

様式 10

措置入院者の症状消退届

平成 年 月 日

知事殿

病院名

所在地

管理者名

印

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 29 条の 5 の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)				
	住所	都道府県	群市区	町村区		
保護者	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	続柄				
	住所	都道府県	群市区	町村区		
措置年月日	昭和 平成 年 月 日					
病名	1. 主たる精神障害		2. 従たる精神障害		3. 身体合併症	
入院以降の症状又は状態像の経過 (措置症状消退と関連して記載すること)						
措置状態の消退を認めた精神保健指定医指名	署名					
措置会場後の処置に対する意見	1. 入院継続(任意入院・医療保護入院・他科)		2. 通院治療			
	3. 転医		4. 死亡		5S. その他()	
退院後の帰住先	1. 自宅 (i. 家族と同居, ii. 単身)		2. 施設		3. その他()	
帰住先の住所	都道府県	群市区	町村区			
訪問指導等に関する意見						
社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見						
主治医氏名						

記載上の留意事項

1. []内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
2. 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
3. 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

ガイドライン研究用 措置入院者の病状消退届 (2枚組1) (案)

自治体番号
 保健所等番号
 通報種別
 被通報者番号

措置入院日(西暦)
 年 月 日
 年 月 日

都道府県知事・政令市長 様

病院名

所在地

管理者氏名

印

措置入院者	ふりがな			性別	生年月日		
	氏名			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成		
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 女	年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	社会復帰後の生活場所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 保護者と同じ <input type="checkbox"/> 下記の通り <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 所在不明					
	生活状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 施設入所					
措置入院日	年	月	日	措置解除希望日	年	月	日
主たる精神障害			転帰	ICD-10コード			
			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> なし	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
従たる精神障害			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> なし	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
身体合併症			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> なし				
自傷他害の恐れの転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> その他(詳細は診察時の症状欄への記載)						
現病歴ならびに入院時現症	標記診断に至る病歴を、簡潔に記載してください。 なお、入院時診断を変更する場合、入院時診断が不一致・状態像などの場合は、現病歴中に、入院時診断を記載し、その上で確定・変更に至る理由を記載してください。						

ガイドライン研究用 措置入院者の病状消退届 (2枚組 2) (案)

自治体 番号	<input type="text"/> <input type="text"/>	保健所 等番号	<input type="text"/> <input type="text"/>	通報 種別	<input type="text"/>	被通報 者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
措置入院 日(西暦)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	医療機 関番号
措置解除 日(西暦)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	行政庁 判断

措置入院者 氏名				措置症状の消退 を認めた精神保 健指定医 署名	
入院後の症状 経過ならびに 診察時の症状 入院以降の病 状・状態の経 過の記載にあ たっては、入院 時の症状が改善 され、かつ自傷 他害の恐れが改 善していること が明瞭に把握で きるように、具体 的、かつ簡潔 に記載してくだ さい。					
今後の精神科 診療方針 入院期間治療方 針、退院見込、通 院確保の見通し、 再発防止への対 応などを記載し てください。	<input type="checkbox"/> 当院への入院継続 <input type="checkbox"/> 当院へ通院 <input type="checkbox"/> 他の精神科医療機関に転院 <input type="checkbox"/> 精神科医療は不要	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 逮捕・拘留など	<input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 他科入院 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 所在不明	
社会復帰生活 支援に関する意 見 現在利用してい るものを含め、 必要な支援は 具体的内容を、 いずれも不要の 場合は理由を記 載してください。	<input type="checkbox"/> 住居の確保 <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 経済的支援 <input type="checkbox"/> 精神障害者通院医療費公費負担 <input type="checkbox"/> 精神障害者精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 社会復帰施設 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 社会復帰施設 <input type="checkbox"/> 社会適応訓練 <input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 保健所等訪問指導 <input type="checkbox"/> 作業所 <input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	
保護者	ふりがな			性別	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	続柄			<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 下記の通り	
	住所				

措置入院の症状消退届（案）についての
アンケート記入のお願い

厚生労働科学 措置入院の適正な運用に関する研究班

主任研究者 浦田 重治郎 国立精神神経センター 武蔵病院

分担研究者 竹島 正 国立精神保健研究所

吉住 昭 国立肥前療養所

このたびは、ご協力ありがとうございます。

さて、ガイドライン（案）をご参照いただき、消退届（案）を記載いただきましたが、実際にお書きいただいたことで、お気づきの点もあるものと思われま

す。今後のガイドライン策定、また消退届様式を作成していく上で、私どもが注意すべき点がありましたら、お知らせいただければと思います。

なにとぞよろしくごお願い申し上げます。

指定医の措置症状消退判定に関するアンケート

1 消褪届（案）について

(1) 「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症（診断名）」欄について、

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(2) 「自傷他害の恐れ」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(3) 「現病歴ならびに入院時現症」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(4) 「入院後の症状経過ならびに診察時の症状」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(5) 「今後の精神科診療方針」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

【次ページに続きます】

- (6) 「社会復帰・社会生活支援に関する意見」欄について
- a 了解しました、または、問題ないと考えます
 - b 提案があります

[]

(7) 消退届書式(案)全体について、ご意見があれば、ご記入ください。

【次ページに続きます】

3 措置入院制度全般について

(1) 措置入院の診察に関する事前調査についてご意見があれば、ご記入ください。

(2) 措置入院に関する診断書についてご意見があれば、ご記入ください。

(3) その他、措置入院制度全般にご意見があれば、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

「措置入院制度の適正な運用に関する研究」研究班名簿

主任研究者	浦田重治郎	国立精神・神経センター武蔵病院
分担研究者	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	吉住 昭	国立肥前療養所
研究協力者	石丸 大輔	医療法人杏仁会神野病院
	岩松 洋一	鹿児島県保健福祉部障害福祉課精神障害係
	昆 啓之	千葉県精神科医療センター
	榊原 純	大阪府立精神医療センター高度科
	須藤 浩一郎	医療法人須藤会 土佐病院 院長
	瀬戸 秀文	①医療法人進藤病院 ②国立肥前療養所臨床研究部社会精神医学室
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所
	立石 隆志	大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課
	中路 明伸	佐賀県厚生部健康増進課
	馬場 弘子	佐賀中部保健所
弘瀬 博	高知県健康福祉部健康対策課	
藤林 武史	福岡市こども総合相談センター	
三宅 由子	国立精神・神経センター精神保健研究所	
山畑 良蔵	鹿児島県立始良病院	
脇 節子	高知県健康福祉部健康対策課	
渡辺 康子	千葉県市川保健所	

(50音順)

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
「措置入院制度の適正な運用に関する研究」研究報告書

発行日 平成15年4月
発行者 「措置入院制度の適正な運用に関する研究」
主任研究者 浦田 重治郎
発行所 国立精神・神経センター武蔵病院
〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
TEL：042(341)2711 FAX：042(346)1774
表紙・裏表紙 ©ろくねこ企画
