

障発1213第1号
令和3年12月13日

各都道府県知事・指定都市の長 殿

厚生労働省
社会・援護局障害保健福祉部長
(公印省略)

「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について」
の一部改正について

「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について」（平成30年障発1206第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）を別添のとおり一部改正し、令和4年1月1日以後の申請について適用することとしたので、適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底方お取り計らい願いたい。

なお、改正後の同通知の全文を参考までに添付する。

別添

- 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について（平成 30 年障発 1206 第 3 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）
【新旧対照表】

(波線部が変更部分)

| 改 正 後 | 改 正 前 |
|---|---|
| <p style="text-align: right;">障発 1206 第 3 号 平成30年12月 6 日 一部改正 障発 0528 第 5 号 令和元年 5 月28日 一部改正 障発 1225 第 1 号 令和 2 年12月25日 一部改正 障発 0630 第 1 号 令和 3 年 6 月30日 <u>一部改正 障発 1213 第 1 号</u> <u>令和 3 年12月13日</u></p> <p style="text-align: center;">各都道府県知事・指定都市の長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚 生 労 働 省 社会・援護局障害保健福祉部長 (公 印 省 略)</p> <p style="text-align: center;">精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について (略)</p> <p>別紙 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 指定医の指定に係るその他の事項について (1) 指定医の指定申請を行おうとする者は、別添様式 1－1 に定める精神保健指定医指定申請書に、以下の書類等を添付して、住所地の都道府県知事又は指定都市の長に提出するものとする。 ①～⑧ (略)</p> | <p style="text-align: right;">障発 1206 第 3 号 平成30年12月 6 日 一部改正 障発 0528 第 5 号 令和元年 5 月28日 一部改正 障発 1225 第 1 号 令和 2 年12月25日 一部改正 障発 0630 第 1 号 令和 3 年 6 月30日</p> <p style="text-align: center;">各都道府県知事・指定都市の長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚 生 労 働 省 社会・援護局障害保健福祉部長 (公 印 省 略)</p> <p style="text-align: center;">精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について (略)</p> <p>別紙 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 指定医の指定に係るその他の事項について (1) 指定医の指定申請を行おうとする者は、別添様式 1－1 に定める精神保健指定医指定申請書に、以下の書類等を添付して、住所地の都道府県知事又は指定都市の長に提出するものとする。 ①～⑧ (略)</p> |

別添

⑨ 写真（大きさは縦60ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズとし、申請前6ヶ月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載し、①の履歴書に添付する写真とは別に提出すること。）

⑩～⑫ (略)

(2)～(5) (略)

7・8 (略)

別紙1・2 (略)

様式1-1
精神保健指定医指定申請書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。

申請日 (西暦) 年 月 日

| | | |
|-------------------------|----------------------------|------------|
| 氏名 | | |
| 現住所 | (〒 -) (メールアドレス(任意) :) | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 | (略) |
| 医籍登録年月日及び番号 | 年 月 日 第 | 号 |
| (略) | | |
| 精神障害者の診断治療に従事した期間及び病院等名 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |

⑨ 写真（大きさは縦50ミリメートル、横40ミリメートルとし、申請前6ヶ月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載し、①の履歴書に添付する写真とは別に提出すること。）

⑩～⑫ (略)

(2)～(5) (略)

7・8 (略)

別紙1・2 (略)

様式1-1
精神保健指定医指定申請書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。

申請日 年 月 日

| | | | |
|-------------------------|------------------|-------------|-----------|
| 氏名 | | 本籍地 | |
| 現住所 | (メールアドレス(任意) :) | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | (略) | |
| 最終学歴及び年月 | 年 月 卒業・中退 | 医籍登録年月日及び番号 | 第 年 月 日 号 |
| (略) | | | |
| 精神障害者の診断治療に従事した期間及び病院等名 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |

別添

| | | |
|---|-------------------------|------------|
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | 計 年 ヶ月 | |
| その他の 診断治療 に従事した 期間及び 病院等名 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | |
| | 計 年 ヶ月 | |
| 合計 年 ヶ月 | | |
| 研修の受講 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 | |
| 処分歴 | なし・あり ((西暦) 年 月 処分内容) | |
| (注) 記載上の留意事項 | | |
| 1. 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月1日でない場合には当該月を算入しない。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載すること。医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修について、協力型臨床研修病院の従事期間を記載する際は、「従事した病院等の名称」の後に「(協力型)」と付記すること。 | | |
| 2. (略) | | |
| ※ (略) | | |
| 様式1-2 精神保健指定医指定申請書 (失効後一年未満) | | |
| 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。 | | |
| 申請日 (西暦) 年 月 日 | | |

| | | |
|---|--------------------|------------|
| | 年 月 ~ 年 月 | |
| | 計 年 ヶ月 | |
| その他の 診断治療 に従事した 期間及び 病院等名 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 |
| | 年 月 ~ 年 月 | |
| | 年 月 ~ 年 月 | |
| | 年 月 ~ 年 月 | |
| | 計 年 ヶ月 | |
| 合計 年 ヶ月 | | |
| 研修の受講 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 処分歴 | なし・あり (年 月 処分内容) | |
| (注) 記載上の留意事項 | | |
| 1. 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月1日でない場合には当該月を算入しない。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載すること。 | | |
| 2. (略) | | |
| ※ (略) | | |
| 様式1-2 精神保健指定医指定申請書 (失効後一年未満) | | |
| 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。 | | |
| 申請日 年 月 日 | | |

別添

| | | |
|-------------|-----------------------------------|-----|
| 氏名 | | |
| 現住所 | 〒 _____ (メールアドレス (任意) : _____) | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 | (略) |
| 医籍登録年月日及び番号 | 年 月 日 第 _____ 号 | |
| | (略) | |
| 研修の受講 | (西暦) 年 月 日 | |
| 処分歴 | なし・あり ((西暦) 年 月 処分内容) | |
| | (略) | |

様式 2 - 1

実務経験証明書

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

| | | |
|----------|-------------------------|----|
| 氏名 | | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 | |
| 従事した標榜科名 | | |
| 診療従事期間 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 | |
| 診療従事様態 | 1週間当たり従事日数 | 日 |
| | 1日当たり従事時間 | 時間 |

(西暦) 年 月 日

施設名

所在地

管理者職名
及び氏名

| | | | |
|----------|------------------------|-------------|-----------------|
| 氏名 | | 本籍地 | |
| 現住所 | (メールアドレス (任意) : _____) | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | (略) | |
| 最終学歴及び年月 | 年 月 卒業・中退 | 医籍登録年月日及び番号 | 第 _____ 年 月 日 号 |
| | (略) | | |
| 研修の受講 | 年 月 日 | | |
| 処分歴 | なし・あり (年 月 処分内容) | | |
| | (略) | | |

様式 2 - 1

実務経験証明書

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

| | | |
|----------|------------|----|
| 氏名 | | |
| 生年月日 | | |
| 従事した標榜科名 | | |
| 診療従事期間 | 年 月 ~ 年 月 | |
| 診療従事様態 | 1週間当たり従事日数 | 日 |
| | 1日当たり従事時間 | 時間 |

年 月 日

施設名

所在地

管理者職名
及び氏名

別添

(注) 1. ～ 5. (略)
(削除)

6. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。

様式 2 - 2

実務経験証明書
(平成16年4月1日以降臨床研修期間用)

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

| | |
|-------------|-------------------------|
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | (西暦) 年 月 日 |
| 診 療 従 事 期 間 | (西暦) 年 月 日 ～ (西暦) 年 月 日 |
| うち精神科従事期間 | (西暦) 年 月 日 ～ (西暦) 年 月 日 |
| 診 療 従 事 様 態 | 1 週間当たり従事日数 日 |
| | 1 日当たり従事時間 時間 |

(西暦) 年 月 日

施 設 名

所 在 地

管 理 者 職 名
及 び 氏 名

(注) 1. ～ 4. (略)
(削除)

5. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。

(注) 1. ～ 5. (略)

6. 診療従事期間は、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入しないこと。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入すること。

7. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。

様式 2 - 2

実務経験証明書
(平成16年4月1日以降臨床研修期間用)

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

| | |
|-------------|---------------|
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | |
| 従事した標榜科名 | |
| 診 療 従 事 期 間 | 年 月 ～ 年 月 |
| うち精神科従事期間 | 年 月 ～ 年 月 |
| 診 療 従 事 様 態 | 1 週間当たり従事日数 日 |
| | 1 日当たり従事時間 時間 |

年 月 日

施 設 名

所 在 地

管 理 者 職 名
及 び 氏 名

(注) 1. ～ 4. (略)

5. 診療従事期間は、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入しない。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入すること。

6. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。

別添

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|-----|---------------------|------------------|--|--------|--|-------------------------------|--|--|--|-----|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|-----|-------|---------------|--|-------|-----------------|--------------------------|--|--|--|------------------------|--|------------------------|--|----------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|-----|---------------------|------------------|--|--------|--|---------------------|--|--|--|-----|--------|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--------|--|--|--|----------------------|--|--|--|
| <p>様式 3-1</p> <p style="text-align: center;">申請日 (西暦) 年 月 日</p> <p>【表紙】</p> <p style="text-align: center;">ケースレポート (第 症例)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">(略)</td></tr> <tr><td>⑤患者情報</td></tr> <tr> <td>患者イニシャル (.)</td> <td>性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td>生年月日 (西暦) : : 歳の年齢: 歳</td> <td>担当医となったときの年齢: 歳</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑥当該症例の入院形態に係る入退院年月日 (※2)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 (入院形態:)</td> <td colspan="2">(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 (入院形態:)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑦主治医又は担当医になった期間 (※3)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日</td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">(略)</td></tr> <tr><td>⑪指導を行った精神保健指定医 (※5)</td></tr> <tr> <td colspan="2">指導を行った精神保健指定医氏名:</td> <td colspan="2">指定医番号:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">指導期間: (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日</td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">(略)</td></tr> <tr> <td colspan="4">※1 (略)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について、<u>③の主な評価対象とする入院形態の前後に当該医療機関で継続して行われた精神保健福祉法における全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。(適宜、行の加除を行うこと。また、退院等により空白期間があり、入院期間が継続していないものについては記載しないこと。)</u></td> </tr> <tr> <td colspan="4">※3 退院後の通院治療を行った症例については提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「(通院)」と記載すること。(適宜、行の追加を行うこと。)</td> </tr> <tr><td colspan="4">※4 (略)</td></tr> <tr><td colspan="4">※5 指導期間は⑦の期間と一致すること。</td></tr> </table> | (略) | ⑤患者情報 | 患者イニシャル (.) | 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 (西暦) : : 歳の年齢: 歳 | 担当医となったときの年齢: 歳 | ⑥当該症例の入院形態に係る入退院年月日 (※2) | | | | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 (入院形態:) | | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 (入院形態:) | | ⑦主治医又は担当医になった期間 (※3) | | | | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 | | | | (略) | ⑪指導を行った精神保健指定医 (※5) | 指導を行った精神保健指定医氏名: | | 指定医番号: | | 指導期間: (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 | | | | (略) | ※1 (略) | | | | ※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について、 <u>③の主な評価対象とする入院形態の前後に当該医療機関で継続して行われた精神保健福祉法における全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。(適宜、行の加除を行うこと。また、退院等により空白期間があり、入院期間が継続していないものについては記載しないこと。)</u> | | | | ※3 退院後の通院治療を行った症例については提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「(通院)」と記載すること。(適宜、行の追加を行うこと。) | | | | ※4 (略) | | | | ※5 指導期間は⑦の期間と一致すること。 | | | | <p>様式 3-1</p> <p style="text-align: center;">申請日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">ケースレポート (第 症例)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">(略)</td></tr> <tr><td>⑤患者情報</td></tr> <tr> <td>患者イニシャル (.)</td> <td>性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td>生年月日:</td> <td>担当医となったときの年齢: 歳</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑥当該症例の入院形態に係る入退院年月日 (※2)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態:)</td> <td colspan="2">年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態:)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑦主治医又は担当医になった期間 (※3)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">(略)</td></tr> <tr><td>⑪指導を行った精神保健指定医 (※5)</td></tr> <tr> <td colspan="2">指導を行った精神保健指定医氏名:</td> <td colspan="2">指定医番号:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">指導期間: 年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> <tr><td style="text-align: center;">(略)</td></tr> <tr> <td colspan="4">※1 (略)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について当該医療機関で継続して行われた精神保健福祉法における全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">※3 退院後の通院治療を行った症例については提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「(通院)」と記載すること。</td> </tr> <tr><td colspan="4">※4 (略)</td></tr> <tr><td colspan="4">※5 指導期間は⑦の期間と一致すること。</td></tr> </table> | (略) | ⑤患者情報 | 患者イニシャル (.) | 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日: | 担当医となったときの年齢: 歳 | ⑥当該症例の入院形態に係る入退院年月日 (※2) | | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態:) | | 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態:) | | ⑦主治医又は担当医になった期間 (※3) | | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | (略) | ⑪指導を行った精神保健指定医 (※5) | 指導を行った精神保健指定医氏名: | | 指定医番号: | | 指導期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | (略) | ※1 (略) | | | | ※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について当該医療機関で継続して行われた精神保健福祉法における全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。 | | | | ※3 退院後の通院治療を行った症例については提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「(通院)」と記載すること。 | | | | ※4 (略) | | | | ※5 指導期間は⑦の期間と一致すること。 | | | |
| (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤患者情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者イニシャル (.) | 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 (西暦) : : 歳の年齢: 歳 | 担当医となったときの年齢: 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥当該症例の入院形態に係る入退院年月日 (※2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 (入院形態:) | | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 (入院形態:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦主治医又は担当医になった期間 (※3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪指導を行った精神保健指定医 (※5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導を行った精神保健指定医氏名: | | 指定医番号: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導期間: (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※1 (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について、 <u>③の主な評価対象とする入院形態の前後に当該医療機関で継続して行われた精神保健福祉法における全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。(適宜、行の加除を行うこと。また、退院等により空白期間があり、入院期間が継続していないものについては記載しないこと。)</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※3 退院後の通院治療を行った症例については提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「(通院)」と記載すること。(適宜、行の追加を行うこと。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※4 (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※5 指導期間は⑦の期間と一致すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤患者情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者イニシャル (.) | 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日: | 担当医となったときの年齢: 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥当該症例の入院形態に係る入退院年月日 (※2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態:) | | 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦主治医又は担当医になった期間 (※3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪指導を行った精神保健指定医 (※5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導を行った精神保健指定医氏名: | | 指定医番号: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指導期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※1 (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について当該医療機関で継続して行われた精神保健福祉法における全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※3 退院後の通院治療を行った症例については提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「(通院)」と記載すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※4 (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※5 指導期間は⑦の期間と一致すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

当該機関における指導医が複数いる場合は、全ての指導医について記載すること。（適宜、行の追加を行うこと。）

【関係法規に定める手続への対応】

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）による各種入院に関し、表紙の⑥に記載したすべての入院形態について関係法規に定める手続への対応を以下に記載すること。（同一の入院形態が表紙の⑥において複数回存在する場合は、様式を1枚追加する等し、それぞれについて分けて記載すること。）なお、括弧書きの個所で自由記載を求めている項目については各々100字程度で簡潔にまとめること。

法による各種入院又は入院中の者の行動制限が、その必要性等に関する法令の要件を踏まえて行われたことについては、ケースレポート本文の記載に基づき評価を行うものとする。

<措置入院>
(削除)

| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） |
|--|--|
| (略) | |
| 2. 指定医の診察の結果、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷他害のおそれがないと認められるに至ったとき、直ちに、病院の管理者により、症状消退届が都道府県知事等に提出されたか（法第29条の5） | <input type="checkbox"/> 提出された （指定医が症状消退を判断した日付及び症状消退届が提出された日付） ・ <u>症状消退を判断した日付</u> （西暦） 年 月 日 ・ <u>症状消退届が提出された日付</u> （西暦） 年 月 日 |

<医療保護入院>
(削除)

| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） |
|------------|------------------|
| (略) | |

当該機関における指導医が複数いる場合は、全ての指導医について記載すること。

【関係法規に定める手続への対応】

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）による各種入院に関し、関係法規に定める手続への対応を以下に記載すること。途中で入院形態を変更した場合は、変更前と変更後のいずれの入院形態に係る手続についても記載すること。なお、自由記載を求めている項目については各々100字程度で簡潔にまとめること。

法による各種入院又は入院中の者の行動制限が、その必要性等に関する法令の要件を踏まえて行われたことについては、ケースレポート本文の記載に基づき評価を行うものとする。

<措置入院>

注 措置入院を行った症例の場合に記載すること

| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） |
|--|--|
| (略) | |
| 2. 指定医の診察の結果、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷他害のおそれがないと認められるに至ったとき、直ちに、病院の管理者により、症状消退届が都道府県知事等に提出されたか（法第29条の5） | <input type="checkbox"/> 提出された （指定医が症状消退を判断した日付及び症状消退届が提出された日付） |

<医療保護入院>

注 医療保護入院を行った症例の場合に記載すること

| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） |
|------------|------------------|
| (略) | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>4. 2014年（平成26年）4月1日以降に入院した者の場合、法第33条第1項又は第3項による医療保護入院を行うに当たって、家族等のいずれか又は市区町村長から同意を得たか （法第33条第1項・第3項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 家族等のいずれかから同意を得た （<input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>親権者 <input type="checkbox"/>扶養義務者） （<input type="checkbox"/>後見人 <input type="checkbox"/>保佐人） <input type="checkbox"/> 市区町村長から同意を得た （家族等のいずれかから同意を得た場合、当該家族等の続柄、同意者とした経緯及び同意を得た日付） ※ 未成年の場合に、父母双方から同意を得なかった場合、その理由を記載すること ・<u>続柄</u></p> <p>・<u>経緯</u></p> <p>・<u>同意を得た日付</u> （西暦） 年 月 日</p> <p>（市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付） ・<u>理由</u></p> <p>・<u>同意を得た日付</u> （西暦） 年 月 日</p> | <p>4. 平成26年4月1日以降に入院した者の場合、法第33条第1項又は第3項による医療保護入院を行うに当たって、家族等のいずれか又は市区町村長から同意を得たか （法第33条第1項・第3項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 家族等のいずれかから同意を得た （<input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>親権者 <input type="checkbox"/>扶養義務者） （<input type="checkbox"/>後見人 <input type="checkbox"/>保佐人） <input type="checkbox"/> 市区町村長から同意を得た （家族等のいずれかから同意を得た場合、当該家族等の続柄、同意者とした経緯及び同意を得た日付） ※ 未成年の場合に、父母双方から同意を得なかった場合、その理由を記載すること</p> <p>（市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付）</p> |
| <p>4-1. 2014年（平成26年）3月31日以前に入院した者の場合、旧法（※）</p> | <p><input type="checkbox"/> 保護者から同意を得た （<input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>親権者 <input type="checkbox"/>扶養義務者） （<input type="checkbox"/>後見人 <input type="checkbox"/>保佐人）</p> | <p>4-1. 平成26年3月31日以前に入院した者の場合、旧法（※）第33条第1</p> | <p><input type="checkbox"/> 保護者から同意を得た （<input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>親権者 <input type="checkbox"/>扶養義務者） （<input type="checkbox"/>後見人 <input type="checkbox"/>保佐人）</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>第33条第1項による医療保護入院を行うに当たって、保護者（市区町村長を含む。）から同意を得たか （旧法第20条第2項、第21条、第33条第1項） ※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第47号）による改正前の法</p> | <p><input type="checkbox"/> 保護者（市区町村長）から同意を得た （保護者から同意を得た場合、当該保護者の続柄及び同意を得た日付） ※ 後見人又は保佐人の存在を把握しているが、これらの者から同意を得なかった場合、その理由を記載すること ※ 未成年の場合に、父母双方から同意を得なかった場合、その理由を記載すること <u>・続柄</u></p> <p><u>・同意を得た日付</u> （西暦） 年 月 日</p> <p>（市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付） <u>・理由</u></p> <p><u>・同意を得た日付</u> （西暦） 年 月 日</p> | <p>項による医療保護入院を行うに当たって、保護者（市区町村長を含む。）から同意を得たか （旧法第20条第2項、第21条、第33条第1項） ※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第47号）による改正前の法</p> | <p><input type="checkbox"/> 保護者（市区町村長）から同意を得た （保護者から同意を得た場合、当該保護者の続柄及び同意を得た日付） ※ 後見人又は保佐人の存在を把握しているが、これらの者から同意を得なかった場合、その理由を記載すること ※ 未成年の場合に、父母双方から同意を得なかった場合、その理由を記載すること</p> <p>（市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付）</p> |
| <p>4-2. 旧法第33条第2項による医療保護入院を行った場合、扶養義務者による同意を得たか （旧法第20条第1項、第33条第2項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 扶養義務者から同意を得た （同意を得た扶養義務者の続柄及び同意を得た日付） ※ その後の旧法第33条第1項の同意については4-1に記載すること <u>・続柄</u></p> <p><u>・同意を得た日付</u> （西暦） 年 月 日</p> | <p>4-2. 旧法第33条第2項による医療保護入院を行った場合、扶養義務者による同意を得たか （旧法第20条第1項、第33条第2項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 扶養義務者から同意を得た （同意を得た扶養義務者の続柄及び同意を得た日付） ※ その後の旧法第33条第1項の同意については4-1に記載すること</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>5. 医療保護入院から10日以内に、病院の管理者により、家族等の同意書を添えて都道府県知事等に医療保護入院の入院届が提出されたか (法第33条第7項)</p> | <p><input type="checkbox"/> 提出された (日付) (西暦) 年 月 日</p> | <p>5. 医療保護入院から10日以内に、病院の管理者により、家族等の同意書を添えて都道府県知事等に医療保護入院の入院届が提出されたか (法第33条第7項)</p> | <p><input type="checkbox"/> 提出された (日付: _____)</p> |
| <p>6. 医療保護入院時に、医療保護入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか (法第33条の3第1項)</p> | <p><input type="checkbox"/> 入院時に行われた <input type="checkbox"/> 延期して(4週間以内)告知が行われた (告知の具体的な内容)</p> | <p>6. 医療保護入院時に、医療保護入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか (法第33条の3第1項)</p> | <p><input type="checkbox"/> 入院時に行われた <input type="checkbox"/> 延期して(4週間以内)告知が行われた (告知の具体的な内容)</p> |
| <p>7. 6の告知を延期する(4週間以内)と判断した場合、必要事項の診療録への記載が行われたか (法第33条の3、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和25年厚生省令第31号)第15条)</p> | <p><input type="checkbox"/> 記載が行われた (診療録に記載が行われた内容)</p> | <p>7. 6の告知を延期する(4週間以内)と判断した場合、必要事項の診療録への記載が行われたか (法第33条の3、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和25年厚生省令第31号)第15条)</p> | <p><input type="checkbox"/> 記載が行われた (診療録に記載が行われた内容)</p> |
| <p>8. 退院後生活環境相談員が選任されたか (法第33条の4) ※ 2014年(平成26年)3月31日以前に医療保護入院が行われた者については、同年4月1日以降に入院を継続していた者に限る。9及び10において同じ。</p> | <p><input type="checkbox"/> 選任された (日付) (西暦) 年 月 日</p> | <p>8. 退院後生活環境相談員が選任されたか (法第33条の4) ※ 平成26年3月31日以前に医療保護入院が行われた者については、同年4月1日以降に入院を継続していた者に限る。9及び10において同じ。</p> | <p><input type="checkbox"/> 選任された (日付: _____)</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>9. 病院において、医療保護入院者又はその家族等に、地域援助事業者の紹介を行うよう努めたか (法第33条の5)</p> | <p><input type="checkbox"/> 努めた (具体的な内容)</p> | <p>9. 病院において、医療保護入院者又はその家族等に、地域援助事業者の紹介を行うよう努めたか (法第33条の5)</p> | <p><input type="checkbox"/> 努めた (具体的な内容)</p> |
| <p>10. 「医療保護入院者退院支援委員会」が開催されたか (法第33条の6、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第15条の6～第15条の8)</p> | <p><input type="checkbox"/> 開催された <input type="checkbox"/> 開催されなかった (開催されなかった場合、その理由)</p> <p>(開催された場合、以下の事項について該当項目に✓又は具体的な内容を記載) 【対象者は以下のいずれに該当するか】 (略)</p> <p>【開催時期】 <input type="checkbox"/> 推定される入院期間を経過する時期の前後概ね2週間以内に審議が行われた (日付) ~~~~~(西暦)~~~~~年 月 日</p> <p>(略)</p> | <p>10. 「医療保護入院者退院支援委員会」が開催されたか (法第33条の6、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第15条の6～第15条の8)</p> | <p><input type="checkbox"/> 開催された <input type="checkbox"/> 開催されなかった (開催されなかった場合、その理由)</p> <p>(開催された場合、以下の事項について該当項目に✓又は具体的な内容を記載) 【対象者は以下のいずれに該当するか】 (略)</p> <p>【開催時期】 <input type="checkbox"/> 推定される入院期間を経過する時期の前後概ね2週間以内に審議が行われた (日付: ~~~~~)</p> <p>(略)</p> |
| <p>11. 医療保護入院者の退院から10日以内に、病院の管理者により、医療保護入院の退院届が提出されたか (法第33条の2)</p> | <p><input type="checkbox"/> 提出された (日付) ~~~~~(西暦)~~~~~年 月 日</p> | <p>11. 医療保護入院者の退院から10日以内に、病院の管理者により、医療保護入院の退院届が提出されたか (法第33条の2)</p> | <p><input type="checkbox"/> 提出された (日付: ~~~~~)</p> |
| <p><緊急措置入院又は応急入院> (削除) (略)</p> | | <p><緊急措置入院又は応急入院> 注 <u>入院時にこれらの入院形態であった場合に記載すること</u> (略)</p> | |

別添

| <p><任意入院> 注 3～5については、該当する場合に記載すること</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">関係法規に定める手続</th> <th style="width: 50%;">対応（該当するものに✓を付ける）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. 任意入院時に、任意入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか （法第21条第1項）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 行われた （告知の具体的な内容）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">（略）</td> </tr> </tbody> </table> <p><行動制限> 注 行動制限を行った症例の場合に、実施した行動制限に関するものについて記載すること（<u>関係しないものは空欄でよい</u>） <u>同一の種類 of 行動制限を入院期間中に複数回実施しており、各回の対応が異なる場合は、それぞれについて分けて記載すること</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">関係法規に定める手続</th> <th style="width: 50%;">対応（該当するものに✓を付ける）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. 電話又は面会に関する制限の実施時に、当該行動制限の理由について告知が行われたか （第130号告示）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. 隔離、身体的拘束又は任意入院者の開放処遇の制限の実施時に、当該行動制限の理由について、書面による告知が行われるよう努めたか （第130号告示等）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. 行動制限の実施に当たって、必要事項の診療録への記載が行われたか （第130号告示）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">（略）</td> </tr> </tbody> </table> | 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | 1. 任意入院時に、任意入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか （法第21条第1項） | <input type="checkbox"/> 行われた （告知の具体的な内容） | （略） | | 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | 1. 電話又は面会に関する制限の実施時に、当該行動制限の理由について告知が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容） | 2. 隔離、身体的拘束又は任意入院者の開放処遇の制限の実施時に、当該行動制限の理由について、書面による告知が行われるよう努めたか （第130号告示等） | <input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容） | 3. 行動制限の実施に当たって、必要事項の診療録への記載が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容） | （略） | | <p><任意入院> 注 <u>入院形態の変更により任意入院となった症例の場合に記載すること</u> 3～5については、該当する場合に記載すること</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">関係法規に定める手続</th> <th style="width: 50%;">対応（該当するものに✓を付ける）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. 任意入院時に、任意入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか （法第21条第1項）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 行われた （告知の具体的な内容）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">（略）</td> </tr> </tbody> </table> <p><行動制限> 注 行動制限を行った症例の場合に、実施した行動制限に関するものについて記載すること</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">関係法規に定める手続</th> <th style="width: 50%;">対応（該当するものに✓を付ける）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1. 電話又は面会に関する制限の実施時に、当該行動制限の理由について告知が行われたか （第130号告示）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. 隔離、身体的拘束又は任意入院者の開放処遇の制限の実施時に、当該行動制限の理由について、書面による告知が行われるよう努めたか （第130号告示等）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. 行動制限の実施に当たって、必要事項の診療録への記載が行われたか （第130号告示）</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">（略）</td> </tr> </tbody> </table> | 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | 1. 任意入院時に、任意入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか （法第21条第1項） | <input type="checkbox"/> 行われた （告知の具体的な内容） | （略） | | 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | 1. 電話又は面会に関する制限の実施時に、当該行動制限の理由について告知が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容） | 2. 隔離、身体的拘束又は任意入院者の開放処遇の制限の実施時に、当該行動制限の理由について、書面による告知が行われるよう努めたか （第130号告示等） | <input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容） | 3. 行動制限の実施に当たって、必要事項の診療録への記載が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容） | （略） | |
|--|--|------------------|---|--|-----|--|------------|------------------|---|---|--|--|---|--|-----|--|--|------------|------------------|---|--|-----|--|------------|------------------|---|---|--|--|---|--|-----|--|
| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 任意入院時に、任意入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか （法第21条第1項） | <input type="checkbox"/> 行われた （告知の具体的な内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （略） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 電話又は面会に関する制限の実施時に、当該行動制限の理由について告知が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 隔離、身体的拘束又は任意入院者の開放処遇の制限の実施時に、当該行動制限の理由について、書面による告知が行われるよう努めたか （第130号告示等） | <input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 行動制限の実施に当たって、必要事項の診療録への記載が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （略） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 任意入院時に、任意入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか （法第21条第1項） | <input type="checkbox"/> 行われた （告知の具体的な内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （略） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 電話又は面会に関する制限の実施時に、当該行動制限の理由について告知が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 隔離、身体的拘束又は任意入院者の開放処遇の制限の実施時に、当該行動制限の理由について、書面による告知が行われるよう努めたか （第130号告示等） | <input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 行動制限の実施に当たって、必要事項の診療録への記載が行われたか （第130号告示） | <input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （略） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

別添

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>6. 隔離を実施した場合、毎日1回以上の診察が行われたか (第130号告示)</p> | <p><input type="checkbox"/> 行われた (診察内容)</p> | <p>6. 隔離を実施した場合、毎日1回以上の診察が行われたか (第130号告示)</p> | <p><input type="checkbox"/> 行われた (診察内容)</p> |
| <p>7. 身体的拘束を実施した場合、頻回の診察が行われたか (第130号告示)</p> | <p><input type="checkbox"/> 行われた (頻度と診察内容)</p> | <p>7. 身体的拘束を実施した場合、頻回の診察が行われたか (第130号告示)</p> | <p><input type="checkbox"/> 行われた (頻度と診察内容)</p> |
| <p>(略)</p> | | <p>(略)</p> | |
| <p>9. 任意入院者の開放処遇の制限を実施した場合、おおむね72時間以内に指定医による診察が行われたか (第130号告示)</p> | <p><input type="checkbox"/> 行われた (日付) (西暦) 年 月 日</p> | <p>9. 任意入院者の開放処遇の制限を実施した場合、おおむね72時間以内に指定医による診察が行われたか (第130号告示)</p> | <p><input type="checkbox"/> 行われた (日付:)</p> |
| <p>【本文】 入院時診断名：主病名： _____ 副病名 _____ 最終診断名：主病名： _____ 副病名 _____</p> | | <p>入院時診断名：主病名： _____ 副病名 _____ 最終診断名：主病名： _____ 副病名 _____</p> | |
| <p>(略)</p> | | <p>(略)</p> | |
| <p><入院時の状況> 注：以下の内容を中心に記載すること ・ 入院時の患者の症状、入院時診断名に対する診断根拠（入院時に疑い病名としていた場合はその理由）</p> | | <p><入院時の状況> 注：以下の内容を中心に記載すること ・ 入院時の患者の症状、入院時診断名に対する診断根拠（入院時に疑い病名としていた場合はその理由、最終診断を下した診断根拠と診断日）</p> | |
| <p>(略)</p> | | <p>(略)</p> | |
| <p>(措置入院) ① (略) ② 患者が、 ・ 医療及び保護のために入院させなければ ・ その精神障害のために ・ 自傷（※1）他害（※2）のおそれがあるか</p> | | <p>(措置入院) ① (略) ② 患者が、 ・ 医療及び保護のために入院させなければ ・ その精神障害のために ・ 自傷（※1）他害（※1）のおそれがあるか</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>※1 自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為。浪費や自己の所有物の損壊等のように単に自己の財産に損害を及ぼすにとどまるような行為は含まれない。</p> <p>※2 殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）</p> <p>(医療保護入院)</p> <p>①～③ (略)</p> <p>④ 本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるよう努めているか、また入院に関する告知は、法令に基づき、適切な時期・方法により行われているか(※)</p> <p>※ 人権保護の観点から、告知の延期の規定の運用は厳格であるべきであり、医学的判断から支障を認める場合であっても、慎重な判断が必要であるとともに、延期後も症状が落ち着いて支障がなくなれば、直ちに告知を行わなければならない。この点に十分留意し、告知の延期を行った場合は、個々の患者の症状（特に意識障害の場合はその原因、程度、回復の見込み、変動等）に応じ、延期が必要と判断した理由と延期後の対応を、具体的に記載すること（「再告知」という用語は法令上存在しない。）</p> <p><入院後経過></p> <p>注：以下の内容を中心に記載すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院時に疑い病名としていた場合は、<u>最終診断を下した診断根拠と診断日</u> 入院後の治療経過や、治療内容についてインフォームドコンセントに努めたかどうか <p>また、その過程における主治医等担当医としての関わりや治療努力(※)</p> <p>※ 特に以下の点に留意して記載すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 修正型電気けいれん療法、多量・多剤大量の薬物療法、クロザピンなど慎重を要する治療手段が用いられた場合、その理由と必要事項 やむを得ず適応症以外での薬物使用を行う際には、使用の理由と本人並びに家族にその効果や副作用を含めた | <p>※1 自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為。浪費や自己の所有物の損壊等のように単に自己の財産に損害を及ぼすにとどまるような行為は含まれない。</p> <p>※2 殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）</p> <p>(医療保護入院)</p> <p>①～③ (略)</p> <p>④ 本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるよう努めているか、また入院に関する告知は、法令に基づき、適切な時期・方法により行われているか</p> <p>※ 人権保護の観点から、告知の延期の規定の運用は厳格であるべきであり、医学的判断から支障を認める場合であっても、慎重な判断が必要であるとともに、延期後も症状が落ち着いて支障がなくなれば、直ちに告知を行わなければならない。この点に十分留意し、告知の延期を行った場合は、個々の患者の症状（特に意識障害の場合はその原因、程度、回復の見込み、変動等）に応じ、延期が必要と判断した理由と延期後の対応を、具体的に記載すること（「再告知」という用語は法令上存在しない。）</p> <p><入院後経過></p> <p>注：以下の内容を中心に記載すること (新設)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院後の治療経過や、治療内容についてインフォームドコンセントに努めたかどうか <p>また、その過程における主治医等担当医としての関わりや治療努力</p> <p>※ 特に以下の点に留意して記載すること</p> <ul style="list-style-type: none"> 修正型電気けいれん療法、多量・多剤大量の薬物療法、クロザピンなど慎重を要する治療手段が用いられた場合、その理由と必要事項 やむを得ず適応症以外での薬物使用を行う際には、使用の理由と本人並びに家族にその効果や副作用を含めた |
|---|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|---|---|---|-------|--|--|--|--|---------|------|---|---|---|---------|--|--|--|--|--|-----|---|---|---|-------|--|--|--|---------|---|---|---|---------|--|--|--|
| <p>説明を十分に行い、同意をとっているか</p> <p>(略)</p> <p>・ 18歳未満の症例として提出する場合は、「ケースレポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容<共通事項>⑪及び⑫にあるとおり、患者の年齢、発達段階及び児童思春期の心理的特性に配慮した事項や、患者の発育発達歴、養育環境、就労・就学状況等を把握し、保健福祉等の支援の必要性を検討し、必要に応じて関係機関との連携を図った事項について具体的に記載すること。 <u>(例) 患者の年齢や学年に着目し、特に配慮して行った治療内容</u> <u>(例) 担任教諭やスクールカウンセラー等の学校関係者や障害福祉サービス事業者と調整を行った支援内容</u> 等</p> <p>・ 退院後に外来治療を行った症例として提出する場合は、「ケースレポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容<共通事項>⑬にあるとおり、退院前に退院後の保健福祉等の支援や関係機関との連携に関する検討・評価を伴う対応（表紙⑩の退院後の外来支援）として行った事項について具体的に記載すること。 <u>(例) 保健所職員、相談支援専門員、ケアマネジャーなどの病院外の支援関係者を交えて実施したケア会議の内容</u> <u>(例) 退院後に速やかに利用を開始できるよう、予め導入の調整を行った障害福祉サービスの内容</u> 等</p> <p>(【考察】必要に応じて記載) 注：記載は必須でない。（記載が無いことのみをもって、不相当との評価とはならない。）</p> <p>様式3-2</p> <p style="text-align: center;">ケースレポート一覧</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">申請日</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">(西暦)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td>申請者氏名</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請者生年月日</td> <td style="text-align: center;">(西暦)</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td>住所地都道府県</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>精神保健指定医の新規申請のため、以下のケースレポートを提出します。</p> | 申請日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 | 申請者氏名 | | | | | 申請者生年月日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 | 住所地都道府県 | | | | | <p>説明を十分に行い、同意をとっているか</p> <p>(略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(【考察】必要に応じて記載) 注：記載は必須でない。（記載が無いことのみをもって、不相当との評価とはならない。）</p> <p>様式3-2</p> <p style="text-align: center;">ケースレポート一覧</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">申請日</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td>申請者氏名</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請者生年月日</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td>住所地都道府県</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>精神保健指定医の新規申請のため、以下のケースレポートを提出します。</p> | 申請日 | 年 | 月 | 日 | 申請者氏名 | | | | 申請者生年月日 | 年 | 月 | 日 | 住所地都道府県 | | | |
| 申請日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者生年月日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所地都道府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所地都道府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

別添

注) 各症例について、以下の①～⑥について該当する方に☑を付けること。
 ① (略)
 ② 「医療保護入院者の症例」である場合には、申請者が当該医療保護入院者の入院時点からその診断又は治療に従事したものであり、入院時の指定医の診察に立ち会った症例(事務取扱要領2(2)オ参照)に該当するか。(①で「措置入院」を選択した場合は、どちらにも☑の必要はない。)
 ③・④ (略)
 ⑤ 措置入院又は医療保護入院から任意入院に入院形態を変更後に、申請者が任意入院による治療を行った症例(事務取扱要領2(2)シ参照)に該当するか。
 ⑥ 措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、申請者が通院による治療を行った症例(事務取扱要領2(2)ス参照)に該当するか。

(記入欄)
(略)

様式4

常時勤務証明書

次の者は指導医として申請者を指導した期間において当施設に常時勤務する指定医であったことを証明します。

| | |
|----------|-------------------------|
| 氏名 | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 |
| 従事した標榜科名 | |
| 診療従事期間 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 |
| 診療従事様態 | 1週間当たり従事日数 日 |
| | 1日当たり従事時間 時間 |

(西暦) 年 月 日

(略)

注) 各症例について、以下の①～⑥について該当する方に☑を付けること。
 ① (略)
 ② 「医療保護入院者の症例」である場合には、申請者が当該医療保護入院者の入院時点からその診断又は治療に従事したものであり、入院時の指定医の診察に立ち会った症例に該当するか。(①で「措置入院」を選択した場合は、どちらにも☑の必要はない。)
 ③・④ (略)
 ⑤ 措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、任意入院による治療を行った症例に該当するか。
 ⑥ 措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、通院による治療を行った症例に該当するか。

(記入欄)
(略)

様式4

常時勤務証明書

次の者は指導医として申請者を指導した期間において当施設に常時勤務する指定医であったことを証明します。

| | |
|----------|---------------|
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 従事した標榜科名 | |
| 診療従事期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 診療従事様態 | 1週間当たり従事日数 日 |
| | 1日当たり従事時間 時間 |

年 月 日

(略)