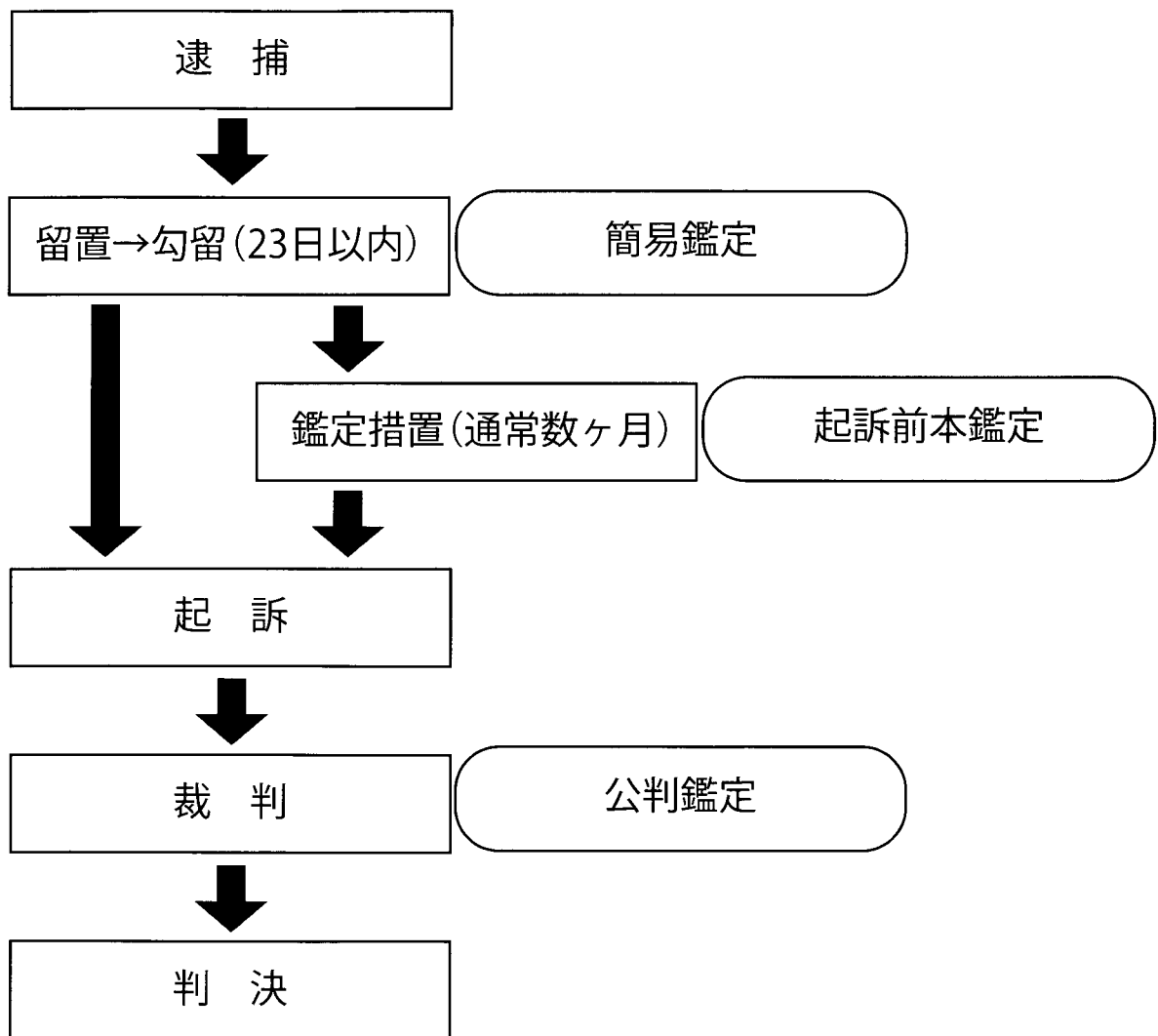


検察官通報書

16 ページの調査票に、検察官通報書の該当部分の記載を転記してください。
なお、転記に当たっての注意事項を、17 ページに示しています

参考：精神鑑定の呼称について

刑事手続のどの段階で行われるかによって、呼称が異なることがあります。たとえば、下図に示す通りです。他の呼称を用いられている場合は、そのまま転記してください。



検察官通報書・データ票

確認欄

通 報 日	年 月 日	<input type="checkbox"/>
年 齢 ・ 性 別	歳 男 ・ 女	<input type="checkbox"/>
罪 名		<input type="checkbox"/>
不 起 訴 処 分 の 日	年 月 日	<input type="checkbox"/>
(不起訴処分の要旨 (主なものを選択肢に示して います。不起訴処分の要旨が選択 肢以外の場合、あるいはよくわ からない場合、記載内容を転記 願います。))	心神喪失 ・ 心神耗弱 ・ 嫌疑不十分 ・ 告訴取り下げ ・ 処分保留 ・ その他 ()	<input type="checkbox"/>
裁 判 の 日	年 月 日	<input type="checkbox"/>
刑 名 ・ 刑 期		<input type="checkbox"/>
精 神 鑑 定 の 有 無	行われた ・ 行われていない ・ わからない	<input type="checkbox"/>
精 神 鑑 定 の 種 類	簡易鑑定 ・ 起訴前本鑑定 ・ 公判鑑定 ・ わからない	<input type="checkbox"/>

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第25条、第44条
 麻薬及び向精神薬取締法第58条の4
 規程第74条、第133条

精神障害者等通報書

知事 殿

平成 年 月 日

検察庁

下記の者を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第25条により通報します。

精神障害者等	氏名	本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。	
	生年月日	性別	
	本籍	罪名や条文番号、法律の名称等は、省略せず、そのまま転記してください。	
	居住地	不起訴処分の日(予定日を含む)を転記してください	
罪名		主なものを選択肢「心神喪失、心神耗弱、嫌疑不十分、告訴取り下げ、処分保留、その他」に示しています。不起訴処分の要旨が選択肢以外の場合、あるいはよくわからない場合、記載内容を、そのまま転記してください。	
不起訴処分	処分の日 検察庁名	処分保留は、厳密には不起訴処分ではありませんが、便宜上、不起訴処分に準じて集計いたします。	
	要旨		
裁判	裁判の日 裁判所名	裁判の日や刑の内容が記載されている場合は、転記してください。	
	刑名・刑期		
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第25条に規定するその他特に必要があると認められた理由		被疑者(検察庁) 被告人(裁判所)	
病状の区分		精神障害の疑いのある者 麻薬中毒(の疑いのある)者	
病状の概要又は麻薬中毒(の疑いのある)者と認められた理由		精神鑑定を行った旨の記載がある場合は、データ票の該当部分に○印をつけてください	
引取人	氏名		
	住居		
その他参考事項			

- (注意)
- 1 引取人がいないときは、その旨該当欄に記載すること。
 - 2 この通報が、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づくものであるときは症状の概要を、また麻薬及び抗精神薬取締法に基づくものであるときは麻薬中毒(の疑いのある)者と認められた理由をそれぞれ該当欄に記載すること。
 - 3 事例に応じ、不要の文字を削ること。

取扱者
印

事前調査書

次ページの調査票に、事前調査書の該当部分の記載を転記してください。
なお、転記に当たっての注意事項を、20～21ページに示しています。

事前調査書は全国で統一した書式がないため、2通りの事前調査書を参考に、
転記の注意事項を作成しています。

事前調査書・データ票

確認欄

事前調査日	年 月 日			<input type="checkbox"/>		
年齢・性別	歳	男・女		<input type="checkbox"/>		
事前調査における本人面接の有無	1. 面接した	2. 面接していない	3. わからない	<input type="checkbox"/>		
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動	1. 明らか	2. 軽度	3. ない	4. 不明	<input type="checkbox"/>	
社会生活における状況認知・判断の障害	1. 明らか	2. 軽度	3. ない	4. 不明	<input type="checkbox"/>	
基本的な生活維持の困難 (睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等)	1. 明らか	2. 軽度	3. ない	4. 不明	<input type="checkbox"/>	
自傷行為	1. 明らか	2. 軽度	3. ない	4. 不明	<input type="checkbox"/>	
他害行為の有無 (今回の申請・通報・届出に関するもの)	1. 明らか	2. 軽度	3. ない	4. 不明	<input type="checkbox"/>	
他害行為が「1. 明らか」「2. 軽度」は右の該当項目に○印 (複数選択可)	1. 殺人・殺人未遂	2. 傷害	3. 暴行	4. 性的問題行動	<input type="checkbox"/>	
	5. 侮辱	6. 器物損壊	7. 強盗	8. 恐喝		
	10. 詐欺	11. 放火	12. 弄火	9. 窃盗 13. その他 ()	<input type="checkbox"/>	
精神障害の診断歴の有無 (今回の通報時点まで)	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>	
精神科治療歴・受診歴	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>	
現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>	
検察官通報の場合の起訴前鑑定の実施	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>	
備考	薬物乱用	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>
	アルコール飲用	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>
	措置入院先選択に関係する重大な身体合併症	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>
	これまでの司法処分	1. あり	2. なし	3. 不明		<input type="checkbox"/>
結論	1. 指定医診察を行う 2. 指定医診察は行わない 3. 不明			<input type="checkbox"/>		

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本に該当する記載がないものの、選択肢のいずれともいえないなど、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

精神保健福祉法第27条に基づく調査書

調査保健福祉事務所 _____ 調査員 _____

調査内容 _____

調査年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名、生年月日、住所、職業は _____ ありません。

本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。

対 象 者	(氏名) _____ (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
	(現住所) _____ TEL _____
	(職業) _____ (保険の種類) _____
保 護 に 当 た っ て い る 者	(氏名) _____ (年齢) _____ 歳 (続柄) _____ (職業) _____
	(住所) _____ TEL _____
被申請者の状況	
1 被申請者の行動および社会に及ぼす影響	
<p>幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。</p> <p>ある県で使われている調査書です。調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください。</p>	
(本人との面接の結果)	
<p>本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。</p> <p>精神障害の診断歴の有無(今回の通報時点まで)、精神科治療歴・受診歴、現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療、薬物乱用、アルコール飲用、措置入院先選択に関する重大な身体合併症、これまでの司法処分について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。</p>	
(家族との面接)	
(調査結果)	
2 過去の入院歴およびその他参考事項(1日の平均飲酒量など)	
3 家族構成	
指 定 医 に よ る 診 察 の 必 要 性	有 ・ 無
上 記 診 察 の 場 所	

精神障害者調査書

本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。

調査機関名		調査員職氏名	
調査対象者	氏名	生年月日・年齢	年 月 日 (歳)
	性別	現住所	
	保険等	社保(本人・家族) 国保(世帯主・家族) 生保(申請中・受給) なし その他()	
	保護者氏名	生年月日・続柄	年 月 日 (歳) ()
	職業	現住所	
調査場所		通報の区分	
調査年月日		年 月 日	通報受理年月日 年 月 日
申請・通報に至った経過、問題行動等 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ある県で使われている調査書です。調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください </div>			
保護の状況 1. 自宅に保護 放置 ・ その他 () 2. 在宅医療の有無 有 ・ 無 3. 精神科病院に入院 病院名 () 入院年月日 (年 月 日) 入院形態 ()			
指定医診察の必要性 有 ・ 無 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。 </div>			
保健所長の意見			
(家族歴) (現病歴) <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 精神障害の診断歴の有無(今回の通報時点まで)、精神科治療歴・受診歴、現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療、薬物乱用、アルコール飲用、措置入院先選択に関係する重大な身体合併症、これまでの司法処分について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。 </div> (過去の入院経過等、参考事項)			

措置入院に関する診断書

次ページの調査票に、措置入院に関する診断書の該当部分の記載を転記してください。

診断書は、指定医の診察が行われた事例では、診察時の状況により、事例ごとに1枚から3枚あります。すべての診断書について、転記をお願いいたします。

なお、転記に当たっての注意事項を、24～25ページに示しています。

診察時の状況別の診断書の枚数について

緊急措置入院を経ていない場合

診断書の枚数	措置診察1 指定医	措置診察2 指定医
1	措置不要	(診察なし)
2	要措置	要措置／措置不要
2	要措置／措置不要 (同時診察)	要措置／措置不要 (同時診察)

緊急措置入院を経た場合

診断書の枚数	緊急措置指定医	措置診察1 指定医	措置診察2 指定医
2	要措置	措置不要	(診察なし)
3	要措置	要措置	要措置／措置不要
3	要措置	措置不要 (同時診察)	措置不要 (同時診察)

何らかの事情により、全部の診断書がそろっていない場合、お手元の診断書だけでも転記をお願いいたします。

措置入院に関する診断書・データ票

申請等の形式	i 親族又は一般人申請 (第23条) ii 警察官通報 (第24条) iii 検察官通報 (第25条) iv 保護観察所長通報 (第25条の2) v 矯正施設長通報 (第26条) vi 精神病院管理者届出 (第26条の2) vii 医療観察法対象者 [指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報] (第26条の3) viii 都道府県知事・指定都市市長職務診察 (第27条第2項)		確認欄
申請等の添付資料	i あり ii なし		
年齢・性別	歳	男・女	
病名 <small>ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。</small>	1 主たる精神障害 ICD ()	2 従たる精神障害 ICD ()	3 身体合併症
	入院回数 初回から前回まで 計 回 (うち、措置入院歴 なし・あり)		
重大な問題行動	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像		
1 殺人 A B 2 放火 A B 3 強盗 A B 4 強姦 A B 5 強制わいせつ A B 6 傷害 A B 7 暴行 A B 8 恐喝 A B 9 脅迫 A B 10 窃盗 A B 11 器物破損 A B 12 弄火又は失火 A B 13 家宅侵入 A B 14 詐欺等の経済的な問題行動 A B 15 自殺企図 A B 16 自傷 A B 17 その他 () A B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心拍 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()		
↓ ↓ ↓ 確認欄	<その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()		
医学的総合判断	I 要措置 II 措置不要		
診断日	年 月 日		
この診察は？	1. 通常診察 2. 緊急措置診察		

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

措置入院に関する診断書

申請等の形式	i 親族又は一般人申請（第23条） ii 警察官通報（第24条） iii 検察官通報（第25条） iv 保護観察所長通報（第25条の2） v 矯正施設長通報（第26条） vi 精神病院管理者届出（第26条の2） vii 指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報（第26条の3） viii 市長職務診察（第27条第2項）		
申請等	調査対象は、検察官通報のみです。確認のため、○印の書き写しをお願いします。 i あり ii なし		
被診察者 (精神障害者)	フリガナ		
	氏名	氏名、生年月日、住所、職業は いりません。	本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。
	住所	府県 区	市区町村 区
	職業		
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症 身体合併症は、診断名を、そのまま転記してください。
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること)	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの()内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名を、そのまま転記いただくよう、お願いします。 初回入院期間、前回入院期間だけでなく、生活歴及び現病歴欄で、過去に、措置入院歴があれば、入院回数欄の措置入院歴「ある」に○印を記載してください。		
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)		
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)		
初回から前回までの入院回数	計 回 入院回数を、そのまま転記してください。		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは今後おそれある問題行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。）		
1 殺人 2 放火 3 強盗 4 強姦 5 強制わいせつ 6 傷害 7 重大な問題行動は、○印をそのまま転記してください。 8 刃傷又は失火 9 住宅侵入 10 詐欺等の経済的な問題行動 11 自殺企図	A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記憶障害 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心拍 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()	

16 自傷 17 その他 ()	A	B	VIII 自我意識
	A	B	1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診 察 時 の 特 記 事 項			
医 学 的 総 合 判 断			I 要措置 II 措置不要
以上のように診断する。			年 月 日
精神保健指定医氏名			
(行政庁における記載欄) 診察に立会った者 氏名 (親権者、配偶者等) 診 察 場 所 診 察 日 時 職 員 氏 名			この診察が、通常の診察でなく、精神保健福祉法第29条の2の規定を適用して緊急措置入院とした診察の場合、緊急措置診察の欄に印をつけてください。特に診断書が3枚ある場合、診察日が数日にまたがる場合は、緊急措置診察が実施されている場合が考えられますので、ご注意ください。 精神保健福祉法 第29条の2 都道府県知事は、前条第一項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第二十七条、第二十八条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、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身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しいと認めるときは、その者を前条第一項に規定する精神科病院又は指定病院に入院させることができる。
行政庁の措置			
行政庁メモ			

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 2 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 3 問題行動の欄には、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月に認められたものとし、主として最近のそれに重点をおくこと。
- 5 診察時の特記事項の欄は、被診者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 6 診断し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。
- 7 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。

措置症状消退届

次ページの調査票に、措置症状消退届の該当部分の記載を転記してください。
なお、転記に当たっての注意事項を、28 ページに示しています。

措置入院者の症状消退届・データ票

確認欄

報 告 日	年 月 日			<input type="checkbox"/>
措 置 年 月 日	年 月 日			<input type="checkbox"/>
年 齢 ・ 性 別	歳		男 ・ 女	<input type="checkbox"/>
病 名 ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。	1 主たる精神障害 ICD ()	2 従たる精神障害 ICD ()	3 身体合併症	<input type="checkbox"/>
措 置 解 除 の 処 置 に 関 する 意 見	1入院継続(任意入院・医療保護入院・他科) 2通院医療 3転医 4死亡 5その他()			<input type="checkbox"/>
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 ()			<input type="checkbox"/>
措 置 解 除 希 望 日	月 日 (曜日)			<input type="checkbox"/>

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

措置入院者の症状消退届

平成 年 月 日
 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。

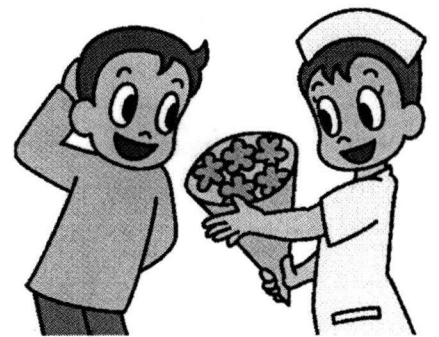
措置入院者	フリガナ	氏名、生年月日、住所、職業は ありません。 (男・女)		本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。 年 月 日 生 (満 歳)	
	氏名				
	住所	府県	都市区	町村区	
保 護 者	フリガナ	続柄		明治 大正 年 月 日 生 昭和 平成 (満 歳)	
	氏名				
	住所	都道府県	都市区	町村区	
	フリガナ	続柄		明治 大正 年 月 日 生 昭和 平成 (満 歳)	
氏名	(男・女)				
	住所	都道府県	都市区	町村区	
措置年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日				措置年月日は、そのまま転記してください。
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	身体合併症は、診断名を、そのまま転記してください。		
入院以降の病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)	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの()内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名を、そのまま転記いただくよう、お願いします。				
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署名				
措置解除の処置に関する意見	1入院継続(任意入院・医療) 2退院 4死亡 5その他 ()				
退院後の帰宅先	1自宅(i家族と同居) 2 3その他 ()				
帰宅先の住所	都道府県	都市区	町村区		
訪問指導等に関する意見	措置解除希望日は、そのまま転記してください。				
障害福祉サービス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。

措置解除希望日 年 月 日 (曜日)

届け出は希望日の1週間前までに提出のこと。



2009年(平成21年)度厚生労働科学特別研究事業
医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する
研究調査マニュアル2009年10月26日版

平成 21 年 11 月 2 日

医療観察法入院施設病院長・担当医様

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究」

主任研究者 吉住 昭

（国立病院機構花巻病院院長）

「医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する調査」

にかかる協力をお願い

日頃はたいへんお世話になっております。

平成 13 年度以降、私どもは厚生労働科学研究費補助金に基づく研究事業をもとに、都道府県における措置入院制度の運用実態を分析してまいりました。

この度、医療観察法による入院前に、措置入院など精神保健福祉法による入院がなされた事例の有無等について、全国的な調査を実施することとなりました。この調査により、医療観察法下における精神保健福祉法の運用実態の一端が明らかとなるとともに、医療観察法 5 年後の国会報告等に向けた重要な基礎データが収集できるものと考えております。なお、本研究実施については、主任研究者施設において倫理委員会の承認を得ております。

具体的な調査の進め方につきましては、同封の調査手順をご参考下さい。調査の概要は以下の通りです。

- 貴院の医療観察法病棟開設以降の新規入院事例が調査対象です。
- 全事例のうち、今回医療観察法入院となった重大な他害行為により、医療観察法病棟入院前に、措置入院など精神保健福祉法となった事例につき調査票に記入下さい。
- 送られてきた調査票は、班長施設で厳重に管理し、解析をいたします。また、解析終了後は速やかに処分いたします。

お忙しいところ申し訳ありませんが、11 月末までに同封の返信用封筒にてご返送下さい。疑問の点は、下記宛メールにてご連絡下さい。

連絡先

〒025-0033 岩手県花巻市諏訪 500
国立病院機構花巻病院精神科医局事務
担当者 押切 悦子
Tel. 0198-24-0511 Fax. 0198-24-1721
E-mail: ikyoku@shanamaki.hosp.go.jp

「医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する調査」

手順

同封物

- ・調査協力をお願い
- ・手順書（本状）
- ・入院患者一覧票
- ・入院患者一覧票記入要領
- ・個票
- ・個票記入要領
- ・返信用封筒

調査対象

- 貴院の医療観察法病棟開設以降の転入院を除く入院事例が調査対象です。
 - ★特定病床・特定病院からの入院は対象とします。
- 入院患者一覧票に記入下さい。
 - ★一覧票はコピーし、切り取り線部分で切り取ったものをお送り下さい。
 - ★原本は保管下さい。後ほど、問い合わせなどで使用させていただきます。
- 事例のうち今回医療観察法入院となった重大な他害行為により、医療観察法の申し立て前に、措置入院など精神保健福祉法による入院となった事例につき個票に記入下さい。
 - ・精神保健福祉法による入院形態・入院時・退院日など分かる範囲で記載して下さい。
- 返信物は返信用封筒でお送り下さい。
- コピーした一覧表 個票
- 疑問の点は、下記宛メールにてご連絡下さい。

〒 025-0033 岩手県花巻市諏訪 500
国立病院機構花巻病院精神科医局事務
担当者 押切 悦子
Tel. 0198-24-0511 Fax. 0198-24-1721
E-mail: ikyoku@shanamaki.hosp.go.jp

調査対象について

貴院の医療観察病棟開設時点から、2009年10月31日までの間に、貴院に新規に医療観察入院した、すべての事例を対象とします。

貴院に在籍する形で、特定病棟・特定病床に新規入院した事例を含みます。

以下の事例は、対象になります。

- 2009年10月31日に新規に入院命令を受け、貴院に在籍する形式で、特定病床に入院した事例。
- 2009年10月31日に新規に入院命令を受けたが、移送の都合で、翌11月1日に貴院に到着した事例。

以下の事例は、対象ではありません。

- ×再入院の申立による再入院事例。
- ×いずれかの医療観察病棟に新規入院し、貴院に転入院した事例。
- ×2009年11月1日に新規入院した事例。

なお、不明の点がありましたら、お問い合わせいただくか、事例の詳細を記載して報告いただければ幸いです。