

障 発 0302 第 5 号
令和 5 年 3 月 2 日

都道府県
各 障害保健福祉主管部（局）長 殿
指定都市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
（ 公 印 省 略 ）

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条第三項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について」の一部改正について

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）において、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）が一部改正されたことに伴い、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条第三項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について」（昭和 63 年 6 月 22 日健医発第 743 号厚生省保健医療局長通知）を別添のとおり一部改正し、令和 5 年 4 月 1 日から適用することとしたので、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、適切に対応方御配慮いただきますようお願いいたします。

○ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条に規定する医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について（昭和63年6月22日 健医発第743号厚生省保健医療局長通知）【新旧対照表】

(変更点は下線部)

改 正 後	現 行
健 医 発 第 7 4 3 号 昭 和 6 3 年 6 月 2 2 日 一 部 改 正 障 発 第 3 3 5 号 平 成 1 3 年 8 月 6 日 一 部 改 正 障 発 0 1 2 4 第 4 号 平 成 2 6 年 1 月 2 4 日 一 部 改 正 障 発 0 3 0 2 第 5 号 令 和 5 年 3 月 2 日	健 医 発 第 7 4 3 号 昭 和 6 3 年 6 月 2 2 日 一 部 改 正 障 発 第 3 3 5 号 平 成 1 3 年 8 月 6 日
各都道府県知事 殿	各都道府県知事 殿
厚生労働省社会・援護局長	厚生労働省社会・援護局長
(略)	(略)
別添	別添
市町村長同意事務処理要領	市町村長同意事務処理要領
(略)	(略)
一 入院時に市町村長の同意の対象となる者 次のすべての要件を満たす者	一 入院時に市町村長の同意の対象となる者 次のすべての要件を満たす者
(一) ~ (三) (略)	(一) ~ (三) (略)
(四) <u>病院側の調査の結果、以下のいずれかに該当すること。</u> <u>ア 当該精神障害者の家族等がいずれもない</u> <u>イ 家族等の全員がその意思を表示することができない。</u> <u>(注) 当該精神障害者について、家族等から虐待・ドメスティックバイオレンス（以下「DV」という。）等が行われている又は疑われる場合、当該家族等については、ア・イに記載する「家族等」に該当しない者として取り扱うこと。</u>	(四) <u>病院側の調査の結果、当該精神障害者の家族等のいずれもいないか、又はその家族等の全員がその意思を表示することができないこと(これらの家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。)</u>
二 (略)	二 (略)

三 病院からの連絡

病院は、入院する患者について、居住地、家族等のうちいずれかの者の有無等を調査し、当該患者が入院につき市町村長の同意が必要な者である場合には、速やかに市町村長の同意の依頼を行うこと。

なお、入院の同意の依頼の際には、市町村長の同意を行うために必要な事項が明らかになるように、次のような事項について連絡すること。

- ア 患者の氏名、生年月日、性別
- イ 患者の居住地又は現在地
- ウ 患者の本籍地
- エ 患者の病状(入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの)
- オ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- カ 患者に対する家族等からの虐待・DV等に関連して必要な情報

(ア) 患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名

(イ) 患者に対する家族等からの虐待・DV等が疑われ、病院から行政に対し通報等を行っている場合、その内容と通報窓口の連絡先

(ウ) 患者に対して虐待・DV等の一時保護措置等の対応が取られている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先

(エ) 患者からDV等支援措置を受けている旨の申し出があった場合、その内容

キ 患者を診察した指定医の氏名

ク その他参考となる事項

なお、市町村長の同意の依頼は迅速に行うこと。このため、同意の依頼は電話等口頭で行えるが、口頭依頼後に速やかに同意依頼書(様式一)を市町村長にあて送付すること。

注

(1) 項目カ(イ)の「通報等」とは、以下の内容を指す(以下「通報等」という。)

- ・ 児童虐待の防止等に関する法律(平成十二年法律第八十二号)(以下「児童虐待防止法」という。)第六条第一項の規定による通告
- ・ 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律(平成十三年法律第三十一号)(以下「配偶者暴力防止法」という。)第六条第一項の規定による通報
- ・ 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する

三 病院からの連絡

病院は、入院する患者について、居住地、家族等のうちいずれかの者の有無等を調査し、当該患者が入院につき市町村長の同意が必要な者である場合には、速やかに市町村長の同意の依頼を行うこと。

なお、入院の同意の依頼の際には、市町村長の同意を行うために必要な事項が明らかになるように、次のような事項について連絡すること。

ア 患者の氏名、生年月日、性別

イ 患者の居住地又は現在地

ウ 患者の本籍地

エ 患者の病状(入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの)

オ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先

(新設)

カ 患者を診察した指定医の氏名

キ その他参考となる事項

なお、市町村長の同意の依頼は迅速に行うこと。このため、同意の依頼は電話等口頭で行えるが、口頭依頼後に速やかに同意依頼書(様式一)を市町村長にあて送付すること。

(新設)

法律（平成十七年法律第百二十四号）（以下「高齢者虐待防止法」という。） 第七条第一項の規定による通報

- ・ 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成二十三年法律第七十九号）（以下「障害者虐待防止法」という。） 第七条第一項の規定による通報

(2) 項目カ（ウ）の「一時保護措置等」とは、以下の措置を指す（以下「一時保護措置等」という。）。

- ・ 児童虐待防止法第八条第二項第一号の措置
- ・ 配偶者暴力防止法第三条第三項第三号の措置
- ・ 高齢者虐待防止法第九条第二項の措置
- ・ 障害者虐待防止法第九条第二項の措置
- ・ その他、上記措置に準ずる措置

(3) 項目カ（エ）の「DV等支援措置」とは、住民基本台帳事務処理要領（昭和42年10月4日法務省民事甲第2671号、自治振第150号等法務省民事局長、自治省行政局長等から各都道府県知事あて通知）第5-10の措置を指す（以下「DV等支援措置」という。）。

四 市町村において行われる手続き

(一) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院の同意の依頼を受けた際には、市町村長の同意を行うために必要な次のような事項については聴取票(様式二)に記載して明らかにしておくこと。

- ア 患者が入院する病院の名称・所在地
- イ 患者の氏名、性別、生年月日
- ウ 患者の居住地又は現在地
- エ 患者の本籍地
- オ 患者の病状(入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの)
- カ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- キ 患者に対する家族等からの虐待・DV等に関連して必要な情報

(ア) 患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名。

(イ) 患者に対する家族等からの虐待・DV等が疑われ、病院から行政に対し通報等を行っている場合、その内容と通報窓口の連絡先

(ウ) 患者に対して虐待・DV等の一時保護措置等の対応が取られている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先

(エ) 患者からDV等支援措置を受けている旨の申し出があった場合、その内容

ク 患者を診察した指定医の氏名

ケ 聴取した日

四 市町村において行われる手続き

(一) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院の同意の依頼を受けた際には、市町村長の同意を行うために必要な次のような事項については聴取票(様式二)に記載して明らかにしておくこと。

- ア 患者が入院する病院の名称・所在地
- イ 患者の氏名、性別、生年月日
- ウ 患者の居住地又は現在地
- エ 患者の本籍地
- オ 患者の病状(入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの)
- カ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
(新設)

キ 患者を診察した指定医の氏名

ク 聴取した日

(二) 病院から依頼を受けた後、市町村の担当者は、患者が市町村長の入院の同意の対象者であるかどうかを確認するため、以下のよう
な手続きをとること。

ア 患者が居住地を申し出ている場合には、住民票等によりその
確認を行うこと。

(注1) 確認できない場合には、居住地が不明な者として二(二)
のケースとして扱うこと。

イ 病院が把握していない家族等の存在を把握し、連絡がとれる
場合には、その同意の意思の有無を確認すること。ただし、そ
の際、対象の患者がDV等支援措置の対象となっているか否かを
確認する。当該患者がDV等支援措置の対象となっており、かつ
、当該家族等がDV等支援措置による住民票の閲覧の制限等を受
けている場合は、当該家族等については一(四)のケースとし
て取り扱い、連絡は取らないこと。

ウ 患者に対する家族等からの虐待・DV等が疑われ、病院が行政
に対し虐待・DV等に係る通報等を行っている場合は、通報先の
窓口で連絡を取り、通報等が適切に受理されていることを確認
すること。(ただし、その時点で虐待の事実がないことが判明
している場合は、通報の対象とされている家族等について、法
第5条第2項に規定する「家族等」と取り扱って差し支えない
。)

エ 患者に対して、家族等からの虐待・DV等により一時保護措置
等が取られている旨、病院から連絡があった場合は、一時保護
先の施設担当者等に連絡を取り、一時保護措置等が現に実施さ
れているか確認すること。

オ 患者からDV等支援措置を受けている旨の申し出があったと病
院から連絡があった場合は、その内容について事実と相違ない
か確認すること。

(注2) ウからオまでに掲げる事実について確認できた場合、患
者に対してDV・虐待等を行った(もしくはそれが疑われる
)家族等については、精神保健及び精神障害者福祉に関す
る法律施行規則(昭和二十五年厚生省令第三十一号)第一
条各号に該当するものとして取り扱うこと。

(三)～(五) (略)

五 (略)

(二) 病院から依頼を受けた後、市町村の担当者は、患者が市町村長の
入院の同意の対象者であるかどうかを確認するため、以下のよ
うな手続きをとること。

ア 患者が居住地を申し出ている場合には、住民票等によりその
確認を行うこと。

(注) 確認できない場合には、居住地が不明な者として二(二)のケー
スとして扱うこと。

イ 病院が把握していない家族等の存在を把握し、連絡がとれる
場合には、その同意の意思の有無を確認すること。

(新設)

(三)～(五) (略)

五 (略)

様式1

年 月 日

医療保護入院同意依頼書

(略)

下記の者について、医療及び保護のために入院の必要があると認められましたが、他に家族等がないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項により貴職による同意をお願い致します。

記

1. 居住地（又は現在地）

2. 氏名

3. 生年月日・性別

4. 本籍地

5. 病状

6. 診察した指定医の氏名

7. 家族構成及び連絡先

8. その他参考となる事項

(過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する。)

(以下、患者に対する家族等からの虐待等が疑われる等の場合に記載)

9. 患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名

10. 患者への虐待・DV等が疑われる場合、通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）

11. 患者が一時保護等の措置を受けている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先

12. 患者からのDV等支援措置の適用に係る申し出の有無

様式1

年 月 日

医療保護入院同意依頼書

(略)

下記の者について、医療及び保護のために入院の必要があると認められましたが、他に家族等がないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項により貴職による同意をお願い致します。

記

居住地（又は現在地）

氏名

生年月日・性別

本籍地

病状

診察した指定医の氏名

家族構成及び連絡先

その他参考となる事項

(過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する。)

(新設)

様式 2

医療保護入院同意依頼聴取票

1. 入院する病院の名称・所在地	
2. 患者の居住地（又は現在地）	
3. 患者の氏名	
4. 患者の生年月日・性別	
5. 患者の本籍地 (外国人の場合は国名)	
6. 患者の症状 (該当症状に丸をつける) (注)昭和 63 年厚生省告示第 125 号を参照のこと	① 抑うつ状態 ④ 知能障害 ② 躁状態 ⑤ 意識障害 ③ 幻覚妄想状態 ⑥ その他 ()
7. 診察した指定医の氏名	
8. 患者の家族構成及び連絡先 (いない場合は「なし」、行方不明の場合は「不明」と記入すること)	配偶者 父 母 子 兄弟姉妹 祖父母又は孫 その他の親族(おじ・おば、おい・めい等)
9. 8で記載した家族等のうち、患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名。	
(患者への虐待が疑われる場合)	通報の内容
10. 虐待に係る通報状況(通報内容、通報窓口の連絡先)	通報窓口の連絡先(氏名・電話番号)
(患者が一時保護措置等の措置を受けている場合)	一時保護等の内容
11. 一時保護措置等の内容と保護先の施設担当者等の連絡先	保護先の施設担当者等の連絡先(氏名・電話番号)

様式 2

医療保護入院同意依頼聴取票

入院する病院の名称・所在地	
患者の居住地（又は現在地）	
患者の氏名	
患者の生年月日・性別	
患者の本籍地 (外国人の場合は国名)	
患者の症状 (該当症状に丸をつける) (注)昭和 63 年厚生省告示第 125 号を参照のこと	① 抑うつ状態 ④ 知能障害 ② 躁状態 ⑤ 意識障害 ③ 幻覚妄想状態 ⑥ その他 ()
診察した指定医の氏名	
患者の家族構成及び連絡先 (いない場合は「なし」、行方不明の場合は「不明」と記入すること)	配偶者 父 母 子 兄弟姉妹 祖父母又は孫 その他の親族(おじ・おば、おい・めい等)
(新設)	

12. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無	有 無
13. その他参考となる事項 (過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する)	

以上のように聴取した。

聴取日 年 月 日

聴取者名

記載上の留意事項

1. 項目10から12については、項目9に記載のない場合は記載不要。

その他参考となる事項 (過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する)	

以上のように聴取した。

聴取日 年 月 日

聴取者名

(新設)