

～ 医療保護入院退院支援委員会開催のお知らせ ～

当該委員会を開催する場合には、患者自身に対して、事前に“開催のお知らせ”を書面で行なう必要があります。

別添様式 1

医療保護入院者退院支援委員会の開催のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

1. あなたの入院時に入院診療計画書で説明をした推定される入院期間が、平成 年 月 日に経過するため、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 6 に基づき、医療保護入院者退院支援委員会（以下「委員会」という。）を平成 年 月 日に開催いたします。
2. 委員会では、①入院継続の必要性、②入院継続が必要な場合、更に入院が必要と推定される入院期間、③今後の退院に向けた取組、について審議を行います。
3. 委員会には、主治医、看護職員、退院後生活環境相談員その他のあなたの診療に関わる方が出席するほか、あなた自身も出席することができます。出席を希望する場合は、あなたを担当する退院後生活環境相談員に伝えて下さい。なお、あなたが出席をしない場合も、委員会の審議の結果はお知らせいたします。
4. また、①あなたのご家族、②後見人又は保佐人がいる場合は後見人又は保佐人の方、③あなたが退院後の生活について相談している地域援助事業者の方や入院前に通っていた診療所の方等のあなたの地域での暮らしに関わる方に、委員会への出席の要請をすることができますので、委員会への出席の要請を希望する場合は、退院後生活環境相談員に伝えて下さい。ただし、要請を行った場合でも、都合がつかない等の事情により出席できない場合もあります。その場合、出席できなかった方には、審議後にその結果をお知らせします。
5. 御不明な点などがありましたら、あなたを担当する退院後生活環境相談員にお尋ね下さい。

病院名
管理者の氏名
退院後生活環境相談員の氏名

～ 医療保護入院者退院支援委員会審議記録 ～

審議記録は必ず様式に残し、定期病状報告に直近のものを添付します。委員会を開催した日には、診療録にも記載します。

別添様式 2

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	年	月	日
住所						
担当退院後生活環境相談員の氏名						
入院年月日 (医療保護入院)						
出席者	主治医 ()、主治医以外の医師 () 看護職員 () 担当退院後生活環境相談員 () 本人 (出席・欠席)、家族 ((続柄)) その他 ()					
入院診療計画書に記載した 推定される入院期間						
本人及び家族の意見						
入院継続の必要性	有 ・ 無					
入院継続が必要である場合	理由					
	推定される入院期間					
退院に向けた取組						
その他						

[病院管理者の署名 :]

[記録者の署名 :]

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	年 月 日
住所			
担当退院後生活環境相談員の氏名			
入院年月日 (医療保護入院)			
出席者	主治医 ()、主治医以外の医師 () 看護職員 () 担当退院後生活環境相談員 () 本人 (出席・欠席)、家族 ((続柄)) その他 ()		
入院診療計画書に記載した 推定される入院期間			
本人及び家族の意見	「入院継続の必要性」は、 医療保護入院としての継続を言います。		
入院継続の必要性	有 ・ 無		
入院継続が必要である場合	理由	入院継続の必要性 (例) : 精神症状が不安定で妄想的言動があり行動に落ち着きがない。 : 疾患の理解及び服薬の必要性の理解に乏しく医療中断のおそれがある。 : 退院先についてグループホームか単身生活か等の調整が必要。	
	推定される入院期間	← 今回の審議を経て、また新たに医療保護が必要と判断された時には、今後の医療保護入院期間を記載します。具体的に！	
退院に向けた取組	取組の例 : 服薬調整、心理教育の実施、服薬の自己管理に向けた訓練、地域の事業者の紹介、面会等による関係構築、ケア会議の開催、作業療法への参加等		
その他			

自署又は記名 + 捺印
病院管理者は審議内容を確認し、
審議が不十分な点が見られる場合には
適切な指導を行う必要がある。

〔病院管理者の署名: 〕
〔記録者の署名: 〕

～ 医療保護入院退院支援委員会の結果のお知らせ ～

結果は必ず患者本人や家族、関係者に伝えます。お知らせには、退院支援委員会審議録の内容をわかりやすく記載します。

別添様式 3

医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

医療保護入院者退院支援委員会での審議の結果について下記のとおりお知らせいたします。

記

1. 開催日時 平成 年 月 日 () : ~ :
2. 出席者 主治医 ()、主治医以外の医師 ()
看護職員 ()
担当退院後生活環境相談員 ()
本人 (出席・欠席)、家族 ((続柄))
その他 ()

3. 入院継続の必要性 (有 ・ 無)
【有りの場合のその理由】

()

4. 今後の推定される入院期間 ()

5. 今後の退院に向けた取組

()

病院名
管理者の氏名
退院後生活環境相談員の氏名

(2) - 1 応急入院の入院届について

応急入院届（様式16）は、法第33条の7第5項の規定により定められている書類です。応急入院は、医療及び保護の必要がある精神障害者を、患者本人の同意が得られず、また、急速を要し家族等の同意を得られない場合に、指定医の診察により、72時間に限り応急入院指定病院に入院させることができる制度であり、人権擁護の観点からも、都道府県知事が必要な指導を行えるよう、直ちに届出を行うことが義務付けられています。その主旨を鑑み、制度の適正な運用のため、届出の各項目は正確かつ詳細に記載されなければなりません。

また、法第33条の7第2項に基づき、12時間を限りに特定医師による診察で応急入院させる場合の入院届（様式17）についても、同様に届出が義務付けられています。

（応急入院）

第33条の7 厚生労働大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神科病院の管理者は、医療及び保護の依頼があつた者について、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、その者が、次に該当する者であるときは、本人の同意がなくても、72時間を限り、その者を入院させることができる。

一 指定医の診察の結果、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つて当該精神障害のために第20条の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの

二 第34条第3項の規定により移送された者

2 前項に規定する場合において、同項に規定する精神科病院の管理者は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて特定医師に同項の医療及び保護の依頼があつた者の診察を行わせることができる。この場合において、診察の結果、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つて当該精神障害のために第20条の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、同項の規定にかかわらず、本人の同意がなくても、12時間を限り、その者を入院させることができる。

3 第19条の4の2の規定は、前項の規定により診察を行つた場合について準用する。この場合において、同条中「指定医は、前条第1項」とあるのは「第21条第4項に規定する特定医師は、第33条の7第2項」と、「当該指定医」とあるのは「当該特定医師」と読み替えるものとする。

4 第1項に規定する精神科病院の管理者は、第2項後段の規定による措置を採つたときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、当該措置に関する記録を作成し、これを保存しなければならない。

5 第1項に規定する精神科病院の管理者は、同項又は第2項後段の規定による措置を採つたときは、直ちに、当該措置を採つた理由その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない

6～7 (略)

(2) - 2 応急入院者の入院届の具体的な記載内容について

様式の 内は、指定医の診察に基づいて記載してください（ただし、法34条による移送が行われた場合は、この欄に記載する必要はありません）。

番号	項目	記載方法
1	日付	<p>保健所提出日を記載してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>* 法第33条の7第5項にあるとおり、応急入院は、入院後直ちに保健所を經由して都道府県知事に届け出なければならないと規定されていることから、原則として、届出を行う年月日は入院した当日にとらなければなりません。ただし、入院が夜間帯であり、当日の届出が事実上不可能である場合は、入院した翌日でも差し支えありません。</p> </div>
2	病院名等	
	(病院名)	正式名称を記載してください。
	(所在地)	区市町村から正確に記載してください。
	(管理者名)	フルネームで正確に記載してください。
	(押印)	<p>病院管理者の印を押印してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>* 病院長等の私印は不可。</p> </div>
3	応急入院者	
	(氏名)	<p>フルネームで記載してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>* 氏名不詳や自称の場合は、それがわかるよう、「氏名不詳」「不明」「○○○○（自称）」等と記載してください。</p> </div>
	(性別)	該当する方の性別を○で囲んでください。
	(生年月日)	該当の元号を○で囲み、年月日（和暦）を記載してください。
	(年齢)	提出日現在の満年齢を記載してください。
	(住所)	<p>患者本人の居住地区市町村から正確に記載してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>* 居住地 = 生活の本拠が置かれている場所。通常は保険証や住民票の住所になります。</p> <p>* 居住地が住民票等と一致しない場合は、実際の居住地を優先します。また、居住地が不明な場合は、現在地（保護を要する者が警察官等によって最初に保護された場所等）になりますが、記載する時点で不明であれば、「不定」「不明」として構いません。</p> </div>

番号	項目	記載方法
4	依頼をした者の入院者との関係	<p>今回の応急入院を依頼した者の入院者との関係を記載してください。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* ここでいう“依頼”の主体は、患者本人の家族等を除く親族や知人の他、保健所や福祉事務所、警察等の行政機関の職員であっても差し支えありません。ただし、人権保護の観点から、精神科病院の職員が院外に出て、精神障害者を強制的に入院させてはならないとされています。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【例】・都 花代 (親類) ・東京 太郎 (保護にあたった警察官)</p>
5	入院年月日	<p>当該病院に応急入院をした最初の日を記載してください。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* 特定医師による入院も含まれます。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」または「第33条の7第2項入院」と、それぞれわかるように記載してください。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* 原則として、届出を行う年月日は入院した当日としなければなりません。入院が夜間帯であり、当日の届出が事実上不可能である場合は、入院した翌日でも差し支えありません。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* 応急入院を採った時間の記載については、国の様式では「平成〇〇年〇〇月〇〇日(午前・午後〇〇時)」と時間単位までの記載となっていますが、東京都としては、72時間という時間的制約があることを鑑みて、分単位まで記載することが望ましいと考えています。</p>
6	法第34条による移送の有無	<p>該当があれば「有り」に○を付けてください。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* 法第34条 = 入院について本人の同意が得られず、行政が関与して患者の診察を行い、行政の責務として移送をして医療保護入院もしくは応急入院とする制度。</p>
7	病名	<p>ICD-10に基づき、病名と分類コードを記載してください。</p> <p>ICD-10については、原則、アルファベットを含む分類コード(カテゴリともいう。)3桁(アルファベット+数字2桁)とし、状態像等を「病状または状態像の概要」欄に適切に記載してください(詳細な病名の記載が必要な場合は4桁のコードでも構いません)。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* ICD-10に基づかない「〇〇状態」や「〇〇の疑い」という表現は原則として記載しないでください。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* 略語や外国語等による記載は行わないでください。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">* 「1 主たる精神障害」及び「2 従たる精神障害」は、Fから始まるICDカテゴリのものとし、他のカテゴリの病名は「3 身体合併症」の欄に記載してください。てんかんは、ICD-10ではG40となり、Fコードの精神および行動の障害には入らないので、「3 身体合併症」に記載することになります。</p>

番号	項目	記載方法
7	病名	<p>＊ 「認知症（F 0 0）」「精神遅滞（F 7 0）」は、それぞれ「アルツハイマー病型認知症（F 0 0）」「軽度精神遅滞（F 7 0）」等と病名を省略せずに記載してください。</p> <p>＊ 「老年性精神病」や「非定型精神病」などの慣例病名は使用せず、I C D - 1 0 に準拠した病名での記載に合わせてください。</p> <p>＊ 「精神分裂病」「人格障害」「痴呆（症）」など、旧病名や、現在は医学上正式に認知されている病名ではないものは使用しないでください。</p> <p>【例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・統合失調症（F 2 0） ・急性一過性精神病性障害（F 2 3） ・広汎性発達障害（F 8 4）
8	応急入院の必要性	<p>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>＊ 患者に対して、精神科での入院治療の必要性を説明してもなお、入院の同意が得られない状態であったために、応急入院が必要であることが明確にわかるように記載します。</p> <p>＊ 特定医師の診察による応急入院の場合は、特定医師の採った措置の妥当性について、ここに記載するとともに、様式17の提出もお願いします。</p> <p>【記載例】</p> <p>自傷他害の行為はないが、夜中に路上で立ち尽くしていたため、警察官に保護され来院。亜混迷状態で本人の生命に危険を及ぼすおそれあり。入院の必要性を説明しても了解が得られず、任意入院につなげられる状態ではない。家族等はいるようだが、夜間でもあり今現在は連絡がとれない。これまでの保護歴はなし。通院及び入院歴は不明。明日以降、関係機関と連携を図りながら、家族等との連絡を行う前提で応急入院とした。</p>
9	病状または状態像の概要	<p>入院時の病状又は状態像の概要を記載してください。</p> <p>【記載例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幻覚妄想状態、思考障害 ・躁状態、思考奔逸、多弁・多動
10	応急入院を採った理由	<p>指定医の診察の結果、患者を直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障があるが、病識がないために任意入院とできず、かつ、時間的余裕がなく、入院に必要な家族等の同意をとることが困難であるという内容を記載してください。</p> <p>＊ 医療保護入院の項目にも記載したとおり、応急入院も、患者の意思に反して入院させる制度であり、一時的とはいえ、家族等の同意もとらないで強制的に入院することになるため、患者の人権侵害にならないよう、応急入院以外の入院にはできない理由を明確に記載しておく必要があります。</p> <p>＊ 「8 応急入院の必要性」の欄との整合性がとれるように記載してください。</p>

番号	項目	記載方法
10	応急入院を採った理由	<p>【記載例】 本人の精神症状から、情報を聴取することが困難であり、かつ、本人の身元を明らかにする所持品等もないため、本人や家族等に関する情報が今すぐには確認できない。直ちに入院が必要な状態ではあるが、家族等の情報がないため同意は取れず、現時点では医療保護入院の手続きをとることができないため、応急入院とした。</p>
11	入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	<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。</p> <p>指定医の指導の下に、入院届を非指定医が記載する場合がありますが、その際も、署名は必ず指導に当たった指定医がします。</p> <p>押印は不要です。</p> <p>* この入院届を作成する指定医は、入院届を作成するために診察した指定医であり、診療録に書かれた内容と整合性がとれていなければなりません。</p> <p>* 記載すべき内容が書かれているか(応急入院のための診察をした旨が書かれているか、法19条の4の2及び法施行規則第4条の2に規定する「応急入院を採った時の症状」「任意入院による入院ができない状態と判定した理由」などが書かれているかなど)、診療録の診察日と入院届の診察日の整合性がとれているか、記載漏れがないか等を確認してください。</p>

応 急 入 院 届

平成 年 月 日

殿

病院名

所在地

管理者名

印

応 急 入 院 者	フリガナ				生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)						
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区				
依 頼 を し た 者 の 入 院 者 と の 関 係								
入 院 年 月 日	平成 年 月 日 (午前・午後 時)							
第34条による移送の 有 無	有 り な し							
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症					
	ICD カテゴリー()	ICD カテゴリー()						
応急入院の必要性	<p>(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> <p>(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>							
病状または状態像の概 要								
応急入院を採った理由	<p>(家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。)</p>							
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名							

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 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。

2 症状消退届及び退院届について

(1) - 1 措置入院者の症状消退届について

措置入院者の症状消退届（様式12）（以下「症状消退届」という。）は、法第29条の5の規定により定められている書類で、措置入院者の措置症状が消失した時に、入院措置の処分が継続して行われることを防止するために届出が義務付けられているものです。

措置入院は都道府県知事（指定都市の長）による行政処分ですが、通常は、当該医療機関が、その症状の消失を第一次的に認知できることから、措置入院者の人権尊重と適切な医療の確保のため、当該医療機関の管理者に、措置症状が消失した場合の届出の義務を課したものです。よって、その届出は速やかに行われる必要があります。

都道府県知事は、法29条の4の規定により、措置症状の消退を認めた場合には、あらかじめ当該医療機関の管理者の意見を聞いたうえで、当該患者を退院させることとなります。この場合の「退院」とは「措置解除」と同義です。

（入院措置の解除）

第29条の4 都道府県知事は、第29条第1項の規定により入院した者（以下「措置入院者」という。）が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その者を退院させなければならない。この場合においては、都道府県知事は、あらかじめ、その者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者の意見を聞くものとする。

2 前項の場合において都道府県知事がその者を退院させるには、その者が入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められることについて、その指定する指定医による診察の結果又は次条の規定による診察の結果に基づく場合でなければならない。

第29条の5 措置入院者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その旨、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(1) - 2 措置入院者の症状消退届の具体的な記載内容について

様式の 内は、指定医の診察に基づいて記載してください。

番号	項目	記載方法
1	日付	<p>措置症状が消退したと認められた日を記載してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>* 法第29条の5にあるとおり、病院管理者は、患者の措置症状が消退した（自傷他害のおそれがない）と認められるに至った時は、直ちに最寄りの保健所経由で都道府県知事に届け出ることであります。</p> <p>* 措置症状が消退したと認められた日に行った診察時の診療録等との整合性をとってください。</p> </div>
2	病院名等	
	（病院名）	正式名称を記載してください。
	（所在地）	区市町村から正確に記載してください。
	（管理者名）	フルネームで正確に記載してください。
	（押印）	<p>病院管理者の印を押印してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>* 病院長等の私印は不可。</p> </div>
3	措置入院者	
	（氏名）	フルネームで記載してください。
	（性別）	該当する方の性別を○で囲んでください。
	（生年月日）	該当の元号を○で囲み、年月日（和暦）を記載してください。
	（年齢）	提出日現在の満年齢を記載してください。
	（住所）	<p>患者本人の居住地を区市町村から正確に記載してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>* 居住地 = 生活の本拠が置かれている場所。通常は保険証や住民票の住所になります。</p> <p>* 居住地が住民票等と一致しない場合は、実際の居住地を優先します。また、居住地が不明な場合は、保護時点の所在地（保護を要する者が警察官等によって最初に保護された場所等）になりますが、記載する時点で不明であれば、「不定」「不明」として構いません。</p> </div>
4	措置年月日	措置入院となった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、緊急措置入院となった日は記載せず、措置診察後、当該医療機関に措置入院となった日付としてください。

番号	項目	記載方法
5	病名	<p>原則として、消退時における確定診断名を記載してください（入院時とは異なることもあります）。</p> <p>ICD-10に基づき、病名と分類コードを記載してください。</p> <p>ICD-10については、原則、アルファベットを含む分類コード（カテゴリーともいう。）3桁（アルファベット+数字2桁）とします（詳細な病名の記載が必要な場合は4桁のコードでも構いません）。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> * ICD-10に基づかない「〇〇状態」や「〇〇の疑い」という表現は、原則として記載しないでください。 * 略語や外国語等による記載は行わないでください。 * 「1 主たる精神障害」及び「2 従たる精神障害」は、Fから始まるICDカテゴリーのものとし、他のカテゴリーの病名は「3 身体合併症」の欄に記載してください。てんかんは、ICD-10ではG40となり、Fコードの精神および行動の障害には入らないので、「3 身体合併症」に記載することになります。 * 「認知症（F00）」「精神遅滞（F70）」は、それぞれ「アルツハイマー病型認知症（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。 * 「老年性精神病」や「非定型精神病」などの慣例病名は使用せず、ICD-10に準拠した病名での記載に合わせてください。 * 「精神分裂病」「人格障害」「痴呆（症）」など、旧病名や、現在は医学上正式に認知されている病名ではないものは使用しないでください。 </div> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>【例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">• 統合失調症 (F20) <li style="width: 50%;">• 急性一過性精神病性障害 (F23) <li style="width: 50%;">• 広汎性発達障害 (F84) </div>
6	入院以降の病状又は状態像の経過	<p>措置症状の消退の状況と関連して記載してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>【記載例】</p> <p>例1：入院時に認められた自殺念慮は、薬物療法等により改善し、自傷他害のおそれは消失したと認められる。</p> <p>例2：入院時に認められた興奮状態や衝動行為などは、薬物療法等により改善し、自傷他害のおそれは消失したと認められるが、被害妄想は残存しており、病識もないため、引き続き入院加療が必要な状態である。</p> </div>
7	措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	<p>この症状消退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。</p> <p>押印は不要です。</p>

番号	項目	記載方法
7	措置症状の 消退を認めた 精神保健指定 医氏名	<p>* この症状消退届を作成する指定医は、症状消退届を作成するために診察した指定医であり、診療録に書かれた内容と整合性がとれていなければなりません。</p> <p>* 記載すべき内容が書かれているか(法19条の4の2及び法施行規則第4条の2に規定する内容が書かれているか)、診療録の診察日と入院届の診察日の整合性がとれているか、記載漏れがないか等を確認してください。</p>
8	措置解除後の 処置に関する 意見	<p>該当する項目の数字を○で囲んでください。その他欄については()内に必要事項を記載してください。</p> <p>【留意点】 他の医療機関で治療を継続する場合 → 「3 転医」に○を付け、さらに、他の医療機関で入院する場合は「1 入院継続」に、通院する場合は「2 通院医療」の項目の数字も○で囲む。</p> <p>【用語の定義】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 「入院継続(任意入院・医療保護入院・他科)」: 自院・他院にかかわらず入院を継続する場合。ただし、他院での入院継続の場合、入院形態が不明であれば記載しなくてもよい。 • 「通院医療」: 自院・他院にかかわらず通院する場合。 • 「転医」: 入院・通院に関わらず、他の医療機関に転院する場合。転院先の医療機関名等が判明していれば、その名称を余白に記載すること。調整中であればその状況も記載する。 • 「死亡」: 死亡により退院する場合。 • 「その他()」: 司法対応や、外国人が自国に帰国する場合など。()内に具体的な内容を記載する。
9	退院後の帰住 先	<p>この書類を作成している時点で該当する項目の数字を○で囲んでください。</p> <p>* 「2 施設」の場合、具体的に入所先が決まっている場合は、その名称や施設種別を余白に記載してください。</p> <p>* 「3 その他()」は、()内に具体的に記載してください。</p>
10	帰住先の住所	<p>帰住先の住所を記載してください。</p>
11	訪問指導等に 関する意見	<p>必要とするケースについては、意見を記載してください。特に、入院を継続しない場合、早期に退院する場合などは、退院後に必要な支援について、十分に検討の上、記載してください。</p>
12	障害者福祉 サービス等の 活用に関する 意見	<p>必要とするケースについては、意見を記載してください。特に、入院を継続しない場合、早期に退院する場合などは、退院後に必要な支援について、十分に検討の上、記載してください。</p>
13	主治医氏名	<p>主治医の氏名を記載してください。押印は不要です。</p>

◆ 東京都における措置入院者の症状消退届の提出方法及び措置解除決定通知書の送付について

東京都においては、医療機関から提出される症状消退届について、内容を正確に把握し、必要に応じて各医療機関に内容の確認をした上で、遅滞なく適切に処理するため、以下の流れで措置解除の手続きを行っています。症状消退届の提出に当たっては、各医療機関において十分ご注意ください。

- ① 措置症状が消失し、措置解除予定日や措置解除後の処置等が決まったら、症状消退届を作成し、その内容を精神保健医療課に電話で連絡してください（その際、当課から内容を一通りお伺いするとともに、措置解除予定日と家族の状況についても確認させていただきます）。
- ② ①の後、最寄りの保健所への提出前に、症状消退届を、東京都で定めた措置入院者症状消退届 F A X 送信状とともに、当課宛ファクシミリで送信してください。
 - ※ 症状消退届の右上の欄に、措置症状が消退したと認められた日が記載されていること、病院管理者印が押印されていることを確認してください。
 - ※ F A X 送信状の「F A X 送信日」欄に送信日を記載してから、当課に送信してください。
 - ※ 当課の担当者が②の内容を確認し、疑義や不明な点などがあれば、F A X 送信状にある担当者の確認のお問合せをすることがあります。
- ③ F A X 送信後、症状消退届を直ちに最寄りの保健所に提出してください。
- ④ 東京都において事務処理完了後、措置解除決定通知書を各医療機関に送付します。

以上の手順を踏むことを踏まえ、症状消退届への正確な記載と遅滞ない事務をお願いします。事務処理上、上記①②の第一報から措置解除決定通知書の発送までにはおおむね1週間から10日程度かかりますので、その程度の期間を見込んでご連絡ください。

急な措置解除（措置解除予定日まで日数がない場合）や、その他特別な理由がある場合等については、事前に電話でご相談ください。内容により、理由書の添付をお願いしています。

様式12

措置入院者の症状消退届

平成 年 月 日

殿

病院名
所在地
管理者名

印

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ			
	氏名	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
措置年月日	昭和 平成 年 月 日			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICD カテゴリー()	ICD カテゴリー()		
入院以降の病状又は状態像の経過 〔措置症状消退と関連して記載すること。〕				
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署名			
措置解除後の処置に関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 4 死亡 5 その他 ()		2 通院医療	3 転医
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 3 その他 ()		2 施設	
帰住先の住所	都道府県	郡市区	町村区	
訪問指導等に関する意見				
障害福祉サービス等の活用に関する意見				
主治医氏名				

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 措置症状の消退を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。
- 3 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。

措置入院者症状消退届 FAX送信状

【変更点】

FAXした日付の記載をお願いします

FAX送信日 平成 年 月 日

《送信先》

FAX番号 03 (5388) 1417

あて先 東京都福祉保健局 障害者施策推進部
精神保健医療課

あて

送信内容 措置入院者症状消退届・理由書（該当に○をつける）

電話番号 03 (5320) 4462

※本状は措置解除1件につき1枚作成して送信ください。

また、以下の場合には理由書が必要になります。

★ 本状送付から解除予定日まで10日未満のもの

《発信元》

FAX番号

電話番号

発信者

病院 担当者

【措置解除に関する連絡事項】

措置解除を希望する患者名

解除予定日 平成 年 月 日

備考

【精神保健福祉法第33条に規定する家族等に関する事項】

家族等の有無 (あり・なし・不明)

「あり」の場合、措置解除に際して東京都から連絡ができる方を1名記入してください。

家族等氏名 (続柄)

住所

電話番号