

精神保健福祉法における入院届出等の記載の手引き

(令和7年7月10日改訂 承認)
長野県精神医療審査会長

はじめに

精神医療審査会において審査の対象となる、「医療保護入院者の入院届」および「入院期間更新届」、ならびに措置入院者に係る「措置入院決定報告書(措置入院に関する診断書)」および「定期病状報告書」は、入院の適法性を担保し、入院患者本人の人権を確保する上で極めて重要な意義を有する文書です。これらの文書の適正な運用を確保するため、記載内容の正確性および提出期限の厳守をお願いします。

精神医療審査会の委員は、医師のみならず多職種により構成されております。そのため、専門的略語や外国語表記の使用は避け、楷書等の判読しやすい書体にてご記載ください。

また、記載欄が空欄のまま提出されることのないようご留意ください。記載すべき事項が存在しない場合には「なし」または「0」、情報が不明な場合には「不明」あるいは「不詳」と明記してください。把握している情報については、可能な限り詳細にご記載いただきますようお願いします。

なお、これらの文書作成に際して診察を実施された場合には、診療録(カルテ)への記録も併せて行ってください。

※本書においては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」を「法」と略記いたします。

【目 次】

1. 医療保護入院者の入院届(様式10)	.....	2
1-1.医療保護入院に関する家族等同意書(様式8)	.....	5
2. 特定医師による医療保護入院者の入院届及び記録(様式11)	.....	8
3. 医療保護入院者の入院期間更新届(様式15)	.....	11
3-1.医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書(様式13)	....	14
3-2.医療保護入院者退院支援委員会審議記録(別添様式2)	.....	15
4. 措置入院決定報告書(様式22)	.....	19
4-1.措置入院に関する診断書(様式20)	.....	20
5. 措置入院者の定期病状報告書(様式23)	.....	25
6. 参考情報	.....	29

様式10

医療保護入院者の入院届

① 令和 年 月 日

知事 殿

病院名

② 所在地

管理者名

院長〇〇〇〇と記載
※管理者の押印不要

下記の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

③ 医療保護入院者	フリガナ	(男・女)	④ 生年月日	入院した年月日時点の年齢を記載			
	氏名			明・大 昭・平 令	年 月 日	生 年 月 日 (満 歳)	
⑤ 家族等の同意により入院した年月日	令和 年 月 日	⑥ 今回の医療保護入院へ変更となった期日を記載※複数形態を経ている場合	今回の入院年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
⑦ 今回の医療保護入院の入院期間	令和 年 月 日まで	入院形態	複数の入院形態を経ている場合、その旨を記載 例)措置→医療保護				
⑧ 第34条による移送の有無	有り		なし				
⑨ 病名	1 主たる精神障害 ・ICD-10に準拠した病名を記載 ・一定期間の入院治療を要する病名を記載	2 従たる精神障害	3 身体合併症	精神疾患の原因となった身体疾患や入院治療上関連の強い身体疾患を記載			
ICD カテゴリー ()	ICD カテゴリー ()	アルファベット+2桁以上の数字による記載を推奨 例)F31					
生活歴及び現病歴	<p>【生活歴】 出生地、同胞、学歴、職歴、結婚歴、挙子の有無等、把握している情報を記載してください。</p> <p>【現病歴】 推定発病年月、精神科受診歴、精神科入院歴、今回の入院に至った経緯を可能な限り詳しく記載してください。</p> <p>【記載例】 ○市に出生。同胞○人中の第○子。地元の小中学校、○○高校、○○大学卒業後、○○に勤務。○歳時に結婚し、挙児2人。令和○年頃から理由もなく気分が落ち込むことが多くなり、令和○年○月○日に当院を受診し、以後当科外来にて通院治療を継続していた。令和○年○月○日より悲観的、自責的な発言が多くなり、令和○年○月○日、突然勤務先に辞表を提出し、自宅に書き置きを残して出ていこうとしたため、同日妻に伴われて受診した。抑うつ気分が強く妄想を生じており、治療が必要な状態であったため、妻の同意を得て医療保護入院となった。</p>						
	(陳述者氏名 続柄)						
陳述者氏名を必ず記載							
初回入院期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日	(入院形態)					
前回入院期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日	(入院形態)					
初回から前回までの入院回数	計 回	<p>・他病院での入院歴・入院形態についても記載 ・今回入院が初回の場合は「0回」、不詳の場合は「不詳」と記載 ・生活歴及び現病歴との整合性を確認し、矛盾のないように記載</p>					

<現在の精神症状>	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記録障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()
-----------	---

<他の重要な症状>	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()
<問題行動等> <現在の状態像>	<p>・「医療及び保護のための入院の必要がある者」であること「具体的な精神症状とその内容」を記載 ・「当該精神障害のための任意入院が行われる状態にないと判定」した根拠となる「本人への入院の必要性の説明と同意の有無」、「本人の同意能力の有無」について記載 ・市長村長同意による場合はその理由を記載</p> <p>例)家族等の全員が同意又は不同意の意思表示を行わなかつたため／家族が外国在住で音信不通のため ・家族(介護者不在)や施設(空きがない)等の事情や身体的治療のみを目的とした記載は不可</p> <p>【記載例】 うつむいたまま過去の失敗を列挙し、「家族にも職場にも迷惑をかけるだけだから離れるしかない、どこかで行き倒れになるならそれでいい」と述べる。気分のつらさは症状の悪化によるものであり入院治療により改善が期待できることを説明しても、「もう取り返しがつかない」「入院費も払えない」と繰り返し、妻の説得にも応じない。罪業妄想や貧困妄想のために治療の必要性が理解できず、入院の同意が得られないことから、妻の同意による医療保護入院とすることが必要である。</p>
⑬ 医療保護入院の必要性 患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。	署名

精神保健指定医が自署 ※ゴム印、代筆不可

⑭ 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	精神保健指定医が自署 ※ゴム印、代筆不可					
⑮ 選任された退院後生活環境相談員の氏名	<p>・「医療保護入院に関する家族等同意書」との整合性を確認し、全ての項目について記載 ・市町村同意の場合は「氏名」欄に「○○市(町村)長」と記載</p>					
⑯ 同意をした家族等	氏 名	(男・女)		生年 月日	昭・平・令 年　月　日	生
			続柄		明・大 昭・平・令 年　月　日	
	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・令和 年　月　日) 8 市町村長						

審査会意見	
都道府県の措置	

記載上の留意事項

- 1 □内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 今回の医療保護入院の入院期間の欄は、家族等の同意により入院した日から3月を上限とした年月日を記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 5 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に含むこととする。
- 6 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 7 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 8 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 10 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つ目を記載すること。
- 11 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 8

医療保護入院に関する家族等同意書

1. 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住 所	〒
フリガナ	
氏 名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

2. 医療保護入院の同意者の申告事項

住 所	〒	〒
フリガナ		
氏 名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
本人との関係])	
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・令和 年 月 日) なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。 ①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③患者に対する虐待等（配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待）を行っている者、④精神の機能の障害により同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、⑤未成年者		

*親権者が両親の場合は、原則として両親とも署名の上記載して下さい。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

病院管理者 殿

医療保護入院日以前の年月日
(※医療保護入院日当日を含む)

年 月 日

虐待等の加害者等は家族から除外されることに留意

(同 意 者 の 氏 名)

[(同意者の氏名(親権者が両親の場合))]

・同意者の自署にて記載

・未成年者の入院で同意者が両親の場合は両名の署名を記載
(※両親が離婚している場合は親権者の判断を尊重)

I. 医療保護入院者の入院届(様式 10 関連通知※1)

① 年月日	届出年月日を記載してください。法第33条による入院年月日の翌日から10日以内に保健所に提出してください。提出期限を過ぎた場合は遅延理由書を添付してください。但し遅延理由書の添付で法的に問題がないことにはならないので、期限内厳守をお願いします(10日目が休戸日に当たる場合は翌日の開戸日が期限日となります)。
② 病院名・所在地・管理者名	院長〇〇〇〇と記載してください。(管理者の押印は不要です。)
③ 医療保護入院者	氏名は必ず保険証や運転免許証等で確認の上記載してください。入院届、同意書の写し等提出書類で不統一が起きないようにしてください。
④ 生年月日	生年月日のみでなく、入院した年月日時点での年齢も記入してください。
⑤ 家族等の同意により入院した年月日	法第33条による入院年月日を記載してください。
⑥ 今回の入院年月日	今回貴院に入院した年月日を記載してください。入院の形態は問いません。入院形態欄は「任意」「措置」「応急」「医療保護」などと記載してください。複数の入院形態を経ている場合には順に記載してください。
⑦ 今回の医療保護入院の入院期間	家族等の同意により入院した日から3ヶ月を上限とした年月日を記載してください。
⑧ 法34条による移送の有無	どちらかを○で囲んでください。
⑨ 病名	今回の入院の理由となった精神疾患の届出の病名を記載してください。主たる精神障害については、法第5条の定義による精神障害の病名であり、かつ医療及び保護のために一定期間の入院が必要であると認められるものを記載してください。 なお、入院届において状態像や疑診断病名の場合は精神疾患であることが明らかであり、精神保健福祉法による入院が必要な理由を「医療保護入院の必要性」欄に記載してください。 「身体合併症」は精神疾患の原因となった身体疾患や入院治療上関連の強い場合に記載してください。 「ICD カテゴリー」はアルファベット+2桁以上の数字により記載してください。例) F31
⑩ 生活歴及び現病歴	学歴、職歴、家族状況等の生活歴、発病時期、受診歴等の現病歴、今回入院に至る経過などの概略を記載してください。 発病時期(初発時)とその症状も分る範囲で記載してください。他診療所及び他病院の受診歴も聴取して記載してください。 平成20年3月31日以前に公告している神経科における受診歴は、精神科受診歴等に含みます。 特定医師の診察により入院した場合には、特定医師の採った措置の妥当性についても記載してください。 陳述者氏名、続柄は情報の出所を明らかにするために必要な項目ですので、入院時の状況を聴取した者(警察官、保健所職員、福祉事務所職員、施設職員等を含む)については必ず記載してください。
⑪ 初回入院期間・前回入院期間	貴院に入院した経歴のみでなく、必ず他病院での入院歴、入院形態についても聴取して記載してください。今回の入院が初めての場合は入院回数0回と記載してください。不明の場合は「不明」あるいは「不詳」と記載してください。生活歴及び現病歴との整合性に注意してください。

		他病院に受診歴がある場合について記載漏れが散見されますので留意してください。
⑫	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像	該当する病状について、ローマ数字、算用数字を○で囲んでください。 一般に過去数か月間に認められた病状等とし、最近の病状等に重点を置いて記載してください。 病名や医療保護入院の必要性の記述と矛盾するところがないように注意してください。
⑬	医療保護入院の必要性	医療保護入院を行うには、法第33条により、 ①精神障害者、 ②医療及び保護のため入院の必要がある者、 ③当該精神障害のために任意入院が行われる状態ないと判定、 の全てに該当することが求められています。 本欄については②及び③について次により記載してください。 ②[医療及び保護のための入院の必要がある者]については、自傷他害のおそれはないが、医療及び保護のためには入院治療が不可欠な程度の病状であることが客観的に把握できるように、エピソードなどを取り入れ具体的に記載してください。 ③[当該精神障害のために任意入院が行われる状態ないと判定]については、法第20条により、精神科病院の管理者は精神障害者を入院させる場合においては本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなくてはならないことから、自発的入院を求めたが、その結果当該精神障害のために、「患者本人の病識の欠如」「理解力の低下」などがあり「入院治療の同意が得られなかったこと」を具体的に記載してください。家族や施設等の事情や身体的治療のみを目的とした記載は不可です。 市長村長同意による場合はその理由を記載してください。
⑭	精神保健指定医氏名	精神保健指定医自身が明瞭に署名してください。(ゴム印は不可)
⑮	選任された退院後生活環境相談員の氏名	選任された退院後生活環境相談員の氏名を記載してください。(必ずしも署名の必要はなくゴム印可。)
⑯	同意した家族等	各項目について、もれなく記載してください。 家族等の全員が同意又は不同意の意思表示を行わず、市町村長同意とした場合、審査の際にわかるように、その理由を具体的に10「生活歴及び現病歴」又は13「医療保護必要性」欄に記載してください。 市町村同意の場合は氏名欄に○○市(町村)長と記載してください。その他の欄は記載不要です。 入院者が未成年で父母が同意者の場合は、原則として父母両名について記載してください。 虐待等の加害者は家族等から除外されることに留意してください。

I-1. 医療保護入院に関する家族等同意書(様式8 関連通知※1)

「医療保護入院の同意者の申告事項」欄の本人との関係が「2父母の場合(親権者である)」のは、入院者が未成年の場合のみです。
 署名欄は、同意した家族等が自署により記入してください。
 入院者が未成年で父母が同意者の場合は、両名の署名をお願いします。両親が離婚している場合は親権者の判断を尊重してください。
 同意者が後見人又は保佐人、家庭裁判所が選任した扶養義務者の場合は、『審判書の写し』を添付してください。
 平成26年3月以前に保護者選任を受けた三親等内の親族(甥、姪等)は、同時に扶養義務者としての審判も受けているため、家族等に該当しますので、注意してください。

医療保護入院届(様式10)の留意点に準じて記載

様式11

特定医師による医療保護入院者の入院届及び記録

令和 年 月 日

○ ○ 知事 殿

病院名

所在地

管理者名

下記の者が、特定医師の診察の結果、医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ				生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	(男・女)					(満 歳)		
	住所	都道府県	市区	町村区					
家族等の同意により入院した年月日	令和 年 (午前・午後)	月 時	日	今回の入院年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	入院した時間を必ず記載			入院形態					
病名	1 主たる精神障害 ICD カテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICD カテゴリー ()	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)								
初回入院期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 (入院形態)								
前回入院期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 (入院形態)								
初回から前回までの入院回数	計 回								
<現在の精神症状>	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()								

<その他の重要な症状> <問題行動等> <現在の状態像>	V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()							
	医療保護入院の必要性							
	患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること。							
	入院を必要と認めた特定医師氏名	署名						
確認した精神保健指定医氏名	署名			診察日時	令和年月日 (午前・午後時)			
精神保健指定医が入院妥当でないと判断した場合は、その理由								
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令	年	月	日生
		(男・女)	続柄		明・大昭・平・令	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								

事後審査委員会意見	
-----------	--

記載上の留意事項

- 1 □内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条の6第2項入院」と記載すること。) なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 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に含むこととする。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 8 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 10 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つ目を記載すること。
- 11 事後審査委員会意見の欄は、都道府県知事への届出時点では記入を要しないが、本様式を院内で記録として保存する際には、記載しておくこと。
- 12 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

2. 特定医師による医療保護入院者の入院届及び記録(様式II 関連通知※1)

医療保護入院者の入院届の留意点に準じて、適切に記載してください。

「家族等の同意により入院した年月日」欄には入院した時間も記載してください。

精神保健指定医が確認した場合、「確認した精神保健指定医氏名」欄に精神保健指定医自身が署名してください。(ゴム印は不可)

なお、特定医師による診察により医療保護入院してから、法第33条第1項又は第2項による入院に移行した場合、改めて医療保護入院者の入院届の提出も必要です。

様式15

入院満了日(入院継続日)の翌日から10日以内に保健所に提出
・提出年月日を記載
・入院満了日(入院継続日)以前の提出年月日は不可
・提出期限を過ぎた場合は「遅延理由書」を添付

医療保護入院者の入院期間更新届

① 令和 年 月 日

○ ○ 知事 殿

病院名

② 所在地

管理者名

院長〇〇〇〇と記載
※管理者の押印不要

下記の医療保護入院者の入院期間を更新しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

提出年月日時点の年齢を記載

③ 医療保護入院者	フリガナ	(男・女)	④ 生年月日	明・大年 昭・平令	月 (満歳)	日
	氏名		住 今回の医療保護入院へ変更となった期日を記載 ※複数形態を経ている場合	都市区	町村区	
⑤ 医療保護入院年月日 (第33条第1項・第8項 による入)	昭和 平成 令和 年 月 日	⑥ 今回の 入院年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	複数の入院形態を経ている場合、 その旨を記載 例)措置→医療保護		
⑦ 入院届又は 前回の入院期間更新届での 入院期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	⑧ 本更新後の 入院期間	令和 年 月 日まで			
⑨ 病名	1 主たる精神障害 ICD カテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICD カテゴリー ()	3 身体合併症	精神疾患の原因となった身体疾患や 入院治療上関連の強い身体疾患を記載		
⑩ 入院又は前回更新日からの 治療の内容と、その結果 (更新前の入院期間に係る 病状または状態像の 経過の概要)	アルファベット+2桁以上の数字による記載を推奨 例)F31 ・薬物療法」「精神療法」等のみの記載ではなく、具体的な治療内容を記載 ・更新前の入院期間における病状または状態像の経過を結果として記載					
⑪ 症状の経過 <現在の精神症状>	1 悪化傾向 2 動搖傾向 3 不変 4 改善傾向 I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記録障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()					
<他の重要な症状> <問題行動等>						

「その他」を選択した場合、
()内に具体的な症状・状態像等を記載

【記載例】

2種類の抗精神病薬をそれぞれ単剤で
最大量まで投与したが、現在までのところ効
果は乏しい。言動はまとまりがなく、セルフケ
アは不十分であり、常時生活指導が必要で
ある。多飲が目立ち水分制限が必要だが、
思考障害のため電解質異常の危険性や水
分制限の必要性を理解できず、「みんなが
意地悪する」と被害的に受け取っている。

<現在の状態像>		1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()							
⑬	医療保護入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること。)	<ul style="list-style-type: none"> 「医療及び保護のための入院の必要がある者」であること「具体的な精神症状とその内容」を記載 「当該精神障害のための任意入院が行われる状態でない」と判定した根拠となる「本人への入院の必要性の説明と同意の有無」、「本人の同意能力の有無」について記載 市長村長同意による場合はその理由を具体的に記載 家族や施設等の事情や身体的治療のみを目的とした記載は不可 							
⑭	今後の治療方針(患者本人の病識や治療への意欲を得るために取組等を含む。)	<ul style="list-style-type: none"> 「薬物療法」「精神療法」のみの記載ではなく、個別性をもたせて具体的に記載 患者本人の病識や治療への意欲を得るために取組についても記載 							
⑮	本更新に係る診察の年月日	令和 年 月 日 入院期間満了日以前1ヶ月以内に行った診察年月日を記載							
⑯	更新が必要と診断した精神保健指定医氏名	署名 精神保健指定医の自署(※ゴム印は不可)							
⑰	退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会での審議内容等について)	<p>医療保護入院者退院支援委員会での審議が行われた年月日 (令和 年 月 日)</p> <p>原則として退院後生活環境相談員が記載 ※必須参加者「主治医」「看護職員」「退院後生活環境相談員等」が出席していない場合は、退院支援委員会が成立しないことに留意</p> <p>入院期間満了日以前1ヶ月以内の実施年月日を記載 ※指定医診察との順序は問わない</p>							
⑯	今回の更新の直前の入院又は更新に同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平・令 年 月 日 生			
(男・女)			続柄	明・大 昭・平・令 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・令和 年 月 日) 8 市町村長									
今回の更新に同意をした家族等 (上記の家族等と同じ場合は記載不要)		氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平・令 年 月 日 生			
			(男・女)	続柄		明・大 昭・平・令 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・令和 年 月 日) 8 市町村長								
	<input type="checkbox"/> 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなした								
	家族等へ通知を発した日 令和 年 月 日 家族等に示した回答期限 令和 年 月 日 (回答期限は、通知を発した日から2週間を経過した日であることに留意)								
	通知をした家族等との連絡等の記録(直近2件) 令和 年 月 日 (□面会 □電話 □その他()) 令和 年 月 日 (□面会 □電話 □その他())								
	みなし同意ではない場合は記載不要								

審査会意見	
都道府県の措置	

記載上の留意事項

- 1 □内は、今回の更新にあたって行われた精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 本更新後の入院期間の欄は、医療保護入院者退院支援委員会で審議された入院期間に留意した上で、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月、入院から6月を経過した後は6月を上限とした期限を定めて記載すること。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 5 更新が必要と診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 6 退院に向けた取組の状況の欄については、今回の更新にあたって医療保護入院者退院支援委員会の審議が行われた年月日を記載すること。また、令和5年11月27日付障発1127第7号「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別添様式2「医療保護入院者退院支援委員会審議記録」の写しを添付すること。
その上で、
 - ①退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等、
 - ②地域援助事業者の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談の状況等、
 - ③医療保護入院者退院支援委員会での審議内容等について記載すること。
- 7 家族等の氏名欄は、親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載すること。
- 8 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つ目を記載すること。
- 9 法第33条第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなす場合は、「法第33条第8項の規定に基づき家族等の同意を得たものとみなした場合」にレ点を入れることとし、同意書の添付は不要であること。ただし、法第33条第6項による入院の更新に関する同意の通知をした時から更新するまでの間に、当該通知に係る家族等が、
 - ① 法第5条第2項に規定する家族等に該当しなくなったとき
 - ② 死亡したとき
 - ③ 意思を表示できないときのいずれかの事由に該当すると把握した場合には、同意を得たものとみなすことができないことに留意すること。また、同意を得たものとみなす場合は、通知をした家族等との連絡等の記録（直近2件）の欄に、直前の入院期間中、通知をした家族等と直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。（通知をした家族等が親権者の両親である場合は、父又は母のいずれかと直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載すること。）
- 10 今回の更新に同意をした家族等の欄に記載がある場合は、法第33条第8項による同意を得たものとみなさないことに留意すること。
- 11 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

みなし同意の場合は提出不要

様式 13

医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書

1. 医療保護入院期間の更新に関する同意の対象となる精神障害者本人

住 所	〒
フリガナ	
氏 名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

2. 医療保護入院期間の更新に関する同意者の申告事項

住 所	〒	〒
フリガナ		
氏 名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
本人との関係		
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・令和 年 月 日） なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。 ①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③患者に対する虐待等（配偶者暴力、児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待）を行っている者、④精神の機能の障害により同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、⑤未成年者		

※親権者が両親の場合は、原則として両親とも署名の上記載して下さい。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者について貴病院における入院の期間を更新させることに同意します。

病院管理者 殿

・入院期間満了日以前1ヶ月以内かつ、「指定医診察」と「退院支援委員会」の実施後の年月日を記載
・その他は「医療保護入院に関する家族等同意書」に準じて記載

年 月 日

家族等同意者の自署

(同 意 者 の 氏 名)

【参考】

入院	満了日の 1ヶ月前	満了日 (入院継続日)	応能日 (起算日)	更新届 提出期限
5月15日	7月15日	8月15日	8月16日	8月26日
診察及び委員会の順序 の定めはありません。 ①診察 ②退院支援委員会 ③同意徵取				
<翌日から10日以内>				
通知（※）にあるように、家族等から同意を徵するタイミングは、 あくまで指定医診察及び退院支援委員会の開催後としてください。				

(同意者の氏名（親権者が両親の場合）)

別添様式2

「医療保護入院者の入院期間更新届」との一致を確認

医療保護入院者退院支援委員会審議記録

委員会開催年月日 年 月 日

患者氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
退院後生活環境相談員の氏名	「医療保護入院者の入院期間更新届」の「入院届又は前回の入院期間更新届での入院期間」欄の記載と一致させる(11ページ⑦、16ページ⑦)ことを推奨		
現在の入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	
出席者	主治医 () 看護職員 () 退院後生活環境相談員 () 本人（出席・欠席）、家族等 () その他 ()		
本人及び家族等の意見	<p>【必須出席者】</p> <p>①医療保護入院者の主治医 ②看護職員（当該入院者を担当する看護職員が望ましい） ③当該入院者の選任された退院後生活環境相談員等 ④①～③以外の病院の管理者が出席を求める病院職員 ※必須出席者①～④のうちいずれかが欠けている場合、 退院支援委員会が不成立となる可能性に留意</p>		
	有 • 無		
・入院期間の更新の必要性の有無とその理由 ・退院に向けた具体的な取組			
「医療保護入院者の入院期間更新届」の「本更新後の入院期間」欄との一致を確認			
更新後の入院期間 ※入院から6ヶ月経過までは3か月以内、6か月経過後は6ヶ月以内の期間。	年 月 日まで		
その他			

[病院管理者の署名 :] [病院管理者等の自署※ゴム印不可]

[記録者の署名 :] [退院後生活環境相談員の自署]

※原則として記録は退院後生活環境相談員が作成

3. 医療保護入院者の入院期間更新届(様式 15)

① 年月日	届出年月日を記載してください。法第33条による入院年月日の翌日から10日以内に保健所に提出してください。提出期限を過ぎた場合は遅延理由書を添付してください。但し遅延理由書の添付で法的に問題がないことにはならないので、期限内厳守をお願いします(10日目が休戸日に当たる場合は翌日の開戸日が期限日となります)。
② 病院名・所在地・管理者名	院長〇〇〇〇と記載してください。(管理者の押印は不要です。)
③ 医療保護入院者	氏名は必ず保険証や運転免許証等で確認の上記載してください。入院届、同意書の写し等提出書類で不統一が起きないようにしてください。
④ 生年月日	生年月日のみでなく、届出年月日時点での年齢も記入してください。
⑤ 医療保護入院年月日	法第33条第1項及び同条第2項による入院年月日を記載してください。 精神保健法施行以前(昭和63年7月1日以前)の入院については同意入院年月日を記載してください。
⑥ 今回の入院年月日	今回貴院に入院した年月日を記載してください。入院の形態は問いません。入院形態欄は「任意」「措置」「応急」「医療保護」などと記載してください。 複数形態を経ている場合は順に記載してください。
⑦ 入院届又は前回の入院期間更新届での入院期間	入院届の「家族等の同意による入院した年月日欄」及び「今回の医療保護入院の入院期間」又は前回の入院期間更新届の「入院届又は前回の入院期間更新届での入院期間」満了日及び「本更新後の入院期間」の各年月日を記載してください。
⑧ 本更新後の入院期間	医療保護入院者退院支援委員会で審議された入院期間に留意した上で、当該医療保護入院から6か月を経過するまでの間は、3か月、入院から6か月を経過した後は6か月を上限とした期限を定めて記載してください。
⑨ 病名	報告時点での病名を記載してください。 主たる精神障害については状態像名や疑診断病名を避け精神障害の病名を記載してください。 「身体合併症」は精神疾患の原因となった身体疾患や入院治療上関連の強い場合に記載してください。 「ICD カテゴリー」はアルファベット+2桁以上の数字により記載してください。 例) F31
⑩ 入院又は前回更新日からの治療の内容と、その結果(更新前の入院期間に係る病状または状態像の経過の概要)	薬物療法、精神療法との記載のみではなく、行った治療の内容についてできるだけ具体的に記載をお願いします。その結果については更新前の入院期間に係る病状または状態像の経過の概要を記載してください。
⑪ 病状の経過	1~4まで該当する数字を○で囲んでください。
⑫ 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像	それぞれの項目について該当する全てのローマ数字、算用数字を○で囲んでください。一般に過去数か月間に認められた病状等とし、主として最近の病状等に重点を置いて記載してください。
⑬ 医療保護入院の必要性	医療保護入院を行うには、法第33条により、 ①精神障害者、 ②医療及び保護のため入院の必要がある者、 ③当該精神障害のために任意入院が行われる状態ないと判定、 の全てに該当することが求められています。

		<p>本欄については②及び③について次により記載してください。</p> <p>②[医療及び保護のための入院の必要がある者]については、自傷他害のおそれはないが、医療及び保護のためには入院治療が不可欠な程度の病状であることが客観的に把握できるように、エピソードなどを取り入れ具体的に記載してください。</p> <p>③[当該精神障害のために任意入院が行われる状態ないと判定]については、法第20条により、精神科病院の管理者は精神障害者を入院させる場合においては本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなくてはならないことから、自発的入院を求めたが、その結果当該精神障害のために、「患者本人の病識の欠如」「理解力の低下」などがあり「入院治療の同意が得られなかったこと」を具体的に記載してください。家族や施設等の事情や身体的治療のみを目的とした記載は不可です。</p> <p>市長村長同意による場合はその理由を記載してください。</p>
⑭	今後の治療方針	<p>薬物療法、精神療法との記載のみではなくできるだけ具体的に記載してください。</p> <p>また、患者本人の病識や治療への意欲を得るための取り組みについても記載をお願いします。</p>
⑮	本更新に係る診察の年月日	入院期間満了日から1か月以内に行った診察の年月日を記載してください。
⑯	更新が必要と診断した精神保健指定医氏名	精神保健指定医自身が明瞭に署名してください。(ゴム印は不可)
⑰	退院に向けた取組の状況	<p>原則、選任された退院後生活環境相談員が記載してください。退院後生活環境相談員の氏名も記入してください。</p> <p>①退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等</p> <p>②地域援助事業所の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談の状況等</p> <p>③医療保護入院者退院支援委員会(以下、「委員会」という。)での審議内容等について記載してください。</p> <p>なお、委員会は、必須の参加者である主治医、看護職員、退院後生活環境相談員及び前記以外病院職員が出席できない場合は成立しません。(主治医が指定医でない場合、必須参加者は委員会開催前に審議事項について指定医とよく相談してください。)</p>
⑱	今回の更新の直前の入院又は更新に同意した家族等	更新の直前の入院(更新)に同意した家族等を記載してください。家族等の氏名欄は親権者が両親の場合は、原則として2人目を記載してください。また、家族等の住所欄は親権者が両親で住所が異なる場合は2つ目を記載してください。
⑲	今回の更新に同意をした家族等	上記⑯の家族等と異なる場合のみ、記載してください。
⑳	法第33条第8項の規定に基づき家族等の同意を得たものとみなした場合はその旨等	<p>法第33条の第8項の規定に基づき、家族等の同意を得たものとみなす(以下、「みなし同意」という。)場合は、□にレ点を入れることとし、「医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書(以下、「更新に関する同意書」という)の添付は不要です。</p> <p>ただし、法第33条第6項による入院の更新に関する同意の通知をした時から更新するまでの間に当該通知に係る家族等が、</p> <p>①法5条第2項に規定する家族等に該当しなくなったとき、</p> <p>②死亡したとき、</p>

	<p>③意思を表示できないとき、 のいずれかの事由に該当すると把握した場合には、同意を得たものとみなすことができないことに留意してください。また、みなし同意の場合、通知をした家族等との連絡等の記録(直近2件)の欄に、直前の入院期間中、通知をした家族等と直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載してください。(通知をした家族等が親権者の両親である場合は、父又は母のいずれかと直近2回の連絡を取った際の年月日及び手段について記載してください。) 市町村長同意の場合及び19に記載がある場合は、みなし同意の規定は適用されないため、更新に関する同意書を提出してください。</p>
--	---

3-1. 医療保護入院期間の更新に関する家族等同意書(様式13)

※上記⑩の記載がある場合は、更新に関する同意書の添付は不要です。

「医療保護入院期間の更新に関する同意者の申告事項」欄の本人との関係が「2父母の場合(親権者である)」のは、入院者が未成年の場合のみです。

署名欄は、同意した家族等が自署により記入してください。

入院者が未成年で父母が同意者の場合は、両名の署名をお願いします。両親が離婚している場合は親権者の判断を尊重してください。

同意者が後見人又は保佐人、家庭裁判所が選任した扶養義務者の場合は、『審判書の写し』を添付してください。

平成26年3月以前に保護者選任を受けた三親等内の親族(甥、姪等)は、同時に扶養義務者としての審判も受けているため、家族等に該当しますので、注意してください。

3-2. 医療保護入院者退院支援委員会審議記録(別添様式2 関連通知※2)

審議記録は、原則として退院後生活環境相談員が作成してください。

以下の3点について、確実に記載してください。

①委員会の出席者(必須出席者のうちいずれかが欠けている場合は退院支援委員会が不成立となるおそれがあります)

②入院期間の更新の必要性の有無とその理由

③更新が必要な場合、更新後の入院期間及び当該機関における退院に向けた具体的な取組

本人が出席を希望したが、プライバシーを確保しての病室での開催や書面での意見提出等も困難であり、病状等からやむを得ず本人の出席を認めなかった場合、その旨をその他欄に記載してください。

病院管理者(大学病院等においては、精神科診療部門の責任者)の署名及び記録者の署名欄には、それぞれ自署をお願いします。

様式22

措置入院決定報告書

届出年月日を記載

① 令和 年 月 日

○ ○ 精神医療審査会 殿

保健所長名を記載

○ ○ 知事

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。

②	申 請 等 の 形 式	i 親族又は一般人申請（第22条） iii 検察官通報（第24条） v 矯正施設長通報（第26条） 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）	ii 警察官通報（第23条） iv 保護観察所長通報（第25条） vi 精神科病院管理者届出（第26条の2）	該当項目を○で囲む		
③	措 置 入 院 中 の 院 精 神 科 病 院	名 称				
		所在地	都道 府県	郡市 区	町村 区	
④	措 置 入 院 者 (精 神 障 害 者)	フリガナ				
		氏 名	(男・女)	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (満 歳)
⑤	措 置 診 察 を 行 っ た 年 月 日 及 び 精 神 保 健 指 定 医 の 氏 名	都道 府県	郡市 区	町村 区	令和 (指定医番号)	年 月 日
					指定医番号を必ず記載 ※県外登録等で不明の場合は その旨を記載	
⑥	措 置 診 察 を 行 っ た 年 月 日 及 び 精 神 保 健 指 定 医 の 氏 名	都道 府県	郡市 区	町村 区	令和 (指定医番号)	年 月 日
					指定医番号を必ず記載 ※県外登録等で不明の場合は その旨を記載	
法第29条の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）						
<input type="checkbox"/> i か <input type="checkbox"/> ii のどちらかを○で囲む i あり ii なし						

記 載 上 の 留 意 事 項

- 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。
- 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20）」を添付すること。

様式20

措置入院に関する診断書

① 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 檢察官通報（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）			
	該当項目を○で囲む			
② 申請等の添付資料	i あり ii なし			
③ 被診察者 (精神障害者)	フリガナ		明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)		
	住所	都道 府県		市区	町村 区
職業				
④ 病	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	アルファベット+2桁以上の数字による記載を推奨 例) F31		精神疾患の原因となった身体疾患や 入院治療上関連の強い身体疾患を記載	
	ICDカテゴリー ()	ICDカテゴリー ()		
⑤ 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。)	<p>【記載例】○市に出生。同胞○人中の第○子。幼少期に精神運動発達上の問題はなかった。地元の小中学校、○○高等学校、○○大学卒業後、○○に勤務。○歳時に結婚した。令和○年○月頃より立つことが多く無断欠勤することがあったため、○○メンタルクリニックを受診。統合失調症との診断を受けて休職し、通院にて治療をしていた。令和○年○月頃より、薬に毒が入れられていると述べて服薬を拒むようになった。令和○年○月○日夜、自宅を訪れ服薬するよう説得していた兄に対して突然殴りかかったため、妻が警察に通報した。</p>			
	(陳述者 氏名 陳述者氏名を必ず記載) 続柄)			
⑥ 初回入院期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回	過去に入院歴がない場合は「計_0_回」、不明の場合は「計 不詳 回」と記載		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは今後おそれある問題行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像 (該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。)			
⑦	A B 1 殺人 2 放火 3 強盗 4 不同意性交等 5 不同意わいせつ 6 傷害 7 暴行 8 恐喝 9 脅迫 10 窃盗 11 器物損壊 12 弄火又は失火 13 家宅侵入 14 詐欺等の経済的な問題行動 15 自殺企図 16 自傷 17 その他 ()	<現在の精神症状> ⑧		
		I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()		
		II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) 1 記録障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()		
		III 記憶 1 記録障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()		
		IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()		
		V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()		
		VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()		
		VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無関心 7 その他 ()		
		VIII 自殺 1 離人 2 自殺意図 3 解離 4 その他 ()		
		・該当する全てのローマ数字・算用数字を○で囲む ・診断名、生活歴及び現病歴の記載と矛盾することのないように留意 ・「その他」の欄に該当する場合は、具体的な症状等を記載		

B欄は、措置入院の必要性の判断根拠となるため該当する項目について必ず1つ以上○で囲む

⑧	<p>IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()</p> <p><その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()</p> <p><問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()</p> <p><現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躍動状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p>
---	--

⑨	診察時の特記事項	<p>・被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的コミュニケーションの様子等、上記「現在の精神症状」欄にチェックした精神症状等の具体的な内容を記載 ・上記エピソードを踏まえ、措置入院の必要性(要措置と判断した根拠)を記載</p>		
⑩	医学的総合判断	I 要措置	II 措置不要	
⑪	以上のように診断する。	令和 年	日	
	精神保健指定医氏名	精神保健指定医が自署 ※ゴム印、代筆不可 署名		

(行政庁における記載欄)	<p>【記載例】 落ち着かない様子で絶えず周囲を警戒している。質問に対しては、「何を探っているんだ」と述べて回答を拒絶することあり。兄に対する暴力については、「誰かが兄のふりをして毒を飲ませに来た、やられる前にやるしかない」と述べ、病識は欠如している。妄想に支配されても他害をなすおそれがあると考えられる。</p> <p>【各項目の記載例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>受診態度（例：協力的／拒否的／無反応など） <input type="checkbox"/>表情・身振り（例：無表情、焦燥感あり、落ち着きがない） <input type="checkbox"/>言語的・非言語的コミュニケーション（例：質問に対して一貫性のない返答、独語あり） <input type="checkbox"/>診察者が受けた印象（例：妄想に基づく発言が多く、現実検討能力に乏しい）
診察に立会った者 (親権者、配偶者等)	
診察場所	
診察日時	
職員氏名	
行政庁の措置	
行政メモ	

記載上の留意事項

- 1 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 2 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に含むこととする。
- 3 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 4 重大な問題行動の欄には、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 7 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

4. 措置入院決定報告書(様式 22)

① 年月日	届出年月日を記載してください。
② 申請等の形式	該当するローマ数字を○で囲んでください。記載漏れにご注意ください。
③ 措置入院中の精神科病院	措置入院者が入院中の病院の名称及び所在地を記載してください。
④ 措置入院者(精神障害者)	氏名、生年月日及び住所は措置に関する診断書と相違がないように記載してください。氏名等は必ず保険証や運転免許証等で確認してください。生年月日の他、年齢も必ず記載してください。
⑤ 措置診察を行った年月日及び精神保健指定医の氏名	指定医番号を必ず記載してください。 県外登録等により番号が不明な場合は、指定医本人に口頭で確認するなどして、可能な限り記載してください。 やむを得ず番号が把握できない場合には、その旨を記載してください。 例) 県外登録により不明
⑥ 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)	該当するローマ数字を○で囲んでください。

4-1. 措置入院に係る診断書(様式 20)

① 申請等の形式	該当する形式を○で囲んでください。
② 申請等の添付資料	精神障害者等の保護等に関する通報書、通報等に基づく措置診察要否及び措置診察のための移送に係る事前調査書等の添付がある場合は、i ありを○で囲んでください。
③ 被診察者(精神障害者)	氏名、生年月日及び住所は措置決定報告書と相違がないように記入してください。氏名等は必ず保険証や運転免許証等で確認してください。生年月日の他、年齢も必ず記載してください。 職業について把握が困難な場合は「不明」と記載してください。
④ 病名	今回の入院の理由となった精神疾患の届出の病名を記載してください。 ICD カテゴリーについても記載願います。主たる精神障害については、法第5条の定義による精神障害の病名を記載してください。 「身体合併症」は精神疾患の原因となった身体疾患や入院治療上関連の強い場合に記載してください。 「ICD カテゴリー」はアルファベット+2桁以上の数字により記載してください。 例) F31
⑤ 生活歴及び現病歴	学歴、職歴、家族状況等の生活歴、発病時期、受診歴等の現病歴、今回入院に至る経過などの概略を記載してください。 発病時期(初発時)とその症状も分る範囲で記載してください。他診療所及び他病院の受診歴も聴取して記載してください。 平成20年3月31日以前に公告している神経科における受診歴は、精神科受診歴等に含みます。 陳述者氏名、続柄は情報の出所を明らかにするために必要な項目ですので、入院時の状況を聴取した者(警察官、保健所職員、福祉事務所職員、施設職員等を含む)については必ず記載してください。
⑥ 初回入院期間・前回入院期間	精神科病院への入院期間や入院形態、入院回数を記載してください。 入院歴がない場合は、期間は空欄とし入院回数は0回と記載してください。 不明の場合は「不明」あるいは「不詳」と記載してください。生活歴及び現病

		歴との整合性に注意してください。 複数病院に受診歴がある場合について記載漏れが散見されますので留意してください。
⑦	重大な問題行動	該当するもの全てについて、算用数字と A(これまでに認められた問題行動)及び B(今後おそれのある問題行動)を○で囲んでください。 B(今後おそれのある問題行動)については、措置入院の必要性の判断根拠となるため、1項目以上を確実に記載してください。
⑧	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動、現在の状態像	それぞれの項目について該当する全てのローマ数字、算用数字を○で囲んでください。 一般に過去数か月間に認められた病状等とし、最近の病状等に重点を置いて記載してください。 病名や治療の内容とその結果の記述と矛盾することのないように注意してください。
⑨	診察時の特記事項	被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子等、上記⑮「現在の症状」欄にチェックした精神症状等の具体的な内容を記載してください。これらのエピソードを踏まえ、措置入院の必要性(措置入院を要すると判断した根拠)も含めて記載してください。
⑩	医学的総合判断	該当するローマ数字を○で囲んでください。
⑪	精神保健指定医氏名	診察年月日を記入し、精神保健指定医自身が明瞭に署名してください。(ゴム印不可)

様式23

- ・保健所への提出年月日を記載
- ・措置入院3か月の時点と措置入院から6ヶ月毎に定期病状報告を行う
例)4月に入院した場合:7月・10月・4月に報告書を提出

措置入院者の定期病状報告書

① 令和 年 月 日

○ ○ 知事 殿

病院名

② 所在地

管理理者名

院長〇〇〇〇と記載
※管理者の押印不要

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2第1項の規定により報告します。

③ 措置入院者	フリガナ				④ 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)				
⑤ 措置年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			⑥ 今回の入院年月日	昭和 平成 令和 入院形態	入院形態を問わず今回入院となつた年月日を記載
⑦ 前回の定期報告年月日	令和 年 月 日					
⑧ 病名	1 主たる精神障害 ICDはアルファベット+2桁以上の数字による記載 例)F31 主たる精神障害については状態像ではなく確定診断名を記載			2 従たる精神障害	3 身体合併症 精神疾患の原因となった身体疾患や入院治療上関連の強い身体疾患を記載	
⑨ 過去6か月間(措置入院後3か月の場合は3か月間)の仮退院の実績	計	回	実績がない場合は「計_0回」と記載			延日数
⑩ 過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果 〔問題行動を中心として記載すること。〕	<ul style="list-style-type: none"> ・「薬物療法」「精神療法」のみの記載ではなく、治療内容とその結果を具体的に記載 ・特に措置入院の必要性を示す問題行動を中心として具体的に記載 					
⑪ 今後の治療方針(再発防止への対応含む)	「薬物療法」「精神療法」のみの記載ではなく、自傷他害の再発防止への対応を含めて具体的に記載					
⑫ 処遇、看護及び指導の現状	隔離	i 多用	ii 時々	iii ほとんど不要		
	注意必要度	i 常に厳重な注意	ii 随時一応の注意	iii ほとんど不要		
	日常生活の介助指導 必要性	i 極めて手間のかかる介助	ii 比較的簡単な介助と指導	iv その他()	iii 生活指導を要する	

(13) 退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況等について)	選任された退院後生活環境相談員() 地域援助事業者の紹介について本人や家族等からの求め又は必要性の有無(あり・なし) 上記で「あり」の場合の紹介状況()		
	<p>・地域援助事業者の紹介の有無に関わらず、退院後生活環境相談員との初回相談の時期や内容を記載 ・現時点で退院見込みがない場合も、退院に向けた取り組み状況を記載</p>		
(14) 重大な問題行動(Aはこれまでの、Bは今後起こるおそれある行動) 1 殺人 2 放火 3 強盗 4 不同意性交罪 5 不同意わいせつ 6 傷害 7 暴行 8 恐喝 9 脅迫 10 窃盗 11 器物損壊 12 弄火又は失火 13 家宅侵入 14 詐欺等の経済的な問題行動 15 自殺企図 16 自傷 17 その他 ()	A B	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像(該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。)	
		<現在の精神症状> ⑯	
		I 意識	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他
		II 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害)	
		III 記憶	1 記録障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他
		IV 知覚	1 幻聴 2 幻視 3 その他()
		V 思考	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸
		VI 感情・情動	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他()
		1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁	
		5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進	7 その他()
		VII 意欲	
		1 衝動行動 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止	
		6 無為・無関心 7 その他()	
		VIII 自我意識	
		1 離人感 2させられ体験 3 解離 4 その他()	
		IX 食行動	
		1 噫食 2 過食 3 異食 4 その他()	
<現在の状態像>			
1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態			
4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躍動状態	7 せん妄状態		
8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()			
B欄は、措置入院の必要性の判断根拠となるため該当する項目について必ず1つ以上○で囲む			
<p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他()</p> <p><現在の状態像></p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躍動状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他()</p>			
<p>・被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的コミュニケーションの様子等、上記「現在の精神症状」欄にチェックした精神症状等の具体的な内容を記載 ・上記エピソードを踏まえ、措置入院の継続の必要性(要措置入院継続と判断した根拠)を記載</p>			
<p>17 本報告に係る診察年月日 令和 年 月 日</p> <p>18 診察した精神保健指定医氏名 署名 精神保健指定医が自署 ※ゴム印、代筆不可</p>			
<p>【記載例】 声をかけても視線を合わせようとせず、時折天井を見上げて独語している。「にせものを撃滅しろと天の声が言っている、早くここから出せ」と強い口調で迫り、保護室から出ていこうとして制止されると興奮する。幻覚妄想が活発で他害を促す幻聴があり、現実検討能力が乏しいため、依然として他害のおそれがあると判断する。</p> <p>【各項目の記載例】 ※措置入院に関する診断書を参照</p>			

記載上の留意事項

- 1 □内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。（特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第3項入院」、「第33条第2項・第3項入院」又は「第33条の6第2項入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 5 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に含むこととする。
- 6 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 7 重大な問題行動の欄には、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 8 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 9 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 10 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 11 退院に向けた取組の状況の欄については、退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等や、地域援助事業者の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談の状況等について記載すること。
- 12 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

5. 措置入院者の定期病状報告書(様式 23)

① 年月日	届出年月日を記載してください。 措置入院に係る定期の報告は、措置入院後 3 か月の時点と措置入院がとられた日の属する月の翌月を初月とする同月以後の 6 か月毎に行ってください。例えば4月に入院した場合は、7月と10月と翌年の4月中に保健所に報告書を提出するようにしてください。提出期限を過ぎた場合は遅延理由書を添付してください。但し遅延理由書の添付で法的に問題がないことにはならないので、期限内厳守をお願いします。
② 病院名・所在地・管理者名	院長〇〇〇〇と記載してください。(管理者の押印は不要です。)
③ 措置入院者	氏名は必ず保険証や運転免許証等で確認し記載してください。
④ 生年月日	生年月日のみでなく、届出年月日時点での年齢も記入してください。
⑤ 措置年月日	今回の措置発令年月日を記載してください。 措置入院中に転院があった場合は最初の病院に入院した年月日になります。
⑥ 今回の入院年月日	今回貴院に入院した年月日を記載してください。入院の形態は問いません。 入院形態欄は「任意」「措置」「応急」「医療保護」などと記載してください。 複数形態を経ている場合は順に記載してください。
⑦ 前回の定期報告年月日	前回の定期病状報告書の提出日を記載してください。 今回が初めての報告であれば、記載する必要はありません。
⑧ 病名	報告時点での病名を記載してください。 主たる精神障害については状態像名や疑診断病名を避け精神障害の病名を記載してください。 「身体合併症」は精神疾患の原因となった身体疾患や入院治療上関連の強い場合に記載してください。 「ICD カテゴリー」はアルファベット+2桁以上の数字により記載してください。 例) F31
⑨ 過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の仮退院の実績	過去6か月間の仮退院の回数と延日数を記載してください。 なお、措置入院後 3 か月の時点でもその実績について記載をお願いします。
⑩ 過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果	薬物療法、精神療法との記載のみではなく、行った治療の内容についてもできるだけ具体的な記載をお願いします。その結果についても同様に具体的に記載してください。 その際に入院措置を要すると判断された問題行動に関する内容を中心とした記載をお願いします。 なお、措置入院後3か月の時点でも記載をお願いします。
⑪ 今後の治療方針	薬物療法、精神療法との記載のみではなくできるだけ具体的に記載してください。 また、再発防止への対応についても記載をお願いします。
⑫ 処遇、看護及び指導の現状	該当するローマ数字を〇で囲んでください。
⑬ 退院に向けた取り組み	選任された退院後生活環境相談員の氏名を記入してください。地域援助事業者の紹介について本人や家族等からの求め又は必要性の有無のいずれかを〇で囲み、「あり」の場合は紹介状況を記載してください。 地域援助事業者の紹介の有無に関わらず、退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等も記載してください。
⑭ 重大な問題行動	該当するもの全てについて、算用数字と A(これまでに認められた問題行動)

		及びB(今後おそれのある問題行動)を○で囲んでください。 特にB(今後おそれのある問題行動)については、措置入院継続の必要性の判断根拠となるため、1項目以上を確実に記載してください。
⑯	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動、現在の状態像	それぞれの項目について該当する全てのローマ数字、算用数字を○で囲んでください。一般に過去数か月間に認められた病状等とし、最近の病状等に重点を置いて記載してください。 病名や治療の内容とその結果の記述と矛盾することのないように注意してください。
⑰	診察時の特記事項	被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子等、上記⑯「現在の症状」欄にチェックした精神症状等の具体的な内容を記載してください。これらのエピソードを踏まえ、措置入院の継続の必要性(措置入院の継続を要すると判断した根拠)も含めて記載してください。
⑱	本報告に係る診察年月日	報告書の日付から1ヶ月以内の診察日を記載してください。
⑲	診察した精神保健指定医氏名	精神保健指定医自身が明瞭に署名してください。(ゴム印は不可)

＜参考＞入院届出等の提出期限について	
種類	法令で定める期限等
医療保護入院者の入院届	入院日より10日以内(※翌日から起算)
医療保護入院者の入院期間更新届け	入院満了日(入院継続日)の翌日から10日以内
措置入院決定報告書	入院日より速やかに
措置入院者の定期病状報告書	入院後3か月時点と入院日の翌月を初月とする同月以後の6ヶ月毎に各月末日まで 例) R7年7月10日入院→初回提出:R7年10月末日まで →2回目提出:R8年1月末日まで →3回目提出:R8年7月末日まで
【留意事項】	
<ul style="list-style-type: none"> 提出期限が閉庁日の場合は翌開庁日とします。 期限を超過して提出する場合は「遅延理由書(任意様式)」を添付し、やむを得ず期限を超過した具体的な理由と、再発防止策について記載してください。但し、遅延理由書は、提出期限を超過した場合にその理由を説明するための補足資料であり、法的効力を有するものではありません。したがって、精神保健福祉法に基づく各種届出において、遅延理由書を添付したことのみをもって、当該届出が適法と認められるものではない点に十分ご留意ください。 	

＜参考＞医療保護入院の同意者と留意点	
同意者	留意点
配偶者／父母 祖父母等／子・孫等 兄弟姉妹	当該同意者の氏名、続柄等を書面で申告を求め確認してください。その際には、可能な範囲で運転免許証や各種医療保険の被保険者証等の提示による本人確認を行ってください。 絶対的扶養義務者(民法877条第1項)
家庭裁判所が選任した扶養義務者(三親等内の親族)	家庭裁判所で扶養義務者の指定の審判を受け、その写しの審判書を医療保護入院に関する各届出に添付してください。 叔父叔母(伯父伯母)、姪甥等の相対的扶養義務者(民法877条第2項)
後見人又は保佐人	選任審判書又は登記事項証明書の写しを添付してください。

【関連通知】

- ※1) 精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について(令和5年11月27日障精発1127第5号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知)
- ※2) 措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について(令和5年11月27日障精発1127第7号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

【参考ホームページ】

◆厚生労働省

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaisei_seisin/index_00003.html

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 障害者福祉 > 令和4年精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正について

◆長野県ホームページ: 精神保健福祉法関係様式【抜粋】

<https://www.pref.nagano.lg.jp/shippei-kansen/seishinhoukaisei>

ホーム > 健康・医療・福祉 > 健康 > 精神保健 > 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律関係様式(抜粋)

令和7年7月

長野県精神保健福祉センター
(長野県精神医療審査会事務局)
住所 〒381-8577 長野市下駒沢618-1
電話 026-266-0280