

治療計画

評価日 2007年4月1日

患者氏名： A 生年月日： 1973年6月10日 カルテ No.：	担当者 Dr.：八木 Ns：武藤 PSW： 齊藤 OT：鹿島 CP：古村 その他：
--	---

治療計画

フォーカス	治療課題	目標	治療計画	担当者
非精神病性書状	抑うつ	抑うつ改善	薬物療法。副作用をモニタリング。 不眠、躁転に注意。	八木 Dr 武藤 Ns
精神病性症状	思考狭窄	認知のゆがみを修正	薬物療法	八木 Dr 武藤 Ns
精神病性症状	思考狭窄	認知のゆがみを修正	認知行動療法	古村 CP
自殺企図	抑うつ	自殺防止	抑うつ状態、希死念慮をモニタリングし、自殺を防ぐ	鈴木 Ns
内省・洞察	病識の欠如	疾病理解の促進	心理教育。内省の高まりをモニタリングし、自殺を防ぐ	古村 CP 渡邊 Ns
ストレス生活能力	余暇を有効に過ごせない	余暇の有効利用	余暇利用プログラム	鹿島 OT
個人的支援	コミュニケーション能力不足	治療者に援助を求められる	問題解決技法	古村 CP 鹿島 OT 小久保 Ns
個人的支援	家族のサポート	家族の疾病理解	家族教室	齊藤 PSW 篠田 Ns
コミュニティ要因	育児	子育ての不安解消	公的支援につなげる	齊藤 PSW
生活能力ストレス	孤立	仲間作り	レクリエーション、集団活動を通じて入院中の関係を広げる	鹿島 OT
生活能力	孤立	仲間とのつながりを作る	心理療法	古村 CP
ストレス	ストレス	ストレス解消技術の獲得	リラクゼーション	鹿島 OT
内省・洞察 自殺企図	自責感	自分の気持ちを整理できる	心理療法を通じた言語化	古村 CP
現実的計画	居住地の環境調整	情報収集	居住環境の調査	齊藤 PSW

症例5 解説とQ&A集

<精神病症状>

Q) 対象行為前の思考狭窄で1点の評価ですが、これはなぜ1点ですか？思考狭窄が重度なので私は2点と評価しました。

A) これは単純で、「通常でない思考内容」の1点のアンカーポイントで「思考狭窄または通常では見られない信念」と書いてあるから1点です。2点になると「患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信」となり、思考の内容が問題となるわけです。ですので、思考狭窄自体が重度であっても点の評価です。

Q) 思考制止を「概念の統合障害」で評価したのですが、これは違うのですか？

A) これは、違って、「概念の統合障害」というのは思考の流れがおかしい、歪んでいるということであって、思考制止というのは思考の量が乏しくなっているが流れ自体は歪んでいないということです。だから思考の量が少ない思考制止は、思考の流れ、概念の統合障害とは区別します。

<物質乱用>

Q) 対象行為時にも飲酒していたわけですし、気分障害とアルコールはとても関連が深いです。せめて1点はとれるように思うのですがいかがでしょうか。

A) たしかに、気分障害を持つ方にとってアルコールの影響は見過ごすわけにはいきません。対象行為時にも飲酒していますからなおさらです。しかしこの事例では対象行為が酩酊の影響というわけではないし、日常的に乱用があるとも認められません。ここでいう物質乱用の基準は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合以上となっています。この方の場合は、酒量もまだ少ないですし、ブラックアウトしたり問題行動が起こったという記載もありません。ここは一貫したアセスメントということで情報欄に記入していただいて大きなリスク要因としてアルコールを追いつつ、評価点は0でお願いします。

Q) 男性の場合は今言われたような基準で良いかと思うのですが、女性の場合はこの患者さんの量でも問題飲酒群と考えられると思います。

A) 今のところ男女で酒量の基準に差を設けていませんので、男女同様の基準でお願いします。

<生活能力>

Q) 下位項目13の“余暇を有効に過ごせない”が1点の評価になっていますが、潜在的に余暇を楽しむ能力を持っているのにうつ病のせいで活用できないだけなんです。誰にでも何にもしたくないことってありますよね？この人の支援を考えても、余暇をどう過ごすかという支援ではなくて、うつ病をどうするかという支援だと思うんです。

A) あくまで状態評価でつけていきます。病気のせいであれ、潜在的な能力があれ、活用できていないという状態をとらえます。生活能力では余暇についてもそうですが、コミュニケーション能力、引きこもり、孤立なども同じ理由で1点ないし2点で評定しています。

<個人的支援>

Q) この事例では長女を殺害し、長男が生き残っていますが、長男は今後新たな被害者になるおそれがあると思います。これは個人的支援の問題ではないのでしょうか？

A) ご指摘の通り長男は新たな被害者になる可能性はあります。しかしだからといって支援の問題とも言えないのでこの場合の評定には関与していません。ストレスの項目で考慮に入れたいと思います。

Q) その前の事例(事例4)では、家族が暴力のトリガーになるということで2点の評定でした。それなのになぜこの事例が0点なのか分かりません。

A) 共通評価項目は対象者のリスクを中心に評価しますので、家族の影響で他害行為のトリガーになるということは、必ずしも家族が悪いとかいうことでなくても、リスクの上でマイナスに働いていると考えるわけですね。この事例の場合は家族の影響がリスクを高めるというわけではないので0点にしています。

Q) この事例は長女を殺害し、夫は面会に来るといっても、夫からしても子供が殺されたわけですから、支援するのは難しいと思います。両親に関しても同様だと思います。家族にサポートが必要とありますが、だから私は1点と評価しました。

A) 夫が支援するのは困難だということが推測されるかもしれませんが、今分かっている情報の範囲では夫は支援しているわけです。子供を亡くしていて支援が困難になるだろうというのはあくまでも推測であって、今ある情報から判断します。推測になってしまう部分は、情報を集めないといけないという点で重要なわけですが、情報が足りないと1点とか2点の評価にすると決めているわけではないので、今ある情報から判断していきます。情報が足りない、1点にしようとか言って流れていくことの方が私は怖い。今の議論は重要で、こうして評価が違うと言ってディスカッションしたから考えが広がり、家族に対する支援の視点だとか、情報収集が重要だとかいうことがよりクリアになったわけです。こういった議論をチームでしていくことが重要と考えます。

<個別項目>

Q) 個別項目で自殺企図を挙げました。この事例では自殺企図の問題が重要になってくると思います。

A) 確かに自殺企図の問題は大きいですが、自殺企図は17項目の中にそのまま同じものがありますので、個別項目で追加しなくても項目の中で評価すると良いと思います。

Q) 物質乱用を挙げました。17項目の評定のときは物質乱用が0点になりましたが、この方の飲酒は問題にすべきですので、個別項目で挙げました。

A) 確かに飲酒の問題はありますが、これも物質乱用が同じ項目でありますので、個別項目に挙げるのではなく、0点の評定にはなりますが、物質乱用の項目の情報/判断材料/備考の欄に記入して担当チームで念頭において対応するやり方で良いと思います。

Q) “自子の殺害による影響”を挙げました。夫の実家や残された夫と長男との関係が今後の本人のリスクに関わってくると思われます。

A) そうですね。“自子の殺害による影響”という形で個別項目とし、評価することは考えられると思います。

Q) 長男の存在を挙げました。

A) 個別項目は、あくまでも0、1、2点で評価するような項目です。個別項目として挙げたら、それに対して現状はどういう状況という情報/判断材料/備考のコメントがあり、0、1、2の評定をつけることになりしますので、言い換えるとそのように変化する項目でなければ個別項目としては挙げないのです。長男の存在というのは、将来の被害者になり得る存在ですけども、これを0、1、2に評価するということはできないと思います。先に言われた“自子の殺害による影響”でしたら、家族関係がどうなった、など状態を評価することができるので個別項目として挙げるのが可能ですが、長男の存在など変化しない固定の状況は個別項目という扱いはできません。

長男の殺害の危険性という点では、次のリスクのシナリオの中で1つのシナリオとして挙げました。

Q) 夫の転勤を挙げました。

A) 夫の転勤ですか？どう評価して何点をつけました？これも0、1、2で評価すると考えたら評価しにくいので

はないでしょうか？だからといって「夫の転勤の影響」としてしまうとストレスの一部になってしまうので、だったらストレスの中にストレスラーとして書き込んでいく方が良いと思います。

付録 共通評価項目の解説とアンカーポイント 2008年4月1日 第1版から第2版への変更

症例5 解説とQ&A集

参考資料

共通評価項目の解説とアンカーポイント (第2版)

一変更箇所とコメントつき一

医療観察法医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。この評価は疾病性や治療反応性を基礎とし、リスクアセスメントとそのマネジメントに注目して作成される。

共通評価項目は以下の17項目と個別項目とする。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- 1) 精神病症状
- 2) 非精神病性症状
- 3) 自殺企図

「個人心理的要素」

- 4) 内省・洞察
- 5) 生活能力
- 6) 衝動コントロール

「対人関係的要素」

- 7) 共感性
- 8) 非社会性
- 9) 対人暴力

「環境的要素」

- 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

「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

コメント [K1]: 現在運用中の「初版」から改め、第2版とし、改定日は合同班会議で承認を得た2007/2/11の日付で記しています。

評価項目の使用法

1. データベース項目とは異なり、本評価項目は、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価し続けるものである。そのため、項目は全て可変(dynamic)なものとする。
2. 評価期間は、原則として3ヶ月とし、3ヶ月間の最も悪い状態を考慮して点数化する。ただし入院後の初回評価(入院後3週目)に関しては、長期的なマネジメントが重要となるため、対象行為の半年前から入院観察期間中を含んだ評価とする。生活能力など評定項目の多くは短期間で変化するものではないが、精神病性症状、非精神病性症状は数週間単位での変化が予想される。これらの項目についても3ヶ月間の最も悪い状態が点数化されるが、自殺企図、対人暴力を合わせた計4項目に関しては最終観察日を記入し、その後の状態の推移を備考欄にテキストで記入する。鑑定時の評価についても入院後初回初期評価と同様で、対象行為の半年前から鑑定時までの観察期間中を評価期間として最も悪い状態が点数化されるが、薬物による酩酊など一過性の精神病状態があり、鑑定時に症状が消失していた場合には、その旨を鑑定での特記事項としてテキストで明記する。
3. 評価項目を可変なものとするため、項目は主として現在の状態の評価となる。しかし将来のマネジメントプランを検討するため、マネジメントにつながる、近未来についての評価項目を含んだ。
4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、リスクアセスメントには、本評価と併せ、過去の(不変の)要因も考慮に入れるべきである。

コメント [K2]: 評価機関を6ヶ月から3ヶ月に変更しました。理由は、これまでは入院継続申請の期間を1つの根拠として6ヶ月の評価機関をとっていましたが、対人暴力など多くの項目で6ヶ月経過時に2点から0点に急に変化することが見られました。入院期間の1年半から考えても6ヶ月の評価機関は変化を遡うには長すぎました。そこで3ヶ月に短縮をしています。3ヶ月の根拠は、指定入院医療機関の運用では治療器計画の見直しは最長3ヶ月ごととなっていること、また通院処遇に置いても3ヶ月に1度の評価が定められていることが挙げられる。

コメント [K3]: 共通評価項目の研修会ではこの鑑定時の評価期間について白頭や追加資料で説明しているが、分かりやすいように解説に書き加えました。

各項目についての解説とアンカーポイント

「精神医学的要素」

1. 精神病症状

解説

医療観察法の対象者は心神喪失または心神耗弱が前提となっているため、その多くに精神病症状の既往があると考えられる。統合失調症と暴力との関連については議論が分かれており、統合失調症が暴力のリスクファクターとなるという研究と、反対に精神病性障害とコントロール群との犯罪率が変わらないという研究、一度犯罪を起こした者の中では統合失調症は再犯リスクを下げるという研究がある(安藤, 2003)。また症状では幻覚や妄想と暴力の関係を示す研究がある。特に命令性幻聴が暴力のリスクを増すとの報告がある。また Link & Stueve (1994) によると、脅かされる感じと自分をコントロールできないという感じにつながる精神病症状は地域での暴力を予測する。共通評価項目では症状の有無を検討すると同時に、症状と対象行為の関係も評価したい。

評価基準

現在の精神科症状の広がりや重篤度を評価する。この項目は主として知覚、思考を評価する。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。観察期間中の最も重篤な状態が評価される。

- 1) 通常でない思考内容: 普通でない、怪奇な、あるいは奇妙な考えを表明する。重要でないことに強度にこだわる。明らかに異質のものを、同質とみなす。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS15. 思考内容の異常に準ずる: 通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち思考狭窄、

風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常では見られないような思考内容は、たとえ他の項（例、心氣的訴え、罪責感、誇大性、疑惑等）ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここでは病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。特定の対象への被害感、暴力的空想は特に他害行為に関連の強いものとして重要視される。1＝ごく軽度。思考狭窄もしくは通常では見られない信念。稀な強迫観念。2＝患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信。）

- 2) 幻覚に基づく行動：通常の外的刺激に基づかない知覚。これは通常独言や実在しない脅威に振り向いたり、明らかに間違った知覚をはっきりと述べたりすることで示される。せん妄による幻覚もここで含む。（BPRS12. 幻覚に準ずる：外界からの刺激のない知覚。錯覚とは区別する。命令性の幻聴は特に他害行為との関連が強いものとして重要視する。1＝軽度。孤立した断片的幻覚体験（光、自分の名前が呼ばれる）。2＝やや高度。頻回の幻覚。患者がそれに反応し、洞察はない。）
- 3) 概念の統合障害：混乱した、弛緩した、途絶した思考。思考の流れを維持することができない。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。（BPRS4. 思考解体に準じる：思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。1＝多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。2＝多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失う。返答に理解困難なものもある。）
- 4) 精神病学的なしぐさ：例えば、常同性、衒奇性、しかめ面、明らかに不適切な笑い、会話、歌、あるいは、固定した動き。（BPRS7. 衒奇的な行動や姿勢に準じる：風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。1＝多少の風変わりな姿勢。時々小さな不必要で反復性の運動（手を覗き込む、頭を掻くなど）。2＝しかめ眉、常同的運動・たいていの間、粗大な常同的あるいは奇異な姿勢。）
- 5) 不適切な疑惑：明らかに不適切でなければならない（例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを読む。あるいは皆が自分を捕まえようとやっきになっている。）いくつかの場合、患者の他害行為の性質や性格や身体的な障害のために、他の患者が自分を引っ掛けようとしていると表明されることがあるかもしれないが、この場合おそらく患者の疑惑は正しい。（BPRS11. 疑惑に準じる：患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害妄想まで含める。ここには妄想気分も含める。1＝軽度。漠然とした関係念慮。自分のことを笑っている、些細なことで反対されているなどと疑う傾向。2＝活発で感情面の負担のある被害妄想。いくらかの体系化あるいは妄想気分を伴う。）
- 6) 誇大性：誇張された自己主張、尊大さ、異常な力を持っているとの確信、常時自慢している、できないことをできると主張する。この主張には、過去と現在に関して真実でない主張や不可能な将来の計画が含まれる。（BPRS8. 誇大性に準じる：過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。1＝優越感、重要性、才能、能力があると感じる。自慢。特別扱いされることを望む。2＝力量、超自然的な能力、使命についての妄想的確信。）

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付（ ）

2. 非精神病性症状

解説

抑うつ状態での拡大自殺による他害行為も医療観察法の対象として想定されるものの1つである。また躁

状態、易刺激的な状態での他害行為も想定される。責任能力とは直接関係ないが怒りは暴力の強いリスクファクターで、特に抑うつ診断があるときにはその傾向が強い (Hodgings, 1999)。怒りと暴力は異なる水準のものであるが、感情としての怒りから暴力行為に至らないためのコントロール能力は他害行為の防止要因となり、アンガーマネジメントなどによって怒りのコントロール能力を高めることで暴力リスクを低下させることができよう。

評価基準

この項目は主として気分および不安を評価する。知的障害に伴う認知の障害はこの項目で評価される。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。

- 1) 興奮、躁状態：気分高揚、易刺激性、多動。(BPRS17. 高揚気分に至る：健康感の増大から、多幸症と軽躁、更には躁状態と恍惚状態まで。1=過度に楽天的。多弁。目的ある活動が増加。2=調子が高い、興奮している、いつも幸福だ、自分は強いなどと感じる。落ち着かない。イライラ。言語促進。転導性亢進。多動だが目的ある活動が障害される。)
- 2) 不安・緊張：ちょっとした問題に対しても過度の恐れや心配を表す。あるいは緊張する。(BPRS2. 不安に至る：心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。1=軽度で一過性のイライラ、緊張、些細な事柄への過度の懸念もしくは特定の状況に関連した軽度の不安。2=たいていの間出現するイライラ感、緊張、不安感、動揺、もしくは特定の状況に関連した急性の不安発作。)
- 3) 怒り：不適切にかんしゃくを起こす。怒りの表現が軽度で、単発的な場合は無視してよい。(BPRS10. 敵意に至る：他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表現。イライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。1=他人への過度の非難。2=顕著な焦燥。敵対的態度。告発、侮辱、言語的脅迫を呈する怒りの爆発。)
- 4) 感情の平板化：感情の動きの減退、平板化。薬によるものではないこと。(BPRS16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動に至る：感情緊張の低下もしくは不適切、ならびに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。1=感情反応が稀で固い。もしくは時に文脈から外れたものである。2=無欲と引きこもり。自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が情動的色付けを欠く。不適切な情動。)
- 5) 抑うつ：悲哀感の表明。楽しみの喪失。これはほとんどの日常活動に染み込んでいる。(BPRS9. 抑うつ気分に至る：悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には被験者の表情や泣く様子を考慮に入れる。1=気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。2=抑うつ的身体的徴候 (通常はいくらかの制止もしくは激越を示す)。絶望感、希望喪失。抑うつの内容が前景。)
- 6) 罪悪感：過去の行為や自分ではどうしようもないことに対する過度の自責、羞恥、後悔。(BPRS5. 罪業感に至る：過去の行為についての呵責、自責、自己批難。罰を受けて当然だと思う。1=過去の行為についての過度の後悔。些細なことについての自責傾向。2=うまくゆかないことすべてについての自己卑下と自己批難を示す広範囲にわたる罪業感。)
- 7) 解離および心因性の意識障害：ICD-10における解離性障害の診断基準を満たす。もしくは拘禁反応や心因性もうろう状態などの意識障害が存在する。なお離人症状および意識障害をとまなう情動反応および寝ぼけ状態などもこの項目に含める。統合失調感情障害あるいは急性一過性精神病に伴う意識障害もこの項目に含める。1=解離性障害の疑い。一過性の解離状態および心因性の意識障害の疑いを含む。2=解離性障害の診断基準を満たす。もしくは離人症状あるいは心因性の意識障害が認められる。
- 8) 知的障害：知的障害に由来する認知の障害。1=知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準。2=軽度以

コメント [R4]: せん妄等の意識障害を評価する項目がこれまでないことが合同班会議の場で問題として提案され、対策として非精神病的な症状の下位項目に9) 意識障害を追加しました。それに伴い、心因性の意識障害を区別し、7) 解離の項目に説明を追加しました。なお、意識障害の項目は解離の項目と続けて下位項目8とした方が流れとして整いますが、診療支援システムのデータ引継ぎのため、下位項目の追加は全て末尾とし、従前の下位項目番号に変更がないようにしました。

上の知的障害。

- 9) 意識障害：身体疾患に由来するせん妄や離脱せん妄やてんかん発作あるいは発作後のもうろう状態など器質性の意識障害。1＝意識障害の疑い。2＝あきらかな意識障害あり。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付（ ）

3. 自殺企図

解説

この項目は他害行為リスクのアセスメントからは外れるが、対象者の自殺を防ぐことを考え、自殺企図の評価を入れる。他害行為を行った者の自殺率は高く、自身の行為を振り返ったときに自殺のリスクが高まることが想定される。

評価基準

この項目は希死念慮の有無、自殺企図の有無と自殺傾向のリスクを評価する。自傷行為は希死念慮を伴っているときにのみ1点以上の評価とし、希死念慮の伴わない場合には0点とする。希死念慮のみで自傷行為の認められない場合、ならびに明らかな生命におよぶ危険性のない自傷行為は、1点以下の評価にされ、明らかな生命の危険性を伴う自殺企図のある場合のみ2点とする。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

「個人心理的要素」

4. 内省・洞察

解説

内省には病識と対象行為（他害行為）の振り返りが含まれるが、それに加えて疾患と他害行為のつながりへの理解が含まれる。複合的な構成要素になるが、病識と他害行為への振り返りを別項目とすると、疾患と他害行為のつながりを評価することができなくなるため、3者の全てを包含した単一項目とする。内省は自分のプロセスに対する理解であり、あるかないかの二分法で捉えきれない。統合失調症などの精神障害があるからといって内省が全く欠如していると考えべきではなく、対象者自身がどのように理解をしているかが問われる。内省は再発の防止要因となる肯定的な要素であり、対象者の治療への動機付けと治療継続に関わる。

評価基準

この項目は、対象者が自分で精神障害をもっているかと思っているかどうかと、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こしてしまった他害行為に対する姿勢を評価する。行動面では以下のような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。疾病に対する内省と他害行為に対する内省の両方、ならびに他害行為と疾病との関係についての内省を含み、最も悪いポイントに従って評価する点に注意されたい。

- 1) 対象行為への内省：当該他害行為に対する責任を感じていない。自分が他人に強いたことに謝罪しようとしな。表面的でも自分の行為を認め、反省の弁が認められる場合には1点以下とする。

コメント [RQ]：内省の下位項目1) 2) について、1) が対象行為への内省で、2) が対象行為以外の他害行為についての内省であることは研修会では口頭で伝えていましたが、違いを明確にするために下位項目のタイトルを変更しました。

- 2) 対象行為以外の他害行為・暴力行為（身体的暴力、性的暴力、放火、窃盗など）への内省：過去の暴力的な行為を無視したりおおめに見たりする。自分の暴力行為に注意を払わない。自分の暴力行為をたいしたことでないとみなす。他害行為・暴力行為を行ったことを否認する場合には2点とする。
- 3) 病識：自分の精神疾患を否認する。
- 4) 対象行為の要因の理解：対象行為と疾患との関係を認識しない。この両者の関連の内省のためには下位項目3で評価される病識と、下位項目1または2で評価される他害行為への内省が必要である。ただし精神疾患と他害行為との関連性が間接的である場合には、自分の他害行為の要因を理解しているかどうかを評価する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

5. 生活能力

解説

生活能力はまた再発の防止要因と考えられる。対人場面でのトラブルを回避する能力、身の回りのことを行い、自立した生活を営む能力は退院後の生活の維持を容易にするであろう。逆に生活能力の欠如は社会復帰を困難にし、金銭管理の困難から生活費を使い果たし、窃盗などの短絡的な犯行に至ることもある。この項目は主として作業療法士や精神保健福祉士によって評価されることが予想される。

評定基準

この項目は患者の生活技能、対人技術などのうち、不適応行動の能力的な面を評価する。入院あるいは留置中の場合は、地域での生活時の生活能力を参考にしながら、留置中の状態変化を勘案して評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、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。

- 1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。
- 2) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいはめったに洗わない。衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い、あるいはくさい。
- 3) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。しばしば金銭の貸し借りをする。消費者金融から安易に借金をする。不要なものを安易に買ってしまう。
- 4) 家事や料理をしない：寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片付けない。掃除、洗濯やゴミの分別が出来ない。
- 5) 安全管理：火の始末、貴重品や持ち物の管理などができない。戸締りが出来ない。
- 6) 社会資源の利用：交通機関など公共機関を適切に利用できない。必要な物品の入手が出来ない。
- 7) コミュニケーション技能：電話や手紙が利用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。
- 8) 社会的引きこもり：故意に他人との接触を避ける。グループ活動に入らない。
- 9) 孤立：ほとんど友達がいない。集団の中にも他者との交流が乏しい。
- 10) 活動性の低さ：まったく活動をしない。多くの時間を寝ているか横たわってすごす。
- 11) 生産的活動・役割がない：就労、主婦、学生、ボランティア、デイケアや作業所の通所、地域活動などへの参加がない。
- 12) 過度の依存性：すがり付いて離れない、他者の時間を独占する。簡単なことでさえどうするか言われなければならない。

コメント [R6]: これまでは病識を評価する際に精神疾患と他害行為の関係によって評価が変わっていました。しかし評価が複雑になるため、病識の評価には疾患と行為の関連の評価を除いて単純化しました。そして、それまで評価していた他害行為と疾患の関連とその理解については、独立の下位項目4)とし、別に評価することにしました。

- 1 3) 余暇を有効に過ごせない：時間の使い方が分からずに苦痛を感じる。何も楽しみがない。
- 1 4) 施設に過剰適応する：病院に居続けたがっている。退院や社会にかかわるのを心配している。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

6. 衝動コントロール

解説

衝動性は情動、認知、行動に関連する。先のことを考えずにその場の思いつきで行動する、考えが変わりやすく、一旦同意しても容易に約束を違えるといった衝動性の高さは、行動の長期的なマイナス面を考えないことにつながる。結果として即時的な欲求充足のための他害行為につながりやすくなる。また衝動性が高いと、知的に理解された内容が行動へと般化されることの障害となる。これらの衝動的な欲求をコントロールすることを学習し、高い衝動コントロールをもつならば他害行為の防止要因となろう。

評価基準

この項目は無計画に行動するパターンとしての衝動性を評価するもので、衝動的、計画のない、考えたり先の予見のない行動パターンを評価する。先のことを考えずにその場の思いつきで行動するような傾向、気まぐれな態度、考えや行動の変わりやすさが評価の対象となる。衝動買いのために金銭管理が出来ない、治療計画に同意してもすぐにひるがえす、などの特徴が評価される。

怒りに関しては、ささいなことですぐかっとなり、後のことを考えることなく大声を上げる、物に当たるなどの行動化が見られる時に、2. 非精神病性症状と併せてここでも評価する。かっとなっても行動化を抑えることが出来る場合、また恨みなど特定の対象への怒りはここでは含まない。慢性の怒りは含まず、反応性の突発的な怒りは含む。行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。

- 1) 突然計画を変える、言うことがすぐ変わる、など一貫性のない行動。例えばすぐに仕事を辞める、引越す、人間関係を壊す、約束を守れない、など。
- 2) 待つことができない。飽きっぽい。落ち着いて座ってられない。
- 3) 何か思いついたらすぐに行動して「しまい」、先の予測をしない。目先の利益に目を奪われて、先のこと考えられない。衝動買いや返す当てのない借金をする。
- 4) そそのかさされたり、暗示にかかりやすい。しばしば他の患者にだまされる。その場その場の状況で流される。ほかの患者の言うことに疑問を持たずに従う。
- 5) 内省や状況の判断なしにささいなことで怒りの感情を行動化する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

「対人関係的要素」

7. 共感性

解説

共感性の問題はサイコパシーを特徴づける重要な特徴の1つでもあり、他者への共感性の欠如は自分の行為が相手へ及ぼす感情の理解のできなさに通じ、罪責感形成を困難にする。反対に高い共感性は他害行為の抑止力となる。

評価基準

コメント [K7]: 衝動性の理解の点で、これまで行ってきた共通評価項目研修会の多くで誤解されやすい状況が明らかとなりました。そのため、項目に説明を加えました。

コメント [K8]: この下位項目は無計画に恒目することを評価する項目でしたが、「行動の結果が自分や他人にどのような結果をもたらすかを考えることができない」という一文があったために、「計画性や行為時の状況に関わらず重大な他害行為をしたことは行為の結果を考えていない」という誤解を与えていました。そのため、この一文を削除し、誤解を減らすようにしています。

この項目は基本的な対人関係における情性の欠如や他者への共感性の欠如を評価する。他者の感情を理解することができず、自分の行為が相手にどのような影響を及ぼすか理解できない。(例として広汎性発達障害に見られるような「こころの理論」の問題)あるいは他者の感情や他者への影響を知的に理解することはできても、抽象的で理論的にしか理論せず、他者を一切配慮しない。他者を自分の利益を満たすための道具としてとらえ、何の躊躇も罪悪感もなく、無責任や冷淡で他者を傷つけたり、他者を操作的に扱う(自分の行動によって他人が被害をこうむったことに対しての「あいつは運が悪かったんだ」「自分の知ったことではない」「(被害者がどう感じたか)自分じゃないから分かりません」などの言葉、操作的で搾取的な対人関係、人や動物の虐待などの行動が評価される。日常的な対人行動において常に他害的な意図や問題が認められる一群の人格障害や明らかな広汎性発達障害及び重篤な陰性症状として情動平板化した統合失調症の場合を2とし、他者の気持ちに対して一定の理解が出来る場合を1以下の評点とする。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

8. 非社会性

解説

社会や権威への否定的態度が含まれ、向犯罪的態度を評価する。個人への共感性の欠如とは異なる。犯罪行動を過小評価し、他者の権利を無視し、自己中心的な考え方を示す。非社会性が高いと精神病症状とは関係なく他害行為に至りやすく、また怒りなど他害行為への動機がさほど強くなくとも行為に至りやすくなる。

評価基準

この項目は基本的な対人、対社会的な患者の姿勢を評価する。非(反)社会性人格障害の評価とは密接に関連しているが、ここでは治療やケアによって可変的な要因とみなされる非社会的態度や向犯罪的思考や対人関係での問題を評価する。ただし下記項目に当てはまる行動が明らかに精神病症状に基づくと考えられる場合は除外して考え、通常の生活上の行動パターンを評価する。疾患の影響が慢性的である場合、長期的な人格変化などの場合には除外せずに下記行動や態度をもとに非社会的と評価する。

行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。

下記項目があれば2点と評価される。

- 1) 侮辱的な、からかうような、嫌がらせのようなことを言う：これははにかみからくる衝きを超えた程度でなければならない。また単発的なことであってはならない。
- 2) 社会的規範、規則、責務を蔑視する態度：市民社会、仕事や学校や家族といった、社会的規範に従った(非犯罪的な)人や活動や場の有効性や価値を、支持しない、あるいは拒否し否定する。これらはこうした人や活動や場にたいする明らかな侮蔑や常時シニカルな態度をとることで示される
- 3) 犯罪志向的な態度：一般的に犯罪への同一化で示される。例えば、犯罪を是認し、警察を認めない。
- 4) 特定の人を害するようにふるまう、特定のタイプの被害者に固執する：たとえば女性スタッフに暴虐になる傾向。子供や女性や当該犯行の被害者と似たタイプの人に固執(見たり話したり)する。
- 5) 他者を脅す。

下記項目があれば1点以上の評価となる。頻度、程度が基だしければ2点とする。

- 6) だます、嘘を言う。
- 7) 故意に器物を破損する。
- 8) 犯罪にかかわる交友関係：しばしばトラブルを起こしたり犯罪行為をしていることが疑われるものつきあう。

コメント [K9]: 以前は「当該行為については」というフレーズにより、対象行為の非社会性は考慮しないとの意味を与えていたが、それでは対象行為以外の他害行為の扱いが不明瞭となっていたため、対象行為に限らず行動全般にわたることを示すために修正しました。

コメント [K10]: この説明は研修会では口頭で伝えていたものですが、明確化するために説明に追加しました。

9) 性的な逸脱行動：不適切に触る、さらす、話す、盗む、覗く。サディズム、小児性愛など。

10) 放火の兆し：これは行動と言葉を含む。ほんのわずかな証拠も含む。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

9. 対人暴力

解説

多くのリスクアセスメント研究が示すように、将来の暴力についての最大の予測因子は過去の暴力である。過去の暴力の犯歴についてはデータベース中の項目で評価するが、暴力の発生の経過を評価し続ける意味で、対人暴力を共通評価項目に盛り込む。「対人」と限ったのは、定義をクリアにするため、また医療観察法の対象となる他害行為が、放火を除き対人暴力行為であるためである。

評価基準

経過中に観察された直接的な対人的暴力を評価する。軽度の暴力であっても一度でも行動に至れば1点以上の評価がなされ、即座にその状況や対象者の要因が評価され、対応が検討されるべきである。

ここで暴力とは他者を実際に傷つける、傷つけようとする、傷つけようとする脅しを含み、脅しの場合は「殺してやる」などのように明確である場合に限る。またストーキングのように恐怖を引き起こす行為も暴力に含む。強制わいせつ、強姦など全ての性的暴行も暴力に含む。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

「環境的要素」

10. 個人的支援

解説

この場合の個人的な支援は家族や近親者、友人などの公的でない関係者による援助をさす。家族による支援は対象者の安定や安心を得るのに大いに役立つし、公的支援で細やかな援助を構成するのは不十分である。対象者の個別の人間関係に即した個人的支援の有無を評価し、その家族等関係者への働きかけ、その関係者への支援の体制を検討する。家族への支援、介入、指導などを評価する項目でもあり、また公的な支援をどの程度補うべきかの指標でもある。

評価基準

この項目は家族や友人などの個人的な支援について、サポートの有無および支援的であるかどうかの両面から評価する。

援助的なサポートが存在する場合には0点、サポートの存在や巻き込まれなどのために有効性が疑わしい場合には1点、サポートが全く存在しないか、かえって有害な場合には2点が評定される。この項目では個人的支援があり、全体として対象者にとって害より益のほうが多いと考えられるときには0点と評価する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

コメント [K11]: 個人的支援の説明として付加されていた、「サポート」の用語の定義の文章がありました。評定する際にかえって難しくしていたため、削除しました。また入院対象者家族によく見られる巻き込まれ状況を、有効性の疑わしい状況の例として文章に付け加えました。

なお、個人的支援については、個々の事例を解説中に挙げることは困難であるため、解説は簡単にしていますが、アンカーポイントの目安は症例の評定例で示す予定で、そこでは、これまで研修会で甘い評価されていた模範解答を見直すことにしています。

1 1. コミュニティ要因

解説

この項目は個人的支援を除いた対象者の環境について評価する。環境的には人的かかわりも含まれる。対象者の環境には対象者を不安定にする要因、および対象者の安定につながる要因の両者が考えられる。地域で対象者が生活するときの環境を想定し、対象者が地域で生活している間は実際の生活を評価、入院中であれば退院後に予想される環境について評価する。

評価基準

コミュニティ要因は居住環境と地域環境、人的ネットワーク、公的支援（社会資源）の3点から評価される。例として潜在的に有害な仲間集団、薬物依存を合併する対象者ではアルコールや薬物が容易に手に入る環境や乱用集団に戻る事、金銭の浪費に誘惑が多い環境などが評価される。一方、この項目はまたコミュニティ要因が生活に健康な構造を与えられるような安定化への促進因子も評価の対象となる。例として断酒会とのつながりや地域の保健師との連携などが含まれる。**コミュニティに援助的なサポートが存在する場合に0点、コミュニティが有害な影響をもたらす場合には2点を評定する。コミュニティによる支援および有害な影響のどちらもない場合、あるいは有害な影響とサポータティブな影響との差がない場合に1点の評定とする。**

この項目は退院先のコミュニティを評価するが、退院先が未定の場合は2点とする。退院先の候補が複数あるときは、第一候補地についての評価を評定として記入し、第二候補地以降については情報/判断材料/備考欄に評点したものを記入する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

1 2. ストレス

解説

ストレスは対象者のストレス特異性、耐性、対応能力によって、どんなストレスラーがどの程度のストレスを引き起こすか異なってくる。対象者のストレス耐性を評価するとともに、ストレスの受けやすさも大きな要因である。対象者が自分のストレス耐性を把握し、回避などの行動を取れるのか、逆に自らストレスラーに近づくような行動をとるのか。ストレスが高いときには病状も悪化しやすく、また他害行為も生じやすいため、対象者がどのようなものをストレスと感じるか評価することから介入計画の策定へとつなげる。

評価基準

ストレスの大きさはストレスラー、および対象者のストレス対処能力・ストレス耐性（ストレス脆弱性）の両者のバランスによって決定される。ストレス耐性が平均的であっても、家族との葛藤など大きなストレスラーが明らかであれば、強いストレスにさらされやすくなり、2点の評点になる。反対に大きなストレスラーがなくとも、ストレス脆弱性が明らかで、日常的なストレスラーで対処できなくなる場合も、対象者は強いストレスを体験するため2点の評点になる。大きなストレスラーの存在、およびストレス脆弱性のどちらも認められないときに0点の評点となり、大きなストレスラーの存在、あるいはストレス脆弱性が疑われたときに1点の評点となる。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

コメント [R12]: 従前の基準では退院先が未定の際に1点の評点になり、退院地の目処が立ってから0～2の評点がなされることになっていました。そのため、退院地未定という状況が非常に望ましくない状態であるにもかかわらず1点の評点で、場合によっては退院予定地が決まった時点で評定が1点から2点に悪化することも生じました。そのため、最も避けるべき辞退である退院地未定の状態は2点とし、退院地が決まった時点で0～2の評点としました。

ここでの文章の改訂に伴い、0、1、2各点の説明を分かりやすくするよう改めています。また第二候補地以降についての記述は、研修会で口頭で説明していたものを、解説文に加えたものです。

1 3. 物質乱用

解説

物質乱用は暴力のリスクファクターとしては大きなものであり、統計的には精神病的症状よりもはるかに暴力のリスクを高める。山上ら（1995）による追跡調査でもアルコール・薬物乱用者の再犯率は抜きん出て高い。また精神疾患との重複診断があるときに暴力リスクを高める要因でもあり、統合失調症においても気分障害においても、物質乱用と重複することで暴力犯罪のリスクが高まる（Hodgins, 1999）。

物質乱用の場合、他害行為は乱用時にも起こりうるが、使用していなくとも薬物やそのための金銭の入手のために他害行為が行われる場合がある。

評価基準

物質乱用は入院などの強制的な環境下と社会復帰後の生活では異なるので、主には行動制限が減じる中で評価をすべき事項である。

この項目は、物質乱用歴の重篤度、犯罪との関連、物質乱用に対する内省の深まりで評価される。物質乱用の既往がなければ0点、既往があれば1点以上の評定となる。物質依存の既往がありながら否認があれば2点となる。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。飲酒量では、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合以上が乱用の目安となる。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

1 4. 現実的計画

解説

特に対象者の社会復帰に当たっては、現実的なフォローアッププランが存在し、対象者がそれを受け入れることが不可欠である。地域での生活を維持していくために方針が定まらず、フォローアップの体制が整っていなければリスクは高くなり、逆に対象者の再発やそれに伴う行為のリスクを低減させる現実的なプランが整えられ、かつ合意され遂行されることで対象者の地域での生活が保たれるであろう。また、いかに優れたプランがスタッフによって作られても、対象者の合意がなければプランの遂行ができず、プランは破綻する。そのため対象者の同意が含まれることも重要な要因である。

評価基準

対象者の計画性や現実的判断能力を評価するのではなく、実際に実現可能な計画があるかを評価する。退院後の計画、地域での生活を維持するための計画が対象者本人と公的な治療者や援助者によって作成され、これらの計画が現実的で実行可能であるか、対象者の再発やそれに伴う行為を予防することに沿っているか、計画が対象者や援助者に理解され受け入れられているか、そのための体制（人的、財政的など）は整っているか等を検討する。現実的なフォローアッププランを受け入れることで対象者のリスクは低減される。

「適切、安全、対象者の自己決定を尊重した現実的計画」は対象者の自己に関する評価、欲動のコントロールを基礎として、治療者との合意のもとでの退院計画の具体性を評価する。治療者は対象者の社会復帰した後の状況を視野に置き、対象者にわかりやすい計画を提示し、その上で対象者の理解に基づく同意を得ることをめざす。

鑑定など治療の始まっていない段階では、対象者本人の計画を尋ね、その実現可能性を判断して評価する。以下のような項目をガイドラインにして評価する。

1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるかに

コメント【R13】：アルコールの乱用水準の評価に関し、研修会での質問が多かったため、研修会で説明していた内容を評価基準の解説に加えました。

についても同意されているかどうか

- 2) 日中の活動、過ごし方（仕事、娯楽など）について計画され、対象者自身がそのことを望んでいるかどうか
- 3) 住居について確保され、対象者が生活する場となりうるかどうか（かかわりをもつ可能性のある人物の質も評価する）
- 4) 生活費などの経済的問題がないかどうか
- 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よって検討される。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なれば、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。

コメント [K14]: 個別項目としてあげる内容の例について、研修会で質問が多かったため、解説に加えました。

個別項目は削除せずに評価し続けるという解説文も、研修会では口頭で伝えていたものを解説に加えたものです。

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？

コメント [R15]: リスクのシナリオについて、研修会で質問が多く、研修会で説明している「シナリオとして挙げるリスクは自傷ないし他害にいたるものに限る」ということが分かるように解説文を修正しました。

- 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。

