

障 発 第 7 4 3 号
昭和 6 3 年 6 月 2 2 日
一部改正 障 発 第 3 3 5 号
平成 1 3 年 8 月 6 日
一部改正 障 発 0 4 2 6 第 6 号
平成 2 6 年 1 月 2 4 日
一部改正 障 発 0 3 0 2 第 5 号
令 和 5 年 3 月 2 日
一部改正 障 発 1 1 2 7 第 4 号
令 和 5 年 1 1 月 2 7 日

各都道府県知事 殿

厚生省保健医療局長

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項及び第
6項の規定に基づく医療保護入院及びその入院の期間の更新の
際に市町村長が行う同意について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 33 条に規定する医療保護入院に必要な家族等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。

なお、別添の「市町村長同意事務処理要領」は、様式 1 から 6 ままでを除き、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 9 第 3 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 25 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 33 条第 2 項及び第 6 項の規定に基づく医療保護入院及びその入院期間の更新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。

一 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

- (一) 精神保健指定医（以下「指定医」という。）の診察の結果、精神障害者であって、入院の必要があると認められること。
 - (二) 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ときには、措置入院とすること。）。
 - (三) 入院又は入院期間の更新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。）。
 - (四) 病院側の調査の結果、以下のいずれかに該当すること。
 - ア 当該精神障害者の家族等がいずれもない。
 - イ 家族等の全員がその意思を表示することができない。
 - ウ 家族等の全員が同意又は不同意の意思表示を行わない。
- (注) 当該精神障害者について、家族等から虐待・ドメスティックバイオレンス（以下「DV」という。）等が行われている又は疑われる場合、当該家族等については、ア～ウに記載する「家族等」に該当しない者として取り扱うこと。

注

- (1) 応急入院で入院した者については、72 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 29 条の規定に基づく措置入院を行うべき病状にある場合は、法第 22 条の規定に基づく申請を行うこと。

二 入院又は入院期間の更新の同意を行う市町村長

(一) 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。

(二) 入院の際に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。

(三) 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。

三 病院からの連絡

病院は、入院又は入院期間の更新を行う患者について、居住地、家族等のうちいずれかの者の有無等を調査し、当該患者が入院又は入院期間の更新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、入院又は入院期間の更新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（入院又は入院期間の更新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 患者に対する家族等からの虐待・DV等に関連して必要な情報

(ア) 患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名。

(イ) 患者に対する家族等からの虐待・DV等が疑われ、病院から行政に対し通報等を行っている場合、その内容と通報窓口の連絡先

(ウ) 患者に対して虐待・DV等の一時保護措置等の対応が取られている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先

(エ) 患者からDV等支援措置を受けている旨の申し出があった場合、その内容

キ 患者を診察した指定医の氏名

ク その他参考となる事項

入院時における市町村長の同意の依頼は、迅速に行う観点から、電話等口頭で行うことができるが、口頭依頼後に速やかに医療保護入院同意依頼書（様式1）を市町村長にあて送付すること。

また、入院期間の更新に関する同意を依頼する場合にあっては、医療保護入院期間の更新に関する同意依頼書（様式4）を市町村長にあて送付すること。

なお、家族等を一（四）ウに該当する者と扱う場合には、単に電話に出ないなど連絡が取れないだけでは不十分であり、同意又は不同意の意思表示を行わない旨を明示していることが必要なことに留意すること。

注

（1） 項目カ（イ）の「通報等」とは、以下の内容を指す（以下「通報等」という。）。

- ・ 児童虐待の防止等に関する法律（平成12年法律第82号。以下「児童虐待防止法」という。）第6条第1項の規定による通告
- ・ 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（平成13年法律第31号。以下「配偶者暴力防止法」という。）第6条第1項の規定による通報
- ・ 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）第7条第1項の規定による通報
- ・ 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号。以下「障害者虐待防止法」という。）第7条第1項の規定による通報

（2） 項目カ（ウ）の「一時保護措置等」とは、以下の措置を指す（以下「一時保護措置等」という。）。

- ・ 児童虐待防止法第8条第2項第1号の措置
- ・ 配偶者暴力防止法第3条第3項第3号の措置
- ・ 高齢者虐待防止法第9条第2項の措置
- ・ 障害者虐待防止法第9条第2項の措置
- ・ その他、上記措置に準ずる措置

- (3) 項目カ(エ)の「DV等支援措置」とは、住民基本台帳事務処理要領(昭和42年10月4日法務省民事甲第2671号、自治振第150号等法務省民事局長、自治省行政局長等から各都道府県知事あて通知)第5-10の措置を指す(以下「DV等支援措置」という。)

四 市町村において行われる手続き

- (一) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院又は入院期間の更新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事項については聴取票(入院時は様式2、入院期間の更新時は様式5)に記載して明らかにしておくこと。

- ア 患者が入院又は入院期間の更新を行う病院の名称・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(入院又は入院期間の更新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 患者に対する家族等からの虐待・DV等に関連して必要な情報
 - (ア) 患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名
 - (イ) 患者に対する家族等からの虐待・DV等が疑われ、病院から行政に対し通報等を行っている場合、その内容と通報窓口の連絡先
 - (ウ) 患者に対して虐待・DV等の一時保護措置等の対応が取られている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先
 - (エ) 患者からDV等支援措置を受けている旨の申し出があった場合、その内容
- ク 患者を診察した指定医の氏名
- ケ 聴取した日

- (二) 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又は入院期間の更新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1) 確認できない場合には、居住地が不明な者として二
(二) 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。ただし、その際、対象の患者がDV等支援措置の対象となっているか否かを確認する。当該患者がDV等支援措置の対象となっており、かつ、当該家族等がDV等支援措置による住民票の閲覧の制限等を受けている場合は、当該家族等については一(四)のケースとして取り扱い、連絡は取らないこと。

ウ 患者に対する家族等からの虐待・DV等が疑われ、病院が行政に対し虐待・DV等に係る通報等を行っている場合は、通報先の窓口
に連絡を取り、通報等が適切に受理されていることを確認すること。(ただし、その時点で虐待の事実がないことが判明している場合は、通報の対象とされている家族等について、法第5条第2項に規定する「家族等」と取り扱って差し支えない。)

エ 患者に対して、家族等からの虐待・DV等により一時保護措置等
が取られている旨、病院から連絡があった場合は、一時保護先の施設担当者等に連絡を取り、一時保護措置等が現に実施されているか確認すること。

オ 患者からDV等支援措置を受けている旨の申し出があったと病院から連絡があった場合は、その内容について事実と相違ないか確認すること。

(注2) ウからオまでに掲げる事実について確認できた場合、患者に対して虐待・DV等を行った又はそれが疑われる家族等については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和25年厚生省令第31号。以下「施行規則」という。)第1条各号に該当するものとして取り扱うこと。

(三) (二)の手続きをとり、患者が市町村長の入院又は入院期間の更新の同意の対象者であることを確認のうえ、市町村の担当者は速やかに同意の手続きを進めること。

(四) 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こと。

また、入院期間の更新の手続きの際は、医療保護入院期間の更新に関する同意書（様式6）を作成して病院に交付すること。

(五) 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関係する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（二）の手続きをとることができなかつた場合においては、その後速やかに手続きをとること。

五 同意後の事務

(一) 入院中の面会等

市町村の担当者は、入院の同意後、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の連絡先、連絡方法を本人に伝えること。

なお、市町村長同意直後の面会後も、市町村長同意による入院が継続している間は、継続して面会等を行い、本人の状態、動向の把握等に努めること。

また、退院後生活環境相談員と連携の上、施行規則第15条の11の規定による医療保護入院者退院支援委員会に積極的に参加するほか、法第47条の規定に基づき、必要な情報の提供、助言その他の援助を行い、本人の意思を尊重した上で、退院に向けた相談支援につなげること。

上記の業務を担当する者は、患者の退院に向けた調整をすることが期待されていることから、精神保健福祉に関する研修や精神保健福祉相談員講習会等を受講した者が望ましい。

さらに、都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）が法第35条の2の規定による入院者訪問支援事業を実施している場合には、面会時にリーフレット等を用いて当該事業について紹介すること。なお、本人が当該事業を利用する旨について都道府県への連絡を希望した際には、訪問が速やかに実施されるよう、都道府県に確実にその旨を伝達すること。

(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や動向等の把握に努めること。

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、他に家族等がないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第 2 項により貴職による同意をお願い致します。

記

1. 居住地（又は現在地）
2. 氏名
3. 生年月日・性別
4. 本籍地
5. 病状
6. 診察した指定医の氏名
7. 家族構成及び連絡先
8. 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。)

(以下、患者に対する家族等からの虐待等が疑われる等の場合に記載)

9. 患者に対する虐待・DV 等に係る家族等の氏名
10. 患者への虐待・DV 等が疑われる場合、通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）
11. 患者が一時保護等の措置を受けている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先
12. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無

様式 2

医療保護入院同意依頼聴取票

1. 入院する病院の名称・所在地	
2. 患者の居住地（又は現在地）	
3. 患者の氏名	
4. 患者の生年月日・性別	
5. 患者の本籍地 (外国人の場合は国名)	
6. 患者の症状	①幻覚妄想状態 ②精神運動興奮状態 ③昏迷状態 ④統合失調症等残遺状態 ⑤抑うつ状態 ⑥躁状態 ⑦せん妄状態 ⑧もうろう状態 ⑨認知症状態 ⑩その他（ ）
7. 診察した指定医の氏名	
8. 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」、意思を表示することができない場合は「意思表示不可」、同意・不同意の意思表示がない場合は「意思表示なし」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)
9. 8で記載した家族等のうち、患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名	
(患者への虐待が疑われる場合) 10. 虐待に係る通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）	通報の内容 通報窓口の連絡先（氏名・電話番号）
(患者が一時保護措置等の措置を受けている場合) 11. 一時保護措置等の内容と保護先の施設担当者等の連絡先	一時保護等の内容 保護先の施設担当者等の連絡先（氏名・電話番号）
12. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無	有 無
13. 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

記載上の留意事項

1. 項目 10 から 12 については、項目 9 に記載のない場合は記載不要。

様式 3

医療保護入院に関する市町村長同意書

年 月 日

病院管理者 殿

市町村長

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 2 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

様式 4

年 月 日

医療保護入院期間の更新に関する同意依頼書

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、他に家族等がないため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第 6 項により貴職による入院期間の更新に関する同意をお願い致します。

記

1. 居住地（又は現在地）
2. 氏名
3. 生年月日・性別
4. 本籍地
5. 病状
6. 診察した指定医の氏名
7. 家族構成及び連絡先
8. 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。)

(以下、患者に対する家族等からの虐待等が疑われる等の場合に記載)

9. 患者に対する虐待・DV 等に係る家族等の氏名
10. 患者への虐待・DV 等が疑われる場合、通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）
11. 患者が一時保護等の措置を受けている場合、その内容と保護先の施設担当者等の連絡先
12. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無

様式 5

医療保護入院期間の更新に関する同意依頼聴取票

1. 入院する病院の名称・所在地	
2. 患者の居住地（又は現在地）	
3. 患者の氏名	
4. 患者の生年月日・性別	
5. 患者の本籍地 (外国人の場合は国名)	
6. 患者の症状	①幻覚妄想状態 ②精神運動興奮状態 ③昏迷状態 ④統合失調症等残遺状態 ⑤抑うつ状態 ⑥躁状態 ⑦せん妄状態 ⑧もうろう状態 ⑨認知症状態 ⑩その他（ ）
7. 診察した指定医の氏名	
8. 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」、意思を表示することができない場合は「意思表示不可」、同意・不同意の意思表示がない場合は「意思表示なし」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)
9. 8で記載した家族等のうち、患者に対する虐待・DV等に係る家族等の氏名	
(患者への虐待が疑われる場合) 10. 虐待に係る通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）	通報の内容 通報窓口の連絡先（氏名・電話番号）
(患者が一時保護措置等の措置を受けている場合) 11. 一時保護措置等の内容と保護先の施設担当者等の連絡先	一時保護等の内容 保護先の施設担当者等の連絡先（氏名・電話番号）
12. 患者からの DV 等支援措置の適用に係る申し出の有無	有 無
13. 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

記載上の留意事項

1. 項目 10 から 12 については、項目 9 に記載のない場合は記載不要。

様式 6

医療保護入院期間の更新に関する市町村長同意書

年 月 日

病院管理者 殿

市町村長

下記の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第 6 項の規定により入院期間の更新することに同意する。

記

居 住 地（又は現在地）

氏 名

生年月日