

「医療保護入院者の入院届」「医療保護入院者の入院期間更新届」
「措置入院に関する診断書」「措置入院者の定期病状報告書」
記載上の留意点について

医療保護入院者の入院届	1
医療保護入院者の入院期間更新届	5
措置入院者の定期病状報告書	9
措置入院に関する診断書	13
医療保護入院者の退院届	15

〈参考事項〉

1 入院届等の届出期限について	16
2 同意者について	17
3 電算処理による届出等の取扱いについて	19
4 その他	19

令和6年5月
兵庫県精神医療審査会
神戸市精神医療審査会

(参照ホームページ)

- ①厚生労働省「令和4年精神保健福祉法改正に関する通知」で検索すると通知内容が全て見れます。(令和6年4月1日施行分、令和5年4月1日施行分)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/gyakutaiboushi/tsuuchi_00007.html



- ②「日本精神科病院協会」→「精神保健福祉法関連」→上から4つめの「厚生労働省 省令・告示・通知等」で検索すると通知内容が全て見れます。

<https://www.nisseikyo.or.jp/gyousei/kaisei/kokuji.php>



- ③神戸市の【精神保健福祉法に基づく入院等に関する各種様式(令和6年度4月1日施行分)・作成上の留意点について】

<https://www.city.kobe.lg.jp/a00685/seishin/seishinyoushiki.html>



『医療保護入院者の入院届』記載上の留意点

(様式の太枠内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。)

①	年月日	保健所への提出年月日を記載してください。
②	病院名・所在地 管理者名	令和3年度より押印は不要となりました。
③	医療保護入院者	略字及び外国人の日本通称名等ではなく、本名を記載してください。 住所は原則として居住地の住所を記載し、同意書と一致しているかどうか確認してください。
④	家族等の同意により 入院した年月日	法第33条第1項の規定により家族等の同意で入院した年月日を記載してください。入院継続中に、入院形態が他の形態から医療保護入院に変更となった場合、特定医師による入院の場合、虐待等で適切な同意者の同意に補正した場合も家族等が同意をした年月日を記載してください。
⑤	今回の入院年月日 入院形態	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時の入院形態を記載してください(特定医師による入院を含む)。 複数の入院形態を経ている場合は経過がわかるように順に記載してください。
⑥	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月上限として年月日を記載してください。
⑦	第34条による移送の 有無	法第34条に基づく移送の有無を○で囲んでください。 同条により移送が行われている場合は、①移送に関する事前調査票、②移送記録票、③移送診察記録票の写しを、添付してください。
⑧	病名	(共通事項) ①ICD-10に準拠した病名とFコード(英字を含め3桁以上)を記載してください。 ②「身体合併症」は、精神症状と関連する場合に記載にしてください。 (例) 1 主たる精神障害 「血管性認知症 F01」 3 身体合併症 「脳出血」 ③生活歴及び現病歴の記載と一致していること。 (注意事項) ・法第5条の定義による精神障害の病名であって、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でなくてはなりません。例えば、単純酩酊や急性アルコール中毒、家庭内暴力といった診断名はこれに該当しません。 ・止むを得ず提出期限内に精神疾患の病名を確定できない場合は、状態像診断を記載してください。(その場合、Fコードが記載できない場合は不要です。) ・てんかん(Gコード)は身体合併症に記載してください。
⑨	生活歴及び現病歴	(共通事項) ①生活歴については、家族状況(同胞○名第○子、婚姻歴、子○人)、学歴、職歴等を簡潔に記載してください。可能な限り記載することが望ましいですが、不明の場合は不明の旨を記載してください。 ②現病歴については、発病時期、受診歴、今回の入院(任意入院を含む他の入院形態からの切替、隔離、身体拘束の行動制限)に至る経過などの概略を記載してください。 ③他診療所及び他病院での受診歴も聴取して記載してください。 (注意事項) ・特定医師の診察により入院した場合は、指定医の届出において特定医師のとした措置の妥当性についても記載してください。 ・陳述者氏名と続柄は、今回の入院に係る内容を記載してください。公的機関等の職員の場合は、所属名、職種の記載で構いません。 (例：氏名：○○福祉事務所 続柄 担当ケースワーカー)

⑩	初回入院期間、前回入院期間、初回から前回までの入院回数	他の精神科病床を含め、入院歴、入院形態について聴取し、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。 過去の状況について不明な場合は、その旨を記載してください。
⑪	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	<p>(共通事項)</p> <p>① 該当する全てのローマ数字、算用数字等を○で囲んでください。 ② 診断名、生活歴、現病歴あるいは医療保護入院の必要性の記述と矛盾することのないように注意してください。 ③ 一般にこの書類作成までの過去数ヶ月に認められた精神症状、問題行動及び状態像をさすものとして、主として最近の症状に重点を置いて、記載してください。 ④ 「その他」の欄に該当する場合は、具体の精神症状を記載してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>主病名が認知症の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅲ記憶」にチェックしてください。 主病名が知的障害の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅱ知能」にチェックしてください。</p>
⑫	医療保護入院の必要性	<p>(共通事項)</p> <p>入院を判断した診察時の本人の言動・様子、上記の「現在の精神症状」欄にチェックした精神症状のエピソードを取り入れるなどして、以下の3点を具体的に記載するように留意してください。</p> <p>① 精神科の医療保護入院を必要とする精神症状 ② 自発的（任意）入院が行われるように努めたこと。（法第20条により、「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ければならない」ため） ③ 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してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>ア 主病名が〇〇型・〇〇性認知症、アルコール等使用障害、神経症性障害、パーソナリティ障害、知的障害、発達障害等の場合、精神科の医療保護入院を必要とする理由について、より留意して記載してください。（家族や施設の事情だけの理由の記載は避けてください。） イ 薬物による昏睡などを含む一過性の意識障害や酩酊状態であることのみをもって、医療保護入院の必要性を判断することは認められません。</p>
⑬	入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	精神保健指定医自身が署名してください。（指定医自身の署名のコピー、複写であれば可） 精神保健指定医の氏名が判別できるように、明瞭に記載してください。
⑭	同意をした家族等	未成年者で両親が親権者の場合、原則として両親の同意が必要です。 両親で住所が異なる場合に、2つ目を記載してください。 親権者一方の同意もしくは他の家族等が同意する場合は、その理由等を「生活歴及び現病歴」欄に記載してください。 過去に虐待認定されている家族等が同意者になっている場合は、現在当該家族等から虐待が行われていないと認めるに足りる相当の事情（当該患者への虐待の疑いがなく、当該患者との良好な関係性が認められると精神科病院が判断していること）を「生活歴及び現病歴」欄に記載してください。 後見人または保佐人が法人である場合、個人名ではなく、法人名を記載してください。 市長同意の場合、「〇〇市長」と記載してください。

医療保護入院者の入院届

① 令和 年 月 日

兵庫県知事様

② 病院名
所在地
管理者名

③ 医療保護入院者	フリガナ			生年月日	明・大 昭・平 令	年	月	日	日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)							
	住所	都道府県	郡市区	町村 区					
④ 家族等の同意により 入院した年月日	令和 年 月 日	⑤		今回の 入院年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
⑥ 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					
⑦ 第34条による移送の有 無	あり		なし						
⑧ 病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症						
	英字Fを含む3桁以上で記載 ICD-カテゴリー (F)	ICD-カテゴリー (F)	・精神症状と関連する場合に記載 ・生活歴及び現病歴の記載と一致し ていること。						
⑨ 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。 (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 の妥当性について記載 すること。)	<p>(共通事項)</p> <p>① 生活歴については、家族状況(同胞〇名第〇子、婚姻歴、子〇人)、学歴、職歴等を簡潔に記載してください。可能な限り記載することが望ましいですが、不明の場合は不明の旨を記載してください。</p> <p>② 現病歴については、発病時期、受診歴、今回の入院(任意入院を含む他の入院形態)からの切替、隔離、身体拘束の行動制限)に至る経過などの概略を記載してください。</p> <p>③ 他診療所及び他病院での受診歴も聴取して記載してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>・特定医師の診察により入院した場合は、指定医の届出において特定医師のとった措置の妥当性についても記載してください。</p> <p>・陳述者氏名と続柄は、今回の入院に係る内容を記載してください。公的機関等の職員の場合は、所属名、職種の記載で構いません。</p> <p>(例: 氏名:〇〇福祉事務所 続柄 担当ケースワーカー)</p> <p>(陳述者氏名 記載漏れに注意してください。 続柄)</p>								
	⑩ 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><現在の精神症状></p>	<p>(共通事項)</p> <p>① 該当する全てのローマ数字、算用数字等を○で囲んでください。</p> <p>② 診断名、生活歴、現病歴あるいは医療保護入院の必要性の記述と矛盾することのないように注意してください。</p> <p>③ 一般にこの書類作成までの過去数ヶ月に認められた精神症状、問題行動及び状態像をさすものとして、主として最近の症状に重点を置いて、記載してください。</p> <p>④ 「その他」の欄に該当する場合は、具体の精神症状を記載してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>・主病名が認知症の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅲ記憶」にチェックしてください。</p> <p>・主病名が知的障害の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅱ知能」にチェックしてください。</p>
<p><その他の重要な症状></p>	<p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 (該当する場合は物質名を記載)</p> <p>4 その他 ()</p>
<p><問題行動等></p>	<p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 (該当する場合は具体の問題行動を記載)</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</p> <p>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</p> <p>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 (該当する場合は具体の状態を記載)</p>

⑪

<p>医療保護入院の必要性</p> <p>患者自身の病氣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。</p>	<p>(共通事項)</p> <p>入院を判断した診察時の本人の言動・様子、上記の「現在の精神症状」欄にチェックした精神症状のエピソードを取り入れるなどして、以下の3点を具体的に記載するように留意してください。</p> <p>① 精神科の医療保護入院を必要とする精神症状</p> <p>② 自発的(任意)入院が行われるように努めたこと。(法第20条により、「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ければならない」ため)</p> <p>③ 患者自身の病氣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してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>ア 主病名が〇〇型・〇〇性認知症、アルコール等使用障害、神経症性障害、パーソナリティ障害、知的障害、発達障害等の場合、精神科の医療保護入院を必要とする理由について、より留意して記載してください。(家族や施設の事情だけの理由の記載は避けてください。)</p> <p>イ 薬物による昏睡などを含む一過性の意識障害や酩酊状態であることのみをもって、医療保護入院の必要性を判断することは認められません。</p>
---	--

⑫

<p>入院を必要と認めた精神保健指定医氏名</p>	<p>署名</p>
---------------------------	-----------

⑬

<p>選任された退院後生活環境相談員の氏名</p>	
---------------------------	--

<p>同意をした家族等</p>	<p>氏名</p>	<p>(男・女) 続柄</p>	<p>生年月日</p>	<p>明・大昭・平・令 年 月 日生</p>
	<p>住所</p>	<p>都道府県 郡市区</p>	<p>町村区</p>	<p>明・大昭・平・令 年 月 日生</p>
<p>1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等</p> <p>4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後见人又は保佐人</p>				

⑭

<p>審査会意見</p>	
<p>都道府県の措置</p>	

「医療保護入院者の入院期間更新届」記載上の留意点

(様式の太枠内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。)

①	年月日	保健所への提出年月日を記載してください。
②	病院名・所在地 管 理者名	令和3年度より押印は不要となりました。
③	医療保護入院者	略字及び外国人の日本通称名等ではなく、本名を記載してください。 住所は原則として居住地の住所を記載し、同意書と一致しているかどうか確認してください。
④	医療保護入院年月日	法第33条第1項の規定により家族等の同意で入院した年月日を記載してください。
⑤	今回の入院年月日	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時の入院形態を記載してください(特定医師による入院を含む)。複数の入院形態を経ている場合は経過がわかるように順に記載してください。
⑥	入院届又は前回の入院期間更新届での入院期間	直近の入院期間の満了日 ※R6年度経過措置対象患者のみ開始日の記載不要
⑦	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月を上限として期限を定めてください。
⑧	病名	(共通事項) ①更新届の際は、状態像診断ではなく確定診断名で記載してください。 ②ICD-10に準拠した病名とFコード(英字を含め3桁以上)を記載してください。 ③「身体合併症」は、精神症状と関連する場合に記載にしてください。 (例) 1 主たる精神障害 「血管性認知症 F01」 3 身体合併症 「脳出血」 (注意事項) ①法第5条の定義による精神障害の病名であって、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でなくてはなりません。例えば、単純酩酊や急性アルコール中毒、家庭内暴力といった診断名はこれに該当しません。 ②てんかん(Gコード)は身体合併症に記載してください。
⑨	治療内容	(共通事項) ①「入院又は前回更新日からの精神科の治療内容(通院又は任意入院への変更をめざして病院が行った治療の内容)」と、 ②「その結果」を患者自身の症状に応じて具体的に記載してください。
⑩	症状の経過	該当する算用数字を○で囲んでください。
⑪	現在の精神症状	① 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。 ② 診断名、生活歴、現病歴あるいは医療保護入院の必要性の記述と矛盾することのないように注意してください。 ③ 一般にこの書類作成までの過去数ヶ月に認められた精神症状、問題行動及び状態像をさすものとして、主として最近の症状に重点を置いて、記載してください。 ④ 「その他」の欄に該当する場合は、具体の精神症状を記載してください。

⑫	医療保護入院の必要性	<p>(共通事項)</p> <p>入院を判断した診察時の本人の言動・様子、「現在の精神症状」欄にチェックした精神症状のエピソードを取り入れるなどして、以下の3点を具体的に記載するように留意してください。</p> <p>① 精神科の医療保護入院を必要とする精神症状 ② 自発的(任意)入院が行われるように努めたこと。(法第20条により、「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ければならない」ため) ③ 患者自身の病気に対する理解の程度を含め、入院を継続するにあたって任意入院が行われる状態にないと判断した根拠について記載してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>ア 主病名が〇〇型・〇〇性認知症、アルコール等使用障害、神経症性障害、パーソナリティ障害、知的障害、発達障害等の場合、精神科の医療保護入院を必要とする理由について、より留意して記載してください。(家族や施設の事情だけの理由の記載は避けてください。) イ 薬物による昏睡などを含む一過性の意識障害や酩酊状態であることのみをもって、医療保護入院の必要性を判断することは認められません。</p>
⑬	今後の治療方針	<p>・患者自身の病識や治療への意欲を得るための取組を含めた治療方針(例えば、通院又は任意入院への変更をめざして病院が行う治療の内容など)について、具体的な内容を記載してください。</p>
⑭	本更新に係る診察の年月日	<p>診察年月日を記載してください。 できる限り入院期間満了日の1か月以内に行うようにしてください。</p>
⑮	更新が必要と判断した精神保健指定医	<p>精神保健指定医自身が署名してください。(指定医自身の署名のコピー、複写であれば可) 精神保健指定医の氏名が判別できるように、明瞭に記載してください。</p>
⑯	退院に向けた取り組み	<p>・医療保護入院者退院支援委員会審議記録の写しを添付してください。 ・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してください。</p> <p>そのうえで</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 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 について記載してください。</p>
⑰	今回の更新の直前に入院又は更新に同意をした家族等	<p>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。 親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載してください。</p>
⑱	今回の更新に同意した家族等	<p>⑰と同じ場合は記載不要です。</p>
⑲	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>・家族等の同意を得たものとみなす場合は□にレ点(☑)を入れてください。 ・同意書は不要です。 ・ただし、以下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ません。</p> <p>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</p>
⑳	・家族等へ通知を発した日、家族等に示した回答期限	<p>回答期限が通知を発した日から2週間を経過しているか確認してください。</p>
	・通知をした家族等との連絡等の記録	<p>直近2回の連絡を取った際の年月日を記載してください。 手段については該当する□にレ点(☑)を入れてください。</p>
		<p>※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ため、お気をつけください。</p>

様式15

医療保護入院者の入院期間更新届

① 令和 年 月 日

兵庫県知事様

病院名

② 所在地

管理者名

③ 医療保護入院者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	明・大昭・平成 年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	市区	町村区
④ 医療保護入院年月日 (第33条第1項・第2項による入院)	昭和 平成 令和	年 月 日	⑥ 今回 入院年月日	昭和 平成 令和
			入院形態	
⑤ 入院届又は 前回の入院期間更新届で 入院期間	令和 ～令和	年 月 日	⑦ 本更新後 入院期間	令和 年 月 日まで
⑧ 病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	① 状態像でなく確定診断名を記載 ② 英字Fを含む3桁以上で記載 ICD カテゴリー (F)	ICD カテゴリー (F)	・精神症状と関連する場合に記載	
⑨ 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)	① 「入院又は前回更新日からの精神科の治療内容(通院又は任意入院への変更をめざして病院が行った治療の内容)」と、 ② 「その結果」を患者自身の症状に応じて具体的に記載してください。			
	症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向		
⑩ <現在の精神症状>	(共通事項) ① 該当する全てのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲んでください。 ② 診断名、生活歴、現病歴あるいは医療保護入院の必要性の記述と矛盾することのないように注意してください。 ③ 一般にこの書類作成までの過去数ヶ月に認められた精神症状、問題行動及び状態像をさすものとして、主として最近の症状に重点を置いて、記載してください。 ④ 「その他」の欄に該当する場合は、具体の精神症状を記載してください。			
	(注意事項) ・主病名が認知症の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅲ記憶」にチェックしてください。 ・主病名が知的障害の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅱ知能」にチェックしてください。			
<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 ()			
<問題行動等>	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 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 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 ()			

⑫	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。	<p>(共通事項) 入院の継続を判断した診察時の本人の言動・様子、「現在の精神症状」欄にチェックした精神症状のエピソードを取り入れるなどして、以下の3点を具体的に記載するように留意してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 精神科の医療保護入院を必要とする精神症状 ② 自発的(任意)入院が行われるように努めたこと。(法第20条により、「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ければならないため」) ③ 患者自身の病気に対する理解の程度を含め、入院を継続するにあたって任意入院が行われる状態にないと判断した根拠について記載してください。 <p>(注意事項) ア 主病名が〇〇型・〇〇性認知症、アルコール等使用障害、神経症性障害、パーソナリティ障害、知的障害、発達障害等の場合、精神科の医療保護入院を必要とする理由について、より留意して記載してください。(家族や施設の事情だけの理由の記載は避けてください。) イ 薬物による昏睡などを含む一過性の意識障害や酩酊状態であることのみをもって、医療保護入院の必要性を判断することは認められません。</p>																									
⑬	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の取組等を含む。)	患者自身の病識や治療への意欲を得るための取組を含めた治療方針(例えば、通院又は任意入院への変更をめざして病院が行う治療の内容など)について、具体的な内容を記載してください。																									
⑭	本更新に係る診察の年月日	令和 年 月 日																									
⑮	更新が必要と診断した精神保健指定医氏名	署名 診断した指定医ご自身が署名してください。																									
⑯	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)	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)																									
⑰	今回の更新の直前の入院又は更新に同意した家族等	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>生年月日</td> <td>明・大昭・平・令 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>生年月日</td> <td>明・大昭・平・令 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>都道府県</td> <td>郡市区</td> <td>町村区</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>都道府県</td> <td>郡市区</td> <td>町村区</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">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</td> </tr> </table>	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生	住所	都道府県	郡市区	町村区		住所	都道府県	郡市区	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				
氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生																							
氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生																							
住所	都道府県	郡市区	町村区																								
住所	都道府県	郡市区	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																											
⑱	今回の更新に同意した家族等(上記の家族等と同じ場合は記載不要)	<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>生年月日</td> <td>明・大昭・平・令 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>生年月日</td> <td>明・大昭・平・令 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>都道府県</td> <td>郡市区</td> <td>町村区</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>都道府県</td> <td>郡市区</td> <td>町村区</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">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</td> </tr> </table>	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生	住所	都道府県	郡市区	町村区		住所	都道府県	郡市区	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				
氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生																							
氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大昭・平・令 年 月 日生																							
住所	都道府県	郡市区	町村区																								
住所	都道府県	郡市区	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																											
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	<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 ())																									

審査会意見	
都道府県の措置	

「措置入院者の定期病状報告書」記載上の留意点

(様式の太枠内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。)

①	年月日	保健所への提出年月日を記載してください。
②	病院名・所在地 管 理者名	令和3年度より押印は不要となりました。
③	措置入院者	略字及び外国人の日本通称名等ではなく、本名を記載してください。 住所は原則として居住地の住所を記載し、同意書と一致しているかどうか確認してください。
④	措置年月日	措置年月日を記載してください。
⑤	今回の入院年月日 入院形態	入院形態を問わず今回入院となった年月日を記載してください。 入院時の入院形態を記載してください。 複数の入院形態を経ている場合は経過がわかるように順に記載してください。
⑥	前回の定期報告年月日	前回の年月日を記載してください。
⑦	病名	<p>(共通事項)</p> <p>①定期病状報告書の際は、状態像診断ではなく確定診断名で記載してください。</p> <p>②ICD-10に準拠した病名とFコード(英字を含め3桁以上)を記載してください。</p> <p>③「身体合併症」は、精神症状と関連する場合に記載にしてください。 (例) 1 主たる精神障害 「血管性認知症 F01」 3 身体合併症 「脳出血」</p> <p>(注意事項)</p> <p>①法第5条の定義による精神障害の病名であって、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でなくてはなりません。例えば、単純酩酊や急性アルコール中毒、家庭内暴力といった診断名はこれに該当しません。</p> <p>②てんかん(Gコード)は身体合併症に記載してください。</p>
⑧	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	実績がない場合は0回と必ず記載してください。
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)の治療内容とその結果	①「精神科の治療内容」と、 ②「その結果」を患者の問題行動を中心として具体的に記載してください。
⑩	今後の治療方針	自傷他害の再発防止への対応を含めて、具体的に記載してください。
⑪	処遇、看護及び指導の現状	隔離、注意必要度、日常生活の介助指導必要性のそれぞれについて、該当する項目に○をつけてください。
⑫	退院に向けた取組の状況	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退院支援委員会での審議内容等について患者自身の個別の状況を記載してください。

⑬	<p>重大な問題行動 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</p>	<p>該当する全ての算用数字、及びアルファベットを○で囲んでください。</p> <p>① 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。 ② 診断名、生活歴、現病歴あるいは医療保護入院の必要性の記述と矛盾することのないように注意してください。 ③ 現在の精神症状、その他重要な症状、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ヶ月に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置いて、記載してください。 ④ 「その他」の欄に該当する場合は、具体の精神症状を記載してください。</p>
⑭	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、自傷他害のおそれがあり措置入院が必要であるとの観点で記載してください。</p>
⑮	本報告に係る診察年月日	診察年月日を記載してください。
⑯	診察した精神保健指定医	<p>精神保健指定医自身が署名してください。 精神保健指定医の氏名が判別できるように、明瞭に記載してください。</p>

措置入院者の定期病状報告書

① 令和 年 月 日

兵庫県知事様

病院名
② 所在地
管理者名

③ 措置入院者	フリガナ			生年月日	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	郡市区	町村区					
④ 措置年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑤ 今回入院年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
⑥ 前回の定期報告年月日	令和 年 月 日								
⑦ 病名	1 主たる精神障害 ・状態像でなく確定診断名を記載 ・英字Fを含む3桁以上で記載 ICD カテゴリー (F)		2 従たる精神障害 ICD カテゴリー (F)		3 身体合併症 ・精神症状と関連する場合に記載				
⑧ 過去6か月間(措置入院後3か月場合は3か月間)の仮退院の実績	計 回 延日数 日								
⑨ 過去6か月間(措置入院後3か月場合は過去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。]	①「精神科の治療内容」と、 ②「その結果」を患者の問題行動を中心として具体的に記載してください。								
⑩ 今後の治療方針(再発防止への対応含む)	・自傷他害の再発防止への対応を含めて、具体的に記載してください。								
⑪ 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 iii 生活指導を要する iv その他 ()							

⑫ 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 ()
⑬ 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 A B 2 放火 A B 3 強盗 A B 4 不同意性交渉 A B 5 不同意わいせつ A B 6 傷害 A B 7 暴行 A B 8 恐喝 A B 9 脅迫 A B 10 窃盗 A B 11 器物損壊 A B 12 弄火又は失火 A B 13 家宅侵入 A B 14 詐欺等の経済的な問題行動 A B 15 自殺企図 A B 16 自傷 A B 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> (共通事項) ・大きな問題行動は、該当する算用数字と、A,Bを○で囲んでください。 ・該当する全てのローマ数字、算用数字等を○で囲んでください。 ・診断名、生活歴、現病歴あるいは医療保護入院の必要性の記述と矛盾することのないように注意してください。 ・現在の精神症状、その他重要な症状、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ヶ月に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置いて、記載してください。 ・「その他」の欄に該当する場合は、具体の精神症状を記載してください。 (注意事項) ・主病名が認知症の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅲ記憶」にチェックしてください。 ・主病名が知的障害の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅱ知能」にチェックしてください。
⑭ 診察時の特記事項	・被診者の受診態度、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、自傷他害のおそれがあり措置入院が必要であるとの観点で記載してください。
⑮ 本報告に係る診察年月日	令和 年 月 日
⑯ 診察した精神保健指定医氏名	署名

審査会意見	
都道府県の措置	

重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後おそれる問題行動）		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。）
1 殺人	A B	<p><現在の精神症状></p> <p>(共通事項)</p> <p>・重大な問題行動は、該当する算用数字、A B を○で囲んでください。</p> <p>・該当する全てのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲んでください。</p> <p>・診断名、生活歴、現病歴の記述と矛盾することのないように注意してください。</p> <p>・現在の精神症状、その他重要な症状、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ヶ月に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置いて、記載してください。</p> <p>・「その他」の欄に該当する場合は、具体の精神症状を記載してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>・主病名が認知症の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅲ記憶」にチェックしてください。</p> <p>・主病名が知的障害の場合、「現在の精神症状」欄の「Ⅱ知能」にチェックしてください。</p>
2 放火	A B	
3 強盗	A B	
4 不同意性交等	A B	
5 不同意わいせつ	A B	
6 傷害	A B	
7 暴行	A B	
8 恐喝	A B	
9 脅迫	A B	
10 窃盗	A B	
11 器物損壊	A B	
12 弄火又は失火	A B	
13 家宅侵入	A B	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	
15 自殺企図	A B	
16 自傷	A B	
17 その他 ()	A B	
		<p>IX 食行動</p> <p>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()</p> <p><その他の重要な症状></p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 (該当する場合は物質名を記載)</p> <p>4 その他 ()</p> <p><問題行動等></p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 (該当する場合は具体的問題行動を記載)</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</p> <p>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</p> <p>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 (該当する場合は具体の状態を記載)</p>
診察時の特記事項		・被診者の受診態度、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、自傷他害のおそれがあり措置入院が必要であるとの観点で記載してください。
医学的総合判断		I 要措置 II 措置不要
以上のように診断する。		令和 年 月 日
精神保健指定医氏名		
署名		

(行政庁における記載欄)	
診察に立会った者 (親権者、配偶者等)	氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳
診 察 場 所	
診 察 日 時	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分
職 員 氏 名	
行 政 庁 の 措 置	
行 政 庁 メ モ	

「医療保護入院者の退院届」記載上の留意点

①	年月日	保健所への提出年月日を記載してください。
②	病院名・所在地 管 理者名	令和3年度より押印は不要となりました。
③	医療保護入院者	生年月日のみでなく、年齢も記入してください。
④	入院年月日	医療保護入院した年月日を記載してください。
⑤	退院年月日	医療保護入院から退院（任意入院への変更を含む）した年月日を記載してください。
⑥	病名	退院直前の病名をできるだけICD分類で記載してください。 ()内にICDカテゴリーFコードを記入してください。
⑦	退院後の処置	<p>1 入院継続 … 貴院で医療保護入院以外の入院を継続する場合</p> <p>2 通院医療 … 貴院に通院する場合</p> <p>3 転医 … 他の医療機関での入院または通院による治療を継続する場合</p> <p>(注意事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設に入所して貴院に通院「2」、他院に通院「3」を囲んでください。 ・精神科への転医は退院後処置を「3」と囲み、退院後帰住先「3」その他欄へ「精神科病院」と記載ください。
⑧	退院後の帰住先	該当する箇所を○で囲んでください。
⑨	帰住先の住所	<p>帰住先の住所を記載してください。</p> <p>(注意事項)</p> <p>貴院での入院継続や他病院での入院継続（転院）の場合は空白でかまいません。</p>
⑩	訪問支援等に関する意見	意見があれば記載してください。
⑪	障害福祉サービス等の活用に関する意見	意見があれば記載してください。
⑫	主治医氏名	主治医の氏名を記載してください。

＜参考事項＞

1 入院届等の届出期限について

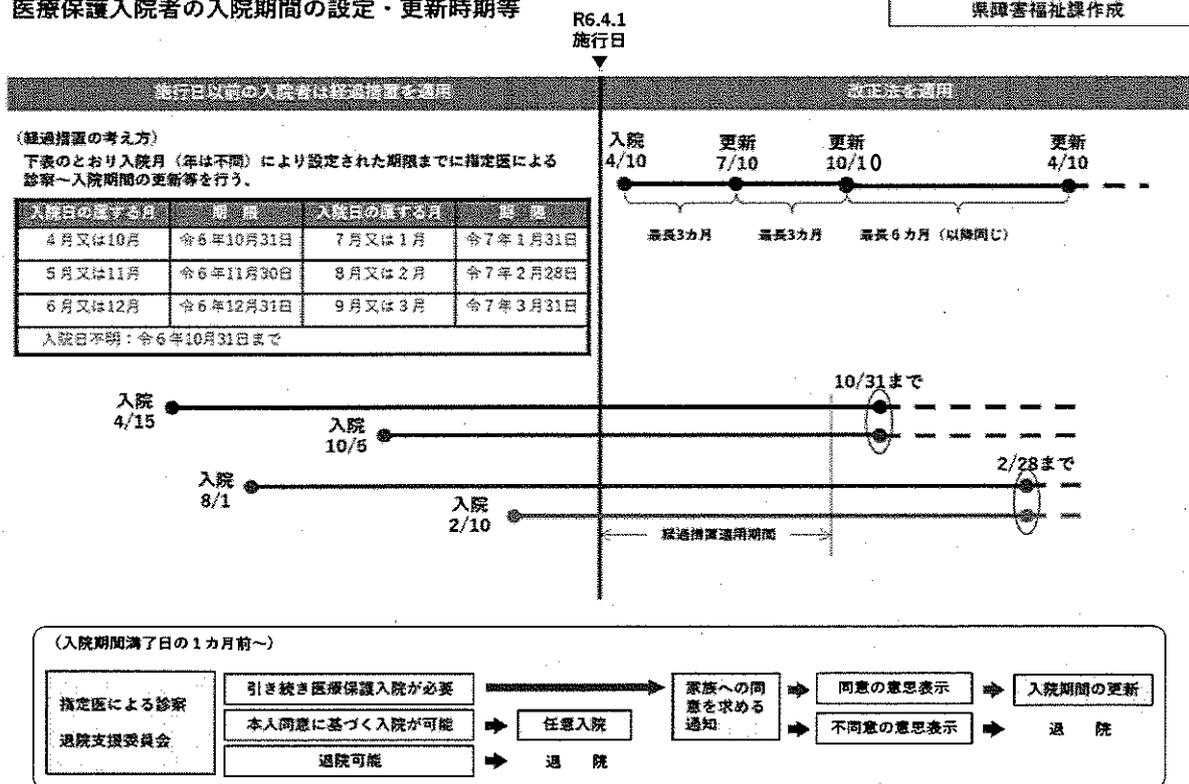
それぞれの届等につきまして、届出期限が法令で定められておりますので、厳守してください。

届等の種類	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（翌日から起算する）
医療保護入院者の退院届	退院日より10日以内（翌日から起算する）
医療保護入院者の入院期間更新届【新】	更新日より10日以内（翌日から起算する）
措置入院決定報告書【新】	入院日よりすみやかに（病院からでなく措置入院を決定した行政機関から、精神医療審査会へ報告する）
措置入院者の定期病状報告書	入院日の翌月を初月とする同月以後の3か月、6か月、その後6か月ごと（該当月の末日までに提出）
応急入院届	直ちに

※提出期限が県の休日に当たるときは、県の休日の翌日をもってその期限とみなす。（兵庫県の休日を定める条例第3条）

医療保護入院者の入院期間の設定・更新時期等

県障害福祉課作成



医療保護入院及び措置入院にかかる届出等について

		現 行	改 正 後
医 療 保 護 入 院	入院時	入院届 (提出の流れ) 病院一保健所一精神保健福祉C、精神医療審査会での審査	
	入院後	定期病状報告 (報告時期) 入院後1年毎 (提出の流れ) 病院一保健所一精神保健福祉C 精神医療審査会での審査	(廃止)
		(新設)	入院更新届 (届出時期) 入院後3カ月、6カ月 以降6カ月毎 (提出の流れ) 病院一保健所一精神保健福祉C 精神医療審査会での審査
措 置 入 院	入院時	(新設)	措置入院決定報告書 (提出の流れ) 保健所一精神保健福祉C 精神医療審査会での審査
	入院後	定期病状報告 (報告時期) 入院後3カ月、6カ月 以降6カ月毎 (提出の流れ) 病院一保健所一精神保健福祉C、精神医療審査会での審査	

2 同意者について

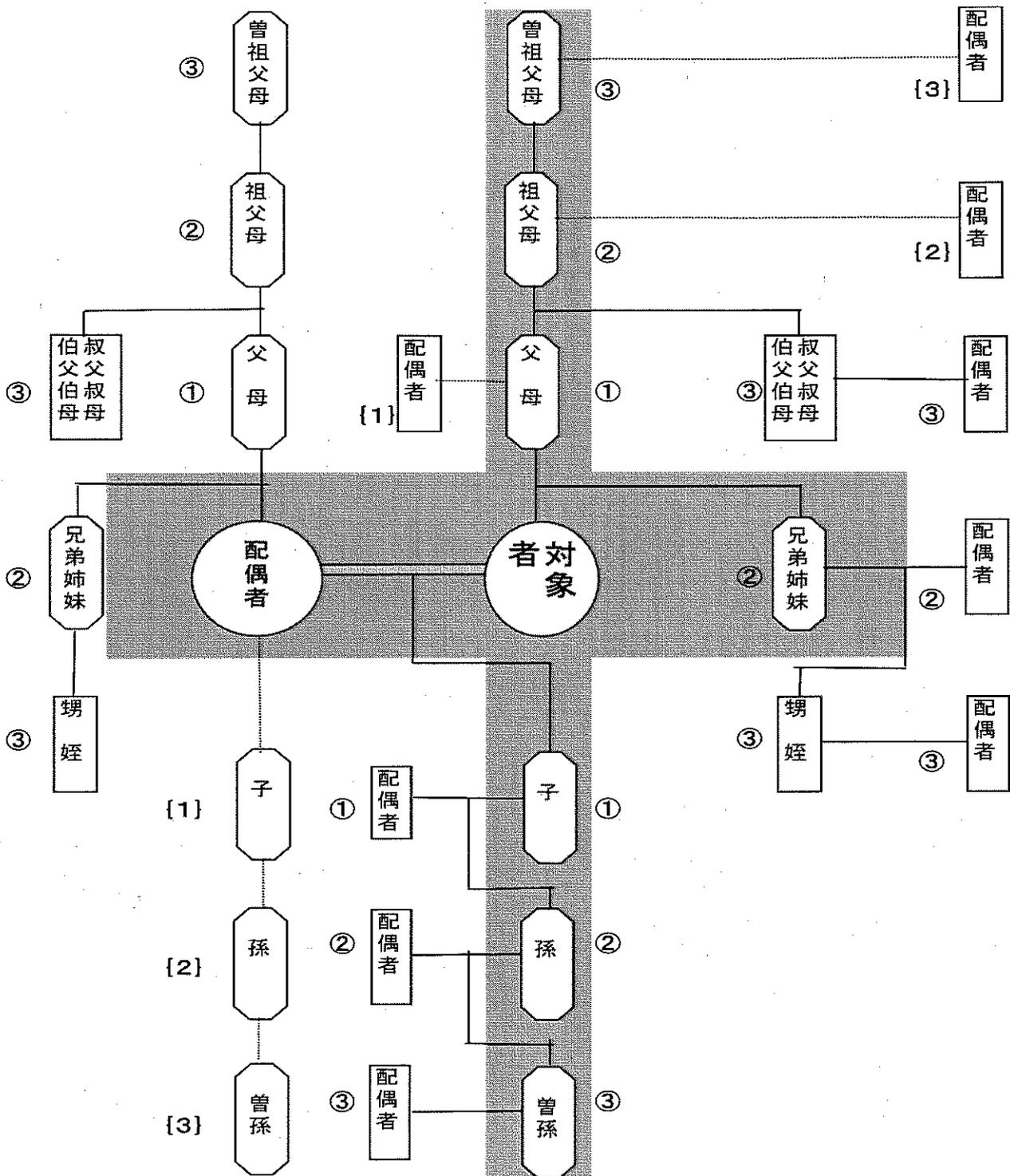
① 民法第877条1項に規定されている扶養義務者(直系血族および兄弟姉妹)が医療保護入院の同意者になる場合	・当該家族等の氏名、続柄等を書面で申告させて確認する。その際には、可能な範囲で運転免許証や各種医療保険の被保険者証等の提出による本人確認を行ってください。 ※ なお、住民票、戸籍謄本等は重大な個人情報ですのでコピーして保存したり、他の目的に使用することのないように充分注意してください。
② 民法第877条2項に規定されている扶養義務者(3親等内の親族)が医療保護入院の同意者になる場合	家庭裁判所で扶養義務者の指定の審判を受けなければ医療保護入院者の扶養義務者として同意者になれませんので、1名しかいない場合でも必ず扶養義務者指定の審判を受け、その審判書の写しを入院届に添付してください。
③ 同意書様式	・令和5年3月に兵精協で印刷している複写式のもの(更新時は不可)、県・市のホームページに掲載する国様式の使用のいずれでも可能です。
④ 後見人・保佐人の証明	登記事項証明書の写しを添付(選任審判書の写し×)
⑤ 紛らわしい同意者関連	配偶者の同意の場合：離婚の調停中○、協議中○、訴訟×
	任意後見人 ×
	普通養子縁組・・生みの親も育ての親も○
	特別養子縁組・・生みの親×

<参考>

民法第877条 直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。	
2 家庭裁判所は、特別の事情があるときは、前項に規定する場合の外、3親等内の親族間においても扶養の義務を負わせることができる。	
絶対的扶養義務者(民法877条第1項)とは	配偶者、父母、祖父母等、子・孫等、兄弟姉妹
相対的扶養義務者(民法877条第2項)とは	3親等内の親族 (叔父叔母、甥姪)
扶養義務者とは	「資料1」参照

(資料1)

民法877条第1項及び第2項に規定する扶養義務者



内：絶対的扶養義務者(民法877条第1項)

その他：相対的扶養義務者(民法877条第2項)

[]配偶者は、継親の場合等である

[]子、孫、曾孫は、先夫、後妻の連れ子の場合等である

3 電算処理による届出等の取り扱いについて

①定められた様式による場合であれば、指定医等の署名部分を除き、電算処理により作成した届出等を用いて差し支えありません。（「精神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」平成12年3月30日 障精第22号厚生省大臣、官房、障害保健福祉課長通知により）

②書面の用紙は、A3（左右面）又はA4（両面）とし、1枚に収めてください。所定の色に近い色紙を用いるなどは各病院の自由です。（すべて白色でも可能です）

4 その他

①専門用語、略語について	・医療委員以外の委員（法律家委員、有識者委員）も審査を行うため、専門用語や略語の使用は避けてください。
②文字サイズについて	・パソコン等で作成する場合は、プリントアウトに際して読みやすい文字サイズ（概ね10ポイント程度）としてください。
③手書き	・手書きの場合は、読み易く丁寧な字で記載してください。
④届出書類を訂正した場合	・届出を訂正した時は、①管理者 ②管理者個人 ③精神保健指定医 いずれかのサインまたは訂正印を押印してください。
⑤同意書を訂正した場合	・同意書の訂正は、同意者の署名や押印で訂正してください。