

## 様式9

### 医療保護入院に際してのお知らせ

様

年 月 日

#### 【医療保護入院について】

医療保護入院とは、精神保健指定医又は特定医師による診察の結果、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、改めてご家族等の同意を得て、入院期間が更新されます。

あなたは、（精神保健指定医・特定医師）の診察の結果、以下の理由・目的により、入院が必要であると認められたため、年 月 日（午前・午後 時 分）、入院されました。

あなたの入院は、法第33条〔①第1項、②第2項、③第3項後段〕の規定による医療保護入院です。①又は②に該当する場合、あなたの入院の期間は、入院日から3ヶ月を超えない年 月 日までです。

#### 【入院理由について】

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、その異物は病院で気づかることがあります。
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. 入院日から7日以内に、退院後の生活環境に関し、あなたやご家族等からのご相談に応じ、必要な情報の提供や助言、援助等を行う職員として、退院後生活環境相談員が選任されます。
6. 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。
7. 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。
8. 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、市長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。

〒650-0016 神戸市中央区橘通3丁目4-1 総合福祉センター3階  
神戸市精神保健福祉センター  
TEL (078) 371-1900

9. 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。

〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5番1号  
神戸市保健所（保健課）  
TEL (078) 322-5271 FAX (078) 322-6053  
E-mail: seishin\_hoken@office.city.kobe.lg.jp

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

(※) 指定医等とは別に、すでに主治医が決まっている場合に記載