

障発0623第3号
令和4年6月23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4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】

改 正 後		改 正 前	
	障 発 1206 第 3 号 平成30年12月 6 日 一部改正 障 発 0528 第 5 号 令和元年 5 月28日 一部改正 障 発 1225 第 1 号 令和 2 年12月25日 一部改正 障 発 0630 第 1 号 令和 3 年 6 月30日 一部改正 障 発 1213 第 1 号 令和 3 年12月13日 <u>一部改正 障 発 0623 第 3 号</u> <u>令和 4 年 6 月23日</u>		障 発 1206 第 3 号 平成30年12月 6 日 一部改正 障 発 0528 第 5 号 令和元年 5 月28日 一部改正 障 発 1225 第 1 号 令和 2 年12月25日 一部改正 障 発 0630 第 1 号 令和 3 年 6 月30日 一部改正 障 発 1213 第 1 号 令和 3 年12月13日
各都道府県知事・指定都市の長 殿		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)		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 (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 (略)	
別紙 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領		別紙 精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領	
1 (略)		1 (略)	
2 指定医の指定申請時に提出するケースレポートについて (1) (略)		2 指定医の指定申請時に提出するケースレポートについて (1) (略)	

(2) ア～ウ (略) エ ケースレポートの対象となる症例は、措置入院者に係るもの又は医療 保護入院者に係るものに限る。また、措置入院者に係る症例及び医療保護入院者に係る症例を必ず各 1 例以上含まなければならない。 オ 医療保護入院者に係る症例については、入院時から担当し、かつ入院時の指定医診察に立ち会った症例を必ず 1 例以上含まなければならない。 カ～ケ (略) コ 提出するケースレポートのうち 1 例以上は、申請前 1 年以内に診療を開始した症例とする。 注 1～2 (略) サ 提出するケースレポートのうち 2 例以上は、申請日の 1 年前の日より前に診療を開始した症例とする。 シ～ソ (略) 3 指導医について (1)・(2) (略) (3) その他 ア 診療期間の途中で指導医が交代した場合、当該ケースレポートに係る全ての指導医の氏名と指導期間をケースレポートの別添様式 3－1 中⑩に記載すること。 イ (略) 4～8 (略) 別紙 1・2 (略)	(2) ア～ウ (略) エ ケースレポートの対象となる症例は、措置入院者に係るもの又は医療 保護入院者に係るものに限る。また、措置入院者に係る症例及び医療保護入院者に係る症例を必ず各 1 例以上含まなければならない。<u>ただし、措置入院者に係る症例を必須とするのは令和 4 年 7 月 1 日申請分以降とし、同年 6 月 30 日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。</u> オ 医療保護入院者に係る症例については、入院時から担当し、かつ入院時の指定医診察に立ち会った症例を必ず 1 例以上含まなければならない。<u>ただし、当該症例を必須とするのは令和 4 年 7 月 1 日申請分以降とし、同年 6 月 30 日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。</u> カ～ケ (略) コ 提出するケースレポートのうち 1 例以上は、申請前 1 年以内に診療を開始した症例とする。<u>ただし、当該症例を必須とするのは令和 4 年 7 月 1 日申請分以降とし、同年 6 月 30 日以前の申請については当該症例を含むことが望ましいものとする。</u> 注 1～2 (略) サ 提出するケースレポートのうち 2 例以上は、申請日の 1 年前の日より前に診療を開始した症例とする。<u>ただし、当該症例を必須とするのは令和 4 年 7 月 1 日申請分以降とし、同年 6 月 30 日以前の申請については当該症例を 2 例以上含むことが望ましいものとする。</u> シ～ソ (略) 3 指導医について (1)・(2) (略) (3) その他 ア 診療期間の途中で指導医が交代した場合、当該ケースレポートに係る全ての指導医の氏名と指導期間をケースレポートの別添様式 3－1 中⑩に記載すること。 イ (略) 4～8 (略) 別紙 1・2 (略)
---	---

別添

様式 1 - 1 精神保健指定医指定申請書 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。 申請日 (西暦) 年 月 日 <table><tr><td colspan="3">氏名</td></tr><tr><td colspan="3">現住所 (〒 -)</td></tr><tr><td colspan="3">電話 (メールアドレス :)</td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr><tr><td>現在の勤務先</td><td>所在地名称</td><td>(〒 -)</td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr></table> 様式 1 - 2 精神保健指定医指定申請書 (失効後一年未満) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。 申請日 (西暦) 年 月 日 <table><tr><td colspan="3">氏名</td></tr><tr><td colspan="3">現住所 (〒 -)</td></tr><tr><td colspan="3">電話 (メールアドレス :)</td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr><tr><td>現在の勤務先</td><td>所在地名称</td><td>(〒 -)</td></tr><tr><td>失効した指定医証に記載の勤務先</td><td>所在地名称</td><td>(〒 -)</td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr></table>	氏名			現住所 (〒 -)			電話 (メールアドレス :)			(略)			現在の勤務先	所在地名称	(〒 -)	(略)			氏名			現住所 (〒 -)			電話 (メールアドレス :)			(略)			現在の勤務先	所在地名称	(〒 -)	失効した指定医証に記載の勤務先	所在地名称	(〒 -)	(略)			様式 1 - 1 精神保健指定医指定申請書 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。 申請日 (西暦) 年 月 日 <table><tr><td colspan="3">氏名</td></tr><tr><td colspan="3">現住所 (〒 -)</td></tr><tr><td colspan="3">(メールアドレス (任意) :)</td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr><tr><td>現在の勤務先</td><td>所在地名称</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr></table> 様式 1 - 2 精神保健指定医指定申請書 (失効後一年未満) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。 申請日 (西暦) 年 月 日 <table><tr><td colspan="3">氏名</td></tr><tr><td colspan="3">現住所 (〒 -)</td></tr><tr><td colspan="3">(メールアドレス (任意) :)</td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr><tr><td>現在の勤務先</td><td>所在地名称</td><td></td></tr><tr><td>失効した指定医証に記載の勤務先</td><td>所在地名称</td><td>(〒 -)</td></tr><tr><td colspan="3">(略)</td></tr></table>	氏名			現住所 (〒 -)			(メールアドレス (任意) :)			(略)			現在の勤務先	所在地名称		(略)			氏名			現住所 (〒 -)			(メールアドレス (任意) :)			(略)			現在の勤務先	所在地名称		失効した指定医証に記載の勤務先	所在地名称	(〒 -)	(略)		
氏名																																																																															
現住所 (〒 -)																																																																															
電話 (メールアドレス :)																																																																															
(略)																																																																															
現在の勤務先	所在地名称	(〒 -)																																																																													
(略)																																																																															
氏名																																																																															
現住所 (〒 -)																																																																															
電話 (メールアドレス :)																																																																															
(略)																																																																															
現在の勤務先	所在地名称	(〒 -)																																																																													
失効した指定医証に記載の勤務先	所在地名称	(〒 -)																																																																													
(略)																																																																															
氏名																																																																															
現住所 (〒 -)																																																																															
(メールアドレス (任意) :)																																																																															
(略)																																																																															
現在の勤務先	所在地名称																																																																														
(略)																																																																															
氏名																																																																															
現住所 (〒 -)																																																																															
(メールアドレス (任意) :)																																																																															
(略)																																																																															
現在の勤務先	所在地名称																																																																														
失効した指定医証に記載の勤務先	所在地名称	(〒 -)																																																																													
(略)																																																																															

別添

様式2-1

実務経験証明書

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
従事した標榜科名	
診療従事期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日
診療従事様態	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間

(略)

様式2-2

実務経験証明書
(平成16年4月1日以降臨床研修期間用)

次の者は臨床研修において診断又は治療に従事したことを証明します。

氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
診療従事期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日
うち精神科従事期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日
診療従事様態	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間

- (注) 1. (略)
2. 基幹型臨床研修病院等の証明可能な病院の管理者が、臨床研修期間の全ての期間について証明して構わない。
3. ～5. (略)

様式2-1

実務経験証明書

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
従事した標榜科名	
診療従事期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日
診療従事様態	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間

(略)

様式2-2

実務経験証明書
(平成16年4月1日以降臨床研修期間用)

次の者は臨床研修において診断又は治療に従事したことを証明します。

氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
診療従事期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日
うち精神科従事期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日
診療従事様態	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間

- (注) 1. (略)
2. 管理型臨床研修病院等の証明可能な病院の管理者が、臨床研修期間の全ての期間について証明して構わない。
3. ～5. (略)

別添

様式 3-1	申請日（西暦）	年	月	日
【表紙】				
ケースレポート（第 症例）				
① 申請者氏名：（自筆署名）				
②～⑥ （略）				
⑦主治医又は担当医になった期間（※3） （西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日 ※退院後の通院治療を行った症例について提出する場合には、行を追加し1行目に入院期間を、2行目に通院期間を記載し、2行目の後ろに「（通院）」と記載すること。				
⑧・⑨ （略）				
（削る）				
⑩指導を行った精神保健指定医（※5）				
（略）				
指導期間（※6）：（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日				
注：③、⑤の性別、⑧の有無と行動制限の種類、⑨の有無と入院形態については、該当するものに☑を付けること。				
<ケースレポートの証明>				
（略）				
※1・2 （略）				
※3 ⑦の「主治医又は担当医になった期間」に記載する期間は、入院と通院のいずれの期間も当該医療機関において常時勤務である必要があり、実務経験証明書（様式2-1）により証明される必要がある。				
※4 （略）				
※5 ⑩の指導期間は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。（適宜、行の追加を行うこと。）				
※6 ⑩の「指導期間」に記載する期間は、⑦に記載した入院と通院のいずれの期間も当該医療機関において常時勤務である必要があり、				

様式 3-1	申請日（西暦）	年	月	日
【表紙】				
ケースレポート（第 症例）				
① 申請者氏名：（自筆署名）				
②～⑥ （略）				
⑦主治医又は担当医になった期間（※3） （西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日				
⑧・⑨ （略）				
⑩退院後の外来支援の有無（□有・□無）				
⑪指導を行った精神保健指定医（※5）				
（略）				
指導期間：（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日				
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。				
<ケースレポートの証明>				
（略）				
※1・2 （略）				
※3 退院後の通院治療を行った症例について提出する場合には、当該通院期間については入院期間と分けて記載し、後ろに「（通院）」と記載すること。（適宜、行の追加を行うこと。）				
※4 （略）				
※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。（適宜、行の追加を行うこと。） （新設）				

常時勤務証明書（様式4）により証明される必要がある。

【関係法規に定める手続への対応】
(略)

【本文】
(略)

<入院後経過>

注：以下の内容を中心に記載すること

(略)

(共通事項) (略)

(電話・面会の制限) (略)

(隔離) (略)

(身体的拘束) (略)

(任意入院者の開放処遇の制限) (略)

- ・ 任意入院に移行した症例について退院制限が行われた場合には、その理由、期間及びその後に採った措置（法の退院制限の要件（※）を踏まえて記載すること）
 ※ 指定医（特定医師）による診察の結果、医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたときに72時間（特定医師の場合は12時間）に限り実施可能
- ・ 18歳未満の症例として提出する場合は、「ケースレポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容<入院形態など症例の属性に応じた事項>⑪及び⑫にあるとおり、患者の年齢、発達段階及び児童思春期の心理的特性に配慮した事項や、患者の発育発達歴、養育環境、就労・就学状況等を把握し、保健福祉等の支援の必要性を検討し、必要に応じて関係機関との連携を図った事項について具体的に記載すること。
 (例) 患者の年齢や学年に着目し、特に配慮して行った治療内容
 (例) 担任教諭やスクールカウンセラー等の学校関係者や障害福祉サービス事業者と調整を行った支援内容 等
- ・ 退院後に外来治療を行った症例として提出する場合は、「ケース

【関係法規に定める手続への対応】
(略)

【本文】
(略)

<入院後経過>

注：以下の内容を中心に記載すること

(略)

(共通事項) (略)

(電話・面会の制限) (略)

(隔離) (略)

(身体的拘束) (略)

(任意入院者の開放処遇の制限) (略)

- ・ 任意入院に移行した症例について退院制限が行われた場合には、その理由、期間及びその後に採った措置（法の退院制限の要件（※）を踏まえて記載すること）
 ※ 指定医（特定医師）による診察の結果、医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたときに72時間（特定医師の場合は12時間）に限り実施可能
- ・ 18歳未満の症例として提出する場合は、「ケースレポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容<共通事項>⑪及び⑫にあるとおり、患者の年齢、発達段階及び児童思春期の心理的特性に配慮した事項や、患者の発育発達歴、養育環境、就労・就学状況等を把握し、保健福祉等の支援の必要性を検討し、必要に応じて関係機関との連携を図った事項について具体的に記載すること。
 (例) 患者の年齢や学年に着目し、特に配慮して行った治療内容
 (例) 担任教諭やスクールカウンセラー等の学校関係者や障害福祉サービス事業者と調整を行った支援内容 等
- ・ 退院後に外来治療を行った症例として提出する場合は、「ケース

別添

レポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容＜<u>入院形態など 症例の属性に応じた事項</u>＞⑮にあるとおり、退院前に退院後の保健 福祉等の支援や関係機関との連携に関する検討・評価を伴う対応と して行った事項について具体的に記載すること。 （例）保健所職員、相談支援専門員、ケアマネジャーなどの病院 外の支援関係者を交えて実施したケア会議の内容 （例）退院後に速やかに利用を開始できるよう、予め導入の調整 を行った障害福祉サービスの内容 等 （略） 様式3－2 （略） 様式4 常時勤務証明書 次の者は指導医として申請者を指導した期間において当施設に常時勤 務する指定医であったことを証明します。 <table><tr><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>生年月日</td><td>（西暦） 年 月 日</td></tr><tr><td>診療従事期間</td><td>（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日</td></tr><tr><td>診療従事<u>態様</u></td><td>1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間</td></tr></table> （略） 以上	氏名		生年月日	（西暦） 年 月 日	診療従事期間	（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日	診療従事 <u>態様</u>	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間	レポート及び口頭試問の評価基準」の2. 症例内容＜<u>共通事項</u>＞⑮ にあるとおり、退院前に退院後の保健福祉等の支援や関係機関との 連携に関する検討・評価を伴う対応（<u>表紙⑩の退院後の外来支援</u>） として行った事項について具体的に記載すること。 （例）保健所職員、相談支援専門員、ケアマネジャーなどの病院 外の支援関係者を交えて実施したケア会議の内容 （例）退院後に速やかに利用を開始できるよう、予め導入の調整 を行った障害福祉サービスの内容 等 （略） 様式3－2 （略） 様式4 常時勤務証明書 次の者は指導医として申請者を指導した期間において当施設に常時勤 務する指定医であったことを証明します。 <table><tr><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td>生年月日</td><td>（西暦） 年 月 日</td></tr><tr><td>診療従事期間</td><td>（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日</td></tr><tr><td>診療従事<u>様態</u></td><td>1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間</td></tr></table> （略） 以上	氏名		生年月日	（西暦） 年 月 日	診療従事期間	（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日	診療従事 <u>様態</u>	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間
氏名																	
生年月日	（西暦） 年 月 日																
診療従事期間	（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日																
診療従事 <u>態様</u>	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間																
氏名																	
生年月日	（西暦） 年 月 日																
診療従事期間	（西暦） 年 月 日～（西暦） 年 月 日																
診療従事 <u>様態</u>	1週間当たり従事日数 日 1日当たり従事時間 時間																