医療保護入院及びその入院期間の更新に係る大槌町長同意に関する事務処理要領

令和7年4月1日決裁

(目的)

第1条 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係る大槌町長（以下「町長」という。）の同意に関する事務処理については、この要領に従い行うこととする。

(用語の定義)

第2条 この要領において、各用語の定義は、以下のとおりとする。

- (1)町長同意 法第33条第2項及び同第6項に規定する市町村長の同意
- (2)居住地 保護を要する者（以下「対象者」という。）の生活の本拠が置かれている場所とし、それが明らかでない場合は、住民票に記載している現住所
- (3)現在地 対象者が警察官等によって最初に保護された場所等
- (4)家族等 法第5条第2項に規定する者
- (5)病院 法第19条の7及び法第19条の8に規定する病院

(保護を要する者の要件)

第3条 本要領における対象者は、以下のいずれかに該当する者とする。

- (1)居住地が大槌町であること。
- (2)入院の際に居住地が不明である場合は、その者の現在地が大槌町であること。

(町長同意の要件)

第4条 町長同意は、対象者が、次の全てに該当するときに行うことができるものとする。

- (1)精神保健指定医の診察の結果、精神障害者であって、入院の必要があると認められるとき。
- (2)法第29条に規定する措置入院の要件に該当しないとき。
- (3)入院又は入院期間の更新について対象者本人の同意が得られないとき。
- (4)病院側の調査の結果、以下のいずれかに該当するとき。
 - ア 対象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。

(医療保護入院のための町長同意)

第5条 町長は、病院から医療保護入院同意依頼書（様式第1号）又は医療保護入院期間の更新に関する同意依頼書（様式第2号）を受領したときは、医療保護入院又は医療保護入院期間の更新に関する同意依頼聴取票（様式第3号）を作成するものとする。

- 2 町長は、前項の聴取票を作成した後、法第33条第7項の権限により対象者の住民基本台帳、戸籍等を閲覧し、その他職務において知り得た情報があるときはこれを参考とし、これら情報をもとに町長同意の可否を判断するものとする。
- 3 町長は、前項の過程において、病院が折衝を行っていない家族等が判明したときは、面会、電話等の手段により対象者の医療保護入院又は医療保護入院期間の更新に係る同意若しくは不同意の意思を確認するよう努めるものとする。
- 4 町長は、町長同意を要すると判断したときは、医療保護入院同意依頼に対しては、医療保護入院に関する町長同意書（様式第4号）により、医療保護入院期間の更新に関する同意依頼に対しては、医療保護入院期間の更新に関する町長同意書（様式第5号）により病院に通知するものとする。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から適用する。

医療保護入院同意依頼書

大槌町長 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

医療保護入院期間の更新に関する同意依頼書

大槌町長 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

様式第3号

医療保護入院又は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（該当症状に○）	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「意思表示不明」、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）	通報の内容
10. 虐待に係る通報状況（通報内容、通報窓口の連絡先）	通報窓口の連絡先（氏名・電話番号）
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 （患者が一時保護措置等の措置を受けている場合）	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

様式第4号

医療保護入院に関する町長同意書

年 月 日

病院管理者 殿

大槌町長 ⑩

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

様式第5号

医療保護入院期間の更新に関する町長同意書

年 月 日

病院管理者 殿

大槌町長 ④

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6項の規定により入院期間を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