

鳥取市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。

令和6年3月29日

鳥取市長 深澤義彦

## 鳥取市規則第26号

鳥取市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

鳥取市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（平成30年鳥取市規則第6号）の一部を次のように改正する。

第5条中「入院措置決定通知書」を「入院措置決定のお知らせ」に改め、同条に次の1項を加える。

2 市長は、法第29条第1項の規定による入院措置を採ったことを法第38条の3第1項の規定により精神医療審査会へ通知するときは、様式第7号の2による報告書により行うものとする。

第7条中「措置入院者措置症状消退届」を「措置入院者の症状消退届」に改める。

第12条第3項中「第23条第1号」を「第23条第2項第1号」に改め、同条第4項中「第23条第2号」を「第23条第2項第2号」に改める。

様式第4号中「強姦」を「不同意性交等」に、「強制わいせつ」を「不同意わいせつ」に、「精神保健指定医の氏名 署名」を「精神保健指定医の氏名 署名 ㊟」に改め、同様式備考第1項及び3項中「記載すること」を「聴取して記載すること」に改め、同様式備考第7項中「精神保健指定医が自署する

場合には、押印を省略することができる」を「精神保健指定医自身が署名する」に改める。

様式第5号中「精神保健指定医の氏名 ⑩」を「精神保健指定医の氏名 署名 」に改め、同様式備考中「精神保健指定医が自署する場合には、押印を省略することができる」を「精神保健指定医自身が署名する」に改める。

様式第6号中「精神保健指定医の氏名 ⑩」を「精神保健指定医の氏名 署名 」に改め、同様式備考第1項中「精神保健指定医が自署する場合には、押印を省略することができる」を「精神保健指定医自身が署名する」に改める。

様式第7号中「入院措置決定通知書」を「入院措置決定のお知らせ」に改め、同様式第1項中「他人に害を及ぼすおそれ」を「他人に害を及ぼしたりするおそれ」に改め、同様式第3項第4号を同項第6号とし、同号の次に次の1号を加える。

- (7) あなたの入院中、もしもあなたが病院の職員から虐待を受けた場合、下記に届け出ることができます。また、もしも他の入院患者さんが病院の職員から虐待を受けたのを見かけた場合は、下記に通報してください。

鳥取県 担当部署名（電話番号 ）

様式第7号第3項第3号の次に次の2号を加える。

- (4) 入院日から7日以内に、退院後の生活環境に関し、あなたやご家族等からのご相談に応じ、必要な情報の提供や助言、援助等を行う職員として、退院後生活環境相談員が選任されます。
- (5) 介護保険や障害福祉サービスの利用を希望される場合又はその必要性がある場合、介護や障害福祉に関する相談先を紹介しますので、退院後生活環境相談員等の病院の職員にお問い合わせください。

様式第7号の次に次の1様式を加える。

様式第7号の2（第5条関係）

措置入院決定報告書

第 号  
年 月 日

鳥取県精神医療審査会長 様

鳥取市長

下記の措置入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の3第1項の規定により通知します。

申請等の形式	i 親族又は一般人申請（第22条）      ii 警察官通報（第23条） iii 検察官通報（第24条）                  iv 保護観察所長通報（第25条） v 矯正施設長通報（第26条）              vi 精神科病院管理者届出（第26条の2） vii 医療観察法対象者〔指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報〕（第26条の3） viii 都道府県知事・指定都市市長職務診察（第27条第2項）			
措置入院中の精神科病院	名称			
	所在地			
措置入院者 （精神障害者）	フリガナ		生年	年 月 日生
	氏名	(男・女)	月日	(満 歳)
	住所			
措置診察を行った年月日及び精神保健指定医の氏名	年 月 日			
措置診察を行った年月日及び精神保健指定医の氏名	年 月 日			
法第29条の2の2第1項の規定による移送の有無（措置診察後の移送の有無）	i あり                  ii なし			

備考

- 1 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字を○で囲むこと。
- 2 精神保健福祉法第27条第1項又は第2項に基づき行われた精神保健指定医による診察の判定内容（病名及び症状を含む）については、該当する診察の際に作成された「措置入院に関する診断書（様式第4号）」を添付すること。

様式第9号中「措置入院者措置症状消退届」を「措置入院者の症状消退届」に、「|  
④」を「|署名」に、  
「精神保健指定医自身が自署する場合には、押印を省略することができる」を「精神  
保健指定医自身が自署する」に改める。

様式第16号を次のように改める。

様式第16号（第12条、第14条関係）

障害者手帳申請書

※市町名
※受理年月日 年 月 日

鳥取市長 様

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条の規定に基づく精神障害者保健福祉手帳の〔新規交付・更新・障害等級変更・鳥取県東部圏域外からの転入による手帳交付〕

申請者 (精神障害者 本人)	フリガナ 氏名				生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	電話 ( )				
	個人番号	●	●	●	●	●
家族の連絡先	氏名		続柄		住所	電話 ( )
添付書類 (○印)	医師の診断書 年金証書等の写し ( 級) 特別障害給付金の受給資格証等の写し 日本年金機構等への照会同意書 写真 (縦4センチメートル、横3センチメートル) 精神障害者保健福祉手帳			既存の手帳 の有効期限	年 月 日	
				既存の手帳 の手帳番号	●	●
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、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、次の書類等を添付してください。

(1) 次のいずれかの書類

ア 医師の診断書

イ 障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し

ウ 特別障害給付金の受給資格証及び直近の振込（支払）通知書の写し

(2) 写真（申請前1年以内に脱帽して正面から撮影した上半身像の縦4センチメートル、横3センチメートルの大きさのもので、裏面に氏名及び撮影日を記入したもの）1枚

2 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等級等の判定のために日本年金機構又は各共済組合等に対し、年金の障害等級等を照会することがあります。

3 ※の欄は、記入しないでください。

4 「鳥取県東部圏域」とは、鳥取市、岩美町、若桜町、智頭町及び八頭町の区域をいいます。

(市町記載欄) 個人番号は以下の方法により確認しました。

マイナンバーカード又は通知カード

住民基本台帳

その他 ( )

附 則

この規則は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。