

【表 2：再入院群①（移行通院から）】

	性別	対象行為 時年齢	対象行為	主診断	併存障害
1	男	20代	殺人未遂	統合失調症 →多剤による精神病性障害	精神遅滞
2	男	20代	殺人未遂	統合失調症	大麻依存症 多剤乱用
3	男	20代	強制わいせつ	統合失調症	軽度精神遅滞
4	男	20代	放火	統合失調症	アスペルガー障害 強迫性障害
5	男	20代	殺人未遂	統合失調症	なし
6	男	30代	殺人未遂	軽度精神遅滞	薬物・アルコール乱用 パーソナリティ障害
7	男	30代	傷害	身体疾患による精神障害 →大麻による精神病性障害	アルコール乱用
8	男	30代	殺人	統合失調症	なし
9	男	30代	殺人	統合失調症	なし
10	男	40代	強制わいせつ	統合失調症	なし
11	男	40代	傷害	統合失調症	なし
12	男	50代	強姦致傷	統合失調症	大麻乱用
13	男	50代	傷害	妄想性障害	アルコール依存症
14	男	50代	殺人	統合失調症 →統合失調感情障害	パーソナリティ障害
15	男	60代	殺人	統合失調症	なし
16	女	20代	殺人未遂	統合失調症	多剤乱用 軽度精神遅滞
17	女	30代	殺人	統合失調症	なし
18	女	30代	放火	統合失調症	軽度精神遅滞

【表 3：再入院群②（直接通院から）】

	性別	対象行為 時年齢	対象行為	主診断	併存障害
1	男	20代	放火	急性精神病性障害 →統合失調症	アスペルガー障害
2	男	20代	放火	統合失調症	軽度精神遅滞
3	男	20代	傷害	統合失調症	なし
4	男	30代	傷害	統合失調症	軽度精神遅滞
5	男	30代	傷害	大麻による精神病性障害	多剤乱用
6	男	30代	傷害	統合失調症	中等度精神遅滞
7	男	50代	傷害	統合失調症	なし
8	男	60代	殺人	うつ病→甲状腺機能低下 症によるうつ状態	なし

【表 4：処遇終了群と再入院群の比較】

1. 男女比

	処遇終了 (23人)	再入院 (26人)
男	16 (69.6%)	23 (88.5%)
女	7 (30.4%)	3 (11.5%)

2. 対象行為時年齢

	処遇終了 (23人)			再入院 (26人)		
	男	女	計	男	女	計
20代	4	1	5 (21.7%)	8	1	9 (34.6%)
30代	4	2	6 (26.1%)	7	2	9 (34.6%)
40代	4	2	6 (26.1%)	2	0	2 (7.7%)
50代	2	1	3 (13.0%)	4	0	4 (15.4%)
60代~	2	1	3 (13.0%)	2	0	2 (7.7%)

### 3. 精神科診断

	処遇終了 (23人)	再入院 (26人)
<主診断>		
統合失調症圏のみ	11 (47.8%)	9 (34.6%)
統合失調症圏+	4 (17.4%)	12 (46.2%)
統合失調症(計)	15 (65.2%)	21 (80.8%)
物質関連のみ	1 (4.3%)	2 (7.7%)
物質関連+	0 (0.0%)	1 (3.8%)
物質関連(計)	1 (4.3%)	3 (11.5%)
気分障害のみ	2 (8.7%)	1 (3.8%)
気分障害+	2 (8.7%)	0 (0.0%)
気分障害(計)	4 (17.4%)	1 (3.8%)
神経症性障害等	2 (8.7%)	0 (0.0%)
パーソナリティ障害	1 (4.3%)	0 (0.0%)
精神遅滞	0 (0.0%)	1 (3.8%)
<併存障害>		
併存障害あり	9 (39.1%)	15 (57.7%)
物質関連 <sup>1)</sup>	6 (26.0%)	8 (30.8%)
神経症性障害等 <sup>1)</sup>	3 (13.0%)	1 (3.8%)
パーソナリティ障害 <sup>1)</sup>	2 (8.7%)	2 (7.7%)
精神遅滞 <sup>1)</sup>	3 (13.0%)	8 (30.8%)
発達障害	0 (0.0%)	2 (7.7%)

<sup>1)</sup> 複数診断のある事例の場合は主診断も含む

### 4. 対象行為

	処遇終了 (23人)	再入院 (26人)
傷害	6 (26.1%)	8 (30.8%)
殺人	1 (4.3%)	6 (23.1%)
同未遂	5 (21.7%)	5 (19.2%)
殺人(計)	6 (26.1%)	11 (42.3%)
放火	6 (26.1%)	4 (15.4%)
同未遂	2 (8.7%)	0 (0.0%)
放火(計)	8 (34.8%)	4 (15.4%)
強姦・強制わいせつ	2 (8.7%)	3 (11.5%)
同未遂	1 (4.3%)	0 (0.0%)
強姦・強わい(計)	3 (13.0%)	3 (11.5%)

### 5. 精神保健福祉法入院の有無

	処遇終了 (23人)	再入院 (26人)
入院あり***	8 (34.8%)	24 (92.3%)
1回	2 (8.7%)	11 (42.3%)
2回	3 (13.0%)	4 (15.4%)
3回以上	3 (13.0%)	6 (23.0%)
ずっと入院	0 (0.0%)	3 (11.3%)

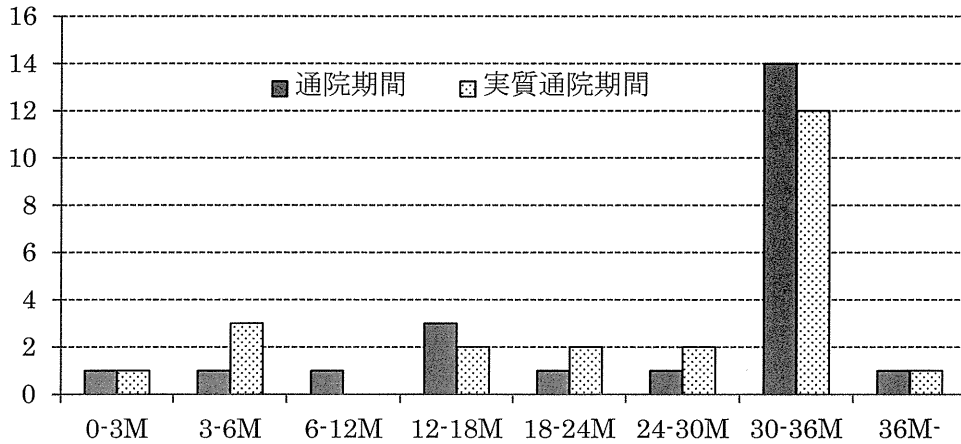
\*\*\*p<.001

6. 通院処遇期間及び実質通院期間<sup>1)</sup>

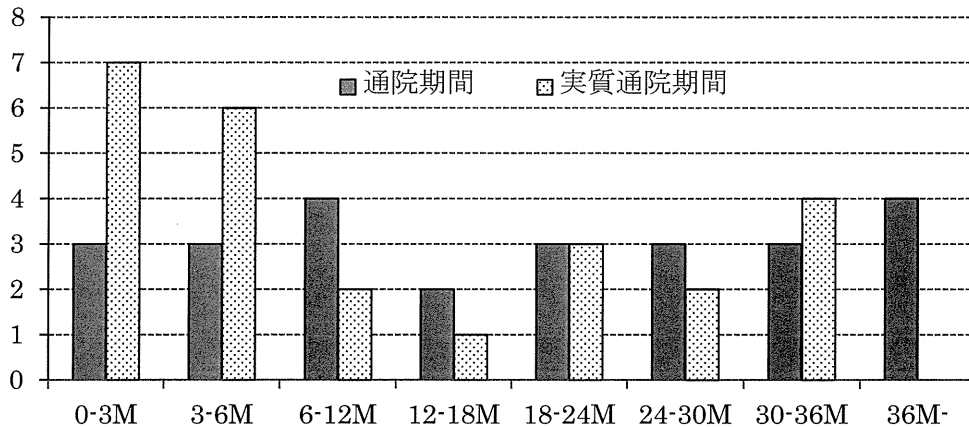
M (月数)	処遇終了 (23人)		再入院 (26人)	
	通院 期間	実質 通院期間	通院 期間	実質 通院期間
0~3 M	1	1	3	7 <sup>3)</sup>
3~6 M	1	3	3	6
6~12 M	1	0	4	2
12~18 M	3	2	2	1
18~24 M	1	2	3	3
24~30 M	1	2	3	2
30~36 M	14 <sup>2)</sup>	12	3	4
36 M~	1	1	4	0
不明	0	0	1	1

- 1) 実質通院期間  
 = 通院処遇期間 - 精神保健福祉法入院期間
- 2) 10名が期間満了
- 3) うち3名は通院処遇中一貫して  
 精神保健福祉法入院を継続

【図1: 処遇終了群の通院期間および実質通院期間】



【図2: 再入院群の通院期間および実質通院期間】



7. 通院中の居住形態

	処遇終了 (23人)	再入院 (26人)
1.家族と同居	10 (43.5%)	9 (34.6%)
2.単身	7 (30.4%)	7 (26.9%)
3.施設入所	3 (13.0%)	3 (11.5%)
4.精神保健福祉 法入院継続	0 (0.0%)	3 (11.5%)
1→3	0 (0.0%)	1 (3.8%)
3→1	0 (0.0%)	1 (3.8%)
3→2	3 (13.0%)	0 (0.0%)
不明	0 (0.0%)	2 (7.7%)

8. 通院状況

	処遇終了 (23人)	再入院 (26人)
1.規則的**	20 (87.0%)	11 (42.3%)
2.概ね規則的	2 (8.7%)	6 (23.1%)
3.不規則	1 (4.3%)	1 (3.8%)
4.中断あり*	0 (0.0%)	4 (15.4%)
5.精神保健福祉 法入院継続	0 (0.0%)	3 (11.5%)

\*p<.05

\*\*p<.01

【表5】医療観察法による決定件数

(平成17年～23年の累計)

9. 通所状況

	処遇終了 (23人)	再入院 (26人)
通所あり	14 (60.9%)	17 (65.4%)
通所なし	9 (39.1%)	6 (23.1%)
P法入院継続	0 (0.0%)	3 (11.5%)
「通所あり」のうち		
1.規則的	9 (64.3%)	11 (64.7%)
2.概ね規則的	2 (14.3%)	1 (5.9%)
3.不規則	2 (14.3%)	5 (29.4%)
4.中断あり	1 (7.1%)	0 (0.0%)

		既済・終局 件数
入通院申立て	(33条1項)	2864
入院決定	(42条1項)	1462
通院決定	(42条1項)	386
不処遇決定	(42条1項)	390
退院許可決定	(51条1項)	688
(入院後の) 医療終了決定	(51条1項)	160
(通院後の) 処遇終了決定	(56条1項)	214
再入院決定	(61条)	38

(裁判所の司法統計による)

## 2. 指定入院医療機関の連携に関する研究

研究分担者 平林 直次

国立精神・神経医療研究センター

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策研究事業）

重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇および社会復帰の推進に関する研究  
平成 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

指定入院医療機関の連携に関する研究

分担研究者

平林 直次

国立精神・神経医療研究センター

研究要旨

平成 22 年度から 23 年度まで、医療観察法入院処遇と措置入院との比較、連続性、医療の向上に関する研究を行った。

平成 22 年度には、医療観察法入院群と 25 条措置入院群を比較し、性別年齢、診断名、重大な他害行為の違いを明らかにした。

平成 23 年度には、入院処遇対象者のうち 86.0%に精神科受診歴を認めることから、「医療の継続性（アドヒアランス）」「再発予防」「早期危機介入」が課題であること、また精神科受診歴を持たない対象者が 14.0%含まれていることから「医療への導入」も課題であることが明らかとなった。

平成 24 年度には、医療観察法で行われている倫理会議を措置入院においても導入する可能性を探ることを目的に、措置入院における「同意によらない治療」の状況、説明と同意の状況、倫理会議の開催状況などについて全国的なアンケート調査を実施し、措置入院における、現実的かつ具体的倫理会議のあり方を示した。

研究協力者

国立精神・神経医療研究センター病院

松本聡子

朝比奈次郎

新井 薫

大森まゆ

永田貴子

岡崎光俊

国立病院機構花巻病院

入野 康

吉住 昭

長崎県医療センター，肥前精神医療センター

ー

瀬戸秀文

国立精神・神経センター精神保健研究所

竹島 正

浜松医科大学健康社会医学

尾島俊之

野田龍也

栃木県立岡本台病院

島田達洋

長崎県精神医療センター

山本智一

京都市こころの健康増進センター

山下俊幸

宮城県立こころの医療センター

小高 晃

長野県精神保健福祉センター

小泉典章

筑波大学付属病院精神神経科

石川正憲

神奈川県立精神医療センター

岩成秀夫

医療法人（財団）青仁会 青南病院

千葉 潜

国立病院機構 小諸高原病院

村杉謙次

東京都立松沢病院

田口寿子

A. 研究目的

本研究の目的は、研究 1：医療観察法入院処遇対象者と措置入院者について、社会的特性、診断名、他害行為などを比較することにより、両制度の運用実態を明らかにすること、研究 2：対象行為発生以前の精神保健福祉法による受診および入院状況を明らかにし、精神医療保健福祉の課題を明らかにすること、研究 3：措置入院において、保護者制度に代わる、現実的かつ具体的倫理会議のあり方を示すことである。

B. 研究方法

研究 1：平成 20 年 4 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日までの 1 年間に全国で、医療観察法入院処遇となった者 288 名（医療観察法入院群）と、回答の得られた全国の都道府県・政令都市 41 カ所において精神保健福祉法第 25 条（検察官の通報）に基づき調査期間中に措置入院となった症例 439 名（25 条措置入院群）を対象として、①社会的特性（性別・年代）、②精神科診断、③対象行為の種類、④医療観察法申立の有無について、統計学的に比較した。

研究 2：調査対象は 2008 年 2 月 1 日から 2011 年 7 月 15 日までに国立精神・神経医療研究センター病院に入院処遇となった全症例 88 名中、再入院事例 2 名を除いた 86 名を対象とし、社会学

的特性、診断名、精神科既往歴、生活歴、他害行為の既往などについて調査した。

研究 3：措置入院における「同意によらない治療」の状況やその場合の説明と同意の状況、「同意によらない治療」の内容、倫理会議の開催状況などについて全国的なアンケート調査を行った。なお、施設調査では、独立行政法人（1）、国立病院機構（15）、自治体立病院（135）、日本精神科病院協会所属病院（1,208）を対象とし、平成 23 年 11 月 1 日から平成 23 年 12 月 31 日までの約 2 ヶ月間に措置入院した患者を調査対象とした。

C. 研究結果

研究 1：

1. 医療観察法群の女性の割合は、61 名（21.2%）であり 25 条措置入院群の女性の割合 62 名（14.1%）と比較して有意に高率であった（ $p<0.01$ ）。
2. 医療観察法入院群では、30 代をピークとして急峻であるのに対して、措置入院群では 40 代、50 代と幅広いピークを形成していた。
3. 両群とも F2（統合失調症圏）が最も多く、医療観察法入院群では 77.1%、25 条措置入院群では 74.3%を占めていた。
4. 医療観察法入院群では、措置入院群と比較すると、殺人（33.0%：6.9%）と放火の比率（18.8%：5.0%）が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。一方、措置入院群では傷害の比率（79.2%：39.9%）が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。
5. 措置入院解除後、15 名において医療観察法の申立てが行われていた。

研究 2

研究対象 86 名中、過去に精神科の受診歴を持つ者 74 名（86.0%）、受診歴を持たない者 12 名（14.0%）であった。受診歴あり群全体のうち、医療保護入院歴がある者 25 名（29.1%）、措置入院歴がある者 27 名（31.4%）であった。最終受診日から対象行為までの日数には、ばらつきが認められ



たが、1週間以内の者が16人(27.1%)であった。

### 研究3

調査依頼した1,359施設のうち、303施設より回答が得られ、回答率は22.2%であった。措置入院を受け入れている施設は265施設(87.5%)であった。調査期間中の緊急措置入院は95名、措置入院は313名だった(重複を含む)。調査結果から、下記の結論を得た。

1. 措置入院において、倫理会議の検討が必要な治療行為は、電気けいれん療法、向精神薬の非経口投与、経鼻栄養、持効性注射剤の投与、クロザピン投与である。
2. 原則として、電気けいれん療法、持効性注射剤の投与、クロザピン投与は、事前承認が必要である。
3. 倫理会議の開催は月1回、30分~45分未満とするのが妥当である。
4. 倫理会議の継続開催には、院内ピアレビューの併用及び外部委員招へいのための保険診療報酬上の手当が必要である。倫理会議には外部委員が必須であり、院内ピアレビューの決定は必ず倫理会議の承認を受ける必要がある。

## D. 考察

### 研究1

対象行為が認められた場合であっても、医療観察法の申立てが行われるかどうかについては対象行為の重大さが考慮されていること、また、措置入院では病状によっては即応性の高い措置入院により医療が確保され、その後、医療観察法申立てが行われていることが予想された。このような処遇の手続きは、医療の迅速な確保の観点からは適切であるが、その一方、病状が不安定でより手厚い医療が必要な時期に医療観察法による入院処遇が行われていない問題点が再認識された。

### 研究2

入院処遇対象者のうち86.0%に精神科受診歴を認めることから、「医療の継続性(アドヒアラン

ス)」「再発予防」「早期危機介入」が課題であること、また精神科受診歴を持たない対象者が14.0%含まれていることから「医療への導入」も課題であることが明らかとなった。

### 研究3

本研究結果から、措置入院における、現実的かつ具体的倫理会議の条件を示した。今後、患者およびその家族、医療者、法律・倫理の専門家などから意見聴取し、コンセンサスの形成を行う必要がある。

## E. 結論

医療観察法による入院処遇制度と精神保健福祉法による措置入院制度とは、別々の制度でありながら、互いにきわめて密接に運用されており、精神医療の水準の向上を考えた場合、両制度のシームレスな連携や役割分担が重要である。また、医療観察法医療では、人的および物的資源が集中的に投入され、従来の精神医療では実現できなかった医療水準に一部到達している。医療観察法に新たに開発・導入された医療を精神科医療全般に普及していくことが望まれる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

1 松本聡子, 平林直次, 永田貴子, 朝比奈次郎, 瀬戸秀文, 吉住昭: 医療観察法入院と精神保健福祉法25条措置入院の運用実態について. 精神科2012; 20(1): 89-93

2 安藤久美子, 永田貴子, 平林直次: 医療観察法の現状と今後の課題. 日本精神科病院協会雑誌2012; 31(7): 46-52

3 坂田増弘, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 石川正憲, 平林直次, 伊藤順一郎: 国立精神・神経医療研究センターにおける地域精神科モデル医療センターの概要. 日本社会精神

医学会雑誌 2012; 21(3):392-395

4 平林直次：疾患セルフマネジメントー疾病教育とクライシスプラン。日本社会精神医学会雑誌 2012; 21(4):518-522

5 岡田幸之、安藤久美子、平林直次：医療観察法における非同意治療とその監査システム。臨床精神薬理 2012; 15(11): 1801-1807

6 平林直次、新井薫：医療観察法における指定入院医療機関の役割と機能ー現状と課題ー。犯罪と非行 2012; 174: 32-54

## 2) 研究発表

1 平林直次：シンポジウム 指定入院医療機関における治療機能の強化ー多職種治療連携のありかたー。第8回日本司法精神医学会大会，金沢，2012.6.8

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 3. 医療観察法の医療情報等の効率的な活用による

社会復帰促進に関する研究

研究分担者 村上 優

独立行政法人国立病院機構 琉球病院

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究  
平成 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

医療観察法の医療情報等の効率的な活用による社会復帰促進に関する研究

分担研究者 村上 優 国立病院機構 琉球病院

研究要旨

医療観察法の医療を円滑に実施する上で、現病歴や生活歴、入院後経過等の情報伝達は不可欠である。本研究班では入院処遇と通院処遇の間でシームレスな医療情報の伝達を実現するためのシステムの検討を行った。具体的にはバックアップ、ネットワークシステムを含めた診療支援システムの改訂についての仕様書作成、通院診療支援システムの作成とデモ版の試運転、入院・通院版のマニュアル作成に取り組んだ。

また、診療情報の精度向上を目的として医療観察法診療情報管理者研修会を開催した。これらの仕組みが有効に活用されれば、医療情報の円滑な伝達は可能となるし、災害などによる情報の損失も防ぐ事ができる。より多くの医療機関で使用してもらえるよう、今後も通院版診療支援システムの開発が求められる。

研究協力者（五十音順）

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所司法精神研究部

岡田幸之 部長

菊池安希子 室長

国立病院機構 肥前精神医療センター

壁屋康洋 室長

国立病院機構 琉球病院

大鶴卓 医師

医療法人洋和会 池田病院

池田太一郎 医師

東海大学

柑本美和 准教授

の収集、転院等の際には医療情報の確実な伝達が求められる。本研究では入院処遇と通院処遇の間でシームレスな医療情報の伝達を実現するための診療支援システムを開発する。

また、医療観察法の効果検証や実態把握に役立てるため、医療情報の収集や保存についても医療面、技術面、倫理面、法律面などから議論を重ね、その方策を提案する。

B. 研究方法

1) 研究班会議での議論

シームレスな医療情報の伝達等の実現のために、指定医療機関の医療従事者、研究者、技術者、法律家らと①診療支援システムの改訂、②ネットワークシステムおよび③バック

A. 研究目的

適切な医療を提供し、円滑な社会復帰を促進するためには、医療機関での医療情報

アップシステムの構築について実現に向けた課題や問題点の整理を行った。課題として、Windows2003 サーバー<sup>®</sup>の販売停止に伴い、2015年にサポートも終了するためサーバー環境への対応が必要なこと、既存の病院情報システム（電子カルテ）と、医療観察法診療支援システムとの連携機能がないこと、災害対策ができていないこと等が指摘された。

## 2) 医療観察法診療情報管理者研修会

診療支援システムの入力情報のばらつき、誤った記入等について医療観察法病棟実務者や他の厚労科研班より意見があり、分担班において平成23年度より入力精度の向上を目的として研修会を開催することとなった。平成23年は国立精神・神経医療センター病院で、平成24年は国立病院機構小諸高原病院（長野県）で、指定入院医療機関のスタッフを対象に、医療観察法診療情報管理者研修会を開催した。会場にサーバーを設置し、模擬事例で実際にPCを使った操作演習を実施した。

## C. 研究結果

### 1) 診療支援システム改定案の仕様書作成

当分担研究班で協議を重ね、指定入院医療機関で稼働中の診療支援システムの改訂案を作成した。新たな機能として、64ビット対応のサーバー設置、既存の電子カルテとの連動（HIS連携）、診療情報データの外部バックアップ機能とその際に必要となる通し番号を付加した（資料1）。

### 2) 通院診療支援システムのデモ版作

### 成と試運転

外来機能を追加した診療支援システムを作成し、デモ版の試運転を国立病院機構琉球病院、肥前精神医療センターの2カ所で開始した。琉球病院では院内LANに接続し、複数のパソコンで入力が可能な体制とした（院内LAN型）。肥前精神医療センターでは1台のパソコンのみで運用した（単独型）。いずれも外部とは接続せず、USB内の患者情報を読み込んで使用し、端末には個人情報が残らない形をとり、個人情報は流出しない機能となっている。

### 3) 通院診療支援システムのマニュアル作成

デモ版の試運転に先立ち、通院診療支援システムの実務上のマニュアルとなる「外来診察機能説明書」を作成した（資料3）。

### 4) 医療観察法診療情報管理研修会

指定入院医療機関に開催案内を送付し、平成23年は36名、平成24年は38名が出席した。平成24年からは経費削減のため医療観察法関連職種研修会と合同開催とした。参加者の選定については、医療機関により情報管理、システム担当が異なるため、当該医療機関の管理者に依頼した。実施後に理解度や感想について意見聴取するアンケート調査を実施した（回収率100%、有効回答率100%）。平成24年の研修会の資料およびアンケート結果は資料2のとおりである。

## D. 考察

### 1) 診療支援システムの改訂に向けて、

平成 22 年度から修正・追加項目の具体的な議論を継続した。平成 24 年度にはサーバー環境、バックアップ、ネットワーク等の新機能の追加について仕様を作成した（資料 1）。仕様に準じて企業で製品化・販売がすすめば、転院や退院後の通院への移行、再入院後も診療情報が確認できるシステムが整備される。

2) 通院診療支援システムのデモ版を作成し、試運転を開始した。入院診療支援システムをベースに、外来で使用しない部分の削除が主で、一部外来のみで使う機能を追加している。今のところ既存の紙カルテも併用しているが、外来やデイケアのパソコンからの入力が可能になったことで利便性は格段に向上し、情報共有が進んだとの意見が出ている。改善点としては、既存の診療録との連携を改善して欲しいとの意見が多かった。今のところ試運転は 2 医療機関のみだが、通院では建物や人員、立地等が医療機関毎に異なり、バリエーションも様々である。より多くの医療機関で試運転を重ねて、修正を行っていく必要がある。

3) 医療観察法診療情報管理研修会を平成 23 年、平成 24 年の 2 回行った。パソコンを使った操作演習については、入力マニュアルを作成しており、アンケート結果では受講者のほぼ全員が講義は理解できたと回答し、9 割弱が有意義な研修であると回答していた。また、今後の指導的立場のスタッフを育成するため、講師の人数を増やした。データ収集を行っている厚労科研班によると、未入力等

のエラーが減ったとの意見もある。また、参加者からも継続を求める声が高く、研究班終了後も関連職種研修会との合同開催を予定している。

## E. 結論

心神喪失者等医療観察法の処遇におけるシームレスな医療情報の伝達のため、精神医学、法学等の分野で、実務や研究に従事している者による研究を行い、当研究班の議論を重ねた。バックアップやネットワークシステムを含めた診療支援システムの改訂に向けた仕様作成、通院診療支援システムの作成とデモ版の試運転、マニュアルの作成を行った。概ね当分担研究班の当初の予定通り、診療支援システムの改訂と通院版の作成を行った。通院については既にデモ版の試運転も開始した。

平成 23 年度、平成 24 年度と医療観察法診療情報管理研修会を開催した。マニュアル配布や入力演習を実施する事で誤入力が増少していることから、現場や他の厚労科研班からの継続を求める声が高く、研究班終了後も指定入院医療機関の活動として、関連職種研修会と合同開催という形で継続して実施する予定である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

- 1 村上優：特定入院医療機関よりみた医療観察法改正の問題点．日精協誌，28：82-85，2009
- 2 松原三郎，八木深，村上優，平林直次，土居正典，水留正流，池田太一郎：ニューヨーク市における一般的精神医療

- 施策，触法精神障害者医療施策．司法精神医学，5(1)：25-33，2010
- 3 村上優：医療観察法と多職種チーム医療．日精協誌，30：59-64，2011
  - 4 村上優：医療観察法の存続は可能か・指定入院医療機関より．精神誌，115：468-476，2011
  - 5 村上優：物質使用障害の精神鑑定の実際．精神医学，53：973-981，2011
  - 6 村上優：応用医学としての司法精神医学．精神医学．54巻・6号：550-551．2012
  - 7 村上優：クロザピンの有効性と臨床的意義．精神医学．54巻・11号：1145-1150．2012
  - 8 大鶴卓：医療観察法の現状と今後の課題「指定入院医療機関より」．日精協誌．第31巻・7号：709-715．2012
  - 9 大鶴卓：岩手県宮古市における災害支援．病院・地域精神医学．55巻・1号：64-69．2012
- 2) 研究発表
- 1 村上優：シンポジウム 医療観察法の存続は可能か．第106回日本精神神経学会学術総会，広島，2010.5.22
  - 2 大鶴卓，村上優：医療観察法病棟内に新設した生活訓練室の機能と役割．第6回日本司法精神医学大会，東京，2010.6.4
  - 3 大鶴卓：クロザピンにより社会復帰が促進された5症例の考察．第8回司法精神医学会．2012.6.9
  - 4 大鶴卓：琉球・菊池・肥前・花巻合同のこころのケアチームの活動報告．国立病院総合医学会．2012.11.17
  - 5 大鶴卓，前上里泰史，池田太一郎：指定入院医療機関の現状と課題．第32回沖縄精神神経学会，沖縄，2011.2.4
  - 6 村上優：医療観察法における「治療反応性」．第7回日本司法精神医学大会，東京，2011.6.4
  - 7 村上優：多施設共同での症例集積研究から適切なクロザピン対象患者を考察する．最適な統合失調症治療を考える学術講演会．2012.6.30
  - 8 村上優：クロザピンの有効性．九州精神神経学会．2012.10.26
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

入院版の診療支援システムの仕様

No 1	システム	医療観察法 診療支援システム	タイトル	ハードウェア	要変更	備考
仕様項目						
1. 電子カルテサーバ						
(1) サーバ構成は						
(2) OS:Windows Server 2008 R2 Enterprise.						
(3) CPU:Xeon X5690(3.46GHz)以上。						
(4) 2CPUとすること。						
(5) メモリ:32GB以上。						
(6) ストレージシステムを使用する構成とすること。(ハードディスク:600GB/15krpm×11本以上)						
(7) ストレージシステムは機器の単一障害では止まらない構成になっていること。						
(8) ストレージシステムはRAID1+0構成とすること。						
(9) 外部媒体(DVD、DATテープ、NASなど)へのバックアップが可能なこと。						
(10) 無停電電源装置(1500VA/980W以上)を装備すること。						
(11) MicrosoftOfficeProfessionalを含めること。						
2. 電子カルテクライアント						
(1) OS:Windows/Professional						
(2) CPU:Core 2 Duo 2.2GHz 相当以上						
(3) メモリ:4GB以上						
(4) 解像度:SVG(1280×1024ピクセル)以上						
(5) MicrosoftOfficePersonalを含めること。						
3. 電子カルテプリンタ						
(1) 印刷速度:A4サイズ 28枚/分以上						
(2) 出力サイズ:A3対応						
(3) 給紙容量:給紙力セット2段以上(A3~A5:500枚以上)						
(4) ネットワーク対応とすること。						
4. ラベルプリンタ(検体ラベル出力用)						
(1) サーマル方式または熱転写方式とすること。						
5. フラットベッドスキャナ						
(1) A4サイズ対応のスキャナであること。						
(2) USBは全て使用不可とする為、全てLANタイプとすること。						
No 2	システム	医療観察法 診療支援システム	タイトル	ハードウェア	要変更	備考
仕様項目						
5. その他全般						
(1) 電子カルテを安定稼働させる上で必要となるハードウェアは全て見積りに含めること。						
(2) 各部門システムと連携する上で必要となる連携用サーバは全て見積りに含めること。						
(3) 調達するハードウェアは全て国産メーカーのものとする。						



平成 24 年度医療観察法診療情報管理研修会

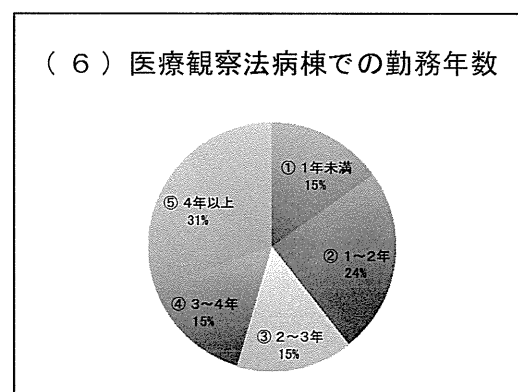
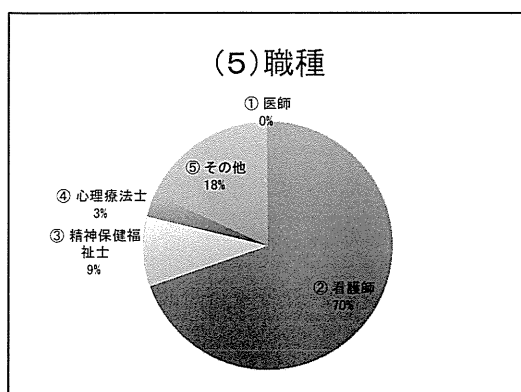
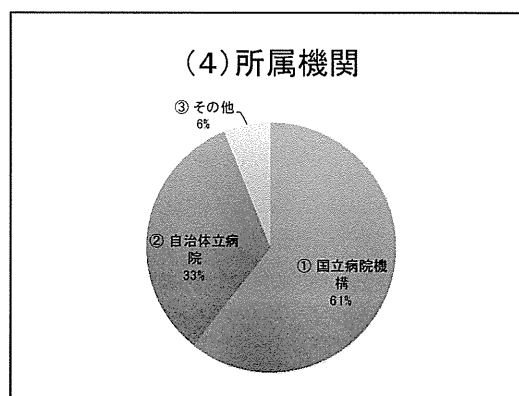
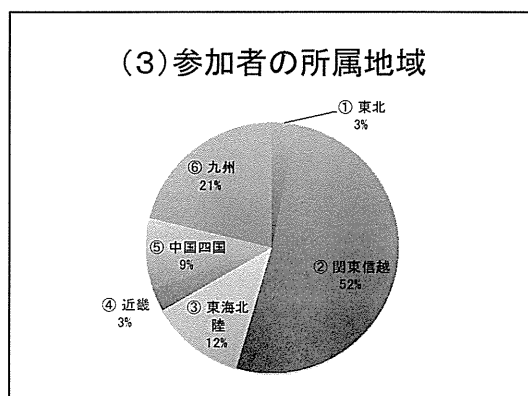
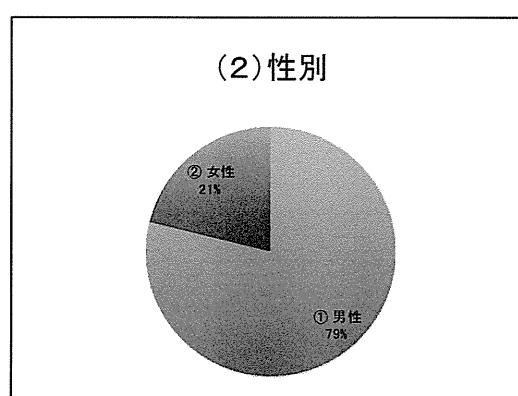
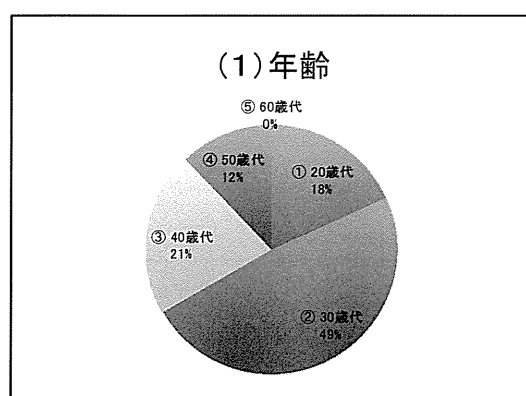
研修プログラムの概要

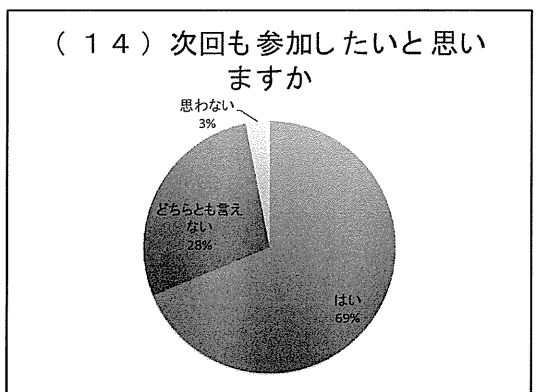
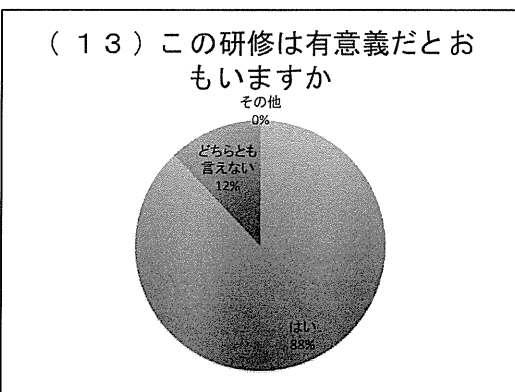
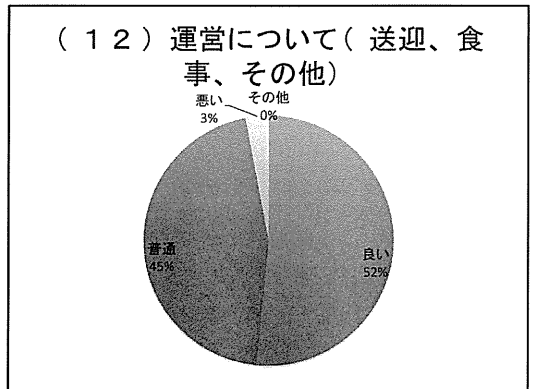
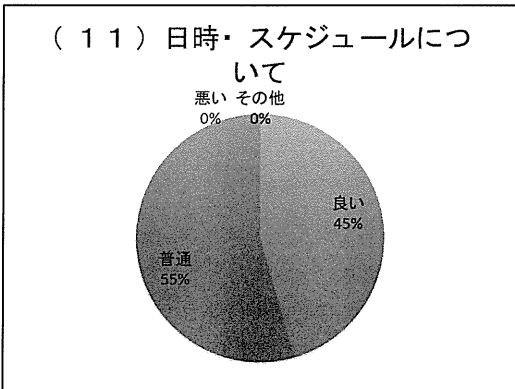
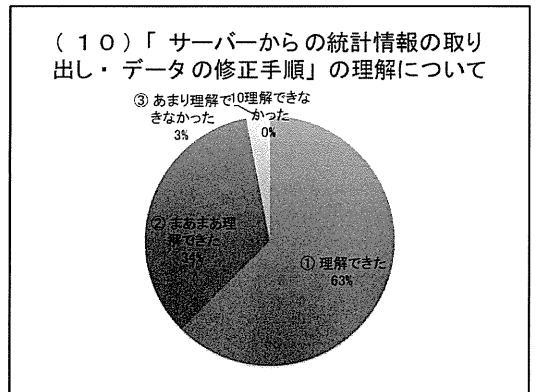
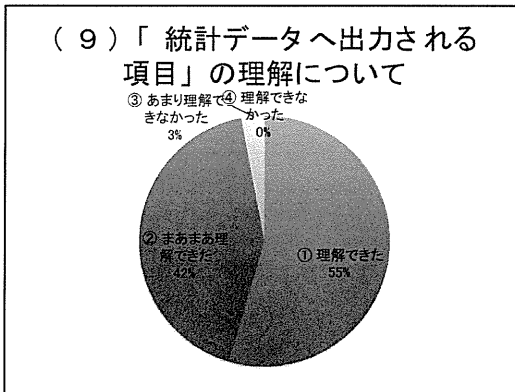
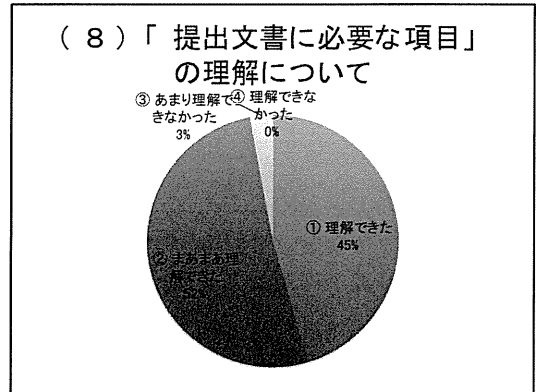
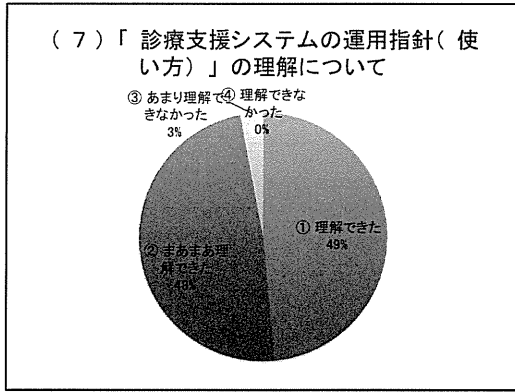
テーマ	概要	時間数
総論	現状の問題点と研修の必要性等を伝える	1 時間
診療支援システムマニュアルに基づく多職種記録と治療計画	診療支援システムマニュアルに沿って、多職種チームの同時記録である「総合記録」、役割分担の明確化と共有のための「治療計画」等、診療支援システムの背景にある理念を伝達し、理念に沿った記載の仕方を伝える	1 時間
看護計画・看護師によるアセスメントツールの運用	「看護計画」画面や、Ns アセスメントツールの設定意図（理念）と使用法を伝える	30 分
提出文書・統計データに反映されるデータの入力について ～患者情報、アセスメント、治療評価会議等	「入院時基本情報管理シート」など厚生労働省ガイドラインに定められた提出文書に反映されるデータの入力元、および統計データ抽出機能によって抽出されるデータの入力元を明示し、必要なデータを正確に入力するための説明を行う	1.5 時間
対象者の移動に伴う記録～入退院、転院、特定病床	統計データ抽出機能によって抽出されるデータの入力元でもあり、また間違いやすく、かつ間違えると後からの修正が困難な対象者の移動に伴う記録について重点的に説明を行う	1 時間
データの抽出とチェック方法	統計データ抽出機能の使用法を解説し、抽出した統計データをもとに元データの誤りの有無を確認・修正する方法を伝達する	1 時間

医療観察法病棟診療録管理士研修会の職種別参加者数

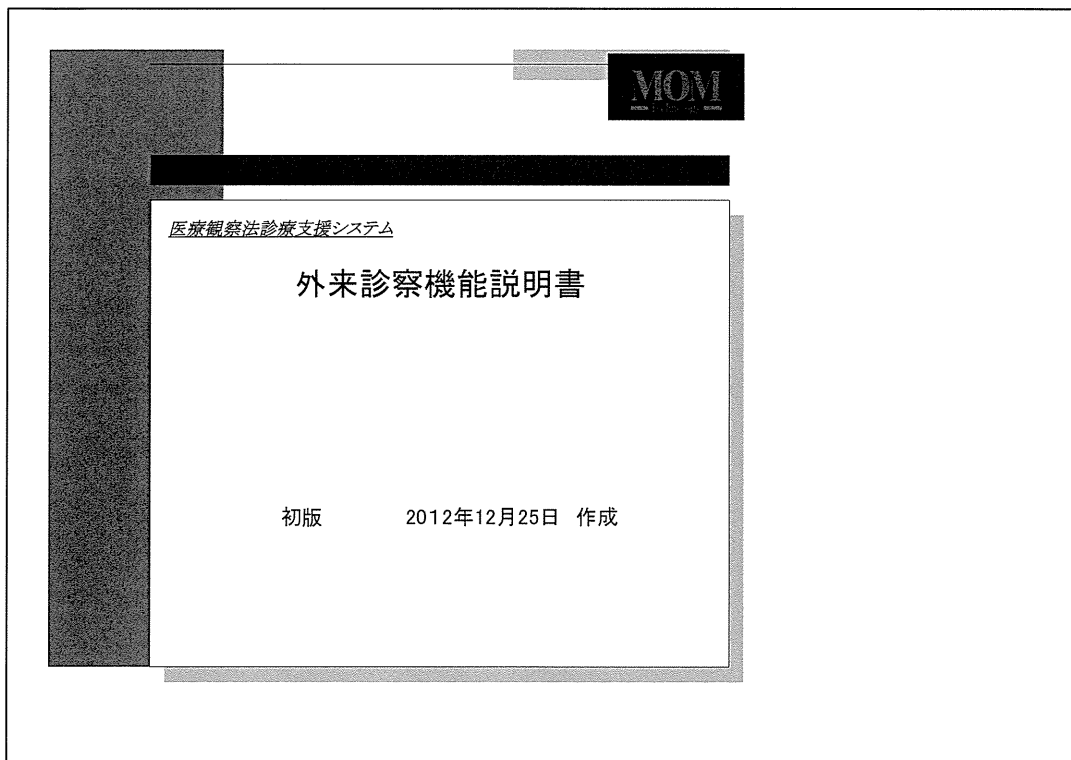
第 1 回		第 2 回	
事務	6	事務	10
Ns	23	Ns	24
PSW	2	PSW	3
CP	1	CP	1
Dr	3		
OT	1		
計	36	計	38

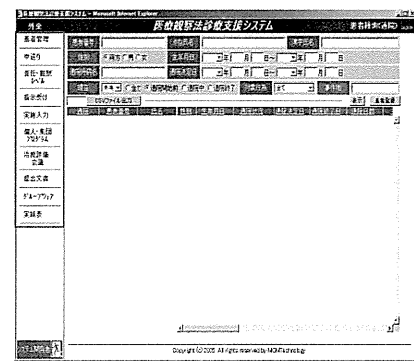
(2) アンケート結果





## 通院版診療支援システムの操作説明書



外来機能説明	1. メニュー構成	作成日	2012/12/21	修正日	
<p>画面イメージ</p> 		<p>1. 基本メニューを通院機能にあわせて調整しました</p> <ul style="list-style-type: none"><li>患者管理画面が選択された状態で起動します</li><li>ログイン操作時、利用者に申込みがある場合は申込み確認画面が起動します</li></ul>			

- 1 -

Copyright(C) 2012 #MEMOMTEC All rights reserved.

※ 一部を示す