



広島県報

号外
第65号

発行者 広島県
発行所 広島県総務部
総務管理局文書法制室
購読料 月額 2,700円

目次

規則

障害者自立支援法施行細則……………(障害者支援室)……………二

障害者自立支援法の施行に伴う関係規則の整理に関する

規則……………(〃)……………三〇

介護保険法施行細則の一部を改正する規則……………(介護保険指導室)……………四五

(以上県法規登載)

訓令

附属機関の委員等の任命等に関する訓令の一部を改正する訓令……………(人事室)……………六六

(県法規登載)

広島県公営企業管理規程

広島県行政組織規則の一部を改正する規則及び広島県公営企業組織規程の一部を改正する規程の施行に伴う関係職員の人事異動の取扱いに関する訓令……………(人事室)……………六八

(県法規登載)

公布された規則のあらまし

- 一 障害者自立支援法施行細則(規則第四十二号)(障害者支援室)制定の要旨

障害者自立支援法の施行に伴い、障害福祉サービス事業者及び自立支援医療機関の指定並びに自立支援医療の支給認定に係る手続など必要な事項を定めた。

二 施行期日

平成十八年四月一日

障害者自立支援法の施行に伴う関係規則の整理に関する規則(規則第四十三号)(障害者支援室)

一 改正の要旨

障害者自立支援法の施行に伴い、次のとおり関係規則の規定を整理した。

規則名	内容
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則	精神障害者居宅支援事業の障害福祉サービス事業への移行に伴う事業の届出に関する規定の整理
未熟児養育医療費用徴収規則	育成医療の自立支援医療への再編に伴う費用徴収の規定における引用規定の整理
身体障害者福祉法施行細則	身体障害者居宅支援事業の障害福祉サービス事業への移行に伴う事業者の指定申請及び事業の届出並びに更生医療の自立支援医療への再編に伴う医療機関の指定等に関する規定の整理
知的障害者福祉法施行細則	知的障害者居宅支援事業の障害福祉サービス事業への移行に伴う事業者の指定申請及び事業の届出に関する規定の整理
児童福祉法施行細則	児童居宅支援事業の障害福祉サービス事業への移行に伴う事業者の指定申請及び事業の届出並びに育成医療の自立支援医療への再編に伴う給付の申請及び費用徴収に関する規定の整理
広島県介護福祉士修学資金貸付規則	介護等の業務に従事することにより修学資金の返還債務が免除される児童居宅介護等事業等の廃止に伴う規定の整理

二 施行期日

平成十八年四月一日

介護保険法施行細則の一部を改正する規則(規則第四十四号)(介護保険指導室)改正の要旨

介護保険法の一部が改正され、介護予防サービス及び指定の更新制度等が創設されたことに伴い、指定申請書等の改正を行った。

二 施行期日

平成十八年四月一日

規 則

障害者自立支援法施行細則をここに公布する。

平成十八年四月一日

広島県知事 藤 田 雄 山

広島県規則第四十二号

障害者自立支援法施行細則

(趣旨)

第一条 障害者自立支援法(平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。)(の施行に關しては、障害者自立支援法施行令(平成十八年政令第十号。以下「令」という。)、障害者自立支援法施行規則(平成十八年厚生労働省令第十九号。以下「省令」という。)、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に關する基準等に関する省令(平成十八年厚生労働省令第五十八号。以下「基準省令」という。)、広島県障害者介護給付費等不服審査会条例(平成十八年広島県条例第一号)及び児童福祉法及び障害者自立支援法に基づく過料に関する条例(平成十八年広島県条例第三号)に定めるもののほか、この規則に定めるところによる。

(指定障害福祉サービス事業者の指定の申請)

第二条 法第三十六条第一項の規定による申請は、別記様式第一号による指定申請書により行うものとする。

(指定障害福祉サービス事業者の変更の届出等)

第三条 法第四十六条第一項の規定による届出のうち、名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項の変更に係るものにあつては別記様式第二号による変更届出書により、事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては別記様式第三号による届出書により行うものとする。

(指定障害福祉サービス事業者の公示)

第四条 法第五十一条の公示は、次に掲げる事項について県報に登載して行うものとする。

- 一 指定障害福祉サービス事業者の名称及び主たる事務所の所在地
- 二 指定、名称及び所在地の変更、事業の廃止又は指定の取消し(次号において「指定等」という。)(に係る事業所の名称及び所在地)
- 三 指定等を行った年月日

四 サービスの種類

(自立支援医療費の支給認定等の申請)

第五条 法第五十三条第一項及び第五十六条第一項の規定による申請のうち、育成医療(令第一条第一号に規定する育成医療をいう。以下同じ。)(に係るものにあつては別記様式第四号による支給認定申請書により、精神通院医療(令第一条第三号に規定する精神通院医療をいう。以下同じ。)(に係るものにあつては別記様式第五号による支給認定申請書により行うものとする。

2 省令第三十五条第二項の規定により前項の申請書に添付することとされている医師の見書又は診断書のうち、育成医療に係るものにあつては別記様式第六号による意見書により、精神通院医療に係るものにあつては別記様式第七号による診断書兼意見書によるものとする。

(指定自立支援医療機関の指定の申請)

第六条 法第五十九条第一項の規定による申請のうち、育成医療及び更生医療(令第一条第二号に規定する更生医療をいう。以下同じ。)(に係るものは、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる様式により行うものとする。

- 一 病院又は診療所の開設者 別記様式第八号
- 二 薬局の開設者 別記様式第九号
- 三 令第三十六条に規定する指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(以下「指定訪問看護事業者等」という。)(別記様式第十号

2 法第五十九条第一項の規定による申請のうち、精神通院医療に係るものは、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる様式により行うものとする。

- 一 病院又は診療所の開設者 別記様式第十一号
- 二 薬局の開設者 別記様式第十二号
- 三 指定訪問看護事業者等 別記様式第十三号

(指定自立支援医療機関の変更の届出)

第七条 法第六十四条の規定による届出のうち、育成医療及び更生医療に係るものは、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる様式により行うものとする。

- 一 病院又は診療所の開設者 別記様式第十四号
- 二 薬局の開設者 別記様式第十五号
- 三 指定訪問看護事業者等 別記様式第十六号

2 法第六十四条の規定による届出のうち、精神通院医療に係るものは、前条第二項各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる様式により行うものとする。

(指定自立支援医療機関の休止等の届出)

第八条 省令第六十三条の規定による届出は、次の各号に掲げる場合に依り、それぞれ当該各号に掲げる様式により行うものとする。

指定障害福祉サービス事業所指定申請書記入要領

(2面)

- 1 ※印のある「受付番号」欄は、記入しないこと。
 - 2 「法人である場合その種別」欄は、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記入すること。
 - 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
 - 4 「指定を受けようとする事業所」欄のうち「名称」、「事業所の所在地」及び「連絡先」欄は、指定の申請をする事業所の名称のうち、主たるものを1つ選んで記入すること。
 - 5 「指定を受けようとする事業所」欄のうち、今回申請するものについて、該当する「実施事業」欄に○を付け、事業開始予定年月日を記入するとともに、指定の申請に係る事業の種類に応じ、基準省令で定める書類その他知事が別に定める書類を添付すること。
 - 6 「既に指定を受けている事業等」欄のうち、「実施事業等」欄及び「備考」欄の別紙(1・2)の該当するものに○を付けること。
 - 7 身体障害者福祉法、知的障害者福祉法又は障害者自立支援法により、既に指定を受けている事業等については、別紙1に必要事項を記入すること。
 - 8 介護保険法により、既に指定を受けている事業等については、別紙2に必要事項を記入すること。
- なお、介護保険法における事業については、「居宅介護」を「訪問介護」に、「障害者デイサービス」を「通所介護」に、「短期入所」を「短期入所生活介護」に読み替えるものとする。

(別紙1)既に指定を受けている事業等

法律の区分	事業所等の名称	事業等の種類	指定年月日	事業所番号(14桁)
身・知・自				
身・知・自				
身・知・自				
身・知・自				
身・知・自				
身・知・自				
身・知・自				
身・知・自				
身・知・自				

注 1 「法律の区分」欄は、既に指定を受けている事業等について、該当する法律を○で囲むこと。(身：身体障害者福祉法、知：知的障害者福祉法、自：障害者自立支援法)
 2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

(裏面)

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に關しての質問

1 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
・ 受けている：「生保」に○をしてください。
・ 受けていない：2へ

2 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税(均等割)所得割のいずれか又は両方が課税されていますか。
・ 課税されていない：3へ(市町村民税非課税証明書をご用意ください。)
・ 課税されている：4へ(市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。)

3 自立支援医療を受診する方の保護者の収入が、保護者全員それぞれ80万円以下ですか。
(※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額です。収入の内容が分かる書類をご用意ください。)
・ 80万円以下：「低1」に○をしてください。
・ 80万円を超える：「低2」に○をしてください。

4 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額(所得割のみ)は、以下のどの金額に該当しますか。
・ 市町村民税額(所得割) 2万円未満：「中間1」に○をしてください。
・ 市町村民税額(所得割) 2.0万円未満：「中間2」に○をしてください。
・ 市町村民税額(所得割) 2.0万円以上：「一定以上」に○をしてください。

5 「重度かつ継続」(※下記参照)に該当しますか。
・ 該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
・ 該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。
※ 「重度かつ継続」の対象範囲
重度・・・腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害
継続・・・自立支援医療を受診する方と同一の医療保険に加入している方が、過去12ヶ月の間に医療保険の高額療養費を3回以上受けたことがある場合(高額療養費の支給が分かる書類をご用意ください。)

Table with columns for income categories: 一定所得以下, 中間的な所得, 一定所得以上. Rows include '生保', '生活保護世帯', '市町村民税非課税世帯', '市町村民税<2万(所得割)', '2万<市町村民税<20万(所得割)', '20万<市町村民税(所得割)', '負担上限額', '負担上限額', '負担上限額', '負担上限額', '負担上限額', '負担上限額', '負担上限額', '負担上限額'.

様式第5号(第5条関係) 自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

障害者自立支援法に基づき自立支援医療費の申請書

市町 収 受 印

Main application form with sections for: 1. 申請者 (Applicant), 2. 家 族 (Family), 3. 医療機関 (Medical Institution), 4. 申請者住所 (Applicant's Residence), 5. 申請年月日 (Application Date), 6. 申請者氏名 (Applicant's Name), 7. 申請者住所 (Applicant's Residence), 8. 申請者住所 (Applicant's Residence), 9. 申請者住所 (Applicant's Residence).

※1 該当する申請区分を○で囲んでください。
※2 保護者の住所が申請者本人と同じ場合は記入不要です。
※3 チェックシートを参照し、該当すると思われる区分による番号により記入してください。
※4 申請者氏名については、記名所印文は自筆による署名により記入してください。
※5 認定内容を要変更する場合の注意です。認定内容を要変更する場合、大線の枠内は要変更があった箇所のみを記入してください。

別紙

＜該当する所得区分と重度かつ継続のチエツクシート(精神通院)＞

○ 受診者が属する「世帯」に於いての質問に順次答えながら記入してください。

(以下の質問中の「世帯」とは、受診者と同一の医療保険に加入している方をいいます。)

問1 受診者が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。

□ 受けています ⇒ 「生保」に○をしてください。
□ 受けていません ⇒ 問2へ。

問2 受診者が属する「世帯」は、市町村民税が課税されていますか。

□ 課税されていません ⇒ 問3へ。(市町村民税の非課税状況が分かる書類をご用意ください。)
□ 課税されています ⇒ 問4へ。(市町村民税の課税状況が分かる書類をご用意ください。)

問3 受診者の収入は80万円以下ですか。(受診者が18歳未満の場合にはその保護者全員それぞれの収入が80万円以下ですか。)

(※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等に合計所得金額を加えた額です。「世帯調書」を参照しながら収入額が分かる書類をご用意ください。)
□ 80万円以下です ⇒ 「低1」に○をしてください。
□ 80万円を超えています ⇒ 「低2」に○をしてください。

問4 受診者が属する同一の医療保険の「世帯」で、加入している医療保険の保険料の算定対象となつている方(国民健康保険の場合は被保険者全員、国民健康保険以外の場合は被保険者や組合員など)が課税されている市町村民税所得割額の合計額は、以下のどの金額に該当しますか。

□ 市町村民税所得割額の合計額は 2万円未満です ⇒ 「中間1」に○をしてください。問5へ。
□ 市町村民税所得割額の合計額は 20万円未満です ⇒ 「中間2」に○をしてください。問5へ。
□ 市町村民税所得割額の合計額は 20万円以上です ⇒ 「一定以上」に○をしてください。問5へ。

問5 「重度かつ継続」(次の「重度かつ継続」の対象範囲を参照してください。)に該当しますか。

□ 該当すると思います ⇒ 「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
□ 該当しないと思います ⇒ 「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- ① ・F0 症状性を含む器質性精神障害
- ・F1 精神作用性物質使用による精神及び行動の障害
- ・F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- ・F3 気分障害
- ・G40 てんかん

・その他 精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した方
(詳しいことは、現在通院中の医療機関の主治医にお尋ねください。)

② 医療保険の多数該当(直近の12ヶ月以内に3回以上高額療養費の支給を受けている)の方

所得区分の概念図		中間の所得		一定額以上	
(A) 一定額以下	(B) 一定額以上	(C) 27,500円	(D) 27,500円	(E) 27,500円	(F) 27,500円
(注1) 市町村民税所得割額の本人収入は、受診者が18歳未満の場合には保護者全員の本人収入となります。 (注2) 所得区分②は、控除額3年間の所得見直しがあります。	(注1) 市町村民税所得割額の本人収入は、受診者が18歳未満の場合には保護者全員の本人収入となります。 (注2) 所得区分②は、控除額3年間の所得見直しがあります。	(注1) 市町村民税所得割額の本人収入は、受診者が18歳未満の場合には保護者全員の本人収入となります。 (注2) 所得区分②は、控除額3年間の所得見直しがあります。	(注1) 市町村民税所得割額の本人収入は、受診者が18歳未満の場合には保護者全員の本人収入となります。 (注2) 所得区分②は、控除額3年間の所得見直しがあります。	(注1) 市町村民税所得割額の本人収入は、受診者が18歳未満の場合には保護者全員の本人収入となります。 (注2) 所得区分②は、控除額3年間の所得見直しがあります。	(注1) 市町村民税所得割額の本人収入は、受診者が18歳未満の場合には保護者全員の本人収入となります。 (注2) 所得区分②は、控除額3年間の所得見直しがあります。

様式第6号(第5条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	昭和	年	月	日
受診者名前									
受診者住所									
病名		発症年月日		平成		年		月	日
障害の種類 (別添するもの に○をつける)	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (6) 腎臓機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (9) 免疫機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) その他内臓障害								
医療の具体的方針									
治療見込期間	入院治療期間	自平成	年	月	日	日間			
	通院治療期間	自平成	年	月	日	日間			
	訪問看護予定回数	自平成	年	月	日	回			
	並びに	自平成	年	月	日	回			
	計	円	円	円	円	円			
医療費概算額	入院治療費等								
移送費見込額									
医療費及び移送費合計額									
治療後における障害の回復状況の見込									
指定自立支援医療機関名 _____ 平成 ____年 ____月 ____日 電話番号 _____ 担当医師名 _____ 印									

様式第7号(第5条関係)

診断書兼意見書(精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費兼用)

氏名	生年	明治・大正	年	月	日	性別	男・女
住所	月	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女
① 氏名 (ICD977-14、F0-P99のいずれかを記載して記載しないこと。ICD977-14についてはICD977-14の「F」を付して記載すること。)	(1) 主たる精神障害者	ICDカテゴリー ()					
(2) 従たる精神障害者	ICDカテゴリー ()						
② 病歴から現在までの病歴等 (指定医療年月、精神科受診歴、処方・処方状等)	(3) 身体合併症(精神障害の病態又は症状に起因するもの) 指定医療年月 年 月 日 【初診年月日 年 月 日(項)】						
③ 現在の病状、状態等(該当する項目を○で囲んでください) (1) 思考・判断力別 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他() (2) 機転 1 行為心注 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) 精神運動興奮及び各述の状態 1 興奮 2 各述 3 衝動 4 その他() (5) 統合失調症等経過状態 1 自閉 2 感情鈍感 3 衝動の減退 4 その他() (6) 情動及び行動の障害 1 優位性 2 善か・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他() (7) 不安及び不眠 1 不安の不受・恐怖感 2 強迫体質 3 その他() (8) 衝動・暴力 2 強迫体質 3 その他() (9) 衝動・暴力 2 強迫体質 3 その他() (10) 知的障害 1 知的障害(精神遅滞) 7 軽度 4 中等度 9 重度 2 認知症	④ ③の症状・状態等の具体的程度、症状等(てのまんについては、病状記載の程度を記載してください。)						
⑤ 現在の治療内容(自立支援医療費申請の場合に記載してください。) 1 投薬内容 2 精神療法等 3 訪問看護療養指示の有無(「有」「無」) ⑥ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況(社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問看護等)	⑧ 今後の治療方針(自立支援医療費申請の場合に記載してください。)						
⑨ ③については、手帳の中述を行う場合にのみ、記載してください。 ⑩ 生活能力の状態(保護の環境でなく、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断してください。') 1 現在の生活環境 入居場所(施設名) (在在、その他) 2 日常生活能力の判定 (該当する箇所に○を記入してください。) 3 日常生活能力の判定 (該当する箇所に○を記入してください。)	⑪ 備考(その他の身体所見、臨床検査の結果等【心型テスト(知能障害の場合には、知能指数、発達指数又は知能年齢)を含む。】)						
(1) 適切な生活環境 (2) 身の置ける環境 (3) 食生活環境(量・季節) (4) 睡眠と覚醒(量・季節) (5) 他人との健全な関係・対人関係 (6) 生活の手帳での生活環境の活用 (7) 生活環境への参加 (8) 生活環境への参加	(1) 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。 (2) 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。 (3) 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。 (4) 精神障害を認め、毎日のまわりのことはほとんどできない。 (5) 精神障害を認め、毎日のまわりのことはほとんどできない。						
⑫ 自立支援医療費の受給届において、主たる精神障害者の「ICD977-14」を、F0、F1、F2、F3、F4以外と診断された医師にお聞きします。 精神科医の同意は(1)に○を付けてください。その際の場合は、()内にF2以上精神障害に該当した医師の記載をお願いします。 (1) 精神保健指定医である。 (2) その他							

平成 年 月 日
医療機関所在地
医療機関名称
電話番号
(任意事項)※印の欄は記載しなくても可。

診療担当科名
医師氏名(自署又は記名捺印)

様式第8号(第6条関係)

(表面)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療) 指定申請書

平成 年 月 日

広島県知事様

医療機関の開設者 住所
氏名

印

障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定を受けるため、次のとおり申請します。

- 1 医療機関の名称、所在地及び電話番号
- 2 開設者の住所及び氏名又は名称
- 3 標ぼうしている診療科名(担当しようとしている医療の種類に係るものに限る。)
- 4 担当しようとしている医療の種類並びに当該医療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名及び経歴(経歴は別紙1)
- 5 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要(別紙2)
- 6 自立支援医療を行うための収容設備の定員 人

注 1 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、「育成医療・更生医療」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
2 保険医療機関の指定通知(写)を添付すること。
3 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ(別紙4)及び(別紙5)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。