

## **卷末資料**

### **共通評価項目第 3 版草稿**

### **共通評価項目記録用紙 第 3 版草稿**

# 共通評価項目の解説とアンカーポイント（第3版案）

2015.1.1現在

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19項目と個別項目とする。

なお、第2版から第3版への主な改訂点を枠囲みで示した。

## 共通評価項目

### 「疾病治療」

- 1) 精神病症状
- 2) 内省・洞察
- 3) アドヒアランス
- 4) 共感性
- 5) 治療効果

### 「セルフコントロール」

- 6) 非精神病性症状
- 7) 認知機能
- 8) 日常生活能力
- 9) 活動性・社会性
- 10) 衝動コントロール
- 11) ストレス
- 12) 自傷・自殺

### 「治療影響要因」

- 13) 物質乱用
- 14) 反社会性
- 15) 性的逸脱行動
- 16) 個人的支援

### 「退院地環境」

- 17) コミュニティ要因
- 18) 現実的計画
- 19) 治療・ケアの継続性

## 評価項目の使用法

1. 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。特に指定入院医療機関における評価はデータベースとして蓄積し、治療効果や予後についての研究に用いるため、当該評価時点での評価を継続的に残されたい。
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。生活能力など評価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、【自傷・自殺】を合わせた計3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。なお、医療観察法病棟入院中の対人暴力、性的暴力、自傷行為・自殺企図についてはそれぞれ診療支援システム内に記録を残す。
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。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が、通院移行後の問題行動等の予測力が認められた項目についてはそれぞれの項目の解説に付記するとともに、高いAUCが得られた項目の構成について以下に記す。

退院申請時点における【衝動コントロール】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【非精神病性症状3)怒り】【日常生活能力3)家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】の合計得点

通院移行後3年以内の問題行動(<放火><性的な暴力><身体的な暴力><非身体的な暴力><医療への不遵守><AI・物質関連問題>のいずれかの発生)の予測

AUC=.803

2年間追跡できたサンプルでの問題行動の予測

AUC=.717

通院移行後3年以内の暴力(<性的な暴力><身体的な暴力><非身体的な暴力>のいずれかの発生)の予測

AUC=.792

2年間追跡できたサンプルでの暴力の予測

AUC=.771

7項目合計点と暴力発生率、問題行動発生率の関係の参考として、2008年4月1日~2012年3月31日の期間に入院決定を受けた対象者であり、2013年10月1日時点調査で2年間追跡できた115例の、上記7項目合計点ごとの問題行動発生件数、暴力発生件数をクロス集計表で示す<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>追跡調査は指定通院医療機関を通じて行っており、2年に満たない期間で処遇終了となった事例、再度の入院処遇となった事例は調査に含まれない。また通院移行後3年以内の問題行動ないし暴力の予測研究では、問題行動ないし暴力あり群は追跡期間が3年に満たない対象を含む一方、なし群は追跡期間が

|                  |    | 退院申請時点における【衝動コントロール】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病症状3) 怒り】<br>【生活能力4) 家事や料理】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【性的逸脱行動】合計 |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------|----|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                  |    | 0点  | 1点   | 2点   | 3点   | 4点   | 5点   | 6点   | 7点   | 合計   |
| 2年以内の<br>問題行動    | なし | 20  | 16   | 29   | 13   | 9    | 3    | 1    | 1    | 92   |
|                  | あり | 2   | 2    | 3    | 6    | 5    | 2    | 2    | 1    | 23   |
|                  | 合計 | 22  | 18   | 32   | 19   | 14   | 5    | 3    | 2    | 115  |
| 2年以内の<br>問題行動発生率 |    | 0.09  | 0.11 | 0.09 | 0.32 | 0.36 | 0.40 | 0.67 | 0.50 | 0.20 |
| 2年以内の<br>暴力      | なし | 22  | 16   | 30   | 16   | 9    | 3    | 2    | 1    | 99   |
|                  | あり | 0   | 2    | 2    | 3    | 5    | 2    | 1    | 1    | 16   |
|                  | 合計 | 22  | 18   | 32   | 19   | 14   | 5    | 3    | 2    | 115  |
| 2年以内の<br>暴力発生率   |    | 0.00  | 0.11 | 0.06 | 0.16 | 0.36 | 0.40 | 0.33 | 0.50 | 0.14 |

**5. 医療観察法医療においては他害行為のみならず対象者の自殺を防ぐことも求められる。通院移行後の自殺企図、および指定入院医療機関入院初期に発生する自殺企図において高い AUC が得られた項目の構成について以下に記す。**

退院申請時点における【日常生活能力3) 家事や料理】の評点  
通院移行後3年以内の自殺企図の予測<sup>1)</sup>

AUC=0.792

指定入院医療機関での入院時初回評価における【非精神病性症状4) 感情の平板化】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の合計点

指定入院医療機関入院から3週間～4ヶ月に生じる自殺企図の予測

AUC=0.760

3項目合計点と自殺企図発生率の関係の参考として、2008年4月1日～2012年3月31日の期間

に入院決定を受けた対象者であり、2013年10月1日時点調査で収集できた538例の、上記3項目合計点ごとの自殺企図件数をクロス集計表で示す。

|                        |    | 入院時初回評価における【非精神病性症状4) 感情の平板化】<br>【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】<br>【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の合計点 |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------------|----|--|------|------|------|------|------|------|------|
|                        |    | 0点   | 1点   | 2点   | 3点   | 4点   | 5点   | 6点   | 合計   |
| 入院3週～4ヶ月の<br>院内自殺企図の有無 | なし | 73   | 58   | 106  | 115  | 114  | 41   | 31   | 538  |
|                        | あり | 0  | 0    | 0    | 3    | 4    | 0    | 3    | 10   |
|                        | 合計 | 73   | 58   | 106  | 118  | 118  | 41   | 34   | 548  |
| 発生率                    |    | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 0.03 | 0.03 | 0.00 | 0.09 | 0.02 |

以上の結果から、地域処遇への移行後の問題行動や暴力の予測には【衝動コントロール】【非精神病性症状3) 怒り】【日常生活能力3) 家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】の合計得点を、地域処遇への移行後の自殺企図の予測には【日常生活能力3) 家事や料理】の評点を、指定入院医療機関での入院初期の自殺企図の予測には【非精神病性症状4) 感情の平板化】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の合計点を参考にされたい。

3年に達した対象に限定しているため、AUCの算出としては利用できるが、暴力発生率はベースレートが高く示されてしまうため、ここには示さない。

<sup>1)</sup>通院移行後の自殺企図の予測に関しては、収集事例中自殺企図あり例は11例で、2年間の追跡できたサンプルに限ると既遂例2例を含む8例が解析から除外されることとなってしまったため、「2年間追跡できたサンプルでの予測」は行っていない。通院移行後3年以内の自殺企図の予測研究では、問題行動の予測研究と同様にベースレートが正しくないために、ここでは示さない。

6. 第2版から第3版への改訂にあたっては、一連の「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究」において評定者間信頼性が十分でなかった項目、および収束妥当性の研究から明らかな問題が認められた項目（【コンプライアンス】）について評価基準を修正した。【治療・ケアの継続性】の中項目および同項目に含まれる小項目は、評定者間信頼性は十分であったが、通院移行後の問題事象について予測力がなかったこともあり、【治療・ケアの継続性2)予防】【治療・ケアの継続性5)クライシスプラン】の項目は修正を加え、【アドヒアランス】との関係で治療継続の体制の質を問うものとした。第2版まで存在した【対人暴力】の中項目は、暴力行為の履歴として以上の意味をなさなかったため、項目から削除し、診療支援システム内に履歴を残すこととした。【また因子分析結果に基づいて中項目の構成および大項目の構成を改めた。】

因子分析結果および予測力の評価に関しては「医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成25年度総括研究報告書」を参照されたい。

## 各項目についての解説とアンカーポイント

### 「疾病治療」

#### 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。

本項目は評定者間信頼性(ICC=0.80)、GAF との相関による収束妥当性ともに認められている。

一方で退院後の問題行動や入院中の暴力などの予測力は認められていない。小項目の【6 誇大性】のみ通院移行後の精神保健福祉法入院を予測するという結果が得られている。本項目では精神病症状の有無と重症度を評価するが、リスクアセスメントと治療に関しては精神病症状から易刺激性や衝動性への影響を重視すべきである。

##### 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（＝問題なし）、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。また評定の根拠となった状態が最後に観察された日付を記録として残し、評価期間の3か月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。

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. 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るべきではなく、対象者自身がどのように理解をしているかが問われる。

本項目および4つの小項目は全て十分な評定者間信頼性が得られており、中項目【内省・洞察】と小項目【3)病識】はSAI-Jとの相関によって十分な収束妥当性が得られている。問題事象の予測力に関しては、小項目【2)対象行為以外の他害行為への内省】が通院移行後の問題行動、通院移行後の暴力を予測し、【4)対象行為の要因理解】が入院処遇中の暴力、通院移行後の暴力を予測することが明らかになった。また【4)対象行為の要因理解】は評定値が低い方が通院移行後に症状悪化による精神保健福祉法入院をしやすいという特徴も明らかになっており、対象行為の要因理解ができていると、症状悪化時に対象者が危機を感知して入院しているとも考えられる。

### 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(=問題なし)、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めない。表面的でも自分の行為を認め、自らの行為を悔いるような発言が認められる場合には1点以下とする。
- 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はないとみなす。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

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

## 3. アドヒアランス

### 解説

本項目は第2版では「コンプライアンス」であり、評定者間信頼性は十分(ICC=0.66)であったが、DAI-30との相関による収束妥当性の検証において、DAI-30との相関が-0.07と極めて低く、妥当性が否定的であったために改訂を行った。同時に第2版での「コンプライアンス」が受



動的にでも治療を受け入れる態度を評価していたため、対象者の積極的な治療参加が評価できないという問題があった。そこで第3版から「コンプライアンス」ではなく「アドヒアランス」と改め、対象者の積極的な態度を評価することとした。地域処遇移行後および医療観察法処遇終了後の治療継続を考えたときには、対象者本人が受動的に治療を受け入れるのみならず、積極的に求めるというアドヒアランスが重要である。アドヒアランスを高めるためには医療者側因子、患者・医療者の相互関係が重要であり、対象者にとって実行可能な治療法を、医療者が対象者とともに考え、相談の上決定していく必要がある。

### 評価基準

対象者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受ける態度が認められる。これは服薬についても、心理社会的治療についても含めて評価する。

治療の必要性を感じながら葛藤や両価的態度がある場合、受動的にのみ治療を受け入れている場合、アドヒアランスが部分的な場合には1点とし、対象者が自ら治療の必要性を感じて積極的に治療に取り組んでいる場合を0点の評価とする。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 4. 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。

本項目は予測力の評価において、通院移行後の問題行動や暴力を予測しなかった一方、入院処遇中の暴力は予測した。しかしながら評定者間信頼性が十分でなかった(ICC=0.53)。評定者間信頼性の低さは第2版の評価基準にあった「2点は特別な場合に限る」という条件のために評定が1点に集中していたことによる。そのため第3版では「2点は特別な場合に限る」という条件は外し、3段階での評価を行うこととした。

### 評価基準

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、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といった点を評価する。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 5. 治療効果

### 解説

治療効果は薬物療法および心理社会的治療が奏功し得る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。

本項目は通院移行後の問題行動、通院移行後の暴力に関して高い予測力が認められたが、評定者

間信頼性が十分でなかった(ICC=0.51)。【共感性】と同様に第2版での評価基準で2点を特別な場合に限るというルールがあったため、評定が1点に集中して評定者間信頼性が低下する結果となった。そのため第3版では「治療効果が全く望めないときのみ2点」という条件は外し、3段階での評価を行うこととした。

### 評価基準

この項目は、治療効果(治療で得られるものと治療の般化)を評価する。治療歴のない状態では、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が、治療経験のある場合には、評価時までの治療での効果を評価する。

治療反応性がないために処遇終了申請をするということは、治療効果に大きな問題があったとしても、本項目のみで判断するのではなく、他の情報を加味して総合的に判断するものとする。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 「セルフコントロール」

### 6. 非精神病性症状

#### 解説

本項目は第2版では9項目の小項目を有したが、第3版では小項目は5項目に削減した。評定者間信頼性の不足がその主たる理由であるが、中項目としての【非精神病性症状】が十分な評定者間信頼性(ICC=0.62)があった一方、多くの小項目、【1)興奮・躁状態】(ICC=0.46)【2)不安・緊張】(ICC=0.52)【5)抑うつ】(ICC=0.54)【6)罪悪感】(ICC=0.32)【7)解離】(ICC=0.52)【9)意識障害】(ICC=0.06)と十分な評定者間信頼性が得られなかった。そのうち【6)罪悪感】【7)解離】【9)意識障害】の3項目は1点以上の出現頻度が低い故に評定者間信頼性が得られなかったため、小項目自体を削除した。【1)興奮】【2)不安・緊張】【5)抑うつ】の3項目は評価基準の修正を行った。第2版では【非精神病性症状】に含まれていた【知的障害】は、因子分析結果より独立因子となったため、新たな【認知機能】項目に包含した。

各小項目の予測力の評価では、【1)興奮】および【3)怒り】は通院移行後の暴力と問題行動を予測し、【2)不安・緊張】は通院移行後の暴力と入院処遇中の自殺企図を予測、【5)抑うつ】は通院移行後の精神保健福祉法入院と自殺企図を予測することが明らかになっている。本項目に見られる情動状態は自傷他害などの問題行動を予測する因子と言え、治療の焦点付けが求められる。

#### 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。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0(=問題なし)、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。全ての低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。また評定の根拠となった状態が最後に観察された日付を記録として残し、評価期間の3か月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。

1) 興奮：活動性の亢進、一時的なものも含めた興奮を評価する

1 = 気分高揚、抑制が乏しい。多弁。落ち着かない。

2 = 興奮している。言語促迫。

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.)

不安に準じる: 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 = たいいていの間出現する緊張、不安感、動揺、もしくは特定の状況に関連した強い不安。)

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. 敵意に準じる: 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準じる: 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。悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。

1 = 気力喪失。沈んでいる。くよくよする。悲しい。

2 = 絶望感、希望喪失、抑うつ気分、重度の意欲低下

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( )

## 7. 認知機能

### 解説

本項目は第3版で新たに設置した。第2版には【知的障害】が【非精神病性症状】の中項目に含まれていたが、他の【非精神病性症状】の小項目とは異なってほとんど変化せず、因子分析でも単一の因子として抽出された。これまでの研究で【知的障害】は評定者間信頼性も十分あり(ICC=0.81)、IQとの基準関連妥当性も認められている( $r=-0.76$ )。評価に間違いが少なく変動しにくいという特性があるが、通院移行後の暴力、入院処遇中の暴力の予測因子であることも示されている。心理社会的治療の効果にも大きな影響力を持つ重要な要因である。また本項目の下に【2) 先天的な認知機能の偏り】を新規項目として追加した。【2) 先天的な認知機能の偏り】は医療観察法医療の中で他害行為への影響と心理社会的治療の効果に影響を与えていると言われている因子であり、今後本項目で評価し、データを蓄積して検証を重ねることが求められる。

### 評定基準

この項目は認知機能の問題を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0 (=問題なし), 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。

1) 知的障害: 知的障害に由来する認知の障害。ここでは知能水準が先天的か後天的かは加味せず、現在の知能障害を評価する。

1=知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準。

2 = 軽度以上の知的障害。

2) 先天的な認知機能の偏り: 自閉症スペクトラム障害等による先天的な認知機能の偏りを評価する。

1 = 先天的な認知機能の偏りの疑い、

2 = 明白な先天的な認知機能の偏り

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。

## 8 . 日常生活能力

### 解説

第2版の中項目としての【生活能力】は評定者間信頼性が十分でなく(ICC=0.51)、因子分析でも小項目が異なる因子に分かれたことから第3版では【日常生活能力】と【活動性・社会性】の2つの中項目に分割した。また第2版の【生活能力】に含まれていた小項目【過度の依存】【施設への過剰適応】は出現頻度が低いことのために評定者間信頼性が不足(それぞれ ICC=0.33、0.43)しているために項目を削除した。

本項目に含まれる小項目のうち、【5)社会資源の利用】は評定者間信頼性がやや不足(ICC=0.54)していたために評定基準を修正した。【1)整容と衛生】【2)金銭管理】【3)家事や料理】【4)安全管理】の4つの小項目はそれぞれ十分な評定者間信頼性が認められたと共に、ICFとの相関による収束妥当性も認められている。更に【2)金銭管理】と【3)家事や料理】は通院移行後の問題行動と暴力、精神保健福祉法入院を予測し、【2)金銭管理】は入院処遇中の暴力も予測する。この2項目はリスク防止要因として重要なものと言える。また【3)家事や料理】は通院移行後の自殺企図を予測し、一項目のみで AUC=0.792 と高い自殺企図の予測力を示し、将来の自傷他害を防ぐためには日常生活能力が重要であることが明らかになっている。【4)安全管理】は通院移行後の症状悪化入院に関わることも示されている。

### 評定基準

この項目は患者の日常生活能力を評価する。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、評価期間中の状態変化を勘案して評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0 (=問題なし), 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。

1) 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。

2) 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。

3) 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。

4) 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。

5) 公共機関の利用：交通機関や金融機関などを適切に利用できない。

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。

## 9. 活動性・社会性

### 解説

本項目は第2版の【生活能力】に含まれていた小項目のうち、因子分析結果でまとめた7項目を新たな中項目としてグループ化したものである。以下の小項目のうち【1)生活リズム】【2)コミュニケーション技能】【3)社会的引きこもり】【4)孤立】【5)活動性の低さ】の5項目は十分な評定者間信頼性が認められたとともに、ICFとの相関による収束妥当性が認められている。第2版の【生産的活動・役割】【余暇を有効に過ごせない】の2項目は評定者間信頼性が十分でなかったために評定基準を修正し、両項目を合わせて新規に【6)生活のバランス】項目とした。予測力の研究結果からは【1)生活リズム】は入院処遇中の暴力に関わることが認められた。

### 評定基準

この項目は患者の活動性・社会性を評価する。入院あるいは留置中の場合は、地域での生活時の活動性・社会性を参考にしながら、評価期間中の状態変化を勘案して評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0 (= 問題なし)、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。

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) 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。

3) 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。

4) 孤立：ほとんど友達がいない。集団の中においても他者との交流が乏しい。

5) 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過ごす。

6) 生活のバランス：自分自身による時間の計画・実行について評価する。制約のある生活の中でも自ら進んで何かをしようとしているか、本人が時間の使い方に価値を感じているかを評価する。自分自身で余暇や休息、生産的活動に時間を使うことがここで含まれる。

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。

## 10. 衝動コントロール

### 解説

中項目としての【衝動コントロール】および以下の5つの小項目はいずれも十分な評定者間信頼性が認められた。更に中項目の【衝動コントロール】および以下の5つの小項目は全て通院移行後の問題行動と暴力を予測し、衝動性が問題行動や暴力に与える影響の強さがうかがわれた。中

項目【衝動コントロール】および【1)一貫性のない行動】【3)先の予測をしない】【5)怒りの感情の行動化】の3つの小項目は入院処遇中の暴力も予測した。【1)一貫性のない行動】は通院移行後の精神保健福祉法入院を、【2)待つことができない】は通院移行後の精神保健福祉法入院と症状悪化による精神保健福祉法入院も予測している。【衝動コントロール】が一項目のみで通院移行後3年以内の暴力をAUC=0.724という高い予測力で予測したという結果もあり、衝動コントロールの向上が日常生活能力の向上とともに他害行為の防止のために重要な治療課題と言える。

## 評定基準

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、【6)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、言うことがすぐに変わる、など一貫性のない行動。例えばすぐに仕事を辞める、引っ越す、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、先のことが考えられない。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

小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）

## 11. 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。

本項目はICF【ストレスへの対処】【責任への対処】項目との相関による収束妥当性が認められ、通院移行後の暴力、問題行動の予測力も示唆されたが、その一方で評定者間信頼性が十分でなかった（ICC=0.54）。第2版では本項目が0点と評価されにくいことが評定者間信頼性の低下を招いて

いたため、第3版では評価基準に0点の評定についての記述を加えた。

## 評価基準

ストレスの大きさはストレッサー、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、対人関係など大きなストレッサ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、1点以上の評点となる。本人がストレスを自覚していない場合であっても、ストレスへの反応によって日常生活に支障をきたしているときにも1点以上の評価とする。ストレッサーが存在しても日常生活に支障をきたしていないときには0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

## 12. 自傷・自殺

### 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、医療観察法対象者の自殺企図の問題が指摘されており、対象者の自殺を防ぐことも本法に基づく医療の目的の一つと言える。

第2版では評定者間信頼性が十分でなかった(ICC=0.53)ため、評価基準を修正した。第2版では「希死念慮の伴わない自傷は0点とする」との評価基準であったが、希死念慮の伴わない自殺類似行為、あるいは致死的でない方法による自傷であっても、将来の自死に至る危険性を高めるため(Hawton, et als, 1993, Owens, Horrocks, House, 2002)、第3版は希死念慮の伴わない自傷行為も評価の対象とする。

## 評価基準

この項目は希死念慮、自傷・自殺企図、自殺傾向のリスクを評価する。漠然とした希死念慮、および希死念慮を伴わない自傷行為は1点、自殺の具体的な方法を考える自殺念慮、および希死念慮を伴った自傷行為は2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  
最後に観察された日付( )

## 「治療影響要因」

### 13. 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、統計的には精神病性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)。物質乱用のある場合、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。

本項目は十分な評定者間信頼性（ICC=0.67）が認められ、違法薬物の乱用者を除いた対象でのAUDITの評価点との相関による収束妥当性も認められている。通院移行後の問題行動の予測とも関わっている。

### 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

## 14. 反社会性

### 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。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する。反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。

第2版では【非社会性】として評価され、通院移行後の精神保健福祉法入院、問題行動、暴力それぞれの予測に関わる項目であったが、中項目としての評定者間信頼性が十分でなく（ICC=0.57）更に各小項目の出現頻度が非常に低く、【性的逸脱行動】以外の小項目の評定者間信頼性が十分でなかった。それ故、第3版では【性的逸脱行動】を別項目とし、本項目を【反社会性】として評価するとともに、小項目ごとの評定を廃止した。

### 評価基準

この項目は基本的な対人、対社会的な対象者の姿勢を評価する。反社会性人格障害の評価と密接に関連し、反社会的態度や向犯罪的志向や対人関係での問題を評価する。反社会的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が、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反社会的と評価する。社会的規範の蔑視や犯罪志向的な態度、犯罪にかかわる交友関係、故意に器物を破損したり火をもてあそぶ行動、他者をだましたり脅すといった行動が評価の目安となる。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 15. 性的逸脱行動

### 解説

本項目は第2版では【非社会性】の小項目の1つであったが、第2版の【非社会性】の小項目のうち唯一十分な評定者間信頼性（ICC=0.72）が得られた項目である。本項目単独では退院後の問題行



動や入院中の暴力などの予測力は認められなかったが、通院移行後の問題行動や暴力の予測モデルを探索する中では、評定者間信頼性が十分でなかった【非社会性】の代わりに本項目を用いることで予測力を上げることができた。それ故、通院移行後の問題行動や暴力の予測に当たっては【衝動コントロール】【非精神病症状3)怒り】【日常生活能力3)家事や料理】【物質乱用】【個人的支援】と本項目を加算して使用する。

### 評価基準

不適切に触る、さらず、話す、盗む、覗く、サディズム、小児性愛などの性的逸脱行動を評価する。ただしこれらの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

## 16. 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。

本項目は ICF 環境因子との相関による収束妥当性が認められ、通院移行後の問題行動の予測との関連も示されている。一方で評定者間信頼性が不足している (ICC=0.58) ため、評価基準に修正を加えた。

### 評価基準

この項目は地域生活における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。作業所やグループホーム、市町村などの公的な支援、自助グループなどの支援は本項目では考慮しない。

援助的なサポートが存在し、かつ有効な場合は0点、サポートが存在するものの、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。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 「退院地環境」

## 17. 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。

本項目は十分な評定者間信頼性 ( ICC=0.81 )、ICF 環境因子との相関による収束妥当性が認められている。一方で退院後の問題行動や入院中の暴力などの予測力は認められていない。

### 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ことに、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ト的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

## 18 . 現実的計画

### 解説

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い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。

【現実的計画】の中項目および【4)生活費】を除く7つの小項目は十分な評定者間信頼性が認められたが、【4)生活費】の小項目は評定者間信頼性が不足していた ( ICC=0.59 ) ため、評価基準を修正した。中項目および各小項目とも退院後の問題行動や入院中の暴力などの予測力は認められていない。

### 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。

「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。

以下の小項目が評価の参考とされる。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) 退院後の生活に必要なと考えられる経済的基盤が整い、利用可能な状態になっているか
- 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

小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）

## 19. 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。アドヒアランスの項目で現在のモチベーション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。

本項目は中項目【治療・ケアの継続性】および5つの小項目とも十分な評定者間信頼性が得られたが、中項目および各小項目とも退院後の問題行動や入院中の暴力などの予測力は認められていない。

### 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：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) セルフモニタリング：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) クライシスプラン：クライシスプランが作成され、使用されているか。作成だけで使用されていない場合は1点の評価とする。

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

小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）

## 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。嗜癖的な放火は個別項目で扱う。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。意識障害、解離や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。

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 19 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、また短期的なリスクの防止のため、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。シナリオの作成に当たっては、通院移行後の暴力や問題行動を予測する項目 (【衝動コントロール】【非精神病性症状 3 ) 怒り】【日常生活能力 3 ) 家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】) の合計点、ならびに通院移行後の自傷・自殺企図の危険性を予測する項目 (【日常生活能力 3 ) 家事や料理】) の評定を重視する。

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、20 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 19 項目 + 個別項目の評価、 シナリオの作成、 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、19 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、19 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ド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。