

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条第三項に基づき医療保護入院に際して市町村長が行う入院同意について

改正 平一三障発三三五・平二六障発〇一一四第四・令一
 障発一三二五第一
〔昭和六三・六・二二 健医発七四三
 各都道府県知事宛 厚生省保健医療局
 長通知〕

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）第三十三条に規定する医療保護入院に必要な保護者の同意を市町村長が行う際の要領を別添のとおり定めたので、貴管内の市町村長に周知のうえ、その適正な運営に配慮されたい。

また、入院する者がどのような場合に市町村長の同意の対象者になるかを示す図を作成したので、参考にされたい。
 なお、別添の「市町村長同意事務処理要領」は、様式1から3までを除き、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第百四十五条の九第三項に規定する市町村が法定受託事務を処理するに当たりよるべき基準であることを申し添える。

（別添）

市町村長同意事務処理要領

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。第三十三条第三項に基づき医療保護入院に必要な同意を市町村長が行う場合の事務処理については、以下の要領によること。

- 1 入院時に市町村長の同意の対象となる者
 次のすべての要件を満たす者

- (1) 精神保健指定医（以下「指定医」という。）の診察の結果、精神障害者であつて、入院の必要があると認められること。

- (2) 措置入院の要件に該当しないこと（措置入院の要件にあてはまる場合には、措置入院とすること）。

- (3) 入院について本人の同意が得られないこと（本人の同意がある場合には任意入院となること）。

- (4) 病院側の調査の結果、当該精神障害者の家族等のいずれもいないか、又はその家族等の全員がその意思を表示することができないこと（これらの家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと）。

注1 応急入院で入院した者については、七十二時間を超えても家族等のうちいずれかの者が判明しない場合で、引き続き入院が必要な場合には、市町村長の同意が必要であること。

- (2) 家族等のうちいずれかの者がおり、その同意が得られないときで、法第二十九条に基づく措置入院を行うべき病状にある場合は、法第二十三条に基づく申請を行うこと。

2 入院の同意を行う市町村長

- (1) 本人の居住地を所管する市町村長とすること。
 居住地とは、本人の生活の本拠が置かれている場所とすること。生活の本拠が置かれている場所が明らかでない場合においては、住民票に記載されている住所とすること。

- (2) 居住地が不明な者については、その者の現在地を所管する市町村長とすること。
 現在地とは、保護を要する者が警察官等によって最初に保護された場所等をいうこと。

- (3) 市町村長が同意を行うに当たっては、あらかじめ、決裁権を市町村の職員に委任することができること。

3 病院からの連絡

- (3) 病院は、入院する患者について、居住地、家族等のうちいずれかの者の有無等を調査し、当該患者が入院につき市町村長の同意が必要な者である場合には、速やかに市町村長の同意の依頼を行うこと。
 なお、入院の同意の依頼の際には、市町村長の同意を行うために必要な事項が明らかになるように、次のような事項について連絡すること。

- ア 患者の氏名、生年月日、性別
- イ 患者の居住地又は現在地
- ウ 患者の本籍地
- エ 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- オ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- カ 患者を診察した指定医の氏名
- キ その他参考となる事項

なお、市町村長の同意の依頼は迅速に行うこと。このため、同意の依頼は電話等口頭で行えるが、口頭依頼後に速やかに同意依頼書（様式1）を市町村長に送付すること。

4 市町村において行われる手続き

- (1) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院の同意の依頼を受けた際には、市町村長の同意を行うために必要な次のような事項については聴取票（様式2）に記載して明らかにしておくこと。

- ア 患者が入院する病院の名称・所在地
- イ 患者の氏名、性別、生年月日
- ウ 患者の居住地又は現在地
- エ 患者の本籍地
- オ 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- カ 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- キ 患者を診察した指定医の氏名
- ク 聴取した日

- (2) 病院から依頼を受けた後、市町村の担当者は、患者が市町村長の入院の同意の対象者であるかどうかを確認するため、以下のような手続きをとること。

- ア 患者が居住地を申し出ている場合には、住民票等によりその確認を行うこと。

（注）確認できない場合には、居住地が不明な者として

様式2

医療保護入院同意依頼聴取票

入院する病院の名称 所在地	
患者の居住地（又は現在地）	
患者の氏名	
患者の生年月日・性別	
患者の本籍地（外国人の場合は国名）	
患者の病状（該当症状に丸をつける） (注) 昭和63年厚生省告示第125号を参照のこと	<input type="checkbox"/> ①抑うつ状態 <input type="checkbox"/> ④知能障害 <input type="checkbox"/> ②躁状態 <input type="checkbox"/> ⑤意識障害 <input type="checkbox"/> ③幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> ⑥その他（ ）
診察した指定医の氏名	
患者の家族構成及び連絡先（いない場合は「なし」、行方不明の場合は「不明」と記入すること）	配偶者 父母 子 兄弟姉妹 祖父母又は孫 その他の親族（おじ・おば、おい・めい等）
その他参考となる事項（過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する。）	

以上のように聴取した。

聴取日 年 月 日

聴取者名

様式3

同意書

年 月 日

病院管理者 殿

市町村長 印

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33条第3項の規定により貴病院に入院させることに同意する。

記

居住地（又は現在地）

氏名

生年月日

- 5 同意後の事務
- (1) 入院中の面会等
入院の同意後、市町村の担当者は、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長が同意者であること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。
なお、同意後も面会等を行うなどにより、本人の状態、動向の把握等に努めること。
- (注) 本人が遠隔地の病院に入院した場合には、市町村間で連絡を取ってその状態動向等の把握に努めること。
- (2) 2(2)のケースとして扱うこと。
イ 病院が把握していない家族等の存在を把握し、連絡がとれる場合には、その同意の意思の有無を確認すること。
ロ 同意の手続きを進めること。
- (3) 市町村長の同意が行われた場合は、速やかにその旨を病院に連絡すること。このため、口頭で病院に連絡することが可能であるが、口頭で連絡した場合においても、その後速やかに同意書(様式3)を作成して病院に交付すること。この場合、同意書の日付は口頭で連絡を行った日とする。
- (4) 休日夜間等において市町村長の入院の同意の依頼を受けた場合においても、速やかに同意が行われるようにすること。
このため、休日夜間等においても迅速に対応できる体制を整えておくとともに、休日夜間等の緊急の場合の連絡方法については近くの病院にあらかじめ連絡しておくこと。
なお、聴取票の作成及び前記2の手続きをとることができなかった場合においては、その後速やかに手続きをとること。

様式1

年 月 日

医療保護入院同意依頼書

市町村長 殿

病 院 名

所 在 地

病院管理者氏名

下記の者について、医療及び保護のために入院の必要があると認められましたが、他に家族等がいなかったため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第3項により貴職による同意をお願い致します。

記

居住地（又は現在地）

氏名

生年月日・性別

本籍地

病状

診察した指定医の氏名

家族構成及び連絡先

その他参考となる事項

(過去の入院歴等参考となる事項があれば記載する。)