

様式 14

医療保護入院の入院期間の更新に際してのお知らせ

殿

年 月 日

【医療保護入院の入院期間の更新について】

医療保護入院とは、精神保健指定医による診察の結果、精神障害があり、医療と保護のために入院の必要があると判定された方であって、その精神障害のために入院に同意いただけない場合に、やむを得ずご家族等の同意を得て、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。）に定める範囲内（医療保護入院開始から6ヶ月が過ぎるまでは3ヶ月以内、医療保護入院開始から6ヶ月が過ぎてからは6ヶ月以内）の期間を定めて入院していただく制度です。ただし、入院を続けることが必要とされた場合には、ご家族などの同意を得て入院期間が更新されます。

あなたは、精神保健指定医の診察の結果、以下の理由・目的により、入院を続けることが必要であると判定され、医療保護入院者退院支援委員会での審議が行われた上で、医療保護入院の期間が更新されました。

あなたの入院は、法第33条〔□①第1項、□②第2項〕の規定による医療保護入院であり、更新後の入院期間は、法第33条第6項の規定に基づき、年 月 日までとなります。

【入院を続けることが必要な理由について】

1. あなたは、診察の結果、以下の状態にあると判定されました。

- ①幻覚妄想状態（幻覚や妄想があり、それらを現実と区別することが難しい）
- ②精神運動興奮状態（欲動や意志が昂ぶり、興奮しやすく、自分で抑えることが難しい）
- ③昏迷状態（意志発動性の強い抑制や、著しい混乱により、外界への応答が難しい）
- ④抑うつ状態（気分の落ち込みや悲観的な考え、興味や喜びの消失などが続いている）
- ⑤躁状態（気分の高揚や著しい活発さ、苛立ち等が続いている）
- ⑥せん妄・もうろう状態（意識障害により覚醒水準が低下している）
- ⑦認知症状態（認知機能が低下し、日常全般に支障を来している）
- ⑧統合失調症等残遺状態（障害により日常生活動作、社会的判断・機能遂行が難しい）
- ⑨その他（)

2. あなたは、以下の理由により入院を続けることが必要とされました。

- 外来への通院等においては、十分な治療ができないことから、手厚い医療を提供するため、入院の必要性があります
- あなたの安全を確保しながら診断や治療を行うため、入院の必要性があります
- その他（)

裏面へ続く

【入院中の生活について】

1. あなたの入院中、手紙やはがきを受け取ったり出したりすることは制限なく行うことができます。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員と一緒に、あなたに開封してもらい、その異物は病院で扱うことがあります。
2. あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又はあなたのご家族等の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
3. あなたの入院中、治療上どうしても必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
4. あなたの入院期間については、一定期間ごとに入院の必要性について確認を行います。
5. 介護保険や障害福祉のサービスの利用を希望される場合又はその必要性がある場合、介護や障害福祉に関する相談先を紹介しますので、退院後生活環境相談員等の病院の職員にお問い合わせください。
6. 入院中、あなたの病状が良くなるように力を尽くしてまいります。もしも入院中の治療や生活について不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員にお話してください。
7. それでも入院や入院生活に納得のいかない場合には、あなた又はあなたのご家族等は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、退院後生活環境相談員等の病院の職員にお尋ねになるか下記にお問い合わせ下さい。

自治体の連絡先（電話番号を含む。）

兵庫県精神保健福祉センター

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3-2

【電話】078-252-4983 ※受付時間火～土 9:00～17:30（12～13:00 除く）

8. あなたの入院中、もしもあなたが病院の職員から虐待を受けた場合、下記に届け出ることができます。また、もしも他の入院患者さんが病院の職員から虐待を受けたのを見かけた場合も、下記に通報してください。

自治体の虐待通報に関する連絡先（電話番号を含む。）

加古川健康福祉事務所

〒675-8566 加古川市加古川町寺家町天神木 97-1

【電話】079-422-0003 ※受付時間平日 9:00～17:00（12～13:00 除く）

病 院 名
管 理 者 の 氏 名
指 定 医 の 氏 名
主 治 医 の 氏 名（※）

（※）指定医とは別に、すでに主治医が決まっている場合に記載