

事 務 連 絡

平成 26 年 3 月 11 日

各 都道府県  
指定都市 精神保健福祉主管部局 御中

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部精神・障害保健課

医療保護入院の入院届に添付する入院診療計画書の様式について（周知依頼）

日頃より、精神保健福祉行政の推進に御尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令（平成 26 年厚生労働省令第 4 号）による改正後の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 13 条の 4 第 1 号ヲの規定に基づき、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について」等の一部改正について」（平成 26 年 1 月 24 日障精発 0124 第 2 号）記 3 による改正後の「精神科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）において、医療保護入院者の入院届（同通知様式 13）に添付する入院診療計画書の様式については、別途通知することとしていたところ です。

今般、当該様式について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号厚生労働省保健局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知）別添の別紙 2 の 3 及び「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号厚生労働省保健局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知）別紙様式 4 の 2 としてお示ししておりますので、管下市町村及び関係団体へ周知いただきますようお願いいたします。

## 入院診療計画書

(患者氏名)

殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
選任された 退院後生活環境相談員の氏名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間 (うち医療保護入院による入院期間)	(うち医療保護入院による入院期間： )
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
退院に向けた取組	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注4) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名)

印

(本人・家族)

# 児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
診断名(状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

## I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成： (同居家族を含む)	社会的環境：	c. 職歴
		a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴： )	d. 交友関係など

## II. 入院時の状況

入院年月日	平成 年 月 日 ( 曜日)	入院形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他
主訴	患者：		
	家族(父・母・その他 )：		
特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無			
症状 および 問題行動：			
A. 行動：a. 動き： <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 常同症 <input type="checkbox"/> 拒絶症 <input type="checkbox"/> 奇妙な動作 ( ) b. 表情： <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 無表情 c. 話し方： <input type="checkbox"/> 緘黙 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 反響言語 d. その他： <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 習癖異常			
B. 情緒： <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 高揚 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 感情の不調和			
C. 対人関係： <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 他罰的 <input type="checkbox"/> 共感性欠如			
D. 知的機能： <input type="checkbox"/> 注意散漫 <input type="checkbox"/> 興味限局 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習(能力)障害			
E. 意識： <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意識障害			
F. 意欲： <input type="checkbox"/> 消極性 <input type="checkbox"/> 意欲減退 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> 意欲亢進			
G. 行為： <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害・暴行 <input type="checkbox"/> 盗み <input type="checkbox"/> 器物破損			
H. 知覚： <input type="checkbox"/> 錯覚 <input type="checkbox"/> 幻覚			
I. 思考： <input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 強迫観念・行為 <input type="checkbox"/> 恐怖症 <input type="checkbox"/> 自殺念慮・自殺企図 <input type="checkbox"/> 離人体験 <input type="checkbox"/> 病的な空想 <input type="checkbox"/> 作為体験 <input type="checkbox"/> 罪業妄想 <input type="checkbox"/> 被害・関係妄想 <input type="checkbox"/> その他の妄想 ( ) <input type="checkbox"/> 連合障害			
J. その他： <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 計画的な行動がとれない <input type="checkbox"/> 衝動コントロールの欠如 <input type="checkbox"/> 主体性の未確立			
具体的な事柄：			

### (※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

### Ⅲ. 治療計画

(患者氏名 \_\_\_\_\_ )

<p>推定される入院期間 ( _____ 週間/月) (うち医療保護入院による入院期間: _____)</p> <p>本人の希望:</p> <p>家族の希望:</p> <p>目標の設定:</p> <p>同意事項:</p> <p><input type="checkbox"/> 検査                      <input type="checkbox"/> 診断の確定</p> <p><input type="checkbox"/> 薬物療法の調整        <input type="checkbox"/> 精神症状の改善</p> <p><input type="checkbox"/> 問題行動の改善        <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善</p> <p><input type="checkbox"/> 家族関係の調整        <input type="checkbox"/> 主体性の確立</p> <p><input type="checkbox"/> 社会復帰</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p>	<p>基本方針:</p> <p>治療と検査:</p> <p>A. 治療:</p> <p>精神療法:</p> <p><input type="checkbox"/> 個人精神療法: _____ 回/週    <input type="checkbox"/> 集団精神療法: _____ 回/週</p> <p><input type="checkbox"/> 認知行動療法: _____ 回/週    <input type="checkbox"/> 生活療法: _____ 回/週</p> <p>薬物療法:</p> <p><input type="checkbox"/> 抗精神病薬    <input type="checkbox"/> 抗うつ薬    <input type="checkbox"/> 抗躁薬    <input type="checkbox"/> 抗不安薬</p> <p><input type="checkbox"/> 抗てんかん薬    <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p> <p>B. 検査:</p> <p>理化学検査:</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査    <input type="checkbox"/> 心電図    <input type="checkbox"/> 脳波    <input type="checkbox"/> X線</p> <p><input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査    <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p> <p>心理検査:</p> <p><input type="checkbox"/> 知能検査 ( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 性格検査 ( _____ )</p>
<p>行動制限: <input type="checkbox"/> なし    <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他 _____ )</p>	<p>隔離室・個室使用: <input type="checkbox"/> なし    <input type="checkbox"/> あり</p>
<p>選任された退院後生活環境相談員の氏名</p>	
<p>退院後の目標:    <input type="checkbox"/> 家庭内適応    <input type="checkbox"/> 復学    <input type="checkbox"/> 就労    <input type="checkbox"/> デイケア    <input type="checkbox"/> 地域作業所    <input type="checkbox"/> 施設入所</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p>	

### Ⅳ. 家族へのアプローチ

<p>面接:</p> <p><input type="checkbox"/> 家族面接: _____ 回/週・月 ( <input type="checkbox"/> 父親    <input type="checkbox"/> 母親    <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) )</p> <p><input type="checkbox"/> 本人との同席面接: _____ 回/週・月</p> <p>その他:</p> <p><input type="checkbox"/> 家族療法: _____ 回/週・月        <input type="checkbox"/> その他: _____ 回/週・月</p>	<p>具体的アプローチ</p>
--	-----------------

### Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

<p>入院中の教育的配慮:</p> <p><input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学)</p> <p><input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学    <input type="checkbox"/> 訪問学級</p> <p><input type="checkbox"/> 通信教育    <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p>	<p>学校への具体的アプローチ:    <input type="checkbox"/> 本人の同意    <input type="checkbox"/> 保護者の同意</p> <p><input type="checkbox"/> 担任    <input type="checkbox"/> 養護教諭    <input type="checkbox"/> 生徒指導担当    <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 現状での問題点 ( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> 今後の方向性 ( _____ )</p>
---	---

上記説明を受けました。 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 本人サイン \_\_\_\_\_ 保護者サイン \_\_\_\_\_

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。  
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)