
規 則

高知県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 5 年 3 月 31 日

高知県知事 濱田 省司

高知県規則第 号

高知県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

高知県身体障害者福祉法施行細則（平成 5 年高知県規則第 22 号）の一部を次のように改正する。

別記第 1 号様式（同様式別紙 1 及び別紙 2 を含む。）中「㊦」を削る。

別記第 2 号様式中「㊦」を削り、「変更しました（高知市長の指定から引き続き知事の指定を受けたい）ので」を「変更しましたので」に改め、「（知事の指定）」を削り、

「

変更後（知事の指定時）

」

を

「

変更後

」

に改める。

別記第 3 号様式中「㊦」を削る。

別記第 5 号様式（視覚障害の状況及び所見、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、肢体不自由の状況及び所見、心臓の機能障害の状況及び所見（18歳以上用）、心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）、腎臓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、ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見、小腸の機能障害の状況及び所見、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）、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）並びに肝臓の機能障害の状況及び所見以外の部分に限る。）を次のように改める。

第5号様式（第5条関係）

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男・女						
住所								
① 障害名（部位を明記してください。）								
② 原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災・ 自然災害・疾病・先天性・その他（ ）							
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日	発生場所						
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みます。）								
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日								
⑤ 総合所見								
(将来の再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断し、次のとおり意見を述べます。								
年 月 日								
病院又は診療所の 所在地及び名称								
診療担当科目名	科	医師氏名 ㊞						
(自署又は記名押印)								
<p>身体障害者福祉法第15条第3項に規定する意見（障害程度等級についても参考意見を記載してください。）</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当する（ 級相当） ・該当しない 	<p>肢体不自由で該当する場合は、等級の内訳を下の表に記載してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>上肢（右・左・両）</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢（右・左・両）</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table> <p>注 1 下肢及び体幹の重複の場合は、指数合算を行わないでください。 2 各関節の認定の場合は、㊞欄に各関節の等級を記載してください。</p>		上肢（右・左・両）	級	下肢（右・左・両）	級	体幹	級
上肢（右・左・両）	級							
下肢（右・左・両）	級							
体幹	級							
<p>注 1 「障害名」欄は視力障害、聴覚障害、右上下肢麻痺、心臓機能障害等現在起こっているものを、「原因となった疾病・外傷名」欄は緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾病名又は外傷名を記載してください。</p> <p>2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（別紙）を添えてください。</p> <p>3 障害区分又は等級決定のため、高知県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。</p> <p>4 将来の再認定及び再認定の時期については、更生医療の適用、機能回復訓練等によって障害が軽減する等の変化が予想される場合に記載してください。</p>								

(別紙)

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 ^{くわう} 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ます。併せて以下の意見を付します。 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当します。 ・該当しません。 年 月 日 病院又は診療所 の名称、所在地 標ぼう診療科名 歯科医師名 ㊞ (自署又は記名押印)		

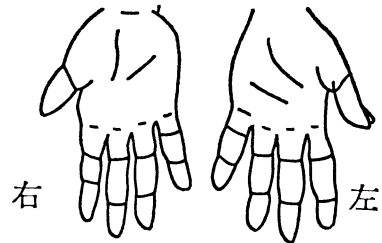
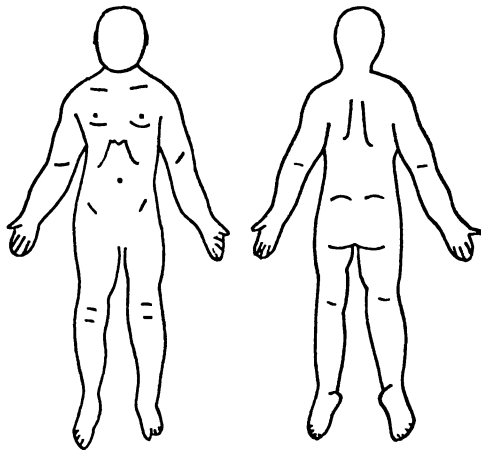
別記第5号様式の肢体不自由の状況及び所見を次のように改める。

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害（形態異状）の所見（該当するものを○で囲んでください。）

- 1 感覚障害（参考図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害（参考図示）：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・筋力低下・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



× 変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害

注 関係のない部分は、記載不要です。

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

前腕周径：最大周径

下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10センチメートルの周径（小児等の場合を除きます。）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

動作・活動 自立－○ 半介助－△ 全介助又は不能－× (△の場合に括弧内のものを使うときは、○で囲んでください。)

寝返りをうつ		シャツを着て脱ぐ	
脚を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ (自助具)	
椅子に腰掛ける		ブラシで歯を磨く (自動具)	右 左
立つ (手すり・壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動 (壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具・車椅子)		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		二階まで階段を上がって下りる (手すり・つえ・松葉づえ)	
(箸で) 食事する (スプーン・自動具)	右 左	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ・松葉づえ・車椅子)	
コップで水を飲む	右 左	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ますので、括弧内に○が付いている場合は、原則として自立していないという解釈になります。

上肢の状態、歩行能力及び起立位の状況 (補装具を使用しない状況で該当するものを○で囲んでください。)

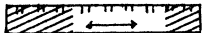
上肢で下げられる重さ	右	正常	(10kg・5kg) 以内	不能
	左	正常	(10kg・5kg) 以内	不能
歩行できる距離		正常	(2km・1km・100m) 以上困難	不能
起立位保持		正常	(1時間・30分・10分) 困難	不能
坐位の耐久性			() 分保持可能	不能

関節可動域（ROM）と筋力テスト（MMT）（この表は、障害認定に必要な部分のみ記載してください。）

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()
筋力テスト()	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	筋力テスト()	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	筋力テスト()
()前屈		後屈()	()左屈	右屈()
()前屈		後屈()	()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()	()伸展	屈曲()
()外転		内転()	()内転	外転()
()外施		内施()	()内施	外施()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()回外		回内()	()回内	回外()
()掌屈		背屈()	()背屈	掌屈()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
	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()	()内転	外転()
()外施		内施()	()内施	外施()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()底屈		背屈()	()背屈	底屈()

備考

- 注
- 1 関節可動域は、他動的可動域を原則とします。
 - 2 関節可動域は、基本肢位を0とする日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とします。
 - 3 関節可動域の図示は、 $\left| \leftarrow \rightarrow \right|$ のように両端に太線を引き、その間を矢印で結びます。強直の場合は、強直肢位に派線（ \curvearrowright ）を引きます。
 - 4 筋力については、括弧内に×、△又は○印を記入します。
×印は、筋力が消失又は著減（筋力0、1又は2に該当）
△印は、筋力半減（筋力3に該当）
○印は、筋力正常又はやや減（筋力4又は5に該当）
 - 5 (PIP)の項母指は、(IP)関節を指します。
 - 6 DIPその他手の対立内外転等の表示は、必要に応じ「備考」欄に記載します。
 - 7 図中の塗りつぶした部分は、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します。

例示 (×)伸展  屈曲(△)

別記第5号様式の心臓の機能障害の状況及び所見（18歳未満用）中「冠動脈^{がん}癌」を「冠動脈^{りゅう}瘤」に改め、同様式の腎臓の機能障害の状況及び所見を次のように改める。

腎臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

1 腎機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (mℓ/分) 測定不能
 イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dℓ)
 ウ eGFR (推算糸球体濾過量) (mℓ/分/1.73m²)
 エ 血清尿素窒素濃度 (mg/dℓ)
 オ 24時間尿量 (mℓ/日)
 カ 尿 所 見 ()

2 その他参考となる検査所見

(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)

3 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の括弧内に記入してください。)

- ア 腎不全に基づく末梢^{しょう}神経症 (有・無) ()
 イ 腎不全に基づく消化器症状 (有・無) (食思不振・悪心・嘔吐^{おう}・下痢)
 ウ 水分電解質異常 (有・無) (Na mEq/ℓ、K mEq/ℓ
 Ca mEq/ℓ、P mg/dℓ
 浮腫・乏尿・多尿・脱水・肺
 鬱血・その他 ())
 エ 腎不全に基づく精神異常 (有・無) ()
 オ エックス線写真上における骨異栄養症 (有・無) (高度・中等度・軽度)
 カ 腎性貧血 (有・無)
 (Hb g/dℓ、Ht %
 赤血球数 ×10⁴/mm³)
 キ 代謝性アシドーシス (有・無)
 (HCO₃⁻ mEq/ℓ)
 ク 重篤な高血圧症 (有・無)
 (最大血圧/最小血圧
 / mmHg)

ケ 腎不全に直接関連するその他の症状

(有・無) ()

4 現在までの治療内容

ア 慢性透析療法の実施

(有・無) (回数 / 週及び期間)

イ 透析導入日

(年 月 日)

5 日常生活の制限による分類

ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの

ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの

エ 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

別記第5号様式の呼吸器の機能障害の状況及び所見を次のように改める。

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

1 身体計測

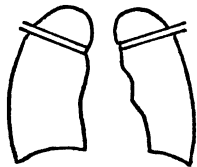
身長 _____ cm 体重 _____ kg

2 活動能力の程度

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

3 胸部エックス線所見 (年 月 日)

- ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)
- イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)
- ウ 繊維化 (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 換気の機能 (年 月 日)

検査条件 室内空気下 酸素吸入時 (L/分)

ア 予測肺活量 □ . □ □ L (実測肺活量 □ . □ □ L)

イ 1 秒量 □ . □ □ L (実測努力肺活量 □ . □ □ L)

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

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 (L)

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

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 (年 月 日)

検査条件 室内空気下 酸素吸入時 (L/分)

ア O_2 分圧 : Torr

イ CO_2 分圧 : Torr

ウ pH :

エ 採血より分析までに時間を要した場合 時間 分

オ 耳朶^{みみ}血を用いた場合 ()

6 その他の臨床所見

注 4及び5の検査数値は、安静時に通常の室内空気を吸入している条件下で検査した時のものを記載してください。酸素吸入等を行わなければ呼吸困難となり、測定不能となる場合は、「酸素吸入時」にチェックを入れ、投与量を記載してください。その上で、6に「呼吸困難が強いため、指数の測定が不能」と記載してください。

別記第 6 号様式を次のように改める。

第6号様式（第6条関係）

身体障害者 居住地 変更届 福祉事務所又は町村等記載欄※1
氏 名

年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名

私は、次のとおり 居住地 を変更しました。
氏 名

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

住所変更……………6

氏名変更……………7

県外からの転入…8

1 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		年 月 日生
氏名		
個人番号		
居住地 (新住所)	市 町 村	
住所コード	※	
電話番号	- -	

2 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

※

父……1 兄……5
母……2 姉……6
祖父…3 その他
祖母…4 コード表
参照

氏名		続柄	
----	--	----	--

3 手帳交付番号等

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※ () 発行者 都道府 第 県 市 号	年 月 日			

4 旧居住地・氏名等

旧居住地	旧氏名	変更年月日
		年 月 日

年 月 日 身体障害者手帳記載済み

年 月 日 身体障害者指導記録票送付済み

福祉事務所長又は町村長

身体障害者更生指導記録票の送付先 福祉事務所名又は町村名及び所在地 (転入先の福祉事務所又は町村が記 載する。)	
---	--

備考 1 「個人番号」欄は、申請理由が県外からの転入である場合のみ記載して
ください。

2 ※印欄は、記載しないでください。

別記第7号様式中「圃」及び「本籍地」を削る。
別記第8号様式及び別記第9号様式を次のように改める。

第8号様式（第7条関係）

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日 福祉事務所又は町村等記載欄※1

高知県知事 様

申請者氏名

身体障害者手帳の交付を次のとおり申請します。

- 1 申請理由（該当するものを○で囲んでください。）
- 1 新規交付
 - 2 障害程度の変更
 - 3 新しい障害の追加
 - 4 紛失
 - 5 破損

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

- 2 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		年 月 日生
氏名		
個人番号		
居住地	市 町 村	
住所コード	※	
電話番号		

- 3 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

※

氏名		続柄	
----	--	----	--

父……1 兄……5
母……2 姉……6
祖父…3 その他コ
祖母…4 ード表参
照

- 4 手帳交付番号等（申請理由が2、3、4又は5の場合）

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※（ ） 発行者 都道府 第 県 市 号	年 月 日 有期再認定年月 年 月			

- 5 旧居住地・氏名等（居住地・氏名変更届が提出されていない場合）

旧居住地	旧氏名

備考 1 「個人番号」欄は、申請理由が新規交付である場合のみ記載してください。

2 ※印欄は、記載しないでください。

写真
 ○脱帽・上半身
 ○撮影後1年以内
 ○縦4cm×横3cm

高知県	福祉事務所又は町村
受付印	受付印

福祉事務所又は町村連絡メモ

————— 高知県処理欄（以下は、記載しないでください。） —————

障害名	等級	指数
合計		

番号	部位	原因	傷病名	傷病名	種別	左右	種	等級	級
							障害名	等級	
1									
2									
3									
4									
5									

視力	
右	左

聴力	
右	左

有期再認定年月日
年 月 日

第9号様式（第7条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所
氏名
電話番号
身体障害者との続柄

身体障害者手帳返還届

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

- 1 身体障害者の居住地
- 2 身体障害者の氏名
- 3 身体障害者手帳番号
- 4 身体障害者手帳交付年月日
- 5 障害名
- 6 身体障害者手帳を返還する理由

別記第10号様式中「回」を削る。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の高知県身体障害者福祉法施行細則別記様式は、この規則による改正後の高知県身体障害者福祉法施行細則の規定にかかわらず、令和5年5月31日までの間に限り、残品の限度で使用することができる。

規 則

◎高知県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則