

9 措置入院の可否に関する診断書（案）についてのアンケート記入のお願い

2 診断書（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

[]

このうち、ICD-10欄を設けることについて

- 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) 「措置入院の可否」欄に「措置不要の場合の医療の可否についての意見」を選択することについて

- 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) 過去の精神科入院歴・措置入院歴・職歴・支援体制欄について

- 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) 「問題行動」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】

9 措置入院の可否に関する診断書（案）についてのアンケート記入のお願い

(5) 「精神症状」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

()

(6) 「現病歴」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) 「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

()

(8) 診断書書式（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) 措置入院者の定期病状報告書についてご意見があれば、ご記入ください。

(3) 措置症状消褪届についてご意見があれば、ご記入ください。

(4) 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。

措置解除の決定に関する調査手順（指定医用）

- 1) 県の担当の方から指定のあった事例の診察について、「措置入院判定のためのガイドライン（案）」と「措置入院者の症状消退届 記載マニュアル（案）」を参照して、「措置入院者の症状消退届（案）」に記入をお願いします。
- 2) 「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」に回答をお願いします。
- 3) 「謝金振込依頼書」への記入もお願いいたします。
- 4) 記入の完了した「措置入院者の症状消退届（案）」、「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」および「謝金振込依頼書」を県市の担当者にお渡しくください。

ご協力どうもありがとうございました。

措置入院判定のためのガイドライン（案）

精神障害者の入院の決定に関しては、絶対的な基準はなく、入院をめぐる地域差、医師間の差異が存在する。もとより、それは完全に一致するのが困難なことは論を待たない。しかし、そうであっても余りにその決定の差が大きすぎると精神科医療に関与する患者や家族を初めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。さらに、医療保護入院や措置入院など強制力と行動の制限を合法化する入院が、指定医という資格を持つ医師によって、その判断に著しい差異が生ずるとすれば、さらに重要な問題となろう。

ここでは、平成13年度より開始された厚生労働科学研究「措置入院制度の適正な運用に関する研究」による結果をふまえ、措置入院判定のためのガイドライン案を示す。

措置入院の判定に当たっては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八の二第一項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」（昭和六十三年四月八日厚生省告示第百二十五号）が唯一の基準である。本基準によれば、

1. 精神障害者であり、
2. 抑うつ、躁、幻覚妄想、精神運動興奮、昏迷、意識障害、知能障害、人格の病的状態により、
3. 入院させなければ、自傷行為、または刑罰に法令に触れる程度の他害行為を引き起こすおそれがあると認めた場合に、
4. 既往歴、現病歴、関連する事実行為などを考慮し、

措置入院の決定を行うとしている。

しかし、実地の運用に当たって、その解釈や判断に際し、一部に差異が見られることも、関与する指定医によって指摘されている。今回の研究による「精神保健精神障害者福祉に関する法律（以下「法」）」25条検察官の通報に関する指定医診察の結果を例にとれば、措置診察を受けたもののうち措置非該当と判断されたものに、「1. 精神障害がない 2. 問題行動そのものが自傷他害にあたらぬ 3. 問題行動と精神症状に関連がない 4. 問題行動に対する判断能力や責任能力を認める 5. 診察時に精神症状が改善あるいは消失している 6. 精神科治療の適応ではない 7. 自傷他害のおそれを認めない」の7つの要件が認められ、逆に上記に該当した場合に要措置入院と判断された事例も存在した。

「法第二十八の二第一項の基準」にてらせば、措置非該当の要件のうち、1と7について先の基準に示されている。また、2については、関連する事実行為などを考慮し、刑罰法令に触れる程度の他害行為が引き起こされるおそれ、と示されている。また、3から6の項目については、その基準が示されていない事項である。

以上をふまえ、「措置入院判定のためのガイドライン案」を示し、以下の7つの基準を満たす場合に、措置入院該当と判定することが適切だと考える。

1. 「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する
2. 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する
3. 問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある
4. 問題となった行為に対する判断能力もしくは責任能力がないか、著しく障害されている
5. 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも容易に再燃や悪化が予想される
6. 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が認められるか悪化が防止される
7. 入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある

尚、上記のガイドライン案については、問題となった行動や行為を過去のどの時点までさかのぼるのか、あるいは自傷行為または他害行為を引き起こすおそれをどこまで予想するか、時間軸の問題、判断能力や責任能力の判定、攻撃性を含めた精神症状評価、措置判断に大きな影響を及ぼす本人をとりまくサポート体制の評価、あるいは緊急措置をめぐる精神科救急との関連やその際の判断の問題などは、積み残された課題としてある。

12 措置入院者の症状消退届 (案)

ガイドライン研究用

措置入院者の症状消退届 (案)

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

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	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦19 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦20 <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	住所	〒 <input type="text"/>	
	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 <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	ICD-10コード <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、状態像診断の場合は、現病歴中に、入院時診断を記載し、確定・変更の理由を記載してください。		

12 措置入院者の症状消退届 (案)

<p>入院後の症状経過ならびに診察時の症状</p> <p>入院以降の病状・状態像の経過の記載にあたっては、入院時の病状が改善され、害が自傷他害の恐れが改善していることが明瞭に判断でき、具体的に、かつ簡潔に記載してください。</p>																																								
<p>今後の精神科診療方針</p> <p>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。</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 当院へ入院継続</td> <td><input type="checkbox"/> 任意入院</td> <td><input type="checkbox"/> 医療保護入院</td> <td><input type="checkbox"/> 他科入院</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 当院へ通院</td> <td>(<input type="checkbox"/> 精神科デイケア</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問看護</td> <td><input type="checkbox"/> その他)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 他の精神科医療機関に転院</td> <td>(<input type="checkbox"/> 入院</td> <td><input type="checkbox"/> 通院)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神科医療は不要</td> <td><input type="checkbox"/> 逮捕・拘留など</td> <td><input type="checkbox"/> 死亡</td> <td><input type="checkbox"/> 所在不明</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 当院へ入院継続	<input type="checkbox"/> 任意入院	<input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 他科入院	<input type="checkbox"/> 当院へ通院	(<input type="checkbox"/> 精神科デイケア	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 他の精神科医療機関に転院	(<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院)		<input type="checkbox"/> 精神科医療は不要	<input type="checkbox"/> 逮捕・拘留など	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 所在不明																							
<input type="checkbox"/> 当院へ入院継続	<input type="checkbox"/> 任意入院	<input type="checkbox"/> 医療保護入院	<input type="checkbox"/> 他科入院																																					
<input type="checkbox"/> 当院へ通院	(<input type="checkbox"/> 精神科デイケア	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> その他)																																					
<input type="checkbox"/> 他の精神科医療機関に転院	(<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院)																																						
<input type="checkbox"/> 精神科医療は不要	<input type="checkbox"/> 逮捕・拘留など	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 所在不明																																					
<p>社会復帰・生活支援に関する意見</p> <p>現在利用しているものを含め、必要に応じて具体的な内容を記載してください。</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 住居の確保</td> <td>(<input type="checkbox"/> 社会復帰施設</td> <td><input type="checkbox"/> グループホーム</td> <td><input type="checkbox"/> その他)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 生活支援</td> <td>(<input type="checkbox"/> ホームヘルプ</td> <td><input type="checkbox"/> 保健所等訪問指導</td> <td><input type="checkbox"/> その他)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 就労支援</td> <td>(<input type="checkbox"/> 社会復帰施設</td> <td><input type="checkbox"/> 作業所</td> <td><input type="checkbox"/> その他)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 経済的支援</td> <td>(<input type="checkbox"/> 社会適応訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 生活保護</td> <td><input type="checkbox"/> その他)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神障害者通院医療費公費負担</td> <td><input type="checkbox"/> 障害年金</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神障害者精神保健福祉手帳</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 住居の確保	(<input type="checkbox"/> 社会復帰施設	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 生活支援	(<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	<input type="checkbox"/> 保健所等訪問指導	<input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 就労支援	(<input type="checkbox"/> 社会復帰施設	<input type="checkbox"/> 作業所	<input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 経済的支援	(<input type="checkbox"/> 社会適応訓練	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 精神障害者通院医療費公費負担	<input type="checkbox"/> 障害年金			<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"/> 住居の確保	(<input type="checkbox"/> 社会復帰施設	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> その他)																																					
<input type="checkbox"/> 生活支援	(<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	<input type="checkbox"/> 保健所等訪問指導	<input type="checkbox"/> その他)																																					
<input type="checkbox"/> 就労支援	(<input type="checkbox"/> 社会復帰施設	<input type="checkbox"/> 作業所	<input type="checkbox"/> その他)																																					
<input type="checkbox"/> 経済的支援	(<input type="checkbox"/> 社会適応訓練	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他)																																					
<input type="checkbox"/> 精神障害者通院医療費公費負担	<input type="checkbox"/> 障害年金																																							
<input type="checkbox"/> 精神障害者精神保健福祉手帳																																								
<input type="checkbox"/> その他																																								
措置症状の消退を認めた精神保健指定医署名																																								
<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">保護者</td> <td>ふりがな</td> <td></td> <td rowspan="2">性別</td> <td colspan="4">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 男</td> <td><input type="checkbox"/> 明治</td> <td><input type="checkbox"/> 昭和</td> <td><input type="checkbox"/> 西暦19</td> <td></td> </tr> <tr> <td>続柄</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 女</td> <td><input type="checkbox"/> 大正</td> <td><input type="checkbox"/> 平成</td> <td><input type="checkbox"/> 西暦20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 本人住所と同じ</td> <td><input type="checkbox"/> 下記の通り</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	保護者	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"/> 西暦19		続柄		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦20		住所	〒		<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ	<input type="checkbox"/> 下記の通り			<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保護者		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"/> 西暦19																																
		続柄		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦20																																	
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ	<input type="checkbox"/> 下記の通り																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

ガイドライン研究用・措置入院者の症状消退届 記載マニュアル (案)

1 記載に際しての留意点

(1) 様式の変更点

措置入院者の症状消退届は、A3版です。

(2) 精神保健指定医の記載範囲・署名

精神保健指定医は、診断書の太枠内を記載し、署名してください。

(3) 文字

できるだけ判読可能な文字、平易な表現を用いて記載をしてください。

診断書の記載は、できるだけ日本語を用いてください。やむを得ず外国語を用いる場合は、括弧書き等で日本語の意味を併記することなどの配慮をお願いいたします。

診断書の記載に際して、ワープロソフトやデータベースソフトを用いる場合は、12ポイント以上のフォントを用いてください。

(4) 選択肢

記載事項が選択肢となっている項目は、□にレ点または×印でチェックをしてください。

なお、従来の様式には選択肢の「その他」項目に、自由記載の()欄がありましたが、今回の様式には、この()欄を設けておりません。該当する問題行動・症状等の選択肢□がない項目の具体的な内容については、現病歴または診察時の症状欄に記載してください。

2 措置入院者に関する事項

(1) 措置入院者

措置入院者氏名ならびにふりがなを記載してください。

(2) 住所

措置入院者の住所を記載してください。住所がない場合には居所を、または本人を特定するのに必要な事項を記載してください。

(3) 社会復帰後の生活場所・生活状況

社会復帰後の生活場所・生活状況として予定しているものをチェックしてください。なお、選択肢のうち「死亡」は、措置入院中に死亡した例を、「所在不明」は、措置入院中に無断離院などで所在不明となり、現実に入院を終了してしまった例を想定しています。

3 措置入院日・措置解除希望日

措置入院日ならびに措置入院の解除を希望する日(死亡・身体疾患による精神科病床以外への転院等で現実に退院した日を記載する場合には、過去の日付となる場合もあります)を記載してください。

4 診断

(1) 主たる精神障害・従たる精神障害

精神障害が1つのみ診断できる場合は、その診断を「主たる精神障害」に記載してください。精神障害が2つ以上診断できる場合は、受診者が受診するに至った主な診断を「主

たる精神障害」に、それ以外の診断を「従たる精神障害」に記載してください。

精神障害がない場合は、「主たる精神障害」を「なし」としてください。

いずれも ICD-10 (国際疾病分類第 10 版) のコードを併記してください。

(2) 身体合併症

身体疾患を診断しうる場合は、身体合併症の欄に診断名を記載してください。

(3) 転帰

選択肢の中から、1つ、チェックしてください。

5 自傷他害の恐れ of 転帰

精神障害と関連する自傷他害のおそれについて、選択肢の中から、1つ、チェックしてください。

なお、選択肢のうち、「不変」、「悪化」は、たとえば精神症状は不変、悪化などにより自傷他害のおそれは悪化しているものの、重篤な身体疾患治療などで身体の自由が制限される場合など、措置症状は残存したまま転院したような事例を想定しています。

6 現病歴ならびに入院時現症

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、状態像診断の場合は、現病歴中に、入院時診断を記載し、確定・変更の理由を記載してください。

7 入院後の症状経過ならびに診察時の症状

入院時の病状が改善され、かつ自傷他害の恐れが改善していることなど、措置症状が消退したことが明瞭に判読できるように、具体的に記載してください。

8 今後の精神科診療方針

選択肢にチェックをしてください。また入院期間・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のうち、必要なものを記載してください。

9 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、必要な支援の選択肢にチェックしてください。補足する必要がある場合は、具体的内容を記載してください。

10 保護者

保護者 (入院治療によって精神障害が治癒した場合には扶養義務者) の氏名、性別、生年月日、続柄、住所を記載してください。住所については、措置入院者と同じ場合には、選択肢へのチェックのみでも差し支えありません。

14 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

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と社会復帰支援に関する研究班
主任研究者 浦田重治郎 国立精神・神経センター国府台病院
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 国立病院機構肥前精神医療センター

このたびは、ご協力ありがとうございます。

さて、措置入院判定のためのガイドライン（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 措置入院判定のためのガイドライン（案）各項目の適否について

(1) 「ICD-10 精神および行動の傷害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する、という項目について

- 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) 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する、という項目について

- 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) 問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある、という項目について

- 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) 問題となった行為に対する判断能力や責任能力がないか、もしくは著しく障害されている、という項目について

- 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】

14 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

（５）問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも容易に再燃や悪化が予想される、という項目について

- 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

[]

（６）精神科の入院治療によって、精神症状の改善が認められるか悪化が防止される、という項目について

- 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）入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある、という項目について

- 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

[]

（８）措置入院判定のためのガイドライン（案）についてご意見がありましたら、ご記入ください。

【次ページに続きます】

2 消退届（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】

14 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

(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) 措置入院者に際しての指定医診察についてご意見があれば、ご記入ください。

(3) 措置入院者の定期病状報告書についてご意見があれば、ご記入ください。

(4) 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。

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と社会復帰支援に関する研究

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成 18 年 3 月

発行者 措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究

主任研究者 浦田 重治郎

発行所 国立精神・神経センター国府台病院
