、半固形食材の経口摂取及び経管栄養で栄養維持している。 (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 運動性構音障がい		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 耳鼻咽喉 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに ・ <u>該当する</u> (4 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

4 「そしゃく機能障がい」の状態及び所見

(1) 障がいの程度及び検査所見

下の「該当する障がい」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。

「該当する障がい」

- ☒ そしゃく・嚥下機能の障がい
→「①そしゃく・嚥下機能の障がい」に記載すること。
- ☐ 咬合異常によるそしゃく機能の障がい
→「②咬合異常によるそしゃく機能の障がい」に記載すること。

① そしゃく・嚥下機能の障がい

a 障がいの程度

☐ 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。）

[下顎舌の運動障がい著名で、自発的開口が不能。
舌の挺出、拳上も僅かである。]

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（VF、バリウムゼリー）

☒ 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。）

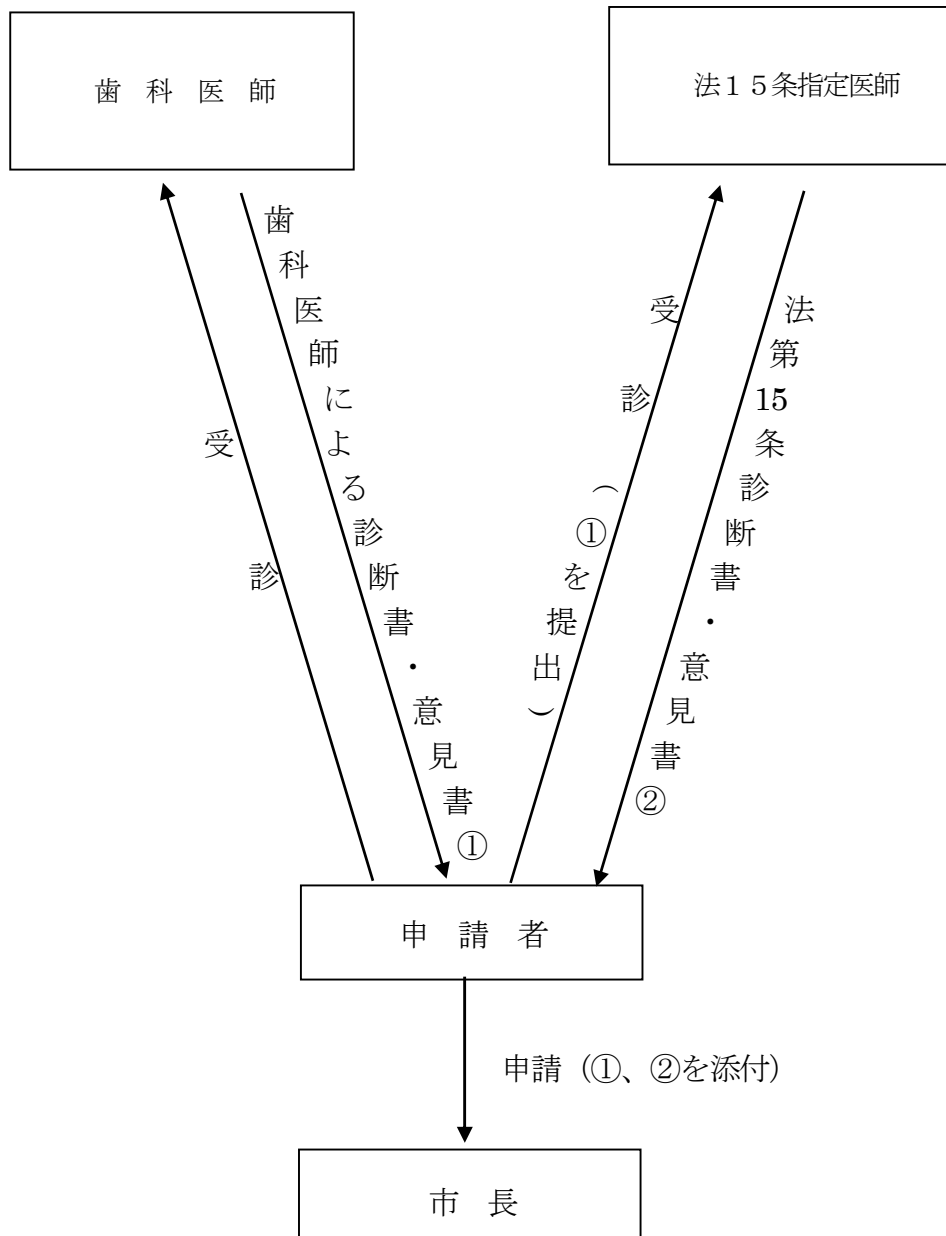
- [・VF：第1相でbolusの保持、送り込みが不良
第2相 嚥下反射の遅れあり
第3相はほぼ問題ないが、梨状陥凹にpoolingあり
・内視鏡：梨状陥凹にpoolingあり、声門下への唾液のたれ込みあり]

(別紙)

歯科医師による診断書・意見書

氏 名	大正 昭和 平成 令和	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申し述べる。併せて以下の意見を付す。 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに ・該当する ・該当しない 令和 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			

身体障がい者手帳申請手続き



四 肢体不自由

1 総括的解説

- (1) 肢体不自由は機能の障がいの程度をもって判定するものであるが、その判定は、強制されて行なわれた一時的能力でしてはならない。

例えば、肢体不自由者が無理をすれば1 kmの距離は歩行できるが、そのために症状が悪化したり、又は疲労、疼痛等のために翌日は休業しなければならないようなものは1 km歩行可能者とはいえない。

- (2) 肢体の疼痛又は筋力低下等の障がいも、客観的に証明でき又は妥当と思われるものは機能障がいとして扱う。具体的な例は次のとおりである。

a 疼痛による機能障がい

筋力テスト、関節可動域の測定又はエックス線写真等により、疼痛により障がいがあることが医学的に証明されるもの

b 筋力低下による機能障がい

筋萎縮、筋の緊張等筋力低下をきたす原因が医学的に認められ、かつ、徒手筋力テスト、関節可動域の測定等により、筋力低下による障がいがあることが医学的に証明されるもの

- (3) 「全廃」とは、関節可動域（以下、他動的可動域を意味する。）が10度以内、筋力では徒手筋力テストで2以下に相当するものをいう。（肩及び足の各関節を除く。）

「機能の著しい障がい」とは、以下に示す各々の部位で関節可動域が日常生活に支障をきたすと見なされる値（概ね90度）のほぼ30%（概ね30度以下）のものをいい、筋力では徒手筋力テストで3（5点法）に相当するものをいう。（肩及び足の各関節を除く。）

「軽度の障がい」とは、日常生活に支障をきたすと見なされる値（概ね90度で足関節の場合は30度を超えないもの。）又は、筋力では徒手筋力テストで各運動方向平均が4に相当するものをいう。

（注4）関節可動域は連続した運動の範囲としてとらえ、筋力は徒手筋力テストの各運動方向の平均値をもって評価する。

- (4) この解説においてあげた具体例の数値は、機能障がいの一面を表わしたものであるので、その判定に当たっては、その機能障がい全般を総合した上で定めなければならない。

- (5) 7級はもとより身体障がい者手帳の交付の対象にならないが、等級表の備考に述べられているように、肢体不自由で、7級相当の障がいがある時は6級になるので参考として記載したものである。
- (6) 肢体の機能障がいの程度の判定は義肢、装具等の補装具を装着しない状態で行うものであること。なお、人工骨頭又は人工関節については、人工骨頭又は人工関節の置換術後の経過が安定した時点の機能障がいの程度により判定する。
- (7) 乳幼児期以前に発現した非進行性の脳病変によってもたらされた脳原性運動機能障がいについては、その障がいの特性を考慮し、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由の一般的認定方法によらず別途の方法によることとしたものである。

2 各項解説

A 上肢不自由

(1) 一上肢の機能障がい

- ア 「全廃」(2級)とは、肩関節、肘関節、手関節、手指の全ての機能を全廃したものをいう。
- イ 「著しい障がい」(3級)とは、握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、物を持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、ひっぱる(腕の機能)等の機能の著しい障がいをいう。具体的な例は次のとおりである。
- a 機能障がいのある上肢では5 kg以内のものしか下げることができないもの。この際荷物は手指で握っても肘でつり下げてもよい。
 - b 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうちいずれか2関節の機能を全廃したもの
- ウ 「軽度の障がい」(7級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 精密な運動のできないもの
 - b 機能障がいのある上肢では10 kg以内のものしか下げることのできないもの

(2) 肩関節の機能障がい

- ア 「全廃」(4級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域30度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで2以下のもの
- イ 「著しい障がい」(5級)の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域60度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで3に相当するもの

(3) 肘関節の機能障がい

- ア 「全廃」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 高度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- イ 「著しい障がい」(5 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 中等度の動揺関節
 - c 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
 - d 前腕の回内及び回外運動が可動域 10 度以下のもの

(4) 手関節の機能障がい

- ア 「全廃」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 2 以下のもの
- イ 「著しい障がい」(5 級) の具体的な例は次のとおりである。
- a 関節可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの

(5) 手指の機能障がい

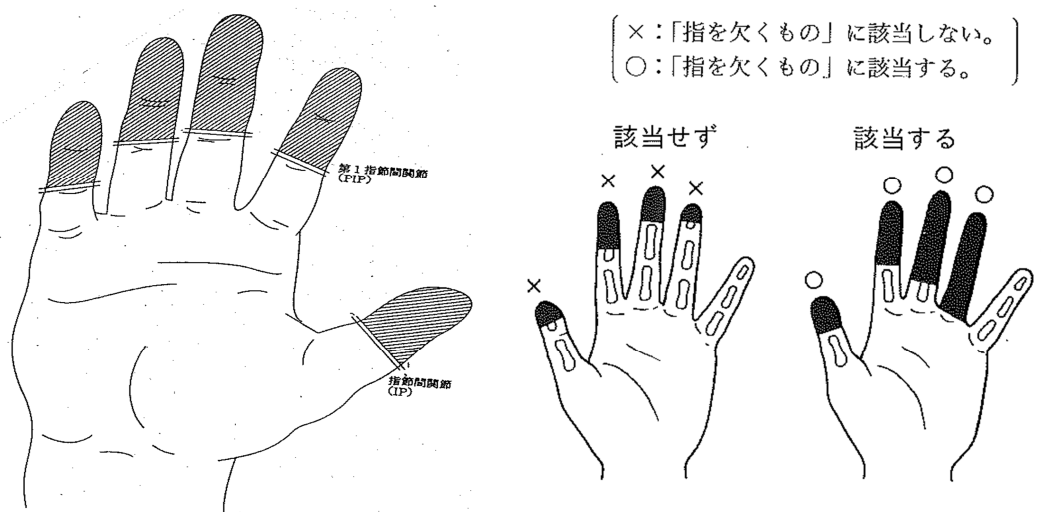
- ア 手指の機能障がいの判定には次の注意が必要である。
- ① 機能障がいのある指の数が増すにつれて幾何学的にその障がいは重くなる。
 - ② おや指、次いでひとさし指の機能は特に重要である。
 - ③ おや指の機能障がいは摘む、握る等の機能に特に考慮して、その障がいの重さを定めなければならない。
- イ 一側の五指全体の機能障がい
- ① 「全廃」(3 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 字を書いたり、箸を持つことができないもの
 - ② 「著しい障がい」(4 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 機能障がいのある手で 5 kg 以内のものしか下げることのできないもの
 - b 機能障がいのある手の握力が 5 kg 以内のもの
 - c 機能障がいのある手で鋏又はかなづちの柄を握りそれぞれの作業のできないもの
 - ③ 「軽度の障がい」(7 級) の具体的な例は次のとおりである。
 - a 精密な運動のできないもの
 - b 機能障がいのある手では 10 kg 以内のものしか下げることのできないもの
 - c 機能障がいのある手の握力が 15 kg 以内のもの

ウ 各指の機能障がい

- ① 「全廃」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 10 度以下のもの
 - b 徒手筋力テスト 2 以下のもの
- ② 「著しい障がい」の具体的な例は次のとおりである。
 - a 各々の関節の可動域 30 度以下のもの
 - b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの

エ 手指の欠損について

「指を欠くもの」とは、おや指については指節間関節（IP 関節）以上、その他の指については第 1 指節間関節（PIP 関節）以上を欠くものをいう。



B 下肢不自由

(1) 下肢の機能障がい

- ア 「全廃」（3 級）とは、下肢の運動性と支持性をほとんど失ったものをいう。具体的な例は次のとおりである。
- a 下肢全体の筋力の低下のため患肢で立位を保持できないもの
 - b 大腿骨又は脛骨の骨幹部偽関節のため患肢で立位を保持できないもの
- イ 「著しい障がい」（4 級）とは、歩く、平衡をとる、登る、立っている、身体を廻す、うずくまる、膝をつく、座る等の下肢の機能の著しい障がいをいう。具体的な例は次のとおりである。
- a 1 km 以上の歩行不能
 - b 30 分以上起立位を保つことのできないもの
 - c 通常の駅の階段の昇降が手すりにすがらねばできないもの
 - d 通常の腰掛けでは腰掛けることのできないもの
 - e 正座、あぐら、横座りのいずれも不可能なもの

ウ 「軽度の障がい」（7級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 2 km以上の歩行不能
- b 1時間以上の起立位を保つことのできないもの
- c 横座りにはできるが正座及びあぐらのできないもの

（2） 股関節の機能障がい

ア 「全廃」（4級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 各方向の可動域（伸展⇄屈曲、外転⇄内転等連続した可動域）が10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの

イ 「著しい障がい」（5級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの

ウ 「軽度の障がい」（7級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 小児の股関節脱臼で軽度の跛行を呈するもの

（3） 膝関節の機能障がい

ア 「全廃」（4級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域10度以下のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 高度の動揺関節、高度の変形

イ 「著しい障がい」（5級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域30度以下のもの
- b 徒手筋力テストで3に相当するもの
- c 中等度の動揺関節

ウ 「軽度の障がい」（7級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域90度以下のもの
- b 徒手筋力テストで4に相当するもの又は筋力低下で2 km以上の歩行ができないもの

（4） 足関節の機能障がい

ア 「全廃」（5級）の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域が5度以内のもの
- b 徒手筋力テストで2以下のもの
- c 高度の動揺関節、高度の変形

イ 「著しい障がい」(6級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 関節可動域 10 度以内のもの
- b 徒手筋力テストで 3 に相当するもの
- c 中等度の動揺関節

(5) 足指の機能障がい

ア 「全廃」(7級)の具体的な例は次のとおりである。

- a 下駄、草履をはくことのできないもの

イ 「著しい障がい」(両側の場合は 7 級)とは特別の工夫をしなければ下駄、草履をはくことのできないものをいう。

(6) 下肢の短縮

計測の原則として前腸骨棘より内くるぶし下端までの距離を測る。

(7) 切断

大腿又は下腿の切断の部位及び長さは実用長をもって計測する。従って、肢断端に骨の突出、瘢痕、拘縮、神経断端腫その他の障がいがあるときは、その障がいの程度を考慮して、上位の等級に判定することもあり得る。

C 体幹不自由

体幹とは、頸部、胸部、腹部及び腰部を含み、その機能にはそれらの各部の運動以外に体位の保持も重要である。

体幹の不自由をきたすには、四肢体幹の麻痺、運動失調、変形等による運動機能障がいである。

これらの多くのものはその障がい単に体幹のみならず四肢にも及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障がいとは、四肢の機能障がいを一応切り離して、体幹のみの障がいの場合を想定して判定したものをいう。従って、このような症例の等級は体幹と四肢の想定した障がいの程度を総合して判定するのであるが、この際 2 つの重複する障がいとして上位の等級に編入するのには十分注意を要する。例えば臀筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障がいとして 2 つの 2 級の重複として 1 級に編入することは妥当ではない。

(1) 「座っていることのできないもの」(1 級)とは、腰掛け、正座、横座り及びあぐらのいずれもできないものをいう。

(2) 「座位又は起立位を保つことの困難なもの」(2 級)とは、10 分間以上にわたり座位又は起立位を保っていることのできないものをいう。

- (3) 「起立することの困難なもの」(2級)とは、臥位又は座位より起立することが自力のみでは不可能で、他人又は柱、杖その他の器物の介護により初めて可能となるものをいう。
- (4) 「歩行の困難なもの」(3級)とは、100m以上の歩行不能のもの又は片脚による起立位保持が全く不可能なものをいう。
- (5) 「著しい障がい」(5級)とは体幹の機能障がいのために2km以上の歩行不能のものをいう。

(注5) なお、体幹不自由の項では、1級、2級、3級及び5級のみが記載され、その他の4級、6級が欠となっている。これは体幹の機能障がいは四肢と異なり、具体的及び客観的に表現し難いので、このように大きく分けたのである。3級と5級に指定された症状の中間と思われるものがあつた時も、これを4級とすべきではなく5級にとめるべきものである。

(注6) 下肢の異常によるものを含まないこと。

D 脳原性運動機能障がい

この障がい区分により程度等級を判定するのは、乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変によつてもたらされた姿勢及び運動の異常についてであり、具体的な例は脳性麻痺である。

以下に示す判定方法は、生活関連動作を主体としたものであるので、乳幼児期の判定に用いることの不適切な場合は前記(1)～(3)の方法によるものとする。

なお、乳幼児期に発現した障がいによつて脳原性運動機能障がいと類似の症状を呈する者で、前記(1)～(3)の方法によることが著しく不利な場合は、この方法によることができるものとする。

(1) 上肢機能障がい

ア 両上肢の機能障がいがある場合

両上肢の機能障がいの程度は、紐むすびテストの結果によつて次により判定するものとする。

区 分	紐むすびテストの結果
等級表1級に該当する障がい	紐むすびのできた数が19本以下のもの
等級表2級に該当する障がい	紐むすびのできた数が33本以下のもの
等級表3級に該当する障がい	紐むすびのできた数が47本以下のもの
等級表4級に該当する障がい	紐むすびのできた数が56本以下のもの
等級表5級に該当する障がい	紐むすびのできた数が65本以下のもの
等級表6級に該当する障がい	紐むすびのできた数が75本以下のもの
等級表7級に該当する障がい	紐むすびのできた数が76本以上のもの

(注7) 紐むすびテスト

5分間にとじ紐(長さ概ね43cm)を何本むすぶことができるかを検査するもの

イ 一上肢の機能に障がいがある場合

一上肢の機能障がいの程度は5動作の能力テストの結果によって次により判定するものとする。

区 分	5動作の能力テストの結果
等級表1級に該当する障がい	—
等級表2級に該当する障がい	5動作の全てができないもの
等級表3級に該当する障がい	5動作のうち1動作しかできないもの
等級表4級に該当する障がい	5動作のうち2動作しかできないもの
等級表5級に該当する障がい	5動作のうち3動作しかできないもの
等級表6級に該当する障がい	5動作のうち4動作しかできないもの
等級表7級に該当する障がい	5動作の全てができるが、上肢に不随意運動・失調等を有するもの

(注8) 5動作の能力テスト

次の5動作の可否を検査するもの

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

(2) 移動機能障がい

移動機能障がいの程度は、下肢、体幹機能の評価の結果によって次により判定する。

区 分	下肢・体幹機能の評価の結果
等級表1級に該当する障がい	つたい歩きができないもの
等級表2級に該当する障がい	つたい歩きのみができるもの
等級表3級に該当する障がい	支持なしで立位を保持し、その後10m歩行することはできるが、椅子から立ち上がる動作又は椅子に座る動作ができないもの
等級表4級に該当する障がい	椅子から立ち上がり10m歩行し再び椅子に座る動作に15秒以上かかるもの
等級表5級に該当する障がい	椅子から立ち上がり10m歩行し再び椅子に座る動作は15秒未満でできるが、50cm幅の範囲を直線歩行できないもの
等級表6級に該当する障がい	50cm幅の範囲を直線歩行できるが、足を開き、しゃがみこんで、再び立ち上がる動作ができないもの
等級表7級に該当する障がい	6級以上には該当しないが、下肢に不随意運動・失調等を有するもの

3 診断書の作成について

身体障がい者障がい程度等級表においては、肢体不自由を上肢、下肢、体幹及び乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がいに区分している。したがって、肢体不自由診断書の作成に当たっては、これを念頭に置き、それぞれの障がい程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障がい程度の認定に関する意見を付す。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

ここにいう障がい名とは、あることにより生じた結果としての四肢体幹の障がいを指すもので、機能欠損の状態、あるいは目的動作能力の障がいについて記載する。即ち、ディスファンクショ^ン又はインペアメントの状態をその障がい部位とともに明記することで、例を挙げると、①上肢機能障がい（右手関節硬直、左肩関節機能全廃）、②下肢機能障がい（左下肢短縮、右膝関節著障）、③体幹運動機能障がい（下半身麻痺）、④脳原性運動機能障がい（上下肢不随意運動）等の書き方が標準的である。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

病名がわかっているものについてはできるだけ明確に記載することが望ましい。即ち、前項の障がいをきたした原因の病名（足部骨腫瘍、脊椎損傷、脳性麻痺、脳血管障がい等）を記載することである。例えば、右手関節強直の原因として「慢性関節リウマチ」と記載し、体幹運動機能障がいであれば「強直性脊髄炎」であるとか「脊椎側湾症」と記載する。さらに、疾病外傷の直接原因については、右端に列挙してある字句の中で該当するものを○印で囲み、該当するものがない場合にはその他の欄に直接記載する。例えば、脊髄性小児麻痺であれば疾病に○印を、脊髄腫瘍の場合にはさらにその他に○印をした上で、（ ）内には肺癌転移と記載する。なお、その他の事故の意味するものは、自殺企図、原因不明の頭部外傷、猟銃暴発等外傷の原因に該当する字句のない場合を指すものであり、（ ）内記載のものとは区別する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

初発症状から症状固定に至るまでの治療の内容を簡略に記載し、機能回復訓練の終了日をもって症状の固定とする。ただし、切断のごとく欠損部位によって判定の下されるものについては、再手術が見込まれない段階に至った時点で診断してよい。現症については、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」等の所見欄に記載された内容を摘記する。

エ 「総合所見」について

傷病の経過及び現症の結果としての障がいの状態、特に目的動作能力の障がいを記載する。例えば、上肢運動能力、移動能力、座位、起立位等である

なお、成長期の障がい、進行性病変に基づく障がい、手術等により障がい程度に変化の予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

オ 「その他参考となる合併症状」について

他に障がい認定上参考となる症状のある場合に記載する。

(2) 「肢体不自由の状況及び所見」について

ア 乳幼児期以前に発現した脳原性運動機能障がいについては、専用の別様式診断書「脳原性運動機能障がい用」を用いることとし、その他の上肢、下肢、体幹の障がいについては、別様式診断書「肢体不自由の状況及び所見」を用いる。ただし、痙性麻痺については、筋力テストを課すのは必要最小限にすること。

イ 障がい認定に当たっては、目的動作能力に併せ関節可動域、筋力テストの所見を重視しているのでその双方についての診断に遺漏のないよう記載すること。

ウ 関節可動域の表示並びに測定方法は、日本整形外科学会身体障害委員会及び日本リハビリテーション医学会評価基準委員会において示された「関節可動域表示並びに測定法」により行うものとする。

エ 筋力テストは徒手による筋力検査によって行うものであるが、評価は次の内容で区分する。

- ・自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような体位では自動可能な場合（著減）、又はいかなる体位でも関節の自動が不能な場合（消失）……………×
- ・検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合（半減）……………△
- ・検者の手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合（正常）、又は検者の手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合（やや減）……………○

オ 脳原性運動機能障がい用については上肢機能障がいと移動機能障がいの双方につき、一定の方法により検査を行うこととされているが、被検者は各動作について未経験のことがあるので、テストの方法を事前に教示し試行を経たうえで本検査を行うこととする。

4 認定基準の補足説明

- (1) 肢体不自由の障がい程度は、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由及び脳原性運動機能障がい（上肢機能・移動機能）の別に認定する。

この場合、上肢、下肢、体幹の各障がいについては、それらが重複するときは、身体障がい認定基準の障がい重複する場合の取り扱いにより上位等級に認定することが可能であるが、脳原性運動機能障がい（上肢機能・移動機能）については、肢体不自由の中で独立した障がい区分であるので、上肢又は下肢の同一側に対する他の肢体不自由の区分（上肢・下肢・体幹）との重複認定はあり得ないものである。

- (2) 上肢不自由は、機能障がい及び欠損障がいの2つに大別され、それぞれの障がい程度に応じ等級が定められている。

機能障がいについては、一上肢全体の障がい、三大関節の障がい及び手指の障がいの身体障がい認定基準が示されているので、診断書の内容を基準によく照らし、的確に認定する。

欠損障がいについては、欠損部位に対する等級の位置付けが身体障がい者障がい程度等級表に明示されているので、それに基づき認定する。

- (3) 下肢不自由は、機能障がい、欠損障がい及び短縮障がいに区分される。

機能障がいについては、一下肢全体の障がい、三大関節の障がい及び足指の障がいの身体障がい認定基準に照らし、診断書の記載内容を確認しつつ認定する。

欠損障がい及び短縮障がいについては、診断書における計測値を身体障がい者障がい程度等級表上の項目に照らし認定する。

- (4) 体幹不自由は、高度の体幹麻痺をきたす症状に起因する運動機能障がいの区分として設けられているものであって、その原因疾患の主なものは脊髄性小児麻痺、強直性脊椎炎、脊髄損傷等である。

体幹不自由は四肢にも障がいの及ぶものが多いので、特に下肢不自由との重複認定を行う際には、身体障がい認定基準にも示されている（下記参照）とおり、制限事項に十分留意する必要がある。

【 2つ以上の障がい重複する場合の障がい等級の認定方法 】

4 重複障がいの認定に関するその他の留意事項

- (2) 体幹の機能障がいと下肢の機能障がい重複する場合は、原則として上位の等級に該当するどちらか一方の機能障がいとして認定する。ただし、障がい部位や原因疾患が異なる場合（例えば、体幹機能障がいと下肢の切断とが重複する場合）は、重複障がいとして合計指数により認定する。

- (5) 脳原性運動機能障がいは、脳原性障がいの中でも特に生活経験の獲得という点で極めて不利な状態におかれている乳幼児期以前に発現した障がいについて特に設けられた区分である。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 肢体不自由用 ）

総括表

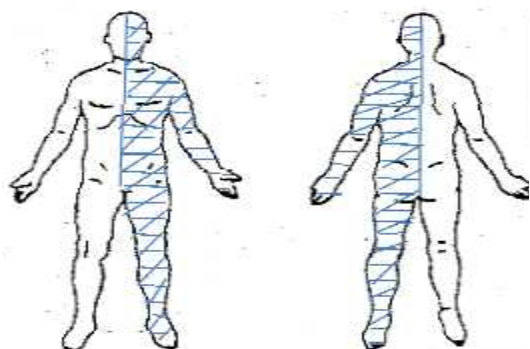
氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 上下肢機能障がい（左片麻痺）		
②原因となった 疾病・外傷名 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ） 脳出血		
③疾病・外傷発生年月日日 令和 〇 年 〇 月 〇 日・場所 自宅 既所持の手帳の障がいが残存している場合は、その原因疾病・外傷名も記載してください。		
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） 令和〇年〇月〇日発症し〇〇医大入院、保存的に加療されるも、急性期に肺炎・尿路感染等あり 長期臥床続いた。 令和〇年〇月〇日機能訓練目的に当院入院。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 左片麻痺は、ブルンストロームステージは上肢Ⅲ、手指Ⅱ、下肢Ⅳ、左上肢は廃用。 歩行の安定性、耐久性ともに乏しいが100m程度可能である。 階段昇降は不能。 脳血管障がい、診断日が発症より6ヶ月未満の場合は、1年後に再認定を行います。 (将来再認定 (再認定の時期 要・不要 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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名リハビリテーション科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに <u>・該当する</u> (2 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

肢体不自由の状態及び所見

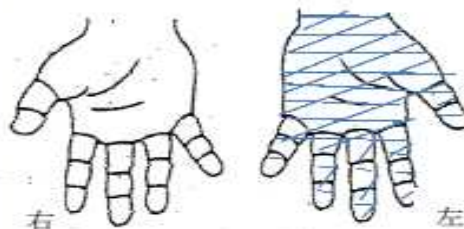
1 神経学的所見その他の機能障がい（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入すること。）

- (1) 感覚障がい（下記図示） (有<感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚>・無)
 (2) 運動障がい（下記図示） (有<弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他>・無)
 (3) 起因部位 (脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他)
 (4) 排尿・排便機能障がい (有・無)
 (5) 形態異常 (有・無)
 (追加所見)

参考図示



× 変形 ■ 切断断 ■ 感覚障がい ■ 運動障がい



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	0 kg

(注) 1 関係ない部分は記入不要である。

2 計測法は次のとおりである。

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 10 cm の周径（小児等の場合は別記）

下腿周径：最大周径

2 動作・活動（自立—○、半介助—△、全介助又は不能—×により記入し、() の中のものを使うときはそれを○で囲むこと。）

寝返りする	○	シャツを着て脱ぐ	△
足を投げ出して座る	○	ズボンははいて脱ぐ（自助具）	△
いすに腰掛ける	○	ブラシで歯を磨く（自助具）	○
立つ（手すり、壁、つえ、松葉つえ、義肢、装具）	△	顔を洗いタオルでふく	○
家の中の移動（壁、つえ、松葉つえ、義肢、装具、車いす）	△	タオルを絞る	×
洋式便器に座る	○	背中を洗う	×
排せつの後始末をする	○	二階まで階段を上って下りる（手すり、つえ、松葉つえ）	×
（はしで）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）（つえ、松葉つえ、車いす）	×
コップで水を飲む	○	公共の乗物を利用する	×
歩行能力の程度 （補装具なしで）	正常に可能 100m以上歩行不能		

(注) 身体障害者福祉法の等級は機能障がい（impairment）のレベルで認定されるので、() の内に○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。

3 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
右	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	左
() 前屈		後屈 () 頸 () 左屈		右屈 ()
() 前屈		後屈 () 体幹 () 左屈		右屈 ()
右	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	左
() 屈曲		伸展 () (X) 伸展		屈曲 (X)
() 外転		内転 () 肩 () 内転		外転 ()
() 外旋		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 () 中 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () 手 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () 指 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () 節 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () M () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () P () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () 近 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () 位 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () 指 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () 節 () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () P () 伸展		屈曲 ()
() 屈曲		伸展 () P () (X) 伸展		屈曲 (X)
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180		
() 屈曲		伸展 () () 伸展		屈曲 ()
() 外転		内転 () 股 () 内転		外転 ()
() 外旋		内旋 () () 内旋		外旋 ()
() 屈曲		伸展 () 膝 () 伸展		屈曲 ()
() 背屈		背屈 () 足 () 背屈		底屈 ()

備考

左上肢機能全廃 2 級

左下肢機能著症 4 級

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、基本股位を 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、筋力が消失または著減(筋力 0、1、2 該当)
△印は、筋力半減(筋力 3 該当)

- 5 ○印は、筋力正常またはやや減(筋力 4、5 該当)
- 6 (PIP) の項母指は (IP) 関節を指す。
- 7 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。
- 8 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

(X) 伸展 屈曲(△)

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 脳原性運動機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 平成 令和 (〇 歳)	男・女
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 脳原性運動機能障がい（右上肢機能障がい）		
②原因となった 疾病・外傷名 脳出血 新生児仮死		
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（分娩障がい）		
③疾病・外傷発生年月日日 令和 〇 年 〇 月 〇 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。） 新生児期2ヶ月入院。歩行遅延、歩容不良。3歳でやっと歩行、6歳で脳波異常あり。 抗痙剤開始。現在も服用している。令和〇年〇月脳波異常（－）、CT所見異常なし。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 右上肢、腱右肢腱反射が亢進肩肘、粗大運動可能。可動域も保たれている。 右所見しんせん（＋）、巧緻性、スピードに欠ける。右下肢腱反射亢進下肢三頭筋痙性（＋）、 歩行時、股膝屈膝、足は背屈曲位。 走るとジャンプ可能。スピード、安定性やや問題あり。 (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 言語障がい（明瞭度に欠ける）		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 整形外科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに ・該当する (5 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓 機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」 （別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について お問い合わせする場合があります。		

(該当するものを○で囲むこと。)

1 上肢機能障がい

(1) 両上肢機能障がい

<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

(2) 一上肢機能障がい

<5 動作の能力テスト結果>

ア 封筒をはさみで切る時に固定する。

(可能)・不可能

イ 財布からコインを出す。

(可能)・不可能

ウ 傘を差す。

(可能)・不可能

エ 健側のつめを切る。

(可能)・不可能

オ 健側のそで口のボタンを留める。

(可能)・不可能

2 移動機能障がい

<下肢・体幹機能評価結果>

ア 伝い歩きをする。

(可能)・不可能

イ 支持なしで立位を保持し、その後 10m 歩行する。

(可能)・不可能

ウ いすから立ち上がり 10m 歩行し、再びいすに座る。 (可能・不可能)

_____ 秒

エ 50m 幅の範囲内を直線歩行する。

(可能)・不可能

オ 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる。

(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がい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ものに適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法は、次のとおりである。

1 ひも結びテスト

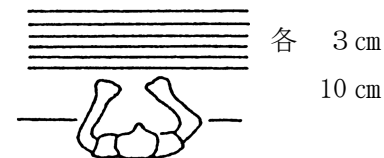
事務用とじひも（おおむね 43 cm 規格のもの）を使用する。

(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。

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結ぶこと。



(3) 結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、休み時間をおいて 5 回行ってもよい。

2 5 動作の能力テスト

ア 封筒をはさみで切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。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。はさみはどのようなものを用いてもよい。

イ 財布からコインを出す。

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

ウ 傘を差す。

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。立位でなく座位のままでよい。肩に担いではいけない。

エ 健側のつまめを切る。

大きめのつまめ切り（約 10 cm）で特別の細工のないものを患手で持って行う。

オ 健側のそで口のボタンを留める。

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留める。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

五 内部障がい

A 心臓機能障がい

1 認定基準

(1) 18 歳以上の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障がいは次のいずれかに該当するものをいう。

(i) 次のいずれか 2 つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。

a 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの

b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの

c 心電図で脚ブロック所見があるもの

d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの

e 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの

f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの

g 心電図で S T の低下が 0.2mV 以上の所見があるもの

h 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導（ただし V₁を除く。）のいずれかの T が逆転した所見があるもの

(ii) ペースメーカを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

イ 等級表 3 級に該当する障がいは、次のいずれかに該当するものをいう。

(i) アの a から h までのうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし救急医療を繰り返し必要としているもの。

(ii) ペースメーカを植え込み、家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの。

ウ 等級表 4 級に該当する障がいは次のものをいう。

(i) 次のうちいずれかの所見があり、かつ、家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの。

- a 心電図で心房細動又は粗動所見があるもの
- b 心電図で期外収縮の所見が存続するもの
- c 心電図でS Tの低下が0.2mV未満の所見があるもの
- d 運動負荷心電図でS Tの低下が0.1mV以上の所見があるもの

(ii) 臨床所見で部分的心臓浮腫があり、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

(iii) ペースメーカを植え込み、社会での日常生活活動が著しく制限されるもの。

【ペースメーカを植え込みしたもの】の認定基準について

1 日常生活活動の制限の程度の判断基準

(1) 植え込み直後

- ア 「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)とは、日本循環器学会の「不整脈の非薬物治療ガイドライン」(2011年改訂版)のクラスⅠに相当するもの、又はクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。
- イ 「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。
- ウ 「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、同ガイドラインのクラスⅡ以下に相当するものであって、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。

(2) 再認定時(植え込みから3年以内)

- ア 「自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの」(1級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2未満のものをいう。
- イ 「家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの」(3級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が2以上4未満のものをいう。
- ウ 「社会での日常生活活動が著しく制限されるもの」(4級)とは、身体活動能力(運動強度:メッツ)の値が4以上のものをいう。

2 「体内植込み(埋込み)型除細動器(ICD)を装着したもの」の取り扱い

- (1) 「ペースメーカを植え込みしているもの」と同様に取り扱う。
- (2) 3級又は4級の認定を受けた後にICDが作動し、再交付の申請があった場合には1級と認定し、再交付から3年以内に再認定を行う。

(2) 18歳未満の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障がいは原則として、重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもので、次の所見 (a～n) の項目のうち 6 項目以上が認められるものをいう。

- a 著しい発育障がい
- b 心音・心雑音の異常
- c 多呼吸又は呼吸困難
- d 運動制限
- e チアノーゼ
- f 肝腫大
- g 浮腫
- h 胸部エックス線で心胸比 0.56 以上のもの
- i 胸部エックス線で肺血流量増又は減があるもの
- j 胸部エックス線で肺静脈うっ血像があるもの
- k 心電図で心室負荷像があるもの
- l 心電図で心房負荷像があるもの
- m 心電図で病的な不整脈があるもの
- n 心電図で心筋障がい像があるもの

イ 等級表 3 級に該当する障がいは、原則として、継続的医療を要し、アの所見 (a～n) の項目のうち 5 項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈の狭窄若しくは閉塞があるものをいう。

ウ 等級表 4 級に該当する障がいは、原則として症状に応じて医療を要するか少なくとも、1～3 ヶ月毎の間隔の観察を要し、アの所見 (a～n) の項目のうち 4 項目以上が認められるもの又は心エコー図、冠動脈造影で冠動脈瘤若しくは拡張があるものをいう。

2 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては、疾患等により永続的に心臓機能の著しい低下のある状態について、その障がい程度を認定するために必要な事項を記載する。診断書は障がい認定の正確を期するため、児童のための「18歳未満用」と成人のための「18歳以上用」とに区分して作成する。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「心臓機能障がい」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

原因疾患名はできる限り正確に書く。例えば、単に心臓弁膜症という記載にとどめず、種類のわかるものについては「僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症」等と記載する。また、動脈硬化症の場合は「冠動脈硬化症」といった記載とする。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明の場合は推定年月を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障がい認定のうえで参考となる事項を摘記する。障がい固定又は確定（推定）の時期については、手術を含む治療の要否との関連をも考慮し記載する。

エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて障がい認定に必要な事項を摘記する。乳幼児期における診断又は手術等により障がい程度に変化の予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

(2) 「心臓の機能障がいの状況及び所見」について

ア 「1 臨床所見」について

臨床所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。その他の項目についても必ず記載すること。

イ 「2 胸部エックス線所見」について

胸部エックス線所見の略図は、丁寧に明確に書き、異常所見を記載する必要がある。心胸比は必ず算出して記載すること。

ウ 「3 心電図所見」について

心電図所見については、それぞれの項目について、有無いずれかに○印を付けること。運動負荷を実施しない場合には、その旨を記載することが必要である。STの低下については、その程度を何mVと必ず記載すること。

エ 「2(3) 心エコー図、冠動脈造影所見(18歳未満用)」について

乳幼児期における心臓機能障がい認定に重要な指標となるが、これを明記すること。

オ 「4 活動能力の程度(18歳以上用)」について

心臓機能障がいの場合には、活動能力の程度の判定が障がい程度の認定に最も重要な意味をもつので、診断書の作成に当たってはこの点を十分留意し、いずれか1つの該当項目を慎重に選ぶ必要がある。

診断書の活動能力の程度と等級の関係は、次のとおりつくられているものである。

ア……………非該当

イ・ウ……………4級相当

エ……………3級相当

オ……………1級相当

カ 「3 養護の区分(18歳未満用)」について

18歳未満の場合は、養護の区分の判定が障がい程度の認定に極めて重要な意味をもつので、この点に十分留意し、いずれか1つの該当項目を慎重に選ぶこと。

診断書の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

3 認定基準の補足説明

- (1) 心臓機能障がいの障がい程度の認定は、原則として、活動能力の程度(18歳未満の場合は養護の区分)とこれを裏付ける客観的所見とにより行うものである。
- (2) 心臓機能障がいの認定においては、活動能力の程度(18歳未満の場合は養護の区分)が重要な意味をもつ。活動能力の程度又は養護の区分の判定の根拠が、診断書全体(現症その他)からその妥当性が裏づけられていることが必要である。
- (3) 乳幼児に係る障がい認定は、障がいの程度を判定できる年齢(概ね満3歳)以降に行うことを適当とするが、先天性心臓障がいについては、3歳未満であっても治療によっても残存すると予想される程度をもって認定し、一定の時期に再認定を行うことは可能である。

【ペースメーカー等植え込み者の身体活動能力（メッツ）の測定の参考の一つ】

身体活動能力質問表

(Specific Activity Scale)

●問診では、下記について質問してください。

(少しつらい、とてもつらいはどちらも「つらい」に○をしてください。

わからないものには「？」に○をしてください)

1. 夜、楽に眠れますか？(1Met 以下)	はい	つらい	？
2. 横になっていると楽ですか？(1Met 以下)	はい	つらい	？
3. 一人で食事や洗面ができますか？(1.6Mets)	はい	つらい	？
4. トイレは一人で楽にできますか？(2Mets)	はい	つらい	？
5. 着替えが一人でできますか？(2Mets)	はい	つらい	？
6. 炊事や掃除ができますか？(2～3Mets)	はい	つらい	？
7. 自分で布団を敷けますか？(2～3Mets)	はい	つらい	？
8. ぞうきんがけはできますか？(3～4Mets)	はい	つらい	？
9. シャワーを浴びても平気ですか？(3～4Mets)	はい	つらい	？
10. ラジオ体操をしても平気ですか？(3～4Mets)	はい	つらい	？
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても 平気ですか。(3～4Mets)	はい	つらい	？
12. 庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか？(4Mets)	はい	つらい	？
13. 一人で風呂に入れますか？(4～5Mets)	はい	つらい	？
14. 健康な人と同じ速度で2階まで昇っても平気ですか？(5～6Mets)	はい	つらい	？
15. 軽い農作業(庭掘りなど)はできますか？(5～7Mets)	はい	つらい	？
16. 平地で急いで 200m 歩いても平気ですか？(6～7Mets)	はい	つらい	？
17. 雪かきはできますか？(6～7Mets)	はい	つらい	？
18. テニス(又は卓球)をしても平気ですか？(6～7Mets)	はい	つらい	？
19. ジョギング(時速 8km 程度)を 300～400m しても平気 ですか？(7～8Mets)	はい	つらい	？
20. 水泳をしても平気ですか？(7～8Mets)	はい	つらい	？
21. なわとびをしても平気ですか？(8Mets 以上)	はい	つらい	？

症状が出現する最小運動量 _____ M e t s

※ Met: metabolic equivalent (代謝当量) の略。安静坐位の酸素摂取量 (3.5ml/kg 体重/分) を 1Met として活動時の摂取量が何倍かを示し、活動強度の指標として用いる。

身体活動能力質問表 記入上の注意及び評価方法

○担当医師が身体活動能力質問表を見ながら必ず問診してください。

(この質問表はアンケート用紙ではありませんから、患者さんには渡さないでください)

○患者さんに問診し身体活動能力を判定する際には、以下の点にご注意ください。

- 1) 身体活動能力質問表とは、医師が患者に記載されている項目の身体活動が楽にできるかを問うことにより、心不全症状が出現する最小運動量をみつけ、Mets で表すものです。
- 2) これらの身体活動は必ず患者のペースではなく、同年齢の健康な人と同じペースでできるかを問診してください。
- 3) 「わからない」という回答はなるべく少なくなるように問診を繰り返してください。たとえば、患者さんが最近行ったことの無い運動でも、過去に行った経験があれば、今でもできそうか類推できることがあります。
- 4) 患者さんの答えが「はい」から「つらい」へ移行する問診項目については特に注意深く確認してください。「つらい」という答えがはじめて現れた項目の運動量 (Mets の値) が、症状が出現する最小運動量となり、その患者の身体活動能力指標 (Specific Activity Scale:SAS) になります。
- 5) 最小運動量の決め手となる身体活動の質問項目は、その心不全患者の症状を追跡するための key question となりますので、カルテに最小運動量(Mets 数)と質問項目の番号を記載してください。
※key question とは、身体活動能力の判別に役立つ質問項目です。質問項目の 4、5、11、14 がよく使われる key question です。
- 6) Mets 数に幅のある質問項目 (質問 6～11、13～20) については、同じ質問項目で症状の強さが変化する場合には、0.5Mets の変動で対応してください。
- 7) 「少しつらい」場合でも「つらい」と判断してください。

(例) ぞうきんがけはできますか？

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| ・この1週間で実際にぞうきんがけをしたことがあり、楽にできた。 | } → はい |
| ・この1週間にしたことはないが、今やっても楽にできそう。 | |
| ・ぞうきんがけを試みたが、少しつらかった。 | } → つらい |
| ・ぞうきんがけを試みたが、つらかった。 | |
| ・できそうになかったので、ぞうきんがけはしなかった。 | |
| ・この1週間にしたことはないが、今の状態ではつらくてできそうにない。 | } → わからない |
| ・ぞうきんがけをしばらくやっていないので、できるかどうかわからない。 | |
| ・ぞうきんがけをやったことがないので、できるかどうかわからない。 | |

(初めての測定の場合)

「健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか。(3～4Mets)」という質問で初めて症状が認められた場合、質問 11 が key question となり、最小運動量である SAS は 3.5Mets と判定します。

(過去に測定していたことがある場合)

同じ 11 の質問項目で症状の強さが変化する場合、「つらいけど以前よりは楽」の場合は 4Mets に、「以前よりもつらい」場合は 3Mets として下さい。以前とは、前回の測定時のことを指します。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 心臓機能障がい18歳以上用 ）

総括表

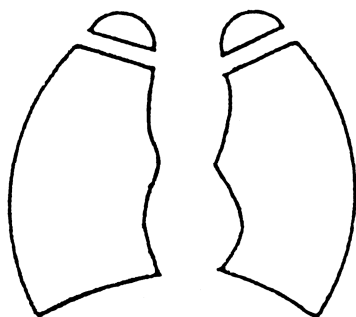
氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 心臓機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 心筋梗塞		
交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）		
③疾病・外傷発生年月日 令和 〇 年 頃 月 日・場所		
④参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） 〇年前より狭心症発作みとめ、徐々に憎悪、令和〇年〇月〇日精査を行い冠動脈2枝障がい、 〇月〇日、〇月〇日、2回にわたり冠動脈形成術（P T C A）を行うも現在も狭心症症状の悪化 みられ日常生活に大きな支障がある。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 現在狭心症症状つよく家庭内での日常生活にも著しい制限があるため、今後冠動脈形成術 あるいは心臓手術（A-Cバイパス）を行う予定。 (将来再認定 <u>要</u> ・不要) (再認定の時期 令和 〇 年 〇 月)		
⑥その他参考となる合併症状 胃潰瘍		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 循環器科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに <u>・該当する</u> (3 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓 機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」 (別様式)を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について お問い合わせする場合があります。		

（該当するものを○で囲むこと。）

1 臨床所見

ア 動悸	(有・無)	キ 浮腫	(有・無)
イ 息切れ	(有・無)	ク 心拍数	50
ウ 呼吸困難	(有・無)	ケ 脈拍数	50
エ 胸痛	(有・無)	コ 血圧	(最大90, 最小50)
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			

2 胸部エックス線所見（令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日）



3 心電図所見（令和 ○ 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誘導又は胸部誘導（ただしV ₁ 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。

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起こるもの。

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、救急医療を繰り返し必要としているもの。

オ 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。

5 ペースメーカ (有・無)
人工弁移植、弁置換 (有・無)

ペースメーカ植え込み直後の申請の場合に記入する。
「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○をつける。

6 ペースメーカの適応度 (クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ)

7 身体活動能力(運動強度) (メッツ)

ペースメーカ植え込み者について記入する。
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。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 心臓機能障がい18歳未満用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 平成 令和 (〇 歳)	男・女
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 心臓機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 心室中隔欠損		
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・外傷発生年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 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。） 〇歳頃から運動時の息切れがあり、心不全が強く、浮腫のため体重の急激な増加があり、 令和〇年〇月入院となった。現在、心胸比 61%、右室・右房著明に拡大している。 本年〇月〇日の心臓カテーテル検査では、右心圧の著明な上昇を認めている。(125mmHg) 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 現在、洗面 etc はひとりで可能だが運動時チアノーゼと呼吸促拍等で全身けんたいがあり、 継続的な医療を要す。 (将来再認定 要・不要) (再認定の時期 令和 〇 年 〇 月)		
⑥その他参考となる合併症状 原発性肺高血圧症		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 小児 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がい ・該当する (3 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」(別様式)を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

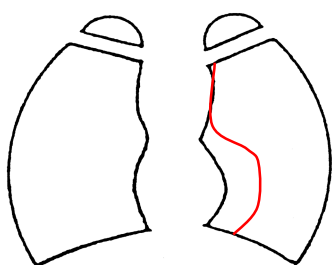
（該当するものを○で囲むこと。）

1 臨床所見

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

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見（令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日）



心胸比 61 %

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

(2) 心電図所見

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

(3) 心エコー図・冠動脈造影所見（令和 ○ 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 右室 平均圧 52 mmHg | (正常：14) |

肺高血圧所見あり

3 養護の区分

- | | |
|------------------|---|
| (1) 6か月～1年ごとの観察 | (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必要とするもの。 |
| (2) 1か月～3か月ごとの観察 | |
| (3) 症状に応じて要医療 | |
| (4) 継続的要医療 | |

B じん臓機能障がい

1 認定基準

- (1) 等級表 1 級に該当する障がいは、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10 ml /分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるものをいう。
- (2) 等級表 3 級に該当する障がいは、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10 ml /分以上、20 ml /分未満、又は血清クレアチニン濃度が 5.0 mg/dl 以上、8.0 mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は次のいずれか 2 つ以上の所見があるものをいう。
- a じん不全に基づく末梢神経症
 - b じん不全に基づく消化器症状
 - c 水分電解質異常
 - d じん不全に基づく精神異常
 - e エックス線写真所見における骨異栄養症
 - f じん性貧血
 - g 代謝性アシドーシス
 - h 重篤な高血圧症
 - i じん疾患に直接関連するその他の症状
- (3) 等級表 4 級に該当する障がいはじん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 20 ml /分以上、30 ml /分未満、又は血清クレアチニン濃度が 3.0 mg/dl 以上、5.0 mg/dl 未満であって、かつ、家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるか、又は(2)の a から i までのうちいずれか 2 つ以上の所見のあるものをいう。
- (4) じん移植術を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障がいの除去（軽減）状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定した場合の状態と判定するものである。

(注 9) eGFR（推算糸球体濾過量）が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、eGFR（単位は ml/分/1.73 m²）が 10 以上 20 未満のときは 4 級相当の異常、10 未満のときは 3 級相当の異常と取り扱うことも可能とする。については、満 12 歳を超える者に適用することを要しないものとする。

(注 10) 慢性透析療法を実施している者の障がいの判定は、当該療法の実施前の状態で判定するものである。

2 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては、疾患等により永続的にじん臓機能の著しい低下のある状態について、その障がい程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障がい程度の認定に関する意見を付す。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「じん臓機能障がい」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

じん臓機能障がいをきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。例えば単に「慢性腎炎」という記載にとどめることなく、「慢性糸球体腎炎」等のように種類の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する。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明な場合は推定年月を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について障がい認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。

現症については、別様式診断書「じん臓の機能障がいの状況及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。

エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて障がい認定に必要な事項、特にじん臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記し、併せて将来再認定の要否、時期等を必ず記載する。

(2) 「じん臓の機能障がいの状況及び所見」について

ア 「1 じん臓機能」について

障がい程度の認定の指標には、内因性クレアチニンクリアランス値及び血清クレアチニン濃度が用いられるが、その他の項目についても必ず記載する。

なお、慢性透析療法を実施している者については、当該療法実施直前の検査値を記入する。

イ 「3 臨床症状」について

項目のすべてについて症状の有無を記し、有の場合にはそれを裏付ける所見を必ず記述する。

ウ 「4 現在までの治療内容」について

透析療法実施の要否、有無は障がい認定の重要な指標となるので、その経過、内容を明記する。また、じん臓移植術を行った者については、抗免疫療法の有無を記述する。

エ 「5 日常生活の制限による分類」について

日常生活の制限の程度（ア～エ）は、診断書を発行する対象者の症状であって、諸検査値や臨床症状とともに障がい程度を判定する際の重要な参考となるものであるので、該当項目を慎重に選ぶ。

日常生活の制限の程度と等級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

3 認定基準の補足説明

- (1) 慢性透析療法を実施している者の障がい程度の認定は、透析療法実施直前の状態で行う。
- (2) じん移植術を行った者の障がい程度の認定は抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行った諸検査値を記載すること。
- (3) eGFR（推算糸球体濾過量）が記載されていれば、血清クレアチニン濃度の異常に替えて、eGFR（単位は ml/分/1.73 m²）が 10 以上 20 未満のときは 4 級相当の異常、10 未満のときは 3 級相当の異常と取り扱うことも可能とする。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ じん臓機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） じん臓機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 糖尿病による慢性じん不全	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）	
③疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所 不詳		
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。） 令和〇年糖尿病指摘される。令和〇年〇月当院初診。当院初診時 BUN68.2mg/dl、血清クレアチニン 6.5mg/dl とじん機能低下。その後徐々にじん機能低下し、令和〇年〇月〇日には、クレアチニン 8.2mg/dl 示し、同日初回血液透析導入す。以来週3回の血液透析施行中。起立性低血圧頻回の発作、腹痛、悪心、嘔吐、下痢、頻回にあり、全身浮腫、食事が規則的に摂取不能、体力・筋力低下。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 糖尿病による慢性じん不全が徐々に悪化し、クレアチニン 8.2mg/dl となり人工透析となった。 じん不全による消火器症状・末梢神経症、じん性貧血等あり（1級）。 （将来再認定 要 <u>不要</u> （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。 令和 〇 年 〇 月 〇日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 循環器 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに <u>・該当する</u> (1 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん臓機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (6 . 0 ml / 分) ・測定不能
 イ 血清クレアチニン濃度 (8 . 2 mg / dl)
 ウ 血清尿素窒素濃度 (7 0 . 5 mg / dl)
 エ 24 時間尿量 (0 ~ 300 ml / 日)
 オ 尿所見 (沈渣赤血球 20 ~ 30 / 毎 白血球 20 ~ 30 / 毎 蛋白定量 474 mg / dl)

2 その他参考となる検査所見 (胸部エックス線、眼底所見、心電図所見)

胸部 X-P … 心胸比 0.6、眼底カメラ … Scott

心電図 … 脚ブロック

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

- ア じん臓不全に基づく末梢神経症 (有) ・ 無 [末梢神経障がい]
 イ じん臓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 136 mEq / l、K 5 . 1 mEq / l
 Ca 9 . 2 mEq / l、P 7 . 3 mg / dl
 浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、
 その他 ()]
 エ じん臓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栄養症 (有) ・ 無 [高度、中等度、軽度]
 カ じん臓性貧血 (有) ・ 無 [Hb 6 . 5 g / dl、Ht 20 . 4 %
 赤血球数 $\times 10^4$ / mm³]
 キ 代謝性アシドーシス (有) ・ 無 [HCO₃ 17 . 0 mEq / l]
 ク 重篤な高血圧症 (有) ・ 無 [最大血圧 / 最小血圧
 200 / mmHg]
 ケ じん臓不全の直接関連するその他の症状 (有) ・ 無 [全身痒痒感強い]

4 現在までの治療内容 (慢性透析療法の実施の有無等)

慢性透析療法の実施 (有) < 回数 3 / 週、期間 ~ > ・ 無)

令和 〇 年 〇 月 〇 日より週 3 回の血液透析施行

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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの。

C 呼吸器機能障がい

1 認定基準

呼吸器の機能障がいの程度についての判定は、予測肺活量1秒率（以下「指数」という。）、動脈血ガス及び医師の臨床所見によるものとする。指数とは1秒量（最大吸気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長で正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

- (1) 等級表1級に該当する障がいは、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障がいのため指数の測定ができないもの、指数が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50 Torr以下のものをいう。
- (2) 等級表3級に該当する障がいは、指数が20を超え30以下のもの若しくは動脈血O₂分圧が50 Torrを超え60 Torr以下のもの又はこれに準ずるものをいう。
- (3) 等級表4級に該当する障がいは、指数が30を超え40以下のもの若しくは動脈血O₂分圧が60 Torrを超え70 Torr以下のもの又はこれに準ずるものをいう。

2 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては疾患等により永続的に呼吸器機能の著しい低下のある状態について、その障がい程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障がい程度の認定に関する意見を付す。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「呼吸器機能障がい」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

原因疾患の明らかなものは、「肺結核」「肺気腫」等できる限り正確に記載する。原因疾患の複数にわたるものは個別に列記し、また、肺機能、呼吸筋機能等の区別が明確になるよう記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障がい認定のうえで参考となる事項を摘記する。

別様式診断書「呼吸器の機能障がいの状況及び所見」の所見欄に記載された内容は適宜省略してよいが、現状の固定、永続性の認定の参考となる治療内容等についても具体的に記載すること。

エ 「総合所見」について

経過及び現症から障がい認定に必要な事項、特に換気の機能、動脈血ガス値、活動能力の程度を明記し、併せて、障がい程度の変化が予測される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

(2) 「呼吸器の機能障がいの状況及び所見」について

ア 「1 身体計測」について

身体計測（身長、体重）は、正確に記載すること。

イ 「2 活動能力の程度」について

活動能力は、呼吸困難の程度を5段階に分けて、どの段階に該当するかを見ようとするものであるから、最も適当と考えられるものを1つだけ選んで○印を付けること。

ウ 「3 胸部エックス線写真所見」について

胸部エックス線所見略図は、丁寧に明確に書き、それぞれの所見の項目について該当するものに○印を付けること。

エ 「4 換気の機能」と「5 動脈血ガス」について

呼吸器機能障がいの場合、予測肺活量1秒率（以下「指数」という。）と動脈血ガスO₂分圧が障がい程度の認定の基本となるので重要である。ただし、両者を全例に必ず実施する必要はなく、実状に応じいずれか一方法をまず実施し、その結果が妥当でないと思われる場合（例えば自覚症状に比し）に他の検査を実施する。

オ 指数の算出

指数の算出は、2001年に日本呼吸器学会から「日本のスパイログラムと動脈血ガス分圧基準値」として発表された肺活量予測式による予測肺活量を用いて算出すること。

なお、呼吸困難が強いため肺活量の測定ができない場合、その旨を記載し、かつ呼吸困難の理由が明らかになるような説明を現症欄等に記載すること。

3 認定基準の補足説明

- (1) 呼吸器の機能障がい検査指標を指数方式又は動脈血ガス方式としているのは、換気機能障がいとガス交換機能障がいの両面から判定するのが客観的な方法であり、単一の検査による見落としを避け公平を保つ必要があるためである。
- (2) 活動能力の程度と障がい等級の間にはおおむね次のような対応関係があるものとして、認定上の参考として用いる。なお、活動能力の程度と呼吸器機能障がいの程度とは必ずしも一義的な関係にあるとは限らない。
- | | |
|----------|-----|
| ア…………… | 非該当 |
| イ・ウ…………… | 4 級 |
| エ…………… | 3 級 |
| オ…………… | 1 級 |
- (3) 「呼吸困難が強いため、指数の測定が不能」の場合、経過、現症、総合所見等にその旨明記する。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 呼吸器機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 平成 令和 (71 歳)	男・女
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 呼吸器機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 肺気腫、肺腫瘍切除		
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・外傷発生年月日 令和 〇 年 〇 月 頃 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。） 令和〇年〇月胸部X線異常を指摘され、〇 月～〇 月当院入院。この時 VC3370ml、FEV%59% と軽度の閉塞性障がいあり、肺気腫と診断される。肺腫瘍と診断され〇〇病院にて〇月〇日左肺 全摘出術を受ける。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 術後より労作時の呼吸困難あり。禁煙を厳守させ呼吸機能上の閉塞性障がいは回復したが、呼吸 困難は持続している。拘束性障がい現状主体であり安静時の動脈血ガスは良好であるが、運動時 著名に低下する。 (将来再認定 要・不要) (再認定の時期 令和 〇 年 〇 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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 呼吸器内 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに ・該当する (4 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓 機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」 (別様式)を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について お問い合わせする場合があります。		

(該当するものを○で囲むこと。)

1 身体計測

身長 1 5 5 cm 体重 3 8 kg

2 活動能力の程度 (在宅酸素療法を実施している場合は、未実施の状態を予測して記入すること。)

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がある。

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。

3 胸部エックス線写真所見 (令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日)

ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)

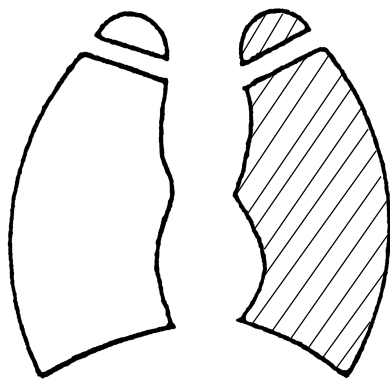
イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)

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)



ウ 予測肺活量1秒率＝指数
20以下・・・・・・・・・・1級相当
20を超え30以下・・・・3級相当
30を超え40以下・・・・4級相当
40以上・・・・・・・・・・非該当

4 換気機能 (令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日)

ア 予測肺活量 3 , 0 8 L (実測肺活量 2 , 7 4 L)

イ 1秒量 1 , 0 0 L (実測努力肺活量 1 , 5 3 L)

ウ 予測肺活量1秒率 3 2 , 4 % (= $\frac{1}{ア}$ ×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 $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

女性 $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

（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。）

5 動脈血ガス（令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日）

ア 検査時の酸素投与の状況 （有・**無**）〔 ○ / 分〕

イ アで「有」の場合、動脈血採血までの酸素投与を中止した時間（ ○ 分）

ウ O₂分圧 68 , 6 Torr

エ CO₂分圧 40 , 7 Torr

オ pH 7 , 32

ウ O₂ 分圧＝酸素分圧

50Torr 以下・・・・・・・・・・ 1 級相当

50Torr を超え 60Torr 以下・・・・・・・・ 3 級相当

60Torr 以下を超え 70Torr 以下・・・・ 4 級相当

カ 採血から分析までに時間を要した場合 時間 ○ 分

キ 耳朶血を用いた場合（ ○ ）

6 在宅酸素療法の有無 〔 有（ ○ / 分）・**無**〕

※有の場合（常時・労作時）

7 その他の臨床所見

D ぼうこう又は直腸機能障がい

1 認定基準

(1) 等級表 1 級に該当する障がいは、次のいずれかに該当し、かつ、自己の身の周りの日常生活活動が極度に制限されるものをいう。

- a 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態（注 11）があるもの
- b 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注 11）及び高度の排尿機能障がい（注 12）があるもの
- c 尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻（注 13）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（注 11）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（注 14）があるもの
- d 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（注 11）及び高度の排便機能障がい（注 15）があるもの
- e 治癒困難な腸瘻（注 13）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（注 14）及び高度の排尿機能障がい（注 12）があるもの

(2) 等級表 3 級に該当する障がいは、次のいずれかに該当するものをいう。

- a 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの
- b 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態（注 11）又は高度の排尿機能障がい（注 12）があるもの
- c 尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻（注 13）を併せもつもの
- d 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（注 11）又は高度の排便機能障がい（注 15）があるもの
- e 治癒困難な腸瘻（注 13）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（注 14）又は高度の排尿機能障がい（注 12）があるもの
- f 高度の排尿機能障がい（注 12）があり、かつ、高度の排便機能障がい（注 15）があるもの

(3) 等級表 4 級に該当する障がいは、次のいずれかに該当するものをいう。

- a 腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの
- b 治癒困難な腸瘻（注 13）があるもの
- c 高度の排尿機能障がい（注 12）又は高度の排便機能障がい（注 15）があるもの

(4) 障がい認定の時期

ア 腸管のストマ、あるいは尿路変向（更）のストマをもつものについては、ストマ造設直後から、そのストマに該当する等級の認定を行う。

「ストマにおける排尿・排便処理が著しく困難な状態」^(注 11) の合併によって上位等級に該当する場合、申請日がストマ造設後 6 ヶ月を経過した日以降の場合は、その時点で該当する等級の認定を行い、ストマ造設後 6 ヶ月を経過していない場合は、6 ヶ月を経過した日以降、再申請により再認定を行う。

イ 「治癒困難な腸瘻」^(注 13) については、治療が終了し、障がい認定できる状態になった時点で認定する。

ウ 「高度の排尿機能障がい」^(注 12)、「高度の排便機能障がい」^(注 15)については、先天性疾患（先天性鎖肛を除く）による場合を除き、直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）による神経因性ぼうこうに起因する障がい又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術に起因する障がい発生後 6 ヶ月を経過した日以降をもって認定し、その後は状態に応じて適宜再認定を行う。特に先天性鎖肛に対する肛門形成術後の場合は、12 歳時と 20 歳時にそれぞれ再認定を行う。

(注 11) 「ストマにおける排尿・排便（又はいずれか一方）処理が著しく困難な状態」とは、治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形、又は不適切なストマの造設箇所のため、長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態のものをいう。

(注 12) 「高度の排尿機能障がい」とは、先天性疾患による神経障がい、又は直腸の手術や自然排尿型代用ぼうこう（新ぼうこう）による神経因性ぼうこうに起因し、カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする状態のものをいう。

(注 13) 「治癒困難な腸瘻」とは、腸管の放射線障がい等による障がいであって、ストマ造設以外の瘻孔（腸瘻）から腸内容の大部分の洩れがあり、手術等によっても閉鎖の見込みのない状態のものをいう。

(注 14) 「腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」とは、腸瘻においてストマ用装具等による腸内容の処理が不可能なため、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状態のものをいう。

(注 15) 「高度の排便機能障がい」とは、先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障がい、又は先天性鎖肛に対する肛門形成術又は小腸肛門吻合術^(注 16)に起因し、かつ、
ア 完全便失禁を伴い、治療によって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状態
イ 1 週間に 2 回以上の定期的な用手摘便を要する高度な便秘を伴う状態
のいずれかに該当するものをいう。

(注 16) 「小腸肛門吻合術」とは、小腸と肛門歯状線以下（肛門側）とを吻合する術式をいう。

(注 17) 障がい認定の対象となるストマは、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。

2 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては、ぼうこう機能障がいの場合は、

- ① 「尿路変更（更）ストマ」を造設しているか、
- ② 「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」があるか、
- ③ 「高度の排尿機能障がい」があるか、

等の諸点について判定し、直腸機能障がいの場合は、

- ① 「腸管のストマ」を造設しているか、
- ② 「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」があるか、
- ③ 「治癒困難な腸瘻」があるか、
- ④ 「腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」があるか、
- ⑤ 「高度の排便機能障がい」があるか、

等の諸点について判定することを主目的とする。

記載すべき事項は、障がい名、その原因となった疾患、手術、日常生活における制限の状態、障がいの認定に関する意見、具体的所見である。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「ぼうこう機能障がい」「直腸機能障がい」と記載する。ただし、この障がい名だけでは障がいの状態が具体的ではないので、「ぼうこう機能障がい（ぼうこう全摘、回腸導管）」「ぼうこう機能障がい（尿管皮膚瘻）」「ぼうこう機能障がい（高度の排尿機能障がい）」「直腸機能障がい（人工肛門）」「直腸機能障がい（治癒困難な腸瘻）」「直腸機能障がい（高度の排便機能障がい）」等と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

「ぼうこう腫瘍」「クローン病」「潰瘍性大腸炎」「直腸腫瘍」「二分脊椎」「先天性鎖肛」等、原因となった疾病名等を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

経過については通常のカルテ記載と同様であるが、現症については身体障がい者診断書の現症欄であるので、ぼうこう機能障がいの状態（尿路変向（更）の状態あるいは高度の排尿機能障がいの状態等）、直腸機能障がいの状態（腸管のストマの状態あるいは高度の排便機能障がいの状態等）と、そのために日常生活活動がどのように制限されているのかを記載する。

エ 「総合所見」について

認定に必要な事項、すなわち尿路変向（更）の種類、腸管のストマの種類、高度な排尿又は排便機能障がいの有無、治癒困難な腸瘻の種類、その他軽快の見込みのないストマや腸瘻等の周辺の皮膚の著しいびらんの有無、又は日常生活活動の制限の状態等を記載する。

なお、症状の変動が予測される場合は、将来の再認定時期についてもその目処を記載する。

(3) 「ぼうこう又は直腸の機能障がいの状態及び所見」について（留意点）

ア 「1 ぼうこう機能障がい」について

「ぼうこう機能障がい」については、尿路変向（更）のストマがあるか、あるいは神経因性ぼうこうによる高度の排尿機能障がいがあるか等について判定する。

尿路変向（更）のストマについては、種類と術式について記載するとともに、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細について診断書の項目にそって記載する。また、ストマの部位やびらんの大きさ等については、詳細に図示する。

高度の排尿機能障がいについては、神経障がいの原因等について診断書の項目にそって記載するとともに、カテーテル留置や自己導尿の常時施行の有無等の状態・対応についても記載する。

イ 「2 直腸機能障がい」について

「直腸機能障がい」については、腸管のストマがあるか、あるいは治癒困難な腸瘻があるか、あるいは高度の排便機能障がいがあるかについて判定する。

腸管のストマについては、種類と術式について記載するとともに、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態がある場合は、その詳細について診断書の項目にそって記載する。また、ストマの部位やびらんの大きさ等については、詳細に図示する。

治癒困難な腸瘻については、原疾患と瘻孔の数について記載するとともに、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場合は、その詳細について診断書の項目にそって記載する。また、腸瘻の部位や大きさ等については、詳細に図示する。

高度の排便機能障がいについては、原疾患等を診断書の項目にそって記載するとともに、完全便失禁や用手摘便等の施行の有無等の状態・対応についても記載する。

ウ 「3 障がい程度の等級」について

ここでは、1 ぼうこう機能障がい、2 直腸機能障がいにおける診断内容が、1 級から 4 級のいずれの項目に該当するかについて、最終的な判定をすることを目的とする。

該当する等級の根拠となる項目について、1 つだけ選択することとなる。

3 認定基準の補足説明

(1) ぼうこう機能障がいのみの等級について

ぼうこう機能障がい単独であっても、「尿路変向（更）のストマ」や「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」あるいは「高度の排尿機能障がい」の合併状況によって、障がい程度は 3 級から 4 級に区分されるので身体障がい認定基準に照らして的確に記載すること。

なお、ぼうこうが残っていても、尿路変向（更）例は認定の対象となる。

(2) 直腸機能障がいのみ等級について

直腸機能障がい単独であっても「腸管のストマ」や「治癒困難な腸瘻」あるいはこれらの「排便処理の著しく困難な状態」又は「腸内容の排泄処理が著しく困難な状態」、さらには「高度の排尿・排便機能障がい」の合併によって、障がい程度は1級、3級、4級に区分されるので、身体障がい認定基準に照らして的確に記載すること。

(3) ぼうこう機能障がいと直腸機能障がい合併する場合について

ぼうこう機能障がいと直腸機能障がい合併する場合は、それぞれの障がいにおけるストマや腸瘻の有無、さらにはこれらの「排尿・排便又は排泄処理が著しく困難な状態」等によっても等級が1級あるいは3級に区分されるため、身体障がい認定基準に照らして的確に記載すること。

(4) 障がい認定の時期は、ストマの造設の有無や、排尿・排便処理が著しく困難な状態の有無、あるいは先天性であるかどうかなどの状態によって認定の時期が異なるため、身体障がい認定基準に照らして的確に記載すること。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ ぼうこう又は直腸機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 直腸機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 直腸腫瘍		
交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）		
③疾病・外傷発生年月日 令和 〇 年 〇 月 頃 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。） 令和〇年〇月頃便秘、排便困難。令和〇年〇月〇日ハルトマン手術施行。 現在外来通院中である。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 永久的人工肛門造設。 人工肛門があるため、日常生活に不便を感じており、またその状態を定期的に診察する必要がある。 (将来再認定 要・ <u>不要</u>) (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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 外 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がい ・ <u>該当する</u> (4 級相当) ・ 該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分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がいの状態及び所見

〔記入上の注意〕

- ・「ぼうこう機能障がい」、「直腸機能障がい」については、該当する障がいについてのみ記載し、両方の障がい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の各障がい及び障がい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。
- ・障がい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 ぼうこう機能障がい

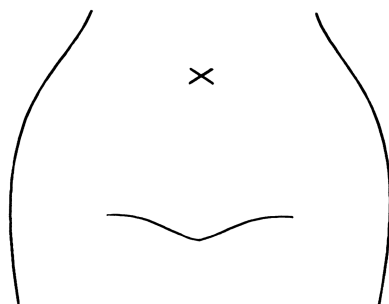
□尿路変向（更）のストマ

(1)種類・術式

- ①種類
- ☐ じん瘻 ☐ じん孟瘻
 - ☐ 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

☐高度の排尿機能障がい

(1)原因

☐ 神経障がい

☐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) 排尿機能障がいの状態・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 直腸機能障がい

☒ 腸管のストマ

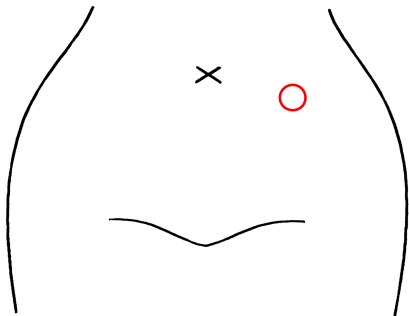
(1) 種類・術式

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：[ハルトマン手術]

③手術日：[令和 〇 年 〇 月 〇 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

(3) ストマの造設の状態

☒ 永久的ストマ

☐ ストマ閉鎖の見込み有り

☐ 治癒困難な腸瘻

(1) 原因

① 放射線障がい

☐ 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

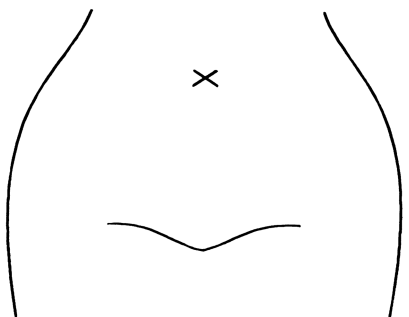
☐ 一部分

(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)

☐ 高度の排便機能障がい

(2) 排便機能障がいの状態・対応

(1) 原因

☐ 先天性疾患に起因する神経障がい
[]
(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：[令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日]

☐ 小腸肛門吻合術
手術日：[令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日]

☐ 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 障がい程度の等級

(1 級に該当する障がい)

- ☐ 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がいがあるもの
- ☐ 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がいがあるもの
- ☐ 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がいがあるもの

(3 級に該当する障がい)

- ☐ 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がいがあるもの
- ☐ 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がいがあるもの
- ☐ 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がいがあるもの
- ☐ 高度の排尿機能障がいがあり、かつ、高度の排便機能障がいがあるもの

(4 級に該当する障がい)

- ☒ 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
- ☐ 高度の排尿機能障がい又は高度な排便機能障がいがあるもの

E 小腸機能障がい

1 認定基準

- (1) 等級表 1 級に該当する障がいは、次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難^(注 18) となるため、推定エネルギー必要量(表 1)の 60%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。
- a 疾患等^(注 19) により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75 cm未満（ただし乳幼児期は 30 cm未満）になったもの
 - b 小腸疾患^(注 20) により永続的に小腸機能の大部分を喪失しているもの
- (2) 等級表 3 級に該当する障がいは、次のいずれかに該当し、かつ、栄養維持が困難^(注 18) となるため、推定エネルギー必要量(表 1)の 30%以上を常時中心静脈栄養法で行う必要のあるものをいう。
- a 疾患等^(注 19) により小腸が切除され、残存空・回腸が手術時、75 cm以上 150 cm未満（ただし乳幼児期は 30 cm以上 75 cm未満）になったもの
 - b 小腸疾患^(注 20) により永続的に小腸機能の一部を喪失しているもの
- (3) 等級表 4 級に該当する障がいは、小腸切除または小腸疾患^(注 20) により永続的に小腸機能の著しい低下があり、かつ、通常の経口による栄養摂取では栄養維持が困難^(注 18) となるため、随時^(注 21) 中心静脈栄養法又は経腸栄養法^(注 22) で行う必要があるものをいう。

(注 18) 「栄養維持が困難」とは栄養療法開始前に以下の 2 項目のうちいずれかが認められる場合をいう。
なお、栄養療法実施中の者にあつては、中心静脈栄養法又は経腸栄養法によって推定エネルギー必要量を満たしうる場合がこれに相当するものである。

- 1) 成人においては、最近 3 ヶ月の体重減少率が 10%以上であること（この場合の体重減少率とは、平常の体重からの減少の割合、又は（身長－100）×0.9 の数値によって得られる標準的体重からの減少の割合をいう）。15 歳以下の場合においては、身長及び体重増加がみられないこと。
- 2) 血清アルブミン濃度 3.2g/dℓ以下であること。

(注 19) 小腸大量切除を行う疾患、病態

- 1) 上腸間膜血管閉塞症
- 2) 小腸軸捻転症
- 3) 先天性小腸閉鎖症
- 4) 壊死性腸炎
- 5) 広汎腸管無神経節症
- 6) 外傷
- 7) その他

(注 20) 小腸疾患で永続的に小腸機能の著しい低下を伴う場合のあるもの

- 1) クロウン病
- 2) 腸管バーチエット病
- 3) 非特異性小腸潰瘍
- 4) 特発性仮性腸閉塞症
- 5) 乳児期難治性下痢症
- 6) その他の良性の吸収不良症候群

(注 21) 「随時」とは、6 か月の観察期間中に 4 週間程度の頻度をいう。

(注 22) 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

- (注 23) 手術時の残存腸管の長さは腸間膜付着部の距離をいう。
- (注 24) 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がい（腸管運動機能の障がい）の程度については再認定を要する。
- (注 25) 障がい認定の時期は、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がいの場合は 6 か月の観察期間を経て行うものとする。

(表 1) 日本人の推定エネルギー必要量

年齢(歳)	エネルギー(kcal/日)	
	男	女
0～5(月)	550	500
6～8(月)	650	600
9～11(月)	700	650
1～2	950	900
3～5	1,300	1,250
6～7	1,350	1,250
8～9	1,600	1,500
10～11	1,950	1,850
12～14	2,300	2,150
15～17	2,500	2,050
18～29	2,300	1,700
30～49	2,300	1,750
50～64	2,200	1,650
65～74	2,050	1,550
75 以上	1,800	1,400

「食事による栄養摂取量の基準」（平成 27 年厚生労働省告示第 199 号）

2 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては、小腸切除又は小腸疾患により永続的な小腸機能の著しい低下のある状態について、その障がい程度を認定するために必要な事項を記載する。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「小腸機能障がい」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

小腸切除を行う疾患や病態としての「小腸間膜血管閉塞症」「小腸軸捻転症」「外傷」等又は永続的に小腸機能の著しい低下を伴う「クローン病」「腸管バーチエット病」「乳児期難治性下痢症」等を記載する。

傷病発生年月日については、初診日でもよく不明確な場合は推定年月を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

通常のカルテに記載される内容のうち、特に身体障がい者としての障がい認定のために参考となる事項を摘記する。

現症について、別様式診断書「小腸の機能障がいの状況及び所見」の所見欄に記載される内容は適宜省略してもよい。

エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて、障がい認定に必要な事項、特に栄養維持の状態、症状の予測等について記載する。

なお、小腸切除（大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障がいの場合は将来再認定を原則としているので、再認定の時期等についても記載すること。

(2) 「小腸の機能障がいの状況及び所見」について

ア 体重減少率については、最近3か月間の観察期間の推移を記載することとし、この場合の体重減少率とは、平常の体重からの減少の割合、又は $(身長-100) \times 0.9$ の数値によって得られる標準的体重からの減少の割合をいうものである。

イ 小腸切除の場合は、切除小腸の部位及び長さ、残存小腸の部位及び長さに関する所見を、また、小腸疾患の場合は、疾患部位、範囲等の所見を明記する。

ウ 栄養維持の方法については、中心静脈栄養法、経腸栄養法、経口摂取の各々について、最近6か月間の経過観察により記載する。

エ 検査所見は、血清アルブミン濃度が最も重視されるが、その他の事項についても測定値を記載する。

3 認定基準の補足説明

- (1) 小腸機能障がいは、小腸切除によるものと小腸疾患によるものとがあり、それぞれについて障がい程度の身体障がい認定基準が示されているが、両者の併存する場合は、それら症状を合わせた状態をもって、該当する等級区分の身体障がい認定基準に照らし記載する。
- (2) 小腸機能障がいの障がい程度の認定は、切除や病変の部位の状態に併せ、栄養維持の方法の如何をもって行うものである。
- (3) 小腸疾患による場合、現症が重要であっても、悪性腫瘍の末期の状態にある場合は障がい認定の対象とならない。
- (4) 障がい認定は、小腸大量切除の場合以外は6ヶ月の観察期間を経て行うものであるが、その多くは症状の変化が予測されることから将来再認定を要することとなる。

【 記入例 】

様式第 4 号（第 6 条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 小腸機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 小腸機能障がい（術後短腸症候群）		
②原因となった 疾病・外傷名 上腸間膜動脈血栓症 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）		
③疾病・外傷発生年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 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。） 令和〇年〇月〇日下血、腹痛、〇月〇日入院、〇月〇日上腸間膜動脈造影、根部から 5 cm の ところで完全閉塞。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤ 総合所見 令和〇年〇月〇日空腸上部 20 cm のところの終末回腸 40 cm を残してその間切除 令和〇年〇月〇日再手術 回盲部切除及び回腸上行結腸吻合（〇〇病院） (将来再認定 要・ <u>不要</u>) (再認定の時期 年 月)		
⑥その他参考となる合併症状 病的洞結節症候群、ペースメーカー挿入中		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 外 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がい に <u>・該当する</u> (3 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓 機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」 （別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について お問い合わせする場合があります。		

小腸の機能障がいの状態及び所見

身長 165 cm 体重 53 kg 体重減少率 2 %

(観察期間 1年10ヶ月)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見 (できれば手術記録の写しを添付すること。)

ア 切除小腸の部位 回腸上部 20cm 以外全
部 盲腸上行結腸 長さ 約500cm

イ 残存小腸の部位 回腸上部 20cm 長さ 20 cm

ウ 手術施行医療機関名 ○○病院 消化器外科

(2) 小腸造影所見 ((1)が不明のときのみ記入し、小腸造影の写しを添付すること。)
推定残存小腸の長さ、その他の所見

上部80cmのみ

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 (該当するものを○で囲むこと。)

(1) 中心静脈栄養法

ア 開始日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

イ カテーテルの留置部位 右内頸静脈

ウ 装具の種類 アーガイルカテーテル 16G

エ 最近6か月間の実施状況 (180 日間)

オ 療法の連続性 (持続的・間欠的)

カ 1日当たり熱量 (700 kcal)

(2) 経腸栄養法

ア 開始日 令和〇年〇月〇日

イ カテーテルの留置部位

ウ 最近6か月間の実施状況 (日間)

エ 療法の連続性 (持続的・間欠的)

オ 1 日当たり熱量 (kcal)

(3) 経口摂取

ア 摂取の状態 (普通食・軟食・流動食・低残渣食)

イ 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1~2回)

5 検査所見 (測定日 令和〇年〇月〇日)

ア 赤血球数 443 /mm³

イ 血清総蛋白濃度 7.9 g/dl

ウ 血清総コレステロール濃度 75 mg/dl

エ 血清ナトリウム濃度 143 mEq/l

才 血清クロール濃度 109mEq/l

カ 血清カルシウム濃度 4. 8 mEq/l

キ 血色素量 15 g/dl

ク 血清アルブミン濃度 4.2 g/dl

ケ 中性脂肪 79 mg/dl

コ 血清カリウム濃度 5. 2 mEq/ℓ

サ 血清マグネシウム濃度 1. 6 mEq/l

- (注) 1 手術時の残存小腸の長さは、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がい障がい程度については再認定を要する。
- 5 障がい認定の時期は、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がいの場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。

F ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい

1 認定基準

(1) 13 歳以上の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障がいはヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(i) CD4 陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で、次の項目 (a ~ l) のうち 6 項目以上が認められるもの

- a 白血球数について $3,000/\mu\text{l}$ 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- b Hb 量について男性 12 g/dl 未満、女性 11 g/dl 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- c 血小板数について $10\text{ 万}/\mu\text{l}$ 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- d ヒト免疫不全ウイルス RNA 量について $5,000\text{ コピー}/\text{ml}$ 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- e 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある
- f 健常時に比し 10% 以上の体重減少がある
- g 月に 7 日以上 of 不定の発熱 (38°C 以上) が 2 か月以上続く
- h 1 日に 3 回以上泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある
- i 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある
- j 口腔内カンジダ症 (頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症 (頻回に繰り返すもの)、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
- k 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
- l 軽作業を越える作業の回避が必要である

(ii) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

イ 等級表 2 級に該当する障がいはヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(i) CD4 陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で、アの項目 (a ~ l) のうち 3 項目以上が認められるもの。

(ii) エイズ発症の既往があり、アの項目 (a ~ l) のうち 3 項目以上が認められるもの。

(iii) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、アの項目 (a ~ l) のうち a から d までの 1 つを含む 6 項目以上が認められるもの。

ウ 等級表 3 級に該当する障がい者はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (i) CD4 陽性 T リンパ球数が $500/\mu\ell$ 以下で、アの項目 (a ~ l) のうち 3 項目以上が認められるもの。
- (ii) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、アの項目 (a ~ l) のうち a から d までの 1 つを含む 4 項目以上が認められるもの

エ 等級表 4 級に該当する障がい者はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (i) CD4 陽性 T リンパ球数が $500/\mu\ell$ 以下で、アの項目 (a ~ l) のうち 1 項目以上が認められるもの
- (ii) CD4 陽性 T リンパ球数に関係なく、アの項目 (a ~ l) のうち a から d までの 1 つを含む 2 項目以上が認められるもの

(3) 13 歳未満の者の場合

ア 等級表 1 級に該当する障がい者はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、「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) が採択した指標疾患のうち 1 項目以上が認められるもの。

イ 等級表 2 級に該当する障がい者はヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (i) 次の項目 (a ~ r) のうち 1 項目以上が認められるもの
 - a 30 日以上続く好中球減少症 ($<1,000/\mu\ell$)
 - b 30 日以上続く貧血 ($<Hb 8g/d\ell$)
 - c 30 日以上続く血小板減少症 ($<100,000/\mu\ell$)
 - d 1 か月以上続く発熱
 - e 反復性又は慢性の下痢
 - f 生後 1 か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染
 - g 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
 - h 生後 1 か月以前に発症したトキソプラズマ症
 - i 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
 - j 反復性単純ヘルペスウイルス口内炎 (1 年以内に 2 回以上)
 - k 2 回以上又は 2 つの皮膚節以上の帯状疱疹
 - l 細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症 (1 回)
 - m ノカルジア症

- n 播腫性水痘
- o 肝炎
- p 心筋症
- q 平滑筋肉腫
- r H I V腎症

(ii) 次の年齢区分ごとのC D 4 陽性Tリンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「重度低下」に該当するもの。

免疫学的分類	児の年齢		
	1 歳 未 満	1～6 歳未満	6～13 歳未満
正常	$\geq 1,500/\mu\ell$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu\ell$ $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu\ell$ $\geq 25\%$
中等度低下	750～1,499/ $\mu\ell$ 15～24%	500～999/ $\mu\ell$ 15～24%	200～499/ $\mu\ell$ 15～24%
重度低下	<750/ $\mu\ell$ <15%	<500/ $\mu\ell$ <15%	<200/ $\mu\ell$ <15%

ウ 等級表 3 級に該当する障がいはヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(i) 次の項目 (a～h) のうち 2 項目以上が認められるもの

- a リンパ節腫脹 (2 カ所以上で 0.5 cm 以上。対称性は 1 か所とみなす)
- b 肝腫大
- c 脾腫大
- d 皮膚炎
- e 耳下腺炎
- f 反復性又は持続性の上気道感染
- g 反復性又は持続性の副鼻腔炎
- h 反復性又は持続性の中耳炎

(ii) イの年齢区分ごとのC D 4 陽性Tリンパ球数及び全リンパ球に対する割合に基づく免疫学的分類において「中等度低下」に該当するもの。

エ 等級表 4 級に該当する障がいはヒト免疫不全ウイルスに感染していて、ウの項目 (a～h) のうち 1 項目以上が認められるもの。

2 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては、H I V感染により永続的に免疫の機能の著しい低下のある状態について、その障がい程度を認定するために必要な事項を記載する。診断書は障がい認定の正確を期するため、「13 歳以上用」と「13 歳未満用」とに区分して作成する。

(1) 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「免疫機能障がい」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

原因疾患名は「H I V感染」と書く。

障がい発生年月日は、ヒト免疫不全ウイルスへの感染が確認された日時を原則とする。不詳の場合は、「参考となる経過・現症」欄にその理由を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

障がい認定の上で参考となる事項があれば摘記する。個人の秘密に関わる事項を記載する場合には、障がい認定に不可欠な内容に限定すること。

障がい固定又は障がい確定（推定）年月日はH I V感染が確認され、検査結果や所見等が身体障がい認定基準を満たすに至った日とする。この場合、「身体障がい認定基準を満たした日」とは、検査結果が判明した日ではなく、検査実施の日と考えてよい。

エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて障がい認定に必要な事項を摘記する。治療の経過により障がい程度に変化が予想される場合は、将来再認定の時期等を記載する。

(2) 「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がいの状態及び所見」について

H I V感染の確認方法は、認定対象者が13 歳以上と13 歳未満で異なるため、診断書は「13 歳以上用」と「13 歳未満用」とに区分して作成する。

ア 13 歳以上の場合

(ア) ヒト免疫不全ウイルス（H I V）感染の確認方法

「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）を準用する。具体的には、H I Vの抗体スクリーニング検査法（酵素抗体法（E L I S A）、粒子凝集法（P A）、免疫クロマトグラフィー法（I C）等）の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合にH I V感染症と診断する。

○抗体確認検査（Western Blot 法、蛍光抗体法（I F A）等）

○H I V抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法（P C R等）等の病原体に関する検査

(イ) CD4 陽性Tリンパ球数の測定

4 週以上の間隔をおいた連続する 2 回の検査値の平均値のこれまでの最低値とする。

(ウ) 白血球数、Hb 量、血小板数、ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量の測定における、4 週以上の間隔をおいた連続する 2 回の検査の時期は、互いに一致している必要はなく、これまでの最低値とする。

(エ) エイズ発症の診断基準

エイズ発症の診断は「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）による。

(オ) エイズ合併症

「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）が採択した指標疾患としてあげられている合併症を意味する。

(カ) 期間・回数・症状等の確認

7 日等の期間、1 日 3 回等の回数、10%等の数値、下痢・嘔気・嘔吐・発熱の症状の確認は、カルテにもとづく医師の判断によるものとする。

(キ) 日・週・月の取扱い

特別の断りがない限り以下によるものとする。

- ・1 日：0 時から翌日の 0 時前まで（以下同じ）を意味する。
- ・1 週：連続する 7 日を意味する。
- ・1 月：連続する 30 日を意味する。暦月ではない。

(ク) 回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥った場合をいい、回復不能の判定は医師の判断による。

(ケ) 日中

就寝時以外を意味する。

(コ) 月に 7 日以上

連続する 30 日の間に 7 日以上（連続していなくてもかまわない）を意味する。

(サ) 日常生活上の制限

生鮮食料品の摂取制限以外に、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、人混みの回避が含まれる。

(シ) 軽作業

デスクワーク程度の作業を意味する。

イ 13 歳未満の場合

(ア) 小児のヒト免疫不全ウイルス感染の確認方法

13 歳未満の小児の HIV 感染の証明は、原則として 13 歳以上の場合に準じる。ただし、周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる生後 18 ヶ月未満の小児については、HIV の抗体スクリーニング検査が陽性であり、さらに次のいずれかに該当する場合においてヒト免疫不全ウイルス感染とする。

○抗原検査、ウイルス分離、PCR 法等の病原検査法のいずれかにおいて、ウイルスまた

は抗原が証明される場合

○血清免疫グロブリン値、全リンパ球数、CD4陽性Tリンパ球数、CD4陽性Tリンパ球の全リンパ球に対する割合、CD8陽性Tリンパ球数、CD4/CD8比等の免疫学的検査所見を総合的に判断し免疫機能障がいが著しく低下しており、かつHIVに感染以外にその原因が認められない場合

(イ) 年齢区分毎の免疫学的分類

当該小児の免疫機能を評価するには、CD4陽性Tリンパ球数又はCD4陽性Tリンパ球数の全リンパ球に対する割合を用いるものとし、双方の評価が分類を異にする場合には重篤な分類により評価すること。

(ウ) 小児のHIV感染の臨床症状

身体障がい認定基準(2)のイの(ア)の臨床症状については、その所見や疾患の有無、反復性について判定すること。

3 認定基準の補足説明

- (1) 免疫の機能の障がいの認定は、ヒト免疫不全ウイルス感染に由来するものであり、認定の考え方に関して他の内部障がいと異なる場合があるので留意する。
- (2) 急性期の病状で障がいの程度を評価するのではなく、急性期を脱し、症状が落ち着いた時点での免疫機能を評価することが、より正確に免疫の機能の障がい进行评估できるものと考えられる。
- (3) 患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に際しては、感染者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。
- (4) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいにおいては、認定に際し、感染の事由により、認定の対象から除外されることはない。
- (5) 身体障がい認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれない。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 免疫機能障がい13歳以上用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 免疫機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 H I V 感染	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）	
③疾病・外傷発生年月日 不明 年 月 日・場所 不明		
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。） 令和〇年、口腔内潰瘍で某大学病院を受診し、H I V 感染を指摘された。 令和〇年、婦人科検診で子宮頸ガンが発見され、治療継続中。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 定期的に婦人科検診が不可欠で、抗H I V剤、抗ガン剤服用のため、胃腸障がい強く、 体重減少があり回復しない。 （将来再認定 <u>要</u>・不要） （再認定の時期 令和 〇 年 〇 月）		
⑥その他参考となる合併症状 口内炎（カンジダ症ではない）		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 内 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がい ・ <u>該当する</u> (2 級相当) ・ 該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分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がいの状態及び所見（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 令和○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	PA法	令和○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(1つの検査による確認が必要である)。

	検 査 名	検 査 日	検 査 結 果
抗 体 確 認 検 査 の 結 果	I F A 法	令和○年○月○日	陽性、陰性
H I V 病 原 検 査 の 結 果	H I V - R N A	令和○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	
子宮頸癌：無症状であったが、定期検査で発見される。 病理診断により確診。	

(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
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	2 1 5 / μℓ	1 5 6 / μℓ
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	9 7 / 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。

4 検査所見、日常生活活動制限の状況

（1）検査所見

検査日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
白血球数	2, 7 0 0 / μℓ	2, 4 0 0 / μℓ

検査日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
Hb 量	1 0 . 2 g/dℓ	1 0 . 5 g/dℓ

検査日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
血小板数	2 1 . 7 × 1 0 ⁴ / μℓ	1 3 . 5 × 1 0 ⁴ / μℓ

検査日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
H I V—RNA量	< 4 0 0 copy/mℓ	< 4 4 0 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 [2 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
「身体障がい認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい(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 [3 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)	1 5 6 μl
検査所見の該当数 (①)	2 個
日常生活活動制限の該当数 (②)	3 個

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 免疫機能障がい13歳未満用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 平成 令和 (〇 歳)	男・女
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 免疫機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 H I V感染		
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・外傷発生年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日・場所 分娩時（推定）		
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。） 母親がH I V感染者であるため、妊娠初期より母子間感染の可能性の有無が検討されていた。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 C D 4 陽性Tリンパ球数は5 0 0 未満：肝、脾の腫大を触れる他に皮膚炎も認められる。 (将来再認定 要・不要) (再認定の時期 令和 〇 年 〇 月)		
⑥その他参考となる合併症状 特記すべき事項なし		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 小児 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がい ・該当する (2 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項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 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 令和○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	ELISA法	令和○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	Western-blot法	令和○年○月○日	陽性、陰性
HIV病原検査の結果	HIV-RNA法	令和○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	令和○年○月○日
IgG	mg/dl

検査日	令和○年○月○日
全リンパ球数(①)	3,160 / μ l
CD4陽性Tリンパ球数(②)	480 / μ l
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合([②]/[①])	15.2 %
CD8陽性Tリンパ球数(③)	/ μ l
CD4/CD8比([②]/[③])	

2 障がい状況

(1) 免疫学的分類

検査日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	480/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	15.2%	重度低下・中等度低下・正常

(注4)「免疫学的分類」欄では「身体障がい認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい(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
特に記載すべき事項なし

(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/μl)	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/μl)	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
H I V 腎症	有 ・ ☒ 無
臨床症状の数[0 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 カ所以上で 0.5 cm 以上。対称性は 1 カ所とみなす。）	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[3 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。

G 肝臓機能障がい

1 認定基準

(1) 等級表 1 級に該当する障がいは、次のいずれにも該当するものをいう。

- ア Child-Pugh 分類^(注 26)の合計点数が 7 点以上であって、肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む 3 項目以上が 2 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。
- イ 次の項目（a～j）のうち、5 項目以上が認められるもの。
 - a 血清総ビリルビン値が 5.0 mg/dℓ以上
 - b 血中アンモニア濃度が 150 μg/dℓ以上
 - c 血小板数が 50,000/mm³ 以下
 - d 原発性肝がん治療の既往
 - e 特発性細菌性腹膜炎治療の既往
 - f 胃食道静脈瘤治療の既往
 - g 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染
 - h 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月 7 日以上ある
 - i 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある
 - j 有痛性筋けいれんが 1 日に 1 回以上ある

(2) 等級表 2 級に該当する障がいは、次のいずれにも該当するものをいう。

- ア Child-Pugh 分類^(注 26)の合計点数が 7 点以上であって、肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む 3 項目以上が 2 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。
- イ ア（イ）の項目（a～j）のうち、a から g までの 1 つを含む 3 項目以上が認められるもの。

(3) 等級表 3 級に該当する障がいは、次のいずれにも該当するものをいう。

- ア Child-Pugh 分類^(注 26)の合計点数が 7 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。
- イ ア（イ）の項目（a～j）のうち、a から g までの 1 つを含む 3 項目以上が認められるもの。

(4) 等級表 4 級に該当する障がいは、次のいずれにも該当するものをいう。

- ア Child-Pugh 分類^(注 26)の合計点数が 7 点以上の状態が、90 日以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続くもの。
- イ ア（イ）の項目（a～j）のうち、1 項目以上が認められるもの。

- （5） 肝臓移植を行った者については、抗免疫療法を要しなくなるまでは、障がいの除去（軽減）状態が固定したわけではないので、抗免疫療法を必要とする期間中は、当該療法を実施しないと仮定して、1 級に該当するものとする。

（注 26） 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	2.8～3.5 g/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	2.0 mg/dℓ未満	2.0～3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ超

2 診断書の作成について

身体障がい者診断書においては、疾患等により永続的に肝臓機能の著しい低下のある状態について、その障がい程度を認定するために必要な事項を記載する。併せて障がい程度の認定に関する意見を付す。

（1） 「総括表」について

ア 「障がい名」について

「肝臓機能障がい」と記載する。

イ 「原因となった疾病・外傷名」について

肝臓機能障がいをきたした原因疾患名について、できる限り正確な名称を記載する。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」等のように種類の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する。

傷病発生年月日は初診日でもよく、それが不明確な場合は推定年月を記載する。

ウ 「参考となる経過・現症」について

傷病の発生から現状に至る経過及び現症について、障がい認定のうえで参考となる事項を詳細に記載する。

現症については、別様式診断書「肝臓の機能障がいの状態及び所見」の所見欄の内容はすべて具体的に記載することが必要である。

エ 「総合所見」について

経過及び現症からみて障がい認定に必要な事項、特に肝臓機能、臨床症状、日常生活の制限の状態について明記し、併せて将来再認定の要否、時期等を必ず記載する。

(2) 「肝臓の機能障がいの状態及び所見」について

ア 「肝臓機能障がいの重症度」について

肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の各診断・検査結果について、Child-Pugh 分類により点数を付し、その合計点数と肝性脳症又は腹水の項目を含む 3 項目以上における 2 点以上の有無を記載する。この場合において、肝性脳症の昏睡度分類については犬山シンポジウム（1981 年）による。また、腹水については、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 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、薬剤によってコントロールができないものを中程度以上とする。

（参考）犬山シンポジウム（1981 年）

昏睡度	精神症状	参考事項
I	睡眠－覚醒リズムの逆転 多幸気分、ときに抑うつ状態 だらしなく、気にもとめない態度	retrospective にしか判定できない場合が多い
II	指南力（時・場所）障がい、物を取り違える（confusion） 異常行動（例：お金をまく、化粧品をゴミ箱に捨てるなど） ときに傾眠状態（普通の呼びかけで開眼し、会話ができる） 無礼な言動があったりするが、医師の指示に従う態度をみせる	興奮状態がない 尿、便失禁がない 羽ばたき振戦あり
III	しばしば興奮状態または譫妄状態を伴い、反抗的態度をみせる 嗜眠状態（ほとんど眠っている） 外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または従えない（簡単な命令には応じうる）	羽ばたき振戦あり（患者の協力が得られる場合） 指南力は高度に障がい
IV	昏睡（完全な意識の消失） 痛み刺激に反応する	刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめる等がみられる
V	深昏睡 痛み刺激にもまったく反応しない	

肝臓機能障がいの重症度は、90 日以上（180 日以内）の間隔をおいた連続する 2 回の検査により評価するものであり、それぞれの結果を記載する。

なお、既に実施した 90 日以前（最長 180 日まで）の検査の結果を第 1 回の結果とすることとして差し支えない。

イ 「障がいの変動に関する因子」について

肝臓機能障がいを悪化させる因子であるアルコールを、それぞれの検査日より前に 180 日以上摂取していないことについて、医師による確認を行う。また、それぞれの検査時において改善の可能性のある積極的治療を継続して実施しており、肝臓移植以外に改善が期待できないことについて、医師による確認を行う。

ウ 「肝臓移植」について

肝臓移植と抗免疫療法の実施の有無について記載する。複数回肝臓移植を行っている場合の実施年月日は、最初に実施した日付を記載する。

エ 「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」について

- (i) 原発性肝がん、特発性細菌性腹膜炎、胃食道静脈瘤の治療の既往

医師による確定診断に基づく治療の既往とする。

- (ii) 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染の確認

HBs 抗原検査あるいは HCV-RNA 検査によって確認する。

なお、持続的な感染については、180 日以上の感染を意味する。

- (iii) 期間・回数・症状等の確認

7 日等の期間、1 日 1 時間、2 回等の頻度、倦怠感・易疲労感・嘔吐・嘔気・有痛性筋けいれんの症状の確認は、カルテに基づく医師の判断によるものとする。

- (IV) 日・月の取扱い

・1 日：0 時から翌日の 0 時までを意味する。

・1 月：連続する 30 日を意味する。暦月ではない。

- (V) 月に 7 日以上

連続する 30 日の間に 7 日以上（連続していなくてもかまわない）を意味する。

3 認定基準の補足説明

- (1) 肝臓機能障がいの認定は、肝臓機能を基本とし、肝臓機能不全に基づく臨床症状、治療の状況、日常生活活動の制限の程度によって行うものである。
- (2) 肝臓機能検査、臨床症状、治療の状況と日常生活活動の制限の程度との間に極端な不均衡が認められる場合には、慎重な取扱いをして認定する必要がある。
- (3) 患者の訴えが重視される所見項目があるので、診察に際しては、患者の主訴や症候等の診療録への記載に努めること。
- (4) 肝臓移植術を行った者の障がい程度の認定は、現在の肝臓機能検査の結果にかかわらず、抗免疫療法を実施しないと仮定した場合の状態で行うものである。
- (5) 身体障がい認定基準を満たす検査結果を得るため、必要な治療の時期を遅らせる等のことは、本認定制度の趣旨に合致しないことであり、厳に慎まれない。

【 記入例 】

様式第4号（第6条関係）

身体障がい者診断書・意見書（ 肝臓機能障がい用 ）

総括表

氏 名 〇〇 〇〇	大正 昭和 〇 年 〇 月 〇 日 生 <u>平成</u> 令和 (〇 歳)	<u>男・女</u>
住 所 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
①障がい名（部位を明記） 肝臓機能障がい		
②原因となった 疾病・外傷名 C型肝炎ウィルスによる肝硬変	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、 <u>先天性</u> 、その他（不明 ）	
③疾病・外傷発生年月日 令和 〇 年 頃 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。） 令和〇年に慢性肝炎を指摘された。 令和〇年〇月〇日〇〇病院受診。以後外来通院。 令和〇年〇月頃、肝細胞がんが認められ、マイクロ波凝固法を実施。 令和〇年頃より腹水が認められ、現在、難治性腹水の状態である。 障がい固定又は障がい確定（推定）令和 〇 年 〇 月 〇 日		
⑤総合所見 肝臓機能の低下は徐々に進行しており、腹水による腹部膨満感あり。 入院にて穿刺排液を行っている。下肢の浮腫も著しく、歩行困難な状態。 Child－Pugh 分類でグレードCに該当する。 (将来再認定 要・<u>不要</u>) (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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 病院又は診療所の名称 〇〇〇〇病院 所 在 地 宮崎市 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 診療担当科名 消化器内 科 医 師 氏 名 〇 〇 〇 〇		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに <u>・該当する</u> (3 級相当) ・該当しない		
注 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、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」（別様式）を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

肝臓の機能障がいの状態及び所見

1 肝臓機能障がいの重症度

	検査日（第1回）		検査日（第2回）	
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2	なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	2
腹水	なし・軽度 中程度以上	3	なし・軽度 中程度以上	3
	概ね 3 0		概ね 3 0	
血清アルブミン値	3.1 g/dl	2	3.1 g/dl	2
プロトロンビン時間	68 %	2	65 %	2
血清総ビリルビン値	1.1 mg/dl	1	1.2 mg/dl	1

合計点数	10 点	10 点
(○で囲む)	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	3.5 g/dl超	2.8～3.5 g/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、大山シンポジウム（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 障がい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 5.0 mg/ dℓ以上		有 ・ ☒ 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度 150 μg/ dℓ以上		☒ 有 ・ 無
	検査日	平成 ○年 ○月 ○日	
	血小板数 50,000/mm ³ 以下		☒ 有 ・ 無
	検査日	平成 ○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	平成 ○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	平成 ○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		☒ 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	6 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

Ⅲ 身体障がい者障

級別	視覚障がい	聴覚又は平衡機能の障がい		音声機能 言語機能 又はそしやく 機能障がい	肢体不自由				
		聴覚障がい	平衡機能 障がい		上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の 脳病変による運動機能障がい	
								上肢機能	移動機能
1級	視力の良い方の眼の視力(万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者について測ったものをいう。以下同じ。)が0.01以下のもの				1 両上肢の機能を全廃したもの 2 両上肢を手関節以上で欠くもの	1 両下肢の機能を全廃したもの 2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障がいにより坐っていることができないもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの
2級	1 視力の良い方の眼の視力が0.02以上0.03以下のもの 2 視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの 3 周辺視野角度(1/4視標による。以下同じ)の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度(1/2視標による。以下同じ。)が28度以下のもの 4 両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの	両耳の聴力レベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)			1 両上肢の機能の著しい障がい 2 両上肢のすべての指を欠くもの 3 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4 一上肢の機能を全廃したもの	1 両下肢の機能の著しい障がい 2 両下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	1 体幹の機能障がいにより坐位又は起立位を保つことが困難なもの 2 体幹の機能障がいにより立ち上がることが困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの
3級	1 視力の良い方の眼の視力が0.04以上0.07以下のもの 2 視力の良い方の眼の視力が0.08かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの 3 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度が56度以下のもの 4 両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)	平衡機能の極めて著しい障がい	音声機能、言語機能又はそしやく機能の喪失	1 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 2 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 3 一上肢の機能の著しい障がい 4 一上肢のすべての指を欠くもの 5 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの	1 両下肢をショパール関節以上で欠くもの 2 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3 一下肢の機能を全廃したもの	体幹の機能障がいにより歩行が困難なもの	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの
4級	1 視力の良い方の眼の視力が0.08以上0.1以下のもの 2 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの 3 両眼開放視認点数が70点以下のもの	1 両耳の聴力レベルが80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ話声語を理解し得ないもの) 2 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの		音声機能、言語機能又はそしやく機能の著しい障がい	1 両上肢のおや指を欠くもの 2 両上肢のおや指の機能を全廃したもの 3 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能を全廃したもの 4 一上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの 6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指を欠くもの 7 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能を全廃したもの 8 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の四指の機能の著しい障がい	1 両下肢のすべての指を欠くもの 2 両下肢のすべての指の機能を全廃したもの 3 一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの 4 一下肢の機能の著しい障がい 5 一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して10cm以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの		不随意運動・失調等による上肢の機能障がいにより社会での日常生活が著しく制限されるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの
5級	1 視力の良い方の眼の視力が0.2かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの 2 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの 3 両眼中心視野角度が56度以下のもの 4 両眼開放視認点数が70点を超えかつ100点以下のもの 5 両眼中心視野視認点数が40点以下のもの		平衡機能の著しい障がい		1 両上肢のおや指の機能の著しい障がい 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の著しい障がい 3 一上肢のおや指を欠くもの 4 一上肢のおや指の機能を全廃したもの 5 一上肢のおや指及びひとさし指の機能の著しい障がい 6 おや指又はひとさし指を含めて一上肢の三指の機能の著しい障がい	1 一下肢の股関節又は膝関節の機能の著しい障がい 2 一下肢足関節の機能を全廃したもの 3 一下肢が健側に比して5cm以上又健側の長さの15分の1以上短いもの	体幹機能の著しい障がい	不随意運動・失調等による上肢の機能障がいにより社会での日常生活に支障のあるもの	不随意運動・失調等により社会での日常生活に支障のあるもの
6級	視力の良い方の眼の視力が0.3以上0.6以下かつ他方の眼の視力が0.02以下のもの	1 両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの(40cm以上の距離で発声された会話語を理解し得ないもの) 2 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上、他側耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの			1 一上肢のおや指の機能の著しい障がい 2 ひとさし指を含めて一上肢の二指を欠くもの 3 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能を全廃したもの	1 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの 2 一下肢の足関節の機能の著しい障がい		不随意運動・失調等により上肢の機能の劣るもの	不随意運動・失調等により移動機能の劣るもの
7級					1 一上肢の機能の軽度の障がい 2 一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障がい 3 一上肢の手指の機能の軽度の機能の障がい 4 ひとさし指を含めて一上肢の二指の機能の著しい障がい 5 一上肢のなか指、くすり指及び小指を欠くもの 6 一上肢のなか指、くすり指及び小指の機能を全廃したもの	1 両下肢のすべての指の機能の著しい障がい 2 一下肢の機能の軽度の障がい 3 一下肢の股関節、膝関節又は足関節のうち、いずれか一関節の機能の軽度の障がい 4 一下肢すべての指を欠くもの 5 一下肢のすべての指の機能を全廃したもの 6 一下肢が健側に比して3cm以上又は健側の長さの20分の1以上短いもの		上肢に不随意運動・失調等を有するもの	下肢に不随意運動・失調等を有するもの

が い 程 度 等 級 表

(※) より上は1種、それ以外は2種とする。

心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう又は直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能障がい						
心臓機能障がい	じん臓機能障がい	呼吸器機能障がい	ぼうこう又は直腸の機能障がい	小腸機能障がい	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい	肝臓機能障がい
心臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	じん臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸器の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	小腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの	肝臓の機能の障がいにより日常生活活動がほとんど不可能なもの
					ヒト免疫不全ウイルスにより日常生活が極度に制限されるもの	肝臓の機能の障がいにより日常生活活動が極度に制限されるもの
心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により家庭内での日常生活が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)	肝臓の機能の障がいにより家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)
心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスにより社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	肝臓の機能の障がいにより社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

備考

- 1 同一の等級について二つの重複する障がいがある場合は、1級うえの級とする。ただし、二つの重複する障がいが特に本表中に指定されているものは、当該等級とする。
- 2 肢体不自由においては、7級に該当する障がいがある場合は、6級とする。
- 3 異なる等級について2以上の重複する障がいがある場合については、障がいの程度を勘案して当核等級より上の級とすることができる。
- 4 「指を欠くもの」とは、おや指については指骨間関節、その他の指については第一指骨間関節以上を欠くものをいう。
- 5 「指の機能障がい」とは、中手指関節以下の障がいをいい、おや指については、対抗運動障がいも含むものとする。
- 6 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)をもって計測したものをいう。
- 7 下肢の長さは、前腸骨棘より内くるぶし下端までを計測したものをいう。

IV 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師の指定

1 医師の指定

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定により、市長は、身体障がい者障がい程度等級表に掲げる障がいの医療に関係のある診療科名を標ぼうしている病院又は診療所において医療に従事し、かつ、その診断に関する相当の学識経験を有する者を、その医師の同意を得て指定しますが、指定に当たっては宮崎市社会福祉審議会の意見を聞くことになっています。

身体障がい者障がい程度等級表に掲げる障がいの医療に関係のある診療科名は概ね次のとおりです。

(1) **視覚障がい**の医療に関係のある診療科名

眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科

注) 眼科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障がい等による視力喪失者の診療に限る。

(2) **聴覚障がい**の医療に関係のある診療科名

耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、神経内科、脳神経外科

注) 耳鼻科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障がい等による聴力喪失者の診療に限る。

(3) **平衡機能障がい**の医療に関係のある診療科名

耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科

(4) **音声・言語機能障がい**の医療に関係のある診療科名

耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、内科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科

(5) **そしゃく機能障がい**の医療に関係のある診療科名

耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科

(6) **肢体不自由**の医療に関係のある診療科名

整形外科、外科、小児外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ科、小児科、リハビリテーション科

(7) **心臓機能障がい**の医療に関係のある診療科名

内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科

(8) **じん機能障がい**の医療に係るのある診療科名

内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科

(9) **呼吸器機能障がい**の医療に係るのある診療科名

内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科

(10) **ぼうこう又は直腸機能障がい**の医療に係るのある診療科名

泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小児科、小児外科、産婦人科（婦人科）

(11) **小腸機能障がい**の医療に係るのある診療科名

内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科

(12) **ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい**の医療に係るのある診療科名

内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科

注）エイズ拠点病院での従事経験があることが望ましい。

(13) **肝臓機能障がい**の医療に係るのある診療科名

内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科、肝臓外科、小児科、小児外科

これを表にすると【診療科名と障がい区分の対応表】のとおりです

ただし、平成 20 年 3 月 31 日以前から標榜していた呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、気管食道科等については、看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り、引き続き認められています。

2 異動届

指定された医師は、勤務する病院の変更等、異動があったときは速やかに市長に報告する必要があります。異動があったときは、異動届を宮崎市障がい福祉課へ提出してください。

【 診療科名と障がい区分の対応表 】

障がい区分 診療科名	1 視 覚 障 が い	2 聴 覚 障 が い	3 平 衡 機 能 障 が い	4 音 声 ・ 言 語 機 能 障 が い	5 そ し ゃ く 機 能 障 が い	6 肢 体 不 自 由	7 心 臓 機 能 障 が い	8 じん臓 機 能 障 が い	9 呼 吸 器 機 能 障 が い	10 ぼうこう直腸機能障がい	11 小 腸 機 能 障 が い	12 免 疫 機 能 障 が い	13 肝 臓 機 能 障 が い
眼科、小児眼科	○												
耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科		○	○	○	○								
気管食道・耳鼻咽喉科		○	○	○	○								
気管食道内科、気管食道外科				○	○				○				
気管食道科				○	○				○				
神経内科	△	△	○	○	○	○				○			
整形外科						○							
外科						○	○	○	○	○	○	○	○
小児外科						○	○	○	○	○	○		○
内科				○		○	○	○	○	○	○	○	○
血液内科、感染症内科												○	
循環器内科							○	○					
心臓内科							○						
心臓血管外科、心臓外科							○						
胸部外科							○		○				
腎臓内科								○					
人工透析内科								○					
移植外科								○					○
小児科						○	○	○	○	○	○	○	○
呼吸器科									○			○	
脳神経外科	△	△	○	○		○							
呼吸器外科									○				
呼吸器内科									○			○	
形成外科				○	○	○							
リハビリテーション科			○	○	○	○	○		○				
理学療法科						○							
リウマチ科						○							
循環器科							○	○					
泌尿器科、小児泌尿器科								○		○			
消化器科(又は胃腸科)										○	○		
消化器内科、消化器外科										○	○		○
胃腸内科											○		
腹部外科											○		○
産婦人科(又は婦人科)										○		○	
肝臓内科、肝臓外科													○

※ △は、腫瘍、神経障がい等に起因する場合のみ

様式2

身体障害者福祉法第15条に基づく指定医師異動届

年 月

日

宮崎市長 殿

届出者 住所
氏名

このことについて、次のとおり届け出ます。

指定医師氏名			指定年月日	年 月 日
指定診療科目			異動年月日	年 月 日
異動内容	氏 名	異動前		
		異動後		
	勤 務 先 名 称 及 び 電 話 番 号	異動前		
		異動後		
	勤務先 〒・住所	異動前		
		異動後		
	退 職			
	廃 業			
	死 亡			
	そ の 他			

異動内容については、該当する項目についてのみ記入してください。
15条に基づく医師の指定は医療機関所在地の都道府県知事（政令指定都市・中核市）が行います。他の都道府県に転出される場合は、転出先の都道府県知事等により改めて指定を受けていただくことになりますので、ご注意ください。

令和4年4月

宮崎市福祉部障がい福祉課

〒880－8505宮崎市橘通西一丁目1番1号

電 話 0985－21－1772(直通)

F A X 0985－21－1776

メー ル 10syogai@city.miyazaki.miyazaki.jp