

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。

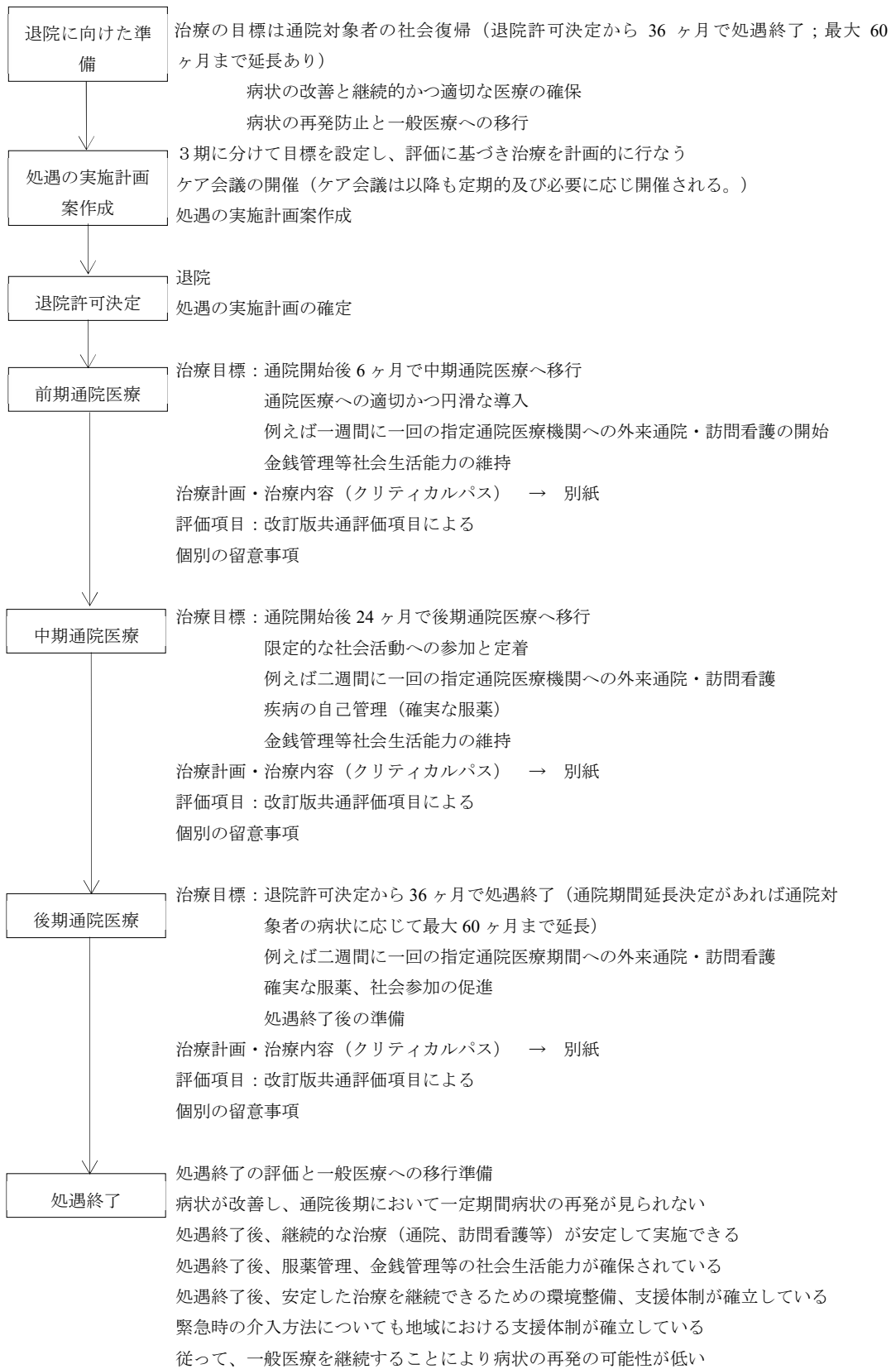
2 指定通院医療機関の役割と処遇方針

- 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」 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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」 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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に行い、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「治療評価会議シート」「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おいて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っては、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、通院対象者の個別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。

「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るほか、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る。

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るべきである。

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

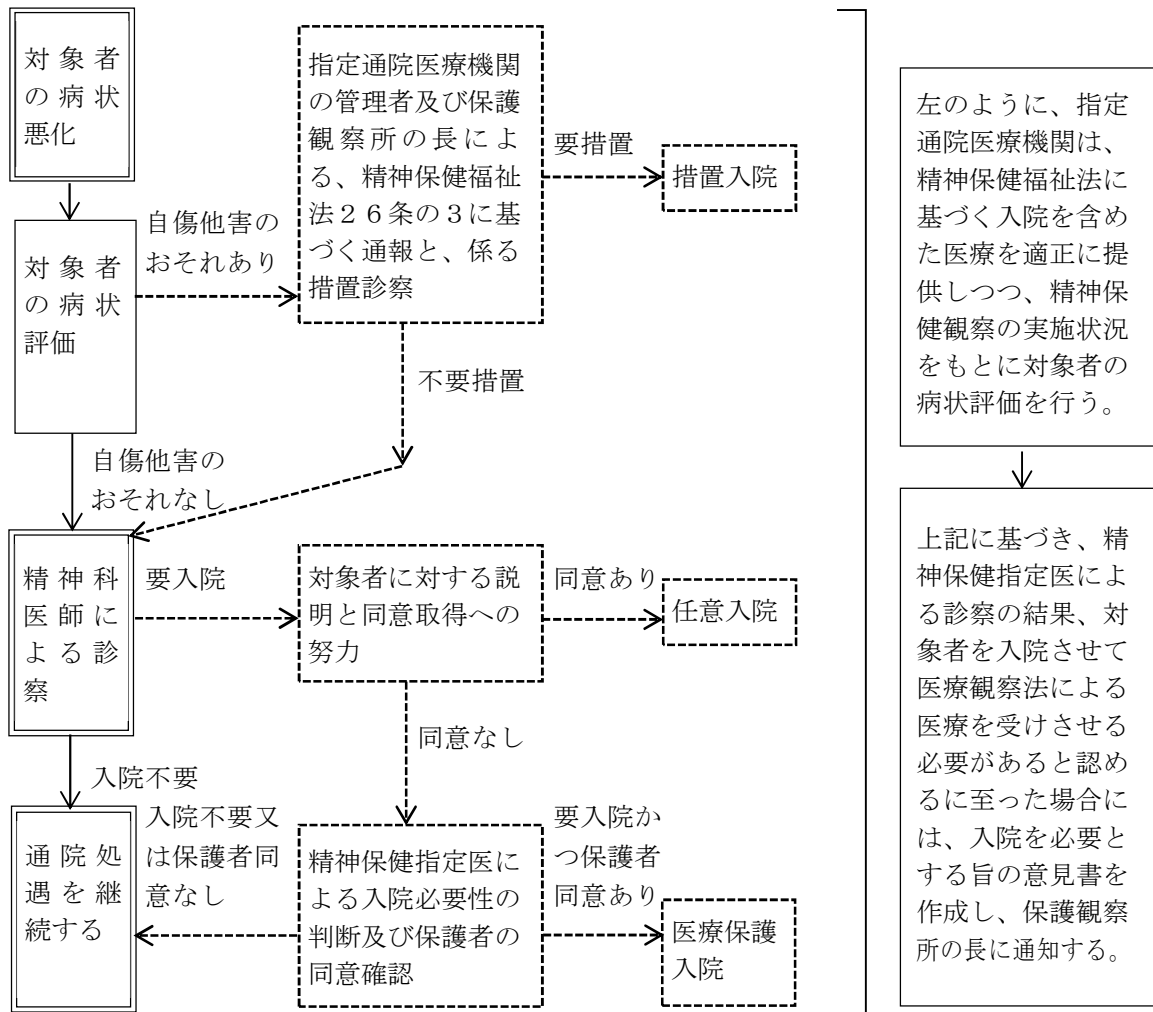
・身体合併症への対応

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



※ 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薬傾向。数回の入院歴あり。怠薬を契機に幻聴・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 カ月目（前期）	2～6 カ月目（前期）	7～24 カ月目（中期）	25～36 カ月目（後期）
本人の目安	地域生活に慣れる 外来通院ができる 必要な薬がきちんと飲める 社会資源の利用	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 安定的な通院	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 限定的な社会参加	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 地域社会への参加の継続・拡大 一般精神医療への移行
評価・治療検討	指定通院医療機関への移行			
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 作業療法	週1～2回 週1回、個別作業療法	週1～2回 週1回、個別作業療法	週2～3回 週1回、集団作業療法	週1～2回 週1回、集団作業療法
個別精神療法 集団精神療法	週1～2回	週1～2回 週1～2回	週1回 週1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時的に残されたい。
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、衒奇性、しかめ面、明らかに不適切な笑い、会話、歌、あるいは、固定した動き。

BPRS7.衒奇的な行動や姿勢に準じる：風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。

1＝多少の風変わりな姿勢。時々小さな不必要で反復性の運動(手を覗き込む、頭を搔くなど)。

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スラー、および対象者のストレス対処能力・ストレス耐性（ストレス脆弱性）の両者のバランスによって決定される。ストレス耐性が平均的であっても、対人関係など大きなストレスラーが明らかであれば、強いストレスにさらされやすくなり、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。ストレスラ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

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ニ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。

通院基本情報管理シート 1/2

フリガナ 本人		性別		生年月日		現在年齢	満歳
居住地	都・道 府・県					電話	
フリガナ 保護者		続柄		生年月日		選任状況	
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 の期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで			
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							

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		
	治療影響要因	自傷・自殺		
		物質乱用		
		反社会性		
		性的逸脱行動		
	退院地環境	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				
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		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)				
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)

--

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			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:)
		会議開催年月日
シート作成責任者	(職種:)	シート作成年月日