

障発 1225 第 1 号
令和 2 年 12 月 25 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

押印を求める手続の見直しのための通知様式等の改正について

現在、政府においては、「規制改革実施計画」（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）を踏まえ、国民や事業者等に対して押印を求めている手続について、当該押印による手続負担の軽減等を図る観点から、順次、押印の廃止等行政手続の見直しを進めているところです。

これに伴い、当職から発せられた通知により定めている様式等においても、様式中の「㊤」を削る等、所要の改正を行うこととします。

については、改正後の様式等について下記のとおりとしますので、御了知の上、管内市町村（特別区含む。）をはじめ、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くようお願いいたします。

また、当部所管の法令に基づいて貴団体が実施する手続のうち、関係法令や当職から発せられた通知とは別に独自に定められている様式等において、国民や事業者等の押印等を求めているものについては、「地方公共団体における押印見直しマニュアルの策定について」（令和 2 年 12 月 18 日付け規制改革・行政改革担当大臣通知）及び本通知を参考として、押印の見直しに積極的に取り組んでいただきますようお願いいたします。

なお、その他当部から発出している課長通知、事務連絡に定める様式等の改正についても、別途通知、事務連絡の発出により行う予定であることを申し添えます。

記

第 1 「仮退院患者の経過観察に要する経費について」等の一部改正

次に掲げる様式の規定中「㊤」を削る。

1. 「仮退院患者の経過観察に要する経費について」（昭和 38 年 7 月 18 日衛発第 568 号厚生省公衆衛生局長通知）精神障害者仮退院許可申請書
2. 「心身障害者扶養共済制度条例施行規則準則」（昭和 45 年 1 月 31 日児発第 40 号厚生省児童家庭局長通知）様式第 3 号及び様式第 24 号
3. 「沖縄における精神障害者医療費特別公費負担の事務取扱いについて」（昭和 47 年 5 月 15 日衛発第 290 号厚生省公衆衛生局長通知）様式第二号（一）から様式第四号まで
4. 「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」（昭和 60 年 12 月

- 28 日社更 162 号厚生省社会局長通知) 様式第 1 号、様式第 3 号から様式第 5 号まで、様式第 7 号、様式第 9 号、様式第 11 号から様式第 13 号まで及び様式第 15 号
5. 「口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害に関する歯科医師の診断及び意見の取扱いについて」(平成 15 年 1 月 10 日障発 0110002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知) 別紙
 6. 「身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて」(平成 21 年 12 月 24 日障発 1224 第 3 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知) 様式第 1 及び様式第 9
 7. 「補装具費支給事務取扱指針について」の制定について」(平成 30 年 3 月 23 日障発 0323 第 31 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知) 別添様式例第 6 号、別添様式例第 8 (1) 号及び別添様式例第 8 (3) 号

第 2 「心身障害者扶養共済制度条例施行規則準則」等の一部改正

次に掲げる様式の規定中「印」を削る。

1. 「心身障害者扶養共済制度条例施行規則準則」(昭和 45 年 1 月 31 日児発第 40 号厚生省児童家庭局長通知) 様式第 22 号、様式第 23 号、様式第 25 号及び様式第 26 号
2. 「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第三における障害の認定について」(昭和 50 年 9 月 5 日児発第 576 号厚生省児童家庭局長通知) 様式第 1 号から様式第 8 号まで
3. 「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」(昭和 60 年 12 月 28 日社更 162 号厚生省社会局長通知) 様式第 2 号、様式第 6 号、様式第 8 号、様式第 10 号、様式第 14 号及び様式第 16 号
4. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三三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) 様式 1
5. 「自立支援医療(育成医療・更生医療)の給付に係る診療報酬等の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」(平成 5 年 2 月 15 日社援更第 25 号厚生省社会・援護局長通知) 別紙覚書例
6. 「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」(平成 7 年 9 月 12 日健医発第 1132 号厚生省保健医療局長通知) 様式 1 及び様式 7
7. 「自立支援医療費の支給認定について」(平成 18 年 3 月 3 日障発第 0303002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知) 別紙様式第 4 号及び別紙様式第 7 号
8. 「就労継続支援 A 型事業における利用者負担軽減事業実施要綱について」(平成 19 年 7 月 31 日障発 0731001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知) 様式 1 から様式 3 まで
9. 「自立支援医療(育成医療・更生医療)の支給に係る診療(調剤)報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託要領」(平成 24 年 3 月 22 日社援発 0322 第 4 号厚生労働省社会・援護局長通知) 別紙 2 及び別紙 4

第3 「精神保健福祉士養成施設等の設置及び運営に係る指針について」の一部改正次に掲げる様式の規定中「回」を削る。

1. 「精神保健福祉士養成施設等の設置及び運営に係る指針について」（平成23年8月5日障発0805第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）様式2から様式4まで

第4 「心身障害者扶養共済制度条例施行規則準則」等の改正

1. 「心身障害者扶養共済制度条例施行規則準則」（昭和45年1月31日児発第40号厚生省児童家庭局長通知）様式第1号、様式第7号、様式第13号、様式第16号、様式第19号及び様式第21号を別添1から別添6までのように改める。
2. 「療育手帳制度の実施について」（昭和48年9月27日児発第725号厚生省児童家庭局長通知）別添様式を別添7のように改める。
3. 「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について」（平成7年9月12日健医発第1132号厚生省保健医療局長通知）別紙様式2を別添8のように改める。
4. 「自立支援医療費の支給認定について」（平成18年3月3日障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙様式第1号、別紙様式第2号、別紙様式第5号及び別紙様式第8号を別添9から別添12までのように改める。
5. 「自立支援医療（育成医療・更生医療）の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託要領」（平成24年3月22日社援発0322第4号厚生労働省社会・援護局長通知）別紙1及び別紙3を別添13及び別添14のように改める。
6. 「障害福祉サービス事業者に係る業務管理体制の監督について」（平成24年3月30日障発0330第32号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙様式4（別添）及び別紙様式5（別添）を別添15及び別添16のように改める。
7. 「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について」（平成30年12月6日付け障発1206第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙、様式1-1から様式4までを別添17から別添24までのように改める。
8. 「精神保健福祉士養成課程におけるソーシャルワーク実習を行う実習施設等の範囲について」（令和2年3月6日障発0306第9号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別記様式を別添25のように改める。

第5 経過措置

1. この通知による改正前のそれぞれの通知で定める様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この通知による改正後のそれぞれの通知で定める様式によるものとみなす。
2. 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、例えば、手書きによる訂正等により、これを取り繕って使用することができることとする。

○ 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について（平成30年12月6日 障発1206第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）【新旧対象表】

改正後	改正前
<p style="text-align: center;">障発1206第3号 平成30年12月6日 一部改正 障発0528第5号 令和元年5月28日 <u>一部改正 障発〇〇第〇号</u> <u>令和2年12月25日</u></p> <p>各都道府県知事・指定都市の長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部長 (公印省略)</p> <p style="text-align: center;">精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について (略)</p> <p>別紙 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領</p> <p>1 (略) 2 指定医の指定申請時に提出するケースレポートについて (1) (略) (2) ケースレポートの対象となる症例については、以下によるものとする。 ア～エ (略) オ 医療保護入院者に係る症例については、入院時から担当し、かつ入院時の指定医診察に立ち会った症例を必ず1例以上含まなければならない。 ただし、当該症例を必須とするのは令和4年7月1日申請分以降とし、同年6月30日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。 カ～ソ (略) 3～8 (略)</p>	<p style="text-align: center;">障発1206第3号 平成30年12月6日 一部改正 障発0528第5号 令和元年5月28日</p> <p>各都道府県知事・指定都市の長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部長 (公印省略)</p> <p style="text-align: center;">精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について (略)</p> <p>別紙 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領</p> <p>1 (略) 2 指定医の指定申請時に提出するケースレポートについて (1) (略) (2) ケースレポートの対象となる症例については、以下によるものとする。 ア～エ (略) オ 医療保護入院者に係る症例については、入院時から担当した症例を必ず1例以上含めることとし、当該症例については、入院時の指定医診察に立ち会うことが必要である。ただし、当該症例を必須とするのは令和4年7月1日申請分以降とし、同年6月30日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。 カ～ソ (略) 3～8 (略)</p>

加入等申込書

令和 年 月 日

〇〇知事（市長）殿

（加入申込者）

氏 名

〇〇県（都道府市）心身障害者扶養共済制度条例に基づき、〇〇県（都道府市）心身障害者扶養共済制度に加入したいので、関係書類を添えて申し込みます。
における口数追加を

Table with 4 columns: 加入等申込者 (加入者), 心身障害者※, 口数追加, 現在共済制度に加入の有無. Includes fields for name, gender, birth date, residence, and disability status.

Table with 4 columns: 従前の地方公共団体名, 加入番号, 加入年月日(口数追加), 他制度からの転入者の記載欄.

※本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。

添付書類

- 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
2 申込者（被保険者）告知書
3 障害の種類、程度を証明する書類
4 年金管理者指定届書
(注) 口数追加のみの申込みの場合には、2の書類だけを添付して下さい。

確認欄
「重要事項のご説明」の内容を確認し、受領しました。
また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。

様式第7号

年金給付請求書

加入番号			口数追加の有無	有 ・ 無
心身障害者 (年金受給権者)	氏名	男女	生年月日	大昭平令 年 月 日
	住所			
	障害の種類	1 知的障害者 2 身体障害者 3 その他	障害の程度	
年金管理者	氏名	男女	生年月日	大昭平令 年 月 日
	住所			
	年金受給権者との続柄			
死亡・重度障害 (加入者)	氏名	男女	生年月日	大昭平令 年 月 日
	年金受給権者との続柄			
死亡し又は重度障害となった年月日			令和 年 月 日死亡・重度障害	
死亡又は重度障害の原因となった傷病名				
上記のとおり、年金の給付を請求します。				
令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 〔 心身障害者又は 年金管理者 〕 氏名 </div>				
○ ○知事(市長) 殿				

添付書類 1 加入者の死亡により請求する場合

- (1) 加入者の死亡診断書もしくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日(口数追加をした日)から2年以内のものであるときは、所定の死亡証明書(様式第8号)
 - (2) 加入者の削除された住民票の写し(ただし、加入者の氏名が知事(市長)へ届出ている氏名と異なる場合は除籍の抄本)
 - (3) 心身障害者及び年金管理者の住民票の写し(ただし、心身障害者及び年金管理者の氏名が知事(市長)へ届出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本)
 - (4) その他知事(市長)が必要と認める書類
- 2 加入者の重度障害により請求する場合
- (1) 重度障害診断書(様式第9号)
 - (2) 加入者の住民票の写し(ただし、加入者の氏名が知事(市長)へ届出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本)
 - (3) 前掲(3)及び(4)に掲げる書類

様式第 13 号

加 入 番 号	
年 金 証 書 番 号	

加入等証書再交付申請書

令和 年 月 日

〇〇知事（市長） 殿

加入者・年金
受給権者又は
年金管理者

〇〇県（都道府市）心身障害者扶養共済制度 加入者 口数追加 証書を 亡失 しましたので
年 金 損傷

再交付を申請します。

加 入 者	氏 名	男 女	生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日
	住 所				心身障害者 との続柄		
心 身 障 害 者 年 金 受 給 権 者	氏 名	男 女	生年月日	大 昭 平 令	年	月	日
	住 所						
年 金 管 理 者	氏 名	男 女	生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日
	住 所				心身障害者 との続柄		
証書の交付を受けた年月日				令和	年	月	日

様式第 16 号

弔慰金給付請求書

加入番号				口数追加の有無	有 ・ 無
加入年月日		令和 年 月 日	口数追加年月日		令和 年 月 日
加入者	氏名	男 女		生年月日	明 大昭 平 令 年 月 日
	住所				心身障害者 との続柄
心身障害者	氏名	男 女		死亡年月日	令和 年 月 日
	死亡の原因となつた傷病名				
<p>上記のとおり、弔慰金の給付を請求します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(加入者) 氏 名</p> <p>〇〇知事 (市長) 殿</p>					

- 添付書類 1 加入者の住民票の写し(ただし、加入者の氏名が知事 (市長) へ届出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本)
- 2 心身障害者の削除された住民票の写し(ただし、心身障害者の氏名が知事 (市長) へ届出ている氏名と異なる場合は除籍の抄本)

様式第 19 号

脱退一時金給付請求書

加 入 番 号			脱 退 区 分	1 一口目脱退 2 二口目脱退 3 1と2の同時脱退	
加 入 者	氏 名		男 女	生 年 月 日	明 大 昭 平 令 年 月 日
	加入年月日	年 月 日		(口数追加) 年 月 日	心身障害者 との続柄
心 身 障 害 者	氏 名		男 女	生 年 月 日	大 昭 平 令 年 月 日
脱 退 し た 年 月			令 和 年 月		
<p>上記のとおり、脱退一時金の給付を請求します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(加 入 者)</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>〇〇知事 (市長) 殿</p>					

- 添付書類 1 条例施行規則第9条による加入者等脱退 (減少) 届書 (様式 21 号)
- 2 加入者及び心身障害者の住民票の写し (ただし、加入者及び心身障害者の氏名が知事 (市長) へ届出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本)

様式第 21 号

加入番号	
------	--

加入者等脱退(減少)届書

令和 年 月 日

〇〇知事(市長) 殿

(加入者)
住 所
氏 名

〇〇県(都道府市)心身障害者扶養共済制度条例 第 18 条第 1 項第 4 号 の規定により令和
第 18 条第 2 項第 1 号

年 月 日付で 心身障害者扶養共済制度 を 脱 退
口 数 追 加 を 減 少 しますからお届けします。

- 添付書類 1 〇〇県(都道府市)心身障害者扶養共済制度加入証書
2 〇〇県(都道府市)心身障害者扶養共済制度口数追加証書

(別添様式)

療育手帳交付申請書

都道府県知事


殿

指定都市の市長

令和 年 月 日

申請者

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女
	住所	(電話)				職業	
保護者	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
	住所	(電話)				職業	
参考事項	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 はい、 いいえ はいの場合 (相談所等の名称と相談年月) _____						
	2 施設等に入所していますか。 はい、 いいえ はいの場合 (施設等の名称) _____						
	3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい、 いいえ						
※ 判 定 の 記 録							
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日			
				次の判定年月			
				判定機関			

注意事項

- 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入して下さい。
- 2 本人及び保護者の氏名、住所にはかならずふりがなを付して下さい。
- 3 ※印の欄は記入しないで下さい。

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)		
住所			
① 病名 ICDコードは、右の病名と 対応するF00～F99、G40のい ずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード ()	(2) 従たる精神障害 _____ ICDコード ()	
	(3) 身体合併症 _____	身体障害者手帳(有・無、種別 _____ 級)	
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
③ 発病から現在までの病歴 及び治療の経過、内容(推 定発病年月、発病状況、初 発症状、治療の経過、治療 内容などを記載する)	(推定発病時期 _____ 年 _____ 月頃)	*器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 _____、 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)	(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()		
	(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()		
	(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()		
	(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()		
	(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()		
	(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()		
	(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()		
	(8) てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()		
	(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 _____ 年 _____ 月から)		
	(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等 _____) 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()		
	(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()		
	(12) その他 ()		

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）

1 現在の生活環境

入院・入所（施設名 ）・在宅（ア 単身・イ 家族等と同居）・その他（ ）

2 日常生活能力の判定（該当するものを○で囲む）

(1) 適切な食事摂取

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2) 身の辺の清潔保持、規則正しい生活

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買物

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4) 通院と服薬（要・不要）

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身の辺の安全保持・危機対応、

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的な手続や公共施設の利用

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度

（該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む）

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。

(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。

(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。

(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。

(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

（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（平成17年法律第123号）に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。

令和 年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

		※1	
		生年月日	
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	年齢	歳 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	フリガナ 受診者住所	電話番号	
	個人番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名	受診者との関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2	電話番号 ※2	
	保護者個人番号		
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者名	
	受診者と同一保険の加入者		
	受診者と同一保険の加入者個人番号		
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上	重度かつ継続 ※4
身体障害者手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名		所在地・電話番号
受給者番号 ※5			
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無	診断書の添付 ※6、※7	有 ・ 無
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。			
申請者氏名			
令和 年 月 日			
〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿			

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入。
 ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日	進達年月日	認定年月日	
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規		
備考			

自立支援医療費における寡婦（夫）控除等のみなし適用申請書

〇〇都道府県知事・〇〇市町村長 殿

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

私は、自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦（夫）控除等のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

※ 下記枠線内については、受診者・受診者の保護者（受診者が18歳未満の場合に限る）・受診者と同一保険の加入者のうち、寡婦（夫）控除等のみなし適用の要件を満たす方が記載してください。

私は、所得を計算する対象となる年の12月31日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます（該当番号を〇で囲んで下さい。）。
1 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていないもののうち、扶養親族又は生計を一にする子を有するもの
2 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下であるもの
3 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていないもののうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下であるもの

※ 上記の「現在婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない子に限ります。

私は、寡婦（夫）控除等のみなし適用に関して、〇〇都道府県・〇〇市町村が、寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

【添付資料】

- ・寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書
- ・上記の「子」の所得証明書（総所得金額等が分かるもの）

※ 「自立支援医療費支給認定申請書」の添付書類等で確認できる場合は、提出は不要です。

※ 所得の額の計算に必要な書類として、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

【注意事項（必ずお読みください。）】

- ・字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
- ・本申請書は、自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算にあたって、寡婦（夫）控除等のみなし適用を行うためのものであり、自立支援医療費の支給認定については、別途申請手続きが必要です。
- ・生活保護受給者、市町村民税非課税の方は対象外です。また、みなし適用を実施しても、結果として負担上限月額等が変わらない場合があります。
- ・記載内容に虚偽があった場合、寡婦（夫）控除等のみなし適用を取り消され、当該申請に基づき適用された自己負担額の減額分の一部又は全額の返還を求められる場合があります。

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
住 所		
① 病名 (ICDコードは、F00～ F99, G40 のいずれかを 記載)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード () (2)従たる精神障害 _____ ICDコード () (3)身体合併症 _____	
② 発病から現在まで の病歴(推定発病年 月、発病状況、治療 の経過等を記載)		
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)		
(1)抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()		
(2)躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()		
(3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()		
(4)精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()		
(5)統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()		
(6)情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()		
(7)不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()		
(8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2 意識障害 3 その他 ()		
(9)精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害 エその他 ()		
(10)知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()		
(11)広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()		
(12)その他 ()		

④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等

⑤ 現在の治療内容

1 投薬内容

2 精神療法等

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑥ 今後の治療方針

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

(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に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)

⑧ 備考

令和 年 月 日

医療機関所在地 _____
名 称 _____

電話番号 _____
医師氏名 _____

(この用紙はA列3番を標準とする。)

別紙1 (都道府県知事との契約)

契約書(案)

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（平成17年法律第123号）により指定された医療機関が、同法に基づく医療を担当した場合の診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務について、別表に掲げる市区町村長（以下「乙」という。）から支払に係る契約に関する委任を受けた都道府県知事（以下「甲」という。）と社会保険診療報酬支払基金都道府県支部長（以下「丙」という。）との間に次のとおり契約を締結する。

第1条 丙は、乙の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第58条第1項に規定する自立支援医療（育成医療及び更生医療）費の支給に関し、毎月医療機関に対して支払うべき費用（「診療報酬」という。）の甲の審査事務を引き受けるものとする。

2 丙は、乙の前項による自立支援医療費の支給に関する診療報酬の支払事務を引き受けるものとする。

第2条 丙は、医療機関から所定の期日までに提出された診療報酬請求書についてその内容を審査し、診療報酬明細書（社会保険等との併用分患者については、診療報酬明細書に代えて丙において作成する連名簿。以下第3条において同じ。）をその月の翌月10日までに甲へ提出するものとする。

第3条 甲は、前条の規定により診療報酬明細書の提出を受けた時は、審査結果を検討してその決定を行ったうえ、その月の17日までに丙に知事決定の通知を行うものとする。

第4条 丙は、前条の通知を受けた時は、当該医療機関に対し診療報酬を迅速に支払うものとする。

第5条 乙は、丙が医療機関に支払う診療報酬のおおむね1か月半分に相当すると認められる額を、丙が審査した月の末日までに丙に対して概算交付を行うものとする。

第6条 丙は、第3条の規定によって知事決定の通知を受けた時は、その月の20日までに精算書を作成し、乙へ送付するものとする。

第7条 甲が第3条によって決定を行った結果、丙が乙に対して請求する診療報酬又は医療機関に対して支払う診療報酬に過誤を生じたときは、その過誤額は丙が翌月の精算において整理を行うものとする。

第8条 甲は、社会保険診療報酬支払基金法第26条の規定による事務費として、病院又は診療所に関するものについては別に定める病院、診療所の事務費算定の基礎となる1件当りの金額の半額に毎月診療報酬の精算の基礎となった診療件数を乗じて得た金額を丙に支払うものとする。

2 乙は、社会保険診療報酬支払基金法第26条の規定による事務費として、病院又は、診療所に関するものについては別に定める病院、診療所の事務費算定の基礎となる1件当りの金額の半額に毎月診療報酬の精算の基礎となった診療件数を乗じて得た金額を、薬局に関するものについては別に定める薬局の事務費算定の基礎となる1件当りの金額に調剤件数を乗じて得た金額をそれぞれ丙に支払うものとする。

第9条 甲又は乙は、丙に対して帳簿書類の閲覧若しくは説明を求め、又は報告を徴することができる。

第10条 この契約の当事者のいずれか一方がこの契約による義務を履行せず、事業遂行に著しく支障を来し、又は来すおそれがあると認めるときは、相手方は3か月間の予告期間をもってこの契約を解除することができるものとする。

第11条 この契約の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

第12条 この契約の有効期間の終了1か月前までに契約当事者のいずれか一方より何等かの意思表示をしないときは、終期の翌日において向こう1か年間順次契約を更新したものとみなす。

以上契約の確定を証するため本書2通を作成し、双方署名のうえ各1通を所持するものとする。

令和 年 月 日

〇〇(都道府県)知事 氏名

社会保険診療報酬支払基金〇〇(都道府県)支部

支部長 氏名

別表

〇〇市長

〇〇區長

〇〇町長

〇〇村長

別紙3（指定都市及び中核市市長との契約）

契約書(案)

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（平成17年法律第123号）により指定された医療機関が、同法に基づく医療を担当した場合の診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務について、指定都市及び中核市市長（以下「甲」という。）と社会保険診療報酬支払基金都道府県支部長（以下「乙」という。）との間に次のとおり契約を締結する。

第1条 乙は、甲の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第58条第1項に規定する自立支援医療（育成医療及び更生医療）費の支給に関し、毎月医療機関に対して支払うべき費用（以下「診療報酬」という。）の審査及び支払事務を引き受けるものとする。

第2条 乙は、医療機関から所定の期日までに提出された診療報酬請求書についてその内容を審査し、診療報酬明細書（社会保険等との併用分患者については、診療報酬明細書に代えて乙において作成する連名簿。以下第3条において同じ。）をその月の翌月10日までに甲へ提出するものとする。

第3条 甲は、前条の規定により診療報酬明細書の提出を受けた時は、審査結果を検討してその決定を行ったうえ、その月の17日までに乙に決定の通知を行うものとする。

第4条 乙は、前条の通知を受けた時は、当該医療機関に対し診療報酬を迅速に支払うものとする。

第5条 甲は、乙が医療機関に支払う診療報酬のおおむね1か月半分に相当すると認められる額を、乙が審査した月の末日までに乙に対して概算交付を行うものとする。

第6条 乙は、第3条の規定によって決定の通知を受けた時は、その月の20日までに精算書を作成し、甲へ送付するものとする。

第7条 甲が第3条によって決定を行った結果、乙が甲に対して請求する診療報酬又は医療機関に対して支払う診療報酬に過誤を生じたときは、その過誤額は乙が翌月の精算において整理を行うものとする。

第8条 甲は、社会保険診療報酬支払基金法第26条の規定による事務費として、別に定める事務費算定の基礎となる1件当りの金額に毎月診療報酬の精算の基礎となった診療件数を乗じて得た金額を乙に支払うものとする。

第9条 甲は、乙に対して帳簿書類の閲覧若しくは説明を求め、又は報告を徴すること

ができる。

第10条 この契約の当事者のいずれか一方がこの契約による義務を履行せず、事業遂行に著しく支障を来し、又は来すおそれがあると認めるときは、相手方は3か月間の予告期間をもってこの契約を解除することができるものとする。

第11条 この契約の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

第12条 この契約の有効期間の終了1か月前までに契約当事者のいずれか一方より何等かの意思表示をしないときは、終期の翌日において向こう1か年間順次契約を更新したものとみなす。

以上契約の確定を証するため本書2通を作成し、双方署名のうえ各1通を所持するものとする。

令和 年 月 日

〇〇(指定都市及び中核市)市長 氏名

社会保険診療報酬支払基金〇〇(都道府県)支部

支部長

氏名

【別紙様式4】（改善勧告）

番 号
日 付

会社（法人）名
代 表 者 名 殿

〇 〇 〇 〇

業務管理体制の整備について（勧告）

【※1】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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第51条の3第1項の規定に基づき、〇〇〇〇（日付）に実施した検査の結果、適正な業務管理体制を整備していないことが認められましたので、【※2】法第51条の4第1項の規定に基づき、下記のとおり勧告します。

なお、この勧告に係る期限までに、勧告に従わなかった場合は、同条第2項に基づき、その旨を公表することがあります。また、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、同第3項の規定に基づき、期限を定めてその勧告に係る措置をとるべきことを命ずるとともに、その命令をした場合は、同条第4項の規定に基づき、その旨を公示することになります。

記

1 事業者名

2 勧告理由

3 勧告事項

4 改善期限 〇〇〇〇（日付）

5 改善報告書の提出

（1）別添様式の勧告事項改善報告書にこの勧告に係る改善状況を記載し、その状況を確認できる資料を添付して提出してください。

なお、改善できない理由がある場合には、その理由を具体的に記載してください。

（2）提出期限 〇〇〇〇（日付）

（3）改善状況を確認するため、場合によっては、本社（本部）又は事業所等を訪問すること等があります。

問い合わせ先

〇〇〇〇〇 〇〇

電話：〇〇〇〇

※ 通知の例であり、事業者の区分に応じて下記の法律の条項を適用すること。

【※1】

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
（平成17年法律第123号）第51条の3第1項

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
（平成17年法律第123号）第51条の32第1項

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の27第1項

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の19の2において
準用する法第21条の5の27第1項

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の39第1項

【※2】

法第51条の4第1項

法第51条の33第1項

法第21条の5の28第1項

法第24条の19の2において

準用する法第21条の5の28第1項

法第24条の40第1項

(別添)

勧告事項改善報告書

日 付

〇〇〇〇 殿

法 人 名
住 所
代表者名

〇〇〇〇（日付・番号）により勧告のあった事項について、次のとおり改善結果を報告します。

勧 告 事 項	改善結果（具体的に記入）	備 考

※ 備考欄は、勧告のとおり改善した場合は、改善結果と添付資料の関連を明記し、改善できなかった場合は、その理由を詳しく記入すること。

【別紙様式5】（改善命令）

番 号
目 付

会社（法人）名
代 表 者 名 殿

○ ○ ○ ○

業務管理体制の整備について（命令）

~~以下「法」という。）第51条の4第1項の規定に基づき、○○○○（日付・番号）で勧告したところ、正当な理由なく同勧告に係る措置がとられていないと認められるので、【※2】同条第3項の規定に基づき、下記のとおり改善を命令します。また、この改善命令については、【※3】同条第4項の規定に基づき、その旨を公示することを申し添えます。~~

記

- 1 事業者名
- 2 命令事項
- 3 改善期限 ○○○○（日付）
- 4 改善報告書の提出
 - (1) 別添様式の命令事項改善報告書にこの命令に係る改善状況を記載し、その状況を確認できる資料を添付して提出してください。
 - (2) 提出期限 ○○○○（日付）
- 5 教示

この処分について、不服があるときは、行政不服審査法（昭和37年法律第160号）の定めるところにより、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内（この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は除く。）に○ ○ ○ ○に対し異議申立をすることができま

問い合わせ先
○○○○○ ○○
電話：○○○○○

※ 通知の例であり、事業者の区分に応じて下記の法律の条項を適用すること。

[※1]	[※2]	[※3]
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（平成17年法律第123号）第51条の4第1項	同条第3項	同条第4項
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（平成17年法律第123号）第51条の33第1項	同条第3項	同条第4項
児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の28第1項	同条第3項	同条第4項
児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の19の2において準用する法第21条の5の28第1項	[※2] 法第24条の19の2において準用する法第21条の5の28第3項	[※3] 法第24条の19の2において準用する法第21条の5の28第4項
児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の40第1項	同条第3項	同条第4項

(別添)

命令事項改善報告書

日 付

〇 〇 〇 〇 殿

法 人 名
住 所
代表者名

〇〇〇〇（日付・番号）により命令のあった事項について、次のとおり改善結果を報告します。

命 令 事 項	改善結果（具体的に記入）	添付資料

※ 改善結果が確認できる資料に番号を付し、添付資料欄にその番号を記入すること。

別紙

精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領

1 精神科実務経験及び医療実務経験について

(1) 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。以下「法」という。）第 18 条第 1 項第 2 号に規定する「精神障害の診断又は治療に従事した経験」（以下「精神科実務経験」という。）については、精神保健指定医制度の趣旨にかんがみ、自ら精神障害者の診断又は治療に当たるなかで、患者の人権や個人としての尊厳に配慮した精神医学的経験を有することを精神保健指定医（以下「指定医」という。）の指定要件とすることとしたものであり、その期間については 3 年以上とされている。

(2) 精神科実務経験は、精神科を標榜している医療機関（平成 20 年 3 月 31 日現在神経科を標榜している医療機関を含む。）において行った精神障害者の診断又は治療が主に考えられる。

ただし、当分の間、精神科の診療に相当の経験を有する医師の配置が法律等により定められている施設において常勤の医師として行った診断又は治療についても、これに含まれるものとする。なお、この施設について問い合わせ等があった場合には、本職と十分調整されたい。

(3) 精神科実務経験の期間については、以下に示した算定方法により算定するものとする。

ア 精神科実務経験の期間については、1 週間に 4 日以上精神障害者の診断又は治療に当たっている期間を算定対象とすること。

イ アにいう「4 日以上」の算定は、外来又は病棟において、精神障害者の診断又は治療に 1 日おおむね 8 時間以上当たった日について行う。

なお、診断又は治療に関して通常行われる症例検討会、抄読会等への参加は、これに算入できる。

ウ デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア又はショート・ケアに従事した時間及び期間については、精神科実務経験の期間に算入できる。また、精神保健福祉センター、保健所において嘱託医として精神障害者に対する相談業務に従事した時間についても、これに算入できる。

エ 当直のみをする時間及び期間については、精神科実務経験の期間に算入できない。

オ 動物実験等に携わる時間及び期間は、精神科実務経験の期間に算入できない。

カ 精神医学を専攻する大学院生にあっては、副科目及び選択科目の履修や研究のために、精神障害者の診断又は治療を行わない時間及び期間が

生じるが、この時間及び期間は、精神科実務経験の期間に算入できない。

キ 外国留学等外国において精神障害者の診断又は治療に当たった場合においては、この時間及び期間は、精神科実務経験の期間に算入できる。

- (4) 法第 18 条第 1 項第 1 号に規定する「診断又は治療に従事した経験」（以下「医療実務経験」という。）の期間の算定については、(3)の精神科実務経験の期間の算定方法に準じることとする。

また、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修において、保健所等で業務に従事した場合に、この時間及び期間は医療実務経験の期間に算入できる。

2 指定医の指定申請時に提出するケースレポートについて

- (1) 法第 18 条第 1 項第 3 号及び同号に基づく厚生省告示（昭和 63 年 4 月厚生省告示第 124 号。以下「精神科実務経験告示」という。）に規定する「診断又は治療に従事した経験」については、原則として、指定医の指定申請時に提出する上記経験を有することを証する書面（以下「ケースレポート」という。）及び口頭試問により、指定医として必要とされる法的、医学的知識及び技能を有しているかについて確認するものとする。ケースレポートについては、(2)に定める事項に従い記載し、申請書に添付して、申請するものとする。

また、精神科実務経験告示は、指定医としての指定要件として必要最小限の症例数を定めたものであり、指定医の指定を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、3年間の精神科実務経験の中においては任意入院者を含めてこれ以上の症例を積極的に取り扱うことが望ましい。

- (2) ケースレポートの対象となる症例については、以下によるものとする。

ア 精神科実務経験告示に定める 5 例以上の症例については、精神病床を有する医療機関において常時勤務（1 (3) ア及びイに該当するものをいう。）し、3の指導医の指導のもとに自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例について報告するものであり、入院中においては、少なくとも 1 週間に 4 日以上、当該患者について診療に従事したものでなければならない。

注 ケースレポートは法第 18 条第 1 項第 3 号に定める「診断又は治療に従事した経験」を確認するものであることから、「診断又は治療」自体に該当しない、「診断又は治療」に付随する行為（カンファレンスへの参加、他医師の診療への単なる同席等）を行っていただけでは、「自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例」とは認められない。

イ 原則として、当該患者の入院から退院までの期間、継続して診療に従事

した症例をケースレポートの対象とする。

注1 入院形態の変更は、変更前の入院形態については退院と、変更後の入院形態については入院とみなすものとする。

注2 同一の入院形態のままの転院は転院以前の医療機関では退院とみなさないものとする。（「症状性を含む器質性精神障害（老年期認知症を除く。）」及び「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（依存症に係るものに限る。）」については、キを参照すること。）なお、転院先においては入院とみなすものとする。

ウ 入院が長期にわたる場合は、入院から3ヶ月以上継続して当該診療に従事した症例、既に入院している患者については新たに担当として診療に従事して退院まで引き続き当該診療に従事し、その期間が3ヶ月以上である場合において、それぞれケースレポートの対象とすることができるものとする。

エ ケースレポートの対象となる症例は、措置入院者に係るもの又は医療保護入院者に係るものに限る。また、措置入院者に係る症例及び医療保護入院者に係る症例を必ず各1例以上含まなければならない。ただし、措置入院者に係る症例を必須とするのは令和4年7月1日申請分以降とし、同年6月30日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。

オ 医療保護入院者に係る症例については、入院時から担当し、かつ入院時の指定医診察に立ち会った症例を必ず1例以上含まなければならない。ただし、当該症例を必須とするのは令和4年7月1日申請分以降とし、同年6月30日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。

カ 医療保護入院又は措置入院（以下「医療保護入院等」という。）の途中から担当し、任意入院に入院形態が変更された後も退院まで引き続き診療に従事した症例については、当該医療保護入院等の担当開始から入院形態の変更までの期間が1ヶ月を経過し、さらに任意入院の期間を足して3ヶ月以上になる場合において、ケースレポートの対象とすることができるものとする。

また、措置入院の途中から担当し、医療保護入院に入院形態が変更された後も退院まで引き続き診療に従事した症例についても、当該措置入院の担当開始から入院形態の変更までの期間が1ヶ月を経過し、さらに医療保護入院の期間を足して3ヶ月以上になる場合において、措置入院の症例としてケースレポートの対象とすることができるものとする。

キ 「症状性を含む器質性精神障害（老年期認知症を除く。）」及び「精神作用物質使用による精神及び行動の障害（依存症に係るものに限る。）」

については、イの注2の規定に関わらず、入院から3ヶ月以内に同一の入院形態のまま転院が行われた症例であっても、ケースレポートの対象とすることができるものとする。

ク イ、ウ、カ及びキについては、別紙1「ケースレポートの対象となる診療期間の条件」を参照すること。

ケ 指定医の申請時から7年より前に診療に従事した症例についてケースレポートを作成することは認められない。ただし申請時から7年より前に診療を開始した症例であっても、申請前7年以内においても引き続き当該診療に従事した症例については、ケースレポートの対象とすることができる。

コ 提出するケースレポートのうち1例以上は、申請前1年以内に診療を開始した症例とする。ただし、当該症例を必須とするのは令和4年7月1日申請分以降とし、同年6月30日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。

注1 当該症例を取り扱った後、やむを得ない理由により診断又は治療に従事できない期間があると認められる場合には、申請前1年を計算する際に当該期間を除くものとする。

注2 やむを得ない理由については、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）に規定する育児休業若しくは介護休業、産前産後休業又は長期の病気療養等とし、診断又は治療に従事できない期間として除くことができる期間は1ヶ月以上2年以内を基本とする。

サ 提出するケースレポートのうち2例以上は、申請日の1年前の日より前に診療を開始した症例とする。ただし、当該症例を必須とするのは令和4年7月1日申請分以降とし、同年6月30日以前の申請については当該症例を2例以上含むことが望ましいものとする。

シ 提出するケースレポートのうち1例以上は、医療保護入院等から任意入院に入院形態を変更後、申請者が、当該患者に対して任意入院による治療を行ったものが望ましい。なお、この場合において、任意入院の期間は問わない（カの場合を除く。）。

ス 提出するケースレポートのうち1例以上は、申請者が、措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、当該患者に対して通院治療を行ったものであることが望ましい。なお、この場合において、通院治療の期間がおおむね1ヶ月以上であることが望ましい。

セ 医療保護入院等から任意入院に入院形態が変更された後、退院後の通院治療をおおむね1ヶ月以上行った症例については、任意入院に移行した症例かつ退院後の通院治療を行った症例としてケースレポートの対象と

することができる。

ソ 同一症例について、入院期間のうちの同一の期間に関して複数の医師がケースレポートを作成すること（申請時期が異なる場合も含む。）は認められない。

3 指導医について

(1) 指導医は次のア及びイの要件を満たす指定医とする。ただし、アについては、申請者が令和7年7月以降に担当を開始した症例の指導医に限るものとする。

ア 法第19条第1項に規定する研修を受けていること（指定後最初の同研修を受けるまでに指定医の職務を停止されていた期間がある場合は指定後二度目の同研修を受けていることとする。）。

イ ケースレポートに係る症例の診断又は治療について申請者を指導した期間において、当該申請者が勤務する医療機関において法第19条の5に規定する常時勤務する指定医であること。

(2) 指導医は以下の役割を担うものとする。

ア ケースレポートに係る症例の診断又は治療について申請者を指導すること。

イ ケースレポートの作成に当たり、申請者への適切な指導及びケースレポートの内容の確認を行うこと。

ウ ア及びイの指導及び確認を行ったことの証明をすること。

なお、当該証明の対象には、ケースレポートの症例について、

① 申請者が担当として診断又は治療等に十分な関わりを持っていること

② 当該症例を、医療保護入院の症例であって、入院時から担当し、かつ、入院時の指定医診察に立ち会った症例として申請する場合には、申請者が入院時の指定医診察に立ち会っているものであることも含まれる。

(3) その他

ア 診療期間の途中で指導医が交代した場合、当該ケースレポートに係る全ての指導医の氏名と指導期間をケースレポートの別添様式3-1中⑩に記載すること。

イ その場合、原則として、別添様式3-1中⑦のケースレポートの対象とする期間中の最後に指導した指導医が当該ケースレポートの内容について確認を行い、指導の証明を行うこと。

なお、証明を行う指導医は、申請者が、指導医の指導のもとに自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持っているか、医療保護入院の入

院時の指定医診察に立ち会っているかについて、他の指導医が指導した期間についても当該指導医に連絡する等により確認を行うこと。

ウ 2(2)スの退院後の通院治療を行った症例について、入院期間中の指導医と通院治療時の指導医が異なる場合には、入院期間中の最後に指導した指導医と通院治療時に指導した指導医がそれぞれ指導の証明を行うこと。

4 口頭試問の実施について

ケースレポートの書面審査の後、原則として、法第18条第1項第3号及び精神科実務経験告示に規定する「診断又は治療に従事した経験」並びに法第19条の4に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有しているかについて、口頭試問で確認するものとする。

なお、口頭試問の実施についての詳細は別途通知する。

5 ケースレポート及び口頭試問の評価基準について

ケースレポートと口頭試問については、医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会において、別紙2のとおり「ケースレポート及び口頭試問の評価基準」がとりまとめられているので、申請の際に参考とすること。

なお、当該評価基準においては、特に、18歳未満の症例、任意入院に移行した症例又は退院後に通院による治療を行った症例の提出がない場合には、口頭試問において、これらを行うに当たっての一般的な留意点について確認を行う旨記載されていることに留意すること。

6 指定医の指定に係るその他の事項について

(1) 指定医の指定申請を行おうとする者は、別添様式1-1に定める精神保健指定医指定申請書に、以下の書類等を添付して、住所地の都道府県知事又は指定都市の長に提出するものとする。

- ① 履歴書（申請前6ヶ月以内に上半身脱帽で撮影された、縦40ミリメートル、横30ミリメートル以上の大きさの写真を貼付すること。なお、写真の裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。）
- ② 医師免許証の写し
- ③ 5年以上診断又は治療に従事したことを証する施設管理者による実務経験証明書（別添様式2-1及び2-2。大学院生又は文部科学教官については、学長又は学部長の証明によるものとする。④において同じ。ただし、大学院に籍を置き、研修等のため他の施設で診断又は治療に従事した場合は、当該施設の管理者の証明でも認めることとする。）
- ④ 3年以上の精神科実務経験を有することを証する施設管理者による実

務経験証明書（別添様式 2 - 1 及び 2 - 2）

- ⑤ ケースレポート（別添様式 3 - 1 により各症例 5 通（原本 1 通及び複写 4 通）を提出すること。文字数は別添様式 3 - 1 を参照。原則としてワードプロセッサで作成すること。なお、ケースレポートの症例は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回改訂版における「精神および行動の障害」の規定に基づき、第 1 症例は「症状性を含む器質性精神障害」（F0）、第 2 症例は「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 症例は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」（F2）、第 4 症例は「気分（感情）障害」（F3）、第 5 症例は「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）、「心理的発達障害」（F8）又は「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）のいずれかとすること。）
 - ⑥ ケースレポート一覧表（別添様式 3 - 2）
 - ⑦ 申請前 1 年以内に従事した症例に関して、やむを得ない理由があることを証明する書類（該当者のみ）
 - ⑧ 法第 18 条第 1 項第 4 号に規定する研修の課程を修了したことを証する書面の写し
 - ⑨ 写真（大きさは縦 50 ミリメートル、横 40 ミリメートルとし、申請前 6 ヶ月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載し、①の履歴書に添付する写真とは別に提出すること。）
 - ⑩ ⑧が交付された後に氏名が変更された場合は、本人であることを証明する書類（戸籍抄本等）の写し
 - ⑪ 指導医が法第 19 条第 1 項に規定する研修を修了したことを証する書面の写し（症例の指導期間より前のものを提出すること。なお、ケースレポートに係る症例に関わった全ての指導医について提出すること。）
 - ⑫ 指導医がケースレポートを指導していた医療機関において常時勤務していたことを証する施設管理者による常時勤務証明書（別添様式 4。なお、当該証明書はケースレポートに係る症例に関わった全ての指導医について提出すること。）
- (2) 法第 19 条第 2 項の規定により指定の効力が失効した日から起算して 1 年を超えない期間に指定医の指定に係る申請を行おうとする者は、(1)にかかわらず、法第 19 条第 1 項に規定する研修を受講した上で、別添様式 1 - 2 に定める精神保健指定医指定申請書（失効後一年未満）に、(1)①、②、⑨及び⑩の書類等、法第 19 条第 1 項に規定する研修を修了したことを証する書面の写し並びに失効した指定医証を添付して、住所地の都道府県知事又

は指定都市の長に提出すること。

- (3) 指定医の指定は、医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を求め、その結果に基づいて行うこととされているが、申請者から提出されたケースレポートの内容が十分ではなく、精神科実務経験告示に定める「診断又は治療に従事した経験」を満たしているか否かについて適正な審査が行えない場合においては、当該「診断又は治療に従事した経験」のうち具体的な症例について、関連する診療録の提出や申請者自らが担当した他の症例のケースレポートの提出を求めることがある。
- (4) 指定医の指定申請において疑義が生じた場合、本職の求めに応じて、各都道府県・指定都市精神保健福祉担当課及び医療機関は、指導医の指導状況と合わせて調査の上、その結果の報告に協力するよう努めること。
- (5) 精神保健指定医指定申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定や、法施行規則第4条の12第1項に規定された指定後の研修の通知など、精神保健指定医制度の運用のためのみに利用する。

7 研修について

法第18条第1項第4号及び第19条第1項に規定する研修については、厚生労働大臣の登録を受けた者が行う。

8 指定後における事務取扱いについて

- (1) 指定医に対して指定医証を交付した都道府県知事又は指定都市の長は、受領書を受けるなど交付した旨が明らかになるようにしておくこと。なお、受領書を受けた場合に、これを本職に提出する必要はない。
また、都道府県知事又は指定都市の長は、医療機関の管理者に対して、各年度当初に当該医療機関に勤務する指定医の指定医証の有効期限について確認をするよう促すこと。さらに、都道府県知事又は指定都市の長は、指定医が公務員としての職務を行う立場にあることを踏まえ、公務員としての職務を行う可能性のある指定医について、各年度当初に指定医証の有効期限を確認するよう努めること。
- (2) 指定医は自らの責任のもと指定医証を管理することとし、指定医証の有効期限についても十分注意すること。なお、指定医証の有効期限が切れている状態（6(2)に規定する申請を行い、再度指定医として指定されるまでの間を含む。）で行った指定医の職務行為は取り消しうるものとなる。
- (3) 指定医は措置入院を行うに当たっての判断や行動制限など、私人に対する権利の制限にたずさわる立場にあることを踏まえ、その職務を行う際にはいつでも指定医証を提示できる状態にしておくよう努めること。
- (4) 指定医は、指定医証の記載事項に変更のあるとき又は住所地に変更のある

ときは、その旨を都道府県知事又は指定都市の長に届け出ること。

なお、指定医証の記載事項に変更のあるときは、指定医証を添付すること。

(5) 指定医は、指定医証を紛失し又はき損したときは、その旨を都道府県知事又は指定都市の長に届け出ること。

なお、き損のときは指定医証を添付すること。

(6) 指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに指定医証を都道府県知事又は指定都市の長を経由して厚生労働大臣に返納すること。

精神保健指定医指定申請書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。

申請日 年 月 日

氏名		本籍地			
現住所	(メールアドレス(任意) :)				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
最終学歴及び年月	年 月 卒業・中退	医籍登録年月日及び番号	第	年 月 日	号
現在の勤務先	所在地				
	名称				
精神障害者の診断治療に從事した期間及び病院等名	従事した期間	従事した病院等の名称			
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	計 年 ヶ月				
その他の診断治療に從事した期間及び病院等名	従事した期間	従事した病院等の名称			
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
計 年 ヶ月					
合計 年 ヶ月					
研修の受講	年 月 日 ~ 年 月 日				
処分歴	なし・あり (年 月 処分内容)				

(注) 記載上の留意事項

1. 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入しない。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載すること。
2. 「処分歴」は、「なし」又は「あり」のいずれかに○印をつけ、精神保健福祉法及び医師法に基づく処分歴を記載すること。

※ 本申請書に記載された個人情報については精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためのみに利用致します。

精神保健指定医指定申請書（失効後一年未満）

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。

申請日 年 月 日

氏名		本籍地			
現住所	(メールアドレス (任意))				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
最終学歴及び年月	年 月 卒業・中退	医籍登録年月日及び番号	第	年 月 日	号
現在の勤務先	所在地				
	名称				
失効した指定医証に記載の勤務先	所在地				
	名称				
失効前の指定医番号及び有効期限	番号		有効期限	年 月 日	
研修の受講	年 月 日 ~ 年 月 日				
処分歴	なし・あり (年 月 処分内容)				

(注) 記載上の留意事項

「処分歴」は、「なし」又は「あり」のいずれに○印をつけ、精神保健福祉法及び医師法に基づく処分歴を記載すること。

※ 本申請書に記載された個人情報については精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためだけに利用致します。

実務経験証明書

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

氏 名	
生 年 月 日	
従事した標榜科名	
診療従事期間	年 月 ~ 年 月
診療従事 態 様	1週間当たり従事日数 日
	1日当たり従事時間 時間

年 月 日

施設名

所在地

管理者職名
及び氏名

- (注) 1. ケースレポートに係る症例の診療従事期間は、精神科実務経験の期間に必ず含まれていること。
2. 精神科の実務経験証明書とその他の実務経験証明書は別に作成すること。(平成16年4月1日以降の臨床研修制度における研修中の実務経験の証明については様式2-2を使用すること。平成16年3月31日以前の臨床研修の場合は、本様式により各病院等の管理者の証明を要すること。)
3. 診療従事態様が違う場合は、別紙とすること。
4. 大学院在学中については、在学期間全体ではなく、精神障害者の診断又は治療に従事した時間及び期間を記載すること。
5. 当直のみの勤務については、実務経験として算入できない。
6. 診療従事期間は、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入しないこと。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入すること。
7. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。

実 務 経 験 証 明 書

(平成16年4月1日以降臨床研修期間用)

次の者は臨床研修において診断又は治療に従事したことを証明します。

氏 名			
生 年 月 日			
従事した標榜科名			
診 療 従 事 期 間	年	月	～ 年 月
うち精神科従事期間	年	月	～ 年 月
診 療 従 事 態 様	1週間当たり従事日数	日	
	1日当たり従事時間	時間	

年 月 日

施 設 名

所 在 地

管理者職名
及び氏名

- (注) 1. 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修（平成16年4月1日以降のもの）期間中の実務経験を記載すること。また、この期間内に精神科の実務経験があれば内訳を記載すること。
2. 管理型臨床研修病院等の証明可能な病院の管理者が、臨床研修期間の全ての期間について証明して構わない。
3. 診療従事態様が違う場合は、別に作成すること。
4. 当直のみの勤務については、実務経験として算入できない。
5. 診療従事期間は、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入しない。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入すること。
6. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。

ケースレポート（第 症例）

①申請者氏名：（自筆署名）			
②最終診断名： （ICDコード）		③ケースレポートで主な評価対象とする入院形態 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院（※1）	
④当該症例を実務経験した医療機関名： 所在地住所：			
⑤患者情報			
患者イニシャル（.）	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日：	担当医となったときの 年齢： 歳
⑥当該症例の入院形態に係る入退院年月日（※2） 年 月 日～ 年 月 日（入院形態：） 年 月 日～ 年 月 日（入院形態：）			
⑦主治医又は担当医になった期間（※3） 年 月 日～ 年 月 日			
⑧行動制限の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） 有の場合の行動制限の種類 <input type="checkbox"/> 電話の制限 <input type="checkbox"/> 面会の制限 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 身体的拘束 <input type="checkbox"/> 任意入院者の開放処遇の制限			
⑨転院による診療の終了（退院）の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） 有の場合の転院先 病院名： 入院形態：（）入院・他科入院			
⑩退院後の外来支援の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）			
⑪指導を行った精神保健指定医（※4）			
指導を行った精神保健指定医氏名：			指定医番号：
指導期間： 年 月 日～ 年 月 日			

注：③、⑤の性別、⑧の有無と行動制限の種類、⑨の有無、⑩については、該当するものに☑を付けること。

＜ケースレポートの証明＞

このケースレポートは、私が常勤として勤務した上記医療機関において、上記期間中私の指導のもとに申請者が診断又は治療を行った症例であり、内容についても、私が厳正に確認したことを証明します。

所属機関名 所属機関の住所

指導医署名（自筆署名）

(※退院後の通院治療を行った症例で当該通院期間に係る指導医が入院期間の指導医と異なる場合、以下に当該通院期間に係る指導医が署名をすること。)

このケースレポートは、私が常勤として勤務した上記医療機関において、上記期間のうち退院後の通院期間中私の指導のもとに申請者が診断又は治療を行った症例であり、内容についても、私が厳正に確認したことを証明します。

所属機関名 所属機関の住所

指導医署名（自筆署名）

※1 このケースレポートで主に評価を受けたい入院形態を選択すること。

※2 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で継続して行われた全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。

※3 退院後の通院治療を行った症例について提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「(通院)」と記載すること。

※4 指導期間は⑦の期間と一致すること。

当該機関における指導医が複数いる場合は、全ての指導医について記載すること。

【関係法規に定める手続への対応】

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。以下「法」という。）による各種入院に関し、関係法規に定める手続への対応を以下に記載すること。途中で入院形態を変更した場合は、変更前と変更後のいずれの入院形態に係る手続についても記載すること。なお、自由記載を求めている項目については各々100字程度で簡潔にまとめること。

法による各種入院又は入院中の者の行動制限が、その必要性等に関する法令の要件を踏まえて行われたことについては、ケースレポート本文の記載に基づき評価を行うものとする。

<措置入院>

注 措置入院を行った症例の場合に記載すること

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
1. 措置診察が行われた契機	<input type="checkbox"/> 法第 22 条の申請（一般人） <input type="checkbox"/> 法第 23 条の通報（警察官） <input type="checkbox"/> 法第 24 条の通報（検察官） <input type="checkbox"/> 法第 25 条の通報（保護観察所長） <input type="checkbox"/> 法第 26 条の通報（矯正施設の長） <input type="checkbox"/> 法第 26 条の 2 の届出（病院管理者） <input type="checkbox"/> 法第 26 条の 3 の通報（医療観察法指定通院医療機関の管理者及び保護観察所長） <input type="checkbox"/> 法第 27 条第 2 項の都道府県知事による措置診察
2. 指定医の診察の結果、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷他害のおそれがないと認められるに至ったとき、直ちに、病院の管理者により、症状消退届が都道府県知事等に提出されたか（法第 29 条の 5）	<input type="checkbox"/> 提出された （指定医が症状消退を判断した日付及び症状消退届が提出された日付）

<医療保護入院>

注 医療保護入院を行った症例の場合に記載すること

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
1. 医療保護入院の必要性の判定を指定医が行ったか （法第 33 条第 1 項）	<input type="checkbox"/> 行った
2. 医療保護入院の必要性の判定を特定医師が行った場合、その判定に基づく入院期間は 12 時間以内であったか （法第 33 条第 4 項）	<input type="checkbox"/> 12 時間以内であった
3. 医療保護入院を行う際の指定医による診察に、立ち会ったか	<input type="checkbox"/> 立ち会った <input type="checkbox"/> 立ち会っていない
4. 平成 26 年 4 月 1 日以降に入院した者の場合、法第 33 条第 1 項又は第 3 項による医療保護入院を行うに当たって、家族等のいずれか又は市区町村長から同意を得たか （法第 33 条第 1 項・第 3 項）	<input type="checkbox"/> 家族等のいずれかから同意を得た （ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人） <input type="checkbox"/> 市区町村長から同意を得た （家族等のいずれかから同意を得た場合、当該家族等の続柄、同意者とした経緯及び同意を得た日付） ※ 未成年の場合に、父母双方から同意を得なかった場合、その理由を記載すること （市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付）

<p>4－1. 平成 26 年 3 月 31 日以前に入院した者の場合、旧法（※）第 33 条第 1 項による医療保護入院を行うに当たって、保護者（市区町村長を含む。）から同意を得たか （旧法第 20 条第 2 項、第 21 条、第 33 条第 1 項） ※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 47 号）による改正前の法</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>保護者</u> から同意を得た （<input type="checkbox"/>後見人 <input type="checkbox"/>保佐人 <input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>親権者 <input type="checkbox"/>扶養義務者）</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者（市区町村長）から同意を得た</p> <p>（保護者から同意を得た場合、当該保護者の続柄及び同意を得た日付）</p> <p>※ 後見人又は保佐人の存在を把握しているが、これらの者から同意を得なかった場合、その理由を記載すること</p> <p>※ 未成年の場合に、父母双方から同意を得なかった場合、その理由を記載すること</p> <p>（市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付）</p>
<p>4－2. 旧法第 33 条第 2 項による医療保護入院を行った場合、扶養義務者による同意を得たか （旧法第 20 条第 1 項、第 33 条第 2 項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 扶養義務者から同意を得た</p> <p>（同意を得た扶養義務者の続柄及び同意を得た日付）</p> <p>※ その後の旧法第 33 条第 1 項の同意については 4－1 に記載すること</p>
<p>5. 医療保護入院から 10 日以内に、病院の管理者により、家族等の同意書を添えて都道府県知事等に医療保護入院の入院届が提出されたか （法第 33 条第 7 項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 提出された （日付： _____ ）</p>

<p>6. 医療保護入院時に、医療保護入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか (法第 33 条の 3 第 1 項)</p>	<p><input type="checkbox"/> 入院時に行われた <input type="checkbox"/> 延期して(4 週間以内)告知が行われた (告知の具体的な内容)</p>
<p>7. 6の告知を延期する(4 週間以内)と判断した場合、必要事項の診療録への記載が行われたか (法第 33 条の 3、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 15 条)</p>	<p><input type="checkbox"/> 記載が行われた (診療録に記載が行われた内容)</p>
<p>8. 退院後生活環境相談員が選任されたか (法第 33 条の 4) ※ 平成 26 年 3 月 31 日以前に医療保護入院が行われた者については、同年 4 月 1 日以降に入院を継続していた者に限る。 9 及び 10 において同じ。</p>	<p><input type="checkbox"/> 選任された (日付:)</p>
<p>9. 病院において、医療保護入院者又はその家族等に、地域援助事業者の紹介を行うよう努めたか (法第 33 条の 5)</p>	<p><input type="checkbox"/> 努めた (具体的な内容)</p>
<p>10. 「医療保護入院者退院支援委員会」が開催されたか (法第 33 条の 6、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～第 15 条の 8)</p>	<p><input type="checkbox"/> 開催された <input type="checkbox"/> 開催されなかった</p>

(開催されなかった場合、その理由)

(開催された場合、以下の事項について該当項目に✓又は具体的な内容を記載)

【対象者は以下のいずれに該当するか】

- 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載した推定される入院期間を経過するもの
- 在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、委員会の審議で設定された推定される入院期間を経過するもの
- 在院期間が1年以上の医療保護入院者であって、病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるもの

【開催時期】

- 推定される入院期間を経過する時期の前後概ね2週間以内に審議が行われた
(日付 :)

【検討内容及び結果】

【審議結果の通知】

- 審議結果が、患者本人並びに出席要請を行った家族等及び地域援助事業者その他の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者に通知された

<p>11. 医療保護入院者の退院から 10 日以内に、病院の管理者により、医療保護入院の退院届が提出されたか (法第 33 条の 2)</p>	<p><input type="checkbox"/> 提出された (日付 :)</p>
--	---

<緊急措置入院又は応急入院>

注 入院時にこれらの入院形態であった場合に記載すること

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
1. 緊急措置入院が行われた場合、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精神障害のために自傷又は他害のおそれが著しいと指定医による診察で認められたか（法第 29 条の 2 第 1 項）	<input type="checkbox"/> 認められた
2. 緊急措置入院の期間は、72 時間以内であったか（法第 29 条の 2 第 3 項）	<input type="checkbox"/> 72 時間以内であった
3. 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、応急入院が行われた場合、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って当該精神障害のために任意入院が行われる状態にないと指定医又は特定医師による診察で判定されているか（法第 33 条の 7 第 1 項・第 2 項）	<input type="checkbox"/> 判定された
4. 応急入院の期間は、72 時間以内（特定医師の診察に基づく場合は 12 時間以内）であったか（法第 33 条の 7 第 1 項・第 2 項）	<input type="checkbox"/> 72 時間（12 時間）以内であった

<任意入院>

注 入院形態の変更により任意入院となった症例の場合に記載すること

3～5については、該当する場合に記載すること

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
<p>1. 任意入院時に、任意入院者に対して、必要事項について書面による告知が行われたか （法第 21 条第 1 項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた （告知の具体的な内容）</p>
<p>2. 任意入院に際し、本人から書面により同意を得たか （法第 21 条第 1 項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 得た</p>
<p>3. 任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させた場合、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を、本人から得たか （第 130 号告示（※）） ※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（昭和 63 年厚生省告示第 130 号）</p>	<p><input type="checkbox"/> 得た</p>
<p>4. 任意入院者の退院制限が実施された場合、その判断は指定医又は特定医師によって行われたか （法第 21 条第 3 項・第 4 項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた</p>
<p>5. 任意入院者の退院制限の期間は、72 時間以内（特定医師の診察に基づく場合は 12 時間以内）であったか （法第 21 条第 3 項・第 4 項）</p>	<p><input type="checkbox"/> 72 時間（12 時間）以内であった</p>

<行動制限>

注 行動制限を行った症例の場合に、実施した行動制限に係るものについて記載すること

関係法規に定める手続	対応（該当するものに✓を付ける）
<p>1. 電話又は面会に関する制限の実施時に、当該行動制限の理由について告知が行われたか （第 130 号告示）</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容）</p>
<p>2. 隔離、身体的拘束又は任意入院者の開放処遇の制限の実施時に、当該行動制限の理由について、書面による告知が行われるよう努めたか （第 130 号告示等）</p>	<p><input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容）</p>
<p>3. 行動制限の実施に当たって、必要事項の診療録への記載が行われたか （第 130 号告示）</p>	<p><input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容）</p>
<p>4. 12 時間を超えない隔離を実施した場合、その判断は、医師により行われたか。 （第 130 号告示）</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師により行われた</p>
<p>5. 12 時間を超える隔離又は身体拘束を実施した場合、その判断は指定医により行われたか （法第 36 条第 3 項、第 130 号告示、第 129 号告示（※）） ※ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 36 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限（昭和 63 年厚生省告示第 129 号）</p>	<p><input type="checkbox"/> 指定医により行われた</p>

<p>6. 隔離を実施した場合、毎日1回以上の診察が行われたか (第130号告示)</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた (診察内容)</p>
<p>7. 身体的拘束を実施した場合、頻回の診察が行われたか (第130号告示)</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた (頻度と診察内容)</p>
<p>8. 任意入院者の開放処遇の制限を実施した場合、その判断は医師により行われたか (第130号告示)</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師により行われた</p>
<p>9. 任意入院者の開放処遇の制限を実施した場合、おおむね72時間以内に指定医による診察が行われたか (第130号告示)</p>	<p><input type="checkbox"/> 行われた (日付 :)</p>

入院時診断名：主病名： _____ 副病名 _____

最終診断名：主病名： _____ 副病名 _____

注：入院時診断名と最終診断名が違っていても可とする。

文字数： _____ 文字（※）

※ 【現病歴】中＜入院時の状況＞及び＜入院後経過＞における文字数を記載し、1200－2000字程度とすること。なお、本文において関係条文の引用は要しない。

【初診時主訴】

【家族歴】

【生育・生活歴】

【既往歴】

【病前性格】 必要に応じて記載

【現病歴】

＜入院前経過＞

＜入院時の状況＞

注：以下の内容を中心に記載すること

- ・ 入院時の患者の症状、入院時診断名に対する診断根拠（入院時に疑い病名としていた場合はその理由、最終診断を下した診断根拠と診断日）
- ・ 当該入院形態による入院を行う必要性（患者の症状及び法における各種入院の対象となる者の要件を踏まえて記載すること）（※）

※ 入院形態に応じて、特に以下の点を説明すること。

（措置入院）

① 患者が法第5条に規定する精神障害者であるか（国際疾病分類（ICD）に該当する精神疾患を有しているか）

② 患者が、

- ・ 医療及び保護のために入院させなければ
- ・ その精神障害のために
- ・ 自傷（※1）他害（※1）のおそれがあるか

※1 自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為。浪費や自己の所有物の損壊等のように単に自己の財産に損害を及ぼすにとどまるような行為は含まれない。

※2 殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）

(医療保護入院)

- ① 患者が法第5条に規定する精神障害者であるか
 - ② 患者が、医療及び保護のために入院の必要があるか
 - ③ 患者が、その精神障害のために任意入院が行われる状態にないか（本人に病識がない等、入院の必要性についてその精神障害のために本人が適切な判断をすることができない状態にあるか）
 - ④ 本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるよう努めているか
- ※ 入院時に、意識障害（せん妄・急性錯乱等）が疑われる場合には、告知の延期がなされているかについても記載すること。

<入院後経過>

注：以下の内容を中心に記載すること

- ・ 入院後の治療経過や、治療内容についてインフォームドコンセントに努めたかどうかまた、その過程における主治医等担当医としての関わりや治療努力
- ※ 特に以下の点に留意して記載すること
- ・ 修正型電気けいれん療法、多量・多剤大量の薬物療法、クロザピンなど慎重を要する治療手段が用いられた場合、その理由と必要事項
 - ・ やむを得ず適応症以外での薬物使用を行う際には、使用の理由と本人並びに家族にその効果や副作用を含めた説明を十分に行い、同意をとっているか
- ・ 当該入院形態による入院の継続が不要（又は入院形態の変更が必要）と判断された理由（患者の症状及び法における各種入院が解除となる者の要件又は対象となる者の要件を踏まえて記載すること）
 - ・ 行動制限を行った場合には、行動制限の種類、開始・解除の日時及び開始・解除の判断理由（患者の症状を踏まえて記載すること）（※）
- ※ 特に以下の点を説明すること

(共通事項)

- ① 行動制限は、医療又は保護に欠くことができない限度において行われているか（患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われているか）

(電話・面会の制限)

- ① 制限を行わなければ病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合に行われているか。
- ② 合理的な方法及び範囲における制限であるか。

(隔離)

- ① 患者の症状からみて、
 - ・ 本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、
 - ・ 隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、
 - ・ その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として

行われているか。

② 隔離以外により代替方法がない場合において行われているか

③ 隔離の対象となる患者が、次のような場合に該当すると認められるか。

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合

エ 急性期精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合
(身体的拘束)

① 身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われているか

② 身体的拘束の対象となる患者が、次のような場合に該当すると認められる患者であるか。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のため、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

③ できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めているか

(任意入院者の開放処遇の制限)

① 任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われているか

② 開放処遇の制限の対象となる任意入院者が、次のような場合に該当すると認められる患者であるか

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合

ウ 当該任意入院の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

・ 任意入院に移行した症例について退院制限が行われた場合には、その理由、期間及びその後採った措置(法の退院制限の要件(※))を踏まえて記載すること

※ 指定医(特定医師)による診察の結果、医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたとときに72時間(特定医師の場合は12時間)に限り実施可能

ケースレポート一覧

申請日 年 月 日
 申請者氏名
 申請者生年月日 年 月 日
 住所地都道府県

精神保健指定医の新規申請のため、以下のケースレポートを提出します。

注) 各症例について、以下の①～⑥について該当する方に☑を付けること。

- ① 「措置入院者の症例」又は「医療保護入院者の症例」のいずれの症例として申請しているか。
- ② 「医療保護入院者の症例」である場合には、申請者が当該医療保護入院者の入院時点からその診断又は治療に従事したものであり、入院時の指定医の診察に立ち会った症例に該当するか。
(①で「措置入院」を選択した場合は、どちらにも☑の必要はない。)
- ③ 「申請前一年以内に従事した症例」(事務取扱要領 2 (2) コ参照) 又は「申請をした日の一年前の日より前に従事した症例」(同 2 (2) サ参照) のいずれの症例として申請しているか。
- ④ 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者に係る症例に該当するか。
- ⑤ 措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、任意入院による治療を行った症例に該当するか。
- ⑥ 措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、通院による治療を行った症例に該当するか。

(記入欄)

	①	②	③	④	⑤	⑥
第 1 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 2 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 3 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 4 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
第 5 症例	<input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 申請前 1 年以内 <input type="checkbox"/> 申請日の 1 年前より前	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

常 時 勤 務 証 明 書

次の者は指導医として申請者を指導した期間において当施設に常時勤務する指定医であったことを証明します。

氏 名	
生 年 月 日	
診 療 従 事 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
診 療 従 事 態 様	1 週間当たり従事日数 日
	1 日当たり従事時間 時間

年 月 日

施 設 名

所 在 地

管理者職名
及 び 氏 名

- (注) 1. ケースレポートに係る症例の診断又は治療について指導した期間は診療従事期間に必ず含まれていること。
2. ケースレポートに係る症例について指導した指導医ごとに作成すること。
3. 「常時勤務する指定医」とは、精神保健福祉法第19条の5に規定する指定医をいう。
4. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。

別記様式

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

養成施設等

実習施設等の個別認定について（協議）

標記について、「精神保健福祉士養成課程におけるソーシャルワーク実習を行う実習施設等の範囲について」の2に基づき、別添の施設又は事業について、実習施設等の個別認定を受けたいので、協議いたします。

添付書類

- 1 「実習施設等承諾書」（案）（※）
- 2 事業・業務の根拠となる条例、要綱及び自治体からの委託契約書等
- 3 事業概要（業務の内容等がわかるもの）

（※）大学等確認申請書等に添付する「実習施設等承諾書」について、写しを添付。