

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	(〒 -) (電話) : (メールアドレス) :					
生年月日	(西暦) 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女	
医籍登録年月日及び番号	年 月 日		第	号		
現在の勤務先	所在地	(〒 -)				
	名称					
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					
	(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

- 「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。
- 「処分歴」は、「なし」又は「あり」のいずれかに○印をつけ、精神保健福祉法及び医師法に基づく処分歴を記載すること。

※ 本申請書に記載された個人情報については精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためのみに利用致します。

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

氏名								
現住所	(〒 -)							
	(電話) :			(メールアドレス) :				
生年月日	(西暦)	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
医籍登録年月日及び番号	年		月	日	第		号	
現在の勤務先	所在地							
	名称							
失効した指定医証に記載の勤務先	所在地							
	名称							
失効前の指定医番号及び有効期限	番号				有効期限	年 月 日		
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)							

(注) 記載上の留意事項

「処分歴」は、「なし」又は「あり」のいずれに○印をつけ、精神保健福祉法及び医師法に基づく処分歴を記載すること。

※ 本申請書に記載された個人情報については精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためのみに利用致します。

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
診療従事態様	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. ケースレポートに係る症例の診療従事期間は、精神科実務経験の期間に必ず含まれていること。
2. 精神科の実務経験証明書とその他の実務経験証明書は別に作成すること。(平成16年4月1日以降の臨床研修制度における研修中の実務経験の証明については様式2-2を使用すること。平成16年3月31日以前の臨床研修の場合は、本様式により各病院等の管理者の証明を要すること。)
3. 診療従事態様が違う場合は、別紙とすること。
4. 大学院在学中については、在学期間全体ではなく、精神障害者の診断又は治療に従事した時間及び期間を記載すること。
5. 当直のみの勤務については、実務経験として算入できない。
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。

実務経験証明書

(平成16年4月1日以降臨床研修期間用)

次の者は臨床研修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
診療従事態様	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. 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修（平成16年4月1日以降のもの）期間中の実務経験を記載すること。また、この期間内に精神科の実務経験があれば内訳を記載すること。
 2. 基幹型臨床研修病院等の証明可能な病院の管理者が、臨床研修期間の全ての期間について証明して構わない。
 3. 診療従事態様が違う場合は、別に作成すること。
 4. 当直のみの勤務については、実務経験として算入できない。
 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。

ケースレポート（第 症例）

①申請者氏名：（自筆署名）			
②最終診断名： （ICDコード：F ） ※ICDコードは2桁の記載必須		③ケースレポートで主な評価対象とする入院形態 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院（※1）	
④当該症例を実務経験した医療機関名： 所在地住所：			
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）：	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 ※退院後の通院治療を行った症例について提出する場合には、行を追加し1行目に入院期間を、2行目に通院期間を記載し、2行目の後ろに「(通院)」と記載すること。			
⑧行動制限の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） 有の場合の行動制限の種類 <input type="checkbox"/> 電話の制限 <input type="checkbox"/> 面会の制限 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 身体的拘束 <input type="checkbox"/> 任意入院者の開放処遇の制限			
⑨同一の入院形態（③で選択した入院形態）のままの転院の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）（※4） 有の場合の転院先 転院先の病院名： 転院後の入院形態： <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院			
⑩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（※6）：（西暦） 年 月 日 ～ （西暦） 年 月 日			

注：③、⑤の性別、⑧の有無と行動制限の種類、⑨の有無と入院形態については、該当するものに☑を付けること。

＜ケースレポートの証明＞

このケースレポートは、私が常勤として勤務した上記医療機関において、上記期間中私の指導のもとに申請者が診断又は治療を行った症例であり、内容についても、私が厳正に確認したことを証明します。

指導医署名（自筆署名）

(※退院後の通院治療を行った症例で当該通院期間に係る指導医が入院期間の指導医と異なる場合、以下に当該通院期間に係る指導医が署名をすること。)

このケースレポートは、私が常勤として勤務した上記医療機関において、上記期間のうち退院後の通院期間中私の指導のもとに申請者が診断又は治療を行った症例であり、内容についても、私が厳正に確認したことを証明します。

指導医署名（自筆署名）

- ※1 このケースレポートで主に評価を受けたい入院形態を選択すること。
- ※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、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。)
- ※3 ⑦の「主治医又は担当医になった期間」に記載する期間は、入院と通院のいずれの期間も当該医療機関において常時勤務である必要があり、実務経験証明書(様式2-1及び2-2)により証明される必要がある。
- ※4 他の病院からの転入により担当を開始した場合は、⑨には該当しないので、「無」にチェックすること。(転出により診療を終了した場合のみ記入すること。)
- ※5 ⑩の指導期間は⑦の期間と一致すること。
当該医療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。)
- ※6 ⑩の「指導期間」に記載する期間は、⑦に記載した入院と通院のいずれの期間も当該医療機関において常時勤務である必要があり、常時勤務証明書(様式4)により証明される必要がある。

【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。

以下に記載している法の条文番号は、2024年（令和6年）4月1日施行時点の条文番号であるため、ケースレポートにおける入院時点の条文番号と相違する場合は、読み替えるものとする。

<措置入院>

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
1. 措置診察が行われた契機	<input type="checkbox"/> 法第22条の申請（一般人） <input type="checkbox"/> 法第23条の通報（警察官） <input type="checkbox"/> 法第24条の通報（検察官） <input type="checkbox"/> 法第25条の通報（保護観察所長） <input type="checkbox"/> 法第26条の通報（矯正施設の長） <input type="checkbox"/> 法第26条の2の届出（病院管理者） <input type="checkbox"/> 法第26条の3の通報（医療観察法指定通院医療機関の管理者及び保護観察所長） <input type="checkbox"/> 法第27条第2項の都道府県知事による措置診察
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、症状消退届を都道府県知事等に提出したか（法第29条の5）	<input type="checkbox"/> 提出した （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） ・ 症状消退を判断した日付 （西暦） 年 月 日 ・ 症状消退届が提出された日付 （西暦） 年 月 日

<p>3. 退院後生活環境相談員を選任したか(2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合) (法第29条の6)</p>	<p><input type="checkbox"/> 選任した</p> <p>(日付)</p> <p>(西暦) 年 月 日</p>
<p>4. 病院において、措置入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか(2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合) (法第29条の7)</p>	<p><input type="checkbox"/> 行った</p> <p><input type="checkbox"/> 行っていない</p> <p>(具体的な内容)</p>

<医療保護入院>

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
1. 医療保護入院の必要性の判定を指定医が行ったか （法第33条第1項）	<input type="checkbox"/> 行った
2. 医療保護入院の必要性の判定を特定医師が行った場合、その判定に基づく入院期間は12時間以内であったか （法第33条第3項）	<input type="checkbox"/> 12時間以内であった
3. 医療保護入院を行う際の指定医による診察に、立ち会ったか	<input type="checkbox"/> 立ち会った <input type="checkbox"/> 立ち会っていない
4-1. 2014年（平成26年）4月1日以後に入院した者の場合、法第33条第1項又は第2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2項）	<input type="checkbox"/> 家族等のいずれかから同意を得た <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <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 </div> <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 ・ 続柄 ・ 経緯 ・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日 （市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付） ・ 理由 ・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日

<p>4-2. 2014年（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）</p> <p>※ 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"/> 保護者から同意を得た （<input type="checkbox"/>後見人 <input type="checkbox"/>保佐人 <input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>親権者 <input type="checkbox"/>扶養義務者）</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）</p> <p>※ 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</p> <p>※ 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>・ 続柄</p> <p>・ 同意を得た日付 （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）</p> <p>・ 理由</p> <p>・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日</p>
<p>4-3. 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）</p> <p>※ その後の旧法第33条第1項の同意については4-2に記載すること</p> <p>・ 続柄</p> <p>・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日</p>
<p>5. 医療保護入院から10日以内に、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を提出したか （法第33条第9項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 提出した （日付） （西暦） 年 月 日</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を行ったか （法第33条の3第1項）</p> <p>※ 2023年（令和5年）4月1日以後に入院が行われた者の場合、同意を行った家族等に対し告知したこと及び入院措置を採る理由を含めて必要事項を本文に記載すること</p>	<p><input type="checkbox"/> 入院時に行った（2023年（令和5年）3月31日以前に入院が行われた者の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院時に患者本人及び同意を行った家族等に対して告知を行った（2023年（令和5年）4月1日以後に入院が行われた者の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 延期して（4週間以内）告知を行った （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を行ったか （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条の18）</p>	<p><input type="checkbox"/> 記載を行った （診療録に記載を行った内容）</p>
<p>8. 退院後生活環境相談員を選任したか （法第33条の4において準用する法第29条の6）</p> <p>※ 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日以後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"/> 選任した （日付） （西暦） 年 月 日</p>

<p>9. 病院において、医療保護入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか （法第33条の4において準用する法第29条の7） ※（2024年（令和6年）3月31日までについては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）による改正前の法第33条の5の規定において、地域援助事業者の紹介は努力義務とされている</p>	<p><input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない</p> <hr/> <p>（具体的な内容）</p>
<p>10. 「医療保護入院者退院支援委員会」を開催したか （法第33条第6項第2号、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11から第15条の13まで） なお、委員会を複数回開催した者については、直近の開催について記載すること</p>	<p><input type="checkbox"/> 開催した <input type="checkbox"/> 開催しなかった</p> <hr/> <p>（開催しなかった場合、その理由）</p> <hr/> <p>（開催した場合、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】 （2024年（令和6年）3月31日以前の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載した推定される入院期間を経過するもの</p> <p><input type="checkbox"/> 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、委員会の審議で設定した推定される入院期間を経過するもの</p> <p><input type="checkbox"/> 在院期間が1年以上の医療保護入院者であって、病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるもの</p> <p>（2024年（令和6年）4月1日以後の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院期間が満了する医療保護入院</p>

	<p>者であって、入院を継続する必要があるかどうかの審議が必要であるもの</p> <p>【開催時期】 (2024年(令和6年)3月31日以前の場合) <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>(2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者(以下「施行日時点入院者」という。)であって同年10月以後に引き続き入院が必要と認められた者の場合又は同年4月1日以後に入院し入院期間経過後も引き続き入院が必要と認められた者の場合) <input type="checkbox"/> 入院の期間満了の日(施行日時点入院者を継続入院させる場合は、その手続きの期限)の1ヶ月前から2週間前までに審議を行った (日付) (西暦) 年 月 日</p> <p>【検討内容及び結果】</p> <p>【審議結果の通知】 <input type="checkbox"/> 審議結果が、患者本人並びに出席した家族等及び地域援助事業者その他の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者に通知した</p>
<p>11. 医療保護入院者の退院から10日以内に、医療保護入院の退院届を提出したか (法第33条の2)</p>	<p><input type="checkbox"/> 提出した (日付) (西暦) 年 月 日</p>

<p>12-1. 2024年（令和6年）4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めたか （法第33条第1項、第2項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めた</p>
<p>12-2. 施行日時点入院者又は2024年（令和6年）4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院期間の更新については、指定医によって入院継続の必要があると判断され、かつ、「医療保護入院者退院支援委員会」にて審議が行われた場合に限り、家族等の同意がされているのか等の要件を確認した上で、法定の範囲内で期間を定めて入院期間の更新を行ったか （法第33条第6項、第8項、第33条の3）</p> <p>なお、複数回入院期間の更新を行った者については、直近の更新について記載すること</p>	<p><input type="checkbox"/> 要件を確認した上で入院期間の更新を行った</p> <p>（日付） （西暦） 年 月 日</p> <p>【入院期間の更新について、以下のいずれを実施したか】</p> <p><input type="checkbox"/> 「医療保護入院者退院支援委員会」の開催</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等に通知した上で、同意を確認</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等の同意を得たとみなした</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村長から同意を得た</p> <p><input type="checkbox"/> 入院期間更新届の提出</p> <p>（家族等から同意を得たとみなした場合、その理由及び日付）</p> <p>・理由</p> <hr/> <p>・同意を得たとみなした日付 （西暦） 年 月 日</p> <p>（市町村長から同意を得た場合、その理由及び日付）</p> <p>・理由</p> <hr/> <p>・同意を得た日付 （西暦） 年 月 日</p>

<緊急措置入院又は応急入院>

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
<p>1. 緊急措置入院が行われた場合、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自傷又は他害のおそれが著しいと指定医による診察で認められたか （法第29条の2第1項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 認められた</p>
<p>2. 緊急措置入院の期間は、72時間以内であったか （法第29条の2第3項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 72時間以内であった</p>
<p>3. 急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合において、応急入院が行われた場合、その者が、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために任意入院が行われる状態にないと、指定医又は特定医師による診察で判定したか （法第33条の6第1項・第2項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 判定した</p>
<p>4. 応急入院の期間は、72時間以内（特定医師の診察に基づく場合は12時間以内）であったか （法第33条の6第1項・第2項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 72時間（12時間）以内であった</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

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
<p>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を行ったか （法第21条第1項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 行った （告知の具体的な内容）</p>
<p>2. 任意入院に際し、本人から書面により同意を得たか （法第21条第1項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 得た</p>
<p>3. 任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させた場合、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を、本人から得たか （第130号告示（※）） ※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（昭和63年厚生省告示第130号）</p>	<p><input type="checkbox"/> 得た</p>
<p>4. 任意入院者の退院制限が実施された場合、その判断は指定医又は特定医師によって行われたか （法第21条第3項・第4項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた</p>
<p>5. 任意入院者の退院制限の期間は、72時間以内（特定医師の診察に基づく場合は12時間以内）であったか （法第21条第3項・第4項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 72時間（12時間）以内であった</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係するものについて記載すること（関係しないものは空欄でよい）

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。

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
<p>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）</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容）</p>
<p>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）</p>	<p><input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容）</p>
<p>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）</p>	<p><input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容）</p>
<p>4. 12時間を超えない隔離を実施した場合、その判断は、医師により行われたか （第130号告示）</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師により行われた</p>

<p>5. 12時間を超える隔離又は身体的拘束を実施した場合、その判断は指定医により行われたか (法第36条第3項、第130号告示、第129号告示(※))</p> <p>※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(昭和63年厚生省告示第129号)</p>	<input type="checkbox"/> 指定医により行われた
<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>	<input type="checkbox"/> 行われた (診察内容)
<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>	<input type="checkbox"/> 行われた (頻度と診察内容)
<p>8. 任意入院者の開放処遇の制限を実施した場合、その判断は医師により行われたか (第130号告示)</p>	<input type="checkbox"/> 医師により行われた
<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>	<input type="checkbox"/> 行われた (日付) (西暦) 年 月 日

【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 _____

注：入院時診断名と最終診断名が違っていても可とする。

文字数： _____ 字（※）

※ 【現病歴】中＜入院時の状況＞及び＜入院後経過＞並びに【考察】における文字数を記載し、1200–2500字の範囲内とすること。なお、本文において関係条文の引用は要しない。

【初診時主訴】

【家族歴】

【生育・生活歴】

【既往歴】

【病前性格】必要に応じて記載）

【現病歴】

＜入院前経過＞

＜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）
- ・ 当該入院形態による入院を行う必要性（患者の症状及び法における各種入院の対象となる者の要件を踏まえて記載すること）（※）

※ 入院形態に応じて、特に以下の点を説明すること。

（措置入院）

- ① 患者が法第5条第1項に規定する精神障害者であるか（国際疾病分類（ICD）に該当する精神疾患を有しているか）
- 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

※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。

※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。）

- ③ 2024年（令和6年）3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合
入院措置が行われた者に対して、退院後生活環境相談員を選任したか。

（医療保護入院）

- ① 患者が法第5条第1項に規定する精神障害者であるか
② 患者が、医療及び保護のために入院の必要があるか
③ 患者が、その精神障害のために任意入院が行われる状態にないか（本人に病識がない等、入院の必要性についてその精神障害のために本人が適切な判断をすることができない状態にあるか）
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（※）

※ 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。）

- ⑤ 2023年（令和5年）4月1日以後に入院が行われた者の場合
入院措置を採る旨の告知は、患者本人及び同意を行った家族等に対して行われており、かつ、告知内容に当該入院措置を採る旨及びその理由が含まれていたか。
⑥ 入院措置が行われた者に対して、退院後生活環境相談員を選任したか。
⑦ 2024年（令和6年）4月1日以後に入院が行われた者の場合
入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めたか。

<入院後経過>

注：以下の内容を中心に記載すること

- ・ 入院時に疑い病名としていた場合は、最終診断を下した診断根拠と診断日
- ・ 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
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（※）
※ 特に以下の点に留意して記載すること
 - ・ 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説明を十分に行い、同意をとっているか
- ・ 当該入院形態による入院の継続が不要（又は入院形態の変更が必要）と判断された理由（患者の症状及び法における各種入院が解除となる者の要件又は対象となる者の要件を踏まえ

て記載すること)

- ・ 行動制限を行った場合には、行動制限の種類、開始・解除の日時及び開始・解除の判断理由（患者の症状を踏まえて記載すること、なお、電話・面会の制限については日時の記載は求めない。）（※）

※ 特に以下の点を説明すること

（共通事項）

- ① 行動制限は、医療又は保護に欠くことができない限度において行われているか（患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われているか）

（電話・面会の制限）

- ① 制限を行わなければ病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合に行われているか。
- ② 合理的な方法及び範囲における制限であるか。

（隔離）

- ① 患者の症状からみて、
 - ・ 本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、
 - ・ 隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、
 - ・ その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われているか。
- ② 隔離以外によい代替方法がない場合において行われているか
- ③ 隔離の対象となる患者が、次のような場合に該当すると認められるか。
 - ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
 - イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
 - ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
 - エ 急性期精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
 - オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

（身体的拘束）

- ① 身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われているか
- ② 身体的拘束の対象となる患者が、次のような場合に該当すると認められる患者であるか。
 - ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
 - イ 多動又は不穏が顕著である場合
 - ウ ア又はイのほか精神障害のため、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合
- ③ できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めているか

(任意入院者の開放処遇の制限)

- ① 任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われているか
 - ② 開放処遇の制限の対象となる任意入院者が、次のような場合に該当すると認められる患者であるか
 - ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合
 - イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合
 - ウ 当該任意入院の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合
- ・ 入院形態に応じて、特に以下の点を説明すること。

(措置入院)

2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合、病院において、措置入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか。

(医療保護入院)

- ① 施行日時点入院者又は2024年(令和6年)年4月1日以後に入院が行われた者の場合、病院において、医療保護入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか。
 - ② 施行日時点入院者又は2024年(令和6年)4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院期間の更新については、指定医によって入院継続の必要があると判断され、かつ、医療保護入院者退院支援委員会にて審議が行われた場合に限り、家族等の同意がされているのか等の要件を確認した上で、法定の範囲内で期間を定めて入院期間の更新を行ったか。
- ・ 任意入院に移行した症例について退院制限が行われた場合には、その理由、期間及びその後採った措置(法の退院制限の要件(※)を踏まえて記載すること)

※ 指定医(特定医師)による診察の結果、医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたときに72時間(特定医師の場合は12時間)に限り実施可能

- ・ 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<入院形態など症例の属性に応じた事項>⑰及び⑱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。

(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

(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 等

- ・ 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<入院形態など症例の属性に応じた事項>⑳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・評価を伴う対応として行った事項について具体的に記載すること。

(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

(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 等

【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。)

ケースレポート一覧

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

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。

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 「措置入院者の症例」又は「医療保護入院者の症例」のいずれの症例として申請しているか。
- 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 「申請前一年以内に従事した症例」（事務取扱要領 2（2）コ参照）又は「申請をした日の一年前の日より前に従事した症例」（同 2（2）サ参照）のいずれの症例として申請しているか。
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者に係る症例に該当するか。
- 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）

	①	②	③	④	⑤	⑥
第 1 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 2 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 3 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 4 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 5 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

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
診 療 従 事 期 間	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日
診 療 従 事 態 様	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. ケースレポートに係る症例の診断又は治療について指導した期間は診療従事期間に必ず含まれていること。
2. ケースレポートに係る症例について指導した指導医ごとに作成すること。
3. 「常時勤務する指定医」とは、精神保健福祉法第19条の5に規定する指定医をいう。
4. 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。