

## 様式 12-2

### 医療保護入院の入院期間の更新に関する通知

(医療保護入院者の家族等の氏名) 殿

年 月 日

#### 【医療保護入院の入院期間の更新について】

医療保護入院とは、精神保健指定医による診察の結果、精神障害があり、医療と保護のために入院の必要があると判定された方であって、その精神障害のために入院に同意いただけない場合に、やむを得ずご家族等の同意を得て、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）に定める範囲内（医療保護入院開始から6ヶ月が過ぎるまでは3ヶ月以内、医療保護入院開始から6ヶ月が過ぎてからは6ヶ月以内）の期間を定めて入院していただく制度です。ただし、入院を続けることが必要とされた場合には、ご家族等の同意を得て、入院期間が更新されます。

今回、入院中の（医療保護入院者の氏名）様（以下「本人」という。）の入院期間の更新が必要な理由、更新後の入院期間及び同意に関する取扱いは以下の通りとなります。

1. 現在医療保護入院中の本人は、以下の理由・目的により、法第33条第6項の規定に基づき、入院を続けることが必要であると認められます。

<入院を続けることが必要な理由について>

(1) 診察の結果、本人は以下の状態にあると判定されました。

- ①幻覚妄想状態（幻覚や妄想があり、それらを現実と区別することが難しい）
- ②精神運動興奮状態（欲動や意志が昂ぶり、興奮しやすく、自分で抑えることが難しい）
- ③昏迷状態（意志発動性の強い抑制や、著しい混乱により、外界への応答が難しい）
- ④抑うつ状態（気分の落ち込みや悲観的な考え、興味や喜びの消失などが続いている）
- ⑤躁状態（気分の高揚や著しい活発さ、苛立ち等が続いている）
- ⑥せん妄・もうろう状態（意識障害により覚醒水準が低下している）
- ⑦認知症状態（認知機能が低下し、日常全般に支障を来している）
- ⑧統合失調症等残遺状態（障害により日常生活動作、社会的判断・機能遂行が難しい）
- ⑨その他（ )

(2) 本人は、以下の理由により入院を続けることが必要とされました。

- 外来への通院等においては、十分な治療ができないことから、手厚い医療を提供するため、入院の必要性があります
- ご本人様の安全を確保しながら診断や治療を行うため、入院の必要性があります
- その他（ )

裏面へ続く

2. 医療保護入院者退院支援委員会において、地域における生活への移行を促進するために審議が行われました。

3. 更新後の入院期限は、 年 月 日となります。

4. 今回の更新に同意いただける場合は、別添の同意書に必要事項を記載の上、病院へ送付してください。(電話等、同意書によらない方法で病院に回答することも可能ですが、その場合でも、後日同意書を提出する必要があります。)

5. 今回の更新に同意いただけない場合は、不同意の意思を電話等で必ず病院に回答してください。

6. 今回の更新に同意も不同意もしないことを希望される場合、その旨を電話等で病院にお知らせください。

病 院 名  
管 理 者 の 氏 名  
指 定 医 の 氏 名  
主 治 医 の 氏 名 (※)

(※) 指定医とは別に、すでに主治医が決まっている場合に記載