

改訂版共通評価項目 (第3版)について

国立病院機構榊原病院

主任心理療法士

壁屋康洋

本セッションの内容

1. 医療観察法医療の目的→リスクアセスメント
→共通評価項目
2. 共通評価項目の研究と改訂
3. 項目の解説と演習

医療観察法の目的(町野・判定医講習)

◆医療観察法 第一条(目的等)

1 この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為……を行つた者に対し、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する。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行つた者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

□最終目的:社会復帰

□中間目的:病状の改善+再犯の防止

□手段:継続的な医療

法の目的=医療の目的は

①病状の改善及び

=精神疾患の治療

②同様の行為の再発の防止

=他害リスクを下げる

①+②を中間目的として、最終目的は

③社会復帰を促進

=対象者が社会で生きること

他害行為があれば社会生活は維持できない

・・・治療の両輪

医療の目的

「同様の行為の再発の防止を図り、社会復帰を促進」のために
何が解決されれば良いか？

- 他害行為の行動分析とリスクアセスメントによって、問題行動の発生要因とパターンをアセスメントすることから始まる

リスクアセスメントの学習を

海外でのリスクアセスメント研究の発展

1) 構造化されない臨床家の判断(第1世代)

臨床家による判断。特にやり方にルールはない

例)「〇〇先生が危険と言うから危険なのだろう」

2) 第2世代: 保険数理学的リスクアセスメント

追跡調査で暴力を予測するリスクファクターの組み合わせからツールを作成

3) 第3世代: 構造的臨床判断(HCR-20など)

保険数理学的リスクアセスメントへの批判「尺度を開発した際の集団に最適化されており、他の集団には使えないのでは」

→先行研究でリスクとの関連が示された要因を組み合わせる

海外のリスクアセスメント研究の転機

- Baxtrom研究 (Steadman,1973)
1966年、危険性を根拠に司法病棟に強制入院させられていたBaxtrom氏の訴え
- DannemoraとMatteawan State Hospitalの二つのニューヨーク州の司法病院に入院させられていた計967人が一般病院へ転院／退院
- 1966～1970年の4年半追跡

母集団	Baxtrom氏含めて967人	
4 年 半 後	一般病院	50%
	地域	3分の1
	死亡	14%
	刑務所	1%未満
	criminally insaneで司法病院へ	2.7%

Baxtrom研究の結果

- 最初の退院までに暴力: 15%
 - その後の再入院ないし地域で暴力: 5%
 - 追跡サンプルのうち1966年から1970年の間に地域に出た121名のうち、4年半で21名(17%)が逮捕。46件の逮捕のうち31件非行、23件重罪
 - 一人平均28.5ヶ月を地域で過ごし
121人中9人だけが有罪判決を受けた
50%の66人はその後入院も収監もされなかった
- ⇒臨床家による再犯予測が当たらない。
偽陽性が多い(危険性を高く見積もりすぎる)
「精神科医や心理士による予測は3回に1回しか当たらない」(Monahan,1981)

ここから実証研究が広がる

海外でのリスクアセスメント研究の発展

1) 構造化されない臨床家の判断(第1世代)

⇒当たらない Baxtrom研究

➡ 実証研究(統計的研究)が進む

2) 第2世代: 保険数理学的リスクアセスメント

追跡調査で暴力を予測するリスクファクターの組み合わせからツールを作成

3) 第3世代: 構造的臨床判断(HCR-20など)

保険数理学的リスクアセスメントへの批判「尺度を開発した際の集団に最適化されており、他の集団には使えないのでは」

→先行研究でリスクとの関連が示された要因を組み合わせる

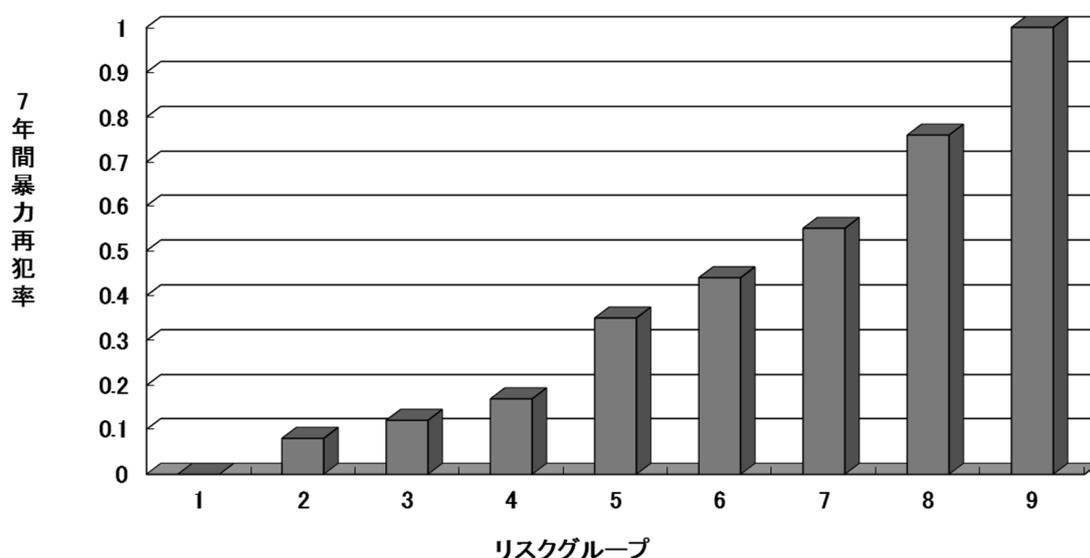
VRAG

- Violence Risk Appraisal Guide
 - Quiseyら(1998)
 - カナダの最重度保安病院でアセスメントあるいは治療された成人男性患者618人のデータをもとに構成
 - 資料で評価された約50の変数から、①再犯との相関が高い、②他の変数との相関が低い、③least-squares stepwise multiple regression(最小二乗法ステップワイズ重回帰分析?)等のプロセスで変数を選択
 - 12項目が7年間のフォローアップでの暴力予測力に応じて重み付けされる
 - 合計点は9つの群に分けられ、暴力率は0%から100%に渡る
- AUC=0.75~0.80
- 評定者間一致~2人の評定者がランダムに選んだ20人を評価
⇒相関係数=.90

VRAG項目～以下の重みづけられた得点を加算

- PCL-R得点 (PCL-R得点によって-5点から+12点まで、重みづけられた6段階の点数を加算)
- 小学校時代の問題 (問題なし-1、軽度+2、重度+5)
- 人格障害 (あり+3、なし-2)
- 対象行為時年齢 (26歳以下+2から39歳以上-5まで5段階)
- 16歳未満で両親と別れる (離別+3、同居-2)
- 保護観察の失敗 (あり+3、なし0)
- 非暴力的犯罪歴 (Cormier-Lang criminal history scoreより)
- 結婚歴 (あり-2、なし+1)
- 統合失調症 (あり-3、なし+1)
- 被害者の怪我 (死亡-2、入院0、外来+1、なし又は軽傷+2)
- アルコール乱用 (親のAI乱用、十代のAI問題、成人後のAI等)
- 女性の被害 (あり-1、なし+1)

VRAG: リスク群と再犯率



各リスクグループの人数はほぼ正規分布～グループ4が最多

海外でのリスクアセスメント研究の発展

1) 構造化されない臨床家の判断(第1世代)

⇒当たらない Baxtrom研究

➡ 実証研究(統計的研究)が進む

2) 第2世代: 保険数理学的风险アセスメント

追跡調査で暴力を予測するリスクファクターの組み合わせからツールを作成

3) 第3世代: 構造的臨床判断(HCR-20など)

保険数理学的风险アセスメントへの批判「尺度を開発した際の集団に最適化されており、他の集団には使えないのでは」

「予測ができてても治療に役に立たない」

→先行研究でリスクとの関連が示された要因を組み合わせる

構造化された臨床評価

HCR-20ver.2

Hファクター(過去の要因)

- 過去の暴力
- 最初に暴力を行った時の年齢が低い
- 関係の不安定性
- 雇用問題
- 物質使用の問題
- 主要精神疾患
- サイコパシー
(PCL-R、PCL:SV)
- 早期の不適応
- 人格障害
- 過去の監督の失敗

Cファクター(現在の要因)

- 洞察の欠如
- 否定的態度
- 主要精神疾患の活発な症状
- 衝動性
- 治療に反応しない

Rファクター(未来の要因)

- 計画が実行可能性を欠く
- 不安定要因への暴露
- 個人的支援の欠如
- 治療的試みに対する遵守性の欠如
- ストレス

海外でのリスクアセスメント研究の発展(2)

- どのリスクアセスメントツールが最も予測精度があるか
メタアナリシス
Yang, M., Wong, S.C.P., & Coid, J., 2010
- どのリスクアセスメントツールが世界で最も使用されているか
Singh, J.P., Desmarais, S.L., Otto, R.K., Nicholls, T.L., et al, 2016
- HCR-20を第2版から第3版へ改訂(2013)
- 長期リスクアセスメント(HCR-20)と短期リスクアセスメント(START)との組み合わせによる包括的リスクアセスメントとリスクマネジメント
- 保護要因～ SAPROF、START

予測精度には差はない

4) 第4世代: 定義論争中

「第3世代をベースに、個人因子だけでなく環境因子にも目を向け、アセスメントに系統的介入とモニタリングを統合した」というグループと、「第3世代から介入の統合は行っている」というグループ

リスク予測の分割

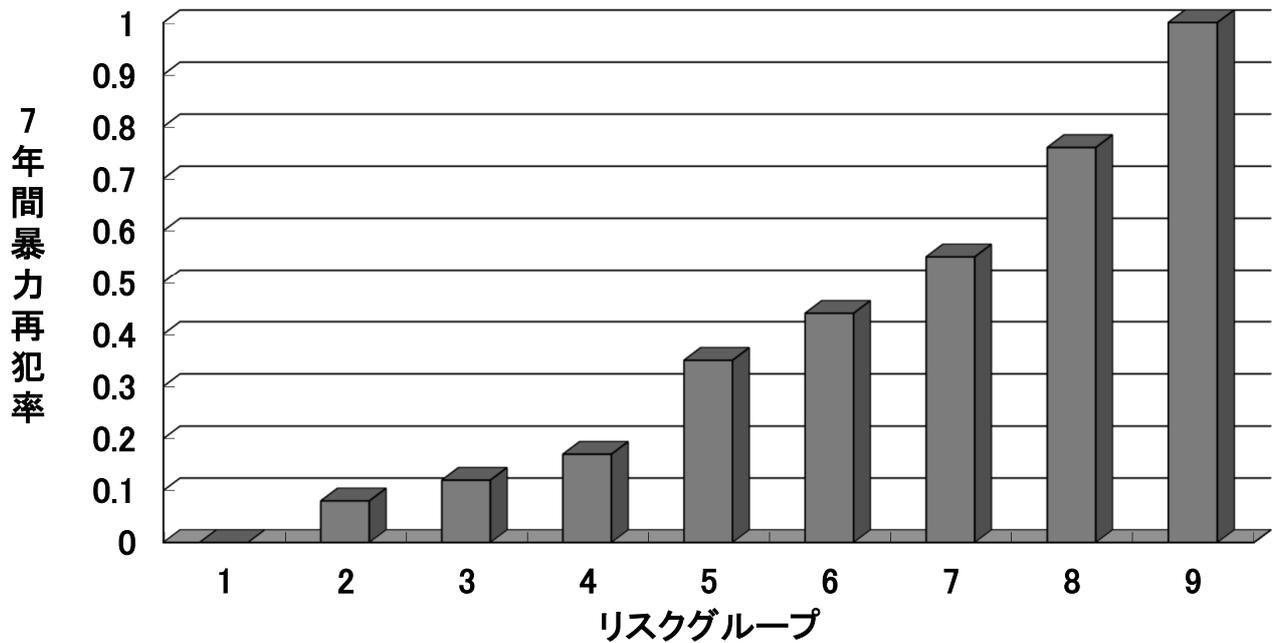
予測 \ 結果	実際に再犯をした	実際には再犯をしなかった
再犯を すると予測した	真陽性 あたり	偽陽性 はずれ
再犯を しないと予測した	偽陰性 はずれ	真陰性 あたり

はずれを減らしてあたりを増やす方法の開発

第1世代は当たらないが、第2世代以降は予測精度には差はない

リスクアセスメントツールによって暴力は予測できるのか？

VRAG: リスク群と再犯率



⇒暴力を「予知」することはできない
危険性を見積もることはできる

RNR原則 (Andrews, Bonta, Hoge, 1990)

カナダの矯正施設での処遇原則

- Risk 原則 (リスク)
⇒サービスのレベルを再犯リスクと釣り合ったものにすべき。リスクの高い対象者に時間とコストをかけ、濃密な治療を行う。
- Needs 原則 (ニーズ)
⇒対象者の犯罪を引き起こすようなニーズにターゲットを当ててアセスメントとマネジメントをすべき。実証研究で示された反社会的行動のリスクファクターに焦点を当てる。
- Responsivity 原則 (応答性)
⇒効果を最大にする方法でサービスを提供すべき。①向社会的行動のモデリング、選択的強化、問題解決といった、最も効果的という研究結果が得られている方法を用いるべき。②対象者の学習スタイル、モチベーション、能力、ストレングスに合わせてプログラムをデザイン、マネジメントすべき。

海外でのリスクアセスメント研究の発展(2)

- どのリスクアセスメントツールが最も予測精度があるか
メタアナリシス
Yang, M., Wong, S.C.P., & Coid, J., 2010
- どのリスクアセスメントツールが世界で最も使用されているか
Singh, J.P., Desmarais, S.L., Otto, R.K., Nicholls, T.L., et al, 2016
- HCR-20を第2版から第3版へ改訂(2013)
- 長期リスクアセスメント(HCR-20)と短期リスクアセスメント(START)との組み合わせによる包括的リスクアセスメントとリスクマネジメント
- 保護要因～ SAPROF、START

HCR-20

リスクの予測から
リスクのアセスメントへ

4) 第4世代: 定義論争中

「第3世代をベースに、個人因子だけでなく環境因子にも目を向け、アセスメントに系統的介入とモニタリングを統合した」というグループと、「第3世代から介入の統合は行っている」というグループ

構造化された臨床評価

HCR-20ver.2

HCR-20コンパニオンガイドの中で、Cファクター、Rファクターのそれぞれに基づく治療介入の指針を提示
＝リスクアセスメントに基づく治療計画

Cファクター(現在の要因)

- 洞察の欠如
- 否定的態度
- 主要精神疾患の活発な症状
- 衝動性
- 治療に反応しない

Rファクター(未来の要因)

- 計画が実行可能性を欠く
- 不安定要因への暴露
- 個人的支援の欠如
- 治療的試みに対する遵守性の欠如
- ストレス

HCR-20Ver3の実施プロセス

1. 関連する情報を集める
2. リスクファクターの有無を確認
3. リスクファクターの関連を確認
4. 暴力リスクのフォーミュレーション
5. 暴力の主なシナリオを作る
6. ケースマネジメントプランを作る
7. 最終意見をまとめる

リスクの高さ・低さは見つつ、どのような要因がリスクを高めているのかアセスメントし、治療戦略につなげる

共通評価項目の開発

HCR-20(構造化された臨床評価によるリスクアセスメントツール)をモデルにしながら
「暴力は予測できない」国会での議論
過去の要因＝変わらない部分は外す

3. 自殺企図

4. 内省・洞察

5. 生活能力

13. 物質乱用

14. 現実的計画

リスクアセスメントツールとしてではなく
医療観察法医療で見るポイント全体の評価

9. 対人暴力

本セッションの内容

1. 医療観察法医療の目的→リスクアセスメント
→共通評価項目
2. 共通評価項目の研究と改訂
3. 項目の解説と演習

共通評価項目～これまでの経緯

- 2004年: 欧米のツールは著作権の問題で使えない&リスクを強調して再犯予測ととられないため
⇒厚生労働科学研究で共通評価項目の作成
・・・信頼性・妥当性の検証をしないまま走り出す
- 2005年: 医療観察法施行～共通評価項目初版が全国で運用
- 2008年: 臨床使用しての不足する点等から初版→第2版へ改訂
※ガイドラインの変更はなし
- 2009年: 厚生労働科学研究で共通評価項目の信頼性と妥当性の検証を始める
2009～2011中島班来住・村上分担班
2013～2015【若手育成型】壁屋班
- 2015年: 第3版の作成と信頼性の検証を終える
- 2019年: 改訂版共通評価項目(第3版)へ改訂 ガイドライン改訂

2009～2015年の研究結果によると 共通評価項目第2版は

- 評定者間信頼性が十分な項目
アンカーポイントや出現頻度の問題から評定者間信頼性が低い項目がある
- 基準関連妥当性ないし収束妥当性を調べることができ、妥当性の傍証が得られた項目
調べることができた結果、妥当性に疑問のある項目適切な尺度がなくて調べられなかった項目がある
- 内的整合性を下げる項目、17項目合計点と連動しない項目がある
- 入院中／通院移行後の暴力や自殺企図などの問題行動を予測する項目・予測しない項目がある

第3版への改訂方針

- 評定者間信頼性が十分な項目
アンカーポイントや出現頻度の問題から評定者間信頼性が低い項目がある
- 基準関連妥当性ないし収束妥当性を調べることができ、妥当性の傍証が得られた項目
調べることができた結果、妥当性に疑問のある項目適切な尺度がなくて調べられなかった項目がある
- 内的整合性を下げる項目、17項目合計点と連動しない項目がある
- 入院中／通院移行後の暴力や自殺企図などの問題行動を予測する項目・予測しない項目がある

これらの項目は改訂する

詳細は司法精神医学,2017

医療観察法の目的自体が再他害行為防止
に絞ることができていない

故に共通評価項目も他害リスクの評価だけ
に絞ることができない

=尺度が多面的になり、ひとつのものさし
(=内的整合性が高い)にできないが、
仕方ない

調べることで結果、妥当性に疑問のある項目
適切な尺度がなくて調べられなかった項目がある

- 内的整合性を下げる項目、17項目合計点と連動しない項目がある
- 入院中／通院移行後の暴力や自殺企図などの問題行動を予測する項目・予測しない項目がある

これらの項目の改訂は保留（継続）

アンカーポイントや出現頻度の問題から評定者間信頼性が低い項目がある

- 基準関連妥当性ないし収束妥当性を調べることができ、妥当性の傍証が得られた項目
調べることができた結果、妥当性に疑問のある項目
適切な尺度がなくて調べられなかった項目がある
- 内的整合性を下げる項目、17項目合計点と連動しない項目がある
- 入院中／通院移行後の暴力や自殺企図などの問題行動を予測する項目・予測しない項目がある

共通評価項目第3版の特徴(変更点)

1. 評定者間信頼性の不足した項目を修正ないし削除し、全項目の評定者間信頼性を確保した
2. 収束妥当性の問題が認められた項目を修正した
3. 小項目の削減
4. 因子分析に基づいて配列を変えた
5. 通院移行後の暴力、問題行動、自殺企図の予測力の解析結果を示した
6. ①通院移行後の暴力・問題行動、
②通院移行後の自殺企図、
③指定入院医療機関内での自殺企図の予測力の高い項目の組み合わせを示した

共通評価項目第3版の特徴(変更点)

1. 試用した人から「まとまっていて評価しやすい」
2. 収束妥当性の問題が認められた項目を修正した
3. 小項目の削減
4. 因子分析に基づいて配列を変えた
5. 通院移行後の暴力、問題行動、自殺企図の予測力の解析結果を示した
6. ①通院移行後の暴力・問題行動、
②通院移行後の自殺企図、
③指定入院医療機関内での自殺企図の予測力の高い項目の組み合わせを示した

第3版の項目と配列

- 「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

19中項目 + 46小項目

共通評価項目第3版の特徴(変更点)

1. 評定者間信頼性の不足した項目を修正ないし削除し、全項目の評定者間信頼性を確保した
2. 収束妥当性の問題が認められた項目を修正した
3. 小項目「非身体的暴力」も含んだ軽微な暴力～「再他害行為」とは異なる
4. 因子分析に基づいて配列を変えた
5. 通院移行後の暴力、問題行動、自殺企図の予測力の解析結果を示した
6. ①通院移行後の暴力・問題行動、
②通院移行後の自殺企図、
③指定入院医療機関内での自殺企図の
予測精度の高い項目の組み合わせを示した

2. 内省・洞察

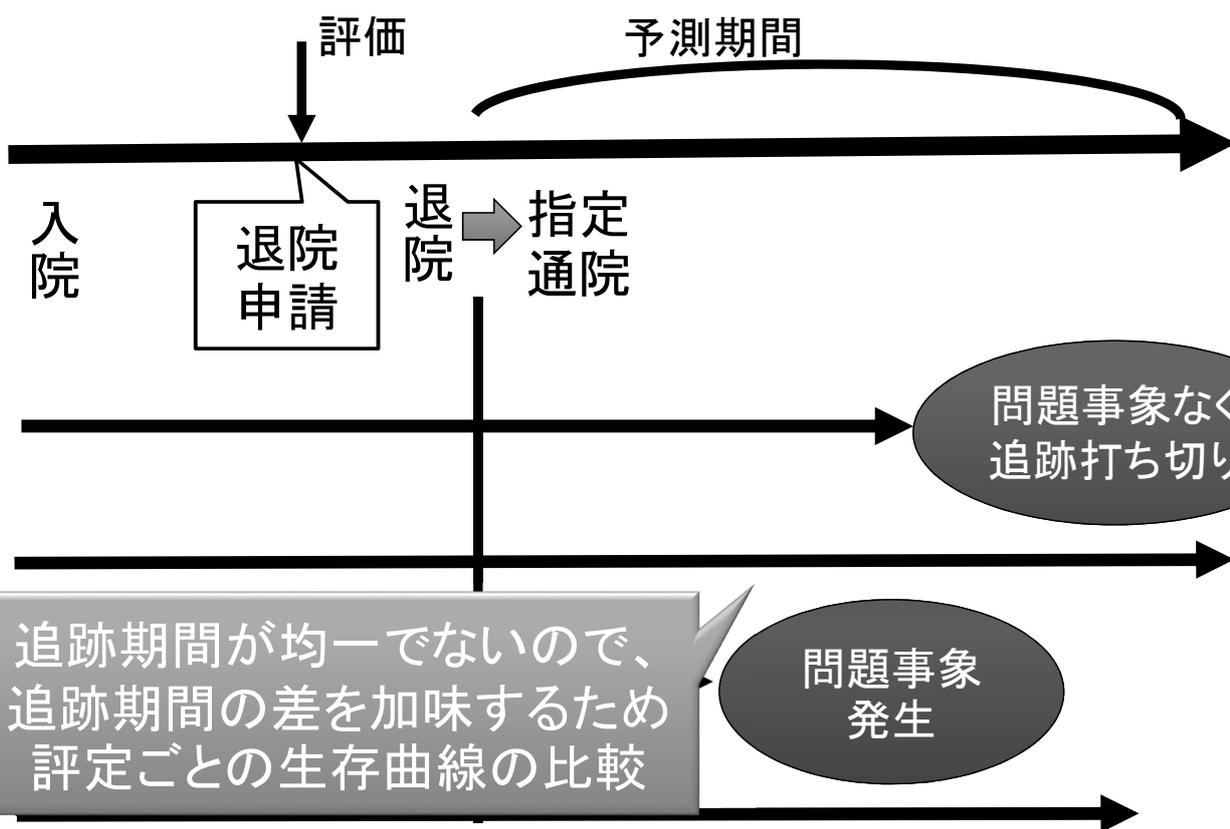
解説

第3版からの追記

内省には病識と対象行為(他害行為)の
、(中略)

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

共通評価項目・ICF・静的要因の予測力の研究より 通院移行後の暴力の予測力のある項目



項目 全項目について／自傷・自殺企図、問題行動の予測は別紙参照

尺度	項目	通院移行後の暴力
共通評価項目 中項目	6. 衝動コントロール	0点の群<1点の群<2点の群
	8. 非社会性	0点の群<1点以上の群
	12. ストレス	1点の群<2点の群
	16. 治療効果	ハザード比: 2.486
共通評価項目 【非精神病性症状】	1) 興奮・躁状態	0点の群<1点以上の群
	2) 不安・緊張	ハザード比: 1.839
	3) 怒り	0点の群<1点以上の群
	8) 知的障害	0点の群<1点の群, 2点の群
共通評価項目 【内省・洞察】	2) 対象行為以外の他害行為への内省	0点の群<2点の群
	4) 対象行為の要因理解	ハザード比: 1.564
共通評価項目 【生活能力】	3) 金銭管理	0点の群<1点の群<2点の群
	4) 家事や料理	0点の群<1点以上の群
	11) 生産的活動・役割	0点の群<1点の群
	12) 過度の依存	0点の群<1点以上の群
共通評価項目 【衝動コントロール】	1) 一貫性のない行動	0点の群<1点以上の群
	2) 待つことができない	0点の群<1点以上の群
	3) 先の予測をしない	0点の群<1点の群, 2点の群
	4) そそのかされる	0点の群<1点以上の群
	5) 怒りの感情の行動化	0点の群<1点以上の群

項目ごとの解析: 結果～通院移行後の暴力に有意に関連した項目のみ抜粋
(GAFは何も予測しない)

尺度	項目	通院移行後の暴力
ICF 「活動と参加」項目	対人関係の終結	ハザード比: 1.538
	社会的ルールに従った対人関係	ハザード比: 1.681
	社会的距離の維持	ハザード比: 1.649
	責任への対処	ハザード比: 1.581
	基本的な経済的取引	ハザード比: 1.475
ICF環境因子項目	サービス・制度	ハザード比: 0.590

- 衝動的、金銭管理ができない
- 身の回りの家事ができずに生活が破たんする
- ストレスに弱く、イライラしたり興奮したり不安になりやすい
- 人と距離が取れない
- (病識よりも) どうして対象行為につながったか理解していることの方が大事

項目ごとの解析:結果	<ul style="list-style-type: none"> 知的障害 過去の暴力(少年触法行為・前科前歴) 発達要因(多動・衝動性・対人関係) ※性別、年齢、家族歴、物質乱用は関連せず)
静的要因	
通院移行時の居住地	
診断分類:F7	F7あり>F7なし
IQ	ハザード比:0.978
対象行為:殺人	殺人あり<殺人なし
対象行為:強盗(未遂含む)	強盗あり>強盗なし
少年触法行為	少年触法行為あり>少年触法行為なし
少年触法行為 回数	少年触法行為1回>少年触法行為なし
過去の他害行為 有無	過去他害行為あり>過去他害行為なし
前科前歴	前科前歴あり>前科前歴なし
矯正施設収監歴	矯正施設収監歴あり>矯正施設収監歴なし
児童期の多動	児童期の多動あり>児童期の多動なし ハザード比:3.37
児童期の衝動性	児童期の衝動性あり>児童期の衝動性なし ハザード比:4.21
対人関係の障害	対人関係の障害あり>対人関係の障害なし ハザード比:2.91

共通評価項目第3版の特徴(変更点)

1. 評定者間信頼性の不足した項目を修正ないし削除し、全項目の評定者間信頼性を確保した
2. 収束妥当性の問題が認められた項目を修正した
3. 小項目の削減
4. 因子分析に基づいて配列を変えた
5. 通院移行後の暴力、問題行動、自殺企図の予測力の解析結果を示した
6. ①通院移行後の暴力・問題行動、
②通院移行後の自殺企図、
③指定入院医療機関内での自殺企図の
予測精度の高い項目の組み合わせを示した

問題事象の予測精度

評価

予測期間

ICFや静的要因も組み合わせた指標を探索したが、予測精度の点で差がなく、共通評価項目だけの方が使いやすい

退院申請時点における

【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】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】の合計点による予測により

- ①通院移行後3年以内の暴力の予測 AUC=.792
- ②2年間追跡できたサンプルでの暴力の予測 AUC=.771
- ③通院移行後3年以内の問題行動の予測 AUC=.803
- ④2年間追跡できたサンプルでの問題行動の予測 AUC=.717

通院移行後2年追跡できた事例の問題行動／暴力の予測

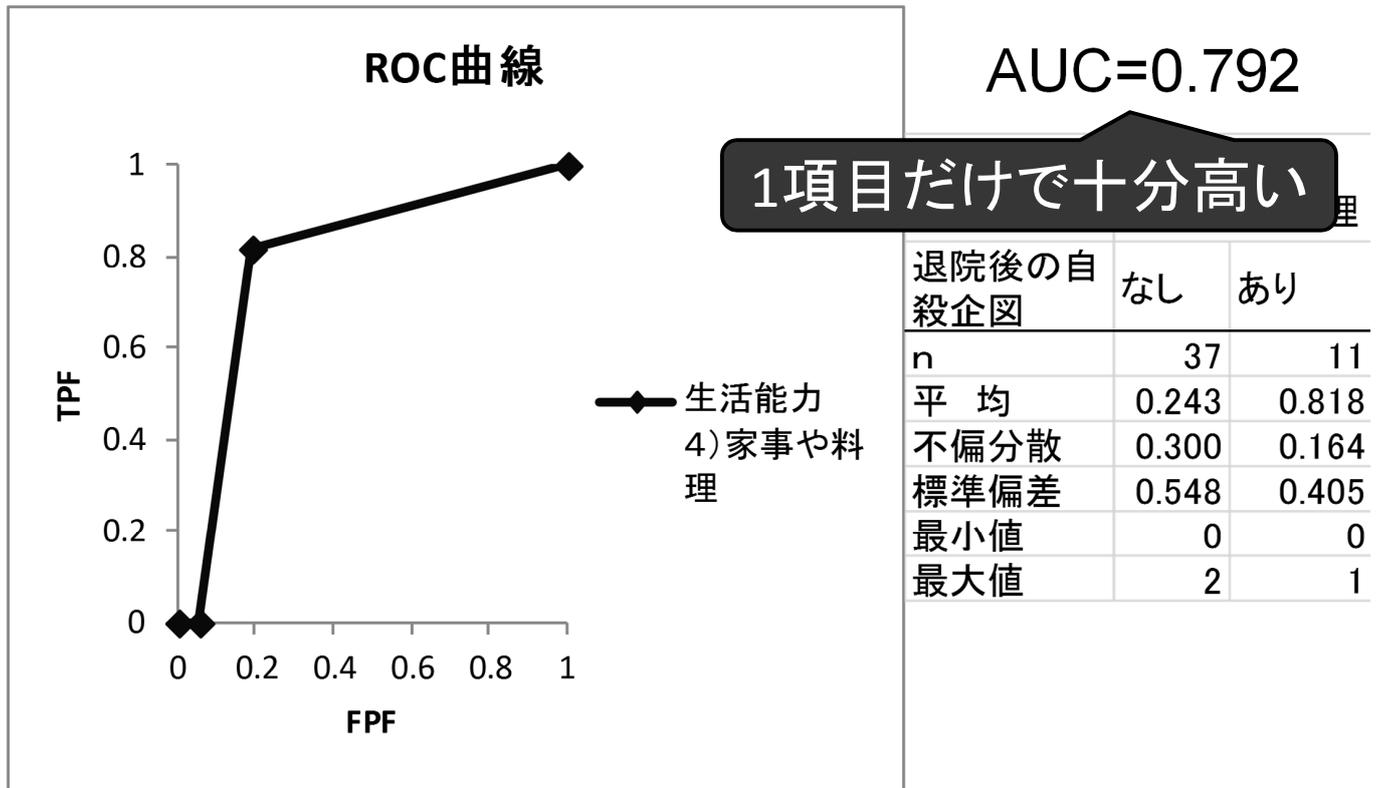
【衝動コントロール】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【非精神病性症状3)怒り】
【日常生活能力3)家事や料理】【性的逸脱行動】【物質乱用】【個人的支援】
の合計得点によるクロス集計表

		0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	合計
2年以内の問題行動	なし	20	16	29	13	9	3	1	1	92
	あり	2	2	3	6	5	2	2	1	23
	合計	22	18	32	19	14	5	3	2	115
2年以内の問題行動発生率		0.09	0.11	0.09	0.32	0.36	0.40	0.67	0.50	0.20
2年以内の暴力	なし	22	16	30	16	9	3	2	1	99
	あり	0	2	2	3	5	2	1	1	16
	合計	22	18	32	19	14	5	3	2	115
2年以内の暴力発生率		0.00	0.11	0.06	0.16	0.36	0.40	0.33	0.50	0.14

「危ない人」を見つけ出すと言うより、
「危なくない人」を見つけ出すためのツール

↑ AUCが高いとはいえ、ベースレートが低いので、高得点群でも暴力発生率50%を超えない(半分は暴力しない)

通院移行後3年以内の自殺企図の予測 【生活能力4)家事や料理】によるROCカーブ

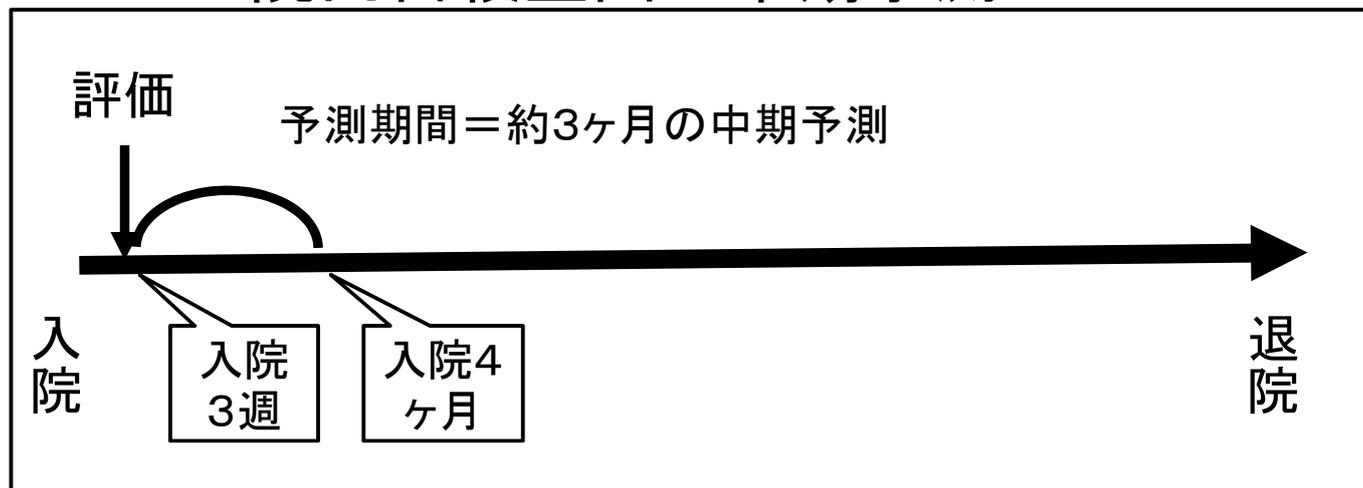


通院移行後3年以内の自殺企図の予測 【生活能力4)家事や料理】と退院後の自殺企図の クロス集計表

クロス集計表		生活能力 4)家事や料理			合計
		0点	1点	2点	
退院後 自殺企図	なし	30	5	2	37
	あり	2	9	0	11
合計		32	14	2	48

Nは少ないが、【生活能力4)家事や料理】
1点の自殺企図率は非常に高い

院内自殺企図の中期予測



- 【非精神病性症状4)感情の平板化】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1)治療同盟】の合計
AUC=0.760

共通評価項目第3版 問題事象の指標

- 中項目の合計点は使用しない
～共通評価項目全体として一つのものさしではない
- 退院後の暴力・問題行動
【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】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】の合計点
- 退院後の自殺企図
【日常生活能力3)家事や料理】
- 入院中の自殺企図
【非精神病性症状4)感情の平板化】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1)治療同盟】の合計点

程度をこの指標で見積もりつつ、
治療戦略は問題事象への項目ごとの影響
を参考にすべき

共通評価項目第2版⇒第3版への改訂の意義と効果

統計的な信頼性・妥当性が担保される
⇒科学的な裏付け

問題事象のリスク評価
暴力・問題行動リスクの評価に貢献し、治療の焦点化・構造化につながる

項目のまとめり
因子分析に基づいた配列で、より評定しやすく
(ベータテストより)

時間短縮
小項目の削減により、評定時間の短縮

本セッションの内容

1. 医療観察法医療の目的→リスクアセスメント
→共通評価項目
2. 共通評価項目の研究と改訂
3. 項目の解説と演習

共通評価項目 第3版解説

『共通評価項目の解説とアンカーポイント』参照
評価項目の使用法

1. 評価を継時的に残す
2. 評価期間＝3ヶ月＋最終観察日
初回評価 入院処遇＝対象行為半年前から
直接通院＝対象行為半年前から
移行通院＝過去3ヶ月
3. 基本は診断に関係なく状態評価
4. 5. 予測研究の結果(新)
6. 改訂した項目・因子分析による配列変更
7. 「不明」を追加～しかし極力避ける

第2版から特に変更なし
小項目6項目、最も高い点数を全体の点数に
統合失調症の症状が想定されている項目だが、診断にかかわらず、記載されている事柄があれば評価。
Ex) 通常でない思考内容の「思考狭窄」～うつ状態でも1点を評価。

第3版 項目名		情報／判断材料／備考	評価	最終観察日
1. 精神病症状				
「精神病症状」の小項目	1)通常でない思考内容			
	2)幻覚に基づく行動			
	3)概念の統合障害			
	4)精神病的なしこさ			
	5)不適切な疑惑			
	6)誇大性			

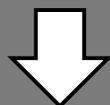
第2版から特に変更なし
小項目4項目、最も高い点数を全体の点数に

【2)対象行為以外のお害行為への内省】は通院移行後の暴力と問題行動に関連

【4)対象行為の要因理解】は通院移行後の暴力に関連

第3版	項目名	情報／判断材料／備考	評定
2. 内省・洞察			
【内省・洞察】の小項目	1)対象行為への内省		
	2)対象行為以外のお害行為への内省		
	3)病識		
	4)対象行為の要因の理解		

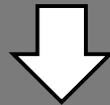
第2版までは「コンプライアンス」であったが、収束妥当性が不十分(DAI-30との相関が低すぎる)ため改訂。
コンプライアンス＝受動的にでも治療を受け入れる態度



アドヒアランス＝積極的な治療参加＝0点
部分的、受動的＝1点

第3版	項目名	情報／判断材料／備考	評定
	3. アドヒアランス		

評定者間信頼性が不十分なために改訂
→第2版までであった特別ルール廃止



共感性、他者の感情理解を0点、1点、2点の3段階で評価

第3版 項目名	情報／判断材料／備考	評定
4. 共感性		

治療効果⇒通院移行後の問題行動・暴力に関連

評定者間信頼性が不十分なために改訂
→第2版までであった特別ルール廃止

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
は本項目のみで判断しない



治療効果(治療で得られるもの+般化)を0点、1点、2点の
3段階で評価

第3版 項目名	情報／判断材料／備考	評定
5. 治療効果		

- 【1)興奮・躁状態】
 - 【2)不安・緊張】
 - 【5)抑うつ】
 - 【8)知的障害】→別の中項目に
 - 【6)罪悪感】
 - 【7)解離】
 - 【9)意識障害】
- 評定者間信頼性が不十分
 アンカーポイントの修正
 出現頻度が低すぎて
 評定者間信頼性が上がらない
 項目を削除

第3版	項目名	情報/判断材料/備考	評定	最終観察日
6.	非精神病性症状			
小項目	1)興奮			
	2)不安・緊張			
	3)怒り			
	4)感情の平板化			
	5)抑うつ			

- 1)興奮⇒「躁状態」の文言削除。一時的なものも含めた興奮を評価
- 2)不安・緊張⇒第2版の「イライラ」は除いて不安と緊張を評価
- 3)怒り⇒変更なく、恨みも含めて怒りの問題を評価
- 4)感情の平板化⇒変更なし
- 5)抑うつ⇒第2版に記されていた身体的徴候は加味せずに抑うつ気分、意欲低下を評価

小項目5項目、最も高い点数を全体の点数に

第3版	項目名	情報/判断材料/備考	評定	最終観察日
6.	非精神病性症状			
小項目	1)興奮			
	2)不安・緊張			
	3)怒り			
	4)感情の平板化			
	5)抑うつ			

新しい中項目：小項目2つの高い点数を全体の点数に
 【1)知的障害】＝第2版の【非精神病性症状8)知的障害】
 と同じ。現在の知能評価。IQ80以上＝0点、70代＝1点、70
 未満＝2点が一つの目安

IQ80以上＝0点、70代＝1点、70未満＝2点が一つの目安

【2)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

7. 認知機能	
小項目 【認知機能】の	1) 知的障害
	2) 認知機能の偏り

第2版【生活能力】
 は因子が分かれる
 ため、2つの中項
 目に分割

【2)整容と衛生】
 【3)金銭管理】
 【4)家事や料理】
 【5)安全管理】
 【6)社会資源の利用】
 →アンカーポイントの修正

改訂なし

中項目
 日常生活能力

第3版 項目名	情報／判断材料／備考	評価
8. 日常生活能力		
【日常生活能力】の 小項目	1) 整容と衛生を保てない	
	2) 金銭管理の問題	
	3) 家事や料理をしない	
	4) 安全管理	
	5) 公共機関の利用	

5つの小項目⇒最も高い小項目の点数を中項目の点数に
 2)金銭管理⇒通院移行後の暴力と問題行動に関連
 3)家事や料理⇒通院移行後の暴力と問題行動、自殺企図に関連
 (アンカーポイント変更なし)
 5)公共機関の利用⇒第2版「社会資源の利用」から「公共機関」に
 絞る

第3版	項目名	情報／判断材料／備考	評価
8. 日常生活能力			
【日常生活能力】の小項目	1)整容と衛生を保てない		
	2)金銭管理の問題		
	3)家事や料理をしない		
	4)安全管理		
	5)公共機関の利用		

【(1)生活リズム】
 【(7)コミュニケーション】
 【(8)社会的引きこもり】
 【(9)孤立】
 【(10)活動性の低さ】
 【(11)生産的活動・役割】
 【(13)余暇を有効に過ごせない】

改訂なし

二項目を統合し、アンカーポイントの修正

中項目
活動性・
社会性

第3版	項目名	情報／判断材料／備考	評価
9. 活動性・社会性			
【活動性・社会性】の小項目	1)生活リズム		
	2)コミュニケーション技能		
	3)社会的引きこもり		
	4)孤立		
	5)活動性の低さ		
	6)生活のバランス		

6つの小項目⇒最も高い小項目の点数を中項目の点数に
 1)生活リズム⇒一時的も含め、睡眠と覚醒の時間を
 2)コミュニケーション技能⇒コミュニケーションできるが助け求められないなら1点くらい
 3～5)引きこもり、孤立など1つの事柄で重複して評定する事も多い
 6)生活のバランス(新項目)⇒自分自身で余暇や休息、生産的活動に時間を使うことができるか

第3版 項目名		情報／判断材料／備考	評定
9. 活動性・社会性			
【活動性・社会性】の小項目	1)生活リズム		
	2)コミュニケーション技能		
	3)社会的引きこもり		
	4)孤立		
	5)活動性の低さ		
	6)生活のバランス		

第2版から変更なし～問題行動のことではなく、計画性のない行動パターン
 5つの小項目⇒小項目は行動面での評価の参考として中項目を評価
 衝動コントロールは中項目とすべての小項目が通院移行後の問題行動・暴力に関連
 【5)怒りの感情の行動化】⇒特定の対象への恨み、計画的な怒りの行動化は除く

第3版 項目名		情報／判断材料／備考	評定
10. 衝動コントロール			
【衝動コントロール】の小項目	1)一貫性のない行動		
	2)待つことができない		
	3)先の子測をしない		
	4)そそのかされる		
	5)怒りの感情の行動化		

第2版で評定者間信頼性が不足したため改訂
 ～特別ルールはないが0点が極めて少なく、評定値の偏りと級内相関係数の低下を招いているため、0点をつけやすいように改訂
 ス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

通院移行後の暴力と問題行動に関連

第3版 項目名	情報／判断材料／備考	評定
11. ストレス		

第2版で評定者間信頼性が不足したため改訂
 ～希死念慮を伴わない自傷も評定することに
 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＝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＝2点

第3版 項目名	情報／判断材料／備考	評定	最終観察日
12. 自傷・自殺			

第2版から変更なし

薬物乱用・アルコール依存の既往あれば1点以上
「飲酒量では、1日あたりビールなら中ビン5本以上～」
＝大量飲酒(乱用)の目安

物質乱用⇒通院移行後の問題行動に関連
(暴力には関連していない)

第3版 項目名	情報／判断材料／備考	評定
13. 物質乱用		

第2版【非社会性】は【9)性的逸脱行動】を除く全ての小項目と中項目で評定者間信頼性が不足

⇒【9)性的逸脱行動】は保持し、単独の中項目にする
他の小項目は個々に評定することを止め、【反社会性】
として中項目のアンカーポイントの改訂

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

「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(第2版の小項目)が評価の目安」

第3版 項目名	情報／判断材料／備考	評定
14. 反社会性		
15. 性的逸脱行動		

評定者間信頼性がわずかに不足⇒わずかにアンカーポイント修正

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考慮しない(公的なものを除いた支援)

援助的なサポートが存在し、かつ有効な場合=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=1点

サポートが全く存在しないか、かえって有害な場合=2点

個人的支援⇒通院移行後の問題行動に関連

第3版 項目名	情報/判断材料/備考	評定
16. 個人的支援		

第2版から変更なし

退院して暮らすコミュニティの評価。

退院地未定=2点

地域での孤立などプラス要因もマイナス要因も地域にない=1点

第3版 項目名	情報/判断材料/備考	評定
17. コミュニティ要因		

【4）生活費などの経済的問題】のみ評定者間信頼性がわずかに不足したためアンカーポイントを修正⇒「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」

退院後のプランそのものを評価。

小項目は「評価の参考」。必ずしも最も高い点数に合わせる必要はない

第3版 項目名		情報／判断材料／備考	評定
18. 現実的計画			
【現実的計画】の小項目	1)退院後の治療プランへの同意		
	2)日中の活動、過ごし方		
	3)住居		
	4)経済的基盤		
	5)緊急時の対応		
	6)各関係機関との連携・協力体制		
	7)キーパーソン		
	8)地域への受け入れ体制		

評定者間信頼性は全項目十分だったが、【現実的計画】との差別化を図る意味で【2）予防】と【5）緊急時の対応】を修正し、より質を問う項目とした

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

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
小項目は中項目の評価の参考

第3版 項目名		情報／判断材料／備考	評定
19. 治療・ケアの継続性			
【治療・ケアの継続性】の小項目	1)治療同盟		
	2)予防		
	3)モニター		
	4)セルフモニタリング		
	5)クライシスプラン		

共通評価項目 手続き

個別項目以降は変更なし

- 1) 19項目＋個別項目の評価
- 2) リスクのシナリオ作成
どのような時にどのようなリスクが予想されるか？
- 3) マネジメントプラン作成
予想されたリスクはどうしたら防止できるか？
- 4) 治療計画へ
マネジメントプランから各職種の具体的アプローチへ組み直す

個別項目

- 17項目以外に長期的にフォローすべき項目
 - 17項目にないがリスクに関係する
放火(火への接近性)
 - 「命令性の幻聴」「特定の人への恨み(関係妄想)」など17項目の小項目に含まれるがリスクへの影響が強い
 - 慢性の身体疾患

シナリオ

- (対象者にありそうな)自傷あるいは他害に至るリスク
- 挙げたシナリオの1つ1つに治療・マネジメントプラン(シナリオ1のプランが治療・マネジメントプラン1)
- 期間は未来無期限。入院中も退院後も含めて予想

シナリオの書き方

性質＝具体的な状況(ex対人関係の広がりとともに被害感が強くなつての暴力)

深刻さ＝考え得る深刻さ。(掲げた深刻さに応じたプランが必要。安易に「殺人のおそれ」と書かない)

頻度、切迫度＝どんなときに頻度や切迫度が高まる、とあればなお良い。

蓋然性＝長期的な可能性

治療・マネジメントプラン

- シナリオに挙げたリスクを防止するためのプラン(1対1対応で)
- モニタリング＝観察項目
- 治療＝変化を期待するもの
- マネジメント＝長期的な維持のため

シナリオ～治療・マネジメントプラン ⇒治療計画

- まずは17項目で問題点を整理
- 次に将来予測される自傷ないし他害のシナリオ(パターン)を描く
- ではどうすれば悪いシナリオを防げるのか想定
- 最後に治療計画で、チームの具体的な行動計画の形を作る

共通評価項目の目的

- 評価の統一化・標準化の必要性
 - 指定医療機関・地域処遇において共通に使用される評価尺度
 - 入院・通院・処遇の変更(退院/再入院)・処遇の終了決定の根拠
- 対象者の横断面評価と縦断面評価によって変化を把握
- 多職種チームによる評価の共通言語
 - 評価する際の視点の統一によるチーム医療の実現
- 治療・マネジメント戦略の構造化
- EBMへの寄与

共通評価項目による評価時期

- 鑑定時
- 入院時(2週間以後)
- 3ヶ月ごと
- ステージ移行時
- 入院継続前(6ヶ月間隔)
- 退院申立前
- 通院
開始時／1ヶ月／3ヶ月間隔

共通評価項目使用上の注意

- 多職種・多機関が「共通」して用いる。
- 誰か1人の評価で終わらせず、多職種で評価する。
- 状態像(行動、発言などの客観的な状態)の評価を基本とし、判断の根拠となった臨床情報を具体的に記載しておく。
- 事例によっては点数の変化が望めない項目もある。点数が低下しない項目にはその対象者の問題の特徴が表れている。
- 通院移行後の暴力等のリスクに関連する項目とそうでない項目が明らかになった

評定演習で項目に慣れましょう

共通評価項目 通院移行後の暴力、問題行動、自傷・自殺企図の予測

因子名	第2版 項目名	暴力の予測 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力)	問題行動の予測 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力、アルコール・物質関連問題、医療への不遵守)	自傷・自殺企図の予測
	独立変数			
精神医学的要素	1. 精神病症状			
	精神病症状の小項目			
	1) 通常でない思考			
	2) 幻覚に基づいた行動			
	3) 概念の統合障害			
	4) 精神病的しぐさ			
	5) 不適切な疑惑			
	6) 誇大性			
	2. 非精神病性症状			
	非精神病性症状の小項目			
1) 興奮・躁状態	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
2) 不安・緊張	ハザード比: 1.839			
3) 怒り	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
4) 感情の平板化				
5) 抑うつ				
6) 罪悪感				
7) 解離				
8) 知的障害	0点の群<1点の群, 2点の群		0点の群<1点以上の群	
9) 意識障害				
3. 自殺企図				
4. 内省・洞察				
内省・洞察の小項目				
1) 対象行為への内省				
2) 対象行為以外の他害行為への内省	0点の群<2点の群	0点の群<2点の群		
3) 病識				
4) 対象行為の要因理解	ハザード比: 1.564			
5. 生活能力				
生活能力の小項目				
1) 生活リズム				
2) 整容と衛生				
3) 金銭管理	0点の群<1点の群<2点の群	0点の群, 1点の群<2点の群		
4) 家事や料理	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	
5) 安全管理				
6) 社会資源の利用				
7) コミュニケーション				
8) 社会的引きこもり				
9) 孤立				
10) 活動性の低さ				
11) 生産的活動・役割	0点の群<1点の群			
12) 過度の依存	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
13) 余暇を有効に過ごせない				
14) 施設への過剰適応				
6. 衝動コントロール	0点の群<1点の群<2点の群	0点の群<1点の群<2点の群		
衝動コントロールの小項目				
1) 一貫性のない行動	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
2) 待つことができない	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
3) 先の予測をしない	0点の群<1点の群, 2点の群	0点の群<1点の群, 2点の群		
4) そそのかされる	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
5) 怒りの感情の行動化	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
7. 共感性				
8. 非社会性	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群		
非社会性的小項目				
1) 侮辱的な言葉				
2) 社会的規範の蔑視				
3) 犯罪志向的態度				
4) 特定の人を害する				
5) 他者を脅す	p<0.05	p<0.05		
6) だます、嘘を言う		p<0.05		
7) 故意の器物破損	p<0.05	p<0.05		
8) 犯罪的交友関係				
9) 性的逸脱行動	p<0.05			
10) 放火の兆し				
9. 対人暴力				
10. 個人的支援		ハザード比: 1.672		
11. コミュニティ要因				
12. ストレス	1点の群<2点の群	ハザード比: 1.666		
13. 物質乱用		0点の群<2点の群		
14. 現実的計画				
現実的計画の小項目				
1) 退院後の治療プランへの同意				
2) 日中活動				
3) 住居				
4) 生活費				
5) 緊急時の対応				
6) 関係機関との連携・協力体制				
7) キーパーソン				
8) 地域への受け入れ体制				
15. コンプライアンス				
16. 治療効果	ハザード比: 2.486	ハザード比: 1.759		
17. 治療・ケアの継続性				
治療的要素の小項目				
1) 治療同盟				
2) 予防				
3) モニター				
4) セルフモニタリング				
5) 緊急時の対応				

ICF（全てCOX比例ハザードモデル ハザード比 5%水準で有意なもののみ）

ICF「活動と参加」項目	暴力	問題行動	自傷・自殺企図
独立変数	(身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力)	(身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力、アルコール、物質関連問題、医療への不遵守)	
身体快適性の確保			
食事や体調の管理			
健康の維持			1.526
調理			
調理以外の家事			
敬意と思いやり			1.466
感謝			1.459
寛容さ			1.365
批判			
合図			
身体的接触			
対人関係の形成			
<u>対人関係の終結</u>	1.538		1.415
対人関係における行動の制限			
<u>社会的ルールに従った対人関係</u>	1.681		1.471
<u>社会的距離の維持</u>	1.649		1.577
日課の管理			
日課の達成			
自分の活動レベルの管理			
<u>責任への対処</u>	1.581		1.451
ストレスへの対処			
危機への対処			
<u>基本的な経済的取引</u>	1.475		1.505
複雑な経済的取引			
経済的自給			0.472
ICF環境因子項目	暴力	問題行動	自傷・自殺企図
生產品と用具			
自然環境・地域環境			
支援と関係(量的な側面)			
態度(感情や質的な側面)			
<u>サービス・制度</u>	0.590		0.666

静的要因に関する研究結果一覧

説明変数 N	目的変数	通院移行後の暴力 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力) あり=51/なし=314/欠損値=9	通院移行後の問題行動 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力、放火、 アルコール・物質関連問題、医療への不遵守) あり=84/なし=286/欠損値=4
1 性別 男性=296/女性=78		n.s.	n.s.
2 年代 (COX比例ハザード)20代=62/30代=110/40代=74/50代=73/60代=39/70代=8/80代=3/欠損値=5		n.s.	n.s.
3 通院移行時の居住地 家族同居=100/施設入所=120/単身=85/入院=66/欠損値=3		入院>単身 入院>家族同居	n.s.
4 診断分類:F1 F1あり=39/F1なし=335		n.s.	n.s.
5 診断分類:F2 F2あり=315/F2なし=59		n.s.	n.s.
6 診断分類:F3 F3あり=24/F3なし=350		n.s.	F3あり<F3なし
7 診断分類:F7 F7あり=38/F7なし=336		F7あり>F7なし	F7あり>F7なし
8 診断分類:F8 F8あり=10/F8なし=364		n.s.	n.s.
9 IQ (COX比例ハザード) 最小29~最大135、平均79、標準偏差17.7/欠損値=51		ハザード比:0.978	n.s.
10 対象行為:殺人 殺人あり=65/殺人なし=309		殺人あり<殺人なし	殺人あり<殺人なし
11 対象行為:殺人未遂 殺人未遂あり=62/殺人未遂なし=312		n.s.	n.s.
12 対象行為:性暴力(未遂含む) 性暴力あり=22/性暴力なし=352		n.s.	n.s.
13 対象行為:傷害 傷害あり=136/殺人なし=238		n.s.	n.s.
14 対象行為:強盗(未遂含む) 強盗あり=14/強盗なし=360		強盗あり>強盗なし	強盗あり>強盗なし
15 対象行為:放火(未遂含む) 放火あり=86/放火なし=288		n.s.	n.s.
16 対象行為の被害程度 殺人=69/致命傷的=11/重症=85/軽症=109/傷害なし=95/欠損値=5		n.s.	n.s.
17 少年触法行為 有無 あり=40/なし=319/欠損値=15		少年触法行為あり>少年触法行為なし	少年触法行為あり>少年触法行為なし
18 少年触法行為 回数 0回=319/1回=15/2回以上=21/欠損値=19		少年触法行為1回>少年触法行為なし	少年触法行為1回>少年触法行為なし
19 少年触法行為 罪種 重大犯罪=15/軽犯罪のみ=20/なし=324/欠損値=15		n.s.	n.s.
20 15歳未満の少年非行 あり=41/なし=323/欠損値=10		n.s.	少年非行あり>少年非行なし
21 15歳未満の学校での問題行動 あり=41/なし=321/欠損値=12		n.s.	n.s.
22 過去の他害行為 あり=125/なし=244/欠損値=5		過去他害行為あり>過去他害行為なし	過去他害行為あり>過去他害行為なし
23 過去の勾留 なし=265/勾留・起訴なし=38/起訴あり有罪=51/欠損値=20		n.s.	勾留・起訴なし>勾留なし 起訴あり有罪>勾留なし
24 前科前歴 あり=116/なし=250/欠損値=8		前科前歴あり>前科前歴なし	前科前歴あり>前科前歴なし

説明変数 N	目的変数	通院移行後の暴力 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力) あり=51/なし=314/欠損値=9	通院移行後の問題行動 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力、放火、 アルコール・物質関連問題、医療への不遵守) あり=84/なし=286/欠損値=4
25 過去罪種数 (COX比例ハザード)なし=242/ 1種=64/2種=38/3種=17/4種=8 /5種=4/6種=1/欠損値=0		n.s.	ハザード比:1.196
26 矯正施設収監歴 あり=32/なし=328/欠損値=14	矯正施設収監歴あり>矯正施設収監歴なし		矯正施設収監歴あり>矯正施設収監歴なし
27 15歳までの生物学的父親/母親 の欠損 あり=48/なし=324/欠損値=2	n.s.		n.s.
28 父親のアルコール・薬物乱用 あり=59/なし=255/欠損値=60	n.s.		n.s.
29 父親の精神科治療歴 あり=22/なし=300/欠損値=52	n.s.		n.s.
30 母親の精神科治療歴 あり=30/なし=300/欠損値=44	n.s.		n.s.
31 本人婚姻歴 有無 あり=102/なし=267/欠損値=5	n.s.		n.s.
32 婚姻・内縁 経験数 0回=341/1回=91/2回以上=11/ 欠損値=5	n.s.		2回>1回
33 児童期の多動 あり=10/なし=341/欠損値=23	児童期の多動あり>児童期の多動なし ハザード比:3.37		児童期の多動あり>児童期の多動なし ハザード比:2.78
34 児童期の衝動性 あり=15/なし=340/欠損値=19	児童期の衝動性あり>児童期の衝動性なし ハザード比:4.21		児童期の衝動性あり>児童期の衝動性なし ハザード比:5.90
35 対人関係の障害 あり=32/なし=328/欠損値=14	対人関係の障害あり>対人関係の障害なし ハザード比:2.91		対人関係の障害あり>対人関係の障害なし ハザード比:3.15
36 コミュニケーションの障害 あり=22/なし=335/欠損値=17	n.s.		n.s.
37 対象行為時のアルコール使用 あり=47/なし=308/欠損値=19	n.s.		n.s.
38 アルコール問題 なし=289/酩酊=13/乱用=28/ 依存=26/欠損値=18	n.s.		n.s.
39 薬物問題 あり=50/なし=314/欠損値=10	n.s.		薬物問題あり>薬物問題なし
40 使用薬物種類数 (COX比例ハザード) なし=324/1種=28/2種=16/3種 =3/4種=2/5種=1/欠損値=0	n.s.		n.s.
41 覚せい剤使用歴 あり=29/なし=335/欠損値=10	n.s.		覚せい剤使用歴あり>覚せい剤使用歴なし
42 有機溶剤使用歴 あり=31/なし=333/欠損値=10	n.s.		n.s.
43 初回使用薬物 有機溶剤=28/有機溶剤以外=22 /欠損値・なし=324	n.s.		n.s.
44 精神科入院治療歴 あり=208/なし=164/欠損値=2	n.s.		n.s.
45 心神喪失・心神耗弱の前歴 あり=22/なし=338/欠損値=14	n.s.		n.s.
46 精神科退院から対象行為までの 期間 1週間まで=32/1週~3ヶ月=14/ 3ヶ月~1年=42/1~5年=59/ 5年以上=60/欠損値・なし=167	n.s.		n.s.

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

共通評価項目は以下の19項目と個別項目とする。

なお、第2版から第3版への主な改訂点を \square で示した。

共通評価項目

「疾病治療」

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

「セルフコントロール」

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

「治療影響要因」

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

「退院地環境」

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

評価項目の使用法

1. 本評価項目は、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価し続けるものである。そのため、項目は全て可変(dynamic)なものとする。特に指定入院医療機関における評価はデータベースとして蓄積し、治療効果や予後についての研究に用いるため、当該評価時点での評価を継続的に残されたい。
2. 評価期間は、原則として3ヶ月とし、3ヶ月間の最も悪い状態を考慮して点数化する。生活能力など評価項目の多くは短期間で変化するものではないが、【精神病性症状】、【非精神病性症状】は数週間単位での変化が予想される。これらの項目についても3ヶ月間の最も悪い状態が点数化されるが、【自傷・自殺】、を合わせた計3項目に関しては最終観察日を記入し、その後の状態の推移を備考欄にテキストで記入する。鑑定時の評価についても入院後初回評価と同様で、対象行為の半年前から鑑定時までの観察期間中を評価期間として最も悪い状態が点数化されるが、薬物による酩酊など一過性の精神病状態があり、鑑定時に症状が消失していた場合には、その旨を鑑定での特記事項としてテキストで明記する。なお、医療観察法病棟入院中の対人暴力、性的暴力、自傷行為・自殺企図についてはそれぞれ診療支援システム内に記録を残す。
3. 評価項目を可変なものとするため、項目は主として現在の状態の評価となる。しかし将来のマネジメントプランを検討するため、マネジメントにつながる、近未来についての評価項目を含んだ。
4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。リスクアセスメントには本評価と併せ、過去の(不変の)要因も考慮に入れるべきであるが、通院移行後の問題行動等の予測力が認められた項目についてはそれぞれの項目の解説に付記するとともに、高いAUCが得られた項目の構成について以下に記す。

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

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

AUC=.803

●2年間追跡できたサンプルでの問題行動の予測

AUC=.717

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

AUC=.792

●2年間追跡できたサンプルでの暴力の予測

AUC=.771

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

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

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

5. 医療観察法医療においては他害行為のみならず対象者の自殺を防ぐことも求められる。通院移行後

の自殺企図、および指定入院医療機関入院初期に発生する自殺企図において高い AUC が得られた項目の構成について以下に記す。

①退院申請時点における【日常生活能力3) 家事や料理】の評点

●通院移行後3年以内の自殺企図の予測¹⁾

AUC=0.792

②指定入院医療機関での入院時初回評価における【非精神病性症状4) 感情の平板化】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の合計点

●指定入院医療機関入院から3週間～4ヶ月に生じる自殺企図の予測

AUC=0.760

3項目合計点と自殺企図発生率の関係の参考として、2008年4月1日～2012年3月31日の期間に入院決定を受けた対象者であり、2013年10月1日時点調査で収集できた538例の、上記3項目合計点ごとの自殺企図件数をクロス集計表で示す。

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

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

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

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

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

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

各項目についての解説とアンカーポイント

「疾病治療」

1. 精神病症状

解説

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

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

一方で退院後の問題行動や入院中の暴力などの予測力は認められていない。小項目の【6】誇大性】

のみ通院移行後の精神保健福祉法入院を予測するという結果が得られている。本項目では精神病症状の有無と重症度を評価するが、リスクアセスメントと治療に関しては精神病症状から易刺激性や衝動性への影響を重視すべきである。

評価基準

現在の精神科症状の広がりや重篤度を評価する。この項目は主として知覚、思考を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0（＝問題なし）、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。全ての下位項目を検討することが重要であるが、1の評点が多くあっても全体の評点は1であり、2点が1つでもあれば全体の評点は2点となる。観察期間中の最も重篤な状態が評価される。また評定の根拠となった状態が最後に観察された日付を記録として残し、評価期間の3か月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。

1) 通常でない思考内容：普通でない、怪奇な、あるいは奇妙な考えを表明する。重要でないことに強度にこだわる。明らかに異質のものを、同質とみなす。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS15. 思考内容の異常に準ずる：通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち思考狭窄、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常では見られないような思考内容は、たとえ他の項（例、心氣的訴え、罪責感、誇大性、疑惑等）ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここでは病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。特定の対象への被害感、暴力的空想は特に他害行為に関連の強いものとして重要視される。

1 = ごく軽度。思考狭窄もしくは通常では見られない信念。稀な強迫観念。

2 = 患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信。

2) 幻覚に基づく行動：通常の外的刺激に基づかない知覚。これは通常独言や実在しない脅威に振り向いたり、明らかに間違った知覚をはっきりと述べたりすることで示される。せん妄による

幻覚もここで含む。(BPRS12. 幻覚に準ずる:外界からの刺激のない知覚。錯覚とは区別する。命令性の幻聴は特に他害行為との関連が強いものとして重要視する。

1 = 軽度。孤立した断片的幻覚体験 (光、自分の名前が呼ばれる)。

2 = やや高度。頻回の幻覚。患者がそれに反応し、洞察はない。

- 3) 概念の統合障害: 混乱した、弛緩した、途絶した思考。思考の流れを維持することができない。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS4. 思考解体に準じる: 思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。

1 = 多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。

2 = 多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失う。返答に理解困難なものもある。)

- 4) 精神病的なしぐさ: 例えば、常同性、衒奇性、しかめ面、明らかに不適切な笑い、会話、歌、あるいは、固定した動き。(BPRS7. 衒奇的な行動や姿勢に準じる: 風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。

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

2 = しかめ眉、常同的運動・たいていの間、粗大な常同的あるいは奇異な姿勢。)

- 5) 不適切な疑惑: 明らかに不適切でなければならない (例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを読む。あるいは皆が自分を捕まえようとやっきになっている。) いくつかの場合、患者の他害行為の性質や性格や身体的な障害のために、他の患者が自分を引っ掛けようとしてい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

解説

内省には病識と対象行為 (他害行為) の振り返りが含まれるが、それに加えて疾患と他害行為のつながりへの理解が含まれる。複合的な構成要素になるが、病識と他害行為への振り返りを別項目とすると、疾患と他害行為のつながりを評価することができなくなるため、3者の全てを包含した

単一項目とする。内省は自分のプロセスに対する理解であり、あるかないかの二分法で捉えきれない。統合失調症などの精神障害があるからといって内省が全く欠如していると考えるべきではなく、対象者自身がどのように理解をしているかが問われる。

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

評価基準

この項目は、対象者が自分で精神障害をもっている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

解説

本項目は第2版では「コンプライアンス」であり、評定者間信頼性は十分（ICC=0.66）であったが、DAI-30との相関による収束妥当性の検証において、DAI-30との相関が-0.07と極めて低く、妥当性が否定的であったために改訂を行った。同時に第2版での「コンプライアンス」が受動的にでも治療を受け入れる態度を評価していたため、対象者の積極的な治療参加が評価できない

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

評価基準

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

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

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

4. 共感性

解説

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

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

評価基準

この項目は基本的な対人関係における情性の欠如や他者への共感性の欠如、他者の感情を理解することができず、自分の行為が相手にどのような影響を及ぼすか理解できないといった点を評価する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

5. 治療効果

解説

治療効果は薬物療法および心理社会的治療が奏功し得るあるいは般化されるかが評価の対象になる。ここでは治療抵抗性の統合失調症における薬剤への反応の乏しさ、知的障害による学習困難、広汎性発達障害による般化の困難などが問題として予想される。

本項目は通院移行後の問題行動、通院移行後の暴力に関して高い予測力が認められたが、評定者間信頼性が十分でなかった(ICC=0.51)。【共感性】と同様に第2版での評価基準で2点を特別な場

合に限るというルールがあったため、評定が 1 点に集中して評定者間信頼性が低下する結果となった。そのため第 3 版では「治療効果が全く望めないときのみ 2 点」という条件は外し、3 段階での評価を行うこととした。

評価基準

この項目は、治療効果（治療で得られるものと治療の般化）を評価する。治療歴のない状態では、一般精神科診断に基づく治療効果とその般化についての予測が適用されるが、治療経験のある場合には、評価時までの治療での効果を評価する。

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

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

「セルフコントロール」

6. 非精神病性症状

解説

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

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

評価基準

この項目は主として気分および不安を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を 0（＝問題なし）、1、2 の 3 段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。全ての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 か月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。

1) 興奮：活動性の亢進、一時的なものも含めた興奮を評価する

1＝気分高揚、抑制が乏しい。多弁。落ち着かない。

2 = 興奮している。言語促迫。

2) 不安・緊張: ちょっとした問題に対しても過度の恐れや心配を表す。あるいは緊張する。(BPRS2.)

不安に準じる: 心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。

1 = 軽度で一過性の緊張、些細な事柄への過度の懸念もしくは特定の状況に関連した軽度の不安。

2 = たい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。妄想や幻覚が情動の色付けを欠く。不適切な情動。)

5) 抑うつ: 悲哀感の表明。楽しみの喪失。悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。

1 = 気力喪失。沈んでいる。くよくよする。悲しい。

2 = 絶望感、希望喪失、抑うつ気分、重度の意欲低下

評価: 0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付 ()

7. 認知機能

解説

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

評定基準

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

なし), 1, 2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。

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

1=知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準。

2=軽度以上の知的障害。

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

1=先天的な認知機能の偏りの疑い、

2=明白な先天的な認知機能の偏り

評価: 0=問題なし、1=軽度の問題、2=明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

8. 日常生活能力

解説

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

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

評定基準

この項目は患者の日常生活能力を評価する。入院あるいは留置中の場合は、地域での生活時の生活能力を参考にしながら、評価期間中の状態変化を勘案して評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0(=問題なし)、1, 2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。

- 1) 整容と衛生を保てない: 顔を洗わない、あるいはめったに洗わない。衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い、あるいはくさい。
- 2) 金銭管理の問題: 金銭のやりくりができない。しばしば金銭の貸し借りをする。消費者金融から安易に借金をする。不要なものを安易に買ってしまう。
- 3) 家事や料理をしない: 寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片付けない。掃除、洗濯やゴミの分別が出来ない。

4) 安全管理：火の始末、貴重品や持ち物の管理などができない。戸締りが出来ない。

5) 公共機関の利用：交通機関や金融機関などを適切に利用できない。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

9. 活動性・社会性

解説

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

評定基準

この項目は患者の活動性・社会性を評価する。入院あるいは留置中の場合は、地域での生活時の活動性・社会性を参考にしながら、評価期間中の状態変化を勘案して評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0（＝問題なし）、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。

- 1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。
- 2) コミュニケーション技能：電話や手紙が利用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。
- 3) 社会的引きこもり：故意に他人との接触を避ける。グループ活動に入らない。
- 4) 孤立：ほとんど友達がいない。集団の中においても他者との交流が乏しい。
- 5) 活動性の低さ：まったく活動をしない。多くの時間を寝ているか横たわって過ごす。
- 6) 生活のバランス：自分自身による時間の計画・実行について評価する。制約のある生活の中でも自ら進んで何かをしようとしているか、本人が時間の使い方に価値を感じているかを評価する。自分自身で余暇や休息、生産的活動に時間を使うことがここで含まれる。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

10. 衝動コントロール

解説

中項目としての【衝動コントロール】および以下の5つの小項目はいずれも十分な評定者間信頼性が認められた。更に中項目の【衝動コントロール】および以下の5つの小項目は全て通院移行後の問題行動と暴力を予測し、衝動性が問題行動や暴力に与える影響の強さがうかがわれた。中項目【衝動コントロール】および【1)一貫性のない行動】【3)先の予測をしない】【5)怒りの感

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

評定基準

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

怒りに関しては、ささいなことですぐかっとなり、後のことを考えることなく大声を上げる、物に当たるなどの行動化が見られる時に、【6）非精神病性症状】と併せてここでも評価する。かっとなっても行動化を抑えることが出来る場合、また恨みなど特定の対象への怒りはここでは含まない。慢性の怒りは含まず、反応性の突発的な怒りは含む。行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。

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

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）

11. ストレス

解説

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

本項目はICF【ストレスへの対処】【責任への対処】項目との相関による収束妥当性が認められ、通院移行後の暴力、問題行動の予測力も示唆されたが、その一方で評定者間信頼性が十分でなかった（ICC=0.54）。第2版では本項目が0点と評価されにくいことが評定者間信頼性の低下を招いていたため、第3版では評価基準に0点の評定についての記述を加えた。

評価基準

ストレスの大きさはストレスラー、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

解説

この項目は他害行為リスクのアセスメントからは外れるが、医療観察法対象者の自殺企図の問題が指摘されており、対象者の自殺を防ぐことも本法に基づく医療の目的の一つと言える。

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

評価基準

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

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

「治療影響要因」

13. 物質乱用

解説

物質乱用は暴力のリスクファクターとしては大きなものであり、統計的には精神病性症状よりもはるかに暴力のリスクを高める。山上ら（1995）による追跡調査でもアルコール・薬物乱用者の再犯率は抜きん出て高い。また精神疾患との重複診断があるときに暴力リスクを高める要因でもあり、統合失調症においても気分障害においても、物質乱用と重複することで暴力犯罪のリスクが高まる（Hodgins, 1999）。物質乱用のある場合、他害行為は乱用時にも起こりうるが、使用していなくとも薬物やそのための金銭の入手のために他害行為が行われる場合がある。

本項目は十分な評定者間信頼性（ICC=0.67）が認められ、違法薬物の乱用者を除いた対象での

AUDIT の評価点との相関による収束妥当性も認められている。通院移行後の問題行動の予測とも関わっている。

評価基準

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

この項目は、物質乱用歴の重篤度、犯罪との関連、物質乱用に対する内省の深まりで評価される。物質乱用の既往がなければ 0 点、既往があれば 1 点以上の評定となる。物質依存の既往がありながら否認があれば 2 点となる。毎日大量に飲酒している、あるいはブラックアウトしての問題行動が繰り返されているということであれば乱用と判断して 1 点以上の評価。飲酒量では、1 日あたりビールなら中ビン 5 本以上、焼酎なら 3 合以上、日本酒なら 5 合以上が乱用の目安となる。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

1 4. 反社会性

解説

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

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

評価基準

この項目は基本的な対人、対社会的な対象者の姿勢を評価する。反社会性人格障害の評価と密接に関連し、反社会的態度や向犯罪的志向や対人関係での問題を評価する。反社会的行動が明らかに精神病症状に基づくと考えられる場合は除外して考え、通常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

解説

本項目は第 2 版では【非社会性】の小項目の 1 つであったが、第 2 版の【非社会性】の小項目のうち唯一十分な評定者間信頼性 (ICC=0.72) が得られた項目である。本項目単独では退院後の問題行動や入院中の暴力などの予測力は認められなかったが、通院移行後の問題行動や暴力の予測モデル

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

評価基準

不適切に触る、さらす、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

解説

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

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

評価基準

この項目は地域生活における家族や友人などの個人的な支援について、サポートの有無および支援的であるかどうかの両面から評価する。作業所やグループホーム、市町村などの公的な支援、自助グループなどの支援は本項目では考慮しない。

援助的なサポートが存在し、かつ有効な場合は0点、サポートが存在するものの、巻き込まれなどのために有効性が疑わしい場合には1点、サポートが全く存在しないか、かえって有害な場合には2点が評定される。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

「退院地環境」

17. コミュニティ要因

解説

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

の生活を評価、入院中であれば退院後に予想される環境について評価する。

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

評価基準

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

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

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

18. 現実的計画

解説

対象者の社会復帰に当たっては、現実的なフォローアッププランが存在し、対象者がそれを受け入れることが不可欠である。地域での生活を維持していくために方針が定まらず、フォローアップの体制が整っていなければリスクは高くなり、逆に対象者の再発やそれに伴う行為のリスクを低減させる現実的なプランが整えられ、かつ合意され遂行されることで対象者の地域での生活が保たれるであろう。

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

評価基準

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

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

以下の小項目が評価の参考とされる。鑑定など治療の始まっていない段階では、対象者本人の計画を尋ね、その実現可能性を判断する。

- 1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるかについても同意されているかどうか
- 2) 日中の活動、過ごし方（仕事、娯楽など）について計画され、対象者自身がそのことを望んでいるかどうか
- 3) 住居について確保され、対象者が生活する場となりうるかどうか（かかわりをもつ可能性のある人物の質も評価する）
- 4) 退院後の生活に必要なと考えられる経済的基盤が整い、利用可能な状態になっているか
- 5) 緊急時の対応について確保されているかどうか
- 6) 対象者に関わる各関係機関との連携・協力体制が退院前より十分に機能しているかどうか
- 7) 退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人がいるかどうか、また協力的な関わりを継続して行ってくれるかどうか
- 8) 地域の受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）

19. 治療・ケアの継続性

解説

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

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

評価基準

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

- 1) 治療同盟：治療同盟を築き、積極的に患者を治療プロセスに導入する
- 2) 予防：治療を継続することを阻害し得るものを、それが起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する
- 3) モニター：治療継続を行えるように治療者は、関係機関と情報を共有し、モニターの戦略を立てる
- 4) セルフモニタリング：対象者がセルフモニタリングについて自覚し、そのことに関して周囲の助言をきくことができるか
- 5) クライシスプラン：クライシスプランが作成され、使用されているか。作成だけで使用されていない場合は1点の評価とする。

なお、治療開始時の初期評価の段階では2点とするが、治療の継続性に関して既に明らかな

情報は、今後の参考となるため備考欄に明記する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない）

個別項目

この項目は、共通評価項目以外の対象者の社会復帰と治療及びケアにとって必要な固有な項目を挙げる。また対象者の他害行為に関連して疾病として治療や介入を要する要因を、ひろく生物学的、心理学的、社会的に検討し、最も重要と思われる事項を選択する。選択項目は大きく分けると、第1にリスクアセスメントとリスクマネジメント（何によって阻止できるか）を考慮して決定される。嗜癖的な放火は個別項目で扱う。第2に治療及びケアにとって重要とされる項目を選択する。意識障害、解離や慢性的な管理を要する身体合併症はここに含める。第3に社会復帰にとって重要な意味を持つ項目を選択する。

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

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

共通評価項目 19 項目＋個別項目の評定から治療計画の策定に至る架け橋として、また短期的なリスクの防止のため、対象者の自傷他害のリスクのシナリオと、そのシナリオに対する治療・マネジメントプランを作成する。共通評価項目は対象者の社会復帰に関わる要因を評価するが、シナリオとそのマネジメントプランの作成に当たっては、最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化したシナリオを作り、コンプライアンスの不良や病状の悪化などの要因は、自傷あるいは他害のシナリオの中で、シナリオに関連する要因として挙げられる。自傷他害のリスクのシナリオ1, 2, 3（あるいはそれ以上）のそれぞれに対するマネジメントプランを作成し、最悪の事態を防ぐための方策を描く。シナリオの作成に当たっては、通院移行後の暴力や問題行動を予測する項目（【衝動コントロール】【非精神病的症状3）怒り】【日常生活能力3）家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】）の合計点、ならびに通院移行後の自傷・自殺企図の危険性を予測する項目（【日常生活能力3）家事や料理】）の評定を重視する。

最終的には対象者に対する治療計画を作成して治療に取り掛かるわけであるが、治療計画は共通評価項目に含まない要因も全て加味して策定される。

1. 自傷他害のリスクのシナリオの作成

上述のようにシナリオは最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化する。リスクは対象者の病状、行動や環境などの文脈に依存するが、これらの文脈を考慮に入れたシナリオを、以下の手順で描く。シナリオの作成には、20 項目＋個別項目の社会復帰要因の関連を描くという意味が含まれ、最悪の事態をいかにして防ぐかという治療・マネジメントプランへとつながる。シナリオと治療・マネジメントプランの作成は、治療期に関わらず全期間を予想して作成し、治療の進展に伴ってシナリオの変化が予想された時に変更することが望ましい。

シナリオ作成の手順

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

2. リスクの治療・マネジメントプランの作成

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

治療・マネジメントプラン作成の手順

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

3. 治療計画の作成

共通評価項目は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共通評価項目には含まない。しかし実際の医療観察法に基づく医療では、共通評価項目の評価の後に治療計画の作成が続くことが予想されるため、共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

共通評価項目で作成するシナリオや治療・マネジメントプランは、19項目＋個別項目の評価に続いてなされる一連の作業であり、19項目＋個別項目の評価に基づいてシナリオと治療・マネジメントプランが作成される。しかし実際の治療計画は共通評価項目以外の要因、例えば対象者本人のニードなどを含めて作成される。すなわち共通評価項目での治療・マネジメントプランが自傷や他害のリスクに特化して作成されるのに対し、実際の治療計画はさらに広い要素を考慮し、なおかつどの職種が担当するかという役割分担も含めて作成される。また共通評価項目の治療・マネジメントプランが全期間を予想して作成されるのに対し、治療計画は次回の治療計画までの期間に限定して立てられる。以上のように、実際に多職種チームが取り組む治療計画は共通評価項目の治療・マネジメントプランを参考にして立てられるが、直結するものではなく、内容はより包括的、期間はより限定的なものとなるであろう。

共通評価項目記録用紙（第3版）

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

評価項目	小項目評価点(0点・1点・2点)	最終観察日 1), 6), 12) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
	情報/判断材料/備考		
疾病治療			
1) 精神病性症状	1 2 3 4 5 6	年 月 日	
2) 内省・洞察	1 ② 3 ④		
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	① ② ③ 4 ⑤	年 月 日	
7) 認知機能	① 2		
8) 日常生活能力	1 ② ③ 4 5		
9) 活動性・社会性	1 2 3 4 5 6		
⑩) 衝動コントロール	① ② ③ ④ ⑤		
⑪) ストレス			
12) 自傷・自殺		年 月 日	

評価項目	小項目評価点(0点・1点・2点)	最終観察日 1), 6), 12) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり
	情報／判断材料／備考		
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	1 2 3 4 5 6 7 8		
19) 治療・ケアの継続性	1 2 3 4 5		
個別項目			

※項目番号の○印は通院移行後の問題行動、暴力、自殺企図のいずれかへの影響の認められた項目

通院移行後の問題行動や暴力の指標

=【衝動コントロール】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【非精神病性症状3)怒り】【日常生活能力3)家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】の合計点

通院移行後の自殺企図の指標

=【日常生活能力3)家事や料理】

リスクのシナリオ

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

治療・マネジメントプラン

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
<p>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？</p>			
<p>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？</p>			
<p>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？</p>			
<p>被害者の保護： 被害者を保護するた めに必要なプランは？</p>			
<p>その他考慮すべきこ とは？</p>			

