

徳島県規則第二十八号

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則を次のように定める。

令和六年三月二十九日

徳島県知事 後藤 田 正 純

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

身体障害者福祉法施行細則（昭和三十四年徳島県規則第四十九号）の一部を次のように改正する。

第一条中「〔規則〕を」「〔省令〕に改める。

第三条中「、書面によるものとし、書面の様式は」を削り、「とおり」を「同意書によつて行うもの」に改める。

第四条中「規則第二条第一項第一号」を「省令第二条第二項第一号」に改める。

第五条及び第六条を次のように改める。

第五条及び第六条 削除

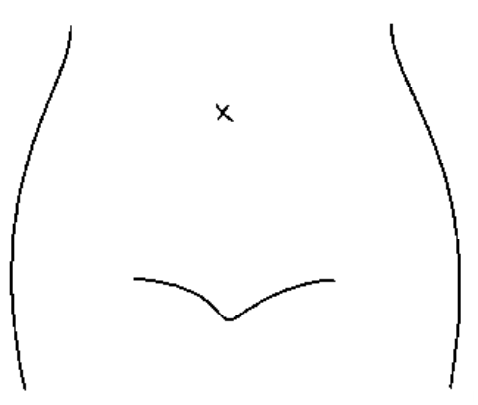
第十条の次に次の一条を加える。

（雑則）

第十一条 この規則に定めるもののほか、法の施行に関し必要な事項は、知事が別に定める。

様式第二号第十表を次のように改める。

第10表 ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

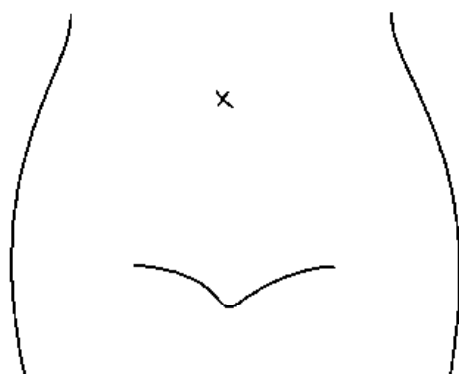
[記入上の注意] ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。 ・1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記入すること。 ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。									
1 ぼうこう機能障害									
☐ 尿路変向（更）のストマ									
(1) 種類・術式 ① 種類 <table border="0"> <tr> <td>☐ 腎瘻</td> <td>☐ 腎盂瘻</td> </tr> <tr> <td>☐ 尿管瘻</td> <td>☐ ぼうこう瘻</td> </tr> <tr> <td>☐ 回腸（結腸）導管</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ その他 [</td> <td>]</td> </tr> </table> ② 術式： [] ③ 手術日： [年 月 日]  (ストマ及びびらんの部位等を図示)	☐ 腎瘻	☐ 腎盂瘻	☐ 尿管瘻	☐ ぼうこう瘻	☐ 回腸（結腸）導管		☐ その他 [	]	(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。（部位及び大きさについて図示） ☐ ストマの変形 ☐ 不適切な造設箇所 ☐ 無
☐ 腎瘻	☐ 腎盂瘻								
☐ 尿管瘻	☐ ぼうこう瘻								
☐ 回腸（結腸）導管									
☐ その他 [	]								
☐ 高度の排尿機能障害									
(1) 原因 ☐ 神経障害 ☐ 先天性： [] (例：二分脊椎 等) ☐ 直腸の手術 ・術式： [] ・手術日： [年 月 日] ☐ 自然排尿型代用ぼうこう ・術式： [] ・手術日： [年 月 日]	(2) 排尿機能障害の状態・対応 ☐ カテーテルの常時留置 ☐ 自己導尿の常時施行 ☐ 完全尿失禁 ☐ その他								

2 直腸機能障害

☐ 腸管のストマ

(1) 種類・術式

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



(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

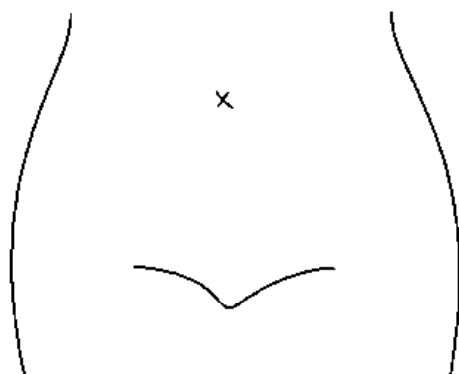
- ☐ 有
(理由)
☐ 軽快の見込みのないストマ周囲
の皮膚の著しいびらんがある。(部
位及び大きさについて図示)
☐ ストマの変形
☐ 不適切な造設箇所
- ☐ 無

☐ 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



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

- ☐ 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囲の皮膚
の著しいびらんがある。(部位及び大
きさについて図示)
☐ その他



☐ 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

- ☐ 高度な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

様式第二号第十二表及び第十三表を次のように改める。

第12表 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳以上用）

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

（2）についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。

（1）HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 日	検 査 結 果
判 定 結 果		年 月 日	陽性 ・ 陰性

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

（2）抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検 査 名	検 査 日	検 査 結 果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性 ・ 陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性 ・ 陰性

（注）

- 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいう。
- 「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） 「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 介護なしでの日常生活	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	

年 月 日	／μ l	／μ l
-------	------	------

(注) 左欄には、4週間以上の間隔において実施した連続する2回の検査値を記入し、右欄にはその平均値を記入すること。

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
H b 量	g／d l	g／d l

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
H I V－RNA量	c o p y／m l	c o p y／m l

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

検査所見の該当数 [個] ・ ・ ・ ・ ・ ①

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある。	有・無
健常時に比し10%以上の体重減少がある。	有・無
月に7日以上の変数の発熱（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」第2の五の6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（1）のアの（ア）のjに示す日和見感染症の既往がある。	有・無

生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。	有・無
軽作業を超える作業の回避が必要である。	有・無
日常生活活動制限の数 [個] ・ ・ ・ ・ ・ ②	

(注)

- 1 「身体障害認定基準」とは、「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」（平成15年1月10日障発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙の身体障害認定基準をいう。
 - 2 「生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限」には、「生鮮食料品の摂取禁止」のほかに、「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」及び「人混みの回避」が同等の制限として該当するものであること。
 - 3 「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入すること。
- (3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

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

第13表 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（13歳未満用）

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

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

（２）については、いずれか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） 酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等のうち１つを行うこと。

（２）抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検 査 名	検 査 日	検 査 結 果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性 ・ 陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性 ・ 陰性

（注）

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

２ 「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
I g G	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)	／ μ l
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) 「免疫学的分類」欄は、「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」（平成15年1月10日障発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙の「身体障害認定基準」第2の五の6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（2）のイの（イ）による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	

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

イ 中等度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症 ($<1,000/\mu$ l)	有・無
30日以上続く貧血 ($<Hb 8 g/dl$)	有・無
30日以上続く血小板減少症 ($<100,000/\mu$ l)	有・無
1か月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無

生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・無
生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有・無
生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有・無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上）	有・無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有・無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有・無
ノカルジア症	有・無
播種性水痘	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫	有・無
H I V腎症	有・無
臨床症状の数〔 個〕・・・・・・①	

(注) 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記入すること。
ウ 軽度の症状

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

反復性又は持続性の中耳炎	有・無
臨床症状の数 [個] ②	
(注) 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記入すること。	

様式第三号及び様式第四号を次のように改める。

様式第三号及び様式第四号 第三條

様式第十三号を次のように改める。

様式第13号（第10条関係）

第 年 月 日

徳島県知事 殿

住 所

氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名〕

身体障害者生活訓練等事業等廃止（休止）届

次のとおり身体障害者生活訓練等事業等を廃止（休止）したいので、身体障害者福祉法第26条第3項の規定により届け出ます。

- 1 廃止（休止）の理由
- 2 現に便宜を受けている者に対する措置
- 3 廃止（休止）予定年月日（休止の場合にあつては、休止の予定期間）

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に提出されている改正前の身体障害者福祉法施行細則（以下「旧規則」という。）様式第二号による診断書及び意見書は、改正後の身体障害者福祉法施行細則（以下「新規則」という。）様式第二号による診断書及び意見書とみなす。
- 3 新規則様式第十三号に相当する旧規則様式第十三号による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。