

(別添)

○ 精神障害者の移送に関する事務処理基準について（平成12年3月31日障発第243号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）【新旧対照表】

(変更点は下線部)

改正後	現行
障発第243号 平成12年3月31日 一部改正 障発第335号 平成13年8月6日 一部改正 障発第0325002号 平成17年3月25日 一部改正 障発第1222003号 平成18年12月12日 一部改正 障発第0526002号 平成20年5月26日 一部改正 障発0311第6号 平成26年3月11日 一部改正 障発0328第1号 平成28年3月28日 一部改正 障発0507第4号 令和元年5月7日 一部改正 障発0327第5号 令和7年3月27日 一部改正 障発0326第1号 <u>令和8年3月26日</u>	障発第243号 平成12年3月31日 一部改正 障発第335号 平成13年8月6日 一部改正 障発第0325002号 平成17年3月25日 一部改正 障発第1222003号 平成18年12月12日 一部改正 障発第0526002号 平成20年5月26日 一部改正 障発0311第6号 平成26年3月11日 一部改正 障発0328第1号 平成28年3月28日 一部改正 障発0507第4号 令和元年5月7日 一部改正 障発0327第5号 令和7年3月27日
都道府県 各 障害保健福祉主管部(局)長 殿 指定都市	都道府県 各 障害保健福祉主管部(局)長 殿 指定都市

精神障害者の移送に関する事務処理基準について

(略)

別紙 精神障害者の移送に関する事務処理基準

第一 措置入院のための移送について

(略)

第二 医療保護入院及び応急入院のための移送について

一～四 (略)

五 指定医の診察

(一) (略)

(二) 事前調査結果の指定医への報告

事前調査を行った都道府県職員は、指定医の診察に当たって、指定医に事前調査結果の報告をするとともに、報告を行ったことについて指定医の確認を得るものとする。なお、指定医の確認は、様式三による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票にある「指定医への報告の確認」の欄に指定医の氏名を記載することによるものとする。

(三)～(七) (略)

六・七 (略)

第三 その他の留意事項について

(略)

精神障害者の移送に関する事務処理基準について

(略)

別紙 精神障害者の移送に関する事務処理基準

第一 措置入院のための移送について

(略)

第二 医療保護入院及び応急入院のための移送について

一～四 (略)

五 指定医の診察

(一) (略)

(二) 事前調査結果の指定医への報告

事前調査を行った都道府県職員は、指定医の診察に当たって、指定医に事前調査結果の報告をするとともに、報告を行ったことについて指定医の確認を得るものとする。なお、指定医の確認は、様式三による「医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」の事前調査票にある「指定医への報告の確認」の欄に指定医が署名することによるものとする。

(三)～(七) (略)

六・七 (略)

第三 その他の留意事項について

(略)

(様式2)

(様式2)

措置入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ		生年	年	月	日
氏名	(男・女)	月日	(満)	歳	
移送の手續における 行動の制限	行動制限の有無	1 行動制限を行った 2 行わなかった			
	症 状				
	開始日時	年 月 日 時 分			
	行動制限の告知	1 告知を行った			
	指定医の氏名				
その他の特記事項					
	指定医の氏名				

(様式2)

(様式2)

措置入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ		生年	年	月	日
氏名	(男・女)	月日	(満)	歳	
移送の手續における 行動の制限	行動制限の有無	1 行動制限を行った 2 行わなかった			
	症 状				
	開始日時	年 月 日 時 分			
	行動制限の告知	1 告知を行った			
	指定医の氏名	署名			
	その他の特記事項				
指定医の氏名		署名			

(様式3)

(様式3)

## 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

医療保護入院及び応急入院のための移送が必要と考えられる者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏名	(男・女)	月日	(満 歳)
	住 所	都道 府県	都市 区	町村 区
	職 業			
相 談 者	1 家族等のうちいずれかの者 2 行政機関 ( ) 3 その他 ( )			

## ◆ 事前調査票

調査対象者の所在地				
調査時の状況				
主治医との連絡	氏名		連絡先等	
	主治医 意見			
本人の同意	1 可能 2 不可能			
家族等のうちいずれかの者の同意の有無	1 有 2 無			
事前調査の総合判定	1 移送を行うための診察が必要 2 不必要			
診察が不要の場合の対応方針				
調査年月日等	調査年月日	年 月 日	時 分 ~ 時 分	
職員氏名		所 属		指定医の確認

## ◆ 移送記録票

移送開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分			
指定医の氏名所属	氏名		所 属	
診察開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分			
診 察 場 所				
診察の立会い者の氏名及び本人との続柄				
診 察 の 補 助 者	氏名		職 種	所 属
指定医の診察結果				
移送に関する告知	1 告知を行った			
搬送の概要(方法、経路、時刻等)				
移送先の応急入院指定病院	名 称		所 在 地	
移 送 の 補 助 者				
搬 送 の 同 行 者				

(様式3)

(様式3)

## 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票

医療保護入院及び応急入院のための移送が必要と考えられる者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏名	(男・女)	月日	(満 歳)
	住 所	都道 府県	都市 区	町村 区
	職 業			
相 談 者	1 家族等のうちいずれかの者 2 行政機関 ( ) 3 その他 ( )			

## ◆ 事前調査票

調査対象者の所在地				
調査時の状況				
主治医との連絡	氏名		連絡先等	
	主治医 意見			
本人の同意	1 可能 2 不可能			
家族等のうちいずれかの者の同意の有無	1 有 2 無			
事前調査の総合判定	1 移送を行うための診察が必要 2 不必要			
診察が不要の場合の対応方針				
調査年月日等	調査年月日	年 月 日	時 分 ~ 時 分	
職員氏名		所 属		指定医の確認

## ◆ 移送記録票

移送開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分			
指定医の氏名所属	氏名		所 属	
診察開始及び終了	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分			
診 察 場 所				
診察の立会い者の氏名及び本人との続柄				
診 察 の 補 助 者	氏名		職 種	所 属
指定医の診察結果				
移送に関する告知	1 告知を行った			
搬送の概要(方法、経路、時刻等)				
移送先の応急入院指定病院	名 称		所 在 地	
移 送 の 補 助 者				
搬 送 の 同 行 者				

行動制限の有無	1 行動制限を行った 2 行動制限を行わなかった
その他特記事項	
記録者	所属

同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	
		(男・女)	続柄	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	
	住所	都道府県	都市区	町村区					
		都道府県	都市区	町村区					
1 配偶者 2 父母（親権者である・ない） 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（選任年月日 昭和・平成 年 月 日） 8 市町村長									

記載上の留意事項

- 1 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目も記載すること。
- 2 家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目も記載すること。

行動制限の有無	1 行動制限を行った 2 行動制限を行わなかった
その他特記事項	
記録者	所属

同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	
		(男・女)	続柄	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	
	住所	都道府県	都市区	町村区					
		都道府県	都市区	町村区					
1 配偶者 2 父母（親権者である・ない） 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（選任年月日 昭和・平成 年 月 日） 8 市町村長									

記載上の留意事項

- 1 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目も記載すること。
- 2 家族等の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目も記載すること。

(様式 4)

(様式 4)

## 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ			生年	年 月 日	
氏 名	(男・女)		月日	(満 歳)	
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄 )				
現在の病状又は状態像	医療保護入院者の入院届の「現在の病状又は状態像」の欄に準じる				
緊急性の判定	1 直ちに入院が必要 2 緊急を要しない				
本人の同意	1 可能 2 不可能				
判定理由					
判定結果	1 医療保護入院又は応急入院が必要 2 不必要				
移送の手続における行動の制限	行動制限の有無	1 行動制限を行った 2 行わなかった			
	症 状				
	開始日時	月 日 時 分			
告 知	1 告知を行った				
その他の特記事項					
以上のとおり診断する。 年 月 日 精神保健指定医氏名					

記載上の留意事項

平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。

(様式 4)

(様式 4)

## 医療保護入院及び応急入院のための移送に関する診察記録票

フリガナ			生年	年 月 日	
氏 名	(男・女)		月日	(満 歳)	
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄 )				
現在の病状又は状態像	医療保護入院者の入院届の「現在の病状又は状態像」の欄に準じる				
緊急性の判定	1 直ちに入院が必要 2 緊急を要しない				
本人の同意	1 可能 2 不可能				
判定理由					
判定結果	1 医療保護入院又は応急入院が必要 2 不必要				
移送の手続における行動の制限	行動制限の有無	1 行動制限を行った 2 行わなかった			
	症 状				
	開始日時	月 日 時 分			
告 知	1 告知を行った				
その他の特記事項					
以上のとおり診断する。 年 月 日 精神保健指定医氏名 署名					

記載上の留意事項

平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を精神科受診歴等を含むこととする。