

## 医療保護入院者の入院届・措置入院及び医療保護入院者の定期病状報告書記載要領

令和5年4月

茨城県精神保健福祉センター

(茨城県精神医療審査会)

精神医療審査会で審査される医療保護入院者の入院届、措置入院及び医療保護入院者の定期病状報告書は、入院患者の人権擁護と適正な医療と保護を確保しようとするものです。

これらの届出は、このような重要な性格を有することから、届出を義務づけられている事項については、正確かつ詳細に記載されなくてはなりません。

届出を作成するときの参考となるように記載要領を作成しましたので、ご活用いただければ幸いです。

### I. 届出全体に係る留意事項

#### 1. 届出書類について

- 1) 良好な可読性を保つため、手書きの場合は楷書とし、複写用紙すべてにおいて明瞭に判読できる筆圧で記入してください。
- 2) 専門用語やわかりづらい略語は使用しないでください。
- 3) 書式は厚生労働省規定の様式に準拠し、記入欄の拡大は行わないでください。
- 4) パソコンの場合、文字ポイントは10～11ポイント程度としてください。
- 5) 書式は A3版1枚での提出とし、書類3枚それぞれに「都道府県提出用」「保健所提出用」「控」と明示してください。

#### 2. 届出期間について（保健所提出）

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1) 医療保護入院者の入院届     | ⇒ 入院日翌日から10日以内            |
| 2) 医療保護入院者の定期病状報告書 | ⇒ 入院月翌月から12か月毎            |
| 3) 措置入院者の定期病状報告書   | ⇒ 入院月翌月から3か月後、6か月後、更に6か月毎 |

#### 3. 押印について

令和2年12月25日付けで厚生労働省より、精神保健福祉法に基づく法定書類への押印廃止の通知があり、茨城県におきましては、令和3年1月1日以降の「医療保護入院の入院届」等への押印廃止としています。

※押印が不要となった書類は以下の通り。

- ・ 医療保護入院者の入院届
- ・ 措置入院者の定期病状報告書
- ・ 医療保護入院者の定期病状報告書
- ・ 医療保護入院の同意書
- ・ 任意入院患者を退院制限した場合の記録
- ・ 措置入院者の症状消退届

- ・ 特定医師による医療保護入院者の入院届及び記録
- ・ 医療保護入院者の退院届
- ・ 応急入院届
- ・ 特定医師による応急入院届及び記録
- ・ 任意入院患者の定期病状報告書

#### 4. 必要な添付書類について

##### 【医療保護入院者の入院届】

書類	必要となる場合	注意事項
家族等の同意書	常に必要	<u>同意日は家族等の同意により入院した年月日と一致。異なる場合には理由を記載する。</u> <u>署名が代筆の場合、代筆の理由を記載する</u>
入院診療計画書	常に必要 ただし、入院期間が短期間（7日以内）の場合は必要ない	担当者名（フルネーム）及び推定される入院期間の記載

##### ※入院診療計画書作成についての留意事項

- ① 推定される入院期間は原則として1年未満を設定してください。  
推定される入院期間が1年以上となっている場合、その理由（精神症状が重度かつ慢性）の記載が必要です。退院に向けた取り組み欄に記載してください。
- ② 推定される入院期間は「約〇か月」、「〇か月～〇か月程度」という記載ではなく、具体的な月数を記載してください。
- ③ 推定される入院期間は、推定される入院期間と、そのうち医療保護入院による入院期間の両方を記載してください。
- ④ 病名については、入院届と一致。異なる場合には、病院に問い合わせをすることがあります。

##### 【医療保護入院者の定期病状報告書】

###### 医療保護入院者退院支援委員会

###### ① 退院支援委員会を開催する対象

###### ○在院期間が1年未満の医療保護入院者

- ・ 入院時に作成した入院診療計画書に記載した推定入院期間を超える場合
- ・ 退院支援委員会の審議後で新たに設定された推定入院期間を超える場合

###### ○在院期間が1年以上の医療保護入院者

- ・ 病院管理者が委員会での審議を必要とした場合（推定される入院期間を経過する時期の前後概ね2週間以内に委員会での審議を実施

###### ○退院支援委員会の参加者

- ・必ず参加しなければならない人  
主治医（主治医が指定医でないときには、指定医も出席）  
看護職員（患者本人の担当の出席が望ましい）  
退院後生活環境相談員  
病院管理者が出席を求める病院職員
- ・本人の希望により参加する人  
患者本人  
当該患者の家族等  
地域援助事業者、保健所職員、生活保護ワーカー等退院後の生活環境に関わる者

○退院支援委員会の開催の手順

- ・医療保護入院者退院支援委員会の開催通知は事前に発出する。
- ・本人には必ず開催を知らせる。
- ・本人の希望により出席をしてほしい人がいれば、退院後生活環境相談員が聴取し、依頼する。
- ・必ず記録をとり、所定の様式に記載し、病院管理者と記録者が署名をする。

II. 医療保護入院者の入院届（法第 33 条第 7 項）

項目	記載方法
日付	報告日を記載してください。
病院名等 病院名 所在地 管理者名 押印	正式名称を記載してください。 区市町村から正確に記載してください。 フルネームで正確に記載してください。 廃止
医療保護入院者 氏名 性別 生年月日 年齢 住所	フルネーム、フリガナを記載してください。 該当する方の性別を○で囲んでください。 該当する元号を○で囲み、年月日（和暦）を記載してください。 提出日現在の満年齢を記載してください。 患者本人の居住地を県から正確に記載してください。 ※居住地＝生活の本拠が置かれている場所。記載する時点で不明であれば、「不定」「不明」と記載して構いません。
家族等の同意により入院した日	医療保護入院により入院した年月日を記載してください。 同意書の同意年月日と一致すること。異なる場合には理由を記載する。
今回の入院年月日	当該病院に、法に基づく入院〔措置入院（緊急措置入院を含む）、医療保護入院、任意入院、応急入院〕をした最初の日を記載してください。

入院形態	<p>入院形態の名称または法の条数を記載してください。</p> <p>※複数の入院形態を経ている場合には、経過が分かるように、時系列で記載してください。日付は記載しなくても差し支えありません。</p>
法第 34 条による移送の有無	<p>該当する方に○で囲んでください。</p>
病名	<p>国際疾病分類第 10 改訂版 (ICD-10) に基づき、病名と分類コードを記載してください。ICD-10 については、原則アルファベットを含む分類コード 3 桁 (アルファベット+数字 2 桁) としてください。</p> <p>※入院届は 10 日以内の提出のため、障害は認められるものの病名が確定できない場合も考えられ、やむを得ない場合は「～疑い」という記載も可。「～疑い」等でも ICD-10 カテゴリーに準拠した病名を記載してください。</p> <p>※認知症 (F0) や精神遅滞 (F7) はそれぞれ「アルツハイマー型認知症 (F00)」「軽度精神遅滞 (F70)」等と病名を省略せずに記載してください。</p> <p>※添付する入院診療計画書と病名の整合性を図ってください。</p>
生活歴及び現病歴	<p>患者本人及び関係者から聴き取った生活歴及び現病歴を記載してください。詳細不明の場合はその旨記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活歴：出生地、家族歴、発育歴、学歴、職歴、結婚歴、挙児等について記載してください。</li> <li>・現病歴：発症時期、精神科等受診歴、入院歴（他病院含む）、今回の入院（転院）に至る経緯、精神症状等について記載してください。</li> </ul> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p><b>【記載例】</b></p> <p>〇〇にて出生。同胞〇人中の第〇子。出生時や発達の異常は認められず。〇〇大学卒、〇〇会社に勤務。〇才で結婚、挙児一人。令和〇年〇月頃、仕事のトラブルを契機に抑うつ気分が出現し、仕事に行けなくなった。同年〇月に当院初診し通院を継続していたが、症状が悪化、希死念慮があり病識がないため、〇年〇月〇日診察の結果医療保護入院となった。</p> </div>
陳述者氏名・続柄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・陳述者氏名・続柄：医療保護入院に同行した家族や、保健所や福祉事務所等の関係機関職員、警察官等のうち、入院時の状況を聞き取った者について、氏名と患者本人からみた続柄を記載してください。</li> </ul>

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	<p>精神科以外の診療科での入院歴は記載せず、他病院も含む精神科への入院期間や入院形態、入院回数を記載してください。</p> <p>※今回が初めての精神科入院の場合は、期間は空欄とし、入院回数は0回と記載してください。前回までの入院回数が1回の場合は、初回入院期間と前回入院期間が一致するため、前回入院期間及び入院形態は「同上」と記載しても差し支えありません。</p> <p>※いずれも生活歴及び現病歴の欄と整合性をとる必要があります。</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	<p>該当する症状を○で囲んでください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般に書類作成までの過去数か月間に認められていた精神症状等を指すものとし、主として最近のそれに重点を置いて、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。</li> <li>・精神遅滞の場合、「Ⅱ知能」の項目に○をつけてください。</li> <li>・「診断名」「生活歴及び現病歴」あるいは「医療保護の必要性」の記載内容と矛盾することがないように注意してください。</li> </ul>
医療保護入院の必要性	<p>医療保護入院の必要性には、以下の記載が必要です。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入院を必要とすること       <ol style="list-style-type: none"> <li>①治療の必要があること</li> <li>②入院以外の手段では治療を行うことができない理由</li> </ol> </li> <li>2. 任意入院を行う状態にないこと       <ol style="list-style-type: none"> <li>①本人に対して入院医療の必要性等について説明を行ったこと</li> <li>②本人の同意が得られないこと</li> </ol> <p>※重度の意識障害、重度の認知機能障害、重度の知的障害、昏迷状態、激しい精神運動興奮状態、などで意思の疎通や意思能力が著しく損なわれている場合では入院の必要性等の説明及び任意入院への努力は不要です。しかし、このような状態であるため意思の疎通や意思能力が著しく損なわれている旨の記載が必要です。</p> </li> </ol>
入院を必要と認めた精神保健指定医	<p>この入院届を作成するために診察した指定医が直筆で署名します。直接診察した指定医以外の者の記載は認められません。押印は不要です。</p>
同意した家族等 氏名 性別 続柄 生年月日 住所	<p>同意した家族等の氏名をフルネームで記載してください。親権者が両親の場合は氏名の二人分の氏名を記載してください。</p> <p>性別は該当する方に○をつけてください。</p> <p>患者本人からみた続柄を記載してください。</p> <p>同意した家族等の生年月日を記載してください。</p> <p>同意した家族等の住所を記載してください。</p> <p>※家庭裁判所が選任した扶養義務者の場合、選任年月日を記載してください。</p> <p>※市町村長同意の場合、氏名欄に市町村長の氏名を記載してください。市町村長の生年月日や住所は記載の必要はありません。</p>

### Ⅲ. 措置入院者の定期病状報告書（法第 38 条の 2 第 1 項）

項目	記載方法
日付	報告日を記載してください。
病院名等 病院名 所在地 管理者名 押印	正式名称を記載してください。 区市町村から正確に記載してください。 フルネームで正確に記載してください。 廃止
措置入院者 氏名 性別 生年月日 年齢 住所	フルネーム、フリガナを記載してください。 該当する方の性別を○で囲んでください。 該当する元号を○で囲み、年月日（和暦）を記載してください。 提出日現在の満年齢を記載してください。 患者本人の居住地を県から正確に記載してください。 ※居住地＝生活の本拠が置かれている場所。記載する時点で不明であれば、「不定」「不明」と記載して構いません。
措置年月日	措置入院により入院した年月日を記載してください。 法第 29 条の 2 の規定による措置入院を経た場合でも、緊急措置入院になった日は記載せず、措置診察後当該病院に措置入院になった日付としてください。 ※措置入院中に転院があった場合、最初に措置入院した年月日を記載してください。
今回の入院年月日	当該病院に、法に基づく入院〔措置入院（緊急措置入院を含む）、医療保護入院、任意入院、応急入院〕をした最初の日を記載してください。 ※措置入院中に転院してきた場合、転院年月日を記載することになるため、措置年月日より後の日付になります。
入院形態	入院形態の名称または法の条数を記載してください。 ※複数の入院形態を経ている場合には、経過が分かるように、時系列で記載してください。日付は記載しなくても差し支えありません。
前回の定期報告年月日	前回定期病状報告書を提出した際の年月日（右上の日付）を記載してください。初めて当該報告書を提出する場合は空欄にします。

病名	<p>国際疾病分類第 10 改訂版 (ICD-10) に基づき、病名と分類コードを記載してください。ICD-10 については、原則アルファベットを含む分類コード 3 桁 (アルファベット+数字 2 桁) としてください。</p> <p>※ICD-10 に基づかない「～疑い」「～状態」という表現は、原則として記載しないでください。</p> <p>※認知症 (F0) や精神遅滞 (F7) はそれぞれ「アルツハイマー型認知症 (F00)」「軽度精神遅滞 (F70)」等と病名を省略せずに記載してください。</p> <p>※添付する入院診療計画書と病名の整合性を図ってください。</p>
生活歴及び現病歴	<p>患者本人及び関係者から聴き取った生活歴及び現病歴を記載してください。詳細不明の場合はその旨記載してください。新たに判明した事実がある場合には追加記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活歴：出生地、家族歴、発育歴、学歴、職歴、結婚歴、挙児等について記載してください。</li> <li>・現病歴：発症時期、精神科等受診歴、今回の入院に至る経緯（警察の関与等）、精神症状等について記載してください。</li> </ul>
陳述者氏名・続柄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・陳述者氏名・続柄：医療保護入院に同行した家族や、保健所や福祉事務所等の関係機関職員、警察官等のうち、入院時の状況を聞き取った者について、氏名と患者本人からみた続柄を記載してください。</li> </ul>
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	<p>精神科以外の診療科での入院歴は記載せず、他病院を含む精神科の入院期間や入院形態、入院回数を記載してください。</p> <p>※今回が初めての精神科入院の場合は、期間は空欄とし、入院回数は 0 回と記載してください。前回までの入院回数が 1 回の場合は、初回入院期間と前回入院期間が一致するため、前回入院期間及び入院形態は「同上」と記載しても差し支えありません。</p> <p>※いずれも生活歴及び現病歴の欄と整合性がとれている必要があります。</p>
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	<p>該当回数と、仮退院の実績があれば延日数を記載してください。</p>
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	<p>主に自傷他害行為の問題行動を中心として、過去 6 か月間（措置入院後 3 か月の場合は過去 3 か月間）に行ってきた治療内容と、その治療の内容とその結果を記載してください。</p>

今後の治療方針	治療内容とその結果を踏まえ、治療方針（問題行動に対する再発防止の対応を含む）を記載してください。
処遇、看護及び指導の現状	隔離、注意必要度、日常生活の介護指導必要性のそれぞれの欄の該当する項目を○で囲んでください。
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、現在の状態像それぞれについて、該当する項目を○で囲んでください。 Aはこれまでに認められた問題行動、Bは今後おそれのある問題行動なので、該当する項目を○で囲んでください。 現在の状態像は、現在の精神症状や問題行動等を統括して、当てはまる項目を○で囲んでください。
診察時の特記事項	措置入院患者の診察態度、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について、自傷他害行為のおそれがあり、措置入院が必要であるとの観点で記載してください。
本報告に係る診察年月日	提出1か月以内の診察が適当です。
診断した精神保健指定医氏名	この定期病状報告書を作成するために診察した指定医が直筆で署名します。直接診察した指定医以外の者の記載は認められません。押印は不要です。



IV. 医療保護入院者入院者の定期病状報告書（法第 38 条の 2 第 2 項）

項目	記載方法
日付	報告日を記載してください。
病院名等 病院名 所在地 管理者名 押印	正式名称を記載してください。 区市町村から正確に記載してください。 フルネームで正確に記載してください。 廃止
医療保護入院者 氏名 性別 生年月日 年齢 住所	フルネーム、フリガナを記載してください。 該当する方の性別を○で囲んでください。 該当する元号を○で囲み、年月日（和暦）を記載してください。 提出日現在の満年齢を記載してください。 患者本人の居住地を県から正確に記載してください。 ※居住地＝生活の本拠が置かれている場所。記載する時点で不明であれば、「不定」「不明」と記載して構いません。
医療保護年月日	医療保護入院により入院した年月日を記載してください。
今回の入院年月日	当該病院に、法に基づく入院〔措置入院（緊急措置入院を含む）、医療保護入院、任意入院、応急入院〕をした最初の日を記載してください。
入院形態	入院形態の名称または法の条数を記載してください。 ※複数の入院形態を経ている場合には、経過が分かるように、時系列で記載してください。日付は記載しなくても差し支えありません。
前回の定期報告年月日	前回定期病状報告書を提出した際の年月日（右上の日付）を記載してください。初めて当該報告書を提出する場合は空欄にします。
病名	国際疾病分類第 10 改訂版（ICD-10）に基づき、病名と分類コードを記載してください。ICD-10 については、原則アルファベットを含む分類コード 3 桁（アルファベット+数字 2 桁）としてください。 ※ICD-10 に基づかない「～疑い」「～状態」という表現は、原則として記載しないでください。 ※認知症（F0）や精神遅滞（F7）はそれぞれ「アルツハイマー型認知症（F00）」「軽度精神遅滞（F70）」等と病名を省略せずに記載してください。 ※添付する入院診療計画書と病名の整合性を図ってください。

生活歴及び現病歴	<p>患者本人及び関係者から聴き取った生活歴及び現病歴を記載してください。詳細不明の場合はその旨記載してください。新たに判明した事実がある場合には追加記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活歴：出生地、家族歴、発育歴、学歴、職歴、結婚歴、挙児等について記載してください。</li> <li>・現病歴：発症時期、精神科等受診歴、今回の入院に至る経緯、精神症状等について記載してください。</li> </ul>
陳述者氏名・続柄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・陳述者氏名・続柄：医療保護入院に同行した家族や、保健所や福祉事務所等の関係機関職員、警察官等のうち、入院時の状況を聞き取った者について、氏名と患者本人からみた続柄を記載してください。</li> </ul>
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	<p>精神科以外の診療科での入院歴は記載せず、精神科への入院期間や入院形態、入院回数を記載してください。</p> <p>※今回が初めての精神科入院の場合は、期間は空欄とし、入院回数は0回と記載してください。前回までの入院回数が1回の場合は、初回入院期間と前回入院期間が一致するため、前回入院期間及び入院形態は「同上」と記載しても差し支えありません。</p> <p>※いずれも生活歴及び現病歴の欄と整合性がとれている必要があります。</p>
過去12か月間の外泊の実績	<p>該当する項目を○で囲んでください。</p>
過去12か月間の治療内容とその結果及び通院又は任意入院に変更できなかった理由	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 過去12か月間の具体的な治療内容</li> <li>② その結果</li> <li>③ 通院または任意入院に変更できなかった理由 <ul style="list-style-type: none"> <li>・病識の有無</li> <li>・同意もしくは同意能力の有無</li> </ul> </li> </ol> <p>入院後の診察により症状が重度であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等により1年以上の入院が必要と判断される場合は、その旨を記載してください。</p>
今後の治療方針	<p>治療内容とその結果を踏まえ、治療方針（問題行動に対する再発防止の対応を含む）を記載してください。本人の病識や治療への意欲を得るための取り組み等について、できるだけ具体的に記載してください。</p>
退院に向けた取組の状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>② 地域援助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</li> <li>③ 医療保護入院者退院支援委員会での審議状況等については、委員会を開催した日付を記載する。</li> </ol> <p>※退院に向けた取り組み状況については、医療保護入院者退院支援委員会の審議結果記録の写しの添付でも差し支えありませんが、その旨をこの欄に記載してください。</p>

現在の精神症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前回の定期病状報告以降に認められた病状または状態像、主に最近の状況に重点を置き、直近の精神症状も勘案して、該当するローマ数字・算用数字を○で囲んでください。</li> <li>・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について、該当する項目を○で囲んでください。</li> </ul> <p>現在の状態像は、現在の精神症状や問題行動等を統括して、当てはまる項目を○で囲んでください。</p>
本報告に係る診察年月日	提出1か月以内の診察が適当です。
診断した精神保健指定医氏名	この定期病状報告書を作成するために診察した指定医が直筆で署名します。直接診察した指定医以外の者の記載は認められません。押印は不要です。