

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成23年3月15日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第11号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和63年香川県規則第36号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>第30号様式（第27条関係）</p> <div data-bbox="152 533 1093 584" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">略</div> <p>(注)</p> <ol style="list-style-type: none">1 略2 障害年金の年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しを添付して申請する場合は、障害等級の判定のために<u>年金事務所</u>又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。3 略	<p>第30号様式（第27条関係）</p> <div data-bbox="1144 533 2085 584" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">略</div> <p>(注)</p> <ol style="list-style-type: none">1 略2 障害年金の年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しを添付して申請する場合は、障害等級の判定のために<u>社会保険事務所</u>又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。3 略

第31号様式 (第27条、第30条関係)

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ		年 月 日生 (満 歳)	男・女
氏 名			
住 所			
1 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載してください。)	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード () ICDコード ()	
	身体障害者手帳 (□無 □有 種別)		級)
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 年 月 日 (□診療録確認 □本人等申立て) 診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日		
3 発病から現在までの病歴等 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。)	(推定発病年月 年 月頃) *器質性精神障害 (認知症を除く。) の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 発症日 年 月 日)		
4 現在の病状、状態像等 (該当する□に印を記入してください。)	5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 (検査名、検査結果、検査時期) 等		
(1) 抑鬱状態 □思考・運動抑制 □易刺激性・興奮 □憂鬱気分 □その他 ()			
(2) 躁状態 □行為心迫 □多弁 □感情高揚・易刺激性 □その他 ()			
(3) 幻覚妄想状態 □幻覚 □妄想 □その他 ()			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 □興奮 □昏迷 □拒絶 □その他 ()			
(5) 統合失調症等残遺状態 □自閉 □感情平板化 □意欲の減退 □その他 ()			
(6) 情動及び行動の障害 □爆発性 □暴力・衝動行為 □多動 □食行動の異常 □チック・汚言 □その他 ()			
(7) 不安及び不穏 □強度の不安・恐怖感 □強迫体験 □心的外傷に関連する症状 □解離・転換症状 □その他 ()			
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) □てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) □意識障害 □その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 □アルコール □覚醒剤 □有機溶剤 □その他 () □乱用 □依存 □残遺性・遅発性精神障害 □その他 () 現在の精神作用物質の使用 □有 □無 (不使用の場合、その期間 年 月から)			
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 □知的障害 (精神遅滞) □軽度 □中等度 □重度 療育手帳 (□無 □有 (等級等)) □認知症 □その他の記憶障害 () □学習の困難 □読み □書き □算数 □その他 () □遂行機能障害 □注意障害 □その他 ()			

第31号様式 (第27条、第30条関係)

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	男・女
住 所			
I 病 名	1 主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () 2 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () 3 身体合併症 _____		
II Iのため初めて医師の診察を受けた日	年 月 日 (診療録で確認・本人又は家族等の申立て)		
III 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等)	(推定発病年月 年 月頃)		
IV 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲むこと。)	V IVの病状、状態像等の具体的程度、病状等		
1 抑うつ状態 (1) 思考・運動抑制 (2) 刺激性・興奮 (3) 憂うつ気分 (4) その他 ()			
2 そう状態 (1) 行為心迫 (2) 多弁 (3) 感情高揚・刺激性 (4) その他 ()			
3 幻覚妄想状態 (1) 幻覚 (2) 妄想 (3) その他 ()			
4 精神運動興奮及びこん迷の状態 (1) 興奮 (2) こん迷 (3) 拒絶 (4) その他 ()			
5 統合失調症等残遺状態 (1) 自閉 (2) 感情鈍麻 (3) 意欲の減退 (4) その他 ()			
6 情動及び行動の障害 (1) 爆発性 (2) 暴力・衝動行為 (3) 多動 (4) 食行動の異常 (5) その他 ()			
7 不安及び不穏 (1) 強度の不安・恐怖感 (2) 強迫体験 (3) その他 ()			
8 けいれん及び意識障害 (1) けいれん (2) 意識障害 (3) その他 ()			
9 精神作用物質の乱用及び依存 (1) アルコール (2) 覚せい剤 (3) 有機溶剤 (4) その他 ()			
10 知能障害 (1) 知的障害 (精神遅滞) (ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 (2) 認知症			
11 その他 ()			

(1) 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> その他()
(12) その他()
6 生活能力の状態（保護的環境でない場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。） (1) 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所（施設名()） <input type="checkbox"/> 在宅（単身） <input type="checkbox"/> 在宅（家族等と同居） <input type="checkbox"/> その他() (2) 日常生活能力の判定（各項目について該当する□に△印を記入してください。） ①適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ②身辺の清潔保持、規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ③金銭管理と買物 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ④通院と服薬（□要 □不要） <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ⑤他人との意思伝達・対人関係 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ⑥身辺の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ⑦社会的手続や公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ⑧趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない (3) 日常生活能力の程度（該当する□に△印を記入してください。） <input type="checkbox"/> 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。
7 6の具体的程度、状態等
8 現在の障害福祉サービス等の利用状況（障害者自立支援法に規定する居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
9 備考（審査の参考となる事項を記載してください。）
※自立支援医療（精神通院医療）を同時に申請する場合には、この欄にも記載してください。 1 現在の治療内容 (1) 治療内容 (2) 精神療法等 (3) 医療型デイケアの利用（□有 □無） (4) 訪問看護指示の有無（□有 □無） 2 今後の治療方針 3 医師の経歴（重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害がF40～F99と診断した場合に記載してください。） <input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。（指定医番号：()） <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない。（精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。）
年 月 日 医療機関所在地 名称 電話番号 診療担当科名 医師氏名（署名又は記名押印）

VI 生活能力の状態（保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判定すること。）		
1 現在の生活環境 入院・入所（施設名()）・在宅・その他()	2 日常生活能力の判定（それぞれ該当するものを○で囲むこと。） (1) 適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない (2) 身辺の清潔保持 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない (3) 金銭管理及び買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (4) 通院及び服薬（要・不要） 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (5) 他人との意思伝達、対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (6) 身辺の安全保持、危機対応 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (7) 社会的手続及び公共施設の利用 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (8) 趣味又は娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	3 日常生活能力の程度（該当するものを○で囲むこと。） (1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。
VII 現在の障害福祉サービス等の利用状況		
VIII 医師の略歴（高額治療継続者（重度かつ継続）に該当し、かつ、主たる精神障害がF4～F9と診断した場合は、精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載すること。）		
IX 備考（審査の参考となる事項を記載すること。）		
年 月 日 医療機関所在地 名称 電話番号 診療担当科名 医師氏名（署名）		

注 「ICDカテゴリー」には、世界保健機関が定めるICD-10（国際疾病分類）のF0からF9まで（精神症状を伴わないてんかんについては、G4）のいずれかを記載すること。

附 則
この規則は、平成23年4月1日から施行する。