

障発0630第1号
令和3年6月30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」の一部改正について

「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）を別添のとおり一部改正し、令和3年7月1日以後の申請について適用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。

なお、改正後の同通知の全文を参考までに添付する。

別添

- 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年障発1206第3号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）
 【新旧対照表】

(波線部が変更部分)

>

改 正 後	改 正 前
<p style="text-align: right;">障発1206第3号 平成30年12月6日</p> <p style="text-align: right;">一部改正 障発0528第5号 令和元年5月28日</p> <p style="text-align: right;">一部改正 障発1225第1号 令和2年12月25日</p> <p style="text-align: right;">一部改正 <u>障発0630第1号</u> <u>令和3年6月30日</u></p> <p>各都道府県知事・指定都市の長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部長 (公印省略)</p> <p>精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について (略)</p> <p>別紙 (略)</p> <p>別紙1 (略)</p> <p>別紙2</p> <p style="text-align: right;">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 <u>令和3年6月18日(第1回改訂)</u></p>	<p style="text-align: right;">障発1206第3号 平成30年12月6日</p> <p style="text-align: right;">一部改正 障発0528第5号 令和元年5月28日</p> <p style="text-align: right;">一部改正 障発1225第1号 令和2年12月25日</p> <p>各都道府県知事・指定都市の長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部長 (公印省略)</p> <p>精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領の制定について (略)</p> <p>別紙 (略)</p> <p>別紙1 (略)</p> <p>別紙2</p> <p style="text-align: right;">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</p>

別添

ケースレポート及び口頭試問の評価基準	ケースレポート及び口頭試問の評価基準								
<p>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。</p> <p>1. 基礎的事項 (略)</p> <p>2. 症例内容 <共通事項> (略)</p> <p><入院形態など症例の属性に応じた事項> (略)</p> <p><行動制限に関する事項></p> <table border="1" data-bbox="197 662 1099 885"><tr><td data-bbox="197 662 421 853">共通事項</td><td data-bbox="421 662 1099 853">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。 ※ <u>電話・面会の制限については日時の記載は求めない。</u></td></tr><tr><td colspan="2" data-bbox="197 853 1099 885">(略)</td></tr></table> <p>本評価基準は令和3年7月1日以後の申請について適用する。</p> <p>様式1-1・様式1-2・様式2-1・様式2-2 (略)</p> <p>様式3-1</p> <p>申請日 年 月 日</p> <p>ケースレポート (第 症例)</p>	共通事項	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。 ※ <u>電話・面会の制限については日時の記載は求めない。</u>	(略)		<p>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。</p> <p>1. 基礎的事項 (略)</p> <p>2. 症例内容 <共通事項> (略)</p> <p><入院形態など症例の属性に応じた事項> (略)</p> <p><行動制限に関する事項></p> <table border="1" data-bbox="1137 662 2040 885"><tr><td data-bbox="1137 662 1361 853">共通事項</td><td data-bbox="1361 662 2040 853">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。</td></tr><tr><td colspan="2" data-bbox="1137 853 2040 885">(略)</td></tr></table> <p>(新設)</p> <p>様式1-1・様式1-2・様式2-1・様式2-2 (略)</p> <p>様式3-1</p> <p>申請日 年 月 日</p> <p>ケースレポート (第 症例)</p>	共通事項	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。	(略)	
共通事項	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。 ※ <u>電話・面会の制限については日時の記載は求めない。</u>								
(略)									
共通事項	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。								
(略)									

別添

<p>(略)</p> <p>②最終診断名： (I C Dコード： F) ※ I C Dコードは2桁の記載必須</p> <p>(略)</p> <p>⑨同一の入院形態 (③で選択した入院形態) のままの転院の有無 (□有・□無) (※4) 有の場合の転院先 転院先の病院名： 転院後の入院形態：□措置入院 □医療保護入院</p> <p>(略)</p> <p>注：③、⑤の性別、⑧の有無と行動制限の種類、⑨の有無と入院形態、⑩については、該当するものに☑を付けること。</p> <p><ケースレポートの証明> このケースレポートは、私が常勤として勤務した上記医療機関において、上記期間中私の指導のもとに申請者が診断又は治療を行った症例であり、内容についても、私が厳正に確認したことを証明します。 指導医署名 (自筆署名)</p> <p>(※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)</p> <p>※1 (略) ※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について当</p>	<p>(略)</p> <p>②最終診断名： (I C Dコード) (略)</p> <p>(略)</p> <p>⑨転院による診療の終了 (退院) の有無 (□有・□無) 有の場合の転院先 病院名： 入院形態： () 入院・他科入院</p> <p>(略)</p> <p>注：③、⑤の性別、⑧の有無と行動制限の種類、⑨の有無、⑩については、該当するものに☑を付けること。</p> <p><ケースレポートの証明> このケースレポートは、私が常勤として勤務した上記医療機関において、上記期間中私の指導のもとに申請者が診断又は治療を行った症例であり、内容についても、私が厳正に確認したことを証明します。 所属機関名 所属機関の住所 指導医署名 (自筆署名)</p> <p>(※退院後の通院治療を行った症例で当該通院期間に係る指導医が入院期間の指導医と異なる場合、以下に当該通院期間に係る指導医が署名をすること。) このケースレポートは、私が常勤として勤務した上記医療機関において、上記期間のうち退院後の通院期間中私の指導のもとに申請者が診断又は治療を行った症例であり、内容についても、私が厳正に確認したことを証明します。 所属機関名 所属機関の住所 指導医署名 (自筆署名)</p> <p>※1 (略) ※2 緊急措置入院、応急入院、任意入院を含め、当該症例について当</p>
---	---

<p>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。</p> <p>※3 (略)</p> <p>※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。)</p> <p>※5 指導期間は⑦の期間と一致すること。 当該機関における指導医が複数いる場合は、全ての指導医について記載すること。</p> <p>【関係法規に定める手続への対応】 (略)</p> <p>入院時診断名：主病名： _____ 副病名 _____ 最終診断名：主病名： _____ 副病名 _____</p> <p>注：入院時診断名と最終診断名が違っていても可とする。</p> <p style="text-align: right;">文字数： _____ 文字 (※)</p> <p>※ 【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、1200-2000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。</p> <p>(略)</p> <p><入院時の状況> (略)</p> <p>(医療保護入院) ①~③ (略) 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</p>	<p>該医療機関で継続して行われた全ての入院形態について、入退院年月日を記載すること。</p> <p>※3 (略)</p> <p>※4 指導期間は⑦の期間と一致すること。 当該機関における指導医が複数いる場合は、全ての指導医について記載すること。</p> <p>【関係法規に定める手続への対応】 (略)</p> <p>入院時診断名：主病名： _____ 副病名 _____ 最終診断名：主病名： _____ 副病名 _____</p> <p>注：入院時診断名と最終診断名が違っていても可とする。</p> <p style="text-align: right;">文字数： _____ 文字 (※)</p> <p>※ 【現病歴】中<入院時の状況>及び<入院後経過>における文字数を記載し、1200-2000字程度とすること。なお、本文において関係条文の引用は要しない。</p> <p>(略)</p> <p><入院時の状況> (略)</p> <p>(医療保護入院) ①~③ (略) ④ 本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行い、その同意を得て、任意入院となるよう努めているか ※ 入院時に、意識障害(せん妄・急性錯乱等)が疑われる場合には、告知の延期がなされているかについても記載すること。</p>
---	---

<p><u>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。）</u></p> <p><入院後経過> (略)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 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、<u>なお、電話・面会の制限については日時の記載は求めない。</u>）（※） <p>(略)</p> <p>（【考察】必要に応じて記載） <u>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。）</u></p> <p>様式3-2・様式4 (略)</p>	<p><入院後経過> (略)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 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）（※） <p>(略)</p> <p>(新設)</p> <p>様式3-2・様式4 (略)</p>
--	---