

が疾対第 5790 号
令和 6 年 3 月 27 日

一般社団法人神奈川県精神科病院協会会長 様

神奈川県健康医療局保健医療部
精神保健医療担当課長
(公 印 省 略)

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に関する法律等の
施行に関する規則」の改正に係る経過措置について（参考送付）

本県の精神保健医療 行政の推進につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、法という。）の一部を改正する法律が成立し、令和 5 年 4 月 1 日に公布、一部施行され、令和 6 年 4 月 1 日には残りの部分が施行されます。このことに関して、令和 5 年 11 月 27 日付で厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長から、各種届出等様式について改正通知がありました。

これを踏まえ、県では、様式等を定めている「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の施行に関する規則」を一部改正し、令和 6 年 3 月 29 日に公布、同年 4 月 1 日に施行予定です。

しかし、各関係機関における各様式の準備に時間を要することから、令和 6 年 5 月 31 日まで、別添のとおり経過措置を講じることとしましたので参考にお知らせします。

なお、貴会会員を含む県所管域の病院へは、別途通知しておりますので御承知おきください。

【経過措置適用期間】

令和 6 年 4 月 1 日～令和 6 年 5 月 31 日

問合せ先

がん・疾病対策課

精神保健医療グループ 最首、羽田

電 話 045-210-4727

ファクシミリ 045-210-8860

「精神保健及び精神保健福祉法の施行に関する規則」に定める様式に関する
経過措置について

「精神保健及び精神保健福祉法の施行に関する規則」の公布が年度末となったことに伴い、届出書類の準備が整う当面の間、以下のとおり対応をお願いします。

なお、電子カルテを導入している医療機関については、システム改修が完了次第、新様式での届出をお願いします。

○ 医療保護入院者の入院届（第10号様式）について

黄色紙の現行様式を用いたうえ、次のとおり御対応をお願いします。

入院日が令和6年4月1日以降の日にちで提出された入院届については、様式（表）中「第33条第7項」を「第33条第9項」に、同様式（裏）の2中「第33条の7第2項入院」を「第33条の6第2項入院」と読替えることとします。

また、同様式（裏）中11を削り、10を11とし、3から9までを1ずつ繰り下げ、

「

3 今回の医療保護入院の入院期間の欄は、家族等の同意により入院した日から3月を上限とした期間を記載してください。

」

を加えたとして読替えて対応してください。

また、別紙にて

「

今回の医療保護入院の 入院期間	年 月 日	～ 年 月 日
--------------------	-------	---------

」

及び

「

選任された退院後生活環境 相談員の氏名	
------------------------	--

」

を記載し、届出に添付してください。

記載の際は、「入院期間 ○年○月○日～○年○月○日」「退院後生活環境相談員氏名 ○○ ○○」とすることで、上に記載の項目を記載したこととします。

○ 医療保護入院者の入院期間更新届（第10号様式の4）について

各医療機関において、新様式を事前に御準備いただいたうえ、御対応をお願いします。

様式については、青色紙を用いたうえ、県の施行規則に定める様式（第10号様式の4）、国様式のどちらでも使用可とします。

- 例) ・word 等で記載項目を入力のうえ、印刷し提出
 ・必要枚数を印刷のうえ、手書きで記載し提出

- 応急入院届（第 10 号様式の 6）について
 現行様式を用いたうえ、次のとおり御対応をお願いします。
 様式（表）中「第 33 条の 7 第 5 項」を「第 33 条の 6 第 5 項」に、同様式（裏）の 1 中「この欄に」を削除したと読み替えて対応してください。
- 措置入院者の定期病状報告書（第 10 号様式の 8）について
 現行様式を用いたうえ、次のとおり御対応をお願いします。
 様式（裏）の 2 中「第 33 条の 7 第 2 項入院」を「第 33 条の 6 第 2 項入院」と読み替えることとします。
 また、同様式（裏）中 3 から 6 までを削り、7 を 3 とし、8 から 12 までを 4 ずつ繰り上げた読み替えて対応してください。

同様式（表）中、

「

生活歴及び現病歴 [推定発病年月、精神科受診歴等を記載してください。]	(陳述者氏名 措置入院者との続き柄)
--	---

」

及び

「

初 回 入 院 期 間 前 回 入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日 ～ 年 月 日 (入院形態)
初 回 入 院 期 間 前 回 入 院 期 間 の 数	計 回

」

は、二重線で記載欄を削除してください。

また、別紙にて

「

選任された退院後生活 環境相談員の氏名	
------------------------	--

」

及び

「

退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との 相談状況、地域援助事業者の紹介状況等 について記載してください。)	退院後生活環境相談員との相談状況 () 地域援助事業者の紹介について本人若しくは家族等からの求め又は必要性の有無 (有・無) 上記で「有」の場合の紹介状況 ()
---	---

」

を記載し、届出に添付してください。

記載の際は、「退院後生活環境相談員氏名 ○○ ○○」

「退院に向けた取組

相談状況 ()

地域援助事業者の紹介 (有・無)

紹介状況 ()

」とすることで、上に記載の項目を記載したこと

とします。

○ 任意入院者の症状等報告書 (第 10 号様式の 10) について

現行様式を用いたうえ、次のとおり御対応をお願いします。

様式 (裏) の 3 中「第 33 条の 7 第 2 項入院」を「第 33 条の 6 第 2 項入院」に読替えて
 ご対応をお願いします。