

熊本県公報

第 1 2 6 2 4 号
平成 29 年 5 月 26 日(金)
(毎週 火・金発行)

目 次

告 示

- 指定居宅介護予防サービス事業者の指定…………… (高齢者支援課) 1
- 平成 29 年 6 月熊本県議会定例会の招集…………… (財政課) 1
- 平成 27 年熊本県商品流通調査…………… (統計調査課) 1
- 熊本県身体障害者福祉法施行細則第 3 条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式…………… (障がい者支援課) 2
- 道路の供用開始…………… (道路保全課) 47

公 告

- 肥料登録有効期間更新…………… (農業技術課) 47
- 土地改良区定款変更の認可…………… (農村計画課) 47
- 道路の位置の指定…………… (建築課) 47
- 農用地利用配分計画の認可…………… (農地・担い手支援課) 48
- 労働力調査調査員証の失効…………… (統計調査課) 48
- 都市計画法による開発行為に関する工事の完了…………… (建築課) 48
- 都市計画法による開発行為に関する工事の完了…………… (") 48

登 載 依 頼

- 熊本県教育情報化推進事業に係るコンピュータ及び関連機器の借入れ公告…………… (教育政策課) 48
- 熊本県教育情報化推進事業に係るコンピュータ及び関連機器の借入れ告示…………… (") 52
- 第 8 回熊本県障害者の相談に関する調整委員会の開催…………… (障害者の相談に関する調整委員会) 52
- 熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会保健福祉推進部の開催…………… (熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会事務局) 53
- 熊本県暴力団排除条例違反に伴う事実の公表…………… (警察本部組織犯罪対策課) 53
- 平成 29 年度駐車監視員資格者講習の実施…………… (警察本部交通指導課) 54

告 示

熊本県告示第 560 号
 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成 26 年法律第 83 号)附則第 11 条及び第 14 条第 2 項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 5 条の規定による改正前の介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)第 53 条第 1 項本文の規定により指定介護予防サービス事業者として次のとおり指定したので、公示する
 平成 29 年 5 月 26 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

| 事業者の名称又は氏名 | 事業所の名称 | 事業所の所在地 | 指定年月日 | サービスの種類 |
|------------------------------|----------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| 株式会社 COC O D E S I G N | デイサービス ソライロ | 天草市栖本町馬 場 3 8 4 8 番地 | 平成 29 年 5 月 1 6 日 | 介護予防通所 介護 |

熊本県告示第 561 号
 平成 29 年 6 月 9 日に熊本県議会の定例会を、熊本市に招集する。
 平成 29 年 5 月 26 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

熊本県告示第 562 号
 平成 27 年熊本県商品流通調査を行うので、熊本県統計調査条例(昭和 30 年熊本県条

例第19号) 第3条の規定に基づき、次のとおり告示する。

平成29年5月26日

熊本県知事 蒲島郁夫

- 1 調査目的
本調査は、熊本県内事業所の商品流通状況を把握し、平成27年熊本県産業連関表を作成するための基礎資料を得ることを目的とする。
- 2 調査対象の範囲
日本標準産業分類の大分類「製造業」(細分類2122生コンクリート製造業を除く。)のうち、経済産業省が指定した322品目を生産する熊本県内の事業所
- 3 調査対象者
 - (1) 対象者数
914
 - (2) 選定方法
平成26年工業統計調査及び経済産業省生産動態統計調査(平成27年1月分から平成27年12月分まで)の名簿及び個票から、調査品目別に、出荷額又は生産額の大きい順に並べ、県内シェアの90パーセントをカバーする事業所を選定する。
- 4 調査事項及びその基準となる期間
 - (1) 調査事項
生産品目、生産額、自工場消費額、輸出向出荷額、国内向出荷額、国内向出荷額のうち消費地別構成比及び業種別構成比等
 - (2) 基準となる期間
平成27年1月から平成27年12月までの1年間
- 5 調査方法
事業者の自計申告とし、郵送等により行う。
- 6 調査の実施期間
平成29年7月1日から平成29年12月末日まで
- 7 調査票等の保存期間
5年

熊本県告示第563号

熊本県身体障害者福祉法施行細則(平成7年熊本県規則第16号)第3条の規定に基づき、身体障害者手帳診断書・意見書の様式を次のように定め、平成29年6月1日から施行する。

なお、平成28年3月31日熊本県告示第412号の8(熊本県身体障害者福祉法施行細則第3条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式)は、廃止する。

平成29年5月26日

熊本県知事 蒲島郁夫

総括表 身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---------|-----|-----|-----|------|--|--|--|------|--|--|--|-----|--|--|--|
| 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 障害名(部位を明記) | 交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 年 月 日・場所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 参考となる臨床経過・手術経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 総合所見 (検査所見とADL所見との整合性等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [将来再認定] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ その他参考となる合併症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、 _____ 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※早見表による根拠 | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">障 害 部 位</th> <th style="width:10%;">等 級</th> <th style="width:55%;">項 目</th> <th style="width:20%;">指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視力障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>視野障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | 障 害 部 位 | 等 級 | 項 目 | 指 数 | 視力障害 | | | | 視野障害 | | | | 合 計 | | | |
| 障 害 部 位 | 等 級 | 項 目 | 指 数 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 視力障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 視野障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・外傷名欄には、糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

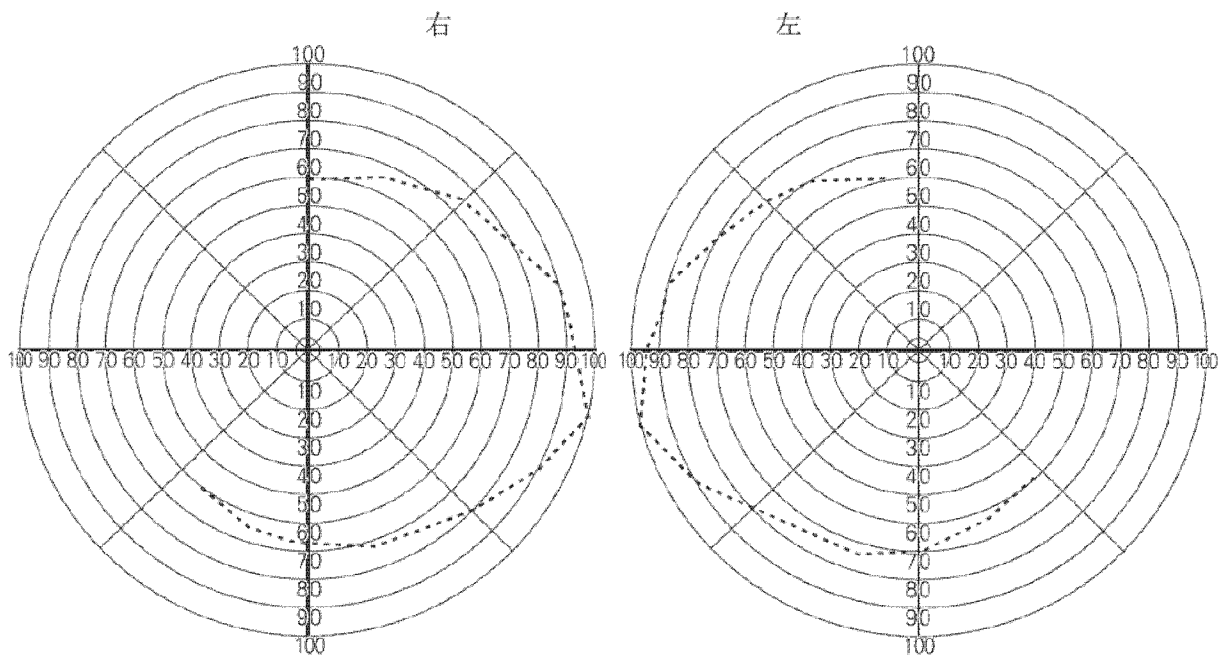
| | 裸 眼 | 矯 正 |
|---|----------------|----------------|
| 右 | (× DCyl DAx) | (× DCyl DAx) |
| 左 | (× DCyl DAx) | (× DCyl DAx) |

2 視 野 (視標 I / 4)

視野狭窄の別

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 求心性 | <input type="checkbox"/> 交叉性 | <input type="checkbox"/> 半盲性 | <input type="checkbox"/> その他() |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

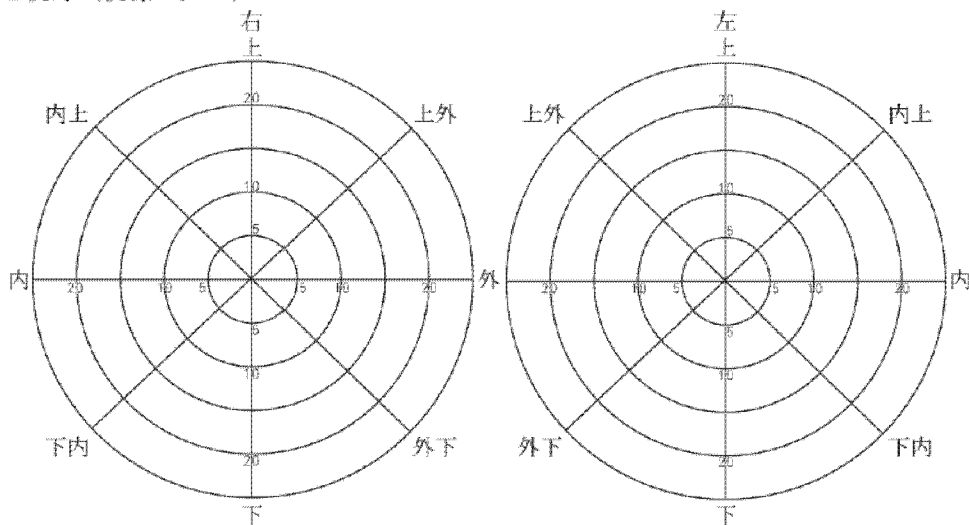
※視標 I / 4 が測定不能の場合は、ゴールドマン視野検査結果 (V / 4) の写しを添付すること。



※視野障害の計測は、点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

注) 視能率を測定するのは、求心性視野狭窄により両眼の中心視野がそれぞれ I / 2 の視標で 10 度以内の場合とする。(輪状暗点があるものについて、中心の残存視野がそれぞれ I / 2 の視標で 10 度以内のものも含む)

3 中心視野 (視標 I / 2)



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

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

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

| |
|--------|
| 両眼の損失率 |
| % |

4 現 症

| | | |
|-------|---|---|
| | 右 | 左 |
| 外 眼 | | |
| 中間透光体 | | |
| 眼 底 | | |

5 手 術

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

※手術予定がある場合、手術目的を記入すること。(例: 白内障、網膜剥離等)
 ※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。

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

| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|------------------------------------|---------|-----|-----|-----|------|--|--|--|--------|--|--|--|--------|--|--|--|--------|--|--|--|----------|--|--|--|-----|--|--|--|
| 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 障害名(部位を明記) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | | 交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 総合所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">〔将来再認定〕</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する</p> <p style="margin: 0;">再認定の時期 年 月</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 再認定は不要</p> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ その他参考となる合併症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印</p> <p style="text-align: center;">病院又は診療所の名称</p> <p style="text-align: center;">所 在 地 〒</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕</p> <p>障害の程度は、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。</p> <p>※早見表による根拠</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">障 害 部 位</th> <th style="width:10%;">等 級</th> <th style="width:40%;">項 目</th> <th style="width:20%;">指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>聴覚障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平衡機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>音声機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>言語機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>そしゃく機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については、指数合算による等級繰上げはできない。</p> | | | 障 害 部 位 | 等 級 | 項 目 | 指 数 | 聴覚障害 | | | | 平衡機能障害 | | | | 音声機能障害 | | | | 言語機能障害 | | | | そしゃく機能障害 | | | | 合 計 | | | |
| 障 害 部 位 | 等 級 | 項 目 | 指 数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴覚障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平衡機能障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 音声機能障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言語機能障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| そしゃく機能障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>注意</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば両感音性難聴等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、先天性難聴等原因となった疾患名を記入してください。 2 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害の場合は、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。 3 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 4 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

【はじめに】〈認定要領を参照のこと〉

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

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

- 聴覚障害 → 『1 「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 平衡機能障害 → 『2 「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 音声・言語機能障害 → 『3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- そしゃく機能障害 → 『4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障害」の状態及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

| | |
|---|----|
| 右 | dB |
| 左 | dB |

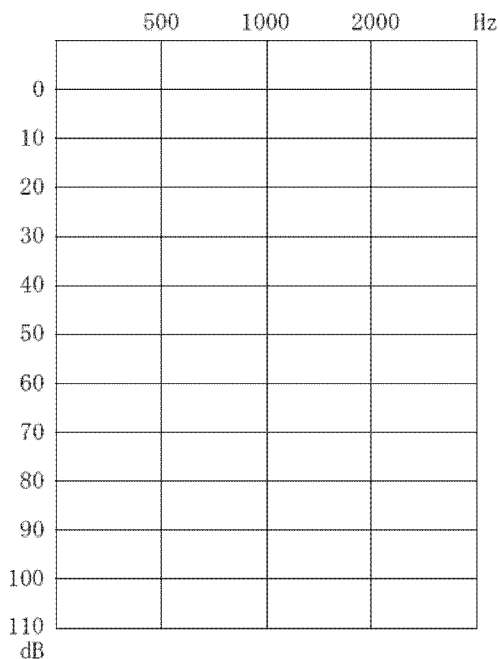
(4) 聴力検査の結果(アのみ又はア及びイの両方を記載すること)

ア 純音による検査

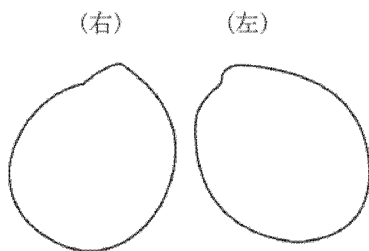
オージオメータの型式 _____

(2) 障害の種類

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



(3) 鼓膜の状態



(5) 身体障害者手帳(聴覚障害に係るものに限る。)の所持状況

有 無

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

イ 語音による検査

最高語音明瞭度

| | | |
|---|---|----|
| 右 | % | dB |
| 左 | % | dB |

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

(1) 平衡機能の状態

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

(2) 姿勢・歩行能力の状態

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

(3) その他の所見

[_____]

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

※所見を記入

(1) 音声機能障害

音声を全く発することができないもの (3 級)

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

音声の障害のため、音声のみを用いて意思を疎通することが困難なもの (4 級)

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

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

(2) 言語機能障害

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

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

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

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

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

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害程度の等級

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

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害 (仮性球麻痺、血管障害を含む) 及び末梢神経障害によるもの
- 外傷、腫瘍切除等による顎 (顎関節を含む)、口腔 (舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- その他 ()

そしゃく機能の著しい障害 (4 級)

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害 (仮性球麻痺、血管障害を含む) 及び末梢神経障害によるもの
- 外傷、腫瘍切除等による顎 (顎関節を含む)、口腔 (舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
- その他 ()

(2) 障害の程度及び検査所見

①そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

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

b 各器官（口唇・下顎・舌・軟口蓋・咽喉頭等）の所見

※異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。<参考 1 >

c 嚥下状態の検査と所見

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

<参考 1 > 各器官の観察点
 口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
 舌：形状、運動能力、反射異常
 軟口蓋：挙上運動、反射異常
 声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

<参考 2 >
 各器官の観察点
 ・口腔内保持の状態
 ・口腔から咽頭への送り込みの状態
 ・喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
 ・食道入口部の開大と流動物 (bolus) の送り込み
 摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点
 ・摂取できる食物の内容 (固形物、半固形物、流動食)
 ・誤嚥の程度 (毎回、2 回に 1 回程度、数回に 1 回、ほとんど無し)

②咬合異常

a 障害の程度

- 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする
- その他 ()

b 咬合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察すること）

()

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

()

[記入上の注意]

- (1) 聴力障害の認定に当たっては、JIS規格によるオーディオメータで測定すること。
 dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合、 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定すること。
 100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして聴力レベルを算定すること。
- (2) 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）の提出を求めるものとする。
- (3) 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

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

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

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

| 障害等級 | コミュニケーションの場 | コミュニケーションのレベル | 理解面 | ○ × | 表出面 | ○ × |
|--------|---|--|-----|--|--|--------|
| | | | 3 級 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">本人</div> ↓↑ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">家族</div> 状況依存度が 高い | ・本人や家族の名前がわかる ・住所がわかる ・日付、時間がわかる ・部屋の中の物品を言われてわかる ・日常生活動作に関する指示がわかる <風呂に入って、ST に行って、薬を 2 錠飲んで…> | |
| 4 級 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">本人</div> ↓↑ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">家族</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">周辺</div> 状況依存度が 低い | ・問診の質問が理解できる ・治療上の指示が理解できる <PT、薬の飲み方…> ・訪問者の用件がわかる ・電話での話がわかる ・尋ねた道順がわかる ・おつかいができるくどこで、何を、いくつ、いくら、誰に、いつ> | | ・病歴、病状が説明できる (通じる) ・治療上のことについて、質問ができる (通じる) ・家族に内容を伝えることができる ・訪問者に用件を質問できる (通じる) ・用件を家族に伝えることができる ・電話で応答できる ・家族に内容を伝えることができる<いつ、誰、何、どこ> ・知り合いに電話をかけて用件を伝えることができる (通じる) ・行先を言える (通じる) ・道順を尋ねることができる (通じる) ・買物をことばでできる (通じる) <何をいくつ、いくら> | | |
| 【特記事項】 | | | | | | |

年 月 日

医師氏名

印

総括表 身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

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

住 所

① 障害名(部位を明記)

② 原因となった
疾病・外傷名

交通・労災・その他の事故
自然災害・疾病・先天性・その他()

③ 疾病・外傷発生年月日

年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真・CT・MRI等を含む)

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

⑨ 総合所見(脳血管疾患の場合は、部位及び大きさ・発生前後の身体状況の相違について記載)

〔将来再認定〕

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

人工関節置換術又は人工骨頭置換術日(年 月 日)

⑩ その他参考となる合併症状(認知症等、障害に影響する傷病)

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕

障害の程度は、_____級相当に_____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。

※早見表による根拠

| 障 害 部 位 | 等 級 | 項 目 | 指 数 |
|---------|-----|-----|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合 計 | | | |

注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば上肢機能障害(右手関節強直、右肩関節機能全廃等)を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、慢性関節リウマチ等原因となった疾患名を記入してください。

2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。

3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

肢体不自由の状況及び所見

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

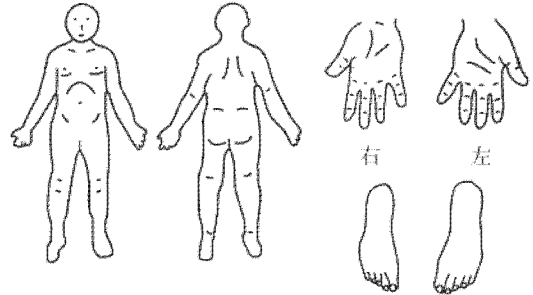
- (1) 感覚障害(下記図示) : なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害(下記図示) : なし・し緩性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・
腱反射(亢進・減弱・消失)・病的反射・その他()
- (3) 起因部位 : 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他()
- (4) 排尿・排便機能障害 : なし・あり
- (5) 形態異常 : なし・あり

参考図示

2 計 測

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

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



× 変形 ■ 切断 ▨ 感覚障害 ▩ 運動障害

| | | |
|------|---------|--|
| 上腕切断 | 健側上腕長cm | |
| | 患側断端長cm | |
| 大腿切断 | 健側大腿長cm | |
| | 患側断端長cm | |
| 下腿切断 | 健側下腿長cm | |
| | 患側断端長cm | |

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

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

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

6 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、()の中のものを使う時はそれに○(下記 注参照)

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

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

注：身体障害者福祉法の等級は機能障害 (impairment) のレベルで認定されるので、()の中にある場合、原則として自立していないという解釈になる。

二つ以上の障害が重複する場合の取扱い

- 1 二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定する。

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

- 2 合計指数の算定方法

- (1) 合計指数は次の等級別指数表により、各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとする。

| | | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 障害等級 | 1 級 | 2 級 | 3 級 | 4 級 | 5 級 | 6 級 | 7 級 |
| 指 数 | 18 | 11 | 7 | 4 | 2 | 1 | 0.5 |

- (2) 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位(機能障害が2か所以上あるときは上位の部位とする。)から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

(例) 右上肢のすべての指を欠くもの 3 級 等級別指数 7
 手関節の全廃 4 級 " 4
 合計指数 11

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

右上肢を手関節から欠くもの 3 級 等級別指数 7
 (例) 左上肢の肩関節の全廃 4 級 等級別指数 4
 " 肘関節 " 4 級 " 4
 " 手関節 " 4 級 " 4
 合計指数 12

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

左上肢の肩関節から欠くもの 2 級 等級別指数 11

総括表 身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

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

住 所

① 障害名(部位を明記)

② 原因となった
疾病・外傷名

交通・労災・その他の事故
自然災害・疾病・先天性・その他()

③ 疾病・外傷発生年月日

年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

⑪ 総合所見

[将来再認定]

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

⑫ その他参考となる合併症状

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕

障害の程度は、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。

※早見表による根拠

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

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

2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。

3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

脳原性運動機能障害用

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

〈ひも結びテスト結果〉

1 度目の 1 分間 _____ 本

2 度目の 1 分間 _____ 本

3 度目の 1 分間 _____ 本

4 度目の 1 分間 _____ 本

5 度目の 1 分間 _____ 本

計 _____ 本

イ 一上肢機能障害（該当するものを○で囲むこと）

〈5 動作の能力テスト結果〉

a 封筒をはさみで切るときに固定する （可能 ・ 不可能）

b 財布から硬貨を出す （可能 ・ 不可能）

c 傘をさす （可能 ・ 不可能）

d 健側の爪を切る （可能 ・ 不可能）

e 健側のそで口のボタンをとめる （可能 ・ 不可能）

2 移動機能障害（該当するものを○で囲むこと）

〈下肢・体幹機能評価結果〉

a つたい歩きをする。 （可能 ・ 不可能）

b 支持なしで立位を保持し、その後 10m 歩行する （可能 ・ 不可能）

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

d 50cm 幅の範囲内を直線歩行する （可能 ・ 不可能）

e 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上る （可能 ・ 不可能）

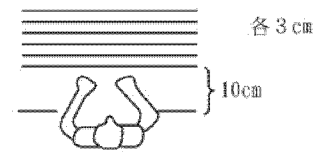
（注）この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひも結びテスト

事務用とじひも(概ね43cm規格のもの)を使用する。

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



(注) ○上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

○手を机上に浮かしてむすぶこと。

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

イ 5動作の能力テスト

- a 封筒をはさみで切るときに固定する。

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

- b 財布から硬貨を出す。

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

- c 傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。

立位ではなく座位のままでもよい。肩にかついではいけない。

- d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

- e 健側のそで口のボタンをとめる。

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

総括表 身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳以上用)

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

住 所

① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害

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

③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

⑬ 総合所見

[将来再認定]

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

⑭ その他参考となる合併症状

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕

障害の程度は、_____ 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。

注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。

2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。

3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 (年 月 日)

- ア 動悸 (有・無) キ 浮腫 (有・無)
- イ 息切れ (有・無) ク 心拍数 (回/分)
- ウ 呼吸困難 (有・無) ケ 脈拍数 (回/分)
- エ 胸痛 (有・無) コ 血圧 (最大・最小)
- オ 血痰 (有・無) サ 心音 (清・濁・その他)
- カ チアノーゼ (有・無) シ BNP値 ()

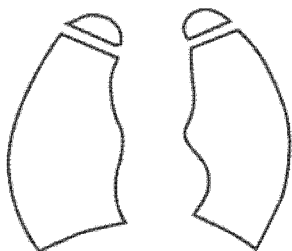
(NT-proBNPでも可)

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・発作年月日・心電図所見等を記入

セ その他の臨床所見

- ・心エコー所見 (年 月 日)
- ・左室駆出率 (LVEF) () %

2 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比 () %

他所見 ()

3 心電図所見 (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(右、左)・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(心室性・上室性)・無)
- ケ S T の低下 (有 mV・無)
- コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導 (有・無)
- (ただし、V1を除く)のいずれかのTの逆転
- サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)

4 その他の所見（該当する場合は記入すること）

5 活動能力の程度

- 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こらないもの（非該当）
- 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの（4級相当）
- 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの（4級相当）
- 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの（3級相当）
- 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの（1級相当）

6 人工弁移植、弁置換 （有・無） 手術日（ 年 月 日）

7 ペースメーカ （有・無） 手術日（ 年 月 日）

8 ペースメーカ「有」の場合のみ次を記入

●ペースメーカの適応度（クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ）

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

●身体活動能力（運動強度）検査日・判断日（ 年 月 日）（メッツ）

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

総括表 身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳未満用)

| | | |
|--|------------------------------------|-------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) | 心臓機能障害 | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他() | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | 年 月 日 | 場所 |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑤ 総合所見 | | |
| [将来再認定] | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑥ その他参考となる合併症状 | | |
| <p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地 〒</p> <p>電 話 番 号</p> | | |
| <p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕</p> <p>障害の程度は、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。</p> | | |
| <p>注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。</p> | | |

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

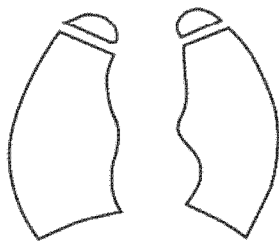
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 (年 月 日)

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

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心 胸 比
() %

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

(2) 心電図所見 (年 月 日)

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

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見 (年 月 日)

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

3 養護の区分

- 6か月～1年ごとの観察(非該当)
- 1か月～3か月ごとの観察(4級相当)
- 症状に応じて要医療(4級相当)
- 継続的要医療(3級相当)
- 重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的治療を要するもの(1級相当)

総括表 身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

| | | |
|--|------------------------------------|-------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) | じん臓機能障害 | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他() | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | 年 月 日・場所 | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑦ 総合所見 | | |
| [将来再認定] | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑧ その他参考となる合併症状 | | |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、_____級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、慢性糸球体腎炎等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | |

じん臓の機能障害の状況及び所見

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

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

- 5 現在までの治療内容
- 6 慢性透析治療法の実施の有無
- 有 (年 月 日 導入)
- 開始予定 (年 月 日 導入予定 ・ 未定)
- 無
- 7 日常生活の制限による分類
- 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの (非該当)
- 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの (4級相当)
- 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの (3級相当)
- 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの (1級相当)

総括表 身体障害者診断書・意見書(呼吸器機能障害用)

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

住 所

① 障害名 (部位を明記) 呼吸器機能障害

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

③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場 所

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

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

| | |
|--|-----------------------------------|
| 在宅酸素療法 | 人工呼吸管理 (含 NPPV) |
| <input type="checkbox"/> 有 酸素吸入量 安静時 () L/分、労作時 () L/分 | <input type="checkbox"/> 有 () 時間 |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 |

⑤ 総合所見

〔将来再認定〕

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

⑥ その他参考となる合併症状

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]

障害の程度は、_____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。

注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、肺結核後遺症、慢性閉塞性肺疾患、肺線維症等原因となつた疾患名を具体的に記入してください。

2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。

3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

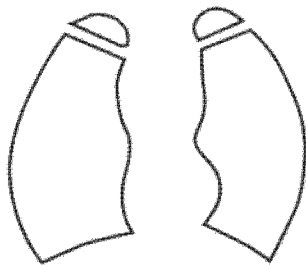
呼吸器の機能障害の状況及び所見呼吸器の機能障害の状況及び所見

1 身体計測 身長 () cm ・ 体重 () kg

2 活動能力の程度

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

3 胸部エックス線写真所見 (平成 年 月 日)



- ア 胸 膜 癒 着 (無 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- イ 気 腫 化 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- ウ 線 維 化 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- エ 不 透 明 肺 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- オ 胸 郭 変 形 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- カ 心 ・ 縦 隔 の 変 形 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)

4 換気機能 (平成 年 月 日)

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

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 (L)

男性 $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

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 (平成 年 月 日) ※可能な限りルームエア一下で測定すること。

- ア O₂分圧 : Torr
- イ CO₂分圧 : Torr
- ウ pH :
- エ BE :
- オ 採血より分析までに時間を要した場合 時間 分
- カ 耳朶血を用いた場合 : ()
- キ ルームエア一での測定が困難な場合、その理由及び採血時の酸素投与量を記載

6 その他の臨床所見

- ア SpO₂ 安静時 % 歩行時 %
- イ その他

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

裏面

- 1 活動能力の程度と予測肺活量 1 秒量、動脈血ガス O_2 分圧に不均衡がある場合について
活動能力の程度と予測肺活量 1 秒量（以下「指数」という）及び動脈血ガス O_2 分圧（以下「 O_2 分圧」という）に不均衡がある場合は、呼吸器機能障害以外の原因が活動能力の低下に関与していないか慎重に検討する必要があります。もし、活動能力の低下を説明する他の原因がなく、指数・ O_2 分圧以外の検査で活動能力の低下を証明できるなら、その所見を診断書の臨床経過欄等に記載してください。（例えば労作時の O_2 分圧（ SpO_2 でも可）等）
- 2 指数と O_2 分圧に不均衡がある場合について
換気機能障害を測るための指数と、ガス交換機能障害を測るための O_2 分圧との間には、相当程度の相関関係があるのが一般的です。しかしながら、指数と O_2 分圧のレベルに不均衡が生じる場合もあり、こうした場合には、指数の方が O_2 分圧より誤差を生じやすいことにも配慮し、努力呼出曲線などの他のデータを活用したり、 CO_2 分圧や PH 値の数値も参考にし、総合的な障害等級の判断をお願いします。
なお、このように指数と O_2 分圧に不均衡がある場合については、障害等級をどのような理由で判断したかについて記載いただくようお願いします。判断の根拠となった他の検査データがある場合は、そのデータの記載または添付をお願いします。
- 3 動脈血ガスの検査について
認定基準に示された数値は、急性増悪期ではなく安定期、しかも安静時、ルームエアー吸入時のものです。したがって診断書に記入するのはこの状況下での数値となりますが、ルームエアーでの測定が困難な場合は、その理由及び採血時の酸素投与量を記載してください。また、ルームエアーでの SpO_2 のデータがあれば、参考となりますので併せて御記入ください。

総括表 身体障害者診断書・意見書(ぼうこう又は直腸機能障害用)

| | | |
|---|--|-------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) | <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害 | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他() | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | 年 月 日 | 場所 |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑨ 総合所見(ストマについては、永久的な造設に関して記載) | | |
| [将来再認定] | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑩ その他参考となる合併症状 | | |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、ぼうこう腫瘍、クローン病等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | |

ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

〔記入上の注意〕

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

1 ぼうこう機能障害

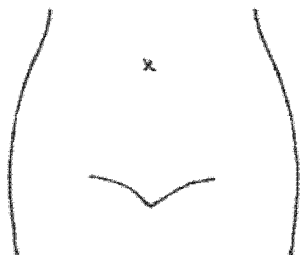
□ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

- 腎瘻 □腎盂瘻
- ① 種類 □尿管瘻 □ぼうこう瘻
- 回腸(結腸)導管
- その他[]
- ② 術式:[]
- ③ 手術日:[年 月 日]
- ④ 閉鎖予定 □無 □有 (年 月頃)

(2) ストマにおける排尿処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
- 有 (理由)
- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)
- ストマの変形
- 不適切な造設箇所
- 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 高度の排尿機能障害

(1) 原因

- 神経障害
- 先天性:[] (例:二分脊椎 等)
- 直腸の手術
- ・術式:[]
- ・手術日:[年 月 日]
- 自然排尿型代用ぼうこう
- ・術式:[]
- ・手術日:[年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
- 自己導尿の常時施行
- 完全尿失禁
- その他 []

2 直腸機能障害

□ 腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
 - 空腸ストマ 回腸ストマ
 - 上行結腸ストマ 横行結腸ストマ
 - 下行結腸ストマ S状結腸ストマ
 - その他 [_____]

② 術式： [_____]

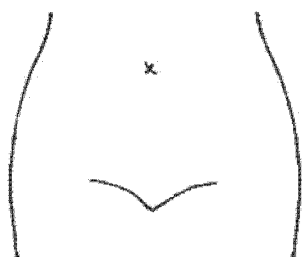
③ 手術日： [_____ 年 _____ 月 _____ 日]

④ 閉鎖予定 無 有 (_____ 年 _____ 月頃)

(2) ストマにおける排便処理の状態

○長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

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



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 治癒困難な腸瘻

(1) 原因

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

(2) 瘻孔の数： [_____] 個

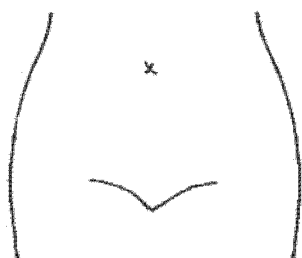
(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分
- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

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

[_____]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

□ 高度の排便機能障害

(1) 原因

□ 先天性疾患に起因する神経障害
[_____]
(例：二分脊椎 等)

□ その他

□ 先天性鎖肛に対する肛門形成術
手術日：[_____ 年 月 日]

□ 小腸肛門吻合術
手術日：[_____ 年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

□ 完全便失禁

□ 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

□ 週に 2 回以上の定期的な用手摘便が必要

□ その他

[_____]

3 障害程度の等級

(1 級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3 級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの
- 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4 級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

総括表 身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

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

住 所

① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害

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

③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

⑪ 総合所見

〔将来再認定〕

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

⑫ その他参考となる合併症状

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕

障害の程度は、_____級相当に_____（身体障害者福祉法別表に掲げる障害に）該当する。

注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、小腸間膜血管閉塞症、クローン病等原因となった疾患名を記入してください。

2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。

3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 _____ cm

体重 _____ kg

体重減少率 _____ % (観察期間 : _____ 年 月 ~ _____ 年 月)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見 : 切除小腸の部位 _____ 長さ _____ cm

残存小腸の部位 _____ 長さ _____ cm

手術施行医療機関名 _____ (できれば手術記録の写を添付する)

(2) 小腸造影所見 ((1) が不明のとき) ※小腸造影の写を添付する。

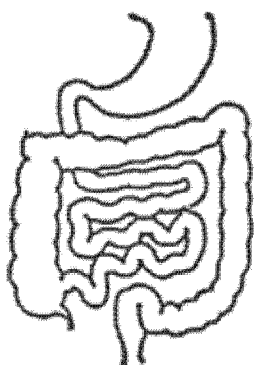
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 [Solid black box]

病変部位 [Hatched box]

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする)

① 中心静脈栄養法:

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

② 経腸栄養法:

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

③ 経口摂取:

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

- 4 便の性状 : (下痢、 軟便、 正常)
 排便回数 : 1日 () 回

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

| | | | |
|--------------|--------------------|------------|-------|
| 赤血球数 | $10^4/\text{mm}^3$ | 血色素量 | g/dl |
| 血清総蛋白濃度 | g/dl | 血清アルブミン濃度 | g/dl |
| 血清総コレステロール濃度 | mg/dl | 中性脂肪 | mg/dl |
| 血清ナトリウム濃度 | mEq/l | 血清カリウム濃度 | mEq/l |
| 血清クロール濃度 | mEq/l | 血清マグネシウム濃度 | mEq/l |
| 血清カルシウム濃度 | mEq/l | | |

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による一日当たり熱量は1週間の平均値によるものとする。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く)又は小腸疾患による小腸機能障害程度については再認定を要する。

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

総括表 身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳以上用)

| | | |
|---|------------------------------------|-------------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) | 免疫機能障害 | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他() | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | 年 月 日 | 場所 |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑬ 総合所見 | | |
| 〔将来再認定〕 | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑭ その他参考となる合併症状 | | |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 | | |
| 年 月 日 | 診療担当科名 科 | 15条指定医師氏名 印 |
| 病院又は診療所の名称 | | |
| 所 在 地 〒 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 | | |
| 障害の程度は、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、HIV感染等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | |

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳以上用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

| | 検査法 | 検査日 | 検査結果 |
|------|-----|-------|---------|
| 判定結果 | | 年 月 日 | 陽性 ・ 陰性 |

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

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果 ※ いずれか1つの検査による確認が必要

| | 検査法 | 検査日 | 検査結果 |
|------------|-----|-------|---------|
| 抗体確認検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性 ・ 陰性 |
| HIV病原検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性 ・ 陰性 |

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

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

2 エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

| | |
|-------------|--|
| 指標疾患とその診断根拠 | |
|-------------|--|

注4 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

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

3 CD4 陽性Tリンパ球数(／ μ l)

| | | |
|-------|-----------|-----------|
| 検 査 日 | 検 査 値 | 平 均 値 |
| 年 月 日 | ／ μ l | ／ μ l |
| 年 月 日 | ／ μ l | |

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

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

| | | |
|------|-----------|-----------|
| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 白血球数 | ／ μ l | ／ μ l |

| | | |
|-----|-------|-------|
| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| Hb量 | g/dl | g/dl |

| | | |
|------|-----------|-----------|
| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 血小板数 | ／ μ l | ／ μ l |

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

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

| |
|--------------------------|
| 検査所見の該当数 [個] |
|--------------------------|

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

| 日常生活活動制限の内容 | 左欄の状況の有無 |
|--|----------|
| 1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある | 有 ・ 無 |
| 健常時に比し10%以上の体重減少がある | 有 ・ 無 |
| 月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く | 有 ・ 無 |
| 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある | 有 ・ 無 |
| 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある | 有 ・ 無 |
| 「身体障害認定基準」10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある | 有 ・ 無 |
| 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である | 有 ・ 無 |
| 軽作業を超える作業の回避が必要である | 有 ・ 無 |
| 日常生活活動制限の数[個] | |

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

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

総括表 身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳未満用)

| | | |
|---|------------------------------------|-------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) | 免疫機能障害 | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 自然災害・疾病・先天性・その他() | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | 年 月 日・場所 | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑮ 総合所見 | | |
| [将来再認定] <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑯ その他参考となる合併症状 | | |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、_____級相当に_____(身体障害者福祉法別表に掲げる障害に)該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、HIV感染等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | |

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳未満用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

※小児のHIV感染は、原則として以下の(1)及び(2)の検査により確認される。

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

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

| | 検査法 | 検査日 | 検査結果 |
|------|-----|-------|---------|
| 判定結果 | | 年 月 日 | 陽性 ・ 陰性 |

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

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

| | 検査法 | 検査日 | 検査結果 |
|------------|-----|-------|---------|
| 抗体確認検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性 ・ 陰性 |
| HIV病原検査の結果 | | 年 月 日 | 陽性 ・ 陰性 |

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

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

(3) 免疫学的検査所見

| 検査日 | 年 月 日 |
|-----|-------|
| IgG | mg/dl |

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

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

| 検 査 日 | 年 月 日 | 免疫学的分類 |
|---------------------------|-----------|----------------|
| CD4 陽性Tリンパ球数 | / μ l | 重度低下・中等度低下・正 常 |
| 全リンパ球数に対するCD4 陽性Tリンパ球数の割合 | % | 重度低下・中等度低下・正 常 |

注 4 「免疫学的分類」欄では10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害「身体障害認定基準」(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

| 指標疾患とその診断根拠 |
|-------------|
| |

注 5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

イ 中等度の症状 (以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を○で囲むこと)

| 臨 床 症 状 | 症状の有無 |
|------------------------------------|-------|
| 30日以上続く好中球減少症(<1,000/ μ l) | 有・無 |
| 30日以上続く貧血(<Hb 8g/dl) | 有・無 |
| 30日以上続く血小板減少症(<100,000/ μ l) | 有・無 |
| 1か月以上続く発熱 | 有・無 |
| 反復性又は慢性の下痢 | 有・無 |
| 生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染 | 有・無 |
| 生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎 | 有・無 |
| 生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症 | 有・無 |

| | |
|--------------------------------|-------|
| 6 か月以上の小児に 2 か月以上続く口腔咽頭カンジダ症 | 有 ・ 無 |
| 反復性単純ヘルペスウイルス口内炎(1 年以内に 2 回以上) | 有 ・ 無 |
| 2 回以上又は 2 つの皮膚節以上の帯状疱疹 | 有 ・ 無 |
| 細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症 | 有 ・ 無 |
| ノカルジア症 | 有 ・ 無 |
| 播種性水痘 | 有 ・ 無 |
| 肝炎 | 有 ・ 無 |
| 心筋症 | 有 ・ 無 |
| 平滑筋肉腫 | 有 ・ 無 |
| HIV腎症 | 有 ・ 無 |
| 臨床症状の数 [個] | |

注 6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状（以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を○で囲むこと)

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

注 7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

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

住 所

① 障害名(部位を明記) 肝臓機能障害

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

③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所

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

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

障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日

⑦ 総合所見

〔将来再認定〕

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

⑧ その他参考となる合併症状

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日

診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印

病院又は診療所の名称

所 在 地 〒

電 話 番 号

身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕

障害の程度は、_____級相当に_____（身体障害者福祉法別表に掲げる障害に）該当する。

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

2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。

3 等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

肝臓機能障害の状況及び所見

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

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

2 肝臓機能障害の重症度

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

| | | | |
|------|---|---|---|
| 合計点数 | 点 | ※ | 点 |
|------|---|---|---|

注 1 90 日以上 180 日以内の間隔において実施した連続する 2 回の診断・検査結果を入力すること。

注 2 点数は、Child-Pugh 分類による点数を記入すること。

注 3 1 級、2 級については肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む 3 項目以上の項目において 2 点以上の状態が連続して 2 回以上続くことが必要である。

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

<Child-Pugh 分類>

| | 1 点 | 2 点 | 3 点 |
|-----------|--------------|---------------|-------------|
| 肝性脳症 | なし | 軽度 (I ・ II) | 昏睡 (III 以上) |
| 腹水 | なし | 軽度 | 中程度以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.5g/dℓ 超 | 2.8~3.5g/dℓ | 2.8 g/dℓ 未満 |
| プロトロンビン時間 | 70% 超 | 40~70% | 40% 未満 |
| 血清総ビリルビン値 | 2.0 mg/dℓ 未満 | 2.0~3.0 mg/dℓ | 3.0 mg/dℓ 超 |

注 4 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981 年) による。

注 5 腹水は、原則として超音波検査、体重増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね 1ℓ 以上を軽度、3ℓ 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね 40 kg 以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によるコントロールができないものを中程度以上とする。

3 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

| | | | |
|--------------------------------|---|-------|-----|
| 補完的な肝機能診断 | 血清総ビリルビン値 5.0 mg/dℓ以上 | | 有・無 |
| | 検査日 | 年 月 日 | |
| | 血中アンモニア濃度 150 μg/dℓ | | 有・無 |
| 検査日 | 年 月 日 | | |
| 血小板数 50,000/mm ³ 以下 | | 有・無 | |
| 検査日 | 年 月 日 | | |
| 症状に影響する病歴 | 原発性肝がんの治療の既往 | | 有・無 |
| | 確定診断日 | 年 月 日 | |
| | 特発性細菌性腹膜炎治療の既往 | | 有・無 |
| | 確定診断日 | 年 月 日 | |
| | 胃食道静脈瘤治療の既往 | | 有・無 |
| | 確定診断日 | 年 月 日 | |
| | 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染 | | 有・無 |
| 最終確認日 | 年 月 日 | | |
| 日常生活活動の制限 | 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月 7 日以上ある | | 有・無 |
| | 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある | | 有・無 |
| | 有痛性筋けいれんが 1 日に 1 回以上ある | | 有・無 |

| | |
|------|---|
| 該当個数 | 個 |
|------|---|

歯科医師による診断書・意見書

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

熊本県告示第 564 号

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

その関係図面は、平成 29 年 5 月 26 日から 60 日間、熊本県土木部道路都市局道路保全課において一般の縦覧に供する。

平成 29 年 5 月 26 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

1 道路の種類、路線名及び区域を変更する区間等

| 道路の種類 | 路線名 | 供用を開始する区間 | 延長 (メートル) | 備 考 |
|-------|-------|---------------------------------|--------------|-----|
| 主要地方道 | 古石天月線 | 葦北郡芦北町大字告字吹ノ迫 5 2 5 番 2 地先から | 112.8 | 単道改 |
| | | 同所 5 2 5 番 3 地先まで | | |
| | | 葦北郡芦北町大字告字吹ノ迫 5 2 2 番 2 地先から | 70.0 | |
| | | 同所 5 2 2 番 1 地先まで | | |

2 供用を開始する期日 平成 29 年 5 月 26 日

公 告

熊本県公告第 298 号

肥料取締法（昭和 25 年法律第 127 号）第 12 条第 2 項の規定に基づき、次の肥料の登録有効期間を更新したので、同法第 16 条第 1 項の規定に基づき公告する。

平成 29 年 5 月 26 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

| 登録番号 | 肥料の種類 | 肥料の名称 | 保証成分量 (%) | その他の規格 | 生産業者の氏名 又は名称及び住所 | 有効期限 |
|----------------------|-----------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| 熊本県肥 第 136 2 号 | 炭酸カルシウム肥料 | 10.0 炭酸苦 土石灰 | アルカリ分 : 55.0 可溶性苦土 : 10.0 | 含有を許される有害成分の最大量及びその他の制限事項は、公定規格のとおり。 | 有限会社坂本石灰工業所 熊本県玉名市下 273 番地 1 | 平成 35 年 5 月 9 日 |

熊本県公告第 299 号

八代市に事務所を置く八の字土地改良区理事長中村博生から平成 29 年 5 月 1 日付けで申請のあった定款の変更については、平成 29 年 5 月 17 日付けで認可したので、土地改良法（昭和 24 年法律第 195 号）第 30 条第 3 項の規定により公告する。

平成 29 年 5 月 26 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

熊本県公告第 300 号

建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第 42 条第 1 項第 5 号の規定による道路の位置の指定を次のとおり行った。

平成 29 年 5 月 26 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

- 1 築造者の住所 荒尾市万田 1597 番地 2
- 2 築造者の氏名 アーバンホーム株式会社
- 3 道路の位置 玉名市築地字久保田 238 番 1 及び水路の一部
- 4 道路の幅員 4.00 メートルから 5.12 メートルまで
- 5 道路の延長 110.94 メートル
- 6 指定年月日 平成 29 年 5 月 11 日
- 7 指定番号 熊本県指令北景建一第 16 号

熊本県公告第 3 0 1 号

農地中間管理事業の推進に関する法律（平成 2 5 年法律第 1 0 1 号）第 1 8 条第 1 項の規定により次のとおり農用地利用配分計画を認可したので、同条第 5 項の規定により公告する。

平成 2 9 年 5 月 2 6 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

1 農用地利用配分計画の概要

| | | |
|--------------|-------|--------------------------|
| 賃借権の設定等を受ける者 | | 賃借権の設定等を受ける土地 |
| 氏名又は名称 | 住 所 | |
| 農事組合法人伊倉 | 玉名市宮原 | 玉名市伊倉南方字塘添 8 0 0 番ほか 4 筆 |

2 認可年月日

平成 2 9 年 5 月 2 3 日

熊本県公告第 3 0 2 号

次の労働力調査調査員証は、平成 2 9 年 4 月 2 4 日に効力を失った。

平成 2 9 年 5 月 2 6 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

| | |
|-----------|---------|
| 調査員証の区分 | 発給番号 |
| 労働力調査調査員証 | 第 9 4 号 |

熊本県公告第 3 0 3 号

都市計画法（昭和 4 3 年法律第 1 0 0 号）第 2 9 条第 1 項の許可に係る開発行為に関する工事が完了したので、同法第 3 6 条第 3 項の規定により次のとおり公告する。

平成 2 9 年 5 月 2 6 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

- 1 開発区域又は工区に含まれる地域の名称及び面積
上益城郡益城町大字小池字野中田 2 6 6 4 番の一部、同 2 6 6 7 番 1、同 2 6 6 8 番及び同 2 6 6 9 番
1, 6 8 5. 6 0 平方メートル
- 2 開発許可を受けた者の住所及び氏名（名称）
上益城郡御船町大字辺田見 8 4 0 番地 9
社会福祉法人恵寿会

熊本県公告第 3 0 4 号

都市計画法（昭和 4 3 年法律第 1 0 0 号）第 2 9 条第 1 項の許可に係る開発行為に関する工事が完了したので、同法第 3 6 条第 3 項の規定により次のとおり公告する。

平成 2 9 年 5 月 2 6 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

- 1 開発区域又は工区に含まれる地域の名称及び面積
合志市須屋字宿ノ山 7 0 4 番 4
1, 6 3 8. 5 4 平方メートル
- 2 開発許可を受けた者の住所及び氏名（名称）
合志市野々島 5 1 6 5 番地 1
合同会社ラムダ

登載依頼

熊本県教育委員会公告第 8 号

一般競争入札に付するので地方公共団体の物品等又は特定役務の調達手続の特例を定める政令（平成 7 年政令第 3 7 2 号）第 6 条の規定により次のとおり公告する。

平成 2 9 年 5 月 2 6 日

熊本県教育長 宮尾 千加子

- 1 競争入札に付する事項
 - (1) 業務の名称
熊本県教育情報化推進事業に係るコンピュータ及び関連機器の借入れ
 - (2) 業務に係る発注・契約担当部局
熊本県教育庁教育政策課広報・情報班（熊本県庁行政棟新館 7 階）
郵便番号 8 6 2 - 8 6 0 9 熊本市中央区水前寺六丁目 1 8 番 1 号
 - (3) 業務に係る入札担当部局
熊本県出納局管理調達課管理班（熊本県庁行政棟本館 2 階）

郵便番号 8 6 2 - 8 5 7 0 熊本市中央区水前寺六丁目 1 8 番 1 号

- (4) 借入物品及び数量
ア 教育用コンピュータ 2 8 2 セット
イ その他周辺機器及びソフトウェア
- (5) 借入物品の規格、品質など
入札説明書及び要求仕様書による。
- (6) 借入期間
平成 2 9 年 9 月 1 日 (金) から平成 3 4 年 8 月 3 1 日 (水) まで
- (7) 納入場所
要求仕様書別紙 1 による
- (8) 履行場所
要求仕様書別紙 1 による
- (9) 入札方式 (紙入札併用案件)
この入札は、電子入札システムを使用して行う電子入札対象案件であるが、紙入札による入札ができる。ただし、電子入札システムの利用者登録を既に行っている者については、公告後、次のアからエまでのいずれかに該当し、かつ、4 (4)アの電子入札システムによる入札期間内に熊本県に熊本県電子入札システム紙入札移行承認願を提出し、熊本県側の承認を受け、熊本県に紙入札による入札はできない。ア 参加する側の電子入札用障害に引き続き「ＩＣカード」というものが失効、閉塞、破損等で使用できなくなり、ＩＣカードの再取得を準備している者
ウ 名称、住所、代表者等の変更によりＩＣカードの再取得を準備している者

- (10) 入札金額
入札金額は、賃借料 1 月当たりの借入代金とする。見積りに当たっては、6 0 月賃借料率で計算する。入札決定に当たっては、入札金額に当該金額の 1 0 0 分の 8 に相当する額を加算し、たて金 (当該金額に 1 円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てる) をもつた金額 (当該金額より入札する者) を問わす。見積もった契約希望金額の 1 0 8 分の 1 0 0 に相当する金額により入札すること。
(11) 要求仕様書に特段の定めがない事項については、熊本県競争契約入札心得 (昭和 3 9 年熊本県告示第 4 2 0 号) の規定を準用し、及び熊本県電子入札 (物品調達・業務委託等) 運用基準の規定を適用する。
- (12) 最低制限価格の設定
この入札は、最低制限価格を設けない。

- 2 入札参加者の必要な資格に関する事項
次の (1) から (5) までを全て満たす者であること。
(1) 物品購入契約及び業務委託契約に係る競争入札参加者の資格等に関する要綱 (平成 1 8 年熊本県告示第 5 2 1 号) による審査の上、入札参加資格を有すると決定された者のうち業務区分が「委託」で業種が「リース・レンタル (O A 機器類)」に登録されている者であること。
なお、入札参加資格を有していない場合は、次のアからエまでのとおり競争入札参加資格審査申請を受け付ける。また、入札参加資格を有している場合で、本入札に参加するために登録内容の変更が必要なときは、入札参加資格申請内容変更届を次のアからエまでの間に提出する必要がある。
ア 競争入札参加資格審査申請書 (入札参加資格申請内容変更届を含む。) の受付期間

公告の日から平成 2 9 年 6 月 9 日 (金) 午後 5 時まで

イ 競争入札参加資格審査申請書の提出先

1 (3) の入札担当部局

ウ 競争入札参加資格審査申請書等の様式、手引等

熊本県庁ホームページの管理調達課ページからダウンロードすること。

エ 提出の方法

イの提出先へ本公告の写しを添付の上、持参し、又は郵送するものとする。

- 郵送する場合は、アの受付期間内に必着とする。
- (2) 会社更生法 (平成 1 4 年法律第 1 5 4 号) 第 1 7 条の規定による更生手続開始の申立てを行った者又は申立てをなされた者については、裁判所から当該申立てに係る更生計画認可の決定を受けていること。
- (3) 民事再生法 (平成 1 1 年法律第 2 2 5 号) 第 2 1 条の規定による再生手続開始の申立てを行った者又は申立てをなされた者については、裁判所から当該申立てに係る再生計画認可の決定を受けていること。
- (4) 熊本県物品購入等及び業務委託等契約に係る指名停止等の措置要領 (平成 1 4 年熊本県告示第 8 1 1 号) 第 2 条第 1 項の規定による指名停止の期間中でないこと。
- (5) 納入しようとする物品の仕様を指示する書類を熊本県教育庁教育政策課へ提出し、審査を受け、本調達物品の仕様に適合している証明 (「仕様適合証明 (書)」) による。審査を受けた者であること。なお、熊本県教育庁教育政策課の審査を受ける期間は、公告の日から平成 2 9 年 6 月 2 0 日 (火) 午後 5 時までとする。

- 3 入札参加のための確認申請

- (1) 提出書類
この入札に参加を希望する者は、2(2)から(5)までに定める条件の全てを満たす者であることの確認を受けるため、次に掲げる書類を提出すること。
ア 競争入札参加資格確認申請書
イ 仕様適合証明書
なお、期限までに申請書等を提出しない者並びに確認の結果要件を満たしていないと認められた者は、本競争入札に参加することができない。

- (2) 提出方法
電子入札システムにより入札する場合は、(1)ア及びイに掲げる書類を1つのファイルに集約の上、電子入札システムにより提出すること。ただし、(1)アに掲げる書類に添付する(1)イに掲げる書類の電子データの容量が3メガバイトを超える等1つのファイルに集約できない場合は、(1)イに掲げる書類の目録を(1)アに掲げる書類に添付して電子入札システムにより提出し、(1)イに掲げる書類は、(3)の提出期間内(必着)に郵送(書留郵便に限る。)又は持参により提出すること。
なお、入札及び熊本県との契約の締結権限のない者のICカードを使用して提出された競争入札参加資格確認申請は、無効とする。また、紙入札により入札する場合は、(1)ア及びイに掲げる書類を書面で(3)の提出期間内(必着)に郵送(書留郵便に限る。)又は持参により提出すること。

- (3) 提出期間
公告の日から平成29年6月26日(月)午後5時まで

- (4) 提出先
1 (3)の入札担当部局

- (5) 確認結果の通知
電子入札システムでの提出があった場合は電子入札システムにより、書面での提出があった場合は競争入札参加資格確認結果通知書により通知する。

4 入札手続等

- (1) 入札仕様等に対する質問の受付期間
1 (2)の発注・契約担当部局において公告の日から平成29年6月26日(月)午後5時まで受け付ける。

- (2) 要求仕様書及び入札に関する質問に対する回答の閲覧並びに入札書等の様式及び入札説明書の取得
入札情報公開サービスシステム及び1(2)の発注・契約担当部局において公告の日から平成29年7月6日(木)まで行う。

- (3) 入札説明会
ア 日時 平成29年5月31日(水) 午後2時
イ 場所 熊本県庁行政棟新館7階 教育委員会室

- (4) 入札の方法

- ア 電子入札システムによる入札の方法
電子入札システムによる入札参加資格確認結果の通知を受けた日から平成29年7月5日(水)午後5時までに電子入札システムにより入札すること。

- イ 紙入札による入札の方法
(ア) 日時 平成29年7月6日(木)午前10時
(イ) 場所 1(3)の入札担当部局

- (ウ) 入札書の提出方法
くじ番号を記載した入札書(代理人が入札するとき、くじ番号を記載した入札書及び委任状)を(ア)の日時に(イ)の場所へ持参し、提出すること。ただし、郵送により提出を行うときは、平成29年7月5日(水)(必着)までに1(3)の入札担当部局へ書留郵便で送付することとする。当該送付においては、封筒は、二重封筒で表封筒に「入札書在中」及び「親展」と朱書するとともに、中封筒の表に1(1)の業務の名称及び開札日時を朱書し、中封筒の中に入札書を入れること。再入札を想定する場合には、別の中封筒の表に「再入札書」と朱書した上で、1(1)の業務の名称を朱書し、中封筒の中に再入札書を入れること。

- (5) 開札の方法及び日時等
開札は、電子入札システムにおいて(4)イ(ア)の日時に行う。ただし、紙入札による入札をした者がいる場合は、当該入札に参加した者又はその代理人の立会い(郵送により入札書を提出した場合等これらの者が立ち会えない場合は、当該入札の執行事務に関係のない熊本県の職員)の下に(4)イ(イ)の場所で開札を行うものとする。

- (6) 入札の回数及び再入札の日時等
入札回数は、2回までとする。1回目の開札後に落札者が決定しない場合は、再入札を行うものとする。原則として再入札は、開札時刻の1時間後に設定するので、電子入札システムで入札を行った者は、電子入札システムにおいて再入札の通知を受けたときから再入札通知書に掲げる日時までに再入札を行うこと。
なお、再入札の受付締切日時までに再入札を行わなかった者及び書面により入札書を郵送した者で再入札書の提出がなかったものは、再入札を辞退したものとみなす。

- (7) 入札の無効
次のアからオまでのいずれかに該当する入札は、無効とし、既に行った入札の引換え、変更及び取消しをすることはできない。また、落札者が無効の入札を行ったことが判明した場合は、その落札の決定を取り消すものとする。

- ア 熊本県競争契約入札心得第 8 条各号（第 3 号を除く。）のいずれかに該当する入札
- イ 民法（明治 2 9 年法律第 8 9 号）第 9 5 条の錯誤による入札であると入札執行者が認めた入札
- ウ 電子入札システムによる入札において入札金額等必要な事項が入力されていない入札
- エ 電子入札システムによる入札において入札及び熊本県との契約の締結権限のない者の IC カードを使用して行った入札
- オ 紙入札による入札において入札書にくじ番号の記入がない入札
- (8) 入札の中止等
入札に参加する者が連合し、又は不穏な行動をした場合等において、入札を公正に執行することができないと認められるときは、当該入札の参加者を入札に参加させず、又は入札の執行を延期し、若しくは取りやめることがある。
- (9) 落札者の決定方法
開札後、熊本県会計規則（昭和 6 0 年熊本県規則第 1 1 号）第 8 9 条の規定により作成された予定価格の範囲内で最低価格をもって有効な入札を行った者を落札者とす。この場合において、落札者となるべき同価の入札をした者が 2 人以上あるときは、電子入札システムによる電子くじを実施し、落札者を決定する。
- (10) 入札保証金
免除する。
- 5 契約について
 - (1) 契約書の作成の要否
要
 - (2) 契約の締結期限
落札者の決定の日から起算して 1 0 日（熊本県の休日をも定める条例（平成元年熊本県条例第 1 0 号）第 1 条第 1 項各号に掲げる日の日数は、算入しない。）を経過した日
 - (3) 落札者からの契約締結の申出期限
落札者の決定の日から起算して 5 日（熊本県の休日をも定める条例第 1 条第 1 項各号に掲げる日の日数は、算入しない。）を経過した日
 - (4) 契約保証金
契約をしようとする者は、次のア及びイのとおり、熊本県会計規則第 7 7 条第 1 項の規定により、契約金額（1 月当たりの賃借料）に借入月数（6 0 月）を乗じた額の 1 0 0 分の 1 0 以上の金額を納付しなければならない。ただし、契約保証金の納付は、同条第 2 項各号に規定する担保の提供をもって代えることができ、同規則第 7 8 条各号のいずれかに該当する場合は、契約保証金を免除することができる。
 - ア 納付期限 (3) の申出期限
 - イ 提出場所 1 (2) の発注・契約担当部局
- 6 その他
 - (1) 入札、契約等の手続において使用する言語及び通貨は、日本語及び日本国通貨とする。
 - (2) この調達は、世界貿易機関（W T O）に基づく政府調達に関する協定の適用を受ける。
- 7 問合せ
 - (1) 問合せ先
 - ア 入札の業務内容全般（仕様書、確認申請等）に関すること。
熊本県教育庁教育政策課広報・情報班
電話番号 0 9 6 - 3 3 3 - 2 6 7 4
ファックス番号 0 9 6 - 3 8 4 - 1 5 0 9
 - イ 競争入札参加資格審査申請及び入札手続（紙入札移行承認等）に関すること。
熊本県出納局管理調達課管理班
電話番号 0 9 6 - 3 3 3 - 2 5 8 1
ファックス番号 0 9 6 - 3 8 1 - 9 0 1 0
 - ウ 電子入札システムの操作方法に関すること。
くまもと県市町村電子入札コールセンター
電話番号 0 9 6 - 3 7 3 - 2 0 3 2
ファックス番号 0 9 6 - 3 7 0 - 5 4 5 5
 - (2) 受付時間
午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分まで（熊本県の休日をも定める条例第 1 条第 1 項各号に掲げる日を除く。）
- 8 Summary
 - (1) Name and quantity of commodity
A set of personal computers for education
・ 282 personal computers
・ peripheral equipments and softwares
 - (2) Date and place to tender
Date: July 6th, 2017, 10:00 am
Place: Kumamoto Prefectural Government Treasury Bureau,

- Management and Purchasing Division
(2nd floor of Prefectural Government Main Building)
- (3) Name of Department in Charge of Bidding Contract
Educational Policy Division
Board of Education Prefectural Office of Kumamoto
6-18-1 Suizenji, Chuo-ku, Kumamoto-City, Kumamoto Prefecture
862-8609, Japan
Phone:096-333-2674
- (4) Other
Language:Japanese
Currency:Japanese Yen

熊本県教育委員会告示第7号

地方公共団体の物品等又は特定役務の調達手続の特例を定める政令（平成7年政令第372号）の規定が適用される調達契約の締結が見込まれるので、次のとおり競争入札に参加する者に必要な資格等について告示する。

平成29年5月26日

熊本県教育長 宮尾 千加子

- 1 競争入札に付する事項
熊本県教育情報化推進事業に係るコンピュータ及び関連機器の借入れ
- 2 入札参加資格
物品購入契約等及び業務委託契約に係る競争入札参加者の資格等に関する要綱（平成18年熊本県告示第521号。以下「要綱」という。）による審査の上、入札参加資格を有すると決定された者のうち業務区分が「委託」で業種（詳細業種）が「リース・レンタル（OA機器類）」に登録されている者であること。
なお、入札参加資格を有しない者で本競争入札に参加を希望するものは、3に定めるところにより、要綱による審査（以下「資格審査」という。）を受け、入札参加資格を得ること。
- 3 入札参加資格を得るための申請方法等
 - (1) 申請の方法
2の入札参加資格を有しない者で本競争入札に参加を希望するものは、要綱に定める競争入札参加資格審査申請書（本競争入札参加のための申請である旨を明示すること。）に必要書類を添付し、(2)の場所に持参又は郵送により提出すること。
 - (2) 競争入札参加資格審査申請書の入手先及び提出場所並びに申請に関する問合せ先
熊本県出納局管理調達課管理班
郵便番号 862-8570 熊本市中央区水前寺六丁目18番1号
電話番号 096-333-2581
 - (3) 競争入札参加資格審査申請書の受付期間
公告の日から平成29年6月9日（金）午後5時までとする。ただし、受付期間終了後も入札日時まで随時受け付けるが、この場合には、資格審査が入札に間に合わないことがある。
 - (4) 競争入札参加資格審査結果の通知
資格審査の結果は、資格審査結果通知書により通知する。
 - (5) 入札参加資格の有効期間
入札参加資格の有効期間は、資格審査の結果を通知した日から平成32年3月31日までとする。
 - (6) 有効期間の更新手続
(5)の有効期間の更新を希望する者に対しては、要綱に基づく競争入札参加資格審査申請の受付を平成31年10月1日から平成31年11月30日（熊本県の休日を定める条例（平成元年熊本県条例第10号）第1条第1項各号に掲げる日を除く。）まで行う。

熊本県障害者の相談に関する調整委員会公告第1号

第8回熊本県障害者の相談に関する調整委員会を次のとおり開催する。

平成29年5月26日

熊本県障害者の相談に関する調整委員会会長

- 1 開催日時
平成29年6月2日（金）午後3時30分から午後5時まで
- 2 開催場所
熊本市中央区水前寺六丁目18番1号
熊本県庁行政棟本館5階 審議会室
- 3 議題（予定）
 - (1) 「障害のある人もない人も共に生きる熊本づくり条例」による相談活動等の実施状況について（平成27年度及び平成28年度）
 - (2) 障害者差別解消法の施行状況等について

- (3) その他
- 4 傍聴者の定員について
10人
- 5 傍聴手続について
 - (1) 傍聴希望者は、会議の開催予定時刻までに、当該会議の会場において受付のうえ、係員の指示に従って入室することができる。
 - (2) 傍聴の手続は、先着順で行い、定員になり次第終了する。
 - (3) 傍聴希望者で、傍聴に際して手話通訳、要約筆記等が必要な場合は、5月29日(月)までに下記問合せ先へ申し込むこと。
- 6 問合せ先
熊本市中央区水前寺六丁目18番1号
熊本県障害者の相談に関する調整委員会事務局(熊本県健康福祉部子ども・障がい福祉局障がい者支援課企画調整班)(電話 096-333-2236)

熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会公告第1号

熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会保健福祉推進部会の会議を次のとおり開催する。

平成29年5月26日

熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会
保健福祉推進部会 部会長 小川 全夫

- 1 開催日時
平成29年6月5日(月) 午後4時から午後6時まで
- 2 開催場所
熊本県熊本市中央区水前寺公園28-51
ホテル熊本テルサ 3階 たい樹
- 3 議題等(予定)
 - (1) 議題
 - ア 次期(第7期)熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画の策定に向けた熊本県の基本的な考え方について
 - イ その他
 - (2) その他
- 4 傍聴者の定員
20人
- 5 傍聴手続
 - (1) 会議の傍聴の受付は、午後3時30分から午後4時まで会議の会場前において行い、部会長の許可を得たうえで、事務局の指示に従い、会議の会場に入ることができる。
 - (2) 傍聴者については、受付先着順に決定する。ただし、受付開始時点で既に定員を超える希望者があった場合は、抽選により傍聴者を決定する。
- 6 問合せ先
熊本県熊本市中央区水前寺六丁目18番1号
熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会事務局(熊本県健康福祉部長寿社会局高齢者支援課企画班)(電話:096-333-2215)

熊本県公安委員会公告第62号

熊本県暴力団排除条例(平成22年熊本県条例第52号)第29条第1項の規定により勧告を受けた者が正当な理由がなく当該勧告に従わなかったため、同条例第30条の規定に基づき公表する。

平成29年5月26日

熊本県公安委員会委員長 永田浩夫

- 1 勧告に従わなかった者の氏名及び住所
山川 秀徳
熊本県熊本市中央区黒髪六丁目27番7号
- 2 行為の内容
暴力団三代目熊本會会長山川秀徳は、平成27年9月17日、熊本県内の飲食店経営者が暴力団の活動を助長し、又は暴力団の運営に資することとなることを知りながら、合場所を提供するなどし、もって、暴力団等に対して金品その他の財産上の利益を供与する行為について、その情を知らず供与を受けたことにより、熊本県暴力団排除条例第29条第1項の規定による勧告を受けた者であるが、当該勧告に従わず、平成28年7月2日から同月4日までの間、熊本県内のスポーツ施設を運営する会社が暴力団の活動を助長し、又は暴力団の運営に資することとなることを知りながら、同スポーツ施設を提供するなどし、もって、暴力団等に対して金品その他の財産上の利益を供与する行為について、その情を知らず供与を受けたものである。

熊本県公安委員会告示第 1 1 号

道路交通法（昭和 3 5 年法律第 1 0 5 号）第 5 1 条の 1 3 第 1 項第 1 号イに規定する講習を次のように行うので、確認事務の委託の手續等に関する規則（平成 1 6 年国家公安委員会規則第 2 3 号）第 6 条の規定により告示する。

平成 2 9 年 5 月 2 6 日

熊本県公安委員会委員長 永田 浩夫

- 1 講習の名称
駐車監視員資格者講習（以下「講習」という。）
- 2 講習の期日及び場所

| | 講習期日 | 講習時間 | 講習場所 |
|------------------|---|---|---|
| 講 義 | 平成 29 年 7 月 11 日（火）及び 同年 7 月 12 日（水）の 2 日 間 | 午前 9 時 20 分から午後 6 時 まで（着席時間午前 9 時 10 分） | 熊本市中央区水前寺 公園 28 番 51 号 一般財団法人熊本テ ルサ 2 階「研修室 A」 |
| 修 了 考 査 | 平成 29 年 7 月 19 日（水） | 午後 1 時 30 分から午後 2 時 30 分まで（着席時間午後 1 時 20 分） | |

- 3 受講者の定員
3 0 人（申込みの受付は、先着順で行い、定員になり次第終了する。）
- 4 受講手續に関する事項
 - (1) 申込方法
講習の受講を希望する者（以下「受講希望者」という。）は、駐車監視員資格者講習受講申込書（以下「申込書」という。）に必要事項を記載の上、所定の写真を貼付し、受講希望者本人が(3)の提出場所に持参して提出すること。
なお、申込みに当たっては、受講希望者本人であることを確認できる運転免許証等の写真付きの身分証明書を提示すること。
また、やむを得ない理由により代理人が申込書を提出する場合は、申込書のほか、委任状及び受講希望者の住所、氏名等を確認できる運転免許証等の写真付きの身分証明書の写しを(3)の提出場所に持参して提出すること。
 - (2) 申込書の受付期間
平成 2 9 年 6 月 1 4 日（水）から同年 6 月 2 7 日（火）まで（熊本県の休日を定める条例（平成元年熊本県条例第 1 0 号）第 1 条第 1 項に規定する県の休日を除く。）の午前 8 時 3 0 分から午後 5 時まで
 - (3) 申込書の交付場所及び提出場所並びに申込みに関する問合せ先
熊本県警察本部交通指導課駐車対策係（熊本市中央区水前寺六丁目 1 8 番 1 号）
電話 0 9 6 - 3 8 1 - 0 1 1 0 内線 5 1 2 5 ・ 5 1 2 7
- 5 講習手数料
講習手数料（2 0, 0 0 0 円）は、申込書提出時に熊本県収入証紙により納付すること。
なお、納付した講習手数料は還付しない。
- 6 注意事項
講習を受講し、その課程を修了しても、道路交通法第 5 1 条の 1 3 第 1 項第 2 号に掲げる欠格事由に該当する場合には、駐車監視員資格者証の交付を受けることができないので注意すること。