

熊本県公報

号外 第33号の4
平成18年10月1日(日)
(毎週 月・水・金発行)

目 次

規 則

- 熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則
.....(健康福祉政策課) 1
- 熊本県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.....(障害者支援総室) 3

規 則

熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。
平成18年10月1日

熊本県知事 潮 谷 義 子

熊本県規則第67号

熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則
熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則(平成5年熊本県規則第40号)の一部を
次のように改正する。

別表第1中第10号から第13号までを削り、第14号を第10号とし、第15号を第11号
とし、第16号を削り、第17号を第12号とし、第18号から第21号までを5号ずつ繰り上
げ、第22号から第24号までを削り、第25号を第17号とし、第26号を第18号とし、第
27号を第19号とし、同号の次に次のように加える。

20 障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に規定する障 害者支援施設	生活指導員、相談援助業務を 行っている専任の職員及び施設 長
21 障害者自立支援法に規定する福祉ホーム	管理人

別表第1中第28号を第22号とする。

別表第2を次のように改める。

別表第2(第3条関係)

施設等	職員
1 児童福祉法に規定する知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設	入所者の保護に直接従事する職員(児童指導員、職業指導員、心理指導担当職員、作業療法士、理学療法士、聴能訓練担当職員及び言語機能訓練担当職員並びに医師、看護師その他医療法に規定する病院として必要な職員を除く。)及び施設長
2 医療法に規定する療養型病床群の病床により構成される病棟等(第8号及び第9号に掲げる病棟を除く。)	看護の補助の業務に従事する職員であって、その主たる業務が介護等の業務であるもの及び管理者
3 生活保護法に規定する救護施設及び更生施設	寮母及び施設長
4 老人福祉法に規定する老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム及び特別養護老人ホーム	介護職員及び施設長
5 老人福祉法に規定する軽費老人ホーム及び有料老人ホーム並びに介護保険法に規定する介護老人保健施設等であって、入所者のうちに身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者を含むもの	その主たる業務が介護等の業務である職員及び施設長
6 介護保険法に規定する指定通所介護又は指定短期入所生活介護を行う施設(老人デイサービスセンター及び老人短期入所施設を除く。)	介護職員及び施設長
7 介護保険法に規定する指定通所リハビリテーション又は指定短期入所療養介護を行う施設	介護職員及び施設長
8 介護保険法に規定する指定介護療養型医療施設であって、療養型病床群等の病床により構成される病棟又は診療所	その主たる業務が介護等の業務である職員及び管理者
9 老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準(平成6年厚生省告示第72号)別表第1において定められた病棟のうち、介護力を強化したもの	看護の補助の業務に従事する職員であって、その主たる業務が介護等の業務であるもの及び管理者
10 前各号に掲げる施設に準ずる施設として知事が認めるもの	知事が認める職員

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。
- (経過措置)
- 2 次の各号に掲げる施設における職員の業務は、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）附則第1条第3号に掲げる規定の施行の日の前日までの間、改正後の熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則（以下「新規則」という。）第3条に規定する別表第1に掲げる施設等における職員の業務とみなす。
 - (1) 障害者自立支援法附則第41条第1項の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた身体障害者更生援護施設における指導員、生活指導員及び施設長の業務
 - (2) 障害者自立支援法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた精神障害者社会復帰施設における精神保健福祉士、精神障害者社会復帰指導員及び管理人又は施設長の業務
 - (3) 障害者自立支援法附則第58条第1項の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた知的障害者援護施設における生活指導員及び施設長の業務
- 3 障害者自立支援法附則第41条第1項の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた身体障害者更生援護施設における介護職員及び施設長の業務は、同法附則第1条第3号に掲げる規定の施行の日の前日までの間、新規則第3条に規定する別表第2に掲げる施設等における職員の業務とみなす。
- 4 平成18年10月1日前に改正前の熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則別表第1及び別表第2に規定する業務に従事した期間は、新規則第3条の適用については、新規則別表第1及び別表第2に規定する業務に従事した期間とみなす。

熊本県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18年10月1日

熊本県知事 潮 谷 義 子

熊本県規則第68号

熊本県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
熊本県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45年熊本県規則第42号）の一部を次のように改正する。
第2条第1項第5号中「第33条第4項」を「第33条第7項」に改め、同項第7号中「第33条の4第2項」を「第33条の4第5項」に改め、同条第2項第1号中「第33条第4項」を「第33条第7項」に改める。
別記第3号様式から別記第7号様式までを次のように改める。

別記第3号様式(第2条関係)

措置入院者症状消退届出書

年 月 日

熊本県知事 様

病院の名称

所在地

管理者氏名

印

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

記

措置入院者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)						
	住所	都道 府県	都市 区	町村 区				
保 護 者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)						
	住所	都道 府県	都市 区	町村 区				
保 護 者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)						
	住所	都道 府県	都市 区	町村 区				
措置年月日	年 月 日							
病 名	1 主たる精神障害		2 従たる精神障害		3 身体合併症			
	ICDカテゴリー()		ICDカテゴリー()					
入院以降の病状又は 症状像の経過 〔措置症状の消退と 関連して記載して ください。〕								
措置症状の消退を認めた 精神保健指定医氏名	署名							
措置解除後の処置に 関する意見	1 入院継続(任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他()							
退院後の帰住先	1 自宅(I 家族と同居 II 単身) 2 施設 3 その他()							
帰住先の住所	都道 府県	都市 区	町村 区					
訪問指導等に関する意見								
障害福祉サービス等の 活用に関する意見								
主治医指名								

記載上の留意事項

- 1 [] 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ字等を○で囲んでください。
- 4 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載してください。

別記第4号様式 (第2条関係)

障 害 者 手 帳 申 請 書

熊 本 県 知 事 様

市町村受付年月日
※ (印又は記入)
年 月 日
年 月 日

私は、次の事項 (○印) について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の

[1 新規交付 2 更新 3 障害等級変更 4 都道府県間の住所変更による手帳交付]

申 請 者 (精神障害 者本人)	フリガナ 氏 名	印	性 別	1男 2女	生年 月 日	1明 2大 3昭 4平	年	月	日	
	住 所	電話 ()								
家 族 の 連 絡 先	フリガナ 氏 名	本人との 続柄 (○印)	父 母 子 祖父母	配偶者	兄弟姉妹 その他 ()					
	住 所	電話 ()								
添 付 書 類 (○印)	・医師の診断書 (手帳用) ・年金証書等の写し (級) ・同意書 ・特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) ・同意書 ・写真 (タテ4cm×ヨコ3cm) ・県外手帳の写し (級)									
既存の手帳	※有効期限	年 月 末日	※手帳番号							
申請書を 提出した者	氏 名	本 人 と の 関 係	住 所	電話 ()						

注1 手帳の新規交付、更新又は障害者等級変更の申請を行うためには、添付書類として、次の(1)から(3)のいずれかが必要です。

- (1) 「医師の診断書」
 - (2) 「障害年金(精神)の年金証書 (再発行手続中の場合は、年金裁定通知書)」及びその直近の振込 (支払) 通知書の写し
 - (3) 「特別障害給付金資格者証 (精神)」及びその直近の国庫金振込 (送金) 通知書の写し
- 2 同意書は、年金証書等の写しによる申請の場合に、障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し年金の障害等級を照会するためのもので、申請窓口(市町村)の指示に従って提出してください。
- 3 写真 (タテ4cm×ヨコ3cm) は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものを添付してください。
- 4 代理申請の場合は、申請者 (本人) と申請書を提出した者との両者の押印が必要です。
- 5 ※の欄は、記入しないでください。

別記第5号様式その1(第2条関係)
 (法第33条第1項の規定による措置を採った場合)

医療保護入院届出書

年 月 日

熊本県知事 様

病院の名称
 所在地
 管理者氏名

印

医療保護入院者	フリガナ			生年 月日	明治 大正 昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所	都道 府県	都市 区	町村 区	
保護者の同意により 入院した年月日	年月日 (午前・午後 時)	今 回 の 入院年月日	年 月 日		
		入院形態			
法第34条による移送 の有無	有		無		
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()			
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載してください。〕 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載してください)	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間	年 月 日～		年 月 日 (入院形態)		
前回入院期間	年 月 日～		年 月 日 (入院形態)		
初回から前回までの入院回数	計 回				

(表)

<現在の精神症状>	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() II 知能(軽度、中等度、重度) III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他() V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他() VII 意欲 1 衝動行動 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他() VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他() IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他()																
<その他の重要な症状>	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存() 4 その他()																
<問題行動等>	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()																
<現在の状態像>	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()																
医療保護入院の 必 要 性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載してください。)																	
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名																
保 護 者	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;">続柄</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">氏名</td> <td style="text-align: center;">(男・女)</td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">生年月日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">明・大 昭・平 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(男・女)</td> <td style="text-align: center;">続柄</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">明・大 昭・平 年 月 日生</td> </tr> </table>			続柄				氏名	(男・女)		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日生		(男・女)	続柄	明・大 昭・平 年 月 日生	
		続柄															
氏名	(男・女)		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日生													
	(男・女)	続柄		明・大 昭・平 年 月 日生													

(裏)

	住 所	都道 府県	都市 区	町村 区
		都道 府県	都市 区	町村 区
	1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 5 その他 () 選 任 年月日 年 月 日			

審 査 会 意 見	
都 道 府 県 の 措 置	

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。ただし、法第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がありません。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載してください。(第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載してください。)
 なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載してください。(法第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載してください。)
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載してください。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載してください。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置いてください。
- 6 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名してください。
- 7 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載してください。
- 8 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載してください。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲んでください。

別記第5号様式その2(第2条関係)
(法第33条第2項の規定による措置を採った場合)

医療保護入院届出書

年 月 日

熊本県知事 様

病院の名称
所在地
管理者氏名

印

下記の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ				生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)					
	住 所	都道 府 県	郡市 区	町村 区			
保護者の同意により 入院した年月日 (午前・午後 時)	年 月 日	今 回 の 入 院 年 月 日	年 月 日				
		入 院 形 態					
法第34条による移送 の有 無	有 無						
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症				
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()					
医療保護入院の 必 要 性	<p>患者自身の病気に 対する理解の程度を含 め、任意入院が行わ れる状態にないと判 断した理由について 記載してください。</p> <p>(特定医師の診察 により入院した場 合には特定医師の 採った措置の妥当 性について記載し てください)</p>						
病 状 又 は 状 態 像 の 概 要							
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署 名						
同 意 者	氏 名	続 柄			生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生
	住 所	都道 府 県	郡市 区	町村 区			
家庭裁判所への申請 日 (予定日を含む)	年 月 日						

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。ただし、法第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要はありません。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載してください。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載してください。)
なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載してください。
- 3 入院が必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名してください。

別記第6号様式(第2条関係)

医療保護入院者の退院届出書

年 月 日

熊本県知事 様

病院の名称

所在地

管理者氏名

印

下記の医療保護入院者が退院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

記

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)						
	住所	都道府県	都市区	町村区				
保 護 者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)	続柄					
	住所	都道府県	都市区	町村区				
保 護 者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)	続柄					
	住所	都道府県	都市区	町村区				
入院年月日 (医療保護入院)	年 月 日							
退院年月日	年 月 日							
病 名	1 主たる精神障害		2 従たる精神障害		3 身体合併症			
	ICDカテゴリー-()		ICDカテゴリー-()					
退院後の処置	1 入院継続(任意入院・措置入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他()							
退院後の帰住先	1 自宅(I 家族と同居 II 単身) 2 施設 3 その他()							
帰住先の住所	都道府県		都市区		町村区			
訪問指導等に関する意見								
障害福祉サービス等の活用に関する意見								
主治医指名								

記載上の留意事項

- 1 入院年月日の欄は、医療保護入院の年月日(第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院を経た場合にあってはその入院年月日)を記載してください。
- 2 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載してください。
- 3 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載してください。
- 4 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ字等を○で囲んでください。

別記第7号様式(第2条関係)

応 急 入 院 届 出 書

年 月 日

熊本県知事 様

病院の名称

所在地

管理者氏名

印

下記の者が応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ	-----		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)				
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区		
依 頼 を し た 者 の 入 院 者 と の 関 係						
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)					
法第34条による移送 の 有 無	有 無					
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリ-()	ICDカテゴリ-()				
応急入院の必要性 患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が行 われる状態にないと 判断した理由につい て記載してください。 (特定医師の診察 により入院した場 合には特定医師の 採った措置の妥当 性について記載し てください)						
病 状 又 は 状 態 像 の 概 要						
応 急 入 院 を 採 っ た 理 由 保護者等の同意を 得ることができな かった理由を含 め、応急入院を採 った理由につい て記載してください。						
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名					

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。ただし、法第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要はありません。
- 2 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名してください。

別記第11号様式中「2〔1 汚れ 2 破り 3 紛失〕」を「2〔1 汚れ 2 破り 3 紛失 4 更新欄の満了 5 その他（写真貼付希望・ ）〕」に改める。
別記第12号様式の3を次のように改める。

別記第12号様式の3 (第2条関係)

判 定	
1	該 当 (1級・2級・3級)
2	非該当
3	保 留

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名	大正昭和 年 月 日生 ()歳 男 ・ 女 平成	
住 所		
①病名 (ICDカテゴリーは、F0~F9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ (2) 従たる精神障害 _____ (3) 身体合併症 _____	ICDカテゴリー() ICDカテゴリー()
②初診年月日	年 月 日	診療録で確認 本人又は家族等の申立て
③発病から現在までの病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等)		
④現在の症状、状態像等 (該当する項目を○で囲む)	⑤ ④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()	※てんかんの場合、以下について必ず記載してください。 (1) 発作のタイプ及び発作の頻度 (該当するものに○をつけて、回数を入力してください。) イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ()回/年・月・週 ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ()回/年・月・週 ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ()回/年・月・週 ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ()回/年・月・週 (2) 最終発作年月日 年 月 日	
(2) 躁状態 1 行為心拍 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) 精神運動興奮及び混迷の状態 1 興奮 2 混迷 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) 痙れん及び意識障害 1 痙れん 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		
⑥生活能力の状態(保護的環境でなく、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してください。)	3 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)	
1 現在の生活環境 入院・入所(施設名)・在宅(同居 有 無)・その他	(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 日常生活能力の判定(該当するもの一つを○で囲んでください。)	(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。	
(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	(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。	
(2) 身の清潔保持 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	(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。	
(3) 金銭管理と買物 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	
(4) 通院と服薬(要・不要) 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない		
(5) 他人との意志伝達・対人関係 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない		
(6) 身の安全保持・危機対応 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない		
(7) 社会的手続や公共施設の利用 適切にできる・概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・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない		
⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)、小規模作業所、訪問指導等 *過去2年間の入院歴の有無 有 無 有の場合(以下記載してください) 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関所在地 _____ 名称 _____ 電話番号 _____ 診療科担当科名 _____ 医師氏名(自署又は記名捺印) _____ 印	
⑧ 備考		

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この規則による改正前の熊本県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の規定により提出されている申請書その他の書類は、この規則による改正後の熊本県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の相当規定により提出された申請書その他の書類とみなす。