

障 精 発 0401 第 2 号
令 和 4 年 4 月 1 日

都道府県
各 精神保健福祉主管部（局）長 殿
指定都市

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
(公 印 省 略)

「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」の一部改正について

標記について、「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」（平成8年3月21日健医精発第20号厚生省保健医療局精神保健課長通知）を別添のとおり一部改正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。

(別添)

○精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について(平成8年3月21日健医精発第20号)
(各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部(局)長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知)

(下線部分は改正部分)

新	旧
平成8年3月21日 健医精発第20号 <u>最終改正 令和4年4月1日</u> <u>障精発0401第2号</u>	平成8年3月21日 健医精発第20号 <u>最終改正 令和2年12月25日</u> <u>障精発1225第1号</u>
都道府県 各 精神保健福祉主管部(局)長 殿 指定都市	都道府県 各 精神保健福祉主管部(局)長 殿 指定都市
厚生省保健医療局精神保健課長	厚生省保健医療局精神保健課長
精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について	精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について
(略)	(略)
別添	別添
精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領	精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領
1 5年度ごとの研修及び指定医証の更新	1 5年度ごとの研修及び指定医証の更新
(1) (略)	(1) (略)

新	旧
(2) 指定医証の更新 指定医は、5年度ごとの研修を受けたときは、<u>別紙様式1</u>に、写真（縦<u>60</u>ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズとし、申請6月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）1枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を経由して、都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出</u>しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。 都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>更新後の有効期限を記載した新たな指定医証を更新者に交付する。なお、更新前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。</u> (3) 受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請 指定医は、5年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、<u>別紙様式2</u>に、写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。<u>なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。</u> (略) 厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>厚生労働大臣からの精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。なお、延長前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。</u>	(2) 指定医証の更新 指定医は、5年度ごとの研修を受けたときは、<u>別紙様式1による指定医証更新申請書</u>に、写真（縦<u>50</u>ミリメートル、横40ミリメートルとし、申請6月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）1枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を経由して、都道府県知事又は指定都市の市長に<u>申請</u>しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。 都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>更新の通知とともに指定医証を更新者に交付する。</u> (3) 受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請 指定医は、5年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、<u>別紙様式2による精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）申請書</u>に、写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。 (略) 厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。</u>

新	旧
(略) なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の<u>(延期前の)</u>受講年度を起算点とした5年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした5年後となるものではない。 (4) 失効について 研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の3月31日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第2項の規定により自動的に失効する。<u>なお、失効後の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。</u> 2 指定医証の記載事項等の変更届 (1) 勤務先の変更 指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式<u>1</u>に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出</u>すること。 (略) 都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還する<u>ものとする。</u> (2) 氏名の変更 指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>1</u>に、指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出</u>	(略) なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の受講年度を起算点とした5年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした5年後となるものではない。 (4) 失効について 研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の3月31日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第2項の規定により自動的に失効する。 2 指定医証の記載事項等の変更届 (1) 勤務先の変更 指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式<u>3-1</u>により、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 (略) 都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還する<u>とともに、別紙様式4による報告書を添えて、当該変更届を保管すること。</u> (2) 氏名の変更 指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>3-1</u>により、指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市

新	旧
すること。 (略) (3) 住所地の変更 指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>1</u>を、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出すること</u>。 3 指定医証の再交付 指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式<u>3</u>に、紛失したときは写真1枚、き損したときは指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出すること</u>。<u>なお、指定医証の再交付を受けた後、紛失した指定医証を発見したときは、速やかに住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して、指定医証を厚生労働大臣に返納すること。</u> 4 指定医の辞退届 指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式<u>4</u>に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出すること</u>。 5 指定医の死亡届 指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式<u>5</u>に、指	長に<u>届け出る</u>こと。 (略) (3) 住所地の変更 指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>3－2</u>により、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 3 指定医証の再交付 指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式<u>5</u>により、紛失したときは<u>始末書（様式任意）</u>及び写真1枚、き損したときは指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 4 指定医の辞退届 指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式<u>6</u>により、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 5 指定医の死亡届 指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式<u>7</u>によ

新	旧
定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出する</u>こと。 6 指定の取消し又は職務の停止 (1) (略) (2) 指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式<u>6</u>を添えて、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。 (削る)	<u>り</u>、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届ける</u>こと。 6 指定の取消し又は職務の停止 (1) (略) (2) 指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式<u>8</u>により、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。 別紙様式 1 ～ 8

新

旧

別紙様式1(更新、記載事項変更、住所地変更)

申請日 (西暦)

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒 ー		
氏名	生年月日 (西暦)		
電話番号	メールアドレス		
指定医証の番号	第	号	
指定医証の交付年月日	指定医証の有効期限		
現在の勤務先	(名称)		
	(住所)	〒 ー	

↓該当する申請・届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(複数選択可)

1	☐	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定による5年ごとの研修を修了したので、更新後の指定医証の交付を申請します。	
	(必要事項)	研修修了年月日 (西暦)	※研修受講日を記載
2	☐	指定医証の記載事項に変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第1項の規定に基づき申請します。	
(必要事項)	旧氏名		
		(名称)	
	旧勤務先	(住所)	〒 ー
3	☐	住所地に変更がありましたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。	
(必要事項)	旧住所	〒 ー	

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※3の住所地の変更の届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

(新設)

新

旧

別紙様式2(受講の延期及び指定医証の有効期限延長)

申請日 (西暦)

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒		－		
氏名				生年月日 (西暦)	
電話番号				メールアドレス	
指定医証の番号	第		号		
指定医証の交付年月日				指定医証の有効期限	
現在の勤務先	(名称)				
	(住所)	〒		－	

↓必要事項を記入してください。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の5の規定に基づき、研修を受講すべき年度の延期及び指定医証の有効期限の延長を申請します。

(必要事項)	研修を受講できない理由 (具体的に)				
	受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類(別添)	☐	被災証明書	☐	診断書
		☐	留学証明書		
		☐	その他		
	受講できるようになる年度	令和		年度	

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

(新設)

新				旧			
別紙様式3(再交付)							
				申請日 (西暦)			
厚生労働大臣 殿							
※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。							
現住所		〒					
氏名				生年月日		(西暦)	
電話番号				メールアドレス			
指定医証の番号		第		号			
指定医証の交付年月日				指定医証の有効期限			
現在の勤務先		(名称)					
		(住所)		〒		-	
↓ 必要事項を記入してください。							
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の3第2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。							
(必要事項)		紛失・き損理由 (具体的に)					
※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。							
※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。							

(新設)

新	旧																																									
別紙様式4(辞退) 申請日 (西暦) 厚生労働大臣 殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 <table><tr><td rowspan="2">現住所</td><td colspan="3"> 〒 — </td></tr><tr><td colspan="3"></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td> (西暦) </td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td><td>メールアドレス</td><td></td></tr><tr><td>指定医証の番号</td><td>第</td><td></td><td>号</td></tr><tr><td>指定医証の交付年月日</td><td colspan="2"></td><td>指定医証の有効期限</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">現在の勤務先</td><td>(名称)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>(住所)</td><td> 〒 — </td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table> ↓ 必要事項を記入してください。 精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。 <table><tr><td rowspan="2">(必要事項)</td><td>辞退理由</td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table> ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。	現住所	〒 —						氏名		生年月日	(西暦)	電話番号		メールアドレス		指定医証の番号	第		号	指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限		現在の勤務先	(名称)				(住所)	〒 —						(必要事項)	辞退理由				(新設)
現住所		〒 —																																								
氏名		生年月日	(西暦)																																							
電話番号		メールアドレス																																								
指定医証の番号	第		号																																							
指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限																																							
現在の勤務先	(名称)																																									
	(住所)	〒 —																																								
(必要事項)	辞退理由																																									

新	旧																																																
別紙様式5(死亡) 申請日 (西暦) 厚生労働大臣 殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 <table><tr><td rowspan="2">現住所</td><td>〒</td><td></td><td>—</td><td></td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="5">申請者と死亡した指定医との関係(続柄等)</td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>メールアドレス</td><td></td></tr></table> ↓必要事項を記入してください。 精神保健指定医に指定されていた下記の者が、死亡したので届け出ます。 <table><tr><td rowspan="5">(必要事項)</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr><tr><td>死亡年月日</td><td>(西暦)</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>指定医証の番号</td><td>第</td><td></td><td>号</td></tr><tr><td>指定医証の交付年月日</td><td colspan="2"></td><td>指定医証の有効期限</td><td></td></tr><tr><td>指定医証を添付できない理由</td><td colspan="4"></td></tr></table> ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。 ※死亡した指定医の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。	現住所	〒		—						氏名					申請者と死亡した指定医との関係(続柄等)					電話番号			メールアドレス		(必要事項)	氏名					死亡年月日	(西暦)			指定医証の番号	第		号	指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限		指定医証を添付できない理由					(新設)
現住所		〒		—																																													
氏名																																																	
申請者と死亡した指定医との関係(続柄等)																																																	
電話番号			メールアドレス																																														
(必要事項)	氏名																																																
	死亡年月日	(西暦)																																															
	指定医証の番号	第		号																																													
	指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限																																													
	指定医証を添付できない理由																																																

新	旧																																																						
別紙様式6(取消・停止) 申請日 (西暦)	(新設)																																																						
厚生労働大臣 殿 ※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。 <table><tr><td rowspan="2">現住所</td><td>〒</td><td></td><td>―</td><td></td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>(西暦)</td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>メールアドレス</td><td></td></tr><tr><td>指定医証の番号</td><td>第</td><td></td><td>号</td><td></td></tr><tr><td>指定医証の交付年月日</td><td colspan="2"></td><td>指定医証の有効期限</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">現在の勤務先</td><td>(名称)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>(住所)</td><td>〒</td><td></td><td>―</td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr></table> ↓ 該当する届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(いずれかを選択) 1 ☐ 精神保健指定医の指定を取り消されたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 <table><tr><td>(必要事項)</td><td>指定取消年月日</td><td>(西暦)</td><td></td><td></td></tr></table> 2 ☐ 精神保健指定医の職務の停止を命ぜられたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 <table><tr><td rowspan="2">(必要事項)</td><td rowspan="2">職務停止期間</td><td>(西暦)</td><td></td><td>から</td></tr><tr><td>(西暦)</td><td></td><td>まで</td></tr></table> ※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。	現住所	〒		―						氏名			生年月日	(西暦)	電話番号			メールアドレス		指定医証の番号	第		号		指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限		現在の勤務先	(名称)				(住所)	〒		―					(必要事項)	指定取消年月日	(西暦)			(必要事項)	職務停止期間	(西暦)		から	(西暦)		まで
現住所		〒		―																																																			
氏名			生年月日	(西暦)																																																			
電話番号			メールアドレス																																																				
指定医証の番号	第		号																																																				
指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限																																																				
現在の勤務先	(名称)																																																						
	(住所)	〒		―																																																			
(必要事項)	指定取消年月日	(西暦)																																																					
(必要事項)	職務停止期間	(西暦)		から																																																			
		(西暦)		まで																																																			