



事 務 連 絡
平成 3 1 年 3 月 5 日

公益社団法人日本精神科病院協会長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課
医療観察法医療体制整備推進室長

医療観察法各種ガイドラインの改正について

標記について、今般、別添（写）のとおり通知を发出了したので、御了知の上、御協力を賜りますとともに、関係者に対する各種ガイドラインの周知につき御配慮願います。



障医発0305第1号
平成31年3月5日

都道府県
各 精神保健福祉主管部(局)長 様
指定都市

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課
医療観察法医療体制整備推進室長
(公印省略)

医療観察法各種ガイドラインの改正について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)の施行に伴い定められた下記のガイドラインについて、

- ① 共通評価項目の改訂
- ② 通院医学管理料の請求に必要な報告様式を簡便化し指定通院医療機関における業務負担の軽減を図るための変更

の2点を踏まえた改正を別紙1～4のとおり実施し、平成31年4月1日より施行いたしますので、貴管内市町村を含め関係者、関係団体に対し周知いただくとともに、円滑な実施をよろしくお願いいたします。

なお、別添(写)のとおり各指定入院医療機関管理者に通知しているので、念のため申し添えます。

記

- 別紙1 指定入院医療機関運営ガイドライン
- 別紙2 入院処遇ガイドライン
- 別紙3 指定通院医療機関運営ガイドライン
- 別紙4 通院処遇ガイドライン



障医発0305第2号
平成31年3月5日

各指定入院医療機関 管理者 様

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課
医療観察法医療体制整備推進室長
(公印省略)

医療観察法各種ガイドラインの改正について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）の施行に伴い定められた下記のガイドラインについて、

- ① 共通評価項目の改訂
- ② 通院医学管理料の請求に必要な報告様式を簡便化し指定通院医療機関における業務負担の軽減を図るための変更

の2点を踏まえた改正を別紙1～4のとおり実施し、平成31年4月1日より施行いたしますので、円滑な実施をよろしくお願いいたします。

なお、診療支援システムにおいては、改訂版共通評価項目の運用開始に向け、3月7日（木）以降から入力が可能となりますので、事前入力を行い4月1日の運用開始に備えていただきますようお願いいたします。

記

- 別紙1 指定入院医療機関運営ガイドライン
- 別紙2 入院処遇ガイドライン
- 別紙3 指定通院医療機関運営ガイドライン
- 別紙4 通院処遇ガイドライン



障医発0305第3号
平成31年3月5日

各地方厚生局健康福祉部長 様

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課
医療観察法医療体制整備推進室長
(公印省略)

医療観察法各種ガイドラインの改正について

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）の施行に伴い定められた下記のガイドラインについて、

- ① 共通評価項目の改訂
- ② 通院医学管理料の請求に必要な報告様式を簡便化し指定通院医療機関における業務負担の軽減を図るための変更

の2点を踏まえた改正を別紙1～4のとおり実施し、平成31年4月1日より施行いたしますので、関係機関等に対し周知いただくとともに、円滑な実施をよろしくお願いいたします。

なお、別添（写）のとおり都道府県等精神保健福祉主管部（局）長及び指定入院医療機関管理者に通知しているので、念のため申し添えます。

記

- 別紙1 指定入院医療機関運営ガイドライン
- 別紙2 入院処遇ガイドライン
- 別紙3 指定通院医療機関運営ガイドライン
- 別紙4 通院処遇ガイドライン

事務連絡
平成31年3月5日

関係者各位 様

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課
医療観察法医療体制整備推進室

医療観察法各種ガイドラインのホームページ掲載について

標記について、今般、改正したガイドライン及び治療評価シート等の様式については、厚生労働省ホームページに掲載しておりますので、御参照ください。

(掲載場所)

厚生労働省ホームページ

- >福祉・介護 >障害者福祉分野
- >心神喪失者等医療観察法 >6 関連条文等
- > (4) 各種ガイドライン等

(アドレス)

→https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589_00007.html

(改正案)	(現行)
<p>指定入院医療機関運営ガイドライン</p> <p>目次</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4. 入院対象者に関する留意事項等</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 入院処遇の改善に向けた取組への参画</p> <p>(6)、(7) (略)</p> <p>5、6 (略)</p>	<p>指定入院医療機関運営ガイドライン</p> <p>目次</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4. 入院対象者に関する留意事項等</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) 入院処遇の改善に向けた取組みへの参画</p> <p>(6)、(7) (略)</p> <p>5、6 (略)</p>

<p>1. はじめに</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 本ガイドラインの目的</p> <p>○ 本ガイドラインは、指定入院医療機関が入院処遇ガイドラインを基本に入院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組みの一翼を担う上で、指定入院医療機関の管理運営が本法の目的に沿って適切かつ円滑に行われるために、指定入院医療機関の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項等を定めるものである。</p> <p>2 (略)</p> <p>3. 主な事務の流れ</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院から退院の許可の申立てまで</p> <p>①～③ (略)</p> <p>④退院の許可又は入院継続の確認の申立てに係る審判上の権利義務関係 (管理者)</p> <p><本法上の権利義務関係></p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等 (本法第64条第1項、第65条、第70条第1項)</p> <p>指定入院医療機関の管理者は、入院対象者についての退院許可決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反又は重大な事実の誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。(なお、本法第64条第1項によれば、「処分の著しい不当」を理由とする抗告がありうることになるが、指定入院医療機関の管理者が関係する処遇に関する決定(退院、入院継続確認、処遇終了)においては、いずれも「重大な事実の誤認」が問題となるのであって、「処分の著しい不当」が問題となる余地はない。)</p>	<p>1. はじめに</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 本ガイドラインの目的</p> <p>○ 本ガイドラインは、指定入院医療機関が入院処遇ガイドラインを基本に入院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組の一翼を担う上で、指定入院医療機関の管理運営が本法の目的に沿って適切かつ円滑に行われるために、指定入院医療機関の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項等を定めるものである。</p> <p>2 (略)</p> <p>3. 主な事務の流れ</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院から退院の許可の申立てまで</p> <p>①～③ (略)</p> <p>④退院の許可又は入院継続の確認の申立てに係る審判上の権利義務関係 (管理者)</p> <p><本法上の権利義務関係></p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等 (本法第64条第1項、第65条、第70条第1項)</p> <p>指定入院医療機関の管理者は、入院対象者についての退院許可決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反又は重大な事実の誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。(なお、本法第64条第1項によれば、「処分の著しい不当」を理由とする抗告がありうることになるが、指定入院医療機関の管理者が関係する処遇に関する決定(退院、入院継続確認、処遇終了)においては、いずれも「重大な事実の誤認」が問題となるのであって、「処分の著しい不当」が問題となる余地はない。)</p>
<p>1. はじめに</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 本ガイドラインの目的</p> <p>○ 本ガイドラインは、指定入院医療機関が入院処遇ガイドラインを基本に入院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組みの一翼を担う上で、指定入院医療機関の管理運営が本法の目的に沿って適切かつ円滑に行われるために、指定入院医療機関の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項等を定めるものである。</p> <p>2 (略)</p> <p>3. 主な事務の流れ</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院から退院の許可の申立てまで</p> <p>①～③ (略)</p> <p>④退院の許可又は入院継続の確認の申立てに係る審判上の権利義務関係 (管理者)</p> <p><本法上の権利義務関係></p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等 (本法第64条第1項、第65条、第70条第1項)</p> <p>指定入院医療機関の管理者は、入院対象者についての退院許可決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反又は重大な事実の誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。(なお、本法第64条第1項によれば、「処分の著しい不当」を理由とする抗告がありうることになるが、指定入院医療機関の管理者が関係する処遇に関する決定(退院、入院継続確認、処遇終了)においては、いずれも「重大な事実の誤認」が問題となるのであって、「処分の著しい不当」が問題となる余地はない。)</p>	<p>1. はじめに</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 本ガイドラインの目的</p> <p>○ 本ガイドラインは、指定入院医療機関が入院処遇ガイドラインを基本に入院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組の一翼を担う上で、指定入院医療機関の管理運営が本法の目的に沿って適切かつ円滑に行われるために、指定入院医療機関の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項等を定めるものである。</p> <p>2 (略)</p> <p>3. 主な事務の流れ</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院から退院の許可の申立てまで</p> <p>①～③ (略)</p> <p>④退院の許可又は入院継続の確認の申立てに係る審判上の権利義務関係 (管理者)</p> <p><本法上の権利義務関係></p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等 (本法第64条第1項、第65条、第70条第1項)</p> <p>指定入院医療機関の管理者は、入院対象者についての退院許可決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反又は重大な事実の誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。(なお、本法第64条第1項によれば、「処分の著しい不当」を理由とする抗告がありうることになるが、指定入院医療機関の管理者が関係する処遇に関する決定(退院、入院継続確認、処遇終了)においては、いずれも「重大な事実の誤認」が問題となるのであって、「処分の著しい不当」が問題となる余地はない。)</p>

<p>③対象者等による退院の許可等の申立て</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (略) ○ (略) ○ (略) ○ (略) ○ (略) <p><本法上の権利義務関係></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等 (本法第64条第2項、第65条、第70条第1項) <p>対象者等は、入院継続確認決定、対象者等の退院の許可又は処遇の終了の申立てを棄却する決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反、又は重大な事実誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取下げることができる。</p> <p>対象者等は、憲法違反・憲法解釈の誤り・判例との相反を理由とする場合に限り、抗告裁判所の決定に対し、2週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができ、(再抗告。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。)</p> <p>なお、抗告・再抗告は、執行を停止する効力を有しないが、原裁判所又は(再)抗告裁判所の決定により執行を停止することができる。</p> <p>(本法第69条、第70条第2項)</p> <p><最規上の権利義務関係></p> <ul style="list-style-type: none"> (略) ④、⑤ (略) 	<p>③対象者等による退院の許可等の申立て</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (略) ○ (略) ○ (略) ○ (略) ○ (略) <p><本法上の権利義務関係></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等 (本法第64条第2項、第65条、第70条第1項) <p>対象者等は、入院継続確認決定、対象者等の退院の許可又は処遇の終了の申立てを棄却する決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反、又は重大な事実誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取下げることができる。</p> <p>対象者等は、憲法違反・憲法解釈の誤り・判例との相反を理由とする場合に限り、抗告裁判所の決定に対し、2週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができ、(再抗告。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。)</p> <p>なお、抗告・再抗告は、執行を停止する効力を有しないが、原裁判所又は(再)抗告裁判所の決定により執行を停止することができる。</p> <p>(本法第69条、第70条第2項)</p> <p><最規上の権利義務関係></p> <ul style="list-style-type: none"> (略) ④、⑤ (略)
<p>4. 入院中の対象者に関する留意事項等</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)～(4) (略) (5) 入院処遇の改善に向けた取り組みへの参画 <ul style="list-style-type: none"> ○ 本法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、共通評価項目を含め、定期的な入院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定入院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診察に関する様式や評価項目・方法に関する可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報 	<p>4. 入院中の対象者に関する留意事項等</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)～(4) (略) (5) 入院処遇の改善に向けた取り組みへの参画 <ul style="list-style-type: none"> ○ 本法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、<u>改訂版共通評価項目</u>を含め、定期的な入院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定入院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診察に関する様式や評価項目・方法に関する可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報

は、必要な情報を提供するほか、入院処遇の改善に向けた取組へ参画する。

(6)、(7) (略)

5. 地域連携体制の確保

(1) 通常時における地元自治体、関係機関等との連携

① 地元自治体との連携

○ (略)

○ 本法に基づき指定入院医療機関において行う医療に対する地域住民の理解を得るため、必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院対象者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。

② (略)

(2) (略)

6 (略)

を提供するほか、入院処遇の改善に向けた取組へ参画する。

(6)、(7) (略)

5. 地域連携体制の確保

(1) 通常時における地元自治体、関係機関等との連携

① 地元自治体との連携

○ (略)

○ 本法に基づき指定入院医療機関において行う医療に対する地域住民の理解を得るため、必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院対象者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。

② (略)

(2) (略)

6 (略)

(改正案)	(現行)
<p>入院処遇ガイドライン 目次</p> <p>I (略)</p> <p>II 入院処遇の留意事項 1～3 (略) 4 治療評価と記録 1) (略) 2) <u>改訂版共通評価項目</u> 3) (略) 5 その他 1) 医療情報の取扱い 2) (略)</p> <p>III～VI (略)</p> <p>別添：急性期クリティカルパス (イメージ) 別添：回復期クリティカルパス (イメージ) 別添：社会復帰期クリティカルパス (イメージ) 別添：新病棟 対象者別一週間の治療プログラムのイメージ 別添：<u>改訂版共通評価項目</u>の解説とアンカーポイント</p>	<p>入院処遇ガイドライン 目次</p> <p>I (略)</p> <p>II 入院処遇の留意事項 1～3 (略) 4 治療評価と記録 1) (略) 2) <u>共通評価項目</u> 3) (略) 5 その他 1) 医療情報の取扱い 2) (略)</p> <p>III～VI (略)</p> <p>別添：急性期クリティカルパス (イメージ) 別添：回復期クリティカルパス (イメージ) 別添：社会復帰期クリティカルパス (イメージ) 別添：新病棟 対象者別一週間の治療プログラムのイメージ 別添：<u>共通評価項目</u>の解説とアンカーポイント</p>

<p>I 総論</p> <p>1 医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念</p> <p>1) 入院処遇の位置づけ</p> <p>○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の目的は、その適切な処遇において、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のための確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされ、本ガイドラインの定める入院処遇は、医療観察法に基づき入院決定を受ける者（以下「入院対象者」という。）につき、地域社会における処遇のガイドライン（平成17年7月14日法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課長通知）等に定める社会復帰に向けた取組に基づき、医療の第一段階として位置づけられる。</p> <p>2) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>II 入院処遇の留意事項</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 治療評価と記録</p> <p>1) (略)</p> <p>2) 改訂版共通評価項目</p> <p>○ 本法による処遇における治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の視点の統一、各施設の治療標準化を図るために、改訂版共通評価項目を設ける。</p> <p>○ 改訂版共通評価項目を基本とする評価を通して、入院対象者の全体的な評価を行うが、改訂版共通評価項目の評価方法は、国際機能分類（ICF）の生活機能評価と交換性を有する指標に基づくものとする。</p> <p>○ 改訂版共通評価項目は以下の19項目とする（別添参照）。</p>	<p>I 総論</p> <p>1 医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念</p> <p>1) 入院処遇の位置づけ</p> <p>○ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の目的は、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされ、本ガイドラインの定める入院処遇は、医療観察法に基づき入院決定を受ける者（以下「入院対象者」という。）につき、地域社会における処遇のガイドライン（平成17年7月14日法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課長通知）等に定める社会復帰に向けた取組に基づき、医療の第一段階として位置づけられる。</p> <p>2) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>II 入院処遇の留意事項</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 治療評価と記録</p> <p>1) (略)</p> <p>2) 共通評価項目</p> <p>○ 本法による処遇における治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の視点の統一、各施設の治療標準化を図るために、共通評価項目を設ける。</p> <p>○ 共通評価項目を基本とする評価を通して、入院対象者の全体的な評価を行うが、共通評価項目の評価方法は、国際機能分類（ICF）の生活機能評価と交換性を有する指標に基づくものとする。</p> <p>○ 共通評価項目は以下の17項目とする（別添参照）。</p>

改訂版共通評価項目

- 「疾病治療」
- ・精神病症状
- ・内省・洞察
- ・アドヒアランス
- ・共感性
- ・治療効果
- 「セルフコントロール」
- ・非精神病性症状
- ・認知機能
- ・日常生活能力
- ・活動性・社会性
- ・衝動コントロール
- ・ストレス
- ・自傷・自殺
- 「治療影響要因」
- ・物質乱用
- ・反社会性
- ・性的逸脱行動
- ・個人的支援
- 「入院地環境」
- ・コミュニティ要因
- ・現実的計画
- ・治療・ケアの継続性

3) 記録等の標準化

○ (略)

「対象者の入院時に整備すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院時基本情報管理シート」とする。）」

・、 (略)

共通評価項目

- 「精神医学的要素」
- ・精神病症状
- ・非精神病性症状
- ・自殺企図
- 「個人心理的要素」
- ・内省・洞察
- ・生活能力
- ・衝動コントロール
- 「対人関係的要素」
- ・共感性
- ・非社会性
- ・対人暴力
- 「環境的要素」
- ・個人的支援
- ・コミュニティ要因
- ・ストレス
- ・物質乱用
- ・現実的計画
- 「治療的要素」
- ・コンプライアンス
- ・治療効果
- ・治療・ケアの継続性

3) 記録等の標準化

○ (略)

「対象者の入院時に整備すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院時基本情報管理シート」とする。）」

・、 (略)

<ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略) ・ 診療情報 <p>疾患に関する情報：主診断名及び ICD コード・副診断名・身体合併症の有無及びその内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・家族歴・生活歴・治療歴・初診時現症・検査所見 ICF を用いた評価</p> <p>入院時における共通評価項目：5 カテゴリー17項目・合計点・個別評価 (別添参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略) ・ 診療情報 <p>疾患に関する情報：主診断名及び ICD コード・副診断名及び ICD コード・身体疾患の有無及びその内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・家族歴・生活歴・治療歴・初診時現症・検査所見 ICF を用いた評価</p> <p>入院時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19項目・合計点・個別評価 (別添参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略)
<p>「新病棟治療評価会議において整理すべき情報 (これらの情報を網羅した様式を「新病棟治療評価会議シート」とする。)」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ 診療情報 観察所見 治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果 行動制限：身体的拘束の合計時間・隔離の合計時間 活動範囲：院内散歩回数・院外外出回数・外泊日数 薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mBCT 実施回数とその効果 特記事項 評価時における共通評価項目：5 カテゴリー17項目・合計点・個別評価 (別添参照) <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) 	<p>「新病棟治療評価会議において整理すべき情報 (これらの情報を網羅した様式を「新病棟治療評価会議シート」とする。)」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ 診療情報 観察所見 治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果 行動制限：身体的拘束の合計時間・隔離の合計時間 活動範囲：院内散歩回数・院外外出回数・外泊日数 薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mBCT 実施回数とその効果 特記事項 評価時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19項目・合計点・個別評価 (別添参照) <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略)
<p>「新病棟運営会議において整理すべき情報 (これらの情報を網羅した様式を「新病棟運営会議シート」とする。)」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ 診療情報 	<p>「新病棟運営会議において整理すべき情報 (これらの情報を網羅した様式を「新病棟運営会議シート」とする。)」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ 診療情報

<p>観察所見</p> <p>治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果</p> <p>行動制限：身体的拘束・隔離の状況</p> <p>活動範囲：院内散歩・院外外出・外泊の状況</p> <p>薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mBCT実施回数とその効果</p> <p>特記事項</p> <p>評価時における共通評価項目：5カテゴリー17項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略) 	<p>観察所見</p> <p>治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果</p> <p>行動制限：身体的拘束・隔離の状況</p> <p>活動範囲：院内散歩・院外外出・外泊の状況</p> <p>薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mBCT実施回数とその効果</p> <p>特記事項</p> <p>評価時における改訂版共通評価項目：4カテゴリー19項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略)
<p>「入院継続の確認の申立てに際して整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院継続情報管理シート」とする。）」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略) ・ 診療情報 <p>疾患に関する情報：主診断及びICDコード・副診断名・身体合併症の有無及び内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見</p> <p>ICFを用いた評価</p> <p>申立時における共通評価項目：5カテゴリー17項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) <p>「退院の許可の申立てに際して整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「退院前情報管理シート」とする。）」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略) 	<p>「入院継続の確認の申立てに際して整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院継続情報管理シート」とする。）」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略) ・ 診療情報 <p>疾患に関する情報：主診断及びICDコード・副診断名及びICDコード・身体疾患の有無及び内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見</p> <p>ICFを用いた評価</p> <p>申立時における改訂版共通評価項目：4カテゴリー19項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) <p>「退院の許可の申立てに際して整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「退院前情報管理シート」とする。）」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (略) ・ (略) ・ (略)

<p>・診療情報</p> <p>疾患に関する情報：主診断名及びICDコード・副診断名・副診断名・身体合併症の有無及びその内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見</p> <p>ICFを用いた評価</p> <p>申立時における共通評価項目：5 カテゴリーI7項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>5 その他</p> <p>1) 医療情報の取り扱い</p> <p>○ (略)</p> <p>○ また必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取り扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。</p> <p>なお個人情報情報の取扱いについては、医療観察法に定めるほか、地域社会における処遇のガイドライン、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日）等に定めるところ。</p> <p>2) (略)</p> <p>III (略)</p> <p>IV 入院中の評価の留意事項</p> <p>1、2 (略)</p>	<p>・診療情報</p> <p>疾患に関する情報：主診断名及びICDコード・副診断名及びICDコード・身体疾患の有無及びその内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見</p> <p>ICFを用いた評価</p> <p>申立時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>5 その他</p> <p>1) 医療情報の取り扱い</p> <p>○ (略)</p> <p>○ また必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取り扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。</p> <p>なお個人情報情報の取扱いについては、医療観察法に定めるほか、地域社会における処遇のガイドライン、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日）等に定めるところによる。</p> <p>2) (略)</p> <p>III (略)</p> <p>IV 入院中の評価の留意事項</p> <p>1、2 (略)</p>	<p>・診療情報</p> <p>疾患に関する情報：主診断名及びICDコード・副診断名・副診断名・身体合併症の有無及びその内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見</p> <p>ICFを用いた評価</p> <p>申立時における共通評価項目：5 カテゴリーI7項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>5 その他</p> <p>1) 医療情報の取り扱い</p> <p>○ (略)</p> <p>○ また必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取り扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。</p> <p>なお個人情報情報の取扱いについては、医療観察法に定めるほか、地域社会における処遇のガイドライン、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日）等に定めるところ。</p> <p>2) (略)</p> <p>III (略)</p> <p>IV 入院中の評価の留意事項</p> <p>1、2 (略)</p>	<p>・診療情報</p> <p>疾患に関する情報：主診断名及びICDコード・副診断名及びICDコード・身体疾患の有無及びその内容</p> <p>禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項</p> <p>精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見</p> <p>ICFを用いた評価</p> <p>申立時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19項目・合計点・個別評価（別添参照）</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>5 その他</p> <p>1) 医療情報の取り扱い</p> <p>○ (略)</p> <p>○ また必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取り扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。</p> <p>なお個人情報情報の取扱いについては、医療観察法に定めるほか、地域社会における処遇のガイドライン、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日）等に定めるところによる。</p> <p>2) (略)</p> <p>III (略)</p> <p>IV 入院中の評価の留意事項</p> <p>1、2 (略)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>3 審判申立て時の評価項目</p> <p>1) 退院の許可の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>改訂版共通評価項目</u>による評価を実施する。退院の許可の申立て時の評価に際しては、当該対象者の生活環境の調整の状況についての保護観察所の意見を参考とする。 ○ (略) ○ (略) <p>2) 入院継続の確認の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>改訂版共通評価項目</u>による評価を実施する。 ○ (略) <p>V その他の留意事項</p> <p>1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (略) ○ 同意によらない治療を開始する場合の対応 <p>入院対象者に対して治療方針等に関する説明を尽くした上でなお当該入院対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について入院対象者とよく相談し、また多職種チームにより motivational interview (患者の両面性 (治りたい気持ちと治りたくない気持ちの混在等) を明らかにしその解決を図ることで患者が自らの行動を変化させるのを援助するための面接) 等を積極的に活用するなどして、入院対象者の治療意欲を引き出す<u>取組</u>を行うことが必要である。</p> <p>十分な期間をかけて入院対象者の治療意欲を引き出す取組を行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行うものとする。決議に当たっては、「当該治療行為によって予測される効果」「当該治療行為によって起こりうるデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 同意によらない治療行為を継続する場合の対応 <p>同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取組を継続する。同意によらない治療を継続している入院対象者に</p>	<p>3 審判申立て時の評価項目</p> <p>1) 退院の許可の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>共通評価項目</u>による評価を実施する。退院の許可の申立て時における「<u>環境的要素</u>」の評価に際しては、当該対象者の生活環境の調整の状況についての保護観察所の意見を参考とする。 ○ (略) ○ (略) <p>2) 入院継続の確認の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>共通評価項目</u>による評価を実施する。 ○ (略) <p>V その他の留意事項</p> <p>1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (略) ○ 同意によらない治療を開始する場合の対応 <p>入院対象者に対して治療方針等に関する説明を尽くした上でなお当該入院対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について入院対象者とよく相談し、また多職種チームにより motivational interview (患者の両面性 (治りたい気持ちと治りたくない気持ちの混在等) を明らかにしその解決を図ることで患者が自らの行動を変化させるのを援助するための面接) 等を積極的に活用するなどして、入院対象者の治療意欲を引き出す<u>取組</u>を行うことが必要である。</p> <p>十分な期間をかけて入院対象者の治療意欲を引き出す取組を行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行うものとする。決議に当たっては、「当該治療行為によって予測される効果」「当該治療行為によって起こりうるデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 同意によらない治療行為を継続する場合の対応 <p>同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取組を継続する。同意によらない治療を継続している入院対象者に</p>	<p>3 審判申立て時の評価項目</p> <p>1) 退院の許可の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>共通評価項目</u>による評価を実施する。退院の許可の申立て時における「<u>環境的要素</u>」の評価に際しては、当該対象者の生活環境の調整の状況についての保護観察所の意見を参考とする。 ○ (略) ○ (略) <p>2) 入院継続の確認の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>共通評価項目</u>による評価を実施する。 ○ (略) <p>V その他の留意事項</p> <p>1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (略) ○ 同意によらない治療を開始する場合の対応 <p>入院対象者に対して治療方針等に関する説明を尽くした上でなお当該入院対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について入院対象者とよく相談し、また多職種チームにより motivational interview (患者の両面性 (治りたい気持ちと治りたくない気持ちの混在等) を明らかにしその解決を図ることで患者が自らの行動を変化させるのを援助するための面接) 等を積極的に活用するなどして、入院対象者の治療意欲を引き出す<u>取組</u>を行うことが必要である。</p> <p>十分な期間をかけて入院対象者の治療意欲を引き出す取組を行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行うものとする。決議に当たっては、「当該治療行為によって予測される効果」「当該治療行為によって起こりうるデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 同意によらない治療行為を継続する場合の対応 <p>同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取組を継続する。同意によらない治療を継続している入院対象者に</p>	<p>3 審判申立て時の評価項目</p> <p>1) 退院の許可の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>共通評価項目</u>による評価を実施する。退院の許可の申立て時における「<u>環境的要素</u>」の評価に際しては、当該対象者の生活環境の調整の状況についての保護観察所の意見を参考とする。 ○ (略) ○ (略) <p>2) 入院継続の確認の申立て時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>共通評価項目</u>による評価を実施する。 ○ (略) <p>V その他の留意事項</p> <p>1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (略) ○ 同意によらない治療を開始する場合の対応 <p>入院対象者に対して治療方針等に関する説明を尽くした上でなお当該入院対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について入院対象者とよく相談し、また多職種チームにより motivational interview (患者の両面性 (治りたい気持ちと治りたくない気持ちの混在等) を明らかにしその解決を図ることで患者が自らの行動を変化させるのを援助するための面接) 等を積極的に活用するなどして、入院対象者の治療意欲を引き出す<u>取組</u>を行うことが必要である。</p> <p>十分な期間をかけて入院対象者の治療意欲を引き出す取組を行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行うものとする。決議に当たっては、「当該治療行為によって予測される効果」「当該治療行為によって起こりうるデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 同意によらない治療行為を継続する場合の対応 <p>同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取組を継続する。同意によらない治療を継続している入院対象者に</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>る。必要性の評価に当たっては、「現に当該治療行為によって得られている効果」「当該治療行為によって起きているデメリット」「当該治療行為の継続によって予測される効果」「当該治療を中断する場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。</p> <p>○ (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、<u>改訂版共通評価項目</u>を含め、定期的な本ガイドラインの見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮したうえで可能な範囲で公開する。</p> <p>○ (略)</p>	<p>る。必要性の評価に当たっては、「現に当該治療行為によって得られている効果」「当該治療行為によって起きているデメリット」「当該治療行為の継続によって予測される効果」「当該治療を中断する場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。</p> <p>○ (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、<u>改訂版共通評価項目</u>を含め、定期的な本ガイドラインの見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮したうえで可能な範囲で公開する。</p> <p>○ (略)</p>
<p>急性期クリティカルパス (イメージ) (略)</p> <p>回復期クリティカルパス (イメージ) (略)</p> <p>社会復帰期クリティカルパス (イメージ) (略)</p> <p>新病棟 対象者別1週間の治療プログラムのイメージ (略)</p>	<p>急性期クリティカルパス (イメージ) (略)</p> <p>回復期クリティカルパス (イメージ) (略)</p> <p>社会復帰期クリティカルパス (イメージ) (略)</p> <p>新病棟 対象者別1週間の治療プログラムのイメージ (略)</p>

改訂版共通評価項目の解説とアンカーポイント

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、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多職種により統一的な視点により継続した評価を行うために、改訂版共通評価項目を設定する。

改訂版共通評価項目は以下の19項目と個別項目とする。

改訂版共通評価項目

「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

共通評価項目の解説とアンカーポイント

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。

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

<p>1.5) 性的逸脱行動</p> <p>1.6) 個人的支援 「退院地環境」</p> <p>1.7) コミュニティ要因</p> <p>1.8) 現実的計画</p> <p>1.9) 治療・ケアの継続性</p> <p>評価項目の使用法と改訂の経緯</p> <p>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検査に用いるため、当該評価時点での評価を継続的に残されたい。</p> <p>2. 評価期間は、入院処遇・通院処遇にかかわらず原則として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、入院処遇後の初回評価(入院3週目)、医療観察法鑑定における評価、直接通院処遇の初回評価は、対象行為の半年前から評価日までの期間で最も悪い状態を考慮して点数化する(入院処遇からの移行通院は初回も評価期間は直近3ヶ月間)。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、【精神病症状】、【非精神病症状】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。医療観察法鑑定時の評価は対象行為の半年前から鑑定時までの観察期間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。</p> <p>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らる、近未来についての評価項目を含んだ。</p> <p>4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、実際の判断を行うに当たって</p>	<p>1.4) 現実的計画 「治療的要素」</p> <p>1.5) コンプライアンス</p> <p>1.6) 治療効果</p> <p>1.7) 治療・ケアの継続性 「個別項目」</p> <p>○ 評価項目の使用法</p> <p>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。</p> <p>2. 評価期間は、裁判所への入院継続申請書の提出期間に順じ、原則として半年とし、半年間の最も悪い状態を考慮して点数化する。入院後の初診時評価に関しては、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、精神病症状、非精神病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半年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。</p> <p>鑑定時の評価についても半年間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。</p> <p>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らる、近未来についての評価項目を含んだ。</p> <p>4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、実際の判断を行うに当たって</p>
<p>1.5) 性的逸脱行動</p> <p>1.6) 個人的支援 「退院地環境」</p> <p>1.7) コミュニティ要因</p> <p>1.8) 現実的計画</p> <p>1.9) 治療・ケアの継続性</p> <p>評価項目の使用法と改訂の経緯</p> <p>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検査に用いるため、当該評価時点での評価を継続的に残されたい。</p> <p>2. 評価期間は、入院処遇・通院処遇にかかわらず原則として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、入院処遇後の初回評価(入院3週目)、医療観察法鑑定における評価、直接通院処遇の初回評価は、対象行為の半年前から評価日までの期間で最も悪い状態を考慮して点数化する(入院処遇からの移行通院は初回も評価期間は直近3ヶ月間)。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、【精神病症状】、【非精神病症状】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。医療観察法鑑定時の評価は対象行為の半年前から鑑定時までの観察期間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。</p> <p>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らる、近未来についての評価項目を含んだ。</p> <p>4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、実際の判断を行うに当たって</p>	<p>1.4) 現実的計画 「治療的要素」</p> <p>1.5) コンプライアンス</p> <p>1.6) 治療効果</p> <p>1.7) 治療・ケアの継続性 「個別項目」</p> <p>○ 評価項目の使用法</p> <p>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。</p> <p>2. 評価期間は、裁判所への入院継続申請書の提出期間に順じ、原則として半年とし、半年間の最も悪い状態を考慮して点数化する。入院後の初診時評価に関しては、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、精神病症状、非精神病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半年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。</p> <p>鑑定時の評価についても半年間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。</p> <p>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らる、近未来についての評価項目を含んだ。</p> <p>4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、実際の判断を行うに当たって</p>

<p>に記録を残す。</p> <p>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でいる。</p> <p>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を行う際には、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。</p> <p>5. 本改訂は、初版における評定者間信頼性および収束妥当性の研究結果を踏まえ、評価者間の評価がより統一的となり、社会復帰における課題がより明確に把握されることを目的とした。そのため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結果から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。【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、項目から削除した。</p> <p>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。また、通院移行後の問題行動等の予測力（AUC）が認められた項目、高いAUCが得られた項目の構成、因子分析結果、各項目の解釈、および改訂の背景については、「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25～27年度総合研究報告書」を参照のこと。</p> <p>各項目についての解説とアンカーポイント</p> <p>「疾病治療」</p>	<p>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。</p> <p>○ 各項目についてのアンカーポイント</p> <p>「精神医学的要素」</p> <p>1. 精神病症状</p> <p>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。全ての低位項目を検討することが重要であるが、1の評価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。</p> <p>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、すなわち思考狭律、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。)</p> <p>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</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>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。)</p>	<p>1. 精神病症状 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ヶ月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。</p>
<p>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。)</p>	<p>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。</p>
<p>4) 精神病的なしぐさ：例えば、常同性、衝奇性、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. 衝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。時々小さな必要で反復性の運動(手を覗き込み、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。)</p>	<p>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、ここでも再び評価する。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。</p>
<p>5) 不適切な疑惑：明らかに不適切でなければならぬ(例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを読んでいる。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。些細なことでも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。)</p>	<p>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。</p>
<p>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</p>	<p>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。</p>

<p>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。</p> <p>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）。</p> <p>2＝やや高度。頻回の幻覚。患者がそれに反応し、洞察はない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>1＝多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。</p> <p>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。</p> <p>4) 精神病的なしぐさ：例えば、常同性、衝奇性、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。</p> <p>BPRS7. 衝奇的な行動や姿勢に準じる：風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および軽度。</p> <p>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（手を覗き込み、頭を掻くなど）。</p> <p>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。</p> <p>5) 不適切な疑惑：明らかに不適切でなければならぬ（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。</p> <p>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。</p>	<p>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。特別扱いされたいことを望む。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＝明らかに問題あり総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>一過性の場合には最後に観察された日付（ ）</p> <p>2. 非精神病性症状</p> <p>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査することが重要であるが、1の点数が多くあっても全体の点数は1であり、2点が1つでもあれば全体の点数は2点となる。</p> <p>1) 興奮、躁状態：気分高揚、易刺激性、多動。（BPRS17. 高揚気分）に準じる：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。目的のある活動が増加。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。言語促迫。転導性亢進。多動だが目的のある活動が障害される。</p> <p>2) 不安・緊張：ちょっととした問題に対しても過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験する。（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。）</p> <p>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</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>1 = 軽度。漠然とした関係念慮。自分のことを笑っている。些細なことまで反対されているなどと疑う傾向。</p> <p>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。</p> <p>6) 誇大性：誇張された自己主張、尊大さ、異常な力を持つているとの確信、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。</p> <p>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。</p> <p>1 = 優越感、重要性、才能、能力があると感ずる。自慢。特別扱いされることを望む。</p> <p>2 = 力量、超自然的な能力、使命についての妄想的確信。</p>	<p>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、攻撃的行動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。)</p> <p>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。妄想や幻覚が情動の色付けを欠く。不適切な情動。)</p> <p>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生活活動に染み込んでい</p>
<p>評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らか問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>一過性の場合は最後に観察された日付 ()</p> <p>2. 内省・洞察</p> <p>評価基準</p> <p>この項目は、対象者が自分で精神障害をもっていると感じているかどうかと、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こしてしまっただけ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。</p> <p>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</p>	<p>る。(BPRS9. 抑うつ気分)に準じる：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立く様子を考慮にいれる。1 = 気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。2 = 抑うつつの身体的徴候 (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。)</p> <p>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. 罪悪感に準じる：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ふ。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 = うまくゆかずか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面にわたる罪悪感。)</p> <p>7) 解離：ICD-10 における解離性障害の診断基準を満たす。なお離人症状はこの項目に含める。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。もしくは離人症状が認められる。</p> <p>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。2 = 軽度以上の知的障害</p>

たことに購罪しようとし、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

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は0点の評価とする。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合には最後に観察された日付（ ）

3. 自殺企図

この項目は希死念慮の有無、自殺企図の有無と自殺傾向を評価する。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

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、起こっ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) 何の内省も示さない：当該他害行為に対する責任を感じていない。表面的でも自分の行為を認め、内省の弁が認められる場合には1点以下とする。2)～3)の項目の特徵が2点に該当する場合にはこの限りではない。

2) 過去の暴力的な行為を無視したり大目に見たりする：自分の暴力行為に注意を払わ

<p><u>4. 共感性</u> <u>評価基準</u> 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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p><u>5. 治療効果</u> <u>評価基準</u> 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如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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>「セルフコントロール」</p> <p><u>6. 非精神病性定状</u> <u>評価基準</u> 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。全ての下位項目を検討することが重要であるが、1の点数が多くあつ</p>	<p>ない。自分の暴力行為をたいした事ではないとみなす。仮に病識があっても、他害行為を行ったことを否認する場合には2点とする。</p> <p>3) 病識のなさ：自分の精神疾患を否認する。精神疾患と他害行為との関連を認識しない。精神病症状と他害行為が直接的に関連している場合には、疾病の否認があれば2点とするが、精神疾患と他害行為との関連性が間接的な場合は全く病気を否認しても他害行為への内省があれば1点とする。精神疾患と他害行為との関連性によって病識のなさに対する評価が異なることに留意されたい。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p><u>5. 生活能力</u> この項目は患者の生活技能、対人技術などのうち、適応的な行動の能力的な面を評価する。入院中の場合は、地域での生活時の生活能力を参考にしながら、入院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の点数が多くあつても全体の点数は1であり、2点が1つでもあれば全体の点数は2点となる。</p> <p>1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。</p> <p>2) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいはめつたに洗わない。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。</p> <p>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ふ。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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ヶ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。言語促進。

2) 不安・緊張：ちよつ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。もしくは時々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

7) コミュニケーション技能：電話や手紙が採用できない。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。集団の中において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過ごす。

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。

13) 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。

14) 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 = 明らか問題点あり

6. 衝動コントロール

この項目は衝動的、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ひるむがえすがえす、などの特徴が評価される。怒りに関しては、小さいことでもすぐかっとなり、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. 非情精神病性症状と併せてこでも評価する。かっとなつ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でも含まない。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。

<p>けを欠く。不適切な情動。</p> <p>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。</p> <p>1＝気力喪失、沈んでいる。くよくよする。悲しい。</p> <p>2＝絶望感、希望喪失、抑うつ気分、重度の意欲低下。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>一過性の場合は最後に観察された日付（ ）</p> <p>7. 認知機能 <u>評価基準</u></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>1＝知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準。</p> <p>2＝軽度以上の知的障害。</p> <p>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。</p> <p>1＝先天的な認知機能の偏りの疑い。</p> <p>2＝明白な先天的な認知機能の偏り。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>	<p>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<u>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。</u></p> <p>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。</p> <p>3) 何か思いついたらすぐ行動してしまい、行動の結果が自分や他人にどういう結果をもたらすかを、考えることができない。先の予測ができない。自分の利益に目を奪われて、先のが考えられない。衝動買いや返す当てのない借金をする。</p> <p>4) そのほかされたり、暗示にかかったりしやすい。しばしば他の患者にだまされる。</p> <p>その場その場の状況に流される。ほかの患者の言うことに疑問を持たずに従う。</p> <p>5) 内省や状況の判断なしにささいなこと怒りの感情を行動化する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>「対人関係性要素」</p> <p>7. 共感性</p> <p>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「この場の理論」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、無責任または冷淡で、他者を傷つけたり、他者を操作的に扱ったりする（例として非社会性人格障害）。自分の行動によって他人が被害をこうむっても「あいつは運が悪かったんだ」「自分の知ったことではない」「あいつがへしただのがいけないのだ」「（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場合や明らか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</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>8. 日常生活能力 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。</p> <p>1) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいははめつたに洗わない。衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い、あるいははくさい。</p> <p>2) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。しげ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ふ。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>9. 活動性・社会性 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</p>	<p>る。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり</p> <p>8. 非社会性 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想や対人関係での問題を評価する。当該行為については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。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。例えば下記項目があれば2点と評価される。</p> <p>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侮いを超えた程度でなければならぬ。また単発的なことであってはならない。</p> <p>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侮蔑や常時シニカルな態度をとることで示される</p> <p>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。</p> <p>4) 特定の人を害するようふるまう、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。</p> <p>5) 他者を脅す。</p> <p>下記項目があれば1点以上の評価となる。頻度、程度が基だければ2点とする。</p> <p>6) だます、嘘を言う。</p> <p>7) 故意に器物を破損する。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。</p> <p>1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。</p> <p>2) コミュニケーション技能：電話や手紙が採用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。</p> <p>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。</p> <p>4) 孤立：ほとんど友達がいらない。集団の中においても他者との交流が乏しい。</p> <p>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が横たわって過ごす。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>10. 衝動コントロール</p> <p>評定基準</p> <p>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はひるがえす、などの特徴が評価される。</p> <p>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</p>	<p>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者ときあう。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>9. 対人暴力</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>最後に観察された日付（ ）</p> <p>「環境的要素」</p> <p>10. 個人的支援</p> <p>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。</p> <p>サポートには3つの主要なものがある。(1)情緒的サポート～対象者への情緒的支持を与える。(2)道具的(手助け)～物質面、行動面での支援を行う。(3)情報～新しい事実・情報を示すことで援助する。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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) 待つことができず、飽きつぱい。落ち着いて座っていない。
- 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。自分の利益に目を奪
われて、先のが考えられない。衝動買いや返す当てのない借金をする。
- 4) そのほかの患者、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）。

1.1. ストレス

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点以上の評価となる。本人がストレスを自覚していない場合であつて
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
の評価となる。

上記3点を評価し、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点か評価される。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＝明らか問題点あり

1.1. コミュニティ要因

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、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。コミュニティによる支援および有害な影響のどち
らもない場合は1点の評価とし、サポートがある場合を0点、コミュニティが有害な影
響をもたらす場合には2点を評価する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題点あり

1.2. ストレス

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つ
ても、家族との葛藤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、2点の評価となる。反対に大きなストレッサーがなくとも、ストレス脆弱性
が明らかで、日常的なストレッサ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点の評価になる。大きなストレッサーの存在、およびストレス脆弱性
のどちらとも認められないときに0点の評価となり、大きなストレッサーの存在、あるい

<p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>1 2. 自傷・自殺 評価基準</p> <p>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傷念慮、および希死念慮を伴った自傷行為は2点と評価する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>最後に観察された日付 ()</p> <p>「治療影響要因」</p> <p>1 3. 物質乱用 評価基準</p> <p>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。</p> <p>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。物質乱用の既往があれば0点、既往があれば1点以上の評価となり、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。観察期間における物質乱用の既往があれば0点、既往があれば1点以上の評価となり、物質乱用の否認があれば2点となる。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>1 4. 現実的計画</p> <p>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、実際に表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同様の行為の再発を防止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。</p> <p>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き同意を得ることを目指す。</p> <p>鑑定入院の直後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指針として評価する。</p> <p>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、そして必要など</p>	<p>はストレス脆弱性が疑われたときに1点の評価となる。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>1 3. 物質乱用</p> <p>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、本項目には行動制限が減じる中で評価をすべきである。</p> <p>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。観察期間における物質乱用の既往があれば0点、既往があれば1点以上の評価となり、物質乱用の否認があれば2点となる。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>1 4. 現実的計画</p> <p>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、実際に表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同様の行為の再発を防止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。</p> <p>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き同意を得ることを目指す。</p> <p>鑑定入院の直後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指針として評価する。</p> <p>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、そして必要など</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>14. 反社会性 評価基準</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>	<p>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。</p> <p>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)。</p> <p>4) 生活費などの経済的問題がないかどうか。</p> <p>5) 緊急時の対応について確保されているかどうか。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>
<p>15. 性的逸脱行動 評価基準</p> <p>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かつ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評価する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>	<p>「治療的要素」</p> <p>15. コンブライアンス</p> <p>この項目では治療へのモチベーションとコンブ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。(A. 治療準備性：評価問題の認知、ゴール設定、モチベーション、自己への気づき、期待、行動の一貫性、治療への見方、自己効力感、認知的不協和、外的支援、情動的要素 B. 対人スタイル評価-向犯罪的見方、向犯罪的つながり、誇大性、無感覚、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、問題解決、被害者へのスタンス)。</p> <p>鑑定入院の直後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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>
<p>16. 個人的支援 評価基準</p> <p>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</p>	

<p>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、市町村などの公的支援、自助グループなどの支援は本項目では考慮しない。</p> <p>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、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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり</p> <p>「退院地環境」</p> <p>17. コミュニティ要因</p> <p>評価基準</p> <p>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で、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タイプの影響との差がない場合に1点の評定とする。</p> <p>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/備考欄に評定したものを記入する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり</p>	<p>16. 治療効果</p> <p>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。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时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。</p> <p>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</p>
<p>17. 治療・ケアの継続性</p> <p>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または外泊の失敗もこの項目で評価される。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>17. コミュニティ要因</p> <p>評価基準</p> <p>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で、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タイプの影響との差がない場合に1点の評定とする。</p> <p>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/備考欄に評定したものを記入する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり</p>

<p>1 8. 現実的計画</p> <p>評価基準</p> <p>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とによって作成され、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。</p> <p>「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き同意を得ることをめざす。</p> <p>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。</p> <p>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、そして必要ない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。</p> <p>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。</p> <p>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（かわりをもつ可能性のある人物の質も評価する）。</p> <p>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。</p> <p>5) 緊急時の対応について確保されているかどうか。</p> <p>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。</p>	<p>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かな情報は、今後の参考となるため備考欄に明記する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>どうか。</u></p> <p>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。</p> <p>8) 地域の受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか。</p> <p>評価： 0＝問題なし、 1＝軽度の問題、 2＝明らかな問題点あり</p> <p>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）。</p>
	<p><u>19. 治療・ケアの継続性</u></p> <p><u>評価基準</u></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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かな情報は、今後の参考となるため備考欄に明記する。</p>

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり

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、改訂版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。

改訂版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。

改訂版共通評価項目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。改訂版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、最も避けるべき事象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。

最終的な対象者の治療計画は、改訂版共通評価項目に含まれ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、19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變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？

	<p>4) 切迫度：どのくらい切迫しているか？</p> <p>5) 蓋然性：問題（例えば暴力）が起こる可能性ほどのくらいか？</p> <p>2. リスクの治療・マネジメントプランの作成</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>治療・マネジメントプラン作成の手順</u></p> <p>1) <u>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？</u></p> <p>2) <u>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？</u></p> <p>3) <u>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？</u></p> <p>4) <u>被害者の保護：被害者を保護するために必要なプランは？</u></p> <p>5) <u>その他考慮すべきことは？</u></p>
	<p>3. <u>治療計画の作成</u></p> <p><u>改訂版共通評価項目は①19 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改訂版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、改訂版共通評価項目の評価の</u></p>

後に治療計画の作成が続くことが予想されるため、改訂版共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

改訂版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 項目十個別項目の評価に続いてなされる一連の作業であり、19 項目十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改訂版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。すなわち改訂版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。また改訂版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改訂版共通評価項目の治療・マネジメントプランを参考に立てられるが、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。

2。

入院時基本情報管理シート 1 / 3
(略)

入院時基本情報管理シート 2 / 3
(略)

入院時基本情報管理シート 1 / 3
(略)

入院時基本情報管理シート 2 / 3
(略)

新病院運営会議シート 2/2
(略)

入院継続情報管理シート 1/2
(略)

新病院運営会議シート 2/2
(略)

入院継続情報管理シート 1/2
(略)

入院療養情報管理シート
患者番号 () シート番号 ()

項目	内容	点	備考
生活機能	身体的健康 認知機能 アドヒザンクス 高血圧 脂質代謝異常 糖尿病 呼吸器疾患 腎臓疾患 骨格系疾患 がん ストレス 睡眠障害 痛みの管理 栄養状態 薬剤管理 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		生活機能全体を評価し、70～100点で評価する。
心理的状態	気分障害 不安障害 認知症 抑うつ 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
社会的関係	家族関係 友人関係 地域社会 介護関係 医療関係 宗教関係 政治関係 経済関係 文化関係 娯楽関係 教育関係 職業関係 政治関係 経済関係 文化関係 娯楽関係 教育関係 職業関係		
セルフケア	生活習慣 食事 運動 睡眠 禁煙 飲酒 服薬 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
社会的適応	役割 責任 権利 義務 規範 価値観 信念 理想 夢 希望 目標 計画 実行 評価 改善 学習 成長 変化 適応 柔軟性 創造性 好奇心 開放性 寛容性 謙遜性 誠実性 正直性 公正性 公平性 透明性 説明責任 報告責任 説明責任 報告責任		
日常生活	起床 着衣 食事 排泄 入浴 移動 睡眠 娯楽 学習 職業 政治 経済 文化 娯楽 教育 職業		
ストレスとその他の心理的訴求への対応	認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
健康生活	生活習慣 食事 運動 睡眠 禁煙 飲酒 服薬 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
評価	4 : すべてでない (標準は30～100%)、特に4が必須 3 : 一部不明 2 : 多少で不明 (標準は30～100%)、特に2が必須 1 : 多数不明 0 : 多数不明		
全項目と別項	認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
総合評価	認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
入院を継続する必要がある理由			
入院における今後の課題と方針			

入院療養情報管理シート
患者番号 () シート番号 ()

項目	内容	点	備考
生活機能	身体的健康 認知機能 アドヒザンクス 高血圧 脂質代謝異常 糖尿病 呼吸器疾患 腎臓疾患 骨格系疾患 がん ストレス 睡眠障害 痛みの管理 栄養状態 薬剤管理 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		生活機能全体を評価し、70～100点で評価する。
心理的状態	気分障害 不安障害 認知症 抑うつ 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
社会的関係	家族関係 友人関係 地域社会 介護関係 医療関係 宗教関係 政治関係 経済関係 文化関係 娯楽関係 教育関係 職業関係 政治関係 経済関係 文化関係 娯楽関係 教育関係 職業関係		
セルフケア	生活習慣 食事 運動 睡眠 禁煙 飲酒 服薬 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
社会的適応	役割 責任 権利 義務 規範 価値観 信念 理想 夢 希望 目標 計画 実行 評価 改善 学習 成長 変化 適応 柔軟性 創造性 好奇心 開放性 寛容性 謙遜性 誠実性 正直性 公正性 公平性 透明性 説明責任 報告責任 説明責任 報告責任		
日常生活	起床 着衣 食事 排泄 入浴 移動 睡眠 娯楽 学習 職業 政治 経済 文化 娯楽 教育 職業		
ストレスとその他の心理的訴求への対応	認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
健康生活	生活習慣 食事 運動 睡眠 禁煙 飲酒 服薬 認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
評価	4 : すべてでない (標準は30～100%)、特に4が必須 3 : 一部不明 2 : 多少で不明 (標準は30～100%)、特に2が必須 1 : 多数不明 0 : 多数不明		
全項目と別項	認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
総合評価	認知症スクリーニング 誤嚥リスク評価 転倒リスク評価		
入院を継続する必要がある理由			
入院における今後の課題と方針			

退院前情報管理シート 1 / 2
(略)

退院前情報管理シート 1 / 2
(略)

(改 正 案)	(現 行)
<p style="text-align: center;">指定通院医療機関運営ガイドライン</p> <p style="text-align: center;">目 次</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4. 通院中の対象者に関する留意事項等</p> <p>(1)、(2) (略)</p> <p>(3) 通院処遇の改善に向けた取組への参画</p> <p>(4) (略)</p> <p>5、6 (略)</p>	<p style="text-align: center;">指定通院医療機関運営ガイドライン</p> <p style="text-align: center;">目 次</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4. 通院中の対象者に関する留意事項等</p> <p>(1)、(2) (略)</p> <p>(3) 通院処遇の改善に向けた取組みへの参画</p> <p>(4) (略)</p> <p>5、6 (略)</p>

<p>1. はじめに</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 本ガイドラインの目的</p> <p>○ 本ガイドラインは、指定通院医療機関が通院処遇ガイドラインを基本に通院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組の一翼を担うを担う上で、指定通院医療機関の管理運営が本法の目的に沿って適切かつ円滑に行われるために、指定通院医療機関（病院・診療所）の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項を定めるものである。</p> <p>2、3 (略)</p> <p>4. 通院中の対象者に関する留意事項等</p> <p>(1)、(2) (略)</p> <p>(3) 通院処遇の改善に向けた取組への参画</p> <p>○ 本法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、定期的な通院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定通院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診察に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報を提供する。</p> <p>(4) (略)</p> <p>5、6 (略)</p>	<p>1. はじめに</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 本ガイドラインの目的</p> <p>○ 本ガイドラインは、指定通院医療機関が通院処遇ガイドラインを基本に通院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組の一翼を担う上で、指定通院医療機関の管理運営が本法の目的に沿って適切かつ円滑に行われるために、指定通院医療機関（病院・診療所）の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項を定めるものである。</p> <p>2、3 (略)</p> <p>4. 通院中の対象者に関する留意事項等</p> <p>(1)、(2) (略)</p> <p>(3) 通院処遇の改善に向けた取組への参画</p> <p>○ 本法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、共通評価項目を含め、定期的な通院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定通院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診察に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報を提供する。</p> <p>(4) (略)</p> <p>5、6 (略)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(改正案)	(現行)
<p>通院処遇ガイドライン 目次</p> <p>I (略)</p> <p>II 通院処遇の留意事項</p> <p>1、 2 (略)</p> <p>3 治療評価と記録</p> <p>1) (略)</p> <p>2) <u>改訂版共通評価項目</u></p> <p>3) (略)</p> <p>4 その他</p> <p>1) 医療情報の<u>取扱い</u></p> <p>2) (略)</p> <p>III 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ</p> <p>1 (略)</p> <p>2 通院開始後</p> <p>1) ～ 3) (略)</p> <p>4) クリテikalパスから外れた対象者に関する<u>取扱い</u></p> <p>IV～VII (略)</p> <p>別添：通院医療クリテikalパス (イメージ)</p> <p>別添：<u>改訂版共通評価項目</u>の解説とアンカーポイント</p>	<p>通院処遇ガイドライン 目次</p> <p>I (略)</p> <p>II 通院処遇の留意事項</p> <p>1、 2 (略)</p> <p>3 治療評価と記録</p> <p>1) (略)</p> <p>2) <u>共通評価項目</u></p> <p>3) (略)</p> <p>4 その他</p> <p>1) 医療情報の<u>取扱い</u></p> <p>2) (略)</p> <p>III 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ</p> <p>1 (略)</p> <p>2 通院開始後</p> <p>1) ～ 3) (略)</p> <p>4) クリテikalパスから外れた対象者に関する<u>取扱い</u></p> <p>IV～VII (略)</p> <p>別添：通院医療クリテikalパス (イメージ)</p> <p>別添：<u>共通評価項目</u>の解説とアンカーポイント</p>

I 総論

1 医療観察法における通院処遇の位置づけと目標・理念

1) 通院処遇の位置づけ

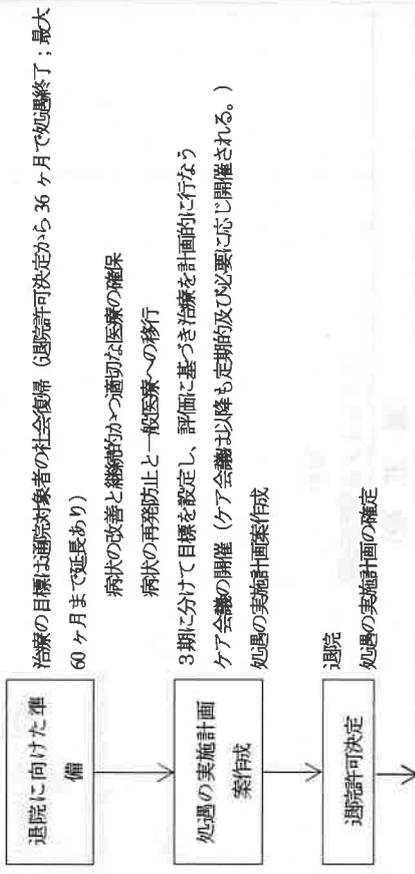
- (略)
- (略)
- 本ガイドラインは、地域社会における処遇のガイドライン（平成17年7月14日
法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長
通知）等に定める社会復帰に向けた取組の中で、裁判所から医療観察法による入院
によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「通院決定」という。）又は指定入院
医療機関からの退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決
定（以下「退院許可決定」という。）を受け医療観察法による入院によらない医療
を受けている対象者（以下「通院対象者」という。）の通院医療に関して指定通院
医療機関の果たす役割に主に焦点を当てて記載されたものである。

2) (略)

2 指定通院医療機関の役割と処遇方針

- (略)
- (略)
- (略)
- (略)

退院に向けた準備から処遇終了までの流れ



I 総論

1 医療観察法における通院処遇の位置づけと目標・理念

1) 通院処遇の位置づけ

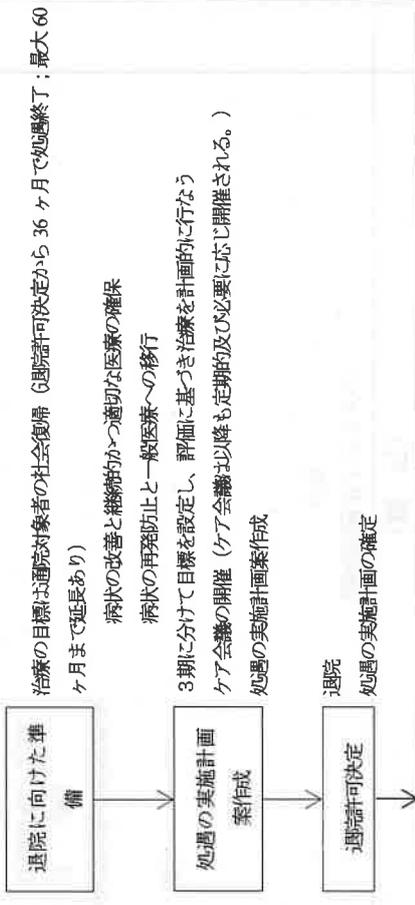
- (略)
- (略)
- 本ガイドラインは、地域社会における処遇のガイドライン（平成17年7月14日
法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長
通知）等に定める社会復帰に向けた取組の中で、裁判所から医療観察法による入院によら
ない医療を受けさせる旨の決定（以下「通院決定」という。）又は指定入院医療機関
からの退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「退
院許可決定」という。）を受け医療観察法による入院によらない医療を受けている対
象者（以下「通院対象者」という。）の通院医療に関して指定通院医療機関の果たす
役割に主に焦点を当てて記載されたものである。

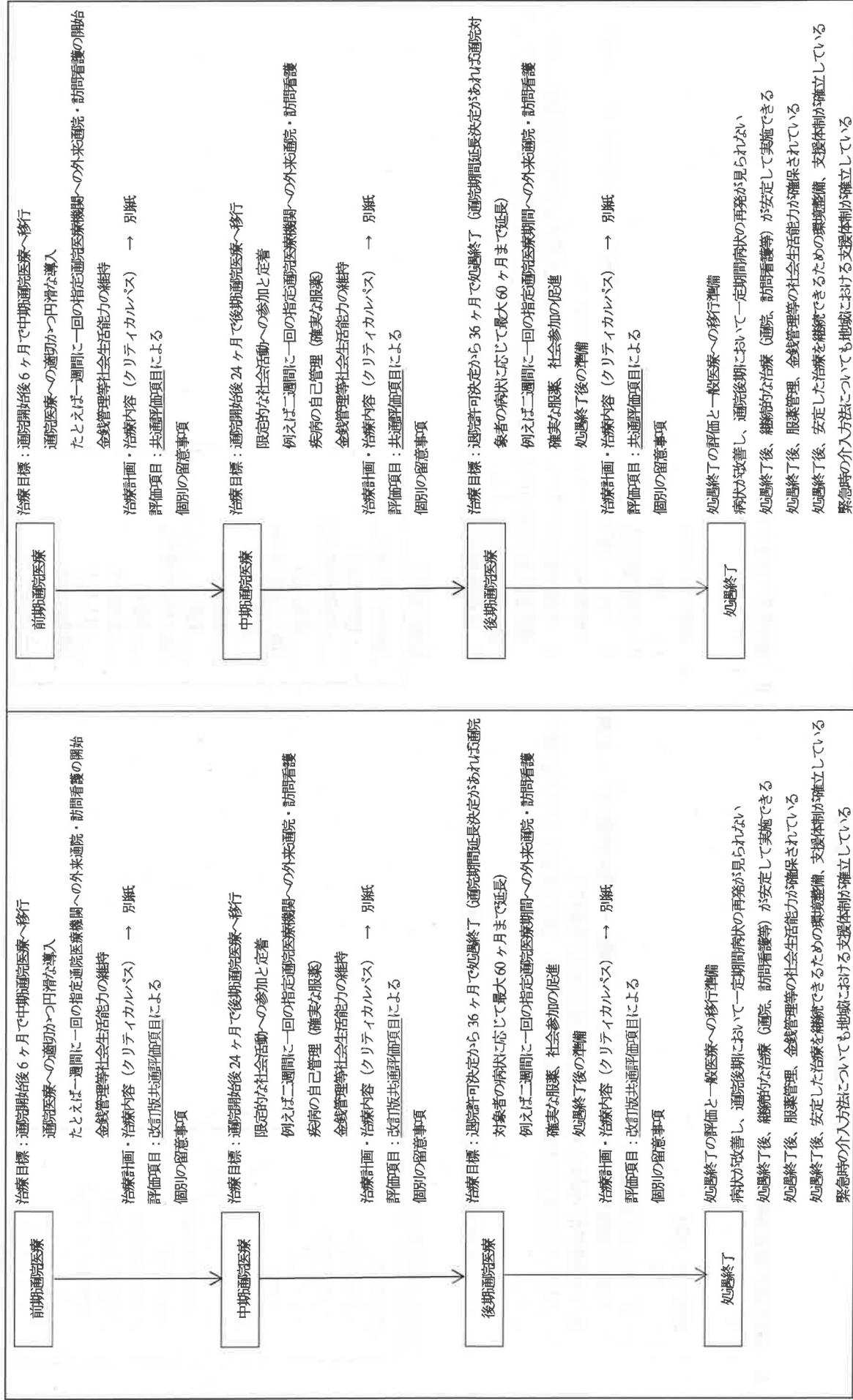
2) (略)

2 指定通院医療機関の役割と処遇方針

- (略)
- (略)
- (略)
- (略)

退院に向けた準備から処遇終了までの流れ





従って、一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い

II 通院処遇の留意事項

1、 2 (略)

3 治療評価と記録

1) (略)

2) 改訂版共通評価項目

○ 入院から通院を通しての治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療標準化を図るために、改訂版共通評価項目を設ける。

○ 改訂版共通評価項目を基本とする評価を通して、通院対象者の全体的な評価を行う。

○ 改訂版共通評価項目は以下の 19 項目とする (別添参照)。

改訂版共通評価項目

「疾病治療」

- ・精神病症状
- ・内省・洞察
- ・アドヒアランス
- ・共感性
- ・治療効果

「セルフコントロール」

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

従って、一般医療を継続することにより病状の再発の可能性が低い

II 通院処遇の留意事項

1、 2 (略)

3 治療評価と記録

1) (略)

2) 共通評価項目

○ 入院から通院を通しての治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療標準化を図るために、共通評価項目を設ける。

○ 共通評価項目を基本とする評価を通して、通院対象者の全体的な評価を行うが、共通評価項目の評価方法は、国際機能分類 (ICF) の生活機能評価と互換性を有する指標に基づくものとする。

○ 共通評価項目は以下の 17 項目とする (別添参照)。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- ・精神病症状
- ・非精神病性症状
- ・自殺企図

「個人心理的要素」

- ・内省・洞察
- ・生活能力

「衝動コントロール」

「対人関係的要素」

- ・共感性
- ・非社会性
- ・対人暴力

「環境的要素」

・個人の支援

「治療影響要因」
 ・物質乱用
 ・反社会性
 ・性的逸脱行動
 ・個人的支援
 「通院地環境」
 ・コミュニケーション要因
 ・現実的計画
 ・治療・ケアの継続性

3) 記録等の標準化

○ (略)

「対象者の通院開始時に整備すべき情報」

- ・個人情報
 通院対象者：氏名・性別・年齢・生年月日・年齢・性別・居住地及び電話連絡先
 保護者：氏名・続柄・生年月日・選任状況・住所・電話連絡先
- ・(削除)

- ・管理情報
 保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名
 (削除)

指定通院医療機関：通院開始年月日・施設名・管理者名・担当医師名・他担当職員名

- ・法的情報
 当該対象行為：行為名・発生年月日・概要
 刑事・司法手続：起訴の有無・判決
 (削除)

・コミュニケーション要因
 ・ストレス
 ・物質乱用
 ・現実的計画
 「治療的要素」
 ・コンプライアンス
 ・治療効果
 ・治療・ケアの継続性

3) 記録等の標準化

○ (略)

「対象者の通院開始時に整備すべき情報」

- ・個人情報
 通院対象者：氏名・生年月日・年齢・性別・居住地及び電話連絡先・本籍
 保護者：氏名・選任状況・続柄・生年月日・住所・電話連絡先
- ・社会福祉・保険関係
 健康保険：種別・保険者番号
 障害年金：取得の有無・種別
 生活保護：取得の有無・担当者
 ・管理情報

- ・管理情報
 保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名
 指定入院医療機関 (該当時)：名称・入院年月日・管理者名
 指定通院医療機関：名称・通院開始年月日・管理者名・担当医師名
 ・法的情報

当該対象行為：行為名・発生年月日
 刑事手続：起訴の有無・判決・刑事責任能力判定結果
 審判手続：審判裁判所名・裁判官名・精神保健審判員名・精神保健参与員名・決定年月日・決定の種類 (通院決定又は通院許可決定の別)・抗告等の有無・通

<p>院期間満了予定年月日 (決定年月日の三年後の日付)</p>	
<p>・診療情報 疾患に関する情報：主病名及び ICD コード・副病名・身体合併症の有無及び内容 禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項 精神科現病歴関連：主訴・現病歴・家族歴・生活歴・治療歴・初診時現症・検査所見 <u>ICF を用いた評価</u> 外来初診時における共通評価項目：5 カテゴリー17 項目・合計点・個別評価 (別添参照)</p> <p>・外来初診時における治療方針</p> <p>「指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」</p> <p>・基本情報 通院対象者：氏名・年齢・性別 保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名 指定通院医療機関：名称・通院開始年月日・管理者名・担当医師名・他担当職員名</p> <p>・診療情報 観察所見 治療内容：多職種チームによる治療的活動の内容とその効果 評価時における共通評価項目：5 カテゴリー17 項目・合計点・個別評価 (別添参照)</p> <p>・総括 要約 目標 今後の治療方針</p> <p>4 その他 1) 医療情報の取り扱い ○ (略) ○ (略) ○ (略) 2) (略)</p>	<p>・診療情報 疾患に関する情報：主診断及び ICD コード・副診断及び ICD コード・身体疾患の有無及び内容 禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項 精神科現病歴関連：主訴・現病歴・家族歴・生活歴・治療歴・初診時現症・検査所見 <u>(削除)</u> 外来初診時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19 項目・合計点</p> <p>・外来初診時における治療方針</p> <p>「指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」</p> <p>・基本情報 通院対象者：氏名・性別・生年月日・年齢・治療期・治療期の開始年月日 保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名 指定通院医療機関：通院開始年月日・施設名・管理者名・担当医師名・他担当職員名</p> <p>・診療情報 観察所見 治療内容：多職種チームによる治療的活動の内容とその効果 評価時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19 項目・合計点</p> <p>・総括 要約 目標 今後の治療方針</p> <p>4 その他 1) 医療情報の取り扱い ○ (略) ○ (略) ○ (略) 2) (略)</p>

<p>III 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ</p> <p>1 通院開始前</p> <p>1) 対象者が入院決定により指定入院医療機関に入院している場合</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> 指定入院医療機関と指定通院医療機関は、<u>改訂版共通評価項目</u>について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有する。</p> <p>2) 対象者が当初審判において通院決定を受けた場合</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> 保護観察所が開催する事前協議において、指定通院医療機関は関係機関と共に<u>改訂版共通評価項目</u>について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有する。</p>	<p>III 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ</p> <p>1 通院開始前</p> <p>1) 対象者が入院決定により指定入院医療機関に入院している場合</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> 指定入院医療機関と指定通院医療機関は、<u>改訂版共通評価項目</u>について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有する。</p> <p>2) 対象者が当初審判において通院決定を受けた場合</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> 保護観察所が開催する事前協議において、指定通院医療機関は関係機関と共に<u>改訂版共通評価項目</u>について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有する。</p>
<p>2 通院開始後</p> <p>1) 前期通院医療 (治療目標；通院開始後6ヵ月で中期通院医療へ移行)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> <u>改訂版共通評価項目</u>等を用いた通院開始時の評価と治療計画の作成</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p>(通院対象者の到達レベルの目安)</p> <p>(略)</p> <p>(提供される医療サービスごとの留意事項)</p> <p>(略)</p> <p>2) (略)</p> <p>3) 後期通院医療</p> <p>(治療目標；通院決定又は退院許可決定から36ヵ月で処遇終了(通院期間延長決定があれば通院対象者の病状に応じて最大60ヵ月まで延長))</p> <p>(略)</p>	<p>2 通院開始後</p> <p>1) 前期通院医療 (治療目標；通院開始後6ヵ月で中期通院医療へ移行)</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p><input type="radio"/> <u>改訂版共通評価項目</u>等を用いた通院開始時の評価と治療計画の作成</p> <p><input type="radio"/> (略)</p> <p>(通院対象者の到達レベルの目安)</p> <p>(略)</p> <p>(提供される医療サービスごとの留意事項)</p> <p>(略)</p> <p>2) (略)</p> <p>3) 後期通院医療</p> <p>(治療目標；通院決定又は退院許可決定から36ヵ月で処遇終了(通院期間延長決定があれば通院対象者の病状に応じて最大60ヵ月まで延長))</p> <p>(略)</p>

<p>(通院対象者の到達レベルの目安)</p> <p>(略)</p> <p>(提供される医療サービスごとの留意事項)</p> <p>「外来診察における留意事項」</p> <p>(略)</p> <p>「訪問援助における留意事項」</p> <p>(略)</p> <p>「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」</p> <p>(略)</p> <p>「その他」</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 処遇終了後に他の医療機関に通院することが想定される場合は、新たな通院先に 共通評価項目による情報を引き継ぐなど、連携を密に行う。</p> <p>○ (略)</p> <p>(標準的なクリティカルパスのイメージ)</p> <p>(略)</p> <p>4) (略)</p> <p>IV 通院中の評価の留意事項</p> <p>1 通院開始時の評価</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 診断は ICD-10 を用い、改訂版共通評価項目を参照する。</p> <p>○ (略)</p>	<p>(通院対象者の到達レベルの目安)</p> <p>(略)</p> <p>(提供される医療サービスごとの留意事項)</p> <p>「外来診察における留意事項」</p> <p>(略)</p> <p>「訪問援助における留意事項」</p> <p>(略)</p> <p>「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」</p> <p>(略)</p> <p>「その他」</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 処遇終了後に他の医療機関に通院することが想定される場合は、新たな通院先に 共通評価項目による情報を引き継ぐなど、連携を密に行う。</p> <p>○ (略)</p> <p>(標準的なクリティカルパスのイメージ)</p> <p>(略)</p> <p>4) (略)</p> <p>IV 通院中の評価の留意事項</p> <p>1 通院開始時の評価</p> <p>○ (略)</p> <p>○ 診断は ICD-10 を用い、共通評価項目を参照し、生活全般の評価は国際生活機能分 類 (ICF) 等を参考にする。</p> <p>○ (略)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>2 処遇終了等に係る評価</p> <p>1) 処遇終了</p> <p>病状が安定し、医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めことができなくなった場合には、医療観察法による通院医療を終了することが適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。</p> <p>処遇終了の指標として、<u>改訂版共通評価項目</u>を参考にすると、以下の各項目を目安とする。</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>2) 通院期間延長</p> <p>通院決定又は退院許可決定から3年を経過する前の時点で、なお病状が不安定で、<u>改訂版共通評価項目</u>等に基づく評価等の結果、継続して医療観察法による医療を受けさせる必要があると認められる場合には、通院の延長が適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。</p>	<p>2 処遇終了等に係る評価</p> <p>1) 処遇終了</p> <p>病状が安定し、医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めことができなくなった場合には、医療観察法による通院医療を終了することが適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。</p> <p>処遇終了の指標として、<u>改訂版共通評価項目</u>を参考にすると、以下の各項目を目安とする。</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>○ (略)</p> <p>2) 通院期間延長</p> <p>通院決定又は退院許可決定から3年を経過する前の時点で、なお病状が不安定で、<u>改訂版共通評価項目</u>等に基づく評価等の結果、継続して医療観察法による医療を受けさせる必要があると認められる場合には、通院の延長が適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。</p>
<p>3) 医療観察法に基づく(再)入院</p> <p>指定通院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、通院対象者の対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせて医療観察法による医療を行う必要があると認められるに至ったときは、直ちに、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならぬ。(医療観察法第110条第1項)</p> <p>(再)入院の必要性の判断に当たっては<u>共通評価項目</u>等を参考にすると、なお、この通知を行った後も、最終的に裁判所等による入院決定が行われるまでの間は、医療観察法による入院によらない医療が継続することに留意し、指定通院医療機関は通院対象者に適切な医療提供を行う必要がある。</p>	<p>3) 医療観察法に基づく(再)入院</p> <p>指定通院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、通院対象者の対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせて医療観察法による医療を行う必要があると認められるに至ったときは、直ちに、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならぬ。(医療観察法第110条第1項)</p> <p>(再)入院の必要性の判断に当たっては<u>共通評価項目</u>等を参考にすると、なお、この通知を行った後も、最終的に裁判所等による入院決定が行われるまでの間は、医療観察法による入院によらない医療が継続することに留意し、指定通院医療機関は通院対象者に適切な医療提供を行う必要がある。</p>

<p>V その他の留意事項 1～3 (略)</p> <p>VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し ○ 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、通院処遇ガイドラインの定期的な見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮した上で可能な範囲で公開する。</p> <p>○ (略)</p> <p>VII (略)</p> <p>通院医療クリティカルパス (イメージ) (略)</p>	<p>V その他の留意事項 1～3 (略)</p> <p>VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し ○ 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、通院処遇ガイドラインの定期的な見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮した上で可能な範囲で公開する。</p> <p>○ (略)</p> <p>VII (略)</p> <p>通院医療クリティカルパス (イメージ) (略)</p>	<p>V その他の留意事項 1～3 (略)</p> <p>VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し ○ 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、共通評価項目を含め、通院処遇ガイドラインの定期的な見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮した上で可能な範囲で公開する。</p> <p>○ (略)</p> <p>VII (略)</p> <p>通院医療クリティカルパス (イメージ) (略)</p>	<p>V その他の留意事項 1～3 (略)</p> <p>VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し ○ 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、通院処遇ガイドラインの定期的な見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮した上で可能な範囲で公開する。</p> <p>○ (略)</p> <p>VII (略)</p> <p>通院医療クリティカルパス (イメージ) (略)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

改訂版共通評価項目の解説とアンカーポイント

医療観察法医療必要性の半断根拠や基準をより検証可能にし、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・再入院・通院の終了などの様々な局面で多職種により統一的な視点により継続した評価を行うために、改訂版共通評価項目を設定する。

改訂版共通評価項目は以下の19項目と個別項目とする。

改訂版共通評価項目

「疾病治療」

- 1) 精神病症状
- 2) 内省・洞察
- 3) アトヒアランス
- 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

共通評価項目の解説とアンカーポイント

医療観察法医療必要性の半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・再入院・通院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。

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

<p>1 5) 性的逸脱行動</p> <p>1 6) 個人的支援 「退院地環境」</p> <p>1 7) コミュニティ要因</p> <p>1 8) 現実的計画</p> <p>1 9) 治療・ケアの継続性</p>	<p>1 5) 性的逸脱行動</p> <p>1 6) 個人的支援 「退院地環境」</p> <p>1 7) コミュニティ要因</p> <p>1 8) 現実的計画</p> <p>1 9) 治療・ケアの継続性</p>
<p>1 4) 現実的計画 「治療的要素」</p> <p>1 5) コンプライアンス</p> <p>1 6) 治療効果</p> <p>1 7) 治療・ケアの継続性 「個別項目」</p> <p>○ 評価項目の使用法</p> <p>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。</p> <p>2. 評価期間は、裁判所への入院継続申請書の提出期間に順じ、原則として半年とし、半年間の最も悪い状態を考慮して点数化する。入院後の初診時評価に関しては、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半年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。</p> <p>鑑定時の評価についても半年間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。</p> <p>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ら、近未来についての評価項目を含んだ。</p>	<p>評価項目の使用法と改訂の経緯</p> <p>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。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検討に用いるため、当該評価時点での評価を継続的に残されたい。</p> <p>2. 評価期間は、入院処遇・通院処遇にかかわらず原則として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、入院処遇後の初回評価(入院3週目)、医療観察法鑑定における評価、直接通院処遇の初回評価は、対象行為の半年前から評価日までの期間で最も悪い状態を考慮して点数化する(入院処遇からの移行通院は初回も評価期間は直近3ヶ月間)。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。医療観察法鑑定時の評価は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</p>

<p>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。</p> <p>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でいる。</p> <p>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を行う際には、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。</p> <p>5. 本改訂は、初版における評定者間信頼性および収束妥当性の研究結果を踏まえ、評価者間評価がより統一的となり、社会復帰における課題がより明確に把握されることを目的とした。そのため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結果から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。【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、項目から削除した。</p> <p>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。また、通院移行後の問題行動等の予測力(AUC)が認められた項目、高いAUCが得られた項目の構成、因子分析結果、各項目の解釈、および改訂の背景については、「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25～27年度総合研究報告書」を参照のこと。</p>	<p>4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、実際の判断を行うに当たっては、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。</p> <p>○ 各項目についてのアンカーポイント</p> <p>精神医学的要素]</p> <p>1. 精神病症状</p> <p>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。全ての低位項目を検討することが重要であるが、1の評価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。</p> <p>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。)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

各項目についての解説とアンカーポイント

<p>「疾病治療」</p> <p>1. 精神病症状 評価基準</p> <p>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り、評価期間の3ヶ月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。</p> <p>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。</p> <p>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。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、たまたま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書行為に關連の強いものとして重要視される。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>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書行為との關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。)</p> <p>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. 思考解体に準ずる：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＝多少の無關係、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。)</p> <p>4) 精神病的なしぐさ：例えば、常同性、衝奇性、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. 衝奇的な行動や姿勢に準ずる：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＝しかめ面、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。)</p> <p>5) 不適切な疑惑：明らかに不適切でなければならぬ(例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを誂る。あるいは皆が自分を捕まえようとやっつきになっている。)いくつかの場合、患者の他書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か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、この場合おろさく患者の疑惑は正しい。(BPRS11. 疑惑に準ずる。：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關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。漠然とした關係念慮。自分のことを笑っている。些細なことでも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。)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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、衝奇性、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. 衝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。時々小さな不必要な反復性の運動（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ぬ（例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを誑む。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

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、特別扱いされたいことを望む。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＝明らかに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。
一過性の場合には最後に観察された日付()

2. 非精神病性症状

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。全ての低位項目を検討することが重要であるが、1の点数が多くあっても全体の点数は1であり、2点が1つでもあれば全体の点数は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)に準じる：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。言語促迫、軽率性亢進。多動だが目的ある活動が障害される。

2) 不安・緊張：ちよつとした問題に対して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。)

という確信。自意識の増加や軽度の疑念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、些細なことま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、能力があると感ずる。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＝明らかでない問題点あり

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

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、起こっ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

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く。(BPRS9. 抑うつ気分)に準じる：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いれる。1＝気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。2＝抑うつの身体的徴候(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、抑うつ的内容が前景。)

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. 罪悪感に準じる：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ふ。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圍にわたる罪悪感。)

7) 解離：ICD-10 における解離性障害の診断基準を満たす。なお離人症状はこの項目に含める。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。2＝軽度以上の知

<p>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。</p> <p>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、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。</p> <p>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。</p> <p>3) 病識：自分の精神疾患を否認する。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p>	<p>的障害</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>一過性の場合は最後に観察された日付（ ）</p> <p>3. 自殺企図</p> <p>この項目は希死念慮の有無、自殺企図の有無と自殺傾向を評価する。自傷行為は希死念慮を伴っているときのみ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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>最後に観察された日付（ ）</p> <p>「個人心理的要素」</p> <p>4. 内省・洞察</p> <p>この項目は、対象者が自分で精神障害をもっていると感じているかどうかと、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こっ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。</p> <p>1) 何の内省も示さない：当該他害行為に対する責任を感じていない。表面的でも自分の行為を認め、内省の弁が認められる場合には1点以下とする。2)～3)の項目の特徴が2点に該当する場合にはこの限りではない。</p>
<p>3. アドヒアランス</p> <p>評価基準</p> <p>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。</p>	<p>この項目は、対象者が自分で精神障害をもっていると感じているかどうかと、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こっ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。</p> <p>1) 何の内省も示さない：当該他害行為に対する責任を感じていない。表面的でも自分の行為を認め、内省の弁が認められる場合には1点以下とする。2)～3)の項目の特徴が2点に該当する場合にはこの限りではない。</p>

<p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>4. 共感性 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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>5. 治療効果 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き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場合は、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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>「セルフコントロール」 6. 非精神病性症状 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</p>	<p>2) 過去の暴力的な行為を無視したり大目に見たりする：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。仮に病識があっても、他害行為を行ったことを否認する場合には2点とする。</p> <p>3) 病識のなさ：自分の精神疾患を否認する。精神疾患と他害行為との関連を認識しない。精神病症状と他害行為が直接的に関連している場合には、疾病の否認があれば2点とするが、精神疾患と他害行為との関連性が間接的な場合は全く病気を否認しても他害行為への内省があれば1点とする。精神疾患と他害行為との関連性によって病識のなさに対する評価が異なることに留意されたい。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>5. 生活能力 この項目は患者の生活技能、対人技術などのうち、適応的な行動の能力的な面を評価する。入院中の場合は、地域での生活時の生活能力を参考にしながら、入院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。全ての低位項目を検討することが重要であるが、1の点数が多くあっても全体の点数は1であり、2点が1つでもあれば全体の点数は2点となる。</p> <p>1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>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り、評価期間の3ヶ月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。</p> <p>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。</p> <p>1＝気分高揚、抑制が乏しい。多弁、落ち着かない。</p> <p>2＝興奮している。言語促進。</p> <p>2) 不安・緊張：ちよつ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。</p> <p>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。</p> <p>1＝軽度で、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。</p> <p>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。</p> <p>3) 怒り：不適切にかんしゃくを起す。怒りの表現が軽度で、単発的な場合は無視してよい。</p> <p>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。</p> <p>1＝他人への過度の非難。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>が出来る。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>9) 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。</p> <p>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過ごす。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>13) 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。</p> <p>14) 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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかなる問題点あり</p> <p>6. 衝動コントロール</p> <p>この項目は衝動的、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、小さいことですぐぐかつとなり、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でも評価する。かつ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でも含まない。慢性的な怒りは含まず、反応性の突発的な怒りは含む。行動面では以下のよう</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>1 = 気力喪失。沈んでいる。くよくよする。悲しい。</p> <p>2 = 絶望感、希望喪失、抑うつ気分、重度の意欲低下。</p> <p>評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>一過性の場合は最後に観察された日付 ()</p> <p>7. 認知機能 評価基準 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。</p> <p>1) 知覚障害：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。</p> <p>1 = 知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準</p> <p>2 = 軽度以上の知的障害。</p> <p>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。</p> <p>1 = 先天的な認知機能の偏りの疑い。</p> <p>2 = 明白な先天的な認知機能の偏り。</p>	<p>な項目がチェックされ、評価の参考とされる。</p> <p>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、引越す、人間関係を壊す、約束を守れない、など。</p> <p>2) 待つことができず。飽きっぽい。落ち着いて座ってられない。</p> <p>3) 何か思いついたらすぐに行動してしまい、行動の結果が自分や他人にどういう結果をもたらすかを、考えることができず。先の予測ができない。目先の利益に目を奪われて、先のが考えられない。衝動買いや返す当てのない借金をする。</p> <p>4) そのほかの場、暗示にかかったりしやすい。しばしば他の患者にだまされる。</p> <p>その場その場の状況に流される。ほかの患者の言うことに疑問を持たずに従う。</p> <p>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。</p> <p>評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかかな問題点あり</p> <p>「対人関係性要素」 7. 共感性 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「この場の理論」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、無責任または冷淡で、他者を傷つけたり、他者を操作的に扱ったりする (例として非社会性人格障害)。</p> <p>自分の行動によって他人が被害をこうむったのがいけないのだ」「(被害者がどう感じたか) 自分ごとではない」「あいつが～したのがいけないのだ」「(被害者がどう感じたか) 自分じゃないから分りません」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場合や明らか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</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>8. 日常生活能力 評定基準</p> <p>この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。</p> <p>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。</p> <p>2) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。しげ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ふ。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>9. 活動性・社会性 評定基準</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>8. 非社会性</p> <p>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。当該行為については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。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。例えば下記項目があれば2点と評価される。</p> <p>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動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。</p> <p>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に侮蔑や常時シニカルな態度をとることで示される</p> <p>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。</p> <p>4) 特定の人を害するようふるまう、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言になる傾向。子供や女性や当該犯罪の被害者と似たタイプの人に固執(見たり話したり)する。</p> <p>5) 他者を脅す。</p> <p>下記項目があれば1点以上の評価となる。頻度、程度が甚だしければ2点とする。</p> <p>6) だます、嘘を言う。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>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。</p> <p>1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4) 孤立：ほとんど友達がいらない。集団の中においても他者との交流が乏しい。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。</p> <p>10. 衝動コントロール</p> <p>評定基準</p> <p>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っ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はひるがえす、などの特徴が評価される。</p>	<p>7) 故意に器物を破損する。</p> <p>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者につきあう。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>9. 対人暴力</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>最後に観察された日付（ ）</p> <p>「環境的要素」</p> <p>10. 個人的支援</p> <p>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。</p> <p>サポートには3つの主要なものがある。(1)情緒的サポート～対象者への情緒的支持を与える。(2)道具的（手助け）～物質面、行動面での支援を行う。(3)情報～新しい事実・</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

怒りに関しては、ささいなことですぐかかっとなり、後のことを考えることなく大声を上げる、物に当たるときの行動化が見られる時に、【6】非精神病性定状】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。慢性的な怒りは含まず、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) 待つことができず、飽きつぱい。落ち着いて座っていられない。
- 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) そのほかの患者の言いかかりやすい。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＝明らか問題あり

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）。

1.1. ストレス

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点以上の評価となる。本人がストレスを自覚していない場合であつて
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1点以上の評

情報を示すことで援助する。

上記3点を評価し、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＝明らか問題あり

1.1. コミュニティ要因

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、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。コミュニティによる支援および有害な影響のどち
らもない場合は1点の評価とし、サポートがある場合を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。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題あり

1.2. ストレス

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つ
ても、家族との葛藤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、2点の評価になる。反対に大きなストレッサーがなくとも、ストレス脆弱性
が明らかで、日常的なストレッサ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点の評価になる。大きなストレッサーの存在、およびストレス脆弱性

<p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.2. 自傷・自殺 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傷念慮、および希死念慮を伴った自傷行為は2点と評価する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり 最後に観察された日付（ ）</p> <p>「治療影響要因」</p> <p>1.3. 物質乱用 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。</p> <p>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。観察期間における物質乱用の既往がなければ0点、既往があれば1点以上の評点となり、物質乱用の否認があれば2点となる。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>	<p>のどちらも認められないときに0点の評点となり、大きなストレッサーの存在、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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.3. 物質乱用 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、本項目は主には行動制限が減じる中で評価をすべきである。</p> <p>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。観察期間における物質乱用の既往がなければ0点、既往があれば1点以上の評点となり、物質乱用の否認があれば2点となる。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.4. 現実的計画 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、実際に表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同様の行為の再発を防止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。</p> <p>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き同意を得ることを目指す。</p> <p>鑑定入院の直後など治療の始まっている段階では、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指針として評価する。</p>
<p>1.2. 自傷・自殺 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傷念慮、および希死念慮を伴った自傷行為は2点と評価する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり 最後に観察された日付（ ）</p> <p>「治療影響要因」</p> <p>1.3. 物質乱用 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。</p> <p>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点以上の評点となる。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。</p>	<p>のどちらも認められないときに0点の評点となり、大きなストレッサーの存在、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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.3. 物質乱用 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、本項目は主には行動制限が減じる中で評価をすべきである。</p> <p>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。観察期間における物質乱用の既往がなければ0点、既往があれば1点以上の評点となり、物質乱用の否認があれば2点となる。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.4. 現実的計画 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、実際に表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同様の行為の再発を防止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。</p> <p>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き同意を得ることを目指す。</p> <p>鑑定入院の直後など治療の始まっている段階では、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指針として評価する。</p>

<p>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、そして必要に応じて変更できるかについて同意されているかどうか。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>4) 生活費などの経済的問題がないかどうか。</p> <p>5) 緊急時の対応について確保されているかどうか。</p> <p>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。</p> <p>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いるかどうか。</p> <p>8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>	<p>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、そして必要に応じて変更できるかについて同意されているかどうか。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>4) 生活費などの経済的問題がないかどうか。</p> <p>5) 緊急時の対応について確保されているかどうか。</p> <p>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。</p> <p>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いるかどうか。</p> <p>8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>
<p>「治療的要素」</p> <p>1.5. コンブライアンス</p> <p>この項目では治療へのモチベーションとコンブ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。(A.治療準備性：評価-問題の認知、ゴール設定、モチベーション、自己への気づき、期待、行動の一貫性、治療への見方、自己効力感、認知的不協和、外的支援、情動的要素 B. 対人スタイル評価-向犯罪的見方、向犯罪的つながらり、誇大性、無感覚、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、問題解決、被害者へのスタンス)。</p> <p>鑑定入院の直後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。</p>	<p>1.4. 反社会性</p> <p>評価基準</p> <p>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。社会的規範の裏根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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.5. 性的逸脱行動</p> <p>評価基準</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.6. 個人的支援</p>

<p>評価基準</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題点あり</p> <p>「退院地環境」</p> <p>17. コミュニティ要因</p> <p>評価基準</p> <p>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で、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。例として酔い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は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でもない場合、あるいは有害な影響とサポートタイプの影響との差がない場合に1点の評定とする。</p> <p>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。</p>	<p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らか問題点あり</p> <p>16. 治療効果</p> <p>この項目は、治療効果（治療で得られるものと治療の股化）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股化についての予測が適用される。</p> <p>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</p> <p>17. 治療・ケアの継続性</p> <p>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、また院内処置の失敗や意図的な離脱や外出または外泊の失敗もこの項目で評価される。</p> <p>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。</p> <p>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ち戦略を形成する）。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5) 対象者の症状悪化、もしくは不安要因はどうかという点も治療者と十分話し</p>

<p>合い、緊急時の対応が合意されている。</p> <p>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かな情報は、今後の参考となるため備考欄に明記する。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p>	<p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかかな問題点あり</p> <p>1.8. 現実的計画</p> <p>評価基準</p> <p>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とによって作成され、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。</p> <p>「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き同意を得ることをめざす。</p> <p>以下の小項目が評価の参考とされる。鑑定など治療が始まっている段階では、対象者本人の計画を尋ね、その実現可能性を判断する。</p> <p>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、そして必要に応じて変更できるかについても同意されているかどうか。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>5) 緊急時の対応について確保されているかどうか。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>8) 地域の受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか。</p> <p>評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり</p> <p>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）。</p> <p>1.9. 治療・ケアの継続性</p> <p>評価基準</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

明らかかな情報は、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、改訂版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。

改訂版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。

改訂版共通評価項目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。改訂版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】の評価を重視する。

最終的な対象者の治療計画は、改訂版共通評価項目に含まれ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、19 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。

	<p>2) 深刻さ：どのくらい深刻な問題（例えば暴力）が起こるか？</p> <p>3) 頻度：どのくらい頻繁に問題（例えば暴力）が起こるか？</p> <p>4) 切迫度：どのくらい切迫しているか？</p> <p>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？</p>
	<p>2. リスクの治療・マネジメントプランの作成</p> <p>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。</p> <p><u>治療・マネジメントプラン作成の手順</u></p> <p>1) <u>モニタリング</u>：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ぬか？</p> <p>2) <u>治療</u>：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？</p> <p>3) <u>マネジメント</u>：リスクの防止のために継続的に必要な支援は何か？</p> <p>4) <u>被害者の保護</u>：被害者を保護するために必要なプランは？</p> <p>5) <u>その他考慮すべきことは？</u></p> <p>3. 治療計画の作成</p> <p>改訂版共通評価項目は①19 項目＋個別項目の評価、②シナリオの作成、③治療・マ</p>

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改訂版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、改訂版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、改訂版共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

改訂版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改訂版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。すなわち改訂版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。また改訂版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改訂版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。

指定入院医療機関運営ガイドライン

2019年3月5日改正

2019年4月1日施行

指定入院医療機関運営ガイドライン

目 次

1. はじめに

- (1) 医療観察法の趣旨・概要
- (2) 本ガイドラインの目的

2. 指定入院医療機関、管理者等の役割

- (1) 指定入院医療機関の概要
- (2) 指定入院医療機関の管理者
- (3) 指定入院医療機関の精神保健指定医
- (4) 医療の質や地域連携を確保する組織体制

3. 主な事務の流れ

- (1) 入院（再入院）決定から対象者の受入れまで
- (2) 入院から退院の許可の申立てまで
- (3) 退院
- (4) その他の主な事務

4. 入院対象者に関する留意事項等

- (1) 回復期及び社会復帰期における自己管理
- (2) 実費徴収・預り金
- (3) 面会
- (4) 必要な診療記録の保管
- (5) 入院処遇の改善に向けた取組への参画
- (6) 個人情報の取扱い
- (7) その他

5. 地域連携体制の確保

- (1) 通常時における地元自治体、関係機関等との連携
- (2) 緊急時における対応体制の確保

6. その他

- (1) 監査等の実務
- (2) 診療報酬請求事務手続

1. はじめに

(1) 医療観察法の趣旨・概要

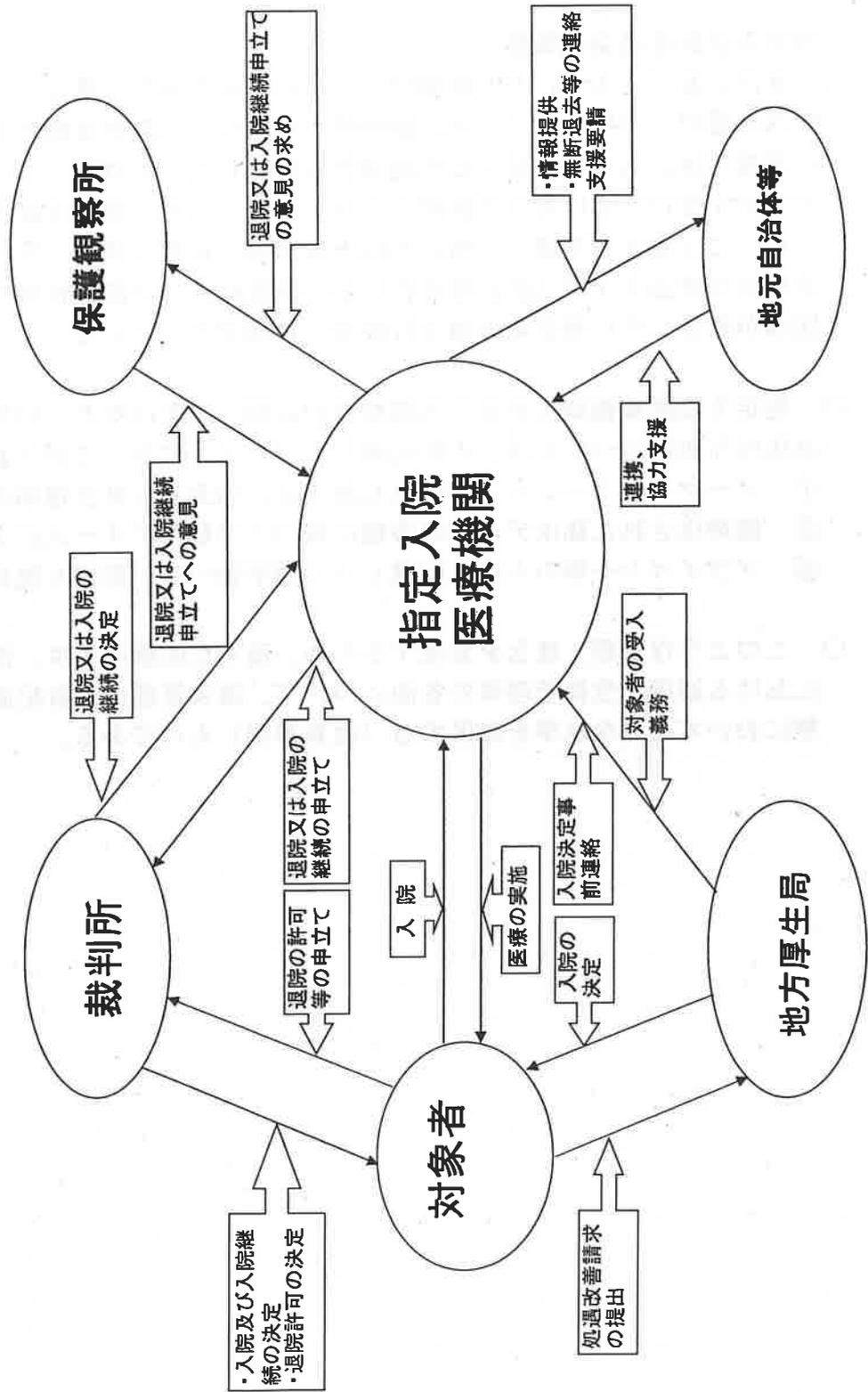
- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによつて、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もつてその社会復帰を促進することを目的としている。
- 本法が適切に運用されるためには、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービス事業者を行う者、障害者支援施設、地域活動支援センター及び福祉ホーム等（以下「障害福祉サービス事業者等」という。））相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関等の役割の明確化を図ることが必要である。

(2) 本ガイドラインの目的

- 本ガイドラインは、指定入院医療機関が入院処遇ガイドラインを基本に入院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組の一翼を担う上で、指定入院医療機関の管理運営が本法の目的に沿つて適切かつ円滑に行われるために、指定入院医療機関の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項等を定めるものである。

指定入院医療機関の役割

(指定入院医療機関を中心に)



2. 指定入院医療機関、管理者等の役割

(1) 指定入院医療機関の概要

- 本法に基づく入院による医療は、一般の精神医療とは異なり、公共性及び専門性が極めて高いことに加え、継続的かつ適切な医療を実施するためにも、その実施主体において安定した病院運営が行われなければならないこと、また、裁判所の決定を受けた者に対する医療であり、全国で公平一律に実施されなければならないことなどを考慮し、指定入院医療機関の設置主体は、国、都道府県、特定独立行政法人又は（都道府県若しくは都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した）特定地方独立行政法人に限定されている。
- 指定入院医療機関における入院処遇の目標、理念は次のとおりであり、その具体的な処遇については、入院処遇ガイドラインに沿って行われる。
 - ① ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
 - ② 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
 - ③ プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
- このような目標、理念を実現するため、適正な医療の提供、情報管理、地域における連携、危機管理等の各面について、運営管理、人員配置、施設・設備等において必要な水準を確保する（次頁参照）ものである。

指定入院医療機関が満たすべき事項

事項	運営・管理等	人員の配置	施設及び設備
適正な医療の提供	<p>○医療の質の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外初評価会議、倫理会議、治療評価会議、運営会議の設置 ・研修等による医療従事者の質の向上 <p>○適正な医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合併症等の際の連携病院の確保 ・医療安全管理体制の確保 <p>○入院処遇の改善に向けた取組への参画</p>	<p>○当該病棟の人員配置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤医師総ね 8 : 1 ・常勤看護師総ね 日中 1.5 : 1 夜間 6 : 1 (最低3人以上) ・臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士は常勤で総ね5 : 1 <p>○病院全体の人員配置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科医指定医2人 ・薬剤師は医療法標準数を越えていること 	<p>○病床数は医療法上33床(運営病床30床、予備病床3床)とし、病床は全て個室(10㎡以上)</p> <p>○必要とする診療部門、共用部門の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診察室(最低2カ所) ・処置室(酸素吸入装置・吸引装置等設置) ・保護室(10㎡以上) ・集団精神療法室 ・作業療法室 ・食堂・テイルーム(一定面積以上あれば共用可) ・面談室(診察室3カ所以上は兼用可) <p><小規模病床></p> <p>○病床は医療法上16床(運営病床15床、予備病床1床)とし、病床は全て個室(10㎡以上)</p> <p>○必要とする診療部門、共用部門の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人員配置は非小規模病床と同様のものにする。 ・既存病棟で改修の場合 <p>作業療法室、集団療法室等については、安全管理体制確保ができれば同一病棟内で設置でなくとも可能</p>
情報管理等	<p>○診療等記録の適切な記録と保存管理</p> <p>○診療情報の適切な提供</p> <p>○医療情報の共有体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定通院医療機関への情報提供と連携 	<p>○病棟専従の事務職員の配置(非常勤含む)</p>	
地域連携体制	<p>○地域との連携体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域連絡会議の設置 ・無断退去時等の連絡体制の確保 ・周辺住民等の意見を聴く恒常的な窓口の設置 <p>○保護観察所等との連携</p>		
危機管理体制	<p>○緊急時の対応体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故、火災発生時等の対応マニュアルの整備 ・無断退去時等の対応マニュアルの整備 	<p>○夜間の看護員の配置</p>	<p>○無断退去を防止する構造設備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・玄関の二重構造 ・窓設備の適切な構造、材質 ・病棟内外の安全管理体制の整備

(2) 指定入院医療機関の管理者

指定入院医療機関の管理者は、本法、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令（平成16年政令第310号。以下「令」という。）、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行規則（平成17年法務省令・厚生労働省令第2号。以下「規則」という。）その他の関係省令及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による審判の手續等に関する規則（平成16年最高裁判所規則第13号。以下「最規」という。）上、次の職務を行うこととされており、これを適正に執行しなければならない。

① 適切な医療の実施に関するもの

- ・ 医療担当の義務 (本法第82条第1項)
- ・ 医療の実施につき厚生労働大臣の行う指導に従うこと (本法第82条第2項)
- ・ 精神保健指定医の必置 (本法第86条)
- ・ 本法に基づく入院決定を受けた者を入院させる義務 (本法第89条第1項)
- ・ 適切な医療を行うため必要があると認めるときは、必要な限度において、裁判所及び他の医療施設に対して必要な資料の提供を求めることができること (本法第90条第1項、第2項)
- ・ 本法に基づく入院決定を受け入院している者（以下「入院対象者」という。）を、医学的管理の下に指定入院医療機関の敷地外に外出・外泊させることができること (本法第100条第1項、第2項)
- ・ 入院対象者について精神障害の医療以外の医療を受けさせるために他の医療施設に入院させる必要がある場合には、その者を他の医療施設に入院させることができ、その間、本法に基づく医療を行わないことができること (本法第100条第3項)
- ・ 上記により他の医療施設に入院対象者を入院させたときと当該入院対象者が当該他の医療施設から退院したときは、速やかに、厚生労働大臣（当該入院対象者が入院している指定入院医療機関を管轄する地方厚生局長）及び保護観察所の長に届け出なければならないこと (令第9条第1項、第2項等)

② 入院対象者の処遇に関するもの

- ・ 必要な行動制限を行うことができること (本法第92条第1項)
- ・ 行うことができない行動制限 (本法第92条第2項、第3項)
- ・ 厚生労働大臣の定めた基準の遵守義務 (本法第93条第2項)
- ・ 処遇改善請求による審査における、社会保障審議会からの求め等に応じる義務 (本法第96条第4項)
- ・ 処遇改善の措置命令に応じる義務 (本法第96条第5項)
- ・ 厚生労働大臣による報告徴収等に応じる義務 (本法第97条第1項)

- ・厚生労働大臣による改善命令に応じる義務 (本法第98条)
- ・保護観察所の長と連携を図り、対象者の相談に応じ、対象者への援助等を行う義務 (本法第91条)
- ・生活環境の調整に係る保護観察所の長による協力の求めに応ずること (本法第101条第2項)
- ・入院対象者が無断で退去したこと、又は無断で退去した後再び指定入院医療機関に入院することになったこと (本法第99条第1項の規定により連れ戻されたことを含む。)を知ったときは速やかに保護観察所の長に対し、その旨を通報すること (規則第9条第1項、第2項)
- ・入院対象者が刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定によりその身体を拘束されたこと、又は前記の身体の拘束を解かれたことを知ったときは速やかに保護観察所の長に対し、その旨を通報すること (規則第9条第3項、第4項)
- ・保護観察所の長と連携を図り、対象者の相談に応じ、対象者への援助等を行う義務 (本法第91条)
- ・生活環境の調整に係る保護観察所の長による協力の求めに応ずること (本法第101条第2項)

③ 審判関係手続に関するもの

<本法上の権利義務関係>

- ・事実の取調べに対する協力 (本法第24条第3項)
- ・退院の許可又は入院継続の確認の申立てを行ったときの意見陳述・資料の提出義務 (本法第25条第1項)
- ・裁判所による審判期日への出席の求めに応ずること (本法第31条第5項)
- ・退院の許可又は入院継続の確認の申立て等に対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができること (本法第32条第2項)
- ・退院の許可又は入院継続の確認の申立てを行う義務 (本法第49条第1項、第2項)
- ・退院の許可又は入院継続の確認の申立てをした場合は、申立てに対する決定があるまでの間、入院を継続して医療を行うことができること (本法第49条第3項)
- ・退院許可決定又は入院継続確認決定等に対して抗告をすることができること (本法第64条第1項)
- ・抗告裁判所のした決定に対し、最高裁判所に再抗告をすることができること (本法第70条第1項)

- ・ 抗告又は再抗告をする際、執行停止を決定するよう申し出ることができること
(本法第69条参照)
- ・ 抗告又は再抗告の取下げ (本法第65条、本法第70条第2項)
- ・ 審判の対象となった対象行為以外の行為について有罪の裁判が確定し、その裁判において言い渡された刑の執行が開始された場合であって相当と認める
ときその他の本法による医療を行う必要がないと認めるに至ったときは処遇
の終了の申立てを行うこと (本法第76条第1項)
- ・ 対象者について、2以上の入院決定又は通院決定があった場合に一方の決定
の取消の申立てを行うこと (本法第76条第2項)

<最規上の権利義務関係>

- ・ 裁判所による審判期日への出席の求めに応ずる際 (本法第31条第5項)、
処遇事件の記録又は証拠物を閲覧する際 (本法第32条第2項) 及び裁判所
により審判に必要な事項につき打合せが開かれる際 (最規第40条第1項)
に、(それぞれに対応するべき者として) 医師を指定した場合には、書面を
もって、その旨を裁判所に通知する義務と、その通知の内容に変更が生じた
ときにも同様に通知する義務 (最規第22条第1項)
- ・ 事実の取調べの申出 (最規第24条)
- ・ 裁判所により審判に必要な事項につき打合せが開かれる際、出席すること
(最規第40条第1項)
- ・ 裁判長等が、対象者の精神障害等の状態から必要があると認めるときに、裁
判長等から、指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師は、協力を求
められること (最規第46条第2項)

④ 入院対象者の無断退去への対応に関するもの

- ・ 指定入院医療機関の職員は、無断退去をした者 (以下「無断退去者」という。) を
連れ戻すことができること (本法第99条第1項)
- ・ 警察官に対し、無断退去者の連戻しについて援助を求めることができること
(本法第99条第2項)
- ・ 所轄の警察署長に対し、無断退去者の氏名、症状等の所定事項を通知し所在
の調査を求めなければならないこと (本法第99条第3項)
- ・ 無断退去時から48時間を経過した後は、裁判官が発する連戻状によらな
ければ連戻しに着手できないこと (本法第99条第5項)
- ・ 裁判官に連戻状の発付を請求できること (本法第99条第6項)

⑤ その他

- ・ 厚生労働大臣の診療報酬の額の決定に従う義務 (本法第84条第2項)

- ・厚生労働大臣による診療内容・診療報酬請求の審査に関する報告の請求又は検査に応じる義務 (本法第85条第1項、第2項)
- ・指定入院医療機関の管理者及びその職にあった者について、職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない義務 (本法第117条第1項)
- ・指定入院医療機関の職員又はその職にあった者について、指定入院医療機関の管理者の職務を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない義務 (本法第117条第3項)

(3) 指定入院医療機関の精神保健指定医

指定入院医療機関の精神保健指定医は、本法上、次の職務を行うこととされており、これを適正に執行しなければならない。

- ・入院対象者について入院を継続させて本法による医療を行う必要があるかどうかの判定 (本法第87条第1項)
- ・入院対象者について行動の制限を行う必要があるかどうかの判定 (本法第87条第1項)
- ・入院対象者について外出・外泊させて経過を見ることが適切かどうかの判定 (本法第87条第1項)
- ・上記の判定を行った際に、遅滞なく診療録に記載する義務 (本法第88条)
- ・入院対象者の処遇が適当でないと認める場合等に指定入院医療機関の管理者に報告し、当該管理者において処遇改善の措置が採られるよう努める義務 (本法第94条)
- ・職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない義務 (本法第117条第2項)

(4) 医療の質や地域連携を確保する組織体制

指定入院医療機関において専ら入院対象者を処遇するための病棟（以下「新病棟」という。）に関しては、以下の会議を置くものとする。

① 医療の質を確保するための会議

○ 新病棟外部評価会議

新病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を行いその評価を受けることで、新病棟運営の透明性を確保するための会議。

指定入院医療機関の管理者主催で年2回程度開催する。

精神医学の専門家・法律に関し学識経験を有する者・自治体関係者の外部委員各1名以上を招聘する。

- 新病棟運営会議
新病棟の運営状況について報告聴取し、運営方針を決定したり、全入院対象者に共通の治療指針を策定したり、緊急性評価の基準を策定したり、入院対象者それぞれについて状態報告と今後の治療方針確認を行うための会議。
特に、急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行が検討される者について報告聴取し、治療の進展度合いを確認する。
指定入院医療機関の管理者の主催で1ヶ月に1回は開催する。
重大事故など緊急事態発生時は緊急時運営会議として臨時開催し、対応方針を決定する。
 - 新病棟倫理会議
入院対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議により適否を決定するとともに、同意によらない治療行為を継続している入院対象者に関して報告聴取し評価を行ったり、緊急的に実施された同意によらない治療行為について報告聴取し、事後評価を行ったり、麻酔薬など強力な鎮静剤の投与を行った場合について報告聴取し評価を受けるための会議。
指定入院医療機関の管理者の主催で原則として月2回開催し、必要に応じ臨時開催する。精神医学の専門家の外部委員1名以上を招聘する。
 - 新病棟治療評価会議
治療の効果を判定するために定期的に入院対象者の評価を行うための会議。
原則として週1回開催する。
この会議は、新病棟内の医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の多職種チームにより構成することを基本とし、必要に応じ、社会復帰調整官が参加する。
また、必要に応じ、対象者本人も参加する。
- ② 地域連携を確保するための会議
- 地域連絡会議
指定入院医療機関の地元関係機関等と円滑な業務関係を支えるための会議。
定期的に（少なくとも1年に1回）、関係機関及び地域住民の関係者に出席を求めて、指定入院医療機関の状況及び本法の施行状況を報告し、話し合う場を設ける。（「5（1）地元自治体との連携」を参照）

3. 主な事務の流れ

(1) 入院（再入院）決定から対象者の受入れまで

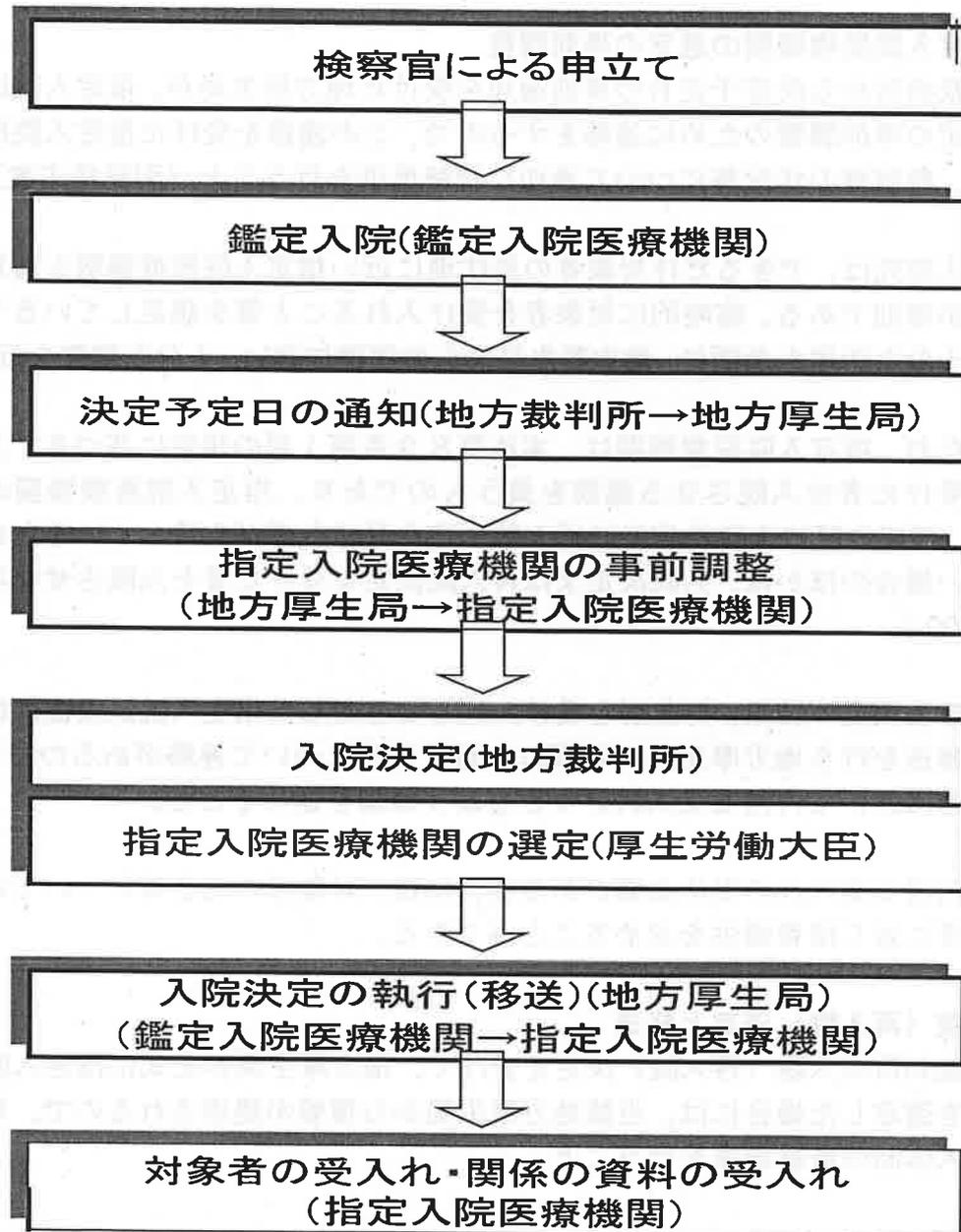
① 指定入院医療機関の選定の事前調整

- 裁判所から決定予定日の事前通知を受けた地方厚生局が、指定入院医療機関選定の事前調整のために連絡をするので、この連絡を受けた指定入院医療機関は、新病棟の状況等について適切な情報提供を行うこと（別紙様式案）。
- 入院先は、できるだけ対象者の居住地に近い指定入院医療機関を選定することが原則である。臨時的に対象者を受け入れること等を想定している予備病床の十分な活用も念頭に、地方厚生局からの要請に従い、十分な調整を行うこと。
- なお、指定入院医療機関は、本法第89条第1項の規定に基づき、入院決定を受けた者を入院させる義務を負うものであり、指定入院医療機関の管理者は、病床に既に入院決定又は再入院決定を受けた者が入院しているため余裕がない場合のほかは、入院決定又は再入院決定を受けた者を入院させなければならない。
- 事前調整の結果、対象者を受け入れることとした指定入院医療機関に対しては移送を行う地方厚生局から概ねの到着日時について連絡があるので、その時間帯において円滑な受入れができるよう準備を進めること。
- 円滑な受入れのため必要がある場合には、対象者の病状等について地方厚生局等に対し情報提供を求めることができる。

② 入院（再入院）決定と移送

- 裁判所の入院（再入院）決定を受けて、地方厚生局が正式に指定入院医療機関を選定した場合には、当該地方厚生局から情報が提供されるので、対象者の受入体制の最終確認を行うこと。
- 本法に基づく入院決定を受けた者が到着した場合には、その者の受入れについて記録するとともに、同行する地方厚生局の職員から必要な資料等を受け取ること。

入院までのフロー



(2) 入院から退院の許可の申立てまで

① 入院中の処遇内容

- 入院当初の治療計画を作成する等、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、指定入院医療機関の管理者は、本法第90条第1項の規定に基づき、その必要な限度において、裁判所に対し、鑑定の経過及び結果を記載した書面その他の必要な資料の提供を求めることができる。

※ 最規第16条第1項の規定に基づき、資料の提供を求める際には、

- ・ 対象者の氏名その他対象者を特定するに足りる事項
- ・ 提供を求める資料を特定するに足りる事項
- ・ 資料の提供を求める理由

を明らかにしなければならない。

- 入院中の治療内容については、入院処遇ガイドラインに従い行われることを基本とする。

- 指定入院医療機関の管理者は、本法第92条第1項の規定に基づき、入院対象者につき医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

ただし、信書の発受の制限、弁護士及び行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣が定める行動の制限については、これを行うことができない（本法第92条第2項）。

- 本法第92条第1項の行動の制限のうち、厚生労働大臣が定める患者の隔離その他の行動の制限は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない（本法第92条第3項）。

また、厚生労働大臣は、入院対象者の処遇について必要な基準を定めることができる（本法第93条第1項）。

- 厚生労働大臣の定めた内容については、別途各告示を参照すること。

※1 参考 一般の精神病院に入院している者の処遇に関する定め

- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限（昭和63年厚生省告示第128号）
- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限（昭和63年厚生省告示第129号）
- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（昭和63年厚生省告示第130号）

- 入院処遇ガイドラインでは、外出・外泊には、院内散歩（指定入院医療機関内で新病棟外への散歩）、院外外出（指定入院医療機関外への外出）又は外泊の3種類がある旨記載され、外出（病棟敷地内の散歩を除く。）は回復期より、外泊は社会復帰期より開始されるものとされているところ、外出・外泊の実施のときには、指定入院医療機関の職員が同行すること。

また、外泊の際には、保護観察所へ事前及び終了時に連絡する他、外出・外泊の際には、入院対象者と、当該対象者の退院後の地域社会における処遇に携わる関係諸機関との関係構築に配慮すること。

- 無断退去等の場合には、本法第99条の規定に基づき、連戻し、警察官への援助の求め、連戻状の請求等の措置を速やかにとること。

② 入院継続の確認の申立て（前の決定から6か月が経過する以前）

- 指定入院医療機関の管理者は、本法第49条第2項の規定に基づき、その指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、入院対象者について、入院を継続させて本法による医療を行う必要があると認める場合は、保護観察所の長の意見を付して、入院決定、入院継続確認決定又は退院の許可の申立て若しくは処遇の終了の申立てを棄却する旨の決定（複数あるときは、その最後のもの。）があった日から起算して6か月が経過する日までに、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てを行うことが必要である。

したがって、入院処遇ガイドラインに記載されているとおり18か月で退院させることができた場合には、入退院に係る評価を実施した上で、2回の入院継続の確認の申立てが行われることとなる。

- 本法上は、6か月の期間を計算する場合に、次のような期間については、期間の進行は停止するものとされている（本法第49条第2項）ので、これに十分留意し、このような期間が生じた場合には、各期間が終了した時点で状態を逐一確認しておくこと。

- ・入院対象者が指定入院医療機関から無断で退去した日（外出又は外泊している者が医学的管理の下から無断で離れた場合、その日を含む。）の翌日から連れ戻される日の前日までの間
- ・入院対象者が刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定により、その身体を拘束された日の翌日からその拘束を解かれる日の前日までの間
- ・入院対象者が、精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院し、本法による医療を受けない場合における精神障害の医療を行わない間

- ある入院対象者について入院継続の確認の申立てを行った場合には、当該申立てに対する決定があるまでの間、当該入院対象者の入院を継続して本法によ

る医療を行うことができる（本法第49条第3項）。

- 入院継続の確認の申立ては以下の事項を記載した書面で行う（最規第71条）。
 - ア 入院対象者の氏名、年齢、職業、住居及び本籍
 - イ 入院対象者に対する他の処遇事件があるときは、その旨及び当該他の処遇事件が係属する裁判所
 - ウ 入院対象者の保護者の氏名及び住居（保護者が判明しない場合は、後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者の氏名及び住居）
 - エ 入院対象者について入院決定があった日及びその決定をした地方裁判所
 - オ 入院対象者について、それまでに入院継続確認決定があるときは、その決定（これが複数あるときは、その最後のもの）があった日及び当該決定をした地方裁判所
 - カ 入院継続の確認の申立ての期間の進行が停止した事実があるときは、その旨
 - キ 申立ての趣旨（申立てにより裁判所がいかなる決定をすることを求めるのかの結論）及び理由（そのような決定をすることを求める理由）
- ※ その他、裁判所の審判に必要と認められる資料の提出

③ 退院の許可の申立て（管理者）

- 本法第49条第1項の規定に基づき、指定入院医療機関の管理者は、当該医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、入院対象者について入院を継続させて本法による医療を行う必要があると認めことができなくなった場合は、保護観察所の長の意見を付して、直ちに、地方裁判所に対し退院の許可の申立てを行うことが必要である。

したがって、入院対象者の症状等により、入院処遇ガイドラインによる標準的な入院期間より早期に退院できる場合にも、この申立てを速やかに行うこと。

- ある入院対象者について退院の許可の申立てを行った場合には、当該申立てに対する決定があるまでの間、当該入院対象者の入院を継続して本法による医療を行うことができる（本法第49条第3項）。

- 退院の許可の申立ては以下の事項を記載した書面で行う（最規第71条）
 - ア 入院対象者の氏名、年齢、職業、住居及び本籍
 - イ 入院対象者に対する他の処遇事件があるときは、その旨及び当該他の処遇事件が係属する裁判所
 - ウ 入院対象者の保護者の氏名及び住居（保護者が判明しない場合は、後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者の氏名及び住居）

- エ 入院対象者について入院決定があった日及びその決定をした地方裁判所
- オ 入院対象者について、それまでに入院継続確認決定があるときは、その決定（これが複数あるときは、その最後のもの）があった日及び当該決定をした地方裁判所
- カ 入院継続の確認の申立ての期間の進行が停止した事実があるときは、その旨
- キ 申立ての趣旨及び理由
- ※ その他、裁判所の審判に必要と認められる資料の提出

④ 退院の許可又は入院継続の確認の申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>

- 事実の取調べに対する協力（本法第24条第3項）

審判において、必要がある場合には事実の取調べが行われるが、その際、必要な事項の報告、資料の提出その他の協力を求められることがある。協力を求められた場合においては、積極的に協力すること。
- 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確認の申立てをした場合は、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回の新病棟運営会議シートの写し、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もので、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。
- 審判期日への出席（本法第31条第5項）

裁判所は、指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師に対し、審判期日に出席することを求めることができる。求められた場合には、積極的に出席すること。
- 指定入院医療機関における審判期日の開催（本法第31条第9項）

指定入院医療機関の管理者は、裁判所から当該指定入院医療機関で審判期日を開催したい旨の要望があった時は、治療プログラムに支障のない範囲で、これに協力すること。

○ 処遇事件の記録又は証拠物の閲覧（本法第32条第2項）

指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師は、入院対象者の処遇に関する申立てがあった後、当該申立てに対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができる。

○ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等（本法第64条第1項、第65条、第70条第1項）

指定入院医療機関の管理者は、入院対象者についての退院許可決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反又は重大な事実の誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取下げることができる。（なお、本法第64条第1項によれば、「処分の著しい不当」を理由とする抗告がありうることになるが、指定入院医療機関の管理者が関係する処遇に関する決定（退院、入院継続確認、処遇終了）においては、いずれも「重大な事実の誤認」が問題となるのであって、「処分の著しい不当」が問題となる余地はない。）

指定入院医療機関の管理者は、憲法違反・憲法解釈の誤り・判例との相反を理由とする場合に限り、抗告裁判所の決定に対し、2週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができる。（再抗告）

なお、抗告・再抗告は、執行を停止する効力を有しないが、原裁判所又は（再）抗告裁判所の決定により執行を停止することができる。（本法第69条、第70条第2項）

そこで、指定入院医療機関の管理者は

① 入院継続の確認の申立てをしたが、退院許可決定が言い渡された場合又は

② 入院対象者等から退院の許可の申立て又は処遇の終了の申立てがあり、退院許可決定又は処遇終了決定が言い渡された場合であって、これらの決定を不服として抗告をするときは、併せて、裁判所に対し、原決定（退院許可決定、処遇終了決定）の執行を停止する決定をするよう申し出てこれが認められれば、当該入院対象者を引き続き入院させ続けることができることから、このような申出を行う必要性の有無についても検討する必要がある。

○ その他（本法第76条関係）

審判の対象となった対象行為以外の行為について有罪の裁判（実際に刑に服することとなるものに限る。）が確定し、その裁判において言い渡された刑の執行が開始された場合であって相当と認めるときや、その他の本法による医療を行う必要がないと認めるに至ったときには、指定入院医療機関の管理者は、処遇の終了の申立てを行うこと（本法第76条第1項）。

また、対象者について、2以上の入院決定又は通院決定があった場合には、指定入院医療機関の管理者は、一方の決定の取消の申立てを行うこと（本法第76条第2項）。

<最規上の権利義務関係>

○ 医師等の指定及び変更の通知（最規第22条）

裁判所による審判期日への出席の求めに応ずる際（本法第31条第5項）、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧する際（本法第32条第2項）及び裁判所により審判に必要な事項につき打合せが開かれる際（最規第40条第1項）に、（それぞれに対応すべき者として）医師を指定した場合には、書面をもって、その旨を裁判所に通知しなければならない。

また、その通知の内容に変更が生じたときにも同様に通知しなければならない。

○ 事実の取調べの申出（最規第24条）

審判において、指定入院医療機関の管理者は、裁判所又は裁判官に対し、証人尋問、鑑定、検証など事実の取調べの申出をすることができる。

○ 審判の準備に係る裁判所との打合せ及び協力（最規第40条第1項）

裁判所は、適当と認めるときは、指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師及び付添人を出頭させた上、審判の進行に関し必要な事項について打合せを行うことができる。

また、裁判所から、審判の進行に関し必要な事項について、指定入院医療機関の管理者に問合せをすることができる。打合せの求めや問合せがあった場合は、適切に協力すること。

○ 裁判長等からの協力要請（最規第46条第2項）

裁判長等が、対象者の精神障害の状態を考慮し必要があると認めるときに、指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師の協力を求めた場合には、適切に協力すること。

○ 入院対象者等による退院の許可等の申立てがあった事実の通知

（最規第74条）

本法第50条の規定に基づき、入院対象者、その保護者又は付添人からの退院の許可又は本法による医療の終了の申立てがあったときは、これを受けた地方裁判所の裁判官は、速やかに、その旨を指定入院医療機関の管理者に通知しなければならない。

(なお、当該通知を受けた指定入院医療機関の管理者は、速やかに、保護観察所に対し、その旨を通知するものとする(規則第5条)。)

○ 抗告、再抗告申立ての方式(最規第89条、第99条第1項)

抗告(再抗告)をするには、抗告申立書(再抗告申立書)を原裁判所に提出しなければならない。抗告申立書(再抗告申立書)には、抗告(再抗告)の趣意を簡潔に明示しなければならない。例えば、法令違反を理由に抗告をする場合であれば、単に法令違反があるというだけでは足りず、原決定のどの部分がどのような理由でどの法令に違反するかを具体的に明示して記載する必要がある。

○ 入院対象者の抗告、再抗告申立てにおける特則

(最規第90条、第99条第1項、第2項)

入院対象者は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者を經由して抗告申立書(再抗告申立書)を提出することができることとなっている。

この場合において、抗告(再抗告)の提起期間内に抗告申立書(再抗告申立書)を指定入院医療機関の管理者又はその代理者に提出したときは、抗告(再抗告)の提起期間内に抗告(再抗告)をしたものとみなされる。

したがって、実際に提出を受けた場合は、指定入院医療機関の管理者はこれを受領しなければならない、これを受領した指定入院医療機関の管理者又はその代理者は、速やかに、原裁判所に対し、当該抗告申立書(再抗告申立書)を提出し、かつ、これを受領した年月日を通知しなければならない。

なお、年月日の通知については、入院対象者の提示した抗告申立書(再抗告申立書)の余白に、指定入院医療機関の管理者又は代理者が受領年月日を記載して記名押印する方法で行う。

○ 抗告、再抗告の通知(最規第93条、第99条第1項)

入院対象者等から退院の許可又は入院継続の確認の審判に関する抗告申立書(再抗告申立書)を受けとった裁判所は、指定入院医療機関の管理者に対し、抗告(再抗告)があった旨を通知する。

○ 抗告の取下げの方式(最規第94条)

抗告の取下げは、書面を抗告裁判所に提出しなければならない。

なお、入院対象者から取下げに係る書面の提出を受けたときは、指定入院医療機関の管理者は、入院対象者から抗告申立書の提出を受けた場合と同様の義務があることから、同様の取扱いを行う(年月日の通知の取扱いも同様である)。

- 抗告審、再抗告審で入院決定が取り消された場合等における裁判所からの通知
(最規第96条、第100条)

抗告審や再抗告審における裁判等により、入院対象者を退院させる必要が生じたり、いったん入院決定により入院させられた後にその執行が停止されている者を再び入院させる必要が生じたりする場合には、そのような裁判等があった旨が裁判所から指定入院医療機関の管理者に対し通知される。

指定入院医療機関の管理者は、この通知を受けた場合には、その内容に従い、必要な措置をとる。

- 入院対象者等による退院の許可等の申立てが取下げられた事実の通知
(最規第102条第2項)

(3) 退院

① 退院手続

- 地方厚生局は、裁判所から決定予定日の事前通知を受けた場合は、指定入院医療機関及び退院予定地を管轄する保護観察所にその旨連絡する。同連絡を受けた指定入院医療機関においては速やかに当日に向けて、退院準備を進める。

また、退院予定地を管轄する保護観察所は、指定入院医療機関の所在地を管轄する保護観察所及び関係機関と連携し、告知を行う社会復帰調整官についての調整のほか、家族等による出迎え、緊急時における医療の対応等の調整を行い、対象者が退院地へ円滑に移動するための方策を講ずる。

なお、退院の準備に当たっては、退院予定地を管轄する保護観察所は、指定入院医療機関に連絡を取り、退院時の処理（告知方法や面接場所、出迎えの予定等）について事前に協力を依頼し、調整するものとする。

ただし、決定予定日の事前通知があった場合でも、退院許可決定がなされない可能性はある。

- 退院許可決定がなされた場合には、地方厚生局にその旨の通知がなされるので、地方厚生局は、指定入院医療機関に、その旨の連絡を行う。

この連絡を受けて、指定入院医療機関は退院手続を行う。

- 退院許可決定の告知は、通常、社会復帰調整官を介して行われることとされており（ただし遠隔地の裁判所において決定がなされたときなど、社会復帰調整官を介さない告知が採られる場合もある）、この場合、社会復帰調整官は、裁判所で決定書の謄本を受領し、当日指定入院医療機関において、対象者に対し同決定書の謄本を交付する。これにより対象者は退院する。

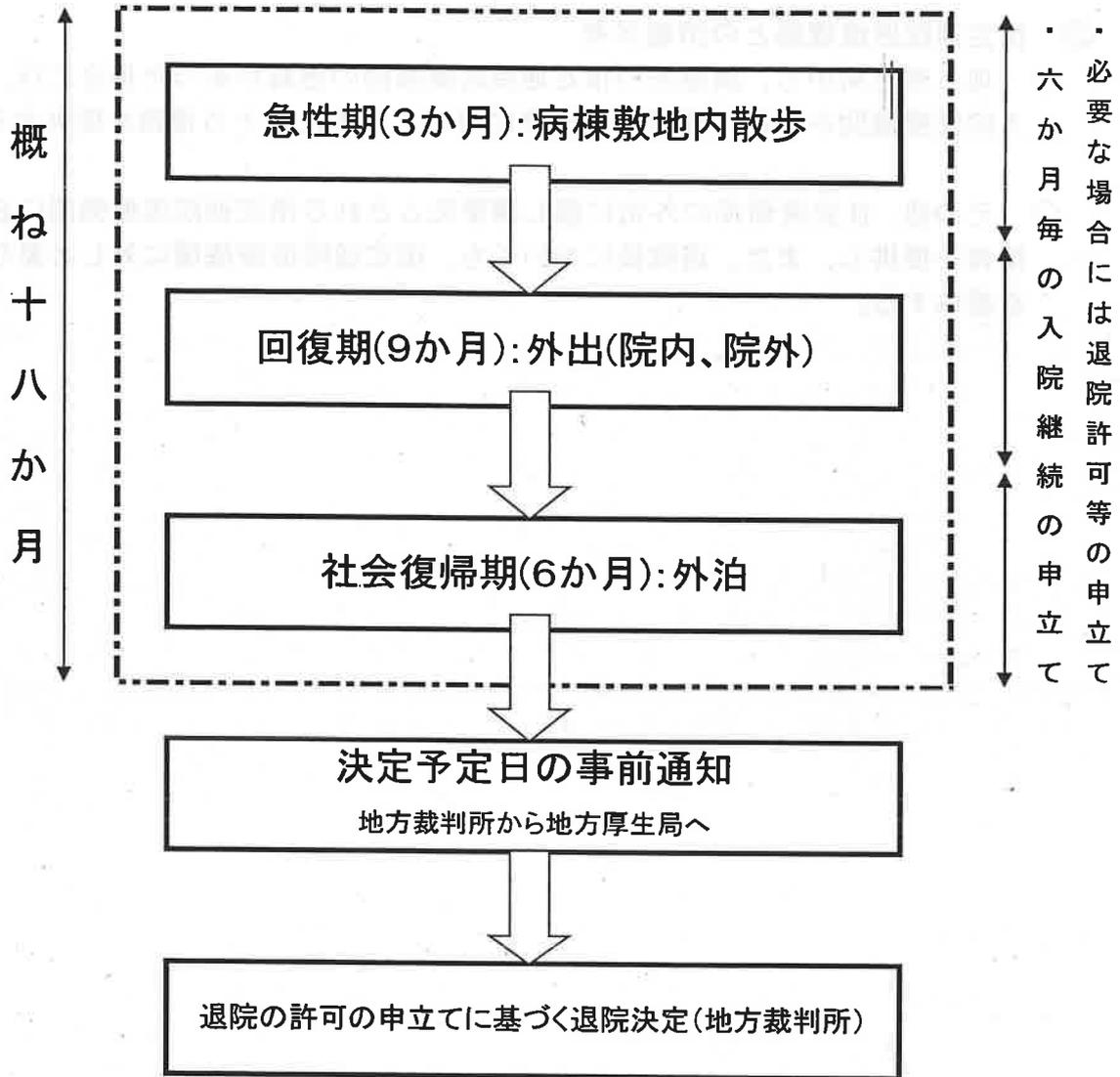
その際、指定入院医療機関は、事前の調整に基づき、対象者の円滑な社会復

帰を促進する観点から、指定入院医療機関における医療の実施に差し支えのない範囲で、社会復帰調整官が対象者や出迎えの家族等と院内で面接を行う場所の提供等につき協力する。

② 指定通院医療機関との情報共有

- 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指定通院医療機関に対し、患者に関する情報を提供する。
- その他、社会復帰期の外泊に際し調整先とされる指定通院医療機関に必要な情報を提供し、また、退院後においても、指定通院医療機関に対し必要な情報を提供する。

入院から退院までのフロー

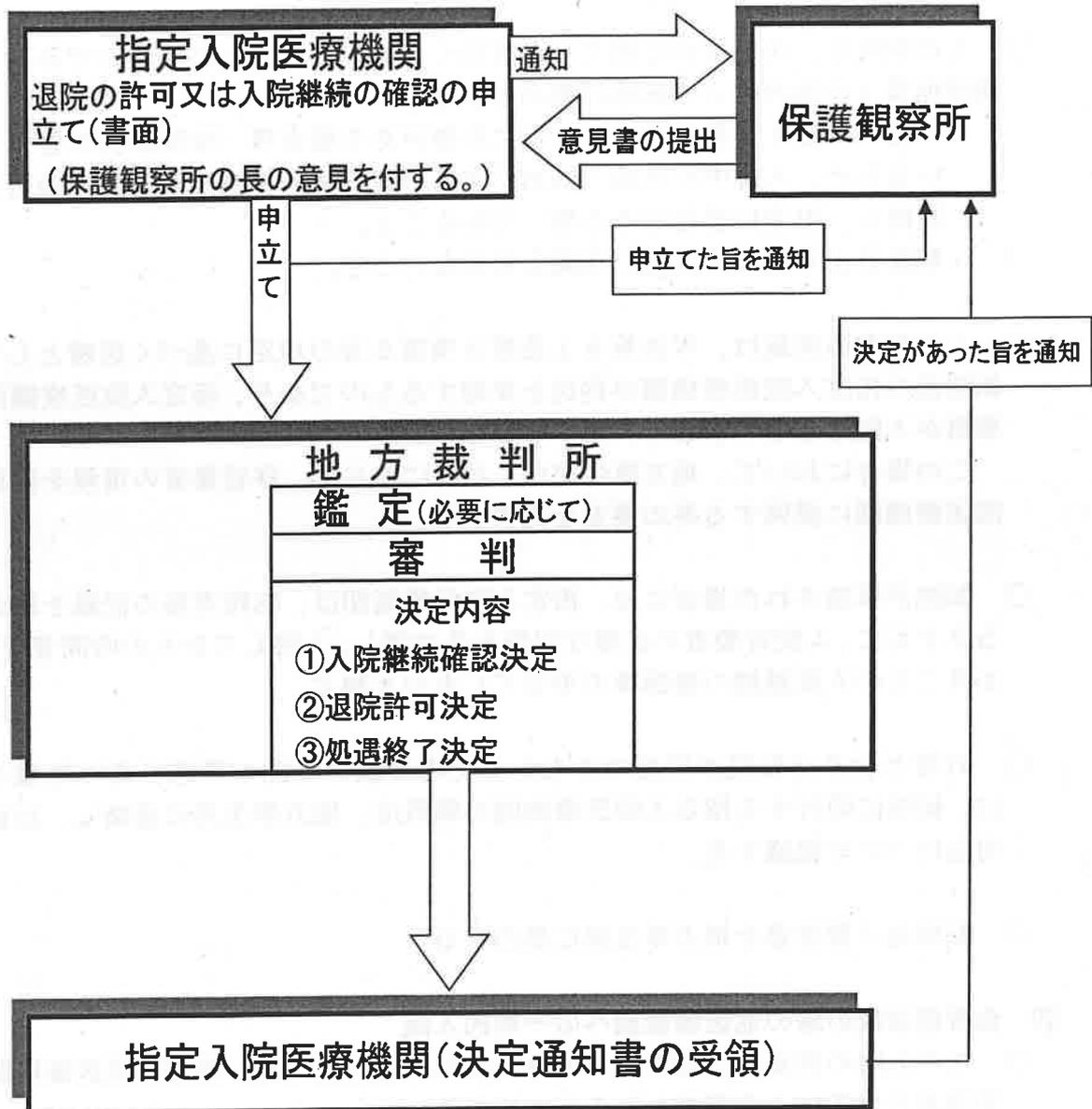


※1 対象者等による退院の許可等の申立て(法第50条)や処遇改善請求は、随時行うことが可能(法第95条)

※2 社会復帰促進の観点から、退院後の生活拠点の近くに転院することもある。

※ ここに記載した期間は、あくまでも標準的な例を示したものであり、実際には、個々の事情に応じてそれぞれの期間が異なることに留意する必要がある。

退院又は入院継続の確認の申立てのフロー図



(4) その他の主な事務

① 他の指定入院医療機関への転院

- この転院は、本法上、厚生労働大臣による指定入院医療機関の変更であり、保護観察所との意見調整を経た指定入院医療機関の発意により、地方厚生局が転院前・後の指定入院医療機関の最終調整を行い、さらに、厚生労働省及び転院先の地方厚生局との調整の結果、行われる。
- この転院は、次の要件を満たすと認められる場合に行われるものであり、病院運営上の理由による転院は認められない。
 - ・ 外出・外泊を実施するために特に必要がある場合等（生活環境が整っているため、入院中の外出・外泊が容易。退院後も入院・通院医療機関が連携し、円滑に移行できる等）であること。
 - ・ 転院により医療の実施に支障を生じないこと。
- この転院の実施は、本法第81条第2項第6号の規定に基づく医療として、転院前の指定入院医療機関が移送を実施するものであり、指定入院医療機関の職員が入院対象者の移動に同行すること。
この場合において、地方厚生局は、必要に応じて、移送業者の情報を指定入院医療機関に提供する等の便宜を提供する。
- 転院が実施された場合には、指定入院医療機関は、転院実施の記録を作成するとともに、入院対象者の必要な記録を受け渡し、入院してからの時間管理（6か月ごとの入院継続の確認等の申立て）を引き継ぐ。
- 日程どおりに転院が実施できなかった場合及び不測の事態があった場合には、転院に同行する指定入院医療機関の職員は、地方厚生局に連絡し、今後の対応について協議する。
- 転院完了報告書を地方厚生局に提出する。

② 合併症治療の際の他医療機関への一時的入院

- この入院の実施は、対象者の医療上の必要性に基づき、指定入院医療機関の管理者の責任により実施されるものである。
- この入院が実施された場合には、指定入院医療機関は、地方厚生局及び居住地を管轄する保護観察所に対し、その旨及び当該入院対象者の氏名、当該他の医療施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先、当該他の医療施設に入

院させた日時並びに当該他の医療施設に入院させた理由を速やかに連絡する。
(令第9条)

○ 入院対象者が当該他の医療施設から退院したときは、地方厚生局及び居住地を管轄する保護観察所に対し、その旨及び退院した日時を速やかに連絡する。
(令第9条)

○ この入院が円滑に行われるよう、指定入院医療機関は、日頃から地域の医療機関との連携・連絡体制を整備しておくこと。

③ 対象者等による退院の許可等の申立て

○ 本法第50条の規定に基づき、入院対象者、その保護者又は付添人（以下「対象者等」という。）は、地方裁判所に対し、退院の許可又は本法による医療の終了の申立てをすることができる。

※ 付添人は、本法に基づく審判において、対象者の正当な権利を擁護し、適正な審判や処遇の決定のために他の関係者とともに審判に協力することを役割としており、対象者や保護者が弁護士の中から選任することができることとされている。裁判所は、必要があると認めるときには、職権で付添人を付することができる。（本法第30条）

○ この申立てがあった場合には、これを受けた裁判所から、指定入院医療機関の管理者にその旨の通知がなされる。対象者等から退院許可決定又は入院継続確認決定に関する抗告申立書（再抗告申立書）が提出された場合も同様である。

※ 裁判所は、対象者等より上記の申立てがあった場合には、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎としつつ、決定をしなければならないこととされていることから（本法第51条第1項）、指定入院医療機関の管理者は、裁判所の求めに応じて対象者の病状等に関する意見を述べたり、資料の提出に応じるなど必要な協力を行う。

○ この申立てにより、退院許可決定があった場合には、原則として「（3）退院」と同様の手続となる。

○ 入院対象者の申立てに資するため、この申立てのための様式と裁判所作成の記載例について、備え付けること。

また、当該申立てについて質問があった場合には、当該入院対象者に、指定入院医療機関の所在地を所管する地方裁判所に電話させること。

○ なお、対象者等の審判上の権利義務関係は、次のとおりである。

＜本法上の権利義務関係＞

- ・ 処遇事件の記録又は証拠物の閲覧 (本法第32条第2項)
付添人は、対象者の処遇に関する申立てがあった後当該申立てに対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができる。
- ・ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等
(本法第64条第2項、第65条、第70条第1項)
対象者等は、入院継続確認決定、対象者等の退院の許可又は処遇の終了の申立てを棄却する決定等に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反、又は重大な事実誤認を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取下げることができる。
対象者等は、憲法違反・憲法解釈の誤り・判例との相反を理由とする場合に限り、抗告裁判所の決定に対し、2週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができる。(再抗告。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。)
なお、抗告・再抗告は、執行を停止する効力を有しないが、原裁判所又は(再)抗告裁判所の決定により執行を停止することができる。
(本法第69条、第70条第2項)

＜最規上の権利義務関係＞

- 抗告、再抗告申立ての方式(最規第89条、第99条第1項)
抗告(再抗告)をするには抗告申立書(再抗告申立書)を、原裁判所に提出しなければならない。抗告申立書(再抗告申立書)には、抗告(再抗告)の趣意を簡潔に明示しなければならない。
- 入院対象者の抗告、再抗告申立てにおける特則
(最規第90条、第99条第1項、第2項)
入院対象者は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者を經由して抗告申立書(再抗告申立書)を提出することができることとなっている。
この場合において、抗告(再抗告)の提起期間内に抗告申立書(再抗告申立書)を指定入院医療機関の管理者又はその代理者に提出したときは、抗告(再抗告)の提起期間内に抗告(再抗告)をしたものとみなされる。
したがって、実際に提出を受けた場合は、指定入院医療機関の管理者はこれを受領しなければならない、これを受領した指定入院医療機関の管理者又はその代理者は、速やかに、原裁判所に対し、当該抗告申立書(再抗告申立書)を提出し、かつ、これを受領した年月日を通知しなければならない。
なお、年月日の通知については、入院対象者の提示した抗告申立書(再抗告申立書)の余白に、指定入院医療機関の管理者又は代理者が受領年月日を記載する方法で行う。

○ 入院対象者の抗告の取下げ（最規第94条）

入院対象者は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者を經由して抗告の取下げに関する書面を提出することができることとなっている。

したがって、実際に提出を受けた場合は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者はこれを受領しなければならず、これを受領した指定入院医療機関の管理者又はその代理者は、速やかに、原裁判所に対し、当該抗告申立書を提出し、かつ、これを受領した年月日を通知しなければならない。

○ 抗告、再抗告の通知（最規第93条、第99条）

対象者等から退院の許可又は入院継続の確認に係る審判に関する抗告申立書（再抗告申立書）を受け取った裁判所は、指定入院医療機関の管理者に対し、抗告（再抗告）があった旨を通知する。

④ 処遇改善請求

- 本法第95条の規定に基づき、入院対象者又はその保護者は、厚生労働大臣に対して、地方厚生局を經由して、処遇改善の請求（厚生労働大臣に対し、指定入院医療機関の管理者に対して入院している者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることを求めること）を行うことができる。

※ 一般の精神病院に入院している者の処遇改善請求（精神保健福祉法第38条の4）においては、次に掲げる事項を申し立てることにより行うものとされている。（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第22条）。

- ① 患者の住所、氏名及び生年月日
- ② 請求人が患者本人でない場合にあっては、その者の住所、氏名及び患者との続柄
- ③ 患者が入院している精神病院の名称
- ④ 請求の趣旨及び理由
- ⑤ 請求年月日

- この審査の過程で、社会保障審議会は、その者を入院させている指定入院医療機関の管理者の意見を聴かなければならない（社会保障審議会が意見を聴く必要がないと特に認めたときは、この限りでない。）こととされているため、指定入院医療機関の管理者は、社会保障審議会の聴取に応じて、意見を述べること。

- このほか、社会保障審議会は、審査に当たって必要があると認めるときは、その審査に係る入院対象者の同意を得て、社会保障審議会が指名する精神保健指定医に診察させ、又はその者が入院している指定入院医療機関の管理者その

他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

- 厚生労働大臣は、通知された社会保障審議会の審査の結果に基づき、必要があると認めるときは、当該指定入院医療機関の管理者に対し、その者の処遇改善のための措置を採ることを命じなければならない。指定入院医療機関の管理者はこの命令を受けた場合には、速やかに必要な措置を講じること。

⑤ 競合する処分の調整（本法第76条）

- 裁判所は、入院決定又は通院決定を受けた者について、以下の場合は、指定入院医療機関の管理者等の申立てにより決定をすることができる。
 - ・ その審判の対象となった他害行為以外の行為について有罪の裁判（懲役刑又は禁錮刑で、執行猶予が付されず、執行すべき刑期があるもの）が確定し、その刑の執行が開始された場合であって相当と認めるときその他のこの法律による医療を行う必要がないと認めるに至ったとき
- また、裁判所は、対象者について、2以上の入院決定又は通院決定があった場合において、相当と認めるときは、指定入院医療機関の管理者等の申立てにより、決定をもっていずれかの決定を取り消すことができる。

4. 入院中の対象者に関する留意事項等

(1) 回復期及び社会復帰期における自己管理

① 個室の管理

- 回復期及び社会復帰期においては、プライバシーの保護と自己管理の能力を高めるため、入院対象者が各室の鍵を保持することを基本とする。なお、急性期においては、精神的不安定により、鍵を適切に管理できないおそれがあるため、原則として、指定入院医療機関が鍵を管理する。

また、私物についても、自己管理の能力を高めるため、回復期及び社会復帰期においては、個室において入院対象者自身が管理するようにすることが望ましい。

② 金銭の管理、買物等

- 回復期及び社会復帰期においては、自己管理の能力を高めるため、入院対象者が金銭を管理することを基本とする。なお、急性期においては、金銭を適切に管理できないおそれがあるため、保護者等の同意を得て、原則として医療機関が、預り金として管理する。

- また、回復期及び社会復帰期においては、医療プログラムの一環として、入院対象者の生活能力を向上させるため、外出・外泊の際に買物等を行わせ、日常生活上の技術を獲得させていくよう努める。

(2) 実費徴収・預り金

- 理髪代、クリーニング代、おむつ代等日常生活上必要なサービスに係る費用については、実費を徴収することができる。（実費徴収の取扱いについては、「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成12年11月10日保険発第186号）に準ずる。）

- 将来的に発生することが予想される債権（実費徴収等）を適正に管理する観点から、医療機関が金銭を管理する預り金については、入院対象者側（急性期の場合には保護者等）への十分な情報提供と同意の下、内容、金額、精算方法等の明示など、指定入院医療機関は適正な手続を確保する。

- 預り金は、原則として個人毎に口座を設けて管理し、収支状況についても個人毎に整理、把握され、入院対象者本人、保護者等から要請があった場合には、速やかに提示できる状態にしておく。

- 預り金の管理に係る費用については、必要最低限度の実費として積算した経費に限り、徴収することができる。この場合において、原則として、預り金に関する契約を締結し、約定書を保存する。

(3) 面会

- 社会復帰調整官が生活環境の調整の一環として行う面会等、地域処遇実施の関係者との面会等については、円滑な社会復帰を促進する観点から、治療に影響のない範囲において、必要な便宜の供与を行う。
- 面会については、医師が治療に影響を与えないと判断する範囲内において実施する（ただし、本法第92条第2項の規定に基づき面会の制限ができない場合があることに留意すること）。

(4) 必要な診療録の保管

- 診療録の開示については、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）に定めるところによる。
- 医療従事者等は、入院対象者等が当該入院対象者の診療録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならない。
- 診療録の開示の際、入院対象者等が補足的な説明を求めてきたときは、医療従事者等は、できる限り速やかにこれに応じなければならない。この場合においては、担当の医師等が説明を行うことが望ましい。

(5) 入院処遇の改善に向けた取組みへの参画

- 本法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、定期的な入院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定入院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診察に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報を提供するほか、入院処遇の改善に向けた取組へ参画する。

(6) 個人情報の取扱い

- 個人情報の取扱いについては、本法に定めるほか、「地域社会における処遇のガイドライン」（平成17年7月14日付け法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライ

ン」(平成16年12月24日付け厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知)等に定めるところによる。

※ 本法第117条第3項

指定医療機関の職員又はその職にあった者が、この法律の規定に基づく指定医療機関の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

- 医療従事者等は、診療情報の提供が次に掲げる事由に該当する場合には、診療情報の提供の全部又は一部を提供しないことができる。
 - ・ 診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき
 - ・ 診療情報の提供が、入院対象者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき

- 指定入院医療機関の管理者は、求めに応じて提供を受けた裁判所・他の医療施設からの入院対象者に対する資料を適切に管理すること。

(7) その他

- 指定入院医療機関の管理者は、入院対象者が裁判所から送付される書類(特に特別送達の方法により送付される書類)を円滑に受領し得るよう配慮すること。

5. 地域連携体制の確保

(1) 通常時における地元自治体、関係機関等との連携

① 地元自治体との連携

- 地元関係機関等と円滑な業務関係を支えるための地域連絡会議を設置し、定期的に（少なくとも1年に1回）、関係機関及び地域住民の関係者が参集し、指定入院医療機関の状況及び本法の施行状況を報告し、話し合う場を設けること。こうした場も活用しつつ、入院対象者が無断退去した場合等の緊急時においても、迅速にかつ円滑な協力が得られるような体制について検討したり、周辺住民等の意見等を聴く恒常的な窓口を設置する等、日頃から連携を密にすること。
- 本法に基づき指定入院医療機関において行う医療に対する地域住民の理解を得るため、必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院対象者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。

② 関係機関との連携

事務に応じて関係する機関の範囲が異なるが、通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行う。

- 入院対象者の処遇に関する一般的連携、処遇の決定の手続等に関する事項
 - ・ 保護観察所
- 入院中の医療に関する事項
 - ・ 地方厚生局
- 外出・外泊
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地元自治体
- 退院の許可又は入院継続の確認の申立て
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 地方裁判所
- 転院
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
- 精神障害以外の医療のために他の医療施設に入院する場合の連絡

- ・ 保護観察所
- ・ 地方厚生局
- 処遇改善請求に関する事項
 - ・ 地方厚生局
- その他の業務
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 都道府県主管課
 - ・ 精神保健福祉センター
 - ・ 保健所
 - ・ 市町村等主管課
 - ・ 福祉事務所
 - ・ 指定通院医療機関
 - ・ 障害福祉サービス事業者等
 - ・ 社会保険診療報酬支払基金等

(2) 緊急時における対応体制の確保

① 基本的事項

- 重大事故発生時、無断退去発生時等の緊急時においては、速やかに新病棟運営会議等において、対応方針を定める。必要に応じて、通常のメンバーに加えて、地元関係機関（警察、自治体等）の参加を求め、機動的な対応を行うこと。
- 少なくとも、次のような事態に対処するため、指定入院医療機関単位でマニュアルを作成し、各地方厚生局に提出すること。
 - ・ 重大事故発生時、無断退去発生時（緊急連絡網、各職員の応援体制等）
 - ・ 火災発生時（避難先病棟、誘導方策、各職員の応援体制、緊急連絡網等）
- 重大事故、無断退去等が発生した場合には、上記マニュアルに従い、関係機関（地方厚生局、警察署、地元自治体、保護観察所等）に速やかに連絡を行わなければならない。

② 無断退去時における職務・義務

- 連戻し（本法第99条第1項）

入院対象者が無断で退去した場合（外出又は外泊している者が医学的管理の下から無断で離れた場合を含む。以下同じ。）には、当該指定入院医療機関の職員は、無断退去者を連れ戻すことができる。
- 警察官に対する援助の要請、警察署長への連絡（本法第99条第2項、第3項）

入院対象者が無断退去した場合において、指定入院医療機関の職員による連戻しが困難であるときは、指定入院医療機関の管理者は、警察官に対し、連戻しについて必要な援助を求めることができる。無断退去者の行方が不明になったときは、当該指定入院医療機関の管理者は、所轄の警察署長に対し、次の事項を通知してその所在の調査を求めなければならない。

- ・無断退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
- ・退去の年月日及び時刻
- ・症状の概要
- ・無断退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
- ・入院年月日
- ・無断退去者が行った対象行為の内容
- ・保護者又はこれに準ずる者の住居及び氏名

○ 警察官が無断退去者を発見したときの対応（本法第99条第4項）

警察官は、この調査を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該指定入院医療機関の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該指定入院医療機関の管理者がその者を引き取るまでの間、24時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

○ 連戻状が必要な場合（本法第99条第5項、第6項）

対象者が無断で退去した時（外出又は外泊している者が医学的管理の下から無断で離れた場合においては、無断で離れた時）から48時間を経過した後は、指定入院医療機関の職員は、裁判官のあらかじめ発する連戻状によらなければ連戻しに着手することができない（この連戻状は、指定入院医療機関の管理者の請求により、その所在地を管轄する地方裁判所の裁判官が発するもの。）。

連戻状の請求は、以下の事項を記載した書面でしなければならない（最規第104条）。

- ・無断退去者の氏名、年齢及び住居又は現在地（住居及び現在地が明らかでないときは、その旨）
- ・連れ戻すべき事由
- ・連れ戻すべき指定入院医療機関の名称及び所在地
- ・請求者の氏名
- ・30日を超える有効期間を必要とするときは、その旨及びその理由
- ・連戻状を数通必要とするときは、その旨及びその理由
- ・同一事由により無断退去者に対し前に連戻状の請求又はその発付があったときは、その旨

なお、連戻状の請求が必要と考える場合には、可能な限り早急にその旨を地

方裁判所に連絡し、請求の時期について調整する。

○ 連戻状の執行（本法第99条第7項、第28条第4項～第6項）

連戻状を執行するには、これを無断退去者に示した上、できる限り速やかに、かつ、直接、指定入院医療機関に引致しなければならない。ただし、やむを得ない事由があるときは、病院、救護施設、警察署その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

なお、連戻状を執行する場合には、必要な限度において、人の住居又は人の看守する邸宅、建造物若しくは船舶内に入ることができる。

例外として、連戻状を所持しないためこれを示すことができない場合において、急を要するときは、当該無断退去者に対し連戻状が発せられている旨を告げて、その執行をすることができる。ただし、連戻状はできる限り速やかに示さなければならない。

6. その他

(1) 監査等の実務

- 厚生労働大臣は、本法に基づく医療等が適切に実施されているか、また、指定入院医療機関として適切な運営が行われているかについて、本法第97条第1項の規定に基づき、年1回程度の定期的な検査を行い必要な指導を行うものとし、必要がある場合には、本法第98条の規定に基づき改善命令を発する。

なお、具体的な実施要領は、別途定める手続き要綱によるものとする。

※ 監査等の実施（本法第97条第1項）

厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、指定入院医療機関の管理者に対し、入院している者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する精神保健指定医に、指定入院医療機関に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは、その他の関係者に質問させ、又はその指定する精神保健指定医に指定入院医療機関に立ち入り、当該指定医療機関に入院している者を診察させることができる。

※ 改善命令（本法第98条）

厚生労働大臣は、入院している者の処遇が、行動制限等の規定に反していると認めるとき、厚生労働大臣が定めた基準に適合しないと認めるとき、その他、処遇が著しく適当でないとき、当該指定入院医療機関の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、処遇を確保するための改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画書の変更を命じ、又はその処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。

(2) 診療報酬請求事務手続

別途手続き要綱を作成する。

入院処遇ガイドライン

2019年3月5日改正

2019年4月1日施行

入院処遇ガイドライン 目次

I 総論

- 1 医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念
 - 1) 入院処遇の位置づけ
 - 2) 入院処遇の目標・理念
 - (1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
 - (2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
 - (3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
 - 2 新病棟の役割と運営方針
 - 1) 新病棟の役割
 - 2) 新病棟の運営方針
- 別添：入院から退院までの治療の流れ

II 入院処遇の留意事項

- 1 医療の質や地域連携を確保する組織体制
別添：新病棟における各種会議の位置づけ
- 2 治療方針の決定
- 3 治療プログラム
 - 1) 多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施
 - 2) 精神疾患に係る薬物療法
 - 3) 外出・外泊の実施
- 4 治療評価と記録
 - 1) 継続的な評価
 - 2) 改訂版共通評価項目
 - 3) 記録等の標準化
- 5 その他
 - 1) 医療情報の取扱い
 - 2) 通院処遇との連携確保

III 指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容

- 1 急性期
 - 2 回復期
 - 3 社会復帰期
- ※薬剤師業務の概要
- 4 クリティカルパスから外れた経過を辿る入院対象者に対する取扱い

IV 入院中の評価の留意事項

- 1 入院時の初期基本評価
- 2 各期の到達目標
 - 1) 急性期の到達目標
 - 2) 回復期の到達目標
 - 3) 社会復帰期の到達目標
- 3 審判申立て時の評価項目
 - 1) 退院の許可の申立て時
 - 2) 入院継続の確認の申立て時

V その他の留意事項

1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応

別添：治療行為に係る説明と同意に関するフローチャート

2 個別医療行為の留意事項

- 1) 電気痙攣療法
- 2) 持続性注射製剤（デポ剤）の使用
- 3) 身体合併症への対応
- 4) 退院前訪問指導

VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

別添：急性期クリティカルパス（イメージ）

別添：回復期クリティカルパス（イメージ）

別添：社会復帰期クリティカルパス（イメージ）

別添：新病棟 対象者別一週間の治療プログラムのイメージ

別添：改訂版共通評価項目の解説とアンカーポイント

I 総論

1 医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念

1) 入院処遇の位置づけ

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の目的は、その第1条において、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによつて、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もつてその社会復帰を促進すること」とされており、本ガイドラインの定める入院処遇は、医療観察法に基づく入院決定を受け入院している者（以下「入院対象者」という。）につき、地域社会における処遇のガイドライン（平成17年7月14日法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）等に定める社会復帰に向けた取組につながる、医療の第一段階として位置づけられる。

2) 入院処遇の目標・理念

- (1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現
 - 継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自律的に求めることも含む。）を高める。
 - 他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得する。
 - 被害者に対する共感性を養う。
- (2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
 - 関係法令等を遵守しつつ、入院前や入院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。
 - 入院対象者の病状把握のための観察・評価を継続的に実施する。
 - 入院対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。
- (3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
 - 治療内容について入院対象者及び家族に対して十分な説明を行う。
 - 懲罰的に医療を行っているものと誤解を受けないよう、適切な治療法を選択する。
 - 地元自治体等の要請に対して、必要な情報提供を行う。

2 新病棟の役割と運営方針

1) 新病棟の役割

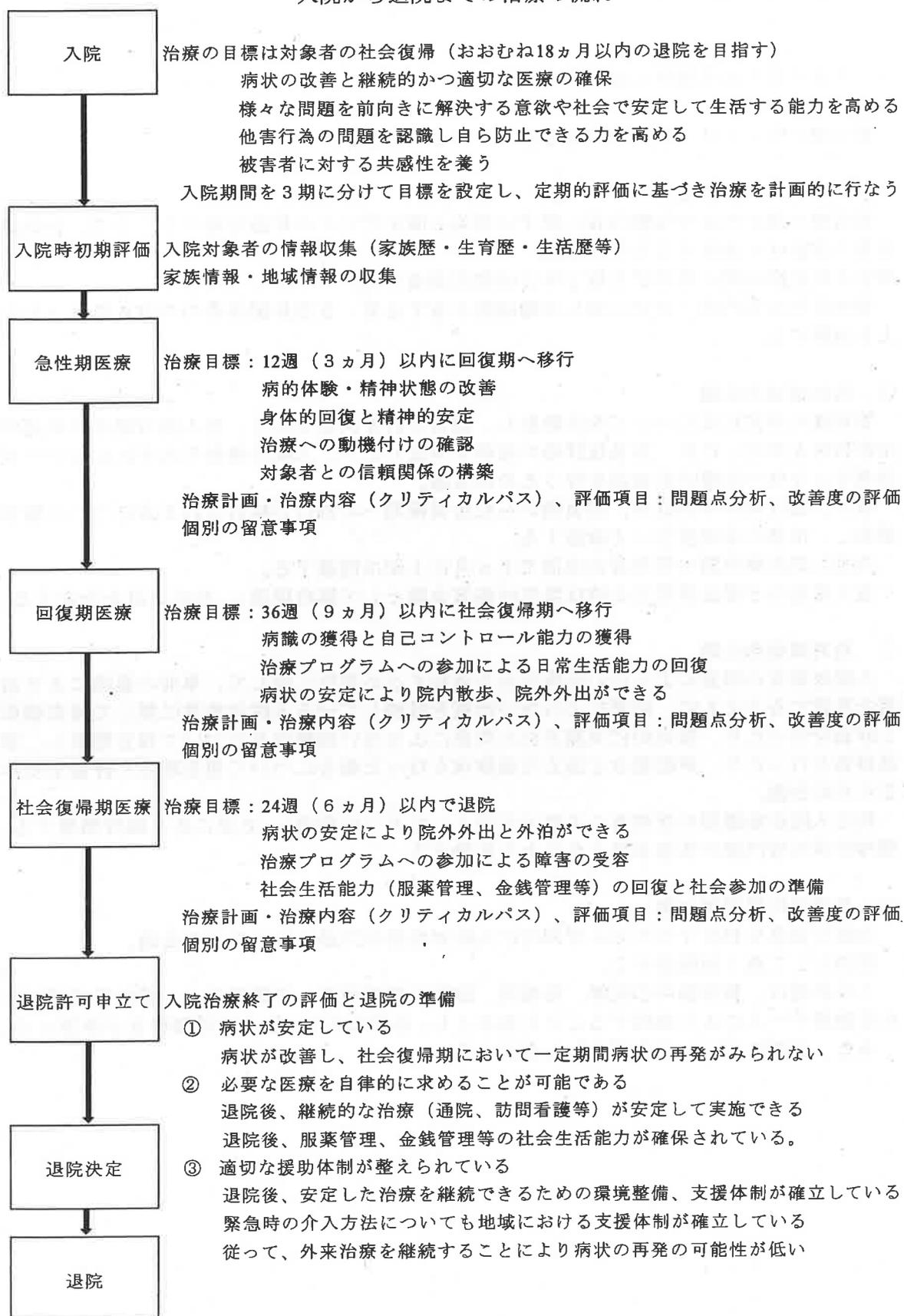
- 指定入院医療機関において専ら入院対象者を処遇するための病棟（以下「新病棟」という。）では、本ガイドラインに沿った適切な入院医療を行う。

2) 新病棟の運営方針

- 入院期間を「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」の3期に分けてそれぞれ目標を設定し、おおむね18ヵ月以内での退院を目指す。

- 入院対象者の各期別の評価は、多職種チームによる新病棟治療評価会議において行う。また、その評価結果については、各回の新病棟運営会議において報告聴取を行う。当該評価結果に基づき、指定入院医療機関の管理者は、急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行についての決定を行うものとする。
- 入院対象者ごとに治療計画を作成し定期的な評価を行うとともに、治療への動機付け等を高めるために十分な説明を行い、当該入院対象者の同意を得られるように努める（必要に応じ当該入院対象者が参加する治療評価会議も実施する。）。
- こうした医療で得られる社会復帰のノウハウは一般精神医療に活かし、地域の医療水準の向上に資する。

入院から退院までの治療の流れ



II 入院処遇の留意事項

1 医療の質や地域連携を確保する組織体制

新病棟に関しては、以下の会議を置くものとする。

○ 新病棟外部評価会議

新病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を行いその評価を受けることで、新病棟運営の透明性を確保するための会議。

指定入院医療機関の管理者主催で年2回程度開催する。

精神医学の専門家・法律に関し学識経験を有する者・自治体関係者の外部委員各1名以上を招聘する。

○ 新病棟運営会議

新病棟の運営状況について報告聴取し、運営方針を決定したり、全入院対象者に共通の治療指針を策定したり、緊急性評価の基準を策定したり、入院対象者それぞれについて状態報告と今後の治療方針確認を行うための会議。

特に、急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行が検討される者について報告聴取し、治療の進展度合いを確認する。

指定入院医療機関の管理者の主催で1ヵ月に1回は開催する。

重大事故など緊急事態発生時は緊急時運営会議として臨時開催し、対応方針を決定する。

○ 新病棟倫理会議

入院対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議により適否を決定するとともに、同意によらない治療を継続している入院対象者に関して報告聴取し評価を行ったり、緊急的に実施された同意によらない治療行為について報告聴取し、事後評価を行ったり、麻酔薬など強力な鎮静剤を行った場合について報告聴取し評価を受けるための会議。

指定入院医療機関の管理者の主催で原則として月2回開催し、必要に応じ臨時開催する。精神医学の専門家の外部委員1名以上を招聘する。

○ 新病棟治療評価会議

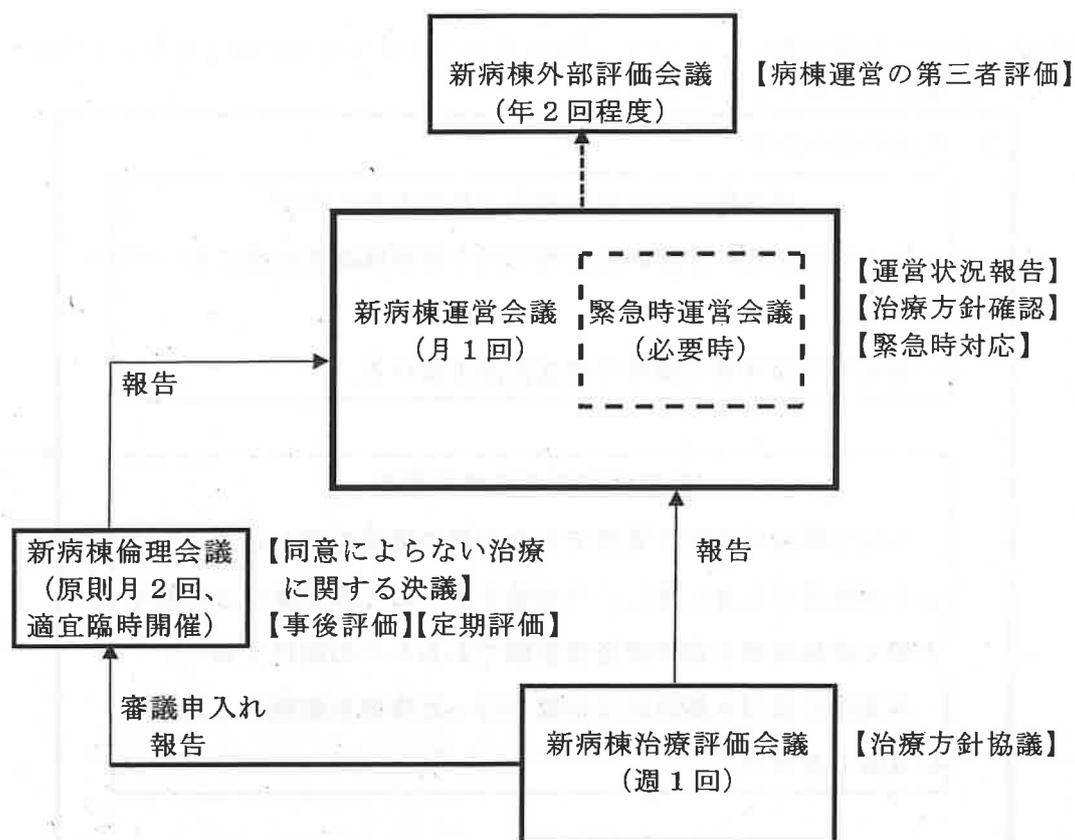
治療の効果を判定するために定期的に入院対象者の評価を行うための会議。

原則として週1回開催する。

この会議は、新病棟内の医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の多職種チームにより構成することを基本とし、必要に応じ、社会復帰調整官が参加する。

また、必要に応じ、対象者本人も参加する。

新病棟における各種会議の位置づけ



なお、この他、地元関係機関等と円滑な業務関係を支えるために地域連絡会議を設置し、定期的に（少なくとも年1回）、関係機関及び地域住民の関係者が参集し、指定入院医療機関の状況及び本法の施行状況を報告し、話し合う場を設けるものとする。

2 治療方針の決定

新病棟における治療方針については、入院対象者の円滑な社会復帰を促進する目的から、以下のように決定されることを原則とする。

○ 共通的な枠組み

新病棟における共通的な治療方針の策定

- ・全入院対象者に共通的な治療指針を新病棟運営会議において策定する。
- ・新病棟外部評価会議等で適宜評価を受ける。

緊急性評価の基準の策定

- ・入院対象者の症状が重篤であり治療の開始を遅らせることにより対象者の心身に著しい不利益を来すおそれが高いと判断する際の評価基準を新病棟運営会議であらかじめ設けておく。
- ・本基準に基づき緊急的な治療を行った事例を集積し、定期的に見直しを行う。

定期的な見直し

○ 個別処遇の枠組み

多職種チームによる個別の治療計画の作成

- ・各入院対象者について個別の治療計画を作成する。
- ・基本的に入院対象者の同意を得て作成する。

治療計画に基づいた各種治療行為に関する説明と同意

各種治療行為の実施、及び新病棟治療評価会議による評価

※ 各種治療行為に対する入院対象者の同意が得られない場合の扱いについては「V その他の留意事項 1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応」を参照。

3 治療プログラム

1) 多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施

新病棟内の多職種チームにより、入院対象者毎に個別の治療計画を作成し、各職種が連携を図りながら医療を提供する。

- 全ての入院対象者に個別の治療計画を作成する。
- 基本的に、入院対象者の同意を得た治療計画を作成する。
- 治療計画は専門職ごとに立案し、多職種チームで協議して決定する。
- 個別の治療内容についての最終的な判断は医師が行う。
- 治療計画の最終判断主体は指定入院医療機関の管理者とする。
- 多職種による病状評価を的確に行う。
- 新病棟治療評価会議の多職種チームは、継続的な評価結果を踏まえ、適宜治療計画の見直しを行う。
- 精神外科手術は治療の選択肢としない。

2) 精神疾患に係る薬物療法

精神疾患に係る薬物療法については、以下を基準とする。

- 各疾患のアルゴリズム（治療指針）に沿って多剤を避け、同種同効の薬剤は単剤を基本とする。
（薬剤の使用方法については、「統合失調症治療ガイドライン（監修；精神医学講座担当学会）」などを参考にする。）
- 麻酔薬など強力な鎮静を行った場合は新病棟倫理会議の評価を受ける。

3) 外出・外泊等の実施

（基本的考え方）

- 治療及び社会復帰の観点から非常に重要である。
- 慎重な病状評価を実施の上、指定入院医療機関の管理者の責任において、医学的管理下により行われる。
- 退院に向けて、入院対象者の自由度が次第に高まっていくよう「外出・外泊等計画」を組んでいくものとする。

（外出・外泊等の種類）

本ガイドライン上では、外出・外泊等とは以下の3種をいう。

- 院内散歩（指定入院医療機関内で新病棟外への散歩）：回復期より開始
- 院外外出（指定入院医療機関外への外出）：回復期より開始
- 外泊：社会復帰期より開始

※ 新病棟の敷地内（例えば中庭等）を医学的管理下で散歩させることについては、多職種チームの判断で適宜行うものとする。

（外出・外泊等の開始）

- 多職種チームにおいて入院対象者の外出・外泊等計画を作成する。

- 外出・外泊等計画の作成に当たっては社会復帰調整官の意見を求め、作成した計画内容を退院後の居住地を管轄する保護観察所（以下「居住地保護観察所」という。）に連絡する。
- 回復期への移行について新病棟運営会議で検討を行う際には、院内散歩の開始についても十分検討し、院内散歩を開始するに当たっては指定入院医療機関の管理者が決定を行う。
- 院外外出の開始が検討される対象者について、あらかじめ新病棟運営会議で検討を行う。院外外出を開始するに当たっては指定入院医療機関の管理者が決定を行い、決定があったことを保護観察所に連絡する。
- 社会復帰期への移行について新病棟運営会議で検討を行う際には、外泊の開始についても十分検討し、外泊を開始するに当たっては指定入院医療機関の管理者が決定を行い、決定があったことを居住地保護観察所に連絡する。
- 外出・外泊等は、多職種チームによる協議及び精神保健指定医の診察を経て実施される。多職種チームは入院対象者の外出・外泊等の実施に当たり指定入院医療機関の管理者に適正に報告を行う。

（院内散歩）

外出・外泊等計画に基づき、医学的管理下により行い、終了時には、当該院内散歩に係る評価を十分に行う。

（院外外出）

外出・外泊等計画に基づき、医学的管理下により行い、終了時には、当該院外外出に係る評価を十分に行う。

（外泊）

外出・外泊等計画に基づき、入院対象者が退院後の居住予定地等において医学的管理下により行い、終了時には、当該外泊に係る評価を十分に行う。

外泊を行うに当たっては、あらかじめ、居住地保護観察所にその旨を連絡する。外泊の終了時においても居住地保護観察所にその旨を連絡する。

外泊の実施に際しては、地域の社会復帰調整官及び精神保健福祉関係者との連絡を密接に取るとともに、必要に応じて、地域の社会復帰調整官と相談しつつ、当該地域の指定通院医療機関を試験的に受診するなど、諸機関との関係構築にも配慮する。

4 治療評価と記録

1) 継続的な評価

日常的評価及び前述した各種会議の他、評価に係る標準的なパターンは次の通りとする。

- 毎週1度（例えば月曜日）、多職種チームで評価を行い、治療プログラムを計画する。
- 毎月1度、多職種チームで評価を行い、翌月の治療プログラムを計画する。
- 3ヵ月に1度、多職種チームで評価を行い、翌3ヵ月の治療プログラムを計画する。
- 6ヵ月ごとに、多職種チームで治療の継続の必要性について評価を行い、入院医療の必要性があると判断されれば入院継続の確認の申立てを、必要性が認められなければ退院の許可の申立てを行うよう、指定入院医療機関の管理者に申入れをする。
- 入院期間が18ヵ月を超えるような場合には、1ヵ月～3ヵ月の頻度で入院継続の必要性に関する評価を行い、入院医療の必要性が認められなくなれば、退院の許可の申立てを行うよう、指定入院医療機関の管理者に申入れをする。

2) 改訂版共通評価項目

- 本法による処遇における治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の視点の統一、各施設の治療標準化を図るために、改訂版共通評価項目を設ける。
- 改訂版共通評価項目を基本とする評価を通して、入院対象者の全体的な評価を行うが、改訂版共通評価項目の評価方法は、国際機能分類（ICF）の生活機能評価と互換性を有する指標に基づくものとする。
- 改訂版共通評価項目は以下の19項目とする（別添参照）。

改訂版共通評価項目

「疾病治療」

- ・ 精神病症状
- ・ 内省・洞察
- ・ アドヒアランス
- ・ 共感性
- ・ 治療効果

「セルフコントロール」

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

「治療影響要因」

- ・ 物質乱用
- ・ 反社会性
- ・ 性的逸脱行動
- ・ 個人的支援

「退院地環境」

- ・ コミュニティ要因
- ・ 現実的計画
- ・ 治療・ケアの継続性

3) 記録等の標準化

- 本法における入院対象者の医療に当たって必要とされる診療情報が関係機関内で円滑に共有されるようにする目的から、指定入院医療機関の管理者は、入院対象者における下記の情報が一覧できるように診療録等を整備することとする。様式は例を参考に各医療機関において整備すること。

「対象者の入院時に整備すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院時基本情報管理シート」とする。）」

・ 個人情報

入院対象者：氏名・生年月日・入院時年齢・性別・居住地及び電話連絡先・本籍

保護者：氏名・選任状況・続柄・生年月日・住所・電話連絡先

・ 社会福祉・保険関係

健康保険：種別・保険者番号

障害年金：取得の有無・種別

生活保護：取得の有無・担当者

・管理情報

保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名

指定入院医療機関：名称・入院年月日・管理者名・担当医師名・担当精神保健福祉士名・担当看護師名・担当臨床心理技術者名・担当作業療法士名

指定通院医療機関（該当時）：名称・管理者名・担当医師名

・法的情報

当該対象行為：行為名・発生年月日

刑事手続：起訴の有無・判決・刑事責任能力判定結果

審判手続：審判裁判所名・裁判官名・精神保健審判員名・精神保健参与員名

・診療情報

疾患に関する情報：主診断名及び ICD コード・副診断名及び ICD コード・身体疾患の有無及びその内容

禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項

精神科現病歴関連：主訴・現病歴・家族歴・生活歴・治療歴・初診時現症・検査所見 ICF を用いた評価

入院時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19 項目・合計点・個別評価

(別添参照)

・入院時における治療方針

「新病棟治療評価会議において整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「新病棟治療評価会議シート」とする。）」

・基本情報

入院対象者：氏名・年齢・性別

保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名

指定入院医療機関：名称・入院年月日・管理者名・担当医師名・担当精神保健福祉士名・担当看護師名・担当臨床心理技術者名・担当作業療法士名

・診療情報

観察所見

治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果

行動制限：身体的拘束の合計時間・隔離の合計時間

活動範囲：院内散歩回数・院外外出回数・外泊日数

薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mECT 実施回数とその効果

特記事項

評価時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19 項目・合計点・個別評価

(別添参照)

・総括

一週間の要約

目標

・今後の治療方針

「新病棟運営会議において整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「新病棟運営会議シート」とする。）」

・基本情報

入院対象者：氏名・年齢・性別

保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名

指定入院医療機関：名称・入院年月日・管理者名・担当医師名・担当精神保健福祉士名・担当看護師名・担当臨床心理技術者名・担当作業療法士名

・診療情報

観察所見

治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果

行動制限：身体的拘束・隔離の状況

活動範囲：院内散歩・院外外出・外泊の状況

薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mECT実施回数とその効果

特記事項

評価時における改訂版共通評価項目：4カテゴリー19項目・合計点・個別評価
(別添参照)

・診療行為に関する症状詳記

出来高による診療報酬請求：mECT・退院前訪問指導・身体合併症治療の有無とその内容

・総括

一ヶ月の要約

目標到達度：治療ステージによる目標設定とその到達度

決議事項：外出泊開始や治療ステージ移行の決定の有無とその理由

・今後の治療方針

「入院継続の確認の申立てに際して整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院継続情報管理シート」とする。）」

・個人情報

入院対象者：氏名・生年月日・年齢・性別

保護者：氏名・選任状況・続柄・生年月日・住所・電話連絡先

・社会福祉・保険関係

健康保険：種別・保険者番号

障害年金：取得の有無・種別

生活保護：取得の有無・担当者

・管理情報

保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名

指定入院医療機関：名称・入院年月日・管理者名・担当医師名・担当精神保健福祉士名・担当看護師名・担当臨床心理技術者名・担当作業療法士名

・診療情報

疾患に関する情報：主診断及びICDコード・副診断名及びICDコード・身体疾患の有無及び内容

禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項

精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見

ICFを用いた評価

申立時における改訂版共通評価項目：4カテゴリー19項目・合計点・個別評価
(別添参照)

・今後の方針

今後の治療方針

今後の課題

「退院の許可の申立てに際して整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「退院前情報管理シート」とする。）」

・個人情報

入院対象者：氏名・生年月日・年齢・性別・退院後居住地及び電話連絡先

- 保護者：氏名・選任状況・続柄・生年月日・住所・電話連絡先
- ・社会福祉・保険関係
 - 健康保険：種別・保険者番号
 - 障害年金：取得の有無・種別
 - 生活保護：取得の有無・担当者
- ・管理情報
 - 保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名
 - 指定入院医療機関：名称・入院年月日・管理者名・担当医師名・担当精神保健福祉士名・担当看護師名・担当臨床心理技術者名・担当作業療法士名
 - 指定通院医療機関：名称・管理者名・担当医師名
- ・診療情報
 - 疾患に関する情報：主診断名及び ICD コード・副診断名及び ICD コード・身体疾患の有無及びその内容
 - 禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項
 - 精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見
 - ICF を用いた評価
 - 申立時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19 項目・合計点・個別評価
(別添参照)
- ・今後の方針
 - ケアメンバー：退院後担当保護観察所名・社会復帰調整官名・指定通院医療機関名・障害福祉サービス事業者等名・他想定されるサービスに関する情報
 - 退院後の治療方針
 - 今後の課題

- 指定入院医療機関の管理者が入院継続の確認の申立てまたは退院の許可の申立てを行う際には、下記の各書面を一括して裁判所に提出するものとする。

「入院の継続の確認又は退院の許可の申立書（様式別添）」
 「直近半年間の診療及び病状経過の要約」
 「入院時基本情報管理シート」の写し
 「新病棟治療評価会議シート」の写し（前回報告後）
 「新病棟運営会議シート」の写し（前回報告後）
 「入院継続情報管理シート」又は「退院前情報管理シート」の写し

5 その他

1) 医療情報の取扱い

- 通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行い、社会復帰調整官・保護者等への情報提供を行う。
- また必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院者の数、年齢構成、病名等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院対象者の個人情報については、特に慎重に取扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。
 なお個人情報の取扱いについては、医療観察法に定めるほか、地域社会における処遇のガイドライン、「診療情報の提供等に関する指針」（平成 15 年 9 月 12 日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成 16 年 12 月 24 日）等に定めるところによる。

2) 通院処遇との連携確保

- 指定入院医療機関は、社会復帰期の外泊に際して指定通院医療機関の候補に必要な情報を提供し、また、退院後においても、指定通院医療機関に対し必要な情報を提供する。
- 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「入院時基本情報管理シート」「直近半年間の診療及び病状経過の要約」「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」のそれぞれ写しを渡す。また必要に応じ、地域の社会復帰調整官と相談の上、入院対象者の外泊中に当該指定通院医療機関を試験的に受診させる等、関係機関との連携に努める。

Ⅲ 指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容

1 急性期

(治療目標；12週以内に回復期へ移行)

- 初期評価と初期の治療計画の作成
- 病的体験・精神状態の改善
- 身体的回復と精神的安定
- 入院対象者との信頼関係の構築
- 治療への動機付けの確認
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)
(別紙)

(医師業務の概要)

- ・入院対象者の初期基本評価
- ・検査の指示
- ・診察及び身体合併症の確認
- ・入院時初期治療計画の作成
- ・急性期治療目標の設定及び急性期治療計画の作成
- ・急性期薬物療法の計画作成、実施、効果判定、副作用のチェック
- ・急性期心理教育（入院対象者の心理に対して教育的に働きかける治療技法）の実施
- ・急性期精神療法（個別精神療法、集団精神療法）
- ・支持的精神療法（入院対象者との信頼関係の構築）
- ・入院対象者及び家族への病状説明、治療計画の説明と同意への努力
- ・急性期治療の定期的評価及び回復期移行への評価

(看護業務の概要)

- ・入院時病棟オリエンテーション（集中ケアによる患者の不安軽減）
- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・身体的管理（バイタルチェック、全身状態の把握、身体合併症の把握等）
- ・精神症状及び行動の観察（個室内における常時観察、睡眠状態の把握等）
- ・入院対象者不穏時の早期介入（心理的鎮静、説得、交渉、介入後のフォロー）
- ・興奮時の危機介入と危機介入後の調整
- ・個別的な関わりによる治療関係・援助関係の構築
- ・定期的な看護面接（心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案）
- ・医師の診察や他職種による面接への同席
- ・日常生活能力の把握と評価
- ・看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し（1週間毎）
- ・服薬管理と服薬効果、副作用の観察
- ・治療プログラム（急性期ミーティング・疾患教育等）への導入と実施・評価
- ・治療プログラム終了後の個別フォロー
- ・入浴介助、食事介助、清潔の保持等を通じた日常生活能力の把握と評価

※ 急性期ミーティングは、主に臨床心理技術者と看護師が司会進行を行いながら、急性期にある入院対象者の発言を促し、同じ急性期にある入院対象者と問題を共有し、互い

の体験に基づいた話をするにより、急性期固有の課題を明らかにし克服していく治療プログラムである。

(回復期ミーティングは、主に作業療法士と看護師、社会復帰ミーティングは主に精神保健福祉士と看護師が司会進行を担当し、急性期ミーティングと同様の目的・内容により行う。)

(心理業務の概要)

- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・人格形成に関する情報収集
- ・心理検査による病状評価
- ・支持的療法(信頼関係を確立するための試みを含む。)
- ・問題行動の背景分析
- ・治療計画作成のための神経心理学的検査(脳器質的な要因の検索・除外)
- ・病識尺度を使用した評価
- ・認知行動療法への導入のための心理教育
- ・家族への心理教育

※ 認知行動療法は、物事の捉え方に変化を与えて好ましい行動を主体的に引き出していくことを期待する精神療法である。

(作業療法業務の概要)

- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・個別的な関わりによる治療関係の構築
- ・急性期作業療法(休息を促す受動的活動:音楽・ヒーリングビデオ鑑賞等)の実施
- ・衝動性を緩和できる活動(気軽にできるスポーツ、粘土や革細工等を用いた体験等)の実施
- ・身体感覚の回復を促す活動(キャッチボール、輪投げ等)
- ・なじみのある、工程の少ない活動を通して現実感を体験させること
- ・体力を回復するための作業療法
- ・作業療法を通しての心身機能のアセスメント

(ソーシャルワーク業務の概要)

- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・生活環境等に関する情報の収集(社会復帰調整官等から)
- ・入院対象者との信頼関係の構築
- ・入院対象者、家族、関係者等への関係調整と心理的サポート
- ・権利擁護講座(権利擁護制度、関係法令等の講座)
- ・処遇改善、退院請求等についての説明・相談と手続き援助
- ・入院初期における生活保護・障害年金申請等の相談業務
- ・社会生活の中断に伴う諸問題(社会保障等の継続手続、家族への各種援助相談、その他の生活・経済問題等)に関する家族、関係機関との調整、入院対象者の不安の軽減
- ・社会復帰調整官との窓口の担当
- ・社会復帰調整官の院内における執務の便宜を図ること
- ・社会復帰調整官の参加する会議の調整
- ・社会復帰調整官の入院対象者との面談への同席
- ・社会復帰調整官に対し入院対象者の退院後居住地等の入院対象者のニーズを整理して伝えること

2 回復期

(治療目標 ; 36 週 (通算 48 週) 以内に社会復帰期へ移行)

- 日常生活能力の回復
- 病識の獲得と自己コントロール能力の獲得
- 評価に基づき計画された多職種チームによる多様な治療
- 病状の安定による外出の実施
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)
(別紙)

(医師業務の概要)

- ・ 診察 (診断・重症度の見直し、症状の回復度の評価)
- ・ 回復期治療目標の設定及び回復期治療計画の作成
- ・ 薬物療法の評価 (薬剤反応性の評価、服薬遵守性の評価)
- ・ 薬物療法の維持療法への移行、実施、副作用のチェック
- ・ 回復期精神療法 (個別精神療法、集団精神療法)
- ・ 回復期心理教育の実施
- ・ 入院対象者及び家族への病状説明、回復期治療計画の説明
- ・ 家族療法、家族教育の実施
- ・ 6 ヶ月毎の入院継続確認の評価
- ・ 回復期治療の定期的評価及び社会復帰期移行への評価

(看護業務の概要)

- ・ 身体的管理 (バイタルチェック、全身状態の把握等)
- ・ 精神症状の観察と関連要因の検討 (日々の出来事、睡眠状態の把握等)
- ・ 言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた援助
- ・ 入院対象者間の対人関係調整 (葛藤の解消と連帯感の形成)
- ・ 入院対象者の日常生活能力 (身辺整理・金銭管理等) の回復と評価
- ・ 入院対象者の自己対処能力、問題解決能力の向上に向けた日常的援助
- ・ 看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し (1 ヶ月毎)
- ・ 定期的な看護面接による意思決定支援 (心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案等)
- ・ 服薬管理と服薬指導
- ・ 治療プログラム (回復期ミーティング・問題解決技法・疾患別グループ等) の選定及び導入
- ・ 病棟内の物品管理 (刃物・ライター・持ち物検査等)
- ・ 外出等の援助及び評価 (帰棟時のボディチェック)

(心理業務の概要)

- ・ 人格形成に関するさらなる情報収集 (投影法・質問紙法等心理検査)
- ・ 知能検査
- ・ 不安、抑うつ、衝動性のアセスメント
- ・ 自尊心、自己効力感のアセスメント
- ・ 再構成的精神療法 (客観的な自己分析を通じて自己の再構築を促す治療)
- ・ 認知行動療法 (怒りのマネジメント等) を通じた感情の制御と対処法の獲得支援
- ・ 認知行動療法 (疾患教育) を通じた病識の深化と疾病の自己管理能力の獲得支援

- ・病識尺度を使用した評価
- ・家族への心理教育
- ・集団精神療法を通して、体験を共有化し共感性及び洞察を高めるとともに言語表現能力、コミュニケーション能力を高めること

(作業療法業務の概要)

- ・積極的な集団活動の利用 (具体的な体験を通してコミュニケーション能力を高める。)
- ・プログラムへの定期的な参加を通じた基本的な生活リズムの確立の支援
- ・成功体験 (手工芸、絵画、スポーツ等) の積み重ねによる達成感の獲得支援
- ・回復期作業療法を通しての生活技術の獲得・回復と生活能力の自己確認の支援
- ・職業的役割取得の準備 (職業ミーティング、長期的な計画や複雑な工程と他者との共同作業を必要とするもの)
- ・集中力、持続性の向上の支援
- ・衝動性の適応的緩和 (ダーツ、工具を用いた作業、スポーツ等) の実施
- ・体力を回復するための作業療法
- ・作業療法を通しての心身機能のアセスメント

(ソーシャルワーク業務の概要)

- ・外出等プログラムの作成 (外出等の目的と課題の設定、訪問先の選定)
- ・外出等プログラム及びその結果の社会復帰調整官への報告
- ・外出・外泊等に関連した生活技能講座の企画と実施
- ・外出時訪問先との調整
- ・外出への同伴における、社会生活能力の確認と評価
- ・外出への同伴における、入院対象者の能力に応じた社会生活技能訓練の実施
- ・金銭管理訓練
- ・地元等の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障害福祉サービス等やその他の福祉制度を紹介する等の社会復帰講座の企画と実施
- ・保護観察所が行う退院予定地の選定に際し、社会復帰調整官と入院対象者との面談に同席し対象者のニーズを踏まえ必要な情報を提供すること
- ・社会復帰調整官が作成した調整方針について入院対象者の同意を得る際の、入院対象者の自己決定の支援
- ・社会復帰調整官が調査した社会資源について情報提供を受け、入院対象者の意向を確認し社会復帰調整官に伝えること

3 社会復帰期

(治療目標 ; 24 週 (通算 72 週) 以内に退院)

- 社会生活能力 (服薬管理、金銭管理等) の回復と安定
- 社会復帰の計画に沿ったケアの実施
- 継続的な病状の安定による外泊の実施
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

- ・診察 (診断・重症度の見直し、症状の回復度の評価)
- ・社会復帰期治療目標の設定及び社会復帰期治療計画の作成

- ・薬物療法の評価（薬剤反応性の評価、服薬遵守性の評価、服薬自己管理の評価）
- ・薬物療法の長期維持療法（デポ剤等）への移行、実施、副作用のチェック
- ・社会復帰期精神療法（個別精神療法、集団精神療法）
- ・心理教育の実施
- ・入院対象者及び家族への病状説明、社会復帰期治療計画の説明
- ・家族療法、家族教育の実施
- ・6ヵ月毎の入院継続確認の評価
- ・社会復帰期治療の定期的評価及び退院移行への評価
- ・社会復帰調整官との退院後の処遇についての情報交換
- ・退院後の指定通院医療機関との情報交換
- ・退院の許可の申立てのための書類作成

（看護業務の概要）

- ・言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた支援
- ・日常生活の自立に向けた支援
- ・看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し（1ヵ月毎）
- ・退院後の社会生活をめぐる不安への対応
- ・定期、不定期の看護相談（心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案）
- ・服薬指導と服薬の自己管理に向けた支援
- ・治療プログラム（社会復帰期ミーティング・問題解決技法・疾患別グループ等）の実施と評価
- ・治療プログラム後の個別フォロー
- ・外泊への支援及び評価
- ・家族への個別支援と家族グループワークの実施及び評価

（心理業務の概要）

- ・再教育的精神療法による、入院対象者自身が再発の危険サインを理解し対処法を修得するための支援
- ・役割遂行能力の獲得支援
- ・自尊心、自己効力感のアセスメント
- ・感情の制御や対処法の多様化を促すための認知行動療法（怒りのマネジメント）
- ・病識の深化や疾病の自己管理能力の増進を促すための認知行動療法（疾患教育）
- ・病識尺度を使用した評価
- ・再構成的精神療法（社会の中で自分らしく生きるための力を養う。）
- ・支持的精神療法（被害者に対する共感性を養う試みを含む。）
- ・退院準備に向けた心理検査の実施
- ・家族の対象者受入れ機能の強化

（作業療法業務の概要）

- ・定期的・積極的な集団活動の利用（他者との共感体験を通し、自他の違いや役割を認識し、共同作業ができる能力を高める。）
- ・体力を回復するための作業療法
- ・継続的な作業活動の積み重ねによる自己確認と自己ペースの理解の促進
- ・外出訓練を通しての社会生活能力の獲得支援
- ・退院後の生活を想定した生活能力のアセスメントと課題解決
- ・退院後の生活支援のための連携（障害福祉サービス事業者等の職員など）
- ・外出（歩道の清掃などボランティア体験など他者の役に立つ体験）を通して、自己効力感を高め、社会的役割を認識することにより、社会の中で自分らしく生きるための力を養

うよう支援すること

- ・職業適性検査（作業療法士が実施する検査（モダブツ法、タワー法、一般職業適性検査など）、障害者職業センターとの連携によるもの）
- ・就労準備（退院後の就労先を具体的に想定した、一時的、作業内容、作業工程数、コミュニケーション能力準備を可能な範囲で行う。）

（ソーシャルワーク業務の概要）

- ・外泊プログラムの作成（外泊目的と課題の設定、訪問先の選定）
- ・外泊プログラム及びその結果の社会復帰調整官への報告
- ・外泊に関連した生活技能講座の企画と実施
- ・外泊時訪問先との調整
- ・外出・外泊に同伴しての指定通院医療機関、社会復帰施設、関係機関等の見学の実施
- ・外泊に同伴しての社会生活能力の確認と評価
- ・外泊に同伴しての入院対象者の能力に応じた社会生活技能訓練の実施
- ・地元等の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障害福祉サービス等の利用申請方法とその他の福祉制度の具体的な利用手続等、社会復帰講座の企画と実施
- ・社会復帰ミーティングの企画と実施
- ・入院対象者のニーズを把握しての社会復帰調整官と退院に向けての情報交換の実施
- ・保護観察所が作成する退院後の処遇の実施計画案の作成に必要な、医師をはじめとする各職種からの情報を取りまとめ社会復帰調整官に提供すること

※薬剤師業務の概要

薬剤師は新病棟専属の配置ではないが、対象者の治療に果たす役割の大きい下記の業務については、可能な範囲において新病棟における多職種チームと協力・連携するものとする。

1. 急性期

- ・病歴・薬歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・薬物療法計画作成に対する支援（向精神薬以外の身体合併症治療に用いる薬剤に関する情報提供も含む。）
- ・予測される効果と副作用（過鎮静、錐体外路症状等）のチェック
- ・薬歴管理による重複投与、相互作用、禁忌等のチェック
- ・医療スタッフへの情報提供
- ・対象者への服薬指導

2. 回復期

- ・薬物療法のチェック（多剤併用、大量療法：力価換算等）
- ・抗パーキンソン薬・ベンゾジアゼピン系薬等の継続に関するチェック
- ・効果の継続に関する問題点（自覚的薬物体験）のチェック
- ・服薬指導

3. 社会復帰期

- ・服薬の継続に必要な知識の提供
- ・自己管理に向けた支援
- ・デポ剤に関する情報提供
- ・退院時処方に関する薬学的チェック
- ・服薬指導

4 クリティカルパスから外れた経過を辿る入院対象者に関する取扱い

入院対象者によってはクリティカルパスから外れた経過を辿ることも想定されるが、その場合の取扱いについて関係機関と相談の上で柔軟に対処するものとする。

IV 入院中の評価の留意事項

1 入院時の初期基本評価

- 入院時には、家族歴、発達・生活歴、薬物使用歴、病歴と治療歴、以前の他害行為とその処遇歴、今回の対象行為と責任能力評価、医療観察法における鑑定や審判決定などを考慮して、入院対象者に関する総合的な評価を行う。
- 診断はICD-10を用い、生活全般の評価は、国際生活機能分類（ICF）を用いる。
- 初期基本評価に基づき治療計画を作成する。

2 各期の到達目標

1) 急性期の到達目標

- 急性症状及び亜急性症状が改善する。
- 例えば統合失調症では陽性症状の改善を得る、睡眠や食事など基本的な生活リズムが回復し、対人関係では言語的及び情緒的な疎通性が回復するなど、一定の治療成果を得る。
- 信頼に基礎を置いた治療者患者関係の構築がなされ、入院までの法律的な経過を理解し、法的及び医療において自ら置かれている状況についての理解を得る。
- 新病棟での生活を理解し、基本的な判断能力が回復する。

2) 回復期の到達目標

- 認知行動療法、心理教育、集団精神療法、個人精神療法等を通して、疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る。
- 例えば統合失調症では陽性症状の消失ないしは陽性症状に対する客観化など、病状に対して一定のコントロールを得る。
- 社会生活技能訓練などにより、社会復帰の動機付けや、自己効力感ないし自己評価を高めることによって、現実的な生活を思い描くことができる。
- 服薬や継続的な医療の必要性を理解し、健康で安全な生活ができるように自己主張や表現能力を訓練し、怒りや衝動性のコントロールの方法を体系的に会得し、向社会的で安全な対人関係を治療的に体験し学習する。
- 自室の鍵を適切に自己管理することができる。
- 外出を通して社会復帰に向けた現実的で具体的な目標を立て、援助者との関係を理解し、自ら援助を求める体験を経て信頼性や自律性を高める。

3) 社会復帰期の到達目標

- 疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を深め、健康で安全な生活を送る動機付けを十分に得る。
- 服薬自己管理を経て服薬や治療の継続の必要性を理解する。
- 自らの置かれている法的及び医療的な状況を理解して、他者の協力を得ながら健康で安全な生活を目指すことができる。
- 外泊を体験することによる生活圏の広がりに伴う具体的な場面において、自己主張し、怒りや衝動性をコントロールし、問題解決、必要に応じて援助を求めることや社会資源の活用を体験する。

- 対人関係では指定通院医療機関のスタッフや社会復帰調整官及び精神保健福祉関係諸機関の職員と具体的で信頼に基礎を置いた関係を構築する。社会資源や援助機関の利用を具体的に体験し理解する。
- 困った時の援助の求め方や自立した生活を営むために必要な方法を会得する。
- 病気の再発の徴候を理解して早期に援助者に協力を求めるなど危機管理を学ぶ。
- 家族や援助者の関係を調整し、可能な援助を得る関係を構築する。

3 審判申立て時の評価項目

1) 退院の許可の申立て時

- 改訂版共通評価項目による評価を実施する。退院の許可の申立て時の評価に際しては、当該対象者の生活環境の調整の状況についての保護観察所の意見を参考とする。
- 入院対象者が社会復帰期の到達目標に達し、入院医療の必要があると認めことができなくなった場合は、新病棟運営会議で評価を行なった後、居住地保護観察所の長の意見を付して、指定入院医療機関の管理者は退院の許可の申立てを行なう。
- 対象者の診断や病態などにより、新病棟における入院処遇による治療では病状の改善（治療を行わなければ生じるであろう病状の悪化の防止を含む。）が見込まれない等の状況において、もはや対象者の社会復帰を促すために入院医療の必要があると認めことができなくなった場合においては、新病棟運営会議による評価を経て、指定入院医療機関の管理者は退院の許可または医療の終了の申立てを行う。

2) 入院継続の確認の申立て時

- 改訂版共通評価項目による評価を実施する。
- 対象者の病状が十分に社会復帰期の到達目標に達していないことが確認され、入院治療のさらなる継続により改善（治療を行わなければ生じるであろう病状の悪化の防止を含む。）が見込まれ、入院医療の継続の必要があると判断される場合は、新病棟運営会議で評価を経て、指定入院医療機関の管理者は入院継続の確認の申立てを行う。

V その他の留意事項

1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応

○ 治療の基本的な考え方

本法に基づく審判により入院決定を受けた対象者は入院による治療を受けなければならない（第43条第1項）ものであるが、入院対象者の社会復帰を目的とする医療を円滑に進めるためには、指定入院医療機関で行われる医療行為について治療者は十分な説明を行い、入院対象者の理解による同意を得られるように努める必要がある。

○ 同意によらない治療を開始する場合の対応

入院対象者に対して治療方針等に関する説明を尽くした上でなお当該入院対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について入院対象者とよく相談し、また多職種チームにより motivational interview（患者の両価性（治りたい気持ちと治りたくない気持ちの混在等）を明らかにしその解決を図ることで患者が自らの行動を変化させるのを援助するための面接）等を積極的に活用するなどして、入院対象者の治療意欲を引き出す取組を行うことが必要である。

十分な期間をかけて入院対象者の治療意欲を引き出す取組を行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行うものとする。決議に当たっては、「当該治療行為によって予測される効果」「当該治療行為によって起こりうるデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。

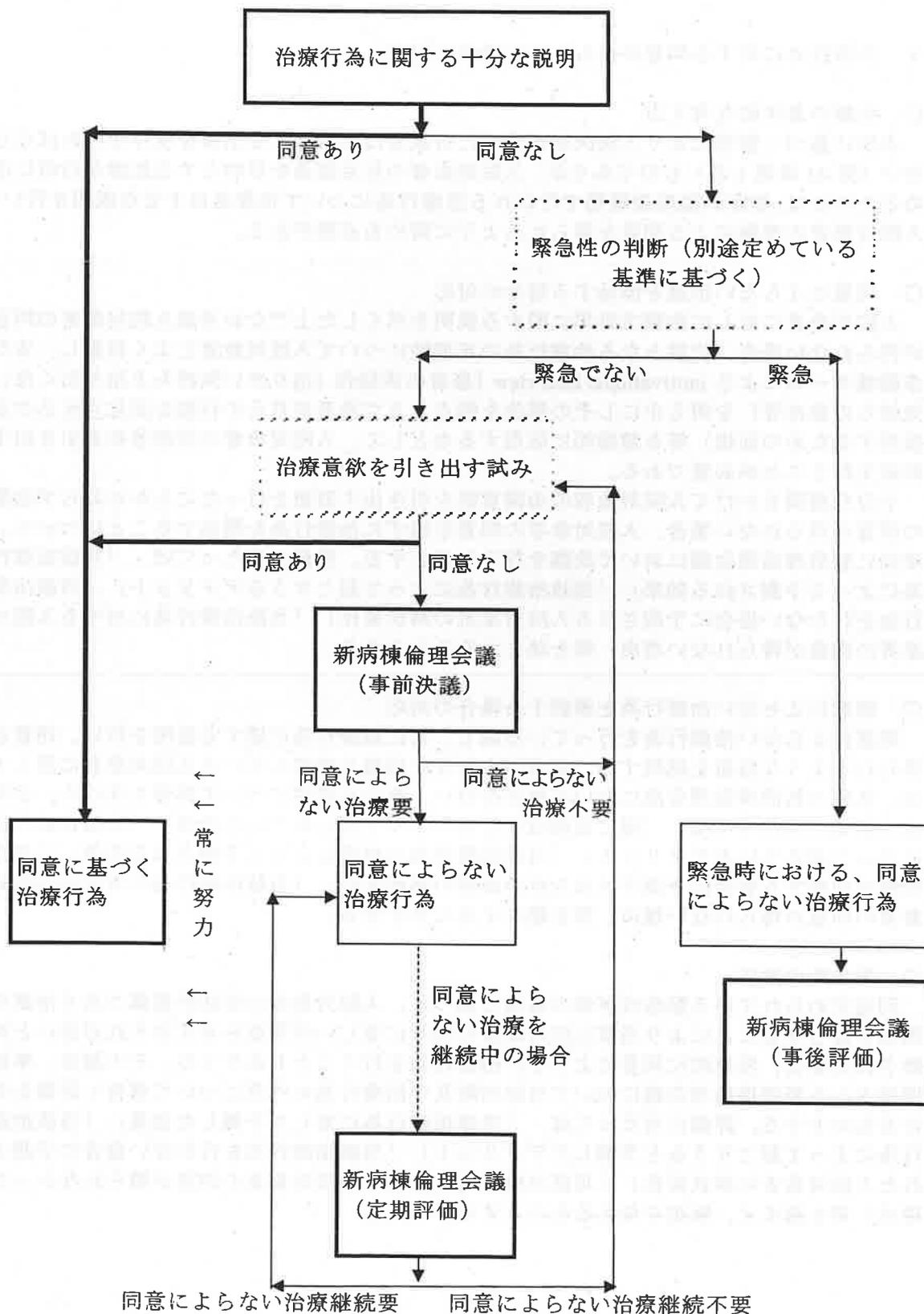
○ 同意によらない治療行為を継続する場合の対応

同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取組を継続する。同意によらない治療を継続している入院対象者に関しては、各回の新病棟倫理会議において報告を行い、その必要性について評価を受ける。必要性の評価に当たっては、「現に当該治療行為によって得られている効果」「当該治療行為によって起きているデメリット」「当該治療行為の継続によって予測される効果」「当該治療を中断する場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。

○ 緊急時の対応

別途定められている緊急性評価の基準に基づき、入院対象者の症状が重篤であり治療の開始を遅らせることにより当該入院対象者の心身に著しい不利益を来すおそれが高いと判断された場合、緊急的に同意によらない治療行為を行うこともありうる。その場合、事後開催される新病棟倫理会議において当該判断及び治療行為の内容について報告し評価を受けるものとする。評価に当たっては、「当該治療行為に対して予測した効果」「当該治療行為によって起こりうる予測したデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測された入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られなかった理由」等を踏まえ、検証を加えるものとする。

治療行為に係る説明と同意に関するフローチャート



2 個別医療行為の留意事項

1) 電気痙攣療法

呼吸管理下における修正型電気痙攣療法のみ施行するものとする。施行に当たって薬物による鎮静を必要とすることから、全例において事後に新病棟倫理会議で評価を受ける必要がある。

施行に当たっては入院対象者の同意を得ることを原則とし、同意が得られない場合は新病棟倫理会議で適否について事前協議し全会一致の合意がある場合に行う。入院対象者の症状が重篤であり、他のいかなる治療行為によっても病状の早急な改善が見込まれないとの判断のもと緊急的に修正型電気痙攣療法を施行した場合、事後開催される新病棟倫理会議において当該判断及び治療行為の内容について報告し評価を受けるものとする。

2) 持続性注射製剤（デポ剤）の使用

施行に当たっては入院対象者の同意を得ることを原則とし、同意が得られない場合は新病棟倫理会議で適否について事前協議し全会一致の合意がある場合に行う。

3) 身体合併症への対応

身体合併症に対しては、その治療を指定入院医療機関内で行うか、治療のために入院対象者を他の医療施設に受診させ、あるいは一時的に他の医療施設に入院させることが必要かといった判断があり得る。これらの判断の実務は基本的には担当の医師が行う。

身体合併症の治療を指定入院医療機関で行った際には、入院対象者の精神障害と当該身体合併症との因果関係について診療録に記載するものとする。

医療観察法第100条3項の規定に基づき、指定入院医療機関の管理者の責任において身体合併症の治療のため対象者を他の医療施設に入院させる場合には、その必要性及び予想される入院期間について診療録に記載するとともに、当該他の医療施設の医師の意見を聴取し、その結果を診療録に記載する。

身体合併症への対応が円滑に行われるよう、指定入院医療機関は、日頃から地域の医療機関との連携・連絡体制を整備しておく。

4) 退院前訪問指導

想定される入院対象者の退院先を看護師・精神保健福祉士等が訪問し、家族その他の関係者との関係調整を行った場合、退院前訪問指導として、その旨を診療録に記載するものとする。なお対象者の外泊に付き添って行った場合はこれに含まれない。

VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

- 指定入院医療機関は高度かつ先進的な精神医学・医療の臨床の場であり、そこで蓄積・開発された有益な臨床的データや治療技法は広く我が国の精神医学・医療に還元される。
- 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、定期的な本ガイドラインの見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮したうえで可能な範囲で公開する。
- このため、指定入院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診療に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報を提供するほか、入院処遇の改善に向けた取組へ参画する。

急性期クリティカルパス (イメージ)

	1週目	2～4週目	5～8週目	9～12週目
本人の目安	病棟環境に慣れる。 治療の必要性について理解する事ができる。 スタッフに援助を求める事が出来る。負担の軽いプログラムには参加できる。		スタッフに自分のことが話せる 自分にあっただ活動に参加できる	これからの治療について考えることができる
評価・治療検討	初期評価及び諸検査の指示 薬物療法の実施及び副作用チェック 対象者及び家族面接病棟ガイダンスと治療構造等説明、診察は1日1回	初期基本計画の策定 薬物療法の評価及び実施 治療関係構築のための支持的精神療法 問題予測・簡単な治療方針の検討	情報の補足による再評価及び治療目標の再設定 病棟の獲得の為に心理教育 薬物療法の効果評価	急性期治療の評価、行動の評価、治療反応性評価、外出の可能性の評価を行い回復期移行への検討 支持的精神療法・心理教育の継続
検査	血液検査・X-P・CT等	血液検査1/月 ECG1/3月 薬物血中濃度1/月	血液検査1/月	血液検査1/月
心理検査	心理面接 (生育歴等聴取)	心理面接 (人格形成等聴取)	薬物血中濃度1/月 問題行動の背景分析 神経心理学的検査	薬物血中濃度1/月 病識尺度を用いた評価
多職種チーム	対象者および家族から情報収集、信頼関係の構築	治療プログラムへの導入、対象者ごとに当初情報を元に個別プログラムを検討・立案及び実施 急性期ミーティングの実施	プログラム参加状況の評価、再計画	治療プログラムの実施及び評価 回復期への移行について検討
看護活動 (体力の回復と患者看護者関係構築)	情報収集 (患者観察シート) 綿密な入院時オリエンテーション、身体的健康状態の管理、精神症状及び行動の観察、初期看護計画の作成、不穏時の早期介入 服薬の管理と薬効・副作用の観察食事・入浴・排泄介助	身体的健康状態の把握 身体管理能力と生活能力の把握と評価 治療プログラムへの導入と観察・評価 個別的なかわりによる援助関係の構築 看護面接及び看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察 入浴・排泄介助	治療プログラム参加への支援とプログラム終了後の個別フォロー 個別的なかわりによる援助関係の展開 看護相談面接を通じた心理的支援と問題整理、看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察	回復期への移行可能性についての評価 個別的なかわりによる援助関係の構築 看護相談面接を通じた心理的支援と問題整理、看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察
作業療法	作業オリエンテーション (情報収集) 治療関係の構築	急性期作業療法 (休息を促す活動)	衝動性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動	体力を回復する活動 現実感の回復を促す活動
精神療法		支持的精神療法	全てのケアやスタッフへの敵意が减弱 治療へのエンブレミアンセスが高まる	自分の過去・現在について言葉にし始める (自己開示)
心理教育		疾病別治療プログラムの導入	人との出会いに伴う行動様式を獲得する 治療プログラムを適応する	原疾患に対する対処がき始める
レクリエーション		毎週実施 (週2回定例)	→	→
全体ミーティング		毎週実施 (週1回定例)	→	→
ソーシャルワーク業務	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理的サポート、 社会復帰調整官との情報交換 生活保護等入院初期に必要な外部機関との調整・手続き	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理サポート、 権利擁護・処遇等の相談 社会復帰調整官との調整・協議、 社会生活の中断に伴う諸手続き	対象者、家族の情報整理し福祉職としての意見を伝える、家族・関係者の調整と心理サポート、 社会復帰調整官との調整・協議	対象者、家族の情報整理し福祉職としての意見を伝える、家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調整し社会復帰調整官と協議 権利擁護・法規講座
家族調整	家族面接 (合同面接)	家族心理教育：事件や疾患に関する戸惑いを整理する (個別・集団) 過剰な感情反応を整理し受け入れ可能な関係を回復 問題行動の背景要因に関する情報が深まる	権利擁護・法規講座	

※ 個別の治療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

回復期クリティカルパス (イメージ)

本人の目安	1~3週目 (通算 13~15週) 自分の病状について考える 外出について考える 生活のリズムをつかむ	4~9週目 (通算 16~21週) 薬について考える 社会生活 (金銭管理含む) の練習をする 病状の外に出てみる	10~18週目 (通算 22~30週) 自分の気持ちを考える 自分のことを人の前で話せる 相手の気持ちを考える	19~24週目 (通算 31~36週) 人との付き合い方を考える 自分の気持ちをコントロールできる 相手の気持ちが理解できる	25~36週目 (通算 37~48週) 自分のできることや自分の良さを見つける 病院の外に出てみる 自分の将来について考える
評価・治療検討	基本評価の見直し、回復期治療方針の決定、改善度評価・院内散歩の開始、治療プログラムの選定及び実施、薬物療法 (維持療法) の評価、本人家族への病状及び治療計画の説明、診察は週2回	症状改善の評価及び治療内容の見直し、外出に伴う変化に対応した治療プログラム (個別精神療法・集団精神療法・心理療法) の実施、服薬指導	改善された症状の検討・問題点の整理、病状等評価治療プログラム (個別精神療法・集団精神療法・心理療法) の実施、服薬コンプライアンスの確認	服薬の自己管理に伴う症状の変化に対応した服薬指導、個別精神療法の強化	回復期治療の評価及び改善されない症状の検討・問題点の整理をして社会復帰準備導入への検討 外治の可能性の評価 家族面接治療の現状と今後の方針の説明 入院継続の裁判所への申し立て
検査	血糖検査 1/月、ECG 1/3月 薬物血中濃度 1/月	→	→	→	→
心理検査	さらなる情報収集 (労務法・質問紙法) 病状尺度を使用した評価	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	知能検査 病状尺度を使用した評価	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	病状尺度を使用した評価
多職種チーム	プログラム参加状況の評価及び外出可能性の検討 回復期ミーティングの実施	集団・個別治療プログラムの実施及び評価、外出に同伴する	外出の実施による状態の変化に対応、生活の自立度及び病状や治療継続等の確認	服薬の自己管理に伴う変化の観察及び介入、治療プログラムの実施	集団・個別治療プログラムの実施及び評価、社会復帰期への移行可能性の検討
看護活動	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、言語的コミュニケーションによる表現能力の回復、対象者の日常生活能力評価	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、対人関係の改善に向けた援助、外出に向けた援助 日常生活能力回復に向けた援助 自己対処能力の評価	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、日常生活能力回復に向けた援助、自己対処能力回復に向けた援助、外出に向けた援助	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、自己対処能力回復に向けた援助、外出に向けた援助	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討
作業療法	看護面接・看護ケア計画の作成 成功体験を積み重ねて達成感を得る活動 体力を回復する活動	看護面接・看護ケア計画の作成 具体的な体験を通してコミュニケーションができる活動 社会生活技能を練習する活動	看護面接・看護ケア計画の作成 集中力を高める活動 持続力を高める活動	看護面接・看護ケア計画の作成 職業準備訓練 社会生活技能を身につける活動 (買い物・調理・掃除など)	看護面接・看護ケア計画の作成 社会復帰移行可能性について評価する 長期的な計画や複雑な工程の作業活動 他者との共同作業
心理教育	医学講座 (疾患教育)	→	→	→	→
精神療法	患者集団で体験を共有し、共通性を高め洞察を深め、コミュニケーション能力を高める 集団で体験を共有する	病状の再発防止プログラム 洞察を高める	→	→	→
認知行動療法	疾病教育を通して病状を深める。喜怒哀楽の感情コントロールができる	洞察の自己管理能力を獲得する教育プログラムの実施。感情抑制の方法の習得 怒りや攻撃性の表現をコントロールできる	役割実行能力を高める	自己洞察を高める	自己洞察を高める
レクリエーション	毎週実施 (週1回定例)	→	→	→	→
全体ミーティング	毎週実施 (週1回定例)	→	→	→	→
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整 外出プログラムの作成と社会復帰調整官との協議	家族・関係者の調整 外出に伴う SST を企画実施 外出に同伴し生活技能について評価する	家族・関係者の調整 外出に伴う SST を企画実施 外出に同伴し生活技能について評価する	家族・関係者の調整 外出に伴う SST の効果について評価し、課題を提示する	家族・関係者の調整 居住予定地の社会復帰調整官の情報から、社会資源について対象者に伝え、自己決定を援助する
外出	外出計画 家族面接・家族教室	院内散歩週1回	院内散歩週2~3回	院内散歩週3回	院内2回・院外1回

※ 個別の治療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

社会復帰期クリティカルパス (イメージ)

本人の目安	1~6週目 (通算 49~54週) 健康で安全な生活をイメージできる 服薬の自己管理ができる 他人の痛みがわかる	7~12週目 (通算 55~60週) 家族や援助者との関係を考える 病状の再発の兆候を理解する 援助の求め方がわかる	13~14週目 (通算 61~62週) 社会資源を使ってみる 退院先に行ってみる 地域の関係者と知り合う	15~19週目 (通算 63~67週) 退院先での生活に慣れる 地域の関係者となじむ 退院後の生活を計画する	20~24週目 (通算 68~72週) 社会生活に自信をもつ 退院に向けた具体的な準備をする
評価・治療計画	基本評価の見直し、社会復帰期治療方針の決定、改善度評価・外泊の可能性評価、治療プログラムの選定及び実施、薬物療法の評価、本人・家族への病状及び治療計画の説明 診察は週2回	薬物療法の維持療法への移行、評価、副作用のチェック 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊に伴う変化に対応した治療プログラム(個別精神療法・集団精神療法・心理療法)の実施 家族面接(外泊評価)	外泊の実施 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊に伴う変化に対応した治療プログラム(個別精神療法・集団精神療法・心理療法)の実施 家族面接(外泊評価)	外泊に伴う変化に対応、薬物療法の評価、退院後活用する社会資源について社会復帰調整官と情報交換 退院に向けての評価、再発の可能性評価	社会復帰調整官との退院後処遇について情報交換 退院後指定通院医療機関との情報交換 退院申請報告書の作成 リスクアセスメント 裁判所への退院の申し立て
検査	血液検査 1/月 ECG 1/3月	血液検査 1/月 ECG 1/3月	血液検査 1/月 ECG 1/3月	血液検査 1/月 ECG 1/3月	血液検査 1/月 ECG 1/3月
心理検査	心理検査・病識尺度評価	自尊心自己効力感アセスメント	心理検査(退院準備)	病識尺度評価	
多職種チーム	外泊に向けた準備及び外泊プログラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病識の確認、生活技能と評価、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う事業所等の助産に同伴する	試験外泊に同伴、社会生活上の問題の再検討	社会復帰調整官及び通院医療機関等との情報交換、家族の受け入れ状況の確認	社会生活上の問題克服について評価し退院可能性について検討
看護活動	言語的コミュニケーションによる表現の能力回復に基づく人間関係の改善、日常生活に自立に向けた援助 服薬の自己管理の評価及び指導 看護面接・看護ケア計画の作成 社会生活について自己管理する体験 職業適性検査(内)	外泊準備及び外泊に対する不安への対応、多様な治療プログラムへの導入と観察及びプログラム後の個別フォロー 看護面接・看護ケア計画の作成 疲労準備作業 職業適性検査(外)	試験外泊に同伴し、課題の洗い出しを行う 課題への対応をチームで検討し体業を明示する 看護面接・看護ケア計画の作成 退院に向けた生活能力のアセスメントと課題の確認	外泊時訪問観察を行い、日常生活維持可能性について評価する 退院後の生活について本人ニーズの確認 看護面接・看護ケア計画の作成 生活能力に応じた課題の解決	服薬状況の確認、身体状況の確認 通院医療機関への情報提供(サマリー)の作成 外泊時訪問観察により課題の洗い出しと具体的対応策の明示 退院に向けた準備、不安への対応 具体的な生活に向けた安心感の提供
社会復帰準備	法律・制度・資源活用 社会の中で自分らしく生きるためのイメージを養う。適切な自己表現ができる。 病状の再発の危険サインを理解する	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを養う。適切な自己表現ができる。 対処法を学ぶ	社会の中で自分らしく生きるためのイメージに出会う	適応を促す	
精神療法	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、通院の促進 将来起こるかもしれない問題への対処の仕方等を学ぶ、適切な社会的スキルを身につける				
認知行動療法					
レクリエーション	毎週実施(週2回定例)				
全体ミーティング	毎週実施(週1回定例)				
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整 外泊に備え福祉施設等に同伴見学する	家族に外泊指導を行う 外泊プログラムの作成し、社会復帰調整官と協議する 外出に同伴し通院医療機関等訪問する	退院受け入れに向けた家族調整の為に必要ニーズを確認する 外泊に同伴し、退院後の生活に向けた情報収集を行う	家族・関係者の調整生活能力に応じ社会資源活用に関する課題を解決する。 社会復帰調整官が作成する処遇の実施計画作成への援助	家族・関係者の調整 退院に向けての社会生活・経済上の諸問題について解決を援助する。 → →
外出	週2回: 1~2h	→	→	→	→
外泊		試験外泊			5泊1回: 7泊1回 → →
家族調整	家族面接 家族教室				
退院計画		退院準備			退院の申立て・退院計画作成

改訂版共通評価項目の解説とアンカーポイント

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、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多職種により統一的な視点により継続した評価を行うために、改訂版共通評価項目を設定する。

改訂版共通評価項目は以下の19項目と個別項目とする。

○改訂版共通評価項目

「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

評価項目の使用法と改訂の経緯

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検討に用いるため、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、入院処遇・通院処遇にかかわらず原則として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、入院処遇後の初回評価(入院3週目)、医療観察法鑑定における評価、直接通院処遇の初回評価は、対象行為の半年前から評価日までの期間で最も悪い状態を考慮して点数化する(入院処遇からの移行通院は初回も評価期間は直近3ヶ月間)。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。医療観察法鑑定時の評価は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でいる。
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を行う際には、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。
5. 本改訂は、初版における評定者間信頼性および収束妥当性の研究結果を踏まえ、評価者間の評価がより統一的となり、社会復帰における課題がより明確に把握されることを目的とした。そのため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結果から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。【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。また、通院移行後の問題行動等の予測力(AUC)が認められた項目、高いAUCが得られた項目の構成、因子分析結果、各項目の解釈、および改訂の背景については、「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25~27年度総合研究報告書」を参照のこと。

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

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ヶ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、佻奇性、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. 佻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。時々的小さな不必要で反復性の運動（手を覗き込む、頭を搔くなど）。

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. 内省・洞察

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と感じているかどうかと、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はないともみなす。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

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

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

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

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。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ヶ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

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

評価基準

この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

評価基準

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

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、【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

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

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」

1 3. 物質乱用

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. 反社会性

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、通常的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

1 5. 性的逸脱行動

評価基準

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

1 6. 個人的支援

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

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

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

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、改訂版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。

改訂版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。

改訂版共通評価項目 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。改訂版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。

最終的な対象者の治療計画は、改訂版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、19 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

改訂版共通評価項目は①19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改訂版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、改訂版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、改訂版共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

改訂版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改訂版共通評価項目以外の要因、例えば対象者本人のノードなどを含めて作成される。すなわち改訂版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。また改訂版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改訂版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。

入院時基本情報管理シート

患者番号() シート番号() 1/3 作成日

フリガナ			性別			生年月日			入院時年齢	満 歳
本人										
居住地	都・道 府・県					居住 形態		電 話		
本籍	都・道 府・県									
フリガナ			続 柄			生年月日			選任 状況	
保護者										
保護者住所	都・道 府・県					電 話				
健康保険	種別			保険者番号						
障害年金	種別	(円/月)		生活保護			担 当			
各種手帳										
保護観察所				社会復帰調整官						
指定入院 医療機関	入院年月日			施設名			管 理 者			
	担当医師			担当精神保健福祉士			担当看護師			
	担当作業療法士			担当臨床心理技術者			担当その他			
受診歴	(複数の場合は順に列挙)									
	:入 通 () ~ ()			管 理 者			担 当 医 師			
	:入 通 () ~ ()			管 理 者			担 当 医 師			
	:入 通 () ~ ()			管 理 者			担 当 医 師			
	:入 通 () ~ ()			管 理 者			担 当 医 師			
	:入 通 () ~ ()			管 理 者			担 当 医 師			
退院後予定	退院地、退院後の指定通院医療機関、担当保護観察所等の情報(予定がある場合記載)									
対象行為	行為名			発生年月日		概要				
刑事手続	起 訴	詳細	不起訴・起訴猶予 その他()			刑事手続での鑑定				
		判決	無罪・執行猶予 その他(年 月)			刑事手続での認定 病名				
	その他特記事項					刑事責任能力				
	検察庁			裁判所	不起訴等の場合「なし」		不起訴決定 裁判結審年月日			
審判手続	審判申立て年月日			鑑定入院命令年月日						
	審判期日			処遇決定年月日						
	審判裁判所			裁判官			精神保健審 判員	精神保健参 与員		
	付添人									
	鑑定入院医療機 関			鑑定人			鑑定入院 期間	~		
	審判、鑑定入院 中の治療等の特 記事項									

入院時基本情報管理シート

患者番号 () シート番号 ()

2/3

主診断(ICD)	(F)	
副診断(ICD)	複数の場合は列挙 (F)	(F)
身体疾患(ICD)	複数の場合は列挙 ()	()
禁忌・アレルギー		
主訴・現病歴		
家族歴		
生活歴		
治療歴		
その他特記事項		
初診時現症		
身体的検査所見		
心理検査所見		

入院時基本情報管理シート

患者番号() シート番号()

3/3

総合的な生活機能(GAF)		点	生活機能を全体的にとらえて0~100点で評価する。
改訂版共通評価項目	要素	具体的要素	備 考
		精神病症状	
		内省・洞察	
	疾病治療	アドヒアランス	
		共感性	
		治療効果	
	セルフコントロール	非精神病症状	
		認知機能	
		日常生活能力	
		活動性・社会性	
		衝動コントロール	
	治療影響要因	ストレス	
		自傷・自殺	
		物質乱用	
		反社会性	
退院地環境	性的逸脱行動		
	個人的支障		
	コミュニティ要因		
現実的計画			
治療・ケアの継続性			
合計得点			
生活機能	領域	評価点	説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)
	セルフケア	身体快適性の確保	
		食事や体調の管理	
		健康の維持	
	社会的な適正	調理	
		調理以外の家事	
		敬意と思いやり	
		整頓	
	対人関係	寛容さ	
		批判	
		含図	
		身体的接触	
	日課の遂行	対人関係の形成	
		対人関係の終結	
		対人関係における行動の制限	
ストレスとその他の心理的要求への対処	社会的ルールに従った対人関係		
	社会的距離の維持		
	日課の管理		
経済生活	日課の達成		
	自分の活動レベルの管理		
	責任への対処		
現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。			
評価点: 0 : 完全にできる(障害は0~4%、自立している)		4 : まったくできない(障害は86~100%、常に介助が必要)	
1 : 概ねできる(障害は5~24%、見まもりを要する程度)		8 : 詳細不明	
2 : 多少はできる(障害は25~49%、時に指示・介助・介入を要する)		9 : 非該当	
3 : ほとんどできない(障害は50~95%、指示・介助・介入を要することが多い)			
機能に影響する環境要因	領域	評価点	説明(介入の要点や手がかりを明確にする)
	生産品と用具	処方箋、自家用車、家、資産など	
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など	
	支援と関係(量的な側面)	家族・知人・医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価	
	態度(感情や質的な側面)	家族・知人の態度、治療者や生活地域などの人的環境の質的な評価	
サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など		
環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。			
評価点: 0:「促進的」 1:「どちらかというと促進的」 2:「どちらでもない」 3:「どちらかというと阻害的」 4:「阻害的」の5段階。			
入院時治療方針			
シート作成責任者	精神保健指定医	作成年月日	

新病棟治療評価会議シート

患者番号() シート番号() 作成日

フリガナ			性別			現在年齢	
本人氏名			生年月日				
治療期	左記治療期の開始(年月日)						
保護観察所			社会復帰調整官				
指定入院 医療機関	入院年月日			名称	管理者		
	多職種チームの担当者						
	医師			精神保健福祉士	看護師		
	臨床心理技術者			作業療法士	その他		
主診断(ICD)	(F)						
副診断(ICD)	(F)		(F)				
身体疾患(ICD)	()		(F)				
1週間の特記すべき状態像、提供した多職種チームによる治療の活動、薬物療法等							
活動範囲及び行動制限等							
改訂版 共通評価 項目	要素	具体的要素	点	備考			
	疾病治療	精神病症状					
		内省・洞察					
		アドヒアランス					
		共感性					
	セルフコントロール	治療効果					
		非精神病性症状					
		認知機能					
		日常生活能力					
		活動性・社会性					
		衝動コントロール					
	治療影響要因	ストレス					
		自傷・自殺					
		物質乱用					
		反社会性					
	退院地環境	性的逸脱行動					
		個人的支援					
コミュニティ要因							
現実的計画							
		治療・ケアの継続性					
		合計得点					
1週間の 総合評価 と効果							
今後の目標 と治療方針							
会議参加者	(職種:)	(職種:)	(職種:)				
	(職種:)	(職種:)	(職種:)				
	(職種:)	(職種:)	(職種:)				
	(職種:)	(職種:)	(職種:)				
シート作成責任者	(職種:)			会議開催年月日			
				シート作成年月日			

新病棟運営会議シート

患者番号() シート番号() 2/2

退院前訪問指導の実施状況

実施の有無と実施回数	(回)
退院前訪問指導 (1)	(ありの場合記載) 訪問者名: (職種:) (職種:) 行き先: 対談者 (対象者との関係) 指導内容: 今後の訪問予定: (予定日)
退院前訪問指導 (2)	(ありの場合記載) 訪問者名: (職種:) (職種:) 行き先: 対談者 (対象者との関係) 指導内容: 今後の訪問予定: (予定日)
退院前訪問指導 (3)	(ありの場合記載) 訪問者名: (職種:) (職種:) 行き先: 対談者 (対象者との関係) 指導内容: 今後の訪問予定: (予定日)

mECT

実施の有無と実施回数	(回)
実施理由(他の治療法を選択できない理由)	
術中使用薬剤の内容	静脈麻酔薬名: 吸入麻酔薬名: 筋弛緩薬名: その他の使用薬剤とその理由(他の前処置のための薬剤や降圧剤・呼吸賦活薬などの使用があれば記すこと):
実施の詳細	使用した機材 通電時間: 秒(最短) から 秒(最長)

身体合併症の症状・治療

身体合併症	主たる症状	主たる治療(他院受診の場合、病院名等の詳細も記載)
身体合併症名		

薬剤管理・指導(薬剤師)

(回)		指 導 内 容	
実施日	実施者		
会議参加者	(職種:) (職種:) (職種:) (職種:)	(職種:) (職種:) (職種:)	(職種:) (職種:) (職種:)
シート作成責任者	(職種:)	会議開催年月日	シート作成年月日

入院継続情報管理シート

患者番号() シート番号() 1/2 作成日

フリガナ			性別			生年月日			現在年齢	満歳
本人										
入院前居住地	都・道 府・県					居住形態		電話		
退院後居住地	都・道 府・県					居住形態		電話		
フリガナ			続柄			生年月日			選任状況	
保護者										
保護者住所	都・道 府・県							電話		
健康保険	種別			保険者番号						
障害年金	種別	(円/月)		生活保護			担当			
各種手帳										
保護観察所				社会復帰調整官						
指定入院医療機関	入院年月日			施設名			管理者			
	担当医師			担当精神保健福祉士			担当看護師			
	担当作業療法士			担当臨床心理技術者			担当その他			
主診断(ICD)	(F)									
副診断(ICD)	複数の場合は列挙	(. F)				(F)				
身体疾患(ICD)	複数の場合は列挙	()				()				
禁忌・アレルギー										
医療観察法の処遇に至るまでの現病歴										
医療観察法の処遇における治療経過										
直近の現症										
身体的検査所見										
現在の薬物療法										

入院継続情報管理シート

患者番号()

シート番号()

2/2

総合的な生活機能(GAF)			点	生活機能を全体的にとらえて0~100点で評価する。
改訂版共通評価項目	要素	具体的要素	点	備考
	疾病治療	精神病症状		
		内省・洞察		
		アドヒアランス		
	セルフコントロール	共感性		
		治療効果		
		非精神病性症状		
		認知機能		
		日常生活能力		
		活動性・社会性		
	治療影響要因	衝動コントロール		
		ストレス		
		自傷・自殺		
		物質乱用		
	退院地環境	反社会性		
性的逸脱行動				
個人的支援				
合計得点				
生活機能	領域	評価点	説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)	
	セルフケア	身体快適性の確保		
		食事や体調の管理		
		健康の維持		
	社会的な適正	調理		
		調理以外の家事		
		敬意と思いやり		
		感謝		
	対人関係	寛容さ		
		批判		
		合図		
		身体的接触		
		対人関係の形成		
	日課の遂行	対人関係の終結		
		対人関係における行動の制限		
社会的ルールに従った対人関係				
ストレスとその他の心理的要求への対処	社会的距離の維持			
	日課の管理			
経済生活	日課の達成			
	自分の活動レベルの管理			
	責任への対処			
現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。				
評価点: 0: 完全にできる(障害は0~4%、自立している) 4: まったくできない(障害は96~100%、常に介助が必要)				
1: 概ねできる(障害は5~24%、見まもりを要する程度) 8: 詳細不明				
2: 多少はできる(障害は25~49%、時に指示・介助・介入を要する) 9: 非該当				
3: ほとんどできない(障害は50~95%、指示・介助・介入を要することが多い)				
機能に影響する環境要因	領域	評価点	説明(介入の要点や手がかりを明確にする)	
	生産品と用具	処方薬、自家用車、家、資産など		
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など		
	支援と関係(量的な側面)	家族・知人・医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価		
	態度(感情や質的な側面)	家族・知人の態度、治療者や生活地域などの人的環境の質的な評価		
サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など			
環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。				
評価点: 0:「促進的」 1:「どちらかというと促進的」 2:「どちらでもない」 3:「どちらかというと阻害的」 4:「阻害的」の5段階。				
入院を継続する必要がある理由				
入院における治療の課題と方針				
シート作成責任者	精神保健指定医	作成年月日		

退院前情報管理シート

患者番号() シート番号() 1/2 作成日

フリガナ	フリガナ		性別	生年月日		現在年齢		満歳
本人								
入院前居住地	都・道 府・県				居住形態	電話		
退院後居住地	都・道 府・県				居住形態	電話		
フリガナ	フリガナ		続柄	生年月日		選任状況		
保護者								
保護者住所	都・道 府・県				電話			
健康保険	種別			保険者番号				
障害年金	種別	(円/月)		生活保護	担当			
各種手帳								
保護観察所				社会復帰調整官				
指定入院医療機関	入院年月日			施設名	管理者			
	担当医師			担当精神保健福祉士	担当看護師			
	担当作業療法士			担当臨床心理技術者	その他			
主診断(ICD)	(F)							
副診断(ICD)	複数の場合は列挙	(F)		(F)				
身体疾患(ICD)	複数の場合は列挙	()		()				
禁忌・アレルギー								
医療観察法の処遇に至るまでの現病歴								
医療観察法の処遇における治療経過								
直近の現症								
身体的検査所見								
現在の薬物療法								

退院前情報管理シート

患者番号 () シート番号 ()

2/2

総合的な生活機能(GAF)		点	生活機能を全体的にとらえて0~100点で評価する。	
改訂版共通評価項目	要素	具体的要素	備考	
	疾病治療	精神病症状		
		内省・洞察		
		アトヒアランス		
	セルフコントロール	共感性		
		治療効果		
		非精神病性症状		
		認知機能		
		日常生活能力		
		活動性・社会性		
	治療影響要因	衝動コントロール		
		ストレス		
		自傷・自殺		
		物質乱用		
	退院地環境	反社会性		
性的逸脱行動				
	個人的支援			
	コミュニティ要因			
	現実的計画			
	治療・ケアの継続性			
	合計得点			
生活機能	領域	評価点	説明(生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする)	
	セルフケア	身体快適性の確保		
		食事や体調の管理		
		健康の維持		
	社会的な適正	調理		
		調理以外の家事		
		敬意と思いやり		
		感謝		
	対人関係	寛容さ		
		批判		
		含戻		
		身体的接触		
		対人関係の形成		
	日課の遂行	対人関係の終結		
		対人関係における行動の制限		
社会的ルールに従った対人関係				
ストレスとその他の心理的要求への対処	社会的距離の維持			
	目標の管理			
経済生活	目標の達成			
	自分の活動レベルの管理			
	責任への対処			
	ストレスへの対処			
	危機への対処			
	基本的な経済的取引			
	複雑な経済的取引			
	経済的自給			
現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。				
評価点: 0: 完全にできる(障害は0~4%、自立している) 4: まったくできない(障害は96~100%、常に介助が必要)				
1: 概ねできる(障害は5~24%、見まもりを要する程度) 8: 詳細不明				
2: 多少はできる(障害は25~49%、時に指示・介助・介入を要する) 9: 非該当				
3: ほとんどできない(障害は50~95%、指示・介助・介入を要することが多い)				
機能に影響する環境因子	領域	評価点	説明(介入の要点や手がかりを明確にする)	
	生産品と用具	処方箋、自家用車、家、資産など		
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など		
	支援と関係(量的な側面)	家族・知人・医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価		
	態度(感情や質的な側面)	家族・知人の態度、治療者や生活地域などの人的環境の質的な評価		
サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など			
環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。				
評価点: 0:「促進的」1:「どちらかという促進的」2:「どちらでもない」3:「どちらかという阻害的」4:「阻害的」の5段階。				
通院処遇における関係者	退院後の担当保護観察所	社会復帰調整官	その他のサービス	
	指定通院医療機関	管理者		
	社会復帰施設	管理者		
退院後治療方針				
退院後の観察に関する事項	①症状悪化時のサイン、②予測される問題、③危機回避の対策、④危機介入のタイミングと方法、などを具体的に記す。			
退院後の緊急時対応体制と連絡先(電話番号等)	日中			
	夜間			
	休日			
シート作成責任者	精神保健指定医	作成年月日		

指定通院医療機関運営ガイドライン

2019年3月5日改正

2019年4月1日施行

指定通院医療機関運営ガイドライン

目 次

1. はじめに

- (1) 医療観察法の趣旨・概要
- (2) 本ガイドラインの目的

2. 指定通院医療機関、管理者等の役割

- (1) 指定通院医療機関の概要
- (2) 指定通院医療機関の管理者
- (3) 指定通院医療機関の精神保健指定医
- (4) 医療の質や地域連携を確保する組織体制

3. 主な事務の流れ

- (1) 通院医療の開始（指定入院医療機関から退院する場合）
- (2) 通院医療の開始（入院による医療を経ない場合）
- (3) 処遇の終了、期間の延長、（再）入院
- (4) その他の主な事務

4. 通院中の対象者に関する留意事項等

- (1) 精神保健福祉法による入院の選択
- (2) 必要な診療録の保管
- (3) 通院処遇の改善に向けた取組への参画
- (4) 個人情報の取扱い

5. 地域連携体制

- (1) 通常時における関係機関等との連携
- (2) 緊急時における対応体制の確保

6. その他

- (1) 監査等の実務
- (2) 診療報酬請求事務手続

1. はじめに

(1) 医療観察法の趣旨・概要

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことにより、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。
- 本法が適切に運用されるためには、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等、障害福祉サービス事業者等）相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関等の役割の明確化を図ることが必要である。

(2) 本ガイドラインの目的

- 本ガイドラインは、指定通院医療機関が通院処遇ガイドラインを基本に通院処遇を行うことにより、本法第2条第3項の対象者の社会復帰に向けた取組の一翼を担う上で、指定通院医療機関の管理運営が本法の目的に沿って適切かつ円滑に行われるために、指定通院医療機関（病院・診療所）の管理職員、事務職員等が事務手続などを行う際に留意すべき事項を定めるものである。

2. 指定通院医療機関、管理者等の役割

(1) 指定通院医療機関の概要

- 指定通院医療機関は、本法上、病院、診療所又は薬局等から指定するものとされている（なお、本ガイドラインでは病院・診療所の指定通院医療機関をその対象としている）。

- 指定通院医療機関における通院処遇の目標、理念は、次のとおりであり、その具体的処遇については、通院処遇ガイドラインに沿って行われる。
 - ① ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
 - ② 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
 - ③ プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供

- このような目標、理念を実現するため、医療提供、情報管理、地域連携体制（危機管理体制を含む）の各面について、運営・管理体制、人員配置において、必要な内容を確保する（資料1を参照）ものである。

資料 1

指定通院医療機関（薬局等を除く）が満たすべき事項

事 項	運営・管理等	人員の配置
適正な医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○医療の質の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・多職種チーム会議の設置 ・研修等による医療従事者の質の向上 ○適正な医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の提供（訪問看護センター等との連携含む） ・精神デイケアの提供（他の医療機関との連携含む） ※個別の地域事情により、これらの基準外のものも指定することも可能とすることで検討 ・医療安全管理体制の確保 ・病状悪化時における適切な入院医療体制の確保（連携含む） ○通院処遇の改善に向けた取組みへの参画 	<ul style="list-style-type: none"> ○常勤の精神保健指定医 ○臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士等（非常勤職員可） の配置 ○病状悪化時の入院医療体制において看護職員 3 : 1 程度を確保（連携体制で確保する場合を除く） ※個別の地域事情により、この基準外のものも指定することも可能とすることで検討
情報管理等	<ul style="list-style-type: none"> ○診療等記録の適切な記録と保存管理 ○医療情報の共有体制 <ul style="list-style-type: none"> ・通院医療機関相互の連携体制の確保（複数の医療機関で行う場合） 	
地域連携体制 （危機管理体制）	<ul style="list-style-type: none"> ○保護観察所等との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議への参画（処遇の実施計画の協議等） ・関係機関との連携体制 ・緊急時の対応方針の整備 	

(2) 指定通院医療機関の管理者

指定通院医療機関の管理者は、本法、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行令（平成16年政令第310号。以下「令」という。）、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律施行規則（平成17年法務省令・厚生労働省令第2号。以下「規則」という。）その他の関係省令及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による審判の手続等に関する規則（平成16年最高裁判所規則第13号。以下「最規」という。）上、次の職務を行うこととされており、これを適正に執行しなければならない。

① 適切な医療の実施に関するもの

- ・医療担当の義務（本法第82条第1項）
- ・本法による医療の実施につき厚生労働大臣の行う指導に従うこと（本法第82条第2項）
- ・精神保健指定医の必置（本法第86条）
- ・本法による入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「通院決定」という。）を受けた者に対して入院によらない医療（以下「通院医療」という。）を提供する義務（本法第89条第2項）
- ・適切な医療を行うため必要があると認めるときは、必要な限度において裁判所及び他の医療施設に対して必要な資料の提供を求めることができること（本法第90条第1項、第2項）
- ・本法による医療を行う必要があると認めことができなくなった場合の保護観察所の長に対する通知義務（本法第110条第1項）
- ・入院をさせて本法による医療を行う必要があると認められる場合の保護観察所の長に対する通知義務（本法第110条第1項）
- ・通院医療を行う期間を延長して本法による医療を行う必要があると認められる場合の保護観察所の長に対する通知義務（本法第110条第2項）
- ・通院決定を受け通院している者（以下「通院対象者」という。）が通院医療を受けない場合の保護観察所の長に対する通報義務（本法第111条）

② 地域社会における通院対象者の処遇に関するもの

- ・保護観察所の長と連携を図り、対象者の相談に応じ、対象者への援助等を行う義務（本法第91条）
- ・保護観察所の長が処遇に関する実施計画を定める際及びそれを見直す際に保護観察所の長からの協議に応じなければならないこと（通院医療及び本法第9条に基づく援助は、処遇の実施計画に基づいて行われなければならない。）（本法第104条第1項、第3項、第105条、令第11条）

- ・保護観察所の長から、処遇の実施計画に基づく適正かつ円滑な処遇を確保するために必要な協力を求められたときに、これに応ずること

(本法第108条第2項)

③ 精神保健観察に関するもの

- ・保護観察所の長からの求めに応じ、通院対象者が必要な医療を受けているか否か等についての報告をすること (本法第106条第2項)
- ・一定の住居への居住、住居移転及び長期の旅行の届出に関して違反の事実が認められる場合の保護観察所の長に対する通報義務 (本法第111条)

④ 審判関係手続に関するもの

- ・裁判所による審判期日の出席の求めに応ずること (本法第31条第5項)
- ・対象者の処遇の決定等の審判において、必要がある場合には事実の取調べが行われるが、その際、裁判所から、必要な事項の報告、資料の提出その他の協力を求められた場合に、これに応ずること (本法第24条第3項)
- ・保護観察所の長が、本法による医療の終了の申立て又は通院医療を行う期間の延長の申立てをする場合における保護観察所の長への意見提出義務 (本法第54条第1項、第2項)
- ・保護観察所の長が、通院対象者について、入院させて本法による医療を受けさせる必要があると認めるに至り、又は指定通院医療機関による通院医療を受けない若しくは本法第107条各号に掲げる事項を守らず、そのため継続的な医療を行うことが確保できないと認め、入院の申立てをしようとする場合における保護観察所の長への意見提出義務 (本法第59条第1項、第2項)
- ・裁判所が、本法による医療の終了の申立て若しくは通院医療を行う期間の延長の申立て又は通院対象者についての入院の申立てに対する決定を行う際に、裁判所から意見の提出を求められたらこれに応ずる義務 (本法第56条第1項、第61条第1項)
- ・保護観察所の長が、本法による医療の終了の申立て、通院医療を行う期間の延長の申立て又は入院の申立てをした場合は、当該申立てに対する決定があるまでの間、本法による通院医療を行うことができること (本法第54条第3項、第59条第3項)
- ・裁判所による審判期日への出席の求めに応ずる際 (本法第31条第5項)、出席すべき医師を指定したときや、その指定を変更したときは、書面をもって、その旨を裁判所に通知すること (最規第22条1項)

⑤ その他

- ・厚生労働大臣の診療報酬の額の決定に従う義務 (本法第84条第2項)
- ・厚生労働大臣による診療内容・診療報酬請求の審査に関する報告の請求又は検査に応じる義務 (本法第85条第1項、第2項)

- ・ 指定通院医療機関の管理者及びその職にあった者について、職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない義務
(本法第117条第1項)
- ・ 指定通院医療機関の職員又はその職にあった者について、指定通院医療機関の管理者の職務を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない義務
(本法第117条第3項)

(3) 指定通院医療機関の精神保健指定医

指定通院医療機関の精神保健指定医には、本法上、次の職務を行うこととされており、これを適正に執行しなければならない。

- ・ 通院対象者について本法による医療を行う必要があるかどうかの判定
(本法第87条第1項)
- ・ 通院対象者について本法による入院医療を行う必要があるかどうかの判定
(本法第87条第1項)
- ・ 通院対象者について通院医療の期間延長を行う必要があるかどうかの判定
(本法第87条第1項)
- ・ 上記の判定を行った際に、遅滞なく診療録に記載する義務 (本法第88条)
- ・ 職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない義務
(本法第117条第2項)

(4) 医療の質や地域連携を確保する組織体制

① ケア会議（指定通院医療機関外）

- 保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者や都道府県知事、市町村長との間において、必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努める。
- 指定通院医療機関は、保護観察所が開催するケア会議に参加し、処遇の実施計画の作成や見直しの協議に応ずるとともに、関係機関と通院対象者に関する必要な情報を共有し、処遇方針の統一を図るほか、処遇の実施計画の見直しや各種申立ての必要性等を検討する。
(令第12条)
- ケア会議の参加機関、開催頻度等は、「地域社会における処遇のガイドライン」（平成17年7月14日法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知。同ガイドラインに沿った処遇を実施するために必要となる事項を定めた都道府県ごとの運営要領等を含む。以下「地域処遇ガイドライン」という。）及び当該通院対象者の処遇の実施計画に基づく。

② 多職種チーム会議（指定通院医療機関内）

- 指定通院医療機関内の多職種チームにより、通院対象者に個別の治療計画を策定し、定期的に対象者の評価を行うなど各職種が連携を図りながら、医療を提供する。なお、必要に応じて、当該医療機関以外の地域の医療・保健・福祉関係者及び社会復帰調整官の参加を求める。
- 通院対象者に対して複数の指定通院医療機関から医療が提供される場合（訪問看護等を他の医療機関との連携で行う場合）には、医療機関相互の連携を十分に保つため、定期的な評価会議等を行う。

3. 主な事務の流れ

(1) 通院医療の開始（指定入院医療機関から退院する場合）

① 指定通院医療機関選定の事前調整

- 保護観察所は、地域社会における処遇への円滑な移行を図るため、対象者の入院後速やかに、対象者の退院後の生活環境の調整に着手する。この生活環境の調整は、原則として、対象者の居住地（入院前において生活の本拠としていた住居等）を退院予定地として開始される。
- 保護観察所は、都道府県・市町村等及び退院後の通院医療を担当する候補となる指定通院医療機関と連携し、退院予定地における生活環境について調査の上、退院後に必要となる医療、精神保健福祉サービス等の援助が円滑に受けられるようあつせんするなどして生活環境の調整を行う。
なお、候補となる指定通院医療機関は、できるだけ対象者の退院予定地に近い指定通院医療機関の中から最も適切なものとするのが原則となる。
- 保護観察所は、このような調整結果に基づき、当該対象者の社会復帰を促進する上で適当と認める退院予定地を退院地として内定する。
- 地方厚生局は、生活環境の調整結果、行われているのであれば入院中の外出・外泊（必要に応じて、対象者と候補となる指定通院医療機関の関係者との面談等も実施される。）の結果やその他の事情を踏まえ、退院地の保護観察所と協議して、あらかじめ当該対象者の退院後の通院医療を担当する指定通院医療機関を内定する。
- 退院地を管轄する保護観察所は、生活環境の調整の進捗に応じ、内定した指定通院医療機関を含む退院後の地域社会における処遇に携わる関係機関と、ケア会議等を開催するなどして協議の上、退院後の処遇の実施計画案を作成する。
- 内定した指定通院医療機関は、あらかじめ必要な診療情報を対象者が入院している指定入院医療機関より入手するとともに、入院中に外出・外泊した対象者と面談した状況等も踏まえて、指定入院医療機関と連携し、退院後に必要となる医療の内容について検討する。
- 内定した指定通院医療機関においては、退院許可決定後に地方厚生局から連絡があるので、必要に応じ保護観察所等と連携して通院医療の内容確定のための準備を進める。

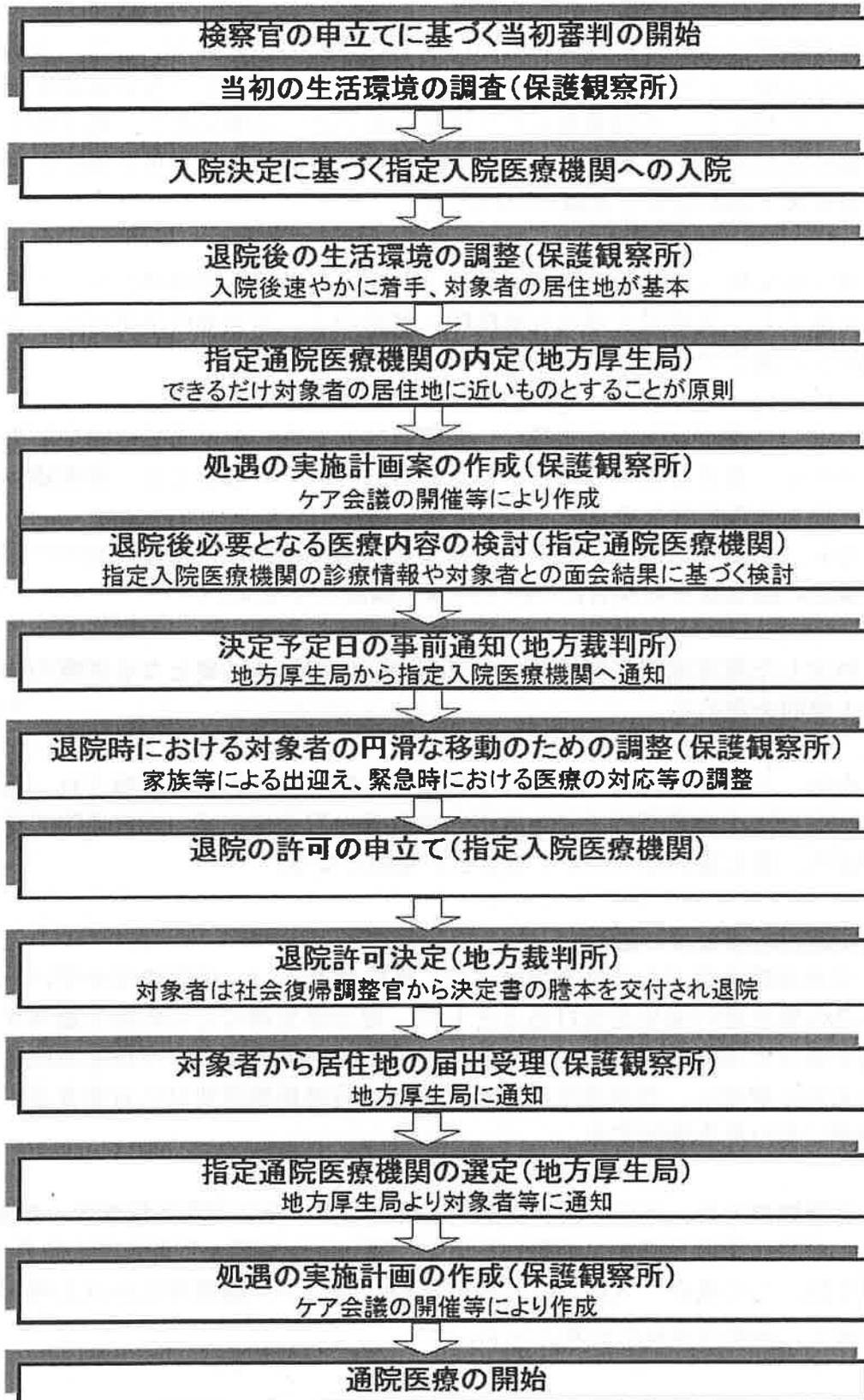
② 指定通院医療機関の選定及び処遇の実施

- 裁判所による退院許可決定がなされた場合には、保護観察所は、退院許可決定を受けた対象者から居住地の届出を受けるとともに、地方厚生局にその内容を通知する。その通知を受けて、地方厚生局が、その対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に選定し、当該指定通院医療機関、保護観察所並びに対象者及びその保護者にその旨を通知する。
- 生活環境の調整の過程で作成された処遇の実施計画案を踏まえ、保護観察所は、ケア会議を開催するなどして、指定通院医療機関、都道府県・市町村等の関係機関と協議した上で、速やかに処遇の実施計画を作成する。
- 指定通院医療機関は、作成された処遇の実施計画を踏まえつつ、事前に検討していた内容に応じて、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行う。
- その他、処遇開始後の保護観察所等との連携については、地域処遇ガイドラインに定めるところにより行われる。

③ 指定入院医療機関との情報の共有

- 地方厚生局が指定通院医療機関を内定又は選定した場合には、地方厚生局から指定入院医療機関に対しその旨の連絡があり、この連絡を受けた指定入院医療機関から、当該指定通院医療機関に通院する予定の対象者に関する情報が提供される。
- その他、指定入院医療機関から、本法に基づく入院決定を受け入院している者の社会復帰期の外泊に際し、想定される指定通院医療機関に必要な情報が提供される。また、退院後においても、選定された指定通院医療機関に必要な情報が提供される。

通院医療の開始(指定入院医療機関から退院する場合の標準例)



(2) 通院医療の開始（入院による医療を経ない場合）

① 指定通院医療機関の選定の事前調整

- 当初審判における保護観察所が行う生活環境の調査については、当初審判における入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「当初通院決定」という。）も想定し、当該調査を行う過程において、必要に応じ、地方厚生局、当初通院決定があった場合に通院医療を担当する候補となる指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議が行われる。
- 地方厚生局は、保護観察所が候補となる指定通院医療機関と行った協議の結果を踏まえ、当該指定通院医療機関に確認の上、当初通院決定があった場合に速やかに選定できるよう、あらかじめ内定する。
- 内定した指定通院医療機関は、保護観察所から、生活環境の調査結果の報告に当たり、意見を求められることがあるので、その場合には、保護観察所に対し必要な情報提供を求めた上で、意見を述べる。
なお、必要であれば、内定した指定通院医療機関は、保護観察所に対し、生活環境の調査結果の報告について内容を確認してもよい。
- 内定した指定通院医療機関は、当初通院決定後に必要となる医療の内容について検討を進める。
- なお、この生活環境の調査は、対象者の居住地において実施され、調整される指定通院医療機関は、できるだけ対象者の居住地に近い指定通院医療機関の中から、最も適切なものとするのが原則となる。

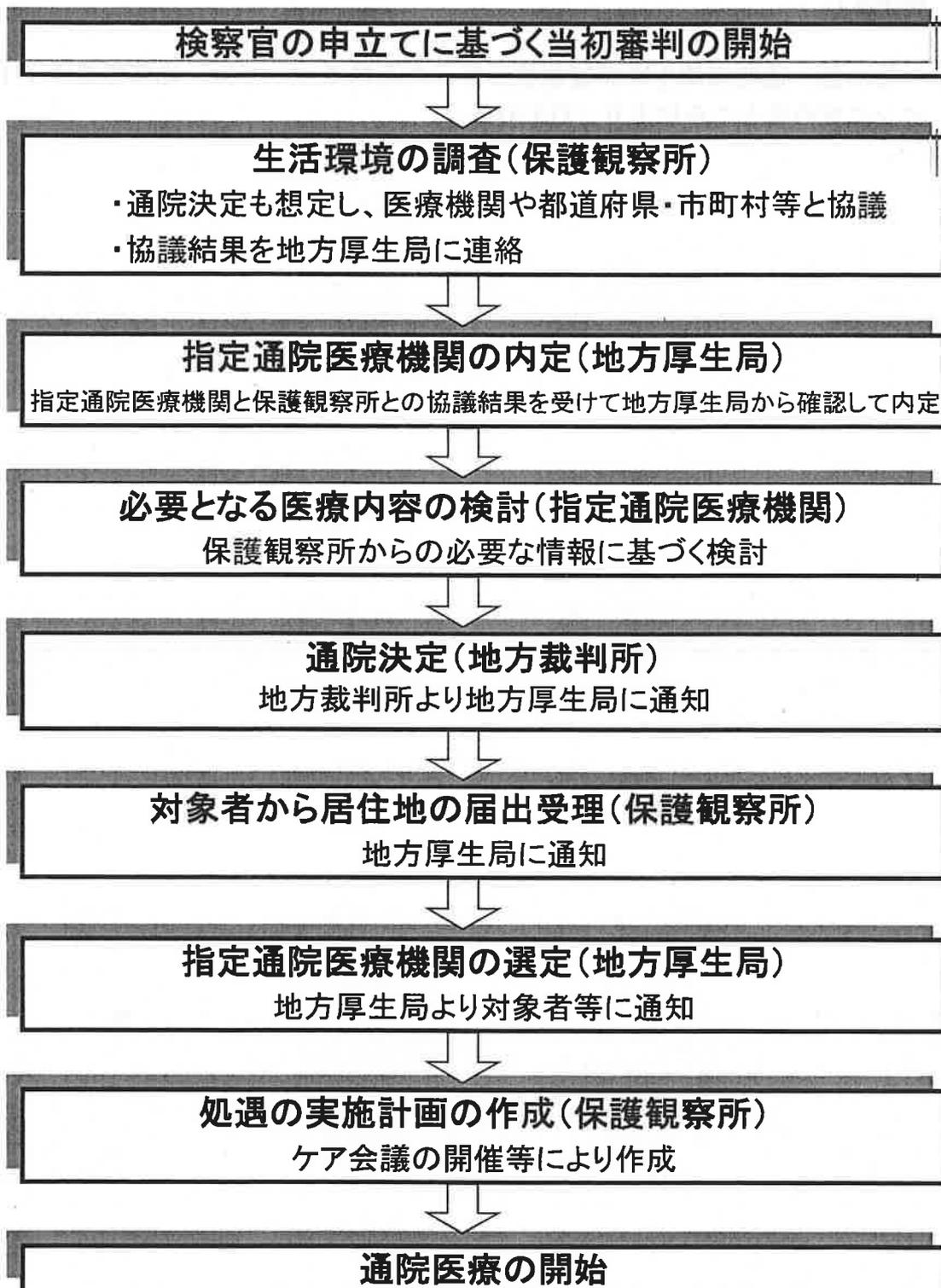
② 指定通院医療機関の選定

- 当初通院決定がなされた場合には、保護観察所は、通院決定を受けた対象者からの居住地の届出を受けるとともに、地方厚生局にその内容を通知する。通知を受けた地方厚生局は、当該対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に選定し、当該指定通院医療機関、保護観察所並びに対象者及びその保護者にその旨を通知する。
- 保護観察所は、ケア会議を開催するなどして、指定通院医療機関、都道府県・市町村等の関係機関等と協議した上で、速やかに処遇の実施計画を作成する。
なお、この場合、入院による医療を経ないため、調整等にかかる時間的余裕がなく、迅速な対応が必要となる。

○ 指定通院医療機関は、作成された処遇の実施計画を踏まえつつ、事前に検討していた内容に応じて、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行う。

○ その他、通院期間中の保護観察所等との連携については、地域処遇ガイドラインに定めるところにより、行われる。

通院医療の開始（入院による医療を経ない場合の標準例）



(3) 処遇の終了、通院期間の延長、(再)入院

① 意見書提出

- 保護観察所の長は、処遇の終了、通院期間の延長又は(再)入院の申立てを、必要に応じ、裁判所に行うが、それぞれの場合に、指定通院医療機関の管理者は、通院処遇ガイドラインに従い必要な評価を行った上で意見書を作成し、保護観察所に提出することが必要である。

- 特に、通院対象者の改善状況等により、通院処遇ガイドラインに定める標準的な通院期間より早期に本法による医療を行う必要があると認めることができなくなった場合には、直ちに、その旨を保護観察所の長に通知するとともに、適切な意見書の提出を行う必要があることに留意しなければならない。

② 「処遇の終了又は通院期間の延長」に係る審判における裁判所の決定

通院期間は、通院決定(法42条1項2号)又は退院許可決定(法51条1項2号)があった日から3年間であり、裁判所は、通じて2年を超えない範囲で、この期間を延長することができる。

保護観察所の長による処遇の終了の申立て又は通院期間の延長の申立てに対する裁判所の決定には、申立ての不適法を理由とする却下決定(法第56条第2項)のほか、

- I 入院によらない医療を行う期間を延長する旨の決定(以下「通院期間延長決定」という。)(同条第1項第1号)
- II この法律による医療を終了する旨の決定(以下「処遇終了決定」という。)(同項第2号)
- III この法律による医療の終了の申立てを棄却する決定(同項第1号)

の3つがある。

Iの通院期間延長決定は、保護観察所の長による通院期間の延長の申立てに対してなされるものであり、この決定があれば、通院決定又は退院許可決定から3年間経過後も通院対象者は引き続き厚生労働大臣が選定した指定通院医療機関による通院医療を受けるべき義務を負い、厚生労働大臣及びその委託を受けた指定通院医療機関は、当該決定を受けた通院対象者に対して引き続き本法による通院医療を行う責務を負うこととなる。なお、通院期間延長決定に当たっては、延長期間が定められる(法第56条第3項)。

IIの処遇終了決定は、保護観察所の長による通院期間の延長の申立て又は保護観察所の長若しくは通院対象者等による処遇の終了の申立てに対してなされるものであり、この決定があれば、本法による医療は終了することとなり、指定通院医療機

関は、当該決定を受けた者に医療を行う責務を負わなくなる。なお、その者が引き続き精神科の医療を受ける必要があるれば、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）等による一般医療の中で、必要な医療が行われることとなる。

Ⅲのこの法律による医療の終了の申立てを棄却する決定は、保護観察所の長又は通院対象者等による処遇の終了の申立てに対してなされるものであり、この決定があれば、通院対象者の通院医療を受けるべき義務、厚生労働大臣及び指定通院医療機関の本法による通院医療を行う責務等に変更は生じないこととなる。なお、保護観察所の長による通院期間の延長の申立てについて、裁判所がその必要がないと認める場合には、この決定ではなく、Ⅱの処遇終了決定がなされることとなる。

③ 「再入院等」に係る審判における裁判所の決定

保護観察所の長による（再）入院の申立てに対する裁判所の決定には、申立ての不適法を理由とする却下決定及び申立てを棄却するとともに行う通院期間延長決定のほか、

- I 医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定（以下「（再）入院決定」という。）（法第61条第1項第1号）
- II 申立てを棄却する決定（同項第2号）
- III この法律による医療を終了する旨の決定（以下「処遇終了決定」という。）（同項第3号）

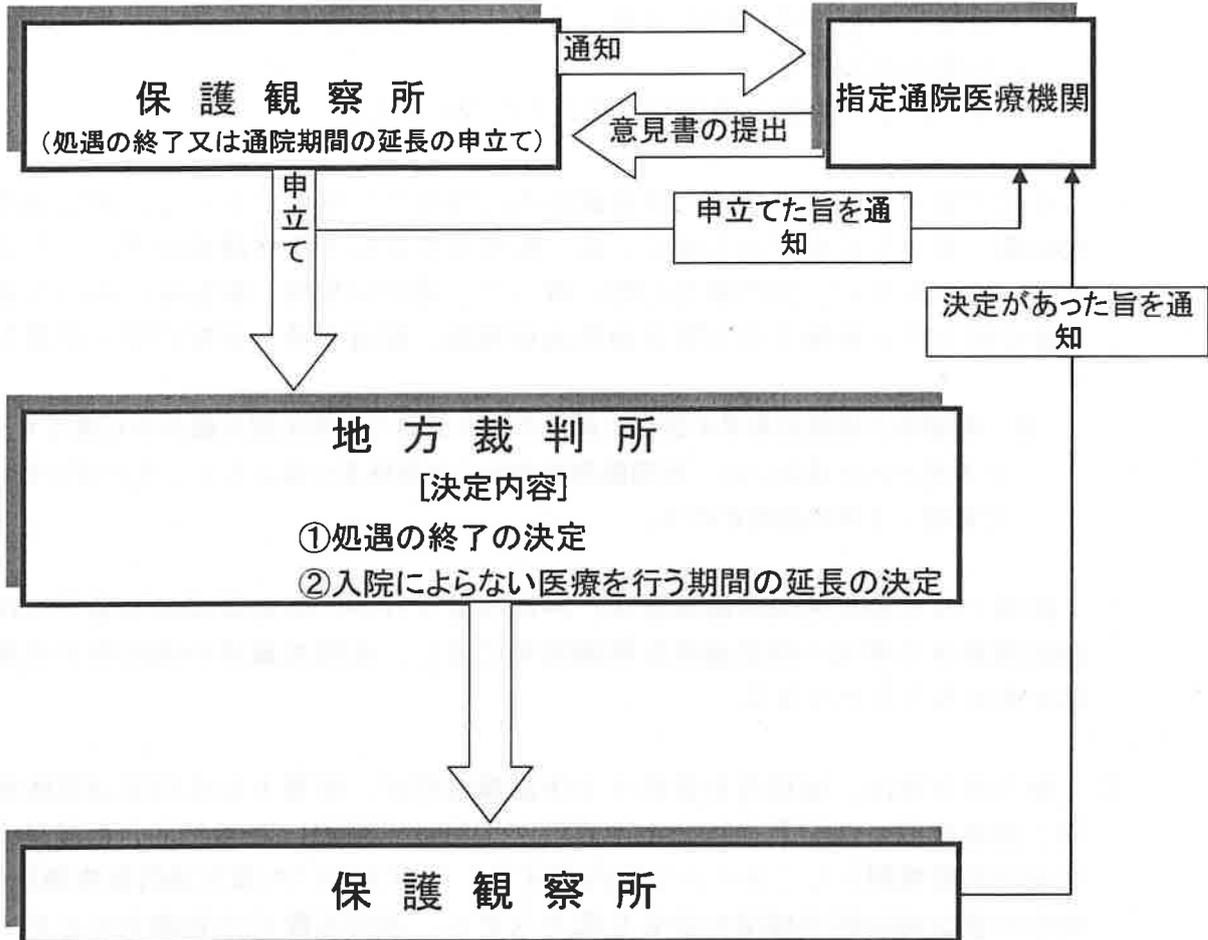
の3つがある。

Iの（再）入院決定があれば、通院対象者は指定入院医療機関に入院することとなる。

IIの決定がなされた場合、通院対象者は、引き続き通院医療を受け続けることとなり、通院対象者の通院医療を受けるべき義務、厚生労働大臣及び指定通院医療機関の本法による医療を行う責務等に変更は生じないこととなる。

Ⅲの処遇終了決定があれば、本法による医療は終了することとなり、指定通院医療機関は、当該決定を受けた者に医療を行う責務を負わなくなる。なお、その者が引き続き精神科の医療を受ける必要があるれば、精神保健福祉法等による一般医療の中で、必要な医療が行われることとなる。

処遇の終了又は通院期間の延長のフロー図



(4) その他の主な事務

① 転居等による指定通院医療機関の変更

- 指定通院医療機関は、本法第89条第2項の規定に基づき、本法による通院決定を受けた者に対する入院によらない医療を提供する義務を有しており、指定通院医療機関の変更については、次のような場合に行われるものであり、病院運営上の理由による変更は認められない。

- ・ 対象者の転居その他の事情により、その社会復帰の促進を図るために特に必要があること。
- ・ 変更により医療の実施に支障を生じないこと。

- 通院対象者が転居の届出を保護観察所に提出した場合において、指定通院医療機関の変更の必要がある場合には、転居先を管轄する保護観察所は、生活環境等の調査を行い、当初審判の際に準じて、地方厚生局、転居後における通院医療を担当する候補となる指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議を行う。

※ 転居等が通院対象者の医療の継続や社会復帰の促進を図る観点から適当でないと思われる場合には、保護観察所を中心に関係者が協力して、その者に対して懇切・丁寧に説明を行う。

- 候補となる指定通院医療機関は、円滑な受入れのため必要がある場合には、保護観察所や現在の指定通院医療機関等に対し、通院対象者の病状等の情報提供を求めることができる。

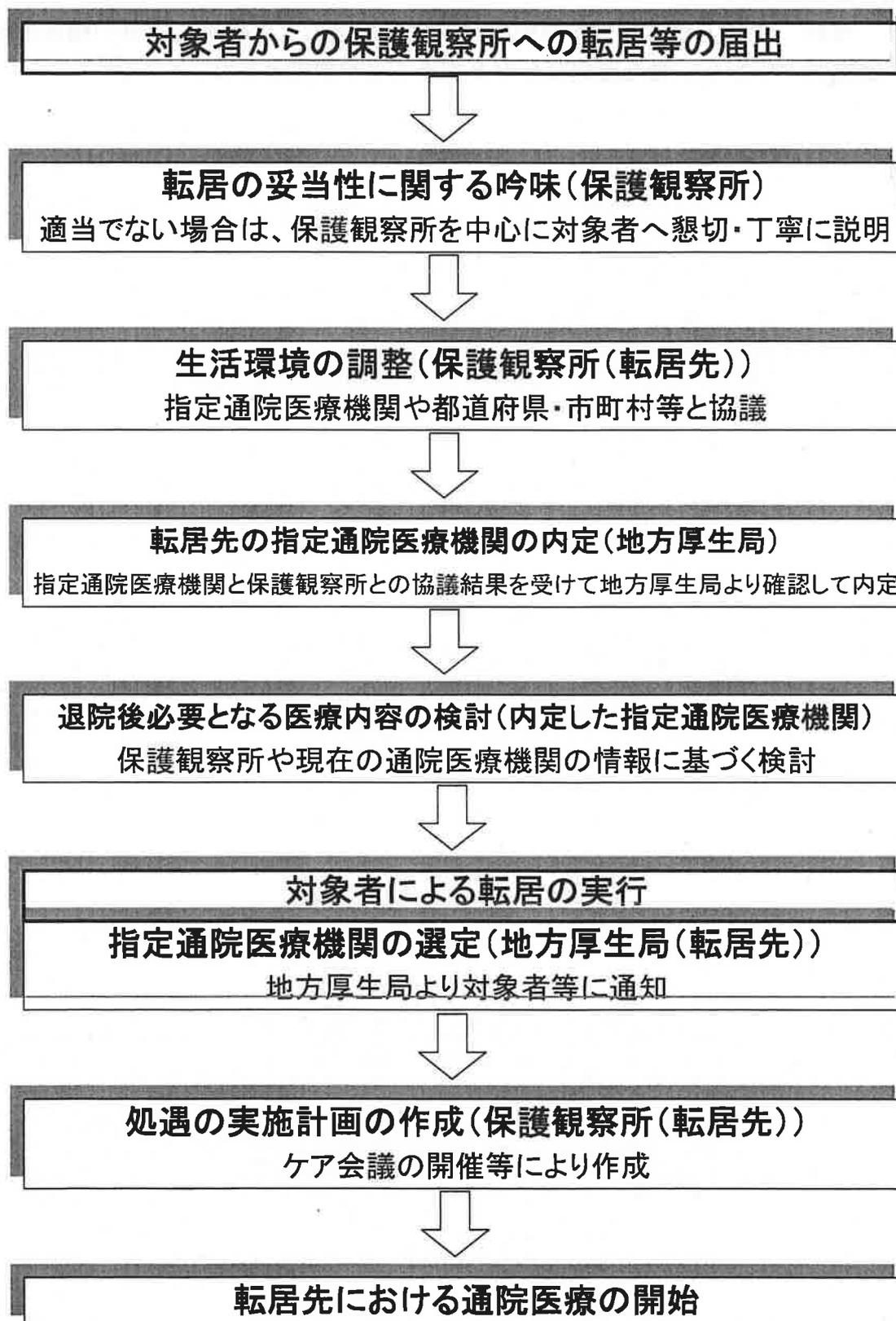
- 地方厚生局は、転居先を管轄する保護観察所が、候補となる指定通院医療機関と協議を行った結果を踏まえ当該指定通院医療機関に確認の上、転居後の指定通院医療機関としてあらかじめ内定する。内定を受けた指定通院医療機関は、現在の指定通院医療機関の意見を聴きながら、通院医療の内容確定のための事前準備を進める。

- 転居がなされた場合には、保護観察所から地方厚生局にその内容が通知され、その通知を受けて、地方厚生局が、当該対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に選定し、当該指定通院医療機関、保護観察所並びに対象者及びその保護者にその旨を通知する。

また、保護観察所は、ケア会議を開催するなどして、指定通院医療機関、都道府県・市町村等の関係機関と協議した上で、速やかに処遇の実施計画を作成する。

- なお、候補となる指定通院医療機関は、できるだけ転居先に近い指定通院医療機関の中から、最も適切なものとするのが原則となる。

転居による指定通院医療機関の変更



② 長期旅行への対応

- 指定通院医療機関は、通院対象者が長期の旅行の届出を保護観察所に行った場合には、保護観察所から医療の継続性の面で支障がないか意見を聴かれるので、通院処遇ガイドラインに基づく評価結果に従い、必要な情報提供を保護観察所に行う。

※ 長期旅行が通院対象者の医療の継続や社会復帰の促進を図る観点から適当でないと思われる場合には、保護観察所を中心に関係者が協力して、対象者に対して懇切・丁寧に説明を行う。

- また、長期の旅行において、旅行先にある指定通院医療機関は、適正かつ円滑な処遇を確保するため必要があると認められるとき保護観察所から協力を求められることがある。ただし、医療費については選定された指定通院医療機関ではないことから医療保険等による対応となる。

③ 対象者等による処遇の終了の申立て

- 本法第55条の規定に基づき、通院対象者、その保護者又は付添人（以下「対象者等」という。）は、地方裁判所に対し、本法による医療の終了の申立てをすることができる。

- この申立てがあった場合には、裁判所からの連絡を受けた保護観察所から、指定通院医療機関の管理者にその旨が通知される。また、対象者等から、医療の終了の申立てを棄却する決定に対し抗告がなされた場合も同様である。

- この申立てに基づき、本法による医療を終了する旨の決定（以下「処遇終了決定」という。）があった場合には、保護観察所の長の申立てによって開始された審判における処遇終了決定と同様の取扱いとなる。

- 通院対象者の申立てに資するため、この申立てのための様式と裁判所作成の記載例について、備え付けること。

4. 通院中の対象者に関する留意事項等

(1) 精神保健福祉法による入院の選択

○ 通院対象者については、精神保健福祉法による任意入院・医療保護入院・措置入院などを行うことが可能であり、指定通院医療機関その他の関係機関は通院対象者の病状に応じて適切な医療を行う必要がある。実際の運用においては、通院対象者の病状の悪化が認められた場合には、通院対象者に適切な精神科救急医療を提供するとともに、必要な医療を確保し、医療観察法による入院による医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うためにも、必要かつ適切と判断される場合は精神保健福祉法による入院等を活用すべきである。

その際、ケア会議等であらかじめ定めた方針に従い、既存の精神科救急医療システム等を積極的に活用する。

○ 精神保健福祉法に基づく入院の期間中、精神保健観察は停止することなく続けられる（通院期間は進行する。）。入院先が指定通院医療機関と異なる場合には、指定通院医療機関においては、保護観察所とともに、通院対象者が入院している医療機関と連携を図り、必要とされる医療の確保はもとより、当該医療の一貫性の確保に留意する。

(2) 必要な診療録の保管

○ 診療録の開示については、「診療情報の提供に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）に定めるところによる。

○ 医療従事者等は、通院対象者等が通院対象者の診療録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならない。

○ 診療録の開示の際、通院対象者等が補足的な説明を求めてきたときは、医療従事者等は、できる限り速やかにこれに応じなければならない。この場合にあつては、担当の医師等が説明を行うことが望ましい。

(3) 通院処遇の改善に向けた取組への参画

○ 本法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、定期的な通院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定通院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診察に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあつた場合には、必要な情報を提供するほか、通院処遇の改善に向けた取組へ参画する。

(4) 個人情報の取扱い

- 個人情報の取扱いについては、本法に定めるほか、地域処遇ガイドライン、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日付け厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知）等に定めるところによる。

※ 本法第117条第3項

指定医療機関の職員又はその職にあった者が、この法律の規定に基づく指定医療機関の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

- 医療従事者等は、診療情報の提供が次に掲げる事由に該当する場合には、診療情報の全部又は一部を提供しないことができる。
 - ・ 診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき
 - ・ 診療情報の提供が、通院対象者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき
- 指定通院医療機関の管理者は、裁判所又は他の医療施設から提供を受けた通院対象者に関する資料を適切に管理すること。

5. 地域連携体制の確保

(1) 通常時における関係機関等との連携

事務に応じて関係する機関の範囲が異なるが、通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行う。

なお、地元自治体との関係については、指定入院医療機関とは異なり、通常のケア会議の中で必要な情報交換を行う。

- 通院対象者の処遇に関する一般的連携、処遇の決定の手続等に関する事項
 - ・ 保護観察所その他のケア会議のメンバー
- 通院中の医療に関する事項
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 指定入院医療機関
- 処遇終了又は通院期間の延長の申立て
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
 - ・ 地方裁判所
- 指定通院医療機関の変更
 - ・ 保護観察所
 - ・ 地方厚生局
- 監査等
 - ・ 地方厚生局
- 診療報酬等
 - ・ 支払基金等
- その他の業務
 - ・ 都道府県主管課
 - ・ 精神保健福祉センター
 - ・ 保健所
 - ・ 市町村等主管課
 - ・ 福祉事務所
 - ・ 指定入院医療機関
 - ・ 障害福祉サービス事業者等

(2) 緊急時における対応体制の確保

緊急時における対応体制は、ケア会議の中であらかじめ定められることとなるので、これに該当する事故等が生じた場合には、速やかに関係機関等に連絡を行うこと。

6. その他

(1) 監査等の実務

- 本法に基づく医療等が適切に実施されているか、また、指定通院医療機関として適切な運営が行われているかについて、本法第85条第1項の規定に基づき、5年に1回程度の定期的な検査を行い必要な指導を行うものとする。
なお、具体的な実施要領は、別途定める手続き要綱によるものとする。

※ 報告の請求及び検査（本法第85条）

厚生労働大臣は、前条第1項の規定による審査のため必要があるときは、指定医療機関の管理者に対して必要な報告を求め、又は当該職員に、指定医療機関についてその管理者の同意を得て、実地に診療録その他の帳簿書類を検査させることができる。

指定医療機関の管理者が、正当な理由がなくその規定による報告の求めに応ぜず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の同意を拒んだときは、厚生労働大臣は、当該指定医療機関に対する診療報酬の支払を一時差し止めることができる。

(2) 診療報酬請求事務手続

別途手続き要綱を作成する。

通院処遇ガイドライン

2019年3月5日改正

2019年4月1日施行

通院処遇ガイドライン

目次

I 総論

1 医療観察法における通院処遇の位置づけと目標・理念

1) 通院処遇の位置づけ

2) 通院処遇の目標・理念

(1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現

(2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供

(3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供

2 指定通院医療機関の役割と処遇方針

別添：退院に向けた準備から処遇終了までの流れ

II 通院処遇の留意事項

1 医療の質や地域連携を確保する組織体制

2 治療プログラム

1) 多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施

2) 精神疾患にかかる薬物療法

3 治療評価と記録

1) 継続的な評価

2) 改訂版共通評価項目

3) 記録等の標準化

4 その他

1) 医療情報の取扱い

2) 入院処遇との連携確保

III 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ

1 通院開始前

1) 対象者が入院決定により指定入院医療機関に入院している場合

2) 対象者が当初審判において通院決定を受けた場合

2 通院開始後

1) 前期通院治療

2) 中期通院治療

3) 後期通院治療

4) クリティカルパスから外れた対象者に関する取扱い

IV 通院中の評価の留意事項

1 通院開始時の評価

2 処遇終了等に係る評価

1) 処遇終了

2) 通院期間延長

3) 入院

V その他の留意事項

1 退院許可決定と通院決定

2 精神保健福祉法による入院の選択

3 個別医療行為の留意事項

別添：対象者の病状悪化時の対応に係るフローチャート

VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

VII 事例集（参考）

別添：通院医療クリティカルパス（イメージ）

別添：改訂版共通評価項目の解説とアンカーポイント

I 総論

1 医療観察法における通院処遇の位置づけと目標・理念

1) 通院処遇の位置づけ

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の目的は、その第1条において、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされている。
- 本制度の対象者への地域社会における処遇では、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）に基づく精神保健福祉サービスを基盤として本制度に基づく処遇の体制が形づくられるものである。
- 本ガイドラインは、地域社会における処遇のガイドライン（平成17年7月14日法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）等に定める社会復帰に向けた取組の中で、裁判所から医療観察法による入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「通院決定」という。）又は指定入院医療機関からの退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「退院許可決定」という。）を受け医療観察法による入院によらない医療を受けている対象者（以下「通院対象者」という。）の通院医療に関して指定通院医療機関の果たす役割に主に焦点を当てて記載されたものである。

2) 通院処遇の目標・理念

- (1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現
 - 継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自律的に求めることも含む。）を高める。
 - 他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得する。
 - 被害者に対する共感性を養う。
- (2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療提供
 - 関係法令等を遵守しつつ、入院中や退院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。
 - 対象者の病状把握のための観察・評価を継続的に実施する。
 - 通院対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。
- (3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
 - 治療内容について通院対象者及び家族に対して十分な説明を行う。
 - 地元自治体等の要請に対しても、必要な情報提供を行う。

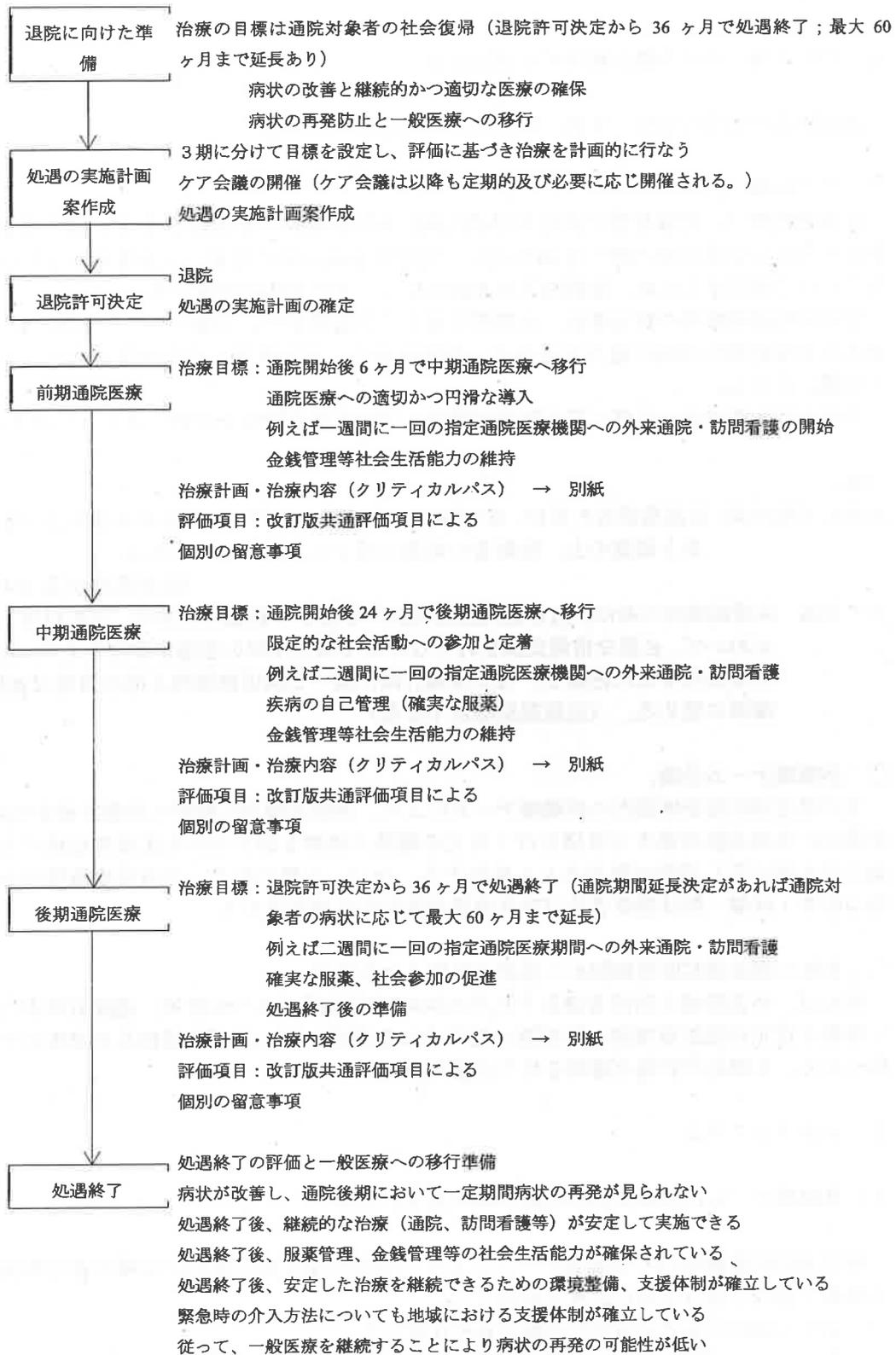
2 指定通院医療機関の役割と処遇方針

- 退院許可決定を受けるか、あるいは当初より通院決定を受けた通院対象者について、当該通院対象者の状況に応じて専門的な通院医療を提供するとともに、一時的な病状悪化

の場合などには、精神保健福祉法等により、入院医療を提供することも想定する。

- 通院期間を「通院前期（通院開始後 6 ヶ月まで）」、「通院中期（通院開始後 6 ヶ月以降 24 ヶ月まで）」、「通院後期（通院開始後 24 ヶ月以降）」の 3 期に分けて目標を設定し、3 年以内に一般精神医療への移行を目指す。
- 対象者ごとに治療計画を作成し、定期的な評価を行うとともに、治療への動機付け等を高めるために、十分な説明を行い通院対象者の同意を得られるように努める（必要に応じ当該対象者が参加する多職種チーム会議も実施する。）。
- 保護観察所、他の保健・医療・福祉の社会資源と連携をとりつつ、対象者を支援する。

退院に向けた準備から処遇終了までの流れ



II 通院処遇の留意事項

1 医療の質や地域連携を確保する組織体制

通院処遇の実施に当たっては、以下の点に留意するものとする。

○ ケア会議

保護観察所は、地域社会における処遇に携わる関係機関等が通院対象者に関する必要な情報を共有し処遇方針の統一を図るほか、処遇の実実施計画の見直しや各種申立ての必要性等について検討するため、定期的又は必要に応じ、ケア会議を開催する。

指定通院医療機関の担当者は、全期間を通じて保護観察所が開催するケア会議に参加し、処遇の実実施計画の作成に協力するなど、保護観察所、都道府県、市町村等と連携し対象者の処遇に当たる。

指定通院医療機関は必要に応じ保護観察所にケア会議の開催を提案することができる。

(注)

処遇の実実施計画：保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者や都道府県知事及び市町村長と協議の上、対象者の処遇に関する実施計画を定める。

(医療観察法第 104 条)

ケア会議：保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者や都道府県知事、市町村長との間において、必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努める。(医療観察法第 108 条)

○ 多職種チーム会議

主に指定通院医療機関内の多職種チームにより、通院対象者に個別の治療計画を作成し、定期的に当該通院対象者の評価を行うなど各職種が連携を図りながら医療を提供する。会議には必要に応じ通院対象者本人も参加する。なお、必要に応じ、当該医療機関以外の地域の医療・保健・福祉関係者及び社会復帰調整官の参加を求める。

○ 複数の指定通院医療機関から医療が提供される場合

例えば、外来診療と訪問看護をそれぞれ別の医療機関が担う場合等、通院対象者に対して複数の指定通院医療機関から医療が提供される場合には、医療機関相互の連携を十分に保つため、定期的な評価会議等を行う必要がある。

2 治療プログラム

1) 多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施

指定通院医療機関内の多職種チームにより、通院対象者毎に個別の治療計画を作成し、各職種が連携を図りながら医療を提供する。

- 全ての通院対象者に個別の治療計画を作成する。
- 基本的に、通院対象者の同意を得た治療計画を作成する。
- 治療計画は専門職ごとに立案し、多職種チームで協議して決定する。
- 個別の治療内容についての最終的な判断は医師が行う。
- 治療計画の最終判断主体は指定通院医療機関の管理者とする。

- 通院対象者の病状評価を的確に行う。
- 通院対象者の病状悪化時における医療面での危機介入計画をあらかじめ策定し、通院対象者に説明し、同意を得られるよう努力する。
- 多職種チームによる継続的な評価結果を踏まえ、適宜見直しを行う。

2) 精神疾患に係る薬物療法

精神疾患に係る薬物療法については、以下を基準とする。

- 各疾患のアルゴリズム（治療指針）に沿って多剤を避け、同種同効の薬剤は単剤を基本とする。
（薬剤の使用方法については、「統合失調症治療ガイドライン（監修；精神医学講座担当者会議）」などを参考にする。）

3 治療評価と記録

1) 継続的な評価

評価に係る標準的なパターンは次の通りとする。

- 毎月1度、多職種チームで評価を行い、翌月の治療プログラムを作成する。
- 3ヵ月に1度、多職種チームで評価を行い、翌3ヵ月の治療プログラムを作成する。
- 定期的に（特に通院後期（通院期間が3年を超過し通院継続をする場合を含む。）においては頻回に）、多職種チームで医療観察法による通院処遇の継続の必要性について評価を行い、必要性が認められなくなった場合には、保護観察所の長に処遇終了に係る意見書を提出する。
- 通院期間が3年を超過する数ヵ月前に、多職種チームで医療観察法による通院処遇の継続の必要性について評価を行い、必要性が認められた場合には、通院継続の意見書を保護観察所の長に提出する。

2) 改訂版共通評価項目

- 入院から通院を通しての治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療標準化を図るために、改訂版共通評価項目を設ける。
- 改訂版共通評価項目を基本とする評価を通して、通院対象者の全体的な評価を行う。
- 改訂版共通評価項目は以下の19項目とする（別添参照）。

改訂版共通評価項目

「疾病治療」

- ・ 精神病症状
- ・ 内省・洞察
- ・ アドヒアランス
- ・ 共感性
- ・ 治療効果

「セルフコントロール」

- ・ 非精神病性症状
- ・ 認知機能

- ・日常生活能力
- ・活動性・社会性
- ・衝動コントロール
- ・ストレス
- ・自傷・自殺
- 「治療影響要因」
- ・物質乱用
- ・反社会性
- ・性的逸脱行動
- ・個人的支援
- 「退院地環境」
- ・コミュニティ要因
- ・現実的計画
- ・治療・ケアの継続性

3) 記録等の標準化

- 医療観察法における通院対象者の医療に当たって必要とされる診療情報が関係機関内で円滑に共有されるようにする目的から、指定通院医療機関の管理者は、通院対象者における下記の情報が一覧できるように診療録等を整備することとする。様式は例を参考に各医療機関において整備すること。

「対象者の通院開始時に整備すべき情報」

- ・個人情報
 - 通院対象者：氏名・性別・生年月日・年齢・居住地及び電話連絡先
 - 保護者：氏名・続柄・生年月日・選任状況・住所・電話連絡先
- ・管理情報
 - 保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名
 - 指定通院医療機関：通院開始年月日・施設名・管理者名・担当医師名、他担当職員名
- ・法的情報
 - 当該対象行為：行為名・発生年月日・概要
 - 刑事・司法手続き：起訴の有無・判決
- ・診療情報
 - 疾患に関する情報：主診断及びICDコード・副診断及びICDコード・身体疾患の有無及び内容
 - 禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項
 - 精神科現病歴関連：主訴・現病歴・家族歴・生活歴・治療歴・初診時現症・検査所見
 - 外来初診時における改訂版共通評価項目：4カテゴリー19項目・合計点
- ・外来初診時における治療方針

「指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」

- ・基本情報
 - 通院対象者：氏名・性別・生年月日・年齢・治療期、治療期の開始年月日
 - 保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名
 - 指定通院医療機関：通院開始年月日・施設名・管理者名・担当医師名・他担当職員名
- ・診療情報
 - 観察所見

治療内容：多職種チームによる治療的活動の内容とその効果

評価時における改訂版共通評価項目：4 カテゴリー19 項目・合計点

- ・総括
 - 要約
 - 目標
- ・今後の治療方針

4 その他

1) 医療情報の取扱い

- 通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行い、社会復帰調整官・保護者等への情報提供を行う。
- 通院処遇においては、地域の実情により、通院対象者に対して、複数の指定通院医療機関から医療が提供される場合もあり得るが、その場合には、それぞれの診療内容の整合性を図るため、連絡調整のための会議を定期的開催し、治療計画の調整を図ることが必要である。
- なお個人情報の取扱いについては、医療観察法に定めるほか、地域社会における処遇のガイドライン、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日）等に定めるところによる。

2) 入院処遇との連携確保

- 対象者の通院先として正式に選定された指定通院医療機関は、当該対象者の入院している指定入院医療機関から、当該対象者の「入院時基本情報管理シート」「直近半年間の診療及び病状経過の要約」「退院前情報管理シート」及び各「新病棟治療評価会議シート」「新病棟運営会議シート」のそれぞれ写しを受け取るものとする。
- 指定通院医療機関は、入院中の対象者の社会復帰期の外泊に際して、必要に応じ、当該対象者の試験的な受診を受け入れるものとする。
- 指定通院医療機関は、対象者の通院開始後も、当該対象者の処遇に当たり必要な情報を当該の対象者が入院していた指定入院医療機関に求めることができる。

Ⅲ 通院開始前の調整から処遇終了までの流れ

1 通院開始前

1) 対象者が入院決定により指定入院医療機関に入院している場合

- 対象者の退院後の通院先候補となった指定通院医療機関は、社会復帰調整官からの連絡を受け、当該対象者の処遇に関する意見交換を行う。
- 指定通院医療機関は、保護観察所、都道府県・市町村等の設置する専門機関のスタッフによるケア会議に適宜参加する他、対象者の外出外泊時には当該対象者と面談するなどして、その関係構築に努める。
- 地方厚生局から対象者の通院先として内定を受けた指定通院医療機関は、当該対象者の居住予定地を管轄する保護観察所が開催するケア会議に参加し、保護観察所、都道府県、市町村等と協議の上、当該対象者の処遇の実施計画案の作成に協力する。
- 指定通院医療機関は、必要な診療情報を指定入院医療機関より入手するとともに、指定入院医療機関と連携して、退院後に必要となる医療の内容について検討する。
- 指定入院医療機関と指定通院医療機関は、改訂版共通評価項目について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有する。

2) 対象者が当初審判において通院決定を受けた場合

- 地方厚生局から対象者の通院先として内定を受けた指定通院医療機関は、当該対象者の居住地を管轄する保護観察所が開催する事前協議に参加し、保護観察所、都道府県、市町村等と協議の上、対象者の処遇の実施計画案の作成に協力する。
- 保護観察所が開催する事前協議において、指定通院医療機関は関係機関と共に改訂版共通評価項目について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有する。

2 通院開始後

1) 前期通院医療

(治療目標；通院開始後6ヵ月で中期通院医療へ移行)

- 通院医療への適切かつ円滑な移行
- 改訂版共通評価項目等を用いた通院開始時の評価と治療計画の作成
- 安定的な通院医療の確保

(通院対象者の到達レベルの目安)

- 地域生活に慣れる。
- 外来通院や服薬など必要な医療を利用できる。
- 計画的な生活を送ることができる。

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

- 通院対象者との信頼関係の構築に重きを置く。
- 通院対象者の個別性の把握に努める。
- 入院処遇に引き続いて行われる場合にあつては、入院処遇で行われた医療内容との整合性に考慮する。

「訪問援助における留意事項」

- 通院対象者との信頼関係の構築に重きを置く。
- 通院対象者の自立生活能力（パーソナルケア・安全管理等）のアセスメントを行う。
- 通院対象者の居住環境を把握し、通院対象者が在宅（又はグループホーム等）生活に早く慣れるよう、医学的見地からの相談・援助を行う。
- 必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、通院対象者と協働して服薬管理に携わる。
- 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。
- 訪問ごとに予定時刻を確認するなど、通院対象者や関係機関との連絡を密に行う。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

- 指定通院医療機関が通院対象者に提供できる治療メニューの中で、通院対象者の個性に鑑みて適切なものを選択する。
- 通院対象者がなじめるような関わり方について、スタッフで意見交換を行う。

2) 中期通院医療

（治療目標；通院開始後 24 ヶ月で後期通院医療へ移行）

- 限定的な社会活動への参加と定着
- 定期的な評価と治療計画の見直し（適宜）
- 疾病の自己管理
- 金銭管理等社会生活能力の維持

（対象者の到達レベルの目安）

- 生活を楽しむことができる。
- 趣味を見つけることができる。
- 地域の人と交流することができる。

（提供される医療サービスごとの留意事項）

「外来診察における留意事項」

- 通院対象者に必要な薬物療法等について適宜再検討を行う。
- 通院対象者の行動範囲の拡大に伴う病状の変動について注意する。

「訪問援助における留意事項」

- 通院前期に引き続き、通院対象者が独りでできることの確認と向上を促す（衣替え、公共料金の支払い等）。
- 可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能ならば複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。
- 日常生活行動（衣・食）や健康管理に関する支援を行う。
- 必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、通院対象者と協働して服薬管理に携わる。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

- 通院処遇を通じての対象者の変化についてスタッフで意見交換を行う。
- 可能な範囲でより自主的・積極的な治療メニュー（料理、手工芸、ハイキング等）への参加を促す。
- 他の通院対象者との交流関係について把握する。

3) 後期通院医療

(治療目標；通院決定又は退院許可決定から 36 ヶ月で処遇終了（通院期間延長決定があれば通院対象者の病状に応じて最大 60 ヶ月まで延長）)

- 地域社会への参加の継続・拡大と一般精神医療への移行
- 必要な医療の自主的かつ確実な利用、社会参加の促進
- 処遇終了の準備

(通院対象者の到達レベルの目安)

- 継続して必要な服薬ができる。
- 安定した生活を送ることができる。
- 将来の見通しを立てられる。

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

- 一般精神医療への移行準備に当たり、各種治療メニューの実施頻度や到達目標の見直しを行う。
- 必要な薬物療法について適宜再検討を行う。
- 処遇終了に向けての対象者の気持ちの変化に注目する。
- 通院対象者の社会における対人関係（他者との協調性・自発性等）を評価する。

「訪問援助における留意事項」

- 通院対象者の自立的活動を促すことに重きを置いた援助を行う。
- 通院対象者に自らの社会的役割を意識させるような援助を行う。
- 処遇終了に向けての通院対象者の気持ちの変化に注目する。
- 通院対象者の社会における対人関係（他者との協調性・自発性等）を評価する。
- 可能な場合は精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。
- 可能な場合は複数の機関（精神保健福祉センター、保健所、地域活動支援センター、保護観察所等）の協働による訪問を行うことが望ましい。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

- 通院処遇を通じての通院対象者の変化についてスタッフで意見交換を行う。
- デイケア等の今後の活用方法について対象者と話し合う。

「その他」

- 一般精神医療における医療費について試算し、通院対象者の経済状況に鑑みて適宜助言を行う。
- 処遇終了後に他の医療機関に通院することが想定される場合は、新たな通院先に改訂版共通評価項目による情報を引き継ぐなど、連携を密に行う。
- 可能な範囲で就労支援を行う。

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

4) クリティカルパスから外れた経過を辿る通院対象者に関する取扱い

通院対象者によってはクリティカルパスから外れた経過を辿ることも想定されるが、その場合の取扱いについては関係機関と相談の上で柔軟に対処するものとする。

IV 通院中の評価の留意事項

1 通院開始時の評価

- 通院開始時には、基本的に入院医療における評価を引き継ぐという考えのもとに、家族歴、発達・生活歴、薬物使用歴、病歴と治療歴、以前の他害行為とその処遇歴、今回の対象行為と責任能力評価、医療観察法における鑑定や審判決定などを考慮しつつ、対象者に関する総合的な評価を行う。
- 診断は ICD-10 を用い、改訂版共通評価項目を参照する。
- これらの評価に基づき治療計画を作成する。

2 処遇終了等に係る評価

1) 処遇終了

病状が安定し、医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めことができなくなった場合には、医療観察法による通院医療を終了することが適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。

処遇終了の指標として、改訂版共通評価項目を参考にすのほか、以下の各項目を目安とする。

- 病状が改善し、通院後期において一定期間病状の再発がみられない
- 処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる
- 処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている
- 処遇終了後、安定した治療を継続できるための環境整備、支援体制が確立している
- 緊急時の介入方法について地域における支援体制が確立している

2) 通院期間延長

通院決定又は退院許可決定から3年を経過する前の時点で、なお病状が不安定で、改訂版共通評価項目等に基づく評価等の結果、継続して医療観察法による医療を受けさせる必要があると認める場合には、通院の延長が適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。

3) 医療観察法に基づく（再）入院

指定通院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、通院対象者の対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせて医療観察法による医療を行う必要があると認めるに至ったときは、直ちに、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。（医療観察法第110条第1項）

（再）入院の必要性の判断に当たっては改訂版共通評価項目等を参考にす。

なお、この通知を行った後も、最終的に裁判所等による入院決定が行われるまでの間は、医療観察法による入院によらない医療が継続することに留意し、指定通院医療機関は通院対象者に適切な医療提供を行う必要がある。

V その他の留意事項

1 退院許可決定と通院決定

医療観察法による通院医療の実施に当たっては、入院処遇を経由してくる場合（指定入院医療機関に入院中の対象者に対して退院許可決定が言い渡される場合）と入院処遇を経由せずに当初より通院処遇となる場合（当初審判において通院決定が言い渡される場合）があることに留意する必要がある。

後者（当初審判における通院決定の場合）においては、通院対象者に関する情報が少ないため、保護観察所とのより一層十分な連携のもとに通院処遇を開始する必要がある。

2 精神保健福祉法による入院の選択

医療観察法による入院によらない医療を受けている対象者については、精神保健福祉法による任意入院・医療保護入院・措置入院などを行うことが可能であり、指定通院医療機関その他の関係機関は通院対象者の病状に応じて適切な医療を行う必要がある。実際の運用においては、通院対象者の病状の悪化が認められた場合には、通院対象者に適切な精神科救急医療を提供するとともに、必要な医療を確保し、医療観察法による入院による医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うためにも、必要かつ適切と判断される場合は精神保健福祉法による入院等を活用すべきである。

その際、ケア会議等であらかじめ定めた方針に従い、既存の精神科救急医療システム等を積極的に活用する。

精神保健福祉法に基づく入院の期間中、精神保健観察は停止することなく続けられる（通院期間は進行する。）。入院先が当該指定通院医療機関と異なる場合は、指定通院医療機関においては、保護観察所と共に、通院対象者が入院している医療機関と連携を図り、必要とされる医療の確保はもとより、当該医療の一貫性の確保に留意する。

3 個別医療行為の留意事項

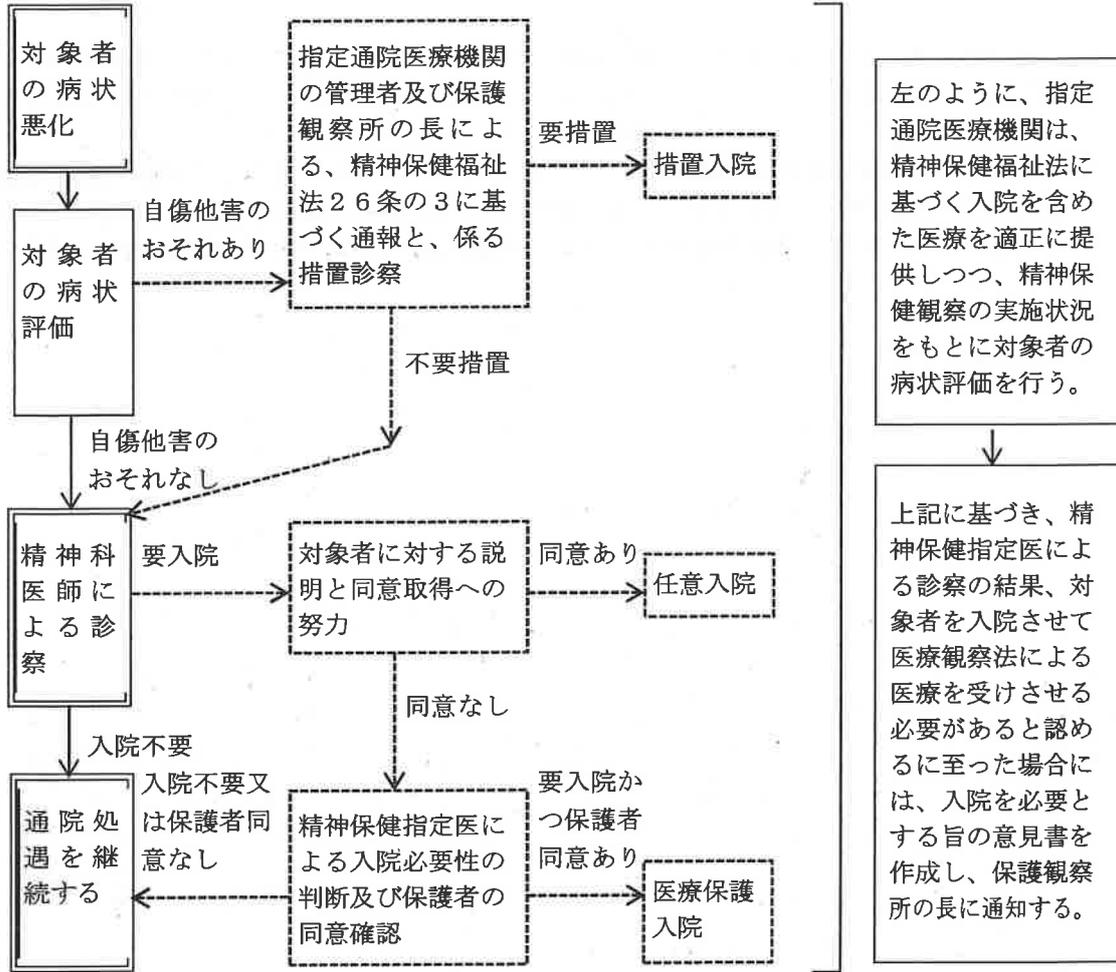
・身体合併症への対応

身体合併症に対しては、その治療を指定通院医療機関で行うか、治療のために通院対象者を他の医療機関に紹介するかといった判断があり得る。これらの判断は基本的には指定通院医療機関の担当の医師が行う。

身体合併症への対応が円滑に行われるよう、指定通院医療機関は、日頃から地域の医療機関との連携・連絡体制を整備しておく。

当該の身体合併症が、医療観察法の処遇に係る精神障害又はその治療の合併症若しくは副作用によるものであり、その因果関係が明らかであって、指定通院医療機関においてその治療を行った場合は、その旨を診療録に記載する。

通院対象者の病状悪化時の対応に係るフローチャート



左のように、指定通院医療機関は、精神保健福祉法に基づく入院を含めた医療を適正に提供しつつ、精神保健観察の実施状況をもとに対象者の病状評価を行う。

上記に基づき、精神保健指定医による診察の結果、対象者を入院させて医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めるに至った場合には、入院を必要とする旨の意見書を作成し、保護観察所の長に通知する。

※ 上図において、実線の部分は医療観察法による処遇、点線部分は精神保健福祉法による処遇を指す。

通院対象者が精神保健福祉法による入院中であっても精神保健観察は継続される。

精神保健福祉法による入院先は必ずしも指定通院医療機関である必要はない。

通院対象者が精神保健福祉法による入院中であっても、医療観察法による入院医療を受けさせる必要があると認められる場合には、指定通院医療機関の管理者は医療観察法による入院医療を必要とする旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出する。

VI 処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

- 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、改訂版共通評価項目を含め、通院処遇ガイドラインの定期的な見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮した上で可能な範囲で公開する。
- このため、指定通院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診療に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報を提供するほか、通院処遇の改善に向けた取組へ参画する。

Ⅶ 事例集（参考）

- 心神喪失等の状態で他害行為を行った精神障害者に対して、現行制度において多職種の連携や社会資源の活用等により地域生活支援を継続している事例を参考に示す。なお、個人情報保護の観点から、細部は変更している。

事例 1

大学卒業頃より幻聴があった。翌年留学するも半年で帰国。28歳時に精神科を初診し統合失調症の診断となる。月一回程度の受診をしていたが3年で中断。31歳時、被害妄想により他害事件を起こし警察官通報による措置入院となった。薬物療法により幻聴、被害関係妄想は軽減したが、入院前に住んでいたアパートは退去となり、家族との関係も悪く自宅への退院も困難であったため、精神保健福祉士を中心とする多職種による退院支援を開始した。家族関係を修復しアパート契約の保証人となってくれるよう依頼すると共に、食事・ゴミ捨て・金銭管理・服薬管理など生活能力向上を目指し、デイナイトケア体験通所、退院前訪問指導を経てアパートに退院となった。

退院後はデイナイトケア通所と訪問看護を併用した。デイナイトケアでは再発防止のため服薬管理プログラム等を行い、訪問看護では金銭管理の支援、部屋の掃除やゴミ分別等の生活支援を行った。生活のリズムが安定したため、生活支援センターの就労支援プログラムに参加。プログラム終了後、派遣会社に採用となり、週5日間フルタイムで就業。就労後も訪問看護を行い、受診の継続、服薬管理、仕事のストレスへの対処等を中心に支援を行った。仕事の疲労、ストレスが重なり、退職するが、その後もデイナイトケアに通所して生活リズムを整え、経済的には生活保護の申請支援を行う等、安定した生活ができるように支援を継続している。

事例 2

中卒後就労するが、被害関係念慮が出現し職場を転々とする。家族の薦めで精神科病院を受診し統合失調症の診断で外来通院するが怠業傾向。数回の入院歴あり。怠業を契機に幻聴・独語が出現、幻聴・妄想に基づき隣人を殺害し措置入院となる。入院後は薬物療法によく反応し、措置解除し開放病棟に移った後も積極的に作業を行うなど安定した状態が続き、入院後一年で退院となった。

退院後は福祉ホームへ入居し、職親の会社で働く。だんだん仕事が増えたが自分で調節して休むことができた。その後アパートへ引越し、仕事を変えながら働きつづける。不安を訴え自ら入院することもあったが短期で退院し元の職場に戻り、通院を続ける。その後本人の希望でグループホームに入居した。

事例 3

23才で結婚後しばらくして不眠となり、幻聴・妄想が出現。翌年精神科を初診し統合失調症の診断で入院。退院後離婚となる。以後軽快増悪を繰り返し、次第に家に閉じこもるようになり、妄想に基づき父親を殺害した。警察経由で医療保護入院となる。以後十数回の入退院をしながら治療を続けていたが、退院後の生活も見据えて他院に転院した。転院先では自身の症状や過去のことをふり振り返りながら整理させつつ、作業療法や集団精神療法にも積極的に参加。約一年間、地域生活を目標に治療とリハビリテーションに取り組む。ケースカンファレンスを実施し、本人をはじめ兄弟、関係各機関担当者がそれぞれの役割を確認した後、共同住居への入所となる。

退院当初は対人関係の不安が強かったが、世話人や当事者による代替世話人、地域生活支援センタースタッフなどの訪問支援もあり、家事の役割分担や共同作業を通じて徐々に

関係を築くことができた。自分の気持ちも相手に言えるようになってきた。日中の活動の場としてのデイケアでは、SSTやグループワークにも積極的に参加し、集団場面での発言も増えてきた。さらに、肯定的な関わりを続けるスタッフとの間では自身の疾病や障害への理解や健康の維持についての相談があるなど、個別活動からも本人の回復への意欲がみられてきた。徐々に比較的冷静に過去を振り返ることができるようになった。

事例 4

中卒で就労するが、徐々に独語や奇行が出現。家族が精神科受診を促すが拒否。その後傷害事件を起こし警察に保護される。措置診察により統合失調症と診断され措置入院となる。幻聴・誇大妄想・被害妄想が目立ち、易怒性が強く暴力的であったが次第に病状安定したため退院に向けた外泊が検討されたが、家族の受入が困難で入院が長期化した。最終的には経済的問題について家族で話し合いを行い、一家で県営住宅に転居すると共に退院となった。

退院後は、県営住宅にて家族と同居し不定期に就労していた。主治医の勧めによりデイケア通所を開始。家族間で金銭問題でのトラブルが絶えず、本人の希望にてケアマネジメントを導入した。精神保健福祉士が自宅を週に数回訪問し、本人・家族とデイケア・訪問・グループホームの看護師を交えたカンファレンスを行い、グループホームに入所。入所後もデイケアと訪問看護を利用した。状態が安定ししばらく訪問看護を中断していたところ、硬い表情や妄想を思わせる発言が見られたため、訪問看護を行い服薬中断が明らかとなった。本人に受診を促し、任意入院にて薬物療法を再開したところ状態は安定したため、再入所後のサービスについてカンファレンスで相談したのちグループホームに退院した。その後もしばしば服薬中断による状態変化は見られたが、デイケアや訪問看護・地域生活支援センターの訪問支援などにより早期介入を行い、在宅生活は継続されている。

通院医療クリティカルパス（標準的な医療内容のイメージ）

	1 ヶ月目（前期）	2～6 ヶ月目（前期）	7～24 ヶ月目（中期）	25～36 ヶ月目（後期）
本人の目安	地域生活に慣れる 外来通院ができる	計画的な生活ができる 生活上の困りごとを表現 し相談できる 金銭管理ができる	生活を楽しむことができる 趣味を見つける 地域の人と交流ができる	継続して必要な服薬ができる 安定した生活が送れる 将来の見通しが立てられる
評価・治療検討	必要な薬がきちんと飲める 社会資源の利用 指定通院医療機関への移行	安定的な通院	限定的な社会参加	地域社会への参加の継続・拡大 一般精神医療への移行
外来通院	週1～2回	週1～2回	週1回	週1回
訪問看護	週2～5回	週2～5回	週1～3回	週1回（必要に応じて）
服薬コンプライアンス	訪問時確認			
日常生活動作 （食事・入浴・排泄・ 清潔・服薬）	訪問時確認	訪問時確認		
検査	血液・尿検査・心電図等 （3月に1回） 心理検査（必要に応じて）	→→→	→→→	→→→
デイケア	週1～2回	週1～2回	週2～3回	週1～2回
作業療法	週1回、個別作業療法	週1回、個別作業療法	週1回、集団作業療法	週1回、集団作業療法
個別精神療法	週1～2回	週1～2回	週1回	週1回
集団精神療法		週1～2回	週1回	週1回
家族カウンセリング	週1回（必要に応じて）	週1回（必要に応じて）	週1回（必要に応じて）	週1回（必要に応じて）
ケア会議 多職種チーム会議		移行評価	移行評価	移行評価 一般精神医療への移行を目的とする連携会議

※ 個別の治療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

改訂版共通評価項目の解説とアンカーポイント

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、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多職種により統一的な視点により継続した評価を行うために、改訂版共通評価項目を設定する。

改訂版共通評価項目は以下の19項目と個別項目とする。

○改訂版共通評価項目

「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

評価項目の使用法と改訂の経緯

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検討に用いるため、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、入院処遇・通院処遇にかかわらず原則として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、入院処遇後の初回評価(入院3週目)、医療観察法鑑定における評価、直接通院処遇の初回評価は、対象行為の半年前から評価日までの期間で最も悪い状態を考慮して点数化する(入院処遇からの移行通院は初回も評価期間は直近3ヶ月間)。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。医療観察法鑑定時の評価は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でいる。
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を行う際には、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。
5. 本改訂は、初版における評定者間信頼性および収束妥当性の研究結果を踏まえ、評価者間の評価がより統一的となり、社会復帰における課題がより明確に把握されることを目的とした。そのため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結果から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。【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。また、通院移行後の問題行動等の予測力(AUC)が認められた項目、高いAUCが得られた項目の構成、因子分析結果、各項目の解釈、および改訂の背景については、「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25~27年度総合研究報告書」を参照のこと。

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

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ヶ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、衝奇性、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. 衝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、頭を搔くなど）。

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。

一過性の場合には最後に観察された日付 ()

2. 内省・洞察

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と感じているかどうかと、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な。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

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

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

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

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。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ヶ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

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

評価基準

この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

評価基準

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

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、【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

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

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

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

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

評価基準

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

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

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

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。鑑定など治療が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

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、改訂版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定を続けることが必須となる。

改訂版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。

改訂版共通評価項目 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。改訂版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。

最終的な対象者の治療計画は、改訂版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、19 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

改訂版共通評価項目は①19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改訂版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、改訂版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、改訂版共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

改訂版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改訂版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。すなわち改訂版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。また改訂版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改訂版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。

通院基本情報管理シート 1/2

フリガナ			性別			生年月日			現在年齢	満歳
本人										
居住地	都・道 府・県							電話		
フリガナ			続柄			生年月日			選任状況	
保護者										
保護者住所	都・道 府・県							電話		
保護観察所				社会復帰調整官						
指定通院 医療機関	通院開始年月日		施設名				管理者			
	担当医師		担当精神保健福祉士				担当看護師			
	担当作業療法士		担当臨床心理技術者				担当その他			
対象行為	行為名			発生年月日		概要				
刑事・司法 手続き	起訴		執行猶予の 有無	執行猶予 期間	年 月 日 ~		年 月 日		日まで	
主診断(ICD)	(F)									
副診断(ICD)	複数の場合は列挙		(F)		(F)		(F)		(F)	
身体疾患(ICD)	複数の場合は列挙		()		()		()		()	
禁忌・アレルギー										
主訴・現病歴										
家族歴										
生活歴										
治療歴										
その他 特記事項										

通院基本情報管理シート 2/2

初診時現症				
身体的検査所見				
心理検査所見				
総合的な生活機能(GAF)		点	生活機能を全体的にとらえて0~100点で評価する。	
改訂版共通評価項目	要素	具体的要素	点	備 考
	疾病治療	精神病症状		
		内省・洞察		
		アドヒアランス		
		共感性		
		治療効果		
	セルフコントロール	非精神病性症状		
		認知機能		
		日常生活能力		
		活動性・社会性		
		衝動コントロール		
		ストレス		
		自傷・自殺		
	治療影響要因	物質乱用		
		反社会性		
		性的逸脱行動		
		個人的支援		
	退院地環境	コミュニティ要因		
		現実的計画		
		治療・ケアの継続性		
合計得点				
通院処遇開始時の治療方針				
シート作成責任者	(職種:)	シート作成年月日		

指定通院医療機関 治療評価シート(1ヶ月毎)

フリガナ		性別		生年月日		現在年齢	
本人氏名							
治療期		左記治療期の開始(年月日)					
保護観察所		社会復帰調整官					
指定通院 医療機関	通院開始年月日		施設名		管理者		
	多職種チームの担当者						
	医師		精神保健福祉士		看護師		
	臨床心理技術者		作業療法士		その他		
主診断(ICD)	(F)						
副診断(ICD)	(F)		(F)				
身体疾患(ICD)	()		()				
1ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点							
医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す				効果と問題点			
1ヶ月間の地域における生活状況等(日常生活、就労状況、対人関係など)							

要素	具体的要素	点	備考
	疾病治療	精神病症状	
内省・洞察			
アドヒアランス			
共感性			
治療効果			
セルフコントロール	非精神病性症状		
	認知機能		
	日常生活能力		
	活動性・社会性		
	衝動コントロール		
	ストレス		
	自傷・自殺		
治療影響要因	物質乱用		
	反社会性		
	性的逸脱行動		
	個人的支援		
退院地環境	コミュニティ要因		
	現実的計画		
	治療・ケアの継続性		
合計得点		0	

1ヶ月間の総合評価 (共通評価項目で変化のあった項目を中心に評価する)			
治療方針 (短期的な方針を記す)			
会議参加者	(職種:)	(職種:)	(職種:)
	(職種:)	(職種:)	(職種:)
	(職種:)	(職種:)	(職種:)
	(職種:)	(職種:)	(職種:)
シート作成責任者	(職種:)	会議開催年月日	
		シート作成年月日	

指定通院医療機関 治療評価シート(3ヶ月毎)

本人氏名			
3ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点			
介入の内容: 医療機関(訪問看護・指導も含む)、保護観察所、地域などに分けて記載			
1) 医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す	効果と問題点		
2) 保護観察所	効果と問題点		
3) 地域(保健所、社会復帰施設など)	効果と問題点		
総合的な生活機能(GAF)		点	生活機能を全体的にとらえて0~100点で評価する。
現在の本人のニーズ			
現在の通院治療期における援助方針			
通院処遇終了を目標とした援助方針			
会議参加者	(職種:)	(職種:)	(職種:)
	(職種:)	(職種:)	(職種:)
	(職種:)	(職種:)	(職種:)
	(職種:)	(職種:)	(職種:)
シート作成責任者	(職種:)	会議開催年月日	
	(職種:)	シート作成年月日	