

- 5) 緊急時の対応について確保されているかどうか
- 6) 対象者に関わる各関係機関との連携・協力体制が退院前より十分に機能しているかどうか
- 7) 退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人がいるかどうか、また協力的な関わりを継続して行ってくれるかどうか
- 8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

「治療的要素」

15. コンプライアンス

解説

治療可能性という用語が広まりつつあるが、実際的には治療可能性は相対的な概念で、判断の主体によって大きく変わりやすい。治療可能性の概念は下位概念へと分割して判断する方が望ましい。治療反応性は、治療可能性を含んだ概念で、治療へのモチベーションと準備性、治療コンプライアンスと参加、治療の効果、治療効果の般化の4段階に分割できる (Webster, et als., 2001)。この項目では前半の2段階、治療へのモチベーションと準備性、ならびに治療コンプライアンスと参加との両者を評価する。すなわち治療への意欲があり、かつ同意して治療を進めていけるかがここでの判断となる。

コンプライアンスは内省と密接に結びついており、一定の内省を持った上で治療を受け入れ、進めていくことである。コンプライアンスは治療の継続性につながるため、治療計画はコンプライアンスを高めるように進められる必要がある。

評価基準

この項目では治療へのモチベーションとコンプライアンスを評価する。要素的には以下のような項目にそって検討される。問題を感じて自ら治療を求めているか、治療へ積極的に取り組むか、モチベーションと治療への取り組みは一貫しているか。また仮に言葉で治療を求めているも、治療課題になかなか取り組まない、治療関係を力でコントロールしようとする、意識的に治療効果を打ち消すことをする等の行動があれば、コンプライアンスには軽度ないしはそれ以上の問題があると評価される。

鑑定など治療開始前の評価時には、病識および自ら治療を求める態度が参考にされ、これらがなければ2点と評定する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

16. 治療効果

解説

コンプライアンスの項目で述べた治療反応性の後半2段階、治療の効果とその般化がここで評価される。これはコンプライアンスが、対象者の意思を評価するのに対し、治療効果は薬剤が十分に反応するか、心理的アプローチが学習あるいは般化されるかが評価の対象になる。ここでは治療抵抗性の統合失調症における薬剤への反応の乏しさ、知的障害による学習困難、広汎性発達障害による般化の困難などが問題として予想される。治療効果の予測は治療の導入時点で特に問題となり、治療効果が望めないとすれば、治療適合性が失われる。

評価基準

この項目は、治療抵抗性のうち治療効果（治療で得られるものと治療の般化）を評価する。要素的に

は下記項目にそって検討される。治療遂行評価-プログラム内容の知識、スキルの獲得、開示、対象者の信頼、知識の適用、スキルの適用、犯罪性の理解、モチベーション、内省、出席、破壊的なこと、適切に利用できること、感情的理解の深さ。治療進行中には以上のような項目が検討されるが、それらに加え治療効果は未来の予測を含むため、治療中の評価および鑑定時など治療開始前の評価に際し、一般精神科診断に基づく治療効果とその般化についての予測が適用される。

評価：0 = 治療効果が望める、1 = 治療効果への問題が予想されるが、一定の治療効果は期待される、
2 = 治療効果は望めない

17. 治療・ケアの継続性

解説

治療やケアの継続性に関する事項である。コンプライアンスの項目で現在のモチベーションとコンプライアンスを評価するのに対し、ここでは将来の予想を含む。つまり現在のモチベーションとコンプライアンスが維持されるか、また治療が中断に至るような危険因子はないか。医療機関へのアクセスの悪さや対象者が治療効果を感じられないことなどは治療・ケアの継続性を低下させる。

評価基準

この項目では治療を継続させるための評価を行う。下記項目が考慮され、また院内処遇の失敗や意図的な離院や外出、外泊の失敗もこの項目で評価される。

- 1) 治療同盟-治療同盟を築き、積極的に患者を治療プロセスに導入する
- 2) 予防-コンプライアンスを阻止あるいは邪魔する可能性のあるものを査定し、プランを立てる(治療を継続することを阻害し得るものを、それが起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する)
- 3) モニター-治療継続を行えるように治療者は、関係機関と情報を共有し、モニターの戦略を立てる
- 4) 対象者がセルフモニタリングについて自覚し、そのことに関して周囲の助言をきくことができるか
- 5) 対象者の症状悪化、もしくは不安要因はどういったことなのかを治療者と十分話し合い、緊急時の対応が合意されている

なお、治療開始時の初期評価の段階では2点とするが、治療の継続性に関して既に明らかな情報は、今後の参考となるため備考欄に明記する。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

個別項目

この項目は、共通評価項目以外の対象者の社会復帰と治療及びケアにとって必要な固有な項目を挙げる。また対象者の他害行為に関連して疾病として治療や介入を要する要因を、ひろく生物学的、心理学的、社会的に検討し、最も重要と思われる事項を3項目選択する。選択項目は大きく分けると、第1にリスクアセスメントとリスクマネジメント（何によって阻止できるか）を考慮して決定される。第2に治療及びケアにとって重要とされる項目を選択する。慢性的な管理を要する身体合併症はここに含める。第3に社会復帰にとって重要な意味を持つ項目を選択する。暴力リスクのある場合は暴力リスクの性質の検討がまずなされる。暴力リスクは多様な側面を持った構成概念であることを踏まえて検討する。

個別項目には特定の対象への被害妄想、命令性の幻聴など、17項目の下位項目に含まれるものであっても、自傷他害のリスクに密接につながるものであれば個別項目として挙げる。ただし自殺企図、アルコール乱用など17項目の中にはほぼ同義のものが含まれるような項目は個別項目として扱うことをしない。嗜癖的な放火や性暴力は個別項目で扱う。

個別項目は他の項目と同様に変化し得る要因である。個別項目として挙げた項目は処遇終了まで削除することなく評価を続けることが必須となる。

共通評価項目から治療計画への架け橋 対象者の自傷他害のリスクのシナリオを作る

共通評価項目 17 項目＋個別項目の評定から治療計画の策定に至る架け橋として、対象者の自傷他害のリスクのシナリオと、そのシナリオに対する治療・マネジメントプランを作成する。共通評価項目は対象者の社会復帰に関わる要因を評価するが、シナリオとそのマネジメントプランの作成に当たっては、最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化したシナリオを作り、コンプライアンスの不良や病状の悪化などの要因は、自傷あるいは他害のシナリオの中で、シナリオに関連する要因として挙げられる。自傷他害のリスクのシナリオ 1, 2, 3 (あるいはそれ以上) のそれぞれに対するマネジメントプランを作成し、最悪の事態を防ぐための方策を描く。最終的には対象者に対する治療計画を作成して治療に取り掛かるわけであるが、治療計画は共通評価項目に含まない要因も全て加味して策定される。

1. 自傷他害のリスクのシナリオの作成

上述のようにシナリオは最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化する。リスクは対象者の病状、行動や環境などの文脈に依存するが、これらの文脈を考慮に入れたシナリオを、以下の手順で描く。シナリオの作成には、17 項目＋個別項目の社会復帰要因の関連を描くという意味が含まれ、最悪の事態をいかにして防ぐかという治療・マネジメントプランへとつながる。シナリオと治療・マネジメントプランの作成は、治療期に関わらず全期間を予想して作成し、治療の進展に伴ってシナリオの変化が予想された時に変更することが望ましい。

シナリオ作成の手順

- 1) 性質：どんな種類の問題（例えば暴力）が起こるか？
どのような状況、条件下で起こるかも併せて記入する。
- 2) 深刻さ：どのくらい深刻な問題（例えば暴力）が起こるか？
- 3) 頻度：どのくらい頻繁に問題（例えば暴力）が起こるか？
- 4) 切迫度：どのくらい切迫しているか？
- 5) 蓋然性：問題（例えば暴力）が起こる可能性はどのくらいか？

2. リスクの治療・マネジメントプランの作成

ここで作成される治療・マネジメントプランは、先に作成したシナリオに対応したプランである。すなわち、シナリオ 1 を防ぐためのプランが治療・マネジメントプラン 1、シナリオ 2 を防ぐためのプランが治療・マネジメントプラン 2、となる。シナリオの作成が治療期に関わらず全期間を予想してなされるため、治療・マネジメントプランの作成も同様に治療期に関わらず全期間を予想してなされ、治療の進展に伴って治療・マネジメントプランの変化が生じた時に変更することが望ましい。治療・マネジメントプランは以下の手順で作成される。

治療・マネジメントプラン作成の手順

- 1) モニタリング：リスクの注意サインをどのようにしてモニタリングするか？どんなことがあればリスクを再評価しなければならないか？
- 2) 治療：介入すべき優先度の高い問題は何か？リスクファクターに対してどのような治療戦略がとられるか？
- 3) マネジメント：リスクの防止のために持続的に必要な支援は何か？
- 4) 被害者の保護：被害者を保護するために必要なプランは？
- 5) その他考慮すべきことは？

3. 治療計画の作成

共通評価項目は①17項目＋個別項目の評価、②シナリオの作成、③治療・マネジメントプランの作成までを含み、実際の治療計画の作成は共通評価項目には含まない。しかし実際の医療観察法に基づく医療では、共通評価項目の評価の後に治療計画の作成が続くことが予想されるため、共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

共通評価項目で作成するシナリオや治療・マネジメントプランは、17項目＋個別項目の評価に続いてなされる一連の作業であり、17項目＋個別項目の評価に基づいてシナリオと治療・マネジメントプランが作成される。しかし実際の治療計画は共通評価項目以外の要因、例えば対象者本人のニーズなどを含めて作成される。すなわち共通評価項目での治療・マネジメントプランが自傷や他害のリスクに特化して作成されるのに対し、実際の治療計画はさらに広い要素を考慮し、なおかつどの職種が担当するかという役割分担も含めて作成される。また共通評価項目の治療・マネジメントプランが全期間を予想して作成されるのに対し、治療計画は次回の治療計画までの期間に限定して立てられる。以上のように、実際に多職種チームが取り組む治療計画は共通評価項目の治療・マネジメントプランを参考にして立てられるが、直結するものではなく、内容はより包括的、期間はより限定的なものとなるであろう。

配布資料 4
共通評価項目記録用紙

共通評価項目記録用紙

患者氏名: _____ 生年月日: _____ 評価日: _____
 担当者: Dr.: _____ Ns: _____ PSW: _____ OT: _____ CP: _____
 社会復帰調整官: _____ その他: _____

評価項目	情報/判断材料/備考	最終観察日 1)2)3)9) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
精神医学的要素			
1)精神病性症状	1 2 3 4 5 6	年 月 日	
2)非精神病性症状	1 2 3 4 5 6 7 8 9	年 月 日	
3)自殺企図		年 月 日	
個人心理的要素			
4)内省・洞察	1 2 3 4		
5)生活能力	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14		
6)衝動コントロール	1 2 3 4 5		
対人関係的要素			
7)共感性			
8)非社会性	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
9)対人暴力		年 月 日	

評価項目	情報／判断材料／備考	最終観察日 1)2)3)9) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
10) 個人的支援			
11) コミュニティ要因			
12) ストレス			
13) 物質乱用			
14) 現実的計画	1 2 3 4 5 6 7 8		
治療的要素			
15) コンプライアンス			
16) 治療効果			
17) 治療・ケアの継続性	1 2 3 4 5		
個別項目			

リスクのシナリオ

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
性質： どんな種類の問題 (例えば暴力)が 起こるか？			
深刻さ： どのくらい深刻な 問題(例えば暴 力)が起こるか？			
頻度： どのくらい頻繁に 問題(例えば暴 力)が起こるか？			
切迫度： どのくらい切迫し ているか？			
蓋然性： 問題(例えば暴 力)が起こる可能 性はどのくらい か？			

治療・マネジメントプラン

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
モニタリング： リスクの注意サインを どのようにしてモニタ リングするか？ どのようなことがあればリ スクを再評価しなければ ならないか？			
治療： 介入すべき優先度の高 い問題は何か？ リスクファクターに対 してどのような治療戦 略がとられるか？			
マネジメント： リスクの防止のために 持続的に必要な支援は 何か？			
被害者の保護： 被害者を保護するた めに必要なプランは？			
その他考慮すべきこと は？			

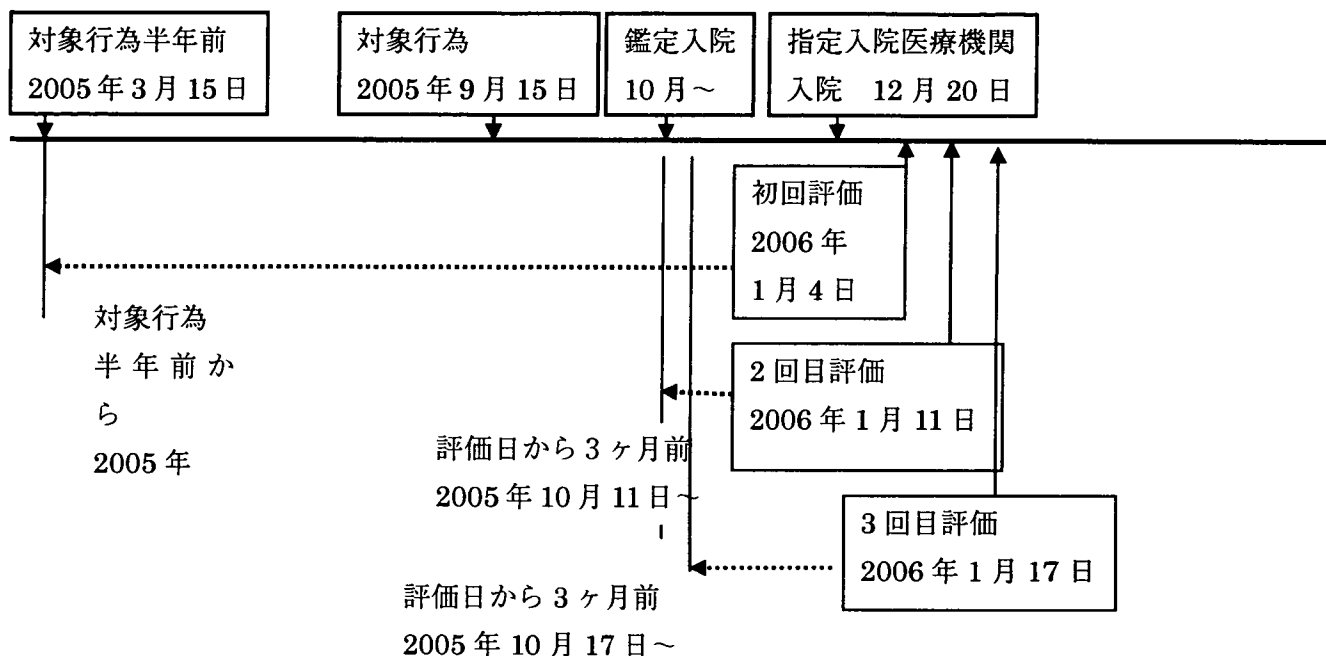
共通評価項目解説とQ&A

このセッションで注意して伝達すべき事項を以下にあげます。

①評価期間～3ヶ月間（注：2008年4月1日より、評価期間を6ヶ月→3ヶ月に変更）

評価の対象となる期間は基本的に3ヶ月間で、半年間の最も悪い状態が評点されます。精神病性症状、非精神病性症状、自殺企図、対人暴力の4項目は短期間で変化することが予想されますが、これも半年間の最も悪い状態が評点され、その状態が観察された最終観察日を記入します。

評定演習では入院後の初回治療評価として演習しますが、初回治療評価に限っては対象行為の半年前から評価時点までの期間が評価対象となります。



例えば図のように対象行為が2005年9月15日に起こり、鑑定入院を経て指定入院医療機関に12月20日に入院になったとします。すると、評価日はMDTの日程調整などで入院日からちょうど2週間後ではなく数日のズレが発生し、初回の評価が2006年1月4日頃になります。そのときの評価では対象行為半年前からの評価になりますので、3月15日からの状態を考慮に入れることになり、評価期間が約10ヶ月と長くなります。次の週間の治療評価会議からは、評価日から3ヶ月間が評価期間となり、2005年10月11日からの状態を評価します。3回目以降はこの評価期間の起算日が1週間ずつ後ろにずれていくことになります。

実際の病棟での治療評価会議ではこれほど厳密に評価期間を考えないかもしれませんが、この評価期間は一応のルールとしておきます。

②評定と診断・症状の関係～非社会性を除いて状態評価

各項目の評定と診断あるいは症状との関係ですが、「非社会性」を除いて状態評価となります。例えば、「精神病性症状」は主に統合失調症の症状を評価する項目ですが、統合失調症でない対象者、例えばうつ病患者が強度の思考狭窄に陥り、「家族を殺して自分も死なねばならない」と思い込んだ場合には、「精神病性症状」の下位項目「通常でない思考内容」に該当します。またせん妄状態で行動の統制が取れない場合にも「衝動コントロール」に該当します。ただし「非社会性」に限っては、対象行為が精神病症状に基づいて「非社会性」の下位項目に該当するような行為を行った場合は「非社会性」の項目の評点対象としません。例えば“隣の人が自分に毒を盛っている”との妄想に基づいて、隣の人を包丁で脅した場合は評定しません。

なお、こうして解説にあるように「明らかに精神病症状に基づく場合は除外する」のですが、持続的な性格変化のように精神病症状に基づくのかそうでないのか区別の困難な場合は、「非社会性」に含めて評定します。

③下位項目の評定と項目の評定との関係～最も重篤な下位項目の評点が項目の評点となる

「下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0（＝なし）、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。全ての下位項目を検討することが重要であるが、1の評点が多くあっても全体の評点は1であり、2点が1つでもあれば全体の評点は2点となる。」このルールは「精神病性症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「生活能力」の4項目に対して適用されます。1点が5つあっても1点なのに、2点が1つで他は0点でも2点なのは納得がいかないという意見もありますが、2点が1つでもあれば実際の生活は大きく障害されますので、2点が1つでもあれば2点とさせていただきます。

④「精神病性症状」は主に統合失調症の陽性症状が挙げられていますが、「非精神病性症状」はその他の症状がいろいろと入っていますので、雑多な印象がありますが、全ての下位項目について評価します。特に怒りは「非精神病性症状」と「衝動コントロール」の両方で関わってきます。慢性的な怒りの問題は全て「非精神病性症状」の項目で拾いますが、「衝動コントロール」での怒りは、ささいなことでカッとなった怒りのみを含み、積年の恨みのようなものは「衝動コントロール」では拾いません。「非精神病性症状」では評価します。

⑤「共感性」は点数のつけ方が特殊な面がありまして、2点は診断に影響されるところがあります。つまり2点はPCL-Rで言うところの「サイコパシー」で相手の感情について全く配慮しない、「広汎性発達障害」あるいは「統合失調症で情動平板化が重篤な場合」で、相手の感情を文字通り全く理解できない場合です。それ以外のケースに対して0点か1点の評価がされます。

項目解説 Q&A 集～このセッションで見られた質疑を挙げます。

<非精神病性症状>

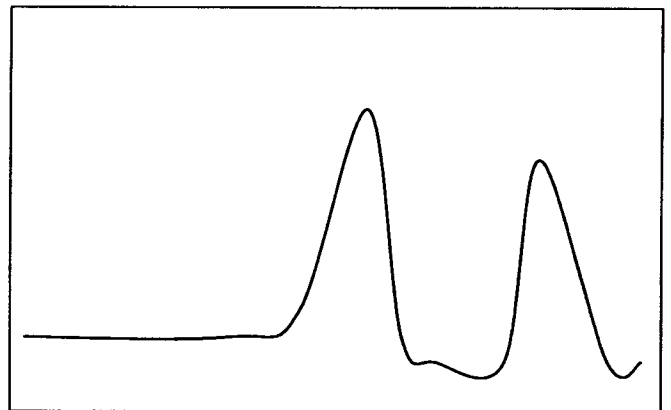
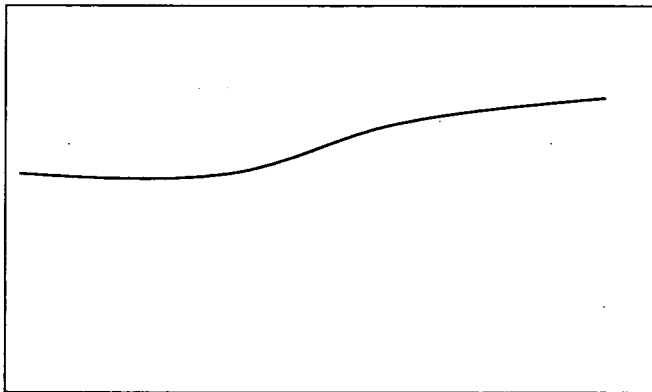
Q) 知的障害についてですが、知的障害と知られずに地域で生活している人も大勢います。鑑定の時点で初めて知的障害と分かった時には、いつ分かったということを書くのですか？

A) 最終観察日は状態の最終観察日ですので、現在も続く知的障害があれば最終観察日は現在で構いません。評価期間に渡って知的障害が分かっていなければ0点ですが、分かったのならば以前から現在まで知的障害ありとして評価してください。

<衝動コントロール>

Q) 衝動コントロールのところで、衝動的な自傷は含まれますか？

A) 衝動的な自傷というのがよく分からないんですけど、「衝動的な」というのに既にアセスメントが含まれているんですね。よくニュースなんかで「衝動的な殺人」だとか言いますが、あれも「衝動的」かどうかはアセスメントしないと分からないんですね。



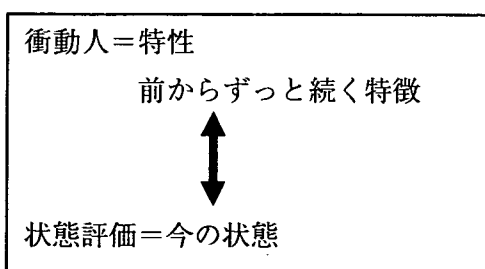
線だけで何のことか分からないかもしれませんが、「死にたい」でも「殺したい」でも左の図のように前から考えがあって、行動するのは衝動的とは言いません。右の図のように前は考えていなかったのに、ポツと考えが浮かんで、行動する、ポツと死にたいと思って飛び降りる、ポツと殺したいと思って包丁持って刺しに行く、というのが衝動的です。

Q) 前々から思っている、積年の恨みでも、相手を殺したらいけないと分かっている抑えられずに行動するのは衝動的ではないのですか？

A) いえ、してはいけないと分かっている、抑えられなくても、前から考えがあったり、計画していたりする場合衝動的とは言いません。これは言葉の定義の問題で、図のように前にはなかった考えがポツと浮かんで、ポツとそのまま行動してしまう、それが自傷でも他害でも旅行でも転職でも結婚でも何でも良いのですが、それを衝動的としてここでは考えます。

Q) もともと衝動人かどうかを評価して、対象行為だけで評価しないと聞きましたが？

A) いえ、あくまでも状態評価です。



衝動人と言うと人格特性として以前からずっと衝動的ということになりますが、共通評価項目での評価は状態評価ですので、6ヶ月間を含んだ現在の評価になります。対象行為が衝動的であれば、他に衝動的だという情報がなくても衝動的という方に評価します。ただし、衝動的かどうか評価するためには、その行為に至る思考過程を考慮に入れる必要があります。

①以前から殺そうと計画して <u>いて殺した</u>	衝動的でない
②悪口言われてカッとなって <u>殺した</u>	衝動的
③妄想で殺されると思い込んで恐怖の <u>あまり刺して殺した</u>	衝動的でない
④街中でふと「抱きつけ」と幻聴に命令されて <u>抱きついた</u>	衝動的でない
⑤街中でふと抱きつきたくなくて <u>抱きついた</u>	衝動的
⑥せん妄状態で、入浴に誘導しようとするNsを <u>叩いた</u>	衝動的
⑦兄に対するコンプレックスから繰り返し兄に <u>暴力を振るう</u>	衝動的でない

全ての事象を網羅することはできませんが、例を挙げるとこのようになります。下線部の行動だけを見ても衝動的かどうかを判断することはできず、その前段にある思考と行為に至るプロセスを理解してはじめて行動が衝動的かどうか評価できます。評価がやや難しくなりますが、実際に治療に当たるためには行動に至るプロセスを理解しないといけませんし、また行動に至るプロセスによってアプローチが異なってきます。つまり表で衝動的と評価された例では衝動コントロールを高めるようなアプローチが必要になりますが、衝動的でないで評価された例では、それぞれ異なるアプローチが重要になります。

なお、ここでの衝動性の意味の理解のために Barrat Impulsiveness Scale を参考にされると良いでしょう。

<コミュニティ要因>

Q) 断酒会など地域のサポートは、あればそれだけで評価するのですか？本人がつながっていることを評価に含めるのですか？

A) 地域にサポートになる資源があっても、本人とのつながりが全くなければサポートになりませんので、含めないで評価してください。

<コンプライアンス>

Q) 評価基準のかっこの中に「無効化、衝動性、延期、怒りへのモチベーション、力とコントロール」とあるのですが、これはどういう意味ですか？

A) 確かにこのかっこの中は何のことだか分かりにくいと思います。これは実は HCR-20 の Violence Risk Management Companion Guide(暴力リスクアセスメントのための手引書)にある治療反応性のアセスメントの部分からとったもので、そのまま持ってきているので分かりにくいのですが、どういうことかと言いますと、「コンプライアンス」と言ったときに「私は病気です。治療を受けたいです」と言ってくれば普通はコンプライアンスがあると思いますが、まれにそうでない人がいます。つまり「私は

病気だから入院させてください。治療してください」と言って治療を求めてきますが、実際に治療が始まると病棟の決まりを守らなかったり、「この治療法は嫌です、こちらにしてください」と言ったり、「今すぐに治してくれ」、「治療法を1つじゃなくて何種類か持ってきてくれ」とあれこれ要求して治療に乗らない人達があります。そのような人達に見られる対人スタイルとして、無効化（治療者の提示するものを無効にする）、衝動性（あまりに性急に結果を求める、言うことがコロコロ変わる）、延期（治療に取り組むと言いながら、「来月からやる」など言って先延ばしにする）、怒りへのモチベーション（治療場面ですぐに怒り出し、納得しない）、力とコントロール（脅しで場をコントロールしようとする）などを挙げています。これらの対人スタイルをとる人は、たとえ口で「治療を受けさせてください」と言っていたとしても、治療へのコンプライアンスは低いとして評価します。カッコ内の「対人スタイル評価」というのはそういう意味です。

<物質乱用>

Q) 共通評価項目は変化し得る要因のみを評価するということになっていますが、物質乱用は定義によると、過去に乱用に既往があった人はずっと1か2の評定ということになって、0点にはならないということですか？

A) はい、ご指摘の通りこの項目は過去に乱用があった人はずっと0点にはなりません。実際に薬物依存の回復者の方がおっしゃっていたことですが、「1度クスリの味を覚えたら一生忘れない」と言われていました。過去に乱用の既往があると、簡単に乱用に逆戻りするリスクがあるということで、0点にはならないようにしています。

Q) 飲酒はどこから問題と評価するのですか？

A) アルコール摂取の渴望があり、依存の段階に入っていると判断されれば2点です。また朝から飲酒する、連続飲酒なども依存の目安となるもので2点の評価です。また毎日大量に飲酒している、あるいはブラックアウトしての問題行動が繰り返されているということであれば乱用と判断して1点以上の評価になります。飲酒量に関しては、1日あたりビールなら中ビン5本以上、焼酎なら3合以上、日本酒なら5合以上で乱用に当たる量と言えます。

<生活能力>

Q) 「生活能力」の下位項目に「生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない」とありますが、病気による不眠もここで評価するのですか？

A) 状態評価ですので、病気による不眠も含まれます。

<内省・洞察>

Q) 対象行為以外の暴力への内省は含まないのですか？

A) 下位項目の2番目「過去の暴力的な行為を無視したりおおめに見たりする」で評価します。

<シナリオ>

Q) どういったシナリオを書けばよいのですか？治療拒否があつて部屋に引きこもるといったことで良いのでしょうか。

A) シナリオは全て自傷あるいは他害に至るシナリオにしてください。治療拒否だけでは挙げる必要はありません。例えば治療拒否が進んで暴力に至ることが考えられれば、それをシナリオとして挙

てください。シナリオをいくつ挙げるといふ決まりは有りませんが、シナリオを挙げたらそれぞれに対応する治療・マネジメントプランを全て書いてください。シナリオ1を防ぐためのプランが治療・マネジメントプラン1、シナリオ2に対するプランが治療・マネジメントプラン2ということになります。シナリオに書く期間は退院後も含めて未来ずっとで、治療計画は実際にその治療を行う期間に限られます。

	内容	期間
シナリオ 治療・マネジメントプラン	自傷 or 他害に至るシナリオ	未来ずっと。退院後含む
治療計画	MDT が行うこと全て (リスクに関わらないことも含む)	次の治療計画会議まで 初回～急性期終了まで 回復期～入院継続まで

Q) 頻度、切迫度、蓋然性とはどういうものを書いたら良いのでしょうか。

A) 頻度はどのくらい繰り返し起こるか、切迫度はどのくらい差し迫っているか、蓋然性は可能性ですが、それぞれ高いとか低いとかいうこともあります。どんなときに切迫度が高まるとか、どんな状況だと蓋然性が高くなるかということが考えられればそれも併せて書いてください。単に高いとか低いとか書くよりも、どんなときに高いとかいう情報があれば、その方がずっとプランを立てるときに役に立ちます。

<治療・マネジメントプラン>

Q) 治療とマネジメントはどう違うのですか。

A) 治療は患者さんの変化を目指すもの、マネジメントプランは退院後のフォローのような長期的な維持のためのプランを書いてください。

<治療計画>

Q) 治療計画はどう書いたら良いのですか。治療課題、目標とは。

A) 治療計画は次の治療計画立案までの期間に実際に行うことを全て挙げます。これまで医者が計画し、看護が看護計画を立て、心理が計画を立て、とバラバラに計画を立てていたものを止めて、全て同じ画面に計画を書くためのものです。だから大事なことはリスクに関係する、しないに関わらず実際に行うアプローチを全て書くということです。書き方としては、まず治療課題を書くが良いと思います。治療課題というのは問題点、治療の焦点です。それに対して目標というのは次の治療計画見直しまで、初回だと急性期終了までの目標像を書きます。次に実際に行う計画を書きます。記入していくときに計画に対して1行使ってください。例えばCPとOTとで集団での心理教育をします、というように同じ計画ならば複数のスタッフが入っても1行にします。逆に治療課題が同じ、スタッフが同じでも、CPが集団での心理教育と、個別面接を行うというように異なったアプローチをするのであれば、2行に分けて書いてください。最後にフォーカスを選びます。フォーカスというのは共通評価項目の項目を選ぶわけですが、治療課題から考えて、これはどの共通評価項目に関係するか、と選んだほうが良いと思います。1つの計画に複数の共通評価項目が関係すれば複数選んでください。逆に共通評価項目で関係するものがない、ということでしたら、空白で構いません。

Q)家族教育など本人以外の人へのアプローチも治療計画の欄に書くのですか？

A)はい、本人へのアプローチと一緒に治療計画の欄に書いてください。

<全体、研修について>

Q)今は机上の研修で、ペーパーケースを元に評価していますが、実際にはこういうことはあるのですか。

A)実際に患者さんが入院すると、それぞれのスタッフが面接するなどして情報を集め、情報を持ち寄って評価することになりますが、入院前の評価では鑑定書や生活環境調査に書いてある情報だけをもとに評価します。初回評価でもスタッフが直接集めた情報に合わせて、評価期間で入院より以前の情報を評価するために鑑定書などの情報を用います。また通院になって初期の評価や、鑑定での評価でも紙の情報を用いることがあると思われます。

配布資料 5～19

モデル症例 1, 2, 3, 4, 5

症 例

共通評価項目評価

リスクのシナリオ

リスクマネジメント

治療計画

症例の解説とQ&A