

書類作成方法

裁判所提出書類



2025
NHO肥前精神医療センター
医療観察法病棟
司法精神リソースNS 平山泰照

レジメ

0・はじめに

1・提出書類の法的根拠

2・提出書類の種類

3・自動転送のマニュアル引用

4・直接入力のコツ

はじめ

- 提出種類シートのほとんどは、カルテの入力情報が自動転送して作成されています
- 基になるにカルテ情報の入力の役割は各施設によって様々であるのだろうと察します
- NHO肥前では病棟クランクが情報入力を主とし、多職種へコミュニケーションをとって管理していただいております
- 基本情報入力については、各貴施設様の役割分担に託しますことご容赦ねがいます

P41④退院の許可又は入院継続の確認の申し立てに係る審判上の権利義務関係(管理者)

<本法上の権利義務関係>

○意見の陳述及び資料の提出(本法第25条第1項)

- 指定入院医療機関の管理者は、退院の許可又は入院継続の申し立てをした場合は、意見を述べ、必要な資料を提出しなければならない
- 必要な資料としては、例えば、月1回の新病棟管理シートの写し、週1回の新病棟治療評価会議シートの写し、直近半年間の診療及び病状経過の要約等が考えられる
- ここで提出した資料等は、原則として返還されないの
で、特に返還の必要がある場合には、あらかじめその旨を裁判所に申し出る

P41④退院の 申立てに係る

第二十五条
検察官、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長は、第三十三条第一項、第四十九条第一項若しくは第二項、第五十四条第一項若しくは第二項又は第五十九条第一項若しくは第二項の規定による申立てをした場合は、意見を述べ、及び必要な資料を提出しなければならない。

入院継続の確認の申し立て 義務関係（管理者）

入院継続シート/入院継続申立て書
退院シート/退院申立て書

<本法上の権利義務関係>

○意見の陳述及び資料の提出（**本法第25条第1項**）

- 指定入院医療機関の管理者は、退院の許可又は入院継続の申し立てをした場合は、意見を述べ、必要な資料を提出しなければならない
- 必要な資料としては、例えば、月間の新病棟治療評価シートの写し、週1回の新病棟治療評価シートの写し、直近半年間の診療及び経過の安否等が写しえられる
- ここで提出した資料等は、原則として返還されないので、特に返還を希望する場合は、あらかじめその旨を裁判所に申し立てる必要がある

運営会議シート
治療評価会議シート
入院情報管理シート
らの添付

ようするに
法律で提出が定められている

提出書類

2024／11月現在（NHO肥前）		裁判所提出	
カルテ 自動転送	①入院時基本情報管理シート	④時に毎回提出、⑤時に提出	
	②新病棟治療評価会議シート	④⑤時に直近3W分を提出	
	③新病棟運営会議シート	④⑤に期間中分を提出	
直接 入力	④入院継続情報管理シート	6ヶ月毎提出	
	⑤退院前情報管理シート	退院時提出	
	⑥入院継続申立書	6か月毎に作成	
	⑦退院申立書	退院時に作成	

6か月ごと/入院継続申し立て: ④⑥①②③
退院時/退院申し立て: ⑤⑦①②③

～2005年 診療支援システム開発の過程で

- ・ガイドラインに求められているシート（提出書類）の内容はそのほとんどがカルテから自動的に転送されます

全国の指定入院医療機関ではMOMシステム以外のベンダーカルテも使用されているものですが、上記のスペックは備わっていると聞いています

NHO肥前

- ・2023年にMOM→NAISに変更
- ・レイアウトは変わったが
- ・自動転送のスペックは問題ない

3. 自動転送

「入院継続時」「退院時」に添付するシート

①入院時基本情報管理シート

MOM以外のカルテではレイアウトと構成が違われる
転送スペックは同じですので参考にしてください

NHO肥前では病棟クークが
主に管理入力

- ・ 主に患者基本情報から構成されています、項目の内容の多くは患者情報画面から転送されますが、退院地はアセスメント～PSW～患者情報画面、受診歴は経過～生育歴～過去治療歴画面から転送
- ・ 主診断から禁忌アレルギーまでは総合記録～診断情報画面から転送、現病歴から薬物使用歴までは患者情報の「現病歴コメント」「生育歴コメント」などの各コメントのテキスト文章が転送されます
- ・ 初診時現症は患者情報～入院時診断画面から転送、身体的検査所見は検査所見画面の検査所見テキスト欄から転送、心理検査総合所見はアセスメント～CP～入院直後検査の総合所見から転送
- ・ 検査所見、心理検査総合所見は、入院2週間で完成しない可能性もありますが、このシートはすぐに提出を要求されるものではありませんので、所見が完成した時点でシートが完成ということで問題ありません
- ・ 共通評価項目は治療評価会議画面で入力されたものが転送されます
- ・ GAFはアセスメントシート～GAFから転送されますので、GAFの入力が必要になります
- ・ ICFもアセスメントシート～ICFから転送されますので、ICFの評価が必要になります
- ・ 入院時治療方針は入院2週間後のカンファレンス～今後の治療方針から転送、シート作成責任者は病棟医長で、患者情報～現在の社会環境にデータがあります

GAF/医師/6M

ICF/NS/6M

これは診療支援システム(MOMシステム)による自動転送の引用ですが

②新病棟治療評価会議シート

MOM以外のカルテではレイアウトと構成が違うと思われる
転送スペックは同じですので参考にしてください

- 患者氏名から指定入院医療機関の担当者名は患者情報画面から転送されます、主診断から身体疾患までは総合記録～診断情報から転送、治療ステージと現在の治療ステージの開始日は責任レベル画面から転送、隔離と拘束の合計時間は総合記録～隔離拘束から転送、活動範囲は経過画面にグラフで表示されているものが転送されますが、データ入力元は院内散歩が観察表、院外外出外泊は病床管理画面での指示になります治療的活動は実績表に集約される全ての治療的活動の件数が転送されます、処方箋は総合記録～オーダーから定期薬のみ転送、mECTもオーダーから転送、総合評価と今後の治療方針は治療評価会議画面から転送、会議参加者はカンファレンスの最初に登録した参加者が転送、シート作成責任者は病棟医長名が転送されます
- 共通評価項目は全て治療評価会議画面から転送されます
- 入院時基本情報管理シートと同様に、提出文書画面にシートが保存されますので、必要に応じて抽出して印刷提出してください

これは診療支援システム(MOMシステム)による自動転送の引用ですが

③新病棟運営会議シート

MOM以外のカルテではレイアウトと構成が違われる
転送スペックは同じですので参考にしてください

これは診療支援システム(MOMシステム)による自動転送の引用ですが

- 患者氏名から入院医療機関の担当者までは患者情報から転送、主診断から身体疾患は総合記録～診断情報から転送、治療ステージとその開始日は責任観察画面から転送、1か月の行動制限と活動範囲は治療評価会議シートと同様にそれぞれ総合記録～オーダー～隔離拘束および経過画面から時間と日数を集計して転送、治療的活動も治療評価会議シート同様に実績表から1か月分の活動実績が転送されます、処方は定期処方を転送します
- 倫理会議の開催と決議事項の欄は、倫理会議の結果がここに転送されます、多くの場合決議事項の欄は空欄になることが予想されますが、同意によらない注射やmECTの使用がある場合には決定内容と倫理会議の開催日が転送されます
- 総合評価と今後の治療方針は治療評価会議画面に入力されたものが転送されます
- 運営会議での決議事項の欄は運営会議の結果が転送され、ステージ変更あるいは外出や外泊の開始のいずれかが入ることになります、決議事項がない場合は空欄です
- 共通評価項目の内容は治療評価会議画面から直接の結果が転送されます
- 新病棟運営会議シートはレセプトも兼ねており、特にこのシートは診療費の請求が含まれています
- 退院前訪問指導の実施状況は、データ元となる画面はありませんので、提出文書画面からシートを開いて直接入力する必要があります、退院前訪問指導は指定入院医療機関の定額医療費には含まれない出来高請求になり、このシートでの診療費となります。ただし通常の退院前訪問指導とは異なり、対象者の外泊に付き添っていった場合は含まれないので注意が必要です
- 今月のmECTの実施状況も出来高での診療費請求になります、このシートの項目内容はmECTオーダー画面の情報が集計されて転送されます
- 今月の身体合併症の症状・治療内容はデータ元となる画面はありませんので、提出文書からシートを開いて直接入力する必要があります、身体合併症治療は、1件につき1000点を超える治療のみが出来高請求となります、この欄には1件につき1000点を超える身体合併症治療と他院受診の場合に記入してください、他院受診は保険診療となり、その場で患者本人には払ってもらいます、そのため他院受診の記録は診療費請求とは異なりますが、記録として明記して報告します

<一部直接入力>

- ・退院前訪問指導と
- ・身体合併にまつわる出来高請求

④入院継続情報管理シート

MOM以外のカルテではレイアウトと構成が違われる
転送スペックは同じですので参考にしてください

総合評価を3要件で
述べておく

- 患者氏名から指定入院医療機関の担当者名までは患者
診断から禁忌アレルギーまでは総合記録～診断情報から転送、
処遇に至るまでの現病歴」は患者情報～現病歴関連～現病歴コメントから転送、
「医療観察法の処遇における治療経過」は入院継続MDT会議の総合評価を転送、
「直近の現症」は共通評価項目の精神症状と非精神症状両方の情報/
判断材料/備考を並べて転送
- ここでは他の情報転送する
後述する⑥入院継続申し立
- 身体検査所見は検査結果所
ます
- 6か月MDT会議の総合評価を3要件で述べて
「医療観察法処遇における治療経過」に反映させる
- 共通評価項目は全て入院継続MDT会議での入力値を転送します
- GAFはアセスメント～GAF画面での評価が必要になります、この画面で評価された
ものがシートに転送されます、ICFも同様にアセスメント～ICF画面で評価している
ものがシートに転送されます
- 治療方針は治療評価会議画面の「今後の治療方針」が転送されます

これは診療支援システム(MOMシステム)による自動転送の引用ですが

⑤退院前情報管理シート

MOM以外のカルテではレイアウトと構成が違ふと思われる
転送スペックは同じですので参考にしてください

総合評価を3要件で
述べておく

- 患者氏名から退院地保護観察所までは患者情報画面から、
禁忌アレルギーまでは総合記録～診断情報から転送、「医療観察法の処遇
に至るまでの現病歴」は患者情報～現病歴関連～現病歴コメントから転送、「医療観察法の処遇における治療経過」は退院前MDT会議の総合評価を転送、「直近の現症」は共通評価項目の精神症状と非精神病性症状両方の情報/判断材料/備考を並べて転送します
- ここでは、このように他の情報について後述する退院前情報管理シート
- 身体的検査所見は検査結果から転送します
- 退院申請MDT会議の総合評価を3要件で述べて
「医療観察法処遇における治療経過」に反映させる
- 共通評価項目は全て退院申請MDT会議での入力値を転送します
- GAF、ICFは入院継続情報管理シートと同様です、治療方針は治療評価会議の「今後の治療方針」が転送されます

これは診療支援システム(MOMシステム)による自動転送の引用ですが

⑥-1入院継続申立書

- 入院継続情報管理シートと内容が重複しますが、ガイドラインに直近半年間の診療及び病状の経過の要約等、と別紙を求められているため別々に作成します
- 入院継続情報管理シートは全てカルテの画面から自動転送作成となっていますが、入院継続申立書は直接入力となっています

⑥-2入院継続申立書

自動転送

- 最高裁規定七十一条に求められている項目が並びます
- 本人氏名から本籍までは患者情報から転送、職業は経過～生育歴～職業から現在の職業を転送、他の処遇事件の有無から停止事由と期間までは患者情報画面から転送されます、これは医療観察法以外での法的な処遇が未決のものがある場合を指し、過去に懲役刑が満了している場合などは含みません、「入院継続の確認の期間の進行停止」というのは、医療観察法第四十九条2項にある、入院継続を行う6か月間という期間のカウントが停止する状態のことで、患者の無断退去、他の事件のための身柄拘留、身体疾患のための他の医療機関への入院の期間がある場合に期間のカウントが停止することを指します
- このような事態が起これば、患者情報～裁判所提出履歴の欄に記入しシート転送されます

- 「申し立ての趣旨及び理由」は、提出文書を直接開いて記入します、これは主治医が行うことになると思われます

直接入力

3要件を転記引用加筆

- 「直近半年間の診療及び病状経過の要約」も同様に提出文書からエクセルシートを開いて記入します
- 長い文章になると予想されます
→治療計画に整合していると考えるとよい
担当した3M×3M治療計画の総評を各職種が行う

⑦退院申立書

自動転送

- ・ 最高裁規定七十一条に求められている項目が並びます
- ・ 本人氏名から本籍までは患者情報から転送、職業は経過～生育歴～職業から現在の職業を転送、他の処遇事件の有無から停止事由と期間までは患者情報画面から転送されます

- ・ 「申し立ての趣旨及び理由」は、提出文書を直接開いて記入します、これは主治医が行うことになると思われがちです

直接入力

3要件を転記引用加筆

- ・ 「直近半年間の診療及び病状経過の要約」も同様に提出文書からエクセルシートを開いて記入します
- ・ 長い文章になると予想され、ページにわたって印刷して

→治療計画に整合していると考えるとよい
担当した退院前治療計画の総評を各職種が行う

医師

入院継続申立て/退院申立て

申立ての趣旨及び理由

3要件を転記引用
医師の専門性を加えて述べる

3要件を転記引用
医師の専門性を加えて
社会復帰関連指標の注釈まで述べる

＜入院継続＞

- ・この期間に取り組んだ治療課題の効果である「治療反応性」と
- ・まだ退院させられない理由として残されている治療課題である「社会復帰要因」らの

＜退院＞

- ・この期間に取り組んだ治療課題の効果である「治療反応性」と
- ・地域医療へとくに継続すべき治療課題である「社会復帰要因」らの

改訂共通評価項目（第3版）の評価項目の使用法4.
「通院移行後の問題行動等の予測力が認められた項目～」参照

4・直接入力のコツ

多職種

入院継続申立て/退院申立て

直近半年間の診療及び病状経過の要約

医師

①各職種がこの半年間(3M+3M)の

②治療計画で担当した治療課題

③に対するアプローチとその結果

④残されている治療課題

を述べればよい

臨床心理技術者

共通評価項目のアンカーPおよび
各職種の専門ツールを使うとより専門的

作業療法士

要するに

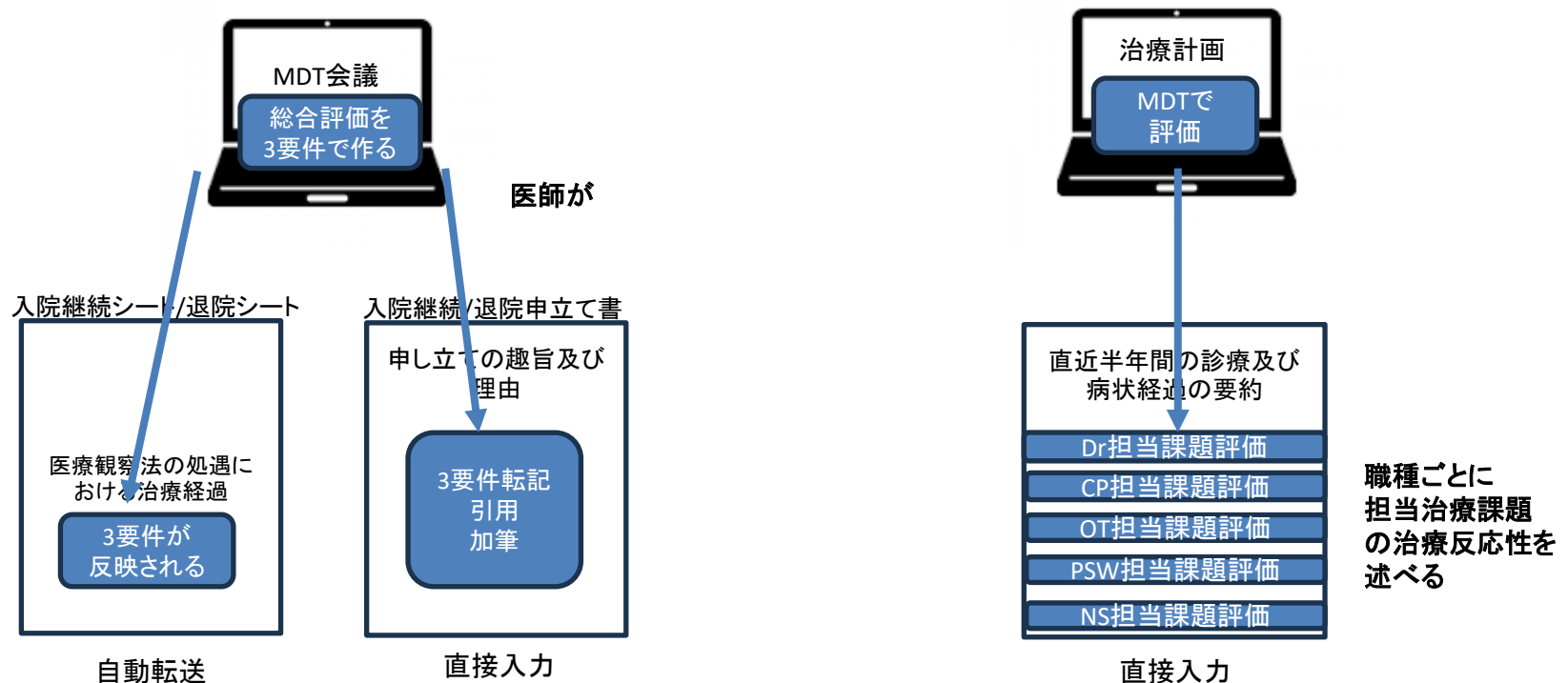
6か月間の治療計画で各職種が担当した治療課題の総評を書けばよい
→治療計画とココは整合しているといえる

精神保健福祉士

看護師

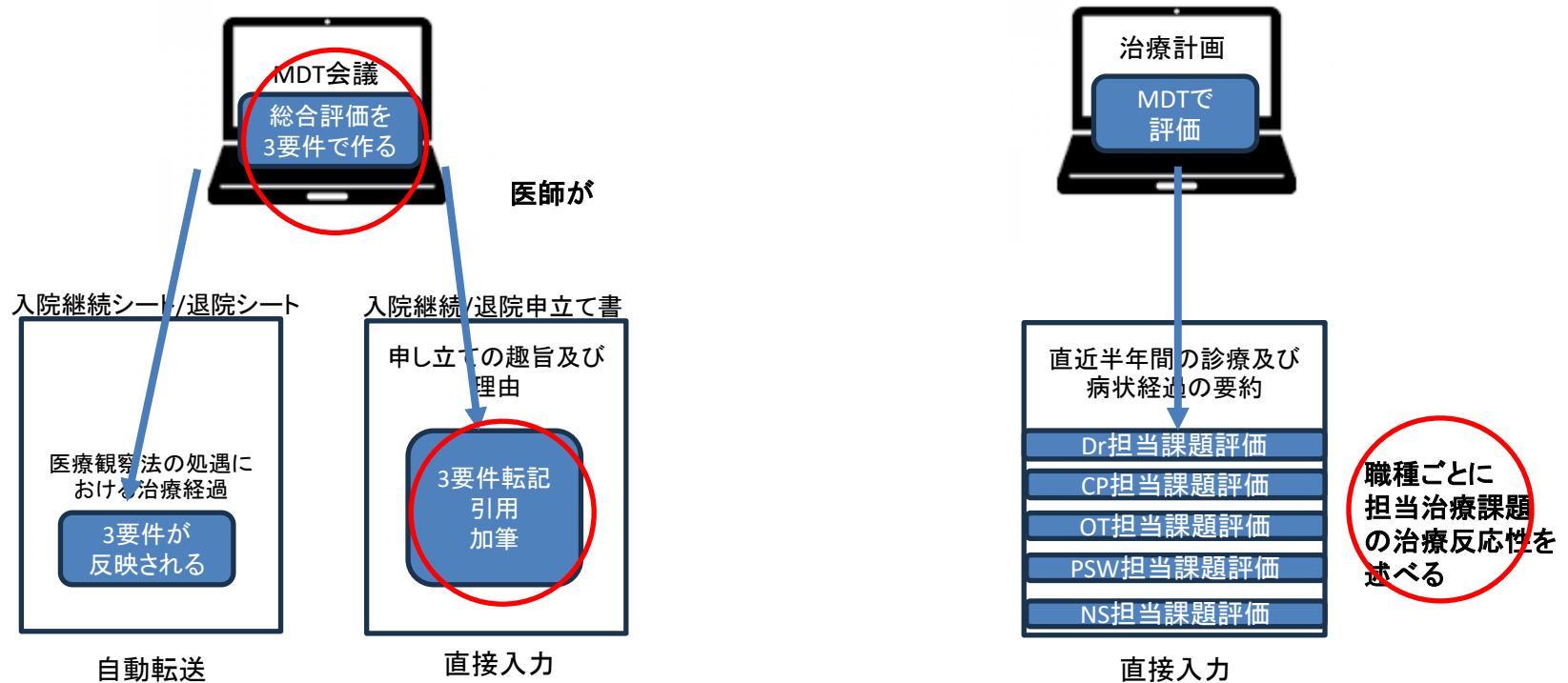
治療計画は共通評価項目理論で立てるので
看護計画も共通評価項目の理論に整合しておれば
看護計画サマリーを反映させればよいといえる

直接入力の際はMDT会議での 「3要件」と「治療計画評価」



- ・当該MDT会議で行われている内容(総合評価3要件/治療計画)は提出種類にまで整合している
- ・総合評価と治療計画評価が当該MDT会議でしっかり作成できていれば、書類作成は効率的

まとめ



- ①当該MDT会議で総合評価は3要件でしっかり作る
- ②医師の直接入力は3要件を転記引用加筆してつくる
- ③多職種の直接入力は各担当の治療課題と治療反応性を総評する

P78 2)通院処遇との連携確保

- **地方厚生局から、調整先の指定通院医療機関の連絡があった場合には、指定入院医療機関から当該指定通院医療機関に対し、対象者の「入院基本情報管理シート」「直近半年間の診療及び病状気化の要約」「退院前情報管理シート」及び当該の「新病棟治療評価会議シート」「新病棟運営会議シート」のそれぞれを渡す**

書類シートは
地域連携のツールとしても活用できる
参考にしてほしい

ご清聴
ありがとうございました

