

精神保健指定医の新規申請におけるケースレポートの確認事項 (申請者用チェックリスト)

精神保健指定医の新規申請に必要なケースレポートについて、特に記載漏れや記載誤り等が考えられる点を以下のとおり整理いたしましたので、提出前の確認にご活用ください。

○様式 3-1 ケースレポート

<【表紙】全体>

- ☐ 最新の様式を使っているか（厚生労働省HPに掲載しているもの）
- ☐ 申請日は、精神保健指定医指定申請書（様式 1-1）の申請日と同一か
- ☐ 7年以内の症例であるか
- ☐ 表題部分に症例番号の記載はあるか
- ☐ 症例番号とその内容が、大臣告示の分類（参考）に即した内容になっているか
- ☐ ①～⑩に空欄はないか
- ☐ 片面印刷で表紙から本文まで通しページをつけているか

（参考）大臣告示の分類

第1症例	「症状性を含む器質性精神障害」(F0)
第2症例	「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」(F1)（依存症に係るものに限る。）
第3症例	「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」(F2)
第4症例	「気分(感情)障害」(F3)
第5症例	「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」(F4)、「生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」(F5)、「成人の人格及び行動の障害」(F6)、「知的障害(精神遅滞)」(F7)、「心理的発達の障害」(F8)、「小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」(F90-F98)のいずれか

<申請者氏名 (①) >

- ☐ 5症例すべてについて、原本に自筆署名があるか（ホチキス留め厳禁）

<最終診断名 (②) >

- ☐ 最終診断名に対して ICD コードが誤っていないか
- ☐ 最終診断名・ICD コードとケースレポートの症例番号が合致しているか
- ☐ 最終診断名・ICD コードとケースレポートの内容が合致しているか

※ICD コードは、F 以下 2 桁 (F**) の記載を必須とする。（小数点以下の記載は任意）

<患者情報 (⑤) >

- ☐ 患者の生年月日や⑦主治医又は担当医になった期間に照らして、年齢の計算は正確か
- ☐ ケースレポートの内容と合致しているか

<入退院年月日・入院形態 (⑥) >

- ☐ ケースレポートの内容に記載した入退院年月日、入院形態と合致しているか
- ☐ 措置入院や医療保護入院のみならず、緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について当該医療機関において継続して行われた全ての入院形態について、それぞれ個別に記載されているか

※必要に応じて入退院年月日・入院形態を記入する行を増やして記載すること。

※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。

<主治医又は担当医になった期間（⑦）>

- ☐ ⑥に記載した入院日から退院日までの期間の中に含まれる期間であるか（通院除く）
- ☐ 「退院後の通院治療を行った症例」の場合、当該通院期間について、改行して別に記載し、後ろに「（通院）」と記載があるか

（例）緊急措置入院で入院した患者を、措置入院に変更した時点から退院後の通院治療まで担当した場合

⑥入退院年月日・入院形態

⑦主治医又は担当医になった期間

2020年9月29日～2020年10月1日（緊急措置入院）

2020年10月1日～2020年10月26日（措置入院）

2020年10月26日～2020年11月28日（医療保護入院）

2020年11月28日～2020年12月28日（任意入院）

2020年10月1日～2020年12月28日

2020年12月28日～2021年4月1日（通院）

<転院による診療の終了（⑨）>

- ☐ ケースレポートの内容と合致しているか
- ☐ 有の場合、転院後の入院形態は、③と同じものが選択されているか

<指導を行った精神保健指定医（⑩）>

- ☐ ⑦の期間の途中で指導医が交代等した場合、全ての指導医の氏名、指定医番号及び各指導医の指導期間の記載があるか
- ☐ 指導医の指導期間と⑦の期間が一致しているか
※「退院後の通院治療を行った症例」について提出する場合は、当該通院期間を含む。
- ☐ 指定医番号に誤記はないか
- ☐ 指導期間と指導医の常時勤務証明書に記載されている診療従事期間に齟齬がないか

<ケースレポートの証明>

- ☐ 原本に指導医の自筆署名があるか
- ☐ ⑩に指導医が複数記載されている場合、最後に指導を担当した指導医の自筆署名があるか
※「退院後の通院治療を行った症例」について提出する場合、基本的には入院期間の指導医が引き続き外来期間の指導医となることが想定されるが、両者が異なる場合には、それぞれ自筆署名を行うこと。

<【関係法規に定める手続への対応】の部分>

- ☐ 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】への対応を記載しているか
※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。
- ☐ 当該ケースレポートに関係の無い項目は削除しているか
※削除する際には、＜措置入院＞、＜医療保護入院＞、＜緊急措置入院又は応急入院＞、＜任意入院＞、＜行動制限＞の項目ごとに削除すること。これらの項目の中の各事項や記載の一部のみの削除はしないこと。

<【本文】の部分>

- ☐ 「<入院時の状況>」、「<入院後経過>」、「【考察】」の項目にあらかじめ記載されている斜字体による注書き部分は削除しているか

○様式 3－2 ケースレポート一覧

<右肩>

- ☐ 申請日、氏名、生年月日、住所地都道府県の記載があるか
- ☐ 申請日は、精神保健指定医指定申請書（様式 1－1）の申請日と同一か

<チェックボックス記入欄>

- ☐ ①及び③～⑥の記入欄について、どちらかの選択肢をチェックしているか（両方チェック又は空欄は不可）
- ☐ ②の記入欄について、
- ・①で「措置入院」を選択した場合：記入欄を空欄としているか（チェックは不可）
 - ・①で「医療保護入院」を選択した場合：どちらかの選択肢をチェックしているか（両方チェック又は空欄は不可）
- ☐ 措置入院症例又は医療保護入院症例のチェックがケースレポートの主な評価対象とする入院形態（表紙③）と同一か
- ☐ 措置入院症例 1 例以上
- ☐ 医療保護入院症例 1 例以上
- ☐ 医療保護入院症例について入院時点から診断又は治療に従事し、入院時の指定医の診察に立ち会った症例 1 例以上
- ☐ 申請前 1 年以内に従事した症例 1 例以上
- ☐ 申請日の 1 年前の日より前に従事した症例 2 例以上