

様式 21

措置入院決定のお知らせ

年 月 日

(措置入院者の氏名) 様

神戸市保健所長

【入院理由について】

あなたは、精神保健指定医の診察の結果、【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 ()】にあり、ご自身を傷つけたり、又は他人に害を及ぼしたりするおそれがあることから、【①精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 29 条の規定 ②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 29 条の 2 の規定】による入院措置(措置入院・緊急措置入院)が必要であると認めたので通知します。

【入院中の生活について】

- 1 あなたの入院中、手紙やはがきなどを受け取ったり、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、その異物は病院であず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は行動制限を受けることがあります。
- 4 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。
- 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 もしも入院中の治療内容や生活について、あなたに不明な点、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 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

【入院や入院生活にご納得のいかない場合】

- 1 あなたの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、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
--

- 2 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に兵庫県知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 3 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、神戸市を被告として（訴訟において神戸市を代表する者は神戸市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。