

令和6（2024）年度

精神保健指定医研修会

（新規に受講される先生方へのご案内）

※ お問い合わせは、受講申込先の団体をお願いします

【公益社団法人 日本精神科病院協会 開催分】

〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14
TEL 03-5232-3311(代表) FAX 03-5232-3315

| 回数 | 開催日 | 会場 |
|--------------|-------------------------------------|---|
| 第30回 (東京) | 令和6(2024)年 9月2日(月)～3日(火) ※2日間 | 第一ホテル東京 〒105-8621 東京都港区新橋1-2-6 TEL 03-3501-4411 |

【一般社団法人 日本総合病院精神医学会 開催分】

〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-1
TEL/FAX 03-5805-3720

| 回数 | 開催日 | 会場 |
|--------------|--|---|
| 第10回 (東京) | 令和6(2024)年 12月14日(土)～15日(日) ※2日間 | 東京コンファレンスセンター・品川 〒108-0075 東京都港区港南1-9-36 TEL 03-6717-7000 |

【公益社団法人 全国自治体病院協議会 開催分】

〒102-8556 東京都千代田区平河町2-7-5
砂防会館本館7階
TEL 03-3261-8567(研修部) FAX 03-3261-1845

| 回数 | 開催日 | 会場 |
|--------------|---|---|
| 第29回 (東京) | 令和7(2025)年 2月25日(火)～27日(木) ※2.5日間 | 砂防会館別館 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4 TEL 03-3261-8386 |

主催 (厚生労働大臣登録研修機関)

公益社団法人 日本精神科病院協会
公益社団法人 全国自治体病院協議会
一般社団法人 日本総合病院精神医学会

協力

公益社団法人 日本医師会

目 次

ごあいさつ

| | |
|--|----|
| 令和6(2024)年度 精神保健指定医研修会の実施について | 1 |
| 実 施 要 領 | |
| 1. 開催日及び会場・定員 | 2 |
| 2. 申 込 方 法 | 3 |
| 3. 受 講 対 象 者 | 4 |
| 4. 受 講 料 | 4 |
| 5. 申し込みの変更・取り消しについて | 4 |
| 6. そ の 他 | 4 |
| 各 団 体 別 申 込 要 領 | 5 |
| 研修会日程・会場案内図等（日本精神科病院協会開催分） | 11 |
| 研修会日程・会場案内図等（日本総合病院精神医学会開催分） | 13 |
| 研修会日程・会場案内図等（全国自治体病院協議会開催分） | 15 |
| 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※ | 17 |
| 精神保健指定医指定申請書（様式1-1, 1-2）※ | 35 |
| 実 務 経 験 証 明 書（様式2-1, 2-2）※ | 37 |
| ケ ー ス レ ポ ー ト（様式3-1, 3-2）※ | 39 |
| 常時勤務証明書（様式4）※ | 59 |
| 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項第三号の 規定に基づき厚生労働大臣が定める精神障害及び程度 | 60 |
| 精神保健指定医申請時のケースレポート記述上の配慮について | 62 |
| 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） | 68 |
| 精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領 | 71 |
| 各都道府県・政令指定都市精神保健福祉担当課一覧 | 81 |

※令和6(2024)年3月26日付で新規申請に係る事務取扱要領の制定、及び各種様式等が一部改正され、
令和6(2024)年4月1日以後の申請について適用されます。

厚労省ホームページより必ずご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/seishinhokenshiteii.html>

ごあいさつ

精神保健指定医制度は、昭和 62 年の精神衛生法から精神保健法への改正の際に創設されました。厚生労働大臣に精神保健指定医として指定された医師が、措置入院及び医療保護入院の必要性や行動制限の判定等を担う制度です。

精神保健指定医に指定された医師には、5 年度ごとの本研修の受講が義務づけられています。これは、精神医学の進歩や精神障害者の人権擁護に関する制度の変化、精神保健福祉・精神科医療を取り巻く状況の変化に対応して、精神保健指定医には、適正な精神科医療の知識と患者の人権に対する配慮を十分に備えていることが必要であるためです。

精神保健指定医の資格要件や職務等については、これまでその時々課題に対処していくため、見直しが重ねられてきました。平成 7 年の法改正では、精神保健指定医が 5 年度ごとに研修を受けることが義務づけられ、研修を受けなかった場合には、その指定が失効することとなりました。平成 11 年の法改正では、医療保護入院を必要とするか否かの判定を行った場合等に診療録に記載する義務や、入院患者に対する不当な処遇があった場合に病院管理者に報告するなど処遇の改善に向けた努力義務が規定されました。平成 22 年の法改正では、精神保健指定医に対し、都道府県知事からの求めに応じて公務員として職務を行う義務や、都道府県が精神科救急医療体制を整備する際、都道府県知事が精神保健指定医等に必要な協力を求めることができることが規定されました。

平成 27 年から平成 28 年にかけて、精神保健指定医の指定申請に当たり自ら担当として診断、治療等に十分に関わっていなかった症例についてケースレポートを提出したとして、そのような申請を行った精神保健指定医及び申請時にこれを指導した指導医について、精神保健指定医の指定を取消す処分が行われました。精神保健指定医は、患者の人権を確保し、個人の尊厳に配慮した医療を提供する上で重要な役割を担うものであり、このような事例の再発防止を図り、精神保健指定医の資質を担保するため、口頭試問の導入など精神保健指定医制度の見直しを行い、令和 2 年度より新制度における審査が行われています。さらに、令和 6 年度から施行された法改正では、医療保護入院の入院期間の法定化に伴い、入院期間の更新の際に精神保健指定医が診察を行うことなどの見直しが行われました。

これから精神保健指定医を目指す先生方におかれましては、精神保健指定医の指定を受け、精神障害者の人権に配慮した適正な精神科医療の提供にご尽力をいただき、国民の期待と信頼に真に応えられる精神科医療の確立に向け、精神保健指定医としての役割を果たされることを切にお願いいたします。

令和 6 年 5 月

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

精神・障害保健課長 小林 秀幸

令和6年5月

受 講 者 各 位

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學
公益社団法人 全国自治体病院協議会
会 長 小 熊 豊
一般社団法人 日本総合病院精神医学会
理事長 西 村 勝 治

令和6（2024）年度 精神保健指定医研修会の実施について

日本精神科病院協会並びに全国自治体病院協議会及び日本総合病院精神医学会は、厚生労働大臣の指定を受け、研修の実施団体として精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号及び第19条第1項の規定に基づく精神保健指定医に対する研修を行っております。

つきましては、令和6(2024)年度の研修会を次により開催することといたしましたので、ご案内申し上げます。

なお、受講される諸先生方におかれましては、どちらの会場でも受講できますので、ホームページより所定の申込締切日までにお申し込み下さい。

実 施 要 領

1. 開催日及び会場・定員

【公益社団法人 日本精神科病院協会 開催分】

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL 03-5232-3311(代表) FAX 03-5232-3315

| 回数 | 開催日 | 会場 | 定員 |
|--------------|-------------------------------------|--|------|
| 第30回 (東京) | 令和6(2024)年 9月2日(月)～3日(火) ※2日間 | 第一ホテル東京 〒105-8621 東京都港区新橋 1-2-6 TEL 03-3501-4411 | 200名 |

【一般社団法人 日本総合病院精神医学会 開催分】

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-18-1

TEL/FAX 03-5805-3720

| 回数 | 開催日 | 会場 | 定員 |
|--------------|--|---|------|
| 第10回 (東京) | 令和6(2024)年 12月14日(土)～15日(日) ※2日間 | 東京コンファレンスセンター品川 〒108-0075 東京都港区港南 1-9-36 TEL 03-6717-7000 | 250名 |

【公益社団法人 全国自治体病院協議会 開催分】

〒102-8556 東京都千代田区平河町 2-7-5

砂防会館本館 7階

TEL 03-3261-8567(研修部) FAX 03-3261-1845

| 回数 | 開催日 | 会場 | 定員 |
|--------------|---|--|------|
| 第29回 (東京) | 令和7(2025)年 2月25日(火)～27日(木) ※2.5日間 | 砂防会館別館 〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-4 TEL 03-3261-8386 | 270名 |

2. 申込方法については、受講される研修団体のページもご参照ください

各団体共通項

令和6(2024)年度の研修会の開催状況については、随時、団体のホームページにてお知らせいたしますので、ご確認くださいませよう願ひ申し上げます。

なお、お問い合わせは、受講申込先の団体にお願ひいたします。

※倦怠感・発熱等がある方は、無理をされず、体調が回復するなどしたのちに、改めてのご参加をお願ひいたします。

2. 申込方法

各団体のWEB申込のシステムが統一され、研修実施三団体で申込状況が共有されることにより、重複の申込みは出来なくなりましたのでご留意ください。

【WEB申込みページ】 <https://www.shiteii.com/update.php>

受講申し込みは、「WEB申込みページ」からのWEB申込みとしております。ただし、WEBサイトから申し込みが出来ない場合のみ、希望される日程の研修団体に連絡のうえ「新規研修会受講申込書」をお取り寄せいただき直接お申し込み（郵送の場合は控としてコピーを保管）ください。

※「WEB申込みページ」から申し込みをされた方は、入力されたアドレスに「受講受付完了」のメールが自動配信されますので、内容をご確認の上、同メールを保管して下さい。「受講申込受付通知書」となります。

または、ドメイン、メール設定等の関係でメールが届かないケースがございますので、「受講受付完了」の前に「登録録内容の確認画面(PDF)」が表示されますので、そちらを保管ください。

お一人で複数日のお申し込みは出来ません

・お申込後の会場変更は、一度お申し込みを取り消していただく必要がございます。

・「申込取り消し忘れ」による当日ご欠席の場合も、受講料を徴収いたします。

なお、本申込書に記載いただいた個人情報につきましては、本研修会の運営のためのみ利用します。

下記研修団体のホームページより「WEB申込みページ」に進むことが出来ます。

日本精神科病院協会ホームページ：

URL <https://www.nisseikyo.or.jp/education/kenshuukai/shiteii/shinki.php>

日本総合病院精神医学会ホームページ：

URL https://square.umin.ac.jp/psy/jsghp2024_list01_siteii.html

全国自治体病院協議会ホームページ：

URL <https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/133>

3. 受講対象者

この研修会受講後3年以内に精神保健指定医の指定申請を行う方。

※ 修了証書の有効期限は3年間です。

4. 受講料 【令和6（2024）年度から金額が変更になりました】

一名につき、税込 45,100 円(受講料:41,000 円 消費税:4,100 円)【受講料が100円上がります】
受講申し込み受理後に送付する受講決定通知書等に、「振込用紙」を同封いたします。

5. 申し込みの変更・取り消しについて

(WEB 申込みの場合)

WEB 申込時にお送りした「**受講受付完了**」に記載されている URL より行えます。メールが見当たらない場合は申し込みをされた研修実施団体までご連絡ください。

(受講申込書で申込みの場合)

FAX またはメールにて、氏名、受講回(日程)を、申し込みをされた研修実施団体までご連絡ください。

なお、研修会開催日の**8日前(土・日・祝日を含む)まで**に申し込みをされた研修実施団体までご連絡ください。その際、受講料を振り込まれている場合は、手数料を差し引いた金額を返金させていただきます。

研修会開催日の**7日前(土・日・祝日を含む)以降**のキャンセルについては、**受講料の振り込みの有無にかかわらず、受講料の全額を徴収致します**。ご欠席される場合は、早めにご連絡をお願いいたします。

6. その他

(1) すべての講演の終了後、修了証書を交付致します。ただし、下記について十分ご注意ください。

本研修は、患者本人の意思に基づかない入院や著しい行動制限に係る判断を行う指定医として必要となる患者の人権に関する知識等を習得することを目的としており、法令で受講及び研修内容等が定められていることから、原則、遅刻や早退は認められません(交通機関の予約は明記された開始・終了時間を確認し、余裕をもって手配してください)。

また、許可なく長時間離席された方や受講態度が適切でないと判断された方(特にスマートフォン等でのゲーム等の不適切な使用等)には、**修了証書を交付しないことがあります**のでご承知おきください。

※ お願い:講義中、PC 機器は使用しないでください。

(2) 修了証書は新規申請の際に必要となりますので、大切にお取扱ってください。

万一紛失された場合には再発行いたしますが、その際、送料を含む手数料として税込 1,100 円(手数料:1,000 円 消費税:100 円)を徴収いたします。また、再発行までに 1 週間ほど時間を要します事をご承知おきください。

(3) 宿泊が必要な方は、各自で予約してください。

(4) 昼食は、休憩時間内に各自でおすませください。

(5) 受講中断者の措置

原則として 18 時間の受講を修了条件とし、病気等不測の事態により受講を中断する場合は、当日事務局(受付)に申し出てください。

(6) 申請に係る資格要件・レポート等に関する問い合わせは、自宅住所地の担当課にお問い合わせください。(81~82 ページ参照)

(7) インボイス対応については、受講する研修会の主催団体のページをご確認ください。

公益社団法人 日本精神科病院協会

(1) 日本精神科病院協会主催「第30回」をご希望の場合

- ① 日本精神科病院協会のホームページ(下記 URL)から「WEB 申込みのページ」へ進むことができます。

URL <https://www.nisseikyo.or.jp/education/kenshuukai/shiteii/shinki.php>

※「WEB 申込みのページ」から申し込みをされた方は、**入力されたアドレスに「受講受付完了」のメールが自動配信されますので、内容をご確認の上、同メールを保管して下さい。「受講申込受付通知書」となります。**

- ② 「WEB 申込みのページ」からの申し込みが出来ない場合のみ、「新規研修会受講申込書」を取り寄せ、ご記載の上、ご郵送下さい。(FAX での申し込みは受付けておりません。)

※自宅または勤務先の FAX 番号またはメールアドレスを必ずご記載下さい。

※申込書にて申込みされた方のみ、申込書受理後、順次「受講決定通知」を FAX 又は メール（ご記入の方のみ）にて送付します。

※事務処理の関係上、多少日数を要する場合がございますこと、ご了承ください。

- ③ 研修会の約1か月前を目途に「受講関係書類（受講料振込用紙を含む）」を自宅住所にお送りいたします。

- ④ 申込後、住所地・勤務先等の変更が生じた場合、また問い合わせ、質問事項につきましては、FAX 又はメールでお知らせ下さい。

(2) 申込締切日について

【第30回（東京）】 令和6年7月12日（金）

※ 定員に達し次第、受付を締め切ります。

(3) 受講料支払方法について 【受講料が100円上がります】

- 1) 研修会の約1か月前に送付する「受講関係書類」に同封の振込用紙、または銀行送金にて、下記の銀行口座にお振込み下さい。(振込手数料は各自でご負担下さい。)
- 2) 受講者個人と勤務先会計とで重複振込とならないよう、必ず両者ご確認の上、お振り込み手続きをお願い致します。なお、勤務先名でお振り込みの場合は、必ず下記の「※1」のFAXまたはメールをお願いいたします。

<お振込みの際の注意事項>

- ※1 スムーズな入金確認のため、銀行ATM、ネットバンク等でご送金の場合は、必ず氏名の前に「受講受付番号」(振込用紙に記載)を入力して下さい。
入力出来なかった場合は、協会事務局に FAX 又はメールで、受講受付番号、氏名、振込日、手続きされた銀行・支店名、振込名をお知らせ下さい。
(電話でのご連絡はご遠慮ください)
- ※2 受講料には、2日間のお弁当代を含みます。(日本精神科病院協会主催分のみ)
日本精神科病院協会主催のプログラムでは、2日間実施により昼食時間が50分間と短い昼食時間となっておりますので、2日間お弁当をご提供いたします。

銀行名：三菱UFJ銀行 本店(店番号001)
口座番号：普通預金 7657486
口座名：(社)日本精神科病院協会 指定医研修事業受講料口
(シャ)ニホンセイシンカビョウインキョウカイ
シテイイケンシュウジギョウジュコウリョウクチ

(4) インボイス対応について

インボイス対応の受領書をご希望者される方は、研修会終了後に、下記項目をメールにてご連絡ください。研修会終了後、発行いたします。

1. 受領書の宛先名
2. 受講者名、受講受付番号
3. 送付先住所、郵便番号、宛名
4. ご希望の期限がある場合は期日をご記載ください。
(ご希望に添えない場合がございますこと、予めご了承ください)

(5) お問い合わせ・申込書送付先

公益社団法人 日本精神科病院協会 指定医研修係
〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14
FAX 03(5232)3315
MAIL shiteii@nisseikyo.or.jp

一般社団法人 日本総合病院精神医学会

(1) 日本総合病院精神医学会主催「第10回」をご希望の場合

- ① 日本総合病院精神医学会ホームページ（下記 URL）より「WEB 申込みのページ」へ進むことができます。

URL https://square.umin.ac.jp/psy/jsghp2024_content01_siteii.html

- ※ 「WEB 申込みのページ」からの申し込みには、「**指定医証番号**」と「**生年月日**」の入力が必要になります。
- ※ 「WEB 申込みのページ」から申し込みをされた方は、**入力されたアドレスに「受講受付完了」のメールが自動配信**されます。「**受講申込受付通知書**」となりますので、内容をご確認の上、同メールを保管して下さい（返信メールが届かない場合は下記の問い合わせ先までご連絡下さい）。

- ② 申込締め切り後に改めて「**(受講番号の入った) 受講決定通知書**」と受講料振込み用紙等の関係書類をお届け致します。事務処理上、お手元に届くまでに多少日数を要する場合がありますのでご了承下さい。尚、受講決定通知書その他、必要書類一式は、申込書に記入のご自宅住所へお送り致しますので**正確**にご記入をお願い致します。

※ 研修会、2 週間前になってもお手元に上記「**受講決定通知書**」が届かない場合は、事務局までメールにてお問合せください。

メールアドレス : jsghp@mth.biglobe.ne.jp

- ③ 受講申し込みは先着順です。定員になり次第、締め切らせていただきます。

(2) 受講申込締切日

第10回（東京） 2024年11月11日（月）

(3) お支払方法

日本総合病院精神医学会より**受講決定通知書**を受け取られた方

受講料は「**受講決定通知書**」に同封の払込取扱票（郵便局扱い）または銀行送金にてお振込み下さい（振込手数料は各自でご負担下さい）。

< 郵便局送金の場合 > ※ 送付した払込取扱票をご利用下さい

口座番号 : 00100-5-368293

加入者名 : 日本総合病院精神医学会

< 銀行送金の場合 >

みずほ銀行 本郷支店（普通）

口座番号 : 2523231

口座名 : ニホンソウゴウビョウインセイシンイガクカイ

<お振込みの際の注意事項>

- ・病院(施設等)会計と参加者個人の重複振込のないようご確認の上、お振込み下さい。
- ・病院名でのお振込の場合は、必ず事務局までメールにてお知らせください。
※病院名のみでのお振込でご入金の確認が出来ない場合は、未入金督促のご連絡を差し上げることがありますのでご了承ください。
- ・銀行 ATM、ネットバンク等でご送金の場合は、氏名の前または後ろに必ず「**受講番号**」を入力して下さい(必須)。入力出来なかった場合は、振込日、振込元の銀行名(支店名)、受付番号、氏名を下記メールアドレスまでお知らせ下さい。
- ・お振込の期日がございますのでご注意ください。
- ・受講料につきまして、重複入金が多く見られます。お振込が完了しているか不明の際はメールにてご確認をお願い致します。

(4) お問い合わせ先

※メールでのお問い合わせが多くありますので見落としを防ぐため必ず、件名に受講希望回・確認したい内容等をご記載下さい。
(返信にお日にちがかかる場合がございますことご了承ください)

日本総合病院精神医学会・事務局 指定医研修係

〒113-0033 文京区本郷 3-18-1 TEL・FAX : 03-5805-3720

<ホームページ> <http://psy.umin.ac.jp>

<メール> jsghp@mth.biglobe.ne.jp

公益社団法人 全国自治体病院協議会

(1) 全国自治体病院協議会主催「第 29 回」を希望の場合

全国自治体病院協議会のホームページから「WEB 申込みのページ」へ進むことができます。

<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/133>

「WEB 申込みのページ」から申込みをされた方は、入力されたアドレスに「受講受付完了」のメールが自動配信されますので、内容をご確認の上、同メールを保管して下さい。同時に、同内容の PDF 画面が表示されますので、同画面も保管して下さい。

FAX または郵送で申込をされた方のみ、申込受理後「受講申込受付通知書」を FAX で送付いたします。

- ① 「WEB 申込みのページ」からのお申込が出来ない場合は、「2024 年度 精神保健指定医研修会受講申込書」を取り寄せ、お申込み下さい。

申込受理後、「受講申込書受付通知書」を FAX で送付いたします。

- ② 開催 1 ヶ月前を目途に「参加決定通知書（受講料振込用紙含む）」を自宅住所に送付致します。

お申し込みの際、自宅住所は正確にご入力下さい。

事務処理上、お手元に届くまで多少日数を要する場合がございますのでご了承下さい。

- ③ 申込後、住所・勤務先等に変更がございましたらメール又は FAX でお知らせ下さい。

- ④ 受講申込書受理は先着順の受け付けと致します。定員になり次第締め切らせていただきますのでご了承下さい。

(2) 申込締切日について

第 29 回（東京） 令和 6(2024)年 12 月 25 日（水）

(3) 支払方法について

受講料は、「参加決定通知書」（受講申込締切日後に発送）に同封の「振込用紙」または銀行送金により、次の口座に振り込んで下さい。（振込手数料は各自で負担して下さい。）

請求書は、インボイス制度に対応した登録番号を明記しております。また、領収書は、原則として発行いたしません。「振込金受領書」または「払込金受領書」をもって領収書に代えさせていただきます。

<お振込みの際の注意事項>

1. 病院（施設等）会計と参加者個人の方での重複振込のないよう両者協議の上お振込み手続きをお願い致します。
2. スムーズな入金確認のため、お振込みの際に以下の事をご入力していただきますようご協力お願い致します。

受講者名

所属（病院名等）

「払込取扱票」記載の番号

（申込締切後に送付する参加決定通知に同封の「払込取扱票」をご確認下さい）

〔銀行送金〕

三菱 UFJ 銀行（0005）麹町中央支店（015） 普通預金口座 4228172

りそな銀行（0010）東京公務部（295） 普通預金口座 0101704

※りそな銀行の場合、ATMでのお振込は「虎ノ門支店」をご利用下さい。

口座名義：シャ）ゼンコクジチタイビョウインキョウギカイ

〔郵便局送金〕

口座番号：00130-8-464750

加入者名：公益社団法人全国自治体病院協議会

※ 同封の振込用紙を使用して送金の場合においては、金額欄に請求金額をご記入下さいますようお願い致します。

（４）お問い合わせ先

公益社団法人 全国自治体病院協議会

〒102-8556 東京都千代田区平河町 2-7-5 砂防会館本館 7 階

電話 03 (3261) 8567 (研修部) FAX 03 (3261) 1845

メールアドレス kensyu@jmha.or.jp

第30回 精神保健指定医研修会 (東京) プログラム

【会場: 第一ホテル東京 5階 「ラ・ローズ」】

[敬称略]

第1日目 令和6年9月2日 (月) 司会者: 日精協 精神保健指定医分科会 構成委員 篠原 かほる

| | | | |
|---------------|----------|---|---------------|
| 8:15~9:00 | 受付 | | |
| 9:00~9:10 | 開講式 | 公益社団法人 日本医師会 常任理事 公益社団法人 日本精神科病院協会 担当副会長 | 江澤 和彦 森 隆夫 |
| 9:10~10:25 | 演題 講師 | 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と精神保健福祉行政の現状」 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長 | 小林 秀幸 |
| (10:25~10:35) | 休憩 | | |
| 10:35~11:35 | 演題 講師 | 「精神保健指定医制度における各手続」 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 | 未定 |
| 11:35~12:35 | 演題 講師 | 「精神保健指定医の役割と職務及び関連法令と実務」 さわ病院 理事長 | 澤 滋 |
| 12:35~13:25 | 休憩 | 休憩 (昼食) | |
| 13:25~14:40 | 演題 講師 | 「精神保健指定医の役割と職務及び関連法令と実務」 高月病院 院長 | 長瀬 幸弘 |
| 14:40~15:40 | 演題 講師 | 「未定」 大野研究所 所長 | 大野 裕 |
| (15:40~15:50) | 休憩 | | |
| 15:50~17:50 | 演題 講師 | 「精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉」 全国精神保健福祉センター長会 常任理事 | 白川 教人 |
| (17:50~18:00) | 休憩 | | |
| 18:00~19:00 | 演題 講師 | 「児童思春期精神障害について」 松田病院 理事長・院長 | 松田 文雄 |
| 19:00~20:00 | 演題 講師 | 「物質使用障害について」 埼玉県立精神医療センター 依存症治療研究部 部長 | 合川 勇三 |

第2日目 令和6年9月3日 (火) 司会者: 日精協 精神保健指定医分科会 構成委員 亀廣 摩弥

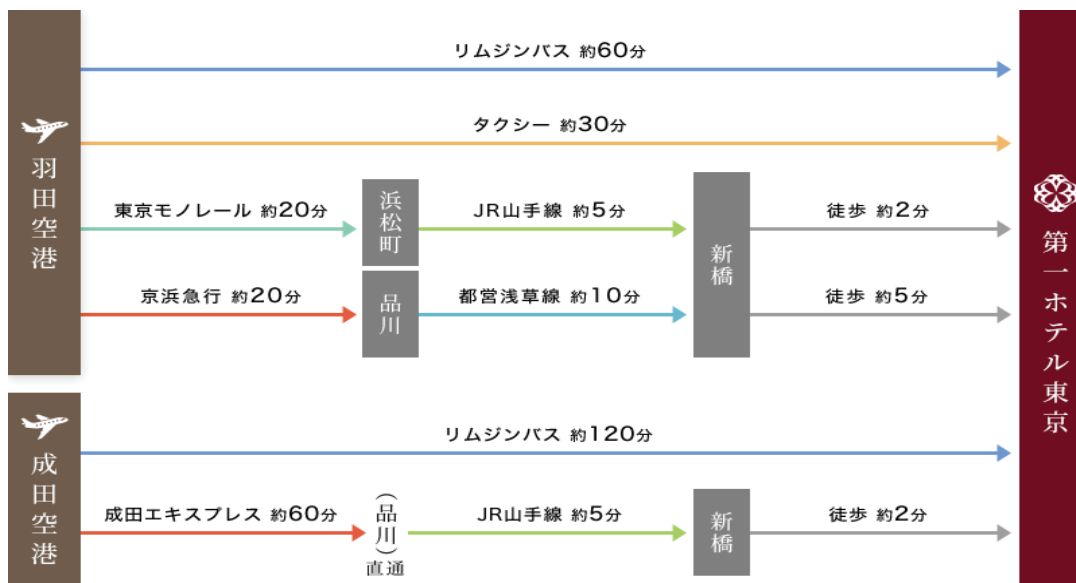
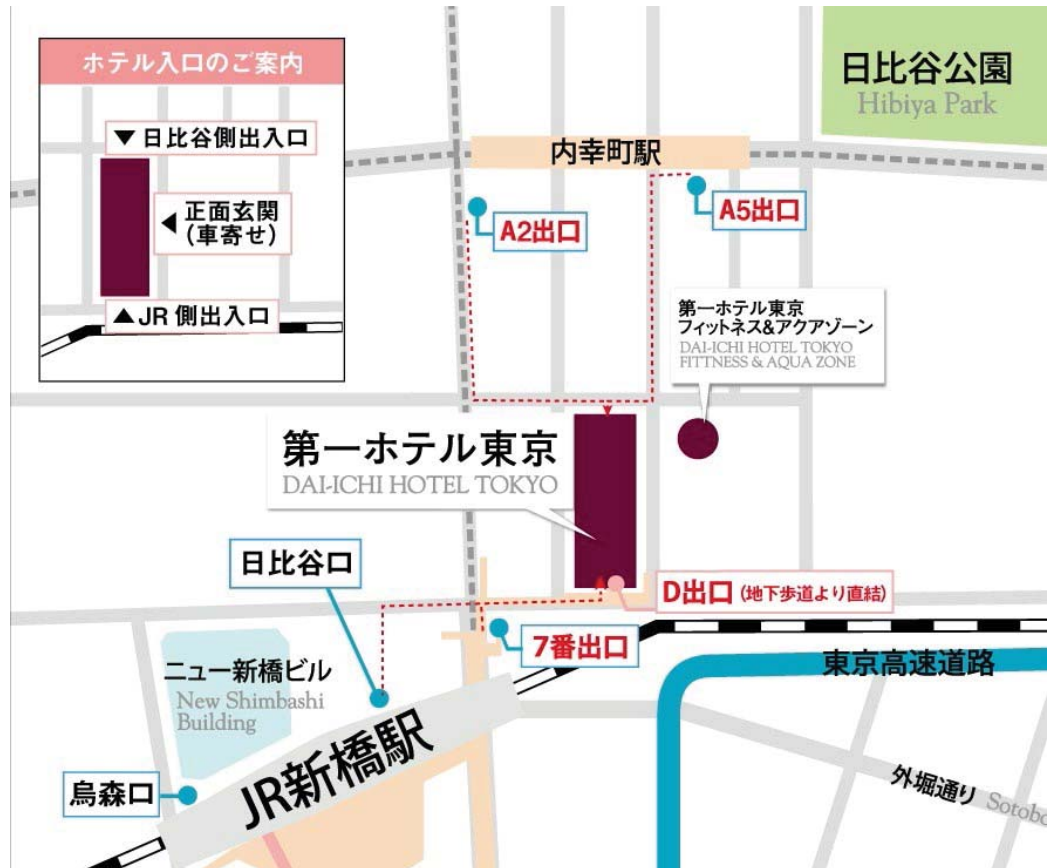
| | | | |
|---------------|----------|--------------------------------------|-------|
| 9:00~11:00 | 演題 講師 | 「精神障害者の人権と法」 東海大学法学部 教授 | 柑本 美和 |
| (11:00~11:10) | 休憩 | | |
| 11:10~12:10 | 演題 講師 | 「成年後見制度について」 | 未定 |
| 12:10~13:00 | 休憩 | 休憩 (昼食) | |
| 13:00~14:30 | 演題 講師 | 「精神科医療の将来展望と指定医のあり方」 日本精神科病院協会 会長 | 山崎 學 |
| (14:30~14:40) | 休憩 | | |
| 14:40~18:40 | 事例研究 | | |
| (休憩含む) | 座長兼発言者 | 日精協 精神保健指定医分科会 | 高倉 昌司 |
| | 助言者 | 厚生労働省 社会援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 | 未定 |
| | 助言者 | 日精協 顧問弁護士 | 浅田 眞弓 |
| | 発言者 | 日精協 精神保健指定医分科会 | 田邊 英一 |
| 18:40 | 閉会 | 閉会 (修了証書交付) | |

第30回 東京開催会場等案内

【会場:第一ホテル東京 5階「ラ・ローズ」】

〒105-8621 東京都港区新橋1-2-6

Tel. 03-3501-4411



第10回 精神保健指定医研修会(東京)プログラム

【会場:東京コンファレンスセンター品川】

第1日目 令和6(2024)年12月14日(土)

【敬称略】

| | | | | | |
|---------------|-----|---|-------|----|---|
| 8:30 ~ 9:00 | 受付 | | | | |
| 9:00 ~ 9:10 | 開講式 | 一般社団法人 日本総合病院精神医学会 理事長 | 西村 勝 | 治定 | |
| | | 公益社団法人 日本医師会 常任理事 | 未 | | |
| 9:10 ~ 10:25 | 講師 | 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と精神保健福祉行政の現状について」 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神保健福祉課 課長 | 小林 秀幸 | 幸定 | |
| | 司会 | | 未 | | |
| 10:25 ~ 10:35 | 休憩 | | | | |
| 10:35 ~ 11:35 | 講師 | 「精神保健指定医制度における各手続き」 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉 | 未 | | 定 |
| | 司会 | | 未 | | 定 |
| 11:35 ~ 11:45 | 休憩 | | | | |
| 11:45 ~ 12:45 | 講師 | 「児童思春期精神障害」 東京女子医科大学病院 神経精神科 准教授 | 押淵 英 | 弘定 | |
| | 司会 | | 未 | | |
| 12:45 ~ 13:45 | 昼食 | | | | |
| 13:45 ~ 15:30 | 講師 | 「精神保健指定医の役割・職務及び関連法令と実務:公務員としての業務に関する事項、他」 | 未 | | 定 |
| | 司会 | | 未 | | 定 |
| 15:30 ~ 15:40 | 休憩 | | | | |
| 15:40 ~ 17:40 | 講師 | 「精神保健指定医の役割・職務及び関連法令と実務:医療機関の業務に関する事項、他」 島根県立こころの医療センター 参与 | 小林 孝 | 文定 | |
| | 司会 | | 未 | | |
| 17:40 ~ 17:50 | 休憩 | | | | |
| 17:50 ~ 19:50 | 講師 | 「統合失調症治療」 | 未 | | 定 |
| | 司会 | | | | |

第2日目 (令和6年)2024年12月15日(日)

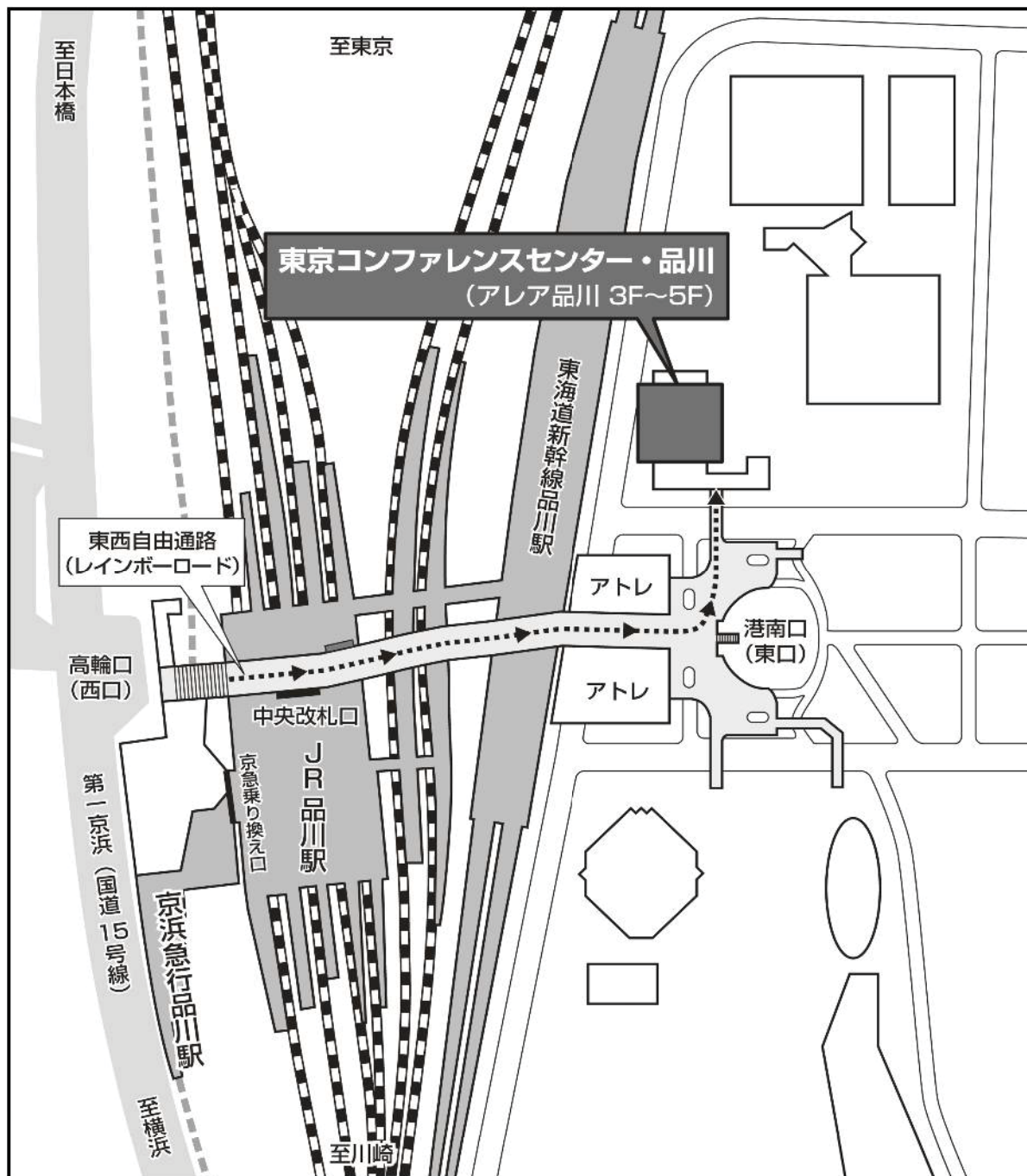
| | | | | | |
|---------------|-----|---|------|----|---|
| 9:00 ~ 10:00 | 講師 | 「物質使用障害」 神奈川県立精神医療センター 副院長 | 小林 桜 | 児定 | |
| | 司会 | | 未 | | |
| 10:00 ~ 10:10 | 休憩 | | | | |
| 10:10 ~ 12:10 | 講師 | 「精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉」 滋賀県立精神保健福祉センター 所長 | 辻本 哲 | 士定 | |
| | 司会 | | 未 | | |
| 12:10 ~ 13:10 | 昼食 | | | | |
| 13:10 ~ 15:10 | 講師 | 「わが国の精神医療法制の歴史と人権擁護、人権の観点からの指定医の役割と位置づけ等」 東海大学法学部 教授 | 柑本 美 | 和定 | |
| | 司会 | | 未 | | |
| 15:10 ~ 15:25 | 休憩 | | | | |
| 15:25 ~ 19:25 | 座長 | 「事例研究」 | 未 | | 定 |
| (休憩含む) | 座長 | | 未 | | 定 |
| | 教授者 | 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 | 未 | | 定 |
| | 教授者 | | 未 | | 定 |
| | 発表者 | 横浜市立みなと赤十字病院 精神科 | 武藤 貴 | 弘定 | |
| | 発表者 | | 未 | | 定 |
| | 発表者 | | 未 | | 定 |
| 19:25 ~ | | 閉講式(修了証書交付) | | | |

第10回東京開催会場等案内

【会場：東京コンファレンスセンター・品川 5階大ホール】

東京都港区港南 1-9-36 アレア品川5階

TEL.03-6717-7000



【交通の便】

- ・ JR品川駅 港南口（東口）より徒歩2分
- ・ 羽田空港国内線ターミナル駅から京浜急行で最速14分（エアポート快特利用）
- ・ 成田空港から成田エクスプレスで直通70分

〔主催：全国自治体病院協議会〕

第29回 精神保健指定医研修会 プログラム

令和7(2025)年

【会場：砂防会館別館】

第1日目 2月25日(火)

〔敬称略〕

| | | | | | |
|-------------|--------------|---|----|--------|--|
| 8:30~9:00 | 受付 | | | | |
| 9:00~9:10 | 開講式 | 公益社団法人 日本医師会 群馬県立精神医療センター 院長 | 未定 | 赤田 卓志郎 | |
| 9:10~10:25 | 講演 I 講師 | 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と精神保健福祉行政の現状について」 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長 | | 小林 秀幸 | |
| 10:25~10:35 | 休憩 | | | | |
| 10:35~11:35 | 講演 II 講師 | 「精神保健指定医制度における各手続き」 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 | 未定 | | |
| 11:35~11:45 | 休憩 | | | | |
| 11:45~12:45 | 講演 III 講師 | 「精神保健指定医の役割・職務及び関連法令と実務」 医療機関での指定医の役割と実務 I 山口県立こころの医療センター 院長 | | 兼行 浩史 | |
| 12:45~13:45 | 昼食休憩 | | | | |
| 13:45~14:45 | 講演 III 講師 | 「精神保健指定医の役割・職務及び関連法令と実務」 医療機関での指定医の役割と実務 II 山口県立こころの医療センター 院長 | | 兼行 浩史 | |
| 14:45~14:55 | 休憩 | | | | |
| 14:55~15:40 | 講演 IV 講師 | 「医療観察法と刑事訴訟法について」 千葉大学社会精神保健教育研究センター 法システム研究部門 教授 | | 五十嵐 禎人 | |
| 15:40~15:50 | 休憩 | | | | |
| 15:50~17:50 | 講演 V 講師 | 「精神障害者の人権と法」 東海大学法学部 教授 | | 柑本 美和 | |
| 17:50 | 終了 | | | | |

第2日目 2月26日(水)

| | | | | | |
|-------------|---------------|---|----|-------|--|
| 8:30~9:00 | 受付 | | | | |
| 9:00~10:00 | 講演 VI 講師 | 「成年後見制度について」 最高裁判所 事務総局家庭局付 | 未定 | | |
| 10:00~10:10 | 休憩 | | | | |
| 10:10~12:10 | 講演 VII 講師 | 「統合失調症について」 東京都立松沢病院 院長 | | 水野 雅文 | |
| 12:10~13:10 | 昼食休憩 | | | | |
| 13:10~14:10 | 講演 VIII 講師 | 「児童思春期精神障害について」 | 未定 | | |
| 14:10~14:20 | 休憩 | | | | |
| 14:20~15:20 | 講演 IX 講師 | 「物質使用障害」 神奈川県立精神医療センター 副院長 | | 小林 桜児 | |
| 15:20~15:30 | 休憩 | | | | |
| 15:30~17:30 | 講演 X 講師 | 「精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉」 浜松市精神保健福祉センター 所長 | | 二宮 貴至 | |
| 17:30 | 終了 | | | | |

第3日目 2月27日(木)

| | | | | | |
|------------|------|---|--|---|--|
| 8:30~9:00 | 受付 | | | | |
| 9:00~13:00 | 事例研究 | 座長 石川県立こころの病院 院長 座長 茨城県立こころの医療センター 病院長 助言者 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 助言者 木ノ元総合法律事務所 弁護士 助言者 埼玉県立精神医療センター 病院長 発表者 発表者 発表者 | | 北村 立 堀 孝文 未定 木ノ元 直樹 黒木 規臣 未定 未定 未定 | |
| 13:00~ | 閉会 | 修了証書交付 | | | |

第 29 回 東京開催会場等案内

【会場：砂防会館別館 1階 利根】
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-4
TEL：03-3261-8386



【交通】

地下鉄永田町駅（有楽町線・半蔵門線・南北線）4番出口 徒歩1分

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
一部改正 障 発 1225 第 1 号
令和2年12月25日
一部改正 障 発 0630 第 1 号
令和3年6月30日
一部改正 障 発 1213 第 1 号
令和3年12月13日
一部改正 障 発 0623 第 3 号
令和4年6月23日
一部改正 障 発 0307 第 3 号
令和5年3月7日
一部改正 障 発 0326 第 3 号
令和6年3月26日

各都道府県知事・指定都市の長 殿

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

精神保健指定医の新規申請等に係る事務については、「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領について」（平成22年障精発0208第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知。以下「現行通知」という。）により行われてきたところであるが、今般、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第3号の規定に基づき厚生労働大臣が定める精神障害及び程度」（昭和63年厚生省告示第124号）の一部改正に伴い、精神保健指定医の新規指定に係る事務の適切な実施の観点から、現行通知を廃止し、別紙のとおり新たに制定することとしたので、適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底方お取り計らい願いたい。

ただし、本通知は平成31年7月1日以後の申請について適用し、同日前の申請については、なお従前の例による。

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、入院日から起算して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。
- 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。
- 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。

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。

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（原本のみ1通ずつ）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)、「心理的発達の障害」(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60ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズとし、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。

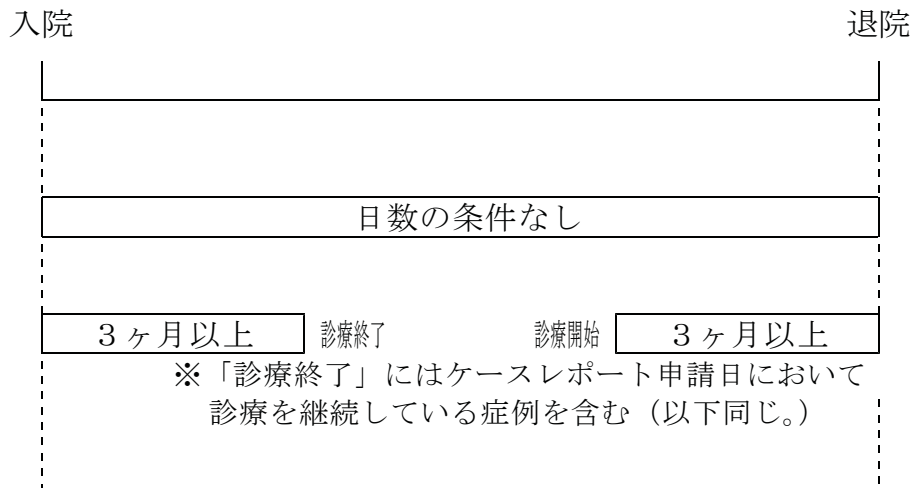
- (6) 指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに指定医証を都道府県知事又は指定都市の長を経由して厚生労働大臣に返納すること。

別紙 1

「ケースレポートの対象となる診療期間の条件」

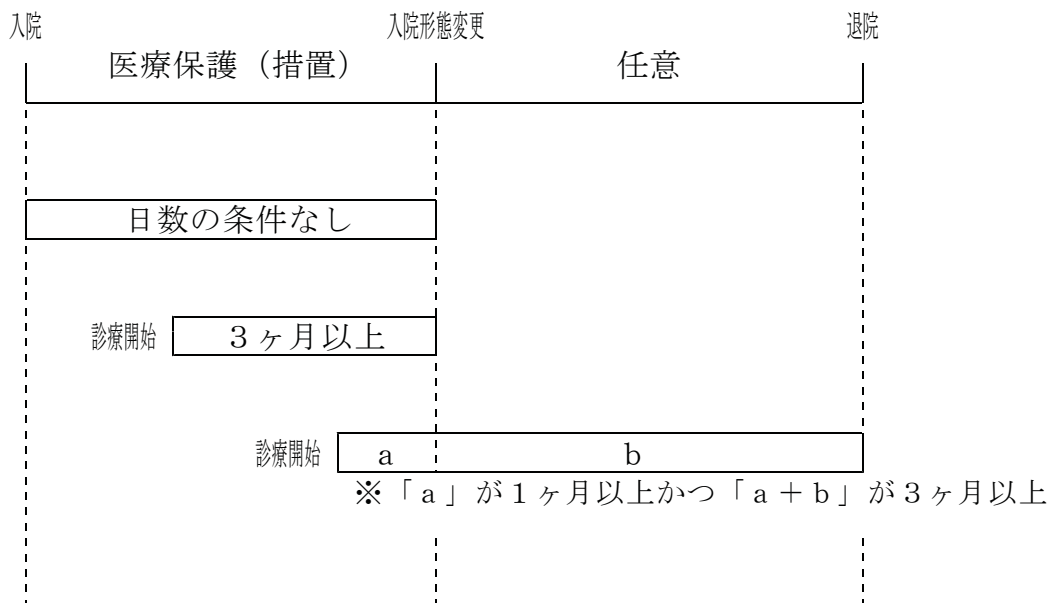
- いずれの場合においても、自ら担当として診断や治療等への十分な関わりが認められることが必要である。

1 基本的条件

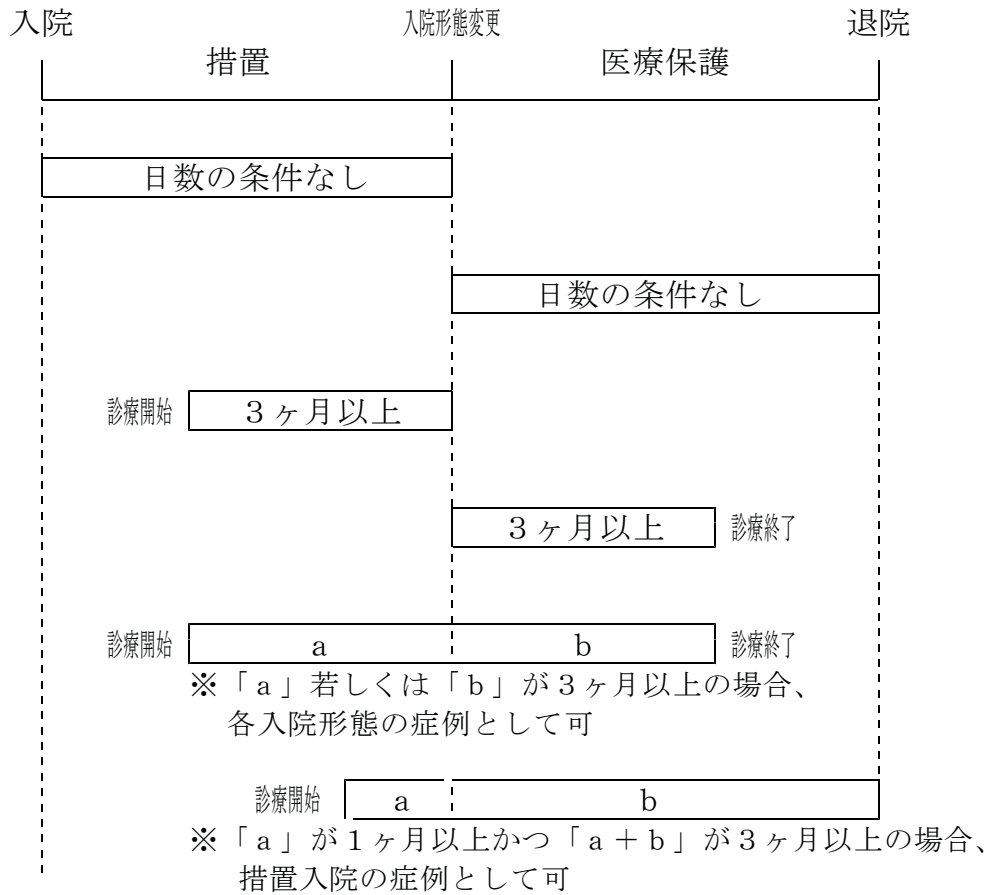


2 入院形態の変更が関わる場合

(1) 医療保護入院（措置入院）から任意入院の場合

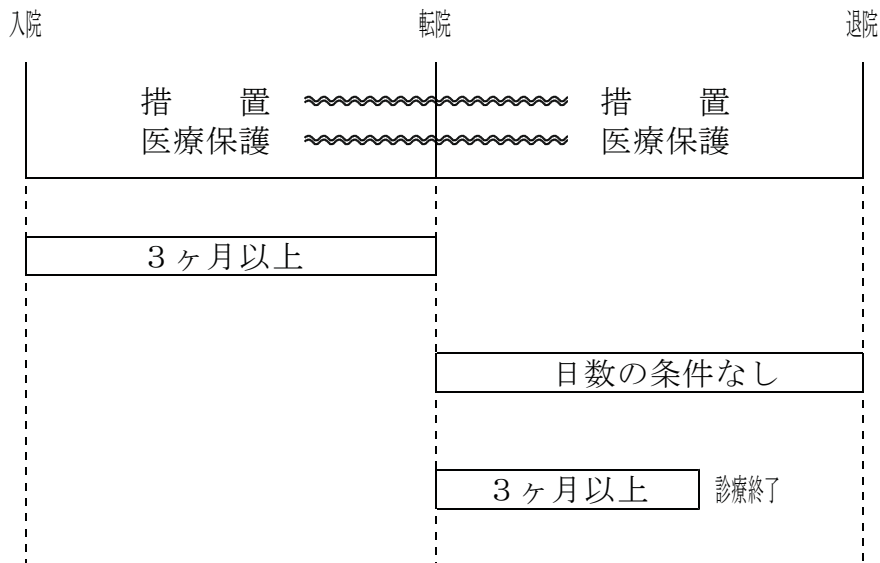


(2) 措置入院から医療保護入院の場合

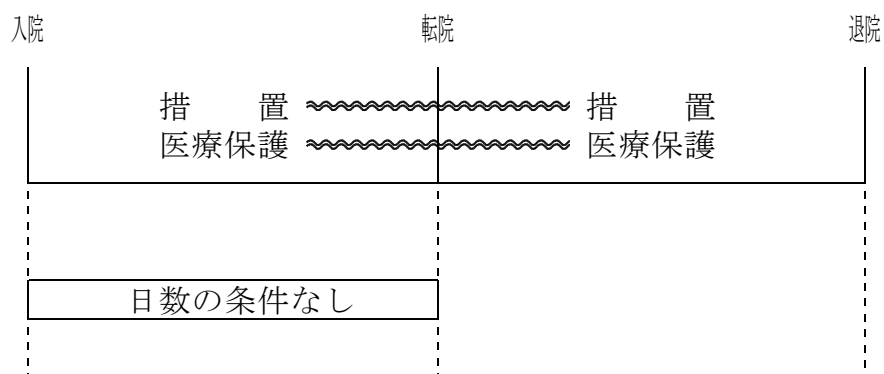


3 転院が関わる場合（入院形態を変更した場合を除く）

(1) 同一の入院形態のままの転院の場合



(2) 症状性を含む器質性精神障害（老年期認知症を除く。）、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。）の場合は、次の事例についても対象となる。



平成30年11月22日

医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会

令和3年6月18日（第1回改訂）

令和6年3月26日（第2回改訂）

ケースレポート及び口頭試問の評価基準

精神保健指定医の新規申請に係る当部会の審査に当たっては、以下の基準により、ケースレポートの書面及び口頭試問を総合的に評価する。

1. 基礎的事項

| |
|--|
| ① 自ら担当として診断又は治療に十分関わりを持った症例（※）であるか。 ※ 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。 |
| ② 精神保健福祉法の理解が十分であり、法の運用上、不適切な点や違法性はないか。 |
| ③ 臨床精神医学の基礎知識が認められるか。 |
| ④ 論旨が不明瞭等、ケースレポートとして不適切な点はないか。 |
| ⑤ 差別用語など、不適切な表現・用語の使用がないか。 |

2. 症例内容

<共通事項>

| |
|---|
| ① 国際疾病分類（ICD）に基づく診断名（入院時診断名／最終診断名）が記載され、患者の症状と照らしてその診断名に妥当性が認められるか。 |
| ② 診断根拠が記載され、その内容に妥当性が認められるか。 |
| ③ 入院時に疑い病名としていた場合、その理由と最終診断を下した日付が記載され、その内容に妥当性が認められるか。 |
| ④ 入院後の治療経過や治療内容について努めたインフォームド・コンセントの内容が適切に記載されているか。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（※）が記載されているか。 ※ 以下の点に特に留意 ・ 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に関する記載があるか。 ・ やむを得ず適応症以外での薬物使用を行う際には、使用の理由と本人や家族にその効果や副作用を含めた説明を十分に行い、同意を得ているか。 |
| ⑤ 患者の症状、診断内容に照らし、治療内容に妥当性が認められるか。 |

<入院形態など症例の属性に応じた事項>

| | |
|--------|--|
| 措置入院 | <p>① 患者の症状及び措置入院の対象となる者の要件を踏まえ、措置入院を行う必要性が記載され、その内容に妥当性が認められるか。</p> <p>② 患者が精神保健福祉法第5条第1項に規定する精神障害者であるか（国際疾病分類（ICD）に該当する精神障害を有しているか）。</p> <p>③ 患者が、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）又は他害（※2）のおそれがある <p>と認められるか。</p> <p>※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。</p> <p>※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。）</p> <p>④ 退院まで担当した症例である場合、患者の症状及び措置入院が解除となる者の要件を踏まえ、措置入院の継続が不要と判断された理由が記載され、その内容に妥当性が認められるか。</p> <p>⑤ 2023年（令和5年）4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院措置を採る旨の告知は、患者本人及びその家族等のうち診察の通知を受けた者又は診察の立会いを行った者に対して行われており、かつ、告知内容に当該入院措置を採る旨及びその理由が含まれているか。</p> <p>⑥ 2024年（令和6年）3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後生活環境相談員が選任されているか。 ・ 病院において、措置入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介が行われているか。 |
| 医療保護入院 | <p>⑦ 患者の症状及び医療保護入院の対象となる者の要件を踏まえて医療保護入院を行う必要性が記載され、その内容に妥当性が認められるか。</p> |

| | |
|--|---|
| | ⑧ 患者が、精神保健福祉法第5条第1項に規定する精神障害者であるか(国際疾病分類(ICD)に該当する精神障害を有しているか)。 |
| | ⑨ 患者が、医療及び保護のために入院の必要があるか。 |
| | ⑩ 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)。 |
| | ⑪ 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。 |
| | ⑫ 退院まで担当した症例である場合、患者の症状及び医療保護入院の対象となる者の要件を踏まえ、医療保護入院の継続が不要と判断された理由が記載され、かつ、その内容に妥当性が認められるか。 |
| | ⑬ 2014年(平成26年)4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院措置が行われた者に対して、退院後生活環境相談員が選任されているか。 |
| | ⑭ 2023年(令和5年)4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院措置を採る旨の告知は、患者本人及び同意を行った家族等に対して行われており、かつ、告知内容に当該入院措置を採る旨及びその理由が含まれているか。 |
| | ⑮ 2024年(令和6年)4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めているか。 |
| | <p>⑯ 2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院において、医療保護入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介が行われているか。 ・ 入院期間の更新については、指定医によって入院継続の必要があると判断され、かつ、医療保護入院者退院支援委員会にて審議が行われた場合に限り、家族等の同意がされているのか等の要件を確認した上で、法定の範囲内で期間を定めて入院期間の更新が行われているか。 |

| | |
|--|---|
| <p>18歳未満の症例 (18歳未満とは、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をいう) (注)</p> | <p>⑰ 患者の年齢、発達段階および児童思春期の心理的特性に配慮して関わり、治療するよう努めているか。</p> <p>⑱ 患者の発育発達歴、養育環境、就労・就学状況等を把握し、保健福祉等の支援の必要性を検討し、必要に応じて関係機関との連携を図っているか。</p> |
| <p>任意入院に移行した症例 (注)</p> | <p>⑲ 措置入院者又は医療保護入院者が、措置入院又は医療保護入院の要件はなくなったが、入院継続の必要性がある場合、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、その同意を得たうえで、可能な限り早期に任意入院に移行できるよう努めているか。</p> <p>⑳ 退院制限を行った場合、患者の症状及び退院制限の要件(※)を踏まえ、退院制限の理由、期間及びその後に採った措置が記載され、その内容に妥当性が認められるか。 ※ 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るときに72時間(特定医師の場合は12時間)に限り実施可能。</p> |
| <p>退院後に外来治療を行った症例 (注)</p> | <p>㉑ 退院前に退院後の患者に対する保健福祉等の支援や関係機関との連携の必要性を検討し、評価しているか。</p> |

注： 該当症例の提出がない場合には、口頭試問において、18歳未満の症例の診断・治療、任意入院、退院後の外来治療を行うに当たっての一般的な留意点について口頭試問で確認を行う。

<行動制限に関する事項>

| | |
|-----------------|--|
| <p>共通事項</p> | <p>① 行動制限を行った場合に、患者の症状を踏まえ、行動制限の種類、開始・解除の日時及び開始・解除の判断理由が記載され、その内容に妥当性が認められるか。 ※ 電話・面会の制限については日時の記載は求めない。</p> <p>② 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）。</p> |
| <p>電話・面会の制限</p> | <p>③ 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。</p> <p>④ 合理的な方法及び範囲における制限であるか。</p> |
| <p>隔離</p> | <p>⑤ 患者の症状からみて、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>⑥ 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。</p> <p>⑦ 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 |
| <p>身体的拘束</p> | <p>⑧ 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。</p> <p>⑨ 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。</p> |

| | |
|---------------|--|
| | <p>ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合</p> <p>イ 多動又は不穏が顕著である場合</p> <p>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</p> |
| 任意入院者の開放処遇の制限 | <p>⑩ 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。</p> <p>⑪ 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。</p> |
| | <p>⑫ 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。</p> <p>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</p> <p>イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合</p> <p>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</p> |

注： 上記の各項目については、当該項目に係る一般的な留意事項についても、口頭試問で確認を行う場合がある。

本評価基準は2024年（令和6年）4月1日以後の申請について適用する。

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 (西暦) 年 月 日

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|--------|------|-------------|-----|--|
| 氏名 | | | | | | |
| 現住所 | (〒 -) | | | | | |
| | (電話) : | | | (メールアドレス) : | | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 | |
| 医籍登録年月日及び番号 | 年 月 日 | 第 | 号 | | | |
| 現在の勤務先 | 所在地 | (〒 -) | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| 精神障害者の診断治療に 従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 | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | 計 | | | 年 ヶ月 | | |
| その他の診断治療に従事した 期間及び病院等名 | 従事した期間 | | | 従事した病院等の名称 | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| | (西暦) 年 月 ~ (西暦) 年 月 | | | | | |
| 計 | | | 年 ヶ月 | | | |
| 合計 年 ヶ月 | | | | | | |
| 研修の受講 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 | | | | | |
| 処分歴 | なし・あり (西暦) 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。医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修について、協力型臨床研修病院の従事期間を記載する際は、「従事した病院等の名称」の後に「(協力型)」と付記すること。
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（西暦） 年 月 日

| | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------|---|---|-------------|------|-------|----|-----|
| 氏名 | | | | | | | | |
| 現住所 | (〒 -) | | | | | | | |
| | (電話) : | | | (メールアドレス) : | | | | |
| 生年月日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 医籍登録年月日及び番号 | 年 | | 月 | 日 | 第 | | 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 | (西暦) 年 月 日 | | | | | | | |
| 処分歴 | なし・あり (西暦) 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のみに利用致します。

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 | (西暦) 年 月 日 |
| 従事した標榜科名 | |
| 診療従事期間 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 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 |

(西暦) 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. 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 | (西暦) 年 月 日 |
| 診 療 従 事 期 間 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日 |
| うち精神科従事期間 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 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 |

(西暦) 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. 基幹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. 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。

(※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。

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、③の主な評価対象とする入院形態の前後に当該医療機関で継続して行われた精神保健福祉法における全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。(適宜、行の加除を行うこと。また、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。)
- ※3 ⑦の「主治医又は担当医になった期間」に記載する期間は、入院と通院のいずれの期間も当該医療機関において常時勤務である必要があり、実務経験証明書(様式2-1及び2-2)により証明される必要がある。
- ※4 他の病院からの転入により担当を開始した場合は、⑨には該当しないので、「無」にチェックすること。(転出により診療を終了した場合のみ記入すること。)
- ※5 ⑩の指導期間は⑦の期間と一致すること。
当該医療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。(適宜、行の追加を行うこと。)
- ※6 ⑩の「指導期間」に記載する期間は、⑦に記載した入院と通院のいずれの期間も当該医療機関において常時勤務である必要があり、常時勤務証明書(様式4)により証明される必要がある。

【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、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以下に記載すること。（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。）なお、括弧書きの個所で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。

以下に記載している法の条文番号は、2024年（令和6年）4月1日施行時点の条文番号であるため、ケースレポートにおける入院時点の条文番号と相違する場合は、読み替えるものとする。

<措置入院>

| 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、症状消退届を都道府県知事等に提出したか（法第29条の5） | <input type="checkbox"/> 提出した （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） ・ 症状消退を判断した日付 （西暦） 年 月 日 ・ 症状消退届が提出された日付 （西暦） 年 月 日 |

| | |
|---|--|
| <p>3. 退院後生活環境相談員を選任したか(2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合) (法第29条の6)</p> | <p><input type="checkbox"/> 選任した</p> <p>(日付)</p> <p>(西暦) 年 月 日</p> |
| <p>4. 病院において、措置入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか(2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合) (法第29条の7)</p> | <p><input type="checkbox"/> 行った</p> <p><input type="checkbox"/> 行っていない</p> <p>(具体的な内容)</p> |

<医療保護入院>

| 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3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 |
| 4-1. 2014年（平成26年）4月1日以後に入院した者の場合、法第33条第1項又は第2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2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 ・ 続柄 ・ 経緯 ・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日 （市区町村長から同意を得た場合、その理由及び日付） ・ 理由 ・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日 |

| | |
|---|--|
| <p>4-2. 2014年（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）</p> <p>※ 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"/> 保護者から同意を得た （<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 （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>・ 続柄</p> <p>・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日</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>・ 理由</p> <p>・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日</p> |
| <p>4-3. 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 （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4-2に記載すること</p> <p>・ 続柄</p> <p>・ 同意を得た日付 （西暦） 年 月 日</p> |
| <p>5. 医療保護入院から10日以内に、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を提出したか （法第33条第9項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 提出した （日付） （西暦） 年 月 日</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を行ったか （法第33条の3第1項）</p> <p>※ 2023年（令和5年）4月1日以後に入院が行われた者の場合、同意を行った家族等に対し告知したこと及び入院措置を採る理由を含めて必要事項を本文に記載すること</p> | <p><input type="checkbox"/> 入院時に行った（2023年（令和5年）3月31日以前に入院が行われた者の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院時に患者本人及び同意を行った家族等に対して告知を行った（2023年（令和5年）4月1日以後に入院が行われた者の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 延期して（4週間以内）告知を行った （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を行ったか （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条の18）</p> | <p><input type="checkbox"/> 記載を行った （診療録に記載を行った内容）</p> |
| <p>8. 退院後生活環境相談員を選任したか （法第33条の4において準用する法第29条の6）</p> <p>※ 2014年（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日以後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"/> 選任した （日付） （西暦） 年 月 日</p> |

| | |
|---|---|
| <p>9. 病院において、医療保護入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか （法第33条の4において準用する法第29条の7） ※（2024年（令和6年）3月31日までについては、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）による改正前の法第33条の5の規定において、地域援助事業者の紹介は努力義務とされている</p> | <p><input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない</p> <hr/> <p>（具体的な内容）</p> |
| <p>10. 「医療保護入院者退院支援委員会」を開催したか （法第33条第6項第2号、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11から第15条の13まで） なお、委員会を複数回開催した者については、直近の開催について記載すること</p> | <p><input type="checkbox"/> 開催した <input type="checkbox"/> 開催しなかった</p> <hr/> <p>（開催しなかった場合、その理由）</p> <hr/> <p>（開催した場合、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】 （2024年（令和6年）3月31日以前の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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した推定される入院期間を経過するもの</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>（2024年（令和6年）4月1日以後の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院期間が満了する医療保護入院</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>者であって、入院を継続する必要があるかどうかの審議が必要であるもの</p> <p>【開催時期】 (2024年(令和6年)3月31日以前の場合) <input type="checkbox"/> 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) (西暦) 年 月 日</p> <p>(2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者(以下「施行日時点入院者」という。)であって同年10月以後に引き続き入院が必要と認められた者の場合又は同年4月1日以後に入院し入院期間経過後も引き続き入院が必要と認められた者の場合) <input type="checkbox"/> 入院の期間満了の日(施行日時点入院者を継続入院させる場合は、その手続きの期限)の1ヶ月前から2週間前までに審議を行った (日付) (西暦) 年 月 日</p> <p>【検討内容及び結果】</p> <p>【審議結果の通知】 <input type="checkbox"/> 審議結果が、患者本人並びに出席し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した</p> |
| <p>11. 医療保護入院者の退院から10日以内に、医療保護入院の退院届を提出したか (法第33条の2)</p> | <p><input type="checkbox"/> 提出した (日付) (西暦) 年 月 日</p> |

| | |
|---|---|
| <p>12-1. 2024年（令和6年）4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めたか （法第33条第1項、第2項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めた</p> |
| <p>12-2. 施行日時点入院者又は2024年（令和6年）4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院期間の更新については、指定医によって入院継続の必要があると判断され、かつ、「医療保護入院者退院支援委員会」にて審議が行われた場合に限り、家族等の同意がされているのか等の要件を確認した上で、法定の範囲内で期間を定めて入院期間の更新を行ったか （法第33条第6項、第8項、第33条の3）</p> <p>なお、複数回入院期間の更新を行った者については、直近の更新について記載すること</p> | <p><input type="checkbox"/> 要件を確認した上で入院期間の更新を行った</p> <p>（日付） （西暦） 年 月 日</p> <p>【入院期間の更新について、以下のいずれを実施したか】</p> <p><input type="checkbox"/> 「医療保護入院者退院支援委員会」の開催</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等に通知した上で、同意を確認</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等の同意を得たとみなした</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村長から同意を得た</p> <p><input type="checkbox"/> 入院期間更新届の提出</p> <p>（家族等から同意を得たとみなした場合、その理由及び日付）</p> <p>・理由</p> <hr/> <p>・同意を得たとみなした日付 （西暦） 年 月 日</p> <p>（市町村長から同意を得た場合、その理由及び日付）</p> <p>・理由</p> <hr/> <p>・同意を得た日付 （西暦） 年 月 日</p> |

<緊急措置入院又は応急入院>

| 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. 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）</p> | <p><input type="checkbox"/> 認められた</p> |
| <p>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）</p> | <p><input type="checkbox"/> 72時間以内であった</p> |
| <p>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したか（法第33条の6第1項・第2項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 判定した</p> |
| <p>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6第1項・第2項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 72時間（12時間）以内であった</p> |

<任意入院>

注 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を行ったか （法第21条第1項）</p> | <p><input type="checkbox"/> 行った （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（関係しないものは空欄でよい）

同一の種類 of 行動制限を入院期間中に複数回実施しており、各回の対応が異なる場合は、それぞれについて分けて記載すること。

| 関係法規に定める手続 | 対応（該当するものに✓を付ける） |
|--|--|
| 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） | <input type="checkbox"/> 行われた （具体的な内容） |
| 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） | <input type="checkbox"/> 努めた （具体的な内容） |
| 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） | <input type="checkbox"/> 記載が行われた （具体的な記載内容） |
| 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） | <input type="checkbox"/> 医師により行われた |

| | |
|---|---|
| <p>5. 12時間を超える隔離又は身体的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(※))</p> <p>※ 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> | <input type="checkbox"/> 指定医により行われた |
| <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> | <input type="checkbox"/> 行われた (診察内容) |
| <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> | <input type="checkbox"/> 行われた (頻度と診察内容) |
| <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> | <input type="checkbox"/> 医師により行われた |
| <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> | <input type="checkbox"/> 行われた (日付) (西暦) 年 月 日 |

【本文】

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： _____ 字（※）

※ 【現病歴】中＜入院時の状況＞及び＜入院後経過＞並びに【考察】における文字数を記載し、1200–2500字の範囲内とすること。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）
- ・ 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条第1項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（※2）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。）

- ③ 2024年（令和6年）3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合
入院措置が行われた者に対して、退院後生活環境相談員を選任したか。

（医療保護入院）

- ① 患者が法第5条第1項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、また入院に関する告知は、法令に基づき、適切な時期・方法により行われているか（※）

※ 人権保護の観点から、告知の延期の規定の運用は厳格であるべきであり、医学的判断から支障を認める場合であっても、慎重な判断が必要であるとともに、延期後も症状が落ち着いて支障がなくなれば、直ちに告知を行わなければならない。この点に十分留意し、告知の延期を行った場合は、個々の患者の症状（特に意識障害の場合はその原因、程度、回復の見込み、変動等）に応じ、延期が必要と判断した理由と延期後の対応を、具体的に記載すること
（「再告知」という用語は法令上存在しない。）

- ⑤ 2023年（令和5年）4月1日以後に入院が行われた者の場合
入院措置を採る旨の告知は、患者本人及び同意を行った家族等に対して行われており、かつ、告知内容に当該入院措置を採る旨及びその理由が含まれていたか。
⑥ 入院措置が行われた者に対して、退院後生活環境相談員を選任したか。
⑦ 2024年（令和6年）4月1日以後に入院が行われた者の場合
入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めたか。

<入院後経過>

注：以下の内容を中心に記載すること

- ・ 入院時に疑い病名としていた場合は、最終診断を下した診断根拠と診断日
- ・ 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、なお、電話・面会の制限については日時の記載は求めない。）（※）

※ 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
- ・ 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)

2024年(令和6年)3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者又は同日以後に入院が行われた者の場合、病院において、措置入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか。

(医療保護入院)

- ① 施行日時点入院者又は2024年(令和6年)年4月1日以後に入院が行われた者の場合、病院において、医療保護入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったか。
 - ② 施行日時点入院者又は2024年(令和6年)4月1日以後に入院が行われた者の場合、入院期間の更新については、指定医によって入院継続の必要があると判断され、かつ、医療保護入院者退院支援委員会にて審議が行われた場合に限り、家族等の同意がされているのか等の要件を確認した上で、法定の範囲内で期間を定めて入院期間の更新を行ったか。
- ・ 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きに72時間(特定医師の場合は12時間)に限り実施可能

- ・ 18歳未満の症例として提出する場合は、「ケースレポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容<入院形態など症例の属性に応じた事項>⑰及び⑱にあるとおり、患者の年齢、発達段階及び児童思春期の心理的特性に配慮した事項や、患者の発育発達歴、養育環境、就労・就学状況等を把握し、保健福祉等の支援の必要性を検討し、必要に応じて関係機関との連携を図った事項について具体的に記載すること。

(例) 患者の年齢や学年に着目し、特に配慮して行った治療内容

(例) 担任教諭やスクールカウンセラー等の学校関係者や障害福祉サービス事業者と調整を行った支援内容 等

- ・ 退院後に外来治療を行った症例として提出する場合は、「ケースレポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容<入院形態など症例の属性に応じた事項>⑳にあるとおり、退院

前に退院後の保健福祉等の支援や関係機関との連携に関する検討・評価を伴う対応として行った事項について具体的に記載すること。

(例) 保健所職員、相談支援専門員、ケアマネジャーなどの病院外の支援関係者を交えて実施したケア会議の内容

(例) 退院後に速やかに利用を開始できるよう、予め導入の調整を行った障害福祉サービスの内容 等

【考察】必要に応じて記載

注：記載は必須でない。(記載が無いことのみをもって、不相当との評価とはならない。)

ケースレポート一覧

申請日 (西暦) 年 月 日
 申請者氏名
 申請者生年月日 (西暦) 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（事務取扱要領 2（2）オ参照）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 措置入院又は医療保護入院から任意入院に入院形態を変更後に、申請者が任意入院による治療を行った症例（事務取扱要領 2（2）シ参照）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、申請者が通院による治療を行った症例（事務取扱要領 2（2）ス参照）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 | (西暦) 年 月 日 |
| 診 療 従 事 期 間 | (西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 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 |

(西暦) 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。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項第三号の規定に基づき厚生労働大臣が定める精神障害及び程度

(昭和六十三年四月八日)

(厚生省告示第百二十四号)

最終改正 令和五年厚生労働省告示第百十七号

精神保健法（昭和二十五年法律第百二十三号）第十八条第一項第三号の規定に基づき、厚生労働大臣が定める精神障害及び厚生労働大臣が定める程度を次のように定め、昭和六十三年七月一日から適用する。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項第三号の規定に基づき厚生労働大臣が定める精神障害及び程度

| 厚生労働大臣の定める精神障害 | 厚生労働大臣の定める程度 |
|---|--|
| 症状性を含む器質性精神障害 | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号。以下「法」という。）第二十九条第一項の規定により入院した者（以下「措置入院者」という。）又は法第三十三条第一項若しくは第二項の規定により入院した者（以下「医療保護入院者」という。）につき一例以上 |
| 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。） | 措置入院者又は医療保護入院者につき一例以上 |
| 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 措置入院者又は医療保護入院者につき一例以上 |
| 気分（感情）障害 | 措置入院者又は医療保護入院者につき一例以上 |
| 次の各号に掲げる精神障害のうちいずれか 一 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 二 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 三 成人の人格及び行動の障害 四 知的障害（精神遅滞） 五 心理的発達の障害 六 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 | 措置入院者又は医療保護入院者につき一例以上 |

(注一) この表に定める精神障害及び程度の診断又は治療に従事した経験（以下「経験」という。）のうち一例以上は、措置入院者に係るものとする。

(注二) この表に定める経験のうち一例以上は、医療保護入院者に係るものとする。

(注三) この表に定める経験のうち医療保護入院者につき一例以上は、法第十八条第一項の指定の申請をした者（以下「申請者」という。）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、かつ、当該医療保護入院者に係る法第三十三条第一項第一号又は第三十四条第一項の規定による指定医の診察に立ち会ったものとする。

(注四) この表に定める経験は、全て、申請者が申請前七年以内に従事したものとする。

(注五) この表に定める経験のうち一例以上は、申請者が申請前一年以内に従事したものとする。ただし、やむを得ない理由により当該期間内に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は、この限りでない

(注六) この表に定める経験のうち二例以上は、申請者が申請をした日の一年前の日より前に従事したものとする。

(注七) この表に定める経験のうち一例以上は、十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にある者に係るものであることが望ましい。

(注八) この表に定める経験のうち一例以上は、申請者が、措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、当該者に対して法第二十条の入院による治療を行ったものであることが望ましい。

(注九) この表に定める経験のうち一例以上は、申請者が、措置入院者又は医療保護入院者の退院後に、当該者に対して通院による治療を行ったものであることが望ましい。

事務連絡
平成26年2月18日
一部改正 事務連絡
令和元年5月28日
一部改正 事務連絡
令和2年12月25日
一部改正 事務連絡
令和3年6月30日
一部改正 事務連絡
令和3年12月13日
一部改正 事務連絡
令和4年6月23日
一部改正 事務連絡
令和6年3月26日

都道府県精神保健福祉主管部局
各 指定都市精神保健福祉主管部局 御中
地方厚生(支)局健康福祉課

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

精神保健指定医申請時のケースレポート記述上の配慮について

日頃より、精神保健福祉行政の推進にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。
今般、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18第1項第3号の規定に基づき精神保健指定医の指定申請時に提出することとしている「精神保健指定医申請時のケースレポートの記述上の配慮について」別添のとおり送付しますので、関係機関及び関係団体に対して周知徹底方お取り計らい願います。

精神保健指定医申請時のケースレポート記述上の配慮について

はじめに

ケースレポートには患者本人の意思にかかわらない入院措置等に関わる指定医の職務上必要とされる知識及び技能並びに精神科実務経験が反映されていなければならない。特に、患者の人権に配慮しながら適切な医療が提供されたことが読み取れるものでなければならない。

ケースレポートの記載要領については、「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。以下「事務取扱要領」という。）に定めているところであるが、以下の点について留意されたい。

1 症例選択に係る留意事項について

(1) 症状性を含む器質性精神障害

次の症例についてケースレポートを作成する場合には、次の点に留意すること。

ア てんかん：症状性又は器質性要因が明らかに認められるものであって、精神症状による入院である旨を記載すること。

イ 身体疾患治療薬による精神症状（せん妄を含む）：身体疾患治療薬（例えば、膠原病に対するステロイド、パーキンソン病に対する抗パーキンソン病薬等。）により精神症状を発症した旨を記載すること。

ウ 老年期認知症：年齢的に初老期であっても、老年期につながる疾患であれば差し支えない。

(2) 精神作用物質使用による精神及び行動の障害

精神作用物質の依存症を含むものに限る。

(3) 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（以下「児童・思春期症例」という。）

次の症例についてケースレポートを作成する場合には、次の点に留意すること。

ア 診断名が小児（児童）期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害でない症例：児童・思春期の心性を踏まえ、心理的発達の観点に立ちつつ症状経過について記載すること。

イ 18歳に達した患者を対象とする症例：18歳に達した日以後の最初の3月31日以前から申請者が診療（外来を含む。）を開始し、継続して治療に当たっている旨を記載すること。

2 レポート又は臨床記録としての留意事項について

(1) レポートとしての留意事項

ア 原則として、文書作成ソフト等を用いて記載すること。やむを得ない場合は手書きでも可とする。

- イ 用紙は、縦向き、横書きとし、文字の大きさは12ポイント、1行の字数は35～40字程度、1ページの行数は35～40行程度とすること。手書きの場合にも、A4判、縦向き、横書きとし、明確な字体で記載すること。
- ウ ケースレポート様式の表紙の「①申請者氏名」及び「ケースレポートの証明」の指導医署名の欄については、それぞれ申請者及び指導医本人が手書きで署名すること。
- エ 論旨を簡潔かつ明瞭に記載するよう心掛け、＜入院時の状況＞及び＜入院後経過＞並びに【考察】を合わせて指定字数（1200～2500字）以内とし、誤字（特に専門用語）のないよう十分な注意を払うこと。なお、本文の記載に当たっては、様式の柱立て（※）を順守し、必要な事項はすべてこの中で記載すること、これ以外の項目を追加することは慎むこと（追加した場合、余事記載として評価対象外（又は不適切な記載の評価）となる場合がある。）。
- ※【初診時主訴】、【家族歴】、【生育・生活歴】、【既往歴】、（【病前性格】、）【現病歴】の＜入院前経過＞、＜入院時の状況＞、＜入院後経過＞、（【考察】）
- オ 医学用語・概念は、正確かつ一般的に通用するものを使用すること。例えば、用語として「痴呆」及び「精神分裂病」は使用せず、それぞれ「認知症」及び「統合失調症」を用いること。
- カ 各種入院・行動制限が法令の要件を満たす旨の事実は、本文に記載しなければ評価の対象とはならない。具体的には、本文様式の注釈（斜字体）において、特に記載が必要な事項として示されている事項は本文（【現病歴】の＜入院時の状況＞、＜入院後経過＞）において記述すること。
- キ 年の表記については、西暦を原則とし、「X年」などとせず実際の年を記載すること。
- (2) 臨床記録としての留意事項
- ア 診断名は可能な限り明確に記載すること。副病名がない場合には、副病名の欄については「なし」と記載すること。
- イ 家族歴、生育・生活歴及び既往歴は、疾患に関係あるものは明記し、それ以外は簡潔に記載又は省略すること。
- ウ 現病歴中の＜入院前経過＞、＜入院時の状況＞、＜入院後経過＞の所見及び状態像については十分に記載すること。
- エ 申請者が実際に診療に当たった入院期間を中心に、症状及び経過を記載し、他の医師が担当した当該入院期間以前の期間の所見に関しては、必要な事項のみを簡潔に記載すること。
- オ 入退院（入院形態の変更を含む。）の年月日は、現病歴中にも記載すること。
- カ 行動、症状、所見等の記載は、カルテ記載に要求される水準と同程度で記載すること。
- キ 教科書的・一般論的な記載は避け、担当医としての治療的かわりが明らかになるよう記載すること。問題となる点については、担当医としての意見を記載すること。
- ク 長期経過例又は複数回再発例等について、同様の内容を繰り返し詳述する

必要はないこと。

ケ 症例の診療上、重要な所見・検査結果は漏れなく記載すること。他方、あまり重要でない事柄は簡略に記載し、結果が正常な生化学・血液・脳波所見、付随的な処方薬物等は省略して差し支えない。

コ 慎重を要する治療手段（例えば、修正型電気けいれん療法、多量・多剤大量の薬物療法、クロザピン等）をとった場合、その理由と必要事項について記載すること。

サ 入院形態及び処遇に関する事柄について、精神医学的見解及び関連する法の趣旨を踏まえて記載すること。入院によって得られた成果、その限界等について言及することが望ましい。

シ 退院又は他の入院形態に変更した場合は、その理由及びそれ以後の治療方針についても記載すること。また、退院後又は担当終了後に知り得た事柄及び予後についての考察も可能な限り記載することが望ましい。

ス 退院後の通院治療を行った症例（以下「外来移行症例」という。）として提出できるものは、退院後の通院による治療について、申請者が引き続き自ら担当として行ったものに限られる。この場合、評価基準上、外来移行症例に要求されている、退院後の保健福祉等の支援や関係機関との連携に関する検討・評価を伴う対応について、実際の対応を具体的に記載すること。

(3) その他

次の症例については、次の点を記載することが望ましい。

ア 症状性を含む器質性精神障害：原疾患とその経過、他科等における診療歴及び必要な身体的所見。なお、老年期認知症については、病前の社会歴、家族・親族の状況及び必要な身体的所見。

イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害：依存形成の経過及び必要な身体的所見。

ウ 児童・思春期症例：生育歴、家庭内人間関係、学校等における状況、思春期特有の心理及び発達の観点。1 (3) アに示しているとおり、例えば、児童・思春期における統合失調症、気分（感情）障害等の症例を、児童・思春期精神障害の症例として提出することは可能であるが、その場合には、これらの疾患の一般的記述を行うだけでは不十分であり、当該症例における思春期特有の心性・家庭内人間関係、学校等における問題点、発達過程での特記事項等を、個々のケースに即して記載すること。

3 法制度を踏まえたレポートとしての留意事項について

(1) 措置入院

措置入院に関する診断書を必ず参照し、事務取扱要領別添様式3-1（ケースレポート）に即して、【関係法規に定める手続への対応】のチェック欄及び記載欄並びに本文に正確に記載すること。記載に当たっては、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。）上の用語を正確に用いること。なお、解除の見込み、解除時の状態及び解除後の処遇形態についても記載することが望ましい。

ア 令和5年4月1日以後に入院が行われた症例を選択する場合

入院措置を採る旨の告知は、患者本人及びその家族等のうち診察の通知を受けた者又は診察の立会いを行った者に対して行われており、かつ、告知内容に当該入院措置を採る旨及びその理由が含まれていたかどうかについて記載すること。

イ 令和6年4月1日以後に入院が行われた症例を選択する場合

- ・ 退院後生活環境相談員を選任したことについて記載すること。
- ・ 病院において、措置入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったかどうかについて記載すること。

(2) 医療保護入院

事務取扱要領別添様式3-1（ケースレポート）に即して、【関係法規に定める手続への対応】のチェック欄及び記載欄並びに本文に正確に記載すること。同意を得た者を必ず明記するとともに、医療保護入院の要件を示すため、入院しない場合に予想される問題点、同意についての判断能力又は現症上の問題点、任意入院に変更する見込み及び推定される入院期間についても必要に応じて記載することが望ましい。

ア 平成26年3月31日以前に入院した症例を選択する場合

医療保護入院のレポートとして認められるのは、経過中に平成25年改正前の法第33条第1項による医療保護入院がなされた症例のみである。任意入院、措置入院等から医療保護入院に変更された場合、その理由とともに同意を得た保護者についても必ず記載すること。

イ 平成26年4月1日以後に入院した症例を選択する場合

- ・ 医療保護入院のレポートとして認められるのは、経過中に法第33条第1項又は第3項による医療保護入院がなされた症例のみである。任意入院、措置入院等から医療保護入院に変更された場合、その理由とともに同意者についても必ず記載すること。
- ・ 入院措置が行われた者に対して、退院後生活環境相談員を選任したことについて記載すること。

ウ 令和5年4月1日以後に入院した症例を選択する場合

入院措置を採る旨の告知は、患者本人及び同意を行った家族等に対して行われており、かつ、告知内容に当該入院措置を採る旨及びその理由が含まれていたかどうかについて記載すること。

エ 令和6年4月1日以後に入院した症例を選択する場合

入院時に3ヶ月を超えない範囲で入院期間を定めたかどうかについて記載すること。

オ 令和6年3月31日以前に入院が行われ同年4月1日以後も引き続き入院している者の入院症例又は同日以後に入院した症例を選択する場合

- ・ 病院において、医療保護入院者又はその家族等からの求めがあった場合その他必要があると認められる場合には、これらの者に対して、地域援助事業者の紹介を行ったかどうかについて記載すること。
- ・ 入院期間の更新については、指定医によって入院継続の必要があると判断され、かつ、医療保護入院者退院支援委員会にて審議が行われた場合に限

り、家族等の同意がされているのか等の要件を確認した上で、法定の範囲内で期間を定めて入院期間の更新を行ったかどうかについて記載すること。

(3) その他

次の場合には、次の点について申請者が法制度を理解していることが明瞭となるよう記載すること。

- ア 隔離又は身体的拘束が行われた場合：その理由、期間、告知の際の状況
- イ 入院時の告知に際し、特記すべきことがあった場合：直ちに告知を行うことができなかった場合の理由、その後の対応
- ウ 法第38条の4に基づく退院等の請求があった場合：請求の内容、病院における対応の状況

4 レポート提出に際しての留意事項について

- (1) 事務取扱要領別添様式3-1（ケースレポート）の【関係法規に定める手続への対応】については、「<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>」の項目に分かれているが、当該ケースレポートに関連の無い項目は削除して提出すること。なお、削除は上記項目の単位で行うこととし、項目内の各事項及び記載の一部のみの削除はしないこと。
- (2) 事務取扱要領別添様式3-1（ケースレポート）の様式について、「<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、削除して提出すること。

以 上

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

※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、行を追加し1行目に入院期間を、2行目に通院期間を記載し、2行目の後ろに「(通院)」と記載すること。(⑥、⑩も同様)

(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12月28日 |
| 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12月28日～2020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

平成 8 年 3 月 21 日
健 医 精 発 第 20 号
最終改正 令和 4 年 4 月 1 日
障 精 発 0401 第 2 号

都道府県
各 精神保健福祉主管部（局）長 殿
指定都市

厚生省保健医療局精神保健課長

精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について

精神保健指定医については、これまで、新規の指定に係る事務の取扱いについては、昭和六三年五月十三日健医精発第一六号厚生省保健医療局精神保健課長通知「精神衛生法等の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について」中の第三「精神保健指定医に関する事項」により行われており、また、指定医証の更新、記載事項の変更その他の指定後の諸手続については、昭和六十三年七月十四日健医精発第二四号厚生省保健医療局精神保健課長通知「精神保健指定医の更新等に係る事務取扱要領について」により行われてきたところである。

今般、精神保健法の一部を改正する法律(平成七年法律第九十四号)により、指定医が五年ごとの研修を受講しなかった場合の指定の失効の規定が設けられ、平成八年四月一日から施行されること等に伴い、前記の健医精発第二四号通知を廃止して別添のとおり新たな要領を定めたので、適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底方お取り計らい願いたい。

別添

精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領

1 5年度ごとの研修及び指定医証の更新

(1) 5年度ごとの研修

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19条の規定により、精神保健指定医（以下「指定医」という。）が、5年度ごとの研修を受けなかった場合には、当該研修を受けなかったことについてやむを得ない理由が存すると厚生労働大臣が認めたときを除き、当該指定を受けるべき年度の終了の日（3月31日）の経過をもって指定の効力を失うこととされており、研修を受けるべき年度は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定に基づき、精神保健指定医が研修を受けなければならない年度を定める件」（平成8年3月21日厚生省告示第89号）の定めるところによる。

また、精神保健指定医の証（以下「指定医証」という。）には、研修を受けるべき年度の末日を指定医証の有効期限として記載しているところであり、指定医は、その有効期限に留意して、研修を受講することが必要である。

なお、研修実施団体（公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人全国自治体病院協議会及び一般社団法人日本総合病院精神医学会が登録されている。）より、当該年度における受講を必要とする指定医に対し、受講のお知らせを送付することとしているので、案内状が不着とならぬよう、指定医は、住所地の変更届の提出を必ず行うとともに、指定医証の記載事項についても変更届の提出を励行し、研修の受講年度については、法律の規定に基づき自らの受講年度に留意することが必要である。

(2) 指定医証の更新

指定医は、5年度ごとの研修を受けたときは、別紙様式1に、写真（縦60ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズとし、申請6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ておくこと。以下同じ。）1枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を經由して、都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。

都道府県知事又は指定都市の市長は、更新後の有効期限を記載した新たな指定医証を更新者に交付する。なお、更新前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

(3) 受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請

指定医は、5年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかつたときは、別紙様式2に、写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。

研修を受けることができないやむを得ない理由は、法施行規則第4条により、「研修を受けるべき年度において実施されるいずれの研修をも受けることができないことにつき、災害、傷病、長期の海外渡航その他の事由があること」とされている。

法施行規則第1条の3中「やむを得ない理由が存することを証する書類」の例としては、被災証明、診断書、留学証明書等である。受講の延期の申請は、原則事前申請とする（事後申請となるのは災害、急病等やむを得ない場合に限る）ので、研修を受けるべき年度に実施される全ての研修について受講できないことが明らかとなった場合には速やかに必要書類等を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、厚生労働大臣からの精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。なお、延長前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

また、受講延期の期間は、原則として1年間であるが、海外渡航等事前に長期に渡って研修の受講が困難であることが判明している場合に限り、4年を限度として複数年にわたり延期申請を行うことも可能である。

なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の（延期前の）受講年度を起算点とした5年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした5年後となるものではない。

（4）失効について

研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の3月31日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第2項の規定により自動的に失効する。なお、失効後の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

2 指定医証の記載事項等の変更届

（1）勤務先の変更

指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式1に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

なお、精神科の医療機関以外の勤務先に異動した場合や、勤務先を有しなくなった場合においても、指定医の辞退届を提出しない限り、勤務先の変更届等を提出することが必要である。

都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還するものとする。

（2）氏名の変更

指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式1に、指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

都道府県知事又は指定都市の市長は、新たな指定医証を発行して、当該指定医に交付するものとする。

(3) 住所地の変更

指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式1を、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

3 指定医証の再交付

指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式3に、紛失したときは写真1枚、き損したときは指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。なお、指定医証の再交付を受けた後、紛失した指定医証を発見したときは、速やかに住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して、指定医証を厚生労働大臣に返納すること。

4 指定医の辞退届

指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式4に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

5 指定医の死亡届

指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式5に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

6 指定の取消し又は職務の停止

- (1) 都道府県知事又は指定都市の市長は、指定医について、法第19条の2第2項の規定に該当すると認められるときは、同条第4項の規定により厚生労働大臣にその旨を通知すること。
- (2) 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、速やかに別紙様式6を添えて、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。

別紙様式1(更新、記載事項変更、住所地変更)

| | |
|-----|------|
| 申請日 | (西暦) |
|-----|------|

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

| | | | | | | |
|------------|--------|--|--|-----------|------|--|
| 現住所 | 〒 | | | - | | |
| | | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | (西暦) | |
| 電話番号 | | | | メールアドレス | | |
| 指定医証の番号 | 第 | | | 号 | | |
| 指定医証の交付年月日 | | | | 指定医証の有効期限 | | |
| 現在の勤務先 | (名称) | | | | | |
| | (住所) 〒 | | | | | |
| | - | | | | | |

↓該当する申請・届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(複数選択可)

| | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定による5年ごとの研修を修了したので、更新後の指定医証の交付を申請します。 |
| | (必要事項) | 研修修了年月日 (西暦) ※研修受講日を記載 |

| | | | |
|--------|--------------------------|--|---|
| 2 | <input type="checkbox"/> | 指定医証の記載事項に変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第1項の規定に基づき申請します。 | |
| (必要事項) | 旧氏名 | | |
| | 旧勤務先 | (名称) | |
| | | (住所) 〒 | - |

| | | | |
|--------|--------------------------|---|--|
| 3 | <input type="checkbox"/> | 住所地に変更がありましたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。 | |
| (必要事項) | 旧住所 | 〒 | |
| | - | | |

※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にのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※3の住所地の変更の届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

別紙様式2(受講の延期及び指定医証の有効期限延長)

| | |
|-----|------|
| 申請日 | (西暦) |
|-----|------|

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

| | | | | | | |
|------------|--------|--|--|-----------|------|--|
| 現住所 | 〒 | | | - | | |
| | | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | (西暦) | |
| 電話番号 | | | | メールアドレス | | |
| 指定医証の番号 | 第 | | | | 号 | |
| 指定医証の交付年月日 | | | | 指定医証の有効期限 | | |
| 現在の勤務先 | (名称) | | | | | |
| | (住所) 〒 | | | | | |
| | - | | | | | |

↓必要事項を記入してください。

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--|
| 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の5の規定に基づき、研修を受講すべき年度の延期及び指定医証の有効期限の延長を申請します。 | | | | | | |
| (必要事項) | 研修を受講できない理由 (具体的に) | | | | | |
| | 受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類(別添) | <input type="checkbox"/> | 被災証明書 | <input type="checkbox"/> | 診断書 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 留学証明書 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | その他 | | | |
| 受講できるようになる年度 | 令和 | | 年度 | | | |

※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にのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式3(再交付)

| | |
|-----|------|
| 申請日 | (西暦) |
|-----|------|

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

| | | | | | | |
|------------|--------|--|--|-----------|------|--|
| 現住所 | 〒 | | | - | | |
| | | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | (西暦) | |
| 電話番号 | | | | メールアドレス | | |
| 指定医証の番号 | 第 | | | | 号 | |
| 指定医証の交付年月日 | | | | 指定医証の有効期限 | | |
| 現在の勤務先 | (名称) | | | | | |
| | (住所) 〒 | | | | | |
| | - | | | | | |

↓必要事項を記入してください。

| | | |
|---|-------------------|--|
| 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。 | | |
| (必要事項) | 紛失・き損理由 (具体的に) | |

※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にのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式4(辞退)

| | | |
|-----|------|--|
| 申請日 | (西暦) | |
|-----|------|--|

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

| | | | | | | |
|------------|--------|--|--|-----------|------|--|
| 現住所 | 〒 | | | - | | |
| | | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | (西暦) | |
| 電話番号 | | | | メールアドレス | | |
| 指定医証の番号 | 第 | | | | 号 | |
| 指定医証の交付年月日 | | | | 指定医証の有効期限 | | |
| 現在の勤務先 | (名称) | | | | | |
| | (住所) 〒 | | | | | |
| | - | | | | | |

↓必要事項を記入してください。

| | | |
|--------------------------|------|--|
| 精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。 | | |
| (必要事項) | 辞退理由 | |

※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にのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

別紙様式5(死亡)

| | | |
|-----|------|--|
| 申請日 | (西暦) | |
|-----|------|--|

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

| | | | | |
|----------------------|---|--|---------|--|
| 現住所 | 〒 | | - | |
| | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 申請者と死亡した指定医との関係(続柄等) | | | | |
| 電話番号 | | | メールアドレス | |

↓必要事項を記入してください。

| | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|------|--|-----------|--|
| 精神保健指定医に指定されていた下記の者が、死亡したので届け出ます。 | | | | | |
| (必要事項) | 氏名 | | | | |
| | 死亡年月日 | (西暦) | | | |
| | 指定医証の番号 | 第 | | 号 | |
| | 指定医証の交付年月日 | | | 指定医証の有効期限 | |
| | 指定医証を添付できない理由 | | | | |

※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にのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※死亡した指定医の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

別紙様式6(取消・停止)

| | | |
|-----|------|--|
| 申請日 | (西暦) | |
|-----|------|--|

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

| | | | | | | |
|------------|--------|--|--|-----------|------|--|
| 現住所 | 〒 | | | - | | |
| | | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | (西暦) | |
| 電話番号 | | | | メールアドレス | | |
| 指定医証の番号 | 第 | | | | 号 | |
| 指定医証の交付年月日 | | | | 指定医証の有効期限 | | |
| 現在の勤務先 | (名称) | | | | | |
| | (住所) 〒 | | | | | |
| | - | | | | | |

↓該当する届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(いずれかを選択)

| | | | | | |
|---|--|--------|---------|------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> 精神保健指定医の指定を取り消されたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 | (必要事項) | 指定取消年月日 | (西暦) | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--------|--------|------|--|----|
| 2 | <input type="checkbox"/> 精神保健指定医の職務の停止を命ぜられたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 | (必要事項) | 職務停止期間 | (西暦) | | から |
| | | | | (西暦) | | まで |

※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にのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

各都道府県 精神保健福祉担当課一覧

| 都道府県名 | 所管部（局）主管課 | 電話番号 | 郵便番号 | 所在地 |
|-------|-----------------------------------|--------------|----------|--------------------|
| 北海道 | 保健福祉部 福祉局 障がい者保健福祉課 | 011-204-5279 | 060-8588 | 札幌市中央区北3条西6丁目 |
| 青森県 | 健康福祉部 障がい福祉課 | 017-734-9307 | 030-8570 | 青森市長島1丁目1番1号 |
| 岩手県 | 保健福祉部 障がい保健福祉課 | 019-629-5450 | 020-8570 | 盛岡市内丸10番1号 |
| 宮城県 | 保健福祉部 精神保健推進室 | 022-211-2518 | 980-8570 | 仙台市青葉区本町3丁目8番1号 |
| 秋田県 | 健康福祉部 障害福祉課 | 018-860-1331 | 010-8570 | 秋田市山王4丁目1番1号 |
| 山形県 | 健康福祉部 障がい福祉課 | 023-630-2240 | 990-8570 | 山形市松波2丁目8番1号 |
| 福島県 | 保健福祉部 障がい福祉課 | 024-521-8204 | 960-8670 | 福島市杉妻町2番16号 |
| 茨城県 | 福祉部 障害福祉課 | 029-301-3368 | 310-8555 | 水戸市笠原町978番6 |
| 栃木県 | 保健福祉部 障害福祉課 | 028-623-3093 | 320-8501 | 宇都宮市塙田1丁目1番20号 |
| 群馬県 | 健康福祉部 福祉局 障害政策課 精神保健室 | 027-226-2640 | 371-8570 | 前橋市大手町1丁目1番1号 |
| 埼玉県 | 保健医療部 疾病対策課 | 048-830-3565 | 330-9301 | さいたま市浦和高砂3丁目15番1号 |
| 千葉県 | 千葉県精神保健福祉センター 救急情報課 | 043-307-5197 | 261-0024 | 千葉市美浜区豊砂6番地1 |
| 東京都 | 福祉局 障害者施策推進部 精神保健医療課 | 03-5320-4462 | 163-8001 | 新宿区西新宿2丁目8番1号 |
| 神奈川県 | 健康医療局 保健医療部 がん・疾病対策課精神保健医療グループ | 045-210-4727 | 231-8588 | 横浜市中区日本大通1番地 |
| 新潟県 | 福祉保健部 障害福祉課 いのちとこころの支援室 | 025-280-5201 | 950-8570 | 新潟市中央区新光町4番地1 |
| 富山県 | 厚生部 健康対策室 健康課 | 076-444-3223 | 930-8501 | 富山市新緑曲輪1番7号 |
| 石川県 | 健康福祉部 障害保健福祉課 | 076-225-1427 | 920-8580 | 金沢市鞍月1丁目1番地 |
| 福井県 | 健康福祉部 障がい福祉課 | 0776-20-0634 | 910-8580 | 福井市大手3丁目17番1号 |
| 山梨県 | 福祉保健部 健康増進課 心の健康担当 | 055-223-1495 | 400-8501 | 甲府市丸の内1丁目6番1号 |
| 長野県 | 健康福祉部 保健・疾病対策課 | 026-235-7109 | 380-8570 | 長野市大字南長野字幅下692番地の2 |
| 岐阜県 | 健康福祉部 保健医療課 | 058-272-8275 | 500-8570 | 岐阜市藪田南2丁目1番1号 |
| 静岡県 | 健康福祉部 障害者支援局 障害福祉課 | 054-221-2435 | 420-8601 | 静岡市葵区追手町9番6号 |
| 愛知県 | 保健医療局 健康医務部 医務課 こころの健康推進室 | 052-954-6622 | 460-8501 | 名古屋市中区三の丸3丁目1番2号 |
| 三重県 | 医療保健部 健康推進課 | 059-224-2273 | 514-8570 | 津市広明町13番地 |
| 滋賀県 | 健康医療福祉部 障害福祉課 | 077-528-3548 | 520-8577 | 大津市京町4丁目1番1号 |
| 京都府 | 健康福祉部 精神保健福祉総合センター | 075-641-1815 | 612-8416 | 京都市伏見区竹田池田町120 |
| 大阪府 | 大阪府こころの健康総合センター総務課 | 06-6691-2811 | 558-0056 | 大阪市住吉区万代東3丁目1-46 |
| 兵庫県 | 福祉部 障害福祉課 | 078-362-9498 | 650-8567 | 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号 |
| 奈良県 | 福祉医療部 医療政策局 疾病対策課 | 0742-27-8683 | 630-8501 | 奈良市登大路町30番地 |
| 和歌山県 | 福祉保健部 福祉保健政策局 こころの健康推進課 | 073-441-2641 | 640-8585 | 和歌山市小松原通1丁目1番地 |
| 鳥取県 | 福祉保健部 ささえあい福祉局 障がい福祉課 | 0857-26-7862 | 680-8570 | 鳥取市東町1丁目220番地 |
| 島根県 | 健康福祉部 障がい福祉課 | 0852-22-6321 | 690-8501 | 松江市殿町1番地 |
| 岡山県 | 保健医療部 健康推進課 | 086-226-7330 | 700-8570 | 岡山市北区内山下2丁目4番6号 |
| 広島県 | 健康福祉部 疾病対策課 | 082-513-3069 | 730-8511 | 広島市中区基町10番52号 |
| 山口県 | 健康福祉部 健康増進課 精神・難病班 | 083-933-2944 | 753-8501 | 山口市滝町1番1号 |
| 徳島県 | 保健福祉部 健康寿命推進課 こころの健康担当 | 088-621-2222 | 770-8570 | 徳島市万代町1丁目1番地 |
| 香川県 | 健康福祉部 障害福祉課 | 087-832-3294 | 760-8570 | 高松市番町4丁目1番10号 |
| 愛媛県 | 保健福祉部 健康衛生局 健康増進課 | 089-912-2403 | 790-8570 | 松山市一番町4丁目4番地2 |
| 高知県 | 子ども・福祉政策部 障害保健支援課 | 088-823-9669 | 780-8570 | 高知市丸ノ内1丁目2番20号 |
| 福岡県 | 保健医療介護部 健康増進課 こころの健康づくり推進室 | 092-643-3265 | 812-8577 | 福岡市博多区東公園7番7号 |
| 佐賀県 | 健康福祉部 障害福祉課 | 0952-25-7064 | 840-8570 | 佐賀市城内1丁目1番59号 |
| 長崎県 | 福祉保健部 障害福祉課 | 095-895-2456 | 850-8570 | 長崎市尾上町3番1号 |
| 熊本県 | 健康福祉部 子ども・障がい福祉局 障がい者支援課 | 096-333-2234 | 862-8570 | 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号 |
| 大分県 | 福祉保健部 障害福祉課 | 097-506-2733 | 870-8501 | 大分市大手町3丁目1番1号 |
| 宮崎県 | 福祉保健部 障がい福祉課 | 0985-32-4471 | 880-8501 | 宮崎市橋通東2丁目10番1号 |
| 鹿児島県 | 保健福祉部 障害福祉課 | 099-286-2754 | 890-8577 | 鹿児島市鴨池新町10番1号 |
| 沖縄県 | 保健医療部 地域保健課 | 098-866-2215 | 900-8570 | 那覇市泉崎1丁目2番2号 |

各政令指定都市 精神保健福祉担当課一覧

| 政令指定都市名 | 所管部（局）主管課 | 電話番号 | 郵便番号 | 所在地 |
|---------|----------------------------|--------------|----------|---------------------------------|
| 札幌市 | 保健福祉局 障がい保健福祉部 障がい福祉課 | 011-211-2936 | 060-8611 | 札幌市中央区北1条西2丁目 |
| 仙台市 | 健康福祉局 障害福祉部 障害者支援課 | 022-214-8165 | 980-8671 | 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 |
| さいたま市 | 保健衛生局 保健部 保健衛生総務課 | 048-829-1294 | 330-9588 | さいたま市浦和区常盤6丁目4番4号 |
| 千葉市 | 保健福祉局 高齢障害部 精神保健福祉課 | 043-238-9929 | 260-0025 | 千葉市中央区問屋町1-35 ポートサイドタワー1 1階 |
| 横浜市 | 健康福祉局 障害福祉保健部 精神保健福祉課 | 045-662-3552 | 231-0005 | 横浜市中区本町二丁目22番地 京阪横浜ビル10階 |
| 川崎市 | 健康福祉局 障害保健福祉部 精神保健課 | 044-200-2683 | 210-8577 | 川崎市川崎区宮本町1番地 |
| 相模原市 | 健康福祉局 地域包括ケア推進部 精神保健福祉課 | 042-769-9813 | 252-5277 | 相模原市中央区富士見6丁目1番1号ウエルネスさがみはらA館2階 |
| 新潟市 | 保健衛生部 こころの健康センター | 025-232-5580 | 951-8133 | 新潟市中央区川岸町1丁目57番1号 |
| 静岡市 | 保健福祉長寿局 保健衛生医療部 保健所精神保健福祉課 | 054-249-3179 | 420-0846 | 静岡市葵区城東町24番1号 |
| 浜松市 | 健康福祉部 障害保健福祉課 | 053-457-2213 | 430-8652 | 浜松市中央区元城町103番地の2 |
| 名古屋市 | 健康福祉局 健康部 健康増進課 | 052-972-4075 | 460-8508 | 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 |
| 京都市 | 保健福祉局 こころの健康増進センター | 075-314-0355 | 604-8845 | 京都市中京区壬生東高田町1番地の20 |
| 大阪市 | 大阪市 こころの健康センター | 06-6922-8520 | 534-0027 | 大阪市都島区中野町5丁目15番21号 都島センタービル3階 |
| 堺市 | 健康福祉局 健康部 精神保健課 | 072-228-7062 | 590-0078 | 堺市堺区南瓦町3番1号 |
| 神戸市 | 健康局 保健所 保健課 精神保健福祉担当 | 078-322-5271 | 650-8570 | 神戸市中央区加納町6丁目5番1号 |
| 岡山市 | 保健福祉局 保健福祉部 保健管理課 | 086-803-1251 | 700-8546 | 岡山市北区鹿田町1丁目1番1号 保健福祉会館7階 |
| 広島市 | 健康福祉局 障害福祉部 精神保健福祉課 | 082-504-2228 | 730-8586 | 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号 |
| 北九州市 | 保健福祉局 障害福祉部 精神保健・地域移行推進課 | 093-582-2439 | 803-8501 | 北九州市小倉北区城内1番1号 |
| 福岡市 | 保健医療局 健康医療部 保健予防課 | 092-711-4270 | 810-8620 | 福岡市中央区天神1丁目8番1号 |
| 熊本市 | 健康福祉局 障がい者支援部 こころの健康センター | 096-361-2293 | 862-0971 | 熊本市中央区大江5丁目1番1号 ウェルパルクまもと3階 |